

IX. 引用文献

- 片岡千雅子, 他: 妊娠・分娩・産褥期における婦人の気分・感情状態の経時的変化—POMS(Profile of Mood States)を用いた質問紙による把握—, 母性衛生, 2000;41(1):85-94
- 島田美恵子, 他: 産後1ヶ月間の母子の心配事と子育て支援のニーズに関する全国調査—初経産別, 職業の有無による検討—, 小児保健研究 2001;60(5):671-679
- 厚生省児童家庭局母子保健課: 子ども家庭総合研究推進事業. 21世紀の母子保健の推進について(健やか親子21). 社会福祉法人 恩賜財団母子愛育会, 2001
- 岐阜県中濃地域保健所: 中濃地域保健所母子保健計画;2002
- 服部祥子, 他: 乳幼児の心身発達と環境—大阪レポートと精神医学的視点—, 名古屋大学出版会 1991:206-208
- 参考文献
- 福島富士子: 妊娠, 出産に対する市町村支援策の変遷と今後の展開, 公衆衛生, 2003, 67(3): 197-201
- 猫田泰敏: 地域母子保健活動における助産婦と保健婦(士)の連携—日本看護協会の動き, 助産婦雑誌, 1997;51(11):961-965
- 岩室紳也: 地域保健におけるこれからの民間機関, NPOの役割, 公衆衛生, 2004, 68(1):27-30
- 伊藤博之: ペリネイタルケア 増刊 妊娠・育児期のこころのケア, 1994
- 山田和子: 産後の抑うつ状態と育児に関する研究—分娩入院中と産後3ヶ月の調査より, 2003
- 「周産期医学」編集委員会: 周産期医学—楽しくお産楽しく子育て 周産期医学から出産・育児を考える—, 東京医学社, 2002
- Penelope Hawe, 他: ヘルスプロモーションの評価 成果につながる5つのステップ, 医学書院, 2003
- 平野かよ子, 他: 事例から学ぶ保健活動の評価, 医学書院, 2001
- 安梅勅江: ヒューマンサービスにおけるグループインタビュー法 科学的根拠に基づく質的研究法の展開, 医師薬出版株式会社, 2001
- 野口美和子: ナースのための質的研究入門 研究方法から論文作成まで, 医学書院, 2000
- Diana M. Bailey: 保健・医療のための研究法入門—発想から発表まで—, 協同医学出版社, 2002

分担研究報告書

少子化社会における産婦人科医院・助産院の経営戦略

要 旨：本研究では、経営戦略論の観点からあらゆる組織経営の基本原則である差別化・細分化の概念を医療施設に対して適用し、分析を行ったものである。

まず、基礎知識として「医療施設の差別化・細分化戦略」と「医療施設選択の基本原則」について整理を行ったのち、「産婦人科医院・助産院における差別化・細分化の複合戦略」について、ヒューマニゼーションの促進という観点を重視しながら考察を行った。

以上より、本研究では施設経営者による「不満促進要因の解消」による「無個性化」から、満足促進要因による「個性化」への転換を求める提言を行い、「個別化」への成功事例としていくつかの施設を取り上げて事例分析を行った。これらによって医療施設サービスの受益者である女性たちの「また産みたい」という願望を導き出し、結果的に少子化を改善することにつながるものである。

1. 緒言

医療施設の経営とは、社会的使命を果たしながら、同時に、サービス業に従事するということである。しかも、人命を扱うという特徴ゆえに、あらゆるサービス業の中で、最もヒューマン・サービスの重要性を認識しなければならない仕事である。そして、「経営」(Management)とは、「人、物、お金、知識、情報、経験」という「経営資源」の価値を、効果的・効率的かつ最大限に引き出し、発揮させるということである。

したがって、医療施設の経営者は、「内部スタッフ」と「患者様=お客様」との双方に対して胸を開き、積極的にニーズを吸収・実

現しながら、スタッフや患者様・お客様としてご縁のある方々の価値を最大限に発揮していただくこと、つまり、「医院経営のヒューマニゼーション」を進めなければならない。

とりわけ、少子化社会においては、母となるべき女性たちから、「ぜひ産みたい」「また産みたい」と思っていただくこと、つまり、「出産への動機付け」が必要である。そのためには、「産婦人科医院・助産院のヒューマニゼーション」を進めることが、きわめて効果的であると言えよう。

そこで本稿では、まず基礎知識として、「医療施設の差別化・細分化戦略」と「医療施設選択の基本原則」について整理したのち、

「産婦人科医院・助産院における差別化・細分化の複合戦略」について、ヒューマニゼーションの促進という観点を重視しながら考察していきたい。

2. 医療施設の差別化・細分化戦略

産婦人科医院・助産院は、言うまでもなく、医療施設であると同時に経営組織でもあり、世のため人のために貢献する使命を負いながらも、適正な利益をあげるべく経営する必要がある。そこで、経営戦略論の観点からみて、あらゆる組織経営の基本原則である差別化・細分化の概念を、医療施設に応用してみると、次のようになるであろう。

(1) 医療施設の差別化戦略 (Differentiation Strategy)

飯田による定義： 医療施設の差別化とは、他の競合施設よりも価値があると認識してもらえるような様々な特異性を提供すると共に、その特異性を効果的に伝達することにより、通院距離や必要経費に関係なく自施設を選択していただく戦略である。

この定義のように、医療施設の間で適正な競争が生じることは、世の中の人々からみて、歓迎すべきことである。なぜなら、競争原理が働くことによって、各施設の経営者やスタッフが互いに切磋琢磨せざるを得なくなり、より優れた医療サービスを提供しようと努力するからである。

その際に、各施設の経営戦略として求められるのは、上記の定義にあるように、「独自性」と、その「効果的な伝達」という2つの要素である。そもそも独自性がなければアピールすることができず、たとえ独自性があるとしても、その独自性が周辺住民に的確に伝わっていかなければ、来院者を増やすことはできないためである。

なお、施設に独自性をもたらす差別化の様々な具体的手法については、のちに詳しく整理する。

(2) 医療施設の細分化戦略 (Segmentation Strategy)

飯田による定義： 医療施設の細分化とは、人々の医療ニーズの相違に着目し、何らかの尺度によって人々を「同じニーズを持つ人の集まり」(セグメント)に分割したのち、「自施設の特徴」「スタッフの能力」「他施設との競合状態」の3要素に応じて、自施設が医療対象とする人々を選択したうえで、それぞれのセグメントに対応した差別化を立案・実行する戦略である。

なお、上記のような概念で包括的に表現できる医療施設の細分化戦略には、さらに、次の3種類の下位戦略がある。

① フルライン戦略

全てのセグメント(全ての人々)を対象とし、あらゆるニーズに応えようと努力する。

したがって、大規模施設でなければ困難であるが、これに成功すれば、その地域のリーダー的な施設になることができる。

(本報告書中の「三宅医院」の成功事例を参照)

② マルチライン戦略

選択したいいくつかのセグメントのみを対象とするため、いかなる規模の施設にとっても採用でき、様々な戦略立案が可能である。多くの医療施設は、この戦略に基づいて、自施設にとって適切なターゲットとなる複数のセグメントの人々を対象に、「無理に手を広げないが、なるべく多くの人を引きつける」という状態を目指している。

(本報告書中の「葛飾赤十字産院」の成功事例を参照)

③ 集中戦略

自施設が目指す、ある特定のセグメントに絞って対象とする。したがって、特殊な医療理念・医療技術を売り物とするため、対象者数は限られるが、評判が広がれば、広範な地域から人々が集まってくる。「その対象者のニーズを満たすことについては、大規模施設よりも優れている」という状態を目指す戦略であり、いわゆる助産院の多くは、この戦略を採用している。

(本報告書中の「春日助産院」の成功事例を参照)

医療施設は、これらの差別化・細分化戦略を

複合的に駆使して、「自施設の特徴を最大限に生かすこと」「スタッフの能力を最大限に発揮させること」「他施設との競合状態を分析しながら勝ち抜くこと」という、3つの方法を実践することになる。したがって、たとえば、規模が大きければ良いというものではなく、小規模の施設であっても、「特定のセグメントに属する人々のニーズを満たすことにかけては、大規模施設にも負けない」という戦略を採用し、実践に努めれば良いのである。

3. 医療施設選択の基本原則

人々が医療施設を選択する基本原則は、次のような、「満足促進要因」と「不満促進要因」という2つの観点から考察することができる。

(1) 満足促進要因

それが満たされていなくても大きな不満感には結びつかないが、もしも満たされている場合には大きな満足感に結びつき、その施設を選択する重要な基準になるような要因・条件のこと。(「無くて当然、あればラッキー」という要因)

(2) 不満促進要因

それが満たされていても大きな満足感には結びつかないが、もしも満たされていない場合には大きな不満感に結びつき、その施設を選択しない重要な基準になるような要因・条件のこと。(「あって当然、無ければガッカリ」という要因)

		不 満 促 進 要 因	
		少 ない	多 い
満 足 促 進 要 因	多 い	選 び たい 施 設	判 断 に 迷 う 施 設 (個 性 的 す ぎ る)
	少 ない	判 断 材 料 の 無 い 施 設 (個 性 に 乏 し い)	選 び た く な い 施 設

ただし、「満足促進要因」「不満促進要因」の内容は、セグメントによって異なっているため、そのニーズによって、自施設が採用すべき差別化戦略の内容も異なってくる。「何もかも実践すれば良い」というのではなく、差別化戦略実践のためのコスト（経費・労力・時間など）を考慮しながら、コスト・パフォーマンス（要するコストと得られる効果との関係）の良好な要因から実践する必要がある。「経営」とは、「コストと効果とのバランスを最良に保つこと」であり、大量のコストをかければ良いというものではないし、コストが乏しければ成功しないというものでもないためである。

しかし、いずれにしても、上記の図において、「満足促進要因も不満促進要因も共に多いため、判断に迷う施設」と、「満足促進要因も不満促進要因も共に無いため、判断材料が無い施設」の2種類が、実際には、かなり多いようである。言い換えれば、「とても良いところもあるが、とても嫌なところもある」という施設と、「良い点も悪い点も見当たらない施設」の2種類が、医療施設の大半を占めているものと思われる。選ぶ人の価値観にもよるが、このような場合には、「無個性な施設」よりも、「良くも悪くも個性的な施設」の方が、人間の興味を引きつけるものである。

したがって、各施設の経営者は、「不満促進要因の解消」ばかりに力を入れて「無個性」な施設にしてしまうよりも、「致命的な不満促進要因は改善するが、むしろ不満促進要因は後回しにしてでも、まずは強力な満足促進要因となるような差別化を実現し、個性化をはかる」という戦略でのぞむべきであろう。その「個性化」を進めるにあたっては、次節で整理するような、様々な効果的手法があげられる。

したがって、各施設の経営者は、「不満促進要因の解消」ばかりに力を入れて「無個性」な施設にしてしまうよりも、「致命的な不満促進要因は改善するが、むしろ不満促進要因は後回しにしてでも、まずは強力な満足促進要因となるような差別化を実現し、個性化をはかる」という戦略でのぞむべきであろう。その「個性化」を進めるにあたっては、次節で整理するような、様々な効果的手法があげられる。

4. 産婦人科医院・助産院における差別化・細分化の複合戦略

産婦人科医院・助産院における差別化・細分化を、効果的な複合戦略としてとらえようとする時に重要なのは、上記のような、自施設が対象とするセグメントの「満足促進要因」「不満促進要因」の発見と対応である。その結果、各施設が「望ましい口コミ」を広げようとして健全な競争を繰り広げることが、それぞれの施設に健全な経営状態をもたらすと同時に、母となるべき女性たちの「ぜひ産みたい」「また産みたい」という心情を高揚させ、ひいては少子化問題の改善へとつながるのである。

そこで、飯田による観察調査の結果に、本報

告書に詳細が掲載されている各種施設や女性たちへの実態調査の成果を加えながら、「産婦人科医院・助産院における差別化・細分化の複合戦略」の様々な手法を、整理してみよう。

(1) 理念とイメージによる差別化

① 経営理念・医療理念の確立と差別化

* 「周産期医療を中心とした質の高い医療の展開・医療水準の向上を目指すとともに、クライアントの権利と意思決定を尊重し、温かな心に触れる医療・看護と安全で快適な施設の提供・健全な育児への支援を目指す」(本報告書中の「葛飾赤十字産院」の事例参照)

* 「患者様の信頼と感動」「健康としあわせづくりに限りなく奉仕する」

(本報告書中の「三宅医院」の事例参照)

② 経営理念を反映した施設イメージの演出・伝達

* 「メディカル・ディズニーランド構想」(本報告書中の「三宅医院」の事例参照)

(2) 物的側面による差別化

① 立地による差別化

* 交通の便が良く、しかも混雑感のない立地
* 陽当たりが良く、明るい立地

② 建物による差別化

A. 外部

* 広い駐車場
* 好感度の高い外観デザイン(本報告書中の

「三宅医院」の事例参照)

* センスの良いエントランス&外部環境

B. 内部(部屋レイアウト&内装デザイン&設備)

* 待合室
* 受付
* ナースステーション(ムードが丸見えになるので要注意)

* 診察室・検査室(会話が漏れないプライバシー保護)

* 陣痛室・分娩室(家族の長期付き添いも可能な部屋づくり)

* 新生児室

* 授乳室

* 託児室(上の子どもを預ける場所)

* 入院関係施設(リラックスできる清潔な病室、調度品)

* トイレ、バス、シャワー室

* 面談室・喫茶室(本報告書中の「三宅医院」の事例参照)

* 売店・自販機

* プレイルーム(小さなお子さんを遊ばせる場所)

* カラーセラピーへの配慮(部屋の壁・照明、スタッフの制服など)

③ 設備・機材による差別化

* 最新の設備・機材とその説明

* ミニ図書館の整備と貸し出し

* 運動器具・運動室の整備

④ 品質管理による差別化

- * ISO 9001の取得（本報告書中の「三宅医院」の事例参照）

（3）人的側面による差別化

① 人選（人格・能力・意欲・外見など）による差別化

- * 医師
- * 医師以外の直接的医療スタッフ（看護師・助産師）
- * 医師以外の間接的医療スタッフ（薬剤師・栄養師・調理師など）
- * 事務スタッフ（患者からみると医療スタッフの一員）
- * その他（清掃スタッフなど）

② 対応による差別化 ～ 相手の性格・欲求に応じた対応が必要

- * 服装・身だしなみ
- * 表情・言葉・口調・声量・動作（相手に応じた的確さ）

③ 人事管理による差別化

A. 人事制度

- * 公正な評価・実績主義、がんばる人が損をしない査定・給与システム（本報告書中の「三宅医院」の事例参照）
- * スタッフ間の「和」を乱す人物には、きちんと辞めていただけるシステム（スタッフ間の人間関係は、患者さんや妊婦さんに伝わる）

* スタッフの人数と技量に余裕がない状態では、上質なサービスの提供は困難（日々の業務が「流れ作業で手一杯」の状態にならないように）

* ミスやトラブルをオープンにして対処・改善できるムード&システム

* 看護師長に対して、「創造的な改善業務のために使える時間」を確保（看護師長が日常の流れ作業に追われているようでは、改善は不可能）

* セキュリティシステム（本報告書中の「三宅医院」の事例参照）

* 事業部独立採算制（本報告書中の「三宅医院」の事例参照）

B. 動機付けと能力向上システム

* 使命感の高揚（「あなたが当施設でこの仕事をしている理由」について、きちんと認識させる）

* 全ての仕事の価値を認識（「担当業務による価値の差など無い」という認識を、徹底させる）

* 全てのスタッフの価値を認識（「テクニカル」「コンセプチュアル」「ヒューマン」という3つのスキルの観点から指摘する）

* 他の施設の見学会

* 院内 HIS 研究会（本報告書中の「三宅医院」の事例参照）

* 接遇セミナー（本報告書中の「三宅医院」の事例参照）

* リーダーシップ養成講座（本報告書中の

「三宅医院」の事例参照)

- * モーニングカンファレンス(本報告書中の「三宅医院」の事例参照)
- * ランチョンミーティング(本報告書中の「三宅医院」の事例参照)
- * キャリアアップ委員会(本報告書中の「三宅医院」の事例参照)
- * 収益・原価の意識付け(本報告書中の「三宅医院」の事例参照)
- * 自己管理・自己責任の徹底(本報告書中の「三宅医院」の事例参照)

(4) 診療とサービスによる差別化

① 予約方法による差別化(ストレス要因の減少を)

- * 24 時間電話予約システム(本報告書中の「三宅医院」の事例参照)

② 来院方法による差別化

- * 巡回バス
- * 個別の送迎

③ 診療前(順番待ち)サービスによる差別化

A. 居心地の向上

- * 受付スタッフの的確で優しい対応(非常に重要)
- * 待ち時間短縮のためのカルテ整理・カルテ出しのシステム化
- * 施設内のあらゆる部分の清潔さ
- * 音楽・映像(ジャンルおよび音量に、センスが問われる)

- * 本・雑誌(ジャンルにセンスが問われるうえ、清潔さも重要)

- * 飲料水(水のみならず、紙コップなどにも清潔さが問われる)

- * プライバシーの保護(番号呼び出し制などの検討、直接に顔を向き合わないような配慮～座席の配置、樹木・インテリア・仕切り壁の配置など)

- * 入口のタイルが滑らないようにする工夫(本報告書中の「葛飾赤十字産院」の事例参照)

B. 待合室での情報提供

- * 医療関係の情報(例:「妊婦教室があることを知らなかった」という不満も)

- * スタッフ関係の情報(例:スタッフ紹介、学会出席情報、取得資格情報など)

④ 診療方法による差別化

- * 初診時の丁寧な対応(情報提供・説明・何でも聞けるムードづくり)

- * 妊娠中の胎児診断の適切さ(頻度および内容)

- * 往診・訪問看護(在宅診療)

⑤ 診療後(会計待ち)対応による差別化

- * プライバシーの保護(同上)

- * 診療内容の復習に寄与するような情報の提供

- * 「大変お待たせして、申し訳ありませんでした」の一言

⑥ 帰宅後対応による差別化

- * 電話による経過確認サービス
- * クレーム調査・アンケート調査（院内では正直に書けないことが多い）

⑦ 入院前サービスによる差別化

- * 産前教育の充実（初乳成分の重要性の説明など）
- * 薬剤師による指導（飲めない薬や副作用など）
- * 栄養師による指導（妊娠中毒症・体重管理・退院後の食事指導など）

⑧ 入院関係サービスによる差別化

- * 看護師の優しさと笑顔（非常に重要）
- * 食事（病気入院ではないので、楽しく過ごしたい）

～ ある程度豪華で、しかも母乳への効果を考えるものが人気。

～ 食事内容も、ある程度選べるのが理想。

～ 「腕が良く、若い女性の感覚が理解できる調理師」が重要。

- * 個室の充実（他の赤ちゃんの泣き声が気にならない）

～ 他の母親とは、沐浴指導・授乳指導の際などに交流できる。

- * 母子同室（コミュニケーション重視）か、別室（休養重視）かの選択

～ 「昼間はコミュニケーション、夜中だけ別室で休養」が人気。

- * 専門家を招いたマタニティピクス

- * マッサージ、リフレクソロジー、ネイルサービスなどできれば各部屋への出張）

～ 医療スタッフには言えない悩みを相談する相手として、心理的効果も大きい。

- * 飲料のルームサービス（電話すればコーヒーが届くなど）

- * 入院時を快適にすごせるためのショップ（下着、マタニティウェア、ベビー服、雑誌、ケーキ、おもちゃ、お花など）

- * 個室内での有線放送・ラジオ・テレビ・ビデオ・DVD（選択できる）

- * 面会時間の延長（父親が残業しても間に合うように）

- * 家族（数名）が一緒に寝泊りできる設備

- * 歯科検診

- * 「おび祝い」（本報告書中の「春日助産院」の事例参照）

- * マタニティアロマ講座（本報告書中の「春日助産院」の事例参照）

- * マタニティヨガ（本報告書中の「春日助産院」の事例参照）

- * マクロビオティックランチ（本報告書中の「春日助産院」の事例参照）

- * マタニティアクアピクス（本報告書中の「三宅医院」の事例参照）

- * お見舞いお祝いメール受付サービス（本報告書中の「葛飾赤十字産院」の事例参照）

- * ビュッフェ方式の食事（本報告書中の「葛飾赤十字産院」の事例参照）

- * 季節に合わせた院内イベント（本報告書中の「葛飾赤十字産院」の事例参照）

⑨ 分娩方法による差別化

- * 様々な方法・知識の親切的な説明
- * 各人の意志を尊重しながら相談（分娩方法・促進剤・切開などの方針を選べるのが人気）
～ フリースタイル出産（本報告書中の「葛飾赤十字産院」の事例参照）
- * ブリージングクラス（本報告書中の「春日助産院」の事例参照）
- * 検診の主治医の分娩参加（不可能な場合でも心配ないことを説明）
- * 陣痛時（陣痛室など）に放置しない（助産師などのスタッフが不安感・孤独感をケア）
～ 自分の部屋でそのまま出産できるシステムが人気。
- * 落ち着いた木製家具に囲まれた出産室（本報告書中の「三宅医院」の事例参照）

⑩ 新生児ケアによる差別化

- * 新生児への対応に関する母親への指導の充実（授乳など）
- * 新生児ケアシステムの確立、新生児科医の診察・往診
- * ベビーマッサージ教室（本報告書中の「春日助産院」「三宅医院」の事例参照）
- * 新生児特定集中治療室（本報告書中の「葛飾赤十字産院」の事例参照）
- * 未熟児室（本報告書中の「葛飾赤十字産院」の事例参照）
- * タッチケア教室（本報告書中の「葛飾赤十字産院」の事例参照）

* 母親がトイレの際にはスタッフが新生児を預かるシステム（本報告書中の「葛飾赤十字産院」の事例参照）

* 雰囲気の良い明るい霊安室（本報告書中の「葛飾赤十字産院」の事例参照）

⑪ 施設間連携による差別化

- * 個人病院・小規模産院の場合の、有力大規模病院との連携（相談・転院など）
- * 緊急時の母体・新生児の搬送システムの確立
～ 低酸素状態回避のため、出産前に新生児科医のいる病院への搬送。
～ 切開の判断のタイミングを逃さない対応（必要以上に敬遠しない）。
- * 新生児科医がいない場合の協力体制
- * 薬剤師がいない場合の協力体制
- * 施設間・医師間の情報交換と意志統一（「話が違う」という不満の防止）

⑫ 退院時サービスによる差別化

- * 食事会・お祝い膳（本報告書中の「三宅医院」の事例参照）
- * アルバム（超音波写真など含む）のプレゼント
- * ママと赤ちゃんのツーショット写真サービス（本報告書中の「葛飾赤十字産院」の事例参照）
- * 記念撮影用の看板を設置（本報告書中の「葛飾赤十字産院」の事例参照）
- * 退院支払い時にオリジナルグッズのサー

ビス（本報告書中の「葛飾赤十字産院」の事例参照）

* 退院時にシャンプー、メイク、ブローのサービス（本報告書中の「三宅医院」の事例参照）

⑬ 退院後サービスによる差別化

* 母乳ケア外来（本報告書中の「葛飾赤十字産院」の事例参照）

* 「俳句でつづる母と子のメッセージ」（本報告書中の「葛飾赤十字産院」の事例参照）

* 子育ての悩みに小児科医が答える「ひよこクラス」（本報告書中の「三宅医院」の事例参照）

* 0歳～3歳までの「どれみふぁ おんがくくらぶ」（本報告書中の「三宅医院」の事例参照）

⑭ 費用相談による差別化

* 地元の銀行・金融機関との提携

（5）情報提供による差別化

* お友達紹介サービス

→「にこにこくらぶ」（本報告書中の「葛飾赤十字産院」の事例参照）

* 夫婦一緒の学習機会の提供

→「ペアレンツクラブ」（本報告書中の「葛飾赤十字産院」の事例参照）

* 働いている女性も出席・参加しやすいシステム

* 食生活を学ぶお食事会（本報告書中の「春日助産院」の事例参照）

* マザリングクラス（本報告書中の「春日助産院」の事例参照）

* 多胎両親学級（本報告書中の「葛飾赤十字産院」の事例参照）

→「ふたご&みつごの会」（本報告書中の「葛飾赤十字産院」の事例参照）

* 助産婦外来（本報告書中の「葛飾赤十字産院」の事例参照）

* 医療福祉相談室（本報告書中の「葛飾赤十字産院」の事例参照）

* 誕生死を考える集い（本報告書中の「葛飾赤十字産院」の事例参照）

* 思春期外来・更年期外来（本報告書中の「三宅医院」の事例参照）

（6）マーケティングによる差別化

① 広告による差別化

* 院内掲示広告（「何を、どこに」というセンスが問われる）

* 院外看板広告（マーク、デザイン、言葉にセンスが問われる）

* マスコミ広告

* プロモーション（葉書、チラシ、パンフレットなど）

* インターネット（ホームページ、Eメール相談）

～ 最近の若い女性はホームページで情報を集めるので、非常に重要。

②地域交流イベント・社会貢献・地域貢献による差別化

～ スタッフのモラルアップも兼ねる

5. 結語

「少子化」が指摘されて久しいが、子どもを産むかどうか、何人産むかという選択は、夫婦、とりわけ妻の意思決定によることが多く、個人の自由意志の問題である。いくら行政サイドが「少子化の改善」を訴えても、国民の個人的な意思決定に対する強制力は持たない。

そのため、「少子化」への抜本的な対策は、「出産・育児・教育にかかる経済的負担の軽減」と、本稿で整理したような、「良質な医療サービスの提供による、出産・育児意欲の高揚」とに集約される。前者は主に政府の経済・教育政策の問題であり、後者は主に医療施設の経営者・従事者の意欲に影響される。

したがって、行政サイドは、医療施設の経営者・従事者に対して、本稿や本報告書で整理・紹介した先端事例・成功事例の情報を広く提供し、適切な競争状態へと導くことによって、施設相互の望ましい切磋琢磨を助長する必要がある。その努力が、各施設が提供するサービスの劇的な向上をもたらし、ひいては、「ぜひ産みたい」「また産みたい」という女性たちの願望を導き出して、結果的に、少子化を改善することにつながるのである。

分担研究報告書

出産ケアサービスと助産師の役割に関する経済学的考察：文献サーベイを踏まえて

要旨：病院・診療所における医師主導の出産に対するサービスの需要サービスの不満が指摘されており、また、経済学的に考えれば医療サービスもそのサービスの供給者間での質を考慮した価格設定・競争が行われるはずが、その実態を見いだすことも難しい。そこで本研究では、まず出産サービスの質や価格設定等に関する従来の研究をふまえて、なぜ現在の日本において、出産ケアサービスの需給について競争メカニズムが働きにくく、需要サイドにとって満足のない出産サービスの周費に至っているのかを分析した。

1. はじめに

出産ケア、特に正常な分娩に関する場合、サービスの需要サイドである妊婦やその家族は、比較的多くの情報を参考として出産する施設の選択等、自らの望むサービスを消費することが可能な状態にある。とりわけ「出産育児一時金」等、公的医療保険等による給付金は、日本において、出産ケアサービスの購入費用を削減し、希望するサービスの消費を促進する役割を持っている。したがって出産ケアサービスについては、需要サイドの自由な選択によって病院や助産所等出産施設が淘汰され、需要サイドの希望にあった施設やサービスの提供につながっていくと考えられる。視点を代えれば、出産ケアのサービス供給サイドでは、この需要サイドに購入してもらおうべく、サービスの価格や質に関し、多様な競争が行われるはずである。

しかしながら実際には、現在の病院・診療所における医師主導の出産に対する需要サイドの不満が指摘されている¹と同時に、供給者間で質を考慮した価格設定・競争が行なわれている実態も見いだしにくい。またサービスの質あるいは成果に関する調査・分析はなされていても、それを生産すべくコストがどれだけかかり、したがって価格設定にどう反映されるのか、分析している例はほとんど見当たらない。

本研究は、まず出産ケアサービスの持つ特性について、経済学の視点から論述する。今後、出産ケアサービスの生産・供給システムを構築するさい、サービス特性を捉えることは不可欠である。つぎに、出産ケアサービス

¹ 例えば青木他（1996）や平澤（2003）を参照されたい。また、出産ケアサービスに要求されているものとして、「安全性」のみならず、「快適性」も大きくなっていることを指摘するものに坂井・中村（2002）や、竹村（2000）、比嘉（2002）等がある。

の質や価格設定等に関する従来の調査研究を踏まえながら、日本において現在、出産ケアサービスの需給について競争メカニズムが働きにくく、需要サイドにとって満足のない出産ケアサービスの消費に至っている原因を分析し、政策介入について述べる。

2. 経済学からみた出産ケアサービスの特性

出産ケアサービスの生産・供給は現在、図1および図2に示されるように、大半が病院と診療所において医師主導の下で行なわれている。このうち、「異常分娩」に対して、健康保険による現物給付がなされる一方、正常分娩に対しては、「傷病や障害の治療を目的とした」医療サービスではないことから、「出産育児一時金」、また「出産手当金」といった現金給付が健康保険よりなされている。

サービスは本来、財（モノ）と異なり、つぎのような経済特性を持っている。すなわちサービスは、「在庫が不可能」であるために、計画生産はできない。さらに、「輸送が不可能」であり、「需要と供給の同時性」を持つために、財とは違い、購入者が売り場に来ないと生産活動に入れない²。

出産ケアサービスの場合、正常分娩のケースであっても、妊娠から分娩・分娩後の過程で何らかの異常が発見される可能性もあり、そ

れゆえ需要サイドが、診療設備のある病院あるいは診療所での出産を希望する傾向が強いと考えられる。異常発見・診断、そして治療の可能性のあることから、出産ケアサービスの特性について、サービス一般の経済特性のみならず、医療サービスの経済特性からも検討する必要がある。

医療サービスの経済特性とは何か

医療サービスの経済特性には、以下の4点が挙げられる。

①情報の非対称性

一般の財・サービスの場合、需要サイドは通常、購入する財・サービスに関する情報を十分に獲得している、と考えられる。したがって、需要サイドは、品質や価格等の情報を踏まえながら、どれだけの便益（満足度）を得られるかを考え、財・サービスを選択、購入を決める。

一方、医療サービスについて、需要サイドである患者は、例えば、自分がいかなる疾病に罹患し、いかなる治療を受ければよいか、すなわちどのようなサービスを購入し消費すれば良いのか、十分に分からないものである。その反面、医師等サービスの供給サイドは、需要サイドである患者がいかなる治療を受ければよいか等、サービスに関する情報を需要サイドよりも多量に持っている。その

² 詳細は、井原（1999）pp.34-48を参考にされたい。

ため購入の意思決定は、需要サイドではなく、サービスの供給サイドに委ねられることになる。

需要サイドが購入すべき財・サービスについて、購入を決める需要サイドよりも供給サイドの方がよく知っているという、この特性を、経済学では「情報の非対称性」と呼んでいる。

②不確実性

一般の財・サービスと異なり、医療サービスについては、需要サイドはいつ、どのような疾病にかかり、どのくらい悪いのか、通院あるいは入院期間はどれだけなのかなど、サービスの消費時期、また消費量や質に関して、予測困難な状態下にある。この予測が困難なことを、経済学では「不確実性」と呼んでいる。

医療サービスの場合、不確実性の存在は需要サイドに限定されることではない。医療サービスの供給サイドをみても、例えば治療の効果を確実に予測できない、といった不確実性に直面している。

③外部性

ある患者が罹患した疾病に対して十分な医療サービスを購入しないとき、それが他者に感染して医療サービスの購入を必要にさせることがある。反対に、例えばインフルエ

ンザのようにある種の予防接種をした者が周囲にいた場合、予防接種をしていない者までも当該疾病にはかかりにくい。このように、ある者の消費行動、あるいは生産行動が、市場での売買取引を経由せず、別の者の便益に影響を及ぼすことを、経済学では「外部性」と呼ぶ。具体的には、前者の例のように他者の便益（満足度）を悪化させることを、「負の外部性」、後者の例のように他者の便益（満足度）を改善するものを、「正の外部性」と呼ぶ。

④価値財

「価値財」とは、需要サイドについて、購買力の多寡にかかわらず、その消費が保障されるべきであるという、社会的な価値判断が働く財・サービスのことを言う。医療サービス、あるいは義務教育等のように、需要サイドの意思や購買力に関わらず、供給されるべきであるという社会的な価値判断が働く財・サービスがある一方、麻薬や未成年の喫煙を禁止するように、消費者の意思等によらず、消費が禁止されるべきであるという社会的価値判断が働く財・サービスもある（「負の価値財」）。

以上、医療サービスの経済特性を4点挙げた³。このうち①～③は、市場の自律的な需

³ 医療サービスの特性の数は、専門家の間でも一致をみていない。漆（1998）pp.11-12のように、数多くの特性をもつこと自体が、医療サービスの特性でもある、

給調整メカニズムの機能を妨げる、したがって市場における効率的な資源配分達成を妨げる特性である⁴。④は、元来価格メカニズムでは達成することができない、公平的な配分という観点からの特性である。

医療サービス市場における政策介入

上述の特性を持つことから、医療サービスはその市場を運営するにあたり、効率的あるいは公平な資源配分の達成を図るべくさまざまな政策介入を受けている。

「情報の非対称性」に関しては、医師等の免許制度制定や診療報酬制度および薬価基準制度における価格設定、サービス生産への民間企業参入禁止、医療施設の広告規制といった政策介入で対処がなされている。自分が購入すべき医療サービスについて知識を十分に持たない消費者は、一般の財・サービスのように、医療サービスが市場で自由に取引されていると、たとえ消費に適さない医療サービスを販売されようとも、これを判断することはできない。仮に適さないサービスを販売

と指摘する専門家もいる。

⁴ 本来、「市場」においては、取引される財・サービスに対する需要量が供給量を上回る（あるいは下回る）と、「価格」がその超過需要（あるいは超過供給）の状況を示すシグナルとなって、上昇（あるいは下落）する。そしてこの上昇（あるいは下落）した価格をもとに、需要の減少および供給の増加（あるいは需要の増加および供給の減少）が起こり、価格は再度下落（あるいは上昇）する。このように変動する価格をもとに、需要量と供給量は調整され、いずれ需要と供給は一致、効率的な資源配分が達成されることになる。これを経済学では、「均衡価格メカニズム（競争的価格メカニズム）」と呼ぶ。

され、次回以降その病院からサービスを購入しないことを決めても、取り返しがつかないケースもある。そこで、専門知識や技術を持たない者が医療サービスを供給できないように、「医師法」や「保健師助産師看護師法」等の国家免許制度が導入されることになる。また「診療報酬制度」や「薬価基準制度」における公定価格の設定は、供給されるサービスの価値が分かりにくく、法外な価格を提示されうる購入者を保護する役割を持っている。同様に、需要サイドが広告内容の是非を判断しにくいことからその規制がなされ、また情報の非対称性を利用する動機を持ちうるため、利潤獲得行動をとる民間企業の参入禁止がなされている。

また「不確実性」と「外部性」、そして「価値財」には、公的な医療保険をもって対処されている。医療サービスの消費ニードを発生させる疾病等について、そのリスクの発生確率は、各人異なっているが、この発生確率に関し、保険を販売する「保険者」は、情報を完全には持っていない。そこで、保険を購入する「被保険者」がそれぞれ意識する発生確率とは関係のない、一律の平均的な保険料を提示する（保険者と被保険者間に存在する「情報の非対称性」）結果、この保険料よりも安くすむと思う者、つまりリスクの発生確率がより低いと思う者は保険を購入しない。この保険料よりもリスクの高い者ほど、保険を購入する状況が生じ、保険料の引き上げが必要となる。上昇した保険料では再び、これ

より安くすむと思う者が脱退し、最終的に、保険市場の成立は困難となる。公的保険は、保険から脱退しようとする低リスク者を強制的に留めさせ、保険市場を成立させる。公的な医療保険では、低リスク者の保険料の一部が、高リスク者の保険給付に移転されており、いかにリスクが高く、これに対処できる経済力が無い者であっても保障がされるべきであるという、価値財としての特性への対処がここにある。

また、医療保険制度の下では、医療サービスを購入する際に需要サイドが支払う価格は、実際の生産費用よりも低くなっており、購入を促進する役割を持っている。そのため、例えば他人に感染するような「負の外部性」が、医療サービスの購入により低減する。一方で、出来高払い制度の下では、保険の存在により購買力はある需要サイドに対し、情報の非対称性を利用して医療サービスの需要を誘発し、収入を獲得するインセンティブも供給サイドに働くため、「地域医療計画」による病床数規制や、「入院基本料」の算定要件にみる平均在院日数の規定といった、サービスの供給量への政策介入が行われる結果となる⁵。

出産ケアサービスの特性と政策介入

出産ケアサービスの場合、正常分娩のケー

⁵ 医療サービスの経済特性と政策介入に関する、より具体的な説明は、金井(2002) pp.6-9、また角田(2002)を参照されたい。

スであれば、需要サイド自らがどのようなケアサービスを購入したいのか、医療サービスに比べればより多くの情報を持っている。出産ケアサービスについては、医療サービスに比して「情報の非対称性」は小さいと捉えられる。一方、先述したように、当初は正常分娩が予測されても、出産に至る過程あるいは出産後に何らかの異常が発見される可能性があることから、出産ケアサービスは「不確実性」を有していると言える。

「外部性」に関し、出産ケアサービスのなかでも特に正常な分娩サービス自体については、妊婦を始め家族も含めたサービスの需要サイドの便益のみを高めるものであるから、外部性があるとは言えない⁶。しかしながら、藤崎(2001)や藤本他(2001)、佐藤・板垣・森岡他(2003)等で示唆されるように、助産師の役割として議論されている妊産婦への精神的なケアについて、子供のよりよい育児につながっていくとき、とりわけ虐待の予防などは、次世代の人的資源の創出・向上として、サービス購入の便益が需要サイドのみならず、社会に広がっていくことになる。また、妊産婦自身も、このケアサービスの購入によって、たとえば職場復帰するときなど、企業により貢献できる質の高い人的資源となる可能性もあるだろう。このとき、妊産婦への精神的ケアサービスは、税・社会保険料の拠出を通じて、社会の便益を高めるものと解釈できる。

⁶ 異常分娩のサービスは外部性を持つと推測されることは、後述の文献サーベイのところでも述べる。

出産ケアサービスの「価値財」としての特性について論じることは、著者の価値観が入るため難しいが、購買力の多寡に関わらず消費されるべきサービスであることは、おそらく社会的に認識の一致するところであろうし、ゆえに、出産について需要サイドに現金給付がなされていると言える。

3. 出産ケアサービスと助産師の役割に関する文献サーベイ

2で論じたように、出産ケアサービス、特に正常分娩に対するサービスの場合、不確実性を有しているとはいえ、本来、情報の非対称性は医療サービスに比べて小さく、市場メカニズムを通じた需給調整が達成されやすいと考えられる。すなわち、需要サイドは、出産育児一時金等で裏打ちされた購買力と自己のニーズを照らし合わせ、自ら選択した出産ケアサービスを購入し、供給サイドは、購客を獲得すべく、サービスの価格設定や質の向上、そして生産費用の問題について検討するはずである。ここでは出産ケアサービスの価格ならびに質、そして費用に関する先行研究の成果について論述する。

価格と生産費用に関する先行研究

出産ケアサービスのなかでも代表的な分娩サービスについて、生産に投入する資源、あるいは生産費用と価格設定に関し、日本で

研究している例は数少ない。そのなかでも貴重な研究として、坂梨(2003)がある。この研究は、全国にわたって300床以上の病院332施設にアンケート調査を行い⁷、SPSSを用いて各種資源投入量や分娩時のインシデントやリスク等に見る安全と、価格設定との関係を分析したものである。

分析の結果、坂梨(2003)では、各種サービスの価格設定(坂梨(2003)では「費用」という用語が用いられている)と資源投入量との関係は無い、という興味深い結論が導出されている。具体的にみると、

- ①個別保健指導の形態(指導者が医師か助産師か等)と妊婦検診価格は関連なし
- ②助産師数と妊婦検診価格は関連なし
- ③医師をはじめとするスタッフの各配置人数と入院・分娩サービス価格は関連なし
- ④医療体制(NICU、LDR等の有無)と入院・分娩サービス価格は関連なし
- ⑤産婦のケア形態(持続的か必要時か等)と分娩サービス価格は関連なし

といった分析結果である⁸。他にも、産科の病床数が多いほど、また年間分娩件数が多いほど入院サービスの価格が高くなるという、通常の財・サービスの生産構造とは異なる結

⁷ 実際には、全国にわたって産婦人科の標榜があった300床の病院890施設に調査票を配布、347施設の回収(回収率39.0%)で、有効回答数を得たのが本論中の332施設である。

⁸ 坂梨(2003)では助産師に関するもの以外にも有益な分析結果が数多く出されているので、参照されたい。

果も出されている。生産されるサービスが増えるほど、サービス1単位当りの固定費用は減少し、したがって1単位当りの総費用も減少すると考えられるからである。

坂梨(2003)では、出産ケアサービスの主要な供給サイドになっている病院は、サービス生産における資源投入量、あるいはこれに含まれる施設設備の状況と関係なく、サービス価格を設定しているという結論が見出される。さらに、医療スタッフの経験年数等、人的資源の質の問題、また人的資源の投入量のコントロール(外来・入院の妊産婦数、産科病床数、あるいは分娩件数などにみる、サービス生産量の病院間の違いを制御した上での人的資源投入量)の問題について、分析の展開が望まれる研究である。またこの研究では、人的資源の投入量をスタッフ数で捉えていたが、例えば齋藤(1998)のように、サービスの投入時間を分析に導入することも方法の1つとして考えられる。

宮崎(2003)は、価格設定の研究ではないが、全国にわたる有床助産院143のアンケート調査を基に⁹、有床助産院の収入と助産師数との関係を分析した貴重な研究例である。助産師を常勤助産師とパート助産師とに分類し、それぞれの組み合わせと助産院収入との関連明らかにするべく重回帰分析を行なっている。

分析の結果、パート助産師を一定とした場

⁹ 全国にわたって、入院・分娩を取り扱っている有床助産院218に調査票を配布、170施設の回収(回収率77.9%)で、有効回答数を得たのが本論中の143施設である。

合に常勤助産師が1人増加する際の年間収入増は916.55万円、常勤助産師を一定とした場合にパート助産師が1人増加する際の年間収入増は216.82万円という数値が導出されている。また、もっとも経営効率の高いケースとして、常勤助産師(院長含む)2人とパート助産師2~5人、あるいは常勤助産師3人とパート助産師0~1人で、年間分娩件数100件以上150件未満を取り扱うケースが提示されている¹⁰。サービス生産において、人的資源のみならず物的資源の投入量を踏まえた収入分析、また助産師の持つ技能によってサービス生産量がどう変動するのか、といった分析が今後期待される。

以上のように、分娩サービスに関する生産構造あるいは費用構造、そして価格設定について分析している研究例は数少ない。しかしながら、助産師による独自のサービスとして検討しやすい、助産師外来に関する調査研究例が近年多く出始めている。

助産師による出産ケアサービス生産に関する研究

近年、助産師独自に生産するサービスとして、助産師外来の実践・調査研究が活発になされている。

例えば室田他(2002)では、助産師を担当制にし継続的なケアサービスを提供することで、妊産婦のニーズに応え、主体的な出

¹⁰ 宮崎(2003)において「経営効率」は、助産院の「予測収入」-「実際の収入」となっている。

産・育児、スムーズな分娩進行等の実現を図るべく、助産師外来を導入した実践事例を提示している。ここでの価格は1人1時間3000円で経験5年以上の助産師が担当し、待ち時間無しの完全予約制となっている。具体的には、①妊娠期：妊婦検診、②分娩期：担当助産師が分娩介助、③産褥期：担当助産師を中心とした看護展開、④退院1週間後：担当助産師による電話訪問、⑤1ヶ月検診：担当助産師による母乳・育児指導、である。同様に、助産師外来に中堅の産科病棟助産師を配置し、妊婦検診を1人30分の予約制で行なう実践事例を提示した、加藤他(2002)がある。ここではサービス価格が6220円と設定されており(医師によるサービス価格と同額)、別に母乳外来も1人30～1時間の予約制・3000円で設けられている。助産師外来の担当助産師は、産後においても体調・乳房の状態を聞いたり、育児指導や電話訪問等も行なっている。

他にも、分娩・退院後1週間を経過した母子を対象とした、産褥期の助産師外来を実践している事例として田村他(2002)、医師と協同して大学病院で「ローリスク外来」を開設する事例として齋藤他(2002)、等がある。いずれの調査においても、サービスを消費した妊産婦側の満足度は高まっており、施設設備が一定の下で、より短時間で相対的に高賃金の医師がサービスを生産するケースと、より長時間で相対的に低賃金の助産師がサービスを生産するケースとの費用比較分析が

今後の課題として残されている。仮に、医師の労働力投入と比べて、助産師の労働力投入についてより生産費用が低い、あるいは同費用であるという分析結果が出れば、需要サイドの満足度は助産師によるサービスの方が高いことから、次のような選択肢が導出される。すなわち、①価格同額の下で、低費用の助産師の労働力投入により収益を獲得する。②価格を下げて需要量を増やす(消費者を増やす)ことで収益を上げる。この場合、価格の低下により、需要サイドの満足度はより高まる。

また、助産師による妊婦外来保健指導が、妊婦の「肥満群における体重抑制」に効果を及ぼしているという分析が、水流・中西・溝上他(1997)において重回帰分析によりなされている。この研究は、1病院の妊産婦202(2年間)をサンプルとして用い、「生物学的因子」(年齢)や「社会的因子」(職業の有無・就学前子供数)、「妊娠関連因子」(体重コントロールに対する動機づけ因子としての「BMI」・助産師の介入期間を示す「指導開始週数」・出産経験の量を示す「分娩歴」)で制御がなされている。助産師による妊婦外保健指導が体重抑制に効果を持つという結果は、水流(1997)で論じられるように、異常分娩に至るリスクを削減し、正常分娩のケースを増やすことにつながるため、母子にとっても安全性が高まるほか、異常分娩にかかる医療費を削減する効果がある。例えば、水流・中西・溝上他(1997)では、肥満妊婦の