

産科医不足下において助産師が自立したケアを行うための産科医 および助産師の役割と連携について：その3

— 助産師の調査から —

小林美代子・罇 淳子・渡邊 典子・池田かよ子
小林 正子・河内 浩美・久保田美雪・半藤 保
新潟青陵大学看護福祉心理学部看護学科

Roles of Obstetricians and Midwives and Cooperation between Them with Regard to Independent
Provision of Care by Midwives during the Present Shortage of Obstetricians (Part3)

: A Questionnaire Survey for Midwives

Miyoko Kobayashi, Junko Motai, Noriko Watanabe, Kayoko Ikeda
Masako Kobayashi, Hiromi Kawauchi, Miyuki Kubota, Tamotsu Hando
NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY DEPARTMENT OF NURSING

キーワード

助産師、産科医、役割、自立、連携

Key words

midwife, obstetrician, role, independent, cooperation

I 緒言

周産期医療現場において、産科医および助産師の不足と偏在が問題視される中、各地で産科施設・病棟の閉鎖が起きている。これに対し、産科医や助産師の養成など、さまざまな対応策が検討され進められている。中でも産科施設や医師の集約化は、急速に進められている。しかし、本来、妊産婦にとって安全で安心して満足できる出産の支援をめざす対応策も、妊産婦の生活の場から産科施設が遠ざかるなど、お産難民といわれるような状況に歯止めがかかっていない。また、出産場所のほとんどが施設となっている現在、助産師は法的には正常産を取り扱えることになっているものの、現実としては正常、異常を問わず医師がすべての出産にかかわっていることから、集約化によって産科医の負担が軽減するとは一概に言えない。

これらのことから、現在あるマンパワーを有効に活用していくことが必要で、とりわけ助産師の専門性が十分に発揮されることは、妊産婦が望む安全で安心して満足できる出産の実現につながると期待される。つまり、産科医と助産師の役割と連携を検討し、現在のマンパワーを十分に活用した体制を検討する必要がある。

そのための基礎調査として、本調査では、産科医と助産師の役割分担の実態と助産師の自立や今後の連携に対する助産師の意識を明らかにする。

II 研究方法

1. 調査期間および調査対象

平成19年12月～平成20年1月に、N県内で分娩を取り扱っている病院および診療所に勤務する産科病棟の代表者38人と助産師

370人に調査を依頼し、代表者29人（回収率76.3%）助産師292人（78.9%）から回答を得た。なお、病棟の代表者とは、病棟の看護職代表者である。同様に、産婦人科医134人に調査を依頼し、48人（回収率35.8%）から回答を得た。

2. 調査方法

無記名による自記式質問紙法で、質問紙を施設に郵送し、回答後返送してもらうか、施設で回収された質問紙を直接調査員が受け取り回収した。

3. 調査内容

調査内容は、①助産師と病棟の属性、②産科医と助産師の役割分担、③助産師の自立、④産科医療の連携、⑤産婦人科医不足の改善についてである。

4. 分析方法

データの集計および解析にあたっては、SPSS for Windowsを使用し、調査項目について単純集計と基本統計量を求めた。また、医師と助産師の意識の比較では、両者の調査で3項目以上無回答だったものを除く医師44人助産師281人の結果を χ^2 検定し、 $p < 0.05$ を有意差ありとした。

5. 倫理的配慮

調査対象には、研究目的と方法、結果はすべて統計的に処理し個人が特定されないこと、研究以外に使用しない旨を記載した文章を添付した。記入後は、記入者自身で個別封筒に入れ封をしたものを、施設ごとの封筒に入れ回収した。アンケートへの回答をもって調査への承諾とした。

Ⅲ 結果

1. 対象の属性

1) 病棟代表者29人のうち、勤務先は診療所10人（34.5%）、病院19人（65.5%）で、産科の位置づけは、産科5施設（17.2%）、産婦

人科6施設（20.7%）、他科との混合18施設（62.1%）であった。施設での18年度の分娩件数は、診療所では平均分娩件数514.7件（SD137.3）、病院では339.8件（SD245.2）で、病院での分娩件数にばらつきが見られた。また、年間分娩件数200件以下の施設が6施設と病院の約1/3を占めていた。

2) 助産師292人の平均年齢は38歳（SD8.8）、産科での経験年数は平均13.1年（SD8.1）、勤務施設は診療所45人（15.4%）、病院245人（83.9%）であった。

2. 産科医と助産師の役割分担

正常な経過をたどる妊産褥婦と新生児の管理を、医師と助産師がどのように役割分担しているのか実態を病棟代表者29人に尋ねた結果を示す。

1) 妊婦管理

妊婦健診の計測を行っていたのは「助産師（または看護師）」が24人（82.8%）と、主に助産師または看護師が役割を担っていた。健診の診察は「医師」が24人（82.8%）で、主に医師の役割であった。保健指導は、多いものから「医師の診察とは別に助産師が行う」17人（58.6%）、「その他」7人（24.1%）で、その内容は医師と指導内容を分担していると答えていることから8割以上に助産師が関わっていた。

2) 分娩管理

入院の判断は、「医師または助産師」が65.5%と最も多く、そのほとんどの施設が、医師は日中や外来受診時に判断し、夜間などは助産師が判断すると答えていた。入院経過中の判断も「医師または助産師」が69%を占めていた。分娩経過中のケア実施者は、「助産師」62.1%と最も多かった。分娩介助は「助産師が介助を行うが、医師が必ず立ち会う」62.1%と最も多く、「助産師が介助を行うが、医師が立ち会わないこともある」6.9%を合わせると、約7割で助産師が分娩介助の役割を

担っていた。また、正常分娩において分娩時に医師がその場に行かないと困ることがあるかについては、「はい」が80.1%とほとんどであった。困る理由として最も多かったのが「いつ異常が起こるか分からない」「会陰裂傷による縫合」が挙げられていた。(図1参照)

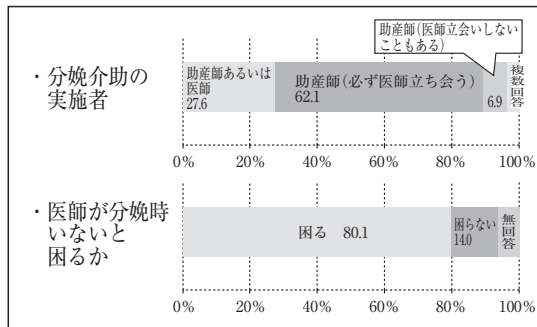


図1 分娩管理における産科医と助産師の役割分担 (n=29)

3) 褥婦・新生児の管理

日常生活ケアと保健指導は、褥婦では15人(51.7%)、新生児では11人(37.9%)を助産師が担っていた。「その他」が褥婦11人(37.9%)、新生児13人(44.8%)と多かったが、そのほとんどは助産師と看護師の複数回答で、看護職が担っていた。

退院時の診察は、褥婦、新生児ともにすべて医師が担っていた。

3. 助産師の自立

正常な経過をたどる妊婦、産婦、褥婦・新生児の管理を助産師が主体となって実施することに関し、助産師292人に質問した。質問項目について「とてもそう思う」「ややそう思う」「あまり思わない」「全く思わない」の4段階で答えてもらい「とてもそう思う」「ややそう思う」を『そう思う』、「あまり思わない」「全く思わない」を『思わない』とした。

1) 妊婦管理

助産師が主体となって実施する妊婦管理で、『そう思う』が多かったのは、「助産師の診断能力を向上させることが必要である」98.9%、「医師との連携を図るために妊娠各期に医師の診察を受ける体制作りが必要である」98.6%、「助産師のやりがいにつながる」94.2%、「正常からの逸脱を予防できる」88.4%、「保健指導などのケアに対する対価が適正でない」76.3%の順であった。最も少なかったのは、「産科医からの理解・協力が得られる」43.2%であった。(図2参照)

2) 分娩管理

助産師が主体となって実施する分娩管理で、『そう思う』が多かったのは、「助産師の診断能力を向上させることが必要である」

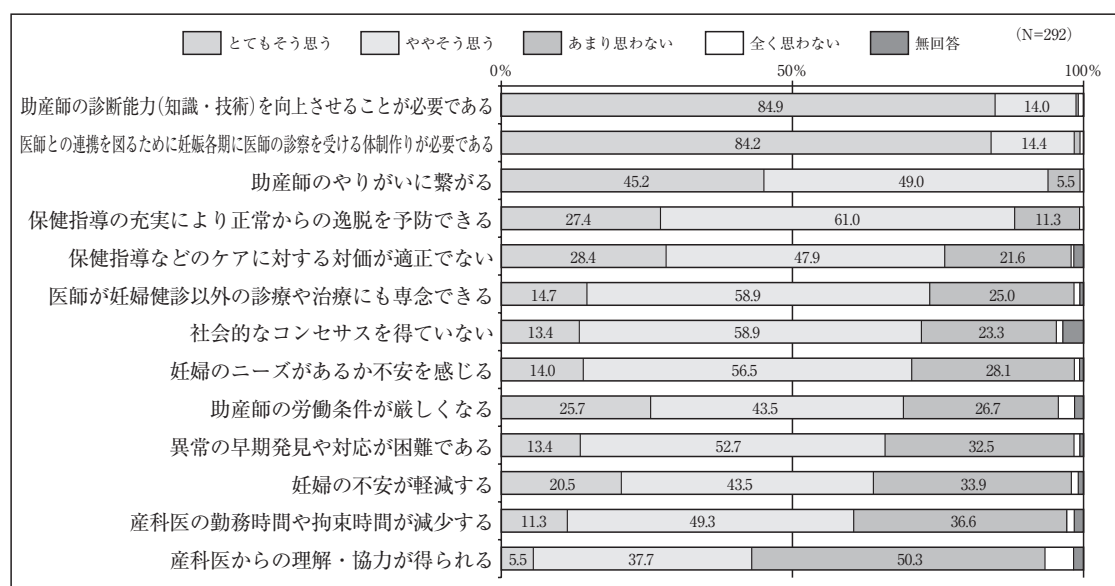


図2 妊婦管理における助産師の自立について

100%、「助産師のやりがいに繋がる」94.5%、「フリースタイルなどのニーズの多様化に対応できる」88.0%、「必要以上の医療介入がなくなる」87.0%、「分娩時の医師の立会いが必要である」81.6%「妊婦の不安が軽減する」と「出生証明書は分娩助産師が署名するのが妥当である」74.6%の順であった。最も少なかったのは、「産科医からの理解・協力が得られる」49.3%であった。(図3参照)

3) 褥婦・新生児の管理

助産師が主体となって実施する褥婦や新生児の管理に関して『そう思う』が多かったのは、「助産師の診断能力を向上させることが必要である」99.3%、「助産師のやりがいに繋がる」93.5%、「退院時は医師の診察を受ける必要がある」93.2%であった。「必要以上の医療介入がなくなる」82.8%、「褥婦の不安が軽減する」76.7%の順であった。

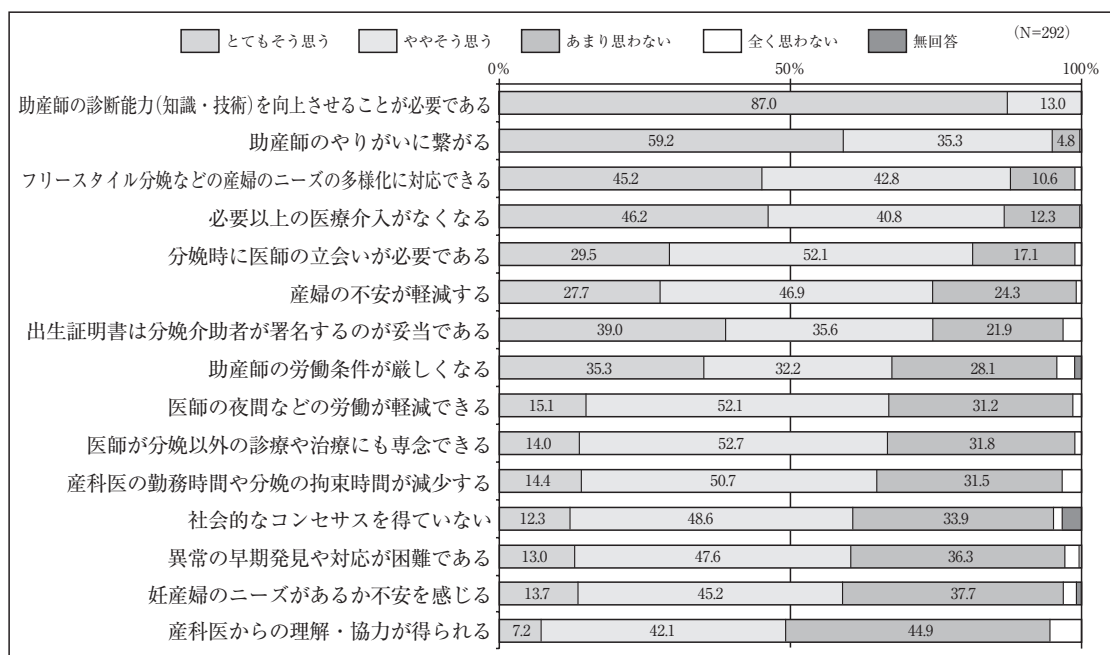


図3 分娩管理における助産師の自立について

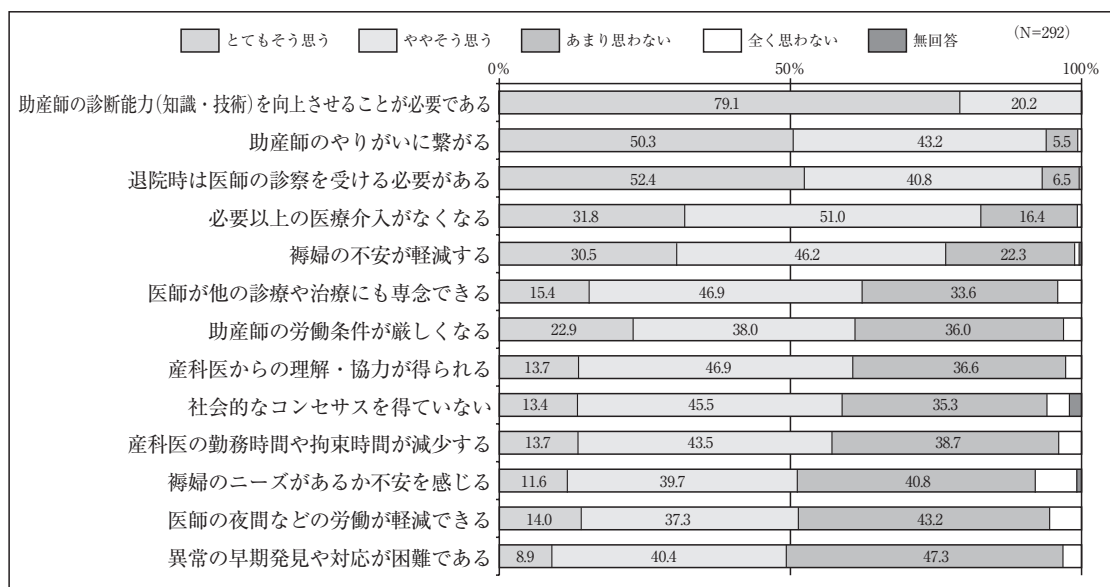


図4 褥婦・新生児の管理における助産師の自立について

最も少なかったのは、「異常の早期発見や対応が困難である」49.3%であった。(図4参照)

4. 産科医療の連携について

産科医不足下における連携のあり方について、助産師292人に、医師・勤務看護職者間・開業所産師・施設間・行政との連携方法に望むことを自由記載してもらった。それぞれにおいて、体制作りや情報交換、連携の強化といった意見が多くみられた。(表1参照)

表1 産科医療の連携について

対象	件数	連携方法			
		体制作り	情報交換	その他	
医師	78件	体制作り (61件)	情報交換 (10件)	その他 (7件)	
勤務看護職	54件	情報交換 (19件)	連携の強化 (17件)	体制の整備 (6件)	産科への 理解 (5件) その他 (7件)
開業助産師	56件	連携の強化 (32件)	情報交換 (15件)	オープンシ ステム導入 (3件)	その他 (6件)
施設間	39件	体制作り (22件)	情報交換 (15件)	その他 (2件)	
行政	39件	システム・ 体制の整備 (15件)	マンパワーの 確保と活用 (8件)	情報交換・ 会議 (6件)	その他 (10件)

5. 産科医不足の改善

助産師292人に、助産師が主体となって援助していくことが、産科医不足下の改善として有効か尋ねたところ、「かなり有効」70人(24%)「やや有効」142人(48.6%)で、約7割が有効と考えていた。

6. 診断能力向上のための研修会参加への意識

助産師292人に、助産師が主体となって妊娠・分娩・産褥期の管理を行うにあたり、診断能力向上のために研修会を開催したら参加するか尋ねると、「参加したい」264人(90.4%)、「参加しない」11人(3.8%)であった。

7. 医師と助産師の比較(表2参照)

助産師の自立について回答した医師48人、助産師292人中、3項目以上無回答だったものを除く、医師44人、助産師281人の結果を χ^2

検定した。その際、質問項目について「とてもそう思う」「ややそう思う」「あまり思わない」「全く思わない」の4段階で答えてもらい「とてもそう思う」「ややそう思う」を『そう思う』、「あまり思わない」「全く思わない」を『思わない』として比較し、 $p < 0.05$ で有意差があったとした。

1) 妊婦管理

8項目で有意差があり、うち7項目は助産師の方が医師より『そう思う』と答えているもので、「妊婦の不安が軽減する」「保健指導の充実により正常からの逸脱を予防できる」「産科医の勤務時間や拘束時間が減少する」「医師が他の診療や治療にも専念できる」「助産師の診断能力を向上させることが必要である」「医師との連携を図るために妊娠各期に医師の診断を受ける体制作りが必要である」「保健指導などのケアに対する対価が適正でない」であった。一方、医師の方が助産師より『そう思う』と答えているのは「異常の早期発見や対応が困難である」であった。

2) 分娩管理

7項目で有意差があり、うち6項目は助産師の方が医師より『そう思う』と答えており、「妊婦の不安が軽減する」「フリースタイル分娩などのニーズの多様化に対応できる」「必要以上の医療介入がなくなる」「医師が他の診療や治療にも専念できる」「医師の夜間などの労働が軽減できる」「分娩時に医師の立ち会いが必要である」であった。医師の方が助産師より『そう思う』と答えているのは「異常の早期発見や対応が困難である」であった。

3) 産褥・新生児の管理

7項目で有意差があり、うち6項目は助産師の方が医師より『そう思う』と答えており、「褥婦の不安が軽減する」「必要以上の医療介入がなくなる」「医師が他の診療や治療にも専念できる」「医師の夜間などの労働が軽減できる」「助産師の診断能力を向上させること

表2 医師と助産師の比較 (医師 n=44、助産師 n=281)

		妊婦管理			分娩管理			産褥・新生児管理		
		そう思う	思わない	有意確立 医師vs助産	そう思う	思わない	有意確立 医師vs助産	そう思う	思わない	有意確立 医師vs助産
妊婦の不安が軽減する	医師	14(31.8)	30(68.2)	***	16(36.4)	28(63.6)	***	20(45.9)	24(54.1)	***
	助産師	178(63.3)	101(35.9)		210(74.7)	71(25.3)		213(75.8)	67(23.8)	
保健指導の充実による正常からの逸脱を予防できる	医師	17(38.6)	27(61.4)	***						
	助産師	249(88.6)	32(11.4)							
フリースタイル分娩などのニーズの多様化に対応できる	医師				28(63.6)	16(36.4)	***			
	助産師				247(87.9)	34(12.1)				
助産師のやりがいに繋がる	医師	39(88.1)	5(11.9)	n.s	41(93.2)	3(6.8)	n.s	37(84.1)	7(15.9)	n.s
	助産師	266(94.7)	15(5.3)		267(95.0)	14(5.0)		262(93.2)	18(6.4)	
必要以上の医療介入がなくなる	医師				19(43.2)	25(56.8)	***	20(45.9)	24(54.1)	***
	助産師				246(87.5)	35(12.5)		233(82.9)	48(17.1)	
産科医からの理解・協力が得られる	医師	19(43.3)	24(54.7)	n.s	19(43.2)	25(56.8)	n.s	26(59.1)	18(40.9)	n.s
	助産師	118(42.0)	160(56.9)		138(49.1)	143(50.9)		168(59.8)	113(40.2)	
出生証明書は分娩介助者が署名するのが妥当である	医師				33(75.0)	10(22.7)	n.s			
	助産師				210(74.7)	71(25.3)				
産科医の勤務時間や拘束時間が減少する	医師	17(38.6)	27(61.4)	**	25(54.4)	20(45.6)	n.s	19(43.2)	25(56.8)	n.s
	助産師	171(60.9)	108(38.4)		182(64.8)	99(35.2)		160(56.9)	121(43.1)	
医師が他の診療や治療にも専念できる	医師	23(52.3)	21(47.7)	**	22(50.0)	22(50.0)	*	17(38.6)	27(61.4)	**
	助産師	207(73.7)	74(26.3)		186(66.2)	95(33.8)		174(61.9)	107(38.1)	
医師の夜間などの労働が軽減できる	医師				22(50.0)	22(50.0)	*	14(31.8)	30(68.2)	*
	助産師				186(66.2)	95(33.8)		143(50.9)	138(49.1)	
助産師の診断能力(知識・技術)を向上させることが必要である	医師	37(84.1)	7(15.9)	***	43(97.7)	1(2.3)	n.s	42(95.5)	2(4.5)	*
	助産師	279(99.3)	1(0.4)		281(100)	0(0.0)		281(100)	0(0.0)	
医師との連携を図るために妊娠各期に医師の診察を受ける体制作りが必要である	医師	41(93.2)	3(6.8)	**						
	助産師	278(98.9)	3(1.1)							
分娩時に医師の立会いが必要である	医師				27(61.4)	15(34.1)	**			
	助産師				229(81.5)	52(18.5)				
保健指導などのケアに対する対応が適正でない	医師	26(59.1)	17(38.6)	*						
	助産師	214(76.2)	64(22.8)							
退院時は医師の診療を受ける必要がある	医師							33(75.0)	11(25.0)	***
	助産師								263(93.6)	
助産師の労働条件が厳しくなる	医師	26(59.1)	18(40.9)	n.s	27(61.4)	17(38.6)	n.s	21(47.7)	23(52.3)	n.s
	助産師	195(69.4)	84(29.9)		191(68.0)	88(31.3)		169(60.1)	112(39.9)	
妊婦のニーズがあるか不安を感じる	医師	31(70.5)	13(29.5)	n.s	28(63.6)	15(34.1)	n.s	21(47.7)	23(52.3)	n.s
	助産師	198(70.5)	83(29.5)		165(58.7)	115(40.9)		142(50.5)	138(49.1)	
異常の早期発見や対応が困難である	医師	39(88.6)	5(11.4)	**	41(93.2)	3(6.8)	***	31(70.5)	13(29.5)	**
	助産師	188(66.9)	93(33.1)		169(60.1)	112(39.9)		138(49.1)	143(49.1)	
社会的なコンセンサスを得ていない	医師	32(72.7)	12(27.3)	n.s	34(77.3)	10(22.7)	n.s	29(65.9)	15(34.1)	n.s
	助産師	207(73.7)	71(25.3)		175(62.3)	104(37.0)		168(59.8)	113(40.2)	

χ²検定 ***: p<0.001 ** : p<0.01 * : p<0.05

が必要である」「退院時は医師の診療を受ける必要がある」であった。医師の方が助産師より『そう思う』と答えているのは「異常の早

期発見や対応が困難である」であった。

IV 考察

1. 医師と助産師の役割分担の現状

現状での医師と助産師の役割分担は、妊婦や褥婦、新生児の診察を医師、計測や保健指導、日常のケアを助産師や看護師が担っていた。また、分娩時の入院や経過の判断は医師と助産師の両者がかかわり、分娩介助は、医師の立ち会いのもと助産師が行うが約6割、医師が立ち会わないこともある場合の1割を合わせ全体の約7割を助産師が担っていた。

日本での出生の場所と立会者は、戦後大きく変化した。昭和30年（1955年）には、出生の8割以上が自宅で「立会者」は助産師であったものが、昭和40年（1965年）には自宅での出生は2割弱、助産師の「立会者」も約3割と激減し、現在は出生のほとんどが施設で、「立会者」は医師である。このような出生場所や立会者の変化の中で、妊産褥婦の診察の役割担当が助産師から医師へと変わり、現在の役割分担が出来上がってきたと思われる。そして、役割分担の変化は助産師の診断能力の低下にも影響した可能性がある。

ところで、ここでいう「立会者」は、出生届に記載された「立会者」である。今回の結果からも分かるように、助産師は分娩経過の判断や分娩介助を担っていた。にもかかわらず「立会者」が医師になっている。これには「いつ異常が起こるかわからない」「会陰裂傷による縫合」といった理由から「正常分娩において分娩時に医師がその場にはいないと困ることがある」と80.1%が思っており、正常分娩においても妊産褥婦・新生児の管理すべての責任者は医師であり、したがって署名は医師だとする認識が定着しているためとも推測される。連携を取りつつも、それぞれの専門性を活かした新たな体制を作るには、医師やサービスの受け手だけでなく、助産師自身の意識の変革が必要そうだ。今回の調査結果で、「出生証明書は分娩介助者が署名するの

が妥当である」は、医師70.8%、助産師74.6%であった。出生証明書における「立会人」への署名は、すぐにでも実施可能であり、助産師はもちろん、証明書を受け取る産婦や家族の助産師への意識を変えることにもつながる可能性がある。

また、新たな役割分担や連携の在り方を検討する際、どのようにリスクをシェアし連携していくかや、助産師の会陰裂傷の予防や対応能力の向上を検討していく必要がある。

2. 助産師の自立

正常な経過をたどる妊婦、産婦、褥婦・新生児の管理を助産師が主体となって実施することは、「助産師のやりがいにつながる」と医師、助産師ともに約8割以上が思っていた。

しかし、妊産褥婦への効果という点では医師と助産師との間に差がみられた。助産師は、妊婦の「正常からの逸脱を予防できる」88.4%、産婦に対し「フリースタイルなどのニーズの多様化に対応できる」88.0%、「必要以上の医療介入がなくなる」87.0%、褥婦・新生児には「必要以上の医療介入がなくなる」82.8%、「褥婦の不安が軽減する」76.7%と、助産師が関わることで、妊産褥婦のニーズに沿ったケアやより正常で自然な経過をたどることに効果があると思っていた。しかしながら、これらすべての項目は助産師が医師より多く『そう思う』と答え、両者に差がみられた。

WHOの勧告の中で、これまでの調査から、産科医のケアを受けた女性よりも助産師のケアを受けた女性の方に介入が少なく、ローリスクの女性にとっては、助産師はもっとも安全な分娩介助者とされていることを報告している¹⁾。しかし、本調査結果によれば、医師は助産師に比べ助産師の介入による効果への認識が低いといえる。逆に、医師の方が助産師より『そう思う』と答え両者に差が見られたのは、妊娠・分娩・産褥を通して「異常の早

期発見や対応が困難である」であった。異常に対する危惧は医師のほうが高かった。

このような違いは、「出産は無事終了するまでは危険なものであり、医療技術は危険であることが証明されるまでは安全である」とする医学モデルと、「身体は問題が生じるまでは有能で信頼できるもので、医療技術は問題のないことが証明されるまでは信用できない」とする社会モデルの世界観の違いによる影響と考えられている²⁾。

このような世界観の違いを乗り越えることは容易なことではない。今回の調査結果からも、医師、助産師ともに「産科医からの理解・協力が得られる」が半数以下で最も少なかったことは、立場の違いによる考え方の違いを乗り越えることの難しさを両者が感じているととれる。日本看護協会は、平成21年度「院内助産システムの普及・課題等に関する調査」結果速報において、助産師が助産外来や院内助産の開設／運営の課題として「医師の理解・協力・賛同」を助産外来では38.2%、院内助産で47.9%と、上位2番、1番にあげていたと報告している³⁾。まさに、助産師、医師相互の理解・協力・賛同こそが、各々の専門性を発揮し新たな役割分担、連携を作るうえで重要だといえる。

3. 今後の産科医療の連携について

助産師の7割は、助産師が自立して正常な経過をたどる妊婦、産婦、褥婦、新生児の管理を行うことが、産科医不足の問題の軽減に役立つと思っていた。そして、新たな役割を引き受けるには助産師自身「助産師の診断能力を向上させることが必要である」「医師との連携を図るために妊娠各期に医師の診断を受ける体制作りが必要である」とも感じていた。しかし、「産科医の勤務時間や拘束時間が減少する」「医師が他の診療や治療にも専念できる」「医師の夜間などの労働が軽減できる」で助産師が医師よりも有意に『そう思う』が

多かったことから、現時点では、助産師ほど医師はその効果を期待していないといえる。

現在、法改正により、助産所では嘱託医や嘱託施設を確保する難しさから、院内助産や助産外来といった形での連携が進められてきている。井上は、医師の立場で院内助産といった助産師との連携において、ローリスク群の取り決めは個々の施設で取り決めがなされることが望ましいとし、さらに、院内助産をする場合は、すべて妊婦のために、速やかに動けるチーム作りが大事であるとしている⁴⁾。また、中根は、ローリスク妊婦のみを対象とした「マザーケア外来」からすべての妊婦を対象とする「チーム健診」を行なうにあたって、異常をチェックできるかと大きな不安があったが、医学的ポイントでは医師が診察し、何かあればいつでも医師に相談できるという条件に背中をおされてスタートしたという⁵⁾。現在、助産師外来や院内助産を行っている施設では、それぞれの施設の条件を踏まえ、現実的な分担や連携のあり方を検討し、実施するための助産師の研修等も行っている。京極は、ともすると平行線になりかねない、職種間での立場の違いによる信念対立を超えて連携を図るためのコツは、「完全解決をめざさない」、自分の「考え方」と少し距離をおいて、実際に問題となっている状況を眺めながら各種の制約の中で選択しうる最善の意見を実践に結び付けていくことに専念することだとしている⁶⁾。

上記の報告においても、院内助産や助産外来を進めていくにあたり、現実の問題解決に向けて医師と助産師が繰り返し話し合いを積み重ねてきたことが伺える。今回の調査結果では、産科医との理解・協力への困難を感じる一方で、その必要性を感じ、新たな役割分担や連携の必要性を感じている助産師の現状が分かった。今後は、そのような検討の機会をどのように実際に設けていくかが課題である。

V 結論

1. 医師との役割分担

現状では、妊婦・褥婦・新生児の管理として、助産師が計測や保健指導、日常生活ケアを、医師が診察を担っていた。分娩時の入院や経過の判断には、医師と助産師の両者がかわり、分娩介助の約6割は、医師の立ち会いのもと助産師が行っていた。

2. 助産師の自立

正常な経過をたどる妊婦、産婦、褥婦・新生児の管理を助産師が主体となって実施することは、助産師のやりがいにつながると考えていた。そして、妊産褥婦の正常からの逸脱の予防や、多様なニーズへの対応、必要以上の医療介入を防ぐといった効果があると考えていた。同時に、医師との連携や自身の診断能力の向上も必要と思っていた。しかし、医師の理解や協力が得られるとされているものは、妊婦管理や分娩管理では半数未満であった。分娩時は、正常分娩においても異常時の対応や会陰縫合などの理由から、約8割が医師の立会いが必要と思っていた。

3. 今後の産科医療の連携について

正常な経過をたどる妊婦、産婦、褥婦・新生児の管理を助産師が主体となって実施することは、産科医不足における問題の軽減に有効と7割が思っていた。

VI おわりに

褥婦・産科医・助産師への調査を通して、以下のことが分かった。

1. 褥婦は安全で安楽なお産をするために、医師と助産師が協同で関わることを希望していた。
2. 助産師が自立したケアを行うことは、医師・助産師ともに「助産師のやりがい

つながる」とし、それには「助産師の診断能力を向上させることが必要」と考えていた。

3. 今後の産科医療において、他職種の施設間および行政との連携を図ることが必要と考えていた。

謝辞

本研究を遂行するにあたり、ご協力いただいた各施設の施設長および医師、助産師の皆様へ深く感謝いたします。本論文の一部は第49回日本母性衛生学会学術集会一般口演で発表しました。なお、本研究は新潟県「知の財産」活用事業の助成を受けました。

文献

- 1) マースデン・ワーグナー. 井上裕美、河合蘭 監訳. WHO勧告に見る望ましい周産期ケアとその根拠. 134-135. 東京:メディカ出版;2002.
- 2) マースデン・ワーグナー. 井上裕美・河合蘭 監訳. WHO勧告に見る望ましい周産期ケアとその根拠. 28-43. 東京:メディカ出版;2002.
- 3) (社)日本看護協会. 平成21年度「院内助産システムの普及・課題等に関する調査」結果速報. 〈<http://www.nurse.or.jp/home/innaijyosan/pdf/chosasokuho.pdf>〉. 2010. 5. 25.
- 4) 井上裕美. 院内助産で安全と快適性は得られるのか? 医師の立場から. 助産雑誌. 2006;60:314-315.
- 5) 中根直子. 「チーム健診」とはどのようなシステムか. 助産雑誌. 2008;62:201.
- 6) 京極真. 職種間の「壁」の越え方「立場の違いを超えた連携」とはどういうことか. 助産雑誌. 2008;62:24.