

を作っていたら、集約化と、1人でも良いけれども満足して収入を多くしてやりたいと言う人もいますので、決して複数医者がいれようまくいくと言う訳でもないのですよね。たった1人でやっている医長は他にも2人根室の中標津に行っていますけれども、うまくやっていますよね。それなりに、自治体とか病院の運営とかに市の方からそれなりの期待をされていて、それなりの待遇をされていますので、満足して地域に根ざして仕事をする。そういうこともあると思います。医師の待遇も働いた分だけの収入を与えていただけたら、きつうまくいくと思うのですが。

それと、おそらくそういうことと院内助産院がカップルしていると思います。

おそらく1人でやる分には、たった1人でできませんので、先程話のあった院内助産システムというのが丁度うまくいって、何でもないお産では助産師さんがやっていただくというようなことが、一番良いのかなと思います。

【司会 石川睦男】

ありがとうございます。周産母子センター田熊先生、旭川医大では助産師さんに任せているのですか。

【旭川医科大学周産母子センター 田熊直之】

旭川医大の周産母子センターの田熊と申します。私も去年まで旭川医大の医局長をやっておりまして、病院から手を引いたりいろいろなことをさせて頂いた経緯がありまして、それを含めてお話しをしたいと思います。

院内助産院に関しては大学としては難しいです。分娩が年間300程あっても、結局150は帝王切開になるような症例ばかりで、普通の分娩は助産師科の学生さんがとらなくてはいけないとか、結局うちの助産師さんが分娩を取ることはほとんどあまりないのですよ。

結局、院内助産所というものを作ったとしても、なかなか大学病院とかでは難しい。

ただ、民間あるいは市中病院、比較的バックのしっかりした市中病院で行う分には私も良いと思います。ただ、バックのしっかりとした市中病院を維持するのが今、難しいというのが、状況になっていると思います。

集約化という聞こえがいいのですが、集約化した病院に十分な医者を送っているかというと、実は送っていないのです。本来3人のところが4人になっただけで、本来は6人くらいでやらないといけないんだけど、一人ぐらいしか増やせないけど、業務量は非常に増えるよ。これが今、かろうじて綱渡りしている集約化。それでも医者が足りなくて、結局、今日皆さんのお話を聞いていたのですが、僕は、もっと早く崩壊してしまうと思う。おそらく、うちとしても、来年あるいは再来年、おそらく集約化した病院もなくなるとどうしようもなくなるような感じです。

ちょっと厳しいことを言うのですけれども、一回、全部ご破算にしたほうが早いのではないかというのが、現実的ではないか。たとえば大学病院の臨床をやめてしまう。いったん、

大学病院を閉じてしまって地方に分散させて、それから建て直しを図る。本当に、一回リセットしないとだめではないかなという状況でないのがというのが僕の考えです。

それと、学生の件なのですが、僕も去年までは一生懸命勧誘していたわけなのですが、札幌の石岡先生とか齋藤教授が言うように、学生は本当にお金で動きます。というのは、大学病院にどうしても残らないのかというのは、月30万円という給料で大学病院に残りません。それは、本当に些細な額なのです。月40万とかほかの病院で50万とか出します。大学病院は30万なのですが、本当に長い目で見ればすごい些細な額なのですが、学生さんがいざ卒業して就職するときに30万と50万・60万というのは、えらい違うような感じがしているみたいです。それで、たとえば旭川市内で旭川医大に残り、医局は結局旭川医大に入るのだけれども、1年目の研修をどこに行くか2年目をどこに行くかということを決めるときに、医大で30万、厚生で40万、日赤で50万だったら、みんなそっちを希望する。結局そうやって回っている間に、その間に医局に入局するのをやめるという人が出てきてしまう。先ほども言われたようにうちの医局も本当は入る予定だった人はいるのです。それが、2年目研修が終わった瞬間に産婦人科やめます。

結局、本当にリクルートに関しては、いやな感じなのですが、わずかでも収入がいいほうがいい。それは、産婦人科の医者が他科より忙しい分、1.5倍もらっている。2倍もらっている。そういう風なのを現実で目の当たりにした場合は学生さんは必ず入ってくる。それが一番手っ取り早い話だと私は思います。副医局長を含めて6年間、学生さんをいろいろ勧誘してきましたけれども、本当に些細な額でも学生さんは動きます。

何とかしてほしいのは、今いる産婦人科の医者の待遇を、たとえば単純に1.5倍にしてみたい。それを見た学生さんは、多少忙しいと思っても興味のある人は入ってくる。これが、同じ待遇だった場合、忙しくて訴訟も多いとかいろいろなことがかみ合いますけれども、要するに同じ給料だった場合は、他科に絶対流れます。

齋藤先生達の意見と本当に、実際に学生さんと接している我々から見ると、お金で動くというのが本音です。

【司会 石川睦男】

田熊先生ありがとうございます。今、役割分担ということでちょっと話したのですがけれども、ご存知のように補助看法が変わって新たな保健師および助産師の免許付与用件の見直しということも一つありますね。それから、看護職員の保健師・助産師・看護師・準看護師の名称独占規定の整備とこういうこともあって、特に助産師さんの今後の役割分担で院内助産所という言葉が適切かわかりませんが、我々と共同して、今こそ共同でやらなくてはならない。そのとおりだ。我々もいつも困ったときに共同を申し込むけれども、申し訳なく思っています。

最後に、集約化するにしてもさっきみたいに、1時間で間に合わない、2時間とか3時間とかさっき話しましたし、救急車の中でお産してしまうとか。この辺で北海道のほうで患者

搬送のシステムというのは、周産期については考えていますか。
たとえばお産にヘリコプターで運ぶとかその辺はどうですか。
個人的な意見でも結構です。道としても結構です。

【北海道保健福祉部こども未来づくり推進室 立花理彦】

北海道の距離感というのはあるのですが、基本的に正常分娩の場合は救急車を使えないことになっています。異常があれば、たとえば出血が多いとか、現状としては検討の課題としてはもちろんあるのですが、すぐに実現するという事は難しいですね。

【司会 石川睦男】

それともう一つたとえば島やなんかではお産できないですね。それでたとえばさっきの稚内みたく利尻・礼文から稚内に来て泊まっているとか、そういう交通費とか宿泊費の補助とかは考えられないのか。

【北海道保健福祉部こども未来づくり推進室 立花理彦】

お金に関しては、2年間我々の給料も10%削減され、道も赤字債権団体になってしまう。お金に関しては全然だめですね。

【司会 石川睦男】

それは、道職員も札幌医大も同じですね。
ちょうど時間になってしまったのですが、この際どうしても話しておきたいことはないですか。どうぞ。

【天使大学大学院 園生陽子】

天使大学大学院の園生と申します。今のことだと、私前任地が沖縄なのですけれども、沖縄はやはり離島ですので、道がつながっていないので、やはりヘリはそれなりに使っていましたね。ええ、離島ですので本当に間に合わないときは使っていました。もちろん、早めに町の中に出て行ってそこでお産に待機するというようなことをなさっていましたけれども、まあ地続きなのでその辺のことは難しいのだと思いますが、緊急の事態の時にはやはりその辺のことをお考えになったほうがいいのではないかなと思います。

それと先ほどの助産師教育関係ですけれども、助産師の分娩介助が去年くらいからたぶん一人で10例ということになっておりますので、それ以前は、施設施設で、養成所で5~6人とかもっと少ないとかいろいろあったと思うのですが、多少は足並みそろってくると思うのです、助産師教育も。それと、私たちの施設が初めてなのですけれども大学院での教育が、今始まりました。天使もそうですけれども、あと2箇所ほど今度できてきます。あともう一箇所できてきます。たぶん助産師の教育は、欧米は1年半からやはり2年ぐら

いですね。大学院でアメリカは 7 割くらい教育していますから。そういった感じで少しずつ助産師が経験をしっかり、学内でも経験をしっかりつんで、そして出て行けるのではないかなと思います。私たちのところでも病院に本当にご協力いただいて一人 10 例ずつやったあとに 2 年次で助産院のほうに 7 週間行って、妊婦検診から分娩からフリースタイルももちろんそうですけれども、いろいろな形でやれることを徐々に増やしています。卒業してからいきなりと言う訳にはいきませんが、できる部分はすこし臨床で積みばできているのではないかなと思います。深谷赤十字の話が出ましたけれども、ドクターたちが助産師達がある程度、院内で出来るものを認めてくだされば、助産師達もそれなりに育っていきますし、深谷赤十字の昔、助産師さん師長さんは本当に「うちの病院で 5 年間程働いてくだされば開業できますよ」みたいなことはおっしゃっていました。だから、本当に正常なことは助産師にお任せいただけるように、私達も技術を身につけていきたいと思えますし、ドクターたちも本当にいろいろな意味で大きな目を見ていただいて、助産師を育てて欲しいなと思います。どうもありがとうございました。

【司会 石川睦男】

どうもありがとうございました。

今、沖縄の話が出ましたけれども、沖縄担当小池大臣が、沖縄に産婦人科医来てくださいと発言したら、多くの意見にも多数批判が書いてあったのはたぶんご存知だと思うんですが、沖縄も産婦人科医が少なくて大変困っているそういう状況ですね。

ほかに何か、今日どうしても言いたいこと、どなたかご意見ございませんか。

よろしいですか。どうぞ。

【道立旭川高等看護学院 田中恵美子】

道立旭川高等看護学院助産学科の田中です。今、田熊先生もおっしゃっていましたが、数少ない正常産をうちの学生のために助産師さんに譲っていただきながら、育てています。

うちの学校も 23 年たって、もともとが旭川とか道北・道東が助産師が少ないということでできた学校で、養成数は非常に少ないのですが、約 2/3 以上は道東・道北のほうで今、就職して活動しているということで、それはやはり旭川市内の先生方に非常に協力していただいて、まず、特に私も出て行っていますが、千石先生とか石川先生の外来にも顔を出しながら、きっと邪魔だなと思われてはいるだなと思うのですが、その中で今養成はしているのですが、園生先生が言ったように分娩 10 例を取るということは非常に困難で、実際うちは正規では 12 月いっぱい実習が終わる予定なのですが、実際はまだ待機をされていて、たぶん卒業式の前日まで分娩をとらなければならない。旭川市内では 4 施設を実習病院といながらも一番多いのが厚生病院の 450 であと 200、300 のところで、その中でも医大が 50% 帝切の中で助産師さんたちに譲ってもらいながらという実習をしております。

先月末に全国助産師教育協議会と日本助産師会と共同で知事宛に要望書を出しております。

ぜひ、実習施設、助産師の養成をしたいのですが、なかなか10例というしがらみによって、うちも定員を入れることができない状況の中で養成しております。

ぜひ産婦人科の先生方に協力をさせていただきたいということと、先日、同期とか教え子とか、結構、産婦人科とか小児科の先生たちと結婚していて、助産師がいないんだけどという電話をいただいたのですが、じゃあ彼女も助産師なのですが、夫が開業をしていて妻も助産師として勤務しているかという、何人かは事務長として働いているんですね。せっかく免許を持っているところですので、ぜひさっき、女医さんの話もでしたが、免許を持って子育てが終わった助産師が働けるように、ぜひ協力させていただきたいなと思います。そうすると潜在の助産師達をもっと出てきて、そして社会貢献ができるのではないかと思います。

【司会 石川睦男】

兼元先生、最後に医会の立場から何かご意見ございませんか。

【北海道産婦人科医会 会長 兼元敏隆】

人の目に触れないように静かに下を向いていたのですけれども。

いまさら精神教育とかそういうのは無理だという時期であることは間違いないと思います。

そして、お金の話ということになります、岩見沢の院長先生なども大変だと思います。

そして、山下先生も大変だと思います。

古く院長をやった立場から言うと、婦人科だけ上げるという訳にはいかないと思います。

そうするとやはり、今すぐできることは、労働法にぎりぎりのところの上限で、超過勤務をということぐらいしかないなという風に思っています。これはすぐできると思います。

さっきからいろいろなお話を聞きながらも、研修医なんかも、私はこの年で研修医と一緒に遊んで全部やらしてしまうんですね。遊ばせてあげる。そうすると非常に魅力を感じてくれる。ただし、2年後に来るかどうかわかりません。ということで、要するに古いお医者さんたちもここにおられるのですが、変わっているというのです。もうすでに。ですから、周りが、若いお医者さんにかく在るべきだという時代はもう過ぎた。だから、少しでも今言いましたように、その人の汗の分だけ考えてあげなければならない。それが、今すぐでもできることから手をつけていく。

それから、この指導医である人たちの汗をかきながら、本当は指導医のお給料もいっぱい上げて欲しいのですがなかなかそうはいかないでしょうから、汗をかいて若い人のためにやるというその辺の精神的な部分の支えが必要だなというようなことと。

もう一つぐらいあったのですが、忘れてしまいました。

やはり、現実はそのんだから、やれるところから手をつけていかなければならない。

それから助産師さんのいろいろな教育の問題などもあるのですけれども、若いときに私お産をちょっと助産師さんといろいろな話をしたときに、「先生はずっと病院にいてくださ

い」「どうして」「切れたら縫ってくれ。お産は私たちがする。」そういったことで、ちょっと険悪な状態にまでなったこともあったのですが、同じことが繰り返されているのかなど、いろいろなことをさっきから数えていました。

意見になるというよりも、なんとなく嘆息が出たということ。

【司会 石川睦男】

先生、どうもありがとうございました。突然指名して。

それではですね、これで「地域における周産期医療システムの確保」厚生省班研究の公開討論会・フォーラムを終わらせていただきます。

長時間ご参加いただきましてありがとうございました。

山梨県における新たな周産期管理システム構築に関する検討

分担研究者 星 和彦（山梨大学医学部産婦人科教授）

研究協力者 須波 玲（山梨大学医学部産婦人科助手）

研究要旨：開業医師の高齢化に伴う廃業と新規産婦人科医師の減少のため、我が国の産婦人科医師数は漸減してきており、安全な周産期医療を提供するうえで極めて困難な状況になりつつある。限られた人員で質の高い周産期医療を提供していくためには、分娩管理施設の集約化および連携診療の推進が必要と考えられ、周産期診療のオープン化をはじめとした新たな診療システムの構築が検討されている。山梨県をモデル地区として県内分娩施設の集約化を図り、地域の周産期医療の抱える問題点と適切な周産期診療システムについて検討を行ったので報告する。

A. 研究目的

開業医師の高齢化に伴う廃業と新規産婦人科医師の減少のために我が国の産婦人科医師数は漸減してきており、安全な周産期医療を提供するうえで極めて困難な状況になりつつある。限られた人員で質の高い周産期医療を提供していくためには、分娩管理施設の集約化および連携診療の推進をはじめとした新たな診療システムの構築が必要と考えられる。山梨県をモデル地区とした分娩管理施設の集約化を通して、周産期管理システムの見直しを行い、地域における新たな周産期管理システムの構築に関わる問題点について検討を行う。

B. 研究方法

1 【安全な周産期医療を提供するために必要な人員配置、病院機能の評価】

県内の分娩管理施設（全 13 病院施設）を対象に各施設の診療状況と勤務医の労働環境を把握するために下記の内容についてアンケート調査（別紙 1）を行った。

- 1: 外来患者総数
- 2: 総手術数
- 3: 帝王切開術総数
- 4: 総分娩数
- 5: 時間外緊急検査項目
- 6: 時間外緊急手術への対応所要時間
- 7: 新生児管理
- 8: 産婦人科常勤医師定数および実数
- 9: 小児科常勤医師定数および実数
- 10: 麻酔科常勤医師定数および実数

2 【周産期診療におけるオープンシステ

ム導入に関する県内産婦人科医師の意識調査】

山梨県内で産婦人科診療を行う全ての産婦人科施設を対象にアンケート調査（別紙 2）を行い、開業医と勤務医の双方からシステム構築に関する意識調査を行った。

3 【中核施設を設定した人員の集約化および、これに伴う診療状況の変化】

県内を5つの診療区（甲府・中巨摩地区、東部・富士地区、東山梨地区、北巨摩地区、南巨摩地区）に分割し、1、2の調査結果に基づいて、分娩管理施設の集約化を進めた。（図1）これに伴う、各施設の診療状況の変化について調査するために、分娩管理を行う全ての施設（診療所を含む）を対象に、2004年度および2005年度の診療状況における下記の5項目についてアンケート調査を行った。

- 1：年間分娩数
- 2：帝王切開数
- 3：開腹手術総数
- 4：早産数
- 5：多胎分娩数

なお、山梨大学医学部附属病院も分娩管理を行っているが、診療以外の教育、研究機関の機能を備えており、人員構成が他施設と異なることから、今回の検討からは除外した。

C. 研究結果

1 【安全な周産期医療を提供するために必要な人員配置、病院機能の評価】

山梨県内の周産期施設は下記の13施設であり、全ての施設より回答を得た。

甲府・中巨摩地区（6施設）

東山梨地区（2施設）

東部・富士地区（5施設）

〔診療規模〕

全施設における年間外来受診者の総数は164895人（中央値9125人）、総病床数365床（中央値22床）、総分娩数4584件（中央値291件）、総手術数2616件（中央値192件）、帝王切開術890件（総分娩数の17.5%）であった。

〔マンパワーの解析〕

常勤医師定数は58人（中央値3人）で実際に勤務する常勤医師数は52人（中央値2人）であり、医師充足率は89.6%であった。全施設における小児科医師充足率は95.9%であったが、1施設で小児科医師不在、3施設で新生児専門医師不在であった。麻酔科医師に関しては医師充足率92%であるものの常勤医師が存在しない施設が5施設であった。

〔病院機能〕

対象となった全施設において時間外緊急検査として血算および血液生化学検査を行うことが可能であった。しかし、凝固機能検査が可能なのは2施設（オンコールでの対応3施設）のみであった。

緊急手術への対応は日勤帯で15分から60分（中央値30分）、夜間帯で30分から60分（中央値60分）、休日で30分から90分（中央値60分）であった。日勤帯で30分以内の対応が可能な施設は麻酔科医師が常勤する3施設のみであった。

正常新生児の管理は多くの施設で産婦人科管理（11施設）であったが、本来、小児科、特に新生児担当医師に管理されるべき病的新生児や早産児の管理が産婦人科と小児科により行われている施設がそれぞれ、2施設、5施設との結果であった。

〔勤務体制（夜間拘束）〕

常勤医師数が 3 名以上の 6 施設に勤務する医師の夜間拘束（当直を含む）は一月月に平均 15 日未満であったが、常勤医師数が 2 名以下の 7 施設に勤務する医師の拘束日数は月に平均 20 日以上であった。

2【周産期診療におけるオープンシステム導入に関する県内産婦人科医師の意識調査】（表 1）

勤務医 13 人からは 100 % の回答が得られた。

1. オープン化システムに興味がある。
77 %
2. 開業医師の妊婦健診協力を希望する。
77 %
3. 分娩立会いを希望する。69 %
4. 分娩当番の協力を希望する。38 %
5. 開業医師の回診（術後回診を含めて）を希望する。69 %
6. 開業医師の手術への立会いを希望する。54 %
7. 開業医師の手術執刀を希望する。23 %

開業医は 43 人中 25 人から回答が得られ、回答率は 58.1 % であった。このうち、分娩管理を行っている開業医師 10 人からは 100 % の回答が得られた。

1. オープン化システムに興味がある。
92 %
2. 妊婦健診への協力が可能である。84 %
3. 紹介分娩への立会いは可能である。
52 %
4. 月に一度の分娩当番が可能である。
40 %
5. 回診（術後回診を含めて）が可能である。36 %

6. 手術の立会いが可能である。48 %

7. 手術の執刀は可能である。36 %

3：【中核施設を設定した人員の集約化および、これに伴う診療状況の変化】（図 1）

対象施設は 21 施設であり、全ての施設より回答を得た。

〔甲府・中巨摩地区〕

対象期間中の年間分娩数は 5266 件（2004 年度）、4997 件（2005 年度）であり、全体としては減少していた。本地区の分娩管理は 6 病院施設、9 診療所において行われており、年間分娩数は、3080 対 2186（2004 年度）、2875 対 2122（2005 年度）と、病院施設における分娩管理数は全体の約 60 % となっていた。

分娩管理施設の集約化を目標に、分娩数および病院機能を考慮したうえで、同地区の周産期管理の拠点として 3 施設を選定し、人員再配分を行った。人員再配分は、年間分娩数が最多である B 病院の常勤医師が 3 人から 4 人へ増員され、中核施設に近接する E 病院の常勤医師を 3 人から 2 人へ削減し、分娩管理の縮小を行った。

常勤医師の増員が行われた B 病院における常勤医師 1 人当たりの分娩管理数は 286 件 対 216 件と大幅に減少した。一方、診療規模を縮小した E 病院の分娩管理数の減少に伴い、これに近接する A 病院における分娩管理数が 554 件から 724 件と著明に増加し、これに伴い常勤医師一人当たりの分娩管理数は 201 件 対 242 件と大幅に増加した。

〔東部・富士地区〕

対象期間中の年間分娩総数は 1292 件

(2004年度)、1240件(2005年度)であり、5病院施設によって分娩管理が行われていた。年間分娩総数から分娩管理施設は3施設に集約化する方針で人員再配分を行った。中核施設に設定されたG病院の常勤医師を2人から3人に増員し、J病院およびK病院における常勤医師による診療と分娩管理を中止した。この結果、中核施設の常勤医師一人当たりの取り扱い分娩数は平均で109人から127人へと増加する結果となった。〔東山梨地区〕

対象期間中の年間分娩総数は、854件(2004年度)、794件(2005年度)であり、病院2施設および診療所2施設によって分娩管理が行われていた。両者の取り扱い分娩数は、病院施設が、301件(2004年度)、326件(2005年度)、診療所では、553件(2004年度)、468件であった。本地区の年間分娩総数から、中核病院を一つとする方針で他施設との調整を行った。本研究期間中に人員再配分は行われなかった。この結果、中核施設に設定される予定のL病院における年間分娩総数は220件(2004年度)、270件(2005年度)と増加し、これに伴い、常勤医師一人当たりの分娩取り扱い数も110件(2004年度)、135件(2005年度)と増加する結果となった。

〔南巨摩地区および北巨摩地区〕

両診療地区において、これまで分娩管理を行ってきた診療所は現在、分娩管理を中止しており、対象期間中に両地区で分娩管理を行う施設はなかった。

D. 考察

我が国の人口一万人当たりの産婦人科

医師数は1.17人であり、欧米と比較して少ないわけではない。分娩の大半が病院で行われるアメリカでは施設当たりの産婦人科医師数は6.69人とされるが、産婦人科施設数の多い我が国は1.24人と極端に少ない。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言い難い。

山梨県の年間分娩総数は約7000人であり、分娩管理は13病院施設(常勤医師:58人)および11診療所(産婦人科医師:13人)において行われている。山梨県の人口が約80万人であるため、人口一万人当たりの産婦人科医師数は0.89人と全国平均以下であり、既にマンパワーとしては厳しい状況にある。現在、分娩管理の約4割が診療所において行われているが、開業医師の高齢化に伴う廃業のため、この割合は漸減傾向にあり、周辺地域を中心に分娩管理が診療所から病院施設に移行しつつある。これに伴う勤務医の診療負担は深刻な状況となってきた。現在、1施設当たりの産婦人科常勤医師数の中央値は2人で、医師充足率は89.6%となっており、これ以上の診療負担が勤務医に課せられた場合、分娩管理の安全性を維持することは非常に困難な状況である。産婦人科診療におけるオープンシステム化に対する意識調査において、肯定的な意見が大半を占めたことは、現行の診療体制による産婦人科診療の継続が困難であるという認識が、県内産婦人科医師の間で、ほぼ共通のものであるためと考えられる。

山梨県内の分娩管理施設は、年間分娩管理数が500件以下の中規模施設が多

く、時間外診療に携わるスタッフは、オンコール体制をとっている。分娩は常に緊急対応が必要な状況が生じる可能性を考慮すると、手術室スタッフは当直体制あるいは、分娩進行中の症例が存在する場合には病院待機で時間外であっても緊急帝王切開に備えることが理想的である。時間外緊急検査に関しても、分娩管理を扱うならば、産科診療に必須の凝固機能検査までの血液検査が常時可能であることが望ましい。現時点で、このような体制で分娩管理が行われている施設は 2 施設のみであり、今後の中核施設の整備にあたっては検討すべき重要な課題と考えられる。

このような現状を把握したうえで、産婦人科診療の新たな診療体制を構築するために、県内各地域における分娩管理の中核施設の設定と産婦人科医師の集約化を試みた。人員を再配分するにあたっては、中核施設の産婦人科常勤医師数を 3 人以上となるようにした。これは分娩進行中に生じ得る緊急事態に安全に対応するためには最低でも 3 人の産婦人科医師が必要であるとの判断からである。

中核施設の設定は山梨県内を 5 つの診療区（甲府・中巨摩地区、東部・富士地区、東山梨地区、北巨摩地区、南巨摩地区）に分割し、各地区の年間分娩総数および地理的背景を考慮して行った。

〔甲府・中巨摩地区〕

都市部である甲府・中巨摩地区は年間分娩総数が県内の約 65 % を占めており、診療所も含めて 15 施設（6 病院施設、9 診療所）において行われており、同地区全体の約 40 % の分娩管理は診療所において行われている。病院施設において

管理される分娩総数は年間約 3000 件で、常勤医師総数が 21 人であることから、同地区の勤務医師の年間分娩取り扱い数は一人当たり 142 人となる。本地区は県内周産期管理の中核となる施設が 2 つあり、いずれも NICU を有する周産期母子センターとしての機能を担う。地理的には、全ての施設が比較的、密集して存在しているため、中核施設は分娩総数から判断して、前述の 2 施設を含む 3 施設として人員再配分を行った。この結果、中核 3 施設における分娩管理数が全体の約 8 割を占めることとなったが、集約化に伴い、1 施設の分娩管理数が急増し、中核 3 施設における施設間の診療業務格差が広がる結果となった。このため、勤務医師間に診療負担の不均衡が生じており、これを是正する更なる人員再配分を検討する必要性が生じた。

〔東部・富士地区〕

対象期間中の年間分娩総数は 1292 件（2004 年度）、1240 件（2005 年度）であり、5 病院施設によって分娩管理が行われていた。本地区は診療所における分娩管理が数年前より激減し、診療所における分娩管理を病院施設が引き継ぐかたちで診療が継続されてきた。このため分娩管理を中核施設に集約するという新たな診療体制への移行がスムーズに行える状況にあると考えられた。現在は全ての分娩管理が病院施設において行われている。年間分娩総数から判断すると、1-2 施設での分娩管理が可能であるが、診療区が広範であるために、中核施設は 3 施設に集約化した。人員再配分を行い、中核 3 施設の常勤医師数を 3 人以上とすることで、施設間の診療格差を生じることな

く、新たな診療体制への移行が可能であった。

〔東山梨地区〕

年間分娩総数は、854 件（2004 年度）、794 件（2005 年度）であり、病院 2 施設および診療所 2 施設によって分娩管理が行われている。診療所における分娩管理数は全体の約半分を占めているが、その数は漸減傾向にあり、これに伴い病院施設における分娩管理数が増加してきている。このため、将来的には東部・富士地区と同じく、病院施設に完全に分娩管理が移行するものと考えられる。中核施設を一つとし、常勤医師数を 3 人とした体制で、今後の分娩数の増加へ対応していく予定である。

〔南巨摩地区および北巨摩地区〕

両診療地区において、これまで分娩管理を行ってきた診療所は現在、分娩管理を中止しており、両地区の住民の分娩管理は主に甲府・中巨摩地区の分娩管理施設によって行われている

診療所の機能を引き継ぐ病院施設が存在しないまま、開業医師が分娩管理から撤退した場合には、その後の対応が非常に困難となる。現在、両地区住民の分娩管理は甲府・中巨摩地区の病院および診療所が担っているが、地域住民に安全な周産期医療を提供していくためには、両地域に中核施設を設置し、分娩管理を集約化する体制を構築する必要がある。

中核施設を設定し、産婦人科医師を集約化することで、全ての分娩管理施設において 3 人以上の常勤医師による診療が可能となることは分娩管理の安全性を高める上で非常に有益であると考えられる。しかし病院設備の整備が不十分な状

態では、中核施設の機能は十分に発揮されず、診療規模の大きな地域においては、人員の集約化による患者の集中が逆に安全性を損ねる状況を招きかねない。甲府・中巨摩地区における集約化は施設間の診療規模に不均衡を生じる結果となってしまった。今後は病院勤務医師の診療負担格差を是正するために、人員再配分について再度、検討を行うと同時に、集約化による分娩数の増加に対応しうる中核施設の設備面での補強を早急に進めていく必要がある。また、限られた人員を有効活用するために、都市部における診療所-病院間のオープン・セミオープンシステムの構築による開業医師との協力体制を整備することも検討する必要がある。このことは、長期的な視野にたった際に、診療所から病院施設への円滑な分娩管理の移行を促すという点からも重要である。

安全な周産期医療を提供していくためには、今回、設定した分娩管理における中核施設を中心とした新たな診療体制について、今後も検討を重ねていく必要がある。

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)

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)

(別紙 2)

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の意見

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意見

表 1 (質問項目は別紙 2 を参照)

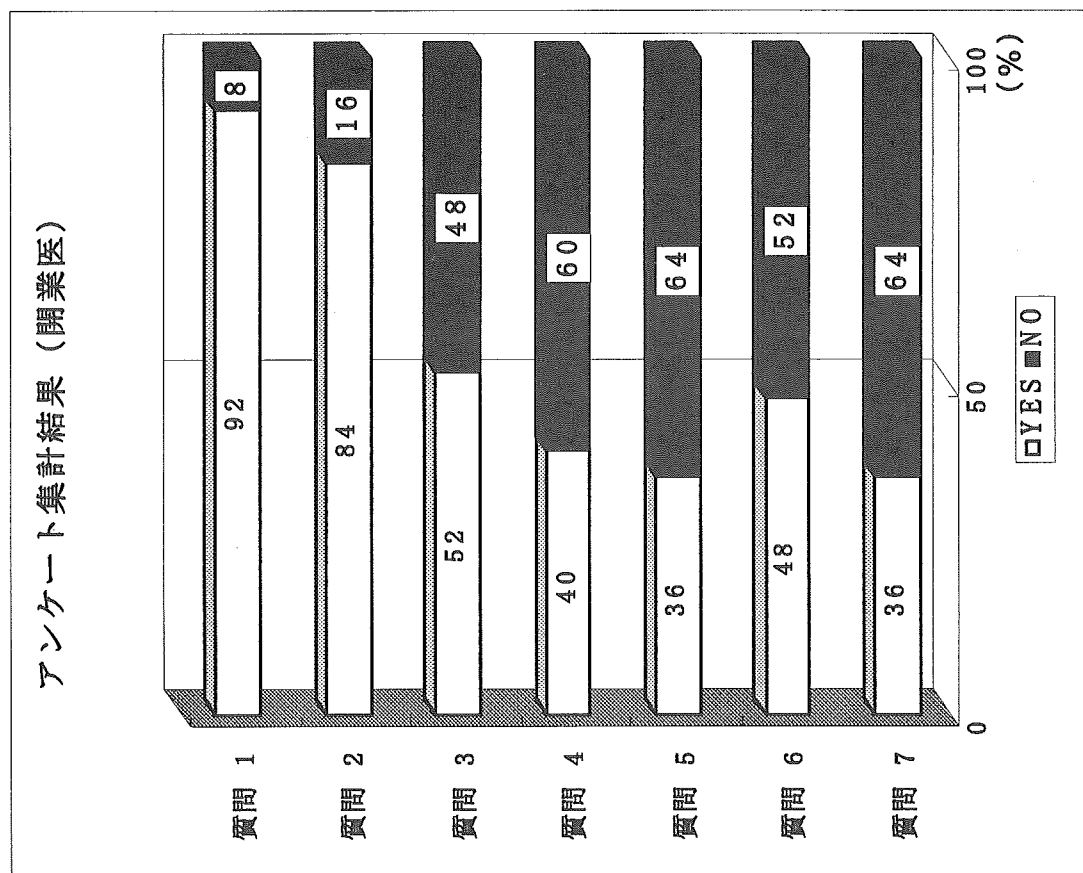
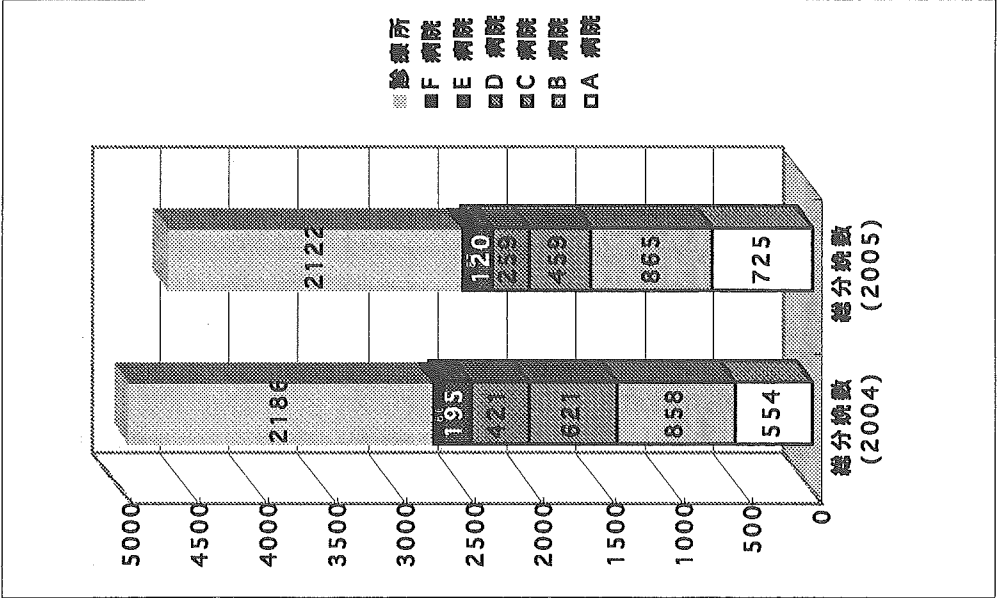
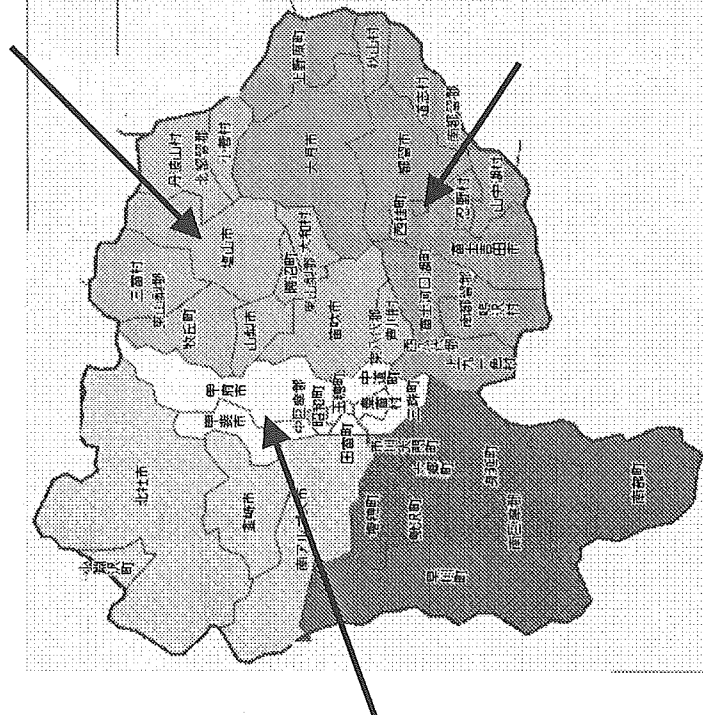
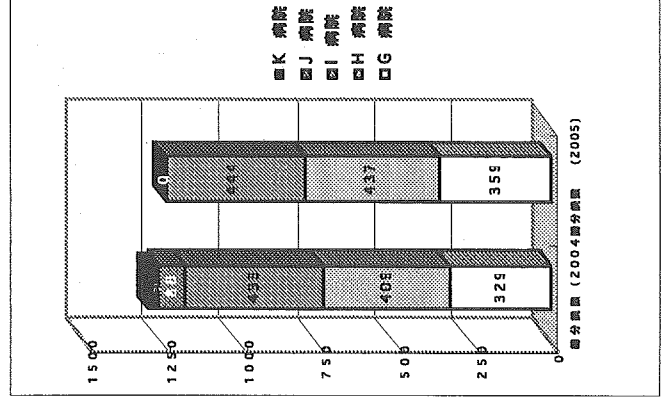
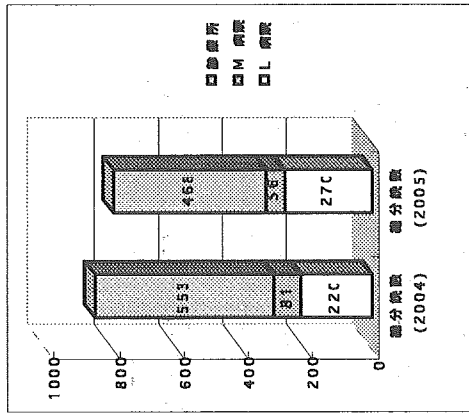


図1 各診療地区における分娩管理状況



病院内助産師主体による助産施設推進の課題と対策

分担研究者 佐藤喜根子、研究協力者 佐藤祥子

研究要旨

安全と快適性の出産体験を保障するうえで、助産師がいかに主体性を発揮し、不足する産科医と連携を組み、社会に貢献し得るかを以下の手順で探った。初年度は就業助産師の84.8%が、病院・診療所等の施設に就労している。その施設内で働く助産師の現状と問題点の把握をする。2年目は、医療の受けてである女性が、分娩施設に対して何を望むのかを明らかにし、施設内助産所の可能性を検討し、実施可能条件を模索した。そして、3年目はその立ち上げを行った。

助産師の現状把握のために、全国の500床以上で、診療科目に産婦人科がある498病院の産科病棟師長にアンケート調査を実施した（回収率60.2%）。また、女性の分娩施設に対する希望は、M県内の女性から意見を求めた（1,267名：回収率85.6%）。

その結果、産科単科は全体の16.2%で、全国的混合病棟化が進んでいた。さらに、産科医師数、助産師数のマンパワーが不足していた。助産師外来は、90施設（30%）で実施されていた。しかし、診療料金徴収実施数は64施設であり、徴収無の施設は24施設であった。施設内助産所に関しては、回答した294施設で実施していなかった。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。

M県内の女性は、分娩施設に対して、緊急時の対応を一番に望み、分娩時医師の立会いを望んでいた。そして、周産期の医療体制はコメディカルによる管理を望んでいた。しかし、分娩に際しては、「アットホームで自分の意思を尊重してくれる」体制を多く望み、選択肢も多岐であった。

これらの結果を基に、受益者側に提供が可能な助産師が主体となる分娩施設の可能性を探った。その中で、明確となったのが、卒後教育の重要性であった。その実践に向けて、助産師の能力開発を考えたプログラムを策定した。超音波診断技術講習、胎児モニタリング講習（合わせて15時間）、さらに演習（60時間）、実習（90時間）を策定した。

それらを基に、M県内で施設内助産所を開設するに至った。

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。その中で今後の医療体制は、医療体制と妊産婦の希望、その乖離を最小限度にしたシステムが望まれている。その為に、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の分析、女性のニーズを明らかにする。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

1. 産科医療体制の把握

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まれている。

質問紙郵送数498件のうち回収300件(回収率60.2%)であった。調査した時から遡り1年以内に産科病棟が閉鎖となった病院は5施設であった。

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。

2. 女性のニーズ把握

2004年8月から12月までに、M県内の女性1,670名を対象として実施した(有効回答1267名:回収率85.6%)。調査方法は、県内の産婦人科がある医療機関24施設、女子大学1校に独自に作成したアンケートを依頼した。

アンケートはリッカート法を採用し、5~1点を配した質問紙を作成した。その内容は(1)出産時、病院に望むこと、(2)病院の選択基準、(3)出産時の医師の立ち会の必要性、(4)施設内助産所(病院内で助産師主体で運営する施設)についてなどである。

3. 倫理的配慮

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。

4. 分析方法

データは、単純集計をし、統計解析にはSPSS for windows Ver.11を使用し、有意差を5%水準とした。

5. 助産師の能力開発プログラムの策定

正常経過の確認とリスクの早期発見を目的として、日本助産師会「日本の助産婦が持つべき実践能力と責任範囲」報告、日本看護協会助産師職能「助産師教育のあり方に関する検討」報告、日本産婦人科学会認定専門医カリキュラム、日本超音波医学会認定の超

音波検査士の認定基準等、また、今回の調査である助産師の現状分析結果を参考として、卒後助産師が不足していると思われる項目の把握、教育方法・手段を検討した。

C. 調査結果

1. 産科医療体制の把握

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。

2) 分娩件数・帝王切開件数

分娩件数は、 472.8 ± 285.3 (M \pm 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 \pm 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 \pm 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。

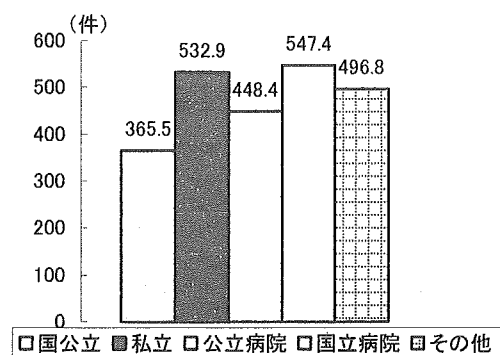


図1. 設置主体別分娩件数

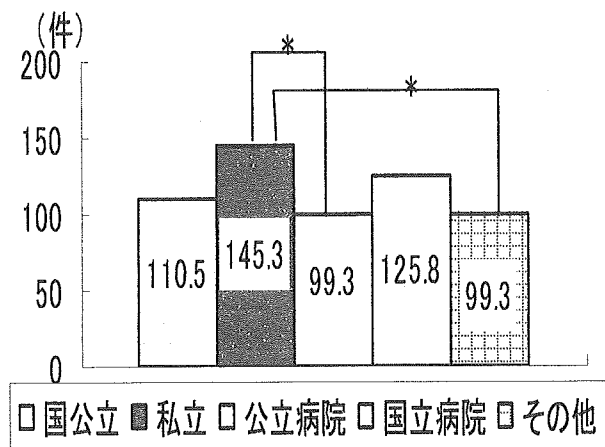


図2. 設置主体別帝王切開件数 * $p < 0.05$

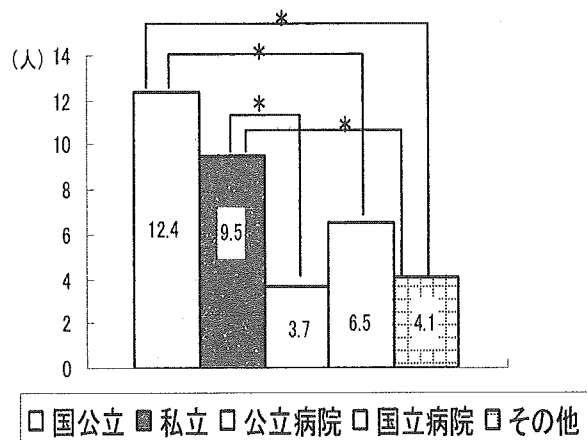


図4. 設置主体別産科医数 * $p < 0.05$

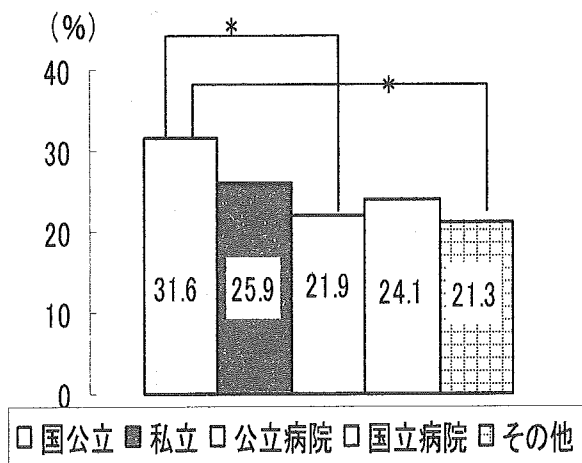


図3. 設置主体別帝王切開率 * $p < 0.05$

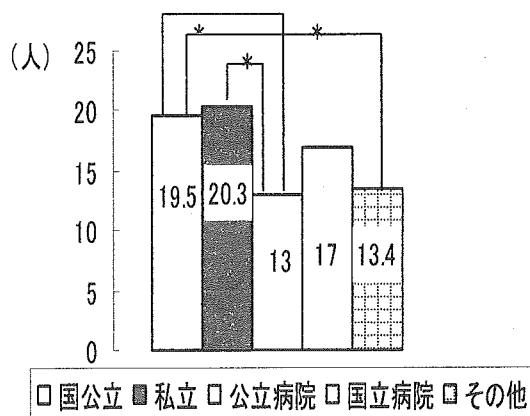


図5. 設置主体別助産師数 * $p < 0.05$

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結果であった（図 4・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) 助産師外来開設に関して

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で行っている施設は 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。

診療料金の徴収を行っている施設は 64 施設であり、妊婦健康診査 $3,426.3 \pm 1,089.8$ 円、産褥健診 $3,496.0 \pm 710$ 円、保健指導のみ $1,767.9 \pm 1,821.9$ 円、乳房ケア $1,868.7 \pm 1,648.3$ 円あり、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たのは 2 施設であった。