

患者安全局)を設立した。NPSAが中心となり医療安全文化を向上させるために、各病院やクリニックなどのリスクマネジメントシステムが構築された。大きな成果の一つに、国レベルの「インシデント報告システム」が確立したことである。8) 現在では、全てのインシデントは電子ルートでNPSAに届けられNPSAが分類、分析して医療機関にフィードバックするシステムである。どのような事例にも、どのようなレベルの医師や助産師が対応しても、安全と質を保証することは医療の基本的な重要事項である。

2007年にNational Institute for Health and Clinical Excellence(NICE)から、「臨床の実践のガイドライン：正常出産のケア」が発表されている。NICEは国営の英国保健制度NHSの一施設として1994年に設立され、医療の質と安全性向上のために国レベルで診療の指針や標準化を目指す機関である。9) 現在でもその活動は継続され、周産期に限らない多くのガイドラインの作成を行っている。英国の種々のガイドラインは、日本でもインターネットを通じて簡単にアクセス可能で無料で入手できる。

4) 助産師の教育

英国では、英国看護助産師協会(Nurse & Midwifery Council ; NMC)の認可を受けた教育機関を修了し、NMCに登録することで助産師の免許を取得可能である。日本の国家試験制度にあたるものはない。英国の助産師免許は、5年ごとの更新制度であり免許更新のためには、研修を受けること、規定数の事例を提出することなどが義務付けられている。助産師職からしばらく

離れていたもののために研修も用意され、これは国費でまかなわれる。

助産師の教育は、看護師を経ないで助産師になるダイレクトエントリーコースと、看護師教育終了後に助産師教育を受ける場合の2種類がある。かつては、看護師から約1年半の教育を経てなるもの、3年制のダイレクトエントリーが主であったが、現在は4年制のダイレクトエントリーによる助産師教育が主流である。

英国の助産師数は、2009年現在、助産師の登録数は約35,000人(NMC(Nurse & Midwifery Council)のホームページより)である。男性助産師も約100名位存在する(11)。

5) 英国の周産期医療システムと日本の課題

英国では、一旦衰退した助産師が見直され、現在のようにローリスク妊産婦ケアを自立して担う専門職として活躍するに至っている。産科医や病院スタッフとの連携も密であり、ガイドラインを遵守し、異常に移行した場合のハイリスク病棟への移送もスムーズである。英国という国全体が安全で安楽な周産期医療の推進を後押ししている状況にある。

また各種のガイドラインを紹介したように、エビデンスの臨床実践への取り込みや5年毎の免許更新制度など、最新の知識に基づいて日々の実践を行うことも、強力に推し進められている。日本では助産師の教育制度の見直し等、ようやく始まったばかりであり、英国の制度に学ぶべきことは多々あると思われる。

3 オランダ

オランダは、先進諸国では世界的にもまれな自宅出産の割合の多い国である。オランダでは自宅出産に関わるガイドラインが完備されており、日本助産師会が2004年に公表した助産所業務ガイドライン作成の際にはこのオランダのガイドラインを参考に検討したという経緯がある。また、オランダの医療制度は社会保険制度が基盤となっており、この点でも日本と近いシステムを持っているといえる。

1) 基本的な医療提供体制と保険制度

■医療提供体制

オランダではそれぞれが担当の家庭医を持ち、家庭医はプライマリーの診療を受け持ち、必要に応じて専門医に紹介したり、病院への入院を指示したりする。家庭医は後述するように、妊婦の健診や分娩介助も扱うことができる。

オランダの医療体制は、スウェーデンの民間医療調査機関ヘルスコンシューマ・サービシスによる、①患者の権利・情報公開、②IT活用状況、③待機日数の短さ、④臨床成績、⑤治療・予防の供給量、⑥薬剤の充実度の6点からの評価において、欧州31か国中で最高得点を得ている（文献??）。

■保険制度

オランダの医療制度は、日本と同様に社会保険制度が基盤となっている。長期入院介護などの医療費保証をする第一層、急性疾患を主とする第二層、公的医療給付以外を含む第三層から構成されている。出産と出産後10日までの医療費は、第一層でまかなわれる。オランダは、基本を社会保険制

度としながらも、1980年代に市場原理を取り入れた「デッカープラン」を導入し医療費の抑制をはかっている。

2) 周産期医療の特徴とその提供体制

オランダは自宅分娩の割合が先進諸国で最も多く、全分娩の約3分の1を占める。先進国の多くで家庭分娩がほとんど実施されていない状況の中で、オランダは非常に特異的な国である。家庭分娩のほとんどは助産師によって介助されており、1980年ころからこの約3分の1前後という割合は変わっていないという。一方で、オランダでも、女性の高学歴化が進み第1子の出産年齢は高くなり、また麻酔による無痛分娩の希望も増加しているという。今後、「自宅分娩」の割合がどうなるかは明確とはいえない状況にある。

この高率の家庭分娩を支えているのが、産科のガイドラインによる厳重な妊産婦管理である。妊娠をした場合でも、最初に受診するのは一般に担当の家庭医である。家庭医はガイドラインに沿って、助産師の健診・分娩介助が可能と判断すると、助産師に紹介する。妊婦が直接助産師に受診することも可能であるが、やはりガイドラインに沿ってそのまま健診を継続するかを助産師が判断することになる。

助産師はグループで診察を担当している。助産師は健診を継続しながらそのリスクを査定し、また分娩経過中でも異常の有無を査定しながら介助を行い、必要と判断されれば、病院への紹介や移送を行う。結果として、自宅出産を希望し、助産師に健診を担当してもらっていた対象者でも、自宅分娩できる人は希望した人の半数である。こ

これは、自宅分娩が可能と判断するための母体及び胎児の健康基準が厳しいことを表わしている。

妊娠中からリスクが高いと判断される場合は産科医の健診を担当し、病院での出産となる。

オランダの独自の制度に、産褥ヘルパーの存在がある。正常分娩の場合、出産後 8 日間の間、産後のケアと新生児の世話のために、訓練を受けた産褥ヘルパーが毎日訪問する。産褥ヘルパーは、家庭分娩の場合には助産師の助手も勤める。

■産科ガイドライン

産科のガイドラインでは、妊産婦を「助産師か家庭医の対象」、「助産師と家庭医と産科医で相談すべき対象」、「産科医の対象」、「助産師か家庭医の対象であるが分娩中に起こりえる移送のリスクを避けるため病院で出産すべき対象」の 4 つに区分している。つまり、助産師が担当する正常妊娠・分娩と、産科医が担当する異常妊娠・分娩とを、診断基準を明確に定めて区別しているのである。

このように、産科医と助産師の担当領域が明確であるため、助産師から産科医への紹介や分娩経過中の病院への移送が適切な時期にスムーズに行われる。逆に産科医師は正常な妊婦の健診や分娩を担当することはない。

4) 助産師の教育

オランダでは、看護師教育をへないで助産師になるダイレクトエントリーによる教育が一般的である。1990 年代までは 3 年制の専門教育であったが、2000 年以降は高校卒業後 4 年間の 4 年制となった。

助産師の基礎教育には、会陰切開・縫合が含まれており、Ⅲ度までの自然裂傷への対応は助産師の範疇である。病院の医師や助産師、開業助産師などから指導を受け実践的実習を行う。

5) オランダの周産期システムと日本の課題

オランダの新生児・乳児死亡率は、北欧やドイツ、フランス、スイス等と比べてやや高い傾向にある。その要因はいくつかあげられている。まず、オランダの初産年齢の平均は 29 歳と高齢であることである。結果としてハイリスク妊娠出産となる率が高くなる。また、出生前診断があまり一般的に実施されていないこともあげられている。先天異常児の出生が比較的多く、生後死亡する数も多い。このような状況から、オランダの新生児・乳児死亡率が、短絡的に緒外国のそれらの統計値に比較して悪いと断言しがたいが、改善の余地はあるものと思われる。産科医の中には、この統計データから、オランダの周産期医療制度を必ずしも安全と見ていない見方もある。私たちがオランダの制度を参考にする場合、このような見方もあることを冷静に理解する必要があるだろう。

一方で、産科ガイドラインの明確化とそれに厳密に則った妊産婦管理は、日本の助産師のこれからの実践にとって大いに参考になるものと思われる。

4 フランス

フランスは

1) 基本的医療制度

わが国と類似の国民皆保険制度のもとに、患者には医師、医療機関の選択の自由がある。医師には出来高払いによる診療報酬と、自由開業制による医療活動が認められている。

外来診療を受けた場合は、受診した医療機関で全額をまず支払い、医師の領収書や薬局の領収書を所属する疾病金庫に送り、金額が償還される仕組みである。

医療提供体制として公的病院、民間病院、自由開業医、調剤薬局などがある。医師は専門医と一般医に分類される。

医療改革が実施され、フランス内の県ごとに医療地図が描かれ、器械の配置基準やサービスの提供体制の適正が実施された。つまり医療の集約化が実施されている。

2) 周産期の医療制度

分娩に関連する費用や医療費も、国民皆保険制度のもとに、基本的にはフランス国民は無料で受けることが可能である。

周産期における産科医師と助産師の役割分担は明確であり、正常分娩は基本的には助産師がかかわる仕事である。しかし妊産婦は助産師のみでなく、妊娠期間中に医師が診察する回数も決められ、医師・助産師両方からの診察を受けている。妊娠中の検診回数はおよそ7回である。日本に比して少ない。7回のうち3回は医師が診察をおこない超音波を実施する。ほかは助産師の診察である。

大きな特徴は、分娩を取り扱う病院のレベルを重症度ごとに分類していることである。レベルⅠは正常分娩で、助産師のみで対応可能である。レベルⅡは、新生児の救急に対応可能で、レベルⅢは新生児の高度

の救急蘇生に対応な病院である。レベルⅢが必要でない妊産婦でもレベルⅢの病院を希望することもある。2005年の人口は、約6100万人で出生数80万7400人であった。概数として医師数20万5000人、看護師47万人、助産師1万7000人であった。分娩の75%公的病院、25%民間病院、自宅出産0.1%で実施される。

3) フランスの助産師の特徴と教育制度

助産師 *Sage-femme* は、フランスにおいては看護職ではない。助産師は、公衆衛生法典 *Code de la Sante Publique* 第Ⅳ巻 医師パラメディカル職業規定によれば、1 医療職（医師・歯科医師・助産師）2 薬剤師職、3 医療補助職（看護師、マッサージ療法、作業療法ほか）となり、分類上は医療職である。

助産師になるためには大学入学資格を取得後、医師、歯科医師、助産師からなる集団で一年間の基礎教育を受けたあと、助産師の専門教育を4年間受ける。総計5年間の助産師教育であるが大学化されていない。ダイレクトエントリー方式であり、臨床実習と講義は50%、50%である。

4) フランスの産科医療の集約化と日本の課題

フランスは日本と同様に産科医師不足も深刻であり、病院や産婦人科医療分野の集約化が日本よりも早く実施された。1998年ブルゴ뉴地方から開始された。年間分娩件数500例以下の病院は分娩を廃止した。フランスの全土をエリア別に分類し、分娩を実施する施設と医師を集約化した。実施前は、国民から「病院が遠くて分娩時に間

に合うか、安全か」など患者から心配の声はあった。しかし実施後の成果については、筆者が訪ねたリヨン大学では産科教授 新生児科教授 助産師教員の全員が、集約化によって産科医療の安全性は向上したと解答していた。フランスで実施された病院の経営母体は、国や公的機関であり、分娩数が少ない病院での分娩を中止するという思い切った政策が可能であった。日本は多くの民間病院を含むこと、又日本の病院における平均分娩件数は欧米に比して少ないことから、年間分娩件数 500 例以下の病院における分娩を全面的に中止することは難しいであろう。しかし、集約化の方向性や集約化で成果を得た内容を先発国から、学ぶ点は多いように思う。フランスで課題と思われる点も含めて、日本型に改良された産科集約化政策が必要である。その場合、助産師や看護師の側からのエビデンスに基づいた安全と質保証のデータや議論の視点が反映される力量をつけることが、今後日本の市民の女性の一生における分娩の質向上、人生の意味にとっても大きく影響すると思われる。

5 カナダ

1) 基本的医療制度

カナダの医療制度はカナダ保健法に基づき、全国民を対象にコアとされる医療については、患者の自己負担がなく、すべてを租税財源で公的に負担するシステムとして運営されている。実質的国民皆保険制度である。この制度は **Medicare** と呼ばれ保険料は徴収されないが、**Health Insurance** (医療保険) という表

現が一般的に使用される。米国と接しながらカナダの医療制度は大きく異なる。

カナダという国が米国と接しながらも、例えば言語は英語・フランス語の二言語主義であることや、医療制度でも独自性を貫いてきた。患者数に対する看護師数の配置数が少ない場合と多い場合を比較した研究において、米国の **Linda Aiken** らによれば、一人当たりの受け持ち患者が増えると患者の死亡率が 7%あがるという有名でショッキングな論文がある。日本看護協会も注目はしたが、国や自治体と連動した大規模調査は行われず、アメリカのデータを引用したのみであった。このような場合にカナダの看護協会では、カナダではどのような研究結果であるか、カナダ自前の調査結果から導いている。日本では欧米論文を引用し、よってわが国でも同様の対策が必要という論調が多い傾向がある。米国と接しながらもカナダであることに誇りを持つカナダの国民性が、研究や医療のみならず生活に影響している。後述する助産師の教育開始をいったん認めたからには、助産師を積極的に活用していることに影響しているのではないかと思われる。

コアとされる医療費は無料であるが、コアに入っていない歯科診療、処方薬剤費、リハビリ費などは全額ないし半分が個人負担である。公的医療保険を持つ先進国の中では、総医療費に占める私的医療費の負担率は高い。一般的な受診の経過は、患者、家庭医、専門医、病院(入院)という流れが多い。受診までの待機時間、検査待ち期間が長く、英国よりも現在は長い。

2) 周産期の医療制度

周産期にかかる医療費は、上記制度に基づきカナダ連邦健康保険法により支払われる。

周産期には様々な専門家が携わるが、家庭医が最も携わる割合が高い。

カナダにおける医師の半分は家庭医である。妊娠分娩期のケアの担当は家庭医、産科婦人科医師、助産師、看護師、ドウーラ、など、産褥期のケアの担当は、家庭医、小児科医、助産師、保健師、看護師、ラクテーションコンサルタント、などである。

分娩は病院で実施され、分娩期以外のケアの多くは病院の外で実施される。健康で妊娠中に特に重大な異常のない女性は、妊娠中は住居の近隣にある助産師のクリニックで、妊娠中の定期健康診査を受診し、近隣の病院で出産する。母子は一泊あるは二泊の入院後自宅に戻る。退院後はまた、近隣の妊娠中に診察を受けていた助産師の診察を自宅で受けることになる。

3) 助産師の教育と活躍

カナダでは、1993年にカナダ国内での助産師の教育が認められ1994年に教育が開始されるまで、カナダ国内で助産師の教育は実施されていなかったことは、先進諸国の助産師の教育背景として特記すべきことであろう。1994年に西海岸ブリティッシュコロンビア州とオンタリオ州などで教育が開始された。高校卒業者を対象に、ダイレクトエントリーによる大学教育4年間の教育が、中心である。

助産師は、外来での診察を主とするMidwifely Clinic、病院などに勤務してい

る。身分は、一般的には公務員である場合が多い。クリニックでは、妊娠中の健康診査や、産後の母児の健康診査、新生児の聴覚スクリーニングなどは助産師によって全例に実施されていた。夫や家族も妊婦とともに健康診査に来院するが一般的である。クリニックに勤務する助産師は、クリニックの外来診察のみならず、母児が退院後には家庭訪問をする。妊婦の希望によっては自宅分娩に応ずる場合もあるようであるが、実数は少ない。

病院では、産婦の入院の判断、診察はトリアージ室で助産師がトリアージを実施する。産科病棟の看護管理者は、毎朝その日の病棟の状況や、分娩件数、分娩の重症度、母子の数などによって師長が勤務者の数を調整する。その勤務人員の調達は自分の病院に勤務している以外の、現役の他の病院に勤務する助産師である。

4) カナダの周産期システムと日本の課題

地域に助産師の診療所が、日本の訪問看護ステーションのように、点在し外来の診察に子供や夫と、健康診断に手軽にいけるシステムは今後参考になると思われる。また入院時のトリアージを助産師が実施することも、ひとつの方向性として院内助産システムが今後日本でも本格稼働すると、必須事項になると思われる。

助産師の配置について、あらかじめ登録している別の施設の助産師や看護師を補助要員として呼び出し、必要な人員を確保するというシステムは、有効に機能していた。日本では病院に正職員として勤務している看護職員が、他の病院への登録などは制約が生じると思われるが、

潜在助産師ではなく現役の助産師をリストに持っているというのは、緊急時の対応などにおいて、安全確保上非常に効果的に思われた。これは、周産期というよりも、看護管理上の看護人員配置の課題と思われる。

まとめ

諸外国の医療制度、周産期の医療システムを概観してきた。多くの国は、公的医療制度により、周産期に必要な妊産褥婦の健康診査や分娩費用はまかなわれていた。

2009年4月からは、妊娠中の平均的な健康診査の回数である14回分の受診に対し、各自治体で金額や制度の違いはあるが「補助券」の発行を開始し、妊娠中の健康診査を金銭的負担なく受診できるよう改善した。これにより、未受診妊産婦が、突然医療機関を受診するいわゆる「飛び込み分娩」は少なくなると思われる。

これまでわが国の周産期システムにおいては、ほぼ産婦人科医師が妊産褥婦の健康診査を、対象者がローリスク・ハイリスク両方の場合において、特に妊婦を分類せずに実施してきた。諸外国のように、対象者のリスクに応じて、妊産褥婦の健康診査の実施対応者を考えると、現在の産婦人科医師のみが診察する体制を改善することができ、産婦人科医師不足の一部分は解消されると思われる。日本には家庭医の存在がほとんどないことから、現状では助産師の活用が重要である。

そのためには、助産師が診断能力を知識・技術面ともに向上させ、助産師自身が妊産褥婦の健康診査の一部分は、周産期の専門家である助産師が責任を持って引き受

けるという重大な決意と知識・技術が必要になるだろう。またそのことは、助産師にとって非常に緊張を強いるが、同時に責任のないところに権限も存在しないことを痛切に感じさせてくれることになるだろう。戦前に比較し、戦後やや国民生活への影響力などが衰退した日本の助産師であるが、今こそ世の中の女性や家族に、そしてパートナーである産婦人科医師に頼りにされる存在になることが必要である。

人材の有効活用の点から、助産師がローリスク妊産褥に関しては、診察できる実力を備え、女性が産婦人科医師のいないところでも、安全に妊娠・産褥経過を過ごすことができるシステムの開発が急務である。医師と助産師の適切な役割分担が不可欠であり、そのためには助産師の診断能力、保健指導能力の向上なくしては実現不可能である。

これまで学んだ諸外国のモデルとなりうる部分は大いに活用し、日本に適した独自性を開発し、これまでの成果部分を保守しなければ安全は守れない。

現在、厚生労働科学研究費補助金子ども家庭総合研究事業「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の集中化モデル事業」（主任研究者 岡村州博）研究分担者遠藤俊子班が、「助産外来・院内助産システム」に関するガイドラインを報告書に記述している。多くの施設で助産師外来や院内助産を実施する場合に、参考になる記述が含まれている。

2008年4月に日本産科婦人科学会 日本産婦人科医会が編集・監修した「産婦人科診療ガイドライン 産科編 2008」は助産師の業務実施に関しても必要不可欠な基礎と

なる。これらをふまえ、世界に発信可能な「産婦人科医師が減少した時代における、産科医師と助産師の役割分担と新たな周産期システムの確立」により、これまで築き上げた世界の母子保健の安全水準を維持することは、われわれ助産師の知識・技術・そしてプロフェッショナルとしての行動に寄与することを自覚し、責務の重要性を今一度確認すべき時である。

引用文献

- 1) アメリカ医療保障制度に関する研究会編：アメリカの医療保障制度概要 アメリカ医療関連データ集 2007年版 89-91 2007
- 1) Helen Varney Burst : Who are we? 私たちは何者か? , 日本助産学雑誌, vol 20, no .1, 117, 2006
- 2) 大平善之 : 米国の家庭医療の現状と日本の問題点, 週間医学界新聞, 2539号, 2003年6月16日
- 3) 朝倉啓文 矢沢珪二郎: 米国(ハワイ州)における産科オープンシステム日本との対比, 臨床産婦人科, 61(3): 254-255, 2007
- 4) Helen Varney Burst : Who are we? 私たちは何者か? , 日本助産学雑誌, vol20, no .1, 117, 2006
- 5) Lisa cavin-wainscott: アメリカ周産期 CNS の役割 インターナショナルナーシングレビュー 26(3) 76 2003
- 6) 母子保健事業団 : 市郡別、出生場所の推移 出生数および割合(昭和 25年から平成 19年) 母子保健の主なる統計 2009
- 7) イギリス医療保障制度に関する研究会編：イギリスの医療保障制度概要 イギリス医療関連データ集 2007年版 90 2007
- 8) 中嶋有加里 : 英国における正常出産のガイドラインペリネイタルケア 28 2 89 2009
- 9) National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).NICE clinical guideline
- 10) 森臨太郎 : 英国・NICE 診療ガイドラインの実際 あいみつく 27 4 2006
- 11) <http://www.rcm.org.uk/>
- 12) フランス医療保障制度に関する研究会編：フランスの医療保障制度概要 フランス医療関連データ集 2007年版 74-75 2007
- 11) 高橋淑郎 : 医療制度 先進国の社会保障 3巻 カナダ 211 1999
- 12) 厚生労働省大臣官房統計情報部 : 保健衛生行政の業務報告 就業者数(助

産師) (年次別・就業場所別) 2008

参考文献

海野信也： 外国の周産期医療事情 外国における分娩事情 周産期医学 vol 38 3 2008

日高陵好： 整った周産期医療安全基盤 助産師への職務の重みと支援システム 助産師雑誌 vol 60 7 2006

日隈ふみ子 坪田明子 藤井真理子： イギリスの助産事情に学ぶ 京都大学医療短期大学紀要 健康科学 15 2003

滝沢美津子： オランダの助産師教育の実際 助産師学生の実地実習場面への参加を通じて 助産師雑誌 vol 58 1 2004

社団法人 日本看護協会助産師職能委員会： 病院・診療所における助産師の働き方 2006

社団法人 日本看護協会助産師職能委員会： 医療機関における助産ケアの質評価ー自己点検のための評価基準ー第2版 2007

社団法人 日本助産師会助産所部会役員会安全対策質： 助産所業務ガイドライン 2007

日本産科婦人科学会 日本産婦人科医学会編集・監修： 産婦人科診療ガイドライン 産科編 2008

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

土手内利佳 齋藤いずみ

I. 緒言

わが国の周産期医療は、母子保健指標を俯瞰すると世界の最上位に位置しており、安全は確保されていると言える。一方、産婦人科医師の不足、分娩取扱い施設の減少を背景に、妊娠中に転院せざるを得ないなどの事態が発生し、「出産難民」という言葉も生まれたり。

このような現状の中、わが国における分娩場所は、2008年現在、自宅などを除く施設内の分娩が全体の99.8%を占めており、その内訳は、病院51.1%、診療所47.7%、助産所0.9%²⁾となっている。この割合は、1990年に合計特殊出生率が1.57となった「1.57ショック」以降ほぼ変動無く推移しており、少子化に伴い妊婦とその家族は、医師が介在する施設を分娩場所として選択していると換言することができる。他方、助産師の就業場所を見てみると、2008年現在、病院65.4%、診療所20.5%、助産所5.9%³⁾となっており、分娩の半数が病院で、半数近くが診療所で行われているにも関わらず、助産師の勤務先は偏在していることがわかる。

これらの山積する周産期医療の課題を打破すべく、2008年6月、厚生労働省から「安心と希望の医療確保ビジョン⁴⁾」が提示され、その中で、「助産師については、医師との連携の下で正常産を自ら扱うよう、院内助産所・助産師外来の普及等を図ること」と推奨された。このように、院内助産システムが円滑に進むことが期待されているが、平成21年度「院内助産システムの普及・課題等に関する調査」(社)日本看護協会の結果速報⁵⁾によると、分娩

取扱い施設1,566中有効回答数657で、助産外来実施施設236(35.9%)、院内助産実施施設34(5.2%)と、助産外来に比して院内助産の開設状況が緩やかである現状が示された。その一因として、「医師の理解・賛同・協力」が課題として挙げられている。医師側の理解が得られ難い背景には、助産師が主体的に分娩ケアに関わることによる安全面への懸念⁶⁾があるのではないかと推察した。

そこで実際に、助産師主導型ケアは安全性を担保できるのかを先行研究データにより示す必要があると考えた。わが国の先行研究のみならず、ローリスク妊娠に対する医師管理型から助産師主導型ケアへの移行に取り組んできた欧米先進諸国の先行研究データを収集することは、結果の妥当性を高めると共に、わが国の院内助産システムが安全に運営されるために必要な視座を与えるであろうと考えた。

本研究においては、欧米先進諸国の中でも、医師との連携のもと、ローリスク妊娠の主たる管理者として助産師の役割が確立されており、コクラン共同計画に代表されるようなエビデンスの集積・分析の歴史を有するイギリスの周産期医療に着眼し、正常産の分娩介助を助産師が主体的に行うことに対する客観的評価および安全性を維持・向上させるための管理のあり方を考察する。

II. 用語の定義

1. 院内助産システム

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、分娩介助ならびに健康相談・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。⁸⁾

2. 助産外来

妊婦・褥婦の健康診査ならびに健康相談・支援が助産師により行われる外来をいう。⁸⁾

3. 院内助産

分娩を目的に入院する産婦およ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。⁸⁾

III. 研究目的

イギリスにおける助産師主導型ケアの安全性に対する評価を知ること。また、安全性を維持・向上させるための管理のあり方を考察することにより、日本で行われている院内助産システムの推進・発展に向けた基礎資料の構築を行う。

IV. 研究方法

現在の日本と同様に、第二次世界大戦後、医師管理型分娩が主流となり、その後、ローリスク妊娠に対する医師管理型から助産師主導型ケアへの移行に取り組んできた欧米先進諸国ならびに日本の助産所あるいは院内助産の先行研究において、分娩時の助産ケアに対する安全性・有効性を示しているデータを検索した。

日本の文献に関しては、院内助産システムは導入期にあり、助産師主導型ケアという概念が普及していないこと、また、分娩時に助産師が主体的に介助を行っている場所は助産所に限定されているという現状を考慮し、web版医学中央雑誌（掲載：1983年～2010年）をデータベースとして、

キーワードは「分娩」and「安全」、「医師」and「助産師」and「分娩」、「助産所」and「安全」で検索した。

欧米先進諸国の文献に関しては、わが国における院内助産システムの推進に対する示唆を受けることを目的に、自宅分娩は除外し、従来の医師管理型とバースセンター（院内外助産ユニット）における助産師主導型ケアを比較した1990年代以降の研究に限定した。PubMedをデータベースとして、キーワードは「midwife led care」、「midwife managed care」、「low-risk pregnancy」and「birth center」、「birth center」and「safety」で検索を行った。

また、日本の院内助産システムおよび日本・イギリス双方の周産期医療システムに関する情報は、web版医学中央雑誌、関連機関のホームページ、関連書籍から収集した。

V. 結果

1. 研究対象国選出の経緯

助産ケアの安全性・有効性を検索した結果、日本の文献は、キーワード該当件数の総計が883件であり、会議録を除外し助産ケアのアウトカムを数値化しているものに限定したところ、分析対象となるものは2件であった。一方、欧米先進諸国においては、自宅分娩の安全性を研究テーマとしている文献を除外し、1990年代以降の研究に限定した結果、キーワード該当件数の総計は584件であり、産科医管理型と助産師主導型ケアのアウトカムを比較した無作為化比較試験またはコホート研究に限定したところ、分析対象となるものは13件であった。研究実施国の内訳は、イギリス4件、スウェーデン2件、アメリカ2件、オーストラリア2件、カナダ1件、イタリ

ア1件、その他コクランレビュー1件である。

研究を進める中で、2010年4月から11月までの限られた研究期間の中で考察を行うためには、1カ国に焦点化し取り組むことが最善であると判断した。そこで、文献検索の結果、最もキーワードの該当件数が高く、ローリスク妊娠の主たる管理者として助産師の役割が確立されているイギリスの周産期医療に関する情報を収集したところ、診療ガイドライン上で、既に、医師管理型と助産師主導型ケアの分娩場所ごとのアウトカムを周産期医療および統計学や方法論の専門家が集結して分析していることがわかった⁹⁾。よって、本研究では、アウトカム分析の客観性と正確性に重点を置き、精度の高いイギリスの診療ガイドラインで述べられた分析を用い、助産師主導型ケアの安全性を中心にイギリスの周産期医療に関して以下に記述する。

2. イギリス

1) 医療制度

イギリスの医療制度は、1948年に発足したNHS (National Health Service、以下NHS) と呼ばれる国民保健サービスによって原則無料で医療が提供されている。私立病院も存在するが、自費診療で高額であるため、国民の一部に利用¹⁰⁾されるのみである。

NHSの制度下で受診を希望する場合、まずは、個々人が登録している地域の一般医を受診する必要がある。一般医の診察の後、専門的な医療処置の必要があると判断された場合のみ専門病院へ紹介される¹⁰⁾¹¹⁾という医療

サービス供給体制が展開されている。

NHS 発足からブレア政権 (任期1997~2007年) までの医療状況は、医療拡張の時代で医療専門職が主導権を握っていた第1時代、サッチャー政権下 (任期1979~1990年) において、前時代の医療費拡大の問題に対応すべく医療費抑制を行った第2時代、前時代に行われた医療費抑制政策を受けて、荒廃した医療の質の改善を掲げ、第1の時代にも第2の時代にも見出せなかった「第3の道」の改革、すなわち、患者・消費者中心主義を背景とした、評価と説明責任の時代の幕開けを宣言した第3時代の3つの時代に区分されると言われている¹²⁾¹³⁾。第3時代に属する1997年に発足したブレア政権は、医療費の拡大と医療の質を重視したNHS改革に取り組んだ。この改革によって、医療の質を確保すべく目標やガイドラインを国家の責任で設定し、到達点や問題点をモニタリングする様々な機関や仕組みが創設された¹²⁾。

2) 周産期医療の概要

(1) 歴史/政策・文化的背景

イギリスにおいても、わが国同様、1945年以前は自宅分娩が大多数であった。1959年には病院分娩が70%近くを占めるようになり、1960年代から1970年にかけてその割合が90%近くを占めるようになった。その後、1970年に出された『The Peel Report』において、「妊産婦死亡に関する調査所見に基づき、すべての女性は病院で分娩介助がなされるべき」と言明されたことを受け、病院分娩が95%以上を占めるよ

うになった¹⁴⁾。

病院分娩の一般化に伴い、医療的介入や帝王切開の割合が増加した。このような動向

に対し、1970年代半ばから、女性や助産師サイドから不満が噴出し始めた¹⁵⁾。同様の

動きは、他先進工業国においても見られ、世界保健機構（World Health Organization ;

WHO、以下 WHO）ヨーロッパ地域事務局およびアメリカ地域事務局が中心となって分

娩管理システムに対する調査が実施され、1985年『WHO 出産科学技術についての勧告』

として採択¹³⁾されるに至った。勧告内容は、妊婦が主体的に分娩に関わることができる体制を築くこと、また、そのために適切なケアを施すことが中心に述べられている。このWHOの勧告をいち早く取り入れたのがイギリスであった¹³⁾。

イギリスは帰納法およびエビデンスに基づく医療の概念を生み出した国でもある。そ

して、エビデンスに基づく「有効な医療」の追求は、イギリスの周産期領域から始まった¹³⁾。1989年には、周産期医療に関する検証結果を集積した「Effective care in pregnancy and childbirth」が同国のNHSの研究プログラムをサポートする役割を担う、コ克蘭センターより出版された¹⁰⁾。

1992年には『Winterton Report』として女性サイドからの妊産婦ケア改革への要望

をまとめた報告書が日本の衆議院に相当する下院より提出され、妊娠・分娩ケアへの助産師の積極的登用を求めた¹⁵⁾。この報告書を受けて、翌1993年には、『Cumberlege Report』を発表し、医師主導型ケアから助産師主導型ケアへの移行を推奨することを示した¹³⁾¹⁵⁾。この推奨は「*Changing Childbirth*」の名で知られており、個別的女性中心ケアを核として、選択・自己管理・ケアの継続性¹⁵⁾という3つの概念を実現しようとする考えである。

2004年にはNSF（National Service Framework）という10年間の長期保健政策に

おいて、イギリス西部に位置するウェールズでは、正常分娩の方針が展開され、正常産

に対する助産ケアはエビデンスに基づいた臨床ケアとして高いレベルにあり、不必要な

医療介入を削減するためにも有効¹⁵⁾であることが示された。

(2) 分娩場所の変遷

HES（Hospital Episode Statistics）online¹⁶⁾によると、イングランドにあるNHS

が運営する病院における分娩場所は、1989年から1998年までは、全分娩中、専門医が

管理する分娩室での分娩が58～67%、一般医が管理する分娩室での分娩が2～5%、専

門医・一般医・助産師による管理が混在する分娩室での分娩が29～39%を占めており、

助産師が管理する分娩室での分娩

は、わずか0～1%であった。1999年以降には一般医が管理する分娩室での分娩が全体の1～2%に留まり、助産師が管理する分娩室での分娩が経年的に増加。直近の2008年度においては、専門医が管理する分娩室での分娩が48.8%、一般医が管理する分娩室での分娩が1.3%、専門医・一般医・助産師による管理が混在する分娩室での分娩が40.4%、助産師が管理する分娩室での分娩が9.5%とおおよそ10%に到達する伸びを見せている。

3) 助産師の概要

(1) 登録者数

助産師登録者数は、看護助産審議会（Nursing and Midwifery Council；NMC）¹⁷⁾、以下NMC)の調べによると、2008年3月31日現在で、35,305（男性132）名であり、

イギリス4支分国の内訳は、イングランド28,030名、北アイルランド1,374名、スコットランド3,877名、ウェールズ1,692名、その他332名である。

(2) 教育と資格取得

①教育

大学教育課程として3～4年間助産教育を受けるダイレクトエントリーコースと、既に正看護師の免許を有している者に対し開講される18ヶ月のコースがあり、助産師登録前教育¹⁷⁾として位置づけ

られている。

教育内容としては、実技50%以上と理論40%以上¹⁷⁾となるように修業時間が設けられており、臨地実習と学内教育の割合は、各50%¹⁷⁾と均等になるようなカリキュラム構成が求められている。臨地実習においては、100例の妊婦健診、40例の正常分娩介助、100例の産褥ケアおよび産後健診と新生児健診、ハイリスクの妊娠・分娩・産褥ケア40例を最低限卒業要件として設けており、その他、会陰切開と縫合、骨盤位分娩、ハイリスク新生児ケア、帝王切開後のケアなどが含まれる¹⁷⁾¹⁸⁾¹⁹⁾。助産ケアを必要とするすべての母児に対応できるよう、臨地実習は自宅、助産師主導型ユニット、バースセンターで行われ、夜勤体験も実施¹⁷⁾されている。

②資格取得

助産教育を修了後にNMCに登録することで資格が授与される。資格は更新制度が設けられており、3年ごとに再登録の必要がある。免許更新時には、3年間で最低450時間以上の助産師としての臨床経験および35時間に相当する研修を受講していることが条件¹⁷⁾となる。

(3) 業務範囲

初診では、個々人が登録している一般医を受診する事例が大半¹⁵⁾を占めており、一般医によりローリスクとハイリスク管理に分類され、ローリスク妊婦に対しては助産師が主要な管理者となる。助産師が提供

する主なケアは、ローリスク妊婦の診察、保健指導、分娩介助、会陰切開と縫合、子宮収縮剤・鉄剤・鎮痛剤・ビタミン剤等の与薬、産後の診察、保健指導、新生児の診察である。また、実施の一部のみ、あるいは条件付きではあるが、骨盤位分娩の介助、吸引分娩の実施、分娩時の鎮痛剤投薬が認められている¹⁹⁾²⁰⁾。ハイリスク妊婦を管理する分娩室にも助産師は勤務し、産前・産後のケアを担っている。また、開業権も保持しており、44名と少数ながらも開業助産師が存在している¹⁵⁾。

4) NICE 正常分娩ケアガイドライン

国立最良医療評価機構¹¹⁾ National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE、以下 NICE) は、エビデンスに基づいた診療の情報を患者と医療従事者に提供するという目的²¹⁾で、1999年4月に NHS 内にある政府から独立した研究機関として設置された。NICE 診療ガイドラインは、実質上、NHS サービスの治療や薬剤使用を規定する役割を果たし、遵守率は7~8割¹¹⁾である。ガイドラインは4年ごとに刊行が予定されており、在胎週数37~42週と定義された正常分娩のケアに関する最新のガイドラインが2007年9月に発表¹⁴⁾された。ガイドラインの第3章では、自宅分娩、院内・外助産ユニットと産科ユニットをイギリスにおける分娩場所として取り上げ、国内外の臨床結果を比較分析し、各分娩場所による利点と課題が明記⁹⁾されている。

本研究においては、わが国の院内助産システムに該当すると考えられる

院内助産ユニットに焦点化して取り上げる。

(1) 用語の定義¹⁴⁾

①助産師主導型ユニット (パースセンター)

合併症を持っていないと診断された妊婦に対しケアを提供する場所であり、分娩ケアにおいて、助産師が他の専門職者をリードして実践する場所。医師が管理し、ハイリスク分娩も扱う産科ユニットと同建物内の離れたエリアに位置する院内助産ユニット (midwife-led unit alongside obstetric unit) と自家用車あるいは救急車で搬送可能な別棟に位置する院外助産ユニット (standalone midwife-led unit) が存在し、必要に応じて、陣痛発来から分娩中に産科学的サービスを含む医療サービス、新生児ケア、麻酔法の利用が可能である。

(2) 概要

①作成目的

健康状態が正常に経過している女性と児に対する分娩時ケアの手引きとすること¹⁴⁾。

②作成メンバー

ガイドライン作成メンバーは、NICE が出資し設置された国立母子保健共同研究所²¹⁾ (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health ; NCC-WCH、以下 NCC-WCH) により召集される¹⁴⁾。助産師の役職を持つ研究者

がガイドライン作成のリーダーとして登用されており、その他の構成メンバーは、産科医 3 名、新生児科医 1 名、産科麻酔科医 1 名、助産師 3 名、患者・消費者代表 3 名²¹⁾である。ガイドライン作成の中核を担う助産師、産科医、患者・消費者代表の選考に際して、助産師は大病院分娩室、大病院ベースセンター、助産院から各 1 名選出²¹⁾。産科医は、大規模病院、中規模病院、小規模病院から各 1 名選出²¹⁾。患者・消費者代表は、コクラン共同計画の分娩出産・消費者グループ、出産に関連する医療介入に肯定的な消費者団体、出産に関連する医療介入に否定的な消費者団体から各 1 名選出²¹⁾するといった基準が設けられている。患者・消費者代表者に関しては、ガイドライン作成会議に先立って、エビデンスに基づく医療に関する基本的な研修を受講する機会を提供²¹⁾している。また、系統的な検索、エビデンスの調整と評価、医療経済の数理的モデル化といった方法論を担う専門家は NCC-WCH より派遣¹⁴⁾され、その任にあたる。

(3) 院内助産ユニットにおける助産師主導型ケアの安全性と有効性¹⁴⁾資料 2 表 3)

①分析対象研究の抽出方法とエビデンスレベル

助産師主導型ケアの安全性と有効性を検討するために、分娩のアウトカムを産科ユニットと比較した 5 つの無作為化比較

試験と 1 つの準比較試験を含むシステムティックレ

ビュー²²⁾が用いられている。6 つの試験の対象者は、8,677 名の女性たちであり、採択

された試験の実施国は、イギリス、スウェーデン、オーストラリア、カナダで、イギリ

スにおいて実施された試験が 3 つ含まれている。他国との違いを明らかにするために、

イギリスの試験に関しては、NCC-WCH によりメタアナリシス²³⁾²⁴⁾²⁵⁾が行われている。

院内助産ユニットと産科ユニットにおける助産師の勤務配置に関する研究に関しては、

コクランレビュー²²⁾を用いており、NCC-WCH によって原著論文の分析が行われている。

NICE 診療ガイドラインでは、研究のエビデンスレベルを 8 段階に分類しており、院内

助産ユニットにおける比較試験では、無作為化比較試験のシステムティックレビューあ

るいはバイアス混入のリスクが低いと考えられる無作為化比較試験によって、良質なメ

タアナリシスが行われているという観点から、8 段階中上位 2 番目に位置するエビデ

ンスの質が高い研究であることが示されている。

②安全性および有効性の評価尺度

安全性を比較するための評価尺度として、分娩に関連した周産期死亡と妊婦死亡を優先的に用いてお

り、分娩に関連した周産期死亡の報告が無い場合は周産期死亡を、分娩に関連した妊婦死亡報告が無い場合は、産後出血を評価尺度として用いている。その他、母体側のリスク尺度として、分娩第1期遷延、分娩第2期遷延、膣・会陰裂傷が用いられている。新生児側のリスク尺度としては、アプガースコア 1 分値・5 分値が7点以下、新生児室への移送が用いられている。

正常分娩においては、より少ない医療介入が望まれるという NICE 診療ガイドラインの統一見解のもと、有効性を比較するためには、分娩方式として自然経膣分娩率、器械介入分娩率が用いられている。また、産科学的介入として、無痛法使用率、オキシトシン使用率、会陰切開率が用いられていると共に、女性の満足度に対する質問への回答を数値化して評価している。

③メタアナリシスの結果

結果として、助産師主導型である院内助産ユニットでは、産科ユニットと比較し、分娩方式と産科学的介入に関しては、硬膜外麻酔使用と会陰切開の割合の減少、正常経膣分娩と無痛法の未使用の増加において有意な差が見られる。母体側のリスクに関しては、分娩第1期遷延、分娩第2期遷延、産後出血において有意差は見られず、会陰無傷率が有意に増加している。新生児側のリスクに関しては、アプガースコア 1 分値・5 分値、新生児室への移送において有意差は見られなかった。女性の満足度に関しては、有効な定義と

尺度の欠如を指摘している。一方、助産師の院内助産ユニットあるいは産科ユニットといった分娩施設別の勤務配置による比較研究においては、施設間で違う助産師がケアを担う場合に周産期死亡の相対危険度は 2.38[95% 信頼区間 1.05-5.41]と有意に増加しており、施設間で同じ助産師がケアを担う場合の相対危険度は 1.24[95%信頼区間 0.48-3.19]であり、有意差を示さないという結果が出ている。しかし、この周産期死亡には陣痛発来前の子宮内胎児死亡による死産が含まれていることが結果として数値に影響を与えている可能性が考えられると指摘している。また、5つの試験データの分析結果により、院内助産ユニットにおける周産期死亡の相対危険度は 1.83[95%信頼区間 0.99-3.38]、p 値 0.05 であり、統計学的有意との境界値ではあるが、全体的に院内助産ユニットにおいて周産期死亡が増加している可能性を示唆している。しかしながら、前述したように、周産期死亡が分娩に直接関連したものであるという報告をしている試験はないとも言及している。

陣痛中に発生した院内助産ユニットから産科ユニットへの搬送に関しては、症例報告や症例集積など非分析的研究が含まれているため、エビデンスレベルは8段階中7番目と下位に位置する研究であるとされているが、研究結果はイングランド中東部²⁵⁾・南西部²⁶⁾・南東部²⁷⁾、ウェールズ²⁸⁾、スコットランド²⁴⁾

とイギリス国内の人口・地理・行政区分から均等に収集しており、全体として高い搬送率であることが数値に表れている。

上述した結果を踏まえ、助産師主導型ケアは、医師が管理する産科ユニットと比較して、より少ない介入で正常経膈分娩に至る見込みが高いという利点と、陣痛中に予期せぬ異常へと進行した場合、産科ユニットで専門的ケアを受ける場合より悪化する可能性があるという課題を結論として述べている。

(4) 診療ガバナンス

診療ガバナンスとは、システムや環境を整えることにより医療の質と安全性の向上を目指す考え方のことであり、1992年ごろから使われ始めた²¹⁾言葉である。

各分娩場所の利点と課題を分析・考察し導き出された指針が、産科ユニットを含む全分娩施設と産科ユニット以外の助産師主導型ケアが行われる分娩施設に対し、診療ガバナンスとして提示されている。

①全分娩施設に対する診療ガバナンス¹⁴⁾

安全な環境を整えるための管理のあり方と報告の義務、分娩場所の選択に関する助言を妊婦から求められた場合の対応について述べられている。

安全な環境を整える管理のあり方として、分娩施設全体を網羅した学際的な会議の場を設ける必要性を説いており、その必須メンバーとして、助産師、産科医、麻酔科医、

新生児科医、患者・消費者代表が挙げられている。また、産科と助産師主導型ユニット

間のスタッフの能力と経験の均等化を維持するために、施設間共同でスタッフのローテ

ーション制を導入すること、リスクファクターを抱えた妊婦が産科ユニットでの分娩を

希望しない場合を想定し、明確な紹介方針を構築することを推奨している。

報告の義務に関しては、月間の入院数、助産師主導型ユニットからの搬送事例、妊産

婦と新生児のアウトカムは要報告事項であること。分娩に関連した周産期死亡や新生児脳症が発生した場合は、国立の登録機関へのデータ提供が義務付けられていること。更には、上述したようなメンバーで構成された多職種合同の診療ガバナンスグループに対し、重症妊産婦あるいは分娩に関連した死亡や新生児期の発作など新生児の有害なアウトカムの原因分析と、リスクマネジメントの欠陥に起因する事例に対し責任を有していることが述べられている。

②産科ユニット以外の施設に対する診療ガバナンス¹⁴⁾

助産師主導型ケアユニットに対しては、搬送に関連する事項が提示されている。

迅速な搬送体制の構築ならびに搬送された女性に対する継続的ケアを目的として、搬送に関する明確な方針とガイドラインの作成を行

い、産科ユニットへの搬送過程が設定されること。また、搬送に至った事例、至らなかった事例双方の報告義務が述べられている。

5) リスクマネジメント

リスクマネジメントとは、狭義においては、訴訟のリスクを削減することを目的とし、

1990年代中期以降にNHSに取り入れられた²⁰⁾考え方である。周産期医療におけるリス

クマネジメントとは、分娩に関する決定ならびに分娩に関連する有害なアウトカムを回

避し、良質なアウトカムを促進するために、リスクを確定し、評価し、対応する過程²⁰⁾

をいう。

安全性の維持・向上を目指すために、臨床現場で取組まれているリスクマネジメントの実際を、周産期医療システムおよび個人レベル双方の視点から以下に取り上げる。

2006年のNHS訴訟当局(National Health Service Litigation Authority ; NHSLA)

の調べによると、NHSは年間およそ790億円の訴訟費を支払っており、その30%が産科

領域から発生している²⁰⁾。2000年の保健省の分析により、過失の75%以上は、コミュニ

ケーション、管理、確認作業、スタッフ配置など、個人に起因するものではなく、システ

ムの欠陥に因ることが大きい²⁰⁾ということがわかっている。このような背景から政府は、

周産期医療安全に対するリスクマネジメントを強化しており、2年に1度産科領域に特

化した評価システムを設けている¹⁸⁾。

この評価を担当するのが、HNS訴訟当局¹⁸⁾であり、

各分娩施設のリスクマネジメントに対する取り組み状況を1~3段階のレベルに分類し

評価している。評価結果により、レベル1は2年に1回、レベル2と3は3年間で最低

1回²⁹⁾と、次回評価実施の更新期間を差別化している。評価基準の大項目は、1.組織、

2.クリニカルケア、3.ハイリスクへの対応、4.コミュニケーション、5.産後および新生児ケ

ア²⁹⁾である。個人レベルとしては、評価基準に従うためにエビデンスに基づくガイドライ

ンやプロトコールに沿った安全なケアを提供していることが求められる¹⁸⁾。

また、看護職者の登録、倫理・業務・教育の規準を設定することで看護職者の質の維持・

向上の役割を担うNMCは、安全な助産ケアを提供するためには、助産師15名つきスー

パーバイザー1名が存在していることが望ましい¹⁷⁾と提言している。現在、助産師の資格

取得者のうち、臨床経験を有し、特定の研修を受講し、地方監督局(Local Supervising

Authority ; LSA、以下LSA)から任命を受けたスーパーバイザー¹⁷⁾¹⁸⁾¹

名に対する助産師数は、イングランド 13 名、北アイルランド 19 名、スコットランド 14 名、ウェールズ 12 名であり、イギリス全土では平均 14 名の助産師に対し、1 名のスーパーバイザーが存在している¹⁷⁾。これらのスーパーバイザーは、実質、各助産師の職能に関して、監督・助言する立場にあり、安全な助産実践を向上させる働きを担っている。

3. 日本

1) 助産師の概要

(1) 登録者数

厚生労働省「保健・衛生行政業務報告」によると、2008 年 12 月 31 日現在の就業助産師数は 27,789 人³⁰⁾である。

(2) 教育と資格取得

①教育

助産師養成の教育課程は、専門学校・養成所（定時制 1 年課程、定時制 2 年課程を含む）、短期大学専攻科、大学、大学専攻科（別科を含む）、大学院（専門職大学院を含む）³¹⁾である。修業期間は 6 ヶ月から 2 年であったが、保健師助産師看護師法の一部改正により、2010 年 4 月 1 日より修業期間は 1 年以上³²⁾となった。

2008 年 1 月に「保健師助産師看護師学校養成所指定規則」が一部改正され、2009 年 4 月から実施³³⁾されている。指定規則に定められた教育内容は、基礎助産学（6 単位）、助産診断・技術学（6 単位）、地域母子保健（1 単位）、助産管理（1

単位）、臨地実習（9 単位）の合計 23 単位で 765 時間以上の講義・実習等³⁴⁾を行うことが示されている。なお、助産診断・技術学は現行の 6 単位から 8 単位へ、臨地実習は 9 単位から 11 単位へ、助産管理は 1 単位から 2 単位と合計 28 単位へ改正され、2011 年 4 月 1 日から施行される³⁰⁾。

臨地実習に関しては、助産師又は医師の監督の下に学生 1 人につき 10 回程度行わせること、取り扱い分娩内容は、正期産・経膈分娩・頭位単胎とし、分娩第 1 期から第 3 期終了より 2 時間までとする³¹⁾ことが定められている。

②免許取得

「新制高等学校卒業後文部大臣または厚生大臣の指定した学校、養成所を卒業した上、国家試験を受け、これに合格した者に対し厚生大臣が免許を与える」と保健師助産師看護師法に明記³¹⁾されている。また、助産師免許取得と共に正看護師免許取得が助産師勤務要件となっている。免許取得後の更新制度は設けられていない。

(3) 業務範囲

主な業務内容は、正常分娩の介助および妊婦・褥婦・新生児の保健指導であり、これらは助産師自身の判断で行い得る³¹⁾ものとされている。分娩の介助に含まれる行為は、1.陣痛の測定、児心音の聴取、胎児位置並びに分娩進行状態の観察などを行う産婦の診察、2.浣腸、消毒の実施などを行う産婦に対する分娩の準備、3.会陰保護児の肩甲四肢の解