

1年というのは、たとえ今の1700人くらいの助産師全員を研修させるということは現状ではとても難しいという状況です。高度な教育を受けた人が臨床にもある程度近づけば、対応していけるようになるような教育をしていくのが今後必要なのではないかと思います。看護師教育も臨床研修に参りますけれども、たぶんたくさんの看護職をある程度研修だけをさせるというのはまだまだもうしばらくは難しいのではないかと。一部の施設ではなされていますけれども、まだ形にはならないのではないかと考えています。少なくとも大学院レベルで受ける人が、その後また研修となりますと8年間研修期間になってきますので、女性が多い助産師の場合、それはちょっと難しいのではないかと考えております。

【参加者からの質問】 助産師が働き続けるようにするには、どうしたらよいでしょうか。

【齋藤（益）】 専門職であるという意識をしっかりと持たせて…。医療スタッフに比べますと助産師はまだまだサラリーマンなんですね。そういう意味ではサラリーマンではなく専門職であることの違いは、自分が研鑽し続け、仕事を何らかの形で続けるようなそういう形が一生につながると思います。

【参加者からの質問】 新生児訪問を中心にしておりますが、産後一か月健診までの反復のケアが大切だと思うのですが…。

【齋藤（益）】 産後健診ということで、私自身も数週間後の健診は2回ぐらいはビシッとおこなうようにお願いしたいとおもいます。

【久保】 齋藤先生の話の中で二つありますが、ひとつは意外に妊婦さんというのはストレスが多いんですね。うちの病院では20週くらいにストレススコアといって妊婦さんのストレスをはかっています。これが始まったのはなぜかという、ストレスのある人が産後にやはりいろいろなトラブルを起こして虐待につながっていくということがわかってきたためです。調べてみたら、4割の妊婦さんがストレスを持っている。今、我々は4割の人たちに臨床心理士が入って、1時間ぐらいのお話を続けることを行って、後の産後のケアも行っています。こういった妊婦健診というのは、助産師外来などで臨床心理を入れて行くというのはあると思います。

それから、やはり妊婦健診でもうひとつ大事なものは、虐待を持つようになるときには、産後の話で…。たまたま今月初めに台湾の方に学会に行ってそこで話を聞いたのですが、台湾の場合は産婦人科が分娩の保険医療化で儲からなくなってきた。そこでひとつだけ産婦人科の中でニーズがあるというか、儲けているシステムというのは産後のケアセンターだそうです。それは産後だいたい1か月から2か月の間、産科の先生、小児科の先生、助産師さん、保健師さん、栄養士さんがいる。1、2日で病院を退院したら、そこに母子入院してしまうんですね。そこでは母子環境を作って授乳を行っています。その間にトラブルがあっても医者も、助産師さんもいるのでケアをしていくわけです。もともと台湾では1ヶ月間は妊婦さ

んに仕事をさせてはいけないということになっている。社会的な認知というか生活の知恵だったのですが、核家族になってできなくなったのでケアセンターに行く。だから、妊婦健診から産褥まではやはりもう少し考えないと日本の今の虐待はなかなか無くならないのではないかと思います。

そういう意味では、先ほどの「助産師さん、働きましょう」というのはいっぱいあると思うんですよね。助産所だけでなく、いっぱいやるのがあって、それをぜひ活用してほしいし、助産師さんでなければできないことをやって欲しい。僕自身は、お産は助産師さんに教わりました。4万例くらいお産をした助産師さんに骨盤位の赤ちゃんの出し方も教わったし、会陰切開、会陰縫合も教わりました。だから、僕は助産師さんに大いに期待しています。ただ、そういうスーパー助産師さんが今いないのも事実なんです。だから、助産師教育に僕自身ものすごく苦しんでいるのは事実なんです。

【齋藤（滋）】 それでは、総合的な討論に移りたいと思います。

【参加者からの質問】 このシステムを構築するには、行政が動かなければ支援しえないと思います。現在医師会などから行政に対してやり遂げていることや、行政から返答対応などについて先生方の知るところがあったら教えていただきたい。

【齋藤（滋）】 日本産婦人科学会から妊婦健診につきましても充実させていただきたいことをお願いしています。14回分の料金がさらに更新されることを希望しています。

しかしながらこれは皆さんご存じないかもしれませんが、来年三月をもって期限が切れてしまう。継続ということにつきましては、非常に厳しいということをお聞きしております。せっかく私たちが訴えかけて、このシステムを作りました。妊婦さんは安心して医療関係者に受診していただいていた。それから、今不景気で財政削減もしておりますけれども、赤ちゃんにとってよい健診を受けていただくために国からの助成が下りていくわけなのです。が、来年以降それが受けられないという形になりますと、また医療レベルが下がってしまう。いろいろな問題、財政的なものから、そういった経済的な理由から産婦人科を受診しないような患者さんが増えてしまうのではないかと心配しております。これは私たち医療関係者がいうよりも、やはり皆さん方の方から「ぜひ続けていただきたい」という大きな声をあげていただかないと非常に厳しい状況になるということでございます。

もうひとつは、日本は本当に周産期死亡率が一番最低ですし、母体死亡も一番低いということで世界でも冠たる周産期医療を行っているわけなんです。数年前からたらい回し等が問題になりました。小さな赤ちゃんが生まれたりとか、妊娠高血圧症候群とか、いわゆる妊娠関連性の救急システムができあがっていたのですが、妊婦さんが突然脳卒中になったりとか、心筋梗塞になった場合の搬送システムが抜け落ちていたことがわかりました。それで学会と厚労省が相談いたしまして、そういったシステムを作ることになりました。それは厚労省から、各自治体の方に「母体救急の整備を行いなさい」という通達が出されます。

ですからよい方向には進んでおるのですが、先ほどの言ったせっかくあった助成が途切れてしまうという予定がありますので本当に心配しているのが現状です。

【松田】 座長間で少し意見がズレたらまずいのですが、先ほど冒頭でお話しをいただきました森岡さんの方で一生懸命やって頂いて、今年度の 3 兆円の補正予算に何とか組み入れるということはいわれました。これが 2 年 3 年と続けばいいという話でした。

【参加者からの質問】 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、住民のみなさん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、内心気がついたことをいうことができること、お願いといえるコミュニケーション力が必要ではないのでしょうか。

【齋藤（滋）】 これは「医師は本当に多忙ですか」ということなんですけれども…。日本の医療というのは、極めてレトロな医療を行っています。欧米ではほとんど主治医制度というのは、お産についてはありません。当直システムが完備されておりまして、自分の担当の患者さんが夜間お産になっても夜間呼ばれることはないんです。しかし、日本では依然としてこういうシステムをとっています。

これは 20 年か、30 年くらい前のカナダ、アメリカ、ヨーロッパで同じ問題が起こりました。昔はみんな責任意識がありましたから、自分が受け持っている患者さんが夜間お産をするときは全部出てきていました。ところが、産婦人科医が非常に少なくなりました。それから、産婦人科医の行う仕事が増えたんですね。産科だけではなくて癌のこととか、不妊のことなどもあって仕事量が 3 倍になりました。そこで、産婦人科のお医者さんが減ってしまったということもあって夜間の当直も増えた中で分業体制を行っています。

それとさまざまな開業医の先生方とオープンシステムを取り入れる中で、安全性をちゃんとして大きな病院の先生方は実際の外来診療はできるだけ省いています。一番危ないのはお産の時なんです。ですから、その時に皆が力を合わせて医師を集約するとともに緊急の事態に備えます。

海外のバースセンターに行きますと、病棟は助産師さんだけです。お医者さんは誰もいません。助産師さんがずっと見まわって、異常があったらドクターコールがあってドクターは行きます。そこで患者さんを診ます。ドクターはどこにいるのかといたら、ほとんど全員が分娩室にいます。分娩室を回って何かあったら、パッと医者が集まる。

ところが、日本の医療はといいますとほとんどのお医者さんは外来に出たりとか、手術をしていたりとか、肝心の分娩室には一人いるか、二人いるかなんです。ここをもう少し変えていかなければいけないのだと思います。

【久保】 忙しいかどうかというと、これは一昨年の周産期センターでの産科医の労働時間の調査があります。皆さん知っていると思うのですが、ふつうは週 40 時間ですから 160 時

間で 260 時間を超えたら過労死の基準です。その時の平均の産科医の労働時間は 307 時間です。ですから、平均が過労死を越えています。これは明らかに忙しい。

【中井】 うちもやはり同じ調査を行いまして、300 時間を超えました。それで医者数は実は、マスコミ等の働きもあってか産婦人科医の入職率は増えているんです。一時、300 人を下回ったのですが、今 400 人から 450 人くらい、500 人近くの方が入って来ていますけれども、ところが非常に面白いことに今年も分娩している施設での当直の回数を出したんです。常勤の医者で当直を週何回、月何回しているかということ調べたんですが、3 年ぐらい前に月に 6.何回という数字が他の科よりもすごく多いということで新聞にいっぱい出たんです。それが一昨年、去年と少しずつ減って 5. 何回だとかに減って新聞にも載らなくなってしまつてつまらないなと思っていたら、今年 6.2 回に戻っていました。

どうして戻ったのかとよくよく見てみると、オンコールだけの病院から当直に切り替えていました。だから、すごく甲斐甲斐しくてちょっと人が増えて、ちょっと良くなったから、今までオンコールでやって来たところもどんどん当直医を入れていたわけなんです。ですから、まだ全然飽和していないんですね。まだまだ足りなくて、オンコールだけで分娩を扱っている病院もたくさんあるということなんです。

【久保】 6 回当直があるということは、それ以外にもオンコールがありますよね。現実的にたぶん月の半分以上は拘束されているというのが現状ですよ。

【参加者からの質問】 助産師外来を始めようとしているのですが、実際のところ助産師は日々の業務をこなすことで精いっぱいマンパワー不足です。本来の意義である妊婦と寄り添うことができず、助産師外来まで行き着きません。

【齋藤（滋）】 やはり助産師不足というのも、大きな問題です。この点について、齋藤益子先生お願いします。

【齋藤（益）】 たぶん助産業務も、助産師の免許を持ってしなければならないものかという見直しが必要ではないかと思います。先ほど久保先生がおっしゃったのを聞いて、本当に私は同感でした。

諸外国に行ってみますと後片付けやベッドを作ったりといったことは、別な職種がどんどん入っているんですね。直接妊婦さんに対応するものとか、高度な専門的知識が必要なもの、そういったものをそれぞれの施設にもう少し選別していく必要があるのでは会えないかと思えます。その中で助産師たちにも、やりがいが出てくると思うんですね。私が就職した頃には、そう助産師だったような気がします。

【松原】 せっかく来たので一言だけ。自治医科大学の松原と申します。

先生方から、助産師として長く現場で働くことの重要性が語られました。同感です。私が一言申し上げたいのは、助産師の方が 65 歳まで働き続けるとするとやはり知的好奇心が重要です。知的好奇心こそが助産師を長く続ける最高の動機だと思います。

医者も、医者になりたての頃は手術がうまくなるだけでいいと思って仕事を始める。助産師さんも、上手に赤ちゃんを取り上げられる、助産師外来が上手にできる、そういうことが目標で、それはそれでいい。しかし、60歳、65歳まで40年間キャリアを積み重ねていくには、これだけでは不十分です。知的好奇心こそが、長く仕事を続けていくための原動力(欲動)だと思います。

さて、この知的好奇心を掻き立てられるにはいろいろな方法があると思いますが、最も至近な方法は「自分で研究をする」ことです。

これを日本の助産師さんにぜひやって欲しい。Thomson-Reuter社のWeb of Knowledgeに入り、Journal Citation Reportsに入って下さい。ここからnursingのカテゴリーで論文を検索すると、世界には看護学関連journalが72個あります。この中でMidwiferyを筆頭に、5つくらいは助産師が中心になって書いている雑誌です。程度が高い雑誌です。日本の助産師さんは、残念ながら、そういう雑誌にファーストオーサーで出ることはあまりないようです。これはおかしい。日本の産婦人科医師は海外雑誌に多数の論文を出している。なのに、助産師の世界では、世界に発信するのが少ないように思う。医師と助産師は、同等であるべきです。

研究の種は沢山あります。フリードマン曲線がありますね。分娩がどう進行してくるかという曲線です。二回経産婦と三回経産婦と同じ曲線なんですか。こういう観点の研究はとてもいい。それから、会陰裂傷ですね。膣の入口が3指の人と2指の人とどちらが起こりやすいか。毎日の臨床から簡単にできる研究はたくさんあります。もう1つ研究テーマを例示します。冬場ってどれくらいの洋服を着ているんでしょうか。夏場と冬場、裸の体重と洋服を着ている体重とどれくらい違うんでしょうか。体重が1週間で3.5キロ増加するということは、とても重要な事項で、妊婦健診では見落としはならないサインですよ。洋服の重さと体重との関連、これなどは助産師さんの方が医師よりもずっと研究しやすい。すごく簡単な研究で世界に発信できることが山ほどあります。

そういうこと、つまり研究デザインから英語を書くことまでを全部助産師さんに「さあやれ」といっても現状ではやはり無理な面がある。そこで医者の出番です。臨床面だけではなくて研究面でも医師と助産師が強く結託して、日本からたくさんの意義ある論文や研究成果を堂々と出していく。これはとても自尊心を強めますし、助産師が「英語の論文書いたわよ。これが世界の助産学をリードしていくんだよ」と言えるようにする。そういうのを5個、10個、20個と日本からどんどん作って行く。出していく。そういったことが僕は一番大事だと思うんです。

「オープンシステムをどうやってやろう」「手帳、どうしましょう」、大事な事項です。でも、そういうことは、極端に言えば、後からついてくる。みんなを励ますような「そら行くぞ!」というようなことがぜひ必要です。知識欲、向上欲、それが一番の欲動で、その成果は論文と研究です。効率よく仕事ができる、とか、職場環境を向上させる、そういうことは大切だが、人が仕事を続ける上で、本質ではない。知識人、職業人として長くやっていく

のに最重要なことは、自分で研究、工夫をして、それを自分だけのものにせず、世界へ発信して、皆が共に伸びていく。自尊心が持て、それが世界の助産学に役立つ。

このことをここにいる仲間みなさんに、僕は申しあげたい。

【齋藤（益）】 一言だけいわせていただけますか。松原先生、ありがとうございました。

実は私は、修士課程にたくさん来るんですけども、助産師と修士課程の今の看護修士がなんとなく馴染まないような感じをちょっと持っておりまして、助産師がやはり実践を科学的にみるというところで、先生のおっしゃっているような啓蒙のところは感じるところです。来年からは、「助産学実践講習」を枠の中に作りました。今助産師の方で臨床的なものを持って、修士課程で学びたいという方はどうぞ門をたたいてください。

【齋藤（滋）】 やはり研究というのは、日々臨床している中からの疑問が出ていましたね。そういったものが臨床研究で非常に大きな問題ですし、それがもっとももっといい方向につながりますので、これはどんどん掻き立てていかなければいけないと思います。

【参加者からの質問】 ちょっと具体的なことなのですが、当院では保健指導室という名称で助産師が健診に関わっています。現在行っているのは、8～10週、12週、20週、30週、36週と5回行っています。松田先生のお話しでは、10週、16週、30週、34週、37週となっていました。それぞれの週の実施項目の適応はどのようなものでしょうか。

【松田】 これ、実は昨日作ったんですよ（笑）。私が言いたいのは、濃淡をつけた妊婦健診をすることによって、お互いがお互いを埋めるというところで10週、16週、30週、34週、37週としたわけです。説明すれば、それぞれできるのですけれども時間がありませんので、これはひとつのモデルとして考えてほしいと思います。

よく見てもらうと助産外来の取り組みには妊婦のリスク評価がドッキングしていますし、超音波の方は医者以外が行う場合はドクターの指示が必要なので、それは別にするとかといった意味で設定したものです。回数は、齋藤先生は最低3回でいいだろうと、もう2回くらい増えればということないよということでした。

それでハイリスクだから、助産師が管理しないというのは全く違うということは、私も同意しております。ハイリスクだからこそ、リスクを持った人を社会的支援でサポートできるのは、残念ながら我々ではなくて助産師であることは、おそらくここにおられる方々はそう思っていると思います。だから、もう少し助産外来は発展したほうがいいかなということも思っていて5回にさせていただきました。

【齋藤（益）】 リミックスを越えたというのは、助産外来というのは産科の医師が少なくなった、産科の医師が多忙だからといったことはないんです。産科の医師がいなくなったから、助産師さんがやることになるということではなくて、もっともっと質を高めるために、産科の医師は担当できる時間が短いですからなかなか相談することができない。本当に隙間

だらけの医療なので、それをもっともっと協働して質を高めてもらうために助産師さんがどんどん活躍していただかなければならない。

そういうことからいいますと、むしろノーリスクだけを担当すればいいのではなく、もっともっとハイリスクの方にも助産師さんに説明していただく。妊娠中毒症などでも生活を変えるだけで、かなり改善されます。そういった保健指導を充分時間をかけてやっていただくだけでかなり改善されると思います。

もっともっと皆さん方にとって、主体は妊婦さんですから、妊婦さんにとって良い医療を提供するためには医師だけではなく、助産師さんも努力していくことが必要です。これが助産外来の本当の目的です。誤解していただきたいくないのは、医者が減ったからそうするんだということでは決してありません。

【久保】 助産師外来がうまくいくためには、医者と助産師が同じ言葉を使う。同じ日本語をしゃべっているのですが、実は今の日本では医師が使う医学用語と助産師・看護学校で使う看護学用語が違うんですね。ですから、妊婦さんを診ていても同じ言葉で話をしていない。同じ共通の言語で妊婦さんを診るようになれば、助産師外来は上手くいくと思うんですね。それが今どうしてもないので、そのところが日本の看護学校が遅れているというのは、そういうところにあると思います。海外ではこんなことはないです。こういったことを解決することで、いい助産師が生まれる。それで同じ認識を持って管理をしていけば、たぶん一人の人を違う方面から診た良いケアができるはずだと思います。

【松田】 どなたか、他に質問はございませんでしょうか。

そろそろまとめを行わなければいけないのですが、先ほどチーム医療については後でお話しました。が、今だいたい出たので繰り返すことはないですが、やはりお互いの役割分担というのが一番大事で、それはお互いに尊重し合う、尊敬し合うということが大事だということです。また、新しいという言葉をよく考えてみますと、決して新しくはなくて、昔はいろいろな育児についてもじいちゃん、ばあちゃんや兄弟がたくさんいたので聞く場面もたくさんありました。しかし、少子化も核家族化も進んでいる現代では、妊婦さんは誰に相談していいのかわからないというところがひとつの大きな要因であります。これは時代背景がそういうようになっているわけで、それをなんとかするためにいろいろな知恵を、いろいろな持っている知恵を妊婦さんに与えたいいいのではないかとこのところで医者には医者の持ち場があるし、助産師、看護師あるいは保健師、あるいはケースワーカーなど、いろいろな方々を「もっと妊婦さん利用してください」というのが、新しい体制かなと私は思っております。

今日のディスカッションを来年度までにまとめて報告・公開するため、これまでよりもよりよい体制になるためにはどうすればいいかというアイデアを今日はたくさんいただきました。是非参考にさせていただきまして、厚労省の方にもおいおいと働きかけようと思っております。長い間ご協力、ありがとうございました。

