

自立して出産に臨むのだと。今までは前半期のほうはおおむね医療体制ということで、受け入れて安全に、安全性を担保してあげますよというような内容が主だったと思います。ですけれども、本来、お産というのは自分が産むわけですから、自分がきちんと自己管理ができなければいけないというようなことを、やはり同じ産む側の自立も考えてほしいというような思いもありまして、話を進めさせていければと思います。お願いします。

まず、助産所といいますのは、独立して産科医が出産を取り扱うという医学的なところもありますけれども、助産師のほうは実は、医療法の中に規定がございまして、公衆または特定多数人のため、その業務を行う場所ということで、病院と診療所のほかに助産所なるものがあって、そしてお産にかかわることができるということが医療法の中に規定されております。

そこでは、妊婦、産婦、または褥婦の10人以上の入所施設を有してはならないというようなことで、10人以下であれば助産所、いわゆる入院施設を持ってよろしいというようなことが規定されております。次、お願いします。

ただし、その中に嘱託医というのがありますけれども、これは有床の助産所の場合のみに限定ということで、実は家庭分娩を取り扱う無床の助産師の場合の規定はございません。ですから、嘱託医なしで開業している家庭分娩を取り扱っている助産師もおります。有床助産所の場合には、医療法の第19条に規定されておまして、助産所の開設者は嘱託医を定めておかなければならないとされております。しかし、この医療法の中では嘱託医師の専門性の規定はございません。ですから、産科医が嘱託医にならなければいけないということは規定されておられません。

しかし、一般的に産科医の嘱託医が多いわけですし、有床助産所の場合にはそういったところをお願いしているわけなんですけれども、これは児童福祉法の中の児童福祉施設裁定制度というところに規定がございまして、第2種の助産施設、これは施設で出産を希望するけれども、経済的な理由等で施設で出産することが不可能だというような場合に、第1種の助産施設になっているのが病産院なんですけど、第2種の助産施設というところに有床助産所が規定されております。その第2種の助産施設の職員に関する規定の中に、嘱託医は産婦人科の診療に相当の経験を有する者を規定している助産所のところで出産をせよというような規定がございまして、次、お願いします。

助産所の利点と欠点というのは、あえて申すまでもなく、妊産褥婦にとっては常に1人の助産師との関わりができるわけなので、かなり家庭的な雰囲気でのいろいろな精神的なケア、それから出産のケア、産後ケアということが期待できるということになります。

最近の精神保健の方面から出ているデータによりますと、じっくりと1対1で継続して精神支援を受けた者は児童虐待が少ないというようなこともいわれておりますので、そういったかたちでは、最近、社会問題化している、そういった問題等にも、いわゆる妊娠期からのかかわりというのは、かなり重要視されなければいけないだろうと思います。

それから欠点としましては、救急の場合、嘱託医の指示をあおぐということがありますが、やはりタイムラグが生じてしまうと、速効ができないというようなことが挙げられるかと思えます。それから、救急の場合や助産の介助など助産師同士の個人的なネットワークの依存率が高くて、大半、今、全国で開業されている助産所の先生方はほとんどが同じ助産師同士複数でいろいろなネットを組んでやっておるということが大半です。

そうはいつでも責任者は1人ですねということになろうかと思えますので、1人の助産師が経営するので、公私の区別が付きにくくなって留守になかなかしにくいと。これは別に助産所に限ったことではなく、産科の診療の先生方も同じだろうとは思いますが、次、お願いします。

現在、2003年のデータですと、有床助産所は全国に313カ所ございます。宮城県内には1カ所です。無床の助産所、全国に323カ所、宮城県では15カ所ということで動いております。この有床、無床の場合は、有床の場合はおおむね分娩を扱って、なおかつ産褥期までケアをするということになりますが、無床の助産所のほうは保健指導、あるいは乳房ケア、それから先ほども話をしましたが、家庭分娩の取り扱いと、そういったところで請け負っているということになります。

東京都内のほうは、そういった助産師の取り扱いの分娩件数が全出生数の1%から2%に上がっているというようなことで、かなり希望者も多くなっているというような傾向にあるようです。次、お願いします。

これは助産師の数です。全国とそれから宮城県ですけれども、全国には約2万4,000人、2万5,000人弱の助産師がおります。1980年代、これはもう切れてはいますが、かなり4万人とか倍近くありますけれども、徐々に減ってきているということになります。宮城県の場合には約600人弱おりますが、これ、2004年、昨年度、なぜこのところが一昨年よりも30人増えたかちょっとよく分からないんですが、多分これは看護師と助産師と複数の仕事というか、ライセンスで申告をするなんていうことがあるのかなと。だから、実際、今まではどこか別の、産科系でないところで働いて看護師として、届け出をしたけれども、今年はやはり本領を発揮したいわというようなことで、看護師じゃなく助産師で登録したのかななんていうようなこともうかがい知れるかなとも思いましたけれども。学校の現場におりまして、学生が県内に就職をしたいというときにここ1年間で30人、就職率がアップしたなんてほとんどなくて、実は県内に就職が年々減ってきているんですね。募集が減ってきておりますので、そういうことになっていきますので、ちょっとこのへんはよく分からないところなんですけれども、約600人台いるということになります。次、お願いします。

これは全国の産婦人科を標榜する病院、診療所の推移を見たものですけれども、全国レベルでもかなり、先ほど来、先生方がお話しされておられるように、産婦人科、いわゆるお産を取り扱うところがどんどん減ってきていると。まさしくそのとおりというようなこ



ということになりますので、ちょっとまずいなというようなことがいえると思います。

そこで院内助産院というのは、実はこういうことをいうんですけれどもというようなことをお示しして、実際あなた方がそういうような状況になったときにいかがでしょうか、利用したいと思いますか、思いませんかというようなことを、これは宮城県内のお母さんたち 500 人強に調べたものです。

そうしましたところ、したいという人としたくないというか、拮抗していますね。したいという方は、おおむね自分の思ったとおりにできるそうだから、アットホーム的だからというようなことで、おおむねプラスだったんですけれども。ただし、しないというお答えした 53%の方、この方の約 6 割が緊急時にすぐに医療の手が差し伸べられるという保証があるのではあれば、やりたいというようなデータでした。次、お願いします。

妊娠から産後の管理体制の希望ということでは、チームでやってほしいというのがこちらで、そういうような意見の方が大半です。次、お願いします。

現在、全国でどのような連携がなされているかといいますと、実はこれは助産師の助産所と病院のオープンシステムを取っている病院です。おおむねいろいろなデータから、大体、把握できたものをお上げしましたけれども、この大阪厚生年金病院は 2004 年の 9 月ですから、できたばかり。連携できたばかりなんですけれども。9 月ですから、10 月にはもう 15 カ所の助産所と連携を組んでいます。実際、オープンシステムを行っております。次、お願いします。

それから、これは院内助産院、この院内助産院の 3 カ所、これはほかに産科医がかなりそれぞれ、かなりといっても 4 人とか、5 人とか、多くの産科医がおられたほかに、助産師だけで助産院を行っているというものです。ですから、選択肢をお母さんたちにたくさんお示ししている病院ということになります。次、お願いします。

これは助産師外来を運営している施設一覧というところで、ネットであるいはいろいろな雑誌で挙げられていたものをピックアップして調べて、その範囲の中でチェックしたものですけれども、ほとんどが取り上げて。多分、超音波などもやられているんですけれども、結構、こちら、白紙の部分というか、お示ししていないところもほとんどがやっておられるようです、どうも。ただ、明確にきちんと記事に載っていなかったものですから、チェックをしていないということになりますけれども。

ここに挙げたのはほんの一部でもっとたくさん網羅されている。全国的にありますよ、それも個人病院だけじゃなくって、きちんとした公的な病院もかなりな数、含まれておりますよというようなことで、助産師外来は院内助産所で、分娩を取り上げるというような 1 つ手前、1 段階、またグレートアップすれば分娩までというようなところの取っかかりだと思いましたので出してみました。次、お願いします。

こういった取り組みを助産師の職能がどういようなところで取り上げているかというようなことになってきますが、日本助産師会のほうは、これはもう開業助産の教育をずっ

と年間やっておりますので、こちらではもう本格的にかなりきちんとしたカリキュラムを組んで、実際行っております。看護協会の職能のほうでは、16年度に職能集会で院内助産師の提案というようなところで取り組みがなされ始めまして、来年の1月に開設の手引きをもう作りましたので、そのシンポジウムを行う予定になっております。

それから、日本母性衛生学会は今年の10月に宮崎のほうでシンポジウムに、院内助産院についてというような1つのシンポを組みました。それからあとは、岩手県の医師会のほうでは、先ほどお話ししていただきました小笠原先生もこのメンバーの中に入っておられて、それで産科医療対策検討会の中で助産師外来開設のためのガイドというものを9月に発行しております。このガイドを利用しながら、県内の助産師がぜひその助産師外来を開設してほしいという呼びかけをしております。次、お願いします。

将来的には、セミオープンですと自分が取り上げるというような機会を逃すということもありますので、ぜひオープンシステムにしてほしいというような、希望としてはあります。それから助産師外来は、外来にとどまらずにきちんとバースセンターまで網羅したようなかたちでやっていければいいかなと。産科医のあるところでの、助産師の院内助産院ということになっていますが、今は、将来的には産科医不在でも、きちんとしたかたちのバースセンターを運営できるようになっていければいいかなと。そのためにはやはり、先ほどのITの活用、あるいは職種を越えたコラボレーションで変革をし、産科医のバックアップ体制をきちんと取ったかたちでやっていければいいかなというように思っております。以上です。ありがとうございました。

岡村：はい、ありがとうございました。助産師側からの取り組みと申しますか、そういうようなことをお話しいただきましたが、特に確認するような事項ございますか。よろしいですか。では、先生どうもありがとうございました。

それでは次に、実際に新聞報道なんかでもご存じだと思いますけれども、院内助産所っていいんでしょうか、そういうようなことをスタートをしております公立刈田総合病院の助産師のワタベテルコさんでよろしいんですか。すみません。間違ったらごめんなさい。

渡部：いいえ。

岡村：よろしいんですか。

渡部：ワタナベです。

岡村：あ、失礼。

渡部：すみません。

岡村：病院で自然なお産がしたいということでお話ししていただきます。よろしく願います。

渡部：病院で自然なお産がしたい、このタイトルは医療者としてではなく産む人から見た表現になっています。産む人が主役になれなくて、医療者がどんなに一生懸命論じても本当のお産にたどりつけないままにいるような気がして、あえてこんな表現を選びました。

私は今現在、かろうじてお産に携わることができている勤務助産師です。医療者ですが、2度の出産経験にも恵まれた産科の消費者でもありました。かろうじてというのは、今日の産科事情で、以前勤めていた病院の産科が閉鎖され、危うくお産の現場から離れざるを得ない状況に立たされたからです。

県内、特に仙台市内ではほかの病院でも同じような事態が次々と起こり、助産業務から離れた助産師は少なくないのではないのでしょうか。幸か不幸か、今のところ言い難い状況ですが、私の場合、今の勤務先で助産師を続けることができ、院内助産所という産科の新たな取り組みを始めようという場に置かれています。

今日、この場にいることは場違いのような気もして、自分でも違和感を覚えています。第1の役割は院内助産所を紹介すること、そして勝手にもう1つ役割を設けてみたのですが、助産師が置かれている今日の現状の一部、個人的ではありますが助産師としての思い、産む人の思いも少しは伝えたいと思って、今日は出席させていただきました。資料も何もない発表ですが、どうぞお付き合いください。

早速ですが、院内助産所というものをご存じでしょうか。一般の方はもとより同じ病院の中でもいまひとつ理解されていないところ。院内保育所か何かのイメージを持たれたこともあります。秋ごろからマスメディアに取り上げていただき、少しずつ知られつつあるようです。

先日、当院で出産された方がやはりテレビを見てくださったということでしたが、地元の病院の産科が映っていたけれど、何が変わるんだろうとママ友だちの中で話題に上ったそうです。当院のお産すべてが変わるわけではありません。自然の力を引き出せるお産をしたいという妊婦さんに対し、医師が可能と判断すれば助産婦が中心になって責任を持ち、妊娠中から出産、産後の家庭に帰ってからの生活までかかわっていかうとする取り組みです。

目指すところは、助産所のような妊婦、産婦、褥婦と赤ちゃんに継続してかかわれる家庭的な環境であり、なおかつ病院の中に存在するので、産科や小児科が近くにあり医療サポートが必要なときに早く受けることができるというメリットをうたっています。

そのような取り組みを始めるきっかけとなったのは、やはり今日の産科医不足です。そして助産師がいながら、本来の助産師業務に取り組めていないという問題も浮き上がってきたところがあります。そこに提案をくれたのが病院の管理者でした。

少し話を戻しますが、今日の産科事情が問題になる前から、本当は自然のお産が母体や赤ちゃんに優しいこと、妊娠中から出産まで継続的にかかわることが自然なお産を安全に成し遂げるのに効果的なこと。さらに、その流れがいい子育てに反映されていくものであることと気付かれてはいたはず。です。

それでもその理想的なシステムが崩れてしまったのはどうしてなのでしょう。今の時代、病院で産むのが一番安全と思われています。医療は日々進歩していますから、確かにその

とおりでとも思います。お産を扱うすべての病院に当てはまるわけではないのですが、病院の中では機能的に業務が流れるようにいろいろな区切りが作られやすいです。

そこでかかわってくる人たちは、施設が大きくなるほど要所要所で違う顔と多く出会うことになり、1人のお産に行き着くまでに一体、いくつの人を中継するんだろうという感じです。医師も複数、助産師も複数、パラメディカルの人たちもいます。大勢がかかわって大満足という人もいるのかもしれませんが、誰が自分のことを一番ちゃんと分かってくれているのだろうと不安になる人もいるはずです。

不安を抱えたままでは身も心も緊張して、いいお産を目指すことも難しくなることだっています。そこで大きな病院でも、入院する病棟と健診で通う外来等をスタッフが連動して、妊産婦とかかわれるようにしているところも随分前からあります。

また病院でお産するに当たって、最も安全な時間帯である平日の日中にお産になるように医療処置が加えられることもあります。これも確かにマンパワーやシステムが十分に稼働できるため、緊急時に対応しやすいことにはなります。

自分自身、総合病院に今日まで勤めてきて、そこで産むことへのメリットは多々あり理解してきたつもりですが、その反面、実際違和感を何か感じながら、産んでいった方たちの姿も目にしてきました。でも、彼女たちはその思いを言い残すことはあまりなく、おめでたい出産とかわいい赤ちゃんに免じて、退院していったのかもしれない。

お産に医療がかかわることを真っ向から否定するつもりはありません。しかし、産み方や育て方を選びたい人がそのことを主張しやすい場ではなかったかのように思います。みんな同じように経過していくことを知らないうちにわれわれが押し付けていたのかもしれない。個別的にとはいいいながら、彼女たちの求めている個別というものには全然行き届いてはいなかったとも思えます。

今回、当院で院内助産所をするにあたっては、消費者である妊産婦からの声が特別あったわけではありません。先ほどもいったように、地域性もあり、助産所って何という段階にまだいます。開設したからといって、利用者が現れ始めるまで時間を要することも予想はされます。

それでも場を確保することで、たった1人の利用者からでも自分のお産に対する思いを語ってもらい、お産を含めたその人まるごとと、われわれが向き合うことを通して、何かしらの評価が残り、わずかな声のつながりからでも需要があり続けることができれば、取り組んだ価値は見出せるかと考えています。

病院管理者から見れば、数を増やさないと話にならないといわれかねませんが、一人ひとりのお産や妊娠経過に丁寧にかかわろうとするときに、数はこなせないものだと認識しています。数をこなそうとするから、施設のタイムスケジュールに当てはめたり、合理的な集団指導が必要になってくるのだと思います。それはそれで仕方ない部分もあるでしょうし、無意味なわけでもないはずですが、お産の数がそれなりにあるところでは、集

団指導も効果をなし、妊娠、子育てに関する情報や生の声を収集しやすかったりもするでしょう。

しかし、少子化、過疎化などの影響を受けてお産の数が少なくなった地域の病院において扱われるお産の環境は、数が少ないからといって丁寧にかかわるといえるにはほど遠いものがあります。当院の実状は分娩件数でいうと、月に10件はありません。赤ちゃんがいない日も続くことは珍しくはない日常です。そこへベッドが空いていれば埋めるべくして、いろいろな科の患者さんが入院してきます。いわゆる混合病棟です。

私たちは、助産師でもあり、看護師でもあることは言うまでもないことですが、助産業務がなければ、たいていは看護業務をしています。産科でケアする対象がいなければ問題は無いのですが、日ごろ、看護業務を中心に仕事が計画されているわけですから、産科の方が入っていても看護業務に追われているうち、例えば手術の患者さんを受け持っていたり、眼科の点眼の時間だったり、検査に下りる時間だったり、おむつ交換の時間が来たり、これは赤ちゃんではなく、寝たきりの方のことです。走り回っているうち、お母さんと赤ちゃんのことをすっかり置き去りにしてしまっているような現状です。

入院している患者さんにももちろん罪はないのですが、助産師なのにお母さんと赤ちゃんのケアを満足にできないという皮肉な現場です。そして、そういうところで働いている助産師も世の中には結構いると思います。目の前に手を差し伸べたい母と子がいても、そんな状況の中では堂々と彼女たちを優先的にしてかかわることができません。おっぱいの飲ませ方や赤ちゃんを育てていくヒントなど、十分に得られず希望より不安を膨らましたまま退院していくお母さんたちがたくさんいます。

助産師としてこんなに切ないことはありません。自分がそこにいる意味すら分からなくなってしまう。世の中、少子化対策うんぬんかんぬん論じられてはいても、なぜか現に少ない子供たちを育てていく環境はどこもかしこも厳しいことばかりのような気がします。その中で、お産する環境も重要なはずなのに、医師はいない、産む場所がない、助産師はいてもそばに来てもらえない。おかしいことだらけです。

院内助産所を進めていくときにかかわるスタッフは、本来の助産師としての業務に専念できるようにすることが前提です。お産したい人がすぐには現れない状況であっても、今までケアできないできてしまったような部分へかかわる時間を確保するのに当てたりすることで、母子ケアの充実が今より図れることは期待できると思います。また産後の家庭訪問の導入も考えており、助産所としてお産を扱うことに主を置けないうちは、できるところから取りかかっていきたいと考えています。

しかしながら、これまで病院で助産師として勤めてきた内容は、妊婦健診からお産を自立して扱うには余りにも技術的にも、判断力的にもおぼつかないものであるため、日ごろのバックアップに加えて、教育的な部分でも医師の協力が不可欠であることも確かです。

また当院のように医師が1人しかいなければ、不測の事態に代わりの医師がすぐ確保で



きるかどうかは非常に重要なことです。その保証がなければ、今始めようとしている助産所については先がないことが見えてしまいます。

助産師は医師のようなことはできません。ただ、産婦さんが求めてきたときに助産師としてできることはやれるような環境であったり、助産師能力を持ち備えていられるよう、教育の場を整えてもらう必要があると考えます。

岩手では宮城よりも深刻な産科事情の中、遠隔的な臨床判断および支持を受けられる体制が始まっていると先ほども伺いました。医師がいなければそのようなネットワークでもない限り、緊急時の保証もないところでお産を扱うわけにはいきません。でも、この地域で産もうとする人のために産み場所や産み方を選ぶことができるように、お産環境を整えるための体制づくりを強く願っています。

また、施設に勤務しているということで、開業助産師のような保証が今のところわれわれには受けられない現状です。そういう点からも病院に守ってもらう必要もあります。

先日、ある集まりに参加して手にした資料の中にこんな言葉があったので紹介します。「私たちには助産婦さんが必要です。人の心のある仕事をしてください。本当の助産婦になってください」という母たちからの応援の言葉です。応援でありながら、胸に深く突き刺さってきました。心の中で唱えるたびに涙もあふれてきます。青臭いといわれるかもしれませんが、私はこのお母さんたちに求められている本物の助産婦になりたいです。いつでも寄り添える助産婦でありたいと思います。自分を必要としてくれるお母さんと赤ちゃんがいるから、支えてくれる人たちにも恵まれ一緒に働いた医師にも守られ、今日まで助産婦を続けてこれたような気がします。

助産婦を育ててくれるのは、時には学校や職場にいる先輩や医師だったこともあります。本物の助産師にしてくれるのは、一番はお母さんと赤ちゃんだと思っています。私たち産科にかかわる者たちは、立場や分野や方向が異なっても、お産の環境をよくしたいとそれぞれに日々動いています。

しかし、申しわけないけれども、産む人やその家族の声に十分、気付いていられていない現状かもしれません。ですから、どうかたくさん声を上げてほしいのです。もちろん、私たちも耳を傾けなければいけません。院内助産所はそういう窓口にもしていきたいと思っています。この場を借りて、言いたい思いは山ほどあったつもりで、うまくまとめられませんが、理解をし合える方が1人でも多くいてくれたら幸いです。

院内助産所に関しては、すべてにおいて立ち上げ段階で、残念ながら公の場所でお見せする資料を用意できませんでしたが、興味を持たれた方がいらっしゃいましたら、ぜひ刈田病院までお問い合わせいただけたらと思います。

差し当たり、たった1人ですが、院内助産所を利用して産みたいという産婦さんがいます。彼女は1人目を東京の助産院で産み、そのときの満足感を求めて産むところを探して、福島から通ってきてくれています。家族の中で産みたい、助産師の力を借りたい、できれ

ば何も薬などを使わず処置などをせずに産みたいという紙いっぱいのバースプランを預かりました。どれだけかなえられるかは未知ですが、彼女は「助産所のよさを伝えて」と、自分のことが今日、取り上げられることを快く承諾してくださいました。助産所はいいところばかりでは済まないこともあるかもしれませんが、そのことに関しては、彼女もその家族も十分理解しているようですし、いざというときは医療に頼る覚悟もできているようです。立ち上げたばかりで不安定さもある病院ということも理解していただいています。今の私たちにできる範囲で、医師のサポートを得ながらかわっていかうと思っています。

彼女の意見も含め消費者の意見をいただきながら、1つの家族の始まりとしてお母さんと赤ちゃんが気持ちよく過ごせる場を作っていきたいと思います。つたない話となりましたが、ご清聴くださりありがとうございました。

岡村：はい、ありがとうございました。まさに、フォーラムというのはそういう皆さんの意見を聞いて、どうするかを考えるということで、今日は問題点、いろいろなことを出していただいて、その中で第2部のほうでディスカッションしていただくというふうな趣旨です。どうもありがとうございました。また、後半の部分でお願いいたします。

このスピーカーの最後に、厚生労働省の母子保健課の課長の佐藤敏信先生から、行政の立場からお話をいただきたいと思います。産科、小児科医療の確保とその問題点ということで、今までいろいろなことをお話ししていただきましたけども、国としてどういう考えで、どういうふうなことをやろうとなさっているのかをぜひ、この場を借りてお聞きしたいなということがございます。課長、どうぞよろしくをお願いします。

佐藤：ご紹介いただきました厚生労働省母子保健課の課長で、佐藤と申します。よろしくをお願いします。15分という時間だそうですので、なかなかどれだけのものが伝えられるかわかりませんが、とにかくポイントを絞ってお話をしたいと思います。次、お願いします。どんどんお願いします。

今の現状ですけれども、ここは小児科医の話も含めて書いておりますけど、どんどんいってください。こういったことです、産科医師不足、地域的な偏在、それから特に小児科の分野では休日夜間のニーズとか、診療体制。それから、産科も小児科も同じですけども、病院勤務医師の過重労働のようなことが問題になっています。それから特に小児科の場合ですと、採算性のような問題も話題になっておりまして、縮小化の話なども出ているようです。どんどんお願いします。

それでちょうど先々週、先週ですか、平成16年の医師・歯科医師・薬剤師調査の概要というのが出ました。平成16年というのは、16年の12月31日現在で、日本全国にお医者さんがどのぐらいいて、どんな診療科を担当していらっしゃるかということだったんですけど。全医師数が2年間で7,094人増えました。これはどのくらい増えているのかといいますと、2.8%ということになります。

ちょっと大学の先生方、よくご存じだと思いますので、頭の片隅に考えていただきたい

んですけど、今の医学部の定員というのは80医科大学ありまして、7,350ということですから、1年で7,350の新しいお医者さんが大体出てくるということになります。それが2年間ですから、1万4,700人ぐらいが供給されていると申しますか、市場に参入してくるわけですが、実際にはお亡くなりになる方とか、廃業される方とか、あるいはぼつとしていて届け出をしない方と、そういう方もいらっしゃいますので、半分以下に落ちてしまいました。7,094人が2年間で追加される数になります。

一方、産婦人科について見ますと、産科、婦人科、産婦人科、どういう名前で標ぼうしてもいいものですから、どういう数え方があるかというのもちょっと難しいんですけども、一応、婦人科も含めて、産科、婦人科、産婦人科で合計してみますと、244人の減ということで、何と医師全体が2.8%増えている状況で産婦人科の先生は2%減少しているということです。小児科は医師数2.8%に比べると、やっぱり半分ぐらいの増加しかありませんけれども、1.4%ぐらいは増ということになります。次、お願いします。

それでこれはもう小児科ですからスキップしましょう。次、お願いします。どんどんスキップしてください。はい、これもスキップしましょう。スキップしてください。はい。産科婦人科、さっきいいましたものをグラフにただけのことです。医者さん方がついにもう25万人ということですから、医師人口10万対で大体210を超えているわけですが、こういう状況で1万2,400だったものは1万2,156で、このままいきますと次の2年後には1万2,000を切ってしまうんじゃないかと危惧しております。

注意していただきたいのは、この10年ぐらいをずっと見ますと、微増か横ばいという感じで減少するのか、しないのか分からない感じだったんですが、どうも16年に関する限りははっきりと減少の傾向が見てとれるんじゃないかという点がちょっと注意を必要とすると思います。次、お願いします。今、申し上げましたとおりですね。

これもちょっと分かりづらいんですけども、ちょっと見ていただきましょう。年齢階級別にピンクが女性、ブルーが男性なんですけども、大体この35歳、30歳ぐらいを中心にしまして、もうそれ以前と以降で見ますと、どうも新規で入ってきていらっしゃるお医者さんというのは、もうかなり女性の割合が増えているらしいということがいえると思います。このへんの50歳代ですと、女性の産婦人科の先生少ないんですが、若い層では女性が非常に多いということがいえます。もちろん、浪人もせずに留年もせずに卒業してくる女性のお医者さんが多いというのも1つの原因ではあります。はい、次、お願いします。

それで、これも同じようなものを棒グラフにただけですので、ご覧いただきますと、着実に女性の割合が増えている。次、お願いします。これも同じですね。はい、次、お願いします。

それで、こうした医師不足ないし医師不足感の背景ですが、今も申しましたように予想以上に女性医師が増加している。特に最近、新入生で見ますと、40%を超える女性の状況であるということです。ちょっと振り返ってみますと、私は1977年か76年ごろに大学、

医学部に入ったんですけれども、そのころですと少ない大学ですと女性の割合は5%、私の学年は10%ぐらいだったですね。その前の学年は5%ぐらいしかありませんでしたが、それがこの20年から30年ぐらいで、大体40%ということですから、予想以上に女性医師が増加しているということです。次、お願いします。

それから、冒頭にもしかしたら岡村先生の話なり、スライドにあったかもしれませんが、新卒後臨床研修制度というのが平成16年の4月から導入されまして、今その2年目が終わろうとしているんですが、その臨床研修制度の導入というものが影響した可能性があるということです。はい、次、お願いします。

それから、これ後ほど数字でお見せしますが、第二次大戦中に医学専門学校というものが設けられまして、旧帝大の場合も医学専門学校というものが設けられましたし、旧6医科大学といわれているところにも専門学校が置かれている。それから、帝大も6医科大学もないところにも、例えば高知のようなところにも医学専門学校が作られたということで、第二次大戦中に医専というのが一時的にできて、またそれが戦後に統廃合されて少し縮小したわけですが、そういった方が一斉にリタイヤする時期にきている。これは後ほどグラフでお示しします。次、お願いします。

それから、これは岡村先生の前でこういうことをいうと、またぶっ飛ばされそうですけれども、センターオブエクセレンス構想とか、大学院重点化ということで、これは考え方自体は決して間違っていないくて、やっぱりこれから高齢化していく、子供さんも減る、それからわが国の場合はオーストラリアのように鉱物資源に恵まれているわけでもないですし、中国のように人的な資源もそう多いわけではありませんから、そうなると科学技術立国ということで科学技術でもって国の力というものを蓄えていかなければいけないということだったわけですが、結果的には大学院の定数がもう非常に増えまして、その結果、一方で臨床医を養成するという宣言をしながら、こちら側では研究者の養成ということで、7,350人を臨床医と研究者で取り合うという、研究部門で取り合うという結果になってしまいました。

ですから、外から見ている人にとってみれば、医学部というのは果たして臨床医を養成、それは厚生労働省が導入したものとはいえ、医学部というものが臨床医に重点を置いているのか、大学院に重点を置いているのか、ちょっと見えづらいところがあったかもしれません。次、お願いします。

それからいろいろな話、あまり聞きたくもない話ではあるんですけれども、名義貸し問題のようなものもありました。それからお願いします。次、お願いします。

それから関西医科大学研修医労働者訴訟と、私はいっているんですけど、関西医科大学で研修医の方が過労死をしたということになっているわけですね。研修医というのは、読んで字のごとく、勉強している方なのか、それとも労働者なのかということだったんですけど、裁判所の判断は労働者だったということになりましたので、旧労働省のほうでもや

っぱり研修医のみならず医師全体に対して、ある程度、労働基準法というものを適用していかなければならないだろう。

今、直ちに厳格適用するわけではないけれども、中長期的には少しずつ適用していったって、例えば看護師さんのように2交代制であるとか、3交代制であるとか、そういったことも検討しなければならないほどのものになっているのかもしれない。次、お願いします。ちょっといっぺん戻してもらえますか。

この話を除きますと、この新卒後臨床研修制度の導入というのが平成16年に華々しく導入されましたので、いかにもこれだけが犯人のようによく思われるんですけども、これは私の客観的なものの見方でいうと、こうしたいろいろな問題が背後にあって、最後に引き金を引いたと。つまり、底流にこういう問題があって、最後に駄目押しをしたのがこの新卒後臨床研修制度だろうと思っています。

ちょっとグラフで見てみましょう。医師の年齢階級別の分布を見ています。これは場所を書いているんですけど、大学は水色ですよ、病院はこのえび茶の部分ですよ、診療所は黄色ですよ。それ以外に、私のように行政にいる者とか、保健所にいる人とか、あるいはもう完全に家で悠々自適と、そんな人がいらっしゃるかどうか分かりませんが、それは水色です。

こうやって見ますと、1972年には44歳ぐらいのところにこういうはっきりしたピークがあります。これが黄色です、これがまさにさっき申しました第二次大戦中の医専出身者のグループの山が、ここにあるわけです。ところが2000年になりますと、この山はここにだんだん小さな山として消え行こうとしています。大体、これご覧いただきますと、75歳から79歳ぐらいです。あれからもう5年たちますから、そうすると大体80歳ぐらいで、大変失礼な言い方になりますけど、生物学的にも社会学的にもいよいよこの山は消えていこうとされているわけです。

一方、このあたりに少し大きな山が出てまいります。今日、旭川医大の病院長さんお見えになりましたけど、旭川医大だとか、東北ですと秋田大学のような新設医大の山が、大波がこのあたりにいよいよ来ております。この波が実をいうと、こういうふうにかぶさってくるようになります。

ですからトータルで見ますと、実は今こういう状態ですけども、こう何というか、こういうようなかたちをしていますけれども、この波がどうとこっち来ます。旭川医大の第1期生たちがやってきましたと、この波がこのへんまでぐあっとこう来ますから、そういう意味では中長期的にはお医者さんの数というのは十分なものになるだろうというふうに読めます。

ただし、その実態はなかなか難しいと思います。要するに、この波がこっちに行くだけですから、高齢者が高齢したお医者さんが増えるだけでして、若いお医者さんの数は増えませんから、このあたりを補ってくる、埋めてくれる方が増えるという。

それから、さっきから何度も言うておりますように、女性のお医者さんがかなり増えてまいりますから、いくら雇用均等だとか男女平等だとかいいましても、まったく1人の男性のお医者さんと1人の女性のお医者さんが等価値だというわけにもなかなかいきませんので、そうしたところが今後に影響してくるだろうと思います。次、お願いいたします。ちょっとこれはまた別な現象を見てみましょう。お医者さんの総数というものは、あまり中長期的には心配することがないんだと申しました。数字を上げて申しますと、今、人口10万対で210だと申しました。これは先進国中でイギリスの次に低い数なんですけれども、多いといわれる国でどのぐらいあるかというと、人口10万対で330とか350。それから飛び抜けているのは、イタリアのようなところで、これは400ぐらいを超えていますけれども。

先ほどの、ちょっとこの図のよりも、もういっぺん戻りましょうか。1つ、元に戻ります。先ほどのこの波がこっちに来たときに、どのぐらいになるか。簡単に計算できるんですね。今、1年に生まれる子供さんの数が大体110万人ちょっとぐらいですから、いろいろな施策を講じたとしても100万人というのがもう目前に迫っていると思います。

つまり、1年に生まれるお子さんの数は大体100万人ぐらいでしょう。それで医学部の定員が7,350だとすると、もうこれ簡単なことで、1学年当たりでいうと人口10万対で700という状況になります。もちろん、25歳未満のお医者さんというのはいませんし、80過ぎたお医者さんというのもそういらっしゃいませんから、そのあたりを除いても中長期的には人口10万対で500という数になりまして、これはもう世界の各国の中で、一部の共産主義国とか、いいかげんな医学教育を行っている国を除けば、もう相当な医師過剰国になります。

ただ、そこに至るまでは何年かかるかというのは、このグラフを見ていただくと分かりますように、大体、その旭川医大グループがもうちょっとこっちに来ていただかなければなりませんから、ざっというと30年ぐらいはかかると。ややちょっと気の遠くなるような話ではあるわけです。次、お願いします。

これはちょっと特別に長谷川敏彦先生って、保健医療科学院の先生にお願いをして、医師・歯科医師・薬剤師調査、これ平成14年のものを使ったものでして、ちょっと3年ぐらい前のものになったんですけど、分娩件数に対する病院の産科、産婦人科医の数の分布を二次医療圏で取ってみたものです。

これ何をいいたいかといいますと、この目盛りのところを見ていただきたいんですけども、0066とかなっていますけど、こっちは1ですね。何がほしいかということ、要するにお医者さんは足りない足りないといっているだけけれども、地域的な偏在、偏りがあるということを見ていただきたいと思ったんです。

さっきから何度もお話出ていますけれども、同じ北海道の中でもこれやや赤い感じのところがある。赤い感じの隣にはもう濃いブルーがある。それから、例えば九州なんかは割

といいほうなんですけれども、濃い赤いところがあるかと思う隣にやっぱり濃いブルーがある。

つまり地域的な偏在というのが、西高東低というのは間違いなさそうなんですけど、単純に西高東低だけじゃなくて、県庁所在地とそれ以外というところで違いがある。その差というのは、この目盛りを見ていただくと分かるように、大体 100 倍ぐらいの差があるというてつもない偏在が生じているということです。

今日はほかの数字は持ってきておりませんが、こうした地域的な偏在だけでなく診療科の偏在というのもございます。最近でいうと、脳神経外科というのはアメリカに比べても相当に多いというようなことがいわれておりまして、それから皮膚科なども最近急増している診療科の 1 つでございまして、診療科の間でも偏在がある、偏りがあるということになります。はい、次、どんどんお願いします。

もともとの原因ですが、はい、どんどんいってください。役所に期待する方、多いと思いますけれども、魅力ある職場づくりだとか、魅力ある研修の場づくりというのも重要だろうと思います。今の給与体系というのは、基本的には年功序列の給与体系、病院に勤務される限りは年功序列の給与体系になっておりまして、能力あるいは労働の量、確保の困難性に着目した給与になっておりません。

ですから、具体的に診療科の名前を出すと怒られますけれども、比較的余裕のある診療科と、あるいは産科や小児科のような診療科と比べますと、同じ 1 時間の給与、労働の量だとするならば、同じ 1 時間だとするならば、給与は一緒ということになります。

そうすると、なかなか産科や小児科のような忙しいところ、あるいは麻酔科のようなところには行きたがらないということになります。ですから、本当はこうした年功序列の給与体系であるとか、あるいは固定した就業形態、例えば今の就業規則ですと週に 40 時間以上働かなければ常勤とはみなされないことになっているわけですが、女性のお医者さんが増えてくるということになりますと、週 20 時間でもいいじゃないかとか、あるいは午前中働くだけでも常勤とみなしてあげよう、それで社会保険料、取りますけれども、年金とかあるいは医療保険の掛金、雇用の…負担分を出してあげようと、こういったことを考えてこなければいけなかったんですが。

これはずばり申しますと、本当に申し訳ないんですが、病院長先生のやっぱりご判断とか、あるいは事務局長さんの認識が今までやっぱり薄かったのは事実だろうと思います。こういった魅力ある研修の場づくり、年功序列の給与体系を変えていけるか。

これはもちろん中央の省庁にも問題がありまして、国立とか県立とか付きますと、人事院の給与体系に準拠するかたちで固定的な給与形態でしたが、こういったものが少しずつ変わらない限りは、産科医というものが魅力のある職業にはならないわけです。次、お願いします。それから、常勤の…、今、申しました、はい。

それから、診療報酬の分配の妥当性についてまいります。病院と診療所、あるいは同じ

病院の中でも産科と皮膚科、あるいは産科と脳神経外科、そういったところの分配が妥当かどうか。ちゃんと本来の経済的な支援が妥当な分配になっていると。

それから、もう1つ非常に重要なんですけれども、大学卒業後の進路というのは基本的には職業選択の自由ののっとなって自由になっております。これを医学教育課長などに、私は文部省にもいたことがあるので、医学教育課長などに話をしますと、なかなか職業選択の自由があって難しいんだよなということで、あんまり話を聞いてくださらないんですけれども。

しかし、それは私はちょっとおもしろいなというか、不思議だなと思います。と申しますのは、入学試験のときにはどんなに医師になりたいという希望が強くても、成績が悪ければ他の学部割り振られるとか、あるいは医学部にいけないということがあるんですけれども、いったん入ってしまいますと、どの進路を目指すか自由ということですが。ちょっとそのへんは矛盾するところもあるんじゃないかと思うんですが。

こういったところを自由に行っている、あるいは不合理があるという中で、お医者さんに来てほしいとか、いってもなかなか難しいところはあるかもしれません。次、お願いします。まったくの自由で。はい、どんどん。もう時間がないので、どんどんいきます。

行政で解決できることがあるかということで、どんどん行ってください。もうどんどんクリックしてください。行政には、はい、どんどん行ってください。もう時間がないので、ばんばん行ってください。

一般にはこの3つです。規制の改廃、あるいは価格を調整する、関係者の利害調整、行司役みたいなものですね。次、お願いします。医療に関する限りは、この3つです。はい。人、箱、金。もう分かりますね。次、いきましょう。どんどんいしましょう。人ですけれども、数とか質とかです。どんどん行ってください。どんどん行ってください。医学部定員の検討とかありうるのかもしれませんが、でも、絶対数では将来的に医師過剰と予想されていますし、定員増の効果は20年後、しかも産科医、小児科医増につながるという保証ございません。つまり、どんどん増やしたところで結局皮膚科とか、耳鼻科とか、眼科とかにいつてしまうのであれば、産科や小児科医増につながる保証ありません。

その証拠に、冒頭に出しましたように、お医者さんの数はどんどん増えているのに、産科医が減っているという、これはいい証拠でありまして、医学部定員を考えると少し工夫をしないと駄目だと思います。それから、どんどん行ってください。特定診療科。特定診療科の入学枠だとか、私が言いましたように専門医数への枠導入、専門医のポストは例えば、皮膚科だったら1万人しかいないよと、1万人を超えても専門医になれませんかよぐらいにやらないといけないのかもしれませんが。どんどん行ってください。

はい、女性医師と対策。これはやらないといけませんね。交代制、短時間の。それから、院内保育所については、今日はちょっと話している時間がないんですけれども、少し工夫をすれば、院内保育所、女性のお医者さんが使えるようになるはずですので、こういった



ことも病院長さんとか、事務長さんがよく考えていただくといいと思います。次、お願いします。どんどんいってください。

箱ですね。箱は医療機関ですけれども、こういったこと。それから、お金。どんどんいってください。お金です。はい。お金は診療報酬上の評価と、それから診療報酬によらない補助金というものがあります。補助金の中には、例えばNICUとか、MFICUとか。さっきのお話であると、総合周産期母子医療センターのようなものを新設したりすると、補助金が出て、建設費の一部は補助金が出るんですけれども、そういった話。どんどんいってください。どんどんいってください。これはもう飛ばしましょう。はい、どんどん飛ばしてください。どんどん飛ばしてください。

それで、診療報酬上の評価なんですけど、どうも先々週、ちょっと戻ってください。3週間前に中央社会保険医療協議会、診療報酬の分け前を考える、分け前とか、診療報酬のアップを考えるとあるんですけども、そういうところでおおよその考えが出ましたけれども、小児科については休日夜間なんかは病院と診療所、それから産婦人科については残念ながら正常分娩に関しては自由診療でございますので、診療報酬の関与する部分が非常に小さい。

そういうことでハイリスク分娩のように、保険を取り扱うようになったところについては、それなりに評価をしようということで、今、話は進んでいるようでございます。来年の2月ぐらいには骨格が見えてくると思います。次、お願いします。どんどんいってください。もうこれで終わります。

補助金なんですけど、ちょうど今日、今ぐらいに阿部官房長官が厚生労働大臣とか財務大臣を呼んで今、議論しているところだと思うんですけど、三位一体改革の関係からは、ちょっとどうもこのへんが狙われているということで、地方にもう財源ともども回すので、国からもう補助金をもらうんじゃなくて、国に交付金のかたちで渡しておくから、県に渡しておくから、県からもらってちょうだいねという仕組みにどうもなるんじゃないかと思えます。

今日、だから今ごろですから、決着が付いていけば今日の夜、あるいは明日ぐらいにはこの補助金がどうなるかが見えると思います。次、お願いします。

はい、三位一体改革ですね。はい。それで。官邸主導で、引き続き政治の世界は動いていこう。医政局のほうでは、医師需給の見直しとか、地域医療計画のガイドラインとか、ここをやっています。それで、保険局は診療報酬改定、それから医療保険改革。これはどちらかという、老人の医療費の自己負担相当分を引き上げるというか、要するにたくさん出してもらうと。こっちの話で来ているんですけど。

いずれにしても、産科、小児科をどうするかについてもこういった大きな流れの中で、やはり官邸主導なり政治家中心といいますか、国会中心で動いていくのは間違いなさそう。次、お願いします。でもう、これで終わりです。

今後、留意しなければいけないところはこんなようなところ、あ、ちょっと戻してくださいね。こんなようなところになると思います。新卒後臨床研修終了後、医師が動向をどうするかということです。これは国立病院機構、矢崎義雄先生が理事長していますけれども、大学病院に比べますとちょっと先手を取ってしまったなという気は、実は正直言っています、矢崎先生は3年目以降についてもしっかりとがっちり後期研修をやるんだということで、大学に戻らないように引き止め策をしています。

大学の先生方もこれは戻って来るのが望ましいかどうか置くとしまして、戻ってくるようにするとすれば、少しやっぱり3年目以降の後期研修なり、それから後期研修をすることで、大学ならではの技術なり、大学ならではのメリットがあるかどうかというのを、やっぱりありふれた言い方ですけど、世に問うということをしていただかないと、想像以上に卒業するお医者さん方の意向と申しますか、希望というのは、臨床中心、臨床の技術を身に付けたいというところにニーズが偏ってきているか、集中しているように思います。

それから、診療報酬上の評価なんですけど、よく産科の医療大変だ、小児科の医療大変だから、診療報酬の分配を自分たちのほうにたくさんと、こういわれます。昔は、頼むねといわれると、ある程度、役人のさじ加減で何とかなった部分があるんですけども、さっきも申しましたように最近では官邸主導ですし、もう1つはデータ重視ということになってきております。よく小児科は不採算だとか、産科の何とかかんとか部門は、この部分は不採算だと、こういわれるんですが、実は意外に収支の正確なデータがない場合があります。

私は、5、6年、7年ぐらい前でしょうか、東京の私立医大をいくつか回りまして、収支の話をちょっと別件で分析したことがあったんですけども、いっていいのかわかりませんが、大学医学部の収支と病院の収支とが一緒に収支決算されている大学がありましたですね。つまり、病院部門と教育部門とが一緒に損益計算されているわけですね。そういう状態で、産科部門が赤字だからとか、小児科部門が赤字だからといってもなかなか信用してもらえない。

収支をきちんと正確に出すということが必要になってきます。今日はその話だけしていると、それだけで1時間たちますからしませんけれども、部門別収支だとか、診断群別収支とか、長期的には患者別の収支のようなものがきちっと出せるようにしないといけない。そういうデータが出てくれば、診療報酬上でもなるほどハイリスクの中のこういう患者さんについては、10点とか20点とか上げるというのは重要ねということになってくると思います。

それから3つ目は危ないのでやりませんが、診療科の標榜が自由だし、開業についても自由なんですけど、これでいいのかわかるかということにはちょっと考えなきゃいけないと思います。先生、長くなりまして申し訳ありませんでした。以上でございます。

岡村：はい、ありがとうございました。課長も今、おっしゃいましたとおり、大変、今、

政府の中で重要な時期で、ほんとに今日いらしていただけるかどうかは非常に難しい状況だったんですけれども、宮城県のためにということで大変お忙しい中、来ていただきました。何か、今のことも含めまして、今後少し演者の先生方に上に上がっていただいて、具体的なお話をいろいろしたいというふうに思います。

特に、ちょっと。そうですね、2、3分、用意がありますので、その間にちょっと用意していただいてよろしいですか。4時半過ぎ、4時半からディスカッションをしたいと思います。

…また、壇上にお上がりください。それでは、ただいまより30分ちょっと、時間がございますけれども、その中でいろいろな今日、お集まりの方々からご意見をいただきながら、宮城県のお産、これからどうしたらいいのかというようなことを少し、討論したいというふうに思います。

今までのお話を繰り返すようですけれども、とにかく産婦人科の医者が足りなくなっているということは、これはもう間違いないことだと思いますし、特に12,156人というお話がございましたけれども、ほんとに12,156人の先生が全部、お産を扱っているかというとなんなことはまったくないわけでありまして、100万のお産でそのうちだんだん産婦人科の中にもサブスペシャリティーというのが、これから若い先生方にはそういうことが、だんだんそういう方向に向かう可能性があるわけですね。

そうしますと、数年後にはほんとに産科というものは、非常に労働、その他も大変だということで、産婦人科の中でもなかなか入る、産科を専門にするという方が少なくなるというようなことから、2,000人から3,000人ぐらいでの産婦人科、産科専門の先生方が100万のお産を本当にできるわけがないだろうというようなことになってくるわけです。

そうしますと、そういう状況が宮城県、東北地方、北海道でだんだん悪い結果というのが徐々に徐々に顕在化しているんだろうというふうに思うわけですが、本当に悪いことを愚痴っても仕方がないので、では今、どういうふうにしてその解決に向かったらいいのかということで、今日は北海道でもいろいろな取り組みを道と一緒になさっていることを1つとして、もう1つの解決法として、集約化というようなことで、それをつなげる集約化した病院と、それとプラスの周りの病院との連携でオープンシステムですとか、また遠隔地からの診療システム、そういうことを今日はお話ししていただいたというふうに思います。

また、もうどうしても産婦人科の医者が足りなくなるというようなこともありまして、受け手側にとっては、非常にこれは受け手側にいろいろな負担を強いることになってしまいう可能性も十分あるわけなんですけど、それを少しでも少なくする意味で、助産師さんのパワーを活用して、よいお産といいますか、そういうものに向かうためにはどうしたらいいかというお話にもなったかと思います。

フリーのディスカッションにしたいと思えますけれども、今日は市民の方もいらっしゃると思えますので、まずその現状に対して、今、例えば、実は先日、岩手県のほうに行ってきたんですけれども、岩手県ではどうして病院でお産しなくちゃいけないのか、里帰りしようと思ったら、もう病院でお産は全部断られてしまった。これはどうしたらいいんだというのが、現実の切実な問題として出てまいりましたけれども、そんなことでも何でも結構ですけども、どなたかフロアーからお話をいただければありがたいと思えますけれども、はい、どうぞお願いします。マイクの前でお願いしたいと存じます。

伊藤：はい、開業助産婦の伊藤と申します。宮城県で有床助産所をやっております。私はさっき最後に渡部さんが話をしているのを聞いて、私は助産婦としては幸せに仕事をしているんだなというふうに思って、何か恵まれているなと思えました。

それで今、セミオープンが始まって、私のところにはいろいろな相談の電話がたくさんかかってくるんですけれども、まず女性は月経がなくなると、薬局に行っておしこの検査をしてプラスに出たとなると、さてそれからどこに行こうかというふうに考えるんですね。そのときに、どこに行ったらいいですかという電話がまず私のところにかかってきます。そのときに、どこの病院で分娩を扱っているのかということを明確に何か示しているホームページとか、何かが存在するのでしょうか。今、どことどこでお産やっていますかといわれたときに、ぱっとここですというふうに紹介できるようなふうなものが、私としては見当たらないなと思うので、どこはどのようなふうなお産をしているので、どこに行ってみたらどうですかといえるようなホームページやパンフレットや何かがあるといいなと思えます。

まず、保健所のほうに行き、母子手帳をもらうときになって、お母さま方はそこで、こんなところがありますよって、保健婦さんからのお話があったりするんですけれども、そこに至るまではまずは10週ぐらいになっているわけですから、その前の月経が来なくなったときにどうするか。

また、私の助産院なんかですと、妊娠もしていないお母さんが、次の赤ちゃんがもしできたらどうしようかと思ってというので、事前調査に来る方が結構いらっしゃいます。もし、妊娠したらお願いしますとって、おなかにまだ入ってもいないのにやってくるということがよくあります。

病院でもそういうふうに見学会というか、私のところはこんなふうにしているのでどうぞってというようなふうにもオープンになっていったらいいなというふうに思えます。まず1つ目の質問がそういう現状を紹介しているものがあるのかということですね。

あと、もう1つは、ほかの先生がこの病院に行ったら絶対安全という病院を作らなくちゃいけないとおっしゃったのはすごく本当に期待しています。ぜひそうなったらいいなというふうに思えます。

それと今までの中で、いろいろな仕組みの中に病院と産院の話は入ってくるんですけど、