

母子医療センター内で、MWCを維持している本システムは、他の病院のモデルになりうるものであった。MWCの試みと継続は助産師の仕事への意欲とやりがいを見出していると言える。また、キーパーソンとしての産科医長の存在は大きい。今後はバースセンター開設を計画していることから、医師が主導をもち、スタッフとの協力のもと実現されることが望まれる。しかしながら、近隣の産科施設の閉鎖に伴う分娩件数の増加や、ハイリスクの受け皿になっていることなど、地域内の基幹病院として果たすべき役割は大きく、今後更なる負担がかかるものと予想される。本システムを維持・発展するためには、人員を確保し、スタッフを育成していけるかが課題であると考えられる。

2) 政策提言

以上を踏まえ、以下の政策提言を行う。

(1) バースセンター開設に向けた予算措置

当施設では、助産師が正常経過に責任を持ってケアするために、MWCの開設は必須であると考えている。まずMWCを開設した上で、今後バースセンターへの実現を検討している。病院移転に伴い助産師外来の場所を確保し、助産師外来を実現するための教育プログラムを作成していた。妊産婦のニーズにあわせ、水中出産ができる設備も整備するなど、諸費用がかかっていた。バースセンター開設に向けての設備、人員確保のための予算措置が必要である。

(2) 開業助産師との密な連携に向けて、相互教育・相互研修への予算措置

MWCを開設するにあたり、開業助産師と勉強会を実施し自然分娩への理解と技術を学んだり、地域の開業助産師と共通外来カルテを作成するなどしていた。今後、産科医長は地域医療を支える上で、開業助産師との連携を強化することも検討していた。相互に学習する機会をもつことは、妊産婦へ質の高いケアが提供されることにもなり、そのための予算措置が必要であると考えられる。

6 文献

- ①飯田俊彦、助産所と医師とをつなぐチームづくり、助産雑誌、60 巻2号、2006 年2月、p118-p123
- ②江角二三子、実践から学ぶ助産師外来設営・運営ガイド、ペリネイタルケア、2005、p76-p82
- ③穂高律子、三井祐子、満足で安心なお産「院内助産院」を目指そう、助産雑誌、60 巻4号、2004 年4月、p295-p298

5. 深谷赤十字病院における助産師活用

—地域周産期母子医療センターとしての機能をもちつつ、自然分娩重視の助産ケアを提供するシステム—

要旨

この研究の目的は、深谷赤十字病院において、どのようなシステムにより助産師を有効活用しているのかを明らかにすることである。調査方法は、インタビュー調査及び文献調査である。システムの分析は、バランススコアカードの4つの視点（顧客の視点、財務の視点、内部プロセスの視点、学習と成長の視点）における重要成功要因、及び各視点の重要成功要因間の因果関係を明らかにすることにより行った。

調査の結果、この施設をシステムとして捉えた時、顧客の視点において、妊産婦、助産師、医師の満足度が高く、財務の視点において、システムを維持運営するための財務が安定していることが明らかとなった。

顧客の視点において、妊産婦、助産師、医師の満足度が高いことは、このシステムの内部プロセスである、「助産師と医師の役割分担の明確化」が十分機能していることによるものと考えられた。

財務の視点において、年750件の分娩を維持し安定した医業収益を挙げているのは、同様にこのシステムの内部プロセスである、「助産師と医師の役割分担の明確化」が機能していることによるものと思われた。

この内部プロセス「助産師と医師の役割分担の明確化」は、「妊産婦全員を助産師外来でフォローする」「自然分娩の重視」「助産師会と協同して新生児家庭訪問を実施」「地域周産期母子医療センターの役割」の4つのプロセスからなっていた。そのうち、「妊産婦全員を助産師外来でフォローする」「自然分娩の重視」がうまく機能するためには、「定期的カンファレンスにより助産師外来の妊産婦情報の共有」「医師・助産師の外来カルテの一元管理」「助産師の行うケアの標準化」「助産師の行うケアの質の維持」を行っていることが大きいと思われた。また、「助産師会と協同して新生児家庭訪問を実施」「地域周産期母子医療センターの役割」がうまく機能するためには、「助産師の行うケアの質の維持」が大きいと考えられた。

内部プロセス「定期的カンファレンスにより助産師外来の妊産婦情報の共有」「医師・助産師の外来カルテの一元管理」がうまく機能するためには、学習と成長の視点において、「助産師外来担当基準に基づく学習」の果たす機能が大きいと考えられた。また、「助産師の行うケアの標準化」「助産師の行うケアの質の維持」がうまく機能するためには、学習と成長の視点において、「助産師外来担当基準に基づく学習」「助産ケア技術の学習会」の存在が大きいと考えられた。

つまり、深谷赤十字病院では、地域周産期母子医療センターとしての機能をもちつつ、自然分娩重視の助産ケアを提供していることにより、助産師を有効に活用していることが明らかとなった。

本システムは、わが国の妊産婦のケアのあり方と助産師の役割を示し、産科医師不足の中での助産師の活用について地域周産期母子医療センターとしてのモデルを提供しているといえる。現在、病院内バースセンターの開設を検討しているとのことであった。しかし、助産師の業務量が多く、継続ケアは試験的に行っているなど、マンパワーは足りていない。今後の課題は、助産師の活用を更に推し進めるためのバースセンター開設と人材確保、地域の機能分化に基づく継続ケアを行う体制を検討することであると考える。さらに、医師の過重労働により、同医院のシステムを維持・存続するには困難が伴うことが予想された。同病院のある埼玉県は人口比の医師数が最も少なく、特に同病院のある地域では産科施設が不足していることから、同病院の負担が増大していることもうかがえた。そのため、人事交流の促進や研修受け入れによる地域の医師確保への予算措置も必要であると考えられる。

1 目的

この研究の目的は、深谷赤十字病院において、どのようなシステムにより助産師を有効活用しているのかを明らかにすることである。

2 方法

調査方法は、インタビュー調査及び文献調査である。インタビュー調査対象者は、下表の通りである。文献、インターネットから得た資料、インタビュー時に入手した資料を含めて分析を行った。

表 5-1 調査対象者一覧

システムの構成要素	調査対象者	調査方法
①妊産婦		文献
②助産師	師長	インタビュー調査、文献
③管理者	看護部長、副院長	インタビュー調査、文献
④産科医師	産科部長（副院長）	インタビュー調査、文献

3 結果

1) システムの概要

本施設をシステムとして捉えた時、その目的は、助産師と医師が協働して妊婦とその家族との信頼関係を深め、安全かつ妊産婦の自律性を尊重したケアを提供することにある。

システムが対象とする地域は埼玉県である。埼玉県の地域周産期医療センターは5ヵ所であり、県北の中核病院である。深谷赤十字病院のより高次の搬送先は、埼玉医科大学総合医療センター（総合周産期母子医療センター）であるが常時満床に近く、当院を含めた5ヶ所の地域周産期医療機関の役割は大きい。

埼玉県地域保健医療計画による大里医療圏に属する埼玉県北部では、地域医療連携など急性期医療としての「高度医療・総合医療・救急医療」を担う病院でもある。

利用者は、主に埼玉県深谷市在住の妊婦である（深谷市内40%、深谷市を除く埼玉県内50%、埼玉県外10%）。

(1) 病院概要

設置主体：日本赤十字社／所在地：埼玉県深谷市／病床数：506床（内産婦人科病床数42床）／入院基本料区分：7：1

(2) 産科部門概要

産科病床数：42床（産婦人科混合病棟）／年間分娩件数：約750件／産科職員数（常勤換算）：医師4名、助産師23名、看護師4名、助手3名、クラーク1名／産科外来職員数（常勤換算）：病棟兼務／外来における1日平均産科受診者数：30人／帝王切開率：34%／正常分娩の費用約45～50万円／看護職員の夜勤体制：2交代

(3) 妊産婦の管理プロセス

妊娠期：助産師外来があり、助産師外来運営基準（表5-2）により、医師と助産師が協同して妊婦健診を行っている。妊婦健診は初診以外、毎回助産師が実施する。カルテの一元化が図られている。ハイリスク妊婦は医師が診察をし、助産師が全例保健指導を行う。更に、ルーチンの指導項目と検査項目を作成しており、ケアの標準化がされている。外来の診察料金は4000円で医師と同額である。外来でカンファレンスを行い、すべての助産師と妊産婦について情報交換を行う。特に、妊娠36週以降にカンファレンスを行うことで、入院直後からのかかわり

がスムーズに進むように工夫されている。また、なるべく同じ助産師によりケアが提供されるように、曜日ごとに担当助産師が決まっている。

表 5-2 助産師外来運営基準（妊娠期）

I	目的 外来において、妊産褥婦の診察及び保健指導を行い、妊娠・産褥期の継続看護を行う
II	到達目標 1. 外来に通院している妊産褥婦に対して定期健診を行い、適切な指導ができる 2. 外来→病棟→外来へと継続看護が実践できる 3. 「母乳外来」で適切な指導・手当てが実践できる
III	担当助産師（曜日毎に担当者を決める） NST、初期指導、母乳相談 1名 妊婦健診担当 2名
IV	正常妊婦基準・ハイリスク妊婦（赤リボン）基準、一時的ハイリスク妊婦（黄リボン）基準の3群に分類する 1. 正常妊婦基準（助産師外来のみ） ①合併症をもたないこと（卵巣腫瘍、子宮筋腫、腎炎、甲状腺疾患などフォローの場合には医師にその旨明記してもらい、助産師外来でよい。次回の超音波は医師が行うかも含め、5～6ヶ月時に方針を明記してもらう） ②既往歴に問題がないこと ③産科歴に問題がないこと ④初産婦の場合35歳未満であること ⑤血圧が140/90mmHg以下であること ⑥子宮底、腹囲が各週数に見合った数値であること ⑦浮腫が（±）以下、又は（+）が連続2回以下であること ⑧尿蛋白が30mg/dl（+）以下、または（+）が連続2回以下であること ⑨尿糖が0.25g/dl（+）以下、または（+）が連続2回以下であること ⑩児心音が正常であること ⑪検査データが正常であること 以下の場合、妊婦の理解、了解済みの確認がされていること ・ クラミジア→5ヵ月以降内服→8ヵ月時再検査 ・ C型肝炎キャリア ・ B型肝炎キャリア ⑫身長151cm以上（又は150cm以下でも経産婦で経膈分娩をしている） ⑬41週未満で頸管成熟度が良いこと 2. 赤リボン妊婦基準（助産師外来→医師） ①正常妊婦基準を逸脱している ②前回帝王切開の場合 ただし、以下の場合は助産師外来でよいが、34週以降は医師外来へ ・ 今回の方針が話されている ・ 予定帝王切開なら28週時に手術の仮予約がされている ③頸管成熟度が悪く41週以降である ④初産で身長150cm以下の場合、36週以降 ⑤妊娠中毒症が出現した妊婦 ただし、浮腫（++）～（+）だけの妊婦は原則赤リボンだが、必要ない場合には医師にその旨明記してもらう ⑥肥満すなわち標準体重より20%以上増加している妊婦 標準体重（kg）＝（身長－100）×0.9 ⑦Rh（-）の場合 ただし、不規則抗体（-）ならば赤リボンが必要ない旨医師に明記してもらう ⑧不規則抗体（+）の場合 ただし、赤リボンが必要ない場合には医師にその旨明記してもらう

3. 黄リボン妊婦基準（助産師外来→医師）

- ①一時的に問題が発生し、医師の診断を受ける必要がある場合
- ②里帰り出産で帰省時
- ③頸管成熟度が悪く 40 週に入っている
- ④初産で身長 150cm 以下の場合、28 週時

19 週～21 週に行う胎児超音波診断は、全て医師が行い、助産師外来では 27 週、35 週に超音波を実施している。

母親学級は月に 4 回開催しており、全 4 回で 2000 円である。

分娩期：チームで妊娠期からの継続看護を行っている。自然分娩などのバースプランを妊娠中に記入してもらい、それに沿って分娩時にケアを行う。フリースタイルの希望は、分娩を担当する助産師が対応できる範囲で実施している。アロマなどの希望も取り入れ、夫立会い出産の割合は、約 90% である。正常経過であれば、医師は分娩に立ち会わない。会陰切開の有無は、分娩担当の助産師が判断している。分娩時に医師を呼ばない割合は、2 割程度ある。基本的にはその日の分娩当番が分娩にあたるが、外来での関わりの中で、一緒にいることを約束した事例などは、勤務外でも分娩介助をしている。

地域周産期母子医療センターとして母体搬送も受け入れるため、帝王切開率は約 34% である。

産褥期：カンガルーケアは、母児の状態により実施している。母児同室（状況により一時預かりも可）であり母子の経過判断は助産師がしている。徹底したプライマリー助産師による指導であり、集団指導はない。卒乳まで関わられるようにしている。正常褥婦（表 5-3）であれば、退院診察も 1 カ月健診もすべて助産師が実施している。

助産師外来の午後の空いた時間に電話相談（無料）、乳房ケアを行っている。乳房ケアを 30 分以上行った場合は 3000 円、30 分以下では 2000 円、指導のみ場合は 1000 円である。希望者には、1 週間前後で病院から電話をしている。退院後 1 カ月の母乳栄養率は約 55% である。

出生連絡票を出すことと、明らかに問題があるケースは深谷市保健センターに連絡している。また、助産師会と深谷市が新生児訪問の契約を結んでおり、助産師会会員である当院の助産師（約半数）が自分の時間を使って、休みの日に家庭訪問の実施をしている。病院も認めている。

表 5-3 助産師外来運営基準（産褥期）

VIII. 1 カ月健診について

基本的には助産師が診察・保健指導を行うが、帝王切開、早期産、既往合併妊娠で妊娠中から医師と経過をみていった褥婦は、医師が診察を行う。

<内容>

- 1. 一般状態：血圧、検尿、浮腫、体重
- 2. 乳房の状態
- 3. 育児指導
- 4. ファミリープラン指導
- 5. 内診：子宮復古、悪露の退行性変化、創部治癒の状態

IX. 母乳外来について

母乳育児支援するため、当院で出産された方をはじめ、他院で出産された方に対しても、乳房にトラブルが発生した場合のケアや母乳相談に、トータルに対応する。

予約制（午後の時間帯）とし、乳房カルテに状況を記載し、経過をみていく

2) システム構築の経緯

(1) 助産師の意欲の高まりと産婦人科医の不足、妊産婦の視点の取り入れ

①助産師の意欲の高まりと産婦人科医の不足

1985年、産婦人科医師が大学から派遣されず不足し、また当時の助産師長を中心とする助産師の意欲の高まりから、産婦人科医長（副院長）は助産師外来の開設を考えた。

*一言でいえば、助産師のやる気と産婦人科医の医師不足ということがあった。最近、医師不足になったわけではなく、私がここに20年前に来たときから、仕事の量と医師の数からみた医師不足はあり、大学からの補充もままならなかった。（医師、インタビュー調査）

*大学から来ている医師の中には、これでいいのかと言う人はたくさんいたと思うが、他では違っても、当院ではそういうことでやっているからということ、了承を得た。（医師、インタビュー調査）

*どうしたものかなというときに、師長からの「自立した助産師活動をしたい」という熱き考えと、総合病院だからこそ助産師によるお産ができるようなシステムにしたいと思った。（医師、インタビュー調査）

②妊産婦が希望するお産の重視（管理分娩から自然分娩へ）

1990年前後には、産婦人科医長は限られた医師と助産師の数から、お産の経過の安全性を考慮し、日中計画分娩を実施していた。しかしある時、妊産婦がそれに納得していないことを知り、以後はなるべく自然分娩を行うことを心がけた。

*一時、日中計画分娩というのをやっていた。お産は24時間当たり前にある。お産の経過の安全からいうと、管理分娩がいちばん安全だろう。その頃自分達はそう認識していた。24時間は診てられないし、手術がある時間でもお産は進むので、日中にお産してもらうように分娩管理をすればいいだろう。自然分娩にすると、当然（8時間ごとに）3分の1、3分の1、3分の1になるが、その頃の統計だと75%が管理分娩だった。（中略）ある時、産婦さんが納得していないということがわかった。要するに産まされてしまっている。そう思っているということを知った。計画分娩というのは問題点がある。なるべく自然に近づけたほうがいいという話もあった。（医師、インタビュー調査）

(2) 開設に当たっての準備

開設5、6年前から保健指導のみを外来で実施するようになり、助産師の保健指導の充実を図っていたが、助産師外来開設にあたっては1年かけて病院・看護部・医師の理解を得るとともに、助産師のトレーニングを実施した。

*総合病院なので、院長や看護部長の了解の中で始めた。あとはトレーニングをするということで、それに見合う助産師を研修した。モニターや超音波などの設備を準備して、全経過に責任を持つという自覚とか、リーダーシップも必要になる。もう一つは医師に理解を得るための期間が1年くらいであった。（医師、インタビュー調査）

(3) 開設（1991年）

1991年に病棟・外来の一体化に基づく現在の助産師外来を開設した。当時の産科ベッド数は32床、分娩60件/月程度であった。また、助産師4名に開業経験があった。

(4) 新病院移転

2003年に新病院（増改築）への移転となった。助産師外来担当基準の作成、カンファレンスなどの定期的実施が行われ、助産師の行うケアの標準化と安定が図られてきた。

*地域周産期母子医療センターの機能を担いながら、助産師の行うケアの質の維持ができているのは、自然分娩は助産師によって行うという志と、安全を保障するためにカルテの一元化、ケアの標準化、助産ケア技術の学習会やカンファレンスがシステムとして機能していることだといえる。（医師、インタビュー調査）

3) システムのモデル化

インタビュー結果および文献調査から、施設5をシステムとして捉えたとき、このシステムの目的は、地域周産期母子医療センターとしての機能を持ちつつ、自然分娩重視の助産ケアを提供することである。

このことをバランスドスコアカードの戦略マップのフレームを使ってモデル化すると、図に示したような、「顧客の視点」「財務の支援」「内部プロセスの視点」「学習と成長の視点」の各視点における重要な成功要因からなる戦略マップを描くことができた。

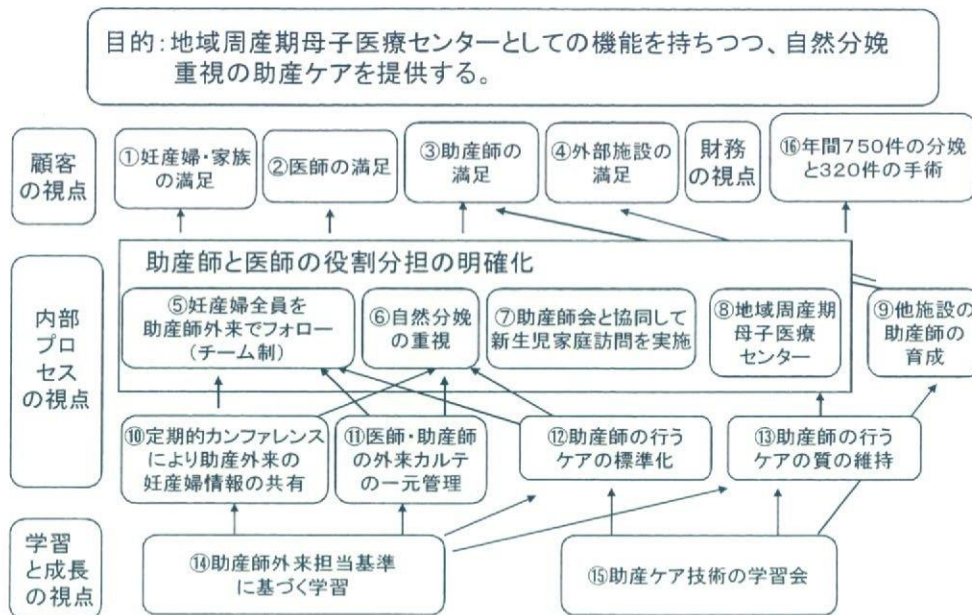


図 5-1 深谷赤十字病院の助産師活用システム

<顧客の視点①妊産婦・家族の満足>

このうち、顧客の視点①「妊産婦・家族の満足」が得られていることについては、分娩件数が増加の一途を辿っていることや、新聞等の取材で妊産婦から評価コメントを得ていること等から確認した。

*現時点では(アンケートを)やっていないが、たまたま取材に来ることが多い。(取材協力に)「いい」と言ってくれた人には声をかけて、アンケートに答えてもらっているが、おおむね良好な反応である。皆が質問することは、「お産のときに医師がいなくても不安ではないか」であるが、「別にそんなことは思っていない」と答えてくれている。また外来のほうも、「医師が健診をしてくれなくて心配でないか」という質問があるが、「別に大丈夫。よく診てもらっている」という評価を得ている。年に2回ぐらいやっている。入院の患者には(アンケートを)病院全体でやっているが、外来の患者さんに対してはやっていないので、それは今後検討していかなければいけないと思っている。(助産師、インタビュー調査)

この、顧客の視点①「妊産婦・家族の満足」が得られる重要な要因は、内部プロセスにおいて、「助産師と医師の役割分担の明確化」が十分機能していることによるものと考えられた。

内部プロセス「助産師と医師の役割分担の明確化」は、⑤「妊産婦全員を助産師外来でフォローする」、⑥「自然分娩の重視」、⑦「助産師会と協同して新生児家庭訪問を実施」、⑨「地域周産期母子医療センターの役割」の4つのプロセスからなっていた。そのうち、内部プロセス⑤「妊産婦全員を助産師外来でフォローする」、⑥「自然分娩の重視」を支えていたのは、内部プロセス⑩「定期的カンファレンスにより助産外来の妊産婦情報の共有」、⑪「医師・助産師の外来カルテの一元管理」、⑫「助産師の行うケアの標準化」であると考えられた。

内部プロセス⑩「定期的カンファレンスにより助産外来の妊産婦情報の共有」は、内部プロセス⑤「妊産婦全員を助産師外来でフォローする」、⑥「自然分娩の重視」を支えている。本施設では妊娠初期（予定日確定後）と19週～22週に医師の超音波がある。正常経過であると医師が判断した場合、助産師外来で分娩まで妊婦健診を行う。助産師は曜日担当制であり、病棟助産師が外来にでている。この仕組みをスムーズにし、妊産婦の情報共有と、指導やケアについて意思の統一をはかるため、毎週定期的なカンファレンスが行われている。また、外来と病棟の助産師が同じであり、36週以降の妊産婦についても一体となってカンファレンスを行うため、入院時の対応がスムーズに進み、チーム全体で妊産婦がフォローされている。妊産婦の希望によっては、分娩時も外来を担当した助産師が立ち会うなど妊産婦の希望が取り入れられている。分娩時は、バースプランに沿って妊産婦が主体となるよう、自然分娩を重視した分娩が提供されている。夫立会い分娩は約90%である。

*強調したいのは、外来のカンファレンスもやっている。ほかではあまりないと思うが、うちは外来でも継続的に助産師がずっと診ているので、「こんなケースが来た」という患者紹介を実施している。それから、その人に対して、問題リストを出して、さらにこういう指導をしたということ、外来でも全部記録に書いている。それに対してもみんなの意見をもらって、じゃあ今後、この人にはこういうアドバイスをしていこうとか、指導をしていこうとか、そういう意思統一をするという目的でやっている。

さらに、36週以降になると、陣痛が来たり、破水したりということで、いつ入院するか分からない。当院は病棟と外来が一体化しているので、そのカンファレンスのメンバーは一緒である。外来のメンバー・イコール病棟のメンバーなので、そのメンバーで36週以降のカンファレンスをすることによって、入院がスムーズに進む。入院してからの看護計画にもすぐ反映できるというメリットがある。(助産師、インタビュー調査)

* (外来では) 曜日ごとに助産師が決まっている。例えば月曜日に来る妊婦さんはいつも月曜日担当の助産師がかかわる。その中でいい人間関係ができるが、その助産師は1人だけの診察で大丈夫なのだろうかと不安になることもあると思う。その中で、カンファレンスを活用するということかたちである。ただ、妊婦さんによっては都合があるので、毎週月曜日に来られない場合もあって、曜日が変わることもあるので、完全には何曜日というのは決められないが、一応ずっと同じ曜日で来られる方は来てもらって、すごくいい人間関係ができて、「お産のときも一緒にいてね」と言われると、勤務外でもお産に立ち会いをしている。(助産師、インタビュー調査)

* 自然分娩でバースプランを妊娠中に配って書いてもらっているの、それに沿ってケアする。あるいは希望すればアロマをやりたいとか、そういうこともやっているの、ある程度妊婦さん主体でお産までできるようにしているということだと思う。(助産師、インタビュー調査)

* 立ち会いは勧めている。ほとんど100%が立会い、分娩室に入る。上の子供であろうが、お母さん・お父さんであろうが、どんどん立ち会ってくださいと言っている。来ていると、何かあったときでも私たちは一生懸命にやっているという姿を見ていただくこともできるから。そうすると、お産についてのトラブルはいっさいない。

ぎりぎりまでいやだと言った人でも、「ちょっとでも来たほうがいい」と言って無理やりでも入れて、へその緒をご主人に切ってもらおうということもしている。母性も父性も大事だと思うので、ここから一緒に育てていくという気持ちを育んでもらいたいと思っている (助産師、インタビュー調査)。

内部プロセス⑪「医師・助産師の外来カルテの一元管理」、⑫「助産師の行うケアの標準化」、⑬「助産師の行うケアの質の維持」では、内部プロセス⑤「妊産婦全員を助産師外来でフォローする」、⑥「自然分娩の重視」を支えている。医師・助産師の外来カルテの一元管理、助産師の行うケアの標準化により、医師と助産師の役割分担の明確化が行われている。さらに、助産師の行うケアの質の維持のために、助産師外来担当基準が定められ、先輩助産師による後輩助産師の実地における指導や、助産ケア技術の学習会が実施されている。

- * もともとカルテの一元化はできていたが、助産師外来で漏れがないようにきっちとチェックリストを作るなどの作業を実施した。カルテを工夫したということはある。(助産師、インタビュー調査)
- * 助産師がみる範囲を決めて、異常の基準も決めて、異常は最初から医師と助産師の両方で診るという決め事を作った。(助産師、インタビュー調査)
- * 最初に外来に出るのは2年目から出る。エコーや内診という診察は3年目以降になる。3年目でも出られない助産師もいるが、その助産師のペースに合わせている。やたら早く出て間違っではいけない。3年か4年目ぐらいの助産師から外来に出るようなかたちである。評価をしており、それをクリアした者が出る。2人で出るので、上の者と下の者というかたちで、必ず下の者は不安だったら上の者に相談するというかたちでやっている。(助産師、インタビュー調査)
- * プライマリナーシングを導入しているので、看護計画の見直しとか、下の者が上の者にアドバイスをもらうとか、そういうカンファレンスを毎日やっている。(助産師、インタビュー調査)
- * 病院の了解というか、ここは総合病院だから、院長や看護部長の了解の中で始めたということになる。あとはトレーニングということで、要するにそれに見合う助産師さんを養成しなければいけない。モニターや超音波などの設備を準備して、全経過に責任を持つという自覚とか、リーダーシップも必要になる。(助産師、インタビュー調査)

また、内部プロセス⑦「助産師会と協同して新生児家庭訪問を実施」、⑧「地域周産期母子医療センターの役割」を支えているのは、⑬「助産師の行うケアの質の維持」であると考えられる。

産褥期には電話相談を無料で行っており、母乳の状態により随時母乳相談を行っている。分娩件数月60件のうち、来院する割合と電話相談する割合は半々くらいである。乳房ケアを30分以上行った場合は3000円、30分以下では2000円、指導のみの場合は1000円を支払う。正常分娩に関しては助産師が1カ月健診を行っている。

市の新生児訪問も行っている(内部プロセス⑦「助産師会と協同して新生児家庭訪問を実施」)。当病院で分娩した妊産婦を対象としているが、虐待など問題があるケースに関しては市と密な連携をとり、協同して産後フォローを行っている。新生児訪問は個人委託となるため、勤務外の時間に訪問しており、1件当たり6000円が助産師個人に支払われている。

その上、救急時の対応の可能な地域周産期母子医療センターのある、埼玉県県北での基幹病院としての役割を担う位置づけにもある。

以上のように地域に根ざした助産師活動が行われていると同時に、地域周産期医療センターがあることで妊産婦の安心感が得られていると考えられる。

- * 院内では母乳外来という標榜はしていないが、硬くてどうにもならない人で、マッサージにそれこそ30分以上かかるというような場合には、3000円をもらっている。30分以下の場合には2000円をもらっている。あるいはお話だけで済む、または赤ちゃんに直接母乳を飲ませて体重を測ってお話だけで済むという場合には、1000円である。月間では50人ぐらい。あとは、入院中に退院の後おっぱいトラブルが起こりそうだなと思う人には、「何日目に来てね」と約束をする場合もある。あと電話訪問をしている。電話訪問はただである。電話訪問は1カ月のお産が大体60ぐらいとして、半分ぐらいは電話訪問である。メール相談は受けていない。(助産師、インタビュー調査)

- *産後の健診は1週間と決めていなくて、その人に応じていつ来てほしいというかたちである。何でもなければ1カ月健診までフォローなしというかたちで、その人に合わせて設定している。(助産師、インタビュー調査)
- *1カ月健診前に母乳相談に来る人は、1カ月当たりだと大体30人ぐらいで、あとの30人ぐらいは1カ月健診まで大丈夫である。1カ月健診は、正常分娩に関しては助産師、帝王切開は医師がしている。赤ちゃんは全部小児科の医師がしている。(助産師、インタビュー調査)
- *明らかに問題があるケースもある。いま虐待が問題になっているので、どうしてもという場合には連絡をしている。深谷市の保健センターとは仲良しというか、連携が非常にいいので、あらかじめ電話をしておく、入院中から保健師さんに来てもらうこともあるし、退院後にすぐに訪問してもらうこともある。(助産師、インタビュー調査)
- *助産師会と深谷市とで委託契約をしており、深谷市の方からに〇〇に行ってほしいというかたちで連絡が来る。当院には助産師会に入っている助産師が半分ぐらいおり、主に当院で産んだ方のところに行ってほしいということだと、自分の時間を使って休みの日に家庭訪問、新生児訪問をしている。休暇の範囲だから個人の収入となる。一件6000円ぐらいだが、みんな一生懸命に頑張っている。(助産師、インタビュー調査)
- *育児サークルは、助産師外来を立ち上げた師長が作った子育てピアサポートというのがある。産んだお母さんたちが主になってだんだん活躍をするようになって、月に1回ぐらい集まっている。場所は深谷市に公立の建物があって、そこを使っている。(助産師、インタビュー調査)
- *外来で待っている時間は、平均して30分ぐらい。(助産師、インタビュー調査)
- *母体搬送も受けている。中核病院である地域の周産期母子医療センターとして救急外来も担当している。人口700万人で、総合を含めて埼玉県には6施設しかない。その一つになっているが、県北には当院しかない。でも、県全体でいくと県北の人口は10分の1ぐらいである。人口は10分1だが、お産はリスクのある人がそれなりの数があるということで、埼玉県自体が救急医療はパンクしている。ここでも、総合を使うということもあるが、ここで完結させるしかない。手に負えないのは川越にある埼玉医科大学総合医療センター(総合周産期母子医療センター)に搬送している。川越もいまパンクしそう、あそこがつぶれたら、たぶん埼玉県の周産期の死亡は増える。(医師、インタビュー調査)

内部プロセス⑩「定期的カンファレンスにより助産師外来の妊産婦情報の共有」、⑪「医師・助産師の外来カルテの一元管理」がうまく機能するためには、学習と成長の視点において、⑭「助産師外来担当基準に基づく学習」が大きいと考えられた。また、内部プロセス⑫「助産師の行うケアの標準化」、⑬「助産師の行うケアの質の維持」がうまく機能するためには、学習と成長の視点において、⑭「助産師外来担当基準に基づく学習」、⑮「助産ケア技術の学習会」の存在が大きいと考えられた。妊産婦が少しでも良い状態で分娩を迎えられるようにという助産師の思いから、定期的に勉強会が行われている。

- *(カンファレンスは) 時間外にやっている。火曜日ごとにやっている。みんなやる気があって、自分だけではなく、みんなにも知らせて共有して、妊婦さんを少しでもいい状態でお産を迎えさせてあげようという思いが強いのだと思う。(助産師、インタビュー調査)
- *(カンファレンスは) 自分たちの勉強という感覚でとらえている。エコーの勉強をしようと、そういうものの引き続きでやってきたのだと思う。本来は業務だと思う。時間外の請求をしないで、自分たちの勉強ということでやっている。時間は長くて1時間ぐらい。そのときに勉強会みたいなものも一緒にやることもある。(助産師、インタビュー調査)

以上から、重要成功要因である顧客の視点①「妊産婦・家族の満足」が達成されていることが明らかになった。

<顧客の視点②医師の満足>

顧客の視点②「医師の満足」が得られる重要な要因は、内部プロセスにおいて、①と重複するが、「助産師と医師の役割分担の明確化」が十分機能していることによるものと考えられた。

内部プロセス「助産師と医師の役割分担の明確化」は、⑤「妊産婦全員を助産師外来でフォローする」、⑥「自然分娩の重視」、⑦「助産師会と協同して新生児家庭訪問を実施」、⑧「地域周産期母子医療センターの役割」の4つのプロセスからなっていた。そのうち、内部プロセス⑤「妊産婦全員を助産師外来でフォローする」、⑥「自然分娩の重視」を支えていたのは、内部プロセス⑩「定期的カンファレンスにより助産外来の妊産婦情報の共有」、⑪「医師・助産師の外来カルテの一元管理」、⑫「助産師の行うケアの標準化」、⑬「助産師の行うケアの質の維持」であると考えられる。

また、内部プロセス⑦「助産師会と協同して新生児家庭訪問を実施」、⑧「地域周産期母子医療センターの役割」を支えているのは、⑬「助産師の行うケアの質の維持」と思われる。

医師は助産師が行うケアに対して信頼感をもっており、正常経過を助産師が主体的にみることで、業務の負担も軽減されていると述べられていることから、医師の満足が得られているものと考えられる。

*お産は産科医と助産師のチーム医療の時代—日々忙しい勤務状況では、お産はわれわれが手術中にも待たなしで進行する。絶えず医師の目が行き届くことは物理的にも不可能である。日頃、分娩の進行から片時も離れず、妊婦につきっきりで見てくれるのは助産師である。

(中略) 今まで大過なくやってこられたのは、全幅の信頼が置ける助産師たちの昼夜を問わない献身的な応援があったればこそ。(医師、文献①)

*深谷赤十字病院着任まで大学病院に勤務していたためか「助産師はあくまでも産科医のアシスタント」と考えていた。しばらくして当院の助産師外来がNHKテレビの取材を受け放映され、大きな反響があった。(中略) 現在は核家族化が進み、身近に母親や姑がいないので適切なアドバイスが得られない。半面、テレビや週刊誌等では過剰なほどに医療問題や健康問題を報じ、妊産婦達はかえって不安を募らせている。安心感と安全を保障することができる。妊婦さんたちに大変好評で、次も世話になりたいという人が多いようである。(病院長、文献②)

*産科の医者からすれば、院内に医者がいてこういうシステムがあるのと、例え5分、10分でも違う独立した施設というのでは、根本的に違うと思う。ただ、それは産婦が選べばいいわけだが、やはり医師がいるということは重要ではないか。お産は本当にダイナミックに変化する。当院でも、ハイリスクとあって、もともと帝王切開になりそうな人がいるので、34%という帝王切開率になっているが、普通の分娩の経過から医師の介入というか、吸引分娩、鉗子分娩、帝王切開になった人が25%いる。それが高いのか低いのかということはあると思うが、確率というのはそういうものだ。25%の人にそういう経過があるとすれば、やはり安心ということだと、医療を提供する産科の医者としては、どちらかというとはやはりそばにいたほうがいい。でもみんな本当はそれを理解していないのだが、そのためにみんな色々やっている。ただし結果において経過が悪ければ、今の時代では間違いなく訴えられる。そういう時代背景もあると思う。(医師、インタビュー調査)

*地域の周産期母子医療センターとして母体搬送などの受け入れもしている。人口700万人で、総合を含めて埼玉県には6施設しかない。まして県北には当院しかない。県全体では県北の人口は10分の1ぐらいだが、お産はリスクのある人がそれなりの数いるということで、大変な状況に変わりはない。(医師、インタビュー調査)

*当直は、(医師は)月に3回ぐらいしている。多い人で5回ぐらいである。割と仮眠は取れる。その理由は、入院時の対応は基本的には助産師がしており、陣痛で入院しても起こされないからである。縫合などで呼ばれなければ、朝、昨日お産があったという報告を受けるだけである。ただ、救急の外来があるが、それでも仮眠は十分取れる。平均では5時間ぐらい取れるが、もちろん一晩中眠れないときもある。(医師、インタビュー調査)

さらに、内部プロセス⑩「定期的カンファレンスにより助産師外来の妊産婦情報の共有」、⑪「医師・助産師の外来カルテの一元管理」がうまく機能するためには、①と重複するが、学習と成長の視点において、⑭「助産師外来担当基準に基づく学習」が大きいと考えられた。また、内部プロセス⑫「助産師の行うケアの標準化」、⑬「助産師の行うケアの質の維持」がうまく機能するためには、学習と成長の視点において、⑭「助産師外来担当基準に

基づく学習」、⑮「助産ケア技術の学習会」の存在が大きいと考えられた。

助産師外来を開設したことにより当初勉強会の開催により業務量は増えたが、間違いなく診療負担は軽減されたことを医師の語りから確認できた。

*土曜日にエコーの勉強会などをやったので、それが業務量という範囲に入るのなら増加したが、診療負担は始めた時点から間違いなく軽減している。例えば子宮底の確認や、血圧とか、あるいは心音で確認するとか、それを全員やっていたが（助産師外来を）始めたときからゼロになった。（医師、インタビュー調査）

以上から、重要成功要因である顧客の視点②「医師の満足」が達成されていることが明らかになった。

<顧客の視点③助産師の満足>

顧客の視点③「助産師の満足」が得られる重要な要因は、①、②と重複するが、内部プロセスにおいて、「助産師と医師の役割分担の明確化」が十分機能していることによるものと考えられた。

内部プロセス「助産師と医師の役割分担の明確化」は、⑤「妊産婦全員を助産師外来でフォローする」、⑥「自然分娩の重視」、⑦「助産師会と協同して新生児家庭訪問を実施」、⑧「地域周産期母子医療センターの役割」の4つのプロセスからなっていた。そのうち、内部プロセス⑤「妊産婦全員を助産師外来でフォローする」、⑥「自然分娩の重視」を支えていたのは、内部プロセス⑩「定期的カンファレンスにより助産外来の妊産婦情報の共有」、⑪「医師・助産師の外来カルテの一元管理」、⑫「助産師の行うケアの標準化」、⑬「助産師の行うケアの質の維持」であると考えられる。

妊産婦全員を助産師外来でフォローするために重要なことは、定期的カンファレンスにより、助産師外来の妊産婦情報を共有し、安全やケアの方向性を討議していることである。

外来では、正常経過であると医師に判断された場合、助産師がほぼ分娩まで妊婦健診を行っている。分娩経過も助産師に判断が任されており、正常分娩であれば医師は立ち会わず、分娩時に医師を呼ばない割合は2割程度ある。さらに、医師との情報交換には医師・助産師のカルテの一元管理によって互いに何を観察し、ケアをしているのわかるようにしたこと、また外来を担当する助産師の行うケアの標準化がされていることである。これらによって、助産師外来のケアの質の維持が成されている。助産師外来を担当できる助産師の能力の評価も行われ、そのためにラダーによる評価を受けることや、助産ケア技術の学習会が実施されている。

自分たちの思いが実現し、思った通りの仕事ができているという達成感が高く、助産師の満足が得られていると考える。

*医師と助産師の役割分担というのは周知されているし、決まっている。あとは、お産のときも、心音が落ちたとか、そういう異常分娩でなければ、助産師だけで対応している（中略）熱が出ているだとか、産前・産後を問わず電話があると思う。それも全部助産師が受ける。もし外来がやっている時間であれば、助産師の判断で外来に来るよというかたちである。（助産師、インタビュー調査）

*何もリスクがない人は、経産婦さんでほとんど心音が落ちなければ待つので、そこまではちよっと統計を取っていない。2割程度はいると思う。（助産師、インタビュー調査）

*（外来で妊産婦と）すごくいい人間関係ができて、「お産のときも一緒にいてね」と言われると、勤務外でもお産に立ち会いをしている。例えばその助産師が夜勤明けだとしても、陣発が起こるのをずっと待って、お産を取り上げて帰ってくる。自分の満足というか、患者さんの満足のためにそれを実施している。（助産師、インタビュー調査）

*助産師外来を担う年数は、初期指導といって、最初の初期の段階での指導は大体2年目から。エコー、内診などの診察業務も実施するのは3年目以降である。3年目でもまだ出られない助産師もいるが、その助産師に合わせてやっている。早く出て間違っことをしてしまっても困るので、3年か4年目ぐらいの助産師から外来に出るようなかたちである。評価をされており、それをクリアした者が出る。2人であるので、上の者と下の者というかたちで、必

ず下の者は不安だったら上の者に相談するというかたちでやっている。

*助産師間、及び病棟でもカンファレンスがある。産科医師とのケースカンファレンスはしていないが、小児科の医師とのカンファレンスはしている。(助産師、インタビュー調査)

また、内部プロセス⑦「助産師会と協同して新生児家庭訪問を実施」、⑧「地域周産期母子医療センターの役割」を支えているのは、①、②と重複するが、⑬「助産師の行うケアの質の維持」であると考えられる。

病棟助産師は助産師会の会員になり、深谷市と助産師会の契約で休暇を利用して家庭訪問等も行っている。このことも病院当局も認め、助産師の自由裁量が保障されている。

超過勤務は月 10 時間以内と少なく、2 交代のために月 5 回の夜勤があるが、勤務の不满による退職はなく、大学院などの進学によるキャリアアップの退職のみである。助産師の採用に苦労はないとのことであった。

周産期母子医療センターであることから、帝王切開率は約 34% である。助産師が安心して、正常分娩の介助が可能という状況も作り出していることから、助産師の満足が得られているものと考えられる。

*助産師の夜勤は2交代で回数は5回以内である。(助産師、インタビュー調査)

*超過勤務は、その月によって違うが、10時間ぐらいである。(助産師、インタビュー調査)

*定着率はいいほうだと思う。辞めるというのは、結婚で遠くに行ってしまう方がほとんどである。(助産師、インタビュー調査)

内部プロセス⑩「定期的カンファレンスにより助産師外来の妊産婦情報の共有」、⑪「医師・助産師の外来カルテの一元管理」がうまく機能するためには、①、②と重複するが、学習と成長の視点において、⑭「助産師外来担当基準に基づく学習」が大きいと考えられた。

また、内部プロセス⑫「助産師の行うケアの標準化」、⑬「助産師の行うケアの質の維持」がうまく機能するためには、学習と成長の視点において、⑭「助産師外来担当基準に基づく学習」、⑮「助産ケア技術の学習会」の存在が大きいと考えられた。

前述したように、助産師の行うケアの質の維持のために、助産師外来担当基準が定められ、助産ケア技術の学習会が実施されている。妊産婦が少しでも良い状態で分娩を迎えられるようにという思いから、定期的に勉強会が行われている。

さらに、内部プロセス⑨「他施設の助産師の育成」では、医師との連携の元、助産師が自立して助産師外来や分娩介助を行う本システムを見学にくる助産師が多く来院している。本システムを取り入れるところまでにはいっていないとのことであるが、本システムがあることで就職をする助産師もいる。講演も積極的に行っていることから、他施設への波及性がみられている。

*見学は、2003年8月から05年の7月の2年間で11施設、延べ122人である。それに、講演はかなり受けている。(医師、インタビュー調査)

*当院のシステムを見学に来る病院は多くあり、説明もしているが、助産師外来の開設に成功したという話は聞いていない。(助産師、インタビュー調査)

*帰りがけに、「無理だと思う」と挨拶して帰っていく。医師を説得するのはなかなか難しいと言っていた。(看護部長、インタビュー調査)

*助産師の実習を受け入れて、それで何人か来てくれる。ある年は、雑誌に当院の取り組みを投稿するようになって、その年はそれを見て来てくれた人が何人かいた。結果的にそういう評価を見て応募してきてくれた。(医師、インタビュー調査)

以上から、重要成功要因である顧客の視点③「助産師の満足」が達成されていることが明らかになった。

<顧客の視点④外部施設の満足>

顧客の視点④外部施設の満足が得られているのは、内部プロセスにおいて、⑨「他施設の助産師の育成」が十分機能していることによると考えられた。本施設は助産師外来の開設を検討する施設の主要な訪問先・研修先となっており、例えば2003年8月～2005年7月の2年間で11施設122人の見学者を迎えているなど、高い波及性を有している。

本施設において見学・研修を実施した助産師が、その過程において助産師外来開設のスキルを身につけ、自施設に戻った後にそれを実践に生かしていくことは、その施設、つまり外部施設にとって大変有益になると思われた。

<財務の視点⑩年間750件の分娩と320件の手術>

財務の視点の重要成功要因である⑩「年間750件の分娩と320件の手術」は、内部プロセス「助産師と医師の役割分担の明確化」が確立したことによって可能になっている。産科医と助産師によるチーム医療は、妊娠期から産褥期まで正常経過は助産師が診る、異常分娩は産科医が行うことによって、限られたヒューマンリソースで地域の産科医療に貢献している。

その結果、本施設では、地域周産期母子医療センターの役割を果たしつつ、地域の正常分娩も多く扱っている。一方婦人科疾患への対応も行っており、平成16年度では年間700件の分娩と320件の手術（帝王切開含む：帝王切開率25%）を産婦人科医3名で対応している。

*深谷赤十字病院は、埼玉県地域保健医療計画による大里医療圏に属する埼玉県北部の「中核病院」であり、「地域医療連携」などの急性期医療としての「高度医療・総合・救急医療」の実施と充実が求められている。（病院長、文献②）

4. 考察

1991年に助産師外来を設置以来15年の実績をもつ深谷赤十字病院は、いわば助産師外来の老舗的存在である。地域周産期母子医療センターとしての機能をもちつつ、自然分娩重視の助産ケアを提供するシステムをもつ。

助産師は、自分たちの思いが実現し、思った通りの仕事ができているという達成感が非常に高い。自分の時間を使うことや、助産師会の「会員」になり、深谷市と助産師会の契約で、家庭訪問等も休暇を利用して行っている。このことは病院当局も認め、助産師の自由裁量が保障されていることも成功要因といえる。

助産師の熱意と産科医師不足という状況の中で開始された助産師外来、助産師による正常分娩の実施は、チームで行うことで最大の効果をあげることを期待されてのものである。その後、妊産婦（住民）にとっても地域中核的な病院での自然分娩重視のケアは、妊産婦や家族に満足を得ている。一方、医療提供者である助産師の満足と、産科救急搬送や婦人科の受け入れている医師の仕事量の適正化に貢献があることから医師の満足も得られ、病院管理者も助産師の働き方の自由度を保障してきた。

以上のような状況は、わが国の妊産婦のケアのあり方と助産師の役割を示し、産科医師不足の中での助産師の活用について地域周産期母子医療センター（中核病院）としてのモデルを提供しているといえる。

この施設では、1991年から15年以上の実績が何よりも強みである。このことは、地域周産期母子医療センターとしての機能をもちながら、自然分娩を重視していくといった、時代性を考慮した地域におけるひとつのあり方のモデルとしての姿が見えてきた。つまり、ハイリスクもローリスクも扱う。これからの分娩の集約化構想の中で、実現可能、かつ大いに応用しえるシステムとして、地域周産期母子医療を担う中核医療機関のモデルになる。

現在、病院内バースセンターの開設を検討しており、妊娠から分娩、産褥までの継続ケアを試行的に行っている。しかし、休日に新生児訪問を行うことや、勉強会の実施などで助産師の業務量が多く、バースセンターを開設するにはマンパワーが足りないとのことで

あった。しかし長年、助産師会や保健センターと連携が取られている。そのため継続ケアに関しては、施設内で完結するのではなく、助産師が地域に出向し、産褥ケアをフォローするなど、地域全体で妊産婦を継続ケアができる地域であると考え。経験豊かな助産師が活躍できる場として、バースセンターの発想が出てきたとも述べられていた。今後の課題としては、助産師の活用を更に推し進めるためのバースセンター開設とその人材確保、地域の機能分化に基づく継続ケアを行う体制を検討することであると考え。

さらに、副院長を含めた4人の医師の過重労働により、同医院のシステムを維持・存続するには困難が伴うことが予想された。また、同病院のある埼玉県は人口比の医師数が最も少なく、特に同病院のある地域では産科施設が不足していることから、同病院の負担が増大していることもうかがえた。そのため、人事交流の促進や研修受け入れによる地域の医師確保への予算措置も必要であると考え。

5 結論と政策提言

1) 結論

調査の結果、この施設をシステムとして捉えた時、顧客の視点において、妊産婦、助産師、医師の満足度が高く、財務の視点において、システムを維持運営するための財務が安定していることが明らかとなった。

顧客の視点において、妊産婦、助産師、医師の満足度が高いことは、このシステムの内部プロセスである、「助産師と医師の役割分担の明確化」が十分機能していることによるものと考えられた。

財務の視点において、年750件の分娩を維持し安定した医業収益を挙げているのは、同様にこのシステムの内部プロセスである、「助産師と医師の役割分担の明確化」が機能していることによるものと思われた。

この内部プロセス「助産師と医師の役割分担の明確化」は、「妊産婦全員を助産師外来でフォローする」「自然分娩の重視」「助産師会と協同して新生児家庭訪問を実施」「地域周産期母子医療センターの役割」の4つのプロセスからなっていた。そのうち、「妊産婦全員を助産師外来でフォローする」「自然分娩の重視」がうまく機能するためには、「定期的カンファレンスにより助産外来の妊産婦情報の共有」「医師・助産師の外来カルテの一元管理」「助産師の行うケアの標準化」「助産師の行うケアの質の維持」を行っていることが大きいと思われた。また、「助産師会と協同して新生児家庭訪問を実施」「地域周産期母子医療センターの役割」がうまく機能するためには、「助産師の行うケアの質の維持」が大きいと考えられた。

内部プロセス「定期的カンファレンスにより助産師外来の妊産婦情報の共有」「医師・助産師の外来カルテの一元管理」がうまく機能するためには、学習と成長の視点において、「助産師外来担当基準に基づく学習」が大きいと考えられた。また、「助産師の行うケアの標準化」「助産師の行うケアの質の維持」がうまく機能するためには、学習と成長の視点において、「助産師外来担当基準に基づく学習」「助産ケア技術の学習会」の存在が大きいと考えられた。

つまり、深谷赤十字病院では、地域周産期母子医療センターとしての機能をもちつつ、自然分娩重視の助産ケアを提供していることにより、助産師を有効に活用していることが明らかとなった。

本システムは、わが国の妊産婦のケアのあり方と助産師の役割を示し、産科医師不足の中での助産師の活用について地域周産期母子医療センターとしてのモデルを提供しているといえる。現在、病院内バースセンターの開設を検討しているとのことであった。しかし、助産師の業務量が多く、継続ケアは試験的に行っているなど、マンパワーは足りていない。今後の課題は、助産師の活用を更に推し進めるためのバースセンター開設と人材確保、地域の機能分化に基づく継続ケアを行う体制を検討することであると考え。さらに、医師の過重労働により、同医院のシステムを維持・存続するには困難が伴うことが予想された。

同病院のある埼玉県は人口比の医師数が最も少なく、特に同病院のある地域では産科施設が不足していることから、同病院の負担が増大していることもうかがえた。そのため、人事交流の促進や研修受け入れによる地域の医師確保への予算措置も必要であると考ええる。

2) 政策提言

(1) バースセンター開設のための予算措置

本施設は、地域周産期母子医療センターとしての機能をもちつつ、正常経過は妊娠期から産褥期まで助産師が主体でケアを提供する数少ない施設であった。しかし、継続ケアを行うには、助産師の業務量が多くマンパワー不足であった。更に、地域内の産科施設の減少から医師は過重労働にある。助産師の活用を更に推し進めるためのバースセンター開設の推進にむけ、病院設備や医師・助産師確保のための予算措置を講ずる必要があると考える。

(2) 地域の医師確保への予算措置

本施設のシステムを維持・存続するには、現在の医師不足による慢性的な過重労働の状態を緩和させることが急務になる。そのため、人事交流の促進や研修受け入れによる地域の医師確保への予算措置が必要である。

6 文献

- ①山下恵一、周産期における医師と助産婦の協働 私の選んだ産科診療スタイル、助産婦雑誌、53巻10号、1999年10月、p874-875、医学書院
- ②宮内好正、健全な助産婦外来の発展を期待したい 院長の立場から、助産婦雑誌、53巻10号、1999年10月、p876、医学書院

6. 杏林大学医学部付属病院における助産師活用

—正常経過の希望する妊婦には助産師による継続ケアを、ハイリスクの妊婦にも可能な限り継続ケアを提供するシステム—

要旨

この研究の目的は、杏林大学医学部付属病院において、どのようなシステムにより助産師を有効活用しているのかを明らかにすることである。調査方法は、インタビュー調査及び文献調査である。システムの分析は、バランスドスコアカードの4つの視点（顧客の視点、財務の視点、内部プロセスの視点、学習と成長の視点）における重要成功要因、及び各視点の重要成功要因間の因果関係を明らかにすることにより行った。

調査の結果、この施設をシステムとして捉えた時、顧客の視点において、妊産婦、助産師、看護部長、医師、及び助産師の出向先医療機関の満足度が高く、財務の視点において、システムを維持運営するための収益が安定していることが明らかとなった。

顧客の視点において、妊産婦、助産師、看護部長、医師の満足度が高いことは、このシステムの内部プロセスの視点における、「安全性を担保した継続ケア」、具体的には「ローリスクフロアでの継続ケア」（「医師による超音波健診（3回）に基づき妊婦のリスクスクリーニング」、「希望者には妊娠初期より助産師外来で継続的なフォロー」、「プライマリナーシングを採用し、受け持ちが妊娠期の助産師外来から継続して分娩の進行管理を行う」等）、「ハイリスクフロアでのケア」（「医師によるフォロー」、「希望者には助産師外来での保健指導（1回）を実施」）、「助産師による母乳外来」、「総合周産期母子医療センター」が十分機能していることによるものと考えられた。

さらに、「ローリスクフロアでの継続ケア」が機能しているのは、「医師との情報共有の強化」「助産師業務の標準化の推進」「助産師の継続的な質の向上」が機能していることによるものと思われた。同様に、「ハイリスクフロアでのケア」が機能しているのは、「助産師業務の標準化の推進」「助産師の継続的な質の向上」が機能していることによるものと考えられた。また、助産師の出向先医療機関の満足度が高いことは、同様にこのシステムの内部プロセスの視点における、「地域医療機関への助産師育成支援」が機能していることによるものと考えられた。

財務の視点においても、「ローリスクフロアでの継続ケア」「ハイリスクフロアでのケア」「助産師による母乳外来」「総合周産期母子医療センター」が十分機能していることによるものと考えられた。

以上の内部プロセスの重要成功要因に寄与しているのは、学習と成長の視点における、「セルフマネージングチームによる活動」「新たな課題の研修に助産師が全員参加」「助産師育成のための出向制度の活用」であった。その背景には、「看護部長のリーダーシップ」の役割が大きいと思われた。

つまり、杏林大学医学部付属病院では、正常経過の希望する妊婦には助産師による継続ケアを、ハイリスクの妊婦にも可能な限り継続ケアを提供するシステムにより、助産師を有効に活用していることが明らかとなった。

本システムが今後発展するためには、地域における総合周産期母子医療センターとして、地域における継続ケアや本施設が実施している出向制度を発展させ、地域における助産師の需給に先導的な役割を果たすことが必要となる。

以上を踏まえ、以下の政策提言を行う。①継続ケアを提供できる助産師外来開設のための予算措置、②一般市民向けの公開シンポジウム開催や施設選択のための「お産サポートブック」の発行による情報提供、③助産師外来、院内助産システムといった新たな助産師活用に要する「助産師活用推進研修」の実施、④分娩数に比して助産師数の多い総合病院から、助産師の少ない施設への出向制度構築。

1 目的

この研究の目的は、杏林大学医学部附属病院において、どのようなシステムにより助産師を有効活用しているのかを明らかにすることである。

2 方法

調査方法は、インタビュー調査及び文献調査である。インタビュー調査対象者は、下表の通りである。文献検索の結果、4文献を得た。インターネットから得た資料、インタビュー時に入手した資料を含めて分析を行った。

表 6-1 調査対象者一覧

システムの構成要素	調査対象者	調査方法
①妊産婦		文献調査
②病院助産師	看護部長	インタビュー調査、文献調査
③産科医師		文献調査

3 結果

1) システムの概要

本施設をシステムとして捉えた時、その目的は、正常経過の希望する妊婦には助産師による継続ケアを、ハイリスクの妊婦にも可能な限り継続ケアを提供することにある。

システムが対象とする地域は東京都であり、利用者は、主に東京都武蔵野市、三鷹市在住の妊婦である（三鷹市の割合が多く、三鷹市以外の東京都は杉並区、世田谷区、練馬区、武蔵野市、調布市、府中市。東京都外は埼玉県、神奈川県等）。

(1) 病院概要

設置主体：学校法人／所在地：東京都三鷹市／許可病床数：1153床／入院基本料区分：7：1

(2) 産科部門概要

稼働病床数：1007床（産科後方病床24床、MFICU12床）／産科単独病棟／年間分娩件数：824件／当院への紹介：70.0％／帝王切開率：42.7％／母体搬送件数79/年（断った分は含まれていない）／医師：7人（婦人科を除外）、助産師：56人、看護師0人、准看護師0人、助手3人、クラーク1人／うち外来担当医師7人、助産師3人／外来一日平均産科受診者数：140人／分娩費用：48万／看護職員の夜勤体制：2交代 受け持ち産婦の分娩時オンコールあり／看護体制：プライマリーナーシング、モジュール型／助産師の経験年数4.8年／クリニカルパスの使用：あり

(3) 妊産婦の管理プロセス

妊娠期：助産師外来があり、保健指導、健診（内診、聴診、ノンストレステスト、母乳に関するケア）を実施している。産科をハイリスクフロアとローリスクフロアに分け、正常経過の妊婦のうち、希望者に対し妊娠全期間を助産師外来の対象期間とする。ただし、妊娠20週、30週、36週の超音波検査時には産科外来（医師担当）を利用する。

ハイリスク妊婦であっても医師との合意が得られた場合、保健指導の目的で妊娠中に1回は助産師外来を勧めている。助産師外来の担当者は4年目以上だが、助産師外来未経験の助産師も4年目以上の助産師のフォローで受け持ち妊婦への助産外来を実施することができる。

助産師外来は、月曜日から土曜日までの午前中に実施され、7名/日の妊婦

健診を行っている。担当者は1名で開始したが、水曜日と木曜日のみ2名体制で行っている。一方、産科外来（医師担当）では3名の助産師が計測や保健指導を担当する。産科病棟から、毎日上記4～5名の助産師が産科外来と助産外来の担当を行っている。

また、受け持ち制度が助産外来および産科外来に関わらず可能な限り行われている。受け持ちは妊娠期からがほとんどであり、受け持つきっかけは、母親・両親学級を担当しているクラスの方、入院された方、前回の分娩に立ち会い次子の受け持ちを依頼されるなど。受け持ちを行う助産師には、経験年数や助産師外来担当の有無も関係ない。

分娩期：ローリスクフロアでの分娩は、小児科医の立ち会いをやめ、産科医の立ち会いのもとで行われている。受け持ちの分娩への対応は、分娩目的で入院になった場合、連絡をもらいすぐに来院することもあれば、入院時の状態や受け持ち助産師の勤務状況等を考慮し、来院する。基本的には第Ⅰ期からケアを開始し、分娩後2時間までは、引き続き経過を見て継続ケアを行っています。

オンコール手当は、一律1000円支給され、オンコールで出勤してケアや分娩介助を行って、ケアが終了するまでに要した時間は、時間給がプラスして手当として支給される。オンコール対応しない場合はほとんどが自分の勤務時間内での出産のため、特別な手当の支給はない。しかし、分娩までの間の外来受診時に受け持ち助産師が休みで対応していることもあるので、それに関しては勤務状況や病棟の状況を見て、有休をつけている。

産褥期：母子同室である。また、退院後には母乳外来があり、他院で出産した母親をも対象としている。そのほか、電話相談、家庭訪問、1週間健診等を実施している。

2) システム構築の経緯

(1) 看護提供方式の変換 (1991)

看護方式を機能別からチームナーシングに変更した（現在はモジュール型受け持ち看護方式）。また、母子同室の実施に向けて、助産院に2泊3日で全員研修に行った。

(2) 母乳相談室開設 (1992)

開設までも母乳育児についての相談には対応していたが、母乳栄養が推進される風潮が高まったこと、助産師・看護師自身が、出産直後から断乳の時期までを継続的にサポートしたいと考えたことから、母乳相談室と銘打った母乳外来を開設した。他院で分娩した母親をも対象とし、毎日9時から16時まで午前・午後3件ずつ実施している。そのための研修は看護部長が実施した。

これへの取り組みを経て、入院から断乳・卒乳までの継続ケアや、妊婦健診中の保健指導から受け持ちがオンコールで行う分娩介助、入院中のケア、退院後の乳房ケアや育児支援を継続して行う「外来継続妊婦受け持ち方式」を開始した。

その他、下記の経緯で産科病棟の変革を実施していった。

1997年、東京都より総合周産期母子医療センターの指定

1998年、退院後の母子のフォローアップや了解の得られた全妊産褥婦へのアロマセラピーを開始。

2000年、周産期センターとして新病棟へと移転。1階をハイリスクフロアとし、ハイリスク妊産褥婦へのケア、2階をローリスクフロアとし、LDRでの分娩、母児同室、母乳育児推進等、母児中心のケアを提供。

2002年、看護のマネジメント方式を、看護単位のメンバー6～8人からなる「セルフマネージングチーム」に分け、各チームごとに課題設定し活動した。

(3) 助産師外来開設及び助産師の出向 (2004)

「外来継続妊婦受け持ち方式」により、継続ケアの質を高めてきた中で、2004年4月より産科外来の診察ブースが確保できる状況となり、「正常経過の妊産婦のケアは助産師にという対象の声」及び「正常経過の妊産婦のケアは助産師で」との助産師の思いから、妊婦健診後、助産診断をした上で情報提供と保健指導を実施する助産外来の立ち上げを構想するにいたった。

開設に向けて、セルフマネージングチームにおいて助産外来基準、業務、研修、データ集積、他職種との連携等の分野について検討するとともに、各チームの代表からなるプロジェクトチームを立ち上げ、準備を進めた(表6-2)。また研修として、「助産師外来モデルプログラム研修」を実施するとともに、すでに助産師外来を進めている深谷赤十字病院に9ヶ月かけて全員で行き、実地研修を行った。

立ち上げ後、一時助産外来受診者数が伸び悩んだことから、医師の保健指導受診者に対し助産師外来の紹介を行うとともに、評価担当チームが外来利用者にアンケート調査を実施し、その結果に基づき改善策を講じた。それにより、受診者数は上昇した(2006年では1ヶ月に40~90件)。

一方出向は、近隣の産科を持つ病院・クリニックに経験4~5年程度の助産師が行き、1年間助産師業務に従事する。

表6-2 助産師外来開設に際して作成したツール一覧

助産外来基準
<ul style="list-style-type: none"> ・助産外来受診対象者基準 ・医師への診察依頼基準 ・助産外来担当助産師の基準
助産外来手順
<ul style="list-style-type: none"> ・助産外来実施方法 ・助産外来業務内容 ・カルテ記載方法 ・助産外来カンファレンス内容 ・助産外来カンファレンスシートの活用方法 ・オーダーリングシステム操作方法 ・助産外来受診者集計方法
リーフレット
<ul style="list-style-type: none"> ・マタニティライフパス(妊婦用・スタッフ用) ・妊婦健診の案内 ・あんずくらぶ(母親学級・両親学級)の案内 ・体重コントロールについて ・貧血予防について ・乳房の手入れ
その他
<ul style="list-style-type: none"> ・助産外来導入スケジュールパス ・助産外来運営規程 ・助産外来安全管理指針 ・助産外来オーダーリングシステム管理

出典：文献④ p. 989

(4) パースセンター開設(2007年10月予定)に向けた準備

医師より、お産業務の負担を減らすためにパースセンター設置の要望があり、2006年に立ち上げる予定だったが、研修を予定している佐野病院の産科には研修生が間隙なく訪れ、2007年の5月に本病院の研修が割り振られているため、立ち上げが延期されている。