

## クリニカルレクチャーシリーズ

## 6) 医師と助産師の役割分担

医療法人薫風会 佐野病院  
産婦人科リーダー  
三浦 徹

座長：日本医科大学武蔵小杉病院教授  
朝倉 啓文

## はじめに

現在、我が国の産科医療は危機的な状況にある。このまま放置すれば将来はない。産科医、助産師不足が主たる原因だ。その対応策として集約化、オープン、セミオープンシステム、院内助産所システムが考えられ実施されている。しかし、当院の助産科(いわゆる院内助産所)システムは決して産科医不足、助産師不足を意識したものではない。親子の絆を培う、妊産婦の立場に立った産科医療を提供したいという強い想いで20年前に着想し10年前より実施、現在に至っている。そこで当院の助産科誕生の背景、実際そして展望を紹介し、その中で医師と助産師の役割分担について考えてみる。

## 助産科誕生の背景

長い間がん治療に携わってきているが私の場合はまず、がん患者さんが「自分の疾患のスペシャリスト」になってもらうよう指導している。例えばがんの告知は当然、手術療法、化学療法について多くの選択肢を示し、理解したうえで決定している。だから手術承諾書は、「手術実施願い」となっている。要するに病名、手術々式、執刀医名を記入するのは患者さん自身なのだ。私が記述したものに単にサインを求めるといったことはしない。また化学療法についても同様である。なかでも特徴的なことは、患者さんを行うミーティングに薬剤メーカーが同席、メーカーが私に行う副作用の説明を患者さんは聴取し、改めて主治医から説明を受けるといった方法を取り、すべてを開示している。だからメニューについても当然、患者さんが薬品名、副作用を認知したうえでの実施である。以上のような治療が効を奏せず終末期に至ったケースについては、私なりに作成したリビング・ウィル「よく生きるためのメッセージ」を手渡し、どう生きるか、どう死ぬかを患者さん自身に記入してもらい、希望に沿った対応を行ってきている。また、平成7年より「おハゲの会(抗癌剤治療に伴う脱毛障害や私自身がスキンヘッドであるためのネーミング)」と称するがん患者さんの会を結成、定期的にミーティングを行っている。このように診断時から終末期まで患者さんのQOLを尊重し、患者さんを主役としたいわば、ヒューマンスティックさらには、ホリスティックな医療を目指し努力、実践してきた。

## Collaboration between Obstetricians &amp; Midwives

Toru MIURA

Sano Hospital, Kobe

**Key words :** In-hospital birth center · Maternity care · Collaboration of obstetricians with midwives · Midwifery · Natural childbirth

一方、産科医療、特に分娩管理について振り返ってみると安全性を追求するあまり、技術主義的な出産にこだわり続けてきたことに気づいた。約19年前のことである。時を同じくして開業を夢み、助産師本来の仕事がしたいという Midwife spirits に溢れたふたりの助産師と出会った。従来、婦人科がん治療の実施にあたっては常に患者さん主役の治療を実践していたので、彼女達が想う助産師本来の活動『妊産婦さん自身が責任をもってさまざまな選択をし、決定していきたい。また母子が自然に産む力、生まれる力を引き出してあげたい。さらに父親となる男性主体の分娩管理を行いたい』という想いに賛同、互いの強い想いが助産師主役の助産科を誕生させた。

### 助産科とは

1. 病院施設内で助産師が主となり外来、妊婦検診、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」の良さと、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. 当院では医師管理システム(Doctor care system=DCS)と、この助産科を妊産婦の希望選択制としている。
4. 妊婦検診は予約制でひとり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 ふたりが必ず立ち会う。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。

### 助産科の実際

妊産婦は22~24週までは医師の検診を受ける。この時点で当院の助産科利用基準(平成16年度 厚生労働省科学研究報告書 分担研究者 岡本喜代子 参照)に適合する low risk 妊婦で、助産科での分娩を希望する者を対象としている。妊娠分娩中に異常が発生すれば、DCS 管理とする。

現在は予約制で1カ月15例に制限している。総じて記述すると、分娩総件数922例(1997.4~2006.12.31)のうち、DCS 移行率6.8%(63例)、帝王切開率1.5%(14人)、会陰裂傷率 初産婦65%、経産婦47%、水中出産率26.7%(246例)、分娩平均所要時間:初産婦17時間22分、経産婦7時間1分、平均出血量約351gであった。個々については、DCS 移行症例(63例)中、最も多いのは胎児心拍異常であり、ついで分娩遷延、弛緩出血であった。必然的に帝王切開適応症例も胎児心拍異常が最も多かった。助産科の分娩件数は徐々に増加し2006年度は128例である。なお、帝王切開例は逆に年々減少し、2005年、2006年は0件であった。当院産婦人科の帝王切開率も過去には約24%であったものが2005年には14.8%に減少した。助産科では会陰切開は行わないが、最近では第1度会陰裂傷については褥婦の希望があれば縫合していない。

ここで助産科分娩と医師管理システム(DCS)の比較をしてみると図1の如くで、総じて助産科分娩は時間はかかるものの自分自身で分娩形式を選択できるほか、安全でアメニティーも高い。なお、助産科分娩実施にあたって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。前述した適応基準に則り実施しているが、この基準を崩したことは一切ない。

ここで具体的な一例を紹介すると、前回助産科で分娩した経産婦が午前4時に破水し、

- ①分娩時間は初産婦において助産科分娩のほうが長い  
(約18時間 VS 約14時間)
- ②特に初産婦で会陰裂傷／側切開率はDCSで圧倒的に高い(91% VS 54%)
- ③助産科分娩では当然のことながら帝王切開率は低い  
(25% VS 1.75%)
- ④出生体重・臍帯ガス分析に差はなし(PH7.32～7.37) 安全性に差はない
- ⑤分娩形式には大きな差がある  
DCSでは、ほとんどが分娩台で仰臥位分娩(最近は側臥位が急増)  
助産科では、60～70%が畳上 20～30%が水中分娩  
側臥位30～40%と自由分娩が可能 アメニティの高さ



助産師分娩は時間はかかるが、自分で分娩形式を選択し、安全でアメニティも高い

(図1) 助産科について  
～ Doctor Care System(DCS)との比較～

入院、36週6日で前期破水での入院であるので、助産科の適応でないためDCSで管理し、抗生剤を投薬する。同日、午後0時20分担当医診察、子宮口未開大、羊水混濁なし陣痛発生なし。産婦、夫、助産科、DCSの助産師に医師が説明し、今後の方針を相談。本日午後12時まではDCS、明日になれば37週に入るので助産科で管理する。ただ、破水後24時間以内に陣痛が発生すれば助産科での管理とするが、陣痛発生しない場合にはDCS管理となることを確認、産婦も夫も了解する。結果37週0日0時40分陣痛発生し、2,840gの男児を午前2時56分に出産した。産婦や家族の意思を尊重し、私達も理解したうえで方針を決定。同じ施設なので連携はスムーズである。助産科、DCSの助産師共にその場に立ち会うことで、自分達の責任の範囲でケアにあたることができた。このようにはっきりとその役割分担を行っている。

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であると考えている。

### 助産科の展望

助産科分娩は十分にチェックアップしたlow risk妊婦に限っているため、臍帯血ガス分析値からみても安全性に問題はないうえ、アメニティーも高い。また、妊産婦の立場に立った管理に徹することができるので、助産師のやりがいを高めることができる。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医離れに歯止めをかけられる可能性がある。なお、私達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れば幸いであり、産科医療の新しい一つの方式であると考えている。

ただ、最近はこの方式が産科医不足解消のためとマスコミ、行政サイドで取りざたされているがこれについて私はいささか違和感を覚えている。

### おわりに

助産科を立ち上げ今年で10年目、2006年12月31日現在922例の分娩を取り扱ってき

た。私は以前より『つつましい医療とやさしいケア、そして妊産婦さんとその家族の努力と理解により「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に立って対応したいという強い思いからの発想、誕生であり、現在に至るまで約19年間、長い年月を経て実現できたプロジェクトである。このようなことが実現できたのは医師と助産師の役割を明確にしたことが成功のkey pointであったと考えている。要するに正常産には助産師が、異常産には医師が対応する(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)といった役割分担である。このような体制を実施するには、何よりも正常産は助産師に委ねるという医師の意識改革が必要であるとともに、助産師のスキルアップが不可欠である。すなわち正常か異常かを判断できる修練を積んだ、しかも妊産婦に十分寄り添う資質(助産師魂)を培った人材を一日も早く養成しなければならない。これは国や行政の責務であるが、意識改革をした医師と、高い技術と助産師魂を持った助産師、そして自然に産む力、赤ちゃんの生まれる力を引き出すために努力する妊産婦のコラボレーションができれば、産科医療の今後に少しは光が射すのではないか。

これこそが現在求められている産科医療の方向性なのではないだろうか。終わりに養老孟司氏の「お産は人間に残された最後の自然」という言を添えさせていただく。

#### 謝辞

ここで、発表の機会を与えていただいた第59回日本産科婦人科学会学術集会長丸尾猛教授、並びに座長の労をお執り下さった朝倉啓文教授に心より御礼申し上げる。

#### 《参考文献》

1. 分担研究者 青野敏博. 助産所における安全で快適な妊娠・出産環境の確保に関する研究. 2003. 3月厚生労働省科学研究費補助金(こども家庭総合研究事業) 分担研究報告書助産所における安全で快適な妊娠・出産環境の確保に関する研究. 正常分娩急変時のガイドラインの作成(助産所)
2. 堂地 勉. 妊娠と肥満. 臨床栄養 1994; 178: 166—170
3. 日本産婦人科学会. 妊娠中毒症の軽症・重症判定基準. 日産婦誌 1985; 37: 7号(巻頭)
4. 分担研究者. 岡本喜代子「病院・診療所と助産所とのネットワーク推進及び院内助産所のあり方に関する研究」平成16年度 厚生労働省科学研究報告書