

平成15年度厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）

助産師が自主運営する施設内助産所と助産師外来に関する研究

分担研究者 佐藤 喜根子 東北大学 医学部保健学科 教授

研究協力者 佐藤 祥子 東北大学 医学部保健学科 助手

研究要旨

就業助産師の84.8%が、病院・診療所等の施設に就労している。その施設に属しながら、助産師としての独自性と独立性を発揮するために施設内助産所の可能性を検討することを目的とし調査した。本研究は、全国の500床以上で、診療科目に産婦人科がある498病院の産科病棟もしくは周産母子センター師長を対象にアンケート調査を実施した（回収率60.2%）。

その結果、産科単科で運営されている施設は全体の16.2%であり、混合病棟化が全国的に進んでいた。分娩件数は平均472件、帝王切開件数は平均106.2件、産科医師数4人、助産師数は10人であった。助産師外来は、90施設(30%)で実施されていた。その際に診療料金の加算がなされていた施設は64施設であり、無収入の施設は24施設であった。施設内助産所に関しては、調査した294施設において実施している施設はなかった。しかし、地域の開業医・助産所に対してセミ・オープンシステムを持っている施設が2施設あった。また、施設内助産所計画が11施設あった。施設内助産所の具体的な運営方法として、LDRの利用、オープンベッドの計画を考えていた。しかし、現在計画があっても「進行せず」の施設もあり、「病院という組織の中で難しい」、「マンパワーの不足」、「教育体系の拡充」など問題が山積している状況であった。また、臨床研修指定病院であったり、医師・助産師学生の実習病院であったりと対応に苦慮していた。他に今後、院内助産所を検討したいという施設が34施設あった。

以上より、これから教育をになう大学病院でも助産師としての独自性、独立性を発揮する為、分娩の快適性と安全性を兼ね備えた大学病院での、院内助産所の運営の必要性が示唆された。

A. 研究目的

平成15年の出生数は112万人と過去最低となり、分娩を取り扱わない施設も増加し、周産期を取り巻く環境は厳しい状況下にある。一方妊産婦は医療介入のない分娩など自然志向が増加傾向にある。その中で、施設に属している助産師が、その独自性と独立性がどの程度発揮できているか現状を分析した。また、その中で妊娠・出産に際し、その安全性・快適

性を保障するシステムとして院内助産院と、オープン化の導入の可能性を探ることを目的とした。

B. 研究方法

2003年12月から2004年1月までに、全国の500床以上で、診療科目に産婦人科を表示している498病院の産科病棟もしくは周産母子センター師長を対象に郵送質問紙調査を実施した。これらの施設

には、特定機能病院、救急指定病院などの機能を有する病院も含んでいる。調査内容は、(1)施設に関する項目、(2)分娩件数・帝王切開件数、(3)産科医師数・助産師数、(4)助産師外来設置に関して、(5)施設内助産所に関して、(6)分娩の医師立ち会いの有無と時期である。

質問紙郵送数 498 件のうち回収 300 件 (回収率 60.2%) であった。この一年間に産科病棟が閉鎖となった病院は 5 施設みられていた。

倫理的配慮として、調査依頼の際に対象者に調査研究の目的と方法を示し、回答されたデータは統計学的に処理され、回答者に一切の不利益がかからないことを説明文として添付した。なお、調査用紙の返送をもって、研究に同意したものとした。

C. 研究結果

1. 施設に関する項目

施設を設置主体別に国公立大学病院 (以下、国公立大学とする)、私立大学病院 (以下、私立大学とする)、公立病院 (都道府県・市町村立)、国立病院、その他 (日赤・労災・厚生団体・医療法人・済生会・組合病院など) と分類をした。国公立大学 28 施設、私立大学 29 施設、公立病院 107 施設、国立病院 15 施設、その他 116 施設であった。

施設の規模としては、病床 556.2 ± 233.8 (M±SD) 床 (中央値は 525 床) であった。

産科ベッド数 29 ± 12.5 床 (中央値は 28 床) であった。産科単科で運営を行っているのは 48 施設 (16.2%)、産婦人科としては 104 施設 (39.5%)、混合病棟

は 131 施設 (44.3%) であった。混合病棟の詳細は産科もしくは産婦人科の他 1~2 科の診療科と運営されているところが 72% と多かった。診療科は、小児科、GCU・NICU と一緒に運営が多く、次いで整形外科、内科、眼科などであった。

2. 分娩件数・帝王切開件数

分娩件数は、 472.8 ± 285.3 (M±SD) 件、(最大 1406 件、最小 1 件、中央値 412 件) であり、帝王切開件数は、 106.2 ± 77.4 件 (最大 463 件、最小 2 件、中央値 85 件) であった。帝王切開率は 23.1 ± 10.7 (M±SD) %、(最大 67%、最小 0%) であった。

設置主体別に分娩件数を比較検討したが、特に差はなかった (図 1)。帝王切開件数に関しては、私立大学が 145.3 ± 96.4 (M±SD) 件と公立病院、その他の施設に比べ有意に多かった (図 2)。しかし、帝王切開率でみると国公立大学が高い結果となった (図 3)。また、分娩件数と帝王切開件数には相関係数 $r=0.74$ ($p<0.01$) と正の相関が認められた。

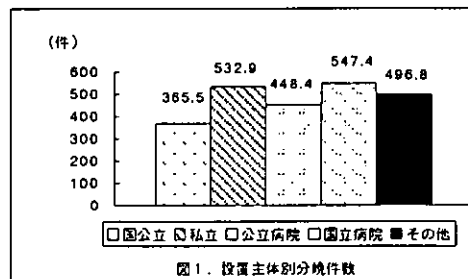


図 1. 設置主体別分娩件数

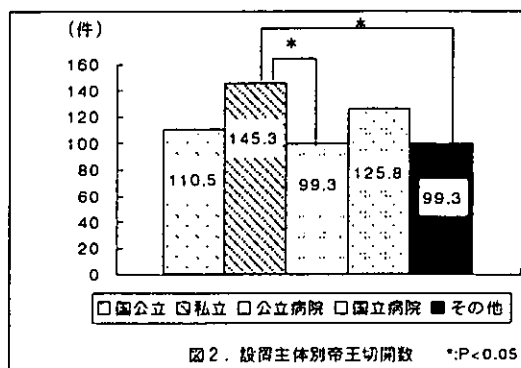
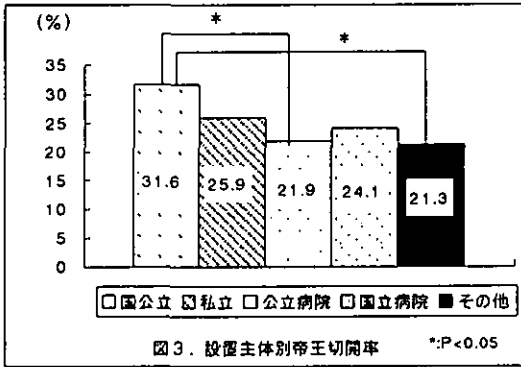
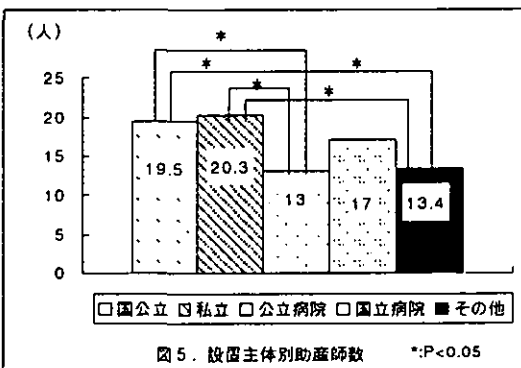
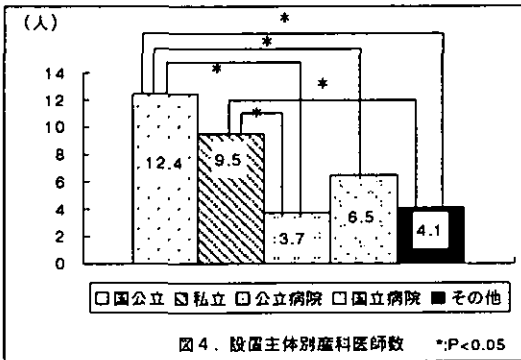


図 2. 設置主体別帝王切開数 * $P<0.05$



3. 産科医師数・助産師数

医師数は、平均 5.4 ± 4.7 人（最大 40、最小 0、中央値 4、最頻値 3）、助産師数は、平均 14.7 ± 7.6 人（最大 53、最小 1、中央値 13、最頻値 10）であった。設置主体別でみると、医師・助産師ともに国公立大学に多く所属しているという結果であった（図4・図5）。また、助産師と分娩件数の間には相関係数 $r=0.57$ ($p<0.01$) と正の相関が認められた。



4. 助産師外来設置に関して

助産師外来開設は、90 施設 (30%) で設置されていた。業務内容は、殆どが保健指導 (56 施設・18.9%) 中心である。妊婦健康診査を独自に行っている施設は 27 施設 (9.1%) のみであった。運営人員は平均 4.1 人であり病棟勤務兼任施設が多かった。「運営人員に関して規定を設けているか」の問いに、経験年数で担当者を決定している施設が 37 あった。その他には、妊婦健康診査を独自に行っている施設では、超音波ができることが条件となっていた。また、乳房管理のみ(77 施設)のところでは、講習会を終えたもののみと限定されている施設もあった。

診療料金の加算を行っている施設は 64 施設であり、その平均診療料金は 2223.2 ± 1714.2 円 (最大 6250 円) であり、無料の施設が 24 施設であった。逆に医師と同じ金額を徴収している施設は 2 施設であった。乳房管理のみ、保健指導のみの施設で無料の施設が多かった。一日の平均受診者数は 5 人以下が 41 施設で全施設とも 10 人以下であった。

今後、助産師外来の運営の可能性に 111 施設が「開設の可能性有り」としているが、「進行せず」が 46 施設 (58.9%) あった。進行しない理由として、「医師との関係」、「助産師の技術・経験不足」、「教育施設であること」、「緊急への対応のため」などが挙げられているが一番はマンパワー不足であった。

助産師外来に関して「賛成」という意見は 69 施設からあり、「助産師の能

力開発の場」、「自己研鑽」、「助産師の独自性を発揮できる」など助産師としての能力を発揮できる場所として考えられていた。しかし、産科病棟単科としての運営ができず、混合病棟化する中で、助産業務のみに従事できなくなっている現状がある。助産師外来に関して、254 施設が何らかの意見を挙げており、その多くが「助産師不足」、「今の業務内容では難しい（混合病棟）」など業務改善をしなければ無理だと答えていた。また地域性からか、「医師の診察がなければだめだ」と言う意見もあり、助産師外来がまだ地域から認知されていない現状があった。また、「数年前までは、助産師が2日間健康診査をする日を設けて活動していたが、妊婦が医師の診察日にのみ集まり、運営ができなくなった」という施設や、「医師がいるので健診にきています」と言う声もあった。

5. 施設内助産所に関して

実態と将来計画

調査した 264 施設で施設内助産所を運営している施設はなかった。しかし、「開業医に対してセミ・オープン病床を持っており、現在稼働中」、「開業助産師用にベットを確保している」がそれぞれ 1 施設ずつあった。そして、後者は「利用されたことはない」と言うことであった。

施設内助産所を計画中の施設が 11 施設であり（表. 1）病院の設置主体は、すべて私立大学とその他であった。

施設内助産所計画が「現在進行中」が 7 施設あり、具体的な運営方法として、LDR の利用、オープンベッドの

計画を考えていた。しかし、「進行せず」の施設が 4 施設あり、「病院という組織の中で難しい」、「マンパワーの不足」、「教育体系の拡充」など問題が山積している状況であった。また、臨床研修指定病院であったり、医師・助産師学生の実習病院であったりと対応に苦慮していた。

施設内助産院に関する意見

「賛成であり、今後検討したい」と回答したものは、34 施設（11.5%）であった。その理由として多かったのは「助産師の専門性が生かせる」が 30 施設より回答があった。また、「地方では産科の閉鎖が多くなってきており、分娩が 1 施設に集中している。その中でぜひ設置を考えたい」、「経験年数が豊富な助産師が多いので可能である」「お産と育児の始まりを満足度の高いものにするために必要」と前向きな回答であった。

逆に「当施設では無理」と言う意見も 33 施設（12.5%）あり、その理由として「大学病院だから」、「救急搬送が多いので困難」、「マンパワーの不足」、などあげられている。他に、少数であるが「産婦側のニーズがないと思われる」という意見もあり、施設内助産院の啓蒙不足を挙げる意見もあった。また、「公立病院だから、総合病院だから」という理由をあげる施設が多くみられた。また「助産師の診断技術の低下」を危惧する声も聞かれ、「少子化なので分娩介助件数も少ないので実施可能かどうか考える」、「教育体制の整備が先」等の意見があった。

そして、コスト面では「保険点数化ができるか」、「妥当な算定をどうするのか」などの意見があった。

表 1. 施設内助産所計画ありの施設の詳細

	病床数 (床)	看護単位	分娩件数 (床)	帝王切開数 (床)	帝王切開率 (%)	医師数 (人)	助産師数 (人)
1	509	産婦人科	413	99	24	6	14
2	522	産婦人科	944			5	43
3	57	混合科	219	32	15	5	13
4	744	単科	1,406	410	29	12	37
5	1,133	単科	440	160	36	18	11
6	482	産婦人科	354	57	16	10	10
7	440	混合科	470	150	32	3	17
8	562	混合科	341	58	17	3	13
9	420	混合科	329	65	20	2	11
10	625	産婦人科	369	140	38	5	7
11	475	産婦人科	858			5	31

*空欄は無回答

6. 分娩の医師立ち会いの有無と時期

全施設で分娩時の医師の立ち会いがなされていた。医師の立ち会い時期は「児頭排臨頃から」136 施設、「児頭排臨前から」121 施設「発露の頃」が 42 施設であった。その中で正常分娩の場合、医師の立ち会いを原則としているが、「必ず」としていない施設が 2 施設あり、正常分娩の場合、助産師にすべてが任されていた。

D. 考察

今回の調査対象を 500 床以上の施設としたために、地域の拠点病院は網羅されたものとする。その中で、産科単科で運営を行っているものが 16.2%と 2 割を切る現状があった。合計特殊出生率は 1.33 であり、出産数の減少と産科単科での運営の減少は密接に関連している。ゆえに、産科単科運営の減少はやむ負えない現状であろう。しかし、産科医師・助

産師どちらも、「マンパワー不足」である。これは、医師・助産師数はそれらの平均よりも低い公立病院では深刻な問題であろう。実際扱っている分娩件数は他の施設と差がないので、総合病院内での産科の閉鎖によって、地方の病院では分娩施設の一局集中が起きていると推察される。それに加え、少子化の煽りから分娩件数が減少し、混合病棟が増えてきている中で助産師の数の減少を余儀なくされている現状がある。

また、平成 12 年の医療施設に従事する産婦人科医師の総数は 10,585 人であり、平成 10 年のそれと比較すると -331 人 (-3%) となっている。設置主体別にみると国公立大学、私立大学に医師・助産師が集中している。これは、特定機能病院であったり、第 3 次救急指定病院であったりと母子の生命救急を課せられているために仕方のないことであろう。そして、当然帝王切開も多くなり、医師・助産師の集中は当然のことであろう。

多くの施設が 4 人程度の産科医師で帝王切開を平均 105.5 件、分娩を平均 472.8 件に立ち会うのは困難なのではないかと考える。まずは、産科として独立できるだけの出産数の確保が大切なのではないかと考える。

助産師数と分娩件数に正の相関が認められている。これは、助産師数が多ければ分娩が集中していることを意味すると考えられる。正常産は助産師の判断で介助できるものである。助産師の専門性を発揮する場所である。もっと助産師が有効活用されれば、産婦人科の「マンパワー不足」の是正になるのではないか。しかし一方で、少子化の影響で分娩介助件数の減少による助産師の経験不足が問題である。これからは、より安全性と快適さの両方を兼ね備えてゆかなくてはならない。その為にも、助産師のスキルアップのための研修が必要となってくると思われる。同時にその独立性を高めていく為には、助産師の中でも介助技術・超音波技術・あるいは ME 技術の専門家を育成するような教育体制づくりも必要であると考ええる。

助産師外来を実施している施設は、90 施設(30%)で今後稼働の可能性有りが 111 施設有り今後の発展が期待できる。また、診療料金を徴収している施設が、助産師外来実施施設中の 7 割で加算しており、評価されていると考える。しかし、助産師外来を運営するに当たり、ここにも「マンパワー不足」、「助産師の経験不足」が課題となってきた。分娩の快適性を追求してゆくと、産婦のバースプランを知ることが重要である。助産師外来は医療者と妊婦側と直接対話できる場

所として整備してゆく必要がある。インフォームド・コンセントを基本とした 2 者が、よりよいバースプランを考えてゆくことで妊婦が主体的に分娩を迎えるよう援助できると思われる。

施設内助産院に関して、第 1 の問題点は、施設内でどのように位置づけるかが大きな課題である。従来と同様の分娩室と同じスタッフで運営しようと考えた場合には、「急患・重症者」への対応が最優先である。そうなると施設内助産院どころではない。やはり、所属の分離を考えた方が良いと思われる。調査結果からも「特定機能病院だから」、「周産期センターとして母体管理を行っているのでできない」「教育機関だから」という意見も多くあるので、設置する際には別組織が望ましいと考える。

第 2 の問題点は、「病院の中の施設である」ということであろう。他部門との調整が設置をする上で障害となっている。また、公立病院の場合、自治体が関係してくるので、希望があっても即実現ということには、厳しい現状が予測される。私立大学が先行している理由はそこにあると考えられる。

第 3 の問題点は、適正加算の問題である。「いかに診療報酬を得るか！」が大きい課題である。時間を費やし、健康教育としての母親学級やプレパパ・ママ学級を開催し、効果を挙げていることは周知のことである。しかしそれが収入に連動しない体制では、助産師の力量を正当に評価されていない危惧がある。独立性を促進するためにも、助産師が実施した保健指導への診療料金徴収は必要である。適切な判断と知識が助産師には求められ

ている。特に安全性を考えた場合に異常と正常を的確に判断し医師への橋渡しをしなくてはならない。現在の教育体制にも問題があり、「今のままの医師教育では分娩に医師が関与しないことはあり得ない」と問題を投げかけた意見もある。大学病院は教育・研究機関である。医師も助産師も数的に恵まれている。異常が発生すれば他科の協力も得られるところである。言い換えれば安全性に恵まれているのである。その安全性に恵まれている大学病院こそ率先して院内助産院の設置に向けて稼働し、手本を示す必要があると考える。難しいという意見も多々存在するが、大学でも快適性を提供する一貫として、模索する価値は大きいはずである。スタッフの意識改革も必要となってくるであろう。助産院を求める人は快適性を求めていると思う。大学病院の中にも快適性を重視した空間が存在することを期待する。助産所のいいところはどこかをもう一度考え直し、どのような人が助産所を利用しているのかを把握する必要がある。そして、院内助産院のシステムを考えてゆきたい。

E. 結論

1. 産科単科運営の数は 2 割を切り、混合病棟が全体の 44.3% を占めていた。
2. 産科医師・助産師のマンパワー不足が特に公立病院でみられているが、設置主体別分娩件数は変わらない。
3. 助産師外来を開設しているのは 90 施設 (30%) であり、業務内容は保健指導中心であった。

4. 施設内助産所を開設している施設はなかった。しかし、計画中の施設が 11 施設あった。それらの病院はすべて国公立大学、公立病院、国立病院以外であった。

以上より、分娩の快適性と安全性を兼ね備えた院内助産院の方策を構築してゆく必要がある。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定含)

なし