

んだん助産師が責任をもってみていくということが増えてきている、そういう臨床現場が現在多くなってきています。

こういった背景で、産科のケアニーズを経営側や看護部に説明するために、業務量測定以外のツールが検討できないかと。業務量は、助産師側が何をした、何をしたというタイムスタディを取ってこれだけ必要だというのは、たくさん助産師がいたりケアがたくさんできているところではたくさん出ますし、少ない看護職員でやっても、業務量は非常に少なく出てくるわけで、どうも看護者側の条件で決まってきている。利用者である妊産褥婦さんに焦点を置いて、その人たちのニーズ、ケアニーズを見ていくことで、何人必要かという助産必要度を測れないかということ、昨年から挑戦しております。

これは日本看護協会で47都道府県のご協力で成り立ったのですが、47都道府県の助産師委員長さんを集めた委員長会というのがあります。その場をお借りしてワーキングをしました。分娩を目的とした入院での助産ケアをすべて抽出していただきました。それを、職能委員会、日本看護協会の本会委員が9名おりますが、それに各地区から代表者が入って15人ぐらいの人数で分類作業というのをやったんですね。そしてまたそれを47都道府県の委員長さんに見せて、もう一度意見をいただいて、最終的に22項目、助産特有項目というのをこの段階で作りました。最初は712項目もあったのですが、それを22項目までどんどん縮める作業を行いました。こういう「デルファイ法」という作業、去年は、分娩時はもうほぼ測れますので、正常なお産をした人の産褥のケアを測りました。今年はそれにもう少し項目を増やしまして、治療や観察、モニタリング項目という形で14項目出しまして、これがないとかあるとか、何回以上あるなどという3段階に分けてチェックをしていく方式で行いました。

そして妊産褥婦さんの状態を示すものということで、15番から26番までです。床上安静から授乳の自立まで。それでその項目が、看護度の必要度で言うとB項目に該当する患者の状態というところに相当するものです。そしてC項目という形で、生活の相談、育児技術、お母様が獲得される過程での援助という形で、沐浴、家族計画、栄養指導、家族支援など、10分以上の指導が1日にあるかどうかというチェック。あるいは身体的な症状の訴えがあるかどうかということ、助産特有のものが非常に多いのですが、加えてチェックリストを作っています。これは去年の結果です。

調査結果としまして、まず分娩当日、分娩時はもう1対1以上です。赤ちゃんが生まれる2期は外回りの人も要りますので、逆に産婦1人に看護職2プラス医師などという状況になりますので、非常にインテンシブというか、そこはどなたにも必要なケアになります。ブルーがモニタリング及び医療処置、紫が患者の状態、ピンクなのですが白くなっていますが、ここがその他ということです。分娩当日、24時間から48時間ぐらいまで、特に24時間が非常にモニタリング及び処置が多いという状況です。褥婦もまだあまりすたすた歩けないという状況がありますので、ここは非常に高いです。これを見たときに、諸外国は24時間から48時間、この時期を過ぎたら退院されています。日本もこれからどんどん施設が少なくなったらそういう状況になるときは、やはりこの辺なのだろうなと思ったりして

います。お母さんたちが親になっていく育児技術あるいはいろいろな心配事の支援をずっと続いていくんですね。退院は5日目、6日目でお帰りになっている方が多く、7日目が1番少なくなっています。

この後は、たまたまその後出血だったり、血圧が上がったりという形で退院できなかったお母様ですので、当然患者の状態の観察や医療処置が残ってくる方々です。この結果は、わりと妥当、順当のような気がいたしました。ですからここがずっと一定量あるということですね。正常な産褥経過です。

助産必要度としては16点ぐらいあったものが、もう1日で半分ぐらいになりまして、その後ずっと横ばい、4日目からちょっと下がるという状態です。これを4対1とか7対1とか10対1というふうな状況で点数化してしまいますと、これが分娩当日、1日目、2日目、3日目、4日目、5日目という形で下がります。ここがちょっと点数が上がってくるのは、退院前なのでいろいろな心配がお母様方にとっても具体的になってくる、あるいは退院時指導のような形で、集団指導されたりいろいろされているのかもしれない。4日目が高いというのが特徴的ですが、このような状況でした。

一方新生児は当然何も自立していません。全介助ですので、それをお母様がしているからかっこでいいというふうに思うか、かっこと言えど、その母子を含めてケアする点で非常に新生児には手が掛かるという見方で、褥婦と新生児、2人まとめてケアしているという点では新生児は一定化していますので、ここを測る必要はないだろうとっております。NICUになれば別ですけれども、通常的新生児の場合です。そうすると褥婦の部分が、妊婦さんで例えば切迫早産あるいは多胎の管理とかPIHとかDMとか、いろいろな形で入院していらっしゃる方はこの量がどのくらいになるかということや、帝王切開の術後はどうなるかというのを今年度調査して、ケア量というのを、正常産褥の場合はどのぐらい、帝切だとどのぐらい、妊婦の入院はどのぐらいというのを出し、助産師数の推計をしてみたいとっております。今やっている仕事の紹介は以上です。

ここから話は変わりますが、なぜ今、院内助産システムか、という話です。もちろん産科医不足という点ではローリスクの出産を、あるいは妊婦健診を一部助産師が引き受けるということもありますが、第一義的にはそうではないだろうと思います。助産師が責任を持つ部分というのを確認しながらそのことはやっていきたいと思っております。

助産師のかかわれることを紹介します。一つは児童相談所における児童虐待件数というのは、ご存じのように4万2千いくらかという形で、どんどん上がってきております。岩手県を知りたいと思ひましてホームページでいろいろ探しましたが、なかなか新しいデータがなくて、岩手県の教育委員会が6月11日に発表されているデータを見させていただきました。赤いのは相談件数です。ですから「自分はもしかしたら虐待してるんじゃないか」と心配しているお母様方もたくさんいらっしゃるんですね。これは虐待に相当するか、自分はしてしまうのではないかということをお早め早めに相談されていますので、児相に通報のあったケースではありません。

ご相談に見えたケース。市町村の窓口が児相よりも増えている、これはとてもいいことだと思っています。市町村は、妊産婦さんの妊娠届から始まって地域で見守っていますので、そこに気軽に相談を早い時期にさせていただければ、いくつも救える事項があるということをおもは承知しておりますので、このような状況です。どのような相談をされているかというところ、ネグレクトが35%、身体的虐待が39%、心理的虐待が22%あったということが出ておりました。

日本全国では、主たる虐待者はだれかというのを見ますと実母です。6割。実父25%。実父以外の父、結構この辺が最近報道でよく出てくるパターンですが、7%。でも主たる虐待者は実母なんですね。今日の高野さんの話を伺ったりすると、あんな気持ちで子供を産んだお母さんが、なぜ虐待をするかというところをやはり考えなければいけないのだろうと思っています。どのような虐待の内容かというところ、全国ではネグレクト37%、身体虐待39%、心理虐待21%、先ほどの岩手県とほとんど同じような傾向があります。それを全数で見てもみますと、ネグレクトが徐々に多くなっている。そして心理的虐待も多くなっている。身体虐待は横ばいですね。こういうのが虐待にどんどん入ってくるようになって、数が多くなっているのだと思います。

身体的虐待の特徴は、本当に怪我をしたというふうな形で時間外に救急外来に見えたり、あとは打撲、骨折、頭蓋内出血など、ちょっと不自然な、目につきにくいところに傷があるという状況で、救急外来などをやっている看護職は「あれ？」と悩む場面に出会うと思います。打ったといえば打った、でもやはり強い外圧が加わっている、というのは事実だろうと思うんですね。あとは、新聞に出ていましたが、子供が泣き止まないのでいらいらして「もうっ！」という感じで揺さぶってしまった。そうすると外傷性硬膜下血腫、硬膜外血腫ですかね、になってしまった。とてもいらいらして、ついこういうことがあったという内容が全国紙に出ておりました。

ネグレクトの特徴ですが、パチンコなどをしている子供が車中で熱中症や脱水になった、あるいは不適切な食事、食事をあげなかった、何日も家を空けるというふうなことで、なかなか外から見ると分からないのですが、結構あります。それから必要な医療機関を受けない医療ネグレクトという状況もあります。妊婦のときに適切な栄養を取らないとか妊婦検診をきちんと受けないということも、こういうものになる原因ではないかと言う人もいらっしやるかと思っています。

この事例は、ずっと3パーセントよりも少ない体重増加量だったということで小児科に入院されて、入院したら急激に増えてきた。里親保護制度を使って順当に増えたけれども、またおうちへ帰してほしいという形で引き取ったら同じようなことになった。よく聞くケースだと思います。

心理的虐待はネグレクトと結構重なっているところがありますが、無視をする、「お前なんか生まれてこなきゃよかった」、そういうことを言ってしまうたり、DV、お父さんがドメスティックバイオレンスでお母さんに暴力を振るうということも、子供にとってみれば心理的虐待の一つになっていることもあると言われております。

性的虐待はもうご存じだと思いますが、ここは乳児のときはあまりないかもしれませんが、こんな状況です。

そして児童虐待に至る要素というのは、どうしても虐待は繰り返されるということが事例を見ていても確かにあります。親の成育歴というのもありますが、虐待する、しやすい要素のようなものを色眼鏡で見るというよりも、やはりその人を支援しようという目で見たいらっしゃるのでしょうが、それだけではありません。実際に見ていますと、「こんな方が」と思うような方がやはりいらっしゃいます。それは育児不安、ストレス、精神障害ということもありますが、子供さんが育てにくい要素を持った子供だったり、望まない妊娠や出産、それから低体重児、障害児というケース。高野さんのお話のように、子供を持つことで自分が育てられたと思われるというのは、おそらく子供を育てながら、サポートを得ながらそれなりに変化していっているとか、子供が笑うことに対してものすごくうれしさというのを一つ一つ感じられた方であって、どちらになっていくかはその人の支援の状況で変わってくるだろうと思います。

望まない妊娠出産という点で言いますと、今、結婚前の妊娠が25%を超えたと思っています。やはり2割、3割近くになっている。それを契機に結婚して、もちろん幸せになっていく方が多いのですが、中には結婚して子供を産むことにはしたんだけど、どうもパートナーをつなぎとめておくために妊娠を継続していて、なかなか子供に関心が向かないという人も中にはいますし、妊娠しても別々の家に住んでいて、妊婦健診を受けるときだけ一緒についてきて「普段は一緒に暮らしてないの」という方もいらしたりします。一緒に暮らすのもそういう人には結構ストレスになるらしく、一緒に暮らして一緒に釜の飯を食べるといふか、ご飯を作ったり食べたりすることがとても大変な人たちが増えているのは事実です。

また、結婚出産年齢が遅くなるとどうしても自分の生活パターンが作られていますので、どうもそのパターンが維持できなければいらいらしてしまうという方も増えているかもしれません。経済的にも仕事がなく、2人とも「どうにかなるさ」のような形で、2人の中ではラブラブなのだけでも、社会的な孤立ということがあるということもきくと皆様も日常的に体験していらっしゃると思います。そのような形で子育てをしていくことは、虐待の要素としては、かなり増えていると考えざるを得ません。

そのとき、妊娠をチャンスにして周産期医療で出会う私たちが、彼女や彼らと一緒に親になっていくことを教えようと思うと、嫌がります。「保健指導」は最近はもう死語になっていて、「保健指導室」などと書かれると「何を指導されるんだ」のような形で嫌がられます。相談することによって本当に子供への愛情やパートナーへの愛情が出てきたところを、単なる褒めちぎりというよりも、「それってすごい」と言いながら、一つ一つ変わっていくところを見守っていくことが周産期医療や公的補助で、お金だけ出すだけではなく、その部分がついてこないといけないと思います。子供の気質というのも確かにありますので、そこも含めてわれわれは専門職であることを自覚して関わりたいということです。

一方、うつにかかる頻度は、女性では思春期、妊娠前後、更年期に非常に多いというこ

と。また妊娠前後のうつでは、熊本大学の北村先生は妊娠中2割近くがうつを発症して、その7割以上は妊娠初期から出ているということをおっしゃっています。それをやはりキャッチできる院内助産システム、助産外来はどうでしょうか。

妊娠中、うつになりやすい人はどういう人か、これももう分かっていますね。いろいろなデータが出ております。神経質で几帳面な人。「こんなに高学歴でこんなに教養があつて、経済的にもゆとりがあるのになんで」みたいな方、それから予定外の妊娠です。

また産後も同じように、マタニティブルーズがかなりの割合であります。日本はそんなに多くないと言われてはいますが、結構あります。「こんなはずじゃなかった」と。比較的早期に解決するといいいのですが、産後のうつは日常生活に支障が生じて長く続くということで、強さと期間がポイントになります。マタニティブルーズは、ステインの、こういう何点というような、産後のチェックなどをしたときに見て参考にさせていただければと思います。うつについては、それでも10%、20%ぐらい。1カ月間ほどブルー症状がずっと続いたり、いらいら。それから、不眠、食事が摂れないというのはかなり重症です。身体症状、赤ちゃんへの興味がわからないというのもあります。

例えば授乳のとき、最近でこそハンドオフテクニックという形で、お母様を見守る方法というのがされますけれども、沐浴もそうなのですが、私たちは専門職だからお風呂も入れるのが上手なのは当たり前です。おっぱいの吸い付かせも、付いていて、すごく上手なやり方を見せてしまいますと、ますますやれなくなります。基本的には、お母様がその子に合わせて出来る形をとにかく見守ることが大事です。同室の問題はかなり改善してきて、時間授乳で終わらせようなどということは最近だんだんなくなってきてはいると思います。なるべく自律授乳にしていかないと、お家に帰って大変です。

産後うつのお母さんの育児態度というのは、「もう私はどうせ出ないわ」とか、「こんなにやっても出ない」「なんで泣くのか分からない」と、本当にうろたえ、うつろになり、そしていらいらし、という形で、くまを作って笑顔がない状況になったら非常に注意です。危険因子はもうはっきりしておりますので、ぜひうつの予防は入院中から産後にかけて、院内助産はやらなくても助産師たちの関心事項だと思いますが、ケアしてほしいと思っています。岩手の先ほどの“いーはとーぶ”も、EPDSのスクリーニングがやはり入っていたように思います。

周囲の支えがない場合の不幸な悪循環というのは非常に強いストレスで、気持ちが沈みこみ、無視して症状を隠そうとします。ほかの方も、たるんでいるとか根性がないとか自分勝手とか、私のときはそうしたとか言うような形や、逆に、ものすごく甘やかせるという状況があると、やはり「自分はだめだ」と思い込んで循環して、「もうやめよう」「死んじゃおう」のような形で、ダイビングをしてしまうということがときどきあります。

そういうことがあると、もしかして出産は自分の施設じゃないかということで、助産師もものすごくストレスになります。私の教え子にも1人、ある病院で妊婦健診で保健指導したのに、その数日後に自殺されて、もう助産師が続けられなくて今養護教員になっていますが、本当に自分1人では出来ないと思います。けれども、「もう少しそのとき聞けばよ

かった」と、すごく自責の念が強かった。助産師のフォローアップも施設の中でケースカンファレンス等をして、当事者の責任ではないという部分で、助産師も守らなければいけないと改めて思ったりしています。自分自身の気の持ち方を工夫するのが一番なのですが、そこにいけないのです。しかしながら、あるキーパーソンとなるような助産師や看護師や医師との出会いというものがあれば、変わるかもしれません。

では助産師が母親に対してどう対応するかということで、もう本当に、泣きたかったら泣き止ませようと思わないで、一緒に泣いて、「つらいよね、がんばり過ぎてるよね」ということを、励まさずに話を聞いてあげることです。「がんばりなさい」は禁句です。必要があれば薬を使いながら、産科医はもちろん一緒にフォローするとは思いますが、精神科医のコンサルトをしていくのが大事だと思います。

ここまで話しますと、妊娠というのはすてきな切り口です。妊娠の受容をその方がすること。分娩の痛みや、分娩のがんばれた体験の克服をすることと、母子相互作用、あるいは夫が入ってきて家族の相互作用といますか、両親と子供の相互作用、早期接触と母性行動とそれに対する児の反応というものを、一生懸命見える形にケアをしていくことによって大きく変わってくると思います。そしてその子供が親になったときに、また育ちながら母親との快、不快症状というのを繰り返して、その人が次の親になっていくということを人間というのは循環している。その一つの切り口ということで、大事にしたいと思っています。胎児への関心、子供への愛着というものを強めていく働きかけこそが、院内助産システムの最たるところだと思います。

「健やか親子 21」でも、私たちに直接関係のある課題として、産後うつ発生の減少と妊産婦死亡率の減少ということを抱えておりますし、産婦人科医、助産師の数の増加ということも 2014 年までの強化目標でございます。そして子供のほうの側で言うと、全出生数中の低体重児の割合を減少させること、子供の心の安らかな発達のために、それを促進するために母乳を増やそう、また虐待による死亡率を低下させよう。加えたものをもちろんここに書いてありますので、このように国家的なプロジェクトの中でも同様のことが言われております。

これからの周産期医療の改善策としましては、一つは医療施設の機能別役割分担、まさに大船渡、釜石の機能分担というのは日本中が目を見張っております。とても素晴らしいことだと思いますし、そこでの助産師の働き方というのをどんどん発信していただきたいと思っています。ただ、ハイリスク、真に社会的なハイリスクもそうですが、例えば多胎であったり切迫早産であったりする人はハイリスクで、虐待もそうですしうつもそうですが、リスクファクターになります。大船渡の例で言いますと、その助産師も助産外来を始められる、始められたというのは聞いていますが、そういうところこそむしろ必要かもしれません。ですからローリスクが院内助産システムを入れるということと同時に、ハイリスクでもどういう形で入れられるかということを発信していただいて、ハイリスクの場合の助産師の働き方というのを、やはりもう一つ構築したいと思っています。

そのためには助産師を増員しなければならないので、先ほどの数の問題がここに関係しているわけです。また助産ケアの質はいつも見直しをしながら向上していくということと、どうしても遠隔地というものがあります。そういうところでの助産師の支援。今日まさにいい話を聞かせていただいて、“いーはとーぶ”もそうですし、遠野の助産師さんの元気のよさというのもとてもうれしかったです。そういうことをやっていくときにやはりお金が要りますので、同時にこんな声も上げていきたいと思っています。

日本中の院内助産は今、外来が405か所です。1,200か所が分娩を扱う病院ですので、もう4割近いと思っています。そして院内助産はまだ5、6%しか行っていませんが、もっと上げたいと思っています。ご存じのように、院内助産システムとは外来や院内助産ユニットを持つことで、二つ揃わなくてもできるところからという形で言っております。

妊産婦さんに必要なケア提供者として、医師も助産師も両方必要です。

システムはもう何度かいろいろなテキストでご紹介しておりますが、妊婦の初診から退院後まで、医師と助産師で交互にやっているところもありますし、週数を決めてやっているところもあります。ハイリスクになりますと、もしかしたら助産外来の割合が少ない、2回とか3回ぐらいなのかもしれませんが、ぜひ取り入れることによって何か改善する部分があると信じております。

産後に関しましては、おそらく相当助産師のケアで出来るはずですので、お産の数が多いところはなるべく混合病棟解消という方向で動いていけたら助産師も褥婦もかなりケアが充実するのではないかと考えております。

助産師の仕事というのは改めて、女性に寄り添って共に考える存在ということで、指導することではありません。育児も含めて、その人のセルフケア力を上げていくために支える存在です。もう一つ、妊娠が結婚前に起きているという状況がもう日常的になってきておりますので、やはり妊娠してからの出会いよりも、ぜひここがある程度決着がついたら、思春期あたりから相談の仕組みというのを持っていくと、もっと日本の妊婦さんの状況はよくなるのではないかと考えています。

国際的にもすでに助産師は、女性とパートナーシップを持っていくことであるとか、女性だけでなく家族、地域に対して健康に関する相談と教育に重要な役割を持つというのが仕事ですので、リプロダクティブヘルスに関して病院で窓口を開いているところにも、助産師の相談コーナーというのが今後あっていいのかもしれませんが。

助産師はその人の生活を見たいと思っています。その人が何を考えているかということをして「うん、うん」と聞ける存在からスタートすると思っていますので、時間が要るのです。助産外来、30分はあなたのために使う時間ということで、時間は重要な要素になっています。助産師が助産外来をやると1日何人診れるか、そうすると、助産師に払う給料と見合うかという形を損益分岐点といいます。それを病院がちゃんと見る。妊婦健診料を普通に取っていただければ、たぶんもうかるはず。そこで助産師を何人増やせるということになると思いますので、ぜひ助産師の専門性を発揮するために、見合う仕組みを入れていっていただきたいと思っています。

妊婦さんはどう見ているかといいますと、もう院内助産、助産外来、87%ぐらいは賛成です。分からないという人も5%ぐらいいらっしゃいます。産科医でなければ不安という方も1割近くいらっしゃるというのも事実ですので、どうしても産科医にかかりたいという方も中にはいるということも承知で、選択も多少出来ることになるのか。病院によっては、うちはこういう仕組みですということによってやっつけるところもあるので、それは病院、病院で考えていただくとしても、利用者さんの意見としては今のところこんなところですよ。

助産外来を受けた妊婦さん 101 人と、従来型の医師が健診をし、助産師が保健指導をする健診をしたときの満足度です。「非常に満足」というのは、やはり助産外来を受けた方、たまたま助産外来に行ける人というのはローリスクですので、そういうことも含めてだと思います。自分の妊娠の不安がないということも含めてだと思いますが、ちょっとバイアスがかかるのを承知でデータを出させていただいています。ただ中身として何かと。妊婦健診の印象では、「励まされる」というところで、医師が 63.9%励まされていますが、助産師の健診では 91.3%です。助産師はきっと、「うん、うん」と聞いてくれる割合が多いのだらうと思います。信頼度も非常に、医師と同じぐらいだということですよ。先程の、バキュームのカップで引っ張られてしまった、でも医師は忙しそうで聞けなかった。助産師もいただろうに、看護師もいただろうにと思ったのですが、お医者さんのほうが忙しくて一言が聞けないことがあるということが分かると思います。

院内助産システムを入れる効果は、妊産婦のメリットを一番に考えたいと思うのですが、妊産婦さんはやはり自分の相談のしやすさ、生活上の助言、それから自分自身がどうしていったらいいかという、バースプランもそうですが、妊婦の主体性が高められて、結局自己効力感と言いますか、自分はこれでいいんだとか、自分にも産めるとか育てられるという自信のようなものを得るチャンスがあるのだらうと思います。

助産師にとっては、長いことお医者さんが健診して助産師が保健指導という役割分担をしてきましたから、健診をやるということは飛躍なのですが、身体を診ることができるというのは大きな力です。お腹をレオポルドで触りながらおっぱいを見て、足を見て、触って、直接「今日お腹冷えてるよ」あるいは「ちょっとむくんでるね」などと言いながら次の話をしていくというのは非常にしやすい。それからエコーは、赤ちゃんの診断をするために見ているわけではなく、コミュニケーションのために見ているんです。「ほらほら、赤ちゃん指しゃぶったよ」「しゃっくりしてるね」などと言いながら。お医者さんも言いますが、そのことをことさら喜びませんよね。でも助産師は喜びます。たぶん焦点が違うんですね。それをやりながら助産師は着実にスキルアップしていきます。

そして病院側も、お医者さんが得にくい病院では多少役に立っています。ただ「助産師にさせて安くしよう」という経済的な視点で、助産師に対して安易に安価にすることは、結局は妊産婦さんの信頼を得られないことになります。どちらが来ても同じ料金で取っていただきたいと思います。施設のマイナスにならないでほしいと思って、三方よしといいですか、ウィンウィンでやっていきたいと思っています。



冒頭で岡村先生がおっしゃいましたが、すごい予防をしている妊婦死亡、悪くならないうちに早期の治療をしているケースというのがあります。小笠原先生からデータを拝借しました。19年、20年、21年もやられています、ちょっと前3年のうちの2年分です。釜石にいらしたケースが大船渡に行ったり、あるいは釜石の中でも医師移行になったケースがどのくらいあるかというのを出していらっやいました。36.6%とか32%。7割弱は正常で経過しているけれども、3割強は医師ケースに移行しております。そのようなことをいつも肝に銘じながら、ローリスクだから、などということは間違ってもないように、きちんと見ていくという診断能力が期待されています。

これも愛育の例ですが、15年前のデータですので73.5%が最終的に正常だったという形で出されておりますが、これよりは今のほうが厳しいと思っています。最近の年齢が高くなったというリスクだけでも相当、10%ぐらいはぐっと下がると思います。そこで二つのガイドラインが出ました。

産科のガイドラインも来年変わる予定のようです。またそれに呼応して私どものガイドラインも改定していこうと思っています。ガイドブックという形でも出しておりますし、日本看護協会ではケアの質評価とか、初めてこれから院内助産や助産外来をやりたい人のための作り方ノウハウというテキストを、ホームページで公開しております。冊子がなくなりましたので、ホームページ上でダウンロードできます。ガイドラインはあくまでも標準でありますので、その地域、その施設に応じて本当に、絶対に守ってほしいところもありますが、かなり運用が可能というところもあります。いずれにしろそこで働く医師と助産師と、両者の状況を考えながら、アレンジしていかれたらと思っています。

今、課題は何か。今の課題は当事者から言うと、助産師、自分の能力の育成をもっとしたいことと、助産師数の問題が出ております。院内助産やるためには勤務形態の問題が出ております。開設のほうもほぼ同じです。まとめますと、今後院内助産システムを増加させたい、そのなかではチーム連携の強化とリスク管理をきちんとやることです。これはケースカンファレンスや、カルテレビューも含めていつもケアをレビューしなければなりません。必要な助産師数の確保、それから人材研修、今はやっていますが、卒業した人をこれから5年間できちんとその能力に行けるようにキャリアパスを作ることも非常に重要な課題だと思っています。妊産婦さんはだいぶ理解してくださっていますが、妊産婦等に向けた広報活動も重要だと思います。これはキャリアパスの一例ということでたたき台を作りましたが、もう少しブラッシュアップしたいと思います。「5年したら院内助産を自信を持ってできるよ」という、助産師の卒後の教育に力をいれたいと思っています。

まとめとしまして、わが国の妊産婦とその家族のケア課題は、出産の安全性と親になることを支えることにあります。限りある資源を有効にするために、院内助産システムを導入しましょう。そして助産師の卒後の研修の充実化、さらには病院・診療所の助産師の配置基準が示されるということです。これはオーストラリアの助産師さんたちですが、一病棟に100人ぐらいいて、みんな好き好きな服を着て活躍していました。分娩期の安楽な状況とはどんなものかということが書いてあるものです。以上、一気にしゃべらせていただ

きました。ご清聴ありがとうございました。

岡村 遠藤先生、ありがとうございました。大変時間を余していただきまして、簡潔に院内助産に関してお話ししていただきました。

私がいる病院は東北公済病院というのですけれども、仙台の、皆さんご存じでしょうか、国分町という繁華街のど真ん中にあります。分娩数が1,100を超し、手術数も1,000ありまして助産師さんがものすごくよく働きますし、気持ちもすばらしい方々がたくさんいるところです。助産師さんが支えているからこそ、そういう状態になっているのです。今は、助産師外来というのをやっているのですが、残念ながら院内助産までは行っていません。

今日はいろいろ遠藤先生のお話を聞いて、皆さんの病院をこういうふうにしてみたいというようなお考えもいろいろあるかと思います。少し時間もありますので、どうぞ何かご質問がございましたら、お手を挙げていただければと思います。

考えている間に私が少ししゃべりますが、皆さん「Obstetrics」というのはご存じですか。英語で「産科」という意味なのですが、産婦人科のことを英語で「Obstetrics & Gynecology」。

「Obstetrics」というのはもともとは「産婦さんのそばに寄り添って立っている」という意味なんです。これはもう助産師さん、助産のことをそのまま言っていることなのです。

ですから要するに、女性に寄り添って考える存在こそ、まさに助産師さんの存在価値だというふうに思います。実際、皆さんのところで院内助産、助産師外来はどのくらいやられているんですか。やられているところは……ない。そんなことはないでしょう（笑）。

院内助産というのはどこかで、今、遠野でも院内助産はやられていないという話は聞いていたのですが。

遠藤 釜石で院内助産をやっているらしいです。

岡村 釜石は先生がいらっしゃる。

遠藤 助産師さんもいらっしゃるかなと。

岡村 先生がいるんですね。あと、私やはり医師に信頼される助産師さんであってほしいし、助産師さんに尊敬される医者であってほしい。これは非常に、院内助産をやる上で必要なことだと思っています。仙台でもずいぶん話題になったのですけれども、助産師さんの教育ということに関しては遠藤先生いかがですか。今これで、盛岡でも看護協会での研修をなさったという部分で、個々に病院の中でどんな教育をなさっているかというようなことを、ご存じでしたら。あとで小笠原先生にもまた聞きますけれども。

遠藤 岩手県はかなり積極的にこのシステムを後押ししてくださっているのです、おそらく県立大学あたりに補助金が出されて引き受けて研修をしていらっしゃるとか、看護協会さ

んのほうで引き受けて研修していらっしゃるなど、県独自のものはあろうかと思えます。

昨年は先生の研究班の経費を使いまして、私も含めて岩手県立大学看護学部の先生と一緒に県内で募集をかけて、3回にわたって研修をさせていただいたという状況はあります。実は助産師さんたち、技術的にはもう相当できるんですね。でもそれが、これでいいというふうなところがプッシュされないというか、自分の中で自信がなかなかつかないというところがあること。それからエコーに関しての研修ニーズは、エコー、CTG、それから新生児の蘇生に関しては高いので、特に新生児はもう認定を独自に出していらっしゃるしCTGも最近認定を出すような研修が始まっているので、そういうものを積み上げて、だんだんこれでいいということにしていらっしゃるのだと思えます。

でも、何よりも、それを現場に帰って実践していらっしゃる方がどんどん自信をつけられて、さっき小笠原先生も、もう3年になったということで、本当に安定した力になっていらっしゃるのだろうと思えます。

一つは、時々そういうエビデンスに基づくケアにしていくための研修を、きっちりアップデートに向けていくということ。あとは、現場で産科医と一緒にエコーの研修をやったりすることがいいのではないかと思っています。

最後に私が提案したのは、そういう個人努力でやっていく研修というのは、もちろん本人のやる気や熱意が1番大事ですが、自分のところでできなかつたらどこかに行ってそのことは研修できて、ずっと産科にいて助産師をやっていくのだったら、5年いたらきちんとその能力に到達できるようなチャンスを作る仕組みを作っておかないといけないというのが、今の考え方です。

どうでしょうか。岩手県の助産師さんにフォローしていただけるのが1番いいかなと思うのですが。岩手県の実情に関しては、よろしくをお願いします。

**岡村** どなたに聞けばいいんですか、小笠原先生（笑）では、先生が代表して。

**小笠原** 基本的には、岩手県は県のほうで助産師の教育に関しては授業を入れていただいて、おそらくそれが遠藤先生、福島裕子先生のほうに委託されている部分があるのだと思えます。あとは、個々の地域施設によってそれぞれかと思うのですが、うちの沿岸の南部のところでは、一つは新生児蘇生ですね、これはみんなAコースを取得するようにということで、ほぼスタッフ全員取っております。これは資格はもう獲得している。

それからもう一点、超音波の実践の研修、個別、2人ぐらいで実践の指導を少しずつ今始めているところです。

あとは先ほどお話ししたモニタリングに関しても、これも私が今考えているところでは、個別に少人数で指導していくことを今計画していて、徐々に全員それをマスターするようにということ、今こちらの地域で進めています。ただ、他地域に関してはちょっと分かりません。

**岡村** ありがとうございます。ほかになにかフロアのほうからごさいませんか。ちょっと私の個別の項目についてですけれども、助産必要度ですが、看護必要度というのは今診療報酬の中に取り込まれていますけれども、将来助産必要度というのはどのような形でフィードバック、必要度を計算してどういう形で日の目を見るかというか、そういうのはどうなんですか。

**遠藤** 診療報酬の関係で言いますと、今MFを取っているところやNICUを取っているところは、もう定数が定められています。一番困るのは、2次医療機関が非常にたくさん、ハイリスク、ローリスク含めた妊産婦がいらして、助産師が疲弊しているというのが実態です。助産師が集約化されていませんので。そういう意味でやはり分娩1件について何人要るか、分娩件数対助産師の比率というのが諸外国と見ても日本の実情を見ても、30対1くらいです。今の病院と診療所の助産師偏在があります。出生数で言うと51万ぐらい病院で出産があって、そこに働いている助産師が大体1万7千人ぐらいなので、数から言うと30対1くらいで、これはニュージーランドやオーストラリアの基準とほぼ同じです。概数で言うと30対1なのですが、どうですか。30対1で皆さんの感覚っていうのは、それでいけるというふうに思えますか。

けれどもたぶん、ハイリスク、ローリスクの割合でそれは違うのだろうと思っています。逆に、ローリスクでもお医者さんと違って手術をするわけではないけれども、やはり妊産婦さんの相談というところに昔よりも時間がかかってしまうというのは事実だと思います。それを出すことによって、現在診療報酬ではなく自費診療ですので、基準として予算がこのぐらいあったらこれ以上、あるいはそのなかでハイリスク、ローリスクの割合がこういう割合だったらこのくらいは要りますよという、配置数くらいを示すことによって、とにかくある程度底上げをしたい。特に少ないところにたくさん採用してもらえるように働きかけたいと思っています。

そこが難しいところで、その基準を満たしているところ、優良施設というところでも、医師がいればまた医師の数との問題で、それはどう分けるのかという問題があることも事実です。そういうところには補助金を出すとか、そういう制度設計というのが何かできないだろうかと思っていますが、確かに難しいところです。何か逆にヒントがあれば、どういうふうに使っていくかという点でまた教えていただきたいとは思っています。

**岡村** いかがでしょうか。そろそろ終わりにしたいと思いますけれどもよろしいですか。

個人的なことを言うわけではありませんが、大学時代にはハイリスクをかなり見てまいりました。帝王切開率約40%、一番小さい赤ちゃんで325グラム。そういうNICUがあるところで、ずっとハイリスクばかり見てきました。

先ほど申しましたように、普通の病院で妊産婦さんを見てみますと、やはり「待つ」ということが非常に大事ですね。「待つ」というのも医師の能力の一つだと考えています。医師もほかに手術がたくさんありますので、そこでいかにそばにいて一緒に待つことができる

のは助産師さんですね。ですから助産師さんの能力が重要です。今、EBMという話が出ましたけれども、NBM、ナラティブ・ベイスト・メディスン、要するに会話、それから経験に基づいて妊婦さん一人一人の医療を変えていくというようなことも大切です。能力ある助産師さんなしには、今後の周産期医療というのは成り立たないと思っています。

今日の院内助産システムというのは、遠藤先生のお話で、やはり医師と助産師さん、コメディカルとのチームの中で最良の医療、妊婦さんが満足して、にこにこして分娩できるような環境をぜひ作っていくということだと思います。ぜひ皆さんも今後、遠藤先生のご指導とともに、精進していただきたいと思います。

遠藤先生、今日はお忙しいところ、京都からわざわざおいいただきまして本当にありがとうございました。今後ともどうぞよろしく願いいたします。では、これでおしまいにしたいと思います。

平成22年厚生労働科学研究費補助金  
(成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業) 公開講座  
「地域における周産期医療システムの充実と医療資源の適正配置に関する研究」

## すこやかいわてフォーラム2010

院内助産システムがめざすもの

遠藤俊子(京都橘大学)  
(日本看護協会 院内助産推進プロジェクト委員長)

1

## 本日、お話ししたいこと

- 1 岡村班での助産師活用に関する経過報告
- 2 わが国の母子と家族に起きている事柄と産科医療への期待  
社会の変化に対応できるチーム医療
- 2 院内助産システム  
すべての妊産婦に、助産師のケアを届けます  
ICMの助産師の定義・助産師の役割
- 3 安心・安全な産科医療への新たな仕組みをつくるための課題

## 岡村班での助産師活用分班の歩み

平成19年:院内助産システムに関わる定義を作成  
平成20年:助産外来ガイドライン作成  
エキスパート助産師(仮称)研修①の実施  
院内助産ガイドライン作成  
平成21年:エキスパート助産師(仮称)研修②の実施  
平成22年:①②を踏まえて助産師の助産師実践能力向上  
研修のあり方に関する全国調査  
病院・診療所助産師配置数の基礎調査  
平成23年予定  
エキスパート助産師研修への提言(助産師のキャリアラダー)  
助産師配置数への提言

3

## 22-23年度の計画

- 1 2年間に亘って実施したエキスパート助産師(仮)研修への専門職者からの妥当性の評価に関する調査(A)
- 2 院内助産システムの普及に関わる調査(A)
- 3 安心・安全な産科医療の提供のために、ハイリスク妊産婦ケアも含んだ助産師業務に従事する必要数を試算すること  
助産師必要数配置の基礎資料を作成する目的で、助産必要度の実態調査(B)

4

## 調査(A)

・ 対象者 約4,000名  
産科・産婦人科 病院1,205箇所  
産科部長(医師)産科婦長(助産師)  
診療所1,689箇所 院長(医師)  
調査内容  
☆属性(助産外来、院内助産実施の有無他)  
☆エキスパート助産師(仮)研修の妥当性  
☆院内助産システム推進の課題調査  
調査時期 2010年10月

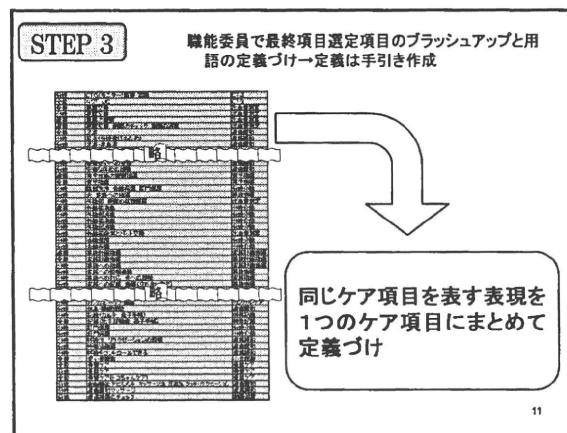
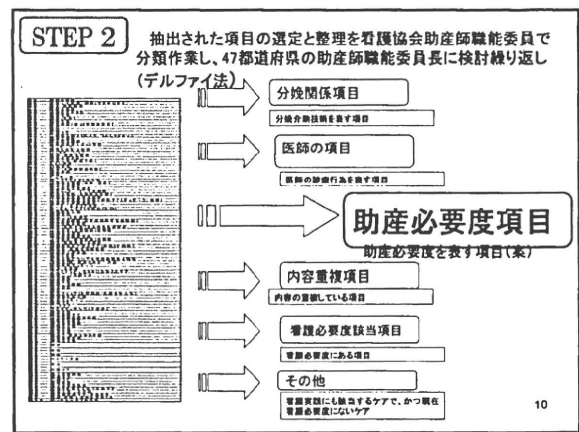
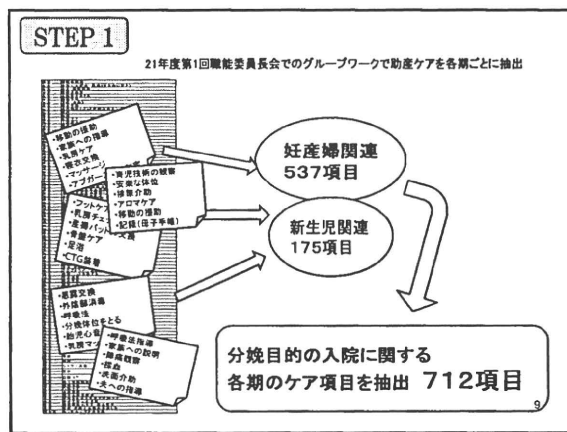
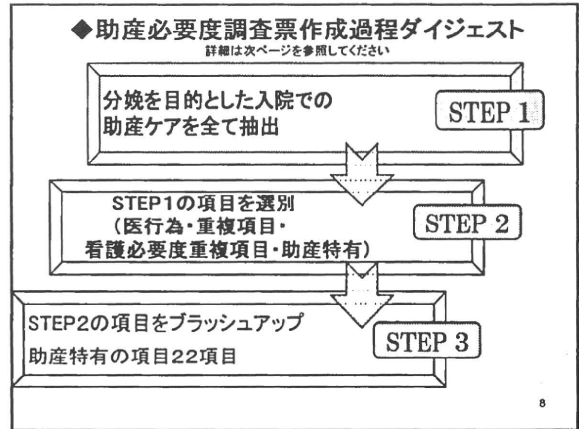
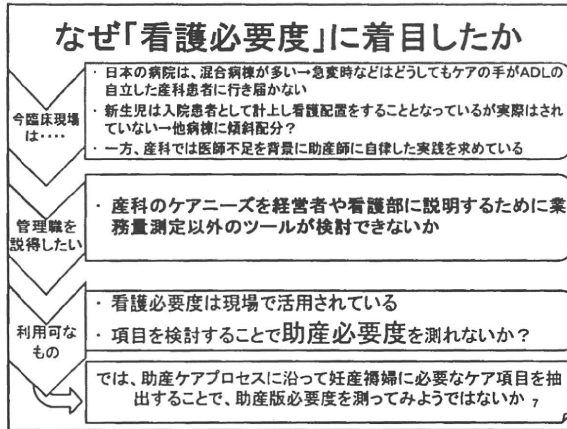
5

## 調査(B)ー助産必要度調査

対象病院 4箇所  
分娩件数1000件、看護職員のうち6割以上を助産師の配置にしている

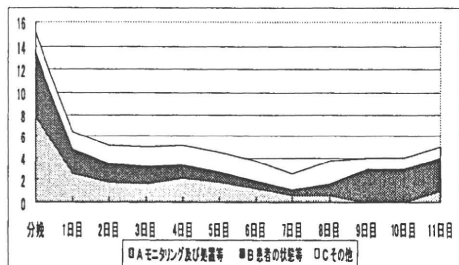
- ・ 助産必要度調査10日間
- ・ 調査票
- ・ 調査時期 2010年10-11月

6



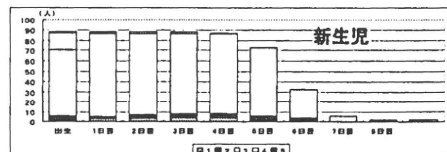
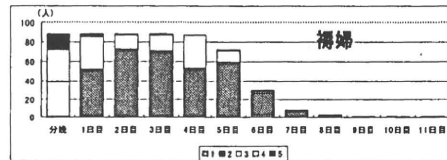
※産科特有	
1	創傷処置 ※
2	子宮収縮(産褥復古)測定 ※
3	血圧測定
4	出血量の測定(悪露含む)※
5	時間尿測定
6	内診 ※
7	点滴ライン同時3本以上
8	心電図モニター
9	輸液ポンプの使用
10	シリンジポンプの使用
11	輸血や血液製剤の使用
12	CTG ※
13	間欠的胎児心拍聴取 ※
14	分娩管理 ⑤昇圧剤の使用 ⑦ドレナージの管理 ⑧破水時抗生剤投与 ※
15	床上安静の指示
16	寒暄
17	起き上がり
18	座位保持
19	移動方法
20	口腔清潔
21	食事摂取
22	衣服の換脱
23	育児行動 ※
24	マタニティブルー症状 ※
25	授乳の自立※
26	沐浴指導 ※
27	家族計画指導 ※
28	栄養指導 ※
29	家族支援 ※
30	上記以外の計画に基づいた10分以上の指導
31	(看護計画に基づいた)10分以上の意思決定支援
32	身体的な症状の訴え ※
33	

### 調査結果(母③)



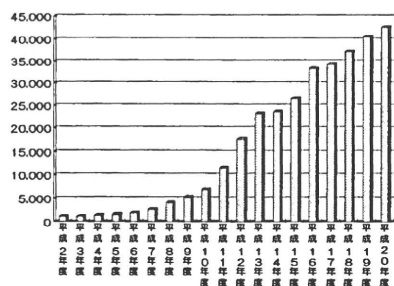
13

### 看護必要度をもとに点数化すると



14

### 児童相談所における虐待件数の推移



15



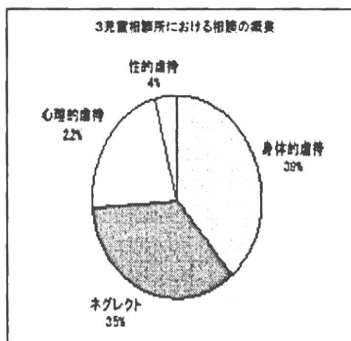
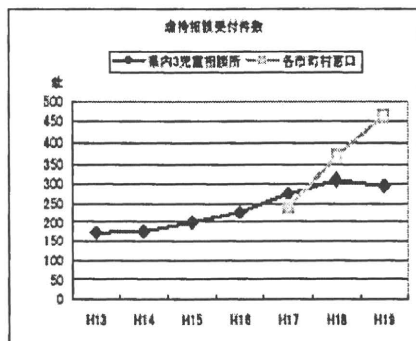
# 岩手県の状況

岩手県教育委員会  
学校不適応対策指導資料 No.11

平成21年6月11日(木)  
学校教育室生徒指導班  
総合教育センター教育相談班

## 児童虐待に対応するために

全国的に、児童虐待に関わる痛ましい事件が報告されています。  
「児童虐待の防止等に関する法律」(児童虐待防止法)では、学校の教職員等に対して、児童虐待の早期発見等に努めるべき努力義務を課しています。職員全体で、児童虐待への適切な理解と対応の在り方について学び、早期発見、早期対応、再発防止に取り組む必要があります。



虐待の早期発見に、学級担任が行う毎朝の健康観察は大きな役割を果たします。  
健康観察を、先生が一人ひとり児童生徒の名前を呼んで、顔を合わせて行うことにより、普段と違う「違和感」や「小さな変化」をつかみやすくなります。例えば、表情が硬い、目を合わせない、人を近づけない様子、感情表現が乏しい、イライラしている等のほか、理由が明確でない遅刻、欠席、早退が続く場合も注意が必要です。  
また養護教諭は、体や心へのアプローチを通して身体的虐待や、本人が気づきにくいネグレクトにも気づきやすい立場にありますので、養護教諭との連携は重要です。児童生徒の「小さな変化」を日常的に交流できる体制を学校内で整えていきましょう。  
総合教育センター 研修指導主事 中村誠子

【虐待を受けた子どもの学校生活上のハンディ】  
① 大人との安定した信頼関係を築けない。  
② 家庭等で受けた虐待行為の「反復」  
③ 感情・衝動コントロールの困難さ  
④ 学習の遅れや学習内容の定着の困難さ  
⑤ 食やモノへの異常なこだわり  
⑥ 侵入的、攻撃的行動の脅迫的な繰り返し

【学校生活での現れ・気付きのポイント】  
● 「いつもと違う」、「何か不自然だ」を大切に  
● 子どもと親の様子を総合的に見る  
● 学校は「複眼」の組織  
● 校内での情報交換が重要

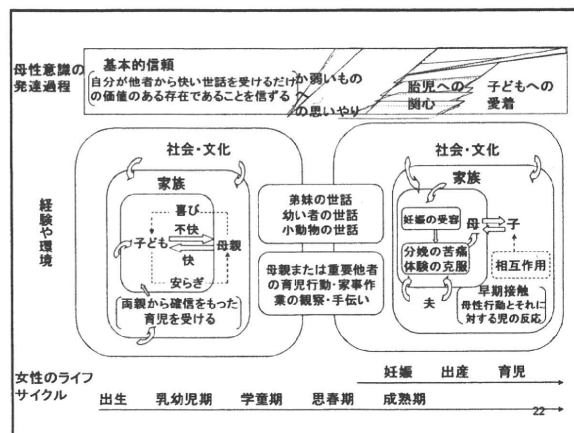
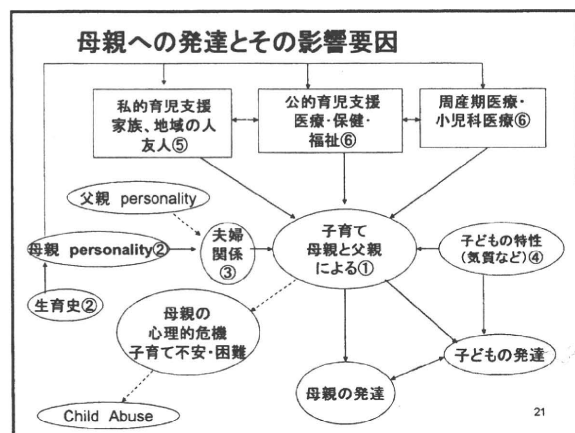
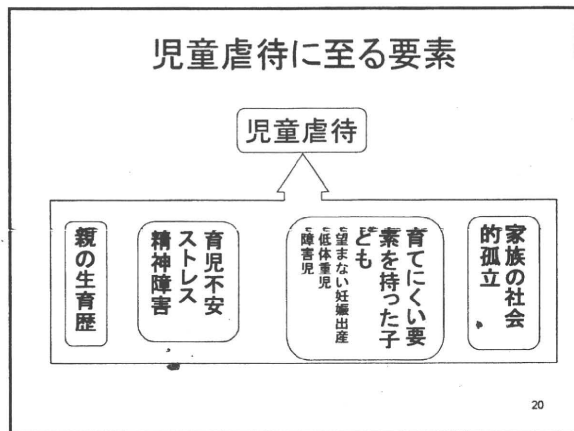
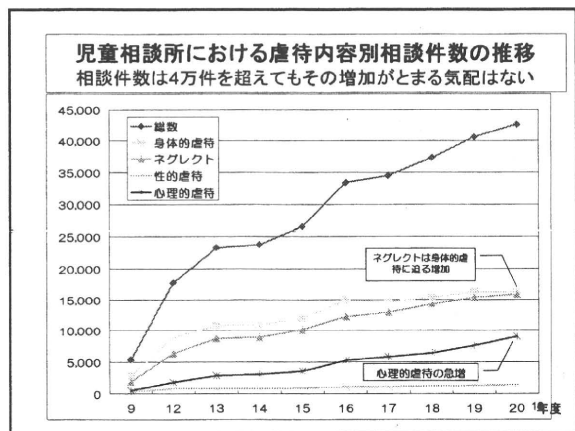
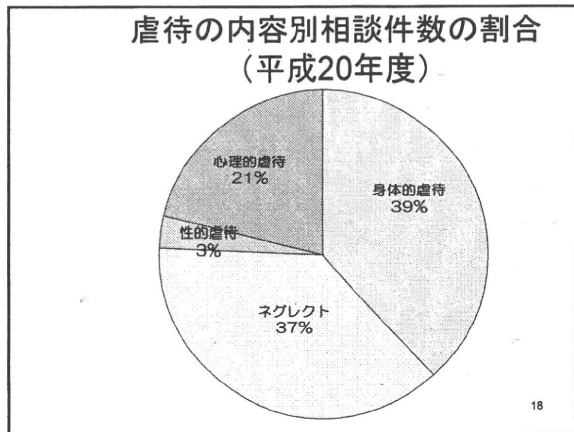
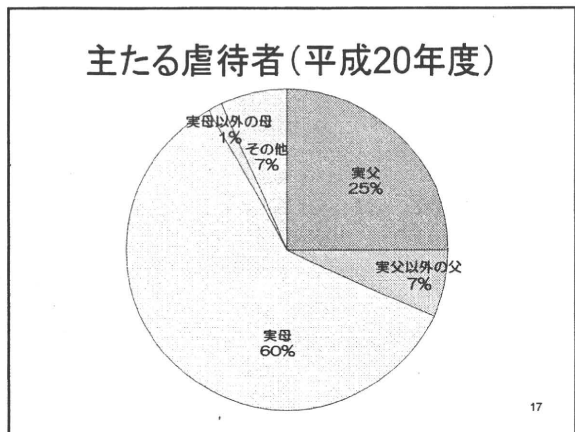
「児童虐待と学校」(文部科学省作成教職員向け研修教材)より

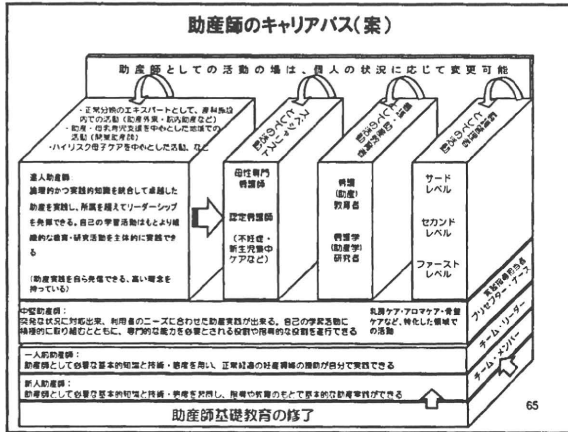
気になる子どもはいませんか？

※ 学校で児童虐待の疑いがある場合は、必ず児童相談所へ連絡してください。  
※ 児童相談所へ連絡する際は、児童虐待防止法に基づき、児童相談所に児童虐待の疑いがあることを伝える必要があります。  
※ 詳しくは、児童相談所へお問い合わせください。

岩手県のHP上には、虐待に関する各種リーフレットや、「児童虐待相談対応 Q&A」などの資料が掲載されています。研修や啓発資料として、御活用ください。  
岩手県ホームページ > 保護者支援 > 児童虐待 > 児童虐待支援

不適応対策に係る情報を発信していきます。不適応対策指導の参考に活用していただければ幸いです。  
岩手県教育委員会事務局学校教育室生徒指導担当 (019-629-6145)  
<http://www.pref.iwate.jp/list.rbz?nd=1813&ik=3&pnp=86&pnp=1779&pnp=1813>





### まとめ

- わが国の妊産婦とその家族のケア課題は、出産の安全性と親になることを支えることにある。
- 限りある資源を有効に機能するために、積極的に「院内助産システム」を導入しよう。
- 助産師の卒後の研修の充実と、これからの助産師へのキャリアパスの明確化を図る。
- 病院・診療所の助産師の配置基準が示される。

ご清聴  
 ありがとうございます  
 ました。

#### Comfort Suggestions For Labor

# すこやかいわてフオーラム2010 アンケート集計

2010.10.24開催

NO.	1.公開講座を 何で知ったか	2.参加した動機	3.参加したプログラム			4.参加した感想	5.その他、ご意見・ご要望	6		7.お住まいの 地域
			1.第1部講演	2.パネルトーク	3.第2部講演			年齢	性別	
1	知人の紹介	講演の内容に関心があった	○	○	○	出産・育児の貴重な体験を深く理解させていたが、	40代	男	盛岡市	
2	案内状	岩手県職を志望しており、特に福祉分野に関心があります。県がどのような取り組みを行っているのか気になったからです	○	○	○	「いーはとーぶ」というシステムがあったことを知り、高野さんのお話がとても面白かったです。助産師の方の力がかつて活きる岩手県にしていきたいと思つた	60代以上	女	滝沢村	
3	チラシ	高野優さんの講演を聞きたいと思つた	○	○	○	第1部ではとても楽しく笑いがちがらもお母さんの声を、気持ちよく聞く事ができ、勉強になりました。第2部も勉強になりました	10代	女	花巻市	
4	チラシ	講演内容に興味があった	○	○	○	今後の活動に参考になった	50代	女	その他	
5	案内状	遠藤先生のお話に関心があった	○	○	○	高野先生のお話は暖かくとても楽しいものでした。遠藤先生の講演は今後の助産システムに参考となりました。	50代	女	釜石市	
6	その他	関心があったから	○	○	○	もう少し参加者が多いと良いと思います。	40代	男	盛岡市	
7	知人の紹介	職場に2回も案内が届き参加者が少ないのかと思つた。講演にも興味があった為	○	○	○	講演は、高野先生の絵と楽しいお話であつたという間に1時間経つたという感じが、高野先生の言葉の中で、今後患者さんと接するうえで参考になる点が多くあり、有意義でした	50代	女	盛岡市	
8	案内状	20数年前、産婦人科勤務の経験があり、今の産婦人科の状況を知りたいたいと思つた。医師・助産師・看護師不足の中、産科のない地域での対応、いーはとーぶは安心・安全な意識を妊婦さんは感じてくれると思つた	○	○	○	高野先生のお話を初めて聞かせていただき、とても楽しく聞かせていただきました。遠藤先生のお話は、今知れている社会の問題に対し、助産師の役割の大きさを改めて感じ、助産師の増員が必要だと思つた	40代	女	盛岡市	
9	案内状		○	○	○	助産師を目指している受験生です。今日のお話を聞いて改めて助産師の仕事に就きたいと思つた。高野さんの講演は笑いつつ楽しんで、とても楽しかったです。私も2番目の子供が少し発達が遅く療育教室に通っていますが、この子が私達を選んで生れてくれたことを信じ、一緒に成長して行こうと思つた	10代	女	盛岡市	
10		高野さんの講演をぜひ聞きたかつた	○	○	○	盛岡は遠いですが、高野さんはお忙しいとは思いますが、当市でもぜひ講演して欲しいです。妊婦さんや子育て中のママにぜひ聞いて欲しい内容でした	30代	女	大船渡市	
11	ポスター	講演の内容に興味がありました。仕事上、いーはとーぶに関わるので、もっと勉強したいと	○	○	○	とても参考になりました	20代			
12	案内状	講演に興味があった為	○	○	○	第1部の講演が良かった	20代	女		
13	職場	高野優さんのお話があったので	○	○	○		50代	女	盛岡市	
14	その他		○	○	○		50代	女	その他	
15	知人の紹介	講演の内容に興味があった。高野先生のお話を聞きたくかつた	○	○	○	①高野優さんの優しい声に癒された感じです②手厚く守られている妊婦さんの実感を聞いて「いーはとーぶ」の意味を見直す事になりました	30代	女	矢巾町	
16	知人の紹介	高野先生のお話を聞きたくかつた	○	○	○	高野先生のお話がとても楽しくためになりました。もともと話を聞きたくかつた。特にマンガを見ながらなのでイメージしやすく、飽きることなく過ごせました	30代	女	盛岡市	
17	チラシ		○	○	○					