

防へのケアもできるのではと考えています。

基本的に妊婦健診の在り方は、助産師による健診とケア。これはハイリスクであろうとローリスクであろうと変わらないということです。ただ、レベルとして、医師が7割なのか、助産師が7割なのか、もしくは1割と9割という場合もあると思います。一昨年、私はドイツを訪問して妊婦健診についての情報を得ましたが、ドイツでは必ず妊娠したら自分の受け持ちの助産師を決めると聞きました。医師は助産師のリストを見せて、「どの人にしますか」というような感じで、初診の診察に来た時に助産師を紹介されるということです。受け持ちの助産師さんと一緒に妊娠期を過ごして分娩を迎え、育児期もケアをしていただくようなシステムになっていました。我が国でもかつては育児期も含めた継続的な助産師のケアがあり、専門で助産師が関わって来た歴史があります。

そのように関わると、例えばここにいらっしゃる先生方でも「とても助産師にそんなのは任せられないよ」と思っている方も沢山いらっしゃると思います。私は助産師教育を20年以上行っておりますが、確かに今の助産師の能力は、中堅であって臨床で5~8年経験していても「まだまだ自分はやらない」という意識を持っており、「助産外来を行いたくない」という助産師も多いです。そういう助産師たちに少しでも力をつけていただくために、厚生労働省科学研究班として『中堅助産師の実践力強化研修』を企画しました。その様に、卒業後の研修も必要なのですが、今からの助産師はここに示しているような五つの能力を持ち、自立して医師とのパートナーシップがとれる存在であって欲しいと思っています。

昨年、保健師、助産師、看護師法が改正されて、助産師の教育は1年以上というようになりました。もちろん日本の助産師の教育は、看護師教育の上に積み上げる形になっておりますので、大学で4年間看護師の教育を受けたうえでその後1年以上ということになります。まだ、3年の看護教育課程も残っていますが・・・教育はそのように変わってきてあります。そういう中で、私の大学も来年からは大学院修士課程で助産師教育を実施する予定です。現在10数箇所の大学が専攻科や修士課程などの助産師教育に以降しています。

助産師教育の充実を背景にして、妊婦健診の場に助産師がもっと積極的に入って行けるようにしていただきたいと思っています。すべての妊婦さんが、助産師と出会って出産を迎えてほしいというのが私の願いです。といいますのは、現在の出産の場所は約40%が診療所です。診療所の中には、助産師がいる施設もありますが、助産師が全くいない施設もあって産科の先生方が検査を中心とした検診を行っている例も少なくありません。ましてや、出産して始めて乳房に触れる、おっぱいに触れるというお母さんたちもいらっしゃいます。このような妊婦を無くすためにも総ての妊婦に助産師との出会いの場を作っていただきたいと思っています。

助産師が関わるなかで妊婦さんの産む力や育てる力が育ちます。「産んだ後に何の異常もないけれども、育児ができない」、「子どもがかわいと思えない」、もしくは、「産まなけ

ればよかった」というようなお母さん。そういうお母さんが出来ない妊娠期の過ごし方を考えていきたいと思っています。

助産師は **midwife** と呼ばれますが、お母さんと子どもの傍らにいる、側に付き添うというのが助産師です。まさにドイツは自分の受け持ちの助産師さんという形で妊娠期を過ごし、分娩を迎え、そして育児を行うという状況がありました。日本の助産師も今からますます頑張って、そういう側面ももっと出していかなければならないのではないかなと思います。「助産外来は、妊婦健診体制を変えるか」というテーマをいただいたのですが、私も微力ではありますが、仲間と一緒に助産師がかかわることによって妊婦健診が変わる、変えたいという意識でやっていきたいと思っています。

この赤ちゃんとお母さんは十数年前の学生の受け持ち妊婦さんです。出産直後の分娩台の横です。傍らにいるのは助産師ですが、ここに持ってくるまでのプロセスもしっかり助産師は関わっています。この素晴らしい出産までのかかわりで母と子の絆はつくられ、母の育てる力も培われるのです。その様に妊婦健診で支援していきたいと思っています。

ご清聴ありがとうございました。

公開シンポジウム 参加者からの質問

<女性 30代>

助産師外来を開設しようと動き始めて約4年経過しています。しかしマンパワー不足・助産業務能力を高めるための教育がまだ終了していないために産後2週間健診と時々妊婦保健指導のみ行なっている状況です。妊婦さん、産婦さんをサポートする上でもぜひもっと助産師がその所に十分に関わっていきたくと思っていますが、なかなかすすみません。あきらめずに頑張っていきます。

<不明>

良いツボです。midwifeがより妊検にかかわるべきです。その際

- ・responsibilityの問題、たとえば「見落とし」で訴訟になった時など誰が対応するのか
- ・日本からもmidwifeが1st authorのpaperがどんどん出るように医師も協力すべきです。

questionnaireしか方法のないようなpaperだけではダメでmidwifeならではの英文も出すべき。そうすれば若い人へのアピールにもなり自尊心もかきたてられ日本助産学が発展していくでしょう。

<女性 20代>

今の妊婦健診の体制や現状・これからの課題がとてもよくわかりました。

<女性 20代>

オープン・セミオープンのお話、興味深かったです。また、助産師の力の活用についても、せひ、と思いました。個人的には、産後、授乳が軌道に乗るまでのフォローが足りていないように感じています。自治体の健診では不十分、また、一部の保健師（助産師）から母乳に関して心ない言葉をかけられることがある、と聞きます。

母乳、ミルク混合それぞれに対応できる助産師の活躍を望みます。

<女性 30代>

感想 助産外来で妊婦健診に関わる人が多いのですが、医師が助産外来を行なうことでの評価がどのようなものか、知りたいと思う。（診療所～高次HPにおいて）診療所のDrが助産外来を行なわない数が多いのは人員確保が難しいと考えている他に「助産師と看護師は分娩介助ができるかどうかでしかかわらない」と考えているのでは…？と思って。今回のシンポジウムの趣旨とずれるとは思いますが、「看護師の内診」について、どのように基準を決めるのか教育をすすめていくのか興味があります。看護教育課程（学校での）では産科実習は内容も過密で時間も短く難しいと思います。OJTにしても他科から異動して間もないNSが多かったり、病院によって熟練したMWがいない所など、教育が難しい

のではないかと思います。海外のように「産科 NS」を作るようになるのでしょうか？今どのような潮流になっているのかわからないですが NS が行うようになって、一定のレベルを維持できなければ意味がないのではないのでしょうか。

<女性 20代>

- ・外来にくる妊婦さんに行き届いたケアができていないか疑問であり、(待ち時間が長い、診察や保健指導時間が短い) その答えのヒントが得られるきっかけの場になればいいと考え、シンポジウムに参加しました。
- ・今後、助産師外来と一般外来の活動を円滑に行いたいため、助産師としてできることを考え実践していきたい。
- ・他施設で外来の現場がどのようなシステムになっているか(特に総合病院)を教えてくださいと有難いです。

<女性 40代>

助産師外来を始めようとし、今回のシンポジウムへ参加しました。助産師外来を始めようと考えて3・4年がたちますが実際の所、助産師は、日々の業務をこなすことで精一杯でマンパワー不足で本来の意味である妊婦とよりそうことができず、助産師外来までいきつきません。産後の母乳外来や、産後2週間健診はできたのですが…。今日のシンポジウムの内容をもちかえり、もう一度どの部分がやれるのか？考えていきたいと思います。

<女性 20代>

妊婦さんのトリアージ(ハイリスク群)が進んでローリスクの方が助産院での分娩を選択したら Dr と MW の役割が発揮されて良いと思う。けれど病院側が助産院との連携をなかなか受け入れずに助産院の運営が進まない現状がある中ではいくらトリアージがすすんでも難しいと思う。連携体制の強化が基盤にあってトリアージがすすみ Dr、MW がそれぞれの能力を活かして活躍できたら素晴らしいと思った。

社会的ハイリスクの方への関わり大切さは実際に臨床ですごく感じます。またケアに時間がかかるものだと思うので、妊娠期からの十分な関わりが必要 それに適した役割にいるのが MW だということを改めて感じました。

<女性 30代>

助産院において重篤化する率が高いとのデータがでていました。その背景には医療行為の禁止、救急の初期対応ができない事が一因とも考えられますが、Dr による? 「助産師の活用」が訴えられている今日、助産師が初期対応できない現状について、どの様にお考えか伺いたいです。

<不明 30代>

当院では、「保健指導室」という名称で助産師が妊健に関わっています。(助産師外来としてははない) 主に保健指導・乳房のケアを行なっています。妊婦に指導室に来てもらうのは大体 8-10 週、12、20、30、36 週の 5 回です。

第1のシンポジストの先生のスライドでは 10、16、30、34、37 週となっていたと思います。それぞれの実施項目・目的はどんなものでしょう。

また、最後の斉藤助産師は最低 3 回と仰っていましたが何週くらいにどんな内容で行なうことを想定していますか？

<女性 30代>

① 先生方へ (できれば松田先生お願いします)

「妊婦健診」と「助産外来」の実施内容の違いは何ですか？スライドで示された“健診の1つのモデル”をみて、エコーをしない健診が提示されていました。エコーを行わない Dr による健診と、助産師が行う健診の違いがわかりません。(私は助産外来を保健指導のみとは思っておりませんので…)

② 久保先生へ

リスクチェックで8%が“こわくなった”という結果を思ったよりも少ないと分析されていましたがリスクチェックを行う前の調査結果との比較があればお教えください。

<女性 40代>

久保先生への質問

日本の周産期システムの構想についてよくわかりました。妊婦健診のあり方として、チーム医療と考えるならば産婦人科医師もかかえすぎているようにも思います。助産師の能力を上げることも重要ですが医師も手を離す勇気も必要と思いますが、いかがですか

<男性 30代>

久保先生への質問

愛知でのリスクスコア使用にて基幹病院での分娩数が減少していたが、その分の収益減はなかったのか？

<女性 40代>

セミオープンについて開業の Dr との連携について具体的に実際に行っているところの例の話をおききたいです

<女性 40代>

中井先生への質問

セミオープンシステムでは助産師による斉藤先生の言うところの保健指導はどうなっているのでしょうか 助産師外来 etc

<女性 40代>

中井先生への質問

- ・オープンシステム、セミオープンシステムのときに、助産師さんはついてくるのか？
- ・いつも見なれた顔の中で出産したいという希望はありますか？
- ・助産院は、このシステムに参加できるのですか？ 緊急時でも助産院から病院にはなかなか受けていただけないと聞いています。

重症例は変化したか？

<男性 40代>

中井先生への質問

オープンシステムで、ローリスクの健診を行う連携医療機関の医師は分娩時に介助を行うとのことでしたが、介助することへの報酬とかのとりきめはあるのでしょうか。また、連携病院の医師が、介助だけでなく、基幹病院で分娩を行うことはありますか。

<女性 40代>

中井先生への質問

・セミオープンに進めやすいがオープンシステムで診療の医局も違う医師等と大学病院の先生と一緒にハイリスクの分娩の対応を行うにあたっては、課題は無いのか？

・母と子のネットワークなど病院連携を進めるにあたりオープンシステムまで必要か？（セミオープンのみでは効果が少なくなってしまうのでしょうか？）

斉藤先生への質問

社会的リスクへの対応は非常に素晴らしい助産外来の役割と思います。このため病院の助産師は地域と保健・福祉とのつながりを深めるためどの様に進めているのか？（地域によっても異なると思うが）

<女性>

セミオープンシステムについて

分娩・救急を扱う中核施設と、健診（＋分娩）を行う他施設（クリニック等）とどのような業務提携を行うのか。契約等はどのように行うのか

<女性 30代>

中井先生への質問

セミオープンシステムにより、妊産婦、新生児の重症例はどのように変化したか

久保先生への質問

ローリスク妊娠であったのに、出産時に、新生児に重いトラブルがあった場合（3%の人）次の出産はハイリスク妊婦となるのでしょうか？

自治体で、妊婦健診を担当しており、周産期医療の現状を知る必要があると思い参加しました。

3次Hp、地域のDr、助産師の連携が必要なのはよくわかりました。私は、地域の保健師として、この妊婦健診についてどのように関わっていけばよいか考えさせられました。

<女性 30代>

斉藤先生への質問

助産師外来が10%程度にとどまっている一番の理由は何だと思いますでしょうか？

<女性 50代>

斉藤先生への質問

「助産師外来の～」の斉藤先生の内容を興味深く拝聴致しました。今地域で新生児訪問を中心に活動している助産師です。退院後特に1ヵ月健診までの母と子のケアの大切さ必要性をととも感じています。良い方向での支援態勢を考えて頂けたらありがたいです。

<女性 40代>

斉藤先生への質問

助産師教育が大学院などでの2年間に移行していることは大変よいことと思います。しかしそれでも、卒後にすぐに臨床に対応できるような実践能力を身につけるのはむずかしいと思います。医師のように、大学卒業後研修期間を設置するなど、検討されているのでしょうか？

どの先生方のスライドもとても興味深く拝見しました。どちらかのHPでダウンロードできるとよいのですが…。

<女性 50代>

斉藤先生への質問

助産師外来の意義おっしゃる通りです。同様に考えて助産師外来・保健指導を実践していますが、外来におけるスタッフ不足により運営に苦慮しています。また、病棟助産師も産科医師同様疲弊して退職者が増加し、助産師不足の現状です。看護師助産師教育が高度化する中で、助産師として働き続ける人が多くない現状を、どう変えていったらよいと思われますか？

<女性 40代>

斉藤先生への質問

妊婦健診未受診者はそれだけでハイリスクケース。行政側からの働きかけも今後、さらに強化しなければならないが、妊娠届も出さない人への受診促進・普及啓発は困難。→結局は教育の問題ではないか。専門職集団である助産師会等での健康教育（思春期層への働きかけ、性教育含む）など、今後の取組等について教えていただきたい。

<女性 40代>

感想

妊婦の妊娠に対するリスクの認識は確かに低いと思う。チェックリストの導入は、自分の妊娠を客観的に知ることができる為とても有意義だと思う。また、病院を選ぶ観点で、何かあった時のために大きな基幹病院を選びたいという気持ちがあるが、ネットワークが確立され検診の標準化により同じレベルの検診、対処がうけられるなら、是非、オープン・セミオープンシステムを活用したい。

<女性 30代>

何を最良とするかは、厳密には個人の考えに依る所でもあったり、その時の社会情勢にも影響を受けるものとは思いますが。

よいシステムを構築するには、（そしてそのシステムが有効に活用されとりこぼされる利用者をつくらないには）行政が動かなければ実現し得ないと思います。今現在、医師会などから、行政に対し働きかけていることや、行政からの返答、対応などについて、先生方の知るところがありましたら、できるだけ詳細に知りたいです。

行政が、日本という国が、国に人が生まれる、人を生み育てる問題について、何をどの程度考え取り組んでくれているのか、知るための手がかりにお聞きしたいです。

<女性 40代>

厚生労働省への質問

妊婦健新体制の公費負担が14回と増え、臨床現場では妊婦様から経済的負担だけでなく健診での母親どうしのコミュニティ作りや、医療側への信頼関係を築く機会として喜びの声が多くきかれています。財政的なものもあると思いますが、国の子育て支援の一つとして継続して頂きたいと思えます。現場での困り事を記します。

1. 母子手帳のサイズ、形状がまちまちで使いづらい ex 横浜市と都内
2. 妊娠初期の検査では、血液検査項目が多く、1回目、2回目の支払いが高額であり、当日の支払額を少なくしてほしいと妊婦様からの要望があり、臨床では後期の利用券を先に使用し、実費を押さえている。看護サイドの目に見えないサービスと心配りです。これ

により初期費用のクレームは減り、妊婦健診受診率も継続されています。金額のクレームが少ないと仕事効率 up です。

3. エコー券都内でもまちまちで、35 才以上や ex 新宿区は 3 枚、港区は 2 枚など現場ではいつも一覧表をみながらの仕事です。妊婦様からはどうして自分が対象にならないかの声が多くその説明に現場のスタッフと時間の多くをかけている。
4. 記載の方法が病院でまちまちである。FHR や心育、略語の問いかけは多い。また青ペンで記載している所もあり安易な感じがしました。医師は本当に過労働なのか！！私は東京都内多摩地区で 20 数年助産師をしてまいりました。中井先生のシステムを利用している病院にもいました。産科トリアージは必要なことと思います。しかし現状は助産師数は都内大手病院は 100 名程いて、地域の個人医院は 2~3 名という状態です。大手病院はハイリスクも多いので助産師の数も必要ですがなぜ 100 名も必要なのか本当は 50 名と他の NS などで ope 後ケアはでき効率は良いと思います。では何故 100 人いるかというと、助産師自身が 1 回他の病院に出てみると、その医療状況の違い（ケアの質）にとまどい、大手病院に戻る人が多いからです。大手にいて、助産師らしいケアができなくてもリスクの高く、教育体制が低い個人医院にいるよりは自分をこらしめて仕事をし、自分の生活を守る為です。2010 年になるのに個人医院の医師は助産師を採用するより准看護師を好みます。確かに助産師はハイコストです。今の問題点は准看護師が長く産科に勤めていると助産師のする仕事位自分たちも出来ると思ってしまうこと（保健指導、内診）と医師がコスト削減の為それを容認していること、自分の立場を上位にしておきたいということ等さまざな点があげられます。

西多摩地区では、個人病院の助産師、師長が続々に突然解雇等の事にあっています。私達は地域に根ざした利用者主体の医療を目指して頑張ってきたのですが、状況は悪化していると思います。私もスタッフを含め 8 名解雇という体験があります。多摩地区のように基幹病院が一つしかないエリアでは個人病院にこそ妊婦の話を丁寧に傾聴のできるコミュニケーションスキルが高度なものを持ちあわせた助産師が必要であると思います。そのかいかあって基幹病院とのオープンシステムが有効、良好になると思われれます。

諸外国のように周産期医療が利用者主体の支援になりえるような体制を国、医師、助産師、看護師、地域ケア、住民で考えていきましょう。

今回のシンポジウムで本当に医師は多忙かと考えました。

誰もがパーフェクトではないですが、対象に気付いたことをフリートークできること、「お願い」と頼める、コミュニケーション能力が必要なのではないのでしょうか。

最近都内中核病院でもほとんどの看護職が派遣採用で准看護師であったことに驚きました。看護の質はその人本来のパーソナリティーの部分も大きいですが、人に教えてもらったりによりお母様方に毎日接する中で気づかされ、学び、育てていくものだと思います。看護の世界では 3 年で一人前になることを前提になっていますがスーパーバイザーの養成には多くの時間がかかることをご理解いただきたいと思います。

個人的に多摩地区のお母様が安心して妊娠、出産、育児ができるような環境の整備を強く望みます。

■シンポジウム 質疑応答

【参加者からの質問】 妊婦健診と助産外来の実施内容の違いは、なんでしょうか？ 健診のひとつのモデルを見て、エコーを行わないドクターによる健診と助産師が行う健診の違いがわかりません。私は助産師外来を保健指導のみとっております。

【松田】 毎回の健診で超音波をする必要がないといいました。現状では、診療所の先生方は毎回超音波をされておられます。これによって、精神的なつながりがつくれるということは否定はしませんが、毎回する必要はないのではないかとこのところで、エコーをしない健診というのは、私は女子医大ですけれどもちゃんとやっております。

助産師が行う健診との違いがわかりませんということでしたので、この件に関しては齋藤先生の方にお願したいと思います。

【齋藤（益）】 先ほどシンポジウムの中で「こう診なければならなければならない」というが、いくつのステージというのでしょうか。助産師にとっては、この時期にもし自分が健診をしたとしたら、絶対になければいけない。逆にこの時期ではない場合には、もう少し他の側面から診る健診ができるということの目安にもなるかとも思って、篠塚先生の五つのエコー回数は助産師としてしっかり認識してほしいなと思っています。

助産外来と医師が行う外来とがどう違うかということ、私が一番力説したいところで、ある程度の時間をかけて妊婦さんの全体を見る。医師の健診が胎児をしっかりと見るということに比べて、助産師は母親になる妊婦さん自身をしっかりと見るということが一番の違いではないかと思っています。内容に関しましては、諸検査をするかしないかに関してはそれぞれの施設で医師との共同の約束などでどのようにするかということがあるかと思っています。が、助産師が診るのも医師が診るのも同じということではなく、助産師が診る時はこういったところもしっかりと見るんだという、社会的軸をしっかりと把握する、精神的軸をしっかりと見るという、そこはしっかり強調したいところだと思います。

【松田】 もし今の回答で足りないと思われる方は、挙手をして質問をしていただきたいと思います。

【久保】 今、妊婦さんに超音波をするに際して医者しかしてはいけないような質問があったのですが、僕も妊娠期間中で超音波は自分で行うのが3回、後2回はスクリーニングエコーといって技師さんが30分ぐらいかけて行います。うちのセンターでも毎回行われている先生もいらっしゃると思いますが、基本的に僕は行わないのでよく妊婦さんに「何で毎回超音波を行わないのか」と言われます。その際に、超音波だけを見ることはよくないという話をするのです。まず、それがひとつだと思います。

それから、僕は助産師さんも超音波を見るべきだと思いますし、もっといえば今頸管長という経膈の超音波も、これから先は助産師さんが行っていいと思っています。助産師外来というのは、保健指導だけではない。

実は、今年文科省が出している助産師外来のレフリーを僕は行ったんですけども、大学で助産師外来を行っている人も保健指導だけと思っている方がけっこういらっしやって、これは大きな間違いであると思います。

【参加者からの質問】 愛知県基幹病院での分娩数が減っていますが、その分の収益減少はなかったのでしょうか。

【久保】 なかったんですね。分娩数は減って分娩費は減っていますけれども、逆にその間の産婦人科の医師ができる手術やいろんな治療のバリエーションが広がって、むしろその5年間の産婦人科の収益は増えている。

分娩数が減ったことで、とくにそれも夜間帯や休日の分娩も減って、緊急帝王切開の数も減って医師のQOLは上がって、そして異常の時の救急搬送も取れて、なおかつ病院の収益は逆に増えている。結構うまいことづくめですので、これまではお産のためにできなかったような、内視鏡の手術などといったいろいろなことがその病院ではできるようになったということでした。

【参加者からの質問】 ローリスク妊娠であったのに、出産時に新生児に重いトラブルがあった場合、次の出産はハイリスクになるのでしょうか。

【久保】 妊娠ですから、次の妊娠は別の話です。ただ、これが早産などの場合は、リスクの点数が上がります。ただ新生児に異常があった場合には、確か1点か3点か加算されますので、少しは点数が上がっていきませんが、それほどドンと上がるわけではないです。

実際にみなさんは使っておられると思うのですが、経産婦さんで何もなければ計算した時点はゼロですので、そういうこともあります。むしろ先ほども言いましたが、それでも3%のお母さんのトラブル、1%の児のトラブル、リスクはどなたにもあると考えてもらった方がいいです。ですから、これを事前に全て予想すること、特に分娩が始まる前に予想することは極めて困難です。ただ、その前の段階で診ることがある程度できるということです。

【参加者からの質問】 自治体で妊婦健診を担当しており、周産期医療の現状を知ることが必要かと思い、参加しました。三次病院、地域のドクター、助産師の連携が必要なのはよくわかりましたが、私が地域の保健師として妊婦健診とどのようにかかわっていけばよいか、考えさせられます。

【久保】 これはコメントですね？

【参加者からの質問】 日本の周産期システムの構想についてよくわかりました。妊婦健診の間には、チーム医療特化を考えているならば、産婦人科医師も抱え過ぎているように思います。助産師の能力をあげることも重要ですが、医師も手を離す勇気が必要だと思います。

ます。いかがでしょうか。

【久保】 もちろんです。僕自身がこの数年前から特に力を入れて行っているのは、チーム医療、看護師の業務拡大という取り組みです。たとえば、僕は産科医ですが、新生児も20数年診てきました。新生児のNICUに対する看護師さんの医療業務拡大について調査、研究しています。今年の3月にも厚生労働省に日本周産期・新生児医学会からその要望書を出しました。その要望書の内容はほぼ3つあり、ひとつは助産師さんに関して「会陰切開、会陰縫合」、そしてさっきお話した「超音波検査を行うこと」、それから「処方権」であるとか、産褥の決まった検査。たとえば、赤ちゃんの黄疸検査や血糖のオーダーとかを出す権限を認めてください。NICUに関しては、看護師さんが挿管をしたり、点滴血管確保を行う。また、蘇生に関しても、蘇生のNCPRという研修会があって免許を出すのですが、この事業は私が理事を行っております日本周産期新生児学会で行っているのですが、「そのトレーニングを受けた人には医師でなくても臨床現場で蘇生を行わせてください」という要望書を出しました。ただ、このポイントは産婦人科医が手を離すのではなくてチームとなって協同するのです。今の日本の医療というのは根本からめちゃくちゃなんですね。うちの病院でもそうですが、助産師さんがなぜお産が終わってLDRベッドを掃除しなくてはならないのか。ベッドメイキングをしなくちゃいけないのか。それは看護師さんでなくてもできるわけです。看護師でなくてもできる業務を下に任す。そして、助産師さんも内診などの業務を看護師さんに任す。医者もそれ以外の職種に任せるようなことをやらないと、この業務拡大という医療はできないと思います。

【松田】 久保先生、今のNICUのチーム医療というのは、最後の全体のところでお話しをしていただければと思いますので、よろしくをお願いします。

【参加者からの質問】 助産院において重症化することが高いというデータがありました。その背景には医療行為禁止、救急の初期対応ができないなどが一因と考えられます。ドクターによる助産師の活用を訴えられる今日、助産師が初期対応などができない現状についてどのようにお考えなのでしょうか。

【久保】 僕自身も助産所で緊急対応は医師のバックアップなどがないので難しいと思います。医療施設の中で助産師さんにはどんどん蘇生にしても何にしてもやってもらって結構なのです。先ほどお話した要望書もすべて条件は、助産所を除いています。ですから、医療施設の中でバックアップの体制の中では、看護師さん助産師さんどんどんやってくださいという話です。何かの担保がないと、すなわち先ほど言ったように、僕も30年以上地域医療をずっとやって来て助産所からの分娩依頼は断らなかつたです。やはり、重篤になりますから。「すぐに来てください」という話は受けていたのですが、東京に来てからはいつもいっぱい助産所だからといって取れなくなつた。それは、どこでもそうです。

ですから、よくたらい回しという表現がありますが、妊婦さんが重篤な時でさえ20か所、30か所病院の施設が、助産所でもそうですが、断られることはざらにあるわけです。です

から、そういう状況になった時に医療ができない状況でいることは、今の日本の医療の中では難しい。ただし、助産所で唯一絶対やらなければならないことは、新生児の蘇生です。これだけは先ほど言ったように NCPR の資格を取って研修をして。それだけはやらないと赤ちゃんの命に大きく関係しますので、僕はこれに関しては助産所であっても十分に研修を積んだうえで行っていくような方向になったらよいのではないかと考えています。

【参加者からの質問】 「リスクチェックで8%が怖くなった」という結果を見て「思ったより少ない」と分析されていますが、リスクチェックを事前の調査結果との比較を教えてください。

【久保】 事前の調査ありません。しかし、僕はもっと多いと思っていたのです。ただ、これは自由記述で書いて頂いているのですが、「自分がリスクを持っているとは思わなかった。」たとえば、年齢に関しても、ヘルペスやクラミジアに関しても、不妊治療に関しても。「あ、こんなこともリスクになるんだ」ということは、やはり感じられて怖くなったということは書かれています。江戸時代の川柳に『幽霊の正体見たり、枯れ尾花』というのがありますが、夜中に起きてトイレに行こうと思ったら幽霊かもしれない、怖いと思った。でも、勇気を出して近くに行ってみたら、柳が揺れていただけだった。分かれば怖くない。

ですから、リスクもリスクを知ること、怖さを共有してそれに対応をして対策を立てることで絶対できます。だから、怖いと思ったことで担当の先生と話し合いをして、どうすればそれを乗り越えられるかということ、次のステップは必ずあるということですね。それがあると、その怖さも充分解消していくのではないかと思います。

【松田】 これまでの質問で、その他ありませんか。

今、先生が最後にいみじくも言われた「リスクを知ることが情報を共有することになるからいいのではないか」と思うのですが、それをああだこうだといってもなにも前に進まない。たとえば、40歳以上で妊娠した時には、それ自体がリスクであるけれども予防の手立てはいくらでもあります。それを知らないことが問題なのだとということです。

それでは中井先生の方に…。

【中井】 大きく分けると二つ。システムに関するものと、運用と助産師さんの介入ですね。

【参加者からの質問】 システムに関してオープンシステムで連携施設の医師が分娩を取り上げる場合、報酬はどうなっているのでしょうか。

中井 これは、それぞれの病院ごとにやられるところに契約をして、いくらかということを知っています。ちなみに、うちの病院では私の給料よりも低いぐらいなんですけれども、35000円でした。これはほとんどありえない、安い値段です。10万円であるとか、15万円であるとか、もう少し払うところもあろうかと思いますが、うちは大学の規定でそういう

ことになっています。

契約を結ぶ場合には、法人で書類を起こして行うわけですが、とくにオープンシステムで外の先生が来て医療事故が起きた場合に面倒なので、契約書の内容が個人に起因するものであれば「あなたの自賠償を使いなさい」というような、弁護士を通して作成して契約を結びました。

うちも一応オープンシステムを行っているんですけども、3年間ちょっと運用している間に先生が来たのは1件だけです。これは常位胎盤早期剥離だったのですが、おっかないのでそこでやってくれと言いたかったのですが、救急車に乗ってその先生が来たので「先生と一緒にいるのだから」といって入った一例だけでした。やはり、クリニックの先生も忙しいのでなかなか日本ではありません。

僕はアメリカの事情に詳しくないのですが、もともとホスピタルという、ホスピタリティを提供する場であって、かつてアメリカではそこに医者はいないんですね。そういう建物と看護師さんがいて具合の悪い人をそこで見たわけです。ただ、これは先生に診てもらった方がいいという場合に医師を呼びに行くんです。医師はだいたい自分のクリニックで診療を行っていて、呼ばれるとそこに行く。そうするとドクターフィーというのが生じて、それが結局医師の収入になるわけですね。欧米では、昔からこうした形で支払う習慣があったわけです。今でも分娩をした場合、病院に入るお金とは別にドクターフィーを、アメリカなどでも入院代の他に何10万も先生に払い、合計額100万以上を支払うことになっているといいます。

しかし、日本にはなかなかなかったもので、それをこのシステムによって芽生えさせようとするとなんか無理もあろうかというところはあるかと思います。

【松田】 オープンシステムとセミオープンシステムについては、だいたい理解できましたね。まだ、よくわからないという方はおられますか。セミオープンでは外来診療だけを行い、お産は基幹病院で行う。オープンシステムは先生が基幹病院に行ってお産をする。

私は今から20年くらい前にカナダの大学の関連病院にいたことがあります。教授が何人かいるのですが、この先生には全部dutyがありましてA先生は教育に40%、診療に20%、リサーチに40%といった契約を結ぶ訳です。全部病院の外にクリニックを持っているのですが自分の患者さんは決して主治医制ではなくて、スタッフが10人いるので、ひと月に3回は24時間体制で当直していました。結局、自分の患者さんがお産になっても行くことはないのですが、主治医制を強く意識している先生は病院に行ってお産をするという形式が取られていました。

【久保】 オープンシステムは、たぶん日本では浜松で今から7、8年前にスタートしていました。ただ、それを行っていた先生は、結局今はセミオープンに変わりました。オープンした時は、お産がある時は自分の診療を締めてそちらに行っていたらしいです。それをなぜ辞めたかというところ、結果的にいえば2年間で土地、建物もすべての借金を返してしまっただけです。そうすると、わざわざお産にいかなくても十分に経済的に成立し、

しかも自分の時間も確保が可能なセミオープンに移行したのです。だから、オープンをずっとやっていくにはかなりの体力が必要になる。たぶん、愛育病院に一人だけですよね。外国人相手の先生がいらっしゃるのですが、その方はやられていますけれど。やはり、なかなか大変なようですね。

【参加者からの質問】 うちのシステムを、どのようにオープンにすればいいのでしょうか。

【中井】 今言ったような話とともに、やはり周りの先生もかなり忙しくやられているので一概には言えない。

【参加者からの質問】 連携の施設の先生方とリスクの対応であるとか、診療指針というのをどのように揃えていけばいいのでしょうか。

【中井】 これは繰り返しレクチャーをするしかありません。うちでは年 4 回、連携の先生方をお呼びして外来健診の講義をしています。それを繰り返し言わないと 3 年も経つと最初の頃にできているから大丈夫だろうと思っていると急に紹介といいますか、数が増えたり変わりますので、そういう努力はしています。

【参加者からの質問】 オープンシステム、セミオープンシステムの場合、助産師さんはどのようにかかわるのでしょうか。

【中井】 うちでは、まず助産師外来を行っています。それから、院内助産の体制を取っているので、分娩約束時に分娩管理は基本的に助産師が行い、医療介助が必要なら医師が立ち会う。分娩の緊急時（新生児）に呼ばれる時は医師が立ち会うことは伝えてあります。そのもとに分娩契約を結んでいます。

オープンシステムやセミオープンで外の健診している人が、義務づけてはいないのですが、たとえば 20 週で超音波で詳しく診るといような時期。そんなに難しいことはいわないので、心臓と内臓器と膀胱をこれこれ診てくれというようなお願をしてあって、診れる先生方はご自身のクリニックですますのですが、診れない場合はうちに来る。それと同じで助産師外来もオープン・アクセスなんです。ですから、10 か月くらいになると助産師外来に何回か来たいという人もいます。

それともう一つは両親学級を行っておりまして、ローリスクで分娩立ち合いを希望している方の場合には立ち合いの条件になっているんです。そこで助産師さんが助産師外来があるということを改めて説明しますと予約が入ってくるということになっています。それが助産師さんのかかわりということになります。

【参加者からの質問】 助産院が、このシステムに参加できるのでしょうか。

【中井】 実際、東京都の中で 1.8%が助産所での分娩であるというお話でしたが、多摩地域の方がたぶん頻度が高いと思います。なかなか活発にやられている助産所をいくつか存

知あげています。僕は気が小さいものですから、やはり頸管長を診て欲しいとか、健診でこれをやってくれ、これもやってくれとリクエストが多いんです。32の施設と連携しているといいましたが、先生方の中でも大分ご高齢で経膈超音波をもっていらっしやらないという先生もいらっしやるんです。それで分娩をおやりになっている。ですから、そういう先生にはご辞退をいただくか、その先生自ら「これはちょっとできない」といってシステムには入っていないんですね。それと同様に考えると、今の現状であれば助産所にうちの患者さんが行って外来を診てもらおうということは考えておりませんし、今の状態ではできない。その点、周りにある助産所の方にどのようにお願いしているかという、うちに連携している施設の囑託になっていただくようお願いしています。そこを介して患者のやり取りというのは、これまでも経験がありますし、やって行けると思います。

【松田】 新しいセミオープンとして考えたんですけれども、中井先生が講演中にもお話しされました、ちょっとたとえが違ってもかもしれませんが、外来ブースをATMと思って道路が病院の中の廊下とっていただけたらイメージがわかりやすいのではないかと思います。人口100万くらいがひとつの周産期医療圏とするとだいたい三つくらいの専用システムの枠があれば連携の隙間というか、そこを埋めることができるように思います。

【参加者からの質問】 トリアージが進んでローリスクの妊婦さんが助産院での分娩を選択する場合、その時に助産院がローリスクの妊婦さんを診るのはいいのですが、病院側が助産院との連携をなかなか受け入れずに助産院の運営がなかなか進まない現状があります。どうやって連携を進めていけばよいのでしょうか。

【中井】 非常に難しい問題で、とくに東京都は助産所の分娩率が全国平均でも高いので、こういう問題に直面されているのだと思います。先ほどの久保先生のお話しに三次施設が逆ピラミッドになっているとありますが、うちは実際に二次施設ですが、できれば一次施設の分娩を扱うところで、まずはじめに囑託になって進めていくのがよいのではないかと思います。僕も店を広げたくてこのシステムを行っているのではなくて、医局員を保護したいということが本音ですから現状は厳しいと思います。

【齋藤（滋）】 欧米で助産師さんが中心に医療、お産を行っているところがあり、オランダに行った時に、その助産師さんに最初から最後までずっと助産師さんが診るお産は100人いたら何人くらいかと聞いたら30人くらいと聞いていました。60~70人は1回か2回は必ずお医者さんに診ていただいて、ちょっと異常があったりとかした場合はドクターが判断するというようなトリアージをしていると教えていただきました。

日本の場合はそれが少ないので、やはり欧米の方の助産師が中心となってお産をする先進国のオランダなどを診てみますと、もう少しリファーマーというのですが、お医者さんと相談する機会を多くしないと安全性のこともありますし、いろいろなことで困ってくる点が起こってくると思います。ジャッジする立場なのであまり意見を言うてはいけないのでし

ようけれども、もしやるとすればその点をはっきりさせないといけないのかなと思います。

【久保】 海外でうまくいっている例として、ニュージーランドの助産所と医師の非常に良いガイドラインがあって、これを日本で使ったらほとんど病院にリファーしなければいけないというようなガイドラインとなっています。もともと日本の青野先生がつけられた『助産師分娩のガイドライン』のもとになっているものなのですが。それとかをみるとリファー率は大事で、これは大阪のトライアルですけれども、大阪で新生児科医が怒っちゃたんですね。あまりにもひどい赤ちゃんを特定の助産所からたくさん送ってくるので、そういうブラックリストに載っている助産所をかなり糾弾したら大阪のリファー率が7%から30%に上がったんです。それによってかなり良くなったという現状ですね。だから、リファー率が低いということはかなりのリスクのある妊婦を助産所で抱えている。たとえば、RH マイナスだとか、前回帝王切開を助産所がやっているということは現状今もあるんですね。逆子をやったりといった現実があるんで。そういうのはもともと診るべきじゃないのに診ているということがあるんです。

【松田】 助産所の病院への紹介率の上昇を妨げるものというのは、何なんでしょう。

【中井】 今おっしゃられたようなことへの不安感が病院にあるんじゃないかと思います。それを改善していけば、また違った状況になるような気がします。

【松田】 都会で助産所分娩が多いということは、現代文明というか、今の医療にNOというグループがいるということを知っておかないといけないですね。その上で、そういう人にもちゃんと「病院と連携しているんだよ。万が一の安全面も持っているんだよ」ということ助産所をされている方がおられれば、この場でご意見をいただきたいと思います。

(助産所と連携の深い新宿区国際医療センター 水主川先生の意見)

【水主川】 年間30例くらいですが、転院ではなくて緊急搬送で助産所からの搬送を受けております。まず1点は、なぜローリスクであったものが病院に搬送されるような大変なことになるのかということです。この背景の一つとして、助産所のガイドラインがあるのですけれども、それが必ずしも守られていない症例が関係されているということがひとつだと思います。久保先生が紹介されたリスク因子だと、高齢初産ということで40歳高齢で5点で、初産ということで1点、合計が6点になりますが、けれど結構そういった方が助産所で自然に出産をしたいということで行かれています。それで胎盤の異常や羊水の異常があっても、まあまあ大丈夫だからといった感じで強行してしまうということがあります。当院がどのように連携しているかということ、当院では毎月地域の助産師の方を病院にお招きして連携会、紹介例を全部振り返って「これはこういうタイミングで搬送してもらった方がよかった」とか、「これはこのタイミングでよかった」というような取り組みをさせていただいています。

やはり助産所分娩を選ぶ方は、お産は自然がいいということで搬送されても医療介入を拒否される方がけっこういらっしゃいます。分娩台に上げるだけでパニックになって、こちら

が怒られるようなこともなくはありません。

ですから、連携する場合には、搬送する前に助産所で医療介入が必要だということをしっかりといっただいて、かつどういうリスクなのかということを経験者に聞いてくださいというのではなく、助産所でしかるべき説明をしていっただいて、病院に搬送された時は理解できているということを前提にしていっただかないとならないと思います。この問題は送られた側からすると、「いやだ」と拒否されると躊躇することもあるわけです。ですから、助産所でも言葉を濁すのではなく、患者さんに「あなたはこうだから、こうしなければいけないんです」ということを言っただければ、もう少しうまく連携できるのではないかと思います。

【松田】 齋藤先生のご意見もうかがいたいと思います。

【齋藤（益）】 助産師として発言をさせていただきたいのですが、たぶん妊婦さん方で40歳以上の方などリスクのある場合は、助産師さんたちは「これは病院の方がいいです」と勧められています。しかし、妊婦さん方がどうしてもとおっしゃって板挟みになるということは結構あります。

急に病院に行くようになった時に、その話というのはたぶん充分ではないであろうと思います。これは助産師学会の中でも伝えてはいるのですが、帝王切開に急になったとしても「これが一番よい選択だったというふうに思いなさい」とことを妊娠中から教育する人が必要だと思います。ですから、「自然分娩だけがよいのではない。あなたにとって一番よいのは、結果的には帝王切開だ」というふうに思うという、そういう教育をもっとするべきだと思います。そういう意味でも妊娠中に助産師がどう語るかというのは、今後さらにしっかりとやっていかなければならないなと思いました。

連携した時には、始めて会った新しい病院の助産師さんや産科の先生方に対しても「よろしくお願ひします」というふうな感じで、妊産婦さんもちやんとそちらを向くようなそういう健診にしていきたいなと思っています。

私への質問の回答なのですが、一番の大きな問題としては助産師外来の頻度が10%だったということ。

【参加者からの質問】 それからもう一人の方が「助産師外来が必要だとわかっているのだけれど、スタッフが不足している、運営に苦慮している。産科医と同様に疲弊している。また、途中でやめてしまったりする。こういう現状は、皆さんどうでしょうか。

【齋藤（益）】 こういった現状については、まさに2、3年前から私が厚生労働省の研究班で取り組んでいることで、病院で働いている中堅助産師で5年働いていて分娩介助の件数20とか30なんですね。これは本当に少ないケース、これは直接自分がかかわっています。それで5年働いていても「まだ、自分は自信がない」という助産師が多くなっているというのが、今の日本の病院の助産師の現状だと思います。そういう時に助産師外来をやり

なさいと言われたとしても「まだ私は自信がない」というので、10%程度というのはそういう背景があると思います。

もうひとつは、病院で大変なことに取り組むということに対して最近の若い助産師さん方は「やりたい」というよりも、むしろ「やらされている」という意識を持っている人もいます。ですから、もう少し助産師という専門職の素晴らしさとか、やりがいとかいったものをきちんと教育していく必要があると思いました。

【参加者からの質問】 地域への連携。社会的リスクがある場合に、保健福祉での連携をどのようにして行ったらいいのでしょうか。

【齋藤（益）】 最近、ケアシステムなどの形で保健師の方も連携していこうということもありますし、病院の中でも地域での保健師との連携をとろうといった動きがあります。逆に、児童相談所との連携などもありますので、そういう組織をまず自分の施設の近辺でつくる。これは、だれかが動かないとできないんです。うちの大学では、ある教員が入院の基準と周産期、地域の保健センターと連絡を取って作っています。私たちはどちらかという組織を作るのが、大学の教員の方が立场上動きやすいということもありますので、病院の方との連携を密にとる。そのなかで保健福祉の方ともつながりが取れて連携も取れるし、情報交換もしやすくなる。ただこの場合に、個人情報の保護ということに今非常に縛られていますので、どこまでを情報提供をするかということはお互いに深めていかなければならないと思います。

【参加者からの質問】 大学院や専攻過程というように高度になってきていても、実践経験がなければ卒業後すぐには難しいのではないのでしょうか。卒業後、研修機関を設置するなどはどうでしょうか。

【齋藤（益）】 これは助産師の教育は四年制の看護学科の中で行い、現状でいいのではないかという考え方の人もいます。私は、学部の中で看護師の免許を持った後に助産師は実際の医療の中に直接かかわりますので、救急処置なども体験しなければならないので、やはり免許が何もないというのはとても動きにくい。それから妊婦さん方も「看護師の免許は持っていますが、今助産師の勉強をしている。修士のほうがきついです」ということによって、信頼も高まっていくと思いますので大学院での教育というのは、今後推進していきたいと思っています。

その中で臨床にすぐ特化できないというのは今の学部卒業生のレベルですので、今から後は修士課程を取るのには大きな問題はないですが、修士課程の助産師教育をどうするかということは、今の日本の助産師をどうするかということと特化してきていると思います。緊急ができて、実践ができないという部分は修士課程の助産師教育ではなく、実践ができるということを活かした2年間の教育ということを詰めていきたいと思っています。

そうなりますと、卒業後すぐに研修期間といいますと大学院を出た後にさらに研究期間を