

12 医療法人薫風会佐野病院における助産師活用

—MCS*¹とDCS*²の2つのシステムで、自然分娩を重視した安心で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、医療法人薫風会佐野病院において、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、学習と成長）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になった。

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、このシステムの特徴と言える「MCS」と「DCS」の2つのシステムが機能していることが考えられた。具体的には、「MCS」では「妊娠22週～24週より助産科希望者は助産科でフォロー（2チーム担当制）」「希望により水中出産が可能」「質を下げないよう分娩数を制限（月20件）」、「DCS」では「妊娠22週よりDCS希望者と異常の認められる妊産婦のフォロー」「自然分娩重視」が十分機能していた。

更に、「妊娠22週～24週より助産科希望者は助産科でフォロー（2チーム担当制）」が機能しているのは、「助産科利用適応基準の活用」が機能しているものと考えられた。

財務の視点で、収益の安定の成果が得られているのは、「MCS」（妊娠22週～24週より助産科希望者は助産科でフォロー（2チーム担当制）、希望により水中出産が可能、質を下げないよう分娩数を制限（月20件））と「DCS」（妊娠22週よりDCS希望者と異常の認められる妊産婦のフォロー、自然分娩重視）が機能しているものと考えられた。

内部プロセス「MCS」がうまく機能するためには、学習と成長の視点において「助産院への研修」「産科医と助産師のリーダーシップ」「定期的なカンファレンス」が大きいと考えられた。また内部プロセス「DCS」がうまく機能するためには、学習と成長の視点において「産科医と助産師のリーダーシップ」「定期的なカンファレンス」が大きいと考えられた。

つまり、医療法人薫風会佐野病院では、MCSとDCSの2つのシステムで、自然分娩を重視した安心で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になった。

医師と助産師がそれぞれの役割を最大限発揮できる本システムは、助産師を活用するシステムとして先駆的であると言える。2007年4月より佐野式バースセンターを予定しており、他施設からの見学・研修も多い。しかしながら、MCSが1つのシステムとして看護部から独立しているため、人事交流がなく、院内の人材育成の点で問題があると考えられた。今後このシステムがさらに発展していくためには、どのように人材育成できるかが重要なポイントである。

以上のことをふまえて以下の政策提言を行う。①助産師活用施設の見学および情報収集への予算措置、②バースセンター開設のための予算措置、③妊産婦・家族の啓蒙のための予算措置。

*1 MCS (Midwife care System) : 助産師主導管理システム

*2 DCS (Doctor care System) : 医師主導管理システム

1 目的

この研究の目的は、医療法人薫風会佐野病院において、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 12-1 の通りである。文献検索の結果、11 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 12-1 調査対象者一覧

調査対象者	調査方法
①妊産婦	文献調査
②助産師 (MCS)	インタビュー調査、文献調査
③産科医師	インタビュー調査、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、MCS と DCS の 2 つのシステムで、自然分娩を重視した安心で快適な助産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兵庫県神戸市であり、利用者は主に兵庫県神戸市在住の妊婦である。

(1) 病院概要

設置主体：医療法人／所在地：兵庫県神戸市／病床数：173 床／入院基本料区分：13:1

(2) 産科部門概要

産科病床数：20 床（産科単独病棟）／年間分娩件数：産科約 370 件、助産科 128 件／産科職員数（常勤換算）：医師 5 名、産科助産師 13 名、助産科助産師 7 名、助手 1 名／産科外来職員数（常勤換算）：医師 5 名、看護師 3 名／外来における 1 日平均産科受診者数：50 名／帝王切開率：17.8％／正常分娩の費用約 40 万～45 万／看護職員の夜勤体制：2 交代、3 交代、オンコール体制あり／助産師（助産科）平均経験年数：16 年

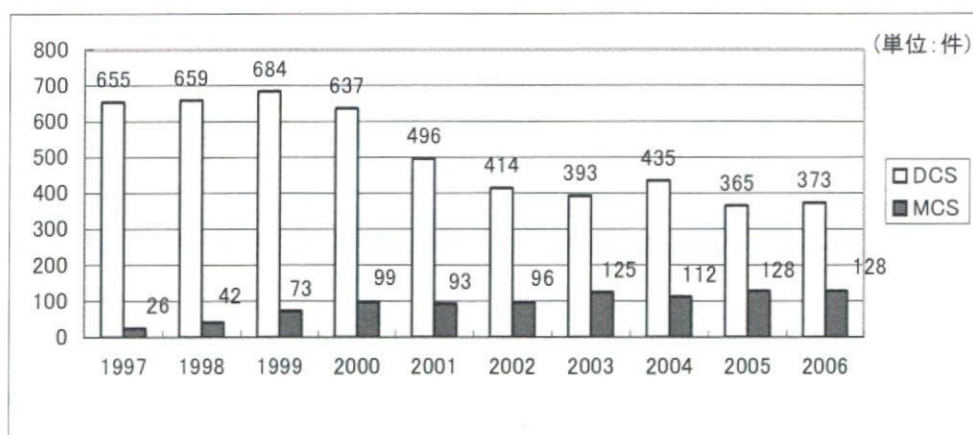


図 12-1 DCS（産科）とMCS（助産科）の分娩件数推移

(3) 妊産婦の管理プロセス

妊娠期：MCSでは、妊娠22週まで医師の診察を受ける。そこで妊産婦が助産科を希望し、助産科適応基準内にあり、医師から許可が下りると、次回からMCS管理となる。

MCSで妊産婦は予約方法の説明と、院内助産システムについての説明を受け、夫婦ともに希望しているかを確認する。

MCSの妊婦健診では、保健指導、健診（体重・血圧測定、外計測、レオポルド触診法、胎児心音聴取、NST）を実施、超音波は臨床検査技師が実施する（外来の健診時に合わせて予約をする）。医師の診察は、妊娠中期（妊娠28週頃）に全員必ず受診するが、その後産後1か月健診まで医師の診察はない。妊娠経過中は助産科適応基準に沿い、適宜医師と連携し、DCSと健診を併用することもある。

分娩期：MCSでは、助産師7名が担当しており3名と4名の2チーム制で妊産婦を担当している。夜勤は1名体制であるが、オンコール体制を取っている。各チーム1名ずつがペアになるよう勤務が組まれており、分娩は助産師2名で行う。待機者は、分娩第Ⅱ期の時、妊産婦が希望した場合、夜勤者1名で対応できない場合に呼ばれる。分娩方法は、フリースタイルであり、水中出産も可能である。MCSでは分娩時医師の立ち会いはない。

DCSでも、少しずつフリースタイルを取り入れつつある。DCSでは全例医師が立ち会う。

産褥期：MCSでは、予約制で母乳外来を行っている。退院後1週間健診まではMCSで行うが、産褥1か月健診は医師が行う。

DCSでは、母乳外来を電話予約であり不定期に行っている。育児サークルは、MCS、DCSに関係なく1か月から1歳までを対象に行っている。

表 12-2 初産婦と経産婦の母乳率の推移 (%)

年度	初産婦			経産婦		
	退院時	2週間後	1ヶ月後	退院時	2週間後	1ヶ月後
2001	91	83	83	89	86	83
2002	98	97	91	94	86	94
2003	96	93	88	97	87	88
2004	97	86	94	97	95	86
2005	90	88	78	100	92	86
2006	92	86	76	99	86	70

2) システム構築の経緯

(1) 産科医師のお産に対する理念

1978年、佐野病院産婦人科はM医師ら3名の医師によるグループ診療から始まった。開設以後分娩件数は少しずつ増加し、1999年には年間757件にまで達した。開設当初は管理分娩が基本であった。そもそもM医師は、癌専門医であり、「自分のライフワークはがん治療にある。がんの患者がどう生きるか、どう死ぬか、それは患者自身の生き様にあり、癌治療は患者主役の医療をしている」という思いがあった。

管理分娩が主流であった時は、安全第一で管理された分娩に誇りをもっていたが、癌治療に対する思いとのギャップを少しずつ感じるようになっていた。癌治療に対する思いと同じように、分娩も母子の立場にたった分娩ができないかという考えを1980年頃より持ち始めた。

M医師が管理分娩に疑問を持ち始めた頃、病棟で熟練した技術をもち、妊産婦に寄り添

う助産師の分娩を見るようになった。その助産師らと一緒に分娩を行うようになってから、自然分娩が一番安全であると確信したM医師は、1990年以降管理分娩を行わないようになった。

(2) 助産師のお産に対する理念

1983年、佐野産婦人科病院に2名（I氏、T氏）の助産師が就職した時は、管理分娩が主流であった。1990年、兵庫県看護協会で、受け持ち制母子看護が推進され、当時助産師職能委員であったI氏は、以前より管理されたお産へ嫌悪感を持っていたことから、自然分娩を取り入れるようになり、夫立会い分娩、外来保健指導、つぼ療法、お灸などを積極的に行った。しかし3交代の勤務内では、行ったケアを自分で確認し、技術を高めていくことに限界があった。また、一人一人のお産に大切に關わること、退院後のケアを充実させることなど、助産師本来の継続ケアの必要性を感じるようになっていた。

病院内での活動に限界を感じた2人は、助産院の開業準備のため研修に参加していたが、資金面や嘱託医など、開業が困難な状況にあった。病院業務の中で、中堅助産師としてどのような役割を果たすべきか検討をしていた折、M医師の自然分娩への理解が深まり、管理分娩から自然分娩へと方向転換していった。

(3) 院内助産システムの発想

1996年、M医師と2名の助産師を中心に、管理分娩から自然分娩へと分娩方法が変化していた頃、新病院が1年後に建設されることになった。これをきっかけに、長年信頼関係を築いてきた産科医師にI氏、T氏が院内助産システムの企画案を提出した。院内助産システムの企画案の背景には、当時、分娩件数は徐々に増加し、医師3名のチームワークで築いた産婦人科がピークであった。しかし、医師は50代後半と同年代であり、後継者が育成されていなかった。そこで、看護分野で支援すべきことを検討した結果、院内助産システムは病院経営的には付加価値であり、消費者である妊産婦の支持は必ず得ることが出来ると考え、院内助産システムの開設に向け活動を開始した。産科医師、院長、看護部などと何度か話し合いを行い、1997年3月、院長より院内助産システムが認可されることになった。

(4) 院内助産システムに向け調整した点

①産科医師の納得を得るため、M医師の「これからのお産は産婦一人ひとりを大事にする時代。助産師だけで入院から産褥までみるシステムは画期的であり、賛成である。」という意見をもとに、他の医師を説得してもらった。

②同僚の助産師に賛同を得るために、院長から許可が下りた時点で、スタッフ全員に理解と協力を依頼した。

③企画書を提出した助産師2名は、管理職であり後継者がいなかったため、院内助産システム活動に専念できるように後継者を育成した。

(5) 院内助産システムの開始（MCR: Maternity care Roomと名称 1997）

院内助産システム開設当初は、「病院のなかで助産院のようなアットホームなお産」をキャッチフレーズとした。開設1年目は、助産師2名が病棟勤務を兼務しながら、助産師外来から分娩介助まで、365日オンコール体制で、月に1～2名の予約でスタートした。

開設2年目より、病棟勤務兼務が身体的精神的に辛くなってきた頃、院内助産システム活動を希望する助産師が増えてきた。そこで助産師8名が、病棟勤務と院内助産システムを兼任することになった。人数が増えることで勤務は楽になったが、妊産婦との関係が希薄となり、仕事への達成感が少なくなっていた。一方で利用者は月17名になることもあり、地域でも少しずつ「助産師の所で産める病院」として知られるようになった。

(6) チーム担当制の開始 (MCS : Midwife care Systemへ名称変更 2001)

2001年、それまで助産師8名で活動していたが、組織が大きくなることでアットホームの良さという、本来の目的が希薄になったため、あえて人数を減らし、3名～4名のチーム担当制とした。

2002年、助産師4名で全員の妊産婦を担当すると、名前と顔が一致しない妊産婦が増えることを懸念し、2名ずつ2チーム担当制とした。1カ月の予約人数は、ケアの質を落とさないように、助産師が3名の場合8名、4名の場合10名とした。

産科病棟は、医師が外来診療をし、医師主導であることからDCS (Doctor care System) と名称し、助産師主導のMCSと区別した。

(7) 助産科として看護部からの独立 (2003)

1カ月の予約人数は定めてはいたが、MCSを希望する妊産婦は更に増え、予定人数を超えることもあった。病棟の3交代勤務をしつつ、夜間待機を行う体制に身体的精神的な負担がかかるようになった。その頃、MCSの分娩件数は増えていたが、産科全体の分娩件数が減少したため、今後の対策として「産婦人科を考える会」が病院内で発足した。「産婦人科を考える会」の話し合いの中で、院内助産システムは、これからの利用者のニーズに合っており、病院には必要であると結論づけられた。

看護部の中では、MCSの勤務体制はすでに独自のものとなり、他職種とのバランスも取りにくくなっていった。この話し合いをきっかけに、今までの院内助産システムを一步進め、病棟兼任ではなく、看護部、病棟から離れた専任助産師のセクションが必要であることを病院に提案した。提案当初は、看護部からの独立は厳しいように思えたが、これまでの実績など複合的な要因が重なり、2003年8月、「助産師分娩科 (助産科)」として看護部から独立することになった。

助産科の定義は以下のようにになっている (文献⑬ p 2)

①病院施設内で助産師が主となり外来、妊婦健診、分娩、産褥管理、育児相談という組織的なケアを行うシステムである。

②日本に古くからある助産院/自宅でのアットホームな「お産」の良さ、医療設備の整った病院内での安全性の高い「分娩」という両者の良さを兼ね備えたシステムである。

③医師管理システム (DCS) と、この助産科 (MCS) を妊婦の希望選択制とする。

④妊婦健診は予約制で1人45分。夫、家族にはできるだけ同伴してもらう。

⑤分娩には助産師2人が必ず立ち会う。分娩はフリースタイル。

⑥産褥期には沐浴指導等、また各種記録 (証明書・母子手帳)、退院指導も担当助産師が責任をもって行う。

(8) 現在の院内助産院システム (2006～)

現在助産科は、診療技術部 (現: 副診療部) に位置している。助産科希望者は妊娠22週までに決めてもらい、助産科を選択する割合は約25%である。2005年より助産科助産師は7名となり、1対1のプライマリーではなく、2チームの担当制である。助産師が増えたため、分娩予約数は月20名としている。

2007年4月より佐野式バースセンターと名称変更する予定であり、DCSとMCSの勤務体制や人数構成など、若干体制を立て直しての活動となる。

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から、施設12をシステムとして捉えたとき、このシステムの目的は、「MCSとDCSの2つのシステムで、自然分娩を重視した安心で快適な助産ケアを提供する」ことであり、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 12-2 に示したような、「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、戦略マップを描くことができた。

つまり、このシステムの目的である「MCSとDCSの2つのシステムで、自然分娩を重視した安心で快適な助産ケアを提供すること」を達成しているということは、重要成功要因として、顧客の視点①妊産婦の満足、②助産師の満足、③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、④分娩件数の増加（産科 370 件、助産科 128 件）、が実現していることからうかがえた。

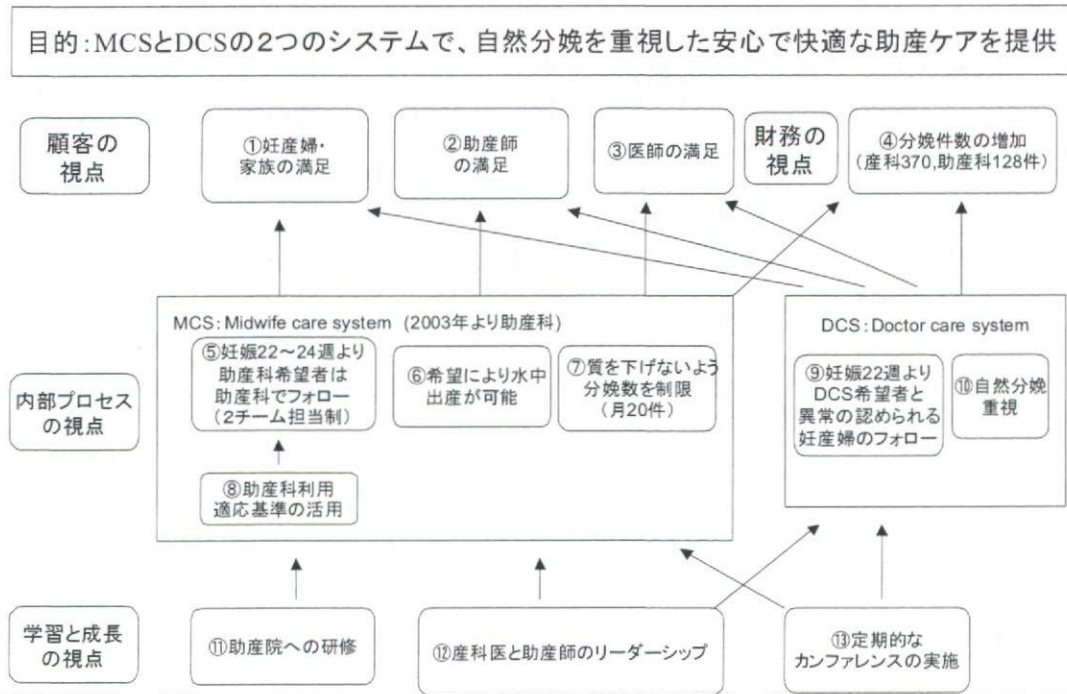


図 12-2 医療法人薫風会佐野病院の助産師活用システム

<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・家族の満足」については、MCS（Midwife care system）の内部プロセス⑤「妊娠 22 週～24 週より助産科希望者は助産科でフォロー（2 チーム担当制）」、⑥「希望により水中出産が可能」、⑦「質を下げないよう分娩数を制限（月 20 件）」と、DCS（Doctors care system）の内部プロセス⑨「妊娠 22 週よりDCS 希望者と異常の認められる妊産婦のフォロー」、⑩「自然分娩重視」という要因が、実現していることによるものと考えた。

①「妊産婦の満足」が得られていることは、分娩調査や妊婦満足度調査から、産後の感想の多くが、『担当の助産師が、お産の時そばにいてくれて安心した』『待ち時間が少なくゆっくり話しができた』『家族と一緒に産めた』と述べている。助産科希望者は全体の約 25% であり、正常経過をみるシステムがあることで、妊産婦の満足が得られていることが確認できた。

*産後の感想に多くの方が、「知っている助産婦がそばにずっと付き添ってくれて安心した。心強かった。」とあるように、産婦の傍らにずっと付き添うという行為は安心感を与え、そのことだけでも十分にケアとなることを知り、寄り添うことの大切さに気づきました。(文献⑥ p301)

*500 人中 128 人、25% ぐらいが助産科を選ぶ。(インタビュー調査)

*助産師外来は待ち時間が少なく、ゆっくり話ができるという点。1時間の枠でほしい40分から45分で、1時間は取らせてもらっているが、ゆっくりと話ができるというのがよかったというが多かった。お産自体でよかったのは「助産師がそばにいてくれた」というのが、一番多かった。あとは「マッサージ」とか、「家族と一緒に産めた」ということ。(インタビュー調査)

MCSの内部プロセス⑤「妊娠22週～24週より助産科希望者は助産科でフォロー(2チーム担当制)」では、妊娠22週までは医師の診察を受け、助産科での分娩が可能かどうか診断される。本人が助産科を希望するようであれば、22週までに助産科の助産師が助産科の流れなどを説明し、22週以後の健診から助産科で行う。医師の健診は28週と41週に入った場合に行う。超音波検査は検査技師が実施する。助産科の妊婦健診では、諸計測と児心音の確認はするが超音波は行わず、保健指導が中心に行われる。妊婦診察の時間は約1時間設けられており、不安な点などゆっくりと話をすることができる。助産科では7名の助産師が3名と4名の2チームに分かれ、妊娠期から産褥期までを担当し、分娩時はオンコール体制で妊産婦を受け持つ。妊産婦は、妊娠期から顔見知りの助産師に、フリースタイル出産を行ってもらえるなど、『自分で自分らしいお産』を決めることができる。経産婦のリピーターが見られることや、口コミで助産科を選択していることから、妊産婦の満足が確認できた。

*妊婦は特に遠くからというわけではない。産科外来の方では、分娩件数自体は制限をしていないが、ほしい月5、6件が里帰り。5、6人のうち、2人ぐらいは助産科を希望というのはあるが、実家が近くだからということも、もちろんある。必ずしも助産科があるから来るのではなくて、来てみて、「ああ、そういうシステムがあるのか」ということもある。ただ一番多いのは口コミで来る人が多い。去年、一昨年は経産婦のリピーターの方が多かった。去年はリピーターと同じぐらい、口コミで1人目は佐野病院ではないが、2人目は口コミで聞いてきて来たという人がリピーターの人と割合的には同じぐらいであった。2005年、経産婦は76人出産したが、人から勧められて来たという人が17人で、リピーターの方は18人。初産婦は人から勧められたとか、そういうのはあったが、経産婦は去年ここで産んで、人から聞いたからというのが、やっぱりリピーターと同じぐらいになったので、それはちょっと今までなかったことだった。これは産科全体である。(インタビュー調査)

*助産科の妊婦は助産科のほうで、診察を受ける。22週まで医師の健診を受けてもらって、そこで医師のオーケーが出て、本人の希望があれば、それまでに必ず助産科の助産師が助産科についての説明をする。必ず説明をして、納得を得られた人と、助産科についての説明書も渡して、それを読んでもらう。ご本人とご家族、パートナーの申込書を書いてもらって、一緒に次から助産科の健診が始まる。(インタビュー調査)

*腰が砕けそうに痛みましたが、アロマオイルでマッサージしていただいたので痛みが和らぎました。それから3時間後、元気な男の子を出産しました。私とまだへその緒がつながったままの赤ちゃんを抱きましたが、小さくて温かくとても愛おしかったです。そしてすごく痛かったけど、赤ちゃんも頑張ってくれてくれたと思うと涙が止まりませんでした。(文献⑦ p346-p347)

*Oさんは家族一緒の出産を望んでいました。陣痛室の畳で側臥位分娩をしました。19時42分、薄暗がりのなかで長男と夫に囲まれて長女が誕生しました。私は約束が果たせた安堵感と幸福感に浸りながら、新しい家族を心から祝福していました。産婦さんの感想は「とっても良かったです」の一言でした。(文献⑧p429)

MCSの内部プロセス⑥「希望により水中出産が可能」では、1997年にMCR (Maternity care Room) の活動時、妊婦が希望したことをきっかけに、水中出産を始めた。『MCSがあるから、佐野病院を選んだ』『水中出産がしたいのでこの病院を選んだ』と妊産婦は感想で述べている。1997年～2005年までの水中出産数(率)は助産科年間分娩件数793例中、219人(27%)であり、助産科で分娩体位の約20%～30%を占め(文献⑩p18)、前回水中出産者によるリピーターも見られている。水中出産を行う際のガイドラインがあり、安全

な分娩が提供されている。水中出産も行えることで、妊産婦が自分らしい出産を選択できる。

* Nさんは最初から水中出産を希望されたのではなく、1人目を他院で出産しました。その時、陣痛促進剤を使用したため大変だったとこのことで、今回は自然に自分の思うように産みたいと希望され、私たちのところに来られた方です。行動派のNさんは水中出産をすると決めると、ご主人と一緒に先駆的に水中出産をしている近くの助産院に見学に行きました。私たちは最初その助産院で水中出産をしてはどうかと勧めましたが、結局そこより私たちのところの方が近いとのことで、佐野病院で初めての水中出産をすることになったのです。(中略) 後でNさんは、「ここで初めての水中出産だったので、もし何かあったらこれから水中出産ができなくなるかもしれないと思った。無事に生まれて良かった」と言われました。(中略) そしてその後Nさんは私たちの要請に快く応じ、病院の外でもご自身の水中出産の体験をお母さん方にお話ししてくれました。(文献⑨p430-p432)

* 産婦さんの希望で始めた水中出産も60件を超えました。一度水中出産を体験すると、次の出産も全員が水中出産を希望しており、立ち会った私たち助産婦も水の癒しの効果に大きな力を感じています。(中略) (水中出産の良かった点と改善して欲しい点のアンケート調査結果) 良かった点では「同じ助産婦がずっと側にいてくれたこと」が初産婦で26人と最も多く、(中略) その他、「水中のなかでは自由な姿勢がとれる」初産婦4人、「自然な形で出産できた」経産婦6人、「自分で産んだという実感をもてた」経産婦が4人でした。(中略) 改善してほしい点では「バスが小さいのでもう少し大きくして欲しい」という意見が初産婦で8人、「水中出産専用の風呂がほしい」経産婦4人と、多くは施設上の問題に要望が集まりました。(文献⑩p60 (614), p64 (618) -p65 (619))

* (水中出産の感想文より) 第1子の時は普通分娩だったので、やはり水中出産の方が楽でした。(中略) 水中に入ると腰の痛みが楽になる。肛門の圧迫感も。頭が出る時の痛みは変わらなかったけど、会陰裂傷がなかったおかげで産後が本当に楽。(中略) 主人も出産に参加できたので、本当に自分達で子供を頑張って生んだという達成感があった。水中出産は、人間の子供を生むという本能を引き出す自然な出産方法だと思いました。(文献⑩p66 (620))

MCSの内部プロセス⑦「質を下げないよう分娩数を制限(月20件)」では、『アットホームな出産環境』を提供し、『あなたの助産師』として、一人一人の妊産婦の顔がわかる分娩を大事にしている。そして、分娩の質が下がらないように、助産師7名の2チーム制で担当する人数を月20件に制限している。分娩件数を制限することで、妊娠期から産褥期まで時間をかけて関わることができ、信頼関係を築いている。『担当の助産師が、お産の時そばにいてくれて安心した。』と多くの妊産婦が評価している。

* この病院内助産院システムは、アットホームな出産環境を提供していきたい助産師の思いと、それを望む妊婦の思い、そして病気であれ出産であれ、人として自分の生き方の選択肢に後悔しない環境を提供したい医師の存在、それらの重いが重なり合い、歳月をかけて誕生した大切な宝物です。(中略) 分娩時は助産師2名で立ち合うため、夜間は2名が待機しています。 出産場所や体位はフリースタイルで、本能に任せています。分娩を担当した助産師が「あなたの助産師」として、責任を持って対応しています。(中略) 産後のお母さんから言われた言葉に、「妊娠中に体だけではなく精神面も診てもらった。」「聞いてもらい、話すことで不安が和らぎ、前向きに過ごすことができた」などがあります。(文献⑩p44-p45)

* 健診は家族も一緒に来てくださいと言っています。私たちと妊婦さんのご家族とは、信頼関係が一番大切ですし、顔見知りの安心感が、お産の時どれほど重要かよく分かるからです。 こどもさんもお母さんと一緒に健診にやって来ます。来るとすぐおもちゃで遊ぶ子、お母さんにくっついてる子、家での生活が少しわかるような場面です。(文献⑩p262)

また、MCSの内部プロセス⑤「妊娠22週～24週より助産科希望者は助産科でフォロー(2チーム担当制)」を実現しつつけるために、内部プロセス⑧「助産科利用適用基準の活用」が達成されていることが確認できた。助産科を選択する際、助産科の説明に加えて妊婦へ適用基準の説明がされる。妊娠・分娩経過中において、経過に問題が見られる際には、その都度医師管理のDCSと連携がはかられている。適応基準が活用されていることで、

妊産婦は自分自身の経過に合わせ、安心で安全な助産ケアが提供される。

*助産科利用基準：(1) 心臓病・糖尿病・腎炎・子宮筋腫・卵巣腫瘍・甲状腺疾患などの合併症がないこと (医師の許可があれば利用可) (2) 初産婦は35歳未満であること (35歳以上は医師の許可が必要) (3) 血圧が140/90mmHg未満であること (4) 尿蛋白30mg/dl以上が2回連続にならないこと (4) 胎児心拍が正常範囲内であること (5) 身長150cm以上であること。または150cm以下の初産婦でX線検査上、児頭骨盤不適合 (CPD) がないことが確認できた場合 (5) 分娩時は37週以降から42週未満であること。(文献⑤p258-p259)

*41週6日まで助産師。42週は過期産なので、それ以降は医師であるが、助産科助産師は予定日を過ぎると、健診と健診の間ぐらい、健診の3日後にもう1回MCSに健診のみで来てもらっている。41週を過ぎて42週に近くなったら、ご主人と一緒に、予定日が過期産になった場合、どのようにしていくかということをお話をしてもらう。それ以降のプランを決めてもらう。M医師は誘発をしないが、本人のどうしてもという希望、42週過ぎてからのことだが、それまではしない。(中略) 42週は過期産になるので、そこからは医師側 (DCS) へ移る。(インタビュー調査)

DCSの内部プロセス⑨「妊娠22週よりDCS希望者と異常の認められる妊産婦のフォロー」では、元々DCSを希望、内部プロセス⑧の「助産科適応基準」に入らない、助産科で経過中でも医師の移行基準にあてはまりそうな妊産婦に対しては、DCSと診察を併用できる体制である。1997年～2005年までの間、MCSからDCSへの移行数(率)は47人(6.0%)、助産科の帝王切開率は1.6%(文献⑩p18)であり、適切な時期にDCSで管理、フォローされている。DCSとの連携により、医師管理を希望する妊産婦だけでなく、助産科の妊産婦にも安心な分娩が提供されている。

*正常に経過している場合は医師の診察はありません。しかし、助産師外来の隣に位置している産婦人科外来の医師との連携とフォローは不可欠の要素です。健診の途中で判断に困ると産婦人科初診外来担当医師に相談します。内容はグレーゾーンのものも多く助産外来適応基準のぎりぎりの場合などがあり、その都度相談に乗ってもらい、健診を併用(医師の診察と助産師の健診)したり、交代にすることがあります。(文献⑤p263)

DCSの内部プロセス⑩「自然分娩重視」では、助産科利用率は全体の約25%であり、多くは医師管理の妊産婦であるが、できる限り自然分娩を重視し、安全を第一に考えた分娩を行っている。『お産の主役は妊産婦』という考えに基づき、DCSでも外来で保健指導を行い、分娩監視装置の読み方の講習会を開催するなど、妊産婦への教育を重視している。

*それ以外の、医師コースを選んだ人は、特に誰が保健指導というのではなくて、その時いらしたときに関わるという説明も言っている。最初に妊娠初期の段階で検査、採血をするが、その時点で佐野病院のシステムについてとか、もちろん両親学級のテキストとか、そういう一式のセットを渡す。そのときに産科の、DCS側の助産師がメッセージを入れて、うちがこういうシステムがあったり、DCS側では中期のバイオチェックのときと、36、37週のパープランといった話を必ずするので、寄ってくれという話を産科ではして、その中で助産科について、詳しく聞きたいとか、興味がある人は助産科のほうに言ってもらい、スタッフが対応するという形でしている。(インタビュー調査)

*M医師は、妊産婦全員に「妊婦さんへの私からのお願い」という文書を渡している。これは、自分の子どもは自分で守ること、出産で100%の安全の保障はありえないことを理解してもらうためのものだ。自分の子どもは自分で守ることを徹底させるためDCSでは妊産婦への教育を重視。胎児の推定体重や分娩の機序などの設問を盛り込んだ試験を行うほか、胎児分娩陣痛図検査の結果を医師と判読できるよう指導している。これらもすべて、「お産の主役は妊産婦」という考えに基づいている。(文献⑩p19)

MCSの内部プロセス⑤「妊娠22週～24週より助産科希望者は助産科でフォロー(2チーム担当制)」、⑥「希望により水中出産が可能」、⑦「質を下げないよう分娩数を制限(月20件)」、⑧「助産科利用適用基準の活用」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「助産院への研修」、⑫「産科医と助産師のリーダーシップ」、⑬「定期

的なカンファレンスの実施」、が得られていることが確認できた。

また、DCSの内部プロセス⑨「妊娠22週よりDCS希望者と異常の認められる妊産婦のフォロー」、⑩「自然分娩重視」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、⑫「産科医と助産師のリーダーシップ」、⑬「定期的なカンファレンスの実施」、が得られていることが確認できた。

学習と成長⑪「助産院の研修」では、妊産婦一人一人の希望する助産ケアが提供できるよう、助産科を担当する助産師は、助産院での研修を行う。妊婦診察やアロマ、水中出産について助産院で研修が行われていることで、妊産婦は質の高い助産ケアを受けることができる。

*アロマや水中出産など、勉強をするための工夫は入ってきた時にそれを見てもらう。ケアをしている状況を見てもらいながら学んでいく。あと助産所のほうに研修に行ってもらおう。研修期間は助産所をお願いしているが、そこもたくさん来ているので、行ける時に行っている。できたら3カ月ぐらいは月に1日でも、2日でも行けたら行ってもらっている。それは出張で行ってもらおう。ほとんどM助産所。大阪は行っていない。一応、まずそこに行けたら、もし向こうのほうがお케이であれば行かせもらい、あとは自分たちが「ここに行きたい」というのがあれば、別にM助産所ではなくてもいいとは伝えている。助産師会の勉強会という研修、そういうのにまず自分から行きたいということで行ってもらおう。「行きましょう」というよりは、自分の興味があるし、見たいというのがあるれば、自分から「この研修に行きたい」ということで、助産科の上司が看護部ではなくて臨床検査部とか、副診療部に入っているの、その部長にこういう研修で、出張で行けるかどうかというのは検討してもらおう。

(インタビュー調査)

*助産師外来を始めた頃、子宮底や腹囲を測り、児心音を聴いて、とりあえず一般的な「保健指導」はしたのですが、特に問題がなければ時間が余ってしまうことがありました。またたとえば妊婦さんに「腰が痛くなって」と言われれば、「お腹が大きくなって腰に負担がかかるから、姿勢に気をつけて」とだけで、言った本人も「こんなこといくらでも本に書いてある」と思いながら、それ以上の知識がなかったのです。その時感じたことが、いかにお母さんに話せる「助産の技としての生活の知恵」がないかということでした。それから助産所に研修に行き、研修会で勉強して、少しずつとっておきのことがお母さんに話せるようになりました。(文献⑤p260-p262)

* (会陰裂傷時の対応として) 対応策として分娩直後は馬油の塗布、歩行後はブレンドしたオイル(サイプレス、ラベンダー、ティトリー)に浸した脱脂綿を、悪露交換時、裂傷部にあてます。(文献⑦p349)

学習と成長⑫「産科医と助産師のリーダーシップ」では、産科医師の『アットホームな手作りの医療』へのこだわりと、助産師の『女性の産む力を尊重した自然なお産を院内で』という思いが一致し、長年検討した末に院内助産システムへと発展した。『医師は異常産のエキスパート、助産師は正常産のエキスパート』という理念のもと、常に妊産婦を主体として助産ケアを考える産科医師と助産師の存在により、MCSとDCSの2つのシステムが維持されている。自分らしいお産と、医師管理の元でのお産という、2つのシステムを選択できることで、妊産婦に快適で安心した助産ケアが提供されている。

*M医師は「産科は安全であり、自分で分娩形式を選択できるのでアメニティも高い」と評価する。「私は医師は異常産のエキスパート、助産師は正常産のエキスパートだと考えています。(文献⑩p19)

*私たちが心がけていることは、いつの時期であっても産婦本人の意思を尊重することです。前もってバースプランで聞いたことも、この時になると変化することもあります。必ず言葉や文章で確認し合い、押し付けのケアにならないよう気をつけています。(文献⑦p348)

学習と成長⑬「定期的なカンファレンスの実施」では、週に1回、産科医師、小児科医師、病棟スタッフ、助産科スタッフ、手術室スタッフも含めたカンファレンスを実施して

いる。

また、助産科適応基準を外れても助産科で分娩を希望する妊産婦や、水中出産を希望する妊産婦への対応など、症例検討を行っている。関連スタッフと定期的にカンファレンスをもつことで、妊産婦に対して統一した助産ケアが提供されている。

*産科でのカンファレンスは毎日あるが、助産科だけではない。今日の外来の妊婦はこんな人だったとか、相手チームもあるし、もちろん妊娠中の経過とか、お産で入院している産科の人のお話をしたり、そこでの意見というのは、何もなければ16時からはしているが、全体のカンファレンスというのは週1回である。(インタビュー調査)

*適応基準をはずれて、どうしても助産科で分娩をしたいと意思表示される方もいます。その場では解決できないので、医師たちとの週1回のカンファレンスで事例を提出し決定します。このように、医師たちのバックアップをスムーズに受けることのできる体制が、私たちの心強い支えになっています。(文献⑤p263)

*(初めて当院で水中出産をする際)、私たちが休みの日を利用してRさんと同じように学習しました。同時に手順を作成し水中出産の目的やメリット等を産婦人科のカンファレンスに提出し、承認をえることができました。(文献①p62 (616))

以上から、重要な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された。

<顧客の視点②助産師の満足>

顧客の視点②「助産師の満足」については、①と重複するが、MCS (Midwife care system) の内部プロセス⑤「妊娠22週～24週より助産科希望者は助産科でフォロー(2チーム担当制)」、⑥「希望により水中出産が可能」、⑦「質を下げないように分娩数を制限(月20件)」と、DCS (Doctors care system) の内部プロセス、⑨「妊娠22週よりDCS希望者と異常の認められる妊産婦のフォロー」、⑩「自然分娩重視」、という要因が実現していることによるものと考えた。

MCSの内部プロセス⑤「妊娠22週～24週より助産科希望者は助産科でフォロー(2チーム担当制)」では、①と重複するが、助産師は妊娠22週以降、助産科を希望する妊産婦を担当する。妊娠28週と41週以降の医師の健診以外、退院後1週間健診までは助産師が全て管理している。分娩時はオンコール体制であり、分娩介助は助産師2名で行い、医師の立会いはない。助産師7名を2チーム(わかばチームとさくらチーム)に分けている。チームによる曜日担当制としており、分娩時に妊産婦と顔を合わせるのが初めてにならないようにしている。MCSを助産師4名で担当していた時は、夜間はDCSの助産師だけであり、MCSの助産師はオンコール体制であった。しかし、妊産婦から夜間もMCSの助産師がいて欲しいという要望があり、助産師も7名になったことから夜勤帯もMCSの助産師が勤務し、担当チームの妊産婦の分娩介助ができるよう調整している。分娩が重なるなど忙しい時には、DCSの助産師と協力し合っている。

産後はMCSもDCSも母児同室制である。MCSでは、予約制で母乳外来を行っている。退院後1週間健診まではMCSで行うが、産褥1か月健診は医師が行う。退院後1週間健診は訪問指導か来院するか選択してもらっている。訪問指導は交通費のみであり、指導代は無料である。

DCSでは、母乳外来を電話予約にて不定期に行っている。

育児サークルがあり、MCSとDCSのどちらで分娩をしても、また他院で分娩しても参加ができる。MCSでは正常経過は助産師に任せられており、妊娠期から産褥期まで、助産師が主体となり助産ケアを行っている。

*最初のころは医師が「MCSに行ったら」と勧めてくれたり、週数が経ってくると、「どうするの」「どっちにするの」「もう決めたの」と声をかけてくれたりしていた。(インタビュー調査)

* 1対1のプライマリーは、まだできていない。助産科助産師は7名いるので、いろいろな形を考えているが、今まで4人でやってきた時は夜勤ができない。4人では夜勤が回らないので、産科の助産師たちに何もなければお願いしていた。お産等の電話があれば、助産科のほうにかけてもらいお産にかかわるとか、大変な産褥の人がいる場合にも助産科の待機の人を呼んでもらって行くとかをしていた。去年の4月からは助産科の助産師が7名になった。母親達が夜中も助産科の助産師がいて欲しいという希望を、アンケートでよく書いてもらっていた。そういう意味で、助産師が7人に増えたから4人よりは夜勤ができるので、夜勤をしようということになった。(中略) 妊婦健診は22週からだから、予定日までとすると妊婦健診は9回、10回。7人になると1回半、もしくは会えないというふうになってしまうので、3人と4人の二つのチームに分けてみた。3人と4人で、さくらチームとわかばチームとあって、妊婦健診も月曜日はさくら、水曜日さくらというようにした。(インタビュー調査)

* 母子同室である。助産科も、産科もそうである。(インタビュー調査)

* 退院して1週間後の1週間健診は助産科でして、1カ月健診は医師が行う。あと1カ月健診で問題のない中で、来たいという人は週1回、育児サークルは1カ月から1歳までの子供を対象に開放している。もちろん産科で分娩した人も、そうでない人にも開放している。1年までである。

家庭訪問というのも、産後退院して1週間健診に来てもらうか、一応交通機関を利用して、近くであれば家庭訪問というのも、どちらか選択してもらっている。家庭訪問は公共の交通機関の交通費は出る。コストは無料である。分娩料金の込みになっていない。分娩担当した人が行くので、こちらの都合にちょっと合わせてもらわないといけませんが、日勤のときに行かせてもらう。勤務外ではない。月に1人か、2人ぐらい。母親達は「(病院に) 行きます」と言う人が多い。「(自宅に) 来てください」というのは経産婦が特に多い。(インタビュー調査)

MCSの内部プロセス⑥「希望により水中出産が可能」では、①と重複するが、妊婦が希望したことをきっかけに、水中出産を行っている。水中出産開始当初、新生児肺出血を2例経験し、批判をされることもあった。しかし『希望する産婦のためにもっと勉強して頑張れ』という産科医師の協力のもと、継続を決定している。水中出産のガイドラインを作成し、妊娠中の準備から分娩時の管理方法など明記し、分娩を行うようになってからは、肺出血例は見られなくなっている。2005年までの助産科分娩総件数793例中、219人が水中出産で分娩をしており、リピーターもみられている。また2001年の段階で水中出産例56名の分娩時出血量や分娩所要時間、分娩後の感染の有無など集計をして、安全性の検証を行っている。妊産婦が希望する分娩方法を、安全に提供できるよう整備されている。

* 水中出産で出生した5例目と18例目の児が新生児肺出血をきたしたのです。出生時どちらもアプガールスコアは10点でした。当時は血液ガスチェックはしていませんでした。1時間目2時間目のチェックでは異常なしで、その後呼吸状態不良となり近くの子供病院に移送、挿管等の処置を受け改善し、1週間前後で退院しました。(中略) 現在特に後遺症もなく発育は順調です。ごくまれにしか起こらないと言われている肺出血を、わずか20例程度の水中出産で起こしたのですから大問題になりました。小児科の医師からは「水中出産はなんのメリットもないから、できればやめるように」という意見が出ました。しかし産婦人科の医師からは、「もっと勉強して産婦さんのためにがんばれ」と励まされ、私たちは病棟の朝のミーティングで水中出産の続行宣言をしたのです。(中略) 時には批判されながらも、私たちは水中出産を希望された産婦さんや産婦人科、小児科の医師たち、外来や病棟のスタッフたちに支えられ、56例の分娩をすることができました。今も新しく参加してくれた助産師と協力して水中出産を実践しています。水中出産を行うにあたっては、ガイドラインを作成しました。現在は7人の助産師が交替でかかわっていますが、私たち2人のうちどちらかは必ず立ち合うことにしています。自分たちの勤務体制や設備状況などを考えて案を作成しました。(中略) また、これをより良いものにするにより、フリースタイルの選択肢の一つとして水中出産をたくさんの施設が受け入れ、希望する産婦さんのケアに役立てていただけたらと思います(中略) 水中出産は、心身ともに緊張から解放されやすくもっともフリースタイルになりやすい環境が得られます。母子ともに安全で安楽な出産が達成できます。これから

も今までの経験を生かし、学びを深め、より慎重に介助していきたいと思いを強くしています。(文献①p63 (617), p66 (620))

MCSの内部プロセス⑦「質を下げないよう分娩数を制限(月20件)」では、①と重複するが、『アットホームな出産環境』を提供し、『あなたの助産師』として、一人一人の妊産婦の顔がわかる分娩を大事にしている。以前助産師の数を多くした際、妊産婦の満足が下がるだけでなく、助産師も妊産婦の顔を覚えていない、仕事の達成感が少なくなるなど、『アットホームな環境』が失われつつあった。分娩数を制限することで担当妊産婦との信頼関係を深めることができています。

*助産師が2名から8名に増えることによって、時間外勤務が少なくなり、仕事が楽になったと感じる一方、何か今までとは違い、妊産婦との関係も希薄になり、仕事への達成感も少なく、あの明け方、無事分娩を終えて帰るとこの清々しさも感じられなくなりました。それと言うのも、多くのスタッフが多くの妊婦とかかわることで「たくさんいるから覚えてないね」と言われる状態になり、助産師と妊婦のホットな関係、アットホームな病院内助産院システムの良さが失われてきたからだと言えます。(文献②p53 (53))

*助産科の先輩方が、長い年月をかけて良いお産のための環境を築いてくれました。私もその一員として、「安全」の提供はもちろん一番大切なことですが、これからは、それだけでなく、さらに「母子と家族が満足できるような、その人らしいお産」が提供でき、「安心して出産育児ができる」ように、一例一例の方を大切に、日々研鑽していきたいと思っています。今は、以前より、1人ひとりの方をととても大切に感じています。(文献③p303)

また、MCSの内部プロセス⑤「妊娠22週～24週より助産科希望者は助産科でフォロー(2チーム担当制)」を実現しつつけるためには、①と重複するが、内部プロセス⑧「助産科利用適用基準の活用」が達成されていることが確認できた。適応基準が活用されることで、助産師が管理できる範囲内で主体的に妊産婦へ助産ケアを行えている。

DCSの内部プロセス⑨「妊娠22週よりDCS希望者と異常の認められる妊産婦のフォロー」では、①と重複するが、MCSで管理中に異常がみられた際には、医師からのバックアップがスムーズに受けられる体制になっている。1995年～2005年まで、MCSからDCSへの移行数(率)は47人(6.0%)であり、適応理由は胎児心拍の異常17人が最も多く、分娩遷延6人、出血6人、高血圧5人などである(文献④p18)。分娩時に必要な医療処置がある場合は医師が行い、薬剤が必要な産婦に対しては、医師との取り決め事項に沿って投与されている。DCSからの依頼で、骨盤位の妊婦の保健指導などをMCSで行ったりしている。DCSとの連携は、助産師にとって『心強い支え』になっている。

*DCSの医師側の助産師は保健の指導で来るので、何かあれば声をかけてもらったり、逆に医師の方から逆子体操とかということで、回ってくることもかもある。それで500人中128人、25%ぐらいが助産科を選ぶ。助産科で見ても逆子が治らないとか、移行基準があるので、医師側(DCS)に移らないといけない人は、だいたい月に3人ぐらいはいる。(インタビュー調査)

*妊婦の場合は、DCSとMCSを行ったり来たりすることがあります。切迫早産で治療を受けていても、その間はDCSで症状が改善し、本人が希望すればMCSに戻ることがあります。利用基準の範囲内になれば、どの週数でも受けます。(文献⑤p261)

* (会陰裂傷への対応について) 妊娠初期に妊婦全員に渡すパンフレットの中に以下のことを明記しています。助産科では会陰切開をしないこと。深い裂傷がある場合は医師に縫合してもらうこと。軽度の表皮の裂傷は経過観察し自然治癒を待つこと。これを助産科助産師がもう一度説明します。分娩時の裂傷に対しては、裂傷の深さについて産婦に説明します。裂傷1度であっても縫合を希望する場合は医師に依頼します。(後略)(薬はどのように使用しているか) 前早期破水時・GBS感染既往者は約束オーダーに沿って抗生剤を投与します。分娩異常時はDCSと同様、緊急時のオーダーに沿って対応します。DCSではルチーンで血管確保の輸液と産後の抗生剤、子宮収縮剤の内服がありますが助産科では使用しません。(文

献⑦p348-p349)

*このように、医師たちのバックアップをスムーズに受けることのできる体制が、私たちの心強い支えになっています。(文献⑥p263)

*正常異常を見極め、異常が予測される時には医師と相談し、適切な時期に連携をすることが重要だということも痛感しました。改めて、助産師の仕事の責任の重さと、重要性について感じている毎日です。(文献⑥p303)

DCSの内部プロセス⑩「自然分娩重視」では、①と重複するが、助産科を選択しない、もしくは適応基準内に入らなかった妊産婦に対しても、自然分娩を重視している。『お産の主役は妊産婦』という考えに基づき、妊産婦が希望する助産ケアの提供が行われている。

MCSの内部プロセス⑤「妊娠 22 週～24 週より助産科希望者は助産科でフォロー（2チーム担当制）」、⑥「希望により水中出産が可能」、⑦「質を下げないように分娩数を制限（月 20 件）」、⑧「助産科利用適用基準の活用」が達成できているということは、①と重複するが、学習と成長の視点において、⑪「助産院への研修」、⑫「産科医と助産師のリーダーシップ」、⑬「定期的なカンファレンスの実施」、が得られていることが確認できた。

また、DCSの内部プロセス⑨「妊娠 22 週より DCS 希望者と異常の認められる妊産婦のフォロー」、⑩「自然分娩重視」が達成できているということは、①と重複するが、学習と成長の視点において、⑫「産科医と助産師のリーダーシップ」、⑬「定期的なカンファレンスの実施」、が得られていることが確認できた。

学習と成長⑪「助産院の研修」では、①と重複するが、『病院のなかで助産院のようなアットホームなお産』を提供したいという思いから、MCSの助産師は助産院で研修を行っている。妊婦健診以外に、腰痛指導や母乳ケア、アロマオイルの使用、水中出産など、助産院で行われているようなケアが、病院内で妊産婦に提供されている。助産師としての技術を高めるこだわりから、妊婦健診で超音波は使用しない。助産院での研修により、助産ケアに必要な技術や判断力などを得ることができている。

*私たちは「病院の中で助産院のようなアットホームなお産」を提供したい想いで、院内助産院という言葉を使い始めました。この助産院という言葉の意味には、院内であっても担当した妊産婦には責任を持つ、という想い意味がこめられています。(文献④p154)

*専門職として自立するためには、妊娠分娩産褥の正常な経過を知り、観察力、判断力を養い、自然なお産をサポートする助産師の技を習得することが必要です。また、医療行為を行えない助産師は、それに代わる助産師の行える緊急時の対応も習得し、技を身につけておくことは必要不可欠だと思います。(文献⑥p303)

*エコーを助産師は扱わない。理由として自分達はできるだけ自分の感覚と母親の状態、そういうものから診ていくことを大事にしていこうということで、超音波は医師もそうだが、検査技師にお願いしている。連携しようということで使っていない。(インタビュー調査)

学習と成長⑫「産科医と助産師のリーダーシップ」では、①と重複するが、産科医師の『アットホームな手作りの医療』へのこだわりと、助産師の『女性の産む力を尊重した自然なお産を院内で』という思いが一致し、DCSとMCSの2つのシステムが作られている。妊産婦主体の分娩が病院内で行えるよう試行錯誤しながら、助産師自身がMCSの体制作りに積極的に関わっている。また、本システムが他施設にも取り入れられるようにと、学会や雑誌へ多数投稿するなど積極的に活動を行っている。

*自分の目の前にいる産婦さんに喜んでもらいたいという、小さな気持ちから始まった院内助産システム。手の届くところから少しずつ足場を固めてきたように思います。その中でとくに大切にしていることは、「病院のなかで助産所のようなアットホームなお産」ができる環境を整え、女性が自分らしく産むことを、同じ女性として、助産師として支えていく。助産師自身が自然に備わっている女性の力を信じること。自然から受ける恩恵を感じる。しかし限界があることも知っておく。女性がお産で感じた満足感や達成感を、自分の行き方の力

になるように、とくに子育て中を支える「お産の実家」のような存在になること。助産師1人ひとりが自分の役割を知って、1人ではできないことも、2人集まれば倍の力。チームワーク、などです。(文献③p68)

学習と成長⑬「定期的なカンファレンスの実施」では、①と重複するが、週に1回、産科医師、小児科医師、病棟スタッフ、助産科スタッフ、手術室スタッフも含めたカンファレンスを実施している。連携を密にする上で、他分野とDCSのスタッフとのカンファレンスを定期的に行う機会を大事にしている。

以上から、重要な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された。

<顧客の視点③医師の満足>

顧客の視点③「医師の満足」については、①、②と重複するが、MCS (Midwife care system) の内部プロセス⑤「妊娠 22 週～24 週より助産科希望者は助産科でフォロー (2 チーム担当制)」、⑥「希望により水中出産が可能」、⑦「質を下げないよう分娩数を制限 (月 20 件)」と、DCS (Doctors care system) の内部プロセス、⑨「妊娠 22 週よりDCS希望者と異常の認められる妊産婦のフォロー」、⑩「自然分娩重視」、という要因が実現していることによるものと考えた。

MCS の内部プロセス⑤「妊娠 22 週～24 週より助産科希望者は助産科でフォロー (2 チーム担当制)」では、①、②と重複するが、助産師は妊娠 22 週以降、助産科を希望する妊産婦を担当する。医師が助産科希望の有無を確認し、妊産婦が主体となって分娩を決定することができる。正常産を助産師に委ね、医師は異常産に集中して管理することで、産科医の過重労働が軽減できるだけでなく、妊産婦にとって良い助産ケアが提供されると考えている。

* どう産むかということを提供しようということでドクターコースと、それから助産師コース、二つを作って、選択されるのはあなた方妊産婦だということである。(中略)「70%は(助産師に)任す。30%は医師が集中する。そうすると集中力が途絶えないだろうと。100%見ようと思うと、過剰労働だし、集中力は落ちる。だから周産期死亡率はよくなるであろうということ(神戸新聞に)書いている。(インタビュー調査)

* 正常産を助産師に委ねることにより、産科医の過重労働を軽減できる。ひいては医師の産科離れに歯止めをかけられる可能性があると思う。尚、私たちが助産科を立ち上げた本来の目的は、「家族の絆を培うことができる、妊産婦の立場に立ったアメニティーの高い出産形式を提供すること」である。その結果として、現代の社会問題であるいじめ、虐待の防止や少子化対策の一助となり得る可能性があるれば幸いであり、産科医療の新しい一つの方向性であると考えている。(文献⑮)

* お産は寄り添いが一番大事。それには助産師の方が適している。ずっと寄り添っていたら異常はわかります。でも医師は外来や手術があるため、それができません。(文献⑩p18)

MCS の内部プロセス⑥「希望により水中出産が可能」では、①、②と重複するが、妊婦が希望したことをきっかけに、水中出産を行っている。水中出産開始当初、新生児肺出血が起こす事例があった。しかし、産婦人科医師は『希望する産婦のために』と、水中出産を継続する方向へ支援している。産科医師の理解のもと、妊産婦は出産方法の選択肢が得られている。

MCS の内部プロセス⑦「質を下げないよう分娩数を制限 (月 20 件)」では、①、②と重複するが、『アットホームな出産環境』を目指し、MCS では一人一人の妊産婦とお互いの顔がわかるように、分娩数を制限している。妊産婦が、産褥まで担当の助産師に見ても

raitaiという希望を医師も理解している。

医師はMCSとDCSの分娩状況について、分娩時間は初産婦においてMCSの方が長く(MCS約18時間、DCS約14時間)、会陰裂傷/側切開率はMCS54%、DCS91%、出生体重、臍帯ガス分析に差はない。体位はDCSではほとんど仰臥位(最近は側臥位が急増)だが、MCSは畳上約60%~約70%、水中出産約20%~約30%、側臥位約30%~40%であった。DCSと比較すると、MCSのほうが分娩時間は長いものの、出生体重、臍帯ガス分析に差はないと報告している(文献⑩p18)。MCSでは分娩数を制限することで、1人ひとりの分娩にじっくり時間をかけることができ、安心して快適な分娩を提供することができている。医師も『助産科は安全であり、自分で分娩方式を選択できるので、アメニティも高い』と評価している(文献⑩p18)。助産師との長い信頼関係から、医師の『患者の立場に立った医療を提供したい』という思いが実現している。

*患者の立場に立つ。消費者の立場に立った医療を提供したいということ、今度は産科に持っていっただけである。つまり妊産婦の立場に立った医療をやると。(中略)元々Iさんとか、その信頼関係があったからから、このシステムは可能であった。彼女たちのやるお産を見ていき、彼女達から自分達のお産に対する非難も聞き、その上でである。その中には、初めはいわゆる助産師外来から始めたから、助産師外来に來ている妊婦達は、外来で見てもらった助産師にお産をして欲しいという思いを持つ。医師もそうである。ずっと先生が見てくれて、最後までお産してというのと同じことである。そういうことが積み重なってきて、消費者のニーズも、間接的にわかってきた。もちろん彼女たちの技術とかを完全に信頼した上でのことである。(インタビュー調査)

また、MCSの内部プロセス⑤「妊娠22週~24週より助産科希望者は助産科でフォロー(2チーム担当制)」を実現しつづけるためには、①、②と重複するが、内部プロセス⑧「助産科利用適用基準の活用」が達成されていることが確認できた。医師は、MCSでの分娩実施にあたり、助産科利用基準を最も重視しており、助産師と医師との役割分担を明確にしている。それにより、『医師は異常産のエキスパート、助産師は正常産のエキスパート』を実現させている。

*総じて助産師分娩は、時間がかかるものの妊婦自身で分娩形式を選択できるほか、安全でアメニティも高いと言える。尚、助産科分娩実施にあたり、最も重要視していることは、助産師と医師の役割分担である。適応基準を遵守しており、この基準を崩したことは一切ない。私は「医師は異常産のエキスパート、助産師は正常産のエキスパート」と考えている。(文献⑬p3、⑮p2)

DCSの内部プロセス⑨「妊娠22週よりDCS希望者と異常の認められる妊産婦のフォロー」では、①、②と重複するが、MCSで管理中に異常がみられた際には、医師がバックアップする体制になっている。1995年~2005年までのMCSからDCSへの移行率は6.0%、分娩時帝王切開率はMCS1.6%、DCS25%である。MCSに正常経過を任せることで、病院全体の帝王切開率がかえって減少したと医師はインタビュー時に述べている。

正常と異常における医師と助産師の役割分担が明確にされており、それぞれの役割が十分に発揮できる環境にある。

*助産科ができる前は、管理主義で誘発やハイテクを使ったりするから、異常が出てくる。帝王切開率は20%以上下がらなかった。助産科ができて、病院全体で帝王切開率が17.8%に下がった。助産科から送る率は6%くらいである。6%は助産科で経過をみていて、最終的に医師管理になったパーセンテージである。(インタビュー調査)

* (帝王切開率は)当然のことかもしれないが初年度である1997年から比べると年々減少し、2005年度は0件であった。これに比例し、当院における帝王率もかつて20%以上であったものが、2005年度は14.8%に減少した。(文献⑬p2、⑮p2)

DCSの内部プロセス⑩「自然分娩重視」では、①、②と重複するが、MCSを選択しない、もしくは適応基準内に入らなかった妊産婦に対しても自然分娩を重視している。D

CSでは仰臥位分娩が主流であるが、最近では側臥位分娩も取り入れており、妊産婦の教育にも力を入れている。『お産の主役は妊産婦』という考えに基づき、妊産婦が希望する助産ケアの提供が行われている。

MCSの内部プロセス⑤「妊娠22週～24週より助産科希望者は助産科でフォロー（2チーム担当制）」、⑥「希望により水中出産が可能」、⑦「質を下げないように分娩数を制限（月20件）」、⑧「助産科利用適用基準の活用」が達成できているということは、①、②と重複するが、学習と成長の視点において、⑪「助産院への研修」、⑫「産科医と助産師のリーダーシップ」、⑬「定期的なカンファレンスの実施」、が得られていることが確認できた。

また、DCSの内部プロセス⑨「妊娠22週よりDCS希望者と異常の認められる妊産婦のフォロー」、⑩「自然分娩重視」が達成できているということは、①、②と重複するが、学習と成長の視点において、⑫「産科医と助産師のリーダーシップ」、⑬「定期的なカンファレンスの実施」、が得られていることが確認できた。

学習と成長⑪「助産院の研修」では、①、②と重複するが、助産師は『病院のなかで助産院のようなアットホームなお産』を提供するために助産院で研修を行っている。医師は助産師の技術を信頼しており、スキルアップしていく姿勢が大切だと考えている。

* もう一つは助産師達のスキルアップした技術、いわゆる修練である。助産師達の協力を得て一つの引っ張り役になれば、幸せである。一つの見本と思っているから、自分なりのがん治療が今度は産科医療に変わった。そのベースは一緒。だから幸せである。(インタビュー調査)

学習と成長⑫「産科医と助産師のリーダーシップ」では、①、②と重複するが、産科医師の『アットホームな手作りの医療』へのこだわりと、助産師の『女性の産む力を尊重した自然なお産を院内で』という思いが一致し、DCSとMCSの2つのシステムが作られている。特に医師は『お産は寄り添いが大事であり、それには助産師が適している（文献⑪p18）。』と述べている。『寄り添い』ができる分娩をするためには助産師の技術修練が必要であり、それが現在求められる助産師の役割だとも述べている（文献⑬p3、⑮p2）。またインタビューでは、医師と助産師、妊産婦と3つの結びつき、“共結”が大事だと強調している。管理分娩から自然分娩へと意識改革をした後は、自然分娩の利点と助産師の役割の重要性について病院組織内を始め学会、雑誌などに発言をしており、産科医療者の意識改革の必要性を述べている。

* 技術主義的にいくのではなしに、自然にいかなければいけないということである。(中略) お産は人間に残された最後の自然と思っている。バースセンターの試みは、新しいこととは違う。古くて、新しいものである。ずっと綿々と続いてきたお産の歴史である。それは何も医師不足なんて、意識して作ったものではない。(インタビュー調査)

* 医師と助産師と、それから妊産婦のコラボレーションという、すごく最近軽い言葉で言われるけれども、共結、共に結ぶという言葉があてはまる。三つが共に結び合うことによって成立する。自分は医師の意識改革は自分の命ある限り、できるだけやり続けていきたいと思っている。(インタビュー調査)

* 「陣痛あり。ファールいてよ、アゲハチョウ」。これは自分が作った俳句。陣痛が来た。そのときはファールでいいんだと。オプザベーションしていたらいい。観察していたらいいという句を作った。(中略) それができるのは医師より、助産師であるというのが自分の思いである。これも助産師に教えてもらったことである。昔はめったに待つことはなかった。あり得なかったから。自分みたいな極端な人間が変わっていけるんだから、十分変わっていき余地はある。(インタビュー調査)

* 私は以前より『つつましい医療と寄り添うケア、そして妊産婦さんと家族の努力と理解によって「私なりのお産」が達成できる』と考えている。助産科は、妊産婦さん達をできるだけ全体主義的な立場で対応したいという強い思いによる発想で誕生し、20年という長い年月を得て実現できたプロジェクトである。助産師魂がそれを可能にした。すなわち「寄り添い」

である。このスピリットを基本的使命として更なる技術的修練を培うことが、現在求められている助産師の役割であると考えている。(文献⑩p2)

学習と成長⑬「定期的なカンファレンスの実施」では、①、②と重複するが、週に1回、産科医師、小児科医師、病棟スタッフ、助産科スタッフ、手術室スタッフも含めたカンファレンスを実施している。分娩方針やケア内容の統一、情報交換、症例検討会などが定期的に行われている。

以上から、重要な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が明らかにされた。

<財務の視点④分娩件数の増加（産科 370 件、助産科 128 件）>

助産科が設置された 1997 年の分娩件数は 26 件であったが、2006 年には 128 件となり年々増加している。全体的に出生数は低下しているためか、総分娩件数自体は減少しているが、助産科は分娩件数が増加している。今年度より分娩料金を上げており、助産科の分娩件数が増加するとともに、今後財政の安定が得られると考える。

4 考察

本システムは、「医師は異常産のエキスパート、助産師は正常産のエキスパート」という理念のもと、医師と助産師がそれぞれの役割を最大限に引き出すのに効果的な仕組みとなっている。妊産婦が主役の産科医療を目指しており、医師管理のDCSと助産師管理のMCS、2つのシステムが存在することで、妊産婦が希望する分娩環境が提供されている。

本システムが成功した背景には、院内助産システムが妊産婦のニーズとしてあることを、産科医師と助産師が病院管理者にアピールし、分娩件数の増加やリピーターを増やすなど実績を少しずつ伸ばしてきたことで、病院管理者の納得が得られたことにある。院内助産システムがまだどの施設にも見られない時期に、先駆的に院内助産システムに着眼し、病院管理者の納得が得られたことは、産科医師と助産師の自然分娩に対する思いと、リーダーシップが発揮されたことが大きいと考える。更に妊娠期から産褥期まで、担当助産師にケアを希望する妊産婦のニーズを満たすために、チーム担当制を行い、分娩件数を制限しケアの質を下げないようにしている。そして、助産院で研修を行うことで正常産を管理できる能力を助産師が身につけていることが、システムを支える要因となっている。

本システムの今後の課題としては、助産師の教育体制であると考え。その理由として、MCSの助産師の選定は、経験年数に制限はなく希望による。インタビュー調査や文献調査（文献④p157）から、助産師がDCSからMCSの異動を躊躇する理由として、「(もっと勉強してからでない) まだ助産科(MCS)に行けない」「責任をもってできない」「拘束が多い」などの理由が挙げられていた。DCSとMCSの2つのシステムがあることは、助産師にとっても自分の希望に合わせて勤務ができる利点がある。しかし、今回の調査ではDCSとMCSの教育体制がどのようになっているのかは明確にならなかった。MCSの助産師は7名でオンコール体制であり、1名欠けても残されたスタッフの負担は大きくなる。スタッフの負担を軽減するためにも、DCSと人事交流がしやすいよう、MCSだけでなくDCSの助産師も助産院で研修する機会を与えるなど、教育体制の整備が望まれる。一方でDCSとMCSの教育内容の統一が図れない理由として、MCSがシステムとして看護部から独立している点が考えられる。MCSが看護部から独立する利点は、フレックス体制が取れ、分娩時のオンコールに備えられる勤務体制が取れることであるが、独立することでMCSの教育体制が独自のものになっていると思われる。

本システムについては、学会や雑誌等の発表を通して関心をもつ助産師が増加し、以前は見られなかった新人助産師の就職も見られているとのことであった。他施設からの見学も多く、2007年4月からは佐野式バースセンターを予定しており、本システムがモデル事

業として果たす役割は大きい。他施設でも有効に活用されるためにも、2つのシステムを助産師の育成の場として、どのように発展させていくかを検討することが、今後の課題であると考ええる。

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収益が安定していることが明らかになった。

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、このシステムの特徴と言える「MCS」と「DCS」の2つのシステムが機能していることが考えられた。具体的には、「MCS」では「妊娠22週～24週より助産科希望者は助産科でフォロー（2チーム担当制）」「希望により水中出産が可能」「質を下げないよう分娩数を制限（月20件）」、「DCS」では「妊娠22週よりDCS希望者と異常の認められる妊産婦のフォロー」「自然分娩重視」が十分機能していた。

更に、「妊娠22週～24週より助産科希望者は助産科でフォロー（2チーム担当制）」が機能しているのは、「助産科利用適応基準の活用」が機能しているものと考えられた。

財務の視点で、収益の安定の成果が得られているのは、「MCS」（妊娠22週～24週より助産科希望者は助産科でフォロー（2チーム担当制）、希望により水中出産が可能、質を下げないよう分娩数を制限（月20件））と「DCS」（妊娠22週よりDCS希望者と異常の認められる妊婦のフォロー、自然分娩重視）が機能しているものと考えられた。

内部プロセス「MCS」がうまく機能するためには、学習と成長の視点において「助産院への研修」「産科医と助産師のリーダーシップ」「定期的なカンファレンス」が大きいと考えられた。また内部プロセス「DCS」がうまく機能するためには、学習と成長の視点において「産科医と助産師のリーダーシップ」「定期的なカンファレンス」が大きいと考えられた。

つまり、医療法人薫風会佐野病院では、MCSとDCSの2つのシステムで、自然分娩を重視した安心で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になった。

医師と助産師がそれぞれの役割を最大限発揮できる本システムは、助産師を活用するシステムとして先駆的であると言える。2007年4月より佐野式パースセンターを予定しており、他施設からの見学・研修も多い。しかしながら、MCSが1つのシステムとして看護部から独立しているため、人事交流がなく、院内の人材育成の点で問題があると考えられた。今後このシステムがさらに発展していくためには、どのように人材育成できるかが重要なポイントである。

2) 政策提言

(1) 助産師活用施設の見学および情報収集への予算措置

院内助産システム、パースセンター立ち上げにおいて重要なのは、医師だけでなく看護者の理解と意識改革が必要であると考ええる。当病院の産科医師も、意識改革のために本システムについて講演や雑誌に投稿など行っていた。助産師に正常産を委ねることを懸念する医師や、不安をもつ助産師、看護師との勤務・教育体制などのバランスを考える看護管理者も多く存在すると考える。実際にそのような医療者に対し、見学を実施することで助産師外来から開設に至る事例が見られている。また本施設では、DCSとMCSの役割分担を明確にするために、助産科適応基準を厳密に活用していた。正常産を助産師に委ねることで医師は異常産に集中できると述べており、役割分担の明確化は医師の負担軽減になっていた。これは産科医療における人材不足解消を考える上で重要な取り組みであると考ええる。今後、助産師外来開設を目指す施設に対し、既存の適応基準を収集・提供するこ

とは有益であると考え。助産師活用推進に向け、まずは医療者の意識改革のための助産師活用施設の見学および情報収集のための予算措置を講ずる必要があると考える。

(2) バースセンター開設のための予算措置

本施設は、全国的に数少ない院内助産システムとして他施設から多くの見学が来ている。2007年から佐野式バースセンターを予定しており、他施設への波及性は大きいと考える。また、MCSを担当する助産師は助産院での研修が必須であった。現行の助産師教育では、妊産婦の希望する助産ケアを提供するには限界があり、助産師自身、病院勤務のみでは正常産の診断・技術を行うことに不安を抱えていると思われる。今後助産師活用場としてバースセンター開設の推進に向け、病院設備や助産師教育のための予算措置を講ずる必要があると考える。

(3) 妊産婦・家族の啓蒙のための予算措置

本施設では、DCS管理の妊産婦と家族に、医師が分娩は100%安全ではないということを理解してもらうために、本人と家族へ分娩監視装置の読み方について説明会を実施していた。妊産婦とその家族の分娩への関わりを支援するための情報提供をする必要があると考える。

6 文献

- ①石村朱美、高橋八重子、病院内助産院の水中出産 60 件の取り組み、助産婦雑誌、55 巻 7 号、2001 年 7 月
- ②高橋八重子、石村朱美、田頭陽子、有岡美子、看護部から独立した病院内助産院システム「助産師分娩科」の誕生まで、助産雑誌、58 巻 1 号、2004 年 1 月
- ③石村朱美、高橋八重子、新しい病院出産 病院内助産院“助産科”はこうして生まれた 第 1 回私たちの夢の実現に向けて、助産雑誌、60 巻 1 号、2006 年 1 月
- ④石村朱美、高橋八重子、新しい病院出産 病院内助産院“助産科”はこうして生まれた 第 2 回病院内助産院開設の実際、助産雑誌、60 巻 2 号、2006 年 2 月
- ⑤石村朱美、高橋八重子、新しい病院出産 病院内助産院“助産科”はこうして生まれた 第 3 回病院内助産システムの実際—助産外来編、助産雑誌、60 巻 3 号、2006 年 3 月
- ⑥石村朱美、茂岡絵里、満足で安全なお産「病院内助産院」を目指そう「助産所モデル」の助産システムの現在② 佐野病院助産科、助産雑誌、60 巻 4 号、2006 年 4 月
- ⑦石村朱美、高橋八重子、新しい病院出産 病院内助産院“助産科”はこうして生まれた 第 4 回病院内助産院システムの実際—分娩介助編、助産雑誌、60 巻 4 号、2006 年 4 月
- ⑧石村朱美、高橋八重子、新しい病院出産 病院内助産院“助産科”はこうして生まれた 第 5 回フリースタイル出産との出会い、助産雑誌、60 巻 5 号、2006 年 5 月
- ⑨三浦徹、医学第 170 回『助産師分娩科』誕生—その着想から実現まで—、神戸市医師会報、516 号、2003 年 12 月
- ⑩有岡美子、母性看護千葉シンポジウム 病院内で自然なお産を可能にする病院内助産院システム、臨時増刊号、2006 年 3 月
- ⑪病院内助産所—妊産婦が主役の産科医療を目指して、日本医事新報、4306 号、2006 年 11 月
- ⑫三浦徹、日本で初めて試みた「助産師分娩科」誕生にかけた思い、インタビュー調査時入手資料
- ⑬三浦徹、産科医療の新しい方向性・助産科—その誕生の背景と実際そして展望—、インタビュー調査時入手資料
- ⑭三浦徹、助産科の誕生と展望、インタビュー調査時入手資料
- ⑮三浦徹、助産師の役割、インタビュー調査時入手資料
- ⑯佐野病院助産科、妊産婦の心理とケア 病院内助産システム助産科の実際、インタビュー調査時入手資料