

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ちゃって、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が、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、経産婦さんで何もし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

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った。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にいることは、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「リスクを知るとは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りし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てこの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よ。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、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、それを行われていた先生は、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ました。それをなぜ辞めたかという、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。

**【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うような時期。そんなに難しいことはいわないのですが、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いをしてあって、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点、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いいかもしれませんが、外来ブースをATMと違って道路が病院の中の廊下とだけあって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いいのでしょうか。

【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の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はありますが、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い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、そういった人にもちゃんと「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、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っていただいて、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い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です」ということを言うだけであれば、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る。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場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、今助産師の勉強をしている。修士のほうがかついでです」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含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

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。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、いっぱいやることがあって、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知っております。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ということになりました。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いきますと、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ったら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くといったわけです。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ね。

【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な好奇心が重要です。知的な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-Reuters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を考えて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必要があります。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ら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。



厚生労働科学研究費補助金子ども家庭総合研究事業

「わが国における新しい妊婦健診体制構築のための研究」

主任研究者：東京女子医科大学産婦人科 松田義雄（松田班）

#### 第一回全体会議議事録

日時：平成20年5月30日（金）17:00-19:30

場所：アルカディア市ヶ谷

研究者（主任研究者、分担研究者、研究協力者）の自己紹介

厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課主査 三間 紘子 氏からの挨拶

#### 議事次第

##### ◆ 申請までの背景と研究目的、役割分担（松田）

公募課題の応募採択から、評価委員会での説明を経て、交付申請書提出に至った経過を報告し、最終的な研究目的（資料1）と役割分担（資料2）を説明した。そして、3つの研究課題について、これまでの背景、今回の研究目的や期待される成果を概説し、それに対する質疑応答を行った。

##### ◆ キーワード1：母子手帳の充実

統計学的見地から、林先生からは「データベースから得られる情報の分析方法と医療統計学的考察（資料3）」、杉本先生からは「データの解析方針（資料4）」の説明があり、それについて質疑応答が行われた。

#### 主な質疑応答

Q 年度ごとに入力項目が必ずしも一致していない。あるいは不正確なデータ入力もある

A データ精製をする必要がある。28万例があるので、2割程度のgreyな症例は除いても構わない。

リスクが不明なので、**case-control study**だけに固執することは危険。**Case-cohort study**も必要。

コントロール群の設定に関して、話し合いが必要。キーワード1に属するメンバーで確認決定する。

追加：データベースは既に日本産婦人科学会で承認されたものなので、データ収集に関する同意説明は必要ではないが、今回の検討は二次的な臨床研究と位置付けられることから、倫理委員会の承認は必要と考え、主任研究者の属する大学の倫理委員会に申請した。

##### ◆ キーワード1：母子手帳の充実

久保先生より、「リスクスコアの再評価&母子手帳への追加の可否」について、説明があり質疑応答を行った。リスクスコア作成に至った経緯、実際に妊婦にリスクスコアをした症例の予後などが紹介された。

主な質問

Q 妊婦が自分でリスクを記載することの懸念は？

リスクを明らかにすることのデメリットは？

リスクに対して、適切なコメントをしないと、かえって不安を与えるのでは？

◆ キーワード2：妊婦健診体制の整備

中井先生より、「未受診妊婦の実態（資料5）」に関する提言が報告された。

主な質問

Q 全国的なデータ収集をどうするか？

未受診の定義があいまい

医原性はないのか？

リスクを明らかにすべき

◆ キーワード2：妊婦健診体制の整備

齋藤（益）先生から、助産師の立場から助産師外来を中心とした健診体制の整備に関する提言が説明された（資料6）

主な質問

Q 情報の共有をどうするか（助産師数名で診察している場合）

妊婦とのかかわりをどうするか？

妊婦主体の外来にどう変えるか

助産師外来にこだわらずに、医師と連携した体制をどう構築していくかにすれば？

均一の情報に基づく妊婦管理をどう構築するか

最終的にはチーム医療にどう反映するか

◆ キーワード3：発症予知マーカーの開発

関沢、大口両先生から「発症予知マーカー」に関するこれまでの研究成果とこの研究への関連についての報告がされた（資料7,8）

この班の究極の目標は、究極の目的は、医師不在の地域でも、母体死亡・救急症例を増やさぬ妊婦健診体制をどう構築するか、そのためには情報の伝達をいかに正確に行なうかである。

次回の会議を、研究課題別の会議と全体会議の合同会議とし、10月31日（金）午後から夕方（場所、時間は未定）に行なうことにした。

厚生労働科学研究費補助金子ども家庭総合研究事業

「わが国における新しい妊婦健診体制構築のための研究」

主任研究者：東京女子医科大学産婦人科 松田義雄（松田班）

## 第二回班会議議事録 2008/10/31

### 1. 第一回から今回までの報告

#### キーワード1:

# データ精製過程と「胎盤早期剥離」を例に部分コホートとの比較の実際(杉本&松田)

今回の検討ではいつ発症の時期を同定できないが、分娩時期は分かる

部分コホートを使うことによって、リスク比も計算できる。全くの正常群(N0群)の問題点：今回のデータは2500-3999gとしている。体重の上限設定をどうするか?それでもAGA, LGAを除外する必要あり

今後の課題：主要疾患を全部完成させて、分娩週数の分布の違いを明らかにする。さらに、各主要疾患とコホートの比較をする(妊娠回数、分娩回数など)

#### # 胎児発育曲線(篠塚)

超音波胎児計測の基準値(日本超音波医学会)：篠塚曲線は、全く正常に発育して生まれた子の推定体重をより作成された理想的環境にある胎児の発育を示していると考えられる曲線

小川(仁志田)曲線は、出生児(発育不全、妊娠中毒症から生まれた児も含まれている)の分布から作成された曲線で、現在はこれが体重評価のgold standardとなっているが、妊娠経過中の胎児発育の評価の基準(生まれていない児の評価基準)としては不適當

改良母子健康手帳に篠塚曲線を入れる

篠塚先生の課題：「胎内発育の評価」 発育をみていく意義をデータで示す

超音波計測を主に行なう回数と時期の妥当性：3回で不十分?合計4回はした方が良く妊婦にいう可能性はある

母子手帳に篠塚先生の曲線をかいて妊婦に情報を与える

妊婦がそれを見て把握

将来的には全妊婦からデータが蓄積できる母子手帳となれば、意義がある。

電子化作業については大きな問題なのでこの研究班では検討しない

日産婦のデータからはLFDとして生まれた児の背景因子を解析し、妊娠中の