

2018 年 3 月 10 日

シンポジウム

女性を大切にする  
出産ケアシステム  
「マイ助産師制度」の  
実現にむけて

会場：国立オリンピック記念青少年総合センター  
センター棟 310 号

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  |
| BFF 研究会の紹介と出産ケア政策会議の研修内容              | 4  |
| 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 |
| 基調講演・中山まき子氏のプロフィール                    | 18 |
| 講演資料「子産み・子育てに継続的なケアを ～当事者・助産師・医師・制度～」 | 19 |
| パネリストのプロフィール                          | 29 |
| 講演資料 「医療機関で提供する妊産褥婦への継続支援」 吉川久美子氏     | 31 |
| 講演資料 「草の根ロビイング ～アドボカシーの視点から～」 明智カイト氏  | 33 |
| 発表資料                                  |    |
| 「親愛なる助産師さんたちへ」                        | 37 |
| 「マイ助産師制度について」                         | 40 |
| 「マイ助産師になるための最初の一步を踏み出すために」            | 46 |
| マイ助産師を支える地域連携                         | 50 |
| エピローグソング 歌詞                           | 54 |
| 映像「Dear マイ助産師」制作にあたって                 | 55 |

# シンポジウム：「マイ助産師制度」実現にむけて

## プログラム

- 13:00 受付開始
- 13:30 開会 司会：古宇田千恵（日本妊産婦支援協議会りんごの木代表）  
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）
- 13:40 親愛なる助産師さんたちへ  
平田砂知枝（お産ラボ）
- 13:50 「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）
- 14:10 マイ助産師になるための“最初的一步”を踏み出す  
鈴木知佳（ふくろう助産院院長）
- 14:20 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）
- 14:30 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
- 14:40 基調講演  
『子産み・子育てに継続的なケアを-当事者・助産師・医師・制度から-』  
中山まき子氏（同志社女子大学現代社会学部教授）
- 15:20 討論会 『女性のための出産ケアシステムと助産師の可能性』  
山本詩子氏（日本助産師会会長・山本助産院院長）  
吉川久美子氏（日本看護協会常任理事・助産師職能委員長）  
明智カイト氏  
(いのち リスペクト。ホワイトリボン・キャンペーン代表)
- 15:50 ディスカッション
- 16:20 閉会のあいさつ 日隈ふみ子  
エピローグソング
- 16:30 閉会
- 16:40～18:30 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。

☆ 今日のシンポジウム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。
- ・ 映像上映時間は、同じ動画を2回繰り返します。会の前後でも同じ映像を上映しておりますので、上映の間に自由に休憩をおとりください。

☆ 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して参りました。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<br>(土・日) 合宿 | 政策提言書作成にむけて<br>異なる視点からの物事の捉え方・抜け方<br>(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)<br>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<br>(金・土)     | 永田町&霞が関へ行こう(東京遠征)<br>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）

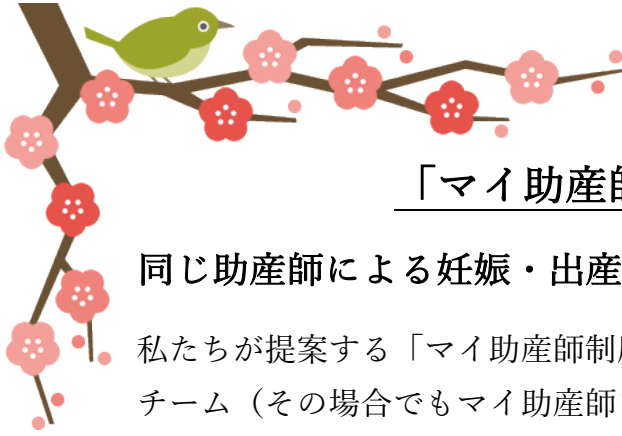
出産する女性が公平に、身近な地域で安心して安全に満足いくお産ができるよう助産師の有効活用が周産期医療の喫緊の課題と思います。でも個人や組織の働きかけでは限界。政策の必要性を感じていたところへ BFF の呼びかけがありました。今回受講生のそれぞれの立場からの切実な訴えや意見を聞く中で、ますます制度・政策の重要性を認識しています。心を同じくする人たちの輪を広げ、小さな波を大きなうねりにしていきたいです。（滋賀県 金森京子）

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、今後も活動を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ない壁とも思える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を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、より安心で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。



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。

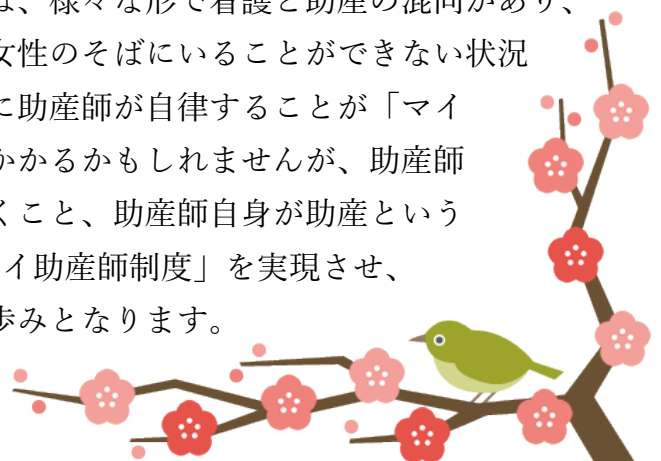
## 「マイ助産師制度」実現のための課題

### 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証するために、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>

## 基調講演

『子産み・子育てに継続的なケアを-当事者・助産師・医師・制度から-』

中山まき子氏（同志社女子大学現代社会学部教授）

中山まき子（1953 年長野県生まれ）。お茶の水女子大学大学院修了、博士（学術）。同志社女子大学教授（ジェンダー研究、文化人類学、児童学）。主著：『身体をめぐる政策と個人-母子健康センター事業の研究-』勁草書房 2001。『出産施設はなぜ疲弊したのか-日母産科看護学院・医療法改定・厚生諸政策のあゆみ-』日本評論社 2015 他。

リプロダクション課題との出会いは 1985 年頃。妊産婦さんへの聞き取り調査、産婦人科病院／水中出産実施病院、三森助産院・黄助産院、「楽しく過ごす妊婦の会」などを訪ね、多角的にお産をとらえるチャンスに恵まれた。

1992 年から太平洋沿岸の漁師町でフィールドワークを開始。女性達が「お産翌日に出されたお味噌汁が美味しかった～」と語る「公設公営助産施設・母子健康センター」の存在を知る。同所が厚生省／厚生労働省発議の事業で、母子保健法制定の起爆となり、全国に 700 程設置され、しかし 21 世紀には姿を消した経緯を調べた。国の一政策が地方自治体政策に影響を与え、一人の妊娠・出産に連動し、世の中を変えることに驚嘆し、政策と個人の連動関係を究明すると研究課題を定めた。

現在、妊娠・出産・産後は「チーム医療で安心・安全に」・「助産ではなく分娩管理で」の理念が主導だ。2015 年から癌治療を受けている私も「チーム医療下」にある。誰でも何時でもパソコンを開けば、そこに様々な私の情報が集約・共有され案ずることはない、と。でも生身の私の世界と喧きは……。そんな学びと体験を基に、今後の在り方を語り合いたい。

Q1 仕事しながら妊娠が分かったとき、仕事と自分の生き方が「家計への影響」なども踏まえて、ご自身の心にも迷いもたまらぬほどでした。(5A) (n=454)

不安しか感じなかった 6.3%

続しかったが、それ以上に不安を感じた 9.2%

続しかったが、同じくらい不安を感じた 40.4%

続けて来直に喜ぶべ 44.2%

不安を感じた 55.9%

Q2 なんと自分自身でマタハラを体験したと分かったとき、それはどのように感じましたか。選取割合が選びたい。(5A) (n=454)

マタハラに気づかずに後悔 71.4%

後悔 11.5%

後悔 8.6%

後悔 6.0%

後悔 5.4%

後悔 5.0%

後悔 2.1%

後悔 2.0%

後悔 2.0%

後悔 1.7%

マタハラ未経験 71.4%

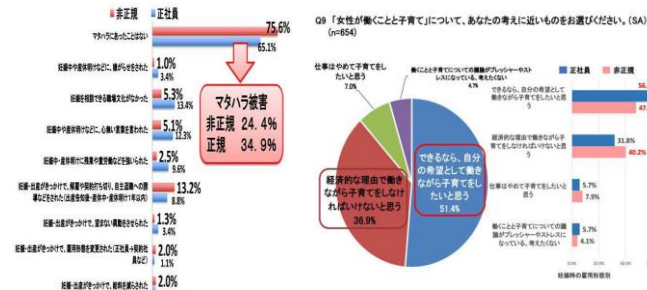
マタハラ被害 28.6%



## ＜妊娠したけれど、マタニティー・ハラスメント(2)＞

『第3回マタハラ意識調査』、プレジデントオンライン編集部 吉岡綾乃著、2015年  
 出典: <http://president.jp/articles/-/18913?page=3>

4



## ＜厚生労働省からみた「周産期医療体制」の現状と課題＞

厚生労働省医政局地域医療計画課・迫井正深による

<https://www.nurse.or.jp/nursing/josan/oyakudachi/kanren/2016/pdf/061502.pdf>, 2018. 3. 4閲覧

6

1. 産婦人科医師数は増え続け、平成26年(平成6年以降で)は、過去最大になった(15～49歳女性人口に対して)。
2. 15歳未満人口に対する小児科医師数は一貫して増加している。
3. この30年間出生数は減少している。
4. 他方、極低出生体重児(1000g～1499g)が増加し、平成26年には全出生数の7.7%をしめる。
5. 超低出生体重児(1000g未満)の割合も増加し、平成26年には昭和55年時の2倍で全出生数の3%をしめる。
6. 分娩を取り扱わない診療所が増えている(平成17年＝1612施設、平成20年1441施設、平成26年＝1243施設)

こうした諸変化を踏まえ平成26年の第6次改定につぎ、第7次医療計画を策定していくというのが・・・。

## ＜産んでから働きたい、でも保育所が・・・＞

2016年2月15日に、「はてな匿名ダイアリー」に投稿されたブログです。30歳代前半の匿名女性の投稿は、衆議院予算委員会の国会質問で取り上げられ、「ユークキャン新語・流行語大賞」に選ばれ、日本の「産み」から、「育て」への環境整備の不十分さを反響を呼びました。

5

若者、妊娠・出産・子育て中の女性たちは、ブログで、ネットで、ラインで、見えぬ相手に呟いています。

## ＜保育園落ちた日本死ね＞

何なんだよ日本

一億総活躍社会じゃねーのかよ。

昨日見事に保育園落ちたわ。

どうすんだよ私活出来ねーじゃねーか。

子供を産んで子育てして社会に出て働いて税金納めてやってるのに日本は何が不満なんだ？

何が少子化だよクソ。

子供産んだはいいいけど希望通りに保育園に預けるのほぼ無理だからって書いて子供産むやつなんかいねーよ。

不倫してもいいし賄賂受け取るのもどうでもいいから保育園増やせよ。

オリンピックで何百億円無駄に使ってんだよ。

エンブレムとかどうでもいいから保育園作れよ。

有名なデザイナーに払う金あるなら保育園作れよ。

どうすんだよ金社やめなくちゃならねーだろ。

ふざけんな日本。

保育園増やせないなら児童手当20万にしろよ。

保育園も増やせないし児童手当も数千円しか払えないけど少子化なんとかしたいんだよねーってそんなムシのいい話あるかよボケ。

国が子供産ませないでどうすんだよ。

金があれば子供産むってやつがゴマンといろんなから取り敢えず金出す子供にかかる費用全てを無償にしろよ。

不倫したり賄賂受け取ったりウチワ作ってるやつ見繕って国会議員を半分以上にすりや財源作れるだろ。

まじいい加減にしろ日本

## ＜現況の問題解決を目指した研究＞

妊産婦・褥婦に対する様々な厚生労働科学研究とその成果＜例＞

7

### (1) 久保隆彦代表、『妊産婦のメンタルヘルスの実態把握及び介入方法に関する研究』、2014年度成果報告

妊娠前から出産後、育児中の女性の精神面の評価方法を確立し、それに基づくケアを継続的にい母子と家族の支援をするため、助産師によるメンタルヘルス評価を実施した。久保(国立生医医療研究センター)らのチームは、日本初となる1400件以上の縦断データを蓄積し、妊産婦メンタルヘルスに特化したデータベースを構築した。これにより、産前・産後の乳幼児虐待の危険因子が明らかになった。地域の助産師・保健師などのコメディカルと保健福祉行政スタッフが共有していた育児支援チェックリスト、産後うつ病質問表、などを共有できることを明らかにした。その上で、**産後2週間と4週間での母親健康が重要**であることが判明し、そのチェックリストも提案できた。等。

### (2) 光田信明代表『妊婦健康診および妊婦層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』、2017年度成果報告

目的＝妊婦健康診や出産状況から子育て困難を見いだせる要因を明らかにし、その支援対策を検討し、児童虐待や子育て困難を防止の一助とする。その結果、妊娠中の要因は社会的ハイリスクと医学的ハイリスクが複合的に関与することが示唆された。また、切れ目のない子育て支援体制が必要であり、特に若い妊婦への社会的・医学的メンタルヘルスが重要課題である。

### (3) 立花良之代表『うつ病の妊産婦に対する医療・保健・福祉の連携・共同による支援体制(周産期G-Pネット)構築の推進に関する研究』、2015年度成果報告

東京都世田谷区と長野県須坂市で母子保健におけるG-Pネットモデルを展開し、メンタルヘルス不調の母親の早期介入のための関係者(医療・保健・福祉関係の「顔」の見える連携づくり)に効果的であった。さらに産後ケアにおいて産科医・助産師が、心身の不調や経過因子のリスク因子に注意しつつケアすることで、その後のメンタルヘルス不調や養育不全を防止しうる可能性が示唆された。

その他、多数の研究とその成果が蓄積され、次の政策立案への足がかりになっていく

## 日本の出産ケアシステム:2018

## 一産み・育ての変化に対応しようとする国の政策・諸動向

8

## &lt;政策に関する目次&gt;

## (1)内閣府の取組

美しい説明の元に・・・

## (2)厚労省:第6次医療計画から第7次医療計画へ

「周産期医療体制整備計画」の医療計画への一本化

これまで、医療計画の下位計画として別に策定されていた両計画について、医療計画へ一本化(両計画の記載事項を医療計画本体に記載)。

## (3)児童福祉法・母子保健法の改定で・・・

## (4)健やか親子21&lt;第2次&gt;の始動

## (1)内閣府の取組: その1

## 平成27年版『少子化社会対策白書』より

9

## 第1節 結婚・妊娠・出産、子育ての各段階に応じ、一人一人を支援する。

&lt;マタニティー・ハラスメント&gt;

男女雇用機会均等法及び育児・介護休業法で禁止されている「妊娠・出産等を理由とする不利益取扱い」に該当する具体的な内容を示した「労働者に対する性別を理由とする差別の禁止等に関する規定に定める事項に関し、事業主が適切に対処するための指針」の周知に加え、企業に対する指導の強化・徹底を行った。

妊娠中の軽易業務への転換を契機とした降格は、原則として、男女雇用機会均等法が禁止する不利益取扱いに当たるとする最高裁判決(2014(平成26)年10月23日)を踏まえ、2015年(平成27)年1月には、妊娠・出産等を理由とする不利益取扱いについての法解釈を明確化する通知を発出した。本通知に基づき、雇用管理に問題があると考えられる事業主に対する指導を強化していくこととしている。

内閣府:

[http://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/whitepaper/measures/w-2015/27webhonpen/html/b2\\_s2-1-2.html](http://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/whitepaper/measures/w-2015/27webhonpen/html/b2_s2-1-2.html)、2018年2月27日閲覧

## (1)内閣府の取組 その2

## 平成27年版『少子化社会対策白書』より

10

## (1)相談支援体制の整備(妊娠・出産、人工妊娠中絶等)

生涯を通じた女性の健康支援(リプロダクティブ・ヘルス/ライツ)の視点も踏まえつつ、妊娠や出産、人工妊娠中絶等の適切な相談支援体制を整備することが求められている。

このため、妊娠や出産、人工妊娠中絶等の悩みを抱える方に対して、訪問指導等の母子保健事業を活用した相談支援のほか、「女性健康支援センター」等において、相談援助を行っている(女性健康支援センター:2014(平成26)年度56自治体)。

## (2)周産期医療の確保・充実等

## 1)、出産環境の確保

安心して子供を生み育てることができるよう、特定の地域や診療科での勤務を条件とする「地域枠」を活用した医学部入学生定員の増加や地域医療支援センターによる医師不足病院への医師確保支援等を通じて産科医の確保を図っている。また、分娩件数等に応じて産科医に分娩手当を支給している医療機関に対する支援を通じて産科医の勤務環境改善を行っている。

さらに離島や山間部など分娩を取扱う医療機関の集約化が困難な地域において、隣接する他の産科医療機関まで離れているような医療機関に対して財政支援を行い、分娩可能な産科医療機関の確保に取り組んでいる。

## 2)助産師の活用

助産師を活用し、地域において安心・安全な出産ができる体制を確保するため、2014(平成26)年度は、就業助産師の備在解消、助産業務能力の強化、助産学生等の実習施設確保を図る目的で、助産師出向支援導入事業及びそのガイドラインの普及活動への補助や支援を実施している。

## (2)厚労省:周産期医療体制の在り方に関する検討会

## 意見の取りまとめ 平成28年12月

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000145750.html>、2018、3.4閲覧

11

&lt;本検討会での「助産所」の取扱い方&gt;

- ・全7回開催の会で、最終の1回を「助産所における妊婦への安全確保の方策について」と題し、意見交換。
- ・検討会構成員は合計12名(山本詩子副会長、福井トシ子看護協会常任理事、参加)

&lt;検討内容&gt;

## (1)現状と課題:

①助産所は妊婦に対し、異常、合併症、急変時の対応に対する医療機関との連携について、説明していない場合がある。また、助産所から医療機関への妊婦の搬送については、より円滑な連携必要との意見があった。(平成27年時点で分娩を取り扱う助産所総数=408施設と記載あり一衛生行政報告より)

②入所施設を有さない助産所は、近年産後ケア等の多様なニーズに対応している。

## (2)今後必要と考えられる対応等:

①妊産婦への事前の説明が十分に行われるよう徹底することが必要。搬送に関し、関係機関との連携のあり方を継続的に検討する必要がある。

②分娩を取り扱わない助産所:産後ケア等の多様なニーズに、一層対応できるようにする必要がある。

## &lt;全体の内容と私の印象&gt;

・議題として七分の一時間を当ているものの、まとめ文では助産所の課題(マイナス面)が記述されている。

・助産所が実施している「産後ケアの多様なニーズ」について、強調し、具体化してもよいのだが、・・・?

(2) 厚労省: 検討会を経て  
第6次医療計画から第7次医療計画へ

12

**第7次医療計画における医療計画(周産期)と  
周産期医療体制整備計画の一体化の検討について**

両計画への対応の現状

- 「周産期医療体制整備計画」の見直し時期については、医療計画の期間に合わせることを望ましいと考えられるため、計画期間を延長し、両計画の見直し時期を合わせるよう都道府県に要請している。
- ただし、周産期医療体制の整備は、救急・災害医療など他の取組と連動していることから、周産期医療単独で計画を立てることは困難となっている。
- また、周産期医療体制整備計画の主な内容である周産期母子医療センターやNICU等の数の整備は、引き続き取組は必要なもの、その目標を概ね達成していると考ええる。

今後の対応について

このような状況を踏まえ、医師の確保などの引き続き取組が必要な問題点に配慮しつつ、根拠となる「周産期医療体制整備指針」を「医療計画(作成指針)」に一体化した上で、「周産期医療体制整備計画」も「医療計画」に一体化してはどうか。

もう特別なことは  
しません！、と。

8

『周産期医療体制整備計画と医療計画の一本化について』厚生労働省医政局地域医療計画課  
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000134644.pdf

(3) 児童福祉法等の一部を改正する法律(法律第63号、  
平成28年6月3日)および円滑な施行に向けて

13

<改正内容>

I. 児童福祉法の理念の見直し等

全ての児童が健全に育成されるよう、児童虐待について発生予防から自立支援 まで一連の対策の更なる強化等を図るため、児童福祉法の理念を明確化する。

II. 児童虐待の発生予防

妊娠前から子育て期までの切れ目ない支援等を通じて、妊娠や子育ての不安、孤立等に対応し、児童虐待のリスクを早期に発見・減減する。

(1) 「子育て世代包括支援センター」の法定化と全国展開【母子保健課】

① 改正の趣旨 地域のつながりの希薄化等により、妊産婦・母親の孤立感や負担感が高まっている中、妊娠前から子育て期までの支援は、関係機関が連携し、切れ目のない支援を実施することが重要となっている。このため、妊娠前から子育て期にわたるまでの切れ目のない支援を行う「子育て世代包括支援センター」について、おおむね平成32年度末までに全国展開を目指していくこととしており、全国展開に向けて、同センターの設置根拠を設け、市町村は同センターを設置するように努めなければならないこととする。

② 改正の概要 市町村は、母子保健に関し、支援に必要な実情の把握等を行う「子育て世代包括支援センター」(※)を設置するように努めなければならないこととする(母子保健法第22条)。(※)法律上の名称は「母子健康包括支援センター」という。(努力義務)

なお、「子育て世代包括支援センター＝母子健康包括支援センター」の「業務ガイドライン」(平成29年6月)は厚生労働省HPに。  
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Seisakujiouhou-11800000-Koyoukintoujidosokatekyoku/kosodateesedagaidorain.pdf, 2018.3.3取得



(3) 「児童福祉法等の改正」で、何が起こったか！  
「消えた・母子保健施設: 母子健康センター」(母子保健法第22条):  
平成28年6月3日 法律第63号(3)

14

- ・児童福祉法の理念の見直しを実施。
- ・「等」によって、連動して「母子保健法」も改正された。
- ・改正の背景⇒「児童虐待の発生予防」
- ・児童虐待の発生予防のため、新たなセンターを法的に設置
  - ★名称「子育て世代包括支援センター」を法制化
  - ★但し、法律上の名前は、「母子健康包括支援センター」とする、という。
  - ★同センターは児童福祉法で定めるのではなく、母子保健法第22条の「母子保健施設」として定めるという。
  - そして、「母子健康センター」を、その目的が異なるにも関わらず文言を差し替え、「母子健康包括支援センター」とした。

「母子健康センター」は現在、日本に一つしか存在しない施設である(以前は、約700施設)。また、同施設は法的に「助産と母子保健」の推進を目的に制定・法制化されたものである。つまり、「母子健康センター」を法的に削除する理由を示さずに、目的の異なる施設を、名前を類似させて差し替えた(しかも通称を変更して)。合法的とはいえず、説明が必要である。

(3) 母子保健法第22条の修正が意味すること

15

法律から「母子健康センター」が消えた。  
つまり、「公設公営助産所と母子保健施設」の終焉。  
1965年～2016年＝半世紀続いた歴史に終止符。

公立病院、公立診療所は存在しても、公立助産所は、もう法的にはない。

※ただし、「母子健康包括支援センター」も、  
努力義務にとどまっている。





<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11901000-Koyoukintoujoudoukateikyoku-Soumuka/0000146786.pdf> 転記

子育て世代包括支援センターの実施状況について（依頼）  
（平成28年6月20日厚労省総務課少子化総合対策室・母子保健課事務連絡）

子育て世代包括支援センターについて

別 紙

1. 目的  
子育て世代包括支援センター（以下「センター」という。）は、主に妊産婦及び乳幼児の実情を把握し、妊娠・出産・育児に関する各種の相談に応じ、必要に応じて支援プランの策定や、地域の保健医療又は福祉に関する機関との連絡調整を行い、母子保健施策と子育て支援施策とを一体的に提供を通じて、妊産婦及び乳幼児の健康の保持及び増進に関する包括的な支援を行うことにより、もって地域の特性に応じた妊娠前から子育て期にわたるまでの切れ目ない支援を提供する体制を構築することを目的とする。
2. 実施主体  
市町村（特別区及び一部事務組合を含む。以下同じ。）とする。ただし、市町村が認めた者へ委託等を行うことができる。
3. 対象者  
主として、妊産婦及び乳幼児並びにその保護者を対象とするが、地域の実情に応じて、18歳までの子どもとその保護者についても対象とする等、柔軟に運用することができることとする。
4. 実施場所  
母子保健分野と子育て支援分野の両面からの支援が一体的に提供されるようにするため、母子保健に関する専門的な支援機能及び子育て支援に関する当事者目線での支援機能を有する施設・場所で実施することとする。  
ただし、必ずしも1つの施設・場所において2つの支援機能を有している必要はなく、それぞれの機能ごとに複数の施設・場所、役割分担をしつつ必要な情報を共有しながら一体的に支援を行うことができることとする。なお、その場合は、それぞれの施設・場所をセンターと位置づけることができることとする。
5. 事業内容  
センターでは、以下の(1)から(4)までの支援を行うこととする。また、これらに加えて、地域の実情に応じて、(5)の母子保健事業や(6)の子育て支援事業を行うことや、地域において不足している母子保健事業や子育て支援事業を実施するための依頼づくりを行うことができる。

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11901000-Koyoukintoujoudoukateikyoku-Soumuka/0000146786.pdf> 転記

6. 担当職員  
(1) 必要職員体制

- ① 保健師等を1名以上配置すること。なお、担当職員としてソーシャルワーカー（社会福祉士等）のみを配置する場合には、近隣の市町村保健センター等の保健師、助産師又は看護師との連携体制を確保すること。
- ② 上記に加え、利用者支援専門員を1名以上配置すること。  
ただし、地域の実情、センターの規模や職員構成等に鑑み、保健師等が利用者支援専門員が行う業務についても対応できると判断できる場合は、この限りでない。
- ③ 複数の施設・場所、5/7①のように、母子保健に関する支援と子育て支援に関する支援を役割分担して実施する場合には、以下(ア)及び(イ)のとおりとする。
- (ア) 母子保健に関する支援を実施する施設・場所には、母子保健に関する専門知識を有する保健師等を1名以上配置すること。  
なお、担当職員としてソーシャルワーカー（社会福祉士等）のみを配置する場合には、近隣の市町村保健センター等の保健師、助産師又は看護師との連携体制を確保すること。
- (イ) 子育て支援に関する支援を実施する施設・場所には、利用者支援専門員を1名以上配置すること。  
また、母子保健に関する支援を実施するセンターや近隣の市町村保健センター等の保健師、助産師又は看護師との連携体制を確保すること。
- ④ 必要に応じて、業務を補助する者を配置すること。

(2) 留意事項

- ① センターの実施に当たり利用者支援事業を活用する場合は、当該事業の要件に従うこと。
- ② 担当職員は専任が望ましく、担当職員を各種研修会、セミナー等に積極的に参加させるなど、担当職員の資質の向上に努めること。

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11901000-Koyoukintoujoudoukateikyoku-Soumuka/0000146786.pdf> 転記

(3) 支援プランを策定すること＜必須＞

保健師等が、妊娠・出産・産後・子育ての期間を通じて、必要に応じ、個別の妊産婦等を対象とした支援プランを策定する。なお、支援プランの策定は、主として妊娠・出産・産後の期間において行われることが想定される。

ア 保健師等が、心身の不調や育児不安があることなどから手厚い支援を要する者に対する支援の方法や、対応方針について検討等を実施する協議会又はケース検討会議等を設け、関係機関と協力して支援プランを策定する。

イ 保健師等が、支援プランの効果を評価・確認しながら、必要に応じて見直しを行い、妊産婦等を包括的・継続的に支えていくように努める。

(4) 保健医療又は福祉の関係機関との連絡調整を行うこと＜必須＞

妊娠・出産・子育ての期間を通じて、保健医療又は福祉の関係機関との連絡調整を行う。なお、ア及びイの支援は主として妊娠・出産・産後の期間において行われることが想定され、ウの支援は主として子育て期において行われることが想定される。

ア 保健師等が、(1)で把握した情報に基づき、必要な支援を選択し、速やかに保健所、児童相談所、医療機関、児童福祉施設その他の関係機関の担当者につなぐとともに、担当者間で定期的に連絡をとり必要な情報を共有する。

イ 妊産婦等に対する支援が包括的に提供されるよう、保健師等が中心となって、関係機関との協議の場を設けるとともに、ネットワークづくりを行う。

ウ 利用者支援専門員等又は保健師等が、(1)で把握した情報に基づき、保育所等や地域の子育て支援事業等から必要な支援を選択し、速やかに関係機関につなぐとともに、担当者間で定期的に連絡をとり必要な情報を共有する。

(4) 健やか親子21（第2次）平成27年度～36年度

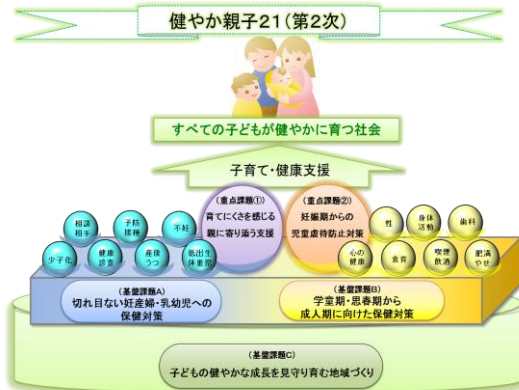
（第1次：平成13年から平成26年） <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000060348.html#t1>

21世紀の母子保健の主要な取組を提示するビジョンであり、かつ関係者、関係機関・団体が一体となって推進する国民運動計画であるという、現行の「健やか親子21」の性格を踏襲する。同時に、安心して子どもを産み、ゆとりを持って健やかに育てるための家庭や地域の環境づくりという少子化対策としての意義と、少子・高齢社会において国民が健康で元気に生活できる社会の実現を図るための国民健康づくり運動である「健康日本21」の一翼を担うという意義を有する。

<2つの方向性> ①日本全国どこで生まれても、一定の質の母子保健サービスが受けられ生命が守られるという地域間での健康格差の解消が必要であるということ。②疾病や障害、経済状態等の個人や家庭環境の違い、多様性を認識 母子保健サービスを展開することが重要であるということ。

子どもの健やかな发育のためには、子どもへの支援に限らず、親がその役割を發揮できるような親への支援をはじめ、地域や学校、企業といった親子を取り巻く温かな環境の形成や、ソーシャル・キャピタルの醸成が求められる。また、このような親子を取り巻く支援に限らず、当事者が主体となった取組（ピアサポート等）の形成も求められる。

## 健やか親子21(第2次) イメージ図



### (4) 健やか親子21＜第2次＞ 基盤課題A

#### 基盤課題A

##### 切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策

妊娠・出産・育児期における保健対策の充実に取り組むとともに、各事業間や関連機関間の連携体制を強化します。

また、情報を有効に活用し、母子保健事業の評価・分析体制をつくり、切れ目ない支援ができる体制をめざします。

目標：安心・安全な妊娠・出産・育児のための切れ目ない妊産婦・乳幼児保健対策の充実

## 次期計画における課題の概要

| 課題名   | 課題の説明                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 基盤課題A | 切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策<br>妊娠・出産・育児期における母子保健対策の充実に取り組むとともに、各事業間や関連機関間の有機的な連携体制の強化や、情報の利活用、母子保健事業の評価・分析体制の構築を図ることにより、切れ目ない支援体制の構築を目指す。                                                                                                        |
| 基盤課題B | 学童期・思春期から成人期に向けた保健対策<br>児童生徒自らが、心身の健康に関心を持ち、より良い将来を生きるため、健康の維持・向上に取り組めるよう、多分野の協働による健康教育の推進と次世代の健康を支える社会の実現を目指す。                                                                                                                         |
| 基盤課題C | 子どもの健やかな成長を見守り育む地域づくり<br>社会全体で子どもの健やかな成長を見守り、子育て世代の親を孤立させないよう支えていく地域づくりを目指す。具体的には、国や地方公共団体による子育て支援施策の拡充に限らず、地域にある様々な資源(NPOや民間団体、母子実習会や母子保健推進員等)との連携や役割分担の明確化が挙げられる。                                                                     |
| 重点課題① | 育てにくさを感じる親に寄り添う支援<br>親子が発信する様々な育てにくさ <sup>(注)</sup> のサインを受け止め、丁寧に向き合い、子育てに寄り添う支援の充実を図ることを重点課題の一つとする。<br>(注)育てにくさとは、子育てに関わる者が感じる育育上の困難感で、その背景として、子どもの発達、親の要因、親子関係に関する要因、支援状況を考えた環境に関する要因など多面的な要素を含む。育てにくさの概念は広く、一部には発達障害等が原因となっている場合がある。 |
| 重点課題② | 妊娠からの児童虐待防止対策<br>児童虐待を防止するための対策として、①発生予防には、妊娠届出時など妊娠前から関わる必要があること、②早期発見・早期対応には、新生児訪問等の母子保健事業と関係機関の連携強化が必要であることから重点課題の一つとする。                                                                                                             |

### (4) 健やか親子21 重点課題2

#### 重要課題② 妊娠期からの児童虐待防止対策

児童虐待の発生を防止するためには、妊娠期の母親に向けた情報提供等、早期からの予防が重要です。

また、できるだけ早期に発見・対応するために新生児訪問等の母子保健事業と関係機関の連携を強くしていきます。

目標：児童虐待のない社会の構築

参考：大阪母子医療センター 産科 光田信明「社会的ハイリスク妊娠の支援によって 児童虐待・妊産婦自殺を防ぐ」2017年11月27日

出典：<http://www.jaog.or.jp/wp/wp-content/uploads/2017/11/fce7cc368c045a05eb35360efc6a9e3.pdf>、2018年2月26日閲覧

(1)川上博「助産婦制度委員会報告」『日本産科婦人科学會雜誌』21卷11号、社団法人日本産婦人科学会編、1969、1370-1372 (2)松本清一「日母子管理委員会報告」『日本産科婦人科学會雜誌』23卷6号、日本産婦人科学会編、1971年6月、526-531

## 続き

32

「周産期母子管理のあり方(母子管理委員会報告より一部抜粋)」報告:1971年4月1日  
 <特徴>

第1に、「分娩」「周産期」と医学用語が徹底して使用され、「管理」という表現が重視される。そこには「助産一度を助ける」という表現は皆無である。つまり、この宣言で、分娩の主体者は「管理する側」であることが表明された。「助産」という表現の主体は、おのずと妊産婦である。つまり「管理」という用語の徹底した使用により、「分娩」の主体の転換が図られている。

第2に、「分娩は医師の常在する医療機関で行われることが原則」と表明する。将来的には「医師が24時間体制で常在すること」を目指すという。筆者が先に示した複数の法的に出生可能な選択肢の多くは否定されている。「医師」を核とした出産体制への切り替え宣言である。

第3に、「チーム管理」を強調する。「分娩管理チーム」、「母子保健チーム」と二種のチームの提案である。ただし、チーム・リーダーはいずれも「医師」であり、そこに複数の専門職による「横並びのクリニカル・ガバナンス」の視点や発想はない。

第4に、その上で分娩は、「高度に科学的でありつつ、人間的・家庭的に扱われる」必要があるとのべる。

出産を支える人材の立ち位置は、「助産者や介助者」ではなく、「管理者」であるという理念の大転換であることに注目したい。

## 問題提起(3) 助産師の医行為・諸行為の拡大を

『チーム医療の推進について』(チーム医療の推進に関する検討会報告書より、2010年3月19日、厚生労働省)

34

<助産師に対する記述>

(2)助産師

○ 周産期医療の場面において、過重労働等による産科医不足が指摘される一方で、助産師は、正常分娩であれば自ら責任を持って助産を行うことができることから、産科医との連携・協力・役割分担を進めつつ、その専門性をさらに活用することが期待される。

○ 一般的に正常分娩の範囲と考えられる場合であっても、分娩時に会陰に裂傷が生じるケースがあるが、この会陰裂傷の縫合については、従来、助産師による実施の可否が明確にされておらず、現場においても判断が分かれてきた。会陰裂傷の縫合については、安全かつ適切な助産を行う上で必要性の高い行為であることを考慮しつつ、安全性の確保3434の観点から、助産師が対応可能な裂傷の程度や助産師と産科医の連携の在り方等について臨床現場での試行的な実施と検証を行い、その結果を踏まえて最終的な結論を得ることが適当である。

## <問題提起(2)>

2018年現在、強調されていること:

子育て世代包括支援で、健やか親子21(第2次)で

33

<強調されるキーワード群>

- ・一人一人を大切に
- ・妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない対策
- ・切れ目ない支援体制
- ・妊娠・出産包括支援
- ・子育て世代包括支援
- ・協働・連携によるチーム医療

<誰が切れ目なく・継続的・包括的に子育て世代を支援できるか?>

- ・「**子育てに継続的なケア**」可能な**専門家＝助産師の出番**  
 助産師は、産み・育てる女性の身体・心・ケアのプロとして個人の力量をもっと活かしていきたい。

## 問題提起(3 続き): 助産師の医行為・諸行為の拡大を

35

「助産師の役割拡大を見据えた助産師教育の 将来ビジョンを!」

東京医療保健大学看護学研究科 高度実践助産コース 大石時子さん記載

助産師の役割拡大はどうなっているのか一方、助産師に関しては、「チーム医療の推進に関する検討会」の報告書(平成22年3月)を受けた特定看護師(仮称)の制度化が急速に検討された折、日本看護系学会協議会が特定看護師(仮称)の実施する医行為について各学会の見解を取りまとめ提言しようとした際、日本助産学会が「助産師が行う特定の医行為」を提言している。その中には、超音波検査、膣内メア検査、裂傷縫合、GBS陽性の場合の抗生剤静脈注射等が挙げられている。

しかし、その後看護師の特定行為とは別途に検討すべきという意見等もあったようで、助産学会が挙げた上記の項目はそれ以降、厚生労働省等での検討に挙がっていない。裂傷縫合については平成22年度から厚生労働省科 研究による「チーム医療の推進における看護師等の役割拡大・専門性向上に関する研究」の中に「会陰裂傷縫合ワーキンググループ」が組織され、医師と助産師によって研究が行われた。その結果、助産師が研修を受け、医師との緊密な連携がとられる状況下では、裂傷II度までで母子が安定していれば「助産師が会陰裂傷を縫合できるものと思われた」と報告されている。

しかし、実際には、産婦人科医師団体から、助産師の縫合研修に強い反対が示されたようで、今日まで研究の成果は発展を見ていない。

今後の日本の将来像を見据えつつ、助産師の役割拡大をもう一度真剣に考える時に来ている。約150年間、ほとんど変わっていない「助産師の業務に当然に付随する行為」を日本の将来の母子保健システムのために今こそ発展させるべきである。

出典:『助産師教育』News Letter 公益社団法人 全国助産師教育協議会  
 Japan Society of Midwifery Education No.84 2015. 1.25



## 問題提起(4)「チーム医療」・再考

36

「チーム医療」とは

**チーム医療とは、一人の患者に複数のメディカルスタッフ(医療専門職)が連携して、治療やケアに当たることです。**異なる職種メディカルスタッフが連携・協働し、それぞれの専門スキルを発揮することで、入院中や外来通院中の患者の生活の質(QOL)の維持・向上、患者の人生観を尊重した療養の実現をサポートしています。

チーム医療メディカル推進協議会HPより(<https://www.team-med.jp/specialists>2018年3月4日閲覧)

「チーム医療を受ける側からみて」の問題や課題

1. ・チームリーダーは誰だ・最終責任者は誰だ。
2. ・連携とそのあり方は誰を見て・誰のためになされているか。
3. ・個々の質にばらつきがあるときに持つ不安は。
4. ・チーム内でチームワークが悪い・協力的ではない
5. ・チーム間でコミュニケーションは十全か・機能しているか。
6. ・伝言ゲームで内容がずれていっていないか。
7. ・チーム各々のテリトリーを守り過ぎていないか。
8. ・情報伝達システムにパソコンを用いると⇒パソコンの中に私は居ない。私と会っているときの主な行為はパソコンにその医療者が重要だと思ったことを入力する行為が主流となる。

私を、私の全体を、「見ない・見ようしない」……「主体は誰?・主体はどこ?」etc

## 「ケアの本質」を考える

37

子産み・子育て途上の女性たちにとって、一人の有能で信頼できるケアラー・サポーター・助言者と巡り会い、産み・育ての期間中、継続してケアを受けられたら、心身ともに支えられ、馴れない体験を乗り越えて行く力になるだろう。

きっと「産み・育ては楽しいことだ・ゆたかなことだ」と、感じ取ることができるだろう。

子産み・子育て同様に、介護でも、障害でも、病でも、終末医療でも、良質のケアラーと出会い伴走できることは財産だ。

Thank you.

## 討論会 『女性のための出産ケアシステムと助産師の可能性』 パネリストプロフィール

### 山本詩子氏（日本助産師会会長・山本助産院院長）

1981 年神奈川県衛生看護専門学校助産師学科卒業後、医療法人財団慈啓会大口病院や横浜 市立大学医学部付属病院における助産師経験を基に、1994 年に山本助産院を開設した。

山本助産院 HP に、下記を掲載している。

ひとりひとりが違うお産。あなたらしいお産ができるように、お手伝いします。

女性の身体は大切です。

赤ちゃんはかけがえのない宝物です。

お産は家族の出発点。

私たちは皆さまが、心身ともにリラックスして

お産ができるようにお手伝いいたします。

あなたのお気持ち、大切にします。

どうぞお気軽にご相談ください。

長年にわたる地域の母子のために安心・安全で温かいお産の実現に努めるとともに、天使大学大学院助産研究科助産学専攻、聖路加看護大学大学院、慶応義塾大学看護医療 学部、北里大学大学院看護学研究科、昭和大学助産学専攻科、帝京大学助産学専攻科等、多数の助産学教育機関での教育にも携わっている。2017 年度からは第 10 代の日本助産 師会会長として、「すべての女性に助産師のケアを」「助産師としてのアイデンティティ をもとう」と助産師に役割意識を促すとともに、行政はじめとした他機関への働きかけ を行うために全国を飛び回っている。

## 吉川久美子氏（日本看護協会常任理事・助産師職能委員長）

1981年3月 聖路加看護大学（現聖路加国際大学）卒業看護師・助産師・保健師資格取得

1981年4月 聖路加国際病院入職。産科病棟・分娩室で助産師として妊産褥婦のケアに携わる。分娩室で分娩進行中の妊婦をケア中、妊婦さんの「この痛み（陣痛）、経験していない人にはわからないでしょ」という言葉に、自分自身で出産も経験し産科病棟で働きたいと強く思う。病院においては、産科病棟・分娩室での勤務のほか、看護教育部門の主任、外来部門の師長、小児総合医療センター（小児病棟・外来）の師長、副看護部長として看護管理業務に携わる。

2012年 認定看護管理者取得。

2017年6月より、公益社団法人日本看護協会の常任理事に就任し、医療制度、助産提供システム関連の事業を担当。日本の少子高齢化社会の中で、周産期医療は多くの課題を抱えているが、妊産褥婦が安全に満足できる分娩ができ、より良い家族関係の成立ができるよう、またケアを提供している助産師が、助産師としての専門性を発揮することができるよう、関連団体の皆様と共にシステムの構築を含め課題解決に取り組んでいる。

私生活においては、病院勤務中に、3人の子どもを出産し、妊娠の継続、子育てしながらの育児の大変さを身をもって経験するも、家族の協力、病院職員の支援などにより、なんとか勤務の継続をする。その子どもたちも成長し、娘に子どもが生まれ、娘の妊娠経過及び子育てを通し日々新たな発見をしている。

## 明智カイト氏（いのち リスペクト。ホワイトリボン・キャンペーン代表）

『草の根ロビイング勉強会』発起人として「ロビイング」や「アドボカシー」が学べる機会を提供してきた。今年4月にはNPO法人「市民アドボカシー連盟」（NPO認証申請中）の代表理事に就任することが決まっている。自身も中学生の時にいじめを受け、自殺未遂をした経験から「いのち リスペクト。ホワイトリボン・キャンペーン」を立ち上げて、「いじめ対策」「自殺対策」などのロビー活動を行ってきた。著書に『誰でもできるロビイング入門 社会を変える技術』（光文社新書）。認定NPO法人フローレンス所属、日本政策学校の講師、NPO法人「ストップいじめ！ナビ」メンバー、ホワイト企業の証しである「ホワイトマーク」を推進している安全衛生優良企業マーク推進機構の顧問などを務めている。



## 医療機関で提供する 妊産褥婦への継続支援



公益社団法人 日本看護協会  
常任理事  
吉川久美子

1

## 助産師が 継続して妊産褥婦のケアをすること

- 自分のことを良く知っている助産師さんに見てもらえることの安心感
- 自分や家族の希望に添った出産ができる
- 妊娠期から育児期までの継続したサポート



- お互いが合わなかったら？
- 管理上の見落としがあったら？
- 母親の自立促進は？



2

## 医療機関における妊産褥婦への継続支援 聖路加国際病院のシステム

➤ 分娩件数 : 110~130件/月

➤ 助産師数 : 50名

➤ グループ制母親学級:

- 母親のピアグループを作ることが目的
- 妊娠期4回の母親学級・産後1~2ヶ月に1回の産後クラスを7~8名のグループ制で実施
- グループは1人(または2人)の助産師が継続して担当
- 切迫早産や妊娠中、産後に問題がある場合はプライマリー助産師として関わる
- 分娩については必ず担当するとは限らないが、産後は継続して担当できるように調整
- 助産師外来では、ハイリスクの妊婦さんに継続的に関わるように調整



3

## ナースマネジャーに聞きました

- 病棟・分娩室・産科外来の管理が一元化しているので継続的にかかわれる。勤務者を固定すると継続的なかわりが難しくなる。
- 助産師の育成に時間がかかる。
  - ・ 継続的に関わるには、経験年数や知識が必要
  - ・ 産科・母乳の知識・育児・コミュニケーションスキルなど
  - ・ 母親学級は3年目以上の助産師が担当
  - ・ 助産師外来は5年目以上の助産師が担当
- スケジュール作成が大変
  - ・ 病棟・分娩室・新生児室・外来
  - ・ 夜勤交代勤務



4

## 出産した母親の様子

- 妊娠が確定し、継続して健診を受けていくと決めたとき(2回目受診くらい)に、母親学級の予約を取る。予定日に合わせてグループが組まれるので、自分で日程を決める。
- 母親学級で担当の助産師さんとグループメンバーと顔合わせ。
- 担当助産師さんのことを「先生」と呼んでいた(家では)
- 妊婦健診で定期的に担当助産師と顔合わせ、話す。
- グループの妊婦さんが同じ顔ぶれであること、出産時期が一緒であることから、母親学級での交流で不安なことが解消される。
- 分娩時の担当助産師は異なるものの、パースプランに沿った分娩。産後病室に訪問してくれる。
- 乳腺炎になり2回緊急で母乳外来を受診。
- 妊娠中より産後のクラスでより仲良くなり、以後生活している地域は異なるが、ラインで連絡を取り合ったり、食事をしたりしている。
- 同時期に、同級生が続けて出産し、いろいろ話を聞いているが、いかに良い環境で出産できたか感謝している。

5

## おわりに



- お互いが合わなかったら？
    - ⇒ 担当制ではあるが、他の助産師の介入もあり風が入る
  - 管理上の見落としがあったら？
    - ⇒ 複数の目が入る
  - 母親の自立促進は？
    - ⇒ ピアサポートが目的のため、母親たちでサポートし合っていける。
- 地域にある様々な資源の活用方法の支援は必要



- ・グループ制が現実的
- ・困ったときの相談できる助産師の存在は重要
- ・助産実践力をしっかり身につける必要あり

6

# 草の根ロビイング

## -アドボカシーの視点から-

明智カイト

### ◆明智カイト

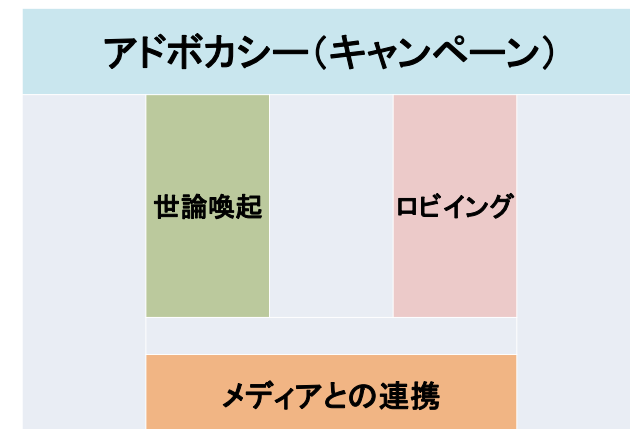
- ・いのち リスペクト。ホワイトリボン・キャンペーン 代表
- ・「草の根ロビイング勉強会」発起人
- ・認定NPO法人フローレンス 職員
- ・NPO法人「ストップいじめ！ナビ」メンバー
- ・Yahoo! ニュース、BLOGOS、シノドスなどで執筆などなど、いろいろやっています。

## 草の根ロビイング勉強会

- ・市民セクターのロビイングへの参加促進
- ・ロビイストの認知拡大と地位向上、職業確立
- ・アドボカシーの体系化

⇒定期的に勉強会を開催

<http://lobbyingadvocacy.strikingly.com/>



## ◆アドボカシーとは

アドボカシーとは、「政策提言」や「権利擁護」などの意味で用いられています。社会的弱者、マイノリティー等の権利擁護、代弁の他、その運動や政策提言、特定の問題に対する政治的提言、広範な分野での活発な政策提言活動を指している。

### アドボカシーの必要性(1)

集票力のある経団連、日本医師会、農協、労働組合などの圧力団体はロビイングだけで政治を動かしています。そして「組織内議員」として自前の議員が当選している圧力団体も存在します。

つまり圧力団体の発言は政治家や政党も無視できない影響力を持っているのです。

## ◆ロビイング(ロビー活動)

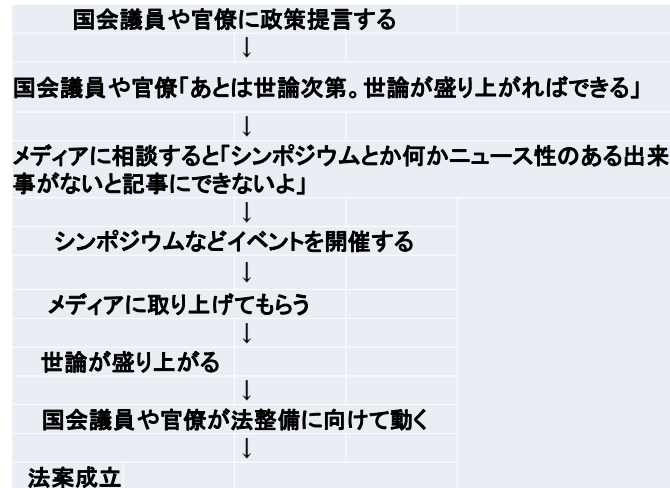
ロビイング(ロビー活動)とは、特定の主張を有する個人または団体が政府の政策に影響を及ぼすことを目的として行う私的な政治活動である。議会の議員、政府の構成員、公務員などが対象となる。

### アドボカシーの必要性(2)

それでは、集票力も組織内議員も持っていないNPO・NGOはどうしたら良いのでしょうか。

この場合はアドボカシーによって政治を動かしていきまます。アドボカシーとは集票力ではなく「世論を喚起することによって政治を動かす」ことを目標にしています。それはロビイングにキャンペーンとメディアとを組み合わせで行われます。





## ★知ってもらう

- ・法制度のこと(どんな法律が必要?国会や政党の動き)
- ・メリット、デメリット(一覽作成、当事者の声)
- ・キャンペーンのこと(どんなことしてる?)

## ★賛同してもらう \* (A層)(B層)(C層)向け

- ・署名活動(change.org)へ誘導
- ・参加型企画の開催

## ★協力してもらう \* (A層)(B層)向け

- ・ロコミなどで周囲に広めてもらう、ブログなどで取り上げてもらう
- ・SNSなどでシェア
- ・新聞などに投書
- ・寄付(クラウドファンディングなど)
- ・地元選出の国会議員に働きかけてもらう(手紙など)
- ・ロビイング(議員との面会・集会等)への参加

## ★自前の記事作成

- ・著名人や政治家などへのインタビュー記事
- ・賛同者の紹介記事
- ・いろいろなネットメディア媒体で掲載する

## ★メディア

- ・新聞、テレビ等での報道件数の増加
- ・新聞の社説での賛成・賛同

## キャンペーン戦略の一例

### ★キャンペーンのあり方

(A層)ロビイング、メディアワークを中心としながら、キャンペーンへの参加意志が強い市民を巻き込んでいく  
 具体的活動 = ロビイングへの参加

(B層)社会貢献への関心がある市民に向けた広報活動  
 具体的活動 = 署名活動、参加型イベントの開催

(C層)社会貢献への関心が薄い市民も含めた大規模な広報活動  
 具体的活動 = 著名人・企業とのコラボ、簡単な仕掛け(画像やロゴをシェアしよう!とか、ピンバッジ付けようとか何かしらやってみる)

## 『誰でもできるロビイング入門 社会を変える技術』(光文社新書) 明智カイト著

「弱者やマイノリティのために、政治に直接働きかける技術」を解説する、初めての一冊。

2015年12月16日発売、定価(本体780円+税)

## 事例の紹介

- ・自殺対策 清水康之氏
- ・子育て支援 駒崎弘樹氏
- ・いじめ対策 荻上チキ氏
- ・ひとり親支援(母子家庭) 赤石千衣子氏
- ・LGBTへの支援 明智カイト

## 親愛なる助産師さんたちへ

2018年3月10日(土)  
シンポジウム  
女性を大切にする出産ケアシステム  
「マイ助産師制度」の実現に向けて

平田砂知枝 (お産ラボ)

お産ラボ osanlaboratory



10人10色のお産

みんなでお産のことを

話す、聴く、考える、そして想いを共有する

お産は人生において、とても大きな出来事なのに、事前にお産について学ぶことも自分の経験を話したり、誰かのお産について聞く機会がほとんどありません。

お母さん・お父さんになる?! 未知の世界で、わからないことだらけ...

女性の特権、何度も経験できないお産...できれば自分らしくやりたい  
お母さん、お父さんになる前に、知ってほしい!!  
自分の体験が、だれかの役に立つ、だれかの体験が自分を励ましてくれる。

座談会で、お産・育児体験をシェアし、お母さん(お父さん)になるスタート地点(お産)を共に学ぶ場所、『お産ラボ』を2016年3月8日に立ち上げました。

これまでに、たくさんの助産師さんたちに参加していただいています。

お産ラボ osan laboratory



\*座談会やイベントを通して、お産について語り合いいろんなお産に向き合い、一緒に考える機会を作ります。

\*お産で得た学びや気づき、感情を共有します。  
これからお産を迎える人たちの不安や戸惑いに寄り添います。

\*命がけのお産に、どこで、だれと、どのように向き合えばいいのか、専門家も言めて一緒に考えます。

\*1人でも多くの人が、満足のいく、幸せなお産ができるようにみんなの意見をすくい上げ、医療機関等へも提案していきます。

\*漢字一字から始まるお産のドラマ...それぞれ一文字にたくさんの思い・感情が込められています。



お産を漢字1字で表すと  
どんな文字が浮かびますか?

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|
| 初 | 苦 | 嬉 | 生 | 進 | 絆 | 愛 | 耐 | 心 | 怖 | 知   |
| 感 | 痛 | 通 | 驚 | 変 | 始 | 悶 | 待 | 卵 | 命 | 出   |
| 幸 | 暮 | 助 | 迷 | 学 | 共 | 育 | 一 | 神 | 発 | 守   |
| 逆 | 涙 | 光 | 過 | 喜 | 輝 | 願 | 指 | 母 | 会 | ... |

## \* お産をとりまく様々な問題

出産トラウマ  
分娩格差  
死産・流産  
産後うつ  
産後クライシス  
お産難民  
孤独な育児



お産体験をシェアすることによって、客観的に自身のお産を振り返り、様々な気づきを得ます。

お産ラボは、お母さんたちの不安や悩みを個人的な問題ではなく、社会的な問題として認識し、助産師さんなど専門家の意見を交えつつ、当事者である女性のニーズにそったケア、情報、医療連携などについても考え、提案していききたいと思います。

## これまでの活動(H28.3～H30.2現在)

- \* お産を語る座談会 21回
- \* 助産院見学会 6回
- \* おっさんラボ 3回  
(男性がお産・育児を語る会)
- \* お産今昔物語  
(異世代間でお産を語る会)
- \* 『マイクロバース』上映会 3回
- \* いいお産の日イベント主催
- \* 母子と助産師の交流会実行委員
- \* その他・・・ふじさんっ子フェスタ、AUTUMN FESTA、まちゼミ講師など



これまでに、累計600名以上の方に参加していただいています。



静岡市は、総合病院、クリニック、助産院と分娩施設に恵まれた地域です。特に、全国的にも有数の開業助産院の多い地域でもあります。しかしながら、その存在が知られておらず、ケアが必要な女性にその役割が届いていない現状があります。

妊娠期から産後にかけて、お母さんたちが悩みや不安を抱えたまま、孤独な育児をしています。その結果、育児不安や産後うつなど様々な問題を引き起こします。それらを解決していくために、社会的な支援と専門的な継続的なケアが必要です。いつでも、不安や悩みを共有、相談できるMy助産師のような存在が求められます。

当事者である、私たち、お母さんが、妊娠・お産・産後について考え、知り、情報を共有し、声をあげていくことで、お産に向き合い、子育てをより楽しく、そして静岡を、日本をよりよい環境にしていきたい！

女性の人生を、日本の未来を変える力が  
助産師さんにはあります！！



お母さん、赤ちゃん、家族、いのちに寄り添って下さる  
助産師さんたちに心から感謝します。

いつも、ありがとうございます。

そして、これからも、よろしくお願いします。

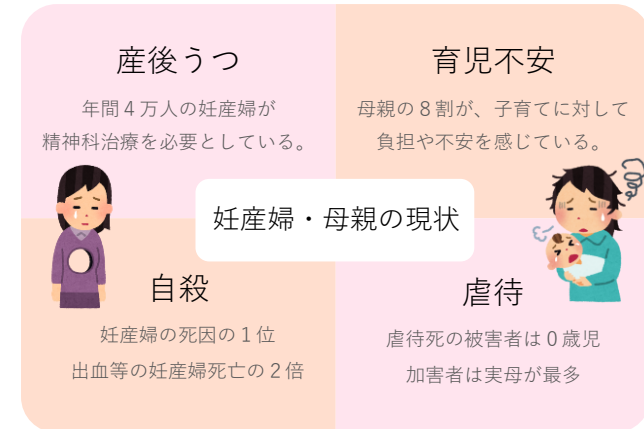
平田砂知枝

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  
2018/3/10

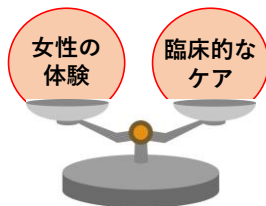
1



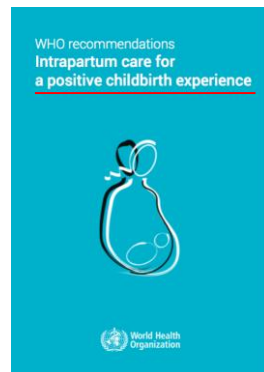
2

## 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

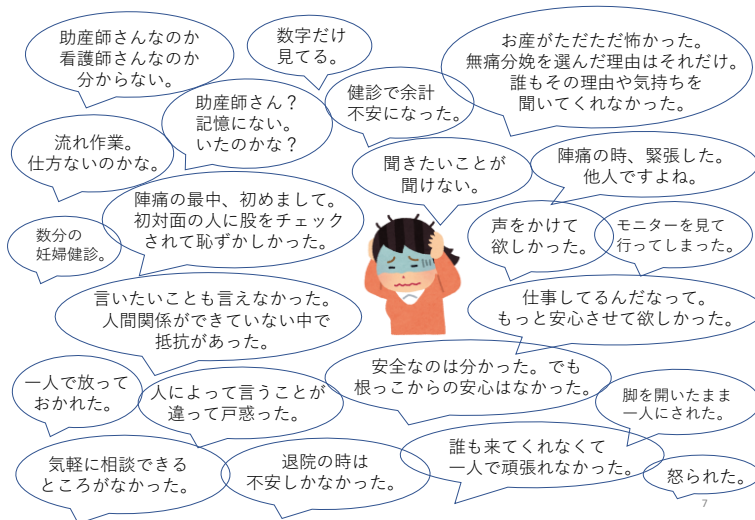
(出産場所：病院・診療所・助産所・自宅)

### 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)



## 助産師は周産期ケアのプロフェッショナル

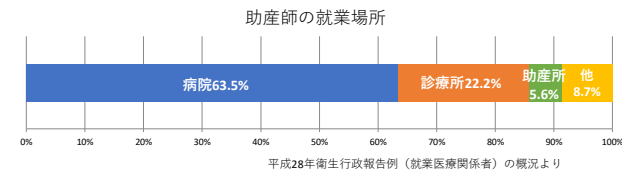
### 母親と赤ちゃんのために 役に立ってこそ意味がある



- 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

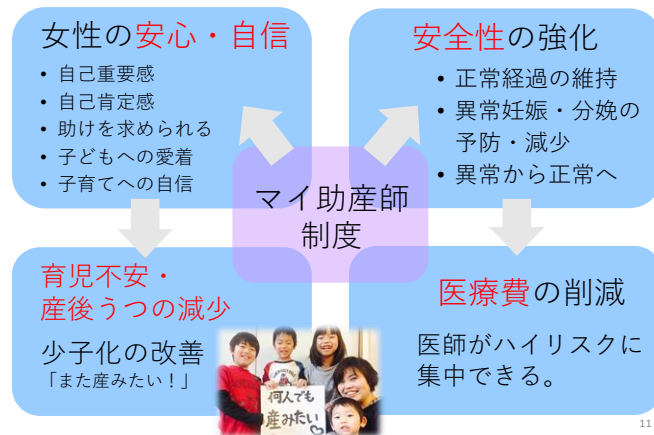
### 同じ助産師による妊娠・出産・産後を通した一対一の継続ケア

- 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)

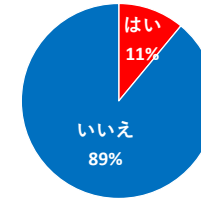
### ➤ニュージーランド

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)

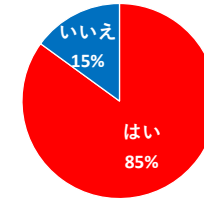
13

## 「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. 助産師の実践能力の向上
2. 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
3. 医療連携・バックアップ体制の整備
4. 助産師によるオープンシステムの推進・整備
5. 助産教育の見直し
6. 法的基盤・財源の確保
7. 職能団体の強化



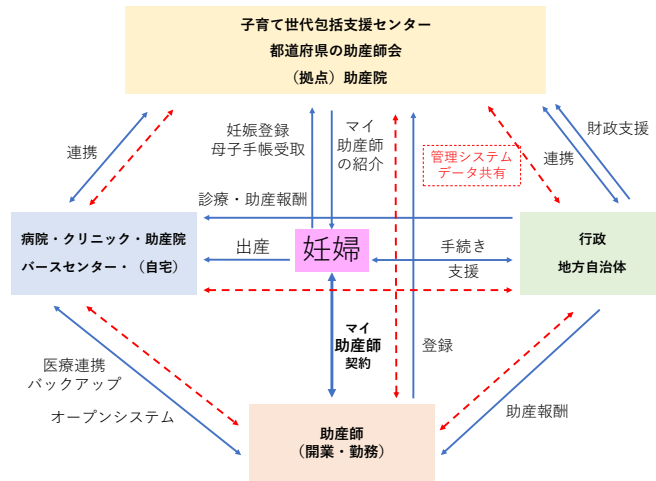
15

## 助産師によるオープンシステム



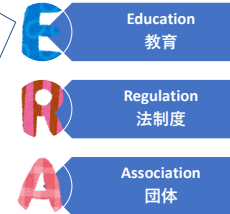
妊産婦・母親にとって、本当に切れ目のない支援とは？

16



## 助産の自律

1～2年間の  
助産教育から  
看護教育を  
基礎としない  
4年間の  
ダイレクト  
エントリー  
教育の検討

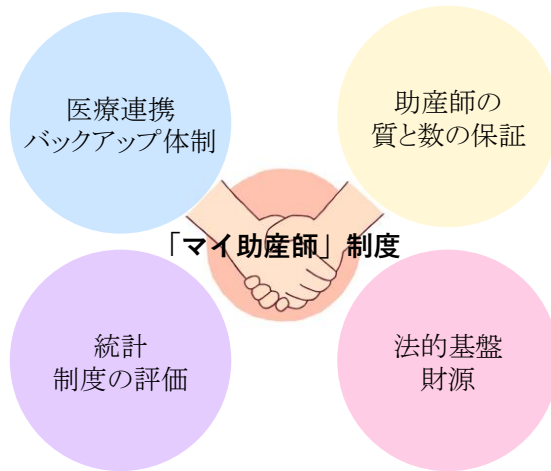


- 保助看法
- 嘱託医制度
- 周産期ケア法？
  - 女性の権利
  - ケアの質の保証  
例) がん対策基本法
- 助産ケアの対価  
例) 助産報酬

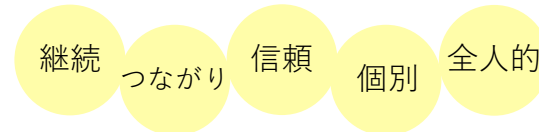
助産と看護は違う。助産と看護を同時に行うことはできない。  
助産師は自らを律する、自分たちの教育、法律、団体を持つ。

国際助産師連盟 (ICM) 2016

18



19



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.
- Gotvalli, K., & Waldenström, U. (2002). Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 109, 254-260.
- Howarth, A., Swain, N., & Trehan, 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, Ó. 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 independence*. Reading, Mass.: Addison-Wesley Pub. Co.
- McArar-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. *BJOG: 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.
- Pairman, S., & Tumilty, E. (2016). ICM Midwifery Regulation Toolkit. International Confederation of Midwives. Retrieved from [http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Globa%20Standards%20Comptencies%20Tools/English/ICM\\_Toolkit\\_ENG.pdf](http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Globa%20Standards%20Comptencies%20Tools/English/ICM_Toolkit_ENG.pdf)
- 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 115p.
- 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-Shakaiengokuyokushougai/kenfukushibu-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-Seisakujouhou-11900000-Koyokintoutijidoukateikyoku/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室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/NIDD00.do?resrchNum=201606004A>

22

21

## マイ助産師（独立助産師）になるための “最初の一歩”を踏み出す

愛知県長久手市  
ふくろう助産院 鈴木知佳

## 助産師は地域で必要とされている！！

育休中、子育てをしながら  
地域の子育て支援、お母さんたちの日常を垣間見た



### 妊婦さんの声

「健診中は助産師さんとゆっくり話す機会がなくて…」  
「忙しそうだし、呼び止めるほどのことでもないかなって」

### お母さんの声

「おっぱいのことや赤ちゃんのことで困ってもどこに相談した  
良いか分からなくて、ケータイで調べてました」  
「いろんな情報に、何を信じていいのが戸惑いました」  
「外に出るきっかけもなく、赤ちゃんと二人きりの生活が長く  
て、正直、病んでました」

## “最初の一歩”を踏みだした背景

◎自分の目指す助産師像 お産を扱う独立開業助産師

一方で・・・

◎助産師として、浅い経験のまま  
自身に妊娠出産・子育ての生活となった。

◎子どもとの時間を最優先に考えたとき

常勤(夜勤)はもちろん、パートタイマーという形でも  
お給料をいただいて勤務するという選択肢はなく  
これからどういうかたちで、  
助産師としての経験を積んでいくか、悩んだ。  
(長男1歳9か月・次男2か月)

## 子育てと、助産師としての働き方の両立

### 今できること

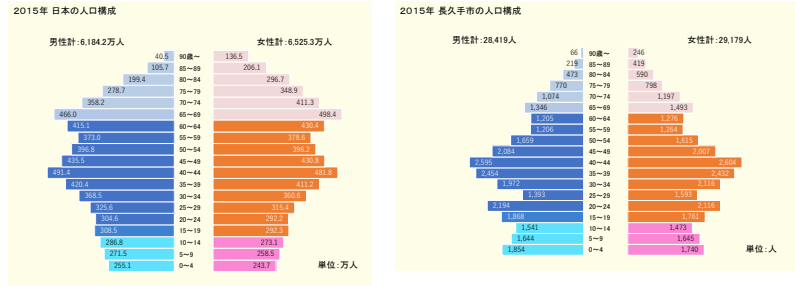
- ・子育ての経験
- ・地域での子育て支援活動
- ・お産を扱わない開業
- ・自己研鑽

### 今できないこと

- ・お産を扱う勤務（特に夜勤）
- ・お産を扱う開業  
（妊婦健診や分娩介助）

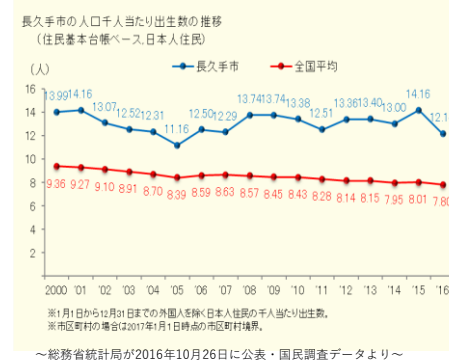
助産師としての経験不足と子育てとのバランスから  
マイ助産師(独立助産師)すべてを果たすことは現段階ではできないが  
マイ助産師(独立助産師)の条件を整えるために  
今できることをやっいていこう！と考えた。

## 私の住んでいる 長久手市～日本一若いまち～



高齢者(65才以上)と生産年齢人口(15歳～64歳)の比率  
 全国平均 1人：2.3人 長久手市 1：4.2人  
 市民の平均年齢は37.7歳で全国1位の若さ（2010年国勢調査）

## ～「住みよさランキング2014」全国4位～



市外や県外からの転入者が多く、  
 古くからこの地に住民と、  
 新しく住民が混在している

長久手市の2015年の総人口57,598人。  
 5年前と比べると10.7%の増加。  
 （増加率は県内1位 全国市区町村 10位）

人口1000人当たりの  
 出生数12.14人(2016年)  
 （全国平均7.80人）

毎月約50人の新しい命が誕生している♡

## 長久手市の妊娠・出産・子育て環境

### ◎出産施設・助産院(母乳相談室)が少ない

大学病院1件 クリニック2件 助産院(出産なし)1件

### ◎縦割りの、切れ目だらけの支援

【妊娠中】母子手帳交付・パパママ教室・妊婦訪問・産前ヘルパー事業

【産後】こにちは赤ちゃん訪問・産後ケア(訪問型)・乳幼児健診・産後ヘルパー事業・  
 育児教室・のびのび計測日

- ・窓口は健康推進課だが、担当はバラバラ
- ・転入者が多いが、パパママ教室や育児教室が初産婦限定

## 取り組み① 子育てサロンの主催

～母親と地域コミュニティの橋渡し～

地域で「助産師が集う」「自然育児」を  
 キーワードに子育てサロンを始めた

テーマを決めて、参加者を集う

【広報】ブログ・SNS・市の子育てカレンダーなど

テーマは、助産師のお話し会、持ち寄りランチをしたり、  
 ヨガ・ベビータッチ・パステルアート・お灸体験など、  
 リーダー（資格者・特技がある者）をきめて、  
 その一日をおまかせするスタイルで開催。

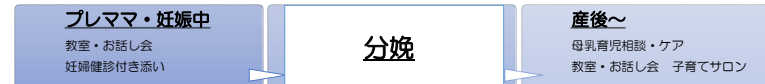


## 成果① ～子育てサロンを主催して～

|           |                                                                                                                                                                  |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 気づき       | 子育て中のおかあさんは、気軽に相談できる場・人(専門家)、子どもの遊び場や、子連れで行ける場所、子育て世代のお母さん同士のつながりを求めている                                                                                          |
| お母さんの声    | <p>「母乳のことや育児のちょっとしたことを相談できる」<br/> <b>「地域に開業助産師という人がいる」</b><br/> <b>「地域のお母さんの横つながりができる」</b><br/> <b>「市内のいろいろな支援を知ることができた」</b></p>                                 |
| 助産師の経験として | <p>自身も子連れで行くことができ<br/>         子育て真っ最中の、同じ環境の中で、<br/>         お母さんと同じ目線で関わることが<br/>         今、私が子育てしながらできる最大の子育て支援だと、<br/>         地域で活動する助産師としても、大きな自信になった。</p> |



## 取り組み② 産院や助産院での出産立ち合いの提案 ～ 医療連携と継続ケアのための“最初の一歩”～



※わたしの開業する助産院は、現在分娩を扱っていない

「鈴木さんに、お産をしてほしい」  
 「産前、お産、産後も継続してお世話になりたい」

と、望まれる方の出産にも携われるよう、  
 (嘱託医の)産院と、産婦さんに“出産立ち合い”の提案をした。

### ◎嘱託医の産院が承諾してくれた理由

嘱託医の産院は、もともと出産時の面会者の制限がない（立ち合いは本人が良ければOK）  
 分娩時の立ちあいという形であり、妊婦健診・分娩介助ともに、  
 産院としては従来の形と変わらず、産院のシステムは変わらない（労働賃金なし）

## 成果② ～立ち合い分娩の提案から～

|           |                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 気づき       | 自身が今できないこと(分娩介助・妊婦健診)に関わる手段は、見出せる。<br>妊産婦さんにとってのよりよい選択、自己決定ができるように、<br>支えることができ、関係性が築けることは、とてもやりがいを感じる。                                                                                                                         |
| お母さんの声    | <p>「妊婦健診で聞ききれないことを相談できて、妊娠中、安心だった」<br/> <b>「状況がわかってくれてるかかりつけの助産師さんとお産を迎えるのが楽しみ」</b></p> <p><b>「産前から顔の見える関係性（信頼）が築けて、<br/>産後も安心して頼ることができる、地域の開業助産師と出会えてよかった」</b></p>                                                             |
| 助産師の経験として | <p>マイ助産師として、継続的にケアに携わる上で、<br/>         出産にも関わるというところは、産後のケアにもつながる大きな第一歩である。<br/>         また、子育て中の助産師は“分娩”から離れてしまいがちだが、<br/>         （出産の立ち合いという形で現場にたてることで）そのブランクを埋めることができる。<br/> <b>嘱託医との関係づくり、勤務助産師と開業助産師の情報交換の場</b>ともなる。</p> |

## 取り組み③ かかりつけ助産師による産後の集団健診 ～マイ助産師の存在アピールと産後の継続的ケア～

縦割りの、切れ目だらけの支援を、繋げようと考え、  
 自身で開業する助産院独自で“かかりつけ助産師健診”を始めた(2017.9～)

月に一回日程を決めて、集団健診をする  
 内容は、おもに身長体重測定、母乳育児相談、  
 お母さんたちの悩みをシェアする

【広報】ブログ・SNS・個人ケアの方へ紹介  
 毎月3名～9名の参加者あり  
 （継続して来られる方が半数以上）

◎子育て中で、仕事から離れている  
 潜在助産師にも声をかけ、一緒に活動している。





### 成果③ ～かかりつけ助産師健診の実際から～

|           |                                                                                                                                                      |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 産後ケア      | <p><b>“助産師に気軽に相談できる場” “できるかぎり同じ助産師にみてほしい” という需要がある</b>（一ヶ月健診、こんにちは赤ちゃん訪問、3～4か月健診とすべて違う場、違う助産師・保健師・医師でお母さんたちが助言を受けたことに戸惑いがあるお母さんが多い）</p>              |
| お母さんの声    | <p>「ちょっとした心配や不安が、気軽に相談できる」<br/> 「同じ助産師さんに見てもらえるので戸惑わない、すぐに状況を把握してもらえる」<br/> 「いろんな人と話せる機会になる・悩みをみんなで共有できる」<br/> 「助産師さんとの交流・他のお母さんと交流、どちらにも魅力を感じる」</p> |
| 助産師の経験・学び | <p>同じくらいの子たちを、同時に、継続的にみれる機会となることや母子との継続的な関わりから、自身のケアや関係づくりの評価がしやすい</p> <p>退院後の母親の生の声を聴ける場となり、<br/> <b>地域のニーズをとらえ、今後の支援につなげることができる。</b></p>           |

### 今後の自身の課題・働きかけ ～出産ケア政策会議から学んだことを活かして～

- ・助産師会の研修などを活かし、自己研鑽を積む。
- ・行政への働きかけの視点をもつ

#### ～助産師会への要望として～

助産院での継続ケア研修の充実  
地域の潜在助産師の把握と産後ケア事業への参加の機会を  
開業（独立）へのプロセス教育の充実

#### ～行政への要望として～

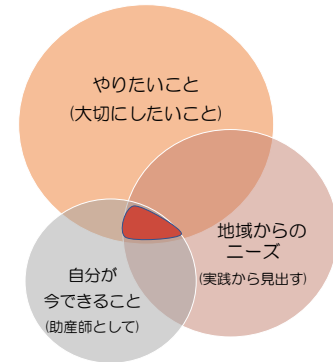
助産師による継続ケアを事業化（予算化）してほしい。

### これまでの取り組みの評価 ～出産ケア政策会議から学んだことを活かして～

2017.5～ 産後ケア政策会議への参加をして助産師として大切にしたいことがより明確になった。

何かを取り組むにあたって、社会からのニーズはあるのか  
**誰に、どのくらい必要とされていて、財源はどこか。**

そういった視点をもつことができるようになった。  
その結果、  
**取り組み①～③を展開することができた。**



### マイ助産師(独立助産師)を目指す、若手助産師さんへ

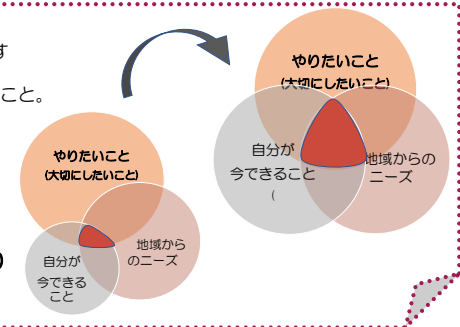
◎とにかく“**最初の一步**”を踏み出す

◎助産師像と助産師として大切にしたいこと。  
**を明確に、大きく！**

◎子育ての経験ができるのは今だけ

◎無理をしない

◎助産師の横つながりと縦つながり

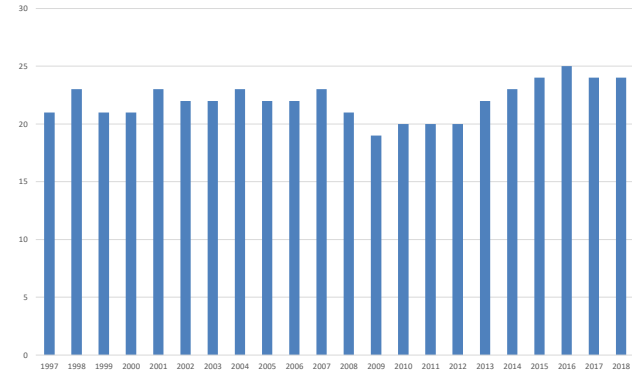




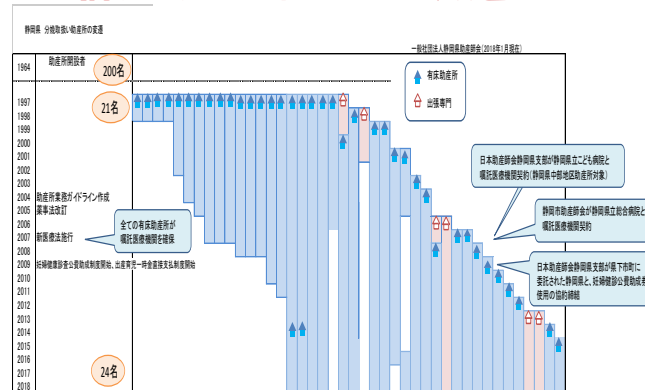
## マイ助産師が地域と連携するために —静岡を例に—

くさの助産院 (静岡県助産師会)  
草野恵子

## 静岡県の助産所の変遷(人数)



## 静岡県の助産所の変遷



## 正常な過程での妊娠、出産は 生理的なこと

正常な経過をたどる女性には子供を産む力があり、  
赤ちゃんには生まれてくる力があります。

正常な過程での妊娠、出産は生理的なことです。

しかし、正常から逸脱した場合は速やかに医療の  
手にゆだねる、その判断力も助産師には必要です。

## 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)   |
|-------|--------------|--------------|--------------|--------------|
|       | 2009年(施設数)   |              |              |              |
| 総 数   | 32,701(100)  | 30,810(100)  | 28,352(100)  | 27,652(100)  |
|       | 92           | 92           | 94           | 97           |
| 病 院   | 14,579(44.6) | 14,015(45.5) | 13,895(49.0) | 13,429(48.6) |
|       | 26           | 26           | 27           | 26           |
| 診 療 所 | 17,682(54.1) | 16,277(52.8) | 14,030(49.5) | 13,808(49.9) |
|       | 50           | 47           | 45           | 46           |
| 助 産 所 | 383(1.2)     | 466(1.5)     | 399(1.4)     | 376(1.4)     |
|       | 16           | 19           | 22           | 25           |
| 自 宅   | 39(0.1)      | 41(0.1)      | 23(0.1)      | 31(0.1)      |

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

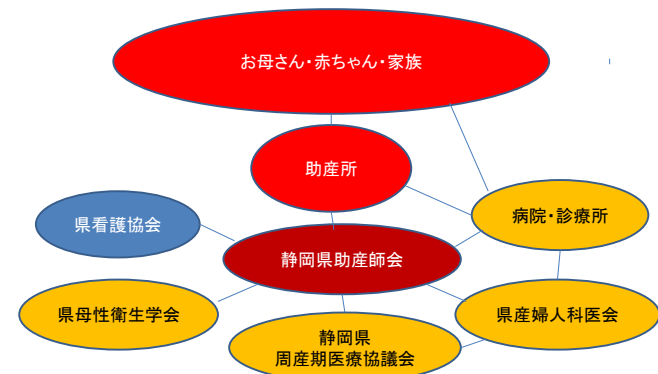


## 助産所と病院・診療所との連携 (嘱託医・嘱託医療機関) 青字：自治体病院

| 市町村 | 住所   | 嘱託医療施設名         | 嘱託医療機関名         |
|-----|------|-----------------|-----------------|
| 1A  | 東伊豆町 | 日井医院            | 日井医院            |
| 2B  | 伊豆市  | 伊豆市立病院 伊豆市立病院   | 伊豆市立病院 伊豆市立病院   |
| 3C  | 富士市  | 富士市立病院 富士市立病院   | 富士市立病院 富士市立病院   |
| 4D  | 富士市  | 富士市立病院 富士市立病院   | 富士市立病院 富士市立病院   |
| 5E  | 富士市  | 富士市立病院 富士市立病院   | 富士市立病院 富士市立病院   |
| 6F  | 静岡市  | 静岡市立病院 静岡市立病院   | 静岡市立病院 静岡市立病院   |
| 7G  | 静岡市  | 静岡市立病院 静岡市立病院   | 静岡市立病院 静岡市立病院   |
| 8H  | 静岡市  | 静岡市立病院 静岡市立病院   | 静岡市立病院 静岡市立病院   |
| 9I  | 静岡市  | 静岡市立病院 静岡市立病院   | 静岡市立病院 静岡市立病院   |
| 10J | 静岡市  | 静岡市立病院 静岡市立病院   | 静岡市立病院 静岡市立病院   |
| 11K | 静岡市  | 静岡市立病院 静岡市立病院   | 静岡市立病院 静岡市立病院   |
| 12L | 静岡市  | 静岡市立病院 静岡市立病院   | 静岡市立病院 静岡市立病院   |
| 13M | 静岡市  | 静岡市立病院 静岡市立病院   | 静岡市立病院 静岡市立病院   |
| 14N | 御前崎  | 御前崎市立病院 御前崎市立病院 | 御前崎市立病院 御前崎市立病院 |
| 15O | 静岡市  | 静岡市立病院 静岡市立病院   | 静岡市立病院 静岡市立病院   |
| 16P | 静岡市  | 静岡市立病院 静岡市立病院   | 静岡市立病院 静岡市立病院   |
| 17Q | 静岡市  | 静岡市立病院 静岡市立病院   | 静岡市立病院 静岡市立病院   |
| 18R | 静岡市  | 静岡市立病院 静岡市立病院   | 静岡市立病院 静岡市立病院   |
| 19S | 静岡市  | 静岡市立病院 静岡市立病院   | 静岡市立病院 静岡市立病院   |
| 20T | 静岡市  | 静岡市立病院 静岡市立病院   | 静岡市立病院 静岡市立病院   |
| 21U | 静岡市  | 静岡市立病院 静岡市立病院   | 静岡市立病院 静岡市立病院   |
| 22V | 静岡市  | 静岡市立病院 静岡市立病院   | 静岡市立病院 静岡市立病院   |
| 23W | 静岡市  | 静岡市立病院 静岡市立病院   | 静岡市立病院 静岡市立病院   |
| 24X | 静岡市  | 静岡市立病院 静岡市立病院   | 静岡市立病院 静岡市立病院   |

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づけられている。

## 県母性衛生学会で「助産所」を発表

静岡県助産師会会長は県母性衛生学会の理事を務める

- 2006年 発表:「開業助産婦の『臨時応急の手当(分娩緊急事態の対応)』と薬事法改正」  
 パネルディスカッション:助産所の転院・搬送の状況や内訳を発表
- 2007年 発表:「県内の助産所での出生、搬送状況の報告」  
 パネルディスカッション:助産師養成所の増設、正常分娩は助産師に任せる等を提案
- 2014年 発表:「静岡県における母子支援の改善に向けての基礎的調査—妊産褥婦が受けたケアの検討」  
 (学術奨励賞受賞)

## 県助産師会と県看護協会

助産所の助産師が看護協会職能委員として参加して、病院勤務の助産師との交流が多くなった。

県看護協会主催「いいお産の日」イベントに育児相談ブースを受け持ち、参加協力している。

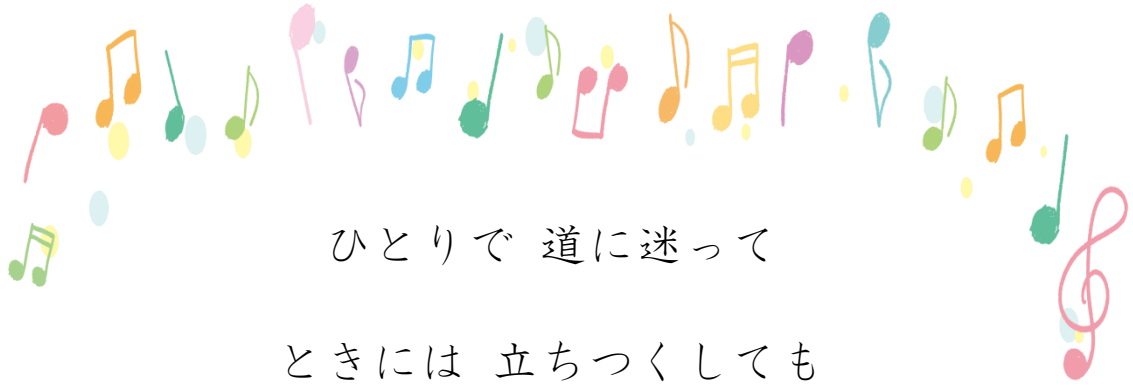
看護協会の助産師職能集会でも開業助産師の活動を報告する等、会合士の付き合いが続いている。

看護協会で知り合った病院勤務助産師が助産師外来開設のための研修に助産所に来院したり、交流もあり、助産所からの緊急搬送時の受け入れも協力的。

## まとめ

- 同一助産師の継続的なケアを受けたお母さん達はお産への満足度が高く、産後も助産師と共に幸せなお産を目指して行動している。
- 静岡の助産所は、助産師会を中心に病院、診療所や産婦人科医会、県との連携があることで、安心して助産所を続けていくことができている。
- これからも、関わる人たちと顔の見える関係を作り、その中で思いを伝え、連携を深め、マイ助産師制度の実現につなげていきたい。

## エピローグソング



ひとりで 道に迷って

ときには 立ちつくしても

私は また歩きだす

あなたが 信じてくれるから

あなたが そばにいるから

どんな山も 怖くはない

大きな波も 受けとめる

あなたが 私を母にする



## 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。

