

留萌、根室、宗谷、南松山では少なく、最も少ない日高では3.77と地域間格差は4.97倍に及んでいる。

2年毎の産婦人科医師数は人口10万人当たり全国平均で1996年の10.0から2006年の9.3まで減少を示した。北海道は全国平均より少なく推移し、1996年の8.33から2006年は7.50と漸減し、特に過疎地域では全期間を通じ減少、都市部でも2000-2002年をピークに減少に転じている。特に2004年以降では南空知、南松山、日高、根室、宗谷、留萌の6地域での減少が著しい。2006年の医療圏別産婦人科医師数は上川中部が最も多く12.48で、最も少ない日高は1.26であり、地域間格差は9.9倍に達した。

2) 周産期指標と産婦人科医師数および小児科医師数との関連

1981年から5年毎の乳児死亡率に関しては、全国平均は6.3から2.9と年々低下を示し、北海道でも改善傾向を認めるが、2001-2006年では根室圏の乳児死亡率が逆に高率になっている。

同じく、5年毎の新生児死亡率は、全国平均4.0から1.5と改善しており、北海道においても全体的に改善傾向を認めたが、小児科、産婦人科医師数が少ない日高地域では高値であった。

周産期死亡率は全国平均1981-1985年の17.3から2001年-2006年の5.1と改善しており、北海道では80年代に死亡率の高かった道北圏で著明な改善が認められている。しかし、日高地域ではここ20年間横ばい状態で改善は認められない。

小児科・産婦人科医師数と乳児死亡率の関連に関して小児科医師数および産婦人科医師数が多い地域と少ない地域の2つのカテゴリに分け、死亡率との関連を検討した。いずれの年度においても小児科医師数の多い地域(中空知、遠紋、西胆振、

上川北部、南渡島、東胆振、北渡島松山、後志、札幌、北空知、上川中部)と少ない地域(日高、留萌、根室、宗谷、南松山、南空知、十勝、釧路、北網、富良野)で有意な差は認められなかったが、少ない地域で2001-2006年の統計で乳児死亡率が増加に転じていた。小児科医師数と新生児死亡率との関係では1991-1995年は小児科医師数が少ない地域で有意に死亡率が高値を示した。その後は有意な差ではないものの、小児科医が少ない地域では死亡率が高い傾向が認められた。周産期死亡率に関して小児科医師数との関連は認められなかった。

産婦人科医師数と乳児死亡率はいずれの時期においても関連は認められないが、最近、産婦人科医師数が少ない地域(日高、留萌、宗谷、南空知、南松山、根室、富良野、西胆振、後志、中空知)で死亡率が増加傾向を示している、新生児死亡率との関連では有意な差は認められないものの、いずれの年度においても産婦人科医師数が少ない地域で多い地域(北空知、十勝、釧路、北網、遠紋、上川北部、北渡島松山、東胆振、南渡島、札幌、上川中部)と比較し死亡率が高値を示した。周産期死亡率に関しては1981-1990年で産婦人科医師数が少ない地域で死亡率が有意に高く、その後も有意な差ではないが産婦人科医師数が多い地域と比較し少ない地域での死亡率は高値を示した。

3) 2001-2003年と2004-2006年の小児科医師数、産婦人科医師数と周産期指標との関連

新臨床研修制度および集約化が始まる前の2001-2003年とその後の2004-2006年の医療圏別の小児科、産婦人科医師数の動向および乳児、新生児、周産期死亡率との関係を解析した。小児科医師数は上川中部、南松山、胆振、北網で微増、宗谷、留萌、日高で減少したが、最も少ない留萌と

最も多い上川中部の地域間格差は3.87から4.59に拡大している。両期間内の産婦人科医師数の変動は上川北部を除くほとんどの地域で減少し留萌、日高、北空知、富良野での減少が著しく、最大地域間格差も5.53から7.94に拡大している。2001-2003年と2004-2006年の乳児、新生児、周産期死亡率は各々 3.10 ± 1.7 vs 3.0 ± 1.7 , 1.74 ± 1.05 vs 1.47 ± 1.28 , 5.97 ± 1.68 vs 5.27 ± 2.28 といずれの指標も両期間の間で差は認められず、集約化した空知、道北、釧路根室地域でも一定の傾向は認められなかった。

両期間内の産婦人科医師数、小児科医師数の多い医療圏と少ない医療圏の比較においては、小児科医師の少ない地域は多い地域と比較し乳児死亡率が有意に高い結果が得られた以外、周産期アウトカム指標との関連は認められなかった。しかし、2002年と2006年の各地域の産婦人科医師数の増減と乳児、新生児、周産期死亡率の関係をみると、いずれの指数においても負の相関が認められ、新生児死亡率では相関係数 $r=0.509$ と中程度の相関を示した。一方、小児科医師の増減比と乳児、新生児、周産期死亡率との間にはいずれにおいても相関は認められなかった。

D. 考察

北海道の第2次医療圏における産婦人科医師数、小児科医師数および周産期指標との関連を検討した結果、北海道においても全国と同様に小児科医師数は微増、産婦人科医師数は漸減していること、さらに、地域間格差が小児科は4.97倍、産婦人科は9.98倍に達していることが示された。我々の1998-2002年のデータでの地域間格差は小児科2.94倍、産婦人科5.77倍であることから医師の地域偏在が最近益々進んでいることが明らかとなった。

乳児、新生児、周産期死亡率は北海道においても改善傾向が認められるが、小児科、産婦人科医師数の最も少ない日高圏で近年乳児死亡率が増加傾向を示し、新生児死亡率も高値、周産期死亡率も20年間横ばい状態であることが示された。小児科医師数、産婦人科医師数が多い地域と少ない地域に分けた検討では、小児科医師数が少ない地域で近年乳児死亡率が増加に転じていること、有意差は認められないが新生児死亡率は小児科医師が多い地域と比較し少ない地域で高値を持続している。産婦人科医師数との関連では乳児死亡率は産婦人科医師数が少ない地域で近年増加傾向を認め、新生児死亡率、周産期死亡率も産婦人科医師が少ない地域では多い地域と比較し高値を示した。前回の1992-2001年の10年間の検討では乳児死亡率、新生児死亡率と産婦人科医師数、小児科医師数に有意な負の相関が認められたのに対し、今回の検討では周産期アウトカムと小児科、産婦人科医師数に有意な相関が検出されなかった理由として、今回の検討は最近の10年間を対象としたため医師数の変化や死亡率の変化の幅が少なかったことが大きく影響したものと考えられる。しかし、小児科医、産婦人科医の少ない医療圏ではいずれの死亡率も高値を示すことより、近年産婦人科医師数が激減している留萌地域での今後の周産期アウトカムの悪化が懸念される。

新臨床研修制度および集約化が始まる前の2001-2003年とその後の2004-2006年に着目し、両期間での医療圏別の小児科、産婦人科医師数の動向および乳児、新生児、周産期死亡率の関連を解析した。両期間の間で小児科医師数および産婦人科医師数の地域間格差は拡大していることが明らかとなったが、乳児、新生児、周産期死亡率のいずれにおいても両期間で差は認められず、産科

施設が集約化した医療圏においても一定の傾向は認められなかった。また、小児科医の少ない地域では多い地域と比較し乳児死亡率が有意に高い結果が得られたが、この結果はいずれも3年間という短期間の集計であり、人口の少ない医療圏では乳児、新生児死亡が「0」となり結果に大きく影響すること、また、標準偏差が大きいことなどより、実際の状況を十分に反映していない可能性も考慮しなければならない。さらに、北海道における産科施設の集約化は2004年から段階的に進んでいることを考慮すれば、2007年以降の分析を継続することが重要であろう。しかし、2002年と2006年の小児科医師数および産婦人科医師数の増減と周産期指標との関連において、産婦人科医師数の減少率と乳児、新生児、周産期死亡率にいずれも負の相関が認められた結果は、今後、更なる産科施設の集約化を余儀なくされる状況において、産婦人科医師数が減少する医療圏における周産期アウトカムの悪化の防止に向けた対策が急務の課題であることを示唆するものである。

E 結論

2004年より北海道で産科施設の集約化が進められ、産婦人科医師、小児科医師の地域偏在が加速し、地域間格差が著明に拡大しつつあることが明らかとなったが、産科施設の集約化が開始されてから短期間のため産婦人科、小児科医師数と周産期アウトカムの指標において顕著な差は認められない結果であった。しかし、産婦人科医師の減少率と乳児、新生児、周産期死亡率のすべての指標において負の相関が認められたことより、集約化に伴い医師が減少する地域の母子保健管理を如何に充実させるか再検討する必要性が示唆される。

F. 研究発表

1. 論文発表

Miyamoto T, Yu Ys, Sato H, Hayashi H, Sakugawa N, Ishikawa M, Sengoku K. Mutational analysis of human MBX gene in four Korean families demonstrating microphthalmia with congenital contract. *Turk J Pediatr* 2007;49:334-336

石川睦男 「北海道における周産期医療の集約化の現状と問題点」 *臨床婦人科産科* 2007; 61, 233-237

N. Sakugawa, T. Miyamoto, H. Sato, M. Ishikawa, M. Horikawa, H. Hayashi, M. Ishikawa, K. Sengoku. Isolation of the human ePAB and ePABP2 cDNAs and analysis of the expression patterns *J Assist Reprod Genet* 25:215-221, 2008

Toshinobu Miyamoto, Eitetsu Koh, Naoko Sakugawa, Hisashi Sato, Hiroaki Hayashi, Mikio Namiki and Kazuo Sengoku. Two single nucleotide polymorphisms in *PRDM9 (MEISET2)* gene may be a genetic risk factor for Japanese patients with azoospermia by meiotic arrest. *J Assist Reprod Genet* 25:553-557, 2008

2. 学会発表

- 厚生労働科学研究費補助金市民公開フォーラム 平成18年10月22日 北海道のお産をまもる(札幌市医師会館5階大ホール)
- 厚生労働科学研究費補助金公開市民フォーラム

平成18年12月3日 皆で考えよう、産婦人科医療：どうするわが国のお産(東京大学 本郷キャンパス)

ンパス大講堂（安田講堂）

- 日本産科婦人科学会－第 2 回拡大産婦人科医療提供体制検討委員会
「新しい日本のお産を目指して」地域の実情
－北海道の状況

石川睦男 平成 19 年 3 月 21 日 学士会館

参考

読売ウィークリー：全国で“お産難民” 50 万人へ p. 10-19, 2007. 9. 30
ニッポンを襲う“産科崩壊ドミノ” p. 82-87, 2007. 10. 14

G. 知的所有権の取得状況
なし

「分娩拠点病院の創設と産科 2 次医療圏の設定による産科医師集中化モデル事業」
助産師活用システム—助産師外来推進のための諸課題に関する研究—

分担研究者 遠藤俊子 山梨大学大学院医学工学総合研究部

研究要旨 周産期医療の大きな変化の時期に、分娩拠点化に対応した病院における助産師の活用として、助産外来や院内助産の推進を行い、ローリスク妊娠・分娩への積極的関与を図ることに取り組んだ。そのひとつである助産師外来の推進を行っていくために、平成 19 年度は、現在の助産師外来の担当者である助産師の実態を把握し、どのように助産師のその健診能力を向上を図るか、助産師外来を実施している助産師の調査を実施した。助産師外来は、実施することで健診能力は有意に向上し ($p < 0.000$)、組織的に継続研修を実施しているほど能力は向上することが明らかになった ($p < 0.05$)。また助産師外来を実施することで、助産師自身がやる気を出し、妊産婦への主体性を引き出すケアに結びつけることができていた。平成 20 年度は、助産師が周産期における安心・安全な妊娠から産後のケアを行うために、専門性の発揮と効率的な医療の提供の観点からの、①助産師外来ガイドラインの作成、②助産師の資質向上のための助産実践力強化モデル研修の企画、実施、評価、③助産師外来の質確保ならびに安定的運営を図るための助産師外来機能評価表の作成と 6 施設の使用した結果をまとめた。

A 研究目的

分娩拠点化に対応した助産師外来を進めるために、平成 19 年度は、1 助産師外来担当助産師の能力の明確化ならびに研修の必要性を明らかにすること、2 助産師外来機能評価(案)の作成を行うこと、平成 20 年度は、3 助産師外来のガイドライン作成、④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、5 助産師外来機能評価(案)の実証を行うことであった。

B 研究方法

1 助産師外来担当助産師のケア能力の実態

助産師外来を実施する 13 施設(都市 7 施設、地方 6 施設)の助産師 206 名を対象に助産師外来を

担当している助産師の、担当時と現在の健診能力の変化、助産師外来担当の有無による助産ケアの質評価の比較を試みた。

(倫理面への配慮)

研究の主旨を書面で説明し、同意の得られた場合に回答を得た。また、調査は施設単位で配布したが回収はのり付き個別封筒にて行い個人の能力評価などに影響がないよう研究者のみによって開封した。公表時も施設・個人名は特定されない。

2 助産師外来評価基準(案)の作成

助産師外来に関する文献レビューを実施し、助産師外来のシステムの基準を検討した。医療安全や今後の安定的運用を図るための要素を抽出し、助

産師外来評価基準(案)の作成を試みた。

3 助産師外来のガイドラインの作成

研究協力者 11 名(産科医師 3 名、助産学研究 4 名、助産臨床専門家 4 名)の 4 回にわたるフォーカスミーティング、ならびに助産師長 3 名を加えた 5 回のワーキングミーティングにより作成し、産科医師、助産師団体のリーダーによる討議を、2 回実施し作成。

4 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

研究協力者 11 名による討議を経て、プログラムの実施。募集により 39 名の研修参加者による実施、事前事後評価の実施。

(倫理面への配慮)

研究参加者を募集により個人参加してもらい、調査への協力を自由意思とし、無記名の回答を得ることで匿名性を確保した。

5 助産師外来機能評価(案)の実証

平成 19 年度作成の助産師 外来機能評価(案)を助産師外来実施施設 6 ヶ所のヒアリングの実施により、有用性の検討ならびに修正箇所を提案。

(倫理面への配慮)

施設の個別データは、数が少ないので特定の可能性が残されるため掲載をしない。

C 研究結果

I 助産師外来担当助産師のケア能力の実態

産科医療における助産師に求められる役割と機能が伸びているなか、正常に経過する妊産褥期

に、助産師がどのように自立してかかわるかが特に重要となっている。妊婦健診、正常分娩の経過診断とケアなど、本来の助産師業務範囲に立ち戻る積極的な取り組みが全国で行われている。多くが施設内で働く助産師は「助産師外来」、「院内助産」として医師と協働し、安全で快適な出産環境を提供すべく努力し始めている。その一方で、助産師外来を実施したい助産師は多いにもかかわらず、実施に踏み切れない理由を尋ねると、医師の理解が得られにくい、助産師外来の実施する能力の自信がない、安全性など考え積極的になれない等の意見が多い。

実際に、助産師外来を実施する助産師個人はまだ数的にも少ないこともあり、助産師個人の能力評価は実施されていない。また、助産師自身が安全に自信をもって助産師外来を実施できるために一定水準の能力指標を提示すること、ならびに能力維持向上に向けた研修等のモデル案も必要と考えた。

調査方法

調査期間：平成 19 年 12 月

研究対象者：助産師外来実施医療機関の助産師と助産師外来を直接担当する管理者 1 名(助産師職)

調査用紙配布数：206 名

回収数：167 名 (81.1%)

有効回答者数：148 名 (88.6%)

内訳：助産師外来経験者 78 名

助産師外来未経験者 70 名

調査項目

- 1 属性(年齢、助産師経験年数、助産師外来経験年数、助産師学歴、分娩件数など)
- 2 医療機関における助産師ケアの質評価項目
- 3 助産師外来における研修の有無と期間、評価

の有無と方法、外来担当日数、担当時と現在の妊婦健診能力

4 助産師外来の妊産婦にとってのメリット、助産師にとってのメリット

5 管理者には、年間分娩件数、研修評価の有無など

調査結果

1 調査対象者の属性

対象者の平均年齢は 33.0±8.5 歳(22~56 歳)であり、助産師の平均経験年数は 9.2±7.5 年であった。今までの分娩介助件数は 312±345 件(中央値 300 件)であった。その内、助産師外来経験者は、年齢が 36.3±7.3 歳(27~56 歳)、分娩介助件数は 348±84 件であった。助産師外来の経験期間は 2.8±4 ヶ月であった。助産師外来の担当期間は 1 年未満 21 名(26.9%)、3 年まで 32 名(41.0%) 3 年以上が 22 名(28.2%) であった(表 1)。

2 助産師外来の日数

助産師外来経験者が、実際に外来を行う日数は 2 週間に 1 回、あるいは 1 月に 1 回と複数で担当しているところが多く、週に 1~2 回は 16.1%に留まった(表 2)。

3 研修の実態

研修を受けた割合は 69 名(88.5%)であり、その内容は OJT あるいは院内研修であり、院外で研修を受けた者は 11 名(14.1%)であった(表 3)。院外での研修は 1~3 日と短期間であった。助産師外来を担当するに当たっての研修の必要性は、「必ず」とするものが 63 名(81%)であり、「希望者」あるいは「必要ない」という回答も 6%あった(表 4)。

4 評価の実態

助産師外来で担当した事例の「評価を行っている者」は 40 名(51.3%)であり、その方法は「担

当者間」が最も多く、「自己評価」、「病院の評価体制」に順じてであった。また、評価の頻度は、「その他」が多く、「助産師外来の都度」の順となった。その他は月単位の場合と、検討症例のあった時に見られた(表 5, 表 6, 図 1)。

5 助産師外来担当時と現在の妊婦健診能力

担当開始時と現在の能力の比較をすると明らかに現在の能力水準は有意に向上していた($p < 0.000$)。詳細に内容を見ると経年的な変化も読み取れ、例えば、「胎児超音波診断」や「社会資源の活用能力」などの特徴がある(表 7, 図 2, 図 3-1~3-11)。

4 助産師外来担当者の妊婦健診医療機関における助産師ケアの質評価(日本看護協会の質評価 172 項目)

助産師ケアの質評価は、助産師外来の経験の有無別に、両者の経験年数を一致させるため経験年数 5~10 年に限定して比較した。その結果、差異が見られたものは「ケアリング」の中の 3 項目、『対象者を理解するとき前提や先入観で見ないようにする』、『対象者を慰める』、『自己の希望に満ちた態度を維持する』において助産師外来未経験者の方が有意に平均値が高かった($p < 0.05$)。「新生児」の 1 項目『児の日齢に応じて視診・触診・計測診を行うことができる』は、助産師外来経験者が有意に高かった($p < 0.05$)。つまり経験年数が 5 年から 10 年になると、殆どの項目において差がないことが明らかとなった。

5 助産師外来継続研修の有無別にみた助産師外来担当者助産師の健診能力の比較

継続研修を実施している施設(5 施設)の助産師の健診能力は、行っていない施設(5 施設)の助産師より能力が高い項目が多く、有意に高かった($p < 0.05$) (表 8, 図 4)。

6 助産師外来におけるフィードバック及び監査の有無別にみた健診能力の比較

フィードバック及び監査を行っている施設(7施設)の助産師と行っていない施設(3施設)での助産師の健診能力は、「医師やコメディカルとの調整能力」のみ、フィードバック・監査を行なっている施設の方が有意に高かった($P < 0.05$) (表9, 図5)。

7 助産師外来の妊婦にとってのメリット

「健診時間のゆとり」31件、「継続ケア」29件、「相談のしやすさ」24件、「妊婦の主体性を高める」16件、「生活上の助言」10件などがあげられ、まさに助産師外来の意図するところが記述されていた(表10)。

8 助産師外来の助産師にとってのメリット

「助産師のやりがい」50件、「助産師のスキルアップ」42件、「対象理解」19件、「信頼関係」17件、「継続看護」16件などがあがり、助産師自身の専門職としての成長や患者との関係形成がすすむことをあげていた(表11)。

II 助産師外来のガイドラインの作成 資料2

1 院内助産システムの用語の定義

病院や診療所において、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、分娩介助並びに保健指導(健康相談・教育)を助産師が主体的に行う看護・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、全ての妊産褥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

産褥婦に対しては、妊婦健康診査、分娩介助並びに保健指導(健康相談・教育)を助産師が行う。

1-1 助産外来

妊婦・褥婦の健康診査並びに保健指導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。

1-2 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、助産師が主体的な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。

2 助産外来健診回数と対象者

2-1 妊婦健診回数

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同の実施について(平成8年厚生省児童家庭局長発通知)に定められた、妊娠23週までは4週間に1回、24週から35週までは2週間に1回、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:産科編2008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。

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。

2-3 医師への報告の目安

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 500g/週以上
- 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
- ⑥子宮収縮が生理的範囲を逸脱している
- 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
- 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。

III 助産実践力強化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 3

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 年目以上であり、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「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、受講料がどれく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。

IV 助産師外来機能評価(案)の実証 資料4

2 助産師外来機能評価基準(案)の作成

看護職の職能団体である日本看護協会では2006年3月に「助産師が自律して助産ケアを行なう体制」の冊子を作成した。その中で「助産師が自立して助産ケアを行う体制」について、「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」と定義づけている。「助産師外来」は広く「院内助産」に含まれるが、助産師による保健指導等も助産師外来としている場合がある。また、料金体系も健診料金を医師よりも安価に設定していたり、医師との連携方法も施設によって異なる。そこで日本看護協会では「保助看法で定められている業務範囲に則って行なわれる、助産師による外来での妊産褥婦の健診と保健指導」として「助産師外来」を定義づけている。

今後広がっていくと予想される「助産師外来」は、利用者に対して一定の質の保証が必要である。医療サービスの質評価としては、A. Donabedian(1966)が構造、過程、結果の3つの視点をあげている。評価の妥当性を高めるためには第三者機関によって行われることが望ましい。本稿では求められる「助産師外来」の機能について、評価項目と視点を試案として示す。作成に当たっては、先行文献から30施設の助産師外来の実態を整理して参考にした。その内容は施設の概要、助産師外来システムの基準として、①勤務体制、②運営規定の整備、③医師との連携の仕組み、④看護部・病院幹部の支援体制、⑤病院経営での位置づけ、⑥アウトカムの評価に分類した。ここでの「助産師外来」は施設内における実施を前提としているため、医療安全、感染対策など施設全体に関わる項目については触れておらず、「助産師外来」に特化した内容となっている。

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19-20年度の4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の重点課題が明らかになった。

1 院内助産システムを産科医療提供体制へのひとつの方法としての合意

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。このことは医師と助産師の業務分担の明確化や、今後

のあるべき姿の討議に他ならなかった。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。

2 院内助産システムの推進する場合の強化しなければならない視点

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む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10%程度に留まっている。

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、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

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

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

遠藤俊子、中井章人：助産師のキャリア発達—助産師外来からバースセンターへ—、日本周産期新生児学会ワークショップ10、2008. 6

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

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

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、2008. 11

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

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

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

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

表1 調査対象者全体の属性 (n=148)

	年齢	経験年数	これまでの分娩 介助件数	最近の 分娩介助件数
有効回答	144	146	130	133
平均値	33.04±8.46	9.2±7.53	312.42±345.14	24.9±19.46
最頻値	27	4.83	300	0
最小値	22	0.6	3	0
最大値	56	30	1600	70
中央値	31	6.91	200	20
無回答	4	2	18	15

助産師外来担当者の属性 (n=78)

	年齢	経験年数	これまでの 分娩介助件数	最近の 分娩介助件数	助産師外来を始めた 時の経験年数	助産師外来の担当 期間 (ヶ月)
有効回答	78	77	65	71	77	75
平均	36.32±7.35	12.38±7.03	409.36±338.4	102.22±375.02	9.72±6.93	33.6±4.39
最小値	27	34	50	0	2	0
最大値	56	360	1500		29	204
中央値	35	129.5	300	20	7	21
無回答		1	13	7	1	3

表2 助産師外来の日数 (n=78)

	度数	%
週1~2日	13	16.1%
2週に1日	27	39.2%
月に1日	27	32.1%
その他	11	12.5%

表3 研修の有無とその内容一複数回答一 (n=78)

	受けた		受けない		無回答	
	度数	%	度数	%	度数	%
研修の有無	69	88.5%	5	6.4%	4	5.1%
OJT	38	48.7%	31	39.7%	0	0.0%
院内研修	40	51.3%	29	37.2%	0	0.0%
院外研修	11	14.1%	58	74.4%	0	0.0%

表4 研修の必要性 (n=78)

	度数	%
担当するにあたっては必ず必	63	80.7%
希望者のみでよい	4	5.1%
必要ない	1	1.3%
その他	6	7.7%
無回答	4	5.1%

表5 評価の有無と内容 (n=78)

	行っている		行っていない		無回答	
	度数	%	度数	%	度数	%
評価の有無	40	51.3%	32	41.0%	6	7.7%
病院の評価体制に準じて行っている	7	9.0%	33	42.3%		
他の評価表などを使って自己点検している	7	9.0%	33	42.3%		
担当者間で症例検討している	25	32.1%	15	19.2%		
その他	7	9.0%	33	42.3%		

表6 評価の頻度 (n=78)

	度数	%
助産師外来の実施の都度	12	30.8%
週に1度	1	2.6%
2週に1度	2	5.1%
その他	23	59.0%
無回答	1	2.6%

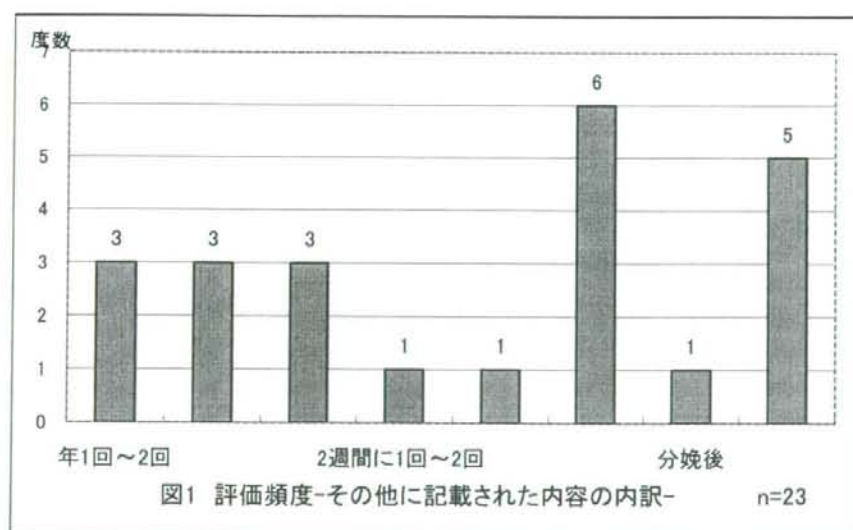


表7 助産師外来担当時と現在の妊婦健診能力

		平均値	SD	N	t 値	有意確率 (両側)
1 妊婦の健康診査能力	担当時	3.09	± 0.92	66	-9.94	0.000
	現在	4.05	± 0.82	66		
2 母体の健康状態の判断	担当時	3.09	± 0.97	64	-9.29	0.000
	現在	4.05	± 0.85	64		
3 胎児の健康状態の判断能力	担当時	2.87	± 1.02	61	-8.36	0.000
	現在	3.75	± 0.93	61		
4 胎児の超音波診断	担当時	1.93	± 0.97	60	-6.95	0.000
	現在	2.68	± 1.05	60		
5 母体異常など逸脱徴候のスクリーニング	担当時	2.92	± 0.99	63	-7.48	0.000
	現在	3.73	± 0.97	63		
6 社会資源の活用能力	担当時	2.67	± 1.02	58	-5.17	0.000
	現在	3.29	± 1.06	58		
7 生活面及び身体面に関する情報提供能力	担当時	3.06	± 0.91	63	-6.36	0.000
	現在	3.90	± 0.93	63		
8 妊婦及び家族とのコミュニケーション能力	担当時	3.43	± 0.94	61	-6.33	0.000
	現在	4.22	± 0.89	61		
9 外来におけるハイリスク妊婦へのケア	担当時	2.92	± 0.96	62	-6.68	0.000
	現在	3.73	± 1.04	62		
10 医師やコメディカルとの調整能力	担当時	3.07	± 1.07	60	-5.93	0.000
	現在	3.98	± 1.07	60		
11 助産師業務を他の業務へ活用する能力	担当時	2.89	± 1.06	57	-6.22	0.000
	現在	3.81	± 1.11	57		

