

3. 具体的にはどのように事業を進めるのですか？

助産所を受診し、妊娠の経過に大きな問題がないと考えられる（ローリスク）方のうち、お住まい等を考慮してこの資料をお渡ししています。

本事業を利用してもよいという方には、さらに詳しく話し合う場を持った後に、日赤医療センターの外來を受診していただき、同意書にサインが済んだら、日赤医療センターに登録します。

4. 妊娠の途中や出産の際に、予期しない事態が発生した場合には、どうなりますか？

助産所あるいは日赤医療センター（医療処置が必要な場合）で、必要と思われる医療処置を行うなど、責任をもって対応します。ただし、本事業の対象者の方はローリスクの方としていきますので、事業の対象ではなくなる場合もあります。

5. そのほかに何か協力することはありますか？

本事業はよりよい出産のあり方を目指しており、皆さんからのご意見をもとに出産のシステムやケアについての課題をみつけ、フィードバックしていくことが必要です。そのため、妊娠中にアンケート調査を実施したり、お話をうかがうことがあります。また、出産後3か月程度の時期に、経験された内容について、改善した方がよい点、よかった点などについて個別にお話をうかがったり、本事業を利用された方たちのグループでお話をうかがうことがあります。

6. 自分の名前が公表されたり、プライバシーが侵されることはありませんか？

本事業では、個人のプライバシーを尊重し、十分に配慮を行います。

お話をうかがう際に録音等の記録をとらせて頂く場合がございますが、氏名等、個人が特定される情報が、外部に公表されたり、もれたりすることはございません。また、それらの情報につきましては、事業以外の目的には使用いたしません。

7. 途中で利用したくなくなった場合は、やめることができますか？

途中で何らかの事情により、本事業の利用を辞退したくなった場合には、やめることもできます。担当の助産師に申し出てください。その後のケア等については、助産所あるいは日赤医療センターで、一般の妊婦さんと同様に受けることができます。

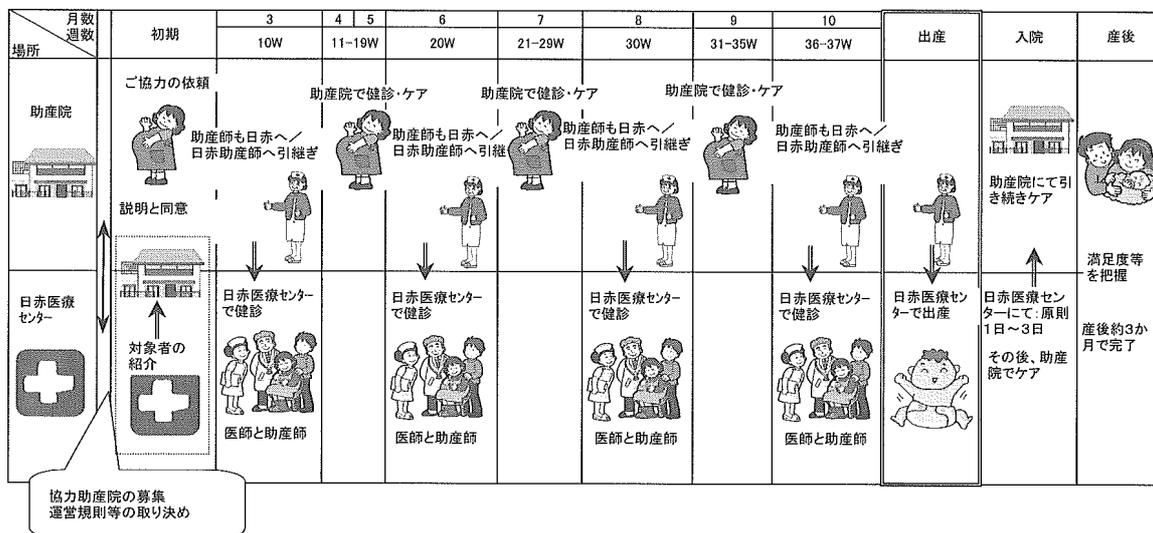
また、本事業の途中で、疑問や不安が生じた場合には、遠慮なく、助産師に申し出てください。一緒に解決の方法を考えていきます。

8. 費用はいくらになるのですか？

健診の回数や入院日数によって異なります。また産褥のケアは、実施する内容によっても異なります。この資料の後ろに目安となる金額を示していますので、助産師と相談しながら計算してみてください。おおよその目安がわかります。

ここからは、本事業の進め方と費用について、詳しく説明します。

1. 本事業の進め方



①事業の説明

助産所にて本事業の説明をいたします。ご利用の意向がある場合に、日赤医療センターの外来を受診していただきます。

②助産所での健診、退院後のケア

助産所での健診や退院後のケアは、助産所にて行います。

③通院定期健診

20 週、30 週、36・37 週の定期健診は、日赤医療センターで受診していただきます。

日赤医療センターでは、あなたの担当となる助産師がチームを編成し、健診に立ち会う場合は、当院の助産師と十分な引継ぎを実施します。

- 日赤医療センターでの通院定期健診については、担当の助産師と相談の上、予約をとり、受診して下さい。待ち時間を短縮するため、なるべく早い時間帯に予約を入れることをおすすめいたします。

④出産

出産は日赤医療センターで行います。

その際、助産所の助産師が、可能な場合には出産に立ち会い、出産介助を行います。詳しくは、マタニティノートを参照していただきますが、緊急時に対応できる装備を整えた上での家庭的な雰囲気での出産となります。

日赤医療センターでは、担当となる助産師のチームを編成し、出産に立ち会う場合は、助産所の助産師と十分な引き継ぎを実施します。

また、胎児のモニターは必要に応じて実施いたします。

⑤産後

産後の経過に特に問題がない場合、日赤医療センターにご希望に応じて1日～3日（ただし、妊婦さんの状態でご希望にそえない場合もあります。）入院していただきます。その後、助産所に通院していただくか、入院していただくこととなります。

また、産後、助産所及び日赤医療センターにおけるケアや健診、出産について、満足度等のご意見をうかがいます。うかがったご意見は、本事業の成果に反映させていただきます。

○受診の際の持ち物

助産所、あるいは日赤医療センターを訪れる際は、母子手帳、及びマタニティノートをお持ち下さい。マタニティノートは健診した結果が記入されております。記録は、複写式になっており、自分のお手元と助産所、および日赤医療センターが保管しますので、緊急の場合にスムーズに対応できます。

2. 費用

本事業にご利用頂く場合、出産にかかる費用（ただし初診費用を除く）はおおよそ下記のとおりになります。

（例）妊娠 15 週で助産所で初診を受け、事業を利用した場合

助産所での健診（助産所）	5 回
通院定期健診（日赤）	5 回（超音波検査 4 回、ドプラ 1 回、NST 2 回）
入院（日赤）	1 日
早期新生児健診（日赤、助産所）	2 回（生後 1 日目、5 日目（ガスリー検査））
退院後のケア（助産所）	7 回（乳房マッサージあり、沐浴サポートあり）
1 か月健診（日赤）	1 回（赤ちゃんの健診、生後 1 か月）
1 か月半健診（日赤）	1 回（お母さんの健診、産後 1 か月半）

助産所での健診（助産所）	基本料 ドプラ	（おおよそ） 3,500円 400円	×（5）回 ×（5）回	17,500円 2,000円
通院定期健診（日赤）	基本料 超音波検査 または ドプラ NST	3,500円 3,000円 400円 3,000円	×（5）回 ×（4）回 ×（1）回 ×（2）回	17,500円 12,000円 400円 6,000円
分娩料等		310,760円	×（1）回	310,760円
入院料	（普通室の場合、食事料含む） 1 日あたり	21,540円	×（1）日	21,540円
新生児介補料	1 日あたり	4,110円	×（1）日	4,110円
早期新生児健診（日赤、助産所）	（生後 1 日目）		×（1）回	1,000円
	（生後 5 日目）ガスリー検査		×（1）回	5,000円
退院後のケア（助産所）	母乳育児サポート・沐浴サポート 乳房マッサージ （乳房マッサージなし -3,000円） （沐浴なし -2,000円）	15,000円	×（7）日	105,000円
1 か月健診（日赤）	（赤ちゃんの健診）	5,500円	×（1）回	5,500円
1 か月半健診（日赤）	（お母さんの健診） （検査等を除く）	3,500円	×（1）回	3,500円
合計				511,810円

あなたの場合、費用がどれくらいになるか、担当の助産師と相談しながら、計算してみてください。

助産所での 健診（助産所）	基本料（おおよそ）3,500円 ドプラ 400円	×（ ）回 ×（ ）回	円
定期健診 （日赤）	基本料 3,500円 超音波検査 3,000円 または ドプラ 400円 NST 3,000円	×（ ）回	円
分娩料等	310,760円	×（1）回	310,760円
	ハイリスク分娩*		(30,000円)
	新部屋使用料金*		(25,000円)
入院料**	（普通室*の場合、食事代含む）	1日 2日 3日	21,540円 42,480円 63,420円
新生児介補料*	1日あたり 4,110円	×（ ）日	円
早期新生児 健診（日赤、 助産所）	（生後1日目） （生後5日目）ガスリー検査 （希望者のみ）聴力検査***	×（1）回 ×（1）回 ×（1）回	1,000円 5,000円 6,700円
退院後のケア （ご自宅 または 助産所）	母乳育児サポート・沐浴サポート 乳房マッサージ 15,000円 （乳房マッサージなし -3,000円） （沐浴なし -2,000円） （助産師出張）交通費（実費）	×（ ）回	円 +交通費
入院料 （助産所）	1日あたり 18,000円* （入院料金、食事代含む）	×（ ）日	円
1か月健診 （日赤）	（赤ちゃんの健診） 5,500円	×（1）回	5,500円
1か月半健診 （日赤）	（お母さんの健診） 3,500円 （検査等を除く）	×（1）回	3,500円
合計			円

* 分娩の際、ハイリスク分娩の場合、新しい部屋を使用した場合は費用が加算されます。
また、日赤医療センターに入院の際、個室を使用した場合は、費用が加算されます。
詳しくは、ご退院の際、病棟の師長にご確認ください。

** 入院料につきましては、日数により費用が異なります。

*** 聴力検査は、平日のみの実施となっております。

<本事業についての問い合わせ先>

○助産所

○日本赤十字社医療センター

担当：看護部

〒150-8935 東京都渋谷区広尾4丁目1番22号

電話（代表）：03-3400-1311

Fax：03-3409-1604

E-mail：nurse@med.jrc.or.jp

（<妊婦訪問事業・産科>の件名で、メールを送信して下さいますようお願い申し上げます。なお、メール本文には必ずお名前とご連絡先を記載して下さい。）

最後に、本事業をご利用頂くかどうかについて、お聞かせ下さい。

本事業を利用することについて、どう思いますか。

1. ぜひ利用したい
2. もう少し詳しく話を聞いて、検討したい
3. あまり興味がない

上記、「1. ぜひ利用したい」または「2. もう少し詳しく話を聞いて、検討したい」と回答された方には、後日連絡を差し上げる場合がありますので、以下にお名前とご連絡先、連絡方法をご記入ください。なお、この情報は他の目的には用いることはなく、皆さまのプライバシーには十分に配慮を行いますので、安心してご記入ください。

お名前	
ご住所	
電話	() —
F A X	() —
電子メール	
その他 連絡先	電話 () — 勤務先・携帯・その他 ()
連絡方法	1. 電話 2. F A X 3. 電子メール

さらに詳しく知りたい内容、不安なこと等がありましたら、自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました。



資料 4. モデル I 事業利用同意書

助産所と病院の産科オープンシステム

モデル事業利用同意書

1. 事業の目的

本事業は、助産所と病院の連携を深め、快適で安全な出産を保障し、妊婦の皆様やご家族のニーズに対応できる産科施設を作っていくことを目的としています。

2. 事業の内容

- 妊娠中は、() 助産所での健診と、() 病院外来での通院定期健診を受けていただきます。
- 出産は、() 病院で行います。可能な限り、妊婦健診を担当してきた助産所の助産師が、出産介助を行います。胎児のモニターは実施します。
- 出産後、経過に特に問題がない場合、原則として日赤に1日から3日() 病院に入院して頂きます。(状態やご希望次第では変更もありえます。) その後、地域の助産所(入院も可)または在宅(訪問健診)で、ケアを受けて頂きます。
- 妊娠中及び出産約3か月後、() 助産所及び() 病院におけるケアや健診、出産について、満足度等のご意見をうかがいます。うかがったご意見は、本事業の成果に反映させていただきます。
- 途中で何らかの事業により、本事業の利用を辞退したくなった場合には、協議のうえ、やめることができます。その後も、() 助産所または() 病院で引き続き、ケアを受けることができます。

3. 緊急時の対応・情報の取り扱い等

- (1) 妊娠・出産の途中経過に予期しない事態が発生した場合には、必要となる医療処置を実施する等、() 病院にて責任をもって対応します。
- (2) 本事業につきまして、満足度等のご意見をうかがい、本事業の参考にさせていただきます。その際、録音等の記録をとらせて頂く場合がございますが、氏名等、個人が特定される情報が、外部に公表されたり、もれたりすることはございません。
- (3) 本事業から得られる情報につきましては、本事業以外の目的には使用いたしません。
- (4) その他、プライバシーを尊重し、十分に配慮を行います。

() 病院 産婦人科部長 ××××殿

上記の内容について、事業の利用に同意します。

年 月 日

ご住所 _____

お名前 _____

資料 5. 妊婦訪問ケア記録

《 妊婦訪問ケア記録 》

日時 : ____年__月__日

お名前 : _____様

予定日 : ____年__月__日 (妊娠____週__日目)

健診場所 : _____助産所 ・ _____病院

妊婦さんの状況	ケアの内容・アドバイス

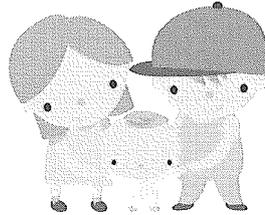
資料 6. 対象者のプロフィール一覧表

	No,	1	2 〔例〕
妊 産 婦	モデル別		モデル I
	予定日		2005/2/11
	氏名		t・m
	年齢		36
	初産/経産		1 回経産
	現住所		〇〇区××
	担当医		Dr 佐藤
	担当地域助産師		高橋
	担当当院助産師		山本・斉藤
	妊娠中訪問回数		
	妊娠中特記事項		特になし
	入院期間		2/17~2/21 (4 日間)
	入院月日時間		2/17 (木) 8:00
	分娩月日時間		2/17 (木) 14:00
	妊娠週数		40w6d
	新 生 児	分娩診断	
分所要時間			9 時間 13 分
総出血量			185 ml
性別			男児
体重			3200 g
Ap			9 → 10
臍帯血 PH		7.364	
羊水混濁		黄緑色	
その他		生後 1 日目 k ₂ シロップ	

新生児	入院中の経過		羊水混濁有臍帯血 CRP (4.07) ビクリリ 150mgIV パ イル異常無、黄疸軽度、哺乳 力ゆっくり、眠りがち 4 日目 体重減少最大 (-10.3%) で退 院となる。
	入院中の経過		子宮復古：良好 ADL 拡大：順調 採血結果：Hb10.6mg/dl フェニチン処方 育児：安定
褥婦	授乳状況		分娩当日より添い寝で授乳 3 日目現在も児スリーピーで 明け方 6 時間ほど寝てしま うこともあり。起こしつつ直接授 乳すすめる。まだ本人だけでは 吸着浅くしっかり奥まで捉え られていないため乳汁も濃い のがでる。直母の時間をあけず にしっかり行い、同時に吸着確 認もしていく必要がある。退院 日 (産褥 4 日目) の新生児の 体重減少 (-10.3%) で最大、 分泌量ゆっくり上昇している 様子でタリタリ 浅めにて深め の吸着練習しつつ退院となる。
	退院後のフォロー		継続事項：新生児の体重減少 及び増加不良
母子	退院時の栄養方法		母乳栄養
	退院後のサポート		夫のみ (家事は夫がほとんど やってくれるという)
	連絡先		自宅 △△区

事業 I

助産院と日本赤十字社医療センターの産科オープンシステム
 ～ もっと安全で快適に出産するために ～



モデル事業 ご利用者アンケート

このアンケートは、本事業をご利用いただいている妊婦さんに、出産や育児についての希望や、現在のケアについて感じていることをお伺いするために実施するものです。

今後、ご協力いただくインタビューの際にも参考資料とさせていただくため、お名前も記入していただきますが、個人名が他の人に知られたり、お名前が公表されることはありません。また、このアンケートに書かれた内容で、今後のケアで不利益をこうむることはありません。頂いたご意見をもとに、本事業をより良いものにしていきますので、安心してご記入ください。

() 病院
 産科部長 ××××

■最初にあなたのことについて、ご記入ください。

記入日	()年()月()日
お名前	
年齢	()歳
ご住所	()市・町・村・区
ご職業	()フルタイム・パートタイム
出産予定日	()年()月()日
助産所での妊婦健診実施日	1回目()月()日 2回目()月()日
病院の定期健診実施日	()月()日

Q6 本事業について、助産所の助産師の説明はよくわかりましたか。

1. はい
2. いいえ <具体的にわかりにくかった内容を、以下に書いてください>

Q7 同意書について理解できましたか。

1. はい
2. いいえ <具体的にわかりにくかった内容を、以下に書いてください>

Q8 なぜ、本事業を利用しようと思われましたか。(〇はいくつでも)

1. 通院回数を減らせるから
2. 病院での待ち時間を減らせるから
3. 子どもを預けなくてよいから
4. 費用が安いから
5. 医師や助産師に勧められたから
6. 今までと違う出産を試してみたかったから
7. その他()

Q9 サービス内容と比べて、本事業の料金は適当ですか。

1. 適当だと思う
2. 高いと思う
3. 安いと思う

■病院での健診について（直近の健診についてお答えください。）

Q10 ご自宅から病院までの通院（片道）に要した時間はどのくらいですか。

（ ）時間（ ）分くらい

Q11 病院での滞在時間はどのくらいでしたか。

（ ）時間（ ）分くらい

Q12 予約時間は何時でしたか。実際に健診が開始したのは何時でしたか。

予約時間（ ）時（ ）分 ～ （ ）時（ ）分
→実際（ ）時（ ）分

■医師の対応についてうかがいます。

Q13 医師の診療は、リラックスして受けられましたか。

1. はい 2. いいえ

Q14 ご自分の話は十分に聞いてもらえましたか。

1. はい 2. いいえ

Q15 質問には、丁寧に答えてもらえましたか。

1. はい 2. いいえ

Q16 経過について十分に説明を受けましたか。

1. はい 2. いいえ

Q17 治療や検査については、十分な説明を受けましたか。

1. はい 2. いいえ

Q18 診察では、安心するような言葉をかけてもらいましたか。

1. はい 2. いいえ

■外来での助産師の対応についてうかがいます。

Q19 助産師の健診は、リラックスして受けられましたか。

1. はい 2. いいえ

Q20 ご自分の話は十分に聞いてもらえましたか。

1. はい 2. いいえ

Q21 質問には、丁寧に答えてもらえましたか。

1. はい 2. いいえ

Q22 経過について十分に説明を受けましたか。

1. はい 2. いいえ

Q23 治療や検査については、十分な説明を受けましたか。

1. はい 2. いいえ

Q24 診察では、安心するような言葉をかけてもらいましたか。

1. はい 2. いいえ

■病院の対応についてうかがいます。

Q25 プライバシーへの配慮は十分だったと思いますか。

1. はい
2. いいえ <具体的に良くないと感じた内容を、以下に書いてください>

Q26 設備について不便を感じる場所はありますか。

1. ない
2. ある
→具体的には
(1. 診察室 2. 待合室 3. トイレ 4. 廊下や階段、エレベータ

5. その他 ())

→不便を感じた内容を、以下に書いてください。

Q27 事務職員の対応はよかったですか。

1. よかった

2. よくなかった <具体的に良くないと感じた内容を、以下に書いてください>

■出産、育児への期待と不安についてお伺いします。

Q28 妊娠してから、これまでに不安を感じたことがあれば、記入してください。

Q29 これからの出産や育児について、不安を感じていることを記入してください。

Q30 (出産経験のある方のみ) 前回の出産場所はどちらですか？

1. () 病院 2. 1以外の病院 3. 診療所 4. 助産所 5. 自宅

Q31 (出産経験のある方のみ) 前回の出産についてどう思いますか。

良かったと思うことは何ですか。

嫌だと感じたことは何ですか。

今回は、どのようなお産にしたいですか。

Q32 (出産経験のある方のみ) 前回の出産後、どのようなサポートをほしいと思われましたか。

■全ての方にお伺いします。

Q33 本事業に何を期待していますか。これまでのところで、改善した方がよいと思うことがあれば、書いてください。

ご協力ありがとうございました。
これからも、どうぞよろしくお願いします。