

うです。健診だけしてここで健診した人は、お産は家ですのです。陣痛が来たという連絡が入ったら当番の助産師が家まで出掛けて行って、お産を介助するというふうになっているそうです。

まとめますとキーワードは、一つはエビデンスベースト・マタニティーケアがどんなものかということ。それからもう一つ、これは国際協力の場面ではしょっちゅう出てくる言葉ですが、ヒューマナイズドケアというようなことです。それから三つ目はセーフティ・アンド・コンフォートに、まとめられると感じております。

このような前座で、これからお話を伺いたいと思います。英語に自信のある方は直接耳でお聞きください。今のところまだ全員に同時通訳の機械は渡っていると思います。これから来る方には行き渡るかどうか分からないです。番号を合わせていただいて、これから拝聴したいと思います。

## 2. <講演 1> キャロル・サカラ博士

キャロル・サカラ：箕浦先生、サンダース先生、そしてお集まりの皆さま、今日はここに來ることができて非常に光榮に思っております。またこのような機会を与えていただいたことをうれしく思っています。2007年からやっておりますが、私たちが助産ケアをどのように変革しようとしているかについて、お話しできることを嬉しく思っています。

私はニューヨークにありますチャイルドバース・コネクションで Director of Programs をしておりますキャロル・サカラといいます。私たちの組織は、NPO 団体で 84 年の歴史があります。この間、マタニティーケアの質を高めようとアメリカで取り組んできました。女性、子ども、そして家族を代表してこのような活動をしてきたわけです。私たちはマタニティーケアの質というのを、ヘルスケアシステムをとおして向上しようとして

きました。こちらに私たちの組織の URL が載っていますので、よろしければ見てください。

今日は、私たちのマタニティーケアにおいて問題を抱えているチャイルド・ケアや、そのパートナーがどのようにして調整に取り組んでいるかについて、お話をいたします。

このマタニティーケアを改革していくために、2007年から2009年の間に私たちは戦略的な計画、ブループリントを作ろうと取り組んできました。そして2010年から我々とパートナーはこのプランの実践に取り組んできました。

我々はこのアプローチ、私たちの助産ケアを向上させるやり方が、他の国や他の臨床エリアでも応用できるものだと思っています。私たちのブループリントの中にはたくさんの詳細が書いてあります。いろいろな挑戦があるわけです。本日は全てについてお話しする時間はありませんけれども、URL を見ていただければ詳細が書いてあります。ここに書いてありますとおり、またディスカッションでもありますが、私たちが幾つかのキーインディケーションについて取り組んでいます。

WHO のレポートによると、他の国と比べてアメリカが劣っている部分があります。それは産婦や新生児など幼児死亡率が高いということです。また OECD の諸国と比較してみても、他の国と比べてアメリカのほうが劣っているところがあります。それは周産期の死亡率とか出生時の低体重です。また OECD の国々の中で、帝王切開率が一番高いという現実もあります。

1人あたりの医療費はほかの国よりも多くなっています。したがって、人口1人あたりの医療費は OECD の国の中で一番多くなっています。平均の倍の額になっています。こちらが最近の全国の平均支払い額です。こちらから経膈出産ですが OECD のデータと同じような状況になっています。私どもの国の医療費の支払いは、他の国よりも高く

なっています。他の収入が高い国よりも高くなっています。また同じように帝王切開でも、私どもの平均支払い額が高くなっています。そして平均の倍になっています。

こういう状況から、私どもの状況を改善する機会がまだ多くあると思います。そしてコストを下げ、そしてマタニティーケアに投資をして、価値を上げていくことができると思います。私どもの国では退院患者さんの23%は、お母さんと新生児になります。これは国民全員の人生の始まりとして影響があり、出産をしたお母さんたちにも影響があります。ですから、この状況を改善する方法を見つけようと考えています。

問題は、安全性と有効性において信頼できるガイドランスがないかということです。何千もの研究報告書が毎年出て情報が過剰に広まっています。それでは、どの試験を信頼してまとめをしていけばいいのでしょうか。こういった課題に対応するために具体的なレビューを行いました。この全体的なレビューの方法論を使うことによってバイアスをなくして、そして信頼できる結論を導き出すことができます。

最初のステップは、まず基本的なパラメータを特定することです。そしてどんな質問がいいのか、そしてどんなアウトカムなのか、人口構成なのか、どんな設計になっているのか、言語はどの都市にあったのかということです。こういった条件に合うレポートを慎重に探していくということです。

そして次のステップとしては質の低い研究結果を取り除いて、最後にその研究結果をまとめてメタ解析を行うということです。

この分野においては、このようなシステムチックなレビューをするという取り組みで進んでいます。20年以上前、Iain Chalmers と仲間たちがレポートを提出しました。そして無作為試験の結果をまとめました。この作業はコクラン・コラボレー

ションをつくるきっかけとなりました。そして医療や医学のすべての分野でこのやり方が使われていきました。私どもは、このマタニティーケアで何千ものレビューを行ってきました。安全性やそれぞれの治療における有効性を、妊婦や出産、産後、新生児において検証してきました。

コクラン・グループが活用され、そして政府のレポートも出てきました。そして世界中でジャーナルの貢献が出されています。このように全体的なレビューをするというのはデータベースを見ていくことによって、臨床家や他の方たちに対して情報を提供することができるようになります。知識がもっと必要になり、ギャップを埋めてマタニティーケアを変えていかなければなりません。しかし、このように全体的なレビューをすることによって、効果的で安全な価値あるガイドランスを提供することができます。

このように最良のエビデンスを提供することができるようになり、実際のデータソースを使って実際のケアに活用することができます。データの中には出生証明書であったり、そして退院時のデータであったり、お母さんの声を聞くというアンケート調査の結果も使われています。個々の研究の結果もあります。昭和大学の岸利江子先生がお母さんの声を聞くという調査を翻訳しまして活用されています。最初の結果がウェブサイトに出ていますので、皆さん参照できます。

最近の2つの試験があります。アメリカの臨床ガイドラインのサポートとして出ています。アメリカの臨床ガイドラインで提案された内容の1/4はよいガイドラインだと思われています。しかしほとんどのガイドラインの推奨事項というのは、専門家の意見であったりする場合があります。また一部はシステムチックレビューの一部しか活用していないという結果が出ています。

現在の治療とガイドラインを見てみると、ほと

んどのマタニティーケアは医者への介入があまり有益ではありません。そして害を及ぼしたり副作用があって、リソースの無駄になっています。そして安全なケアというのがあまり活用されていません。そして、全体をとおして、そして臨床から病院全体において、いろいろな地域的に差があるということがあります。一番大きな病院システムでの報告がありましたが、124 の病院でランダムに意思決定がされているということを報告しています。

こちらは医療介入のリストです。重要な価値がありますが、使われすぎているということがアメリカで問題になっています。そして医療介入は副作用につながっているということになります。例えば、分娩誘発であったり、無痛分娩であったり、そして胎児のモニタリングだったり、人工膜破であったり、会陰切開があります。

こちらはローリスク、リスクの低い治療です。これを活用することによって帝王切開も少なくなり、そして母乳を与えるということも増えていきます。

そして日本人がおっしゃっていましたが、禁煙のための介入や、帝王切開後経膈分娩や、出生後の母児の早期接触（カンガルケア）などはあまり早くされていないという状況があるということでした。

まとめになりますが、女性と新生児に対してのマタニティーケアというのは、よい結果をあまり生み出していません。そして全体的なレビューを行ってガイダンスやポリシー、方針、教育、そして質の改善があまり行われていないということがあります。

「エビデンスベースト・マタニティーケア」というレポートがよく私の国では使われています。これは、エビデンスベースのマタニティーケアのフレームワークになります。そして前のスライド

にあったいろいろな医療的な介入が使われ過ぎている、または使われていないという状況を説明しています。そして、エビデンスベースのマタニティーケアに対するバリアについて議論をしています。そして、いろいろなポリシーについての提案をしています。こちらは英語ですがウェブサイトに掲載されています。

エビデンスベースト・マタニティーケアというのは、ほとんどの女性と新生児は健康であるということから始まっています。病院の中では介入がされて、そして分娩を早く行わせる、誘導する、そしてモニターをしています。こういった介入からの副作用を治療していくことがされていません。本当に医療的な介入というのは慎重に考えなければなりません。本当に必要なときだけ、そして問題があるときだけに行われなければなりません。

このエビデンスベースト・マタニティーケアの基本は、最も少ない害で、効果的な治療を提供するという事です。そして、多様なケアの方法を考えることです。帝王切開は赤ちゃんを取り出す方法としては有効です。しかし、お母さんや新生児は結果的な処置よりも、害が少ない方法のほうが良いということです。これは古い医療の原則だと思います。まず初めに害を与えないということです。この効果的な最も介入の少ないマタニティーケアは、アメリカでも世界中で助産師によって提供されているモデルです。マタニティーシステムをデザインするときにおいては、生理学的な出産を考えなければなりません。

このように、健康的でローリスクのお母さんと赤ちゃんのための、最も害の少ない手助けをする人々が随伴する効果的なケアは、調和の取れたホルモンのプロセスが陣痛や、出産や、母乳や母と児の接触を制御するという事です。女性達や新生児達は、神経内分泌的なプロセスを踏んで行く

ということです。このプロセスによって、多くの女性や新生児が外科のリスクを避けることができます。そして必要のない介入を避けることができます。そしてまた合併症や、または特別なリスクがある人たちには医療的な介入が必要になります。

こちらは、我々が母乳育児の仲間が守り、そして促進し、サポートしているコンセプトを引用したものです。この自然のプロセスを守ることができる。まず介入を避けるということです。必要のない介入であつたりとか、騒音であつたりとか、必要のない人を置かないということです。そして研究や教育、クオリティーの改善、そしてパフォーマンスの測定、そして方針や価値を上げていくことができます。これを進めていくことができます。例えば、いろいろな支援ケアを提供することができます。

アメリカにおいては、このような知識やスキルを持っている臨床家は少ないということになります。特に助産師はこのアプローチを提供でき、doulasも助けることができます。

それでは、正しいマタニティーケアを正しいときにどのように提供できるのでしょうか。

これはある二人の言葉を借りました。ポール・バタルトンという人の言葉です。彼は私の国でのクオリティーリーダーになっていますが、彼が言うには、「すべてのシステムはデザインされたとおりの結果を出す」と言っています。またアインシュタインの言葉では、「狂気とは同じことを何度も繰り返しながら違う結果を求めることだ」と言っています。ですから、もっとよいケアを提供するためには、システムを変えていく必要があるわけです。

私たちのマタニティーケアの変革のプロジェクトは、3つのステップになっています。1つはまずはビジョンです。どこに行きたいのかというのを明確にするということです。そして2点目は青

写真（ブループリント）です。どうやったらそこにたどり着けるのかということです。そして3点目はそのビジョンに向かって、ブループリントにある戦略を使って向かっていくということです。

ここにあります URL にはこのプロジェクトに関するジャーナルも載っていますので、ここで話せること以上の情報がこちらに載っております。私たちのアクションの計画段階を作るために、私たちは100人以上の熟練リーダーをヘルスケアシステムから集めました。そしてこの問題の複雑性を理解するために話し合いをして、効果的なソリューションを見つけるためにさまざまなステークホルダーや、いろいろな分野からの専門家を集めました。そして私たちは話し合いをして、コンセンサスを出していきました。

計画段階におけるプロダクトというのが2つあります。この計画段階では、「2020 ビジョン・フォア・ハイクオリティー・ハイバリュー・マタニティーケアシステム」と「ブループリント・フォア・アクション」が結果として出ました。こちらをご覧くださいと、私たちが使ったプロセスがご覧いただけます。

情報提供者にインタビューをしました。まずは情報提供者のヘルスケアシステムにおけるリーダーの方々にインタビューを行い、そして学際的なそしてたくさんステークホルダーがいる運営委員会をつくりました。そして彼らはこうして集めた情報から学び取って、そしてミルバンクレポートを使いまして、そしてエビデンス・マタニティーケアを使いまして、このプロジェクトを開始するにあたっての基盤としたわけです。この学際的、そして複数のステークホルダーがやった次のステップというのが、ビジョンチームの創設でした。これによってどういった助産ケアをつくっていきたいのかを考えたわけです。このビジョンチームは個人的に顔を合わせて話をしたり、そし

て電話会議をしたりということによってレポートを膨らませていったわけです。

まずビジョンはどういった可能性があるのか、そして先に向かって前進するための明らかな道筋を立てて、そして人間の基本的な欲望に対してのステートメントを出す。そしてフレームワークに合ったようなアイデアを出していくということです。そしてこのビジョンではっきりとしたフォーカルポイントが出ていけますし、ゴールに向かっての定義がはっきりします。そしてモチベーションを出すことができ、さまざまな欲望を持っている人たちを集めて、一つの目的に向かって進んでいくことができるわけです。ここに書いてあります URL で、もっと詳しいことが書いてあります。

今日は幾つかのキーポイントだけしかお話しできませんが、このペーパーに書いてあることはマタニティーケア全体に適用することができます。ゴール、そしてセッティング、そしてマタニティーケアにおけるプロバイダーやセッティングというものが詳しく書いてあります。また、より大きなシステムにおける属性が書いてあります。女性や新生児、家族に対してどのようにしたら信頼できるケアを提供していくことができるか、について書いてあります。

まず、ビジョンチームは助産という中で、6つのランドマークというものをしました。こちらは医学研究所の定義を適応したのですが、女性を中心に安全であって効果的であり、また、タイムリーであって効果的、そして公平であるものというのがキーポイントとして挙がってきたわけです。また私たちのビジョンチームは、出産は人生を変える経験であるということを確認しました。ケアのプロセスは生理学的な出産を守って促進してサポートするものであるということ、エビデンスに基づいたものであって、またヘルスシステムにおける計測パフォーマンスを開示すること、

そして医師決断において女性の医師をサポートしていくこと、そして満足度というのが中心になっているということです。

そしてこのチームはマタニティーケアのレベルにおいて4つのレベルを認識しました。1つは女性と周りのサポートネットワークです。そしてダイレクトケアを支持するマイクロシステムです。チームは妊娠中、そして分娩中、分娩後のケアについて話をしたわけです。またこのレベルCは出産を提供するヘルスケアの組織についてです。ケアデリバリーシステムについての強化をする。そして労働力を強化する女性、家族を中心としてケアを行うということです。

レベルDはもっと大きなレベルで、つまりマクロレベルです。つまりパフォーマンス計測を強化するというところまで行っていくことです。またクオリティーとペイメントシステムを強化すること、医学に関係している医療従事者の教育をすること、また責任システムにおける機能を強化するということです。また私たちは話をする力を強化して、ケアのビジョンを強化するという戦略を取りました。難しい仕事です。

自分たちが提供しているケアがエビデンスベースであって、女性を中心にしたものであるということ、プロフェッショナルな人たちは考えていかななくてはならないわけです。私たちのケアというのは女性の経験、そして友人たちがどのような経験をするのかというところで考えなければなりません。こちらの URL をご覧いただきますとそういったことについても情報が載っています。

このビジョンステートメントをもちまして、我々はブループリントを作るという段階に行きました。基本的な質問は、誰が何をすべきかということです。そして2点目は誰に対してそれを提供していくのかということです。誰に次の5年間、質のあるマタニティーケアを提供していくのかと

いうことです。

こちらの図の真ん中部分をご覧ください。私たちは学際的、そしてマルチステークホルダーのワークグループを作りました。そして5つのステークホルダーグループというのを作ったわけです。クオリティーと計測、消費者、衛生や医療従事者のグループ、また病院やヘルスシステムケアを提供するグループであったり、それから保健のグループであったり、そういったところです。こういったさまざまなグループがテレカンを行ったりして情報を共有し合うということをしました。

チャイルドバース・コネクションの90周年のシンポジウムでは、議長がパネルや参加者から情報を得ました。フィードバックを得たわけです。それはさまざまなステークホルダー、そして参加者の利益を反映するものでした。そういった非常に広範囲にわたるフィードバックが得られたわけです。

私たちの鍵となる説明は、我々に、優先的な中心部分と変革のための方略を認識する手助けとなった。この5つのワークグループをとおして、それぞれの自分たちの責任分野を明確にしていきました。それらは、パフォーマンス計測と質の向上のための結果や公的な報告の買収や、アクセス上の不均衡やマタニティケアの結果や債務システムの機能を改善と報酬を一致することで支払いを改革するということです。

また、我々は各グループに対して2つか3つぐらいのフォーカルエリアは何かというのを聞きました。そして優先順位を付けてくださいとお願いしたわけですが、それによって私たちはここに書いてあるようなエリアも出てきました。どのぐらいのサービスを提供していくのかというケアの質です。そして臨床的な議論がどうやってケアを提供していく上で変わっていくかということ、また消費者のチョイス、また助産ケアにかかわる人々の教育とか、またヘルスインフォメーションのテ

クノロジー（IT）をどうやって使ってつくっていくかということです。このようなことをした結果、11のフォーカルエリアというのが出てきました。それをもとに最終的なブループリントが出てきたわけです。これによって最終的な道筋設定のレポートが出ました。このレポートもこのURLで見ることができます。

もう時間があまり残っていませんが、私たちがどのような進展を遂げてきたのかということをお話します。このブループリントを2010年から実行してきました。これはチャイルドバース・コネクションだけで行ってきたものと、チャイルドバース・コネクションとパートナーとともに一緒に行ってきたもの、両方あります。また、国家および州のヘルスケア改革、そして質の向上というのもほかの枠組みの中で行われています。

私たちはグループとしては小さいですし、リソースはまだ少ないです。私たちが行ったリサーチはマタニティケアにおけるインフラ、そして質の向上に集中してきました。私たちは新しいこのURLを通してさまざまな情報を提供していますし、助産ケアを向上していこうと、そして情報を集めるためのツールも集めています。

例えばツールキットというのを今開発しておりまして、それによってパフォーマンス計測を行えるようにしています。また毎月e-ニュースを行っていきまして、どのような状況で改善がなされているかというのが示されています。女性やそして子どもたちに対してやっているわけですが、また国の医療制度改革にも役に立つと思います。そして国のソーシャルメディアも活用していますし、またこちらのウェブサイトを皆さんぜひご覧いただきたいと思っています。

私たちはさまざまな活動をこれまでしてきました、ブループリントを実行しようとしてきました。それにはいろいろなパートナーが関与してしまし

た。幾つかの例を出しますと、何年にもわたって一緒にやってきたグループですが、彼らは医学的な決断を出すために重要なグループです。つまり議会における産婦人科のグループだったり、またクオリティーケア・フォア・マムズ、ベビーアクトといったようなグループと一緒にやってきました。また、どの年齢で妊娠や出産前の年齢とするのかを定義するためのツールも開発する上で協力してきました。また、助産にかかわる人々の新しい計測ツールを作るために米国医師会とも協力してきました。

ここで理想的な質の測定を考えています。多くの重要なトピックがあるのですが、まだいいパフォーマンスの測定方法がありません。まずマタニティーケアの質を測定することによって全国的な施策を提案するという、そしてマタニティーケアのコストのレポートを作り、そして支払い制度のリフォームをする、改革をするということです。そして、ルイジアナ州では州の法案として母子の健康の改善をしています。

私たちの作業の中には、これまで行われていなかったような全国的な取り組みがあります。そして医療の改善に取り組み、コスト削減をしようとしています。質の高いマタニティーケアの支払いをするための方法を見つけるということ、そしていろいろな質の協力することによって、マタニティーケアのレベルを改善するということです。マタニティーケアの改善ではいろいろなインスピレーションを与えてくれる例があります。私たちは質、そしてアウトカム、そして価値を高めていくことができると自信を持っています。

本日はお招きいただきましてありがとうございます。今日のプログラム最後に質疑応答の時間がありますので、お答えしたいと思います。そしていろいろなものを提案させていただいていますので、私どものウェブサイトをどうぞ見てください。

ありがとうございました。

箕浦：一応ディスカッションは最後にしたいと思います。8時に終わらなくてははいけませんので、次にいきたいと思います。

次は、最初に紹介しましたマリアン・サンダースさん、現役の助産師です。オランダのシステムについてお話を伺います。

### 3. <講演 2> マリアン助産師

マリアン・サンダース：まず初めに箕浦先生、そして鈴木先生、私をお招きくださりましてありがとうございます。私のほうからオランダの助産システムについて話をしたいと思います。鈴木先生から質問があり、オランダにあって日本にないものを話せということでした。両方の国で多くのものがあると思います。そして簡単に答えられない質問も多くあると思います。私としては最も重要な産科におけるトピックを話したいと思います。日本でもオランダでも同じですが、私どもは大きな文化の背景があり、そして精神的な背景も違います。そしていろいろな背景も違いますし、人口も歴史も違います。

それではアムステルダムからご紹介させていただきます。友人です。国章が下のほうにあるのですが、これはアムステルダムの国章になります。この言葉ですが、英雄的、決心、決意が強く、そして慈悲深いということです。

「心のスーツケースに入れる」は大変重要な言葉になります。助産師としてのスーツケースに入れるには重要な言葉です。これがオランダの1946年のウィルヘルミナ女王からこの言葉が提供されました。第二次世界大戦後に女王の言葉として提示されたものです。

私は高校を卒業してから看護師になりました。私は正看護師となりウィルヘルミナ病院、アムステルダムの病院で働いていました。看護師として

勤務をしていましたが、助産師を知っていたら看護師ではなくて、助産師になる勉強を始めていたのと思いました。そのときに私は助産師になろうと思いました。その後3年かかはやっと助産師になりました。そしてウィルヘルミナ病院にまた戻りました。

その後、自分の独立助産師としてのプラクティスを始めました。アムステルダムの北部で15年勤務しています。90年代の終わりに AMC (the Academic Medical Centre, Amsterdam University) にまた戻ってきました。こちらはウィルヘルミナ病院の新しい病院ですが、ここで新しい職を得てハイリスクの妊婦に対しての助産活動をしています。それ以外に、海外からの学生たちに私たちのシステムをご紹介しますこともしています。

最初に日本とオランダの国交について調べてみました。400年前に、オランダが日本にきて、貿易をするという交渉を始め日本との貿易の許可を頂き、これは貿易許可証というものでした。これが徳川家康とあります。これがあるからこそ私たちは今でも国交関係を築いていると思います。この船が日本に来たアムステルダムという名前の舟です。これはコピーですがアムステルダムでご覧いただくことができます。これが大体1650年ぐらいのアムステルダムです。20万人住民がおり、1年間に出生は6,000件ありました。

アムステルダムはこのときより大きくなりましたが、出生の数はだいたい同じです。アムステルダムはこちらです。真ん中にダムがありその周りに運河を掘りました。大変きれいな建物をこの周りに建てました。貿易をすることによって、いろいろなビジネスを世界中で行い資金が稼がれました。

世界中と同じように家で出生が行われていました。これはドイツの絵です。オランダでも同じようなことが行われていました。女性がこのように

座って助産師が出生を助けています。120から140人の助産師が活躍していました。結構多いと思います。そして理髪店の外科医システムがあり、そのあとに産科医が登場してきました。

こちらはチュルプ教授です。彼は教育にも熱心でした。多くのことをした方でした。彼は先生であり医師であり、そして弁護士であったり、外科医の教育も行っていました。この犯罪者の遺体がよく使われこういった授業を行っていました。このときの教授は帽子をかぶっていました。レンブラントはこっちの人にも帽子をかぶせたらいい絵が描けるなどと思ったと思います。でもこの人は教授ではなかったもので、絵の帽子の部分を取り除かなければなりませんでした。

いろいろな妊婦関係のものを集め面白いことが行われていました。ロイスさんのキャビネットですが、アムステルダムの市長でもあり産科医でもありました。この面白いサンプルを集めていました。流産とか、未熟児とかを集めて興味深い解剖学的な資料になっています。箕浦先生もこういったもの MC の博物館で活用されているとお伺いしています。

助産師は、1600年以降に教育を受けました。これがミートホールという場所ですが、このミートホールの上の階で、助産師が授業を受けていました。形は変わりましたが建物はまだあります。まだ窓もあります。助産師は1600年の初めから授業、教育を受けていたことをご紹介します。今でも誰にとっても教育は重要ですが、助産師にとっても重要であるということです。

これはもう一つ例は、オランダの北部に住んでいたシラーダさんが、自分が立ち会った出生について本を書いています。多くの出生に立ち会いすべて説明をされています。例えば全前置胎盤のケースが3,000件の出生の中で6回あると考えていました。これは今でも同じ割合です。この人は



独学者ですが、1693年に既にこういった方が存在していたということです。

助産師の教育は1865年にありました。日本でも最初に規制が始まったのは1868年ということなので、同じ時期ではないでしょうか。100年後(1965年頃)ぐらいでしょうか。クロスマン教授が同じようなことをしました。こちらのスライドをご覧ください。

原則としまして、健康的な女性であって特に産科分野での問題がなかった場合、そして単体妊娠であって胎児が頭位の状態である場合は、ローリスクですので家庭での出産を許されるわけです。これが歴史的な習慣ですので、助産師は生理学的な分娩のサポートをしてきました。

そして20年後に飛びます。こちらはカデミックメディカルセンターです。今私はここに勤務しています。こちらは1983年に創業しました。こちらはビルの内部の様子です。まるで道のランプのようなものが付いておりまして、街の中みたいです。特徴的な建設なわけです。病院の内部です。病院に来たときに人々が病院にいても入院しても、街の中にいるような気分なるというのを考慮して、このような構造にしています。こちらは3番目の基幹病院でして、8,000人の従業員がおり、ベッド数が1,000です。また外来は年間30万人、医学生は1,700人います。このような永続的な教育を私たちは続けようとしています。そしてまたEBMを支援しようとしています。すべてのメディカルのプロが存在していますし、世界からのリサーチプログラムをそこで行われております。

病院の中で助産婦は活動しているわけですが、病院の中にもいますし、また個人的に開業している助産師もおります。90年代に、病院で働く助産師に関する論文が出ました。助産師たちはこの論文を書くということに慣れていなかったわけですが、マリア・ベルズという方がこの論文を出しま

した。この方は今でも産科医をしていますが、出産においてどのようにして産科介入の頻度を減らすかについて話しています。ですからこちらは病院で働く助産師の参照になる文献だと思います。また、こちらの表紙になっているのはバービー人形です。教育は非常に重要です。子どもに教えていくこともまた重要です。出産に関して教えていくことは普通のことです。あまりよく理解されていないことではありません。バービー人形が出産をするという発想では、バービーがおなかを広げるわけですがあまり普通のことではありません。このようにして子どもたちに教えるべきではないと思います。バービー人形を使うというのは自然なことではないかもしれません。

私たちAMCでは14名の助産師が働いています。24時間のシフト体制を取っています。外来もやっています。教育も行っておりまして、医学生に対する教育もしているわけです。AMCの助産師たちは病院の中での分娩だけを担当しています。とても忙しいです。医学生の教育にも携わっています。AMCでは助産教育はしていません。アムステルダムの別の場所にアカデミーがあります。AMCでは2週間の教育を行い、ハイリスクの分娩について学びます。しかし、これは助産学の主な目標ではありません。彼女たちは、独立している助産師のプラクティスで彼等の実習をしている。学生の実習は病院の中ではなく、病院の外でも実践をしていくわけです。病院の中では、我々は、主に医学生と出会っていくということで、医学生へのベッドサイド教育を行っています。医学生達は、これから分娩する女性の場面について一緒に討論をしていくわけです。

AMCでの分娩経過中のケアは、多数の統制のとれたケアで、一緒にいろいろな職業の人とやっていきます。ドゥーラが来るときもありますし、ナースとも一緒にやりますし、医学生とも一緒にやり

ます。また夫を病院に連れて来ることができますし、夫がいない場合はほかの家族の方々、お母さんであるとか、床にいて欲しければ姉妹が来ても構いません。そのほうが出産するときに安心してできます。

また私たちが重要だと考えることは、帝王切開においてもパートナーが奥さんの横にいるということです。女性、そしてパートナーはバラバラにされるべきではないと思います。子どもが生まれるときには夫もパートナーもその場に居るべきだと考えます。そのことによって、回復室で目が覚めたときに様子を語ることができますし、赤ちゃんの様子についても話すことができます。こちらはAMCで実際私たちが行っている様子を示した写真です。

それでは基本的なところに戻ります。なぜ私たちはこのようなやり方をしているのでしょうか。なぜ生理学的な出産について話をしているのかを歴史を通して考えますと、これは何世紀にもわたって行われてきたことです。しかし、ここ100年間で論文にしたということです。どういった状況で、最初はどういうやり方をしていたかを示しました。

妊娠、分娩、産褥期というのは自然なことですから、望めば在宅で行うことができるわけです。しかしそれにあたってはリスクがないということが条件になります。正しいケアを正しい場所で正しいケア提供者によって行うというのが重要であり、一人一人にみな異なり個別性があると考えます。

こちらはオランダにおける出生率を示しています。1965年には約25万人でこのように数字が大きかったにもかかわらず70年代にかけて数字が下がっています。それはなぜかという、経口避妊薬がオランダで出回り始めたからです。非常にこの避妊薬が人気になりまして、そのあと出生率

は安定してきています。

こちらはオランダにおける在宅出産を示す図です。75%ぐらいだったのですが、今は大体23%ぐらいです。数としては減っています。今もう少し減っています。

こちらをご覧くださいますと、オランダにおける在宅出産の率は下がっているとはいえ、オランダはまだ他の国に比べると高いのが分かると思います。

自宅での分娩が下がっていますので、助産師の多くは病院で働くことを選択している場合もあります。その数も現在増えています。そのことによって病院も、より通常に近い分娩を提供することができるようになってきています。

助産師の仕事というのは、もっと求められているものであって、今後も行われていくでしょう。助産師はほとんどの場合は女性のケアをし、医師は患者のケアをします。両方とも必要とされています。両方ともスターティングポイントとしては優れているわけですが、しかし自分が対峙する女性はこちらであるのかという、正しい人と接する必要があります。

こちらはオランダにおける助産師の状況を示すチャートです。男性の助産師も2%いますし、私たちの職業では非常に歓迎されるわけです。私たち助産師のほとんどは独立開業しております。独立開業して行うこともできますし、ヘルスセンターで働くこともできます。このローカムというのは非常勤です。だから、例えば休暇で働けない人がいたときに臨時で入ってくるような方々です。日本と同じだと思ったのが、オランダにおける母親の年齢は日本と似ていると思いました。

また、助産師の専門エリアですが、プライマリーケアとセカンダリーケアとありますけれども、まずは最適な結果を出していくというのが目的です。リスクセレクション、リスク査定というのをきち

んで行うということが必要ですし、ローリスクの女性、つまり産科における合併症が少ない女性のみが在宅分娩を勧められます。例えば以前帝王切開をしたり、骨盤位出産の可能性があったりとか、そういった女性は自宅での出産はあまり勧められないということになります。

開業医、そして産科の先生、産婦人科の先生、こういった人たちがみんな同じビジョンの方向性で働いておりますので、それに関しては私のほうでもまたあとでお話いたします。

こちらは教育に関して非常に重要だというのが強調されます。私たちはきちんとした紹介制度が必要です。紹介したいときはきちんとした紹介システムが必要ですし、産科の先生もサポートしなければなりません。そして、分娩後の在宅ケアも必要です。こちらオランダの神秘といえます。例えばオランダ全体で4万5,000とかの在宅分娩がたくさん行われていますが、在宅分娩を助産師が担当するは25%になっています。通常、ナースが来てサポートしてくれます。そしてドゥーラも来て、家族全体のサポートが得られるという状況になります。それについてのDVDをあとでお見せしたいと思います。

その前にオランダをご覧に入れたいと思います。こちらですが、小さな国です。そしてこちらはほかの西洋諸国、日本と同じようにこのようにインフラはうまく整っています。ここで100ほどの病院がオランダには存在します。そして大学病院は8施設あります。AMCのような病院があります。すなわち、オランダ国民は30分しか病院から離れていないということになります。在宅出産を選んだとしても病院から近いということになります。病院から遠い家に住んでいる場合には、在宅出産はできないことになります。それが一つのルールになります。医師のような状況ではなくてオフィスで皆さん働いておりますので、病院を集中的な場

所につくってしまいますと、在宅出産に問題になってしまいます。病院やかかりつけ医の仕組みでもいい状況ではありませんので、病院の数を減らすということをしています。それが今オランダで議論の点になっていますが、財務的な点から考えますと、利点はあるかもしれませんが、しかし医療的には無責任であるということが言えるのではないのでしょうか。病院から家が遠くなってしまおうということになります。

DVDを見る前にもう1枚スライドがあります。これは出産のアシスタントですが、家族全員をサポートします。アシスタントは、母親をよりリラックスさせ、母乳を与えることも支援します。この中に家族も参加しています。私は、家族楽しませる *kraamverzorgsters* という育児支援組織の看護師、または大変よいお産のアシスタントを滞在させなければなりません。DVDをお見せしますが、その前に、最初に、助産師のアムステルダムAMCの活動をご覧にいます。次に、我々には在宅出産についていつも助言をもらえるベーカー先生の存在があることを紹介します。短い内容ですが、在宅分娩での頭位分娩の出産アシスタントがいるという状況をご覧にいます。産婦さんの隣に助産師がいます。その後ろで出産アシスタント（看護師）が在宅出産をサポートしています。DVDの最後の部分で在宅出産の状況をご紹介します。これは少し前のものになりますが、それが出てきたときにはまた少しお話ししたいと思います。DVDを始めてください。

#### <DVD 映写>

こちらは家の状況です。助産師さんとかが作業をしています。お母さん、そして家族に対してサポートしています。これが出産後の状況です。彼女が毎日数時間来て、5時間から8時間のときもあります。やることをやって、そして母親はリラックスして出産後の回復に努めています。そしてそ

の間に母乳を与えています。この人は何でもできるというのが分かります。この人は新生児やお母さんを助けて、もし合併症があった場合には助産師を呼び、助産師が来るということになります。助産師は、毎日少しだけ訪問しどのような状況かということを確認します。

オフィスに行って依頼するためにそして病室は空いているか、ナースはいるかということを知り、我々はこういうようなナースを調整します。そのナースの教育は、このように頭位分娩を見せて1年間行います。こちらですけれども、出産をしています。そして看護師が夫の後ろで助けて、立ち産の姿勢で出産はすぐに済んだというのが分かると思います。夫である男性もすごく活躍しています。私たちは女性にどうするべきかということを知り、これは学校で学んでいるので知っています。このような瞬間に、彼女に自分の赤ちゃんを見て、彼女がそして何をしているのかを自分で見られるということは重要な教育ができます。

これはもう一つの例になります。これは月曜の朝になりました。私のほうの助産院に来ました。今20歳になっているんですけども、朝8時に電話が来て、そして陣痛が始まったと言いました。そして6cm、7cmと拡大していたのでナースを呼びました。そして一緒に出産をしました。すごく暑い日で、リラックスして出産を行いました。女の子で、3000g程でしょう。母親は30分息んでいました。とても上手に、そしてだんなさんも協力をしていました。そしてコーヒーを私に入れてくださいました。

これが助産師のやるべきことです。女性を管理して、そして出血も管理して、合併症を確認する。そして新生児をコントロールしていきます。そして体重を測るのですけれども、このやり方は今でもやっています。これはおかしいです。両親がやるべきではないと思うのですが、しかし、こ

れはいつも笑ってしまうやり方になります。そして準備が整いましたら、ナースが作業を始めます。私はいろいろな事務的な作業をして、そしてお母さんと話をしたりします。少し出産のあとにリラックスをするということも、いいと思います。このように看護師がお母さんに対して直接に指示をしています。何をすべきか、すべきではないかということ、何をしたらいいかということを知り、指示していきます。そして私たちはその間に書類を作っています。ほかの子どもたちに対して、どうしたらいいかという教育をしているところです。そして、ここでも教育をしています。このトルコ出身のご家族に対して、赤ちゃんを入浴させるやり方のいい方法を教えています。このように助産師が1週間ぐらい管理をしていきます。このように家で協力をしながら行っているのが分かると思います。そして看護師に対する教育は1年間になります。これが授業の様子です。このように在宅では出産時にこのように作業をしています。

助産師では3つのモデルがあります。自分でやることもできますし、同僚の方と一緒に2人でやることもできます。最も人気があるのは、4人か5人が一緒に取り組むという方法です。そして勤務日や休日と一緒に組み合わせる取ることができます。これが勤務時間になります。そして支払いになります。これが出産前後、出産中も含めてこれが全体的な支払い額になります。

最近はもちろん近代的な技術を取り入れなければなりません。超音波は3回行うということになります。20週目は大変重要になります。これを3年前から助産師も始めました。そしてほかのテクノロジーとして使っているのは、エビデンスベースのものですが、妊娠期間を過ぎて過期妊娠の場合には逆子かを見るということ、そして42週目では分娩の誘発をします。人工破膜し分娩誘発、そして最も多いのは通常の出産ということになりま

す。

スライドのまとめになりますが、過期妊娠や双子、そして臀位においては専門家のケアが必要になります。こういった状態の場合は在宅出産をすてはいけません。

少し理論的なお話になります。オランダでは産科では3つの種類があります。プライマリーケア、セカンダリーケア、そしてかかりつけ医と助産師のものになります。そしてそれがプライマリーケアになります。セカンダリーケアというのは婦人科医になります。そしてセカンダリーケア担当の助産師になります。そして第3次のケアは大学病院になります。

このような医療をどのように提供できるのでしょうか。この必携ガイドラインを作りました。そして医療従事者が使えるものを作りました。ガイダンスとして使っていただくことができます。幾つか例をご紹介しますと思います。

産前のケアで40歳の妊婦が来ます。そしてこの方は誰が担当なのかということを考えます。1970年代は、まず産科にかからなければなりません。それはセカンダリーケアになりますけども、しかし最近では年齢というのは産婦人科学的に重要ではないと考えています。全体的に高齢の妊婦がまずプライマリーケアから始まります。

次に、そして治療を受けていないてんかんの患者さんだったとします。まず婦人科医に電話をして、そして問題を話します。そしてこの婦人科医が神経科医に話をし、アドバイスを得ると思います。この方はセカンダリーケアの担当になると思います。そしてこの3つの専門家、かかりつけ医と助産師と産科医がこのガイドラインを作りました。

これまで妊娠高血圧症候群の既往歴がある経産婦の出血量は、オランダの平均値では1000ml以上、イギリスでは約500ml、こういったケースを経験

している経産婦は多いです。まず、プライマリーケアでも行われるけれども、このPPHの問題というのは再発するかもしれません。ですので、病院で出産をするということになりました。プライマリーケアのケア提供者で分娩が行われるけれども、しかし、環境としては病院で行うべきだということになりました。次は吸引器具。鉗子(かんし)を使った分娩を行ったことのある経産婦の場合は、どこで出産をするかを選択するには、もしも、次の出産で胎児機能不全が再びおきないことを考えるとすれば、次は自宅でやりたいという気持ちになるでしょう。しかし、最終的には病院での出産を希望されましたので、病院に搬送されました。また身体どこかの臓器に問題がある場合、例えば腎不全があるとか、そういった場合は産婦人科の先生に必ずアドバイスを受けるということになります。そんなに容易なことではありませんね。

こちらですが、まとめです。プライマリーケアはどういう意味であるのか、セカンダリーケアはどういう意味かということです。アムステルダムでは約1万の出産が行われています。プライマリーケアは3500の出産を行っており、我々は、アムステルダムの70%の在宅分娩を行っています。セカンダリー・ケアはもっと行われています。助産師としては、貴方の家は近くて便利ですか、貴方の家が安全ですかと問いかけてます。こちらですが、とてもいいお家です。かなり古いおうちですけども、寝室が2階にあって、リビングが1階にあります。ですからこういった場合、在宅出産は危険であるということになります。ですから、この場合はバースセンターに行ったりとか、ほかのおうちに行ったり、それで出産するわけです。こういった形のおうちはあまり出産には適していません。このようなおうちは出産に向いています。車がすぐ隣にありますし、また救急車も近くに来ることができます。常に私たち助産師が妊婦に対し

て問いかけるのは、おうちはどういう状況かということですが。

こちらは助産師の「プラクティス（活動しているセンター）」は、とても自宅のような環境であるということです。これらは、清潔でない。これらは清潔ですが無菌ではありません。この助産師の「プラクティス」は待合室を持っていないが、ロビーがありますとても快適な環境になっています。プライマリーケアにおけるリサーチも行っていて、42週間で人工破水、また、頭位の場合であるとか、外回転術はどうするのかとか、やはり在宅出産の場合は頭位での出産が重要になってきます。こちらの論文には、介入について書いてあります。また別の論文にはマリアン・アメリンクバーグの論文があります。助産ケアにおける調査について書いています。彼女の研究結果ですと、搬送という点でいつも問題があるということです。陣痛がある分娩経過中の搬送するのはどうであろうかということです。それは、病院出産を計画し病院へ行った場合よりも、羊水混濁のために搬送される必要となった女性に対して、より負担とはなっていない。双方の状態に違いはありません。

あまり時間が残っていませんが、在宅モニタリングについてお話をします。リサーチが90年代に始まりました。母体においても子どもにおいても周産期的な結果に違いがないというのが分かりました。多くのほとんどすべての患者さんが病院ケアとしての在宅モニタリングを望んでいます。こちらはハイリスクの産婦さんのことです。これはプライマリーではなく、セカンダリーケアです。ですから患者さんでするので問題があって、血圧が高いとか、在胎週数より体重が少なく児に問題があるとか、早産前期破水のようなそういった大きな問題がある初回の出産があったわけです。

ホームモニタリングの基準は、子癇前症とか高血圧、前期破水とか、19週間で破水した方がいま

した。彼女も在宅モニタリングに24週で切り替えました。そして37週で陣痛誘発でした。彼女に対してはCTG(胎児心拍陣痛モニタリング)をおうちで行うということ、それから体温管理です。とてもうまくいきました。

ホームモニタリングを行うとなりますと、お母さんにとっても子どもにとってもいいことなわけです。この子は機械の回りに縫いぐるみを置いたりしています。

このようなホームモニタリングを行う場合には、どういった基準で行うのかを考え、プロトコルを気を付けなくてははいけませんし、また、責任を明確にするということも必要です。産科医がどこまで責任を持つのか、患者さんと一緒にいるときの責任範囲はどこか、自宅でCTGを行う上でどうなのか、そしてほかのケアはどうなのかとか、最終的には結果について話をするということになります。

そのケアが継続的に行われるということで、満足度も高いです。家族にとってもいいことです。同じ人がつねにそこにいてくれるという利点があります。

ホームモニタリングのモデルでは病院における入院をなるべく避けて、母親のストレスを減らすことを目的にしています。家族との生活があまり乱されないように、また安全であると認められており、病院に入院するというストレスも減ります。自分のベッドに対してお金を払う必要がないわけですから、コストも削減されます。また自己責任を求めることになります。どんな問題があるかを、自分でお話しできないといけないので、少なくとも英語を話せないといけません。ですから自分の中で事故を重視するようになります。そしてアドバイスに従うということになります。

最終的には、皆さんお分かりと思いますが、十分な教育を助産師に行う必要があります。また助産師免許を取得後も教育が必要です。明確にリス

クセクションができなくてはなりませんし、またプロとしてきちんと自分の周りにいる人たちと協調していかなくてはなりません。医師や看護師、開業医、こういった方々と連携も必要です。また自分の質をきちんと管理していくということも重要です。また、産科ケアでの自分のパートナーを考えていくのも重要です。それではこれで終わりになりますが、助産師を世界に広めていきたいと思えます。ご清聴ありがとうございました。

#### 4. <ディスカッション> 参加者

箕浦：時間があまりなくなりましたが、私の独断で若干延長させて頂きたいと思えます。まだ仕事のある方は戻って頂き、次の用のある方は適当にして頂いて。

今日は、サカラ先生にはアメリカは必ずしもよくはないという話から、エビデンス・ベースト・マタニティーケアの重要性、それから質の高いマタニティーケアへの道筋（ビジョン）を示していただきました。公衆衛生的な立場からですから、産科医とか助産師からはいろいろご意見があると思えます。

オランダのマリアンさん。オランダに我々が行ったときも、医師も助産師も妊娠、分娩はフィジオロジカルプロセスであるから、コンプレクシオンない限り自然に任せるのがよいということ、みんな口々に言っておりました。

お二人とも共通してエビデンス・ベーストということを強調しておられたと思えます。それから継続ケアということも両方から出てきました。これは継続ケアというのは国際協力の場面でも非常に大事なキーワードになるわけです。継続ケアのことも両方とも出てきました。

そういったことを自由に、同時通訳がありますのでどうぞ日本語で質問して頂きまして、病院の制服ではない方も結構いらっしゃるようです、院

外からの方もぜひ積極的に質問して頂けるとういかなと思えます。

最初に、竹内先生が言い出しっぺとしていいかなと思えます。

竹内：産科医の竹内といます。非常にオランダのほうは驚きました。サカラ先生のほうは、アメリカで産婦さんが医師主導型の、主にアウトペーションクリニックでずっと外来受診し、そこから病院に行くと、ドクターが横にいるような感じがするのですが、患者さんがケアを意識するきっかけはどういう機会なのでしょう。こういうケアはどなたが担っているのかをお伺いしたいです。

あと、オランダのマリアンさんにたくさん聞きたいことがあるのですが、医師側がDVDで先生が、私たちの国は他の国と違ってホームバースなのだとおっしゃっていましたが、たいていの医師がこういう意見なのでしょう。助産師さんが42週で人工破膜をしたりとか、病院に行かないでかなりのことはできるということでした。もちろん母体搬送はスムーズにしていると思うのですが、ある程度遅れたからとか、医師との間の関係がうまくないとか、そういうことはあまりないのでしょうか。

マリアン・サンダース：医師との協力体制は不十分ということは全くありません。いつも改善はできます。そして、私たちは力を与えられていて改善ができると思っています。病院ではミーティングを行い、プライマリーケアの助産師が6カ月に1回病院に来て、産科医とミーティングをしています。いろいろな症例の話し合いをしています。これが改善する最初のステップであると考えています。

そして、次のステップとしてはリサーチです。研究です。まず助産師が研究を始めなければなりません。今6から8ぐらいの論文が出てきていますが、自分の責任を持ってもらうということが重

要だと思います。自分でビジョンを持って仕事に取り組むということが重要だと思っています。そしてエビデンスベースで行わなければなりません。

竹内：インディペンデントのミッドワイフと施設にいる助産師さんの意識、ケアとか患者さんの見方とか関係性は、オランダではいかがでしょうか。  
マリアン・サンダース：セカンダリーケアの助産師は、まず通常のプライマリーケアの助産師として始めています。それがスタートです。あとでフォローアップコースを1年研修し、セカンダリーケアの助産師になることができます。ですので、プライマリーケアの助産師の状況を知っています。

まず病院で働くときには、別にプライマリーケアの状況に反対しているわけではないです。私たちは両方の立場でサポートをしていますので、病院の助産師とプライマリーケアの助産師の間でよい協力体制があります。

箕浦：私が前訪問した感じでは、オランダは日本と違ってかなり厳しいクライテリアが決まっています。日本の場合は多少あいまいなところもあります。助産所ガイドラインはあるのですが、もう少しきっちり守ると日本も関係がよくなるのではないかなと感じます。

新野：医療経済研究機構におります新野と申します。私も助産師です。

今の竹内先生の質問の続きです。日本では多くの助産師が病院でトレーニングを受けて、それで何年かして開業するというパターンがあるのですが、オランダではセカンダリーの助産師とプライマリーの助産師が学校を卒業したあとはどうなのかということと、インディペンデントの助産師になるために一つのスタンダード、これをクリアしないと成れないというのがあるのかという質問です。

サカラさんにもお聞きしたいのですが、チャイ

ルドバース・コネクションという団体自体が一つのいいお産をしていこうという、世論形成をつくるNPOなのかなと理解しています。産婦人科の医師であったり、社会であったり、助産師であったり、そういう職種へのかかわり方とはどんなふうになさっているのか、そして、一般の女性たち、あるいは家族に対する啓蒙とかを行い、その辺のちょうど間を取り持つような立場なのかと思っています。具体的な活動をもう少し教えていただければと思います。

マリアン・サンダース：ご質問ありがとうございます。オランダでは世界の他の国とは逆のやり方だと思います。私たちの学生の助産師はまず独立した助産師になるためのトレーニングを受けています。学校が終わったら自分で開業できるということです。一部業務を購入するか、または給与を受けて業務を始めます。しかし、在宅出産も準備が整っている状況です。そして勉強の過程で練習をします。それは独立した助産師になるためです。病院で働くためではありません。

この何年間の中で、まずプライマリーケアから始めます。そのトレーニングを受けます。そして2週間だけ病院で活動をします。大学病院でも2週間だけです。病院での経験はそれだけです。病院の情報と病院での講義はそれだけです。ですので、オランダと他の国は違うと思います。ほかの国ではまず病院でトレーニングをします。そして病院で働くことができる。もしかしたら独立した助産師にならないかもしれませんが。何年か独立してまたプライマリーケアの助産師になるということがあるということです。私は逆だととらえています。私どもはプライマリーケアの助産師になるための準備をしています。私は自分の知識を医学生に与えたいと思っています。そして、助産師の知識を伝えたいと思っていますし、セカンダリーケアの助産師の活動にも取り組んでいます。



キャロル・サカラ：ありがとうございます。私たちの活動をうまく説明してくださいました。私たちはいろいろな人たちをまとめる立場にいます。そして認識度を上げてもらうということです。いろいろな側面に関わっています。いろいろなグループの人たちをプロジェクトに関わってもらっています。今はデシジョン・エイドをつくるために協力を得ています。そして、女性が決定をするときに情報が得られるようにしています。そして医師にアドバイスももらっています。それができたあとには実際に施設でテストをするということを行います。

エデュケーション・ウェブサイトがありまして、これによって女性も手助けになり、医療従事者もこの情報を使って意思決定ができます。

いろいろなプロジェクトがあります。私たちはNPOとしていろいろな人たちを巻き込むことをしています。いろいろな団体の間のコミュニケーション促進をしています。それによって変革を起こす手助けができると考えています。

竹内：ケアの部分は、アメリカではどなたが実際に担うことを期待されているのでしょうか。病院の中でアンテネイタル・チェックアップ antenatal check up の情報をどうやって得て、医療部分ケアは、実際お産はどなたが担うことを期待されているのでしょうか。

キャロル・サカラ：理解が正しかったらなんですが、アメリカとカナダはすごく極端な例かもしれませんが、世界の中で見ますと、専門家というのはプライマリーケアの医療従事者です。お母さんの調査をして、国の代表的なサンプルがあるのですが、大体10%は助産師にかかっています、そして10%はかかりつけ医、そして80%は産科医にかかっています。こういった情報の提供は、医療従事者がそれぞれ妊婦に提供しています。これが答えになっていますでしょうか。

竹内：どなたがお産のときにケアを担うことを期待されているのでしょうか。お産のときに実際陣痛で病院に行ったときには、誰がやって誰がしているのですか。サカラ先生が、誰がこういうケアをしてもらうかということです。これを変えていくのに、こういうチャレンジしていくとき、マタニティーケアを広げていくときに、実際に誰が変えていくのですか。実際今誰がやっているかということもそうなんですけど、誰が変えていくことを現場では期待しているのですかということです。キャロル・サカラ：ほとんどは助産のナースが提供しています。ナースがやっていて、あとのほうでは産科医がかかわってきて、実際の出産に立ち会います。

アメリカの産婦人科学会が去年ワークフォースレポートを出していますが、日本の状況は分かりませんが、本当に危機的な状況になっています。高齢化が進んでいます。産科医も高齢化が進んでいてどんどんリタイアしていきます。そして女性がどんどんこの職務に入ってきています。前ほど勤務時間は長くありません。産婦人科でのリタイアは過去よりも早く、皆さんリタイアされていくという状況であります。こういういった危機的な状況が起こっていますので、実際の伝統的なモデルでトレーニングをしていくということが必要になってきます。ですので、すぐにプライマリーケアのモデルで出産を取り扱うということをしなければなりません。教育も期間を短くしてコストも下げていかなければならないと思っています。そして、女性と女性のニーズ、また、ケアのレベルも適切なものを提供できるようにしていかなければならないと思っています。

新野：オバマ政権になってからバースセンターに対するファンドが下りて、もう少し助産師のバースセンターというのをプロモートしようとしているという情報を得ているのですが、そのことをも

う少し説明していただければと思います。

キャロル・サカラ：そのとおりです。それは先週アナウンスされた内容です。メディケア・メディケイド・サービスセンターは、政府のエージェンシー機関ですが、メディケアプログラムを執行し65歳以上の保険を提供しています。そしてメディケイドのプログラムは、低所得の患者さんのために提供されています。

このような大きな医療改革を行っているのですが、その主な点はメディケア・メディケイド・イノベーションセンターをつくっているということです。外部の環境がすごく私たちにマッチしている状況になっています。このような環境の中で革新的な解決策を提供できるようになると考えています。

先週発表があり、全く新しい状況です。過去なくバースセンターモデルのケアが大きく貢献できるという状況になりました。そして、妊婦グループでの出産前のケア、そしてマタニティーケア・ホームも考えています。これは私たちの青写真の中に入っている全く同じ言葉になります。メディカル・ホームが主なモデルになっていて、マタニティーケアに拡大しているという状況があります。

ケアごとに訪問していただくだけではなく、すべてのケアを連携しコーディネーションし最終的にはいいアウトカムを出していくことが責任になり、新しい補助金を出しています。いろいろなモデルを使って、そして女性と子どものアウトカムを改善するということをしています。

箕浦：ありがとうございました。あと1人、2人ぐらいで締めたいと思います。外から開業している方が何人来てらっしゃると思います。神谷さんいらっしゃいますか。

神谷：これから新しい試みをというよりは、元に戻る試みなのだと思いながら伺いました。教科書にあるようにお産は病気ではないという部分を

きちんと踏まえたら、そういう答えになっていくのではないかと思いながら聞かせていただきました。リスクのある方は、それは病気のお産ですけれども、リスクがない方がやはりそれは生理的現象だときちっと踏まえたら、オランダのミッドワイフのマリアンさんがおっしゃっていたように、独立できるだけの技量を持った助産師を先に育てるべきだということにうなずきながら聞かせていただきました。リスクは大事ですけれども、まず、独立できるだけの技量を持った助産師を育留ことが先にあつて、さらにきちっと学んでいくことに同意しながら聞かせていただきました。

アメリカは、非常に苦しい状況にあることが、返って女性のためにいいケアができる方向に向いているのだなど、日本と同じような状況を抱えながら、いいケアができるマタニティーケア・ホームがぜひぜひアメリカでも広がっていきますように願っています。

クエスションではなくて感想です。すみません。ありがとうございました。

箕浦：あともうお一方、最後に明石先生。

明石：ありがとうございます。国際協力部の明石と申します。質問ですけれども、ここの病院は大病院で、ここにご参加の何人かは助産院の方もいらっしゃっています。その他こちらの病院で助産とか実際の産婦人科の先生とか、小児科の先生とかもいらっしゃるのですが、ここは病院としての日本のセッティングですが、どういうことをしたらヒューマナイズドケアとか、助産師さんたちの環境をよくするには、何をしたらいいのかというリコメンデーションがありましたら、お聞かせいただければと思います。

マリアン・サンダース：ご質問ありがとうございます。一つは協力していくことです。オープンになって、病院で出産に携わっている人たちと協力していくことです。連絡を取り合ってオープンに

なることです。ガイドラインが必要かもしれません。というのは、みんなが同じ言語を話さなくてはならないわけです。ですから家で何をするのか、在宅では何をして何をしないのか。この辺を明確にすればみんな同じレベルに立ちますので、そうすれば外部の人にとってもやりやすくなりますし、コミュニケーションが取りやすくなると思います。

そういった観点からミーティングを頻繁に行うことは重要なことです。ここから始めるのがいいと思います。また、オランダでは、健康な妊婦だったら、病院で出産するか、家で出産するかを選択ができるのです。だからプライマリーケアの助産師は普通の出産を病院でやっています。もしも患者さんなり産婦さんがそれを望めば、それは妊婦さんが病院を選択した場合ですが、病院もまた一つの選択肢として、助産師がプライマリーケアができるよう環境をつくってあげるのが必要だと思います。助産師たちが近くで協力していくことができるようになるのではないのでしょうか。

キャロル・サカラ：私たちの環境においても国においてもそうでした。助産師は病院で働いていますが、協力体制は整っていますし、それが第一ステップではないのでしょうか。よい協力をしていくということです。これで答えになっているのでしょうか。

箕浦：5分過ぎましたのでそろそろ終わりにしたいと思います。今日のお話をもとに、我々もよりよい産科ケアを目指して頑張っていきたいと思えます。もう一度拍手をお願いします。(拍手)

今日はリトリートにジョイントさせて頂いたのですが、許可して下さった梶尾医局長と菊池医薬会副会長に感謝いたします。ありがとうございました。実は、母子カンファは今日がちょうど100回目です。リトリートは聞くところによると102回目だそうですから、同じ頃に始まったのかなという感じがしています。いい記念になったと勝手に

に考えているわけです。それでは終わりにしましょう。今日は本当に長時間遅くまでどうもありがとうございました。(拍手)

#### D. 考察

今回の合同カンファレンスで「マタニティケアの変革とは」と「オランダのアムステルダム地域におけるマタニティシステム」の2題の講演内容と、討論での質疑応答から、3つのキーワード「エビデンスベースト・マタニティケア」「ヒューマナイズドケア」「セーフティ・アンド・コンフォート」に沿って整理すると、以下のように整理できた。

1. 効果的な医療介入が最も介入の少ないマタニティ・ケアは、世界中で助産師によって提供されているモデルである。マタニティシステムのデザインは、生理学的な出産を考えなければならぬ。
2. 健康な妊婦であれば、病院で出産するか、家で出産するか何処で出産したいか、誰に手助けをして欲しいかを選択ができる。
3. 担当者は、健康的でローリスクのお母さんと赤ちゃんのための最も害の少ない手助けを目指す。
4. 効果的なケアは、母体の調和の取れたホルモンのプロセスの下で、陣痛や出産や母乳や母と児の接触を制御する。
5. 神経内分泌的なプロセスを踏んで行うことで、女性や新生児が外科のリスクを避ける。自然のプロセスを守り必要のない介入を避ける。
6. 女性や新生児に随伴するのは、知識やスキルを持っている臨床家であり、特に助産師はこのアプローチを提供でき、doulaと共に助けることができます。
7. 助産師は、独立してプライマリーケアができるトレーニングを受ける。助産師の研究や教育、クオリティーの改善、成果の測定、方針や価値

を上げていく。

8. 病院の医師と助産師、地域の助産師は、お互いに協力し合うために、ミーティングを頻繁に行う。
9. 安全で安楽なマタニティケアを提供するためのインフラは、妊産婦や新生児が30分以内でセコンダリーケアを提供する施設があり、スタッフがカンファレンスを行っていること、搬送に必要な生活環境や交通網の整備が必要である。
10. 母親と赤ちゃんを手助けするための安全と安楽なマタニティケアを提供するための共通言語としてのガイドラインや役割を取り取り決め、厳格に守り、改善の努力をしてゆく。

以上の2題の講演と討論から、“Evidence based maternity care”、“humanized care”、“safe and comfort”といったキーワードが抽出され、妊産婦や新生児ケアにおける助産師の担うべき役割がいつそう明確になり、極めて有意義なカンファレンスであった。