

護師の数は決められていて、その中に助産師という数が入っているので、何か月といてもなかなか病院の中では研修ができないんです。

まずは産科病棟に入れてくださいというところから始まらないと、うまくいかないと思うんです。それで、新人看護職員研修ガイドラインに対しても助産師の関係者が国に対しても、これじゃおかしいですよねということをもっと言っていかなければいけないと思うんです。それで、助産師の研修をどういうふうにやっていくのかということも新人から積み重ねていって、いつぐらいまでにどうなっているのか。それは何のためなのかということも明確にしていかないと、この5年間でこれができたらいいなというふうには思うけれども、厳しいんですが、提案したとしても現場では、活用しきれないと思うんです。

●鈴木 まず、産科病棟のお産にかかわるところに入れるというのは大前提です。当然だと思います。

○福井 現状はそうっていないんですから。新人看護職員研修ガイドラインでは、年間10人くらい新人が入っている病院で院長先生から、あなたは指導者ですよときちんとお墨つきをもらって手当てももらったベテランが各病棟に配置されていて、そこへは、新人が3か月くらいのクールで回って、立派に1年目をクリアして2年目に入っていくという仕組みをつくっているんですが、新人看護職員研修ガイドラインの中にそういうものも例示されています。

そうしたら、年間100人くらいの新人が入るところでも、助産師もその枠組みの中に入って同じようにローテーションをしている。助産師のみならず看護師も1年たったときに目標到達していないです。100人くらい入れかわるところと

いうのは3年目、4年目が指導者になっています。そうすると3か月置きくらいに毎年4月がくるんです。だから、どちらが疲れるかといったら指導するほうが疲れてしまっているんです。そこを何とか問題提起していかないといけないんじゃないかと思います。

●鈴木 3年目の看護職が1年生を育てるためにかなりストレスを感じ、バーンアウトして辞めてしまうという深刻な現状が厳然としてあると思います。ですから、そこは何とか変革したい。3年目くらいの若手に指導させない現状もつくり出さなくてはならないと思います。

では、有床診療所代表の大変な熟練助産師である押切師長さんはいかがでいらっしゃいますか。

○押切 私自身は助産師歴は長く、池野先生のところに来てから20年になります。その前は県立病院という枠組みの中で働いて、転居し宮城県に来て働かせていただいています。

うちの病院のいいところは一旦、働いたらなかなか離職しないというところで、池野医院自体はもう少しで25年になります。そして、20年、22年、23年働いている助産師がいます。指導する立場の者が結構根づいているんです。それで、年齢が私より上だけれども池野医院に来たのが遅いという人でも十分力のついている者が今、40代後半、50代、60代前半と、4人くらいは居り、助産師で籍を入れているのが今ちょうど10人居り、助産師外来もやっています。

そして、鈴木先生の資料を見せていただいてこういうふうな目標があったら、うちは18床の個人医院なのでせいぜい1人か2人の新人を迎えるわけですが、1人か2人というと、こういう指針があればそれに向けて私たちはすごくやりやすいと思いました。新生児蘇生法はうちの病院

は看護師も助産師も全員取っていますので、そういうのはこの1年目に入れてくれているんだね。では、これはとにかく来たらやらなきゃいけないということで、今やっていることをそのままやればいいんだとか、あとは超音波画像と言って、助産師外来は、うちは1年目から外来に出しています。

助産師外来は2枠あるんですけども、16週から生まれるまで全員助産師外来を受診してもらいます。だから、何ともない人はもちろん、ちょっとPIH（妊娠高血圧症候群）があったり何らかの理由で先生の診察へ繋がなきゃならない人でも、まずは助産師の手を通してからでないと先生にはいかないわけです。そうすると、この人はこういう異常がありますよ。このままでいいですかとか、お薬の処方だけでいいですか、もっと検査を積み重ねたほうがいいですか。入院までの処置が必要でしょうかとか、全部そうやって先生に回すわけです。

すると、この人は切迫早産で入院の必要がありますと診断され、入院の運びとなりましたとか、これはPIHでもちょっとひどいので高次病院に搬送したほうがいいんじゃないかという返事が先生から来ると、搬送の手続き、準備までやります。

ただ、一気にはいかないんです。毎回、緻密に助産師外来は枠を取ってまして、1人に最低20分くらいの時間をかけてやっています。完全予約制になっています。それで、助産師のうち今、産休に2人入っていて、ちょうど産休・育休の年代の助産師が多いものですから休んでいる人の分ちょっと今は足りなくて、夜勤をやっていたり、助産師外来に2人配属し病棟でお産を担当する人が必要だというと、助産師は籍は10人いますけれども、実際に稼働しているのは8人と

か、そのくらいになります。

そうすると、ぎりぎりの状態ではやっているのですが、助産師がぎりぎりではあるけれども、まず妊婦さんたちをちゃんと診るということを第一に考えている。病棟のほうでは2人助産師がいると片方は必ずベテランがいる。それで、外来に出ればベテランの人と組む時もあれば、若者同士の時もあるのですが、若くても4年以上の経験があり、その上、全員結婚していて全員子持ちです。助産師であり母であるという立場で助産師外来・出産に取り組んでいます。子供がいる立場で物を見られるというような形になってきて、妊娠・出産があっても離職するのじゃなくてまた戻ってこいよというようなバックアップの体制がいいものですから、育休も取れるし、その分ちょっと他の助産師に負担はかかるんですけども、そこら辺もきちんとやっているからなかなか離職ということにつながらないでうまくいっているケースじゃないかと私たちは思っています。こういうふうにはちゃんと2年目、3年目、4年目と到達目標があるとやりやすいです。

ただ、4年目の会陰切開とか縫合時は先生にお任せしているので、私たちは実際は何もやらなくて、そこは必ず全例、院長、副院長がお産は立ち会ってくれます。出産期というのは、それまでよくても産まれたらそのときは新生児蘇生が必要だという場合もあるので、全例、必ず先生たちが立ち会ってくれるようなシステムにしています。

そうすると、私たちは余り今のところ会陰切開・縫合の必要性を感じてはいません。5年目の地域周産期の連携に関しては、東日本大震災がありましたね。宮城県は結構やられました。3月に震災があって、その何か月か後に塩釜市地

区の連携ということで、中核にある総合病院の師長さんの声がけで開業医の助産師たちが皆、集まって月1回会議をやっていきます。3か月に1回、勉強会もやっていきます。

そういうことで、顔が見えないとお互いにどういう被害状況だったかということもわからなくていたのが、今度は顔がわかることによってちゃんとその地域の妊婦さんを守っていかなければという意識を持って働きかけていかないと、ここの病院にかかっていたから守られたけれども、こちらの病院にかかっていたら守られないというような妊婦さんがあってはいけないという皆の意識があって、そういうネットワークももうでき上がっています。

それで、うちの師長はもう一人、青山がいるんですけども、きょうはちょうど研修会でこちらで勉強会の講師をやっていきますので、それで私がこちらのほうに出てきた次第です。

私がいる塩釜地区は池野医院もそうですけれども、その近辺にある師長さんたちもすごく意識の高い方たちがたまたま集まったのか、すごくいい方向に向かっていっているなということで、こういうふうな提言をされても、何となくそれに、はまっていけそうだという感触で見ているので、大きな病院の方たちの大変さもあるでしょうが、反対に個人病院の大変さもあるけれども、いいところもあって、この様な目標があれば上手に育ててあげられるのかなという感触を持って見させていただいた次第です。

○箕浦 そうしますと、大体日本の分娩取り扱いの半分ぐらいは有床診療所で、半分ぐらいは病院ということになっていますので、恐らく有床診療所のほうは、結構こういうものでうまくいきそうということが出来ますね。

ただ、うちも含めまして総合病院というのは

確かにいろいろ福井先生が言われたように混合病棟が多く、当院も35床を産科と婦人科が半々で割っているような状態で、お産も400くらいしかないものですから、3~4年経ってもまだ余り新人と変わらないような人がいるような状態で、これは何とかしなくちゃいけないことは確かです。ですから、どうしたらいいのかということとは本当にこういう提言の中に入れるといいと思います。

○岡本 診療所で平均3.8名という話がさっき出ましたけれども、助産師がいるところがその数であって、大半はまだゼロとか、そういうところが多いので、病院は病院の現場の大変さもあるけれども、診療所は特にマンパワーとしての助産師が非常に少ないと言われていきます。

だから、私は前提としてこのメインのテーマが正常分娩システムへの研修ということなので、これはきちんとやるべきですけれども、余りにもその前提になる現場が産科の混合病棟の問題を抱えていたり、助産師のマンパワーが極端に不足していたりしている。今は助産師学校を増やしてきたので、社会人入学みたいな形で数年前よりは診療所にも倍以上増えまして八千人位になりましたけれども、まだまだ足りませんので、助産師増加対策を促進するような提言も入れていただきたい。あとは現場では産科の混合という問題がかなり大きな位置を占めているので、どうしたらすぐ単科ということまではいけませんけれども、やはり感染防止がより必要な産科の特性を踏まえるならば混合をできるだけ避ける方向で、国もそういう方向で指導していくので各病院の管理者はしっかり考えてくださいというような形の提言も入れてもらったらと思います。

あとは、葛飾日赤でもそうだったけれども、

助産師学生さんの指導とかも入ってくるし、新人だけが分娩をとるわけでもない。そういうことを考えたときには、ある線で1年目、2年目の目標というのはあったほうがいいんだけど、そう簡単に分けられないので、この5年の間にこういったことをクリアしておいてほしいということを確認にして、それぞれの事情であと先になっても、日本看護協会がやっておられる助産師の偏在に対して出向していくシステムの推進も、これは単にマンパワーの是正だけではなくて、大きい病院で助産師の人数が多くてお産がとれないところは出行先の病院等で分娩をとるといった研修のカバーという意味もありますので、もうちょっと広い観点からの提言をしたほうがいいかと思います。

○ 箕浦 そうしますと、時間の制限もありますので、大体問題点が明らかになってきたと思います。これは提言としてはすばらしいのですが、ただ、それを阻むような要因がいろいろあるので、それに対しての提言もぜひ入れていただきたいということかと思います。

では、次のほうにまいりたいと思います。

● 鈴木 2番目の提言案です。産科の研修医が研修に入られるような施設では、卒後2年間くらいまでの臨床研修を新人の助産師も一緒になって育成されるというプログラムを設定したらどうかという提言です。もし研修医の先生がいない施設であったとしても、比較的経験年数の浅い先生方と協調して育成するプログラムを設定してはどうか。

というのは、医師と助産師との協働の概念をどんどん意識づけていく必要があるからです。いかがでしょうか。

○ 岡本 これはドクターの意見を聞いてもらっ

た方がいいと思います。研修内容の違いが生じないのか。テーマによって、ドクターの研修内容だって助産師と余り変わらないんだというのであれば一緒にやれると思います。でも、目指すものが違うということであれば、余り無理にやるとちょっと中途半端になってしまうかと思いますが、その辺はどうでしょうか。

○ 鈴木 (俊) 最終的に医師と助産師さんの考え方は違いますし、それぞれ違うところをカバーするわけですから同じような教育ではなくていいと思います。産婦人科の医師も先ほど経験主義でというふうな言葉がありましたけれども、たくさん入るところは半分くらいやめていますね。要するに、おまえは産婦人科に向かないからと言われたり、僕は向かないからやめますというふうな形ですが、でも助産師さんはそんなわけにはいかないでしょうし、増やすのが目的ですから。

でも、ある程度のところで一緒に協働して進めていく時間を設けていくというのはやはり必要だと思います。ですから、この「分け隔てなく」というところを緩やかな形でつくっていただくのは、この提言に関しては協働していくということを目的としていますので、コーポレーティブな提言としていいかと思います。

○ 岡本 例えば、先生はどういうテーマだったら一緒に研修としていいと思われませんか。

○ 鈴木 (俊) 症例検討会とか、最後にありますけれども、例えばハイリスク妊娠などの症例検討を医師は抄読会とかで行っていくわけですが、そこに精神的サポートを入れた助産師さんが入っていく。

それで、通常は係長とか師長クラスが入っていくでしょうけれども、そこに新人も一緒にいてディスカッションする場を設けるとか、いろ

いろいろな症例検討会が通常はどここの施設でも産婦人科医と小児科医と麻酔科医と、合併症があればそれに対する専門科医が参加しますが、そういったところに積極的に参加していく形もあります。

ただ、提言だからそこまで入れてしまうと非常に細かいことになってしまいますが、例えば、ガン患者などで、精神的サポートを入れていくために看護師さんが積極的に加わっていくような形で助産師さんも加わるということもよいと思います。

○箕浦 私がこれを読んで思ったのは、若い研修医と一緒に正常分娩を見るというのは非常に大事だと思います。私はいろいろところで話をするのですが、あるいは雑誌の編集会議でも正常分娩を知らない周産期専門医が出てきているような現状があるということの小児科の先生から聞きましたが、帝王切開ができればいいということです。

それで、実際に今は大学病院によっては50%以上の帝王切開率ですから、なかなか正常分娩を見る機会がないようですね。それで、新人研修医とか学生とかもお産を全然見たことがない。帝王切開は見たけれども、お産は見たことがないという人は幾らでもいます。そういう連中が入ってくると、お産はどういうものかよくわからなくて来ることがあります。

昔、東大病院でも我々が卒業したころは帝切率というのは5%くらいしかなかったんです。今でも東大は比較的正常分娩をやっているので30%台のようですけども、大学病院によっては50%を超えています。ですから、正常分娩というのはどんなものかをじっくり見る機会はいは我々、昔から産科をやっている人間にとっては、やはり卒業したころはたくさん見ないとイケな

いかと思っているんです。

医者の教育というのは重症の疾患の講義ばかりを受けるので、正常の講義というのは我々のころは少し習ったんですけども、今はほとんどやる暇はないんじゃないかと思っています。いろいろな新しい疾患もいっぱい出てきましたし、そちらのほうに時間を費やして試験もそちらばかり出ます。

ですから、この提言は、医学教育というか、産科医の教育のスタートとしても、最初のうちは正常分娩をもっと見なくちゃいけないんじゃないかと思っています。お産ですと呼ばれて行って、ちょっと見るだけではなかなかそれはわからない。我々が昔、研修医で入ったころは、ずっとついていると言われてずっとついていた覚えがありますが、そういうものが今はなくなってきていますので。

○福井 それだったら産科の医者にならないと言われてたら困っちゃうなど、私なんかは本気になって思います。

今、中堅どころで頑張ってくださいっている小児科の先生でも産科の先生でも、助産院に見学に行ったら考え方や気持ちががらっと変わったと言われる先生がおられます。だけど、その先生は意思があって自分から飛び込んで行って、こうだったのかと気づいてくださっているわけで、こういう枠組みの中に入れて、行くというのが提言といえども、どうとられるんだろうとやはり思いますね。

○鈴木(俊) この2番の提言はこれから先、産婦さんのクオリティーとか満足度を高めていく上で協働というのはどうしても必要ですから、私としてはどちらかというのを1番にして、マイナーチェンジも必要でしょうけど、これは非常にいい提言だと思います。

○福井 先生たちがそうおっしゃってくださる
んでしたら。

○岡本 助産所に行くのは抵抗感があると思
いますけれども、院内助産とかが普及していけば、
それを一緒に。

○福井 私は、先生がお考えになったのは、想
像ですけれども、院内助産を進めていく上でも
助産師がお産をやるのが危ないというふう
に思われるから、医師たちが正常のお産を見てお
いてくれれば助産師がちゃんとできるんだとい
うことをわかってくれて協働できるんじゃない
かというふうにお考えになっているんじゃない
かと、行間を読んだんです。

だから、院内助産ができてからでは遅いと私
は思っているんです。今ハードルが高くなって
いるのは、やはり医師が助産師にはまだ任せら
れないということがすごくあるのでなかなか進
まないということではないでしょうか。

○岡本 それであれば、先行してやっている院
内助産とか、本当は助産所でもいいんだけど
も、そういう先にやっているところのお産をど
こか見てもらう機会ですね。

○福井 そう書くとどういふふう
に思われるんだろうと。

○鈴木（俊） のぞきに行きますよ。

○福井 志のある先生は来てくださっているけ
れども。

○鈴木（俊） でも、この2番に関しては、産
婦人科医師と小児科医師と助産師の協働を進め
る提言という形でいいと思うんです。

余り窮屈になってしまっても困るんですけれ
ども。

●鈴木 ちょっと言葉回しが窮屈かもしれませ
んが。

○岡本 これは大事なところですね。

ただ、私はこれは新卒の人をターゲットにし
て意識的にやることによって医師側にも助産師
側にもそういう意識を育てていくという狙い
があると思うんですが、本当は新卒だけではなく
てベテラン助産師と医師との関係の中でもまだ
まだ足りない部分なので、症例検討会とかそう
いう勉強会というものはもっと一緒にやりまし
ょうということなので、新卒に限って余計や
る部分は、その辺を意図的に育てることとして。

●鈴木 ただ、偏見のない若いお医者さんの時
期と一緒に正常分娩というものはこうなんです
よと、本当にすばらしいものであり、助産師も
ちゃんと自立してお産をマネジメントする力を
持っているんだということを知っていただく。
認識を変えていただくということが大事なな
ということで、このような書き方をしました。

○穂高 むしろベテランの先生より、若い先生
のほうに偏見があるかもしれないですね。研修
医などのほうがちょっとどうなんだろうとい
うことで、先生たちくらいの方のほうを受け入れ
はやっていいよ、一緒にやろうという感じで。

○福井 四つんばいになっているだけでびく
りしてドアを閉めちゃいますからね。

●鈴木 若い先生がですか。そうですね。

○箕浦 正常を知らないと異常がわからないと
いうことですね。あとは、若い先生ほど正常範
囲というのはすごく狭いんです。これしかだ
めで、ちょっと外れるともう異常だからいろ
いろやりましょうということになっちゃって、
経験を積んでくるとある程度正常というのは
広がってくるので、その辺の違いかと思
います。

●鈴木 スーパーローテの中で、絶対に正常分
娩をしっかり見ていただくようなことも願
いしたいですし、医学生のうちに実習に回
らっしゃるときにも正常分娩の場をちゃんと見

ていただきたいと思いますし、医学概論の中にも入れていただきたいと思います。

○福井 その医学概論の中に入れるということが、先にあったほうがいいのかもわからない。

○白井 今回のこれには、教育のことは言わないんですか。本当は、おっしゃったように教育のところから入っていただきたいし、それこそ1年生のときなんて一緒にいい部分もあるんじゃないかと思うんですけども、研修医ということで書いてあるので、これは教育のことはアンタッチなのかと思ったのですが。

●鈴木 それも含めてです。

○白井 本当はその前の段階から、例えば助産院に研修に行くとか。

●鈴木 そうですね。では、医療法で規定されているお産、分娩を取りうあらゆる施設を医学生のうちちゃんと実習に出かけて行ってもらいたいということも含めたいと思います。

○鈴木 (俊) 協働を意識して教育するということですね。

●鈴木 そうですね。

○島田 院内でもいいんですね。

○鈴木 もちろんです。院内での正常分娩でも構わないです。

○白井 例えば嘱託を受けているんだったら、その嘱託を受けているような助産所への訪問は一緒に新人さんについていっていただいてもいいでしょうし、できるだけ地域でのネットワークに組み込んだ形で教育があるといいなと、産む側からするとと思います。

この先生はここにはいるけれども、この先生はこちらにいないとか、すごく分けられていますよね。縦割り行政みたいに分かれているので、よくドクターショッピングとか言われますけれども、渡り歩かなければいけないのは妊婦の側

なので、そうではなくて医療者がつながってほしいというのは希望としてはあります。

●鈴木 具体的に、本当に事実なんですけれども、国立国際医療センターの松井先生という国際協力局の産科の先生は、この地域の助産院にしょっちゅう行っていらっしゃいます。松が丘助産院にしょっちゅう行っていらっしゃいます。

池野先生、いかがでいらっしゃいますか。

○池野 この研修ですね。私も最初は小児科医だったんですけども、産科医になったときに今は医療センターですが、当時は国立仙台病院というところに勤務しまして、その前は大学ですけども、私は実は大学病院と医療センターしか知らないんです。

それで、産科医になり始めのときに、私は助産師が行っている分娩介助というものを自分がわからなければちゃんとした医者になれないんじゃないかと思ひまして、当時ベテランの助産師さんに分娩のときに5例くらいはせめて私に介助させてくれと言って介助を指導してもらったんです。そのことによって、やはり自分が医師としてどういうときに医療行為の手を出さなきゃいけないかということがわかったような気がしました。ですから、私の同僚の医師にも、助産師さんは医者とは別と言ってどうも混じり合わないところがあるので、それを避けるような施策になるんじゃないかと思ひてちょっと期待したんですけども、考えてみると難しいかもしれないですね。

若いドクターたちが看護師さんや助産師さんたちをどう捉えているか。私が今まで見てきたドクターたちの中で、パートナーだよという感覚で働いている人は非常に少ないように思ひます。一緒に育ててもらったほうがいいんじゃないかという気持ちはしたんですけども。

○福井 助産師側の問題もありますね。今の先生の御指摘を暗に私はそう受け止めたんですけども、私は今になって反省することはいっぱいあるんです。産科病棟で師長をやっていたときは、やはり産科の医師は闘いの的だったんです。いかにして助産師が妊産婦さんの主体性を引き出しながら助産ケアができるかという環境をつくるか。だけど、医師は医学モデルで思考するので、こちら側は健康モデルで話をしてもなかなかその接点がないんですね。それで、その接点を見出すための時間というのはものすごくかかるんです。価値観が異なるというか、見え方が違う。その見え方をそろえるために自分たちが努力をするのか。そうじゃなくて、構造をつくるほうが早いのか。いつもその駆け引きでしたね。

だけど、パワーで押されるとそれは勝てないんです。勝つか負けるかの話じゃないんですけども、そこまで究極はいつてしまうんです。だから、助産師側の意識も多分変えていかないと、若い先生たちだけではなくて両方やっけないと難しいかなという気はします。

●鈴木 私どもが実習に行く地域の周産期医療センターでは、ハイリスクも扱っている病院ですが、先生方は、お産です連絡をすると、わっと研修医の先生方と3人くらいで来て、ドクターが、「それ！君はあれしなさい、こうしなさい！」と言って、もっと静かにゆっくりにお産を進めると、満足感のある正常な経過のお産として完遂できるのに、あっという間に吸引になっちゃったとか、異常のほうに傾いたとか、介入度の高いお産になってしまい、落胆し悲しみながら自分がお世話をしたお産を振り返る若手助産師が結構いるんです。

でも、そういうお医者さんたちの価値観を変

えるためには、やはりお医者さんたち自身が直接経験をしないと変わらない。経験をする中で認識が変わってきますので、実にきれいな正常分娩を見ていただくような機会をどこに設定して、どこで出産の価値観が変わるような教育、モデリング学習をしていただくかということだと考えました。そういうことになると、やはり教育を受ける時代に、研修医の時代もそうかもしれないということでのこのような提言をしました。

○鈴木（俊） 最終的には、医師と助産師さんは全く一致しなくてもいいと思っています。やはり先ほども両面ありましたが、それぞれにメリット、デメリットがありますから。うちもそれで最初は結構疲弊して、院内助産システムを改築するときにスタッフ全員で話し合って基準を設けたわけです。ですから、構造化したわけです。

それで、文句のないところは全部構造化してしまっ、あとはディスカッションする形になったんですけども、健康な赤ちゃんが産まれて産婦さんが満足すれば結局、医師側の意見が通ったにしても助産師さん側の意見が通ったにしても、その両方が得られることが最終的な求められるアウトカムでありますから、どこまで話し合ってもいいと思いますし、気が合わなくてもいいと思うんです。パートナーと言っても要するに夫婦みたいなもので、男と女では合いませんから。

●鈴木 妊産婦さんが、院内助産院で助産師たちが中心になってやっているところで、自分がお産をしようかどうかどうしようかということを選択していただく機会を設けているところが半数、まだ全然そこまで至っていないところが半数以上あるんですね。

そういう現状からすると、宇都宮済生会のバースセンターでは、妊婦さんに随分丁寧に説明をされて、まず御本人に選択をしてもらい、それから妊娠経過中のプロセスの中で、これはリスクな部分があるからちょっと無理ですね、これはノーリスクだから大丈夫というふうにきちんと妊娠経過中の間に設定している。

助産師が任せられるというシステムに至るためには、やはり正常分娩があって助産師が担えるところがちゃんとあるんだということをお医者さんたちに認識していただくような機会が要るかなということです。

○安達 本学はIPE（専門職間連携教育）に力を入れています。医学部がないのが非常に残念なんですけれども、イギリスでIPE連携教育が発達しているので毎年2週間くらいのプログラムをずっとやってきているんですが、IPEの一番大事なのは上から俯瞰して物を見られるような力を持つことが大事なんです。

○箕浦 済みませんが、IPEというのは何ですか。

○安達 インター・プロフェッショナル・エデュケーションという、基礎教育の中でまずはやろうという専門職連携のプログラムです。

そこで一番大事なこと、何の力を学生たちにつけさせるのかというのは、仲よくしようということよりも各専門職の専門性を理解して皆が上から俯瞰して見るような形で、患者さんがここにいて今ここに足りないのに、患者さんにも必要なものに対して誰が一番力を持っているのかを見極める力がすごく大切なんです。

例えば、ここの場合だったら医師が一番力が出せるだろうとか、ここまできたらあとは助産師に任せて大丈夫だろうとわかったら医師は少し手を引くとか、逆にここはケースワーカーさんに任せたい方がいいということであれば、そこ

はケースワーカーさんに譲るとか、そういった各専門職がどういう力を持っているから自分はこのなんだということを理解する力を持たせるというのがIPEではすごく大事で、イギリスの調査でも年齢がたつてしまうとなかなか理解ができないので、なるべく基礎の段階からやろうという考え方ですけれども、そういうものも少し入れたらどうか。

でも、なかなか日本ではうまくいっていないのが現状です。

○福井 大分、教育でそれが行われるようにはなってきたんですけども、臨床側が受け入れるのにまだぴんときていないところがあるんです。教育をする臨床側がIPEを受けていないので、やはりパワーとパワーになっちゃうんですね。

これから少子超高齢社会になっていったときに、いかにして協働ができて、そこで看護職がどういうファシリテーターになれるかということが社会的ニーズだと思いますが、現場は日々が忙しくてそこまではなかなかいかないです。

きょうも一日終わったという感じですね。

●鈴木 40年前に私どもは経験しているんですね。箕浦先生は入局した新しい研修医の先生であり私は助産師学生でしたが、一緒に育てられてきたんですね。なので、本当に正常分娩についても相互理解がありますし、異常になったときには任せておけという感じで見てくださいますし、例えば骨盤位分娩なども、経膈分娩が可能な骨盤位分娩の場合はぎりぎりまで助産師がしっかりとお世話をして、あと2回くらいの陣痛で産まれるぞというタイミングでドクターに来てもらって骨盤位娩出術をお願いする。

ドクターというのはそもそもせっかちなので、ドクター自身も子宮口が全開して胎児が十分に下降し、安全に娩出できる時期のぎりぎりまで

呼ばないでくれと言いますし、特に骨盤位の場合は助産師が頑張って苦しい産婦さんをケアしてから呼んでねというようなことが暗黙の了解といいましょか、そうなっていましたね。

○鈴木（俊） そのとおりですね。

○箕浦 これは表題の中には小児科医とあるんですが、本文の中には小児科医についての記述がないんですけれども、先生いかがでしょうか。

○細川 それを伺いたかったんですけれども、それはいかがなんでしょうか。今、皆さんのお話を聞いていて、小児科医の立場でもぜひ協働といますか、学ばせてもらおうという観点からでも参加させてもらいたいんですけれども、本文には小児科医というのがないので、どこにかかわらせていただこうかと。

●鈴木 是非、入れさせていただきます。

○細川 あとは細かいというか、最後のほうの症例検討会や学習会などという部分も研修医と新人助産師ですね。

今、具体的にいうと私たちの病院では火曜日に産科の先生と小児科、主に新生児ですけれども、今、入院中のお母さんの情報共有をしたりとかしているんですが、そこに助産師さんが入られていないというのはもったいないのかなと思ったので、症例検討会というのは同じことなのかもしれないですけれども、何と皆さんは呼んでいるんでしょうか。僕らは周産カンファと呼んでいるんですが。

●鈴木 周産期カンファレンスですね。ありがとうございます。

○鈴木（俊） でも、実際にそうですね。産婦人科医と助産師さんのディスカッションほどじゃないかもしれないですけれども、やはり産婦人科と小児科の間ではディスカッションがありますし、小児科と助産師さんの間もディスカッ

ションはありますね。だから、協働としてトライアングルで。

●鈴木 つい最近、首都圏で2番目にPFHの認定を受けた病院は、小児科の先生と産科医と助産師の協働が本当にすばらしく取得に至ったようです。

ありがとうございます。

○穂高 1つ確認ですけれども、研修医というのはどのレベルですか。研修医も病院によって回し方が違ったりして、さっき白井先生が教育の段階でと言ったように、産婦人科の医師になるのか、小児科になるのか、決めるためのローテーションみたいなものを今の現場で受けていても、3か月ごとにころころ医者が変わってきて、挨拶もしないであなたは誰？ と言って、気がつかないうちにいなくなっているみたいなこともあると、こういうことを提言しても余り意味がなくなってしまう。

それだったら、本当に教育のときにこういうお産を見て産婦人科になろうとか、赤ちゃんを見て小児科のほうになろうとか、一つのきっかけになるような教育であれば意味があると思うんですけれども。

●鈴木 スーパーローテというのは何か月ごとにぐるぐる回られるわけですか。

○箕浦 決まっていません。うちの場合は6週で、もっと長いところもありますし、何年前から産科と小児科は選択必修になったので、ないところもあります。うちは全員回しているんですが、病院によっては産科のローテーションがないところもありますし、小児科のないところもあります。

○鈴木 ないところもあるんですか。

○穂高 だから、これを提言しても協働にはならない可能性もあります。

○鈴木 では、細かい情報を得てなるべく小児科、産科を希望している先生には。

○箕浦 選択必修だから、産科は希望している先生は取れるんですけども。

○鈴木 (俊) 卒後2年間ではなくて、後期研修というふうにやったほうがいいんじゃないかと思います。卒後2年間は初期研修ですから、その間は1か月しか来ない先生もいて、その間は見学だけで終わる先生もいるんです。最初からモチベーションがないドクターは、僕は見ているだけでいいですと言って帰ることもありますから、後期研修のほうがすっきりしますね。

●鈴木 そうします。ありがとうございます。

○押切 大きな病院の研修医の先生たちは、もちろん個人病院では研修医の先生なんていないんですけども、お産の半分は日本では個人医院とあとは助産所、大きな病院と違って正常分娩を扱っている割合が高いわけですから、その研修医の先生たちも個人病院に働きかけてくれて、本当に医療の手が入らない自然分娩を体験していただきたい。うちでは発露ぐらいにならないと先生を呼ばないんです。ほとんど発露で、先生来てくださいと言って先生がゆっくり来ちゃったら産まれちゃうよというくらいのときでないと呼ばないくらいのお産をやっているわけです。

それで、外陰部がしっかり膨隆してからちゃんと産まれてくる。切開が必要な人は入れるし、入れなくていい人は入れないんですけども、そこまで自然に、自然に、ちょっと心音が悪くなったら体位を変えてみて酸素くらいで回復したとかやっているの、そういう正常分娩を取り扱っている個人医院のほうにも先生たちが出向いてきて、正常分娩は大きな病院では確率が低いんだったら個人病院に行って勉強してい

っしやいくらいのルートがあればすごくいいんじゃないかと思います。最新の医療を勉強している研修医の先生の影響が入ってくると、反対に個人病院の先生たちの意識も上がってくれていいんじゃないかということも感じる場所があります。

●鈴木 それも入れたいと思います。

箕浦先生、こちらの病院から個人のクリニックとか、お産の正常分娩がたくさん割合としてあるところに出向いて行って研修するなどということは行われているのでしょうか。

○箕浦 どの病院も人が余りなくて、休みの日を潰して行けとも言えないので、現実的には難しいですね。

前に、研修医によっては助産所に見学に行っていた研修医もいました。そうすると、結構意識が変わって帰ってくるので面白いと思ったのですが。

●鈴木 私は、今97歳になられる本当に巧みな、すご腕の何万人もお産を取り上げられた助産師さんが東京におられて、その方のところに10年ほど前から個人的に伺って、いろいろなお話や技のお話を伺ったりしていたんですけども、その先生は若くてとても活躍されていたころには、若い産科の先生が教えてほしいと言ってその助産院に来られたので、そういう正常分娩を見ていただいて教えて差し上げたというふうなことをおっしゃっていました。

○福井 それも推進していくとしたら、医師の後期研修の今の仕組みを変える必要がありますね。それから、研修をするのに研修指定病院という枠組みがありますので、産科の場合はやらなきゃいけないんだということは、提言の中に入れておきたいですね。

○鈴木 (俊) 幾つかの自分のところがお産が

少ないというふうに意識している病院はもうやっているといますけれども、うちも墨東病院のほうは完全な紹介型でハイリスクしか受けないということで、来年から4か月ずつ、うちに正常分娩をとるために院長同士が連携をとってローテーションで送ってくるようになったりとか、大学病院は恐らく少ないところはバイトという形ですけども、分娩の多いところに行かせたりしていますから、それはそれなりにちゃんと自分のところは少ないというふうに意識しているところはやっているといます。

○福井 そうでしたら、好事例として紹介するのも案かと思えます。

●鈴木 わかりました。ありがとうございます。つけ加えます。

○箕浦 では、次に4番をよろしく願います。

●鈴木 4番目は7ページに当たります。7ページの「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。

今、話されていた内容が含まれますが、就労している助産師が包括的な一定の地域の分娩取り扱い機関を俯瞰図的に認識して、お互いにもっともっと交流し合って、1か月間他院に出向研修するとか、正常分娩をしっかり見てくる。助産師もなかなか分娩件数がとれず正常分娩の介助ができなければ分娩介助ができる有床診療所、正常分娩の多いところに行くとかができないものかと考え提言しました。

特に災害時も意識して、この提言は出したいと考えました。先ほどからディスカッションいただいた内容も含まれています。

○押切 災害のときには電話一つ通じなくなりますので、本当に孤立してしまう。だから、外

にいる皆さんのほうが私たちの状況をわかっていたかもしれない。

というのは、私たちは電気がきていないのでテレビすら見られない。ラジオだけが頼りというような時間があったわけです。だから、見えていないんです。自分の目で見えるところしか見えていないので、かえって皆さん東京にいる方のほうが宮城県のひどいところは見ていると思います。ユーチューブとかいろいろなもので、こんなだったのねと後で見てびっくりするような状況でした。

そんな中で今、何をしたらいいのか。今、何をすべきか。何をすれば皆さんを助けてあげられるのか。そういうふうな働きかけが本当に必要なんだけど、何をしたらいいのか分からないので、まず自分たちのところだけを守ったのが現状です。

次の段階として、もう少し周りの状況を知っていれば私たちの手でもっと救える人というか、産科で困っている人たちとか、皆で連携していけば避難所にいる産婦さんたちにももっと有用な手が差し伸べられたんじゃないだろうか。そういうふうなことを後で考えさせられる部分があって、いろいろなものが遮断された中で常日ごろから、何を、どうするのが分かっている事が大事になってくるので、そういうところをネットワークというか、周りの人たち、歩いていけるところしか結局は何もできない状態になるんです。車はガソリンがなくて行けないとなると、本当に歩いていけて目に見えるところしかいろいろなことができない。

では、せめて目に見えるところの人たちはお互いに協力し合って産婦さん、妊婦さん、子供たちを守っていこうというふうな働きかけをするためのネットワークづくりというのは地道に

行っていないと、実際は何も動けなくなるということを実感していますので、少しずつ少しずつ広げてそういうものがきちんとできるようにする。

産婦さんが、自分はここの医院にかかっているだけども入っていても大丈夫なようなシステムというか、自分が住んでいる地域でたまたまちょっと遠いところに通院していたんだけど、近くの医院に行っていんだらうかと悩むようなことなく、産婦人科だから駆け込んじゃえと行ったらちゃんと助けてくれるというようなシステムがあったほうが本当に救えるというか、ああいう状況の中でもほっとしていただける部分が大きいのかなということを感じたので、大きな病院は対策がしっかりしていて、本当にいいんでしょうけれども、小さい病院なども何かできるんじゃないかということでネットワークづくりをしていたので、皆さんも少しずつそういうものをしていただけないかと思いました。

●鈴木 都会のほうがわからないかもしれないという気がします。私も都立の病院に勤務しておりましたが、自分の勤めている病院だけの認識で、すぐ近くにどういったクリニックがあって、どういった病院があって、そこはどうなっているんだらうかとか、ほとんど情報として持たない状況でしたけれども、この提言の中には非常に助産師不足で運営に困っていて存続が危うくなっているような有床診療所に、分娩介助の経験ができない、お産の件数が少なくてできないとか、いろいろな状況でできない場合には、就職してから研修プログラムの何年目くらいのときに2~3か月間そちらのほうに行くというような交流などもできないだらうかということが含まれています。

○穂高 助産師の交流というものがこのメインになると解釈していいということですか。

●鈴木 そうですね。助産師が助産力を高めていくためにも、それからいろいろな地域の妊産婦さんたちのケアに対して、地域として協働で責任を持つという視点でもいいと思います。

○穂高 レベルがちょっと違うかもしれないですけれども、例えばそれぞれの地区、県の看護協会の中で助産師職能などは人数も少ないので、栃木県などは特に県の中のお産ができる施設の情報を全部「このとりネットワーク」という本にして、住所から、助産師がいるかないかとか、お産をやっていますとか、こんな方法でとか、そういう情報を一元化して冊子にして定期的に見直しみたいなものをしています。だからと言って交流できているわけではないと思いますけれども、一つの提案としてはそういうものもあります。

多分、ほかの県でもやっているんじゃないかと思うんです。そういうもので少しは情報交流とかもできるでしょうし、近隣の助産所等は多分やれているところもありますね。数は少ないかもしれないけれども、連携しているというか、受け入れている病院くらいはやっているかなど。

●鈴木 少なくとも首都圏は、お産というのは自由診療なのでそれぞれの病院の中で別々でばらばらになっています。

○穂高 そうすると、多分地域性みたいなものもすごく大きいですね。

○大森 交流というのをどういった面で言っているのがちょっとイメージできなくて、当院で言うと連携助産師というシステムで地域で開業助産をやっている助産師とオープンシステムなどで、年に2回は集まっていたいただいて、テーマを決め先生も交えて話し合いをしたりする形

の会を開いたり、交流はしていますが、お産がとれなくて派遣をするという話では、赤十字施設間で、今は北海道の赤十字施設とかに1年間派遣をしています。東京都内の中の赤十字施設には助産師数はありますので派遣はやってはいません。交流という意味をどのようにとらえてこの提言として出しているのかが、最初にシステムと書かれているところでわかりにくかったなと思ったのですが。

●鈴木 1つは、嘱託医療機関を持つとしても持てないような、今それがすごく難しい状況になってきていて、力のある助産師さんたちが正常分娩を妊産婦さんたちの生活の近くで提供できなくなっているということがあります。なので、そういう嘱託医療機関とのネットワークがうまくつながるようになってもらいたいということが1つあります。そういう中でいろいろな有用な機能が発揮できるようになっていけばいいなと考えているんです。

ですから、葛飾赤十字産院さんはオープンシステムで地域のクリニックとか開業助産師さんたちとうまく連携をとっているので、その中で本当に有用に円滑にされればいいんです。

しかし、各診療圏、周産期救急搬送体制のシステムの中で東京都は幾つかのブロックに分かれています。その枠の中でも、もっともっと嘱託関係がうまく結びつき、成立し、そしてお互いに協力し合えばいいなというところです。

その中で、若手の助産師の力をつけるという意味でも何か有用な方略が産まれるのではないかと考えたんです。

○島田 教えていただきたいんですけども、大阪ではOGCSという周産期のネットワークがありまして、その中に助産所も全部組み込まれているんです。

それで、前に末原先生が大阪府立母子センターの部長をやっていたときは助産師さんを含めて勉強会をしていたんです。今は部長が変わってからはやっていないようなんですけども、そうしますともちろん判断能力のレベルアップと同時に顔見知りになっていくということやはり送りやすい。また、余りこじらせる前に送ってもらいたいということで、単に助産師のためだけではなくて受ける側も余りひどいを送ってほしくないからそういう勉強会を、しかも助産所もネットワークに入れてやっています。そういった助産所も全部含めたネットワークは、東京都内とかはあるんですか。

○箕浦 全体としてはないですが、ところどころにはあるんです。それで、我々のところの宣伝みたいですが、月に1回オープンカンファをやって、その後、地域助産師と地域連携の会をやっているんですが、大体十数人の開業助産師の人が来ます。そこでいろいろな搬送基準も助産所ガイドラインよりもちょっと厳しくしているんですけども、そういうものを検討したり、搬送症例の検討会とかをずっとやっています。

そういうローカルなものは幾つかあると思うんですけども、全体としての大きなものはないです。

○鈴木 均等にはないです。ちゃんと整備はされていないです。普及していないんですね。

○島田 交流と言うんだから、ただ単なる親睦ではなくて、そういった仕事上の交流の中で顔見知りになるというのがまずは大事かと思えます。

○鈴木 岡本先生、いかがでしょうか。

○岡本 箕浦先生のところでやっていただいているのはとても開業助産師にとっては有効なこ

とです。また、多摩地区では土屋先生たちが中心になってそういう勉強会、症例検討を含めてやっています。

だから、交流という点では主に症例を中心として一緒にディスカッションする場というのは、本当はあちこちでやってもらいたいと思っています。

○白井 救急搬送システムに全て含めるというものを推奨するというのは、提言としてはいかがでしょうか。

それは本当に産む女性の側から言っても、どの都道府県でどのシステムの中にいるかによって扱われ方が違うというのは大変不平等なことというか、命にかかわることなので、それはぜひどの土地に生きていようが同じようなシステムがあってほしいと思いますので。

●鈴木 開業助産院が必ず嘱託医療機関をちゃんと持って、そして救急搬送システムの中に組み込まれて整備される。できるだけ早くに。

○岡本 診療所は嘱託契約とかということも要りませんから、医師同士ということもあって連携は全然問題ない。むしろ送る側が遅いとかという問題はあるかもしれないですけども、厚労省もそういう法律というか、通知上では平成7年くらいから助産所も入っているというように言っています。

ただ、実際は医療連携の協議会すら地元の助産師会をメンバーに入れてもらっていないというのがまだまだあるのが現状なので、その辺は本当に絵に描いた餅じゃなく充実させてもらいたい。ネットワークが稼働してきたら、今、言っているようなことは自然とやっていくことになるのですが、調査をしてみると、半分くらいしかまだ本当に助産師会メンバーが協議会に声をかけてもらっていないんです。だから要望し

なさいと言っているんですけども、まずそれが現実でした。私も、こんなに遅いんだと言ってちょっとびっくりしたんですけども。

●鈴木 ぜひこれは入れていきたいと思います。

○福井 連携交流の中に、大きいものが4つあるんですね。でも、この4つは他のところにも入りそうな気がする項目もあるので、連携交流というか、連携強化というか、それをメインにして何のためにこれをするとして、例えば周産期医療ネットワークを強化して産む人たちが困らないようにする。そのためにどういう連携をするか。まずその1つだけを挙げるようにしてはどうかと思います。

周産期医療計画の中で、産む人たちが困らないようなネットワークをきちんとつくるんだということを示して、周産期医療協議会の中には助産師の力を活用してほしいということも入れていただく。

○岡本 そうですね。やはり安全性を担保するために一番重要な部分かと思います。

災害時の連携もとても重要なんですけども、この辺はまずは日ごろの業務上の連携がうまくいけば必然的にそれにつながっていくものかもしれないので。

○箕浦 そうですね。急にこれが出てくると少し異質な感じがするので。

○福井 災害時の連携になると、どうしてもグループ病院同士が動き出しますね。ですので、通常の地域ネットワークではなくてやはり大きいところに流れるというか、まず自分がいるところの地域はどういう災害ネットワークをついているのかということをお産師も妊産婦も知っていることが必要ですね。

○白井 システムとして、もしかしたら先に動き始めているかもしれないと思うのは、被虐待

を防ぐというほうではかなりシステムが進んでいて、例えば岡山県とか岩手県がよくモデルケースで挙げられるんですけども、気になる妊婦さんがいたら個人情報のことを超えてその情報を共有してよい（資料2）。

例えば、うちの病院にはもう来なくなっちゃうかもしれないけれども、大変気になる妊婦さんの情報は岡山県ならば県内で共有しましょうというものができてきているので、気になる妊婦さんの情報だけではなくてあらゆることがいざとなったら共有できるようなシステムですね。それは、別に妊婦さんの個人情報をやりとりしてよいデータベースをつくるのか、そういうことではなくて、せめて施設が顔見知りであるとか、電話をする機会があるとか、そういうことが大事だと思うんです。

それで、虐待防止ということで言うと、要対協と言われてます要保護児童対策協議会に産婦人科医のネットワークも積極的に入っていきましようとかということが言われていて、それは地域でシステムが生まれようとしていますので、そういったところにすべての施設が入って妊産婦さんを周産期で守るということで組んでいける。既存のネットワークにちょっと乗っていけるような形でやると、モデルとしては少しハードルが低くなるのかなと思いました。

●鈴木 栃木県の「こうのとりのネットワーク」ぐらいに、助産師たちが関連する包括的な地域が理解できている状況をつくり出すということで提言していきたいと思います。

○箕浦 先ほどのようなことができているのは岡山県だけですか。

○白井 岡山県だけですね。

○箕浦 問題症例というのは、東京都が実は一番多いんじゃないかと思うんですが。

○細川 結局、個人情報保護法みたいところで、皆の意識としては共有したほうがいいんですけども、実際にやって問題がないのかというところで滞っているということですね。

○白井 実際に条例ができていかないといけないところがあるんですけども、岡山県は開業医であっても助産所であっても大きな病院であっても情報が共有できるようなシステムがつけられました。

○島田 そのシステムは行政がつくったんですか。どこがつくったんですか。

○白井 産婦人科医会だと思います。

○鈴木（俊） 産婦人科医会がつくって、それを本部に上げられて、それを全国に広めるためのディスカッションが日本産婦人科医の母子保健部会でもされています。あとはやはり都道府県ごとによって事情が違いますので、それはこれからブロックに行って各都道府県に行くことになると思います。

○島田 多分、設置主体が違う病院もそのネットワークを都内でつくろうと思ったら、行政か、あるいはそこから委託を受けた医師会がリーダーシップをとってしないと、それぞれの毛色の違ったグループ同士がやっていたらやはり全体のネットワークにならないのですね。

○鈴木（俊） 各ブロックや都道府県の産婦人科医会会長を通して広報していけるような形で進めていく予定ですけども、ただ、ちょうど虐待が問題になって、ゼロ歳児が問題になって、それぞれの各都道府県の情報がちょうど上げられたばかりのところなので、これから進めていくことになると思います。

○福井 個人情報保護法の解釈に差が大きい。このことを現場側からもっと声を出してほしいということをお求められています。

このネットワークをつくっていくときの法制化に向けて、現場で運用し切れないところの見出しというのは多分していけると思うんです。それで、むしろこういう提言でそこをどう改善してもらえればうまくいくんだ、ということを書いてもらえると、対策に向かってくれる気がするんですけども。

●鈴木 個人情報保護法に関して、看護の科学社というところから出ている『看護実践の科学』の特集号の中に、個人情報保護法をきちんと正しく学ばなければならないという特集がありました。その中に、その対象となる個人の利益にかなうことに関しては、ちゃんと情報をお互いに共有して構わないんだという解釈を法律専門家が説明をしていました。だから、そういうところをきちんと専門職の私どもは理解して使っていないと、助かるものも助からないと思います。

○福井 個人情報保護法の理念はそうなんです。それで、その個人情報保護法をつくってくれた人たちもその理念に基づいているんですが、その後でできたガイドラインを現場で運用していくときに、現場は、徹底した動きになりました。この動きから抜け出せていないんだと思います。

だから、ガイドラインの改定もあるし、個人情報保護法の解釈についても、理解が必要だというキャンペーンも必要です。動いてしまっている考え方や、間違っって植え込まれたことはなかなか修正が動かないと思うんです。

●鈴木 こういうふう災害とか、妊産婦さんの必要性、利便性に関して地域の中の必要なネットワークの範囲内では情報の共有化も必要だということを書くことによって、それが少しずつ反映されることを期待するということですね。
○福井 もう少し踏み込んで、具体的に提案し

てほしいとは思いますが。

●鈴木 わかりました。

○押切 きょう、災害の後にうちの塩釜地区のネットワークで、それを塩釜保健所と各地区の保健師さん、2市（塩釜市、多賀城市）3町（利府町、七ヶ浜町、松島町）の助産師が集まって、ディスカッションしたりしているんですけども、そのときに産婦さんの情報提供書を共通のものをつくりましょうということで、病院から保健所もしくは保健師さんたちの市町村の母子センターさんに送るものを、うちの塩釜地区だけは同じものをつくったんです。

それで、ファックスというのはどこにいくかわからない、まず電話連絡をするという細かい取り決めを皆でして、全部の病院、産婦人科と母子センターのほうで、それを今、共有して使っているところです。

つい2日前も保健師さんのほうから、若年妊婦さんがお宅の外来に通院していると思いますけれども、背景にはこういう問題がちょっとあって、こういうことがありますよという情報を書いて、ただ名前のところには結局イニシャルしか入れてよこさないんです。それでファックスしてきました、こちらにはカルテがありますから、こちらも若年の人が来ているのはわかっていて、1人は入院していたんですけども、その人がそろそろ退院するころに反対に保健師さんのほうに連絡しようと思っていたところでした。

同じ用紙を共有しているので、上のほうにそれに参加している産婦人科の名前と、それぞれの母子センターとか、そういう保健師さんたちのいるところの電話番号も全部書いてあるんです。それでチェックして、ファックスしています。用紙を統一することによってすごくやりや

すくなりました。

病院独自のものでやったり、様式が違うところをポイントにしたらいのかがずれてくるときがあるので、その用紙を統一化しただけでもすごくやりやすくなったところがあって、地道に自分たちのやれるところでどうすればうまく機能するかということを考えて一つ一つ今やっているところです。そこまではやれているんです。

だから、本当に小さいことなんですけれども、そういうことは大切だと思います。逆に病院から保健師さんたちに、今度こういう人がお産をして退院したけれども、この人はこういう問題があって、もしネグレクトになったら困るし、DVになっては困るし、そういう要素を持っているのでよろしくとか、バックアップする家族がちょっと弱いためによろしくとか、そういうことの行ったり来たりを始めているんです。

それで、今度はそういう症例を集めて、また地区の勉強会のときにこのくらいのものでできたということとその成果をまた発表して、自分たちの意識づけを高めていこうというところまでできています。私自身、反対に全国を知らない部分が多いですけれども、自分たちの足元からということでそういうことはやっておりますので、そういうことを少し皆もやれたらいいのかなと思います。

●鈴木 ボトムアップでそういうものが築き上げられているところと、まだこれからということと、ある程度グランドデザイン化した様式をもって機能させるようにすることが大事ですね。日本助産師会では搬送ガイドラインとか様式を決めて活用していますね。

○岡本 そういうものを活用していただくということですね。

●鈴木 それを参考にして、お互いに注意を要する擁護しなければならない母子に関する情報も共有し合うものができるといいですね。

○伊藤 産む側からいくと、本当にお産がスタートだと思うんです。虐待も含め、子育てというところは本当にお産がスタートなので、そのところでそういう連携がとれているかということ、東京が一番漏れてしまいやすい。産んだ後、しばらく経たないと子育ての網に引っかかっていけないので、産んでから地域の子育ての網に引っかかっていくまでの間をどう埋めるかという意味で、そういう連携がとれていると産む側からしてもすごく安心だと思います。

そういった連携がとれているというだけで、すごく安心な気がすると思うんです。地域の中で、こういう大きな病院も有床診療所も助産師さんも連携がとれて皆さんのお産を支えますよということが何かメッセージとして伝わってくるような体制があると、すごく守られているんだという気持ちになると思うんです。それは形として目に見えるものではないですけども、そういった地域で産む産婦さんは安心だと思うんです。そういったものがメッセージとして産む側にあらわれるような、連携していますよというものが何か目に見えてメッセージとして送られているといいなと思います。

○鈴木 ありがとうございます。

実は、5番目の提言の「産後6週間の居宅訪問による助産ケア提供システム、拠点創設の提言」というものを前回話し合いました。その提言にもつながると思いますが、たまたま2月に日本助産師会東京都支部の勉強会を開くイベントがあり、白井先生からのご案内でチラシを送っていただきました。皆様のお手元にお配りしています。

フィンランドは、非常に人口の少ない国です。たしか五百七十数万人くらいしかいない人口の少ないところで、非常に少ない人口の中でどう国を運営をしていくかを考えているそうですが、フィンランドでは妊娠期、分娩期、産褥期、それから子育ての時期のお母さんたちに対していろいろな社会福祉が推進されて充実しているそうです。

日本はやはり産褥期の政策はかなり抜けており、産褥期に助産師が主体的な力を発揮できる拠点をづくり、母子のサービスを充実させていく。そして、その活動には雇用を生む要素が内包されている。こんな拠点をつくったらどうかということが前回話されました。

ちょっと後戻りするようですけれども、検討委員の方たちは全員おそろいではなかったもので、これについて簡単に触れて残る時間で検討をお願いします。いかがでしょうか。

○箕浦 産褥については、日本も診療補助券が産褥は効かないというのは医学会でも検討されていないですか。14回分の妊娠期があっても、産褥分はないんですね。

○鈴木(俊) 検討してしまして、要望を出しています。

○福井 そうしたら、費用対効果を出してくるようになると言われたんです。

○岡本 何と呼ぶかは別として出産後のケアを実施する開業助産師も非常に少ないですし、お産が多いところは早期退院というようなことも起こってきていますので、私はできたら本当は公的に昔の母子健康センターみたいな、出産の機能は別として母子を支援していくような拠点を公立でつくってほしいと思っています。

というのは、私費でつくると費用がむちゃくちゃ高い。行政の支援がなかったら1日で高い

ところは6万円みたいな話になってしまいます。それではお金がある人しか入れないので、そうじゃなくて、それこそ未熟児とか長期母子分離をよぎるとされていればそういう人ほど、もう一回親子関係を構築するために、退院後3週間くらいそういうところに入れることがとても重要なので、これはぜひ提言というか、訪問も大事だけれども、産後ケアの拠点もしっかり作ってほしいと思います。

●鈴木 公的な入所しての拠点がまず必要だということですね。

私はこの5番目の提言は、オランダの助産師さんに来てもらって平成23年度にこちらの病院でカンファレンスを開き、フォーカス・リサーチ・インタビューという方式で助産師がエビデンスに基づいて活躍できるかを日本助産師会本部で国際的な検討会議を開きました。そういう中で学んだ提言です。

オランダのアムステルダム地域の褥婦さんは、産後6週間、最初は助産師がほぼ毎日あるいは1日おきに訪問し、だんだん時系列で訪問回数が少なくなってゆき、徐々に看護師とかヘルパーの訪問のほうがメインとなるチームのケアを受けられます。日本にも、産後の6週間の身体的な産褥期の状況を脱することができる時期まで、パッケージされた助産ケアと産後の介護を提供するシステムがあればすごくいいのではないかと。

潜在助産師が、子育て期間で夜勤や病院勤めができなくても1日に3~4時間の産褥期の訪問ケアを提供することで就労できるのであれば、潜在する2万8,000人の助産師たちのマンパワーを引き出すことができるのではないかと。産褥期の介護者として、女性たちの就労の機会が拡大し雇用を生み出すことになるかと考え含めました。

○岡本 子供虐待防止の観点から、やはりいい母子関係をつくるには母乳がうまくいくことも大事だし、さっき言ったように未熟児等母子分離している人たちをもう一回心理的に一から育てないといけない部分、そういうことをこの拠点が担っていければとてもいいんじゃないかと思えます。

●鈴木 はい、岡本先生に同感です。第1回検討会議でも発言がありましたが、母乳がとてもうまくいくとお母さんたちもエンパワーメントされ、恐らく子育てもすごく楽になっていく。母乳育児の助産ケアは、助産師が力量を発揮するところなので、このような産後6週間まではぜひ援助するというシステムを提言していきたいと思えます。

○福井 潜在の助産師を活用してというときに、どこに助産師がいるのかを知ることがすごく大変なんです。

院内に助産師が潜在しているところはキャッチできるんです。産科病棟が閉鎖になって院内で看護師をやっている人たちは探せるんですけども、そもそもやめてしまっている人たちをどこで探すかというのは看護師も同じで大変なんです。それで、看護職の登録制について、検討して欲しいとお願いしているのですが、個人情報観点から難しいといわれています。難しいことではありますがそういう潜在している人たちが活用できるような仕組みが必要なんだということは言ってほしいと思えます。

●鈴木 わかりました。ありがとうございます。

○島田 あとは、前回の検討会議で、12ページにありますように白井先生が前に都民生協の人を頼んで時給800円で1週間に3回、1か月で3万幾らかで産後の家事とか、いろいろ産褥期のお世話を全部やっていただいたということをお

っしやったんです。それで、産科医療の補償制度でも3万だから、そういうものがいずれ行政で出てこないかなと思いました。それをまた開業助産師の神谷さんに話をしたら、中には来てほしくない人もいるからクーポン券の扱いにして使いたい人が使うというふうにたらどうか。そういうサービスを、前回の提言検討会議で話したように、NPOから始めて、それを行政が後からバックアップするような形にしていっていいんじゃないかと思えます。

あとは、助産院に入院するのもいいんですが、虐待の話とか、ちょこちょこ見に行ったりするためには居宅訪問型こそいいんじゃないかということで、クーポンがいいかなという話が少し出ました。妊婦検診の券みたいに、使いたい人は使えばいいし、手が間に合っている人は別に呼ばなくてもいいしという感じです。

●鈴木 母親代表からの御意見だったのですが、全然顔も知らないような人がいきなり来られてもうちの中に入れたくない。なので、やはり妊娠期や分娩期からお顔が見えていて、この方たちの紹介でこの方たちの施設のところに来ていたヘルパーさんなんだなということを知れば、安心して来てもらえるという御意見もありました。

○福井 私は本当に水を差すようなことばかり言っているなと自覚しているんですけども、ものすごく今、超現実主義に動いているんです。そうしないと、世の中を変えられないということがよくわかったので、こうすればいいということがわかっているけども、現実と合っていないと変えられないんです。

今話を聞いていても、では財源はどうするんですかと次に必ず出てくるんです。財源をどうするかといったときに、だめだと言われるだ