

201201003A

厚生労働科学研究補助金
政策科学総合研究事業
(政策科学推進研究事業)

助産師の潜在的・顕在的助産力に関する分析と展望

－正常分娩担当システムの構築に向けた
政策提言のための首都圏調査－助産師の本研究

平成24年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 鈴木 享子

平成25(2013)年3月

厚生労働科学研究補助金
政策科学総合研究事業
(政策科学推進研究事業)

助産師の潜在的・顕在的助産力に関する分析と展望

－正常分娩担当システムの構築に向けた
政策提言のための首都圏調査－助産師の本研究

平成24年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 鈴木 享子

平成25（2013）年3月

目 次

I 統括研究報告書

1. 助産師の正常分娩担当システムの構築に向けた政策的提言検討会議の報告・・・1

統括研究者 鈴木 享子（首都大学東京健康福祉学部准教授）

2. 助産師の正常分娩担当システムの構築に向けた政策的提言・・・・・・44

統括研究者 鈴木 享子（首都大学東京健康福祉学部准教授）

1) 前文・・・・・・49

2) 前文に関する資料・・・・・・55

3) 5項目の提言に関する概念図・・・・・・90

4) 5項目の提言に関する資料・・・・・・91

II 分担研究報告書

1. 母親が望む安全で満足な妊娠出産に関する全国調査・・・・・・97

— 科学的根拠に基づく快適で安全な妊娠出産のためのガイドラインの改訂 —

分担研究者 島田三恵子（大阪大学大学院医学系研究科教授）

厚生労働科学研究費補助金 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

H22-政策- 一般-017 総括報告書

助産師の正常分娩担当システムの構築に向けた政策的提言検討会議の報告

研究代表者 鈴木 享子 首都大学東京助産学専攻科 准教授
研究協力者 箕浦 茂樹 国立国際医療研究センター病院 産婦人科部長
岡本喜代子 日本助産師会 会長・武蔵野大学 教授
福井トシ子 日本看護協会 助産師職能 常任理事
池野 暢子 いけの産婦人科小児科医院 院長（東塩釜市）
押切 良子 いけの産婦人科小児科医院 師長（助産師）
穂高 律子 済生会宇都宮病院バースセンター 管理師長
細川 真一 国立国際医療研究センター病院 新生児科医長
鈴木 俊治 葛飾赤十字産院 副院長
大森 昭子 葛飾赤十字産院 師長（助産師）
白井 千晶 首都大学東京・早稲田大学他非常勤講師 社会学者
伊藤恵美子 NPO自然育児の会 理事
ウエスト真美 母親代表 英語教師
島田三恵子 大阪大学大学院医学系研究科 教授
安達久美子 首都大学東京健康科学研究科 教授

検討会議要旨

本研究は、平成22年度から24年度までに、首都圏4県で就業する助産師集団への調査によって助産師の潜在的・顕在的助産力を分析し、助産師の正常分娩担当システムの構築を展望するために取り組んできた。本研究の目的は、厚生労働省が平成20年より推進している助産師外来ならびに院内助産所を担うわが国の助産師の「正常分娩を担う助産力」を評価し、助産師が安全で良質な助産ケアを提供し正常分娩を担うことを可能にする政策的提言を導くことである。

平成22年度ならびに平成23年度は、多様な視点から調査し、助産師の正常分娩担当システムの構築に向けた政策的提言を検討するために資する情報を収集して報告書に纏めた。平成24年度は、「助産師の正常分娩担当システムの構築に向けた政策的提言」の検討する準備に取り組み、周産期を囲む有識者15名による検討会議を平成24年12月と平成25年1月に開催し、委員会の論議によって政策的提言策定の基盤を固めた。

本報告は、政策的提言の根拠となる「助産師の正常分娩担当システムの構築に向けた政策的提言」検討会議における各委員の意見および検討経緯を示すものである。

A. 検討会議の目的

本検討会議の目的は、「助産師の『正常分娩担当システム』の構築に向けた政策提言」の策定を完遂するために試案を検討することで訂正追加し、精選することであった。

B. 検討会議の方法

1. 「助産師の正常分娩担当システムの構築に向けた政策的提言」(案)の試作

平成22年度から23年度の調査研究成果物、および国内外の助産師の周産期ケア提供システムに関する文献を基に、「助産師の正常分娩担当システムの構築に向けた政策的提言」(案)を試作した。

その「助産師の正常分娩担当システムの構築に向けた政策的提言」(案)の内容は、提言の前文および5つの提言項目から構成した。

すなわち、5つの提言項目とは以下である。

- 1) 助産師卒後臨床研修プログラムの提言
- 2) 産婦人科医師や小児科医師の助産観変容に寄与し協働を進める提言
- 3) 病院内組織に助産部門を創設する提言
- 4) 周産期地域医療における病院・有床診療所・助産所の連携交流の提言
- 5) 産後6週間までの居宅訪問による助産ケア提供システムならびに拠点創設の提言

2. 周産期を囲む「正常分娩を担う助産力の向上」を検討する有識者の選定と依頼

提言検討委員長は、新宿区を中心に、文京区、豊島区、中野区、杉並区、世田谷区などで正常分娩を扱う有床診療所や助産院とのボトムアップの日常的活動で地域連携医療機関として搬送

受け入れシステム創設に貢献し、国際母子カンファレンスのタスクフォースとしてボストンやオランダの助産師活動調査を実施してきた箕浦茂樹医師(国立国際医療研究センター病院産婦人科部長)、岡本喜代子日本助産師会会長(武蔵野大学教授)、福井トシ子日本看護協会助産師職能常任理事、平成22年度報告書で助産師が活躍する模範的分娩取り扱い有床診療所の池野暢子医師(いけの産婦人科小児科医院院長)、同院の押切良子熟練助産師長(いけの産婦人科小児科医院)、助産師が活躍する模範的分娩取り扱い病院の穂高律子管理師長(済生会宇都宮病院バースセンター)、地域連携医療機関の細川真一新生児科医長(国立国際医療研究センター病院)、地域総合周産期医療センターである産院の鈴木俊治副院長(葛飾赤十字産院)、同産院の助産師現任教育に詳しい大森昭子師長(葛飾赤十字産院助産師)、出産社会学研究者の白井千晶氏(首都大学東京・早稲田大学他非常勤講師)、母親代表で伊藤恵美子氏(NPO自然育児の会理事)、母親代表のウエスト真美氏(英語教師)の12名に、書面により本研究の主旨と検討委員会の目的を説明して依頼し書面をもって同意を得ることができ、検討委員を組織することができた。

加えて、総合政策研究者で法学部政策策科教授にご了解を得ていたが、ご都合で止む無く参加が叶わなかった。

3. 「助産師の正常分娩担当システム構築に向けた」有識者による提言検討会議の実施

予め、依頼した検討委員へ委員へ、平成22年度・23年度研究報告書および「助産師の正常分娩担当システムの構築に向けた政策的提言」

(案)を送付し、第1回検討会議を平成24年12月22日(土)14時から16時まで、第2回検討会議を平成25年1月26日に14時から16時までの各2時間、国立国際研究センター病院において実施することとした。

第1回目は、研究班の事務担当者による議事録の記録としたが、第2回目は全員委員による円滑な議事検討を意図して、速記士を雇用し提言の3項目の検討内容が完全記録できるよう準備した。

C. 検討会議の結果

1. 検討会議の概要

1) 第1回検討会議は、平成24年12月22日(土)の14時から16時まで、箕浦茂樹、細川真一、穂高律子、大森昭子、白井千晶、伊藤恵美子、ウエストまみの委員7名、研究代表者、分担研究者の島田三恵子、以上9名の出席であった。

検討項目は2項目で、提言項目の「3. 病院内組織に助産部門を創設する提言」と「5. 産後6週間までの居宅訪問による助産ケア提供システムならびに拠点創設の提言」であった。

2) 第2回検討会議は、平成25年1月26日(土)の14時から16時20分まで、12名全委員と研究代表者、分担研究者2名、以上15名の出席であった。

検討項目は3項目で、提言項目の「1. 助産師卒後臨床研修プログラムの提言」と「2. 病院内組織に助産部門を創設する提言」と「4. 周産期地域医療における病院・有床診療所・助産所の連携交流の提言」であった。

2. 第1回検討会議の検討結果

第1回検討会議で検討した前文について、提言項目3.と5.に関する委員からの追加意見、修正意見などを以下に記述する。

1) 政策的提言の前文について

概ね、了解が得られ、検討内容から追加訂正することができた。

2) 提言3：病院内組織に助産部門を創設する提言について

研究代表者の鈴木は、提言とした理由を以下の通り説明した。

従来より、病院内で組織として診療科毎に医局、看護部、臨床検査部、薬剤部、リハビリテーション科、栄養課、医療社会福祉課、医事課などがある。助産師は、専門職として独立して正常な妊産褥婦管理を行い正常分娩業務も生業とすることが法的に認められているが、看護部の下部組織である産科病棟又は産婦人科病棟、あるいは産婦人科外来の末端のスタッフとして所属し活動していることが殆どである。妊産褥婦から助産師資格所有を看護師と区別して明示しない施設も多い。

このような組織体制を、専門職看護師集団を統括する看護部と同様に助産師集団を統括する助産部門を院内に創設することを提言する。

具体的には、院内助産棟(仮称)、パースセンター(仮称)、出産母子棟(仮称)あるいは産科病棟を単科として周産期の健康な対象が入院する病棟として設定する。

ローリスクの妊産褥婦に対して、助産師による助産師外来、院内助産所を選択するという選択肢が存在することを案内し、インフォームド・チョイスできるように改善すること。助産師外来、院内助産所の管理者は助産師とする。

リスク因子が生じた場合には、産婦人科医師と緊密な連携に必要なガイドラインや約束規定および周産期管理基準を万全に策定し、日常的定期的に改訂作業を加えるプロジェクトチームを常設し、安全と助産サービスの質保証のガイ

ドラインを遵守し改善を図る。

医療経理部・医事管理部は、各部門のコスト・パフォーマンスや助産ケア提供のアウトカムを、消費者である妊産婦の満足度評価を実施して、その結果を、院内外の各部門へ適切に情報発信し共有を図る。システムの改革を推進し、周知する責務を担っている。

以上の提言3. に対する検討委員の発言は、以下の通りであった。

●設置主体にもよるが、病院組織は、上層部による人事管理上の配置転換で、助産師スタッフメンバーはがらっと入れ変わってしまう。助産師のリーダーシップを育成するためには、院内人事管理者の合意が必要である。その意味での師長の役割は、重要である。

●助産師だけで運営する部門を開設して4年目になる。3本柱の中心的な医師達がバースセンターの開設を勧めた。助産師による独立部門を開設するには、医師からの信頼とバックアップが必要。妊産婦に満足な出産ケアを提供するためには、助産師の力を活用せざるを得ない。熟練助産師が大勢いたので、専用の施設があれば助産師だけでやれなくはない・・・、ということで、専用病棟を設備投資した。各部屋に水中出産、家庭用ベッド、応接セット、LDR（陣痛室・分娩室・産褥室の全機能を備えたお産の部屋）が4室あり、各LDRが鍵付き個別のマンションに相当する概念で、室料1日2万円とした。水中出産用の胎児モニタリング機器も各部屋に配置した。（済生会宇都宮病院バースセンター）

●助産師が130名、看護師が10名という組織であり、正常経過の産婦は助産師のみでLDRや家庭的な量の部屋で助産をしている。医師を呼ぶと分娩台に移して欲しい・・・ということにな

り、産婦に移動という負担をさせることになる。折角の安楽で快適な分娩環境を壊したくないので、その場で医師による縫合ができないかと思う。快適なお産の時間を壊してしまう場合がある。（葛飾赤十字産院）

●裂傷ができた場合、助産師が縫合できるレベルの裂傷の基準がある。病院内で医師による指導の会陰裂傷縫合術研修を行い、1年間に、縫合事例3事例を医師によって審査し合格点をとれば会陰裂傷縫合術を実施出来る技術認定を行っている。

●正常分娩の経験のない医師は、移動して分娩台で縫合ができるようにセッティングしないと、軟産道裂傷のレベルが見えておらず、判断ができない。

●病院内における助産部門の独立・創設を看護協会が推進しようとしても、助産師に力がない。診療報酬上では、正常分娩は医療介入がなく、人件費が安価なので儲かる。

●当院のバースセンターの場合は、かなりの設備投資をしたので、開設後赤字が続いた。ベテラン助産師は給料も高く、バースセンター担当の助産師に、若手を増やしてやっと黒字になっていた。維持費も係り、独立採算部門として成り立っていない。

●調査したところ、一般的に、助産所の経費は、人件費の割合が最も高い。複数の助産師で運営するが、月に8.5件も分娩を扱えば、赤字にはならないラインである。助産師の熟練度としては、40代後半の助産師達であるから。

●そのためには、20代の助産師の力を付けることが必要。100件分娩介助できる年齢が、上昇している（今日では、100件の分娩介助ができるまでには、従来よりも年数がかかる）。以前は、助産師基礎教育実習で10例の分娩介助をし

てから現場へ就職するのが常識であったので、現場にいる立場としては、ちゃんと実習で分娩介助の教育をして欲しい。分娩介助経験が、1～2例で卒業して現場に出る事もある。1年で100例の分娩介助の経験ができない。

●分娩介助経験数によって、日勤帯および夜勤帯に助産師だけの分娩の担当を決めている。卒後2年目の分娩介助能力としての助産力の成長の伸びが悪い。分娩介助をやっているよ！・・・という土壌があっても、怖くてやらせてあげられないことがある。初年度に10例程度で、来年は30例を目標とし、無理矢理でも3月には分娩室の担当へ誘うことになる。

●院内の事務部門の協力はどうですか？バースセンターのコストパフォーマンスは如何ですか？

●院内事務部門の協力は余り期待できません。資料を作ってもらうのも大変です。協力はしてくれませんが・・・。

バースセンターの分娩費は、院内の病棟と変わりません。面会は自由、家族が泊まっても可能で、プライバシーを確保している。快適な環境であるため設備投資の金額は多額で凄かった。

●分娩取り扱い施設の多くの病院でも有床診療所でも、助産師のケアによって、妊産婦は良い方向に向かいやすい。助産師のケア提供の場の名称を明らかにして、院内での言葉を換えてゆくとよい。

●看護部末端に専門職助産師が所属する状況を変革し、助産師の意見が反映しやすい院内組織の改革ができないものだろうか。

●院内助産所というよりは、バースセンターを部門の名称とすると、助産師部門が看護部の下に位置するラインから脱却できるのではな

いか。

●助産師が所属する場合は、殆どが看護部という名称ですね。産院である当院は、職員の殆どが助産師であっても看護部となっています。

●助産師が独立する組織の文言を、適切に変えてみると色々な場所で助産師の存在が受け入れやすくなる。

●母親たちは、産科病棟で業務が分かれているということを知らない。母親達が、分娩時のお世話は助産師の仕事であることが見えるようになって欲しい。消費者からの要望として、妊婦の時から誰が助産師かわかっていれば良かった。妊婦が助産師とは何をする人はわからない。長女の病院で出産した時は、助産師でないと何もしてもらえなかった。出産してその後からわかってきた。(母親代表)

以上より、我が国の分娩取り扱い施設の病院および有床診療所では、正常分娩のお世話をしている助産部門の存在も、専門職助産師の機能に関する情報も不十分であり、その活動についても明かにされない状況がある。

ローリスク周産期の対象に、看護師とは異なる独立して助産機能を発揮する助産師活動を可視化できるようにして、その機能評価を明らかにしてゆくことは費用対効果を判断することであり、医療経済学評価の上で重要である。

また専門職連携のためにも、最も相応しい専門職が最も相応しいサービスの提供を委ねられるよう医療チームの中で合意を得る上でも重要であると考えます。

3) 提言5：産後6週間までの助産ケア提供システムと居宅訪問および入所による拠点創設の提言

研究代表者の鈴木は、提言とした理由を以下の通り説明した。

快適で安全で出産を提供するためにも、また、子育て支援政策の一環として、出産手当に含めた産後6週間までの助産師、看護師、ヘルパーなどの混成チームによる、助産ケアや産後の介護サービス提供システムの創設を提言する。

「産後ケアワークステーション(仮称)」を、妊婦や産後の母親が子連れで訪れることが可能な距離間隔で、生活地域に平均的に設置する。

この「産後ケアワークステーション(仮称)」には、夜勤業務などの臨床助産業務ができない子育て現役世代の助産師がイニシアティブを発揮できるよう組織し、何らかの方略で潜在助産師を掘り起こし助産師のマンパワーを顕在化させ活用する。

産後生活・子育て支援ヘルパーとして、母乳栄養が安定するまでの最も心身の不安定な産後6週間の時期の母子に対して、女性達の日中の雇用を促進することができる。

近年急増している乳幼児虐待を防止するためには、妊娠期から産褥期までの一貫した助産師を含む育児支援チームによる早期発見と予防的な関わりが有用であることは、フィンランドの新保険制度による地域ネウボラ活動でも保濃くされている。オランダでも、産後6週間の訪問サービスが保険でパックされており、助産師、看護師、産後ヘルパーの支援で、安心して母親が母乳保育や育児生活を送っている。在宅分娩が36~37%と多く、病院での出産後も産褥3日程で退院し、その後の産褥早期には助産師の訪問頻度が多く、徐々に看護師、ヘルパーの訪問サービスの頻度が高くなり、自立してゆく。

我が国でも核家族化が進み、里帰り分娩も急速に減少している今日、産後の母子及び家族への産後サービスは不可欠であり、特に、産後6ヶ月までの「産後育児・家事支援サービス」は

欠落している。

母親が、心身が回復し、産後の家事を自立して再開できる6週間頃までの支援のキーパーソンとして助産師を活用する。

周産期の心理社会的支援を必要としている母親が増加傾向にある今日、我が国にとって必要な政策である。

産後の「産後育児・家事支援サービス」が全出産の女性達に保証される政策ができれば、出生率の増加、合計特殊出生率の向上にも繋がり、虐待防止にも効果的であると考ええる。

思春期、青年期の女性達の性の健康への援助の相談窓口としても有用であり、生物学的妊娠出産適齢期に快適に安全に旺盛に出産ができるよう選択できる啓蒙活動の拠点と成り得ると考える。

また、一方ではハイリスク出産後の早産児や未熟児や多胎分娩後の母子は、育児不安が強く、NICUの医療チームと連携する継続ケアを提供するために、地域の助産院は、産褥入院が可能であり24時間の入所型の育児支援を提供する拠点として有用である。

地域に、産後6週間までの母子を居宅訪問型と入所型の両方で支援の拠点となる助産院の開設促進施策も効果的である。

上記の説明に対し、以下のように討議された。

●日本には、出産後に継続ケアを提供するシステムがない。オランダでは、殆ど公的に近い周産期医療保険制度で、妊娠期から産褥6週間まで組織的にケアサービスが提供されている。助産師、看護師、産褥ヘルパーによるチームで家庭分娩した事例も、病院出産した事例も、訪問サービスを受けている。精神的ケアが必要な対象が増加傾向にあり、育児ストレスの軽減、虐待の問題への対策にも繋がる。

- 海外では、大学病院での出産も産後2時間で退院し、在宅サービスに繋がっている。
- 日本は、出産と育児が繋がっていない行政で、家事援助と子育て支援、母乳育児支援など点々ばらばらである。
- 母乳育児がうまくゆくと、母親のエンパワメントに繋がる。母乳育児支援は、助産師の得意とする専門分野である。
- 産褥期間の経過に合わせて、助産師が訪問する頻度が少なくなり、産褥ヘルパーの訪問へと移行できる。母親達が信頼できる、顔が見える地域の助産師、看護師、産褥ヘルパーの混成チームが母親にとって安心である。
- 多くの方が病院で出産するが、自宅で産むと助産師が産褥期に訪問サービスで来てくれる。病院での出産と大きなギャップがある。おっぱい(母乳育児)がうまくいくと楽に産褥期を乗り切れる。助産師がチームに入ってケア提供すると、楽におっぱいケアが出るようになるという利点がある。里帰り出産が少なくなり、実家のお母さんが産後の手伝いに来てくれないことも多くなった。実母との関係が悪いなどもあり、こらからの日本では、必要なシステムである。
- 訪問支援ステーションのような。助産師を中心としたステーションが、地域に均等にあるとよい。潜在助産師は、約28,000人と推定されている。産褥ヘルパーは、女性の雇用促進に繋がりと、社会保険制度の再構築に波及する。
- ステーションでの一時預かりなども有用である。
- 虐待がありそうな方の予防対策にも効果的である。産後の最初の1ヶ月が、身体の快復、母乳栄養の安定、家事、育児など、母親にとって特に大変な時期である。以前よりも、早期退院で助産師から受けるケアから切り離されている。
- 訪問の間隔は、最初は頻度が高く、徐々に間隔を空けてゆく。
- お産をした病院のスタッフが訪問をしているところが少ないがある。
- 生協組織で、1日3時間で、時給800円で、1カ月3万円だった。チケット制で実施しているところがある。産後6週間だと、約5万円程度となる。
- 5万円程度であれば、現行の社会保険制度による出産手当に含めてしまうとよい。
- 潜在助産師も看護師もヘルパーも、子供が学校に行っている間に働きたい人には丁度良い仕事である。
- 40代の出産が全体の6%。35才~40才の出産が増え、産後支援としてのニーズは変化してきている。従来の、画一的な乳児健康審査、発育審査型サービスに偏っては良くない。
- 日本助産師会の地元の助産師会と事業提携するとよい。助産院の専属ヘルパーと妊娠中から顔合わせできる。継続ケアとして地域と連携できるシステムのモデルは既にある。
- 子育て支援に力を入れるといってもお金をかけない方法が常となっている。民間と協力してとか。子供は家庭で育てましようとか。具体的に提案が必要。具体的な支援モデルを盛り込んでいって欲しい(母親代表)。
- 同じ助産師さんが来てくれるのが待ち遠しかった。病院で産むと医師が毎回変わる。助産師さんの存在を知って、質問だけでもすぐ受けてくれて安心した。その後のケアも大変良かった。お母さんの選択肢に、自宅出産があつてよい。2~3人目だと妊婦健診に出かけるのも大変なので、家庭訪問での検診に来てくれるのはありがたい。リスクのある妊産婦などは、提携の医師がいると安心。助産師が若い子を連れてきたこ

とがあった。今から考えると助産師学生を教育するトレーニングだったのかと解った。後輩の助産師を育てることは非常に大切なことである。助産師が自分の町のどこにいるのかを知ることができる。両親は自宅出産に大反対した。両親は病院で産むことが良いことと思っている世代であったからだ。両親を説得するために、助産師がケアをする姿をみせたら安心してた。理解してもらえることは大変だけど、そういう選択もあるんだと理解してもらった。(母親代表)。

●ファミリーサポートセンターについて。ファミサポは専門職との連携が難しい。自治体が、委託先を決めることができると良い。ファミサポは、市や区の社会福祉協議会にあり、産後6カ月以降のサービスしか提供できない。産後6カ月以内のサービスはしない。子育て支援課が、虐待児の対策支援を行っている。

●分娩のサービス、6週間が組み込まれると良い。分娩を引き継ぐような、出産にふくまれる6週間となるとよい。出産に6週間のケアが含まれ、訪問でおっぱい(乳房ケアや母乳育児)まで支援するには、助産師でないと難しい。

●個人的に知らない人が家に入出入りするのはいやである。家を見られる(母親代表)。

●地元の助産師会と、うまく協同して取り組んでゆくとよい。

●医師不足であり、助産師を使わずにはいられない現状である。潜在助産師の復帰促進が必要になる。

●しかし、潜在助産師の復帰には、研修が必要。健康状態と必要な援助を見極めることができる人材の育成が必要。せっかく助産師なのに不安を感じている助産師がいたら、病院で研修を受けられるようにする。

●助産師を育てるのは大変。自分の病院内だけ

で精一杯なのが実情である。

●ゆとりをもってやってもらえるようなマンパワーの協力が必要。

以上のように、委員たちは、産後6週間の助産師による育児支援が必要であり、特に、産後の母乳育児支援には、助産師の専門性が不可欠であるとの意見が殆どであった。

地域の生活の場で顔と顔が見え、信頼できる産後ヘルパーシステムが、出産手当の中にパックされて運用されるようになることが、今後、必要であることが討議された。

3. 第2回検討会議の検討結果

第2回検討会議で検討した、提言項目1. と2. と4. に関する委員からの意見、活発に論じられた意見を以下に記述する。第2回目のテーマは非常に意義深く重要なテーマであるため、速記士によって、発言内容を逐語録として整理した。

第2回検討会議は、12名の全委員の出席による3項目の提言の討議を課題としたので、予め20分の延長について了解を得てから開始した。

以下に、その討議内容を記述する。

●鈴木 皆様、こんにちは。お忙しいところをご参集下さいましてありがとうございます。

私が、研究代表者の鈴木です。そして、左におりますのが分担研究者の安達で、隣が速記士、その隣が同じく分担研究者の島田です。どうぞよろしくお願いいたします。

まず、経過を簡潔にご報告します。

私共の助産力に関する本研究は、厚生労働省科学研究費補助金を平成22年度から受けることになり、助産師の正常分娩担当システム構築に向けた政策的提言をまとめることを目的にスタ

ートしました。

深刻な産婦人科の医師不足を背景に、厚生労働省が、平成20年から助産師外来、院内助産院の推進を打ち出して経過する中で、平成22年度は、助産師が優れた助産力を発揮しているモデル施設を日本国内で探索し、モデル化しました。病院としての代表が「済生会宇都宮病院バースセンター」であり、有床診療所の代表が東塩釜市の「いけの産婦人科小児科院」でした。本日の資料にそれらのモデル化の資料を含ております。

加えて、助産師が自立して活躍しているニュージーランドの助産活動や、イギリスN. H. S. (ナショナルヘルスサービス) の下で活動する助産師の様子とアメリカのマサチューセッツ州にあるバースセンターおよびオランダのアムステルダム市の助産師の活動を視察した医師にシンポジウムで報告して頂き、本学の荒川キャンパス周辺地域の助産師、産科医師、小児科医師、助産師学生、助産師である大学院生と学びました。

平成23年度は、平成22年度の学びをもとに首都圏4県の助産師に対する全数調査に取り組み、約1,000名の助産師から回答を得てデータをまとめました。現在、助産師たちが、自分の助産力をどう評価し、どのような分娩取り扱い施設で母親たちに快適な出産のケアを提供し、母親たちがそれをどう評価しているかを確認する全国調査にも取り組みました。

また、分析を補完するために、アメリカとオランダから専門家を招請し、日本の高度専門家とフォーカス・インタビューによる助産力の構成概念についてデータ収集を行ないました。

これらの一連の調査研究活動は、私ども助産師が本来の機能を十分に発揮できるよう正常分

娩担当システムの構築に向けた政策的提言をまとめる調査の準備として位置づけ、最終的に平成24年度に首都圏4県の就労助産師調査で、助産師による助産力自己評価を実施しました。

拙い報告書ではございますが、各年度の報告書を検討委員の先生方に既にお送りしました。

そうして、昨年12月22日に第1回の提言検討会議を開催しました。第1回目議事録資料(ワークシート)は、本日、お手元に配布しました。第1回提言検討会議の出席者に社会学者の白井先生のお名前の記述が欠けておりました。白井先生、大変失礼を致しました。1回目議事録は、本日お配りの資料を差し替え資料としてご査収下さい。

本日は、2回目の提言検討会議です。第1回に2つの提言について御検討頂きました。

今回は、残る3つの提言について御検討いただきます。

今回の提言の検討項目は、一つ目が「助産師卒業臨床研修プログラムの提言」、2つ目が「産婦人科医師や小児科医師の助産観変容に寄与し協働を進める提言」、3つ目が「周産期地域医療における病院・有床診療所・助産所の連携交流の提言」です。これら3つを、約2時間で討議をお願い致します。

まず、前回は年末であったため半数の委員がご出席でした。今回はほぼフルメンバーで御参加頂きました。お母さん代表は、伊藤恵美子さんとウエストまみさんですが、ウエストまみさんはインフルエンザのために本日はご欠席の連絡を頂きました。もう一方の委員として千葉大学法学部総合政策推進学科教授、元厚生労働省課長補佐として政策策定を担当されていた有識者をメンバーとしてご内諾を頂いておりましたが、止む無きご都合によりで叶いませんでした。

それでは、貴重な時間でございますので検討委員メンバーの皆様に、各1分以内で自己紹介を頂き、検討委員長の箕浦先生に討議の司会運営をお願いしたいと存じます。

お願いが一つございます。お帰りの時間の御都合があると思いますが、もし、可能であれば終了時間を15分か20分程遅らせて頂き、討議の時間を充実させたいと考えます。皆様いかがでしょうか。帰りのお時間の都合は大丈夫でしょうか。（全委員が首を立てに振って下さり、同意が得られた）ありがとうございます。約20分の延長ということで討議をお願いいたします。

それでは、箕浦先生お願いいたします。

○箕浦 では、自己紹介ですけれども、お隣の鈴木先生からお願いします。

○鈴木（俊） 葛飾赤十字産院で副院長をしております鈴木俊治と申します。よろしくお願い致します。12月は欠席しまして申しわけございませんでした。今日はよろしくお願い致します。

○岡本 日本助産師会の岡本と申します。

私もこの間、欠席させていただいて、資料を拝見してきょう参加させていただきました。よろしくお願い致します。

○福井 日本看護協会の福井と申します。どうぞよろしくお願い致します。

○穂高 栃木県からきました済生会宇都宮病院の穂高と申します。よろしくお願い致します。

○大森 葛飾赤十字産院の大森と申します。よろしくお願い致します。

○安達 首都大学東京の安達と申します。よろしくお願い致します。

○島田 大阪大学で保健学専攻の島田三恵子と申します。よろしくお願い致します。

○白井 社会学の非常勤講師をしております白井と申します。よろしくお願い致します。

○伊藤 母親としては4人の子の母で産婦人科医院、助産院、自宅と分娩の経験があります。また、NPO自然育児友の会で全国の会員さんの声を聞きながらお産等にかかわっております。よろしくお願い致します。

○押切 宮城県の塩釜から来た助産師の押切です。よろしくお願い致します。

○池野 同じくいけの産婦人科小児科医院を開業している院長の池野でございます。よろしくお願い致します。

○細川 細川と申します。この病院の小児科で主に新生児を見させてもらっています。よろしくお願い致します。

●鈴木 本日、皆様の重要な御発言を記録するため速記士が記録をしております。近くにマイククロフォンがございますが、どうぞ御了解をお願いいたします。（全委員が、首を立てに振って、同意が得られた）

○箕浦 では、早速始めたいと思います。

私は箕浦と申します。この病院の産婦人科の科長をしております。この病院に来たのはうんと昔で、昭和55年に東大からこちらへ移れと言われて来てしまったものですから長くなりました。私はこの討議の進行係を頼まれています。

鈴木先生と私はいわゆる東大で言う同期という関係です。あとは、この研究の関連で2年くらい前に、オランダとかニュージーランドとかイギリスの事情を勉強するシンポジウムがあり、そこに呼んでいただいたり、我々がやっている周産期地域連携の会の議事録のまとめをしばらく首都大学東京の先生などにお願いしたことがあり、その関係で私がたまたま司会進行役をお引き受けすることになりました。

それでは、早速始めたいと思います。きょうもかなり重い政策提言です、まずは提言1の卒

後教育の話です。それでは、鈴木先生のほうからお願いします。

●鈴木 ワークシートをご覧ください。

ワークシートの前文には、「はじめに」というところがございます。これは、第1回の議事録の「はじめに」の文言を若干補足して調整しております。

そして、2ページ目に、提言1「研修プログラムに関する提言」を準備しました。第1の提言は、私どもの助産師教育機関の担当者は、教育課程上の教育時間に制約があるため学生時代には分娩介助に特化し、10例の正常分娩介助実習を優先的にきちんと教育し送り出しております。そして、卒業後は順調に助産力を体得できる環境下で着実に成長して欲しいという願いをもって送り出します。しかし、卒後は各病院各看護部の教育プログラムに任せられており、初年度に何例の分娩介助を経験するのか、科学的に調査して居りませんが、1年目の終盤に2例しか分娩介助をしていないとか、5例とか10例とかという訴えとしての報告を受け、順調に助産力を体得することができていない現状を耳にします。

それゆえに、3年程で助産師としてのアイデンティティーが下がり、モチベーションも低下して職場を辞めてしまい、転院するという状況も多々あるようです。

そこで、卒後5年位までに、助産師初期研修を成し遂げることによって、自己教育力や助産力を備えた助産師となり自信を持って働き続ける「抜本的な研修プログラム」を提案する必要があると考えました。

1年目、2年目、3年目、4年目、5年目の目標を具体的に設定し、卒後5年目では、地域特性もあります周産期医療体制における同じ診療圏

の地域周産期施設と多様な連携を持ち、自分が働いている施設の周辺部も視野に入れることができ、災害などが起こった場合も連携の輪の中に自然に入ってゆく力を身に付けることができます。習得の順序性としては、安全面での必要性を優先し、一番マスターしやすい新生児の蘇生講習を1年目に受けることを、厚生労働省からの各施設長への義務化とその行政的支援を担保する研修プログラムがあった方がよいと考えました。これについて、御意見を伺いたいと思います。

○箕浦 ありがとうございます。

私もちょっと不勉強なのですが、助産師というのは医師と違って、現在は研修のシステムのようなものは全くないんですか。

●鈴木 今日、卒業後新人助産師は、看護部のクリニカルラダーに沿って看護師とほぼ一緒に研修を受けることが多いです。日本看護協会では、助産師のケアの質を高めるために、助産師のクリニカルラダーを御提案されましたが、もう少し視点を変えて、このように提案しました。

福井先生の日本看護協会助産師職能委員会では、かなり分厚い報告書を出していらっやいますね。

○福井 まだ報告書の段階には至っておらず、解析途中ですが、これを読ませていただいて思ったことは、1年目～5年目までこういう形でできればその方がいいなと思いますが、1年目～5年目を設定する前提となるものが、私がいただいている資料の範囲の中ではどこなのかということがわかりませんでした。

日本看護協会が調査をしたのは今、実態がどうなっているのか。例えば混合病棟が非常に増えています。その混合病棟の大変さというのは

働いてみないとイメージできないんじゃないかと思うんです。その混合病棟の中に新人も入っていくわけで、病院側から新人助産師を見たときに混合病棟で働いてもらう新人は連休明けくらいに夜勤に入ってほしいんです。そうすると、お産ができるということよりも、点滴注射ができたり、何科の人が入ってきてもまずは既往歴の聴取ができたり、というようなことを要求されるので、産科に配属されたとは言っても混合病棟であるところだとこの5年間というのは困難ではないかと思うんです。

1999年に堀内先生たちが57病院の混合病棟を調べたときは70.1%で、日本助産師会が2003年に調べたときは91.4%くらいで、北島先生が調べた時は、75.4%でした。今回、日本看護協会が調べたら77.3%まで混合病棟が増えているんです。医療提供体制として、分娩は集約化する方向だと思いますが、小学校があるところにはお産をする人たちがおられます。

そうすると、200床規模くらいの病院には年間200件くらいのお産があつて、そこは経営と両立させようとする、混合病棟にせざるを得ないんだと思います。入院患者の稼働率を上げないと病院経営に影響するから、ベッドを空けておかないように、ということだと思います。

そうすると、助産師は、分娩経過を見ながら内科も外科も患者さんを担当することになります。今は泌尿器科も入っているんです。それで、一つの病棟の中にほかの患者さんが入ること以外に、同じ病室に他科の患者さんが入ることがもう起きてしまっているんです。日本の病院の70%は200床以下の病院です。そういうことが大半になってきている環境の中で、この5年目までのプログラムがどういう病院に配属された助産師ならば到達可能なのかと考

たときに、多分総合周産期でも難しいんだろうと思うんです。総合周産期はNICUやGCUに助産師を配置するようになっています。

そもそも問題じゃないかと思うのは、助産師の配置人数や適正配置という概念がこの国にはないんです。助産師の適正配置をふまえた上でも助産師の養成根拠をまず示せることが必要なんだと思います。

この提言は政策課題ですので制度に位置づけるとしたら、どれぐらい実効可能性があるのかというところが前提になるかと思うんですけれども、その前提になるところを、この5年間で積み重ねていくといったときに、どれくらい可能かというそもそもの根拠になっているデータがやはり必要ではないかと思ったんです。

日本看護協会は臨床の現場から実態をふまえて検討してきたので、7年くらいまででは、こういうやり方はどうでしょうかというような提案をしていて、助産師のクリニカルラダーというものを今、開発中です。ことしの8月くらいには何とか形にしたいと思っています。そのためには全国の看護部長に理解いただき、ラダーもこんなふうに使ってほしいということをお願いに上がろうと思っています。もしこの5年間でやっていくとしたらどういうところでまず可能かということをしっかり押さえないといけな

●鈴木 日本の病院に混合病棟が多いという現実が、新人助産師の適正配置と研修システム構築に非常に大きな阻害因子になっていることを福井先生から御指摘いただきました。

厚生労働省は、平成20年から、助産師外来や院内助産院を推進し、院内システムで助産師を院内にまとめて配置し、その力を効果的に効率

よく発揮するよう提案してきました。

ですから、産科と婦人科の混合病棟もなるべく産科だけの病棟にするとか、私も調査結果から如実にわかりましたが、首都圏4県の有床診療所の助産師の平均就労数は3.8名で非常に少なく、助産師は地域の分娩取り扱い施設で偏在していることが若手助産師の就職を回避し阻害因子となっていると考えます。日本看護協会や白井先生の調査でも、助産師が一つの分娩施設に最低6~8名就労しないと、助産ケア提供のために安全な好ましい勤務体制を運用できず、助産力が機能しないと報告されておりました。

助産師の資格のある者を他の部署に配置しない。特に、スタートラインに立った若手新卒助産師はNICUにも配置しないで、とにかく良質の効果的なトレーニングをして5年間で育て上げることを先に決めて、それを可能にするためにどうしたらよいかを厚生労働省でも各病院でも考える、分娩取り扱い施設の組織図を整理し、助産力を集約的に、新卒から熟練助産師までが存在して循環的に機能させる構造を産み出す政策がないとまずいと考えます。

○福井 そうしたときに今、国が助産関係で通知を出しているものでは2007年の12月28日に出した役割分担通知が一番明確だと思うんです。それ以前にも、国から他方面で助産師の活用について提案されています。

助産師の教育はこういうプログラムでいくとか、組織構造は、このようにしましょうという提言をしたときに、病院を運営している経営者にどれくらいそれがパワーになるのか、ということだと思うんです。病院全体から見れば、お産というのは本当にマイノリティーなのですね。悲しいかな、病院全体の中核には位置づけてはくれないんです。総合周産期で年間1,200件くら

いのお産があつて、それが経営に貢献していくということが明確であれば、病院全体の中でも真ん中だと思いますけれども、そうじゃない限りは序列がつけられることが多いので非常に難しいと思うんです(資料1)。

周産期に関することは、お産は自費だからといって検討自体が難しいです。他科の患者さんがいないときには産婦さんたちにいいケアができるけれども、他科の患者さんがいるときには同じ分娩費を払っていてもそうできない状況がある。そういう状況になっているので、それはおかしいんじゃないかということ指摘しても聞く耳を持ってもらえないんです。だから、まず、そもそもこういう提言をしたときにどれぐらいのパワーになるのか。前提のデータが必要だと思います。

●鈴木 医療経済学的な評価を公にすることですね。

○福井 医療経済学的な評価というよりも、組織構造を変えるだけのパワーになり得るかとかということだと思うんです。

●鈴木 伊豆にある病院では、産科は分娩件数も多く儲かってしょうがない。助産師も特に広告しなくても集まってくる。全然、当院は困っておらず助産師不足もない。私費診療なので、お産を扱えば扱うほど赤字補填部門だね・・・などというお話を聞きました。

○福井 それは何年くらい前の話ですか。

●鈴木 2年前程のお話です。

医療経済学的に混合病棟でやったらどうか、バースセンター、院内助産院や、助産師を有効に活用した場合にはどうなるか、まだ研究が進んでいないかもしれませんので、そういう調査は必要と考えます。決して産科部門は儲からないとか、採算が合わないとは考えられませ

ん。いかがでしょうか。

前回の第1回目検討委員会で、済生会宇都宮バースセンターの穂高師長さんから御報告いただきました。ベテラン助産師が5人で運営しているときは、非常に人件費がかかり、最初の設備投資を何億と投入したために赤字であったけれども、若手助産師がバースセンターのスタッフに入って活躍するようになったら黒字になってきたとのことでした。いかがでしょうか。

○穂高 バースセンターだけを考えれば、やはり人件費でかなり取られるし、設備投資の分で取られていってしまうので、黒字になったのはやっと今年くらいからですけれども、私はどちらかという病院の中にいるので福井先生がおっしゃったほうにちょっと近いかなと思います。

うちは産科単科でやっていますけれども、やはりベッドがない場合には産科でも婦人科の患者さんは当然入ってきますし、今まではなかったのですが、他科の婦人科以外の患者さんもまれに入ってくるのが比較的多くなっていることを考えると、お産をたくさんやれるところとそうでないところの差とか、これが全部本当に整えてやれるのか。私も正直、自分の病院でこれができるかというときに、これは難しいだろうと正直思った部分もあるので、できるところとできないところと、すごく差が出るんだろうということには正直思いました。

○福井 卵が先か鶏が先かみたいな話になっちゃうんですけども、この国が本気になってこの国のお産をどうするかということをまず考えてもらうことが必要だと思います。現場に任せて、現場の力で何とかすべきということではもうないと思います。

総合周産期、地域周産期といっても、総合周産期は何かなるんだろうと思いますが、地域

周産期は年間1,000件くらいのお産があっても混合病棟なんです。それは、経営者がお産をどう見るかということにすごく依存するんです。だから、お産はまた別なんだというふうにきちんと考えてくれて、欧米などだとバースセンターというくりでお産を別にしてますね。そういうふうになっていかないと、病院の中の一部とっていても非常に難しいような気がするんです。だから、それは先生方にも頑張っていたきたいです。

お産の現場の問題解決方法について周産期の人たちに浸透して行って、活動し、最終的には周産期を必要とするサービスの受け手の方たちからの運動がないと形にはなっていないんだと思います。

●鈴木 強く阻んでいる客観的な条件を今御説明いただいて、混合病棟という病院のあり方を変えないとこの研修プログラムというのはちょっと難しいところがあるんじゃないかという御指摘だったと思います。

例えば、葛飾赤十字産院のように、ほとんど全員が助産師であり、婦人科も小児科もありますが、主として産科診療をなさっているところではいかがですか。

○鈴木(俊) 最初のやりやすいアウトカムをどこに求めるかがだと思います。これを読ませていただいて、うちでもこれはできないなと思いました。

最終的に5年間で300件のお産を実践するということを計算していくと、今、当院では新卒を15~20人くらい受けているわけですが、うちの分娩数の1,900~2,000に全部新人を使ったとしても、この計算でいくと1年間に新卒は5人しか採れないような計算になってしまいます。ですから、このシステムにいきなりいってしまうの

はやはり難しいかと思いました。

それで、最終的には助産師さんの数がものすごく増えて、十分に潤えばこういったプログラムをつくってお産の充実にいきますが、それよりも離職をできるだけ防ぐとか、助産師さんの免許を持っていても今、助産業務をしていない人がいるとか、そういったことをできるだけ少なくしていくための一番やりやすいところを最初の提言に挙げたほうがいいじゃないかというふうに、思いました。

例えば最初から5年間というふうにやってしまうと、どこの病院も腰が引けてくるような形になります。2年か3年間だけでも最初の助産業務に集中できるようなプログラムを組んでいて、それを最初の提言にしたほうがいいんじゃないかと思います。

○大森 要旨とかを少しコピーしたものをお配りさせていただいたのですが、当院では一応キャリアアップ開発ラダーということで、赤十字本社がつくったものに則って当院用に整えたものを実施しています。

ラダーⅠ～ラダーⅤの段階でキャリアアップがあるのですが、さっき当院の副院長からも話がありましたけれども、20人以上は毎年新人が入ります。当院は、周産期施設なので他科はありません。他科がないから、ローリスクが集まるかいうとローリスクだけではないんです。今、統計を取っていますが、ローリスクの数がかなり減ってきている状況があります。

そして、ローリスクについて新人に対する指導者層も少ないため、ハイリスクから始まるほうがほとんどです。ハイリスクを学んでいきながらだんだんにローリスクを自分で責任を持って担えるような段階、当院ではラダーの基準のⅡまで取得した後に助産師外来を担える段階に

進めるようにしています。

やはりモチベーションということを考えてときに、ラダーⅡを取得して助産師外来を出て一人前になっていくというところまでモチベーションを保たせるように考えています。5年間のうちに助産師として身につけてほしい周産期システム、NICUも全部ありますので、全部回って技術を習得できるよう進めてきています。

これを読ませていただいて、当院の看護部長とも話をしてきたのですが、当院で実施するのは、無理な内容になっていると考えています。それと同時にこの義務づけるところを全部義務づけるにしてしまうとやはり無理ですね。助産師の教育をすることに関して、熟年助産師がどれだけいるかにもよりますが、ここに5年目までは負荷をかけないと書いてありますが、その負荷をかけない新人以外に、熟年のほうに負荷をかけ過ぎている状況になり、熟年助産師の離職につながってしまうのではないかと心配なところです。

一応5年くらいで全科を回って一人前になるということで話を進めていますので、新人ではなく、それ以降の5年目以降の層の方が離職率が高いです。大体それくらいになってくると、今度は結婚などもあり離職し熟年がいなくなってくるということになります。そこまで自分で頑張っ身につけてデビューをしてという形では、モチベーションを保ちながらやってきているなと思っております。

だから、混合でない病院であっても無理だと思います。

●鈴木 5年間で300件という数は、現状としては無理かもしれませんね。それから、義務づけるというところも無理かもしれませんけれども、可能であれば努力義務化し推奨するなどに再考

します。

○大森 そうですね。项目的なものは推奨するというので入れていただいた方が実施可能だと思います。

ただ、1年目に3か月、4か月くらいで全部回るとなると、全部中途半端になってと思います。場所、フロア、病棟単位が分化されているので、そういうことになってくると4か月やってどれだけ身につけたか。その人が次の年に4か月、分娩室に行って一人前にそのままでなれるのか。やはりある程度1年、2年は同じところにいて身につけて、次に生かす方法の方が方向的には当院のやり方になってくるのですが。

●鈴木 そうしますと、15～20名の新人の方が入られた場合には、全員同じように分娩にタッチできる場所にお入れになっていらっしゃるのですか。

○大森 いえ、いません。

●鈴木 そこで不平等感とか、モチベーションが下がったりとかはございませんか。

○大森 一応面接などで5年単位で全部を回ることなどを話し、大体何年目くらいにはローテーションという説明をしているので、それまでにいる病棟で1年間の目標を立て、達成できるよう支援しています。

以前はローテーションのシステムが定まっていなかったもので、7～8年前くらいは移動ができていくということがあり、離職率につながる場合があります。助産師の数が多いと、分娩室にローテーションする時期がむずかしくなりますが、分娩室が処置室扱いのため7対1看護に含まれないことが、改善してほしいと思っていることです。

○福井 逆に、お産があつて看護職がいて72時間もクリアできているんだけど、72時間と

いうのは診療報酬上の入院基本料でクリアできなければならない1人あたりの夜勤時間数なんです。助産師の数が少ないところは助産師の夜勤人数を多くすると72時間をクリアできなくなるので入院基本料に影響するんです。

年間300件くらいの分娩がある病院からは、72時間は外してほしいという相談がきているんです。だけど、72時間を外してしまうと労働環境が酷くなってしまふんです。これはジレンマなんです。だから、どちらを立てればいいのかというのが非常に難しく、真ん中に合わせていかなければいけないということなのですが、そもそもの助産師の配置基準がないということが先ず問題ですね。

●鈴木 助産師を活用するためには、本気になって施設の中の診療報酬上の基準や看護加算について、厚生省が分娩室の特性を鑑みた助産加算基準の新設を考えることを前提とすることが必要なですね。

○大森 分娩室が単独であり、ローリスクを助産師で対応していることで入職していると思いますが、助産師がたくさんいるからこれができるではなく、助産師がたくさんいても病院経営としては圧迫を受けるので、助産師がこれだけいろいろなところで活躍していますよというようなアピールを、大変な思いをしながら看護部長とかはしています。そういうところで訴えていかないと維持をしていけない状況も出てきてしまう。

そうすると、新人はいっぱいいるんですけども、いるからこういうことが簡単にできるのではないかと考えてしまいますが、新人がどれだけの労力が発揮できるかということ、新人1人で熟年1人という割合になれるのかということ難しいところもあります。だから、数が多くてもこ

れは無理ですし、そういうところが悩みと
思っています。

○福井 ディスカッションの方向性をもう一回
確認させていただきたいのですけれども、私は
実現可能性のあるところで、落としどころで実
態をつくっていかないと制度に結びつかない
ということを学んだので、そういう方向で今、話
をしているのですが、でも先生の御意向とし
てはまずこうやりましょうと言って行って、そ
ちらに現場を引っ張っていかうじゃないかとい
う話なんでしょうか。

●鈴木 助産師の卒後教育のあり方としても、
今はとにかく卒業した後の卒業生たちのアイ
デンティティーが高くないんですね。下がって
いるわけです。モラルが下がってしまって、そ
れで途中で辞職し、実際に悩みながらまだお産、
分娩介助さえさせてもらえずに2年目を迎えて
いるということがあるんです。これは、基礎教
育現場から送り出している者としては、受け入
れ現場の現任教育のあり方が間違っていると思
います。

例えば研修医の先生方は、医学基礎教育では
技術は何にもできないで、ベッドサイドティー
チングと言っても理論的な学びの範囲で卒業し、
何もできなくても経験主義に基づく研修を受け
て、先輩の医師たちの自己犠牲的な指導がある
かもしれませんが、2年、3年するとあつという
間に実践力をつけてしまう。助産師は、実践力
で追い越されてしまっています。

助産師は、3年いても4年いてもなかなか自信
がつかない、力がつかないという現状を考え直
し、経験主義的で積み上げていく。正常分娩を
介助する能力、アセスメントする能力、産褥期
を的確にアセスメントしてケアする能力、基本
的な助産の能力をできれば早い時期に身につけ

られる研修制度を一回きちんと決めて、それを
実現するためにどうするかを考えるのが妥当と
考えます。様々な阻む条件を知ることは必要で
すけれども、そう考えます。

それで、1つは5年間でこのようになれるとい
う設定を明確にしたら離職が少なくなったとい
うことも、すごく参考になったと思います。や
はりゴールを可視化して、何年初期研修として
努力すれば助産師として基本的に自立できる力
が得られる研修制度があるので、それで育て
あげます。だから頑張ってください。その間
には、ワーク・ライフ・バランスもあつて、結
婚や妊娠や出産もあるかもしれませんけれど
も、それを先輩助産師たち、先輩たちが援助
するというシステムをつくらないと、日本の
若手助産師の助産力が確実なものとなつてゆ
かない、危機的な現状が明らかに見えています。

○福井 思いは、もちろん一緒だと思つていま
す。それで、今、現場で起きていることは新人
看護職員研修ガイドラインというものが厚労省
から平成22年に出されて、その中の助産師のこ
とは、助産師はほとんどが病院に勤務するから
看護師と同じでよいと書かれています。

それを受けて、日本看護協会は、「新卒看護
師研修ガイド」を作成しました。それには、ま
ず助産師として採用したら産科病棟に置いて
ください。そして、分娩介助できる環境をつ
くってください。まず分娩介助から入らせて
ください。そこでできなかったところは内科に
2週間行くなり、外科に2週間行くなり、その
2週間という根拠もあつて、7対1という枠
の中で病院全体は動かしているのです。病
院側から見たら助産師のために助産師の研
修をするというやり方はあり得ないんです。
私たちは助産師のことだけ考えているけれ
ども、病院経営の状態で見たら看