



[原著]

院内助産の現状とその課題

松下有希子、十河美智子、西原加奈恵

さぬき市民病院

要旨

現代の日本社会では、助産師に、正常妊産婦を対象とした助産ケアの提供だけでなく、ハイリスク妊産婦に対する助産ケアや産後のメンタルヘルスの不調をきたした女性に対する産後ケアと育児期における支援も含めた対応が求められている。そのような現状のなか、院内助産を稼働させている施設が増加しつつある。本論では、院内助産を実践している一施設の状況を報告し、より質の高い院内助産実践に向け、現状の課題の整理を試みた。

2021年から院内助産システムを開始しているさぬき市民病院では、産科混合病棟にて、院内助産を運用している。質の高い助産ケアの提供を目指し、院内助産に携わる助産師13名のうち8名がアドバンス助産師である。本院における院内助産では、女性が、分娩台を利用せず、畳の上に敷かれた布団の上で分娩することを選択できるようにしている。分娩室では、女性が希望通りに過ごすことができ、体位の拘束もない。お産をする女性が主役であり、私たち助産師は、その女性のお産を演出するわき役としてケアを行っている。これらの助産ケアは、女性を中心としたケアモデルを中核にすえ、助産師主導の継続助産モデルを活用した実践である。このような実践の結果、本院における院内助産システムは、女性の望むお産を実現するだけでなく、働く助産師の職務満足度を高められることに効果があることがわかった。しかし、今後、助産ケアを提供する助産師をどのように育成していくか、助産ケアモデルの臨床への応用の在り方、多職種連携など取り組むべき喫緊の課題が浮き彫りになった。

キーワード：院内助産、女性を中心にしたケア、チーム助産

1. 緒言

厚生労働省が2023年6月2日に発表した22年人口動態統計(概数)によると、合計特殊出生率は1.26と7年連続で低下し、歴史的な低水準となった。本邦における1年間の出生数は77万747人で、80万人を割り込み、過去最低を更新した(令和4年人口動態統計, 厚生労働省)(1)。出生数は減少しているものの、出産年齢の上昇による耐糖能異常といった妊娠中の異常の増加(2)、産後うつと妊産婦の自殺(3)、社

会的ハイリスクを含む特定妊婦や乳幼児虐待件数は増加しており(4)、周産期医療を取り巻く課題は山積している。このような課題に適切に対処するためにも、産科医師をはじめ、助産師、看護師等からなる周産期医療チームがこのような状況に適切に対応できる能力が必要とされている。

しかし、現在の日本では産科医師数が激減し、分娩施設の数も激減した。産科医師数の減少の背景には、昼夜を問わない勤務時間による業務量の多さ、母子の健康を損な

連絡先：松下有希子

さぬき市民病院
〒769-2393 香川県さぬき市寒川町石田東387-1

E-mail: 1968.11.15yukiko@gmail.com

2023年9月4日受付
2023年10月25日受理

った場合に当事者から訴訟を起こされるリスクの高さなどがあるといわれており、産科医志望者が激減していることが背景にある(5)。今、日本社会では周産期医療場面における課題に取り組むため、産科医師と助産師の協働が重要視され、様々な産科医師が担ってきた業務を助産師へタスクシフトすることで、業務の効率化や提供できる産科医療の質の担保が図られようとしている。今の日本では、単に正常妊産婦を対象とした助産ケアの提供だけではなく、ハイリスク妊産婦に対する助産ケアや産後のメンタルヘルスの不調をきたした女性に対する産後ケアと育児期における支援も含めた対応が助産師に必要とされている。

本邦では、周産期医療の現状と課題を踏まえて、産科医師が担ってきた業務を助産師へのタスクシフトの一環として、院内助産を稼働させている施設が増加しつつある。院内助産の定義は、「緊急時の対応が可能な医療機関において、助産師が妊産婦とその家族の意向を尊重しながら、妊娠から産褥1か月頃まで、正常・異常の判断を行い、助産ケアを提供する体制」とされており(6)、助産師の専門性や高い技術力が要求される場であるともいえる。しかし、院内助産の対象者の背景が多様化、複雑化する中で、看護管理上の課題が報告されている(7)ものの、実践の報告をもとに具体的に省察し、現状の課題を整理されたものは見当たらない。

本論では、院内助産の増加が期待されている中で、院内助産を実践している一施設の状況を報告し、より質の高い院内助産実践に向け、現状の課題の整理を試みる。

II. さぬき市民病院における院内助産の実践とその結果および課題

1. 実践の内容

1) 出産のサポート

さぬき市民病院では、2021年から院内助産を開始した。この院内助産は、産科混合病棟で行われている。報告施設における開始から現在までの院内助産の対象の属性を表1に示す(表1)。女性が、分娩台を利用せず、畳の上に敷かれた布団の上で分娩する

ことを選択できるようにしている。分娩室では、女性が過ごしたいように過ごすことができ、体位の拘束もない。女性が希望する音楽が流れ、アロマの香りが漂い、間接照明を用いた環境を演出している。報告施設における院内助産では、“女性中心のケア”モデルを実践しており(下記2)助産ケアモデル“女性を中心としたケア”と“助産師による継続的ケア”活用参照)、出産をする女性が主役であり、助産師は、その女性の出産を演出するわき役としてケアを行う。また、助産師は、分娩進行中は、分娩促進ケア(足浴等)、産痛緩和ケアなどを実施し、産婦をひとりにしない。分娩介助を担当する助産師は、妊娠中から顔馴染みになっている助産師である。女性のバースプランとして、臍帯切断を希望していれば、一緒に行っている。

2) 助産ケアモデルの活用

報告施設は他科との混合病棟で、産科の入院がない場合には、高度治療室(HCU)、整形外科や小児科患者のケアにあたっており、通常勤務では助産師が1名のみ配置されているのみである。重症度の高い他科患者ケアに対するマンパワーを削ることなく、助産師が産婦ケアに集中できるようにするために、病棟管理者は、産科の入院が入る知らせを受けたのち、助産師が3名になるように待機中の助産師を呼び出すようにしている。この3名の助産師がチームとなり、出産のときに女性をひとりにしない、“女性を中心としたケア”モデルを基本とした“チーム助産”による助産ケアを実践している。3名のチームには必ず1名のアドバンス助産師がおり、チーム助産を実践している。13名の助産師のうち8名がアドバンス助産師である。

外国人妊婦など社会的ハイリスク妊婦には、外来での妊婦健診時から“助産師による継続ケア”を行えるように、その女性にとっての“私の助産師”として決定している。同じ助産師が継続的に関わられるようプライマリー体制を整備している。妊婦健診時には、毎回助産師外来での妊婦と助産師の相談、指導ができる時間作りをしている。また、対象者と24時間つながる事により対

表 1 院内助産を利用した女性の属性

年度	2021 年	2022 年	2023 年
N	(N=30)	(N=66)	(N=8) *
分娩所要時間平均 (最長—最短)	5h32m (12h54 - 1h41m)	5 h 24m (19h00m - 0h42m)	5h31m (8h06m -1h28m)
入院から分娩までの 時間平均 (最長—最短)	3h16m (8h46m - 0h31m)	3h27m (8h45m - 0h12m)	3h09m (5h12m - 0h52m)
平均年齢	31 歳 (40-20)	31.9 歳 (41-21)	30.9 歳 (38-22)
平均分娩週数	38w (40w6d-37w6d)	39w (41w3d-37w0d)	39w (40w3d-37w3d)
出産回数			
3 回以上	3 人 (10.0%)	7 人 (10.6%)	2 人 (25.0%)
2 回	12 人 (40.0%)	25 人 (37.9%)	1 人 (12.5%)
1 回	15 人 (50.0%)	33 人 (50.0%)	4 人 (62.5%)
0 回	0 人 (0.0%)	1 人 (1.5%)	0 人 (0.0%)
会陰裂傷第 2 度 **	11 人 (36.7%)	26 人 (39.4%)	4 人 (50.0%)
第 1 度 **	5 人 (16.6%)	13 人 (19.7%)	1 人 (12.5%)
なし (擦過傷)	11 人 (36.7%)	19 人 (28.7%)	2 人 (25.0%)
不明	3 人 (10.0%)	8 人 (12.2%)	1 人 (12.5%)
出生時刻			
時間外	21 人 (70.0%)	41 人 (62.1%)	6 人 (75.0%)
時間内	9 人 (30.0%)	25 人 (37.9%)	2 人 (25.0%)
平均出生体重 (最高—最低)	3,094 g (3,892-2566)	3,150.2 g (4,342-2,460)	3,190.8 g (3,656-2,818)
平均臍動脈血ガス (最高—最低)	pH 7.334 (7.449-7.214)	pH 7.340 (7.541-7.028)	pH 7.378 (7.443-7.25)

*2023 年度は現在進行中であり、年度途中の数値を計上した。

**第 2 度会陰裂傷：裂傷が球海綿体筋や浅会陰横筋におよぶが、肛門括約筋の断裂がないもの

第 1 度会陰裂傷：裂傷が会陰の皮膚と腔粘膜にとどまったもの

象者へ安心感を提供できるシステム（例えば、助産師に直通でつながるソーシャルネットワークシステムを利用し、何か不安なことやマイナートラブルの発生時にすぐに対応ができるように努めている）を構築し運用している。「妊娠中から知っている助産師さんに来てほしい」との声も聞かれたので、外国人などの社会的ハイリスク妊婦や、継続

的な支援が必要とされる女性には、妊娠期から継続的に関わっている病棟助産師による産後の家庭訪問も実施している。

さらに、厚生労働省の推進する出産後 1 年以上継続して母子を支援できる体制を整え、母子の地域包括ケアの実践を目指している。その取り組みの一環として、産婦人科と小児科外来の病棟部門との一元化を

図り、小児科外来でも顔なじみの助産師がいることで予防接種の来院時にも何かあればすぐに相談できる体制が整っている。さらに、赤ちゃんのハーフバースディ、1歳のバースディのイベントを行い、出産後半年や1年後にも出産した病院にその女性と子どもに帰ってきてもらい、その誕生を見守り続けるようにしている。このイベントでは、土曜日に外来スペースを飾りつけして、フォトスペースを作成し写真撮影、足形手形アート、離乳食の試食、頑張っている女性へのスイーツプレゼントを助産師が中心となり行っている。

2. 実践の結果と課題

1) 実践の結果

院内助産開始後、3年が経過しているが医療事故は発生していない。報告施設における院内助産の分娩所要時間の平均と会陰裂傷の程度を表1に示す。また、助産師は、院内助産を経験した女性に対して約30分以上の時間をかけてバースレビューを行っている。そのなかで、「知っている助産師さんばかりで安心した」、「医師がないから不安だったけどここで産んでよかった」や、さらに、「自分で産んだ感覚がものすごくある」などの言葉がきかれた。

ついで、院内助産に携わる助産師の職務満足度についての結果を図1に示す。「人間関係」に関する項目の平均点において数値が最も高かった。助産師たちは、「分娩を担当する助産師が1人ではないので、何かあった時には相談がすぐにできる」「3人で考えられるから安心」「ゆっくりお母さんに関われる」とチームに関わることの意義を感じている。

また、報告施設の院内助産では、会陰裂傷の縫合が必要な時に産婦人科医師の呼び出しを行っているが、会陰裂傷縫合に要する時間は、約20分程度と短く、産婦人科医の時間外労働時間は、手術時間の延長や術後管理、外来の延長なども含み月平均7時間であった。報告施設に勤務する産婦人科医は、「院内助産は、助産師との信頼できる関係作りが必要である」「このような体制なら働き続けられる」「家族と過ごす時間が増えて女性医師の働き方改革にはよいシステム」と話している。

2) 課題

上記に述べた院内助産の実践の結果から浮かび上がった課題を以下に整理した。

(1) 自律した助産実践ができる助産師の育成

一つ目の課題は、現在就労している新人や中堅を離職させることなく、自律した助産実践ができるアドバンス助産師にまで育成することが課題である。報告施設では、現在、院内助産に携わる助産師は、13名おり、そのうち8名がアドバンス助産師である。アドバンス助産師とは、2015年10月、一般社団法人日本助産評価機構がはじめた事業で、助産実践が自律して行える助産師を CLoCMiP® レベルⅢ；アドバンス助産師として、認定している。アドバンス助産師が勤務する病院では、自律して助産ケアを提供できる助産師が勤務していると公表できる。このアドバンス助産師に認定されるためには、実務経験5年以上、分娩介助例数：100例以上（70例以上は経膈分娩）、新生児の健康診査：100例以上妊娠期の健康診査：200例以上、産褥期の健康診査：200例以上、プライマリーケース：20例以上、集団指導（小集団指導）：実践・指導ができる、母科学級・両親学級：実践・指導ができる、緊急時の対応（BLS、多量出血等）：実践・指導ができるという厳しい条件が設定されている。

(2) チーム編成の難しさ

二つ目の課題は、夜間待機を含めたチーム編成である。報告施設は他科との混合病棟で、産科の入院がない場合には、他科患者のケアにあたっており、通常勤務では助産師が1名のみ配置されているのみである。重症度の高い他科患者ケアに対するマンパワーを削ることなく、助産師が産婦ケアに集中できるようにするために13名の助産師をアドバンス助産師と新人や中堅の配分を考慮し、3名のチームで編成するためには、夜間及び休日の待機体制をとる必要があり、勤務上の制約を生じることがある。現在、アドバンス助産師は8名であり、交代で待機を組むことになるが、アドバンス助産師の中には子育て中のスタッフもいるため、夜間帯の呼び出しなどが難しく、限られた

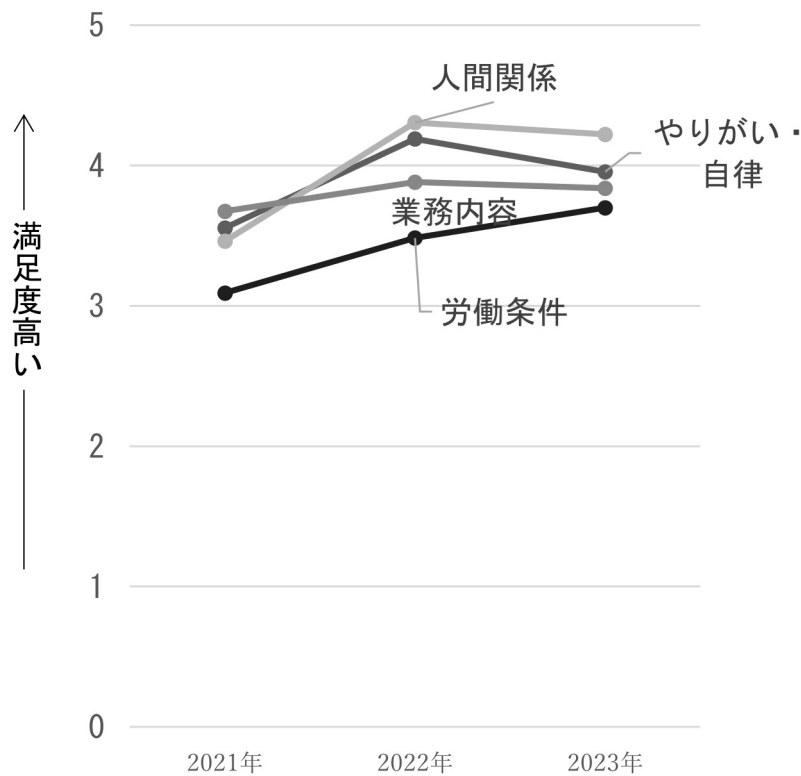


図 1 院内助産に携わる助産師の職務満足度の年次推移

院内助産開始後から現在までの助産師職務満足度調査の結果を示す。古賀ら(2017)の「40歳未満の勤務助産師の職務満足度調査～病院・診療所・助産所の比較～」の作成した職務満足度に関して、①労働条件(13項目)、②人間関係(13項目)、③業務内容(16項目)、④やりがい・自律(9項目)の4カテゴリーからなる質問51項目について、勤務助産師の平均点をカテゴリーごとに算出した。すべての項目は、5段階リッカートスケールを用い、点数が高いほど満足度が高いことを示す。図1では、2021年から2023年の各数値の変化を示している。
2021年:N=7, 2022年:N=7, 2023年:N=11

アドバンス助産で夜間待機をするようになっている。

(3) 働くスタッフの離職を防ぐ

三つ目の課題は、現在働いているスタッフのやりがいを維持し、離職することなく、院内助産に携わってもらうことである。現在は、報告施設における助産師の職務満足度は高く、やりがいをもって院内助産に携わっているものの、限られた人数のアドバンス助産師への夜間待機が集中しているため、精神的負担が大きくなる可能性もある。

III. 考察

本論では、院内助産を実践している一施設の状況を報告し、より質の高い院内助産実践に向け、現状の課題を整理した。本考察では、報告施設のような産科混合病棟における院

内助産の現状の評価と有効性を述べ、そのあとに提示した課題にいかに取り組むかを述べたい。

1. 産科混合病棟における院内助産の評価・有効性

産科と他科の混合病棟での分娩取り扱いは、現代の助産ケア提供の場として、珍しいことではない。本邦では、産科医療機関における出生数の減少に伴い、産科病棟の約8割が他科診療科との混合病棟になった(8)。この現状を受けて、日本看護協会から、産科混合病棟における母子のための地域包括ケア病棟モデルが提示された。病棟のユニットマネジメント、助産師外来・院内助産、地域連携体制、産後ケアの4つの機能を有する妊娠から産後、子育てまでの切れ目ない支援体制が提案され、妊娠中から地域

の関係機関や行政保健師との連携で、ハイリスク妊産婦やメンタル不調の母親への対応が可能になり、妊産婦の不調や産後うつを支援するための医療チーム体制の整備、産後ケア事業により産後うつ等に対する適時な対応することが期待されている(8)。

しかし、産科混合病棟では助産師が他科診療科の患者のケアを実践し、分娩入院時には、分娩を取り扱うことになるため、ケアの質を落とさないために労力が必要になる(9)という。また他科患者の死亡時は妊産婦ケアの質が担保できなくなる(10)、新生児への感染の危惧(11)、助産師が助産以外の業務に携わることが多くなり、モチベーション低下につながりやすい(12)ことが課題として挙げられている。さらに、産科混合病棟は単科病棟と比較して、褥婦のケアの評価や母乳育児確率が低い(13)との報告があり、産科混合病棟における院内助産では、ケアの質をいかに担保するかが大きな課題になっている。

報告施設における院内助産の実践の結果、分娩所要時間の平均は約5時間で、一般的な経産婦の平均分娩所要時間(5~8時間)(14)よりも短くなっていた。他科との混合病棟ではあるものの、3人の助産師により、分娩の際中にひとりになることなく、リラックスできる環境が確保されたことが、分娩所要時間の短縮につながったのではないかと考えた。院内助産を経験した女性は、「知っている助産師さんばかりで安心した」と語っており、また、また、「医師がいないから不安だったけどここで産んでよかった」という言葉も聞かれており、助産師だけの出産による安全性が保証されたともいえる。さらに、「自分で産んだ感覚がものすごくある」などの言葉がきかれ、産む女性が主体的に出産できていることがわかる。助産師と女性は、バースレビューを通して、女性にとっては、分娩体験を語りながら自らの出産体験を肯定的に受け止める作業を行い、助産師は、自らの分娩介助が、その女性の意思を尊重でき、満足のいく出産体験になったかを評価する機会となっている。院内助産を経験した女性は、概ね満足した分娩を体験していると思われる。

女性が、自分の妊娠・出産に満足できるよ

うに、助産師が助産ケアを提供することは、その後の女性の育児姿勢を前向きにし、子どもの養育環境を望ましいものにする重要な要素である。平成13年から開始された母子の健康水準を向上させるための国民運動計画である「健やか親子21」は、それまでに設定された目標の評価を踏まえ、平成26年から新たに、切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策という課題が設定された(健やか親子21第2次、厚生労働省)。この切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策のなかで、出産体験の受け止め方はその後の母親の養育行動や育児充実感に影響するため、出産に満足している割合を高めることが重要であると言われている。

この満足のいく出産のために、World Health Organization (WHO) や、UKにある National Institute for Health and Care Excellence (NICE) から、周産期にある女性に対するケアとして、“女性を中心にしたケア”モデルが提唱されている(エビデンスに基づく助産ガイドライン、日本助産学会)(15)。“女性を中心にしたケアモデル”には4つの要素(1.尊重; 2.安全; 3.女性を全体的な存在としてとらえる(身体の一部だけをみるのではない); 4.パートナースhip)が含まれており、女性の総合的な Well-being を目標にしている。“女性中心のケアモデル”の“尊重”とは、女性の文化的多様性や女性の体験、価値、希望やニーズを尊重することを意味しており、女性が受けるケアを自ら選択できるように情報提供を行い、女性の意思決定を促し、その決定を尊重することが含まれている。“安全”とは、安全を守ることで、その手段として、プライバシーの保持、不必要な医療介入は行わないこと、女性の羞恥心に配慮し女性が安心してケアを受けられるように配慮する、必要最低限の心身の負担が少ない治療やケアを受けられるように、母子の安全を守るために根拠がない過剰医療を行わないことが含まれている。“女性を全体的な存在としてとらえること(身体の一部だけをみるのではない)”は、女性を身体面の一部やある部分だけを見るのではなく、全体的な存在としてとらえることを意味し

ている。“パートナーシップ”は、対等、信頼、配慮の特徴があり、女性と医療者が平等な関係性にあり、両者が協働することで多様なニーズにこたえることである(15)。院内助産を実践するうえで、“女性中心のケアモデル”を活用することは、対象である女性が安全で、安心でき、満足のいく出産を経験するために必要不可欠なものである。報告施設における院内助産においても、“女性を中心にしたケア”を意識した実践になるように努めている。例えば、分娩経過中にその女性をひとりにしないこと、その女性が望むようなスタイルで出産してもらうこと、バスプランを実行するために配慮すること、馴染みの助産師によるケアを行うことなどすべてが、“女性を中心にしたケア”の実践例である。しかし、女性中心のケアモデルは具体的な実践例が示されていないモデルともいえ、どのように実践すべきかは、対象に合わせて試行錯誤するしかない。

報告施設で取り組んでいる“チーム助産”と“助産師による継続ケア”であるが、この team midwifery (チーム助産) と caseload midwifery (ケースロード助産=報告施設の院内助産では“助産師による継続ケア=私の助産師”に相当する) は、助産師主導(助産師が中心となって行う)の継続ケアモデルとして、英国や豪州から提示された(16)。チーム助産は、助産師が女性に対するケアに対して責任をもち、初診から産褥期までに提供されるケアの計画、調整を数名の助産師がチームになって女性にケアを提供することとしている。また、ケースロード助産は、ある特定の助産師が女性にケアを提供することを指す。助産師主導(助産師が中心となって行う)継続ケアモデルのケアを受けた女性は、陣痛や出産時に顔見知りの助産師がいる可能性が高いこと、経膈分娩の可能性が高くなり、硬膜外麻酔、会陰切開、鉗子分娩を受ける可能性が低い、また、早産になる可能性が低く、周産期死亡リスクも低下するという(16)。実際に、報告施設においても、必要最低限の医療的介入でとどまっていることで、現時点では、インシデントや医療事故は生じていない。チーム助産については、日本でもその有用性が報

告されている(17)。妊娠中から産後まで、5~6人の助産師が1つのチームになり、継続的に助産ケアを行うことで、助産師との「温かい相互関係を通じて、より親密な絆を感じる」や、助産師が純粋に自分のためのケアに集中し、家族にも関わってほしいという自分の気持ちに気づいてくれたと話し、定期的な面談を通じて信頼関係が構築され、女性たちは「安堵感や安心感が持続した」という。報告施設においても同様に「知っている助産師さんばかりで安心した」と、対象となる女性が述べている。

また、チーム助産は、助産師にとっても業務上のストレスが低くなり、職務満足度を向上させるとも報告されている(18)。実際に、報告施設における院内助産システムは、女性の望む出産を実現するだけでなく、働く助産師の職務満足度を高めていた。院内助産に携わる助産師の職務満足度について古賀ら(19)の調査項目(許諾を得て使用)を用いて評価した結果、すべての項目において数値が年々上昇しており、“人間関係”に関する項目の平均点において数値が最も高かった。報告施設の院内助産に携わる助産師の職務満足度は向上しているともいえ、チーム助産というケアモデルは、対象となる女性に対して質の高いケアを提供できるだけでなく、働く助産師にとっても意義のあるケアモデルともいえる。また、報告施設に勤務する産婦人科医の会陰裂傷縫合に要する時間は、約20分程度と短く、時間外労働時間の月平均7時間と短かった。産婦人科医は、「院内助産は、助産師との信頼できる関係作りが必要である」「このような体制なら働き続けられる」「家族と過ごす時間が増えて女性医師の働き方改革にはよいシステム」と話している。院内助産システムは、産婦人科医とのタスクシフト/シェアにも有効であると考えられる。

2. 現状の課題への取り組み

本稿では、報告施設における実践から浮かび上がった三つの課題 1.自律した助産実践ができる助産師の育成、2.チーム編成の難しさ、3.働くスタッフの離職を防ぐ、について述べたが、これらすべては、自律した助産実践ができる助産師の育成という視

点で課題への取り組みをまとめて述べていくことにする。

助産師は、保健師法第3条、助産師及び看護師（昭和23年法律第203号）において、「助産師」は「厚生労働省の免許を受け、助産を行い、又は妊産婦若しくは新生児の保健指導を行うことを業とする女性」と定義されており、助産師は助産に関する責任を持ち、自律的に妊婦、産婦、新生児の保健指導を行うことができる。しかし、自律した助産ケアができると自信をもっていえる助産師を育成するにはかなりの時間を要する。

かつての日本における助産師教育は、自律した助産実践を目指した実践家を養成するものであった。例えば、昭和初期（約90年前）の助産師教育は、2年制のダイレクトエントリー方式であった(20)。助産師養成学校を卒業するまでに50件の分娩を経験する必要があり、助産師は産科医の指示を受けずに自律的に正常分娩を行うことができた(21)。その当時の主たる出生の場所は、自宅や助産所であり、助産師が分娩介助するのが当然であり、そのためにも自律した助産実践が可能な分娩介助技術は必須であった。戦後、アメリカの出産スタイルが日本に紹介され、家庭よりも衛生的な環境で出産することが推奨されるようになり、自宅や助産所における出生から病院や診療所へと出生の場所が移行した。病院や診療所での分娩が医師の指示で行われるようになり、やがて助産師の自律性が損なわれるという事態を招いた。助産師の自律性を阻害した要因は、病院や診療所における医師主導の分娩介助のみではなく、現在の助産師教育にも問題がある。

現在、助産師養成における分娩介助件数は10例程度とされ、戦前の50例以上の分娩介助を行っていた実習とは比較にならないほど少ない。少子化が進行し、ハイリスク妊産婦が増加し、助産学生の受け持ちを拒否する産婦も少なからずいる出産の現場で、助産学生が対象とする正常分娩の産婦は少なくなってきた。このように、昭和初期の頃の助産実践の修練の場の現状とは大きく変化したこともあり、自律した助産実践を修得できるような助産基礎教育は難しくなってきた。自律した助産を行うためには、助産

師の国家試験合格後に、臨床現場で助産経験を積むことが必要だが、助産学生だけでなく、臨床現場の助産師にとっても、出産件数が減少し、ハイリスク妊産婦が増え帝王切開率も上昇した現代では、助産経験を積むにはかなりの年数が必要になっており、新人助産師をアドバンス助産師が取得できるまで育成し、院内助産の質を担保できるようにするには、早期離職を防ぎ、助産実践能力を高めていくためのモチベーションをあげていくことが必要だと考える。

この課題に取り組むには、先に述べた“チーム助産”というケアモデルの導入も有効であることがわかったが、助産師の職務満足度を高め、やりがいをもって職務を遂行できる状態を維持するには、職場の人間関係も重要な要素である。職場の人間関係を良好にするには、対象者を尊重する態度だけでなく、働く助産師同士がお互いを労り尊重しあう土壌をつくる必要があると考える。人間関係を良好にする一つの方策として、人数の確保も重要な要素である。多忙を極めれば、余裕がなくなり、人間関係にもネガティブな影響を与えかねない。“チーム助産”を編成するためにも、助産師の数も重要な要素となる。助産師を確保し、質の高い助産ケア実践を行うために、新人を育て、中堅から熟練者が新人を育て、やがて、新人が中堅、熟練者に育つという循環をつくるには、助産師から働く場所として選ばれる魅力ある施設として社会に実践活動をアピールすることも重要だと考える。

また、自律した助産実践ができる助産師の育成には、助産ケア能力の向上が不可欠である。アドバンス助産師を取得できるように導くことも重要であるが、近年増加傾向にある社会的ハイリスク妊婦への対応能力の向上も必要だと考える。社会的ハイリスク妊婦は複雑な個人要素を持っており、多職種連携が必要不可欠である。助産ケア能力と同時に、多職種と協働できる能力も培う必要がある。この多職種と協働できる能力について、山本ら(22,23)は専門職連携実践能力とし、「患者尊重」「チームマネジメント能力」「専門職としての役割の遂行」「専門職としての姿勢と信念」「チーム

の結束を高める姿勢」の6つの領域を示している。この6つの領域を高めるための臨床でのトレーニングは、院内助産の実践において高められるとも考えられる。今後は、このような専門職連携実践についてそれぞれの助産師が自己評価し、自らがどの能力を向上させる必要があるのかを考えてもらう機会をつくることで、多職種連携能力の向上につながるのではないかと考える。

V. 結語

本邦における周産期医療の現状と課題を踏まえて、院内助産を稼働させている施設が増加しつつある中、詳細な実践報告は見当たらない。本論では、院内助産システムを稼働させて3年目となるさぬき市民病院での取り組みの詳細を報告し、現状の課題の整理を試みた。質の高い院内助産を実践するために女性を中心にしたケアモデルを活用し、対象者の意思を尊重した展開している。今後、本邦における出産する場の変化を踏まえ、助産ケアを提供する助産師をどのように育成していくか、助産ケアモデルの臨床への応用の在り方、社会的ハイリスク妊婦への対応を踏まえた多職種協働連携の在り方等の課題へ具体的にどのように取り組むべきか考える必要がある。

引用文献

1. 厚生労働省ホームページ. 令和4年人口動態統計. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai22/dl/kekka.pdf>. 2023 (2023.10.19 参照)
2. 吉原 彩. 女性糖尿病患者へのサポート. *Calm*. 2022,9(1), p.2-9.
3. Jun Takeda, Satoru Takeda, Wakako Hikiji. Recent Trends in Maternal and Postpartum Suicide and Countermeasures. *JMA J*. 2022,15(2), p.268-9.
4. 厚生労働省ホームページ. 令和3年度児童相談所児童虐待相談件数(速報値). <https://www.mhlw.go.jp/content/11900000/000987725.pdf> (2023.10.19 参照)
5. 中澤勇一. 医師不足の現状と対策. *信州医誌*. 2010,58(6), p.291-300.
6. 厚生労働省ホームページ. 助産師関連施策について. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000187231.html> (2023.10.19 参照)
7. 木村きよみ. 院内助産システムを運営する看護管理者が捉えたマネジメント上の課題と解決への取り組み. *日本赤十字九州国際看護大学紀要*. 2016,15, p.1-16.
8. 井本寛子. 助産師からみた産前・産後ケアの課題. *日本周産期・新生児医学会雑誌*. 2021,56(4), p.598-603.
9. Ayumi Teraoka, Izumi Saito, Shintaro Izumi, Chifumi Otaki, Miki Nishikawa KO. Effects of the presence of parturient women on the length of time that nurses and midwives spend in the rooms of other patients during a night shift in a mixed obstetric ward. *看護科学と工学のジャーナル*. 2022,9(0), p.96-107.
10. 斎藤いずみ. データから見た産科混合病棟: 他科の患者の死亡時看護および分娩時の看護の重複. *助産雑誌*. 2018,72(4), p.253-8.
11. 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. *日本環境感染学会誌*. 2008,23(2), p.129-34.
12. 中村彩希子, 正岡経子, 植木瞳. 産科混合病棟で勤務する助産師に関する国内の研究動向と今後の課題. *札幌保健科学雑誌*. 2022,11, p.15-21.
13. 岩崎三佳, 斎藤いずみ. 産褥早期における看護ケアの質の評価 産科の混合病棟と単科の比較. *日本母性看護学会誌*. 2017,17, p.89-96.
14. 我部山キヨ子, 藤井知行 編集. 助産診断・技術学II. Vol. 第6版. 2023.

- p.42. 2017,31(1), p.59-65.
15. 日本助産学会. エビデンスに基づく助産ガイドライン—妊娠期・分娩期・産褥期 2020. 日本助産学会誌. 2020,33(Supplement), p.9-13.
 16. Smith V. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *The Practising Midwife*, 16(10), p. 39-40.
 17. Iida M, Horiuchi S, Nagamori K. Women's experience of receiving team-midwifery care in Japan: A qualitative descriptive study. *Women and Birth*. 2021,34(5), p. 493-9.
 18. Dickerson J, Latina A. Team nursing. *Nursing (Brux)*. 2017,47(10),p.6-7.
 19. 古賀裕子, 江幡芳枝. 40歳未満の勤務助産師の職務満足度調査～病院・診療所・助産所の比較～. 桐生大学紀要. 2017,28, p.33-40.
 20. 宮崎文子. 時代が求める自律した助産師への期待. 看護科学研究. 2009,8, p. 40-5.
 21. 小山田信子. 1890年に官立産婆学校が設置されるまでの東京における産婆教育. 日本助産学会誌. 2016, p. 30(1),99-109.
 22. Yamamoto T, Sakai I, Takahashi Y, Maeda T, Kunii Y, Kurokochi K. Development of a new measurement scale for interprofessional collaborative competency: a pilot study in Japan. *J Interprof Care*. 2014,28(1), p.45-51.
 23. Sakai I, Yamamoto T, Takahashi Y, Maeda T, Kunii Y, Kurokochi K. Development of a new measurement scale for interprofessional collaborative competency: The Chiba Interprofessional Competency Scale (CICS29). *J Interprof Care*.

The Current Practice and the Challenges of In-Hospital Midwifery System

Yukiko Matsushita, Michiko Sogo, Kanae Nishihara

Sanuki Municipal Hospital

Abstract

In contemporary Japan, the role of midwives has expanded beyond traditional midwifery care for healthy women. Today, midwives are expected to provide care to women with high-risk pregnancies, offer postpartum support to mothers dealing with postnatal depression, and provide long-term parenting assistance. Consequently, there has been a rise in the number of facilities offering in-hospital midwifery services to meet these evolving demands. In this report, we discuss the circumstances at one facility that is offering in-hospital midwifery services, and aim to outline the current challenges and opportunities for enhancing the quality of in-hospital midwifery care. Sanuki Municipal Hospital, which has been operating an in-hospital midwifery system since 2021, operates the in-hospital midwifery system in the mixed maternity ward. A team of 13 midwives involved our hospital, which includes 8 certified advanced midwives, is dedicated to delivering high quality midwifery care. The distinguishing feature of this in-hospital midwifery system is the option it offers to women: the choice to give birth on a Japanese futon placed on a tatami mat, as opposed to a traditional delivery bed. In the delivery room, women have the freedom to assume positions that feel most comfortable to them, providing them with agency in their childbirth experience. Midwives, in this context, play a crucial supportive role, with the woman at the centre of the childbirth journey. This model emphasises woman-centred care and embraces a midwifery-led continuum care model that was utilised.

The in-hospital midwifery system at Sanuki Municipal Hospital is effective as it not only contributes to a more satisfying childbirth experience for mothers, but also enhances the job satisfaction of the midwives who work within the system. However, in the future, there are pressing issues that need to be addressed. These include fostering collaboration with other healthcare professionals, developing competent midwives equipped to provide specialised midwifery care and determining how the midwifery care model should be effectively implemented within clinical settings.

Keywords: women centred care, midwifery-led continuum care, job satisfaction