

ろうと思うんですけども、産科医療補償制度の3万円は年間何人を想定していたんですか。

○箕浦 800人でしょうか。

○福井 800人ですか。今は200人弱ですね。その財源を保険会社に使ってどうするんだ、今後どうしていくんだということを医療保険部会で制度が問われている状況もありますから。そういう財源をこちら側に回すことができないだろうか。脳性麻痺とはまた別ではあるけれども、虐待防止だって重要なことですね。財源をどうするんだというときに、そういうものが使えないんだらうかと思います。子を産み、子育てするところにお金を使ってほしいです。

●鈴木 昨年度の出産は103万3,000人と年始めに発表があったので、103万3,000人掛ける3万円分が産科補償制度にちゃんと組み込まれているわけですね。政府は、子育てに関するバックアップを推進することを重点とするとも、今年のニュースで流れておりますね。

○福井 では、具体的な政策として出ているかといったら、マニフェストにだって1つしか載っていないんです。

○鈴木 そうですね。その中に組み込んでほしいと思うんですけども。

○岡本 これはまた職能団体として要望したいと思います。

○福井 私たちが言っていくよりお母さんたちの力が一番、形になるんです。

○岡本 それはそうですね。

○伊藤 そうなんです。ただ、お産とか保育というのはそこを過ぎてしまうと皆、通り過ぎてしまうんですね。だから、大きな市民の声になりにくい。保育制度もそうですけれども、お産についてもそこにたどり着く前は全く知らない世界で、渦中のときにはもうそれどころじ

やないし、過ぎてしまうと全く卒業して次のステージへいってしまうので、うちの会も常に入れかわりが激しいんですけども。

○福井 今、産まれるのは103万だけれども、亡くなるのは125万なんです。それで、2025年になるともうベッドがなくなるので、2025年に団塊の世代が健やかに亡くなっていくような体制をどうやってつくるかということがこの国の関心事なんです。

だけど、そう言っていたらもっと少子化はとめられないんだから、これはどうしたらいいですか。

○伊藤 お産は過ぎてしまうんですけども、でもどのようなお産だったかというのはその後の子育てに直結していくと思うんです。母親がすごくナイーブな産前産後にどういうケアを受けて、どんなお産をしたかというのは、本当にその後の子育てを支えると思うので、ぜひそこを何とかとは思いますが、それをどうというふうに大きな声にしていくかというのほども考えます。

○福井 マスコミに働きかけてもらうというのがいいと聞きます。

○島田 あとは、本当に子供を増やしたいんだったら、3子以上は保育料をただにするとか、そういうことはしないんですか。

文京区は今それをやっていて、ほかの区からいっぱい流入してきちゃったんです。文京区は、第3子は保育料がただなんです。そうすると、保育ということは逆にお母さんが働いていることですね。働くお母さんが出てきて3人目は産めるようになる。

○鈴木 しかも、年金制度も支えることになるし、税金も納入することになる。

あとは生物学的な妊娠・出産適齢期の20代に

産めるようなキャンペーンをかなり強く張らなければいけないと思うんです。私のゼミの学生たちが卒研のテーマとしてやっていたんですけど、看護職が入職してからクリニカルラダーを卒業するまで妊娠・出産しちゃいけない、結婚しちゃいけないというのはちょっとまずいので、それもちょうと両立できるようなラダーを保証するということが大事になってくるかもしれません。

○福井 文京区は何でいろいろ進むんでしょうかね。災害対策についても妊婦や子どもの避難場所に大学をするんだとって文京区はいち早く対策をたてていますね。

○島田 今よその区から流入してきて、潰すはずの第6中学校が増えて今は足りなくなっちゃっていると言っていました。

○鈴木 保母さんの養成にお金をかけるというか、保母さんのお給料をアップさせるという政策を出したそうですね。

○福井 文京区がですか。

○鈴木 国がです。

○福井 だけど、産む人がいない。

○箕浦 そうしますと、大体予定の時間になりました。

いろいろな議論が出まして、それは大学の先生なんだというような感じで、現場はこうだという厳しい話もありました。多少その辺を加味していただいて、いい提言をまとめていただければありがたいと思います。よろしく願いいたします。

○岡本 一番上の提言1. のところはもう過ぎてしまったんですけども、やはり今、産科医療補償制度の原因分析等でも一つの大きな課題は、分娩監視装置をきちんと読めていないという辺りのところと、あとは今は大きい病院でも

全員血管確保とかは当たり前の時代になってしまったんですが、准看の方でも血管確保ができる時代になっているんだからしっかりトレーニングの中にそういうことも入れてもらって、トレーニングをきちんとやった上で院内でも医師を呼ぶということにしておけば、全員血管確保ということもしなくていいんじゃないかと思います。そういったことの項目も入れておいてもらいたいと思います。

それから、さっきあったように、もし提案しても1年目、2年目の目標というのは実施しにくいのであれば、それでなくてトータル的にこの5年間に実現すればいいというような形もとっておいてもらいたいと思います。

○島田 義務ではなくて、どちらかというところと努力目標という感じですか。

○岡本 そうですね。義務はちょっと難しい。

○島田 やはりできるところはできたりしますからね。

あとは、今、岡本先生がおっしゃったように、やはり私は1年目だったらCTGがちゃんと読める。それから、点滴を入れられる。それで、2年目は直接ケアに関係あるからおっぱいでしょうか。3年目くらいが蘇生で、4年目が超音波、5年目になってやっと会陰縫合とか、あとは助産院とか助産所を開くときはやはり臨床は7年くらい必要だと言われているんですね。だから、最後の目標は5年がきつければ7年目くらいでもいいのかなと思っています。そんな印象です。

●鈴木 蘇生は早いほうがいいんじゃないですか。その場に直面することがあると思うんですね。

○池野 私のところでも、准看護師も全て新生児蘇生を就職したら受けさせているんです。それで、受けたら資格を取っただけではだめで、

やはり何回も何回も練習しないと身につかないものですから、早いほうがいいんじゃないかと私は思います。

○島田 では、1年目でしょうか。

●鈴木 ありがとうございます。

長時間の討論で、少し時間も延長してしまいました。御検討をありがとうございました。速記士による記録もできました。いただいた皆さんの御意見をまとめて整理をして厚生労働省のほうに報告していきたいと思います。

遠方の仙台のから、宇都宮からも参集頂き、本当にお忙しい中をありがとうございました。

D. まとめ

5項目の政策的提言についての検討は、周産期を囲む12名の委員と研究班3名によって、2回の会議で議論を展開した。

各提言項目ごとに検討された内容を、以下に整理する。

1. 助産師卒後臨床研修プログラムの提言

助産師基礎教育を卒業後、産科病棟に配属し卒後5年目までに努力目標を明確にした助産師研修プログラムの必要性が検討された。

その基本的留意点は①助産師としてのアイデンティティを重視し5年間の到達目標を明らかにする、②帰属地域の周産期医療の現状と地域間連携における自己の役割を認識できるよう設定する、③結婚、妊娠・出産適齢期のワークライフバランス支援を重視する、④新卒助産師の指導は熟練助産師が担い、5年目までの助産師に付加を与えない、⑤5年間で質の高い分娩介助300例を目標とし、自立した助産力の育成を支援することが検討された。

5年間の年度毎の到達目標は、必要性和順序性が概ね妥当であるとされた。特に、有床診療

所の管理者から新人教育プログラムとして有用であると発言された。

しかし、日本の病院は、産科の混合病棟が77.3% (n=595) と多く、新人助産師の適正配置と研修システム構築に非常に大きな阻害因子になっていることが報告された(2012. 日本看護協会調査)。産科混合病棟は、新生児の感染防止対策の大きな問題点であり、周産期以外の対象に時間が割かれ、母親へ提供すべき助産ケアの質保証が不十分であるので、政策的介入による改善策を提言に加えるよう検討された。

新人助産師が数多く入職する施設では、平等な新人研修プログラム提供は困難であり、短期間の目標設定ではなく5年間を見通すスタンスでモチベーション保持を支援する必要性が検討された。

2. 産婦人科医師や小児科医師の助産観変容に寄与し協働を進める提言

本提言は、医学生ならびに助産師学生の時期から、IPE(専門職間連携教育)の概念で、医学教育に正常分娩を共に学習する機会を位置づけることが鍵である。産婦人科や小児科を希望する研修医は、後期研修期間に正常分娩を院内の熟練助産師から観察学習し、助産院での分娩見学研修ができることを提言に盛り込むことが検討された。

産婦人科研修指導医師から、若い産婦人科医師が正常分娩を理解していない現実があることが報告された。

新卒助産師や後期研修医が、共に、産科医、小児科医、助産師による周産期カンファレンス運営を推奨することも提案された。

3. 病院内組織に助産部門を創設する提言

助産師による独立部門を創設するには、医師からの信頼とバックアップが必要である。

妊産婦に満足な出産ケアを提供するためには、助産師の力を活用せざるを得ない。

熟練助産師が大勢れば専用病棟(院内助産所)を設備投資すると院内助産ができる。裂傷ができた場合、助産師が縫合できるレベルの裂傷の基準を設定し、病院内で医師による指導の会陰裂傷縫合術研修と年間3事例で審査し合格点をとれば会陰裂傷縫合術を実施出来る技術認定も可能である。

診療報酬上では、正常分娩は医療介入がなく、人件費が安価なので儲かる。ベテラン助産師は給料も高いが、若手のバースセンター担当助産師を増やすと黒字になる。

一般的に助産所の経費は、人件費の割合が最も高く複数の助産師で運営しても月に8.5件の分娩を扱えば赤字にはならない。助産師の熟練度としては、40代後半の助産師達である。

そのためには、20代の助産師を育成することが必要だ。100件分娩介助できる年齢が上昇しており、若手の助産師の助産力の育成が鍵であることが検討された。

4. 周産期地域医療における病院・有床診療所・

助産所の連携交流の提言

助産師が就労する施設を包括する一定の地域の分娩取り扱い機関を俯瞰図的に認識でき、お互いにもっと交流し合って、1か月間他院に出向研修として正常分娩をしっかりと学んでくる。

分娩取り扱い施設の分娩件数少ないために正常分娩の介助ができなければ、所統施設で5年目までの研修プログラムが完結しいため、正常の分娩介助ができる有床診療所へ出向かかできないものかと考え提言しました。

有床診療所もマンパワーが得られ、相互補完が成り立つシステムを、行政が介在して実現させるという提言が検討された。お産がとれない

ために赤十字施設間で北海道の赤十字施設とかに1年間派遣をしています。

栃木県では、県内のお産ができる施設の情報を「このとりネットワーク」という冊子で、助産師の所在やお産方法などの情報を一元化して定期的に見直しをしている。

葛飾赤十字産院はオープンシステムで地域のクリニックとか開業助産師とうまく連携をとっている。

5. 産後6週間までの居宅訪問による助産ケア提供システムならびに拠点創設の提言

産後の入院期間が短縮化し早期退院が増えている。しかしながら、産褥期母子への産後の育児生活への支援政策が極めて不十分である。

産褥6週間までの、助産師をリーダーとする看護師、産褥ヘルパーの混成チームが、支援活動を提供する拠点を創設し、母子へのサービスを充実させる必要が検討された。

母乳がうまく飲ませられるようになるとよい母子関係がつけられ子供虐待防止の観点からもメリットが大きい。未熟児等母子分離している人たちをもう一回心理的に一から育てるためにも拠点が必要で、助産院や母子センターなどに入院する入所型と居宅訪問型等が検討された。

約28,000名の潜在助産師を掘り起こしそのマンパワーとする政策は、同時に女性の雇用を促進する要素を内包している。

財政的基盤としては、出産手当にパックする、クーポン券、産褥版診療補助券等が検討された。

今後の課題

以上、5項目の政策的提言に関する検討結果と平成22年度からの本調査のデータや諸資料を含めて「助産師の正常分娩担当システムの構築に向けた政策的提言」を組み上げることとする。

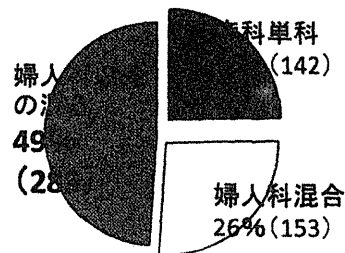
報告別にみた産科混合病棟の数

報告	堀内ら ¹⁾ 1999年	日本助産師会 ²⁾ 2003年	北島 ³⁾ 2008年	日本看護協会 2012年
対象病院	全国100床以上の 57病院	全国の産科を標榜する 533病院	全国産科併設総合病 院 578病院	全国分娩取り扱い病 院 595病院
産科単科	17(29.8%)	46(8.6%)	142(24.6%)	111(18.7%)
産科と婦人科	25(43.9%)	89(16.7%)	153(26.4%)	110(18.5%)
産科と婦人科以 外の混合	15(26.3%)	398(74.7%)	283(49.0%)	350(58.8%)
混合病棟合計	40(70.1%)	487(91.4%)	436(75.4%)	460(77.3%)

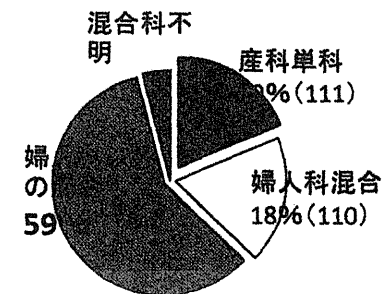
文献:

- 1) 堀内成子、森明子ほか: 助産モデルの展開を阻む現実—病棟に勤務する助産師から見たケアシステムの問題点, 日本助産学会誌,17(1):47-53,2003.
 2) 日本助産師会: 産科病棟における混合化の実態調査に関する報告書,平成15年度厚生労働省医療関係者養成確保対策費等補助金「看護職員確保対策特別事業」,p3-44,2004.
 3) 北島博之: わが国の多くの総合病院における産科混合病棟とMRSAによる新生児院内感染との関係. 環境感染誌,23(2):129-134,2008.

【2008年:575病院の混合病棟の割合(北島)】



【2012年:595病院の混合病棟の割合(日本看護協会)】



(日本看護協会助産師職能常務理事: 福井トシ子検討委員より提供)

産後ケア支援へ第一歩

ハイリスク妊婦 全数調査

読売新聞 2010年11月29日
読売大阪 朝刊 岡北部 13版34頁

岡山県産婦人科医会の 岡山いきいき子育て支援事業

事業名

「産科発の子育て支援システム：妊娠中からの切れ目のない支援を目指して」

「妊娠中からの気になる母子支援連絡票」を作成し運用。

- ①産婦人科医療機関
- ②岡山県産婦人科医会事務局
- ③保健所・支部
- ④市町村が互いに連絡をとる。

(出産社会学者 白井千晶検討委員より提供)

日本産婦人科医会岡山支部(丹羽国泰支部長)は来年1月から、医療機関が子育てが気がかりだと感じる「ハイリスク妊婦」の全数調査を行う。ハイリスク妊婦は、出産後に子どもを乳幼児健診に連れて行かなかったり、虐待したりするなどの傾向にあるとされ、同支部は「実態を把握したうえで、医療機関と行政が早い段階から妊婦、新生児に適切な対応ができるシステムの構築につなげたい」としている。

産科医会県支部 年明けから 虐待など防止へ

同支部では、飛び込み分娩やパートナーからの暴力(DV)を受けているほか、10歳代の妊婦やシングルマザー、完璧な子育てを求める傾向にあるなどする妊婦を「ハイリスク妊婦」としている。

県内では、2003年度から、医療機関がハイリスクと感じた妊婦について、市町村に「ハイリスク妊産婦連絡票」を提出。家族構成や本人、配偶者の生育歴、離婚歴や連れ子の有無などに

ついて医療機関が記入するが、質問項目が多いため、妊婦の了解がなければ提出できないため、市町村の保健師らに情報が届かず、産後のケアに結びつけないのは難しかったという。

同支部は、まずはハイリスク妊婦の実態を把握しようとして、匿名でも記入できる「妊娠中からの気になる母子支援連絡票」を新たに作成。▽妊婦健診が少ない▽飛び込み分娩▽DV被害▽胎児・新生児への愛着が弱

い▽子どもへの虐待——など10項目について回答してもらい、同支部へ提出。妊婦が保健師らへの支援を要望する場合は、市町村に情報を提供するようになった。

新たな連絡票は12月中旬に県内の分娩施設47か所に配布、来年1月から試行する。同支部理事の中塚幹也・岡山大学教授は「産科と母子保健、地域社会が切れ目のない支援をしていくための第一歩になる」と話している。

助産師の正常分娩担当システムの構築に向けた政策的提言

総括研究者 鈴木 享子 首都大学東京助産学専攻科 准教授
研究協力者 箕浦 茂樹 国立国際医療研究センター病院 産婦人科部長
岡本喜代子 日本助産師会 会長・武蔵野大学 教授
福井トシ子 日本看護協会 助産師職能 常任理事
池野 暢子 いけの産婦人科小児科医院 院長（東塩釜市）
押切 良子 いけの産婦人科小児科医院 師長（助産師）
穂高 律子 済生会宇都宮病院バースセンター 管理師長
細川 真一 国立国際医療研究センター病院 新生児科医長
鈴木 俊治 葛飾赤十字産院 副院長
大森 昭子 葛飾赤十字産院 師長（助産師）
白井 千晶 首都大学東京・早稲田大学他非常勤講師 社会学者
伊藤恵美子 NPO自然育児の会 理事
ウエスト真美 母親代表 英語教師
島田三恵子 大阪大学大学院医学系研究科 教授
安達久美子 首都大学東京健康科学研究科 教授

政策的提言要旨

本研究は、平成20年に厚生労働省が開始した助産師外来ならびに院内助産所の推進政策を受け、平成22年度から24年度の3年間に、我が国の助産師の潜在的・顕在的助産力と分娩取り扱い施設における助産師活用状況を分析し、助産師の正常分娩担当システムの構築に向けた政策的提言を導くことを目的として取り組んだ。

政策的提言の土台となる情報は、平成22年度と23年度の総括・分担報告書で報告したが、現在、助産師がローリスク群を担当して活躍する英国、ニュージーランド、オランダ、米国の助産ケア提供システムとシステム構築の理論を学び、国内で助産師が活躍している模範的病院・有床診療所をモデル化し、助産師の潜在的・顕在的助産力は首都圏4県の就労助産師調査を実施し収集した。

本提言の策定は、それらの土台となる情報を15名の周産期を囲む有識者で共有し、「助産師の正常分娩担当システムの構築に向けた政策的提言」検討会議を2回開催して論議した。

本提言は、前文と5項目で構成し、5項目とは、①助産師卒後5年臨床研修プログラムの提言、②産婦人科医師や小児科医師の助産観変容に寄与し協働を進める提言、③病内に助産部門を創設し混合病棟から独立推進の提言、④包括的地域における助産師出向システム・オープンシステム推進の提言、⑤産後6週間の産後ケアチームによる支援と拠点の創設の提言である。

本政策的提言を実現するには、卒後5年臨床研修で妊娠期から産褥期までの継続的助産ケア提供能力を高めること、産科病棟の混合病棟化を解消し、助産師偏在への抜本的対策が鍵となる。

A. 政策的提言の目的

本政策的提言は、現在の助産師の就労状況と助産力を根本的に見直し、喫緊する我が国の助産師の正常分娩担当システムを社会的な要請に応じて再構築することにより、社会的成果が得られることを目的に策定した。

その社会的成果とは、以下のとおり多々挙げることができる。

1. 周産期の女性達が、快適に安心して満足感ある出産をして育児を開始できる。
2. 周産期にある女性達が、出産し育児を開始するあらゆる場で、すなわち、ローリスク群とハイリスク群の両方の女性達の妊娠期から産褥期ならびに子育ての場で、助産師のケアが提供されるようになる。
3. 日本の新人助産師が、卒後5年臨床研修プログラムで、5年後にはほぼ自立して安全で快適な質の良い助産ケアを提供するマンパワーを産出する臨床研修体制が再構築される。
4. その新たな卒後5年研修によって、新人助産師は、専門職助産師としてのアイデンティティを貶めることなく自己効力感を自覚しつつ成長し、離職が減少すれば潜在助産師の発生を防止できる。
5. 卒後5年臨床研修プログラムが実施されると、就労助産師が少ない有床診療所と助産師数が充足している病院との出向研修やオープンシステムの連携が始まり、有床診療所における助産師確保の要因となる。
6. 助産師が、包括的地域内で、連携して助産ケアを提供するシステムが構築されると、専門職職能としての助産師の集団的潜在能力が向上し、地域で生活する女性達へ、特に希薄だった産後の助産ケアがきめ細やか提供でき、子育てに対するストレスが軽減され、子供虐

待への予防的な対策となる。

7. 第3子以後の出産費用の無料化など、付随する子育て支援施策によっては、出生率上昇を図ることができ人口置換水準が担保される。
8. 就労助産師は約28,000名である。ほぼ同数の潜在助産師を掘り起こし、助産師不足を解消する有用な対策となる。
9. 産後6週間の産後ケアチームの介護ヘルパーは、女性の社会的就労促進および社会保険制度を支えるマンパワーとなる。
10. 専門職間連携教育によって、産婦人科医師や小児科医師が、医学生時代や後期研修医時代から正常分娩の本質を認識し、助産師との好ましい協働関係が構築されることによって、ローリスク群とハイリスク群の対象をどのような時期にどの専門職が担当するのがどのようなか判断する能力が獲得され、産科医療現場における役割分担の概念りガイドラインの活用が可能となる。
11. 日本の助産師の助産力が安定して向上し、正常分娩担当システムが保持されると、妊娠期から産褥期までの周産期ローリスク群に対する産婦人科医師や小児科医の関与が軽減し、医師の過酷な労働環境が改善する。
12. 日本の分娩取り扱い施設の病院は、産科単独病棟が極めて少なく、混合病棟が77.3%を占めている（日本看護協会2012. p. 42）。感染弱者の新生児が、問題状況の混合病棟で管理されている状況から脱却する契機となる。
13. 保健師助産師看護師法および医療法が規定する助産師の本来の役割と機能が十分に活用されていない現状を解決し、産科医療費の人員費に占める医師の割合が軽減され、国民総医療費の抑制に繋がる。

<言葉の定義>

本提言では、次の言葉を以下の定義を概念として用いる。

1. 厚生労働省の定義

「院内助産所」:緊急時の対応ができる医療機関等において、正常経過の妊産婦のケアおよび助産を助産師が行うもの

「助産師外来」:医療機関などにおいて、外来で、正常経過の妊産婦の健康診査と保健指導を助産師が自立して行うもの

*医療法第2条でいう助産所には該当しない

2. 日本看護協会の定義

「院内助産所」:昭和26年10月31日付厚生省医務局長通達による類似名称の使用制限(医療法代三条に抵触する事を鑑み「助産師が自立して助産ケアを行う体制」として検討を展開。

すなわち、緊急時の対応ができる施設において、助産師が医師との役割分担・連携のもと、妊産褥婦やその家族の意向を尊重しつつ、妊娠から分娩、産後の母子に対して、正常・以上の判断およびケア提供を自立して行う方法・体制である。

3. 本研究班による定義

「助産所業務ガイドライン」:助産師専門職能団体である日本助産師会が、産婦人科医師および小児科医師と共同で作成した、助産所で緊急時に助産所から病院へ搬送する基準を明確にした文書をいう。

「正常分娩を担う助産力」:2つの要素の概念とする。

1つは、妊娠16週で正常妊娠が診断された妊婦に、妊娠期「助産業務ガイドライン(日本助産師会)」に基づく「安全で快適な妊娠期の生活を保障し、リスクを早期に発見し安全な分娩期を迎えるよう助産ケアを提供し、そのように

経過するために必要な連絡調整をする能力」の総称とする。

もう一つは、分娩期に分娩第1期から第4期までの産婦に、分娩期「助産業務ガイドライン(日本助産師会)」に基づき「安全で快適で満足感や達成感が得られ、母親能力をエンパワーメントするための助産ケアを提供する能力」の総称とする。

首都圏4県:本研究における首都圏4県とは、東京都、千葉県、埼玉県、神奈川県とする。

<政策的提言策定の背景>

本提言策定の背景には、産婦人科医師不足が依然として深刻な状況の中で、今日、本邦の分娩施設で妊産婦が安全を保障され快適な出産を享受するための助産ケアの提供を、助産師が医療法や保健師助産師看護師法に基づき、本来の業務として自立して助産ケアを提供するには困難な現状がある。

平成18年9月に、日本看護協会と日本助産師会は、共同で厚生労働省に対して「安心で安全で満足のいくお産の確保に向けた助産体制の整備に関する緊急要望書」を提出し、①助産師教育の推進、②助産師養成数の確保の推進、③潜在助産師の復職支援対策の推進、④助産師確保困難医療機関への助産師の就業促進、⑤僻地など助産師が絶対的に不足している地域の産科医療機関に対する国や県の支援対策の推進、合わせて地域の周産期医療体制を確立するため、「助産師外来」「院内助産所」など、助産師を有効に活用する仕組みの構築を提言した⁴⁾。

厚生労働省は、産婦人科医師不足の深刻な現状を鑑み、平成20年に病院勤務医の過重労働を解消する勤務環境整備等の施策として助産師の活用の推進を挙げ、「院内助産所・助産師外来

設備整備事業費」、「院内助産所・助産師外来施設整備事業（メニューの追加）」、「院内助産所・助産師外来開設のための助産師研修事業」、「助産師養成所開校促進事業」などを概算要求した。

また、医師不足が厳しい地域の周産期医療を支える病院への支援を充実するために、「身近な地域で安心して出産できる環境を整備し、地域的な事情により分娩数が少なく採算が取れない産科病院への必要な経費の補助」についても概算要求をした⁵⁾。

「院内助産所」「助産師外来」推進の背景には、①医師不足・分娩施設減少に対する対応と、②妊産婦の妊娠・出産・育児に対する多様なニーズ、が存在し、推進の目的は、妊婦の多様なニーズに応え、地域における安全・安心・快適なお産の場を確保するとともに、産科病院・産科診療所において助産師を積極的に活用し、正常産を助産師が担うことで医師の負担を軽減することであった。

「院内助産所」「助産師外来」の開設状況は、厚生労働省医政局看護課報告によると、全国の分娩施設2,653施設中の「助産師外来」は、平成20年273外来から平成21年に353外来設置へと80外来増えた。「院内助産所」は、平成20年31施設から平成21年に47施設と、僅か16施設の増設であった⁶⁾。

施策実施4年目の平成23年に全国初の全数調査が実施された。院内助産所は、病院で110施設（分娩取り扱い病院1,075施設の10.2%）、診療所で50施設（診療所1,501施設の3.3%）であった。助産師外来は、病院で493施設（産科・産婦人科標榜病院1,367施設の36.1%）、診療所で332施設（産科・産婦人科標榜診療所3,613施設の9.2%）であった（厚生労働省）。

助産師外来は、病院の4割近くで実施となったが、診療所では、院内助産所・助産師外来ともに、1割に満たない^{2,3)}。

厚生労働省は、2009年7月9日に衆議院全会一致で決定し2010年4月より施行の保健師助産師看護師法の改正点の一つに、助産師については「病院や診療所での助産師外来・院内助産で、ローリスク妊産婦に対して的確な判断力と室の高い助産技術で自律的に出産にかかわることが求められているとして、助産師教育年限が6ヶ月以上から「1年以上」に改正された。保健師の教育年限も「1年以上」に改正され、加えて、卒後臨床研修を「努力義務化」した。

これらは、時代の要請に対応した質の高い看護師、助産師、保健師を育成する教育体制の土台が築かれたと日本看護協会は広報した⁷⁾。

日本産婦人科学会は、出産の医療化による安全確保の反面、妊産婦の快適性や出産への満足感に関する問題点の見直しをした。周産期のハイリスクの現場における助産ケアの必要性や、助産師の有効活用のための助産師の実力の向上の必要性を報告した⁹⁾。今日、助産師には、本来「健康で生理的なもの」である分娩のために、妊娠中からの継続的な肌理細やかな専門的な生活指導などにより正常からの逸脱を予防し健康の保持増進への助産ケアの提供はもとより、正常に潜むリスクを的確に把握し、医師との好ましい協働から医療との適切な距離と連携の取り方を具現することが求められている。

B. 政策的提言策定の方法

政策的提言策定の方法は、以下のプロセスで行なった。

1. 政策的提言策定検討委員会の組織

周産期を囲む有識者および母親代表は、以下

のように構成メンバーとして想定し、探索した。

- 1) 産婦人科医師・小児科医医師
病院・有床診療所・産院
- 2) 病院事務部門担当者
模範的な病院・有床診療所
- 3) 助産師
病院・有床診療所・産院
- 4) 政策策定経験者
総合政策学研究者(元厚生労働省官僚)
- 5) 出産社会学研究者
- 6) 助産師職能団体代表
日本助産師会会長
日本看護協会助産師職能常任理事
- 7) 助産師基礎教育担当者
- 8) 周産期ケアを消費者する立場
出産経験者母親代表
出産経験者で母親団体理事

2. 政策的提言策定検討委員への依頼

上記の分類に基づき13名の委員を探索し、文書で提言的提言策定の主旨説明し、文書により同意が得られ検討委員を組織した。

但し、病院医療事務部門担当者招請を模範的病院の看護管理者に相談したところ、より相応しいのはバースセンターの助産師であるとされ変更した。

周産期を囲む「正常分娩を担う助産力の向上」を検討する提言検討委員長には、新宿区にあり正常分娩を扱う有床診療所や助産院との地域連携医療機関として貢献し、国際母子カンファレンスタスクフォースとしてボストンやオランダの助産師活動調査にあたった箕浦茂樹医師(国立国際医療研究センター病院産婦人科部長)が担当とした。委員には、岡本喜代子日本助産師会会長(武蔵野大学教授)、福井トシ子日本看護協会助産師職能常任理事、平成22年度報告書

で助産師が活躍する模範的分娩取り扱い有床診療所の池野暢子医師(いけの産婦人科小児科医院院長)、同院の押切良子熟練助産師長(いけの産婦人科小児科医院)、助産師が活躍する模範的分娩取り扱い病院の穂高律子管理師長(済生会宇都宮病院バースセンター)、地域連携医療機関として新生児搬送を受け入れている細川真一新生児科医長(国立国際医療研究センター病院)、地域総合周産期医療センターである産院副院長の鈴木俊治産婦人科医師(葛飾赤十字産院)、同産院の助産師現任教育に詳しい大森昭子師長(葛飾赤十字産院助産師)、日本の出産制度を詳細に研究してきた出産社会学研究者の白井千晶氏(首都大学東京・早稲田大学他非常勤講師)、母親代表の伊藤恵美子氏(NPO自然育児の会理事)、母親代表のウエスト真美氏(英語教師)の以上12名が構成された。

加えて、総合政策研究者で法学部政策科学教授にご了解を得ていたが、ご都合で止む無く参加頂くことができなかった。

3. 「助産師の正常分娩担当システムの構築に向けた政策的提言」(案)の試作

平成22年度から23年度の調査研究成果物、および国内外の助産師の周産期ケア提供システムに関する文献を基に「助産師の正常分娩担当システムの構築に向けた政策的提言」(案)を試作した。

その「助産師の正常分娩担当システムの構築に向けた政策的提言」(案)の内容は、提言の前文および5つの提言項目から構成した。

すなわち、5つの提言項目とは以下とした。

- 1) 助産師卒後6年臨床研修プログラムの提言
- 2) 産婦人科医師や小児科医師の助産観変容に寄与し協働を進める提言
- 3) 病院内組織に助産部門を創設する提言

- 4) 周産期地域医療における病院・有床診療所・助産所の連携交流の提言
- 5) 産後6週までの居宅訪問による助産ケア提供システムならびに拠点創設の提言

C. 政策的提言の検討結果

1. 各検討会議の概要

1) 第1回検討会議は、平成24年12月22日(土)の14時から16時まで、箕浦茂樹、細川真一、穂高律子、大森昭子、白井千晶、伊藤恵美子、ウエストまみの、研究代表者、分担研究者の島田三恵子、以上9名の論議であった。

提言項目の「3. 病院内組織に助産部門を創設する提言」と「5. 産後6週までの居宅訪問による助産ケア提供システムならびに拠点創設の提言」の2項目を論議した。研究班が議事録を記述した。

2) 第2回検討会議は、平成25年1月26日(土)の14時から16時20分まで、12名の委員と研究代表者、分担研究者2名の15名の論議であった。

提言項目の「1. 助産師卒後臨床研修プログラムの提言」と「2. 病院内組織に助産部門を創設する提言」と「4. 周産期地域医療における病院・有床診療所・助産所の連携交流の提言」の3項目を論議した。速記士による詳細な議事録を記述した。

2. 第1回検討会議の検討結果

1) 助産師の正常分娩担当システムの構築に向けた政策的提言

<前文>

助産師の正常分娩担当システムの構築に向けた政策的提言のための研究班は、平成22年度より政策的提言の土台となる情報を調査を実施して収集し報告書として纏めてきた。

現在、助産師が活躍する先進国である英国の

N. H. S. での助産師活動や、ニュージーランド、オランダのアムステルダム市の助産ケアを提供する地域システムや、米国マサチューセッツ州立大学のバースセンターでの助産活動、米国のシカゴのChild-birth Connectionによる周産期医療に対する医療介入の見直しの取り組みとシステムを再構築する理論を、女性達が快適で満足できる出産の活動をエビデンスの側面から明らかにした。

現在、国内で助産師が活躍している模範的病院・有床診療所をモデル化し(資料p. 55)、平成23年度に、助産師の潜在的・顕在的助産力を首都圏4県の就労助産師調査を実施し分析した(資料p. 57~89)。

その結果、首都圏4県の就労助産師は、病院と有床診療所では大きく偏在し、有床診療所の助産師が少なく、労働条件も改善の必要がある。また、院内の助産活動は分娩期に特化した助産ケア提供とならざるを得ない状況があり、妊娠期助産ケア、産褥期助産ケアが提供できておらず、妊娠期からの継続的な保健指導、分娩期に備えた健康の保持・改善の能力・機能化発揮できていない。この状況は、病院助産師集団よりも有床診療所の助産師集団に特徴的である。

しかし、卒後5年までの臨床経験の助産師について、その分娩介助経験例数を病院と有床診療所における散布図と比較すると、病院で就労する助産師は、卒後1年目、2年目、3年目までの分娩介助経験例数が極めて少ない状況が明らかになった。1年間の助産師基礎教育の概ね10例程度の正常分娩介助が国家試験受験資格とし保健師助産師看護師養成所指定規則で規定されている。しかし、卒後の臨床研修で、基礎教育で学び得られた分娩介助能力を、卒後研修で継続して妥当に培われる保障がないことは、日本

の若手助産師育成の視点で、深刻な社会問題である。日本の出産を守る専門職である助産師集団の将来は、現在危機的状況にある。

研究班の助産師は、その殆どが、卒後1年間で約100事例の分娩介助経験を積んできた。したがって、現在、病院で就労する5年目までの助産師の正常分娩担当能力を保障する抜本的な卒後研修プログラム作りは喫緊の課題である。加えて、そのプログラムを実施可能にするためには医療現場の構造的な改革も不可欠である。

平成22年度に明らかにした助産師が正常分娩を担当する助産師外来、院内助産所の模範的な病院と有床診療所の運用モデルでは、産科医の強力なバックアップがあり、好ましい協働関係が構築されていた(P.55)この点から、現在のわが国の臨床現場で、産科医と小児科医と助産師の専門職連携教育が医学生、助産師学生の時代や後期研修医の時代から培われて発展することで、助産師がローリスク群を安心して委ねられるような状況が生まれるよう提言を導いた。

妊産婦は、妊娠期からきめ細やかな助産師のアセスメントに基づく助産ケア提供を受けることで健康が保持され、分娩期の安全で快適な出産を担保する基盤が準備できる。言い換えれば、助産師は、妊娠期における充分な関わりと助産ケアの提供ができた場合に、その延長線上で正常分娩をお世話する助産力を効果的に発揮することができるので、助産師外来促進は重要であり、産婦人科医師不足の我が国においては喫緊の課題である。卒後5年までにその基礎的な能力が研鑽できるプログラムが必要である。

本研究では、単に、産科医師不足問題への対処だけでなく、本来の職務として、助産師がローリスク群に助産ケアを提供する自己の助産力を評価し、高めたいと考えている能力を調査し

回答が得られた(資料p.78~89)。

また、ハイリスク群の妊産婦にとっては、ハイリスク群であるからこそ助産ケアは不可欠であり、助産師は産科医師の治療を補完するためにハイリスク妊産婦に快適な出産を提供するキーパーソンでもあると考える。

病院および有床診療所で働く助産師が、ローリスク分娩の対象に、妊娠期から継続的助産ケアを主体的に提供することが不十分な要因には、日本の産科病棟の77.3%が混合病棟であることが構造的な深刻な問題として、日本看護協会の福井トシ子常任理事らが明らかにした²⁵⁾。そのために、1つ医療現場で単独の病院や有床診療所で完結可能な対策を講じられない状況から、現在の日本の助産師の正常分娩担当能力を培うためには、院内組織の再編と、助産師の出向システムやオープンシステムが必要である。

新人助産師がアイデンティティを損ねることなく、卒後5年後には助産師のミニマム・リクワイアメントに基づき、全国的に均質な助産力を獲得できる研修制度を提言した。

この課題を実現するためには、包括的な地域周産期医療体制を補完し、そのシステムを継続する一員であることを自覚し、所属する病院や有床診療所と日常的連携が緊密となるような視点を研修プログラムに盛り込むことが求められる。災害など非常時の地域間連携でも機能するよう位置づけた。

最後に、わが国の妊産婦は、出産した病院や有床診療所を退院した後の産褥期の支援、極めて希薄で育児不安を抱えている。いまだ、小児虐待という深刻な状況は減少しておらず、里帰り分娩も減少して拡大家族からの支援が受けられない状況である。したがって、社会的な産褥期の助産ケアサービスの創設は不可欠である。

入院期間が短く在宅分娩が現在も 30 数%のオランダでは、殆ど公的に近い周産期医療保険によって産後 6 週間まで居宅訪問形の助産師、看護師、家事ヘルパーの混成チームによる支援が提供されている。

わが国の女性たちが、快適に安心して満足できる出産ができることで出生率の向上視野にいて、心身の回復がほぼ完了する 6 週間までの支援システムの創設が望まれる。母親が、産褥早期の母乳保育が上手く行くと育児に不安がなく上手く適応して行ける。早産などで母子分離されていた母子には、退院後に一からで支えし直すチームが必要である。生活する地域毎に、小学校の数ほどの拠点を創し、母乳育児の専門職である助産師の居宅訪問や入所型支援の創設を提言した。

マンパワーは、約 28,000 名存在するという潜在助産師を掘り起こし、育児期間中の助産師の日中数時間の助産ケアを提供する活動ができるような政策を提言した。出産手当に産褥期の支援を全母親にバックする施策を、子育て支援の一環として打ち出すことは不可能ではないと考える。

以上、平成 22 年度から取り組んできた全ての調査活動の結果に基き、「5 項目の提言」を提案する。

2) 助産師の正常分娩担当システムの構築に向けた 5 項目の政策的提言 (資料 p. 90~96)

(1) 助産師の正常分娩担当システム構築の基本 概念

周産期にあるローリスク群の女性たちに、助産師と関連する専門職の連携チーム、妊娠期・分娩期・産褥期を通して、継続的ケアを提供する。

(2) 提言 1: 助産師の卒後 5 年臨床研修プログラムの構築

新たな助産師の卒後 5 年間臨床研修プログラムによって研修を進め、5 年後には自己教育力と一定のレベルの自己効力感を保持した助産師となれるようにする。分娩取り扱い施設の種別に関わらず、全国的にほぼ均質な到達レベルが保障されるよう、厚生労働省は施設管理者に対して努力義務とする目標を共有し、専門職としての助産師職能団体を挙げて実現の努力をする。

すなわち、1 年目には、段階的到達目標を共有する。約半年~1 年単位で、分娩期と産褥期と早期新生時期を平等にローテーションし、助産基礎教育の学びを土台とする助産実践を積み上げる。【新生児蘇生認定講習受講・血管内留置針による血管確保技術習得・胎児モニタリング CTG 判読の修得、以上を管理者の努力義務とする】

2 年目には、引き続き、約半年~1 年単位で分娩期と産褥期と早期新生時期の助産実践を積み上げる。【2 年目終わりに、※少なくとも正常分娩約 100 例の分娩介助を実践させる・産褥早期の乳房ケア、母乳育児支援研修、以上を管理者の努力義務とする】※分娩介助のために院内外を問わず研修の場を保証する。

3 年目には、入院妊婦ケア、ハイリスク分娩期ケアを含む助産実践を、熟練助産師の指導を受けて実践する。妊婦外来で医師の補助者として週 2 回程度担当する。出産準備教育を補助者として担当し、妊娠期集団指導の実践能力を育成する。【超音波画像診断研修の受講を管理者の努力義務とする】

4 年目には、ローリスク群への妊娠期から産褥期までの継続ケア実践能力を培う。助産師外来を熟練助産師と担当し、分娩期ケア、産褥期

のケアを実践する。【院内助産ガイドライン修得・運用評価・ガイドライン改訂業を指導、周産期チーム連携・調整能力育成を管理者の努力義務とする】

5年目には、引き続き、ローリスク群の妊娠期から産褥期までの継続ケア、入院妊婦ケア、ハイリスク分娩期ケアを含む助産実践を培う。地域の連携を俯瞰できる能力を培う。行政的に包括される単位の連携病院、有床診療所、助産所と交流・出向して研修、希望があれば高次総合周産期医療センター研修を実施する。【5年目終わりに、※少なくとも約300例の分娩介助を実践させることと会陰裂傷縫合術の研修受講をさせることを管理者の努力義務とする・施設で自立した助産ケア実践能力の可否を評価し認定する】

各年度毎の到達目標は、施設によって調整されることもあるが、最終年度の5年目までには、概ね全ての目標が達成されるよう支援する。

(3)提言2:産婦人科医師や小児科医師の助産観 変容に寄与し協働を進める

① IPE※の概念を基調に医学生・助産師学生を合同で正常分娩を教える

② 熟練助産師による正常分娩の助産ケアを観察学習する場を提供(病院内・バースセンター・助産院)

③ 実践事例からアセスメント能力を培う

正常分娩：助産師

正常から逸脱、医療介入：医師

④ 新人助産師と後期研修医(産婦人科・小児科)は、協力して症例検討会や学習会などを運営し、IPE※の概念を基調に周産期医療現場のチーム力へ還元する

その結果、正常分娩に関する産科医・小児科医との好ましい協働関係を構築する能力を身に

着ける。医学生、後期研修医は、本来の正常分娩を正しく理解し、助産師との役割分担を認識できる。

(4) 提言3:院内組織に助産部門を創設し混合病棟から独立する

①【組織の改革】

医局部門、看護部と同格の助産部門(バースセンター・出産母子棟 etc.)を創設し、助産部門の管理者(助産師)が院内会議メンバーとして参加する

②【ガイドラインの策定】

助産師外来・院内助産所の管理者は、産婦人科医師、小児科医師、医療事務管理者と連携して、連携に必要なガイドラインを策定し、実践させ、定期的に改善を図る。

③【適切な評価と改革】

医療診療事務部門は、コスト・パフォーマンスや助産ケア提供によるアウトカム、妊産婦の満足度評価を実施し、評価結果に基づいたシステムの改革を推進し広報する。

(5) 提言5:包括的地域における病院・有床診療所・助産所の助産師出向システム・オープンシステムの推進

助産師卒後研修および後期研修医に、同一地域の周産期診療圏内で、病院、有床診療所、助産所間で交流するシステムを創設し推進する。

具体的には、有床診療所や助産所、バースセンターで学ぶ機会を設ける。

医師も、正常分娩の専門家である熟練助産師による指導で、医療介入の少ないローリスク群の産婦の正常分娩を研修することが必須とする。

(5) 提言5:産後6週間の産後ケアチームによる支援と拠点創設

産後6週間までの助産ケアや産後介護サービスの提供を保証するシステムを創設する。

①混成チームの創設

産後6週間までの子育て支援政策の一環として、助産師、看護師、ヘルパーなどの混成チームを創設する運営のキーパーソンに母乳育児の専門家である助産師を活用する。入所型（助産院・母子センターなど）と居宅訪問型を活用できるようにする。オランダでは、公的に近い周産期医療保険制度で妊娠期から産後6週間までのサービスが組織的に提供されている。日本の「出産手当」に産褥サービス券を追加する。分娩後に精神的ケアが必要な対象が増加傾向にあり、育児ストレスの軽減、虐待防止の問題への対策にもつながる。

②【助産ケアを提供する場所の設置】

「産後ケアワークステーション（仮称）」を、生活地域に小学校の数ほどに平均的に設置し、夜勤業務などの臨床助産業務ができない世代の助産師がイニシアティブを発揮できるように組織し、潜在助産師のマンパワーを顕在化して活用する。思春期、青年期の女性達に対する性の健康への援助の相談窓口としても有用である。

潜在助産師の所在を明らかにする方略については、厚生労働省として政策を立案し国を挙げて取り組む。

産後の家事ヘルパーの養成および登録と室を保つためのプランを、厚生行政が誘導的に行い、助成の雇用促進として取り組む。

以上が、本研究班に課せられた課題である「助産師の正常分娩担当システムの構築に向けた政策的提言」の5項目である。

D. 今後の課題

3年間で調査し、検討し作成した5項目の「助産師の正常分娩担当システムの構築に向けた政策的提言」は、現在の日本の周産期の医療現場

で就労する助産師集団の正常分娩を担当する助産力を向上させ保持するためには不可欠であると考える。

ただし、本提言を、実施に移すには、厚生労働省をはじめ、助産師職能3団体である日本助産師会、日本助産学会、全国助産師教育協議会ならびに日本看護協会助産師職能会員、日本医師会産婦人科医会、分娩取り扱い施設の管理者、地方公共団体の行政分野と連携して、周産期の現場を混合病棟から出産母子棟（仮称）に構造的に改革することなしには不可能であると考える。

そうして、その出産母子棟（仮称）は、助産師出向システムやオープンシステムを機能させ助産師が活躍する場を実現することが鍵となる都考える。

今後は、本提言を上記の各分野の隅々に認識を得るために、プレス発表や各種専門誌や学術集会で公開し、論議を興し、政策化の実現までの活動が必要であると考える。

首都圏4県の就労助産師調査に参加協力した助産師各位から、自由記述欄に、先ずは人間的な労働条件の下で助産ケアが提供できるようにして欲しいと数多く意志表示がされていた。

国会で女性達の快適で安心して子産み子育てができる為の政策や子育て支援の政策の促進にあたる議員の方々にも届けてゆくことが重要であると考える。

<参考文献>

- 1) 厚生労働省：「健やか親子21」における快適な妊娠・出産のための支援に対する中間報告, 2005, 3.
- 2) 日本産婦人科学会：実際に分娩を取り扱っている医療施設の実態調査報告書, 2005.
- 3) 日本看護協会出版会：平成21年看護関係統計資料集, 2009.
- 4) 日本看護協会・日本助産師会：安心して安全で満足のゆくお産の確保に向けた助産体制の整備に関する緊急要望書, 2005.
- 5) 厚生労働省・総務省・文部科学省「地域医療に関する関係省庁連絡会議」：緊急医師確保対策に関する取り組みについて, 2006, 8.
- 6) 厚生労働省看護課：院内助産所・助産師外来について, 中央医療協議会資料, 2009, 11.
- 7) 日本看護協会広報部：News Release, 看護師の基礎教育「大学卒」主流へ新人臨床研修が制度化－, 2009, 7, 9.
- 9) 日本助産師会編：助産所業務ガイドライン, 2010.
- 10) Housu of commons Health Select Committee : Second Reort on the Maternity Services London, HMSO, 1993.
- 11) Dept. of Helth. Expert Maternity Gloop: Changing Childbirth, London, HMSO, 1993.
- 12) 厚生労働省：平成20年人口動態調査, 1 B 上巻 出生第4.9表 都道府県(18大都市再掲)・出生の場所別にみた出生数
- 13) 北川眞理子, 内山和美：北川眞理子他編集, 生田克夫監修, 今日の助産 マタニティーサイクルの助産診断・実践過程, 改訂第2版, 南江堂, 東京, 2004.
- 14) 我部山キヨ子, 大石時子：我部山キヨ子他編集, 助産師のためのフィジカルイグザミネーション, 医学書院, 東京, 2008.
- 15) 日本産婦人科学会/日本産婦人科医会監修：産婦人科診療ガイドライン, 産婦人科編, 2008.
- 16) 杉本充弘他：快適な産痛改良を提供するための体制に関する基礎的研究, 18-36, 科学的根拠に基づく快適な妊娠・出産のためのガイドラインの開発に関する研究報告書, 2006.
- 17) 日本助産師会編：助産所業務ガイドライン, 2010.
- 18) 加藤尚美監修：助産業務指針, 日本助産師会, 2010.
- 19) 古橋美智子他：周産期医療体制の確保に向けた助産師活用に関する研究, p63 - 77, p222 - 238, 厚生労働科学研究日補助金(厚生労働科学特別研究事業)平成18年度総括研究報告書, 2006.
- 20) 厚生労働省医政局長：周産期医療の確保について, 医政発0126第1号, 2010.
- 21) 日本産婦人科医会妊産婦死亡症例検討評価委員会：母体安全への提言2010, 平成22年度厚生労働価格研究費補助金研究報告書.
- 22) 日本産婦人科医会：助産師充足状況実態調査, 日本産婦人科医会報, 58(7), 6, 2005.
- 23) 厚生労働省看護課：院内助産所・助産師外来について, 中央医療協議会資料, 2011.
- 24) 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, 一自己点検のための評価基準—第2版, 2007.
- 25) 福井トシ子：日本における混合病棟の実態, 66(8), 644-651, 助産師雑誌, 医学書院, 2012, 8.
- 26) 福井トシ子, 岩澤由子：助産師出向システムは必要な理由, 22(13), 看護管理, 医学書院, 2012, 12.

表1. 模範的な病院バースセンター・有床診療所における「助産師が正常分娩を担う」運用モデル

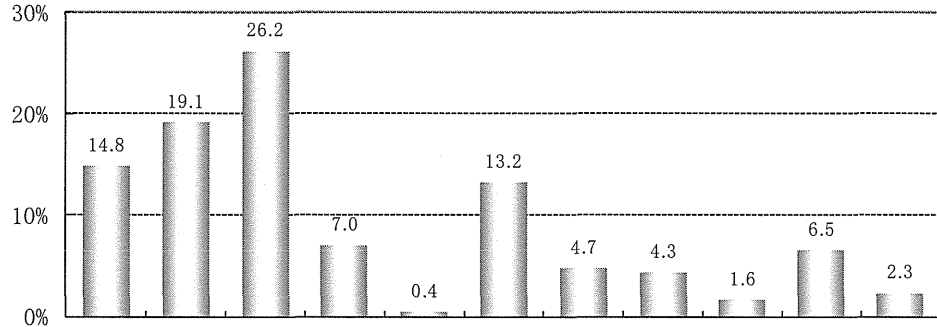
		済生会宇都宮病院のバースセンターおよび助産師外来	いけの産婦人科小児科医院 助産師外来
施設発足までの概略的経緯	病院開設から助産師部門が自立するまで	<ul style="list-style-type: none"> ○昭和17年 済生会宇都宮病院開設 ○平成8年 病院移転に伴い「妊産婦に選ばれる産科」を目指すNDC(ナースドクターカンファレンス)を発足 「正常は助産師、異常は医師主導を基本方針とする医師との協働」 妊産婦中心のサービスに取り組んできた MWCワーキンググループ(医師1名、助産師4名)立ち上げ MWC基準作り、アクティブバース、超音波診断装置使用法などの積極的な学習に取り組む 医師による助産ケアについて全面的支援の表明 ○平成11年 企画書を看護部・医事課へ提出 ○平成11年6月 MWC開設 ○平成20年11月5日 院内バースセンター開院 	<ul style="list-style-type: none"> ○昭和63年 助産師、看護師、准看護師、事務員各1名、3床の診療所開院 妊産婦に「よい医療とよい看護を提供したい」「快適な時間と空間を提供したい」 開業4年目には、300件/年を超える分娩、助産師4名 院長は「助産師は開業権を有する専門職」である病院勤務時代から表明 助産師による妊産婦健診の実施 健診結果に基づく保健指導の充実を全員で検討(半年以上) ○平成5年 助産師外来開設 助産師も助産師としてのやりがい 妊産婦と家族に「いいお産」を経験してもらうために (院長の提案は、助産師として夢のようなお話だった)
施設概要	助産師外来の体制 分娩件数など	<ul style="list-style-type: none"> ・助産師外来 2回/週 ・所属助産師 7名 ・分娩件数12~13件/月 ・LDRのみ4床(各室に水中出産プール) ・防音、脱臭、二重窓、ダブルベッド ・5日目退院 ・院内産科病棟へのオープンシステム 	<ul style="list-style-type: none"> ・助産師外来 6日/週、毎日2単位 ・所属助産師 11名(H23年2月現在) ・分娩件数30~50件/月 ・LDR2床(各入院時待機室が分娩室になる) 病床数18床 ・全室個室、ベッド、洗面シャンプー(非常災害時用品の収納完備) ・5日目退院 ・分娩進行ハイリスクの場合、手術室へ(家族立会い帝王切開術)
自立した助産師による妊娠期・産褥期管理の実際	1. 担当スタッフ数 および勤務体制	<ul style="list-style-type: none"> (1)毎週 火曜日・水曜日 助産師1名 (2)助産師経験年数5年以上のみ(既卒採用者でも院内システム内最低2年) (3)チーム受け持ち体制 (4)予約制 	<ul style="list-style-type: none"> (1)毎週 月曜日~土曜日 助産師2名(2単位) (2)助産師経験初年度から(熟練者と共に実践的に学ぶ) (3)チーム受け持ち体制 (4)予約制
	2. 医師との役割分担	<ul style="list-style-type: none"> (1)妊娠 *ハイリスクチェック 16~19週で実施(チェックリスト基準) 妊娠 19週数 妊婦へ説明し意思決定 (3肢択一 : MWクリニック、バースセンター外来、医師外来) 妊娠 20週数~40週数 助産師担当 妊娠 28週に医師のポイント健診・34週以降1回のみ医師診察 *バースセンターで里帰り分娩可は、妊娠28週までに受診 *医師外来で里帰り分娩可は、妊娠33週までの受診 妊娠 34週で、バースセンター助産師外来へ復帰あり (2)助産師の検査オーダーあり 助産師による超音波画像診断あり 院内約束処方あり (3)ハイリスクの紹介 → 院内産婦人科外来へ 高次機能他院へ搬送 (4)その他 バースセンターで出産できた母子の産褥1ヶ月健診 乳房母乳外来(他院で出産した場合も含め産後6ヶ月以内) バースセンター出産児は卒乳までケアする 	<ul style="list-style-type: none"> (1)妊娠 16週数 詳細なアナムネ聴取でアセスメントを詳細に共有する 全妊婦が助産師外来受診へ 妊娠 16週数~40週数 助産師担当(妊娠週数に応じた約束検査) 妊娠 30週に医師のポイント健診 (2)助産師の検査オーダーあり 助産師による超音波画像診断あり 院内約束処方あり (3)ハイリスクの紹介 → 高次機能他院へ搬送 (周産期救急搬送コーディネーター・救急救命センター) (4)その他 産後2週間健診 産褥1ヶ月健診 全例電話訪問(母乳重視)
	3. 受診費用	(1)医師による外来診療報酬に準ずる	(1)医師による外来診療報酬に準ずる
	4. 出産準備教室	<ul style="list-style-type: none"> (1)概念:アクティブバース、フリースタイル分娩、バルサルバをしない (2)自然分娩重視 (3)パパ・ママクラス、ハローベビークラス、マタニティ・ヨーガクラス(毎週) 	<ul style="list-style-type: none"> (1)ソフロロジー式分娩法教育 妊娠30週頃からGIM(誘導的音楽療法)による和痛・リラックス、怒責をかけない呼吸法 (2)自然分娩の重視 (3)基本は両親学級(受講率90%)

自立した助産師による分娩取り扱いの実際	パースセンターおよび分娩部	1. 担当スタッフ数および勤務体制	(1)助産師1名 (日勤当直:朝から翌日朝まで、24時間責任を持つ) * 助産師5名で交代勤務 (2)必要時、分娩周辺期に産科病棟からベビーキャチの応援体制あり	(1)助産師1名、看護師2名で、2交代勤務 (日勤と当直) * 医師2名、助産師11名、看護師13名、看護助手2名、クラーク5名 外来を含む、シフト勤務 (2)必要時、分娩周辺期に産科病棟からベビーキャチの応援体制あり
		2. 分娩件数(再掲)	(1)分娩件数12~13件/月 * 産婦人科病棟分娩数1300件/年 (2)パースセンター妊婦の転帰 ①妊娠中に医師外来へ(27%) ②産科病棟へ転出(13%) ③パースセンターで出産(60%) n=250名(平成20年11月~22年4月)	(1)分娩件数30~50件/月 約400件/年 (2)ハイリスクとなった場合 東北大学病院・仙台赤十字病院などへ搬送 約5件/月
		3. 分娩室・産褥室施設設備(再掲)助産ケアスタイル	(1)全個室LDR 4室(アクティブ・パース、フリースタイル分娩) 自宅と同様の環境想定、手厚い産後フォロー、分娩が重なった場合は同階のVIP個室へ (2)水中出産設備	(1)LDR 2室 分娩が重なった場合は、同階の陣痛予備室個室へ (2)ソフロロジー式分娩法(音楽・照明、アクティブパース)
		4. 安全の担保	(1)医師立会はないが、分娩時は助産師と看護職の2名(他病棟から新生児処置応援)で介助する (2)防水性の胎児心拍陣痛モニタリング装置(水中出産用) (3)異常経過の場合、オープンシステム(内部プロセス)による転院あり (4)縫合を要する会陰裂傷発症の場合は医師が縫合に来る (5)院内NICUあり、収容可能(新生児光線治療も) (6)助産師全員が、新生児蘇生認定あり * 産後ケアを手厚くするため、助産ケアへの医師の全面的バックアップ体制がある	(1)全例医師立会いあり(熟練看護師の新生児処置間接介助あり) (2)胎児心拍陣痛モニタリング装置 (3)周産期救急搬送コーディネーターによる転院あり (4)会陰裂傷が発症した場合は、医師が縫合 (5)全例に血管確保 (6)助産師・看護師全員が、新生児蘇生認定あり (7)仙台赤十字病院からドクターカー出動可能
		5. 分娩費用、入院費用	○基本入院分娩料 53~55万円 ○パースセンター個室差額料金(2万円/日)	○基本入院分娩料 55~56万円 ○全個室だが差額料金なし
自立した助産部門の運営のために	運用システム母体	1. 企画立案・実施の経過および評価	(1)強力な医師の牽引によるNDC(ナースドクターカンファレンス)の強力な組織性 (2)MWC(ミッドワイフクリニック)の基準作り (3)他施設の見学実施 (4)助産師の診断能力の向上のための教育企画・実施 (5)開業助産師を招聘した自然分娩の学習会 (6)妊婦へのPR(情報誌への掲載・リーフレット・医師からの推奨) (7)助産師の力を最大限活用する消費者本位のお産へ見直し(助産師による正常産との棲み分け) 不要な会陰切開・帝王切開をしない・バルサルバの回避(胎児循環生理学的意義)による効果 (8)パースセンター運営基準の確立(院内オープンシステム運用基準) (9)助産師が正常産に責任を持つ部門であるパースセンター設備投資、人員確保予算措置	(1)医師2名、病棟・外来師長(2名)、労務士、事務長は毎週1回の会議 * 労務士は、「ヒヤリハット」の分析・対策のために雇用 (2)17年間に渡る運用経験から改訂されてきた洗練された助産師外来運用基準の存在 (3)助産師診断能力の向上のために積極的に院外研修派遣と報告会 (4)地域妊婦へのPR(インターネットHPで情報発信、有能なクラーク) (5)開業権ある助産師の力を最大限活用するよりよいお産、快適な環境の提供 ソフロロジー分娩は、怒責をかけないお産(胎児循環生理学的意義) (6)入院費価格設定は、手厚い助産の件費を担保するもの
		2. カンファレンス(情報伝搬)	(1)パースセンター運用に強力なリーダーシップを発揮する産婦人科医長の存在 (2)妊娠・分娩・産褥の一貫した「妊産婦中心のサービス」提供のための満足度評価 (3)リーダー会議(1回/月)、スタッフ会議(1回/月)、NDC(1回/月)、症例会議(1回/月) (4)院内安全委員会 (5)地域の開業助産師との連携会議	(1)助産師活動を支えるために強力なリーダーシップを発揮する院長の存在 (2)毎朝の申し送り全員集合、当日の医師も参加する朝部会で、情報の伝達・共有 (3)病棟会議(1回/月)、助産師会議(1回/月)、看護師会議(1回/月)、目標達成委員会(1回/月) (4)年1回、創立記念日に目標達成委員会部門別発表
		3. 院内連携	(1)パースセンターから産婦人科MWCへ応援(妊娠10週~保健指導、コース選択の宣伝) (2)産科外来 妊娠19週、ハイリスクチェックリストで判別し、ローリスクはパースセンター見学推奨 (3)分娩時は産科病棟から新生児処置に応援 (4)新生児の異常は、NICUに収容受け入れ (5)分娩後出血1000ml以上で、産科病棟受け入れ (6)GBS陽性妊婦は、Dr外来へ受診後にパースセンターへ入院し分娩する (7)妊娠37週以降は、全パースセンター予約妊婦が、パースセンター外来で管理 (8)パースセンター助産師外来で気がかりな所見は、医師に相談	○クラーク部門、厨房部門、助手部門、看護師部門、助産師部門が好ましく協調し連携している
自立した助産師の育成プログラム	1. 現任教育プログラム 研鑽・教育など	(1)「妊産婦に選ばれる産科の実現」のための学習と成長を保障 (2)MWCの助産師教育プログラム充実 (3)MWCの目標、目的、異常基準による実践 (4)MWCの基準と評価基準による実践 (5)2年目MWCで妊婦フィジカルアセスメント訓練、3年目パパマクラス担当、5年目パースセンター	(1)プリセプター1名 (2)日中は、原則として新人が分娩介助、夜勤帯も熟練看護師が補佐できる体制 (3)新人助産師経験チェックリスト、プリセプター会議で評価(1年間は1回/月、その後1回/2ヶ月) (4)ソフロ式ではゆったりと進行する分娩なので介助技術習得の上達が早い (5)認定講習は、講師を招き院内で毎年実施する	
	2. 助産学生実習受け入れ	○近隣の医科大学助産師学生の実習受け入れあり	○5年前より、国立病院付属助産師学校実習受け入れあり 1週間ずつ	

分娩取り扱い施設の種類の種類

(分娩取り扱い施設の種類の種類)

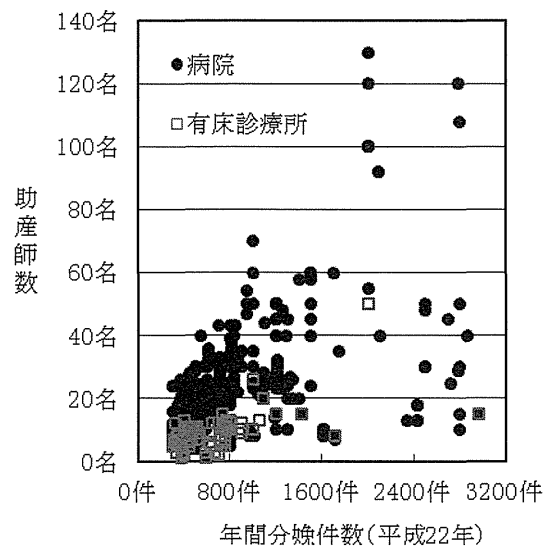
本調査における助産師が就労する分娩取り扱い施設は下図のとおりである。



	件数	国・公立、行政法人	大学付属病院	民間総合病院	民間単科病院	パースセンター	科のみ 民間有床診療所(産)	科・小児科) 民間有床診療所(産)	科の他複合) 民間有床診療所(産)	助産院	その他	無回答
全体	958	142	183	251	67	4	126	45	41	15	62	22
	100.0	14.8	19.1	26.2	7.0	0.4	13.2	4.7	4.3	1.6	6.5	2.3

上段：件数(n) 下段：構成比(%)

病院、有床診療所別の年間分娩件数と助産師数の散布



病院(n=548)：国・公立、行政法人総合病院、大学付属病院、民間総合病院、民間単科病院

有床診療所(n=144)：民間有床診療所(産科のみ)、民間有床診療所(産科・小児科)、民間有床診療所(産科の他複合)