

- ・原則として合併症がないこと（ただし、医師の許可があれば可能な場合もあり）
- ・分娩に支障のある既往歴、既往妊娠分娩歴がないこと
- ・高齢初産（35歳以上）若年妊娠（16歳未満）でないこと（医師の許可があれば可能な場合もあり）
- ・血圧が140/90mmHg以上、尿蛋白陽性の場合には2回以上連続で定量30mg/dl以上がなく、浮腫は指圧により脛骨稜に陥没と1週間に500g以上の体重増加を認めないこと
- ・異常な体重増加（BMI:妊娠中期26以上、妊娠末期28以上、妊娠のどの時期でも15kgの増加、非妊娠時80kg以上の妊婦、1ヶ月で2kgの体重増加が続く）がないこと
- ・早産（36週6日未満）過期妊娠（42週0日以上）でないこと
- ・胎児心拍数でNSTがnon reactiveでないこと
- ・IUGR(B-スコープで推定体重が連続2回-1.5SD以上)でないこと
- ・巨大児（4000g）以上でないこと
- ・羊水量は連続2回以上、AFIが5未満でないこと

2. マタニティホームで取り扱わない症例

- ・前置胎盤、多胎妊娠、既往帝王切開分娩、骨盤位
- ・胎児奇形
- ・Hbc抗原陽性、HCV陽性
- ・GBS陽性

3. 医師と相談のうえ、マタニティホームで取り扱えるかどうかを決め、より慎重に対応していく必要のある症例

- ・前回新生児の異常のあるもの：交換輸血治療、染色体異常、重度の疾患、感染症、IUGR

4. 分娩・産褥時のマタニティホー

ムから医師管理への移行基準

(1) 母体

- ①異常出血（胎盤早期剥離・前置胎盤など）
- ②前期破水後8時間を経過しても陣痛が発来しない場合
感染徴候がある場合（体温が37.8℃以上が2回続く）
高位破水も同様であるが、本人の希望があれば医師と相談し、バースセンターで経過を観察することもある
- ③高度羊水混濁（鶯色～暗緑色）が認められた場合。または羊水混濁と感染徴候のある場合
- ④分娩遷延で、分娩第2期に有効な陣痛があるが、2時間以上も分娩が進行しない場合や、廻旋異常やCPDなどを疑う場合
- ⑤胎盤剥離困難で胎盤娩出前に異常な出血があるか、出血がなくて30分以上経過しても胎盤が娩出しないもの
- ⑥分娩時出血多量のもの（500g以上）
- ⑦頸管裂傷、会陰裂傷、会陰血腫
- ⑧全身状態の悪化とバイタルサインの異常（高血圧・頻脈・呼吸困難・ショック状態・子癇前症など）
- ⑨感染徴候（全身・局所）
- ⑩子宮・悪露の異常

(2) 胎児

- ①胎児、CTGの異常

(3) 新生児（小児科医への診察依頼）

- ①体重2500g以下、4000g以上
- ②前期破水後24時間経過して出生
- ③羊水混濁があったもの
- ④アプガースコア7点以下、または臍帯血ガス文責値で異常があったもの
- ⑤外表奇形、染色体異常
- ⑥24時間以内に排便、48時間以内に排尿がないもの
- ⑦バイタルサインの異常
- ⑧黄疸で光線療法の適応基準に合致するもの
- ⑨全身性の発疹・異常な母斑、紫斑な

ど

⑩全身状態（活気や哺乳力の不良、嘔吐や腹部膨満が持続するなど）が不良の場合

他に医師とマタニティホームとの確認・約束事項を極めて詳細な内容まで検討中であり、明文化の作業に入っている。

Ⅲ. 病棟助産師・看護師との調整

マタニティホームでの対象者基準作りを実施すると同時に、担当助産師だけではない病棟全体の話し合いを心がけた。妊婦健診の場所や内装等を担当助産師だけで先走って行うことの非難等に対応し、スタッフ全員の意思疎通を図る重要性を認識した。特に、専任助産師が勤務していないときの問い合わせやケアに実際参加してもらわないといけない場合もあり、重要な配慮である。

Ⅳ. マタニティホームでの分娩第一号

分娩は当初 4 月頃を予定していた。しかしアプローチしてきた妊婦の意向が強くなり、分娩第一号は予定した開始時期より早く、平成 18 年 1 月 13 日となった。1 回経産の方であり、福島県から県を越えての出産となった。夫の勤務の都合で東京から福島に引越しをし、はじめ福島の個人病院で妊婦健診を受けていたが、機械的な健診の扱いに失望していた。そんな時にインターネットのサイトで刈田総合病院のマタニティホームの開設を知り、はじめ何回かの電話のやりとりで同ホームでの分娩の可能性を探り、産科医からの診察、承認を得た後無事に出産に至っている。

産婦の希望する畳の上で、家族と一緒に新生児を迎え、出生後すぐに新生児を抱いて母乳を吸わせたいというバースプランに沿って、分娩を進めていった。この間胎児モニタリングは産婦に説明し、理解が得られ継続して監視ができた（資料 2）。

V. 今後の課題

刈田総合病院では、専任助産師がマタニティホーム開設の準備にだけ専念できる勤務体制になっているわけではない。専念できる勤務体制作りが必要である。

また、地域の活性化に向けた出産・育児・健康管理全般に亘り、助産師活動が理解され、期待されるように啓蒙し浸透することが重要である。

おわりに

本研究を通して周産期医療全体の中で、助産師の果たす役割と課題は以下にまとめられる。

1. 医療と助産のコラボレーション

出産に関する安全の希求は、いつの時代も、どこの国でも永久不滅的なことである。それだからこそ、安全の保証は当然のことといえよう。しかし同時にそれは不快であり、マイナーな感覚として捉えられては困る。

分娩の安全と快適性は同時に成り立ってこそ次世代の担い手作りに意義あることである。快適な分娩環境を整えることが重要である。産科医と助産師はそのためにもネットワークを組み、産科医不在の施設内でも正常妊娠・正常産の管理が助産師にとって可能な様に体制作りを行うことが重要である。

2. バースセンター設立に向けた助産師の教育体制の確立

助産師はこれまで 8 割以上が病院施設に就業し、産科医の下で業務を行うことに慣れてきた。しかし、独立してバースセンターを運営することは、産科医に代わり同じ責任を担うということでもある。そのための自己研鑽を積まないといけない。年代により、受けたカリキュラムの変化もあり、常に最新の医療知識と技術が獲得できる体制作りが望まれる。助産学生の教育と卒後教育の継続した教育体制の確立が不可欠である。そしてその確立のためには、単に一病院、一学校だけではなく国レベル、県レベルでの体制支

援が望まれる。その意味で昨年 9 月に岩手県医師会・産科医療対策検討会が作成した「助産師外来開設のためのガイド」（資料 3）の意義は大きい。実際に助産師外来開設の呼びかけに呼応し、現在県立宮古病院、釜石病院、久慈病院でスタートさせている。また常勤産科医不在の十和田中央病院でも「助産師外来」を立ち上げるとの報道が見られる（資料 4）。

3. 社会に対する啓蒙活動

妊産褥期の女性に対する安全は、無条件に保障されるものではなく、あくまでもセルフケアに基づいた自己管理の延長線上にある。権利として安全を享受するのではないことにしっかりと理解を求め、啓蒙活動が必要である。そのことは結果的に受身的な発想から、能動的な姿勢をつくり、医療訴訟の減少につながるものであると信じる。

【参考文献】

青野敏博他：助産所における安全で快適な妊娠・出産環境に関する研究,厚生労働科学研究費補助金子ども家庭総合研究事業 報告書

母子保健の主なる統計：母子保健事業団,2004

開業助産所と病院・医院とのネットワーク推進委員会検討報告書：日本助産師会,平成 15 年度厚生労働省医療関係者養成確保対策費等補助金看護職員確保対策特別事業

岡村州博編集：これならわかる産科学,南山堂,2003

土屋清志：開業助産師と病院の医療連携,助産雑誌,60(2),128-134,2006

岡本喜代子,加藤尚美,高田昌代,山本詩子,豊倉節子他：病院・診療所と助産所とのネットワーク推進及び院内助産所のあり方に関する研究,助産師,59(3),40-54,2005

石村朱美,高橋八重子：院内助産院“助産科”はこうして生まれた,助産雑誌,60(2),152-156,2006

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定含）

なし

白石・刈田病院

「院内助産」導入へ

県内初 来月開設 きめ細かいケア提供

白石市の公立刈田総合病院（岡崎肇院長）は十月、助産師が出産を担当する「マタニティーホーム」（院内助産所）を院内に開設する。産科医の負担軽減と、きめ細かい出産ケアを望む入院患者のニーズに応えるのが狙い。一部の病院で導入がはじまっているが、県内では初めてという。

院内助産の対象は、自然分娩（ぶんべん）が可能なと医師が診断した妊婦。刈田病院の専任助産師三人が出産前から産後まで継続してケアに当たる。

産婦人科医は二十四時間態勢の厳しい勤務が続いており、担い手不足や医師の高齢化が特に地方で深刻になっている。

刈田病院では、年間百件前後の出産を専門医一人で対処する状況となっている。このため、医師の立ち会いが必要ない低リスクの出産に限り、助産師に任せる仕組みを整えることにした。

必要に応じ、院内の産科医や小児科医が支援する。運営面では、東北大学医学部の佐藤喜根子教授（助産学）がアドバイザーを務める。

専任助産師の渡部輝子さん（三六）は「一人一人の事情に合ったアットホームな対応が目標」と抱負を話す。遠藤文子さん（四八）も「産後の相談業務にも力を入れ、心身ともに健康で育児できよう。支援したい」と言う。

病院管理者の風間康静

白石市長は「安心して出産できる環境整備を通じて、少子化対策につなげたい」と語った。

マタニティーホームは十月から相談業務を始め、来春からの分娩を目指す。相談日は毎週火・木曜の午後一時～五時。

連絡先は刈田病院情報企画課0224(25)2145。

【資料1】

河北新報
平成17年8月29日

平成18年(2006年)1月1日(木曜日)

院内助産 初の産声

白石・公立刈田病院

白石市の公立刈田総合病院(岡崎肇院長)内にある「マタニティーホーム」(院内助産所)で、昨年十月の開設以来初めてとなる男の子が十三日に誕生した。母子ともに健康で、十八日にそろって退院した。

院内助産は、自然分娩(ぶんべん)が可能で医師の立ち会いが不要ない低リスクの場合を対象に、助産師が出産を介助する取り組み。産科医の負担を軽減し、妊婦をきめ細かくケアしようと、刈田病院が県内の公立病院では初めて導入した。

男児を産んだのは福島市の会社員根本さん(五十)の妻昌代さん(三三)。長男三つを当時住んでいた東京の助産院で出産した際、担当助産師の丁寧な対応に好感を持ったことから、「第二子も助産院で」と考えた。

転居先の福島市で探したが見つからず、刈田病

元気な男の子誕生

赤ちゃんを抱き、助産師たちと談笑する母親の根本さん(右)



院のホームページで院内 妊娠二十九週の昨年十月助産の取り組みを知り、未、同病院を訪問。以来、

福島の「家庭的で安心できた」

定期検診のたびに三人の専任助産師と相談を重ねて準備してきた。

十三日は午前三時二十五分入院、約七時間後に体重三千二百三十六gの男児が誕生した。家族全員が立ち会い、希望通り昔ながらの畳の上でのお産が実現した。

昌代さんは「バースプラン(出産計画)など、事前に話し合う時間がたくさんとれたので安心できた。アットホームな雰囲気でした」と笑顔を見せた。専任助産師の遠藤文子さん(四八)は「居心地よく産めるように心掛けた。安全に分娩できて良かった」と語る。

同マタニティーホームでは、四月と五月にも一人ずつの出産予定があるという。

【資料3】

*一部文言等協議検討中の部分あり

助産師外来開設 のためのガイド

【内容】

- ・助産師外来 や 院内助産院 とは何ですか？
- ・「助産師外来」のメリットは何ですか？
- ・「助産師外来」ではどのようなことをするのですか？
- ・助産師外来受診の対象となる妊婦はどのような妊婦さんですか？
- ・どのような場合に医師との共同管理、相談が必要となるのですか？
- ・ひとりの妊婦さんにどのくらいの時間をかければ良いのですか？
- ・どのような外来環境だと良いのですか？
- ・助産師外来の開設に向けて、どのようなことを考える必要がありますか？
- ・助産師外来の開設までの具体的な準備の流れを教えてください。
- ・大切なのは専門家同士のコミュニケーション

平成17年9月

岩手県医師会 産科医療対策検討会

(2005年) 1 1 月 1 1 日 (金曜日)

常勤産科医不在の十和田中央病院

助産師外来開設へ

保健指導や健診の一部も

四月から常勤産科医の不在が続く十和田市立中央病院が十日までに、助産師外来を来月中旬に開設することを決めた。初診と出産を八戸市立市民病院で行うことを条件に、助産師が妊婦健診の一部を担当する。産科医がいない病院での助産師外来開設は珍しいという。

十和田市立中央病院に 回程度を同病院で実施。
よると、出産までに十四 ほかの健診や医師の診察
回行つ妊婦健診のうち四 は、産科医がいる八戸市

立市民病院が担当する。
保健指導も実施し、き
め細かい体調管理に努め

るほか、生活相談は医師
による相談よりも長い時
間を確保し、心が不安定
になりがちな妊婦を精神
面で支えるという。
十和田市立中央病院が
扱っていた出産は、年間
約四百件。市内の妊婦は

現在、市内二カ所の産科
医院のほか、常勤医がい
る八戸市などの病院を利
用しているとみられる。

十和田市から八戸市ま
では車で約一時間かか
る。佐々木隆一郎事務局
長は「大きなおなかを抱
えた妊婦さんの負担をで
きるだけ軽くしたいと思

った」と、外来開設の狙
いを説明する。

産科医を派遣してきた
東北大が四月に医師を引
き揚げ、十和田市立中央
病院では常勤の産婦人科
医が不在になった。現在
は非常勤の医師が週二
回、婦人科外来の診察を
担当している。