

大草レディースクリニック助産師長 田村一代氏によるセミナー

『医師と助産師の協働する助産外来』

若松美貴代

要旨 助産外来とは、外来において医師に依存することなく助産師が主体的に産科外来業務を行うことである。鹿児島大学医学部保健学科看護学専攻母性・小児看護学講座では、2010年8月29日、大草レディースクリニック助産師長の田村一代氏をお呼びし『院内における助産外来の歩み』と題してセミナーを開催させていただく機会が得られた。本稿ではその内容を報告する。

助産外来を成功させるためには医師とのコンセンサスのもと、医師、看護師との連携と役割分担が重要で、助産師のスキル、アセスメント能力、コミュニケーション能力も必要となってくる。助産師の自律のためにも自らがこれらに進んで挑戦していき、職業人としての知恵と技を研鑽していく姿勢と、社会のニーズに対応すべく今後またゆまぬ努力が必要である。

キーワード: 助産外来, 助産師, 役割分担, 連携, スキル

緒言

全国的な産科医不足問題は、社会的問題となった。その問題を解決する担い手として、医療行為ができる助産師がクローズアップされるようになり、厚生労働省の緊急医師確保対策に関する取り組み¹⁾で、院内助産所や、助産外来の設置が促進され、助産師は医療行政の中に位置づけられた。ケアの受け手である妊婦は、継続的で自然な分娩を求めるようになり、助産所や家庭内分娩を希望する妊婦も少しずつ増加してきた。施設内助産師も主体的で継続的に妊娠・分娩・産褥に関わりたいという思いから、助産外来を標榜する施設も増えてきた。しかし、一方で医師の管理下の妊婦健診や分娩を行ってきた施設内の助産師にとって、このような転機にとまどいを覚える助産師も少なくない。

今回、幸運にも鹿児島大学医学部保健学科看護学専攻母性・小児看護学講座では、2010年8月29日、大草レディースクリニック助産師長の田村一代氏をお呼びし、『院内における助産外来の歩み』と題して、医療関係者を対象に

セミナーを開催させていただく機会が得られた。セミナーでは、約20年かけて助産外来を立ち上げてこられたこれまでの経緯や、現在の助産外来の実際と卒後教育等について講演していただいた。本稿では、これから助産外来を立ち上げようとしている施設や、実際に助産外来を運営し施設で抱えている問題について、解決の糸口になるのではないかと期待し、その内容を報告する。

助産外来とは

助産外来とは、外来において医師に依存することなく、助産師が主体的に産科外来業務を行うことを称して使用されるようになった²⁾。また、遠藤俊子ら³⁾によると、妊婦・褥婦の健康診査並びに保健指導が助産師によって行われる外来をさしている。したがって、助産外来の目的・実際の業務内容は各施設によってさまざまな形があつて当然である。

図1は開院当初、図2は助産外来をスタートさせた頃の妊婦管理スケジュールを示す。図2にあるように最初

鹿児島大学医学部保健学科看護学専攻母性・小児看護学講座

連絡先: 若松美貴代

〒890-8544 鹿児島市桜ヶ丘8-35-1

Tel/Fax: 099-275-6792 E-mail: mikiwaka@health.nop.kaagoshima-u.ac.jp

に助産外来で妊婦に関する時期は、妊娠32～34週に設定した。この時期は乳房指導やバースプラン相談等の保健指導が必要であることと、妊婦自身もマイナートラブルの出現や、分娩を間近に控えて、様々な不安や疑問を抱きやすくなっていくことから、妊婦への助産外来の案内もスムーズにできる。これから助産外来をはじめた施設は、まずは保健指導や妊娠後期のバースプランの確認からなど、できるところからはじめると良い。

週数	定期健診	医師(1名)	助産師(2名)
6			
8			
10	2週毎	初期血液検査 頸部細胞診	《初期妊婦指導》 体重管理指導・母親学級案内など ※必要時、医師の健診後に保健指導
12			
14			
16			
18	4週毎	胎盤位置・胎児形態 チェック	
20			
22			
24			
26			
28	2週毎	中期血液検査 内診(早産チェック)	
30			
32			
34			
36	1週毎	NST・胎盤機能検査 内診	
38			
39			
40			

図1：開院当初の妊婦管理スケジュール（1991年）

週数	定期健診	医師	助産師
6			
8			
10	2週毎	初期血液検査 頸部細胞診	《初期妊婦指導》 体重管理指導・母親学級案内など ※必要時、医師の健診後に保健指導
12			
14			
16			
18	4週毎	胎盤位置・胎児形態 チェック	
20			
22			
24			
26			
28	2週毎	中期血液検査 内診(早産チェック)	
30			
32			
34			
36	1週毎	NST・胎盤機能検査 内診	
38			
39			
40			

図2：妊婦管理スケジュール（1998年2月～2000年2月）

助産師が超音波を行う意味と妊婦への伝えかた

医師や技師ではなく、助産師が妊婦健康診査（以後妊婦健診と記す）で超音波を行うことは、胎児の順調な発育を確認しながら、妊婦の自覚を高め、わが子への愛着を育てていくためにも、不可欠な要素であるといえる。医師には医師の、助産師には助産師としての超音波を行う意味があり、役割があるはずである。1999年日本母性衛生学会「助産師における継続的な妊婦健診」のアンケート調査⁴⁾では、約90%の妊婦が医師・助産師の両方の外来を希望していることから、妊婦はどちらも必要としていると言える。医師が行うのは、異常や疾患がないかの

検査・診察で、いわゆる、妊婦健診であるのに対し、助産師のそれは、妊婦の健康診査である。助産師が実際に超音波を使い、胎児心音を聞かせながら「赤ちゃん、順調ですよ。」の声かけは、妊婦へ安心感を与えるためにも、必要不可欠なことである。

当院での助産外来は超音波を実施する際、児頭大横径（以後 BPD と略す）・大腿骨長（以後 FL と略す）を計測する。計測値は多少の誤差はあるのが当然だが、妊婦やその家族は、児の身長や体重の値が前回受診時より大きくなっていなければ心配し、不安になる。そのため、助産師は計測値を残すが、妊婦やその家族に推定体重を数字では伝えないようにし、代わりに妊婦がお腹の中の赤ちゃんがイメージしやすいよう、週数にあったキューピー人形を使用している。また、赤ちゃんの様子を「ここが心臓ですよ。」「赤ちゃん、元気に動いていますね。」などリアルタイムで動いている赤ちゃんの姿を言葉で具体的に表現し、妊婦へ伝えている。超音波は妊婦とコミュニケーションをしながら解説してこそ意味がある。

当院における医師、看護師との役割分担と連携

現在の大草レディースクリニックの妊婦管理スケジュールを図3に示す。2000年3月以降、原則として、妊婦健診は医師が6～12週、18～20週、28～30週、36週を担当し、助産外来で14～16週、22～26週、30～34週、38週以降に担当し、月曜日から土曜日まで1週間に6日、妊婦健診全体の7割以上を助産外来で担当するようになった。各時期に応じて必要な保健指導や乳房指導、バースプラン相談等を行っている。

助産外来は予約制で、前日までに外来看護師がカルテへの検査データ添付、週数チェックを行い、準備する。健診当日、妊婦は来院後に母子手帳を受付に提出し、採尿を済ませ待合室で待つ。担当助産師は一人で妊婦を呼び入れ、妊婦健診と超音波検査、保健指導、母子手帳と

週数	定期健診	医師	助産師
6			
8			
10	2週毎	初期血液検査 頸部細胞診	《初期妊婦指導》 体重管理指導・母親学級案内など 妊婦健診(超音波検査含む) 保健指導
12			
14			
16			
18	4週毎	胎盤位置・胎児形態 チェック	妊婦健診(超音波検査含む) 《中期乳房指導》
20			
22			
24			
26			
28	2週毎	中期血液検査 内診(早産チェック)	妊婦健診(超音波検査含む) 《後期妊婦指導》・バース・プラン相談
30			
32			
34			
36	1週毎	NST・胎盤機能検査 内診	妊婦健診(超音波検査含む) 内診
38			
39			
40			

図3：妊婦管理スケジュール(2000年3月以降の助産外来)

カルテへの記録までを15分で行っている。「お腹がはる」, 「外陰部の搔痒感の訴え」, 「血圧の上昇」, その他妊婦からの訴えについては、話しをよく聞きアセスメントし、助産師が必要と判断した際に通常の妊婦健診の終了後、医師の診察へまわすというシステムを取っている。医師への相談基準は産婦人科診療ガイドライン（産科編2008）にのっとり、取り決められている。産科医・助産師が少ない中で、今後、産科診療所において診療の質が低下することなく分娩を扱うためには、医師、助産師、看護師の特性を生かしたより効率のよい業務分担と連携が不可欠である。

助産師の卒後教育当院における助産師の卒後研修の実際

当院における助産師の卒後研修スケジュールを表1、2に示す。助産師の業務内容をそれぞれがどこまで達成できたかの評価基準をA～Dで判断する。Aは自己で判断し実行できる（独り立ち）、Bは自己で判断したことを指導者に報告し実施できる、Cは指導者の判断のもとに実施できる、Dは指導者と共に学び行動することができるとした。表中に記した実線矢印(→)が示すのは、少なくともAの評価に達することを目標にする時期をさす。

新人教育には、新人1人に経験年数が直近の先輩をプリセプターとしてつけるプリセプター制と、研修指導については中堅をリーダーとして3チームの中で教育するチーム制を併用している。1年目の保健指導的なスケジュールは表1に示す「入院中の乳房管理・授乳指導」や「産褥体操・退院指導・調乳指導」で研修させ、分娩に関しては表2に示すように「内診」, 「ノンストレステスト（以後NSTと略す）判読」, 「自然分娩の経過と分娩進行の理解」を研修スケジュールの中に組み込み、独り立ち

表1：助産師研修スケジュール①（助産師外来・指導）

<評価基準>

- A：自己で判断し実行できる 独り立ち
- B：自己で判断したことを指導者に報告し、実施できる
- C：指導者の判断のもとに実施できる
- D：指導者と共に学び行動することができる

	項目	1年目	2年目	3年目	4年目以降
助産師 外来 指導	入院中の乳房管理・授乳指導	→			
	産褥体操・退院指導・調乳指導	→			
	母子健診（来院・電話）→			
	母親学級→			
	保健指導（病棟での退院指導等）→			
	乳房外来→			
研究	研究			→	
	妊婦健診		→	

表2：助産師研修スケジュール②（分娩）

	項目	1年目	2年目	3年目	4年目以降
正常分娩	内診	→			
	NST実施と判読	→			
	自然分娩の経過と進行の理解	→			
	人工破膜の判断→			
	児娩出前 Dr コール		→		
異常分娩	アクティブベース→			
	誘発管理→			
異常分娩	予定帝王切開の前処置・児受け→			
	緊急帝王切開の前処置・児受け	→		

できるよう実施させる。年に3～4回の新人の評価会を設け、目標の到達度や指導内容の確認、指導者の意見交換、次回の評価会までの目標設定などを行っている。急いであれもこれもと急かさず、ラダーは段階的に行い、ゆっくりと時間をかけてスタッフ全員で新人を育てている。

助産外来における妊婦健診の研修は2年目中頃からスターするが、超音波技術の習得のために助産外来や病棟で、妊婦への超音波実施を先輩助産師と部分的に少しずつ関わらせている。そうすることにより、助産外来で徐々に超音波が行えるようになっていく。

助産外来を成功させるために

助産外来を成功させるためには、医師とのコンセンサスが大切であり、はじめから全てを助産師でやろうとしないことである。また、若いスタッフだけで始めず、ベテランのスタッフも巻き込んで始めることも必要であろう。

技術習得のためのステップとして外来では、助産師は医師の診療介助でなく、助産師が妊婦健診を行う。腹囲、子宮底の計測、レオポルド触診、ドップラーでの胎児心音の聴取、浮腫の有無などの健診結果をきちんと記録に残し、カルテ、プレグノグラムは医師と共有するとよい。

超音波については、スキルアップに協力してくれそうな妊婦を見つけ、自施設で医師と超音波の勉強会を行う。最初から外来で超音波を実際の妊婦へ行うことは難しいため、まずは産婦の入院時に胎位、胎向の確認からはじめる。多くの妊婦を診ていくことで測定できるようになる。慣れるまではBPD、FLなどの測定を義務づけずにおく。分娩がなく病棟が落ち着いているときは、医師が実際に行っている超音波に付き積極的に学んでいくことも大切である。

助産師が主体的に働くために

助産技術の向上とやりがいは、妊娠・分娩・産褥期の継続したケアとトータルな実践から生まれる。助産師の自律のためにもモチベーションを下げずに維持していくためには、自らが進んでこれらに挑戦していくことが求められる。助産外来は、「自分たちが何のために始めるのか」と自問することを忘れずに、原点に戻って考えてみることも時には必要であろう。

おわりに

今回、田村氏のセミナーを通して、助産外来の広がりには自施設のことだけでなく、助産師が主体的に母子に関して自律するためには、卒後教育も含めてどんな助産師を育てたいか、今後の助産師に求められるもの、助産師教育はどうあるべきか、など助産師の質の問題にもつながってくるものが改めて理解できた。時代の要請と施設内助産師自ら、主体的・継続的に妊産褥婦に関わりたいという思いから、広がりつつある助産外来であるが、助産師の自律なくしては成り立たない。今後も助産師一人一人が、職業人としての知恵と技を研鑽していく姿勢とたゆまぬ努力が必要である。

《注釈》 産婦人科診療ガイドライン(産科編2008)：産婦人科診療ガイドライン(産科編2008)は日本産科婦人科学会と日本産婦人科医会の合同で作成されたものであり、治療する施設や地域に左右されないように作成されてい

る。2008年現在でコンセンサスが得られた適正な標準的産科診断・治療を示すことによって、1) いずれの産科医療施設においても適正な標準的医療が確保、2) 産科医療の安全性が向上、3) 人的ならびに経済的負担の軽減、4) 医療従事者・患者の相互理解の助長、などを期待することであり、現時点では患者に及ぼす利益が不利益を相当程度上回り、80%以上の地域で実施可能であると判断された検査法・治療法を Answer として推奨している。3年毎の見直し、改訂作業が予定されている。(産婦人科診療ガイドライン-産科編2008より抜粋)

引用文献

- 1) 厚生労働省「緊急医師確保対策」に関する取り組み：厚生労働省・総務省・文部科学省「地域医療に関する関係省庁連絡会議」
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bunkyo/isei/kinkyu/dl/01c.pdf>, 2011, 2, 10
- 2) 江角二三子：助産に外来とは. 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. 新春増刊, メディカ出版, 大阪, 2005, p8-15
- 3) 遠藤俊子：院内助産システムとは, 院内助産システムガイドブック (遠藤俊子編), 医歯薬出版, 東京, 2010, p23-29
- 4) 大井信子, 田村一代, 桧原美紀, 他：助産婦による継続的な妊婦健康診査. 日本母性衛生学会. 2001, 42(3), 292 (会)

The report of a seminar, “Jyosan-gairai where doctors and midwives cooperate” by the head of the midwifery at Ookusa Ladies’ Clinic

Mikiyo Wakamatsu

Department of Maternal and Child Health Nursing, School of Health Sciences,
Faculty of Medicine, Kagoshima University
8-35-1, Sakuragaoka, Kagoshima 890-8544, Japan

Abstract

“Jyosan-gairai” is a setting where midwives perform obstetrics practices in outpatient clinic with no dependence on doctors. This manuscript is a report on “How to manage josan-gairai, cooperating with doctors” held in August 2010 in Kagoshima by Ms. Kazuyo Tamura, the head of the midwifery at Ookusa Ladies’ Clinic who was invited by the Department of Maternal and Child Health Nursing, School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Kagoshima University.

What Ms. Tamura taught us was as follows.

1. To manage josan-gairai successfully, it is mandatory to build a consensus between midwives and doctors regarding the roles of each profession and cooperation with each other.
2. It is required for midwives to improve the midwifery assessment, midwifery skills and communication skills among professionals.

Further efforts in an attempt of establishing josan-gairai widely should be done not only for promoting the autonomy of midwifery but also meeting the expectations from pregnant women and society.

Key words: Jyosan-gairai, midwife, role, cooperation, skills