

関心のある方が50人ぐらい集まって、実行委員会を作りまして、毎月1回ずつ議論しています。この実行委員会でシンポジウムのような議論をしながら内容を作りあげていっています。母乳の会がこの健やか親子に関わっているのは、基本的にお母さんたちの育児する力を引き出すことが快適性で、その環境をどうつくるかが問われているということで、幹事会としてやっております。

杉本 日赤医療センターの杉本です。母乳の会に産科医として加わっている立場で、この課題2は母乳の会として加わっています。産婦人科学会、あるいは医会の立場はよく理解できるし、母乳の会の考え方も、中にいてよく理解できる立場で、2つ程私の考え方を言わせていただきたいと思います。

1つはこの課題の、妊娠・出産に関する安全性と快適さということは、読み返してみると、母親と赤ちゃんの心と体の健康を守ると読み替えることができると思います。そうしたときに、今までの日本の産科学の立場からいうと、どうしても心の健康ということに関しての関わりが、少し弱かったのではないかと思います。私の立場から、不十分な点があるのではないかなと思うんです。

この快適さというのは、正にその心の健康ということと、密接に関わっているわけです。母と子という2つの対象があるときに、母子の安全ということで、いつも母親と子どもの2つの命ということと、我々は問題にしてきていたわけですが、今もう1つの快適性ということを考えてときには、母親の快適性はすぐ思いがいくけれども、赤ちゃんの快適さということに関しては、産科医の場合は、視点をそこに持ちにくいことが、やっぱりあるかと思うのです。小児科の先生たちは、初めから子どもの視点でいろいろ考えられていて、アプローチの仕方が少し違ってきていると思っています。

それで、産科医としては、その快適性を考える場合に、赤ちゃんの快適性はどうかという、赤ちゃんの視点、あるいは赤ちゃんのもの見方ということができないと、この快適さ、本当に満足する物を提供するのには難しいのではないかなと思うんです。赤ちゃんに優しい病院というのは、正に赤ちゃんの立場に立ってみると、赤ちゃんがお母さんと一緒にいるというのは、もうすごく自然で当然のことであるし、母乳を欲しい、おなかですいた時は欲しいと思うのは当然のことであるわけですから、そうしたことが、自然にできるようにサポートするのが、赤ちゃんに優しい病院です。また、それが実際に自然にできないハンディを持った人たちには、それを埋め合わせるようなサポートをしてあげなければいけない。「赤ちゃんにやさしい病院」という立場から、こうした産科医療を見ていると、そういうことかなという気がします。ですから、快適さの確保といったときに、今の日本の産科の先生たちが、忙しくて余裕がないのは重々承知なんですけれども、ちょっと、思い直して、考え方を考えてみるだけで、違うものが見えてくるような気がします。その点で、まだ我々の意見交換といいますか、不十分な点があるのかなと思います。その点が第1点ですね。

それから、安全性ですが、この目標として妊産婦死亡率を半分にするということがあります。日本の周産期死亡率というのは、世界のなかでもトップクラスで、非常に高度な医療の成績というのを残しているわけですが、今のようにマンパワーが足りないという状況になったときに、これをどういうふうに維持して行くかが、今もう1つの課題になっています。そうしたときに、安全性を過剰に広げますと、何も異常のない人たちに、予防的に安全ということで、いろいろな医療の介入が、なされてはいないかということと、見直してみるべきだという点があると思います。先ほど堀内先生が言われていましたように、本来、出産は家庭内でプライベートなこととしてあったわけですが、安全性の保証のために、産科施設、大きな病院などで出産するような状況になっています。

そのなかで、もう1度見直すと、女性本来の自然の力でできるところは、余分な介入はやめるという視点が、やっぱり1つは必要だと思います。そのためには、その助産師の業務、それから産科医の業務というのを見直していかないといけないだろうと。それと、助産師のレベルアップということを前提として、医師、助産師のある程度の住み分け、相互の協力ということが必要になってくると思います。これは先ほど、院内助産所ということで、少し議論が出ておりましたけれども、各地域ごとに事情は違うので、各地域ごとに産科医療の安全性を守るシステムというものを工夫していくということが必要になってくると思うんです。安全性と快適性の確保という、この課題のなかで、具体的にそうした今後の活動方針を、ぜひ議論していただきたいと思います。以上、快適性ということのものの考え方、それからマンパワーが足りなくなった状況で、女性の本来持っている力をそこねないような産科医療の在り方、そういうものを今後考えていただきたいと思います。以上です。

司会：堀内 厚生労働省の方から、健やか親子 21 推進協議会の中間評価と今後の対策のパンフレットが出ています。課題 2 についての評価の在り方には、現在の状況について、市川さんの方から御説明願って、そのあとバトルを繰り広げていただきたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

厚生労働省より一健やか親子 21 推進協議会の指標の見直し

市川 母子保健課の市川でございます。健やか親子 21 推進協議会の事務局を担当させていただいております。皆様にはいつもお世話になっております。ありがとうございます。冒頭御挨拶のなかでも申し上げましたが、現在 5 年目の見直しで、健やか親子 21 推進検討会というものを行っております。先日 10 月 31 日に第 3 回が行われまして、その時に提出されました資料の抜粋を、本日、情報提供ということで持ってまいりました。久保先生からも御指摘がございましたが、指標の見直し、中間評価の見直しを行っております。5 年目の今の暫定直近値というものを入れた表を持ってまいりました。

1 ページ目です。これは分析結果の見方ですが、暫定直近値がベースラインの 12 年度の時に設定した値に比べて、良くなっているものを A として黒く塗っております。悪くなっている、または変わらないものを B として、点がついた方にしております。値が余りにも目標からかけ離れているものを、白抜きで太枠に囲っております。その A、B、C で、次からの表を見ていただきますと、暫定直近値に、その色分けをしておりますので、やや見難い部分もございます。

特に課題 2 につきましては、4 ページからでございます。課題 2 の 1 番最初の指標が、正に妊産婦死亡率というところでございまして、これは値で見ますと、黒塗りですので良くなっている指標ですが、目標値は半減ですので、まだまだ課題の残されているところでございます。そのように見ていただきますと、課題 2 では良くなっているものが多いんですが、良くなっているとはいえ、そのなかには新たな課題が出てきていたり、あるいはまだまだ解決しなければいけない部分が残されている、というようなものがございます。この値だけでは判断しきれない部分を、検討会のもとに行われておりますワーキンググループの方で、更に検討を重ね、次回 12 月 1 日には、今後の方策として、重点目標に何を置くのか、そして今後 5 年間にどういった方向で進めていくのかといったものを見ていきます。

特に指標自体を見直していくということも含めて、今後まだ、これから変えていく部分もございますので、きょうは、もし御意見いただけますれば、そのあたりも含めて、ワーキンググループの方に提供していきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。なお、まだ調査中の項目もございまして、これも徐々に数字が出次第、評価をしていく予定でございます。課題 4 までの 61 の指標をすべて載せておりますので、参考までに他の課題を見ていただきますと、殆ど数字で見ると、良くなっているものが多くなっております。かなり関係者の皆様方の御努力がこのような形に表れたのではないかとということで、検討会の方でもそちらの評価をしたいと思っております。以上です。

司会：堀内 お 1 人か、お 2 人、何か御質問がございましたら。先ほど久保先生から御指摘がありました。

久保 妊産婦死亡率について考え直してほしいと思っております。皆さん御存知だとは思いますが、日本の妊産婦死亡率というのはいい加減です。どうしていい加減かといいますと、最初に医師が作成した死亡届が出ます。それを各市町村の窓口事務で死亡個票に書き変えます。そして、その死亡個票は厚生労働省統計情報局に送付され、医師ではない事務官が医師ではない市町村の窓口で作成された死亡個票を基に妊産婦死亡であるか否かを判定し、カウントをします。そうするとどうなるかといいますと、妊娠していたあるいは分娩後であることは不明で、妊産婦死亡が抜ける可能性があります。特に、ICD10 で定義された「妊産婦死亡」は分娩後 6 週間だけではなく分娩後 1 年以内死亡なので、この妊産婦死亡はカウントされません。これを正確にカウントしているニュージーランドは、10 万出生に対して 12-15 で、約日本の倍です。多分、日本とニュージーランドの周産期医療レベルは変わりませんから、多分、日本の妊産婦死亡率はそこまで跳ね上がります。もし、本気で正しい妊産婦死亡を集計したいならば、ニュージーランドと同様に、死亡診断書の裏に妊娠中であったか、もしくは、1 年以内に分娩をしたかという、チェック項目を付けるだけで可能となります。これをやってもらうと、ドンと妊産婦死亡率は跳ね上がりますけれども、それは、どうしても必要な作業です。それから、もう 1 つ、妊産婦死亡率だ

けじゃなくて、周産期医療介入した重症例やニアミスも調べる必要があります。

先ほど杉本先生は、自宅分娩でやられた時代があるとおっしゃられていましたが、その当時の妊産婦死亡率は、御存知のように3桁ですね。僕は、国際医療をやっていますけれども、ミャンマー、タイでは、約10万出生に、300~400です。これが戦乱のあったアフガニスタンでは10人に1人だそうです。そんなひどい数字のところがあるわけで、まともに医療介入のないところでは、そのぐらいが、妊娠の正確な死亡リスクです。それが日本の場合は、介入して良くなっているのは間違いない。どれだけ介入したか、ニアミスというのが多数我が国でもあるんです。例えば、子宮を取ってしまったか、大量輸血をしたか、ICUに行ってようやく生き返ったか、そういうふうなハイリスクレベルのカウントをしないと正しい妊娠のリスク指標にはならないと思いますので、ぜひそういう指標を今後のカウントに入れていただきたいと思います。

司会：堀内 久保先生、周産期・新生児学会だとか、産婦人科学会では議論はどうですか。

久保 そういう議論をして、厚生労働省の担当の方とも何回かやりましたところ、一応今の答えは、統計情報部は5年前に死亡診断書を改訂したので10年は変えたくないから、もう5年待ってくれ、という返事でした。ですけど、本気でやるのであれば、やはり母子課の方が、そういう働きをしてやらないと、日本の妊産婦死亡率はいつまでたっても正しくカウントされません。このことは日本だけではないんです。フランスの公衆衛生学者が、WHOが、MMR（妊産婦死亡）を75%にすると打ち出したときに、すごいクレームを付けました。なぜかという、フランスは国が発表している約3倍の実際の妊産婦死亡がある。このような不正確な指標は評価にすべきではないとのことでした。アメリカでは州単位で検討しますと、出産届と死亡診断書の両方を付き合わせると、妊産婦死亡は約2倍になります。これらのことは公衆衛生医学では常識です。

皆さん知っていますように、この妊産婦死亡率の母数というのは、出生数です。本来の意味から考えると出産数であるはずなのにそうではないんです。これは開発途上国では出産数さえ把握できないため、そのぐらい、いいかげんな指標なんです。ですから、日本が本気でやるんだったら、いいかげんではない数字に変えるべきだと思います。学会で取り組みはしますけれども、やはり学会からだけの要望では無理で、やはりこういう省庁関係のところから提案した方がはるかにいいと思いますので、ぜひお願いしたいと思います。

司会：堀内 厚生科学研究か何かでこのテーマを取り上げていただいたり、あるいは死亡届の在り方みたいなものを徹底していかないと、なかなか、厚生労働省には届かない、変わらないですね。だから、その辺のところも、1つの課題としてお願いします。

中林 久保先生、これは、学会の周産期委員会で取り上げるということで、検討していただければいいわけですね。学会から厚労省の方に、こういうことをしたいという要望書を出す。

久保 今のリスクの話は、今、中林先生が小委員長で、学会の方で調査中ですので、多分それは出てくるとは思いますけれども。

中林 死亡診断書の件は、やはり周産期委員会から、日産婦学会を通して、学会からこういったところへ出していかないといけないと思います。

吉田 もし必要であれば、やっぱり委員会のなかで、そういう意見があったということで報告されれば、次年度につながります。

中林 私は、最近よくやっていると思う助産師さんたちが、グループで開業しているのは大変いいことで、そういう取り組みがあって、しかるべきだと思うんですね。先ほど、確か、助産師会では、6割ぐらいが開業の方とおしゃっていたようですが。

岡本 いや、勤務の方が6割です。

中林 勤務助産師が6割ですか。では、4割ぐらいの人は開業しているのですね。若い助産師さんが数名で開業するというのもあるかと思うんですね。そういう在り方は、青野班のようにリスクの低い場合にはグループで助産所をやっていくということが、一般的になっていくとより良いと思います。日本で1番やられていないのは、産科医、助産師の生涯研修です。研修というのは、内科系であれば文献を読めばいいんですけども、産科系は技術ですので、技術の習得です。新しい技術についていけない方は、どんどん遅れてしまいます。

最近では助産師さんでも、訴えられると1億円とか、1億5千万円という賠償金を払うような責任を問われていますね。そのためには、日赤医療センターなどへ行ってお互いに交流をしたら良いと思います。これはたまたま良かっただけではなしに、生涯研修として、定期的にそういうことをするのを義務付けないといけないと思います。若い方たちも20年経てば中年になりますし、40年経てば老年になります。その時に、若い時の知識しか知らない方がずっとやっていると医療事故になるわけですね。ですから、生涯研修というか、教育というのを、単に知識だけでなしに実体験や実習などを含めたものをお考えいただくと、安全で快適なものが助産師さんの方でできていくだろうと思います。ぜひ、助産師さんの生涯研修という項目をお考えいただきたい。産科医の生涯研修については、朝倉先生の方に、同じお願いをしたいと思います。

開業の医師は、アメリカ等では、2~3人でやっているところが多いんですけども、日本ではどうしても1人の医師でやっている。勉強に行こうと思うと、自分の病院を閉じなければいけない。研修もできないということで、40~50年間同じ医療をやるようになるわけです。助産師さんのようにグループでやっていると、替わりばんこに勉強に行ったり、実習ができますので、非常に良いシステムだと思うんですね。ぜひ、幹事グループで、その辺をディスカッションしていただきたいと、お願いをいたします。

司会：堀内 厚労省への要望ではないんですか。

中林 厚労省でそういった生涯研修のシステム化を考えてほしい。何か点数化とか、年に1回はこういうことをするとか、そういうシステムを義務化した方がいい。臨床が忙しいと、勉強をする時間がとれず、研修しないですからね。

朝倉 妊産婦人口に対する産婦人科医、助産師の割合が増加傾向であるということがありましたが、計算上こうなんだと思いますが、これは、実態を全く反映していないのをちょっと調べていただければ分かりますので、色を付けただけで良かったという報告はやめてください。何か注釈をするなりしていただかないと、この成績がそのまま行っちゃると、いいんだという話になってしまう。

杉本 先ほど久保先生が指摘されたように、産科医療に従事する産婦人科医というように分けた形がないと実態はわからない。不妊症を専門にする産婦人科医が、周産期医療をやっていますから、その実態が分かるような数字を出していただきたいと思います。

市川 まさに、先生方におっしゃっていただいているとおりでして、それは一覧表なんですけど、1つの指標につき、1枚ずつの分析をしています。そのなかでも、特に人数に関しましては、妊産婦人口が減っておりますので、相対的に増えているだけであって、実際としては、非常に難しいということがたくさんあるということは、分析でも出しております。おっしゃったように、実態としての産科、お産ができる先生方の割合ですとか、そういったところまで、深く検討することなど、今ワークショップ等で、検討しています。

久保 問題はですね、65歳以上の産婦人科医が多いこと。それから30代以下の産婦人科医の6割は女性で、そうしますと、その数の4割ぐらいは分娩をしていない。すごい数です、ですからそこら辺のところを、指標に、どうやって出すかです。公開ということじゃなくて、例えば仙台市内は、あれだけ

大きな人口のところで、病院の分娩施設は3カ所に限定されます。もう医者がいないですから、しょうがないです。現実的にそうやっているわけですね。

それから埼玉県草加市という人口27万のところは、開業医も含めて分娩施設は1施設もないです。現状はもうそういうところになってきていますので、数年、このまま厚生労働省が放っておくと、さっきの周産期の体制の連携なんて全くナンセンスです。どこがキーポイントかという、母体搬送の受け手側の病院の施設の産科医がいないんです。病院で分娩当直する産科医師が激減しています。

司会：堀内 産婦人科が足りないというのですが、何か理由があるんですか。

久保 一つには僕は、女医さんの問題があると思います。僕の女房も女医ですから、女医が増加することはいいと思うんですけども。女性産科医師の場合は、問題は2つあると思うんです。僕は参加した方がいいと思うんですけども、お産をして、育児をした人が復帰をする手段がない。例えばアンケートを取ると、パートで昼間だけとか、夜だけだったら、24時間保育があったら分娩当直もしたいという人が結構いるんですが、今の医療体制では不可能なんです。だから、女医さんは登録制にするなどをまず考えるとかですね。また、5年間ブランクがあったらブラッシュアップするような研修機関を作ると、女医さんがかなり使えるようになると思います。女医さんの産科への活用をやはり進めるべきだと思います。

快適性の評価ですが、これは実は、三砂先生を中心として、聞き取り調査で、分娩時、それから3~4カ月、1歳の時の調査で、かなり多項目ですがお母さんと子どもと両方取ってやるということで、その評価はもうかなりできています。ただ、聞き取り調査は非常に時間がかかるので、それを引き継いで加藤班の方でも進め、両班とも僕は参加していましたが、三砂班の項目を抽出して、分娩時と3~4カ月と、9~10カ月のハードスケールその他のお母さんの精神的なチェックまでを、アンケートとして行うことで有用性が確認されていますので、そういうものを使うと、多分分娩の快適性の評価は簡単にできると思います。単に良かった悪かったみたいな評価ではダメだと思いますので、すでに出来上がったそういうものを利用され調査してやるとうまくいけるとは思いますけれども。

永山 母乳育児のためには、出産後から1週間どうやって過ごすかというのが、かなりキーポイントです。母乳育児は課題2の満足というものに入るとは思います。母乳育児については、第4課題で1カ月の母乳育児率の向上というのがありますが、しかし、出産後1週間をどうやってケアされるかというのが、かなりキーポイントなのに、それがちょっとどこにもないのが、不思議というか、ちょっとエアポケットみたいになっている感じがします。出産後の母子同室、母乳育児が母親たちの心と体に大きな変化を与える面があるのに、そこが抜けていて、全くエアポケットみたいになっています。

司会：堀内 最初に申し上げた、女性の1生殖サイクルの終末点をどこへ求めるかなんですね。僕たちは、母乳が終るところまでと考えます。ですからバースサイクルがそこで終るのではなくて、また次の生殖サイクルに入るという考え方が必要です。これは産科の先生方の多くの方は、なかなか考えてくださらない。産褥期というのは、女性の生殖サイクルが終った時期、そう考えると、母乳育児のつながりが分かると思うんです。そうではないと、ばらばらになってしまっていて、女性のお産への満足度だけに焦点が当てられる。その辺の視点をぜひ、付属していただくと、助産師さんたちの取り組みなどにつながってくるわけです。その視点がずれてしまうと、どうしても産科医のものの見方、助産師のものの見方、小児科医のものの見方がずれてくると思います。その辺をとらえて、女性のライフサイクルの大きな流れを考えていく。

課題2については、1生殖サイクルについて焦点を当てて、そのなかでどういう医療、どういうケアを必要として、安全性と快適性を調和させるか、こういう視点を持つことが、1つ大きなものの見方として必要だと思うんです。今まで当たり前のことだったのが、もうそうではない。小児科から見せていただくと、母乳育児というのが、課題4では遅い。やっぱり産科の先生たちがおっしゃるように、産褥期をもうちょっと長く考えていただくと、ありがたいと思います。

澤田 他のことで、いいですか。私は児童相談所ですけど、健やか親子21のなかで、虐待が44人で

減少傾向にあるって書かれていますが、ちょっと私誤解していました。虐待死亡の 20%、30%くらいは 6 カ月までといわれています。6 カ月くらいまで、特に 3~4 カ月までの SIDS 突然死とか、事故のなかに、随分虐待死が入っているんじゃないか。反対に SIDS 死、事故死なのに、虐待を疑われて苦しんでおられるお父さん、お母さんもいると思います。小児保健学会等では、厚労省から発表された赤ちゃんの虐待死亡の 4~5 倍は実際、虐待死亡があるだろうと推測されています。ですから、大きい子どもの場合は、死亡が減ったと見ていいと思いますが、赤ちゃんの場合は、ちょっと別の見方をしていないと、周産期の場合は、間違ってくるのではないかと思います。

調査は非常に難しいと思いますが。それともう 1 つ、2 の 3 のところに、これも目的ですけど、産後うつ病の発生率ということが書いてありますが、最近は産後うつだけではなくて、産前にも結構うつがあると報告されています。それから産後うつは、乳幼児精神医学では産前の妊娠中からの関わりで随分防げる、予防的なことができるということもいわれています。私がすごく気になるのは、産後うつが、産まれてからうつになるように誤解されている面が結構あります。ここの先生方はそうじゃないと思うんですが、この点を誤解されないようにしてほしいと思います。産前からのそういう要素を持っているということ、そして妊娠中から温かい支援で随分防げるということもいわれていますから、その点も考慮した取り組みをしていただきたいと思います。

司会：堀内 健やか親子 21 のそれぞれ 4 つの課題は、実は相互に関連していますが、それがばらばらに行われているのが現状だと思います。これから、あと 5 年間やるとすれば、その辺のオーバーラップする分をどうやってカバーするかを、厚労省はどういうように考えるのか。関連する課題に対してどうするかということです。ぜひ厚労省の方にも、お考えいただけるとありがたいと思います。時間が 30 分過ぎてしまったんですが、まだありますか。先ほどからディスカッションした内容について、これからそれぞれ御意見をいただきたいと思います。

川島 日本助産師会の川島でございます。今、中間評価のことでいろいろ意見が出ましたが、私は、この中間評価の検討の委員です。それでこの課題 2 のところを、公衆衛生の元産婦人科医の玉腰先生と担当させていただいています。この評価に関しては、今、厚労省の担当者の方からも説明がありましたけれども、指標の下にこういう現状があるので、もっとこういう検討が必要だという文章も、この玉腰先生と一緒に作っているというような状況です。久保先生をはじめとして、いろいろ意見をいただいたなかで、もう 1 度私の方から、御意見をもうちょっと伺いたいところがあるのですが、よろしいでしょうか。

妊産婦死亡については、かなり私たちでも問題になって、報告例も、報告の数もおかしいというようなところもありました。久保先生から、死亡診断書の改訂のことも意見を伺えて、なるほどなど、今、思っていました。そして、1 つ 1 つの症例の掘り下げをもっとやって、聞き取り等をやることで、それを責めるということではなく、もっと取り組んでいけるんじゃないかと、考えていますが、それについては、どうでしょうか。

久保 僕がこの妊産婦死亡に興味を持ったのは、長屋班の母体死亡調査に加わったことがきっかけです。かなり詳しく調査していて、このような調査は我が国では空前絶後でその後も実施されていません。確かにこのような調査は相当数の専門産科医師の労力とお金がかかります。その専門の産科医師がその死亡に関わった分娩から最後死亡に関わった施設まで、すべて聞き取り調査し、カルテも見せて貰って行なった調査です。だから正確に調査できたのです。

そのような調査を定期的にやるべきだという提言を厚生労働省にしたんですけれども、やってもらえませんでした。ですから、もし、実施するならかなりのお金とマンパワーがかかります。で、それをどこがやるかという問題で、多分現実的には、厚生労働省でも日産婦でも難しく、多分、それをどこかの第三者機関でやるのか。厚生労働省はそういうところで、やるような班を作っていただければいいんですが。ただ、妊産婦死亡個票を作るところから、大変な作業でして、統計情報局はかなり抵抗しました。じゃなぜそれがうまくいったかということ、調べた人が実際に統計情報局へ入って行って調べてみると、妊産婦死亡リストに書いていなかった胎盤早期剥離だとか、前置胎盤の明らかな妊産婦死亡例が出てきて、統計局が大慌てして、それで死亡個票を出したのです。ですから、日本の妊産婦死亡統計が違

うということは、最初から分かっていたので、最初の1年間は、海外でどうやったら統計を正しくできるかということ調査したのです。

僕は死亡だけの問題ではなくて、ニアミスのこともしやらないと、いけないと思います。多分、これは我々産婦人科、小児科たちが一生懸命になって診療していることで、それで救われている部分が隠されているんです。さっき言ったカウントされていない後期妊産婦死亡で1番多いのは、心疾患です。心疾患があって、お産が終って、半年ぐらいでポンッと突然死んだりします。でも、全然カウントされていません。そういうことを国立循環器病センターの池田先生と調査中です。それから妊娠初期の子宮外妊娠とかが抜けています。

—— 妊娠関連死ですか。

久保 そうですね、でも、明らかにこれらは、分娩による死亡だけです。

川島 はい、すみません。あと、もう1点よろしいですか。産婦人科医と助産師のことですけれども、先ほど先生が、例えば仙台ではお産ができる施設が限られているといわれましたが、その実態というものを、どこかで集計等はしていますか。

久保 もう、皆さん悲鳴をあげていますよね。

川島 その声が聞こえてくるのは、私もよく認識していますが、実際にどれぐらいになっていますとか、そういうのはどうなんでしょうかね。

久保 この数年激減しているのは事実です。

川島 県、各市、お産を取り扱える病院は、何件であるとか、そういう集計というのは、産婦人科医学会ではありますか。

久保 産科婦人科学会の在り方委員会委員長吉川教授により、全国の大学とその関連病院に、分娩取り扱いをやるかどうかの調査が行われていて、統計がほぼ90%方全部統計が揃ったそうで、もうじき発表になります。来年の初めぐらいには、学会の方でも報告することができるだろうと思います。

司会：堀内 いろいろなところからお産難民の話が出ています。

川島 そうですよ、もう本当に出ているんですけど、その実際の数が欲しいんですね、すごく。

司会：堀内 明らかにそれはお産難民の皆さんです。どこへ行ったらいいの私たち、というのが出ていますので。

久保 学会で調査したのは、開業の先生は除いて、大学から派遣している病院での調査で、基幹病院の調査が中心になっています。その代わり、逆にプライベートの病院が無くなった分をカバーをしているという状況はかなり深刻で、さっきの草加市の話しですけれども、草加市民病院がお産を6人の産婦人科医でやっていたのですが、確かですね、妊娠か出産かで2人の女医さんが当直をやめて、残りの医師が2人倒れられて、それがいやでもうやめてしまって、産婦人科が最終的に2人になってしまって、分娩を止めた。そのために分娩を取り扱えなくて、まわりの市民病院を頼っていた開業産婦人科も分娩を止めた。だから、実は病院がやめると周りの開業も減っちゃう。その地域の周産期医療が崩壊してしまう。ですからやはり各病院の産婦人科医師を少なくとも、最低週1回当直可能な最低6人ぐらいの勤務にしないと、本当にまわりません。御存知のように、当直をすると次の朝まで寝ずに働くのが普通です。そういう状況では、皆さん辞めてしまいます。

—— 大学でもそうですか。

久保 大学の話になるともっとひどいのは、大学勤務当直プラス、アルバイトで当直を併せると、当直回数は20回を超えています。もう産婦人科の医局に人が来ない。

永山 母乳の会はシンポジウムの案内を全部の産婦人科施設に送ります。200通ぐらいは、産科の廃止で戻ってきています。前にアンケートをとったときには、日本全国の開業している産婦人科に、1件1件全部電話をしました。5年前ですけど、産婦人科医と掲げていてもお産をやっていないところもたくさんあるので、4~5人ぐらいのお母さん方で、1件1件、全部電話しました。そうしないと、現時点のものは分からない。お産をやっているという施設でも、実際にはやっていないというケースがありますので。それを今年調査をやろうということなんですけど。

司会：堀内 産婦人科医会は、そういうのはあるんですか。

朝倉 そういうデータ、我々もちょうど欲しいわけです。ここ3年間ぐらい、どんどん減っていますから、5年前のデータでも欲しいです。その基礎データとして、その分娩をやっているかというデータをとっていましたが、3年間で100に近い数の分娩の開業産婦人科はやめていく。ですから、来年またよろしくお願いします。

司会：堀内 お手持ちのデータの範囲でいいですから、会の方に送っていただいて、それを反映させていただかないと、次に何があるかが見えてこない。実際に、具体的にもっともっと詳しく調査をする必要があるんでしょうけれども、まずそのなかから、中間点での評価の背景として、そういうものがあると、ぜひ書き加えていただかないと、産科の実状は改善しないと思うんですね。まるっきり正確なデータではないとしても、もう1度情報をぜひ、どうでしょうか。

川島 あと、もう1点よろしいですか。産婦人科医会の朝倉先生お願いいたします。きょうのこちらの資料に、不妊専門相談センター設置の推進のための現在設置数の把握に努める、と記載されてございますが、これは、開業産婦人科医の先生を対象に把握をされているということでしょうか。

朝倉 厚生労働省の方で把握しているもの、例えば、行政の方から上がってきたものが、同じです。

川島 分かりました。以上です。ありがとうございました。

司会：堀内 ありがとうございました。

伊藤 堀内先生、ちょっと質問があるんですけども、この会は、任意加入ですか、それとも厚生労働省からの指名があったんですか。

司会：堀内 任意加入です。

伊藤 任意加入ですか。ということは、要するに、不妊の支援というのが大きなテーマの一つになっているのに、日本不妊学会が入っていないですよ。この委員の中には不妊の専門の人もしらっしゃるけれども、不妊のことを我々があれこれ言っても、不妊学会としての意見も欲しい。現在、どのくらい不妊治療がやられているかというようなことは、不妊学会がもっとも把握していますから、今後は、不妊学会の委員もぜひ入っていただいたらどうかと思うんですが。任意だとこちらから働きかけないと入ってこないわけですか。

司会：堀内 そうなんです。

司会：堀内 ぜひ、先生の方から情報を、あるいは産婦人科学会の方から情報を流していただいて、不妊を治療することも大事だけど、予防や不妊治療の後の子育ての問題などが出ていますので、やはり入っていただくのがありがたいんですが、あくまでも任意なので、公には動けないので、ぜひ、お願いしたいんですが。

—— じゃあ、吉田先生、頼むわ。

吉田 産婦人科医の大部分が、といますかおそらく殆どの医師は、日本産婦人科学会に加入しているはず、会員であるはずですので、その旨は伝えさせていただきます。

司会：堀内 時間があと 15 分になってしまったのですが、先ほど、助産師さんの育て方や連携について、途中でやめてしまったものですから、助産師教育協議会の方から、お願いします。お待ちどうさまでした。

恵美須 ありがとうございます。全国助産師教育協議会と申しまして、私は庶務を担当しております恵美須といいます。首都大学東京で仕事をしております。先ほど来、久保先生がおっしゃっていた生涯研修のことについてですが、それを単位認定化などのようなことで、能力を維持させるシステムをぜひにということ、これはぜひ私たちも何か考えないといけないと、よく仲間同士のなかで話題になることです。この点では、全国助産師教育協議会の方でも、いろいろ進めていけることがあったら頑張つて、検討していきたいと思っています。先ほどおっしゃっていました、医師と助産師の業務の住み分けの話とかも、これは非常に関係すると思うんですが、全国助産師教育協議会にはいろいろなカリキュラム、教育システムそのものを少しずつ向上する方向に進んでいるということで、皆さんに知っていただきたいと思って、先ほど発言をお願いしたんです。

看護学校で 3 年間看護師の資格をとりまして、1 年間助産師の教育をして、助産師資格を取得するというのが従来の取得方法だったんですけれども、平成 6 年から、看護大学が非常に増えまして、4 年間のなかで、短期間で非常に少ない教育期間のなかで、助産師を養成するというのが、今の実態になっております。看護大学は全国に 120 幾つありますが、そのなかで 80 幾つの大学が助産師教育をしています。そのなかでの教育がだんだん増えて、助産師の全体の人数が減っていないという評価の値になっているということも考えられると思います。多分半分ぐらいは、4 年生大学での教育機関が増えたということも影響しているんじゃないかと私はみえています。帰ってよく見てみます。そういったことで、最近、助産師の実践能力が非常に低くなっている。基礎教育の教育期間が短くなったことによって、能力を十分形成しないまま助産師資格を取り、新卒のスタッフとして一人前の仕事をしなくてはいけない実態があります。

平成 6 年からの変化ですので、もうすでにその方たちは、卒業して 6 年、7 年経っているところですので、一人前に機能していれば、実力が付いていていいんですが、最初がきちんとできていないと、やはりなかなか今までのようにいかないという実態があります。元の話に戻りますと、そういったことを含めて、最近は大学院のなかで助産師資格を取得するというコースを設けてほしいということを長年、私どもの団体の方でも行政にもお願いして、昨年から専門職大学院で、2 年間の教育をさせていただくという教育が始まりました。今年で 2 年目ですし、それから、大学の 4 年間のなか以外に、大学の専攻科という形で大学を卒業してから 1 年、つまり従来の看護師の資格を取得して 1 年というような類似するような教育を、開始するということが、やはり昨年からは始まっております。

今のところは、大学院の方は聖路加看護大学と天使大学の 2 校、天使大学は専門職大学院です。聖路加看護大学は一般大学のなかで、修士課程の資格と同時に助産師の国家試験受験資格を得られるというシステムになっております。専攻科の方も、今年から神戸市立看護大学で取り組まれまして、多分、1 回生が今年には出ると思います。来年度も少しは増えていくということを聞いております。公式発表されているかどうか、ちょっと分かりませんが、大学院の方も 1 校増える、それから専攻科も増えると聞いております。これから 4 年間のなかの教育をそのような方向に変えていきたいという大学がまだ幾つかあります。教育機関としましては、教育の質を確保するという努力をしているので、産科医が不足するなかで、助産の力もきちんと発揮できて、住み分けがうまくいくような方向に、教育は教育の立場で

頑張りたいというのが、実状でございます。

司会：堀内 大学院スタイルで、実習時間というのは何時間ぐらいなんですか。

恵美須 実習時間というのか、何週間という単位で始めておりますので。多分、2年間の教育の半分ないし半分以上が実習だと思います。

久保 看護大学だと教職につく人が多いのではないですか。

恵美須 いえいえ、教職じゃなくて、実践の方です。

久保 助産師学校や看護学校の先生になりたい方が多いじゃないんですか。そうじゃなくて、フィールドに出て、現場に出て行くんですか。

恵美須 はい、そうです。今、申し上げたコースに関しては実践型の教育を強調しておりますので、教育、研究の大学院とは違うコースと考えていただけたらいいと思います。専攻科の方も1年の教育です。実践家を育てるところが主眼です。

久保 今年の助産師さんの合格者数って、1,600何人のうちの2人しか落ちないですよ。99.何%ですよ。そうすると、4年生の大学で実習の少ない人たちが、たくさん助産婦さんになった、そういう解釈もできる。

司会：堀内 看護協会の方でおやりになっている新人助産師研修プロジェクトとありますが、そこでの絡みはどうなっているのですか。制度的にはつながっていないんですか。一方では、看護大学のシステムのなかで、助産師という役割を、ある意味で特定化していく動きがあって、実際に看護協会のなかで現場に出た人たちの教育というのがあると思うんですけども、連携していないと、久保先生が御心配なされるように、頭はしっかりと大きくなっているんだけど、実際のケアができないということになる。産科の先生もそれから助産師さんたちも、助産ということになると、ある意味では肉体労働ですよ。先ほどから、労働が厳しいという話が出ていますけれども。そういう意味で、労働のできない、頭だけの方たちが増えてしまうというのは、マンパワーとして数としては揃っているけれども、ケア内容が下がってしまう可能性があるんだという危惧がされているわけですよ。そういう意味で、何かしら連携はできないんですか。ちょうどこのように、全員が揃う会というのは、なかなか無いものですから、それぞれの思惑ではなくて。

葛西 日本看護協会と助産師会とそれから教育の方とですね、三学会の協議会というのを持っておりまして、よく連携をはかっています。看護協会でも、明確にしながら、あるところまでやって、現場でどこをやるか、現場でやる部分が新人教育の部類になってくるんだと思うんですけど、今回予算が付いておりますけれども、その辺のところになってくるかと思うんですね。そこで明確になると。

—— 大学院を出た人の半分は、もう研究スタッフになっちゃって、現場には出ないんですよ。

司会：堀内 ただ、今度は違うでしょう。天使の方とたまたまある場所でお会いしたんですが、モチベーション違うみたいですね。その意味では、少し面白い取り組みかなと、僕自身は実感しているんですが。実習場所が看護協会が属している病院の場所もあるんでしょう。

恵美須 実習病院ですか。病院だけではなくて、助産所とか、あらゆるところです。

司会：堀内 も、あるけれども、ただそういう意味で、連携せざるを得ないじゃないですか。

恵美須 新人教育、新卒教育の研修の評価とおっしゃっていたんですが、その評価対象は今までの卒業生で、まだ、今申し上げた天使大学の卒業生は出ていないんです。2年目です。

久保 うちに来た新人助産師って、お産のできる人は1人もいませんでした。聞いたら、在学中に5例とか6例とかしていない。

恵美須 それが問題になっていると思います。

杉本 今のその教育体系ですが、看護大学のなかの助産コースと、それから看護師の資格を持つ人の助産婦学校と2本立てですね。将来そのままの体勢で行こうというのか、1本化した今の2年制の形にまとめあげようというのか、どちらなんですか。

恵美須 それは、はっきり今のところは決まっています。

杉本 というのはですね、看護師の資格を持って、助産師を目指すという方たちのニーズが非常に高いですね。今、それを育てる学校が少ないので、日赤の場合でも毎年数倍の倍率で、応募者があるんですね。ですからそういう意味では、助産師が足りない状況で、国で育てていく場合は、その制度をスパッと切ること自体非常に危険だと思うんですね。

司会：堀内 これは厚生労働省の範囲ではなくて、文科省ですか。

恵美須 そうです。文部省もそうですし、厚生労働省の方でも。私たちとしては、ぜひ助産師学校を潰さないでほしいということ、行政には口を酸っぱくしてお願いしております。今、潰れているところがたくさんあるんですね。

葛西 日本看護協会も高い教育内容ということでは、全く一致しているんですけども、現状のところの助産師教育というところで、やや少し意見が食い違ってくることもあります。やっぱり小さい現場では1年目、2年目の助産師に見てもらった妊産婦がですね、そういった若い人を付けないでほしいといいます。実際ひどいお産であったというような実態もやっぱりあるわけです。実際その新人助産師に対して、プリセクターなり経験のある助産師が指導に入れる場面がなかなか少なくなっているんですね。やはり、新人助産師の教育というのが、きちんと制度化されて、教育で押さえる部分と分担できればいいのかなと思います。

司会：堀内 先ほど助産師会からの報告のなかに、産科の医師のいる施設と、それから助産師会のコラボレーションだと、そういう話題がたくさん出てきましたよね。今度は、教育の場面で、臨床教育のなかでどういうコラボレーションをするかという話題に移ってきています。健やか親子21の課題2で、ものすごく大きな問題だと思うんですね。産科医が不足しているからうまくいかないよということもあるし、今のお話だと、実際の現場に出る助産師さんだつて、助産師としての能力が発揮できないという問題が浮かび上がってきたと思うんですが。

杉本 助産という面で、実際にお産を取り上げるという行為の問題と、あと継続ケアとして、いわゆる寄り添う立場の人ということとはね、少しニーズが違うんですね。ですから、正常の出産を単に取り上げるということに視野を狭くすると、本当の助産師の求められているものが見えてこない。異常な人ほど助産師の継続ケアを求めているんです。ですから、正常産は私たちの守備範囲、異常は医療というような、単純なやり方をすると、本当の助産師が求められている所を見落としてしまうことになるんです。異常ないろいろな合併症を持っている不安な人たちこそ、継続的な寄り添ってくれる助産師を求めているんです。だから、そのこの大事なところを落とさないでほしいということが第1点なんですね。

それから、もう1点は、実際の取り上げるときの安全性の問題ですけど、子どもの蘇生ができるような体制でなければ、やはり出産の安全性は確保できないんですね。産まれる前の異常が出て、それで搬

送すればいいという場合には、全体の地域の搬送システムのなかで、それができるんですけども、それまで異常が無かったのに、産まれる直前、あるいは産まれた途端に仮死蘇生が必要になる場合がある。これは必ずあるパーセンテージで出るんです。その時に、新生児仮死蘇生ができる体制がないと、やはりこれは補償に必ずなるわけです。ですから、ある一定のレベル以上は、助産師が蘇生ができるという技術をレベルアップしてもらわなくちゃいけない。それから、助産所あるいは自宅で出産する場合にも、これは限界がある。ですから、公にはそれを安全性という意味では、これは認めることはできないと思うのです。そういう意味で、助産師として独立としてやっていく場合には、先ほどから話題になっている院内助産所というような施設の普及ということが、やはり求められるようになってくると思います。自宅出産とか、助産所でお産をしたいというニーズはやはりあるパーセンテージあるんです。その辺はよく議論して、その人たちの安全性を、地域としてどのように保証するか。だから、それは、助産師のレベルアップと、仮死の問題が起きたときに、すぐ救援体勢が求められるようなシステムという院内助産所的なものを作っていくなくてはいけないだろうと思います。

永山 助産師学校は病院の付属ですから、厚生労働省の管轄ですね。助産師学校を潰さないでくれという意見があるのに、どんどん今、潰れていますよね。私も非常勤ですが助産師学校に教えに行っているものですから、少し意見を言わせていただきます。潰さないでくれという一方の意見があるのに、片方でどんどん潰れていっている。大学は文科省で、助産師学校は厚生労働省ですが、その辺がどうなっているのか。やっぱり助産師学校は残していくべきだと私は思っているんですけども。

恵美須 なぜ潰れているかということなんですが、1つは病院付属の助産師学校は、やっぱり経営的に大変なので、潰れているというのが1番最初に起こったことです。

永山 経営の面だけですか。

恵美須 だと思います。やっぱり経営問題というのは非常に大きいので、不採算部門は先に切られるということになるんじゃないでしょうか。従来どうして病院に助産師学校ができたかというところから考えると、きっと自分のところの助産師を充足するというのが最初の目的だったと思います。そういう実状では、病院付属はそういうことで潰れていると思います。それから公立の例えば短大専攻科とか、公立の助産師学校というのは、公立の看護大学に変更になっているんです。それで1年課程で30人やっていました。例えば私のところは都立ですが、ついこの間まで都立は30人で、やっておりましたが、4年制になると、もうそれはできませんので、1桁になってしまいました。こういう形で、1年コースの養成数は減ってきているんですが、大学は増えているので、小数での養成機関というのは増えていると思います。

永山 全体は増えているけれども、その実践をやるところが少ない。大学での助産師過程になって、平成6年とは今、全然違う状況になってきている。大学での養成という方向に動き出したのを、元に戻すのは難しいところですけど、助産師学校が必要だというのは、もっと声を大きくして言った方がいいと思います。

恵美須 多分、すごく言っていると思います。

杉本 日赤でも、助産師学校の講師は、病院の職員のボランティア的な奉仕によって、成り立っているようなところがあります。そこも非常に採算が成り立たない部分があると思うんです。だから、公的補助がやっぱり必要です。

司会：堀内 4時半になってしましまして、バトルはまだまだ続きそうですけれども、年1回しか開けないんですが、ぜひ、幹事団体の皆さん方のメッセージをいただけないでしょうか、課題2でこれを取り上げるべきだと。今の安全性を保障するということでも、マンパワーの教育がない限りは、安全性なんていうのは、とってもしかないわけです。これは産科の先生もそうですし、助産師さんたちもそう

です。それで、自分たちの犠牲のもとに、国民の安全性を保証しろと言われたって、できないんですね。そういう意味で、今日は非常に重要な面を、御指摘いただいたと思います。

ぜひ、厚労省の方も、文科省と連携してやっていく仕事のはずですので、その辺のところの、マンパワーの供給というのは、やっぱり大事なんじゃないか。潜在している方を掘り上げるということも、引き出すということも、もちろん大事ですけども、これからいくらマンパワーを探し出したとしても、新しく養成する方たちがどんどん減っていったら、たとえ少子化時代でも、安全なお産を保証できないと思います。そういった意味でも、きょうのディスカッションは本当に有意義だったと思います。久保先生、一言。

久保 特に産科でやってほしいことがあります。1つはですね、無痛分娩の評価というのを全然やっていなくて、うちは、1,500の分娩のうち300ぐらいが患者さんの希望で無痛分娩で、かなり希望者が多い。無痛分娩がいいかどうかという評価は、僕は、僕なりにやっているんですが、どこでも全然評価をしてきていない。悪いなら悪い、良いなら良いで、評価をしてほしいということがあります。また、不妊治療の場合で、非常に問題になっているのは、せっかく妊娠したのに中絶をしなくてはいけない。それはなぜかという、風疹にかかってしまった、と。不妊を治療する前に必ず血液検査をして、ワクチンをしてから、不妊治療をするということがどのくらいされているか、調査を1回やっていただきたいと思います。そのためにかなりかわいそうな方が、年間にかんりのぼってきていますので、ぜひお願いしたい。

司会：堀内 どうもありがとうございます。少し時間をオーバーしてしまいましたけれども、皆様の御協力でたくさんのディスカッションができました。まだ、課題あるいは、宿題はたくさんあるんですが、今後の幹事会でも、今日、挙げたことを話題にしたいと思います。それから、これは私見かもしれませんが、1生殖サイクルという視点で考えていくことが必要ではないか。

不妊の問題もそうですし、そういう視点を、ぜひこの課題2のグループで、お持ちいただきたい。泌尿器科の先生もいらっしゃいますので、不妊の問題というのは本当に深刻です。それから、この問題は、課題1にもその他の問題にもつながりますので、ぜひその辺の連携のことも少し、厚労省の方も提言して、本日は終りたいと思います。こういう会があるだけでも意味があるんですね。どうもお忙しいなかありがとうございました。

中林 以前、看護師・助産師教育の問題で話し合ったとき、班会議を作ったらどうですかという提言をして、厚労省でやりますとっていましたが、結局立ち上がらなかったようですね。こういう問題は短時間でやっても難しいので、班会議でやるのがいいでしょうという提言を、私はしたはずなのですが、もう1度お考えいただきたいと思います。

司会：堀内 中林先生が班長になっていただいて、どうですか。

中林 いや、僕は、とても。

司会：堀内 それでは、どうもありがとうございました。