



助産ケアモデルへの移行

世界的な指針表明



一般社団法人 日本助産学会
Japan Academy of Midwifery



まとめ

世界の妊産婦と新生児の死亡率、罹患率、そして死産は、過去数十年間に大きな改善はあったものの、まだまだ受け入れがたいほど高いままで、健康格差が根強いことがわかります。思春期の妊娠は現在も世界的な公衆衛生上の重大課題であり、毎年何百万人もの若者たちが意図しない妊娠という壁に直面しています。家族計画や安全な妊娠中絶など、性と生殖の健康及び権利に関連するサービスや商品は、世界中の何百万人もの女性に十分には届いていません。こうした状況が世界の妊産婦死亡率、新生児死亡率、そして死産率にも影響を及ぼしています。人道支援の必要な地域や脆弱な環境は気候変動により悪化していますが、こうした地域に住む妊産婦や新生児を含めた人々の数は増加しており、大きな課題を抱えています。このような危機的状況における人々の体験が、深刻な医学的・心理的・社会的・経済的なアウトカムをもたらし、女性・新生児・パートナー・家族・地域の人々の生活と健康のすべての側面に影響を及ぼしています。

妊産婦と新生児の死亡や死産の大部分は、良質なケアをタイミング良く受けることができれば、防ぐことができます。妊産婦と新生児の死亡率、罹患率、死産を減らすためには、ケアへのアクセスを改善することが重要です。しかし、低・中所得国では、ケアへのアクセス不足という理由よりも、質の悪いケアが原因で死亡率が高くなっています。こうした環境の妊産婦死亡率の50%以上、新生児死亡率の60%以上は、良質なケアによって避けられる可能性があります。世界中で、多くの女性と新生児が妊娠中、出産中、産後のケアの場で、不当な扱いを受けています。妊娠・出産の過剰医療はここ数十年でエスカレートし、女性と新生児のケアの質はさらなる悪化と、アウトカムの悪化をもたらしました。このことはユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（訳注：全ての人々が適切な予防、治療、リハビリ等の保健医療サービスを、支払い可能な費用で受けられる状態）の達成を阻害しています。

国際人権法のもと、各国の政府には、女性、新生児、子ども、青少年が良質な保健医療を受けられ、最高水準の健康を享受する権利を、促進し、尊重し、保護し、保証し、支援する義務があります。世界保健機関（WHO）はユニバーサル・ヘルス・カバレッジ達成の初めの一步として、ヘルスシステムをプライマリヘルスケア（PHC）へ方向転換することを支持しています。⁸ これには、国や地域の状況に合わせたケアモデルを開発し、包括的で統合された保健サービスを推進するという原則を強化することなどが含まれます。ユニバーサル・ヘルス・カバレッジにおいてすべての人々の健康とウェルビーイングを改善するために良質な保健サービスを提供することを追求する際に、助産ケアモデルへの移行は費用対効果が良い戦略の代表格といえます。なぜなら、助産ケアモデルは、不要な介入は最小限に抑えつつ、女性と新生児のアウトカムを最適化できるからです。

「助産ケアモデルへの移行」とは、現在普及している断片化されたリスク志向のケアモデルから、女性と新生児が妊娠前から産後まで切れ目なくずっと、公正で、ケアの対象者本人を中心として尊重し、統合された良質なケアを、多職種連携チームの中で働く助産師が提供し調整するような助産ケアモデルへと方向転換するプロセスをいいます。

⁸ WHO は、「プライマリヘルスケア」（健康への社会全体のアプローチ）と、人々を中心に据えた継続的で包括的に調整されたケアである「プライマリケア」（一次医療）を区別しています。

助産ケアモデル：定義

助産ケアモデルとは、女性と新生児に対して、妊娠前から産後まで切れ目なく、教育され免許を持ち統制された助産師がケアを提供するケアモデルのことです。助産師は助産ケアの理念に沿った以下のアプローチを用いて、実践の全範囲にわたり、妊産婦と新生児を尊重した良質なケアを自律的に提供・調整します。

- i. ケアの対象者本人を中心としたアプローチを用いる
- ii. 女性と助産師の関係とパートナーシップに価値をおく
- iii. 生理学的・生物学的・心理学的・社会的・文化的なプロセスを最適にする
- iv. 適切な場合のみ介入する

助産ケアモデルでは、助産師は女性と赤ちゃんの個別的なニーズに応えながら、統合されたケアを提供します。必要なリソースや相談経路、搬送経路を備えた機能的で有効なヘルスシステムの中で行うものです。助産師は、対等で、信頼し合い、尊重し合う多職種連携チームの一員として、ケアのつながりの中で協働します。このようなアプローチによって、すべての女性と新生児が、一人ひとりの健康ニーズに合った個別的なケアを受けられることが保証されるのです。

助産ケアモデルは、自宅、地域、病院、行政、企業、官民連携、貧しい地域、人道支援が必要だったり危機的状況にある環境など、あらゆるレベルのケアや状況に適応できます。ですから、どんな文化的背景であっても、女性、新生児、パートナー、家族、地域のために、幅広いアクセス、公正性、妥当性が保証できます。

助産ケアモデルを導く原則



女性と新生児の救命と健康増進は喫緊の課題であることを考慮し、助産ケアモデルの導入は以下に貢献します

- 生命を救います
- 女性と新生児の短期的・中期的・長期的なアウトカムを改善することで、将来の世代の健康向上を保証します
- 女性のケアに対する満足度とケアを受ける体験を大幅に改善することで、良質なケアを望む人々の願いを広く叶えます
- 女性が十分な情報を得た上で健康にかかわる意思決定を行うことを手助けすることで、女性の意思決定における全体的な自律性や、性と生殖の健康と権利を十分に享受する能力を向上させます
- 健康的で生理的なプロセスを支持し、適切な場合のみ介入を行うことで、ネガティブなアウトカムを減らし、不要な医療介入による経済的負担を軽減します
- 各国の公衆衛生を向上させ、健康格差を是正することで、より健康で公正な社会の実現に貢献します
- 各国の保健サービスへのアクセスを向上させることで、ヘルスシステムの重大問題の解決と、人々のニーズに応える力に寄与します
- 女性の健康と権利へのコミットメントを体現することで、女性特有の健康ニーズを認識し、対処します
- 資源配分効率を最大化することで、公的資金が最も効果的かつ影響力を最大にした方法で妊産婦と新生児の保健実践に投入されることを保証します



コンゴ民主共和国で助産師の授乳支援を受ける女性。
©UNFPA

1



インドで陣痛の痛みを和らげるための産前の体操を教わる妊婦。©UNICEF India



1. 背景

世界の妊産婦の死亡率と罹患率は、過去数十年間に大きな改善はあったものの、まだ受け入れがたいほど高いままです（1）。2020 年には、妊娠、出産、あるいは産褥期に関連する合併症のために推定 287,000 人の女性が命を落としました（1）。さらに 2015 年には、最も一般的な産科合併症（出血、妊娠高血圧症候群、敗血症及び安全でない中絶の合併症）による直接産科的死亡が 2,700 万件発生したと推定されています（2）。周産期の不安やうつ病などのメンタルヘルスの問題は、高所得国（HIC）の女性 10 人に約 1 人、低・中所得国（LMIC）の女性 5 人に 1 人に認められています（3）。こうしたメンタルヘルスの問題は自殺につながる可能性があります。自殺は、高所得国における妊娠中及び産後 1 年までの死亡の主な原因の 1 つとなっています（4-7）。妊産婦の死亡や病気は、女性・乳幼児・パートナー・家族・地域の人々の生活と健康のあらゆる側面に影響を及ぼし（12-14）、重大な医学的・心理的・社会的・経済的影響（8-12）や、中長期的な有害アウトカムを導きます。

性と生殖の健康・権利（SRHR）は、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ）に不可欠な要素です。しかし、多くの国において、SRHR サービスにアクセスできない状況が続いています。世界の 1 億 6,400 万人の女性が家族計画に関するニーズが十分に満たされておらず、家族計画の需要の半分以下しか満たされていないような地域もあります（15）。さらに、10 件の妊娠のうち 3 件が人工中絶に至り、そのうち 45%は安全ではない中絶が行われていると考えられています（16）。これらの危険な中絶は、妊産婦死亡の 4.7~13.2%を占めると推定され、死亡しなかった場合でも、罹患率増加の一因となっています（16-18）。

新生児死亡率も世界全体において非常に高いままであり、毎日 6,300 人の新生児が死亡していると推定され、その大部分は生後 1 週間以内に死亡しています（19）。新生児疾患（例えば、早産の合併症、分娩期の新生児低酸素症、分娩時外傷、新生児敗血症、感染症など）は合わせて、世界全体で全年齢層を合わせた死因順位の第 5 位であり、低所得国では最も多い死因です（20）。



ラオス人民民主共和国で妊娠中に助産ケアを受ける女性。©UNFPA



コンゴ民主共和国で、内戦により国内避難をしている女性と担当助産師。妊婦健診にて。©UNFPA

新生児の罹病率も世界的に非常に高く、2020 年には 1340 万人の新生児が早産（21）であり、推定 1,980 万人の新生児が低出生体重であった（22）と推定されています。新生児疾患（主に早産と低出生体重）は、障害調整生存年（20）、5 歳未満児死亡率（19, 23）、世界的に新生児死亡率及び罹病率（19）の主な寄与因子となっています。これらの疾患は生涯にわたる障害（24, 25）や長期的な有害転帰（24, 25）をもたらし、生活習慣病（NCD）の負担を強める可能性があります（26–28）。母乳育児は、後年の小児死亡及び NCD を減少させることができる重要な介入の 1 つですが（29）、生後 1 時間以内に授乳を開始できる新生児はわずか 47%であり、生後 2 日の時点で母乳だけを飲んでいる新生児はわずか 67%です（30）。

年間 200 万人を超える胎児が子宮内で死亡するという悲劇的な現実にもかかわらず、死産の問題はほとんどが表面化されないままとなっています。世界中で死産は毎日 5,200 例（妊娠 28 週以降に、出産前あるいは出産中に死亡した児）にのぼると推定されており、これらの死亡の 40%は分娩中に生じています（31）。2022 年の子どもの死亡率推定に関する国連省庁間グループの報告は次のように強調しています。「こうした死亡は、スティグマ（社会的な不名誉の烙印）、タブー、そして死産を防ぐ方法はないといった誤解によって加速される沈黙の裏に覆い隠されたままである」（31）。

妊産婦及び新生児の死亡率、罹病率及び死産は、世界中又は国内で均等又はランダムに分布しているわけではなく、そのため健康格差の重要な指標となっています（8）。妊産婦及び新生児の死亡及び死産の大多数は、サハラ以南のアフリカ及び南アジアで発生しており、サハラ以南のアフリカだけでは全世界の妊産婦死亡の約 70%、新生児死亡の 46%、死産の 77%を占めています（1, 19, 31）。その他の妊産婦・新生児の死亡及び死産リスクの不公平さに寄与する主な要因としては、母子の性別・ジェンダー・民族、女性の教育レベル、雇用状況、経済レベル、障害の有無、性的指向及び年齢が挙げられます（1, 32）。

思春期の妊娠は、現在も世界的な公衆衛生上の重大な懸念となっています。2019 年には、低所得国で 15～19 歳の思春期妊娠は 2,100 万件と推定されました。これらの妊娠の約半数は意図しない妊娠で、そのような妊娠の 55%は中絶に至り、それも安全ではない方法であることが多いです。（33）。世界中で、妊娠及び出産に起因する合併症は、15～19 歳の少女における主な死因となっています（34）。10～19 歳の思春期の母親では、出血、敗血症、妊娠高血圧症候群、分娩停止などの合併症のリスクが高まり、早産や低出生体重児の可能性が高くなります（34）。

世界中で、人道主義支援が必要又は脆弱な環境に暮らす人、強制移住させられた人、無国籍の人の数はかつてないほど多くなっています（35、36）。2017 年だけでも、紛争地域に住んでいる、あるいは強制移住させられた女性と子どもの数は6億3,000万人にのぼります（37）。被災地において、女性や新生児は特に脆弱な存在であり（35、38）、武力衝突は世界中で実質的かつ持続的な妊産婦・小児の過剰死亡と関連しています（39）。気候変動が世界中の人道危機を引き起こし（35）、気候関連災害の発生率はこの10年間でほぼ3倍になっています（40）。このような被災者数や被災状況の悪化は、健康とウェルビーイングに関する国際的な目標と目的、特に妊産婦と新生児の死亡率及び死産の減少を目的とした目標の達成に向けた前進を著しく妨げています（1）。

しかし、妊産婦と新生児の死亡や死産の大部分は、良質なケアをタイミング良く受けることができれば、防ぐことができるのです（1,19,31）。必要なケアを受けるタイミングの遅れは、死産だけでなく、女性や新生児の回避可能だったはずの死亡や健康合併症と関連しており、これはしばしば「少なすぎるし、遅すぎる（too little, too late）」と表現されています（1, 41）。未だに世界中の多くの女性や思春期の少女は、医療従事者による4回以上の妊婦健診で得られるはずの恩恵を受けられておらず、医療施設へのアクセスや熟練した医療従事者による分娩介助を受けることなく出産するといった状況が続いており、多くの女性・新生児は出産後2日以内に医療者などによる産後のかかわりを全く受けていません（42）。ケアへのアクセスの不平等と格差は世界的に著しく蔓延しており、とりわけ農村部の人々、思春期の少女、最貧困から20%以内の人々がアクセスの困難さに最も直面しています（42）。例えば産科瘻孔は、分娩が進まない場合に緊急帝王切開に適宜切り替えることができないことが原因で生じる、極めて不公平な分娩合併症です（43）。産科瘻孔は主に、最も不利な立場にある脆弱な女性に起こりやすく、罹患した女性は重度の医学的、心理的、社会的及び経済的苦痛に加え、これらの分娩停止症例の90.1%が死産に至っています（43）。

妊産婦と新生児の死亡率、罹患率、死産を減らすためには、ケアへのアクセスを改善することが重要です。しかし、低中所得国では、ケアへのアクセス不足という理由よりも、ケアの質が低いことが原因で死亡率が高くなっています（44）。持続可能な開発目標（SDG）時代における質の高い医療制度（High Quality Health Systems in the Sustainable Development Goal era）に関するLancet グローバル・ヘルス委員会（Lancet Global Health Commission）は、質の高いケアによって、毎年100万件の新生児死亡と15万件の妊産婦死亡を救える可能性があると推定しています（44）。しかし、世界保健機関（WHO）の基準に基づくと、多くの状況で質の高い妊産婦・新生児ケアを提供することができておらず、その主な原因は対象者本人を中心としたケアの欠如（45、46）、有能でモチベーションの高い人材の不足、救命用の物品など必要不可欠な物理的資源の入手不可能、ケア提供の不足、ケアを受ける体験があまりにも酷いこと（47–49）などが挙げられます。



バングラデシュのロヒンギャ難民キャンプにて、医療施設で利用可能な最新の家族計画法について、助産師からカウンセリングを受けている女性。©UNFPA

世界的に、多くの女性や新生児が、妊娠、出産、及び産後のケアにおいて不当な扱いを受けています。これについては、低中所得国（48, 50）及び高所得国（50～53）における研究、並びにすべての国（45, 54, 55）を含む研究からもエビデンスがあります。妊産婦を尊重しない態度や虐待は、医療従事者個人の行動に起因する場合と、構造的・制度的な問題が妊産婦を尊重しないケアにつながっている場合、あるいはその両方の場合があります。これには、言語的、身体的あるいは性的虐待、スティグマや差別、プロの基準を満たさないケア、女性と医療提供者の間の信頼関係の不足、ヘルスシステムの状態や制約に基づく不十分なケアが含まれます（45, 48, 54–57）。こうした不当な扱いは、女性と新生児の健康とウェルビーイングに深刻な結果をもたらし、不安や産後うつ病のリスクを増大させ、自律性を損ない、ヘルスサービスを利用しなくなる可能性が高くなる恐れがあります（45, 52, 58）。

ここ数十年では、妊娠や出産の過剰な医療化が進み、この世界的な傾向は、「多すぎるし、早すぎる（too much, too soon）」と表現されています（41）。過剰な医療化とは、母児の状態に照らし合わせて明らかな必要性がないような、不適切・不必要・あるいは慣例的な介入を行うことです。用いられることの多い過剰な介入の例には、会陰切開、人工破膜、陣痛誘発、不必要な帝王切開、羊水混濁のない新生児の口腔・鼻腔吸引などが挙げられます（48, 59–61）。過剰医療は健康に有害なアウトカムをもたらす可能性があり（41, 59–65）、女性に本来備わっている出産能力を弱め、出産プロセスにおいて蚊帳の外に置かれたように感じさせ、出産経験に悪影響を及ぼす可能性があります（41, 59, 66）。過剰医療は、既に疲弊している医療従事者にさらに負担をかけるので、ケアの質の低下をもたらし、母子の健康アウトカムに即時的・中期的・長期的な悪影響を及ぼします。（41, 59, 62, 63, 66, 67）。また、医療制度への財政的負担を増やし（67）、女性と家族の自己負担医療費（68–71）も増大し、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ達成の障壁となります。

適切に適用されれば、帝王切開は生命を救います。しかし、医学的に不必要な帝王切開を実施することは、世界中で女性や新生児の有害アウトカムの増加につながり（61, 66）、ヘルスシステムに多額の追加費用を発生させています（61, 72）。WHOの報告によると、2010年だけで帝王切開の過剰実施による世界的な支出は約23億2,000万米ドルにのぼると推定されています（67）。帝王切開という医療介入は、女性と家族にとって、自己負担分の出費が多い、あるいは帝王切開により健康やウェルビーイングが悪化するため、大きな経済的負担につながります。そのことが健康格差を拡大し、貧困に陥ったりさらに貧困になってしまう可能性が高くなります。（68–71）。これは医療の公平性に悪影響を及ぼし（67）、貧困に陥る（又はさらなる貧困に陥る）可能性を高めます。

国際人権法のもと、各国の政府には、女性、新生児、子ども、青少年が良質な保健医療を受けられ、最高水準の健康を享受する権利を、促進し、尊重し、保護し、保証し、支援する義務があります（73）。「すべての新生児のための行動計画（Every Newborn Action Plan；ENAP）」と「予防可能な妊産婦死亡の根絶（Ending Preventable Maternal Mortality；EPMM）」イニシアチブは、妊産婦と新生児の健康に特有の補完戦略を実施・モニタリングするため、国のオーナーシップを育成し、世界・地域・国レベルでのパートナーシップを推進して、プログラム計画、進捗状況の追跡、ベストプラクティスの共有を強化します（74, 75）。これらの戦略は、女性と新生児に提供するケアの質を向上させ、包括的な性、生殖、母子のヘルスケアのためのユニバーサル・ヘルス・カバレッジの達成を支援することを目標としています（74, 75）。

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジへの道のりの基盤となる一步として、WHOはヘルスシステムをプライマリ・ヘルスケア（PHC）に方向転換することを支持しています。⁹ 2018年のアスタナ宣言（76）で定義され、2020年のWHO-UNICEFプライマリヘルスケアのための運用フレームワーク（Operational framework for primary health care）（77）でも概説されているように、PHCは、人々の身体的及び精神的な健康とウェルビーイングを増進し、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを達成するための、最も包括的で、公正で、費用対効果が高く、効率的な戦略です。WHO-UNICEF運用フレームワークによって概説される方策の1つに含まれているのが、国及び地域の状

⁹ WHOは、「プライマリヘルスケア」（健康への社会全体のアプローチ）と、人々を中心に据えた継続的で包括的に調整されたケアである「プライマリケア」（一次医療）を区別しています。

況に適した、包括的な統合医療サービスを促進する原則を前進させるケアモデルの開発です（77）。女性、子ども及び青少年の健康とウェルビーイングに対する PHC アプローチの最低限の方針及び戦略要件の 1 つとして、WHO の妊産婦・新生児・子どもおよび思春期の健康と栄養に関する戦略・技術専門家諮問グループ（STAGE）は、「助産...ケアモデルを通しての、産前産後ケアの頻度および質の向上、分娩期ケア（緊急ケアを含む）の改善」を推奨しています（78）。

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの状況においてすべての人の健康とウェルビーイングを向上させるべく質の高い医療サービスの提供を追求するなかで、助産ケアモデルへの移行は、不要な介入を最小限に抑えつつ、女性と新生児のアウトカムを最適化する費用対効果の高い戦略です（79–85）。「助産ケアモデルへの移行」とは、現在普及している断片化されたりリスク志向のケアモデルから、女性と新生児が妊娠前から産後まで切れ目なくずっと、公正で、ケアの対象者本人を中心とし、尊重され、統合された良質なケアを、多職種連携チームの中で働く助産師が提供し調整するような助産ケアモデルへと方向転換するプロセスをいいます。

関心の高まりにもかかわらず、「助産ケアモデル」の国際的に受け入れられた定義は存在していません。この「世界的な指針表明」では、国際的な定義を提示し、助産ケアモデルの指針となる原則を説明し、これらのケアモデルを採用することの利点を再確認することで、この空白に対処しようとしています。助産師の業務範囲には、性と生殖・妊産婦・新生児・子ども・思春期の健康（SRMNCAH）という幅広い側面が含まれますが、本文書では、妊産婦と新生児の健康領域における助産師の影響に焦点を当てています。助産師がヘルスシステムの中で果たすことのできる重要な役割と影響を認識する一方で、さまざまな専門家が共同で質の高い母子保健サービスの提供に貢献する、協力的で統合的なケアが重要であることを認めています。



カナダの助産所で、助産師から出産前のケアを受ける女性。©Ashley Marston/ICM

2



コンゴ民主共和国のイトゥリ州で、住むところをなくした女性と少女たちを支援する助産師。©UNFPA DRC/Junior Mayindu.



2. 主な用語と定義

2.1 助産師とは？

国際労働機関（ILO）の統計部門の刊行物である、最新版／2008 年版の国際標準職業分類（ISCO-08）では、助産の専門家の定義¹⁰を以下のように示しています（86）：

助産師は、妊娠前、妊娠中、出産中、および産後に助産ケアサービスを計画・管理・提供・評価する。現代の助産の実践と基準に則り、自律的に、又は他の医療従事者とのチームで働き、女性と新生児の健康リスクを低減する分娩ケアを提供する。助産実践や手順に関する研究を行ったり、臨床や地域社会で助産教育活動を実施したりすることもある。

National Health Workforce Accounts（NHWA）プラットフォームは、医療従事者に関する情報の監視及び報告の枠組みとして ISCO-08 の定義と分類を使用しており、ISCO が定義する特定の職種群に医療従事者を割り当てるよう国に求めています（87）。国によっては、看護師と助産師の両方の資格を持つ医療従事者がおり、「看護助産師」と呼ばれています（88, 89）。これら専門職の区別は、ISCO-08（86）に概説されているように、看護師や助産師となるために辿ってきた教育の道すじではなく、実施される業務の性質に基づいて行うべきです。

看護職と助産職との区別は...本定義及び関連するユニットグループの定義に規定された職務に関連して行われる作業の性質に基づいて行うべきである。看護師や助産師の研修制度は国によって大きく異なり、その制度は各国内でも時間の経過とともに変化することから、この区別を行う際には、個人が保有する、あるいはその国で優勢な資格は主な因子ではない。

この「世界的な指針表明」では、助産師と看護助産師の両者を「助産師」と呼んでいます。ただし、看護助産師が行う仕事の性質が、次項において説明する ISCO-08（86）で特定・リストアップされている助産師の仕事と一致していることを条件とします。

助産師となる個人の性別は問いません。

¹⁰ 2008 年に発表された ISCO 分類で使用されている定義は、2028 年に更新される予定です。

2.2 助産師は何をしますか？

助産師とは、妊娠前から産後の終わりまでのケアの継続性を通じて、女性と新生児の両方の健康的で生理的なプロセスを支援することに特化した保健医療従事者です。状況やニーズに応じて、助産師が提供するケアは産後の時期を超えて拡大する可能性があります。



助産師は以下のようなケア哲学をもって実践します（79）：

- ケアの対象者本人を中心としたアプローチを推進する
- 女性と助産師の関係とパートナーシップに価値をおく
- 生理学的・生物学的・心理学的・社会的・文化的なプロセスを最適にする
- 適切な場合のみ介入する

十分な教育を受けて免許を受け、ヘルスシステムに十分に統合され、働きやすい環境で活動する場合、助産師は、多職種連携チームの支援を得て、必要不可欠な性と生殖・妊産婦・新生児・子ども・思春期の健康（SRMNCAH）介入に対する世界的ニーズの約 90%を満たすことができます（89）。

助産師の実践業務は幅広く、以下の内容が含まれます（79、86、90、91）：

- 女性・パートナー・家族への健康に関する教育・情報の提供（健康増進）
- 女性と赤ちゃんの健康とウェルビーイングの状態とニーズの評価
- リスク因子及びリスク行動のスクリーニング
- 女性と協力しながら、ケアの計画を主導する
- 生理的な妊娠・出産・産後を促進する
- 必要不可欠な新生児ケアと一部の特別な新生児ケア介入の提供
- 医薬品又は製品の処方、調剤及び投与
- 臨床検査や画像検査の指示、実施及び結果の解釈

助産師の具体的な業務は、ISCO-08 に記載されているとおり、以下の内容が含まれています。

- 現代の助産ケアの実践と基準に従い、妊娠前、妊娠中、出産中、出産後に、女性と新生児のためのケアとサポートサービスを計画・提供・評価する
- 女性と家族に助言を与え、健康・栄養・清潔・運動・バースプラン及び緊急時の計画・母乳育児・乳児のケア・家族計画及び避妊・ライフスタイル・妊娠及び出産に関連するその他のトピックに関する地域教育を実施する
- 妊娠中・出産時の経過の評価、合併症の管理、産科の専門的な技能を有する医師への紹介を要する警告サインの認識
- 新生児の健康状態のモニタリング、合併症の管理、新生児科の専門的な技能を有する医師への紹介を要する警告サインの認識
- 出産中の痛みや不快感を観察し、鎮痛剤の使用を含むさまざまな産痛緩和を行う
- 法的及び専門的要件を満たすため、政府当局に出産を報告する
- 助産実践や手順に関する研究を実施し、科学論文や報告書などを通じて知見を広める
- 臨床及び地域社会における助産教育活動の計画及び実施（86）

助産師は、業務範囲内であることを条件に、自らの決定及び行動に対して責任及び説明責任を負います (91)。状況を分析し、女性と新生児のリスクを評価し、十分な情報に基づいた意思決定を行うために必要な実践能力を有しています。合併症を早期に発見し、基本的な産科救急及び新生児ケアなどの救命処置を行う能力があります。女性や新生児がより複雑なケアや助産師の業務範囲外の専門的介入を必要とする場合、助産師は産婦人科医、小児科医、あるいは麻酔科医などの専門的な医療従事者に相談し、多職種連携チームの一員として女性や新生児に可能な限り最良のケアを共同で提供します (79, 91)。症状が安定し健康な状態に戻ると、助産師は他の医療従事者との協力体制を続けつつ、ケアの提供・調整を行う主導的役割を再開します。ケアの継続性を通じて、ケアの中心にいるのは女性と新生児であり、それぞれのニーズに合わせたケアが行われます。医療従事者は、女性の参加を積極的に奨励し、十分な情報を得た上で行われる意思決定を通じて、協力しながら自らのケアを管理できるようにします。

ケアの継続性の中で、健康な状態と病的状態は紙一重であることを考慮すると、専門家としての信頼、相互のコミュニケーション、シームレスな調整と協力、助産師や他の医療従事者（例：産科医、小児科医、看護師）間の役割及び責任の理解及び定義の共有が不可欠です。これにより、良質で、妊産婦と新生児を尊重し中心としたケアが保証されます。女性や新生児が、助産師の業務範囲を超えたケアを必要とする場合、助産師は女性の同意を得た後で、そのケアを提供する医療専門職に必要な情報を伝えます。

国際助産師連盟（ICM）も、助産師の定義と業務範囲を定めています（Box 2.1）。ICM の助産ケアの哲学及び助産ケアのモデルについては、添付文書 1 を参照してください。



アフガニスタン・パルミヤンのシバル地区にあるファミリーヘルスハウスで、基本的な妊産婦の健康について患者に話す助産師。©UNFPA

Box 2.1 国際助産師連盟（ICM）が定める助産師の定義及び業務範囲

定義：

“助産師とは、「ICM 基本的助産実践に必須なコンピテンシー」¹¹ および「ICM 助産教育の世界基準」の枠組に基づき、かつ所在する国において正規に認可された助産師教育課程を履修した者で、助産を実践し「助産師」の職名を使用するために登録または法律に基づく免許取得に必要な資格を取得（あるいはその両方）した者で、かつ助産実践の能力（コンピテンシー）を示す者である。”

業務の範囲：

“助産師は、社会的責任を担った専門職として認識されており、女性の妊娠、出産、産褥の各期を通じて、サポート、ケアおよび助言を行い、助産師の責任において出産を円滑に進め、新生児および乳児のケアを提供するために、女性とパートナーシップを持って活動する。これには、予防的対応、正常出産をより生理的な状態として推進すること、母子の合併症の発見、医療あるいはその他の適切な支援を利用することと救急処置の実施が含まれる。”

“助産師は、女性や多様なジェンダーの人々のためだけではなく、家族および地域に対しても健康に関する相談と教育に重要な役割を持っている。この業務は、産前教育、親になる準備を含み、さらに、性と生殖に関する健康、育児に及ぶ。”

“助産師は、家庭、地域、病院、診療所、ヘルスユニットとさまざまな場で実践することができる。”

出典：ICM、2023（90）



バングラデシュの助産学生。©UNFPA

¹¹ 「ICM 基本的助産実践に必須なコンピテンシー」は現在改訂・更新中です。



ウズベキスタンで産褥期に助産師から授乳支援を受ける女性。
©WHO Malin Bring/WHO Uzbekistan

助産師は、以下を含む他の多くの医療分野でも重要な役割を果たしています。

- 家族計画
- 予防接種
- 乳幼児期の発達
- 栄養学的な介入（母乳育児の早期開始の促進、栄養に関するカウンセリングの実施など）
- 産科及び／又は婦人科超音波検査
- HIV/AIDS 及び性感染症に関する予防的健康教育・スクリーニング・管理・搬送
- 骨盤底リハビリテーション
- 包括的性教育
- ジェンダーに基づく暴力及び虐待の予防及び発見、並びにサバイバーのケア（91）

国や地域によって異なる特定の状況やニーズに応じて、助産師の業務範囲に、包括的な中絶ケアや、婦人科癌及び／又は女性器切除に対するスクリーニング及び予防的健康教育も組み入れることが可能です（16, 91）。

通常は、上記の医療サービスのすべての側面が助産師によって提供されるわけではありません。助産師の関与はさまざまで、地域の医療従事者、看護師、補助的な医療従事者、ヘルスケア助手、医療助手、一般又は専門の医師とともに、より広範な多職種連携チームの取り組みの一環として活動している可能性があります。この多職種連携により、女性、そのパートナー、新生児、子ども、思春期の若者、家族、コミュニティの特定のニーズに合わせたサービスのシームレスな統合が可能となり、多様な状況や環境において可能な限り包括的なケアの提供が可能になります。

2.3 助産ケアモデルとは？

WHO は、ケアモデルを以下のように定義しています。

ケアのプロセス、提供者の組織、ケアの経路に沿ったさまざまなプラットフォームや提供者の役割・責任の特定によって支えられているサービスの管理など、サービスをどのように提供すべきかについての概念化（77）。

この「世界的な指針表明」用に作成された助産ケアモデルの定義を Box 2.2 に示しています。

Box 2.2 助産ケアモデル：定義

助産ケアモデルとは、女性と新生児に対して、妊娠前から産後まで切れ目なく、教育され免許を持ち統制された助産師がケアを提供するケアモデルのことです。助産師は助産ケアの理念に沿った以下のアプローチを用いて、実践の全範囲にわたり、妊産婦と新生児を尊重した良質なケアを自律的に提供・調整します。

- i. ケアの対象者本人を中心としたアプローチを用いる
- ii. 女性と助産師の関係とパートナーシップに価値をおく
- iii. 生理学的・生物学的・心理学的・社会的・文化的なプロセスを最適にする
- iv. 適切な場合のみ介入する

助産ケアモデルでは、助産師は女性と赤ちゃんの個別的なニーズに応えながら、統合されたケアを提供します。必要なリソースや相談経路、搬送経路を備えた機能的で有効なヘルスシステムの中で行うものです。助産師は、対等で、信頼し合い、尊重し合う多職種連携チームの一員として、ケアのつながりの中で協働します。このようなアプローチによって、すべての女性と新生児が、一人ひとりの健康ニーズに合った個別的なケアを受けられることが保証されるのです。

助産ケアモデルは、自宅、地域、病院、行政、企業、官民連携、貧しい地域、人道支援が必要だったり危機的状況にある環境など、あらゆるレベルのケアや状況に適応できます。ですから、どんな文化的背景であっても、女性、新生児、パートナー、家族、地域のために、幅広いアクセス、公正性、妥当性が保証できます。

さまざまな助産ケアモデルが存在しており、背景やニーズに合わせて世界中で実施されています（92, 93）。「助産師の継続ケア」モデル¹²は、最もよく知られたタイプの助産ケアモデルです。これらのモデルでは、顔見知りの信頼されている助産師または小規模グループの顔見知りの助産師が、出産前・出産中・産後の期間を通して女性と赤ちゃんのケアを行います。

この継続性には、妊娠・出産と産後数週間にわたるケアの継続的な支援プロセスと情緒的支援が含まれ（94、95）、対人的（関係）、縦断的、管理的、及び情動的な継続性を確保し（添付文書2を参照）、より個別化された統合的なケアを提供します（80、96）。

¹² 助産師の継続ケアモデルは、以前は助産師主導のケアの継続（MLCC）モデルと呼ばれていました。

助産師の継続ケアモデルは、文献ではそのほとんどが「担当助産師制」「助産主導の継続ケア」「チーム実践／助産師グループ実践」と称されています（92）。助産師の継続ケアモデルは、ケアの継続性の概念と 2016 年に発表されたシステマティックレビューの結果に基づき、助産師プログラムが十分に機能する環境（59, 64, 65）において、WHO より推奨されています。このシステマティックレビューでは、17,674 例の女性（主に高所得国）が組み入れられ、助産師の継続ケアモデルに基づくケアを受けた女性と、以下の 3 つのアプローチのいずれかに基づいてケアを受けた女性が比較されています（80）。¹³

- **産科医が提供するケア**—産科医は、ほとんどの妊娠適齢期の女性にとって主要なケア提供者であり、出産時には産科医（妊婦健診を担当した医師とは限らない）が立ち会い、看護師が分娩期および産褥期のケアを提供します。
- **家庭医が提供するケア**—家庭医又は総合診療医が主なケア提供者であり、必要に応じて専門の産科医を紹介し、医師が出産に立ち会います。産科看護師や助産師は分娩時や出産直後のケアを行います。判断を行うレベルではなく、ケアの場面全体を通して関わるわけではありません。
- **ケアの共有モデル**—初回の妊娠期の受診から産後までを通して、ケアの手配や提供に対する責任がさまざまな医療従事者により共有される方法です（80）。



グアテマラの産科クリニックで、妊婦の血圧を測定する助産師。©ICM/Carla Molina

¹³ 本システマティックレビューは 2024 年に更新されており、更新結果を第 3 章に示しています。

3



ソマリアのモガディシュにあるバナジール病院で、助産師に支えられながら新生児を抱く女性。©UNFPA/Luis Tato

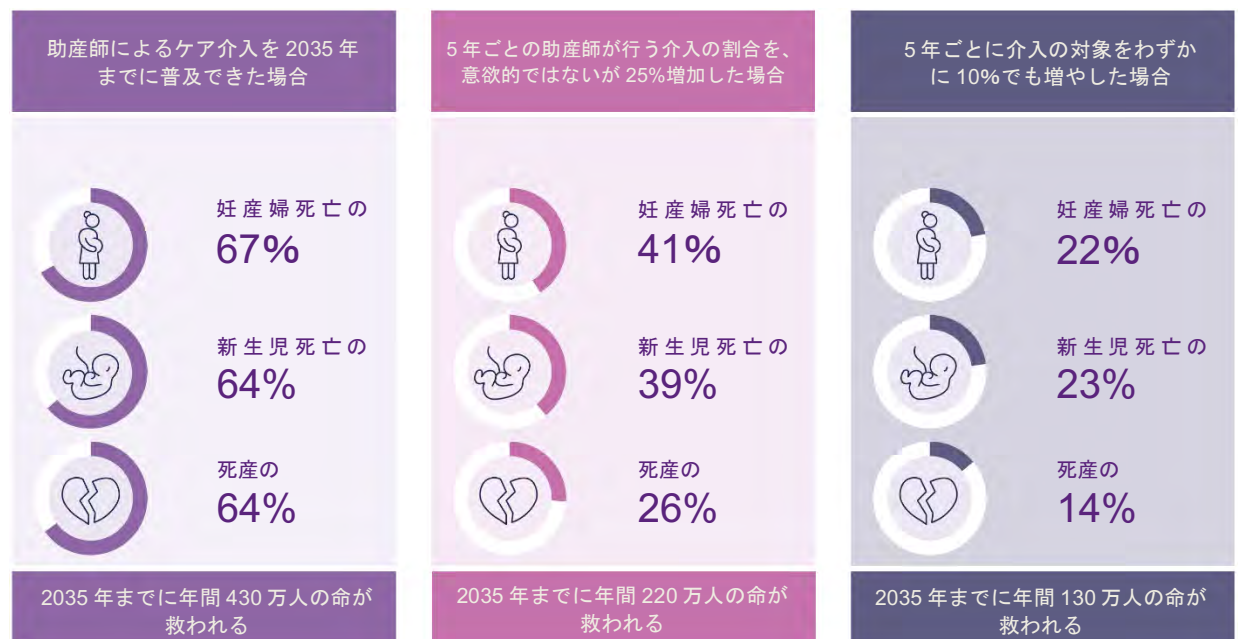


3. 助産ケアモデルの事例

3.1 女性・新生児・パートナー・家族・地域の命を救い、健康とウェルビーイングを向上させる助産ケアモデル

助産師は命を救います。妊娠前に家族計画を提供するなど、助産師によるケア介入がすべての人々に普及すれば、2035年までに妊産婦や新生児の全死亡と死産の60%以上を回避できる¹⁴ことが、近年のモデリング研究で示されています（図3.1）（97）。これは、毎年430万人の女性と新生児の命を救うことができることを意味します（97）。2035年まで5年毎に10%ずつ普及率を引き上げていくだけでも、年間130万人の命を救うことができます（97）。

図 3.1 助産師によるケア介入を 2035 年までに普及させることにより期待される妊産婦・新生児の死亡率と死産の減少



出典：UNFPA, 2020（98）、Nove et al., 2021（97）から引用。許可を得て複製。

質の高い助産ケアを提供することで、妊産婦と新生児の罹病率が低下し、それに伴う将来の世代の健康向上など、**50 件以上の女性と新生児における短期・中期・長期のアウトカムを改善される可能性があります**（79）。助産ケアモデルを実施することで、さまざまな集団や環境における妊産婦と新生児の健康上の有害なアウトカムの根本原因に取り組み、各国の公衆衛生を向上させることができます。

¹⁴ 家族計画は助産師の業務範囲の一部ですが、助産ケアモデルでは、妊娠前から産後の期間のみを対象としています。

大半の研究が高所得国で行われた 18,533 人の女性を対象とした無作為化試験のデータを含む最新のシステマティックレビューにおいて、助産師の継続ケアモデルにおいてケアを受けた女性は、産科医のケア、家庭医のケア、あるいは共有ケアモデルに基づくケアを受けた女性と比較して、自然な経分娩やポジティブな出産経験が多く、器械分娩、会陰切開、帝王切開を経験する可能性が低いことが明らかになりました (99)。

助産ケアモデルは、健康的で生理的なプロセスを支え、適切な場合のみ介入を行うことで、ネガティブなアウトカムを減らし、不要な医療介入による経済的負担を軽減します。続いて行われた研究では、助産師の継続ケアモデルが、出産中の不要な医療介入の減少 (79, 99–101)、帝王切開率の低下 (99, 102)、不安や産後うつが減る可能性 (103)、母乳育児の開始率と持続期間の向上、並びに家族計画の使用の増加 (79) など、有意な効果が示されています。女性は、慣例的な会陰切開、器械分娩、帝王切開、産後うつを経験すると、中長期的に医学的、心理的、社会的、経済的な影響を受ける可能性があります (13, 62, 66)。これらのダメージは将来の妊娠に影響を及ぼす可能性があり、母子関係を危険にさらす可能性もあります (13)。助産師の継続ケアは、こうしたネガティブな影響を減らすことができます。ネガティブな影響は女性・家族・地域の命とウェルビーイングに深刻な影響を与え、さらには女性や家族、そして既にひっ迫した医療制度の費用負担を大幅に増やします (67)。

助産ケアモデルにおいて、助産師はケアの対象となる女性と新生児の伝染性疾患（マラリア、HIV/AIDS、性感染症など）と非感染性疾患（NCD）（妊娠高血圧症候群、糖尿病、子宮頸がん、乳がん、メンタルヘルスの問題など）の予防・スクリーニング・発見・管理において有能で重要な役割を果たしています。妊娠すると感染症は重症化しやすくなり、これが早産・低出生体重・死産・先天異常など、女性・胎児・新生児・乳児に有害なアウトカムをもたらす可能性があります。NCD は世界的に主要な死亡原因であり (20)、高所得国では妊産婦の主な死因の一つです (4, 6, 7)。助産師は、女性とそのパートナー、家族の健康な行動を促進し、育成する好位置にいます。妊娠中及び産後の期間は共に、喫煙及びその他のタバコ使用の中止、副流煙への曝露の回避、身体活動の増加、アルコール摂取の減少、健康的な食事とより安全な性行動の採用、及びワクチン接種の導入の改善など、健康的な行動及びセルフケアを奨励する機会となります (104)。胎児期の疾病、生後早期の発症、子宮内での環境毒素への曝露は、生涯にわたる障害 (24, 25)、肥満、高血圧、心疾患及び糖尿病 (105–107) を引き起こし、それによって女性と子どものどちらも、後年の慢性疾患リスクを高めることとなります (107–109)。母乳のみで赤ちゃんを育てるための支援など、助産ケアによる介入は、女性と赤ちゃんが後に NCD を患うリスクを軽減するので、より健康な将来の世代を保証します (29, 91)。

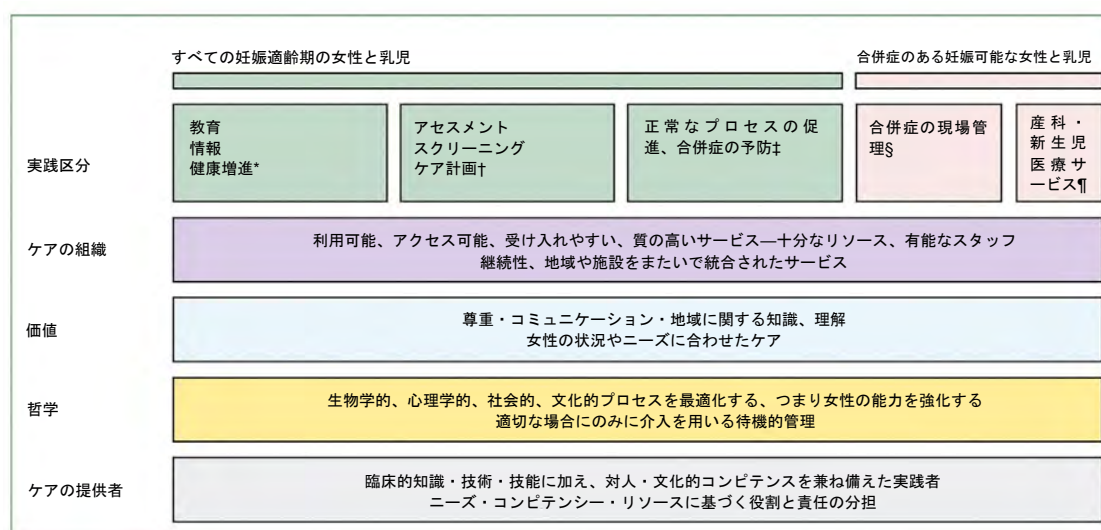
3.2 人道的なケアを提供し、女性のニーズに対応する助産ケアモデル

助産ケアモデルは、女性の健康と権利へのコミットメントを体現することで、女性と新生児特有の健康とウェルビーイングのニーズを認識し、対処します。女性の主な目標は出産を生き延び、健康な子どもを産むことにありますが、同時に、自身の個人的及び社会文化的期待を満たし、又はそれを上回るようなポジティブな妊娠・出産体験にも価値を置いています (110)。Lancet Series on Midwifery は、461 件のコクラン・システマティックレビューと 13 件のメタ統合を分析し、ケアの継続性においてすべての女性・新生児がヘルスシステムに何を求めているかを特定しました (79)。これらの見解は 図 3.2 「質の高い母性及び新生児ケアの枠組み (Framework for Quality Maternal and Newborn Care)」にまとめられています。女性は、十分な情報やサポートと共に、安全で質が高く、注意深く、個別化されたケアを受けることを期待しています (79, 111)。「What Women Want (女性が望むこと)」キャンペーンでインタビューを受けた 100 万人以上の女性が優先事項の一つに挙げたのは、生殖や妊娠・出産において、尊重され、尊厳が守られ、差別のないヘルスケアを受けられることでした (112)。女性は、敬意を持ち、有能で、共感力があり、助けになり、急がずことなく、親切で、理解があり、思いやりのある医療従事者からケアを受けることを望んでいます (79, 110–112)。安全な環境の中で、自身が選んだ付き添い者から支

援を受けながら、生理的な妊娠・出産のプロセスを経験することを望んでいます（110）。意思決定プロセスに積極的に参加し、個人的な達成感とコントロール感を得たいと考えています（110,111）。

助産ケアモデルは、女性のケアに対する満足度とケアを受ける体験を大幅に改善することで、良質なケアを望む人々の願いを広く叶えます（99,100）。助産師の継続ケアを受けている女性は一般に、ケアに対してよりポジティブな経験をし、妊娠と出産の経験がより良いものになったと報告しています（99,100）。その結果、ケアの継続性・治療の順守・ヘルスシステムへの信頼が高まり、熟練した医療従事者にケアを求める女性や家族の意思決定に良い影響を与えます（113）。助産師の継続ケアモデルでは、女性は助産師との関係性を大切にしており、これは信頼できる友好的な個人的パートナーシップと認識されています（114-119）。これらのケアモデルにおいて、女性は意思決定に関与し、情報に基づいた意思決定を行う権限を与えられていると感じます（115,118）。また、知られている、理解されている、尊重されていると感じており、助産師の能力やケアを提供するコンピテンシー、さらには自分自身の能力に対しても信頼が高まっています（120）。助産ケアモデルは、女性が十分な情報を得た上で健康にかかわる意思決定を行うことを手助けすることで、女性の意思決定における全体的な自律性や、性と生殖の健康と権利を十分に享受する能力を向上させます。

図 3.2 良質な妊産婦・新生児ケアのための枠組み：出産適齢期の女性及び新生児が必要とするヘルスシステムの妊産婦・新生児保健の要素



*教育、情報、健康増進の例には、妊産婦のための栄養、家族計画、母乳育児の推進などがあります。†アセスメント、スクリーニング、ケア計画の例には、必要に応じた他のサービスへの搬送の計画、性感染症・糖尿病・HIV・妊娠高血圧腎症・メンタルヘルスの問題・分娩進行の評価が含まれます。‡正常なプロセスの促進・合併症の予防の例には、HIVの母子感染の予防、出産中の体動の推奨、合併症のない出産中の臨床的・情緒的・心理社会的ケア、出生直後の新生児ケア、肌と肌を合わせた母子の触れ合い、母乳育児支援が含まれます。§合併症の現場管理の例には、感染症の治療；Rh陰性の女性に対し、妊娠中の抗D免疫グロブリン投与、骨盤位の頭位外回転術、妊娠高血圧腎症、産後鉄欠乏性貧血、産後出血などの基礎的及び緊急の産科新生児ケア（WHO 2009、緊急ケアのモニタリング）などがあります。¶重篤な合併症の管理の例には、選択的及び緊急帝王切開術、輸血、多胎及び医学的合併症（HIVや糖尿病など）を有する女性のケア、早産、在胎週数に比して小さい児、病気のある新生児のためのサービスなどがあります。

出典：Renfrew et al., 2014 (79).許可を得て複製。

3.3 不確実な世界において、より良い社会に貢献し、人的資本を向上させる助産ケアモデル

国連教育科学文化機関（UNESCO）人類の無形文化遺産の代表的な一覧表に「助産：知識、技能及び実践」と最近登録されたことからわかるように（121）、助産師は社会や文化の中で常に重要な役割を果たしてきました。

助産師は、達成可能な最高水準の健康の権利や、教育・情報に対する女性と新生児の権利を促進・尊重・保護・保証・維持する環境を作り出すことを目指しています（122,123）。助産ケアモデルの実施は、すべての女性と新生児のための、各国での妊産婦・新生児医療サービスへのアクセスを強化し、これにより、保健医療制度上の重要な欠陥や、その制度が人々のニーズを満たす能力不足に対処します。また、助産師は、女性・思春期の少女・男性・思春期の少年・家族・地域の性と生殖の健康・権利(SRHR)への普遍的なアクセスを促進し、暴力、有害行為及び差別の軽減に影響を及ぼすことができます。社会的、文化的、ジェンダーの規範や伝統にプラスの変化をもたらし、女性の経済的生産性と参加の維持に貢献しています。

助産師は、被災時などの状況においても、妊産婦・新生児に救命のための介入を行うことが可能です（122–129）。世界の危機的状況はますます頻繁になり、多様化し、長期化しています。2020年に、WHOは今後10年間における13件の世界的緊急保健課題が挙げられたリストを発表しました。このリストには、気候変動に関する議論における保健の必要性の高まり、紛争や被災時（疾病の発生を含む）の保健の提供、より公平な医療の実現（不平等の是正）、伝染病への備え（130）の4つが含まれています。こうしたすべての状況において、助産師は妊産婦・新生児ケアの継続性を確保することができます。助産師は、例えば難民や国内避難をしている人のためのキャンプ（131,132）、武力衝突（133–138）や自然災害（122,139–141）など、困難な状況においても女性と新生児のケアを継続して行います。助産師の支援は、危機的状況において女性が受ける強いストレスの影響を軽減する手助けをすることができます（142）。

2022年に、パキスタンとバングラデシュで気候変動による前例がないほどの大洪水が発生した際、助産師はこの災害で保健医療サービスが破綻していたにもかかわらずケアを提供し続けました。一部の助産師は農村部の保健施設に配置され、被災者のケアの継続性が確保されました（129,143,144）。2011年オーストラリアのクイーンズランド州で突発的な大洪水が起こった際には、助産師の継続ケアにより、被災による女性の不安やストレス、抑うつ症状が軽減されました（142）。

COVID-19のパンデミックが発生した際、妊婦は母体死亡、集中治療室への収容、及び早産のリスクが高まりました（145）。助産師はパンデミック対応の中核となり、感染予防のための個人用保護具が不足する（153–155）など極めて困難な労働条件であったにもかかわらず、この期間も女性に対しケアの継続性の確保に大きく貢献しました（146–152）。この前例のない期間中、助産師は、高所得国でも低中所得国でも、遠隔医療の導入により、ケアを提供する方法を迅速に調整しました（147,149,152,156,157）。

3.4 費用対効果の高い介入であり、長期的な経済的利益をもたらす可能性がある助産ケアモデル

助産ケアモデルの導入により、資源配分効率を最大化することで、公的資金が最も効果的かつ影響力を最大にした方法で妊産婦と新生児の保健実践に投入されることが保証されます。助産ケアは、妊産婦合併症が発生した際、産科医ケアと併用することで、リソースの配分を最適化しながら妊産婦・新生児の健康アウトカムを改善できる最良の戦略とされています（79, 81–84, 99）。他のケアモデルと比較すると、助産師の継続ケアモデルは妊娠期及び分娩期のコスト削減が可能になります（99）。現在の助産ケアの費用対効果は、以下のようないくつかの要因に由来しています。

- 産科医と比較して、訓練期間が短く、その結果、教育費用の節約になる
- 長期的な合併症の予防など、助産により回避される死亡や罹患に関連する費用が減少する
- 帝王切開などの医療介入が減少することにより、妊娠期・分娩期・産後の費用が減少する（79, 81, 82, 99, 158, 159）

経済分析によると、女性1人当たりの平均支出額は助産ケアの方が医師によるケアよりも低く、ローリスク妊娠の場合、アイルランドでは女性1人当たり182ユーロの節約（160）、米国では女性1人当たり2,262米ドル（158）の節約となっていることが示されています。費用最小化分析によると、スイスでは、産後の早期退院と自宅での助産サポートを併用することで、母子一組当たり1,221スイスフランの費用節約につながったと報告されました（161）。オーストラリアでは、助産グループ実践の費用は、他のケアモデルよりも22%低く（162）、民間の産科医が提供するケアと比較すると年間1,394.88オーストラリアドル、標準的な病院でのケア（83）と比較すると1,935オーストラリアドルの節約となりました。米国では8年間で助産ケアを受ける女性の割合を8.9%から20%に増加させた場合には40億米ドルの節約になる可能性があります（163）。

低・中所得国58か国において、助産師及び産科医のケア拡大が、費用並びに妊産婦、胎児及び新生児の死亡率に及ぼした影響をモデル解析を実施してシミュレートしました。本研究では、助産師のケアは、単独で、あるいは産科医と統合して提供するかにかわらず、産科医単独のケアと比較して費用対効果が約2倍高いことが明らかになりました（死亡回避1件当たり2,200米ドル対4,200米ドル）（81）。死亡回避1件当たりの費用は、より包括的な家族計画サービスを備えた助産ケアと産科ケアを統合した「ユニバーサル・スケールアップ」と称されるシナリオで最も低く（2,100米ドル）、産科のスケールアップのみの場合と比較して合計27億米ドルの節約となりました（81）。モロッコでは、比較分析により、母子死亡率の低下のみに焦点を当て、助産ケアモデルの幅広いベネフィットを除外したところ、助産投資の費用便益比が約16であることが確認されました（164）。

ただし、上記の結果は、一貫性のない経済的評価法が用いられた可能性があり、国内の医療制度構造、収集したデータの種類、解析で考慮した因子によって異なる可能性があるという限界に留意する必要があります。

4



コンゴ民主共和国の Panzi 病院にて、分娩中に助産師の全人的なサポートを受ける、性暴力のサバイバーである女性。©UNFPA Democratic Republic of the Congo/Lisa Thanner

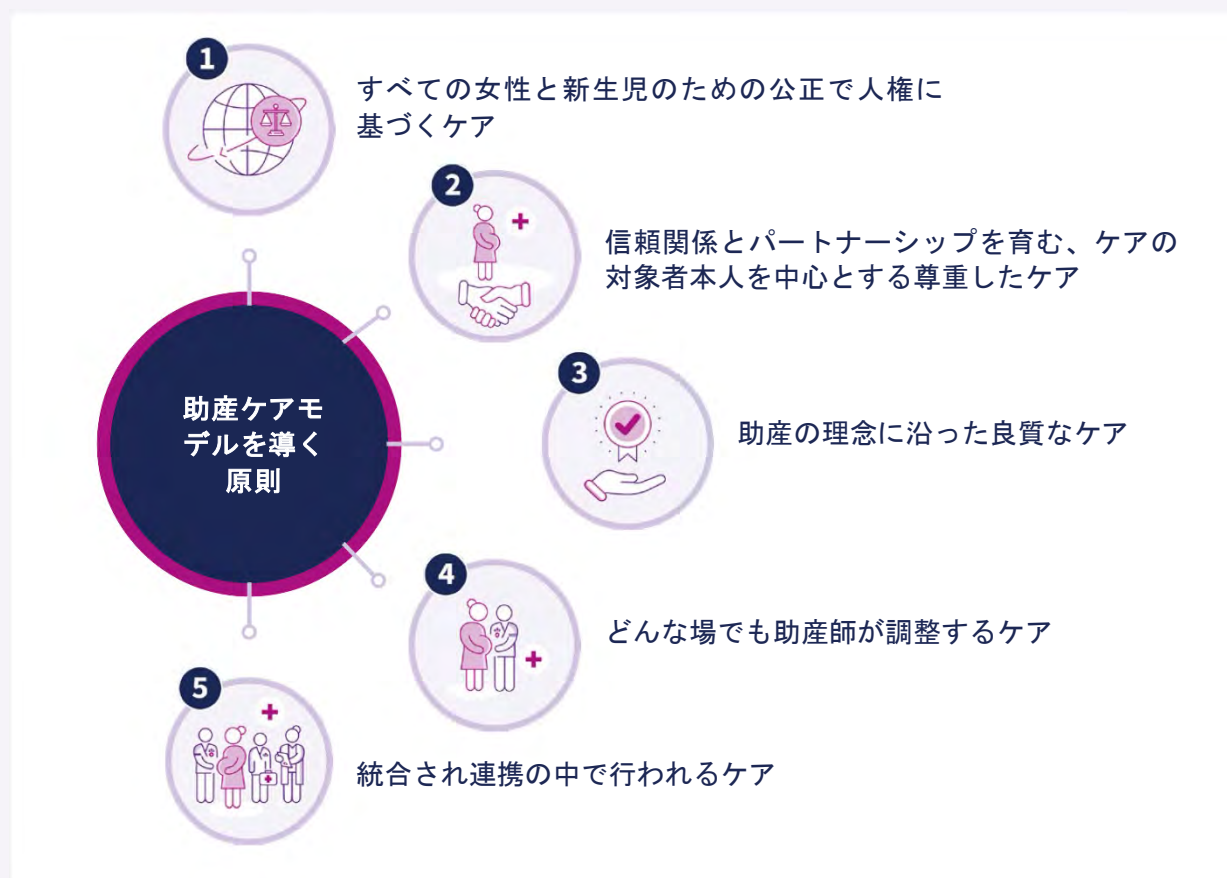


4. 助産ケアモデルを導く原則

図 4.1 に示す助産ケアモデルの指針原則は、女性のニーズや要望に合わせて調整されています（79,112,115）。これらの原則は、生理的、生物学的、心理的、社会的及び文化的プロセスを最適化するケアの哲学を基盤とし、女性と助産師の信頼関係及び関係に基づき、ケアの対象者本人を中心とし人権を基調としたアプローチの重要性を強調しています（79,115,165–167）。助産師は、業務範囲全体にわたり、多職種連携チームやケアネットワークの中で、妊娠前から産後の各期全体を通じて、ケアの継続性に沿って、公平で、ケアの対象者本人を中心とし、包括的で、尊重した、質の高い統合されたケアを提供し、調整します。

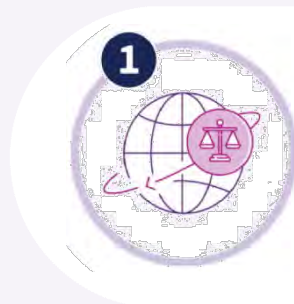
この指針原則は、統合された、ケアの対象者本人を中心とする医療サービス（168）、プライマリヘルスケア（77）、すべての新生児のための行動計画（Every Newborn Action Plan；ENAP）と予防可能な妊産婦死亡削減（Ending Preventable Maternal Mortality；EPMM）（74, 75）の基本原則と一致しています。また、国際人権章典¹⁵（169）、並びにユニバーサル・ヘルス・カバレッジとジェンダー平等の達成に不可欠な以下のすべての主要文書にも準じています。それらの主要文書とは女子差別撤廃条約（170）、子どもの権利条約（171）、障害者権利条約（172）、1994 年国際人口開発会議の行動計画（173）、拷問及び他の残虐な、非人道的な又は品位を傷つける取扱い又は刑罰に関する条約です（174）。

図 4.1 助産ケアモデルの指針原則



すべての助産ケアモデルは、これらの原則に基づいているよう努めなければなりません。

¹⁵ 国際人権章典には、「世界人権宣言」、「経済的、社会的、文化的権利に関する国際規約」及び「市民的、政治的権利に関する国際規約」が含まれています。



指針原則 1

4.1 すべての女性と新生児が利用できる、公正で人権に基づくケア

助産モデルでは、女性と新生児に提供されるケアは公平であり、すべての女性と新生児が利用できます。いかなる状況においても、また、対象者のリスクレベルにかかわらず、女性と新生児は、経済的な苦境に陥ることなく、それぞれのニーズに合わせた、文化に配慮した、差別のない助産ケアを受ける機会が公平にあります（79,112,175）。助産ケアモデルは、女性・新生児・家族が生活する場所（例：自宅や地域に根差したケア）により近いところで医療サービスを受けられるようにし、そこではすべての人がタイムリーにケアを受けられるようになります。助産ケアによって、不公平、不平等、社会的不利が緩和されます（94,176–179）。

助産師は人権、特に女性や新生児の権利の向上に重要な役割を果たしています（180）。助産師は、享受可能な最高水準の健康の権利や、教育と情報の権利を守るために働いています（170）。また、医療サービスへのアクセスを強化し、女性の性及び生殖の権利を死守する上で中心的な役割を果たしており、さらにはジェンダー平等を促進する重要なパートナーでもあります。助産師は、対象者を尊重し差別のないケアを提供し、女性が自らの健康とウェルビーイングに関して情報に基づく意思決定を行うことを支援し、女性と新生児のための権利の実現に寄与する環境をつくりだすことに尽力しています（180）。



ソマリアのモガディシュにあるバナディール病院で新生児の体温をチェックする助産師。©UNFPA/Luis Tato

2

指針原則 2

4.2 女性と助産師との信頼関係とパートナーシップを育む、ケアの対象者本人を中心とする尊重したケア

助産ケアの中心にいるのは女性と新生児です (92, 115)。助産ケアモデルでは、女性は助産師と、強力で、信頼関係のある、ポジティブな人間関係とパートナーシップを築きます (114-119)。女性と新生児は、それぞれの好み・ニーズ・価値観に合ったケアを受けます。女性は、既往歴、心理面及び社会面の過去を理解している信頼できる身近な助産師 (94, 95, 115, 181) からのケアの継続性の経験を重視しますが、それは、ケアの継続性が助産師と女性との間に安全で信頼のできるつながりを促進するためです (94, 115, 120, 175, 182)。

助産ケアモデルにおいて、女性は、情報に基づく意思決定を通じて共にケア計画を立て、提供される医療サービスの設計、実施、モニタリングに十分に携わり、これにより自身の健康やウェルビーイングをコントロールすることができます (77, 85, 116, 175)。女性は尊重され、傾聴され、理解されています (183)。セルフケアについて文化に配慮した健康教育を受け、内面的なレジリエンス及び自律性が支持され、それによって自分自身や近親者をケアする能力が向上します (79, 183)。助産ケアモデルでは、女性は話を聞いてもらえると感じ、積極的に意思決定に参加します。これにより、支援をタイムリーに求める能力が向上します (94, 115, 120, 175, 182)。すると不安やストレスの感情が緩和され、ケアの調整が改善され、安全性を高めることができます (94, 95, 103, 115, 181, 182)。

助産ケアモデルでは、女性と新生児は助産師から敬意のこめられたケアを受けます。これにより、女性の尊厳・プライバシー・個人情報の保護が維持され、危害・暴力・差別・不当な扱いを受けないことが保証され、妊娠前から産褥期終了までのケアの継続性を通じて情報に基づいた選択と継続的なサポートが受けられるようになります。

パートナー、男性、思春期の少年、家族、地域も、主に性と生殖・妊産婦・新生児・子ども・思春期の健康 (SRMNCAH) における健康増進、教育及び予防ケアのイニシアチブを通じて助産ケアから恩恵を受けます (184)。男性や思春期の少年がかかわることによって、受診率が向上する、母乳育児など、家庭でのケアがより良いものになる、カップル間の意思疎通が改善する、母親と新生児の健康について公平な意思決定がなされる、といったことに関連しています (184-186)。これらの分野においては、さらなる研究が必要とされています。助産師は、妊娠中、出産中、及び産後の各期にパートナーとかかわる一方で、意思決定においては女性の自律性を守り、強制されることなく性と生殖の健康・権利 (SRHR) を完全に享受できるよう支援します (184)。妊娠前から産褥期の終わりまでのケアの継続性において、助産師は将来の親となる 2 人が親になっていく過程を支え、彼らが育児スキルを構築できるよう支援します。流産、死産、または新生児死亡などの周産期死亡であった場合、助産師は他の医療従事者と協力し、個々のニーズに応じて女性やそのパートナーに死別のケアを提供します (187)。



指針原則 3

4.3 助産の理念に沿った良質なケア

助産ケアモデルでは、女性と新生児が助産理念と価値観に基づいて作られたケアを受けます。これにより、対象者本人を中心としたケアアプローチを促進する、女性と助産師との関係性およびパートナーシップに価値をおいた、生理学的・生物学的・心理学的・社会的・文化的プロセスを最適化する、必要な場合にのみ介入を行うといったことが推進されます。助産ケア理念では、妊娠・出産・産後を、大半の女性や新生児には重度の合併症が生じない自然な生理学的プロセスとみなしています。危害や有害事象の回避のみに焦点を当てるよりもむしろ、ケアの健康増進的な側面に焦点を当てています（59）。合併症を発見した場合、助産師は、それぞれの女性や新生児のニーズに応じて専門家のサービスへのアクセスを促進します。これにより、すべての女性、新生児、家族のそれぞれの状況に合わせて、対象者本人を中心としたケアを行うことができます。

助産ケアモデルでは、女性と新生児は倫理的で質の高いケアを受けます。助産師は、倫理綱領を遵守しており、自身の助産実践において倫理的行為の基準を維持する支えとなります。女性と新生児には、公平（指針原則 1）であり、ケアの対象者本人を中心とする（指針原則 2）ことに加え、安全で、効果的で、タイムリーに、効率的で統合された（指針原則 5）助産ケアが提供されます。助産師は、厳密な研究によって得られた、最良かつ最新の入手可能なエビデンスを利用して、女性とその新生児に質の高いエビデンスに基づくケアを提供します。エビデンスに基づく実践の適用は、女性と新生児が受けるケアの質、アウトカム、安全性を改善し、費用を削減します（188）。また、助産師の職務満足度を高め、専門家としての成長を促します（188）。エビデンスに基づく助産実践を創出するため、助産師には専門分野における科学的知識を発展させ、助産分野における研究を導く機会が与えられています。助産師は、必要に応じて人工知能を含むモバイル／電子健康機器（mHealth/eHealth）を利用し、それにより助産師の生産性と利用可能性が向上します（189）。

4



指針原則 4

4.4 あらゆる場、ヘルスシステムのすべてのレベルにおいて、自律的で、教育を受け、規制され、サポートされている助産師により提供され、調整されるケア

助産ケアモデルでは、女性と新生児は、主要な保健医療提供者であり母親と新生児のケアの入口である助産師からケアを受けます。助産師は、医療制度のあらゆるレベルにおいて、妊娠前から産褥期の終わりまでのケアの継続性を通じて、女性と家族と共に意思決定を共有することで、助産師の業務範囲内にあるケアを提供し、調整します。教育を受け、規制され、免許を受けている助産師は独自の知識とコンピテンシーを備えており、ケアの継続性を通じて、女性と新生児に対する助産実践の全範囲にわたって、質の高い倫理的な助産ケアを提供することができます。女性から、及び新生児の親からインフォームドコンセントを得た後、助産師は業務範囲内で自律して意思決定をおこないます。それにより自立した実践者として意思決定や行為に責任を負います。助産師によるケアが継続的に提供された場合、助産師はケアの全過程と全業務範囲にわたって働くことができ、その過程において女性のニーズを見極める能力を向上させ、それぞれの個人に合ったケアを提供する手法を発展させられるようになります（120）。

助産ケアモデルは、自宅、地域、病院、行政、企業、官民連携、貧しい地域、人道支援が必要だったり危機的状況にある環境など、**あらゆるレベルのケアや状況に適応できます**。助産師は、一次医療、二次医療、三次医療をまたいで活動でき、多職種連携チームの中で助産ケアを提供するために管理・貢献することができます。助産師の業務範囲のおかげで助産師は、女性や新生児が本人のケアニーズに応じてヘルスシステム内を、例えば一次医療から二次医療へ、そしてまた一次ケアへ戻るなど、移動する際にも、継続的なケアを提供することができます。ですから、どんな文化的背景であっても、女性、新生児、パートナー、家族、地域のために、幅広いアクセス、公正性、妥当性が保証できます（94,95）。

質の高いケアを提供するためには、助産師は、**支援を受け、尊重され、機能的なヘルスシステムに統合されていなければなりません**。助産師は、ジェンダーに基づく差別、暴力、ハラスメントのない、安全で支援的な環境で活動しなければなりません。水、公衆衛生、電気、及び救命用品（190）などの供給品を含む十分な基本的資源が利用可能な、適切な労働環境が保証されていなければなりません。

5



指針原則 5

4.5 ケアネットワークにおいて多職種連携チーム内で提供される統合ケア

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジにおいて、質の高いサービスを提供するためには、強力なコンサルテーション体制や搬送制度の支援がある、他の保健医療従事者及びソーシャルワーカーとの緊密な連携が必要であり、不可欠です（77,168,191,192）。さまざまな技能や最適な業務範囲を包含する多職種連携チームを中心とするケアモデルは、対象集団や地域のさまざまなニーズに効率的に対応しながら、労働力の生産性を改善します（189）。

助産師が妊産婦・新生児へのケアの主な提供者であり、専門家としての自律性をもって働くからといって、それは助産師が単独で働くという意味ではありません。助産ケアモデルにおいて、助産師は医療ケアのネットワークを通じて、効果的な相談・搬送体制を備えたヘルスシステム内の多職種連携チームの一員です。この協力的かつ統合的なケアアプローチは、女性や新生児の死亡率・罹病率を低下させると同時に、費用対効果も高い有効な戦略です（79–81）。これにより、対人的、縦断的、管理的、情動的な継続性が確保されています（添付文書 2）。この協力体制には、組織内及び組織間での専門家間の役割の明確化及び合意、明確な搬送指針や経路、個別的なケア計画、複雑なニーズのある女性・新生児の症例管理、診療記録の共有と同期、あらゆる臨床現場における標準的な臨床プロトコルが必要とされます（175）。

助産師は、さまざまな他の医療従事者（産科医、小児科医、新生児科医、麻酔科医、精神科医、一般内科医、看護師、分娩助手などの医療助手、準専門家、心理士、栄養士、管理栄養士、薬剤師、理学療法士、ソーシャルワーカー、その他の健康やケアに関連する仕事に就く人々）と協力し、連携しています。このチームワークは、施設内および医療レベル間の相互信頼、尊重、ポジティブで定期的なコミュニケーション、連携的な実践、情報に基づく意思決定、効果的なリーダーシップ及び支援的な指導及びメンターシップの継続的な関係に基づいています（193–195）。また、ケアネットワークは、妊娠に無関係な健康問題や、妊娠前あるいは産褥期の後に、女性や新生児にケアを提供する専門家との縦断的・情動的な継続性も保証します（添付文書 2）。

助産ケアモデルでは、助産師及びその他の医療従事者は、機能的なケアネットワークを通じてつながっており、そこでは情報共有や共同学習が促進されています（193,194）。緊密な連携、調整、信頼関係のあるパートナーシップといったネットワークを構築することで、他の医療従事者（産科医、小児科医、看護師、一般内科医、地域で健康を推進する人々など）は、助産実践の可能性のすべてと業務範囲を理解し、助産ケアモデルの実現を支援することが可能になります。また、より高次のケアを必要とする合併症が発生した場合にも、助産師が助産ケアを継続できるよう支援します。女性や新生児が専門的なケアを必要とする場合、専門の主治医がケアを調整し、助産師と連携します。これにより、ケアが断片化するリスクを低減し、女性と新生児が個別的な助産ケアを受け続けられるようにします。これは、あらゆる状況・あらゆるレベルのヘルスシステムにおいて、状況の複雑さのレベルに合わせる事が可能です（175）。



ケニアのミゴリ群ケハンチャにある Ntimaru Sub County のレベル 4 病院にて、助産師によるポータブル超音波機器を用いて助産師によるエコー検査を受けている妊婦。©UNFPA Kenya

5



日本で、四つん這いの姿勢になり、助産師のサポートを受ける陣痛中の産婦。©ICM/Noriko Hayashi



5. 結論

この文書は、助産ケアモデルの国際的な定義を提示し、プログラムとしての意義の正当性を説明し、中核的な指針原則の概要を示しており、プライマリヘルスケアの主要な構成要素に統合したものです。助産ケアモデルでは、助産師は、妊娠前から妊娠、出産、産後のケアの継続性を通じて、女性及び新生児のための主要な医療提供者としての役割を果たします。助産師は、助産ケアの理念に沿ったアプローチを用いながら、助産実践の業務範囲全体において、公正で、対象者本人を中心とした、良質な妊産婦と新生児のケアを提供・調整します。助産師は、自身の業務範囲内で自律的に仕事をする一方で、対象者を尊重し費用効果の高い継続的で統合的な共同ケアを保証するために、ケアネットワーク内で多職種連携チームの一員として連携します。

良質な助産ケアは、命を救い、50 以上の健康アウトカムを改善する可能性があります。また修習生、助産師の継続ケアによって、女性・パートナー・家族・地域のケアに対する満足度やケア体験が向上します。助産ケアモデルへの移行は、人権を尊重しながら、世界中の女性や新生児の命を救い、ウェルビーイングを向上させる、費用効率が高く緊急に必要とされている解決策です。助産ケアモデルについての既存のエビデンスは主に高所得国から得られたものであり、科学的な基盤を今後も発展させ続けるためには、助産ケアモデルについての研究を低中所得国で行う必要性が強調されています。各国で助産ケアモデルの採用を促進することを目的に、この「世界的な指針表明」に添付するため、ケーススタディなどの助産ケアモデルの実施に関する詳細なガイダンス文書が現在作成中です。これらの文書は、それぞれの国の独自の文脈に合わせて助産ケアモデルへ移行していく国々を支え、国をサポートし、それによってユニバーサル・ヘルス・カバレッジ及び SDG の達成に貢献し、最終的にはその国民の生活とウェルビーイングを向上させます。

References¹⁶

1. United Nations Maternal Mortality Estimation Inter-agency Group. Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/366225>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. Graham W, Woodd S, Byass P, Filippi V, Gon G, Virgo S et al. Diversity and divergence: the dynamic burden of poor maternal health. *Lancet*. 2016;388(10056):2164–75 ([https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)31533-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)31533-1)).
3. Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/362880>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
4. Knight M. The findings of the MBRRACE-UK confidential enquiry into Maternal Deaths and Morbidity. *Obstet Gynaecol Reprod Med*. 2019;29(1):21–3 (<https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2018.12.003>).
5. Chin K, Wendt A, Bennett IM, Bhat A. Suicide and maternal mortality. *Curr Psychiatry Rep*. 2022;24(4):239–75 (<https://doi.org/10.1007/s11920-022-01334-3>).
6. Diguisto C, Saucedo M, Kallianidis A, Bloemenkamp K, Bødker B, Buoncristiano M et al. Maternal mortality in eight European countries with enhanced surveillance systems: descriptive population based study. *BMJ*. 2022;379:e070621 (<https://doi.org/10.1136/bmj-2022-070621>).
7. Santé publique France. Les morts maternelles en France: mieux comprendre pour mieux prévenir. 7e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM), 2016–2018. Saint-Maurice: Santé Publique France; 2024, p. 232. Report No.: 7. (<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/maladies-vasculaires-de-la-grossesse/documents/enquetes-etudes/les-morts-maternelles-en-france-mieux-comprendre-pour-mieux-prevenir-7e-rapport-de-l-enquete-nationale-confidentielle-sur-les-morts-maternelles>).
8. Miller S, Belizán JM. The true cost of maternal death: individual tragedy impacts family, community and nations. *Reprod Health*. 2015;12:56 (<https://doi.org/10.1186/s12978-015-0046-3>).
9. National Research Council (US) Committee on Population, Reed HE, Koblinsky MA, Mosley WH. Evidence on the consequences of maternal mortality. In: The consequences of maternal morbidity and maternal mortality: report of a workshop. National Academies Press (US); 2000 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225436/>).
10. Vogel J, Souza J, Mori R, Morisaki N, Lumbiganon P, Laopaiboon M et al. Maternal complications and perinatal mortality: findings of the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2014;121(Suppl 1):76–88 (<https://doi.org/10.1111/1471-0528.12633>).
11. Geller SE, Koch AR, Garland CE, MacDonald EJ, Storey F, Lawton B. A global view of severe maternal morbidity: moving beyond maternal mortality. *Reprod Health*. 2018;15(Suppl 1):98 (<https://doi.org/10.1186/s12978-018-0527-2>).
12. Gon G, Leite A, Calvert C, Woodd S, Graham WJ, Filippi V. The frequency of maternal morbidity: A systematic review of systematic reviews. *Int J Gynaecol Obstet*. 2018;141(Suppl 1):20–38 (<https://doi.org/10.1002/ijgo.12468>).
13. Vogel JP, Jung J, Lavin T, Simpson G, Kluwngant D, Abalos E et al. Neglected medium-term and long-term consequences of labour and childbirth: a systematic analysis of the burden, recommended practices, and a way forward. *Lancet Glob Health*. 2024;12(2):e317–30 ([https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00454-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00454-0)).
14. Akhter S. Maternal morbidity: the lifelong experience of survivors. *Lancet Glob Health*. 2024;12(2):e188–9 ([https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(23\)00553-3](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(23)00553-3)).
15. World family planning 2022: meeting the changing needs for family planning: contraceptive use by age and method. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2022 (UN DESA/POP/2022/TR/No. 4; <https://desapublications.un.org/publications/world-family-planning-2022-meeting-changing-needs-family-planning-contraceptive-use>).
16. Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/349316>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
17. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet Glob Health*. 2020;8(9):e1152–61 ([https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(20)30315-6)).
18. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2014;2(6):e323–33 ([https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(14\)70227-x](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(14)70227-x)).
19. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Levels and trends in child mortality: report 2023, estimates developed by the United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. New York: United Nations Children's Fund; 2024 (<https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-mortality-2024/>).
20. Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability. In: The Global Health Observatory [website]. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>).

16 For all references that are available online, the links were accessed on 3 July 2024, unless otherwise indicated.

21. Ohuma EO, Moller AB, Bradley E, Chakwera S, Hussain-Alkhateeb L, Lewin A et al. National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: a systematic analysis. *Lancet*. 2023;402(10409):1261–71 ([https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(23\)00878-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(23)00878-4)).
22. Okwaraji YB, Krasevec J, Bradley E, Conkle J, Stevens GA, Gatica-Domínguez G et al. National, regional, and global estimates of low birthweight in 2020, with trends from 2000: a systematic analysis. *Lancet*. 2024;403(10431):1071–80 ([https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(23\)01198-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(23)01198-4)).
23. Perin J, Mulick A, Yeung D, Villavicencio F, Lopez G, Strong KL et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–19: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet Child Adolesc Health*. 2022;6(2):106–15 ([https://doi.org/10.1016/s2352-4642\(21\)00311-4](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(21)00311-4)).
24. *Survive and thrive: transforming care for every small and sick newborn*. World Health Organization; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/326495>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
25. World Health Organization, Partnership for Maternal Newborn and Child Health, United Nations Children's Fund, United Nations Population Fund. *Born too soon: decade of action on preterm birth*. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/367620>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
26. Barker DJP. The origins of the developmental origins theory. *J Intern Med*. 2007;261(5):412–7 (<https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2007.01809.x>).
27. Watkins DA, Msemburi WT, Pickersgill SJ, Kawakatsu Y, Gheorghe A, Dain K et al. NCD Countdown 2030: efficient pathways and strategic investments to accelerate progress towards the Sustainable Development Goal target 3.4 in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2022;399(10331):1266–78 ([https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)02347-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)02347-3)).
28. Hanson MA, Gluckman PD. Early developmental conditioning of later health and disease: physiology or pathophysiology? *Physiol Rev*. 2014;94(4):1027–76 (<https://doi.org/10.1152/physrev.00029.2013>).
29. NEOVITA Study Group. Timing of initiation, patterns of breastfeeding, and infant survival: prospective analysis of pooled data from three randomised trials. *Lancet Glob Health*. 2016;4(4):e266–75 ([https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(16\)00040-1](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(16)00040-1)).
30. Breastfeeding. In: UNICEF DATA [website]. New York: United Nations Children's Fund; 2023 (<https://data.unicef.org/topic/nutrition/breastfeeding/>, accessed 19 October 2023).
31. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). *Never forgotten: the situation of stillbirth around the globe*. New York: United Nations Children's Fund; 2023 (<https://data.unicef.org/resources/never-forgotten-stillbirth-estimates-report/>).
32. *State of inequality: reproductive, maternal, newborn and child health*. Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://iris.who.int/handle/10665/164590>).
33. Sully EA, Biddlecom A, Darroch JE, Riley T, Ashford LS, Lince-Deroche N et al. *Adding it up: investing in sexual and reproductive health 2019*. New York: Guttmacher Institute; 2020 (<https://www.guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019>).
34. *Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation*. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/373300>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
35. *Global humanitarian overview 2024*. Geneva and New York: United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs; 2023 (<https://doi.org/10.18356/9789213587089>).
36. *Global Report 2022*. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees; 2022 (<https://reporting.unhcr.org/global-report-2022>).
37. Bendavid E, Boerma T, Akseer N, Langer A, Malembaka EB, Okiro EA et al. The effects of armed conflict on the health of women and children. *Lancet*. 2021;397(10273):522–32 ([https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)00131-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)00131-8)).
38. Homer CS, Turkmani S, Wilson AN, Vogel JP, Shah MG, Fogstad H et al. Enhancing quality midwifery care in humanitarian and fragile settings: a systematic review of interventions, support systems and enabling environments. *BMJ Glob Health*. 2022;7(1):e006872 (<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006872>).
39. Jawad M, Hone T, Vámos EP, Cetorelli V, Millett C. Implications of armed conflict for maternal and child health: a regression analysis of data from 181 countries for 2000–2019. *PLoS Med*. 2021;18(9):e1003810 (<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003810>).
40. *Global humanitarian overview 2023*. Geneva and New York: United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs; 2022 (<https://doi.org/10.18356/9789210024136>).
41. Miller S, Abalos E, Chamillard M, Ciapponi A, Colaci D, Comandé D et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *Lancet*. 2016;388(10056):2176–92 ([https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)31472-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)31472-6)).
42. Maternal and newborn health coverage. In: UNICEF Data [website]. New York: United Nations Children's Fund; 2022 (<https://data.unicef.org/resources/dataset/maternal-newborn-health/>, accessed 20 April 2024).
43. Ahmed S, Anastasi E, Laski L. Double burden of tragedy: stillbirth and obstetric fistula. *Lancet Glob Health*. 2016;4(2):e80–2 ([https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)00290-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)00290-9)).
44. Kruk ME, Gage AD, Joseph NT, Danaei G, García-Saisó S, Salomon JA. Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries. *Lancet*. 2018;392(10160):2203–12 ([https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)31668-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31668-4)).
45. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS Med*. 2015;12(6):e1001847 (<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>).

46. Bohren MA, Iyer A, Barros AJD, Williams CR, Hazfiarini A, Arroyave L et al. Towards a better tomorrow: addressing intersectional gender power relations to eradicate inequities in maternal health. *eClinicalMedicine*. 2024;67:102180 (<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102180>).
47. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://iris.who.int/handle/10665/249155>).
48. Bohren MA, Hunter EC, Munthe-Kaas HM, Souza JP, Vogel JP, Gülmezoglu AM. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Reprod Health*. 2014;11(1):71 (<https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-71>).
49. O'Neil S, Naeve K, Ved R. An examination of the maternal health quality of care landscape in India. Cambridge, USA: Mathematica Policy Research; 2017 (<https://www.mathematica.org/publications/an-examination-of-the-maternal-health-quality-of-care-landscape-in-india>).
50. Khalil M, Carasso KB, Kabakian-Khasholian T. Exposing obstetric violence in the Eastern Mediterranean region: a review of women's narratives of disrespect and abuse in childbirth. *Front Glob Womens Health*. 2022;3:850796 (<https://doi.org/10.3389/fgwh.2022.850796>).
51. Limmer CM, Stoll K, Vedam S, Leinweber J, Gross MM. Measuring disrespect and abuse during childbirth in a high-resource country: development and validation of a German self-report tool. *Midwifery*. 2023;126:103809 (<https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103809>).
52. Schroll AM, Kjærgaard H, Midtgaard J. Encountering abuse in health care; lifetime experiences in postnatal women: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13:74 (<https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-74>).
53. Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes (HCE). Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Report No. 2018-06-26-SAN-034. Paris: HCE; 2018, p. 164 (https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629.pdf).
54. Freedman LP, Kruk ME. Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas. *Lancet*. 2014;384(9948):e42–4 ([https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)60859-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)60859-x)).
55. Sacks E. Defining disrespect and abuse of newborns: a review of the evidence and an expanded typology of respectful maternity care. *Reprod Health*. 2017;14(1):66 (<https://doi.org/10.1186/s12978-017-0326-1>).
56. Afulani PA, Phillips B, Aborigo RA, Moyer CA. Person-centred maternity care in low-income and middle-income countries: analysis of data from Kenya, Ghana, and India. *Lancet Glob Health*. 2019;7(1):e96–109 ([https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(18\)30403-0](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(18)30403-0)).
57. Downe S. Focusing on what works for person-centred maternity care. *Lancet Glob Health*. 2019;7(1):e10–1 ([https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(18\)30544-8](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(18)30544-8)).
58. Minckas N, Gram L, Smith C, Mannell J. Disrespect and abuse as a predictor of postnatal care utilisation and maternal-newborn well-being: a mixed-methods systematic review. *BMJ Glob Health*. 2021;6(4):e004698 (<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004698>).
59. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/260178>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
60. Fawke J, Wyllie J, Udaeta E, Rüdiger M, Ersdal H, Wright MD et al. Suctioning of clear amniotic fluid at birth: a systematic review. *Resusc Plus*. 2022;12:100298 (<https://doi.org/10.1016/j.resplu.2022.100298>).
61. Souza J, Gülmezoglu A, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Carroli G, Fawole B et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004–2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC Med*. 2010;8:71 (<https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-71>).
62. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(2):CD000081 (<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub3>).
63. Belghiti J, Kayem G, Dupont C, Rudigoz RC, Bouvier-Colle MH, Deneux-Tharaux C. Oxytocin during labour and risk of severe postpartum haemorrhage: a population-based, cohort-nested case–control study. *BMJ Open*. 2011;1(2):e000514 (<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000514>).
64. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250796>).
65. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/352658>).
66. Sandall J, Tribe RM, Avery L, Mola G, Visser GH, Homer CS et al. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *Lancet*. 2018;392(10155):1349–57 ([https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)31930-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31930-5)).
67. Gibbons L, Belizán JM, Lauer JA, Betran AP, Meriáldi M, Althabe F. The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage. *Health Systems Financing. World Health Report 2010, Background Paper No. 30*. Geneva: World Health Organization; 2010, p. 32 (<https://www.researchgate.net/publication/265064468>).
68. Kumbeni MT, Afaya A, Apanga PA. An assessment of out of pocket payments in public sector health facilities under the free maternal healthcare policy in Ghana. *Health Econ Rev*. 2023;13(1):8 (<https://doi.org/10.1186/s13561-023-00423-0>).
69. Haider MR, Rahman MM, Moinuddin M, Rahman AE, Ahmed S, Khan MM. Ever-increasing caesarean section and its economic burden in Bangladesh. *PLoS One*. 2018;13(12):e0208623 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208623>).

70. Mori AT, Binyaruka P, Hangoma P, Robberstad B, Sandoy I. Patient and health system costs of managing pregnancy and birth-related complications in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Health Econ Rev.* 2020;10(1):26 (<https://doi.org/10.1186/s13561-020-00283-y>).
71. Binyaruka P, Mori AT. Economic consequences of caesarean section delivery: evidence from a household survey in Tanzania. *BMC Health Serv Res.* 2021;21(1):1367 (<https://doi.org/10.1186/s12913-021-07386-0>).
72. Shaw D, Guise JM, Shah N, Gemzell-Danielsson K, Joseph K, Levy B et al. Drivers of maternity care in high-income countries: can health systems support woman-centred care? *Lancet.* 2016;388(10057):2282–95 ([https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)31527-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)31527-6)).
73. Human rights-based approach to reduce preventable maternal morbidity and mortality: technical guidance. Geneva; Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights; 2012 (<https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/TGReduceMaternalMortality.pdf>).
74. Every newborn: an action plan to end preventable deaths. Geneva: World Health Organization; 2014 (<https://iris.who.int/handle/10665/127938>).
75. Ending preventable maternal mortality (EPMM): a renewed focus for improving maternal and newborn health and well-being. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/350834>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
76. Declaration of Astana: Global Conference on Primary Health Care: Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018. World Health Organization; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/328123>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
77. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Operational framework for primary health care: transforming vision into action. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/337641>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
78. WHO Strategic and Technical Advisory Group of Experts for maternal, newborn, child, and adolescent health and nutrition (STAGE). Transforming women's, children's, and adolescents' health and wellbeing through primary health care. *Lancet.* 2023;402(10413):1606–8 ([https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(23\)01909-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(23)01909-8)).
79. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet.* 2014;384(9948):1129–45 ([https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)60789-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)60789-3)).
80. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(4):CD004667 (<https://doi.org/10.1002/14651858.cd004667.pub5>).
81. Bartlett L, Weissman E, Gubin R, Patton-Molitors R, Friberg IK. The impact and cost of scaling up midwifery and obstetrics in 58 low- and middle-income countries. *PLoS One.* 2014;9(6):e98550 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0098550>).
82. Bernitz S, Aas E, Øian P. Economic evaluation of birth care in low-risk women. A comparison between a midwife-led birth unit and a standard obstetric unit within the same hospital in Norway: a randomised controlled trial. *Midwifery.* 2012;28(5):591–9 (<https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.06.001>).
83. Tracy SK, Welsh A, Hall B, Hartz D, Lainchbury A, Bisits A et al. Caseload midwifery compared to standard or private obstetric care for first time mothers in a public teaching hospital in Australia: a cross sectional study of cost and birth outcomes. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14:46 (<https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-46>).
84. Homer CS, Matha DV, Jordan LG, Wills J, Davis GK. Community-based continuity of midwifery care versus standard hospital care: a cost analysis. *Aust Health Rev.* 2001;24(1):85–93 (<https://doi.org/10.1071/ah010085>).
85. United Nations Population Fund, World Health Organization, International Confederation of Midwives. The state of the world's midwifery 2014: a universal pathway: a woman's right to health. New York: United Nations Population Fund; 2014 (<https://www.unfpa.org/sowmy-2014>).
86. International Standard Classification of Occupations: ISCO-08. Geneva: International Labour Organization; 2008 (<https://isco.ilo.org/en/isco-08/>).
87. National Health Workforce Accounts Web Portal [website]. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://apps.who.int/nhwaportal/>).
88. Health workforce-related terminology: terminology work carried out by the WHO Language department at the request of the Health Workforce department. World Health Organization; 2021 (<https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/hwp/202100608-health-workforce-terminology.pdf>).
89. United Nations Population Fund, World Health Organization, International Confederation of Midwives. The state of the world's midwifery 2021: building a health workforce to meet the needs of women, newborns and adolescents everywhere. New York: United Nations Population Fund; 2021 (<https://www.unfpa.org/publications/sowmy-2021>).
90. Core document: Definition of the midwife and scope of practice of the midwife. International Confederation of Midwives; 2023 (<https://internationalmidwives.org/resources/international-definition-of-the-midwife/>).
91. Essential competencies for midwifery practice, 2019 update. International Confederation of Midwives; 2019 (<https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/essential-competencies-for-midwifery-practice.html>).
92. Bradford BF, Wilson AN, Portela A, McConville F, Fernandez Turienzo C, Homer CSE. Midwifery continuity of care: a scoping review of where, how, by whom and for whom? *PLoS Glob Public Health.* 2022;2(10):e0000935 (<https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000935>).
93. Sandall J, Coxon K, Mackintosh N, Rayment-Jones H, Locock L, Page L et al. Relationships: the pathway to safe, high-quality maternity care. Report from the Sheila Kitzinger symposium at Green Templeton College. Oxford: Green Templeton College; 2015 (https://pre.rcm.org.uk/media/2962/skp_report.pdf).

94. Rayment-Jones H, Harris J, Harden A, Turienzo CF, Sandall J. Project20: Maternity care mechanisms that improve (or exacerbate) health inequalities: a realist evaluation. *Women Birth*. 2023;36(3):e314–27 (<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.11.006>).
95. Dahlberg U, Aune I. The woman's birth experience: the effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Midwifery*. 2013;29(4):407–15 (<https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.09.006>).
96. Freeman GK, Olesen F, Hjortdahl P. Continuity of care: an essential element of modern general practice? *Fam Pract*. 2003;20(6):623–7 (<https://doi.org/10.1093/fampra/cm601>).
97. Nove A, Friberg IK, de Bernis L, McConville F, Moran AC, Najjemba M et al. Potential impact of midwives in preventing and reducing maternal and neonatal mortality and stillbirths: a Lives Saved Tool modelling study. *Lancet Glob Health*. 2021;9(1):e24–32 ([https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(20\)30397-1](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(20)30397-1)).
98. New study reveals investing in midwives could save millions of lives. New York: United Nations Population Fund; 2020 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Midwives_Save_Lives_Infographic.pdf).
99. Sandall J, Fernandez Turienzo C, Devane D, Soltani H, Gillespie P, Gates S et al. Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2024;(4):CD004667.pub6 (<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub6>).
100. Sutcliffe K, Caird J, Kavanagh J, Rees R, Oliver K, Dickson K et al. Comparing midwife-led and doctor-led maternity care: a systematic review of reviews. *J Adv Nurs*. 2012;68(11):2376–86 (<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05998.x>).
101. Waldenström U, Turnbull D. A systematic review comparing continuity of midwifery care with standard maternity services. *Br J Obstet Gynaecol*. 1998;105(11):1160–70 (<https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1998.tb09969.x>).
102. Chapman A, Nagle C, Bick D, Lindberg R, Kent B, Calache J et al. Maternity service organisational interventions that aim to reduce caesarean section: a systematic review and meta-analyses. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):206 (<https://doi.org/10.1186/s12884-019-2351-2>).
103. Cibralic S, Pickup W, Diaz AM, Kohlhoff J, Karlov L, Stylianakis A et al. The impact of midwifery continuity of care on maternal mental health: a narrative systematic review. *Midwifery*. 2023;116:103546 (<https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103546>).
104. Enhancing nursing and midwifery capacity to contribute to the prevention, treatment and management of noncommunicable diseases in practice: policy and advocacy, research and education. Human Resources for Health Observer Issue 12. Geneva: World Health Organization; 2012 (<https://www.who.int/publications/m/item/9789241504157>).
105. Barker DJ, Osmond C. Infant mortality, childhood nutrition, and ischaemic heart disease in England and Wales. *Lancet*. 1986;1(8489):1077–81 ([https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(86\)91340-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(86)91340-1)).
106. Painter RC, Roseboom TJ, Bleker OP. Prenatal exposure to the Dutch famine and disease in later life: an overview. *Reprod Toxicol*. 2005;20(3):345–52 (<https://doi.org/10.1016/j.reprotox.2005.04.005>).
107. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013 (<https://iris.who.int/handle/10665/94384>).
108. Brohan MP, Daly FP, Kelly L, McCarthy FP, Khashan AS, Kublickiene K et al. Hypertensive disorders of pregnancy and long-term risk of maternal stroke: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2023;229(3):248–68 (<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.03.034>).
109. Gluckman PD, Hanson MA, Cooper C, Thornburg KL. Effect of in utero and early-life conditions on adult health and disease. *N Engl J Med*. 2008;359(1):61–73 (<https://doi.org/10.1056/nejmra0708473>).
110. Downe S, Finlayson K, Oladapo OT, Bonet M, Gülmezoglu AM. What matters to women during childbirth: a systematic qualitative review. *PLoS One*. 2018;13(4):e0194906 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194906>).
111. Small R, Roth C, Raval M, Shafiei T, Korfker D, Heaman M et al. Immigrant and non-immigrant women's experiences of maternity care: a systematic and comparative review of studies in five countries. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:152 (<https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-152>).
112. What women won: demands for quality healthcare. Washington, DC: White Ribbon Alliance; 2022 (<https://whiteribbonalliance.org/resources/what-women-won-report/>).
113. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health*. 2018;6(11):e1196–252 ([https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(18)30386-3)).
114. Turkmani S, Nove A, Bazirete O, Hughes K, Pairman S, Callander E et al. Exploring networks of care in implementing midwife-led birthing centres in low- and middle-income countries: a scoping review. *PLoS Glob Public Health*. 2023;3(5):e0001936 (<https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001936>).
115. Perriman N, Davis DL, Ferguson S. What women value in the midwifery continuity of care model: a systematic review with meta-synthesis. *Midwifery*. 2018;62:220–9 (<https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.011>).
116. Bradfield Z, Hauck Y, Duggan R, Kelly M. Midwives' perceptions of being “with woman”: a phenomenological study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):363 (<https://doi.org/10.1186/s12884-019-2548-4>).
117. Shahinfar S, Abedi P, Najafian M, Abbaspoor Z, Mohammadi E, Alianmoghaddam N. Women's perception of continuity of team midwifery care in Iran: a qualitative content analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):173 (<https://doi.org/10.1186/s12884-021-03666-z>).
118. Walsh D, Devane D. A metasynthesis of midwife-led care. *Qual Health Res*. 2012;22(7):897–910 (<https://doi.org/10.1177/1049732312440330>).

119. Styles C, Kearney L, George K. Implementation and upscaling of midwifery continuity of care: the experience of midwives and obstetricians. *Women Birth*. 2020;33(4):343–51 (<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.08.008>).
120. McInnes RJ, Aitken-Arbuckle A, Lake S, Hollins Martin C, MacArthur J. Implementing continuity of midwife carer – just a friendly face? A realist evaluation. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):304 (<https://doi.org/10.1186/s12913-020-05159-9>).
121. Midwifery: knowledge, skills and practices [website]. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2023 (<https://ich.unesco.org/en/RL/midwifery-knowledge-skills-and-practices-01968>).
122. Rescued from the earthquake in Morocco, midwife Maria delivers babies and saves lives as catastrophe unfolds around her [news release]. United Nations Population Fund; 25 September 2023 (<https://www.unfpa.org/news/rescued-earthquake-morocco-midwife-maria-delivers-babies-and-saves-lives-catastrophe-unfolds>).
123. Midwives in humanitarian settings: realities of strengthening an essential health workforce. *New Security Beat*. 5 July 2023 (<https://www.newsecuritybeat.org/2023/07/midwives-humanitarian-settings-realities-strengthening-essential-health-workforce/>).
124. Nove A, Bytyqi A, Boyce M, Castro Lopes S. Midwives on the front line: delivering midwifery services in difficult times: a snapshot from selected Arab countries. Cairo: United Nations Population Fund, Arab States Regional Office; 2016 (<https://arabstates.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/AS%20-%20Midwifery%20in%20Difficult%20Times%20in%20Selected%20Countries%202016.pdf>).
125. The role of midwives in humanitarian setting [news release]. United Nations Population Fund South Sudan; 28 July 2022 (<https://southsudan.unfpa.org/en/news/role-midwives-humanitarian-setting>).
126. Beek K, McFadden A, Dawson A. The role and scope of practice of midwives in humanitarian settings: a systematic review and content analysis. *Hum Resour Health*. 2019;17(1):5 (<https://doi.org/10.1186/s12960-018-0341-5>).
127. Les sages-femmes pour la paix : le rôle des sages-femmes dans les conflits [news release]. International Confederation of Midwives; 6 April 2022 (<https://internationalmidwives.org/fr/les-sages-femmes-pour-la-paix-le-role-des-sages-femmes-dans-les-conflits/>).
128. Comment les sages-femmes polonaises aident les Ukrainiennes ayant fui leur logis [news release]. World Health Organization; 4 May 2022 (<https://www.who.int/europe/fr/news/item/04-05-2022-how-polish-midwives-help-ukrainian-women-fleeing-their-homes>).
129. Purno NH, Biswas A, Anderson R, Hoque DME. Responding to humanitarian crises: midwifery care in Bangladesh. *J Midwifery Womens Health*. 2023;68(3):371–5 (<https://doi.org/10.1111/jmwh.13524>).
130. Urgent health challenges for the next decade [news release]. World Health Organization; 13 January 2020 (<https://www.who.int/news-room/photo-story/photo-story-detail/urgent-health-challenges-for-the-next-decade>).
131. Myanmar’s “red angel” midwives prepare to bring care to displaced women in Rakhine [news release]. United Nations Population Fund; 28 May 2014 (<https://www.unfpa.org/news/myanmars-red-angel-midwives-prepare-bring-care-displaced-women-rakhine>).
132. Male midwife champions safe motherhood for South Sudan refugees [news release]. United Nations Population Fund; 17 June 2015 (<https://www.unfpa.org/news/male-midwife-champions-safe-motherhood-south-sudan-refugees>).
133. Health needs escalate as crisis in Gaza continues [news release]. United Nations Population Fund; 24 July 2014 (<https://www.unfpa.org/news/health-needs-escalate-crisis-gaza-continues>).
134. Amid grinding conflict, Yemen’s midwives go to heroic lengths to save lives [news release]. United Nations Population Fund; 4 May 2018 (<https://www.unfpa.org/news/amid-grinding-conflict-yemens-midwives-go-heroic-lengths-save-lives>).
135. As a midwife, I always feel responsible for two lives at the same time: the mother and her child [news release]. *Medecins Sans Frontieres*; 10 March 2020 (<https://www.msf-me.org/media-centre/news-and-stories/midwife-i-always-feel-responsible-two-lives-same-time-mother-and-her>).
136. Coyle R. As a midwife, I have seen what happens to women when they do not receive prenatal care: an MSF midwife shares her story from Taiz Houban, Yemen. *ReliefWeb*; 15 August 2023 (<https://reliefweb.int/report/yemen/midwife-i-have-seen-what-happens-women-when-they-do-not-receive-prenatal-care>).
137. Mortensen B, Lieng M, Diep LM, Lukasse M, Atieh K, Fosse E. Improving maternal and neonatal health by a midwife-led continuity model of care: an observational study in one governmental hospital in Palestine. *eClinicalMedicine*. 2019;10:84–91 (<https://doi.org/10.1016/j.eclim.2019.04.003>).
138. Mortensen B, Lukasse M, Diep LM, Lieng M, Abu-Awad A, Suleiman M et al. Can a midwife-led continuity model improve maternal services in a low-resource setting? A non-randomised cluster intervention study in Palestine. *BMJ Open*. 2018;8(3):e019568 (<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019568>).
139. Midwives in Bangladesh bring hope to survivors of Cyclone Mocha in world’s largest refugee camp [news release]. United Nations Population Fund; 15 June 2023 (<https://www.unfpa.org/news/midwives-bangladesh-bring-hope-survivors-cyclone-mocha-worlds-largest-refugee-camp>).
140. “Hope arrived in the form of Rahna”: The life-saving work of midwives after the Afghanistan earthquake [news release]. United Nations Population Fund; 2 November 2023 (<https://www.unfpa.org/news/“hope-arrived-form-rahna”-life-saving-work-midwives-after-afghanistan-earthquake>).
141. In her words: a heavy monsoon, a flooded hospital and twins on the way: a midwife’s story in Bangladesh [news release]. United Nations Population Fund; 7 April 2022 (<https://www.unfpa.org/news/her-words-heavy-monsoon-flooded-hospital-and-twins-way-midwives-story-bangladesh>).
142. Kildea S, Simcock G, Liu A, Elgbeili G, Laplante DP, Kahler A et al. Continuity of midwifery carer moderates the effects of prenatal maternal stress on postnatal maternal wellbeing: the Queensland flood study. *Arch Womens Ment Health*. 2018;21(2):203–14 (<https://doi.org/10.1007/s00737-017-0781-2>).

143. Idress A, Rehman AU, Mohsin A, Lee KY. Pregnant women lose all hope of help as Pakistan drowns in floods. *Health Sci Rep*. 2023;6(10):e1082 (<https://doi.org/10.1002/hsr2.1082>).
144. Hadid D. The fearless midwives of Pakistan: in the face of floods, they do not give up [news release]. NPR; 19 October 2022 (<https://www.npr.org/sections/goatsandsoda/2022/10/08/1127631160/midwives-in-pakistan-are-mobilizing-to-help-women-and-children-after-the-floods>).
145. Allotey J, Stallings E, Bonet M, Yap M, Chatterjee S, Kew T et al. Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2020;370:m3320 (<https://doi.org/10.1136/bmj.m3320>).
146. Pallangyo E, Nakate MG, Maina R, Fleming V. The impact of COVID-19 on midwives' practice in Kenya, Uganda and Tanzania: a reflective account. *Midwifery*. 2020;89:102775 (<https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102775>).
147. Ortiz J, Castro MD. Buenas prácticas de parteras profesionales en respuesta a la pandemia por COVID-19 en América Latina y el Caribe, 2020–2021. Panama City: United Nations Population Fund, Latin America and the Caribbean Regional Office; 2022 (<https://lac.unfpa.org/es/publications/buenas-practicas-de-parteras-profesionales>).
148. Helping women give birth during the pandemic: the experience of four midwives [news release]. Pan American Health Organization; 5 May 2020 (<https://www.paho.org/en/stories/helping-women-give-birth-during-pandemic-experience-four-midwives>).
149. UN Regional Information Centre (UNRIC) Brussels. Midwives step up to support pregnant women during pandemic. United Nations; no date (<https://www.un.org/en/pregnant-women-are-worried-about-giving-birth-during-pandemic>).
150. Amid pandemic and unrest, midwives undeterred in saving lives in Conakry [news release]. United Nations Population Fund; 11 February 2021 (<https://www.unfpa.org/news/amid-pandemic-and-unrest-midwives-undeterred-saving-lives-conakry>).
151. Schantz C, Tiet M, Evrard A, Guillaume S, Boujahma D, Quentin B et al. A strong capacity to face the shock of the health crisis: MaNaO, a midwife-led birthing centre in France. *Midwifery*. 2023;127:103837 (<https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103837>).
152. Islam A, Begum F, Williams A, Basri R, Ara R, Anderson R. Midwife-led pandemic telemedicine services for maternal health and gender-based violence screening in Bangladesh: an implementation research case study. *Reprod Health*. 2023;20(1):128 (<https://doi.org/10.1186/s12978-023-01674-0>).
153. Hartz DL, Tracy SK, Pairman S, Yates A, Renard C, Brodie P et al. Midwives speaking out on COVID-19: The International Confederation of Midwives global survey. *PLoS One*. 2022;17(11):e0276459 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276459>).
154. Coxon K, Turienzo CF, Kweekel L, Goodarzi B, Brigante L, Simon A et al. The impact of the coronavirus (COVID-19) pandemic on maternity care in Europe. *Midwifery*. 2020;88:102779 (<https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102779>).
155. Alnuaimi K. Understanding Jordanian midwives' experiences of providing care during the COVID-19 pandemic crisis: a phenomenological study. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2021;9(3):238–50 (<https://doi.org/10.30476/ijcbnm.2021.88793.1545>).
156. Foulhy C, Knezovic N, Guillaume S, Ettienne C, Guignard M, Perrin L. Les sages-femmes face à la crise sanitaire (Midwives facing the health crisis). *Sages-Femmes*. 2020;19(5):29–32 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1637408820301358>).
157. Rousseau A, Gaucher L, Gautier S, Mahrez I, Baumann S. How midwives implemented teleconsultations during the COVID-19 health crisis: a mixed-methods study. *BMJ Open*. 2022;12(4):e057292 (<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057292>).
158. Attanasio LB, Alarid-Escudero F, Kozhimannil KB. Midwife-led care and obstetrician-led care for low-risk pregnancies: a cost comparison. *Birth*. 2020;47(1):57–66 (<https://doi.org/10.1111/birt.12464>).
159. Friedman H, Liang M. Costs of pre-service midwifery education. Background document for the State of the World's Midwifery 2011. June 2011 (<https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=c0b2bdfb46f3884b765bdec933cf9f33c46ce29>).
160. Kenny C, Devane D, Normand C, Clarke M, Howard A, Begley C. A cost-comparison of midwife-led compared with consultant-led maternity care in Ireland (the MidU study). *Midwifery*. 2015;31(11):1032–8 (<https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.06.012>).
161. Petrou S, Boulvain M, Simon J, Maricot P, Borst F, Perneger T et al. Home-based care after a shortened hospital stay versus hospital-based care postpartum: an economic evaluation. *BJOG*. 2004;111(8):800–6 (<https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2004.00173.x>).
162. Callander EJ, Slavin V, Gamble J, Creedy DK, Brittain H. Cost-effectiveness of public caseload midwifery compared to standard care in an Australian setting: a pragmatic analysis to inform service delivery. *Int J Qual Health Care*. 2021;33(2):mzab084 (<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab084>).
163. Kozhimannil K, Attanasio L, Alarid-Escudero F. More midwife-led care could generate cost savings and health improvement: policy brief. Minneapolis: University of Minnesota School of Public Health; 2019, p. 4 (<https://www.sph.umn.edu/sph-2018/wp-content/uploads/docs/policy-brief-midwife-led-care-nov-2019.pdf>).
164. Boukhalfa C, Ouakhan B, Masbah H, Acharai L, Zbiri S. Investing in midwifery for sustainable development goals in low- and middle-income countries: a cost-benefit analysis. *Cost Eff Resour Alloc CE*. 2024;22(1):1 (<https://doi.org/10.1186/s12962-023-00507-y>).
165. MacKenzie Bryers H, Van Teijlingen E. Risk, theory, social and medical models: a critical analysis of the concept of risk in maternity care. *Midwifery*. 2010;26(5):488–96 (<https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.07.003>).
166. McFarland AK, Jones J, Luchsinger J, Kissler K, Smith DC. The experiences of midwives in integrated maternity care: a qualitative metasynthesis. *Midwifery*. 2020;80:102544 (<https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102544>).
167. Eri T, Berg M, Dahl B, Gottfreðsdóttir H, Sommerseth E, Prinds C. Models for midwifery care: a mapping review. *Eur J Midwifery*. 2020 4:30 (<https://doi.org/10.18332/ejm/124110>).

168. Executive Board, 138. Framework on integrated, people-centred health services: report by the Secretariat. Geneva: World Health Organization; 2016 (EB138/37; <https://iris.who.int/handle/10665/250704>).
169. International Bill of Human Rights: a brief history, and the two International Covenants. United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights; undated (<https://www.ohchr.org/en/what-are-human-rights/international-bill-human-rights>).
170. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women. New York, 18 December 1979. New York: United Nations; 1980 (https://treaties.un.org/doc/Treaties/1981/09/19810903%2005-18%20AM/Ch_IV_8p.pdf).
171. Convention on the Rights of the Child. New York, 20 November 1989. New York: United Nations; 1989 (https://treaties.un.org/doc/Treaties/1990/09/19900902%2003-14%20AM/Ch_IV_11p.pdf).
172. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. New York: United Nations; 2006 (A/RES/61/106; <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-2.html>).
173. Programme of Action: adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5–13 September, 1994. United Nations Population Fund; 2004 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf).
174. Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. New York, 10 December 1984. United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights; 1987 (<https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-against-torture-and-other-cruel-inhuman-or-degrading>).
175. Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/274628>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
176. Homer CS, Leap N, Edwards N, Sandall J. Midwifery continuity of carer in an area of high socio-economic disadvantage in London: a retrospective analysis of Albany Midwifery Practice outcomes using routine data (1997–2009). *Midwifery*. 2017;48:1–10 (<https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.02.009>).
177. Hadebe R, Seed PT, Essien D, Headen K, Mahmud S, Owasil S et al. Can birth outcome inequality be reduced using targeted caseload midwifery in a deprived diverse inner city population? A retrospective cohort study, London, UK. *BMJ Open*. 2021;11(11):e049991 (<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049991>).
178. Khan Z, Vowles Z, Fernandez Turienzo C, Barry Z, Brigante L, Downe S et al. Targeted health and social care interventions for women and infants who are disproportionately impacted by health inequalities in high-income countries: a systematic review. *Int J Equity Health*. 2023;22(1):131 (<https://doi.org/10.1186/s12939-023-01948-w>).
179. Kildea S, Gao Y, Hickey S, Nelson C, Kruske S, Carson A et al. Effect of a Birthing on Country service redesign on maternal and neonatal health outcomes for First Nations Australians: a prospective, non-randomised, interventional trial. *Lancet Glob Health*. 2021;9(5):e651–9 ([https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(21\)00061-9](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(21)00061-9)).
180. Thompson JE. Midwives and human rights: dream or reality? *Midwifery*. 2002;18(3):188–92 (<https://doi.org/10.1054/midw.2002.0320>).
181. Dharni N, Essex H, Bryant MJ, Cronin De Chavez A, Willan K et al., on behalf of the Better Start Bradford Innovation Hub. The key components of a successful model of midwifery-led continuity of carer, without continuity at birth: findings from a qualitative implementation evaluation. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):205 (<https://doi.org/10.1186/s12884-021-03671-2>).
182. Brigante L, Coxon K, Fernandez Turienzo C, Sandall J. “She was there all the time”: a qualitative study exploring how women at higher risk for preterm birth experience midwifery continuity of care. *Women Birth*. 2023;36(4):e397–404 (<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2023.01.003>).
183. Mathias LA, Davis D, Ferguson S. Salutogenic qualities of midwifery care: a best-fit framework synthesis. *Women Birth*. 2021;34(3):266–77 (<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.03.006>).
184. Tokhi M, Comrie-Thomson L, Davis J, Portela A, Chersich M, Luchters S. Involving men to improve maternal and newborn health: a systematic review of the effectiveness of interventions. *PLoS One*. 2018;13(1):e0191620 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191620>).
185. Yargawa J, Leonardi-Bee J. Male involvement and maternal health outcomes: systematic review and meta-analysis. *J Epidemiol Community Health*. 2015;69(6):604–12 (<https://doi.org/10.1136/jech-2014-204784>).
186. Kraft JM, Wilkins KG, Morales GJ, Widyono M, Middlestadt SE. An evidence review of gender-integrated interventions in reproductive and maternal-child health. *J Health Commun*. 2014;19(Suppl 1):122–41 (<https://doi.org/10.1080/10810730.2014.918216>).
187. Xie J, Hunter A, Biesty L, Grealish A. The impact of midwife/nurse-led psychosocial interventions on parents experiencing perinatal bereavement: an integrative review. *Int J Nurs Stud*. 2024;157:104814 (<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104814>).
188. Facilitating evidence-based practice in nursing and midwifery in the WHO European Region. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2017 (<https://iris.who.int/handle/10665/353672>).
189. Building the primary health care workforce of the 21st century. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://iris.who.int/handle/10665/328072>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
190. Filby A, McConville F, Portela A. What prevents quality midwifery care? A systematic mapping of barriers in low and middle income countries from the provider perspective. *PLoS One*. 2016;11(5):e0153391 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153391>).
191. Mattison CA, Lavis JN, Wilson MG, Hutton EK, Dion ML. A critical interpretive synthesis of the roles of midwives in health systems. *Health Res Policy Syst*. 2020;18(1):77 (<https://doi.org/10.1186/s12961-020-00590-0>).

192. World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development, International Bank for Reconstruction and Development. Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://iris.who.int/handle/10665/272465>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
193. Kalaris K, Radovich E, Carmone AE, Smith JM, Hyre A, Baye ML et al. Networks of care: an approach to improving maternal and newborn health. *Glob Health Sci Pract*. 2022;10(6):e2200162 (<https://doi.org/10.9745/ghsp-d-22-00162>).
194. Agyekum EO, Kalaris K, Maliqi B, Moran AC, Ayim A, Roder-DeWan S. Networks of care to strengthen primary healthcare in resource constrained settings. *BMJ*. 2023;380:e071833 (<https://doi.org/10.1136/bmj-2022-071833>).
195. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva: World Health Organization; 2010 (<https://iris.who.int/handle/10665/70185>).

添付文書 1. 国際助産師連盟 (ICM) の助産ケアの理念と助 産ケアモデル

ICM の助産ケアの理念

- 妊娠および出産は通常、正常な生理学的プロセスです。
- 妊娠および出産は、女性・家族・地域にとって大きな意味を持つ深い経験です。
- 助産師は、出産適齢期の女性にケアを提供するのに最も適した保健医療従事者です。
- 助産ケアは、女性の人権や生殖及び性に関する健康と権利を促進・保護・支援するとともに民族的・文化的な多様性を尊重します。公正、公平、人間の尊厳の尊重という倫理的原則に基づいています。
- 助産ケアは、女性の社会的、情緒的、文化的、精神的、心理的及び身体的な経験の理解に基づいた、全人的かつ継続的な性質を持つものです。
- 助産ケアは、女性の健康と社会的地位を守り、向上させ、出産に対処する能力に対する女性の自信を高めるため、解放的だといえます。
- 助産ケアは女性の自己決定権を認め、女性とのパートナーシップの中で行われます。また、対象者を尊重し、個別的で、継続的で、非権威主義的なものです。
- 倫理的で有能な助産ケアは、正式かつ継続的な教育、科学研究及びエビデンスの適用によって知識を得て、導かれます。

ICM 助産ケアモデル

- 助産師は、女性と新生児の健康と権利を促進し、守ります。
- 助産師は女性を尊重し、女性の出産の能力を信頼しています。
- 助産師は、正常な出産における非介入を推進し、支持します。
- 助産師は、女性の参加を促し情報に基づく意思決定を促進するような方法で、女性に適切な情報と助言を提供します。
- 助産師は、女性・新生児・家族・地域のニーズを包含し、助産ケアを求める女性と助産師の関係の本質に第一に注意を払うことから始まる、敬意に満ちた、先見的で柔軟なケアを提供します。
- 助産師は、女性が自分の健康と家族の健康に責任を負うよう女性に自信を与えます。
- 助産師は、女性、新生児、家族及び地域のニーズに応えるため、他の医療専門職と協力し、相談しながら実践します。
- 助産師は自身のコンピテンスを維持し、実践がエビデンスに基づいていることを保証します。
- 助産師は技術を適切に活用し、問題が発生した際には適時に相談や搬送を行います。
- 助産師は、助産ケアの発展に個人として及び集団として責任を負い、生涯学習の概念において次世代の助産師及び同僚を教育します。

出典：助産ケアの理念とモデル。国際助産師連盟（2014）（<https://internationalmidwives.org/resources/philosophy-and-model-of-midwifery-care/>）

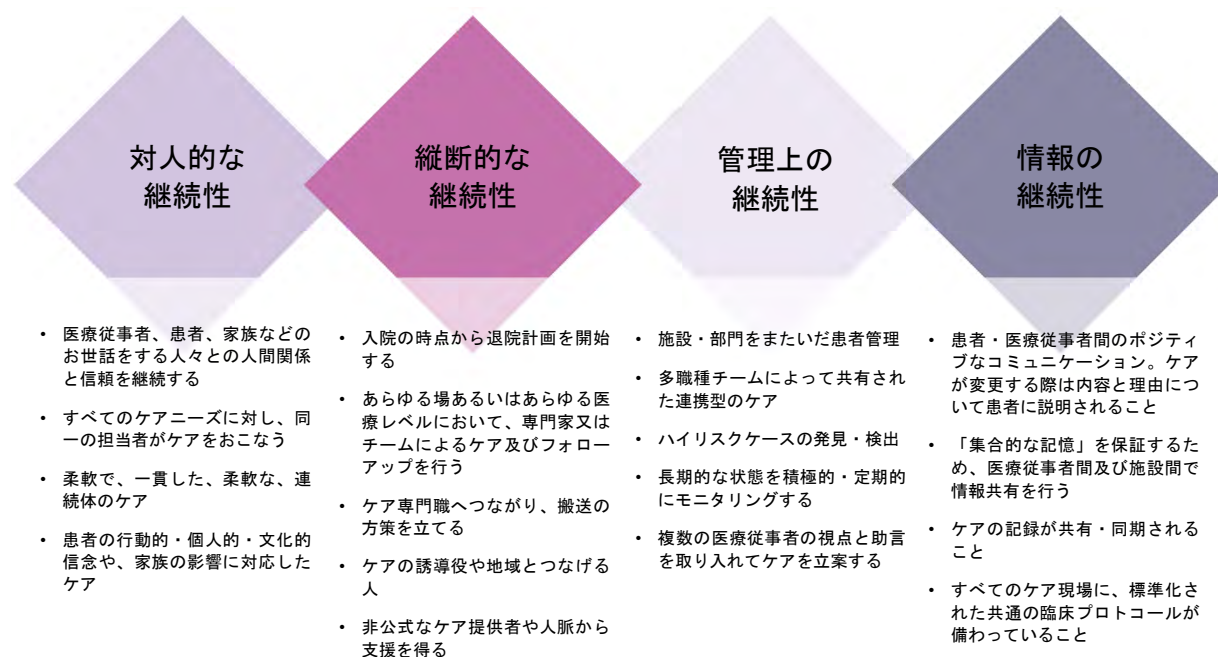
添付文書 2.ケアの継続性とそれを達成する方法

ケアの継続性は、Deeny ら（2017）によって以下の 4 側面から成る複雑な概念として構成されています。

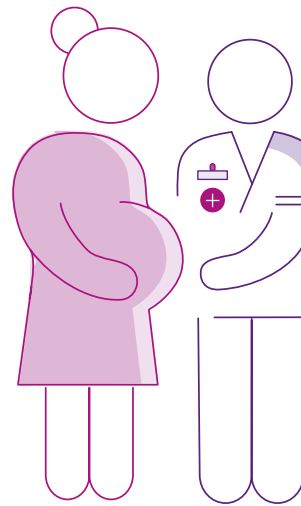
- 対人的な継続性—患者と医療従事者の間のケア関係についての主観的な経験
- 縦断的な継続性—独立したエピソードが一続きになる中で、同じ医療従事者との交流の歴史
- 管理上の継続性—切れ目のないケアを提供するための、ケアの境界を越える効果的なチーム連携
- 情報の継続性—専門家とかがわるすべての場面についての臨床的及び心理社会的情報が入手可能であること (1,2)

上記の各側面について、ケアの継続性を達成するために用いることができるアプローチと介入を以下の図 A1.1 に示します。

図 A1.1 ケアの継続性を達成するためのアプローチと介入の範囲



出典：WHO, 2018 (1)、Deeny et al., 2017 (2) を改変。



一般社団法人 **日本助産学会**
Japan Academy of Midwifery

原版タイトル “Transition to Midwifery Model of Care: Global Position Paper”
原版ライセンス: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
世界保健機関 (2024年)

©日本助産学会(2025年)

日本語版タイトル「助産モデルへの移行: 世界的な指針表明」
日本語版ライセンス: CC BY-NC-SA 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>)

本翻訳は、世界保健機関(WHO)が作成したものではありません。WHOはこの翻訳の内容や正確性について責任を負いません。日本助産学会は世界保健機関からこの日本語版の翻訳と非営利目的での公表許可を得ています。日本語訳の質および正確さの全責任は日本助産学会にあります。英語版と日本語版の差異については英語版(原版)をご参照ください。

翻訳: 日本助産学会

日本語版についてのお問い合わせ先: maf-jam@mynavi.jp

© Japan Academy of Midwifery

This translation was not created by the World Health Organization (WHO). WHO is not responsible for the content or accuracy of this translation. The original English edition. Transitioning to midwifery models of care: global position paper. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO shall be the binding and authentic edition. This translated work is available under the CC BY-NC-SA 4.0

World Health Organization

20 Avenue Appia
1211 Geneva 27
Switzerland

Department of Maternal, Newborn, Child and
Adolescent Health and Ageing

Email: mncah@who.int

Website: <https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing>

www.who.int