

岡本(助) 前回、助産師会から出させていただいたのは、今まで不妊に関しては全然取り上げていなかったということもあってだったんですが、橋本先生、久保先生のお話あったように、確かにここでほとんど論じていないので、ここでの考え方のコンセンサスというのは、全然得ていないわけなので、そういう点では、ちょっとやっぱり時期尚早かなと思いましたので、きょう御検討し直していただいて良いと思います。

司会：橋本 そういう御意見ですけれども、どの辺のレベルでこの不妊というものを、なかに入れていったらいいでしょうか。朝倉先生、久保先生あたりから、少し提案を何か出していただければと思います。前回、厚生労働省からも、この不妊の問題の他に、例えば10代の性感染症の問題もという御意見が前にありました。その辺も考慮しながら何かありませんか。

久保(産学) 不妊の予防という点からすれば、これは1つの大きなテーマになると思うんです。確かに性感染症の問題も大きな問題でございますけれども、それ以外にも、やっぱりこの不妊の予防ということに関して考えますと、高齢のために不妊になっている。卵巣の加齢の問題で不妊になっているという場合もございます。それから、今の女性は積極的に世の中に出ていますから、いろいろな社会的な生活習慣病も増えているわけでありまして。例えば、糖尿病ですとかそういったものは、多嚢胞性卵巣につながりますとか、高血圧ですとか、そういった塩分を取ることによって妊娠しにくくなる身体になる。そういった不妊予備軍が増えているのは、実際、確かだと思えます。従いましてそういったことを啓蒙していくことは、これからの不妊専門医にとって非常に大事なことであります。また、助産師の方々も、こういったことをテーマに相談を受けることはたくさんあると思えますので、これを取り上げるということは非常に大事なことでとは思いますが、それを含めて何をするかということ、ちょっと考えが浮かばないんでございますけれども。

朝倉(産医) 私はこの「不妊への支援について考える」で、いいのではないかと考えています。皆さんのいろいろな考えがありますが。ここで、考えてディスカッションしたことが、すべてテーマにつながればいいですけれども。私たちの頭では、結構、毎回毎回目一杯のことを話し合っているのですが、どんどん違うテーマが次から次へと出てくるような構造にはなっていないと思いますね。ですからここで、不妊ということを取り上げるということは、今、久保先生がおっしゃったように、さまざまな産科のリスク要因ということにもつながってきます。高齢であるとか、あるいは社会的な生活習慣病を持っている人、これはリスク因子で、こういうリスクのある人たちは、おそらく助産院ではなくて、私たち病院でやらなければいけない。こういうリスクの高い人には、快適性を付け加えなければいけないということが、ここでのつながりになるのではないかと気がします。ですから、私は、あえてこの不妊というものを取り上げてやることで、全く今までの話し合いと違うテーマを出すわけにもいかないし、それから今までの話し合いから、直接出てくることというのも、今まで随分やったような気がするのですが、皆さんの御意見を。

司会：橋本 いかがですか。朝倉先生の案は、メインテーマに、もう真っすぐ不妊というものを持ってきて、ということですね。

朝倉(産医) 不妊という言葉はあった方がいいのではないかと思います。それで、この幹事会ならではのサブタイトルみたいなことが付けられれば。

司会：橋本 どうでしょう、御意見ございませんか。

豊倉(助) 日本助産師会の豊倉です。堀内先生が、以前、おっしゃったことですが、不妊治療をしても、どうしてもだめだという方もいらっしゃると思うんですよね。あきらめというか、そういう方のための里親制度ですか、そこら辺までも含むのか、里親制度については、私は詳しくはないんですが、そういう部分の支援みたいなも含めた方がいいのかどうかは、どうでしょう。

司会：橋本 不妊をメインテーマとすれば、こういう幾つかの各論はいっぱい出てくるとは思いますが、ただここで、全くまだディスカッションしておりませんので、第2課題としてそれをまとめて出すというの

は、いかがかなという意見がちょっと出ました。

堀内(母) 小児科の堀内です。今までのこの会の流れでいくと、久保先生が前2回ぐらいから参加していただいていますし、不妊の方へ持っていかないといけないことは確かなんですね。ただ、先ほどからお話が出ているように、この会のなかで、全然ディスカッションされていないものですから、久保先生も、何かもの足りなさそうな顔をしてお帰りになっていらっしゃると思います。今回は今、産婦人科の開業医のことと、それからお産の集約化などの問題もたくさんありますし、そのなかに不妊の話をまず、今回取り入れて、その後に、来年度に不妊のことをじっくりディスカッションする。テーマの一つとして持っていく方がいいのではないかな。ちょっと自信がない。久保先生がおっしゃるように、幹事会から提案したシンポジウムとして、コントロールしきれるのかなと不安があります。僕自身も不妊の専門家でもないので、よく分からないのでそういう不安があります。できたら、今回のこのシンポジウムで不妊の話を一部出していただく。重要なテーマがたくさんありますから、その流れのなかで、追加のディスカッションをする。2005年、中間報告的をやるので、その時にはしっかりと意見が出せるような形に持っていったらどうかと、僕自身は思います。

司会：橋本 ありがとうございます。いかがでしょう、いろいろな意見が出てきていますけれども。

久保(産学) 堀内先生のお話も入れて私が考えますには、例えば不妊医療と妊娠・出産・育児の接点はどうでしょうか。大病院ですと、このオープンシステムも含まれると思うんですね。今の不妊専門施設というのは、ほとんど分娩をやっていない、病院任せにしてしまうといったことも多く、もちろん育児なんてことも、全然関係なくやっているような気がします。そこら辺の問題点を追求するというような意味で、不妊医療と、妊娠・出産・育児の接点というような概念のテーマはできないでしょうかね。

杉本(母) 日本母乳の会からの産婦人科医の杉本です。この課題そのもののテーマ、「妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保」という前半部分と、「不妊への支援」と、この後者の部分とどういうふうに関連させて進めていくかが、このテーマをどう持っていくかということと、つながっているかと思います。ですから、久保先生が言われたような、不妊と他のパートとの結びつき、あるいは接点でどういう問題があるのかということが、明らかにできるような形のディスカッションが行われれば、このテーマ全体、課題2を今後進めていくうえでの、非常に大きな土台ができるのではないかと思います。そうした接点を考えたうえでの問題提起というようなことができればそれで十分じゃないのかなというような気はします。

司会：橋本 そうですね。杉本先生がおっしゃるように、まず、問題提起から入っていくというレベルになるかと思うんですけれども、いかがでしょう。朝倉先生、どうでしょうか、今の提案について。

朝倉(産医) 賛成です。僕が言ったことも、そういうふうに要約されるんじゃないかと思うんですね。ただ、各論をどう積み立てるかということですね。

司会：橋本 そういうニュアンスでよろしゅうございますね。目的はそういうことで、各論を実際に考えていった方がいいと思うんですが。

朝倉(産医) 久保先生に産婦人科学会としては、総論的な不妊の現状ということになるんでしょうか。現況と、周産期医学のリスクを高めているというようなこともですね。

司会：橋本 総論的ですね。これは絶対必要だと思います。

久保(産学) 不妊が周産期のリスクを高めているということは、余り我々は言いたくはないんですけれども。そういった現状も無きにしも非ずということで、確かに不妊治療後の問題点のなかに、不妊治療における周産期の問題点も、各論として挙げる必要はあるかと思います。あとは、育児支援になるかと思いますが、不妊治療によって出産したお母さんは割合期待が高かった反面、期待が大きすぎたものですから、妊娠して

出産した後に燃え尽きてしまうようなことも多いわけです。そうしますと、逆に育児ができなくなってしまうということもありますから、そういった不妊治療後の育児支援も必要になるかと思います。

それから、産まれてきた赤ちゃんについての支援もあります。心理的な面もあります。いわゆる人為操作で産まれてきたということを知ったときに、本人がどう思うとか、そういう心理的な面のサポートもぜひ必要ではないかと思います。特に、これから、ドナー卵子などを使うようになりますと、今度は、出自の権利をどうしたらいいとか、そういったことも問題になってくるかと思います。そういった赤ちゃんの心理的な面の支援も必要になるかと思います。

母親の方としては、不妊で出産したからもう不妊ではないということもあるんですが、アートを使いますと、実は不妊の原因は全然治療していないわけですね。子を得たことは得たわけですけども、実際にはお母さんの体はずっと不妊状態は保っているということになりますから、そういった心理的なアンバランスの面もかなり持っているわけです。自分は子どもをつくっても、いつまでたっても不妊であるというようなことも起きているわけです。そういった母親の心理的なサポートも必要になるでしょう。また、多胎の問題が起きるわけですから、早産や医療的な面の問題点もある。そういった点が、問題点であろうと思います。あとは、厚労省でおやりいただいている助成金の問題ですとか、それから保険適用をするかどうかとか、それから混合診療の問題ですね。そういった面も、経済的な面で支援の対象にはなるかと思います。

司会：橋本 項目を挙げると、本当にたくさん出てくるとは思いますが、結局今の項目をまとめると、元のテーマそのものでもいいんですけども、それとこの第2課題のテーマをどう連ねていくかというところが、1番の大きな問題でしょうね。どこまで持っていきましょうか。いろいろな職種の方が来られますから、やっぱり最初、総論がいきますね、先生。その後、どの辺まで、連なっていけるかというところですけど、第2課題との関連として、どう持っていっていいのでしょうか。杉本先生、何かないですか、いいお知恵を。

杉本(母) 久保先生が挙げられたことで、これで5つほどのテーマにはなると思うんですね。それを担当するところとしては、1番最初に挙げられたのは、不妊治療における周産期の問題ということで、これは主に産科医療の問題かと思うんですね。それから不妊治療後の育児支援という意味では、母乳育児を含めて、問題として取り上げられると思うんです。それから、特にアートの産まれた、生殖補助医療という特殊な状況で産まれた方が非常に問題を含む点が多いということです。子どもへの心理的支援という点は、今後非常に大きな問題にはなります。これはどこが担当していただけるかという問題があります。この幹事団体のなかで、それをお願いすることができるところがあるかどうか。母親への支援という点では、助産師会が今後の方向性として、そういうものをタッチしていくことが期待される面もあります。助産師会の方で問題点としてまとめられないかということはあると思います。ですから、後は経済的、制度的な問題というのは、これは行政の関係の方からの何らかの提案はあってもいいのかなという気はします。久保先生が挙げられたことから、現状の問題点の各論的なことが出てくるのではないかなと思います。

今考えてきているストーリーとしては、不妊を中心として、他の課題との結びつきということで、あくまでも不妊との関わりで全体をまとめていったらどうかという考えです、今回は。

永山(母) 先程、堀内先生がおっしゃっていたのは、課題2の全体のなかで、今回不妊を提起して、次の来年につなげていこうと、私は理解していたんですけど。2つの案が出ているということですね。

司会：橋本 どうでしょう、他に何か御意見がありませんか。

杉本(母) 2つの案といってもですね、育児支援というなかで、不妊の接点を取り入れた形で、この課題の内容を発表するということですから、少し力点の置き方が変わるだけであって、他の課題の内容は切り捨てるということではないんですよ。両方の歩み寄りのところの発表の仕方の技術だと思うんですね。不妊ということを常に視点において、今まで進めてきた課題をまとめるということになると思うんですね。

司会：橋本 杉本先生がおっしゃるのは、逆にいうと3つ目の案かも分かりませんね。不妊だけを1つに

取るか。それから、第2課題のなかで、1つを不妊、入れるか。もう1つは、不妊というものを逆にメインにして、それに第2課題をどうミックスしていくかというようなやり方だと思います。どうでしょう、他に御意見ございませんか。今の3つに関して何か。

朝倉(産医) 不妊のテーマの各論のなかで、助産師会の方から、不妊相談員助産師という項目が出ていますよね。これはもう実際に動き始めていることですか。

岡本(助) 助産師会の方で、特別に教育をとというのは、今、案を練っている段階で、まだ始まっていません。日本看護協会の方で認定看護師としての教育は始められていて、多分20名ぐらいおられます。それとは別に、多分、不妊学会などいろいろなところでされているのだと思うんですが、そこでの教育を受けた人が、実際に今の厚生労働省の不妊の支援の相談事業に、その相談員のメンバーとして一緒に参加させてもらってやっている助産師は何人かおられます。特別に何かそういう名称をきちんと認定してという形ではないんですよね。携わっているという程度の意味です。

杉本(母) 不妊カウンセラーという資格がございますよね。久保先生、今、不妊学会の方で、それをどういう形で進めていらっしゃるかということを、ちょっと教えていただけますでしょうか。

●不妊カウンセリングはいくつかの学会がある

久保(産学) 不妊カウンセラーという資格の問題なんですけど、カウンセリングということは、非常に定義が難しいんです。よく臨床心理士の人にみんな、カウンセリング、カウンセリングと言っていると怒られます。例えば借金の相談員も全部カウンセラーになっているとか、そういったことを言われるわけです。カウンセラーの定義そのものは非常に難しいんですが、今、実際に日本不妊カウンセリング学会、日本生殖医療心理カウンセリング研究会が立ち上がっています。不妊学会そのものでは、まだ不妊カウンセラーというものはやっておりません。それから日本産婦人科学会で、日本生殖・遺伝カウンセラーの養成講座を来年2月に3回目をやります。それは、各修了書を何枚か持って、その後、認定をするというようなものです。それは、生殖・遺伝ということになっていますので、カウンセリングの内容が少し、医療サイドに偏っているわけです。

それに対して、臨床心理士の生殖医療心理カウンセリング研究会は、医療的なものから離れて、患者さんの心のケアをするというような範囲になってきています。日本不妊カウンセリング学会がありますが、これは臨床心理士というよりも、コーディネーターという相談員です。看護師さん、保健婦さんがその資格をお取りになって、コーディネーター的なことをおやりになる。そういった学会の雰囲気だと思います。学会はたくさんあるんですけれども、性格がかなり違っているのが現状です。生殖心理カウンセリングは、いろいろ分かれていますので、なかなか定義しきれないというのが現状です。要するに、患者さんの心をケアするのか、医療的な相談を受けるのか、そういった面でかなり違ってくるということなんです。

杉本(母) そうすると、日本の産婦人科学会を含めた生殖医療を取り巻く全体のコンセンサスとしての、カウンセリング体制をどうするかということが、まとまっていない段階ですよね。だから現状と問題がどこにあるかというか、ある程度望ましい方向性なりがあるのなら、どなたかそういうのを総論的にお話ししていただくのも、このなかの各論としては意味があることかなと思うんですね。

司会：橋本 他にどうでしょうか。

堀内(母) 今のカウンセリングの話ですが、久保先生に明快に御説明していただきましたが、例えば、遺伝カウンセリングというと、遺伝病についてのカウンセリングがメインになってしまう。患者さん側から見ると、自分の生活がどうなっちゃうのか、あるいは、不妊で実際に妊娠できなかった場合もあるわけですから、その時に自分の苦勞をどういうふう処理するかというのが、やはりこの課題2でも相当、つながるところじゃないかと思うんですね。育児というお話をしていただきましたけれども、そういう意味で、交通整

理をする役割を、ここのシンポジウムに持たせようと思えば持たせられる。

多分、カウンセリングの問題というのは、どんどん分化していくんだけど、実際には縦の流れのなかで、やらなきゃいけないんですが。実際に育児の問題というのは、いろいろなところで、ぶつぶつ切りにされている問題が、やっぱりこの課題2のなかにもあります。そうすると、切り口としては、そのカウンセリングの問題を取り上げても、そういう交通整理できるという気はしますけれども。

司会：橋本 他にありませんか。今、御意見聞いていますと、テーマの3つの持ち方が出てきまして、今のディスカッションは、杉本先生の御提案された、不妊というものを通しながら、第2課題を少しこう、入れていこうかという流れの方に、今、進んでいるようなんですけれども。

久保(産学) 私がこういうことを言うのは、ちょっと何ですけれども、最初の原点に戻って、やっぱり不妊だけで1つのテーマをするというのは、は非常に難しいかと思うんですよ。今までのこの健やか親子21の議事録なんかを読みますと、不妊ということはほとんど議論されていないわけですから、やっぱり煮詰め方が不十分になることは否めない。この課題2そのもののような感じのシンポジウムを「妊娠・出産に関する安全性と快適さと確保と不妊への支援」ということでやっていただければと思います。不妊ということの問題提起するために、この「妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保」のなかに、1つ加えていただければ、僕は、将来のその足掛りになっていくのではないかと、いう気がします。私が最初に雑ばくに言ったものですから、杉本先生が明確に各論にまとめていただきすぎましたので、こういう話になってきたんじゃないかと思いますが、僕はそれでよろしいかと思うんですけれども、いかがでございましょう。

司会：橋本 ありがとうございます。どうでしょう、皆さん。いいですか、朝倉先生どうですか。こういうことで進んでよろしゅうございますか。

朝倉(産医) 不妊を入れればいいのかと思うんですけど。その方が流れとしては簡単な気がします。

司会：橋本 それで次の会で、少し詳しく、なかに切り込んでいこうということにします。幾つかの今までの流れのまとめをまず入れて、そのなかに不妊ということを入れて、この各論のなかに4つか5つかテーマがあるでしょうけれども、その2つぐらい、例えば、まずは総論、啓蒙的なものがございませうね。次にそれに対しての、まだ対策までは恐らく出てこないと思うんですけれども、問題点なりを整理していただくということから始めていくのも1つの手かも知れませんね。どうでしょう。

永山(母) 久保先生がおっしゃられたように、大きなテーマで課題2をして、それで不妊についての現状と問題点を提起されて、今、伺ったなかでも、カウンセリングが幾つに分かれていますし、今までの流れのなかで、そこに不妊も含めたらどうでしょうか。シンポジウムの時間ですが、全体で90分です。

司会：橋本 メインテーマは、元々の第2課題のテーマでいいですね。今までは不妊をオミットして、削って言っていましたから、それを入れて各論を少し練っていきましょう。流れはこれでいいですね。90分ですから、4つか5つでしょう。1時間半ですから5つは多いですね。できれば4つぐらいに絞った方が時間的には良いかと思います。前2つを今までの継続、そういうものをに入れて、3、4ぐらいに不妊の問題を入れていきたいと思いますか。永山さん、何かテーマありませんか、その1、2ぐらいの。

永山(母) 去年のシンポジウムに、看護協会からお断りされた経緯があるので、今回は看護協会に出てもらいたいですね。というのがあります。それと私たち母乳の会の開業の産婦人科の先生のなかでも、やっぱり大病院のお産の集約化と、オープンシステムの問題を心配しています。もっと開業の産婦人科がしっかりと支援をやっているというのを、皆さんに知らせてほしいというのも会の方には来ています。妊娠、出産、産後をとおして、開業の産婦人科は、しっかりと支援しているんだということも、1つ出してもいいのではないかなと思います。これは、母乳の会と産婦人科医会と、重なる部分があるかもしれないんですが。各論の1つですけれども。

司会：橋本 例の「良い産院の10カ条」に対してと、オープンシステムの方向に流れているのに対しての、開業の先生たちの声も含まれたものとして、とっていいでしょうかね。他に、はい、どうぞ。

●マスコミで産科問題が取り上げられている

島田(厚労) 総論ではないんですけども、今週か先週、朝の7時のニュースにオープンシステムとか、地域の産科が足りないということで、NHKのニュースに取り上げられておりました。静岡でしたが、私のところに仙台のNHKからも産科医が足りないということで、取材を一生懸命されている方からの問い合わせが何回も来ております。マスコミの産科に対する関心が非常に高いと思います。読売新聞社も一生懸命資料を探していましたので、何か記事にするのかなと思っていました。それから不妊では、議員の野田聖子さんが、本を出されたということでも大分話題になっていますので、ここの課題2のテーマが、マスコミにも関心のある中身かなと。不妊から、全体的なものを取り上げていただけるといいのかなと思います。

司会：橋本 そういう意味では、マスコミで話題になっておりまして、九州でも確かそれ、特集がやられていました。その辺を組み込まれた方がいいかもしれないですね。具体的なテーマとして何か御提案がありましたら。久保先生、不妊のところでも2つぐらい、テーマを考えておいていただければありがたいです。その前に、そこに行き着く2つぐらい何かテーマを出していただけないですか。

朝倉(産医) マスコミで、騒がれていることに乗っかって騒いでほしいとは全然思わないですけど。ただ、産婦人科が本当に困っていることを言いますと、このセミオープンシステムとかオープンシステムというのは、やっぱり安全性を高めるためには、これがとりあえず良いだろうと、絶対良いとは言いませんけれども、そういうことが1つあります。こういうシステムが出来上がってくるのは、産婦人科は本当に人がいなくて、もうここ数年間ものすごく苦しんでいる。

そういうところから、安全で快適性というのを我々はどう捉えたらいいだろう。快適性はもうちょっと置いておいて、安全性だけでいいんじゃないかと、ちょっと思ったりしているんです。余りにも人がいないから。そういうところで出てくるシステムです。もちろんこのオープンシステムなどを今回テーマにするのも、もちろん構いませんけども、マスコミはそんなふうに、全然捕まえません。マスコミが非常に注目しているということは、こちらはかなり注意して話を作っていかなければいけないと思っています。我々が本当に困っているのは、人がいなくて、どうやって安全性を保っていこうかということです。逆に、だからこそ快適性という議論はあるかもしれませんが、なかなか余裕がない状況に陥っていることだけは確かです。

谷(産医) まず確認なんですけど、セミオープン、オープンについては、異議を言ってもいいんですか、ここで。どちらかというと、医政局が集中的にそこを何とか推し進めようとしているのは確かだと思うんですけど。僕ら、産婦人科のなかでも周産期を専門にやっている人間からすれば、セミオープン、オープンなんかできるわけがないというのが認識です。というのは、若い医者が患者さんを受け取りません。何で尻拭いをしなきゃいけないのだ、という感覚の方が、若い医師には非常に強いんです。今でさえ過酷な労働です。うちの大学では平均10回当直しているところへ持ってきて、自分のところ以外からお産が飛び込んでくるといわれるのを耐えられるかといったら、若い連中はみんな全員ノーという状況ですね。堀内先生はよく御存知だと僕は思うんですけど、セミオープン、オープンといっても、東京都内の総合や地域の周産期センターなどでも、不妊症の多胎は診ない、拒否するというセンターもちらほらと出てきている状況です。

そのなかでは、多胎になっちゃったから、セミオープン、オープンでそっちで診てくれといっても、周産期センター自体が不妊症の治療の患者は診ませんよというふうにシャットアウトしちゃっているセンターがある以上、こういうシステムが稼動するわけがないような気がしてならない。というか、これを稼動させちゃうと、学生が余計、産婦人科に入りたくないということが当然出てきます。僕はどちらかというと、この会は精神的な支援を中心に、お産は素晴らしいよということをアピールしていった方がいいような気がします。安全面、施設面のレベルに踏み込んでいきますと、アートの後の多胎をどこのセンターがどうやって診るんだ、NICUは一杯じゃないか、国は何とかしてくれるのかという話になってきちゃうと思うんです。久保先生が先ほど言われたことですが、僕なんかと言うよりも杉本先生の方がよくご承知でしょうが、不妊

症の治療の後のドメスティックバイオレンスなどの患者さんも幾らでもみられます。

僕の外来でもせっかく5年間も顕微受精までやって、双胎でしたけれども、27週の段階で、耐えられないからもう出してくれと言われるんですね。あなた5年間も頑張ってきて何を言っているんですかと言っても、もう耐えられないという方がいることも不妊症の問題の1つだと思います。そっちの方に力を入れた方がいいのでは、と思います。そう言う、ここの安全性というのが、どこへ行っちゃうんだという話になるんですが、こういう状況のなかで、医療としての連携としての安全性と、朝倉先生の言われたこととは違って、センターとかそういう面での安全性のハードが綻んじゃっているという、システムが綻んでいるなかで、そこに踏み込んで行っちゃうと、何か底なし沼に足を踏み込んでしまうような気がしてならない面もあるんです。

堀内(母) 谷先生のおっしゃることも非常によく分かります。後で赤いプリントで出てきますけれども、産婦人科の先生は、今、人数が足りなくてお手上げ状態だからセミオープンという、非常に現実的な問題から走っていらっしゃるようですが、それをやると、どんどんどんどん、病院に産科医師が集中するわけですよ。そうすると更に産科医師が再生産されないという仕組みにならないのかなと、僕自身はずっと心の底では思っているんです。谷先生がおっしゃったように、もしかしたら、安全性ということが確保されれば、お産で、素晴らしいよと思う人も増えるのかもしれない。そのために使うセミオープン、オープンだとすればいいんですけども、今は“ともかく困っているから集中化させてしまえ”で、大工場スタイルのお産です。そうってしまったときに、実際に現場で働く方たちは本当に疲弊しきるんじゃないかと思うんですね。

僕のところの周産期でも、小児科のNICUの医者も大変なんですけども、産科医師はものすごく大変ですよ。正常のお産もやり、ハイリスクもやり、それから、時には大学ですと婦人科もやらなきゃいけない。そういう混乱状態のなかで働いていらっしゃいますから、大元のセミオープンをした大病院自身が潰れちゃう可能性が少しあることも、やっぱり考えなくちゃいけない。今、病院にあらゆることを押し付けてしまえという施策がものすごく多いですよ。こういうことを言っただけではいけないのかもしれないけど、わざと言うんですが、そう意味で、もう1回考え直すチャンスとして捉えてもいいんじゃないかと、僕は思うんですね。

医政局は、多分、効率化、効率化で進んでいると思うんですけども、人の命をそんなに効率化していいのか、特にこの周産期の問題というのは、殆どの方が正常なんですから、正常のなかで、病院のシステムを余りにもあからさまに適応すること自体が、少し問題を更にまた違う面で引き出すんじゃないかという、不安があるんですね。そういう意味で、谷先生がおっしゃることは、非常によく分かります。

島田(厚労) 先生、先ほどマスコミと言ったのは、あくまでも注目されているのでという意味で言っただけでございますので、母子保健課としては、マスコミに乗っかれという意味で言ったわけでもオープンシステムを進めたいと言っているわけでも、全然ないわけです。確かに医政局のモデル事業のなかで、そのオープンシステムが、どのような場所でどのような条件があれば機能するかというのは、モデル事業で本当に精査していただいて、今後それが普及するかどうかをちゃんとやっていただきたいとは思っております。

堀内先生もおっしゃいましたが、この間も小児科も足りないから、小児は全部病院に集中させてというような方向もあるようですが、母子保健課的には、特に“健やか”では、掛かり付け医を持っている子どもの割合というのを指標に出しているぐらいです。身近な地域の先生、そうアクセスが大変ではなく、親をサポートできる、子どもをサポートできる体制というのを考えていかなければいけないんじゃないかということも課のなかでは議論しています。必ずしもオープンシステム大賛成とか、病院に集約するべきというのを出しているわけではございません。それとかなり相当地域差がある話だと思いますね。

●日本全国一律にセミオープン、オープンという考えは妥当ではない

杉本(母) 今のセミオープン、オープンということと関連してですが、このテーマの「安全性と快適性の確保」ということが今まで施設単位で求められていたと思うんですね。それを地域単位にして考えるという視点、その地域ごとの特異性というのが当然あるわけで、そのなかでセミオープン、あるいはオープンにした形の医療体制を取るとうまくいくという地域が幾つかあるだろうと思います。浜松はおそらく、うまくいくような条件に合った地域だと思うんですね。実際にうまくいっているという話は、ある程度具体的に聞いています。そういう意味で、日本の医療が施設単位であったものが、少し地域ごとにこういうシステムも取り入

れていくという多様性が出てきたんだと思いますね。ですから、日本全国一律にセミオープン、オープンという考えに受け止めることは、これは妥当ではないと思うし、そういうこと自体が無理だと思います。だからいかにうまく地域として、どういう医療体制を作っていくかが、今、問われているわけです。

その内容がうまくいけば、出産の安全性、快適性が、十分にそれが還元される形で出てくると思います。ですから、大工場の大量生産のような発想に、一見、見えるようですけども、医療でもたくさんの人が集まらないと、次の日に休むことさえできないというのが、現状ですよ。だから、中途半端な規模のセンター病院が多いという現状では、もしセンター病院に、そうした集約をしたときには、当然その医療スタッフ、そういうハードの面も変えていかざるを得ないわけですよ。そういうことを抜きにして、今の仕事の体制のままで、診る患者だけ増えるんだったらどうするのといったら、みんな拒否しますよ。だからそういう意味では、もっと総合的に、地域ごとの特質で考えて議論していかないといけないと思うんですね。

司会：橋本 はい、いかがでしょう。

大村(産医) 産婦人科医会の大村ですけれども。私のところも、一応、名ばかりですけど総合周産期センターになりました。堀内先生とは年齢も全然違うんですけども、共感を覚えさせていただきました。厚生労働省の方が言われたことは、私も分かるんですが、周産期ということに関していえば、総合周産期センター構想がございますね。それが未だに……、ですよ。ということからしますと、そのなかで、じゃあ次はオープン、セミオープンだというのは、余りにちょっと短絡で安楽な感じがします。ちょっとそれに触れるのはまず置いておいて、やっぱりこの題目は「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」ということになっていますので、この順番どおりの重要性なんじゃないかと思うんです。不妊への支援ということでもいいんですが、よく考えると、厚生労働省も実際に補助金を出すとかそういうようなことから始めてくださっていますよね。そういうところも、このシンポジウムのテーマに、こういうことをやっていますよ、ということをアピールされるのはどうでしょうか。各論ですけども。もう不妊支援も実際に始めましたよと。

それからもう1つはですね、さっき谷先生が言われたことと関連するんですけども、不妊治療をされた方は、基本的に不妊治療を受けたというだけでハイリスク妊婦だということを、御本人たちが少し理解していただかないといけない側面があるんです。例えば、IVF-E Tを10回受けた。イクシーをその後7回受けてようやく妊娠した。妊娠して私たちの病院に来る。それで、私は自分の思いどおりのお産をやりたいと言われる方がいるんですね。旦那さんと3人で話しましょうという、旦那さんは、もうとにかく安全なお産でやってくれと。もし下からのお産で危険性があるんだったら、一番最初から帝王切開でもいいんだと思うんですが、本人は妊娠した途端に一般の妊婦に戻ってしまうという考え方があるんですね。そこまでいってしまうと、そういう人たちは、もっと快適さを追及したいんだと、私は思うんですよ。一般的には不妊治療から出来た赤ちゃんというのは貴重児と捉えて、その段階からハイリスクと考えるのが一般的に認められている考え方のような気がするのです。患者さんのなかでの考え方の解離、それから、取り扱う医療側も何でもかんでも快適性、何でもかんでも安全性と1面だけに捉われすぎのところがある。不妊治療から出た妊婦さんは、どういうふうにとらえるのが、産科の医療側の基本姿勢とすべきなのか、そういう論議もしていただくと、シンポジウムとしては非常に良いのではないかと思うんですね。

司会：橋本 今、大村先生から言っていた内容を久保先生が、今、頭のなかで考えて、テーマを2つぐらい決めてくださると思います。総論と、現状問題点、今の内容を少し汲んでいただいて、テーマをちょっと作っていただければありがたいと思います。前の2題ぐらいのテーマをどう進めていくかというところですよ。先ほどのマスコミの話が出ましたが、施策とかシステムなど、ものを変えていくのに、マスコミの利用することも良いチャンスではあるんですよ。変なことだったら困るんですけども、1人の人間が行ったことが、マスコミを通してシステムや制度を変えていくということもあり得るわけですから、良いマスコミの運動であれば乗っかっていいし、問題があれば、それに対して、やっぱりきちとしたものを出さなければいけない。

朝倉(産医) マスコミをうまく使うことはとても大事ですけど、すごく難しいです。

●産科医療提供側の現状と連続したケアについて

堀内(母) 前半のテーマ2つですが、1つはやはり、安全性を中心とした医療提供側のテーマです。マンパワーの問題などを含めて、快適性を提供するには、非常に難しい状況にもある産科医療提供側の現状を、どなたかにお話しいただく。もう1つは、開業の先生や助産師会の方たちがやっている連続したケアについて。1人の妊婦さんが、そこで妊娠経過を乗り切ってお産をされて、それで産褥期を過ごしていく。当たり前といえば当たり前ですが、それを開業の先生や助産師会の方たちはやっているはずなんですね。そのなかに、1人の女性が、あるいは家族が、子どもを迎えて育てていくというテーマがあると思います。

それが今の周産期、あるいは妊娠やその辺に絡んだ矛盾でもあるし、考えなければいけない点なので、その両方の面で1人ずつお話ししていただく。それと今回の不妊の問題というのは、不妊から始まって、ずーっと、妊娠してそれで、きょうの久保先生のお話だと、産後のことまでずーっとつながった1つのモデルになっているはずなんですね。だからそういう意味で、提供する側と、それから受ける側というか、あるいは受ける方の身になって考えたものと、組み合わせで4つぐらいという形ではいかがでしょうか。多分、開業の先生も非常に矛盾を感じながら、このオープンシステムだとかそういうものに身を捧げなきゃいけないのかなと思っている方も、結構たくさんいらっしゃると思うんですね。

司会:橋本 そうですね。きょう、大村先生がおっしゃってくださったけど、現場の開業の先生の声が、なかなかやっぱり上まで届いていないと思うんですね。今日おっしゃっていただきましたが、非常に末端では感じているんです。そんなものも少し盛り込みながら、出していけるといいと思いますね。

大村(産医) 堀内先生にちょっとお聞きしたいんですけども、プレネイタルビジットってありますよね。それを不妊治療を受けた患者さんにも、同じように適用されるべきなんですか。それとも、よりもっと積極的にされた方がいいものなんですか。ちょっとこの本論とは違うかもしれませんが。

堀内(母) プレネイタルビジットを行う小児科医で不妊治療や不妊治療を受けた方たちの心理まで十分にわきまえてできる方はどのくらいいるかというと、非常に難しいです。まだまだ久保先生のお話のとおり、全体の理解が得られていないんですね。連続したものとして捉えないと、小児科医が入れない世界です。結果だけを受け取ることになっちゃいますから。先生がおっしゃったことはものすごく重要で、やらなきゃいけないんですけども、多分、今はできていないんだと思います。

もう少し連続した形でやらなきゃいけないんで、久保先生が今回お話しいただく内容というのは、そこへつながる可能性があるんで、次のテーマとしてはものすごく重要な話だと思いますが、多分できているところないですよね。その普通にお産される一般の方についてもまだ不十分な点がありますので。

司会:橋本 一般のプレネイタルビジットでも、小児科医が産科医の信頼を得ていないという現状もまだあります。だから相当早くから始めても、なかなかまだ進まないというのも、そこら辺にまだ理由があります。最近の小児科医は育児にすごく興味を持ってきましたし、だから、少しずつ進んでいけるとは思います。

杉本(母) そのプレネイタルビジットということですけど、産科に小児科の先生に来ていただいて、妊娠中にお話はしていただいているんですが、聞く方が不妊の方でなくても、産まれた後のところまで考える余裕がありません。これ現状です。不妊の方でなくても無事出産を終えるところまでしか、見えていないですね。ですから、プレネイタルビジットを進めることの難しさはそこです。その進め方、あるいは内容を今のレベルでやっていると一向に進まないと思います。これは産科医の意識改革もいるでしょうし、妊産婦の意識改革もいるでしょうし、それからそれをやる方の小児科医の意識改革も、やっぱりそれぞれの立場でもう少しちょっと考え直さないとうまくいかないと思います。

司会:橋本 今のプレネイタルビジットは全くないよりも、やっぱり良いと思います。そのとき言えなく

ても、何か起こったときに顔見知りになっておけば、そこにすぐ行けるという1つの糸はできると思います。

杉本(母) ただ、難しいのは、そこでお話しした先生がその後産まれた後、診てくださる先生であるとは必ずしも同じじゃない。誰でも同じレベルでやれるかという、個人的なつながりをもし重視するとすれば、なかなか難しい点があるというのも現状なんです。

司会:橋本 この問題をこのシンポジウムに持っていくのは、まだちょっと難しいかも分かりませんが。

永山(母) ちょっとこのシンポジウムの話題からは離れますが、今、大村先生の話に関して。杉本先生もおっしゃったように、産後のことについては、女性には全然頭がないというので、母親学級そのものを変えようという動きがすごく多いんですね。母乳育児にしろ、子育てにしても、産前は全然理解ができない。女性の側からみて身体の変化と心の変化とを考えると、今の形のプレネイタルビジットというのは、すごく現実的ではないんじゃないかなと、私は思っています。橋本先生がおっしゃったように顔つなぎという意味では、生まれた後に子どもが何かのときに診ていただく先生という形ではいいんだと思うんですけど、実際的に女性の身体の変化、心の変化から見ると、現実的ではないシステムだと最近は感じている。母親学級ですら、どうしたらいいかというところにいるのに。ちょっと話題が違いますけど、そんな感じがしています。

大村(産医) 一般的なところにちょっと、力点が行っちゃったような話ですが、そうではなくて私が考えていたのは、不妊治療からきた人は、やっぱりアートの後なんで、それなりにハイリスクである。例えば多胎、品胎で、例えば20週代で破水してしまった。これはどういう予後になるだろうかといったときに、小児科ではなくて、新生児科のドクターのプレネイタルビジットによってこういうことがあり得ますよ。でも、できるところまで頑張ってくださいねというような話をしておいていただいて、産まれた後、新生児科のドクターが診る。新生児科のドクターの次は小児科にと、細かい段階になるんですけども、そういうのがあると不妊治療を受けた段階、受けて妊娠したときから、その妊娠が安定してきたら、今度はすぐに新生児科の話が入るとか、そういう被せていくようなプレネイタルビジットを細かく段階分けしてやると、結構、効果的になるような気がするんですね。

堀内(母) 周産期センターのあるところは、結構やっているんですね。新生児科医が産まれる前に訪れたり、あるいはNICUの看護師が訪れることがあって、それは意外とやられているんです。ただ一般にいわれるプレネイタルビジットの形ではなくて、あくまでもハイリスクの方たち、多胎の場合もやられていることは確かですね。NICUを見学していただくとか、そんなことまでもやっていますので、それはできているんですね。ただ、不妊を含めて、連続した視点を持てるかどうかという、大元のところがなかなか難しいことは確かなんですけど、次のステップにはそこに行くのではないかと思います。

岡本(助) 去年、子育て支援基金をいただいて、連続した褥婦への母子訪問を5回、連続2カ月間でということで、やらせてもらいました。出てきた大きな意見が、妊娠中に来てほしいということでした。産まれてから、一カ月目に毎週行って、それから2カ月目に2週間おきに行ってというのをやったのですけれども、それもいいんだけど、やはり妊娠中に来てほしいという意見が結構あったんですね。ハイリスクの方は、新生児科の先生やNICUの看護師さん、それから正常な場合は、開業助産師と、助産師と小児科、新生児科の先生方と組めばもっと広がる可能性はあるなという感じはしています。

杉本(母) 出生前からのNICUの見学や、あるいはNICUのドクターが来て説明するなどはシステムとしても十分、今、機能して、割と良い成績は出していると思いますね。

大村(産医) 日赤の助産師さんが、訪問看護じゃなくて、産まれる前にやっておられる話をちょっと聞いたことがあるんですけど。

杉本(母) それは今、始めたばかりです。医政局の医療安全対策の研究として、今年から始めてプランが

やっと出来上がって、実質的に今、動きだしたばかりです。これから先 2 年、試験的にやってみますということです。病院でのチェックは妊娠中 3 回ぐらいに限って、そのあいを助産師が在宅健診で埋めていくような形です。新しい医療サービスの形として成り立つのかどうか、その辺を検討する研究を始めたところです。これは社会のなかで、経済的にどうかというようなことを含めた、今後の新しい産科医療サービスというのが、どういう形ができるかという 1 つの模索の研究だと考えていただく。助産所との連携ということも視野に入れて、オープン化というような形に結びつくかどうか。在宅の診療、その近くの助産所との連携という視野で、今、進めているところです。

司会：橋本 プレネイタルビジットは、もうそれぐらいにして、テーマをそろそろ決めていきましょう。

朝倉(産医) 今、これだけお話が出たわけですから、助産師会の方から、褥婦の研究に関してまとめていただくとかということは、可能でしょうか。可能であればそういうのも入れていけると、不妊が出て、安全性が出て、新生児が出ると、掛け橋みたいなこともできるかと思うんですが、いかがでしょうか。

●地域の中で見えてこない産後の母親達

山本(助) 助産師会の山本です。不妊中は、産婦人科の先生が一生懸命関わって、そして不妊治療後に赤ちゃんが誕生した後、極小未熟児、あるいは品胎などで、NICU、小児科に掛かった場合は、小児科の先生が一生懸命関わっています。カイザーや正常分娩なりで、お産が済んだ後に、地域に戻ったお母さんに対する支援というのは、精神的な支援も含めて殆ど皆無なんですね。例えば 500、600g で産まれた赤ちゃんがいたとすると、退院直後から一生懸命に搾母乳して、通院をして、届けなければいけないという現実があります。その搾母乳をしているお母さん、小さい赤ちゃんを産んだお母さんの精神的なサポート支援体制というのは、全くない状況ですね。運良く地域の助産師につながって、関わっていく体制が整えばいいんですけども、それも保険でできることではないので、開業助産院に掛かる場合は、全部自費になるわけですね。経済的なこともさることながら、長期間に渡って関わらなければいけないということですので、手絞りで搾乳、あるいは搾乳器を使って搾乳していくというのも限界があって、本当に疲労困憊している。地域で、お母さんたちが疲労困憊しているのは、私たちは目の当たりにしているわけなんですけれども、その辺の支援について行政を含めて全くないということがあります。

地域の開業助産師が実際問題、問題として挙げたいと思うことも、たくさんあって、小児科の先生たち側からは、小児科で抱えている問題もたくさんあって、産科の先生たちも、心理面も身体面も含めて、それぞれの立場で問題がたくさんあると思うんですね。産科では、こんな問題を抱えている、困っているということを、すべてお互いに出し合って、擦り合わせているなかで、どういうふうな支援がいいのか、必要なのかという安全性と快適性というところまでつながる連続したケアが見えてくるんじゃないかなと思います。私たちも地域でなかなか届かない現状でしたが、実際には地域の助産師は、NICUにかかっているお母さんたちの支援を、本当にたくさんやっているわけです。それをぜひ、発表することができて、そういう機会を与えられれば、本当の意味での継続ケアという、つながった支援体制ができるかなと思っています。

司会：橋本 それを、今おっしゃっていただいたことを、何か 1 つの言葉で出せますか。

山本(助) 今ここに、テーマ 1、「不妊への支援について考える」と書いてあるんですけど、これは本当にいいところを捕らえているなと思いました。私たちが、地域の助産師として関わっているのは、不妊治療で妊娠、出産した両親への支援ですね。不妊治療後の問題点、赤ちゃん側、両親側からという、心理面のサポートというところに踏み込んでお話ができると思います。産科は産科側から、小児科は小児科側からということで、自分達で抱えて問題というのはものすごく大きい。小児科の先生が、産科の先生は妊娠させるだけで、その後、小さい赤ちゃんがずーっと大きくなるまでの経過って見てないんだよねって言う。そのお互いの思いが山ほどあって、私たちは産科の先生の気持ちもよく見ているし、小児科の先生の気持ちもよく見ているしという、両者の橋渡しができる立場です。橋渡しはできていないんですが、橋渡しをうまくすれば何とかつなげられるかなという気持ちではいます。公の場で発表することはないけれども、その医局の隅々で

挙がっている産科の先生たちの声、小児科の先生たちの声を、このシンポジウムでどんどんぶつけ合って、声にしていくことはお互いの理解という意味ではいいと思いますので。

司会：橋本　　今、久保先生が、もう2つくらいタイトルを考えてくださっていると思いますけども。

久保(産学)　　実は、何も考えてなかったんですが、今、山本さんからテーマをいただきまして、大変助かりました。そのテーマを1つ入れていただいて、もう1つは、不妊医療の現状、問題点を解説しなきゃいけませんので、産婦人科学会の方でできると思います。不妊医療の現状と問題点というなかで、不妊医療の安全性や快適性を求めるにはどうしたらいいか。先ほど大村先生がおっしゃったように、その不妊治療によって産まれた児が本当にハイリスク児なのかということ、これはまだデータがないんですね。ただ一般的にはそういわれていますけれども、そういった面を考えなきゃいけません。

学会や受精着床学会で、アトで産まれた児の予後調査ということこれから始めるわけです。ただちょっと遅きに失しているわけですが、一応欧米のデータなんかもありますから、そういったことを加えながら、我が国の今後の児の予後ということ調べていくわけです。まだ今のところ日本でのデータがございませんので、現状としては、不妊医療の現状と問題点は、問題提起するというようなテーマでと、もう1つは、山本さんのおっしゃったテーマでいいかと思います。

司会：橋本　　そうですね、もう2つはできました、これで。お願いします。じゃあ、前の2つを何か。

永山(母)　　妊娠、出産、母乳育児、育児をとおしての継続支援ということで、母乳の会からどうでしょうか。それから。

司会：橋本　　妊娠、出産、産後の継続支援というところですか。

永山(母)　　ええ、それが快適さに結びつくという。

司会：橋本　　これはまあ、今までの流れのまとめみたいなものですね。このなかに2を入れて。谷先生、大村先生から出ました現場での何かありませんか。

杉本(母)　　産科医療から、不妊との関連の接点という点での問題点を出すとすれば、先ほど大村先生が言われた、不妊症で妊娠したら、即ハイリスクである、あるいは即貴重児であるという考えはちょっと私は賛成できない。どの子もすべて貴重児です。特にこの少子化の時代は、すべての子がやはり貴重児なんですね。だから不妊の子だけがvaluable childという考えは、私はむしろ余り一般的ではないと思うんです。大事なことは不妊治療で妊娠された方が、周産期医療で入ってきたときに何が問題かということです。個別的に見たときに、やはり年齢が高い、あるいは多胎妊娠が多い、あるいはその早産の背景になるような感染を合併している率が高い、あるいは子宮筋腫の合併が多いなど産科の個々のリスクをたくさん持っていちゃる、あるいは複数もっていちゃる方が多いということもこれは事実ですね。ただ全体として共通していることは、その心理ですよ。心の持ち方がゴールに達したという感じで、すんなり妊娠された方とはちょっと違う心理状態を持っていちゃるという面はあると思います。周産期医療から見た不妊症患者さんたちのリスクという捉え直し方というのは、できるんじゃないかなと思うんですね。そこで安全性、快適性というのを効率的にどのように対応してあげるかという課題が出てくると思うんですね。そういう意味では、不妊治療とその治療の現状ということと対応するような、妊娠、出産におけるリスクというものの解析ということになりましょうか。そんな視点が1つはあっていいかなと思います。

大村(産医)　　杉本先生が、今、言われたとおり、全くそのとおりでございます。私先ほど言ったとき、ちょっと言葉が足りなかったかもしれないんですけども、本当にハイリスクかどうかということではなくて、こういうふうに言ったらまた語弊があるかもしれませんが、注意の度数が上がるという考え方なんですね。今、杉本先生が言われたとおり、心理面でのサポートというのがないといけない患者さんなんじゃないかな

と、すごく痛感させられることが多いからです。その辺を含めてよく考えると、余り問題にされていない感じがします。健やかという言葉が入っているので、こういうシンポジウムですから、できれば不妊治療を受けた人の心理的なサポートはどういうものなのか、取り扱いはどうなのかというようなところを、ちょっとクローズアップしていただければ、いいんじゃないかなとすごく思いました。

司会：橋本　　はい、それは先ほどの、助産師会からの提案のなかに、盛り込んでいただいていたいいですね、その辺も、当然。はい。

●産婦人科医の人数が問題です

谷(産医)　　杉本先生がおっしゃったのは、非常に私も興味があるところです。もっと言えば、減数手術が児に対して長期的に問題がないのかどうかというのも、知りたいところなんです。医会でも先天異常部で話し合っても、結局自然妊娠の多胎とのデータの比較が、隠していることも多いので、データとして出にくいんじゃないかと、やっぱりそこに落ち着いちゃうんですね。やりたいんだけど、調べきれない。今回は何となく久保教授がおっしゃっているようなことで、不妊の問題はしておいて、今までやってきたものの集大成みたいなものをする。今、僕が思っているのは、これだけの団体があって、角をだそうと思えば、安全だ、快適だって言い合いになっちゃうんでしょうけれども、根本的には、この僕自身が数年前までは、やっぱり、周産期センターにいて、安全性というものを売り物に、拠り所にし、そこをバックボーンにしていました。胎児治療、胎児手術までやるというなかで、生きてきたわけですから。ただ今後、自分の将来、ずーっとセンターで働くかどうかということを考えてみると、今、うちのセンターで分娩するよりも、僕がそれなりに信頼できる助産師さんと、2人で1人の妊婦さんをずっと見られるなら、そっちの方が絶対安全な気もするんですね。

そうなってくるとやはり、安全性というのも結局流動性、快適性というのも流動性のなかにある。厚生労働省医政局には悪いんですけども、どっかに集めようということになればローリスクがハイリスクの集団になって、安全性が欠如する分娩が出てくる。産婦人科の医療者の人数との兼ね合いになってくれば、ローリスクであるものが、それこそ一般の1次施設で分娩すれば安全だったものが、ベルトコンベアーに乗り過ぎて、オーバーワークになればリスクマネジメントで、アクシデントレポートが書かれるようなことが必ず起きてくる。流動性のなかでのローリスク妊娠とハイリスク妊娠というような、分け方ですね。それから産科救急になったときの受け渡しをどうするか、というようなことの方に重点を置くというのではダメなんじゃないかなというのが僕の思っているところです。

堀内(母)　　今のお話で、谷先生がシンポジストですね。よろしくお願いします。

岡本(助)　　同感で、ぜひその辺を論じてほしいと思います。よろしくお願いします。

司会：橋本　　4つのテーマができましたですね。まとめまして、最初に、今までの流れのまとめにちょっと不妊を入れて、総論的なものを入れていただく。2番目に谷先生に基盤の声も含めて、今のお話、それを少し入れる。谷先生、タイトルを何か考えて下さい。

これはすごく幅が広いと思うんです。臨床開業医の声から数の問題から、オープンシステムの問題から、何かいっぱい詰っていると思うんですけども、それをうまくまとめてください。

(具体的なシンポジスト等の議論については略)

●厚生科学研究の進捗状況について

司会：橋本　　2番目のテーマ。ちょっとスピードを上げましょう。厚生労働科学研究についてです。今の厚生労働科学研究で、途中経過報告をお願いします。

朝倉(産医)　　産婦人科医会でのアンケートですが、ちょっと直して、今、作っているところです。それで、バースプランに関しては、1つか2つ、アンケート項目があります。本当に少しですけども、データが出てくると思うので、それも流用したりしていただけると、いいかと思いますけども。

司会：橋本 他に、はい、助産師会から。

岡本(助) 助産師会の方は、良い活動をしている施設に対する聞き取り調査を、今、実施している段階です。12月27日にやり終えて、持ち寄ることになっております。以上です。

司会：橋本 はい。母乳の会は、何か特に。

永山(母) 母乳の会は、まだ、途中。BFH、赤ちゃんに優しい病院のお母さんたちの調査をするというところまで、具体的にこれからです。来年の3月のあいだまでに何とかできなきゃいけないんですね。やります。

司会：橋本 お母さんたちの達成感ですね。では、次に行きましょう。前回提起された、助産師の適正配置の問題ですが、その前にきょうプリントがあります。最初に、健やか親子21総会での報告をレジュメとしてあります。最初の1、2、3とかいうものは、去年の総会のまとめの、4番に不妊というものが入ってきて、そしてその後、今後の課題、これからどういうところに組み込んでいくんだというものを5番に加えさせていただきまして、1つの報告として出させていただきました。後で、ちょっと目を通していただけたらありがたいと思います。5番の今後の課題というものについて、少し掘り下げていく必要があるのではないかと思います。この厚生科学研究のなかにも、この項目は少しずつ入っていつていると思います。

それから、次に、日本産婦人科医会からの産科オープン、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、これ、朝倉先生、ちょっと御説明をお願いします。

朝倉(産医) 先ほど来、話題になっていますけども、産科オープンシステム、セミオープンシステムというのが、今年度、産婦人科の世界では話題になったわけです。1つには、医政局の方で、安全のためにオープンシステム、セミオープンシステムをこれからやっていくので、来年度からモデル地区を作って、実際に研究を進めるというような後押しの力もあったこと。それから、もともとオープンシステム、セミオープンシステムというのは、平成3年に日本の母体死亡を長屋先生がまとめたときに、その提言のなかで出てきたものです。妊婦を死なせないようにするには、こういうシステムも日本では考えなければいけないということから始まったものだと思います。それが今年、去年の暮れから、新聞を賑わわせたりしたこともあって、産婦人科医会の会員が非常にパニック状態にも近いような騒ぎに半年ぐらいました。それに対して産婦人科医会としてオープンシステム、セミオープンシステムに対してどう考えていけばいいかという、考え方を示したのが、9月11日の産婦人科医会の理事会で決定された文章です。これは、将来的には、当然こういうことも視点に入れての開業や、妊婦の見方とかというのもやっていった方がいいだろうということを出したものです。これを基本において、安全のためには大事なことであるということです。

ただ、現時点でやるにはかなり無理がある。45%以上が診療所で分娩をしているという現状、それから産科医が非常に少ないという現状があります。すぐには増えてこないであろうということも踏まえて、10数年をかけて、こういうシステムが採れるところでは採っていくように努力してみよう、地域で努力をしてみようということです。当然のことながら、島の多い土地であるとか、非常に田舎の山多き土地なんかではこんなことできませんので、それはそれでしっかりと安全対策を作ってくれということを言っています。

地域に即したシステムのなかの1つの安全策のオプションとして考えてもらって、採れるところは採る、採れないところは別のことを考えるということで、今後、行政、医療従事者、国民が一体となって、検討していく必要がある。それから、現況の段階では、さまざまな施設、すべての施設で、安全策を高めながら、ローリスクは診療所で分娩をしていくというようなことを肯定している文章です。ですから、先ほどから、出ているようにとっても無理なシステムであると、はなから捨てるような言い方はしておりません。書いてあることが本当に理解されれば、何も反対するところはないと思いますけども、本来はこの会であれば、このなかに快適性をどうやって付加していくかというような考えも出てこなければなりません。私が先ほどから言っているのですが、まだ、産婦人科をやっている医師の多くの人たちは、どうも、快適性まで考える

余裕がなかなか出てきていないというのが現状のような気がします。以上です。

司会：橋本 朝倉先生、この前も、ちょっと問題になりましたが、このオープンシステム、セミオープンシステムという定義そのものが、うまく理解されていない面があると思うんですけども、それは、例えば産婦人科医会から、その定義的なものを、出していただけるのですか。

●本来のオープンシステムと日本的なものとは違う

朝倉(産医) そうですね。本来のオープンシステムというのを、何を考えていっているのか分からないまま書いているところがありますので、論議しているところがあります。もともとは、アメリカのように妊婦は完全にオフィスで診て、それから分娩は病院へ連れて行ってお産をするのがオープンシステムだと思いますが、日本でいうオープンシステムというのはそこまで考えてはいないようです。妊婦は、分娩のときは病院へ自分が付き添って行ってお産をすると、一部の人たちは考えているようですが、現行、日本でやっているオープンシステムというのはそうではなくて、妊婦さんたちは健診をして、分娩のときには、行ければ行く、行けなければ行けないというようなところで、考えているようです。それから、セミオープンシステムというのは、病院にははなからもう行かない。紹介するだけ、というようなことです。このオープンシステム、セミオープンシステムというのは、中核になる病院があって、その周りで、妊婦さんたちの外来を開業の先生たちがやっているというように考えると考えやすいんですけども、そこら辺の定義は日本的なもので、まだまだ確立したものではありません。でも、現行のことを考えると、今のところは外来部門を開業医がやっていると考えると、1番、大多数になるようです。

司会：橋本 それを活字で明示されると、これも考え方が分かってくると思うんですけども、その基盤がないと、やっぱり迷う点が出てくるといことはあるかも知れませんね。この前、助産師会の考え方と産婦人科医会の考え方も、ちょっとずれがありましたよね。考え方によって、この取り方が少しずつくる可能性もあるんですが、何か定義をボンと最初に出せないものでしょうか。

朝倉(産医) 考えさせていただきます。

司会：橋本 ぜひ、その辺をよろしく願いいたします。よろしゅうございましょうか、この件で。

永山(母) ちょっと質問です。助産師会が言っているオープンシステムというのは、助産師さんも一緒に分娩に行く。ハイリスク以外は、帝王切開の手術のときも。正常の場合は分娩につきそう。

岡本(助) はい、普通は、正常の場合は、一緒に入らせてもらう。

永山(母) お産に、介助なり、立ち会ったりするということですか。

杉本(母) 産婦人科医会がもう少し余裕ができないと快適性の追求ができないというお話がありましたが、これは1つは、考え方を変えないと進まないという点があります。何かというと、助産師の役割、あるいは妊娠、出産、育児の過程における継続的ケアというようなことの重要性をどう認識するか、あるいは出産、育児ということの過程をどう捉えるかという、捉え方の問題の発想の転換がないと、今の求めている快適性というものに対する対応が、恐らくできないと思います。ですから、このオープン化をやっても、それは結局は、全体の人手不足の医師の地域的な調整に留まってしまうんですね。そういう意味では、助産師も含めた産科医療としての在り方として、もう1回、産婦人科医が捉え直さないと、今後の産科医療の快適性も満足するような出産の対応ということは恐らく不可能だと思います。産科の医師が増えないのなら、逆に言えば、助産師の役割というものをしっかり見直して、助産師のもっと高いレベルでの、助産師意識というものを持って、それを育成していくという方向性が、日本の産科医療の場合には恐らく必要になるのではないかなと、私は個人的には思っています。そういう意味で、その余裕ができればということの内容です。考え方の発想を転換できるような余裕が持つてほしいなことだと思います。

朝倉(産医) 正にそう考えているところですけども、卵と鶏の関係になるかもしれません。ただ、妊娠、出産、育児に対する観点というのを、それぞれ開業していらっしゃる方々は持っていて、一生懸命やっているんだと思うんですね。それで、その言葉と助産師さんの言葉が合わないこともしょっちゅうあるようで、いくらBFHの認定を受けている病院ではたくさん助産師さんが来ますよといっても、なかなかうまくいかない部分があります。そこら辺の考え方をどうやって、いわゆる啓発してうまくやっていけばいいか。どこがモデルなのか。助産師さんがいっぱいいるところは、モデルにはなりませんので、ある程度集まってきているような病院をモデルにして紹介していくとか、そんなことを、やっていかなければいけないかなと思います。そこは、本当にうまくいけばいいところなんですけど。

杉本(母) その点ではですね、開業産婦人科医といっても、決して1枚岩ではないんですよ。すごく多様性があって、助産師とチーム医療として、うまくやっていらっしゃるお医者さんがいることも事実なんです。そういうところへは、募集をすれば助産師さんがたくさん集まるんですね。募集をしても来ないとおっしゃる診療所の方は、どうも考え方の問題がある。昔からの考えから、もう1歩脱却できないところがあるんじゃないかと推測はします。そういう方が、大勢になるのかどうかという問題かと思いますけれども。徐々に変わりつつあるのかなという印象も持っています。

大村(産医) 朝倉常務理事が、今、発言された内容に関してですが、快適性に関しては杉本先生が言われて、全くそのとおりだと思うんです。ただ、なぜ安全性の方をまず、先に片付けなくちゃいけないかという話になったかといいますと、このピンクの紙に、1番上に書いてありますけれども、9月11日付けで会員全員にお送りしてあるものです。この大元というのは厚生労働省の方から出されました、班研究のメインで、安全性を確保するための産科オープン、セミオープンシステムという題目です。いろいろな論議が起こったために、それに対する医会としての考え方というのを、これで出したので、やはり、安全性がまず、第1に来ちゃっているんです。今、朝倉常務理事が言ったような形の論議が、まず、なされなければいけなかったもので、最終的になされた結果、こういうものをみんなに、会員全員に発送したということなんです。快適性は、当然、杉本先生が言われたようなことを、十分考えていかなければいけないんですけども、とりあえず、まず、回答としては、こういうものを出したと捉えていただければ、前後がはっきりすると思うんです。

司会：橋本 分かりました。というのは、中林班の「良い産院の10カ条」も、前の安全性が抜けているんですよ。安全性を入れてしまえば、あれはあれで良いかもわかりません。そうすると、ここにつながってくる可能性があります、良いという言葉だけで言っていますので、他のことが抜けているよということになったんですね。杉本先生にちょっとお聞きしたいんですが、今、モデル地区の研究をやっていますよね。そのオープンシステムのモデル地区としての定義はあるんですか。

杉本(母) オープンということでは、先ほど岡本さんが言われたように、助産師、助産所で扱っていたケースがセンターに来て、その助産師さんが立ち会ってお産をするという形を基本として考えています。

司会：橋本 分かりました。それと兼ね合わせて、その、きちんとしたオープンシステムという定義を作っていたけると理解できると思います。実際に困ったのは、うちの地域で、本当に産科救急が入れない。じゃあ、少しオープンシステムでもやってみようかといったときに、その、オープンシステムというきちんとした定義が何だということから入って行って、進めなかったという問題があります。ですから、まず、きちんと出していただけると、こういうことができるんだということが説明できるんです。非常に難しかった面があります。その辺もぜひよろしくお願ひしたいと思います。

日本小児科学会の新生児委員会で母子同室のガイドラインの案が出ていますので、堀内先生からちょっと御説明してください。

●新生児委員会で母子同室のガイドラインづくり

堀内(母) 日本小児科学会のなかに新生児委員会がありまして、そのなかでいろいろな問題を討議してい

ます。例えばNICUでのMRSA感染はどのような対策を取ればいいのかとか、そういうリコメンデーションを出すのが1つの役割なんです。そのなかで、正常産、正常新生児に対して、余り小児科学会は考えてこなかったんですね。最近、実際に調査してみても、産科の方で、 magari なりにも母子同室をおやりになっているところは、もう6割を超えているということなので、それで、小児科学会側での考え方をまとめようということで、ガイドラインを、今、作っております。

もう1つ、付け加えておかなければいけないのは、必ず新生児に関わることは、産婦人科医会との合同委員会、小児科学会との合同委員会がございます。そのなかで、ディスカッションをしていきます。小児科学会が出したものが、産婦人科のなかで通るかどうかが。通してしまってもいけないものですから、整合性を取るためのことをこれからディスカッションしていくんですが、そのなかで出てきた母子同室のガイドラインです。まだ、ガイドラインの案で、僕たち自身が見ても、少しこれはちょっと違うなというところも、まだあります。これから検討しなきゃいけないんですけども、ぜひ、産婦人科学会や産婦人科医会の先生方、あるいは助産師会の方たちに、ちょっと見ていただいて、妥当なものなのかどうか、あるいは合同委員会に出しても問題がないのか。基本的な考え方は大体ここに書かれています。1番、母子同室の意義について。それから2番、母子同室を行う医療スタッフチームに必要な事項。それから3番、病棟と病室の条件。4番、母子同室が不適当と思われる場合とその対策。5番、母子同室を実施するに当たって懸念される事項と対策。まあ、こんな見出しだけ見ていただくと、流れがお分かりいただけるのではないかと思います。そして褥婦さんとの、擦り合わせをしなければいけないので、これを産婦人科学会の合同委員会への案として、もう少しまとめて出していくことになると思います。今までディスカッションしてきた快適性だとか、それから産後の育児につながっていく面での、新生児ケアのあり方をまとめたものです。

司会：橋本 はい、よろしゅうございましょうか。何か、御意見ございますか。

久保(産学) 産婦人科学会の受け皿は、周産期委員会でございますか。

堀内(母) 周産期委員会の方がメンバーになっているんですけども、合同委員会というのがございます。これは、新生児のことは産科と小児科でオーバーラップしていますので、それを調整していくという形で、6年、8年前にできています。各団体3人ぐらいずつのメンバーで、ディスカッションされているようです。

久保(産学) では、その合同委員会で、もう分かっているわけですね。

堀内(母) まだ、これは出ていません。

久保(産学) ああ、そうですか。

堀内(母) この案は今、小児科側で案を練っていることで、これから出て行くことになると思います。

永山(母) 同室の概念というのはどういうのですか。出産直後からのを言うのか。今、母子同室といっても、アンケートを取ってもいろいろで、72時間後でも母子同室と答えているところもあるんですけども、この母子同室の概念はというふうに考えているのですか。

堀内(母) 非常にデリケートなところで、1の2番を見ていただくと分かるんですが、出産後早期から母子同室を行うことは、とこう書いてありまして、時間は書いてないんですね。これは、さまざまな社会的な事情があって、本当は明確にしてお出しできればいいんですけども、まだそこまで行っていません。それは産科とのディスカッションで出てくるのではないかと思います。一般の産科の方もこれを御覧になって、あるいは一般の小児科医も見て、それで考えるということなんで、だから僕自身も、この案を見て、少しちょっとまずいなと思ったことが幾つもありますので、ぜひ、そういう指摘をしていただけるとありがたいです。これはあくまでも、小児科学会です。日本未熟児新生児学会というのは、小児科学会の分科会ということになっていますので、未熟児新生児学会の意見はこのなかに含まれます。ただ周生期新生児学会は全然違

う学会なので、今のところはまだです。実際に、これをリコメンデーションを出すときには、周生期新生児学会の意見を聞かざるを得ないんですね。そのメンバーのほとんどは、先ほど久保先生がお尋ねになったメンバーになると思います。ただ学会が違うものですから、その辺はすこし調整しなきゃいけないと思います。

●産科看護師問題について

司会：橋本 はい、よろしゅうございましょうか。大体、予定された議題はこれで終ったんですが、他に何かございましょうか。

個人的なことで、朝倉先生にお話を聞かせてください。実際にちょっと困っていることがあります。例の、新聞に出てきています助産師さんが足りないという問題です。産科看護師の問題ですが、「どうなんですか。第2課題でこういうのはやっていないんですか。まさにこの問題でしょう」という意見が、助産師さんから来ます。それから逆に、臨床の現場の診療所のドクターからは、「そんなことされたら、本当に現場ではできないんだよ。付いておって、やれるというところでは、いいんじゃないか。それに対して、この第2課題のなかで、何か論議があるのか」という声も結構出てきて、どう答えていいか分からないんですけど、朝倉先生、最近の情報を教えてください。

朝倉(産医) そうですね、僕は適任じゃないかもしれませんが。産科看護師というのは、一時、産婦人科医会でたくさん作った時代があったんですけど、これは、廃止の方向でどんどん減っているし、実際作っていません。産科看護師という名称は作っていません。だから、産科看護師であれば、お産がとれるというような間違ったイメージが、10年、20年ぐらい前でしょうか、あったんですけども、それは現在はありません。これから作るべきものでも多分ないだろうと思いますから、先生がお聞きになったのは、恐らく看護師さんに内診をさせてはいけないという問題ですよ。それに関しては、医師の監督下であれば看護師さんに内診を時にはしてもらわなければ、ほとんどのドクターはお産をやっていけないというのは、確かなので、それについては、現在折衝中です。

司会：橋本 はい、折衝中。この課題2においても、今、そのレベルで進んでいますということでもいいですね。理解していますということで。はい、どうぞ。

岡本(助) 内診というのはやっぱり、継続的に、それこそお産の進行や助産行為に関わるもので、内診だけしてそれでということで、やるべきものではないと、助産師たちは考えています。今も多分、看護師さんが1期ずっと見ておられると思うので、それはやはり、外診で進行している状況というものがいろいろありますので、その辺のところを中心に、先生にも報告されたら、かなりの進行度はつかめると思いますので、内診だけでやる必要はないんじゃないかなと思っております。

朝倉(産医) 余り僕がしゃべるのは適任ではないんですけど。もちろんそれでも、すべてを含めて、やっぱり診ていかなきゃいけないし、内診というのは、多分、ハイテクニクですので、それなりの教育を受けた人が、内診はするべきだと思います。開大度を調べるとかは、恐らくできるんじゃないかと思うんですけど。何というんでしょう、これも結局のところは、していいんだ、していけないんだというのが何十年もなおざりにされてきて日本の産科医療が成り立ってきているので、それをどうするんだということもあるんですね。ですから、ある面では、こんな医療体制を作っておいて、これを壊してしまったら本当に分娩は出来なくなってしまうぞというような、問題点を簡単にお話になってしまったというものです。役所の、非常に、責任を感じます。ですから今、簡単にどうのこうのという話はできませんけれども。

永山(母) 今、産科看護師さんが働いていて、まだ、40、50の方がいらっしゃいますね。今は、作っていないというのは……。

朝倉(産医) ですから産科看護師という名前は、今は、ないんです。ないですけども、何年か前、何十年か前に取った方はいらっしゃる。

大村(産医) 10年ぐらい前に廃止されているはずです。

永山(母) 開業産婦人科では、産科看護師はお給料が5,000円高いなどという身分でやっているところが、結構まだあるようです。

朝倉(産医) そのシステムを本当にやめるといったのは、2年前ですね。それまでどんどん減っていましたけど。

岡本(助) この問題は、ただ、内診していい悪いという問題よりも、先ほどからおっしゃっているように、やはり産科のマnpワ-、助産師の数も含めての問題ですね。行政は足りているという見解を公にされていますけれども、助産師としては、決して足りているとは思っていませんし、そういう意味では、産婦人科医会の先生がおっしゃっている必要数の方が、ずっと現実味があると思っています。もう少し広い観点から、それこそ安全性の確保も含めて考えなきゃいけない問題です。それこそただオープンシステム化を採れば片付くというような問題ではなくて、本当に妊産婦さんにとって良いような産科のサービスが何なのかを、やっぱりもっといろいろな角度から、やっぱり論議しなきゃいけないと思います。ただやっていいとか悪いとかいうようなことで、済ませてほしくないなと思っています。

司会：橋本 はい、ありがとうございます。時間も過ぎてしまいましたけれども、厚生省の方から何か。

厚生労働省B 今、いろいろ御意見いただいたところは、本当に母子保健課としては、ちょっとお答えできない部分も多いんですけども。母子保健課としての考え方は、やはり、この健やか親子21の課題2の考え方でして、本当に対象の方にとって必要なものは何なのかというのを考えた上での議論をしていくべきだと考えています。今、岡本先生がおっしゃったとおりで、数だけで見て、足りている、足りていないということを論じるのではなくて、やはり安全性と快適性は、本当のところはどういうところで求められていくのかという問題ですとか、オープンシステムも、1つのオプションではあるんですけども、それがすべて解決するものになるのではないんじゃないかという考えもあります。ですので、ぜひ、いろいろな問題を、この幹事会を中心に考えていただければ、ますます広がりを持てるんじゃないかというところと、また、今回、話し合われたことは、医政局の看護課や医療安全推進室の方にも情報提供しながら、またあちらからも考え方を聞いてきて、こちらに返していくように、橋渡しをしていきたいなと思っています。

シンポジウムの件は今回決まりましたので、とてもよかったと思います。3月にシンポジウムを終えると、来年度は中間評価見直しです。何度も申し上げているとおりでありますが、それに向けまして、今年度中に1回は、中間評価のための検討会というのを立ち上げたいと考えています。先生方には、その検討会のメンバー等で、御依頼をさせていただくこともあるかと思しますので、どうぞよろしくお願いいたします。

司会：橋本 はい、ありがとうございます。他に何か言い忘れたことございませんでしょうか。よろしゅうございますか。では、次回の健やか親子の幹事会は1月の28日ですね。

<配布資料>

1) 日本産婦人科医会より

「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 平成16年9月11日」

2) 「日本母乳の会より正常正期産における母児同室ガイドライン(案) 日本小児科学会新生児委員会平成16年12月7日」

健やか親子 21 推進協議会
課題 2

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

全体会議 議事録
(平成 14 年、15 年)