

D-4 モデル事業全体の運営面からの評価

1. 日赤医療センターの立場から

(1) モデル事業開始についての対象者と助産師の選定について

モデル事業は、開業助産師が訪問を行い、節目健診は病院で行い、分娩を開業助産師が日赤医療センターで行うモデルⅠと、病院助産師が訪問を行い、継続的に関わって分娩まで行うモデルⅡを設定し、実施した。

モデルⅠについては、開業助産師の協力が得られ、対象者を紹介してもらい、実施することができた。病院の助産師の担当を決め、節目健診には、対象者の妊婦と共に健診に立ち会った。また、訪問検診の際にも開業助産師に付き添い、開業助産師のケアを学ぶことが出来た事は病院助産師にもメリットがあった。対象者の妊産婦にとっても、開業助産師以外に、病院助産師が付き添うことで、病院という慣れない環境にも適応しやすかったのではないかと考える。

病院助産師は、5年目以上のキャリアの助産師とし、当院の助産師外来担当者または妊娠中からの継続ケアを行っている助産師とした。訪問時はペアで実施した。訪問する助産師は妊婦健診を的確に行い、異常の発見や適切なアドバイスを行わなければならないため、確実なアセスメント、判断、実施、評価が出来るキャリアが必要である。

(2) 訪問への準備について

妊婦訪問については、健診の必要物品と観察のポイントや訪問時の連絡相談などを取り決めた訪問マニュアルを作成した。特に緊急の連絡を行うためのルートを明確にし、助産師が不安なく訪問が出来るようにした。特別なことはなかったが、このような緊急時のルートを決めておかなければならない。

また、訪問までには訪問の実際をロールプレイしたり、新生児の観察とそのポイントなどを新生児科医師から講義を受けた。以上のように勉強会や講習会などは積極的に行った。

記録については、妊婦定期健康診断記録、妊婦訪問報告書、妊婦訪問ケア記録を作成し記入したが、妊婦健康診断記録はスペースが小さく書きづらかったとの評価であった。

妊婦訪問ケア記録は、助産師が行ったケアの内容がわかり、担当師長はケアの状況を把握することが出来た。

(3) 開業助産師とのコミュニケーションに対して

モデルⅠに関しては、病院での健診で妊婦に付き添って来る場合もあった。病院助産師も開業助産師と医師の健診に立ち会ったり、また、自宅への訪問をおこなったりと開業助産師の行うケアを学ぶことができた。病院助産師が開業助産師のケアを目の当たりにして、自らが行っているケアを振り返り、さらに助産師のケアを深める事が出来た事は良かった。分娩時に開業助産師が行う分娩介助を手伝うこともあり、さらに助産の技術を深めていく機会ともなった。また、対象者である産婦においても、病院で過ごす中で、妊娠中から顔見知りの助産師が病院にもいることは心強かったと思われる。

また、モデルⅠの対象者の妊婦には様々な内容のバースプランがあり、希望するバースプランにそって、医師との調整もスムーズであった。

(4) モデル事業についてのシフト調整と勤務者の確保

モデルⅡにおける訪問健診は、対象妊婦の予定日を1か月に2名として、訪問日が重ならないように工夫をした。しかし、訪問健診を行う助産師のうち、1名は勤務内で訪問に出ることが出来たが、あとの1名は時間外などでの訪問もあった。特に、対象妊婦の健診が36週を越えた場合は訪問回数が増えるため、勤務に無理が出てくる場合もあった。

また、5年目以上の2名の助産師が訪問検診に出かけるとなると、勤務内の場合は職場にいる助産師の数か少なくなり、職場にいる妊産婦へのケアが手薄となる事によるリスク度が上がる。そのようなことを避けるためにも勤務人数を確保しなければならない。人数を確保できなければ病院から勤務時間内に助産師2名が訪問に出ることは難しいと思われる。

(5) 全体をとおして

対象者は、助産院での出産を望んでいるがリスクがある場合や家族からの反対等、様々な理由があり、病院での出産を選ぶ事となった。このような妊婦には開業助産師が関わりながら、病院がバックアップする事は妊婦のサポートシステムとしては評価できる。また、病院助産師にとっても、妊産婦を中心としたケアや分娩介助などを学ぶ機会となるシステムである。分娩後に入院期間を早めて自宅に帰ることや、助産院での産褥入院なども自由に選べるようにすれば、さらに対象の希望に沿った、安全で快適な出産、産褥環境を提供できると考える。

病院助産師が訪問健診を行うことは、対象の妊婦にとっても時間的な問題や心身共にリラックス出来る環境で健診が受けられる事は、メリットが大きい。しかし、助産師の人数確保が難しい事は事実である。

また、医師のバックアップがなければ病院外での健診がスムーズに行えない。助産師の業務範囲を明確にし、医師との話し合いを定期的にもち、妊産婦の状況を理解し合うことが不可欠となる。この問題に関しては、十分に医師の協力を得られる事が出来た。

2. 開業助産師の立場から

本モデル事業で、モデルⅠの対象者 3 名に継続して関わった開業助産師によると、この 3 名の対象者は、出産場所をめぐる自分の希望と家族の意向が不一致で悩んでいた妊産婦だったとのことである。

ちょうど本事業がはじまった頃、自宅での出産を希望する妊産婦が家族との話し合いをした結果、実父母より「緊急時などを考えると病院での出産」を勧められ、妊婦が悩んでいた。モデルⅠのケースに打ってつけとばかりに、対象者として開業助産師がモデル事業への参加を勧めた。助産所や自宅での出産を望む妊産婦は、ほとんどがローリスクの妊産婦なので、安全性を前面に出して病院での出産を勧めてもなかなか賛同を得られず、ケースを確保するのが難しかった。どちらかといえば、産婦人科医と相談しながら共同管理をすべき妊産婦（産科以外の既往・産科的既往を有する、若年・高年初産婦等）のほうが、より必要とされるのではないかと考えられる。

妊婦健診は、20 週・30 週・36 週の節目健診を日赤医療センターで、それ以外は自宅での健診を行ったので、開業助産師としての日常業務と変わりなくスムーズに対応できたと思われる。

分娩開始後は入院する時期の判断を本人と相談しながら決めたものの、1 人のケースでは、自宅での分娩者が同時進行しており、開業助産師が病院に到着した時は出産 3 分後だった。別の対象者は予定日超過で入院しての分娩誘発促進となり 3 日間、関わることになった。あらかじめそういった場合に備えて勤務助産師とチームを組み、本人にも説明・同意を得ていたため混乱は生じなかった。ただ、状況によっては助産所や自宅での出産の妊産婦と重複した場合、他の助産師の手配やコストの問題等、運営上の考慮が必要と思われる。

今回この開業助産師が受け持った 3 名の対象者は、全員初産でローリスクであったが、それぞれがたまたまだったとはいえ、分娩開始後、羊水混濁や母体の発熱・予定日超過への対応・娩出直前の胎児心音低下による吸引分娩等、医療処置が必要となった。「産婦人科医が常駐し、適切な医療がいつでも受けられる環境下での出産に、あらためて安心感を覚えたのは事実である」とはいいながら、快適性を重視した出産に取り組んでいる開業助産師の眼からみると、「病院内の設備はどうしても医療優先に作られており、妊産婦のリラックス度からすると緊張感が抜けきれず、今後の快適性への追及が待たれる」という意見があった。

産後は母児ともに問題がなければ、希望により規定より早く退院して（出来れば2日位で）自宅でのケアを行う予定であったが、分娩経過もあり、早い対象者で5日目であった。ただ、妊娠中からずっと継続して関わったので、対象者の入院中も細かい疑問や質問も電話で相談を受け、おおかた不安なく育児へ向かうことが出来たようである。また、しばらくしての産後訪問（主に母乳分泌や乳房管理に関する事）希望にもスムーズに対応でき、育児不安解消には多少役に立てたと思われる。産後のケアの面では、病院側も開業助産師のネットワークをもう少し上手に活用すべきである。今回のモデル事業について、産後のケアの継続性については、日赤医療センターの助産師からも、分娩室と褥棟の連携についての計画が十分に練られていなかったという指摘がなされており、今後モデル事業を発展させていく際の課題であると考えられる。

この開業助産師によると、「これからも『出産は病院で』、『妊娠・出産・産褥期のケアは貴女にお願いしたい』という妊産婦の希望を、病院に受け入れてもらえるなら、喜んで対応するつもりである」とのことで、開業助産師にとっても、本モデル事業が妊産婦の希望を実現する方法の一つとして評価されていることを示している。

E. 結論

E-1 モデル事業全体に対する評価

1. 利用者の満足度の観点から

本モデル事業については、モデルⅠ、モデルⅡとも、対象者の満足度は非常に高かった。モデルⅠでは、自分が選んだ開業助産師のケアを受けながら、節目健診と分娩は日赤医療センターで実施することができた点についての評価が高かった。多くが、代替医療に関心を持っている妊婦であり、代替医療も利用しながら、一方、開業助産師が意思疎通を図っていくことにより、病院での医療介入も素直に受け入れることができ、自らの達成感も高い出産となっている。また、産後についても、褥棟で母乳ケアを受けたことにより、母乳育児に取り組む基礎ができたという評価もあった。

また、モデルⅡでは、日赤医療センター助産師の訪問ケアを受けることにより、日赤医療センターに通院する時間や、受診のための待ち時間が減少されたという点について評価する意見が多かった。また、特に経産婦では、訪問してくる日赤医療センターの助産師と上の子どもや夫が知り合い、分娩室では信頼感がある人同士が集まって分娩にいたったことが、安心感につながり、安全な出産にいたったとする声もあった。

だが、費用の面では、必ずしも全対象者が、今回の訪問ケアのようなソフト面について高い評価を下しているわけではなく、「病院の方が多くの設備を利用しているので、訪問健診はもっと安くてもよい」「リスクをとっているのは妊婦の方なので、訪問健診はもっと安くてもよい」という意見も見られた。

このように、モデルⅠ、モデルⅡとも、対象者からは高い評価が得られているが、今回はモデルⅠが7例、モデルⅡが11例と限られたサンプル数だった点には留意すべきである。特にモデルⅠは、あらかじめ病院での出産を希望する点では、助産所での出産を強く希望する利用者とは異なっているというコメントが開業助産師からもあった。また、自宅出産を強く希望する人等も今後、このような事業の対象者とはなりにくいと考えられる。助産所での出産、開業助産師による自宅出産を希望する人にとって、病院での出産とは何を提供できるのかという点については、改めて検討する必要があると思われる。

また、モデルⅡの対象者についても、一部対象者の選定の過程では、「エコーを見たいから」という理由で、モデル事業への参加を辞退している妊婦もいる。このことから、病院で提供される診療とは、必ずしも安全性の面だけではない側面があることも考えられる。この点についても、今後検討を重ねていく必要がある。

2. 助産師活動の支援の観点から

今回の研究は、モデルⅠ、モデルⅡを通して、1) 妊産婦の安全性を重視したケアの質の保証と、2) 助産師のキャリアアップに大きく貢献した研究といえる。

1) 妊産婦の安全性を重視したケアの質の保証の観点からは、モデルⅠでは、開業助産師が、妊娠中には助産所または自宅において定期健康診査を確実にを行い、その上で出産時の安全性を多角的に検討し、妊婦と話し合いを十分に持って出産場所の選択を行ったことである。その結果、分娩のリスクが回避できた事例から、妊産婦にとっては安全性が保証されたことになる。ケアの質からは、妊婦管理を行っていた開業助産師が時間的余裕があれば、施設において直接分娩介助の支援も行え、産婦の継続ケアを可能にしたシステムといえる。

モデルⅡにおいても、施設内助産師が家庭訪問により自宅のくつろいだ環境の中で、家族を巻き込んで妊婦の健康診査を行い、妊娠経過の順調性を確認し生活の場で実践可能な方略を用いて支援を行っていた。節目健診時には健康逸脱等の早期発見を行い軌道修正ができ、妊娠経過の安全性を家庭訪問による妊婦健診で保証されていた。分娩時には訪問に関わった助産師による分娩介助の支援を通して継続ケアが行われ、妊産婦に対し一貫性のあるケアの質を保つことができた支援であったといえる。

2) 助産師のキャリアアップに関しては、モデルⅡの助産師の変化である。モデルⅠ助産師の同行訪問や、施設内熟練助産師との同行訪問を通して、モデルⅡに参与した助産師の意識の変化と、ケアにおける技の向上があげられる。自宅という妊産婦が主役の環境でのコミュニケーション技術、五感をフルに活用する診察技術、東洋医学を基盤にした代替療法やケアの方法など、医学モデルではない助産師の築いてきた技の学習がちりばめられていた。それらの技に気づき、自己を磨く必要性を感じとった助産師は、今後の自己のありようや研鑽の仕方に大きなヒントを得て、助産師のキャリアへの広がりを持ち得たモデル事業であった。

課題として残されたことは、モデルⅠの場合には、有床の助産所では24時間体制で妊産婦に関わることから、助産所での妊婦健診時や出産時には助産所を留守にできない実情がある。したがって、継続産婦や施設からオンコールで依頼されても分娩介助の支援を継続的に行えない状況が生じていた。助産所助産師と施設内助産師が妊産婦に対して、何回かは協働で関わってコミュニケーションを持ち、信頼性を築いておくことが必要である。

モデルⅡの場合には、シフト制の中で勤務している施設内助産師には、人材要因の関連から勤務中に家庭訪問や節目健診に関わることには困難が生じていた。助産師業務の拡大や、自己の能力強化を意識していた助産師の自助努力で今回のモデル事業は円滑に進められたが、施設内でも助産師独自の勤務体制を検討して整備し、継続ケアが行える体制作りが求め

られる。

環境要因としては、施設においても可能な限り家庭的な環境づくりが求められ、安全性と快適性の目的に即したリラックスできる待合室、診察室、分娩室の整備を妊産婦のニーズに沿って創造的に行っていく必要がある。

また助産師には妊産婦・家族を尊重しての対人関係、すなわち意思疎通が十分に行え、かつ納得のいくケアの実施と信頼関係形成が図れるよう、生涯教育として絶えず研鑽を怠らないようにすることが必要である。

施設で出産し一両日で助産所または自宅に退院し、その後、助産所または施設内助産師の継続ケアを受けるモデル事業に対し希望が少なかった要因を分析し、出産後は母子・家族ともにゆっくりくつろげる環境と、対象に応じたケア提供のあり方を吟味する必要性が示唆された。

3. 出産の安全性の観点から

本モデル事業の対象者は、合計 18 例であり、ローリスク 13 例以外に、帝王切開既往例、5 cm 以上の子宮筋腫合併例（2 例）、妊娠糖尿病合併例、高年妊娠例の計 5 例もグレーゾーンとして担当医の判断のもとで対象となった。これらグレーゾーンに対しても、妊娠中の安全評価を適切に行い、慎重に出産のサポートを行うことで、母児ともに良好な結果を得られた。5 例ともに正期産での自然分娩であり、アプガースコアは、1 分後が 9 点以上、5 分後はすべて 10 点であり、出産直後からのカンガルーケアや母児同室、母乳育児がスムーズに行われた。グレーゾーンあるいはハイリスク妊娠であっても、医師だけでなく助産師の継続したケアを行うことで、妊娠中の健康管理などの教育が十分になされ、結果として、産婦自身が主体的にかつリラックスして出産に臨めることが、よい結果につながったと思われる。

ローリスク 13 例では、1 例が胎児仮死の診断で吸引分娩となり、また 1 例が出産 2 時間後に弛緩出血を起こし、すぐに静脈ラインを確保して子宮収縮剤の投与を行い、鉄剤の点滴投与を出産後 1 週間行った。その他の対象では、すべて自然分娩であり、母児ともに順調な経過であった。どんなに厳密にリスク評価をしてローリスク妊娠と判断して選んだとしても、急激に発症する分娩時の胎児仮死、肩甲難産、弛緩出血等の際には緊急の処置が必要となる可能性があることを、示す結果であった。

出産の安全性の面からは、快適性をめざした助産所や自宅での出産と、病院での管理された出産を対立的にとらえるのではなく、本モデル事業のように助産所での出産のスタイルを病院に持ち込み、高度な医療に保証されかつ家庭的な雰囲気にも包まれた出産を、医師と助産師がチーム医療として支えていく意義は大きいと思われる。

4. 助産所と病院の連携に対する評価

モデルで設定した対象者の適切性については、産科外来で医師の協力からモデルケースを選択できた。本モデル事業の対象となる妊産婦の基準は、助産師会で作成した助産業務ガイドライン等を参考に、開業助産師との事例勉強会などを通して、医師と開業助産師とでリスクの見解について議論し、正常と異常の領域にあるグレーゾーンを設定した。分娩では、モデルⅠの7ケース中、3ケースで分娩時にリスクが発生したが、問題なく退院できた。3ケースで発生したリスクは、担当開業助産師のリスクに対する意識を高める効果があった。当初、開業助産師を対象としてモデル事業の説明会を開催した際には、開業助産師から、「ローリスク産婦の出産を、なぜ病院で行なわなければならないのだろう」と懸念を強く持っていた。グレーゾーンの基準を決める時には、医師と開業助産師とで個別的なリスクに対する見解の違いについて議論した。実際に本モデル事業で、分娩時にリスクが発生したことから、このように助産所と病院が連携する仕組みの意義を示せたことは大きい。今回、本モデル事業に協力してくれた開業助産師は、そもそも分娩に対するリスクに意識が高い助産師で、産婦が望めば病院でのオープンシステムの積極的に参加したいと感じていたが、今後、本モデル事業の成果を他の開業助産師に知らせていくことも必要である。

助産所と病院の連携は、今後の助産所経営にとっても重要なポイントでもあり、助産所の経済にどのように影響するかも検討しなければならない。

今回、3名の開業助産師から本モデル事業に協力を得られたことは、出産の安全性と快適性について、日赤医療センターで、医療連携室と開業助産所との連携システムを構築し、開業助産師との勉強会を通して検討を重ねてきた成果である。今回、モデル事業に協力をいただいた3名は、この医療連携に登録している助産師である。

この医療連携システムでは、多くの診療所が病院と契約を結んでいる。その際に、開業助産所も契約ができよう、仕組みを作ってきた。今回、モデル事業と医療連携システムの運用を効率的に進めることができた成果は大きい。今後、オープンシステムを推進していく施策としても意義が大きい。

モデル事業のプログラムがどのように機能するかでは、日赤医療センターと助産所がモデルⅠ・Ⅱで取り組んだフレームを有効に共有し合い、助産師自身が安全で快適な出産を助産師の裁量で実施するという役割と限界の明確化を図ることができた。モデルⅡとして取り組んだ、施設助産師の家庭訪問による妊婦健診は、助産施設を持たないで開業する助産師の助産所経営として期待できる。

E-2 今後の助産所と産科医療施設の連携のための示唆

1. 産科医療施設と地域との連携における示唆

(1) 助産所出産の利点と問題点

助産所出産の利点は、マンツーマンの継続ケアであり、妊産婦の主体性が尊重されることである。さらに、家庭的雰囲気の出産環境で、必然的に医療介入のない自然出産となることである。一方、問題点として、異常状態に急変した場合の対応に限界があり、助産師の状態観察力にも格差があるため、安全性に限界があることである。モデル事業の症例から、助産所出産・自宅出産の安全性確保には、周産期センターと助産所との連携強化が必須であること、病院での管理を嫌う妊産婦には、助産師による安全性についての具体的説明と熱意ある説得が必要であること、妊産婦のリスク軽減は、助産所のリスク軽減に直結していること、などが示唆された。

(2) 助産所出産・自宅出産の安全性確保のシステム

①周産期センターと助産所との連携強化

助産所出産・自宅出産の安全性を確保するためには、まず嘱託医療機関が実質的に機能することが必要である。嘱託医療機関が機能しない場合は、地域の周産期センターが助産所の後方支援機関となることが求められる。助産所は後方支援機関に妊婦の定期チェックとして、例えば20週頃、30週頃、36週頃、40週頃の節目健診を依頼し、産科リスクを評価することが大切である。出産前にローリスク妊娠として評価された場合は、助産所出産・自宅出産にのぞむが、分娩開始後に異常が発生した場合は、後方支援機関に搬送することになる。さらに、搬送症例の事後検討や関連する研修会に参加することで、助産師個人のレベルアップを図り、後方支援機関との連携をさらに密接なものとするのが可能となる。

②オープンシステム・セミオープンシステム

また、地域によっては助産所の参加するオープンシステム・セミオープンシステムも安全性確保には有用である。開業助産師はシステムの中心となる産科施設に登録し、節目健診による定期リスクチェック、異常発症時の搬送、出産時の介助や立ち会いを行うことになる。通常の医療機関連携を一步進める内容となる。開業助産師のなかで、出張助産師はオープンシステムが参加しやすく、助産所の助産師はセミオープンシステムが参加しやすいと思われる。

2. 同モデルを全国展開していくための示唆

(1) 助産師の勤務形態と産科医との連携の形

助産師の勤務形態をみると、開業助産師には助産所助産師と出張助産師があり、勤務助産師には病院助産師と診療所助産師がある。産科医との連携の形は、それぞれの勤務形態により異なる。

(2) 開業助産師と産科医との連携

開業助産師のうち助産所助産師は、嘱託医療機関を後方支援産科施設として、節目健診、紹介・搬送、症例検討会・研修会への参加などでの連携が考えられる。また、オープンシステムへの参加は自らの助産所を留守にするため難しいかもしれないがセミオープンシステムへの参加は可能と思われる。一方、出張助産師は、嘱託医療機関を後方支援産科施設として、節目健診、紹介・搬送、症例検討会・研修会への参加による連携はいうまでもなく、オープンシステムへの参加も十分利点がある。自宅出産のリスクを解消するためには、今後出張助産師のオープンシステムへの参加を進めていくことが必要と思われる。

嘱託医療機関となる後方支援産科施設がない地域では、複数の開業助産師が嘱託医とチームを形成し、地域の保健センターの支援のもとに「バースセンター」をつくり、助産業務をおこなうことも考えられる。

(3) 勤務助産師と産科医との連携

病院助産師は、妊娠後半の妊婦健診を行い、継続ケアを提供することで産科医と連携し、チーム診療の重要な役割を果たすことができる。産科医は節目健診を行い、ハイリスク症例の管理を担当する。産科医と病院助産師がチーム診療をすることで、病院内出産環境は安全性に加えて快適性を増進させることができ、家庭的雰囲気の出産環境で家族の自由な立ち会いを推奨する「病院内家庭出産」が可能となる。

また、産科医の数が少ないほど、病院助産師の役割と活動範囲は広がる。地域によっては、産科医の数が非常に少なく、「院内助産所」を「バースセンター」として助産業務を行うことも求められている。

一方、産婦人科診療所の助産師が少なく、助産師の適正配置がなされていないことが問題とされている。診療所の医師が妊娠・出産・母乳育児における助産師の役割を的確に理解していないことが、助産師偏在の一因と考えられる。診療所の医師が助産師を産科チーム診療のパートナーとして連携を求める努力をすればこの問題は解決するものと思われる。

E-3 実現のための課題

1. 産科医療の課題への取り組み

産科医療を高いレベルで維持するための課題とその取り組みを考えてみたい。まず、産科医増加対策と適正配置が必要であり、そのために産科医の労働条件と待遇の改善が求められる。しかし、すぐには増員できない状況では、産科施設の役割分担と地域連携の強化が必要である。周産期センターでハイリスク妊娠・出産を受入れ、一次・二次医療機関でローリスク妊娠・出産を受入れるという役割分担、オープンシステム・セミオープンシステムによる人員の集中化、リスクの集約化が必要である。さらに、産科医と助産師の連携強化が重要である。産科施設内での連携強化、開業助産所と病院・周産期センターの連携強化があげられる。

2. 助産師の水準向上をめざす制度の確立

開業助産師の安全性向上のためには、産科医との連携を地域の特性を考慮したシステムのなかで強化していくことが重要である。一方、助産師個人のレベルアップを図ることも並行して進めていく必要がある。助産師学生教育制度と卒後研修制度をリンクさせた制度の見直しが急務と考えられる。

【用語の説明】

オープンシステム：診療所医師および開業助産師が、出産を扱う中核病院を定め、診療所および助産所で外来診察と妊婦健診を受け持ち、出産の際には診療所医師及び開業助産師が参加するシステム。

セミオープンシステム：外来診察と妊婦健診は、診療所医師および開業助産師が行い、出産は中核病院の医師および助産師で対応するシステム。

院内助産所：病院内において、助産師が外来から継続して妊婦健診、出産、産褥ケアを自立して行なえる助産所のアットホームなあたたかさ、病院での安全な出産という両者の良さを備えたシステム。

病院内家庭分娩：医師と助産師のチーム診療により、夫、家族が参加して出産をするという家庭的な雰囲気での助産所の良さと、医療設備が整った病院での安全性の利点をいかして出産するシステム。

節目健診およびポイント健診：外来の妊婦健診で、原則として妊娠 20 週以降は医師が重要な節目の時期に妊婦健診を行い、それ以外は助産師チームが健診を行うシステム。

出張助産師：妊産婦の自宅に出張して助産を行なうなど、入院・分娩施設を持たないで開業している助産師。

モデル I 入院にかかった費用

1	保険種 自費	基本料	投薬料	注射料	処置手術	検査料	新生介補	雑品料	食事療養	その他	計
	1 保険対象10割金額 保険3割金額 7割金額	174,980	1,467	1,470	246,060	35,120	36,990	17,070	19,280	1,575	534,012
2	保険種 自費	基本料	投薬料	注射料	処置手術	検査料	新生介補	雑品料	食事療養	その他	計
	2 保険対象10割金額 保険3割金額 7割金額	99,700	1,437		211,010	35,020	20,550	16,620	10,650	1,575	396,562
3	保険種 自費	基本料	投薬料	注射料	処置手術	検査料	新生介補	雑品料	食事療養	その他	計
	3 保険対象10割金額 保険3割金額 7割金額	43,240	767	530	221,010	29,270	8,270	16,620	4,240	1,575	325,422
4	保険種 自費	基本料	投薬料	注射料	処置手術	検査料	新生介補	雑品料	食事療養	その他	計
	4 保険対象10割金額 保険3割金額 7割金額	99,700	1,627	340	246,130	37,980	20,550	18,900	10,600	1,575	437,402
5	保険種 自費	基本料	投薬料	注射料	処置手術	検査料	新生介補	雑品料	食事療養	その他	計
	5 保険対象10割金額 保険3割金額 7割金額	99,100	3,227	100	228,429	27,695	24,660	15,060	10,700	1,575	410,546
6	保険種 自費	基本料	投薬料	注射料	処置手術	検査料	新生介補	雑品料	食事療養	その他	計
	6 保険対象10割金額 保険3割金額 7割金額	136,740	3,367	10,070	274,000	37,275	28,770	22,005	14,940	1,575	528,742
7	保険種 自費	基本料	投薬料	注射料	処置手術	検査料	新生介補	雑品料	食事療養	その他	計
	7 保険対象10割金額 保険3割金額 7割金額	137,340	2,387	4,170	271,420	34,060	28,770	18,680	14,990	1,050	512,867

モデルⅡ 入院にかかった費用

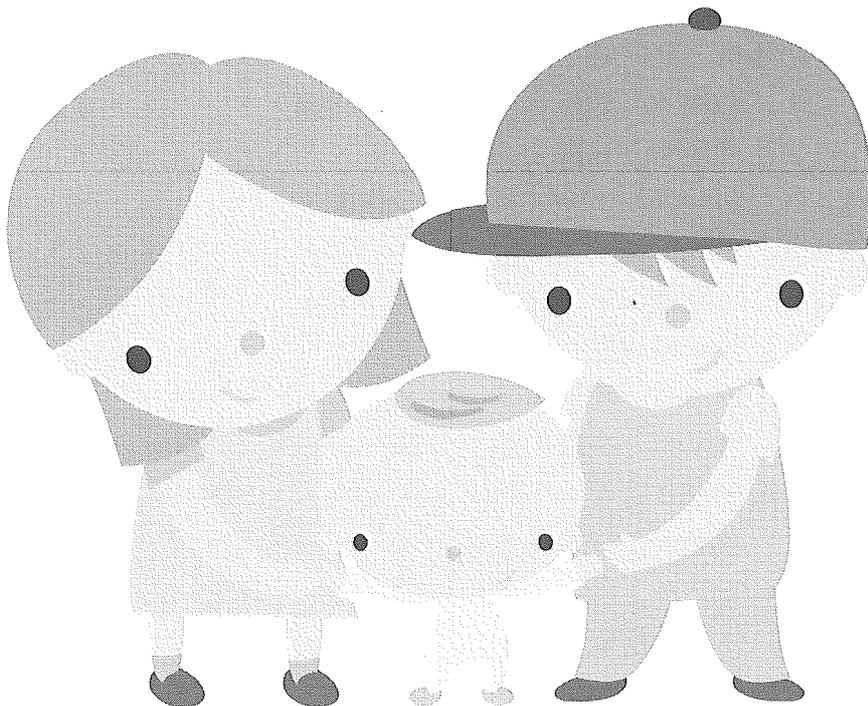
1	保険種 自費	155,560	投薬料		注射料		処置手術	316,000	検査料	7,035	新生介補	32,860	雑品料		食事療養	17,160	計	528,635		
	保険対象10割金額	38,240	8,010						2,000						4,240		52,490			
	保険3割金額	11,472	2,403						600						1,560		16,040			
	7割金額	26,768	5,607						1,400						2,680		36,450			
2	保険種 自費	193,800	投薬料	2,300	注射料	1,330	処置手術	230,130	検査料	21,180	新生介補	36,990	雑品料	17,220	食事療養	21,400	計	525,925		
	保険対象10割金額								4,560								4,560			
	保険3割金額								1,368								1,370			
	7割金額								3,192								3,190			
3	保険種 自費	80,880	投薬料	1,577	注射料	220	処置手術	241,760	検査料	29,720	新生介補	12,330	雑品料	17,880	食事療養	6,360	個室代、書類代	61,575	計	452,302
	保険対象10割金額								1,600									2,150		
	保険3割金額								480									650		
	7割金額								1,120									1,500		
4	保険種 自費	137,340	投薬料	5,087	注射料	100	処置手術	240,400	検査料	41,520	新生介補	24,660	雑品料	17,520	食事療養	12,770	部屋代、書類代	120,105	計	599,502
	保険対象10割金額								11,800									11,800		
	保険3割金額								3,540									3,540		
	7割金額								8,260									8,260		
5	保険種 自費	174,980	投薬料	2,547	注射料	440	処置手術	208,250	検査料	38,520	新生介補	28,770	雑品料	19,570	食事療養	19,080	文書料	1,575	計	493,732
	保険対象10割金額								1,550									1,550		
	保険3割金額								465									470		
	7割金額								1,065									1,065		
6	保険種 自費	118,520	投薬料	227	注射料	100	処置手術	216,250	検査料	27,180	新生介補	24,660	雑品料	17,070	食事療養	10,700	部屋代など	116,610	計	531,317
	保険対象10割金額								1,580									1,580		
	保険3割金額								474									470		
	7割金額								1,106									1,106		
7	保険種 自費	118,520	投薬料		注射料		処置手術	346,000	検査料	7,035	新生介補	24,660	雑品料		食事療養	12,720	部屋代など	100,010	計	608,945
	保険対象10割金額																		0	
	保険3割金額																		0	
	7割金額																		0	
8	保険種 自費	137,340	投薬料		注射料		処置手術	326,000	検査料	7,035	新生介補	28,770	雑品料		食事療養	12,870			計	512,015
	保険対象10割金額								11,600										11,600	
	保険3割金額								3,540										3,540	
	7割金額								8,260										8,260	
9	保険種 自費	118,520	投薬料	377	注射料	100	処置手術	249,370	検査料	33,180	新生介補	24,660	雑品料	17,820	食事療養	12,820	部屋代その他	90,194	計	547,041
	保険対象10割金額																		0	
	保険3割金額																		0	
	7割金額																		0	
10	保険種 自費	80,880	投薬料	2,947	注射料	100	処置手術	277,770	検査料	35,180	新生介補	12,330	雑品料	17,650	食事療養	6,360	文書料	1,050	計	484,187
	保険対象10割金額																		0	
	保険3割金額																		0	
	7割金額																		0	
11	保険種 自費	118,520	投薬料	2,337	注射料		処置手術	224,370	検査料	45,880	新生介補	24,660	雑品料	17,520	食事療養	10,650	部屋代その他	84,269	計	528,205
	保険対象10割金額																		0	
	保険3割金額																		0	
	7割金額																		0	

マ ニ ュ ア ル 編

平成 17 年度厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）
「医療安全を考えた産科医療施設の安全と質に関する研究」

助産所と病院の産科オープンシステムのためのマニュアル

—家庭的で安全な出産を支えるための周産期医療システムをめざして—



平成18(2006)年3月

主任研究者 日本赤十字社医療センター産婦人科部長 杉本充弘

目次

I. 当マニュアルについて	頁
1. モデル事業の概要	5
1) モデル事業の設計	5
(1) モデル事業Ⅰ	5
(2) モデル事業Ⅱ	5
2) モデル事業対象者の基準	5
2. 当マニュアル使用上の留意点	6
II. モデルⅠ事業展開マニュアル	
1. モデルⅠの概要	7
2. モデルⅠの展開方法	8
1) 助産所と病院がともに行うこと	8
(1) 助産所・病院合同説明会の開催	8
(2) 助産所と病院との覚書	8
(3) リーフレット／同意書の作成	8
(4) 対象者の選定と呼びかけ	9
(5) 記録物	9
(6) 費用の設定	10
(7) 担当者の配置	10
(8) 助産師と病院の連絡方法	10
2) 病院で行うこと	10
(1) スケジュールの作成	10
(2) モデルⅠについての協議	11
(3) 体制の整備	11
(4) 担当者の配置	11
3. モデルⅠの評価方法	11
1) 対象者のプロフィールの作成	11
2) 対象者への満足度調査の実施	12
(1) 対象妊婦へのアンケート調査	12
(2) 出産完了者への個別調査	12
3) 助産所・病院の合同勉強会の開催	12

Ⅲ. モデルⅡ事業展開マニュアル

1. モデルⅡの概要	13
2. モデルⅡの展開方法	14
1) 病院で行うこと	14
(1) スケジュールの作成	14
(2) モデルⅡについての協議	14
(3) 体制の整備	14
(4) リーフレット／同意書の作成	14
(5) 対象者の選定と呼びかけ	15
(6) 訪問を担当する助産師の募集と基準設定	15
(7) 担当助産師のチーム編成	15
(8) シフト編成	16
(9) 訪問マニュアルの作成	16
(10) 記録物	16
(11) 勉強会の開催	17
3. モデルⅡの評価方法	17
1) 対象者のプロフィールの作成	17
2) 対象者への満足度調査の実施	17
(1) 対象妊婦へのアンケート調査	17
(2) 出産完了者への個別調査	18
3) 助産所・病院の合同勉強会の開催	18

資料編

1. モデルⅠの関連資料

資料1. 助産所・病院合同説明会でのアンケート調査票と参加協力依頼書	21
資料2. 助産所と病院との覚書	23
資料3. モデルⅠ対象者向けリーフレット	25
資料4. モデルⅠ対象者の利用同意書	37
資料5. 妊婦訪問ケア記録	39
資料6. 対象者のプロフィール一覧表	41
資料7. モデルⅠ対象妊婦へのアンケート調査票	43

2. モデルⅡの関連資料

資料 8. モデルⅡ対象者向けリーフレット	5 1
資料 9. モデルⅡ対象者の利用同意書	6 5
資料 10. 担当助産師のシフト編成表	6 7
資料 11. 妊婦健康診査訪問マニュアル	7 1
資料 12. 母子訪問マニュアル	7 7
資料 13. 妊婦訪問ケア記録	8 7
資料 14. 対象者のプロフィール一覧表	8 9
資料 15. モデルⅡ対象妊婦へのアンケート調査票	9 1

I. 当マニュアルについて

1. モデル事業の概要

当マニュアルは、安全性を確保しつつ快適なお産のあり方を実現するために、地域の開業助産所（以下、助産所）と病院が連携して新しい産科医療サービスのモデル事業を行うための準備や展開方法、評価の手続きを記した指南書である。

当マニュアルを作成するにあたり、平成 16～17 年度厚生労働省科学研究費補助金「医療安全を考えた産科医療施設の安全と質に関する研究」（主任研究者：日本赤十字社医療センター産婦人科部長杉本充弘）において、モデル事業の実施および評価を行った。

1) モデル事業の設計

当マニュアルで紹介するモデル事業は、次の 2 つである。

(1) モデル事業 I

モデル事業 I（以下、モデル I）とは、助産所が病院に対象者を紹介し、定期的な妊婦健診と産後のケアを助産所または対象者の自宅で行い、節目健診と分娩を病院で行うモデルである。

(2) モデル事業 II

モデル事業 II（以下、モデル II）とは、病院を受診した対象者の妊婦健診と産後のケアを病院の助産師が対象者の自宅で行い、分娩は病院で行うモデルである。

2) モデル事業対象者の基準

モデル事業の対象者はローリスクの妊婦を中心とする。ローリスク妊婦とは、一般的に、

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. 合併症のない妊婦2. 年齢 20～39 歳3. 単胎4. 頭位5. 分娩週数 37～40 週6. 出生時体重 2,500～3,500g |
|---|

などの条件を満たす妊婦であるが、本事業では、以下の基準内にある妊婦も対象に含める。