

3) 環境・システム等に関すること

環境・システム等に関することについては、5のカテゴリーに分類された。

(1) マンパワーの確保

- ・分娩時は2名以上の助産師が確保できること
- ・一人の産婦に一人の助産師が継続してケアにあたることのできるための人員の確保

(2) 経営に関する実務能力

- ・経営能力
- ・財務管理能力
- ・資金

(3) 助産師および多職種との協働

- ・助産師同士の連携
- ・多職種との連携

(4) 知識・技術の習得および情報収集・提供

- ・EBMに関する情報の収集と提供
- ・定期的な研修の開催・参加
- ・定期的な事例検討会

(5) 環境・備品の確保

- ・出産場所に適したスペースの確保
- ・時間的余裕の確保
- ・緊急物品の確保

4) 助産師の姿勢に関すること

- ・自身を律する能力
- ・相手のもてる力をひきだす能力
- ・洞察力
- ・分析力
- ・決断力
- ・忍耐力
- ・倫理観
- ・コミュニケーション力
- ・調整力

5) その他

調査票において、助産師個人の能力とは別に、助産師が自立して正常分娩を担うために必要とされるものについては、下記の意見が記されていた。

(1) 搬送システム

- ・緊急時の搬送システムの確立
- ・医療機関との連携体制の確立
- ・周産期連携・搬送システムの制度化

(2) 社会的サポート

- ・国の制度の整備
- ・産科医療補償制度の適切な運用
- ・医療訴訟に関する環境整備
- ・駐車禁止除外指定車標章の交付
- ・助産師が自立して分娩を取り扱うことへの社会の理解

D. 考察

1) 正常経過の判断と異常の早期発見に関わる技術と能力

助産師たちは、自立して助産ケアを提供するためには、妊娠・分娩期を通して正常に経過をしていることの判断力、および異常の予測・予防を含めた、異常の早期発見をするための技術、能力が必要であるとしていた。そのためには、超音波や臨床検査等による診断力だけではなく、機器を利用しない、助産師自らの五感を使った情報収集と診断が行える技術と能力が必要であるとしていた。

2) 多様な情報収集、情報の統合、および判断力

助産師は、妊産婦の日々の生活、言動を含めて情報を収集し、統合し、女性とその家族のニーズをアセスメントする能力が必要としていた。

3) 適切なケアを提供できる能力

適切な判断に基づいた、女性とその家族に適切なケアを提供できる能力を必要としていた。ケア技術には、アロマセラピー、マッサージ、温罨法などの、幅広いケア技術を持っていることを必要としていた。

さらに、新生児の蘇生、出血時の対応など、緊急時における適切な対応能力も必要とされていた。

4) 助産師として自立して、助産所を運営するための能力

助産師として、責任をもち助産所を運営するために、経営に関する能力、他の助産師や医療専門職、他機関との円滑な連携を図るための能力も重要であるとしていた。

5) 専門職としての姿勢

助産師たちは、単なる技術、能力だけでなく、専門職として自律し、自己研鑽に努め、女性とその家族との信頼関係を築くことができる人間性や、コミュニケーション能力が必要であるとしていた。

E. 結論

現在、助産師として自立して助産ケアを提供している23名を対象に調査を行った結果、「正常分娩を担う助産力」として、助産師たちは、正常経過の判断と異常の早期発見に関わる技術と能力、多様な情報収集、情報の統合、および判断力、適切なケアを提供できる能力、助産師として自立して、助産所を運営するための能力、専門職としての姿勢が必要であるとしていることがわかった。

文献

- 1) 厚生労働省：平成20年人口動態調査 1B 上巻 出生第4.9表 都道府県（18大都市再掲）・出生の場所別にみた出生数
- 2) 北川真理子,内山和美:北川真理子他編集,生田克夫監修,今日の助産 マタニティサイクルの助産診断・実践過程,改訂第2版,南江堂,東京,2004.
- 3) 我部山キヨ子,大石時子:我部山キヨ子他編集,助産師のためのフィジカルイグザミネーション,医学書院,東京,2008.
- 4) 日本産婦人科学会/日本産婦人科医会監修:産婦人科診療ガイドライン,産婦人科編,2008.
- 5) 杉本充弘他:快適な産痛改良を提供するための体制に関する基礎的研究,18-36,科学的根拠に基づく快適な妊娠・出産のためのガイドラインの開発に関する研究報告書,2006.
- 6) 日本助産師会編:助産所業務ガイドライン,2010.
- 7) 加藤尚美監修:助産業務指針,日本助産師会,2010.

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））
公開シンポジウム報告書

「正常分娩を担う“助産力”を発揮する助産活動」

ー イギリス・ニュージーランド・オランダの地域助産活動から学ぶ ー

代表研究者 鈴木 享子 首都大学東京健康福祉学部准教授
研究分担者 安達久美子 首都大学人間健康科学研究科教授
協力研究者 木村 千里 首都大学東京健康福祉学部准教授
協力研究者 池田 真弓 首都大学東京健康福祉学部助教

シンポジウム要旨

本公開シンポジウムの目的は、助産師が活躍する諸外国の正常分娩担当システムを客観的に学び次年度の調査研究の概念構築に資すること、都内で就労する助産師、産人科医師、助産師、助産師学生、大学院生助産師に公開実施し報告に記録することによって考察を共有することとした。開催は、平成22年10月2日（土）、首都大学東京健康福祉学部大講堂において、参加者総数は140名であった。イギリスについては日方圭子助産師（ロンドン・ウェットン病院N.H.S.トラストの産科勤務、自宅出産チーム）が、ニュージーランドについては、加納尚美助産師（NPO法人日本助産評価機構、茨城県立医療大学教授）が、オランダの地域周期活動については箕浦茂樹医師（独立行政法人国際医療研究センター病院産婦人科部長）と三島典子助産師（東府中病院総看護師長）から報告を受けた。助産師が自立して活動している地域活動システムと歴史的特徴が報告され、参加した助産師や産科・新生児科医師、助産師学生から、わが国のシステムとの相違点は明らかにされ、助産師が日常的に自立して正常分娩を担当するに至るまでの課題についてディスカッションを展開し、参加者から有意義であったとの感想が得られた。

A. 公開シンポジウムの目的

平成20年、我が国では深刻な産婦人科医師不足と助産師が偏在する状況が問題となり、厚生労働省、総務省、文部科学省は、分娩を取り扱う病院や診療所において産婦人科医師と助産師との好ましい協働システムを整備し、正常経過の妊産婦に対して助産師外来や院内助産所が十分に機能するよう、共同して政策化を図った。

わが国では、昭和35年を境に独立開業

して分娩を取り扱う助産院での分娩が減少し、今日では98%の分娩が病院および診療所で扱われるようになり、我が国の助産師集団が独立して分娩を取り扱う本来の機能が質的に変化した現状がある。

専門職である助産師が、正常経過の妊産婦に妊娠期から継続的助産ケアを主体的に提供し、その延長線上で正常経過の産婦に自立して助産する「助産力」を十分に発揮することは本来の姿であることから、妊産婦に安全で快適な出産を提供

することにも繋がり、今日の深刻な産婦人科医師の不足問題の視点から考慮しても喫緊の課題である。

そこで、本研究班は、シンポジウムの目的を、20年前から助産師が自立して活躍する産科医療システムをもつイギリスと、助産師が70数%の出産を扱うニュージーランドと、30数%の家庭分娩を助産師が扱うオランダの、3カ国における助産師の機能と助産ケア提供システムを、その実情と歴史的経過を客観的に学び、わが国における助産師集団が「正常分娩を担う助産力」を十分に発揮するシステムの構築・整備に関する基礎情報として理解することとした。

B. 公開シンポジウムの方法

本シンポジウムは、各国の助産活動の報告内容をより多くの関係者で共有できるよう、公開方式で実施することとした。

1. 本企画内容

1) 実施日および実施場所

平成22年10月2日(土)

13時30分から16時00分まで

首都大学東京荒川キャンパス大講堂

2) シンポジウムの参加対象

参加対象は、約200名までとし、以下のように分類する。参加費は無料とする。

- (1) 東京都内分娩取り扱い施設に従事する医師、助産師、看護管理者関係者
- (2) 東京都内助産師教育機関の助産学教員、助産師学生、助産師である大学院生
- (3) 東京都内の分娩取り扱い施設を管理・監督する機関の職員
- (4) 産科医療に関心がある母親、地域住民
具体的参加呼びかけは、以下の団体や対象

に行う。平成22年8月下旬から開始する。

- (1) 東京都衛生局、都立病院産婦人科医師および助産師
- (2) 日本産婦人科医会東京都支部会員の産婦人科医師
- (3) 都内看護大学の助産課程担当教員および助産師学生、大学院生
- (4) 一般法人東京都助産師会、公益法人東京都看護協会
- (5) 荒川区保健衛生課、荒川区社会福祉協議会

2. 本シンポジウムの話題提供内容

以下の項目で、各40分の報告を依頼した。

- 1) 母子保健統計概略と産科医診療に従事するマンパワーの構造と特徴、特に、分娩様式分類(自然分娩・帝王切開率・VBAC・無痛分娩)および日常業務とする処置を含む
- 2) 産科診療費、出産に関する出産費用と医療保険制度、産科傷害保障制度
- 3) 助産師教育制と免許制度
- 4) 通常の助産業務範囲について、医師と助産師の協働関係について
- 5) 民族、出産風俗及び出産文化の特徴
- 6) シンポジストによる「正常分娩を担う助産力」評価と考察(歴史的経過の視点含む)

本企画は、各シンポジストが報告する内容を録音については、報告資料と共に文章に興し、研究報告書の一部とすることを報告者から同意を得た上で実施した。

3. シンポジスト

1) イギリス

日方圭子助産師は、ロンドン・ウェットントン病院 N.H.S.トラスト産科勤務。現役の自宅出産チーム所属である。

2) ニュージーランド

加納尚美助産師は、NPO 法人助産評価機構、茨城県立医療大学教授で、数回視察調査を行ったわが国のニュージーランドを知る第一人者である。

3) オランダ

箕浦茂樹産婦人科医師は、国立病院機構国際医療研究センター病院産婦人科部長であり、厚生労働省国際母子カンファレンスのタスクフォース・リーダーとしてオランダの助産師が旺盛に正常分娩を家庭分娩で担う地域周産期システムを報告している。三島典子助産師は、元国立国際医療センター主任助産師、現在、東府中病院総師長であるが、箕浦氏と共に、助産師としてオランダを調査した。

4. 公開シンポジウムのプログラム

平成 22 年 10 月 2 日(土) 13 時 30 分より、依頼項目に沿った各 40 分の話題提供があり、参加者との質疑、応答、討議を 40 分間実施した。スタッフは、全体企画、司会、進行、受付係を、研究代表者、研究分担者、研究協力者である本学教員が担当し、大学院生 7 名が会場係を担当し運営に協力した。

C. シンポジウムの結果

録音した内容を、以下に実施結果として記述する。

○司会 本日、司会を務めさせていただきます首都大学東京の木村と申します。よろしく願いいたします。ちょっと座らせていただきます。

今日は、中国地方鳥取県から、そして茨城県、新潟県という広いエリアからご参集いただいております。スタッフ一同、

心より感謝申し上げます。

まず始めに、当研究の代表者であります鈴木享子より、皆さまにごあいさつ申し上げます。

【開会あいさつ】

平成 22 年度 厚生労働省科学研究費
首都大学東京・助産学研究班代表
首都大学東京健康福祉学部 准教授
鈴木 享子

皆さま、こんにちは。下町の荒川区にあります、本学、首都大学東京にお越しくださいましてありがとうございます。

私ども首都大学東京・助産学研究室の教員たちは、平成 22 年度 厚生労働科学研究費の補助金をいただき、「助産師の潜在的・顕在的助産力に関する分析と展望—正常分娩担当システムの構築に向けた政策提言のための首都圏調査—」という研究課題に取り組み始めました。

私どもの研究班は、かねてより研究の基本的な概念に相当するところを学ぶために、このテーマでの学習会を企画しておりましたが、私どもだけで学ぶのはもったいないということで、公開シンポジウムという形式に致しました。

皆さま良くご存じのように、わが国の助産師は、昭和 30 年代までは日本全国津々浦々で開業し産科の先生方と協働して手厚く周産期母子保健活動を展開してきました。そして、自然分娩や正常分娩のエキスパートとして地域のお母さんたちのケアをしてきた歴史があります。

しかし、昭和 35 年を境に、国の政策によって全国の都道府県に病院を整備する

ようになってから、独立して分娩を扱う開業助産師による分娩が減少し、現在では分娩の98パーセントが病院・診療所で扱われ、正常分娩は産婦人科のお医者さんたち主導となって、助産師は88パーセントが病院と診療所で就業するようになりました。助産師と医師との連携状況は、機能的にも質的にも大きく様変わりしております。

このところ、地域の病院の産婦人科医不足と、診療所に働く助産師の数が大変少なくなっている状況から、閉鎖する診療所や地域病院が増え、「お産難民」という言葉も出てきて社会問題になっております。

しかし、厚生労働省、総務省、文部科学省は、平成20年に、分娩を取り扱う病院や診療所において、助産師外来や院内助産院をどんどん普及させ、助産師が十分に機能を発揮するよう共同して推進する政策ができたことを、ご存じだと思います。

助産師が、正常経過の妊産婦に、妊娠期から主体的に継続的助産ケアを提供して、その延長線上で、正常経過の褥婦に自律して助産ケアを提供することは、私たち助産師の本来の姿であり、妊産婦の安全で快適な出産を提供する上で助産師が活躍することは大変重要だと考えます。

そこで、私ども研究班は20年前から、助産師が自立して活躍するナショナル・ヘルス・サービス（NHS：National Health Service）下の産科医療システムのイギリスや、70パーセント以上の出産を助産師が扱うニュージーランド、30数パーセントの家庭分娩を助産師が担って

いるオランダにおける助産師の機能と助産ケア提供システムを、その実情と歴史的な経過を客観的に学んで、わが国における助産師集団が、正常分娩を担う助産力を十分に発揮するシステム構築に関する基礎情報にすることを目的として、このシンポジウムを企画しました。

イギリスから、実際に現役でご活躍されている助産師の日方圭子さん、ニュージーランドの助産活動に大変お詳しい加納尚美先生、オランダの周産期地域活動を視察にいらっしやってお詳しい国立国際医療研究センターの箕浦茂樹先生、そして、元国際医療センター助産師の三島典子さんをお願いしまして、ご講義をいただくことになりました。皆さまと一緒にご講義を受けて学ばせていただき、お帰り頂きたい思います。どうぞよろしくご参加ください。

○司会 それでは早速、ご講演に移らせていただきます。

最初に、「英国の助産師活動」ということで、日方圭子助産師さんをお願いいたします。日方さんのご略歴を、私からご紹介申し上げます。2000～2003年に英国サリー大学で助産教育課程、ダイレクトエントリーを修了なさいました。2003年から、ロンドン Royal Free NHS Trustにご勤務なさって、分娩室と地域でご活動なさっておられます。2008年からは、ロンドン Whittington NHS Trust勤務ということで、自宅出産チームに所属なさって、現在、助産活動をなさっておられます。

本日、こちらにいらしていただいた皆

さまも、2000年～2004年でしたか、「英国助産婦学生日記」ということで4年近く連載されておりましたので、その「りれー随筆」を目にされた方も大勢いらっしゃると思います。本日は、本人にいらしていただきました。生のお話を聞いていただき、いろいろなことを感じ取っていただきたいと思います。

それでは日方先生、よろしく願いいたします。

【英国の助産活動】

ロンドン Whittington 病院 NHS Trust
自宅出産チーム
日方圭子 助産師

よろしく申し上げます。日方圭子と申します。

イギリスの助産活動ということですが、英国は四つに地域が分かれています、イングランド、ウェールズ、スコットランド、北アイルランドです。そのうちで一番、出産数が多いところはイングランドで、約85パーセントを占めます。また、四つの地域が別々に機能しています。機関も違うし、教育も違うということで、統計をとるのが難しかったので、今日はイギリスといってもイングランドについて中心に話したいと思います。

それからイギリスは、ほとんどのお産がNHS、国民医療サービスの中で行われているので、NHSについてメインに話したいと思います。

順番的には、まずは教育のこと。それから機能、NHSの特徴について。助産師の業務範囲、医師とどのようなかわ

り方をしているか。分娩の様式、これは最近のものが中心となります。それから、少し文化的な特徴、イギリスはどういうところなのか。最後に、どのようにして自然分娩を、助産力をつけていくかということをお話したいと思います。

まず教育ですけれども、助産師になるのに、二つの方法があります。一つは看護師さん、看護師の資格を持っている人が1年半の大学コースに行って取ることができます。もう一つは、ダイレクトエントリーといって、私もこちらでしたが、看護師の資格なしに3年間以上、大学に通って取得することになります。

日本との違いを考えたのですが、実践実習に重きを置いて5割以上、理論が4割以上です。実践実習はどこでやるかというと、NHS病院、NHS Trust、地域が主になります。

NMC (Nursing and Midwifery Council 看護助産評議会) という機関がありますが、これは看護助産法のもとにつくられた機関で、助産教育の制度をつくったり、大学を認定したり、助産師・看護師の資格を登録する機関です。助産教育の基準づくりもここで行われます。

授業料は無料です。一般の大学教育は有料ですが、看護・助産師は無料になっています。それからほとんどの場合、生活費として使える、奨学金がNHSから出るので、優遇されている、と言えるでしょう。

教育の特徴としては、実習先は病院内以外に、地域に出ることでしょう。地域（コミュニティ）でも、病院で働くときにも、メンターがついて指導してくれま

す。入学時に私のメンターは誰々というように指名されて、その人が3年間なら3年間、1年半なら1年半指導してくれます。(スライド a-3)

助産師国家試験はありません。日本とずいぶん違うところです。国家試験はないけれども、随時、いろいろなところで評価されます。大学でもレポートや試験があります。実習先でもメンターとの話、実績もいちいち見られて、これでサインされるかどうかということで、卒業する＝資格者というかたちになります。大学と実習先の二つの機関で認められなければ、卒業も資格取得もできないのです。

それから、もう一つ、自主的に学ぶ姿勢、生涯学習の姿勢というのが、とても必要なことだと思います。というのは、助産業務にはエビデンスを取入れ、どんどん変わってきます。ガイドラインもポリシーも一度作られた。特に敏感に反応できること、情報にいつも敏感になっていて、女の人と話ができるようにという姿勢が大切です。(スライド a-4)

実習として何をやるか。日本ですと分娩は10件ぐらいと言っていますが、40件以上です。最初の2、3件を見て、自分で自信がついたら助産師の元で、学生がお産を獲り始めます。

妊婦健診は100件以上、産婦さんのケアは100件以上。産婦さんのケアと妊婦健診は、地域でのケアが主なので、学生の実習もクリニックや自宅訪問で数多くするという、経験が多くなると思います。あとは、リスクの高い人たちのケアは主に病院での実習になります。(スライド a-6)

NMC（看護助産評議会）の免許制度

です。大学は、日本のように公立・私立・国立とあるのではなく、すべて公立です。どの大学でも、助産や看護を勉強すると、卒業と同時に認定されるという認定の機関になります。助産や看護の規則も決めて、順次確定するし、看護・助産師の資格の登録、授与するのも、登録するのも、剥奪するのもNMCです。

一度免許を取ったら、一生持つ、取りっぱなしというものではありません。助産免許の場合、登録料を支払い、毎年更新しなければなりません。

それから、登録更新にはスーパーバイザーとの面接が1年に1回以上必須になります。スーパーバイザーは、どういう人かというと、女の人や赤ちゃんの受けるケアの安全を保障し、助産師をサポートし、助産ケアの質を高めるという任務を負った助産師たちです。スーパーバイザーは経験のある助産師で、非常に人徳のある助産師です。毎年必ず面接をして、そこでいままで、この1年何をしてきたのか。この人は、お母さんのケアをしても安全かどうかを確認されて、用紙にサインをもらった段階で登録ができます。ですから、これをしないと登録はできません。

もう一つ登録更新に必要なのは、助産師が現場にどれぐらいいるか。現場で仕事をしていることが大切です。助産実践は3年間に450時間以上必要とされます。現場にいても、いままで勉強をしていないとか、研修をしていないとか、古いことだけをしていてもしょうがありません。研修は35時間以上、3年ごとにチェックしています。

ですから、産休ぐらいで休む人たちは大丈夫ですけれど、育休で3年間休んだり、看護だけで助産をしていない人たちは少し大変になります。return practiceという枠があって、病院に帰ってきて何カ月か勉強し直す、実習し直した上で、また年間登録できるというサポートシステムがあります。(スライド a-7)

その次に、周産期医療の構造、NHSの特徴です。NHS(国営医療サービス)は、1948年、戦後につくられた機関です。なぜつくられたかという、イギリスに住むすべての人に無料で医療を提供しようということ。それまでは、お金のいる人だけが病院のケアを受けられて、お金のない人たちはチャリティーや教会の元でケアを受けていたようです。

NHSがどのように運営されているかという、政府の予算、税金が主です。

NHSの雇用数は170万人といわれていますから、かなり大きな団体です。人口が6,000万人ですから大変な数です。世界で4番目に大きな団体ということで、ほかに大きな団体としてあるのは、中国の人民解放軍、アメリカのウォルマート、インドの国鉄、くらいということです。

産科の予算は、NHSの予算の2パーセントを占めます。いまNHSの予算は、半分以上が人件費や経費になっていますが、前予算の2%はかなりの予算を産科に割いているといえると思います。

年間出産数は、全国で約83万人。イングランドだけですと、約70万人です。

無償提供といいましたけれども、例えば日本からイギリスに行った駐在員の奥さんでも、無料でお産をすることができ

ます。私がいままで何年間か働いた中で、無償提供ができなかった人は、不法滞在の人、臨月になって空港に着いた人でした。あとの人たちはみんな無償でできました。(スライド a-8)

次に産科医療の構造ですけれども、病院はどういうところを選ぶか。NHSしかないわけではありません。私立もありますし、開業の助産師さんのところに行くこともできます。しかし、イギリスでは病院と言うと、NHSの総合病院のように、認識されていると思います。病院と言うと、NHS総合病院の産科というように。

だいたい病院が約4,000件以上、年間の出産数があります。本当に大きな病院ですと6,000件です。ですから、地域のネットワークは強くできています。

産科チームは助産師、産科医、麻酔医、その他もろもろの人が働いています。助産師は病院で働いている人もいれば、地域で働いて外回りしている助産師もいます。NHSで登録されている助産師は31,000人です。

NHSの産科に行くと医療費は無料です。お金のいる人、余裕のある人は、私立の産科病院に行く事も出来ます。私が知っている限り、私立の産科病院はロンドン内では一つだけあります。出産数も何千件はなく、多くて何百件でしょうか。

それから、NHSの中にも私立の産科病棟を持っているところがありますが、本当に少数派です。無料か有料かといったら、やはり無料に行く人がほとんどですし、それだけのシステムが確立されているということです。どういう人たちが

そこに行くかという、有名人や若い人たちも、医療保険に入っている人は入ると思います。やはり、支払能力というものがありますから。

その次、開業助産師／independent midwives についてですが、割合として非常に少なく、118 人という数字がでています。その人たちはどのように働くかという、日本の開業助産師さんと似ています。大学を卒業したら開業しますという開業権があります。ですから開業できますが、やはりNHSのシステムがこれだけ確立していると、お金を払ってまでという人は少ないのです。開業助産師は非常に細かなケアをしてくれるというので、自宅出産の分娩率が本当に高く、50パーセント以上といえます。

日本の助産院と違うところは、開業助産師さんということで、助産院という箱を持っている人が少ないことです。ロンドンにおきましても一つしかない。あとは自宅分娩を中心にして、産前産後のケアを、自宅を訪問しながら行っているという状況です。

傷害保険、傷害補償は、NHS、私立病院に所属している人たちは、病院と助産協会が保険をカバーしています。開業助産師たちが入れる保険が現在なく、いまその状況をどうするか、という話し合いが進められている最中です。

出産費用ですが、どのぐらいするのか調べてみたら、今の円相場で、開業助産師は55万円ぐらいです。私立病院は、その倍ぐらいです。勿論、NHSでは無料です。(スライド a-9)

次は、助産師業務です。助産師が全部、

妊婦健診から出産、入院中、退院後のケアをしています。左側は、病院またはバースセンターでの活動です。バースセンターというのは、病院の中、または病院の外にある、医者はいない助産師だけがいる分娩室です。ですから、日本の助産院のお産だけをやるどころと考えてください。NHSも入ります。右側の地域での活動という点では、どのような活動をしているかということです。

病院内の助産師外来。助産師の外来は、リスクの高い人、低い人、両方います。いまはコミュニティに、もっと地域に出て行こう、病院を出ようという方針なので、地域でのクリニックが増えています。これは、GP (General Practitioner)、ホームでのクリニック、チルドレンセンター、あとは自宅が含まれます。

出産は、分娩室、バースセンター、自宅があります。

入院中は、バースセンターの場合は、だいたい入院して産んでから退院するまで、そのまま6時間から1晩バースセンターにいて、産褥室へ行かず、そこから退院することが多いです。

そして退院後、日本でこういうシステムがあるかどうか分からないですが、Community Midwife は、病院で産んでも自宅でも、退院した次の日に訪問することになっています。これは私立病院で産んでも、NHSで産んでも、どこでも一緒です。

それで退院したあとに自宅訪問。まず、退院した次の日、それから生後10日から1カ月の間まで、そのお母さんと赤ちゃんの必要に応じて Community

Midwife が訪問します。

妊婦健診は、日本はどのぐらいやるのかわからないですが、イギリスは初産の人で 10 週から 40 週までの間に 10 回が基本です。経産婦さんですと、それより少なく 7 回が基本になります。また、その人によって多いほうがよかったら少し回数を変えます。(スライド a-10)

もう一つ、これも日本と同じようなケアをしているのではないのでしょうか。妊産婦さんとその家族のケア。正常な妊娠—産褥期を送れるようサポートをすることです。Lead Professional、ケア・コーディネーターと書いてありますが、GP や医師がその人のケアの主になるのではなく、助産師が Lead Professional ということです。

正常産、正常にずっとつながっていく妊婦さんはいいのですが、その人がハイリスクになっても、助産師が Lead Professional を降りてしまうというのではなく、ケアをコーディネーターする立場として、リスクのある妊婦さんとのコンタクトをとって、ずっと見守っていくといいますか、担当していこうということです。GP や医師との連携をとるのも助産師の役割です。

リスク・アセスメントというのが随所にあります。このリスク・アセスメントをした段階で、診断をして、どのようにしようかと、女の人とプランをしていく。そのうえでの紹介、搬送もあります。もちろん、正常産の介助時の、緊急対応も含まれます。

よく使う薬については、処方権、Midwives exemptions というのがありま

す。それ以外のものについては、抗生物質などは医師に処方せんを書いてもらわないと使えません。(スライド a-11)

チルドレンズ・センターは、お母さん、妊婦さん同士の交流の場所にもなっています。チルドレンズ・センターはこういうところかということ、クリニックというよりも、医療的ではない、子どもがいる妊婦さんたちが気軽に集まって来られる地域にある場所です。ここでは、ヨガのクラス、お母さんお父さんになる人のためのクラスや赤ちゃんマッサージクラス、なども開かれています。産まれたあとの体重を測るとか、そういうこともします。要するにクリニカルでないほうが、このセンターの仕事です。信頼が厚いです。

(スライド a-12・13)

これは自宅を訪問しているところです。この赤いボーダーのシャツを着ているのは学生です。この立っているお母さんは、この前日に赤ちゃんを出産しました。血圧を測って、訪問診療をしています。

学生は、正常産、正常なことのエキスパートとしてのトレーニングが重要なので、最初はできるだけ分娩室にいて怖いものを見るというよりも、地域に行って、正常なもの、当たり前としての妊娠・出産・産後ということで、その地域での重要性を学ぶことが期待されます。(スライド a-14・15・16)

役割分担は、いままで言ったことと同じです。助産師は正常の専門家です。活動の場は地域と病院、バースセンターと多様です。医師は病院で、何か異常があったら診る。高リスクと判断をされたら、医師が必要になりますが、ここでは助産

師と医師とで共同のケアになります。やはり医師では見られない、女の人の社会的なケア、精神的なケアというものも助産の仕事で、助産師はそのエキスパートです。

また、高リスクと診断されたけれども、低リスクと再度診断されたら助産師のケアに戻ります。(スライド a-17)

これは、「Maternity Matters」という新しいポリシーです。周産期のケアが、どのように流れていくかということを表しています。

妊婦さんは、妊娠したあとに助産師に直接連絡を取ってもいいし、GPに行ってもよいのです。GPが NHS 所属の助産師に紹介状を書き、助産師がリスクとニーズのアセスメントをするという流れです。GPのところへ矢印が、リスクとニーズのアセスメントが出ているのですが、これは間違いです。訂正してください。GPは助産師にリファーするだけ。あとのケアも助産師がします。

どういふアセスメントがあるかという、左にあるガイドラインは国と病院のガイドラインです。非常に細かく決まっています。こういうことを見て、どういふ人が高リスクなのかというのを判断しています。

健診は、一般には助産師がします。アセスメントによって産科チームの参加が必要になったときは、こちら側です。

地域のどこでお産をするか。そのケアが働く中で、自宅出産、バースセンター、分娩室と選択できます。リスクにもよるし、女の人がどのようなことをしたいかというので、いろいろな情報提供をしな

がら決めていきます。

ガイドラインとしては、がっちり決まっているけれども、ガイドラインでくれない部分があります。一人一人違いますから、情報提供とガイドラインをうまくバランスを取りながらやっていくわけです。自宅出産を決めた人であっても、途中で何かあると、もちろん分娩室に搬送することができるし、分娩室から自宅に帰ってくる人もいて、行き来ができます。

そして、産後のケアをして、どこで産んでも、みんな自宅に戻ります。(スライド a-18)

次は、分娩様式と歴史的な背景です。1920年代、NHSが始まる前、どのようなお産があるかという、「マタニティ・ホーム」というところで、特に小さな地域でのお産が主でした。どうしてかという、病院より安全、病院のように汚いところに赤ちゃんを置けないということでした。

1948年にNHSができてから、どんどん組織化されるようになりました。まず自治体が、地域の助産師を雇用しました。自宅訪問や自宅出産をするために雇用したわけです。そのころ、1950年代ですけども、自宅出産は30パーセントありました。

NHSができてから、一般医たちが、だんだん産科にかかわるようになりました。GPのクリニック、日本で言うと、地域の産科クリニックでしょうか。そういうところでのお産が勧められて、増えていったようです。

1950年代から1980年代にかけて、い

ろいろなレポートが出されました。どう
いうレポートが出たかという、病院で
のお産がより安全だから病院で産まし
ょう。病院で産むのは70パーセントま
で上げましょうとか、もう100パーセン
トまで上げましょうということが言われ
ていました。どんどん助産業務が縮小さ
れて、自宅出産希望者のみケアする時代
になっていきました。

1974年には、NHSが今度は助産師を
病院でも雇用するようになりました。

1980年代にGPユニットが閉鎖され、
自宅出産は1パーセントまで下がりました。
このころ、政府の方針がうまく動い
ていないのではないか、これではいけない
のではないかという研究レポートが
1980年代に次々出され、1993年、
「Changing Childbirth」というレポート
につながります。これは皆さん勉強され
たと思いますが、どういうことをうたっ
たかという、女性中心にケアをするべ
き。選択・コントロール・持続したケア
で、いい結果を出そうという、周産期医
療を変えなければいけないという発想で
す。

それから10年ぐらい、助産師たちは
caseload、team midwife含めて、かなり
頑張ってきたようです。それでも、なか
なか継続することは難しく、大きな変革
にはつながらなかったようです。

また、2003年、2004年、2007年のレ
ポートで、選択・アクセス・持続したケ
アをしようという提言が出されました。

「Changing Childbirth」に通じることが
歌われていますが、周産期ケアを変えて
いかなければいけない、と改めて認識し

ています。

そして、いま2010年、「Maternity
Mothers」をどのようにして、選択・ア
クセス・継続したケアを出すシステムを
変えられるかということが考えられてい
ます。

現在、自宅出産は2.5パーセント、パー
スセンターが3パーセントぐらいです。

(スライド a-19)

ここでの分娩様式は、最近の数はイン
グランドのことですが、帝王切開は、25
パーセント近く上がってしまいました。
歴史的に見てどのくらい帝王切開があっ
たかということですがけれども、1970年に
3パーセント、1980年代に10パーセン
ト、2000年で21パーセント。2009年にな
って、四人に一人は帝王切開です。

鉗子・吸引は12.2パーセント。どのく
らいの人が誘発剤を使っているか、20.1
パーセント。誘発する場合はどういう人
かという、糖尿病の人や41週を超えて
しまった人、破水したまま24時間も陣痛
が来ない人などです。

硬膜外麻酔・スパイナル・GAを使っ
ている人は、36.5パーセントいます。硬
膜外麻酔はどのくらい使われているかと
いうと、私がいる病院で26パーセントぐ
らいの人が使っています。正常産として
会陰切開するのは、8.3パーセントです。
高いと思われるでしょうか？低いと思わ
れるでしょうか？(スライド a-20)

この中で正常産はどうなっているかと
いうと、1990年、60パーセント近くあ
ったのが、2006年、47パーセントぐ
らいです。正常産はどういうものかとい
うと、誘発をされない、無痛分娩もない、正常

に始まって正常に終わるというお産です。

正常分娩が減っている分、助産師が介助している病院がどれくらいあるか。1990年ごろですと、76パーセントは助産師が介助していました。2001年、2002年になると、65パーセント、かなり減っています。(スライド a・21・22)

骨盤位、breech の分娩ですけれども、だいたい臨月で骨盤位の赤ちゃんというのは、3パーセント、4パーセントいるといわれていました。1980年代、正常産のうち2.5パーセントは骨盤位でした。いまは0.4パーセントまで下がっています。医師・助産師の経験不足から帝王切開が増えているのも一つの原因と言えるでしょう。又、何かがあったときの訴訟を恐れての帝王切開が増えている、というのも要因と思われれます。それだけ帝王切開が増えているということです。

一回、帝王切開をしたら、次も帝王切開というケースが多くなっているのがやはり現状でしょうか。VBAC (Vaginal Birth After Cesarean : 帝王切開後の経膣出産) の率ですが、VBACは33パーセントです。これは地域によって差があって、6パーセントしかVBACしていないところもあれば、64パーセントというところもあります。

私の病院では、まず骨盤位の赤ちゃんの対処としては、病院の中の鍼灸師に、艾(もぐさ)を施灸してもらいます。そして、お母さんは艾をうちに持って帰って、毎日自宅施灸をしてもらいます。それでも駄目だったら病院に来てもらい、産科医が巡回をします。それでも駄目だったらどうするかというのは、妊婦さ

んと医師、助産師とがよく話し合っ、リスクも踏まえたうえで、どうするかを決めていきます。

そのときも、情報の与え方によって選択が違ってきます。骨盤位の普通分娩に慣れていない医師でしたら、「普通に産むのは危ないですよ」という情報を与えてしまうでしょうし、骨盤位の普通分娩当たり前に見て育ってきた医師や助産師なら、違った言い方、情報のやり取りが出来るのではないのでしょうか。情報の与え方一つでも、違った結果が出てくるということです。(スライド a・23)

次に、イギリスの特徴、日本と違うところを挙げてみました。イギリスの特に大きな町、ロンドン是他民族国家という感じがします。

外国で産まれた女性の英国での出産比率は、去年で25パーセント近くあります。私も現場で会っている、お母さん、お父さんは、外国人が多いです。特にロンドンでは。

地域差は、やはり田舎に行くと、99パーセントはイギリス人というところもあれば、南ロンドン、ニューハイムを見ると、76パーセント近くが外国人の出産です。高いのが、パキスタン、ポーランド、インド人。

習慣も違うし、言葉も違います。言葉を話せる外国人もいますけれども、自宅にずっといるだけで、特に出てこないお母さんでしたら通訳が必要です。出てこないお母さんになると、一回一回通訳の人に来てもらったり。それが駄目でしたら、だんなさんに通訳してもらおう。それで、うまく通じない情報もありますねと

いう問題も出てきます。あとは、特定地域に多い疾患等です。(スライド a-24)

出産時の平均年齢は、日本でも上がってきているのでしょうか。40歳以上の出産が、これまでよりも高くなっています。40歳以上だからといって、「あなたは正常産ができないんですよ」という対応ではなく、もう少し肯定の励ましの姿勢も必要ではないかと思います。

結婚をしていない率が、46パーセントぐらいあります。これは結婚していない人、お母さんから産まれます。全員がシングルマザーというのではなく、お母さんやお父さんが一緒にいても、旦那さんが一緒に子どもを育てていても、結婚していないという人たち、事実婚も含まれます。(スライド a-25)

6番、正常分娩を担う助産力ー最近の政府の方針です。

これだけ帝王切開が増えていて、これだけ助産師が助産ではない仕事に時間を取られている現場はどうしたらいいのか。助産師さんだけではなくて、消費者団体の人からも、これではいけないのではないかという意見が出るし、政府、病院のほうも答えはついにありませんでした。

それで出てきたのが、「National Service Framework」と「Maternity Matters」、2004年と2007年のレポートです。

これが最初の「National Service Framework」の表紙です。上のほうがガイダンスとして、周産期サービスをどのようにしていったらいいか、変わらなければいけないのではないかという問題もありました。「Maternity Matters」(2007

年)は、政府のポリシーとして出されました。(スライド a-26)

それで、周産期医療の批准を受けて、2009年の終わりまでには、これだけのことができるようにしますという約束をしました。これは前提の約束ですけれども、いまも、私たちにも、これに沿ってやらなければならない、ということです。

どういうことを提起したかということ、選択の自由。妊産婦とその家族は、これだけ選択ができるというようなかたちにしました。antenatal care、妊婦健診のケアをどこで受けたいか。病院なのか、地域なのか、自宅なのか。それで、お産の場所の選択、自宅出産・バースセンター・分娩室。いままでバースセンターというのは、限られたところ、限られた人だけアクセスがありました。自宅出産もサポートできない地域はありましたが、「Maternity Matters」(2007年)ができたおかげで、どこの病院も、どこでケアしても、自宅出産・バースセンター・分娩室の選択肢を与えなければいけないということになりました。

アクセスは、どこの地域でサービスを受けるか。病院まで行かなくても、地域でサービスを受けられる。特に弱者というと、英語をしゃべらない人や障害者の人たちに配慮したサービスです。

アクセスの点で、どんな新しいサービスが出てきたかということ、もっと医療的ではないところ、たとえばチルドレンズ・センターです。妊娠・出産・出産後も、ほとんどの人にとっては病気ではなくて正常なもの、人生の一部のようなものですから、もっと正常な病的ではない

ところに移そうという動きです。

そして、持続したケア。「Changing Childbirth」も言いましたけれども、それが達成されなかったのもう一回、このレポートで出てきました。やはり持続したケア、同じ助産師さんに妊娠から出産、産後までサポートされる産婦さんたちは、いい結果がでますよね。よりよい展開で、満足感もあるし、正常産の率も高い。それを徹底してやっていこうという発想になっています。

そして、誘発・帝王切開。帝王切開は25パーセントも必要があるのか、15パーセントでいいのではないかということです。医療行為は、まず何か始まると、どんどんカスケードで医療介入してしまうので、医療行為は、赤ちゃん、お母さんに利益があるときだけに行われるべきと定義されました。(スライド a-27)

これを受けて、team midwife や caseload、担当のみで最初から最後までケアしようという動きがどんどん出てきて、いままで、病院の中の助産師外来でやっていたケアがどんどん病院の外へ移行して行っています。

また、「National Service Framework」では、バースセンターを増やすことによって、自然分娩を促進する環境を整えられるので、自然分娩率が増やせるのではないかと、言っています。自然分娩が増えたら帝王切開を減らせるのではないかと、最近、バースセンターが増えています。

私がいる病院も去年の夏、バースセンターができました。昨年、病院全体の16パーセントの人がここで分娩して

います。23パーセントがバースセンターを利用し、ここで出産した人の内プールの使用率は58パーセントになりました。水中出産率もかなりあがりました。同じ病院の分娩室にも水中出産の設備はありますが、使用率は大変低いものです。

バースセンターで働きたいという、モチベーションのある助産師たちは、プールを使ったり水中出産するのが好きというか、自信のある人が多いですね。そうすると、どんどん使われていく。それで帝王切開率が下がったかどうかは、まだ分かりませんが、もう少し数字が出てきたら分かると思います。(スライド a-28)

最後に、正常分娩を担う助産力。どのようにしていけばいいのだろう。これだけ帝王切開率が上がって、助産師が取り上げる赤ちゃんの数が減っているという中で、どのようなことができるのか。

R CM (Royal College of Midwives)、助産師協会は、日本で言う助産師協会と、組合などにおいても似ている職能団体ですが、ここ数年「正常分娩キャンペーン」を進めています。助産師や学生に対して情報発信をしています。また、消費者団体 National Childbirth Trust も、自宅分娩をやりましょうと、自宅分娩のキャンペーンをしています。

あとは、2004年、2007年の政府のポリシーで、こんなことをしますとやっているけれども、現場の人にとっては、いままで病院で働いて、病院の中で心地よかった助産師が、caseloadをするために地域に行くのは難しいことである。このポリシーをどう実行していくかが課題になっています。

最近、この月曜日ですか、病院の中のEメールで回ってきたのですが、NHS Innovation という機関のプログラムを産科チームで利用すると、回覧が回って来ました。この機関はNHSに属し、病院内で何か変えたい、改良したいという考えがあったら、それを NHS Innovation に持ち込むと、NHS Innovation がそれを実行するプログラムを組んで、実現するための手助けしてくれる、ということらしいです。

Whittington 病院で、どういうことを目標として掲げて出したかという、帝王切開率を下げるためにはどうしたらいいか。まず私たちが入ってスタッフミーティングして、評価をして、研修して、それから産科チーム有志が、ガイドラインをまとめ、また評価していく、という流れになるようです。

また、問題になるのは、NHSは大きな組織であるということです。地域格差をなくして、みんながみんな安心して産科に通える、かかれるような病院をつくっていかうとしています。

例えば自宅出産の地域格差ですが、自宅出産をほとんどやっていないところもあれば、14パーセントというところもあります。同じ NHS トラストに属していても、助産チームによって、自宅出産をもっともっと上げているところもあれば、低いところもある。こういうことを直していかなければいけない。それにはどうしたらいいのか。

やはり、環境を変えることです。環境を変えることというのは、バースセンターをつくるだけではなくて、分娩室の

中も変えていかなければいけない。分娩室だからといって、機材があって、ベッドが真ん中にある、そうではなくてもいいのではないかと。もう少し医療的ではない分娩室というのも現実的に欲しいという話でした。

それから、人材育成。いままで病院でずっと働いていた人が、無痛分娩に慣れている助産師が、いきなり自宅出産や水中出産の介助は難しい。助産師だけではなく、医師たちの再教育も必要です。助産師も caseload をするとしても人材がなければできません。燃え尽き症候群となるのを避けるために、いま全国で3,000人は足りないのではないかという数字が出ています。

また、情報の渡し方によって、女の人意思決定もずいぶん変わってきますが、助産師個人の自然分娩に対する姿勢・観念、情報をどう渡すかということも重要です。

最後になりますが、学生の教育。学生のときから、まずは正常なところを見せて、自宅分娩でもバースセンターでもお産は安全というところをまず見せて、それが普通なんだということを教育していかなければいけないと思います。

どうもありがとうございました。

(スライド a・29)

○司会 ありがとうございました。

日方先生には、イギリスの医療システムにおける助産師活動、そして助産師教育とその特徴や分娩の状況の変化、それから最近の政府の方針転換による助産師活

動の変化について、貴重なお話をいただきました。ありがとうございました。

それでは次に、加納尚美先生にご講演をいただきます。ご講演の前に、私から加納先生のご略歴を簡単にご紹介させていただきます。

加納先生は、1981年に助産師の資格を取得されまして、1988年に千葉大学看護学部研究科を修了なさっています。その後、神奈川県立母子保健センター、東邦大学医療短期大学、筑波大学医療技術短期大学部、聖路加看護大学を経て、現在、茨城県立医療大学で教授をなさっております。日本助産学会の理事もなさっておりますし、NPO法人 日本助産評価機構副理事長でもあります。助産学会では、理事と国際委員会で活動なさっています。

本日は、「ニュージーランドの助産活動」というテーマでご講演をいただきます。加納先生、よろしくお願ひいたします。

【ニュージーランドの助産活動】

NPO法人日本助産評価機構副理事
茨城県立医療大学母性看護学助産学教授
加納 尚美 助産師

こんにちは。よろしくお願ひいたします。ご紹介ありがとうございました。

「ニュージーランドの助産活動」ということで、お話しさせていただきます。

3年前に、全国助産師教育協議会および日本助産学会で、ニュージーランドの助産師会、最高責任者のカレン・ギリランドさんと、理事のサリー・ペアマンさ

ん、お二人をお呼びし講演会が開催されました。そこで本当に詳しくニュージーランドの話を、聞かれた方もいらっしゃるかと思います。

そのことに関しては、日本助産学会の学会誌でも取り上げています。報告書も作成していますので、詳細はぜひそちらを見ていただきたいと思います。

それから、先ほどの二人がいらしたときの講演集も、きれいなものにしてつくっておりますので、見ていただけたらと思います。

私自身は3年前に、NPO法人日本助産評価機構の準備段階で、ニュージーランドでの第三者評価の実態を文部科学省からの補助を得て視察してきました。今日はそのときの資料等を含めてお話ししたいと思います。

まずニュージーランド全体の説明をさせていただいて、そして視察状況。その話の合間に日本との比較をしていきたいと思います。

ニュージーランドは、昨今は若い人たちが少し働いてからとか、それからサッカーをされる人たちも行くようですが、ちょうど日本の位置としては地球の反対側にあります。助産の概要も、もしかしたら若干交差するような、反対のようところが少し見えてくるかと思います。場所や国を変えると、いま日本はどういう状況なのかと、比較することによって見えてくることもあるかもしれませんので、ぜひ皆さん、私が気付かないところ等が見えてきたら教えていただきたいと思います。

日方さんのお話も非常に興味深くうか

がいました。私もロンドンに2回行って、いろいろ見せていただいたのですが、2007年の「Maternity Matters」のホームページを読んでいまして、その後どうしたのかなと気がかりになっていたのですが、今日うかがえてよかったなと思います。

ニュージーランドは、大きさとしては日本の国土の4分の3です。北島、南島と分かれています。先週ですか、クライストチャーチで地震が起きて、少し建物が壊れたというようなニュースを聞いています。

人口は、日本と全然違っていて、約400万人ということです。400万人ですと、横浜市が人口360万人くらいなので、横浜市プラスアルファ、私が勤務している茨城県を例にして考えると人口300万人です。茨城県プラス100万人が国になったような感じです。茨城県も人口密度は高くないのですが、茨城県よりもっと人がまばらという感じがいたします。この大学のある東京は、そういう意味では本当にマンモスな国になっているように思います。

小さい国ですが、女性にかかわることとしては、世界で初めて女性の参政権が認められた国であります。それから、女性の首相が初めて誕生した国ということも聞いております。

ニュージーランドの助産師活動としては、「助産師法」ができたのは、日本と同じ120年前くらいの話になるようですが、1971年までは助産師が合法的に助産ケア。つまり、分娩介助はできていたそうです。

ニュージーランドは、大英帝国圏内にあった国という影響で、年代は正確ではありませんが古い文献を見ますと、1960年や1970年、ニュージーランド医師会は英国医師会のブランチ、支所として、いろいろ交流がありました。そういう意味では、先ほどの日方さんが紹介して下さった英国の歴史も、かなり色濃く反映されています。

しだいに、お産というのは医学的に、もっとコントロールしなければいけないというような風潮が高まりまして、助産師は看護師と同等に扱うということが1971年以降になります。要するに助産師が分娩に携われない、医師の監督下でなければ助産ができないということになりました。

1980年代は、それが最も濃厚に、如実に表れていて、助産が看護に同化吸収されて、助産師の業務範囲はどんどん縮小していきました。もしかしたら、このまま助産師がなくなるのかなというくらいになったそうです。とはいえ、小さい国ですので、だいたいどのくらい年間に助産師が誕生していたかということ、100名程度ありました。

助産をするためには、看護課程3年を終えて、1年間のコースで分娩介助10例が決まりだったそうです。ということは、いまの日本のような感じもなきにしもあらずです。当時の教育に満足しない人たちは、イギリスに行って助産師になりました。その学校に行く人たちの数が減りまして、年間20人くらいしか、そのコースに行かなかったということです。

助産師が、合法的に助産ができないと

ということで、自宅分娩が御法度になってきます。そこで、自宅分娩を行ってきた助産師や、自宅出産の経験者たち、女性の消費者運動の人たちがロビー活動を始めます。国会議員、毎週のように出向いていったそうです。もっと女性に選択肢を広げるように、女性には助産師が必要だということを訴えていきました。そのメンバーの中心になった人が、ジョアン・ドンレイさんです。最後にお写真を見せませうけれども、ずっと自宅出産の助産をやっていた方だそうです。当時の保健大臣はヘレン・クラークという女性の大臣で、彼女たちの訴えに理解を示したそうです。

そうした動きの中で、ニュージーランドには助産師協会が必要だということで、有志が集まって動き始めました。1990年に「看護師法」が改正され、医師から独立した助産が復活しています。いわゆる、助産師だけで助産を行うことができたそうです。日本は法律で、助産を助産師が行えることになっています。ニュージーランドは助産師の歴史をいったん失って、そしてもう一度勝ち取ったという、そういう歴史を持っている国です。(スライド b-3)

日本の助産師会の歴史は、70年か80年くらいになるかと思いますが、そういう意味では、ニュージーランド助産師会は非常に新しいわけです。その活動の基本ですが、助産と女性とのパートナーシップを基盤において、そしてそのパートナーシップの中で生まれてくる哲学を共有して、それを具現化していく。その原則はいろいろなところに現れています。

例えば、「すべての委員会およびプロセスに消費者の声を反映させるシステム」を工夫しています。そのほかいろいろありますが、実践と必ずアウトカムに関する継続的な検証をしています。自然なお産がいいといっても、やはり社会的な評価もきちんと受けなければいけないので、毎年のようにグラフ化して数字を出しています。それから、政策を提言して、プログラム化して、そしてそれを政府に出していくという仕事を一貫して行っています。

そのほかに勝ち得たものとしては、1993年に、助産師と医師との同一価値労働賃金裁定を実現いたします。これも正常産は、日本は、助産師、医師、できるわけですけれども、開業している場合は、各自開業助産師が料金を設定いたしますので、ニュージーランドはこうして獲得してきたのですが、日本はすでに私たちは持っているという状況でもあります。失ってみて、初めてこの大切さが分かるというか、こうして獲得してきている国と比較してみると、そのあたり私たちは大きな宝を持った国にいるということが分かるかと思います。(スライド b-4)

助産師会が結成され、法律も変わって専門職業団体として認知され、さまざまな活動をしていきました。ヘルスサービス全体にも大きな影響を及ぼしていったようです。

ヘルスサービスの理念として、女性中心であり、ケアを受ける人を中心にする。文化的安全性で、先住民族—マオリ族という先住民族が数多くいらっしゃいますけれども、そうした少数民族の文化を尊