

の啓発活動をしてきました。これから大きな助産施設を作りたいという病院もありましたが、未だ設立される様子はありません。助産師から「私には無理」「つくるには肩の荷が重過ぎる」「そんな怖いことできない」「何か起こったら心配」という言葉が発せられ、それ以上の進展をみないとのこと。でも、危険を冒すことなく成し遂げられることなど何もないのです。

産科医は「怖がらなくてもいいよ、私が大きな手で君を支えてあげるから」という気持ちで助産師に接することが大切です。「大丈夫だ、やっごらん」という言葉があれば助産師たちは動けるのです。

このためには産科医も助産師も基礎力を養わなければなりません。うわべだけの学問でお産をやろうとしても無理です。きちんと生理学に則った勉強を学ばなければ安全にお産に向き合うことはできません。忙しくても、今日できる勉強は今日のうちに行う気持ちを持って医業・助産をして欲しいと思っています。

医学の世界でも科学の世界でも同じですが、ノーベル賞をとった学者でも最終的には「祈り」すなわち宗教的な世界観に目覚める人がほとんどです。私たち医師や助産師は5手先、10手先をみながら医業・助産業をしています。最後にたどり着く境地は「祈り」だと思います。当院にはナザレの部屋とベツレヘムの部屋という2つの「祈りの部屋」があります。必ずしもキリスト教徒だけが祈る部屋ではなく、天井にはイスラム教のメッカを指す矢印がついており、仏教徒を含めて誰でも祈ることが出来る部屋として造られています。妊産婦とその家族だけでなく助産師や医師も共に祈る気持ちを持つことがとても大切だと考えています。

私の私見ですが、さまざまな問題点を考慮すると院外助産システム（現在の助産院の形）より院内助産システムのほうが高次医療機関からの縛りがなく、自施設完結型の妊婦健診と分娩が可能であり、産科医と助産師の協働ができれば安心・安全だけでなく、お産の自然性をも追求でき、妊産婦の満足に繋がると予想しています。

現在、全国に沢山の助産院があります。そこで頑張っている助産師さんが沢山います。でも院外で助産施設を作った場合、いろいろな制約の下、助産師さんたちがどんなに苦労しながら運営しなければならないか、私は院外助産施設に勤務して半年、本当によく助産院の助産師さんたちの置かれた環境・立場がわかるようになりました。

しかし、院外助産システムが悪いわけではありません。きちんと学問をつんで妊産婦に臨めば助産師と産科医は自然なお産の遂行に関しては、何ら違いはありません。現在、当院では私の監視下に会陰裂傷縫合はすべて助産師が行っています。1ヶ月健診時の診察では縫合部の傷は全く見えないほどきれいに治癒しています。正しい学習とトレーニングをすれば助産に従事する者はだれでも会陰裂傷縫合が可能です。

産科医と助産師が連携し、地域のお産を守ることは今後の日本に必要な大きな課題の1

つと考えます。

以上で私の話を終わらせていただきます。

佐藤 進先生、ありがとうございました。大変、人生の示唆まで富むような話をいただきました。それでは次に遠藤俊子先生にお代わり願います。

遠藤先生のご紹介をさせていただきます。遠藤先生は昭和48年東京都立広尾高等看護学院をご卒業後、都立の公衆衛生看護学院助産学科を卒業されておられます。その後、神奈川県立看護教育大学校看護教育学科をご卒業され、放送大学、北里大学大学院看護学研究科修士課程、北里大学大学院産婦人科学専攻（博士課程）を修了されておられます。

ご職歴としましては、国立福岡中央病院の看護部看護師をはじめとしまして、東京都立墨東病院の助産師、北里高等看護学院専任教員、山梨医科大学医学部附属病院看護部看護師長、副看護部長、それから横浜市立大学の医学部講師、看護短期大学の開設準備をご経験された後、山梨県立看護短期大学の准教授、それから教授になられまして、その後、山梨大学大学院の臨床看護学の教授を歴任された後、平成21年から京都橘大学の看護学部教授として現在ご活躍をされておられます。

先生のご専門は母性看護学と助産学、研究課題としましては助産ケアの提供システム開発に関する研究、それから親役割獲得プロセスに関する研究、ハイリスク妊産婦ケアに関する研究ということで、著書も『婦人相談のためのマニュアル』『母性看護システムの基本』等、たくさんございますので、一部だけのご紹介とさせていただきます。

それでは遠藤先生、よろしく願いいたします。

遠藤 佐藤先生、紹介どうもありがとうございます。それでは今日は「院内助産システムがめざすもの」ということでお時間を頂戴しておりますので、お話をしたいと思っております。

今日お話したいことは、私は岡村班で助産師の活用というのを分班でいただいておりますので、その経過報告、また、我が国の母子と家族に起きている事柄と産科医療への期待、チーム医療として期待されているところ、とりわけ院内助産システム、その中での課題ということをお話させていただきます。時間の関係上、今日配ってありますプリントは、市民の方もいらっしゃると思いましたが多くなっておりますが、専門職の方が中心ですので、かなり中身は端折らせていただいて進むことをご了承くださいませ。

まず「岡村班での助産師活用分班の歩み」としましては、現在の岡村班は2年目でございますが、その前から医師の集約化という問題がございました。その科研が先行し、保健指導だけでも助産師外来と言っている施設も多くなりましたので、平成19年に院内助産システムとはどういったものであるのかという定義をつくりました。そして平成20年に助産外来のガイドラインをつくっております。同時期に、これは岡村班というよりも

厚生労働科学研究費補助金(成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業)
「地域における周産期医療システムの充実と医療資源の適正配置に関する研究」

市民フォーラム 「地域とチームでお産を守る」

院内助産システムがめざすもの

遠藤 俊子(京都橋大学)
(日本看護協会 院内助産推進プロジェクト委員長)

1

本日、お話ししたいこと

- 1 岡村班での助産師活用に関する経過報告
- 2 わが国の母子と家族に起きている事柄と産科医療への期待
社会の変化に対応できるチーム医療
- 2 院内助産システム
定義
すべての妊産婦に、助産師のケアを届けます
ICMの助産師の定義・助産師の役割
- 3 安心・安全な産科医療への新たな仕組みをつくるための課題

2

岡村班での助産師活用分班の歩み

平成19年:院内助産システムに関わる定義を作成
平成20年:助産外来ガイドライン作成
エキスパート助産師(仮称)研修①の実施
院内助産ガイドライン作成
平成21年:エキスパート助産師(仮称)研修②の実施
平成22年:①②を踏まえて助産師の助産師実践能力向上
研修のあり方に関する全国調査
病院・診療所助産師配置数の基礎調査
平成23年予定
エキスパート助産師研修への提言(助産師のキャリアラダー)
助産師配置数への提言

3

22-23年度の計画

- 1 2年間に亘って実施したエキスパート助産師(仮)研修への専門職者からの妥当性の評価に関する調査(A)
- 2 院内助産システムの普及に関わる調査(A)
- 3 安心・安全な産科医療の提供のために、ハイリスク妊産婦ケアも含んだ助産師業務に従事する必要数を試算すること
助産師必要数配置の基礎資料を作成する目的で、助産必要度の実態調査(B)

4

調査(A)

・対象者 約4,000名
産科・産婦人科 病院1,205箇所
産科部長(医師)産科師長(助産師)
診療所1,689箇所 院長(医師)
調査内容
☆属性(助産外来、院内助産実施の有無他)
☆エキスパート助産師(仮)研修の妥当性
☆院内助産システム推進の課題調査
調査時期 2010年10月

5

調査(B)ー助産必要度調査

対象病院 4箇所
分娩件数1000件、看護職員のうち6割以上を助産師の配置にしている

- ・助産必要度調査10日間
- ・調査票
- ・調査時期 2010年10-11月

6

池ノ上班と合同のような形になりましたが、院内助産のガイドラインをつくりました。

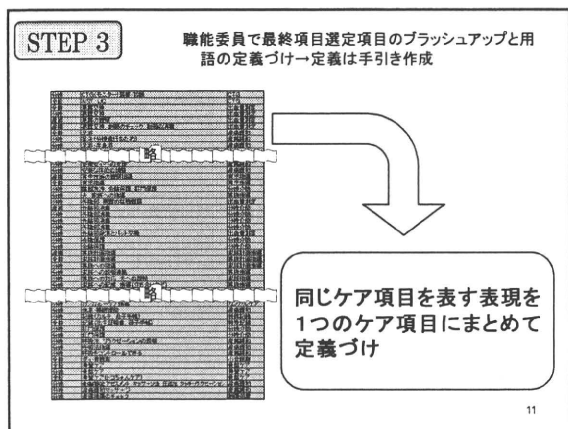
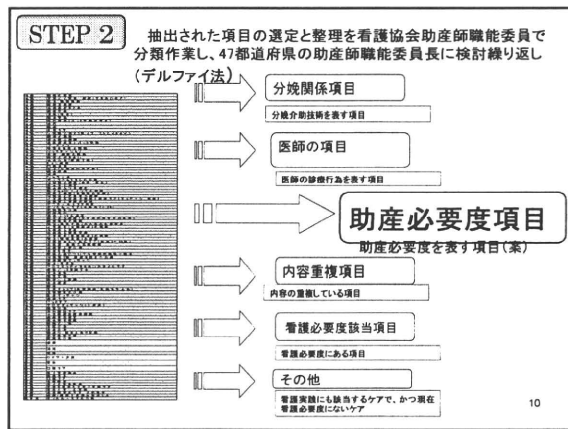
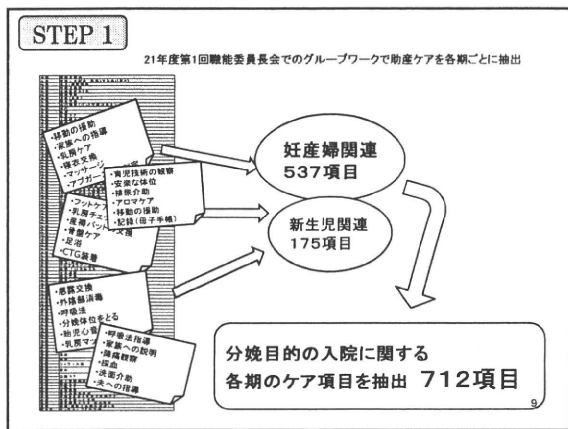
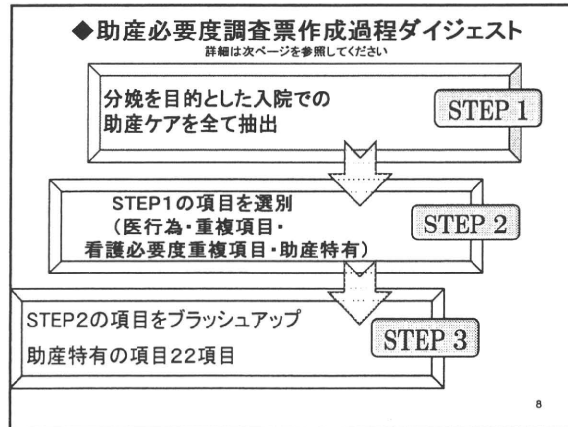
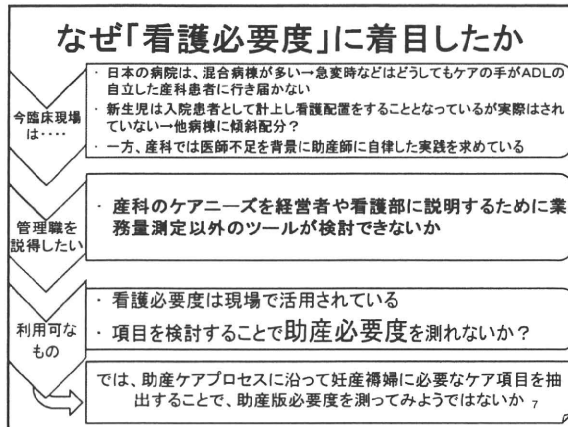
そして現在の岡村班の動きの中では、2年間の土台の上に助産師の研修が必要だということが出てまいりました。20年度に一度研修を行い、21年度にもう1回研修を行いました。今年度はそれをもとに、助産師実践能力向上研修のあり方はどういうものかということで、今、約3千数百カ所の全国調査をさせていただいております。また、病院・診療所に助産師は一体何人配置するのが適切であるのかという基礎調査をやっておりまして、今年度から来年にかけてその提言をしていきたいと思っております。既に皆様方のところに調査依頼が行っているのではないかと思っております。調査Aという形で、病院に関しましては1,205カ所の産科の部長さんと産科の師長さんあてに調査票が行っておりまして、診療所1,689カ所の院長に調査をお願いしております。調査内容は記載の通りでございます。

もう一つ、助産必要度の調査というのをやっております。対象病院は分娩が1,000件以上の総合周産期母子医療センターを持っているようなところの病院でございますが、10日間の助産必要度調査を現在進めております。この助産必要度というのは、スタートは看護必要度に着目しまして、日本の病院は混合病棟、特に産科の病棟は混合が多いところで、どうしても急変などがその中にありますと、その方に集中的に行ってしまう。あるいはADLの自立していない方に行くので、産科の褥婦さんには「おっぱいをあげてて」のような形で、つい手がかけられなくなっている実情がある。もう一つは新生児に対して、母親の付属物、カッコ扱いで、本当に新生児ケア量が図られていないところが問題であるということ。

今、産科では医師不足を背景に助産師に自律した実践を求めている中、助産師の数がやはり少ない。最初は熱意で始めたにもかかわらず、だんだん疲弊してくることを懸念している実情があり、管理職を説得したいというニーズが我々の中にあります。そのために今、看護師の配置に関しては看護必要度で一定の決着をみているというところがあります。私どもも業務調査をすると助産師がたくさんいるところ、そして実際にケアをしているところがたくさん出てくるのですが、やっていないところでは非常に出てこないということがあります。したがって視点を変えて、やはり利用者のニーズから数を出していくべきだろうと思ひ、実施いたしました。

これは日本看護協会の助産職能のお力ですが、分娩を目的とした入院での助産ケアを、すべて47都道府県の委員長さんに協力していただいて出しました。その中で内容を集めたり重要度を決めたりしてブラッシュアップをして、最初に712項目出てまいりました。それをさらに何度か繰り返して内容を精選してもら从中から、非常に少ない項目にまとめて定義づけをいたしました。

それがお示したものですが、まず14項目の観察です。そして右側、妊婦さんや褥婦さんの状態を示すところが26までです。27から33がその他の項目です。看護必要度ではその他の項目が非常に少ないのですが、妊産褥婦に関してはここが非常に大きいだろうと思ひ、この項目で調査をいたしました。



※産科特有	
1	創傷処置 ※
2	子宮収縮(産褥復古)測定 ※
3	血圧測定
4	出血量の測定(悉露含む)※
5	時間尿測定
6	内診 ※
7	点滴ライン同時3本以上
8	心電図モニター
9	輸液ポンプの使用
10	シリンジポンプの使用
11	輸血や血液製剤の使用
12	CTG ※
13	間欠的胎児心拍聴取 ※
14	治療処置
	⑤昇圧剤の使用
	⑦ドレーナの管理
	⑧破水時抗生剤投与 ※
	⑨胎管拡張および陣痛促進剤投与 ※
	⑩子宮収縮剤投与 ※
	⑪暖房/冷却の管理 ※
15	床上安静の指示
16	嚔返り
17	起き上がり
18	産位保持
19	移乗
20	移動方法
21	口腔清潔
22	食事摂取
23	衣服の着脱
24	育児行動 ※
25	マタニティブルー症状 ※
26	授乳の自立 ※
27	沐浴指導 ※
28	家族計画指導 ※
29	栄養指導 ※
30	家族支援 ※
31	上記以外の計画に基づいた10分以上の指導 (看護計画に基づいた)10分以上の意思決定支援
32	身体的な症状の訴え ※
33	

その結果、分娩のときは1対1は当たり前で、むしろ産婦1人に2人以上の助産師あるいは医師が加わりますのでそこは除きまして、分娩当日はモニタリングが非常に多い。また褥婦の状態もまだ直後ですのでADLが低いために、茶色の部分が非常に多いと思います。だから、1日たつとかなり減ってまいります。

諸外国で1日、2日退院というのはこの辺の部分で退院しているのでしょう。これは正常なお産をされた方だけの集計でございますが、4日目ぐらいのところ非常に褥婦の状態はよくなっています。ケア度は少なくなるのですが、黄色の部分がその他の、いわゆる保健指導と呼ばれている部分ですが、退院期ぐらいで非常に増えてくる、あるいは母乳のケアの問題でこのあたりが増えてくるという形です。5～6日で大体退院されますので、非常に現実を反映したグラフになっていると思います。7日以上で茶色が増えるのは、出血があったとか、あるいは血圧が上がったというかたちで病院に残ってしまったケースになりますので、当然のデータになっていると思っております。

それを看護必要度に換算し直したときに、褥婦のほうは当日は非常に5、4、3のレベルが高いのですが、1日目、2日目、3日目になると次第に茶色の部分が増えてくるというのは、必要度が少なくなってくる。必要度が4日目にドンとまた上がってくるのは、退院指導や自宅へ帰るためのケア量がすごく増えている、あるいは母乳のこと、そのあたりが増えているということがわかります。

一方新生児は、当日ないし1日目ぐらいはやはり観察が非常に重要になりますので、こういった値を示しますが、あとはほぼ同じです。新生児は一定量ケア量がかかります。もちろん全介助ですから当然だと思いますが、こういったものが出てまいりました。

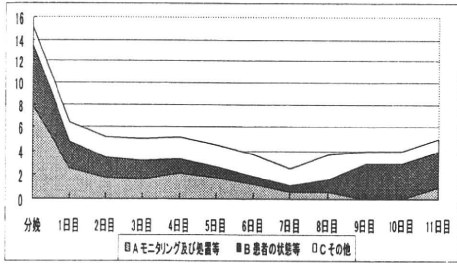
ここで話をがらっと変えますが、これは虐待の数でございます。平成20年度の全国の数値はどどんうなぎ上りに上がってきております。これはお互いに監ることによって通報の量が増えたりしていることもあるのでしようけれども、増えている。ここで申し上げたいのは、その虐待者の主たる人は誰かということ、6割が実母、ここに着目したいと思いません。また、実父が25%です。宮城県はどうだろうかということで統計を見たら、21年、数は減っておりますが120件でした。同じように誰が虐待の当事者になっているか。実母が55%でした。実父が27.5%。ほぼ全国と同じ傾向です。

どのような種類の虐待をしているかということになりますと、身体的虐待、ネグレクトという状態が非常に多い。心理的虐待も上がってきております。これが全数とそれぞれの虐待の最近の推移でございますが、心理的虐待あるいはネグレクトが非常に多いということです。このあたりは皆様方はご存じだと思いますので飛ばさせていただきます。

次に児童虐待はどうして起きるのか。親の生育歴、虐待の連鎖は言われておりますが、育児不安、ストレス、それから育てにくい要素を持つ子ども、望まない妊娠・出産、低出生体重時、いずれも増えていると言っても過言ではないと思います。また、家族の社会的孤立というのが背景にあると思います。

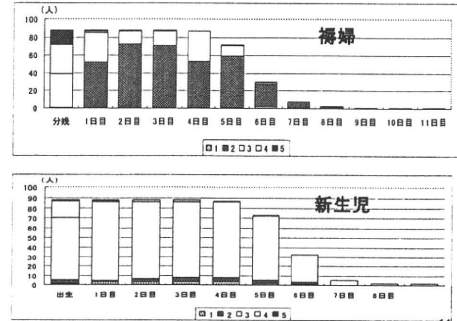
私ども看護職は、当然父親、母親のケアにあたりますが、妊娠することを契機にやはり

調査結果(母③)



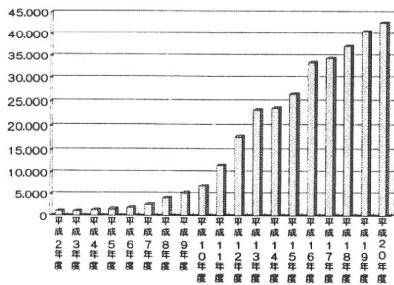
13

看護必要度をもとに点数化すると



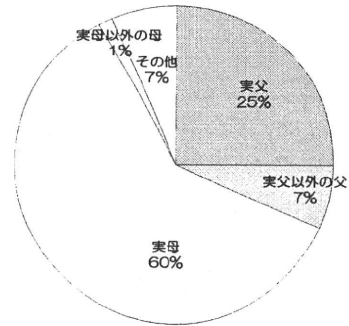
14

児童相談所における虐待件数の推移



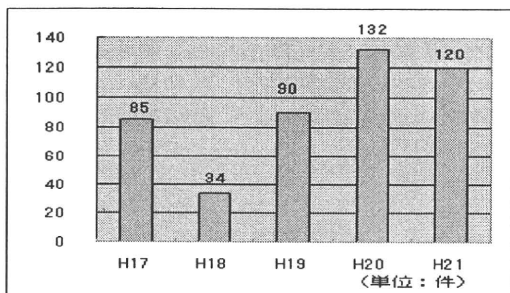
15

主たる虐待者(平成20年度)



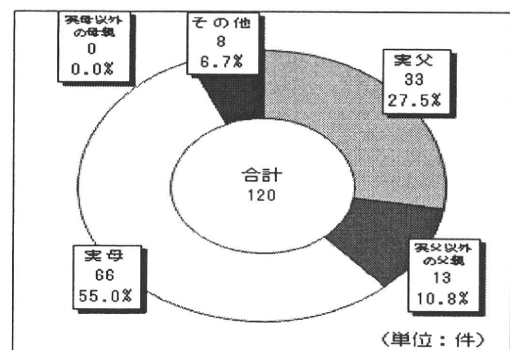
16

児童虐待(宮城県)の状況



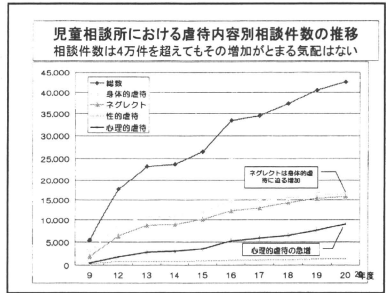
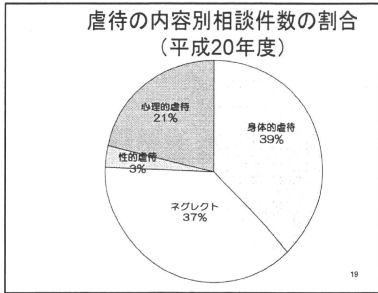
出典：県東部児童相談所調べ

17



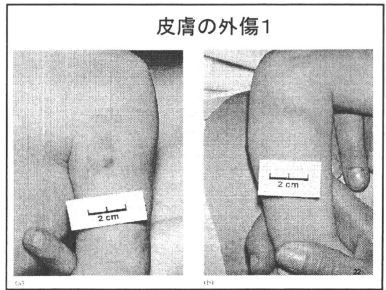
出典：県東部児童相談所調べ

18



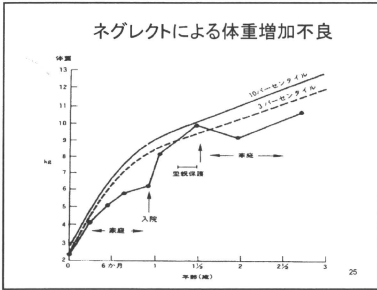
身体的虐待の特徴

- ・ 症状
打撲、骨折、熱傷、腹腔内損傷、頭蓋内出血
- ・ 受診時の特徴
緊急外来/時間外診療などに、「事故によるケガ」として受診
- ・ 観察の注意点
故意の事故の可能性がある(不自然なケガ 例えば、歩くことができない時期の子どもの打撲、背中や大腿内側などの打撲など)
頭部、顔の傷には注意が必要
目につきにくいところに、ケガをしていることがある



ネグレクトの特徴

- ・ 子どもに食事や清潔など適切な世話をせずに放置して、養育を放棄すること。身体的虐待と比較すれば緊急性は低い。
- ・ 車内で長時間子どもを放置して、子どもが熱中症や脱水で死亡するケースもネグレクトとされる
- ・ 乳幼児期の子どもにも見られるが、学童期の子どもにも見られることがある。死亡したり重度の後遺症を残すことがある。
- ・ 最近では、医療ネグレクトという問題も出現している。



心理的虐待の特徴

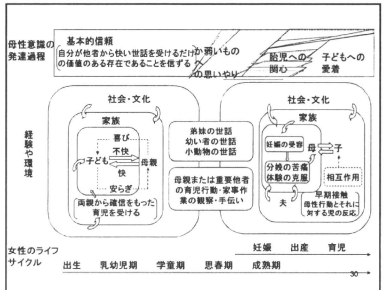
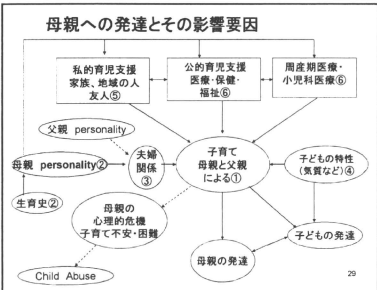
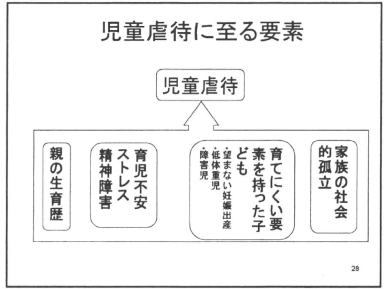
- 「お前なんか生まれてこなければよかった」など、子どもの存在自体を否定するような言動など激しい暴言、子どもに対する無視や拒否、兄弟との差別など。
- 子どもの前で母親に暴力を振るう(DV)も含まれこれが増加傾向にあると考えられている。
- ネグレクトなどと関連している場合もある

26

性的虐待の特徴

- 表面化しにくい
- 子どもが自分から告白したり、相談することが難しい
- 女兒の場合は、親だけでなく教師などからの性的被害を受けることもある
- 子どもが自分自身を受け入れられるようにするために適切なケアがされない、長期間にわたり心理的な影響を受ける恐れが大きい

27



周産期医療にかかわる者として何らかの大きな臨界期といいますか、大事な時期です。そして子どもの特性ということも、最近低体重児が 10%などという数値もありますが、非常に大事な時期です。ぜひここを妊娠の初期のあたりから分娩体験の痛み、そして子どもを育てる苦労を見守っていくということで、私たちがこういったお母さんが成長するところをぜひ支えていきたいと思っております。

「健やか親子 21」でも記されておりますように、妊産婦死亡率の半減とともに、産後うつ発生の発生予防あるいは虐待による子どもの死亡率を減少させよう、1カ月の母乳育児の割合を増やそう、低体重児を減らそうというような取り組みが、まさに国家的な課題として国民みんなで取り組んでいこうという運動になっております。

そのような中で、私たち医療施設においては産科医と助産師、看護師の協働ということで、一層、助産外来、院内助産を推進するということが一つの課題だろうと思っております。当然その中では助産師の増員、あるいは助産ケアの向上、遠隔医療による助産師支援、あるいは公的補助の増額の問題、人が増えるとそれだけ支出が増えますので、そういったことも考えていかななくてはならないと思っております。そのような中で、院内助産・助産外来は着実に増えております。厚生労働省で先頃 22 年 4 月分が発表されましたが、さらに進捗していることは明らかであります。

私どもがずっと訴えていますのは、ハイリスクだろうとローリスクだろうと、助産師のケアは一定量があります。その方が正常であるか異常であるかということに関して、ローリスク、ハイリスクは医師による診療、治療が上下する、増えるというところが違うのであって、やはり協働で行わないと虐待の予防あるいはうつの予防はできないということはおわかりだと思います。

そのような中でプロトコルをつくりました。進先生が先ほど 16 週とおっしゃっております。私たちも医師と院内で協働しておりますので、最初から全部助産師さんに託すというよりも、初期の問題はどうしても医師独自の診断、諸検査の問題もありますので、妊娠 20 週間後ぐらいからかかわることによって、リスクとニーズに応じて選んでいただけるような形にしていっているのではないかと考えています。助産師は女性と共に寄り添って考える存在ということで、妊娠、分娩、産褥、育児がコアですが、その前後も女性の一人としてケアしていくところではあります。

ICM、国際助産師連盟も改めて助産師の定義を言っておりますが、女性とパートナーシップを持って行動するということです。引っ張っていくというよりも、女性たちはセルフケアできなければいけません。そのことが一番効果がありますので、予防的対応、正常出産をより生理的な状態として推進すること。また女性のためだけではなく、家族及び地域に対しても健康に関する相談と教育に重要な役割を持っているということを普遍的な助産師の活動という形で、我が国は非常に国際的にも伝統的な助産師の活動がありますので、ぜひ絶やすことなく推進したいと思っております。

ただ、時間が必要です。健診のときに 45 分から 2 時間はちょっと厳しいかなと思ったの

健やか親子21

21世紀初頭における母子保健の国民運動計画(2001～2014年)

課題	①思春期の保健対策の強化と健康教育の推進	②妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保と不妊への支援	③小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備	④子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減
主な目標(2010年)	○十代の自殺率(減少) ○十代の性感染症罹患率(減少) ●児童・生徒における肥満の割合(減少)	○妊産婦死亡率(半減) ○産後うつ病の発生率(減少) ○産婦人科医・助産師の数(増加)	○全出生数中の低出生体重児の割合(減少) ○不慮の事故死亡数(半減) ●う蠢のない3歳児の割合(80%以上)	○虐待による死亡率(減少) ○出産後1ヵ月時の母乳育児の割合(増加) ●食育の取り組みを推進している地方公共団体の割合(100%)
親子	応援期 思春期	妊産婦期～産褥期 胎児期～新生児期	育児期 新生児期～乳幼児期 小児期	育児期 新生児期～乳幼児期 小児期

これからの周産期医療システムの改善策

- 医療施設の機能別役割分担
- 産科医と助産師・看護師の協働→チーム医療
助産外来・院内助産の推進
助産師の増員
助産ケアの質向上(助産師の実践能力向上)
遠隔医療システムによる助産師支援
- 妊娠・出産・育児への公的補助の増額

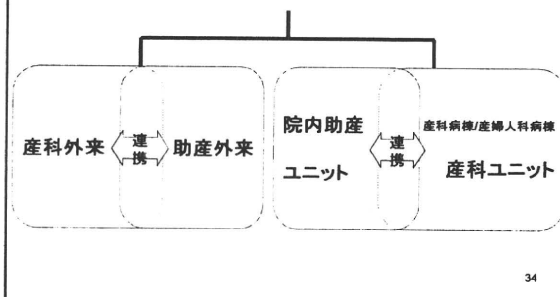
32

助産外来・院内助産の設置状況

	平成20年度	平成21年度	平成22年度
助産外来 病院において、外来で、正常経過の妊産婦の健康診査と保健指導を助産師主導で行なうもの	273	353 (26.7%)	405
院内助産 緊急時の対応ができる病院において、正常経過の妊産婦のケア及び助産を助産師主導で行うもの	34	47 (3.6%)	59

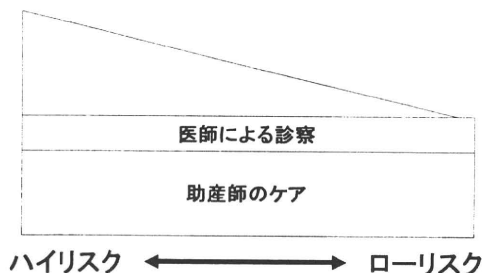
厚生労働省医政局看護課調査

院内助産システム



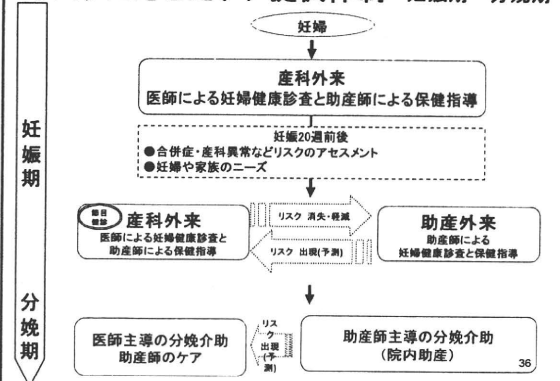
34

妊産婦のリスク別ケア必要量



35

リスクに応じたケア提供体制—妊娠期～分娩期



36

ですが、少なくとも30分その人のために時間を確保することで、言えなかったことを一言、二言言い出すということが何よりも大事なことはないかと思います。

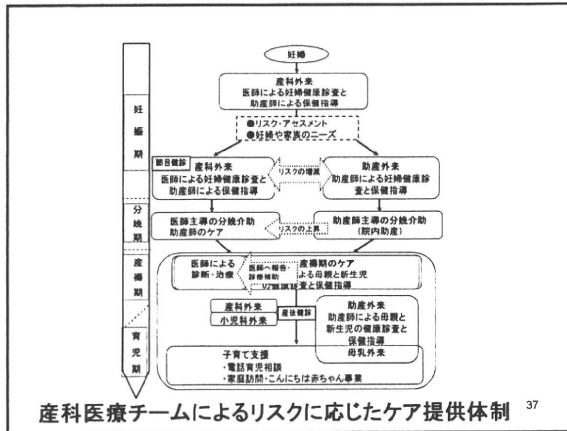
先日、立ち会い出産がありました。そうしたらその女性がお産が終わった後、結婚してから1回も「結婚してよかった」と思ったことがなかった、楽しくなかったと。でもご主人が子どもに対してあんなに優しい眼差しで見て抱っこして、本当に今までの思いが変わったということをおっしゃっていました。「ではご主人も一緒にしましょう！」のような形で、産むことを契機にその女性もご主人も親になっていくということが腑に落ちていったといえますか、こんな素晴らしいことはないと感じた一瞬でした。そういう引き出し方、「出血も少なく赤ちゃんも元気でよかったですね。おめでとうございます」と言うだけではなく、もう一つ付加するものが、やはり助産師がそこにいるのであったらやらなければいけないと思った体験をいたしました。分娩・産褥が正常に経過しているという母児の診断能力を持って、妊産婦さんや家族が健康に暮らせるための支援を助産師はしたいと思いません。

助産外来を受けた妊産婦さんの満足度は非常に高いです。37%。従来の検診を受けた妊産婦さんは21%でした。なぜかという、励まされる。従来検診では63.9%のところ、助産婦の検診では91.3%というところが随分差があると感じます。ゆっくり話が聞けて「これでいいんだ」と思ったり「こういうことをしてみよう」という気持ちになることが、大きく違うのだらうと思います。そのようなことは「院内助産システムの効果」ということで挙げさせていただきました。

これはこの後お話をされる小笠原先生のデータをお借りしているのですが、先生のところでのトライアルの中で、分娩予定者のうち途中でどのように医師のほうに移行していったかという割合です。平成19年は36.6%ぐらい、20年は32%ぐらい。つまり、7割弱ぐらいの方は助産院でうまくいくということが出されておりました。この点に関しては、医師コールは57.4%で、そのうち縫合が88.1%でした。これは先ほど進先生がおっしゃっていたように、縫合をこれからどうするかというところの大きなヒントにならうかと思いません。

少し古いのですが、愛育病院でも同じように、どの週数で異常に移行して、もちろん戻ってくる人もいますが、最終的に73.5%が正常お産で退院しているというデータがございます。もちろんそれから15年もたっています。今のほうが年齢が高いため、もう少し低くなるだらうということは、先ほどの小笠原先生のデータからも言えると思います。

院内助産システムの推進を全国でやっていただくためのガイドラインを出しました。併せて池ノ上先生も院内助産ガイドラインというのを、私どもの研究班のデータを使いながらつくられました。一応外来編と入院編とできているのですが、これはあくまでも全国の標準であって、今後それぞれの地域、あるいは施設の状況に応じて若干変えていかないとそのままでは使えません。しかしながら、最低限と逆に言ったほうがいいのかもかもしれませんが、このガイドラインを使いながらぜひ組み立てていただきたいと思います。



助産師の仕事

新生児 幼児/女児 (思春期の)少女 出産年代 更年期以降

Mid (と共に) Wifery (女性と)

助産師 MIDWIFE

女性の生涯を通じて ニーズに応える

女性に寄り添って共に ケア(ケア)や ケア(ケア)

産後

産前

産中

産後

相談・教育・支援・地域社会の啓発・組織・支持・監督・研究・情報提供

助産師の定義 ICM

- 助産師は、女性の妊娠、出産、産褥の各期を通じて、サポート、ケア及び助言を行い、助産師の責任において出産を円滑に進め、新生児及び乳児のケアを提供するために、女性とパートナーシップを持って活動する。これには、予防的対応、正常出産をより生理的な状態として推進すること、促すこと、母子の合併症の発見、医療あるいはその他の適切な支援を利用することと救急処置の実施が含まれる。
- 助産師は、女性のためだけでなく、家族及び地域に対しても健康に関する相談と教育に重要な役割を持っている。この業務は、産前教育、親になる準備を含み、さらに、女性の健康、性と生殖に関する健康、育児におよぶ。

助産師の専門の発揮

妊娠・分娩・産褥の正常に経過しているという母児の診断能力をもち、妊産婦さんや家族が健康に暮らせるための支援

- ◎ 聴く、話す、理解しあう、納得する
- ◎ 時間を共有できる (ともにいる)
- ◎ 提供できる技術がある
 - 妊娠・分娩の経過を判断する知識・技術
 - 生活を整える技術 食事・排泄・活動
- ◎ 妊娠の経過、分娩の進行、産後経過と子育てにかかわるアセスメントと提供するケアの一致
 - 状況がよめる：妊娠の状態からの推測や分娩の判断
 - 状況に応じたコミュニケーションや心身のケア
- ◎ ニーズを実現するための調整能力
 - 家族や医療関係者との調整

資料2-1 妊産婦の意見

表1 助産師と話せる場としての認識 (%)

	2008年12月に初産妊婦中 (N=174)
助産師と話せる場がある。(助産外来等)	40.2
特に話せる場はない。	42.5
助産師はいるようだ。いるかどうかわからない。	17.2

表2 助産外来・院内助産に対する感想 (%)

	2007	2008
賛成	40	44
許容	46	43
産科医でなければ不安	9.9	8.7
わからない	3.8	4.3

※Source: 河合量・ベビカム(2008・2009)

資料2-2 妊産婦の意見

表3 妊婦健診の印象 (%)

	医師の健診	助産師の健診	
忙しい	80.6	64.8	助産外来を受けた妊婦(N=101) 35 (37%) 50 (50%) 133
質問しやすい	66.8	83.0	
信頼できる	90.0	94.2	従来の健診を受けた妊婦(N=151) 32 (21%) 73 (48%) 39 7
動まされる	63.9	91.3	
リスクがよくわかる	57.6	58.7	

0% 50% 100%

◎ とても満足 満足 やや不満 不満

図 助産外来のある施設における妊婦の満足度 (%) (N=252)

※Source: 河合量・ベビカム(2008・2009)

院内助産システムの効果

妊産婦の メリット	<ul style="list-style-type: none"> ○院内であり、安全が確保 ○正常産のケアが尊重、ゆったりした流れが可能。重症度の優先順位でない ○継続ケアが受けられる ○相談のしやすさ ○妊婦の主体性を高める ○家族の参加が増える ○生活上の助言が得られる
助産師の メリット	<ul style="list-style-type: none"> ○医師連携で安全が確保 ○助産師のやりがい ○スキルアップ ○妊産婦や家族の理解・信頼関係 ○勤務体制の柔軟化 ○オープンシステム化(開業助産師との相互連携) ○地域ケア参画
医師・施設の メリット	<ul style="list-style-type: none"> ○安全が確保 ○周産期からの家族ケアによる子育て支援、満足感 ○信頼関係(妊産婦や家族、医療関係者) ○医療経済の視点

43

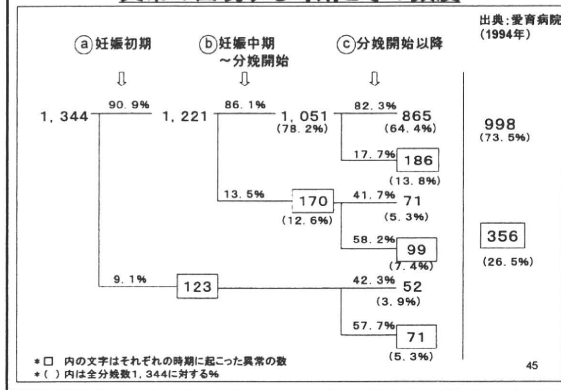
医師管理への移行割合 例

(小笠原先生のデータ一部改変)

	平成19年度	平成20年度
分娩予定者	349例	322例
外来レベルで紹介	81例 (23.2%)	63例 (19.6%)
医師管理分娩	24例	24例
院内助産から搬送	16例 36.6%	16例 32.0%
医師コール	未調査	135/235 = 57.4% (内訳: 縫合88.1%)

44

異常の出現する時期とその頻度



院内助産システムガイドライン

助産外来ガイドライン

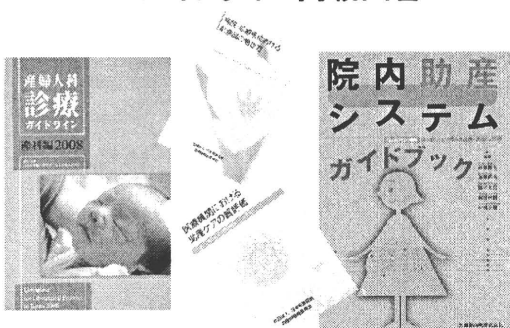
平成18-20年度厚生労働科学研究費補助金 子ども家庭総合研究事業
主任:岡村州博(東北大学) 分担:遠藤俊子(京都橋大学)

院内助産ガイドライン

平成20年度厚生労働科学特別研究事業
「助産師と産科医の協働の推進に関する研究」

主任:池ノ上 克(宮崎大学) 分担:中林正雄(愛育病院) 46

ガイドライン掲載図書



47

ガイドライン作成にあたって

- 医師、助産師が共通合意できるガイドラインが必要
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
- 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」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す
- 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を参考に作成
- 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。

48

す。このようなことをガイドラインの中の冒頭に書いてございます。

そこで、これは日本看護協会の全国調査ですが、助産外来を運営するときにどんな課題があるかということが出されております。左側が外来ですが、担当助産師の実践能力の育成。あとは助産師の数、医師との連携、勤務形態。外来では勤務形態は 37.7%とさほど大きな問題にはなっておりませんが、むしろやれる人が少ないというのは助産師の実践能力にかかっているのだらうと思います。院内助産、入院編ですが、やはり助産師の能力の育成、それから勤務形態。非常にフレキシブルにしないとなかなか有効なケアになりませんので、それが課題です。それと助産師数の問題、医師の連携。ただ、5年前に進めたときは医師との連携が1番でした。それが順序的に変わってきているというのは、まさにやってきた方々の努力あるいは医師の理解が相当進んでいることだと思います。

開設のときの課題も挙げていますが、同じようなものですので省略します。

今後の院内助産システムの課題は、数は外来でいえばもう 40~50%になってきました。病院圏の院内助産が少ないので、それをやれるための取り組みを考えていかななくてはなりません。そのためにはやはり、チーム連携の強化とリスク管理という問題が一つ。それから人材研修、必要な助産師数の確保、そして妊産婦等に向けた広報活動ということになるかと思います。

特に人材研修という点では、今いる助産師さんたちを有効に機能させることはできるのです。もう一つの後押しが足りないというところです。ただ、自分自身に対してもそうですし、他者からもそうです。そこを突破できるのは、やはり何らかの認定といいますか承認だと思います。研修という形で今、日本看護協会にも昨年から本格的に取り組んでいただいておりますので、そういう研修をして、その研修修了で認めていくということ。それと同時に、今年から新人看護職員の新人臨床研修努力義務化が始まりました。看護職全般に少し薄まっています。ちまちました研修といいますか、その場しのぎの研修をやらなくて、新人助産師は 1,500~1,600 人しかいませんので、ぜひきっちり新人研修の制度を確立して、その後5年ぐらいできちんとキャリアパスをとって認定していく仕組みをつくりたいという夢を描いております。

まとめとしまして、わが国の妊産婦とその家族のケア課題は、出産の安全性と親になることを支えることにあるとしています。二つ目は、限りある資源を有効に機能するために、積極的に院内助産システムを導入したい。三つ目は、助産師の卒後の研修の充実と、これからの助産師へのキャリアパスの明確化を計る。四つ目には、病院・診療所の助産師の配置基準が示されるということです。昨年はノーマルな産褥だけでしたが、今年は帝王切開の妊婦も全部入れて、病棟丸ごとでケア量を図っていますので、ぜひ成果を期待していただきたいと思っております。また、努力していきたいと思っております。

文献は表示したものでございます。本日はありがとうございました。

佐藤 遠藤先生、ありがとうございました。ご紹介がおくれましたが、遠藤先生は長いこ

助産外来・院内助産の運営の課題

助産外来(実施施設236)

	数	%
担当助産師の育成	161	68.2
助産師数	106	44.9
医師との連携	101	42.8
助産師の勤務形態の整備	89	37.7
設備的要因	71	30.1
妊産婦の認知・広報	53	22.5
妊産婦のニーズ	36	15.3
経営的要因	22	9.3
他部門との連携	4	1.7
その他	4	1.7
無回答	9	3.8

※実施施設が各3項目を選択。4項目以上の回答があった場合は、無回答とした。

院内助産(実施施設34)

	数	%
担当助産師の育成	25	73.5
助産師の勤務形態の整備	20	58.8
助産師数	18	52.9
医師との連携	14	41.2
妊産婦の認知・広報	7	20.6
設備的要因	6	17.6
妊産婦のニーズ	6	17.6
経営的要因	4	11.8

49

助産外来・院内助産の開設の課題

表2 助産外来(N=657)

	数	%
助産師数	254	38.7
医師の理解・賛同・協力	251	38.2
助産師の自信・意欲	189	28.8
助産師の経験	168	25.6
設備的要因	134	20.4
助産師の勤務形態の整備	120	18.3
経営方針・開設の意思決定	105	16.0
妊産婦のニーズ	60	9.1
料金の設定	58	8.8
妊産婦の認知・広報	51	7.8
開設の参考となる手引き	32	4.9
看護部門の意識の統一	21	3.2
他部門の理解	15	2.3
その他(産科医療の現状等)	11	1.8
無回答	145	22.1

※無回答には、4つ以上回答の39施設を含む

表2 院内助産(N=657)

	数	%
担当助産師の育成	161	68.2
助産師数	106	44.9
医師との連携	101	42.8
助産師の勤務形態の整備	89	37.7
設備的要因	71	30.1
妊産婦の認知・広報	53	22.5
妊産婦のニーズ	36	15.3
経営的要因	22	9.3
他部門との連携	4	1.7
その他	4	1.7
無回答	9	3.8

※無回答には、4つ以上回答した5施設を含む
※各3項目を選択。4項目以上の回答があった場合は、無回答とした。

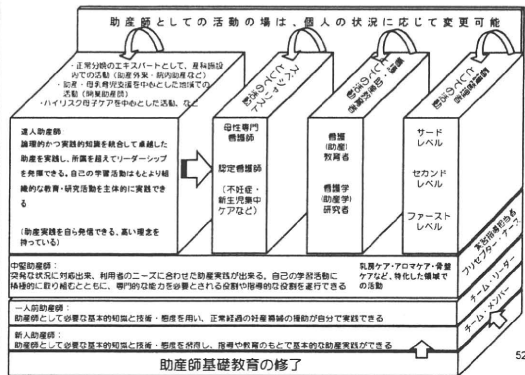
50

院内助産システムの今後の課題

- 助産外来・院内助産実施施設数の増加に向けた取り組み
- 助産外来・院内助産の実施におけるシステムの整備
チーム連携の強化とリスク管理
- 「助産外来・院内助産の開設・実施に向けた人材育成研修」の拡大
- 必要な助産師数の確保
- 助産師の専門性を発揮する場としての助産外来・院内助産を、助産師のキャリアパス／ラダーに位置づける
- 妊産婦等に向けた広報活動

51

助産師のキャリアパス(案)



52

まとめ

- わが国の妊産婦とその家族のケア課題は、出産の安全性と親になることを支えることにある。
- 限りある資源を有効に機能するために、積極的に「院内助産システム」を導入しよう。
- 助産師の卒後の研修の充実と、これからの助産師へのキャリアパスの明確化を図る。
- 病院・診療所の助産師の配置基準が示される。

53

参考文献

- 遠藤俊子他：院内助産システムガイドブック、医歯薬出版、2010
- 加藤尚美編集：助産業務指針第1版病院、p275-297、日本助産師会出版、2010
- 日本産科婦人科学会：産婦人科診療ガイドライン産科編 2008
- 門脇豊子他：看護法令要覧、平成22年度版、看護協会出版会2010
- 日本看護協会出版会編集：看護関係統計資料集、平成21年

54

ご清聴
ありがとうございました。
ました。



Comfort Suggestions For Labor

56

This section contains a grid of small images, each accompanied by a short paragraph of text. The images appear to show people in various situations, possibly related to labor or social issues. The text is too small to read clearly but seems to provide context or commentary for each image. The page number '56' is visible at the bottom right of this section.

と看護協会の助産師職能の理事としてご活躍されておりましたので、そのご活躍の内容もまとめてご発表していただきました。ありがとうございます。

ここで座長を交代させていただきます。

岡村 それでは次に、岩手県立大船渡病院副院長の小笠原敏浩先生からご講演いただきます。岩手県では小笠原先生を中心に、先生の特技である携帯電話やパソコンを使って、地域性もございまして遠隔医療をベースにした周産期医療を構築しています。それ以外にも、「いーはとーぶ」という名前が付いております全県に渡った院内の周産期に関するネットワークを全国に先駆けて立ち上げたご本人でございます。今日は「地域総合チーム医療の構築－わたしが今トライアルしていること－」という題でお話していただきます。

小笠原先生は昭和 61 年の岩手医科大学の卒業で、その後、県立久慈病院、県立千厩病院、県立高田病院、平成 16 年から釜石の副病院長、19 年から大船渡病院の副病院長をなさっています。遠野市助産院の監督医というお仕事も 19 年の 4 月からなさっております。

あとの役職は省略させていただきます。よろしく願いいたします。

小笠原 小笠原です。岩手県からまいりました。岩手県は厚生労働省の必要医師数調査で見事必要医師数が全国第一位で、これはまた岩手県の不名誉になったのかな？と思うのですが、問題は面積が広いのです。岩手と仙台は近いと思うかもしれませんが、私がここに出てくるまで、まず東北新幹線の駅に出るまで 2 時間、乗ってしまえばすぐ着くのですが、乗るまでが大変です。それぐらい面積が広い。この辺が恐らく私たちの県では問題です。これまで、このようなことをしたことはないのですが、大船渡病院の副院長と釜石病院を兼務しています。更に、遠野市助産院の監督医をやっています（スライド 2）。また、副院長というのはややこしくて、臨床研修医管理責任者を兼務しています。また、今年の 4 月に「院内感染対策委員長も兼務してくれ」と言われて、頭を下げられたのでしぶしぶ受けました。そうしたらひどい目に遭いました。すべて薬剤耐性菌・アシネトバクターのために、釜石病院のほうには少ししか行けなくなっています。

今日のお話の中でのキーワードとしては「地域総合チーム医療」、これはスキルミックスと置き換えていいと思います。それからもう一つは EHR、どこでも誰でもネットワークにつながることができる。これは、E ジャパン構想で、ずっと受け継がれているわけです。これが、これからお話する周産期医療情報システムで、この二つのキーワードで進めています（スライド 3）。

チーム医療は、院内の関連専門職者がお互いに連携していくことです。患者中心の医療で産科の場合は妊婦さんが中心です。病院の中でチーム医療というのを見てみますと、さまざまな職種が関わっています。さまざまな職種が専門性を発揮して、連携していくのがチーム医療です。

このチーム医療のいいところは、やはり各職種、専門性を発揮できることです。助産師

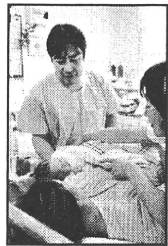
市民フォーラム 地域とチームでお産をまもる

地域総合チーム医療の構築
 —わたしが今トライアルしていること—

岩手県立大船渡病院産婦人科
小笠原敏浩

3つの医療施設で働いています

- 県立大船渡病院副院長
- 県立釜石病院兼務
- 遠野市助産院監督医



キーワード

地域総合チーム医療
 = スキルミックス

周産期医療情報システムを利用した地域医療連携 = EHR
 (Electronic Health Record)



チーム医療とは

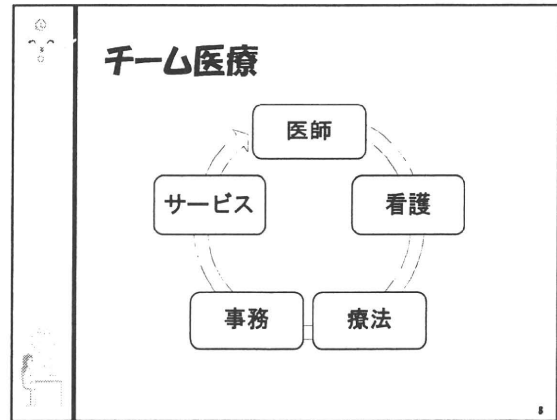
患者中心の全人的医療を進めるために関連専門職者がお互い
 対等に連携協力していく

チーム医療

- 医師(各診療科医師間)
- 看護師(助産師)
- 薬剤師
- 栄養士(管理栄養士)
- 臨床検査技師・臨床工学技士
- 診療放射線技師
- 作業療法士・理学療法士
- 言語聴覚士・視能訓練士

チーム医療

- 患者に質の高い医療を提供できる
- 各職種の専門性を発揮できる
- 各職種の垣根を低くする
- 職種間のコミュニケーション推進
- 臨床情報を共有する



視点が大事

だれの視点で進めているか？

患者・妊婦

地域を守るキーワード

- 地域総合チーム医療
= スキルミックス
- 周産期医療情報システムを利用した地域医療連携
= EHR (Electronic Health Record)

広い面積

厳しい地形・気候条件

※ 岩手県

- 1) 距離の壁 (面積が広大)
- 2) 地形の壁 (山岳地形)
- 3) 気候の壁 (北国気候)

医療崩壊は地方自治体病院の産婦人科から

宿当直を必要とする産科医療では、1人の医師が欠けると産科部門の維持が困難になる

少人数勤務の地方自治体病院ではその影響を受けやすく、容易に産科医療崩壊が始まる