

表 1. 各モデルの産婦人科診療体制と地域背景

	石川県（七尾）	静岡県（菊川、藤枝、磐田）	千葉県（館山市）
モデル	産婦人科・家庭医療科（病院）	産婦人科・家庭医療科（病院）	産婦人科・家庭医療科（病院・開業）
産婦人科医数（常勤/非常勤）	4名/1名（常勤中1名は不妊治療のみ、非常勤1名は家庭医療後期研修医として常勤）（平成26年度）	2名/5名（菊川） 4名/2名（藤枝） 7名/1名（磐田）（産休1名）	N/A
産婦人科専攻研修医数	1名	1名（菊川）1名（藤枝）3名（磐田）	N/A
周産期医療に関わる家庭医療専門医数	2名	1名（菊川）1名（藤枝）2名（磐田）	6名
分娩数/年	333件（平成25年度）	80件（菊川、平成25年） 351件（藤枝、平成25年） 867件（磐田、平成25年）	妊婦健診 35件（2014年度）（→101受診数/11か月） 2週間健診 25件（2014年度） 1か月健診 15件（2014年度）
手術数/年	61件（平成25年度）	92件（菊川、平成25） 不明（藤枝） 384件（磐田、平成25年）	N/A
地域別人口（平成27年1月末）	56,125人	47,810人（菊川市） 146,579人（藤枝市） 17,629人（磐田市）	24,823人
地域別出産数	318人（平成26年）	429人（平成25年、菊川市） 1,171人（平成25年、藤枝市） 1,406人（平成24年、磐田市）	352人（平成22年）
家庭医療後期研修医数	恵寿家庭医療研修プログラム 2名	静岡家庭医養成プログラム 7名	亀田ファミリークリニック館山 家庭医療後期研修プログラム 11名

表 2. 各協働モデルにおける特徴、利点、課題、対策、限界

	石川県（七尾市）	静岡県（菊川、藤枝、磐田）	千葉県（館山市）
モデルの特徴	<p>産婦人科、緩和医療科、家庭医療科の協働モデル</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 家庭医担当の妊婦健診および分娩管理中の合併症発生に対して、産婦人科医のバックアップが常時ある 2) 家庭医による週半日の産婦人科外来 3) 家庭医担当の妊婦に対して、産婦人科専門医による胎児スクリーニング施行 4) セミオープンシステム（恵寿総合病院産婦人科の枠組み内での家庭医による分娩管理） 5) 産婦人科医の不在時の産科管理 6) 産婦人科専門医を取得した家庭医療後期研修医の存在 	<p>家庭医療専門医が、産婦人科専攻研修に入り、産婦人科専門医を取得したのち、外来妊婦健診、病棟管理、分娩手術といった産婦人科診療を行いながら、外来中心の家庭医療診療も並行して行うことを目指すモデル</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 家庭医療専門医取得した産婦人科専攻研修医 + 家庭医療後期研修医を加えた産婦人科チームを形成（菊川） 2) 産婦人科専攻研修医は日本産婦人科学会専門医制度が定める通常の研修カリキュラムに沿って研修を行う 3) 産婦人科専攻研修医は多様な健康問題を含む継続的なウイメンズヘルス・ケアを週 1 日地域で実践する 4) 家庭医療後期研修医の女性医学に対する教育・研修の場としても機能する 5) 家庭医療後期研修医による周産期カンファレンスや手術カンファレンスの準備による academic activity の充実 	<p>家庭医による家庭医療クリニックでの妊婦健診および産後の母子健康管理を中心としたモデル</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 亀田総合病院産婦人科部長による週 1 回の妊婦健診ダブルチェックがある 2) 電話カンファレンスによる婦情報共有を週 1 回行っている 3) 近医産婦人科（開業医）との連携による家庭医の産婦人科研修改善と近医の業務負担軽減 4) 家庭医療専門医のマタニティケア/ウイメンズヘルス フェローシッププログラムを備えている（1-2 年）
利点	<p>産婦人科医・助産師側</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 連携によって産婦人科医は以前よりも余裕を持って専門診療に専念でき（特にハイリスク妊婦管理、手術、婦人科検査）、医療の質向上および医療安全につながっている（新井） ■ 主治医制からチーム医療への変換にともなって、医師、看護スタッフ全体での方針共有へ向けた活動が増加した（新井） ■ 当直回数の減少による疲労防止（新井） ■ 産婦人科医不在（手術や外来）時の分娩管理や小児蘇生の施行（吉岡） ■ 産婦人科医が苦手な領域を家庭医がケアすることによる医療の質改善（新 	<p>産婦人科医側</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 家庭医が産婦人科専門医研修中並びに研修を終えた場合、外来妊婦健診、病棟分娩手術、当直に十分対応が可能となり、特に二次診療機関において大きな人的資源となる（杉村） ■ 外来・当直回数、救急外来からのコール減少（杉村、鳴本） ■ 業務減少による自己学習やその他必要な時間の確保（鳴本） ■ 産科・婦人科患者の他科合併症管理の相談・学習ができる（城向） ■ 婦人科癌終末期ケアの実践・相談が可能（城向、鳴本） ■ 初期研修医へ産婦人科教育に対する協力を家庭医から得られる（城 	<p>産婦人科医側</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 診療情報は電子カルテで行っているため、同一の管理ができ、緊急時には総合病院で問題なく管理ができる（鈴木） ■ 産後 1 か月健診を亀田ファミリークリニックで母児同時に行えるため、産科医の負担軽減と共に、母親の負担も軽減する（鈴木） <p>総合診療医側</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 後方支援機関と電子カルテが共通であることから産婦人科専門医へ相談する閾値が低い（水谷）

	<p>井)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 心理的サポートの必要性を含む多様な健康問題を持つ患者に対して、家庭医が患者ケアを行うことによる包括的な医療を提供できる（新井、吉岡） ■ 家庭医が助産師の教育機会を構築してくれる（吉岡） <p>総合診療医側</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 周産期から産後の乳幼児健診を含めた継続診療を、家族背景を把握したうえで提供できる（吉岡） 	<p>向)</p> <p>総合診療医側</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 周産期を含めた継続診療を提供できる（藤井、城向） ■ 救急外来を受診する妊婦診療に対する抵抗感が減少し、産婦人科専門医へのコンサルテーションの質が上がる（鳴本） 	
<p>課題</p>	<p>産婦人科医側</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ どのレベルで、どこまで総合診療医に任せていかなかの判定に時間・労力を要し、困難な場合がある（新井） ■ 「いかに連携システムを整えていけるかが産科チームとしての課題：主治医性からチーム医療へ」一人の医師と患者との接点が以前より薄くなる傾向があり、地域（特に僻地）によっては、そのことに対する周産期医療スタッフの不安が強い可能性がある。（新井） <p>総合診療医側</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 産婦人科専門医が求める診療レベルが、総合診療医としてどの程度必要か、明確にする必要がある。必要があれば、総合診療医の周産期医療スキルアップを行う。（吉岡） 	<p>産婦人科医側</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 産婦人科側が家庭医療の本質を理解しない場合、協働診療が有効に機能しない可能性がある。つまり、女性医療はともに家庭医と産婦人科医が共有することが可能であるとの認識が、現時点では十分といえない。また、産婦人科側からは研修終了後も病棟分娩手術、当直への協力がはたして得られるのかが明確でないことも協働診療に前向きな姿勢を妨げる理由となっている可能性がある。（杉村） ■ 産婦人科専攻医と同様に、実践的に診療できるまでの教育に多大な労力・時間を費やす（鳴本） ■ 家庭医療専門医の産婦人科専攻研修中は、産婦人科専門医がバックアップにつく必要がある（鳴本） <p>総合診療医側</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 産婦人科研修に時間の多くを費やすため、総合診療スキルの維持が困難であり、総合診療専門医のアイデンティティーの維持が困難（鳴本） ■ 地域でのウイメンズヘルス・ケアを提供している際の、周産期バックアップ体制（人的資源）が乏しい（城向、藤井） ■ 家庭医療専門医の中でも、追求したい周産期医療の深さに温度差があり得るため、場合によってはモチベーションの維持が困難となる（鳴本） ■ 家庭医療専門医の産婦人科専攻研修に対して、他病院の産婦人科医から理解が乏しい（城向） ■ 産婦人科専門医取得後の将来の 	<p>総合診療医側</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ クリニックでの妊婦健診の症例数が少なく、総合診療医の産科診療スキルの改善や維持が困難（水谷） ■ 産婦人科専門医の間に家庭医への指導や家庭医の女性医学に関わることへの認識に温度差が存在することがあり、それにより家庭医の周産期医療の研修内容が左右されることがあった（水谷）（→しかし、現在は改善されつつある（鈴木）） ■ 担当医師と担当助産師以外は分娩に立ち会えないルールが存在する場合、家庭医が経験・研修できる分娩管理症例数に制限がかかることがある（水谷、鈴木）

		<p>具体的なビジョン描出が困難（城向）</p>	
対策	<p>■ 周産期医療を実践できる総合診療医育成に関心を持つ産婦人科医と小児科医とのチームを作成（吉岡）</p> <p>■ 産科管理をテーマにしたディブリーフィングを全体で行い、課題に対して関わるスタッフ全体で取り組む。産婦人科医、家庭医が、その地域や病院のニーズに応じて、より良い連携関係を構築するためには、助産師や他の看護スタッフを含めて皆で足並みを揃えて、問題点を改善していく体制作りが不可欠。（新井）</p>	<p>産婦人科医側</p> <p>■ 産婦人科医としては周産期、腫瘍、不妊専門医としての役割をより認識し、今後の専攻研修医数の推移を勘案し、特に二次診療機関での診療を家庭医と協働することの利点を啓蒙していく必要がある。（杉村）</p> <p>■ 産婦人科専門医資格を取得した家庭医を産婦人科二次診療の中に明確に規定して、その家庭医の立場を学会医会が保証する必要がある。（杉村）</p> <p>■ 産婦人科専攻研修期間中に、継続的かつ包括的な女性診療を地域で定期的に行えるカリキュラムの意義を検討する（鳴本）</p> <p>総合診療医側</p> <p>■ 月 1 回の勉強会にて、家庭医としてのアイデンティティーの維持に努める（鳴本）</p> <p>■ 産婦人科専門医取得後の具体的なキャリアパスを構築する（城向、鳴本）</p>	<p>産婦人科医側</p> <p>■ 産婦人科研修でどのようなことを習得したいかを予め聞き取り、個々にあった研修を提供する。家庭医によっては、分娩にはあまり興味を持っていないものもあり、現状産科医以外が分娩をとる機会が少ないので、将来を見据えた場合にはやむを得ない。（鈴木）</p> <p>総合診療医</p> <p>■ 産婦人科開業医との連携・協働によって、周産期の経験症例を増やす（水谷）</p> <p>■ 分娩に立ち会えないシステムがあれば、外来研修を充実化させる（水谷）</p>
限界	<p>■ 総合診療医としては産婦人科医だけでなく、他の専門領域の健康問題にも携わるが、産婦人科診療とその他の診療のバランスを取ることが困難。（吉岡）</p> <p>■ 総合診療医が産科診療を行うにしても必ず産婦人科医のバックアップは常に必要である。（吉岡）</p>	<p>■ 基本的には産婦人科医は女性診療のみを行うのに対し、家庭医はすべての性、年齢を地域の中で対応していく点で異なるもので、診療内容には産婦人科診療とは異なる分野の業務を含む異なる診療科である。また、診療対象を既得権とした場合、異なる診療科であるにもかかわらず、共通の診療対象者をめぐり利益衝突が将来ではあるが起こる可能性がある。（杉村）</p> <p>■ 総合診療医にとって、救急日直・当直や在宅緩和ケアへの貢献が（時間的に、物理的に）困難となる。（鳴本）</p> <p>■ 家庭医が扱う疾患の範囲や診療レベルには限界があり得るため、ハイリスク妊娠管理、悪性腫瘍、特殊な技能を有する手術などへの貢献は困難。（杉村）</p>	<p>■ 研修システムが確立されたとしても、指導する産婦人科医の熱意や、家庭医療指導医の診療経験によって家庭医療後期研修医の研修内容が左右される（水谷）</p> <p>■ 産婦人科診療におけるコンピテンシーを修得するために経験必要な症例数獲得を困難とする環境要因が存在する（水谷）</p> <p>■ 家庭医療クリニックと亀田総合病院は 30km（車で 40 分）離れており、分娩まで一貫して家庭医が管理することは物理的に困難なため、34 週までの管理と産褥の管理に留めている。（鈴木）</p>

表 3 産婦人科と総合診療科の協働における論点整理

	論点
利点	<ol style="list-style-type: none"> 1. 産科医の負担軽減（産科当直、外来、救急外来対応など） 2. 業務減少による産科医の専門性向上 3. 産婦人科領域以外の多様な健康問題を含めた包括的ケアの提供（他科合併症、婦人科癌終末期ケア、心理的サポートなど） 4. 時間軸を含めた女性の継続診療の提供（周産期から乳幼児健診を含めた産褥ケア） 5. 医学教育の充実（初期研修医への教育の協力、助産師に対する教育）
課題	<ol style="list-style-type: none"> 1. 産婦人科医の家庭医療の本質に対する理解困難による不十分な協働診療 2. 総合診療医の今後の周産期医療への協力が不透明 3. 到達しておくべき診療技術レベルに関する診療科間での不透明さ
対策	<ol style="list-style-type: none"> 1. 産婦人科医が特に二次診療機関において総合診療医と協働することの利点を啓蒙していく 2. 日本産婦人科学会および日本産婦人科医会が総合診療医の二次周産期医療における立場を明確に規定し保証する 3. 周産期管理に関する debriefing を産婦人科医、総合診療医、助産師、看護師、薬剤師などを含む周産期医療チーム全体で行い、他職種連携の重要性を共通認識していく
限界	<ol style="list-style-type: none"> 1. 総合診療医は産婦人科領域以外の業務にも携わるとともに、扱う疾患の範囲や診療レベルに限界があり、より専門性の高い症例管理への貢献は困難 2. 総合診療科の医療施設が連携する産婦人科施設と物理的に離れている場合、周産期診療に制限があらわれる 3. 診療対象を既得権とした場合、産婦人科と総合診療科は異なる診療科であるにもかかわらず、共通の診療対象者をめぐり利益衝突が起こる可能性がある

周産期医療体制に求められる助産師の役割

研究分担者 葛西 圭子（公益社団法人 日本助産師会 専務理事）

研究要旨

出産する女性の背景と周産期医療体制の状況は、必ずしも出産の上では望ましい状況とは言えない。子ども虐待等ハイリスク妊産婦の状況も深刻である。これらの状況を確認し、周産期医療体制に求められる助産師の役割について考察することを目的とした。

助産ケアの安全性の担保についての取り組みについて、①助産ケアの基本となる助産師教育、②助産実践能力基準検討、③産科医師、小児科医師との連携強化の好事例、④助産師に係るガイドラインの4つについて検討した。助産師教育の高度化と、現任教育の強化、そして医師等との連携、助産ケアの安全性を担保するためのガイドラインの整備状況は充実してきている。持続可能な周産期医療体制のために助産師は、役割を明確にして、その専門性を活かすように努力すべきである。

A. 研究目的

持続可能な周産期医療体制のための助産師の役割とはどのようなものか、まず、はじめに妊娠、出産における助産師の役割を確認する。保健師助産師看護師法では、「助産又は妊婦、じょく婦若しくは新生児の保健指導を行うことを業とする女子」としている。正常に経過する妊産婦と新生児のケアについては助産師が取り扱える、と規定している。異常があると認められた場合には臨時応急の手当てを除き、医師の診療を求める。出産は本来自然の経過をたどるが、常に出血や胎児の異常などが発生しないかなどの注意深い観察が必要である。

このような助産師の業務範囲を踏まえ、出産する女性の背景と周産期医療体制、ハイリスク妊産婦の問題について概観し、助産教育、医師との連携、安全な助産ケアの取り組みについて確認し、周産期医療体制に求められる助産師の役割について考察することを目的とする。

B. 研究方法

- 1 出産する女性の背景について統計等から確認する
- 2 周産期医療体制と助産師について現状を確認する
- 3 ハイリスク妊産婦の状況について確認する
- 4 助産ケアの安全性担保についての以下の状況を確認し、検討を加える。
 - 1) 助産ケアの基本となる助産師教育について
 - 2) 助産実践能力基準検討について
 - 3) 産科医師、小児科医師との連携強化の好事例について
 - 4) 助産師に係るガイドラインについて（倫理面への配慮）

本報告は、周産期医療体制と助産師の状況を統計等からまとめたものであり、個人情報扱っていない。また、ヒヤリング結果については、匿名化したうえで個人が特定されない程度の記述にとどめていることから、特に倫理的な問題はないと考える。

C. 研究結果

1 出産する女性の背景

第1子を出産する母の年齢は、2012（平成24）年で平均30.3歳であり、年々上昇傾向にある。同年の女性の平均初婚年齢は29.2歳となっている。この女性たちの多くは一人っ子、あるいは二人程度のきょうだいの中で育った。両親に大切に育てられてきた世代である。

この女性達の大学・短大進学率をみると、2012（平成24）年55.6%である。高学歴化は、社会的責任を猶予される「モラトリアム」期間の延長や、親からの経済的、心理的自立時期を遅くしている。

女性の就業率は、2012（平成24）年では、25歳から29歳は73.3%、30歳から34歳で65.6%となっている。有配偶でも約半数が就業している。日本経済は1990年代初頭のバブル崩壊から長い低迷期にある。現在、出産期にある女性たちは子ども時代にバブル崩壊を経験し、就職やその後の結婚生活にも何等かの経済的影響を受けている。全体としては近年の経済状況から出産後も就業を継続する女性が多いと考えられる。

社会状況としては、インターネットなどの通信技術の発展による生活への影響が大きい。平成23年通信利用動向調査¹⁾によると携帯電話は1999（平成11）年末には67.7%の保有率で2013（平成23）年では94.5%となっている。パソコン保有率では37.7%が77.4%となっている。インターネット環境が急速に整い、日常生活の多くをITに依存している世代である。インターネットの活用で妊娠経過や出産後の状況などはあふれる情報に良くも悪くも晒されている。他人との直接的な交流が持ちにくい社会環境といえるだろう。

2 周産期医療体制と助産師

周産期医療体制について、助産師と関連の深い状況を概観する。

1) 施設種別による分娩数（図1）

分娩施設数は病院、診療所ともに減少している。2011（平成23）年の分娩数は病院で546,361件、診療所では493,556件であり、両者とも減少しているが、病院での減少が顕著である。

2) MFICU・NICU施設数と病床数推移（図2）

MFICUの施設数・病床数は増加し、NICUは減少から転じて平成23年では増加傾向にある。

3) 出生の場所別出生割合（図3）

分娩施設割合は、平成22年では病院が51.8%、診療所が47.1%、助産所が0.9%であり、診療所の割合が増えている。

4) 就業助産師数推移（図5）

就業助産師数は平成20年から約4000人増加し、平成24年では31,835人となっており、15-49歳女子人口10万人に対しては111.8人である（図4）。就業産婦人科・産科医師数は減少傾向であったが、平成18年から約600人増加し、10,652人であり、15-49歳女子人口10万人に対しては39.4人となっている。

5) 助産師の就業場所別就業比率

助産師の就業場所は病院が62.4%、診療所が25.1%、助産所が5%であり、診療所勤務が漸増傾向にある。

6) 院内助産・助産外来の実施状況（図7）

医師と連携しながら、主に正常に経過する妊産婦を助産師が中心になって取り扱う院内助産、助産外来の取り組みが医療施設で徐々に増加している。平成23年の医療施設調査では一般病院で10.2%、診療所で3.3%であった。

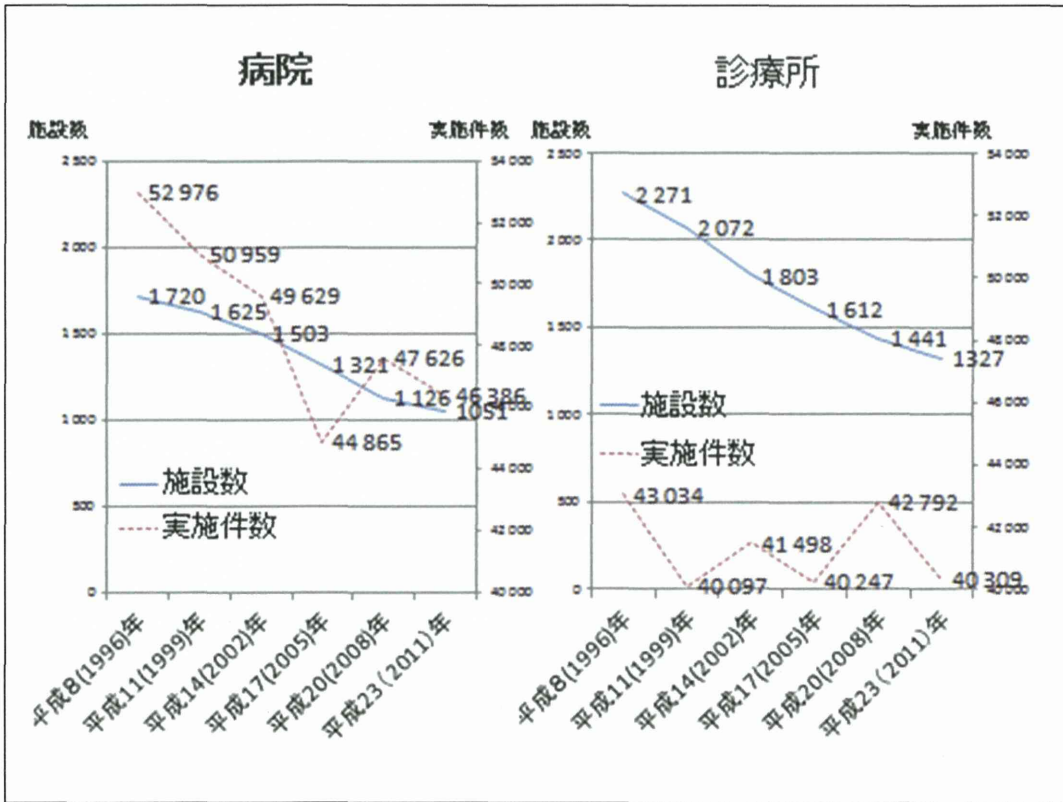


図1 施設種別による分娩数（各年9月中） 厚生労働省：医療施設調査から作成

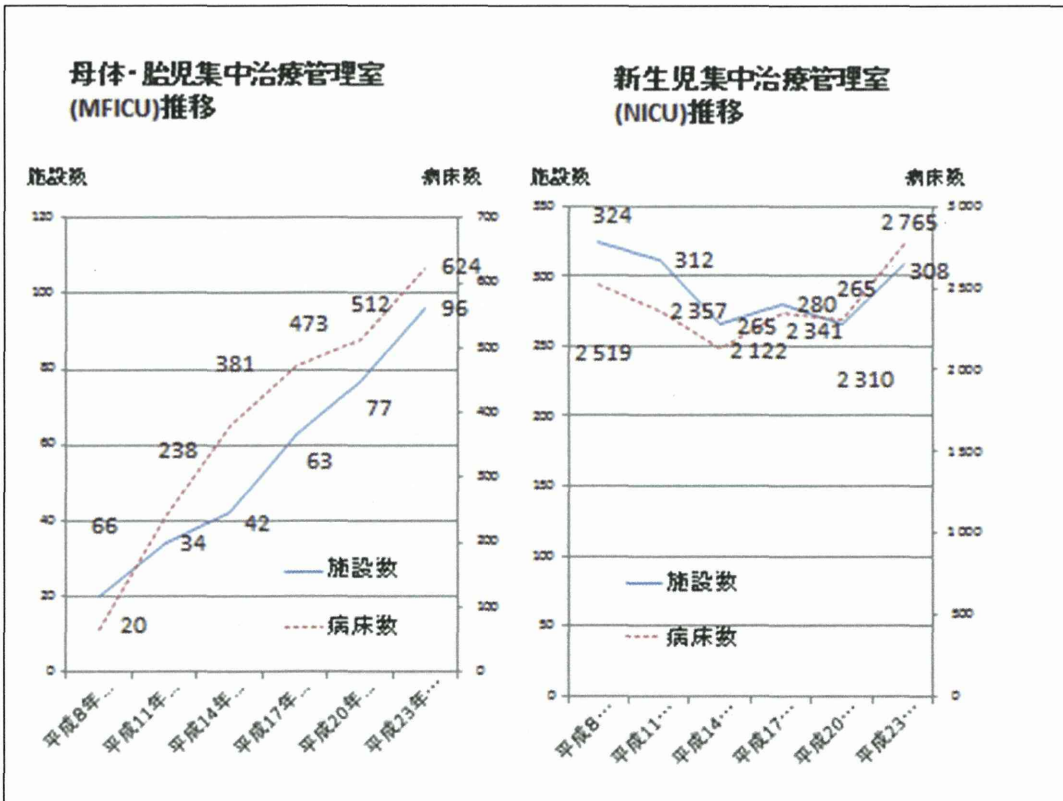


図2 MFICU・NICU 施設数と病床数推移 厚生労働省：医療施設静態調査から作成

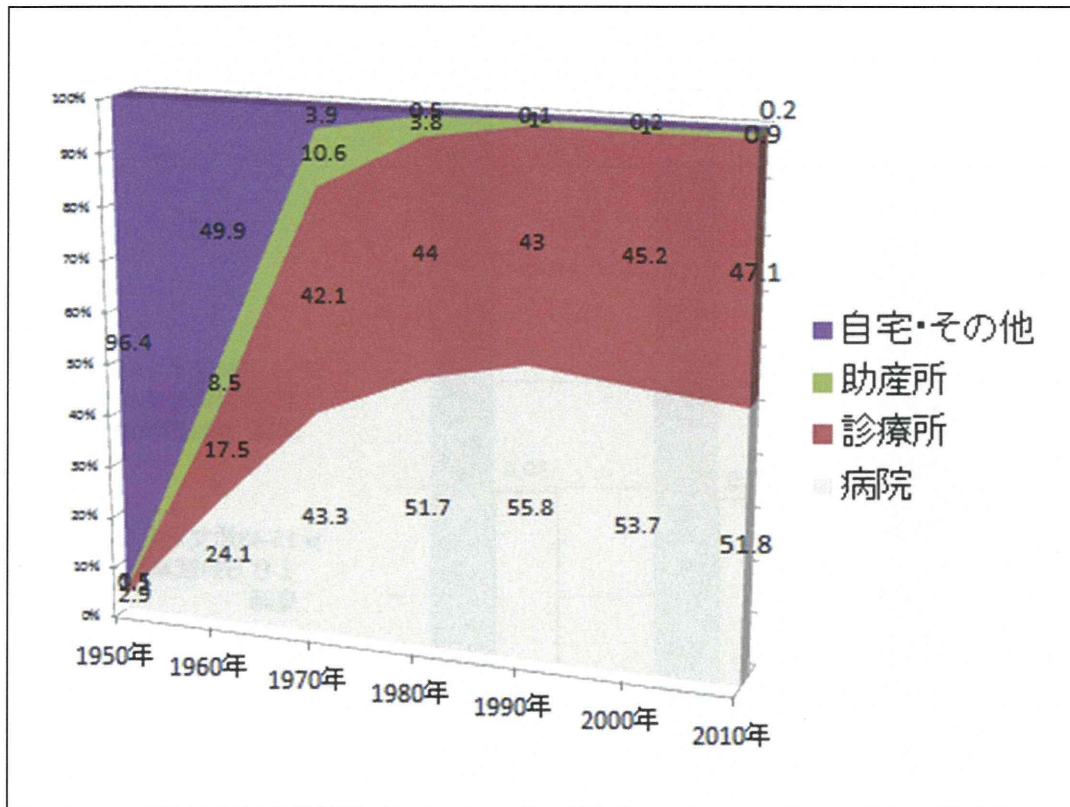


図3 出生の場所別出生割合 (%)
 母子保健事業団：母子保健の主なる統計（平成23年）から作成

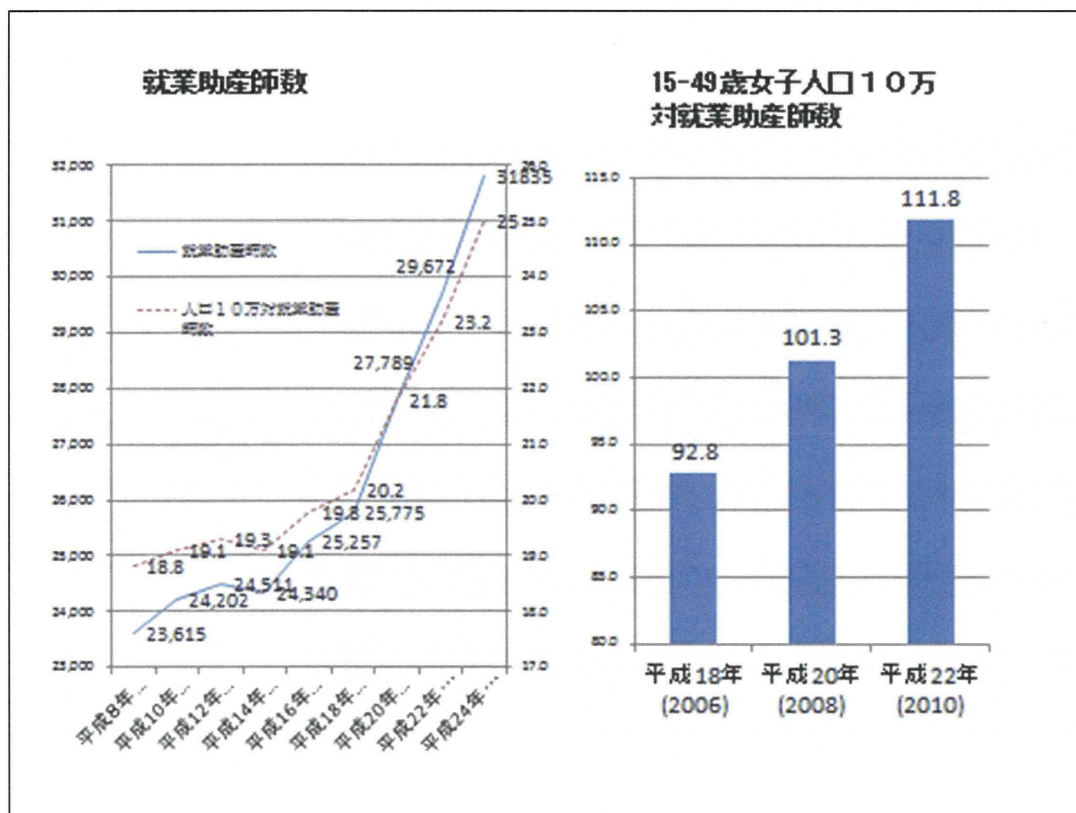


図4 就業助産師数推移(人) 厚生労働省：保健・衛生行政業務報告（衛生行政報告例）から作成

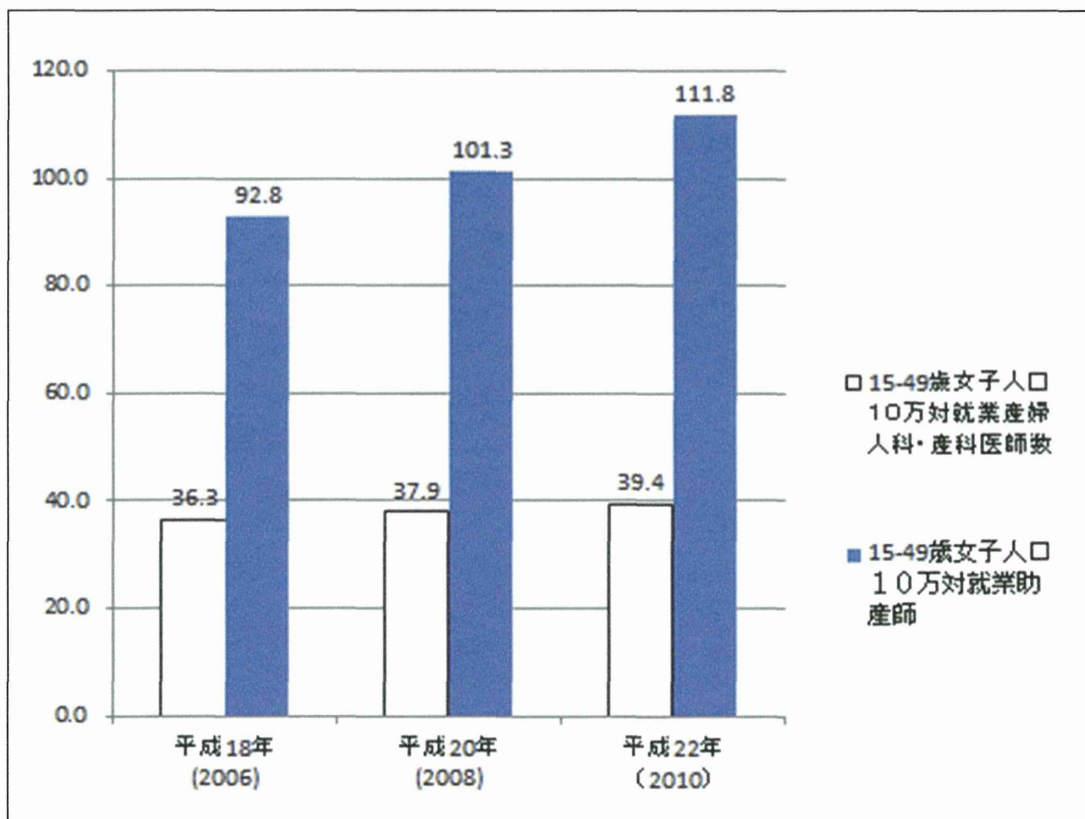


図5 15-49歳女子人口10万対就業産婦人科・産科医師数、助産師数（人）
厚生労働省：保健・衛生行政業務報告（衛生行政報告例）から作成

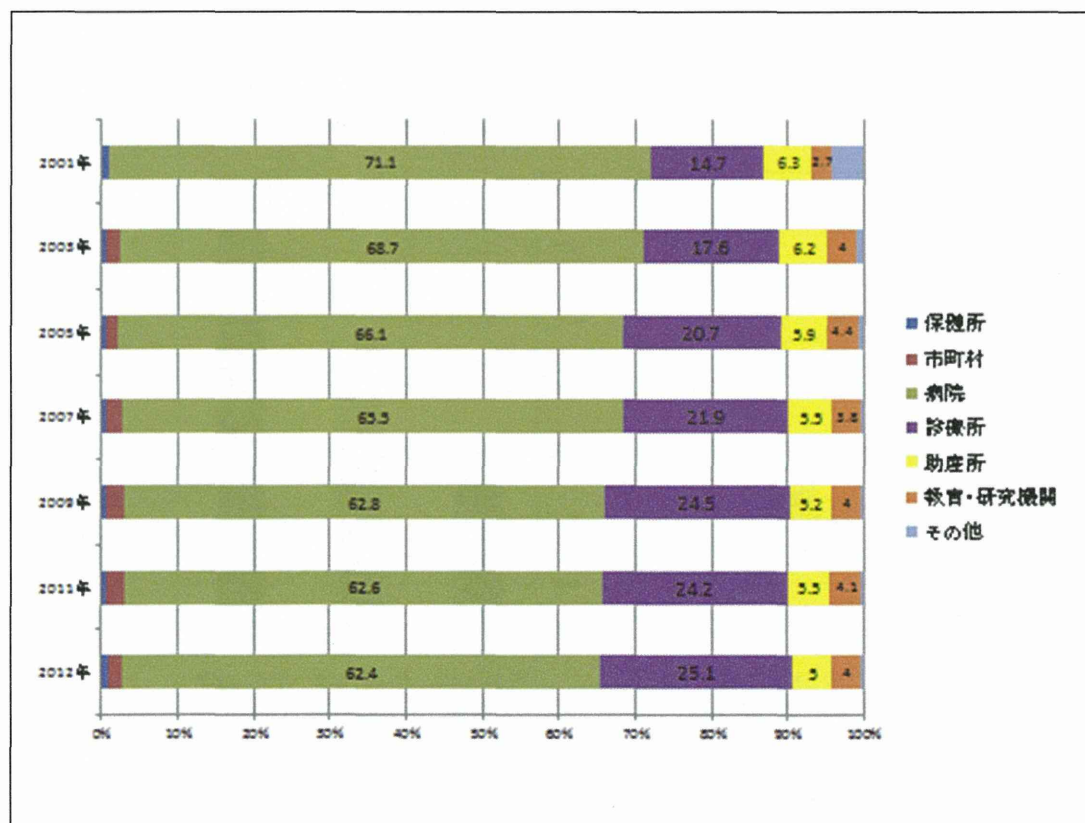


図6 助産師の就業場所別就業比率（%）看護関係統計資料集から作成

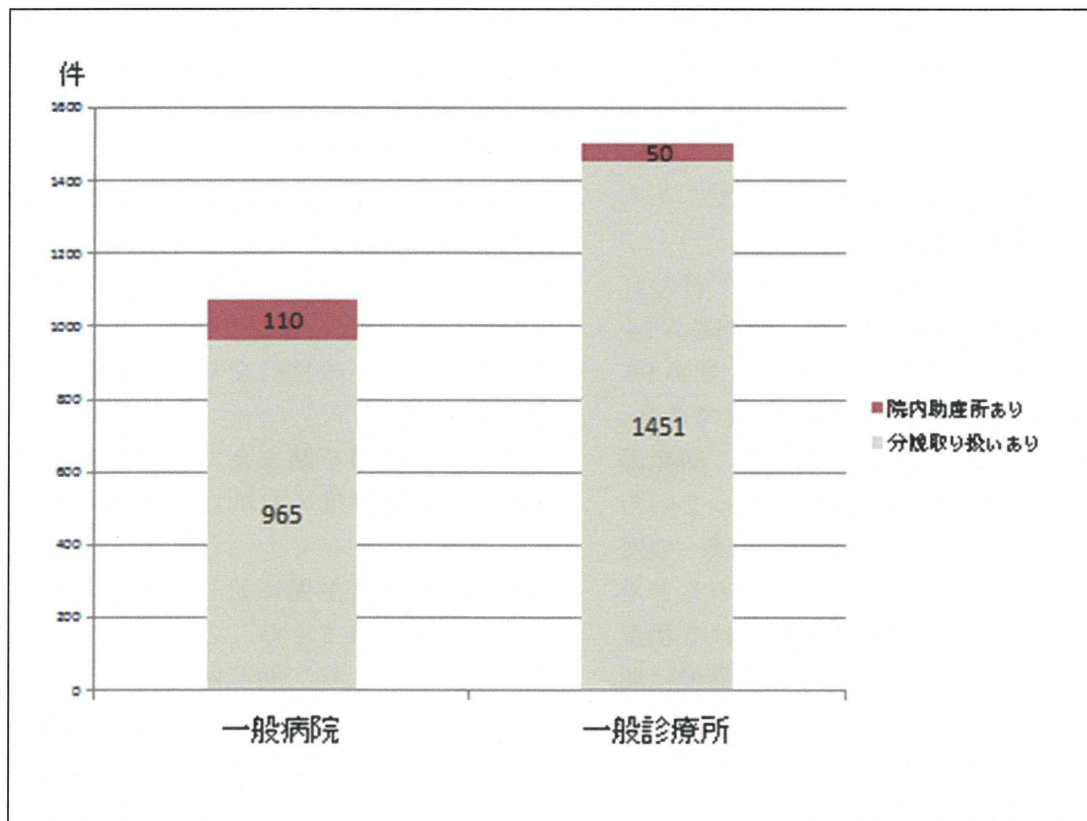


図7 院内助産実施状況（平成23年9月中） 厚生労働省：医療施設調査から作成

以上から、分娩施設数の減少は分娩の集約化が進みつつあることを推測させる。また、MFICU病床は一貫して増加傾向にあり。NICU病床数は一旦減少していたが、近年増加傾向にある。高度医療への助産師の要請も高まっていると言える。全出生数の半分近くを診療所が扱っていることに比べ、診療所における助産師の就業者割合は漸増しているとはいえ25.1%であり、助産ケアの提供が不十分であることが推測される。一般病院では院内助産の取り組みが一定程度あり、医師と助産師の連携、役割分担のもと、実施されていると考える。

3 ハイリスク妊産婦の状況

出産後の入院期間の短縮化と、出産年齢の高齢化、核家族化など、産後の母児を取り巻く環境は変化している。

第1子出生時の母の平均年齢は年々上昇している。母親の年齢層が40～44歳での出

生数は2011（平成25）年では46,547人となっている。

帝王切開率は2011（平成23）年、病院で24.1%、診療所では13.6%となっている。

妊産婦のメンタルヘルスについては、久保²⁾らが産後2週間の初産婦でEPDSハイリスク者割合が25%と報告している。

また、子ども虐待については、「社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会」が平成25年7月に発表した「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について」第9次報告では、0日・0か月児の心中以外の虐待死事例11例の状況を報告している。複数回答ではあるが「望まない妊娠」が6例、「若年妊娠」が2例、「母児健康手帳の未発行」が8例、「妊婦健康診査未受診」が9例となっている³⁾。

虐待リスクなどに関しては、特に出産前後の母親への助産師等専門職の関与が重要である。

4 助産ケアの安全性担保について

1) 助産師教育の現状

助産師教育は、多様な養成課程で行われている。平成25年時点では、大学院が24校、大学専攻科・別科が27校、大学が98校、短期大学が3校、養成所が43校であり、全国合計では197校となっている。助産師教育は従来6か月以上の教育となっていたが、2010年から1年以上の教育年限への変更となった。また、看護教育を含めると最低4年間、最高6年間の教育を受ける状況となっている。近年は看護大学卒業後に助産師教育を担う大学院や専攻科などが増加しており、教育は高度化の傾向にある。

2) 助産実践能力基準検討について

医療の高度化や在院日数の短縮化、医療安全に対する意識の高まりなどに対応するため、2010（平成22）年、新人看護職員の臨床研修が努力義務された。厚生労働省は助産技術について到達目標と、助産技術を支える要素として、①母子の医療安全の確保、②適確な判断と適切な助産技術の提供の視点を示している⁴⁾。この努力義務化を受けて日本看護協会では、2012（平成24）年、「新卒助産師研修ガイド」「助産師のキャリアパス」「助産実践能力習熟段階（クリニカルラダー）」を公表した。それぞれの施設に任されていた新人助産師教育の指針が示されたという点で意義がある。

助産実践能力習熟段階（クリニカルラダー）認証制度は、日本看護協会が示しているクリニカルラダーレベルⅢ到達を前提とした認証制度であり、2015（平成27）年8月より申請開始予定となっている。レベルⅢの到達目標は、以下の4つとなっている⁵⁾。

①入院期間を通して、責任をもって産褥婦・新生児の助産ケアを実践できる。

②助産外来において、個別性を考慮したケアを自立して提供できる。

③助産外来において、指導的な役割を実践できる。

④院内助産において、自律してケアを提供できる。

⑤ハイリスクへの移行を早期に発見し対処できる。

この到達目標を踏まえて、助産実践能力習熟段階認証制度の目的は以下の3つとなっている。

①妊産褥婦や新生児に対して良質で安全な助産ケアを提供できること

②この制度により、助産師が継続テキン自己啓発を行い、専門的能力を高める機会となる。これにより助産師自身も、実践能力を自覚することで、より明確な目標をもつことにつながる。

③社会や組織が助産師の実践能力を客観視できる。

助産師は国家資格であるが、更新制ではない。日々変化する周産期医療体制の変化に対応するためには、実践能力の維持と向上が欠かせない。妊産婦への信頼、組織にとっての産科医療提供体制強化につながるものとして期待されている。この認証制度は5年毎の更新制となる予定である。

また、日本助産師会では2012（平成24）年、「分娩を取り扱う助産所の開業基準」⁶⁾を示している。開業助産師の資質と責務、開業までの経験の基準や必須能力について述べている。助産実践能力習熟段階（クリニカルラダー）認証制度の次のステップにつながる基準である。

3) 産科医師、小児科医師との連携強化の好事例について

助産師と医師との連携として、助産院と嘱託医・嘱託医療機関の関係について紹介する。

医療法により、「分娩を取り扱う助産所は嘱託する医師及び病院又は診療所を定めおかなければならない」とされている。

産科医療施設の閉鎖等に伴い、厳しい現状にある。その中でも、都道府県によっては良好な連携体制を実現している。

以下は、ある県の助産師会会長にヒヤリングした内容である。個人情報等を匿名化したうえで、助産師と医師との連携の例を紹介する。

○地域開業助産師と嘱託医・嘱託医療機関の良い関係を保っている理由

「現在、良い関係を保っている理由としては顔の見える関係が一番だと思います。一世代前、助産所の助産師と嘱託医の先生はお互い個人的には親しかったと思います。

(現在 70～80 歳の先生の時代) 1998 年、私が開業した時の嘱託医の先生は、当時勤務していた◆◆助産院の嘱託医の先生に紹介していただきました。

ただ、当時は、助産師会と産婦人科医会との関係はそれほど親しいとは思いませんでした。県も助産師会の存在をほとんど認識してはいませんでした。

産婦人科医会とお付き合いが始まったのは、2008 年ころの妊婦健診公費負担補助券が、2 枚から 5 枚になるころからです。県は助産所の存在を全く認識していなくて、補助券が 5 枚になった時、従来通り、産婦人科医会に所属する産婦人科医院、病院とだけ委託協約を結び、助産所は使えない状況が起こりました。

その時に、助産師会と助産所でお産したお母さんたちはマスコミ等で訴え、県庁では助産師会と産婦人科医会と県職員と 3 者で話しをする場が設けられました。結果的に、全県下ではなかったけれど、補助券が助産所も使えるようになりました。補助券が 14 枚になった時には全県下で使えるよ

うになりました。県は産婦人科医会同様、助産師会とも協定を結びました。

その後、県が産婦人科医会に委託した事業の「妊婦健診率向上研修会」が始まりました。その事業開始に当たって産婦人科医会から実行委員会に助産師会から数人委員を出してほしいと話がありました。

「妊婦健診率向上研修会」を始めるにあたって、当時の県産婦人科医会長が、「この事業を行うには、妊婦健診をする医師と助産師がお互い理解しあい、思っていることを言い合える関係になることが大事だ」とおっしゃいました。このころから産婦人科医会の先生方との交流が始まったように思います。

産婦人科医師と助産師が実行委員をしている■●セミナーの会議や県母性衛生学会の理事会、県周産期医療協議会の席で出席している先生方ともかなり顔見知りになりました。産婦人科医会の事務長さんともメールで連絡を取り合うこともあります。県立病院や公的病院、自治体病院が嘱託医療機関になっているのも、この県の特徴です。嘱託医療機関を断った病院の話は聞いたことがありません。

周産期医療で中心的存在の A 先生は、産婦人科医師たちが集まる地域医療連携会議にも必ず声をかけてくれますし、●市内の全助産所の嘱託医療機関の県立病院の先生にも「助産所からの搬送は嘱託医療機関で受けてください」と言ってくれています。

○連携の具体的状況

「県内 3 カ所に総合周産期母子医療センターがあります。B 地区 (G 病院)、C 地区 (H 病院)、D 地区 (I 病院) です。

新生児については主に上記の 3 病院が搬送を受け入れてくれています。搬送するかどうかを迷っているときにも、電話で相談しても快く受けてくださっています。

C 地区の場合、H 病院は C 地区の全助産所の嘱託医療機関 (県助産師会と契約) で

すが、H 病院に連絡すると助産所に小児科医師と看護師が乗ったドクターカーが来て、H 病院の NICU が満床の場合は、助産所の駐車場に止めてあるドクターカー内で処置しながら、他の搬送先を探して搬送してくれます。

D 地区の I 病院は助産所の嘱託医療機関ではありませんが、小児科部長の B 先生は D 地区の助産所の助産師の勉強会の講師も引き受けてくださっていますし、県周産期医療協議会の席でも「先日、知らない助産所から搬送されてきたけど、嘱託医療機関でなくとも搬送してきた場合はちゃんと見たいので、新しく開業した助産所があったら知らせてほしい」と発言してくださいました。

B 地区の G 病院の C 先生は産科医ですが、助産師には厳しい方かなと思っていましたが、去年、助産所の嘱託医療機関を引き受けて下さったので、県周産期医療協議会でお会いした時にお礼を言ったら「うちの助産師たちがいい助産院だって言っているから……」と笑顔で答えて下さいました。全体的に、私たちの県は医師にめぐまれているような気がします。

そして、C 先生がおっしゃるように、病院の助産師も助産院によく出入りしていて、病院の助産師が助産師会の会員だったり、開業した助産師が元病院職員だったりして、やはり、顔の見える関係というのがいいと思います。狭い田舎の特権ですね。」

この県の連携に関する事例のポイントは、助産師と医師が、顔の見える関係を大切にしていること、利用者である妊産婦の参画があったこと、そして自治体の関与である。

ある機会をきっかけとして良好な連携を築くことができているようだが、お互いが直接顔を合わせることで忌憚のない意見交換が可能になっている。それぞれの医療行為、助産行為について、医師、助産師双方

が理解し、また、医療施設と開業助産師の交流により、さらに信頼関係が深まっている。

4) 助産師に係るガイドラインについて

周産期における診療ガイドラインは、「産婦人科診療ガイドライン」、「日本版救急蘇生ガイドライン 2010 に基づく新生児蘇生法」等が挙げられる。助産師が中心となって作成されたガイドラインとしては、「助産業務ガイドライン 2014」⁷⁾、「快適で安全な妊娠出産のためのガイドライン 2013 年版」⁸⁾、「エビデンスに基づく助産ガイドライン」⁹⁾ 等がある。前者の 2 つにはいずれも医師が策定に参画している。

「助産業務ガイドライン 2014」は 5 年毎の改定を重ね、今回は第 3 版となった。

今回の大きな変更点は「助産所業務ガイドライン」から「助産業務ガイドライン」と「所」が省かれた点である。

平成 16 (2004) 年、助産師と医師の適切な連携のために助産所から病院へ搬送する基準を明確に示すために「助産所業務ガイドライン」が作成された。初版から産婦人科医師、小児科医師の参画を依頼し、全ての内容が職種間で合意されることを想定した標準的なものとなっている。助産師が扱う範囲は正常経過の妊産婦と新生児に限られており、その範囲は働く場が異なってもその原則は同じである。

元来健康な営みである出産を、より自然に快適な環境の中で体験したいという妊産婦や、それを実現したいという医療者の思いから院内助産実施施設が増加してきた。それらの施設では、院内助産を運営する上で「助産所業務ガイドライン」を参考にしていたことも推測される。助産所業務に限らず院内助産も想定した「助産業務ガイドライン」とするうえでは、国内の院内助産に対するコンセンサスが十分ではないとしたうえで、いくつかの議論があった。議論の結果、低リスク妊産婦を医療チームの一

員として安全かつ妊産婦と家族が満足できるように支援することは、助産所、院内助産に従事している助産師の共通の課題と考え、あえて章立てせずに記述することとした。留意した点は以下の通りである。

①「助産所における活用」、「院内助産における活用」について明示し、場の違いに対応する。

②「院内助産における「妊婦管理適応リスト」は、各施設の実情に応じて変更を行って活用する。

③「正常分娩急変時のガイドライン」については、助産所においては、「緊急に搬送すべき状況」とし、院内助産では、「医師に相談すべき状況」と表現する。

異常を踏まえて、「助産業務ガイドライン 2014」の二つの特徴を述べる。

まず、第一に「妊婦管理適応リスト」と「正常分娩急変時のガイドライン」の充実が挙げられる。「妊婦管理適応リスト」は、「助産所」、「院内助産」での活用方法を述べ、妊産婦との分娩予約・同意書、医師と協働管理する場合の文書による確認が望ましいことを挙げた。対象者の区分については従来通り、「A.助産師が管理できる対象者」、「B.連携する産婦人科医師と相談の上、協働管理すべき対象者」、「C.産婦人科医師が管理すべき対象者」の3つに区分している。これら「妊婦管理適応リスト」を活用する場合で最も注目してほしい点は「解説」の項である。ただ単に「対象疾患」に着目するのではなく、どのような経過をたどるかに留意し、あるいは医師とどのような連携をとることが望ましいかを述べている。

「正常分娩急変時のガイドライン」は、「分娩中・産褥期発症」、「新生児期発症」の2区分から、分娩後2時間までの「分娩期」、分娩後2時間以降24時間までの「産褥期」、「新生児期」の3区分としている。

それぞれの時期では以下のように記述し、特徴と注意点に注目させている。

・分娩期：分娩期は産婦や胎児の状態がダイナミックに変化するため、迅速な観察や判断が求められる。したがって、ここでは特に「観察と判断の視点」を重点的に示している。

・産褥期：産褥期に起こる緊急に対応が必要な母体の状況については、妊娠、分娩が原因でない他の疾患との鑑別も大切であるため、観察と判断の視点として記述した。

・新生児期：新生児は必ずしも症状が明確でなく、複合的な場合も多い。特に判断の視点が重要となるので、そのポイントを示し、観察内容とその方法、アセスメントの視点を記述した。

「産婦人科診療ガイドライン」や最新の研究報告や指針との整合性を図り、医学的根拠を示すものとして、それらの一部を引用、または参考し、また、「新生児の蘇生法アルゴリズム」など、各学会等が示している周産期に重要な指針を盛り込んでいる。

第二に、「医療安全上留意すべき事項」12項目をガイドラインに盛り込んだことである。「助産師が医療安全上特に留意すべき事項」については12項目記述している。助産所、院内助産を実施するうえで重要な内容である。

「1. 助産師と記録」、「2. 妊娠期の定期健康診査」、「3. 医師、助産師、妊産婦の連携」は、全ての妊産婦を取り扱ううえで基本となり、妊産婦中心の助産ケアを実施する要である。「1. 記録」は助産ケアを証明し、妊産婦への説明責任を果たし、助産の質向上へとつながる。いかなる場面でも、事実を記載し、助産師の判断を表していくことが大切である。「2. 妊娠期の定期健康診査」は助産師と医師の役割分担と連携によって実施している。妊婦自身がセルフケアを行い、適切な受療行動をとれるように支援する。「3. 医師、助産

師、妊産婦の連携」では、医師との連携のほか、ケアの受け手である妊産婦もより良いケアを受けられるように医療の参画者の一人として、また、中心メンバーとして連携することが重要である。ここでは助産所と連携する産婦人科医師との確認手段として、「紹介状」の雛型を示し、医師、助産師、妊産婦3者の連携の証として「分娩予約・同意書（案）」を提案している。

他の項目は異常の早期発見と予防、分娩経過の管理、緊急時の対応となっている。

「7. 人工破膜」については、「分娩促進を目的とした人工破膜を行わない」、「人工破膜は、子宮口全開大で被膜児分娩が予測される場合に行う」とした。「12. GBS陽性、未検査妊婦から出生した児については、発症すれば重篤で急速な症状の進行が考えられますので、母体に対する注意点と、新生児の観察について特に解説している。

「快適で安全な妊娠出産のためのガイドライン 2013年版」は、妊産婦が満足と感じる妊娠出産ケアを科学的に抽出し、快適で満足できる医療・ケアの指標を見出し、母親のニーズと日本の実状を合わせてその具体的な提案しようとしている意欲的なガイドラインである。平成17～18年度厚生労働科学研究（子ども家庭総合研究事業）「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」により開発されたものの改訂版となる。安全性を担保し、プライマリーレベルの施設で実施可能な標準的な、根拠を持って応え得るものとしている。

このガイドラインではリサーチクエスチョンを設定し、エビデンスを確認しながら、その強さと推奨グレードを付与している。例えば、「分娩中、終始自由な体位でいるか」のリサーチクエスチョンでは、【推奨の強さ】Aとして、「分娩第1期において、胎児の安全性が確保できるのであれば、産婦ができるだけ拘束のない自由な姿勢で過ごせるように配慮する」などがあげられて

いる。助産ケアの指針となる内容が15項目にわたって解説されている。

「エビデンスに基づく助産ガイドライン」は、29項目にわたる臨床の疑問（Clinical Question）に対する回答を文献検索とその吟味の上で、提案や推奨文を作成している。それまで助産師が経験に基づいて対応してきた行為についても根拠を基に適切にガイドしている。それぞれのClinical Questionに対して、国内外のガイドライン、研究報告を紹介している。

D. 考察

出産する女性の背景とハイリスク妊産婦の状況、周産期医療体制について概観したうえで、助産師教育の現状、助産実践能力基準検討、助産師と医師との連携、助産師に係るガイドラインの取り組みについて述べてきた。ハイリスク妊産婦の増加とそれに対応する安全を重視した高度周産期医療体制の充実が図られてきた。

その一方、妊産婦と家族は、安全性が確保されたうえで、快適な環境を求めている。家族参加を基本とした家庭的な出産の場を提供する助産所は、継続的な母子支援を提供するうえで一定の評価を得ている。より個別の状況に対応し、妊産婦の生活に合わせた支援を行っている。院内助産や助産外来は院内においても「助産所」のような出産環境の提供を目指している。ローリスク妊産婦に対しては、助産師が主にかかわることが可能であり、かつ効果的である。妊娠期では自然な経過を辿るように働きかけ、妊婦が自身の健康管理を行って自ら出産に臨む姿勢を援助する。また、産後の生活について、夫や家族を含めた指導を行っている。しかし、ローリスクであっても、異常に移行することを常に念頭に置き、医師との連携、協力が欠かせない。

助産教育の充実、助産実践能力習熟段階（クリニカルラダー）認証制度は、妊産婦

や医師に助産ケアの質の担保を証明する制度として期待される。また、助産師に係るガイドラインの中で「助産業務ガイドライン 2014」は、助産師が扱う妊産婦の範囲と、正常分娩急変時の取り扱いについての指針を示している。医師と共に策定されたガイドラインとして、医師と助産師、妊産婦3者が共通理解して活用できる内容となっている。

これら3つの助産ケア向上のための取り組みは今後さらに強化されていくと考えられる。助産師に対する高度周産期医療体制とローリスクの出産への要請に十分応えることのできる取り組みである。

周産期医療では多職種の連携が鍵となる。医療施設内での、医師、助産師、看護師の連携、高次医療機関との連携など、特に急変時には迅速な判断の上で、速やかに適切な医療職種と設備が整った施設にゆだねることが大切である。助産所と嘱託医、嘱託医療機関の連携の好事例としてある県の状況を示した。施設内外に関わらず、顔の見える関係を持ち、それぞれが果たすべき役割に対して責任をもって果たすことが信頼関係につながる。そこには妊産婦の参画を除くことはできない。医師、助産師は妊産婦の希望を尊重しながらも、専門職として丁寧に説明して、自己決定を支援する。

助産師は妊産婦の心理面にも働きかけていく。産後の初産婦のメンタルヘルスハイリスク者割合が25%であることを考えると、妊娠期から産後の入院期間、退院後の支援が重要となる。立花¹⁰⁾は、産後2週の抑うつ状態について妊娠中期の予測因子として、「パートナー以外に手伝ってくれる人が身近にいない」、「家族としてのまとまりを感じられない」等を挙げ、分娩2週後の抑うつ状態を予測する産後直後(4、5日後)の因子としては、「母乳栄養でない」、「尿漏れがある」等を挙げている。

母乳支援は助産師の主要な領域である。良好な母子関係を築くうえでも有効である。産後の入院期間や産後訪問、産後健診時の助産師の主要な役割となっている。

上記に加え、地域で活動する助産師の役割も上げる必要がある。保健師等と共に、妊産婦の家族状況や生活環境を把握することは、産後母子をアセスメントするうえでは効果がある。

助産師の働く場は多様である。正常な妊婦指導や分娩介助を中心とする者、MFICUやNICUなど高度周産期医療でハイリスク母子支援を中心とする者、地域で母子支援活動を中心とする者などである。働く側の助産師の意思と、周産期医療体制が求める助産師の働き方に差異がある場合も予測される。持続可能な周産期医療体制の構築のためには、両者の歩み寄りが必要である。

E. 結論

助産ケアの安全性の担保についての取り組みについて、①助産ケアの基本となる助産師教育、②助産実践能力基準検討、③産科医師、小児科医師との連携強化の好事例、④助産師に係るガイドラインの4つについて検討した。助産師教育の高度化と、現任教育の強化、そして医師等との連携、助産ケアの安全性を担保するためのガイドライン、これらの要素が整ってはじめて周産期医療体制の中で助産師が担う道のりが示される。現在、その環境が整いつつあると言える。持続可能な周産期医療体制のために助産師は、役割を明確にして、その専門性を活かすように努力していきたい。

謝辞

助産師と医師との連携のヒヤリングに協力していただきました方に深く感謝申し上げます。

参考資料・文献

1) 総務省, 平成 23 年通信利用動向調査の結果,

http://www.soumu.go.jp/main_content/000161417.pdf

(閲覧日 2015 年 3 月)

2) 久保隆彦他: 妊産婦のメンタルヘルスの実態把握及び介入方法に関する研究、平成 25 年度総括・分担報告書、厚生労働科学研究費補助金成育疾患克服次世代育成基盤研究事業(主任研究者久保隆彦)、2014.

3) 社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門部会: 子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について(第 8 次報告)、2012. 7. p21.

4) 厚生労働省: 新人看護職員研修ガイドライン【改訂版】、2014.

5) 公益社団法人日本看護協会: 助産実践能力習熟段階(クリニカルラダー)活用ガイド、2013.

6) 公益社団法人日本助産師会: 分娩を取り扱う助産所の開業基準、2012.

<http://www.midwife.or.jp/pdf/kaigyokijyun/kaigyokijyun.pdf>

(閲覧日 2015 年 3 月)

7) 日本助産師会助産業務ガイドライン改訂特別委員会(編): 助産業務ガイドライン 2014、日本助産師会出版会、2014.

8) 厚生労働科学研究、妊娠出産ガイドライン研究班(編): 快適で安全な妊娠出産のためのガイドライン 2013 年版、金原出版、2013.

9) 日本助産学会編: エビデンスに基づく助産ガイドライン—分娩期 2012. 日本助産学会、2012.

10) 立花良之、産後 2 週の抑うつ状態についての、妊娠中期 20 週頃と産後直後(4, 5 日後)における予測因子についての研究、厚生労働科学研究費補助金成育疾患克服次世代育成基盤研究事業(主任研究者久保隆彦) 妊産婦のメンタルヘルスの実態把握及び介入方法

に関する研究、平成 25 年度総括・分担報告書、2014. 49-54.

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）

「持続可能な周産期医療体制の構築のための研究」

分担研究報告書

「災害時の周産期医療提供体制のあり方に関する研究」

研究代表者 海野信也 北里大学医学部産科学 教授

研究協力者

中井章人 日本医科大学産婦人科学 教授

中村友彦 長野県立こども病院 副院長

研究要旨

東日本大震災における被災地の周産期医療現場の状況及び被災地外からの支援の経過を踏まえて、大規模災害時の地域周産期医療の確保のために必要な施策について検討した。

2014 年 7 月 14 日に開催された第 50 回日本周産期・新生児医学会学術集会時のワークショップ「災害時の周産期医療」における検討及び 2014 年 11 月 11 日に開催された第 59 回日本未熟児新生児学会における公開シンポジウム「新生児医療における災害医療対策」における検討を通じて、災害時の周産期医療のあり方に関する課題の抽出を行った。

以下の点の重要性が確認された。

- 1) 周産期医療従事者の災害医療への参画の拡大の必要性：DMAT 研修等に積極的に参加することにより、小児・周産期医療分野の専門家の DMAT 活動を活発化させるとともに、日進月歩の災害医療体制に適合した周産期医療体制を整備する必要がある。
- 2) 地域周産期医療提供体制の事業継続計画（BCP）策定の必要性：正常妊娠分娩も含めた計画の策定により、災害発生時の妊産婦ケアを最適化することが可能になる。
- 3) 災害時の母子支援システム構築の必要性：災害時の妊産婦及び母子支援について、より充実させ、必要に応じて被災地外からの支援チームの受入等を円滑に行うことのできる体制の整備が望ましい。

施策の策定作業の主体となるのは、都道府県の周産期医療協議会が妥当と考えられ、災害対策の分野との密接な連携のもと、既存の周産期医療資源を最大限に活用して、災害時の妊産婦・母子支援の体制を構築していく必要があると考えられた。

- A. 研究目的：東日本大震災における被災地の周産期医療現場の状況及び被災地外からの支援の経過を踏まえて、大規模災害時の地域周産期医療の確保のために必要な施策について検討する。
- B. 研究方法：2014年7月14日に開催された第50回日本周産期・新生児医学会学術集会時のワークショップ「災害時の周産期医療」における検討及び2014年11月11日に開催された第59回日本未熟児新生児学会における公開シンポジウム「新生児医療における災害医療対策」における検討を通じて、災害時の周産期医療のあり方に関する課題の抽出を行った。

(倫理面への配慮)：疫学研究倫理指針を遵守して研究を実施した。

C. 研究結果

東日本大震災は周産期医療領域に以下のような影響を与え、大きな教訓を残した。

- ①ライフラインの途絶のため相当期間、一次周産期医療機関の機能停止が発生した。
- ②この間、診療機能を保っていた二次施設・三次施設が分娩に対応した。
- ③被災者に対する診療機能を維持している施設に関する情報の提供が困難だった。
- ④診療機能を維持できた二次・三次病院では、産婦の集中により、分娩後の入院期間を短縮して対応せざるを得なかった。
- ⑤退院後は避難所に滞在することになった褥婦も存在した。
- ⑥燃料、滅菌機材、衛生材料、乳児用調製粉乳、安全な飲料水の確保が問題となった。
- ⑦行政機関の機能停止、公共交通機関の機能停止、避難所への収容等のために妊産婦健康診査、予防接種等のサービスを受けるのが困難になった妊産婦・褥婦・

新生児が存在した。

⑧事前に災害時の広域連携体制に関する検討がなされていなかったため、被災地の周産期医療機関への迅速かつ組織的な支援を行うことが困難だった。

⑨周産期医療体制整備指針および各都道府県の周産期医療体制整備計画には、災害時の対応についての記載がないことが判明した。

⑩2回の学会での検討の結果、以下の点の重要性が確認された。

- 1) 周産期医療従事者の災害医療への参画の拡大の必要性：DMAT研修等に積極的に参加することにより、小児・周産期医療分野の専門家のDMAT活動を活発化させるとともに、日進月歩の災害医療体制に適合した周産期医療体制を整備する必要がある。
- 2) 地域周産期医療提供体制の事業継続計画（BCP）策定の必要性：正常妊娠分娩も含めた計画の策定により、災害発生時の妊産婦ケアを最適化することが可能になる。
- 3) 災害時の母子支援システム構築の必要性：災害時の妊産婦及び母子支援について、より充実させ、必要に応じて被災地外からの支援チームの受入等を円滑に行うことのできる体制の整備が望ましい。

D. 考察

大規模災害時に、地域の妊産婦・新生児への対応を適切かつ迅速に行うためには、事前に地域周産期医療提供体制の事業継続計画を策定しておく必要があると考えられる。

また、災害時に被災地外からの小児・周産期医療専門家が適切な時期に円滑に支援に入ることのできる体制の整備も臨まれる。

厚生労働省による周産期医療体制整備指針に基づいて整備されている周産期医療体制の現状を考慮すると、そのような