

重するということをモットーにされています。こうした理念が、単なる理念ではなくて、さまざまなところに具体的に現れています。後半でお写真を少し見ただけですが、例えば2番目の少数民族の文化の尊重という意味では、パブリックスペースの掲示は、英語とマオリ語と全部併記になっております。(スライド b-5)

日本でも少数民族、例えばアイヌの人たちがいますが、どうでしょうか。少なくとも北海道の公共施設で、日本語とアイヌ語を表記されているのを私は見たことがありません。具体的に言うと、そういうことを日常生活のレベルの中でされているということです。

助産師活動の実際を簡単に比較してみたいと思います。新しいデータがなくて申し訳ないのですが、学生さんたちは家に帰ったら、ぜひ最新の母子保健の主なイベントを受けて入れ直してください。

ニュージーランドの人口は先ほど言ったとおり非常に少ないのですが、実質的な助産師数もいまは、少し古いデータを出しておりますが、それほど日本も変わっていないと思います。助産師数一人当たりの出生数を見てください。ニュージーランドは、15.3人です。一人の助産師が1年間に受け持つ出生数、日本の助産師は49人です。日本の助産師のほうがかなり忙しいということです。

それから、乳児死亡率は、これは本当に日本が頑張っているところですが、ニュージーランドもかなり頑張っています。妊産婦死亡率も日本も頑張っていますが、2003年のデータをニュージーランドと比べると、ニュージーランドは2人。

人口が少ないので、2人でも率としては上がる、10万人対で上がります。(スライド b-6)

次に、分娩介助者別の出生割合です。日本のデータは、この点はきちんとしたものがありません。分かるのは、どこで出産したかということだけです。2000年で、医師が97.2パーセント、助産師が2.8パーセントです。皆さんは、病院では助産師が分娩介助をしていると思われるかもしれませんが、公式なデータとしては、出生証明書に医師がサインした場合は全部医師になりますので、国際比較をするときにデータとしてはこのようになります。

ニュージーランドのほうは、一般家庭医、いわゆる先ほどイギリスで出たGPですけれども8.6パーセント、産科専門医が13.0パーセント、助産師が72.3パーセントと、非常に助産師の分娩介助率が高くなっているのが分かります。

出生場所ですが、第3次医療施設が44.4パーセントで、二次医療施設が40.2パーセント、プライマリー施設が15.2パーセントということが出ています。自宅出産は6パーセントと、カレン・ギリランドさんは講演の中でおっしゃっていました。日本は、助産所が1.0パーセントで、ここずっと昨年も続いているかと思えます。

出生率は、ニュージーランドは少しずつ高くなっているということで、助産師の働きと、この辺をリンクさせて、いろいろ政府等に報告していると言っています。日本は2009年に少し高くなって、1.37ですが、まだまだ政府レベルでは憂

いている値かと思えます。

助産師の働く場所ですけれども、ニュージーランドでは、開業が33.7パーセントを占めておりまして、かなり地域に出ていることが分かります。

助産師教育は、これも英国と似ていますが、1990年に法律が変わって以降、教育を見直しまして、ダイレクトエントリーと、それまでの看護師資格がある場合は18カ月のコース、この2種類になっています。いまでは、ほとんどダイレクトエントリーと聞いております。

日本は、去年、保健師助産師看護師法が変わり、助産師教育は1年以上になりましたが、指定規則は、内容はこれからでしょうか。26単位になりそうかどうか。26単位になりそうですが、まだきちんと出てきていない状況です。

比較をしてみますと、以前は助産師が分娩介助を行えず、助産は医師の指示のもとでしかできないというところから、ニュージーランドは本当に20年間で素晴らしく変わってきました。私も助産師になったのが30年近く前ですけれども、本当に何をしてきたのかと反省させられる面もあります。

ここにいらっしゃる方は若い方が多いので、20年、30年後どのような助産システムが必要か、女性にとってどういうケアのシステムが必要かは、本当に皆さんが作り上げていって、もちろん私たちも一緒にということになると思えますが、10年後、20年後、30年後の勉強会を、またもしかしたらこういうところで聞ける 때가、ニュージーランドと比較しながら、お互いに競い合うような比

較ができるといいなと個人的には思いません。(スライド b-7)

そして、助産師登録、教育の概要です。1999年に教育の方向が変わりました。これは先ほど言いましたけれども、ニュージーランドは国家試験を行っています。国家試験に合格した人たちが登録ということになります。

2003年までは、ここに書いてある、こうした会の認証ももらわなければいけません。看護協議会という中に助産師の代表を送って、そこから政府にいろいろな提案をしていったということです。

それが2003年に、「保健専門能力保障法」ができて、すべての医療従事者が必ず協議会をつくる。そして、その協議会の中で、先ほどイギリスの話に出ていましたように登録の更新をしなければいけません。それから、業務もエビデンスによって少しずつ変わってきますので、業務のコントロールといいますか、そうしたところも協議会が行います。

助産師協議会が2003年にできました。そこで、教育の第三者評価も行っているということで、私たちのNPOも見に行ってください。(スライド b-8)

では、助産システムがどのようになっているか、簡単にご説明したいと思います。

医療費は、基本的に保健省負担で、利用者は無料になっています。21の保健省管轄区に分けられて、人口によって予算が配分されています。医療施設は、完全オープン制で、医師・助産師は利用契約を結んで利用できるようになっています。そして、ニュージーランドでは、

Self-employed と呼んでいましたが、開業助産師以外は施設で雇用されて働くという形態をとっているということです。

(スライド b-9)

1996 年に、「Lead Maternity Caregiver」という制度ができています。マタニティケア提供責任者制度と訳されます。通称、LMCといます。その LMCになれる人は、一般医、産科専門医、助産師、この三者になります。

一般医は、いわゆる GP と通称呼ばれている人ですが、GP の中でも、6 カ月の研修を受けた医師でなければ認定を受けられません。そして、この人たちは、妊産婦の診察、分娩取り扱いはできますが、帝王切開はできません。外来だけということになります。

産科専門医は、医師になってから 6 年以上の訓練と、そして試験があるそうです。この人たちは帝王切開等の手術をされるということです。(スライド b-10)

GP と助産師の業務範囲はほぼ同じということで、診療報酬もほぼ同等となっています。

では、LMC がどういう制度かということですが。

これは、ニュージーランド助産師会がプログラムをつくって、政策を提言して、実現した制度です。登録できるのは、先ほど言ったとおりの三職種です。

妊娠から産後 6 週間まで一貫して、同一の専門家からケアを受けられるというシステムです。ここで大事になってくるのが、Health Policy、理念です。女性が中心となって誰にするのか、GP がいいのか、産科医がいいのか、助産師がいい

のか、女性が選べることになっています。途中で LMC を変更してもいいし、出産場所も選べるということです。同じ職種でも相性もあつたりしますので、そういう意味で女性が中心になって選べるようになっています。(スライド b-11)

1 回の正常な妊娠・出産を通じて、2,300NZ ドルと決まっています。医療行為が必要になった場合は、プラスされるという設定になっています。

それから、正常産・異常産ということではなく、ニュージーランドでは、すべての出産に助産師が立ち会うことが義務付けられています。異常・正常にかかわらず、女性たちは助産ケアをすべて必要としているという前提になっています。ですから、LMC が医師の場合は、出産ケアをするためには助産師を雇用しなければなりません。

LMC は、出産場所として、利用契約のある第一次から三次医療施設まで、契約のあるところは利用できます。そのときに、一次から二次、二次から三次に搬送しなければならない場合は、保健省の搬送基準に従って判断します。(スライド b-12)

では、実践を支える教育はどのようになっているかということです。

3 年間の教育で、国家試験ということは、先ほどお話ししたとおりです。

それから、LMC はグループで実践をしており、新人には必ず教育担当者がつきます。

助産学士課程になっていますが、5 校ありまして、5 校全体の定員は 100 名から 120 名程度になっております。何度も

お話しするように、茨城県プラス 100 万人ちょっと多い人数の国です。茨城県は、助産師養成は大学 2 校と県の助産師学校 1 校ですが、毎年 35 名ぐらいです。そう考えても、ニュージーランドは助産師をたくさん養成していると、単純に比べて思われます。

ニュージーランドの助産師教育は、助産師の実践範囲を反映させて、理論と実践双方を発展させることに重点が置かれています。実習時間と理論は、3 年前では両方合わせて 2,400 時間で、半々ということになっていました。(スライド b-13)

助産師教育の基本としては、助産師協議会の発行する基本能力を獲得しなければいけません。それから、女性を中心ということは、先ほどから何度も申しましたように、カリキュラムもそのように設定されています。(スライド b-14)

少し話が飛びますが、10 年前ぐらいにロンドンの助産師学校を見学させていただいたときに、女性を中心ということで演習を見せていただいたのですが、演習の具体的な場面ごとに教員が、「女性を中心にするためには、どんな声かけが必要ですか」というような声をかけていたのが非常に印象的でした。イギリスとお互いに影響し合うということもあるのかなと思います。

助産師の業務範囲ですが、読んでいただくと分かるのですが、先ほど言いました妊娠から産後 6 週までの期間を、女性に必要な支援・ケア・助言を与え、出産を容易にし、新生児のケアを提供することになっていきます。(スライド b-15)

業務範囲 (2) は、もう少し詳しく書

いてありますので、これは読んでいただけたらと思います。(スライド b-16)

その次は、業務範囲 (3) ですが、家族や地域、そうしたところにも範囲が及んでいるということです。(スライド b-17) 業務範囲 (4) のところでも、いかなるマタニティ・サービスにおいても、業務をしてよいというところを言っています。(スライド b-18)

そして、助産師の業務範囲をきちんとこなすためには、基本的必須能力が挙げられています。まず 1 番目として、「助産師は出産の全体的な経験をとおして、女性のパートナーとして協力をする」、パートナーシップを掲げています。そして、家族とのこと。それから、「専門家としての基準を満たし、実践における判断に至るまでの反省と批判的な姿勢を貫く」、反省的態度をきちんと取るということです。以上、あとでまた詳しく読んでいただけたらと思います。(スライド b-19・20)

そうした必須能力を、教育プログラムはどのように組織されているかということですが、まず、助産のフィロソフィー (philosophy)、パートナーシップと業務範囲を一致させるようにということです。それから、助産の知識と業務にバランスよく的を絞った、統合された教育プログラムを立てていく。科学的要素の強化、研究調査する能力、批判的に考える能力、科学的根拠に基づく教育、多方面にわたる臨床業務経験と臨床的技術の開発、見習い制度による学習、そうしたことが組み込まれています。(スライド b-21・22)

参考資料は、少し使った資料をお示ししています。(スライド b-23)

以上を踏まえて、実際に視察したところを見ていただけたらと思います。まず、ニュージーランド助産師会に行きました。その次に臨床の現場として、バーウッド・パーシング・ユニットという施設に行っております。その次に、助産師学校を見ております。それからニュージーランド助産協議会。そして、大学の写真をとおして見ていただけたらと思います。

(写真説明) (スライド b-24)

こちらはクライストチャーチです。南島の一番大きな町で、とてもきれいな町です。ここにニュージーランド助産師会があります。(スライド b-25)

これは町の中の様子です。(スライド b-26)

これは助産師会の玄関になっております。(スライド b-27)

これは助産師会、とてもかわいい建物です。日本助産師会と比べると、小さいですね。(スライド b-28)

助産師会の中に、助産師会だけではないですが、先ほどいいましたLMCにアクセスできるように、ところどころにビジティングスペースがありまして、ここに来て女性たちが妊娠判断を見たり、LMCの探し方を聞いたりいたします。実際にここで、LMCに会ったりもいたします。そういうスペースが助産師会の中にもあります。(スライド b-29)

訪問したときですね。日本にもいらしたニュージーランド助産師会の最高責任者、カレン・ギリランドさんにお会いできて、いろいろお話をしました。このとき、いろいろ詳しくお話しできまして、ここに2月ごろ行きましたが5月末に日本で国際会議に参加するという情報を得

まして、帰ってすぐみんなで準備をして、全助協(全国助産師教育協議会)、それから助産学会で講演会を企画できました。

(スライド b-30)

助産師会に置いてあるグッズです。(スライド b-31)

妊婦さんの、カレンさんの大きな写真です。あとでお年を聞いたら、私よりプラス10歳でした。(スライド b-32)

これは、マオリ族の何かのシンボルということです。助産師会に置いてありました。(スライド b-33)

先ほどカレンさんの写真を見せたのは、カレンさんは年を経ると同時に、カレンさんだけではないのですが、こうした助産システムをつくってきたそうです。ですから、どうぞ学生さんたち、「自分たちが年を経るごとに、日本のここを変えていくぞ」といったような記録を残してほしいと思います。

これは病院ですが、外側から見たものですけれど、一次医療機関になっております。ここに勤務している助産師と、地域のLMCが助産を担当しております。(スライド b-34)

まず、この施設に勤めている人と、それから地域の契約しているLMCの写真が、このように貼っております。(スライド b-35・36)

これは外来の様子ですね。(スライド b-37)

どのように出産が増えて、どういう割合で出産が行われているかが、外来において女性たちが、利用者たちが見られるようになっております。(スライド b-28) この施設は、先進国に共通ですけれども、ニュージーランド全体として産科医不足

が、日本よりも20年前から深刻な問題になって、その解決策として、いつときは大規模病院に産婦を集める集約を図ったそうですが、なかなかニュージーランドでうまくいかなかったそうです。人口密度のこともあるかもしれませんが、女性たちからも不評で、現在この病院は院内助産院、バースセンターのように機能しております。

だいたい1日でお産をされて帰るそうです。きれいにはしてありましたけれども、ゴージャスではなかったですね。

(スライド b-39・40)

ここで生まれた赤ちゃんたちの写真が貼ってあります。(スライド b-41)

これは昔の、当時のここの病院のようです。マスクをして、何か懐かしい感じがします。(スライド b-42)

これが入院室です。(スライド b-43)

ウォーターバスもありました。(スライド b-44)

一応、説明を受けているところです。この人は、イギリスからニュージーランドに来て助産師をしています。(スライド b-45)

これは分娩室ですが、分娩室に直通の電話が付いていまして、異常があった場合、搬送システムに乗って、ガイドラインによって、二次、三次医療に直接電話できるそうです。(スライド b-46)

このようになっています。(スライド b-47)

この人は学生ですけれども、3年目はほとんど実習ということです。(スライド b-48)

これは大学に行った場合ですね。(スライド b-49)

大学でお話を聞いているところです。

(スライド b-50)

このようなパンフレットを使っています。(スライド b-51)

メディア・リテラシー(media literacy)が、3校に行ったうち3校とも全部このように。これは助産の学生さんたちでつくっていきまして、どのようにマスコミでは取り上げられているのか、そしてお母さんたちには、女性たちがどのような情報提供が必要かということをやっております。これを見てから私も大学で、一コマだけですが、これもどきをやっております。(スライド b-52)

これは助産協議会です。(スライド b-53)

向かって左側の方がトップの方で、弁護士さんです。(スライド b-54)

いろいろ話して。できたばかりで、まだいろいろ整っていないような様子でした。(スライド b-55)

これは今度、大学ですね。(スライド b-56・57) アリーさんという助産の先生。マサイ大学です。(スライド b-58)

ご自分でも、分娩ケースを持っているということでした。これも学生さんたちがつくったものです。(スライド b-59)

実習室です。(スライド b-60)

いろいろな模型です。(スライド b-61)

「うちの学校のほうが、いいものがあるかな」という人たちです。いま笑った人たちがそうかもしれません。(スライド b-62・63・64)

でも、プログラムはとてもよくできていて、例えば1年生のときは、地域のLMCの人たちと一緒に妊婦さんを受け持って経験させてもらいます。女性が妊

娠・出産するのは、1年間をとおして、どのように経験するのかというところから入っていきます。2年生の中で各種病院実習等を入れて、3年になってから地域で実習して、卒業して地域に出ることが目標になっているそうです。

学校の様子です。これは三つ目の学校で、初めてニュージーランドにできた3年制のダイレクトエントリーです。ニュージーランドの大学には、学部が助産課程で、そして助産の修士課程、助産の博士課程まであるそうです。(スライド b-65)

マオリ語と英語で書いてあります。(スライド b-66)

この方は最後にお会いした方ですが、オークランド助産学部のジャッキーさんという方で、結構ご年配でした。年も具体的に聞かせていただきました。この方が最後に、「1990年の法律で変わったのは、たった三つの言葉だけです。医師がいなくても、助産師は助産ができるということだけです。それがこれだけの変化をもたらしたのです」とおっしゃっていました。本当に法律というのは大切だなと実感してきました。(スライド b-67・68)

これは私が持っていた本です。どこで買ったのか分からないのですが、1986年に発行された、『Save the midwife : 助産師を救え』(Joan Donley, New Women's Press, Auckland) という本です。ニュージーランドで助産師がなくなりそうだというときに書かれた本で、後ろにいる真ん中の女性がジョアンさんという方で、この本を書かれた方です。すでにお亡くなりになったそうですが、こ

の皆さんは、ジョアンさんが取り上げた子どもたちだそうです。

このジャッキーさんがジョアンさんをよく知っていて、この本を見せたら涙ぐんでいらっしゃいました。最初は本当に少人数の人たちが、世の中全体にいろいろなことを訴えて、そして賛同を得て、社会的に、女性にとって助産とはどうあるべきか、その提供者はどういう資質を持って、それがどのようなシステムで提供されるべきかということのきっかけをつくられた方ということです。(スライド b-69)

(写真説明終了)

少し散漫になりましたけれども、ニュージーランドの助産活動の一面をお伝えいたしました。どうもありがとうございました。

○司会 加納先生、どうもありがとうございました。

これまでのニュージーランドの助産師活動の歴史や、現在の活動の基本、そして助産師教育と、その教育プログラムの基本的構成についてご紹介いただきました。どうもありがとうございました。

それでは次に、独立行政法人 国立国際医療研究センター、箕浦茂樹先生と三島助産師さんにご登壇いただきます。

講演に先立ちまして、私から箕浦先生のご略歴をご紹介申し上げます。箕浦先生は、昭和48年、東京大学医学部医学科をご卒業され、東大病院、米国ロマリンダ大学等を経て、国立国際医療研究センターにご勤務なさっております。日本産

科婦人科学会専門医、日本超音波医学会専門医・指導医、日本周産期・新生児医学会指導医と多岐にわたってご活動なさっておられます。

国立国際医療研究センターで始められた「国際母子タスクフォース」という継続的な取り組みを皆さんご存じかと思いますが、2008年には、それについてご紹介いただくために、助産雑誌にもご投稿くださっています。

それでは箕浦先生、よろしくお願いたします。

#### 【オランダの周産期地域活動】

独立行政法人国立国際医療研究センター  
病院 産婦人科  
箕浦 茂樹 医師

箕浦です。われわれは国際医療協力研究委託費による、継続ケアの研究班を3年にわたって行いまして、その関係で数年前にオランダに視察に行く機会がありました。そこで収集したことを中心にお話をしたいと思います。

これは北里大学の海野教授からお借りしたスライドですが、オランダがどのような状況かがわかります。ここにあるように今でも約3割が家でお産をするということをご存じの方は多いかと思います。

先ほどニュージーランドの話を書きましたら、このスライドとかなり違うので、僕のスライドではないのですが訂正をする必要があるのではないかと思います。何年前かに頂いたスライドですが、あまり古いデータではないと思っていましたが違っておりました。

オランダは、3割が家でお産をするという、先進国の中では特異な国です。成績はどうかというと、欧米諸国と比べて、家でお産をするから悪いということは決してないということがここで示したデータからわかります。(スライド c-3)

これは妊産婦死亡率ですが、日・独・伊は、敗戦による影響が結構あとまで出ているようです。

周産期死亡率もオランダは決して悪くはなく、欧米諸国とほとんど変わりません。何がうまくいっているのかというような興味がありました。(スライド c-4)

我々がオランダに行く1年前ですね、2005年にアメリカのボストンに同じメンバーで調査に行きました。この方はハーバード大学非常に有名な産婦人科の主任教授ですが、「実は、この病院は10年前に助産師を全員首にした」と言っておりました。それは、お産は産科医だけでやったほうが安全であるということが分かったからだということです。アメリカの産科医は、自分の収入の半分ぐらいを医療訴訟の保険料に取られているという話ですが、産科医だけでやるようになったら事故が減ったので、保険料が下がったということをお話になられていました。

同じハーバード大学の公衆衛生大学院のほうに、ちょっと別棟ですが、うちの協力局から助産師が留学していたので、そのあとにここを訪問したのですが、ここでは自然なお産についての研究をしていて、大学の産科では余計な医療介入ばかりやっているというようなことで、この先生と前に紹介した主任教授の先生と



はしょっちゅうバトルをしていると言っていました。

この方は、コクラン・ライブラリー (Cochrane Library) の産科関係の編さんをしているという、かなり有名な人ですが、その方もちょうど来ておられたので三人で話をしました。

ところで、何年か前に、日本産婦人科医会のメーリングリストで、非常に有名な、本当に万人が認めるアメリカ通の先生が、アメリカにバースセンターなどというものはないと書いておられましたが、実はちゃんとありました。

これはケンブリッジ州立病院の隣にあるバースセンターです。ケンブリッジ州立病院はわりとこぢんまりとした、年間分娩数が 1,000 ぐらいの病院ですが、そこに併設したバースセンターがありました。だいたい 1,000 人のうち 100 人ぐらいは、こちらでお産をします。こちらには医者はいませんので、助産師だけで分娩をしている。もちろん分娩台もなく、普通のベッドルームの様ですが、その他日本の助産所にあるようなものがいろいろ置いてあります。

ただ、これはいわば院内助産所のようなもので、道路一本隔ててすぐ病院ですから、何かベビーに異常があったら 30 秒で小児科医が駆けつけて来るし、妊産婦に異常があって病院に搬送が必要であれば 3 分で病院に運べるということを言っておりました。ケンブリッジ州立病院にかかる妊婦の 1 割は、ここでお産をすることを希望します。

ここで話をしているときに、オランダを見に行くべきだということを強く言わ

れたものですから、次の年にオランダに行きました。(スライド c-5)

これは東大の国際保健 (2007 年: 教授退官) の牛島廣治先生の調査レポートをそのまま持ってきたのですが、うまく要約されておりまして、これで大体のことがわかります。妊娠から出産までの健康管理・指導が中心で、特別な異常がない限り、ホームドクターか助産師がお産を担当する。それから母子手帳のことです。

それから、産後のケアはたくさんありまして、いろいろなことをやってくれます。家庭出産あるいは施設出産のいずれであっても、出産後 1 週間以内にホームドクターまたは地区保健婦が家庭を訪問し、母子の健康チェック・指導を行う。母乳栄養率は、就労することで減少傾向にあるということも書いてありました。

Maternity Assistant という人がいて、家庭に派遣されて、いろいろなことをやってくれるようです。8 割近くが利用している。そういったものは、全部、保険でカバーされるそうです。われわれも、日本人のお産した方の家を訪ねていろいろ話を聞いたのですが、入れ代わり立ち代わりいろいろな人が来て、いろいろなことをやってくれる、家事までやってくれるというようなことを言っておりました。

それから、社会全体の子どもを見る目が優しく、子連れの場合、近隣の人々や見知らぬ人が何気なく手を差し伸べる姿をしばしば目にする、というようなことが牛島先生の報告書にかかれています。

(スライド c-6)

まず、アムステルダムの大学病院に行

きました。これは駅から撮った写真ですが、非常に立派な病院です。助産師が案内してくれましたが、男性の助産師を初めて見ました。病院の中は日本の病院とあまり変わりません。診療室、分娩台、これは新生児室関係、こういったものは日本とほとんど同じです。ただ、今日は主に助産師の集まりですから、やはり病院といえども助産師が活躍する場が非常に多いということを強調したいと思います。(スライド c-7)

これは病院の中ですが、研修医や学生がいる部屋で、モニターがあって、普通の日本の病院と変わらない風景です。これはナースステーションで、ここにもモニターがあります。それから外来です。非常に大きな病院で、真ん中に大変広いオープンスペースがあって、ここで食ったり飲んだりもできるようになっておりました。(スライド c-8)

助産師は大学病院で何をするのかということですが、非常にやる事がたくさんあります。これは英語の文献資料そのままですが、お産はもちろん、antenatal care、外来で妊婦健診もする。それから、超音波も助産師が結構やります。日本は超音波検査士という資格があって助産師も取れますので、できればそういう資格を取っていただいたほうがいいと思います。

それから、medical student の教育をする。今日あとでお話しします home-monitoring、これは非常に面白いシステムです。そして、research を少しというようなことが、大学病院の助産師の仕事です。(スライド c-9)

これは、ほかに類のないことだと思いますが、ハイリスク妊娠のホームモニタリングです。実は異常妊娠も急性期だけ病院でケアをして、すぐに家庭に帰り、助産師が毎日訪問してモニターをとったり健診したりするシステムです。これは携帯用のモニターです。携帯のモニターに記録をして、病院に帰りプリントアウトして、みんなでディスカッションするというようになっていました。

DM (Diabetes Mellitus : 糖尿病) でインスリンを使っている人も、家に毎日行ってモニターをつけて、毎日行く必要があるのかどうか別として、血圧を測ったり尿検査をしたり、基本的に毎日訪問します。また、この人は妊娠高血圧か双胎かどちらかの人でしたが、やはり家でみて助産師が毎日訪問します。

それは全部保険でカバーされます。家庭分娩が多いという流れの中で、このようになっています。こういう人たちは、もちろんお産は病院ですが、ケアは家ですという大変面白いシステムです。一人の助産師あたり1日に5人、6人ぐらいでしょうか、出かけて行って診る。1件に1時間ぐらい要するものですから大勢はできませんが、自分で車を運転して行きます。(スライド c-10)

ポータブル機器の発達により、合併症妊娠は必ずしも入院を必要としなくなった、家でモニターできるというようなことです。

ホームモニタリングは、家庭における hospital care であり、能力と責任とコミュニケーションについて、患者と医療者に対し、かなり厳格なものが要求され

るということです。

ホームモニタリングを受けるには妊婦の方にも条件がありまして、病院に来るまで30分以上かかってしまう人。それから、ある程度、家族や友人から毎日適切なケアを受けられることです。

ドクターではなく、助産師が毎日家庭訪問して、CTG (Cardiotocogram : 胎児心拍数陣痛図)、血圧、医学的所見をとります。それ以外に産科医が週1回病院で検診を行い、胎児の評価や治療方針を決めるというシステムです。(スライド c-11)

対象疾患は、普通の合併症です。妊娠高血圧、IUGR (子宮内胎児発育遅延)、PROM (前期破水) も入っています。日本ですと、前期破水は24時間待機し、陣痛が発来しない場合は分娩誘発することになっていますが、向こうの話を聞いていると、前期破水でも必ずしも誘発をしないで、白血球も測らない、熱が出なければいいというぐらいです。ですから、前期破水にしても家で見る必要があります。それから、胎児死亡の既往、糖尿病など。

これはいろいろなメリットがあります。入院による不満の解消、母体のストレスの軽減 (家族と離れることがない)。安全性が証明されたというのは、この大学病院での長年のデータで安全性が証明されたということです。それから、コストは削減されるそうです。全部保険でやると結構大変なものですが、コスト計算すると削減される。それから、自己責任です。日本も一時、「自己責任」という言葉が流行しましたがけれども、自己責任が要求されるようです。(スライド c-12)

自宅分娩というのは、結局、助産師だけでやりますが、妊婦健診は practice と称する検診だけする助産所で行います。ここに待合があつて、検診台があつて、結構きれいなところでした。これは、5、6人の助産師が一組になって運営しています。陣発 (陣痛発来) したという連絡が入ると、その日の当番の助産師が出かけて、お産をとるということです。もう少し具体的な詳細については、あとで三島が話をしたいと思います。(スライド c-13)

オランダの場合は日本と違って、何々産婦人科でお産をするというようなことはなく、病院か自宅か、どちらかしかありません。病院で産科医の診察を受けて、病院でお産をするか、助産所で助産師の診察を受け、自宅または病院でお産をする。あるいはGPの診察を受けて、自宅または病院で分娩をする。こういう形式しかありません。何々産婦人科、クリニックというものはありません。(スライド c-14)

マンパワーですが、実際働いているのは、primary care で助産師が1,503人、産科ケアを提供するGPが約400人。secondary care というのは病院でのケアですが、助産師が322人、産科医が約740人、研修医が約250人、というデータがありました。

日本では産科医が減っていて大変だという話をしたら、オランダではそんなことはないと言ってグラフをくれたのですが、確かにオランダでは、産科医は少しずつ増えているような表になっておりました。(スライド c-15)

帝王切開率についてはどうかというと、先ほどのイギリスが25パーセントぐら

いでした。オランダではこれは 2004 のデータで若干古いのですが、約 23 パーセントですから同じくらいです。いまはもう少し多いのかもしれませんが。骨盤位はだいたい帝切です。会陰切開は約 22 パーセントという、このくらいの数値になっておりました。(スライド c-16)

「Basic assumptions」、基本は何かというと、妊娠・出産は physiological つまり生理的なものであって、家で十分可能であるというようなことが大前提になっております。オランダでは少産科医も助産師もごく自然にはこのように言うておりました。

日本では多くの医者や助産師は、助産師はもちろんそうですが、医者も妊娠・出産は病気ではないと、一応表向きには言うこともあるのですが、どうも私の感じるころでは医者のほうは、妊娠・出産は病気であるという前提で見ているような気がいたします。(スライド c-17)

「Safety first in midwifery」は、安全第一です。ここが大事なところですよ。やはり十分な、アカデミックな教育を受けなければいけない。それから、助産師が独立した地位を持たなければいけない。リスクがきちんと評価できなければいけない。それから、home delivery での助産師による professional なサポート、継続した quality control ですね。それから一番大事なのは、good collaboration です。perinatal care team では専門家の間での collaboration が重要だということなどが言われておりました。(スライド c-18)

産科ケアは、primary care で始まるの

が 84.9 パーセントです。そのあといろいろなセレクションがあつて、最終的に home birth は約 30 パーセントと言われております。(スライド c-19)

産科ケアに関わる職種は、日本とこの辺が違っておりまして、先ほどのニュージーランドもイギリスもそうですが、G P (general practitioner、一般医) という人がいます。産科ケアに直接かかわる職種は、助産師、産科医、G P。間接的には、小児科医、Maternity care assistants ということになります。(スライド c-20)

助産師は何をするかということ、妊娠中のケアの提供は、だいたい 12 回前後と言われております。身体的チェックアップ、情報提供とアドバイス、先ほど言いました超音波もやります。それから、必要があれば二次施設に紹介する。分娩中のケアの提供は、家庭でも病院でもです。産後ケアの提供は、5、6 回。だいたい産後 6 週目に総括をするというようなことが自然の流れです。(スライド c-21)

誰が助産師の産科ケアを受けることができるかですが、合併症のないすべての妊婦、妊娠中を通じてローリスクのままのすべての妊婦、異常のない分娩をすると考えられるすべての妊婦。分娩後数時間、家庭または家庭に戻れるすべての褥婦です。

Secondary care が必要とされる医学的理由がない限り、すべての女性妊娠、分娩、産褥を通じて助産師によるケアを受けることができる、ということが基本的な考え方です。(スライド c-22)

そのために、日本と違って非常に機械

的に、厳格にいろいろ決まりがありまして、偶発合併症、婦人科疾患の合併、異常妊娠・分娩歴、妊娠中に発生した（発見された）異常、分娩中の異常、産褥期の異常、こういった Obstetric Indications というリストがあります。

これは、

<http://europe.obgyn.net/nederland>

のホームページに出ております。

これだけ厳格に決められています。われわれの病院は助産所と連携をしていますが、日本の助産所の場合は、本来病院でお産すべきようなケースでも、患者さんに強く頼まれると、少し迷って受けてしまうこともあるようで、オランダのような厳格さも必要だと思います。(スライド c-23)

これは産科ケアの code A、B、C、D についての説明です。少し細かいのですが、Code Aは primary Obstetric care で、産科管理の責任は primary obstetric provider すなわち助産師か GP にあります。それから B consultation situation は、primary、secondary の両方の合意の内容によって、どちらが診るかが決まります。Secondary care が必要な人は産科医の管理下になります。そのようなことが決められております。(スライド c-24)

これはフローチャートです。妊娠した場合、過去に何も異常がなくて、いま何も異常もない人は、助産師もしくは GP に診てもらいます。何かある人は、既往歴や合併症など先ほどの A・B・C・D の各 code に分けまして、誰に診てもらうかが決まります。もし分からないときは、consult ということになります。(スライド

c-25)

Maternity care assistance は何かというと、分娩中 MW (Midwife)・GP を補助し、分娩後は直ちに看護ケアを提供する。New mother、Newborn infant、その辺のケアをします。授乳やベビーケアに関する情報提供、指揮。分娩、産褥期の衛生面に注意を払う。それから、家事、家族やほかの子どもたちの世話をするとようなことをします。(スライド c-26)

誰が maternity care assistance を受けられるかということ、助産師や GP の介助で自宅分娩をした女性。助産師や GP の介助で病院で分娩し、当日または翌日に帰宅した女性。産科医または病院の助産師の介助で分娩し、分娩後 8 日以内に帰宅した女性です。つまりすべての妊娠女性は、原則として maternity care assistance を受けることを希望できます。こういう人がいますから、いろいろなことをやってくれます。(スライド c-27)

Maternity care assistance の期間ですが、平均 45 時間、最短は 24 時間、最長は 64 時間ぐらいを利用することができるようです。(スライド c-28)

次はオランダにおけるフォローアップケアです。GP または family doctor による一般健康管理。助産師、maternity care nurse、または GP による代謝異常、その他のスクリーニングを 4 日から 7 日目に行う。(Mother and) child health center における定期健診、助言、情報提供、予防接種は、2 カ月から 4 歳まで。学校医による健診とその他の予防接種は、Primary school (小学校) 卒業までフォローアップケアをするという仕組みに

なっております。(スライド c-29)

ただ、問題がないわけではありません。われわれが収集した限りでも、maternity care system をめぐる問題はあるようです。先ほどの話にもあったように、どの国でも同じようですが、助産師や maternity care assistant の不足が言われております。それから、仕事量に対する態度の変化。これは最近の人たちはみんなそうですが、われわれ団塊の世代は死ぬ思いでやるのが普通でしたが、最近の人はそうでもないようです。

Maternity care を提供する G P が少し減っていることもあるようです。それから、産科病棟の閉鎖、あるいは搬送が増えている。こういった問題があるようですが、われわれから見ると、少しいなと思うようなところが多い感じを受けました。(スライド c-30)

あと少し三島から、先ほどの助産所を中心に補足をしていただきたいと思います。

○司会 箕浦先生、ありがとうございます。

三島助産師さんのご活動について、少しご紹介させていただきたいと思います。

三島さんは、現在、医療法人社団清新会 東府中病院看護部にご所属になっておられます。長い間、国立国際医療研究センターの国際母子タスクフォースという取り組みの中で、箕浦先生方、医師の方と助産師という立場でご尽力なさっております。特に、病院助産師と地域開業助産師の顔の見える連携についてのシステムづくりにご尽力なさっております。

このタスクフォースの関連で、オランダの視察にいらっしゃったご報告をこれからしていただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

#### 【オランダの視察から】

医療法人社団 東府中病院  
看護部 助産師 三島 典子

みなさんこんにちは、三島と申します。

オランダに視察で学んだこと、感じたことを話させていただきます。

オランダは、海拔ゼロメートル以下の地域が国土の 4 分の 1 あり、人口は約 1500 万人、日本の九州くらいの大きさです。大きな大学病院が 8 箇所と約 90 の総合病院があります。ただ今後総合病院を 50 くらいに減らす統廃合が始まるとのことでした。

今回のオランダ視察は、病院と地域の連携、子どもを産み育てる方たちにとっての安全と安心の実態と継続的なケアがどのように取り組まれているかを学ぶためでした。同様の趣旨でボストンの視察を終えた後の訪問でした。(スライド d-2)

国立国際医療センターの立場から地域の助産師と病院の連携を考える時、システムを整えるだけでなく信頼関係が大切にされなければなりません。またどのような医療サービスで地域と連携できるのか、連携していく自分たちが地域からどのように学んでいけばいいのかなど考えていました。当時私たちは、地域との連携の条件についてのガイドラインを少しずつ構築していくところでした。その中で顔の見える信頼関係を大切にしながら、

地域からの搬送例の症例検討を行っていました。た。試行錯誤しながらの試みでしたが、そのような連携を考える上で参考になる取り組みをオランダから学びたいと思い、期待しながら視察に行きました。(スライド d-3・4)

先ほど先生からも紹介がありました、オランダは歴史的に、もともと家庭で分娩するのが普通というお国柄です。女性は、10代で妊娠する方が少ない、不必要な薬を飲まない、お産を自然なプロセスとしてとらえるなど、小さいころから家庭や学校でそのような教育を受けているようです。

また妊婦さんの意思が非常に尊重されていて、妊婦さんとご家族が、診察者・分娩場所・介助者を自由に選択できます。女性は妊娠すると85%くらいの方が助産師の経営する Practice を訪れ、スクリーニングされて30~35%が自宅で助産師の分娩介助で出産されます。(スライド d-5)

正常異常を判断する産科指針は、A・B・C・D ランクに分けられ130以上の項目から成り立ちます。(産科指針は小児科医、産科医、助産師などの話し合いのもとで3年ごとに改正され、すべての助産師と産科医師に配布されるとのことでした。)その指針をもとに助産師は的確に判断し、早めに病院に搬送します。自宅から病院までの搬送時間は、30分以内が原則であるとのことでした。ただ、今後病院の数が減ってくることが心配されていました。(分娩中に異常が発見された場合はすぐに病院に搬送され医師の管理下で出産されます。また家庭で産む環境が

整わない場合や出産場所を病院でと希望がした場合のために、病院の中に医師が関わらない分娩室が用意されていました。)現在正常だと判断していてもDランクでは病院に搬送する可能性が高くなり、判断の時期や状態によって助産師の責任が問われます。オランダでは助産師は専門職として地位は高く、医師や歯科医師と同等の扱いですが、それだけに重大な責任を問われますので大変厳しい職業だと思います。(スライド d-7)

自宅から分娩中に病院に搬送された症例については、病院の産科医、助産師と地域の助産師との定期ミーティングが月に1回行われていました。その中で助産師は正常分娩の専門家と認識されて、医師とも対等の議論に参加しています。

助産師の教育は、4年過程、ダイレクトコースです。オランダ全国で学校は3校、1学年全部で480人だそうです。このデータは2001年のものですが、これでは助産師の数が足りないということで、各校1学年あたり180人から240人にまで増やす計画が作られていました。今はもっと多くの学生が在籍しているのではないのでしょうか。

助産師学校の教育目標は、卒業後すぐに自立・独立した助産業務を遂行できる助産師を育てることでした。視察時に私たちが案内してくださった助産師さんは independent という言葉をよく使っていました。その時大事な意味のあることだと思い、助産師教育の中で独立して助産業務を遂行できる力を得ることへの誇りを持ちながら育ってきた方たちの意識の高さに感動しました。(スライド d-8)

履修する臨床経験の内容は、分娩介助 40 件以上、妊婦の初診 60 件以上、妊婦健診 640 件以上、会陰切開と縫合 5 件以上、出産直後の新生児健診 100 件以上、産後の家庭訪問 180 回、産後 6 週目の健診 40 件以上です。24 時間サービスホームでの実習は 7 週間ですが、その詳しい内容はつかめていません。(スライド d-9)

オランダでは約 2,000 人の助産師が働いていますが、その 85%は開業助産師です。2006 年の統計では、開業助産師が 1,830 人、病院勤務が 316 人で、残りは教育者だそうです。Practice は開業助産所ですが、オランダでは(自宅でお産するため) パースセンターはありません。

Practice では 3~4 人の場合から 12 人もの大所帯のところもあるようです。おおむね 5 人の practice で、24 時間シフト勤務で運営するため、かなりハードな仕事だと感じました。Practice は全国に 451 箇所あり、首都のアムステルダムには 21 箇所でした。産前産後の経過まで maternity care を行っています。(スライド d-10)

家庭医の経営する診療所に通っていた妊婦が病院で出産して退院された場合も、担当していた助産師が 1 週間目に産褥新生児訪問を行います。同様に practice でも途中から病院に引き継いだ場合、自宅に戻ってからは、最初にケアした助産師が引き継ぐことになります。この写真は日本でも見慣れている光景ですね。(スライド d-11)

産前産後のケアについてですが、産前は 12 回~13 回、産後は 8 日目まで毎日、さらに産後 6 週目の健診を行います。出

産前教育のヨガやエクササイズなどの教室は Practice の助産師ではなく、ホームケア協会が行っています。

自宅分娩を行う際、お産と一緒に介助する看護師や、産褥訪問の看護師がいます。また、maternity assistant という職業があり(今回の訪問では看護師ではなく「maternity assistant」と表現されていました)、文献によれば産褥訪問看護師も maternity assistant も食事の準備や子どもの世話まで、女性のそばで産後のケアと一緒に手伝いとて頼りにされています。(スライド d-12)

また、オランダは家族を大事にする国で、夫の家事分担も妻とフィフティ・フィフティ、関係も対等です。夫も仕事によってはそうはできない場合もあると思いますが、産後の女性は大変大事にされているということでした。シングルマザーの場合も、子どもが 5 歳になるまでは支援のための福祉が発達していて、困ることは少ないといわれていました。

今回私達を案内してくれた助産師の方の例ですが、彼女は長い間地域で助産師をしてこられました。オランダも人口が増え、都市に人口が集中してきて大変ハードな助産業務が続きました。報酬は日本に比べると安く(お産 1 回につき 1 万円程度との情報もある)、家計のために数をこなさなければならず、ずいぶん長くがんばってこられたのですが、今は結婚や子育てとの両立のため病院の勤務助産師をされています。

彼女のコーディネーターで病院を訪問した時、ドクター、病棟、外来、コメディカルスタッフたちと、「ハーイ」という感



じでお互いに挨拶を交わし本当に仲がよいのです。また Practice や診療所への訪問もコーディネートしていただきましたが、地域の方々との関係も親密で、病院と地域の助産師のつながりが深いことを感じました。(スライド d・13)

今回の訪問で私が感じたことは、助産師は責任を持って自立した業務を行う。また責任を持って一人一人の方に思いやりをこめた業務が実行できるということです。またコーディネートする力を持ち、周囲とコラボレーションができることが大事だと改めて感じました。本当に短い滞在でしたので、理解が足りないところもあると思いますが、オランダの助産師の方々に接してそのような思いを強くしました。お聞きいただきありがとうございました。

○司会 三島さん、ありがとうございました。

オランダの母子保健と、そこでの助産師の役割と実践、教育、そして実際の助産師の活動についてご紹介いただきました。

#### 【質疑・応答】

○司会 今日は、だいたい5割が助産師の卵、助産師学生さんと、そして病院や地域で働く助産師の皆さんが4割です。1割が看護系、あるいは助産、あるいは社会学の教員という方にお集まりいただいております。

最初にご質問を受けたいと思いますが、いかがでしょうか。挙手をお願いいたします。そして、できましたらご所属をお

願いたします。どなたかご質問のある方はいらっしゃいますでしょうか。

はい、願いたします。

○会場1 天使大学大学院、助産研究科の大石といいます。今日はどうもありがとうございました。

箕浦先生たちのご視察をなさったポストンで助産師になったものですから、バースセンターがアメリカだということを書いていらっしゃる先生がいらっしゃるということで、ちょっとショックだったので、すみませんが、そのことについて質問をさせていただきたいと思います。

アメリカのバースセンターは、数が決して多くはありませんが、どのバースセンターも、先生が見せてくださったケンブリッジのバースセンターのように、とてもきれいなバースセンターです。

全米バースセンター・アソシエーション (American Association of Birth Centers) というホームページがありますので、ぜひ見ていただきたいのですが、そこにやはり、バースセンターでやったほうがお産は安全だということが書いてあります。ハーバードの先生がおっしゃったように、医師は医者がやったほうが安全だと言うし、助産師は助産師がやったほうが安全だと言うしというようなバトルが、やはりアメリカでもあります。

私たちは、いま日本で院内の助産院を一生懸命つくろうとしているわけですが、なかなかそれが、医師の皆さんとの関係でうまくいかないというような

ことも聞いています。シンポジストの先生方から、どこかという意味で、そういうことがうまくいっているというようなことで、参考になる意見があったらお聞かせ願いたいというのが一点です。

もう一つは、アメリカでもそうですけれども、助産師をよみがえらせたのは女性の力というところがあります。それは加納先生もおっしゃっていたように、ニュージーランドでも、助産師を盛り上げたのは女性の力と聞いております。ですから、イギリスやオランダなどほかの国で、女性に対する情報提供や、そういう女性をエンパワーメント(empowerment)するようなことが、どのように行われているのか、何か分かりましたら教えていただければと思います。

○司会 大石先生、ありがとうございます。

ただいまのご質問に対して、それぞれの先生方から、ひとことずつコメントをいただければと思います。まずは日方さんから、よろしく願いいたします。

○日方 助産をやるために女性の力、あとはどのように情報を渡して、女の人たちがエンパワーするかということですが、日本ではどのくらいなのか分かりませんが、妊婦さんの責任ということがイギリスでは言われております。責任という言葉は使わないけれども、情報をこちらから渡して、情報をすべて自分で消化したうえで、何をしたいか、どんなケアをするか、どうしたいかというのは、最終的には女の人々の決定権です。

ですから、もし自宅出産したいという女の人たちが来た場合、もちろんリスクの低い人たちはいいけれども、前回帝王切開しました、でもそのケアが不満で嫌で、あんな思いはしたくない、私は今度は自宅出産しますということもあります。そのような要望が来たときに、助産師・医師としては断れません。私はうちにいますと言ったら、それは彼女がどれだけ情報を消化しているか、分かっているか、リスクを取ったうえで彼女の決定だったら、それを尊重し、サポートするのが助産師の役割、ということです。答えになっていますか。

そういうことで、情報を渡す、あちらが決めるということが強くなっていると思います。でもそれは建前であって、英語が理解できる人に限られているし、こちらがどんな情報を渡すかによっても全部変わってきますから、助産師・医師の人から見ても毅然としないことはあります。

○加納 直接的なお答えになるかどうか分からないのですが、ニュージーランドの最後にお見せした、『Save the midwife』の本の中にいろいろ面白いことが書いてありました。少し古い話ですが、いま例えば3時間授乳という、乳児を3時間おきに起こして、必ずミルクを飲ませろという人はいないと思います。赤ちゃんが自然に起きれば別ですけども。

1950年代、小児科医からのガイドラインの中に、赤ちゃんは消化時間が3時間なので必ず起きるように、目覚まし時計

をかけてでも、お母さんたちは寝たままにならないようにということが書いてありました。当時の訪問看護師は、ほとんどの看護師が育児の経験があり、それはとてもつらいことだと分かっていました。しかし、それを一生懸命守るために、泣く泣く厳しく言っていたというのがありました。

ですので、女性とともにという一つは、女性が自分で妊娠・出産・育児をする中で、体験して、これは大丈夫だとか、これはちょっと気を付けたほうがいいのか、そういう経験をいかに今度は、同時に科学的にといいますか。エビデンスも、つくる人によってエビデンスは変わってくる、どういう視点でつくるかによっても変わってきますので、そういう女性の実際の経験値をいかにまた科学につなげて、両者でつくっていくということが大事になってくるのかなと思います。

そのときに、たぶん医師も助産師もないかもしれないけれども、これまでに助産師が継承されてきた中に、女性の声を聞くとかそういうことで、もしかしてその当時に、いま私たちは笑ってしまうかもしれないけれど、「もう、それが一番いいんです」と言われてしまうと、そういうものかと思って従ってしまう、権威に従ってしまう。

けれども、女性たちは3時間おきに起きていたら、いつ私たちの疲れは取れるんだということになるかもしれないので、そういう意味で人から言われるだけではなくて、一緒に身体に即したものをつくっていく。それがたぶん女性たちの共感も得るだろうし、医師・助産師、両方

とも、そういう声を聞きながら同時につくっていくのが大事になってくるのかなと思います。ニュージーランドの経緯を見ていると、そうしたことが少し見えてくるかなと思っています。

○箕浦 アメリカに留学していたときは、動物実験のみで全然臨床はやっていなかったものですから、よくわかりませんでした。ボストンでのバトルと同じように、うちの医局の若い先生たちや中堅を見ていると、すぐバトルというか、助産師と対立関係になってしまいますね。これは基本的に、先ほどオランダのドクターはみんな、妊娠・出産はphysiologicalな現象であるということ言うのですが、やはり日本の医者は違うのかという感じがします。病気だと見ているわけですね。

助産師と産科医は、本来、役割が違います。つまり、何か異常が生じたら産科医がすべてイニシアチブを取ってやるしかない状況になるわけですから。本来役割が違うので、その辺をよく分かったうえで、お互いの役割をきちんと理解して、お互いに尊重する、そういうことから本当の意味でのパートナーシップができるのではないかと、僕は前からいつも考えて、いろいろな本に書いたりしています。

三島 本当に医師も助産師も一人一人みんな個性が違うので難しいなと思います。一定の人間関係でも、一人抜けたり、一人に何かがあったりすると関係が変わってしまうので難しいです。

オランダの女性は、ある文献によると個が確立している国でもあり、母親が自

分の妊娠・出産・子育てに自信を失うことが少ないと書かれていて、日本のように周囲から色々言われることで混乱することは考えにくいようです。オランダの開業助産師さんが紹介してくれたことですが、そこから考えてみました。

日本はいい子になりたい人がたくさんいますし、自分は少し違うのかなと思うと自信を失くすこともあります。おっぱいについて言えば、周りがみんな飲ませているのに、自分の赤ちゃんはなかなか吸いつかず、赤ちゃんがかんしゃくを起こして泣いている、ああもう私はだめだとなってしまう方がいます。

そのような場合、日本では助産師が近くにいて、うまく支援することが可能です。そのケアによって赤ちゃんが吸いつくと、お母さんは見違えるように明るく自信に満ち溢れてくるということがよくあります。そのようなお母さんを見ていると私たちもうれしくなり力が湧いてきます。私たちはそういうケアをすべきですし、お母さんたちにそういう知識などいろいろなものをあげたいと思います。

また、お母さんたちが自分の気持ちを話せるようにするためには、医療者間でもめていたり、少し威圧的な助産師、オブザーバーであったりではいけないと思います。産婦さんや家族もそのような関係を見えています。

ある先生が助産雑誌に書かれていましたが、医師と助産師の間で威圧的な関係があると、やはり助産師も妊産婦に対して威圧的にならざるを得ないことがあると言われました。助産師も人間ですし、一生かけて成長し助産師になっていきま

す。実際はなかなか難しいですが、医療者間でもお互いを知り、良い関係を作っていきたいと思います。そのためには医師にも変わってほしいし、助産師も変わらなければいけないと思います。大人の関係が作れて良いケアができたらいいなと思います。

○司会 ありがとうございます。

大石先生、追加で何かコメントがあれば、よろしく願いいたします。

○会場1 時間がないのでどうぞ。ありがとうございます。

○司会 ありがとうございます。ほかにご質問がある方は、どうぞ挙手を願います。はい、願います。

○会場2 貴重な講演をありがとうございました。

社会学の教員で、日本学術振興会特別研究員の白井千晶と申します。

助産師さんの経済的なことについておうかがいしたいと思います。私は社会学の立場で、日本の助産師さんの地域で活動する方の悉皆調査をして、いままとめているところですが、病院でフルタイムで働く以外の助産師さんの働き方を考えた場合に、日本のシステムでは非常にケアの自立性が難しい一方で、経済的自立性が非常に難しい。例えば、新生児訪問、保健センターのパート、いろいろありますけれども、経済的に身を立てていくことが難しいのが、日本の助産師さんの働きにくさの一つの理由かと思います。