

女性を大切にする 出産ケアシステムを考える ～「マイ助産師制度」の 実現に向けて～

出産ケア政策会議 成果報告・勉強会



2018年3月9日

会場：参議院議員会館・B104 会議室

主催：出産ケア政策会議

Birth for the Future (BFF) 研究会

目 次

プログラム	1
みんなで楽しく過ごすために	2
ご挨拶と提案	3
Birth for the Future (BFF) 研究会 メンバーの紹介	5
出産ケア政策会議 研修生のメッセージ	7
「マイ助産師制度」について	11
WHO 勧告「肯定的な出産体験のための分娩ケア」	14
発表資料	
「マイ助産師制度」について	18
マイ助産師を支える地域連携	24
映像「Dear マイ助産師」制作にあたって	27

出産ケア政策会議 成果報告・勉強会

プログラム

3月9日（金）13:00～15:00

（意見交換会 15:10～16:30）

参議院議員会館 B104 会議室

- | | |
|-------------|--|
| 12:30 | 受付開始 |
| 13:00 | 開会 司会：齋藤麻紀子（NPO 法人 Umi のいえ代表）

開会のあいさつ
日隈ふみ子（佛教大学保健医療技術学部看護学科教授） |
| 13:05 | 国会議員紹介 |
| 13:20 | 「マイ助産師制度」について
ドーリング景子（NZ オークランド工科大学助産学博士課程）

母親の声
佐藤亜衣

マイ助産師を支える地域連携 ～静岡県を例に～
草野恵子（くさの助産院院長） |
| 14:05 | 映像上映「Dear マイ助産師」
企画：日本妊産婦支援協議会りんごの木 編集：お産ラボ |
| 14:10 | ディスカッション
国会議員のご意見
質疑応答 等 |
| 14:55 | 閉会のあいさつ
日隈ふみ子（佛教大学保健医療技術学部看護学科教授） |
| 15:00 | 閉会 |
| 15:10～16:30 | 意見交換会（自由参加） |

＜今日の会をみんなで楽しく過ごすために＞

☆ それぞれが「〇〇先生」ではなく、「〇〇さん」と呼び合うことを提唱します。

☆ 今日の勉強会は参加者のお一人おひとりが主役です。

- ・ 席の両隣、前後の方々とのおしゃべりを楽しみ、語り合う仲間を増やしましょう。
- ・ 今日の思いや感じたことを伝え合いましょう。
- ・ ご質問やご意見はディスカッション・意見交換会で、あるいは、質問票に記載しましょう（アンケート箱や質問箱は会場入り口に設置しています）。

☆ 成果報告・勉強会の進行が円滑にいくことを願っています。

- ・ 講演者・関係者用の指定席を決めています。
- ・ 関係者以外の講演中の録音、録画、カメラの使用、および、写真パネルの撮影は禁止しますので、ご了承下さい。
- ・ 室内での飲食は可能です。
- ・ 休憩時間を設定していないため、ご自由にトイレ休憩などをお取りください。

☆ お子様連れの方 および みなさまへ

出産をテーマにした会です。以下、皆様のご理解とご協力を宜しくお願い致します。

- ・ お子様は機嫌のよい時こそ、よく通る声を出したり、動き回ることがあります。
- ・ ひどく集中力を妨げることがなければ、お子様のそのような行動に、皆様のご理解をよろしくお願い致します。もし、ご迷惑だと感じられた場合には、お近くのスタッフにお声かけ下さい。
- ・ お母様へ もし他の皆様に対してご迷惑と感じられた場合は、恐れ入りますが一時退室、あるいは、会場後方のスペースで、お子様の気分転換を優先してあげて下さい。

ご挨拶と提案

本日のみなさまとの出逢いに感謝いたします。私たち Birth for the Future (BFF) 研究会と出産ケア政策会議は、この1年間に亘って出産ケア政策会議を開催してきました。私たちの活動の大きな特徴は、女性と助産師が一緒になって活動していることであります。

女性中心のケア・継続ケア：大切と分かっているのにできないのはなぜ？

私たち BFF 研究会は、「女性中心のケア・継続ケア：大切と分かっているのにできないのはなぜ？」と問いかけ、「政策的な視点を持って、出産ケアについて考えてみませんか。女性が産み育てることが容易ではないと言われる昨今、女性が本当に必要としていることや社会が抱える課題を見つめ直し、出産ケア政策の再構築を目指します。私たちの未来を創るのは新しい命。その命を育む女性を大切にできる社会を自分たちの手で創るために、学び、考え、議論し、行動する研修会です。ご一緒に活動しましょう。」と呼びかけました。その結果、助産師としての役割が十分に果たせていない現状を憂い、何とかせねばと感じている心ある助産師とものと助産師とともに活動したいと願った女性が全国から集まりました。それが「出産ケア政策会議」のメンバーで、この1年間、研修会活動とともに参りました。研修会の目的と概要は次頁の通りです。

まずは、様々な分野でご活躍の講師陣をお迎えし、現状について学び、考え、議論しあい、案を練ってきました。その結果、たどり着いたのが、「マイ助産師制度」です。「マイ助産師制度」とは、「すべての妊産婦に、妊娠初期からの妊婦健診、陣痛・出産・産後数か月までの継続したケアを同一の助産師が行うことを保障する制度」というものです。

「マイ助産師制度」実現に向けて行動を起こし始めたメンバーたち

研修会の回を重ねるにつれ、この「マイ助産師制度」案を広め、理解を促すべく各メンバーは病院勤務助産師、開業助産師に関わらず様々な立場にある助産師個々への働きかけ、地域の看護協会や助産師会等の組織への働きかけ、さらに行政、地方議員や国會議員への働きかけを行い始めました。また、自らが「マイ助産師」となるということ、つまり、「独立助産師」として自立・自律を目指すべく決意を新たにしているものもあります。さらに、妊娠女性たちへも働きかけるなど、メンバーの1人ひとりが迷いつつも、考えながら、可能な範囲での行動を起こそうとしています。女性の立場からはお母さん視点で内閣府官房審議官との対談機会を打診されたり、他の活動グループとともに地元で開催されたシンポジウムにおいて「マイ助産師制度」を紹介したりしました。これに対しマスコミが関心を示し、「マイ助産師」について新聞に掲載されるということも起きています。

「マイ助産師制度」について議論を重ね、女性のために何らかの行動を起こそう！

病院、診療所、助産院、自宅といった出産場所に関わらず、また、例えハイリスクの状態であったとしても、すべての女性が「マイ助産師制度」のもとで妊娠、出産、産後を送ることができるためにはどうしたらよいのか、助産師だけでなく、当事者である女性とともに検討する必要があると考えます。しかし、「マイ助産師制度」については、「賛成」「反対」「賛成ではあるが理想的すぎる」「現状での実施は無理」などなど、様々な意見

があらうかと思います。まずは、本制度案をご理解いただき、その上で、話し合い、議論を深め、次にどう行動するか？ 本日が、すべての妊娠女性のための変革に向けた何らかの行動を起こすスタートの日になることを願っております。

出産ケア政策会議の研修目的

- ①助産師や出産ケアに関する歴史、出産を取り巻く社会の現状を理解する。
- ②現状の課題を見直すために、出産に関する制度と政策を設計する。
- ③既成の制度や政策に縛られることなく、真に必要な制度や政策を設計する。
- ④新たな制度や政策実現に向け行動する

出産ケア政策会議の研修概要

開催日	開催テーマ	講師
5月20日(土)	開講：1年間の到達目標の共有化	
6月24・25日 (土・日) 合宿	政策提言書作成にむけて 異なる視点からの物事の捉え方・抜け方 (佛教大学集合後、限界集落・京都府美山町にて合宿)	高御堂厚(美山ふるさと株式会社常務取締役・佛教大学非常勤講師) 日本妊産婦支援協議会 りんごの木
7月22日(土)	出産を取り巻く社会の変化と現状・フェミニズム	河合蘭(出産ジャーナリスト)
8月26日(土)	全国の出産現場の状況と助産団体が目指す方向性	福井トシ子(日本看護協会会長)
9月16日(土)	看護職の自律に向けた制度と政策	野村陽子(岩手医科大学教授)
10月21日(土)	出産施設をめぐる政策のあゆみと助産師への期待	中山まき子(同志社女子大学教授)
11月18日(土)	出産ケアと医療経済	田倉智之(東京大学大学院特任教授)
12月9日(土)	草の根ロビイング	明智カイト(ロビイスト)
1月20日(土)	政策提言書のまとめ	
2月17日(土)	政策提言書の発表と講評	新野由子(神戸大学大学院保健学研究科准教授)
3月9・10日 (金・土)	永田町&霞が関へ行こう(東京遠征) ロビイングとマスコミ	
4月21日(土)	修了式・未来への活動	

BFF 研究会メンバーの紹介

古宇田千恵（こうたちえ）

2010 年に日本妊産婦支援協議会りんごの木を創設し、代表を務める。母親の立場から、バーストラウマ劇の上演や模擬産婦の提供などをおして、医療関係者や学生、一般市民に出産体験の大切さを伝えている。2012 年にりんごの木の「お産のワークショップ」が（社）生命保険協会から子育て家庭支援活動として助成を受ける。2008 年から 1 年間ニュージーランドに滞在し、1980～90 年代のニュージーランドの助産改革運動を牽引した助産師や女性を取材した経験が、現在の活動の源になっている。『助産雑誌』（医学書院）にニュージーランドの助産改革を紹介する記事を執筆（「ニュージーランドの助産改革運動から学んだ 5 つのステップ」2015 年 8 月号、「ジョーン・ドンリー『助産師か、さもなくばモアか？』スピーチ全訳」2018 年 1・2 月号）。

ドーリング景子（どうりんぐけいこ）

ニュージーランドのオークランド工科大学（助産学）博士課程に在籍し、女性と助産師の関係について研究を行っている。助産師として、病院や助産所、地域での活動、タンザニアやインドネシアでの国際救援に従事したのち、カナダとニュージーランドで出産し、3 児の母となる。両国でみた自律した助産師や、ニュージーランドで自ら体験した女性中心の周産期ケアシステムに魅せられ、日本にある助産ケアを生かす日本独自の助産システムや助産師の自律にむけて活動を行っている。2011 年『ペリネイタルケア』に、ニュージーランドの助産について 1 年間連載、2014 年より Facebook『お産と助産』を主宰し、多くの助産師や女性から好評を得ている。

日隈ふみ子（ひのくまふみこ）

看護短大助産学専攻科における助産学教育に従事した後に、2 か所の大学院における助産学教育の開設に携わり、現在は、佛教大学保健医療技術学部看護学科で母性看護学を担当している。自分自身が助産院での出産体験を通して開業助産師の持つ智慧と助産術に大きな感銘を受けたことが、助産学や看護学教育の大きな根拠となっている。2004 年以降、産む女性の意思が軽んじられているような病院出産への疑念から、助産とは？助産師の役割とは？の追求のために 2 年に 1 回ではあるが「お産カンファレンス」を開催。2016 年からはお母さん代表の古宇田、助産学研究中のドーリングとともに勉強会を設け、Birth for the Future(BFF)研究会としての活動を実施している。

～研修生からのメッセージ～

2017 年 5 月から BFF 研究会の思いに賛同し、

今を変える力になりたいと全国から集まった研修生です。

出産ケア政策会議に参加し、自分の目指す助産師像がより明確になりました。研修内容は自分の地域での活動のヒントになることばかりで、とにかく、できるところから実践に生かすことができ、この 1 年間で活動の幅が広がりました。様々な地域の先輩開業助産師さんとの話は私にとって本当に貴重であり、近い将来”お産を取り扱う独立開業”をできるよう身の丈で一步一步、助産師として精進しようと、志はさらに強くなりました。（愛知県 鈴木知佳）

この一年間で、現在の今の助産師のルーツを納得できる形で勉強できました。長崎からの参加でしたが、内容が共感することばかりでアドレナリンがでていたのか、心が満たされる部分が多くさほど疲れも感じなかったです。これからは、学習したことを長崎の助産師とも分かち合いたいと思っています！（長崎県 小橋川直美）

“命を育む女性を大切にできる社会を自分たちの手で創る” その目的に共感し、お母さんの立場から想いを伝えてきました。日本のお産に関する制度やシステムは、私が思っていた以上に、複雑で、政策提言するのは困難だと痛感しました。知れば知るほど、失望感、無力感に陥りました。だからこそ、なんとかしたい！ 未来のお産をよりよくするために、お産ラボを続けていく！！ BFF の仲間の熱い想いを胸に…私の決意です。（静岡県 平田砂知枝）

病院の産科病棟は混合科されていて、緊急性の高いケア優先となっている今の現状でも、お産する女性や家族が「病院のお産は良かった」と感じてもらえるようにしていきたいです。病院勤務助産師でも、妊娠中から産後まで、継続したケアを提供するためには、勤務体制の調整が必要です。また、助産師としての知識・技術の向上も必要です。助産師としての役割が果たせるように、働きかけていきたいです。（神奈川県 花鳥賊陽子）

現在は、教員として母性看護学・助産学を教えています。助産師に必要な役割と責任を教える中で、この政策会議の活動は助産師教育の在り方や助産師に求められる資質や能力について考える機会となっています。現在の助産師教育のカリキュラムでは 10 例の分娩介助を行っただけでは、助産診断や実践力が身につくまでに至らない現状があります。自律した助産師の輩出を目指して現場の助産師と協働していきたいと思います。（京都府 林田聖子）

女性が望む出産環境や出産ケアを提供するために、今私達にできることは何なのか・・・ 一人ひとりの努力も大切ですが、それだけでは十分ではなく、そのための政策提言を作成するため、毎月様々な分野の講師のお話をうかがいました。当初描いていた政策提言の道のりはまだ遠く、助産とは、助産師とはという哲学的な自問自答の 1 年間だったように思います。誰一人として女性から生まれなかった人間はいません。女性や助産師のみならず、 全国の皆さんもぜひ一緒に考えていただけたらと思います。（岐阜県 赤塚庸子）

昔の日本や諸外国に比べて現在の日本の助産師の自律に程遠い現状を何とかしたいと思っていましたので、出産ケア政策会議のことを知った時はとてもうれしかったのを覚えています。月に 1 回の京都行はとても楽しみでした。講義も素晴らしかったですが、なんといっても全国から集まってくるメンバーの皆さんの意欲にエネルギーをいただきました。 マイ助産師制度の実現を目指しながらこのつながりを大事にしたいと思います。（静岡県 草野恵子）

出産する女性がもっと尊重され、大切にされる経験が子育てをする力となる、それはすなわち日本の力となる…そのためには、マイ助産師制度が必要です。その事を信じる助産師の仲間に出会えたことに感謝します。もっと仲間を増やして、勢いが必要とも感じたこの 1 年。産む女性も助産師も日本全体が自分を大切にする、生き方、働き方を改革していきましょう！（岐阜県 田嶋恵子）

全国の思いのある助産師に出会え、同じ目標に向かって共に学び語りあえた時間は私の宝物です。助産師として、女性とともにありたいという単純な思いが単純にいかない現状の中、講義では同じように思いを持ち、様々な分野でその道を極めている方々のお話が聞け、その魂に触れることができ、知恵と勇気と情熱をもらえました。できることから始めよう！！（岐阜県 中村暁子）

1 年前に Facebook で出会った出産ケア政策会議参加募集の案内。女性がその人らしくお産や子育てできるように、助産師が継続的に関わるシステム造りをするための勉強会。発起人の方々やメンバーの熱い想いに触れながら今の自分にできることを考えた。この活動を県の助産師会と看護協会助産師職能委員会、そして県にアピールしていくこと。まずは助産師みんなが My 助産師を理解し、地元で何かできる活動をしていきたいと考えている。（三重県 中谷三佳）

「日本の助産・お産をどぎゃんかせんばいかん！」1 年間、京都で熱い思いを持った助産師や女性の仲間と共に、将来のお産について真剣に学び、語り合ったことは私にとって大きな財産となりました。毎回参加するたびに、先輩方から受けた刺激は「もっと学んで技を磨こう、日本社会のために動こう！」というエネルギーに変わっていきました。毎回頭から湯気が出ていましたが、これからも熱い熱気でこの活動を続けていきたいです。（東京都 吉川加良子）

出産する女性が公平に、身近な地域で安心して安全に満足いくお産ができるよう助産師の有効活用が周産期医療の喫緊の課題と思います。でも個人や組織の働きかけでは限界。政策の必要性を感じていたところへ BFF の呼びかけがありました。今回受講生のそれぞれの立場からの切実な訴えや意見を聞く中で、ますます制度・政策の重要性を認識しています。心を同じくする人たちの輪を広げ、小さな波を大きなうねりにしていきたいです。（滋賀県 金森京子）

出産ケア政策会議に参加して、日本の助産の歴史から学び直し、日本の助産の現状にどのように政治や政策が関わっているのか、どのような文化的背景があるのか、広い視野を持った仲間たちに刺激されつつ考えることができました。そして、それらを変革することは一筋縄ではいかないことも痛感しています。それでも多くの女性たちが『また産みたい』と感じられるようなケアを受けられるよう、今後も活動을続けていきたいと思っています。（鹿児島県 中隈翔子）

1 助産師のチカラだけでは日本の助産師の危機は救えない!!と感じていた好機にこの研修会と巡り会いました。学べば学ぶほど、実現への壁の高さを感じることばかりでしたが、同時に、日本の女性のためには必ず乗り越えなければならぬ壁とも思える1年でした。助産師が助産師であることを幸せに思えることを土台に、それぞれの場所で今できることの幅をほんの少し広げることが必要です。これからも1助産師として今できることをやり続け、将来「マイ助産師制度」が当たり前の日本で笑顔いっぱいの女性と過ごしていきたいです。（京都府 宮川友美）

今回、この会議に参加して、たくさんの資料や文献、そして講義から多くの事を学びました。また、全国からの志の高い参加者との交流は、開業直後の妊娠出産で、なかなか思うように活動が出来ずに悶々としていた私にとって、非常に刺激的で意欲向上につながるものでした。今後は、地域でマイ助産師を実践し、女性が安心・納得・満足と思えるお産を体験し、その後の社会貢献にもつながるような関わりをしていきたいと思っています。（福岡県 松本由美子）

出産ケア政策会議では、母子のために切れ目のない手厚いケアを!!と、全国から集まった熱意のある助産師や女性が集まり研鑽してきました。これまで、母子への熱い思いだけでは打破できなかった問題を、出産を取り巻く社会・政策・法律・経済など、これまでとは異なった視点から議論を重ね、より良い政策を見出せないかと考えてきました。女性には「また産みたい」と思ってもらえるよう、助産師には自律して安全かつ母子に温かい気持ちで寄り添うことができるように、多くの人々に『マイ助産師制度』を知ってもらえるよう活動을続けていきたいです。（大阪府 裏松 紀子）



「マイ助産師制度」って？

同じ助産師による妊娠・出産・産後を通した一対一の継続ケア

私たちが提案する「マイ助産師制度」とは、同じ助産師、または少人数の助産師チーム（その場合でもマイ助産師をひとり特定する）が、ひとりの妊婦の妊娠初期から、陣痛・出産、産後(6ヶ月～1年)のケアを継続して提供するための制度です。

「マイ助産師制度」では、出産場所やリスクの程度に関係なく、すべての妊婦がマイ助産師を選ぶことができ、マイ助産師を変更することもできます。

マイ助産師は、整備されたバックアップ体制のもとでケアを提供し、状況に合わせて、他の助産師や医師・看護師・保健師・ソーシャルワーカー等の他職種と協働しながら、その妊産婦や母親に必要なケアを提供します。

「マイ助産師制度」の意義

継続性と個別性・全人的なケアがもたらす、安心・信頼の体験と安全なケア

「マイ助産師制度」では、妊婦と助産師が時間をかけて信頼関係を築くことができるため、いつでも何でも相談しやすいなど、妊産婦や母親にとって、より安心して安全な関係と環境を提供することができます。また、継続して関わることで、個人を尊重し、全人的に関わることで、各々の妊産婦や母親の個性・価値観・生活背景を理解し、より最適なケアを提供することが可能になります。

産科医が周産期医療の専門家である一方で、助産師は、周産期を通してすべての「ケア」を行うことができる唯一の専門家です。助産師は、出産という生理的な営みに対し、その過程がより生理的にすすむように、そして、できるだけ正常な状態を維持できるように、ケアを提供します。「マイ助産師制度」では、助産師がひとりの妊婦に継続的に関わることで、「その人にとっての正常」を理解し、把握することができるため、様々な変化や異常に気づきやすく、異常を未然に防いだり、早期発見することができます。

このようにして妊娠・出産の正常な経過が維持され、異常の予防や早期発見ができることで妊娠・出産の安全が強化されると、医療介入が減少し、医療費の削減にもつながりま

す。また、助産師がそのようなケアを提供できることで、医師がハイリスクの妊産婦の診療や治療に集中できるという利点もあります。

諸研究では、助産師が継続してケアを提供することで、早産や死産、異常分娩が減少することや費用対効果の高さが認められ、妊産婦の体験もより肯定的であると報告しています。肯定的な出産体験が、妊産婦の自己効力感や自己肯定感、母親としての自信、児への愛着形成につながることも明らかです。その肯定的な体験は「また産みたい」という次の出産への希望、すなわち少子化の改善にもつながります。このような科学的根拠に基づき、WHO は妊産婦に対して同じ助産師による継続ケアを提供するよう勧告し、カナダやニュージーランドなどの諸外国では、すでに「マイ助産師制度」と同様の制度が法律で定められ、実施されています。

研究では、助産師にとっても、「マイ助産師制度」のような一対一の継続ケアは、分業や交替制勤務で働く場合に比べ、モチベーションが上がり、肯定的な体験となること、バーンアウトを減少させることを証明しています。これは、助産師職の労働力維持につながるため、助産師不足、潜在助産師問題の改善につながることも期待されます。

現在、日本では、ほんの一握りの妊産婦しか「マイ助産師制度」のようなケアを受けることができません。日本の母親を対象にしたアンケートの結果では、ほとんどの女性は、そのようなケアの選択肢があることさえ知りません。その一方で、85%の母親が同じ助産師による妊娠期からの継続ケアを望んでいることが分かっています。女性中心のケアや、女性と助産師のパートナーシップを可能にする「マイ助産師制度」は、妊産婦や母親に安心と信頼、肯定的な体験をもたらし、妊産婦や母親の自信と自立を育む制度であり、当事者である女性からも求められているのです。

周産期ケアの現場

孤独な妊娠・出産体験、育児不安、産後うつ、妊産婦の自殺、乳児虐待

日本では、「マイ助産師制度」のようなケアがない現状で、多くの妊婦が、定期的な健診等に通いながらも、聞きたいことが聞けないなど不安な妊娠生活を送っています。たとえば、健診時や入院中に助産師に会うことがあっても、毎回のように助産師が替わることで、妊産婦は緊張や戸惑いを感じています。そして、ひとりぼっちで陣痛に耐え、退院後は誰に助けを求めてよいかも分からず、気軽に相談できる人もいないという不安と孤立の出産・育児体験をしている母親も少なくありません。

厚生労働省は、年間4万人の妊産婦が産後うつなどにより精神科治療を必要とし、約8割の母親が育児に不安を感じていると発表しています。妊産婦死亡の死因の1位は自殺で、東京では出血などによる妊産婦死亡の2倍に達しています。新生児や乳児への虐待も深刻です。一方で、産科医の不足や過重労働が問題になって久しく、周産期医療を担う専門家にも大きな負担がみられています。

日本の周産期死亡率は世界に誇る数字を持っています。その一方で、このような妊産婦の社会問題が深刻化していることは、母児が身体的に安全であるという結果を追求してきた日本の周産期医療およびケアが、妊産婦や母親の心を置き去りにしてきた結果かもしれません。WHOは、女性がどんなケアを受け、どんな体験をしたかという女性にとってのケアと体験の質が、臨床的なケアと同じだけ重要であり、その両方が満たされてはじめて、その人にとって十分な結果が得られると言っています。日本の女性が、妊娠・出産・産後を通して、実際にどのようなケアを受けているのか、体験をしているのかということを改めて知る必要があります。

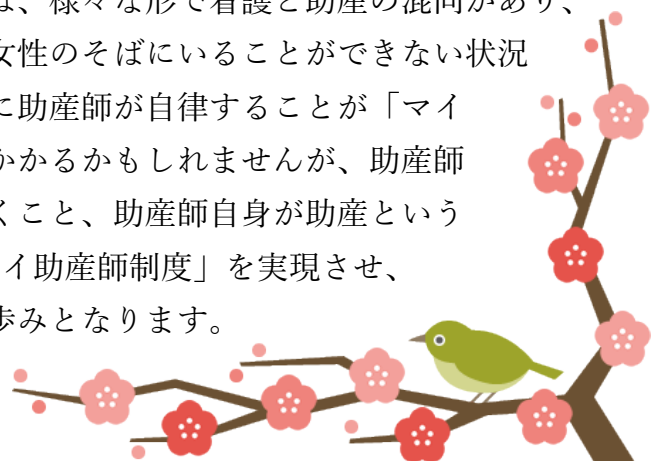
「マイ助産師制度」実現のための課題

助産師のあり方・実践能力の向上、連携・オープンシステムの整備

「マイ助産師制度」実現のためには、助産師の実践能力の向上と助産師数の確保が不可欠です。日本の助産教育は世界基準を満たしていません。また、その卒業時の実践能力の低さからも、助産師の基礎教育・卒後研修等の抜本的な見直しと改善が必要です。

また、マイ助産師の自律的な活動を支えるための医療連携とバックアップ体制の整備は必須です。妊産婦にとって切れ目のない継続ケアを保证するために、マイ助産師が搬送先などの施設にアクセスできるオープンシステムの推進・整備、専門家同士の顔の見える連携やネットワーク構築も欠かせません。

国際助産師連盟は、看護と助産は異なるものであり、助産師が看護と助産の業務を同時に行うことはできないと言っています。日本では、様々な形で看護と助産の混同があり、助産師が助産業務に専念できない、すなわち女性のそばにいないことができない状況が当然のように起こっています。女性のために助産師が自律することが「マイ助産師制度」実現への確実な道です。時間はかかるかもしれませんが、助産師に関わる法律や助産師の働き方を見直していくこと、助産師自身が助産という概念やその哲学を熟慮し実践することが、「マイ助産師制度」を実現させ、持続可能なものにしていくために欠かせない歩みとなります。



WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva. World Health Organization; 2018; 1. [<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1> 2018.03.01 アクセス]

Executive summary

Introduction

The majority of approximately 140 million births that occur globally every year are among women without risk factors for complications for themselves or their babies at the beginning and throughout labour. Nevertheless, the time of birth is critical to the survival of women and their babies, as the risk of morbidity and mortality could increase considerably if complications arise. In line with the targets of Sustainable Development Goal 3 – ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages – and the new Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016–2030), global agendas are expanding their focus to ensure that women and their babies not only survive labour complications if they occur but also that they thrive and reach their full potential for health and life.

In spite of the considerable debates and research that have been ongoing for several years, the concept of "normality" in labour and childbirth is not universal or standardized. There has been a substantial increase over the last two decades in the application of a range of labour practices to initiate, accelerate, terminate, regulate or monitor the physiological process of labour, with the aim of improving outcomes for women and babies. This increasing medicalization of childbirth processes tends to undermine the woman's own capability to give birth and negatively impacts her childbirth experience. In addition, the increasing use of labour interventions in the absence of clear indications continues to widen the health equity gap between high- and low-resource settings.

This guideline addresses these issues by identifying the most common practices used throughout labour to establish norms of good practice for the conduct of uncomplicated labour and childbirth. It elevates the concept of experience of care as a critical aspect of ensuring high-quality labour and childbirth care

and improved woman-centred outcomes, and not just complementary to provision of routine clinical practices. It is relevant to all healthy pregnant women and their babies, and takes into account that childbirth is a physiological process that can be accomplished without complications for the majority of women and babies.

The guideline recognizes a "positive childbirth experience" as a significant end point for all women undergoing labour. It defines a positive childbirth experience as one that fulfils or exceeds a woman's prior personal and sociocultural beliefs and expectations, including giving birth to a healthy baby in a clinically and psychologically safe environment with continuity of practical and emotional support from a birth companion(s) and kind, technically competent clinical staff. It is based on the premise that most women want a physiological labour and birth, and to have a sense of personal achievement and control through involvement in decision-making, even when medical interventions are needed or wanted.

This up-to-date, comprehensive and consolidated guideline on essential intrapartum care brings together new and existing World Health Organization (WHO) recommendations that, when delivered as a package, will ensure good-quality and evidence-based care irrespective of the setting or level of health care. The recommendations presented in this guideline are neither country nor region specific and acknowledge the variations that exist globally as to the level of available health services within and between countries. The guideline highlights the importance of woman-centred care to optimize the experience of labour and childbirth for women and their babies through a holistic, human rights-based approach. It introduces a global model of intrapartum care, which takes into account the complexity and diverse nature of prevailing models of care and contemporary practice.

参考) 資料①の日本語訳

「WHO 勧告：肯定的な出産体験のための分娩ケア」WHO (2018) p.1

要約

はじめに

世界の年間出生数は約 1 億 4 千万ですが、その大部分は、分娩のはじめからおわりまで、母子ともに異常が生じるリスク要因がありません。それでもやはり、出生時は、母子の生死を左右する極めて重要な期間です。それは、異常が生じた場合、罹病率や死亡率が大幅に高まるからです。「持続可能な開発目標 3」の達成目標—あらゆる年齢のすべての人に健康的な生活を確保し、福祉を推進する—と「女性、子供および青少年の健康のための新・世界戦略 (2016–2030)」にしたがって、グローバル・アジェンダが注目する範囲は広がってきています。すなわち、母と子を分娩時の異常から救うことを目指すだけでなく、母と子が成長し、健康と人生における潜在の可能性を最大限に達成することを目指すようになってきました。

ここ数年、重要な議論や研究がなされてきたにもかかわらず、分娩と出産における「正常」の概念は一般化も標準化もされていません。ここ 20 年以上もの間に著しく医療介入が増えました。すなわち、分娩業務の適用範囲を広げ、分娩の生理的プロセスの開始・促進・停止・調整・監視を行うようになってきました。これらは、母子のアウトカムを向上することが目的で行われてきました。しかし、この出産プロセスの医療化は、女性自身の出産する能力を衰えさせ、出産体験に悪影響を与える傾向があります。さらに、明確な指針がない状態で医療介入を行うことが増えたため、資源の豊富な環境と資源の乏しい環境との間における健康の公平性の格差が拡大し続けています。

本ガイドラインは、これらの問題に対応するために、どんな分娩にも共通して用いることのできる業務を特定し、異常のない分娩と出産の適正実施基準を確立するためのものです。このガイドラインは、ケアの体験という概念を、分娩と出産のケアの質の高さと女性中心のアウトカムの増進を確保する重要な側面として位置づけます。ケアの体験という概念は、単にルーティンの診療や診察の提供を補完するものとしてあるものではありません。ケアの体験という概念は、すべての健康な妊婦と赤ちゃんに関係することであり、その概念には、出産は生理的なプロセスである、

すなわち大多数の女性と赤ちゃんは異常なく分娩と出産を成し遂げる、ということが含まれています。

本ガイドラインでは、「肯定的な出産体験」を、分娩期のすべての女性にとって重要なエンドポイント(ケアの有効性を評価するための指標)として認めています。本ガイドラインでは、肯定的な出産体験を以下のように定義します。肯定的な出産体験とは、女性がそれまで持っていた個人的・社会文化的な信念と期待に沿った体験、あるいは、それらを凌駕する体験です。肯定的な出産体験には、臨床的・心理的に安全な環境で、出産に付き添う人や思いやりがあつて技術的にも優れている臨床スタッフから、実用的で情緒的な支援を継続的に受けつつ、健康な赤ちゃんを出産することが含まれます。この定義の根源にあるのは、ほとんどの女性が生理的な分娩と出産を望むと同時に、個人的な達成感を得ることや意思決定に関与することも望み、それは医療介入が必要とされる場合、あるいは望まれる場合でも同様である、という前提です。

本ガイドラインは、極めて重要な分娩中のケアについて書かれた最新の包括的・統合的ガイドラインであり、新旧の WHO の勧告をひとつにまとめています。それらの勧告を一括して読むことによって、ヘルスケアの環境やレベルに関係なく、質の高いケアとエビデンスに基づいたケアが確保されるでしょう。本ガイドラインで示された勧告は、特定の国や地域に限定されるものではありません。本ガイドラインでは、世界的に見て、国内および国家間で入手可能なヘルスサービスのレベルにばらつきがあることを認めています。本ガイドラインで強調していることは、母子の分娩と出産の体験を最大限に生かすためには女性中心のケアが重要であり、それは、全人的で、人権に基づいたアプローチによって可能になる、ということです。本ガイドラインは、広く行われているケアモデルや現行の業務を考慮に入れた、分娩中のケアのグローバルモデルを紹介するものです。

資料②

WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva. World Health Organization; 2018; 34. [<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1> 2018.03.01 アクセス]

3.1.4 Continuity of care

RECOMMENDATION 4

Midwife-led continuity-of-care models, in which a known midwife or small group of known midwives supports a woman throughout the antenatal, intrapartum and postnatal continuum, are recommended for pregnant women in settings with well functioning midwifery programmes. (Context-specific recommendation)

Remarks

- This recommendation has been integrated from the *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience* (35).
- Midwife-led continuity-of-care (MLCC) models are models of care in which a known and trusted midwife (case-load midwifery), or small group of known midwives (team midwifery), supports a woman throughout the antenatal, intrapartum and postnatal period, to facilitate a healthy pregnancy and childbirth, and healthy parenting practices.
- MLCC models are complex interventions and it is unclear whether the pathway of influence that can produce these positive outcomes is the continuity of care, the midwifery philosophy of care or both. The midwifery philosophy inherent in MLCC models might or might not be enacted in standard midwife practice in other models of care. Policy-makers in settings without well functioning midwife programmes should consider implementing this model only after successfully scaling up the number (and improving the quality) of practising midwives. In addition, stakeholders might wish to consider ways of providing continuous care through providers other than midwives, because women value continuity of care.
- The panel noted that with this model of care it is important to monitor resource use, and provider burnout and workload, to determine whether caseload or team care models are more sustainable in individual settings.
- MLCC requires that well trained midwives are available in sufficient numbers for each woman to see one or only a small group of midwives throughout her pregnancy and during childbirth. This model may therefore require a shift in resources to ensure that the health system has access to a sufficient number of midwives with reasonable caseloads.
- The introduction of MLCC may lead to a shift in the roles and responsibilities of midwives as well as other health care professionals who have previously been responsible for antenatal and postnatal care. Where this is the case, implementation is likely to be more effective if all relevant stakeholders are consulted and human resources departments are involved. In some settings, government-level consultation with professional organizations could also aid the implementation process.
- The need for additional one-off or continuing training and education should be assessed, and any necessary training should be provided.
- The evidence supporting this recommendation can be found in the source guideline document, available at: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250796/1/9789241549912-eng.pdf>

3.1.4 継続ケア

勧告 4

助産プログラムが機能している環境において、助産師の継続ケアモデル（顔見知りの助産師または少数の顔見知りの助産師のグループが、妊娠、分娩、産褥という一連の期間を通して女性を支援するケアモデル）を妊婦に提供することを勧告します。

- この勧告は、*WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience (35)*からの統合です。
- 助産師の継続ケア（MLCC：Midwife-led continuity-of-care）モデルは、顔見知りの信頼できる助産師（ケースロード助産師）または少数の顔見知りの助産師（助産チーム）が、健全な妊娠・出産、健やかな育児行動を促すために、産前、出産、産後の期間を通して、女性を支援します。
- MLCC モデルは複雑な介入で、諸々の肯定的な結果を生み出す影響が、継続ケアによるものなのか、助産哲学に導かれるケアによるものなのか、またはその両方であるかどうかは不明です。MLCC モデルに内在する助産哲学は、他のケアモデルの中の標準的な助産業務に規定されている場合とされていない場合があります。助産プログラムが十分に機能していない環境にいる政策立案者は、ケアを実践する助産師の養成（および質の向上）が達成された場合のみ、この MLCC モデルの実施を検討してください。さらに、関係者は、助産師以外の提供者によって継続ケアを提供する方法を検討することも考えられます。なぜなら、継続ケアは、それだけ女性にとって価値のあるケアであるからです。
- 小委員会は、それぞれの環境によって、ケースロード・モデルとチーム・モデルのどちらがより持続可能であるかを判断するために、継続ケアモデルにおける資源の活用や、ケア提供者のバーンアウトと労働負荷を監督することが重要であると指摘しています。
- MLCC は、一人ひとりの女性が、妊娠・出産中に一人の、または極少数の助産師に会うために、十分に訓練された助産師が相当数、必要となります。そのため、このモデルは、そのシステム下で個々の助産師の受け持ち件数が妥当であることを前提として、十分な数の助産師を確保できるよう、資源の転換が求められるかもしれません。
- MLCC の導入は、助産師と、これまで産前や産後のケアを担ってきた他の医療従事者の役割や責任の変化につながる可能性があります。その場合、すべての関係者に意見を求めたり、人事部を巻き込むことによって、その実施がより効果的になるでしょう。状況によっては、専門機関を擁する政府レベルの協議もその実施プロセスを支援することになります。
- 単発または連続した研修や教育の必要性も検討され、必要な研修が提供されるべきです。
- この勧告の科学的根拠は以下の指針書に記載されています。

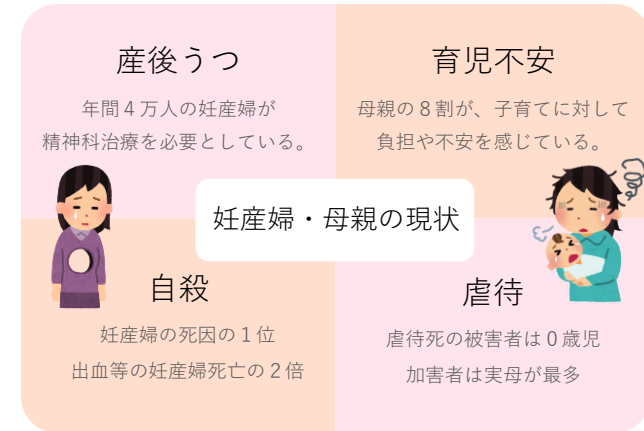
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250796/1/9789241549912-eng.pdf>

不安と孤立から、安心と信頼へ
母親の自立心を育む

「マイ助産師制度」実現にむけて

Birth for the Future (BFF) 研究会
出産ケア政策会議
2018/3/9

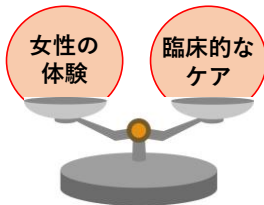
1



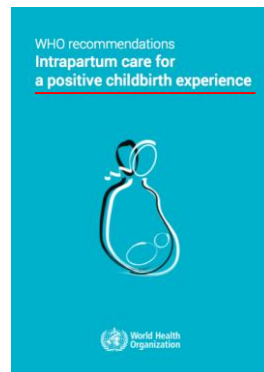
2

WHO勧告:ケアの体験の重要性

女性が妊娠・出産で
どんな体験をするかが重要！！



女性中心のケアか？
女性の尊厳は守られているか？



3

出産体験は、その女性の 産後・子育て・一生に影響を与える！

肯定的な出産体験

- 自己効力感や自己成長を感じる。
- 自信が高まる。
- 子どもとの結びつきがよりスムーズになる。

否定的な出産体験

- 自分の力が十分でないと感じる。
- 母親になることに難しさを感じる。
- 子どもとの愛着形成が難しくなる。
- 産後うつやお産のトラウマを抱える。
- 次の子どもを持つことを控える傾向がある。
(それ以上産まない、または、次の出産までの期間が長い。)



4

出産体験に影響を与える要因

どこで産んだか

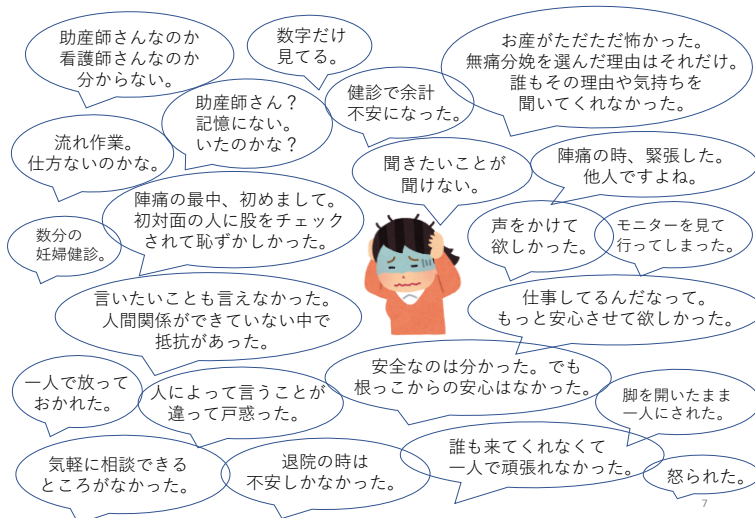
(出産場所：病院・診療所・助産所・自宅)

どんなお産をしたか

(出産様式：経膣分娩・帝王切開など)

どんなケアを受けたか

(ケアの質・ケア提供者との関係など)



助産師は 母親と赤ちゃんのために存在する

助産婦（助産師）
・助産をする女性
・産婦を助ける人

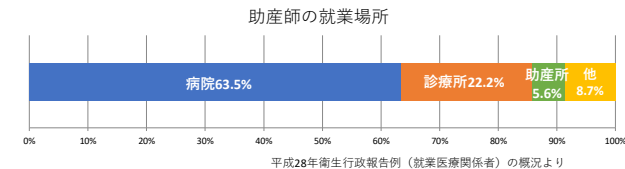


Midwife（助産師）
・女性とともに
・女性に寄り添う

- 専門的な知識と技術によって、生理的な妊娠・出産を支える。
- 妊産婦をありのままに受け入れ、時間をかけて信頼関係を築き、妊産婦に安心感を与える。
- 女性に一貫して寄り添い、女性の力を引き出すことによって、妊産婦が自信を持ち、自立することを助ける。

助産師を取り巻く現状

- ・助産師の就業場所の偏在・交替制勤務・分業
- ・産科の8割が混合病棟
- ・院内潜在助産師
- ・助産業務と看護業務の混同
- ・世界基準に満たない助産教育
- ・地域で活動する助産師が増える一方、分娩を取り扱う開業助産師は減少
- ・医療連携、バックアップ体制の不備



マイ助産師による継続ケア

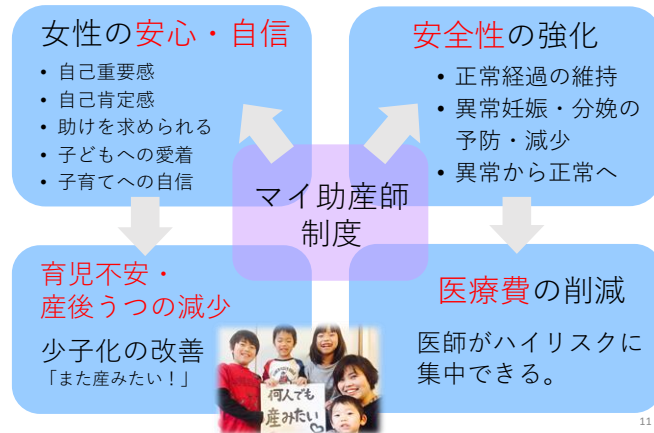
同じ助産師による妊娠・出産・産後を通した一対一の継続ケア

- 妊娠初期からの妊婦健診・陣痛・出産時のケア、産後（6ヶ月～1年）のケアを同一助産師（または少人数の助産師チーム）が行う。
- 出産場所やリスクの程度に関係なく、すべての妊産婦がマイ助産師を持つことができる。
- マイ助産師は、他の助産師や他職種と連携し、状況に応じて、医師・看護師・保健師・ソーシャルワーカー等と協働しながら妊産婦のケアを行う。
- マイ助産師は、整備されたバックアップ体制のもとで、ケアを提供する。
- 妊婦自身が、自分の助産師を選ぶことができ、変更も可能である。

9



マイ助産師制度による継続ケアの利点



11

同一助産師による継続ケアの効果

- 17,674名の女性を対象にしたシステマティックレビュー
 - ・ 早産が少ない。（23%減少）
 - ・ 自然経膈分娩が多い。（5%増加）
 - ・ 無痛分娩が少ない。（17%減少）
 - ・ 会陰切開が少ない。（16%減少）
 - ・ 吸引・鉗子分娩が少ない。（12%減少）
 - ・ 流産や死産、新生児死亡が少ない。
 - ・ 他のケアモデル（医師・チームケア等）と比べて欠点がない。
- 医師やチームによる継続ケアに比べ、費用効果が高い。
- 継続ケアを受けない場合に比べ、女性の出産体験やケアに対する肯定感が高い。
- 他の働き方に比べ、助産師の仕事に対する満足度が高く、バーンアウトも少ない。

12

同一助産師による継続ケア：勧告と法律

➤WHO

同一助産師（または少数の助産師チーム）の継続ケアモデルを勧告



➤イギリス

周産期の継続ケア実施を勧告(NICE)

同一助産師による継続ケア推進のためのガイドライン(NHS)



➤カナダ

すべての助産師がマイ助産師として活動
(例：オンタリオ州 1991年助産法)

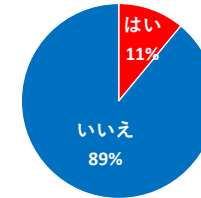
➤ニュージーランド

すべての女性が妊娠・出産・産後を通して同じケア提供者から継続ケアを受ける制度
(2000年NZ公衆衛生および障害法)

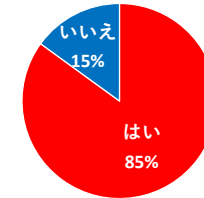
13

「同一助産師による妊娠期からの継続ケア」 認知とニーズ

同一助産師による
継続ケアの存在を知っている
(N = 310)



同一助産師による継続ケアを
受けた
(N = 310)



実際に同一助産師から妊娠・出産・産後の継続ケアを受けている女性は極少数

14

「マイ助産師制度」実現のための課題

1. 助産師の働き方改革

- 看護と助産の混同を解消（混合病棟・院内潜在助産師等）
- 分業からトータルケアへ
- シフトからフリーへ
- 施設から地域へ

2. 医療連携・バックアップ体制の整備

3. 開業助産師によるオープンシステムの推進

4. 助産師の実践能力の向上・教育の見直し

5. 法的基盤・財源の確保



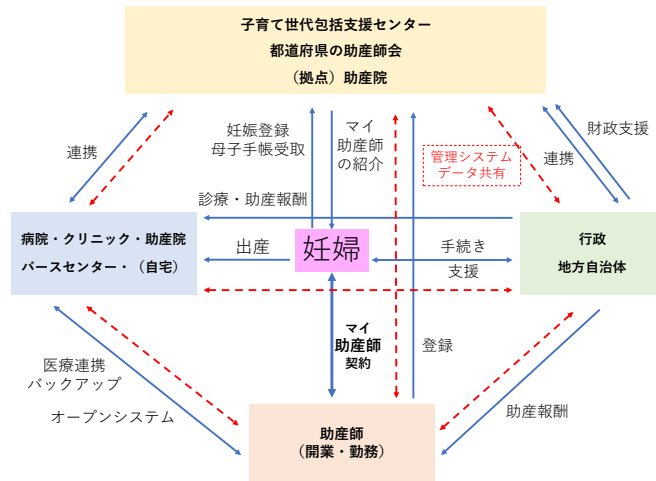
15

助産師によるオープンシステム



妊産婦・母親にとって、本当に切れ目のない支援とは？

16

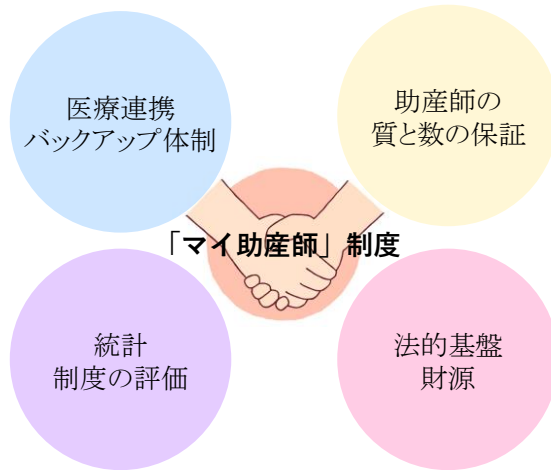


法的基盤・財源の確保

- 保健師助産師看護師法
- 医療法（嘱託医制度）
- 周産期における女性の人権・尊厳を守るための法律
- 質の高い周産期ケア、助産ケア、マイ助産師制度を保証するための法律・制度
(例：がん対策基本法を例に倣う「周産期ケア法」)
- 助産ケアの対価
(例：出産保険・助産報酬)



18



19

継続 つながり 信頼 個別 全人的

地域に根ざした助産師が
一人ひとりの女性の妊娠・出産・産後を
継続的に支え、伴走する

「マイ助産師制度」で

妊産婦・母親の不安と孤立を

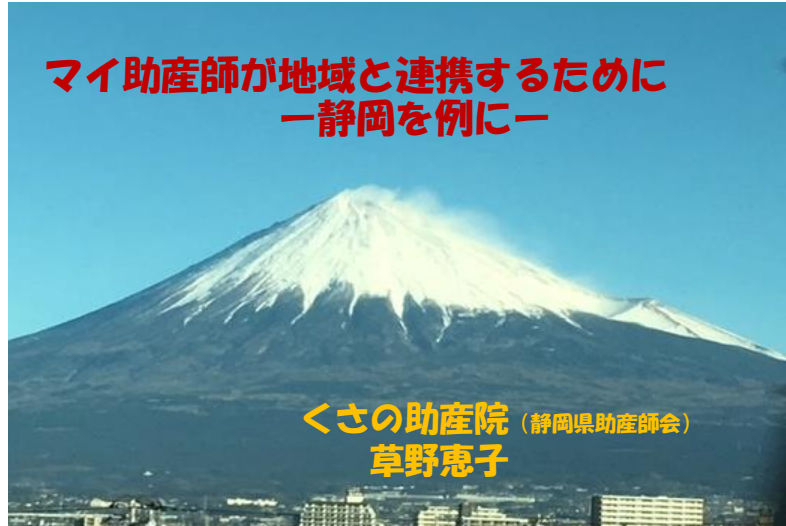
妊産婦・母親の安心と自信・自立へ

20

参考文献

- Attanasio, L., McPherson, M., & Kozhimannil, K. (2014). Positive Childbirth Experiences in US Hospitals: A Mixed Methods Analysis. *Maternal & Child Health Journal*, 18(5), 1280-1290.
- Bell, A. F., & Andersson, E. (2016). The birth experience and women's postnatal depression: A systematic review. *Midwifery*, 39, 112-123.
- Boyle, S., Thomas, H., & Brooks, F. (2016). Women's views on partnership working with midwives during pregnancy and childbirth. *Midwifery*, 32, 21-29.
- Gottvall, K., & Waldenström, U. (2002). Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *BIOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 109, 254-260.
- Howarth, A., Swain, N., & Treharne, G. J. (2011). First-time New Zealand mothers' experience of birth: Importance of relationship and support. *New Zealand College of Midwives Journal*, 45, 6-11.
- Hunter, B., Berg, M., Lundgren, I., Ólafsdóttir, Ö. Á., & Kirkham, M. (2008). Relationships: The hidden threads in the tapestry of maternity care. *Midwifery*, 24(2), 132-137.
- Iida, M., Horiuchi, S., & Porter, S. E. (2012). The relationship between women-centred care and women's birth experiences: A comparison between birth centres, clinics, and hospitals in Japan. *Midwifery*, 28, 398-405.
- Kirkham, M. (Ed.) (2010). *The midwife-mother relationship* (2nd ed. ed.). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Klaus, M. H., Kennell, J. H., & Klaus, P. H. (1995). *Bonding: Building the foundations of secure attachment and interdependence*. Reading, Mass.: Addison-Wesley Pub. Co.
- McAra-Couper, J., Gilkison, A., Crowther, S., Hunter, M., Hotchin, C., & Gunn, J. (2014). Partnership and reciprocity with women sustain Lead Maternity Carer midwives in practice. *New Zealand College of Midwives Journal*, 49, 29-33.
- McGowan, S. (2014). Does the maternal experience of childbirth affect mother-infant attachment and bonding? *Journal of Health Visiting*, 2(11), 606.
- McLachlan, H. L., Forster, D. A., Davey, M. A., Farrell, T., Flood, M., Shafiei, T., & Waldenström, U. (2015). The effect of primary midwife-led care on women's experience of childbirth: results from the COSMOS randomised controlled trial. *BIOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123(3), 465.
- Moloney, S., & Gair, S. (2015). Empathy and spiritual care in midwifery practice: Contributing to women's enhanced birth experiences. *Women and Birth*, 28, 323-328.
- National Health Service (NHS, UK) (2017). Implementing Better Births: Continuity of Carer. Retrieved from <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/12/implementing-better-births.pdf>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE, UK) (2017). Intrapartum care for healthy women and babies. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557>
- Noguchi, M. (2002). Women's positive childbirth experience at a birthing home and knowledge by acquaintance. *Journal of Japan Academy of Midwifery*, 15(2), 7-14.
- Reinhartz, D., Blais, R., Fraser, W. D., & Contandriopoulos, A. P. (2000). Cost-effectiveness of midwifery services vs. medical services in Quebec. *Can J Public Health*, 91(1), 12-15.
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD004667.
- Stevens, T., & McCourt, C. (2002). Changing practice. One-to-one midwifery practice part 3: meaning for midwives. *British Journal of Midwifery*, 10(2), 111-115.
- World Health Organization (2016). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250796/1/9789241549912-eng.pdf?ua=1>
- World Health Organization (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1>
- 阿部周一 (2016, April 24). 妊産婦自殺：10年で63人...東京23区 産後うつ影響か. *毎日新聞*. Retrieved from <http://mainichi.jp/articles/20160424/k00/00m/040/088000c>
- 阿部周一 (2016, May 12). 妊産婦 4 万人に精神ケア 必要「産科、精神科連携を」厚労省推計. *毎日新聞*. Retrieved from <http://mainichi.jp/articles/20160512/k00/00e/040/230000c>
- 岡井崇 (2017). 妊産婦の自殺：東京都の集計及び概略分析 Retrieved from <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokuyokushougaihoukufukushibu-Kikakuka/0000149769.pdf>
- 厚生労働省 (2015). 平成27年度版厚生労働白書. Retrieved from <http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/15-1/dl/gaiyou.pdf>
- 厚生労働省 (2017). 平成28年衛生行政報告例（就業医療関係者）の概況. Retrieved from <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/16/dl/gaikyo.pdf>
- 厚生労働省 (2017). 子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について. Retrieved from <http://www.mhlw.go.jp/file/06-SesakuJouhou-11900000-Koyoukintoujido Kateikyoku/0000177954.pdf>
- 竹田省 (2016). 東京都23区の妊産婦の異常死の実態調査. 第68回日本産婦人科学会学術講演会
- 日本看護協会 (2013). より充実した母子のケアのために産科混合病棟ユニットマネジメント導入の手引き. Retrieved from <https://www.nurse.or.jp/nursing/josan/oyakudachi/kanren/sasshi/pdf/sankakongo.pdf>
- 光田信明ほか (2017). 妊婦健康診査および妊娠経過を活用したハイリスク妊産婦の把握と効果的な保健指導のあり方に関する研究. 厚生労働科学研究. Retrieved from <http://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NID000.do?resrchNum=201606004A>

マイ助産師が地域と連携するために —静岡を例に—



助産所

助産所数 (2,872カ所)

— 厚生労働省 平成28年度衛生行政報告例—

- ①お産を取り扱っている助産所 (349カ所)
- ②お産を取り扱っていない助産所 (2,523カ所)

助産所は、同一助産師が正常に経過している方の妊娠、分娩、産後を継続してかかります。

静岡県の出生数(上段)人(%)と分娩施設数(下段) (静岡県人口動態統計) (厚労省 医療施設調査)

施設	2008年(H20)	2012年(H24)	2015年(H27)	2016年(H28)
総数	2009年(施設数)			
	32,701(100)	30,810(100)	28,352(100)	27,652(100)
病院	92	92	94	97
	14,579(44.6)	14,015(45.5)	13,895(49.0)	13,429(48.6)
診療所	26	26	27	26
	17,682(54.1)	16,277(52.8)	14,030(49.5)	13,808(49.9)
助産所	50	47	45	46
	383(1.2)	466(1.5)	399(1.4)	376(1.4)
自宅	16	19	22	25
	39(0.1)	41(0.1)	23(0.1)	31(0.1)

2016年全国出生数(人): 976,978 助産所: 5,968(0.62%) 自宅: 1,467(0.15%)

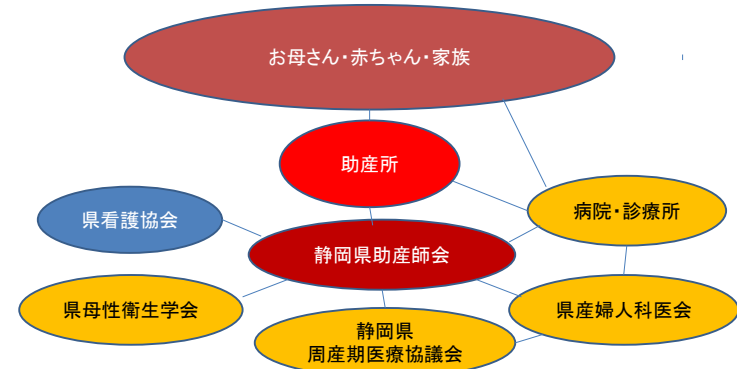


助産所と病院・診療所との連携 (嘱託医・嘱託医療機関) 青字：自治体病院

助産所名	住所	嘱託施設名	嘱託医療機関名
1A	東伊豆町	白井病院	白井病院
2B	伊豆市	伊豆市立病院	伊豆市立病院
3C	富士市	富士市立総合医療センター	富士市立総合医療センター
4D	富士市	富士市立産婦人科医療センター	富士市立産婦人科医療センター
5E	富士市	駿東レディースクリニック	富士市立病院 富士市立中央病院
6F	静岡市	レディースクリニック古田	県立総合病院
7G	静岡市	清水産婦人科クリニック	県立総合病院
8H	静岡市	清水産婦人科クリニック	県立総合病院
9I	静岡市	静岡済生会総合病院	県立総合病院 静岡済生会総合病院
10J	静岡市	静岡済生会総合病院	県立総合病院 静岡済生会総合病院
11K	静岡市	静岡済生会総合病院	県立総合病院 静岡済生会総合病院
12L	静岡市	レディースクリニック古田	県立総合病院
13M	静岡市	レディースクリニック古田	県立総合病院
14N	静岡市	県立総合病院	県立総合病院
15O	静岡市	県立総合病院	県立総合病院
16P	静岡市	県立総合病院	県立総合病院
17Q	静岡市	県立総合病院	県立総合病院
18R	静岡市	県立総合病院	県立総合病院
19S	静岡市	県立総合病院	県立総合病院
20T	静岡市	県立総合病院	県立総合病院
21U	静岡市	県立総合病院	県立総合病院
22V	静岡市	県立総合病院	県立総合病院
23W	静岡市	県立総合病院	県立総合病院
24X	静岡市	県立総合病院	県立総合病院

県立総合病院、県立こども病院、中東遠総合医療センターは県助産師会と嘱託医療機関契約締結

母子と助産所を取り巻く地域連携



お母さん達と助産師の絆

- 2008年 妊婦健診公費助成券が2枚から5枚に増加されたとき、助産所では使えない状況が生じ、お母さんたちは「助産所健診も助成を」と1か月で12,300人署名を集めた。そして助産所の健診でも使えるようになった。



静岡発「母子と助産師の交流会」

母親と助産師のパートナーシップを目指して



2018年2月18日



助産師会と産婦人科医会の交流

- 2008年 妊婦健診公費助成券の助産所使用不可をきっかけに県庁で産婦人科医会と助産師会の意見交換会有り、その後、産婦人科医師と助産師との合同研修会(羽衣セミナー)誕生

* 羽衣セミナーの目的:助産師の資質向上及び周産期医療体制の強化(搬送・受入れにおける双方の認識を共有化しより体制の強化を図る)

セミナー企画・運営の中で助産師と産婦人科医師との交流が深まっている

静岡県周産期医療協議会の存在

- 静岡県助産師会の会長は、県周産期医療協議会の委員で、他の委員(医師会、産婦人科医会、小児科医会、看護協会、総合周産期母子医療センターの医師たち)とも交流があり、助産師及び助産師会の意見を発言できる立場にある。
- 助産所は静岡県周産期医療ネットワークの構成機関として位置付けられている。

まとめ

- 助産所のように同一助産師から継続的なケアを受けたお母さんはお産への満足度が高く、産後も生き生きとした生き方ができている。
- 静岡の助産所は自治体病院等との連携があることで開業しやすくなっている。
- 国は、自治体病院に地域の助産所の嘱託医療機関を引き受けるよう働きかけてほしい。
- 出産場所を増やすためにも、将来的には、周産期医療ネットワークに助産所が構成機関として位置づけられ、嘱託医及び嘱託医療機関がなくとも助産所開業が可能になることを望む。
- 医師の過重労働を減らし、医師はハイリスクの医療に専念できるように、ローリスクは助産所や院内助産システムの助産師が担いたい。

映像『Dear マイ助産師』ができるまで

本日上映した『Dear マイ助産師』は、「マイ助産師制度」のPR映像として制作されました。日本全国のお母さんとその家族に、マイ助産師のケアを受けた感想とともに写った写真を送ってもらい、それを一本の映像（スライドショー）にしました。2017年12月下旬から募集を行ったところ、約1ヶ月間で80枚以上の写真が、北は北海道、南は沖縄の全国各地から届きました。関西の母親グループ「日本妊産婦支援協議会りんごの木」が企画し、静岡の母親グループ「お産ラボ」が編集しました。写真を送ってくださった皆様、素敵な写真をありがとうございました。これを機に、多くの人にマイ助産師の魅力を伝えるとともに、今後も全国のお母さんとその家族が「マイ助産師制度」実現に向けて協力していくことを願っています。

（下記は、写真募集の際に用いた依頼文です）

* 現在は写真募集を行っておりません。

「マイ助産師制度」PR映像の素材提供ご協力をお願い

はじめまして、「日本妊産婦支援協議会りんごの木」です。私たちは、妊産婦の立場から妊産婦を支援する、大阪、京都、兵庫の母親グループです。「出産はゴールではなく子育てのスタート」という視点から、パーストラウマ劇の上演や模擬産婦の提供などをとおして、医療関係者や学生、一般市民の方に出産体験の大切さを伝えていきます。

私たちは、今年の5月から、「Birth for the Future (BFF) 研究会」（別紙参照）の助産師さんや女性とともに、お母さんが心から幸せを感じられる出産・子育てをするには、「マイ助産師制度」が必要ではないかと考えて活動してきました。「マイ助産師制度」とは、産む場所にかかわらず、女性が選んだ助産師さんが妊娠初期から産後まで伴走してくれる制度です。

この「マイ助産師制度」の必要性を多くの人に知ってもらうには、マイ助産師のモデルとなる開業助産師さんとともに出産を経験した方に伝えてもらうのが一番だと考えます。

そこで、皆様にお願いがあります。マイ助産師制度を提案するシンポジウムを来年3月に東京で開催します。シンポジウムで上映する、「マイ助産師制度」のPR映像に使用可能な写真の提供にご協力いただけないでしょうか。

記

目 的：1. “つたえる！”

「マイ助産師」のモデルである開業助産師とともに出産を経験した母親が「マイ助産師」の良さを伝えることで、「マイ助産師制度」の必要性をアピールする。

2. “つながる！”

全国の助産院 OG グループを繋げ、「マイ助産師制度」実現のための協力体制の基盤を創る。

内 容：全国の助産院 OG の方に、お母さん達が継続ケアの良さを書いたメッセージ・ボードを見せている様子を写真で撮影・提供していただきます。メッセージ・ボードに書く文の例と写真の例、写真送付先については、別紙「『マイ助産師制度』PR映像の素材写真」をご参照ください。集まった写真を1～3分間くらいの映像（スライドショー）に編集して、全国のお母さんがマイ助産師制度を求めていることをアピールします。編集は静岡の『お産ラボ』の方が行います。なお、映像上で個人のお名前を出すことはありません。協力してくださった団体の名称をエンドロールで示します。

