

201201003B

厚生労働科学研究補助金
政策科学総合研究事業
(政策科学推進研究事業)

助産師の潜在的・顕在的助産力に関する分析と展望

ー正常分娩担当システムの構築に向けた
政策提言のための首都圏調査ー助産師の本研究

平成22～24年度 総合研究報告書

研究代表者 鈴木 享子

平成25(2013)年3月

厚生労働科学研究補助金
政策科学総合研究事業
(政策科学推進研究事業)

助産師の潜在的・顕在的助産力に関する分析と展望

－ 正常分娩担当システムの構築に向けた
政策提言のための首都圏調査－助産師の本研究

平成22～24年度 総合研究報告書

研究代表者 鈴木 享子

平成25(2013)年3月

目 次

I 総合研究報告書

1. 助産師の潜在的・顕在的助産力に関する分析と展望
— 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首都圏調査 —
助産師の本研究における取り組みの経過 1
統括研究者 鈴木 享子 (首都大学東京健康福祉学部准教授)

2. 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 16
統括研究者 鈴木 享子 (首都大学東京健康福祉学部准教授)
 - 1) 前文 21
 - 2) 前文に関する資料 28
 - 3) 5項目の提言に関する概念図 30
 - 4) 5項目の提言に関する資料 37
3. 専門雑誌への報告の投稿資料 70
アメリカとオランダの実践から「助産力」を考える
国立国際医療研究センター「リトリート・国際母子合同カンファレンス」報告

II 分担研究報告書

1. 母親が望む安全で満足な妊娠出産に関する全国調査 71
分担研究者 島田三恵子 (大阪大学大学院医学系研究科教授)

2. 母親が望む安全で満足な妊娠出産に関する全国調査 121
— 科学的根拠に基づく快適で安全な妊娠出産のためのガイドラインの改訂 —
分担研究者 島田三恵子 (大阪大学大学院医学系研究科教授)

助産師の潜在的・顕在的助産力の分析と展望

－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首都圏調査－
助産師の本研究の3年間の取り組みの経過

総括研究者 鈴木 享子 首都大学東京助産学専攻科 准教授

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。最終年度として総合研究報告書を纏めるにあたり、3年間の研究的取り組みの目的および結果を簡潔に整理し、各年度の研究課題の相互の関連について記述し、平成22年度、23年度、24年度の統括・分担研究報告書が政策的提言具体化の際の資料となるよう記述した。

A. 3年間の研究目的

近年のわが国の助産師の「正常分娩を担う助産力」を首都圏4県の就業助産師集団への調査結果から明らかにし、助産師により安全で良質な助産ケアを提供し、安定的に正常分娩を担う状況を可能にする産科医療システム構築の実現に向けた政策的提言を明らかにすることである。

B. 研究の背景

近年、産婦人科医師不足が依然として深刻な状況は、周産期の臨床現場に様々な影響を及ぼしている。環境の変化から助産師集団もデメリットな影響を被り、新卒助産師から熟練助産師までの循環する専門職としての能力育成する機能を循環的に保持することが困難になってきおり、助産力を向上させ正常分娩担当するシステムを再構築することが喫緊に課題となっている。

分娩取り扱い施設の分娩件数と就業助産師数のアンバランスな状況や、混合病棟の割合が高

いことは、新人助産師集団が、医療法や保健師助産師看護師法に基づき妊産婦が安全を保障され快適な出産を享受するために自立した業務として妊娠期・分娩期・産褥期の助産ケアを提供する本来の助産師の機能が、存亡の危機に至っている。助産師専門職の危機でもあり、同時に日本の女性たちの出産の危機でもある。

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⁷⁾（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。

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、ローリスク妊産婦婦人に対する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⁸⁾。

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。

<言葉の操作的定義>

本研究では、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。

C. 研究方法

本研究の方法は、主に質問紙による首都圏4件の助産師全数調査の他に、マタニティ・ケア提供システム変革研究分野の公衆衛生高度専門家と助産実践先進国であるアムステルダム地域の熟練助産師、日本助産師会の助産所業務ガイドライン策定経験者らをフォーカス・グループとしたフォーカスリサーチ・インタビューおよび招請した2名の専門家の講演ののちに、総合病院の周産期以外の専門職を含めた、将来の助産力のあり方、エビデンス、今後の方向について率直に公開討論し、討論の結果を情報化し纏めた。

平成24年は、平成22年度と23年度の研究成果に基づき、研究代表者が政策的提言原案を作成し、周産期を囲む有識者、専門職、母親代表などの検討会議委員15名によって政策的提言を作成した。

平成22年度、23年度は、本研究の目的達成のために以下の8つの課題を構造化し実施した。

【平成22年度】

(1)助産師が正常分娩を独立して担う模範的病院・有床診療所の調査—医師とのケア提供分担

システムについて

代表研究者 鈴木享子（首都大学東京健康福祉学部准教授）

(2) 首都圏4県の助産師が就労する病院・有床診療所の所在調査準備一施設数とその所在地、就労助産師数

分担研究者 猫田泰敏（首都大学東京人間健康科学研究科教授）

(3) 助産師所の「正常分娩を担う助産力」調査

分担研究者 安達久美子（首都大学東京人間健康科学研究科教授）

(4) シンポジウム：正常分娩を担う「助産力」を發揮する助産活動ーイギリス・ニュージーランド・オランダの地域活動から考えるー

代表研究者 鈴木享子（首都大学東京健康福祉学部准教授）

【平成23年度】

(5) 首都圏4県の分娩取り扱い病院・診療所の就労助産師数調査

代表研究者 鈴木享子（首都大学東京健康福祉学部准教授）

分担研究者 猫田泰敏（首都大学東京人間健康科学研究科教授）

(6) 首都圏4県の分娩取り扱い病院・診療所の就労助産師への調査

代表研究者 鈴木享子（首都大学東京健康福祉学部准教授）

(7) 助産師の正常分娩担当システム構築に向けた必要条件の抽出に関する研究

代表研究者 鈴木享子（首都大学東京健康福祉学部准教授）

1) フォーカス・グループインタビュー

2) リトリートカンファレンス・国際母子カンファレンスとの合同カンファレンス

(8) 母親が望む安全で満足する妊娠・出産に関する全国調査

分担研究者 島田三恵子（大阪大学大学院医学系研究科教授）

D. 政策提言に関連する結果

8課題の各研究結果は、平成22年度、平成23年度のそれぞれの総括・分担研究報告書に掲載したが、特に、政策提言との関連で明らかになった点を以下に記述する。

1. 「首都圏4県の分娩取り扱い病院・診療所就労助産師への調査」の集団について

配布総数 2779名

回答総数 958名（回収率34.2%）

都県別回収数（各都県毎の配布数の回収率）

東京都 473名（32.6%）

神奈川県 190名（32.4%）

千葉県 131名（35.5%）

埼玉県 148名（39.8%）

付記）首都圏4県の分娩取り扱い病院・診療所の就労助産師への調査」配布後の調査協力辞退

2施設・・・助産数で40名

産休中で配送できないための返却・・・3名

2. 回答助産師集団について

1) 回答総助産師数

958名（首都圏4県就業助産師数の15.3%）

首都圏4県就業助産師数

6,246名（全国の24.1%）

*本来の助産業務実践に関心が比較的高い、アイデンティティ保持集団であると考えられる。

*本研究は全数調査であるので、同一施設に就労する複数の助産師による回答の結果である。

言い換えれば、個々の助産師がどのような周産期システム下で就労し、どのように正常分娩担当の助産力を自己評価したかが回答された。

2) 所属する分娩取り扱い施設

回答 942 名 回答無 16 名

民間総合病院と民間単科病院所属

322 名 (34.2%)

有床診療所 212 名 (22.5%)

大学付属病院 183 名 (19.1%)

国・公立・行政法人総合病院 144 名 (15.3%)

その他 62 名 (6.5%)

対照群の所産院が 15 名 (1.6%)

以上であった。

3. 各研究の取り組みで明らかになった点

1) 助産師が正常分娩を独立して担う模範的病院・有床診療所の調査—医師とのケア提供分担システムについて—

研究目的：「院内助産所」、「助産師外来」を模範的に運用している病院・有床診療所における運用システムを明らかにする。

助産師が独立して正常分娩を担う模範的病院・有床診療所のモデル化

<病院の場合>

①助産師の正常分娩担当を可能にする医師と助産師の相互補完システムの構成要素は何か。

ア。「消費者本位のお産にするためには助産師の力を最大限に活用する以外に道はない」という概念の共有

イ。異常があった場合には医師と連携するが正常出産は助産師だけでやる

ウ。妊娠期管理：助産業務経験 5 年以上（院内勤務経験 2 年以上）助産師によるチーム受

け持ち制の予約制助産師外来

エ。妊娠 16～19 週でハイリスク・チェック（チェックリスト基準）妊娠 19 週にローリスク群に Dr 外来・MW 外来・バースセンター外来の 3 肢択一の説明する

オ。妊娠 28 週に Dr ポイント健診、妊娠 34 週以降に 1 回のみ Dr の診察

カ。バースセンターでの里帰り分娩は妊娠 28 週まで

キ。バースセンター外来では助産師による超音波画像診断・院内約束処方実施

ク。ハイリスク群は院内産婦人科外来へ紹介・他の高次機能病院へ搬送

ケ。バースセンター出産母子はバースセンター外来で助産師が 1 ヶ月健診実施

コ。分娩業務は助産師 1 名が日勤当直体制で勤務（朝から翌日朝まで 24 時間の責任・助産師 5 名で交替勤務）

サ。自然分娩重視の基本概念（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）

シ。安全担保のため分娩時に MW と Ns の 2 名（他病棟から新生児処置応援）で介助する

ス。異常経過の場合はオープンシステム（内部プロセス）による院内転院

セ。縫合を要する会陰裂傷は Dr が縫合に来る

ソ。新生児光線療法児は院内 NICU に収容

タ。助産師全員が新生児蘇生認定

ナ。助産ケアへの医師による全面的バックアップ体制がある

②現在、途上の運用システム維持を可能にする要素は何か。

ア。自立した助産部門運用システム母体に強力な Dr の牽引による

『NDC（ナース・ドクターカンファレンス）』

- の強力な組織性の存在
- イ. MW クリニック基準・助産師診断能力向上の教育・自然分娩の学習会
- ウ. 妊婦への PR (情報誌掲載、リーフレット、Dr からの推奨)
- エ. バ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)
- エ. 事務部門の協力
(助産師が責任範囲のバースセンターへの設備投資・人員確保予算措置)
- オ. 情報伝達システムキーパーソン
(強力なリーダーシップを発揮する産婦人科医長の存在)
- カ. 妊娠・分娩・産褥期「妊産婦中心のサービス」満足度評価
- キ. 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) ・院内安全委員会・地域開業助産師連携会議
- ク. 院内相互連携体制
バースセンター助産師が産婦人科 MW クリニックへ応援に出て妊娠 10 週から保健指導参加によるバースセンター外来の宣伝
- ③システムの安定期までに生じる課題や改善を要する点は何か。
- ア. 助産師 1 名のみの日勤当直体制の改善
(24 時間長時間勤務による勤務助産師の疲労は大きい・安全保持・判断力担保の助産師複数勤務が必須)
- イ. 分娩件数がひと月 15 件以上に増やし複数当直制とする
- ウ. LDR の増設
<有床診療所の場合>
- ①助産師の正常分娩担当を可能にする医師と助産師の相互補完システムの構成要素は何か。
- ア. 「妊産婦中心の良質の医療提供をするという」概念の共有
「妊産婦に対して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」
- イ. 院長の助産師観は「助産師は開業権を有する専門職である」
- ウ. 助産師による妊産婦健診実施結果に対する半年以上の評価検討実績
(保健指導の充実後の助産師外来開設)
- オ. 助産師外来は週 6 日・月曜日から土曜日まで・午前 2 単位午後 2 単位
- カ. 助産師経験初年度から担当「熟練者と共に実践的に学ぶ経験主義がよい」(医師の研修方式と同様)
- キ. 医師は妊娠 16 週まで担当
- ク. 妊娠 16 週に詳細なアナムネーゼ聴取・詳細にアセスメント・情報共有
- ケ. 助産師は妊娠 16 週～40 週まで担当
- サ. 妊娠週数に応じた約束検査・助産師による検査オーダー・超音波画像診断・院内約束処方の設定
- シ. ポイント健診は妊娠 30 週
- ス. ハイリスク群は高次機能搬送システム・地方周産期救急搬送コーディネーター・救命救急センター・ドクターカーが機能している
- セ. 産後 2 週間健診、産褥 1 カ月健診、全例電話訪問 (母乳重視) 実施
- ソ. 受診費用は医師による外来診療報酬に準ずる
- タ. 助産ケアの質保証
(ソフロロジー式分娩法 : 妊娠 30 週から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・自然分娩の重視・両親学級受講率 90%)

- チ. LDR2 床、入院時待機室は個室分娩室兼用設備
- ツ. 熟練看護師が若年助産師を手堅く指導・支援
- テ. 全例医師の立会い
(熟練助産師の新生児処置間接介助・会陰裂傷は医師が縫合)
- ト. 全看護師・助産師が新生児蘇生認定所持
- ②現在、途上の運用システム維持を可能にする要素は何か。
- ア. 医師2名・病棟外来師長各1名・労務士1名及び事務長が毎週1回会議
- イ. 労務士雇用（「ヒヤリ・ハット」の分析及び対策目的）
- ウ. 洗練された助産師外来運用基準の存在
(17年間の妊産褥婦管理運用経験に基づく度重なる改訂)
- エ. 助産師の診断能力向上
(院長の指示で助産師集団を積極的に院外研修派遣・報告会)
- オ. 有能なクラークの存在（地域妊婦PRにインターネットHPで情報発信）
- カ. 開業権ある助産師の力量を最大限活用する診療体制
(より良いお産、快適な環境の提供)
- キ. 怒責しないソフロジー分娩法（胎児生理学的エビデンス）設定
- ク. 手厚い助産の人件費を担保する入院費価格設定（人件費重視）
- ケ. 助産師活動を支える強力なリーダーシップを発揮する院長の存在
- コ. 毎朝申送り全員集合・勤務医師も参加する朝部会・情報の確実な伝達共有
- サ. 病棟会議・助産師会議・看護師会議・専門部門別目標達成委員会は毎月1回
- シ. 目標達成委員会部門別発表会（クラーク部門、厨房部門、看護助手部門、看護師部門、助産師部門）が協調し連携し年1回発表
- ス. 助産師現任教育プログラムの設定
(プリセプター1名・日中は新人が分娩介助・夜勤帯も熟練看護師補佐体制を徹底・新人助産師フェリスタ1年目は月1回・その後は2ヶ月に1回)
- セ. 新生児蘇生認定講習は毎年講師を招聘して院内実施方式で効率化
- ③システムの安定期までに生じる課題や改善を要する点は何か。
- ア. 成熟した運用システムを有している反面新人助産師の採用率は少ない
- イ. 出産年齢期にある助産師の産休や育児休暇の代替要員確保必要
- ウ. 熟練助産師の介護休暇保障必要
- エ. 助産師のワークライフバランスと新人助産師の採用計画および育成
- 2) 助産所の「正常分娩を担う助産力」調査
研究目的：分娩を取り扱っている開業助産師を対象に、助産師が認識し、実践している必須の能力、技術および環境条件を明らかにし、収集されたデータから「正常分娩を担う助産力」を明らかにする。
- 結論**
現在、助産所開設の施設管理責任助産師23名を対象に調査した、「正常分娩を担う助産力」とは、以下のようにカテゴリー化できることがわかった。
- ①「常経過の判断と異常の早期発見に関わる技術と能力
- ②多様な情報収集、情報の統合、および判断力
- ③適切なケアを提供できる能力

④助産師として自立して、助産所を運営するための能力

⑤助産師としての専門職的姿勢が必要である

3) 首都圏 4 件の助産師が就労する病院・有床診療所の所在調査準備—施設数とその所在地、就労助産師数—

研究目的：次年度の本調査研究の準備として首都圏 4 件の助産師が就労する病院・有床診療所の所在および就労助産師数を把握する手段を明らかにする。

平成22年5月現在の分娩取り扱い施設の概数は、以下の通りであった。

東京都：病院 101 施設 有床診療所 102 施設 助産所 50 施設

千葉県：病院 36 施設 有床診療所 86 施設 助産所 65 施設

神奈川県：病院 50 施設 有床診療所 117 施設 助産所 39 施設

埼玉県：病院 38 施設 有床診療所 66 施設 助産所 29 施設

首都圏 4 県総数：病院 225 施設 有床診療所 371 施設 助産所 138 施設

4) 首都圏 4 県の分娩取り扱い病院および診療所の就労助産師数調査

研究目的：首都圏 4 県の全就労助産師数と共に以下の 3 項目を明らかにする。

(1) 首都圏 4 県の分娩取り扱い病院、有床診療所における助産師外来および院内助産所の設置状況を明らかにする。

結果

総配布数 569 施設中

(内訳：東京都 205、神奈川県 130、千葉県 115、埼玉県 119)

回収 232 施設 (回収率 40.8%) であった。

回収 232 施設中の助産師外来は 76 施設、院内助産所 8 施設であった。

顕著な増加傾向は認められなかった。

(2) 首都圏 4 県の分娩取り扱い施設の病院有床診療所の就労助産師数を明らかにする。

結果

首都圏 4 県の分娩取り扱い施設の病院および有床診療所の 232 施設中の就労助産師調査の対象数は、2779 名であった。

(3) 首都圏 4 県の分娩取り扱い病院、有床診療所における助産師の、院内配置場所および院内で何らかの理由で直接助産師業務に就いていない助産師数を明らかにする。

結果

①首都圏 4 県の分娩取り扱い病院、有床診療所における助産師の院内配置場所は、今回の調査で無回答数が極端に多く妥当性ある分析は困難であった。

②設置主体別では、有床診療所における助産師配置数は病院と比較し極端に少なく、分娩室・病棟の配置平均数は 3.8 名であった。病院の配置数の 6 分の 1 から 7 分の 1 で、過酷な労働条件での就労が明白になった。

③外来配置平均数は 1.24 名で差は認められなかった。

④非常勤・夜専門助産師数は、有床診療所は 9.3 名であった。病院では有床診療所の 3.5 倍から 5 倍の助産師が就労していた。

以上より、病院と有床診療所における助産師の著しい偏在が明らかになった。

日本助産師会や日本看護協会助産師職能委員会は、安全で快適な母親をエンパワーメントする助産活動に必要な勤務体制には、基準助産数として最低 6~8 名の配置を必要とす

ると提言している。本研究の結果による有床診療所の平均助産師所属数はこの基準助産数の2分の1であった。

4) 「助産師の正常分娩担当システム構築に向けた必要条件の抽出」のための研究—フォーカス・グループインタビュー—

研究目的：政策提言の検討を行う為に助産師の正常分娩担当システム構築に必要な条件を抽出すること

結論

仮説的な4つの課題に沿って、以下の項目が明らかになった。

(1) 助産師が安全で良質な出産ケアの提供ができる出産生理学的エビデンス

< 9項目 >

- ①産婦が寄り添って欲しい人が傍に居り安心して、助産師が不安を煽らなければ正常経過でお産は進む。妊産婦が満足で快適であることを中心に据える。
- ②冷え性対策は、微弱陣痛、遷延分娩、前期破水、切迫早産を有意に少なくする。
- ③間欠的胎児心拍モニタリングは、自由に体が動かせ産婦の満足度が高い。
- ④合併症がある場合はCTGを使用し、合併症がなく正常経過の診断である場合はドップラーによる監視をする。ドップラー聴取の場合は、子宮口開大6cmか7cm位までは2時間毎に、その後は同伴して1時間毎に、または30分毎に、怒責開始後は陣痛毎に聴取する。
- ⑤産婦が食べたくない状況でも、みそ汁や水分摂取を勧めることによって脱水予防ができる。正常経過の産婦に食事制限は不要で

ある。

- ⑥自由な姿勢、好きな姿勢を尊重すると、産痛の軽減につながる。
- ⑦自由な姿勢、好きな姿勢を尊重すると、胎児心音が徐脈になりにくい。
- ⑧三陰交と合谷と至陰への指圧・マッサージによるつば刺激は、分娩時間は短縮しないが産痛緩和を図ることができる。時間が短縮される場合もある。
- ⑨医療介入などによる恐怖心は、生理学的オキシトシンプロセスを止める。

(2) 助産師は快適で満足で母親をエンパワメントする出産ケア提供のキーパーソンであるエビデンス

< 10項目 >

- ①「ライマリーケアの助産師が付き添うと、産婦の満足度のスコアが上がる。
- ②病院搬送となった場合、助産師が同伴しケアを継続し、産後助産院へバックトランスファーをすると女性の満足度が上がる（オープンシステム）。
- ③助産師が、産後4日・6日目・8日目にチェックに行くことは、産婦人科医への支援として必要とされている。
- ④ローリスク群母親の大きな病院と診療所と助産所における出産満足度スコアを比較した場合、助産師だけで運営する助産所での満足度が有意に非常に高い。
- ⑤病院群でも、助産師のケアを沢山受けている母親の満足度が高く、助産師のケア提供は重要である。
- ⑥出産期の満足度は、産後3ヵ月の育児のしやすさに相関がある。
- ⑦助産師の能力には3つの視点がある。一つ

は、妊産婦に様々な生ずる問題を解決する専門的力、その人の有り様や生き方を受け止める倫理的感受性を備えた能力、継続する援助過程でコミュニケーション力が非常に高くインフォームドコンセントが行き届いている。この様な能力を持つ助産師が継続的ケアを提供すると満足度や快適さが増す。

- ⑧助産師は、妊娠期間から出産後まで母の声を集め、産婦が何を望んでいるか、現実はどうであるか、エビデンスと実際のギャップを分かり易く分析できる立場にある。
- ⑨助産師がケアしたグループは病院に比べて安全性が高いので、保険会社は助産師がリードする妊娠出産に応援してきた歴史がある。
- ⑩助産師による快適で満足で母親をエンパワーメントする出産ケア提供の場を増やすには、医療法第 19 条による連携病院の確保、分娩を扱う助産師の開業を促進する打開策が必要である。

(3) 助産師が妊婦期から出産ケアを担当する院内システムを一般化する必要条件

< 10 項目 >

- ①日本の病院は疾病中心の組織体系である。出産は健康という体制の中で対応する範疇で、病院には健康棟と疾病棟の2つの組織体系が必要である。
(疾病棟の組織体系の末端に健康的な範疇があることは、問題である)
- ②院内助産システムは院外扱いにしないと成功しない。助産所は、一つの独立した施設として他施設と連携する。助産所の最終責任は助産師であることが必要である。

③組織と責任を独立させることが、助産師職能が発展するために必要である。

④院内助産所を安全で快適な場所に改革・改善する場合、上の職位の了解が不可欠である。上の職位の了解が難しく改革・改善できない場合は発展しない。

⑤プロジェクトで諮問委員会を作る。縦型の高い役職の意見を薄め影響力を薄くする。デューラ、育児エデュケーター、看護師、消費者、普通の納税者、教授や品質管理専門家を集め、助産師や産科医師だけの意見ではなく、保険に加入し雇用する側も、保険金を受け取る側の加入者も直接・間接的な利害関係者となる（周産期医療を囲む人々）。

⑥病院助産師の能力は、助産所助産師と同じではない。特に、よく説明した上で合意する能力の高さが院内助産所の運営に必要である。様々な女性が持つ問題解決力や、女性がどうありたいかという倫理的感受性を基にしたケアや、コミュニケーション能力の3つの能力は助産所助産師と同等レベルが必要とされる。

⑦プロジェクトチームは、病院、医療従事者の成果計測をしてフィードバックする。医療費、共同の意思決断に関する計測や計画が必要である。

⑧助産師ケア群と対象群のアウトカムの相違、ローリスク初妊婦の単胎妊娠帝王切開率、陣痛誘発率などを測定し公表することで変化を促す。

⑨日本の助産師基礎教育の卒業要件の一つである到達分娩介助数は 10 例を目安としているが、一部崩れている。基礎教育を充実し実践力を高め、アイデンティティーを育

成し、診断力の育成・強化が一番の解決策である。

⑩基本的に医師不在の施設で院内助産所は開設できないため、独立は程遠い。

(4) 医師との協働に成功する鍵とは
(助産師活動の法的バックアップ、診療報酬など)

< 7項目 >

- ① インター・プロフェッショナル・エデュケーション (IPE) が必要である。
- ② 相互理解の為に研修医と助産師の1年目は一緒に教育をする方法がある。
- ③ 助産師が働く基盤を失うと一番の犠牲者は女性たちである。専門家教育や研修 (health profession education) の検討は、大きな枠組み (マルチステークホルダー) で議論することが重要である。
- ④ 日本の助産師基礎教育は不十分なまま臨床現場に出るので、職能団体が卒後研修の充実を図ることは不可決である。
- ⑤ 医師と、助産師を育てる上での共通理解と、対等にディスカッションする土壌が必要である。
- ⑥ 助産師が、安全性を中心としたエビデンスに基づいたケアを的確な診断力を発揮して、安全で快適なケアを現場で展開すること。
- ⑦ 助産師は、女性たちと手を組んで社会の人々に見えにくい成果を公表する努力をすることが大切である。

5) 首都圏4県の分娩取り扱い病院および診療所の就労助産師への調査

研究目的：首都圏4県分娩取り扱い病院・有床診療所における以下の点を明らかにする。

(1) 設置主体、分娩取り扱い件数、診療体制 (医

師・助産師マンパワー) と助産師外来設置状況との関連を明らかにする。

結果

本研究調査の集団では、正常経過の妊婦が助産師の妊婦健診を受ける選択肢があると回答した助産師は471名 (49.2%) で、ないが449名 (46.9%) であった。

民間病院所属助産師のあるは138名 (54.6%)、ないは115名、民間単科病院所属のあるは22名 (32.4%)、ないが45名 (66.2%)、無回答1名であった。大学病院所属のあるは140名 (81%)、ないが39名 (21.3%)、無回答4名。国・公立・行政法人病院ではある72名 (50%) で、ないと数であった。民間有床診療所ではあるが44名 (20.8%)、ないが162名 (76.4%) であった。その他の病院 (学校法人等) ではあるが59名 (95.1%)、ないが3名 (4.9%) であった。

本調査における助産師外来がある施設の助産師数は、設置主体別では民間有床診療所が最も少なく、就労助産師数が少ないため分娩業務に特化されているものと推測できる。一方、その他 (学校法人など) と大学病院では80~95%の助産師が助産師外来で妊娠期から継続する助産ケア提供に当たる潜在的な機会を持っている。

(2) ローリスクの対象への妊娠期から分娩期までの助産ケア継続性について明らかにする。

「助産師全員が妊婦の個別または集団指導に当番で接してケアを提供」は22.8%、「助産師全員が担当日の助産師外来の個別指導で接しケアを提供」は7.5%で合計30.3%であり、今回の集団全体における妊娠期から分娩期までの助産ケア継続性は低い。

(3) 設置主体別施設内における助産師マンパワー配置状況を明らかにする。

5.9%の助産師は、周産期以外の部署に所属している。

(4) 就労助産師の年齢と分娩介助経験例数別の助産力の自己評価について明らかにする。

結果

添付資料には、設置主体別に就労助産師の年齢と分娩介助経験例数の散布図、分娩介助経験例数階級別の助産力自己評価の散布図を整理した。

また、設置主体別に就労助産師の年齢階層を度数分布で整理すると、大学付属病院では20歳代が40.4%、30歳代が44.3%であり、その他の20歳代40.3%、30歳代32.3%と類似していた。一方、有床診療所は20歳代が7.2%、30歳代46.9%であった。大学付属病院には、臨床経験の少ない分娩介助経験件数も少ない助産師が多く所属している。今回の集団を、助産院とバースセンターを括り整理すると、20歳代は所属せず、30歳代26.3%、40歳代5.3%、50歳代27.8%、60歳以上が38.9%で、40歳以上の熟練助産師が73%を占めていた。

(5) 助産師の「助産師外来」「院内助産所」を担当する能力の自己評価を明らかにする。

結果

今回の調査では、問い8の①～④を妊娠期の「助産師外来」を担当能力の自己評価項目とし、問い9の①～⑨を分娩期の対象を自立して担当し助産ケアを提供する能力の自己評価項目とし、添付資料の分娩介助経験例数（経膣分娩）との散布図を作成した。

「助産師外来」「院内助産所」を担当する能力の自己評価基準として、研究者は50点以上を専門職として必要範囲であり自己教育力を備え

た評価点とすると、今回の集団は妊娠期からの継続ケアの経験率が低いいため、問い8の①～④の妊娠期の「助産師外来」担当能力についての平均点は50点代ではあるが到達していない。

すなわち、①診察技術を用いて身体的にアセスメントする能力は、「41～50点」210名(21.9%)、「51～60点」127名(13.3%)、「61～70点」119名(12.4%)が、特徴項目となっており、平均は52.8点。

②母児の身体的な正常経過を保持し、軽度の逸脱を正常へ戻す助産経かをする能力は、「61～70点」19名(19.8%)、「41～50点」170名(17.7%)、「51～60点」135名(14.1%)が、特徴項目となっており、平均は56.9点であった。

③心理・社会的アセスメントを行い家族を含めた介入を助産師助産ケアする能力は、「61～70点」173名(18.1%)、「41～50点」170名(17.7%)、「71～80点」162名(16.9%)が特徴項目で、平均は58.9点であった。

④助産チームや関連する部門と連携し、周産期ケアをコーディネートする能力は、「41～50点」178名(18.6%)、「61～70点」152名(15.9%)、「51～60点」131名(13.7%)が、特徴項目となっており、平均は54.9点であった。

分娩期の「院内助産所」を担当する能力の自己評価基準の平均値は、殆どが60点以上であったが、⑧軟産道損傷に損傷が生じた場合の処置(会陰縫合術など)する能力は、「0点」458名(47.8%)、「41～50点」81名(8.5%)、「1～10点」65名(6.8%)で、平均値は21.1点と大変低い。

これは、助産師基礎教育で履修されていない項目であるため、緊急時以外は医師が実施する項目である。院内助産所で、医師が強力に支援する体制を構築するか、または、緊急時に助産

師が実施可能な技術となるよう医師から研修として技術指導を受けるなど、今後は IPE（専門職間連携教育）による検討が必要であり、医療法の一部法改正にも関わる項目である。

加えて、到達していない項目は⑨の出生直後の新生児蘇生技術を実施する能力であり、「41～50点」177名（18.5%）、「61～70点」172名（18.0%）、「71～80点」140名（14.6%）であり、平均は58.2点であった。

この項目も、認定講習を旺盛に開講し、基礎教育または卒後初期研修項目に位置づける必要がある。

問い9①の妊娠期情報・入院時所見からアセスメント・助産計画立案・実施する能力は、「61～70点」220名（23.0%）、「71～80点」212名（22.1%）、「81～90点」137名（14.3%）であり、平均は68.8点であった。

②の正常からの逸脱を早期に発見し、正常経過を助長する助産ケア提供能力は、「61～70点」218名（22.8%）、「71～80点」194名（20.3%）、「51～60点」133名（13.9%）で、平均は67.2点であった。

③の産婦と家族に産痛緩和および主体的で満足感ある出産ケアを提供する能力は、「61～70点」227名（23.7%）、「71～80点」213名（22.2%）、「51～60点」118名（12.3%）、「81～90点」118名（12.3%）で、平均は68.6点であった。

④の胎児を Well-ness な状態に保つ助産ケアを提供する能力は、「61～70点」228名（23.8%）、「71～80点」206名（21.5%）、「51～60点」127名（13.3%）であり、平均は66.9点であった。

⑤の母体をリラックスさせ分娩第2期会陰伸展を助長する助産期ケアを提供する能力は、「61～70点」199名（20.8%）、「71～80点」164

名（17.1%）、「51～60点」148名（15.4%）で平均は64.1点であった。

⑥の安全に安楽に胎児娩出技術と胎盤娩出技術の能力は、「71～80点」218名（22.8%）、「61～70点」208名（21.7%）、「41～50点」121名（12.6%）になっており、平均は67.5点であった。

⑦の軟産道損傷を最小限にし、産婦を援助し胎児娩出ができる能力は、「61～70点」205名（21.4%）、「71～80点」165名（17.2%）、「51～60点」156名（16.3%）で、平均は63.8点であった。

(6)助産師が正常経過の妊婦健診を担うために高めたいと考えている能力を明らかにする。

結果

妊娠期は、「エコー診」844名（88.1%）、「医師との連携・調整能力」716名（74.7%）、「文献検索・活用」648名（67.6%）と高かった。

(7)助産師が分娩期助産業務を自立して実施するために高めたいと考えている能力を明らかにする。

結果

分娩期は、「出生直後の新生児ケア、必要時の新生児蘇生術」599名（62.5%）、「軟産道損傷が生じた場合の会陰処置、出血の適切な対処能力」528名（55.1%）、「軟産道損傷を最小限にする正常分娩の介助」519名（54.2%）と、高い比率で回答していた。

(8)助産師からみた助産師の有効活用を促進する院内システムの状況について明らかにする。

結果「既の実施している」は、213名（22.2%）

助産師は、経理部門がローリスク群を助産

師担当とする院内システムを支持する可能性は「どうともわからない」355名(37.1%)、「可能性が全くない」132名(13.8%)、「やや可能性はある」115名(12.0%)であるとし、61.2%が否定的・悲観的観測をしていた。

医師と好ましい協働システムが築かれるよう促進し維持すること、病院経理部門から理解と具体的な支援が得られるよう医療経済敵評価による相互理解と助産師観や正常分娩の概念の共有が鍵となる。

(9) 母親が望む安全で満足する妊娠・出産に関する全国調査

研究目的：本全国調査は、日本における妊娠出産育児サービスの利用者である女性の立場から周産期医療の経年変化やニーズを明らかにすると共に「健やか親子21」における快適な妊娠・出産のための支援に関する事項の達成度とこれまでの改善点と今後の課題を明らかにする。

6年前に実施したこれらの3つの目的のうち、政策的提言に関連する項目としては、特に、日本における妊娠出産育児サービスの利用者である女性が、周産期医療で助産師によって受けたケアの経年変化やニーズを明らかにし、「健やか親子21」における快適な妊娠・出産のための支援に関する事項の達成度を明らかにするとともに、「科学的根拠に基づく快適で安全な妊娠出産のためのガイドライン」を改訂し出版する。

<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：安心で安全で満足の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)厚生労働省、院内助産所・助産師外来統計, 2012.

8)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ー, 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. ExpertMaternity Gloop：ChangingChildbirth, London, HMSO, 1993.

12)厚生労働省：平成20年人口動態調査, 1B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)北川真理子, 内山和美：北川真理子他編集, 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, ー自己点検のための評価基準ー第 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.

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回開催して討議した。

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ができ育児を開始するようになる。
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、新たな卒後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として就労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産科役割分担の概念とガイドラインの実践が順調にできるようになる。
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ことによって、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。