

院内助産における分娩時医療介入についての文献レビュー

山名香奈美

奈良県立医科大学医学部看護学科

Literature review of medical intervention during delivery at in-hospital midwifery

Kanami Yamana

Faculty of Nursing, School of Medicine, Nara Medical University

要旨

院内助産に関する研究動向について、医学中央雑誌にて文献レビューを行ったところ 74 件の原著論文が抽出された。主な内容は、実践報告、医師との協働、助産師の認識や能力、助産ケアの評価であった。そのうち、院内助産における分娩時の医療介入をデータに基づいて報告した文献は 8 件であった。報告は 2 種類に分けられ、産科病棟をコントロール群として院内助産分娩の結果を医師管理と助産師管理のデータで比較した文献が 3 件、コントロール群なく助産師管理の院内助産分娩の結果のみを報告した文献が 5 件であった。これら 8 文献のデータでは、助産師管理で医療介入なく分娩した割合は 98%～50.4%と幅がみられた。また、院内助産での帝王切開率はおおむね 4～5%であり、主な医療介入方法としては陣痛促進や吸引分娩であった。医師管理との比較では、助産師管理の方が医療介入率は低く、助産師ケアの有効性が推測された。今後は、分娩結果の差異の要因や助産師ケアの有効性等の調査を通して、院内助産における分娩の安全性、特殊性を明確にすることが必要である。

キーワード 院内助産 パースセンター 医療介入 助産師

緒言

院内助産とは、助産師が主体でローリスク分娩と産後の母子ケアを行う施設であり、病院の中に開設されていることが特徴である。院内助産設置の全国的な取組みは、2004年に日本看護協会により開始された。2008年には厚生労働省が「院内助産所・助産師外来設備整備事業」（予算 25 百万円）および「院内助産所・助産師外来開設のための助産師等研修事業」（予算 38 百万円）を開始した。これに伴い、施設設備の新設が相次ぎ、厚生労働省が 3 年ごとに実施している医療施設調査においても、2011 年度から院内助産施設数が報告されるようになった。院内助産で分娩を取り

扱っている施設数は 2011 年 160 か所、2014 年 166 か所である。

全国的な取組みから 10 年余が経過し、各施設での取組みが報告されるようになってきた。そこで、院内助産に関する研究動向を明らかにするため、また、院内助産における分娩時の医療介入について現状を把握し、分娩施設としての特殊性、分娩の安全性を研究する基礎資料とするため文献レビューを行った。

目的

1. 系統的な文献検討により、院内助産に関する研究動向の概要を明らかにする。

2. 研究動向の中で分娩時の医療介入に関する研究に着目し、分娩施設としての院内助産について、数値データを用いた文献を分析し、今後の研究の基礎資料とする。

用語の定義

本稿では、「院内助産」「院内助産システム」「助産外来」の3つの用語について、日本看護協会の「院内助産システムの推進について—助産師の活動に関する用語の定義—」(平成21年2月 社団法人日本看護協会)を用いる。その定義とは次のとおりである。

院内助産とは、分娩を目的に入院する産婦および産後の母子に対して、助産師が主体的なケア提供を行う方法・体制をいう。殊に、ローリスクの分娩は助産師により行われる。

院内助産システムとは、病院や診療所において、保健師助産師看護師法で定められている業務範囲に則って、妊婦健康診査、分娩介助並びに保健指導(健康相談・教育)を助産師が主体的に行う看護・助産提供体制としての「助産外来」や「院内助産」を持ち、助産師を活用する仕組みをいう。

助産外来とは、妊婦・褥婦の健康診査並びに保健指導が助産師により行われる外来をいう。

方法

医中誌 Web(Ver.5)にて、2015年7月～8月、院内助産、院内助産システム、パースセンターの3語をキーワードとして、原著論文に限定して検索し、内容分類により研究動向を分析した。さらに、分娩時の医療介入について数値データを用いた文献を抽出し、内容を比較、分析した。

結果

I 院内助産研究動向の概要

原著論文は2005年以降に検出され、3つの用語(院内助産、院内助産システム、パースセンター)に関する論文は74件、研究内容は以下の5つに分類された。

1. 実践報告(35件)、
2. 医師との協働・医師管理との分娩比較(11件)
3. 助産師の認識や能力(10件)
4. 助産ケアの評価(14件)
5. 文献研究(4件)

これらの内容はさらに、助産外来に関する内容、院内助産に関する内容、院内助産システムとして院内助産と助産外来どちらも含めた内容に分けられた。3つの検索キーワードのひとつである「院内助産システム」の用語には助産外来と院内助産の両方を含むという特性があるため、概要としては助産外来に関する内容も含めた結果を示す。

各件数は、院内助産の文献23件、院内助産システムの文献22件、助産外来の文献29件であった(表1)。

分類別研究内容

5分類別の主な研究内容は、以下のとおりである(表2)。

1. 実践報告

院内助産では、分娩の現状、会陰切開・縫合、胎児心拍モニタリング、卵膜剥離、混合病棟における管理、院内助産システムとしては全国や地域別実態であった。助産外来として、保健指導内容、育児支援、超音波断層装置の利用、妊娠リスクスコア活用等であった。

2. 医師との協働・医師管理との分娩比較

院内助産では、医療介入の現状比較やレベル分類、医師主導への移行症例検討であった。院内助産システムとして、助産師管理と医師管理の比較、医師主導への移行症例検討、助産師と産科医の協働に対する思いがあった。助産外来は、妊婦・妊娠管理、妊娠リスクスコアの活用であった。

3. 助産師の認識や能力

院内助産では、業務に対する意識、開設の要素、院内助産システムでは、業務に対する意識、自己効力感助産師の技術・能力評価、院内助産に対する認識であった。助産外来では、助産師の技術習得実態、助産師が必要と考える実践能力、実践能力評価基準の開発、

であった。院内助産の文献では、病院勤務助産師に対し院内助産の長所と短所の認識や必要性等を調査したものや、開設後の助産師の意欲と自己効力感の関係の調査などがあった。

4. 助産ケアの評価

院内助産では、助産ケア評価、妊産褥婦や家族のニーズに関する調査であった。院内助産システムでは、助産ケア評価、満足度、システム導入の賛否であった。助産外来では、

利用者の感想、ニーズ、ケア評価、満足度であった。

5. 文献研究

検出されたのは、助産外来についての文献が4件であり、内容は、助産外来の実態、研究動向、超音波診断を用いた妊婦健康診査の課題であった。今回の検索では院内助産研究の研究動向に関する原著論文は見当たらなかった。

表1 院内助産に関する原著論文の内容分類別文献件数

	1. 実践報告 (35件)	2. 医師との 協働・管理 比較(11件)	3. 助産師の 認識や能力 (10件)	4. 助産ケア (14件)	5. 文献研究 (4件)	合計
院内助産	14	4	2	3	0	23
院内助産 システム	9	4	5	4	0	22
助産外来	12	3	3	7	4	29

表2 院内助産に関する原著論文の分類別研究内容

分類	主な研究内容
1.実践報告	【院内助産】分娩の現状会陰縫合・会陰切開（実態・助産師の意識）、胎児心拍陣痛図モニタリング（判断基準の策定・症例検討）、卵膜剥離、混合病棟における管理 【院内助産システム】全国実態、地域別実態（神奈川県・香川県） 【助産外来】保健指導内容（運動・体重管理）、育児支援（妊娠期・産褥期）、超音波断層装置の利用、妊婦のリスク評価、妊娠リスクスコアの活用
2.医師との協働・医師管理との比較	【院内助産】助産師管理と医師管理の比較（医療介入実態・レベル分類）、医師主導への移行症例検討 【院内助産システム】助産師管理と医師管理の比較（妊娠経過・分娩医療介入）、医師主導への移行症例検討、助産師と産科医の協働に対する思い 【助産外来】妊婦・妊娠管理の安全性、妊娠リスクスコアの活用
3.助産師の認識や能力	【院内助産】業務に対する意識（必要性他）、開設の要素（背景・意識他） 【院内助産システム】業務に対する意識（意欲・能力・不安）、自己効力感 【助産外来】助産師の技術習得実態、助産師が必要と考える実践能力、実践能力評価基準の開発
4.助産ケアの評価	【院内助産】ケア評価、妊産褥婦や家族のニーズ 【院内助産システム】ケア評価、満足度、システム導入の賛否 【助産外来】利用者の印象、感想、ニーズ、ケア評価、満足度、開設ニーズ
5.文献研究	【助産外来】実態、研究動向、超音波診断を用いた妊婦健康診査の課題

II 数値データを用いた院内助産の医療介入に関する文献

院内助産の安全性を数値データで示した原著論文は8件であった。データの性質として、3施設を統合したデータを用いた文献が1件、他の7文献は単一施設のデータであり、調査期間は2007年～2012年であった。研究内容は、次のAとBの2つに分類された(表3)。

A. 産科病棟をコントロール群として院内助産分娩結果をデータ比較した文献(3件)

B. コントロール群なく院内助産のみの分娩結果を示した文献(5件)

A. 産科病棟をコントロール群として院内助産分娩結果をデータ比較した文献

対象データは、文献1が周産期母子医療センター2か所と地域の連携医療施設1か所(病院)での統合データである。文献2と3は単一施設のデータである。分娩対象者は文献1と2は初産婦および経産婦、文献3は経産婦のみである。

院内助産対象者の選定基準は、文献1の3施設統合データでは妊娠37週時点で妊娠リスクスコアを用いている。文献2と3では、妊娠22～23週までの医師による妊婦健康診査で妊娠経過に問題がないと診断された妊婦のうち希望者を対象としている。

分娩結果として医療介入なく分娩した割合は、3文献とも助産師管理の方が医師管理よりも高い。文献1では、助産師管理77.5%に対し、医師管理53.4%、文献2では助産師管理63.7%に対し医師管理38.6%、文献3は経産婦データのみであるが、助産師管理62%に対し医師管理59%である。

一方、医療介入については、文献ごとに介入内訳が異なるため、表には共通項目として、帝王切開術、誘発・促進分娩、吸引分娩の3項目を抜粋し記載した。助産師管理と医師管理の結果を初経別で比較すると、助産師管理の初産婦の医療介入率は、文献1は45.6%、文献2は53%、医師管理の初産婦への医療介入率は、文献1では65.4%、文献2では78.4%

と医師管理の方が医療介入率は高い。経産婦における助産師管理の医療介入率は、文献1が10%、文献2が22.7%、医師管理では文献1が23.1%、文献2が41.7%と、こちらも医師管理の方が医療介入率は高い。つまり、初産経産を問わず助産師管理よりも医師管理の方が医療介入率は高い結果となっている。また、助産師管理であっても医師管理であっても初産婦への医療介入率が経産婦に比較して極めて高い。

帝王切開率に注目すると、助産師管理の初産婦の帝王切開率は、文献1は11.2%、文献2は8.6%、医師管理の初産婦は、文献1は7.6%、文献2は6.2%であり、ここでは逆に助産師管理の方が医師管理よりも帝王切開率が高い。経産婦については、文献1では助産師管理が0.9%、医師管理が1.2%、文献2では助産師管理が0.8%、医師管理が1.6%と医師管理の方が帝王切開率が高い。初経合算の帝王切開率ではいずれも4%台と大差ない。また、医療介入の内訳において、帝王切開術よりもそれ以外の介入方法(誘発・促進分娩、吸引分娩等)が多いことがわかる。

B. コントロール群なく院内助産のみの分娩結果を示した文献

文献4～8の5文献は、いずれも単一施設での実数報告であり、文献4と5は同一施設で年度が異なる報告である。これらの文献は、院内助産の分娩結果をコントロール群なく示している。

院内助産対象者の選定基準は、妊娠20～22週頃までの医師による妊婦健康診査の結果ローリスクと判断された場合を前提とし、葛飾赤十字産院では、さらに妊娠34～36週に再評価して対象者を選定している。

全体として、助産師管理で医療介入なく分娩した割合は98%～50.4%と幅広く、同一施設でも年度により割合が異なっている。文献6と7のデータは、医療介入のない分娩率が90%台と非常に高い。

一方、医療介入についてみると、帝王切開率(初経合算)は0.5%～5.8%と施設により

幅のある数値となっている。文献8では帝王切開術以外の医療介入詳細は不明であるが、文献5では促進分娩や吸引分娩数が多くみられる。

考察

院内助産において助産師が主体となって実施できる内容は、「助産業務ガイドライン」(日本助産師会)と「産婦人科診療ガイドライン産科編」(編集・監修 日本産科婦人科学会と日本産婦人科医会)によって示されている。また、日本産科婦人科学会と日本産婦人科医会は、助産師主導の院内助産システムを次のように定義している。

「予め当該病(医)院常勤医師との間で策定されたルールに基づき、助産師が医師の同席・立会なしに妊娠・分娩管理ができる体制、かつ必要に応じて速やかに医師主導に切り替えられる体制である」

全国の院内助産は、これらを基に施設ごとに助産師と産科医師との間で具体的な取り決めをした上で運営されている。このような現状を踏まえて考察する。

1. 院内助産研究動向の概要

院内助産での分娩終了例数、分娩進行中に助産師から医師管理へと移行した事例の要因についての報告があり、助産師主導で妊娠管理されていたローリスク妊婦であっても、分娩開始後に助産師から医師へ移行する例が少なからずあることがわかる。移行理由は、微弱陣痛・胎児心音異常が多い。胎児心拍異常については、ガイドライン産科編 2014 に分娩中のチェックリストの中に胎児心拍パターン図の詳細な記述があり、松本ら(2010)の報告はその活用方法の実際に踏み込んだものである。微弱陣痛の場合、医療介入方法は、薬剤使用による子宮収縮力増強、器具を使う吸引分娩や鉗子分娩、あるいは手術として帝王切開術となり、胎児心音異常の場合は、フルモニタリングで経過観察あるいは帝王切開術となる。医師管理への移行後は、医療チー

ムとして協働による産婦管理となる。

近年の新しい動向である助産師による会陰縫合については、2010年の厚生労働省「チーム医療の推進について」の内容を踏まえて、助産師が縫合を実施する施設が増えてきたことが背景にあると考えられる。しかし、会陰切開についてはまだこのような状況になく、助産師の基本的業務範囲に含むとはされていない。にもかかわらず、助産師による会陰切開の実施が報告されている。西尾らの文献(2013)は、開業助産師と病院勤務助産師による実施状況と切開理由、助産師が会陰切開することについての認識の違いを浮き彫りにしている。助産師主導といえども、助産師の認識は多様であるといえる。ただし、この結果は、分娩医療機関へのアクセスが整備されていない地域を多く抱えた北海道という地域特性も踏まえて分析する必要がある。

助産師の認識という点では、石岡らの調査にあるように、院内助産開設に伴う自信や意欲の不足が問題となっている(石岡ら 2013)。また、医師との協働について助産師の自律性の研究もおこなわれている(石引ら 2013)。院内助産は病院の中のシステムであるため、うまく機能すれば、より安全で質の高い分娩環境を提供できる反面、施設管理者の理解を得ることが困難な場合や混合病棟では開設することが難しい。全国の産科併設総合病院で混合病棟が75%を占める現状(北島 2012)では、院内助産の新規開設は難しく、2011年から2014年にかけて施設数増加が6か所にとどまっているのも混合病棟が一因である可能性が考えられる。対策としては、2013年に産科混合ユニットマネジメント導入の手引きが日本看護協会により作成されている。一方で、院内助産の有益性については、すでに実施している施設の方が、医師、助産師ともに有益であると認識しているという報告がある(遠藤ら 2011)。現在の助産師の抱える不安や消極的な姿勢が未経験に起因するものとするれば、先行例を積極的に活用し経験を広げる機会の提供が有効な解決手段とな

りえる。

助産ケアの評価は、提供したケアについての妊産褥婦や家族による評価、満足度調査の報告となっている。院内助産は、対象者、ケア方針とも施設ごとに基準が異なるため、今後は、各施設の特異性を踏まえた研究が重要となる。

院内助産文献研究について、今回の検索では院内助産研究の研究動向に関する原著論文は見当たらなかったが、今後は運営実績を踏まえて文献が増加することが予想される。本論では、分娩を中心とした研究内容に限定したが、院内助産とは、妊娠期からの継続システムの一環である。今後は、その継続性を視野に入れた院内助産の特徴についての研究が必要である。

2. 数値データを用いた院内助産の医療介入について

院内助産における医療介入のない分娩率は、初経合算数値で 98%~50.4%と幅広い数値であった。要因として考えられるのは、院内助産対象者の選定基準と医療介入の判断の相違である。どちらも、ガイドラインを基本的に施設ごとに助産師と医師との間で基準が決められている。

院内助産対象者の選定基準として概ね共通しているのは、妊娠 22 週頃までの医師による妊婦健康診査でのローリスク判定であるが、相違は、ローリスクの判定基準によって生じる可能性がある。厳格な基準に基づき選定する場合と、医師と協働しながらボーダーライン上の産婦を院内助産で引き受ける場合とでは、分娩開始後の経過に有意差が出る可能性がある。

医療介入については、今回の 8 文献における帝王切開率は、初経合算で 0.5~5.8%であった。日本全国の帝王切開率は 2011 年で平均 19.2% (カバー率 96%) である(石川ら 2013)。院内助産はローリスク産婦の分娩を対象としているため、ハイリスク・ローリスクともに含む全国と比較して低い値となつて

いるのは当然であるが、かなり厳密にローリスクと判断された産婦であっても 5%は帝王切開術が必要な経過を辿っているともいえる。そして、その割合は、助産師管理の初産婦が最も高く、その要因の分析が必要である。

帝王切開以外の医療介入については、陣痛促進剤、吸引や鉗子の使用であり、帝王切開よりも数が多い。これらについては、適用基準が幅広ければ、医療介入率は上昇する。陣痛促進剤の使用を例にとると、微弱陣痛に対して使用されることが多いため、適用条件を厳しく制限すれば薬剤使用による医療介入率を下げることは可能である。産婦人科診療ガイドライン産科編 2014 によれば、陣痛発来後 36 時間あるいは子宮口全開後 4 時間が目安とされているが、その時間を超えてもすぐには薬剤を使用せず自然陣痛による分娩進行を図る。しかし、タイミングを逃すと、分娩時間を長引かせることで産婦の疲労が増強し、陣痛がさらに微弱になるという悪循環や、胎児の健康状態悪化を招く可能性があり、最終的に帝王切開となる場合がある。そうすると、陣痛促進剤の使用率は低下するが帝王切開率が上昇するという結果を招く。自然分娩を目指すことで正常分娩から逸脱しては本末転倒である。そのような結果にならないように、助産師には、的確な状況把握、正常経過の診断と予測、予防的ケア等高度な能力が求められる。あらゆる分娩は、最小限の医療介入で母子ともに良好な状態で終わることを目標としている。その中で院内助産に特徴的なことは、助産師が分娩の正常な経過を診断し、ケアの提供を行っているということである。各施設がどのような分娩を目指すのかが、これからは問われることになる。

研究の限界

今回は、分娩開始後の医療介入に焦点をあてたが、院内助産における分娩を考える上では、分娩開始前の医療介入すなわち予定日超過による誘発分娩についての考察が必要である。また、分娩の安全性という点では、分娩

時の母子の良好な状態についての検討が欠かせない。出生時の新生児の健康状態、母体の損傷や全身状態についてのデータ報告も併せてみていくことが必要である。

文献

表 3 に掲載の文献

- 文献 1—清水理恵、齋藤いずみ (2014) :
ローリスク妊産婦における院内助産の安全性に関する研究. 母性衛生, 55 巻 2 号 : 519—526.
- 文献 2—高橋佳世、岡田十三、市田耕太郎他 (2013) : 当科の院内助産システム運用における周産期予後の検討. 産婦人科の進歩, 65 巻 1 号 : 11—19.
- 文献 3—足立朋子、大谷朋子、齋藤百恵他 (2013) : 院内助産分娩内容とローリスク分娩内容との比較. 市立豊中病院医学雑誌 13 巻 : 21—24.
- 文献 4—高屋茜、菊池美美、印出佑介他 (2008) : 当院での「医師が立ち会わない院内助産」の試み. 日本産科婦人科学会東京地方部会誌, 57 巻 3 号 : 377-379.
- 文献 5—鈴木俊治、平泉良枝、野町寧都 (2012) : 助産師主導から医師主導分娩体制への移行症例に関する検討. 周産期医学, 42 巻 8 号 : 1072—1076.
- 文献 6—宮木良美、新田京子、芹沢麻里子 (2011) : メディカルバースセンター開設後の現状と今後の課題. 浜松医療センター学術誌, 5 巻 1 号 : 90-91.
- 文献 7—間中伴子、永井祥子、氏家由美子他 (2013) : 院内助産の取り組みと今後の課題～リスクマネジメントにおける対象者基準の評価～. 栃木県母性衛生学会誌, とちぼ 39 号 : 13-15.
- 文献 8—村田佐登美、江口さやか、大隅奈明他 (2013) : 院内助産システムにおける医療介入レベル分類と助産技術に関する考察. 愛仁会医学研究誌, 44 巻 : 212—214.

引用・参考文献

- 天谷那弥子、土屋邦子、小林睦美 (2011) : バースセンターにおいて医療介入した事例の検討. 栃木県母性衛生学会誌, とちぼ 37 号 : 11-12.
- 池ノ上克ほか (2009) : 平成 20 年度厚生労働科学特別研究事業「助産師と産科医の協働の推進に関する研究」
- 石岡洋子、甲斐洋子 (2013) : 勤務助産師の院内助産システム開設に対する不安内容の検討. 第 43 回日本看護学会論文集母性看護, 2013 年 : 68—71.
- 石川薫、杉原拓、池田智明他 (2013) : 日本の最近の帝王切開率の動向. 日本周産期・新生児医学会雑誌, 第 49 巻 1 号 : 383—387.
- 石引かずみ、長岡由紀子、加納尚美 (2013) : 助産師の産科医師との協働に関する研究—助産師の専門職的自律性に焦点をあてて—. 日本助産学会誌, Vol.27 No.1 : 60-71.
- 岩仲奈緒、星恵美、秋元恵子他 (2014) : 院内助産に対する意欲と助産師の能力及び自己効力感との関係—「医療機関における助産ケアの質評価 第 2 版」及び「特性的自己効力感尺度」を用いて—. 栃木県母性衛生学会誌, とちぼ 40 号 : 30—34.
- 遠藤俊子、福島裕子、前田一枝他 (2011) : 平成 22 年度厚生労働科学研究「地域における周産期医療システムの充実と医療資源の適正配置に関する研究」分担研究 院内助産システムの認識と助産実践能力強化研修の評価. 看護, vol.63 No.8 : 96-101.
- 北島博之 (2012) : 全国の総合病院における産科混合病棟と母子同室の状況について. 日本周産期・新生児医学会雑誌, 第 48 巻 3 号 : 661—668.
- 嶋澤恭子、宮本広子、寺村あすか他 (2009) : 女性の望む助産ケアに関する調査—院内助産所でのケアを考える—. 滋賀母性衛生学会誌 : 69—74.
- 西尾聡華、林和奈、伊藤由美他 (2013) : 助産師による会陰切開・会陰縫合の実態調査. 北産婦誌, 57 巻 1 号 : 62-74.

- 船津有沙、横田真実、松下みゆき他（2010）：
院内助産院に対する施設勤務助産師の意識
に関する実態調査。香川母性衛生学会誌，
第10巻 第1号：1-10.
- 松川昭代、和久田幸代、田末かつ江他
（2013）：院内助産システム導入を見据え
たA病院の分娩体制に関する意識調査—産
科医療を存続させるために今、助産師がで
きること—。第43回日本看護学会論文集
母性看護：80-83.
- 松本直樹、五味陽亮、新坂真実子他（2010）：
胎児心拍陣痛図による分娩時リアルタイム
マネージメントの院内助産への応用。日産
婦関東連会誌，47巻：17-25.
- 三宅秀彦、五十嵐美和、里見操緒他（2010）：
医師の立ち会わない院内助産における胎児
心拍数モニタリング。日医大医会誌，第6
巻1号：13-16
- 渡邊めぐみ、林猪都子、乾つぶら（2012）：
院内助産開設に関わる要素—院内助産モデ
ルケースの聞き取りから—。日本助産学会
誌， Vol.26, No.2, : 256-263.
- 公益社団法人神奈川県看護協会助産師職能委
員会（2014）：神奈川県における院内助産
システムの実態について～勤務助産師の調
査から～。神奈川母性衛生学会誌，号：14
-20
- 厚生労働省（2010）：チーム医療の推進につ
いて（チーム医療の推進に関する検討会
報告会）資料1 平成22年3月19日
- 厚生労働省（2015）：周産期医療体制のあり
方に関する検討会 周産期医療体制の地域
差と方向性 ～将来需要やアクセスを踏ま
えて～国際医療福祉大学大学院 石川雅俊
（第1回周産期医療体制のあり方に関する
検討会）資料4 平成27年8月31日
- 社団法人日本看護協会：院内助産システムの
推進について—助産師の活動に関する用語
の定義—平成21年2月（ホームページア
クセス：2015.9.26）

表3 文献による院内助産の分娩結果
A:コメントロール群あり

	1. 三施設統合(2011・2012)			2. 愛仁会千船病院(2009・2010)			3. 市立豊中病院(2009・2012)		
	院内助産 (助産師管理)	産科病棟 (医師管理)	産科病棟 (医師管理)	院内助産 (助産師管理)	産科病棟 (医師管理)	産科病棟 (医師管理)	院内助産 (助産師管理)	産科病棟 (医師管理)	産科病棟 (医師管理)
対象分娩数 (全数)	365			444			937		
初産婦	125	230	211	197	501	501	50	50	100
経産婦	230	169	169	247	436	436	経産婦	経産婦	経産婦
初産率 (%)	68(54.4%)	207(90%)	73(34.6%)	92(46.7%)	108(21.6%)	108(21.6%)	31(62%)	59(59%)	59(59%)
初産率 (初産別)	275(77.5%)	203(53.4%)	203(53.4%)	283(63.7%)	362(38.6%)	362(38.6%)	(初産婦データなし)	(初産婦データなし)	(初産婦データなし)
初産率 (初産別)	80(22.5%)	177(46.6%)	177(46.6%)	161(36.3%)	575(61.4%)	575(61.4%)	19(38%)	41(41%)	41(41%)
初産率 (初産別)	57(45.6%)	23(10%)	138(65.4%)	105(53.3%)	393(78.4%)	393(78.4%)	0	0	0
初産率 (初産別)	14	2	16	17	31	31	0	0	0
初産率 (初産別)	—	—	—	34	148	148	1	10	10
初産率 (初産別)	—	—	—	(24)	(101)	(101)	(1)	(10)	(10)
初産率 (初産別)	13	4	33	21	85	85	0	0	7
初産率 (初産別)	30	17	89	産褥子宮収縮剤投与	産褥子宮収縮剤投与	産褥子宮収縮剤投与	弛緩出血	弛緩出血	弛緩出血
初産率 (初産別)	11.2%	0.9%	7.6%	8.6%	6.2%	6.2%	17	胎盤用手剥離 1	24
初産率 (初産別)	4.5%	4.7%	4.7%	4.3%	4.1%	4.1%	0%	0%	0%
院内助産対象選定基準	<ul style="list-style-type: none"> ・妊娠37週時点で妊娠リスクスコア3点以下であり、分娩入院時に異常がなかった妊婦 ・妊娠23週までの妊婦健康診査は医師が行い、施設の基準によりローリスクと診断された場合、以降の健診について、医師による診察か助産師による診察かの選択を妊婦が行う。 ・妊娠28週以降は、胎児心拍モニタリングを毎回実施 ・正常経過の場合も、妊娠28・36・40週で医師診察と超音波検査を実施。 								
分娩時の医師立会い	医師の立会いの下で助産師が介助								

注：文献にデータが記載されていない項目は「—」で示した。（※）その他の分類語句は、各文献記載の通り。

表3 文献による院内助産の分娩結果(つづき)
B:コントロール群なし

	4. 葛飾赤十字産院 (2008)	5. 葛飾赤十字産院(2009-2011)	6. 浜松医療センター (2009-2010)	7. 国際医療福祉大学病院 (2011-2012)	8. 愛仁会高槻病院 (2007-2011)
院内助産(助産師管理)	院内助産(助産師管理)	院内助産(助産師管理)	院内助産(助産師管理)	院内助産(助産師管理)	院内助産(助産師管理)
対象分娩数(全数)	137	1,258	196	52	364
初産別		初産婦 589 経産婦 669		初産婦 11 経産婦 41	
医療介入なく分娩(初産合算)	69(50.4%)	711(56.5%)	192(98.0%)	47(90.4%)	216(59.3%)
分娩時に医療介入(%)	68(50.6%)	547(43.5%)	4(2.0%)	5(9.6%)	148(40.7%)
初産別介入数(%) (内訳)帝王切開術 促進分娩 吸引分娩 その他(※)	8 — 5 —	374(63.5%) 27 249 67 —	— 1 — 1 鉗子分娩2	— 2 1 — 正常分娩2(血性羊水・子 宮内感染疑い)	— — — — —
帝王切開率(初産合算)	5.8%	2.1%	0.5%	3.8%	5.5%
院内助産対象選定基準	・妊娠5か月までの妊婦健康診査は医師が実施し、ローリスク妊婦と診断されれば、妊婦の希望によって助産外来での健診を受けることができる ・妊娠34週頃に再評価し、ローリスク分娩と診断されれば、同意書にて助産師だけの介助を希望することができ 医師は立会わない	・妊娠34~36週の妊婦健康診査で施設の管理基準上ローリスク分娩と診断された者 医師は立会わない	・妊娠22週頃、医師によるローリスク診断を実施(妊婦の希望の有無については、文献に記載なし)	・妊娠20週以降に医師の許可があり、妊婦が希望した場合	—
分娩時の医師立会い	医師は立会わない	医師は立会わない	—	医師は立会わない	—

注: 文献にデータが記載されていない項目は「—」で示した。(※) その他の分類語句は、各文献記載の通り。