

病院における助産師数の適正化に最初に着目したのは、愛育研究所の津野清男である。1960年代後半、津野は全国の産科を有する一般病院（約120施設）の月間分娩数を（X）とし、助産婦数（Y）・看護婦＋准看護婦数（Y）・医師数（Y）とし、その相関から、分娩件数に必要な助産師配置（適正数）を考察した。彼は施設助産師数の離職による推移（卒後年からの減少）を予測し、「出生の場所」が「病院・診療所」である出生数に対して、総計1万5千から2万人の助産師が施設に配置されるべきで、そのためには毎年1500名の助産師養成が必要であり、離職率を見越して養成数を増やすか、教育年数を短縮して資格取得年齢を下げるとか、あるいは助産業務の補助者養成も考える必要があるとのべた。津野により永らく開業助産師数でマスクされていた「病院・診療所」で従事する助産師の必要数が明らかになり、「病院における助産師数の適正化」は行政の問題とされるようになった。津野論文発表後6年目の1975年に、助産師養成数が漸く年間1000人を超えることとなる。

1970年代後半、日本看護協会の安田紀美子は、助産師が「病院・診療所」で独自の機能を発揮す

るためには、助産師の職種設定（職能の認定）を行うための環境作りが必要であるとし、津野らの研究成果を振り返って、まず病院助産師の不足問題を明確化し、その養成を増やす努力を行うことが急務であるとした。また病院の産婦人科医師と助産師がコミュニケーションを円滑にして連携し、施設における各自の機能と業務分担を明らかにしていく必要があると記述した。「出生の場所」の「病院・診療所」に従事する助産師職能については、明確に位置づける必要性について論述したのは、この安田論文以降と考えられる。

【結語】

1960年代より日本の助産活動の主な拠点は「出生の場所」中の「病院・診療所」であった。しかし「病院・診療所」で従事する助産師数は開業助産師数でマスクされて、数の適正化と養成数は行政的な問題とされなかった。津野清男の論文により、「病院・診療所」で従事する助産師の適正数や年間養成数が行政的に見直されるようになり、安田紀美子により、その独自の職能の明確化が指摘されるようになった。

（平成27年3月例会）

4. 周産期医療の現状と東日本大震災の影響

——将来に向けた産科医・助産師連携の取り組み——

佐藤喜根子

昨年（2014）の年間出生数は100万3千人であり、深刻な少子時代に突入している。そのうち低出生体重児の割合は約10%で、1,500g未満の極低出生体重児の死亡率は1980年と比較すると、10分の1に減少し、低出生体重児でもほとんど救命出来る医療水準になっている。また生殖補助技術治療後の新生児誕生は年間2万人以上で、出生児の25人に1人といわれている。かつて32年前に日本で初めての体外受精児誕生¹⁾の場に立ち会い、当時の騒動を経験している私にとって、僅

か30年という短期間に、生殖補助技術のこのような進歩は、当時全く予想できなかった。だが、日本の周産期医療と母子を取り巻く現況は厳しい。産科医は減少傾向で分娩取扱施設の産科医は、女性医師の割合が多くなり2008年から2013年の6年間で男性医師はほぼ横ばい（約3,000人）であるのに対し、女性医師は1.5倍（約2,000人）に増加し、最近はその20%が妊娠・育児中である²⁾。また、産科医の減少は、2006年の福島県大野病院産科医師逮捕事件が拍車をかけることに

なった。

一方、受け手の女性も高齢妊娠・出産になっている現状があり、初産年齢は30歳である³⁾。それは女性の社会進出が求められ、高学歴化とキャリア形成に起因する。そうならざるを得ない社会状況の中で生きているのである。これからも少子社会で、女性の就業が求められ、この傾向は増加すると考えられる。

このような中で、安全を担保するために分娩の集約化が提案されてきた。昨今は受け手である妊産婦は、絶対的安全・安心を求めてくる。また一方では、児童虐待も社会問題として深刻な状況である。既に年間相談件数は7万件を突破し、被虐待者は実父母が8割を占める³⁾。庇護されるべき児が、大変な育児環境に置かれている。少子化の中で、新しい家族を迎えるための母と父の役割獲得支援が重要になってくる。生まれてくる我が子が人生で初めて抱く赤ちゃんであることがほとんどだからである。

そのような周産期医療現場の状況下で、2011年3月にM9.0という大規模な地震が発生し、同時に東北の沿岸を広く範囲に大規模な津波が襲った。東日本大震災である。疲弊していた周産期医療にはさらに深刻な状況をもたらした。津波では医師9名、歯科医師6名、看護師30名が犠牲となり、また医療施設と共に分娩施設が破壊・流出され、診療閉鎖を余儀なくされた⁴⁾。分娩予約していた妊婦はどこに行けば受けてもらえるか路頭に迷う状況であった。残された施設でも許容範囲をはるかに超える状況で地域の要望に対応していた。そして、震災後浮上してきたのは、絶対的な医療者不足であった。また緊急時の医療体制のあり方とそれを受診者側に如何に周知しておくかという、非常事態時の対応策であった。

すでに震災前には、保助看法に違反し(准)看護師が内診を行っていた理由で社会問題化した堀病院事件は、厚労省が保助看法の厳守を発信していたにもかかわらず、産婦人科医会や医師会からは、むしろ保助看法の規定がおかしいから看護師への内診拡大が必要との見解・要望が提案された(2005)⁵⁾。しかし厚生労働省は、良質な医療を継

続していくためには、医師法や保助看法の法令に定められた業務範囲で互いの役割分担を推進するようという医政局長通知を発信している⁶⁾。さらにその後は職能間の役割として、チーム医療の連携が厚労医政局通知⁷⁾として出され、現場での職種間の役割分担とチームの連携が叫ばれ、現在に至っている。震災前から問題を抱えていた周産期医療は、その後の東日本大震災によって多くの問題が顕在化し、特に人手不足は殊更に深刻であった。

これらを受けて現在、多くの周産期医療現場では、分娩施設の集約化がなされ、1人態勢の産科医のもとでは分娩は取り扱わないこととし、“妊婦健診は近くのクリニックで、分娩は安全な分娩施設で”をコンセプトにセミオープン制度を実施している。分娩施設の集約化で地域の産科医無医地区になった所では、「助産師外来」を立ち上げ妊婦健診を実施しセミオープンに参加している。地域の助産師外来は、子育てや女性の心身の健康相談もできるという地域の女性の駆け込み寺的存在となり、安心感にもつながる。また、助産師不足には2013年から偏在化の解決策として、都市部から地域の施設への助産師出向事業を実施し、効果を上げている。

また宮城の助産師は自身も被災者である。心身の健康状態は震災後3年の時点でも低迷状態である⁸⁾。離職しても代理がないことを自分たちが良く理解しており、地域への責任感で頑張っている。彼らに対し、我々も精神支援やALSO(周産期救急蘇生法等)等の研修を企画し、モチベーションの維持・向上をめざしている。

【参考文献】

- 1) 鈴木雅洲. 体外受精——成功までのドキュメント——. 共立出版. 1983. 60-67
- 2) 中井章人. 産婦人科医師の地域偏在. 第65回日本産婦人科医会記者懇談会. H25.5.8
- 3) 母子の主なる統計. 母子保健事業団. 平成25年度刊行
- 4) 河北新報: 東日本大震災時の医療者被害状況. 2011.6.10
- 5) 「医療安全の確保に向けた保健師助産師看護師法等のあり方に関する検討会」の取りまとめにあたって.

- 日本医師会常任理事 青木重孝. 平成 17 年 10 月 3 日
- 6) 医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について. 医政発第 1228001 号 (平成 19 年 12 月 28 日)
- 7) 「医療スタッフの協同・連携によるチーム医療の連携について」医政発 0430 第 1 号 (平成 22 年 4 月 30 日)
- 8) 佐藤喜根子. 震災時に褥婦・妊婦であった女性とそ

のパートナーの心身の健康状態と周産期医療従事者の実態調査研究——震災後 1.4 年と 2 年目の実態——. 震災時の妊婦・褥婦の医療・保健的課題に関する研究. 平成 24-25 年度総合研究報告. 厚生労働省科学研究. 61-81. 2014

(平成 27 年 3 月例会)

水島府県別生命表における刊行経緯・方法の変遷と生命表精度に関する認識

逢見 憲一

沖縄を伝統的に長寿だったとする説を検証するため、その大きな根拠となっている 1921-25 年分府県別生命表の刊行時期を含め、一連の水島府県別生命表の初出論文を検討した。とくに、刊行経緯、作製方法の変遷、沖縄の乳児死亡精度に関する水島自身の認識を記述し、考察した。

1938 年に朝鮮医学会雑誌に発表された 1926-30 年分「府県別生命表 (第一回)」以降、「1948-1949 年 府県別生命表 (第 4 回)」(1952 年) までの各初出論文では、表題と記述は 1926-30 年分を第 1 回とし、年代順・発表順の回数が表題に付されていた。

しかし、次の府県別生命表となる「1950 年府県別生命表」(1956 年) では、回数が表示が無くなったばかりでなく、「1921 年～1925 年以降、今回は第 6 回目である。」と 1921-25 年分が加えられた記述になっており、また論文中で 1921-25 年分の生命表を交えた分析を行っていた。「1950 年」以降の府県別生命表も同様の表題と記述であった。

1921-25 年分の府県別生命表自体の初出は、1960 年に Kyushu Journal of Medical Science 誌に発表された「Prefecture Life Tables 1921-25」であった。

また、水島は 1954 年の第 24 回日本衛生学会特別講演で、1921-25 年分生命表を用いた分析を行っていた。

1926-30 年分「府県別生命表 (第一回)」から「第 3 回府県別生命表 (昭和 22 年 4 月一昭和 23

年 3 月)」までの 3 回分は、Dublin, Lotka 著「Length of life」(1936 年) 中の「King 法」によって作成されていた。しかし、第二次大戦前の 2 回分は、5 歳および 6 歳の生命表上の死亡率が「延年数法」により算出されていたが、第二次大戦後の「第 3 回」では別の公式によって算出されていた。

「1948-1949 年 府県別生命表 (第 4 回)」以降の府県別生命表は、1921-25 年分 (「Prefecture Life Tables 1921-25」) を除いて、「Length of life」の 1949 年改訂版中の「Greville 法」、あるいはその簡便法である「Reed-Merrell 法」によって作成されていた。

1921-25 年分「Prefecture Life Tables 1921-25」は、1926-30 年分から 1947-48 年分までの 3 回と同様の「King 法」によって作成されていた。しかし、5 歳と 6 歳の生命表死亡率の算出法が、上記 3 回分のいずれとも異なっていた。

1926-30 年分「府県別生命表 (第一回)」では、沖縄の死亡率について、「沖縄ハ以上ノ何レトモ異ナリ」と述べ、0 歳時平均余命の記述でも「最長ノ鹿児島 (沖縄ハ特ニ除ク)」と、沖縄を除外して考察を加えていた。ただし、表や一部の図には沖縄が掲載されていた。

1931-35 年分「府県別生命表 第二回 (昭和六年一十年)」では、沖縄の死亡率について、「殊ニ沖縄ハ他府縣トハ飛ビ離レテ變ツタ形ヲ呈スル。」と述べ、「沖縄デハ眞ニ乳児死亡ガ少イノカ、ソ