

200606007A

厚生労働科学研究費補助金

厚生労働科学特別研究事業

周産期医療体制の確保に向けた助産師活用に関する研究

平成18年度 総括研究報告書

主任研究者 古橋 美智子

平成19（2007）年3月

厚生労働科学研究費補助金

厚生労働科学特別研究事業

周産期医療体制の確保に向けた助産師活用に関する研究

平成18年度 総括研究報告書

主任研究者 古橋 美智子

平成19（2007）年3月

厚生労働科学研究費補助金（特別研究事業）
総括研究報告書

周産期医療体制の確保に向けた助産師活用に関する研究
主任研究者 古橋美智子 日本看護協会副会長

深刻化する産科医師不足を背景に周産期医療施設の集約化・重点化が進められる中、正常産を扱うことができる助産師への期待はますます高まっている。中でも、助産師外来、院内助産システム、オープンシステム等、助産師が本来もつ役割や機能を自律的・積極的に発揮できる「助産師活用システム」の構築は、妊産婦とその家族への安心・安全で満足のいくお産の提供や、産科医師の業務量の軽減につながるなどの観点から注目を集めている。本研究では戦略マネジメントシステムとしてのBSCの戦略マップ概念を用いて、助産師活用システムの重要成功要因の分析およびモデル化を行った。その結果以下のことが明らかとなった。

1) 調査対象の20施設を分析し戦略マップでモデル化した結果、「顧客の視点」「財務の視点」（あるいは「受託者の視点」）「内部プロセスの視点」「学習と成長の視点」の4つの視点における重要成功要因が明らかになった。

1. 顧客の視点

- ①外部顧客である妊産婦・家族の満足
- ②外部顧客である紹介医、助産院の満足
- ②内部顧客である助産師の満足
- ③内部顧客である医師の満足

2. 財務の視点（あるいは受託者の視点）

- ①差別化された付加価値を明確にして相対的に高い分娩料金を設定する
- ②経営資源と分娩件数のバランスの安定

3. 内部プロセスの視点

- ①正常と異常の基準設定による助産師外来の守備範囲の明確化
- ②クリティカルパスの策定等による助産師ケアの標準化
- ③チーム制による助産師外来・院内助産システム
- ④プライマリ受け持ち制による助産師外来・院内助産システム
- ⑤自然分娩の支援体制
- ⑥妊産婦の望む分娩のサポート体制
- ⑦母乳育児の支援体制
- ⑧電話・訪問等による継続的な支援体制

4. 学習と成長の視点

- ①「正常分娩は助産師に」という医師の理念・リーダーシップ
- ②助産師のモチベーションの維持
- ③医師に信頼される助産師のスキルの向上
- ④開業助産師との連携に基づく実践学習（特に院内助産システム構築の場合）
- ⑤フォーマルおよびインフォーマルな関係者との密なコミュニケーション

2) 助産師を有効活用するシステムを以下のようなモデルに分類して把握することができた。

- 1. 周産期母子医療センターにおける助産師活用モデル
- 2. オープン・セミオープン病院における助産師活用モデル
- 3. 産科専門病院・医院における助産師活用モデル
- 4. 入院助産制度で指定された助産施設における助産師活用モデル

3) 助産師活用システムを戦略マネジメントシステムのBSCでモデル化することにより、PDCAサイクルを可視化して捉えることができ、このことにより「学習する組織」が構築される。環境の変化に適合させ助産師活用モデルを進化させるシステムにこの考えを適応すると、助産師活用モデルの構築支援システムを構築することができる。

さらに、今後周産期医療システムを前進させるためには、医師の臨床研修に助産師を活用している施設を取り入れ、助産師の活動に対する医師の理解を高める、助産師の基礎教育として実習時間を増やし継続ケアの経験を増やすことにより、助産師のスキルを高める、ガイドラインや基準の設定により、助産師活用の標準化を進める、多職種が参加する勉強会を積極的に開催する等が必要になると思われた。また周産期医療システムを維持していくためには、連携の推進による施設の相互利用（開業助産師とのオープンシステム）や、一人医師の診療所に勤務医を交代で派遣する仕組み、助産師数の多い施設から不足している施設に複数の助産師を派遣する仕組みの構築等が必要になると思われた。

今回の調査により、周産期医療システムの構築はもとより妊産婦への安心・安全で満足のいくお産に向けて、多くの病院、診療所において助産師活用システムの構築が重要であることが明らかとなった。また、本調査においてすでに成果を上げている助産師活用モデルを体系的に提示することにより実効性のある助産師活用システムの構築を支援することができ、今後の他施設における助産師の有効活用の取り組みに寄与できるものとする。

研究要旨

目次

I	研究の概要	1
1	研究の背景	1
2	先行研究	1
3	研究目的	9
4	研究方法	9
5	研究対象	12
6	研究体制	13
II	調査結果	
1	札幌マタニティ・ウィメンズホスピタル（北海道）	17
2	北海道勤務者医療協会札幌病院（北海道）	33
3	東北公済病院（宮城県）	47
4	済生会宇都宮病院（栃木県）	63
5	深谷赤十字病院（埼玉県）	78
6	杏林大学医学部付属病院（東京都）	93
7	日本赤十字社医療センター（東京都）	107
8	ふれあい横浜ホスピタル（神奈川県）	124
9	黒部市民病院（富山県）	136
10	聖隷浜松病院総合周産期母子医療センター（静岡県）	148
11	大阪厚生年金病院（大阪府）	163
12	医療法人薫風会佐野病院（兵庫県）	177
13	産科・婦人科愛和病院（福岡県）	197
14	浦添総合病院（沖縄県）	210
15	いけの産婦人科小児科医院（宮城県）	222
16	あわの産婦人科医院（富山県）	239
17	マザリー産科婦人科医院（島根県）	257
18	くまがい産婦人科（大分県）	269
19	かみや母と子のクリニック（沖縄県）	281
補	岩手県・岩手県立釜石病院（岩手県）	296
III	考察	307
IV	結論	311
V	政策提言	313
	参考資料	317

Ⅰ 研究の概要

1 研究の背景

医師の偏在や小児科・産科等における医師不足が深刻化する中、平成17年8月の関係省庁による「医師確保総合対策」において病院・診療所における正常妊産婦を対象とした助産師による外来や助産所との連携を図ることにより、産科医師と助産師の役割分担・連携を進める必要性が指摘されている。また、限られた医療資源を活用するため周産期医療の集約化・重点化が進められる中、産科医師との適切な役割分担・連携の下、正常産を扱うことができる助産師を活用することがますます重要になってきている。

平成18年通常国会では、産科医師不足の中、助産師を活用するべきであると繰り返し指摘があり、厚生労働大臣は今後、積極的に助産師活用を図ると応えている。また、健康保険法等の一部を改正する法律案及び良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議では、安心して出産できる体制の整備を進めるため、地域における産科医療の拠点化・システム化を図るとともに、助産師の一層の活用を図ることとされた。さらに、医療計画の見直しにおいても、周産期医療については周産期医療ネットワークを各都道府県で構築するとともに、地域の実情に応じて医療連携体制を構築すること、必要な病床等の確保がなされるようにとされている。

このように、周産期医療の再構築が進められる中で、助産師の活用がますます重要となると同時に、助産師への期待がより一層高まってきており、助産師の効果的な活用のあり方について早急に検討する必要がある。

2 先行研究

助産師の活用については、すでに多くの研究が蓄積されている。そこで過去5年における助産師の活動内容について文献調査を行い、研究の到達点と課題を検討する。

2001年から2006年に発表された「助産師外来」「助産師」「開業助産師」「オープンシステム」「院内助産」をキーワードとして、医学中央雑誌を使用し検索を行った。得られた文献から助産師活動内容を、1) 助産師外来、2) 院内助産システム、3) 施設間連携(オープンシステム、開業助産院との連携)、に分類し内容を検討した。

1) 助産師外来

助産師外来に関する先行研究からは、妊娠期・産褥期におけるケア内容の実態や助産師外来開設前後で助産師・妊産婦ともに満足度が高まっていることが明らかにされているほか、助産師外来の課題として①助産師のマンパワー確保、②助産師のスキルの向上、③助産師外来の受診者の確保や金額設定、④医師との連携不足、等が挙げられていた。

(1) 実態報告と評価

各施設における助産師外来の実態や、助産師外来を評価するために、妊産婦や助産師に対して質問用紙による調査結果が報告されていた^{1)~5)}。秋山ら⁶⁾は、助産師外来開設後10年目の振り返りを行っている。開設当初から年々助産師外来の受診数が減少していることから、褥婦と助産師それぞれに質問用紙による調査を実施した。褥婦の調査結果では、助産師外来を「知らない」の回答率が98%であった。助産師においては、「やりがいがある」92%、「負担感がある」94%であった。助産師外来が抱える問題点は、1) 助産師外来のPR不足、2) 医師との連携不足であった。そこで、医師に積極的に相談したり、医師と助産師外来に対する共通認識をもつ努力が必要であると報告している。原田ら⁷⁾も、助産師外来開設後1年の振り返りとして、褥婦、助産師、医師に質問用紙による調査を実施している。褥婦の調査結果では、待ち時間が少ない、話を聞いてもらえるといった妊婦のニーズを満たしていた。助産師、医師の調査結果から、以下の3点を課題として挙げていた。1) 助産師は自己の診断能力に不安を持っている。診断能力レベルアップのために、継続的な教育システムの整備が必要である。2) 担当助産師が交替制であるため、継続的な情報や妊婦とのコミュニケーションが取りにくい。助産師間の連携を図り、定期的なケースカンファレンスや外来記録の整備が必要である。3) 助産師外来受診妊婦が異常時の際、助

産師と医師の連携がスムーズでない。外来診療システムの改善や、カンファレンスにより医師との良好なコミュニケーションが必要である、と報告している。菅原ら⁸⁾もまた、助産師外来開設後1年半が経過した時点で、外来開設前後の利用者満足度の比較と、助産師の職務満足度について調査をしている。助産師外来開設後の利用者満足度は、助産師外来開設前より向上している結果であった。担当助産師の職務満足度では、満足感が高まっているが、妊娠経過の診断・判断技術において不安があるという結果であった。

一方、徳田ら⁹⁾は、助産師外来における助産師の妊娠期のケア内容について調査している。調査方法は、妊婦と助産師との相互行為場面を参加観察法にて行った。その結果、助産師外来で助産師は以下の10のカテゴリで説明できる行動により、妊娠期のケアを実施していると報告している。10のカテゴリとは、1) 妊婦・胎児の経過把握に向けた診察・計測・記録。2) 身体計測の円滑な実施にむけた妊婦への配慮と協力依頼。3) 診察時間の確保に向けた観察・移動時間の短縮化。4) 妊婦の要望を取り入れた診察日程の調整。5) 妊娠中に生じる身体的な問題の把握と支援。6) 診断結果に基づく判断の伝達。7) 妊娠・分娩・育児に関する専門的知識の提供。8) 妊娠経過で直面する心理的な問題の把握とその支援。9) 妊婦との信頼関係の形成と維持。10) 自己管理に向けた妊婦への承認、であった。

(2) 育児支援

継続支援を行う場として、助産師外来を活用している文献がみられた。

八木ら¹⁰⁾は、褥婦達の希望から、育児支援を目的とした助産師外来を開設した。入院カルテ、電話相談指導票などの相談内容から、施設における育児支援の役割について考察している。その結果、退院後1ヶ月前後は育児不安が高く、特に母乳哺育に関して専門的なサポートを望んでいた。また、助産師外来に相談するきっかけがつかめない母親がいることから、利用状況が伸び悩んだのではないかと報告している。

青木ら¹¹⁾は、大学病院における母乳栄養率が9%だった状況から、病棟・外来を含め母乳育児推進に向けての援助を行った。その結果、生後1ヶ月の完全母乳率が約50%まで伸びた。援助内容として、1) スタッフ間の指導内容の情報共有、2) 乳房ケアの学習会への参加、3) 産前教育の実施、母児同室の希望制、4) 退院後の援助として助産師外来を活用、が挙げられていた。しかし、低出生体重児の割合が増加していることから、母乳栄養率が伸び悩んでいると述べている。今後の課題は、1) 小児科・未熟児室との連携強化、2) 母親・助産師の意識改革、3) 疲労を最小限にするような取り組み、4) 電話訪問や新生児家庭訪問など助産師外来の内容の検討が必要である、と報告している。

(3) 経済的負担を抱える妊産婦の支援

利用者の生活背景から、必然的に助産師外来を開設し、妊産婦への支援を考察している文献もあった。

宮崎ら¹²⁾は、経済的困難を抱える妊婦支援について実態報告している。助産師外来を開設した背景には、経済的な理由から、妊婦健診の中断や未受診者が多かった。そこで、低料金の助産師外来が必要になったと述べている。入院助産制度を利用している妊産婦は、年々増加が見られ分娩数の30%台であった。助産師外来にも受診できない場合は、保健センターと協力し、保健センターで無料で妊婦健診を実施。また、妊娠高血圧症のリスクがある場合でも、妊婦健診を中断しないよう、医師と相談の上、助産師外来で指導を行うなどの対策を行った。経済的困難を抱える妊婦は、そもそも受診回数自体が少ないため、1) 生活実態に迫り、2) 問題を明らかにし、3) 全身管理の視点が、チーム全体に求められていた。また、若年・未婚・援助者不在など、出産後も生活・子育て視点が欠かせないとしている。そのため、地域のネットワークづくりや行政への働きかけが必要である、と報告している。

(4) 施設別妊婦健診の実態

施設別に、妊婦健診内容や助産師外来などの実態を比較する文献がみられた。

鈴井ら¹³⁾は、妊婦健診を提供している全国の医療機関(病院164施設、診療所300施設、助産所105施設)を対象に実態調査を行った。調査内容は、妊婦診察内容と保健指導の実際、および助産師

外来に関するものである。

その結果、医療機関の種類によって妊婦健診のあり方に3つの特徴が見られた。第1に、超音波診断であった。病院と診療所では、経膈超音波診断と経腹超音波診断の両方が用いられていた。特に、妊娠初期にはほぼ全施設で経膈超音波診断が提供されていた。助産所では、経腹超音波診断が主であるため、妊娠初期の経腹超音波の使用が多かった。第2に、病院と診療所で提供される諸検査の種類が多かった。ただし、施設によって提供する諸検査の項目数に差があり、適切な検査内容の検討が必要であった。第3は、妊婦健診を提供する医師や助産師の役割であった。助産所では妊婦健診時の診察者と保健指導を提供する者は同一であり、妊婦健診を実施した助産師が保健指導も行っている。他方、病院では妊婦診察は医師が行い、日常生活上の保健指導や診療介助は助産師が行う。診療所でもこの形態は同様であった。その他、自由記載の内容から、助産師が行う妊婦診察に対して、医師の意見が二極分化していることに注目した。肯定的な意見としては、正常と異常に関する診察者の役割分担を明確化することで、効率な診察が行えるというものであった。否定的な意見では、助産師では医学的知識が不足しているため、妊婦診察を行っても異常の早期発見にはつながらない、というものであった。更に、出生場所別の比較で、病院と診療所での出生割合は類似しているにも関わらず、勤務する助産師は病院に多い。そのため、診療所の助産師数が不足しており、出生数に見合った助産師が確保されていないと指摘している。助産師数が確保されていないと、妊産婦に時間をかけることが難しいと考察している。今後の課題として、対出生数としての助産師数を定め、病院内でも助産師の専門性を確立する取り組みが必要であると報告している。

また佐藤ら¹⁴⁾は、助産師の就労が集中している全国の500床以上の病院に対して、助産師の独自性と独立性がどの程度発揮できているのか調査している。調査目的は、院内助産所とオープン化導入の可能性の検討である。設置主体別に、国公立大学病院、私立大学病院など5つに分類した。結果として、対象施設の背景では、産科単科の数は2割以下であり、婦人科以外の混合病棟が全体の44.3%であった。産科医師・助産師のマンパワー不足が特に公立病院でみられているが、設置主体別分娩件数には変わりがなかった。助産師外来を開設していたのは、全体の30%であった。業務内容は保健指導が中心であり、料金徴収は70%に留まっていた。また、施設内助産所を開設している施設はなかったが、計画中の施設が2%ほどあった。今後の課題として、助産師の独立性を促進させるためにも、助産師の保健指導への診療料金徴収が必要であると述べている。更に、施設内助産所を可能にするために、マンパワー不足の解消と、助産師の能力育成のための教育体制作りが必要であると報告している。

2) 院内助産システム

院内助産システムに関する先行研究からは、院内助産システムには助産師外来の充実がまず必要であること、助産師外来の際にも挙げられていた医師とのカンファレンスやミーティングでの密なコミュニケーション、ケア範囲の明確化のほか病院長、看護部門、他部門への働きかけといったより広い範囲での信頼関係構築・コミュニケーションが必要であること、院内助産システム導入により吸引分娩・鉗子分娩・帝王切開率の減少、誘発・促進分娩の減少といった効果が出ていること等が挙げられた。

(1) 産科医療の現状と院内助産システムの背景

野町ら¹⁵⁾は、「安全性と快適性」を求めるお産で、病院産科における助産師の役割が注目されていると述べている。そこで、新しい構想としての、病院内助産師施設への考えを報告している。平成15年度厚生労働省科学研究費補助金「産科領域における安全対策に関する研究」（主任研究者：中林正雄）では、「良い産院の10ヶ条」を以下のようにまとめている。1) 情報の公開。2) 複数の産婦人科医がいるか、高次医療施設やオープンシステム病院との連携が密。3) 帝王切開・輸血がいつでもできる（他院との連携を含む）。4) 医師が生涯研修、自己研修に熱心である。5) 助産師・看護師などの医療スタッフが充実している。6) 小児科・新生児科医との協力が密である。7) 安全なお産のための母児モニターが十分である。8) 妊婦の意向を尊重し、快適な分娩を心がけている。9) 検査・処置に関する説明が十分である。10) 医療システムが整備され院内が清潔で整理整頓されている。この中で5) 7) 8) が助産師に関わるものとして注目されている。医師の役割は「リスクをもつ妊産婦とその家族の診療に十分時間をかけ、母子ともに安全な分娩の遂行に

努力すること」、助産師の役割は「正常妊婦を妊娠初期から継続ケアしていくこと」である。院内助産施設の推進には助産師外来の充実がまず必要であると述べている。

産科医減少の時代でお産が大病院に集中する可能性から、院内助産師の役割は今後も高まる。今後の課題は、産む人の快適性がそこなわれないように病院産科施設を考える必要がある。お産の大施設集中化は、わずかながら安全性は確保できても快適性をどこまで高められるかはまだ先がみえない。国がめざすオープンシステムをどのような形で生かすことができるが課題である。病院内助産施設という構想が新しい時代のお産の方向性になるのであれば、助産師と産科医の相互理解と協力が必要である、とまとめている。

また遠藤¹⁶⁾は、産科医療の現状から、病院・診療所における助産師の働き方についての考えを述べている。産科医の過重業務・医療訴訟多発、大学派遣医師の引き上げによる医師不足などの理由から、産科医療機関が年々減少している。助産師においては、出生場所別にみた出生率は病院と診療所ではほぼ同等であるにも関わらず、助産師の就業先は約7割が病院であり、ケアの不平等が指摘されている。

産科医療においては、周産期医療の搬送体制の問題点や、産科・小児科医師の潜在的マンパワー不足が顕著である。対応策として、平成17年社会保障審議会医療部会では、「都道府県に周産期医療ネットワークと、安心して出産できる体制を構築し、病院・診療所の集約化と連携強化を求め」とまとめている。「助産師が自立して助産ケアを行う体制」の実現は、妊産婦とその家族に質の高い母子ケアと安心・安全な産科医療に加え、快適で満足のいく出産提供につながるという利用者のニーズに対応している。

これらの現状から、日本看護協会助産師職能委員会活動として、「病院・診療所における助産師の働き方—助産師が自立して助産ケアを行うための体制づくりのために」を作成した。手引書の目的は、病院内において助産院を開設しているように、助産師が自立した助産活動を行えることを目指し、企画、実現化していくプロセスを手順化したものである。また、「院内助産所」の言葉は、明確な定義や社会的コンセンサスがないまま産科医療従事者を中心に使われている。「院内助産院」という名称が医療法第三条に抵触することも考えられ、慎重に検討が必要となった。そこで、新たな名称を与えず「助産師が自立して助産ケアを行う体制」としている。

「助産師が自立して助産ケアを行う体制」とは、「緊急時の対応ができる医療施設において、助産師が医師との役割分担・連携のもと、妊産婦やその家族の意向を尊重しつつ、妊娠から分娩、産後の母子に対して正常・異常の判断およびケア提供を自立して行う方法・体制」と定義している。

(2) 実態報告

全国で院内助産システムを取り入れている施設は数少ない。主な文献は院内助産システムとして機能している施設、もしくは助産師がそれに近い働きをしている各施設の実態を報告するものであった^{17) - 20)}。これらの文献から、妊娠期・分娩期における医師との連携パターンを抜粋したものを表1にまとめた。

中でも、看護部より独立して「助産科」を開設し、院内助産システムを確立した佐野病院の実態報告が多く見られた^{21) - 27)}。病院内で「助産科」として独立したシステムは他に類をみず、開設までの経過や妊産婦管理体制が報告されている。

湘南鎌倉病院では、院内助産システムを計画中であった。フランスやニュージーランドなど他国では、正常分娩と異常分娩を分けて考えていること、または正常分娩は助産師が行うシステムが出来上がっている。このことから、分娩に伴うリスクを、妊産婦、医療者が理解し、妊産婦が求める分娩を支えるシステムが必要であると述べている²⁸⁾。そして、院内助産システムを担うにあたり、必要な準備内容について次のようにまとめている²⁹⁾。1) 開設する目的が明確である。2) ケア内容と責任範囲を明確にする。3) スタッフ・設備を含めた環境作り。システムを整備するにあたり、病院長、看護部、事務部門、産科医師、臨床検査技師などへの働きかけが必要であり、信頼関係とコミュニケーションが大切であると述べている。

表1 各施設の妊娠・分娩期における医師との連携パターン

	済生会宇都宮病院	深谷赤十字病院	湘南鎌倉総合病院産婦人科	佐野病院	
妊娠期	医師による診察	初期、20週、35～36週	初診から予定日確定まで	初診から14週まで。 初診から24週まで、28週	
	助産師外来対象者	20週～40週 希望者	予定日確定以後、リスクがない妊婦	14週以降、希望者 24週以降、希望者	
	適否基準	あり	あり	あり	あり
	超音波検査の実施者	診察時医師が実施。24週・34週は臨床検査技師。助産師は①胎位と心拍の確認②胎児の様子を妊婦に見せる。	助産師。初期の診察とハイリスクケースは医師が実施。	14週で医師が実施。それ以降、必要時臨床検査技師。	臨床検査技師
	医師との連絡方法	共通のカルテを使用。異常を疑う場合は医師に連絡。月1回のカンファレンス。	異常を疑う場合は医師に連絡。	医師がカルテをチェックする。異常を疑う場合は医師に連絡。	週1回のミーティング。異常を疑う場合医師に連絡。
分娩期	医師の立会い	あり	なし	あり	なし
	分娩方法	フリースタイル分娩、水中分娩	フリースタイル分娩も可(本人の希望)	フリースタイル分娩	フリースタイル分娩、水中分娩

文献15) -18) より抜粋

まつしま産婦人科小児科病院でも、助産所と病院の両者の良い点を合わせ持った出産サポートを考えた結果、「病院内助産所構想」にたどり着いている³⁰⁾。助産師の数が8人であったのを、非常勤も含め31名まで増やした。助産師同士や医師の含めた会合で話し合いや勉強会を行い、ルチンワークや分娩のあり方について改善や見直しを進めている。助産師が中心となった出産サポートを始めてから、吸引分娩・鉗子分娩・帝王切開率の減少、誘発・促進分娩の減少により安全な出産が可能となった。1997年には、病院内敷地に3床の助産所を開設したが、助産院スタッフの手当てができなかったことなどから、母乳外来などの使用となっている。助産所専属スタッフがいらない中、病院と助産所の業務をどのように行うかが、今後の課題であるとしている。

地域全体で、院内助産システムを取り組んでいる報告があり、経緯と課題を述べている文献もあった。小笠原³¹⁾は、岩手県における院内助産システムについて報告をしている。岩手県では、深刻な産科医不足から地域の産科医療崩壊の危機となった。そこで岩手産婦人科医会では、「院内助産院構想」を提案することとなった。出産を取り扱う県立病院7施設の産科医と助産師による懇親会を開催したが、唐突な院内助産院構想にかなりの戸惑いと不安が見受けられた(表2)。

岩手県は院内助産院構想とほぼ同時に、医師不足解消のため中国人医師の受け入れも行った。しかし、どのような雇用体制にするのかまだ具体的な発展はない。今後の方向性として、院内助産院を開設するには、①助産師のモチベーション、周囲・病院の理解、コンセンサス、②産科医・小児科の協力、③適切なリスク管理、母体・新生児搬送を含めた周産期ネットワーク・医療情報ネットワーク整備が必要である。宮城県では、産科オープンシステム事業を推進しているが、岩手県では対称的に「院内助産院構想」を提案し、今後推進していく方針である、と述べている。

表2 岩手県立病院7施設の院内助産院構想に対する意見

A	<ul style="list-style-type: none"> ・安全性を第一に考え、アメニティがその次になっている。 ・健診、分娩料の問題、助産師だけで料金どうなるか。 ・時間の問題、患者の話を十分聞けるか。 ・分娩室はどうするのか。 ・外来、分娩に関わるスタッフを確保できるか。 ・患者からのクレームはどこが窓口になるのか。 ・賠償金は県医療局が準備できるのか。 ・助産師外来設置を検討するが病院として難しい。 ・必要なものがあれば準備してくれるのか。
---	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

B	・マンパワーの問題。時間、場所の確保。 (助産師外来は話を聞くことが大切なので)
C	・50～60人/週の妊婦健診がある。 ・県全体として取り組むのは大変。 ・まずは助産師外来から。 ・現在、助産師が産科以外に散らばっている状況。 ・院内助産院で何かあった時の県の対応は？ ・分娩後最終的なチェック、縫合などが必要。 ・将来的な流れとして外来と病棟が一緒になるとよい。
D	・肥満妊婦に対して栄養指導を始めたところ。 ・助産師外来はまだ考えていない。 ・院内助産院は怖くて考えられない。 ・分娩時急変することがあり、医師対応の遅れがでる。
E	・行いたいと思っているが混合病棟で難しい。 ・以前医師が分娩に立ち会わない時期があり、その時勤務していた助産師はストレスが大きく反対している。 ・助産師外来は前向きに考えたい。
F	・急変時の対応が怖い。 ・話し合いを行っていない。
I	・助産師の経験年数で指導内容が変わってくる。 ・経験年数を何年以上と決める必要があるのでは。

文献31) より抜粋

3) 施設間の連携

助産師外来、院内助産システムのほか、産科オープンシステム、セミオープンシステムにおいて病院助産師が外来受診時に妊産婦を把握・保健指導する等の活動が見られる。さらには病院と助産所とのオープンシステムの事例も紹介され、連携の成功要因として、人事交流、医師との信頼関係、助産所助産師の確かな助産技術、医師や助産師の熱意が挙げられていた。

(1) オープンシステム、セミオープンシステムの背景

村上³²⁾は、オープンシステムについて、地域で分娩を扱う中核病院を定めて、他の施設では外来ベースの妊婦健診を受け持ち、中核病院での分娩の際には、他の施設の医師も分娩管理に参加するシステムと説明している。そして、中核病院での分娩時に他施設の医師はかかわらず、中核病院の医師だけで対応するとしたものがセミオープンシステムであるとしている。これらのシステムは、平成8年度の厚生省班研究報告から導入が提言されている。その背景として、他先進諸国と比較して高い本邦の妊産婦死亡の本質には産科医マンパワー不足の関係を示唆し、突発して起こる異常事態における母児双方の救急救命という安全性の面から、および数的に限られた周産期医療従事者の効率的配置という臨床現場における現実的な対応策としている。しかし、8年経過しても、構想は広がりを見せても、普及するには至っていない、と述べている。

岩下³³⁾は、産科オープンシステムの背景と問題点について、次のように述べている。産婦人科医療で一番の問題は、産科医師の減少である。総医師数は年々増加しているにもかかわらず、産科医師の割合は年々減少しており、2000年には1976年の半分まで減少している。その理由として、過酷な労働条件、分娩数の減少、医療訴訟の多さである。また、女性医師が増える中、育児支援など働く環境整備が遅れていることも指摘している。もう一つの問題として、欧米と比較して、医療施設あたりの産婦人科医が少ないことであり、これは、診療所など小規模な産婦人科施設が多数存在していることを意味している。小規模施設では、分娩事故が発生した場合、迅速な対応に限界があり、分娩の安全性確保が難しいといえる。現状への対応策として検討されているのが、分娩のセンター化構想である。基幹となる大規模病院に十分数の産科医を配置し分娩を集中させる考えである。一施設に多数の産科医を置くことで、労働条件の改善、女性医師に対する育児環境の整備も期待できる。また、分娩の快適性の観点からは、施設内にローリスク妊娠を対象にバースセンターを設置し、助産師を中心にした種々のサービス提供が可能でもある。一方、周辺の小規模施設にとっては、分娩数の減少という事態を招きかねない。そこで、こうした事態を回避するために、産科オープンシ

システムが再度注目されてきている、と述べている。オープンシステムの問題点としては、オープンシステムが機能するためには、中核となる基幹病院とその近郊の診療所で一つの医療圏が形成されなければいけない。しかし、地方の過疎地域では大規模医療施設の開設は不可能であり、たとえ開設してもカバーすべき医療圏が広すぎて、患者の移動時間がかかり、オープンシステムとして機能しない。また、都市圏では診療所医師の高齢化が進む中、開放型病院に赴く労力が負担になり、結局患者紹介に留まり、オープンシステムとして機能しなくなるなどの問題点がある。そのため、現実的なプランを今後検討する必要がある、と報告している。

また、高橋³⁴⁾は、全国の産科オープンシステムを行っている施設を報告している。産婦人科の意識調査では、オープン病院化構想の実現を望む声は強いが、現時点で産科オープンシステムを行っている施設は少なく、オープンシステム病床はわずかである。さらにNICUを有する施設は3分の1に過ぎない。この実態を改善し、助産所の位置付けを含めて、産科オープンシステム、救急搬送システムを全国に整備するには、産婦人科医不足が最大の隘路となる。産科勤務医師が増えない限り、施設の機能強化は難しく、周産期医療システムが円滑に機能するには時間がかかる、と指摘している。

(2) オープンシステム、セミオープンシステムの実態

オープンシステムの成功例として、前田³⁵⁾の報告がある。浜松市では、「健診は診療所で、入院分娩はオープン病院で」という、産科オープンシステムの普及が急速に進んでいる。浜松市内では、入院分娩を取り扱う診療所が減少し、産科オープンシステムのスタイルをとる診療所が4年前の39%から58%に上昇している。そして、開業医においても外来部門だけが3カ所から7カ所に倍増しており、市内の周産期・産科医療現場は機能分担を中心に急速に変化している。浜松市内の大部分の病院がオープン化された理由は、「病診連携・機能分担推進」に基づき浜松市医師会が各病院に働きかけたことである。一方病院側も、保険改正により病院外来診察料を外来紹介率によって変動させる方式が新たに設定され、紹介率を上げなければならなくなったこともオープン化が進んだ背景にある。

浜松医療センターでは、ハイリスク例以外妊婦健診は診療所で行い、陣痛発来時に入院する。但し妊娠中期に一度だけ紹介受診し、院内オリエンテーションを行っている。また1ヶ月健診は原則として診療所で行っている。最近5年間の分娩総数は、オープンシステムによる分娩数は微増している一方、最近2年間は妊娠前期から当院で管理している症例と、緊急母体搬送症例数が増加している。当周産期センターは、母体部門18床とNICU12床、計30床の独立病棟であり、看護師41名（助産師24名）、産科医5名、新生児科医5名である。

病診連携による母体搬送例は、1000g未満の重症例の占める比率が高く、逆に予後の良い1000g以上では病診連携母体搬送例と院内管理例の方が逆転増加する傾向にあった。これは、多くの影響因子もあるが、病院より診療所の方が早期に危険予知をしているとも考えられる。また、産科オープンシステムにより地域の全施設の診療レベルがオープン化され、互いの技量や得意分野を知り合うことでレベルアップにもつながっていると思われる。将来は、オープンシステムを参画した外来専門診療所は益々増加し、病院側でも生き残りをかけた改革が進むと予想され、病院数は逆に減少する可能性がある。その中で、地域をあげて産科オープンシステムを熟成していけば、産科医のストレスは開業医勤務医問わず適切に分散され、さらに収益も適正に分配され、より上質の周産期医療を提供できるのではないかと期待する、とまとめている。

また多和田³⁶⁾は、セミオープンシステムを取り入れた経緯と実態を報告している。

1990年、病院が移転となり、病診連携推進の新病院の方針と、近隣産婦人科開業医との意向が一致したことがきっかけとなり、スタートとなった。基本的取り決めを、妊婦健診内容の統一、24週、36週の節目健診、紹介患者の分娩費の一部が関連医の報酬として病院より支払われる（ペイバック）の3点とし、システムが開始となった。病院と契約を結んだ診察所を関連医と呼んでいる。このシステムの目的は、①病院勤務医、開業医、患者の3者にメリットがある病診連携の実現②病床を持たない新しい診療形態の支持③地域の周産期医療レベルの向上、の3点である。特徴として、①病院と契約すれば出身校や交友関係に関わらず関連医となる、②関連医は病院と同じ内容・スケジュールで妊婦健診を行う、③紹介患者は病院での分娩、手術終了後速やかに関連医に戻される、④関連医は希望すれば病院での分娩、手術に参加できる、⑤病院医師と関連医の会合（関連医会）が定期的に行われる、⑥分娩取り扱いしている関連医はハイリスク例のみをシステムにのせること

ができる、⑦夜間、休日の急患は病院が対応する、⑧紹介妊婦は妊娠20週、34週の2回は病院で健診を受ける（24週より20週、36週より34週へ後に変更となった）、⑨病院初診患者を関連医に紹介しシステムにのせる、逆紹介を積極的に行う、である。①～⑦がシステムの基本的条件で、⑧⑨は独自のものである。

システム運用の実際は、月間分娩数80、紹介率50%と設定。院内予約は先着月40名とし、それ以降は関連医へ逆紹介する。分娩は当院で行い、産後健診は異常がなければ関連医で行う。成績としては、セミオープン紹介に伴い10年連続で増加傾向にある。分娩件数が増えても産科外来患者数は1日25名前後（予約制）に抑えられ、外来の省力化でメリットがある。院内、紹介例で帝王切開率、早産率を比較した結果からは、帝王切開率、早産率は院内、セミオープンシステムで大差はなく、ローリスク症例を選んで逆紹介するため、帝王切開率はむしろセミオープンシステムでは低いことがわかった。一方、セミオープン以外の紹介患者の帝王切開率、早産率はきわめて高く、これはセミオープンシステムがリスクを未然に回避することに有効であることを示しているといえる。

システムの問題点は、病院医師がメリットを実感しにくく、関連医の病院往診・分娩立会いに対する報酬がない、紹介患者の満足度がはっきりしていないことなどがあげられる。地域医療システムとして機能としては、契約できる関連医に限度があることなど十分機能しているとはいえないが、今後他の選定病院において導入されれば、よりよいものになると期待される。将来的にオープンシステムが理想であるが、セミオープンを経て実現されることを望む、とまとめている。

西条³⁷⁾は助産師の立場から、大阪厚生年金病院において導入したばかりの産科オープンシステムについて、実態を述べている。周辺産科施設が減少する中、2004年4月に産科オープンシステムを導入した。取り決め事項として、転院時期は①陣痛発来または破水時、②36週以降、③24週以降、④その他（予定日超過など）と選択制としている。妊婦が外来受診時には助産師が必ず話を聞くようにしている。

そして、助産院ともオープンシステムの導入を始めている³⁸⁾。施設助産師にとって、開業助産師と協同することで、様々な技術を学ぶ良い機会となっている。助産技術や知識を習得したいというスタッフのモチベーションも高まっている、と述べている。

(3) 開業助産院との連携

岡本ら³⁹⁾は、助産師の視点から、助産所と病院でオープンシステムを導入、もしくは院内助産所開設など特徴をもつ9施設に対して調査を行っている。

調査の目的は、9施設の実情と成功要因を明らかにすることである。調査方法は、当該施設の院長、産科部長・産科師長、助産師を対象に半構成的面接を実施している。その結果、助産所とのネットワークの推進、院内助産所や受け持ち制に取り組んでいる施設は、以下の4つの特徴に大別できた。

1) 妊娠期からの受け持ち制をとり、継続ケアを行っている施設、2) 病院内に独立した組織として院内助産所を設けている施設、3) 開業助産師が扱う妊産婦のうち、病院での分娩を希望する場合の施設、4) 開業助産師が、病院に通院する産婦の分娩介助等を医師と協働で行っている施設、であった。病院・診療所と助産所とのネットワーク推進の成功要因として、「人事交流」「医師との信頼関係」「助産所助産師の確かな助産技術」「医師や助産師の熱意」の4つが明らかになった、と述べている。

また、土屋⁴⁰⁾は、地域開業助産師と産婦人科病院との医療連携を開始した経緯と問題点について述べている。ファウンズ産婦人科病院では、助産院からの搬送で、患者の病態を知る情報の伝達、収集に苦労した経緯があった。そこで、助産院からの搬送に円滑に対応できるよう、産婦を送る側の助産師と、受け入れ側の病院との取り組みを始めた。基本的に緊急搬送に備えた併診と、医療連携を勉強する「ハンズの会」の立ち上げである。併診の目的は、助産師と病院が妊産婦の情報を共有・整理し、助産所業務ガイドラインに照らし合わせたダブルチェックを行い、協同管理責任を追うものである。「ハンズの会」は、平成17年に地域の助産師とファウンズ産婦人科病院とで、「顔のわかる関係であるように」と、互いの医療連携を広く勉強している。メンバーは、病院医師と助産師・看護師、施設開業助産所11か所、出張開業助産所6か所である。2004年の実績は、病院の外来妊婦健診の149名（11%）が、助産所などから紹介された併診であった。そのうち105名（71%）が助産所などでの分娩、36名（24%）が緊急母体搬送となった。妊娠中の異常で病院管理5名（3%）、産後の異常で転院3名（2%）であった。医療連携の問題点として、①一貫した共同管理が

医師と開業助産師の間に必要、②搬送後の助産師の役割と、分娩管理以外にも産婦へのバックアップ支援活動が必要、③産科救急におけるリスクは、妊産婦とその家族、助産師、医師が連帯責任を追うという視点から解決の糸口を探す、④新生児管理には、NICUの慢性的な不足と母児分離の問題がある、⑤周産期医療には、生命倫理に基づく自己決定権の制約も必要、である。そして、助産所と病院の医療連携をスムーズにするには、助産所業務ガイドラインの活用と遵守が必要である。また、この医療連携は、妊産婦と助産師、病院の3者における契約とそれに基づく活動で、その連帯責任を認識することが重要である、とまとめている。

このように、先行研究からは、1) 助産師外来、2) 院内助産システム、3) 施設間連携といった助産師の活動内容について、その実態や効果、活動を進める上での重要な成功要因や課題等が詳細に明らかにされていた。特に、助産師の活動を進める上で、助産師の確保とスキル向上、医師や各部門との密なコミュニケーションによる連携、助産師と医師の熱意といった成功要因が明らかになったことには大きな意義がみとめられる。

しかしながら、地域における助産師の効果的な活用のあり方を提言するためには、従来の研究結果で明らかにされた成功要因自体が実際にはどのように構築され、有機的に関連し、地域において有効に機能しているか、そしてそれらのことに助産師がどのように貢献しているのかを解明する必要がある。

3 研究目的

そこで本研究は効果的に助産師を活用している医療機関等のシステムの特徴と経緯、重要成功要因の関係性を調査し、新たに助産師を活用するシステムを構築したり、助産師が本来もつ役割や機能を主体的・積極的に発揮できるシステムを再構築することを支援するモデルを明らかにすることを目的とする。現在分娩扱いの制限や産婦人科の閉鎖等を検討している医療機関や、より一層の助産師活用を図ろうとする医療機関が、本研究における助産師活用のモデルを参考にシステムの充実・再構築を図り、地域において安心・安全なお産ができる体制作りを寄与することができるものと考えられる。

4 研究方法

1) バランス・スコアカード(BSC)の戦略マップによるモデル化

バランス・スコアカードは近年開発されたすぐれた経営管理手法のひとつであり、主に多面的業績評価システムとしての側面と戦略マネジメントシステムとしての側面がある。本研究では戦略マネジメントシステムとしてのバランス・スコアカードの戦略マップの概念を用いて、助産師を有効に活用するシステムのモデル化を行った。

産業革命以降発展を続けてきた工業化社会では、企業は原材料を製品に変換し「有形資産」として価値を創造した。有形資産が価値の大部分を占めている工業化社会では、棚卸資産、有形固定資産、機械設備への投資、使用総資本利益率、1株当たりの利益のような「財務指標」で企業価値を測定することが適切であった。1980年代後半以降に先進国は工業化社会から情報化社会への大転換期を迎えた。情報化社会では、ブランド・データベース・特許・技術力・効率的な業務プロセス・顧客のロイヤリティ・従業員のモチベーションやスキルなどが大きな価値を生み出すようになった。今日ではこれらの「無形資産」が企業の市場価値の70~80%を占めている。これらの「無形資産」は「財務指標」で測定することができないため、企業の経済的価値を正確に測定する手段が必要とされた⁴⁾。

そのような背景の中、ロバートS. キャプランとデイビットP. ノートンはハーバード・ビジネス・レビュー誌(1992年1月・2月号)に、企業価値を「財務の視点」「顧客の視点」「内部プロセスの視点」「学習と成長の視点」の4つの視点で測定する新しい業績評価指標としてバランス・スコアカードを紹介した。当初、「無形資産」も測定できる新しい業績評価システムとして紹介されたバランス・スコアカードのコンセプトは、やがて厳しさを増す競争社会で企業が生き延びるために組織体質を変化させる戦略マネジメントシステムへと大きく変化した。戦略マネジメントシステムとしてのバランス・スコアカードは「財務」、「顧客」、「内部プロセス」、「学習と成長」の4つの視点で組織のビジョン・戦略をわかりやすく全職員に浸透させ、組

織活動を目標に向かって一丸とするための仕組みである。戦略マネジメントシステムとしてのバランス・スコアカードは、本来の業績評価システムとしての機能と戦略コミュニケーションツールとしての役割を合わせ持っている⁴²⁾。

「目標を達成するために戦略を実行すること」は何も営利企業に限らず公的組織・非営利組織においても必要なことである。キャプランとノートンは1996年に“The balanced scorecard : translating strategy into action.”を出版し、それを契機に政府・自治体などの公共セクター、教育機関・研究所・病院などの非営利組織においてもバランス・スコアカードが広く受け入れられるようになった。営利組織と公的組織・非営利組織の成功は本質的に異なったものである。前者は株主価値の増大であり、後者はミッションの達成である。そのため公的組織・非営利組織の戦略マネジメントシステムとしてのバランス・スコアカードのフレームでは、「財務の視点」を「受託者の視点」に置き換えることが一般的である。「受託者の視点」には納税者や資金提供者等の戦略目標が反映される。今日ではその戦略目標が経営資源の有効利用に関係したものが大半を占めているので、営利組織と同じように「財務の視点」と表現することもある。わが国の医療機関は基本的に非営利組織の形態を取るが、本研究ではわかりやすさの視点から「受託者の視点」を「財務の視点」と置き換えている⁴³⁾。

戦略マネジメントシステムとしてのバランス・スコアカードの基本構造は、「財務の視点」（公的組織・非営利組織では「受託者の視点」）「顧客の視点」「内部プロセスの視点」「学習と成長の視点」の4つの視点と「戦略マップ」と「バランス・スコアカード」によって構成される。

1) 4つの視点

- ① 財務（受託者）：株主（受託者）の視点から見た成長性・収益性・リスクに対する戦略。
- ② 顧客：顧客の視点から見た価値創造と差別化に対する戦略。
- ③ 内部プロセス：顧客と株主（受託者）の満足を生み出すようないろいろなビジネス（行政非営利活動）プロセスの戦略的優先順位。
- ④ 学習と成長：組織の変化・革新・成長を支援する雰囲気を作り出す優先順位。

2) 戦略マップ

戦略マップは4つの視点の各視点における戦略目標（重要成功要因）の因果関係を、視覚的にわかりやすく表現したものである。戦略マップにおいて矢印（→）は「もし・・・であれば、・・・である」という因果関係を示している。

3) バランス・スコアカード

基本的に縦軸に「4つの視点の戦略目標」と横軸の「重要業績評価指標、目標値、実施項目」で構成される。

- ①戦略目標：戦略を成功させるために必要な目標（重要成功要因）。4つの視点ごとに明確に示し、誰にでも理解できるような具体的な表現で書く。
- ②重要業績評価指標：戦略目標の達成度（業績）を示すもの（尺度）の中で、とくに重要と考えられる指標（Key Performance Indicators, KPI）。
- ③目標値：KPIに対する目標レベル。
- ④実施項目：KPIの目標値を達成させるための具体的な施策。

2) 用語の定義

本研究で用いる用語について、以下の定義を採用する。

(1) 妊産婦

保健師助産師看護師法（昭23年7月法第203号）において、「助産師とは、厚生労働大臣の免許を受けて、助産または妊婦、じょく婦もしくは新生児の保健指導を行うことを業とする女子をいう」と示されている。

「妊婦」とは、妊娠当初においては平常時の女性と外見上変化がないので、一般的にいつて妊娠したものとの徴候があらわれてから分娩開始までの期間における女性をいう（昭24年6月9日医収第669号）。「じょく婦」とは、分娩終了後母体が正常に回復するまでの期間（およそ6週間）における婦人をいう（同例規）、と定義されている⁴⁴⁾。

通常、妊娠期から分娩期、産褥期において、それぞれ妊婦（妊娠期にある女性）、産婦（分娩開始から胎盤娩出2時間まで）、褥婦（分娩直後から産後6～8週間まで）と記述されている⁴⁵⁾。

さらに、母子保健法（昭和40年8月法第141号、最終改正平成15年7月法第12号）では、「妊産婦」とは、妊娠中または出産後1年以内の女性をいう、と定義されている。

本研究では、母子保健法に定義されている「妊産婦」を用語として使用する。

(2) 自然分娩

用手圧迫法、後位による鉗子分娩又は吸引分娩、陣痛促進剤使用によるものではない、「自然の娩出力で分娩した」⁴⁶⁾ものをいう。

(3) 人工分娩

吸引分娩、鉗子分娩、胎盤位娩出術、帝王切開などが含まれる⁴⁷⁾。人工的介助により分娩したものをいう。

(4) 正常分娩

正期に自然陣痛が発来し、前方後頭位で成熟児を経膣分娩し、母児ともに合併症や障害がなく予後良好な分娩である。会陰切開も通常範囲内に留まり、それ以上に手術的操作もすることなく、分娩所要時間も初産婦で30時間未満、経産婦で15時間未満であった分娩をいう⁴⁸⁾。

(5) 異常分娩

正常分娩から逸脱した分娩と難産の2つの意味がある。

正常からの逸脱としては、胎位・胎勢・胎向・発育（IUGRや巨大児など）・胎児付属物の異常（前置胎盤、臍帯巻絡など）、胎児奇形（水頭症など）、母親の合併症などが上げられる。産科手術を伴った分娩も異常分娩の範疇に入る。

難産とは、上記項目などの異常により、分娩経過が異常に遅延したものをいう⁴⁹⁾。

(6) 管理分娩

分娩に際して、「自然分娩」は助産師の手に負える範囲であるが、医師の手に委ねられ産科医療を必要とする範囲をいう⁵⁰⁾。

(7) 院内助産システム

院内助産院は、文献により「病院などの組織の中で独立した部門として、正常産に限り分娩介助はもとより妊娠中から産後まで助産師が責任をもってケアする形態をいう。いわゆる施設内で、あたかも助産所の助産師のような活動形態をとる」⁵¹⁾と定義されている。

しかし、「院内助産院」という名称については、名称が医療法第三条に抵触することも考えられるため、あえて名称を与えず「助産師が自立して助産ケアを行う体制」と表現するとも述べられている⁵²⁾。

「助産師が自立して助産ケアを行う体制」とは、「緊急時の対応ができる医療施設において、助産師が医師との役割分担・連携のもと、妊産褥婦やその家族の意向を尊重しつつ、妊娠から分娩、産後の母子に対して正常・異常の判断およびケア提供を自立して行う方法・体制」である⁵³⁾。

本研究では、施設内で独立して助産師が自立して助産ケアを行う体制がある場合を、院内助産システムとする。

調査施設においては、院内助産システムとあえて名称をせず、「バースセンター」と呼んでいるところもある。

(8) 助産師外来

上記の院内助産システムの一部として、助産師外来が位置づけられている場合を、助産師外来とする。

(9) パースプラン

妊婦や家族の妊娠・出産・育児に関する希望や要望を書き記した計画書をいう⁵⁴⁾。

(10) 赤ちゃんに優しい病院 (Baby Friendly Hospital:以下BFH)

①BFHの背景

ユニセフとWHOは、母乳育児の重要性を強調し、WHOが設定した「2000年までにすべての人を健康に」という目標を達成する上で母乳育児が重要な鍵であると位置づけ、その推進に努めてきた。1974年の第24回世界保健大会では、母乳育児の世界的な後退が指摘され「すべての加盟国に母乳代替品の販売活動の状況を検討し、適切な処置がなされるように」という要請がなされた。母乳育児の促進という課題は、1978年の第31回世界保健大会でも取り上げられ、「加盟国は乳幼児の栄養不良をなくすために、母乳育児を推進し、母乳代替品の適切でない奨励や販売を規制するように」という提言が採択された⁵⁵⁾。

②BFHの意義

1989年3月WHO・ユニセフは、「母乳育児の保護、促進、そして支援」をするために、産科施設は特別な役割を持っている、という共同声明を発表した。世界すべての国の、すべての産科施設に対して「母乳育児成功のための10カ条」(資料1)を守ることを呼びかけた。母乳育児成功のための基準は、WHOとユニセフによって、世界のすべての病院に広く紹介されている。WHO・ユニセフは、「母乳育児を成功させるための10カ条」を長期にわたって遵守し、実践する産科施設を「赤ちゃんにやさしい病院」として認定することになった。

資料1 母乳育児成功のための10カ条 (ユニセフ・WHOによる共同声明)

1	母乳育児の方針を全ての医療に関わっている人に、常に知らせること
2	全ての医療従事者に母乳育児をするために必要な知識と技術を教えること
3	全ての妊婦に母乳育児の良い点とその方法をよく知らせること
4	母親が分娩後、30分以内に母乳を飲ませられるように援助すること
5	母親に授乳の指導を十分にし、もし、赤ちゃんから離れることがあっても母乳の分泌を維持する方法を教えること
6	医学的な必要がないのに母乳以外のもの、水分、糖水、人工乳を与えないこと
7	母子同室にする。赤ちゃんが母親が一日中24時間、一緒にいられるようにすること
8	赤ちゃんが欲しがるときに、欲しがるとまの授乳を進めること
9	母乳を飲んでいる赤ちゃんにゴムの乳首やおしゃぶりを与えないこと
10	母乳育児のための支援グループを作りを援助し、退院する母親に、このようなグループを紹介すること

引用：日本母乳の会HP (<http://www.bonyuweb.com/>)

③日本におけるBFHの実態

日本では、1992年、「一人でも多くの母子に母乳で育てられる幸せ」をモットーに、「日本母乳の会」設立された。多くの母と子を支援し、また、その母子を援助する医療者のために活動している。

8月1日を「世界母乳の日」、8月第1週を「世界母乳週間」と定められており、日本ではこの日を記念して、国立岡山病院名誉院長、故山内逸郎医師の提唱のもとに、全国各地より母乳育児の実践に熱心な産科医・小児科医が大阪に集まり、「母乳をすすめるための産科医と小児科医の集い」が開催された。会員は医師だけではなく、助産師、看護師、保健師、母親達などが、母乳育児を推進するための会員となっている⁵⁶⁾。

5 研究対象

文献より助産師を積極的に活用していると思われる事例を収集し、その中で全国の各地域を網羅するよう配慮した20施設へのインタビュー調査を実施した。

研究への参加(協力)については対象施設、およびインタビューの対象者から同意を得た。インタビュー時には、文書で、調査項目によってはヒアリングを拒否できること、調査したデータは厳重に管理するとともに、個人および施設が特定される場合はそれぞれの同意を得ること、インタビ

ユー実施後も不都合があればいつでも異議申し立てができること、等を説明した。

6 研究体制

主任研究者

古橋美智子（社団法人日本看護協会 副会長）

研究協力者（50音順）

江角二三子（社団法人日本助産師会 事務局長）
遠藤俊子（社団法人日本看護協会 助産師職能理事）
岡本喜代子（社団法人日本助産師会 専務理事）
葛西圭子（社団法人日本看護協会 助産師職能委員）
加藤尚美（社団法人日本助産師会 副会長）
楠本万里子（社団法人日本看護協会 常任理事）
熊川寿郎（国立保健医療科学院経営科学部 部長）
小谷幸（社団法人日本看護協会 政策企画部）
大場佐悦

<事務局>

齋藤訓子（社団法人日本看護協会 政策企画部 部長）
太田真里子（社団法人日本看護協会 政策企画部）
五十嵐里織（社団法人日本看護協会 政策企画部）
小谷幸（社団法人日本看護協会 政策企画部）
大場佐悦

健康危険情報

なし

研究発表

なし

知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

なし

引用文献

1. 藤森知華、上野慶子、坂本富子他、妊娠5ヵ月までの妊婦の不安の現状と助産師外来の評価、母性衛生、Vol. 46、No. 3、p222、2005
2. 谷口裕子、北村笑子、福田朋美他、医療施設における助産師外来の検討 - 担当者への満足度に焦点をあてて -、母性衛生、Vol. 46、No. 3、p194、2005
3. 西野美華子、馬淵道夫、助産師外来を考える、母性衛生、Vol. 45、No. 3、p200、2004
4. 鈴木悠子、遠山絹子、山形直子他、助産師の指名制と助産師外来を实践して、助産雑誌、Vol. 59、No. 1、p29-31、2005
5. 大井信子、田村一代、桧原美紀他、助産婦による継続的な妊婦健康診査、栃木母性衛生、Vol. 28、p29-32、2001
6. 秋山順子、内桶良子、石川厚子他、助産師外来開設から10年目の振り返りと今後の課題 - 助産師外来に関する意識調査より -、茨城県母性衛生学会、Vol. 22、p54-57、2002
7. 原田香織、高田佳織、橋本美雪、助産師外来実践報告-開設後一年を経過して-、日本看護学会論文集（母性看護）、Vol. 34、p79-81、2003
8. 菅沼清美、隅田真理子、田中美智代他、出産サービスに対する満足度調査（II）助産師外来を取り入れて、日本看護学会論文集（母性看護）、Vol. 36、p26-28、2005
9. 徳田真理子、吉富美佐江、野本百合子、助産師外来の妊娠期ケアに関する研究 妊婦との相互行為場面に焦点をあてて、日本看護学会論文集（母性看護）、Vol. 36、p47-49、2005

10. 八木千春、夏村真奈巳、沼田恭子他、施設から継続した育児支援に向けて、日本看護学会論文集（母性看護）、Vol. 35、193-194、2004
11. 青木まり子、島守洋子、佐藤弘美他、大学病院における母乳育児推進への取り組み-過去5年間の実践報告-、日本看護学会論文集（母性看護）、Vol. 36、p71-73、2005
12. 宮崎香津代、永野睦子、佐藤美智代他、当院産婦人科外来に求められる妊婦支援を考える-経済的困難を抱える妊婦のために『助産師外来』を開設して-、日本看護学会論文集（母性看護）、Vol. 28、49-52、2002
13. 鈴井江三子、平岡敦子、蔵本美代子他、日本における妊婦健診の実態調査、母性衛生、Vol. 46、No. 1、p154-162、2005
14. 佐藤喜根子、佐藤祥子、助産師が自主運営する施設内助産所と助産師外来に関する調査、助産雑誌、Vol. 59、No. 3、p221-227、2005
15. 野町寧都、進純郎、【これからの周産期医療を考える】新しい構想の病院内助産施設-病院産科における助産師の役割と将来-、周産期医学、Vol. 35、No. 1、p81-83、2005
16. 遠藤俊子、【満足で安全なお産「院内助産院」をめざそう】病院・診療所における助産師の働き方-助産師が自立して助産ケアを行なう体制づくり-、助産雑誌、Vol. 60、No. 4、288-294、2006
17. 穂高律子、三井祐子、【満足で安全なお産「院内助産院」をめざそう】「助産所モデル」の助産システムの現在-済生会宇都宮病院周産母子医療センター-、助産雑誌、Vol. 60、No. 4、295-298、2006
18. 石村朱美、茂岡絵里、【満足で安全なお産「院内助産院」をめざそう】「助産所モデル」の助産システムの現在-佐野病院助産科-、助産雑誌、Vol. 60、No. 4、p300-303、2006
19. 柿沼直美、岡田典子、坂本悦子、【満足で安全なお産「院内助産院」をめざそう】「助産所モデル」の助産システムの現在-深谷赤十字病院産婦人科病棟-、助産雑誌、Vol. 60、No. 4、304-306、2006
20. 長谷川充子、飯田由梨、【満足で安全なお産「院内助産院」をめざそう】「助産所モデル」の助産システムの現在-湘南鎌倉総合病院産婦人科-、助産雑誌、Vol. 60、No. 4、p307-309、2006
21. 石村朱美、高橋八重子、病院内助産院の水中出産60件の取り組み、助産婦雑誌、Vol. 55、No. 7、p614-621、2001
22. 高橋八重子、石村朱美、田頭陽子他、看護部から独立した病院内助産院システム「助産師分娩科」の誕生まで、助産雑誌、Vol. 58、No. 1、p52-55、2004
23. 石村朱美、高橋八重子、新しい病院出産 院内助産院『助産科』は、こうして生まれた-私たちの夢の実現に向けて-、助産雑誌、Vol. 60、No. 1、p66-71、2006
24. 石村朱美、高橋八重子、新しい病院出産 院内助産院『助産科』は、こうして生まれた-院内助産院開設の実際-、助産雑誌、Vol. 60、No. 2、p152-157、2006
25. 石村朱美、高橋八重子、新しい病院出産 院内助産院『助産科』は、こうして生まれた-助産師外来編-、助産雑誌、Vol. 60、No. 3、p258-263、2006
26. 石村朱美、高橋八重子、新しい病院出産 院内助産院『助産科』は、こうして生まれた-分娩介助編-、助産雑誌、Vol. 60、No. 4、p344-349、2006
27. 石村朱美、高橋八重子、新しい病院出産 院内助産院『助産科』は、こうして生まれた-フリースタイル出産との出会い-、助産雑誌、Vol. 60、No. 5、p428-432、2006
28. 井上裕美、【満足で安全なお産「院内助産院」をめざそう】院内助産院で安全と快適性は得られるのか?-医師の立場から-、助産雑誌、Vol. 60、No. 4、p312-317、2006
29. 長谷川充子、【満足で安全なお産「院内助産院」をめざそう】院内助産院を担うには何が必要か、助産雑誌、Vol. 60、No. 4、p318-321、2006
30. 小竹久美子、安全な分娩・満足な分娩 産婦人科病院の助産婦として-病院内助産院の試み-、茨城県母性衛生学会誌、Vol. 20、p81-83、2000
31. 小笠原敏浩、地域のお産のあり方の模索-院内助産院構想から始まった岩手県での変革の第一歩-、ペリネイタルケア、Vol. 24、No. 12、p1234-1238、2005
32. 村上節、安井友春、岡村州博、【周産期医療スタッフの育成をめぐる】オープンシステム・セミオープンシステムにおける教育、周産期医学、Vol. 34、No. 10、p1537-1539、2004
33. 岩下光利、【産科医療のフロントライン】産科オープンシステムへの動き、周産期医学、Vol. 34、No. 3、p404-407、2004
34. 高橋克幸、【特集これからの周産期を考える】産婦人科医療のこれから-病院・診療所分娩の変化と将来予測、周産期医学、Vol. 35、No. 1、p22-26、2005
35. 前田真、パネルディスカッション『産科オープンシステム』浜松における現況と周産期医療の将来像について、日本産科婦人科学会神奈川地方部会誌、Vol. 40、No. 1、p37-40、2003
36. 多和田哲雄、当院における産科セミオープンシステムについて-産婦人科の実際、Vol. 50、No. 7、p889-893、2001

37. 西条洋美、助産師の活動現場から-産科オープンシステムを導入して-、助産師、Vol. 58、No. 3、p69-71、2004
38. 多賀佳子、助産院と病院との連携で快適な出産を支える-産科オープンシステムの活用-、助産雑誌、Vol. 59、No. 5、p426-431、2005
39. 岡本喜代子、加藤尚美、高田昌代他、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、Vol. 59、No. 3、p40-54、2005
40. 土屋清志、開業助産師と病院の医療連携、助産雑誌、Vol. 60、No. 2、p128-134、2006
41. Robert S. Kaplan, David P. Norton. : The balanced scorecard : translating strategy into action. HARVARD BUSINESS SCHOOL PRESS. BOSTON, 1996. (吉川武男訳：バランス・スコアカード- 新しい経営指標による企業変革-。生産性出版、東京、1997年)
42. Robert S. Kaplan, David P. Norton. : The strategy - focused organization : how balanced scorecard companies thrive in the new business environment. HARVARD BUSINESS SCHOOL PRESS. BOSTON, 2001. (櫻井通晴監訳：キャプランとノートンの戦略バランス・スコアカード。東洋経済新報社、東京 2001年)
43. Robert S. Kaplan, David P. Norton. : STRATEGY MAPS. HARVARD BUSINESS SCHOOL PRESS. BOSTON, 2004. (櫻井通晴、伊藤和憲、長谷川恵一 監訳：戦略マップ。ランダムハウス講談社、東京、2005年)
44. 新版助産師業務要覧、日本看護協会出版会、p19、2005
45. 前掲書44、p32、p41、p53
46. 第3版助産学体系 助産診断・技術学IV、日本看護協会出版会、p146
47. 前掲書46、p146
48. 前掲書46、p146
49. 前掲書46、p146-p147
50. 前掲書44、p158
51. 岡本喜代子、加藤尚美、高田昌代他、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、平成16年度厚生労働科学研究(こども家庭総合研究事業)報告、助産師、59(3)、2005.8
52. 病院・診療所における助産師の働き方-助産師が自律して助産ケアを行う体制づくりのために-、社団法人日本看護協会・助産師職能委員会、p4
53. 前掲書52
54. 前掲書44、p40
55. 世界母乳習慣第14回母乳育児シンポジウム2005抄録、p56
56. 日本母乳の会HP <http://www.bonyuweb.com/>