

出、臍帯の結紮切断などを行う胎児娩出時の処置、4.胎盤娩出の助成、胎盤・卵膜・臍帯の検査、子宮収縮並びに出血状態の監視などを行う後産娩出時の処置、5.肺呼吸の助成、点眼などを行う娩出直後の児の処置など<sup>31)</sup>である。また、臨時応急の手当は助産師自身の判断で行い得る行為<sup>31)</sup>である。

一方、医師の指示に基づいて行う、すなわち、助産師自身の判断で行うことが禁止されている行為は、診療機械の使用、医薬品の授与および指示<sup>31)</sup>である。

## 2) 院内助産システムの対象者と担当助産師の基準<sup>8)</sup>

### (1) 助産外来

#### ①対象基準

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。施設の状態や対象者のリスクレベルに応じて設定する。<sup>8)</sup>

#### ②担当助産師の基準

助産師免許取得後 3～5 年以上の臨床経験を持ち、100 例程度の分娩介助ならびに保健指導経験を有していること。また、院内外で必要な研修を受講している者。<sup>8)</sup>

### (2) 院内助産

#### ①対象基準

妊娠 37 週の時点で分娩に関してリスクが低く（正常産になると予測され）、助産師による分娩が可能であると医師が判断した妊産婦、および正常分娩で分娩した褥婦とその新生児。<sup>8)</sup>

#### ②担当助産師の基準

助産師免許取得後 3～5 年以上の

臨床経験を持ち、100 例程度の分娩介助ならびに保健指導経験を有していること。また、院内外で必要な研修を受講している者。<sup>8)</sup>

## 3) 周産期医療に関連するガイドライン<sup>8)</sup>

周産期医療に関連するガイドラインは、日本助産師会、厚生労働科学研究、日本産科婦人科学会・日本産婦人科医会によって作成されている。また、院内助産システムが円滑に運営されるための、医師と助産師が共に合意できるガイドラインの作成を目的として、助産師が中心となり、医師および厚生労働科学研究班による査定を受け、「院内助産ガイドライン」が作成された。作成過程において、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」を参考に院内助産運営の指針を導き出し、助産師が行う助産ケアに関しては、日本助産師会の示す「助産所業務ガイドライン」を参考にしている。「院内助産ガイドライン」の主な内容は、安全で快適な院内助産を実施するためには、産科医と助産師の協働が不可欠との主眼により、分娩期・産褥期・新生児期を通した各期の対象者の状態と医師へ報告すべき症状を詳細に明記している。

## VI. 考 察

### 1) イギリスの院内助産における助産師主導型ケアの安全性

本研究では、ローリスク妊娠に対する分娩期の介入を従来の医師管理型分娩体制と助産師主導型ケアで比較している研究を取り上げた。研究方法と結果の分析に対する考察および評

価は、周産期に携わる医療職者の選択において分娩場所の偏向性を排除していること、ならびに方法論の専門家を登用している点から、一定の信頼性と客観性は保たれていると考えられる。

結果として、助産師主導型ケアの安全性に関しては、院内助産ユニット全体として周産期死亡が増加している可能性を指摘していたが、分娩に関連した周産期死亡か否かの解明がなされていないという背景もあり、示唆に留まっている。よって、他欧米先進諸国の研究も含めた院内助産ユニットにおける助産師主導型ケアの安全性については、グレーゾーンである。この結果に対し、NICE 診療ガイドラインでは、分娩場所を選択する際の一指標として情報を提供するに留まり、最終判断は女性およびその家族に委ねるといった中立的見解を示している。しかしながら、助産ケアに起因したリスクであるのかが未確定であっても、リスク傾向が見られるという事実に対しては、臨床現場へ診療ガバナンスとして警鐘を促す必要があり、分娩に関連した周産期死亡や新生児の有害なアウトカムの報告は義務であることが述べられている。当該アウトカムは、分娩時の危険度を測る究極の指標であり、事例報告の集積を行うことで、人的操作によるエラーであるのか、人的に起因する場合、特定の職能集団に多く見られる傾向であるのかを分析し、より良い医療環境を整えるための指標とする目的で喚起していると考えられる。

一方、助産師の勤務配置によっては、

従来の医師管理型分娩体制に比し、相対危険度に有意差が見られるといった結果が出ている。院内助産と産科ユニットの施設間共同でローテーション制が組まれている場合には有意差を示していないが、ローテーション制が組まれていない場合には相対危険度が有意に高くなっている。この結果をもとに、診療ガバナンスでは、施設間で助産師のローテーション制を導入することを推奨している。

また、助産師管理群から産科管理への搬送率が高いという研究結果が出ている。これは助産ケアの質に起因するというよりはむしろ、妊娠・分娩期においては、安全な管理を行っていても、正常から逸脱する可能性を孕んでいるという要因に拠るところが大きいと考える。ゆえに、助産師は、正常から異常への移行をアセスメントする能力を高め、適切な段階で産科ユニットへの紹介を行うといった卒前卒後助産教育の充実が求められると共に、搬送体制をシステムとして整えることを推奨していると考えられる。ここで特に臨床家に求められていることは、搬送前後の母児の状態に関する詳細な報告を行うことであり、これらの報告を元に、臨床結果として分析および公表され、新たに実践へと応用されていく過程を読み取ることができる。

以上述べた事象を考察すると、臨床結果を分析することで、危険度に統計学的有意差が見られるとまでは断定できなくとも、傾向を知ること、より良い助産管理や教育体制を築くための視点が明確になるということが

わかった。また、助産管理に対する詳細なガバナンスが提示されている背景には、20年前までは、助産師が管理する分娩室での分娩がわずか1%であったのに対し、直近値では約10%という伸びを見せるなど、現在では、助産師が正常産の第一介助者となっており、職責も拡大しているためではないかと考えられる。

## 2) 助産師主導型ケアの安全管理

今回、正常分娩ケアのガイドラインを中心に助産師主導型ケアの安全性を考察することで、1.臨床家による実践 2.臨床結果を数値化し評価 3.正常分娩ケアガイドラインの作成 4.リスクマネジメントを中核としたエビデンスに基づく実践 5.第三者機関による評価というサイクルがあり、実践においては、個々の担当スーパーバイザーが助産師の技能や倫理、評価や助言を行い、各助産師の臨床能力を高めることで周産期医療システムの安全を維持・向上させる全体の流れに関与していることがわかった。また、実践に対して様々な局面で第三者からの客観的評価が行われており、結果として、安全かつ有効な実践の支柱となっていることがわかった。

## 3) 日本の現状と課題

わが国においては、院内助産システム推進の背景として、主に、医師不足や病院および診療所における助産師の役割が明確ではないといった専門性の潜在化が挙げられ、正常分娩に対する過剰な医療介入に対する女性側からの主張に源を発するといった他欧米先進諸国の背景とは一線を画している。出産環境には、その国の文化

が反映されると言われ、それゆえ他国のシステムを安に踏襲することはできないとも言われているが、妊婦が安心して安全に出産できる環境が必要であるということに異論がある者がいないと考える。少子化である今、より安全で快適な出産環境を希求している妊婦とその家族にとって、医師と助産師が中心となって協働する院内助産システムが最適な環境となるのではないだろうか。そこで、現状を確認すると、助産外来開設数が経年的に増加している実績が見られるが、院内助産は緩やかな増加率である。先行して院内助産システムを取り入れているイギリスの事例と比較すると、ダイレクトエントリー制の有無など助産師の質を支える教育体制に差異が見られるが、わが国においても、助産課程修業年数が最低6ヶ月から1年に引き上げられ、更には大学院における2年制課程も設置されるなど、臨床で即戦力となる基礎構築体制が整い始めている。また、院内助産システムの勤務基準には、臨床経験および関連する研修を受講していることが求められており、イギリスにおける免許更新制度による継続教育ならびに実践力に相当する人材の確保が可能であると考えられる。更には、正常から異常への移行に際して、「助産所業務ガイドライン」に診療所および病院への搬送基準が詳細に明記されており、また、医師との協働が強調されている。よって、安全は確保可能であると考えられる。

一方、果たして本当に安全なのかを示す臨床研究が不足している。本研究の文献検索の結果、欧米先進諸国では、

従来の医師管理型と助産師主導型による分娩時介入に関する比較研究が実施されているのに対し、わが国においては、臨床結果を数値化している研究自体、極めて少ないことがわかった。院内助産システムに関しては、実施施設がまだ少ないことにも起因していると考えられるが、欧米型の医師と助産師の分娩介助によるアウトカムを比較した研究発表がなされたのは、2009年の葛飾赤十字病院の事例<sup>33)</sup>のみである。

また、わが国における院内助産システムの推進を減速させる一因として「助産師の自信・意欲」も挙げられているが、「データをもとに施設間の助産師同士、助産師と医師の関係、医療者とユーザーとの関係などが対等な立場で討議できる。」あるいは「研究の結果、医師より助産師が行うようになった。」「研究の結果…している。」とデータに基づき判断し実践している助産師の姿がイギリスより報告<sup>13)</sup>されており、エビデンスに基づいて実践することによって助産師の自信も高まるのではないかと考える。

また、助産ケアに限ったことではないが、安全なケアを提供しているか否かといった臨床結果を示し、臨床結果を集積・分析した上で、周産期医療職者が共通して確認できる実践の核となるようなガイドラインが必要であると考えられる。

## Ⅶ. 結 論

イギリスの周産期における助産師主導型ケアを考察することで、臨床結果を

数値化し客観的評価を行うことは、安全か否かを論ずるばかりではなく、その結果から想定されるリスクを分析可能にし、リスクマネジメントに対する新たな視点が生まれ、有効であることがわかった。

今後、わが国においても、先行して院内助産システムに取り組んでいる施設の臨床研究が研究者を中心に推進・開示、臨床家に還元され、更に臨床結果を集積することで、将来的には、わが国の分娩場所そして臨床結果に即したエビデンスに基づくガイドラインが作成され、更に安全で快適な出産環境が整っていくよう期待する。

## 文献

アステリスク（\*）を付した文献は、NICE診療ガイドライン中で用いられたシステムティックレビューおよび同ガイドライン中でメタアナリシスに使用された研究を示す。

- 1) 自由国民社編（2007）：現代用語の基礎知識 2007 年度版，自由国民社，東京都
- 2) 財団法人母子衛生研究会（2009）：母子保健の主なる統計，母子保健事業団，東京都
- 3) 財団法人厚生統計協会（2010）：国民衛生の動向・厚生 of 指標 増刊，財団法人厚生統計協会，東京都
- 4) 厚生労働省 「安心と希望の医療確保ビジョン」

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/06/dl/s0618-8a.pdf> [2010/11/25]

- 5) 社団法人日本看護協会 「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」  
結果速報  
<http://www.nurse.or.jp/home/innaijyosan/pdf/chosasokuho.pdf> [2010/5/1]
- 6) 水上尚典 (2008) : 周産期医療の成果と評価 我が国の周産期医療の問題点とその解決  
—産科医療—, 38(1), 99-104.
- 7) 町田稔文、早乙女智子、植村次雄、佐藤啓治 (2005) : CATCH THE NOW 開業助産師と連携  
した新しい分娩システム～第2報～  
助産師主導型による分娩の医学的データの検討,  
ペリネイタル・ケア, 24(11), 84(1140)-88(1144).
- 8) 遠藤俊子, 加藤尚美, 池ノ上克, 他編集 (2010) : 院内助産システムガイドブック  
産科医と助産師の連携・協働の実際 (第1版), 医歯薬出版株式会社, 東京都
- 9) 中嶋有加里 (2009) : CATCH THE NOW 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), 199-207.
- 10) 齋藤いずみ (2009) : イギリスの周産期医療システムと助産師活動, 成田伸責任編集, 周産期における医療の質と安全 助産師基礎教育テキスト第3巻, 日本看護協会出版会,  
東京都
- 11) 武内和久, 竹之下泰志 (2009) : 公平・無料・国営を貫く英国の医療改革, 集英社新書,  
東京都
- 12) 近藤克則 (2004) : 「医療費抑制の時代」を超えて—イギリスの医療・福祉改革, 医学書院, 東京都
- 13) 日隈ふみ子, 坪田明子, 藤井真理子 (2003) : イギリスの助産事情に学ぶ, 京都大学医療技術短期大学部紀要別冊 健康人間学, 15, 65-73.
- 14) National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) 「 NICE clinical guideline : Intrapartum care : Care of healthy women and their babies during childbirth. September, 2007」  
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11837/36275/36275.pdf> [2010/9/3]
- 15) Hanneke Kateman, Kathy Herschderfer (2005) 「Multidisciplinary Collaborative Primary Maternity Care Project : Current Practice in Europe and Australia : A descriptive study」  
<http://www.mcp2.ca/english/documents/IntlReportFinal9Jul05.pdf> [2010/5/12]
- 16) NHS The information centre 「HES (Hospital Episode Statistics) online」  
<http://www.hesonline.nhs.uk/Ease/servelet/ContentServer?siteID=1937&category=1011> [2010/8/4]
- 17) NMC (Nursing and Midwifery Council) ホームページ <http://www.nmc-uk.org/> 「登録」  
[http://www.nmc-uk.org/Documents/Statistical%20analysis%20of%20the%20register/NMC%20Statistical%20analysis%20of%20the%20register%202007%](http://www.nmc-uk.org/Documents/Statistical%20analysis%20of%20the%20register/NMC%20Statistical%20analysis%20of%20the%20register%202007%20)

- 202008.pdf [2010/11/30]  
「教育/資格取得」  
[http://www.nmc-uk.org/Documents/Standards/nmcStandardsforPre\\_RegistrationMidwiferyEducation.pdf](http://www.nmc-uk.org/Documents/Standards/nmcStandardsforPre_RegistrationMidwiferyEducation.pdf) [2010/11/30]  
<http://www.nmc-uk.org/Nurses-and-midwives/Advice-by-topic/A/Advice/Post-Registration-Education-and-Practice-Prep-requirements-for-midwives/> [2010/11/30]  
「スーパーバイザー」  
<http://www.nmc-uk.org/Documents/Midwifery-booklets/NMC-LSAMO-Forum-Modern-supervision-in-action.pdf> [2010/11/30]
- 18) 日高陵好 (2006) : 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, 助産雑誌, 60(7), 574-579.
- 19) 吉田結希子, 野口真貴子 (2009) : イギリス、アメリカ、オランダの助産活動の特徴から日本の助産に向けて, ウーマンズヘルス学会誌, 8, 75-83.
- 20) Diane M. FRASER, Margaret A. COOPER 編 (2009) : MYLES TEXTBOOK FOR MIDWIVES (15<sup>th</sup>), Churchill Livingstone, Edinburg
- 21) 森臨太郎 (2008) : イギリスの医療は問いかける「良きバランス」へ向けた戦略, 医学書院, 東京都
- 22) \*Hodnett ED. (2003) : Home-like versus conventional institutional settings for birth. (Cochrane Review) In: Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.
- 23) \*MacVicar J, Dobbie G, Owen-Johnstone L, *et al.* (1993): Simulated home delivery in hospital a randomized controlled trial, BJOG : an international journal of obstetrics & gynaecology, 100(4) : 316-323.
- 24) \*Hundley VA, Cruickshank FM, Lang GD, *et al.* (1994) : Midwife managed delivery unit a randomized controlled comparison with consultant led care, British Medical Journal, 309(6966), 1400-1404.
- 25) \*Chapman MG, Jones M, Springs JE. (1986) : The use of a birthroom a randomised controlled trial comparing delivery with that in the labour ward, BJOG: an international journal of obstetrics & gynaecology, 93(2) 182-187.
- 26) \*Campbell R, Macfarlane AJ, Hemsall V, Hatchard K. (1999) : Evaluation of midwife-led care provided at the Royal Bournemouth Hospital, Midwifery, 15(3), 183-193.
- 27) \* Gould D, Lupton B, Marks M, *et al.* (2004) : Outcomes of an alongside birth centre in a tertiary referral centre, RCM Midwives, 7(6), 252-256.
- 28) \*Mahmood TA. (2003) : Evaluation of an experimental midwife-led unit in Scotland, Journal of Obstetrics and

Gynaecology, 23(2), 121-129.

29) NHSLA(National Health Service Litigation Authority)

「Clinical Negligence Scheme for Trusts Maternity Clinical Risk Management Standards version 1 2010/11」

<http://www.nhs.uk/NR/rdonlyres/786ACCA2-5145-4461-8B47-5A13117DEF3C/0/CNSTMaternityStandards201011.doc> [2010/11/30]

30) 厚生労働省 ホームページ

<http://www.mhlw.go.jp/>

「平成 20 年度衛生行政報告例」

<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001059640> [2010/11/30]

「助産教育」

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000w9j3-att/2r9852000000w9n3.pdf>

[2010/12/01]

31) 日本看護協会監修 (2008) : 助産師業務要覧新版増補版, 日本看護協会出版協会, 東京都

32) 文部科学省「保健師助産師看護師法及び看護師等の人材確保の促進に関する法律の一部を

改正する法律」

[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/hakusho/nc/attach/1282565.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/hakusho/nc/attach/1282565.htm) [2010/12/01]

33) Shunji Suzuki, Misao Satomi, Hideo Miyake (2009) : Referrals during Labor in Midwifery Care,

Journal of Nippon Medical School, 76, 226-228.

## <資料 1・2>

UNDP : 「 HUMAN DEVELOPMENT REPORTS 2010」

<http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2010/> [2010/12/06]

UNICEF : 「Statistics by Country」

<http://www.childinfo.org/statsbycountry.html> [2010/12/06]

The Office for National Statistics (ONS) :

[http://www.statistics.gov.uk/downloads/theme\\_population/KPVS34-2007/KPVS2007.pdf](http://www.statistics.gov.uk/downloads/theme_population/KPVS34-2007/KPVS2007.pdf) [2010/9/15]

財団法人厚生統計協会 (2010) : 国民衛生の動向・厚生指標 増刊, 財団法人厚生統計協会, 東京都

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) 「 NICE clinical guideline : Intrapartum

care : Care of healthy women and their

babies during childbirth. September, 2007」

<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11837/36275/36275.pdf> [2010/9/3]

## 2 助産師の必要数算出に関する考え方

齋藤いずみ

### I はじめに

近年、助産師の必要性や、その効果的活用のありかたなどについて、社会的話題として多く取り上げられている。助産師が、真に社会に役に立つ集団であるための千載一遇のチャンスといえよう。この社会的機運を、決して逃してはならない。たとえきっかけが、産婦人科医師の急激な不足という事態のなかで注目を浴びたとしても、それを契機に助産師が自律し、勇気を持って一步を踏み出し、行動することが必要不可欠である。このためには、まずは助産師免許に現行で許可されている範囲を広く解釈し活動するなかで、助産師が女性や子供、次の世代を育む家族から必要不可欠な職業であると認識されること、さらに助産師は、ごく普通の市民生活のなかに、その存在と活動が見えるように、意識的に取り組む努力しなければならないと考える。

「分娩を中心とする狭義の助産行為」と「女性の一生にかかわる広義の助産行為」を展開するなかで、何を、何時、どのように、生活に根ざした形で提供することができる集団なのかを明確にし、同時に助産師による助産行為と、関与したことによる効果を、具体的・客観的に明らかにしていかなければならない。

そのようななかで、助産師を今後どのような教育機関で養成し、臨床現場ではどのように育て活用するのか、さらに助産師自身が積極的に自らの活躍の場を広げうる創造性と可能性のある人であるためには、どのような方策が考えられているのかを整理する必要がある。

今回与えられた「ケアの質を保証する—助産師の必要数—」というテーマは、自分自身の上記の考えを整理する上でも貴重であり、非常に光栄な機会と考え、関係者の方々へ深く感謝する次第である。

### II 助産師の必要数を算出する基盤となるデータは何か

助産師の必要数を算出する方法にはいくつかの方向性がある。しかし、先ず国内外の統計データから歴史的変化や推移を分析し、国民生活における出産や子育てのシステム、形態の差違や変化などを理解したうえで、人口、出生数、助産師数、看護師数、医師数、産婦人科医師などの医療職者数を調査し、その相互関係性を明らかにすることが必要である。

たとえば、当該年次の出生数と助産師数から、便宜的に一人あたりの助産師が何人の分娩に関与したことになるかを計算することによって、歴史的な流れの中での推移が見える。一般論としてよくいわれる、「出生数が減少したのであるから助産師が減少することは、特に問題はない」との議論については、その本質を見極める力が必



要である。

戦後のベビーブーム時代である1949年の出生数は2,696,638人であり、助産師数は74,034名、助産師一人当たりの分娩数は36.4件であった。第二次ベビーブームである1973年の出生数は2,091,983人であり、助産師数は26854名、助産師一人当たりの分娩数は77.9件であった。2008年の出生数は1,091,156人であり、助産師数は27789名、助産師一人当たりの分娩数は39.3件であった。なお、1980年代は助産師一人当たりの分娩数は約50から60台を推移し、1990年代は50台、2000年に入ってから40台後半を推移している。戦後のベビーブーム終了後、出生数の減少に比して急速に助産師が減少し、助産師一人当たりの分娩数は、出生数が多いベビーブーム時代を大幅に上回る数字がごく最近まで続いていた。しかし、2008年には、その数字が39.3となり、第一次ベビーブーム時代のそれとほぼ同様の割合となっている。

以上の統計データの背景には、一名の助産師のみが分娩に立ちあい分娩経過のすべてを見ていた時代、医師が分娩の方針をほとんど決定していた時代があった。今後、医師と助産師の協働の時代の入り、時代と共に変化する分娩のあり方によって、必要とされる助産師数の算出根拠も当然異なってくるものと思われる。

本シンポジウムでは、種々のデータを交えて、どのような要素を盛り込み必要とされる助産師数を分析するか

を考えてみたい。なお、具体的な内容は、以下の通りである。

1. 国内外の年次推移による人口、出生数、助産師数および看護師数、保健師数、医師数、産婦人科医師数などの医療従事者数の変化、助産師数および医療従事者一人当たりの分娩数を算出し、必要助産師数の基礎資料とする。
2. 国内外の医療制度、周産期医療事情などの変化から、必要助産師数を検討する。
3. 国内外の助産師および各種医療職者の国家試験合格者数の推移および就業数の推移から、必要助産師数を検討する。
4. 国内外の医療規則や学会勧告等による、一分娩あたりの助産師や医療職の配置基準を調査する。

以上のとおり、各国の医療制度、周産期医療事情や、助産師や医療職の養成数などと日本のそれらとの共通点や相違点を明らかにした上で、日本の必要助産師数を検討するための参考データとする。また、各国の最近10年間および20年間の助産師数の変化などを比較し、それぞれの国における養成計画方針を考察する。

なお、本シンポジウムで引用する多くの海外の資料は、OECD (Organization for Economic Cooperation and Development)のホームページに記載されており、容易に入手可能である。また、ICM (International Confederation of Midwives)のホームページも同様に各種情報が記載されている。これらの日

常的活用は、助産学を学ぶ学生に対し、「世界標準の助産ケアの提供」を意識させるためにも有用であり、次世代の助産師には不可欠であると考えられる。

これまで述べたデータは、重要であるが、助産師が資料をもとに他の研究者と適切に共同研究することにより、算出根拠は比較的容易に準備できると思われる。しかし筆者は以下にあげる2つの項目こそが、助産師が自ら開拓し積み上げるべき今後の課題であると考えている。

### Ⅲ 助産師の実施すべき仕事の整理と明確化

原則に戻り、「助産師はいったい何をすべきなのか」、また「何をしなければならないのか」を考えてみる。おそらく「分娩介助」「周産期のケア」「女性のライフサイクルに応じたケア」などが一般的な解答として返ってくるものと思われる。しかし、これらの助産師の基盤となる仕事の中にも、以下の整理すべき課題が積み残されていると考える。

#### 1. 日本の助産師の強みと弱み。

日本には戦後、看護学を基盤とし特化した分野として保健師、助産師の教育がされてきた歴史がある。たとえば、オランダのように「ダイレクトエントリー教育による助産師」、フランスのように「看護職ではなく、医療職として教育された助産師」、イギリスのように「看護教育終了後に助産師に必要な単位を履修する制度から、ダイレクトエントリー教育に移行しつつある

国の助産師」と、彼らとは異なる教育背景の中で育った日本の助産師には、「日本型の助産師」故の強みと弱みがある。すなわち、わが国においては、ダイレクトエントリー教育では十分には持ちえない、疾病を持つ事例の場合も全身のアセスメントをできる能力が基盤としてある強みと、分娩介助例数の少なさ、および妊娠、分娩、産褥経過を継続し十分に把握できていない弱さなどが、混在している。

今後それらを整理し、強みは強化し、弱みを改善することによって、「日本型の助産師」の最も望ましいあり方がいつそう明確になるはずである。この整備のためには、厚生労働省や他の行政機関、日本看護協会助産師職能委員会、日本助産師会、各種教育機関や学会が連携し、資金を獲得し、効率的プログラムを作る必要があると考える。

2. 正常分娩の観察とそのケアのみが助産師の仕事なのだろうか。また、ハイリスク妊産褥婦のケアはだれがするのだろうか。

大学病院やハイリスク症例を多く扱う病院の助産師は、正常な分娩事例の経過にかかわる体験や分娩介助例数が少ないことに、焦りを持っている者が少なくない。一方、ハイリスクな妊娠・分娩・産褥期のケアは、今後全分娩数に占める割合が高くなることは用意に予想できる。個人的には、日本のこれまでの看護師、助産師の教育背景から「ハイリスク妊娠・分娩・産褥期の看護のスペシャリストは助産師である」と考えている。この部分は

欧州では、疾病を抱える妊産婦は、医師と看護師の担当とされることも多いが、日本型の看護学、助産学を学んだ助産師の特性として、強みにすべきだと考える。そこでハイリスク妊産婦のケアのスペシャリストを育成することの可能性を考えてみる。

今後、助産師の教育課程として、現在より多くの大学院で教育が開始されたとしても、ハイリスクケアを十分なレベルで担当できるまでには時間を要する。そこで現行制度下ですでに誕生している、専門看護師（母性分野）におけるハイリスク分野の強化など、専門看護師（母性看護）のより効果的な活用が必要となると思われる。また助産師は今後、「感染管理」や「糖尿病看護」分野などの認定看護師や、「母性」や「家族看護」分野などの多くの専門看護師などと、広い相互交流が必要であろう。

さらに、大学病院や総合周産期センターのハイリスク患者への、助産師の看護の技と効果をエビデンスとして明確化するための研究と、「ハイリスクケアのスペシャリスト」としての自負を持てる環境や、制度の整備を行うことが必要である。このためには、専門看護師（母性看護）の担当分野の明確化、および名称の再考が必要であると考えられる。日本の専門看護師（母性看護）27名は、全員が臨床経験豊かな助産師であり、「周産期母子援助、女性の健康への援助、地域母子援助」の3分野から、1名を除き他の全員が「周産期母子の援助」を専門分野とし

て選択した周産期のスペシャリストである。そこで名称としては、たとえば「専門助産師」や、「上級助産師」などのほうが、国民にはその役割が伝わりやすいのではないかと思われる。米国のように必ずしも助産師ではない、看護師による周産期分野のスペシャリストの場合には、専門看護師（母性看護）という名称がふさわしいと思われる。

日本看護協会が組織的に取り組み、最も拡大できた成果である「助産師外来」と「院内助産」の推進が継続的に必要である。今後はその安全性と質を評価し、成果と課題を明確にする段階に入らなければならない。

また保健師・助産師・看護師法の改正に伴い、助産師の教育制度の整理が必要であろう。

わが国は、周産期、新生児、乳児死亡率ともに世界最高水準であり、長年の課題であった妊産婦死亡率も近年改善されつつある。欧米の助産師の実力がある国においても、周産期統計水準は日本よりも低い。日本の現在の水準を維持することは必須条件でもあり、最高峰を維持するのは難しい課題でもある。

以上の項目が整理されると、必要助産師数の算出根拠の一部は整理されると思われる。

#### IV 助産師が作るべきデータ

これまでに提案したデータは重要な視点であるが、臨床に携わる助産師はデータを知って活用することのほ

うが一層重要である。

次の事項は助産師自身が作るべきデータであり、助産師にしかできない事項でもある。助産師のケアの効果に対するエビデンスを確立するためには、効率のよい連携共同研究体制を実現し、全国の助産師が一丸となってデータ収集が可能な体制を構築する必要がある。すなわち、全国的規模で展開する実証研究の推進である。女性やその子供が、今後助産師から受けるケアの安全と質の保証のために、助産師が果たさなければならない大きな役割であると言える。このためには、臨床に携わる助産師と研究者が協働し、助産師の助産行為をデータに作り上げることが最重要課題の一つである。これまで我々の研究室が取り組んできた実証研究の例を以下に示す。

- 1 齋藤ら、石若、佐藤による「分娩第1期から分娩第4期の看護行為と看護時間を明確にするための実証研究」
- 2 井上ら、岩崎による「産褥期の看護時間や産褥期看護ケアの質に関する実証研究」
- 3 伊藤、山岡、大蔵、則松による「分娩時の看護配置の基礎となる実証研究」
- 4 瀧、竹田、小林による「妊産褥婦の体重に関する保健指導の根拠となる実証研究」
- 5 山口による「妊娠・分娩と女性の尿失禁との関連を調査するための基礎研究」

以上のとおり、助産師の実施した助

産行為および関連行為の効果を、数量化・客観化可能なデータとして収集し、分析することが重要である。

## V 広範なデータを基盤として算出した助産師の必要数と助産師の確保

これまでの調査・分析等で明らかになった助産師の必要数を確保するためには、短期的および長期的計画の立案のもとに実現させる必要がある。なお、看護師分野では既に検討されている海外からの人材の雇用については、助産師分野においても慎重な検討が必要とされる。

本シンポジウムでは、これまでの研究データをもとに、会場の皆さまと一緒に具体的な数字を提示し、考えてみたい。

## 文献

財団法人母子衛生研究会：母子保健の主な統計 2009.

OECD:Health Data 2009.

[http://www.oecd.org/document/11/0,3343,en\\_2649\\_33929\\_16502667\\_1\\_1\\_1\\_37407,00.html](http://www.oecd.org/document/11/0,3343,en_2649_33929_16502667_1_1_1_37407,00.html)

ICM: (International confederation of Midwives)

<http://internationalmidwives.org/Home/tabid/205/Default.aspx>

国立社会保障・人口問題研究所：  
<http://www.ipss.go.jp/index.html>

齋藤いずみ. 分娩時の看護時間測定 -看護量数量化の試み-. 筑波大学大学院博士課程医学研究科博士論文. 1999, 1-46.

2 齋藤いずみ. 分娩時の看護時間測定.

病院管理. 1998, 35(4), 11-19.

石若令江, 齋藤いずみ. 分娩時の看護時間測定-異常分娩の看護特性-. 母性衛生. 2001, 42(4), 732-742.

伊藤道子, 齋藤いずみ. 分娩時看護の実施時刻と産婦の重症度の実態. 母性衛生. 2002, 43(4), 560-574.

瀧真弓. 多胎妊娠における母体体重増加のパターン化に関する研究. 北海道医療大学修士論文 2004 年度.

大蔵志帆. 分娩期における助産師の辞任配置に関する基礎研究 夜勤帯と日勤帯における分娩の実態と助産師数の比較. 北海道医療大学修士論文 2004 年度.

則松広美. 参加を含む混合病棟における看護人員配置に関する基礎研究. 北海道医療大学修士論文 2005 年度.

山岡久美子, 齋藤いずみ, 西基. 分娩の曜日・時刻からみた周産期医療の問題点と課題. 母性衛生. 2006, 47(2), 412-420.

山口智子. 女性の尿失禁・尿意切迫症状の実態とQOLの評価. 北海道医療大学修士論文 2007 年度.

岩崎三佳. 産褥早期における看護ケアの質の評価 北海道医療大学修士論文 2007 年度.

竹田礼子. 非妊娠時BMI別にみた分娩後 1 ヶ月健康審査時の母親の体重変化. 北海道医療大学修士論文 2007 年度.

小林径子. 非妊娠時BMIの違いによる妊婦の体重変化と新生児出生体重の関連. 北海道医療大学修士論文 2008 年度.

齋藤いずみ, 遠藤紀美恵, 伊藤道子, 西基. 時刻別・曜日分析による分娩時の安全に関する基礎研究. 北海道医療大学看護福祉学部学会誌. 2007, 3, 37-39.

佐藤陽子. 周産期医療の集約化により、分娩数が増加した施設における分娩の安全性. 北海道医療大学修士論文 2008 年度.

以上の「文献」は、主に私どもの研究室の論文の一部であります。臨床の助産師と研究者が真に連携し共同研究を行うこと、ご自分の施設の臨床看護をデータ化することに関心をお持ちになられた方は、ご連絡くだされば幸いです。

### 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

#### 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

市立加西病院

岩本 綾子

市立加西病院 マタニティセンター

齋藤いずみ 山崎峰夫

#### I. 現状

- ① 平成18年5月 産婦人科医2名 移動により産婦人科病棟 外来診療閉鎖  
平成19年12月 マタニティセンターとして妊産婦のみの入院病棟として再開  
(平成18年 7月 産婦人科医師着任 外来のみ再開)

助産師 15名 (産休1名 パート助産師4名含む)  
医師 (男性) 2名 (平成22年10月から増員)

年間分娩件数 119名 (医師1名のため分娩件数制限 13例/月)

平成22年10月から医師2名となり制限は廃止

病床数

個室6床 4人部屋 の10床

妊産婦のみ入院対象

#### ② 看護サービス

(ア) 外来包括 (現在2診体制)

妊婦指導 妊娠初診から全例指導

助産外来 妊娠20週以降 医師の診察後、医師が許可した妊婦

妊婦教室 4回コース (自由参加) 両親学級 1回/月 (準備中)  
マタニティヨガ教室 2回/月 マタニティフィットネス 2回/月

(イ) 入院

LDR (2床) 入室による分娩管理

出生直後より母児同室

産褥6日目退院

入院費 47万~52万 (個室料金込み)

(ウ) 産後

1週間健診 (退院後1か月までの母と子の育児・母乳相談) 500円/1回

産後健診 (健診後 母乳相談)

1週間健診時・1か月健診時 マタニティブルースコア採点

母乳外来 1か月健診以降の母乳相談 3000円

交歓会 産後6か月~8か月の加西病院で出産した妊婦対象 1回/月

加西市からの委託を受け 新生児訪問事業 3~5件/月

#### ③ 看護体制

日勤 人数6~8名 外来担当4名 病棟担当2~4名 (病棟課長含む)

夜勤 17時~翌8時30分 当直体制1名 + 夜間待機1名

(分娩入院があるとき 新生児3名以上で2名夜勤となる)

#### ④ 医師 夜間宅直体制 (1名)

#### II. 平成21年度

年間分娩件数 118 件 帝王切開 28 件  
 (予定帝王切開 18 件 緊急帝王切開 10 件)

帝王切開率 24% (予定帝王切開率 15% 緊急帝王切開術率 8%)

曜日別 分娩件数 (水曜日 予定帝王切開含む)

曜日	月	火	水	木	金	土	日
件数	17	18	30	14	21	9	9

時間帯別 曜日別時間帯別分娩件数が多い順 曜日別分娩件数

曜日	時間	件数
水	15 時	8
金	17 時	6
水	16 時	5

時間帯別分娩件数

13 時 分娩件数 8 件

17 時 15 時 5 時 21 時 16 時 分娩件数 7 件

1 時 20 時 分娩件数 6 件

水曜日に分娩件数が多い要因は、水曜日が産婦人科手術日であり、予定帝王切開が含まれるため

(火曜日に関しても予定帝王切開に対応していたことにより若干多くなっている)  
 時間帯でも他 婦人科手術との兼ね合いから予定帝王切開時間は一定可しておらず、16 時台の出棟時間となっている。

分析が不十分だが、金曜日の 17 時台の分娩件数が多い要因も、外来終了後、帝王切開

を選択したための件数が含まれるためか分娩件数が少ない・医師の勤務者数が 1 名のため、傾向は帝王切開により大きく左右される

II. より安全に分娩していただくために

1. 医師との連携の強化

- 今までは、切迫入院 分娩入院 分娩経過について医師との治療方針についてカンファレンスをもつ事がなかったので、治療方針についてのケースカンファレンスをもつ時間を確保する。
- 医師との勉強会を開催する(再開してから医師が 1 名で多忙のため、なかなか時間が持てなかった(疾患 最近の治療について 救急時の対応など)

2. 助産師 1 人夜勤体制 (未分娩入院中は 2 人夜勤) 医師宅直体制

- 医師への連絡基準を明確にし、基準に基づいて報告する。

医師への報告で迷った事例は検討会を持ち、助産師全員で共通認識を持つ 医師との調整を図る

- 分娩件数を増やし、複数夜勤体制を目指す。
- 胎児モニタリング の評価 学習 および緊急帝王切開時の振り返り 症例検討会
- 胎児 Well-being の評価基準を徹底 学習
- 新生児救急蘇生法学習 (当院助産師正職 9 名中 A コース 1 名 B コース 7 名取得) の定期的な開催 現時点では 1 回/6 か月で開催

新生児は基本的には母児同室で無呼吸センサー付きで管理している。

しかし、預かり新生児もあるため、テレビモニター監視も考慮する必要がある。(新生児の安全管理に関して) 勤務者が少ないので常時 監視できない 特に分娩中などは管理できない

無呼吸センサーのアラーム転送システムの導入を検討しているが、予算通過していない

陣痛室妊婦には常時助産師が訪室して援助しているのでプライバシーの観点からモニター監視は今のところ必要としていない。

(研修終了後検討)

### 3. 分娩件数データから

予定帝王切開は水曜日 増員体制にある 帝王切開当日は助産師 2 名にて夜勤

- 助産師 呼び出し体制の強化 基準の明確化
- 助産師 1 名と管理当直者で分娩介助を行う場合もあり、院内管理当直者教育の強化

### 4. その他

当院の対象はローリスク妊婦で、妊娠 36 週～37 週時点で分娩に対する希望の確認および勤務者間で分娩カンファレンスを行い評価している。しかし、全体的 (相対的) な評価になりやすく、明確な評価基準がない。検査データ 胎児発育状態 NST 評価 羊水量 など胎児情報 妊娠情報がどうなのか 具体的評価基準を明確に記録に残す様にしていく。



## 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

加古川市民病院

北野 由起恵

藤いずみ

山崎峰夫

### 1 産婦人科病棟の現状

1) 病床数 病室 4 5 床、陣痛室 3 床、回復室 2 床

2) スタッフ 医師 6 名、助産師 18 名(師長含む)、看護師 5 名、ケアアシスタント 1 名

3) 勤務体制 三交替  
日勤：9～10 人(師長含む)

準夜：3 人(助産師 2 人、  
看護師 1 人)

深夜：3 人(助産師 2 人、  
看護師 1 人)

4) 分娩件数 774 件  
内訳：自然 394 件、吸引  
52 件、帝王切開 323 件、鉗子 6 件

特記事項：多胎 48 件、未  
熟児 198 件(内 1500 g 以下 53 件)、母体  
搬送 83

件

勤務帯別分娩件数：深夜  
分娩 169 件、日勤分娩 448 件、準夜分娩  
157 件

死産件数 25 件

### 2 現状と問題点

#### 1) 勤務体制について

(1) 分娩件数は平成 21 年度では 774 件、夜勤帯での分娩は 326 件と総分娩件数の 42%が夜勤帯である。ハイリスク妊婦が多く入院していることから妊婦へのケアと母子同室を行っているため産後の母親と新生児双方のケアと

業務が多い。夜勤は 3 人勤務であるが、夜間であっても授乳介助や見守りなど母子のケアには非常に長い時間を要する。そのため夜勤帯に分娩進行中の産婦がいる場合は産婦と妊婦、産後の母子それぞれのケアを十分に行おうとすると業務量は非常に多い。また、夜間に緊急帝王切開を行う際は、看護師 1 人が手術室に児受けに入るため、病棟の患者を 2 人の看護師がみることになり手薄な状態になる。分娩が進行している産婦がいる場合は、特に危険だと感じる。データは出していないが、夜勤帯の緊急帝王切開数は比較的多いと感じる。つまり、3 人夜勤では人員不足と考える。

(2) 夜間に分娩進行中の産婦と病室の妊婦・母子を同時にケアしなければならない場合は、病室と陣痛室の導線が長く非常に危険である。

#### 2) 陣痛室から陣痛室への移動について

(1) 分娩を陣痛室から分娩室へ移動して行うスタイルになっているが、分娩 2 期の急変が起こりやすい時期に移動しなければならないことや児心音が低下している状況で移動しなければならない場合は危険が高いと考える。また、使用している CTG の機種は都合上、陣痛室から分娩室へ移動する際に CTG を一旦外して移動させなければならない危険だと感じる。

(2) 産婦は陣痛室→分娩室→回復室→病室へと移動するため、移動する度にベッドの片付けや荷物の移動をしなければならない。そのため分娩の度に人手が必要になる。

### 3) 分娩について

(1) 分娩時の体位は仰臥位でしか行っていない。その理由としては、助産師にアクティブバースを介助した経験がないこと、陣痛室や分娩室の構造上の問題である。妊婦の満足度を高めるためには、妊婦の希望する体位での分娩を行えることが必要と考える。

(2) 新生児蘇生について病院内に新生児医師が在中しているが、分娩室やあるいは病室に新生児医師が到着するまでの間の蘇生については産婦人科医師あるいは助産師・看護師が責任を持って行わなければならない。勉強会は行ったことはあるが、スタッフの知識と技術の程度の確認は行っていない。

### 4) D&C を分娩室で行っていることについて

分娩室で D&C を行っている場合は、産婦を分娩室に移動させる時期であるにも関わらずしばらく待たなければならないことがある。そのような状況では墜落産になる危険性が高いと考える。また、D&C 中であっても移動せざるおえない場合があり、D&C と分娩が同時に行われ特に処置を受けている患者に辛い思いをさせていると感じる。

### 5) 母子同室について

母子同室を行っている新生児が生後 2 時間までに SIDS を起こした症例報告がある。当院は分娩直後から母子同室を行っているが、母子の側に常に看護師がいないことで今後 SIDS を起こす危険性がある。

### 6) 教育について

新人は分娩 10 例を直接介助し、教育グループが評価をして独り立ちすることになっているが、CTG の分析や分娩進行の予測などの具体的な指導項目がない。独り立ちを判断する根拠があいまいになっている。これでは、安全なお産の提供はできない。

## 2 改善点

### 1) 勤務体制について

(1) 夜間帯であっても業務が多い産婦人科病棟では夜勤人数を増やすことが必要と感じる。しかし、日勤に誘発を行っている場合には、準夜帯で分娩になることや緊急帝王切開になることが多いかもしれない。そのため、準夜帯の人員を増やすにしても誘発の曜日を決め人員を増やすことができれば、毎日でもなくてもよいかもしれない。

(2) セントラルモニターを病室の廊下に設置できれば今よりは安全に陣痛室と病室の両方のケアが行えると考ええる。

### 2) 陣痛室から分娩室への移動について

(1) CTG で児心音を監視しながら移動できる機種を購入できれば危険が軽減されるのではなかと考える。または、陣痛室から分娩室への移動が無くその場で分娩が行える環境であれば問題が解決されると考える。そのためには、LDR に改築されることが望ましい。

(2) 部屋の移動については、移動しなければいけない固定観念に捕らわれていたが、移動させずに分娩室で過ごしてもらうことも検討する必要がある。但し、分娩室への夫以外の家族の入室を禁止しているためその点についても検討が必要になる。業務の軽減はできるが、産婦が出産後 2 時間家族と面会できないとなると質に問題が生じると考える。

### 3) 分娩について

- (1) 助産師が研修に参加してアクティブバースが取り扱えるように技術を身に付ける。また、側臥位分娩が行えるよう分娩台を大きなものに取替える。
- (2) 来年から院内で新生児蘇生の講習会が始まるので助産師全員が参加し、定期的に知識と技術を確認する機会を設ける。

### 4) D&C を分娩室で行っていることについて

D&C を手術室で行うとなるとそのための業務が増加すると思われるため、分娩室でのプライバシーが守られるよう壁を設けることや D&C を行う部屋を別に設けることができれば、産婦を待たせることはないと考ええる。

### 5) 母子同室について

母親が新生児をよく見て新生児の状態の変化を看護者に報告できるように教育することが必要である。

### 6) 教育について

教育プランを作りなおすこと、あるいはラダーの作成が必要である。

#### 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。