

論での発言・提案・意見、討議のプロセスを観察し、助産師の正常分娩担当システムの構築に必要な条件を抽出することを目的とするフォーカス・グループインタビューを実施した。

研究の背景

本研究班は、平成 22 年度にシンポジウムを開催し、地域医療の現場で「正常分娩を担う助産力」を発揮しているイギリス、ニュージーランド、オランダの助産師活動に詳しい専門家からの報告を得て理解を深めた。

加えて、我が国の分娩を取り扱う病院と有床診療所で、院内システムとしての助産師外来および院内助産所を成功させ実践している模範的施設で研修による情報収集を行い状況を把握した⁸⁾。

本年の平成 23 年度は、分担研究者の猫田と研究代表者の鈴木が、首都圏 4 県の分娩取り扱い施設の病院、有床診療所を確定調査を実施し全 569 施設を明らかにした。看護管理者への郵送調査により回収率 40.5%で返信があり、135 施設 (27%) が調査に参加協力するとの回答が得られた。助産数としては約 2800 名の就業助産師に対して、現在の助産業務経験による妊娠期、分娩期における助産力の自己評価と、助産師外来および院内助産院を担うための課題を明らかにするための悉皆調査を開始し実施した。

一方、分担研究者の島田は、平成 23 年度に、6 年ごとの地域産科医療の消費者であるローリスクの妊産婦に対して提供された助産ケアに対する快適さや満足度に関する全国調査を実施した。

全国 47 都道府県から層化無作為抽出法による、各都道府県の大学病院、一般病院、産婦人科診療所、助産院を抽出し、北海道から沖縄までの 11 地方および医療機関 4 種の平成 21 年の分娩数に比例配分して調査票 1 万部を割付け、郵送調査を分担研究者の島田が実施し集計中である。これは、6

年ごとの全国調査⁹⁾の 2 回目であり、ローリスク産科地域医療における助産力に関する裏付け的な意義を有する。

安全性を確保しつつ母親にとって満足なお産の指標を抽出し、ローリスク出産のガイドラインの改訂を含めてた分担研究の目的を設定している。

加えて、平成 24 年度に実施予定の正常分娩担当システムの構築に向けた政策提言の論拠とする「助産師の正常分娩担当システム構築に向けた必要条件の抽出」については、フォーカス・グループという質的研究的アプローチによるデータ収集に着目した。

この方法は、1946 年に Merton と Kendall が、第二次世界大戦中および大戦直後にグループを用いて行なった研究の成果を著書に纏めたのが最初である¹⁰⁾。フォーカス・グループとは、共通の経験や特徴を持つ人々で構成される。研究者（あるいは司会者）は、関心領域に関連した特定の問題やある論題についての、思いつき、志向、そして認識を引き出すことを目的に、そのグループにインタビューする。かつて、研究者達は、特にマーケティングとビジネスの研究でこの方法を用いていた。参加者間で相互作用が行なわれることも特徴であり、フォーカス・グループのメンバーは、面接者へ、そして互いへ応答する。

Patton(1990)によれば、フォーカス・グループは意思決定をするもではなく、また、メンバーが一致してしっかりとした最終結論に至る必要もないという。フォーカス・グループの知見に基いて将来の活動を決めることもあろうが、研究者の究極の目標は参加者の現実を理解することであって、特定の論題あるいは問題について意思決定することではない¹¹⁾。

重要な点は、共通する質の高い理論および経験知および連携体験者で構成されていることである。フォーカス・グループでは、サンプリングする参

加者が適切な場合には、結果が母集団を反映し、グループで実施するため参加者同士の意見交換などの相乗効果により、アンケートや単独インタビューよりも効果的に情報が収集できる方法であるとされている⁹⁾。

B. 研究方法

1) 研究方法 質的調査研究

2) 調査期間

平成23年12月20日～平成24年3月31日

3) 調査対象者

(1) フォーカ・スグループメンバー

Director of Programs Childbirth Connection

(アメリカ合衆国) 1名

The Academic Medical Centre (オランダ) 1名

助産所業務ガイドライン策定経験者

(日本助産師会) 5名

計7名

(2) リクルートの方法

a. 海外のフォーカス・メンバー

国立国際医療研究センターの国際母子カンファレンスのタスクフォースリーダーおよびハーバード公衆衛生大学院の履修者から、医師主導の出産ケアが多いアメリカ合衆国と、助産師が自立してローリスク分娩の助産ケアを提供しているオランダで助産力が発揮されるための理論的研究を積み、あるいは実践システム運用している数名の対象者の紹介を受け、研究期間に来日可能なフォーカス・メンバーを探索する。

応募があったメンバーに対して、英語版の研究依頼書及び同意書をメールに添付して送付し熟読を依頼する。メールによって同意が得られたメンバーから、来日してから英語版同意書にサインを得る。

b. 日本のフォーカス・メンバー

わが国の助産師職能団体である公益財団法人

日本助産師会において「2009年助産業務ガイドライン改訂版」の策定に携わったメンバーに対して、メールによる研究の主旨を説明し、予め内諾が得られたメンバーから文書による研究依頼書と同意書にサインを得る。

4) 研究方法

(1) 個別インタビュー (海外メンバー)

①場所 日本助産師会の落ち着いた雰囲気専用の会議室

時間 2012年2月 10時から11時の各50分間

②インタビューの方法

研究班スタッフが司会進行役となり、事前に準備し通知して同意が得られた討議課題について、アメリカ合衆国メンバーには通訳者を介して討議課題の項目1・2・3をインタビューし、録音担当者を設け応答を録音する。

オランダのメンバーにも同様に、通訳者を介して、同意が得られた討議課題の項目2・3・4をインタビューし、応答を録音する。

(2) フォーカス・グループディスカッション

①場所 日本助産師会

落ち着いた雰囲気専用の会議室

時間 2012年2月 13時30分～17時

②討議方法

研究班のスタッフが司会進行役となり、事前に準備して通知した討議課題について文書で説明し文書で同意が得られた(英語版資料1、2、3)(日本語版資料4、5、6)アメリカ合衆国、オランダのフォーカス・グループメンバーにインタビューし、相互に討議する。

フォーカス・グループインタビューは、休憩時間を適宜設け2部構成で行う。

意思疎通に支障がなきよう、英語の通訳者により介在する。また、録音担当者を設ける。

③事前に通知し依頼した討議課題(資料1および資料4)は以下の4項目とする。

- a. 助産師がローリスク妊娠分娩の対象に安全で良質な出産を提供することを可能とする出産生理学的エビデンス
- b. 助産師がローリスク妊娠分娩の対象に、快適で満足でエンパワーメントできる出産ケアを提供できるキーパーソンであるエビデンス
- c. 助産師がローリスク妊娠分娩の対象に妊婦期からの出産ケアを担当する施設内システムを一般化するために必要な条件（ガイドライン等の合意事項、医師の補完体制）
- d. 医師との協力が成功する鍵とは何か（貴国の助産師活動への法的バックアップなど）

④研究者らは、課題の検討をインタビューガイドに沿って運営し、参加観察する（資料5）。

検討課題のメインテーマは「助産師の正常分娩担当システム構築に必要な条件とは何か」であり、進行係の司会によって討議する。

5) データの分析

ボイスレコーダーに録音された内容を整理し、助産師の正常分娩担当システム構築に必要な条件を抽出し整理する。

6) 倫理的配慮

本研究では、研究への参加協力の招請依頼文書に明記して、以下の通りに倫理的配慮を行う。

- (1) 本研究への参加協力招請の際に録音記録することを明記し、招請を断った場合も何ら不利益がないことを含めて予め文書で伝える。
- (2) 討議における発言者は全て匿名とし、記録は文章に起こされ翻訳整理する。
- (3) データは、関係者以外は閲覧できないよう研究代表者の荒川キャンパス 546 研究室の鍵付きロッカーに厳重に保管し、手渡しで業者に翻訳を委託する。
- (4) データの翻訳およびテープ興し業者とは、契約上で守秘義務の誓約書を取り交わす。

また、通訳者とも、通訳内容を起こした文章の

著作権は研究者にあり、業務上知りえた情報に関する守秘義務について通訳者が所属する通訳会社との契約書で確認する。

(5) 本研究の結果は、厚生労働省、国立保健医療科学院への報告および学術雑誌等への投稿を行い社会に還元される。

(6) 本研究は、平成 23 年度首都大学東京荒川キャンパス研究安全倫理委員会の審査を受け、承認を得て後に実施する。

C. 研究結果

1) 研究対象者

高質の発言・提案が可能なフォーカス・グループメンバー 7名

(1) Dr. Carol Sakala : アメリカ合衆国、公衆衛生学博士、Director of Programs Childbirth Connection

(2) MW. Marinne Wilhelmina Sanders :

オランダ、アムステルダム大学、アカデミック・メディカル・センター病院、地域周産期コーディネーター、助産師、研修医・助産師教育担当者

(3) 竹内美恵子助産師：徳島大学名誉教授、徳島大学病院キャリアサポートセンターのスーパーアドバイザー、2001 年助産所業務ガイドライン策定メンバー、2009 年度改定助産所業務ガイドライン策定メンバー

(4) 岡本喜代子助産師：おたふく助産院院長、日本助産師会会長、2009 年度改定助産所業務ガイドライン策定者

(5) 毛利多恵子助産師：毛利助産院院長、日本助産師会副会長、2009 年度改定助産所業務ガイドライン策定者

(6) 多賀佳子助産師：多賀助産院院長、日本助産師会副会長、2009 年度改定助産所業務ガイドライン策定者

(7)武田智子助産師：八千代マタニティ・センター
武田助産院院長、日本助産師会副会長、助産師
部会長、2009年度改定助産所業務ガイドライン
策定者

2) フォーカス・メンバーの背景

(1)Dr. Carol Sakala：ニューヨーク市にあるマ
タニティ・ケア変革組織の Director of Programs。
1918年設立の、以前はルースムビック氏がリー
ダーであった組織へ2000年から入り、活動し
ている。現在の焦点は、エビデンスベースのマ
タニティ・ケアで、女性が本当に受けるべきマ
タニティ・ケアを目指すための改革である。

(2)MW.Marinne Wilhelmina Sanders：1980年
から助産師としてプライマリーケアを20年間、
その後12年間は病院でセカンダリーケアならび
に2次医療を担当している。

(3)竹内美恵子助産師：5年前に退職し、現在、
徳島大学名誉教授である。徳島大学病院キャリア
サポートセンターでスーパーアドバイザーとし
て働いている。5年前までは保健学科教授を担当
し、平成13～14年度厚生科学研究「助産所にお
ける安全で快適な妊娠・出産環境の確保に関する
研究」を医師の青野敏博教授と共に、15名のプ
ロジェクトチームの一員として、日本で初めての
助産所業務ガイドラインの策定に関わった。

(4)岡本喜代子助産師：日本助産師会会長である。
東京都下の八王子で友人と一緒に「おたふく助産
院」を開業している。昨今、連携先が得にくく昨
年6月から分娩を休止し、保健指導とおっぱいケ
ア中心の開業に切り替えた。日本助産師会と地域の
両方で仕事をしている。

(5)毛利多恵子助産師：関西の大震災があった神
戸の助産所で働いている。日本助産師会副会長を
している。母は開業助産婦で助産所を開業して
55年目を迎え、私は2代目である。

(6)多賀佳子助産師：日本助産師会副会長である。

大阪で開業助産師をしており、母もそして叔母も
祖母も開業助産師で90年を超えて同じ場所で活
動している。今はお産のほうはやっておらずおっ
ぱいのケアなど地域で活動している。

(7)武田智子助産師：日本助産師会助産所部会長
をしている。母は開業助産婦で、2代目の助産師
である。

3) ディスカッションの4つの課題

高度専門家のフォーカス・メンバー7名は、事
前に説明を受け同意した「4つの課題」について、
180分の活発な討論を展開した。各課題の討論か
ら、ローリスク群における「助産師の正常分娩担
当システム構築に向けた必要条件の抽出」と関連
する内容を抽出した。

(1)助産師が安全で良質な出産ケアの提供ができ る出産生理学的エビデンス

<発言内容>

◆日本の開業助産師の分娩取り扱い基準は数
十年前に制定された保助看法に基づき、異常にな
れば医師にバトンタッチするとしか明記されてい
なかった。平成12～13年に青野教授を主任研究
員として、オランダ、イギリス、ニュージーラン
ドなど先進国の指針を視察し、平成16年に画期
的な助産所業務ガイドラインが策定された。その
時もエビデンスがあるのか論議され集積が進ん
でいないため、オランダの産科指針を主に参考に
した。

◆オランダでの第一の収穫は、今まで医師の
範囲、助産師の範囲という2つに分けていた
が、医師と助産師が共同で管理するという設
定を採用したことであった。研究メンバーは
15名で、一般のケアの受け手の方、それから
産婦人科医、小児科医、それから日本助産師
会の助産師でしたが、医師が参加していたの
で安全性が一番問われた。

◆助産師は、共同管理という範疇について一番議論した。例えば、入院時に監視装置を使うのか、間欠的な聴診をするのかということ、分娩第1期の終わりから第2期にかけて監視装置を使うのか、間欠的な聴診を使うのかということでも非常に議論された。コクランライブラリーから主にエビデンスを取り寄せたが、詳細については触れないことにしてリスクのある妊婦さんをどう共同管理するかに視点を置き討議された。

◆出産生理学的なエビデンスで言えば、産婦さんが一番安心するというの一番分娩経過が正常に進むというふうに考えます。

◆エビデンスとしては、女性がついてほしい人がそばにいるということ、助産師が不安をあおるようなことを言わない、正常な経過を作るというのが大事である。

◆日本のかもしれないけれども、お産の始まりが破水からではなく陣痛からスタートさせる。そのほうが正常な経過を通りやすい、破水が先にきてしまわないように日本の助産婦は冷え性対策をしている。聖路加看護大学博士論文で証明され、冷え性対策は前期破水も有意に低い、微弱陣痛が有意に低い、遷延分娩が少ないということが分かり、一番いいエビデンスだと思います。冷え性対策は、微弱、遷延分娩、前期破水、切迫早産を有意に少なくする。

◆ 医師側は早産の病因として感染症を一番言っていますが、助産師は保温をととても大事にしている。感染症が破水にも早産にも関係する。破水からお産が始まってしまうと感染のリスクが高まるので、陣痛からスタートし適時破水したほうが安全度は高まるということです。

◆妊産婦さんが満足で快適であるということを中心に据えるということは、とても大事な

ことだ。入院時の分娩監視装置をつけるのか、間欠的な聴診かということも、結局は監視装置をつけると、新生児痙攣の発症はつけている人とつけていない人と有意に差があつて発見がしやすいけれども、そのほかには関係がないと出ている。すべてのケアは、妊婦さんが安全に、満足で快適であるということとはとても重要なことだ。コクランライブラリーの文献にあるように入院中も、分娩第1期の終わりから第2期にかけても、間欠的なほうが自由に体が動かせるので産婦さんの満足度は高いので、私は、医学的な危険性がなければ妊婦さんの思いを中心に据えることは大事なことだと思います。

◆オランダではどういったモニタリングを使うかという議論は行われていません。なぜかということ、CTGを使うのは合併症があるときだけなのです。助産婦はそれを使えないので、通常はドクターだけです。それだけで通常は十分です。

◆日本は、特に医師がいる病院診療所においては、ノーマルなケースでもCTGをするのが当たり前です。特に分娩第2期は連続モニターをしないと助産師が叱られる状況になっている。ただ、私たち助産師はそれがいいとは思っていないくて、オランダと同じように、ハイリスクはしっかりやる必要がありますが、そうでない場合はやはり自由な体位で、必要なとき以外はそれほどする必要はありません。日本の場合は、いろいろな意味でノーマルデリバリーに対する助産師の考え方と医師の考え方の間にギャップがあり、日本の、特に病院や診療所で勤務する助産師は悩んでいる。

◆開業助産師のガイドラインには、前提になる事項を新たに改正の時に定めて、CTGでない場合は分娩期にどのような頻度で聴くか、

2期はどれぐらいの頻度で聴くかを決めました。

◆オランダでは、子宮口開大6cmか7cm位になるまでは2時間おきです。その後はずっとお部屋にいて1時間毎とか30分毎位に聴くて、いきみが始まったら陣痛の度に聴きます。

◆ローリスクの産婦の飲食物についてガイドライン作成時に、医師は分娩第1期の飲んだり食べたりするのをその後の手術を考えて中止していた。助産師たちは、コクランライブラリーにあるエビデンスに嘔吐は起こす人もおり、食べたくない人もおり、産婦の自由に飲食物は消化のいいものを食べるといういいことを書いているが、飲食物では大変議論になったのです。

◆産婦さん本人次第であると考えます。お産が始まるのであれば、自然に食べたくないし飲みたくなるので、食べたり飲んだりしているということはまだお産が始まらないということです。オランダにはそのようなルールはありません。

◆アメリカでも大変議論になっている。医師と助産師の間で意見の相違があります。一部の病院では、飲み物はいいけれども固形の食事はまだ駄目ということがあります。その背景には、帝王切開をすることがバックグラウンドに控えているのかもしれない。硬膜外麻酔が80%であるところであれば、全身麻酔は少ないと考えますが。

◆ノーマルな経過でちょっと遷延していて疲れた人には、食べたくないけれども、みそ汁とか水分をあげることによって脱水予防でき、かえって順調におにぎりを食べたりして進むということもありますね。彼女に任せるときと、任せていて全く食べたり飲んだりしないのでちょっと勧め、食べて陣痛が強くなって生まれるということもあります。ノーマルケースだからかもしれません。

んね。

◆助産師の対象は、フィジカルなアセスメントが非常に行き届いているためだと考える。

◆出産生理学的エビデンスでは、自由な姿勢、好きな姿勢をなるべく尊重するという事は痛み軽減にもつながり、胎児心音が徐脈になりにくいという勧めをしています。

◆指圧やマッサージや三陰交と合谷と至陰のつぼが、陣痛を促進するか、痛みを緩和するか、コクランライブラリーの資料では時間は短縮しないけれども産痛緩和を図れるとあった。スタッフが研究したところによると、やはり時間も短縮された。

◆アメリカでの研究は、特定のものを計測していますが、ほかにもいろいろな同時に起こっている介入があり、例えば分娩が長くかかっている理由はなぜかと考えると、例えば助産ケアモデルに従えばもっと分娩の時間が短くなるかもしれないけれど、同時進行で硬膜外麻酔が行われていることがあると、その麻酔の影響で長引いてしまっているのかもしれない。

◆やはり、お産の一番の問題が恐怖心だと思うのです。不安な気持ちですね。ですから、いっぱいみんなで注目してあげて自信をつけてあげると、いろいろな心配事とかにわずらわされないでお産も早く進むのではないかと考えます。

◆Our Bodeis Ourselvesというすごく有名な本があり、何回も改訂を重ね重版している本です。その中で、自信を持った場合と、懐疑心というか、不安心がいっぱいになってしまっているときで、どういうふうに状況が変わるかについて書いてあります。私もヘルス部門の学生たちにお話をするときこれを使いますがすごくよく分かります。同じ人であっても、不安を抱えているときと自信たっぷりのときとでどれだけ状況が違うかを理解するにはとても分かりやすい本です。

◆ オーストラリアにいる開業医師の Sara Buckley という私の同僚が、文献を調べて、オキシト力の効果について調べ、未介入の出産と、いろいろなことで介入されてしまっている分娩の違いを調べました。介入による恐怖心があると、通常分娩生理学的プロセスが止まってしまことが分かった。

(2) 助産師が快適で満足で母親をエンパワーメントする出産ケア提供のキーパーソンであるエビデンス

<発言内容>

◆ ケアをする助産師と産婦さんの関係に大きく関係してくる。私はいつも、すべての自分のクライアントのことをよく理解しているつもりで、産婦さんも自分のことを分かってくれていれば安心感が違う。この本のリサーチにもあるが、女性が病院に行くときは一緒に付き添って行く。最近10年間問題であったのは、1回助産師さんの手を離れて病院に委譲すると、その後忙しくなり、産婦さんもあまりケアしてもらえず満足度も低くなる。新しい研究結果では、助産師さんも一緒に付き添って病院に行き、その後ステイしていれば、もっと満足度が上がる。産婦さんもいろいろな支援がしてもらえ、同時に助産師も報酬が入るのでよいと思います。2009年に出されたリサーチでも同様な結果が出て、プライマリーケアの助産師が付き添うと、産婦の満足度のスコアが上がる。

◆ 日本でも少ないが、病院に搬送したら、オープンシステムで助産師が同伴し、そこでケアを継続してそのまま助産院へバックトランスファーをすると、女性にとっては満足度が上がると思います。

◆ 妊娠後期になりGBS検査で陽性が出て、ついていけない場合もあります。その承諾のし方、

妊婦さんが満足して、ここでいたかったのに最後になって裏切られるような気持ちになることも、今の嘱託医制度ではあり得ることです。感染があるとあり得ます。

◆ 日本の場合、GBSを32週から36週でチェックし、その時期に陽性になると病院出産となるとところも多いのです。つまり、それまで開業助産師が見ているのに、GBSがプラスの段階で不可になってしまうということが起こり、それが上手く助産師が病院に入れなかった場合の事例です。

◆ オランダにも、やはりそういった医学的な症状がある場合は病院に紹介するということがあります。

◆ 日本との違いは、出産をした後に私たちがフォローアップして会いに行く。出産4日、6日目、8日目にチェックしに行きます。日本の助産師さんの第1ステップとして、産後に継続するような訪問をするのが一つ最初のステップとしてあると思います。そうすることで、アドバイスなりサポートなり、それからご自身の専門知識などを提供することです。やはり産婦人科の先生もそういった支援を必要としていると思います。

◆ 共同で管理するような症例は、病院の中に院内助産というバースセンターのような正常であれば助産師が主体的にケアするシステムが広がろうとしていますので、院内助産と地域の助産師のオープンシステムがもう少し広がれば、妊産婦さんも来やすく、病院も拒まずにやれるのではないかと思います。

◆ 7年前にやった厚生労働省科研ですが、大きな病院と、それから診療所と助産所と、全部ローリスクだけ取って出産の満足度スコアというのを比較したときに、有意な差で助産師だけで運営している助産所というのが非常に高い満足度が出たというのがありました。

◆ その満足度が高かった人たちは、やはり

助産師からケアをよく受けていたことが分かったのです。病院群でも、たくさん受けている人は満足度が高いということが分かり、やはり助産師のケアが大事だということがその時に分かりました。もう一つ、その研究では、出産期の満足度は、産後3カ月の育児のしやすさにも少し関連があったことが分かりました。

◆ 同様の科学研究では、埼玉の渡邊先生の研究を、私たちは読みこなしました。継続的なケアの中で助産師がどういう能力を持っているからキーパーソンになるのかということです。3つの視点が出てきました。一つは、妊産婦さんに様々な生じてくる問題を解決していく力を専門的に持っているということ、もう一つは、その人のありようとか生き方をしっかり受け止め、倫理的な感受性がきちんと備わっているということです。それからもう一つは、その継続した過程の中で、当時、インフォームドコンセントが流行していましたが、コミュニケーション力が非常に高く十分なインフォームドコンセントが行き届いているということです。

問題解決能力と倫理的感受性とコミュニケーション力という3つが高い人たちが継続的にケアをやるので、満足度や快適さが増すのではないかということ思い出しました。

◆ 私の経験を話すと、例えばこれから分娩に入るという女性がいた場合に、「6時に着くからね」という約束をしたら、10分前には行っていました。そうすることで信頼にもつながると思います。まずはそういったところから始めていくべきだと思いますし、もし遅れたりしたら信頼というのが損なわれてしまったりするので、例えば遅れるのであれば1本電話を入れて「ちょっと遅れますので」と連絡をするとかですね。

◆ アメリカの出産は、かなりひどい状態の問題になっています。もちろん、多様なモデルが

あり色々なケースがあるので一般化してはいけませんが。ただ、助産ケアの場合は、妊娠中にケアしている人が3人いたら、きちんと3人面識を取れるようにして、誰がお産の時に来ても対応できるようにするのですが、お産の時にこの人が来てくれると思っていたのに来てくれないみたいなことが発生してしまっています。ドライブスルー出産というのは90年代にはやりました。それは、医療費の削減等のためになるべく早めに退院するということだったのです。その時にはお母さんからすごく抵抗があってそういうのは減ったのですが、また最近増えてきています。もちろん費用を削減するということなのですが、不必要なテクノロジーは要らないことが話題になり、例えばマサチューセッツ総合病院などで、早く退院させるための革新が起きたことが話題になっています。

◆ アメリカの場合は、医療保険に入っていない人がたくさんいるのでそれ自体問題です。しかし、メディケードという医療保険のシステムがあり、低所得者用のカテゴリーが特別にあります。低所得者層で妊娠すると、その特別カテゴリーが適用されます。ですから、実際に本当に自費でお金を払っている産婦さんはすごく少数しかいません。

◆ 以前アメリカのルースムビックさんの研究では、助産師がケアしたグループは病院に比べて安全性が高いので、保険会社が助産師がリードする妊娠出産には応援したという歴史を聞いたのですが、今も保険会社は助産師サイドについたほうが異常が少ないのでいいと考えているのでしょうか。

◆ 私たちも何十年にもわたって保険会社や政治家に話をしてきました。誰が質の高いケアを提供して、どうしたら良い結果がもたらされてコストが削減できるか分かっているのですが、いくら言っても全然聞いてくれなくて、不必要な介入

のことや、副作用や、それからお金の掛かるケアに対するプッシュがまだすごく多いです。でも、われわれの国の医療制度は、医療費がすごく高過ぎていろいろな問題が発生しています。例えば院内感染なども一つです。ですから、大きな目で見ると、システム全体が今、改革が必要であると気がついています。そういった意味で、助産師の声も聞かれるようになってきおり、私たち助産師にとっては今、新しい時代にきていると思います。

◆ 同様の質問ですが、アメリカは医療費がだんだんと高騰し、助産師がやるお産と医師がやるお産で比較した場合、あまり変わらなかったけれども、助産師がやるほうがより快適さが増したので、ホワイトハウスはお産のあるところに助産師を活用するよというプッシュをしたと聞きましたが、本当でしょうか。15年くらい前です。

◆ 当時、ルースムビックといったような人たちの希望だった。バースセンターとか助産師主導の出産が理想であるというのを一生懸命伝えてきて、それが認知されるのを願っていた。それで、今やっとその段階まで来た。

◆ 先週、大きな助成金プログラムがやっと認可されたというのがありました。それはバースセンターで、グループ出産であるとか、自宅でのケアのコーディネーションとか、誰がケアすべきとか、そういったところに関するプラントですが、やっと今そこまできたと思います。

これも、やはり助産師の力であるとか、バースセンターでの出産とかといったものに関して私たちがずっと一生懸命働き掛けてきた結果だと思っています。まだ自宅出産はやはり議論を呼んでいる部分ではありますが。

◆ システム全体がコストをどうしても削減しなければいけないとか、質が大きな問題になっているとか認識ができるようになるまでは、いくら一生懸命働き掛けをしても全然聞いてもらえな

かったが、やっと聞いてもらえる状況になった。

◆ 助産師も妊産婦さんもそれほど好んではないけれど、昨今の周産期医療事情で、2次医療機関はどんどん閉鎖し、近くに連携してくれる大きな病院がないために、クリニックや助産院はその地域でお産のケア提供を頑張りたいと言っても、いざ、異常が起こったときに搬送できる場所がないために、やむを得ず集約化で大病院に集中しなければならぬことが、今、日本のあちこちで起こっています。

◆ しかし、約半分の分娩が病院で、約半数近くが診療所の分娩ですので、クリニックのドクターはかなり反対をしています。やはり地域の身近なところでお産をしてもらいたいことは、助産院も同じです。同じですが、医療連携については助産院は医師のクリニックよりももっとシビアですね。医療法の第19条で、連携病院を持っていないと開業できないという縛りがありますので、望む望まないにかかわらず、地域によっては助産師のお産を扱う開業が非常に厳しい状況になっています。この状況を何とか是正しなければならないので、助産師会では、今、国の周産期医療も3次、2次、1次ネットワークを機能的にやるシステムを運用して、より安全にという準備が進んでいます。もう少し進めば現在の医療法に縛られずに、クリニックや助産所が、一番早く一番近くに搬送できる医療機関の確保が可能になります。そういう時期がくるまでは、プライベート1次医療機関にとっては非常に厳しい。特に新たに開業する認証助産所にはその義務があり、嘱託医師とか嘱託医療機関になってくれな状況があります。

◆ 緊急搬送システムとか、周産期システムがあるのですが、助産所が直接、高次の病院に連絡をすることが上手くできなく、嘱託医制度がありますが、嘱託医を通してでないと高次の医療機関に搬送できないシステムがまだ残っており、助産院と

産婦さん側が安全にすぐに利用できるシステムになっていないところもあります。

◆現在、日本助産師会の助産師部会と厚生労働省が共同で連携の実情を調査をしています。3月中には結論が出ます。医療法の19条でそういうふうに義務化されてよかったと思う人は40数%です。あとはなかなか厳しく現実に助産所は嘱託医をなかなか確保できない、あるいは確保できても車で1時間以上かかるとか、遠距離のために現実的にはもうお産を扱えなくなり廃業しているケースが出てきています。

◆アメリカでは、リスニング・ツー・マザーズというサーベイにより、国家の3つサーベイが行われました。それは、妊娠期間から出産後までのお母さんたちの声を集めたものです。それまでは、出生証明書を得たときにデータを集めていましたが、実証として使われなかった。今はそのデータを使い意見を伝えています。例えば妊娠中の教育、子育て、分娩中の体験とか授乳とか、出産後の鬱病とか、そういったものに関して意見を伝えるために使っています。

イリノイ大学で博士課程で助産学を学んだ岸利江子さんという方がいますが、そのサーベイの最近のものを2つ日本語に翻訳され、サーベイの結果を見ると、産婦さんたちが何を望んでいるのか、しかし現実はどうであるのか、エビデンスはこうであるが実際はどうであるかギャップが分かりやすく示された。

◆オランダは国中に何百というクリニックがあり、大体どの女性も病院から歩いて20分とか30分ぐらいのところに住んでいます。その30分の時間が安全かどうかという問題があります。産婦さんもそうですが、助産師や産婦人科医が病院を移動する時間としても問題があると思います。車の中で出産してしまうことも実際起こっています。今後、もし病院が閉鎖されたら、そういった

事態はもっと発生するので、それは安全だとは言えないと思います。ただし、財政面の考え方を持っている人たちはまた別の考え方を持っています。経済的にどちらが効率的かという考えを持っている人とは相反する意見です。病院が閉鎖されるようなことがあつては困るので、そういう経済的なことを考えている人たちが勝利しないことを願っています。

(3) 助産師が妊婦期から出産ケアを担当する院内システムを一般化するために必要な条件

(ガイドラインの中で今後解決すべき課題、医師の補完体制、多職種連携など)

<発言内容>

◆日本の病院は、疾病中心の組織体系になっています。出産は、健康という体制の中で対応しなければいけない範疇です。産婦人科であれば、疾病を中心にするコマンダー、プロフェッサーがいて、健康棟に助産師がいる訳です。ですから、管理体制としては必ず指令塔は医師なのです。体系的にはその下の下位の看護部長も疾病中心のシステムの指令塔なのです。その下に健康棟という助産師の範疇がありますから、体制そのものに問題があります。病院の中に健康棟と疾病棟という2つの組織体系があればいいのですが、疾病棟という組織体系の末端に健康的な範疇があるところに問題があると思います。

◆私も同感で、今、院内助産システムと言っていますが、多分、成功しないと思っています。院外システムにしないと駄目だと思います。それから、私たちは助産所ですから、一つの独立した施設にいて他施設と連携をするということですので、自分の助産所の最終責任は自分になっているわけです。院内助産所は最終責任者は医者ですので、結局、助産師がもう一つ責任範疇を明確にできないし、医師が「これは大丈夫、診られるから」

とって、ちょっと異常のあるものを診させてしまうことがあります。それで対応に困っているというのを聞いていますので、組織とか責任が独立することは、助産師が伸びるためにすごく必要であると思っています。

◆ アムステルダムには6つ病院があり、その一つは西部の病院です。病院は、同じ西部の地域の助産師のマタニティーセンターと連携して、病院の中でバースセンターというのを作っています。そこは鍵が掛かっていて、助産師、お産のアシスタントをする人、それからだんなさん、そして産婦さんしか入れなくて、お医者さんは入れません。そういう状況になっていて分娩室というか、お産をする部屋も3つあり、一つは地中海風インテリア、もう一つはクラシックスタイルなど、なるべく自分のおうちに近い環境になっています。何か問題が発生したときに病院を紹介するといっても、病院もスペースがなく、ほかの病院を紹介しなければいけない場合もあります。自宅でお産するのと同じ環境を作っています。

◆ 病院の中に職位がありますね。大学病院では教授、准教授というふうに、職位によって役割が違うわけです。大学病院は歴然と職位です。しかし、助産師は職務なのです。職位でコマンド、指令されるにもかかわらず職務で勤めていますから、院内助産所を快適で安全な場所に改革・改善しようと思っても、職位の上の人の理解がなければ改革・改善はできません。改革・改善できないということは発展しないということです。私はそういう問題があると思います。

◆ マサチューセッツ州全体で見ても、バースセンターは2つしかありません。その両方とも病院に近いところにあります。もう一つはよく分からないのですが、一つに関して言えば、お家に近い、すごくナイスなお家みたいな雰囲気になっています。けれども、すごく厳しいルールを常に

掲げていて、誰がそこに入れるかという決まりをととても厳しく常に言われている状態ではあります。

◆ 組織の中における縦型の話がありましたが、私たちの場合は大きなプロジェクトをやるときに諮問委員会を作って、そこにすごくたくさんの人を集めます。それによって、縦型の役職が高い人の意見が薄まる感じになる、影響力が薄くなると思います。ですから、デューラとか、育児エデュケーターとか、看護師さん、それから消費者の方、あるいは普通の納税者の方々とかを集めて、それ以外にも教授とか、品質管理の専門家とか、そういった人たちを大きなテーブルに集めます。結局、助産師とか産科の先生だけが意見を言うのではなく、いろいろな人の意見を取り入れるということが必要だと思います。お金の話になると、保険に加入している雇用する側の人間にも関係し、保険金を受け取る側の加入者もステークホルダー（利害関係者）ですから、たくさんの人が関係していると思うのです。ですから、そのように行っています。

◆ ソフト面では、院内では、今、助産師のやっている仕事、役割は、助産師だけでやらなくても、ほかの人と共同してやれるものを分析しないといけないと思うのです。院内助産所というのは、今は助産師だけしかいないわけです。だけど、やはり看護師さんがいれば、ケースワーカーもいるし、おそうじの人も、いっぱい多職種と連携すると同時に、女性の声が絶えず私たちのケアの中心に入ってくる、そういう多職種との連携が必要だと思います。

それともう一つは、院内でずっと働いてきた助産師の方の能力は、助産所で働いている助産師さんと同じ能力ではないと思うのです。特に、医療の方向はインフォームドコンセントという、よく説明した上で合意するということがあります。その能力などが高くなければ

ば、もう院内助産所では運営していけないような状況です。

ですから、先ほど言ったように、さまざまな女性が持つ問題を解決する問題解決力や、その人がどうあったらいいか、どうありたいかという倫理的感受性を基にしたケアとか、コミュニケーション能力、この3つの能力は助産所の助産師さんと同じくらいの能力がないとソフト面では成り立たないと思うのです。問題解決能力と倫理的な感受性とコミュニケーション能力です。倫理的な感受性を基盤にしてコミュニケーションをするというのがインフォームドコンセントなのですね。

◆ マルチステークホルダーの意味でコメントしたい。病院の力関係というか、病院のポリシークスに関係するレベルでポリシーとか問題を考えていくのであれば、もういつまでたっても問題解決にならないと思います。より大きな視点から物事を考えていく必要があると思うのです。アメリカの品質管理の有名なリーダーの人は、どんなシステムであってもデザインされたとおりの結果を生み出すと言っています。ですから、より大きな視点で、大きな枠組みのシステムの中で何が要求されており、何が支持され、また何が激励されているのかというのを考えていく必要があると思います。

日本ではどうか分かりませんが、私のプロジェクトではパフォーマンス計測を実施し公表されています。ですから、病院や医療従事者がどういうパフォーマンスをしているかというのが分かります。また、それに対するフィードバックも与えられ、各病院なり医療従事者の方は、自分たちがどのぐらいのパフォーマンスができているかが明確化されます。驚いている人もいますが、やはり医療費に関することもそうで、TICを含む共同でのディシジョン

ンメーカーキング、意思、決断といったようなところにおいても、計測とか計画とかが必要になってくると思います。それがまた優れた良質のケアを提供していくことにもつながると思います。

◆ アメリカでは、例えば会陰切開術の割合とかです。助産師がケアしたほうが、ほかのどの比較対象群よりも会陰切開術の率が低いのです。産婦さんもそれを望んでいませんので、この病院ではどのぐらいの頻度で行われているかが分かります。自分が病院選択をする上でデータで分かるのです。ローリスクの初妊婦で、単胎妊娠の場合の帝王切開率も分かります。どの病院に行けばいいのかも分かるのです。39週間前に陣痛誘発が行われなかったり、例えば36週とか35週で陣痛を誘発されたりしてしまうこともあるので、これらも計測の一つとして出して分かるようにするオプションが出てきます。そういったことを公表することにより、また変化を促すことにもなると思います。

◆ 今はちょうど移行の時期にあり、透明性というのをすごく求められており、ある意味、もう秘密のプライベート情報みたいなものも存在し得ないのです。計画立案者や政治家レベルでまだいろいろ論議がなされているところ。

◆ 院内助産所のみんなに言っているのですが、院内助産所はこういう成果を挙げていますというのを出さないと、あるいはこういう問題もありましたということを透明化していくということを提案したら、プロフェッサーが「それは独自ではいけない」と、大学病院である限りは、中では公表しても、ほかには公表してはいけないというのがあるのです。その公表というのは大変重要なことだと思うのですが、そういう独自性も現状では果たせないのです。

ですから、病院ではシステムをハード面で直していかない限りは、そういうことは不可能に近いという状況があります。

◆ オープンカンファレンスで、毎月のデータを地域に向かってオープンにしている病院もあり。院内助産院の助産師の活動報告を皆さんに紹介している施設もある。

◆ 日本助産師会では、病院診療所内の助産所がどのような結果を作っているかをIT化で出るようにしていこうとやり始めたところです。その結果が出れば、それを政策者に伝えるデータにしていきたいと思っています。

◆ 一番の問題は、基礎教育での実践力が十分育つ実習期間とかシステム面が非常に弱い。諸外国では分娩介助を40~50例きちんと取り妊婦検診もかなりやっているが、日本は分娩介助10例が目安で、それも崩れているところがいっぱいあるという現状の中で、きちんとした診断力とはどう育つか、あるいは助産師としてのアイデンティティーがどう育つかということすら課題で、現実的に病院の助産師に対しても地域の助産師に対しても、多くのドクターは基本的に助産師の力を信用していません。

◆ 院内助産といっても、ガイドラインの中も扱う症例を決めるのは医者になっているのです。開業助産師は、助産師が正常分娩としてそれをやるか、継続でやるか、助産師が決めることになっている。しかし、国の研究で助産師も一緒に参加して決めたガイドラインですが、院内助産では医者が決めるということです。ですから、医者がいないところでは院内助産をやってはいけないというのが基本的スタンスになっていますので、独立などというのはまだまだ程遠い話になります。

◆ むしろ、遠回りのようでも日本の助産師の基礎教育を充実させ実践力を高めることによって、初めてアイデンティティーも育ち、きちんとした診断力も育つので、基礎教育を強化することが一番の解決だと思います。

(4) 医師との協働に成功する鍵(助産師活動への法的バックアップ、診療報酬など)

<発言内容>

◆ やはり学際的にアプローチしていくのがいいと思います。産婦人科の先生や婦人科の先生はお友達であるというそういう意識を持って。彼らが望むと思います。そのように、私たちのほうから産婦人科の医師にそう伝えていくべきですね。「私」とか「産婦人科医」とかいうことではなく、クライアントセンターでやっていかなければいけないと思います。産婦が中心であるということです。

◆ 38年前に助産師教育を受けたが、研修医と助産師学生と一緒に育てられ医師と助産師の共労関係がとても良かった。正常経過で入院した産婦は助産師が担当し、異常の分娩は医師達に任せてという関係であった。研修医の教育を熟練助産師がサポートし、また、正常から逸脱した対象は医師たちがしっかりと対応した。その代わり正常分娩には手を出さないという意識が存在していた。正常分娩のエキスパートとして、研修医や、若い助産婦に正常分娩を教育する助産力を培うことが大事である。

◆ イギリスが一番盛んだと思いますけれども、インタープロフェッショナルエデュケーション、IPEが日本でも少しずつ広まっています。オランダとかアメリカとかはIPEについてはどうですか。

◆ 理論的には、研修医と助産師と1年目は一緒に過ごして教育をするというのがありますが。まだ理論的なところであって、実践までいっていません。助産師教育というのは大学レベルの教育ではないので、今、大学レベルの教育にしようという試みが行われているところです。今、大学で学士号を取り、修士は本人が望めば、望まなければそのまま実践にいける。

◆オランダの助産教育は大学レベルではないですね。4年生ですが。

◆ただ、この2%の男性助産師も、とてもコミュニケーションという意味で非常に重要な役割を担っております。今、男性重視ですので。

◆私たちの年代というのは、医師と助産師は意外に信頼し合っていたのです。それはなぜかという、医師が少なかったので、助産師が正常はしっかりと受け持って大学病院の中でもやっていたのです。でも、昭和35~36年位いからだんだんと正常な妊娠経過も、妊娠から出産、産後まで医師が役割を担ってきましてね。役割にお互いに信頼し、補完し合うという期間がなかったものですから、医師は助産師の役割をしっかりと信頼して任せるといふ雰囲気は大学にはまだ少ないのです。助産師も医師に依存する部分も多くて、責任を自分が取るよりも医師が取ってくれたほうが、楽と言ったら御幣がありますが、そういう職業意識的なものも上手く成長できなかったという理由があります。けれども、もうお互いに役割を信頼し合って、お互いにお互いを認め合うような関係が必要ではないでしょうか。私は今の院内では、特に助産師はコンフィデンスとか自信を持つことだと思います。

◆ 私たちはフォーカスエリアが11個あり、今、2つについて話しています。一つは労働力、ワークフォースに関して、もう一つが、health profession education に関してです。今ここでお話しされていたのは、助産師の方が自分が働く基盤を失ってしまったということだと思います。やはり、おっしゃるとおり以前のほうが状況は良かったし、産婦にとっても以前のほうが状況が良かったと思います。なぜきちんと専門家の教育とか研修が行われていないのかを考えていくべきだと思います。もっと大きな枠組みの中で、いろいろなマルチステークホルダーを含めて、大きな枠組み

で話をしていくべきだと思います。こういった動きにおける一番の犠牲者は女性たちであるからです。助産師が医師を教育していくべきというのはそのとおりで賛成ですし、最初の段階から、誰がこういった役割を持っているのかを考えるのも必要だと思います。誰が変革をもたらすための責任者なのか、どうやったら政治家たちを説得できるのかを明確にして考えていくべきだと思います。

◆ 助産師が成長するには、教育が一つだと思います。大きなギャップがあり、そのギャップを是正しないとイケません。教育も23年4月1日から1年以上になりましたので、その体制に上手く乗ると同時に、助産師として本来的な経験と、自己啓発力の3つの要素が絡まって助産師として成長していくのだと思うのです。その教育の第一歩が、23年の4月1日に、看護教育の上に1年以上に決まりましたから、これからそういう教育、経験、それぞれの自己啓発力を高めていくことによって働き掛ける、とにかく助産師が成長しない限りは、やはり一番低いところで水が漏れます。アピールするにしてもそれは大事なのではないかと思っています。

◆ やはり基礎教育が一つと、もう一つは、現実に基礎教育が不十分なまま出てきているのも事実で、卒後研修をどう充実させていくかです。国も、卒業1年目の新人の目標を明確にしていますが、職能団体の大きな役割の一つは、助産師の卒後教育のレベルアップです。もう一つは、先ほどの医学生と助産師学生の交流ですが、戦後、ヨーロッパにドクターが留学していた時は良かったのです。助産師との協力のいい見本がありました。でも、ある時期、アメリカに助産師がいない時期があり、そこにドクターが留学した時には、看護師と医師だけでいい、助産師はあまり必要でないという形で帰国した医師たちが中心になって日本の病院の中の産科のケアをしてき

た。もう一回、今やはり医師と助産師を育てる認識を共通に理解していくような土壌をらないといけません。一つは、学生の時からの医学生と看護職とか助産師の交流をもっと普通にやって、普通に対等にディスカッションできるような土壌を作る必要がある。日本の場合は、まだ、医者が上からものを見る、助産師はコ・メディカルだという土壌がありますので、そこを壊していく必要を感じます。そのためには、安全性を中心とした助産師のエビデンスに基づいたケアが現場で展開されなければ、医者はそんなことを認めません。いくら仲良くなればよいといっても、そういう問題ではありません。やはり私たちが実践力で、的確な診断力を発揮しながら、安全で快適なケアをどう展開できるかです。

◆どうもすみません。やはり、世界中にどのような影響を与えたかということを知ると、責任を感じてしまいます。

◆これからは、日本の中だけで考えているのではなくて、外国でのよい見本をやってくださいますので、私たちが目を向けて、そこからもいっぱい学びながら、自分たちの自立できるような取り組みにしていきたいと思います。

◆オランダに行き、オランダの助産師さんの活動は本当に医療の中でお母さん方のために貢献されていると思いました。日本の助産師さんの活動と、オランダの医療システムの中での助産師活動をちょうどミックスしたら、もっといいのだろうなと思いながら帰ってきました。今回この第3の改訂を見せていただき、オランダでは、だんだんと医師とのつながりを強くして改善されているのに大変感心しました。それから、ニューヨーク、ワシントンのバースセンターを見学させていただきましたが、アメリカでは、基礎教育と社会が求めている助産師の活動にギャップがなく、本当に教

育のコアをきちんと設定しギャップをなくして助産師が活動しています。ニューヨーク、ワシントンのバースセンターでは、今は世界のトップを走る、先駆的な活動をされているのに大変感動して帰りました。

◆いいケアというのはなかなか見えない。でも、そのいいケアというのは、女の人が求めていることや女の人にフィットしたことで初めてそれはいいケアになるので、女の人と助産師がもっと手を組んで、見えない成果をやはり透明性を上げて公表していくという努力を多くの社会の人に向かってしないと、良きケアも見えないのだなとあらためて感じました。トランスファー連携とおっしゃいました。そういったことにもっと日本助産師会としてフォーカスしたいとあらためて思いました。

◆私たちが働いている助産院には、残念ながら大きな病院で初めお産をして体や心が傷ついて、次のお産は助産院でという方がたくさん訪ねてくださいます。そして、その方が助産院のお産を終えて満足をされ、その後の子育ても前とは違うように笑顔で子育てをしていらっしゃるお母さんにたくさん出会っています。

◆助産師が、助産院で何をしているかと考えると、特別なことはしていなくて、当たり前のことをいつもどおりしているだけのような気がしています。

◆これからしていかなければいけないことは、私たちが今、助産院でしていること、何を一体しているのだろうかということをはっきりと、それを皆さんに公表していくことが、助産師会の大きな課題ではないかと思っています。

◆助産師の学生が元気ではない、もっと元気になってほしいという意識があります。発信地アメリカでのバースセンターがとてもいいなと私は思っていましたので、それを上手く日本にも持ってこられるともっといいのかなと思いました。1つの芯よりも、5～6本の芯のほうがという形で

強くなるのではないかと思います。そういう形で助産院がずっと続けられるように、海外のことも参考にしながらやっていきたいと思います。

3) 助産師の正常分娩担当システム構築に向けた必要条件

180分で、4項目の課題毎の発言内容を整理した場合の結果を基に、助産師の正常分娩担当システム構築に向けた必要条件を、研究者が意味のあるフレーズを抽出したところ、表1のように示された。

＜助産師が安全で良質な出産ケアの提供ができる出産生理学的エビデンス＞として9項目、

＜助産師が快適で満足で母親をエンパワーメントする出産ケア提供のキーパーソンであるエビデンス＞として10項目、＜助産師が妊婦期から出産ケアを担当する院内システムを一般化するために必要な条件＞として10項目、＜医師との協働に成功する鍵（助産師活動への法的バックアップ、診療報酬など）＞として7項目であった。

出産生理学的エビデンスについては、コ克蘭・ラブラリーのデータに基づく発言や、オランダにおける医師と好ましく共同管理されてきた地域プライマリ・マタニティ・ケア、セコンダリー・ケア活動の研究成果としての論文から発言され、聖路加看護大学博士論文の結果からの発言、オーストラリアの産婦人科医師による生理的分娩経過の研究結果を基にして、発言された項目もあった。

すなわち、恐怖心や不安を軽減し、安心して自信を持って出産に望む援助が、順調な分娩経過をもたらすことであり、まさに助産業務の場で専門とするケアそのものが生理的エビデンスに関連していることが挙げられた。

分娩経過中の快適性、満足感、姿勢、経口的な水分摂取、食事摂取の妥当性、冷えと破水、冷え

対策が微弱、遷延分娩、前期破水、切迫早産を有意に少なくしたことは、伝統的な日本の助産ケアの妥当性が確認され抽出されたと考える。

ローリスク群の分娩経過中の胎児モニタリング管理方法については、オランダのアムステルダム地域で実践されているプラマリー・マタニティケアスタンダードの成果から明らかにされたエビデンスが抽出された。

東洋医学的なツボ刺激と産痛緩和、時間短縮に関するエビデンス、医学的介入による恐怖心が通常の生理学的オキシトシンプロセスを止めてしまうエビデンスも抽出された。

これらは、助産ケアのエビデンスとして助産学基礎教育の場でも卒後教育の場でも啓蒙してゆく必要がある。

助産師が快適で満足で母親をエンパワーメントする出産ケア提供のキーパーソンであるエビデンスについては、プライマリーケアの助産師が付き添うと、産婦の満足度のスコアが上がること、ローリスク群の母親に対して、大きな病院と診療所と助産所における出産の満足度スコアを比較した場合、助産師だけで運営している助産所が有意な差で満足度が非常に高いこと、病院群でも、助産師のケアを多く受けている人は満足度が高く、助産師のケア提供の重要性が確認された。

出産期の満足度は、産後3ヵ月の育児のしやすさにも少し関連があり、育児支援への肯定的な効果も確認された。

助産師の能力評価の研究から、妊産婦さんに様々な生じてくる問題を解決していく専門的な力、その人のありようとか生き方をしっかり受け止める倫理的な感受性を備えている、継続した過程の中でコミュニケーション力が非常に高く十分なインフォームドコンセントが行き届いている、これらの能力が助産師の専門的能力であり、

継続的なケア提供によって母親をエンパワーメントすることが発言された。

これらのような助産師の専門的な能力を十分に活かすためには、妊娠期間から出産後までのお母さんたちの声を集め、産婦さんたちが何を望んでいるのか、しかし現実はどうであるのか、エビデンスはこうだけれども実際はどうかのギャップが分かりやすく示し、社会における助産ケア提供システムを改善してゆかなければならないことも抽出された。

具体的には、医療法第19条による連携病院確保と開業に関する規定の不備の是正の必要性が条件として抽出された。助産師による快適で満足で母親をエンパワーメントする出産ケア提供の場は減少させてはならない。

助産師が妊婦期から出産ケアを担当する院内システムを一般化するために必要な条件としては、10項目が抽出された。

日本の病院は疾病中心の組織体系になっており、出産は健康という体制の中で対応する範疇である。病院の中に健康棟と疾病棟という2つの組織体系があれば良いが、疾病棟という組織体系の末端に健康的な範疇があるところに問題がある。

院内助産システムは院外システムにしないと成功しない。助産所として、一つの独立した施設として他施設と連携をする。助産所の最終責任は助産師が担うことが必要。なぜなら、組織と責任が独立し担うことで、助産師が伸びる。非常に必要なことである。

院内助産所を快適で安全な場所に改革・改善する場合、職位の上の人の理解が不可欠である。職位の上の人の理解が難しく改革・改善できないということは発展しない。

大きなプロジェクトは諮問委員会を作り多くの人を集めると、縦型の役職が高い人の意見が薄

まり影響力が薄くなる。デューラや、育児エデュケーターや、看護師、消費者の方、普通の納税者、教授や品質管理の専門家を大きなテーブルに集め、助産師や産科医師だけが意見を言うのではなく、いろいろな人の意見を取り入れることが必要だ。保険に加入し雇用する側も、保険金を受け取る側の加入者もステークホルダーとなる。

院内で働いてきた助産師の能力は、助産所で働いている助産師と同じ能力ではない。特に、よく説明した上で合意する能力などが高くなければ院内助産所は運営していけない。さまざまな女性が持つ問題を解決する問題解決力や、その人がどうあったらいいか、どうありたいかという倫理的感受性を基にしたケアや、コミュニケーション能力、この3つの能力は助産所の助産師と同じくらいの能力をソフト面として必要とされる。

プロジェクトでパフォーマンス計測をやると、病院あるいは医療従事者がどういうパフォーマンスをしているかが分かり、それに対するフィードバックも与えられる。医療費に関しても、共同の意思、決断においても計測や計画が必要になる。

助産師がケアしたほうが、どの比較対象群よりもどのようにアウトカムが違うかが分かると、病院選択をするためのデータが分かる。ローリスク初妊婦の単胎妊娠の場合の帝王切開率も、陣痛を誘発も計測の一つとして分かるよう公表することで変化を促すことになる。

日本の助産師基礎教育におけるは分娩介助は10例が目安であるが徹底されていない。

基礎教育を充実させ実践力を高める、アイデンティティーの育成、診断力の育成の強化が一番の解決策である。

医者がいないところでも院内助産所がやれることが基本的な構えになり、独立が必要である。

医師との協働に成功する鍵(助産師活動への法的バックアップ、診療報酬など)については、

7項目であった。

条件として第一抗体（蛋白抗体）に発言されたのは、インター・プロフェッショナル・エデュケーション、IPEが必要であり、研修医と助産師と1年目は一緒に教育をするという方法が有用であるとのことであった。

助産師が働く基盤を失うと一番の犠牲者は女性たちである。専門家の教育や研修（health profession education）は、大きな枠組みの中で、マルチステークホルダーを含めて議論する。

基礎教育が不十分なまま現場に出ているので、職能団体の役割として卒後研修の充実、レベルアップを図る。

医師と助産師を育てる認識を共通理解できるよう、学生の中から医学生と看護職や助産師の交流を普通に行い、対等にディスカッションできる土壌を作る。

助産師が、安全性を中心としたエビデンスに基づいたケアを現場で展開する。的確な診断力を発揮しながら、安全で快適なケアを展開することである。

女性と助産師がもっと手を組んで、社会の人々に向かって見えない成果の透明性を上げ公表する努力をする。

D. 考察

今回、参加依頼に同意し、参加したメンバーは、本研究の目的達成のための、現在、最も高質のフォーカス・メンバーの7名であったと考える。すなわち、邦人メンバーの一人は、厚生労働科学研究費助成による2001年度助産所業務ガイドライン策定者の一人であり、加えて、全員が2009年度改定助産所業務ガイドライン策定に携わっていた。

海外のメンバーも、医師主導による医療介入の多いアメリカのマタニティ・ケア変革の歴史を周

知し、青写真を策定しているメンバーであった。

また、周産期研究の集積で業績の高いコクランライブラリーの知見に熟知したメンバーでもあった。

もう一人の海外メンバーは、オランダのアムステルダム地域で、周産期のプライマリ・ケアを20年間実践し、その後の12年間はセコンダリ・ケアをアムステルダムの病院で主体的に実践してきた練助産師であった。医師との共同管理の経験豊富であった。フォーカス・リサーチとして最も肝要な、フォーカス・メンバーの質は保証されていたと考える。

フォーカス「助産師の正常分娩担当システム構築に向けた必要条件」のために、仮説的に設定した4つの課題に基づく討論で抽出された項目は、平成23年度首都圏4件の就労助産師著差の分析や、平成24年度の正常分娩担当システムの構築に向けた政策提言の策定のための討議に有用な資料として活用できると考える。

D. 結論

本研究の目的である、助産師の正常分娩担当システム構築に必要な条件を以下の4項目を視点とした場合、次のように抽出された。

1. 「助産師が安全で良質な出産ケアの提供ができる出産生理学的エビデンス」として、9項目が抽出できた。
2. 「助産師が快適で満足で母親をエンパワーメントする出産ケア提供のキーパーソンであるエビデンス」としては、10項目抽出できた。
3. 「助産師が妊婦期から出産ケアを担当する院内システムを一般化するために必要な条件」としては、10項目抽出できた。
4. 「医師との協働に成功する鍵（助産師活動への法的バックアップ、診療報酬など）」としては、7項目が抽出できた。

次年度の研究課題である正常分娩担システム構

策に向けた政策提言の重要な資料として活用する。

謝辞

本研究では、快くフォーカス・メンバーとして招請に同意して海外からご参加下さったメンバーのお二人に、また、ご多用な中をご参加ご協力下さった日本助産師会幹部でもありガイドライン策定経験者のみなさまに、心より感謝申し上げます。

海外の適切なフォーカス・メンバーをご紹介下さり、赴任地カンボジアから何度も仲介の労をお執り下さった国立国際医療研究センター国際協力部の小山内泰代助産師さまと国立国際医療研究センター病院産婦人科、国際母子カンファレンスタスクフォースの箕浦茂樹先生に、深く感謝申し上げます。

<参考文献>

- 1) 厚生労働省医政局長：周産期医療の確保について、医政発 0126 第 1 号，2010.
- 2) 日本産婦人科医会妊産婦死亡症例検討評価委員会：母体安全への提言 2010，平成 22 年度厚生労働価格研究費補助金研究報告書.
- 3) 日本看護協会出版会：平成 21 年看護関係統計資料集，2009.
- 4) 厚生労働省：「健やか親子 21」における快適な妊娠・出産のための支援に対する中間評価報告，2005，3.
- 5) 日本産婦人科医会：助産師充足状況実態調査，日本産婦人科医会報，58(7)，6，2005.
- 6) 日本産婦人科学会：実際に分娩を取り扱っている医療施設の実態調査報告書，2005.
- 7) 厚生労働省看護課：院内助産所・助産師外来について，中央医療協議会資料，2011.
- 8) 鈴木享子：助産師の潜在的・顕在的助産力の分析と展望—正常分娩担システム構築に向けた政策提言のための首都圏調査—助産師の本研究，平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策推進科学研究事業）総括・分担研究報告書，2011.
- 9) 島田美恵子：科学的根拠に基づく快適な妊娠・出産のためのガイドラインの開発に関する研究，平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）総括・分担研究報告書，2007.
- 10) ホロウェイ，ウィラー，野口美和子監訳：ナースのための質的研究入門，151-160，医学書院，2000.
- 11) Patton M: Qualitative Evaluation and Research Method 2nd edn. Sage, Newbury Park California, 1990.
- 12) 厚生労働省・総務省・文部科学省「地域医療に関する関係省庁連絡会議」：緊急医師確保対策に関する取り組みについて，2006.
- 13) 杉本充弘他：快適な産科医療を提供するための体制に関する基礎的研究，18-36，科学的根拠に基づく快適な妊娠・出産のためのガイドラインの開発に関する研究報告書，2006.
- 14) 日本助産師会編：助産所業務ガイドライン，2010.
- 15) House of commons Health Select Committee：Second Report on the Maternity Services London, HMSO, 1993.
- 16) Dept. of Health. Expert Maternity Group: Changing Childbirth, London, HMSO, 1993.
- 17) Dept. of Health：Maternity Matters—Choice, access, and continuity of in a safe service, NHS, UK, 2007.
- 18) 日本看護協会助産師職能委員会：医療機関における助産ケアの質評価，一自己点検のための評価基準—第 2 版，2007.

表1. 助産師の正常分娩担当システム構築に向けた必要条件

助産師が安全で良質な出産ケアの提供ができる出産生理学的エビデンス

<抽出9項目>

1. 産婦が寄り添って欲しい人が傍にいて安心し、助産師が不安を煽らなければ正常経過でお産は進む。妊産婦が満足で快適であるということを中心に据える。
2. 冷え性対策は、微弱陣痛、遷延分娩、前期破水、切迫早産を有意に少なくする。
3. 4. 間欠的な胎児心拍モニタリングは、自由に体が動かせるので産婦の満足度が高い。
4. 合併症がある場合はCTGを使用するが、合併症がなく、正常経過の診断である場合はドップラーによる監視をする。子宮口開大6cmか7cm位までは2時間毎に、その後は同伴して1時間毎に、または30分毎に、いきみ開始後は陣痛毎に聴取する。
5. 産婦が食べたくない状況でも、みそ汁や水分摂取を勧めることによって脱水予防ができる。正常経過の産婦への食事制限は不要である。
6. 自由な姿勢、好きな姿勢を尊重するということは、産痛の軽減につながる。
7. 自由な姿勢、好きな姿勢を尊重するということは胎児心音が徐脈になりにくい。
8. 三陰交と合谷と至陰への指圧やマッサージによるつぼ刺激は、時間は短縮しないけれど産痛緩和を図れる。時間も短縮される場合もある。
9. 医療介入などによる恐怖心があると、生理学的オキシトシンプロセスが止まる。

助産師が快適で満足で母親をエンパワメントする出産ケア提供のキーパーソンである

エビデンス

<抽出10項目>

1. プライマリーケアの助産師が付き添うと、産婦の満足度のスコアが上がる。
2. 病院搬送をした場合、オープンシステムで助産師が同伴してケアを継続し、産後、助産院へバックトランスファーをすると女性の満足度が上がる。
3. 出産後に、助産師が出産4日目、6日目、8日目にチェックに行くことは、産婦人科医への支援として必要とされている。
4. ローリスク群の母親に対する大きな病院と診療所と助産所における出産満足度スコアを比較した場合、助産師だけで運営している助産所での満足度が有意に非常に高い。
5. 病院群でも、助産師のケアをたくさん受けている母親の満足度が高く、助産師のケア提供は重要である。
6. 出産期の満足度は、産後3カ月の育児のしやすさにも少し関連がある。
7. 助産師の能力には3つの視点がある。一つは、妊産婦に様々な生ずる問題を解決する専門的力、その人の有り様や生き方を受け止める倫理的な感受性を備え、継続した過程の中でコミュニケーション力が非常に高く十分なインフォームドコンセントが行き届いて