



**岡村** 皆様、こんにちは。このフォーラムの司会者の一人でございます、研究代表者の岡村でございます。今日は本当に天気が素晴らしくて、皆さんどこかに行く予定もたくさんあったかと思うのですけれども、このように多くの方にお集まりいただきまして本当にありがとうございました。ただいまより「地域とチームでお産をまもる」というテーマでフォーラムを開催いたします。

プログラムに沿って始めますけれども、始める前に一つお話しておきたいのは、今日皆さんのお話が終わりました後に討論の場を設けるつもりでございます。質問用紙がございますので、そこにどなたへのどういう質問かを書いていただいて、それを司会のほうから演者の先生方に質問するというかたちをとらせていただきたいと思います。今日は私と、東北大学の保健学科の教授でいらっしゃいます佐藤喜根子先生と二人で司会をさせていただきます。

今日は厚生労働省母子保健課の泉陽子先生が来ていらっしゃいますのでご挨拶をしていただきまして、それから始めたいと思います。一言付け加えますが、泉先生は昭和 63 年、東北大学の医学部の卒業でいらっしゃいます。では先生、お願いします。

**泉** 高いところから失礼いたします。今ご紹介いただきました、厚生労働省の母子保健課におります泉陽子と申します。

このプログラムの主催として成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業という長い事業名がありますが、このお世話をしておりますのが厚生労働省の母子保健課でございまして、その関係で今日は伺わせていただいております。

日本の母子保健に関する指標は妊産婦の死亡率や乳児死亡率、どれをとっても世界最高の水準でございます。これは今日お集まりの皆様、シンポジウムご出席の先生方のご努力のたまもでございますけれども、一方で、周産期の現場での専門家の過剰な負担、飛び込み出産や健診未受診などの妊婦さんの行動、さらに児童虐待の問題など、さまざまな問題が起こっております。そういうことに対応するために、私どものほうでいろいろと努力をさせていただいているところです。

本日、このようなフォーラムが行われることは大変意義深いことだと思っております。私も勉強させていただきます。よろしく願いいたします。

**佐藤** それではただいまから、「地域とチームでお産をまもる」と題しまして市民フォーラムを開催させていただきます。

始めに代表の岡村先生より、今回のシンポジウムの主旨を含めましてご説明をお願いしたいと思います。

**岡村** 簡単に今日の市民フォーラムのねらいをお話しさせていただきます。キーワードを書きました。産科医不足、地域医療とネットワーク、それから IT、助産師・コメディカ

### 市民フォーラムのねらい

地域とチームでお産をまもる

2022年10月23日(土)  
15:00-16:00  
仙台市医師会館 5F研修室

**Key words**  
産科医不足  
地域医療とネットワーク  
IT  
助産師、メディカルズとのチーム医療

### 産科医800人不足 厚労省調査

### 分娩医の不足深刻

### 偏る医療

県内格差も「求むりハビリティ」救急医療

全国的病院と分娩取り扱い施設10,262に対する調査

厚労省が、産科医の不足状況を調査した。産科医は全国で約800人不足と推定された。また、分娩医の不足も深刻で、産科医が不足している地域では、分娩医の不足も深刻である。また、産科医が不足している地域では、分娩医の不足も深刻である。

### 産科医はどれだけ必要か？

◆ 根拠を持って示す。

日医総研ワーキングペーパー

医師の必要数に関するパイロット調査  
—仙台地域の産婦人科医調査結果より—

No. 222  
2010年9月7日

日医産科社会政策研究機構  
山口 達夫 出口 良子

厚生労働科学研究「産科医不足等次世代育成支援政策研究事業」助成による産科医養成システムの充実に伴った医療資源の高度化に関する研究（産科医養成・助産師育成）  
分科研究「産科医確保正はへの構築」による

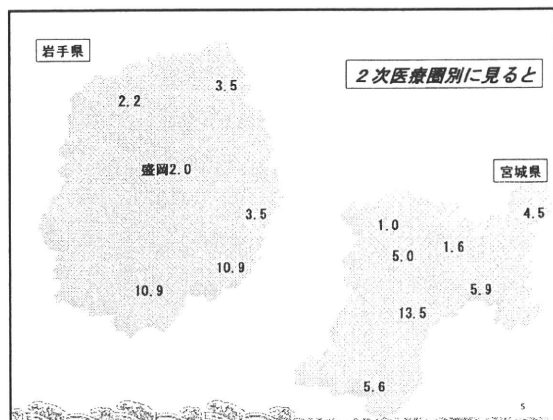
◆ 仙台市の病院勤務医をモデルとして、全国にあてはめると

◆ 産科医は

- 一日11時間勤務とすると2,712不足
- 一日10時間勤務とすると3,481不足
- 一日9時間勤務とすると4,421不足

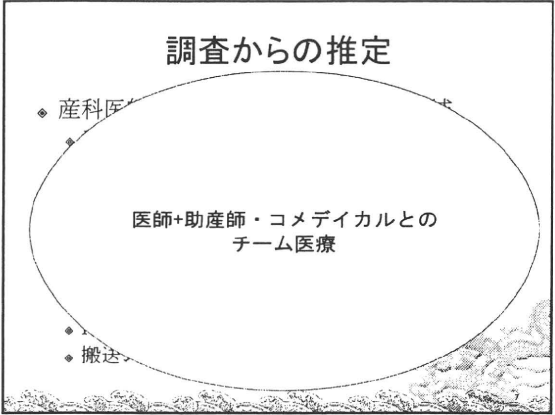
青森 -29  
岩手 -34  
宮城 -37  
秋田 -40  
山形 -42  
福島 -65

都道府県	産科医数	必要数	不足数
青森	11	40	-29
岩手	12	46	-34
宮城	13	50	-37
秋田	14	54	-40
山形	15	57	-42
福島	16	82	-65
茨城	17	83	-66
栃木	18	84	-66
群馬	19	85	-66
埼玉	20	86	-66
千葉	21	87	-66
東京	22	88	-66
神奈川	23	89	-66
新潟	24	90	-66
富山	25	91	-66
石川	26	92	-66
福井	27	93	-66
岐阜	28	94	-66
長野	29	95	-66
山梨	30	96	-66
長野	31	97	-66
長野	32	98	-66
長野	33	99	-66
長野	34	100	-66
合計	4,000	7,992	3,992



### 調査からの推定

- 産科医師数が絶対的に不足している地域
  - 産科医を増やす方策
  - 集約化
  - 安全を担保することを前提に院内助産システム
  - medical clerkなどの医師負担を軽減する。
- 分娩数からは医師数はそれほど不足していない地域 ⇨ 医療圏が広大である
  - 助産師外来
  - IT利用による遠隔医療
  - 搬送システムの向上



ルの方々のチーム医療がキーワードになっております。

皆様も新聞でご覧になったと思いますけれども、厚生労働省が医師不足について調査をいたしました。これは全国の病院と分娩取り扱い施設、1万262に対する調査でありますけれども、産婦人科医がどのくらい足りないかというような病院内での調査です。結論としては、産婦人科医が800人不足している。地域によって偏りがありますが、特に産婦人科ですけれども、分娩医の不足が深刻であるというようなことがありました。

この研究班も2年になりますが、産科医はどれだけ必要なのか、産科医が足りない、足りないと言っていますけれども、どれだけ必要なのかということがわからないことにはその後の施策も立てられない、それも、足りないという印象ではなく何か根拠を持って示す必要があるということでもあります。

この研究班の研究分担者の一人であります日本医師会の木下先生と江口先生お二人に、この分野での研究をしていただきました。それが日本医師会の研究所である日医総研のワーキングペーパーとして出たのです。医師向けの新聞がございまして、その中に日医総研でこれだけ足りないと出していることが載っております。厚労省の名前は一言もありませんでした。その結果、一日11時間勤務すると、日本全国の産婦人科が2,712人不足です。一日10時間勤務すると3,481人、9時間勤務だと4,421人、これくらい産科医が不足するという計算になりました。計算値の根拠は仙台市内の勤務医の先生方、今日は仙台赤十字病院や公済病院から先生方がいらしていますけれども、そのような先生方のタイムスタディをやりまして、その中から導き出した数字でございます。ちなみに東北地方を見ますと、青森では29、岩手は34、宮城37、秋田40、山形42、福島65ということで、各県すべて足りない。北海道が260、東京も104、大阪も164人。かなり少ない数字が出ております。

これを二次医療圏別に見て岩手県と宮城県を比較してみますと、青いのは足りている、赤いのが足りていない部分です。宮城県ですと仙台が13.5、県北のほうに行きますと4.5、栗原のほうでは1.0、大崎は5.0、石巻は5.9という数値が出ております。こういうものを調査から推定してみますと、一つが東京、大阪など、産科医師数が絶対的に不足している地域がございまして。これに対する対策としては、もちろん産科医を増やす方策が必要です。それ以外にやはりたくさんさんの病院は集約化していく必要があるだろうということがあります。それから、もう集約化した中でも産婦人科医が絶対的に足りないわけですから、それをサポートするようなかたちで、安全を担保することを前提に院内助産システムが必要だろうと思っています。そのようなことで、当分は何とか周産期医療を持ちこたえさせることが必要だと思っています。

そのほかに医師の負担を軽減するためには、診療報酬にも載っておりますが、メディカル・クラークのようなサポートをしていくことが必要だろうと思います。そういう地域がまず一つございまして。

それからもう一つは、先ほど宮城県北の話を出しましたが、統計上は分娩数から、

医師数はそれほど不足していないけれども、北海道の東側、釧路や岩手県のように医療圏が広大で、とても医療が成り立たない地域がございます。そういう地域はどういう手立てで周産期医療を維持していけるだろうかということを今後考えていかなければいけません。

その中で一つは、助産師外来を利用したセミオープンシステムというものが是非必要だと思います。そのほかにこの時代、ITを利用して、何とか医療レベルを維持するために遠隔医療をやっていかなければいけないだろうと思います。そしてもう一つ大事なことは、救急搬送、救急時にどうしたらいいかということが問題になっています。ですから今日は、搬送システムや周産期コーディネーターなどの話もこの部分にかかわってくるわけであり

ます。そういうことで、今日の一番のテーマは、医師と助産師プラス、コメディカルの方々がこのような状況の中でどのようなチーム医療をもって難局に向かっていくかということをご各センターの先生方から十分お聞きしまして、その後、皆さんからご意見をいただく形で進めてまいりたいと思います。私のほうからは以上ですので、どうぞよろしくお願い致します。

**佐藤** 岡村先生、ありがとうございます。本日の市民フォーラムの主旨が説明されたかと思えます。それでは早速、チームにとりまして実際的に障害となっておりますさまざまな問題、それから今後の方向性といったものについて、それぞれご発表いただくことにいたします。

先に進先生のほうからご発表をお願いいたします。進先生のご略歴を紹介させていただきます。発表を長くしていただきたい関係上、ご紹介はかなり省略させていただきます。進純郎先生は1974年、日本医科大学をご卒業されております。その後、総合保原中央病院（福島県）、日本医科大学に戻られ、講師、助教授、そして後に客員教授になっておられます。その間、1998年から日本赤十字社葛飾赤十字産院の院長を務めておられます。その後、2006年に葛飾赤十字産院をご退職された後、2009年、聖路加看護大学の臨床教授になられまして、2010年6月から聖路加産科クリニックの所長にご就任しておられます。ご専門の研究は周産期学、女性の排尿障害、特に尿失禁等を研究されておられまして、著書は『会陰正中三段切開縫合法』、『基本分娩介助学』、『分娩介助学』、『助産学必携』等、たくさんお持ちでございます。

現在は助産師に特化したお産の施設、聖路加産科クリニックを開院されておられまして、産科医不足の現状をかんがみ、助産師の力を最大限に発揮し、自然なお産と心の育児を全国に広めるというようなところで情報を発信し、ご活躍をされておられます。

それでは先生、よろしく願いいたします。

**進** 皆さん、こんにちは。本日は「院内助産における助産師と産科医の連携」という題でお話をさせていただきます。

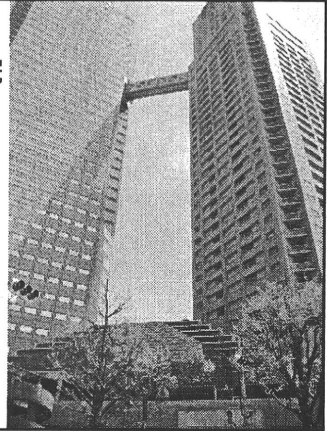
市民フォーラム  
 平成22年10月23日(土)  
 仙台市医師会館5F研修室 15:10-15:45

院内助産における助産師と産科医の連携

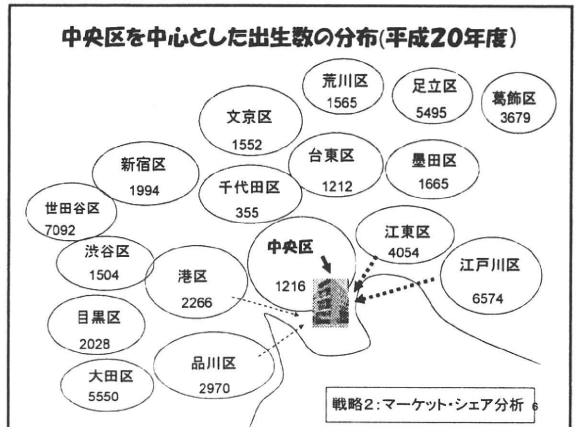
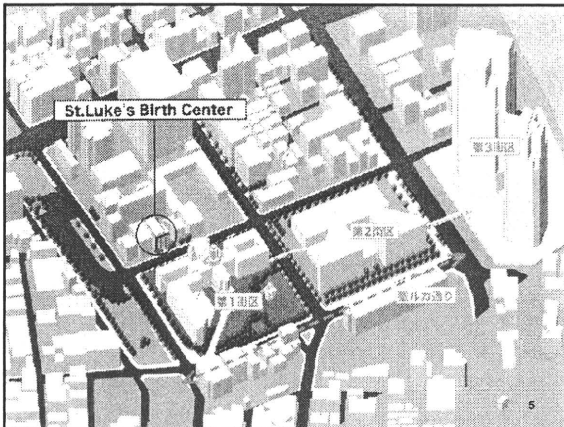
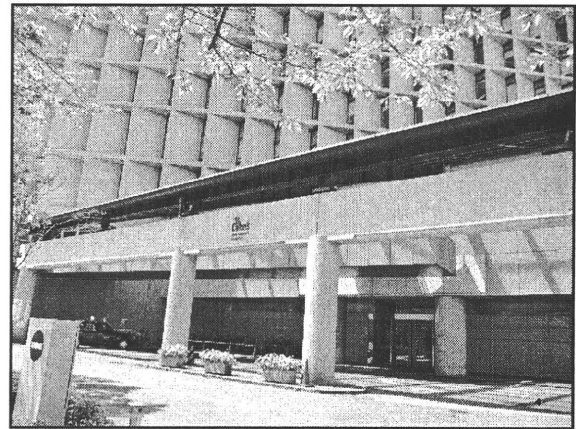


聖路加産科クリニック  
 進 純郎

聖路加国際病院



聖路加ガーデン



私が現在勤務している聖路加産科クリニックは、東京都中央区築地にある聖路加国際病院の向かいにあります。この施設が作られた経緯は、地域医療が関係しています。中央区は、昔は住人の少ない過疎地でした。昼間は働く人が沢山集まるのですが、夜になると人っ子一人いなくなってしまう寂しい所でした。しかし、最近は周辺にマンションがどんどん建ち始め、中央区の子どもの数が急増しました。現在、中央区の出産数は 1,216 名とスライドに書いてありますが、来年には 1,500 名を超すことが予想されます。どんどん子どもが増えているので、このまま放っておけないと、中央区よりお産の施設を新しく作りたいと聖路加国際病院に話があり、そこで共同でお産の施設を作ろうということになったのです。

中央区も聖路加国際病院も、私たちが目指しているのは産科医療施設ではなく助産施設だということを十分理解しないままどんどん話が進んでしまいました。私たちがそれに気がついた時、このまま助産施設として設立可能か少々心配になったのですが、私たちプロジェクト・チームの意見が通じ、今は 99%助産師の施設ということで稼働しています。

聖路加産科クリニックは助産師に特化した助産師主導の自然なお産の施設で、ベッド数は 19 床です。今年の 6 月 15 日に開院し、スタッフは 22 名。常勤産科医が 1 名、非常勤小児科医は 2 名です。2 名の小児科医は聖路加国際病院の医師で、毎日診察に来てくれます。

聖路加産科クリニックは敷地が狭かったため上に高い建物になってしまい、煙突のような縦長の施設です。1 階には受付、事務室、多目的ホールがあり、ここでエアロビクス等を行っています。2 階は助産師の外来診察室です。その他母乳相談室と NST 室があります。3 階、4 階、5 階、6 階が LDR と病室です。このうち 3 階と 5 階が和室で、4 階と 6 階が洋室になっています。最上階の 7 階はスタッフの施設と研修室、小ホールがあります。変わったところでは 3 階と 5 階に『祈りの部屋』があります。医学や科学の行き着く究極は祈りです。私たちスタッフは建築当初より祈りの部屋が欲しいと申し出て作ってもらいました。毎週 2 回、チャプレン（司祭）が入院している母と子、外来を訪れた妊婦さんやスタッフを集めて祈りを捧げてくれます。

スタッフ 22 名は 4 組に分かれてグループ診療を行っています。この施設の生みの親は、聖路加産科クリニックの副所長をしている聖路加看護大学の堀内成子教授です。堀内教授は、よいお産と日本の助産の向上のためには、どうしても助産師のための施設を作らなければならないと講演会などでは話していたのですが、実際に自分がお産の現場で働いている姿を見せなければ誰も信用してくれないだろうと考え、彼女は一念発起し、夏休みなどを利用して助産院での修行を数年繰り返して、ついに本気でこの事業を始めました。彼女に引っ張られて、私も気がついたら一緒に働く黒子になってしまっていたのです。

和室の LDR は産み綱などが用意されている畳の部屋です。洋室の LDR には産み綱はありません。ベッドは一般庶民が使っているもので、いわゆる医療用のベッドではありません。外来待合のリビングには、子どもの遊び場も用意してあります。



## 聖路加産科クリニック

助産師に特化した  
助産師主導の  
自然なお産の施設

(ベッド数: 19床)

2010年6月15日開院  
助産スタッフ 22名

産科医 1名(専属)  
小児科医 2名  
(聖路加国際病院より応援)



7

7階	スタッフ施設, 研修室, 小ホール		
6階	洋室LDR1	洋室4	
5階	和室LDR1	和室4	スタッフルーム 祈りの部屋
4階	洋室LDR1	洋室4	
3階	和室LDR1	和室4	スタッフルーム 祈りの部屋
2階	外来診察室5	母乳相談室2	NST室
1階	受付事務室	多目的ホール	厨房 スタッフ更衣室

8

## 聖路加産科クリニック スタッフ



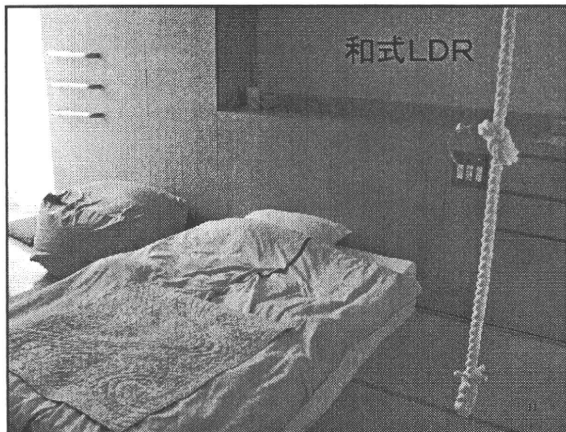
4組に分かれたグループ診療

9



聖路加産科クリニック  
生みの親  
堀内成子副所長  
聖路加看護大学教授

10



和式LDR

11



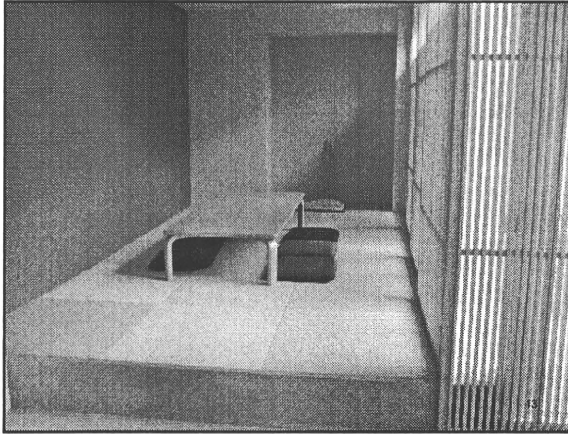
洋式LDR

外来のレイアウトは助産師の意向を中心に作られました。妊娠 16 週から妊婦健診受け入れを行っています。通常、助産師側からみると、この頃が一番安全で受け入れやすい週数なのでしょうが、経営者側の視点で見ると妊娠 16 週という遅い時期からの受け入れは非常に困る点があります。中央区では全ての産科施設は予約制です。ということは妊娠がわかった時点で早めにどこかの施設に予約をしておかないと、お産が出来なくなる危険があるという難しい地域なのです。通常、中央区民は妊娠 7～9 週ごろには必ずどこかの病院を予約されますので、妊娠 16 週からの受け入れ可能などと暢気なことを言っていると、妊婦は誰も来てくれません。現在、院内助産師と話し合いを続けていますが、1 対 22 では私に勝ち目はなく、相変わらず助産師からは早い妊娠週数からは診たくないと言われて苦慮しています。日野原重明理事長が年間分娩数 800 件とか 700 件を扱いたいとマスコミで述べてしまったため、分娩数確保のため悩ましいところです。

当クリニックは 2010 年 6 月 15 日に開院しました。これが現在の外来受診者数です。すでに分娩は 33 件を済ませています。少々すくないのですが、これはすでに他院に予約されていた方が予約をキャンセルしてまで来てくださった貴重な方々のお産です。

助産師外来ではローリスクとハイリスクの選別をしています。この選別方法は助産師が説明会を開き、当院のマニュアルに則って、この方はリスクが低いので大丈夫、この方はハイリスクなので無理だと振り分けて受け入れ対象を決めています。私はこの説明会には参加しておりませんが、今のところ大きな問題は発生していません。当院では日本産科婦人科学会や日本助産学会の資料をもとに、異論なきようにきちんとハイリスク、ローリスクを選別しています。問題のないローリスク妊娠は助産外来で健診し、LDR で助産師によるお産となります。問題が生じた際には、隣にある聖路加国際病院の女性総合診療科に連絡をとり搬送先を決めています。聖路加国際病院での受け入れが困難な場合には東京都ネットワークを中心に愛育病院、日赤医療センター、葛飾赤十字産院などに連絡することになっています。当院は 99%助産施設であるため医療の介入はほとんどしておりませんが、聖路加国際病院への連絡と搬送につくのは、なぜか医師でなければならないとの決まりが作られており、その点が一番疑問のところですが。助産施設と認めているのであれば、助産師からの連絡で受け入れてくれるのが理想なのですが。

聖路加産科クリニックの助産外来は「ケアつき助産外来」という特徴があります。通常の産科外来では、問題があれば「あなたはこういう問題がありますので、しょっぱいものは食べないように」「運動しましょう」「お食事に気をつけましょう」「日常生活に気をつけましょう」などと話しますが、当院では原因がわかった時点で、その場でケアを開始します。そのため 1 人の妊婦に対して最低 45 分、最高で 2 時間ぐらい健診に時間がかかります。何か問題があれば外来で治して帰そうというのがわれわれの方式です。問題はその場で解決していくことが大切です。助産師が実施可能な外来での処置ができる疾患は妊娠高血圧

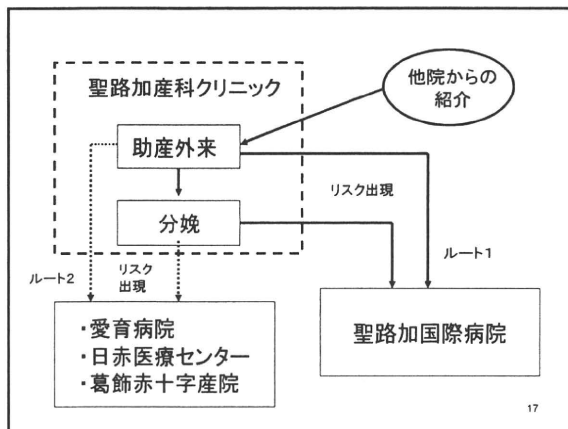


聖路加産科クリニック外来・分娩統計

外来受診者数		分娩者数	
5月	28		
6月 開院	79	6月	0
7月	116	7月	2
8月	161	8月	10
9月	170	9月	11
10月		10月	9

助産外来

# Low risk High risk の選別



# ケアつき 助産外来

その日に見つけた問題点は  
その場で解決する

症候群（PIH）と切迫早産です。この2つの疾患を抑えることができれば高次の施設への紹介率が大幅に軽減できます。PIH の症状が出た場合には、下肢のマッサージ、腰部の保温を行い、柿茶を勧めています。妊娠中は「冷え」が禁物です。妊婦の具合が悪くなる原因の多くに冷えが関係しています。切迫早産の方も、おなかを触ると冷えています。PIH の方もおなかを触ると冷えているのがわかります。このような妊婦はからだを温めて、血の巡りがよくなると途端に血圧もむくみもよくなるのです。血の巡りの悪い妊婦は血圧が上がってきます。温めて、血の巡りをよくすると血圧はスッと下がります。そのため温めることが大事であるということをご指導しています。

当院では助産外来で超音波検査を行っています。助産師はボディランゲージを通して妊婦をみるのが一番大切なのですが、当院では理事長の「助産師も医師と同じことができるようになることがレベルアップにつながる」という思想のもとに開設したので、助産師には胎児の推定体重、胎盤のグレード、付着部、羊水量など胎児 **well-being** に必要な事項は皆チェックできるようトレーニングしています。もちろん最終診断は医師が決定しています。

このスライドの写真は超音波検査をしているところですが、その後方にいる助産師がむくんだ足のマッサージを併せて行っているところです。超音波検査が終わる頃には足のむくみはほとんど消えています。

当院は助産施設ですので、いわゆる医療行為は行いません。そのため一番の問題は予定日超過です。妊娠 40 週 5 日には隣の聖路加国際病院に紹介する契約になっているため、それまでに自然な陣痛を起こさなければなりません。特に都心の妊婦の年齢は高齢化し当院でも平均 35 歳以上がほとんどで、35 歳以下に限ると当院でお産ができる方は 33 名中 3 人程度しかおりません。このようなバックグラウンドがあるので自然な陣痛誘発は大変です。一番効果的なのがニップル・スティミュレーション（乳頭刺激）です。これは東北大学の加藤先生の論文を参考にさせていただきました。その他、下肢の保温、階段の昇り降り、バランスボールでの腰の運動、四股ふみ、内診（用指鈍性頸管拡張術）、など。これをすべて行えばほとんど陣痛は発来します。もちろん陣痛促進薬は使いません。ニップル・スティミュレーションは通常母乳分泌促進のために行うものですが、当院では陣痛を起こすために実施するので、1 回 40 分間乳頭への刺激を続けます。

足浴も有効です。通常足浴といえばお湯の中に足を入れて温めるのですが、手間を省くために遠赤外線と岩塩の装置を用いて温めています。当院は予約制のため待ち時間はまったくないので、外来待合室に置いてある装置が結構よく使われています。

階段の昇り降りは、先ほどお話したように当院は 7 階建てのためとても実施しやすく、また効果的です。階段の昇り降りは、上から下に下りるときは体重の 2 倍の重量が足にかかります。60kg の人でしたら 120kg の重さがかかるということになりますので足に負担がかからないように注意が必要です。逆に下から上に上るときは一段上がるたびに大体 0.1kcal 消費できます。100 段上がれば 10kcal の消費です。大した消費にはなりませんが、

軽度血圧上昇, 下肢のむくみ, タンパク尿

1. 下肢の保温
2. 下肢のマッサージ
3. 腰部(腎臓部)の保温
4. 柿茶

19



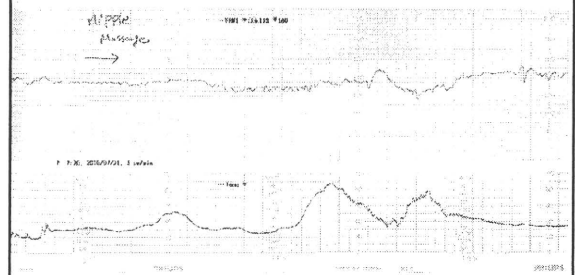
院内助産では陣痛促進薬は使いません

予定日超過が疑われる妊婦に対して

1. Nipple Stimulation(乳頭刺激)
2. 下肢保温(足浴など)
3. 階段の昇り降り
4. バランスボールでの腰の運動
5. 四股ふみ
6. 内診(鈍性頸管拡張+卵膜剥離)

21

Nipple stimulation



刺激1分後より子宮収縮を認める

22



階段の昇り降り

足浴

23



24

微妙に効果的なのです。階段の昇り降りは骨盤の可動性が増して、重力が胎児と頸管にかかるため陣痛発来に効果的です。

バランスボールでは座って、尻をぐりぐりして、その後で四股を踏んでもらいます。

このコースを行った上で、遠赤外線の樽に足を入れて下肢を温めた上で、ニップル・スティミュレーションを行います。このスライドの妊婦さんはこの日の夜にお産になりました。

次に日本助産師会で作成した妊娠中・分娩中等の母体搬送（または紹介）の項目と頻度を示します。妊娠中の異常には沢山の搬送項目があります。このうち、トップ4は切迫早産、予定日超過、骨盤位、前期破水です。当院では切迫早産で1名、骨盤位4名、妊娠高血圧症候群2名を高次の施設に紹介しています。開院当初は、骨盤位は妊娠30週で送るようにと聖路加国際病院女性総合診療科から指示されましたが、紹介妊婦の半数以上が紹介先で頭位になり経膈分娩されています。この結果を踏まえて、現在では妊娠34週まで待つて頂いております。

次は分娩中の管理ですが、当院では「待つお産」に徹しています。ただ待つだけのお産では[放任出産]になってしまいます。そこで、私たちは[aggressive strategic waiting(積極的戦略的待機)]と称する分娩対応を行っています。分娩経過を観察しながら待つ間に、分娩が正常に進むようさまざまなことを行うのです。

日本助産師会がまとめた分娩中に発生した異常の項目を見ると、微弱陣痛、前期破水、分娩遷延・分娩停止などが主な母体搬送項目として挙げられています。当院では今のところ、このような項目での母体搬送はありません。開院当初は、正期産前期破水は深夜の場合は朝6時に陣痛がないときには母体搬送とされており、早朝5時ごろから積極的にニップル・スティミュレーションなどを行わなければならないという困った状況にありましたが、その後の話し合いの結果、搬送は12時間～24時間後でよいことになり、ほっとしています。

産褥期の異常による母体搬送はありません。膣・会陰裂傷に対しては助産師が医師立会いの下で縫合しています。今から7年ほど前より聖路加看護大学助産学科では会陰裂傷縫合を授業の一環として取り入れていましたので、助産師たちは十分知識を得ており、さらに繰り返し練習を行ってきました。33名のうち6名は裂傷がなく縫合をしていません。27名は1度、2度の裂傷です。創部の腫脹、疼痛の訴えはなく、1ヶ月健診では傷は見えないほどに治癒していました。

新生児の異常は3名ありました。1名はダウン症候群でした。2例は低出生体重児で2,170gと2,140gと小さかったので、聖路加国際病院のNICUに送りました。2名とも

妊娠中の異常 n=494					当院
項目	件数	緊急	非緊急	どちらともいえない	
切迫早産	93	51	37	5	1
予定日の超過	72	2	70	0	
骨盤位	71	2	68	1	4
前期破水	59	22	34	3	
子宮内胎児発育遅延	56	3	50	3	2
母体感染症	45	0	45	0	
妊婦高血圧症候群	42	3	37	2	
母体合併症	32	2	30	0	
母体異常(その他)	31	5	26	0	
胎児心拍異常	28	8	16	4	
胎児異常	19	1	18	0	
過期産	14	0	14	0	
児頭骨盤不均衡(CPD)	13	0	13	0	
羊水過少	11	1	10	0	
前置胎盤	11	1	9	1	
常位胎盤早期剥離	10	10	0	0	
子宮内胎児死亡	7	1	6	0	
切迫流産	6	1	5	0	
その他	6	0	6	0	
母体発熱	3	0	2	1	
羊水過多	2	1	1	0	
回旋異常	2	0	2	0	
羊水混濁	1	0	1	0	
					25

# 待つお産

## Aggressive strategic waiting (積極的・戦略的待機)

26

分娩中の異常 n=310					当院
項目	件数	緊急	非緊急	どちらともいえない	
微弱陣痛	134	26	98	10	
前期破水	118	26	88	4	
分娩遅延・分娩停止	104	24	71	9	
胎児心拍異常	72	58	11	3	
羊水混濁	40	26	12	2	
回旋異常	34	17	17	0	
予定日の超過	21	2	19	0	
母体異常(その他)	20	8	12	0	
母体発熱	17	9	7	1	
産着胎盤	13	12	1	0	
早期産	8	1	7	0	
母体感染症	8	1	7	0	
児頭骨盤不均衡(CPD)	7	1	6	0	
妊婦高血圧症候群	5	5	0	0	
過期産	5	0	5	0	
羊水過少	4	3	1	0	
骨盤位	2	2	0	0	
胎児異常	2	2	0	0	
子宮内胎児死亡	2	1	1	0	
子宮内胎児発育遅延	2	0	1	1	
常位胎盤早期剥離	1	1	0	0	
前置胎盤	1	1	0	0	
					27

### 産褥期の異常 (複数回答)

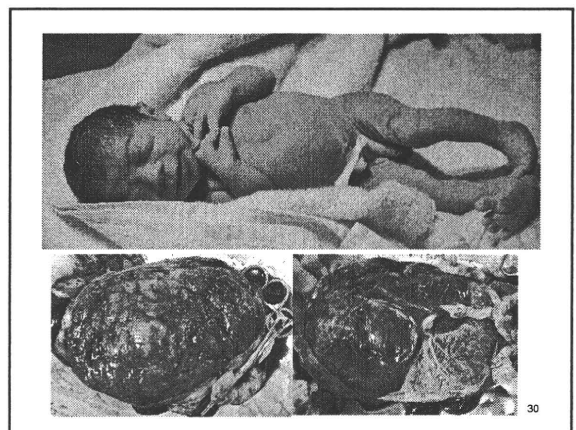
n=50

項目	件数	緊急	非緊急	どちらともいえない	当院
弛緩出血	31	24	7	0	
母体異常(その他)	13	10	3	0	
会陰・産道裂傷	8	5	3	0	
母体発熱	8	2	0	0	
胎盤の遺残	5	4	1	0	
外陰部の血腫	4	3	1	0	

● 聖路加産科クリニックでは会陰・産道裂傷縫合はすべて助産師が行っております。

28

新生児期の異常 n=168					当院
項目	件数	緊急	非緊急	どちらともいえない	
呼吸障害	52	38	11	3	
黄疸	47	12	34	1	
新生児の異常(その他)	28	14	13	1	
チアノーゼ	27	22	5	0	
低出生体重児	22	12	8	2	
外表奇形	16	3	10	3	
なんとなく元気がない	15	8	5	2	
児の発熱	11	3	5	3	
早産児	8	7	1	0	
新生児仮死	7	7	0	0	
児の下血	7	3	3	1	
心雑音	7	3	3	1	
児の嘔吐	6	4	1	1	
体重増加不良	6	3	2	1	
低体温	5	3	1	1	
心拍の異常	4	3	0	1	
巨大児	3	2	0	1	
嘔吐	3	1	2	0	
低血糖	2	1	0	1	
死産児	1	1	0	0	
腹部膨満	1	1	0	0	
洛穢現象	1	0	1	0	
					29



normal small の赤ちゃんで、予定日ちょっと前に生まれましたが NST、羊水量、血流波形に異常なく、母体に妊娠合併症もなかったため当院で出産となりました。これらの胎児 well-being 評価の検査は全て助産師が行い、私が診断するという方法をとっています。

さて、助産外来と院内助産システムの問題に言及しましょう。外来健診では医師によるポイント健診が 16、26、36 週にありますが、診察はすべて助産師が行い医師は立ち会うだけです。ただし、健診内容のデータ分析とその診断は医師が行います。もしも、異常所見が見つかった際には、医師が直接視診・触診・内診まで行い、必要時には超音波検査も自分で行って、結果のレビューを妊婦、助産師とともに話し合うことにしています。

当院で管理できない場合は他院に紹介となりますが、この場合は助産師と医師が話し合い、さらに妊婦本人も加えて結論を出します。当院は前述のように 99%助産施設ですが、他施設への連絡は医師である私が行っております。通常、助産院では助産師が連絡し、受けてもらえるのですが、当院では医師からの連絡でないと受けかねると言われ、私が連絡することになっています。まだ、助産師が本院から信頼されていないのかと思うと断腸の思いです。

もちろん分娩介助は助産師が行います。私は 1 例も LDR 内で立会いはしていませんが、まだ開院して間が無いので安全を期して LDR の外の廊下で待機しています。トラブルが発生した際にはコールを受け、対応します。主に出血時の対応で呼ばれます。

分娩時の母体搬送も医師が連絡してからでないと本院では受けられません。

現在、私たちは生理学を基にした助産学の習得と、診断能力、判断能力の醸成に努力しています。そして、「それらしい」代替医療や、「経験知」だけの助産は止め、生理学的に正しいかどうかを学び、産科医に信用されるような助産を築こうと考えています。例えば内診した場合でも、助産師と「今、頸管をぐりぐりやったので、そのうち頸管に集まった好中球たちがコラゲナーゼやエラスターゼを産生し、コラーゲンを分解します。サイトカインがヒアルウロニダーゼを誘導しヒアルウロン酸を分解すれば、あと 3 時間後には頸管は柔らかくなり開大を始めると思います」などと会話しています。よその産科医たちがこの会話を聞いたら「何て変なことを言っている助産師だ」と思うかも知れませんが、これは私たちは常に生理学を基にした助産学を実践し、経験知だけに頼らない助産をしたいと願っているためです。

医療の手が加わらないお産をしたときには、赤ちゃんの顔はどうなっているでしょうか。穏やかな、幸せそうな顔をしています。促進剤を使い、吸引・鉗子分娩をした赤ちゃんの顔とは全く違うのです。聖路加国際病院の産科病棟をお掃除してくれている職員が、当院のお掃除もしてくれています。その方と丁度日曜日に院内で会ってこんな会話をしました。「先生、一言教えてあげたいことがあるの。ここの赤ちゃんの顔は優しいよ。穏やかだよ。



## 助産外来

- 1) 医師のポイント健診には医師が立ち会う。直接診察はしない。
- 2) 健診は全て助産師が行い、データ解析と診断は医師が行う。
- 3) 他院への紹介は助産師と医師の話し合いのもとで決定。
- 4) 他院への連絡は医師が行う。

## 院内助産

- 1) 分娩介助は助産師が行う。医師の立会いはなし。
- 2) 会陰裂傷縫合は助産師が行う。
- 3) 出血時は医師にオンコール
- 4) 母体搬送は助産師と医師の相談の上決定
- 5) 搬送時は医師が連絡、医師が付き添う。

31

## 生理学を基にした助産学の習得

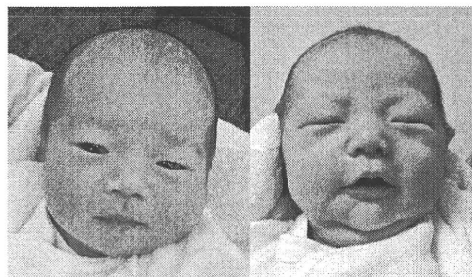
診断能力・判断能力の醸成

「それらしい」代替医療  
「経験知だけの」助産  
に頼らないこと

32



33



医療の介入がないと  
穏やかな顔の赤ちゃんが生まれます

34

## 院内助産システム成功の鍵

寄り添う (助産師)  
見守る (医師)

35

## ともに学ぶ

お産の安全性・快適性を追求する前に  
お産の自然性を語り合う

36

隣の本院の赤ちゃんの顔はすごく怖い顔をしているわよ。どうして、こんなに違っちゃうんだらう。」「そうか、たぶん、あっちはいろいろ医術を使っているからね。」「こっちの赤ちゃん、生まれるまでにすごく時間がかかっていること知っているわよ。なかなか生まれないわね。あっちの赤ちゃんはすぐ生まれてくるけど。でも、こっちのお母さんは全然疲れていない。あっちのお母さん、すぐに産んでるのに疲れちゃっている。何でこんなに違うのでしょうかね。」結構、観察眼のあるおばちゃんはこんなことを言います。たぶん、当院では余計なことをしないから母児にストレスがない、自然に産むと疲れしないのです。それが、働く職員の目にもわかるのだと知り、大変驚きました。

院内助産が成功する鍵は、助産師は勉強することも大切ですが、最終的には産む人にきちんと寄り添ってあげることができるかどうかでしょう。医師のほうは、それを見守る気持ちが無ければ成功しません。見守るにも奥の深い学問的蓄積が必要です。

さらに助産師、医師にとって必要なのは、お産の安全性や快適性ばかり追求する前に、お産の自然性について学ぶことです。80%のお産は自然分娩ができるのですから、その自然性を追求しなければお産は単なる医療下の出来事になってしまいます。そのため産科医と助産師がともに学べる場で、「自然はいいな」ということを語り合えば、助産の世界も変わってくると思います。

産科医にとっては、確かに助産師に任せるといえるのは大変な重圧です。「これで、いいのかな、大丈夫かな、心配だな」と不安が緩をなします。そのあたりの「せめぎあい、凌ぎあい」というのは私の心の中にも結構あります。でも、「手放して委ねてみる」という気持ちを持たなければ助産師は成長しません。

「待つ」というのはとても大変なことです。私は聖路加産科クリニックの医師控え室でお産の経過をじっと待っています。当院は電子カルテ化が進んでおり、全ての業務が電子カルテで行われています。しかし、助産師が産婦に寄り添っていると、分娩進行状況を電子カルテに記録するのはとても大変なのです。医師控え室でパソコンを開いて電子カルテを見てもお産の経過が全く記録されていません。お産の流れがどのようになっているか皆目わからないまま待たされることとなります。LDRの前の廊下までいってみるとパソコンは廊下にぽつんと置かれたまま、お産が終了するまで、というよりお産が終了してから数時間後までどのような経過であったか全くわからないのです。「委ねる」というのはとても精神的に大変なことです。委ねられた助産師は定期的にお産の流れを産科医に報告する機転の利いた気持ちをもつことが大切だと思います。これが産科医と助産師の連携の基本です。

最初の無着陸世界一周飛行を成し遂げたリンドバーグは「危険を冒すことなく成し遂げられることなど何もない」と述べています。私は過去3年間にわたり全国を行脚して助産

# 手放してみる ゆだねてみる

せめぎあい  
凌ぎあい

37

## 助産師の姿勢

危険を冒すことなく  
成し遂げられることなど何もない

リンドバーク

38

## 産科医の姿勢

怖がらなくてもいいよ  
私が大きな両手で  
君を支えてあげるから

Don't be afraid to fail.  
I've get big hands,they can catch you.

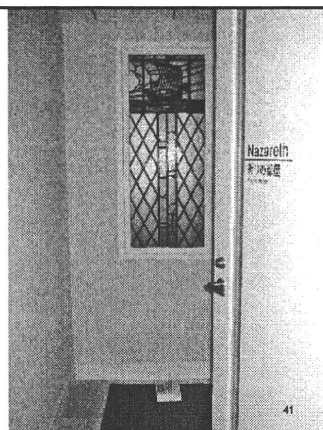
39

## 基礎力を養う

40

## 祈る

助産師は  
5手先、10手先を  
読んで  
祈りに入る



41

## 個人的感想

さまざまな問題点を考慮しても  
院外助産システムより  
院内助産システムのほうが  
高次医療機関からの縛りが少なく  
施設完結型の分娩が可能であり  
医師と助産師の協働ができれば  
安全・安心だけでなく  
自然性を追求でき  
妊産婦の満足に繋がると予想される。

42

	<p>産科スタッフのための <b>新生児学</b> 用生か心臓病本での分娩とケアの管理</p> 	<p>正常分娩の助産術 トランス・メソッドの助産学</p> 
<p>7月DVD発売 (株:高研)</p>	<p>7月25日 第2版出版 (メディカ出版)</p>	<p>8月1日出版 (医学書院)</p>
<p>マタニティ・ エクササイズ マニュアル</p> 	<p>助産外来の健診技術 助産師と産科医の連携</p> 	<p>10月15日出版 (医学書院) 43</p>
<p>10月初版 (全国保健センター 連合会)</p>	<p>10月15日出版 (医学書院) 43</p>	