

課題 1 の北村先生には「どういうふうをやっているんだー」と厳しく内情を聞かせてくれと言われましたけれども。多分課題 4 の前川先生のところは予算があるようですが。やはり最低限の運営費というのは考えていただけないかなという気はしますね。

當山(厚労省) 運営費をできるだけ小さくして、最低限というといくらぐらい。

永山(母) 年 4 回ぐらいの会議で、交通費とお弁当代とこの医会のお部屋代はお借りしていますけれども。多分、今年度は、水谷さんには「お部屋代タダにしてね」と言わないと出来ないと思いますが。こういう紙代などはほとんど持ち出しですから。実質としては交通費とお弁当代とほんの僅かな先生方の厚生労働省の決められた日当、それで 70 万円から 80 万円です。

司会：杉本 いずれにしても形として、この厚生労働科学研究に応募して何らかのお金をつけてもらわないと実際には成り立たないのです。ですから、「快適性の客観的指標」を作れという、そういう評価委員会のコメントですから、とにかくそれに応えるような何かをしないといけないということですね。安全性と快適性の確保のためのこういう研究で、継続して次の客観的指標を作るという課題に取り組むということになりますね。

先程、宮崎先生の方からお話があった今までの産婦人科医会ですでに取られたアンケートをもう 1 回掘り起こした形で、別な角度からそれを検討していただくのも 1 つの内容になっていくと思います。それから、母乳の会の方でも今まで続けているいろいろなアンケート調査を継続した中で客観的に指評となり得るものを探していただくということになりますね。助産師会も何らかのそういう客観的指評になり得るものを出すということで、それぞれの幹事団体がみんな知恵を絞ってやらないといけないですね。ですから、とにかく継続するためにはもうこれは応募するという事しかないわけですね。

・・・その応募するに当たっては多分来年度の研究課題というのが厚労省の方から出てくると思うんですけども、やはり私どもがとれるような形の課題を用意していただけるとなるのでしょうかね。

當山(厚労省) 逆に、新しいこういうことを研究していきたいというようなテーマをいただいて、それをこちらで考えるということですよ。

司会：杉本 いくつか候補になるテーマを出して、通りそうなものを選んでいただくということになりますでしょうか。助産師会の方はこの点でご意見はありますか。

岡本(助) 研究になるのかどうかかわからないですけども、私は産科を取り巻くこの現状とその対策に関連したことを何かできたらいいのかなと思っています。

司会：杉本 特に助産師会では安全という面に重きを置いた形をしていただいた方がいいと思いますね。他のところはむしろ快適ということに比重をおいたテーマに考えていいんじゃないでしょうか。そうすると少しバランスがとれるかなという気がします。それから、朝倉先生が前に母体死亡が非常に減少していい成績になっていると、その内容の解析を今後したいというようなお話でしたけれども、この点についてはどうですか。

朝倉(医会) 日産婦学会の周産期委員会で実際に死亡した症例を集めているかどうか、集めているような気もしましたが。産婦人科学会の方に問い合わせたりとかというのは必要かと思えますけれども。

司会：杉本 死亡した症例は産婦人科医会に報告としてあがるわけですね。この少なくなっている部分の助かっている部分はどこに要因があったのかを見つけるのは非常に難しいです。ですから、全国的に陣痛促進剤の使用量がうーんと減っていると、何かその医療の環境がダイレクトに影響するような様子があれば、そういうとこ

ろに結びつけるところも可能かもしれませんが、実質的にそれを証明すること自体は確かに非常に難しいですね。

朝倉(医会) 評価のデータだけから見ると、明らかに塞栓症は減っている。日本の特徴である出血による死亡というのはあまり減っていない。まとめにも書いてあることですけれども、各県で出生した人数に対して母体死亡ですが、それが今回の調査報告では東京や大阪などの大都市では下がってきました。だから、おそらく大都市というのは救命救急の技術・質が上がってきたんだろうという気がします。具体的にはよくわかりませんが。

司会：杉本 それから、血栓塞栓症のガイドラインが出ましたね。それはかなり普及しているんで、その効果は上がっているかなという印象はありますね。そして、安全性という意味ではその辺の解析ができると、技術的な対応に結びついていくかなと思います。

宮崎(医会) 普及した1つの要因はやはり保険で認められるようになってきているということもあると思うんですね。

司会：杉本 全体をまとめるに当たってのご意見はありますか。

橋本(母) 質問です。今の妊産婦死亡のことですが、久保先生が全体会議のまとめのところで発言されていますよね。「日本の妊産婦死亡というのはまったくあてにならない。世界でいいデータだと言われているけれども、少なくとも倍以上あるのではないかと。この統計の出し方がどうなっているのだろうか」と。これを読まれた方はおそらく相当ショックを受けられると思います。現実的にはこれはどうなのですか。

司会：杉本 久保先生は極端な言い方をしているんですよ。こんなにひどいものではないですよ。

朝倉(医会) これが話し合われたときには妊産婦死亡は日本は世界一ではないですよ。久保先生が言ったのはWHOでは1年以内の死亡は全部ここに入れるんだけれども、日本で入れていない。定義の違いがあるんですね。だから、国際比較がちゃんとできないんじゃないか。それは確かにそうかもしれませんが。それを除いたとしても、この段階ではまだまだ世界一ではありません。

司会：杉本 国際比較というのは基準の取り方の違いということがあって中々難しい面はありますが、日本で産婦人科以外の場所でなくなった場合に表に出てこないで見落とされているという面があります。それが死亡統計を取ったときに少なからず死亡の届出から掘り起こした調査官のときに出てきたということですが、それは1割以下です。ですから、そんなに全体の数が動くほどの数字ではないです。久保先生はかなり誇張して言われますが、一部は真実であるけれども、それで信頼度を失うほどの数字ではないと解釈していただいた方がいいと思うんです。

橋本(母) これでは2倍になりますと書かれているので、これを読まれた方はおそらくショックだと思うんです。

・・・確か学会の方の中林先生の班で何かそういったニアミスも含めて産婦人科の施設を対象にしたアンケート調査を始めていると思います。

司会：杉本 では、その課題をどう考えるかというのは、各幹事団体で取り組むべき内容を出していただいて、それをまた橋本先生まとめていただけますか。いかがでしょうか。

橋本(母) 一応、また検討しましょう。

司会：杉本 いずれにしましても、助産師会、産婦人科医会、母乳の会、それぞれが一応この厚生労働科学研究の課題を出すということで、それぞれからまず出していただく。それで共通なことは快適性を具体的に数量化できるような指標を考えるという課題を持ってまとめていただくということをお願いしたいと思います。日程からいって、いつまでにそれを出して、どのように持っていったらいいですか。

當山(厚労省) この課題を出すのが早いので。締め切りということではなくて、ある程度課題を出していただく。

司会：杉本 ある程度、どの課題の内容がいいかということのサディスションをいただけるとすれば・・・。

當山(厚労省) そちらからいただかないと、こちらからは何とも言えません。

司会：杉本 テーマの内容として、そのフォームとしてきちっとしていなくても、その前の段階での話ということですね。

當山(厚労省)當山：はい。

司会：杉本 では9月10日ぐらいまでに永山さんのところへ、テーマと方法論ということを簡条書きで、とにかく出してください。それで、修正していただいて、その上で本格的な申請書を作るという手順でお願いしたいと思います。この幹事会の費用を捻出するためという実質的なものですから、よろしくお願いします。

次の課題の「看護師の分娩介助の件」は先程のフリーディスカッションの中で入っていますので「不妊への取り組みの課題」ということでは、今日、産婦人科学会が見えていないんですが、次は出席していただけるんでしょうかね。学会の方、不妊のグループがいなくてこの全体の課題の不妊のところは欠けちゃうんですね。

永山(母) 参加していただけるように要請はしましたが。

司会：杉本 学会の今度の担当は誰なんですか。まだ決まっていないんですか。

永山(母) 吉田先生はもう替わられたんですか。

司会：杉本 めまぐるしいね。武谷先生にこの担当者を決めてくださいということで、決めていただければいいんですね。では、わかりました。この「健やか親子」担当の学会の責任者を早急に決めていただきましょう。では、あと10分ほどですけれども、全体として何かご意見がありましたら出していただきたいと思います。とにかくお金がないといういろいろ出来ませんよね。とにかく、お金をもらえるように皆さんに努力をしていただいて。これは運営費ですから、最低限の活動費ですから。

山内(母) 先程の助産師の数のことですが、これは厚生労働省もやはり日本では少ないと認識ができていますか、それとも数はあると。それが1点と、もし作ろうと思ったら、これは運営上のことさえ変えていたら簡単にできることなのか。また、大学と助産学校との割合がどうなっているのですか。それと山本さんが言われていた研修すると100人とか集まるというのは、これは潜在の方が100人も集まるんですか、これは大変なことじゃないかと思うのです。だから、その辺をどのように活用していくか。朝倉先生が言われていたように、徳島のような形とか、どのように持っていけば再就職できるのかは非常に大きな問題ではないかと思うのですが、その辺を少し教えていただけたらと思います。

司会：杉本 當山さんの方で、何かお答えいただけるような内容が今の中でありますか。

當山(厚労省) 偏在していると看護課では言っています。

山内(母) 数は足りていると。偏在していると認識されているのですか。それでは医者の問題と同じで、結局免許の数では十分あるけれども、実働としては非常に少ない。その辺の把握の状況がどうなっているのかなと一番気になっています。免許の数では十分ありますよ。ただ、実働では足りないのか、先程の 100 名の方が集まるのは大変なことが起こっているのではないかと思うのですけれども。

當山(厚労省) 私が以前に聞いているのは、偏在をしているということです。それなので、派遣型の、助産師さんで開業の、お医者さんのところでは少ないというところで、どうしたら開業の先生のところでも働いてもらえるかという方法をいろいろ考えていると聞いています。その点の研究班というのは看護課と先生にも入っていただいている海野先生の研究班でも、どうしたらそれが解消できるのか考えているところです。看護師さんで働いている方を助産師さんに育成して、そこでまた働いていただけるというような教育もできないかということで、先程の話があったのですが、赤字になってしまうというところの話がありましたが、赤字の数字があるといいと思います。具体的にデータで、いくら掛かって、いくら足りなくて、いくら足せば、本当に経営が成り立つのかという話をもっとあるといいのかなと思いました。

宮崎(医会) 看護課はどうもその辺のデータを持っていると思いますね。

當山(厚労省) 私が助産学校を受けようと思ったときは 130 万円ぐらいの教育費だったのですが、そんなに掛かるのかという話があったので、どれぐらい費用面の把握をしているのかというのは。

宮崎(医会) 本人負担額がそのぐらいのところは、おそらく経営がうまくいっている。ですから、それ以下のところというのは必ずどこかが補填をしているはずですよ。ちょっと細かい数字は忘れてしまいましたけれども、結局、病院と入学金で何とかしている。

司会：杉本 あと、自治体に補助金をいくらかだいしてもらおう。

宮崎(医会) ただ、それも〇百万単位らしくて、とてもとても運営には及ばない。

當山(厚労省) 看護師の学校だったら運営していけるわけですよ。

司会：杉本 学生の数が多いから。全体の数が違うから。

岡本(助) 実習の関係もあって、助産師の場合は定員数が少ない。だから、どうしても赤字になる。

朝倉(医会) 偏在ということですがけれども、偏在というと本当に数が足りていて、ここに溜まっていて、こっちからこっちに持ってきたらうまく行く、そんなことはあり得ないので、余っている人達を雇っているところは 1 つもないんですよ。雇っているからうまく行っているだけで、これをこっちに持ってきたら解決する、そんなことはあり得ないわけですよ。産婦人科医会も調査したところ開業医の診療所と病院と両方ともかなりの数が足りない。多分 4,000 人ぐらい全国の診療所で助産師が足りない。病院が 2,000 人ぐらい少ない。偏在をしてもそういう状況なので、派遣したら大丈夫なんて、それはあり得ないです。たくさん助産師さんを作ってくれないとしょうがないということです。

當山(厚労省) データとしては助産師なのに看護師として働いている方がかなりいるというところですよ。

宮崎(医会) 僕の近々の地区でいいますと、看護師は足りていると言っていますけれども、助産師さんだけではな

くて、実際に応募して来てくれる人達が中々いない。もちろん、労働基準法に関わる場所ですから、労働の環境そのものが変わらなければ、彼女達は労働条件のよりいいところに行きます。僕もちょっと聞いた話では、偏在助産師さん達を集めても、結局彼女達が聞いてくるのはお金がいいところ。労働条件が今より良いところか、悪いところか、やる気の問題なのか、それとも条件の問題なのかというところで、すり替わっちゃっているように僕の耳には入ってきています。

山本(助) 私の知り合いの先生ですが、10年前までは助産師が0でした。助産院に「午前中だけ3時間診療所に来てくれませんか」という話をしまして、「3時間だったら行ける、週1回だったら」と。それを次々とやっていきました。最初は「助産師はなくても大丈夫」と言っていたのですが、助産師が1人入り、午前中埋まって、次に今度は午後も埋まって、夜も埋まってとなりました。決していいことではないですけども、1日を午前中・午後・夕方・夜と5分割ぐらいにして、全部モザイクのように当てはめて、空いているところにまた違うところから、ここ月1回だけだとポコッと当てはめていって、今は全部助産師で埋まっている状況になっています。登録しているだけで20人ぐらいいるんです。

ところが、診療所で勤務している助産師は常には4名です。午前中は外来で2人、病棟で1人か2人ということなので、それはモザイクのように入っていて、週に1回の人もいれば、夜だけの人もいれば、午後だけの人もいればということで、いわばマクドナルドのように空いている時間を空いている人が働ける時間だけ働くというようなことです。ケアが杜撰になるかということ、もちろん、抜けはあるでしょうけれども、それはそれでまたうまく回って行っているんです。

だんだんケアが良くなってくると、お産もまた集まってくるし、助産師がそれを聞きつけて、「私、週1回働けるけど、どうだろう」と、潜在している助産師がどんどん集まってくる。そして、コマの取り合いになってしまって、中々勤務に入れないというような状況が起こっている医院もあるんです。

ですから、発想をまるっきりガラッと変えて、働けるところを働ける時間帯で来てくださいというような募集の仕方もあります。求人情報を見ると、年齢制限があったり、週5日以上働ける人という規定があります。週1回でもいいですか、午前中の週2回だけ来てくださいという求人広告はどこにもないんですね。だから、助産師だったらどんな働き方でも良いという条件でまずオープンにしてみると、以外にふさがっていくという状況があるので、そこはまたどんどん助産師が集まっていきます。

司会：杉本 そこは時給どのくらいいただけるんですか。

山本(助) すごく安いんです。時給1,500円です。それでも、3,000円のところに助産師が行っても1カ月で辞めてきたりしています。

司会：杉本 それで、お産を1つ取り上げるといくら付くとか、そういうのはありますか。

山本(助) いいえ、ないです。

司会：杉本 ないんですか。

山本(助) 全然ないです。本当にどうしてこの安い給料でこれだけの助産師が集まるかなと、とても不思議ですけども。そういう好条件で働ける場所ってないのですよね。助産師は助産師をしたいんですけども、週に1回だけとか、土曜日1日だけなんていうそういう自分勝手な仕事ができる場所って全くないんです。だから、まるっきり発想を転換してみるというのも1つの方法かもしれません。

司会：杉本 時間の枠を自由に取れるような働き方は。確かに1つのアイデアだと思いますね。

山本(助) そのアイデアは別に助産師さんだけではなくて、うちの大学でもやっています。医師はずっと診ているのですけれども、看護師さん達は休ませないといけないからといって、ちょうど昼の時間、パートの看護師さんに来てもらいましょうと。その時間、2時間でも3時間でもいいからいてくれれば仕事をしましたということにしましょうと。ところが、一番の問題は看護師さん達には保険が付いているのですが、外来で働いている看護師さん達の保険がないのです。だから、十分雇いたくてもうまく雇っていけないというのが現状ですね。特に大きな病院に関しては。診療所に関してだつて結局は診療料の中に入っていますよとは言ってもいるんですが、とてもそれでは追いつかない。ですから、僕らから言わせていただくと、看護師さん達は保険にもっと興味を持っていただいて、もっと私達の取り分として当然支払われるべきものが出てこないという考え方にならないのかなと思います。

司会：杉本 雇用形態、あるいはそういう保険の問題とか、いくつかそういう問題点はありますけれども、いずれにしても助産師の実働部隊が足りない、適正配置をしたいということの思いは皆あるので、もう少しアイデアを絞って出して、現実の対応をしていくことが迫られていますので、そうしたことを考えながら、この安全と快適性というテーマを追求していきたいと思います。それで、厚生労働科学研究の先程の来年度の課題ということで、とにかく10日までに永山さんの方にそのテーマと方法論ということの箇所書きで結構ですから出していただいて、とりあえずまずは応募をする準備段階を整えたいと思いますので、よろしくお願ひしたいと思います。

では、時間ですので、今日の幹事会はこれで終わらせていただきたいと思います。みなさん、人出が足りなくて大変お忙しい状況ですけれども、日本の周産期に必要なことは、こういった幹事会で少しずつ進めることができるのではないかと思いますので、今後とも活動をよろしくお願ひしたいと思います。

次回は11月1日6時ということです。

(文責：日本母乳の会・永山美千子)

●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

第 20 回「健やか親子 21 推進協議会・課題 2」の幹事会・議事録

日 時：平成 18 年 11 月 1 日（水）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

司 会：日本産婦人科医会 朝倉 啓文

出席者：日本産婦人科医会 ⇒朝倉 啓文、大村 浩、塚原 優己

日本助産師会 ⇒岡本喜代子、豊倉 節子 山田美也子、川島 広江、

日本母乳の会 ⇒橋本 武夫、山内 芳忠、杉本 充弘、永山美千子

日本産科婦人科学会⇒ 欠席

厚生労働省 ⇒當山 紀子

議題：1) 報告事項、2) 今後の幹事会について、3) 産科の現状について、4) 不妊への取り組みの課題

司会：朝倉 今日は私が司会をする順番であります。報告事項、今後の幹事会について、産科の現状について、不妊への取り組みへの課題ということで、できる限りこの 4 つをやっていくということです。産婦人科学会の方は今回はまだ出席する準備がまだできていないということではないでしょうか。

永山(母) 学会に連絡しましたところ、担当者は岡村先生・吉田先生と決まっていられるのですが、この「健やか親子」についての位置づけが学会の中でしっかりできていないので、現状ではそれどころではないということです。いつも担当者から叱られているので、どうするかをもうしばらくお待ちくださいというお返事でした。今回の出欠についてもお返事がないので、今のような状況です。

司会：朝倉 はい、わかりました。それではまず、報告事項ということで行きたいと思います。今日、資料をお持ちいただいたのは産婦人科医会だけでしょうか。そうみたいですね。「日本母乳の会」のニュースレターがありますか。それでは「母乳の会」の方からの資料のご説明、ご報告をお願いいたします。

永山(母) 報告します。前回の幹事会でシンポジウムについてはご報告させていただきました。BFH が今年度は 3 つ認定されましたので、それについての記念の講演会が 3 つの施設でありまして、私も 3 回出席させていただきましたが、先々週は山内先生と一緒に公立芽室病院に行きまして、一昨日は橋本先生と舞鶴共済病院に行ってきました。ちょっと感じたことですが、地域では医療についてかなり皆さん苦しんでいるところですが、この BFH は病院ぐるみで取り組んで認定ということなので、産科の先生・助産師さんだけではなくて、事務方も含めて病院そのものがとても頑張っていられるので、病院全体がいきいきしてきたような感じがします。今の産科の閉塞状況を見ていると、光が見えたかなと感じました。皆さんのいきいき具合がすごい、これは私の勝手な感じ方ですが。

今年 2 回目のワークショップが再来週の 11 月 18・19 日に宮崎県で開催します。宮崎は母乳育児が進んでいなかったところですが、今回は宮崎と鹿児島に参加者がすごく多い。九州は橋本先生がずっとご尽力されているところですが、九州全域から 84 名も集まって、集まり過ぎて困っているぐらいに集まりました。

10 月 9 日に日本全国の BFH の病院が集まって、第 2 回 BFH 連絡会議を東京フォーラムで開催しました。120 名近くの参加の会議です。「認定されたあとの課題について」、「今後はどういう役割をしていかないといけないのか」という議論がされました。それについての報告書はまだできていませんが、かなり真剣な議論がされました。

それともう 1 つは 9 月末にベルリンで先進国 BFH 会議というのがありまして、それに私と小児科の先生 2 人の 4 人で参加してきました。『母乳育児成功のための 10 カ条』が勧告されていますけれども、先進国として何をするかということで、この 10 カ条に、母乳で育てられない人への支援、マザーフレンドリーという考え方と、もう 1 つは HIV の支援をどうするかということを新しい概念というか、取り入れていく。10 カ条は 10 カ条ですけれども、先進国としてこうしたことを取り組んでいくということが、WHO の方から提起されました。マザーフレ

ンドリーについてはお産についてです。先進国のお産、フランスは90パーセント以上が麻酔分娩ですね。イギリスでも正常分娩の36パーセントぐらいが帝王切開だと話しており、自然な分娩というのが少ないので、マザーフレンドリーの概念は女性達の力を発揮する自然な分娩ということでした。

HIVについてはヨーロッパは移民の国なので、アフリカからもたくさん来ているので大きな問題で、日本よりもっと深刻な感じでした。そこでもHIVでも母乳を飲ませるべきだという意見と、違うんではないかという意見とが出ています。ヨーロッパではヨーロッパだけのイエローペーパーというのですが、母乳育児に対する統一的な考えを出していこうというので、イギリスを中心に作っています。それにはHIVの子ども達にも飲ませようというようなことが出されていました。

会議はベルリンのセントジョセフ病院で開催したのですが、かなり古い1800年代の病院で、そこを見学させてもらったり、個人的に取材させていただいたりしました。ヨーロッパ先進国では入院期間が1~3日です。日本のBFHのデータを見て、日本のシステムに対してはとても羨ましいと、どうしてそれができるんだということを聞かれました。その病院では分娩がいくら、入院1日がいくら、2日目がいくらということなので、お産の費用がかかるということで、日本のようなシステムは難しいということ。それから、先進国は親子関係がかなり問題であるということと、日本の5日から1週間の中で支援されていることが課題となっていました。1日から2日で病院を出てしまいますから、先進国としてどうシステムを構築していくかが、一番の大きな問題でした。

10月9日に日本のBFH会議があったときに、ユニセフの次席が来られて、日本の周産期のシステムというか、お産のこのシステムが素晴らしいので世界に是非発信してほしいという話をされていました。私も今回、行ってみて、1週間なり何なりのケアをしている日本のシステムというのは世界に誇るべきものだと改めて思っています。これから母乳の会も、BFHで生まれる赤ちゃんが年間で約17,000人いるので、それについてのデータ収集を始めるというところです。活動の報告としてはそういうところです。

司会：朝倉 ありがとうございます。今のご報告にご質問とかあればお受けしますけれども、よろしいですか。

次に資料を提供したのは産婦人科医会からです。まずアンケートが入っています。これは分娩の快適性確保に関する調査へのご協力お願いというもので、3年前にとったアンケートと同じアンケートです。分娩の快適性というのを病院、或いは診療所をやっている医師達がどういうふうに考えているかを意見としてもらうためにアンケートを作成しています。3年前のものですから、「健やか親子21」を知っているとか、知らないとかというところから入って、安全性と快適性の同時確保は必要かとか、当然両方必要だということに〇が付くと思いますけれども、快適性を高める設備のこととか、バースプランのこととか、立会い分娩のこととか、母乳ケアとかということも聞いています。これは3年ぐらい前にとったアンケートなので、今見てみるとちょっと古臭くなっている部分もありますが、3年前は産婦人科医会の会員に対して、会員の中の定点モニターに対してとったものです。これをBFHの先生方にもう1回とって、それでBFHの先生達がどういう意識でいるかということを確認したい。そして、産婦人科医会の人達の意識と比較をしてみたいというつもりで、研究計画に入っていることですので、本年度中にとりたいと思っています。アンケート内容に関しては、もう少し見直すつもりではありますけれども。

資料1です。厚生労働省の雇用均等児童家庭局母子保健課の方でやっていたら「授乳・離乳の支援ガイド策定に関する研究会」というのに産婦人科医会から私が出席することになっています。日本医師会からは今村先生が出ます。開けていただいた裏に出席する方々の名前が書いてございます。この中で朝倉と今村先生この2人だけが産婦人科で、他は小児科の先生、あとは栄養の先生が集まっています。理解する範囲の中では「授乳・離乳の支援ガイド」というのを作るために様々な意見を汲み上げて、そういうガイドを作り上げて行きたいということです。そして、このもとにあるのは離乳の基本というのが平成7年に出ていますので、これを改訂したい。その改訂の理由としては平成17年度に厚生労働省が乳幼児栄養調査を行いましたので、それがまとまったので、そのデータをもとに変えて行きたい。さらに産婦人科が入っている理由としては、母乳育児というのを推進したいということで、私達が出ているのだろうと理解しております。第1回目は各委員の意見を聞いていくということだけでありまして、我々としても母乳に関しては全然反対するところはないので、反対はないんだというお話をしました。それから、先程、永山さんがご報告なさったようにWHOの10カ条がありますけれども、これはページを開けていただきまして5ページの最後にWHOの「母乳育児を成功させるための10カ



条」が書いてあります。これをやれば母乳育児が非常にうまく行くと、それは非常によくわかります。それから、また母乳の大事さというのをもっともわかっているところでもあります、ただ産婦人科を生きる糧としてやっている医院や病院の中では中々難しい部分があって、例えば分娩後 30 分以内に赤ちゃんに母乳をあげられるようにしようとか、欲しいときにたくさんあげてくれとか、母子同室をしなさいとかいうようなところは、確かに大事なことはよくわかるんですが、病院は混合病棟化しているし、それを母子だけおかれるような産院をつくれと、作れるところはいいですけども、作れないところもたくさんある。それから、30 分以内に赤ちゃんに母乳をあげるといのは、やはり助産師や看護師が充実していなければいけない。その辺の従業員や、コメディカルな人達の数というの全然足りない。そういうところで 30 分以内に母乳をあげていくとどうなるかという、産婦人科医会の調査でも、去年 1 年でそれで死んでいる赤ちゃんもいるんですね。こういうようなことは大事なことは勿論よくわかるし、やるべきではあります、そのためには体制が必要であるというのを痛感しています。

それから、いつでもお母さんが母乳をあげられるようにする環境というの、やはり看護師や助産師達が目を光らせているような環境というのをおそらく必要ではないかと僕は思います。母乳に関しては大賛成ではあるけれども、産婦人科の診療形態というのをよくするような努力というのと一緒に同時にやっていただかないと実際にはできないのではないかとというようなこととお話しました。かなり産婦人科医会よりの観点ですけども、医会から出ているのではないかとということです。ただ、母乳育児に関して反対するつもりは全くありません。

というようなことで、報告をいたしました。もう 1 つはパンフレットがあります。4 色刷りのやつで、「日本の産科は世界一なのに、いま安全な分娩管理を受けられないお産難民が 50 万人？」というのがあります。これはかなりヒステリックなパンフレットですが、ただ私達産婦人科医会は今これだけ追いつめられているということも確かです。赤ちゃんが亡くなるのは世界で一番低くなったり、妊産婦死亡が随分よくなったり、周産期死亡率が世界ナンバーワンをたどっているのに助産師さんがいない、看護師さんがいない。そして助産師さんがいないという施設ではお産をしてはいけないと思っている一般の人達が最近増えてきているので、そんなことはないんだということをアピールしてということが医会の会員をサポートすることにもなるだろうということで、こういうパンフレットを作りました。この前の日母大会でこのでかいポスターを作って貼りました。

それから、今は保助看法違反で訴えられそうな診療所があるわけですけども、そういうところの事件に対して警察から医会に事情徴収に来たりすることもあるので、そういうときにこれを見せて説明をしたりしているところです。産婦人科医会全体が非常に緊迫した状態に追いつめられているということをおアピールしたくて、資料として提出させていただきました。ご質問はございますでしょうか。

杉本(母) お産難民 50 万人というパンフレットですけども、少し何かポイントがずれているのではないのかなという気がします。部分的には今までの実績という意味では間違っていない部分はありますけれども、何が言いたいかという、内容が少しずれているのではないかなという気がするのですよね。

司会：朝倉 感じはそうかもしれませんが、まず 1 つのポイントは助産師がいないとお産ができないと一般の人達が思い始めていると、すごい危機感をあおっている部分があるので、そんなことはないんだということを 1 つ言いたかったということだと思いますけれども。

杉本(母) それは助産師というものの役割ということの位置づけが産婦人科医会としてきちっとできていないという点がありませんかね。こういうものを見ていると、助産師ということの理解と助産所というところと混同しているところがあると思うんです。助産師の役割はお産には絶対に必要だと思っているんです。ですから、助産師さんがどの妊婦さんにも 1 人付くぐらいなそういう体制が望ましいとは思っているんです。ただ、日本の中の安全を考えたときに、自宅出産とか、助産所の出産にはやはり限界があるので、好ましいこととは思っていません。ただ、2%位どうしてもそういうところでお産をしたいという人がいるときに、その現状をバックアップするような体制は一応必要だとは思っているんです。

ですから、自宅や、助産所というのはある程度、安全の限界があるということをよくわかった上で、その結果が悪くてもそここのところはもう納得するという方は、それはそれで自分の選択でやっていただいて構わないと思

います。安全という面から、そちらでのお産が大丈夫ですということは、やはり限界はあるので、決してすすめられるものではないというのが私の基本的な考えです。産婦人科医会がその辺の整理がきちっとできているのか、どうもその助産師というものと助産所というものを混同しているところがあるような気がするんですけども。

司会：朝倉 この文章はそれなりのいろいろな出来事とか、経緯があってできているものだと思います。ですから、あくまでもその論旨がしっかりしているということではなくて、例えば、助産師がいないとお産ができないということに関しては、それこそさっきお話ししたように、一般の方達がそう思い始めているというのがあるので困るという会員の声があったからだと思います。それから、下のところが問題だと思っていらっしゃるのかもしれませんが、実際に内診問題から産科を取りやめる施設はどんどん増えています。病院は病院で別なことで減っているし、診療所も減っている。それは確かなことです。そうなっていくとお産難民が増えるだろうと。そこでこのようにわざわざ書いたのは、そうすると減った分は助産所がやりますよという声はあったんですね。そういうことは包み隠して書いているので、何ていうんでしょう、考え方というよりも、そういう意見に対しての言葉と僕は理解しています。勿論、助産所は助産師が必要であるし、助産師は分娩ができる、そして一緒にやることのできる、それは理想のことであるし、当然のことです。

ただ、助産師がなくて医師だけがお産しているところもやはりあります。これは助産師を増やすべきだと思います。夜間であれ何であれ、助産学校を作って助産師になってもらうような努力は必要だと思います。だけど、できないところがあります。できないところというのは、できるようにしなさいというのは当然のことですけども、できないからダメだと、やめなさいということは医会としては言えない。そういう意味でサポートするつもりで書かれた出された文章だと思っています。

杉本(母) 結局は看護師の内診問題ということについてどこに問題があるかということの少し理解が違うのではないかなという気がするんですね。それが出てくるのは保助看法に違反しているからというのは、これは表向きのことであって、それが問題として取り上げられてきたのは、やはり分娩の経過を見る体制に問題があって、結果として好ましい結果でなかった妊産婦さんからの訴え、或いは資格のない看護師が労働を強いられているというような内容、そういう不満から出ているように思うんですが、その辺は朝倉先生、いかがなんでしょう。

司会：朝倉 ただ、やっぱり何というんでしょう。いろいろな要素があると思います。私のやっている分娩はもちろん助産師がいますが、恵まれた位置にいるわけです。実際に恵まれていない位置にいる人達もいます。そして、看護師さん達とやっている医者、そして看護師さんがひどい分娩をやっているかということ、決してそうではない。やはり妊産婦死亡率や周産期死亡率をみるとわかると思います。助産師の役割が大事だということはこの段階で、いわゆる快適性だとか、或いは安全性を増すためにもそうかもしれません。これ以上安全性を増すためには助産師が必要だと理解しています。

杉本(母) 内診は医者がやればいいと私は思っているんです。それで内診もできないほど忙しいお医者さんというのはどういう立場の方かなという疑問すら思っているんですけども、その辺はいかがですか。産婦人科の医会で内診を自分達でできないほどの忙しいという内容というのは、どういう業務内容をされているんでしょうかね。

司会：朝倉 それは身に余るほど妊婦さんを抱えてという意味になるでしょうかね。例えば、分娩が月間10人しかなくたって、3人がワッと来てしまえばということがありますよね、1日寝なければいいわけですけども。でも、それが続けば安全を脅かしてしまうということもあるだろうし。何ていうんでしょう、医者だけが内診をしていくというのは無理がある施設はあるということは理解できます。

杉本(母) それは分娩監視体制が非常に無理な体勢でやっているということにならないですか。裏返していうと。

司会：朝倉 おそらくそうでしょう。先生がおっしゃる通り。どれぐらいやっているかわかりませんが、かなりの部分やっていると思います。医者が1人、2人で、それを日本はやっているわけですね。それをどうやって切り離して、どうやって改善させていくかということですね。

杉本(母) かなり無理な分娩監視体制でお産をやってきたという裏返しがある気がするんですよね。それはそうせざるを得なかったのか、それをもっと安全にする努力が足りなかったのか、その辺は実態がよくわかりませんが、そういう分娩監視の体制が不十分であったということの反省というのは、産婦人科医会にはないんですか。

司会：朝倉 今のままで十分いいんだとは誰も思っていないので、それなりの調査というのは常にされていますので、1診療所あたりの医師数というのいろいろ調査をしています。4~5年前ぐらいの医療対策でやっています。1診療所あたりの(分娩を取り扱っているところの)医師数というのは平均1.7人ぐらいになっています。それは増えています。それから、これからというのは確実にもっと増えていくだろうと予想はしているし、減ることはない、増えるだけです。ただ、現在内診問題のことを言っているわけですね。もちろんいろいろな問題があるかもしれないけれども、平成10年・16年の厚生労働省の通達でもって、特に16年は内診は本当に法律的にだめだよということになってしまった経緯というものがまるで納得できないと。それは非常に安全性を損なうものであるから何とかやめなさいというような勧告がありました。勧告に従えないものをバッシングするためにやったとは思えない。どういうことでやったかは全然わからない。

医会にも学会にも職能団体の産婦人科に対する相談も一言もなく「内診はともかくだめなんだよ、医者が全部やりなさい」ということになってしまったわけです。その現状を改善しないでその通達がでたことによって、医者達が内診をしています。当たり前です。だけど、そのことによって、寝られなくなって安全性を確保できなくなっているというのも事実としてあります。だから、分娩もやめて行かなくてはならない。実際やめていくところもたくさんある。そうするとお産難民が増えていく、これは当たり前は当たり前ですね。どうすればいいかという、難しいんですけども。

永山(母) 産婦人科医の分娩に対する考え方と、助産師の分娩に対する考え方の違いではないかと思うんですね。産婦人科医の分娩に対する考え方はまず安全、安全は大前提なんですけれども、大前提の上にさらに安全が先に優先される分娩です。受ける側から見るとですね。

助産師の分娩の場合は、やはりそのお母さんと赤ちゃんが成熟するまで待つて待つて、もちろん基本的には分娩は待つんですけども、というところの大きな違いがある。どうしても開業の産婦人科の中では助産師と産婦人科医師の分娩に対する捉え方が合わないの、看護師さんが働いて、その足りない部分を内診という形です。分娩に対する考え方を産婦人科の医師と助産師の中で、お母さん達も交えてですけども、今この時代に少しすり合わせる必要があるんじゃないかと思うんですね。

安全というのが体の安全、命の安全だけではなくて、産まれてくる子どもと母親の心の安全まで含めたときに、産婦人科の先生達にもう少し考えて欲しいんですよというのが、多分大きな快適性だと思いますし、助産所にはもう少し安全性ということシステムとして取り入れてほしいというのがこの快適性ということなので、現代的な分娩に対する考え方を医師と助産師の中で難しい問題ですけども、議論し合うこと。議論が平行線かもしれないですけども、そうしないと看護師さんの内診がいけないというだけの議論になってしまうのではないかなという気がします。今の話を聞いていて思ったんですけども、どうでしょうか。

司会：朝倉 その通りだと思うんですけども、他にご意見。

岡本(助) このタイトル「助産師って知っていますか」ですから、助産師をPRしてくれるのかなと思って、よくよく読めば、例えば昭和23年頃の混乱の中、お産婆さんの習慣を断ち切るためとかありますけれども、日本の産婆の歴史はご存知のようにドイツ医学導入のときに同時にドイツの制度が取り入れられて、それこそ感染防止

のためなど近代的な学習など、その辺のところはきちっとやられています。欧米に習いとありますけれども、当時昭和 23 年、GHQ が日本を指導したときの保助看法等につきましては、アメリカの方に助産師がいなかったんですね。日本の助産師はいわゆる「取り上げ婆さん」と当時の指導者は思っていたわけですが。しかし、実際来てみて、そうではないきちっと教育を受けた制度の中の有資格者の職業であるということを認識しまして、それで保助看法の中にきちっと助産師職が残ったのです。その辺のところがちよっと誤解されているところがあります。

先程からも論議されているように、私達は内診だけの行為がどうのこうのではなくて、むしろ分娩 I 期の辛いときに本当にそのことをわかりながら寄り添って支援できる人において欲しいということです。むしろ助産師だったら先生方もそうですけれども、最小限度しか内診もしませんし、聞くところによると 40~50 回も内診をしたといえます。そういうことはやはり妊産婦さんのためにやっぱり私はどうかなと思います。

今、大事なことは医師数も少ないし、助産師も少ないという現状の中で、やはりリスク度にわけて、きちっとどこだったら助産師に任せられるのか、或いは正常であってもポイント健診で、どこどこを押さえてそのチェックを 2 重にやっていくのかとか、グレーゾーンは当然ですがドクターの管理と一緒にやるとか、そういうリスク度に応じたきちとした区分けをしながら役割分担をしていかないとならない。これはお医者さんをもっと増やしたとしても、助産師を増やしたとしても、パンフレットのように正常産もすべて医師が全部やらなければいけないという考え方であれば、私はおそらく分娩数が現在程度であってもこの状況は続いていくのではないかなと思います。そこら辺が、今一番必要なことかなということです。助産師がいなくてもドクターはお産ができるということは当然のことであって、あえてこう言わなくてもいいんじゃないかと思いますが、いかがでしょう。

司会：朝倉 今、医会としてはこういうことを言いたかったということです。それだけ非常に追い詰められてきたということです。

杉本(母) ただ、この文章の中で、一番基本的なこととして問題かなというのは、「助産師って知っていますか」という項目の 3 行目の「本来、分娩には医療が必要で、唯一、医療行為をできる医師が管理しなければなりません」というこの捉え方がやはり問題だと思います。これはお産の極一面に必要なことであって、こういう考えだけで妊産婦さんに対応するというのでは、やっぱりいろいろな不満が出てくると思いますね。朝倉先生はこういうは思っていらっしゃらないと思いますが、このように思っていらっしゃる先生が多いということですよね。

司会：朝倉 そういうことをこの幹事会で話し合っただということになるだろうと思うんです。ここで話し合っている声あまり大きく産婦人科医会全体には響いてこない、産婦人科医に響かない。なぜかという、それは安全があるからですよ。快適性は個々で考えればいいじゃないかということになる気がします。調査した結果でもそうです。100 パーセント安全性を求めなければいけないと皆さん思っていることは当然ですが、特にこの数年間は我々産婦人科医に求められるのは、110 パーセントの安全性、120 パーセントの安全性、今は 200 パーセント近くになっているかもしれない、というような安全性を常に社会的に求められています。ですから、安全性以外のところが頭に入ってくる余裕というのは出てこないというのが本当に私達の辛いところです。そういうことから産婦人科医になる人達も少なくなってしまう。快適性を求めて助産師さんとしてこんなにお産をしているからみんなやろうよと若い人達に言っても入ってきません。それはこうやって私達が苦しんでいるからです。

そういうことがあるところで、助産師さん達と皆さんとで話していく内容のことが中々みんなの耳に入っていないということはある意味ではしょうがないことではあるかと思えます。一番大事なことというのはどうしても安全性であって、次は二の次であるということです。そういう意味では、ここで言っていることはここにお集まりの人達から見ると嫌なことが書かれているとは思いますが。ただ、こういう会の中にいるということも確かですし、産婦人科全体がこれに近くなっていることも確かですし、産婦人科学会が出てこないというのもその通りです。もっともっと、今、切羽詰ったことがあるからだというのはそうだと思います。さっき言った安全性ということですよ、というように理解しています。

そういう中で周産期医療がものすごく困ってきている。まずは産婦人科の医局に人が入らないというのが 1 年ぐらい前にあって、福島県の問題があって、保助看法で堀病院が捕まりそうになって、ということがあって、周

産期医療というのは、それが1つの要素になって崩れてきている部分があります。それは今お話になっているいわゆる内診問題です。それが崩れている1つの柱になっていることだけは確かです。それをどう考えていけばいいか、考え方はいろいろあるでしょうが、問題になっている、そして崩されている柱の1つであることは確かです。それだけは認めていただきたいし、私達も困っているというのは本当です。今までこの幹事会ではそういう話はあえてしないようにしていました。話が先に進まないからです。ただ、認識として、私達はこんなふう言葉に出すと、ヒステリックになってしまっているという状況だけはわかって欲しい。認識して欲しいと思います。

杉本(母) 安全性というのは必要条件ではあるんですけども、100パーセントの安全というのはないので、その許容範囲というのはどこまで許されて、できるだけそれに近づけるかという努力だとは思うんですね。ただ、医師が何でもすべてを管理すれば安全になるかという、それはちょっと違うのではないかなと思うんですね。だから、その安全性の確保の仕方にもう少し日本全体の産科医療では工夫がいるのではないかなという気がするんですね。だから、医師が過剰に正常からすべて網羅するだけのことはもうできないことはみんなわかっているわけですから、いかにチーム診療としてそれを確保していくかということの課題でもあると思うんですね、ここで話すことは。その辺は医師だけが孤立して自分達だけが唯一医療行為ができるんだからというような意識を極端にすると、あまりチームとしての診療が成り立たなくなると思うんですね。ですから、その辺のチーム診療をどのように組み立てるかという、もっと工夫が必要だとは思っています。

司会：朝倉 平たく言えば、仲良くやろうよということなんですよ。本当はね。こんな文章なんか出さないで。ただ、こういう文章を出すように追い詰められていることは確かです。そこまでの部分で仲良くやろうよという雰囲気になかったということも当然です。ですから、どうやったら仲良くやれるかという話なんですよ。この問題は政治問題化しちゃっているから、中々仲良くやたらなくなるといった問題じゃなくなっている。これは非常にはっきり言って悩みの種です。本当に困ったところですよ。

永山(母) 産科の先生が撤退し始めちゃっている。例えば、撤退しようかなというような産科先生が何人か集まって、開業の先生が3人ぐらい集まって新しいものを作っていこうという動きはないんですか。

司会：朝倉 歩み寄ってというのはそろそろ年をとった人たちだと思うんですね。いいからもうそろそろ辞めようかってなっちゃう。そうすると、本当にそこで分娩する予定の人が浮いちゃうんですよ。

永山(母) 内診問題がきっかけで辞めたいという方がいるかもしれないのですが、その地域にいる産科の先生達が協力し合って、そこに新しい形の診療所、今までの診療所よりも一歩、病院とまではいかないけれど、進んでという動きはないのでしょうか。皆さん一匹狼ですから難しいとは思いますが、そういう動きというのはないのでしょうかというのをお聞きしたいんですが。

大村(産医) 私は敵前逃亡して、そういう診療所に行っちゃった方ですけども、そういうことをやろうにも無理です。もうそんなレベルではないんです。申し訳ないけれども、やはりちょっと現状からかけ離れちゃっている。ここ数カ月間の産科の崩壊度というのはものすごいですよ。お分かりになっている方もいらっしゃるかもしれませんが、東京でも都立病院はありますが、今度都立墨東病院はお産をやめましたよね。12月いっぱいでも都立豊島病院もお産をやめます。みんな交代の人間を大学が出すはずがない。医大で決める条件というのはあるでしょうけれども、通常の医療行為をやっている、それもしか自分達は産科が決して嫌いではなくてやっているんだけれども、それも犯罪行為と捉えかねないような時勢があるのです。この次は荏原病院というところも、そこも1,000ぐらいやっていますけれども、来年の3月いっぱいでもやめます。ということなので、それだけで多分2200~2300ぐらいの東京都内のお産が宙に浮くと思います。次にどこの大学がそこに出すんだといたら、どこも出しようがないということになっちゃっています。

それから開業医同士でやったらという話があったんですけども、そこで問題になってくるのは、正常の分娩

は正常の妊娠はというリスク分けの話が出るんですが、リスクをいくら分けていても正常なものが途中で異常になるのが多分10%位あるのではないかと思います。正常に経過していても突然切迫早産になった場合に、どの病院がとってくれるんだろうと考えたときに、とってもらえるはずの周産期センターにもうすでに人がいないとなると、開業医がどんなに頑張っても、なるべく早く手を離すしか方法がなくなっているんですよ。

この間も実は、日赤医療センターにも大分お世話になっているんですけども、ただ日赤医療センターでとっていただくまでに、全部で11件断られたという現実がありました。それはやはり結構週数が行ってから切迫早産で突然来ちゃったもので、もうどうしようもなく最後の最後に6時間待ってとってもらった。地方の方でそういう崩壊が起きているといわれていますけれども、生殖年齢にある女性の単位人口あたりに産科医の数というのは、東京と埼玉は全国平均の3文の2ぐらいしかありませんね。そういうことからすると、やはり東京でもそういう状況が起きている上に、頼りになる病院がどんどん辞め始めている。NTT 関東病院も辞めましたし、そうやってきた場合に本当に安全性の法典というよりも自分達の産科診療をそのまま今まで通りやるだけで精一杯です。今、永山さんが言われたように、いい話というのは考えたいのですが、危険性を受け皿としてとってくれる病院がない限り、これ以上進歩できないし、これで何か自分達の身にふりかかるようなことがあれば、やはり僕達も辞めちゃうかもしれませんね。というふうなところにちょっと来ちゃいました。すみません。

杉本(母) その産科の訴訟が多くてリスクが高いということの問題と、あと勤務医が全国的には産科だけではなくて、内科・外科もみんな共通にリスクが高くて責任が重いけど報酬が少ないということで、中々なり手がなくて辞めているんですよ。だから、そういう受ける方よりも送る方になりたい。今の医療の中では疲れてくるとみんなそう思うんですよ。その流れは特に産科では加速しているという現状があるんです。朝倉先生や私はまだ受ける側で残ってはいるんですけどもね。

永山(母) 話しが全然違うのですけれども、この間、医師確保をどうするかというシンポジウムがあり、出席してきました。2020年には厚生労働省の試算でいうと医師の数は大丈夫だと。その間どうやって乗り切るか。今いる看護師30,000人を2年間で医師教育をして医師にするか、フィリピンから医師を輸入するということが話されていました。厚生労働省の医政局の方もシンポジストでしたが、提案された方も多分それは現実的ではないとおっしゃっていて、厚生労働省の方がいらっしゃるのですけれども、その間なるようにしかならないので、患者さんも医師もみんな疲弊して2020年まで待とうよというシンポジウムでした。愕然としましたけれども。

大村(医会) 先程、後から配ったプリントですが、これは実は医会の方にも来ていまして、厚生省の看護課に問い合わせたところ、多分看護協会の方にも行っているだろうというお話ですね。これはある産婦人科に勤務している看護師さんが助産師の社会人助産師枠という資格取得の門を開いていただいてありがたいけれども、現実としてすごく難しい問題があるから、できれば通信教育のようにやっていただけないか。それも期間限定で、この3年間ぐらいでいいから自分達の身を考えて欲しいということで、送られてきたメールです。これはむしろ私達が考えることではなくて、日本助産師会や看護協会を考えてあげていただきたいなと、折角のいい制度なんですから思ったのですが。

岡本(助) 全国的な中で、こういうご意見の検討として上がってくるところもあるんですけども、私も教育現場にもいきましたが、本当に1年間かけてやっても、卒業して国家試験さえ取れば一人前の働きができるかという、到底無理な現状があります。通信でそういうところをカバーできる内容であるとは私達助産師は考えていないのです。だから、たとえば夜学ができて、普通の産科看護師さん、今産科で働いている看護師さん向けの1年間の教育が、これからいろいろ始まると思いますが、ある期間は仕事をしながらずっと全部やれるとかということは不可能です。実習期間もそうですし、それにはある程度そういう職場も離れながらやらざるを得ない、ずっと今の勤務状態を維持しながら資格を取れるということは、私達助産師としてはちょっと難しいと考えています。

橋本(母) 今のことに関係しまして、助産師になるには何例かのお産の実習がいるんですよ。それが実際の助

産師学校でももうそれができなくなってきた、定員が今減らされているという現状がありますね。佐賀でもそうですけれども、この辺も非常に大きな問題ですよ。

大村(医会) できるだけ助産師さんを増やして、先程今日司会の朝倉常務理事が言われたように、一緒にやろうよと言いたいんですけども、今、岡本先生が言われたように、専門じゃないと無理だと。仕事をしながらというのはとても無理だと言って門戸がだんだん狭くなっていっちゃうと、橋本先生が言われたような現状を踏まえていけば、さらに狭くなった門ということになりますね。そうするとますますなり手も少なくなる。助産師さんが充当して来てくれないと、ちょっと厳しいですよ。

杉本(母) 僕は、今、産科の診療所に勤めている人が学ぶチャンスを持つのはこれは大いに結構だと思うんです。今まで普通に助産師学校を受けて入れなかったレベルの学力の人達が、こういう形でやったときに国家試験をクリアできるのかなという心配をしています。それができればこの制度は実質的なものになると思うんです。現実のところはうまくハードルを越えられるかなという、その不安はあります。

・・(助) 神奈川県支部で、夜学ではなくて、週3回ぐらいの通学でというシュミレーションして、それで何とかやれるという方向まで出ていまして、今箱物だけを探しているという状況も出ています。お産数が少なくて実習できる施設がないというわけではなくて、受けてくれない病院が多いので、その辺を助産師会としては堀病院あたりをお願いしたいというお話も持っていっています。夜学って、本人達にはかなり負担はかかると思いますが、神奈川保健福祉大学の加藤先生は、助産師教育にはやはりある程度の期間は必要なので、1日単位で通学するにはいいということで、週3回程度でということシュミレーションができています。

大村(医会) 先程、杉本先生が言われたお話ですけども、一応この資格取得の門戸を開いたというのは、試験を受けるまでの資格を受けられるような教育を何とか考えましようといったことだったと思うので、試験を受けて受かるかどうかは別問題ですね。ただ、受けられるまでのところにまで持っていけなかったのは今までだと思うんですよ。そうですね。岡本先生の話のように、厳しいということになると、また尻すぼみになっちゃう。

江角(助) 学校に入る問題につきましては、確かに昨年、社会人枠というのを出して文科省も厚生労働省も養成制度の教育のところの学校に通達が出ているわけです。結果的には受からない。受けていただいてもそこに及ばないという方がほとんどで、本当に何校かぐらいしか取れないという状況があります。やはり門戸を広げなくてはいけないということで、助産師会ではできるだけ産婦人科の先生方とよく話し合っ、協力し合いながら、何とか社会人枠の教育の制度を作れないかということで、全国の各支部に通達を出しています。そして、支部によっては産婦人科医会の先生と相談しながら、来年は無理ですけども、再来年に向けて、社会人の方達に特化した教育を取り込もうということで、もう何件か出始めています。杉本先生がおっしゃってくださったように、例えば無試験でそこに入学したとしても、一生懸命2年なら2年、夜間であっても教育したとしても、国家試験に受からなかったら何もならないというのがあります。きちっと社会人枠の入学制度を作ったとしても、入れるときに、うちにいる看護師はこの人というわけには行かない。きちっとそれなりの能力のある方を入れてもらわないといけないというのがあると思います。

大村(医会) 今、江角さんが言われたように、全国の中に2件ぐらい軌道に乗っている社会人枠の県があると思います。これは茨城県の話です。ということはもうすでにスタートしている社会人枠の中に入った人ですが、確か倍率が6倍ぐらいです。結構倍率も高くて、社会人枠で日中行かなければ行けなくなったとしても、頑張ろうという人はいるという話は聞いていますが、実際にやっている人が辛いということだと思うんですよ。

山田(助) 助産師会でやるわけではないんですけども、その社会人枠の学校を20年から開こうということで具体的に動いているところが身近にもありますので、少なくとも目先だけのことで短絡的に教育ではなくて、し

っかりした教育をしようということで、カリキュラム等もしっかり考えて、そして働きながらも何とか教育できる方向ということで、非常に頑張って探しておりますので、来年の秋には行けなくても、20年には多分具体的に実施できてくる学校がいくつか出てくるというふうに期待しております。多分、できると思います。

司会：朝倉 この前も話しましたが、6,400人足りないので、教育機関ができないと助産師にしるとか、そういうことは言えないですが、受かるような教育を早急にいろいろな学校で始めていただければという気がしますね。

永山(母) 唐突な意見ですけれども、助産師が助産師会で学校を作ったらどうですか。資金を集めて。

山田(助) 今、神奈川では開業助産師にとっては潜在助産師を発掘するという作業がそんなに必要ではないのですが、やはり診療所の先生方のお力を今私達は非常にいろいろお世話になっているので、何とか診療所の助産師を確保するために潜在助産師研修会というのを今企画して、横浜市からの援助も少しいただいて、11月にやる予定です。少しでも診療所の先生方のお力にもなりつつ、お力も借りながらという方向でやっております。パートではなく、ある程度のスキルアップできたら、正職員でもいいでしょうけれども。家庭に入っちゃうと中々きっかけがないと働けないという人もいますね。少しでもお役に立てるかなということで始めました。

杉本(母) 助産師養成で、その実習が10例に達しないという状況が一方で問題があります。これは、やはり実習を教育する教員というか、それに立ちあってくれるような方が足りないのではないかと考えていますが、この点はいかがですか。もっと教員がたくさんいて、それで実習に立ち会うことができればと思います。お産の数そのものはあるのに、教員がいないために10例とれないような気がしているんですが、いかがなんでしょうかね。

岡本(助) 確におっしゃる通りで、やっと前回の指定規則の改定で最低3人、30人とか35人の定員でその最低というような、一番きちっとしているようなところであれば4人に1人ぐらいの教員がいるのですが、中々そこまでいっていないのが現状です。但し、実習指導に関して、現場できちっと慣れたベテランの指導者の方がいいのではないかという意見も一方にはあって、だから臨床指導者の中にきちっとした、そこに補助でも出てプラス1で確保できれば一番いいんですけども、そっちの方の充実を図ることによって、それをクリアしていくという考えも、教員を増やしてというのも1つなんですけれども、現場で臨床指導者のような形をきちっと確立していくというのも1つかなということで考えています。

司会：朝倉 この問題に関してはこの前からずっと話し合っているわけですが、助産師を増やすというのは我々にはできないので、助産師会の方に頑張っていただく、そしてもし僕らができることがあれば、さっき言った夜間の助産師学校みたいなものを作ってもらうように各地に働きかけるとかというようなことぐらいかと思いますが、是非その辺は情報をまとめてまた伝達して行きたいと思います。

厚労省からきていただいて、いつもご挨拶をいただくのですが、話が本題に入ってしまったものですから、ご挨拶をいただかなかったんですが、今の議論も含めて、ご挨拶をお願いいたします。

當山(厚労省) 今、助産師教育に関しては、看護課と一緒に研究班を含めて進めていけるように検討しているところで、これからもご協力をお願いしたいと思っております。産科の方の集約化についても、岡村先生中心の研究班で、集約化したあとどういった問題点があって、どう解決していけるのかというところを研究していただいているのと、あと医療安全の方でもオープンシステムを導入してどうなっているのかというところも状況を調べて検討してもらっているところです。また先生方にもご協力をお願いすると思っておりますので、よろしく申し上げます。授乳・離乳の新ガイドですが、朝倉先生からご紹介がありましたが、助産師会からは宮下先生に入っていておまして、あと地域の保健師、師長会の代表として増淵先生に、退院した後いかに地域でお母さん達を支援していくかということも重要になってきますので、そういう支援体制も考えていきたいと思っております。



司会：朝倉 ピンク色の小冊子、各団体 1 冊ということでお配りさせていただきました。これは医療安全に関する中村先生の研究班の研究報告です。先程のオープンシステムのことや、それから医会がやったリスクスコアのことなどを書いてございますので、ご参考までに見ていただければと思います。

永山(母) 先日の「離乳授乳の支援ガイド」の検討会に傍聴に行かせていただきましたが、国立保健医療院の発表の中で、母乳をあげると生理が遅れるという話がありました。そのときに医師会の先生から、遅れたときのデメリットは何なのかという質問があったのですけれども、遅れるというのは何を基準にして遅れるのか、すごく疑問に思いました。例えば、完全に授乳をやっていると、生理がいつ来るのが正しいのか。あのときの議論の中で遅れるというからにはその基点が何なのかというのがよくわからなかったのですけれども。授乳していると生理がくるのが遅れるので、デメリットがあるはずだという発言だったのですが、授乳する女性の体にとって何が自然なのかというのが、混乱していたような気がします。混乱というのは、遅れるというのは悪いというイメージで、遅れるデメリットを言いなさいという話があったのですが、どうなのか、疑問に思ったんです。

司会：朝倉 僕の発言ではないのですが。授乳をどうしましょうかという質問を受けたときに、僕の友達の話だと、ある程度のところでやめなさい。やめた方が月経が来るようになって、また子どもができるからということで、少子化のこともあるしと、そういう話は聞いたことがあります。ただ、医会全体の話ではないですね。コンセンサスというか、そういう話ではない。学会でもそうだと思います。

永山(母) 何を基点に、何を中心に考えるかということで、遅れるという考えになるのかですね。これは是非とも産婦人科の先生方に検討していただきたい。あの議論を聞いていて、女性にとって何が本当の姿なのだろうか、ふと、思いました。あのとき質問はできませんから、母乳をやるのが自然の姿なのに、そうすると、生理が 1 年経って来ることが普通なのか、それが遅れることなのかという、結構、重大問題かなと思いました。

杉本(母) 的確な答えにならないんですけれども、古い産婦人科の一般的な今までの考えの中には、キアリ・フロメル症候群というお産の後の無月経、乳漏れという概念があって、それはどのくらいの期間かということ、だいたい 1 年を目途にしている。だから、お産をして 1 年以上経って、月経がなくて、お乳が出ているという状態は病的であると古い産科学では考えられてきたことは事実です。ただ、それにはエビデンスがどういうものがあるのかということ、何もないと思うんです。だから、それを見直すべきだと言われれば、それは我々の仕事かもしれません。それに対してのアプローチというのは今のところないと思います。言えるのはその辺のところですよ。

司会：朝倉 月経が来ないという意味から、長ければ骨がもろくなっちゃうとか、ひよっとしたらいろいろなことがあるのかもしれない。だけど、授乳をやり続けるというか、授乳をして月経が来ないというのは生理的なことであって、来ないのが正しいのであれば、それも 1 つの説だと思います。だけど、逆にもっと早く来させたらどうなるかというのは自然のことではないかもしれないけど、それは調べてみないとわからないです。人間のライフワークというかライフステージというか、そういうものにとってどっちがいいことなのかということ、本当に調べてみない限りそれはわかりません。ただ、自然であることに従うのが一番気持ちのいいことだろうし、母子関係ということでも悪いことではないだろうし、支援を拒否するというわけではないですね、データがなければ。

塚原(医会) 私は産婦人科の医者なものですから、今この資料を見ていて思ったのですが、逆に小児科の先生にお聞きしたい。離乳の時期というのはどういう観点からなのか。そういうところに今回のガイドラインが言及されているようでしたので、離乳の時期というのは逆に科学的にどういうエビデンスで決まってきたのか、あるんでしょうかね。

司会：朝倉 橋本先生、いかがでしょう。

橋本(母) これも昔の小児科の考えの離乳開始ですよ。免疫の問題や成熟度の問題など、そういうものも入っていると思います。それからもう1つはビタミンとの関係も以前は相当ありました。ミルクができた頃もそこそそビタミンCが足りないために早く準備食という言葉が出て、例えば果汁をやろうというのはその辺から出てきたわけですよ。ですけども今はミルクの中にそういうビタミンCとかはほとんど入っていますから、何の補充も必要ない。それがまだ虎の巻みたいにしてずっと残っているというのが現状なんです。

世界的にはもうWHOもユニセフも含めておおよそ開始は6カ月ですね。今は言葉もこれは非常に問題で、離乳と乳離れというのはイコールと表現されてしまっているのですが、乳離れというのはおっぱいを離れていく、離乳食の完了の意味に捉えている。しかし、それは最初のことですよ。乳離れというのは離乳食を始めておっぱい以外のものを始めていく開始のときを乳離れと言うのですが、一般的には終わりのことで捉えています。正式に言うと、終わりのときには離乳の完了という言葉を使う。これも変な表現なんですけれども。だから、今は世界的には離乳食という言葉をやめて、食事の面から考えると離乳食ではなくて、補完食という言葉を使いましょうという流れになっています。補完、完全な食事になるまで補っていく。だから、おっぱいをやりながら、食事をそこまで補いましょうと。内容と言葉と両面を含めて非常に難しいところにきていると思います。

塚原(医会) ちなみに、その補完される、完成する時期というのは？

橋本(母) 完成されるというか、離れるのは、完全に離れていくというのは、今日本ではだいたい1歳半ということで離乳の基本には載っています。外国ではおおよそ2歳が平均的である。おっぱいを飲ませる期間もWHO/ユニセフも世界的に2歳までが今は当たり前です。2歳でもまだ欲しがればどうぞというのが今の流れです。

塚原(医会) これもいわゆるエビデンスというか、そういう医学的なアレはないと、

橋本(母) アメリカの小児科学会とWHOが出していますから、当然エビデンスの基でできてきたものです。

塚原(医会) この2歳というところは

杉本(母) 東北大学の塚先生が書かれたものを参考にしますと、母乳の液体栄養によるエネルギー量というのは限界があって、6カ月ぐらいのところでもう成長の段階でのギリギリなところだと聞いております。そうすると、母乳プラス固形食という噛みくだけの程度をプラスしていかないと成長の上ではエネルギーが足りなくなる。そういうことから6カ月までは母乳だけでいいですよ。その頃ちょうどうまくできていて歯が生えてくるんですよ、その頃からプラスアルファの補完食を摂り始めなさいというのが一般的な知識だと私は理解しています。

永山(母) 離乳というのはおっぱい側から見たもので、補完というのは固形食を食べる側からみた言葉です。両方に共通する概念がないんですね。子どもが育っていくための概念が全然なくて、補完というのは固形を食べる方、離乳というのはおっぱい側から見ただけで、子ども中心に見た概念というのがどうも世界的にも日本にもないようでということで、言葉も大混乱しているんです。

司会：朝倉 この前の研究会に出ていて、どうすればいいのかなと思ったことの1つは、結局1カ月健診では産婦人科は赤ん坊を結構見ることがありますが、そのときに参照にする生理的体重増加曲線です。ミルクを飲んでいる赤ちゃん用にできている、ミルクの赤ちゃんが入っているのが使われている。それを参照すると母乳を飲んでいる赤ちゃんは体重が少な過ぎるとかという話が出てくるという話がありました。これは聞いていて当然だなと思ったのですが、やっぱりそれなりのカーブをかいていただかないと、そしてそれを普及しないと産婦人科は指導できないですよ。それから、1週間2週間という単位の中でも、生理的体重減少のマイナスが何パーセントだからどうのこうのという判断をするわけですが、その辺の言葉もちゃんと作っていただかないと、産婦人科は母乳じゃなくて、ミルクを足しなさいとすぐになってしまう。その辺がかなり大きいと思うんですけども。

山内(母) その点が一番問題になっていましたので、BFH の病院が一応そういうデータを出し合うということを決まっていますので、近々できる予定です。かなり詳しいものができると思います。

司会：朝倉 はい、わかりました。

橋本(母) それこそ、この前の産婦人科医会のコメディカルの講演では、その辺はお話をしましたのです。例えば、生理的体重減少が何%、教科書的なのはいっぱいあります。しかし、どれも今のところ確実なものはないのです。というのは、例えば、水ぶくれで産まれてきた子と、IUGR で産まれてきた子が、同じ%で減ったとしても全然違います。マイナス10%になってもちよほど良くなったねということもあるし、マイナス6%でもう輸液しなければならないというケースもあります。だから、大事なのはやはりいかに赤ちゃんを診るかです。それを忘れて数字でやっているところが今大きな間違いなんです。数値が非常に危険性をいっぱい孕んでいるというところがあります。そこが非常に難しいところです。数字を出してしまうとそこしか見なくなってしまう。逆の危険性をものすごく含んでいます。

司会：朝倉 先生のご講演を聞かせていただきまして、すごく良かったですし、いろいろなことがわかったつもりですけども、もう忘れてしまっていますので、やっぱり書いたもの、表になるものというようなものをそばに置けるような格好にさせていただかないといけない。いけないというのは申し訳ないですけども、よろしくお願いします。

その他、母乳とか、授乳に関してのご意見はございませんでしょうか。或いは何でも結構です。

豊倉(助) 先程、朝倉先生からも授乳していると骨がもろくなるというような言葉がちらっと聞かれたんですが、私の関内にも1カ月健診のときに母乳をあげているお母さんの骨量を量って、あなたの骨量は50歳にお骨量になっているから母乳をやめなさいという先生が1人お出でです。かながわ母乳の会のメンバー達ともそれについて話し合いをしたんですが、その中に骨量を研究されている産婦人科の先生がおられまして、あげているときは確かに低くなるんだけど、おっぱいをやめた後にグンと一気に上がるから、昔の人は何を飲んでもそんなに骨はもろくならなかったんだというような証言をなさっています。50歳の骨量になったからやめなさいという先生に誰が鈴を付けに行くかというのが問題で、言えないでいる状況もあります。

司会：朝倉 難しいと思います。本当にデータがないと。昔の話しを言えばいろいろなことを言う人がいるので。

永山(母) 母性衛生学会の骨粗しょう症と授乳についての発表はほとんど骨量が下がるというものばかりです。ほとんどそうです。このデータというかあるのは、ラ・レーチェ・リーグというアメリカのお母さん達の会は世界中の20万のお母さん達のデータを集めています。30年やっていますけれども、そこでは母乳を飲ませた母親の方がミルクの母親より産後30年後には骨量が上がっているというのを出しています。産婦人科学会や小児科学会が出したものではなくて、アメリカのラ・レーチェ・リーグというところが出したものなので、先生方のところには入ってこないのかもしれませんが。ラ・レーチェ・リーグも会議の前日には専門家向けの会議を開いています。産婦人科・小児科向けのセミナーがあって、それはアメリカの産婦人科医・小児科医の学会のいわゆる生涯教育の中に入っているぐらいの会です。

豊倉(助) 横浜市大の産婦人科の先生で、かながわ母乳の会に入っている先生です。

永山(母) どんどん発表してほしいですね。

司会：朝倉 その他、よろしいでしょうか。

山内(母) 大村先生にお聞きしたいのですが、今たくさん先生が辞められているということですが、辞められた方々が辞める理由はいっぱいあるんだろうと思うんですけども、逆にどういう状況・条件があれば残れるかということは知ることではできないのでしょうか。要するに、いろいろ問題があるから辞めるというのは私達はわかるんですけども、逆に先生らが考えて、今の産婦人科医がこうであったら残れるんじゃないかというようなものが作れるかどうかということが、辞めていく理由はいっぱいあるんですけども、逆に辞められた先生方からみて、どういう条件があればやって行けるのか、どういうものができるんでしょう。

大村(産医) 第一にコストベネフィットがありますが、そういう問題よりも、自分が働いている時間に、その単位時間あたりの危険量が他の科に比べて桁違いです。そこどころが産科にいつ来るかわからないというのと、もう常に不発弾が結構核爆弾なみに強烈なのがあるところ。それとマンパワーが必要であるというところで、大病院に勤めているとそういうところを一生懸命にカバーして一生懸命頑張ってやっている中で疲弊しきっちゃっているというのが多いですね。なり手が少なくなってくると、自分にかかる負担が大きくなる。特に先程朝倉先生が言われましたが、夜、寝られないというのは強烈にきくんですよ。ある程度の年齢になると、「もうだめだ」と言って、頭の中がホワイトアウトしちゃう。そうなった場合に、何が一番かという、次はやはり自分の労働に見合った対価が欲しいということになります。これは小児科の先生達もよくご存知だと思います。

例えば、大阪の箕面市で子ども救急医療センターというのが立ち上がりまして。ご存知ですよね。地方自治体が公立病院に主幹大学が、阪大ですけれども、いろいろな病院、町立病院に人を出したものを一度全部引き上げて、そしてその中心地区に救急医療センターを作って、その医療センターには人を出す。その代わりに地方自治体から収入をあげると。こういうところは今までの3倍か4倍の給料なんです。それだったら行きたいという人間がいるのと、救急医療が学べる。その地域の開業の先生達はその代わりに救急医療に全くタッチしない。5つくらいの市の中に1つの救急医療センターを作ったということで、決め手は収入だということが書いてありました。それは多分医事新聞に書いてあったと思います。そういうやり方も1つの手だなと僕は思ったので、もしそういうものがあれば、例えば、一次医療施設にいるドクターも例えば何かの機会にその救急センターを少し手伝いに行こうかという気持ちになるでしょうし。モチベーションと対価というのがすごく大事なんじゃないかなと私は思いました。あと、産婦人科の場合は危険を補てんする手立て。産婦人科のことばかりですみません。

山内(母) ありがとうございます。仲良くしないといけないという話が出ているので、やはり開業された方も勤務医もどうやってこの産婦人科医療ができるかということを議論していかないといけないと思います。そのためには辞められた方々からの提言というのは僕は非常に大事だと思うんですよ。なぜこう辞めなければいけなくなったかということ、辞められた方がもっと訴えてくれないと、勤務医がこう訴えるんじゃないかと、やはり辞められた方が「いろいろここに問題があるから辞めたんだ」ということを公にしないといけないんじゃないかと思うんですけども、その辺はいかがでしょうか。

大村(医会) ある病院では、私達も関連病院の懇話会があってその中に加入していますが、開業医からも自分達の周産期センターに当直を出せと言われていて、「私も行きます」と言ったら、「当直に来なくていいから、その代わりにその日の夜のオンコールを全部やれ」と言われて、本当に大変ですよ。でもそうやって欲しいというのは、その周産期センターもやはり人が足りない。開業医の方の力も必要だと言ってくれるんだしたら、自分達はいくらでも血を流す覚悟はありますから頑張ってやろう、一緒になっていい周産期医療をやろうという気持ちもあります。新潟県では一番大きな周産期センターで産婦人科医の常勤が5人しかいないんですよ。杉本先生のところなんかはそれよりも全然多いですよ。

杉本(母) 地域格差、施設格差というのはあるのですが、うちでもギリギリでまだ足りない。やはり、ゆとりが持てる診療ということが個人的には必要だと思います。私は、多分、他の人よりもいづらか体力があったからまだ生き残っているのかなという気はするんです。若い人の教育にしても、ゆとりがないとできないし、リスクマ