

## 【シンポジウム】

周産期医療における連携のあり方～助産・看護の視点から考える～

### 「一般病院における母体及び新生児搬送について」

千葉中央看護専門学校

大和田 達代

近年、少子化により分娩件数は減少しているが、晩婚化による高齢出産が増え、分娩管理が難しくなったと感じている。

B 病院では不妊症センターを有しており、高齢出産は増加、帝王切開率は 32%を超えている。無事に生まれて当たり前の時代と言われているが、周産期医療は時として緊急性の高いものがあり、母体及び新生児を短時間のうちに円滑に搬送することは我々の責務であると感じている。

私は C 病院から B 病院を合わせ約 36 年間働いてきたが、大半を産婦人科病棟で勤務してきた。今回、「周産期医療における連携のあり方～助産・看護の視点から考える～」においてシンポジストにと声をかけていただき、母体及び新生児を送る側の助産師の立場として意見を述べさせていただきたいと思う。

昭和 58 年から平成初期までは B 病院にも NICU に近い未熟児室があり、近隣の産婦人科医院から切迫流早産、常位胎盤早期剥離、分娩進行停止など母体搬送を受け入れていた。しかし、夜間の分娩には D 病院新生児科に連絡し、未熟児が生まれるタイミングを見計らって、迎えの要請を行った。これは分娩を管理している助産師の力量が問われ、とても難しかったことを覚えている。

B 病院の小児科医の勤務体制が変わり、未熟児室へ入院する児の要件が変わったため、切迫早産の受け入れを中止した。そして、B 病院の妊婦の切迫早産の患者も周産期センターへ母体搬送を行うことにし、現在に至っている。母体搬送は分娩後の母子分離がなく、児への愛着形成や育児技術を習得する上でとても重要であると感じている。

新生児搬送は、特にハイリスク症例になるが、出生後初めて異常がわかることもあり、搬送先の決定、両親への説明、転院までの時間が重要になる。

## 【シンポジウム】

### 周産期医療における連携のあり方～助産・看護の視点から考える～

#### 「周産期コーディネーターの現状とおもい」

東京女子医科大学八千代医療センター

周産期コーディネーター 工藤 博子

2011年から夜間の千葉県母体搬送コーディネートが始まり、現在5名の助産師・看護師が業務に従事している。夜間に行うコーディネート件数は、1年間で40～60件程度である。

勤務で工夫している点は、コーディネート中に新たな依頼を受けることもあるため、専用番号のPHSは着信用、院内の電話は送信用として分けて使用し、常に対応できるような体制で行っている。また、コーディネーターは1名で勤務しており、情報の共有のため申し送りノートを作成し、連絡事項を確認したり、対応に困った搬送事例を記入し意見交換を行っている。

私自身、千葉県地域周産期母子医療センター・産科病棟での勤務経験があり、母体搬送を受ける側の状況を少なからず理解することができる。また、産科クリニックでアルバイト経験もあり、実際に搬送に携わることはなかったが、妊産褥婦の緊急事態に少ないマンパワーで患者・家族を看ながら搬送の準備を行い、場合によっては救急車に同上する不安、緊張なども容易に想像がつく。

しかし、一番辛く不安に思っているのは、患者・家族自身であり迅速に対応しなければいけない状況に、いつも電話する手と声が震える。私の印象だが依頼が多い時は、県内のNICU満床であることが多く、母体搬送発生医療機関からなるべく近い高次医療機関への搬送ができるよう、優先順位を考えて対応している。転院後、自宅からもなるべく近い病院で、その後の生活が少しでも負担の少ないようにと考えるが、現実には厳しいことが多い。コーディネート中、搬送先の医師も常に患者の負担を考えていることを感じることも多い。

母体搬送依頼時は、患者・家族、送る側・受ける側のスタッフにとって緊急事態発生状況である。落ち着いた迅速な対応が求められていることを念頭におき、心ある対応ができるようコーディネーター一同、同じ気持ちで従事していきたい。

## 【シンポジウム】

周産期医療における連携のあり方～助産・看護の視点から考える～

### 「転院搬送（母体搬送）を受ける側」

千葉大学医学部附属病院

周産期母性科師長・助産師

鳥越 美洋

母体搬送受け入れは、母体や胎児の生命の危機にあり、質の高い医療の提供を行なうことが第一である。A 病院は総合周産期母子医療センターとして、昨年度 130 件の母体搬送を受け入れ、主な搬送目的は妊娠中が切迫早産・前期破水・妊娠高血圧症候群、分娩後は産後出血（胎盤遺残・弛緩出血など）であった。搬送時、速やかに受け入れ、適切な処置が行なえるように、帝王切開の「グレード分類」や速やかに輸血を開始し、救急部医師による全身管理や止血処置を行なう「コードむらさき」システムの構築を行なっている。どちらも周産期母性科の医師・助産師だけではなく、新生児科・手術部・麻酔科・救急部・輸血部・検査部などと連携して構築されたシステムである。

生命の危機を脱し、対象者を地域に戻る生活者として捉えると、家族や地域のサポートを受けながら子どもを育てていく環境が整えられているのかアセスメントすることが重要である。妊娠後期以降に搬送され、精神疾患や育児支援者不足などによりソーシャル・ワーカーやファミリーサポートチームの介入、地域保健師との連携が必要であった対象者は 12 件であった。その内医師の紹介状や検査データ以外に社会背景などの情報提供があったものは 1 件のみであった。周産期に関わる看護師や助産師は、妊娠期間を通して患者の言動だけではなく身なりや上の子の育児状況、家族との会話など様々な情報から社会的背景を知り、対象者に必要な支援を日々アセスメントしている。そこで、今後は医師の紹介状や検査データだけではなく、看護師・助産師が知り得た社会的情報も共有することで、搬送後の対象者理解がスムーズに行なえ、家族・地域への継続支援へとつなげることができると考える。専門職である看護師・助産師が「この人、怪しい！」と感じる第六感も是非共有させていただきたい。