

ンタビュー調査)

- *母乳、フリースタイルは必ず出席する勉強会になっており、システムとしてキャリア別に確立されている。もっと前は毎日のように勉強会を実施していた。そのため周産期のフリースタイル分娩等について、知らない人はほとんどいない。(助産師、インタビュー調査)
- *助産師はモチベーションがかなりある。看護師に比べて、助産師をやろうと思って入ってくる人たちは、それだけの違うものを持っている。(中略)大事なことはモチベーションである。これは、自分たちで考えて、自分たちで方向性を決めるということがないと、モチベーションが保てない。日赤でやっているのは、ワークショップ形式というか、グループワーキングで課題を与えて討論させて、そのなかで自分たちで問題点を出して、答えを出していく。そういうことを年間4回やっている。これは医師、助産師、テーマによっては薬剤師、栄養士も入る。(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「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③医師の満足>

顧客の視点③「医師の満足」が得られる重要な要因は、①「妊産婦の満足」、②「助産師の満足」と重複するが、内部プロセスにおいて「正常・異常を問わず医師・助産師のチームで安全で快適な助産ケアを提供」「ハイリスク妊産婦への対応」「育児期のきめ細かな対応」が十分機能していることによるものと考えられた。

この内部プロセス「正常・異常を問わず医師・助産師のチームで安全で快適な助産ケアを提供」を支えているのは、④「正常・異常を問わず医師・助産師のチームで妊婦健診(新チーム外来)」⑤「自然分娩の重視」であった。

医師は、異常経過の妊産婦にこそ助産師による精神的なサポートが必要であると考え、新チーム外来を発足した。正常と異常を医師と助産師がチームになり健診を行う体制が妊産婦の主体性を引き出すと述べていることから、確認できた。

- *助産師は正常、異常は医師というのは、非常に大きな錯覚である。正常も異常も医師と助産師のチームが必要であるが、正常の場合にはたぶん医師は見守っているだけで終わりである。逆にいうと、助産師そのものも、本当に正常の場合には見守っているだけでは終わってしまうと思う。要するに妊産婦が自分で産む。ただ、そこを引出す、サポートするというのが助産師なのだ。

さらにその外側で、異常が出たときのサポーターが医師ということである。異常はいつ出るかわからないし、また逆に異常のある人、たとえば重症な合併症とか、前回帝王切開しているとか、そういうハンディのある人は、助産師の細かいいろいろなアドバイス、あるいは精神的なサポートによって、ハンディがあっても、自然に自分の力でできるというモチベーションが出てくる。

異常な人ほど不安が多くて、そういうサポートが必要なのだ。だから、助産師は異常な人ほど、むしろ求められている。つまり求められている内容というのは、正常も異常も同じである。何がそういう錯覚を起こしているかという、保助看法で医療行為が制限されている。その医療行為の制限が拡大して、助産師は正常、異常は医師というような錯覚を持たせているだけである。(医師、インタビュー調査)

⑤「自然分娩の重視」では、帝王切開の場合であっても、安全面を確保しつつなるべく自然分娩に近い形で、夫立ち会いやゆっくりと赤ちゃんを出していきんでもらう、カンガルーケアを行うなどの試みを実践している。また近年では、より自然な形でのお産を目指して水中分娩の設備をも導入している。

- *帝王切開のときに、一つは、お母さんの意識を麻酔で取ってはいけない。要するにオギャアと産まれたときに、知らない間におなかから赤ちゃんがいなくなったという状況を作ってはいけない。麻酔科には必ず注文を出している。どんなにリスクがあっても、子供が産まれてから、呼吸の管理が必要ならそれをやってもらう。

それから、赤ちゃんの視点に立ったときに、できるだけお父さん立ち会いというかたちの

帝王切開にしたい。だから、手術室ではなくて、分娩室としての産科手術室で帝王切開をする。お父さん立ち会いで、お母さんと赤ちゃんの状態がよければ、そこでもカンガルーケアをする。つまり自然分娩をしたいと思っていた人が帝王切開になったときには、心のトラウマができるのだ。それをできるだけなくしたいという努力も医療者はしなくてはいけないだろうということで、無痛分娩の延長線上のようなかたちだということで受け入れさせる。

産むときに意識はある。麻酔をかけるから、おなかにはそれほど力が入らないが、いきませるのだ。赤ちゃんを出すときもツルツと出さない。というのは、傷を小さくするという工夫もあるが、帝王切開症候群といって、新生児自体も呼吸が不安定な子がかかり出る。それは、産道を通過するというハードルを越えないと、ストレスに対して出る副腎皮質ホルモンが出ない。そうすると、あとで呼吸がスムーズにいかない。だから、できるだけそれに近いかたちを作る。

ですから、帝王切開でも小さな傷でゆっくりと出す。そのときにお母さんにいきませだから、第二の産道にするわけなのだ。赤ちゃんの視点に立って、帝王切開もできるだけハンドエイの少ないお産にするということをやっている。ということで、赤ちゃん体も自然出産で出たときと同じようなストレスを受ける。(医師、インタビュー調査)

- *いま水中出産を始めたところである。あれで期待していることは、医療者が、出産をするのは妊産婦だということを目の当たりに経験することができるのではないか。あれは会陰保護もいらないし、会陰切開を入れようとか、そういうことも何もない。自分で産むわけだから。(中略) 水中というのは自然ではなくて、自然の力を増やす一つの手段ではあるのだ。リラクゼーションとか、疼痛緩和の方法である。そういう期待はしているが、その延長線上で、助産師が妊産婦の力を引き出すということの本質に目覚めるのではないかと思っている。(医師、インタビュー調査)

内部プロセス「ハイリスク妊婦への対応」を支えているのは、①「妊産婦の満足」、②「助産師の満足」における記述と重複するが、⑥「総合周産期母子医療センター」であった。

2001年、分娩室にMFICUが6床新設され、東京都の総合周産期母子医療センターに認可された(文献①p890)。帝王切開率は約20%である。「最後の砦」として、東京都だけでなく、関東一円のハイリスク妊産婦をカバーしている。

- *異常な人はここでは非常に多い。それは、総合周産期センターであり、都内のそういう位置づけから、高齢者の人が多い。統計的には3人に1人は35歳以上である。たしか去年は40歳以上の人が8%から9%である。だから、40歳以上で産む人もかなり多い。また、正確には出していないが、5%以上は体外受精である。いま帝王切開率がすごく上がっている。何とか15%に抑えたいと思っていたが、今年は20%になりそうである。全国でも20%から25%ぐらいになっていると思う。つまり出産のスタイルそのものが、4人に1人は帝王切開になる時代になっているのだ。

- *日赤は、東京というよりも関東一円の最後の砦である。千葉、茨城、埼玉、神奈川は、行政がそんなに一生懸命にやってくれない。やはり東京都は余裕があるのだ。だから、東京に流れてきているが、その周囲は職場が東京の人が多いと思う。そのへんまでカバーするのは当然のことかもしれない。(以上医師、インタビュー調査)

内部プロセス「育児期のきめ細かな対応」を支えているのは、①「妊産婦の満足」、②「助産師の満足」における記述と重複するが、⑦「母乳育児の推進(BFH)」であった。

医師はBFHを取得することで、カンガルーケアや早期母子接触の必要性など、患者の視点、子供の視点を考えることができるようになったと述べている。そして、病院全体でBFHに取り組むことをきっかけに、医師と助産師がチームとして実践を行う良いきっかけになったとも語っていることから、確認できた。

- *足りないのは患者の視点に立つということである。特に産科医療では、妊産婦の視点ということがあるが、赤ちゃんの視点に立つということが、従来できていなかった。それを考えるようになったのは、Baby Friendly Hospitalになったことがきっかけである。医師も発想の転換をしないと本物にならないだろう。いずれにしても赤ちゃんの視点に立つということをしなくて、何が必要かということも見えてこない。だから、出産直後の早期母子接触という

視点を持たないと、やはり気がつくことが遅くなる。従来のまま何故いけないのかというレベルで終わってしまう。産まれて「はい、元気ですよ」と言って、「お風呂に入れてきましょうね」というのが普通だった。だから、早期の母子接触のいわゆるカンガルーケアというものを始めたときの妊産婦の感激の大きさというのは驚いた。でもこんな簡単なことをどうしてやらなかったのかという気もした。Baby Friendly Hospitalとして赤ちゃんの立場に立ったときに、もっと進めなければいけないと思った。助産師と医師のチームということ、それだけではなく病院全体がBFHということでチームとしてやろうということが始まったから、いいきっかけになった。(医師、インタビュー調査)

内部プロセス④「正常・異常を問わず医師・助産師のチームで妊婦健診(新チーム外来)」を支えているのは、①「妊産婦の満足」、②「助産師の満足」における記述と重複するが、⑧「標準化の徹底(外来妊婦クリティカルパスの活用)」、⑨「助産師のスキルが高く、合併症を持つ妊婦の健診が可能」が影響を及ぼしていると思われた。医師とチーム健診を行うにあたり、統一したケアが行えるよう外来妊婦クリティカルパスを活用している。また新チーム外来を担当する助産師は、4年以上で厚生労働省のモデル事業にも参加したスキルの高い助産師である。このようなスキルの高い助産師を配置できることで、医師の負担軽減にもつながっていると考えられる。

* 今後は助産師の診る数が増えつつあるのではないかと。(中略)システムにのっとっていない医師ももちろんいる。しかし外来者数が増えつつある中ではそのようには行っていない状況があり、多分診療自体が滞ってしまう中で助産師に任せざるを得なくなるのも実情だと思う。(助産師外来が)3ブースくらいになる可能性もある。(助産師、インタビュー調査)

さらに、内部プロセス「正常・異常を問わず医師・助産師のチームで安全で快適な助産ケアを提供」「ハイリスク妊産婦への対応」「育児期のきめ細かな対応」を支えているのは、⑩「助産師の数が多い(103名)」ことが影響を及ぼしていると思われた。

助産師の数が多いことで、外来、病棟、分娩室、NICUそれぞれに助産師が配置されている。それにより、医師の考える妊娠期から育児期まで妊産婦をサポートできるチーム医療が実現できている。

* 妊娠、出産、母乳育児全体のなかで、すべてチーム診療として医師と助産師がそれぞれ役割分担してやる。そういうことであって、正常だから助産師ということはない。だから、その考え方はいっさい使わないようにしていかなければいけない。(医師、インタビュー調査)

また、内部プロセス⑧「標準化の徹底(外来妊婦クリティカルパスの活用)」、⑨「助産師のスキルが高く、合併症を持つ妊婦の健診が可能」⑩「助産師の数が多い(103名)」がうまく機能するためには、学習と成長の視点において、⑪「助産師教育プログラム」の存在が大きいと考えられた。

医師からは、さらなる研鑽が期待されていた。

* 助産師は今後まだやらなければいけないことがたくさんあるし、もっと勉強してほしい人もいます。まだ不十分である。(医師、インタビュー調査)

内部プロセス⑨「助産師のスキルが高く、合併症を持つ妊婦の健診が可能」では、①「妊産婦の満足」、②「助産師の満足」における記述と重複するが、学習と成長の視点において、⑫「医師・助産師・コメディカルの関係者が参加する勉強会の継続」の存在が大きいと考えられた。

さらに、学習と成長の視点において、⑪「助産師教育プログラム」、⑫「医師・助産師・コメディカルの関係者が参加する勉強会の継続」では、⑬「医師・助産師の高いモチベーション」が果たす役割が大きいと考えられた。

医師は助産師の役割として、妊産婦がもっている力を引き出すサポーターであり、高いモチベーションが必要だと述べていることから、確認できた。

医師自身、満足で快適な分娩を考えるときには、妊産婦と子供の視点が必要だとも語っている。

*大事なことはモチベーションである。これは、自分たちで考えて、自分たちで方向性を決めるということがないと、モチベーションが保てない。うちでやっているのは、ワークショップ形式というか、グループワーキングで課題を与えて討論させて、そのなかで自分たちで問題点を出して、答えを出していく。そういうことを年間4回やっている。医師、助産師、テーマによっては薬剤師、栄養士も入る。(医師、インタビュー調査)

*一昔前の産科だと、安全を重視するという考えがあまりにも表に強く出すぎていたと思う。とにかく母子ともに健やかで健康であることは、だれも異論がないが、そうした安全性を強調するあまりに、予防的にいろいろ処置を講ずることで、事前に異常が出るのを防ぎたいという姿勢が強く出たために、過剰な医療の介入というか、管理の面が強くなりすぎたという面があった。

妊娠・出産・育児という病気ではない生理的な過程の主体は、妊産婦であり、そのパートナーであり、赤ちゃんであるという基本的な視点をもう一回見直してみる必要があるだろう。産科医療者は、医療という専門の知識はあるが、そうした妊娠・出産・育児のサポーターである。助産師にしてもしかり、看護師も同じだが、産科医療者である医師、助産師すべて、そうした主体的に取り組む妊産婦のファミリーを支えるサポーターであるというのが、基本的なスタンスである。

その時に、安全を重視することで過剰な医療、たとえば点滴を確保するにしても全例確保するとか、あるいは監視装置が必要だとしても長時間拘束してつければいいとか、あまりにも行き過ぎると、主体的な妊産婦の意欲、主体的な姿勢そのものが損なわれてしまう。だから、できるだけ妊産婦の力を引き出していくという視点に立たないと、産科医療はいけないだろう。それが基本的な考え方である。

いかにして妊産婦の主体性を引き出すか。そういうことが妊婦健診、あるいは出産の場での課題である。したがって、どのように取り組むかというときに、妊産婦そのものの意識もかなり格差がある。病院お任せ、安全であればいいという考えの方が大部分である。東京の一部の進んだところでは、自分のお産としてこういう出産がしたいという主体的な姿勢の方はいらる。その姿勢は大事だが、医療者ではないので、自分のリスクを正當に評価できていない。リスクはあっても、何もない人と同じようにできると錯覚してしまう人も中にはいるので、それがトラブルに結びつくわけである。

だから、医療者のやることは、リスクを個別的に正確に認識してもらうように十分に説明して、その上でその主体性を生かした出産のかたちをコーディネートしてサポートしていくということになる。その時に、身近に寄り添って、その力を引き出すことができるのは、やはり助産師なのだ。(医師、インタビュー調査)

*助産師はモチベーションがかなりある。看護師に比べて、助産師をやろうと思って入ってくる人たちは、それだけの違うものを持っている。

本来、妊産婦が持っている力を自然に発揮する。それを引き出すいちばんのサポーターが助産師である。単に異常があるからそのケアをするというような看護師のレベルとはちよつと違う。トータルな健康管理でもあるし、家族の子育て支援のサポーターでもある。そういう幅広い役割である。(医師、インタビュー調査)

*看護師、助産師、特に助産師はもっとレベルアップするように、モチベーションを高くしないといけない。(医師、インタビュー調査)

*要するに満足できる出産、快適な出産といったときに、母親のイメージしかない人はだめである。赤ちゃんの立場で、本当に安全性も必要だし、快適性も必要である。赤ちゃんの快適性とは何ぞやといったときに、赤ちゃんの立場になって考えないとそれは想像できない。そういう意識改革を進めないといけない。(医師、インタビュー調査)

さらに、医師の高いモチベーションとして、国や地域全体の産科医療に対するビジョンが示された。地域への医師・助産師チームの派遣や、地域の受け持ち助産師づくりである。

*日赤本社にもう少し働きかけないといけないが、日赤の病院のなかでお産をしているところは、全部が全部ではなくて、いまは6割ぐらい。毎年そういうところは撤退している。しかし、地域の中核病院が多いので、そこをてこ入れしなければいけない。すぐには無理だが、

2年後とか3年後には医師と助産師のチームを派遣できるような人材養成をいま始めようとしている。(医師、インタビュー調査)

*開業助産師たちは今後どういうかたちになるか。全国的展開のビジョンとしては、母子手帳というのは99%普及している。だから、必ずみんな届けて母子手帳をもらいに行く。そのときに、ニュージーランド方式のように、このリストからあなたの担当助産師を選んでくださいというかたちで決まると、継続ケアが可能になる。

これは妊娠中のケアから、できれば出産時に立ち会って取り上げてもらえればいいのだが、それは必ずしもできないかもしれない。しかし、そのあとの母乳育児のサポートまで一貫した担当助産師、あるいは受け持ち助産師というものがつければ、可能になる部分がたくさんある。

いま助産師で活動している方が2万5、6000人といわれている。開業している人たちなどに、1年間で何人ぐらいの妊産婦に対応できるかと聞くと、だいたい4、50人である。たとえば50という数を考えたときに、2万5000人がフルに動けば、125万人に対応できる。日本の出産の110万という数はカバーできる数なのだ。

これは開業助産師でもいいし、勤務助産師でも構わないので、どこで出産するかということと、そこにいる助産師のなかから担当者を決めてもらうということは、十分可能になる。そういうリストがあって、そこから選んでもらえばいいと思う。1人の助産師は年間の数を40なり50なりとして、それ以上はやらない。一方では、どの施設でも出産50をメドに1人の助産師を置きなさいというかたちにする。

そういう両面からの対応で、1人の助産師が担当する妊産婦が40ないし50人ぐらいいることで、日本全国を網羅できる。そういうビジョンは描くことができる。そのときに、いま勤務助産師の件数費は年間だいたい700万円かかるそうである。そうすると、700万円を50人で割ると、だいたい1人14万円かかる。出産の手当金がいま35万円である。だから、それを50万円ぐらいに上げれば、1人の担当助産師をつけるだけの費用を出すことは可能になる。お金がかかるといっても、その程度のお金であるという話である。(中略) 現実に十分可能なビジョンなのだ。だから、産むところがないとか問題が出ているが、担当助産師を決めるというかたちで、産む場所を確保していくということは、地域ごとに可能になってくる。

そうすると、施設で置くことができればいいけれども、その施設がなければどうするのか。開業助産師をいくつか作って、保健所は各地域に全部あるので保健所の建物を利用して、そこにバースセンターを造る。出産はそこでやる。そういうかたちで全国展開は可能になりうる。そのときに、帝王切開ができるように医師を2人確保すればいい。バックアップがないとだめである。(中略) 4人に1人は帝王切開なので、帝王切開ができるようなバースセンターを地域ごとに造る。

バースセンターのもう一方のかたちは、病院という従来出産をしていたところが、助産師主体の産科医療にして、最低限帝王切開ができる医者を確保する。いろいろな健診などのチェックも、ほんのわずかのところだけ医師がやって、あとは助産師が主体的にやる。(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「医師の満足」が達成されていること明らかになった。

<財務の視点④年間2000件以上の分娩件数>

顧客の視点のほか、財務の視点からは「年間2000件以上の分娩件数」がある。東京都内の最大規模の周産期センターとしての役割を果たしており、安定した収益が得られている。経営部門にも評価されている。

*太平洋戦争後のベビーブームには年間5000件もの分娩を取り扱ったという記録があります。現在の分娩件数はその半数以下ですが、都内最大規模の周産期センターとしての役割は変わっていません。(文献①p888)

*産科に対する経営からの評価は、非常によくやってくれているという一方で助産師数が多すぎるとの指摘も受ける。その際には産科部長がかばってくれ、事なきを得ている。産科や助産師の取り組みに対し経営部門からの評価を得るには、産科部長が院内でどのポジションを占めているかも重要かもしれない。(助産師、インタビュー調査)

4 考察

本施設は、毎年2000件前後の分娩件数に対応する総合周産期母子医療センターであり、MFICU、未熟児室、NICUを備えハイリスクの分娩に対応するとともに、バースプランによる妊産婦の主体性重視、自然分娩重視、BFHを取得しユニセフの精神に則り母子同室・母乳育児を重視するなど、まさに日本の産科医療をリードする実践を行っている。

また、充実した助産師教育プログラムや実践の機会など、100名を超える助産師を育て上げる仕組みも整っていた。

最近では医師と助産師がチームで妊産婦の経過をみていく「新チーム外来」を開始した。この健診システムは、妊産婦が医師と助産師の双方にみてもらえるといったメリットがある一方で、医師中心の関わりか助産師中心の関わりかを妊婦が選択することはできない。異常経過の妊婦にも助産師の関わりを、との理念は大変重要だが、チーム健診の満足度が以前の健診より高まっているかを検証する必要もあると考える。また、助産師の語りからは、助産師が継続的に妊産婦のケアを行うことで信頼関係が生まれ、結果として満足度の向上や訴訟の低減につながるのではないかと、との声が聞かれた。この点も助産師の関わりによるアウトカムとして今後検証される必要があるだろう。

地域との連携による母子サポートの観点から、退院後の地域の保健体制との連携、独立した訪問部による母子訪問等の必要性が指摘されていた。また、医師・助産師確保の観点から、まず地域偏在の解消策として、医師と助産師のチームを派遣できるような人材養成、バースセンターを設け、複数医師と帝王切開が可能な設備を配置する等の提言が出されていた。本施設が妊産婦の継続ケアの観点から今後地域とどのようにネットワークを築いていくのか、その実践を注視していくことが望まれる。

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、「正常・異常を問わず医師・助産師のチームで安全で快適な助産ケアを提供」「ハイリスク妊産婦への対応」「育児期のきめ細かな対応」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、年間2000件の分娩を維持しているのは、同様にこのシステムの内部プロセスである「正常・異常を問わず医師・助産師のチームで安全で快適な助産ケアを提供」「ハイリスク妊産婦への対応」「育児期のきめ細かな対応」が十分機能していることによるものと考えられた。

この内部プロセス「正常・異常を問わず医師・助産師のチームで安全で快適な助産ケアを提供」を支えているのは、「正常・異常を問わず医師・助産師のチームで妊婦健診（新チーム外来）」「自然分娩の重視」であった。内部プロセス「ハイリスク妊産婦への対応」を支えているのは、「総合周産期母子医療センター」、内部プロセス「育児期のきめ細かな対応」を支えているのは、「母乳育児の推進（BFH）」であった。

そのうち、「正常・異常を問わず医師・助産師のチームで安全で快適な助産ケアを提供」がうまく機能するためには、「標準化の徹底（外来妊婦クリティカルパスの活用）」、「助産師のスキルが高く、合併症を持つ妊婦の健診が可能」の影響が大きいと思われた。また、「正常・異常を問わず医師・助産師のチームで安全で快適な助産ケアを提供」「ハイリスク妊産婦への対応」「育児期のきめ細かな対応」がうまく機能するためには、「助産師の数が多（103名）」ことが影響を及ぼしていると思われた。

この内部プロセス「標準化の徹底（外来妊婦クリティカルパスの活用）」、「助産師のスキルが高く、合併症を持つ妊婦の健診が可能」「助産師の数が多（103名）」がうまく機能す

るためには、学習と成長の視点において、「助産師教育プログラム」が果たす役割が大きいと考えられた。「助産師のスキルが高く、合併症を持つ妊婦の健診が可能」では、学習と成長の視点において、「医師・助産師・コメディカルの関係者が参加する勉強会の継続」の存在が大きいと考えられた。さらに、学習と成長の視点において、「助産師教育プログラム」「医師・助産師・コメディカルの関係者が参加する勉強会の継続」では、「医師・助産師の高いモチベーション」が果たす役割が大きいと考えられた。

つまり、日本赤十字社医療センターは、総合周産期母子医療センターとしての機能もちつつ、医師と助産師が連携してチームで妊娠・分娩・産褥に関わり、妊産婦の主体性を引き出し、安全で快適なケアの提供を達成し、助産師を有効に活用していることが明らかとなった。今後は開業助産師と連携しつつ、訪問事業を進めるなどの案が提起されており、地域における総合周産期母子医療センターとしてのさらなる役割発揮が期待される。また、スタッフ数が質量ともに豊富なため、医師と助産師のチームで、分娩可能な施設が不足している地域に赴き基盤整備を行うといった派遣事業の展開も期待される。

2) 政策提言

(1) 医師と複数の助産師による派遣制度構築のための予算措置

本施設では案として、産科医師・助産師が不足している地域に医師と複数の助産師を派遣し、産科医療の基盤整備を行うことを企図していた。このような派遣制度に対し、派遣元施設への補助といった予算措置を講じるべきではないか。

(2) 地域で助産師を活用するための予算措置

本施設では開業助産師との連携や訪問事業、地域での受け持ち助産師づくりの模索など、地域で助産師を活用するための試みが始められようとしている。このような取り組みに対し、推進のため予算措置を講じるべきではないか。

6 文献

- ①中根直子、塩川美奈子、日赤医療センターの助産師育成システムの全体像、助産雑誌、60巻10号、2006年10月、p888-p895
- ②中根直子、助産婦・看護婦のための周産期チームマニュアル、ペリネイタルケア、2001年6月、p88-p92

8. ふれあい横浜ホスピタルにおける助産師活用

—病院医師・助産師と地域開業助産師との緊密な連携システム—

要旨

この研究の目的は、ふれあい横浜ホスピタルにおいて、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、院内助産師、開業助産師、医師の満足度が高く、財務の視点において、高い分娩費用を設定し、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、院内助産師、開業助産師、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の視点における、「妊産婦が望む継続ケアの実現」、及びそれを支える、「院内助産師による助産師外来」「開業助産師に対するオープンシステム」「開業助産師と院内助産師との協働」「助産師に対する医師のバックアップ体制の確立」「開業助産師による母乳外来と産後フォロー」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、黒字が継続していたのは、「妊産婦の望む継続ケアの実現」、およびそれを支える、「院内助産師による助産師外来」「開業助産師に対するオープンシステム」「開業助産師と院内助産師との協働」「助産師に対する医師のバックアップ体制の確立」「開業助産師による母乳外来と産後フォロー」が機能していることによるものと思われた。

また、システムの「妊産婦の望む継続ケアの実現」、およびそれを支える、「院内助産師による助産師外来」「開業助産師に対するオープンシステム」「開業助産師と院内助産師との協働」「助産師に対する医師のバックアップ体制の確立」「開業助産師による母乳外来と産後フォロー」がうまく機能するためには、「医師・開業助産師・院内助産師間の積極的な意見交換による相互理解の深まり」が果たす役割が大きいと思われた。

つまり、ふれあい横浜ホスピタルでは、病院医師・助産師と地域開業助産師が緊密に連携し、病院の安全性と助産院の快適性をともに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。

このシステムのように病院・診療所が助産所と連携することにより、病院・診療所では産褥期の訪問指導を助産所に任せられることができる、助産所助産師の熟練したケアを病院・診療所助産師が学ぶことができる、等のメリットが、妊産婦には異常もしくは正常の判断がつかない場合においても、また入院したとしても助産所助産師の関わりがあり継続ケアが受けられる等のメリットが、そして助産所助産師にはグレーゾーンの妊婦に病院・診療所のバックアップを受けつつ継続的に関わることができる等のメリットがあることが明らかになった。しかしながら、このシステムが発展し、分娩件数が増加するにつれて、開業助産師の負担が増している。今後このシステムが発展するためには、システムの他施設への波及性を高めることが必要である。

以上の結果と課題に基づき、①「助産所を含むオープンシステム」を積極的に推進するための予算措置を政策提言する。

1 目的

この研究の目的は、横浜ふれあいホスピタルにおいて、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 8-1 調査対象者一覧

調査対象者		調査方法
①妊産婦		インタビュー調査及び文献調査
②開業助産師		インタビュー調査及び文献調査
③病院助産師	師長	インタビュー調査及び文献調査
④看護管理者	看護部長	インタビュー調査及び文献調査
⑤産科医師	院長	インタビュー調査及び文献調査

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、病院医師・助産師と地域開業助産師との緊密な連携に基づき、妊産婦が望む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神奈川県であり、利用者は、主に神奈川県横浜市在住の妊婦である（横浜市内約 70%、横浜市を除く神奈川県内約 20%、神奈川県外約 10%）。

(1) 病院概要

設置主体：医療法人／所在地：横浜市中区／病床数：65 床／入院基本料区分：10:1

(2) 産科部門概要

産科病床数：8 床（産科単独病棟）／年間分娩件数：約 300 件／本施設からの紹介率約 10%／本施設への紹介率約 10%／産科職員数（常勤換算）：医師 2 名、助産師 6 名、クラーク 1 名／産科外来職員数（常勤換算）：助産師 0.6 名、看護師 2 名／外来における 1 日平均産科受診者数：45 人／帝王切開率：13.0%／正常分娩の費用約 60～70 万／看護職員の夜勤体制：2 交代、1 人夜勤

(3) 連携開業助産所概要

- ①A 助産院：助産師 3～4 名、分娩件数約 150 件
- ②B 助産院：助産師 5～6 名、分娩件数約 120 件
- ③C 助産院：助産師 7 名、分娩件数約 110 件
- ④D 助産院：助産師 2 名、分娩件数約 70 件
- ⑤E 助産院（自宅出産のみ）：助産師 2～3 名、分娩件数約 10 件
- ⑥F 助産院（自宅出産のみ）：助産師 2～3 名、分娩件数約 30 件

(4) 妊産婦の管理プロセス

妊娠期：院内助産師が開業助産師のバックアップのもと助産師外来で妊婦に関わる。妊婦健診は初診～14 週までは医師。その後は医師・助産師で交互に行う。助産師外来においては、前期、中期、後期にチェックポイント一覧表を用いて健診を実施する。健診時、冷えや体調を把握するとともに、家族のサポートをも行い、

妊産婦が安心して分娩に臨むことができるよう支援する。希望者にはエコーも実施する。8カ月の母親学級の際、担当の開業助産師が決まり、その後の連絡は開業助産師と行なわれ、情報共有すべき事柄については開業助産師が医師・院内助産師に報告を行う。陣痛が始まってからのファースト・コールは全て開業助産師が行い、入院は開業助産師からの連絡を経て、院内助産師が入院の判断をし、準備する。

分娩期：I期は院内助産師が経過をみて、分娩近くになったら開業助産師を呼ぶ。更に排臨近くに医師を呼ぶ。医師、開業助産師ともに自宅待機をしている。病棟の院内助産師は一人夜勤であり、状況により分娩介助者を決めている。医師は全例の分娩に立会っている。

陣痛促進剤は、予定日超過くらいに使う。帝王切開は13.0%。会陰切開は99.9%しない。鉗子分娩の時でも排臨、発露がここまで待てると知った医師が、鉗子で誘導して発露状態にしている。家族立ち会いの出産、カンガルーケアなども実施されているが強制ではなく、妊娠中からパースプランを作成する中で妊産婦が自ら選択する。

産褥期：産褥は母児同室であり、母子の経過判断は院内助産師が実施している。母乳外来（週2回）があり、開業助産師がケアを実施する。母乳外来には連携開業助産所のうち1ヶ所に在籍する母乳専門の助産師が担当し、院内の助産師との協働で入院中に問題が予測される場合、ともに情報交換してフォローする。そのほか家庭訪問等、退院後のフォローは主に開業助産師が実施する。退院時に混合状態の妊産婦は0.5%であり、ほぼ完全母乳である。完全母乳率は、1カ月後には98%、6カ月後には85%となっている。

開業助産師への手当は日中・夜間関係なく業務内容に応じた金額に設定しており、分娩1件5万円、分娩観察1時間3000円、母親学級1回5000円、助産師外来1時間3000円、母乳外来1名2000円といった内訳になっている。

2) システム構築の経緯

(1) 開院と病院理念

2002年4月、開院にあたり病院経営を委任された院長は、産婦人科医であることと、横浜という土地柄を踏まえ、女性を中心とした病院を設立するという戦略をたてた。

産科部門開設に際しては、①効率的な運営と、②女性にとって望ましい分娩をしたいという理念の双方の視点が目指された。①については、職員を確保して開院したとしても、妊産婦が来なければ経営が立ち行かなくなるため、そのリスクを避けることが必要であった。②については、妊婦のニーズにこたえ、妊娠期から退院後までの「継続ケア」の完成を病院理念として描く中で、助産師との協働が重視された。

(2) 開業助産師との連携

その両方を満たす選択肢として、開業助産師との連携が企図された。院長は、昭和60年に神奈川県がブロック別周産期救急システム体制の構築を呼びかけた際、開業助産師を検討の場を含めるよう主張するなど、以前より分娩は助産師とともに行うべきであると考えていた。また、救急システム検討会議の場に来ていた開業助産師と雑誌で対談するなどの関係性を構築していた。

(3) 開院に当たっての準備

院長が開業助産師に連絡したことをきっかけに、開業助産師4名が2日間で企画書を作成し、それが現在の病院方針の骨子となった。病院方針には正常分娩・入院ケアは助産師を中心とすることや、分娩料金、産婦へのアピール方法、分娩場所、入院中の産婦への生活ケア、母乳育児について話し合いをし、取り決めた内容が文章化された。話し合いに

は、産科医師、小児科医師らが参加した。話し合いに際し、産科医師ら3名が開業助産師によるフリースタイル出産を見学し、助産師の介助するお産について認識を深めた。また、小児科医とは新生児の体重減少率を15%とするなど、母児同室に当たっての取り決めなどを事前に行った。

妊婦へのPRは、開業助産師の持っている育児サークルや役員をしている神奈川県助産師会での講演、子育て雑誌への取材協力等を通じて行った。1年程度で産婦さんの数は急増した。

最初の院内助産師の面接は全て開業助産師が行った。開院時の院内助産師は2名であり、当初は分娩時に開業助産師が病棟に行き、院内助産師の教育を含め分娩介助や入院中のケアを行った。

本病院は、もともとがホテルであるため、和室がある。フリースタイル分娩が行えるようにそれを有効活用した。

(4) 開院後

開院後1年程度は、医師と助産師が例えばお産の経過を見ていく中で、心音が下がった際に、互いに遠慮して言葉を発さず、ミスではないが危機的状況に陥ったこともあった。互いの思いが異なり、そのすり合わせを行うために助産師は引かずに話をした。その作業に苦勞したが、現在では分娩期の取り上げるタイミング等にも心音が下がった時にすぐに出すのではなくもう少し待てるといった「あ・うん」の呼吸が生まれるようになった。

(5) 開院後4年が経過

4年が経過し、妊婦も増え開業助産師の業務が過重になってきた。また、医師が1人辞め一時期分娩を制限することもあった。院内助産師も入れ変わり、第2のふれあいの形を作っていかななくてはいけない時期にきているとスタッフは認識していた。

3) システムのモデル化

インタビュー調査および文献調査により、施設8をシステムとして捉えたとき、このシステムの目的は、開業助産師・院内助産師・医師の協働により、妊娠期、分娩期、産褥期において妊産婦が望む「安全で快適な継続ケア」を提供することを目的として動いており、それが達成されていることを確認した。

このことを、バランス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8-1で示したような、「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」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仮説的に描くことができた。

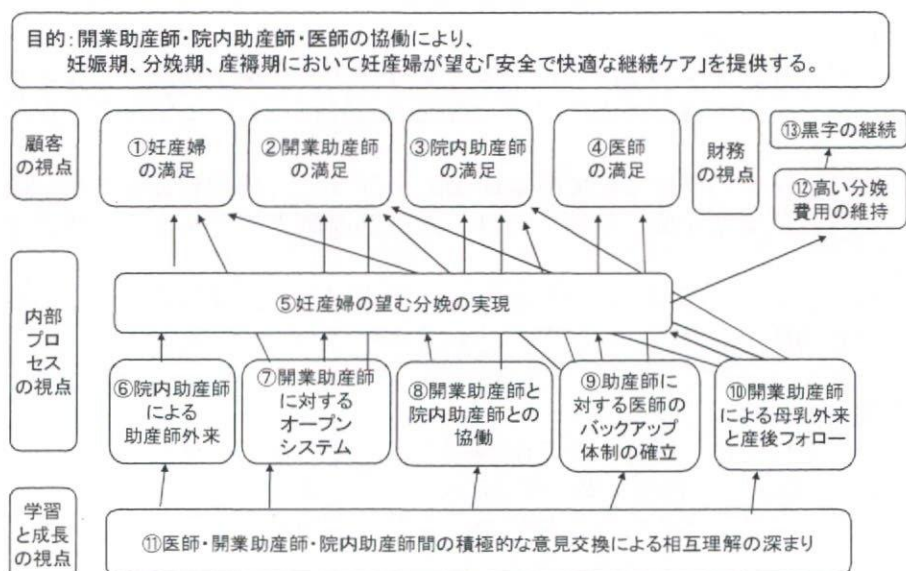


図 8-1 ふれあい横浜ホスピタルの助産師活用システム

つまり、このシステムの目的である「開業助産師・院内助産師・医師の協働により、妊娠期、分娩期、産褥期において妊産婦が望む「安全で快適な継続ケア」を達成している」ということは、重要な成功要因として、顧客の視点①「妊産婦の満足」、②「開業助産師の満足」、③「院内助産師の満足」、④「医師の満足」が得られていること、また、同時に財務の視点において、⑬「黒字の継続」が実現していることからうかがえた。

<顧客の視点①妊産婦の満足>

このうち、顧客の視点①「妊産婦の満足」が得られていることについては、インタビュー調査、座談会の記録（文献）において、自分のやりたいようにできるから満足、ここで産めてよかった、ここでのお産に納得している、等の発言から確認した。

*「ここは地元ではなく情報がなかったので、友人に聞いて選んだ。第一子を生んだ時に自分のやりたいようにできたこと、と母児同室であること、などから満足して、第二子もここで産もうと思った。」（妊産婦、インタビュー調査）

*「何も知らずにここへ来ちゃったけれど、今はふれあいで産めてよかったなって思っています。」（妊産婦、インタビュー調査）

*「最初は家の近くの産院に通っていたんだけど、私も会陰切開が嫌だったので、その産院に質問したら「初産はみんなします」って言われて。分娩室も手術室みたいで冷たい感じがして、照明とかすごくて（中略）（そう思ってここにきたあなたの出産は納得できるものでしたか？と聞かれ、）はい！」（病院資料（座談会記録）より）

この、顧客の視点①「妊産婦の満足」が得られる重要な要因は、内部プロセスにおいて、⑤「妊産婦の望む分娩の実現」という要因が実現していることによるものと考えた。これについては上記のように自分のやりたいことにできるという意見のほか、たとえば、妊婦が嫌がる会陰切開をほとんどしない、産後のフォローもしてくれる、ということや、妊婦アンケート調査（病院資料）において本病院を選んだ理由として、「自宅から近い」（205名中57名）よりも、「フリースタイルお産」（205名中150名以上）（複数回答）が大きく上回っていることで確認した。

*「近いからってここにきてパンフレット観てみたら会陰切開やってないんだってわかって。

こんなことできるんだ〜って思いました。」(資料(座談会記録)より)

*「このいいところって、出産の時だけじゃなくって、その後のフォローも考えられているってところだと思うんですね。誰に対しても考えられているってうか。(中略)普通の病院だと「出産」＝「(病院との関係は)おしまい」っていう感じだけど、ここは違うよね。妊娠前からケアして、出産、産後がやっぱり大事ですね。」(資料(座談会記録)より)

*担当制による「私の助産師」という個別的な意識とのかかわりは安心感と信頼を提供し、顔を覚えてもらうことで不安感をなくす。分娩はフリースタイルとし、退院までには何度か入室し、アセスメントする。退院後のトラブルや相談にも応じ、必要があれば自宅訪問を実施し、継続性を高め、安心感を提供する。(開業助産師、文献③)

⑤「妊産婦の望む分娩の実現」を提供し続けるための重要な要因は何かを分析した結果、そこでは内部プロセスにおいて、⑥「院内助産師による助産師外来」、⑦「開業助産師に対するオープンシステム」、⑧「開業助産師と院内助産師との協働」、⑨「助産師に対する医師のバックアップ体制の確立」、⑩「開業助産師による母乳外来と産後フォロー」の5つが達成されているということから、⑤を実現し続けることができていると確認できた。

⑥「院内助産師による助産師外来」については、妊産婦の希望によりエコーを取り入れつつ、妊産婦が安心して分娩に臨むことができるよう、冷えや体調、家族のサポートをきめ細かく行っていた。

内部プロセス⑦「開業助産師に対するオープンシステム」については、開業助産院での出産を希望した妊婦が医療行為を必要とする状況や異常分娩に移行してしまったとしても、引き続き同じ開業助産師が病院での分娩を担当できることで、妊婦の安心感、満足度の高まり、医療処置への妊婦の同意の得られやすさがみられることから確認した。

このように、分娩後、早期に退院したい妊産婦がこのシステムを利用し、妊娠中は助産院で経過を見て分娩時のみ施設を借りて出産し、問題がなければ2時間程度で退院してその後は助産院でのフォローを行う事例が年間5～6件はある。その場合、入院・分娩費用は病院に支払われ、開業助産師は分娩取扱いと経過観察に要した時間給を病院から受け取る仕組みとなっている。

* (当院では、)助産院からの緊急性のない妊婦の受け手となり、引き続き継続して同じ助産師が病院の中で分娩を担当することができる。また帝王切開になった場合も手術室に一緒に入室しベビー受けを行い、スタッフの一員となって業務に当たっている。助産院から引き続き同じ助産師が対応することは、産む側の不安を軽減させ、安心してお産に臨めると思っている。また異常分娩に移行してしまったとしても分娩後のフォローを引き続き受け持つことで満足度は高いものとなる。(開業助産師、文献③)

*当院と連携する開業助産院において分娩経過に異常を来した症例は、原則として受け入れ、状況に応じて抗生物質や陣痛促進剤を投与し、引き続き当院で搬送元の開業助産師が分娩経過を見守っていく。(中略)そのため、これまで自然分娩を望んでいた妊婦への陣痛促進剤の点滴や、場合によっては帝王切開などの必要性について、医師のみでなく搬送元の助産師も同席して説明することができるので、妊婦の同意が得られやすく、その後の治療をスムーズに行うことができた。(医師、文献⑤)

内部プロセス⑧「開業助産師と院内助産師との協働」については、経験のある開業助産師が院内助産師の育成にも関わっている。そのため院内での協働が非常にスムーズになり、働きやすい状況になっている。

例えば妊娠期では、院内助産師が開業助産師のバックアップのもと助産師外来で妊婦に関わる。妊婦健診は初診～14週までは医師。その後は医師・助産師で交互に行う。8ヶ月の母親学級の際、担当の開業助産師が決まり、その後の連絡は開業助産師と行なわれ、情報共有すべき事柄については開業助産師が医師・院内助産師に報告を行う。陣痛が始まったからのファースト・コールは全て開業助産師が行い、入院は開業助産師からの連絡を経

て、院内助産師が入院の判断をし、準備する。

分娩Ⅰ期は院内助産師が経過をみて、分娩近くになったら開業助産師を呼ぶ。更に排臨近くに医師を呼ぶ。医師、開業助産師ともに自宅待機をしている。病棟の院内助産師は一人夜勤であり、状況により分娩介助者を決めている。医師は全例の分娩に立会っている。

陣痛促進剤は、予定日超過くらいに使う。帝王切開は 13.0%。会陰切開は 99.9%しない。鉗子分娩の時でも排臨、発露がここまで待てると知った医師が、鉗子で誘導して発露状態にしている。

産褥は母児同室であり、母子の経過判断は院内助産師が実施している。母乳外来があり、開業助産師がケアを実施する。そのほか家庭訪問等、退院後のフォローは主に開業助産師が実施する。

内部プロセス⑨「助産師に対する医師のバックアップ体制の確立」については、医師が継続ケアの担い手としての助産師の自律性を尊重し、その実力を十分引き出せるような支援体制を取っている。全例に立ち会っていて、妊産婦に安心を提供している。

**医師の欠点は、お産をしても新生児のケアには介在していないことだ。どこかで小児科などにバトンタッチしている。助産師はお産から新生児、すべてを継続ケアしている。本来の継続ケアできるのは助産師しかいない。自分の最終的な考えは継続ケアの完成。それはうちの病院スタッフの合言葉。そのために助産師外来をやってみたり、地域に出るにはどうしたらいいか考えている。(院長、インタビュー調査)*

内部プロセス⑩「開業助産師による母乳外来と産後フォロー」については、母子が満足する支援に向けて、母乳専門の開業助産師が担当している。本施設で出産した妊産婦が育児サークルを立ち上げ母乳育児についての勉強会を開催するなど、積極的な取り組みにもつながっている。

⑥「院内助産師による助産師外来」、⑦「開業助産師に対するオープンシステム」、⑧「開業助産師と院内助産師との協働」、⑨「助産師に対する医師のバックアップ体制の確立」、⑩「開業助産師による母乳外来と産後フォロー」の内部プロセスが達成できているということは、学習と成長の視点において、⑪「医師・開業助産師・院内助産師間の積極的な意見交換による相互理解の深まり」が得られていることから確認できた。開院当初は遠慮してぎくしゃくした関係があったが、ともに協働で妊婦さんのお産を実現しようというコミュニケーションの重要性にお互いに気付き、思ったこといいたいことがそのままストレートに形成される場が構築されてきた。

**本システムを始動するに当たっては、開業助産師の手法を全面的に受け入れ、医学的に是非すべきことがあれば是非するとの医師サイドのスタンスで始まった(中略)そのスタンスへの学習はまだまた継続中であり、始動した当初は分娩や母乳育児への医療介入のタイミングにずれを感じるものがしばしばあった。しかし問題が生じるたびに双方が意見をぶつけあいながら、よりよい方法を模索し解決方法をみだしていった。この話し合いは、お互いを認め合う話し合いでもあり、相互理解を深めるもので、そこで検討された一例一例が貴重な教訓となった。(開業助産師、文献③)*

**度重なる助産師と医師との話し合い・実践の繰り返しによって、分娩に関して、正常に経過していれば不必要な処置はしないでも正常に胎児娩出に至るという考えが、スタッフ共通の理解となり、現在では職種あるいは病院内・外のスタッフであるという違いで、ケアの方向に大きな違いがあるということもなく「お互いに理解し合おう・学ぼう」という姿勢がある。スタッフ一同が同じ姿勢で、妊産褥婦にとってよりよいケアを目指すという同一の目標に向かって相談しながら協力し、仕事をしている。(病院助産師、文献②)*

以上から、重要な成功要因である顧客の視点①「妊産婦の満足」が達成されていることが明らかにされた。

<顧客の視点②開業助産師の満足>

次に、顧客の視点②「開業助産師の満足」については、①「妊産婦の満足」と重複するが、⑤「妊産婦の望む分娩の実現」が達成されていることから得られていることがうかがえた。開業助産師は、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。

さらに、⑤「妊産婦の望む分娩の実現」を提供し続けるために、内部プロセスにおいて、⑦「開業助産師に対するオープンシステム」、⑧「開業助産師と院内助産師との協働」、⑨「助産師に対する医師のバックアップ体制の確立」、⑩「開業助産師による母乳外来と産後フォロー」も重要な満足の要因として挙げられる。

内部プロセスの⑦「開業助産師に対するオープンシステム」については、開業助産院での出産を希望した妊婦が医療行為を必要とする状況や異常分娩に移行してしまったとしても、引き続き同じ開業助産師が病院での分娩を担当できることにより、妊婦の望む継続ケアを提供できていることから、妊産婦・家族の満足とともに開業助産師の満足も達成されていると思われた。

内部プロセスの⑧「開業助産師と院内助産師との協働」については、院内助産師に対して分娩の流れの全てに助産師がどうアプローチしていくのかを示し、若い助産師を育てていこうとしていることから確認できた。

*開業助産師と院内助産師の関係は、最初は開業助産師がお産の技法、四つん這い・側臥位・仰臥位・立ってなど色々なポジションで産む時の介助から、異常の見極め、分娩の進行のさせ方など、お産の流れの全てに助産師がどうアプローチしていくのか、若い助産師を育てることも含めて、私たちが行って見せている。慣れてきた所で、若い人たちに介助してもらって感覚を掴んでもらう。病棟に支障がない限りは、院内の人たちが分娩に入って、院外助産師がサポートに入る。忙しい時には自分達が介助するなど、その時の状況で直接介助者を決める。直接介助そのものに意味があるのではなく、そのケア全体、妊娠・分娩・産褥の担当になることによって、トータル的にサポートすることに意味がある。誰か取り上げて大丈夫な雰囲気、誰に取り上げてもらうということに固執するのではなく、妊婦さんがみんなに支えてもらったという思いが大事。(開業助産師、インタビュー調査)

内部プロセスの⑨「助産師に対する医師のバックアップ体制の確立」については、医師が側にいるために分娩の進行状況を最大限に待てるという安心感がうかがえることから確認できた。

*この2年間で一番大きかったのは、医師が側にいて待てるという安心感が、今まででも待っていたけど、もっと待てる、確信を持って待てる。これは異常、これは大丈夫、その可能性を最大限に使えた。助産師だけの時は、これは大丈夫だと思っても……。判断できない部分が見極められるようになった。多分それは産婦人科の先生も、待てるという部分では同じだと思う。(開業助産師、インタビュー調査)

⑦「開業助産師に対するオープンシステム」、⑧「開業助産師と院内助産師との協働」、⑨「助産師に対する医師のバックアップ体制の確立」、の内部プロセスが達成できているということは、学習と成長の視点において、⑩「医師・開業助産師・院内助産師間の積極的な意見交換による相互理解の深まり」が得られていることから確認できた。

* (医師とは) とにかく話し合いだった。例えば心音が下がったり、お産の経過を見ていく中で、あ、うん、の呼吸ができるまでに時間が必要になる。互いに遠慮して、あれ、ここおかしいな、と思いながら見ている中で、医師がいて、助産師がいた時に、言葉を発しなかったりすると、危機的状況に陥ったりする。それは、ミスをしたとかではなく、コミュニケーションが大事。そういうことが起きたことに対して、時には泣きながら医師と話をした。こちら側の思いと、医師との思いにズレがあるので。一步一步引くではなく、自分はどう思ったからこうした、ということと言うと、俺だってそう思っていた、何故その時に言わなかった

というのが何度もあった。1年くらい経って、それを通して、ようやく自分達が言ってきた方向に動いてきた。心音が下がった時にすぐに出すのではなく、もう少し待っても大丈夫、というように私達も成長させてもらった。(開業助産師、インタビュー調査)

以上から、重要な成功要因である顧客の視点②「開業助産師の満足」が達成されていることが明らかにされた。

<顧客の視点③院内助産師の満足>

顧客の視点③「院内助産師の満足」については、①「妊産婦の満足」、②「開業助産師の満足」と重複するが、内部プロセス⑤「妊産婦の望む分娩の実現」が達成されていることから得られていることが確認できた。

さらに、⑤「妊産婦の望む分娩の実現」を提供し続けるためには、内部プロセスにおいて、⑥「院内助産師による助産師外来」、⑧「開業助産師と院内助産師との協働」、⑨「助産師に対する医師のバックアップ体制の確立」、⑩「開業助産師による母乳外来と産後フォロー」も重要な満足の要因として挙げられる。

⑧「開業助産師と院内助産師との協働」については、経験を学べる、キャリアを構築できているという意味での達成感が高いこと、また連携により産後のフォローが可能になっていることなどから確認できた。

*院内助産師として自分がここにきたのは、こういう大先輩(開業助産師のこと)が病院にはいないので、病院にいと医師の介入が多く、自分のスキルアップが阻まれてしまうからである。病院にいと病院でしか働けないまま中途半端で終わってしまうという思いがあった。この病院は人気があり、就職できるか分からなかったが、受けてみた。(院内助産師、インタビュー調査)

*院内でみる期間は限られているので、産後フォローが必要な人について院内と開業助産師とで連携している。病院ではなかなか出来にくいことが行えている。(院内助産師、インタビュー調査)

⑨「助産師に対する医師のバックアップ体制の確立」については、医師がいるなかで学べているところに納得していることから確認できた。

*技術だけでなく、色々なことを開業助産師と医師がいるという安心した中で学べている。開業出来ればいいが、助産師として成長するにはよい場所だと感じている。(院内助産師、インタビュー調査)

⑧「開業助産師と院内助産師との協働」、⑨「助産師に対する医師のバックアップ体制の確立」、の内部プロセスが達成できているということは、学習と成長の視点において、⑪「医師・開業助産師・院内助産師間の積極的な意見交換による相互理解の深まり」が得られていることから確認できた。

以上から、重要な成功要因である顧客の視点③「院内助産師の満足」が達成されていることが明らかにされた。

<顧客の視点④医師の満足>

顧客④「医師の満足」については、①「妊産婦の満足」、②「開業助産師の満足」、③「院内助産師の満足」と重複するが重要な成功要因である内部プロセス⑤「妊産婦の望む分娩の実現」が達成されていることから得られていることが確認できた。

さらに、⑤「妊産婦の望む分娩の実現」を提供し続けるための重要な要因は何かを分析した結果、そこでは内部プロセスにおいて、⑨「助産師に対する医師のバックアップ体制の確立」、が達成されているということから、⑤を実現し続けることができていると確認で

きた。

⑨「助産師に対する医師のバックアップ体制の確立」については、助産師を安全面でサポートし、助産師の力をできるだけ引き出そうとしている。これまでの本病院における助産師主導の正常分娩を安全性の面から評価するために分娩例を解析し、その結果、「助産師主導で管理する分娩の特徴の一つとして分娩第2期の延長があるが、5時間程度までは児の予後、母体損傷などへの影響は軽微なものと思われた」と結論づけている。

*「正常分娩に必要な以上の医療介入を行う必要はなく、また助産師サイドも自然分娩に固執するあまり、母児に悪影響を及ぼすことのないように留意しなければならない。すなわち、医師と助産師がそれぞれの職域を理解し、それぞれ尊重すべきと考えた。」(文献⑥)

⑨「助産師に対する医師のバックアップ体制の確立」、の内部プロセスが達成できているということは、学習と成長の視点において、⑩「医師・開業助産師・院内助産師間の積極的な意見交換による相互理解の深まり」が得られていることから確認できた。

⑩「医師・開業助産師・院内助産師間の積極的な意見交換による相互理解の深まり」については、医師が開業助産師によるフリースタイル分娩介助を見学し、妊産婦・家族が喜ぶ姿を見て「目からウロコ」の体験をし、本病院では分娩台での仰向けのお産ではなく、フリースタイル分娩を採用しようと方針を切り替えたことから確認できた。

*先生方もアクティブ・バースがわからない状況の中、自分の所で自宅分娩予定だった人を、この病院の最初の産婦さんとして連れてきて分娩介助し、一芝居した。家族に囲まれ子供が横について、自宅分娩そのものを院内で行い、助産師の仕事とはどういうものなのか、また快適な部分と安全な部分をどのように配慮してきたのか、医師に見せた。産婦さんが四つんばいしている所に3人の先生が正座をして、回旋とか頭をへばりつけるように見て、赤ちゃんを見守った。先生方はとても和やかに、すーっとそのことを受けとめて、そうやって産まれてくるんだ、となった。お産については、自分達だけの思いだけではいけないし、それを支える人の思いや、産む人の思いが配慮されなければいけない。空気の中で感じる人間関係とか、守られている関係、支えられている関係、そしてそれを可能にする技術が合わさらないと、そうした空気がかもしだされない。誰か一人がその空気に反対しているとピリピリする。だから、環境はとても大きい。和室とかベットとかいうよりも、人の空気。スタートを切った時に、そのことについて院長が目からウロコと言っていた。(開業助産師、インタビュー調査)

*助産師、特に4人いる開業助産師がリーダー。産科にするにはどうするか、まず助産師がいるというのが、自分の基本的な考え方だった。それでまず助産師さんを探そうということになった。でも自分の力でどうにもならない、困ったと思った時に、この方たちを思い出した。それで相談に乗ってもらおうと、話をした。その時は従来と同じで、医師がいて助産師がいて、仰向けのお産をしている形を考えていた。それ以外考えもなかった。そうしたら、開業の方が、助産師流のお産があるといい、自分も見なかった。数回しか見たことがなかったから。助産師によるお産を見た時にはみんな感動して、喜んでいたので、この病院でやったらどうか、やるにはどうするかとなった。そのときに、開業の方が企画書を出すと言ってくれた。その企画書が今の骨子である。企画には納得して、それをもって理事長に持っていった。理事長は全然お産を知らず、医師さえいればいいと思っていた。でも自分は自分の理念を通して、始めてしまった。それが本当のところ。(医師、インタビュー調査)

以上から、重要な成功要因である顧客の視点④「医師の満足」が達成されていることが明らかにされた。

<財務の視点⑬黒字の継続>

財務の視点の重要な成功要因である⑬「黒字の継続」は、分娩件数は年間300程度だが、分娩費を70万程度にしている⑫「高い分娩費用の維持」から達成されている。⑫「高い分娩費用の維持」を可能にしているのは、妊婦さんの望む分娩にこだわりを持ち続け、

そのことが一般にも知られ横浜以外の全国から集まっていることから確認できる。

4 考察

このシステムのように病院・診療所が助産所と連携することにより、病院・診療所では産褥期の訪問指導を助産所に任せられることができる、助産所助産師の熟練したケアを病院・診療所助産師が学ぶことができる、等のメリットが、妊婦にはリスクがあっても助産所助産師の関わりがあり継続ケアが受けられる等のメリットが、そして助産所助産師にはグレーゾーンの妊婦に病院・診療所のバックアップを受けつつ継続的に関わることができる等のメリットがあることが明らかになった。しかしながら、このシステムが発展するにつれて、開業助産師の負担が増している。今後このシステムが発展するためには、連携を無理なく継続できる体制づくりやシステムの他施設への波及性を高めることが必要である。

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、院内助産師、開業助産師、医師の満足度が高く、財務の視点において、高い分娩費用を設定し、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、院内助産師、開業助産師、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の視点における、「妊産婦が望む継続ケアの実現」、及びそれを支える、「院内助産師による助産師外来」「開業助産師に対するオープンシステム」「開業助産師と院内助産師との協働」「助産師に対する医師のバックアップ体制の確立」「開業助産師による母乳外来と産後フォロー」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、黒字が継続していたのは、「妊産婦の望む継続ケアの実現」、およびそれを支える、「院内助産師による助産師外来」「開業助産師に対するオープンシステム」「開業助産師と院内助産師との協働」「助産師に対する医師のバックアップ体制の確立」「開業助産師による母乳外来と産後フォロー」が機能していることによるものと思われた。

また、システムの「妊産婦の望む継続ケアの実現」、およびそれを支える、「院内助産師による助産師外来」「開業助産師に対するオープンシステム」「開業助産師と院内助産師との協働」「助産師に対する医師のバックアップ体制の確立」「開業助産師による母乳外来と産後フォロー」がうまく機能するためには、「医師・開業助産師・院内助産師間の積極的な意見交換による相互理解の深まり」が果たす役割が大きいと思われた。

つまり、ふれあい横浜ホスピタルでは、病院医師・助産師と地域開業助産師が緊密に連携し、病院の安全性と助産院の快適性をともに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。

このシステムのように病院・診療所が助産所と連携することにより、病院・診療所では産褥期の訪問指導を助産所に任せられることができる、助産所助産師の熟練したケアを病院・診療所助産師が学ぶことができる、等のメリットが、妊産婦には異常もしくは正常の判断がつかない場合においても、また入院したとしても助産所助産師の関わりがあり継続ケアが受けられる等のメリットが、そして助産所助産師にはグレーゾーンの妊婦に病院・診療所のバックアップを受けつつ継続的に関わることができる等のメリットがあることが明らかになった。しかしながら、このシステムが発展し、分娩件数が増加するにつれて、開業助産師の負担が増している。今後このシステムが発展するためには、システムの他施設への波及性を高めることが必要である。

以上の結果と課題に基づき、①「助産所を含むオープンシステム」を積極的に推進するための予算措置を政策提言する。

2) 政策提言

(1) 助産所を含むオープンシステム推進のための予算措置

本施設では、助産所とのオープンシステムが構築されており、病院・診療所が助産所と連携することにより、病院・診療所では産褥期の訪問指導を助産所に任せられることができる、助産所助産師の熟練したケアを病院・診療所助産師が学ぶことができる、等のメリットが、妊婦にはリスクがあっても助産所助産師の関わりがあり継続ケアが受けられる等のメリットが、そして助産所助産師にはグレーゾーンの妊婦に病院・診療所のバックアップを受けつつ継続的に関わるることができる等のメリットがあることが明らかになった。このように有用な「助産所を含むオープンシステム」を積極的に推進するための予算措置が必要である。

6 文献

- ①早乙女智子、21世紀型の安全・快適分娩、ペリネイタルケア、24巻3号、2005年3月、p83-87、メディカ出版
- ②金澤喜生美、ふれあい横浜ホスピタルの取り組み②院内助産師の立場から思うこと、助産雑誌、57巻12号、2003年12月、p45-50、医学書院
- ③宮下美代子、豊倉節子、山田みどり、山本詩子、ふれあい横浜ホスピタルの取り組み③開業助産師の立場からのコラボレーション、助産雑誌、57巻12号、2003年12月、医学書院
- ④岩田梓、開業助産師の方と行う妊産褥婦のケア、助産雑誌、57巻12号、2003年12月、医学書院
- ⑤町田稔文、早乙女智子、植村次雄、佐藤啓治、開業助産師と連携した新しい分娩システム第1報、ペリネイタルケア、24巻10号、2005年10月、p36-39、メディカ出版
- ⑥町田稔文、早乙女智子、植村次雄、佐藤啓治、開業助産師と連携した新しい分娩システム第2報、ペリネイタルケア、24巻11号、2005年10月、p82-88、メディカ出版
- ⑦早乙女智子、職種を超えたコラボレーションへの転換、助産雑誌、58巻12号、2004年12月、p45-50、医学書院

9. 黒部市民病院における助産師活用

—自然分娩を重視した、妊産婦への安全・安心・快適な助産ケアを提供するシステム—

要旨

この研究の目的は、黒部市民病院において、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、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、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、「自然分娩を重視した妊産婦への安全・安心・快適なお産の実現」、具体的には「外来妊婦クリティカルパス」の整備に基づく「14・34週にすべての妊婦が助産師外来で健診・保健指導を受ける」「里帰り分娩の積極的な受け入れ」「自然分娩の重視」「母乳育児の重視」「新生児・周産期救急医療協力体制の活用」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も、年間500件の分娩を維持していることは、「自然分娩を重視した妊産婦への安全・安心・快適なお産の実現」、具体的には「外来妊婦クリティカルパス」の整備に基づく「14・34週にすべての妊婦が助産師外来で健診・保健指導を受ける」「里帰り分娩の積極的な受け入れ」「自然分娩の重視」「母乳育児の重視」「新生児・周産期救急医療協力体制の活用」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、以下の取り組みであった。まず「外来妊婦クリティカルパス」「里帰り分娩の積極的な受け入れ」「自然分娩の重視」に寄与していたのは、「正常産は助産師に任せるという院長のリーダーシップ」であった。また、「外来妊婦クリティカルパス」「自然分娩の重視」「母乳育児の重視」に寄与していたのは、「大多数の助産師は実務5年以上」の経験を有していることであった。

つまり、黒部市民病院では、自然分娩を重視した妊産婦への安全・安心・快適な助産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。

本施設では、外来妊婦クリティカルパスの導入により、医師と助産師の妊婦健診の時期を明確にすることで、経験豊富な助産師の活躍する場が提供されている。また、妊産婦中心のケアのためには助産師の力を発揮することが必要であるという、院長の強い理念が本システムを成功させている。更に、富山県内における周産期救急医療協力体制が安定が、本システムの維持につながっていると考えられる。しかしながら、近隣の産科施設の閉鎖などから医師の業務負担が減ることはなく、助産師確保も難しくマンパワー不足とのことであった。今後は院内助産システムの導入も検討していることから、医師・助産師の人員確保が重要である。

以上のことをふまえ、以下の政策提言を行う。①地域連携への予算措置、②院内助産システム導入のための予算措置、が必要である。

1 目的