

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はいない。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、筆者が訪ねたり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。

1) 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、ドゥーラ、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、妊娠期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。

2) 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。

3) 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動すると、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。

IV. 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婦に関しては、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一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
- 2) 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
- 3) 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
- 4) 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
- 5) 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
- 6) 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
- 7) 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
- 8) 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
- 9) 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
- 10) National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).NICE clinical guideline
- 11) 森臨太郎：英国・NICE 診療ガイドラインの実際 あいみっく 27 4 2006 <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
- 13) 高橋淑郎：医療制度 先進国の社会保障 3 巻 カナダ 211 1999
- 14) 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

- 1) 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
- 2) 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
- 3) 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
- 4) 滝沢美津子：オランダの助産師教育の実際助産師学生の臨地実習場面への参加を通じて 助産師雑誌 vol 58 1 2004
- 5) 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
- 6) 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-第2版 2007
- 7) 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
- 8) 日本産科婦人科学会 日本産婦人科医会 編集・監修：産婦人科診療ガイドライン 産科編 2008

5・英国の助産師主導型ケアの安全に関する検討の実施

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¹⁾。

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、助産師の勤務先は病院に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⁾⁷⁾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で、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(収載: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、コクラン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、医師管理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、個別的な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) NICE 正常分娩ケアガイドラインで示された用語の定義¹⁴⁾

①助産師主導型ユニット (バースセンター)

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、大病院バースセンター、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、コ克蘭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マティックレビュー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、コ克蘭レビュー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マ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態を、周産期医療システムおよび個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ー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名に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)から任命を受けたスーパーバイザー¹⁷⁾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³¹⁾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³¹⁾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³¹⁾である。また、臨時応急の手段は助産師自身の判断で行い得る行為³¹⁾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³¹⁾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⁸⁾

(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。施設の状況や対象者のリスクレベルに応じて設定する。⁸⁾

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もち、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。⁸⁾

(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。⁸⁾

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もち、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。⁸⁾

3) 周産期医療に関連するガイドライン⁸⁾

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は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。

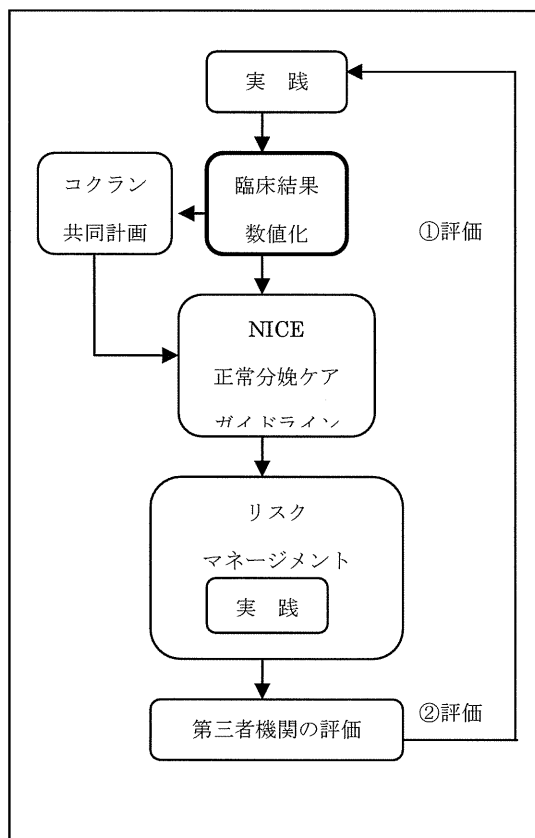
これは助産ケアの質に起因するというよりはむしろ、妊娠・分娩期においては、安全な管理を行っていても、正常から逸脱する可能性を孕んでいるという要因に拠るところが大きいと考える。ゆえに、助産師は、正常から異常への移行をアセスメントする能力を高め、適切な段階で産科ユニットへの紹介を行うといった卒前卒後助産教育の充実が求められると共に、搬送体制をシステムとして整えることを推奨していると考えられる。ここで特に臨床家に求められていることは、搬送前後の母児の状態に関する詳細な報告を行うことであり、これらの報告を元に、臨床結果として分析および公表され、新たに実践へと応用されていく過程を読み取ることができる。

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、傾向を知ることによって、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. リスクマネー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³³⁾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¹³⁾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。

最後に、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。

謝辞

本論文を作成するにあたり、指導教官の齋藤いずみ教授から、丁寧なご指導を賜りました。また、岩崎三佳助教、戸田まどか助教から、ご厚情とご助言を賜りました。ここに感謝の意を表します。

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/IntlReptFinal9Jul05.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 ID=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%202008.pdf> [2010/11/30]

「教育/資格取得」

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 (15th), 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.nhsla.com/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 [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 [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]

6 オーストラリアにおける助産師の教育と助産業務

分担研究者 京都橘大学看護学部看護学科 教授 遠藤俊子
研究協力者 京都橘大学看護学部看護学科 助教 常田裕子

オーストラリアは 769.2 万 km² と日本の約 20 倍の国土に、約 2,232.8 万人 (2010 年、世界銀行) と日本の約 1/6 の国民が住んでいる。年間出生数は 297,900 人 (2010 年、Australian Bureau of Statistics) であり、出産場所は、病院内が 97.0% であり、2.2% がバースセンターまたは自宅出産である (2007 年)。

1. 基本的医療制度

オーストラリアの医療保障制度は、「Medicare (メディケア)」という税方式による国民皆保障制度を基本とし、プライマリケアシステムとかかりつけ医 (GP) が確立されているなど、英国の制度と共通する枠組みである。メディケアは、1984 年に国民皆保障制度として整備され、「Health Insurance Act (健康保険法) (1973 年)」によって規定されている。そして、オーストラリアの社会保障や福祉サービスを主管する「Department of Human Services (福祉サービス省)」によって運用されている。

国費による医療費の一定割合の支給 (メディケア給付) と公立病院にかかわる費用の全額を公費負担するという 2 本柱になっている。また診療報酬に上乗せした価格設定やサービス選択も認められ「混合診療」が行われている。公的保障が主であるものの民間保険も一翼を担うと位置づけられているため、英国と一部異なる。

周産期医療についても、メディケアによって保障されている。妊婦健康診査 (10 回まで) や出産に関する費用・還付率は毎年発行される「Medicare Benefits Schedule Book」に示されている。それらに基づいて、妊産婦はサービスを利用した際に、立て替え・後日払い戻しを受ける、またはメディケアを通して個人負担分と合わせて全額支払う。

2. 周産期医療に関する政策

オーストラリアは、日本と同様に、妊産婦死亡や新生児死亡が低く、安全なマタニティケアが提供されている国である。一方で、ア

ボリジニー、トレス諸島や地方・遠隔地域に居住する住民は、質の高いマタニティケアを受けられない場合がある。また様々なマタニティケアが提供されているにも関わらず、その選択肢が限定されている場合もある。加えて、地方における一般医・産婦人科医・麻酔科医や看護師の不足は顕著である。助産師はそれらと比べると比較的良いものの、都市部からの距離による助産師数の差がみられる。このような状況を受けて、マタニティサービスの向上に向けた様々な取り組みが行われ、また 2008 年からは国家対策として保健医療人材に関する施策が実施されてきた。そして 2011 年 2 月には近年実施されてきたプロジェクトの成果などを踏まえて「National Maternity Services Plan」が、5 年間計画として策定された。

「National Maternity Services Plan」は、アクセス、サービスの提供、人材、インフラ整備を 4 つの優先課題として掲げ、国・州単位で実施すべき事項がまとめられている。特に人材については、National Health Workforce Taskforce (国家保健人材タスクフォース) の検討を受けて、Health Workforce Australia において、オーストラリアの保健医療に関する人材と今後の見込みについて評価するためのシステム構築について検討されている。助産師については、人材不足だけではなく高齢化も問題になっている。

3. 助産師免許

オーストラリアでは、2008年3月26日に、オーストラリア政府、各州・特別地域政府が2010年7月1日より国全体で統一した「National Registration and Accreditation Scheme for health practitioners (the National Scheme : 国家登録・認証制度)」を開始することに合意した。この合意を受けて、州・特別地域単位で発行されてきた保健医療職の免許が、2010年7月（西オーストラリア州では2010年10月）より国全体として発行される体制に変更された。この体制において、Australian Health Practitioner Regulation Agency (AHPRA : オーストラリア保健医療規制機関) が保健医療職 10 職種 of 規制を統括している。これらの職種に関する国家登録・認証制度を運用するために、各領域の Board があり、看護職については Nursing and Midwifery Board of Australia (NMBA) が担っている。AHPRA は国家登録・認証制度の統括と各領域の Board を支援している。

NMBA の役割は、①看護師・助産師および学生の登録、②看護師・助産師に対する基

準・綱領・ガイドラインの策定、③通知・苦情への対応、調査研究や学際的な意見聴取、④オーストラリアでの就業を希望している海外看護職の査定、⑤認定基準や教育プログラムの承認である。

1) 免許の登録方法

学生個人が、基準を満たす助産師教育を修了する 4~6 週間前に、オンラインまたは郵送により AHPRA に申請する。申請には、申請書、身分証明書（パスポートコピー）と英語による高等教育を修了している証明書が必要である。職歴のある場合には、就業証明書と履歴書を、犯罪歴がある場合には、それに関する書類を、実践に影響する可能性のある心身の障害がある場合には、それに関する書類を、英語による高等教育を終了していない場合には、英語試験結果を提出する必要がある。

AHPRA は学生の申請書を受領すると、それらの内容を査定し、教育機関より提出される修了証明をもって、最終的に認定する。認定されると「Register of Practitioners」に氏名が掲載され、学生には「registration certificates」が送付される。

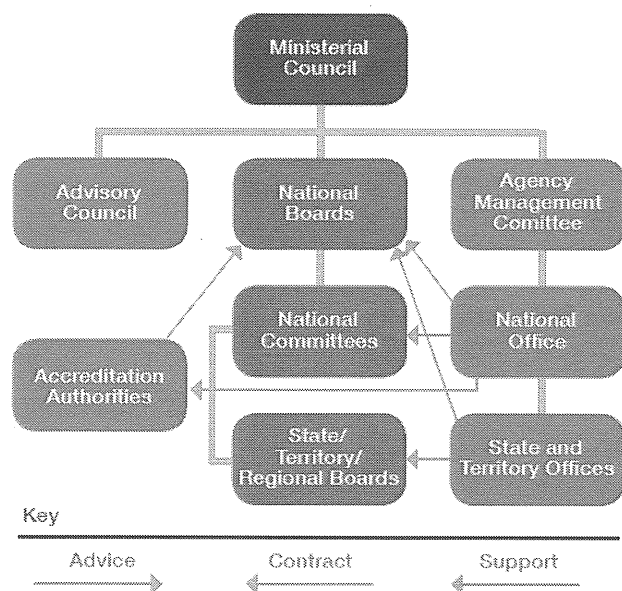


図 : National Scheme 運用に関するフロー

出典 : Australian Health Practitioner Regulation Agency, Annual Report 2009-2010