

い。分娩をすべて救急疾患と位置付けて考えるならば、少人数の施設で最適な産科医療を提供できるとはいえない。

現在、山梨県の約4割の分娩が診療所で行われているが、分娩を取り扱う診療所が開業医師の高齢化に伴う廃業のため、漸減傾向にあり、残存する診療所は都市部に集中しつつある。これらの開業医師の負担を軽減し、かつ安全な分娩管理を行ううえで、都市部における診療所—病院間のオープンシステムの構築は十分に価値のあるものと考えられる。

今回の調査対象となった13施設における産婦人科医師の充足率は89.6%にとどまっていることから、マンパワーの補強と同時に、現存する施設の統合や機能分担によるマンパワーの集約と再配分を検討していく必要があると考えられる。

13施設の診療規模を中央値で評価すると、一日あたり外来患者数37人、入院患者22人、年間分娩数291件、年間手術件数192件を2人の医師で担うことになる分娩管理を扱う施設においては、外来診療中や手術中に分娩異常が発生する可能性があるため、安全を確保するためには最低でも3人の常勤医が必要と考えられる。常勤医師数が2人の病院では診療規模に関わらず、夜間拘束が月に20日以上であることを考慮すると、各々の医師の負担を軽減するためにも、マンパワーを集約する中核病院を各地域に設定し、その施設へ分娩管理も集約するような診療体制が今

後、必要になってくると考えられる。県内においては産婦人科常勤医師が2人以下の施設で診療が行われている東山梨地区と北都留地区における中核病院の設定とマンパワーの集約を具体化していく必要があると考えられる。

中核病院を設定するには地理的条件および病院機能が重要となる。今回、病院機能を評価するために時間外緊急検査および緊急手術への対応について調査を行ったが、産科救急に必須の凝固機能検査が24時間可能な施設は5施設のみであり、夜間や休日に緊急手術に迅速に対応可能な施設は各科医師が当直体制をとっている山梨県立中央病院と山梨大学医学部附属病院だけであった。多くの施設が万全の体制で分娩管理を行っているとはいえない現状が明らかとなり、今後、中核病院としてマンパワーを集約していく施設においては、少なくとも、これらの病院機能を充実させる必要があると考えられた。

中核病院を設定した、診療所—病院間および病院—病院間のオープンシステムを実際に運営していく際の問題点を明らかにするために県内産婦人科医師に対してアンケート調査を行った。

その結果、勤務医、開業医ともにシステムに対しては大半が肯定的な意見を持っていることが明らかとなった。しかし、実際に分娩管理を行うことに対しては双方ともに困難に感じているものが多く、様々な問題点

が明らかとなった。開業医からは、診療義務範囲と診療報酬の設定が困難であること、診療に関する責任の所在があいまいとなること、他院での診療に不自由さを感じることに、分娩管理中に自院の患者に対する対応が困難であることなどがあげられている。また勤務医からは、システム導入による異常分娩を含めた分娩数の増加による診療業務負担に対する懸念があげられ、開業医による分娩管理の希望が多い結果であった。異常分娩に関しては、診療に伴うトラブルが生じる危険性もあり、双方とも、術後管理も含めて、勤務医の診療範囲と認識しているものが多かった。

オープンシステムでの診療を実際に運営していくためには、契約病院における分娩数の増加に伴う勤務医の診療業務の増加を抑制するうえでも、開業医による分娩管理への協力が不可欠である。そのためには、開業医が契約病院で自院同様にスムーズに診療が行えるよう配慮すると同時に、分娩管理中の患者対応のサポートについても契約病院で行う体制を確立する必要がある。同時に分娩管理中に問題が生じた場合はマンパワーやトラブル発生時の対応も含めて、速やかに開業医から勤務医に診療を交代するといった役割分担を明確にする必要があると考えられた。

より安全な分娩を患者に提供するためにはマンパワーの充実が必要であることはいままでもないが、県全体として限られた人員を適切に配置

し、診療にあたることも周産期医療の質の向上および個々の医師の労働環境の改善の点からも重要である。今後は今回の検討にて明らかとなった問題点をふまえて、県内における分娩施設の適正化についてより具体的に検討を行っていく必要がある。

#### E. 結論

分娩管理を行う診療所が漸減傾向にあり、病院での分娩数が今後、増加していくことが予想される。限られた人員で安全な周産期管理を患者に提供するためにはマンパワー、設備の充実した中核施設の整備と、これをサポートするシステムの構築が必要である。

#### F. 健康危険情報 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

(別紙 1)

山梨県における産婦人科オープンシステムに関するアンケート調査

勤務医師への質問事項

- 1) オープンシステムに興味がありますか。
- 2) 開業医師の妊婦健診協力を希望しますか。
- 3) 分娩立ち会いを希望しますか。
- 4) 分娩当番の協力を希望しますか。
- 5) 開業医師の回診を希望しますか。
- 6) 開業医師の手術の立ち会いを希望しますか。
- 7) 開業医師の手術執刀を希望しますか。
- 8) オープンシステムやドクターフィー等について御意見等

開業医師への質問事項

- 1) オープンシステムに興味がありますか。
- 2) 妊婦健診への協力が可能ですか。
- 3) 紹介分娩への立ち会いが可能ですか。
- 4) 月に一度の分娩当番は可能ですか。
- 5) 回診は可能ですか。
- 6) 手術の立ち会いは可能ですか。
- 7) 手術の執刀は可能ですか。
- 8) オープンシステムやドクターフィー等についての御意見等

(別紙 2)

病院機能に関するアンケート調査票

1) 平成 15 年 1 月から 12 月の一年間の診療について下記の項目についてお答え下さい

- ① 外来受診者総数
- ② 総手術数
- ③ 帝王切開術総数
- ④ 分娩数

2) 取り扱い分娩数に制限を設けていますか。

3) 休日および夜間の緊急時に以下の検査が可能ですか。

Hb、血小板、AST (GOT)、プロトロンビン時間、フィブリノーゲン

4) 子宮破裂や臍帯脱出等の非常事態の場合、緊急帝王切開を決定してから児娩出までに要する時間をお答え下さい。(日勤帯、夜勤帯、休日のそれぞれにつき、お答え下さい)

5) 新生児は何科が扱いますか。(正常新生児、病的新生児、早産児についてそれぞれお答え下さい)

6) 早産児の取り扱いに基準を設けていますか。

7) 産婦人科の病床数についてお答え下さい。

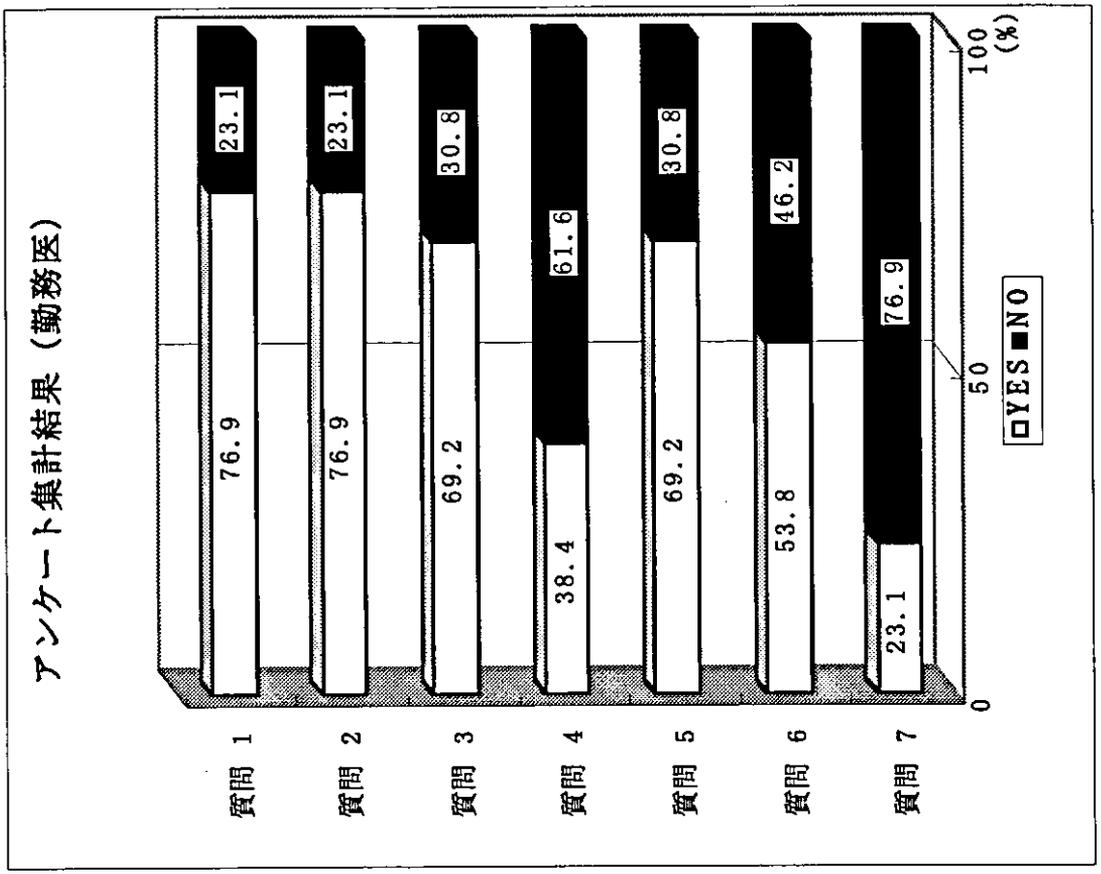
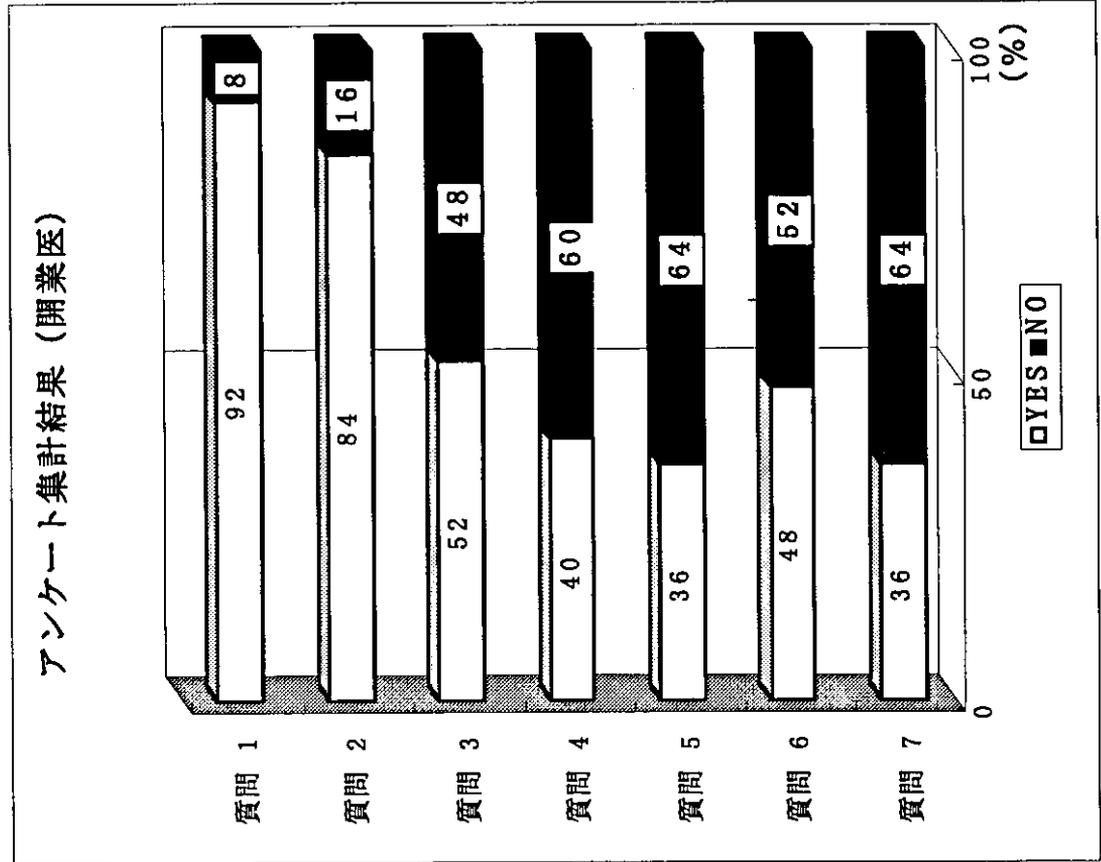
8) 当直体制についてお答え下さい。

- ① 産婦人科医師の全科当直がありますか。(一ヵ月あたりの日数)
- ② 産科当直がありますか。(一ヵ月あたりの日数)
- ③ 当直や待機とならない日は常勤医師ひとりあたり月に何日ありますか。

9) 医師の定員数と実数についてお答え下さい。

- ① 研修医を除く産婦人科医師定数
- ② 研修医をのぞく産婦人科医師実数
- ③ 産婦人科研修医数
- ④ 助産師定員数
- ⑤ 他科勤務を含む助産師実数
- ⑥ 研修医をのぞく麻酔科定員数
- ⑦ 研修医をのぞく麻酔科医実数
- ⑧ 麻酔科研修医数
- ⑨ 研修医をのぞく小児科医定員数
- ⑩ 研修医をのぞく小児科医実数 (新生児を扱う医師数)
- ⑪ 小児科研修医数 (新生児を扱う医師数)

表 1 (質問項目は別紙 1 および 2 を参照)



地域における分娩施設の適正化に関する研究

（医療システムの構築に関する研究）

分担研究者 濃沼 信夫（東北大学大学院医療管理学分野 教授）

研究要旨

産科機能を集約化（センター化）する条件とその経済的得失について検討することを目的に、地域の中核的病院 4 施設（A～D 病院）における産科業務の状況、コストデータを分析するとともに、産科機能を集約化した 28 通りの経営面の影響についてシミュレーションを行った。設定した条件下では、D 病院産科を閉鎖し、その機能を A 病院または B 病院に移行する、ないし A 病院と D 病院の産科を閉鎖し、B 病院に機能を移行することにより、総じて利益率が向上すると考えられた。

A. 研究目的

地域で複数の病院に分散した産科機能を、ある特定の病院（分娩センター）に集約化した場合、それぞれの病院の経営に与える影響を、システムモデルを用いてシミュレーションすることにより、産科機能集約化の条件とその経済的得失について検討することを目的とする。

B. 研究方法

産科診療を積極的に展開している地域の中核的病院 4 施設を対象に、産科業務に関する調査（調査票による留め置き自記調査）を行うとともに、最近 3～7 ヶ月間の保険診療レセプトと自由診療請求明細書の提供を受け、原価計算等のデータ解析を行った。このデータを用いて、の 4 病院（A～D とする）の産科機能を、3 病院、2 病院、1 病院にそれぞれ集約化した場合（考える 7 つの場合、合計 28 通りのケース）の

病院収益の変動についてシミュレーションを行った。なお、C 病院は患者数が他の病院よりも多いことから、C 病院の産科を閉鎖することは想定しなかった。

（倫理面への配慮）コストデータは個人名を被覆して入力するとともに、データはすべて統計的に処理し、個人が特定されることがないように万全の配慮を行った。

C. 研究結果

A 病院の産科機能をすべて B 病院または C 病院または D 病院に統合・集約する場合と、A 病院の産科機能を B～D 病院の現行の機能に見合う形で再配分する場合とが考えられる。集約化により、流動コスト（人的コスト、物的コストとも）はそれぞれ分娩件数に比例して増大し、請求額は A 病院の平均額にあわせて、同じく比例して増加し、設備費用の総額は変わらない（患者あたりの額は減少する）とした。現行のそれ

それぞれの利益率を仮に0%として、結果は集 他も同様にシミュレーションを行った（下  
約化による利益率の変動として表記した。 図）。

1 A 病院分を B 病院に統合した場合

		A 病院	B 病院	C 病院	D 病院	合計	
収入	出産件数	0	50	110	28	188	
	請求総額	0	33,965,419	34,768,263	7,606,569	76,340,251	
支出	計	2,615,738	31,279,781	34,768,263	7,606,569	76,270,351	
	人的コスト	0	597,910	931,382	246,785	1,776,077	
	物的コスト	合計	2,615,738	30,681,871	33,836,882	7,359,784	74,494,274
		流動費用	0	26,574,425	26,883,229	5,838,470	59,296,124
	固定費用	2,615,738	4,107,446	6,953,653	1,521,314	15,198,150	
収支		-2,615,738	2,685,638	0	0	69,900	
移行前に比しての利益率		-20.0%	13.1%	0.0%	0.0%	0.1%	

2 A 病院分を C 病院に統合した場合

	A 病院	B 病院	C 病院	D 病院	合計
移行前に比しての利益率	-20.0%	0.0%	3.6%	0.0%	-1.8%

3 A 病院分を D 病院に統合した場合

	A 病院	B 病院	C 病院	D 病院	合計
移行前に比しての利益率	-20.0%	0.0%	0.0%	14.4%	-2.0%

4 A 病院分を比例配分

	A 病院	B 病院	C 病院	D 病院	合計
移行前に比しての利益率	-20.0%	2.4%	2.4%	2.4%	-1.5%

5 B 病院分を A 病院に統合した場合

	A 病院	B 病院	C 病院	D 病院	合計
移行前に比しての利益率	30.6%	-20.0%	0.0%	0.0%	-0.1%

6 B 病院分を C 病院に統合した場合

	A 病院	B 病院	C 病院	D 病院	合計
移行前に比しての利益率	0.0%	-20.0%	5.5%	0.0%	-2.9%

7 B 病院分を D 病院に統合した場合

	A 病院	B 病院	C 病院	D 病院	合計
移行前に比しての利益率	0.0%	-20.0%	0.0%	22.0%	-3.2%

8 B 病院分を比例配分

	A 病院	B 病院	C 病院	D 病院	合計
移行前に比しての利益率	3.8%	-20.0%	3.8%	3.8%	-2.6%

9 D 病院分を A 病院に統合した場合

	A 病院	B 病院	C 病院	D 病院	合計
移行前に比しての利益率	27.8%	0.0%	0.0%	-20.0%	2.8%

10 D 病院分を B 病院に統合した場合

	A 病院	B 病院	C 病院	D 病院	合計
移行前に比しての利益率	0.0%	18.2%	0.0%	-20.0%	2.9%

11 D 病院分を C 病院に統合した場合

	A 病院	B 病院	C 病院	D 病院	合計

移行前に比しての利益率	0.0%	0.0%	5.0%	-20.0%	0.3%
-------------	------	------	------	--------	------

12 D病院分を比例配分

	A病院	B病院	C病院	D病院	合計
移行前に比しての利益率	3.4%	3.4%	3.4%	-20.0%	1.1%

13 A,B病院分をC病院に統合した場合

	A病院	B病院	C病院	D病院	合計
移行前に比しての利益率	-20.0%	-20.0%	9.1%	0.0%	-4.7%

14 A病院分をC病院, B病院分をD病院に統合した場合

	A病院	B病院	C病院	D病院	合計
移行前に比しての利益率	-20.0%	-20.0%	3.6%	22.0%	-5.0%

15 A病院分をD病院, B病院分をC病院に統合した場合

	A病院	B病院	C病院	D病院	合計
移行前に比しての利益率	-20.0%	-20.0%	5.5%	14.4%	-4.9%

16 A,B病院分をD病院に統合した場合

	A病院	B病院	C病院	D病院	合計
移行前に比しての利益率	-20.0%	-20.0%	0.0%	36.4%	-5.2%

17 A,B病院分を比例配分

	A病院	B病院	C病院	D病院	合計
移行前に比しての利益率	-20.0%	-20.0%	7.3%	7.3%	-4.8%

18 A,D病院分をB病院に統合した場合

	A病院	B病院	C病院	D病院	合計
移行前に比しての利益率	-20.0%	31.3%	0.0%	-20.0%	3.0%

19 A病院分をB病院, D病院分をC病院に統合した場合

	A病院	B病院	C病院	D病院	合計
移行前に比しての利益率	-20.0%	13.1%	5.0%	-20.0%	0.4%

20 A病院分をC病院, D病院分をB病院に統合した場合

	A病院	B病院	C病院	D病院	合計
移行前に比しての利益率	-20.0%	18.2%	3.6%	-20.0%	1.1%

21 A,D病院分をC病院分に統合した場合

	A病院	B病院	C病院	D病院	合計
移行前に比しての利益率	-20.0%	0.0%	8.6%	-20.0%	-1.5%

22 A,D病院分を比例配分

	A病院	B病院	C病院	D病院	合計
移行前に比しての利益率	-20.0%	6.7%	6.7%	-20.0%	-0.5%

23 B,D病院分をA病院分に統合した場合

	A病院	B病院	C病院	D病院	合計
移行前に比しての利益率	58.4%	-20.0%	0.0%	-20.0%	2.6%

24 B病院分をA病院, D病院分をC病院に統合した場合

	A病院	B病院	C病院	D病院	合計
移行前に比しての利益率	30.6%	-20.0%	5.0%	-20.0%	0.1%

25 B病院分をC病院, D病院分をA病院に統合した場合

	A病院	B病院	C病院	D病院	合計
移行前に比しての利益率	27.8%	-20.0%	5.5%	-20.0%	-0.1%

26 B,D病院分をC病院に統合した場合

	A病院	B病院	C病院	D病院	合計
移行前に比しての利益率	0.0%	-20.0%	10.5%	-20.0%	-2.6%

27 B,D病院分を比例配  
分

	A病院	B病院	C病院	D病院	合計
移行前に比しての利益率	8.9%	-20.0%	8.9%	-20.0%	-1.8%

28 A,B,C病院分をC病院に統合した場合

	A病院	B病院	C病院	D病院	合計
移行前に比しての利益率	-20.0%	-20.0%	14.1%	-20.0%	-4.4%

D. 考察

地域の4病院を対象に、産科の業務調査とコストデータから、病院の産科機能を把握することを試みた。計算では、産科のレセプトデータ（通常分娩、手術を伴う分娩）を収入とし、利益率10%であるとの仮定し、収入の9割を支出とした。支出のうちのさらに8割が人的コスト+物的流動コスト、2割が物的固定コスト（年間の減価償却費等）であると仮定した。

人的コストは、アンケートから以下のように算出した。①医療従事者の平均収入と平均勤務時間から、時給換算を行う。②手術有分娩、通常分娩について、平均従事者数と平均所要時間から、平均人的コストを出す。③1か月あたりの分娩回数から、1か月あたりの人的コストを算出する。

シミュレーションでは、ある病院の産科を閉鎖した場合、①産科を閉鎖した病院での分娩回数は、他の病院に増える。②それら病院で行われた分娩では、収入と人的コストはその病院の平均値に従う。③産科を閉鎖した病院では収入・人的コスト・物的流動コストは0になるが、当面物的固定コストはかかり続

けるものとする。利益率の比較では、当初の仮定である10%を利益率を0%とし、変動を把握しやすく表示した。

分娩数の多いC病院を拠点として4病院の集約化について28通りのシミュレーションを行い、4病院総じて利益率の高いいくつかの集約化の方法を見いだすことができた。これらは、4病院の地理的關係や、妊婦の利便性などは考慮していない。医療経済的な検討を参考に、さまざまな観点からより優れた産科機能の集約化が決定されるべきと考えられる。

E. 結論

産科機能を集約化（センター化）する条件とその経済的得失について検討することを目的に、地域の中核的病院4施設（A～D病院）における産科業務の状況、コストデータを分析するとともに、産科機能を集約化した28通りの経営面の影響についてシミュレーションを行った。設定した条件下では、D病院産科を閉鎖し、その機能をA病院またはB病院に移行する、ないしA病院とD病院の産科を閉鎖し、B病院に機能を移行することにより、

総じて利益率が向上すると考えられた。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) 濃沼信夫：乳癌治療の経済評価. 乳腺疾患. 医歯薬出版. p538-542, 2004.6.
- 2) 濃沼信夫：世界標準からみたわが国の在院日数. クリティカルパスを活用した循環器疾患患者の早期退院マニュアル. メディカ出版. P8-19, 2004.
- 3) 濃沼信夫：肺癌検診の経済評価. 肺癌 43(7):1018-1027, 2003.
- 4) 濃沼信夫、並木俊一：QOL 評価に必要な医療経済学の視点. Urology View 2(2) :14-21, 2004.
- 5) 濃沼信夫：がん対策の費用対効果. Geriat. Med. 42(5):579-586, 2004.
- 6) 濃沼信夫：今なぜ医療の質が問われているのか. Clinician 51(533):9-16, 2004.
- 7) 濃沼信夫、伊藤道哉：癌医療経済とその研究基盤の整備に関する研究. Cancer Science 95 Supple.:545, 2004.
- 8) Koinuma N, Ding H: How to change clinical performance to improve the quality of care, patient safety and efficiency of hospital? Proceeding 3<sup>rd</sup> International Healthcare Systems Conference: 382-384, 2004.
- 9) 濃沼信夫：地域医療における機能分化と病院経営. Medical forum Chugai 9(1):2-8, 2005.
- 10) Koinuma N, Takeyoshi H, Ito M: Economic evaluation of cancer treatment. 16<sup>th</sup> International Congress on Anti-Cancer Treatment, Abstract book: 211-212, 2005.
- 11) Namiki S, Koinuma N, Arai Y, et al: Health related quality of life in Japanese men after radical

prostatectomy or radiation therapy for localized prostate cancer. International Journal of Urology 11:619-627, 2004.

12) 並木俊一、濃沼信夫、荒井陽一、他：前立腺全摘術症例における前立腺癌診断後1年間の医療経済分析. 泌尿紀要 50: 71-75, 2004.

13) 並木俊一、濃沼信夫、荒井陽一、他：Neoadjuvant 療法は前立腺全摘術後の QOL の回復を遅らせる: SF-36、UCLA Prostate Cancer Index を用いた縦断的調査. 泌尿器外科 17(8): 847-849, 2004.

14) Namiki S, Koinuma N, Arai Y, et al: Recovery of health related quality of life after radical prostatectomy in Japanese men: A longitudinal study International Journal of Urology 11:742-749, 2004.

### 2. 学会発表

- 1) 濃沼信夫：乳癌の医療経済（教育講演）. 第12回日本乳癌学会総会. 北九州. 2004.
- 2) 濃沼信夫、伊藤道哉：癌医療経済とその研究基盤の整備に関する研究. 第63回日本癌学会学術総会. 福岡. 2004.
- 3) 濃沼信夫：質、効率、安全を担保する医療制度. 日本予防医学リスクマネジメント学会. 教育シンポジウム. 東京. 2004.
- 4) Koinuma N, Ding H: How to change clinical performance to improve the quality of care, patient safety and efficiency of hospital? Proceeding 3<sup>rd</sup> International Healthcare Systems Conference. Charleston USA. 2004.10.
- 5) 濃沼信夫、伊藤道哉：がん医療の経済分析. 第42回日本病院管理学会. 熊本. 2004.11.
- 6) 濃沼信夫：プライマリ・ケアのグローバルスタンダード. 第11回日本グループ診療研究会. 東京. 2004.11.
- 7) 濃沼信夫：患者の視点に立った医療と経営.

海外先進諸国の事例から.第3回日本医療経営  
学会.東京.2004.12.

8) Koinuma N, Takeyoshi H, Ito M: Economic  
evaluation of cancer treatment. 16<sup>th</sup> International  
Congress on Anti-Cancer Treatment. Paris France.  
2005.1.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

平成 16 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）  
分担研究報告書

女性が分娩施設に対して望むこと  
－院内助産院の始動に向けて－

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：将来に亘り、安全で快適なお産を保障していくには、その前提に受けて側である女性のニーズを把握し、それに対処することが不可欠である。そこでM県の女性1,267名(15~83歳)から意見を求めた。その結果、分娩に対する感情は若い年代ほど否定的であり、高年代ほど肯定的であった。施設に求めるのは「緊急時の対応」と「保健指導の充実」「プライバシーや当事者の意思の尊重」であり、病院選択基準は「医療水準」「評判」であった。正常産の場合「医師の立会いがなくとも良い」を知っているのは、約半数弱であり、施設内に医師立会い不要の出産場所（仮称：施設内助産院）がある時の利用を尋ねると、「利用する」が40%であり、その理由は「アットホームな感じ」「自分の意思を尊重してくれる」「ゆっくり丁寧」であった。一方「利用しない」と回答した者も、「緊急時医師の助けがあるなら利用したい」が66%と高率であった。

以上より、女性は評判と医療水準で病院を決め、安全性が保証されているなら、なにより「アットホームで自分の意思を尊重してくれる」体制を望んでいることがわかった。選択肢の多様性の配慮が必要である

A. 研究目的

分娩施設の適正化を検討する際、その利用者である女性のニーズを把握することは不可欠である。医療体制を見直す時に、医療側と利用者側が乖離することを最小限度とすることが重要である。

今回その為に“女性は分娩をどのように捉え、そのとき誰に何をどのように希望・期待するか”を明確化することと新しい医療システムとして登場しつつある、施設内助産院（正常産は医師の立会いなしに助産師が主体的に運営する助産体制）をどう受け止めるかを明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

M県内に住む女性1,670名を対象に、平成16年8月～12月に実施した。調査の方法は県内にある医療機関で産婦人科

がある病院24施設と、文科系女子大学1校に独自に作成したアンケートを依頼し、前者には郵送し留め置き法で回収した。また後者は翌週の講義日に持参させた。統計解析にはSPSS for Windows Ver 11.0を使用した。

（倫理面への配慮）

倫理的配慮として、結果は統計学的に処理し、個人が特定されないこと。断ってもなんら不都合が生じないこと。回答し提出した者は承諾を得たものと理解することを文書と口頭で説明し、承諾を得た。

C. 研究結果

有効回答数は1,267名(85.6%)であった。回答年齢は平均 $30.9 \pm 6.6$ 歳(M $\pm$ S D)で最小は15歳、最大は83歳であった(図1)。

婚姻関係では既婚1,021名(80.7%)、未婚245名(19.3%)であった。妊娠中は583名(46%)産後1年以内241名(19%)、産後1年以上202名(16%)女子大生241名(19%)であった。

### 1) 出産に対するイメージ

リッカート法により「強くそう思う」から「全くそう思わない」で5～1点で回答を得た。その結果、「痛い」「苦しい」「つらい」「不安」「怖い」の否定的感情と、「うれしい」「楽しみ」「気持ちいい」の肯定的感情の各合計点を年代と出産の経験の有無で比較した。その結果否定的感情の得点(総計25点)は高い順に、10代で20.9±3.9点、20代で19.8±3.7点、30代で18.5±4.5点と続き、40代が最低で17.3±4.5点であった。

年代間の比較では、10代と30・40代が、20代と30・40代で有意差( $p<.01$ )が認められた。一方、肯定的感情得点(総計25点)は60・70代以上が12±1.4点と高く、最低が10代9.8±2.8点で、20・30・40・60代以上と有意差( $p<.01$ )が認められた(表1)。

また出産の経験の有無では、否定的感情は未産婦は19.7±3.7点であり、経産婦は18.7±4.5点で有意差が見られた( $p<.01$ )。また肯定的感情は前者で10.9±2.3点、後者は11.3±2.2点で両者に有意差が認められた( $p<.01$ )(図2)。

また職業の有無別では、否定的感情は有職者は18.9±4点であり、無職者は19.4±4.3点、また肯定的感情は前者で11.2±2.2点、後者は11.1±2.3点と両者に有意差は認められなかった。

### 2) 出産の時に病院に望むこと

リッカート法により「強くそう思う」から「全くそう思わない」で5～1点で回答を得た。その結果「緊急時に対応できる」が4.8±0.4、「保健指導の充実」4.3±1.1、「プライバシーの尊重」4.3±0.7、「自分の意思が

尊重される」4.2±0.7、「アメニティーの充実」4.2±1.1、「アットホーム的である」4.1±0.8

「自然なお産が出来る」4.1±0.8の順であった(表2)。

### 3) 出産時の病院選択の基準

リッカート法により17項目を準備し、各々に対し「強くそう思う」から「全くそう思わない」を5～1点で回答を得た。その結果高い順では「施設の充実」4.2±0.7、「医療水準が高い」4.2±0.7、「評判がよい」4.2±0.7、「距離が近い」4.1±0.8、「交通の便が良い」4.1±0.8であった。また、低い順では「インターネット情報から」2.4±1.0、「雑誌から」2.5±0.9、「女医の有無」3.5±1.0、「食事が良い」3.5±1.2、「夫立会いが可能」3.7±1.0であり、特に年代の差や出産経験の有無で差は認められなかった(表3)。

### 4) 出産経験者の実際の出産場所

出産経験者は627名(49%)であった(図2)。そのうち2回経産は332名、3回は100名、4回は16名、5回経産は5名であった。

それらの各出産時の場所を尋ねた。

その結果「総合病院」が60%、「個人医院」28%、「助産院」11%、「自宅」1%であった(図3)。

### 5) 出産時に実際の支援者

出産時の支援者は「助産師」が677名(63%)と最も多く、次に「看護師」215名(20%)、「准看護師」21名(2%)、「わからない」161名(15%)であった。

### 6) 出産時に傍にいてほしい人は誰か。(強く思う者から二人選択)

第一番に挙げるのは、「夫」で804名(70%)、「夫と子ども」148名(13%)「医師」97名(9%)「助産師」86名(8%)であり、「看護師」は2名(0.2%)と極端

に少なかった。

第二番に挙げられたのは、「助産師」575名(56%)、「実母」297名(29%)、「医師」105名(10%)、「看護師」48名(5%)であった(図4)。

#### 7) 出産時に医師の立会いについて

「絶対必要である」は295名(23.3%)、「必要である」677名(53.4%)、「あまり必要はない」247名(20%)、「必要なし」2名(0.2%)であった。

同時に、“正常な出産には医師の立会いがなくてもよい”を「知っていた」のは558名(45%)であり、「知らなかった」は669名(54%)であった(図5)。

これを年代別でみると、20代と30代の間で有意な差がみられた( $p<.05$ )。しかし婚姻別や妊娠経験別では差は認められなかった(表4)。

#### 8) 助産所について

“助産所という名称を知っているか否か”では、「知っている」731名(59%)、「知っているが良くわからない」230名(19%)、「聞いたことがある」112名(9%)、「知らない」165名(13%)であった。これは年代別では有意な差を示し、高年齢ほど知っていた割合が高かった( $p<.01$ )。同時に婚姻別と妊娠経験の有無別でも有の方が無と比較し、有意な差が認められた( $p<.05$ ) (表4)。

さらに、“現在知っている(理解している)範囲で考えて、“助産所での出産の希望”を尋ねた。すると「出産したい」が386名(32%)「出産したくない」が815名(68%)であった(図6)。年代別では20代と60代以上との間に有意差が認められ、婚姻別と妊娠経験の有無別でも、有意な差が認められた( $p<.01$ )(表4)。

#### 9) 施設内助産院(病院の中で助産師主体で運営する助産施設)について

“施設内助産院という言葉を知って

いるか”に対し、「知っている」は119名(9.7%)であり、「知らない」は1098名(89%)であった。年代別では50代を除き60代以上と有意な差が認められた( $p<.01$ )。婚姻別と妊娠経験の有無別でも有の方が無と比較し、有意な差が認められた( $p<.01$ )(表4)。

そして“もしも施設内助産院が存在したら、利用を希望するか”を問うと、「利用する」512名(40%)、「利用しない」699名(60%)であった(図7)。年代別では特に差が見られなかったが、婚姻別と妊娠経験の有無別でも有の方が無と比較し、有意な差が認められた( $p<.01$ ) ( $p<.05$ ) (表4)。

しかし“施設内助産院を利用しない理由”では、「助産師だけでは不安」117名(16%)、「医師の立会いは当然だから」132名(18%)、「緊急時医師が支援可能なら利用する」468名(66%)であった(図7)。

#### 10) 女性が望む周産期の管理体制

「単数の医師か助産師が良い」は384名(32%)であり、中でも医師より助産師が19%と多い。「複数の医師か助産師」は160名(13%)であり、「コメディカルのチーム医療」が664名(55%)であった(図8)。

#### D. 考察

調査対象となった母集団は、全国的にも平均的な出産年齢である25~35歳に平均があり、標題の対象としては適切であると考えられる。

出産に関するイメージでは、否定的感情の得点が年代の低いほうで高く、肯定的感情得点が高い年代で高かったのは、女子大生を含むまだ出産を経験していない女性は、単に風評でイメージしているからではないかと考えられる。日本の妊娠・出産にまつわる風評はマイナスイメージが強い。そして出産未経験者の中には、現在妊娠中の妊婦も含まれており、殊更に出産に対し、不安を感じてい

るという（佐藤：2002）時期での調査が原因と考えられる。

一方、高年齢者に肯定感情の得点が高いのは、実際に出産・子育てを経験し、大変さや苦労よりも、既にうれしさや楽しみを経験し、それらの感情の方がより強化されているせいかもしれない。この傾向は出産の経験の有無別でも同様であると考えられる。しかし、職業の有無別による感情の差は認められず、むしろ若干ながら無職に否定的な感情が認められた。このことは諸外国の労働力と出生率の関係では、一般的に女子の労働力率の高い国で、合計特殊出生率も高くなっているということから、有職女性が15歳人口の約半数になった日本でも、意識面で大差なく、働くことで出産を否定的に捉えることはなくなったと考えられる。このことは男女雇用機会均等法や育児休業法の成立等少子化対策が関係しているとも考えられる。

次に、出産時の希望や病院選択の基準についてみると、安全の担保を条件に、保健指導の充実や自己の意思の尊重と主体は最早女性自身が出産するという主体性を考えてきた現れではないかと考えられる。その為に施設の医療水準や施設の充実を確認し、そして地域の評判を頼りとすると考えられる。一方で病院選択の低得点は、インターネット情報や女医の存在、食事内容であった。このことは普及したとはいえ、インターネットはまだ生活の一部に取り込まれるまでには至っていないと考えられる。また女医の存在は年々増加傾向にあり、同姓ゆえ胸襟を開くということはなく、単に産科医の一人ということなのかもしれない。また食事等も快適性＝豪華という模式図は描いておらず、現実的な医療・教育等内容の充実を求めていると考えられる。

その様な状況下で、実際は病院での出産の割合が全国平均(54%:H14)より多く、同時に助産所での出生率も

全国平均(1%:H14)より11%とかなり多い。これは標本数の違いによる計算上のことだと考えられる。助産を扱う助産院が特別に多い地域ではない。しかし経産婦の比率が多い傾向は考えられる。

また出産時の支援者の職種が「わからない」が15%もあり、本来分娩期の安全を保障する役割を意識するのであれば、きちんと職種と氏名等は名乗って業務を行うべきであると考えられる。

昨今、分娩時の業務内容と職種のミスマッチが指摘されている。安全を担保する側も十分気をつける必要がある。

同時に、出産時の立会いは、正常産に限り、助産師が独自に介助可能であることは、半数以上が知らなかった。このことは、今やほとんどの出産が施設内で行われ、かつて助産師が家庭分娩で出産を担っていたことなど、知らない世代になっているためだと考える。婚姻別でも妊娠経験別でも同様に差がなかったことから理解できよう。医療法や保助看法で規定されているとはいえ、権利を十分に行使しなければ、あるいは社会から理解される様に努力をしなければいけないと考える。

しかし、一方では“助産所”の存在は「知っている」が77%もあった。理解の程度の詳細は不明としても前述からは、意外な数値であった。高年齢ほど、婚姻している者ほど、妊娠経験の在る者ほど知っていた。これは出産の経験者、あるいは近いうちに出産を考える者が必要に迫られることで何らかの情報を得た結果であろうと考えられる。

しかし利用には直結せず、68%が「利用したくない」であった。さらに現実的に考え、施設内に助産師だけで運営する“施設内助産院”があると仮定しての利用を尋ねると、58%が「利用しない」であった。だが、その一方で「緊急時医師が支援可能なら利

用する」が65%にも及び、このことは安全の保証が第一条件になることを物語る。

そしてその条件を担保する体制はコメディカルチーム医療が望まれた(54%)。このことは複雑化・高度化・専門化した医療の中で、最早単独の医師や助産師だけでは安全の保証が望めないことを社会が認識しているということだと考える。

#### E. 結論

出産イメージは若いほど肯定より否定が強い。出産時病院に望むことは、緊急時の対応や保健指導の充実・自身の尊重であり、出産時は夫や家

族・助産師や医師が傍に居て欲しいと願っていた。正常産は助産師のみで出来ることや、助産所は半数が知っていた。しかし、周産期の対応はコメディカルチーム医療を望んでいた。助産所の出産は消極的だが、施設内で緊急時の支援体制があるなら利用希望が7割弱にも及んだ。より多くの選択肢の準備が必要である。

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

「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調査」助産雑誌59(3)、221-227、2005

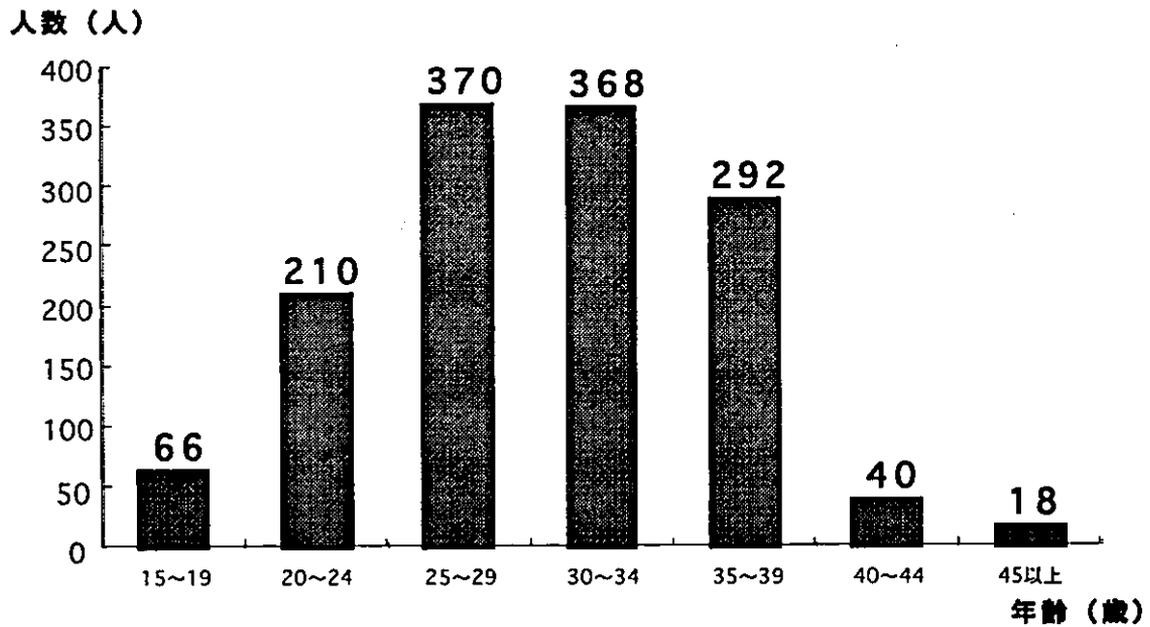


図1 年齢分布

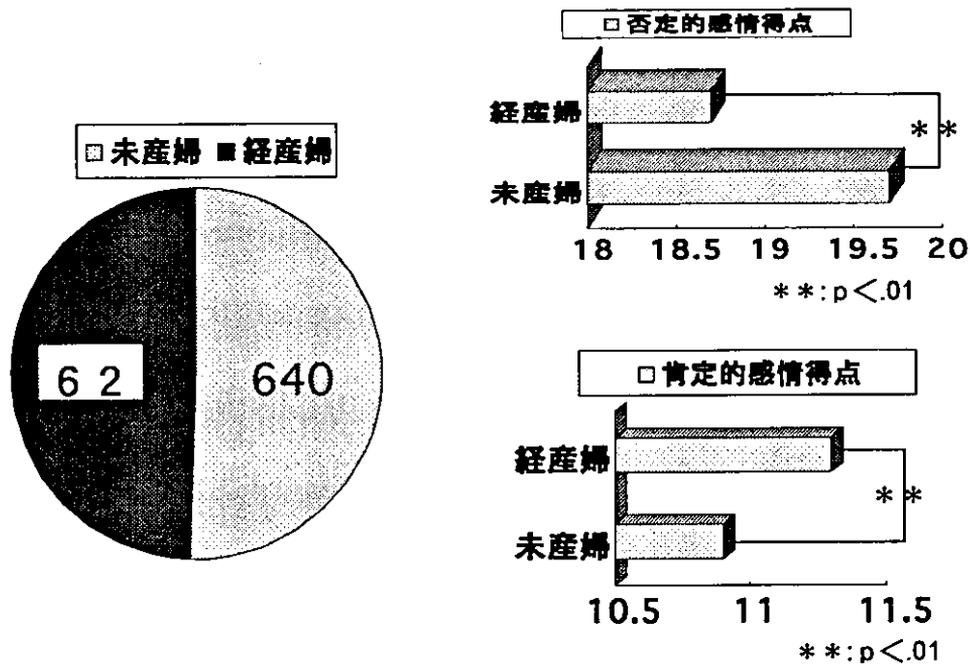


図2 未・経産婦別出産に対する感情

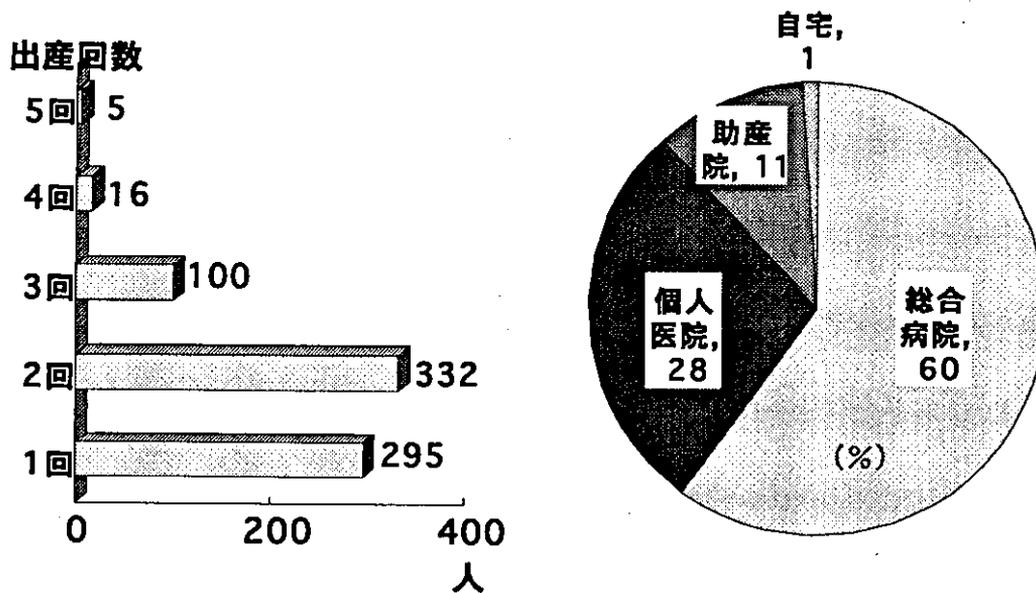


図3 出産経験と出産場所

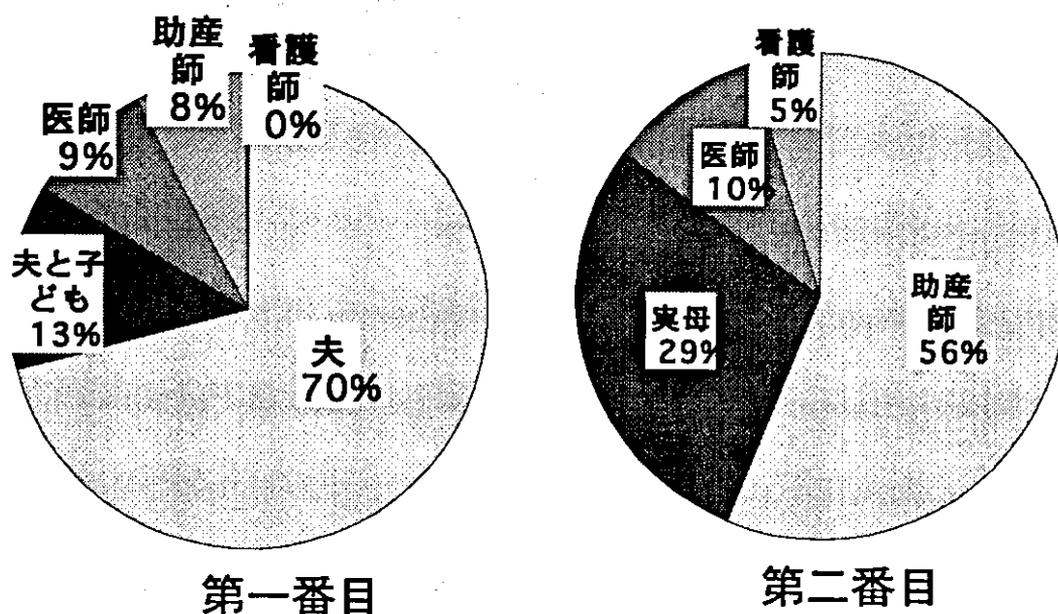


図4 出産時そばにいてほしい人

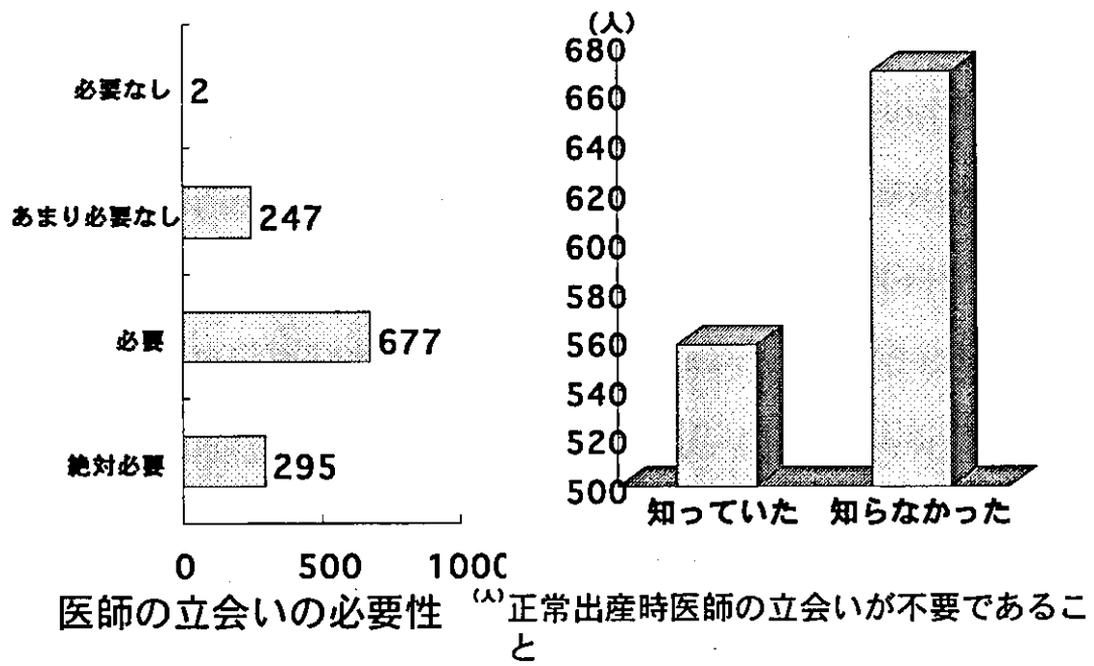


図5 正常出産時の医師の立会いについて

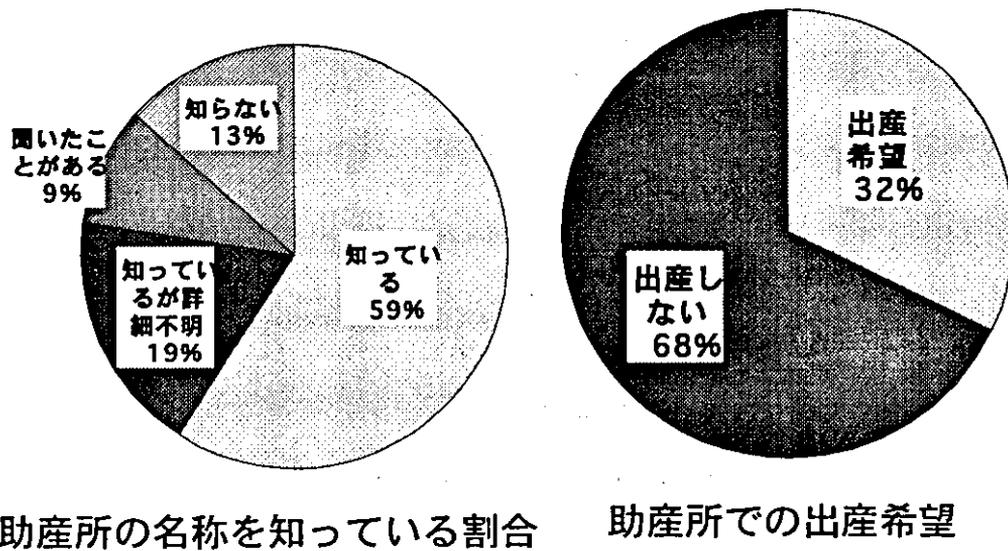
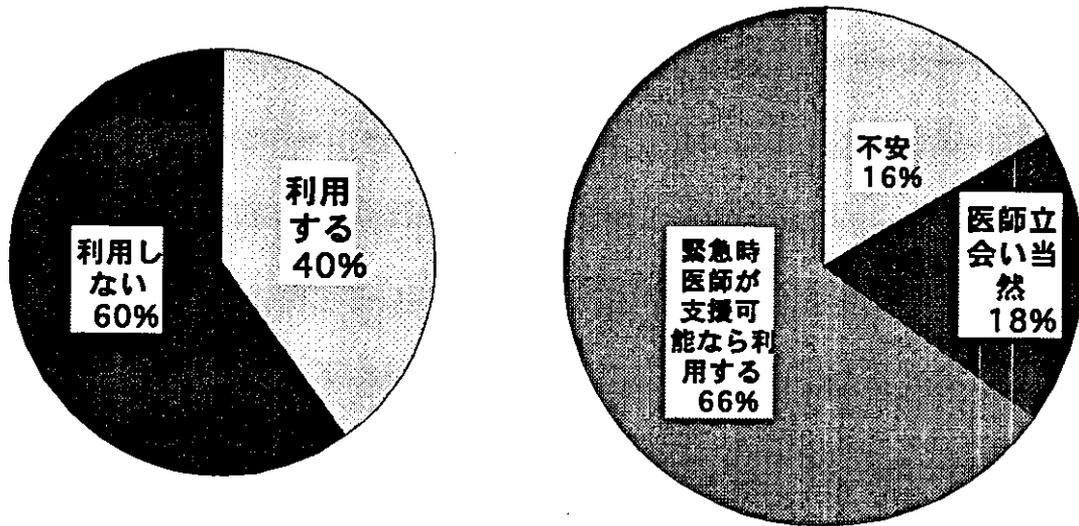


図6 助産所について



施設内に助産院が存在したら  
利用しますか？

施設内助産院を利用しない理由

図7 施設内助産院について

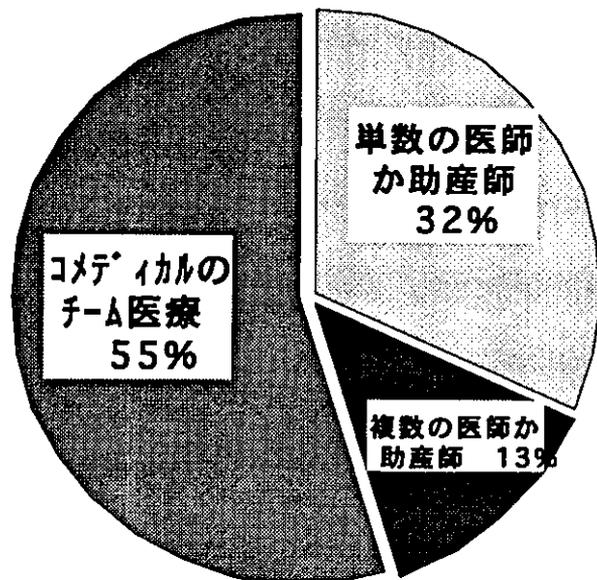


図8 女性が望む周産期の管理体制