

だけでなく、それ以外の出血した、おなかが痛いなどで健診に行きましたかという事をたずねますと 40%弱の妊婦さんは健診以外に病院を受診しているようです。あるいは、電話で問い合わせをしているということがわかりました。その 40%の内訳なのですが、「分娩施設つまり基幹病院に問い合わせた」という人は 30%くらい、「自分が普段通っている近場のクリニックに問い合わせた」という人は 10%くらいというデータがあります。その時の対応について満足したかどうかということでは、分娩機関についてはおおむねほぼ 100%近く「十分に満足する対応をしてもらった」といいます。つまり、セミオープンをしていても、その患者さんが分娩を予約している患者さんであるということで診療拒否などのトラブルが起これないわけです。実は、一例だけ不満という回答がありました。しかも、うちの病院でしたので、帰って調べようと思っています (笑)。それ以外は、満足できる対応であるという結果が出ています。

一方で、健診施設の対応。下段の方ですが、80%は「満足」と答えています。20%に不満という回答がありますが、しかしこれは診療時間の問題があるのかもしれませんが、救急対応はやはり慣れていないということがここでも伺えるかと思います。これが全国の調査であります。

そして、最後に「このシステムが、よかったかどうか」ということをこのシステムを利用した方に聞きました。7割の方が「よかった」「便利だった」と回答され、後の 3割は「どちらとも言えない」と答えています。駄目だったという人は初めからこれに参加していかありませんし、何とも言えないのですが、我々がお願いした通りに行っていただき、「よかった」という結果を得ています。そして、「このシステム自体に対して、今後どのように考えるか」という回答に僕はちょっと驚いたんですが、45%くらいが「このシステムの方がよい」というんですね。つまり、同じ病院で健診を受け、同じ先生に診てもらって分娩をするということが、妊婦さん側のある意味常識だったかもしれませんが、結果としては「このほうが便利でよかった」というデータとなりました。とはいえ、今産科医不足であるし、現状が厳しいから「やむを得ない」という人も 45%います。それぞれで 90%。もちろん同一の先生の方がいいという人も 1%近くおりましたけれども。このシステムに関しては、妊婦さんにとっても利便性がありますし、それが「よい」というニーズが必ずあるのだということを感じさせてくれるデータでした。

さて、私のところのシステムの紹介をさせていただきます。セミオープンシステムです。今日は本当のことをお話ししますと、このシステムを導入しようとした理由は、医師が過重労働でどんどん辞めていってしまう。先ほど、女性医師が多いということもありましたし、産婦人科医になろうとする女性医師はみんな根性があります。子どもさんをお産みになっても必ず戻ってこられて頑張ろうという気持ちはあるのですが、なかなか社会的な状況がそれを許さないということもあります。それから、女性医師が産休、育休をとっている間に男性医師にどんどん負担がかかって、だんだんやつれて来てしまうわけです。そこで、医局員たちを何とか救いたいと思い、どうしたらいいのかと考えた時に、「このシステ

ムはいらしい。これだ！」と思ったわけです。僕は、まったく身勝手な人間なんです。ですから、身勝手に始めたんです。

これは、東京都の周産期母子医療センターの配置図です。東京都は 8 つのブロックに分かれているんですけども、ご覧いただきますとこの線のところが区です。区と多摩を分けていて、実はここにベルリンの壁のようなものがあって区部の方は七つに分類されているんですが、多摩はひとつなんです。うちの病院はここにあるんです。去年、今年と東京都は頑張って周産期センターを増やしています。見ていただいているデータは、僕がこのシステムを始めた 3 年くらい前のものです。それで、このデータではそれぞれのブロックに総合周産期センターがひとつ。この区部の中の東は一万分娩くらいあって、病院が 7 つ、診療所が 11 でやっています。それから中央は 8400 分娩で 16 施設の病院。ここは面白くて診療所がほとんどありません。二つの診療所しか分娩をやっていない。南部は 5000 分娩に 7 つの病院と 6 つの診療所、東北部は 9000 分娩に 5 つと 19 の診療所、西北は 9500 分娩に 13 病院、10 診療所、西部は 10000 分娩 13 病院、10 診療所、西南部は 8000 分娩に病院 12、診療所 10。だいたいこんな分娩数なのですが、多摩はどれくらいだと思いますか。多摩は 28652 分娩 (29 病院、27 診療所) というのは、住民票ベースの分娩数ではなくて実際に施設が行った分娩数なんです。98% くらいの施設を網羅して調べたデータですから、当時としては正確なデータです。

これでは比較がわかりづらいので、診療所も病院も全部合わせて分娩施設数で分娩数を割ってみると、東部が 1 施設で 590 分娩行わないとならない。多摩が 512 分娩とこの二つが飛びぬけて多い。ご記憶かと思いますが、母体の脳内出血の搬送事案が 2 件東京で起きて大問題になりました。それによって、東京都も重い腰をあげていただいた。その事案が起きた場所をご存知でしょうか。まさに、この二つの区分だったんです。必ずここで何か起こるといことは僕たちは、10 年も前からわかっていたんですよ。非常にがっかりする状況でした。そこで私たちの所のように小さくても大学病院というだけで、患者さんはどんどん来てしまうし、周りの先生もどんどん紹介する。そこで医者たちはどんどん症例におぼれてアップアップしていたわけです。

これは、その周産期センターの機能を書いたものですが、右側を診てもらうと NICU のベッド数が分娩数当たりいくつというのがある。現在は少し変わったのですが、当時の基準で国は 1000 分娩当たり 2 個の NICU を用意すればいいといっていました。東京都は 2.2 個で満たしているんですけども、ブロックのバラつきがすごいです。わが多摩は 1.2 なんです。今は、改善されてきて少しずつ上がっていますが、基準には到達していません。

そこで周りにある 32 のクリニックに声をかけまして、「何とか私たちを救ってください。皆さんの救急をなるべく受けて頑張りたいので、どうかうちの外来を診てください」。そして、同時に妊婦さん方にも説明しました。「原則うちでは健診はしません。あなたはリスクが低いので、ぜひこういうクリニックでやってください」と説明して、名簿を出すんです

けれども。イメージしていただくとわかるのですが、「よその病院でやれ」といわれるから嫌なんです。外来のブースが駅を越えて、街のいろいろなどところにあると思っていただけるといい。ATM だと思ってもらえればいいんです。

妊婦健診も同じように大きな病院というのは4、5人で外来をやっていると、たとえば曜日が変わる、時間が変わるだけで担当医が変わってしまう。それと同じで外来のブースだと思ってくれと妊婦さんに説明しています。それで、その先生のところで気に入らなければ別のクリニックに行けばいいとも言っています。

これが実際参加している35施設の概要です。これは18年表示当時のものですが、分娩取扱施設が18施設、そして取り扱っている分娩は11000です。先ほどの多摩の30000分娩の1/3をシェアするチームということになります。そして、全体の帝王切開率は10%でした。また、外来の患者数は70人ぐらい。これぐらいの規模のチームです。

うちでは「母と子のネットワーク手帳」を作りました。一応商標登録したので、使う時は一言お声掛けください。中をめくって行くと緊急の連絡等の記載がありますし、患者さんの既往歴、妊娠歴があつたりします。妊娠歴について面白い話があり、一番初めにこの手帳を作った時のことですが、ここに流産・早産、人工妊娠中絶、帝王切開などが書かれています。これらをすべて書かせるようにしていたんですけども、この手帳は妊婦さんに渡すものです。妊婦さんはこれを持って、いろんなクリニックに行つて書き込んでもらう。そうすると、夜間救急の場合などでうちの病院に急に飛び込んできてもその手帳さえ持っていれば、これがうちのカルテなので、どういう診療を受けていたのか、どういう状況なのかがわかるんですね。とはいえ、妊娠中絶などご主人がみるとまずい情報もある。今では、暗号のように書いています。これが、健診の実際の内容なのですが、左側は全く母子手帳と一緒にです。左側には胎児の超音波の診断所見や羊水ポケット、頸管長など、まったく普段おやりにならない先生は見ないようなものが書いてあります。これは診療の標準化のひとつで、「この時期にはこれを必ず見てください」というものです。始めは時期ごとに違うので羊水ポケット、頸管長は書いていなかったんです。この時期を診ているときはやってくださいと書いていたんですが、やってくれないので項目を作っておけば「あ〜いけない、診なきや」ということになるのではないかと考えて作りました。今、けっこう連携施設の先生たちに診てもらっています。

そして、これがネットワークの利用率です。先ほど全国平均15%といいましたけれども、うちでは5割近い妊婦さんが外で健診を受けていただいております。右側が%で、左側が実数値です。当初はやはりなかなか増えなかったのですが、「原則行わない」というくらいに強くお願いすること、その代わりに夜間救急からなにからうちの責任で診させてもらうということを明言しました。それを繰り返していくうちに、だんだんこういう数字になってまいりました。

続いて、これは帝王切開率からリスクがどれだけ集約していたかというのを見たものです。左側がシステムを開始した当初であります。大学病院であります。20~25%ぐらいの

帝王切開率でした。この数字は、一般病院の現在の平均だと思います。ローリスクの妊婦さんの健診を任せただけで、なぜこういう成果が得られるかという、健診先の先生方も日本医大の患者と同時に、自分の患者さんも診るわけです。日本医大の妊婦さんだけこういう健診をしているわけではなく、自分のクリニックの妊婦さんにも同じ方法で健診を行うわけです。それを繰り返していくうちに、クリニックからの紹介の患者さんも増えていく。それから、もし連携のクリニックが分娩を扱う場合は、患者さんがその先生と仲良くなればそのままお産してもらっていいんです。実際、そういう事例は結構あるんです。そういうことで帝王切開率も低下していきます。現在は、35~40%でだいたい標準的なところかと思っています。

そして、これは当病院の早産の推移です。早産率の中でも31週未満の極めて厳しい、小さな子どもの早産率を示したものです。御覧のように減っているんです。先ほどからいつている頸管長という特殊な診察を導入したのが、この時代で導入だけではなかなかうまくいかなくて管理方法をいろいろと変えました。新しい治療をいろいろと試みたら早産率は低下しました。これのポイントは外来診療です。早産というのは、おなかが張ってきたり、出血があってから診るのでは間に合いません。その前に見つけて治療して医療回避するというのが基本なんですけれども、私たちは半分の患者さんの外来を外に委託しました。それによる結果がこれなんです。ネットワークを始めた頃は、ぶり返しで少し早産率が高くなりました。その時は先生たちがよく診てくれなくて早産率がもとの状態に戻るのであれば、始めて2年のところでネットワークを止めようと思いました。ところが、「こうしてほしい」ということを繰り返し先生方をお願いしているうちに、早産率が元の水準に戻ってきました。医局員の方がコンプライアンスが悪くて、システムを変えてもなかなか同じようにやってくれず、早産率の減りが遅かったということもありました。

これが最後になりますが、「母と子のネットワーク」を導入した前後の比較です。導入前の2006年と昨年、一昨年を比較したものであります。まず、外来の総数ですが、120名程度あったものが平均85名くらいに減少しています。そして、特に妊婦健診が1日20人くらいに減少しています。ただ、この間に分娩数が150~200くらいに増加しました。これは周辺の病院がなくなったりしたことが原因ということもありました。この分娩数をかんがみてこの外来数ですから、かなりの削減効果があって医局員のQOLに役だったのではないかと考えています。

そして、不思議なことにトヨタ記念病院と違って、母体搬送は減りました。今年あたりはさらに減少していると思うのですが…。この減少の理由ですが、先ほども触れたように近隣のいつも母体搬送を紹介していただく先生方のところに、ネットワークの患者さんが行って「うちの病院の診療の仕方はこうだ」、「うちの病院はこういうふうにやりたい」といいますと、どんどん予防的な段階で患者さんを紹介していただく。かつては、前置胎盤などの場合は出血してからの紹介が当たり前だったんですが、うちでは「20週過ぎて疑いがあったら、一度よこせ」ということにしています。それで、外来診療で完治します。そ

ういうことで、救急搬送が徐々に減っています。

最後にですが、私は医局員を休ませたいといったのですが、実は論文書いて俺の業績をあげろというのが本当の目的だと…思われてはあれなんですが（笑）。残念ながら、論文数は少しだけ向上したんですが、学会発表数が依然増加していなくてももう少し医局員に頑張ってもらいたいと思う、今日このごろです。長くなりましたが、以上です。

シンポジウム 講演4

「助産外来は、妊婦健診体制を変えるか」

東邦大学医学部看護学科 教授 齋藤益子

現在は、大学で助産師教育を行っておりますが、まだ妊婦さん達に触れるという喜びだけは味わいたくて、時々東京ドームで妊婦さんと一緒に泳いでいます。そういう中の妊婦さんとの関わりも含めて、私が日頃感じていることを中心にお話します。『助産外来は、妊婦健診体制を変えるか』というテーマを頂きました。この話が終わる頃には、変えられるもしくは変えたいと皆さんに感じていただけたらと思います。

まず、今までずっと久保先生や中井先生のお話を伺っておりますが、今日の妊婦健診はさまざまな問題があります。最初の座長である松田先生のお話にもありましたが、スライドに示す様な問題があるのではないかと思います。これは助産外来を行っている妊婦というわけではなく、一般の妊婦健診の問題です。

昨年も紹介いたしました、妊婦健診による時間は非常に短く、今日の松田先生のお話では15分というのが非常に多かったということでしたけれども、助産所では一般に約6割が30分以上という時間で対応しています。

この健診の時間は短いのですが、そこに待ち時間というのが非常に長くなっています。河合さんの調査で待ち時間が平均49分、約50分という時間でした。長いところでは2時間も待つということで、中井先生のオープンシステムはここに貢献されているのだなというように感じました。60分以上になると非常に不安感が強くなっていくという調査結果も出ています。

次に、妊婦さん方が「自分で産むのだ」という主体的な産む力を育てるというのが、妊婦健診の本来の目的だと思うのですが、この主体性を育む場になっていないという現状があります。これはどちらかというと「病院に行けば安心」という久保先生がまさにおっしゃったとおりで、病院というのは産ませてもらう施設になっており、病院に行けば安心だというような妊婦さんの意識があります。実際に病院では、いつも危険を背後に見つつ行っているという状況がありますが、それが妊産婦さんには伝わっていないのです。

そこで、妊婦さんの危険因子を少しでも少なくするために妊婦健診を通して生活支援である保健サービスができる様に、妊婦健診の内容を変えていく必要があります。助産師が関わることによって生活への支援がしていけるのではないかと考えています。

また、正常に経過することの予見は非常に難しく「リスクゼロはない」といわれます。最初からリスクがあると考えて、これで妊婦さん達が妊娠をしないというような選択をするのではないかと不安もあります。これは確実に正常に経過するだろうと思っても「どうなるかわからない」ということがその背後にあるわけです。

このような様々な状況のなかで医療者は、妊婦とともにリスクスコアをチェックし、妊娠に適した生活の支援を行い、同時に異常の早期発見とその際の対応をしていくことが求

められます。

一方、妊婦側からみると、自分の生活を評価して妊娠に適した生活に自らが主体的に変化させていくというような行動をとるといことが求められます。

全体の妊婦健診の意義を考えてみますと、前半からずっと話していますようにリスク因子を確実に診断して、妊婦の状態によっては個別的に対応する場になります。また、リスクなしの妊婦さんに関しましては、満足感を高める支援が必要になります。正常なので、次は来週または3週目という感じでほとんど2、3分で診察が終わってしまい、高い診察料がもったいないと思ったというような妊婦さんの声もあり、正常でリスクがない状況であったとしても、そこには満足感を高める関わりが必要になってくると思います。ローリスクの妊婦さんに関しましても同じことがいえます。

三つ目のハイリスクの妊婦さんに関しましては、従来はハイリスクになると医師にという感じでしたけれども、医師の医学的な管理に併せて助産師が的確な保健指導をすることが大切で、異常妊婦にも助産外来は必要なのです。

もうひとつの妊婦健診の意義ですが、今までのお話しのほとんどは医学的なリスクに関するお話しが中心でした。「社会的なリスクを診断して妊婦の状態によって、個別的に対応する」という、もうひとつの妊婦健診の意義が最近はやや弱くなってきているのではないかと思います。社会的リスクのない妊婦の場合は、もちろん医師外来や助産外来、節目健診などでよいのですが、社会的リスクがある場合、とくにハイリスクの社会的リスクを持っている場合には助産師の管理が必須です。それを診断する場としても助産外来は有用です。さらに、社会的リスクがある場合は、関係者との連携や地域との連携が非常に大事になってきます。そのためには、妊婦健診の中に身体的、産科学的な診断のみでなく、生活を診るという生活診断の視点を取り入れて社会的リスクを診断し、対応することが求められ、助産師に特化した妊婦健診が必要になると思います。

松田先生は、5回と助産師の健診、助産外来を位置づけていただきましたが、私は最低3回は必要ではないかと考えております。助産外来を行うことによって、さまざまな情報が得られます。このスライドは大阪のベルランド病院が助産外来で得た情報を示しています。助産外来で時間をかけて話をし、相談に乗ることで医師外来では得られていなかった情報を得ることができるのです。そういったものの中には、時には医師の医療処置につながるものもあるという報告がありました。

この社会的リスクをなくすためですが、実際は妊娠・分娩・産褥にはその経過に沿って、より良い生活を目指して日常生活行動を変化させていく必要があります。いくら妊娠が生理的なものであり、現在異常兆候がないとしても、経過に沿った自分の生活を変化させていくことは非常に重要です。

そのためには、健康生活そのもの、生活自体を診断するという側面が必要になってきます。妊産婦が、「自分の生活をどのように変化させているのか」、「その行動がいいのか悪いのか」、「適切なのか、そうではないのか」というような側面から妊婦さんを診る視点が必

要です。健診では、身体面と社会心理的側面の双方から診断していく必要があります、助産師が時間をかけて生活をふまえて健診することが大変重要になってくるといえます。

この健康生活診断を用いた問診項目ですけれども、例えばスライドに示しますように生活全般に関して、食事はされているかとか、便秘や下痢や排尿状態はどうか、夜眠れるかというようなこと、また心の状態として不安や相談相手がいるかいないか、妊娠を喜んでいるのか、それともそうではないのかというようなこと、そして周りとの関係、パートナーや家族との関係性、それから出産・育児にどのような準備をしているのかなど、経済的な面も含めてみるのが大切になります。

それを私どもは「マタニティ診断ガイドブック」として、1990年くらいから開発を手掛けてきました。冊子として出しておりますが、まず生活を見るというところで食事、排泄、睡眠、休息、動作・運動、清潔などの側面が適切であるかどうかを、それぞれの項目ごとに診断指標を作っております。スライドに示すのは社会的生活行動の診断で、パートナーとの関係、家族関係、支援体制、妊婦としての役割などを診ていきます。それから出産、育児行動に関しましては、授乳行動、乳房の管理、育児技術、育児環境の調整、愛着行動などを診ます。この出産、育児行動に関しましては、産後の育児期のことについても、妊娠中から診断しケアを行っていくことで、出産後の育児に関しても支援していくことができます。

精神心理的生活行動ですが、こちらに関してはひとつ具体的に示しております。たとえば、不安への対処がされているかいないのか、という側面を診断するというで診断指標を示しています。診断指標としては、不安の表出ができているのか、相談相手や援助者がいるのか、心のよりどころを持っているのか、不安の原因が自分でわかっているのか、不安の対処方法の知識を持っているのか、自分なりに対処しているのかという診断指標を作っています。

こちらを開発いたしました約10年経ちますが、この診断指標の妥当性、重要性に関する検証がなされないままでした。今年から来年に向けてさらに精選して助産外来に使えるものにしていきたいというように思っています。

このように大きく4つの生活を見る目を示していますが、このようなものを見ながら助産外来を進めていくことの意義をまとめてみたいと思います。

まず、「確実な経過診断と今後の予測」は、もちろん医師外来でも行えるのですが、助産外来では妊婦さんの理解力のレベルに添って丁寧に説明することができるのではないかと思います。そして、それをちゃんと理解したのかどうか、その結果、妊婦さんがどのように行動していくのか、というところまでを確かめて妊婦の受け止めに支持して行けるようにするといった関わりができます。こういった関わりを何回も繰り返していくことで、妊婦さん方に妊娠経過に伴うすべての出来事を前向きに受け止めていくことのできる柔軟な心が育っていくのではないかと思います。

二つ目が、「確実な生活診断を踏まえて適切な妊娠生活の適応を支援する」ということで、

先ほど示したような生活を見ていきます。

三つ目が「妊婦の出産への不安を軽減し、母性意識を高める」ことです。妊婦健診は胎児情報の提供の場であり、胎児との会話や触れ合いの機会を持ち、母性意識を高める場となります。これもゆとりある時間をもつことで、妊婦さんとゆっくりかかわって行くことができます。

次に「妊婦の力を育み、バースプランをともに考える」ことです。実際、自分の施設でできる出産にはどのようなものがあるのか、妊婦さん達がどのような出産を期待しているのかなどを双方向に情報交換をしながら、コントロールする力も含めて「自分はこのような出産をしたい」ということを妊婦さんが考えていけるように支援していきます。

五つ目として、何といたしまして助産師のかかわりは、肌と肌、スキンシップでのかかわりが多いことが特徴です。たとえば、妊婦外来では、乳房のケアなども行います。この肌のふれあい、スキンシップを通して、助産師と母親との間に形成される強力な信頼関係は何よりも重要です。先ほど、助産師の場合は訴訟が少ないというお話がありましたが、妊産婦さんと助産師との人間関係、信頼関係が非常に強いからではないかと思います。

それから、待ち時間の短縮についてですが、現在、看護外来が謳われる施設ができています。待ち時間のある場合には、それを利用した個別ケアの実施、オプション的なものなどが提供できます。アロマセラピーや音楽セラピーなどの導入もできると思います。

そして、関係職種連携による個別的で継続的な保健指導体制ですが、これは助産外来だけではなく、地域の保健師さんやケースワーカーの方など、いろいろな方の持っている専門性や特徴など、その内容によって支援体制を広げていく、そういう体制作りなどもできていくようになります。

昨今の妊婦さん方は、非常に勉強していらっしゃいます。情報をたくさん持っていらっしゃるのです。その情報を自分に当てはめた時にどうなのかという、きめ細かな情報を咀嚼する場としても妊婦健診は意味があると思っています。最初にもいいましたが、ハイリスクの方や異常のある方の保健指導を徹底される反面、正常で現在のところ問題がない妊婦さん方は、ほとんどが計測のみで終わるため、「自分は高いお金を払って検診に来たのに…」と満足感がない妊婦さん方など、ローリスクの妊婦さん方への関わりももう少し強化していくことができるのではないのでしょうか。

これからの妊婦健診では、前の演者の先生方も言われましたが、ハイリスク妊婦という考え方を医学的リスクのみではなく、社会的ハイリスクにも適用させて、しっかりケアしていくことが求められます。ノーリスクの妊婦への対応は、もう少し満足するものにしていく必要があります。妊娠期間というのは、出産育児に向けての準備期間であり、分娩のみではなく育児に向けた期間というようにも捉え、胎児診断に偏らず、お母さんの心身にもっと目を向けた生活に即した健診にしていくべきです。そうすることによって、出産後の育児不安、それから子どもの虐待などといったことの予防にもなると思います。また、虐待予備軍のような社会的問題を持つ妊婦さんの問題を共に考える場になり、産後うつ予

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「まだまだ自分ではできない」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せん。

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して動き始めて約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>

良いシボです。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の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いない)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がそれぞれの回の実施項目・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教えてください。

<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齊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

・セミオープンが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？）

齊藤先生への質問

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ても感じています。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います。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欲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 数年助産師をしてみたりしました。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ろして仕事をし、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ま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な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、为什么呢？ 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、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っております。

【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」というのが、いくつか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おります。

助産外来と医師が行う外来とがどう違うかという、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見るということが一番の違いではないかと思っております。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おります。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把握する、精神的軸をしっかり見るという、そこはしっかり強調したいところだと思っております。

【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っております。

【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おります。助産師外来というのは、保健指導だけではない。