

201129032B

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・23年度 総合研究報告書

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24年(2012)年3月

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・23年度 総合研究報告書

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24年(2012)年3月

目次

平成22-23年度総合研究報告書

研究組織

| | |
|------------------------------------------------------------|-----|
| I 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の概要 | 1 |
| 齋藤いずみ | |
| II 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検討と調査 | |
| 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表 | 6 |
| 齋藤いずみ 小倉理恵 | |
| 2 出産体験の「自己評価」および「満足度」に関する尺度の文献検討 | 28 |
| 末村まい 齋藤いずみ | |
| 3 出産の自己評価、満足度に関する文献表 | 40 |
| 末村まい 齋藤いずみ | |
| 4 世界の周産期医療システム | 41 |
| 齋藤いずみ | |
| 5 英国の助産師主導型ケア | 62 |
| 土手内利佳 齋藤いずみ | |
| 6 オーストラリアにおける助産師の教育と助産業務 | 75 |
| 遠藤俊子 常田裕子 | |
| III 広範なデータを基盤として産出する助産師の必要数 | 81 |
| 齋藤いずみ | |
| IV 助産外来の安全性に関する分析 | 87 |
| 齋藤いずみ 寺岡歩 | |
| V 院内助産および産科病棟における分娩の安全性に関する分析 | 115 |
| 齋藤いずみ 小倉理恵 | |
| VI 助産の質の評価に関する基礎研究 ―内診技術の精度の検証とその教育の再考― .. | 125 |
| 小河原みゆき 齋藤いずみ 山崎峰夫 | |
| VII 妊娠中および出産後の女性の助産外来・院内助産に対する認知と利用意向 | 137 |
| 安川文朗 齋藤いずみ | |
| 研究成果 | 183 |

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 熊本大学大学院社会文化科学研究科 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 |
| 清水 彩 | 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 |
| 小河原みゆき | 神戸大学大学院保健学研究科 | 看護学領域 | 博士後期課程 | |
| 寺岡 歩 | 神戸大学大学院保健学研究科 | 看護学領域 | 博士前期課程 | |
| 小倉 理恵 | 神戸大学大学院保健学研究科 | 看護学領域 | 博士前期課程 | |
| 常田 裕子 | 京都橘大学看護学部看護学科 | | | 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）

平成 22-23 年度総合研究報告書

I 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の概要

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、これまで本研究班が取り組むまで、各実施主体による助産外来や院内助産の実態を公開する事は行われていたが、総合的な安全や質の保証に関する研究は実施されてこなかった。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。

平成22年度は、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検討と調査（日本の分娩・院内助産システムに関する文献、出産体験に関する文献、世界の周産期システムと助産師の教育と業務に関する調査“米国、英国、オランダ、フランス、カナダ”、ほかに英国の助産師主導型ケアに関する調査）2 助産師の必要数の算出基盤となる考え方、3 兵庫県における分娩の安全性と質の保証に関する分析事例 4 その他の事業について研究を実施した。

平成23年度は、1 助産外来の安全性、2 院内助産の安全性、3 安全を担保するための助産師の技術、4 諸外国の助産師の教育と業務（オーストラリア）5 妊婦および出産後の女性の助産外来・院内助産に対する認知と利用意向についての研究 6 その他の事業を実施した。平成23年度調査から以下の研究結果が導かれた。

1 助産外来には経産婦が多い傾向がみられたが有意な差は認められなかった。妊娠スコアによる低リスク・中等度リスク群から、ハイリスク群に移行する割合に、助産外来群と医師外来群間に有意な差は認められなかった。

2 院内助産における助産師主導型分娩と産科病棟における医師主導型分娩の比較では、医師群に有意に多い項目は妊娠33週以前の破水や切迫早産、児のNICU 入室等、有意に少ない項目は分娩時仰臥位体位などであった。安全性に関連すると思われる両群の有意な差は認められなかった。

3 助産外来、院内助産で分娩進行の判断等に必要となる、「内診技術」に関する客観化・可視化する実験を試みた。内診の誤判断が最も多い項目は児頭の高さであった。助産師の経験年数、分娩介助例数と内診所見の正解には有意差がなかった。

4 諸外国の助産師の教育と業務に関し、本年度はオーストラリアの調査を実施した。助産師の免許は更新制であり、教育機関、プログラムを審査する機関が独立していた。

5 妊娠中、あるいは産後12カ月以内の女性の全国調査から、自分の妊娠・分娩・産褥期のリスクが特に高くない場合には、半数以上の人が医師と助産師の両方から診察を希望していることが明らかになった。

A. はじめに

病院や診療所において「助産外来」や「院内助産」を置き、助産師を活用するシステムを院内助産システムという。2011年厚生労働省資料によれば、助産外来の設置推移は、H20年273件、H21年353件、H22年405件、H23年459件であった。院内助産は、H20年31件、H21年47件、H22年59件、H23年72件であった。

日本看護協会は、平成20年から3年間、「院内助産システム」を、単に助産師職能関連の重点事業とするのみならず、日本看護協会として推進すべき重点項目として妊産褥婦に広く浸透することをめざし活動している。

また、厚生労働省、文部科学省においても、助産外来や院内助産の促進に関する方策を実施している。それらの成果が、前述の数的な増加にもつながっているものと思われる。

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。一方では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、省庁の政策的後押しを受けながら、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こなかった。そこで助産外来・院内助産に関する安全性の評価、効果など、安全と質に関する総合的な評価を実施することを本研究の目的とした。

平成22年度は、院内助産システムに関する（助産外来、院内助産）文献検討、出産体験の自己評価、出産満足度に関する文献検討、世界の周産期システムと助産師の教育と業務に関する調査（米国、英国、オランダ、フランス、カナダ）助産師の必要数の算出基盤となる考え方、兵庫県における分娩の安全性と質の保証に関する分析事例について研究を実施した。

それらの基盤に立ち、平成23年度は、1 助産外来の安全性、2 院内助産の安全性、3 安全を担保するための助産師の技術、4 諸外国の助産師の教育と業務（オーストラリア）5 妊婦及び出産後の女性の助産外来と院内助産に対する認知と利用意向について研究を展開した。

B. 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。

C. 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。

D. 助産外来の安全性に関する分析

1. 研究目的

低リスクおよび中等度リスク妊婦のうち、助産外来を受診した群と産科外来を受診した群において、妊娠経過を妊娠リスクスコアで比較することによって、助産外来の安全性を明らかにすることを目的とする。

妊娠 30 週と 37 週における、ローリスク群、中リスク群、高リスク群の割合を明らかにする。妊娠 30 週と 37 週を比較し、ローリスクからローリスクに移行した群の率とその特性を明らかにする。

2. 方法

研究デザインは後ろ向きコホート研究である。

後半期妊娠リスクスコアは、妊娠 30 週（または 31 週）・妊娠 37 週・外来受診の最終週の 3 ヶ所で採点する。

近畿圏内で助産外来を実施している施設において、平成 23 年 1 月から平成 23 年 12 月の間に分娩を終了した女性のうち、初期妊娠リスクスコアが 3 点以下の低・中等度リスクであった助産外来を受診した妊婦、同じく初期に低・中等度リスクで産科外来を受診した妊婦とする。

3. 結果

初期の低リスク・中等度リスクの割合は助産群 29 名 (59.2%)・20 名 (40.8%)、産科群 20 名 (48.8%)・21 名 (51.2%) であった。妊娠初期にローリスクであった対象者が、ハイリスクに移行した割合は、妊娠 30 週では助産群 49 名中 6 名 (12.2%)・産科群 41 名中 10 名 (24.4%)、妊娠 37 週では助産群 3 名 (6.0%)・産科群 7 名 (17.0%)、38 週～41 週の最終週では、助産群 41 名中 4 名 (9.8%)・産科群 31 名中 4 名 (12.9%) であった。

ハイリスクスコアの最大値は、助産群 8 点・産科群 10 点であった。全期間で助産群から医師管理へ移行したのは 1 名、産科群でハイリスク状態へ移行したのは 1 名であった。スコアの平均はどの週数においても、助産群経産婦、産科群経産婦、助産群初産婦、産科群初産婦の順に高くなっていた。具体例として妊娠初期のスコアの平均値は 1.00、1.31、1.60、1.92、妊娠 30 週では、1.62、1.63、2.47、3.48 であった。

助産師群と医師群で妊娠 30 週、37 週の低リスク及び中等度リスク群とハイリスクの割合は有意な差はなかった。助産師群と医師群の初産婦において低リスク及び中等度リスク群からハイリスク群へ移行した者の有意差はなかった。助産師群と医師群の経産婦において低リスク及び中等度リスク群か

らハイリスク群へ移行した者の有意差はなかった。助産群が助産外来受診を開始した時期の平均は妊娠 30 週で、受診回数平均は助産外来 5 回・産科外来 9 回の合計 14 回であり、産科群の受診回数平均も 14 回であった。

E. 院内助産および産科病棟における分娩の安全性に関する分析

1. 目的

院内助産における分娩の安全性について検証することで、現状と課題が明確になり、今後「院内助産」を安全かつ効果的に運用するための基礎的資料を得ることを目的とする。

助産師主導型分娩を行う院内助産と医師主導型分娩を行う産科病棟の分娩の帰結に、分娩に関連する安全の指標で評価した場合、両者間に有意な差がないことを明らかにする。

2. 研究方法

後ろ向きコホート研究

中林らが開発した「妊娠リスクスコア」の尺度と、2011 年版産婦人科診療ガイドラインのチェック表 4 を用いて、ローリスクであると判断された妊産婦のカルテから分娩時の情報を収集する。

中林らの「妊娠リスクスコア」は、年齢、出産回数、身長・体重、嗜好品、既往歴、妊娠経過の異常の有無など、妊娠初期 18 項目、後半期 11 項目の質問で構成される。分娩時の情報とは、分娩所要時間、出血量、医療介入の有無とその種類、出生児の状態、分娩時の姿勢などである。

3. 結果

2011 年 A 病院で 7 月に分娩した全数 131 件を対象に電子カルテから後方視的に本研究の基準に従いデータを収集した。中林妊娠スコア 3 点以下のローリスクは 61 人であった。そのうち院内助産は 16 人、産科病棟における医師主導型分娩は、45 人だった。同様に A 病院で 8、9 月に分娩した中から中林妊娠スコア 3 点以下のローリスクかつ、院内助産で分娩した 29 人を加え、A 病院の院内助産における助産師主導型分娩（以下 M 群）45 人、A 病院の産科病棟における医師主導型分娩（以下 D 群）45 人の分娩の安全性を分析した。

対象者の平均年齢は、M 群 30.5±4.6 歳、D 群 29.8±5.6 歳で、初産婦の割合は M 群が初産婦 15 人 (33%)、経産婦 30 人 (67%)、D 群が初産婦 21 人 (47%)、経産婦 24 人

(53%)であった。英国のNICEガイドラインの分娩時の安全に関する項目に従い、指標となる項目と定めた。

1) M群とD群に有意差のある項目

一方、以下の項目には有意な差を認めた。医師群のほうに有意に多い項目は妊娠 33 週以前の破水又は切迫早産、医師の介入、胎児心拍基線変動 5 bpm 以下、第 2 度会陰裂傷、NICU 入室、D 群に有意に少ない項目は分娩第 3 期所要時間、分娩時体位側臥位であった。

2) 継続して観察が重要と思われる項目

有意差はないが、臍帯動脈血ガス分析は M 群 7.278 ± 0.06 、D 群 7.299 ± 0.53 、アプガールスコア 5 分後は M 群 9.04 ± 0.36 、D 群 9.22 ± 0.51 であり ($P=0.055$)、D 群のほうが良い傾向があった。両群間に有意な差はなかった。英国の先行研究と同様の結果であった。

3) 院内助産における適切な医療介入の実施と必要性

M群のうち5人は吸引分娩となり、1人は帝王切開術での分娩となった。D群は1人が吸引分娩、1人が帝王切開であった。分娩形態の違いでは有意差は認めなかった。

F. 助産師の質の評価に関する基礎研究

—内診技術の精度の検証—

これまで世界的にも、内診指がどの部位を示しているのか、リアルタイムに客観的に観察する方法は存在しなかった。

医師や助産師も診察に不可欠な重要な技術である「内診」技術に関してはこれまで客観化された評価教育が困難な状況にあった。

2011年1月にA社が世界に先駆け、内診の状態を客観的に把握可能な内診に関するリアルタイム客観化機器技術装置を開発した。

1. 目的

- 1) 子宮口開大度・展退度・硬度・位置・児頭下降度の 5 因子のうち内診所見の誤判断率の高い技術を明らかにする。
- 2) 助産師の経験年数、分娩介助年数などとの関連を明らかにする。

2. 方法

1) 実験 1 および実験 2 をおこなうことにより測定する (実験プロトコルの詳細は本文参考)。

2) 自記式質問紙により経験年数や分娩介助数、などを調査する。

3. 結果

7 病院の 103 名の助産師の内診技術の評価を実施した。点数は子宮口開大度・展退度・硬度・位置・児頭下降度の 5 因子の満点が 20 点とした。

総得点の高いものは、18 点、低いものは 6 点、平均点は 11.5 だった。最もご判断率の高い内診技術は児頭の高さだった。

助産師の経験年数、分娩介助例数とは関連がなかった。

G. 諸外国の助産師の教育と業務

オーストラリアの助産師教育制度と助産師の業務に関する調査を実施した。

オーストラリアの医療制度は、メディケアという英国と類似した国民皆保障制度を基盤とし、かかりつけ医師が存在する。周産期医療もメディケアで保障される。

2010年から助産師の教育は、全国で統一され、オーストラリア保健医療職規制機関で規定されている。

助産師の教育は、大学における助産師単独教育3年間と看護免許取得後の助産師教育1年に大きく分類される。

免許は更新制であり、教育機関、プログラムを審査する機関が独立している。

H. 妊娠中および出産後の女性の助産外来および院内助産に対する認知と利用意向

1. 目的

- 1) 妊娠や出産に際してどのような施設環境に直面しているのか
- 2) 妊娠や出産に関わるどのような情報を欲した実際に有益だと思っているのか
- 3) 誰に診察や保健指導を受けたいと思っているのか
- 4) それらの環境や意識の違いが、どの程度助産外来/院内助産の認知と利用に影響しているか

2. 方 法

インターネット調査を実施した。調査シートは妊婦に聞き取り調査を実施後、助産学研究者と医療経済学研究者にて作成し、妊婦にプレテストを実施後にインターネット調査を実施した。

3. 結 果

全国から妊婦、産後 12 か月以内の女性から 5189 件の有効回答を得た。内訳は妊娠中 1892 件、産後 3297 件であった。初妊産婦は 2627 人 (51%) であった。

施設選択理由は、自宅から近いが最も重視され、母体や胎児の問題にある程度対応可能な施設かどうか重視されていた。

自分の妊娠・分娩・産褥期のリスクが特に高くない場合には、全回答者の半数以上の方が医師と助産師の両方から診察を希望していることが明らかになった。

I. 倫理的配慮

神戸大学保健学研究科および熊本大学大学院社会文化科学研究科の倫理審査委員会にて承認を受けて実施した。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した。

J. 研究に関するその他の事業

1) 神戸大学医学部附属病院「助産外来」の実施

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」を立ち上げ助産外来を実施している。

2) 「周産期の安全と安心研究会」を設立した。

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た。現在2か月に1回、上記メンバーにて研究会を実施している。

3) 専門看護師母性看護の活用に関する公開討論会を実施した。

4) 英国の助産師協会研究教育担当者と共同研究の準備中である。

Sue Macdonald

Education & Research Manager

Lead Midwife for Education

Learning, Research and Practice
Development Department
International Office

The Royal College of Midwives

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

番号

| 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 | | | | | | |
| 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 | | 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パースあおばの概要について。 | |
| 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 | | | | | 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。産科医不足から端を発した、院内助産所や助産外来開設推進は現場の動きと必ずしも連動しているとは言い難い。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設推進事業が進まないという現実もある。 | ハイリスク妊産婦のケアを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。 |
| 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の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。毎週1回カンファレンスを行い、リスクのある妊婦の情報を医師・助産師間で共有している。妊婦の超音波検査についての希望も高い。 | 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見据え、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。 |

5

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

番号

| 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 |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|------|---------|-----|---------|-------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6 | 【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 | 解説/特集 | 福井トシ子 | 2002 | 看護 | | | | | 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師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。 | |
| 7 | 【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 妊産婦の立場から 妊婦が助産師に期待すること | 解説/特集 | 河合蘭 | 2002 | 看護 | | ベビカム | n=920 | インターネット上の投稿(web調査) 2007年と2008年の12月 | ○「あなたがお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かった」が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していいのでは。」40%、「メリットがあるのであれば許容できる」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% 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。 産婦人科医の平均診察時間は13.6分に対し、基本は助産師に診てもらい時々医師というスタイルだと28.2分。 | 助産師間での指導内容の食い違いを予防するためにもガイドラインの活用が望まれる。 |
| 8 | 【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 | 解説/特集 | 中林正雄 | 2002 | 看護 | | | | | 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聞くことが大事。 | 日本産婦人科学会は、院内助産システムにおいて金妊婦が医師・助産師立ち会いの下で分娩を快適に行うことを目標にしている。 |
| 9 | 【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 | 解説/特集 | 遠藤俊子 | 2002 | 看護 | | | | | 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。 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。 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ヵ年計画」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 | 2010年に院内助産システム推進3ヵ年計画の評価がある。 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。 |
| 10 | 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検討 | 会議録 | 宮川友美 | 2003 | 安全医学 | | | | | | |

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

番号

| 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 |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|------|-------------|-------|---------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11 | 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 | 原著 | 岡田公江 | 2003 | 兵庫県母性衛生学会雑誌 | 2008年 | 兵庫県 | | 文献検討 ①兵庫県における産科医療の現状把握:国民衛生の動向、厚生労働省医政局総務課統計資料 ②助産師外来、院内助産所についての社会的ニーズと今後の課題について分析:医中誌での文献検索 | 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、助産師数では、全国が増加傾向にあるのに対し、兵庫県では横ばい傾向。 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。 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かったが、助産師による健診内容は共通していた。(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。 「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。 院内助産所を実践する助産師は、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。 助産師外来、院内助産所の担当助産師は、専門職者としての充実感を得ると同時に妊娠期、分娩期の判断やコミュニケーション能力について不安や問題点を指摘していた。 | 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。 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、これらのニーズに対応した教育的サポートが必要。 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。 |
| 12 | 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 | 会議録 | 葛西圭子 | 2003 | 日本母子看護学会誌 | | | | | | |
| 13 | 出産現場における安全・安心・快適とは 助産師(助産所)の立場から | 会議録 | 山本詩子 | 2003 | 日本母子看護学会誌 | | | | | | |
| 14 | 院内助産システムでのエマージェンシープログラムの作成 [後編]いざというときの対応シミュレーショントレーニング | 解説 | 小笠原敏浩 | 2004 | 助産雑誌 62巻 | | | | | | |
| 15 | 【医師・勤務助産師・開業助産師の理想的な「連携」を求めて】 国際母子タスクフォースにみる「連携」の実際 地域を巻き込んだシステムを作り上げるまでの歩み | 解説/特集 | 楯朋子 | 2004 | 助産雑誌 62巻 | | | | | | |

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

| 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 |
|----|-----------------------------------------------|--------|-------|------|----------|-----|--------------------|------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 16 | 石川県における助産師の就業状況から見た周産期ケアの現状 | 原著/比較研 | 柘淵恵美子 | 2004 | 石川看護雑誌 | | 石川県内の産婦人科を標榜する医療施設 | 20施設 | 調査票を郵送し、診療所群と病院群の比較研究を行い、周産期ケアの現状の把握。助産師の活用について検討。 | 診療所群に勤務する助産師数は少なく、病院群では助産師の20%が産婦人科以外の診療部門に配置されていた。診療所群、病院群どちらにおいても出産する女性は助産師からの十分な周産期ケアを受ける機会が少ないと考えられた。 | 診療所群と病院群群における助産師の偏在を是正し、安全で最適な周産期のケアを妊産婦に提供するためには、助産師養成数を増加させ量的確保を図ると共に、施設内での助産師が専門能力を発揮させるための診療・勤務体制の工夫と整備が必要である。 |
| 17 | 諸外国の対応との比較からみた「出産場所の集約化」への疑問 | 解説 | 廣瀬健 | 2005 | 助産雑誌 61巻 | | | | | | |
| 18 | 【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 | 解説/特集 | 谷津裕子 | 2005 | 助産雑誌 60巻 | | フィンランド | | | 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とって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」「サポートパーソンの存在」「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、より多く婦満足感を訴えた。その主たる原因は、「出産時に介入するスタッフの熱意」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、病院で生まれた児より低出生体重児が多く、在胎週数が37週よりも早く、新生児死亡率が約6倍高かった。 | 病院の専門性と規模に応じた病院のレベル設定は重要な課題であり、諸外国の事例に学び、早急に基礎調査に着手する必要がある。 出産の集約化を進める上では、地域への病院の適正配置について慎重に検討することが重要である。 核施設が提供できる医療技術、スタッフやマンパワー、収容可能なベッド数などのさまざまな情報を公開し、組織的なネットワークを整備することが重要。 リスク評価の指針や搬送基準などに基づき、医療職種や病院施設の違いを超えた統一的な産科管理指針と紹介システムを確立し、周知徹底することが早急な課題である。 |
| 19 | 【妊産婦と褥婦への看護と支援】 分娩の安全と快適さ | 解説/特集 | 竹村秀雄 | 2005 | 周産期医学 | | | | | | |

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

| 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 |
|----|------------------------------------------------|------|-------|------|--------------|----------------------|-----------------|------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 20 | 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 | 原著 | 大法啓子 | 2005 | 岐阜県母性衛生学会雑誌 | | | | | | |
| 21 | 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 | 原著 | 町田稔文 | 2005 | ペリネイタルケア 24巻 | 2002年7月～ 2004年12月 | ふれあい横浜ホスピタル産婦人科 | 573例 うち帝王切開率は14.1%。 | 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、カルテの既存データからの検討 | 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た。遷延分娩そのものは高頻度ではないが、分娩第2期遷延の頻度は高かった。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。 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。 助産師主導で管理する分娩の特徴の一つとして分娩第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、助産師サイドも母児に悪影響を及ぼすことのないように配慮しなければならない。 | 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、急速遂娩実施率、新生児仮死の増大の点から、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。 |
| 22 | こんにちはのお産、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 | 解説 | 早乙女智子 | 2005 | ペリネイタルケア 24巻 | | ふれあい横浜ホスピタル産婦人科 | | | 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。 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。 | 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はなっていない。 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 ・自然分娩の科学的観察 ・安全性確保のための取り決め ・母児継続ケアと父親の育成 |

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

| 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 |
|----|----------------------------------------------------------------|---------|-----------------|------|---------------|------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 23 | 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 | 原著 | 高田昌代 | 2006 | 助産師 58巻 | 平成13年10月～平成14年6月 | 日本助産師会会員名簿より助産師所部会員600名、勤務部会員600名。都道府県は無作為抽出。 | 1回目：1200人 2回目：280人 3回目：157人 | アンケート調査。郵送による配布・回収。 | 「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 | これまでのケア実践を継続しつつ、助産師が妊産褥婦からの評価を受ける機会を作ることや、根拠に基づいたケアの視点を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。 |
| 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/比較研究 | 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参与観察 | 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う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招く恐れがある。 | 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 | 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、リラックスできる環境づくり、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。 | |
| 26 | 日本の出産と米国の出産の比較 ヘルスケアにおける出産と安全性の連携 | 解説 | SananmanEleanor | 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/特集 | 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・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。 |

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

| 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 |
|----|--------------------------------------------------------------|-------|-------|------|-----------------|---------------------|-----------------------------|------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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働くべき。 | 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もよいのは。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。 |
| 30 | 【21世紀の周産期医療】分娩施設はどう変わるか | 解説/特集 | 進純朗 | 2006 | 周産期医学 31巻 | | | | | | |
| 31 | 安全な分娩・満足な分娩 大学病院の助産婦として | 解説 | 井上恭子 | 2006 | 茨城県母性衛生学会雑誌 | | | | | | |
| 32 | 安全な分娩・満足な分娩 産婦人科病院の助産婦として 病院内助産院の試み | 解説 | 小竹久美子 | 2006 | 茨城県母性衛生学会雑誌 | | | | | | |
| 33 | 今こそ院内助産院！！これぞお産の質・安全を保障するシステム | 会議録 | 西畑康代 | 2006 | 医療の質・安全学会誌 | | | | | | |
| 34 | 助産師外来を実施しての現状と評価 | 原著 | 菅美和 | 2006 | 佐賀母性衛生学会雑誌 | 2008年6月～ 2009年3月 | 佐賀社会保険病院産婦人科 助産外来に受診した妊婦 | 108名 初産:51 経産:57 | 24週以降の医師の許可を受け助産師外来を受診した妊婦が対象。選択的質問用紙と自由記述のアンケート調査 | 全期間を通して、99%の妊婦が助産師外来を満足していた。90%以上の妊婦が助産師外来の再受診を希望していた。エコーに対するニーズがあった。医師からの診察で、異常なく経過しているかを診断してもらい、助産師の妊婦健診で個々の不安や心配を相談し、解消できる時間を求めている。 | 病院での助産師外来では、医師と助産師の役割の相違を明確にし、お互いが異なる役割を担っていることを理解し、協力していくこと、また医師と助産師が十分に連携を取り、妊婦とその家族が満足のいく妊娠・出産を迎えられるよう関わる必要がある。超音波エコーに関して、助産師は経験不足もあり、苦手意識を持っているものも少なくない。今後は助産師の超音波に対する苦手意識の克服と、技術面を向上させていく必要がある。 |
| 35 | 究つていつ21世紀のお産 安全性？快適性？それとも・・・妊娠・出産の安全性と快適性の確保 背景と大学附属病院の進む方向性 | 会議録 | 朝倉啓文 | 2006 | 神奈川母性衛生学会雑誌 | | | | | | |
| 36 | 【安全な出産を確保するために 嘱託医・医療機関との連携】産科医と助産師によるチーム医療を目指して | 解説/特集 | 山下恵一 | 2006 | 助産師 60巻 | | | | | | |

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

| 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 |
|----|----------------------------------------|------|------|------|------------|------------|---------|---|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 37 | 助産師外来における医師への相談回数と内容 | 原著 | 齋藤幸子 | 2006 | 栃木母性衛生 | 2008年4月～9月 | | | 助産師外来を受診した正常妊婦782人 | 正常経過を逆脱していると判断した時に行われている助産師から医師への相談の件数とその内容、およびその後の対応と経過について調査。 相談回数は全健診回数2869回中124回(4.3%)で、妊娠中・後期の相談割合が高く、その内容として中期・後期では腹緊・下腹部が、末期では高血圧・蛋白尿と帯下・外陰部異常が多かった。 また、医師への相談後、20.7%の症例が医療介入を要したが、79.2%は助産師外来でフォローすることが出来、母体搬送などのハイリスク症例(4.1%)も見落とすことなく医師に相談できていた。医師と助産師が相談・協力して行う当院の妊婦健診システムは妊婦にとって安全に機能していた。 | |
| 38 | 助産師主導の妊産婦継続ケアの安全性に関する文献検討 | 会議録 | 田口陽子 | 2006 | 日本助産学会誌 | | | | | | |
| 39 | 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 | 解説 | 平塚志保 | 2006 | 看護総合科学研究会誌 | | | | 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 | 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、「助産師がないから」「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は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の減少により、所定の分娩介助例数を学生に保証するための実習施設の確保が困難な状況にある。 | 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う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・湿布につながり、相互理解と信頼関係の構築の第一歩となる。 |

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

| 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 |
|----|------------------------------------------------------|--------|------|------|----------|-----|---------|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 40 | 【周産期診療プラクティス】総論 助産師外来とそのあり方 | 解説/特集 | 竹村秀雄 | 2006 | 産婦人科治療 | | 小阪産病院 | | 助産師外来の対象：妊娠15週以降40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、助産師外来受診希望がある妊婦。ある程度の問題点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4～6回程度利用。 | 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、産科外来受信者のうちの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%以上もの差を保ってきたが、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、助産師外来のお蔭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。 | 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ってほしい。 |
| 41 | 【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 | 座談会/特集 | 加藤尚美 | 2007 | 助産雑誌 62巻 | | | | | あるべき周産期医療システムを目指して、助産師は医師になにを伝える必要があるのか？ 「助産師はどのような教育を受けて、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できる」 「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て、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安全なお産、安楽なお産につながっている。 | 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。 |

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

番号

| 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 |
|----|-------------------------------------------------------------------|--------|-------|------|----------|-----|---------|---|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 42 | 【医師・勤務助産師・開業助産師の理想的な「連携」を求めて】産科医のホンネを聞く 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 | 座談会/特集 | 岡井崇 | 2007 | 助産雑誌 62巻 | | | | | <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ない。</p> <p>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うい支える能力が低下しているということが根底にある。</p> <p>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ういうものか」といった本来あるべき姿について話し合う必要あり。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>正常だと思っけていて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境はない。</p> |
| 43 | 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 | 会議録 | 長坂桂子 | 2007 | 母性衛生 48巻 | | | | | | |
| 44 | 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 | 会議録 | 中田かおり | 2007 | 日本助産学会誌 | | | | | | |

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

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 |
|----------------------------------------------|-------|-----|------|----------|-----|----------------------------------------------|---|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 【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 | 解説/特集 | 松岡恵 | 2007 | 助産雑誌 60巻 | | 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>医療施設(病院・診療所など)で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。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・インシデントの分析を踏まえた各国の対応> 医療事故、インシデントの分析から、間違いの多くが、医療者と利用者間、医療者相互のコミュニケーションに起因するという共通の結論が導き出された。</p> <p>各国が取り組んだ教育は、有資格の就業者全体を対象とした生涯教育と、これから医療者になる学生を対象とした基礎教育。(具体的な基礎教育方法についての記載あり)</p> <p><助産ケアに対する苦情申し立て> 英国やニュージーランドでは、苦情報告・苦情相談システムが非常に整備されていた。苦情への対応では、苦情申立者とその当事者である助産師との調停が行えるよう、複数の調停段階によるシステムが整備されていた。</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> |

45

16