

作成した。本ガイドラインは、現在、すでに院内助産を実施している施設の指針や基準を制限するものではない。一方、これから院内助産を開始する施設には、日本看護協会（2006）発行の「病院・診療所における助産師の働き方」<sup>3)</sup> が企画や組織作りの参考になる。

## C. 研究結果と考察

### 1 院内助産システム

#### 1-1 院内助産システムとは（図1）

病院や診療所において、看護・助産提供体制としての「助産外来」や「院内助産」を置き、助産師を活用する仕組みをいう。

院内助産システムにおける助産師は、医師との役割分担・連携のもと、医療法、医師法17条および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、分娩介助並びに健康相談・教育を主導的に行う。また、助産師は医師と連携して、妊産褥婦やその家族の意向を尊重し、ガイドラインに基づいたチーム医療を行うことで、個々のニーズに応じた助産ケアを提供する。特に、ローリスク妊産褥婦に対しては、妊婦健康診査、分娩介助並びに健康相談・教育を助産師が行う。

##### 1-1-1 助産外来

妊婦・褥婦の健康診査並びに保健指導が助産師によって行われる外来をいう。

※ 外来における実践内容を示す標記が望ましいため、本ガイドラインでは「師」はあえてつけない。

##### 1-1-2 院内助産

分娩を目的に入院する産婦及び産後の母子に対して、助産師が中心となってケア提供を行う方法・体制をいう。殊に、ローリスクの分娩介助は助産師によって行われる。

※ 厚生労働省の事業で使用している「院内助産所」もここでいう「院内助産」と同義である。この場合の「院内助産所」は、医療法でいう「助産所」ではない。

#### 1-2 看護・助産提供体制

助産外来や院内助産は、施設の規模や体制などによって、様々な形態で運用することができる。施設の看護管理者が中心となって、このシステムを推進する体制や入院のスペースを采配することができる。特に、院内助産では、年間分娩件数、病床数、助産師数、設備などに応じて、様々な看護の提供体制をとることができる。年間分娩件数が多く（1,000件程度）、産科単科の病棟であり、助産師の人数が多い施設においては、スタッフをユニットなどに分け、産婦のリスクやニーズに応じた助産ケアを提供する。

例えば、病棟の看護・助産提供単位を「産科ユニット」と「院内助産ユニット」などに分け、産科ユニットがハイリスク産婦および褥婦を、院内助産ユニットがローリスク産婦および褥婦を受け持つなど、各々のニーズに応じたケアを提供する。また、分娩室が複数ある場合、リスクに応じて分けて用いることもできる。このようなユニットを設置しオープンシステムをとることによって、開業助産師等が利用しやすくなり、出産の安全性が高まるとともに地域連携が一層進むことが予想される。

一方、診療所等で年間分娩件数が少ない場合や、産科と他科の混合病棟にあっては、現行の体制の中での運用も可能である。個々の妊産婦の状況に応じ、助産師と医師がチームとして、各々の構成人数や経験の度合いにより、ガイドラインに基づいた個別のケアを提供できる。

#### 1-3 助産ケアの考え方

助産師は、親になる人を妊娠中から分娩・産褥・育児期を通して支援していく。加えて、わが国の助産師は看護師の資格も有するため、院内助産では助産師が中心となって分娩介助だけでなく看護ケアも行われる。