

先生方がご報告くださったイギリス、ニュージーランド、オランダで、いろいろな言葉が出てきました。例えば、community midwife、病院から自宅出産に派遣される、いろいろなスタイルがあつて、いろいろなお給料の出どころがあると思いますけれども、簡単に助産師の経済的な保証や、どこからどういふお金が出ているのかということをお話だけだとありがたいです。よろしくお願ひします。

○司会 はい、お願ひいたします。

○日方 先ほども申し上げたように、イギリスでは大多数の助産師がNHS勤務になります。地域で働く人もいれば、病院で働く人もいれば、バースで働く人もいれば、全部カバーしている人もいます。その人たちのお給料は、もちろんNHSから出ています。

independent の人たち、開業助産師は118人、この人たちは個人的な契約、助産師と妊婦さんの契約で成り立っています。だいたいの人たちが、1回の訪問に幾らとチャージするのではなく、最初から最後までケアで幾らと。いまのお産ですと55万円、いろいろ変更されるかもしれませんが、そのようにしていると思います。飛び込みのような感じで、出産のときだけお願ひしますという人もいらっしゃるのですが、それは少数だと思います。最初から最後まで。ですから、その人が1年間に、どのくらいの人数をやるだけの余裕があるかによると思います。midwife の友人に聞いたところ、経済

的に不況だった1998年、1999年はかなり大変だったらしいけれども、いまは振り返して、大丈夫と言っていました。

○加納 ニュージーランドの場合は、助産師が行うことは地域でも病院でも、価値としてはどこに行っても一緒ということで統一されていまして、助産師プロバイダー機構というものがあります。いま正確でなくてすみません。一人の人が妊娠から産褥まで2,300ドルと決まっています。それは、ご本人が払うわけではなく国が払うわけです。助産師にはプロバイダー機構から、地域、病院、それぞれに支払われるようになっているようです。詳しくは助産学会誌に、カレンさんたちが書かれているので見ていただきたいと思います。カレンさんたちのお話では、ニュージーランドの平均としては、お給料はいいということをお話しています。

三島 あまり詳しい知識はありませんが、一出産について1,350ギルダーと2001年の資料にはあります。このころはお産をたくさん扱わないと経済的に苦しかったようですが、あまりの忙しさにそれを訴えることもできなかったようです。

現在助産師協会には約90%の方が加入されていて、国から地位の高さも認められ、協会専任の方々が働いているので、地位も給与の面もだんだん上がってきているのではないかと思います。支払いは国あるいは保険会社から出るようです。給与は医師と比べて4分の3程度と書かれているのでかなり良いと思われれますが、労働時間は大変長いとも聞い

ています。

○司会 白井先生、よろしいでしょうか。

時間があと5分くらいありますが、われこそはという方、いらっしゃいますでしょうか。挙手をお願いいたします。ございませんか。

それでは、お考えいただいている間に、情報提供を一つしたいと思います。

先週でしたか青山学院大学で、「外国人看護師、今後の展望」ということで、ヘルスケア・ソリューション研究、医療コミュニケーションプロジェクト・シンポジウムがありました。そこで外国人看護師が、業態がどのようになるのかということが議論されたのですけれども、その中で興味深いことが一つありました。

現在、他国から看護師として日本に入ってきている方が、199名いらっしゃるそうです。その人たちは、国家試験を受けて看護師になりますが、そのあとの目標が、またゴールを設定して次の課題に取り組むのですが、その一つに、「助産になりたい」という方が出てきています。

昨年10月7日の読売新聞の夕刊に出ましたが、そのようにして入ってきている方で、ベトナムの看護師さんが助産になりたいと言っていたのですが、他国から日本に入ってきている方の場合、在留期間が7年と決まっているので、なりたいたいけれども、助産師学校にも行きたいけれども、あきらめて帰らなければいけないという実情があったそうです。

そのときマスコミは、日本看護協会の外国人看護師の問題を担当している理事

にコメントを求めたりしましたが、この問題はおそらく、政策の方向性としては、そのような人たちを入れていこうということに動いてきています。

今年の8月でしたか、外国人の看護師になりたいという方のために、国家試験の問題の出し方が、疾患名に英語表記がされたり、難しい難解な漢字に振り仮名が振られたりという方向になってきています。

そのような問題がありますので、私はそれを聞いていて思ったのは、おそらく5年以内、確実に10年以内には、外国人で日本に入ってきて助産師になりたいと言った人のために、実践をどのように考えるか、それから助産師教育の問題をどのようにしていくのか。それはそのまま国家試験の問題になったりということ、助産師一人一人がそういった問題をどう考えるのか。それから職能団体として、それらをどのように対応していくのかという、意見や方針を求められる時代が来ると思います。

そういった中で、日本の助産力を高めるために、私たちがどのように実践を高め、そして教育で強い助産師を育て、そしてマスコミを活用して、社会に助産の素晴らしさを伝えていくことを本気で考えないといけない時代がもう来るのかなと。助産の概念が、助産を取り巻く周辺の事情から少し変わっていくのかなということを感じました。

ですから、今日は6割の方が助産師学生さんということで、これから助産をつくっていく人たちですので、先ほど加納先生もおっしゃっていましたが、

10年先、20年先にまたここに集って、そのようなことを議論し合えるといいですねと私も思っております。

どうでしょうか、ご質問はありませんか。よろしく願いいたします。

○会場3 首都大学博士課程の伊ワオ(?)と申します。

いま木村先生がインフォメーションしてくださった内容に関連していますけれども、現在、助産学部におきまして、日本は正常分娩10例ということですが、講師の先生方にご紹介いただきました国々におきましては、正常分娩が40件以上ですとか、妊婦健診についても100件以上ですとか、徹底した専門職の職業訓練をして、ライセンスを取ったときは完全に自立した一人の助産師がいるということでした。

日本はいま少子化であり、分娩件数を10例とるということでも厳しい現状があります。臨床の現場では、半年経過しても、夜勤もできない助産師が増えているという現場の問題もあり、日本の現状についての、今後のご示唆をいただければありがたいと思います。

○司会 はい、ありがとうございます。

では、ただいまのご質問に対しましては、加納先生からコメントをいただければと思います。

○加納 何かとても難しい問題で。いま教育学の人たちの中で「反省的实践」、そういうタイトルの本も出ておりますけれども、ニュージーランドのところにもあ

りましたが見習い制度を取り入れる。日本で言えば、徒弟制度。昔からの技術者が、どのように有能な技術者を育てるかという知恵があるわけです。科学的な知識体験もどんどんしていますけれども、そういうものをどのようにして融合させたら、より素晴らしい実践家が生まれるか、そういうことに取り組んでいる人たちがおります。

ですから、数だけでもないかもしれないけれども、経験だけでもないかもしれないけれども、やはり順序立てて人は学んでいくのだらうと。こちらの演繹(えんえき)的な方法ではなくて、こうあるべきではなく、実際に学生はどのようにして育つのだらう、人はどのように学習して習得しているのだらうという、そういう機能的な研究の成果を見ながらつくり上げていくのが大事なかなと思います。ですから、教育の時間も大事ですし、時間だけあればいいという問題ではなくて、そのプロセスをどう現場と戻りつつしていったらいいか。

3月の助産学会のときに、アメリカの社会学者のバーバラ・カツツ・ロスマンさんに来ていただいてお話をいただいたのですが、彼女はいろいろ職人を調べていましたら、一つの職業人として一人前になっていくのに2万時間必要だということをおっしゃっていました。助産師だけではなく、ほかの職業人がどのように育っていくかも現状を見ながら、どうしていったらいいかというのも必要かなと思います。お答えになっているでしょうか。

もう一つ、ここで宣伝させていただけ

たらと思いますけれども。

日本助産学会で、たぶん3月の後半になるかなと計画していますが、ニュージーランドツアーを、実践の研修ツアーをしようという企画を練っておりますので、もしインフォメーションが出て、行きたいなと思う方がいたら、ぜひおいでください。以上です。

○司会 ありがとうございます。

ほかにはありませんか。お願いいたします。

○会場4 東京で介護助産師をしております宗と申します。個人的には、松が丘助産院を中野区でやっております、東京都助産師会の副会長をさせていただいております。

今日は、大変貴重なご講義を聞かせていただいてありがとうございました。私としては、ひとこと質問というよりは、皆さんに、ぜひもう一度再考していただきたいということですが。

日本には、開業権を持った助産師がいて、助産所というのがあります。そこは助産師だけが、手つかずの自然出産をしています。いろいろな問題もあると思いますが、現実的には約9割が問題なく生まれています。もちろん、途中で転院してもらうこともあるし、分娩中に搬送になって、いま来ていただいている箕浦先生、三島さんに大変お世話になることもあります。9割の自然出産を助産師だけで扱っています。

本当に薬も使わずに、緊急のときだけは薬を使えますが、子宮収縮剤を使うの

は、この間出したら2割ぐらいでした。私のところは、逆に言うと少し薬を使うほうかもしれません。とにかく出血は止めたいというので、出血のときだけは薬を即座に使うことにしています。けれども、9割の中の2割しか使っていないということで、手つかずのお産が残っている場所で、かつ大量助産ができるという、非常に優れたシステムを日本は持っています。

確かに勤務は大変です。私は365日、一応拘束です。夜勤の子がいますが、その人たちがする前は、始めたときは3年間、一步も外に出ず365日拘束された仕事で、でもそれも楽しい仕事でした。そうして3年間ずっとやっていると、いま先生がおっしゃった2万時間ぐらいになると思います。いまは何とか働いてくれる子たちが、ベテランの子たちが来てくれるので、たぶん病院で先生に頼っているよりは自分たちで判断しなければいけないので、独立した判断ができる助産師がそろっているのではないかなと私は思っています。

もちろん大変な場合もあります。それは数字的に言って、どうしても何件か扱うと、何パーセントかは危険なことはあると思います。そのときに、病院のシステムがきちんとコラボできれば、助産院というものがやっているとありますが、この何年間かで、医療改正が目まぐるしく起こっています。「医療法第19条」は、もちろん連携医療機関はあったほうがいいですけれども、連携医療機関を助産院側が指定しなければいけません。それは難しいです。

それは国が、例えばオランダとか、ほかの国もそうだと思いますけれども、国が何か起こったときはきちんと受け取ってくれるという、国が責任を持ってくだされば、もっと助産院もやりやすいと思いますが、まったく個人責任になってしまうので、やはり助産院は危ないと思っています。いらっしゃる方が、先生たちはあると思います。

ですけれども、約9割を本当に安心して、医療的な措置をしないで産んでもらっている場所があるということ、日本のシステムはすごく優れている、それを支えるような制度をつくっていかねばいけないのではないかと感じます。

海外よりも、はっきり言って日本の助産所は、助産師もきちんと自分で開業すれば、経済的にも手にできる仕事です。そこが病院で産んでも助産院で産んでも、病院よりは少し安いですが、いまの状況ですと、直接患者さんが私たちに払ってくださるというシステムになっています。

どこからお金をもらうのではなく、患者さんが同じ保険の中で、出産育児一時金は同じように出ますので、イギリスのように本当にプライベートで、無料なのか、55万円なのかという選択ではなく、病院は60万円だけれど、助産院なら45万円ですといった同じようなかたちで選べるので、高いか安いではなくて、自然なお産をしたいという方がみえています。そういう場所が日本にある。だから、そこがもっとやりやすければ、助産師教育も本当に正常なお産をもっと見られると思います。

助産所が少なくなっていると思いますけれども、助産師さんの学生の実習が、ずっと1年とおして入るようになってしまいました。私たちの責任は、もちろん果たさなければいけないのですが、もう少し助産所が開業しやすかったら、いいサポートがきちんとあれば、いま若い人たちが、さらに自然のお産をやっていこうという人たちが増えるのではないかと思います。日本には素晴らしいシステムが実はあるのだということを、皆さんにもう一度、再確認していただきたいのです。

日本の助産師は、会陰切開、会陰縫合、ここにはできるようになるようにということが出ていましたが、会陰縫合などのそういう教育はないので、本当に医療的な措置は、極力できないんです。できないというか、しない。でもお産なので、徹底した自己管理を患者さんにしてもらうような妊娠中からのケアと一貫した関係性を持っているので、それはとてもいいモデルではないかと思います。ですから、日本のいまの助産所の経営をやりやすいように、またシステムをよりよくできるような、政治的な制度を応援していただきたいと切に感じています。

毎年、いろいろなことが変わります。もしかしたら、保険制度に組み込まれたら正常なお産はすごく安くなるかもしれないので、実は私たちはいま危機に立たされていて、助産所が存続できるかどうかという、保険制度に組み込まれるかどうかというところでも岐路に立っています。その辺をご理解いただいて、学生さんたちにも自然なお産をぜひ見ていただ

きたいと思います。すみません、ちょっといろいろ言いましたけれども。

○司会 宗先生、ありがとうございました。

ここは6割の方が学生さんということで、いま言っていたことを心にとどめていただいて、政策に対するアフターとしての助産師の活動、機能をどのように整理しながら進んでいくかということ、たぶん言うてくださったと思います。

一つは、助産の実践によって助産力を社会にアピールしていくことであり、またそのための強い助産師を育てることであり、また職能団体として誓願・陳情を続けていくということであったり、ジャーナリズムをうまく活用していくということであったり。あるいは、こういった研究によって、調査研究の結果を社会に還元していくシンクタンクとしての役割もとれるのではないかと思います。そういった機能を、今日は心にとどめて帰っていただきたいと思います。

それでは、時間がだいぶ過ぎてしまいましたので、研究代表者の鈴木からごあいさつをさせていただいて、そして終了とさせていただきます。

【閉会のあいさつ】

皆さま、長時間の学習会お疲れさまでした。たつぷりと時間を使い、各国の助産師活動についてご報告をいただきまし

た。シンポジストの先生方、本当にありがとうございました。また、フロアから4人の先生方から報告を受け止めて、さらに深める方向でご意見を下さいました。ありがとうございました。司会進行の木村先生、進行を最後まで首尾よく勤めてくださり、ありがとうございました。

私ども研究班は、今日、講義をいただき皆さまと一緒にんだ内容や、討議で深めた中から、いくつかのキーワードが見えてきました。それらをさらに資料を閲覧し検討しながら、3年後に日本の「助産力」を高めるための政策的な提言につながるような調査研究を展開し、結果を導き出す努力をしたいと存じます。

大変お疲れまでした。これで終わりにさせていただきます。

(終了)

以下は、シンポジウムの資料として、シンポジスト発表スライドとその挿入記号-番号を記したもの。

公開シンポジウム
 正常分娩を担う“助産力”を発揮する助産活動
 ～ イギリス・ニュージーランド・オランダの地域活動から考える ～

シンポジスト

- 英国の助産活動： 日方 圭子 助産師
 (ロンドン・ウイグモア病院 N.H.S. トラスト、自宅出産チーム)
- ニュージーランドの助産活動： 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)
- オランダの周産期地域活動： 箕浦 茂樹 医師
 (独立行政法人国立国際医療研究センター中央検査部長・産婦人科長)
- 三島 典子 助産師
 (元国立国際医療センター)



平成22年度 厚生科学研究費補助 首都大学東京「助産力」研究班 2010/10/2

<公開シンポジウム開催を宣伝するポスター>

イギリスの助産活動

日方圭子 助産師

イギリスの助産活動

1. 助産師教育制度と免許制度

2. 産科医療の構造：

NHS(国営医療サービス)の特徴

3. 助産師業務範囲。医師との役割分担

4. 分娩様式分類

5. 出産文化の特徴。最近の流れ

6. 平常分娩を担う助産力

2

スライド a-2

1. 助産師教育の特徴

◆ 地域のメンター/病院のメンター

◆ 大学/実習先での随時評価

レポート/エッセー、筆記/口頭/実技試験

◆ 助産師国家試験なし

◆ エビデンスに基づいた実践

◆ 常に変化のある助産業務に対応する、知識と技術のアップデート

◆ 自主的に学ぶ姿勢。生涯学習の姿勢

4

スライド a-3

1. 助産師教育制度

A. 18ヶ月コース:

看護師対象。学位

B. ダイレクト・エントリー:

看護師資格なし。学位。3年以上。

実践実習(NHS病院、地域): 5割以上

理論(大学): 4割以上

- NMGの教育基準。

- 授業料無料。収入に応じて、NHSから奨学金

www.nmc-org.uk

3

スライド a-4



5

スライド a-5

助産師学生の実習／実践内容 (欧州連合ダイレクティブ89/594/EEC)

- ◆ 妊婦検診 100以上
- ◆ 正常分娩直接の介助 40以上
- ◆ 褥婦と新生児のケアと検診 100以上
- ◆ 高リスクの妊婦/分娩時/褥婦のケア 40以上
- ◆ NICUでの管理とケア
- ◆ 産婦人科系疾患を伴った女性のケア
- ◆ 率先して骨盤位出産の介助に参加する
- ◆ 会陰切開と縫合
- ◆ 内科、外科分野の理論と実践

6

スライド a-6

2. 産科医療構造：NHSの特徴

1948年～ NHS(国営医療サービス)
全ての人に平等で無料の医療を提供

- ◆ 4地域(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)別運営
- ◆ 職員数 170万人(世界で4番の団体)
- ◆ 産科:NHS予算の2%
- ◆ 年間出産数約83万人

8

スライド a-7

1. 助産師免許制度

◆NMC(看護助産評議会):

助産教育制度、大学認定、助産規則/基準
資格授与、資格者登録

◆助産免許登録の更新:

スーパーバイザーとの面接: 毎年

助産実践: 450時間以上/3年毎

研修参加: 35時間以上/3年毎

www.nmc-uk.org

7

スライド a-8

2. 産科医療の構造: NHS/私立/開業

◆病院=NHS総合病院産科

地域のネットワーク(搬送、紹介)

産科チーム: 助産師/産科医/小児科医/麻酔医等

出産数4,000~/病院

NHS助産師=31,000人

◆私立産科病院/NHS内私立産科病棟

≡有料/少数派

◆開業助産師=有料/少数派/↑自宅分娩

開業助産師=118人

9

スライド a-9

3. 助産師業務

	病院/パースセンター での活動	地域での活動
妊婦 健診	病院内助産師外来	地域のクリニック (GP、チルドレンズセンター) 自宅
出産	分娩室 パースセンター	自宅
入院中	パースセンター 産じよく室	
退院後		自宅 地域のクリニック

10

スライド a-10

3. 助産師業務

- ◆ 妊産婦さんとその家族のケア
(体だけではなく、社会的精神的ケアも)
- ◆ 正常な妊娠～産褥期を送れるようサポート
- ◆ Lead Professional、ケア・コーディネーター
- ◆ リスク・アセスメント
- ◆ 検査のオーダーと結果の解釈
- ◆ 診断、方針、入退院、紹介、搬送の決定
- ◆ 正常産の介助、緊急時の対応
- ◆ 処方権=Midwives exemptions (鉄剤、子宮収縮剤、局所麻酔、ビタミンKなどに限られたもの)

11

スライド a-11



12

スライド a-12



13

スライド a-13



14

スライド a-14



15

スライド a-15



16

スライド a-16

3. 助産師業務範囲 医師との役割分担

助産師 = 正常の専門家 (地域/病院/ハースセンター)

医師 = 異常の専門家 (病院)

妊娠～産褥：平常である限り助産師のみが担当
(Lead Professional)

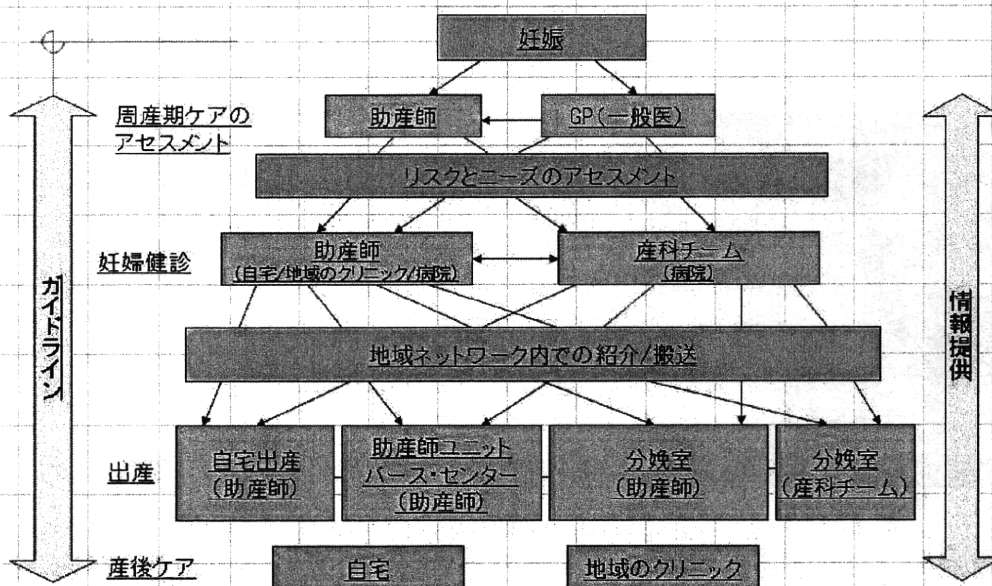
高リスクと判断されたら→医師の外来のアポを取る
→助産師と医師共同のケア

低リスクと再度判断されたら→助産師のケアに戻る

17

スライド a-17

周産期ケアの流れ (Maternity Matters 2007)



18

スライド a-18

4. 分娩様式分類: 歴史的背景

1920年代	病院より安全な「マタニティ・ホーム」でのお産が主
1948年	NHS(国営医療サービス)発足 自治体が地域助産師を雇用
1950年代	自宅出産30% ↑GP(一般医)が産科に関わる、↑GPユニットでのお産
1970年	政府レポート「病院でのお産がより安全」 助産業務の縮小=自宅出産希望者のみ
1974年	NHS病院が助産師を雇用
1980年代	↑GPユニット閉鎖。自宅出産1% 病院でのお産97%
1993年	「Changing Childbirth」 女性中心、選択/コントロール/継続したケア
2003年	「Every Child Matters」Sure Start/Children's Centres
2004-2007年	「National Service Framework」 「Maternity Matters」 選択/アクセス/継続したケア 自宅出産2.5% パースセンター3%

www.infochoice.org, Edwin Jed (2008) *Community Midwifery Practice* Blackwell

19

スライド a-19

4. 分娩様式分類 2008-2009年度

◆帝王切開	24.6%
◆カンシ/吸引	12.2%
◆誘発	20.1%
◆硬膜外/スパイナル/GA	36.5%
◆会陰切開(正常産の内)	8.3%

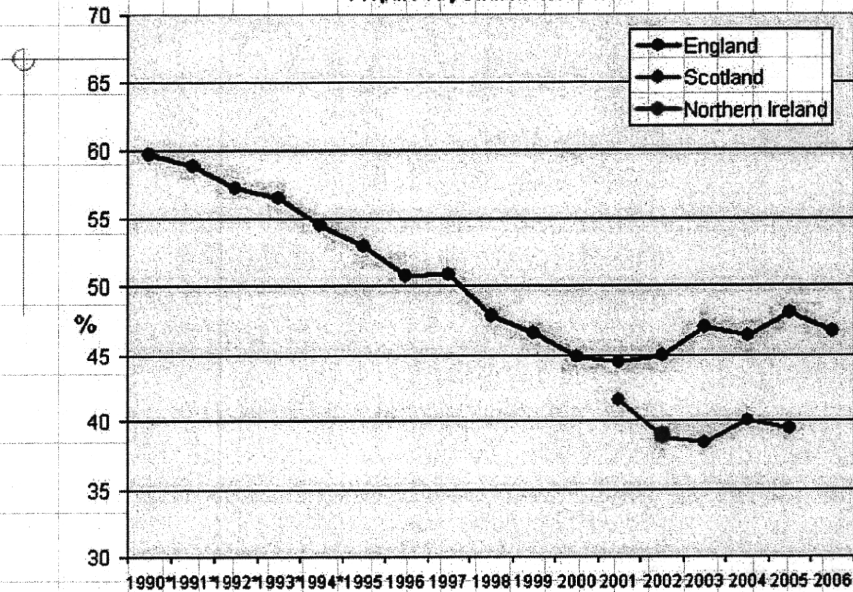
Hospital Episode Statistics HESonline.nhs.uk

20

スライド a-20

Normal Birth Rates, 1990-2006

Prepared by BirthChoiceUK.com



* Estimated from similar data

21

スライド a-21

4. 分娩様式分類

◆ 誘発、無痛分娩を含まない正常分娩

1991-92年度 56%

2001-02年度 45%

◆ 分娩:助産師介助

1989-90年度 76%

2001-02年度 65%

22

スライド a-22

4. 分娩様式分類

◆骨盤位分娩(正常分娩の内)

1980年代 2.5%

2005-6年度 0.4%

◆VBAC 33% (地域により6~64%)

www.infochoice.org

23

スライド a-23

5. 民族、出産風俗、出産文化の特徴

多民族、多様な社会的背景

◆例: 外国で生まれた女性の英国での出産比率

1969年 12.0%

2009年 24.7%

-地域差: 南ロンドン、ニューハム 75.7%

-首位: パキスタン、ポーランド、インド

-習慣の違い、言葉、通訳、特定地域に多い疾患等

www.statistics.gov.uk

24

スライド a-24

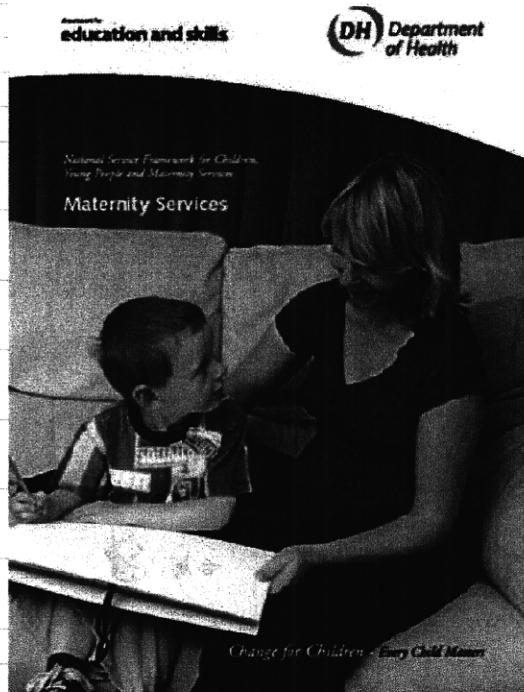
5. 民族/出産風俗/出産文化の特徴

◆ 出産時の平均年齢	1999年	28.4歳
	2009年	29.4歳
◆ 出産時40歳以上	1989年	9,336人
	1999年	14,252人
	2009年	26,976人
◆ 結婚をしていない率	1999年	38.9%
	2009年	46.2%

www.statistics.gov.uk

25

スライド a-25



NSF National Service Framework; 表紙

National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services

Maternity Services

Department for education and skills
Department of Health

26

スライド a-26

6. 正常分娩を担う助産力 最近の政府の方針

⊕ National Service Framework (保健省2004)

Maternity Matters (保健省2007)

- ◆ 選択：ケアの種類、お産の場所（自宅出産／バースセンター／分娩室）
- ◆ アクセス：地域でのサービス。チルドレンズ・センター
個人に合わせたフレキシブルなサービスの提供。特に弱者に配慮
- ◆ 持続したケア
妊婦さんは正常な妊娠と出産ができるよう励まされ、サポートされる。
医療行為は、女性と赤ちゃんに利益があるときにのみ使われるべき。(誘発、帝王切開)

27

スライド a-27

6. 正常分娩を担う助産力 自然分娩を促す流行

⊕ 2004-07年 政府レポート

環境を整えることで自然分娩を即す：

↑ バース・センター

↑ 自然分娩 = ↓ 帝王切開

2009年末までのサービスと質の向上を約束

例：Whittington病院内に2009年6月開設

分娩件数	625 (病院全体の16%)
バースセンター使用	23% (搬送30%)
プール使用	58%
水中出産	40%

28

スライド a-28

6. 正常分娩を担う助産力

◆ 正常分娩キャンペーン(RCM助産協会)

◆ Midwifery 2020

◆ NHS Innovation

例: 目標=Whittington病院の帝王切開率を下げる
評価、スタッフ研修、ガイドライン作成...

◆ 地域格差

例: 自宅出産率地域差1~14%

◆ 環境、人材育成、助産師不足 3,000人

◆ 助産師個人の自然分娩に対する姿勢/観念、情報
の渡し方

◆ 学生の教育

29

スライド a-29



スライド a-30



スライド a-31

スライド a-32