

2-3-2 産褥期

- ①血圧 収縮期 140mmHg, 拡張期 90mmHg 以上
- ②浮腫 (2+) 以上
- ③尿蛋白 (2+) 以上
- ④尿糖 (2+) 以上
- ⑤子宮復古の異常
- ⑥悪露の異常
- ⑦創部の異常
- ⑧乳腺炎症状
- ⑨産後うつ症状
- ⑩その他, 医師の診察が必要と判断した場合

2-4 助産外来健診項目

2-4-1 妊娠期

- ①体重測定
- ②子宮底長測定 (妊娠 16 週までは省略可能)
- ③血圧測定
- ④尿化学検査 (糖・蛋白)
- ⑤胎児心拍確認
- ⑥浮腫の評価
- ⑦問診ならびに保健指導 (巻末資料参照)

2-4-2 産褥期

- ①体重測定
- ②血圧測定
- ③尿化学検査 (糖・蛋白)
- ④子宮復古の評価
- ⑤乳房の状態の評価
- ⑥浮腫の評価
- ⑦問診ならびに保健指導 (巻末資料参照)

2-5 助産外来における超音波検査の考え方

助産師は, 正常に経過しているという母子の状態の判断を助産技術としての問診, 触診, 聴診, 計測などによって判断できることを原則とする。従って, 助産師が行う経腹超音波

検査は, 助産師の行う判断に補助的な情報として超音波を用いて, 胎児および付属物の状態を, 妊産婦と共有する手段として利用することができる。超音波はあくまでも補助的な手段であることの認識をもつことが重要である。

超音波診断の最終的な判断は, 医師に委ねる。したがって, 検査の実施にともなう異常と疑わしき所見の存在する場合は, 必ず医師による診断を受ける。

以上の前提を考慮し, 各施設における助産師の実施については, 各施設の実情に合わせて, 十分な協議を行い実施することが望まれる。

2-6 助産外来担当助産師の基準

概ね, 助産師免許取得後 3 ~ 5 年以上の臨床経験をもつ助産師で 100 例程度の分娩介助経験があることが望ましい。両親学級, 母親学級, 母乳相談などの保健指導経験を有し, 院内外で必要な研修を受講しており, 以下の能力を有している助産師とする。

- ・ 確実な問診・聴診・触診技術
- ・ 母体・胎児の健康状態のアセスメントとスクリーニング能力
- ・ 妊婦・褥婦のニーズの把握と情報の選択能力
- ・ 妊娠中・産褥期のトラブルやリスクへの対応能力
- ・ 異常発生時の対処能力
- ・ 妊婦・褥婦とその家族とのコミュニケーション能力
- ・ 関係者・部署との連携能力

3 記録

記録は医師との共有記録を原則とし、情報の一元化をはかる。

4 責任の範囲

4-1 助産師の責任

助産師の責任の範囲は保健師助産師看護師法に規定されている。その範囲で業務を遂行し、その範囲の職務に責任を持つ。

4-2 施設管理者の責任

病院など開設管理者の責任については施設全体としての医療提供体制が医療法に定められている。医療法の中で、平成18年に厚生労働省から示された「医療機関における安全管理体制について（院内で発生する乳児連れ去りや盗難等の被害及び職員への暴力被害への取り組みに関して）」について、また、平成19年の「医療提供体制の確保に関する基本方針」などに施設として取り組むべき事項が示されているとともに、管理者は、医療の安全の確保のために、指針の策定、従業者に対する研修の実施その他の当該病院、診療所又は助産所における医療の安全を確保するための措置を講じなければならない(医療法第6条10)。

4-3 産科医師の責任

医師でなければ、医業をなしてはならない(医師法第17条)の規定に従い、予め医師との間で策定されたルールに基づき、経過中に異常が認められ場合に医師移行とする基準を策定しておく。

II 助産師外来、院内助産システムにむけた助産実践力強化標準研修プログラム案の作成のためのモデル研修の実施と評価 資料2

1 研修目的

助産師のキャリア形成として、一定の能力を持つ助産師に対して研修を行い、「助産師が院内助産システムにおいて主体的に自信をもって助産実践が出来るように助産師の診断能力を強化する」ことを目的とする。

2 日時

平成20年12月6～7日、14日(3日間)
時間9:00～17:00 (延24時間)

3 場所

東邦大学医学部看護学科 第3講義室・第2実習室(大田区大森西四丁目16-20)

4 対象

産科領域における勤務経験が5年以上であり、分娩取り扱い件数が100例以上(帝王切開の介助を含む)の助産師39名

5 研修内容 資料参照

6 評価方法

研修の受講生に質問紙調査を行い、今回のモデル研修の効果や今後への課題を明らかにする。

(1) 調査内容：

自己記入式質問紙調査。質問内容は、今回の研修に参加した目的とその目的の達成度、研修への満足感、研修受講後に実感している助産業務や助産ケアに臨む姿勢や中堅助産師としての自信や自覚などを、項目ごとに選択肢により尋ねた。また、研修費や受講資格などについても選択肢により意見を求めた。研修全体に対しては自由記述で意見を求めた。

(2) 調査方法

研修終了後に質問紙と返信用封筒を各自に配

布し、2～3日後に郵送にて提出してもらった。なお今回の調査は個人の変化を追う必要があるため、無記名ではあるが受講生番号を付記する方法をとった。

(3) 倫理的配慮

調査目的や方法のほか、受講生番号は記載していただくが、個人名や施設名は公表されないこと、データはすべて数値化して目的以外には用いないことを、口頭および紙面にて説明し、同意を得た。

7 調査結果

(1) 回収率

研修受講生 38 名中 36 名から返送された。回収率は 94.7%である。

(2) 研修の参加目的と達成度

今回のモデル研修に参加した目的を 6 つの選択肢から複数選択で回答してもらった。その結果、「職場で認められるため」が 35 名 (97.2%) と最も多く、次いで「自分の能力向上」34 名 (94.4%) 「助産師の仲間づくり」28 名 (77.8%) 「新しい知識や技術の獲得」27 名 (75%) であった(図 1)。研修終了後には 9 割が達成できたと認識できていた。

(3) 研修の満足度

研修に参加しての満足感を研修の「開催時期」「期間」「場所」「講義内容」「グループワーク」「全体運営」の 5 項目について「満足」か「不満足」かのどちらかを選択してもらい、その理由も記述してもらった。その結果、研修時期や場所、講義内容や全体運営について 9 割近くが「満足」と回答していた。研修期間はほぼ半数が「不満足」であり、その理由は「5 日ぐらいあるとよい」「じっくり学びたい」など、期間の短さに関するものや「集中してほしい」といった、勤務をしながらの受講に関する開催期間の難しさであった。「グ

ループワーク」に関しても「時間の不足」や「他のメンバーともっと交流したかった」などを理由に不満足感を持っているという結果であった。しかしその一方で、「とても楽しかった」「他の方と交流がもてて、気づきが多かった」などグループワークそのものへの意義を見出している意見も多くあげられていた。

(4) 研修参加後の助産業務への思い

ほぼ 8 割から 9 割の助産師が、研修に参加する前に比較して、「主体的な助産業務」「積極的な院内助産活動の推進・活動」「異常への対応」「医師との連携」ができると感じていた。その理由としては、「元気をもらった」「自分のやってきたことを肯定的に思うことができたため主体的になれる」「知識やアセスメント能力が向上した」ことが、主体的になれる理由としてあげられており、「積極的な院内助産活動の推進・活動」については、他施設の状況や仲間とも交流がその理由としてあげられていた。また、今回の研修で新たな知識や技術を得たことが、異常への対応や医師との連携が今までよりもできると思うことの裏付けとなっていた。

(5) 中堅助産師としての自信や自覚

研修受講後の中堅助産師としての自信や自覚について 6 つの項目で尋ねた。その結果「自信を持って後輩指導ができる」は 31 名 (86.1%) が「そう思う」と回答していた。また「これまでよりリーダーシップをとることができる」は 29 名 (80.6%)、「これまでより助産業務が楽しくできる」31 名 (86.1%) 「助産業務はやりがいのある仕事」32 名 (88.9%) が「そう思う」と回答しており、仕事を継続していく気持ちが強くなった」のも (86.1%) であった。それらの理由とし記載された内容は、研修で最新の知見を得たことや自信がもてたこと、モチベーション向上、仲間との

交流などの内容であった。

(6) 研修の企画・運営についての意見

今回と同じ3日間の研修の場合、受講料がどれぐらいがいいか尋ねた結果、16名(44.4%)が「3万円」、ついで「2万円」7名(19.4%)「1万円」(13.9%)であった。

また、受講資格は、今回と同様の「5年以上の経験年数」を7割が、分娩介助「100例以上」を9割近くが、受講資格として妥当としていた。

受講に際し、業務の実績報告は必要だが、職場の推薦書は必要ないと半数が回答していた。その理由は、主体的な参加が望ましいから、というものであった。

(7) 研修を受講しての感想や意見の自由記述

今回の研修に参加しての感想や意見を自由記述してもらった。多くが「参加できて大変よかった。」「内容が濃くて、とてもよかった。充実していた」「とても楽しく、学びたいことが学べた。」「満足いく研修でした」など、最新の知見を学ぶ機会を得たことで学習になったという肯定的な感想や喜びを持っていた。また、モチベーションや自信・自覚の向上につながったという感想も多く、「グループワークがとても楽しかった。他の人からパワーがもらえた」など、全国から集った他施設の助産師との交流にも多くの効果や意義を感じているという記述が多かった。

今後に向けた意見としては、時間の配分やプログラム内容に関する要望などがあげられていた。今回のような研修を無料で受講できたことへの感謝の気持ちやスタッフへのお礼のほか、もっと自分たちで動くべきだった、といった感想もあげられていた。

8 考察

今回の研修では受講生のほとんどが、職場で認められることや自己能力の向上を目的として参

加していた。参加者の平均臨床経験が12年、平均年齢も36歳と中堅の立場であったことから、職場の若手を育成し、リーダーシップを発揮する責務を持っている助産師が参加していたことがわかる。そしてその目的を9割以上が達成できたと認識していることから、今回の研修は中堅助産師のニーズを満たすものになっていたと評価できる。また、他の質問の回答結果からも、中堅助産師の知識や技術の向上に効果的で、臨床現場に生かしていきたいという思いを持って終了することができた研修であったと評価できる。

研修の満足感においては、研修時期や場所、研修内容は満足度が高かったが、研修期間は半数が不満足であった。これは、今回の研修が単発のものであり、広報から研修開催までの期間も短かったことから、参加者にとって勤務場所での日程確保が難しい状況であったことが伺える。また、受講内容が妊娠・分娩の診断能力獲得に結びつく豊かな内容であったこと、参加者同士の交流の時間が短かったことなどから、もっと長い期間で学びたかった、ゆっくり学びたかった、と感じたといえる。

グループワークにおいても、満足感を得ていたのは半数だけで、もっと時間がほしかった、もっと交流をしたかった、という気持ちを半数の受講者が感じていた。一方で自由記述には、短時間であっても他施設の助産師と交流や情報交換ができたことがとても有意義であり、モチベーションアップや今後の改善に向けたヒントになっていると評価していた。そしてそれが中堅助産師としての自信や自覚にも繋がっていた。ここからわかるのは、今回の中堅助産師の能力向上を目的とした研修では、講義形式だけではなく、グループワークなど、参加者同士の交流を行う場を十分に持つことが、参加者のエンパワーメントに効果的で

あるということである。中堅助産師は臨床経験も豊富で各施設において課題や問題が見えてきている立場である。その課題を表出し、情報交換をし合うことで、主体的に問題解決に結びつけることができる力を持っているといえる。今後同様の研修を行っていく場合は、最新の知識を講義で学ぶことと同時に、参加者同士が交流し、エンパワーメントができる主体的な参加型学習を十分に組み入れていくことが重要だといえる。

10 結論

助産実践能力強化モデル研修の効果として、参加者への事後質問紙調査により以下のことが明らかとなった。

(1) モデル研修は、参加した助産師の目的達成や満足につながっていた。

(2) モデル研修は、参加した助産師が、主体的な助産業務や積極的な院内助産活動の推進・活動、異常への対応、そしてより医師との連携ができる、と認識することや、中堅助産師としての自信・自覚を向上させる効果があった。

(3) グループワークや話し合いなど、参加者同士が交流を持ち主体的に学習を行える参加型学習を組み入れていくことは、参加した助産師のエンパワーメントや自信の獲得に効果的であった。

おわりに

今回、中堅助産師を対象に3日間に亘る研修を企画実施した。産婦人科医師と助産師が同じワーキングのメンバーとして協働により実施する研修は少なく、その意味で今回のモデル研修は産婦人科医師の助産師に対する理解を得るためにも大変重要な企画であったと考える。実施に当たっては人の問題・場所や物の問題、財源の問題などあるが、これから助産師の主体的な業務推進への支援

活動の一つとして本研修が基盤になり、日本の各地で開催されることを期待したい。本研修を受講した受講生の一人一人が、それぞれの施設で自分の可能性を認識して新しい助産業務の改革に一步を踏み出すことが出来ればと願っている。

3 助産師外来機能評価(案)の実証 資料3

1) 助産師外来機能評価チェックリスト(案)の作成

助産外来を安全に運営するためには助産外来の運営について、普遍的に検討できるような組織体制が必要である。現在、助産外来を実施している多くの医療施設においては、各々の施設に必要な体制を構築しているが、環境や施設の現状、産科医師の減少、助産師の偏在などの産科情勢もあいまって標準化することは難しい状況にある。

しかし、医療施設においても病院の客観的な現状把握のために「病院機能評価」が実施されているように、助産外来においても各々の医療施設の現状把握と具体的な改善目標をたてるために「助産外来機能評価」の体制は必要であると考えられる。

厚生労働科学研究の子ども家庭総合研究事業(2007)の「助産師外来機能評価(案)」をもとに、検討を進め一部改変し「助産師外来機能評価チェックリスト(案)」を作成した(表1)。このチェックリストを用いて、助産師外来実施施設6病院に、アンケート(表2)に回答を得た。

その結果、助産外来の実施6施設から、「課題が明確になる」、「体系的な評価につながる」との回答があり、概ね「助産師外来機能評価」の必要性が支持された。

また、自己点検の結果においては、基本方針や目標の明確性、基準手順の作成、ケアに関わる調整や助産外来の環境に関して評価が高いのに比べ、施設の多くが現状維持に懸命で助産外来の運営について検討できる体制の構築が不十分である傾向が見られた。

他に、評価にばらつきがみられた内容は、助産師の精神的な支援、助産師の教育体制、助産外来での倫理的問題に対する対応、評価と計画であった。

また、追加検討事項としては、妊産褥婦への満足度調査、妊産褥婦の精神的な支援体制が上げられた。

D 考察

平成20年度の3つの研究成果から、院内助産システムの推進を積極的に行なうため、助産師活動に関する用語の定義について明らかにしたことは重要であった。その用語の意味するものを十分検討し共有した結果である。しかしながら、まだまだ本邦の産科医療関係者ならびに病院・診療所の管理者に十分に合意形成されたわけではなく、今後も引き続き、利用者ならびに関係者と合意形成の努力を続けなければならない。

1) 助産外来・院内助産に関するガイドラインの検証と改訂

医師と助産師のチームによって成り立つ妊婦健康診査及び分娩介助を安全に実施し、妊産婦や家族の満足度を高めるために、医師との詳細な連携基準が今回の目安で良いのか、検証を繰り返す必要がある。各施設に応じた助産外来の回数、対象妊婦、検診項目、医師への相談・報告基準や担当する助産師の基準などを公開しながら、より安全を保障し助産外来や院内助産を推進していくために、本邦の標準的な考え方を整理する必要がある。

2) 安心・安全を担保する機能評価の必要性

院内助産システムを日常的に運用する際に、日々の実践における医療安全の課題が多く存在する。そこで、定期的に監査するシステムが必要となる。安定的な運営を維持し、個々の助産師を守るためにも組織的な機能評価を取り入れることが必要である。

3) 助産外来・院内助産を担う助産師の実践能力研修の必要性

院内助産・助産外来を実施する助産師はまだ数的にも少ない。助産師自身が安全に自信をもって院内助産・助産外来を実践できるためには、一定水準の能力指標を提示することや能力維持向上に向けた研修等のモデル案が必要である。

今回、中堅助産師を対象に3日間に亘る研修を企画実施したところ、産婦人科医師と助産師が同じワーキングのメンバーとして協働により実施する研修は少なく、その意味で今回のモデル研修は産婦人科医師の助産師に対する理解を得るためにも大変重要な企画であったと考える。

実施に当たっては、人の問題・場所や物の問題、財源の問題などある。これから助産師の主体的な業務推進への支援活動の一つとして本研修が基盤になり、日本の各地で開催されることを期待したい。本研修を受講した受講生の一人一人が、それぞれの施設で自分の可能性を認識して新しい助産業務の改革に一步を踏み出すことが出来ればと願っている。さらに、医師や助産師の関連団体共通の学会認定の研修などが期待される。

院内助産・助産外来の実施を希望する病院・診療所は多いにもかかわらず、実施施設は多くはない。

今後の課題には、これらの3点に加えて、仕事に見合った勤務時間や給与処遇などの改善、ひいては助産師の必要数も含まれる。

E 結論

分娩拠点化に対応した助産師外来を進めるために、助産師外来のガイドライン作成、助産師外来、院内助産システムにむけた助産実践力強化標準研修プログラム案の作成のためのモデル研修の実施と評価、助産師外来機能評価(案)の実証を行った。

今後、本研究結果の実施検証を行うことによって、更に有用性を高めていくことが望まれる。

F 健康危険情報

なし

G 研究成果の公表

- 1) 遠藤俊子・福島裕子・石川紀子・葛西圭子・海野信也・澤林太郎・中林正雄・加藤尚美: 助産師外来から助産師・医師の連携を強化し出産環境を守ろう～緊急フォーラム、日本看護協会 JNA ホール、2008. 2
- 2) 遠藤俊子: これからの助産師の仕事～ママと赤ちゃんに寄り添って～、日本医療学会市民シンポジウム、2008. 7
- 3) 遠藤俊子、中井章人: 助産師のキャリア発達—助産師外来からパースセンターへ—、日本周産期新生児学会ワークショップ 10、2008. 6
- 4) 遠藤俊子・葛西圭子: 助産師外来・院内助産の現状と今後への課題、看護管理、18(9)、756-761、2008. 8
- 5) 遠藤俊子: 広域化する産科医療圏での助産師の役割、北海道看護協会講演、2008. 8
- 6) 遠藤俊子: 産科医療の現状と助産師の役割、日本産科婦人科学会フォーラム、2008. 11

7) 遠藤俊子: 安全な助産ケアのためのアセスメントと対応、日本看護協会神戸センター、2008. 11. 27

8) 遠藤俊子: 助産師教育の現状から周産期医療を担う人材確保の今後のあり方、千葉県母性衛生学会講演、2009. 2

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他

研究協力者(五十音順)

- 石渡 勇 石渡産婦人科病院院長
日本産婦人科医会常務理事
- 石川紀子 総合母子保健センター
愛育病院助産師長
- 葛西圭子 NTT 東日本関東病院副看護部長
- 加藤尚美 日本助産師会専務理事
- 斉藤益子 東邦大学医学部看護学科 教授
- 斉藤いずみ 北海道医療大学看護福祉学部教授
- 澤倫太郎 日本医科大学講師
日本医師会研究部長
- 中林正雄 総合母子保健センター愛育病院院長
- 成田 伸 自治医科大学看護学部教授
- 福島裕子 岩手県立大学看護学部准教授
- 渡邊竹美 山梨大学大学院博士課程大学院生

助産外来ガイドライン

医師と助産師の役割分担と連携

目 次

助産外来ガイドライン作成の経緯	2
1 院内助産システム	3
1-1 院内助産システムとは	
1-1-1 助産外来	
1-1-2 院内助産	
1-2 看護・助産提供体制	
2 助産師外来基準	5
2-1 妊婦健診回数と内容	
2-2 助産外来対象基準の考え方	
2-3 医師への報告基準	
2-3-1 妊娠期	
2-3-2 産褥期	
2-4 助産外来健診項目	
2-4-1 妊娠期	
2-4-2 産褥期	
2-5 助産外来における超音波検査の考え方	
2-6 助産外来担当助産師の基準	
3 記録	9
4 責任の範囲	10
4-1 助産師の責任	
4-2 施設管理者の責任	
5 助産外来機能評価	11
おわりに	11
解説	
巻末資料	
参考文献	

助産外来ガイドライン作成の経緯

産科医療の充実により、わが国の母子保健統計は世界トップレベルとなっている。それとともに、利用者のニーズは安全が確保された上で、より高い快適性を求めるようになってきた。人々の産科医療への期待は、安全性を担保しながら、妊産婦や家族の生活面、気持ちや社会的側面を重視した医療提供体制である。少子社会であるわが国では、子どもを産むことが困難でない、産むこと育てることに夢や希望のもてる社会を作るためにも、医療従事者のチームの一員としての助産師の役割が見直しをされてきている。

必要な医療介入が可能な施設の中で、全国各地で医師と助産師が協力して行う妊産婦の健診の取り組みが報告されている。正常に経過する妊婦健診を助産師が担当する「助産師外来」は利用者から高い満足の評価を得ている¹⁾。医師、助産師はそれぞれの職務を遂行し、専門性を発揮することで職務満足度も高くなっている²⁾。

このように各施設での取り組みが先行する中、平成20年度より厚生労働省においても院内助産所・助産師外来開設のための施設整備や助産師等研修事業も開始した。

安全で快適な助産外来のためには医師、助産師が共通合意できるガイドラインが必要となっている。今後さらに多くなると予測される助産外来開始施設では、特にそのニーズが高いと思われる。本ガイドラインは、日本産科婦人科学会(2008)の示す「産婦人科診療ガイドライン」³⁾を参考に、病院・診療所に勤務する助産師が妊婦や褥婦の健診をどのように進めていくかの指針を示している。助産師の行う健診内容は、先行研究や日本助産師会の提示している開業助産所ガイドライン⁴⁾を参考にして作成した。本ガイドラインは、すでに開始されている助産外来実施施設で作成されている指針や基準を制限するものではない。医療の安全性、適切性は実践する個々の医療人に委ねられており、医療チームの連携によって効果的に実行されるものだからである。

それぞれの病院・診療所が助産師外来を開始するには、各々の施設の組織としての取り組みが必要であり、企画や組織作りについては日本看護協会(2006)発行の「病院・診療所における助産師の働き方」⁵⁾が参考になる。

本ガイドラインは臨床で実践にあたっている助産師が中心となり原案を作成し、厚生労働科学研究班の会議の席上で医師と論議して完成した。さらに、並行して進められている、「産科医と助産師の役割分担と共同関係構築に向けたガイドライン」の研究者、「助産所業務ガイドライン」改訂に取り組んでおられる日本助産師会の皆様、厚生労働省の職員の方々からも広くご意見をいただいた。

すでに取り組まれている施設の職員の皆様には参考にして頂き、これから取り組まれようとしている方々には本ガイドラインを有効に活用していただきたいと願う次第である。

1 院内助産システム

1-1 院内助産システムとは（図1）

病院や診療所において、医療法、医師法および保健師助産師看護師法で定められている業務範囲に則って、妊婦健康診査、分娩介助並びに健康相談・教育を助産師が主導的に行う看護・助産提供体制としての「助産外来」や「院内助産」を持ち、助産師を活用する仕組みをいう。

助産師は、医師との役割分担・連携のもと、全ての妊産婦やその家族の意向を尊重し、またガイドラインに基づいたチーム医療を行うことで、個々のニーズに応じた助産ケアを提供する。特に、ローリスク妊産婦に対しては、妊婦健康診査、分娩介助並びに健康相談・教育を助産師が行う。

1-1-1 助産外来

妊婦・褥婦の健康診査並びに健康相談・支援が助産師により行われる外来をいう。

※ 外来における実践内容を示す標記が望ましいため、「師」はあえてつけない。

1-1-2 院内助産

分娩を目的に入院する産婦及び産後の母子に対して、助産師が中心となりケア提供を行う方法・体制をいう。殊に、ローリスクの分娩は助産師により行われる。

※ 厚生労働省の使用した「院内助産所」も「院内助産」と同義である。この場合の「院内助産所」は、医療法でいう「助産所」ではない。

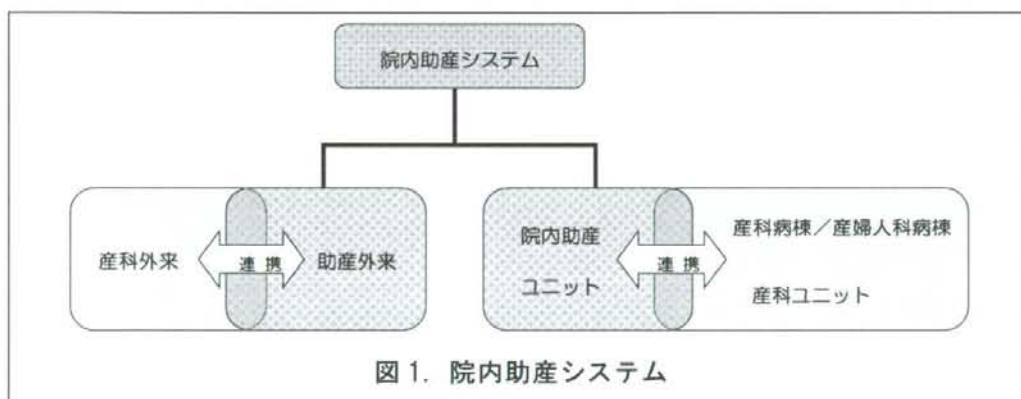


図1. 院内助産システム

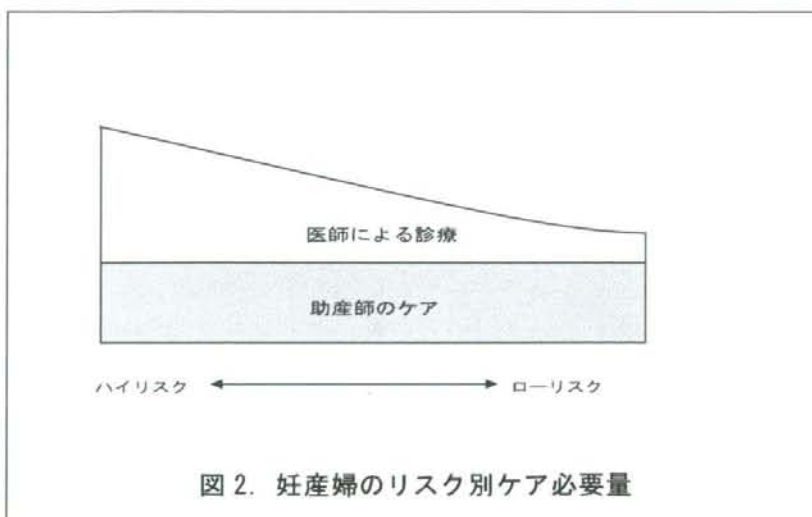
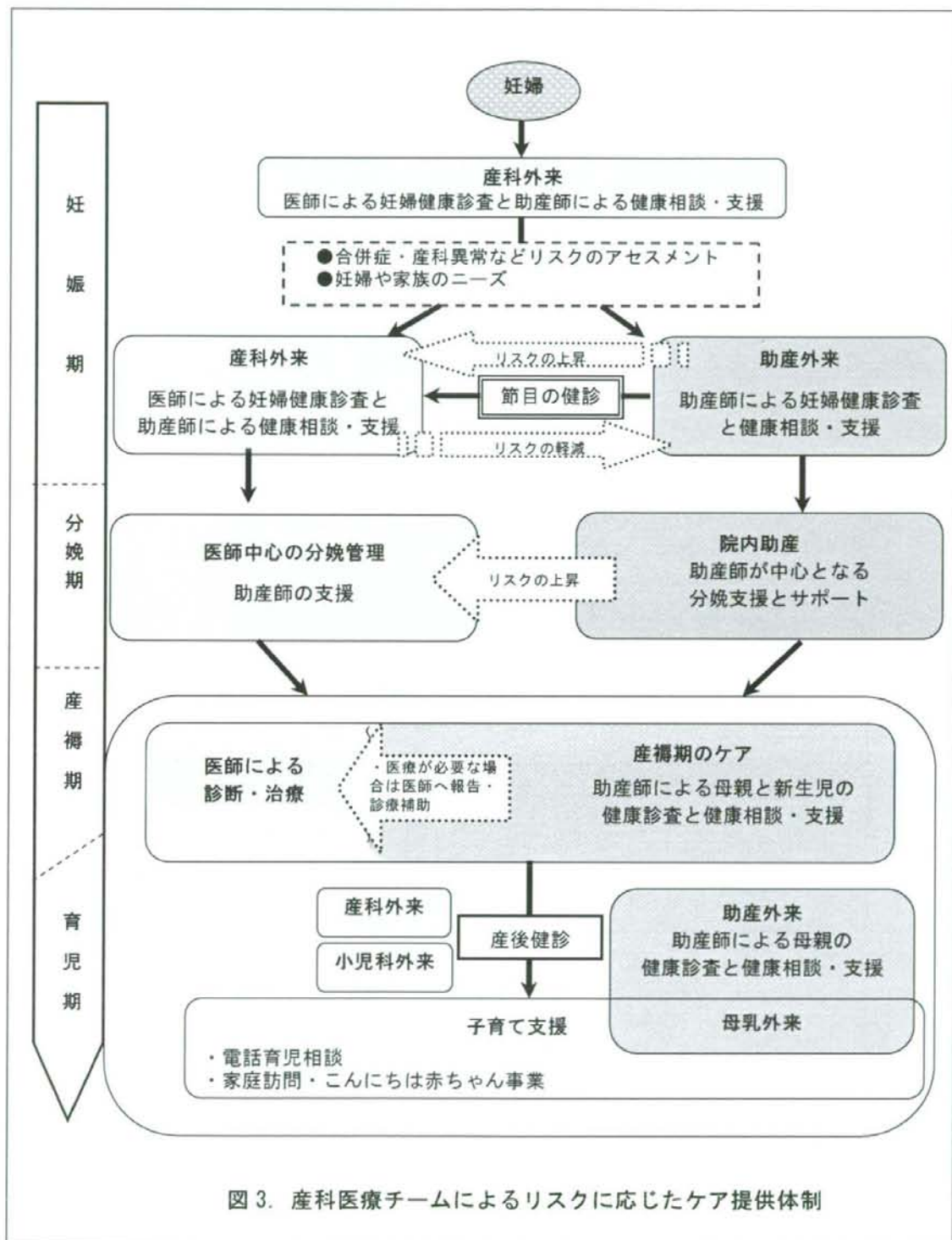


図2. 妊産婦のリスク別ケア必要量



1-2 看護・助産提供体制

助産外来や院内助産は、施設の規模や体制などによって、様々な形態により運用することができる。このシステムを推進する看護・助産提供体制や入院のスペースは、施設の看護管理者を中心とする采配により編成が可能である。特に、院内助産は、年間分娩件数、病床数、助産師数、設備などに応じて、様々な看護・助産提供体制をとることができる。

年間分娩件数が多く（1,000件程度）、産科単科の病棟であり、助産師の人数が多い施設においては、スタッフをユニットなどに分け、産婦のリスクやニーズに応じた助産ケアを提供する。例えば、病棟の看護・助産提供単位を「産科ユニット」と「院内助産ユニット」などに分け、産科ユニットがハイリスク産婦を、院内助産ユニットがローリスク産婦及び褥婦を受け持つなど、各々のニーズに応じたケアを提供する。また、分娩室が複数ある場合、リスクに応じて分けて用いることもできる。加えて、オープンシステムなどに資することも可能である。

一方、分娩件数の少ない場合及び診療所や産婦人科等の混合病棟においては、現行の体制の中での運用もできる。個々の妊産婦の状況に応じ、助産師と医師がチームとして、各々の構成人数や経験の度合いにより、ガイドラインに基づいた個別のケアを提供する。

2 助産外来基準

2-1 妊婦健診回数と内容

特に異常のない一般的な妊婦の健診回数は、母性、乳幼児に対する健康診査及び保健指導の実施について（平成8年厚生省児童家庭局長発通知）^{6) 7)}に定められた、妊娠23週までは4週間に1回、妊娠24週から妊娠35週までは2週間に1回、妊娠36週以降は1週間に1回と考え、かつ40週0日に生まれたとすると健診回数は約14回前後になる。

産婦人科診療ガイドライン 産科編2008³⁾には「特にリスクのない妊婦にも勧められる検査種類とその実施時期」が示されている。助産外来の対象となる妊婦は、これに準じた検査を受けることを推奨する（表1）。

Q001 特にリスクのない単胎妊婦の定期健康診査（定期健診）は？

1. 定期的に妊婦健診を行い、切迫早産、妊娠糖尿病、妊娠高血圧症候群、胎盤位置異常、胎児異常（発育遅延、胎位、羊水量等）、胎児機能不全等の早期発見に努める。
2. 健診ごとに、体重・子宮底長・血圧の測定、尿化学検査（糖・蛋白）、児心拍確認、浮腫の評価を行う。
3. 妊娠11週末までに3回程度、12～23週末までは4週ごと、24～35週末までは2週ごと、それ以降40週末までは1週ごとに健診を行う。
4. 41週以降は定期的に胎児well-being評価を含む健診を行う。

日本産科婦人科学会／日本産婦人科医会（編）：産婦人科診療ガイドライン 産科編2008, P1より引用

Q002 妊娠初期に得ておくべき情報は？

1. 問診票（見本を添付、妊婦自身が記入）等を用いて妊婦管理上、必要な情報の提供を求める。
2. 以下の計測を行う。
体重、血圧、尿中蛋白半定量、尿糖半定量

日本産科婦人科学会／日本産婦人科医会（編）：産婦人科診療ガイドライン 産科編2008, P6より引用

問診票（見本）

以下の下線部には数値を、当てはまる項目は□にチェックをお願い致します

1. 記入日 年 月 日
2. 年齢 歳、身長 cm、妊娠前の体重 kg
3. 月経についてお聞きします。
最終月経開始日は？ 月 日に開始
周期は：□順、□不順
4. 現在、結婚していますか？
□結婚している（ 歳時）、□結婚していない（離婚の経験：□なし、□あり）
5. 薬剤アレルギー、喫煙、飲酒についてお聞きします。
薬のアレルギー：□なし、□あり（薬品名： ）
たばこ：□吸わない、□以前吸っていた、□現在吸っている（ 本/日）
飲酒：□しない、□ときどきする、□ほぼ毎日する（ を /日）
6. 喘息がありますか？
□なし、□あり（最終発作は 歳）
7. 現在、服用している薬はありますか？
□なし、□あり（薬品名： ）
8. 過去に手術を受けたことがありますか？
□なし、□あり（ ）
9. 子宮頸部円錐切除術についてお聞きします。
□受けたことあり、□受けたことなし
10. 過去に輸血を受けたことがありますか？
□なし、□あり（ ）
11. 過去3カ月以内に以下のことはありましたか？（ありの場合チェック）
□発熱、□発疹、□頸部リンパ節の腫れ、□風疹患者との接触、
□児童との接触が多い職場での就労
12. 過去の妊娠や分娩についてお聞きします。
□今回が初めての妊娠
□過去に妊娠したことがある（当てはまる場合、すべてにチェック）
□人工流産（ 回）、□自然流産（ 回）、□子宮外妊娠（ 回）、
□経膈分娩（ 回：うち吸引分娩 回、鉗子分娩 回）、
□帝王切開分娩（ 回）、
□早産、□妊娠高血圧症候群（妊娠中毒症）、□常位胎盤早期剥離、□ヘルプ症候群、
□分娩時大量出血
□その他（ ）
13. 過去に分娩した児についてお聞きします。（当てはまる場合、すべてにチェック）
□出生体重2,500g未満、□出生体重3,500g以上、□肩甲難産、□死産、□新生児死亡、
□B群溶連菌（GBS）感染症、□新生児仮死、
□その他（ ）
14. 今回の妊娠成立法についてお聞きします。
□自然妊娠、□不妊症治療後妊娠、
□その他（ ）
15. 今までに指摘されたことのある産婦人科疾患についてお聞きします。
□子宮筋腫、□子宮内腺症、□子宮筋症、□子宮奇形、□卵巣腫瘍、
□その他（病名： ）
16. 今までに指摘されたことのある病気についてお聞きします。
□高血圧、□糖尿病、□腎疾患、□心疾患、□甲状腺疾患、□肝炎、□自己免疫性疾患、
□脳梗塞、□脳内出血、□てんかん、□精神疾患、□血液疾患、□悪性腫瘍、□血栓症、
□その他（病名： ）
17. ご自分の両親あるいは兄弟に以下の病気を持った方がいますか？
□高血圧、□糖尿病、
□その他の遺伝性疾患（病名： ）

表1 特にリスクのない妊婦にも勧められる検査種類とその実施時期

妊娠週数	初診時	4~12 週	13~19 週	20週 前後	24週 頃	26週 頃	30週 頃	33~36 週	37週 頃	41週~
必要な検査										
問診票完成	○	○								
子宮頸癌細胞診		○								
理学所見										
身長	○									
体重	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
血圧	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
子宮底長			○	○	○	○	○	○	○	○
胎児心拍		○	○	○	○	○	○	○	○	○
尿検査										
蛋白	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
糖	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
内診・陰鏡診				○	○		○		○	○
血液検査										
風疹(HI)	○	○								
(初診時が望ましい)										
血液型(Rh含む)		○								
不規則抗体		○								
血算		○					○		○	
梅毒検査		○								
HBs抗原		○								
HCV抗体		○								
HIV抗体		○								
HTLV-1抗体		○								
トキソプラズマ抗体		○								
エコー検査										
胎嚢・頭臀長	○	○								
胎児心拍確認	○	○								
頸管長					○					
胎児発育	○	○		○			○		○	
胎盤位置・胎位				○			○		○	
羊水量				○			○			
耐糖能検査										
随時血糖		○				○				
50gGCT										
細菌関連検査										
細菌性膣症		○								
クラミジア				○*						
GBS								○		
胎児 well-being 検査										○

*治療が必要になることも考慮し 30 週くらいまでに行うことが勧められる

耐糖能異常スクリーニングは妊娠初期随時血糖と妊娠中期 50gGCT による二段階スクリーニングが勧められる

CQ003 妊娠初期の血液検査項目は？

1. 以下の項目を行う。

A 実施することが強く勧められる

ABO 式血液型, Rh 式血液型, 間接クームス試験 (不規則抗体スクリーニング), 血算, HBs 抗原, HCV 抗体, 風疹抗体 (HI), 梅毒スクリーニング

B 実施することが勧められる

HIV スクリーニング

C 実施することが考慮される

血糖検査, HTLV-1 抗体 (中期以降でも可), トキソプラズマ抗体

日本産科婦人科学会/日本産婦人科医会 (編): 産婦人科診療ガイドライン 産科編 2008, P8 より引用

2-2 助産外来対象基準の考え方

施設の状況や対象者のリスクレベルに応じて, 対象者基準や助産外来受診回数を設定する。産婦人科医師が助産外来での診察可能と判断する妊婦, 褥婦とする。妊婦自身も, 現在の妊娠の状態のリスクの状態を自己評価できるよう, 妊娠リスクスコアの活用 (中林正雄 2005) の活用等を勧める。

2-3 医師への報告基準

2-3-1 妊娠期

- ① 血圧 収縮期 140mmHg, 拡張期 90mmHg 以上
- ② 浮腫 (2+) 以上, 体重増加 500 g/週以上を伴う (* 解説)
- ③ 尿蛋白 (2+) 以上, または 2 回以上連続 (+)
- ④ 尿糖 (+) 以上
- ⑤ 子宮底長が正常範囲を逸脱している (* 解説)
- ⑥ 子宮収縮が生理的範囲を逸脱している (* 解説)
- ⑦ 性器出血がある
- ⑧ 破水や感染を疑う帯下の異常
- ⑨ 胎児心拍数異常
- ⑩ 医師による検査や処方が必要と考えられる所見を有する場合
妊娠中に発症しやすい疾患として, 妊娠糖尿病, 切迫早産, 前期破水, 前置胎盤, 羊水過多・羊水過少, IUGR, 妊娠高血圧症候群, 双胎などがある。
巻末にスクリーニング検査およびリスク因子の確認等の資料を添付した (資料 1)。
- ⑪ その他, 医師の診察が必要と判断した場合

2-3-2 産褥期

- ① 血圧 収縮期 140mmHg, 拡張期 90mmHg 以上
- ② 浮腫 (2+) 以上
- ③ 尿蛋白 (2+) 以上
- ④ 尿糖 (2+) 以上
- ⑤ 子宮復古の異常
- ⑥ 悪露の異常
- ⑦ 創部の異常
- ⑧ 乳腺炎症状
- ⑨ 産後うつ症状

- ⑩ その他、医師の診察が必要と判断した場合

2-4 助産外来健診項目

2-4-1 妊娠期

- ① 体重測定
- ② 子宮底長測定（妊娠16週までは省略可能）
- ③ 血圧測定
- ④ 尿化学検査（糖・蛋白）
- ⑤ 胎児心拍確認
- ⑥ 浮腫の評価
- ⑦ 問診ならびに健康相談・支援（巻末資料参照）

2-4-2 産褥期

- ① 体重測定
- ② 血圧測定
- ③ 尿化学検査（糖・蛋白）
- ④ 子宮復古の評価
- ⑤ 乳房の状態の評価
- ⑥ 浮腫の評価
- ⑦ 問診ならびに健康相談・支援（巻末資料3参照）

2-5 助産外来における超音波検査の考え方

助産師は、正常に経過しているという母子の状態を助産技術としての問診、触診、聴診、計測などによって判断できることを原則とする。従って、助産師が行う経腹超音波検査は、助産師の行う判断に補助的な情報として超音波を用いて、胎児および付属物の状態を妊産婦と共有する手段として利用することができる。超音波はあくまでも補助的な手段であることの認識をもつことが重要である。

また、超音波診断の最終的な判断は医師に委ねる。検査の実施にともなう異常と疑わしき所見の存在する場合は、必ず医師による診断を受ける。

以上の前提を考慮し、各施設における助産師の実施については、各施設の実情に合わせて、十分な協議を行い実施することが望まれる。

2-6 助産外来担当助産師の基準

概ね、助産師免許取得後3～5年以上の臨床経験をもつ助産師で100例程度の分娩介助経験があることが望ましい。両親学級、母親学級、母乳相談などの保健指導経験を有し、院内外で必要な研修を受講しており、以下の能力を有している助産師とする。

- ・ 確実な問診・聴診・触診技術
- ・ 母体・胎児の健康状態のアセスメントとスクリーニング能力
- ・ 妊婦・褥婦のニーズの把握と情報の選択能力
- ・ 妊娠中・産褥期のトラブルやリスクへの対応能力
- ・ 異常発生時の対処能力
- ・ 妊婦・褥婦とその家族とのコミュニケーション能力
- ・ 関係者・部署との連携能力

3 記録

記録は医師との共有記録を原則とし、情報の一元化をはかる。

4 責任の範囲

4-1 助産師の責任

助産師の責任の範囲は、医療法、医師法および保健師助産師看護師法に規定されている。その範囲で業務を遂行し、その範囲の職務に責任を持つ。

保健師助産師看護師法

第 37 条 特定業務の禁止

保健師、助産師、看護師又は准看護師は、主治の医師又は歯科医師の指示があった場合を除くほか、診療機械を使用し、医薬品を授与し、医薬品について指示をしその他医師又は歯科医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずるおそれのある行為をしてはならない。ただし、臨時応急の手当てをし、又は助産師がへその緒を切り、浣腸を施しその他助産師の業務に当然付随する行為をする場合は、この限りでない。

第 38 条 異常妊産婦等の処置禁止

助産師は、妊婦、産婦、じょく婦、胎児又は新生児に異常があると認められたときは、医師の診察を求めさせることを要し、自らこれらの者に対して処置をしてはならない。ただし、臨時応急の手当については、この限りではない。

医師法

第 17 条 医師でない者の医業禁止

医師でなければ、医業をしてはならない。

*「医業」とは、当該行為を行うに当たり、医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為（医行為）を、反復継続する意思をもって行うことである。

(*平成 17 年 7 月 26 日 政発第 0726005 号 厚生労働省医政局長通知より抜粋)

4-2 施設管理者の責任

病院など開設管理者の責任については施設全体としての医療提供体制が医療法に定められている。医療法の中で、平成 18 年に厚生労働省から示された「医療機関における安全管理体制について（院内で発生する乳児連れ去りや盗難等の被害及び職員への暴力被害への取り組みに関して）」について、また、翌年平成 19 年の「医療提供体制の確保に関する基本方針」などに施設として取り組むべき事項が示されている。

医療法

第三章 医療の安全の確保

第 6 条の十

病院、診療所又は助産所の管理者は、厚生労働省令で定めるところにより、医療の安全を確保するための指針の策定、従業者に対する研修の実施その他の当該病院、診療所又は助産所における医療の安全を確保するための措置を講じなければならない。

5 助産外来機能評価

助産外来を安全に運営するためには助産外来の運営について、普遍的に検討できるような組織体制が必要である。現在、助産外来を実施している多くの医療施設においては、各々の施設に必要な体制を構築しているが、環境や施設の現状、産科医師の減少、助産師の偏在などの産科情勢もあいまって標準化することは難しい状況にある。

しかし、医療施設においても病院の客観的な現状把握のために「病院機能評価」が実施されているように、助産外来においても各々の医療施設の現状把握と具体的な改善目標をたてるために「助産外来機能評価」の体制は必要であると考えられる。

厚生労働科学研究の子ども家庭総合研究事業（2007）の「助産師外来機能評価（案）」をもとに、検討を進め一部改変し「助産師外来機能評価チェックリスト（案）」を作成した（資料1）。このチェックリストを用いて、助産師外来実施施設6病院にアンケートを行った。その結果、助産外来の実施6施設から、「課題が明確になる」、「体系的な評価につながる」との回答があり、概ね「助産師外来機能評価」の必要性が支持された。

また、自己点検の結果においては、基本方針や目標の明確性、基準手順の作成、ケアに関わる調整や助産外来の環境に関して評価が高いのに比べ、施設の多くが現状維持に懸命で助産外来の運営について検討できる体制の構築が不十分である傾向が見られた。他に、評価にばらつきがみられた内容は、助産師の精神的な支援、助産師の教育体制、助産外来での倫理的問題に対する対応、評価と計画であった。

また、追加検討事項としては、妊産褥婦への満足度調査、妊産褥婦の精神的な支援体制が上げられた。

おわりに

平成19年12月28日に出された厚生労働省医政局長通知（医政発第1228001号）「医師および医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」には、医師と助産師との役割分担について「医師との緊密な連携・協力関係の下で、正常の経過をたどる妊婦や母子の健康管理や分娩の管理について助産師を積極的に活用する・・・（省略）」と示された。安全で快適な妊娠・出産の支援のために必要なことは、産科医と助産師の相互理解と協働である。その一つの形として、本ガイドラインは作成された。

また、正常な経過をたどる妊婦や母子の健康管理や分娩の管理に助産師が積極的に取り組むためには、助産師自身のさらなる自己研鑽が必要であるが、同時に助産に関する知識や技術の向上をはかるための卒後研修制度や認定制度の確立も急務である。そして、今後はさらに臨床と教育が連携し、助産師養成数の増加を目指し取り組むことも新たな課題である。

本ガイドラインを活用していただき、利用者に対してより質の高いケアの提供ができることを願うと同時に忌憚のないご意見をいただきたい。

<解説>

子宮底長

子宮底長の基準の統一見解はないが、一般的な基準として、妊娠 20～34 週では妊娠週数－5～6 cm 程度である報告や⁸⁾⁹⁾、妊娠週数－3 cm 程度である報告があり¹⁰⁾、計測者、妊婦の体型、膀胱充満度、人種などによって影響を受ける。

子宮収縮

妊娠 34 週以前の生理的範囲内の子宮収縮は、1～2 回/時、5～25mmHg、自覚/他覚子宮収縮率は 4 割程度といわれている¹¹⁾。しかし、早産につながる危険な子宮収縮の頻度は明らかにはなっていない¹²⁾。子宮頸管長や出血の有無、既往歴、生活の中での子宮収縮のタイミングと痛みの部位や程度などの情報とも合わせて子宮収縮の臨床的意義を判断する。

浮腫⁹⁾

- 1 (+) 2mm 程度の軽度のへこみ、すぐに消失。
- 2 (+) 4mm 程度のへこみ、10～15 秒で消失。
- 3 (+) 6mm 程度のへこみ、はっきりとした深さがあり 1 分ぐらい消失しない場合もある。腫脹が著しい。3 (+) 以上は顔や手の浮腫を伴うことも多い。
- 4 (+) 8mm 程度のへこみ、非常に深く 2～5 分続く。部位の変形がひどい。

<巻末資料>

資料 1 妊娠中に発症しやすい疾患のスクリーニング検査とリスク因子について

- ① 初期 妊娠リスクスコア、後半期 妊娠リスクスコア
- ② 妊娠中に発症しやすい疾患のスクリーニング検査
- ③ 妊娠糖尿病
- ④ 切迫早産
- ⑤ 前期破水
- ⑥ 前置胎盤
- ⑦ 羊水過多・羊水過少
- ⑧ IUGR
- ⑨ 妊娠高血圧症候群
- ⑩ 双胎
- ⑪ 母子の安全対策
- ⑫ 妊産婦死亡および新生児死亡の原因

資料 2 助産外来機能評価表(案)

資料 3 妊婦健診保健指導例

資料 4 妊娠リスクスコア(初期・後半期)

助産師外来機能評価表

(評価表の使用方法)

助産師外来担当の看護管理者が、施設の実践に関する下記の内容について評価する。

中項目: 5…極めて適切に行っている 4…適切に行っている 3…中間 2…適切に行っていない 1…全く行っていない
小項目: a…適切に行っている b…中間 c…適切に行っていない

I 助産師外来における助産ケアの方針と責任体制		評価
1	助産師外来における基本方針や目標が明確である	5 … 4 … 3 … 2 … 1
1)	基本方針や目標を明文化している	a … b … c
2)	産婦人科・小児科医師・助産師・看護師など関連職種に周知している	a … b … c
3)	基本方針と目標に沿った活動や実績がある	a … b … c
4)	活動計画から達成度評価までの目標管理活動ができています	a … b … c
5)	妊産婦へ周知をしている	a … b … c
◇	基本方針は施設の理念、方針を踏まえて策定されており、助産師外来における課題を解決するよう目標を設定し、適切に評価されるような活動の過程を確認する	
2	助産師外来における医師・助産師の役割と責任体制が明確である	5 … 4 … 3 … 2 … 1
1)	医師診察への移行基準が明確である	a … b … c
2)	医師への相談・連携の仕組みが明確である	a … b … c
3)	外来における業務分担を明文化している	a … b … c
4)	助産師外来の実施状況を助産管理者、医師は把握している	a … b … c
5)	助産師外来を運営する仕組みがありそのための会議などを開催している	a … b … c
◇	医療法・保健師助産師看護師法に規定された内容で職務や責任範囲を定め、助産師外来担当者の役割、指導体制、管理体制が明確となっていることが重要であり、その体制のもとに安定した外来運用が可能である	
3	助産師外来担当の職員を活かすような組織を作り運営している	5 … 4 … 3 … 2 … 1
1)	自施設の助産師外来の機能や役割に見合った人員配置をしている	a … b … c
2)	担当助産師の基準を定めて、それに該当する助産師を配置している	a … b … c
3)	助産師のスキルを高めるような支援を行っている	a … b … c
4)	担当助産師の精神的支援を行っている	a … b … c
5)	専門知識を活かして院内外で自主的に活動できるように支援している	a … b … c
◇	妊婦健診を行うためにはそれに見合う人員配置が必要である ◇業務負荷のない配置を確認する ◇担当する助産師は相応の能力を有し、施設での基準を満たしている ◇担当する助産師は、常に自律した対応を求められるためストレスも予想される ◇能力を高めるような支援として院内外の研修を実施し、精神的負担に対しては同僚、上司などに相談ができる仕組みを有している	
II 助産師外来に必要な教育・研修の実施		評価
1	担当助産師の能力評価が行われている	5 … 4 … 3 … 2 … 1
2	評価に基づいた能力開発プログラムが立てられ、教育・研修を実施している	5 … 4 … 3 … 2 … 1
◇	施設内の看護職員能力評価に加え、産科領域に特化した評価ツールを有し、能力評価を行っている ◇助産ケアに関する教育・研修計画を策定し、実施、評価を行っている	
III 助産ケア提供の基準・手順の明確性		評価
1	助産ケア基準や手順を整備している	5 … 4 … 3 … 2 … 1
1)	助産ケア基準、手順を明文化している	a … b … c
2)	定期的に検討、見直しを行っている	a … b … c
3)	作成された基準、手順に則って助産ケアを提供している	a … b … c
◇	助産師の業務規定とともに、助産ケア基準・手順が明文化され、定期的に検討、見直しを行っている ◇助産ケアは基準や手順に則って実施していることを確認する	
IV 助産ケアの質を改善するための仕組み		評価
1	改善のためのデータ収集・分析・活用を行なっている	5 … 4 … 3 … 2 … 1
2	取り組み結果をまとめている	5 … 4 … 3 … 2 … 1
◇	産科統計を基本として、助産ケアの質を測る指標を検討し、定期的に評価し、質改善に活用している ◇量・質の量側面からの指標が望ましく、妊産婦や家族の満足度なども測られており、また、結果を文章としてまとめている	