

201031050A

厚生労働科学研究費補助金
地域医療基盤開発推進研究事業

院内助産システム（助産外来・院内助産）の
安全と質に関する実証データを基盤とする評価研究

平成22年度 総括研究報告書

研究代表者 齋藤いずみ
(神戸大学大学院保健学研究科 看護学領域)

平成22年(2011)年3月

目 次

I. 総括研究報告	
院内助産システム（助産外来・院内助産）の安全と質に関する実証データを基盤とする評価研究に関する研究	
齋藤いずみ 遠藤俊子 山崎峰夫 安川文朗	
A 目的	1
B 方法	2
C 結果	2
1 国内外の分娩・院内助産システムの安全と質に関する文献研究	4
1) 国内の分娩・院内助産システムの安全と質に関する文献一覧	4
2) 出産体験の自己評価、満足度に関する文献研究	31
3) 世界の（米国、英国、オランダ、フランス、カナダ）の周産期システム	45
4) 英国の助産師主導型ケアの安全に関する文献検討の実施	67
2 助産師の必要数算出に関する考え方	85
3 兵庫県内の分娩の安全性と質の保証に関する分析事例	91
1) 市立加西病院における分娩の安全と質を向上させる方策とは	91
2) 分娩の安全・安心を保証し質を高めるために必要なこと	94
4 その他の事業	97
5 諸外国におけるフィールド調査の準備	97
II. 研究成果の刊行に関する一覧表	98
III. 研究成果の刊行物・別刷	100

研究組織

研究代表者

齋藤いずみ 神戸大学大学院保健学研究科 看護学領域 教授

研究分担者

遠藤 俊子 京都橘大学看護学部 母性看護学・助産学 教授

山崎 峰夫 神戸大学大学院医学研究科地域社会医学・健康科学講座 特命教授
総合臨床教育・育成学分野 産婦人科学・周産期医学

安川 文朗 熊本大学法学部公共社会政策論講座 医療経済学 教授

研究協力者

渡邊香織	神戸大学大学院保健学研究科	看護学領域	母性看護学分野	准教授
西海ひとみ	神戸大学大学院保健学研究科	看護学領域	母性看護学分野	講師
戸田まどか	神戸大学大学院保健学研究科	看護学領域	母性看護学分野	助教
岩崎三佳	神戸大学大学院保健学研究科	看護学領域	母性看護学分野	助教

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

総括研究報告書

院内助産システム（助産外来・院内助産）の安全と質に 関する実証データを基盤とする評価研究に関する研究

研究代表者 齋藤いずみ（神戸大学大学院保健学研究科看護学領域）

研究分担者 遠藤俊子 山崎峰夫 安川文朗

研究要旨

院内助産システム「助産外来・院内助産」の安全性や効果について、これまで総合的な研究は実施されていない。そこで助産外来・院内助産に関する安全性の評価、患者のアウトカム評価、経済学的評価など、安全と質に関する総合的な評価を実施することを研究目的とした。

助産外来・院内助産については、開始されて間もないシステムのため安全と質および経済評価に関する体系的文献研究も実施されていない実態があり、主に文献調査を中心に調査を実施した。院内助産システム（助産外来・院内助産）に関する国内外の最新の知見や情報収集を行った。諸外国における医療、周産期医療システムの理解は、日本の今後の周産期の安全と質を保証するシステムを構築するため非常に有益と考えたため、米国、英国、オランダ、フランス、カナダの医療・周産期システム、助産業務について調査した。

その結果、わが国には体系的な院内助産システム（助産外来・院内助産）に関する資料、原著はほとんどないことが明らかになった。また安全と質に関する研究もほとんど実施されておらず、文献はほとんどが各施設の実施報告の内容であった。しかしながら、それらを体系化し、分析することで安全や質は向上すると思われるため、現時点での各文献の内容の要旨をまとめた。

米国、英国、オランダ、フランス、カナダの医療・周産期システムは、米国のみが公的保険が存在しないが、他の国は公的医療保険制度が存在し、分娩費は無料あるいはそれに近い実態であり、さらに産婦人科医師不足、集約化は世界的に共通した課題であった。

目的：分娩を、安全で満足な体験になるよう援助することは、助産師や医療従事者の責務である。高学歴かつ社会に活躍の機会を得た女性は、明確に自分自身の分娩に対する考えを持つ人が増加した。一方、産婦人科の医師不足という事態が社会問題になっている。そのような中で、安全性を保持し、女性のニーズに対応し、かつ医師と助産師の適切な役割分担を推進するために、急速に「助産外来・院内助産」が増加している。しかし「助産外来・院内助産」の安全性や効果について、これまで総合的な研究は実施されていない。そこで**助産外来・院内助産に関する**

安全性の評価、患者のアウトカム評価、経済学的評価など、安全と質に関する総合的な評価を実施することを研究目的とする。

平成22年度の目的は、助産外来・院内助産については、開始されて間もないシステムのため、安全と質および経済評価に関する体系的文献研究も実施されていない実態がある。そこで、主に文献調査を中心に、我が国における助産外来・院内助産に関する文献の収集を特に安全と質および経済評価に関する観点から実施する。また、世界の医療・周産期システム、助産師の業務に関する情報収集を目

的とする。

方法：助産外来・院内助産については、開始されて間もないシステムのため安全と質および経済評価に関する体系的文献研究も実施されていない実態があり、主に文献調査を中心に調査を実施する。院内助産システム（助産外来・院内助産）に関する最新の知見や情報収集を行う。

また、諸外国における医療、周産期医療システムの理解は、日本の今後の周産期の安全と質を保証するシステムを構築するため非常に有益と考えたため、齋藤のこれまでの研究フィールドとして実績がある、米国、英国、オランダ、フランス、カナダの周産期システムについて調査する。

神戸大学では、地域再生人材創出拠点形成事業 医師・コメディカル総合人材育成拠点形成プログラム 周産期医療コースを運営している。齋藤、山崎らが周産期に特化した教育を県下の助産師に、教育している。そこで齋藤、山崎らの担当した、分娩の安全と質保証の観点から受講生に、自己の施設の分娩時の安全と質保証の課題を分析を試みる。

倫理的配慮：疫学研究、臨床研究の倫理指針に基づき、各施設と十分なインフォームドコンセントを得て調査を実施する。

結果

平成22年度：研究計画に従い、以下の事を明らかにした。

1 国内外の分娩・院内助産システムの安全と質に関する文献研究

1) 国内の分娩・院内助産システムの安全と質に関する文献一覧

国内の分娩・院内助産システムの安全と質に関する文献一覧の作成を作成した。

「分娩・出産・助産・周産期・院内助産システム・助産外来・院内助産・安全・質・医療システム」等のキーワードから医学中央雑誌で、過去10年分の文献を検索し、院内助産システムの安全と質保証に関連する文献を収集し、分析を試みた。

わが国には体系的な院内助産システム（助産外来・院内助産）に関する資料、原著はほとんどないことが明らかになった。

また安全と質に関する研究もほとんど実施されておらず、文献はほとんどが各施設の実施報告の内容であった。

しかしながら、それらを体系化し、分析することで安全や質は向上すると思われるため、現時点での各文献の内容の要旨をまとめた。

2) 出産体験の自己評価、満足度に関する文献研究

分娩の質に影響する出産体験の自己評価、満足度に関する文献研究を実施した。

3) 世界の（米国、英国、オランダ、フランス、カナダ）医療・周産期システムおよび助産業務の調査

米国、英国、オランダ、フランス、カナダの医療・周産期システムおよび助産業務の調査からは、米国のみが公的保険が存在しないが、他の国は公的医療保険制度が存在し、分娩費は無料あるいはそれに近い実態であること、さらに産婦人科医師不足、集約化は世界的に共通した課題であった。

各国の助産業務の特性について調査した。

4) 英国の助産師主導型ケアの安全に関する文献検討の実施

英国では、ガイドライン等を参考に、助産師主導型ケアと医師主導型ケアの分娩時の安全性について、有意差があるとは言えないと分析されている。

2 助産師の必要数算出に関する考え方

助産師は何をすべき職種であるか基本に立ち返り、基本コンセプトを明示し、データから助産師の必要数を考える事を提案した。

3 兵庫県内の分娩の安全性と質の保証に関する分析事例

神戸大学では、地域再生人材創出拠点形成事業 医師・コメディカル総合人材育成拠点形成プログラム 周産期医療コースを運営している。齋藤、山崎らが周産期に特化した教育を県下の助産師に、教育している。そこで齋藤、山崎らの担当した、分娩の安全と質保証の観点から受講生に、自己の施設の分娩時の安全と質保証の課題を分析を試みた。

4 その他の事業

1) 神戸大学医学部附属病院「助産外来」の設立

神戸大学医学部附属病院に、保健学研究科教員である助産師と大学病院の助産師の協働による、「助産外来」を立ち上げた。

2) 「周産期の安全と安心研究会」を設立し、教育、研究、臨床の広い分野の構成人員からなる産科医師、助産師、看護師、学際分野の研究者からなる研究会を設立し、研究成果理論に基づき、発信

を試みる。

5 諸外国におけるフィールド調査の準備

齋藤は、フランスの周産期医療システムと助産教育及び業務に関する研究フィールドであるリヨン大学より、ベルギーの助産師の教育制度、助産業務に関する照会を受け、今後ベルギーの調査を行うため、ブリュッセル自由大学、ベルギー助産師協会会長と事前調査を実施した。今後の研究の準備を推進している。

着実に行動、実施しているものの、研究分担者の3人で集合会議打ち合わせは実施しているが、4人で一堂に介し総合討論ができていないため、23年度は重点的に実施する。

本研究で使用する院内助産システムは以下の定義により使用する。

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。

1) 国内の分娩・院内助産システムの安全と質に関する文献一覧

番号	タイトル	論文種類	著者	発行年	Journal	調査年	調査フィールド	N	研究方法 測定ツール	結果	課題
1	助産師外来における妊娠分娩管理の安全性の評価	会議録	町田玉枝	2000	母性衛生 日本ウーマンズヘルス 学会誌		神奈川県			神奈川県立母子保健センターの廃止後に、その地域の母親たちにニーズの高まりにより設立されたバースあおほの概要について	
2	安全、安心なお産への取り組み	会議録	柳澤初美	2000	日本ウーマンズヘルス 学会誌					助産師に求められる役割は、周産期における安全の確保と、より質の高い母子ケアである。	ハイリスク妊産婦のケアで きる助産師の育成はもとよ り、周産期施設の不足や産 科医不足による、周産期施 設機能の不全に対応できる 助産師の育成もまた急務で ある。
3	安全、安心なお産への取り組み 周産期施設機能不全へ対応する助産師の新しい役割	会議録	福井トシ子	2001	日本ウーマンズヘルス 学会誌					産科単価ではない病棟では、混合病棟であるが故に、助産師本来の業務を遂行することが難しいという問題や、分娩の集約化でマンパワーが増員されずに、分娩件数が増加したことによって、疲弊している現場にあっては、院内助産所や助産外来開	
4	「安全と快適性をめざす院内助産院」への道	解説	井上裕美	2001	京都母性衛 生学会誌						
5	【院内助産システムの推進 安全で満足度の高い出産環境の実現に向けて】 院内助産システムによる安全なお産環境の提供	解説/特集	上野恭子	2002	看護		浜の町病院			浜の町病院における院内助産システム構築過程とシステムの現状、メリットについて記載。 2004年4月に助産師外来を設立。 背景>妊婦のニーズの多様化、社会的少子化、不妊治療後の妊婦、高齢出産の増加等を踏まえ、医師とは違った助産師による妊婦健診の必要性が感じ取られるようになった。助産師外来には出産後も継続看護を行うことで、妊婦や家族の抱える問題を解消・軽減していく効果も期待された。継続看護の判断要因は「産後うつ」「合併症」「体重増加」等。 当初は正常経過の妊婦が対象であったが、現在はほぼ全ての妊婦が対象。医師・助産師双方の健診の組み合わせによるメリットを実感することが出来たため、様々な問題を抱える妊婦を総合的に支えることが出来るシステムになっている。	多様化していく助産師に求められる役割に対応できる新人助産師の育成を奨励 え、教育と臨床の交流実践、助産師の知識技術維持・向上のための段階的な実践を取り入れた研修内容を検討していく必要がある。

<p>院内助産システムを導入するコツについて記載。①産科病棟や人事部門、産婦人科外来など、関係職種間の意思統一。十分に話し合う時間を取り、お互いの意思を共有する。②看護管理者、病院長、事務部長が院内助産システムの必要性をよく理解する。③世の中とケア提供者の間で、知識の差や、取り組みの温度差をなくしていくような働きかけが大切。④全員参加型の取組みにする。⑤データで院内助産システムの価値を示す。</p>	<p>看護</p>	<p>2002</p>	<p>福井トシ子</p>	<p>解説/特集</p>	<p>ベビカム</p>	<p>n=920</p>	<p>インターネット上の投稿(web調査) 2007年と2008年の12月</p>	<p>○「あなたが産したところで助産師さんと話せる場はありましたか?」「特になかった」「42.5%、「助産師はいないようだ」「いるかどうか分からない」「17.2%、合わせると60%以上。」「助産外来・院内助産をどう思いますか?」「医師の良さ、助産師の良さ両方が活かせていいのでは。」「40%、「メリットがあるのであれば許容でき」「46.4%、合わせると86.4%で、残りの9.9%が「医師がいないと不安」「分からない」「3.8%」</p> <p>院内助産システムならではのメリットは、ハイリスク妊娠でも助産師のケアをじっくり受けられるということ。</p> <p>産婦人科医の平均診察時間は13.6分で安全で快適な妊娠・出産の支援には産婦人科医と助産師の協働が必要。またシステムに関するガイドラインが必要。厚労省の科研にて助産外来ガイドライン・院内助産ガイドラインが作成された。リスクスコアの判断に使われているのが妊娠リスクスコア。ハイリスク因子のチェック事項を助産外来でもしっかりと聞くことが大事。</p>
<p>【院内助産システムの推進 安全で満足度の高い出産環境の実現に向けて】 院内助産システム推進に向けての具体的な提案 病院の看護管理者の立場から 院内助産システム推進に必要な支援</p>	<p>看護</p>	<p>2002</p>	<p>河合蘭</p>	<p>解説/特集</p>	<p>ベビカム</p>	<p>n=920</p>	<p>インターネット上の投稿(web調査) 2007年と2008年の12月</p>	<p>○「あなたが産したところで助産師さんと話せる場はありましたか?」「特になかった」「42.5%、「助産師はいないようだ」「いるかどうか分からない」「17.2%、合わせると60%以上。」「助産外来・院内助産をどう思いますか?」「医師の良さ、助産師の良さ両方が活かせていいのでは。」「40%、「メリットがあるのであれば許容でき」「46.4%、合わせると86.4%で、残りの9.9%が「医師がいないと不安」「分からない」「3.8%」</p> <p>院内助産システムならではのメリットは、ハイリスク妊娠でも助産師のケアをじっくり受けられるということ。</p> <p>産婦人科医の平均診察時間は13.6分で安全で快適な妊娠・出産の支援には産婦人科医と助産師の協働が必要。またシステムに関するガイドラインが必要。厚労省の科研にて助産外来ガイドライン・院内助産ガイドラインが作成された。リスクスコアの判断に使われているのが妊娠リスクスコア。ハイリスク因子のチェック事項を助産外来でもしっかりと聞くことが大事。</p>
<p>【院内助産システムの推進 安全で満足度の高い出産環境の実現に向けて】 院内助産システム推進に向けての具体的な提案 産婦人科医の立場から 医師と助産師が相互理解して協働を</p>	<p>看護</p>	<p>2002</p>	<p>中林正雄</p>	<p>解説/特集</p>	<p>ベビカム</p>	<p>n=920</p>	<p>インターネット上の投稿(web調査) 2007年と2008年の12月</p>	<p>○「あなたが産したところで助産師さんと話せる場はありましたか?」「特になかった」「42.5%、「助産師はいないようだ」「いるかどうか分からない」「17.2%、合わせると60%以上。」「助産外来・院内助産をどう思いますか?」「医師の良さ、助産師の良さ両方が活かせていいのでは。」「40%、「メリットがあるのであれば許容でき」「46.4%、合わせると86.4%で、残りの9.9%が「医師がいないと不安」「分からない」「3.8%」</p> <p>院内助産システムならではのメリットは、ハイリスク妊娠でも助産師のケアをじっくり受けられるということ。</p> <p>産婦人科医の平均診察時間は13.6分で安全で快適な妊娠・出産の支援には産婦人科医と助産師の協働が必要。またシステムに関するガイドラインが必要。厚労省の科研にて助産外来ガイドライン・院内助産ガイドラインが作成された。リスクスコアの判断に使われているのが妊娠リスクスコア。ハイリスク因子のチェック事項を助産外来でもしっかりと聞くことが大事。</p>

6

7

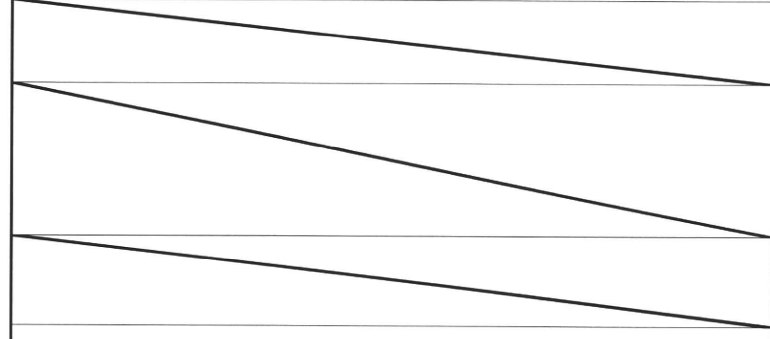
8

<p>9</p> <p>【院内助産システム】の推進 安全で満足度の高い出産環境の実現に向けて】 院内助産システムの推進 日本看護協会の取り組み</p>	<p>解説/特集 遠藤俊子</p> <p>2002</p> <p>看護</p>	<p>2003</p> <p>安全医学</p>	<p>会議録</p> <p>宮川友美</p>	<p>出生数の減少速度を分娩施設の減少速度が上回っているため、現在は1施設当たりに取り扱う分娩数が増加している。院内助産システム導入病院数は徐々に増加の傾向にある。</p> <p>日本看護協会の「院内助産システム」「助産外来」「院内助産」の定義について記載。</p> <p>日本看護協会が2008年から実施している「院内助産システム推進3カ年計画」について。①院内助産システムに関する用語・要件・支援体制等の整備、②院内助産システムに関する医療関係職およびサービス利用者への普及・啓発③院内助産システムの推進に関わる国の政策や予算確保に反映されるための政策提言</p>	<p>2010年に院内助産システムを推進3カ年計画の評価がある。</p> <p>院内助産システムを推進するために、まずはワーキングチームを作り、妊産婦のニーズ等のデータから検討する。次に医師や助産師の気持ち、能力を情報収集する。そして看護管理者の推進をサポートする姿勢こそが、新たな展開と良質のケア提供を可能にする考えられる。</p>
<p>10</p> <p>産科診療におけるリスク回避の工夫 当院における院内助産システムの安全性に関する</p>	<p>会議録</p> <p>岡田公江</p> <p>2003</p> <p>兵庫県母性衛生学会雑誌</p> <p>2008年</p>	<p>兵庫県</p>	<p>文献検討</p> <p>①兵庫県における出生数、産婦人科医師数は、全国における年次推移と同様に減少傾向を示したが、助産師数は、全国が増加傾向にあるのに対し、兵庫県では横ばい傾向。</p> <p>兵庫県における地域施設別分娩件数及び助産師、産婦人科医師1人当たりの平均分娩件数では、神戸、阪神圏域とその他の地方において格差があった。</p> <p>②「助産師外来」に関する文献検討では、定義、担当助産師の基準、対象の条件は統一されていないが、助産師による健診内容は共通している。(尿検査、超音波検査、諸計測と保健指導)妊婦からの評価は、非常に良好でニーズも高い。</p> <p>「院内助産所」に関する文献検討では、定義、担当助産師の経験件数、対象の条件、業務内容が明確に表示されていたのは1件だけであった。これによれば、産婦からの評価も肯定的であった。</p> <p>院内助産所を実施する助産師は、専門職者として診断能力や技術の向上は必須であり、それと同時に対象者や医師との信頼関係を構築する高いコミュニケーション能力も求められる。</p>	<p>兵庫県下における助産師外来、院内助産所の実態を把握するとともに、定義、対象者の条件、担当助産師の基準設定と、助産師外来、院内助産所開設に向けて、各施設が持つ課題を明確にしたうえで対処していく必要がある。</p> <p>助産師外来の助産師は、妊娠期の診断、超音波法の技術などの高い能力と、対象者との信頼関係の基盤となるコミュニケーション能力が求められており、これらがニーズに対応した教育的サポートが必要。</p> <p>今後は、助産師教育を助産師の生涯学習として捉え、臨床と大学が共同し、助産師の量的確保と実践能力の強化を図る必要がある。</p>	
<p>11</p> <p>兵庫県における助産師外来・院内助産所の社会的ニーズと今後の課題</p>	<p>原著</p> <p>岡田公江</p> <p>2003</p> <p>兵庫県母性衛生学会雑誌</p> <p>2008年</p>	<p>兵庫県</p>	<p>文献検討</p> <p>①兵庫県における出生数、産婦人科医師数は、全国における年次推移と同様に減少傾向を示したが、助産師数は、全国が増加傾向にあるのに対し、兵庫県では横ばい傾向。</p> <p>兵庫県における地域施設別分娩件数及び助産師、産婦人科医師1人当たりの平均分娩件数では、神戸、阪神圏域とその他の地方において格差があった。</p> <p>②「助産師外来」に関する文献検討では、定義、担当助産師の基準、対象の条件は統一されていないが、助産師による健診内容は共通している。(尿検査、超音波検査、諸計測と保健指導)妊婦からの評価は、非常に良好でニーズも高い。</p> <p>「院内助産所」に関する文献検討では、定義、担当助産師の経験件数、対象の条件、業務内容が明確に表示されていたのは1件だけであった。これによれば、産婦からの評価も肯定的であった。</p> <p>院内助産所を実施する助産師は、専門職者として診断能力や技術の向上は必須であり、それと同時に対象者や医師との信頼関係を構築する高いコミュニケーション能力も求められる。</p>	<p>兵庫県下における助産師外来、院内助産所の実態を把握するとともに、定義、対象者の条件、担当助産師の基準設定と、助産師外来、院内助産所開設に向けて、各施設が持つ課題を明確にしたうえで対処していく必要がある。</p> <p>助産師外来の助産師は、妊娠期の診断、超音波法の技術などの高い能力と、対象者との信頼関係の基盤となるコミュニケーション能力が求められており、これらがニーズに対応した教育的サポートが必要。</p> <p>今後は、助産師教育を助産師の生涯学習として捉え、臨床と大学が共同し、助産師の量的確保と実践能力の強化を図る必要がある。</p>	
<p>12</p> <p>出産現場における安全・安心・快適とは リスクマネジメントの立場から</p>	<p>会議録</p> <p>葛西圭子</p> <p>2003</p> <p>日本母子看護学会誌</p>	<p>兵庫県</p>	<p>文献検討</p> <p>①兵庫県における出生数、産婦人科医師数は、全国における年次推移と同様に減少傾向を示したが、助産師数は、全国が増加傾向にあるのに対し、兵庫県では横ばい傾向。</p> <p>兵庫県における地域施設別分娩件数及び助産師、産婦人科医師1人当たりの平均分娩件数では、神戸、阪神圏域とその他の地方において格差があった。</p> <p>②「助産師外来」に関する文献検討では、定義、担当助産師の基準、対象の条件は統一されていないが、助産師による健診内容は共通している。(尿検査、超音波検査、諸計測と保健指導)妊婦からの評価は、非常に良好でニーズも高い。</p> <p>「院内助産所」に関する文献検討では、定義、担当助産師の経験件数、対象の条件、業務内容が明確に表示されていたのは1件だけであった。これによれば、産婦からの評価も肯定的であった。</p> <p>院内助産所を実施する助産師は、専門職者として診断能力や技術の向上は必須であり、それと同時に対象者や医師との信頼関係を構築する高いコミュニケーション能力も求められる。</p>	<p>兵庫県下における助産師外来、院内助産所の実態を把握するとともに、定義、対象者の条件、担当助産師の基準設定と、助産師外来、院内助産所開設に向けて、各施設が持つ課題を明確にしたうえで対処していく必要がある。</p> <p>助産師外来の助産師は、妊娠期の診断、超音波法の技術などの高い能力と、対象者との信頼関係の基盤となるコミュニケーション能力が求められており、これらがニーズに対応した教育的サポートが必要。</p> <p>今後は、助産師教育を助産師の生涯学習として捉え、臨床と大学が共同し、助産師の量的確保と実践能力の強化を図る必要がある。</p>	

<p>18</p> <p>【海外を通してみる、日本の産科の医療安全】 各国からの報告 フィンランド出産の集約化を中心に</p>	<p>解説/特集 谷津裕子</p>	<p>2005</p>	<p>助産雑誌 60巻</p>	<p>フィンランド</p>	<p>フィンランドにおける周産期ケアシステムの概要と特徴について記載。フィンランドでは1950年代以降に、急激な勢いで出産ケアの中央化・病院化が進んだ。周産期ケアシステムの基本原則と運用指針について。過去の調査結果①GPからケアを受けたローリスク女性と、いくつかの病院内の専門家にケアを受けたローリスク女性を比較した研究では、周産期のアウトカムは同じであったが、専門家のケアを受けた女性は出産時に医療介入をより多く受けたことが明らかになった。②低出生体重児と早産児に比べて3次病院でのケアのメリットは明らかだったが、正常な出生体重の児はより低い技術レベルの病院での結果の方が良好であると示した。③病院内の産科ケアにおける患者満足度の指標において重要とみなされる事柄には「コミュニケーションの質」「コントロールの感情」「意思決定への参加」「サポートパートナーの存在」「情報(母親学級)」「看護ケアサービス」「滞在期間」「医療環境」などが含まれていた。病院出産のグループは、より多く婦満足を訴えた。その主たる原因は、「出産時に介入するスタッフの熟意」に関するものだった。④予定外に病院外出産数は、南部よりも北部の方がほぼ3倍高く、さらに、予定外の病院外出産のリスクは都会よりも田舎に住む女性の方が4倍高かった。⑤1991～1995年の間に全出産の0.1%に病院以外での出産があった。予定外の病院外出産で生まれた新生児は、病</p>
<p>19</p> <p>【妊産婦と褥婦への看護と支援】 分娩の安全と快適さ</p>	<p>解説/特集 竹村秀雄</p>	<p>2005</p>	<p>周産期医学</p>		
<p>20</p> <p>21世紀の助産婦教育について 妊娠・出産の安全性と快適性を求めて</p>	<p>原著 大法啓子</p>	<p>2005</p>	<p>岐阜県母性衛生学会雑誌</p>		

<p>21</p> <p>開業助産師と連携した新しい分娩システム 助産師主導による分娩の医学的データの検 討</p>	<p>原著</p>	<p>町田稔文</p> <p>2005</p> <p>ペリネイタル ケア 24巻</p>	<p>2002年7 月～ 2004年 12月</p> <p>ふれあい横浜 ホスピタル産 婦人科</p> <p>573例 うち帝王 切開率 は14.1% 。</p> <p>助産師が 主導し、必 要に応じて 医師が医 療介入した 分娩の安 全性につ いて、カル テ、カルテ の既存デー タからの検 討</p>	<p>分娩時に可能な限り待機する分娩方針のため、助産師管理の分娩では分娩第2期遷延が比較的高頻度で認められたことが特徴の一つと考えられないが、分娩第2期遷延の頻度は高かった。</p> <p>文献では分娩第2期が延長するに従い、手術的分娩(鉗子分娩など)が増加し、結果的に母体損傷の頻度が増加しているとの報告がある。</p> <p>新生児仮死の発生頻度は分娩第2期遷延の場合、有意に増加が認められたが、新生児のNICUへの入室率などには関係しないとの報告もある。</p> <p>助産師主導で管理する分娩の特徴の1つとして分娩第2期の延長があるが、5時間程度までは児の予後、母体損傷などへの影響は軽微なものと思われた。助産師が管理する分娩の特徴である「待つ分娩」の利点もあり、正常分娩に必要な以上の医療介入を行う必要はなく、助産師サイエンスも母原に悪人的資源を活かして、開業助産師のネットワークの力を借りて、病院での助産院スタイルの分娩を行っている。分娩時には病棟助産師、院外助産師と医師が立ち会うがベテラン助産師の技術の伝達ができることは、若手助産師の力を飛躍的に伸ばす。</p> <p>医療化されても、「場」が保たれていれば真のリスク時にも対応できる一方で、緊急事態が減り、医師の仕事は減るはずである。これが「安全で快適」な分娩の極意。</p>	<p>助産師主導による、いわゆる「待つ分娩」では分娩第2期が遷延する傾向がある。母体損傷は比較的軽微と考えられたが、急速分娩実施から、分娩第2期が5時間を超える程度からは医療介入する必要があると思われる。</p>
<p>22</p> <p>こんにちのお産、これからのお産 21世紀型の安全・快適分娩 助産師と病院のコラボレーション</p>	<p>解説</p>	<p>早乙女智子</p> <p>2005</p> <p>ペリネイタル ケア 24巻</p>	<p>ふれあい横浜 ホスピタル産 婦人科</p>	<p>24時間同じ安全性を確保できないという課題が残る。現実的に、大病院でも理像通りにいっていない。地域やマンパワーを活かした連携について考える。地域ごとの助産師と病院の連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自然分娩の科学的観察 ・安全性確保のための取り組み ・母児継続ケアと父親の育成 	<p>これまでのケア実践を継続しつつ、助産師が妊産婦からの評価を受けられる機会を作ることや、根拠に基づいたケアの視点を加えていくことが、助産師の「快適さ」と「安全性」のケアの質を高めるうえで必要。</p>
<p>23</p> <p>助産師による助産ケア内容の適正化に関する検討・報告 「快適さ」と「安全性」を確保するために重視しているケアとその適正化の検討</p>	<p>原著</p>	<p>高田昌代</p> <p>2006</p> <p>助産師 58 巻</p>	<p>平成13 年10月 ～平成 14年6月</p> <p>日本助産婦 会 会 員 名 簿 より 助 産 所 部 会 員 600 名、 勤 務 部 会 員 600 名。 都 道 府 県 は 無 作 為 出 。</p> <p>1回目： 1200人 2回目： 280人 3回目： 157人</p>	<p>「快適さ」を確保するためのケア(10つ) ①教育・相談②医師決定の尊重③配慮や姿勢(心)のもち方④環境づくり⑤接遇⑥家族と共に⑦説明⑧判断・診断⑨女性と児や家族の関係⑩観察「安全性」を確保するためのケア(7つ) ①教育・相談②観察③判断・診断(異常の予測を含む)④連携⑤感染・事故防止⑥環境づくり⑦直接的ケア</p>	<p>これまでこのケア実践を継続しつつ、助産師が妊産婦からの評価を受けられる機会を作ることや、根拠に基づいたケアの視点を加えていくことが、助産師の「快適さ」と「安全性」のケアの質を高めるうえで必要。</p>

24	医療技術の発達が出産のあり方に与えた影響(第1報) 出産と医師・助産師の役割及び協力関係の比較	原著/比較 濱松加寸子	2006	日本看護医療学会雑誌	1996年	①A市内のB病院で1968年に助産師活動を行っていた助産師3名②1996年に筆者が立ち会った出産18例	①3人 ②18例	①当時の助産師活動を中心にヒアリング ②出産場面の立ち会い ③観察	現在は出産の安全性は確実に高まってきた。一方で、医療技術の導入により管理的な出産へと変容している。助産師は医師が分娩に立ち会ったことで助産師自ら判断した事柄を実践出来にくい状況となり、次第に判断力が奪われ医師へ依存していく。助産師が医師あるいは医療機器に依存することにより、本来の助産ケアの質低下を助産師のケア実践頻度についての研究。 回答者の75%が分娩期の産婦の快適さを確保するためのケアを実践しており、ケア内容64項目が抽出され、産婦と家族のニーズの尊重、産婦の基本的ニーズを満たす援助、助産師の配慮・姿勢、家族と共に行うケア、経過判断に基づく説明、的確な判断という6つの視点により実践されていた。 また、回答者の75%が安全性を確保するためのケアを実践しており、ケア内容69項目が抽出され、分娩進行状態把握のための観察とケア、異常を予測したケア、リラクゼーション環境づくり、正常な分娩進行のための判断とケア、感染予防という5つの視点により実践されていた。	①について3名からの聞き取りであり、実際の出産場面は観察できていない。
25	助産師による助産ケア内容の適正化に関する検討・報告 分娩期の快適さと安全性のケアの検討	原著 安達久美子	2006	助産師 57巻			1回目: 1200人 2回目: 282人 3回目: 147人	助産師を対象とした3回の郵送による調査		
26	日本の出産と米国の出産の比較 ヘルスクエアにおける出産と安全性の連携	解説 SananmanE	2006	九州大学医学部保健学科紀要						
27	妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保 センター病院助産師の立場から	会議録/特 赤山美智代	2006	母性衛生 44巻						
28	妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保 より生理的な分娩を目指して 大学病院における助産師の役割	解説 原口眞紀子	2006	母性衛生 43巻	旭川医科大学医学部付属病院				旭川医科大学医学部付属病院における助産師の役割 ①ハイリスク母子のケア②ハイリスク母子の地域と継続した支援③ART妊婦のケア それぞれその具体例が記載。	大学病院の役割・機能を果たしながら、母子のQOLを追求及・実施できるシステムの構築を目指していく。 大学病院の規制をどこまで緩和できるか。 配置数から考えると産科専任医師のマンパワーには制限があり、それを補う意味で助産師が分娩へもっと積極的に関与してよいのは、看護系大学における助産師教育の高度化と充実を図ることにより、周産期診療のマンパワー不足解消を図る。
29	一産科診療施設における産科医師の必要数についての検討	原著 久保武士	2006	Health Sciences				独自のオリジナル算出式を生み出し検討。	年間分娩数別の必要医師数の算出。本邦では単位人口当たりの分娩を取り扱う施設が極端に多い。そのため産科医が散在して施設当たりの産科医数が平均1人となっている。 当直医が対応するうちの多くが正常分娩であり、助産師が十分安全に行える範囲。スクリーニングさせ正確になされれば助産師にゆだねてもよいと考えられる。正常と考えられていた症例に突如異常が生じたときには直ちに待機医師が対応することが前提である。その意味で、大学病院や大病院では助産師がもっと主体性を持って	

<p>助産師資格のない看護師等の内診が意味すること(第一報) 助産師不足とその背景</p>	<p>解説</p>	<p>平塚志保</p>	<p>2006</p>	<p>看護総合科 学研究會誌</p>		<p>看護師等による助産行為の実態とその経緯を明らかにし、その背景にある助産師不足、助産師の偏在という問題をどのように捉えるのかについて、先行調査から検討を加える。 文献検討</p>	<p>産科医療の現状は、産科医師の高齢化、過剰な業務、女性医師の増加、厳しい現場を敬遠するゆえの若手医師の減少や新臨床研修制度の導入に伴う大学からの派遣医師の引き上げなどにより、全国的に産科病棟の閉鎖や分娩の取り扱いの停止が相次いでいる。 ・看護師等による助産行為の実態：「過去に看護師に内診させたことがある」と回答したのは、病院約25%、診療所約75%。しかし、「助産師がいなから」「見よう見まねで」といったように必ずしも、本人の意向や希望で助産業務を行っていないことが推測される。 ・助産師の定数は医療法指定規則にない。入院患者や通院患者の数に応じて医師や看護師の必要数は定められている。 ・2004年12月の時点で助産師の就業者の69.4%が病院に、16.3%が診療所に勤務し、産科医同様、就業場所に偏在が認められる。また助産師の就業場所と分娩数は相応していない。 ・助産師が本来の助産業務に就けておらず終了意欲を低下させている。 ・産科の閉鎖や少子化による分娩数</p>	<p>正常妊産婦のケアについて、助産師と医師、あるいはほかの看護職間で助産師の役割を明確化・共有化し、助産師の就労意欲を高める対策が必要。 助産ケアとは何か、助産師の専門性とは何かについて、医師にも社会にも理解してもらったための説明責任がある。助産師一人ひとりがそれぞれの場所で、助産ケアの重要性について発信することが、医師や看護師とのパートナーシップにつながり、相互理解と信頼関係の構築の第一歩となる。</p>
---	-----------	-------------	-------------	------------------------	---	---	---	--

<p>40</p> <p>【国産期診療プラクティス】総論 助産師外来とそのあり方</p>	<p>解説/特集</p>	<p>竹村秀雄</p>	<p>2006</p>	<p>産婦人科治療</p>	<p>小阪産病院</p>	<p>助産師外来の対象： 妊娠15週未満で、医師の健診で妊娠経過や健康状態に問題がないとされ、助産師外来受診を希望する妊婦。ある程度の問題があっても状況が安定しており、医師の判断で可能となれば利用可能としている。 医師と助産師の外来を交互に受けることが原則。妊娠期間を通じて</p>	<p>2007年の調査によると、大阪の分娩施設160施設中26施設(16.3%)に助産師外来が開設されている。 施設の特徴によって助産師外来の在り方も多少の違いはあつて当然。小阪産病院での助産師外来について記載。 医師は児娩出時に立ち会う他は必要に応じて関与する助産師主導型。助産師外来受診者は、産科外来受診者のうちの16.1%、妊婦健診に占める割合は20～25%程度に達していると考えられる。 助産師外来の満足度は高く、医師の外来の満足度に比べて20%以上も差を保ってきたが、2007年は15%と縮小している。これは、医師の外来にも予約制を導入したと共に、助産師外来のお陰で医師も落ち着いて以前より充実した健診を行えるようになり、受診者の満足度がアップしたことによるものであろう。</p>	<p>妊産婦の安全、安心と満足度を高めるとともに医師、助産師の役割分担と協働を加速し、お互いの協力、信頼関係を築きながら仕事のやり甲斐を実感し得るものであつてほしい。</p>
--	--------------	-------------	-------------	---------------	--------------	---	---	---

<p>41</p> <p>【医師・勤務助産師・開業助産師の理想的な「連携」を求めて】医師・助産師の連携にはどのような課題があるのか</p>	<p>座談会/ 特集</p>	<p>加藤尚美</p>	<p>2007</p>	<p>助産雑誌 62巻</p>	<p>あるべき周産期医療システムを目指して、助産師は医師にならざるを得ないのか？ 「助産師はどのような教育を受け、何ができるのか」を丁寧に説明する必要がある。「正常の出産は助産師が自立して取り扱うことが出来る」 「助産外来」「院内助産院」などによって、産婦や関係者に理解を求め、医療施設の中で助産師の力を発揮することが助産師の自立につながる。 助産師会としては、母子の安全を第一に考えながら、自然出産を大切に、伝統的な出産への支援を大事にしていきたいと考えている。 医師からの助産所への理解は乏しい。「怖くて見てられない」という医師もいる。オープンシステムで開業助産師が介助し、医師に助産師の技術の理解を介してもらえたら、連携は進む。 助産師は分娩第一期のケアを重んじているが、第一期を助産師がきちんと見ることでお産、安楽なお産</p>	<p>医師と助産師がよく話し合い、正常の分娩の扱い方を決めることが必要。</p>
<p>42</p> <p>【医師・勤務助産師・開業助産師の理想的な「連携」を求めて】産科医のホンを聞く産科医師は助産師との連携をどのように考えているのか</p>	<p>座談会/ 特集</p>	<p>岡井崇</p>	<p>2007</p>	<p>助産雑誌 62巻</p>	<p>大学病院における役割について。教育が一番重要な仕事なので、普通の病院とは違うやり方になるかもしれない。医師にも正常のお産を教育しなければならぬ。 産科医療施設の集約化について。医師不足により、各地域で救急医療の診療体制が支えられなくなる。ローリスクでも2～3時間かけて健診に行かなければならない「お産難民」の存在。</p>	<p>「妊産婦主体の周産期医療とはどのようなものか」といった本来あるべき姿について話し合う必要あり。 助産師の分散などによって地域周産期医療を維持しようとする試みが必要。 ローリスクであっても2%程度は緊急帝王切開が必要となる場合があり、その2%に対応できる体制の整備。正常だと思っただけでも突然異常となることがある。そのため、助産師と医師の領域を明確に分ける場はない。</p>
<p>43</p> <p>助産師外来の取り組み 3カ月の施行期間に行った工夫と安全性・満足度の検討</p>	<p>会議録</p>	<p>長坂桂子</p>	<p>2007</p>	<p>母性衛生 48巻</p>		
<p>44</p> <p>周産期医療の患者安全に向けたカナダの多職種協働ケアモデルとその取り組み</p>	<p>会議録</p>	<p>中田かおり</p>	<p>2007</p>	<p>日本助産学会誌</p>		

<p>医療施設(病院・診療所)にて提供される助産ケアは、各施設の医療サービスの安全管理という枠組みの中で、国や州レベルで規定された安全基準によって管理されていた。</p> <p>助産師個人のケア能力は、助産資格の管理監督機関や助産師職能団体などによる安全管理が行われてきた。</p> <p>各国とも、助産師のケア能力に関わる教育内容の機軸や免許更新・資格審査に必要な能力基準・生涯教育に関する規定などは、産科専門医のそれよりも詳細な内容である。</p> <p>各国に共通する安全対策は3つ。</p> <p>①事故・インシデント報告システムを整備し、医療組織全体の改善を図る。</p> <p>②何らかの傷害(有害事象)を受けた患者が、迅速に治療を受けられるシステムを作る。</p> <p>③医療者の養成課程(基礎教育)と生涯教育における実践能力養成を強化した教育改革。</p> <p>＜事故・インシデント報告システム＞</p> <p>国レベルで行い、国政レベルの医療安全戦略の作成に結び付けられるものである。国レベルでこのようなシステムが動き始めているのは英国とニュージーランドのみ。</p> <p>事故やインシデントが必ず報告される環境づくり。←間違いを報告した医療者を賠償責任から守る規定を整備。間違いを報告した医療者は、報告をきっかけに実践的な判断や技術教育の機会が提供されている。</p> <p>「無過失補償制度」「裁判外裁判制度」の存在</p>	<p>事故やインシデントが必ず報告される環境づくり。</p> <p>日本の医療安全対策の残された課題は、医療者の養成課程(基礎教育)における実践的な知識と技術教育の方法と実習環境の整備、有資格者の生涯教育の整備。</p> <p>助産ケアのリスクは医療のリスクとは別に明文化する必要がある。「助産ケアのリスクとは何か」を明確にすることが、助産ケアにおける安全管理対策に残された最大の課題と考えられた。</p>
<p>調査対象国： ニュージーランド、ドイツ、フィンランド、英国、カナダ</p>	
<p>助産雑誌 60巻</p>	
<p>2007</p>	
<p>松岡恵</p>	
<p>解説/特集</p>	
<p>【海外を通してみる、日本の産科の医療安全】日本の周産期ケアにおける安全対策の課題</p>	

<p>46</p> <p>【海外を通してみる、日本の産科の医療安全】各国からの報告 英国 整った周産期医療安全基盤 助産師への職責の重みと支援システム</p>	<p>解説/特集</p>	<p>日高陵好</p>	<p>2007</p>	<p>助産雑誌 60巻</p>	<p><英国の周産期ケアの特徴> <周産期ケアシステムの流れ> <英国の周産期医療安全システム> 国の中枢部署として2001年にNPSAを設立。すべてのインシデントが電子ルートによりNPSAに届けられ、NPSAが類別、分析して医療機関にフィードバックするシステム。 <2年毎の産科への個別評価> <助産師の質保証システム> 助産師の質管理を担う組織はNMC。NMCは助産師を含め看護職65万人がこの法に則っているかの法的管理を行う。 スーパーバイザーを持つ義務。ポータルフォリオと継続教育。助産師ライセンス取得後の自己研鑽が義務付けられている。 <助産師への支援と監督システム> 助産師の職務適正に関する最終権限はNMC。個々の助産師は常に報告される立場にあり、審理の対象となると全て公開される。地方の監督局には助産師長も存在し、スーパーバイザーと会合を持ち、情報交換を行う。 <まとめ> 国、地方自治体、各病院それぞれレベルで具体的方策が実行に移されている。女性が安心して安全に出産できるシステム構築には、主たるケアの担い手である助産師の職責は重い。しかし、その助産師のプロとしての資質を育み、向上させるための支援システムが英国には整っているとい 2005年地域医療に関する関係省庁連 絡会議では、医師の業務の効率化として、産婦人科医師と助産師の役割の分担・連携を進める旨を明記した。 ●助産師の就業先の偏在 助産師の就業先は出生場所と対応しておらず、妊産婦や新生児ケアの 不平等を見ることが出来る。2006年現在、助産師免許を有している就業者のうち、助産師業務を行っていない助産師は3873名いることも明らかにしている。 ●超少子化時代に求められる母子ケア 子供を持つことの喜びや自信をサポートすることで、弱くなるとうとする人々が安心して過ごせる。助産師がこうした働き方ができる体制づくりが</p>
<p>47</p> <p>お産における助産師活用の促進</p>	<p>解説</p>	<p>遠藤俊子</p>	<p>2007</p>	<p>看護 58巻</p>	<p>我が国の周産期医療安全については、助産師教育の充実、継続研修、助産師数の増加と雇用体制の拡大、産科緊急体制の確立(クリニック/助産院と大病院の連携)、周産期ケアのガイドライン/プロトコルの完備、リスクマネジメントの徹底など急務の課題が山積みされている。</p>

48	医療安全の確保に向けた保健師助産師看護 師法等のあり方に関する検討会 産科におけ る看護師等の業務について	解説	山本詩子	2008	助産師 60 巻								
49	保健師助産師看護師法改正の方向性 厚生 労働省「医療安全の確保に向けた保健師助 産師看護師法等のあり方に関する検討会」	解説	小池智子	2008	看護展望 31巻								
50	看護の将来に影響する重要報告書を読む 医療安全の確保に向けた保健師助産師看護 師法等のあり方に関する検討会中間まとめ	解説	井部俊子	2008	看護実践の 科学								
51	当院の助産婦外来の現状と評価 さらなる向 上を目指して	原著	斉藤仁子	2008	茨城県母性 衛生学会誌	茨城県 協同病院？	100人 (妊婦 及び褥 婦)	アンケート 調査					
52	医療の質・安全の取組みの現在 プロフェッ ションと学会の取組み 医療開環を防ぐため の医療安全に関する日本医師会の取組み	会議録	木下勝之	2008	医療の質・安 全学会誌								

平成17年6月に「医療安全の確保に
向けた保健師助産師看護師法等のあ
り方に関する検討会」の中間まとめに
ついて。
以下の検討課題についての検討結
果が記載されている。
①看護師資格を持たない保健師及び
助産師の看護業務②免許保持者の
届出義務③助産師、看護師及び、准
看護師の名称独占④行政処分を受け
著者等が予測した相談内容と妊婦の
相談内容との間に違いがあり、相談
内容については全般に初産と経産と
の差はあまり見られなかった。指導内
容が役に立ち、不安や悩みが相談で
きたということについては肯定的な意