

今後、助産師外来の運営の可能性に 111 施設が「開設の可能性有り」としているが、「進行せず」が 46 施設 (58.9%) あった。進行しない理由として、「医師との関係」、「助産師の技術・経験不足」、「教育施設であること」、「緊急への対応のため」などが挙げられているが一番はマンパワー不足であった。

助産師外来に関して「賛成」という意見は 69 施設からあり、「助産師の能力開発の場」、「自己研鑽」、「助産師の独自性を発揮できる」など助産師としての能力を発揮できる場所として考えられている。しかし、産科病棟単科としての運営ができず、混合病棟化する中で、助産業務のみに従事できなくなっている現状があった。

5) 施設内助産所に関して

調査した 264 施設で施設内助産所を運営している施設はなかった。そして、セミ・オープンシステムを導入している施設が 2 施設あった。

施設内助産所を計画中の施設が 11 施設であり「現在進行中」が 7 施設で、設置主体は、私立大学とその他であった。

「賛成であり、今後検討したい」と回答したものは、34 施設 (11.5%) であった。その理由として多かったのは「助産師の専門性が生かせる」が 30 施設より回答があった。また、「地方では産科の閉鎖が多くなってきており、分娩が 1 施設に集中している。その中でぜひ設置を考えたい」という意見であった。逆に「助産師の診断技術の低下」を危惧する声も聞かれ、「少子化なので分娩介助件数も少ないので実施可能かどうか考える」、「教育体制の整備が先」等の意見があった。

6) 分娩の医師立ち会いの有無と時期

医師の立ち会いはほとんどでなされていた。立ち会の時期は、「排臨以前」38.8%、「排臨頃」44.9%、「発露から」17.1%、「立ち会いなし」1.7%等であった。

2. 女性のニーズ把握

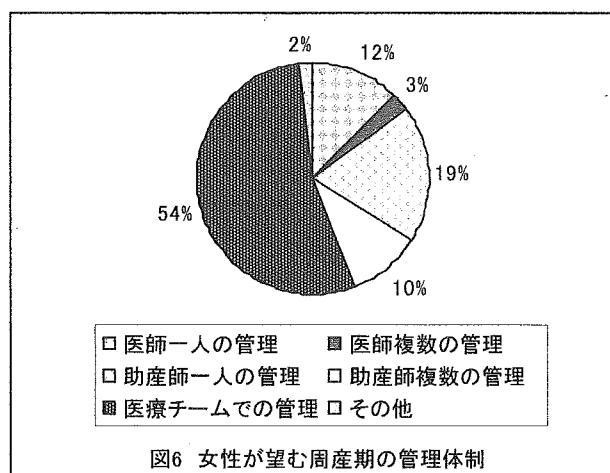
対象者の平均年齢は 30.9±6.6 歳、既婚 (同棲を含む) 有 1,021 名、未婚 245 名であった。

1) 出産に病院に望むこと

「緊急時に対応ができる」が 1 番高く、次いで「保健指導の充実」、「プライバシー

の保護」、「自分の意思が尊重される」などであった。

希望する周産期の管理体制は、「コメディカルのチーム医療」が 664 名 (55%) と半数以上が希望していた。逆に個別性を重視し「一人の医師または助産師」との回答も多かった (図 6)。



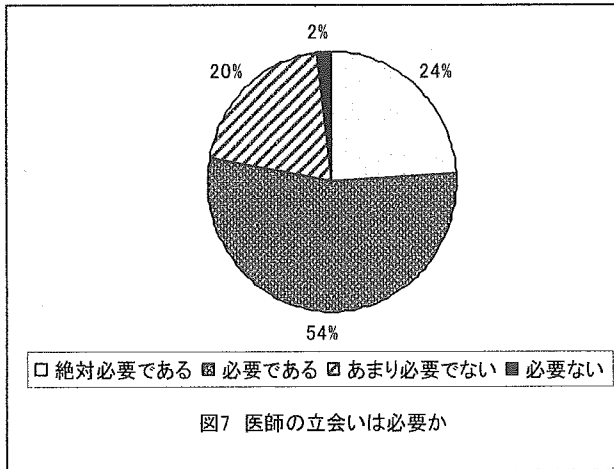
2) 病院の選択基準

「医療水準が高い」、「評判がよい」、「通院に便利」などの項目で得点が高かった。逆に、「雑誌・インターネットによる情報」、「食事の充実」「女医の存在」が低かった。特に、年代の差や出産経験の有無で差は認められなかった。

3) 出産時の医師の立会いの必要性

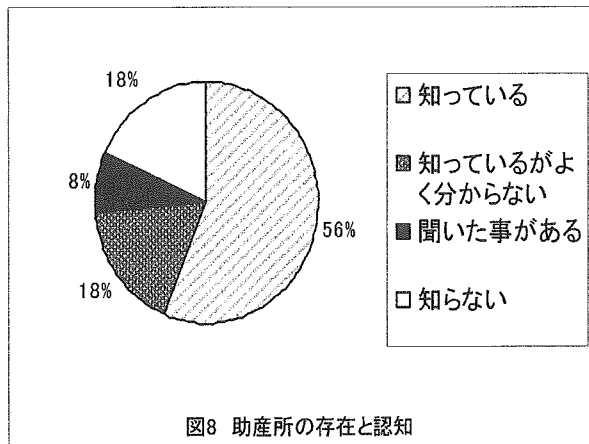
「絶対に必要である」は 295 名、「必要である」677 名と、全体の 76.7% の人々が出産時医師の立会いが必要と回答していた (図 7)。同時に、「正常なお産には医師の立会いが不必要」と知っていたものは 558 名 (45%) であった。

「正常産には医師が立ち会わなくてもよい」を知っていたのは 45% であった。

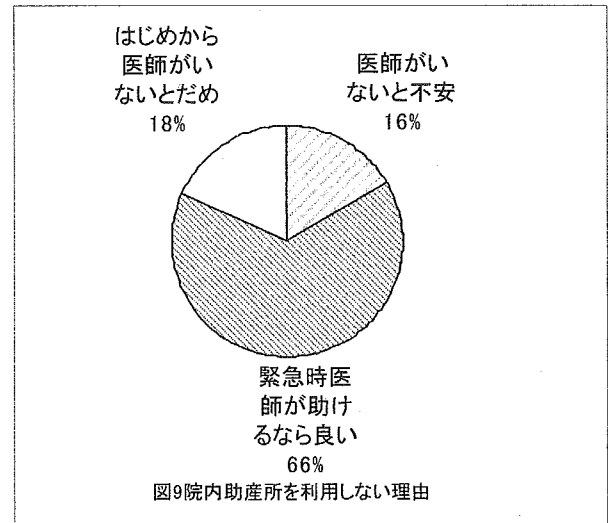


4) 施設内助産所（病院内で助産師主体で運営する施設）について

「助産所を知っているか」の問いに対して、731名で約6割弱が知っていた（図8）。しかし、その中で助産所での出産希望は386名と半減していた。



施設内助産所（病院内で助産師主体で運営する施設）について「知っている」と回答したものは、119名（9.7%）であった。「もしも、施設内助産所（病院内で助産師主体で運営する施設）があったならば利用するか」を問うと、利用しないが699名（60%）であり、その理由として、「医師の立会いが当然」、「助産師だけで不安」などの回答が多かった。しかし、「緊急時に医師が支援可能」ならば利用したいと回答したものが468名（66%）であった（図9）。



5. 助産師の能力開発プログラムの策定

助産師外来を、実施している90施設の担当者の条件を検討した結果、28施設（31%）で助産師経験3年以上を条件としていた。また、施設内助産所（病院内で助産師主体で運営する施設）を運営する上での問題点は助産師の力量不足（21施設）、次いでマンパワー不足が揚げられていた。日本助産師会「日本の助産婦が持つべき実践能力と責任範囲」の中で、健康状態のアセスメントとして超音波診断が上げられている。卒ご教育で行うものの中に、超音波検査・胎児モニタリング（異常編）が揚げられ、助産師の卒後教育には超音波診断が不可欠である。一方、助産師にとって超音波診断は身近な検査装置であると共に、熟知しておくべき検査である。そこで、日本超音波医学会で認定している超音波診断士の認定試験受験資格では、「超音波検査経験150例以上の経験を有すること」となっている。そこから、助産師の超音波診断・胎児モニタリングの教育プログラムを策定した（別添）。

6. 院内助産所（病院内で助産師主体で運営する施設）の設立に向けて

助産師の主体性をどのように発揮しているのかを知ることを目的に「助産師分娩科」を立ち上げている佐野病院（神戸市）、と毛利助産所（神戸市）へ施設見学を実施した。その中で、助産所の利点・欠点を全て話し理解してもらい、妊婦さんの自己管理能力を推進するような援助、嘱託医との連携の重要性、助産師としての妊婦健康診査の進め方等具体的な方法を学んだ。その後宮城県南の1病院（公立）で「マタニティールーム」の開設を支援

し、助産師による助産師外来が開設された。2006年1月に医師立会いなしによる分娩介助)が実施され、報道各機関で紹介された。

D. 考察

産科単科で運営を行っているものが16.2%と2割を切る現状である。しかも合計特殊出生率は1.29であり、少子化の急速な進行から、混合病棟が増化している。その中で助産師が独自性を発揮して行くのは極めて困難な状況下にある。

産科医療の「マンパワー不足」は、分娩時の快適性の保障とは程遠く、益々少子化に拍車を掛けるものである。早急に対策を講じなければならない。全国的に見てみると、医師・助産師数は平均よりも低い公立病院では深刻な問題であろう。国公立大学、私立大学に医師・助産師が集中している。これは、特定機能病院や、第3次救急指定病院と母子の生命救急を課せられているために仕方のないことであろう。そこでは、当然帝王切開も多くなり、医師・助産師の集中は当然のことであろう。

しかし、近年、東北・北海道地区の産科医不足により分娩施設の集中化や統廃合で、広い地域に分娩施設の無い場所が生じている。それに伴い、妊産婦は分娩場所の確保に躍起となっている。「お産はすぐその病院で出来るもの」から「お産場所を探す・確保する」状況となっているといっても過言ではない。医療の受け手である女性のニーズは「医療チーム」での管理で、「アットホームで自分の意思を尊重してくれる」看護である。言い換えれば、助産師に求められている役割は、「安全の確保と、より質の高い母子ケアの提供」である。この役割遂行のために助産師は、自己研鑽と修練に励まなくてはならない。女性のニーズを満たしつつ、女性が自らセルフケア能力を高め、健康を認識し、新しい生命の誕生を共に迎えるような働きかけが必要である。

さらに、病院間でのセミ・オープン化、オープン化の導入が急速に進行している。その中で助産師は利用する側とされる側で役割分担が生じてくると思われる。双方で、妊産婦が「快適」であるようサービスの質の統一が望まれる。そのためには、助産師同士の密な連絡体制の確立、共通看護カルテもしくは保健指導の共通開催等の方策を考えていく必要がある。

また、分娩の集中化が生じると当然業務の煩雑さが生じる。看護の質を低下させずに、ケアを提供してゆくための工夫が必要となると思われる。その為には、助産師の配置を増員は不可欠である。

少子化の影響で分娩介助件数の減少による助産師の経験不足が問題である。このセミオープン・オープンシステムを導入することで、分娩介助技術等の経験不足は解決されるであろう。しかし、それだけでは「アットホームで自分の意思を尊重してくれる」看護は提供できない。多岐に渡る受け手側の、要望を受ける選択肢を準備することも大切である。

そのような中のひとつとして、施設内助産所(病院内で助産師主体で運営する施設)に関して、第1の問題点は、施設内でどのように位置づけるかが大きな課題である。第2の問題点は、「病院の中の施設である」ということであろう。他部門との調整が設置をする上で障害となっている。また、公立病院の場合、自治体が関係してくるので、希望があっても即実現ということには、厳しい現状が予測される。私立大学が先行している理由はそこにあると考えられる。その中で、宮城県内の公立病院で施設内助産所(病院内で助産師主体で運営する施設)が開設されたことは意義がある。社会に対する啓蒙活動を活発にし、全国的に推進されることを望む。日本看護協会助産師職能では、「病院・診療所における助産師の働き」の中で「助産師が自立して助産ケアを行う体制」とは「緊急時の対応が出来る医療施設において、助産師が医師との役割分担・連携のもと、・・・」との考えを表明している(2006.1.29)これは、「医師がその場にいる」ことを前提としている。しかし、産科医は不足しているのである(特に地方においては顕著である)。現在IT関連の発達が目覚ましいものがある。そのITを駆使し、医師が居なくても妊婦管理が出来る人材育成をしていくことが急務であると考ええる。

第3の問題点は、料金徴収の問題である。「いかに診療報酬を得るか!」が大きい課題である。健康教育としての母親学級やプレパパ・ママ学級を開催し、効果を挙げていることは周知のことである。しかしそれが収入に連動しない体制では、助産師の力量を正當に評価されていない危惧がある。独立性を促進するためにも、助産師が実施した支援への診療料金徴収は必要である。

同時に助産師には、スキルアップのための研修が必要となってくると思われる。同時にその独立性を確固たるものとする為、助産師の中でも介助技術・超音波技術・あるいはME技術の専門家を育成するような教育体制づくりも必要であると考ええる。

適切な判断と知識が求められ、特に安全性で3は、異常と正常を的確に判断し医師への橋渡しをしなくてはならない。現在の教育体制にも問題があり、「今のままの医師教育では分娩に医師が関与しないことはあり得ない」と問題を投げかけた意見もある。大学病院は教育・研究機関である。医師も助産師も数的に恵まれている。異常が発生すれば他科の協力も得られるところである。言い換えれば安全性に恵まれているのである。その安全性に恵まれている大学病院こそ率先して院内助産院の設置に向けて稼働し、手本を示す必要があると考える。

今回、助産師の能力開発プログラムの策定を試みた。プログラム内容は、助産師から不足していると自己申告の多かった超音波診断法を中心に計画をした。しかし、時間不足もあり、まだ実施には至っていない。早期に実現へ向けて稼働したいと考える。

この研究に着手し、分娩の集中化のモデルをして「仙台システム」ができた。その中で、助産師は、より専門性を発揮するように考えている。

産科医療は訴訟が多くそれが産科医不足の一因となっている。医療任せの状態から自己管理の重要性を認識することで、意識変革ができ、結果として、訴訟の減少にも繋がると考える。また、女性自らがセルフケアできる姿勢を認識させ、健康を維持増進させることは、強いては、家族全体の健康管理につながり、生活習慣病の罹患率の低下にも繋がると思われる。自己の健康に眼をむけ、次世代の健全なる育成に繋がることは必至である。

E. 結論

1. 産科単科運営の数は2割を切り、混合病棟が全体の44.3%を占めていた。
2. 公立病院で産科医師・助産師のマンパワー不足みられているが、設置主体別分娩件数は変わりがなが、大学病院では帝王切開率が高かった。
3. 助産師外来を開設しているのは90施設(30%)であり、業務内容は保健指導中心であった。料金の徴収は64施設であった。
4. 施設内助産所を開設している施設はなかった。しかし、計画中の施設が11施設あった。
5. 分娩時の医師の立会いは78%の女性が必要

としており、産科医療体制は医療チームでの管理を希望していた。

6. 女性の施設内助産所（病院内で助産師主体で運営する施設）の認知度は9.7%であった。
7. 受益者側の選択肢を保障する為には、施設内助産所（病院内で助産師主体で運営する施設）の開設が望ましいが、医師との連携・自主学习・スキルアップが需要である。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

なし

H. 参考文献

- 1) 佐藤喜根子、佐藤祥子：助産師が自主運営する施設内助産所と助産師外来に関する調査、助産雑誌 59 (3)、228-227、2003
- 2) 芽島江子、島田真理江：助産師数の現状と今後の展望、周産期医学 34 (10) 1480-1485、2004
- 3) 村上節、安井友春、岡村州博：オープンシステム・セミオープンシステムおける教育、周産期医学 34 (10) 1537-1539 2004
- 4) 坂井昌人、中林正雄：妊娠と分娩における安全性と快適さの調和を求めて、周産期医学 32 (4) 500-5004、2002
- 5) 日本看護協会 平成15年度職能集会資料 84-99、2004
- 6) 日本看護協会 平成16年度職能集会資料 84-119、2005
- 7) 日本看護協会 助産師職能委員会「病院・診療所における助産師の働き方」2006
- 8) 国民衛生の動向 2004年、厚生統計協会 25 (9)、2004

Ⅲ 研究成果の刊行物・別刷

オープンシステム・セミオープンシステム における教育

村上 節* 安井友春* 岡村州博*

はじめに

現代の産科医療のキーワードは「安全性」と「医師不足」である。すなわち、近年の医療に対する一般市民の不信感や患者サイドの被害感情はかつてない高まりをみせており、母児二つの命を預かる産科診療は、いずれか一方でも不幸な結果が訪れた場合の、喜びから悲しみへの落胆が大きいこともあって、医療訴訟に発展しやすい要素を持つと考えられる。その一方で、本特集の他稿でも論じられているように、最近の周産期医療にかかわる医師数の減少は深刻であり、特に地方において、常勤産科医師が不在となる病院や、一人医師のため十分な産科診療を行えない病院が増えてきつつある。こうした時代背景から、産科診療のあり方は新たな局面を迎えたと考えられ、限られたマンパワーの中でより一層の安全な産科医療を提供するためには、従来とは異なるシステムの構築が必要と考えられる。

そのようななか、平成8年度の厚生省班研究報告は、他先進諸国と比較して高い本邦の妊産婦死亡の本質には産科医マンパワーの不足が関係していることを示唆し、突発して起こる異常事態における母児双方の救急救命という安全性の面から、および数的に限られた周産期医療従事者の効率的配置という臨床現場における現実的な対応策として、オープンシステムやセミオープンシステムの

導入を提言した¹⁾。それから8年が経過し、その構想は広がりを見せているが、いまだ普及するには至っておらず、数々の問題も指摘されている²⁾。本邦においてこれらのシステムが定着するか否かの論議はさておき、教育機関でもある大学病院において、オープンシステムやセミオープンシステムの導入は、教育上のメリットをもたらすのであろうか。本稿では、いままであまり論じられていないと思われる大学病院におけるオープンシステム・セミオープンシステムについて、周産期医療に携わる医師育成の側面から考えてみたい。

オープンシステム・セミオープンシステムの必要性

この半世紀の間に我が国の産科医療は長足の進歩を遂げたといえる。1950年には46.6（妊娠28週以降出生1,000対）であった周産期死亡率は2002年には5.5（妊娠22週以降出生1,000対）と著しく減少し、同じく1950年には176.1であった妊産婦死亡率は2002年には7.1と50年前の1/25の水準にまで減少した。特に最近の10年間で、新生児搬送から母体搬送への意識改革が進み、全国の各地域に周産期医療センターが置かれたことにより、地域の産科医療は、以前に比べれば格段に安全なものとなったといえることができる。

しかしながら、産婦人科医師数の減少が進み現行の産科医療体系を維持することさえ危惧される今日、向後さらなる安全性向上を図るには、効率的な人員重点配置を核とした新たなシステムの構

* むらかみ たかし、やすい ともはる、
おかむら くにひろ 東北大学医学部産科学婦人科学
〔〒980-8574 仙台市青葉区星陵町1-1〕

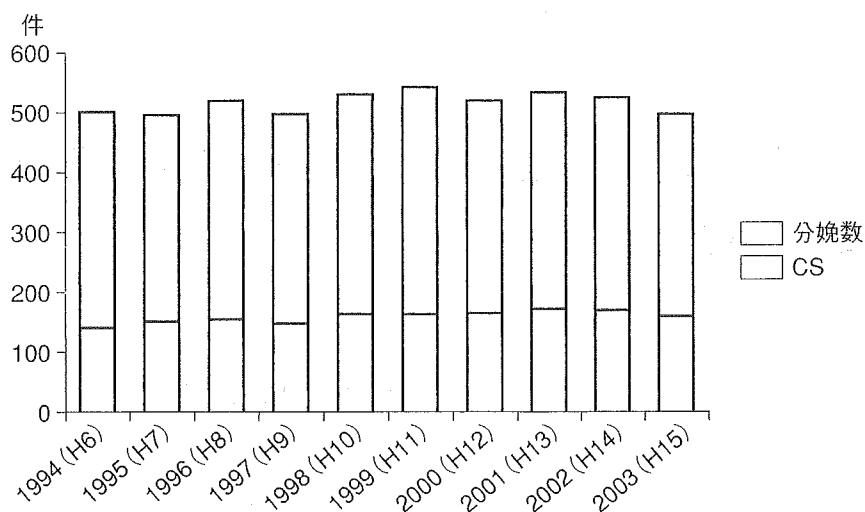


図 当院における過去 10 年間の分娩数の推移

築が必要と考えられる。そこで注目されているのが、オープンシステム・セミオープンシステムである。

オープンシステムとは、地域で分娩を扱う中核病院を定めて、他の施設では外来ベースの妊婦健診を受け持ち、中核病院での分娩の際には、他の施設の医師も分娩管理に参加するシステムをいう。中核病院での分娩時に他施設の医師はかかわらず、中核病院の医師だけで対応するとしたものがセミオープンシステムである。これらのシステムでは分娩を扱う施設に産科医を集中させることができるので、限られた人員の有効利用とともに突発的に生じる母児双方の生命の危機に際しても、救命し得る可能性が高くなることが期待できる。

分娩を扱う中核病院としては、産科救急に 24 時間対応できるように、2 人以上の産科医のほかにも新生児科医と麻酔科医が常駐していることが望まれ、比較的多くの医師を擁する大学病院はその理想的な候補と考えられる。

学生・研修医に対する教育

大学病院における大きな役割は、学生に対する教育である。図に最近 10 年間の当院における分娩数の推移を示す。女性一人が産む子どもの平均数を示す合計特殊出生数が 1.29 という史上最低値をとったのは記憶に新しいが、こうした少子化

少産化の時代にあつて、当院における分娩数は年間 500 例前後で推移しており、大きな変動はない。ところが、今年度より卒後研修が義務化となり、卒後研修医全員に産科医療を経験させる必要があることから、現実的には以前にも増して学生が受け持ちとなるケースが不足してきている。実際のところ、すでに助産師専攻科の学生が卒業までに立ち会うことが必要な分娩数、学生一人につき年間 10 例は当院の症例だけではならず、近院での研修も行っているのが現状である。

また、日本産科婦人科学会と日本産婦人科医会のワーキンググループが策定した卒後医師臨床研修における必修産婦人科研修カリキュラム（案）では、研修医一人につきローテート期間 1.5 カ月の間に正常分娩 4 例と帝王切開分娩 1 例、3 カ月間では同じく 8 例と 2 例の分娩立ち会いが求められている。年間 40 人の研修医を受け入れるとして、そのほか臨床実習として回ってくる毎年 100 名の医学生や 20 名の助産師学生に各症例が重複しないように割り振るとすれば、年間分娩数は最低でも 700 例が必要となる。さらに、地域における周産期センター構想の拡充から、NICU を併せ持つ当院では、ハイリスク妊娠が集中し、必然的に帝王切開分娩率は高く例年 30% 前後を占めており、相対的に正常分娩は少ないという特徴がある。本来、学生や研修医においては正常自然分娩をこそ経験してもらふべきと考えられ、一般に正常分娩が増加するオープンシステム・セミ

オープンシステムを導入することは、学生や研修医の教育上格段のメリットがあると考えられる。

周産期医療スタッフに関する教育

分娩の取り扱い、本質的には習うより慣れるの一面がある。いかに教科書を熟読しても、それだけで分娩介助の技術を習得することは難しく、また経験の浅い段階で、時々刻々と変化する分娩経過中に生じる緊急事態を察知し、的確に対応するのは困難である。緊急事態は一定の割合で発生するものであり、また、危険を予測し回避する能力は数多くの症例を経験するうちに自然に培われることから、オープン化による総分娩数の増加は、臨床的に優秀な周産期医療スタッフの育成にとって、有益であると考えられる。さらに、多くの大学病院は研究機関としても機能しており、総分娩数の増加がもたらすハイリスク妊娠や稀な症例の蓄積も臨床研究の発展のために有用であり、医療の進歩を間近に触れる機会を持つことは、周産期医療スタッフに対する教育的効果もあると考えられる。

一方、こうしたオープンシステムやセミオープンシステムでは、入院後の病棟主治医は、妊産婦と外来通院中から徐々に信頼関係を築いていくということはできないので、入院後短時間で信頼を得るような、分娩立ち会い前のコミュニケーションの取り方も学んでいくことが必須となる。これは一見オープンシステムのデメリットであるが、見方を変えれば、医師患者関係を見つめる良い機会ともとらえられる。単純に分娩数が増えた場合には、妊婦健診受診者数が増え日常業務も増えるため、必ずしもベッドサイドにばかりいられない可能性も出てくるが、オープンシステムやセミオープンシステムを採り入れた場合には原則的に自院での妊婦健診や軽症入院患者数が増えることはなく、かつマンパワーの集中化も期待できるので、一人の患者の分娩に、助産師だけでなく医師も張り付いているようなことも可能となるかもしれない。いずれにしろ、どのようなことも経験するに越したことはなく、オープン化で得られる経験は貴重なものと考えられる。

オープンシステム参加医師に対する教育

病院勤務医のみならず登録医にとってもメリットと考えられることとして、幅広い医療を経験できることがあげられる。EBM (evidenced based medicine) が叫ばれて久しいが、すべての医療行為に EBM があるわけではない。同じ産科といえども細かい点は微妙に流儀が異なることは数多い。大学病院勤務医にとって大学病院内で研鑽を積んだだけでは経験しないような方法論を見聞きすることは、将来にわたる財産となると考えられるし、また登録医にとっても up to date な大学病院の診療を身近に見ることは、生涯学習の面からも非常に有意義であるといえよう (特にオープンシステムの場合にこの効果は顕著である)。

ただし、登録医と病院勤務医の間では、おのおのの診療方針や考え方の違いがトラブルの種になることのないよう、緻密な情報交換が必要である²⁾。この点がうまくいけば、周辺地域医療における医師同士のつながりを深めると同時に、おのおのの産婦人科医が自ら医療技術を高める契機となる。すなわち、オープン化とは一種の情報公開でもあり、従来の地域での講演会や勉強会などの一方通行的研修とは異なり、他者の評価を受けつつお互いが研鑽を積んでいくという生涯教育の理想的な姿にほかならないと考えられる。

おわりに

現代の少産・少子・少産婦人科医の時代にあつては、オープンシステム・セミオープンシステムの導入はやむを得ない大きなひとつの流れである。このシステムを上手に利用することによって、「安全性」を高め、一般市民の不信感を払拭し、信頼を勝ち取ることができると同時に、これからの産科医療の担い手を効率的に育てることも十分可能であると考えられる。

文 献

- 1) 武田佳彦 (主任研究者) : 妊産婦死亡の防止に関する研究, 平成 8 年度厚生省心身障害研究報告書, 1997
- 2) 岡村州博 (主任研究者) : 地域における分娩施設の適正化に関する研究, 平成 15 年度厚生労働省子ども家庭総合研究報告書, 2004