

産科外来とは全く別の場所づくり、産科とは別の扱いをしてほしい。そうすれば、自分の仕事への責任感が高まる。

#### ○エコー

- ・エコーは、異常があった場合、助産師が必要と判断した時のみ実施すればよいのではない。本当に助産師外来をするのであれば、そのくらいの気持ちが必要。
- ・エコーは、初期、中期、後期のポイントで見れば十分だと思う。
- ・エコーは妊娠中のいくつかのポイントで実施すればよい。

#### ○その他

- ・病院の雰囲気はよくない。
- ・対象者は、自宅ではとてもリラックスしているが、病院では緊張していると思う。病院でも、そのよろいを脱げるような環境やスペースが確保できると、対象者の話や訴え方が変わってくる。そうすれば、助産師の意識も変わる。

### ④助産師としてのキャリアへの影響

助産師としての今後については、病院の外に出て業務を行うことで、得られる情報が全く異なることがメリットとなるという意見、正常な妊婦であれば健診がシンプルであるという気づき、今後妊産婦の体を触る時間を増やしたいなどの意見があった。

#### ○訪問の意義

- ・やはり外に出たい。病院の中だけにいると、自分がどのくらいできるか分からず、助産師だけで分娩に対応するチャンスはなかなかない。
- ・勤務体系の中で、毎回訪問に行くのは難しいかもしれないが、妊娠中、1～2回の訪問だったらやってみたい。訪問に行くと、得られる情報量が全然違う。特に妊娠初期に訪問すれば、早い段階でどういう生活をしている人かが分かるので、病院であれこれ質問するよりも早いと思う。

#### ○健診の必要性

- ・本当に正常な妊産婦さんだったら、健診はこんなにシンプルなものなんだというのがいちばん大きな気づき。その背景に正常、異常を見極める力とか、あとは産婦さんのセルフケアの能力をいかに引き出すかというところの技術もすごく必要。その根拠とかそういう力があれば、本来妊娠経過とか、お産の経過もそうですが、もっとシンプ

ルに見えるのかなど。病院だと、いろいろな付属物が多いのかなというのも大きな気づきになった。

- ・モデル事業に参加して、助産師は職人であり、何も道具がないところでも仕事ができることを再確認した。病院では、エコーがないと難しい、モニターがないと確信ができないという気持ちにさせられている助産師が多い。
- ・骨盤や、体の歪みをみる技術は必要だと思って、いつか時間を使って勉強しようと思えたことは収穫である。訪問健診がなければ、その効果を実感することは出来ず、強く動機付けがされなかつただろうと思う。
- ・病院で対象者に質問しても、生活状況が分からないので、確証がない。訪問をして、自宅や周りの状況が分かれば、具体的なアドバイスをすることによって、対象者の生活を変え、身体を変えることができる。

#### ○訪問健診実現の可能性

- ・訪問健診と通院定期健診を逆にすればよいのではないか。
- ・対象者にとっても、妊娠判明からつわりの段階ぐらいが最も心配だと思う。その時期で1回、中期で1回訪問できれば、毎行かなくてもいいように思う。
- ・可能であれば、10 か月に入る頃にもう1回行けるとよい。出産がいよいよ本格的になったときに、自宅から病院の距離が分かる。

#### ○今後こころがけたいこと

- ・対象者の身体をさわる時間を増やしたい。
- ・対象の方を見る力が必要だと思った。あとは今までは来ていただいて健診を受けてもらうみたいなどころから、相手のテリトリーというか、相手の空間に入って、いかにケアをしたり、自分になじんでいくとか、対象を動かす力とか、自分自身の判断能力の研鑽が必要だと思った。
- ・今まではどうしても医師がバックにあって、頼っていたとは言いたくないが、そういう面も多かつただろうし、課題が見つかったというか、自分ができるようになったというのではなくて、これからどういうところをもっと勉強していったらいいか、磨いていったら、地に足が着いてというか、一人前の助産師になれるのかという気づきがあった。
- ・きつかったが、すごく得られるものも大きかつたし、病棟の緊迫感とは少しまた違った

緊張感はもちろんあったが、あとは外に出ておいしい空気も吸えたので、そういう意味でも楽しかったし、自分の力が試されているという分だけ不安感も大きかったけれども、達成感もあったし、とても貴重な体験だった。

- ・外来のベッドは細く、使いづらいが、それでも場所をうまく使った健診を心がけたい。
- ・自分がこれから助産師として働いていくことを考えたときに、考えることが増えた。

## 5. マニュアルの作成

本モデル事業の実施および評価の結果をもとに、安全性を確保しつつ快適な出産のあり方を実現するために、地域の開業助産所と病院が連携して新しい産科医療サービスを行うための準備や展開方法、評価の手続きを記した指南書となるマニュアルを作成した。

ただし、当マニュアルは、東京都内の数件の助産所と日赤医療センターが対象施設であったため、東京都の地域性や助産所および日赤医療センターの特性が反映された内容になっていることは否めない。

したがって、当マニュアルを使用する場合は、マニュアルに示された内容をそのまま展開するのではなく、各地域および医療施設の特性に応じて内容を適宜修正し、モデル事業を行って頂きたい（詳細は、マニュアル編参照）。

## D 考察

### D-1 訪問健診についての評価（開業助産師のケアの快適性の実現）

訪問健診についての評価は、訪問健診と病院での健診を、空間、時間、健診の内容、他者との関りの観点から比較対照する形で実施している。

#### 1. ケアの受け手からの評価

##### (1) 空間

ケアの受け手からの評価を空間の観点から行くと、訪問健診は、ケアの受け手（対象者）にとっては「自分の日常の生活空間」で行うケアであり、病院での健診は「病院という空間」という、日需要とは異なる空間で受けるケアであるということができる。それぞれの内容を図示すると以下の通りである。

訪問健診	病院での健診
自分の日常の生活空間  <生活優先> <快適性優先> <家族にとっての便利さ>  <視野に収まる空間> <日常生活用品に囲まれた空間> <自分だけの所有物に囲まれた空間>	病院という空間  <医療／治療優先> <効率優先> <（業務と患者の両方にとっての）最大公約数の便利さ> <視野に収まらない空間> <非日常用品に囲まれた空間> <自分の所有物がない空間>

訪問健診は、対象者の家庭という日常の中で実施され、「生活が優先」された空間で実施される。また、家庭という対象者とその家族の「快適性」や「利便性」が優先された空間である。対象者は、その空間を知り尽くしており、その意味で対象者の視野に入らない空間がない「視野に収まる空間」である。また、対象者の「日常生活用品に囲まれた空間」であり、対象者自身の所有物である「自分だけの所有物に囲まれた空間」でもある。

一方、病院は、「医療／治療」という目的が優先された空間であり、対象者（利用者、患者）にとっての快適性よりも、業務の「効率」が優先された空間である。また、医療を提供する側の業務上の効率と、医療を受ける患者にとっての効率が最大公約数の「便利さ」が追求された空間である。また、医療提供者にとっては日常の業務の業務の道具である医療機器だが、対象者（利用者、患者）にとっては「非日常用品」であり、対象者にとっては自分の所有物ではないものが並ぶ空間である。

## (2) 時間

時間についてみると、訪問健診は対象者にとって「自分だけの時間」であるのに対して、病院での健診は対象者にとって「病院のシステムにのった時間」であるといえる。

訪問健診	病院での健診
自分だけの時間 <自分が主役になれる時間> <自分だけを気遣いながら受けるケア> <よもやま話をする時間>	病院のシステムにのった時間 <医療者の業務にあわせた時間> <他人（待っている他の患者）を気遣いながら受ける診療> <最小限の情報をやり取りする時間>

訪問健診は、対象者だけのために確保されている、いわば対象者にとっては「自分が主役になれる時間」であり、対象者は「自分だけを気遣いながら」ケアを受けることができる。また、助産師に生活のこと等をあれこれと話すことができる「よもやま話をする時間」でもある。このような話を通じて、対象者が出産や育児に対する不安や疑問を解消していったり、助産師から生活に密着した具体的な助言を引き出していったことは、これまでの対象者や助産師に対するインタビュー調査から明らかになっているところである。

一方、病院での健診は、病院という仕組みの中で医療者の業務にあわせた時間の中で行われている。健診を受ける対象者も、自分と同様に診察時間を待つ、同じ多くの患者を気遣いながら診療を受けることになる。また、「医師に質問すること等を要領よくまとめた」という対象者もいるように、「最小限の情報」を医師や助産師とやり取りする時間であり、家庭で受ける訪問健診のように、あれこれと「よもやま話をする」という時間ではない。

## (3) 健診の内容

健診の内容についてみると、訪問健診は対象者を中心に、生活までを含めた様々な要素が含まれる「ケア」であるのに対して、病院での健診は、医学的な観点からの「診療」であるといえることができる。

訪問健診	病院での健診
ケアの内容 <手を中心としたケア：マッサージ等> （マッサージを通じた体の状態の把握＝診断、対象者の快適性の向上）	診療の内容 <医療機器を多用した診療：エコー等> （機器による体の状態の把握＝精密性は高いが、対象者に苦痛や不快感が伴う場合も）

訪問健診では、多くの対象者が「マッサージをしてもらった」ことを良かった点としてあげているように、助産師の「手」を中心としたケアが行われており、マッサージを通じて対象者の体の状態を把握し、同時に対象者の快適性の向上がはかられている。助産師からも、

「自分の手が頼り」という発言が目立ったように、マッサージ等を通じて「手」で対象者に触れることが、対象者の体の状態を把握し、診断を行うことにつながっている。

一方、病院の診療の内容は、医療機器を多用して行われており、象徴的な医療機器はエコーである。訪問健診では、手で胎児の大きさや位置等を教えてもらったという利用者があったが、病院ではエコーによる画像が代わって提供されている。このような診療は、精密性の点では、手よりも優れているが、時には対象者に苦痛や不快感をもたらす場合もある。

#### (4) 他者との関り

対象者以外の他者との関りの点でも、訪問健診と病院での健診は異なっている。

訪問健診	病院での健診
<b>他者との関り</b> <家族（配偶者、実母、子ども）も一緒にかかわる> <家族も含めた連続的な関係>	<b>他者との関り</b> <家族（配偶者、実母、子ども）も一緒にかかわり困難> <対象者のみとの点での関係>

訪問健診は、配偶者、実母、子どもという家族も一緒にかかわり、助産師との間で、家族も含めた連続的な関係を築くことができる。

一方、病院での健診は、家族も含めたかかわりが困難であり、対象者と医療者が点でつながる関係となりがちである。

#### (5) 結論

以上の(1)～(4)を取りまとめると、訪問健診は、第一に自分の日常の生活空間で実施され、自分だけの時間を持つことにより、「不安感、疑問の表出がしやすい」という特徴がある。第二には、「助産師との意思疎通が容易」である。この意思疎通は、マッサージという、助産師の手を介したケアの最中に、対象者がリラックスをすることでもたらされている側面も大きい。第三に、家族も含めた連続的な関係を構築しやすいという特徴も持つ。

一方、病院での健診は、第一には、病院という特殊な空間で行われ、時間も限定されていることにより、対象者にとっては、「不安感、疑問の表出がしにくく」なっている。第二には、限られた時間内で、「医療者への意思疎通が困難」となっている。第三には、対象者と医療者が、家族も含めた信頼関係を醸成しにくく、いわば点での関りとなっている。

## 2. ケアの提供者からの評価

ケアの提供者となった助産師のうち、特に普段は院内で業務を行っている日赤医療センターの助産師にとっては、訪問健診は病院でのケアのあり方を見直す上で貴重な経験となっている。通常は病院で勤務をしている助産師にとっての訪問健診は、「自分から扉をたたいて『今日は』とたずねる空間」であり、病院という自分の持ち場に「自分が招き入れる空間」とは対照的である。このように対象者の生活空間を訪ねることで、対象者の身近で売っている食材を食べることを勧めたり、歩行していて危ない場所等について「具体的な助言が可能」という指摘があった。一方、病院でも、対象者から話を聞きだし、想像力を働かせることで、一定のレベルの具体的な助言が行えるという意見もあるものの、あくまでも想像のレベルにとどまり、「具体的な助言が難しい」という意見があった。

また、時間についてみると、助産師にとっても訪問健診は、「1時間程度世間話をしながら過ごす時間」であり、病院での「一人15～20分程度に限定された時間」とは異なる時間だった。このように時間をかけて話ができることで、対象者から比較的容易に表出される不安感や疑問に対して、丁寧に対応を行えるというメリットがある。一方、病院での健診は、対象者の不安感や疑問を引き出すのに工夫が必要となり、対応が十分に行えない場合も考えられる。

今回の訪問健診で、日赤医療センターの助産師から多くの指摘があったのが、空間の問題である。家庭では、対象者に畳に横になってもらう等、自由な姿勢をしてもらい、マッサージ等を通じて対象者の体に触れることで、状態の把握、コミュニケーションの促進にもつながっている。一方、病院では、対象者に横になってもらう空間が診察台といった限られたスペースになっており、かつそこへの上り下り等で、妊婦には負担をかける仕組みとなっている。また、対象者の体に触れる時間は短く、エコー等を利用した状態の把握となっている。このため、対象者とコミュニケーションを図り、快適性を担保することが困難になっている。

一方、今回のモデル事業では、幸いなことに訪問健診中に、経過に異常があったり、大きなトラブルがあったケースはなかったが、異常を発見した場合の連絡、対応等については、訪問健診では未知の部分が多い。その点では、異常を発見した場合の医師への連絡、対応等では、病院での健診の方が現段階では、安全であると考えられる。

## D-2 分娩についての評価

### 1. ケアの受け手からの評価

対象者からは、分娩の際には、既に信頼関係を築いている開業助産師または日赤医療センター助産師の介助により、安心して分娩できたという点について、評価する声が高い。モデルⅠでは、開業助産師が分娩に間に合わなかった例もあるが、開業助産師と同様に信頼関係を築いていた日赤医療センター助産師の介助によって分娩できたことに対して、評価している。

また、一部には予定外の医療介入があった例が見られるが、助産師とのコミュニケーションにより、十分に納得して医療介入を受け入れており、「自分と子どもにとって必要なことだった」「病院で産んだのだから仕方がない」として納得している。分娩台の使用についても、一部の対象者は、「畳の上で生みたい」「分娩台は使用したくない」等の意向だったが、開業助産師の誘導により、分娩台を使用し、納得した出産をしている。また、医療介入があった場合にも、「自分で産んだ」という達成感は大きくなっている。

ただし、今回は、モデルで想定していたのと異なり、入院日数については、大多数の対象者が1～2日ではなく、大幅に長い日数の入院となっている。特に、経産婦は入院しないと休めないという理由から、長期の入院、かつ上の子の訪問を考慮した個室を希望する人が多かった。また、初産の場合には、入院中の褥瘡のケアを通じて、母乳育児の基礎作りをすることにメリットを見出している声もあった。

### 2. ケアの提供者からの評価

本モデル事業でモデルⅠの対象となった人の中で、開業助産師が来院し、分娩介助ができたのは6ケースであった。分娩介助できなかった1例は、助産所での出産と重なったためわずかの差で間に合わなかった。この7例の中には、もし同じ経過をたどれば病院へ搬送となっていたと思われる例もみられ、開業助産師からは、搬送のように途中で対象者との関係がとぎれてしまうのではなく、分娩介助を行えたという点を評価する声があった。また、分娩介助の際には、日赤医療センターのスタッフの応援や、器具等については病院のものを利用できた点等についても評価する意見があった。

ただし、今回も1例あったように、出産に至るまで2～3日を要するような例について、どのように日赤医療センターの助産師と役割分担を行い、分娩介助料をどのように設定していくかについては、今後検討していく必要がある。

モデルⅠでは、病院の出産のために助産所を不在にする際の助産師の手配が問題となる。

開業助産所では、常勤の助産師が院長一人であることが多く、病院で分娩介助を行う際には、留守を頼む助産師のための費用が必要になる。今回は、事前に助産所での出産が予測でき、事前に助産師を依頼することができたが、この点は、今後同様のシステムを運用していく上では抑制となることが考えられる。助産所の留守を預かる助産師の人件費も考慮に入れ、オープンシステムにかかる費用とし、分娩介助料をどのように設定するか検討しなければならない。今回は、日赤医療センターの分娩介助料の半額を開業助産師に支払っているが、例えば、人事院勧告のような助産師の人件費の基準を設定することが必須となる。

モデルⅠでは、日赤医療センターの助産師と開業助産師がペアになって、妊産婦が安心して病院での健診が受けられるように体制づくりをした。特に、出産時には、施設助産師が開業助産師の間接介助の役割を担うことで妊産婦が満足できる出産にすることができた。さらに、日赤医療センターの施設助産師にとっては、熟練した開業助産師の卓越した技術に触れ、助産師としての高揚感が得られた。実践力・応用力に富んだ助産師のケアによる妊産婦の満足度は高い。

ところで、開業助産師が病院で分娩介助を行う際、それを補助する助産師との連携や、分娩の際に使えない物品や医療機器等を扱わなければならないことで、仕事上のロスが大きい。今回、胎児モニターの装着は、日赤医療センターの規定に準ずるとしたが、本来は家庭的な場所での出産することを大事にしてきた開業助産師にジレンマを持たせないよう、ペアを組む日赤医療センターの助産師は考慮した。一方、分娩介助する際の物品についても、特に制約しないで柔軟に対応した。今後も、このような施設の基準の面で、開業助産師に対して様々な配慮を行うことは必要であると考えられる。

モデルⅡにおいても、開業助産師とのペアではないものの、日赤医療センターの助産師にとって、今回の訪問健診の実施により、病院という空間を出た場合にできること、助産師のスキルとして必要とされる判断力、特に対象者に直接触れて観察を行う「手」の感覚の重要性について認識したという意見があった。そのように、異なる環境の中で健診を実施したことを通じて、普段の取り組みと異なる取り組みを経験したことにより、助産師として今後取り組んでいくべき課題が明らかになったという意見もあった。

施設助産師による訪問による妊婦健診も病院での妊婦の待ち時間や通院時間など、医療サービス上、妊婦にとって望ましい環境が提供できた。妊婦健診の新たなあり方を助産師が身をもって体験できた効用は大きい。

### D-3 費用面からの評価

本モデル事業では、3名と限られた開業助産師の協力を得て、モデルⅠ、モデルⅡの両方で18事例という限られたケースで実施した事業であり、費用便益の側面等、効率性を評価するには十分ではなかった。

しかし、モデル事業の実施によって、費用の面ではいくつかの問題点が明らかにされたので、その点を指摘するにとどめる。

分娩の諸経費は、出来高払いを基準としており、一つひとつの行為に経費がかかる仕組みになっている。そのため、医療介入が多くなるほど、費用が高くなる仕組みになっている。一方、入院費用については、「入院をしている」という状態によって、医療保険診療の入院基本料金（ベッドフィー）として、病院に備わっている看護師数や病棟の機能、設備等によって、1日当たりの費用がある程度設定されてしまい、入院期間が長くなるほど、費用が高くなる仕組みになっている。要するに、医療は「介入する」ではなく、入院によって「介入してしまう」という状況になる。さらに特定診療として医師のオーダーで発生する診療報酬で検査、治療、薬など個々の保険点数表で出来高払いとして精算される。結果、入院費用の4割強が入院基本料金で占められるので、病院の入院費用が高くなる。この仕組みにより、医療保険診療機関でない開業助産所との差が生じることになる。

モデルⅠのケースで入院費用を見ると、①自然分娩、入院期間2日間で退院したケースの入院費320,000円、②吸引分娩、入院期間6日間で退院したケースの入院費472,186円であった。一般的に保健医療プログラムでの費用便益とは、「その時々利用可能な科学的な知識を十分に与えられた状態で個人がそのプログラムに支払う最大の意味としての額」と定義され、「そのプログラムの影響を受けるすべての人々の支払い意思額の総和」である。出産は、母子とその家族を対象とした保健医療プログラムにより、その家族が影響を受けることも認識し、リスクが発生した場合の家族の支払い意思額も含むべきことを念頭に置かねばならない。モデルⅠの総出産費用の最大額は534,000円であった。吸引分娩で保険適応となったケースの総費用が470,000円であった。吸引分娩は個人の支払い額は低いが、医療保険の負担分があり、医療費としては低くない。このように、予防できた470,000円の費用を便益として考えるかである。モデル事業の経済的評価についてこのように考察では、疾患予防という視点での評価する意義は大きいといえる。出産の快適性を保障することで得られる利潤は、まさに熟練した専門者や安全と快適は設備の施設によって生み出される資本であるといえる。

出産場所がどこであっても、安全性や快適性への投資を最大限に考えることが重要である。

モデル事業では、熟練した助産師を選択した。参考までに、助産師の賃金を俸給表 医（三）で見ると、時間単価 1,600 円程度であった。

開業助産師の person 費については、病院に勤務する助産師と異なり、開業助産師が病院に待機している間の、代わりの助産師の手配等も考慮に入れて、機会費用を算出する必要がある。今後十分な検討が望まれる。

## D-4 モデル事業全体の運営面からの評価

### 1. 日赤医療センターの立場から

#### (1) モデル事業開始についての対象者と助産師の選定について

モデル事業は、開業助産師が訪問を行い、節目健診は病院で行い、分娩を開業助産師が日赤医療センターで行うモデルⅠと、病院助産師が訪問を行い、継続的に関わって分娩まで行うモデルⅡを設定し、実施した。

モデルⅠについては、開業助産師の協力が得られ、対象者を紹介してもらい、実施することができた。病院の助産師の担当を決め、節目健診には、対象者の妊婦と共に健診に立ち会った。また、訪問検診の際にも開業助産師に付き添い、開業助産師のケアを学ぶことが出来た事は病院助産師にもメリットがあった。対象者の妊産婦にとっても、開業助産師以外に、病院助産師が付き合うことで、病院という慣れない環境にも適応しやすかったのではないかと考える。

病院助産師は、5年目以上のキャリアの助産師とし、当院の助産師外来担当者または妊娠中からの継続ケアを行っている助産師とした。訪問時はペアで実施した。訪問する助産師は妊婦健診を的確に行い、異常の発見や適切なアドバイスを行わなければならないため、確実なアセスメント、判断、実施、評価が出来るキャリアが必要である。

#### (2) 訪問への準備について

妊婦訪問については、健診の必要物品と観察のポイントや訪問時の連絡相談などを取り決めた訪問マニュアルを作成した。特に緊急の連絡を行うためのルートを明確にし、助産師が不安なく訪問が出来るようにした。特別なことはなかったが、このような緊急時のルートを決めておかなければならない。

また、訪問までには訪問の実際をロールプレイしたり、新生児の観察とそのポイントなどを新生児科医師から講義を受けた。以上のように勉強会や講習会などは積極的に行った。

記録については、妊婦定期健康診断記録、妊婦訪問報告書、妊婦訪問ケア記録を作成し記入したが、妊婦健康診断記録はスペースが小さく書きづらかったとの評価であった。

妊婦訪問ケア記録は、助産師が行ったケアの内容がわかり、担当師長はケアの状況を把握することが出来た。

### (3) 開業助産師とのコミュニケーションに対して

モデルⅠに関しては、病院での健診で妊婦に付き沿って来る場合もあった。病院助産師も開業助産師と医師の健診に立ち会ったり、また、自宅への訪問をおこなったりと開業助産師の行うケアを学ぶことができた。病院助産師が開業助産師のケアを目の当たりにして、自らが行っているケアを振り返り、さらに助産師のケアを深める事が出来た事は良かった。分娩時に開業助産師が行う分娩介助を手伝うこともあり、さらに助産の技術を深めていく機会ともなった。また、対象者である産婦においても、病院で過ごす中で、妊娠中から顔見知りの助産師が病院にもいることは心強かったと思われる。

また、モデルⅠの対象者の妊婦には様々な内容のバースプランがあり、希望するバースプランにそって、医師との調整もスムーズであった。

### (4) モデル事業についてのシフト調整と勤務者の確保

モデルⅡにおける訪問健診は、対象妊婦の予定日を1か月に2名として、訪問日が重ならないように工夫をした。しかし、訪問健診を行う助産師のうち、1名は勤務内で訪問に出ることが出来たが、あとの1名は時間外などでの訪問もあった。特に、対象妊婦の健診が36週を越えた場合は訪問回数が増えるため、勤務に無理が出てくる場合もあった。

また、5年目以上の2名の助産師が訪問検診に出かけるとなると、勤務内の場合は職場にいる助産師の数か少なくなり、職場にいる妊産婦へのケアが手薄となる事によるリスク度が上がる。そのようなことを避けるためにも勤務人数を確保しなければならない。人数を確保できなければ病院から勤務時間内に助産師2名が訪問に出ることは難しいと思われる。

### (5) 全体をとおして

対象者は、助産所での出産を望んでいるがリスクがある場合や家族からの反対等、様々な理由があり、病院での出産を選ぶ事となった。このような妊婦には開業助産師が関わりながら、病院がバックアップする事は妊婦のサポートシステムとしては評価できる。また、病院助産師にとっても、妊産婦を中心としたケアや分娩介助などを学ぶ機会となるシステムである。分娩後に入院期間を早めて自宅に帰ることや、助産所での産褥入院なども自由に選べるようにすれば、さらに対象の希望に添った、安全で快適な出産、産褥環境を提供できると考える。

病院助産師が訪問健診を行うことは、対象の妊婦にとっても時間的な問題や心身共にリラックス出来る環境で健診が受けられる事は、メリットが大きい。しかし、助産師の人数確保が難しい事は事実である。

また、医師のバックアップがなければ病院外での健診がスムーズに行えない。助産師の業務範囲を明確にし、医師との話し合いを定期的にもち、妊産婦の状況を理解し合うことが不可欠となる。この問題に関しては、十分に医師の協力を得られる事が出来た。

## 2. 開業助産師の立場から

本モデル事業で、モデルⅠの対象者 3 名に継続して関わった開業助産師によると、この 3 名の対象者は、出産場所をめぐる自分の希望と家族の意向が不一致で悩んでいた妊産婦だったとのことである。

ちょうど本事業がはじまった頃、自宅での出産を希望する妊産婦が家族との話し合いをした結果、実父母より「緊急時などを考えると病院での出産」を勧められ、妊婦が悩んでいたため、モデルⅠのケースに打ってつけとばかりに、対象者として開業助産師がモデル事業への参加を勧めた。助産所や自宅での出産を望む妊産婦は、ほとんどがローリスクの妊産婦なので、安全性を前面に出して病院での出産を勧めてもなかなか賛同を得られず、ケースを確保するのが難しかった。どちらかといえば、産婦人科医と相談しながら共同管理をすべき妊産婦（産科以外の既往・産科的既往を有する、若年・高年初産婦等）のほうが、より必要とされるのではないかと考えられる。

妊婦健診は、20 週・30 週・36 週の節目健診を日赤医療センターで、それ以外は自宅での健診を行ったので、開業助産師としての日常業務と変わりなくスムーズに対応できたと思われる。

分娩開始後は入院する時期の判断を本人と相談しながら決めたものの、1 人のケースでは、自宅での分娩者が同時進行しており、開業助産師が病院に到着した時は出産 3 分後だった。別の対象者は予定日超過で入院しての分娩誘発促進となり 3 日間、関わることになった。あらかじめそういった場合に備えて勤務助産師とチームを組み、本人にも説明・同意を得ていたため混乱は生じなかった。ただ、状況によっては助産所や自宅での出産の妊産婦と重複した場合、他の助産師の手配やコストの問題等、運営上の考慮が必要と思われる。

今回この開業助産師が受け持った 3 名の対象者は、全員初産でローリスクであったが、それぞれがたまたまだったとはいえ、分娩開始後、羊水混濁や母体の発熱・予定日超過への対応・娩出直前の胎児心音低下による吸引分娩等、医療処置が必要となった。「産婦人科医が常駐し、適切な医療がいつでも受けられる環境下での出産に、あらためて安心感を覚えたのは事実である」とはいいながら、快適性を重視した出産に取り組んでいる開業助産師の眼からみると、「病院内の設備はどうしても医療優先に作られており、妊産婦のリラックス度からすると緊張感が抜けきれず、今後の快適性への追及が待たれる」という意見があった。

産後は母児ともに問題がなければ、希望により規定より早く退院して（出来れば 2 日位で）

自宅でのケアを行う予定であったが、分娩経過もあり、早い対象者で5日目であった。ただ、妊娠中からずっと継続して関わったので、対象者の入院中も細かい疑問や質問も電話で相談を受け、おおかた不安なく育児へ向かうことが出来たようである。また、しばらくしての産後訪問（主に母乳分泌や乳房管理に関すること）希望にもスムーズに対応でき、育児不安解消には多少役に立てたと思われる。産後のケアの面では、病院側も開業助産師のネットワークをもう少し上手に活用すべきである。今回のモデル事業について、産後のケアの継続性については、日赤医療センターの助産師からも、分娩室と褥棟の連携についての計画が十分に練られていなかったという指摘がなされており、今後モデル事業を発展させていく際の課題であると考えられる。

この開業助産師によると、「これからも『出産は病院で』、『妊娠・出産・産褥期のケアは貴女にお願いしたい』という妊産婦の希望を、病院に受け入れてもらえるなら、喜んで対応するつもりである」とのことで、開業助産師にとっても、本モデル事業が妊産婦の希望を実現する方法の一つとして評価されていることを示している。

## E 結論

### E-1 モデル事業全体に対する評価

#### 1. 利用者の満足度の観点から

本モデル事業については、モデルⅠ、モデルⅡとも、対象者の満足度は非常に高かった。モデルⅠでは、自分が選んだ開業助産師のケアを受けながら、節目健診と分娩は日赤医療センターで実施することができた点についての評価が高かった。多くが、代替医療に関心を持っている妊婦であり、代替医療も利用しながら、一方、開業助産師が意思疎通を図っていくことにより、病院での医療介入も素直に受け入れることができ、自らの達成感も高い出産となっている。また、産後についても、褥棟で母乳ケアを受けたことにより、母乳育児に取り組む基礎ができたという評価もあった。

また、モデルⅡでは、日赤医療センター助産師の訪問ケアを受けることにより、日赤医療センターに通院する時間や、受診のための待ち時間が減少されたという点について評価する意見が多かった。また、特に経産婦では、訪問してくる日赤医療センターの助産師と上の子どもや夫が知り合い、分娩室では信頼感がある人同士が集まって分娩にいたったことが、安心感につながり、安全な出産にいたったとする声もあった。

だが、費用の面では、必ずしも全対象者が、今回の訪問ケアのようなソフト面について高い評価を下しているわけではなく、「病院の方が多くの設備を利用しているので、訪問健診はもっと安くてもよい」「リスクをとっているのは妊婦の方なので、訪問健診はもっと安くてもよい」という意見も見られた。

このように、モデルⅠ、モデルⅡとも、対象者からは高い評価が得られているが、今回はモデルⅠが7例、モデルⅡが11例と限られたサンプル数だった点には留意すべきである。特にモデルⅠは、あらかじめ病院での出産を希望する点では、助産所での出産を強く希望する利用者とは異なっているというコメントが開業助産師からもあった。また、自宅出産を強く希望する人等も今後、このような事業の対象者とはなりにくいと考えられる。助産所での出産、開業助産師による自宅出産を希望する人にとって、病院での出産とは何を提供できるのかという点については、改めて検討する必要があると思われる。

また、モデルⅡの対象者についても、一部対象者の選定の過程では、「エコーを見たいから」という理由で、モデル事業への参加を辞退している妊婦もいる。このことから、病院で提供される診療とは、必ずしも安全性の面だけではない側面があることも考えられる。この点についても、今後検討を重ねていく必要がある。

## 2. 助産師活動の支援の観点から

今回の研究は、モデルⅠ、モデルⅡを通して、1) 妊産婦の安全性を重視したケアの質の保証と、2) 助産師のキャリアアップに大きく貢献した研究といえる。

1) 妊産婦の安全性を重視したケアの質の保証の観点からは、モデルⅠでは、開業助産師が、妊娠中には助産所または自宅において定期健康診査を確実にを行い、その上で出産時の安全性を多角的に検討し、妊婦と話し合いを十分に持って出産場所の選択を行ったことである。その結果、分娩のリスクが回避できた事例から、妊産婦にとっては安全性が保証されたことになる。ケアの質からは、妊婦管理を行っていた開業助産師が時間的余裕があれば、施設において直接分娩介助の支援も行え、産婦の継続ケアを可能にしたシステムといえる。

モデルⅡにおいても、施設内助産師が家庭訪問により自宅のくつろいだ環境の中で、家族を巻き込んで妊婦の健康診査を行い、妊娠経過の順調性を確認し生活の場で実践可能な方略を用いて支援を行っていた。節目健診時には健康逸脱等の早期発見を行い軌道修正ができ、妊娠経過の安全性を家庭訪問による妊婦健診で保証されていた。分娩時には訪問に関わった助産師による分娩介助の支援を通して継続ケアが行われ、妊産婦に対し一貫性のあるケアの質を保つことができた支援であったといえる。

2) 助産師のキャリアアップに関しては、モデルⅡの助産師の変化である。モデルⅠ助産師の同行訪問や、施設内熟練助産師との同行訪問を通して、モデルⅡに参与した助産師の意識の変化と、ケアにおける技の向上があげられる。自宅という妊産婦が主役の環境でのコミュニケーション技術、五感をフルに活用する診察技術、東洋医学を基盤にした代替療法やケアの方法など、医学モデルではない助産師の築いてきた技の学習がちりばめられていた。それらの技に気づき、自己を磨く必要性を感じとった助産師は、今後の自己のありようや研鑽の仕方に大きなヒントを得て、助産師のキャリアへの広がりを持ち得たモデル事業であった。

課題として残されたことは、モデルⅠの場合には、有床の助産所では24時間体制で妊産婦に関わることから、助産所での妊婦健診時や出産時には助産所を留守にできない実情がある。したがって、継続産婦や施設からオンコールで依頼されても分娩介助の支援を継続的に行えない状況が生じていた。助産所助産師と施設内助産師が妊産婦に対して、何回かは協働で関わってコミュニケーションを持ち、信頼性を築いておくことが必要である。

モデルⅡの場合には、シフト制の中で勤務している施設内助産師には、人材要因の関連から勤務中に家庭訪問や節目健診に関わることには困難が生じていた。助産師業務の拡大や、自己の能力強化を意識していた助産師の自助努力で今回のモデル事業は円滑に進められたが、施設内でも助産師独自の勤務体制を検討して整備し、継続ケアが行える体制作りが求め

られる。

環境要因としては、施設においても可能な限り家庭的な環境づくりが求められ、安全性と快適性の目的に即したリラックスできる待合室、診察室、分娩室の整備を妊産婦のニーズに沿って創造的に行っていく必要がある。

また助産師には妊産婦・家族を尊重しての対人関係、すなわち意思疎通が十分に行え、かつ納得のいくケアの実施と信頼関係形成が図れるよう、生涯教育として絶えず研鑽を怠らないようにすることが必要である。

施設で出産し一両日で助産所または自宅に退院し、その後、助産所または施設内助産師の継続ケアを受けるモデル事業に対し希望が少なかった要因を分析し、出産後は母子・家族ともにゆっくりくつろげる環境と、対象に応じたケア提供のあり方を吟味する必要性が示唆された。

### 3. 出産の安全性の観点から

本モデル事業の対象者は、合計18例であり、ローリスク13例以外に、帝王切開既往例、5cm以上の子宮筋腫合併例(2例)、妊娠糖尿病合併例、高年妊娠例の計5例もグレーゾーンとして担当医の判断のもとで対象となった。これらグレーゾーンに対しても、妊娠中の安全評価を適切に行い、慎重に出産のサポートを行うことで、母児ともに良好な結果を得られた。5例ともに正期産での自然分娩であり、アプガー スコアは、1分後が9点以上、5分後はすべて10点であり、出産直後からのカンガルーケアや母児同室、母乳育児がスムーズに行われた。グレーゾーンあるいはハイリスク妊娠であっても、医師だけでなく助産師の継続したケアを行うことで、妊娠中の健康管理などの教育が十分になされ、結果として、産婦自身が主体的にかつリラックスして出産に臨めることが、よい結果につながったと思われる。

ローリスク13例では、1例が胎児仮死の診断で吸引分娩となり、また1例が出産2時間後に弛緩出血を起こし、すぐに静脈ラインを確保して子宮収縮剤の投与を行い、鉄剤の点滴投与を出産後1週間行った。その他の対象では、すべて自然分娩であり、母児ともに順調な経過であった。どんなに厳密にリスク評価をしてローリスク妊娠と判断して選んだとしても、急激に発症する分娩時の胎児仮死、肩甲難産、弛緩出血等の際には緊急の処置が必要となる可能性があることを、示す結果であった。

出産の安全性の面からは、快適性をめざした助産所や自宅での出産と、病院での管理された出産を対立的にとらえるのではなく、本モデル事業のように助産所での出産のスタイルを病院に持ち込み、高度な医療に保証されかつ家庭的な雰囲気にも包まれた出産を、医師と助産師がチーム医療として支えていく意義は大きいと思われる。

#### 4. 助産所と病院の連携に対する評価

モデルで設定した対象者の適切性については、産科外来で医師の協力からモデルケースを選択できた。本モデル事業の対象となる妊産婦の基準は、助産師会で作成した助産業務ガイドライン等を参考に、開業助産師との事例勉強会などを通して、医師と開業助産師とでリスクの見解について議論し、正常と異常の領域にあるグレーゾーンを設定した。分娩では、モデルⅠの7ケース中、3ケースで分娩時にリスクが発生したが、問題なく退院できた。3ケースで発生したリスクは、担当開業助産師のリスクに対する意識を高める効果があった。当初、開業助産師を対象としてモデル事業の説明会を開催した際には、開業助産師から、「ローリスク産婦の出産を、なぜ病院で行なわなければならないのだろう」と懸念を強く持っていた。グレーゾーンの基準を決める時には、医師と開業助産師とで個別的なリスクに対する見解の違いについて議論した。実際に本モデル事業で、分娩時にリスクが発生したことから、このように助産所と病院が連携する仕組みの意義を示せたことは大きい。今回、本モデル事業に協力してくれた開業助産師は、そもそも分娩に対するリスクに意識が高い助産師で、産婦が望めば病院でのオープンシステムの積極的に参加したいと感じていたが、今後、本モデル事業の成果を他の開業助産師に知らせていくことも必要である。

助産所と病院の連携は、今後の助産所経営にとっても重要なポイントでもあり、助産所の経済にどのように影響するかも検討しなければならない。

今回、3名の開業助産師から本モデル事業に協力を得られたことは、出産の安全性と快適性について、日赤医療センターで、医療連携室と開業助産所との連携システムを構築し、開業助産師との勉強会を通して検討を重ねてきた成果である。今回、モデル事業に協力をいただいた3名は、この医療連携に登録している助産師である。

この医療連携システムでは、多くの診療所が病院と契約を結んでいる。その際に、開業助産所も契約ができよう、仕組みを作ってきた。今回、モデル事業と医療連携システムの運用を効率的に進めることができた成果は大きい。今後、オープンシステムを推進していく施策としても意義が大きい。

モデル事業のプログラムがどのように機能するかでは、日赤医療センターと助産所がモデルⅠ・Ⅱで取り組んだフレームを有効に共有し合い、助産師自身が安全で快適な出産を助産師の裁量で実施するという役割と限界の明確化を図ることができた。モデルⅡとして取り組んだ、施設助産師の家庭訪問による妊婦健診は、助産施設を持たないで開業する助産師の助産所経営として期待できる。

## E-2 今後の助産所と産科医療施設の連携のための示唆

### 1. 産科医療施設と地域との連携における示唆

#### (1) 助産所出産の利点と問題点

助産所出産の利点は、マンツーマンの継続ケアであり、妊産婦の主体性が尊重されることである。さらに、家庭的雰囲気の出産環境で、必然的に医療介人のない自然出産となることである。一方、問題点として、異常状態に急変した場合の対応に限界があり、助産師の状態観察力にも格差があるため、安全性に限界があることである。モデル事業の症例から、助産所出産・自宅出産の安全性確保には、周産期センターと助産所との連携強化が必須であること、病院での管理を嫌う妊産婦には、助産師による安全性についての具体的説明と熱意ある説得が必要であること、妊産婦のリスク軽減は、助産所のリスク軽減に直結していること、などが示唆された。

#### (2) 助産所出産・自宅出産の安全性確保のシステム

##### ①周産期センターと助産所との連携強化

助産所出産・自宅出産の安全性を確保するためには、まず嘱託医療機関が実質的に機能することが必要である。嘱託医療機関が機能しない場合は、地域の周産期センターが助産所の後方支援機関となることが求められる。助産所は後方支援機関に妊婦の定期チェックとして、例えば20週頃、30週頃、36週頃、40週頃の節目健診を依頼し、産科リスクを評価することが大切である。出産前にローリスク妊娠として評価された場合は、助産所出産・自宅出産にのぞむが、分娩開始後に異常が発生した場合は、後方支援機関に搬送することになる。さらに、搬送症例の事後検討や関連する研修会に参加することで、助産師個人のレベルアップを図り、後方支援機関との連携をさらに密接なものとするのが可能となる。

##### ②オープンシステム・セミオープンシステム

また、地域によっては助産所の参加するオープンシステム・セミオープンシステムも安全性確保には有用である。開業助産師はシステムの中核となる産科施設に登録し、節目健診による定期リスクチェック、異常発症時の搬送、出産時の介助や立ち会いを行うことになる。通常の医療機関連携を一步進める内容となる。開業助産師のなかで、出張助産師はオープンシステムが参加しやすく、助産所の助産師はセミオープンシステムが参加しやすいと思われる。