

## お産の現場でのチーム医療：「助産師外来」について

深谷赤十字病院・山下恵一

2009.12.7

当院は埼玉県北部に位置する、「救命救急センター」「地域災害拠点病院」「地域周産期母子医療センター」「がん診療連携拠点病院」「地域医療支援病院」等を標榜する地域の基幹病院（506床）である。

最近の妊婦さんは、お産というものを、女性の一生に幾度とはない一大イベントと捉え、自分自身が主役になって納得のいく形で妊娠出産を完結したいと考え、「安全」は当然のこととし、医療の介入を極力排除した、妊婦自身が心より悦べ、夫・家族と満足を共有できる、いわゆる「自然分娩」を指向しているように思える。

そんなお産を取り巻く環境の変化の中でも、助産師の役割は全く昔と変わらないわけで、陣痛の苦痛と未知の分娩への不安におののいている妊婦さんに、片時も離れず、精神的にも支えになってあげられることである。

さて、「助産師外来」を標榜する施設間にも業務内容、即ち、助産師の受け持つ守備範囲にはいささか温度差があるように思えてならない。つまり、医師の診療の補助的な立場での助産師としての専門職的な範囲（生活指導、栄養指導などの保健指導）のみを任されている施設、助産師外来担当スタッフの病棟兼任か外来専任かの違いからくる、同じ助産師による妊娠中から分娩まで、更には産褥までの継続性のある、一貫した助産業務の遂行が可能な施設と現実には役割分担が存在する施設、外診を主体にした妊婦健診のみに業務範囲が制限されている施設と、更に踏み込んで超音波検査、NSTの判定、内診による分娩準備状態の判定までもと範囲を広めて任せられている施設、等々。

そこで、当院の産科医と助産師の関係は、従来の「主と従」的なものから、いわば「車の両輪」の如き「お産を預かるパートナー」的なものとして捉え直した、「チーム医療の概念」を産科診療の現場に導入・実践したものである。その骨子は、「正常妊婦・褥婦は全て助産師が、異常妊婦・褥婦は助産師と産科医が対応する。分娩に関しても異常分娩のみ産科医が受け持つ」という究極的な役割分担に到達した産科診療形態を総合病院の現場に導入したものである。（標榜は違いますが「院内助産院」のイメージである）

当院の「助産師外来」は1991年に開設し、爾来二十年になろうとしている。私としては、産科医と助産師のパートナーシップに則った、産科診療スタイルの実践が、病院勤務の助産師達に、更なる責任感と自立を促し、以前にも増して、活気溢れる雰囲気我が職場に構築されたと自負している。この産科診療スタイルが全国的に根付からんことを期待してやまない。

# 院内助産・助産師<sup>+</sup>外来における チーム医療について

開設へのKey word



助産師のやる気

+

産科医の理解

これが結論です

深谷赤十字病院  
副院長(産科部長)

山下恵一

2009.12.7

## 定義

当院の標榜

### 「助産師外来」とは

助産師が医師と役割を分担しながら自律して、妊産褥婦やその家族の意向を尊重しながら、健康診査や保健指導を行うこと。(医師が健康診査を行い、保健指導・母乳外来のみを助産師が行う場合はこれに含まず)

注目

### 「院内助産所」とは

緊急時の対応ができている施設で、助産師が妊産褥婦やその家族の意向を尊重しながら、妊娠から産褥1ヶ月まで、正常異常の判断をして助産ケアを行うシステム。

# 発表手順 1.

## 1. 病院の紹介:

→埼玉県北部の基幹病院としての立場

2. 産婦人科の紹介

3. 診療実績の紹介

4. 周産期医療の現状

5. 一産科医の苦悩・変遷、そして「助産師外来」

6. 総括

# 深谷赤十字病院

屋上ヘリポート

## 資格・認定

- ・「救命救急センター」
- ・「地域災害拠点病院」（防災ヘリ）
- ・「地域周産期母子医療センター」
- ・「がん診療連携拠点病院」
- ・「臨床研修指定病院」
- ・「日本病院機能評価認定病院」
- ・「地域医療支援病院」

他

# 深谷赤十字病院・概観 (H21年12月)

- ベッド数 506床 → **459床** (稼働病床数)
- 診療部 21部
- 職員数 621名
- 医師数 76名 → **68名** (産休・育休3名・院長含)
- 研修医 18名

1病棟(47床)休床 (H19.11~)

\* 1:内科系医師数 = 23名 (H17) → **18名**

\* 2:小児科医師数 = 5名 (H20) → **4名**

周産期センター存続の危機

# 発表手順 2.

1. 病院の紹介
2. 産婦人科の紹介:  
→産科救急では県北唯一の応需病院の立場
3. 診療実績の紹介
4. 周産期医療の現状
5. 一産科医の苦悩・変遷、そして「助産師外来」
6. 総括

# 産婦人科部

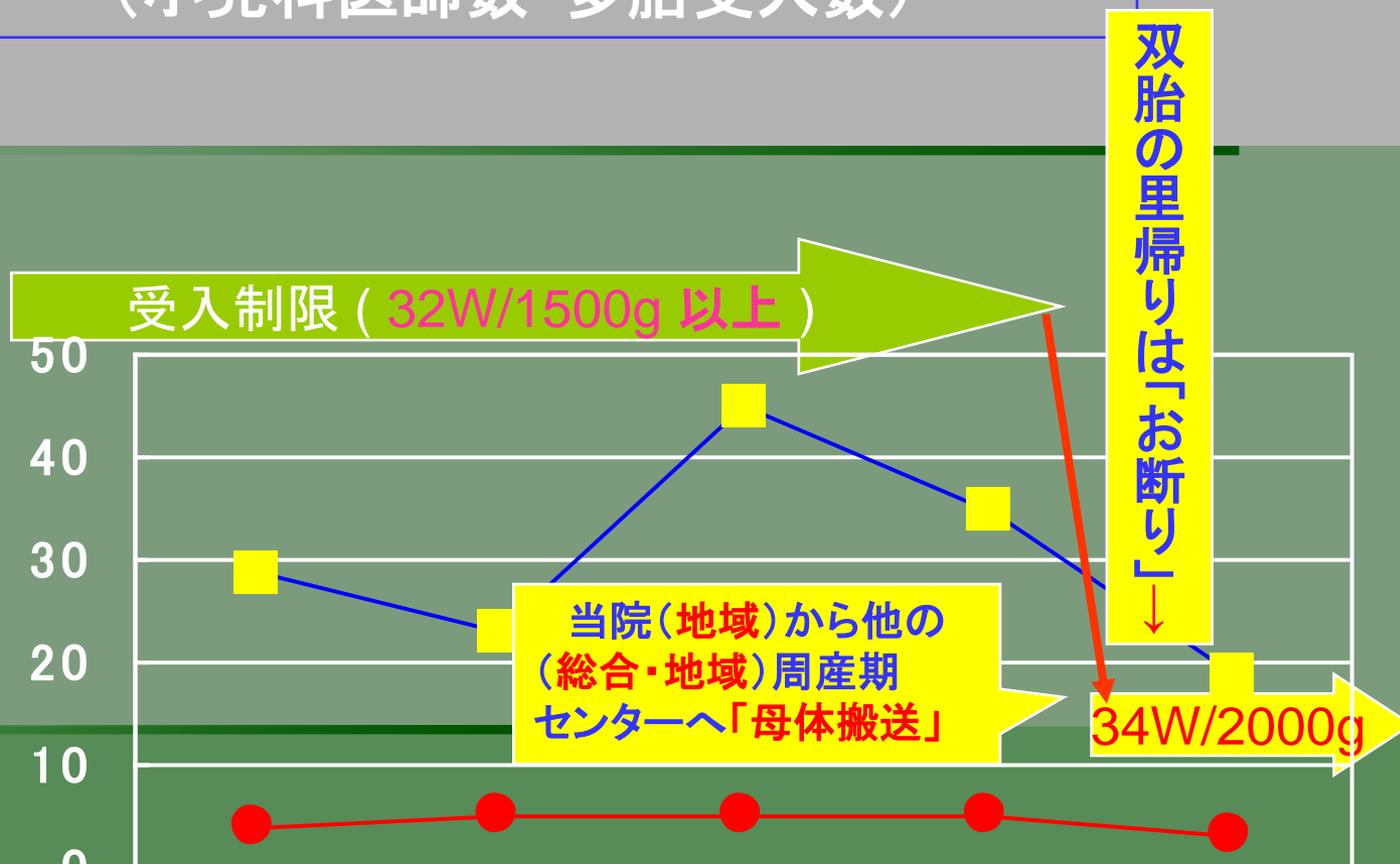
(H21年12月現在)

- 病床数 42床 (産科 28床 婦人科 14床 混合病床)
- 医師数 7名 (1名産休・1名副院長: **実働 5名**)
- 助産師 26名
- 看護師 2名
- 小児科部; 医師 **4名** (H21年8月～; 3名→4名)

現在、母体搬送の応需制限!

↓  
「地域周産期母子医療センター」の運営?

# NICUの受入制限の年次推移 (小児科医師数・多胎受入数)



	H16年	H17年	H18年	H19年	H20年	現在
● 小児科医師数	4	5	5	5	3	④
■ 受入多胎妊婦数	29	23	45	35	19	

# 首都圏の周産期医療の状況

人口150~200万人に **1施設** 必要！

	人口(万人)	合計	総合周産期 センター	地域周産期 センター
東京都	1280	21	9	12
神奈川県	880	17	4	13
埼玉県	<b>710</b>	6	<b>1</b>	5
千葉県	605	5	2	3
茨城県	297	6	2	4
群馬県	<b>202</b>	6	<b>1</b>	5
栃木県	201	11	2	9

# 周産期センター数とNICUベッド数(比較)

	埼玉県	東京都
人口	705万人	1255万人
(総合+地域)センター数	6(1+5)	21(9+12)
1施設当りの人口	約118万人	約60万人
NICUベッド総数	83床	201床
1ベッド当りの人口	約10.9万人	約6.8万人
人口100万人当り	2床	14.8床

約2倍の人口

1/3以下の施設数

埼玉県の出生児数から  
NICUの必要ベッド数は  
120床 → 40床不足!

# 埼玉県周産期医療システム

出生児数：61,946人（16年）

- **総合周産期母子医療センター**

- ① 埼玉医大総合医療センター

- **地域周産期母子医療センター**

- ① 深谷赤十字病院

- ② さいたま市立病院

- ③ 川口市立医療センター

- ④ 埼玉医大病院

- ⑤ 国立西埼玉中央病院

→ 700万県民で、たったの6施設！

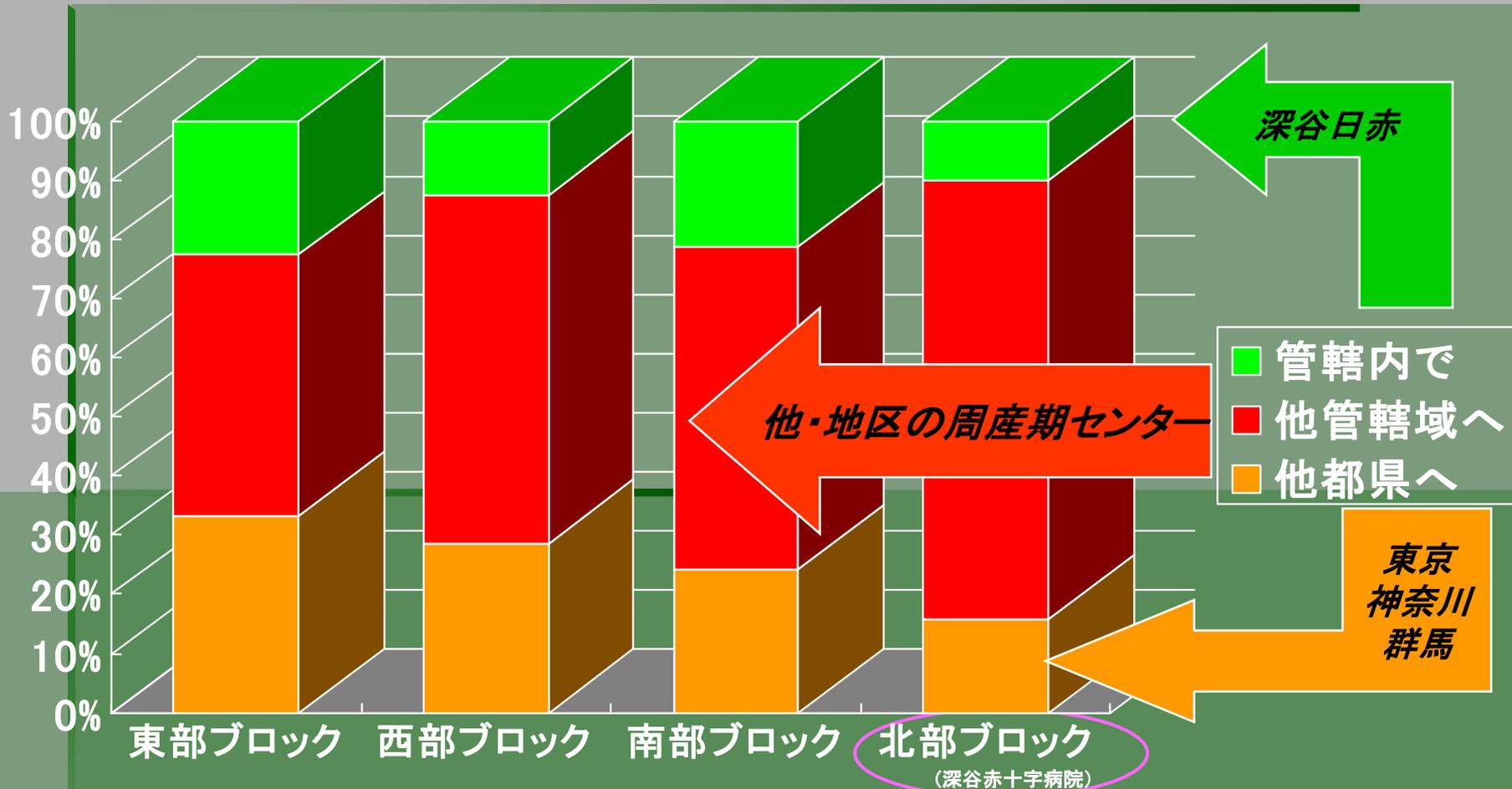
NICU  
母体搬送

恒常的に  
パンク！

# 転院搬送の応需先調べ (消防署)

## (母体搬送)

(ブロック別・H8~H14)



参考資料:母体搬送実態調査(栃木武一)より

# 発表手順 3.

1. 病院の紹介
2. 産婦人科の紹介
3. 診療実績の紹介:  
→そこから見えてくるものは
4. 周産期医療の現状
5. 一産科医の苦悩・変遷、そして「助産師外来」
6. 総括

# 産婦人科データ 平成16年

分娩数 ( **696** )

手術件数 ( **320** )

その内訳:

\* 産科手術 (207)

■ 帝王切開 (200)

(帝切率 28.7%)

■ 多胎分娩 (双胎 :29)

\* 婦人科手術 (113)

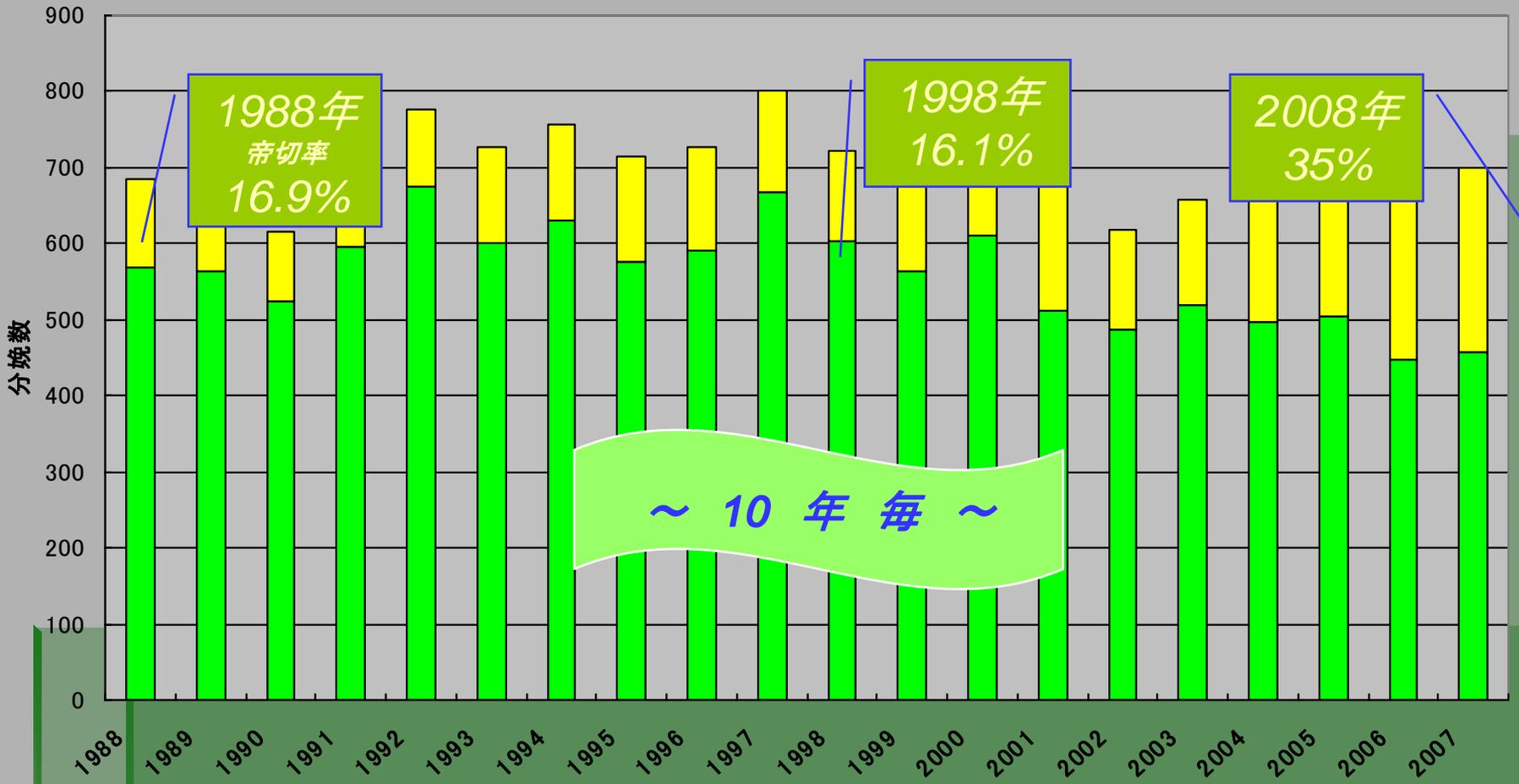
■ 悪性腫瘍手術 (15)

■ 良性疾患手術 (98)

当然ですが、  
癌の手術も  
行っている施設  
しかし→?

# 分娩に占める帝王切りの割合(1988-2007)

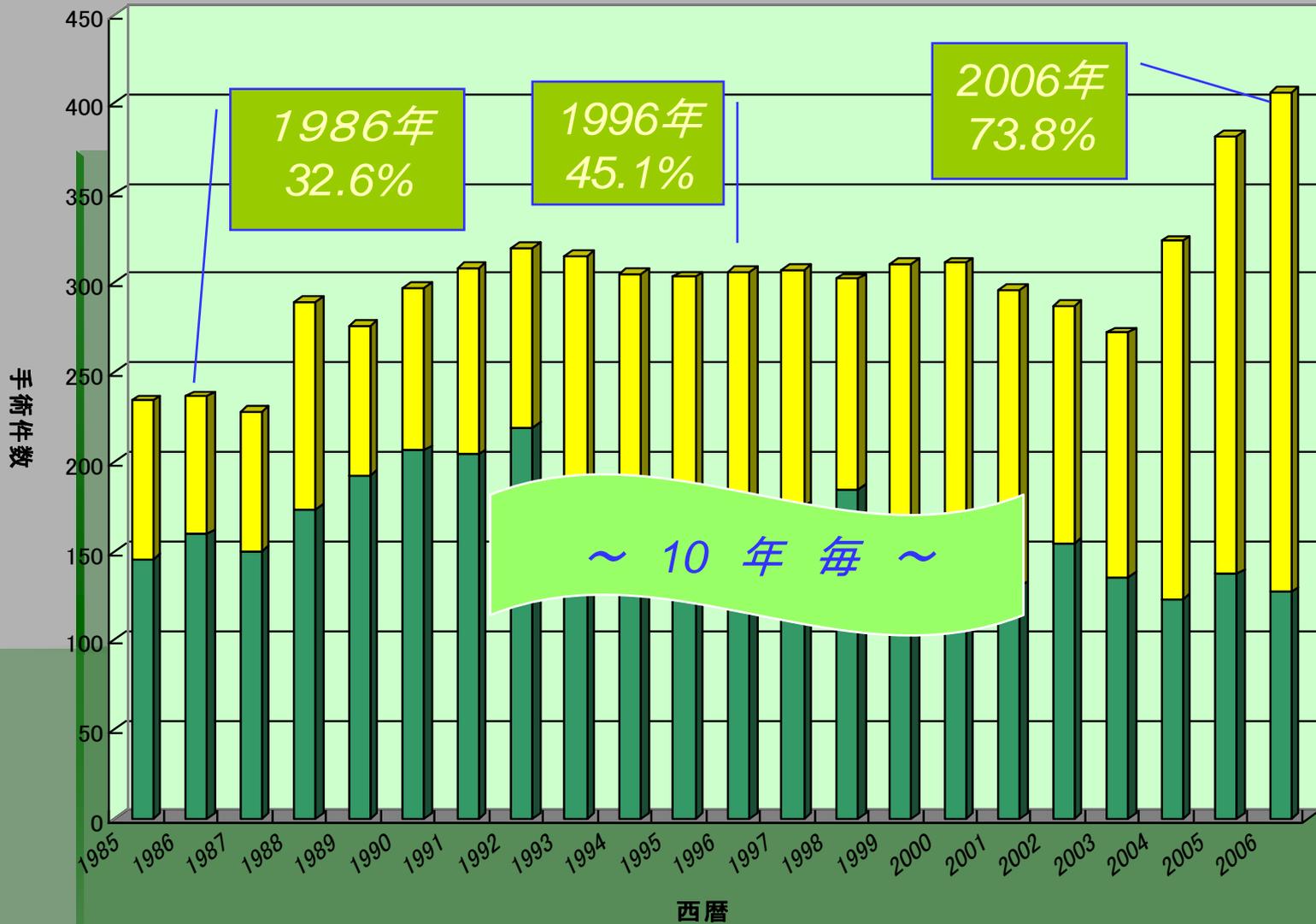
■ 帝王切数  
■ 経膈分娩



← 帝王切数の増加(産科適応の拡大)

# 全産婦人科手術に占める帝切の割合(1985-2006)

■ 帝切  
■ 婦人科手術



帝切の増加から婦人科手術の制限へ

まとめ

# 深谷赤十字病院 産婦人科の診療状況

- 予定手術日：毎週「水曜・木曜」の2日間のみ
- 直列で、1日3~4件が**限度**：週に6~7件が**限界**  
（手術室の応需件数：全科的にパンク状態）
- 年間200件の帝王切開：月に16~17件の計算  
→**婦人科手術は週2件に制限**せざるを得ない
- 現在、婦人科の予定手術は5ヶ月待ち（or 紹介）  
→周産期医療が最優先！

# 産婦人科部 (H16年当時)

医師 3名 (＋非常勤医師 4名)

産婦人科医 3名 で 500件の経膈分娩と  
320件の産婦人科手術(含帝切)を  
どうこなしてきたか!

助産師 21名 「助産師外来(システム)」

産科医不足への key word  
→「役割分担のチーム医療」

# 発表手順 4.

1. 病院の紹介
2. 産婦人科の紹介
3. 診療実績の紹介
4. 周産期医療の現状:  
→今直ぐにでもできることはないものか？
5. 一産科医の苦悩・変遷、そして「助産師外来」
6. 総括

# 産婦人科医不足の現状

- 産婦人科医の高齢化 : (2004年)  
50歳以上が52% (60歳以上が30%) → **リタイアが近い!**
- 産婦人科専門医の数: (毎年約 8000名の卒業生だが?)  
340名(2002年) → 296名(2003年) → 271名(2004年) → **確実に減少!**
- 新臨床研修医制度の開始(2002年度) → **大学入局医師 2年間の空白!**
- 産婦人科医師がゼロになった病院数 : (2003~2004年)  
1186病院中 117病院(9.9%) → **産科医不足は社会現象!**
- 産婦人科医師定員不足の病院数 : (2003~2004年)  
31.8% → **産婦人科医を支える人的資源は枯渇している!**

5年前より  
更に  
状況は悪化している

深谷日赤・産婦人科窮状

常勤医師確保に奔走!  
(地域の偏在・診療科の偏在)

# 産科医師不足の構図

- 繁忙感(過重労働感)
- 勤務に見合う処遇が与えられていない
- 訴訟のリスクの高まり(民事・刑事)
- 警察・検察の関与(業務上過失致死等)
- 病院勤務での燃え尽き感

医師退職



産科休診



出産難民

深谷日赤  
産科・小児科  
一触即発



# 草加市立病院の産科休診 1年

草加市立病院の産科が休診して1年が過ぎた。同市内で出産できる施設は、現在診療所が1院、助産院が2院。出産の場が少なくなったことで、妊婦の多くは、市外に出てお産をする「出産難民」になっている。05年3

月の休診以来、再開を願う市民の要望は強く、病院も医師確保に奔走しているものの、再開のメドは立っていない。(木村尚貴)

## 「出産難民」いつまで

草加市の主婦山崎麻里(33)は今夏にも第2子を出産予定だ。第1子は知人の勧めで自宅から1時間近くかかる東京・お茶の水の病院で出産した。「電車での長距離移動はつらかった。車で15分ほどでいける市立病院での出産を考えましたが……」と話す。結局、前回と同じ病院で産むことにした。

毎月60〜70件

同市の会社員阿部仁子(34)は第1子を市立病院で産んだ。出産前に抱いていた公立病院の印象と違って、いたという。「医師はとても親切だった。助産師さんも妊娠中の栄養相談や母乳育児の相談まで丁寧にフォローしてくれた。2人目も市立病院で、と考えていた時に休診になった。

市立病院の産科は、05年3月に診察をやめた。04年12月、5人いた医師の1人が退職。翌年1月、別の医師が病気で長期休暇を取った。月の出産は60〜70件。病院は泊まり勤務の負担も大きく、安全な医療ができない」として休診を発表した。残る医師も6月までに辞め、産科医はゼロになった。

## 医師メド立たず「家から1時間」緊急時不安

助産師は「近くに市立病院があるのだから、早く再開して急患を受け入れてほしい」と願う。

市内の病院などと提携。実際、緊急時は30分以内で搬送可能なため、今のところ市立病院の産科がなくなった影響は少ないという。ただ、ある助産師は「近くに市立病院があるのだから、早く再開して急患を受け入れてほしい」と願う。

市内の病院などと提携。実際、緊急時は30分以内で搬送可能なため、今のところ市立病院の産科がなくなった影響は少ないという。ただ、ある助産師は「近くに市立病院があるのだから、早く再開して急患を受け入れてほしい」と願う。



産科の病室。休診後も、再開に備えて病室のシーツは定期的に新しいものにかえられる＝草加市立病院で

**助産院で自然出産をしたいという人は増えている。でも、助産院は治療ができず、中核病院がなければ、助産院も妊婦も不安だ。**  
(小田切房子; 埼玉県助産師会)



朝日新聞  
2006.6.1

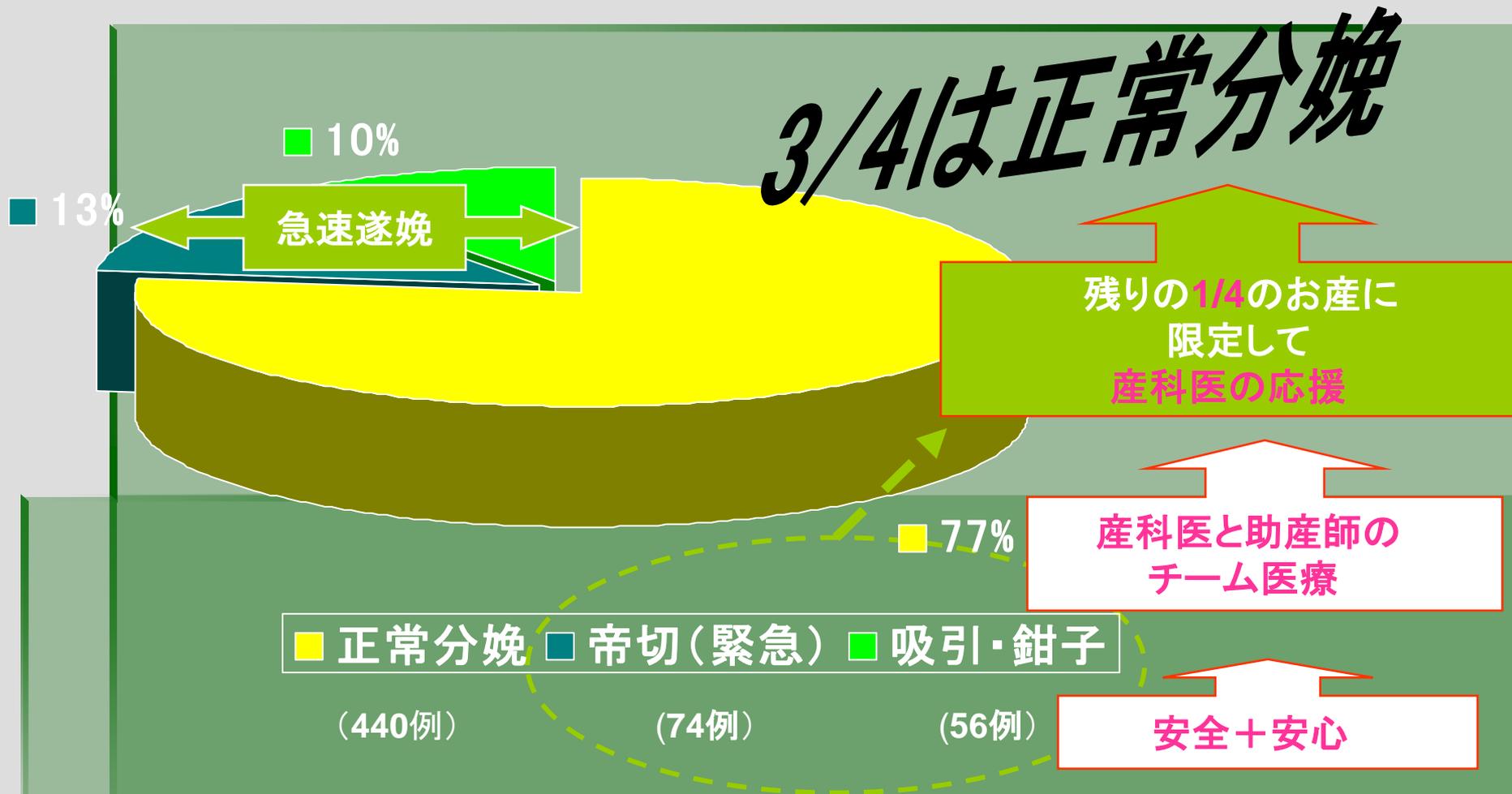
→ところで、  
忙しい周産期センター(当院)は  
「異常分娩」ばかりなの？

→いや違います。地域の全てのお産ニーズに対応していますので

当然ですが、  
多くのお産は「正常分娩」です！

# 570件の分娩経過の顛末

(選択的帝切126件を除くH16年の産科データより)



そこで、

(地域のニーズに答えるために)  
忙しいお産の現場で

「産科医」と「助産師」の  
役割分担ができないものか？

*Key word*

# 発表手順 5.

1. 病院の紹介
2. 産婦人科の紹介
3. 診療実績の紹介
4. 周産期医療の現状
5. 1人の産科医の苦悩、**変遷**の末の到達点：  
医師と助産師によるチーム医療としての  
「助産師外来」の標榜・確立
6. 総括

Key word  
CHANGE

昔  
~1990

# 診療スタイルの変遷 ①

(昔と今)

*Key word*

「産科医」主導

# →「日中計画分娩」の勧め (～1990)

そういう時期  
も

- 母児の安全性は他ならぬ医学と医療によって確保されてきたとの産科医の自負心
- 限られた医療スタッフ(産科医+助産師も)での安全な分娩管理とは？
- 周産期医学、医療技術の進歩によって日本の妊産婦死亡は減少した！
- 分娩誘発、促進もこれに大きく寄与した
- 自然分娩が本来の姿であることは認めた上で、医学的監視体制のもとで介助できた結果である

当時  
私の選んだ産科診療スタイル ①

1990以前  
昔

「安全なお産のため」

*Key word*

日中計画分娩  
(産科学主導)

← 一時期

今

今  
1990~

## 診療スタイルの変遷 ②

*Key word*

主役は「産婦さん」 + 「助産師さん」  
(お産は自然な営み)

CHANGE

# 意識の変化① → 妊婦さん

## ・妊娠中👉

診察にはもっと時間をかけて欲しい  
もっと分かり易く説明して欲しい

## ・入院中・分娩時👉 **自然分娩志向**

病院のスタッフにそばに付いていて欲しい  
夫に側に付いていて欲しい  
入院中は楽しく過ごしたい

## ・産後・育児中👉

身近に相談できるプロ・セミプロがいて欲しい  
電話での相談に乗って欲しい  
仲間同士のコミュニケーションの場が欲しい

CHANGE

# 意識の変化② → 助産師(江角師長)

(前)日本助産師会 事務局長

- 施設内勤務の助産業務の確立に腐心
- 看護師とは違う助産業務の確立が必要では
- このままでは若い助産師の自立は望めない  
→助産師の仕事に魅力を失ってしまう
- 総合病院に勤務する助産師でも、当たり前前の助産師業務が行えれば、助産師の仕事に魅力を感じ、助産師としての自立性を保つことが可能である

CHANGE

## 意識の変化③ → 産科医 (私だけ?)

- 産科医(男性)として「性」の違いからくる、サービス・サポートにいささか限界を感じるようになった
- 超多忙な診療状況→診療体制の変革に暗中模索
- 点と点で結ぶ分娩の進行管理に主眼を置いてしまう
- 四六時中産婦さんの側において励まし続ける事は困難
- 医学的なアドバイスはできるが、子供の事、夫の事、嫁姑の愚痴などの話し相手までは相談に乗ってあげられない(女は女同士が一番)

# 総合病院における産科診療のあり方？

- ① 妊婦👉 「自らが納得できるお産がしたい」とアピールをしている
- ② 助産師👉 「自立した助産業務を実践したい」、との熱き要望
- ③ 産科医👉 産科学主導の分娩管理に、自分自身でもいささか満足できない

## 自問自答

- ・ メリット・デメリットは？
  - ・ あらためて、産科医と助産師の関係とは？
  - ・ 正常と異常との区分けは間違いなくできるのか？
  - ・ 産科医のバックアップ体制はどうあるべきか？
  - ・ 親しい先輩にも相談してみたが？
- 👉 各方面から「**変革**」が求められている

CHANGE

## 結論

👉 「私が最終責任を取ればよい。やってみよう!」

清水の舞台から飛び降りんばかりの決断でした (当時の心境)

CHANGE

たどりついた

私の選んだ産科診療スタイル ②

「安全なお産」から



「心の通った安心できるお産」へ



Key word



助産師外来

# 発表手順 6.

1. 病院の紹介
2. 産婦人科の紹介
3. 診療実績の紹介
4. 周産期医療の現状
5. 一産科医の苦悩・変遷、そして「助産師外来」
6. 総括：  
新しい産科診療スタイル＝助産師外来とは

# 新しい産科診療スタイル

## 深谷赤十字病院の「助産師外来」とは

### 概念:

- 正常範囲の産科診療は全て助産師が行う
- 外来では妊婦健診から助産師が行う
- その顔見知りの助産師がお産も取り上げる
- ただし、合併症などを持つハイリスク妊婦さんは産科医師が関わる

→ 同じ助産師による妊娠中から分娩まで、さらには、産褥までの、継続性のある一貫した助産業務の実践が総合病院で行えるシステム

# 新しい産科診療スタイル

## 「助産師外来」を実践しての感想

- 改めて、お産は「産科医」と「助産師」のチーム医療であることを再確認できたこと
- すなわち、「産科医」と「助産師」の助産業務での役割分担が明確になったこと
- 周産期センターにおける「ハイリスク周産期医療」と片や、いわゆる「正常分娩」への対応の融合にはもってこいの「システム」として確立できたこと

# 診療スタイルの変遷 (小括)

## 日中計画分娩 (産科医主導)

限られたスタッフでの  
「安全なお産」のため

昔(一時期)

## 助産師主導の分娩管理 助産師外来

そんな  
心境

今 → 心の通った「安心できるお産」のため

CHANGE

産科医(私)として  
180度・発想の転換!

すなわち

# 私の選んだ産科診療スタイル (今)

産科チーム医療

■

**助産師と産科医の明確な役割分担の確立**

# MediCafé メディカフェ

Vol.4 No.2 2009 Spring

Focus on

**新しいパーキンソン病治療**  
症状コントロールで生活の質の改善をめざす

Pick up

患者の主訴をアセスメント  
足がしびれる…

MediCafé Topics

**高齢者喘息の長期管理**  
その成功のカギは？

Management

**医療機能情報提供制度**

概要と診療所における反応を探る

ほか

 大日本住友製薬

急性期病院経営情報誌

# Nextage ネクステージ

No. **12**

March 2009

■特集 p.2

## 医療従事者の役割分担

Interview

立川 幸治 ● 国立大学法人 名古屋大学 医学部附属病院 教授

Case Study

近森 正幸 ● 医療法人近森会 近森病院 理事長・院長

黒澤 功 ● 医療法人社団美心会 黒沢病院 理事長・院長

山下 恵一 ● 深谷赤十字病院 副院長・産科部長

■Close-up連携 p.10

第11回 **地域医療の標準化を実現する**  
「勉強会や連携協議会」



■CS Report p.12

病院に笑いを  
患者の心を癒す「笑い療法士」

島根大学医学部附属病院

■Vision eye p.14

[第11回] **効果的な連携手法を探る**

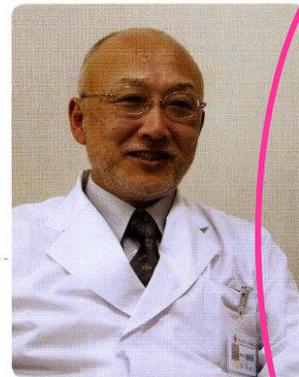
株式会社Mediwise 代表 秋元 聡



表◆ローリスク妊婦・ハイリスク妊婦・一時的リスク妊婦の基準と医師と助産師の役割分担

Table with 2 columns: ローリスク妊婦基準 (助産師外来) and ハイリスク妊婦基準 (助産師外来-医師外来). It lists various medical conditions and criteria for each risk category.

「深刻な産科医不足に業務を誰に分担するのか」
同院は、埼玉東北部に位置し、地



深谷赤十字病院 副院長・産科部長 山下 恵一先生 Keiichi Yamashita

1973年東京慈恵会医科大学卒業。
77年同大学附属病院産婦人科医員、医長、同大学助手、講師を経て、84年7月、深谷赤十字病院産婦人科部長に赴任、2007年より現職。東京慈恵会医科大学准教授。

産科医不足対策の切り札に「助産師外来」

産科医の過重労働に対する緩和策の一つとして近年期待されているのが「助産師外来」だ。深谷赤十字病院では、約20年前から助産師の職能を生かした「助産師外来」を実践しており、その成功のポイントを同院の山下副院長・産科部長に伺った。

域の中核病院として、「地域周産期母子医療センター」の役割をも担っている。ハイリスクの産科医療とい

わゆるローリスクの通常分娩の両面において、地域医療に役割を果たさねばならない課題を抱えている同院は、その解決策として「助産師外来（当時は助産婦外来）」を1999年に開設した。同外来の開設者である山下副院長・産科部長は、立ち上げの経緯を次のように振り返る。

「私が当院に赴任した当初は、産科では、助産師の基本的な役割を次のように定めている。
●正常範囲の産科診療は助産師が行う
●外来では妊婦健診から助産師が行う
●合併症などを持つハイリスク妊婦には助産師と産科医がかかわる
●また、リスク判断の基準（表）を定め、医師と助産師の役割分担を明確にした。」

「助産師は妊婦さんの不安に対して「大丈夫」といってあげることが重要な仕事です。自ら妊婦健診からお産まで、そして母乳などの育児指導までを行うことで、その「大丈夫」という言葉に確信した裏付けが持てるようになったと思います。それが助産師という職業の醍醐味でもあります。戸惑いや不安に上りやがいが強く感じました」と新井助産師長は職能としての自律を実感している。

増改築後の新しい産婦人科外来には隣接したスペースに「助産師外来」用診察室が3室並ぶ。現在14人の助産師が交代で曜日ごとに担

負担軽減を実現し 産科医は専門治療に専念

増改築後の新しい産婦人科外来には隣接したスペースに「助産師外来」用診察室が3室並ぶ。現在14人の助産師が交代で曜日ごとに担

婦人科の診療体制は常勤2名（十若千名の大学からの応援医師）で毎日の当直と待機をこなさなければなりませんでした。慢性的な医師不足の状況のなかで考えたのは、日中計画分娩を実施し、分娩数と分娩時間のコントロールを図ることでした。しかし、当然ですが自然分娩を希望される妊婦さんも少なくありません。安全・安心と同時に自然分娩を希望する患者さんの要望に応えていくことも医療の本質ではないかと考えていました」

その一方で、同院で助産師長（当時は助産婦長）を務めていた江角三子氏（現日本助産師会・事務局長）は、助産師の職能としての自律を強く主張していた。助産師に任せられる業務範囲は限られたもので、保健指導と栄養指導の域を出なかった。助産師の専門的スキルを活用することにより、結果的に医師の過重労働を軽減し、助産師にやりがいをもたらす。江角氏の提案する「助産師外来」は、病院長の大許可を得て山下副院長・産科部長の大英断で目の目を見たのである。

当時、最も若い助産師だったという現在の新井恵子助産師長もその当する。一人の妊婦に対して継続的な助産業務を提供することが同院の目的だ。
「助産師外来」開設以降、助産師数は増え続けている（図）。新規採用を継続して行っているが、学会や雑誌などで同院の取り組みを知り、応募者が増えたという。開設以降、お産件数に大きな変化はないが、産科医がかかわるお産は、次のような変化があったと山下副院長・産科部長は話す。「時代的な背景因子もありますが、ハイリスク分娩が増えています。例えば私が赴任したころの帝王切開の割合は12%程度でしたが、直近では35%を占めるようになりました。正常分娩を助産師に委ねたことで、産科医はよりハイリスクの妊産婦に集中できるようになり、負担は大幅に軽減されています。」

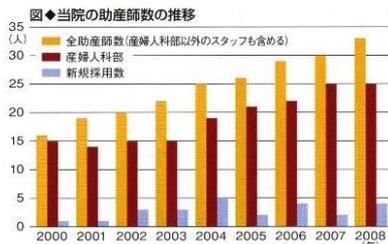
「ただし、このシステムの成功の鍵を握るのは、「責任の明確化」と「やりがいの喚起」です」と山下副院長・産科部長は続ける。
「以前から、私個人としては助産師に任せることは任せてきました。こうした取り組みをシステムとして明確にしようすると、不安や抵

一人だ。
「開設当初は助産師によって「助産師外来」に対する気持ちに温度差があったかもしれませんが、辞職した人はいません。もちろん自分の診察だけで、誤った判断をたらとの不安はありましたが、山下先生が「最終責任は取る」と明確に意思表示して下さったことが心強かったです」

不安以上に大きかった 職能としての醍醐味

本格的な「助産師外来」の開設に向けて、システムの構築とスタッフトレーニングの準備期間として約1年設けた。トレーニングの中心となったのは、
●リスク判断のための内診
●エコー検査

である。内診は助産師が産科医から指導を仰ぎ、レベルの上があった助産師が別の助産師にも指導するという形で効率的に行われた。エコー検査は、全例に対して入院時に実施するようにし、助産師が経験を積み重ねられる仕組みを作った。
そして、2カ月間の試行期間を経て、91年10月、「助産師外来」がスタート



抗が生じるものです。私はただ、責任を取ることを「決断」しただけです」と山下副院長・産科部長は笑顔で話す。

深谷赤十字病院
埼玉県深谷市上柴町西5-8-1
http://www.fukaya.jrc.or.jp/
開設年月日: 1950年11月1日
職員数: 609人
病床数: 506床

【掲載品】「医療誌」2009年1月1日現在、【病床利用数】以下のデータ（2007年度）

平成医療人国記⑬  
埼玉県

# 危機的な周産期医療を救うか 「助産師外来」

産科医と助産師の連携で実る“安心”のお産

深刻な産科医不足を背景に、お産ができなくなっている現状への解決策として、医師と助産師が役割分担しながら妊産婦の健診、保健指導を行う「助産師外来（院内助産院）」が埼玉県内に波及、県も動き出した。先駆的に取り組んだ現場では、医師と助産師の「信頼感」による連携が、妊産婦にも『安心で安全なお産』への「信頼感」をもたらすことになった。

## 「安全なお産」の追求 だけでいいのだろうか

埼玉県北部に位置する深谷赤十字病院は、県内における数少ない中規模総合病院として、ハイリスク妊婦や婦人科疾患患者の管理を当然の役割と認識し、実践してきた。1998年には地域周産期母子医療センターの指定を受けるに至り、医師不足の深刻さは、ここでも長年の課題であることに違いはなかった。

1984年に赴任した当時の山下恵一医師（現・深谷赤十字病院副院長）は「安全で最良のお産とは、医師が習得した周産期医学を駆使し、管理する分娩だと教える



山下恵一 深谷赤十字病院副院長

れてきました」「しかし、新人産科医の駆け出しのころのお産介助は経験不足も甚だしく、ベテラン助産師に助けられることがしばしばでした」。

そして「当時も今も、産科はナイチンゲールの精神を持つ助産師らの献身と、医師の熱い使命感による綱渡りのようなローテーションで維持されており、産科医不足はずっと解消されませんでした」と話す。

しかし、あるとき山下医師は来院した妊婦から思いがけない言葉を聞く。「産まされるんじゃなく、自然に産みたいんです」。

産科医は「安全」に産ませることだけを追求し、「安心」して産める心の通ったお産を望む妊婦に答えていなかったことに気付く。それまでは、医師不足でも安全に分娩管理ができるよう、夜間を避ける計画分娩が当たり前に行われていた。そのことへの疑問を感じたのだ。

## 信頼感を推進力に パートナーとしての助産師へ

1991年ごろ、当時の助産師長から、「助産師に正常分娩は任せてほしい」「私たちも自立した助産師になりたい」との提案があった。助産師外来開設に向

けての試みはそこから始まった。

しかし、大学の同僚や先輩医師に相談しても、産婦人科病棟で全責任を負うのは医師である山下産婦人科部長自身だと論され、診療体制を変えるのは至難の業だった。

そうしている間も日常の臨床現場では、婦人科の手術中でお産は待たず進んで行い、医師の孤軍奮闘はもはや限界に近かった。一方、妊産婦に付きっきりで腰をさすったり、励ましたり、分娩進行中の異常を真っ先に知り得るのは助産師たちだった。

あきらめずに山下医師に頼り出る彼女たちの熱意に促され、迷いながらも、勉強会で分娩監視装置やエコーの扱い方などの指導を重ねた。カルテの記録も医師と助産師が同じカルテ紙面で共有し、妊産婦のリスク分類基準をともに練り上げた。その過程で、助産師への信頼感はゆるぎないものとなった。

## ローリスク、 ハイリスク妊娠別に 役割分担するスタイルを確立

深谷赤十字病院産婦人科部門は現在、常勤医師6名、助産師25名、看護師2名体制。合併症のないローリスク妊娠の場合は、助産師が中心の妊娠中から分



新井登美子 深谷赤十字病院助産師長

娩・産褥管理を行い、医師は必要に応じてサポートを行う。

ハイリスク妊娠である異常妊産婦は、医師と助産師が協力して対応、医療処置が必要となる異常分娩のみ医師が受け持つという役割分担が定着した。産科医と助産師が両輪となり、今までの主従の関係から、お産を預かるパートナーとしての産科診療スタイルが確立してきている。

医師の信頼を裏切りたくないという助産師たちは、正常産においても毅然とした態度で臨み、少しでも想定と違う経過があれば見逃さず、医師に連絡するようになる。さらにその検証にまで力を注ぐことで、安全、安心なお産に助産師がかかわる度合いが格段に高まっていった。

## 細やかなコミュニケーションで 妊産婦の満足度もアップ

しかし、「一番戸惑ったのは、外来診療でした。それまで私たち助産師は、



お産が始まり病棟に入院してから妊婦さんしか接したことがなかったのです」と深谷赤十字病院助産師長の新井登美子さんは振り返る。

現在、外来の健診で会う妊婦とは分娩までの長期間接することができるので、赤ちゃんの育ち方や妊娠中の過ごし方なども伝えられる。助産師的な長所である細やかなコミュニケーションが自然にできるようになった。

それまでは、多忙な医師には話せなかった家庭生活の悩みを、女性同士の気安さで気軽に相談できることで絆が深まる。分娩時に妊産婦から指名を受けることもあるという。

外来における妊産婦1人あたりの受診時間が長くなり、満足度がアップしたのはいうまでもない。

## 県内の助産師たちの 現場が変わり 県を動かす原動力に

2005年夏、埼玉県産婦人科医会が埼玉県医師会などと共催し、「産婦人科医・小児科医不足を考える市民公開シンポジウム」を開催。

そこでの山下医師らの産婦人科医不足に対する「チーム医療」のあり方に関する発言に触発された県内の助産師たちが、同様の取り組みを始め、その活動は次第に県内に広がっていく。

また、山下医師から新たな産科診療スタイルの実践が熱く語られるのを目の当たりにした宮山徳司前 埼玉県保健医療部長も動いた。小田切房子さん

（日本助産師会埼玉県支部長、前 埼玉県立大学短期大学部専攻科助産学専攻教授）が助産師教育に熱心なことを見込んで、埼玉県立大学看護学科4年次に助産師をめざす学生と編入者の定員を増員した。これにより、「助産師」の国家試験受験資格が与えられる定員が増加することとなった。

「医師不足の対応策として活用されてきた助産師の役割を、さらに踏み込んで考える時期に来ているのかもしれない」と宮山部長はいう。

一方、「助産師が担う役割が大きくなるにつれ、医師や妊産婦に信頼されるには、どう勉強を重ね、次に続く世代に伝えていくかが大きな課題です」と新井助産師長。

「県内のみならず、全国から見学や研修希望の申し出が続々とあり、その対応にも追われていますが、この試みが全国に広がることを願っています」「助産師たちの自立したいという思いを受けた決断に間違いはなかったという検証を重ねていきたい」と、助産師に絶大な信頼を寄せる山下医師のやさしいまなざしは、新しい命を迎える自信に満ちていた。



宮山徳司 前 埼玉県保健医療部長

# 総括①

## 総合病院での産科診療スタイル

産科医と助産師による究極のチーム医療  
「助産師外来」



正常分娩は主に助産師が診る  
異常分娩には産科医がサポートする



自然分娩と周産期医療の合体

## 総括②

# 周産期部門における「チーム医療」

## 実践：産科診療スタイル

↓  
「助産師外来」

チーム医療  
産科医  
小児科医  
麻酔科医

↓  
従来の「主と従」的な縦割りからの脱却  
(産科医師 > 助産師)

CHANGE

↓  
車の両輪  
(役割分担)

↓  
お産を預かるパートナー

# 新しい産科診療スタイル

## 「助産師外来」(システム)の導入は

全国に波及中！

助産師の専門性の発揮によるサポートは、  
産科医師不足に悩む深谷赤十字病院に  
とっては、まさに「救世主」である。



# 「助産師外来」

開設成功への  
Key word

助産師のやる気

正のスパイラル

産科医の理解

普及への障害は何？

助産師のやる気

負のスパイラル

医師の無理解

産科医の理解

- \* 本当に任せられるの？
- \* 医師が立ち会っていない  
お産の責任は取れない！

# 新しいお産の現場をめざして： 自宅の近くでお産がしたい！

医師、助産師などの垣根を越えて、より産む女性に優しく、穏やかな出産の場を提供することが、我が国民の100年の未来を考えるとときに大切なことではないか。

「出産のヒューマニゼーションの提唱」  
2002年 進純郎（葛飾赤十字病院 院長）

賛同！

# 医療の現場での「負のスパイラル」

①→⑥

⑥

医療崩壊

負のスパイラル

⑤

訴訟リスク回避のため「萎縮医療」に走る

血心板縛  
縮論・弊害

④

医療行為の最終責任は医師にある

責任追及

③ 医療事故

命は5000万円

①

医療費抑制政策  
医療従事者不足

退職/赤字

②

安全の担保？

限りある医療資源(人的/経済的)での  
「安全確保の構築」への方策はあるのか？  
「チーム医療」=多職種協働(スキルミックス)

■ 医療行為に対して多くの目(監視)の存在

「チーム医療」は更なる「安全の構築」に繋がる

但し、  
危険のない医療行為は存在しない

■ 安全担保の限界=医療の不確実性

危険を回避する努力はするが、一定の割合で医療事故は起こる

安全神話

不幸な結果

# 限りある医療資源の有効活用

