

## 周産期母子医療センターに勤務する助産師の仕事の 現状と可能性

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2019-02-08 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 花田, 友理, 佐藤, 紀子 メールアドレス: 所属:
URL	<a href="https://doi.org/10.20780/00032071">https://doi.org/10.20780/00032071</a>

[資料]

## 周産期母子医療センターに勤務する助産師の仕事の現状と可能性

花田友理\* 佐藤紀子\*\*

### CURRENT STATUS AND POTENTIAL OF MIDWIVES WHO WORK IN PERINATAL MEDICAL CENTERS

Yuri HANADA \* Noriko SATO \*\*

キーワード：助産師、周産期母子医療センター、仕事

Key words : midwife, nurse midwife, perinatal maternal and child medical center, work

#### I. はじめに

近年、母子を取り巻く状況は急速に変化している。第2次世界大戦前は、自宅での出産がほとんどであったが、戦後は連合軍総司令部（GHQ）の指導により、医療介入による安全な出産が求められ、99%以上の出産は病院・診療所となった（篠原，2014）。また新生児医療や不妊治療がすすみ、これまで生まれてこなかったであろういのちを守る時代へと移行している。しかし、この状況に対して仁志田（2013）は「命や人間の基本的な事柄に抵触する新しい医療が、社会で十分に咀嚼されないまま臨床現場に表れ、混乱が生じている」とし、川越（2014）は「母親や家族の選択する治療の多様化・複雑化により、母子双方のアドボカシーを考える必要がある」と述べている。特に長期入院中のハイリスク妊婦は、妊娠経過や親になることへの不安、育児の心配などを持っており、早産になった場合は、母親は自責感や無力感を表出することが多い（木下，2013）。

1996年、厚生労働省は、このようなハイリスク妊産婦や低出生体重児など複雑多岐にわたる母子に対して高度な医療を提供する周産期母子医療センターを全国各都道府県に設置することとし、周産期医療施設の機能別役割分担を進めた。遠藤（2016）は、「助産師

による妊産婦のケア必要量は、リスク（ローリスクであってもハイリスクであっても）の有無にかかわらず、すべての妊産婦に対して一定の助産ケアを提供するのであり、異なるのは医師による診療の必要量である。ただし、助産ケア必要量は同じであっても、その質は、妊産婦とその家族によって異なる（個別性がある）ので『妊産婦とその家族を中心に据えた助産ケアの提供』が重要であり、この点はハイリスク妊婦であっても同様である。」と述べている。筆者は、妊産婦とその家族を中心に据えた助産ケアを行うことを前提に、機能別に分かれた周産期医療施設において助産師の仕事に特徴があるのではないかと考え、周産期母子医療センターに焦点をあてることにした。

#### II. 研究目的

まず周産期母子医療センターを理解するために、我が国における周産期医療の変遷を概観する。そして周産期母子医療センターに勤務する助産師の仕事の現状を先行研究から検討した上で、今後の助産師の仕事の可能性について筆者の見解を述べる。

#### III. 方法

\*東京女子医科大学大学院看護学研究科 博士前期課程（Tokyo Women's Medical University, Graduate School of Nursing）

\*\*東京女子医科大学看護学部（Tokyo Women's Medical University, School of Nursing）

## 1. 文献収集・方法

第一に、我が国の周産期医療の変遷を把握するため、厚生労働省、日本看護協会の調査結果、及び日本看護協会出版会から発行された教本を用いて整理した。第二に、医学中央雑誌 web 版 ver.5 使用を用い、検索キーワードを「周産期母子医療センター」and「助産師」として検索し、その中の原著論文を対象とした（2017年7月14日検索）。上記より得た文献を精読し、「周産期母子医療センターに勤務する助産師の仕事の現状」について概観した。

## 2. 用語の定義

「周産期母子医療センター」とは、1996年周産期医療の重点化と集約化を進める周産期医療対策事業において整備された「総合周産期母子医療センター」と「地域周産期母子医療センター」を合わせたものをいう（厚生労働省, 2011）。

# IV. 結 果

## 1. 周産期医療の変遷

かつての出産場所は自宅であったが、戦後は連合軍総司令部（GHQ）の指導による助産制度の改革により、安全を重視した医療施設を中心とする出産になった（篠原, 2014）。

1960年代に入り、分娩周辺期という意味で、出産が近づいた時期の母体と胎児、新生児を合わせて「周産期」という概念で捉えるようになった。1975年前後からは新生児集中治療管理室（NICU）が機能するようになり、早産児や重症児の救命等が行われ始めた。厚生労働省の人口動態（2013）によると、「1985年では低出生体重児（2500g未満）の対出生数の割合は5.5%であったが、2000年では8.6%へ、2009年では9.6%となり、日本での低出生体重児の出生数は年々増加している。1000g未満の超低出生体重児の出生数は、約7,700人（2013年）であり、35年間で約2倍に増えている」という。仁志田（2010）は、「約40年前は超低出生体重児の90%以上は死亡していたが、現在では一転して約80%が生存する時代になっている」と新生児医療の変化を述べている。

またハイリスク妊産褥婦も増加している。全出産に対する35歳以上および40歳以上の出産の占める割合を1990年と2013年の値で比較すると、35歳以上の母体からの出生数割合は3倍、40歳以上の

母体からの出生数割合は4倍になっている（遠藤, 2016）。高齢妊娠は一概にリスクが高いとは言えないが、流産・早産や妊娠高血圧症候群、弛緩出血を起こしやすいことが報告されている（金山, 2007）。

このようにハイリスク妊産褥婦・新生児が増加し、母子の生命に直結する問題に対して、1996年周産期医療の重点化と集約化を進める周産期医療対策事業が始まった。この事業は、地域において妊娠、出産から新生児に至る高度専門的な医療を効率的に提供する総合的な周産期医療体制を整備し、安心して子どもを生み育てることができる環境づくりの推進を目的としている（厚生労働省, 2011）。この事業の中で、医療機関は総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター、一般病院、診療所、助産所に分類された。

福井（2017）は「助産師業務要覧」の中で各施設の特徴を以下のように示している。「総合周産期母子医療センター」は、母体・胎児集中治療管理室（MFICU）を含む産科病棟および新生児集中治療管理室（NICU）を備えた医療機関であり、常時、母体・新生児搬送受入体制を有し、母体の救命救急への対応、ハイリスク妊娠に対する医療、高度な新生児医療等を担う。2014年、全国で104施設が指定されている。「地域周産期母子医療センター」は本来、産科および小児科等を備え、周産期に関わる「比較的高度な」医療行為を行う総合周産期母子医療センターに準じる施設で、現在292施設が設置されている。しかし実際には、総合周産期母子医療センターと同じような高度医療を担っており、助産師は助産の専門知識や技術と共に、糖尿病、がんや心疾患をもつ患者の看護の知識も求められている。「一般病院・診療所」は、ローリスクの妊産褥婦と新生児がほとんどであるが、分娩は正常に経過すると考えられても2～3%は急変する可能性があり、医師と連携・協働がしやすく迅速に医療提供できる環境にすることが大切とされる。「助産所」もまたローリスクの妊産褥婦と新生児を対象にしており、助産師が個別のケアにあたっている。2015年日本助産師会調査によると、全国で分娩取り扱い助産所は386カ所で、出生件数は日本の総出生数の約0.7%を占める。また、妊婦の利便性を確保しつつ、妊娠・出産の安全性を図るため、妊婦健診は身近な診療所で行い、分娩は病院で行う産科オープンシステムも進められている。他にも、同一施設内での機能分化も少しずつ進み、助産師が主体的にケアを提供する助産師外

来や院内助産所が作られている。このように、周産期医療の提供施設は機能別になっており、限られた医療資源を有効に使い、すべての妊産褥婦やその家族に支援が出来るように整えられつつある。各施設で役割を明確にし、施設間で連絡を取り合い、連携していくことが今後も大切になるだろう。

次に、周産期母子医療センターに勤務する助産師の仕事の現状について先行研究を概観した。

## 2. 周産期母子医療センターに勤務する助産師の仕事の現状

文献検索の結果、抽出された56件の文献を対象とし、そのうち「周産期母子医療センターに勤務する助産師の仕事の現状」について研究されている原著論文は11件であった。本論文では、これらの文献を1) 周産期母子医療センターに勤務する助産師の思いに関するもの3件、2) 周産期母子医療センターに勤務する助産師の助産ケアに関するもの4件、3) 周産期母子医療センターにおける助産管理に関するもの4件に分類した。その他の文献は、妊産褥婦や死産・流産した女性に関する研究である為、分析の対象外にした。

1) 周産期母子医療センターに勤務する助産師の思い  
[助産師の思い]に関する研究は3件あり、その1つに、助産師の「ハイリスク妊産褥婦のケアに関わる割り切れない思いの特徴」を記述している研究(川越, 2014)がある。この研究では、総合周産期母子医療センターに属する産科病棟での「倫理カンファレンス」の内容を質的に分析しているが、記述頻度が多かったのは「ハイリスク妊産褥婦と胎児双方のアドボカシー」というカテゴリーであった。産科はケアの対象が母体だけでなく、自ら意思表示ができない胎児・新生児も対象であり、2つの生命を同時に扱う特殊性があることから得られたカテゴリーであると考えられる。今後もハイリスク妊産褥婦が増えることが予測され、助産師自身は生死の狭間に立っている母子を対象とした支援をしていることを自覚し、医療チームで倫理的課題を話し合う必要性が述べられている。周産期母子医療センターの治療・管理を必要とする妊婦の中には、母体搬送によって入院に至るケースも多い。西方(2013)は、「母体搬送時や搬送となった女性にかかわる際に助産師が体験する困難さ」を記述する為、周産期医療施設に勤務する助産師6名に半構造化面接を行った。【緊急性・

救急性を優先するために生じるもどかしさ】、【今回の出産の意味づけに向けた支援の難しさ】、【準備が整わないまま入院を受け入れる緊張感】、【医師・他部門との協働によるジレンマ】、【教育的策を講じてこなかったことへの後悔】が挙げられた。森(2013)の「母体・胎児集中治療室(MFICU)に勤務する新人助産師のストレスと対処行動に関する研究」においては、MFICUに勤務する新人助産師のストレスと対処行動について言及している。新人助産師は、助産師としての知識や技術が未熟であるにも関わらず、切迫早産、合併症妊娠、産後出血等の産科的重症患者と接する機会が多いことから、不安や恐怖、戸惑いを感じていた。新人助産師は、多忙な仕事内容や過酷勤務の中で自己学習や院外研修の必要性を感じつつ、仕事以外の時間を割いて学習しようという行動に移せていない現状が述べられていた。

以上の文献により、周産期母子医療センターに勤務する助産師は、ハイリスク妊産褥婦のケアにおいて、母子双方のアドボカシーを同時に実践する中で割り切れない思いを抱えて働いていることが分かった。母体搬送では、助産師は搬送となった妊産褥婦や家族の危機的状況を察知しながらも十分な対応が出来なかった時のもどかしさを感じていることが明らかになり、新人助産師にとっては産科的重症患者と接する中で不安や恐怖、戸惑いを感じながらも多忙な仕事内容で学習が行えずにいる現状があることが示唆された。

2) 周産期母子医療センターに勤務する助産師の助産ケア

[助産師の助産ケア]の研究では、「NICUを有する当総合周産期母子医療センターにおける不妊治療後妊娠の研究を通しての助産師の役割と考察」の研究(河野, 2014)において、奇形児や胎児死亡は自然妊娠よりも不妊治療の方が多く、助産師は不妊治療を受けている女性が心身ともにストレスを感じ経済的な負担を抱えていることを理解し、思い通りの妊娠・出産・育児が出来ず困惑しないよう、妊娠中から精神的サポートをすることが大切とされている。

川久保(2016)の「総合周産期センターにおける医療者の移行期支援に関する意識調査」では、A総合周産期医療センターにおいて、妊娠・出産のハイリスク患者が思春期から性的健康に関して知識を得られるように医療者が意識しているかどうか

かを調査している。助産師や産科医師は、妊娠・出産のハイリスク患者が性的健康に関する知識がなく、計画外で妊娠し、母体の生命の危険を背負うことがあり、思春期から性的健康に関する情報提供を行う必要性を感じていることが明らかになり、今後小児科医師や看護師に発信していく必要があることが述べられていた。

槻木（2013）の「助産外来を担当する助産師が考える“自立してケアを行うために必要な実践能力”についての調査」の研究では、調査協力施設を地域周産期母子医療センターの役割を持つA病院としており、「正常・異常の判断に関連した実践能力と保健指導に関連した実践能力を重要視しており、ただ判断するだけでなく、異常と判断した場合の行動まで含んだものが大切であること」の重要性を論述している。実践能力の基盤となるものとして「相手へのコミットメントや相互作用が重要であり、真剣にその人と関わり相手に責任を持つ姿勢や、ケアする側とされる側の一方通行ではない人間関係」が挙げられていた。佐藤（2010）の「産褥期の母親に関わる助産師の意識」の研究では、A県内の総合周産期母子医療センターの助産師9名に半構成的面接法を行い、産褥期の母親に関わる助産師の意識を明らかにし、産褥期における助産師のケアを検討することを目的としている。助産師の意識は【初産経産関係なく個々に合わせた関わりを大切にしている】【産み育てるプロセスに寄り添い、ケアの向上を目指す】【新しい家族の形を育む】【経産婦特有の心配事への心くばり】の4つから構成されていたことが示されていた。

これらの先行研究から、周産期母子医療センターに勤務する助産師の助産ケアは、不妊治療後妊娠した妊産婦への精神的サポート、思春期から行う移行期支援、正常と異常の判断及び行動、個々に合わせた一方通行ではない関わりが必要であることが示されていた。しかしこれらは周産期医療センターに限ったものではなく、すべての周産期施設に共通することであると言える。

### 3) 周産期母子医療センターにおける助産管理

助産管理とは「助産師個々の助産業務の実践管理と組織の両者からなる」である（堀内、2003）。「助産管理」に関する研究で、「総合周産期母子医療センターにおける助産ケア必要量に関する調査」（片桐、2012）として4施設を対象

に行われている研究がある。この研究では、2009年度看護協会助産職能委員会の調査の「助産必要度調査票」を修正したものを使用しているが、自然分娩と帝王切開分娩では患者レベル分類に有意差があり、帝王切開分娩の対象者が、助産ケア必要量が高いことを数量化することで明らかにしている。つまり、帝王切開率の高い周産期母子医療センターは診療所に比べると助産ケアの必要量は高いとも言える。ただ、研究の限界として、これは看護必要度のように開発された尺度ではないことから数量的な根拠が希薄であることや、数量化のみでは推測できない内容を加味する必要があること、助産師の就業人数を考慮する必要があることが述べられている。小柳（2016）の「助産師の労働環境に関する調査報告」では、医療機関に勤務する152名の助産師を分析対象とし、就労意欲や勤務に関する課題を見出す為に助産師の労働環境の実態を調査している。この調査で、1000床以上の施設では4分の3が助産師であり、年間分娩件数が多い施設ほど助産師の割合が多いということが明らかになっている。また、「静岡県内における助産師実態調査報告」（鈴木、2013）、「助産師クリニカルラダー導入に向けた母性看護専門看護師としての取り組み」（小嶋、2014）では、産科病棟は少子化による混合病棟へと変化する施設が増加しており、他科の患者ケアを並行して行う為、助産業務に集中できないこと、外来から継続した妊婦・母子健診の経験が少ないこと、分娩介助件数が少なく助産師クリニカルラダーレベルⅢ（CLoCMiP）を達成するのに時間がかかると感じている助産師が多くいることが述べられている。

以上の文献から、助産管理は、周産期母子医療センターに限らず、すべての妊産褥婦や新生児にとって安全で安心できるケアを提供できる場になるように、考えていく必要があることが示されていた。助産ケア必要量を数量化することで、周産期医療の状況の理解につながり、助産師の配置人数の法的な基準を考える一つの目安になると言えるだろう。今後は、各施設における助産師の仕事の実態をより明らかにし、1人ひとりの助産師が目標を持って、専門性を維持向上させられるように職場の環境を整えていく重要性が示唆されている。

## V. 考 察

周産期医療の重点化と集約化を進める周産期医療対策事業により、全国に周産期母子医療センターが設置され始めてから約20年経過した。産まれてくる児の生命の尊厳を考えているからこそ、適切な医療機関で、リスクに応じて必要な医療の提供がすべての母子に行えるように考えられた体制であることが分かった。現状ではハイリスク妊娠の場合は、高度な医療が必要になり、周産期母子医療センターで管理する体制になっている。また、ローリスク妊娠であっても母子の状態が急変した場合は、一般病院から周産期母子医療センターへ紹介され母体搬送となる。周産期母子医療センターに勤務する助産師はこのような母親や家族のケアに多くあたるため、他の一般病院や診療所、助産所の助産師が経験しない仕事があるのではないだろうかと考えた。

先行文献では周産期母子医療センターは多くの危機的状況の妊産褥婦や家族がいるため、助産師は不安や恐怖、戸惑いを感じていると示されていた。また助産師はハイリスク妊産褥婦のケアに関わる割り切れない思いを持っていることが明らかにされた(川越, 2014)。筆者は生死の狭間に立っている母子を対象にした支援では、より自らの死生観を問われるために、不安や恐怖、戸惑いを持つのではないかと考える。竹内(2004)は「周産期ほど生死に関わる領域はないにもかかわらず、これほどまで『死』と向き合うことを避けてきた領域もなかったのではないか。」と述べている。中村(2007)は「生命あるものなら誰もが通過しなければならない生(生まれる、あるいは生きる)、老(年老いる)、病(病気になる)、死(死ぬ)という人生のプロセス(過程)がある。人が生き続けるためには死を組み込むことが必要であり、生と死は反対語ではないとも考えられる。私たちはいつか必ず死ぬ運命を背負っており、限られた時間の中で生きていくことになる。」と言う。どんなに医療が進歩しても、生命の誕生にペリネイタルロスが含まれるという現実がある。産科において自ら意思表示ができない子の死によって残された家族へのケアが主になる。助産師はいのちの有限性を受けとめながら働くことが大切なのではないだろうか。

また周産期母子医療センターではあらゆる価値観の母親や家族のケアにあたる。心疾患、腎疾患、精神疾患等といった日常生活を送る上で困難が生じるリスクの高い母親、出生直後に手術を受けなければならない

重篤な新生児の母親や家族など状況はさまざまである。このような周産期医療における母親やその家族は、妊娠するかしないか、妊娠継続するかしないか、出生前診断を受けるか否か、どのような出産・育児をするか等、多様な問題を判断し自己決定することが必要となる。よって助産師は、あらゆる価値観をもつ母親や家族に携わる際に意思決定やその後の思いのプロセスを大事にできる力を養っていくことが求められているのではないだろうか。そのためには、専門家の立場から「妊産褥婦」を地域で過ごしている1人の「女性」として捉え、その後の人生を考えた上での関わりができることが重要ではないかと考える。

## VI. 終わりに

周産期母子医療センターに勤務する助産師の仕事は、正常経過の妊産褥婦と共にハイリスク妊産褥婦や家族のケアが含まれる。助産師は、産科的重症患者と接する機会が多いことから、不安や恐怖、割り切れない思いを持っていた。そのため、筆者は、助産師はどのような状況でも耐えられるように知識や技術、そして死生観や精神力を培っていくことと、あらゆる価値観を持つ母親や家族を理解し、受けとめ、その後の人生を考えた上で支えていける専門家としての力を養っていくことが大事であり、そのような環境を整えていくことが仕事の可能性を広げることにつながるのではないだろうか考える。

### 引用文献

- 遠藤俊子(2016). 助産師基礎教育テキスト 第7巻. 東京, 日本看護協会出版会.
- 堀内成子(2003). 看護学辞典. 東京, 日本看護協会出版会.
- 福井トシ子(2017). 新版 助産師業務要覧 第2版 II 実践編 2017年版. 東京, 日本看護協会出版会.
- 金山尚裕(2007). 妊娠の異常. 医療情報科学研究所, 病気がみえる vol.10 (第1版). 58-59, 東京, メディックメディア.
- 片桐麻州美, 井本寛子, 石川紀子(2012). 総合周産期母子医療センターにおける助産ケア必要量に関する調査. 日本看護学会論文集 看護管理, 42号, 526-529.
- 川越真衣, 坂野美紀子, 松尾澄佳(2014). ハイリスク妊産褥婦のケアに関わる助産師の割り切れない思いの特徴. 日本看護倫理学会誌, 6(1), 68-74.

- 川久保柚希, 谷口朋未, 太田絵里子 (2016) . 総合周産期センターにおける医療者の移行期支援に関する意識調査 結婚・妊娠・出産に向けた思春期からの支援のため . 大阪母性衛生学会雑誌, 52(1), 72-74.
- 河野裕子 (2014) . NICUを有する当総合周産期母子医療センターにおける不妊治療後妊娠の研究を通しての助産師の役割と考察 . 熊本県母性衛生学会雑誌, 17 卷, 9-20.
- 木下千鶴 (2013) . NICUでハイリスク新生児と家族のケアを行う . BIRTH, Vol2, No5, 45-51.
- 小嶋由美, 須永恭子, 佐藤君江 (2014) . 助産師クリニカルリーダー導入に向けた母性看護専門看護師としての取り組み . 栃木県母性衛生学会雑誌 とちぼ 40号, 37-39.
- 厚生労働省 (2011) . 周産期医療対策事業等実施要綱 . [http://www.pref.okayama.jp/uploaded/life/86502\\_280589\\_misc.pdf](http://www.pref.okayama.jp/uploaded/life/86502_280589_misc.pdf), 2017年4月22日閲覧 .
- 厚生労働省 (2013) . 人口動態統計, <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/81-1a.html>, 2017年4月25日閲覧 .
- 小柳弘恵, 井本寛子, 諸橋麻紀 (2016) . 助産師の労働環境に関する調査報告～① . 助産師, Vol70, No1, 68-69.
- 森美奈子, 坂口結映, 伊藤佳代 (2013) . 母体・胎児集中治療室 (MFICU) に勤務する新人助産師のストレスと対処行動に関する研究 グループインタビューによる実態調査 . 熊本県母性衛生学会雑誌, 16 卷, 21-30.
- 中村桂子, 金森俊朗, 沼野尚美 (2007) . いのちってなんだろう . 東京, 佼成出版社 .
- 仁志田博司, 進純郎 (2010) . 改訂2版 産科スタッフのための新生児学 . 東京, メディカ出版 .
- 仁志田博司 (2013) . わたしなぜ生命倫理を学ぶようになったのか (1). 助産雑誌, Vol.67, No.1, 252.
- 西方真弓, 佐山光子, 大野とも子 (2013) . 母性搬送時や搬送となった女性にかわる際に助産師が体験する困難さ . 母性衛生, 54(1), 130-137.
- 佐藤桂子, 石塚恵, 大庭幸 (2010) . 産褥期の母親に関わる助産師の意識 . 母性看護, 第41回, 71-73.
- 篠原良子 (2014) . 日本の助産師自身が感じる助産師業務をめぐる状況—自由記述内容の分析から— . 三育学院大学紀要, 第6巻, 第1号, 37-47.
- 鈴木百合子, 稲川由美, 大石千里 (2013) . 静岡県内における助産師実態調査報告 . 静岡県母性衛生学会学術誌, 3(1), 27-31.
- 竹内正人 (2004) . 赤ちゃんの死を前にして . 東京, 中央法規出版株式会社 .
- 槻木直子, 山本あい子, 岡邑和子 (2013) . 助産外来を担当する助産師が考える「自立してケアを行うために必要な実践能力」についての調査 . 兵庫県母性衛生学会雑誌, 22号, 55-58.