

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、個人情報とは扱っていない。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。

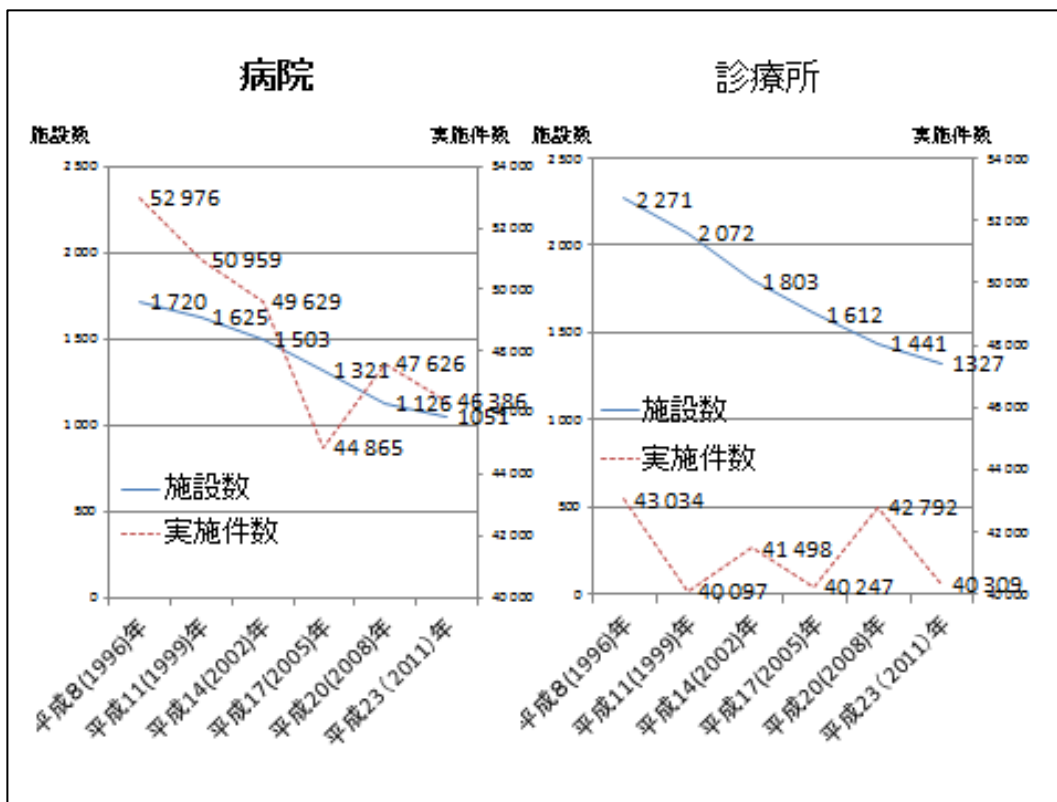


図1 施設種別による分娩数（各年9月中） 厚生労働省：医療施設調査から作成

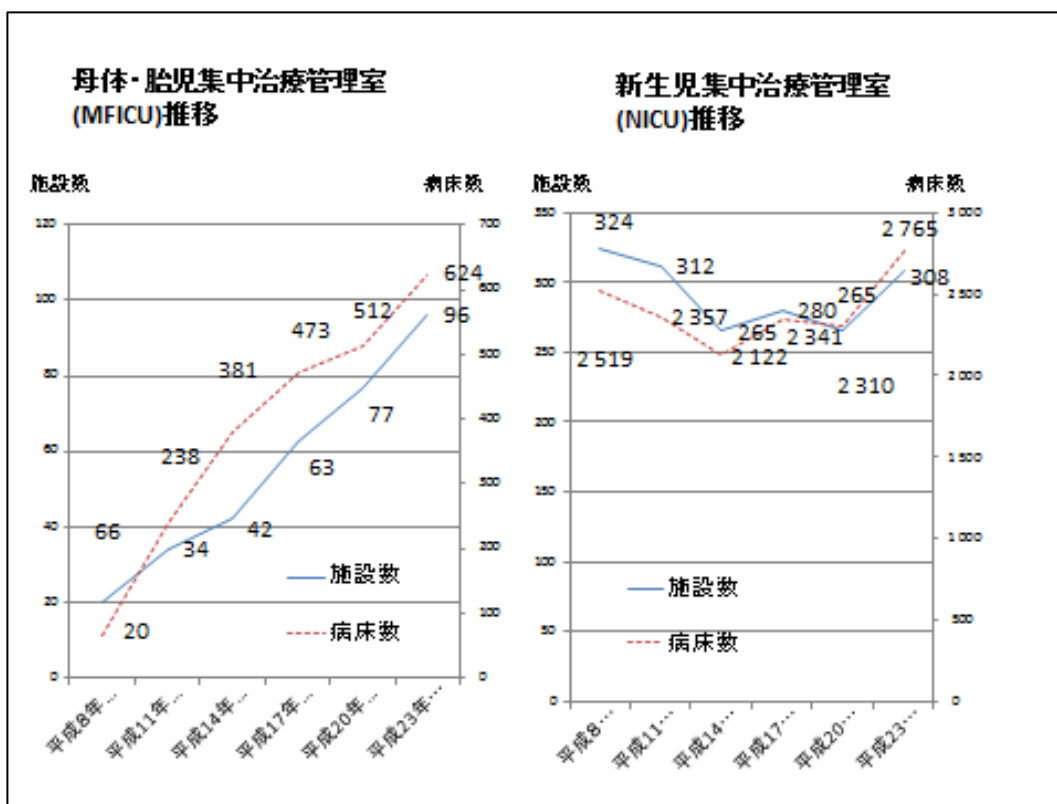


図2 MFICU・NICU 施設数と病床数推移 厚生労働省：医療施設静態調査から作成

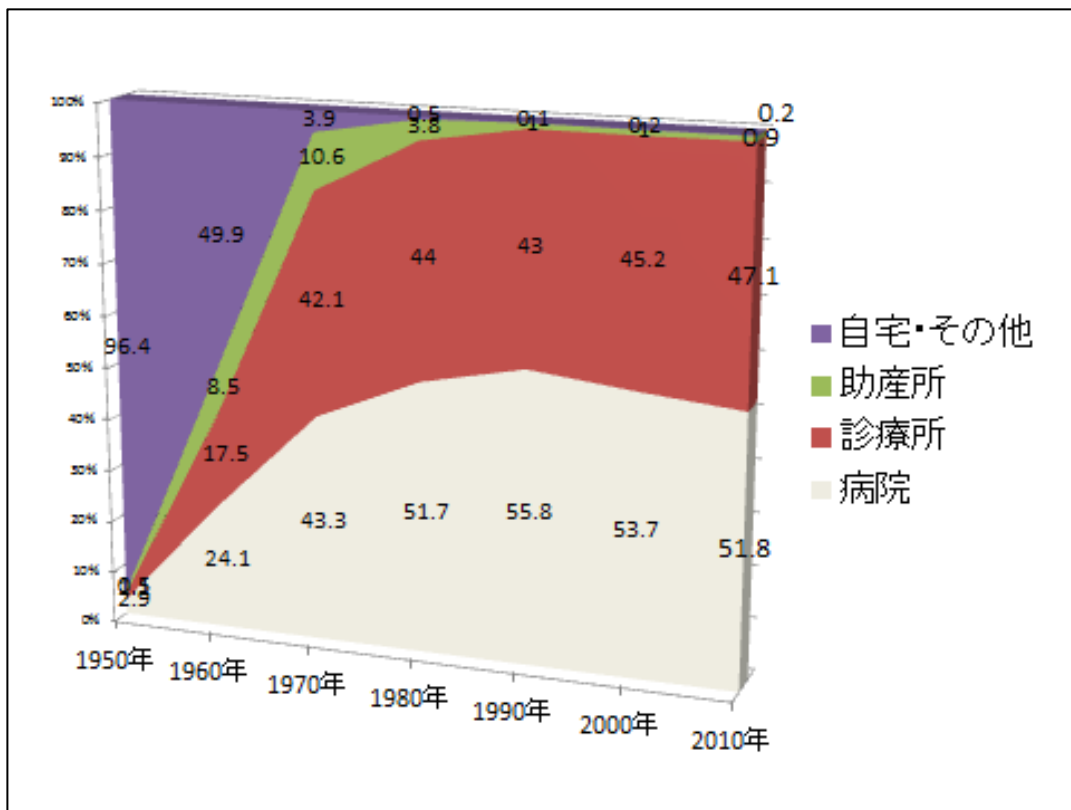


図3 出生の場所別出生割合 (%)

母子保健事業団：母子保健の主な統計（平成23年）から作成

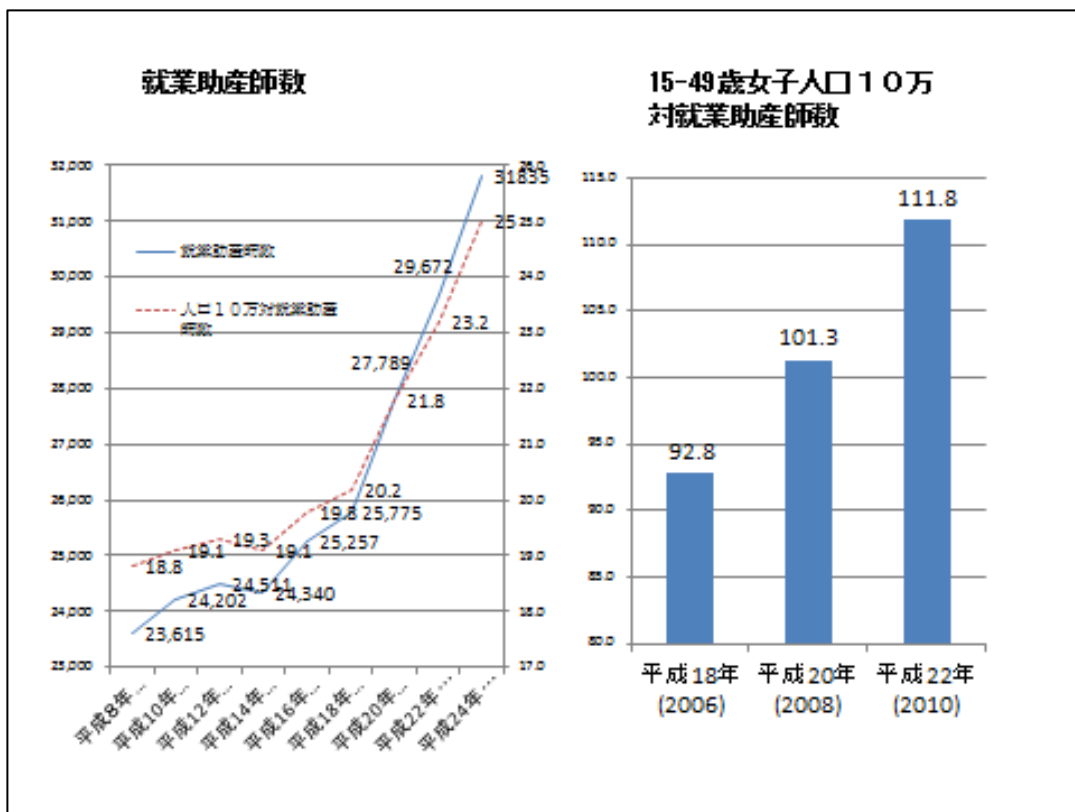


図4 就業助産師数推移(人) 厚生労働省：保健・衛生行政業務報告（衛生行政報告例）から作成

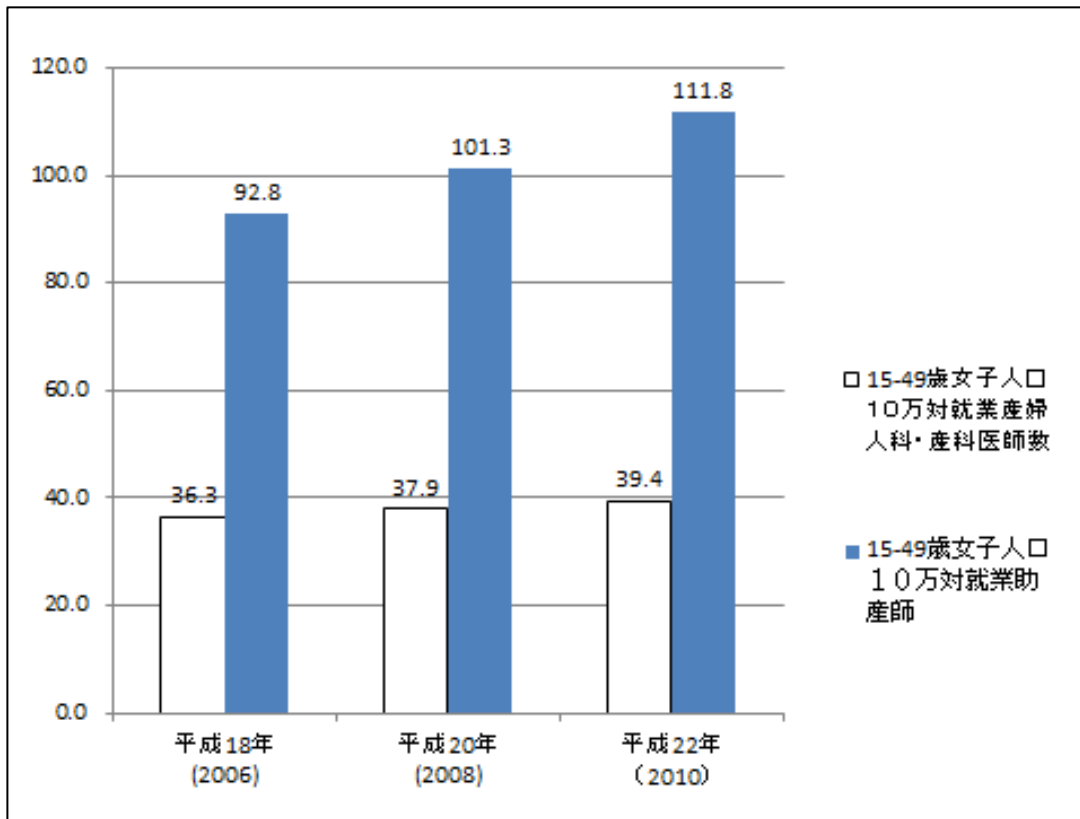


図5 15-49歳女子人口10万対就業産婦人科・産科医師数、助産師数（人）
厚生労働省：保健・衛生行政業務報告（衛生行政報告例）から作成

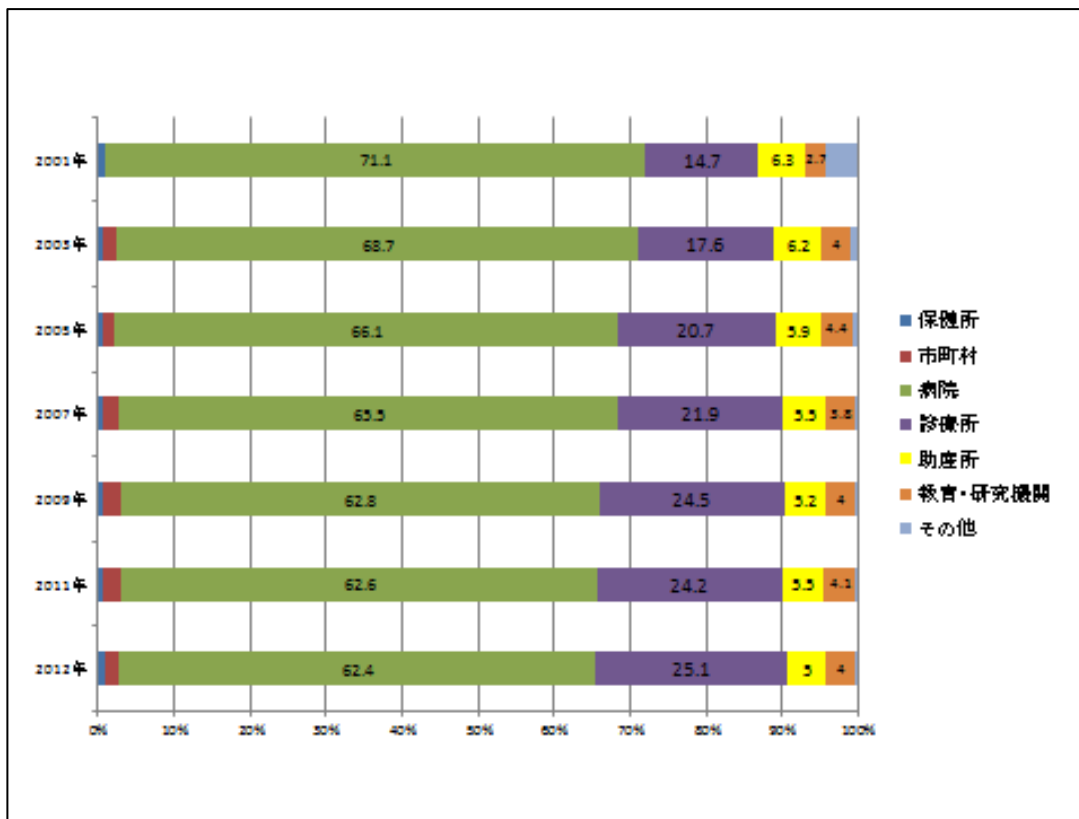


図6 助産師の就業場所別就業比率（％）看護関係統計資料集から作成

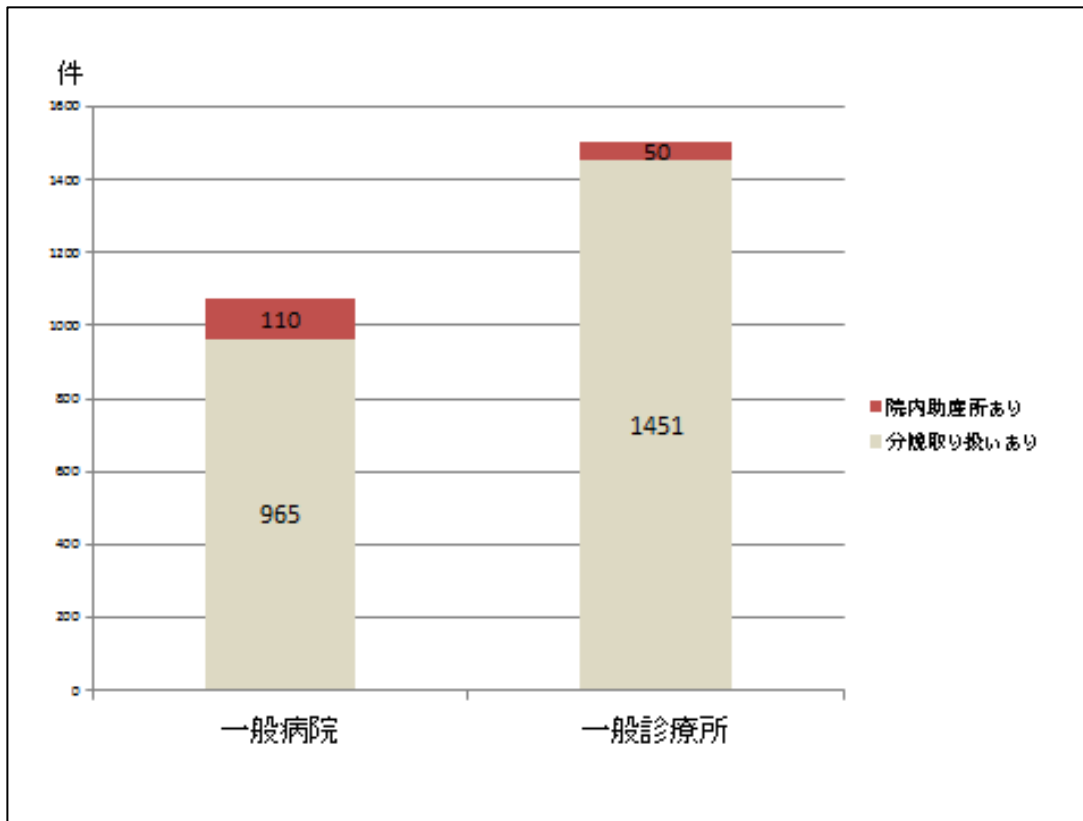


図7 院内助産実施状況（平成23年9月中） 厚生労働省：医療施設調査から作成

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て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きました。

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