

堀内教授資料

新たな家族の誕生を支えるしくみ

1. 出産環境の変化
2. マタニティ・ケアシステム
集約化と分散化
3. 助産師の活用
裁量権の拡大

2008年3月19日

安心と希望の医療確保ビジョン
堀内成子

いのちの誕生をめぐる現代の課題

- ・ 授かるいのち・つなぐいのち…身体づくり
- ・ 物質的な豊かさに対する価値 VS 生命の尊さ、重さ
- ・ こどもの虐待・女性への暴力
- ・ 生殖補助技術の功罪
選択する生命・期待が大きすぎる不妊治療
- ・ お産 管理分娩 VS 自然出産

出産環境の変化

研修医制度の変化と地域病院からの医師引き上げ

↓ 産科医の集約化

医療の安全のための医師の複数配置の条件

↓ 助産師の活用が政策の中に明示されてこなかった

助産師の教育の質、実践力の問題

↓ 地域医療の変化

↓ 地域のお産の場が、医師不在のためなくなる

産科医療へのアクセスが悪くなる

↓ 妊産婦の不安

「産科難民」近くに妊婦健診や出産の場がない

お産が集中することによるケアの質の低下

マタニティ・ケアシステム

*Technology
model*

*Humanization
model*

*Healing
model*

第三次医療施設
施設内基盤
医療技術重視
治療重視
効果は即時的
治療者への依存
ハイリスク妊娠
脱身体感覚

病院、診療所

ケアと治療の融合

ローリスク、グレーリスク

助産所、自宅
地域基盤
代替医療導入
ケア重視
効果は長期的
問われる自己責任
ローリスク妊婦
原始身体感覚

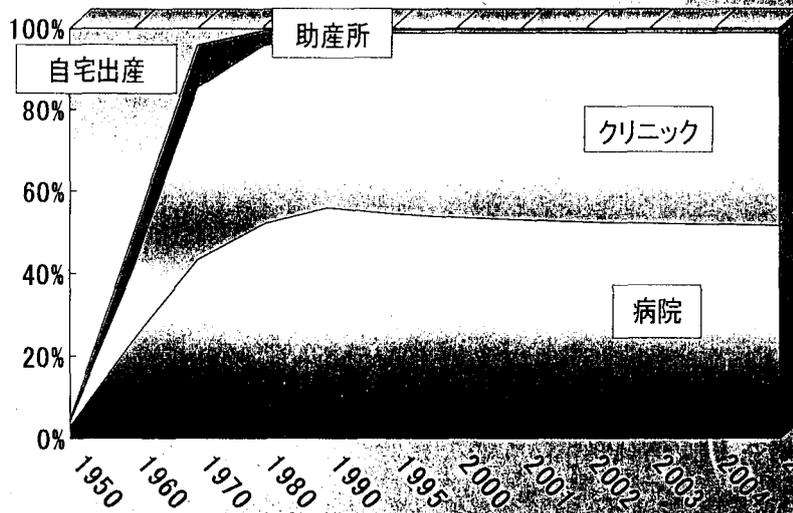


人間的なマタニティケア

Lancet 354;9187:1391-1392, 1999

- 女性とケア提供者双方が満たされエンパワーされる。
- 自分のケアへの積極的な参加と意思決定を進める。
- 医師と医師でないものが、調和をもって協働することによって提供される
- コミュニティのプライマリーケアを優先し、分散化された人の組織や施設
- 根拠に基づくケアと技術
- 経済効率分析がともなっている

出生場所別割合



出産場所と助産師の就業実態

- 病院 52%
- 診療所 47%
- 助産所・自宅 1%

助産師の就業場所 75% 病院
17% 診療所

就業継続の意思: 病院 5割、診療所 8割
要因: 助産師職の尊重(医師との関係を含む)、
生活との両立

助産師：女性とともにwith women

- 「助産師の定義」助産師とは、厚生労働大臣の免許を受けて、助産又は妊婦、じよ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をいう。
- 「医療行為の禁止」保健師、助産師、看護師または准看護師は、主治の医師または歯科医師の指示があった場合を除くほか、診療機械を使用し、医薬品を授与し、医薬品について指示をしその他医師又は歯科医師が行なうのでなければ衛生上危害を生ずる恐れのある行為をしてはならない。ただし、**臨機応変の手当てをし、又は助産師がへその緒を切り、浣腸を施しその他助産師の業務に当然付随する行為をする場合は、この限りではない。**

助産師業務内容の国際比較

	正常分娩	会陰切開 ・縫合	子宮収縮剤 (筋注)(静注)	独立開業
日本	◎	△	●●	◎
米国	◎	◎	◎◎	◎
英国	◎	◎	○○	◎
フランス	◎	◎	◎○	◎
オーストラリア	◎	◎	●	◎
ニュージーランド	◎	◎	◎○	◎
スウェーデン	◎	◎	◎◎	◎
ドイツ	◎	◎	◎◎	◎

◎：独自の責任で、○医師の監督下、●医師の指示下、
△緊急処置として、×原則できない

助産師職の業務拡大を

1. 正常な妊娠・分娩・産褥経過にある母子の健康管理は助産師が単独で行える。
2. 正常から異常への移行の徴候が認められる場合、予防的処置によって異常への移行を阻止できる。
3. 緊急時の対応

臨機応急処置とは、

- ある程度の裁量を助産師に認めてきたが、具体的な内容は不明瞭である。
- その為、多くの出産施設で正常経過をたどる妊娠・分娩においても、すべて医師が立ち会うという形態が固定化して、産科医師の労働条件の悪化を招いてきた。
- 助産師が本来の助産業務を十全に守り、能力を発揮することに躊躇してきた。

助産師業務範囲と裁量権の拡大(1)

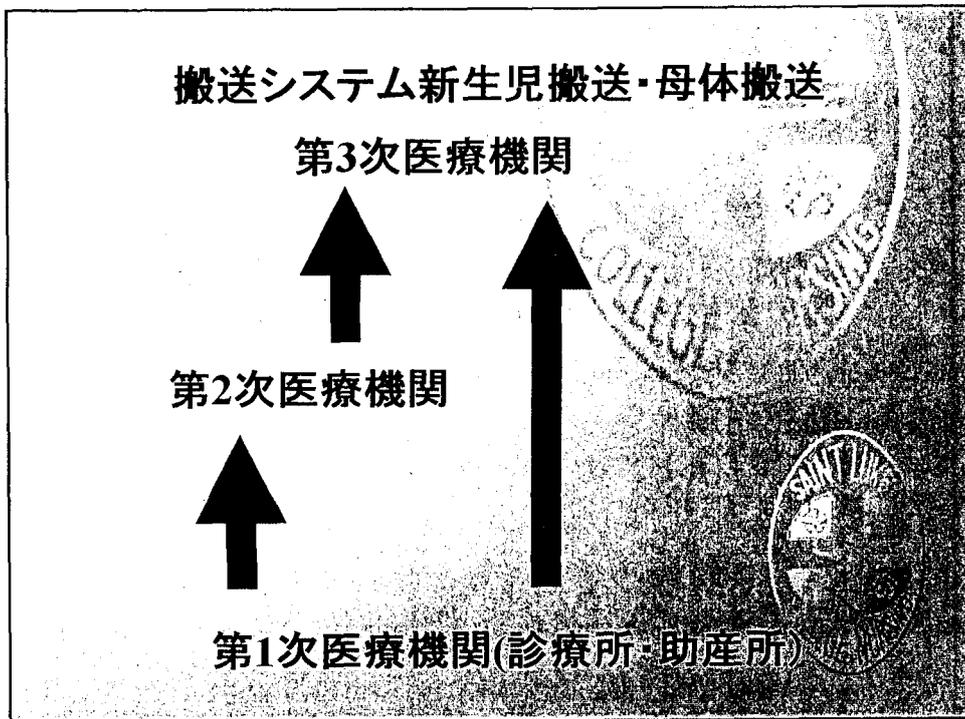
- 妊娠期:
一般血液検査、貧血検査および 鉄剤の処方、
膣分泌物検査、超音波検査
- 新生児期:
血清ビリルビンの測定、ガスリー検査、血糖検査

……異常の早期発見のために検査実施

助産師業務範囲と裁量権の拡大(2)

分娩期・産じょく期:よくある健康問題への対処

- GBSの場合の抗生剤静脈注射
- 出血時の血管確保と輸液
- 必要時の会陰切開・縫合(局所麻酔の使用)
- 自然に生じた会陰裂傷(I・II度)縫合
- 子宮収縮促進のための薬剤の処方
- 後陣痛時の鎮痛剤の処方と実施
- 産後貧血のための血液検査と鉄剤の処方



医師との円滑な連携・協働

- 産科医・小児科医との連携
約束手指示・助産プロトコルの作成と合意
コンセンサスを得た助産ガイドライン
…日本助産学会の課題
- 日常的な情報の共有
スーパの冷めない距離の関係
- 実践技術に対する相互評価
日本助産評価機構

助産師の責任

- 実施した助産行為の責任を取ることが前提
- セイフティ・マネジメント
相談、調停のシステムづくり、現任教育
訴訟へと発展しないプロセス
- 無過失補償制度の整備

・・・日本医療評価機構



裁量権拡大に先立ち必要な教育

教育内容のレベルアップ

臨床薬理学、新生児蘇生、リスク管理等
会陰切開・縫合等の臨床実習・新人研修

急務の人材養成

助産師資格を取るための教育課程

(専修学校・大学・大学専攻科・

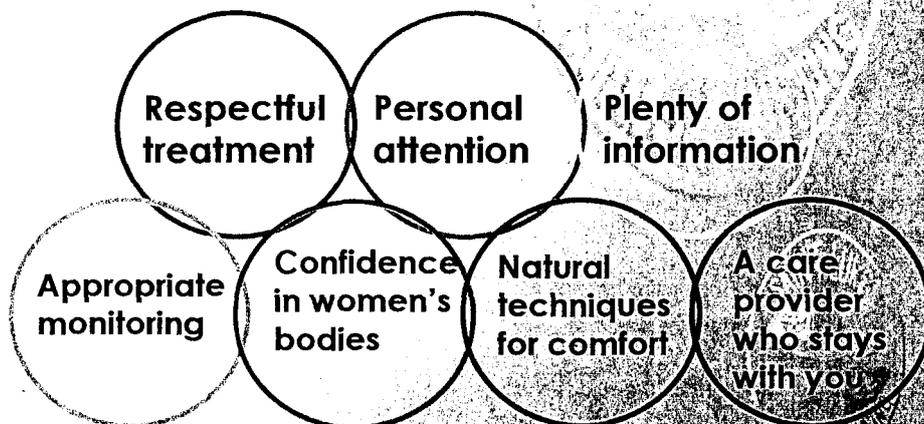
大学院修士課程・専門職大学院)



出生数と助産師数

- 昭和25年 2,337,507出生
- 昭和30年 1,730,692出生
55,356助産師
助産師ひとり当たり 31.3ベビー
- 平成17年 1,062,530出生
25,257助産師
助産師ひとり当たり 42.1ベビー
(33,947人の助産師 - 31.3)

助産ケアモデル (ICM国際助産連盟)



世界的な出産の変化

生理 → 病理

西洋医学モデル・医学モデル

病理 → 生理／社会心理

の尊重

EBM(必要最小限の介入医療)

過剰: 妊娠中毎回の超音波検査・継続的分娩監視装置・
全例の会陰切開

ナラティブメディスン・社会心理モデル

医療経済: コスト削減(家族の負担減)

お産の主人公の変化

女性 → 医療者

医師中心

病人としての患者

医療者 → 女性

女性中心のケア

Continuity, Choice, and Control

きめ細やかなケア



女性たちも応援

2007年3月16日「お産といのちの全国ネット」請願活動を開始しこの請願は、衆議院参議院に採択されました。

「身近な地域で安心して産める場所がほしい！」