

令和 6 年 6 月 3 日現在

機関番号：14301

研究種目：若手研究

研究期間：2021～2023

課題番号：21K17383

研究課題名（和文）助産師による産前・出産・産後を通じた継続ケアモデルに関する調査研究

研究課題名（英文）The current context of midwifery continuity of care in Japan

研究代表者

ドーリング 景子 (Doering, Keiko)

京都大学・医学研究科・助教

研究者番号：10839111

交付決定額（研究期間全体）：（直接経費） 3,200,000円

研究成果の概要（和文）：本研究は、日本における同一助産師または少人数の助産師チームによる産前・出産・産後を通じた継続ケア（MCOC：Midwifery Continuity of Care）モデルの実施状況について、質問紙調査による現状把握を行った。その結果、2021年にMCOCを実施していた施設は、病院25.8%（107/415）、診療所13.8%（41/297）、助産所91.3%（167/183）、全体では35.2%（315/895）であった。さらに、MCOCの実施形態（方法や条件、助産師の働き方等）やMCOC実施と助産師外来や院内助産の関連、実施の理由や課題等が明らかとなった。

研究成果の学術的意義や社会的意義

本研究は、日本における助産師による産前・出産・産後の継続ケア（MCOC）の実施状況について明らかにした初めての調査である。本研究では、日本で行われているMCOCの具体的な実施方法や実施要件、MCOC実施の課題についても明らかにした。MCOCは、出産の安全やケアの質を向上させ、女性のポジティブな出産体験につながる等、妊産婦やその児にとって重要なケアモデルであることが認められており、本研究結果が、今後、日本でMCOCモデルを展開する際の重要な資料となり、日本でのMCOCの普及・拡大、ひいては女性のポジティブな出産体験に貢献することが期待される。

研究成果の概要（英文）：This study aimed to explore the current context of the midwifery continuity of care (MCOC) model in Japan, using a questionnaire-based survey. The MCOC model is that a known midwife or small group of known midwives supports a woman throughout the antenatal, intrapartum, and postnatal continuum. The results of the survey showed that 25.8% (107/415) of hospitals, 13.8% (41/297) of clinics, 91.3% (167/183) of midwifery homes and 35.2% (315/895) overall had provided the MCOC model in 2021 in Japan. The details of the provision of the MCOC model, such as how the MCOC model is delivered and how midwives work in the MCOC model, were also explored. Furthermore, the survey revealed the characteristics of birth facilities which provide the MCOC model and how the facilities provide the MCOC model, as well as the reasons and challenges of providing the MCOC model in Japan.

研究分野：助産

キーワード：助産 継続ケア

様式 C - 19、F - 19 - 1 (共通)

1. 研究開始当初の背景

少子化や育児不安が社会問題となっている日本において、女性が安心して出産や子育てに臨める制度や環境の整備が重要である。Gottvall と Waldenström (2002) の研究では、出産で辛い体験をした女性は、次の妊娠までの期間が長い、またはそれ以上子どもを持たない傾向にあり、ネガティブな出産体験が少子化の要因になり得ることを示唆している。さらに、日本では産後うつ、妊産婦の自殺、乳幼児虐待といった問題も年々深刻化している。その対策として、社会的ハイリスク妊婦の早期発見や産後に焦点を当てたケアの提供が行われているが、先行研究では、妊娠・出産中のケアや体験が産後の母親の精神状態や子育てに影響を与えることが示されている (Doering et al. 2022, 2023; Kildea et al. 2018)。これらのことから、少子化や育児不安、その他の妊産婦をとりまく個人的かつ社会的課題の解決には、妊娠中からのケアや出産体験の質を高めることが重要性である。

世界保健機関 (WHO 2018) は、「ポジティブな出産体験のための分娩期ケアガイドライン」において、同じ助産師、または少数の助産師グループによる産前から出産・産後にかけての継続ケア (MCOC: Midwifery Continuity of Care) を推奨している。これは、MCOC によって、流産や死産の減少、機械分娩や帝王切開の減少等、妊娠や出産の異常が減り、ケアに対する満足も高くなるというエビデンスに基づいている (Sandall et al. 2016)。ニュージーランドでは、すべての妊産婦が MCOC を受ける周産期ケアシステムが確立されており、英国やカナダ等でも、そのような制度への移行が進んでいる。日本でも MCOC が当たり前に行われていた歴史はあるが、戦後、その形態は変化し、妊産婦が妊婦健診や分娩時、また産後のケアで多くの異なる助産師やその他の専門家からケアを受ける分業型のケアが主流となっている。当時とは異なる時代背景、出産場所、助産師の働き方、出産ケアシステムがあり、その中で MCOC を実施するためには、少数ながらも行われている日本の MCOC の現状を把握し、どのような方法が日本の現状に即し、より多くの妊産婦へ MCOC の提供を可能にするかを模索する必要がある。本研究以前は、日本において、MCOC の事例等の報告はあるものの、MCOC 実施の全国的な状況把握や、MCOC システム確立のための普遍的要素の抽出等は行われていなかった。

2. 研究の目的

本研究は、日本で MCOC を普及・拡大させるために必要な MCOC 実施の現状把握と、MCOC 実施上の、または実施に向けた課題や、MCOC 実施に重要な要因の特定を目的とした。

3. 研究の方法

本研究では、日本における MCOC の実施状況について質問紙調査を行なった。
調査対象：分娩を取扱う施設の加入率 99.9% (2022 年 5 月 17 日時点) である産科医療補償制度の加入分娩機関リストにある 3,156 施設 (病院 1,170・診療所 1,537・助産所 449)
調査方法：上記の出産施設へ、各施設の 2021 年の MCOC の実施状況について質問紙 (病院・診療所 20 問、助産所 18 問) への回答を依頼した。収集したデータについて記述統計およびカイ二乗検定・t 検定・一元配置分散分析を行なった。
調査期間：2022 年 5 月 (質問紙送付) ~7 月 (回収)

4. 研究成果

全国の出産施設を対象に質問紙調査を行なった結果、978 施設 (回収率 31.5%) から回答を得て、895 施設 (有効回答率 28.8%) の分析を行なった。対象の 895 施設について、病院の年間分娩件数は最小値 10 件~最大値 3,090 件 (中央値 310 件)、診療所は 12~1,227 件 (中央値 310 件)、助産所は 1~229 件 (中央値 11.5 件) であった。病院の助産師数は 2 名~113 名 (中央値 18.5 名)、診療所は 0 名~31 名 (中央値 9 名)、助産所は 1 名~15 名 (中央値 3 名) であった。

分析の結果、2021 年に MCOC を実施した出産施設は、病院 25.8% (107/415)、診療所 13.8% (41/297)、助産所 91.3% (167/183)、全体では 35.2% (315/895) であった。MCOC を実施している病院の年間分娩件数は最小値 10 件~最大値 3,090 件 (中央値 300 件)、診療所では 20~1,227 件 (中央値 342 件)、助産所では 1~229 件 (中央値 11 件) であった。病院の助産師数は 2 名~113 名 (中央値 20 名)、診療所は 1 名~27 名 (中央値 9 名)、助産所は 1 名~15 名 (中央値 3 名) であった。

MCOC を実施していた出産施設において MCOC を行なった助産師の数は、病院で最小値 1 名~最大値 60 名 (中央値 10 名)、診療所で 1 名~20 名 (中央値 5 名)、助産所で 1 名~12 名 (中央値 1 名) であった。その割合は、病院で 52.8%、診療所で 59.0%、助産所で 56.3% であった。MCOC 実施時に産婦が担当の助産師と出産する割合については、病院と診療所では 5 割以下が最も多く (61.7%・48.8%)、助産所では 10 割が 86.2% で最も多かった。MCOC 実施時に医師がすべての分娩に立ち会う割合は、病院で 82%、診療所で 92.5% であった。

MCOC の実施形態は、病院・診療所においてチーム制が最も多く (68.2%・61.5%)、助産所においては一対一が 81.4% で最も多かった。チーム制の場合のチームの構成人数は、病院で最

小値 2 名～最大値 20 名 (平均値 ± 標準偏差 6.6 ± 4.0) 診療所で 3～15 名 (6.5 ± 3.6) 助産所で 2～12 (4.2 ± 2.5) であった。MCOC を実施する際の助産師の勤務体制は病院と診療所ではシフト制が 8 割以上であったが、助産所ではシフト制よりもオンコールやフレキシブルな体制が多かった。MCOC を提供する助産師については、どの出産施設も助産師の条件を定めていなかったが、病院では経験年数やアドバンス助産師であること、診療所でも経験年数や介助件数を条件としてあげていた。

MCOC の開始時期と終了時期は、病院と助産所では妊娠中期から産後 1 ヶ月、診療所では妊娠初期から産後 1 ヶ月が最も多かった。病院と比較して診療所や助産所では産後 2 ヶ月まで MCOC を提供する割合が高かった。MCOC の対象となる妊婦については、病院・診療所で社会的ハイリスクの妊婦が多く、助産所では主にローリスクの妊婦であった。

MCOC を途中で中止した場合の理由は、病院と助産所で妊娠の異常が最も多く、診療所では妊娠の異常と妊婦の引越しや転院が多かった。産婦の転院や搬送で MCOC を中止した後のケアについて、助産所では有料でケアを提供することが多く、ついで無料でケアを提供することが多かった。

MCOC を実施する理由について、病院では「妊婦にとって利点がある」、ついで「助産師にとって利点がある」が多く、診療所と助産所では「助産師として当然」、ついで「妊婦にとって利点がある」が多かった。

MCOC 実施施設における実施上の課題・困難な点について、病院と診療所では「助産師の勤務体制」、ついで「助産師の報酬」「助産師不足」が多く、助産所では「MCOC が途中で中断される」、「妊婦へ MCOC が周知されていない」、「助産師の報酬」が多かった。MCOC を実施していない出産施設において MCOC が実施困難な理由として、病院と診療所では「助産師の勤務体制」と「助産師不足」が多く、助産所では「妊婦へ MCOC が周知されていない」、「助産師の勤務体制」が多かった。

出産施設の種別ごとに、MCOC 実施の有無と年間分娩数の平均値の関連を確認したところ、いずれの種別においても、MCOC の実施ありと実施なしの間で、年間分娩数に有意な差はみられなかった。MCOC 実施の有無と助産師数の平均値の関連についても、いずれの種別も、MCOC の実施ありと実施なしの間で、助産師数に有意な差はみられなかった。

病院と診療所について、院内助産の有無と MCOC の実施状況の関連を確認したところ、病院・診療所ともに院内助産ありと MCOC 実施ありの間に有意な関連がみられた。助産師外来の有無と MCOC の実施状況の関連については、病院・診療所ともに助産師外来の有無と MCOC 実施の有無の間に有意な関連はみられなかった。

病院と診療所について、産科単科病棟か産科混合病棟かと MCOC の実施状況の関連を確認したところ、病院・診療所ともに産科単科・混合病棟と MCOC 実施の有無の間に有意な関連はみられなかった。

病院と診療所について、開業助産師へのオープンシステム提供と MCOC の実施状況の関連を確認したところ、病院では開業助産師へのオープンシステム提供ありと MCOC 実施ありの間に有意な関連がみられたが、診療所では開業助産師へのオープンシステム提供ありと MCOC 実施ありの間に有意な関連はみられなかった。

出産施設の種別と、MCOC を中止した人数の関連については、出産施設の種別による MCOC 中止人数に有意な差はみられなかった。

引用文献

- Doering, K., McAra-Couper, J., & Gilkison, A. (2022). The un-silencing of Japanese women's voices in maternity care: A hermeneutic phenomenological study of the woman-midwife relationship. *Midwifery*, 112, 103407.
- Doering, K., McAra-Couper, J., & Gilkison, A. (2023). Seeking a connection: Women's lived experience of the woman-midwife relationship in mainstream maternity services in Japan. *Women and Birth*, 36(6), e598–e604.
- Gottvall, K., & Waldenström, U. (2002). Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109(3), 254–260.
- Kildea, S., Simcock, G., Liu, A. *et al.* (2018). Continuity of midwifery carer moderates the effects of prenatal maternal stress on postnatal maternal wellbeing: the Queensland flood study. *Arch Womens Ment Health* 21, 203–214.
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*, 4(4), CD004667.
- World Health Organization. (2018). WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Author. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>

5. 主な発表論文等

〔雑誌論文〕 計0件

〔学会発表〕 計0件

〔図書〕 計0件

〔産業財産権〕

〔その他〕

-

6. 研究組織

	氏名 (ローマ字氏名) (研究者番号)	所属研究機関・部局・職 (機関番号)	備考
--	---------------------------	-----------------------	----

7. 科研費を使用して開催した国際研究集会

〔国際研究集会〕 計0件

8. 本研究に関連して実施した国際共同研究の実施状況

共同研究相手国	相手方研究機関
---------	---------