ドイツ日本研究所 German Institute for Japanese Studies (DIJ)

International Symposium

November 6th and 7th, 2008 at the Center for the Advancement of Working Women (CAWW)

Fertility and Social Stratification Germany and Japan in Comparison

Friday, November 7th, 2008
Section 4: Health Care

"Birth Politics in Japan"

PowerPoint by **Makiko Nakayama** (Dōshisha Women's College of Liberal Arts)

If you use any information from this presentation, please have the courtesy to properly cite this source. Thank you.

国際シンポジウム「少子化問題と格差社会—日独比較—」（ドイツ－日本研究所主催）
2008年11月6-7日　於：女性と仕事の未来館

日本における出産のポリテックス

中山まき子
（同志社女子大学現代社会学部　教授）

問題の背景

現在の日本は、子どもが産まれにくい社会というだけでなく、子どもを産みにくい社会でもある。

21世紀に入り、日本の出産・助産環境は悪化の一途をたどり、「お産難民」という表現が現れるほど、妊産婦が安全・安心に子どもを産むことができない状況にある。

（１）産科診療所・病院のあいつぐ閉鎖　（出産場所の減少）

（２）産科医師の減少　（助産専門家の一部が減少）

（３）妊婦健診を受けない産婦の存在が浮上

（健診料・分娩料が払えない＝貧困）

（４）妊産婦の周産期死亡事故・産科の医療訴訟の多さ

（５）総合周産期母子医療センター・地域周産期母子医療センターなど

医療体制の不備　など

（これらの問題や課題は調査結果にばらつきがあるため、今後きめ細かい調査や研究が必要不可欠。）

本報告の目的

本報告では先の状況をふまえ、日本のリプロダクションと医療に関する課題の中から、出産・助産に焦点をあて、その変容過程と変容を促した政策を分析しなぜ日本の出産・助産環境が悪化し、いわゆるお産難民が発生しているのかを「出産の政治性」に着目して解読する。

その上で、今後日本の母子保健政策／医療政策に必要な視点を考察・提案したい。

本報告の構成

（１）日本で法的に定められた出産方法を場所と介助者に注目し全5種類の選択肢を示す。

（２）5種の選択肢が提供された過程、その政策・特徴を述べる。

２－１　選択肢(1)：明治期に政府の衛生行政の対象と位置づけられ、この政策により「出産介助の専門職化」が図られた。

２－２　選択肢(3)：戦後1958年に国家（旧厚生省）により「出産の施設化」政策が開始され、全国に母子健康センター（助産部門）が設けられた。それはやがて「出産の医療化」を招来させた

２－３　選択肢(5)：1976年には診療所・病院での出産が99%を越え、現在に至る.一極集中化とその定着

（３）2000年代の出産・助産現場の混乱を政策文書等から読み解き、「施設化・医療化のほころびとその原因」を分析・考察する。

（４）「日本の現況」と「WHOによる正常産のケア指針」を比較検討する。

（５）日本で妊娠・出産に必要な諸費用と貧困問題との関係を検討する。

（６）日本の母子保健政策／医療政策に必要な視点を考察・提案したい。

（１）日本で法的に認められた出産方法：2008年
―介助者と場所に着目して―

選択肢	場所	介助者（◎=主）	条件・制約	法的に認められている出産方法
1	自宅	◎助産師 医師（産科）	←正常産のみ ←なし	助産師・医師に自宅訪問してもらい出産
2	助産所 (私設)	助産師	←正常産のみ 要・嘱託医師契約　※１	助産師が個人で運営する（又は雇用されて働く）助産所で出産
3	助産所 (公設公営＝母子健康センター)	助産師	←正常産のみ 要・嘱託医師契約	地方自治体等が運営する公設公営の助産所で助産師介助で出産
4	診療所・病院	助産師	←正常産のみ	診療所・病院等の産科や産婦人科で、助産師の介助で出産　※３
5	診療所・病院	医師（産科）	←なし	診療所・病院等の産科や産婦人科で、医師の介助で出産
その他	道中、車内、他		※２	その他

※１　2007年3月31日までは、助産所開所・運営の条件は「嘱託医師を配する」ということであったが、医療法改正により同年4月1日から
「（助産所）開設者は厚生労働省令で定めるところにより嘱託する医師及び病院又は診療所を定めておかなければならない」（第19条）
と修正され
助産所の開所・運営の条件がきわめて高まった。
※２　現在の日本では子どもが生まれた場合、その事実は「専門家（医師又は助産師）」の署名捺印で証明された書類を提出する必要あり。
※３「診療所・病院内で助産師の介助による出産」方法が、「院内助産院（所）」「院内助産システム：Midwife care system 」と呼ばれ
注目され、医療化されすぎた出産に対する見直しとして診療所・病院内での助産師介助の出産が提唱され始めている。

（２）－１　選択肢（１）　「出産・助産の専門職化」
―明治初期・第2次世界大戦後に制定された法律から―

◎明治新政府は欧米のパブリック・ヘルス＝「衛生」という概念を国の政策に取り入れ理念を確立
　出産・助産も政策対象。
　　1868年　「産婆取締規則」　（1899年「産婆規則」に）
　　1878年　「医制76条」
　　・産婆学校を全国に設ける（医師による産婆・助産者への教育開始）

・特徴１　助産師に国家資格を与える（教育と資格試験）
・特徴２　妊娠・出産の専門職化・専門性にもとづく身体・出産管理の開始
・特徴３　専門職者内に専門性の高低・階層を設ける　「医師＞助産師」関係

〇第二次世界大戦後、日本は連合国最高司令官総司令部（ＧＨＱ）の管理下で医療を制度改革
　　1948年7月　「医療法」制定（法律第205号）・「医療法規則」（厚生省令第50号）
　　1948年7月　「保健婦助産婦看護婦法」（法律203号）→保健婦、助産婦、看護婦の３規則を統合

・特徴１　助産所の開設者は「嘱託医師」を定めておかなければならない（医療法　第11条）
・特徴２　助産師は正常産だけを取り扱う専門家である（保健婦助産婦看護婦法　第38条）
・特徴３　助産師は、出産時にへそのおを切り、かん腸をすること以外、診療機械の使用、医薬品の授与や指示、切開・縫合といった医療行為は禁止（保健婦助産婦看護婦法　第37条）

●法的に「医師＞助産師」関係が明示され、助産師の職務に規定が設けられても、出産が自宅でおこなわれている限り、出産・助産の主導権は「妊産婦とその家族および助産師」にあった。

（２）－２　選択肢(1)(2)(3)(5)：出産の施設化― 診療所・病院の増加―

全国および市部・郡部別「施設内分娩」「施設外分娩」の割合と年次変化
―1947年　～　1984年―　（※　下図は工夫します）

西暦		病院	診療所	助産所	自宅 その他	周産期 死亡率a	新生児 死亡率b	妊産婦 死亡率c
1950	昭和25年	2.9%	1.1%	0.5%	95.4%	--	27.4	161.2
1960	35年	24.1%	17.5%	8.5%	49.9%	--	17	117.5
1970	45年	43.3%	42.1%	10.6%	3.9%	--	8.7	48.7
1980	55年	51.7%	44.0%	3.8%	0.5%	21.6	4.9	19.5
1990	平成2年	55.8%	43.1%	1.0%	0.1%	11.1	2.6	8.2
2000	12年	53.7%	45.2%	1.0%	0.2%	5.8	1.8	6.3
2002	14年	52.3%	46.5%	1.0%	0.2%	5.5	1.7	7.1

・a;出産千対，b;出生千対，c;出産10万対
・出典：厚生労働省「医療安全の確保にむけた保健師助産師看護師法等のありかた懇談会」資料より
・ http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/09/s0905-7f.html

Table 3 Live Births by Hospitalization and Attendant, Urban and Rural, 1950～1987

	年次 Year	百分比 Percentage						
		1950 昭和25	1955 昭和30	1965 昭和40	1975 昭和50	1985 昭和60	1986 昭和61	1987 昭和62
全国 Total	総数 Total							
	合計 Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	医師 Physician	5.2	16.2	70.7	91.1	96.9	97.2	97.4
	助産婦 Midwife	90.1	79.6	28.8	8.9	3.1	2.8	2.6
	その他 Others	4.7	4.2	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0
	施設内 Hospitalized							
	計 Total	4.6	17.6	84.0	98.8	99.8	99.8	99.8
	医師 Physician	3.6	14.5	70.2	91.0	96.8	97.1	97.3
	助産婦 Midwife	1.0	3.2	13.8	7.9	2.9	2.7	2.5
	その他 Others	—	—	—	—	—	—	—
	施設外 Nonhosp.							
	計 Total	95.4	82.4	16.0	1.2	0.2	0.2	0.2
	医師 Physician	1.6	1.7	0.5	0.1	0.1	0.1	0.0
	助産婦 Midwife	89.1	76.4	15.0	1.0	0.1	0.1	0.1
	その他 Others	4.7	4.2	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0
市部 Urban area	総数 Total							
	合計 Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	医師 Physician	10.8	24.5	77.3	92.7	97.0	97.2	97.4
	助産婦 Midwife	88.8	74.4	22.6	7.3	2.9	2.7	2.6
	その他 Others	0.4	1.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0
	施設内 Hospitalized							
	計 Total	11.3	28.2	90.3	99.2	99.8	99.8	99.9
	医師 Physician	9.0	23.0	77.0	92.6	97.0	97.2	97.4
	助産婦 Midwife	2.3	5.2	13.3	6.7	2.8	2.7	2.5
	その他 Others	—	—	—	—	—	—	—
	施設外 Nonhosp.							
	計 Total	88.7	71.8	9.7	0.8	0.2	0.2	0.1
	医師 Physician	1.8	1.6	0.3	0.1	0.1	0.1	0.0
	助産婦 Midwife	86.6	69.2	9.3	0.6	0.1	0.1	0.1
	その他 Others	0.4	1.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0
郡部 Rural area	総数 Total							
	合計 Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	医師 Physician	2.3	7.4	53.7	85.2	96.4	96.9	97.3
	助産婦 Midwife	90.8	85.0	44.8	14.7	3.6	3.1	2.6
	その他 Others	6.9	7.5	1.5	0.1	0.0	0.0	0.0
	施設内 Hospitalized							
	計 Total	1.1	6.6	67.8	97.4	99.6	99.7	99.7
	医師 Physician	0.8	5.6	52.7	85.1	96.3	96.8	97.3
	助産婦 Midwife	0.3	1.0	15.1	12.3	3.3	2.9	2.5
	その他 Others	—	—	—	—	—	—	—
	施設外 Nonhosp.							
	計 Total	98.9	93.4	32.2	2.6	0.4	0.3	0.3
	医師 Physician	1.5	1.9	1.0	0.1	0.1	0.1	0.1
	助産婦 Midwife	90.5	84.0	29.7	2.4	0.3	0.2	0.2
	その他 Others	6.9	7.5	1.5	0.1	0.0	0.0	0.0

Vital Statistics on Maternal and Child Health by the Ministry of Health and Welfare, Family and Child Division.

Birth International(ed.), Child birth in Japan; Past Present Future. Hodogaya Printing, 1990

表４－２：全国および市部・郡部別「施設内分娩」「施設外分娩」の割合と年次変化－1947年から1984年まで

施設の内外 ＼ 年代		1947 (昭22)	1948 (昭23)	1949 (昭24)	1950 (昭25)	1951 (昭26)	1952 (昭27)	1953 (昭28)	1954 (昭29)	1955 (昭30)	1956 (昭31)	1957 (昭32)	1958 (昭33)	1959 (昭34)	1960 (昭35)	1961 (昭36)	1962 (昭37)	1963 (昭38)	1964 (昭39)	1965 (昭40)
全国（総数100%）	施設内	2.4	3.1	3.6	4.6	5.9	7.7	10.5	14.0	17.6	22.7	28.7	35.0	41.7	**50.1**	58.0	66.2	73.0	79.2	84.0
	施設外	97.6	96.9	96.4	95.4	94.1	92.3	89.5	86.0	82.4	77.3	71.3	65.0	58.3	**49.9**	42.0	33.8	27.0	20.8	16.0
市部（総数100%）	施設内	6.5	8.1	9.1	11.3	14.5	17.0	22.1	25.9	28.2	**34.6**	**41.7**	**48.6**	**55.1**	**63.6**	**70.8**	**77.5**	**82.8**	**87.4**	90.3
	移行%		+1.6	+1.0	+2.2	+3.2	+2.5	**+5.1**	+3.8	+2.3	**+6.4**	**+7.1**	**+6.9**	**+6.5**	**+8.5**	**+7.2**	**+6.7**	**+5.3**	**+4.6**	+2.9
	施設外	93.5	91.9	90.9	88.7	85.5	83.0	77.9	74.1	71.8	65.4	58.3	51.4	44.9	36.4	29.2	22.3	17.2	12.6	9・7
郡部（総数100%）	施設内	0.5	0.6	0.7	1.1	1.3	2.5	3.7	5.2	6.6	9.1	12.3	16.1	**20.6**	**27.0**	**34.3**	**42.9**	**51.3**	**59.9**	**67.8**
	移行%		+0.1	+0.1	+0.4	+0.2	+1.2	+1.2	+1.5	+1.4	+2.5	+3.2	+3.8	**+4.5**	**+6.4**	**+7.3**	**+8.6**	**+8.4**	**+8.6**	**+7.9**
	施設外	99.5	99.4	99.3	98.9	98.7	97.5	96.3	94.8	93.4	90.9	87.7	83.9	79.4	73.0	65.7	57・1	48.7	40.1	32.2

町村合併促進法公布　　1959～ 母子健康センター「運営」開始　　1965～ 母子保健法

施設の内外 ＼ 年代		1966 (昭41)	1967 (昭42)	1968 (昭43)	1969 (昭44)	1970 (昭45)	1971 (昭46)	1972 (昭47)	1973 (昭48)	1974 (昭49)	1975 (昭50)	1976 (昭51)	1977 (昭52)	1978 (昭53)	1979 (昭54)	1980 (昭55)	1981 (昭56)	1982 (昭57)	1983 (昭58)	1984 (昭59)
全国（総数100%）	施設内	87.7	90.4	93.0	94.7	96.1		97.7	98.3	98.6	98.8	99.0	99.2	99.3	99.4	99.5	99.6	99.6	99.7	99.7
	施設外	12.3	9.6	7.0	5.3	3.9		2.3	1.7	1.4	1.2	1.0	0.8	0.7	0.6	0.5	0.4	0.4	0.3	0.3
市部（総数100%）	施設内	92.5	94.2	95.8	96.8	97.6		98.5	98.9	99.1	99.2	99.4	99.4	99.5	99.6	99.7	99.7	99.7	99.8	99.8
	移行%	+2.2	+1.7	+1.6	+1.0	+0.8			+0.4	+0.2	+0.1	+0.2	0	+0.1	+0.1	+0.1	0	0	+0.1	0
	施設外	7.5	5.8	4.2	3.2	2.4		1.5	1.1	0.9	0.8	0.6	0.6	0.5	0.4	0.3	0.3	0.3	0.2	0.2
郡部（総数100%）	施設内	**74.6**	**79.3**	**84.5**	88.3	91.2		94.6	96.0	96.8	97.4	97.9	98.4	98.7	98.9	99.1	99.2	99.4	99.5	99.5
	移行%	**+6.8**	**+4.9**	**+3.8**	+3.8	+2.9			+1.4	+0.8	+0.6	+0.5	+0.5	+0.3	+0.2	+0.2	+0.1	+0.2	+0.1	0
	施設外	**25.4**	**20.6**	**13.5**	11.7	8.8		5.4	4.0	3.2	2.6	2.1	1.6	1.3	1.1	0.9	0.8	0.6	0.5	0.5

1967年～ 母子セ第１回要綱改定　　1974年～ 母子セ第２回要綱改定　　1978年～ 市町村保健センター設立開始

注：（１）「母子衛生の主なる統計」（厚生省母子衛生課監修）1947年～1984年、空欄は統計資料が入手できず不明。
（２）「移行%」とは施設内分娩の割合が前年に比べて何%増加したかをあらわす。
（３）「施設内」とは病院・診療所・助産所（母子健康センターを含む）をさし、「施設外」とは自宅およびそれ以外の施設外をさす。４）市部とは全国自治体の市以上の規模の行政区画の合計を示し、郡部とは町村の合計をさしている。なお、1947－1949年は「発生地に基づき各年1月1日現在の行政区画によって分類、1950－1951年は「出生当時の母親の住所に基づき事件発生時の行政区画によって分類、1952－1971年は「出生当時の子の住所に基づき事件発生当時の行政区画によって分類、1971年以降は「出生当時の子の住所に基づき届け出当時の行政区画によって分類」している。
（４）太い文字は施設内分娩が前年より４%以上増えた年を表している。

（２）－２　　選択肢(3)(5)：出産の施設化
―診療所・病院の増加―
なぜ、市部・郡部で出産の施設化が促されたのか？

＜先行研究や諸意見から＞

（１）藤田真一　　厚生省・母子健康センター（後述）設置の政策（藤田1979、中山2001）

（２）船橋惠子　　地域の変貌、救急医療システムの未整備、流行（船橋1994）

（３）杉山章子　　ＧＨＱ占領政策の一貫として実施された大規模病院設立に向けた法制度の制定や病院改革 により、病院数が増加した。

助産師の働く場所も病院改革に伴い、地域から病院へ移動（杉山2007：92-95）

（４）鈴井江三子　医療の利便性が国民全体に提供され出産時の入院が簡素化され容易に

（　鈴　井　2007：31-38）

１）1956年　国民皆保険制度の開始

２）1963年　医療費の地域差を撤廃し、国保世帯主の七割給付を完全実現

3）1966年　国保世帯員（家族）の七割給付も実現

（５）鈴井江三子　病院・診療所の施設が設置／増設しやすくなった（鈴井2007：31-38）

１）1951年～：病院や診療所に対し国民金融公庫「特別融資の貸付」開始

２）1960年～：低金利長期貸付の医療金融公庫法が制定

病院や診療所への低金利による融資が開始され、病院や診療所を開設、あるいは病床数を増加することが可能になった。ただし、同じ医療機関として低金利長期貸付の対象となる助産

所への融資は、非常に低額。なぜなら助産所は病院や診療所とは異なり保険診療ができないため、健康保険制度からの診療報酬がなく、返済のための収入・資金の確保や確約が約束されにくかったためだろうと、鈴井は推測（鈴井2007：31-38）

表1-2-1　出生数、産婦人科医療施設数と医師・助産婦数の推移

	出生数	産婦人科病院	産婦人科診療所	産婦人科医師	就業助産婦
1947(昭和22)	2678792				67238
1948(昭和23)	2681624				70354
1949(昭和24)	2696638				74034
1950(昭和25)	2337507				〔74832〕
1951(昭和26)	2137689				60722
1952(昭和27)	2005162				54515
1953(昭和28)	1868040	2054	7425		56419
1954(昭和29)	1769580	1988	7820		* 55513
1955(昭和30)	1730692	2265	8511	12710	55356
1956(昭和31)	1665278	2520	8887		53743
1957(昭和32)	1566713	2640	9146	13414	51709
1958(昭和33)	1653469	2667	9360	13561	52319
1959(昭和34)	1626088	2704	9545	13821	52402
1960(昭和35)	1606041	2730	9737	13931	52337
1961(昭和36)	1589372	2760	9783	13983	51181
1962(昭和37)	1618616	2803	10090	14184	*45955
1963(昭和38)	1659521	2805	10105	14168	46174
1964(昭和39)	1716761	2858	10123	14251	43516
1965(昭和40)	1823697	2880	10022	14088	43276
1966(昭和41)	1360974	2906	9968	14106	**43710
1967(昭和42)	1935647	2908	9751	13906	31944
1968(昭和43)	1871839	2909	9605	13804	29440
1969(昭和44)	1889815	2881	9495	13842	28963
1970(昭和45)	1934239	2836	9408	13841	28087
1971(昭和46)	2000973	2693	8285	12630	27811
1972(昭和47)	2038682	2384	7677	11935	27933
1973(昭和48)	2091983	2366		11660	26854
1974(昭和49)	2029989	2371		11778	26867
1975(昭和50)	1901440	2357	7221	11963	26742
1976(昭和51)	1832617	2343	6937	11901	26804
1977(昭和52)	1755100	2335		11964	26618
1978(昭和53)	1708643	2304			26493
1979(昭和54)	1642580	2300			26267
1980(昭和55)	1576889	2287		11830	25867
1981(昭和56)	1529455	2276	6657		25538
1982(昭和57)	1515392	2253			25416
1983(昭和58)	1508687	2239			

注：1．出典[国民衛生の動向]を元に著者作成
2．＊：1961(昭和36)年～1962(昭和37)年にかけて、5,000人減少したことを示す。
3．＊＊：1966(昭和41)年～1967(昭和42)年にかけて、12,000人減少したことを示す。
4．[　]内は、就業者数が不明のため、参考上「資格別数値」による計上となっている。
5.就業助産婦とは助産婦の有資格者であり、次に述べる就業に従事しているものをさす。
①開業助産婦、②出張所産婦、③病院・診療所勤務である。
6.表中の空白部分は、出典に記載されていないことを示す。

（２）－２　選択肢(3)・(5)：「出産の施設化―」
―診療所・病院の増加―数の確認―

1955年から1965年の間施設数の変化

（一）産婦人科病院数：「2265→2880に」
615施設増加

（二）産婦人科診療所数：「8511→10022に」
1,511施設増加

（三）新規参入（1958）の母子健康センター：
0→404施設に　404施設増加
（鈴井2007：40、中山2001：15）。

○病院・診療所・助産所（母子健康センター）は
10年間で　2,530施設増加
諸施設の全国総計　103,306施設

参考１：「町村合併促進法」（1953年）後の全国の市町村総数は3453（1958年10月）
単純に試算しても、一つの市町村に「４つの出産できる施設」が配置された計算。

参考２：日本の合計特殊出生率―1955年から1965年―1947年の4.54をピークに下降し続け、1955年には2.37まで下がり、施設が急増する10年間はおおむね2.00で安定・横ばい状態（内閣府2006：216）。生まれてくる子どもの数に対応する目的で施設を増加させる必要性はない時代。

（２）－２　選択肢(3)　「出産の施設化」政策
――厚生省「母子健康センター事業」（公設公営助産所）のこと
―

○ *「政策課題」*厚生省児童局―1955年当時―

（１）都市部に比して、農山村漁村部の乳幼児死亡率は高い。とくに東北地方の乳幼児死亡率の高さは際立つ。こられ東北地方や農山村漁村部の乳幼児死亡を低下させ、地域間格差を是正しなければならない。

（２）全国の新生児死亡率、とくに周産期死亡の後期死亡率の引き下げが成果をあげていない。

（３）妊産婦死亡率は、1955年でも178.8（出生10万対）と先進国のなかで非常に高率を示している。また、妊娠中毒症と出血という二つの死亡原因が高いという特徴がある。

○ *「政策目標」*厚生省児童局母子衛生課（旧称）

（１）きめ細かい母子保健事業が必要。

そのためには市町村を拠点に地域に密着した母子保健を推進することがもっとも効果的

（２）高率を示す地域の乳幼児死亡率、妊産婦死亡率を引き下げる。

そのためには、「施設内分娩率」を向上させる対策が有効。郡部でおこなわれている　自宅分娩（施設外分娩）を施設内分娩に移行させれば問題解決　の一つとなる。

（２）－２　選択肢(3)□　「出産の施設化」政策
—母子健康センターとは—

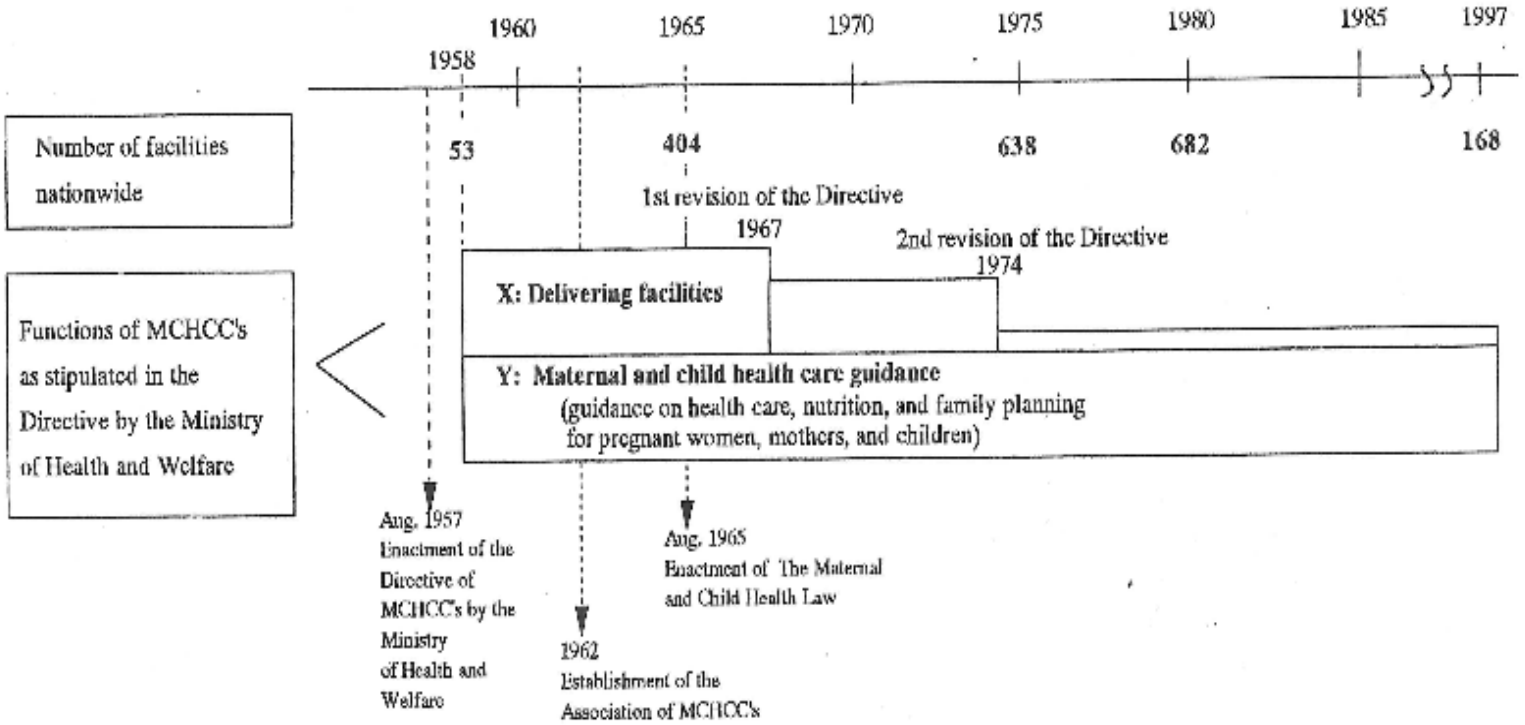


Fig.3 History of Policies on Maternal and Child Health Care Centers (MCHCC's) in Japan

（2）２　選択肢（3）「出産の施設化」政策母子健康センター（公設公営助産所の開所・閉所と政策成果

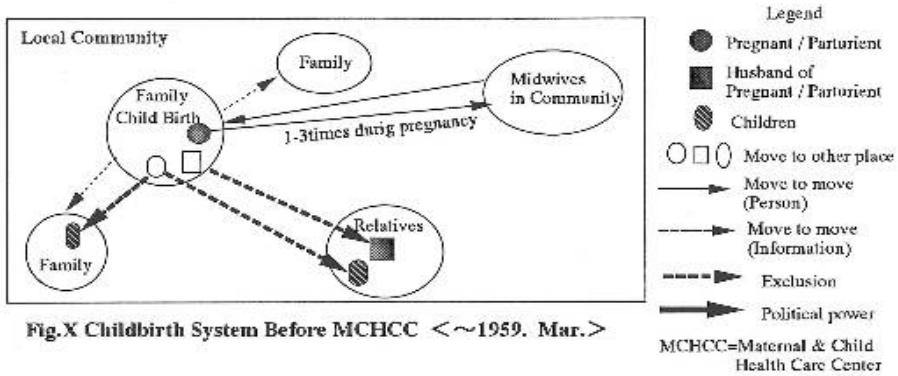


Fig.X Childbirth System Before MCHCC ＜～1959. Mar.＞

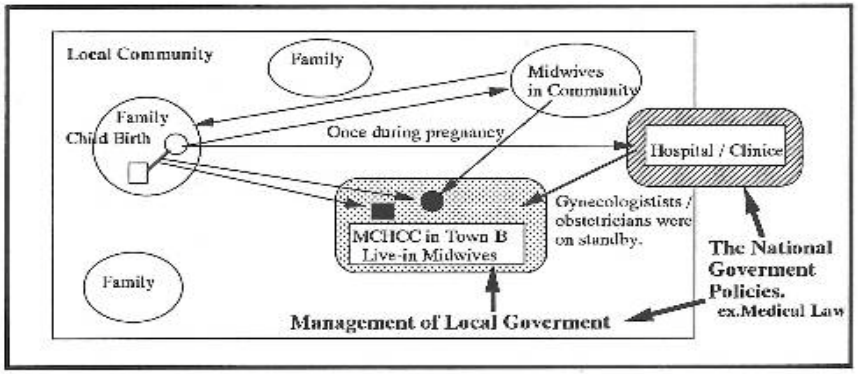


Fig.Y Childbirth System While Opening ＜1959. Mar . ～ 1978. Mar.＞

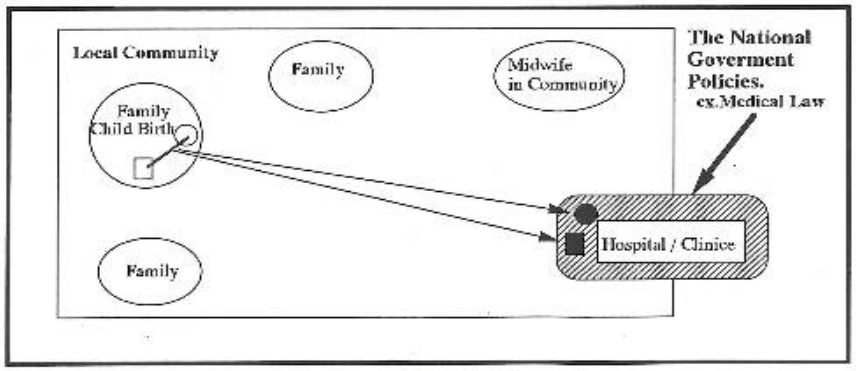


Fig.Z Childbirth System After MCHCC ＜1978.Apr.～＞

（２）−２　選択肢（３）「出産の施設化」政策の効果／効用

（１）母子健康センター設置という国の事業の導入と撤退は、政策対象となった*地域の出産の施設化*を促し、やがて*出産の医療化*を招来させる一要因となった。

（２）政策は、*乳幼児・妊産婦の死亡率の減少*に貢献した。

（３）施設の開所で、*政策の副次的成果*として、母子健康センター施設で助産師に介助され、家庭的雰囲気のなかで出産することは「実家のような安心感」が提供され、*「施設入所・施設内分娩」はユーザーのに理的・心理的安心感を提供*した。

（４）施設の閉鎖で

１）地域内の助産師との継続的相互関係や、

２）政策の副次的成果である家庭的な施設内出産環境というは失われた。

３）病院や診療所で常時「医療に囲まれた安全性」を獲得し、

４）「過剰な医療」さえ受け入れる新たなリスクを担うことにもなった。

（５）政策を歴史的にみるなら、国は個人に、第一段階の政策として出産のリスク回避を目的に新しい選択肢（母子健康センター助産部門）を提供し、第二段階でその選択肢を縮小・払拭した。

　こうした二段階にわたる政策手段は、政策の受け手の行動を、一定方向に「矯正する装置」（施設外出産から施設内出産へ）として機能した。

（６）この政策は、方向づけされた選択肢のもとで、医療機関での健診の義務づけなどにより、身体を医療機関の管理下に組み込むという行動が、政策の受け手（ユーザー等）に涵養・内面化され、あるいは選好される効果をもたらした。

（２）－３　選択肢(5)　「診療所・病院出産」への一極集
「産科看護研修学院」・「産科看護婦」・「内診」
―誰が妊婦を診ているのか？―

1962年～　　社団法人日本産婦人科医会が「産科看護研修学院」講座の開催を開始。

〇振り返り・明治以来日本では、出産介助は医師と助産師という専門家のみに許可されている。
・助産行為は保健婦助産婦看護婦法で規定あり。
・助産師は正常産のみを、助産所には嘱託医師を配置すること。

〇「産科看護研修学院」で「産科看護婦」の認定―1962年から―

- 社団法人日本産婦人科医会は、全国の産婦人科医師で構成する団体
- 1962年に「産科看護研修学院」を全国各地で開講・・・1962～1999年：全国55カ所
- 就業年限1年で講義と実習を実施
- 受講対象者は、准看護師や看護師、無資格者等で、研修を終了後「産科看護婦」と認定

〇1962～1999年までの研修生　　総数24.559名
〇1990～1999年までの入学者　　6.144名
★入学時の資格内訳：助産婦６名、　看護婦873名
准看護婦4362名、免許なし903名

- 認定を受けた女性たちは、産科医師の診療補助として「内診を担う」
- 日本産婦人科医会の見解

「内診は、単なる計測であり、看護師にもできる『診療の補助』に当たると指導」
内診を助産行為の範囲とせず、補助人材を育成

（３）　施設化・医療化のほころびと原因　その１
―産科看護婦と内診の見直し―

【産科看護婦の内診行為は違法行為である】

2000年：国会質問で違法性が明確化　→→→　2004年までの綱紀粛正。

【2000年12月１日】　第150回国会で、社会民主党・市民連合の阿部知子議員

「助産資格のない者の助産業務従事に関する質問趣意書」（内閣衆質第72号）を森喜朗総理大臣に提出。

38年間続けられてきた産科看護研修学院で研修した看護婦らの内診行為の是非を質問。

【2001年2月27日】　内閣総理大臣森喜朗から答弁書。概要は次の通り（先述）

（一）社団法人日本母性保護産婦人科医会が日母産婦人科看護研修学院基準を定め、日母産婦人科看護研修学院を開校し、修業年限一年で、講義と実習を実施してきた。

（二）全国に同看護研修学院は55箇所あり、1962～1999年までの研修生は24,559名である。1990年から1999年までの入学者は6,144名（入学時の資格内訳：助産婦6名、看護婦873名、准看護婦4,362名、免許なし903名）である。

（三）医師でも助産婦でもないものが、助産行為（内診）を行うことは違法であり。学院の研修を終了しても助産婦資格をえるものではないから研修修了者等に誤解を与えることがないよう」（内閣衆質150第72号）

【2002年11月14日】　厚生労働省医政局看護課長・通達　（第１回目）

「助産師以外の看護師が内診を行うことは、保健師助産師看護師法に違反する」

【2003年12月29日】　産婦の死亡事故：横浜市の産婦人科「堀病院」で事件。他県から同日入院した女性（37歳）が分娩室に移動する前に、准看護師ら医師・助産師以外の数人に子宮口の開き具合や胎児の頭の状態を確認するなどの内診を受けた疑い。女性は出産後、その日のうちに容体が悪化し県内の他の病院に転院。翌年二月、多臓器不全で死亡（後略）。（『日本経済新聞』2006年8月24日）

【2004年９月13日】厚生労働省医政局看護課長・通達（第 2回目）

「内診」の定義を具体的に述べた通達

「産婦に対して、子宮口の開大、児頭の下降度等の確認及び分娩進行の状況把握を目的として内診を行うこと。但し、その際の正常範囲からの逸脱の有無を判断することは行わない」ことは、「保健師助産師看護師法第五条に規定する診療の補助には該当せず、同法第三条に規定する助産に該当すると解する」

（３） 施設化・医療化のほころびと原因　その１
―産科看護婦と内診の見直しに対する余波―

〇2000年～2004年の動向

島根県壱岐の島、長野県上田市、神奈川県南足柄氏、徳島県海部郡、岩手県宮古市等での産科診療所や病院閉鎖の危機がメディアで報じられる。

〇2004年9月・11月：日本産婦人科医会会長　坂元正一氏の発言と概要

- 産科コメディカルが不足しているため医師がみずから診察・介助をしている。
- 医師の加重労働と負担は大きく、産科医師や勤務医師も辞めていくだろう。
- 分娩第1期の内診は助産行為ではない。
- 保健師助産師看護師法の文言で分娩第1期の内診が助産行為とされるなら、同法律を変える必要がある。

「　このように産科コメディカルが不足している状況下で、多くの産科分娩施設では安全で快適な分娩を行うために医師自らが直接診察したり、分娩介助をしているのが現状である。産婦人科医師にますます負担がかかり、このまま進めば産科医は荷重労働に耐えきれず、櫛が一つ一つ抜けるがごとく、産婦人科診療所医師はもちろん産婦人科勤務医もまた辞めて行くであろう」

「分娩第一期時に看護師が内診することは、助産行為に該当しないから、この行為を認めよ」

続き

〇2005年9月5日：再び日本産婦人科医会会長の坂元氏の文書

◆分娩医療機関が激減している！

「（前略）看護課長通知がなされて以来、医会の調査では分娩医療機関数が平成14（2002）年から16（2004）年の間に、病院は6.5%、診療所は10.3%の減少となっている。さらに平成16年の通知がなされてからは著明に減少している。」

〇2006年5月23日：日本産婦人科医会会長の坂元氏と厚生労働大臣との懇談会・要望書

◆産科閉鎖の原因は助産師不足！

「保助看法第37条の解釈上の疑義の有無にかかわらず、助産師が充足するまで、看護師による医師の指示下における診療補助行為（分娩第一期における内診）を認めていただきたい」との要望書を提出。

（３） 施設化・医療化のほころびと原因　その２
―違法行為（産科看護婦・内診）の強制捜査―

【2006年8月24日】　堀病院に対する神奈川県警の強制捜査

年間の出産数が約3千人を上る産婦人科病院、堀病院（横浜市瀬谷区）が「内診」などの助産行為を准看護師らに行わせていたとして、神奈川県警生活経済課は24日、保健師助産師看護師法違反（助産師業務の制限）の疑いで、同病院の事務所など約十カ所を家宅捜索した。看護師・准看護師の違法行為の疑いで警察は大規模な強制捜査を実施。

（結果：2007年2月1日、書類送検された堀産婦人科病院の11人の看護師・准看護師に起訴猶予の裁定）

- ◆ 国会質問と総理大臣答弁、厚生労働省通達で、「産科看護学院」の「産科看護師認定」が止まる。
- ◆ 過去に約３万人の産科看護婦が認定され、助産資格のないこれらの看護師・准看護師らが（彼女たちの実質的な技術の高低や熟達度の有無は別として）、診療所などで助産行為を担ってきたとして、堀病院事件および厚生労働省の二回の通達を受け「産科看護婦」たちが担ってきた内診行為に代表される出産介助の仕事は、当該施設の産科医師が一手に担うことになるだろう。
- ◆ 診療所等で働く産科医師の労働状況が劣悪化
- ◆ 統計的には、看護師より専門性の高い助産師は、病院に就職するものが多く、診療所に勤務する者は多いとは言い難いのが現状

【産科医師不足・産科の閉鎖の原因に対する諸意見・諸見解】

（１）日本産婦人科医会の見解：「産科医師不足」「助産師不足」

〇看護師に内診を認めるべきだ。法律の文言を換えることも必要だ。

〇日本の助産師数が不足している。

〇産科医師が不足している。

（２）日本看護協会常任理事長菊地令子・日本助産師会神奈川支部長山本詩子：

〇看護師の内診は認められない

〇助産師数は5万5千人（内就業者は半数）で絶対的不足は存在しない。

〇助産師不足は診療所の問題であり、病院で勤務する助産師は充足している。

・助産師就業斡旋状況において、産科診療所からの求人は少ない。

・産科診療所の希望する求人内容は、勤務条件が整備されていない。

〇診療所では、助産師という専門職にふさわしい業務内容や給与体系ではないなど、雇用管理体制が整備されていない状況がある。

以上、事実上助産師数は十分であり、問題は診療所に就業する助産師が少ないという偏在性であるため、まずは診療所において助産師を獲得するための雇用促進、労働条件の改善を図るべきである」。

（３）厚生労働省医政局看護課の報告から検討

・病院の医師と助産師の数が適正な数であると仮定するなら、診療所の助産師数は少ない／不足している。

「助産師就業者数（年次別、就業場所別）」

1947年　総数55,468人　　1990？年　　総数23.702人

1995年　総数23144人　　1996～2000年　24000人台　　2001～2003年　25000人

・病院勤務の助産師数と診療所勤務の助産師数は、およそ四対一の数の違いがある。

・2002年度の施設数、医数、助産師数比較：診療所の三種の数はほぼ同数。

病院では医師数に比して助産師数は約三倍。

（３）施設化・医療化のほころびと原因　その３
―「医療法」の改正―

【2005年4月～11月9日】医療法改正のための準備検討会：合計13回
「医療安全の確保に向けた保健師助産師看護師法のあり方に関する検討会」
（厚生労働省医政局長；有識者を集め開催）

- 検討会のまとめ報告は親委員会である「社会保障審議会医療部会」へ。
- 2006年春から審議される「医療法改正の基礎資料」として活用
- 検討会のまとめ報告は、意見が対立した「看護師の内診の是非」と「助産師不足という認識や解釈の違い」は両論併記。「助産所に嘱託医師を配すること」に関する諸議論が列記された。

【2006年6月21日】第164回通常国会の衆参両院で「医療法」改正が審議、同日交付。
2007年4月1日から施行。
「出産」関連として「医療法第19条」改正

（３）施設化・医療化のほころびと原因　その３
―医療法改正「第19条」（助産所関連事項）の新・旧比較―

◆　特徴１　助産所の開所・運営に対するハードルを非常に高くした。
◆　特徴２　他方、嘱託医師および嘱託医療機関が助産所に対して担うべき義務の定めはない

◆　結果１　医療法改正は「助産師による助産所の開所・運営」をさらに難しいものにした。
◆　結果２　ユーザーに多様な選択肢を充分に提供するという視点は全く組み込まれない。

	旧　医療法第19条	新　医療法　第19条	新　厚生労働省令
制定年	1948年7月	2006年6月21日　公布 （第164回通常国会） 2007年4月1日　施行	2007年4月　（平成19年度政令第9号）
本文	「（助産所）は嘱託医師を定めておかなければならない」	「（助産所）は厚生労働省令で定めるところにより、嘱託する医師及び病院又は診療所を定めておかなければならない」	第一に、嘱託医師は産科か産婦人科を担当とする医師であることと。 第二に、産科又は産婦人科及び小児科（新生児診療を担当するものに限る）を有し、周産期医療を提供することができる病院か診療所（入所施設を有するものに限る）を嘱託機関として定めておかなければならない。
特徴	「嘱託医師」と連携	・「嘱託医師」と連携 ・「嘱託機関」とも連携が義務化厚生労働省令の定め追加される	・「嘱託医師」は「産科か婦人科に限定」 ・嘱託機関を限定 条件１：産科か産婦人科がある 条件２：小児科（新生児診療）もある 条件３：周産期医療を提供できる 条件４；入所施設を有する

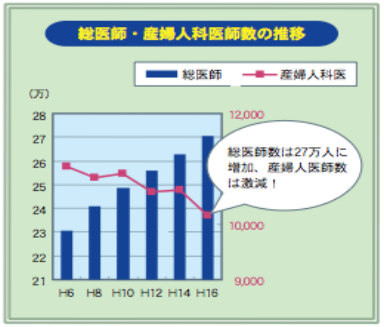
（３）　日本の現況とＷＨＯが示す出産
＜日本産婦人科医会の認識＞

January 31, 2007 http://www.jaog.or.jp/News/2007/31Jan2007.pdf

『日本の産科は世界トップクラス』なのに、今！安全な分娩管理を受けられない「お産難民」が50万人？

日本の産科医療が危機的状況にあります！

今、産科を閉鎖する病院・診療所が急増しています。少子化、医師・助産師不足などが原因とされていますが、実は、産科医療に対する一般の方々の誤解もその原因の一つなのです。このままでは、安全な分娩管理を提供する産科医療施設は激減し、いわゆる「お産難民」が全国で50万人になると試算されています。そのような危機的状況を回避するためにも、産科医療について正しく認識して頂き、より安全で快適なお産をめざす私たち産科医の思いを知って頂きたいのです。

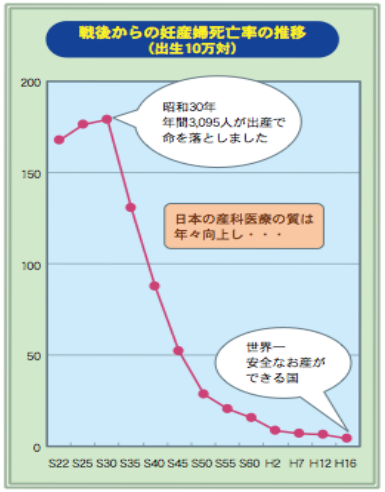


誤解 その１

"お産が安全なのは当然"という「安全神話」

昔の女性にとって、お産は"命懸け"でした。例えば、今から51年前の昭和30年のデータによると、年間3,000人強の女性がお産で命を落とし（妊産婦死亡率 161.7：出産10万対）、10万人以上の赤ちゃんが胎内で、あるいは生まれてすぐに亡くなっていました（周産期死亡率 43.9：出生1000対）。当時は、病院や診療所での分娩はわずか２％しかなく、ほとんどが自宅分娩だったため、適切な医療が受けられなかったからです。

その後、医療の進歩とともに、国民皆保険制度のもとで質の高い医療を受けることができるようになるにつれて、死亡率は飛躍的に低下しました。病院や診療所など医師の管理する医療施設での分娩が99％になった平成16年には、お産で亡くなった女性は49人、亡くなった赤ちゃんは5,541人になり、世界トップクラスの安全なお産ができる国と胸をはれる結果となりました。ところが近年、医療施設に来られる妊婦さんの多くは、"安全なのは当然"という「安全神話」を盲目的に信じています。そのため、結果が悪いと原因をすべて医療側に求める風潮があります。これでは、産科の医師はたまりません。産科医のなり手が少なくなったのは、「安全神話」が昔及したことと無縁ではないのです。



すなわち、今も女性にとってお産が"命懸け"であることには変わりはありません。私たち産科医は今後も、より安全で快適なお産をめざす努力を続けてまいりますが、そのためにも、"お産が安全なのは当然"という前提に立った「安全神話」は払拭して頂きたいと願っております。

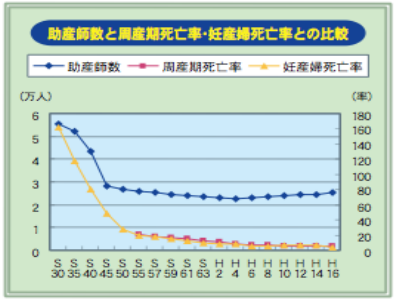
	妊産婦死亡数（率：出産10万対）	周産期死亡数（率：出産1000対）
昭和30年	３，０９５人（161.7）	１０万人以上（推計）
平成16年	４９人（4.3）	(H15) 日本（5.0） 米国（7.1） 英国（8.2）

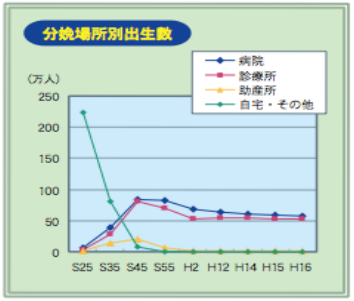
誤解 その２ "助産師がいないとお産ができない?"

世界トップクラスの安全なお産ができる国になった時、マスコミは「分娩に医療行為は必要ない」「お産は自然がいい」と煽りました。某テレビ局の朝の連ドラでも自宅分娩を推奨するような内容のものを放送しました。「自然なお産に医療はいらない」「医師は自然なお産をしない」「助産師は自然なお産を推奨している」だから「お産の中心は助産師だ」よって「助産師がいない病院や診療所では、お産ができない」という誤解になったのです。

自宅で出産するのが当たり前だった時代、その介助役として活躍したのが"お産婆さん"でした。そして、戦後の混乱期で医師も医療施設も少なかった昭和23年、医師法の例外措置として、医療行為を必要としない正常な分娩についてのみ"助産婦（現在、助産師）が行ってもよい"とする法律ができました。医療行為をしないのではなくて、やってはいけないのです。行えば医師法違反、つまりニセ医者と同じことです。

分娩は、ハイリスクや異常の発生により医療行為が必要になることがあります。そのため、医療行為を唯一認められている医師が分娩の管理をしなければなりません。産婦人科医師は、正常、異常にかかわらず、あらゆる分娩に対応できる専門家です。そして、助産師・看護師・検査技師・薬剤師などのスタッフと一丸となって医療を行って来たからこそ、現在のような"世界トップクラスの安全なお産ができる国"が実現したのです。





（出典：厚生労働省統計情報部）

社団法人 日本産婦人科医会

（４） 日本の現況とＷＨＯが示す出産
ー＜ＷＨＯの正常産に対する指針—59箇条＞よりー

〇WHO調査母体：「家族と性に関する保健部門・安全に母になるチーム・テクニカル専門グループ」

〇ねらい：医療そのものの質を問い、良質な医療とは、有効な医療とは何を指すのかを追求する。先進国の先端医療や当然と思われてきた医療をも検証の対象に含める

〇調査と結果：1996年現在までの入手可能で良質な証拠を集・検討し、専門研究グループでおこなわれた討論をもとに、医学的正しさを検証すると同時に、過剰な医療介入に疑義を呈し、必要なケアとは何か、必要なケアラーの心構えとは何かなどを次ぎの４つの視点に基づき分析し結果を発表した。

視点１：明らかに有効で役に立つ、推奨されるべきこと　＝22項目★（次で紹介）

視点２：明らかに害があったり効果がないので、辞めるべきこと　＝15項目

視点３：十分な確証がないので、まだはっきりと勧めるころができないこと（研究によって問題が明らかになるまで慎重にすべきこと）＝8項目

視点４：しばしば不適切に使われたり、不適切に実施されること　＝14項目

・*World Health Organization, Care in Normal Birth: a practical guide, Report of Family and Reproductive health, Safe Motherhood Unit Technical Working Group. 1996*

・*WHO編『WHOの59カ条お産のケア実践ガイド』戸田律子訳、□□□農山漁村文化協会 1997*

（４） 日本の現況とＷＨＯが示す出産
＜ＷＨＯの「正常産のケアー指針ー59箇条」1996年＞

「59カ条」内容の一部

〇視点１：明らかに有効で役に立つ、推奨されるべきこと＝22項目の一部

１）どこで、誰の立ち会いで出産するのかについて、妊婦が個人的に立てる計画をいっしょにつくり、夫／パートナーと適切な場所には家族にも（その内容を）知らせること。

２）妊娠のリスクの査定を、産前健診のたびごとに、そして陣痛が始まって始めて介助者と接触してから出産が終わる間で、再評価を重ねながら行うこと。

３）出産する場所について、女性のインフォームド・チョイスを尊重すること。

４）出産ができそうな安全な場で、しかも女性が安心して自信が持てる場であれば、（医療を提供できる場の中でも）もっとも末端に位置する場で出産のケアを提供すること。

５）出産中、ケアの提供者が温かく（産婦を）サポートすること。

６）出産中に、産婦につきそう人（の存在）を、産婦の選択として尊重すること。

〇視点の含意

・インフォームド・チョイス

・インフォームド・コンセントの担保

・当事者である女性が安心して自信が持てる場所

・ケアの提供者が温かくサポートすること

【一貫してユーザーの主体性が重視・強調された内容】

WHOが提案する正常産に最適なヘルスワーカーとは

- 「出産のその現場で産婦と胎児を十分に観察するのにかわるケアはありません」

  →専門職に従事する人間の目視や経験にもとづく観察が、不確実性／リスクを捉えるのに最も有効な手段

- 「リスクの査定と合併症を見つけつつ、正常な妊娠と正常な出産のケアをするヘルスワーカーとして最適でコストの面でも効率のよい人物とは、助産師だといえるでしょう」

  →日本産婦人科医会の方針と対極

WHOの結論

21世紀の正常出産に対する指針59カ条には、「医療技術の乱用に警鐘を鳴らし、過剰な医療に過剰な期待を寄せないこと、過剰な期待はさらに過剰な防衛医療を生じさせる」。

21世紀の産科医療は、つつましい医療とあたたかいサポートが重要である。

（５）妊娠・出産費用と貧困問題＜2008＞
―子ども一人の妊娠・出産に必要な費用の総額は？―

〇費用
（１）健診（妊娠期１０～１６回）＝１０～１５万円（一回５千円～１万円程度）
（２）分娩費用
（３）入院費用　　合計２５万～４０万円　（場所によっては100万円もあり）
　　子ども一人の妊娠・出産・退院まで：　約　３５万円～　　以上

〇保険
・日本では妊娠・出産は病気ではないため、健康保険の適応はない。
・切迫流産、帝王切開等では、健康保険対象となる
・出産育児一時金35万円の支給（健康保険加入者のみに適応、自己申告制・または診療施設が申告し本人を経由せず35万を取得することも可能となった。健康保険法第101条）

〇産むことをめぐる助成
・不妊治療：「少子化社会対策基本法　第13条２」
　「及び地方公共団体は、不妊治療を望む者に対し良質かつ適切な保２健医療サービスが提供されるよう、不妊治療に係る情報の提供、不妊相談、不妊治療に係る研究に対する助成等必要な施策を講ずるものとする。」（体外受精・胚移植：一回20万円以上。保険適応なし）
・健診助成：健診代金が無料になるチケットの配布　　自治体で配布　１回～１０回と差が大きい

る場合の料金一覧」

妊婦健診の費用について　2008/10/08 08:33 PM

welcome to Aiiku Hospital

*健診、検査などの自費料金表

項目		自費料金	内容
初診		6,000円	
再診	時間内	3,000円	
	時間外	5,000円	
	深夜	11,000円	
	休日	7,000円	
妊婦健診		5,000円	血圧測定、子宮底長、腹囲計測、尿検査（糖、蛋白）、胎児診察（触診＋ドップラー又は簡易超音波検査）、保健指導などを含みます。
超音波検査	超音波A	7,000円	胎児精密超音波検査 専門医が胎児の頭蓋内や心臓、その他の臓器に異常がないか、くわしく検査します。
	超音波B	4,000円	児の体重や胎盤の位置などを調べます。
	超音波C	2,000円	早産兆候チェック、産後の回復チェックなど
血液検査	血液型	990円	ABO型、RhD型
	血算	2,390円	白血球、赤血球、血小板、ヘモグロビン濃度
	血糖、ヘモグロビンA_{1c}	3,080円	糖尿病のスクリーニング
	糖負荷試験	3,300円	
	赤血球不規則抗体	3,000円	万一のための輸血の基本検査です。
感染症血液検査	梅毒	960円	胎児に感染する可能性のあるウイルスなどの検査です。
	B型肝炎抗原	740円	
	C型肝炎抗体	2,100円	
	HIV抗体	2,100円	
	HTLV-I抗体	1,580円	
	風疹	1,500円	
細菌培養検査	膣内細菌	4,280円	早産の原因となる細菌がいないか調べます。
	膣内と頸管内細菌	6,600円	
	頸管内クラミジア抗原	4,710円	
NST（ノン・ストレステスト）		4,000円	胎児の元気さと子宮の収縮の度合いを観察します。

料金の詳細については愛育病院医事課にお尋ねください。

代表電話：03-3473-8321

（５）「未受診」・「飛び込み出産」の増加と貧困

（１）周産期救急搬送システム８機関病院調査（神奈川県産婦人科医回調査）
・飛び込み出産：2003年＝20件、　2007年1月-4月＝35件（通年で100件を越える見込み）
・未受診の特徴：リスクの高い出産、出産費用の未払い

（２）日本医科大学多摩永山病院調査（同教員の中井章人教授調査）
・飛び込み出産：1997年1月～2007年56月＝41人、内11人は出産費用を病院に支払わない
・未受診の理由：最多は「経済的理由」＝12人
以上　2007年11月18日　朝日新聞朝刊より

（３）総務省調査：2007年『救急搬送の実態調査』
飛び込み出産を理由に医療機関に搬送を拒否された回数→2006年のべ148件
経済的な理由で健診を受けていないケースも多い
（４）　？同大付属市民総合医療センター小川幸医師の未受診者に対する三パターン分析
１）妊娠への対応が分からなかった若い未婚女性
２）低所得の（すでにお産を経験した）経産婦
３）不法滞在の外国人　以上、読売新聞、2007年11月19日より

◎今後、きめ細かい調査が必要不可欠

（６）　考察と提案
日本の母子保健政策・医療政策に必要な視点とその具体

「子どもを産みたいと思うひとが、子どもを産みやすい安心・安全な環境」の構築に必要な政策・視点

（１）「ユーザーの視点」に立った良質・安心・安全な諸環境の再構築＝「人間の安全保障」

- 表１の五種の全選択肢をユーザーの選好で選べる環境をつくり出すこと
- そのためには、正常産に助産師・助産所を活用すること。
- WHOが提案する「つつましい医療とあたたかいサポート」の59カ条に照らし日本の現況を再点検すること。
- （診療所等の産科医師離れや荷重労働を食い止めるためにも、過去に産科研修学院で学び認定を受けたコメディカルを対象に、正式な助産師教育と国家資格取得のための支援体制を提供すること。）

（２）クリニカル・ガバナンスの導入と実践

- ケアを提供する者どうし（医師と助産師）が緊急の救命活動の責任を対等に担うことを定めた規定が必要不可欠。（例：医師や諸機関にも嘱託を担う「義務」を制度化し、双方の対等な関係を保証する）。
- 政策提案されている「総合周産期医療体制の整備」をおこなううえで、妊産婦に関する諸情報を守秘義務を守りつつ、複数の専門職者が情報共有し、協力・連係体制を構築する。

（６）考察と提案（続き）
日本の母子保健政策・医療政策に必要な視点とその具体

出産・助産政策の構築に「人間の安全保障」という基本理念を、すなわち、一人ひとりの人間の基本的ニーズを満たすというパラダイムシフトが必要。個人に視点をシフトした上で、個々の基本的ニーズの達成、個々の健康と安全を保障する。

なお、この考え方は産む人・産まない人、産めない状況にある人の総てに適応できる基本理念でもある。

「人間の安全保障」とは

「社会は一人ひとりの人間の基本的ニーズが満たされることによって安定化していく。国境を越え、社会の底辺で暮らす人たちに衣食住をはじめ、保健衛生や生活の安全を確保し、基本的人権を保障することが、長期的な社会の安全保障を達成していくうえで重要であるという考え」（1994年の国連社会開発会議開催時に国連開発計画が提案した新概念）。

国家を中核として考えられてきた安全保障という考え方とは異なる。

以上、ありがとうございました。　中山まき子