

## 1 目的

この研究の目的は、岩手県ならびに岩手県立釜石病院において、どのような助産師を有効活用しているのかを明らかにすることである。

## 2 方法

調査方法は、インタビュー調査及び文献調査である。インタビュー調査対象者は、下表の通りである。文献資料、インタビュー時に入手した資料を含めて分析を行った。

表 補-1 調査対象者一覧

システムの構成要素	調査対象者	調査方法
①妊産婦		文献調査
②病院助産師	助産師	インタビュー調査
③看護管理者	総看護師長	インタビュー調査
④産科医師	院長	インタビュー調査
⑤岩手県	医療国保課長、主査	インタビュー調査
⑥医療従事者団体		文献調査

## 3 結果

### 1) 岩手県における助産師活用の経緯と実態

#### (1) 産科医不足による分娩施設の減少

岩手県では、産科医不足から大学病院が派遣医師を県内の施設から引き上げたことなどを背景に、平成14年に遠野病院など3つの県立病院が分娩を取り止め、産科医不足が新聞記事等で大きく取り上げられる状況に至った。

岩手県は県土が広いと、二次医療圏に分娩可能な施設がなくなることは妊産婦にとって大きな不安につながる。しかし、県が抱える9つの二次医療圏には、県庁所在地である盛岡を除けば、医師2人体制の施設が各医療圏に1つしか確保できていない。以前よりすでに分娩施設の維持・充実に対する困難さは指摘されていたが、産科医不足が県全体で進み、二次医療圏から分娩が可能な産科医療機関が欠ける事態に陥る危険性が広く共有されるようになった。

#### (2) 産婦人科医会長のリーダーシップにより県医師会に「産科医療対策検討会」を設置

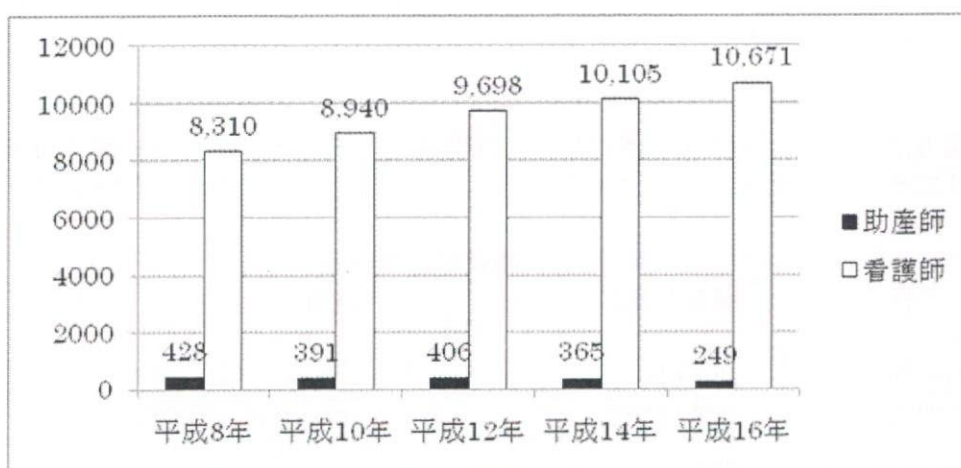
一方、実際に分娩施設で勤務する産婦人科医からその過酷な勤務状況を把握していた産婦人科医会長は、対策の必要性を強く認識し県知事に面会して状況を訴えた。それを受けて、県と医療従事者とが十分に連携しつつ産科医不足対策を検討することとなった。

平成17年6月に県医師会が設置した「産科医療対策検討会」において対応に向けた検討が開始された。委員として県医師会から5名、産婦人科医会から3名、県から5名が参加した。第1回では助産師の活用を図るという方向性で一致した。

第2回からは助産師会からも委員を募り、産婦人科医師と助産師との緊密な連携により産科医療提供体制を効率化すべく「院内助産システム」の構築可能性を検討したが、これまでの病院内における医師と助産師の業務分担の経緯を踏まえ、県内の病院勤務助産師が即座に正常分娩をすべて担っていくことは難しいとの判断が医師・助産師の両者から示され、まずは助産師外来の充実を図ることとなった。

岩手県内の助産師の数は少なくはないが、県土が広くかつ助産師の多くがその地域を生活の基盤として確立してしまっているため異動が困難であるという特徴がある。近年では助産師の資格を持っているが看護業務を行っている助産師も多く、助産師として勤務する者の数は減少している(図補-1)。例えば分娩を取りやめた施設に勤務する助産師は、助産業務の継続を希望する場合異動することもあるが、多くは異動が困難であり他科に勤務し

ている。



資料出所：看護職員 就業場所別就業者数の推移

図補-1：看護師・助産師数（岩手県）

### （3）助産師外来の開設・充実に向けた支援

検討会の開始と前後して、検討会委員らで、平成17年度4月より試行的に助産師外来の運営を開始していた岩手県立釜石病院を視察し、助産師外来のモデルについて検討した。また、岩手県立釜石病院のパンフレットを参照し、「助産師外来開設のためのガイド」（平成17年9月）「県立病院における「助産師外来」の開設に関する指針」（平成17年11月 岩手県医療局）を作成するなどし、助産師外来の開設を支援した。

### （4）助産師活用の実態

岩手県全体では、現在10の病院、診療所において助産師外来の開設・運営が実施されている。中でも県立病院での実施が増加している。当初試行的に開始されていた岩手県立釜石病院に加え、同年12月からは県立宮古病院、県立久慈病院においても、院長、産科医師の理解のもと助産師外来がスタートした（実績については図補-2）。

	釜石	宮古	久慈	二戸
開始月日	平成17年5月	平成17年12月	平成17年12月	平成18年7月
外来日	火・木曜日	月曜日	木曜日	毎月第2・4火曜日
時間	14時～16時	14時～16時30分(火) 9時30分～12時(木)	14時～16時	14時～16時
17年度	184名	11名	12名	
18年度 (10月末迄)	133	84	16	5
18年度 (12月末迄)	45	25	8	1
18年度合計	178	109	24	6

資料出所：岩手県医療局

図補-2 助産師外来受診者数（平成18年12月末現在）

## 2) 岩手県立釜石病院における助産師活用の経緯と実態

### (1) 岩手県立釜石病院の概要

#### (ア) 病院概要

設置主体：都道府県／所在地：岩手県釜石市／病床数：272床

#### (イ) 産科部門概要

産科病床：48床／産婦人科病棟／産婦人科以外の科（小児科）との混合病棟／年間分娩件数：480件／帝王切開率：25.6％／産科職員数：医師2名、助産師10名、看護師15名、准看護師1名、助手2名、クラーク0名／うち産科外来職員数：医師2名、助産師3名、看護師0名、准看護師0名、助手0名、クラーク0名／分娩費用：30万／看護職員の夜勤体制：3交代 オンコールなし／助産師の平均経験年数：17年／看護体制：プライマリナーシング・チームナーシング／クリニカルパスの使用：あり

#### (ウ) 妊産婦の管理プロセス

**妊娠期：**助産師外来が開設されており、県の医療局が作成した助産師外来指針に基づき医師がローリスクと認め、かつ助産師外来を希望し同意した26週、34週の妊産婦に対し健診・保健指導を実施している。曜日・時間は火・木曜日の午後2時から4時であり、1人に30～40分をかけている。費用は4500円である。現在外来と病棟の助産師は分かれて勤務しており、外来が病棟の夜勤に入る場合があり、その際は病棟の助産師が外来に入る。

**分娩期：**助産師が取り上げるが、全例医師が立ち会う。陣痛室と分娩室は分かれており、陣痛室までは夫・家族の立ち会いを許可している。

**産褥期：**1日目から母児同室を行っている。退院後に病棟から電話訪問する。困っている人たちは電話や診察でわかるので、その都度、母乳外来という形ではないが、母乳のケアをしている。そのほかマミールームという形で一週間に一回の午後をその時間に充てており、予約してもらった方には育児相談やおっぱいのケアをする。それは無料である。

### (2) 助産師活用の経緯

#### (ア) 助産師外来開設と理念

平成17年助産師外来を推進した産科医師が勤務異動してきた際、本院では一人医師体制の中で分娩制限をしていた。近隣の釜石市立病院、県立遠野病院、県立大槌病院でも分娩中止を行っており、地域の妊産婦が地元で出産できない状況があった。

その後二人医師体制になったので分娩制限を中止したが、地元の妊産婦が外来に急増し、短時間の診療の中で妊産婦に十分な説明もできない状況となった。そのため、病院スタッフと妊産婦とがもっと接点を持ち出産時の悩みを相談できるよう、また出産に向けて妊産婦が自分の意識を高めることができるよう、平成17年5月より助産師外来を開設することとした。医師自身は自らの負担の軽減よりもむしろ妊産婦のため、助産師の資質の向上のためとの意識から外来開設を目指したとしている。

*\*医師の負担の軽減・充足からきているのではない。どちらかというともまずは妊婦さんがいろいろなことを聞けるような、そういうものを作ってあげたい。出産に向けて悩みがあるはずだからそれを解決したいと、もともと思っていた。あとはお話ししたように、助産師はたぶんできる能力があるのではないかと思ったのが一つ。そうでもなければそんな無理強いはできないから。最初に思ったのはそこ、資質を少し上げようかという。実際、助産師外来が始まっているときは、ぼくらの負担が楽になるわけではなくて、わからないから、しょっちゅう呼ばれる。しかも、午後やるとわれわれの手術中に見てくださいということになる。でも、最初は沢山呼ばれたが、最近は本当に呼ばれなくなってきている。(産婦人科長、インタビュー調査)*

当初は院内助産システムの開設をも目指していたが、すぐに実現するのは困難とのことから、まずは助産師外来の充実を図る方向で、妊産婦にできるだけ指導すること、また、院内で助産師の資質を生かしその向上を図ることを目指して、助産師職務の能力発揮を進めている。

#### (イ) 医師と総看護師長の連携による外来助産師増

元々外来には2名の助産師が配置されていたが、医師が総看護師長と話し合い、総看護師長のリーダーシップにより病棟から主任クラスの助産師を外来勤務とし、3名体制とした。病棟の不足分は、総看護師長が他科に分散していた助産師を集めて対応した。助産師にはまず医師が超音波の使用方法を教え、3名体制になった時点で定期的に助産師外来を始めた。総看護師長は助産師の質の向上と自律性の発揮、妊産婦支援を通じた地域貢献等を目指し、医師に積極的に協力した。

*\*助産師さんの質を上げていくのに、最大のチャンスが来ていると思う。(総看護師長、インタビュー調査)*

#### (ウ) 開設にあたっての準備

外来の助産師3名が意欲的に勉強会を開催し、当初は医師も参加した。勉強会と並行しプロジェクトチームを作り開設の準備を始めた。他県の助産師外来実施施設(杏林大学医学部付属病院)の見学や、日本助産師会開催の「助産師外来の開設と運営」の研修会等にも参加した。プロジェクトチームの中で、後に岩手県全体の助産師外来推進ガイドラインの原型となるパンフレットをも作成した。

開設にあたっての新たな設備としては妊産婦用の背もたれつきの椅子を準備した。カルテは医師と共用している。妊産婦へのPRとしては、外来に助産師外来の案内をおいたほか、母親学級での説明や初診時の説明に含める等を行った。

助産師外来における健診料は当初県医療局に規定がなく、医療局において4500円と決まった。これは医師による健診料(3030円)よりも高い。

#### (エ) 開設後

定期的に勉強会を継続している。外来運営で困ったことはそのつど医師に尋ねている。開設後当初は26週の妊産婦のみに限定していたが、助産師の技術力が上がり34週の妊産婦にも新たに対応することとなった。

### (3) 助産師活用の実態

#### (ア) 助産師外来

県立釜石病院における助産師活用として大きな特徴を有するのは、助産師外来の運営である。その実際は下記の通りである。

外来助産師が、助産師外来において妊婦に関わる。妊娠24週の医師による妊婦健診で異常がないと診断された妊婦の中から希望される方に対し、26週に助産師が妊婦健診を行う。その後32週で医師による妊婦健診で異常がないと診断された妊婦の中から希望される方に対し、34週に助産師が妊婦健診を行う。したがって、異常がなく希望された場合、妊娠経過中2回の妊婦健診を助産師が受け持つことになる。

助産師外来においては、30~40分の時間をかけて超音波を含めて健診を行い(詳細は、下記「助産師外来実施内容」を参照のこと)、家族の参加が推奨されている。料金は4500円と医師健診よりも高いが、受診者数への影響はあまりないとのことである。

*\* (助産師外来が) 4500円になって、それで受診者が減るんじゃないかということだったが、減らなかった。時間をかけているし、子ども、上の子とかお父さん、ご主人が自由に入りながらエコーの場面を見て聞いているから。(総看護師長、インタビュー調査)*

*\* 時間的にもけっこうたくさん取っているのだから、お母様たちも満足されるのかと思う。こちら*

からも、ご主人は絶対に連れてきてくれと言っている。来て、超音波を見たり、いろいろ指導と一緒に受けたほうがいいという話をしている。(産婦人科長、インタビュー調査)

助産師外来の目標・目的・実施内容・医師へのコール基準・外来受診基準は全て文書にまとめられており、次の通りである。

表 補-2 助産師外来目標 (岩手県立釜石病院)

1. 妊娠・産褥までの継続看護ができる
2. 妊婦自身が積極的に自己管理できて分娩に臨める
3. 助産師の専門性を高め、施設内の助産師としての自立を図る

表 補-3 助産師外来目的 (岩手県立釜石病院)

1. 妊婦が安心して相談できる場を紹介する
2. 妊婦が自己管理できるように指導し、実行への手助けをする
3. 妊婦が妊娠中不安なく充実して過ごせるように援助する
4. 妊婦がお産に対して前向きに積極的に過ごせるように援助する
5. 助産師が責任をもって妊婦を指導することで各職種と密接な協力関係を築くことができる

表 補-4 助産師外来実施内容 (岩手県立釜石病院)

- 1) 正常妊娠の健康診査 (尿検査・体重測定・血圧測定・問診・視診・聴診・計測)
- 2) 保健指導
  - 26 週①乳房の手入れ
    - ②切迫早産症状について (症状確認・安静・内服・異常時の対処)
    - ③衣類・下着・靴の選び方
    - ④体重管理について
    - ⑤母親学級後期のお知らせ
  - 34 週①後期母親学級受講確認
    - ②乳頭・乳房ケア
    - ③切迫早産について
    - ④入院準備の確認
    - ⑤入院時期・入院方法について
- 3) 腹部超音波検査
- 4) 健診記録は、妊婦個別カード・母子手帳へ記録する
- 5) 異常が推定される場合と処方や検査・医師へのコンサルトが必要な場合は医師へ連絡を入れる

表 補-5 医師へのコール基準 (岩手県立釜石病院)

- ① $\Gamma$  迫症状がある (性器出血・NSTで異常収縮)
  - ・腹部緊満回数7回/日まで→安静にして様子を見るように
  - ・腹部緊満回数8回/日以上→NST装着後医師へコール
  - ・患者への確認事項→
    - ・どんなときに腹部の張りが出現するか
    - ・安静にすると腹部の張りがおさまるか
    - ・尿や便はたまっていないか
    - ・腹部の触診にて腹部緊満状態を確認する
- ②浮腫 (++)
- ③尿蛋白 (++) 以上
- ④血圧再検で150mmHg以上
- ⑤尿糖 (++) 以上
- ⑥処方が必要である
- ⑦その他、助産師外来で必要と認めた場合

表 補-6 外来受診基準（岩手県立釜石病院）

- |                                   |
|-----------------------------------|
| ①骨盤位→2週間後妊婦健診                     |
| ②浮腫（+）→2週間後妊婦健診                   |
| ③血圧 140mmHg 台→家で血圧測定してもらい1週間後再来受診 |
| ④尿蛋白（+）→2週間後妊婦健診                  |
| ⑤尿糖（+）→2週間後妊婦健診                   |
| ⑥体重増加 5 Kg 以上（BMI 判定標準体重の場合）      |
| ⑦その他 助産診断で必要と思われる場合               |

また、本施設においては助産師外来を受診した妊産婦にアンケート調査を実施している。その結果、「聞きたいことが聞きやすい雰囲気でしたか」「悩みや不安の解決に役立ちましたか」「また助産師外来を希望しますか」等の項目についておおむね100%が「はい」と回答するなど、多くの妊産婦から満足度が得られている。自由記述欄の記述からも、「Dr.と助産師の両方の対応があってよかった」「聞きやすい」「普段先生に聞けないことを聞ける」等、助産師外来が妊産婦のニーズに対応していることがうかがえた（表補-7参照）。

妊産婦の他、医師、看護管理者と助産師の満足度も高い。医師と看護管理者は助産師の意欲の向上がうかがえることに、助産師自身も自らの変化に満足度を高めている。

\*満足度というか、（助産師の）輝きが違ってきているから、それを見て自分は満足している。助産師外来をやる前の外来で、何かポーズとしているのがなくなった。今は違う、何か輝いていてすごいなど。それを見て満足している（笑）。もう全然違う。超音波だって、いま助産師たちが超音波をいじっている。ぼくらが超音波しているのと、もう必死になって見ているし、昔なんかはそんな姿もなかった。あとは、自分たちからいろいろ言うようになってきたから、それを見て満足している。（産婦人科長、インタビュー調査）

\*助産師の満足度も全然変わってきている。この子がこんなふうになったのかと。日本助産師会の研修もネットで自分たちで探してきて行きたいと言った。それから、3人を出張に出してあげたいので、出張してもらったりして。なので、そんなふうになったのは変わったからだろうと思う。（総看護師長、インタビュー調査）

\*助産師の満足度としては、この助産師外来が始まってからすごく上がった。私は外来が長いので、しばらくお産にかかわっていない。そうすると、怖いという部分もあったが、ずっとこういう形なのだろうなと思っていたが、こういうことをやり始めると、怖いのもあるけれども、もう1回助産したいなというか、やってみたい。いろいろな心配事はいっぱいあるが、でも体は動くんじゃないかと思って、自分の中の考え方は変わってきたかなという気がする。そこで妊婦健診された方を見てみたいというのはある。やはり妊娠から産褥期まで完結してやりたい。そういう気持ちが増えてきている。助産師外来で意欲が高まった。（助産師、インタビュー調査）

助産師外来の財務面での貢献は、健診料が医師の健診に比して高いこと、また妊産婦の満足度が高くなることから妊産婦の増加が見込まれることなどから一定程度あるとの指摘があった。一方、もともと地域で一つの病院なので助産師外来があること自体が妊産婦の増加には結びつかないのではとの声もあった。

\*助産師外来開設による財務面での貢献だが、助産師外来自体は料金が高くなっているから、収益にはまずプラスになっている。医師がやるより高い。（産婦人科長、インタビュー調査）

\*それもあるし指導がいいから、病院から離れないというか、あとからも来ることになる。（総看護師長、インタビュー調査）

\*たぶん評判で妊婦さんが増えれば、病院の収益は当然上がる。大変だけれども。（産婦人科長）

\*ドクターがいればである。地元の人が多いから、特に助産師外来をやっているから来る、ということはないと思う。地域にうちしかない。（総看護師長、インタビュー調査）

\*もしかすると来年あたりから増えるかもしれない。（産婦人科長、インタビュー調査）

\*ここで助産師が自立してやっているということは、わざわざ地域に広報したりはしていないが、そういうことはしなくても、すでにテレビの取材とかいろいろされているので、もう岩手県だけではなく、他県でもみんなが注目している。（総看護師長、インタビュー調査）

表 補-7 助産師外来受診者アンケート（平成 19 年 1 月実施）集計（岩手県立釜石病院、N=40）

質問項目	集計結果			
1) 初産／経産	ア) 初産 23 名 (57.5%)、イ) 経産 17 名 (42.5%)			
2) 年齢	ア) 10 代	イ) 20 代	ウ) 30 代	エ) 40 代
	初産 1 名 (4.3%)	15 名 (65.2%)	7 名 (30.4%)	0 名 (0%)
	経産 0 名 (0%)	9 名 (52.9%)	8 名 (47.1%)	0 名 (0%)
3) 妊娠中、心配なことや不安に思ったことはありますか	ア) はい	イ) いいえ		
	初産 17 名 (73.9%)	6 名 (26.1%)		
	経産 11 名 (64.7%)	6 名 (25.3%)		
4) 聞きたいことが聞きやすい雰囲気でしたか	ア) はい	イ) いいえ		
	初産 23 名 (100%)	0 名 (0%)		
	経産 17 名 (100%)	0 名 (0%)		
5) 悩みや不安の解決に役立ちましたか	ア) はい	イ) いいえ		
	初産 23 名 (100%)	0 名 (0%)		
	経産 17 名 (100%)	0 名 (0%)		
6) また助産師外来を希望しますか	ア) はい	イ) いいえ	ウ) 無回答	
	初産 22 名 (95.7%)	0 名 (0%)	1 名 (4.3%)	
	経産 17 名 (100%)	0 名 (0%)	0 名 (0%)	
	(妊娠中何回位が適切と思われるか)			
	初産 2～3 回、4 回 等			
	経産 2～3 回、4～5 回、ずっと 等			
7) あなたは助産師外来に何を求めますか	初産	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 普段先生に聞けないことを聞ける</li> <li>・ 妊娠中の生活の仕方や分娩などの細かな指導</li> <li>・ 普段先生に話せない不安を解消</li> <li>・ コミュニケーション</li> <li>・ ゆっくり相談する</li> <li>・ 安心</li> <li>・ 今の感じでよい</li> </ul>		
	経産	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 体調管理</li> <li>・ 食生活指導</li> <li>・ 出産の心構え</li> <li>・ コミュニケーション</li> <li>・ 不安・悩みを聞いてもらう</li> <li>・ 何でも聞ける雰囲気</li> <li>・ 今の感じでよい</li> <li>・ 精神的サポート</li> <li>・ 相談</li> <li>・ 分娩準備</li> </ul>		
8) 妊婦健診についてあなたの考えに一番近いものをお選び下さい	ア) 助産師外来だけでよい	イ) 助産師外来と医師の健診の交互がよい	ウ) 医師の健診が多い方がよい	エ) 無回答
	初産 2 名 (8.7%)	20 名 (87.0%)	0 名 (0%)	1 名 (4.3%)
	経産 0 名 (0%)	17 名 (100%)	0 名 (0%)	0 名 (0%)
9) その他、感想をお書き下さい	初産	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 聞きやすい雰囲気でもよかった</li> <li>・ Dr. だと聞きづらいが助産師外来はとてもよかった</li> <li>・ 今の体制でよい</li> <li>・ もっと多くても良い</li> <li>・ Dr. と助産師の両方の対応があつてよかった</li> <li>・ Dr. の健診より楽しい</li> <li>・ いろいろ話を聞いて楽になった</li> <li>・ 話がためになった</li> <li>・ 回数が多ければよい</li> </ul>		

	経産 ・リラックスした状態でいつも見てもらうことができてよかった ・ゆっくり話ができてよかった
--	---

助産師外来の今後の課題として、総看護師長は病棟と産科外来の一体化による産科の基盤整備を挙げており、産婦人科長は双胎などハイリスクの妊産婦への健診の必要性を挙げていた。

\*病棟と産科外来が一体化になれば、今、診療部門で外来と病棟は病棟群で分けている。助産師を育てていこうと思うときに、外来から指導した人を病棟に行き分産させるということのほうがやりがい感はあるだろう。私自身は助産師ではないがそう思っている。それで、産婦人科外来だけは病棟と外来と一体化して、外来を外来当直（夜勤）からはずす状況であればいいなど。また、助産師さんのことを完全にはわかっていないが、この子たちが将来自立した、せっかく持ったこの状況を私がどう整えてあげればいいのか、を考えるのが私の仕事であると思っている。行政に働きかけなければならないこともまだある。ただこういうことをスムーズに進めてゆくには県立病院であっても医師の理解がないと、なかなかできない。診療所もそう。診療所も病院も先生がキーパーソン。（総看護師長、インタビュー調査）

\*（県立病院には）27病院あって、その上に県の医療局があるが、そこで助産師外来の指針を作った。そこには、ローリスクでないといけないという項目があるが、そうではなくて、医師が受けていいよと言ったものは受けてもいいのではないかと、双子になると悩みもたくさんあるし、何かあったらばくも見てあげるからというふうにして、それをやってもいいのではないかと、この間ちょっとお話しした。今は指針通り、ローリスクでやっているが。（産婦人科長、インタビュー調査）

助産師は、継続ケアの他、より週数の早い時期での健診や、産後の2週間健診の導入を課題としていた。

\*やはり妊娠から産褥期まで完結してやりたい。そういう気持ちが増えてきている。助産師外来で意欲が高まった。（助産師、インタビュー調査）

## （2）モバイル通信による遠隔健診の実施

本施設における特徴的な助産師活用は、助産師外来の他、分娩取り扱い施設のない遠野市の保健センターの助産師・保健師と連携し、モバイル通信による遠隔健診を実施していることである。ゆくゆくはそこで分娩も可能な体制を整えることが必要ではないかとの語りも聞かれた。

\*助産師が開業して、遠隔医療のドクターにサポートされながら助産院で分娩させること。いまそれを試験的にうちの病院が、遠野の妊婦と遠野の助産師を通してやっている。モバイル通信で。その送信した画面を医師が見て、「こうだから大丈夫だからまだいいよ」と。

それを遠野は市の行政が立ち上げて、モバイルの装着をするのも、赤ちゃんのエコーをするのも助産師・保健師さん、もう本当に市ぐるみで。あんなふうに行政が立ち上げてくれたら、助産師がその一役を担えるだろうと私は思っている。

ただし、1人はここに着くまでに救急車で分娩してしまったとか、やはり危険が伴う。幸い何もなかったが。そういう事例をみていて思うのは、ここは山間地域が多いので、病院と地域との間に助産所があればと。そこに助産師がいなかったら、とても看護師でもできない。中間地点に助産師が開業し妊婦さんを無事にサポートするような状況を作っていかなければいけない。それを作れるのは個人の助産師の開業ではなくて、行政だろうと思っている。（総看護師長、インタビュー調査）

## 4 考察

本施設では、助産師外来の開設に際し、助産師に研修を積ませるとともに目標・目的・基準等を文書で明確にすることで、助産師の力を発揮することに成功している。その背景には、妊産婦の不安を解消し妊産婦自身が積極的に自己管理できて分娩に臨めるよう支援する、助産師の資質の向上を目指すという院長の理念に基づく助産師外来目標がある。ま



た、総看護師長のリーダーシップにより、主任クラスの病棟助産師を外来に配置するとともに他科に分散していた助産師を産婦人科に集約する等の人員配置変更が行われた。助産師の資質・意欲の向上を受けて、当初妊娠期間中1回（26週）のみであった健診が2回に増える等の充実した状況もうかがえた。しかし、助産師外来開設から未だ日が浅いこともあり、助産師の積極的な活用は妊娠期にとどまっておらず、例えばバースプランの作成、分娩期の自然分娩・夫及び家族の立ち会い、産褥期の母乳育児推進等の点において、外来と病棟との連動に基づく妊産婦の継続ケアを図ることが課題であるとの声が当事者から聞かれた。今後一層のシステム化が望まれる。

県全体の状況としては、盛岡市を除けば開業医がほとんど存在しておらず、二次医療圏の県立病院がその地域のお産の「最後の砦」となっている中、10施設が助産師外来を開設するなど積極的な助産師活用が進められつつある。しかし、助産師外来開設から未だ日が浅いこともあり、その評価に関しては未知数である。医師会などの医療従事者団体及び県の支援により、定着が図られることが望まれる。

## 5 結論と政策提言

### 1) 結論

調査の結果、岩手県における県立病院を中心とした助産師活用は、岩手県立釜石病院において平成17年5月から実施された助産師外来を端緒としていることが明らかになった。平成17年に赴任した産婦人科長のリーダーシップ、総看護師長の理解、及び助産師の意欲的な活動等に基づき、助産師外来が開設・運営されていた。妊産婦の不安解消、妊産婦への丁寧な保健指導及び助産師の資質の向上を目標とし、ローリスクと医師が認め、かつ同意した妊産婦に対し、超音波を用いた健診と保健指導が妊娠期間中2度実施されており、妊産婦の満足も得られていた。また、分娩施設のない近隣地域（遠野市）の保健センターの助産師・保健師と連携し、モバイルによる遠隔健診を実施していた。

さらには、この岩手県立釜石病院の実践をロールモデルとする形で県内施設における助産師外来の開設が目指され、県全体では現在県立病院を中心に10の病院、診療所において運営が実施されていた。その背景には、折からの産科医不足の中、県内の産科医療従事者に広く危機感が共有されていたことがある。それを受けて、岩手県産婦人科医会長のリーダーシップと（社）岩手県医師会・岩手県との連携により、検討会の開催やガイドラインの策定といった支援が行われていた。将来的には助産師のスキルの向上にあわせて院内助産の開設が企図されている。

岩手県立釜石病院の助産師活用はまだ実施年数が浅く、その上妊娠、分娩、産褥各期における継続的な助産ケアが実施されていないためシステムとして捉えるには限界がある。そのため、本報告書においては本施設をバランスドスコアカードによって分析することは避け、補論として助産師活用の経緯と実態を明らかにすることにとどめた。

しかしながら、岩手県における助産師活用は、県医師会、産婦人科医会を中心に、県や県看護協会等との連携に基づき短期間に広範に拡大しており、今後大いなる可能性を秘めていると考えられる。1、2年後のシステム化を期待したい。

### 2) 政策提言

#### (1) 地域連携への予算措置

岩手県内で助産師活用を進めていくにあたって、これまでの助産師との業務分担の経緯から当初病院勤務の産科医は助産師外来の推進に懐疑的であったが、助産師外来を先駆的に進めていた岩手県立釜石病院を見学し、意見交換することにより認識が変わり、助産師外来の推進に肯定的になったという経緯があった。これを踏まえ、助産師外来の推進に向けて施設間の見学や交流のための予算措置が必要と思われた。

また、岩手県のような県土の広い地域においては、現在釜石病院が実施している、地域の助産師・保健師との連携によるモバイルを利用した遠隔健診の活用も期待される。モバ

イルネットワークの構築や、地域の助産師・保健師の資質向上に向けた研修等に予算措置が必要と思われる。

## (2) 院内助産システム導入のための予算措置

助産師外来の充実を図った後に院内助産システムを導入することが目指されていた。今後、県立釜石病院が助産師外来の充実を図った後に院内助産システムを導入すること、また、県全体に院内助産システムの導入を拡大するためには、さらなる助産師の資質の向上のための研修や、院内助産システムの導入に向けた環境整備に予算措置が必要と思われる。

### III 考察

システムとは目的を達成しようとして協力する、相互に依存し合う複数の独立した構成要素のネットワークと定義される(W・エドワーズ・デミング:デミング博士の新経営システム論、NTT出版株式会社、東京、1996年3月)。ヘルスケアシステムは、行政、保健所、病院、診療所、薬局、介護施設、在宅医療、訪問看護、臨床検査ラボ、医療従事者、患者、家族、市民などさまざまな要素から構成され、人々の健康の維持改善という目的に向けてそれらの要素が相互に結びつけられたものである。またシステムはその構成要素を結びつけている連結の数と強さにより、その規模を概念的に把握することができる。

例えば診療所は「小規模なシステム」と言うことができる。患者、医師、看護師、事務スタッフが協同して診断、治療というサービスを生み出している。要素間の連結は限られたもので自己完結可能なものである。急性期病院は「中規模なシステム」と言うことができる。患者、医師、看護師、事務スタッフのみならず、手術部門、集中治療部門、一般病棟、救急外来部門、一般外来部門、臨床検査部門、放射線部門、薬局部門、栄養部門、総務部門、管理部門などが協同しいろいろなサービスを生み出している。自己完結可能であるが、要素間の連結はかなり複雑である。地域のヘルスケアシステムは「大規模なシステム」と言える。いくつもの「小規模システム」「中規模システム」によって構成され、ヘルスケアサービスを包括的かつ継続的に提供するために結びあわされている。地域における周産期医療システムは総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター、産科を標榜する病院、産科専門病院、産科専門医院、助産院等で構成される「大規模なシステム」と言うことができる。

またシステムは機械的な性質を持った機械型システムと状況に応じて自ずから適応していく適応型システムに分類することができる。機械型システムでは、ある刺激に対して構成要素がどう反応するかがわかっている、その反応を正確に予測することができる。ここでは統計的管理手法が有効に機能する。一方適応型システムでは、ある刺激に対して構成要素がきわめて多様な、基本的に予測不能な反応を起こす。人的要素を含むシステムは適応型システムの典型と考えられている。適応型システムでは、規格化や標準化の考え方は有効ではなく、比較的単純な原則で複雑なシステムの振る舞いを一定の目的に向けさせることが重要となる。

この2つのシステムを理解するために「リンゴと枯れ葉の落ち方の違い」をイメージする。リンゴが木から落ちるとき、落下前のリンゴの重さと位置がわかっているならば万有引力の法則を使っていつどこに落ちるかを正確に予測することができる。基本的に機械型システムでは原因が同じであれば結果も同じになる。ところが枯れ葉が落ちるときは、落下前の位置と重さがわかっている、万有引力の法則を使って枯れ葉の落下時間と落下地点を正確に予測することができない。リンゴと比較して軽いというだけではなく、薄くて表面積が大きいという構造上の特徴から容易に推測できるように、枯れ葉は空気の抵抗や風の影響を大きく受ける。性能のよいコンピューターを使っても一枚一枚の枯れ葉の落下地点を正確に予測することはほとんど不可能である。しかしながら、一枚の枯れ葉の落下地点を正確に予測することができなくても、枯れ葉の吹きだまりのパターンは予測することができる。これが適応型システムである。適応型システムでパフォーマンスを向上させるためには、「よい」アイデアを普及させ「よいとはいえない」アイデアを排除し、次々に「よい」アイデアを実行し続けるプロセスをマネジメントすることが有用である。

バランス・スコアカード(BSC)は「財務の視点」「顧客の視点」「内部プロセスの視点」「学習と成長の視点」の4つの視点で「有形資産」のみならず「無形資産」をも測定することができる新しい業績評価システムとして1992年に生み出された。先進国が工業化社会から情報化社会への大転換期を迎え、厳しさを増す競争社会で企業が生き延びるためには、企業はその体質を変化させなければならなかった。そのような背景で、BSCのコンセプトは多面的な業績評価システムから組織体質を「戦略志向」に変えるための戦

略マネジメントシステムへと大きく変化し、営利組織のみならず公的組織・非営利組織にも普及するようになった。

戦略マネジメントシステムとしてのBSCは基本的に4つの視点と戦略マップとバランス・スコアカード(以下スコアカード)で構成される。スコアカードは基本的には縦軸に「4つの視点の戦略目標」と横軸の「重要業績評価指標、目標値、実施項目」で構成される。戦略マップは組織のミッション・ビジョン・戦略をすべてのスタッフにわかりやすく確実に浸透させる。スコアカードは抽象的に表現される各視点の戦略目標(重要成功要因)を重要業績評価指標(Key Performance Indicator, KPI)に変換し、定量的な目標値を設定することにより戦略目標の実現の程度を測定することができるように構築されており、組織活動を目標達成に向かって一丸とするための仕組みである。したがってシステムを戦略マネジメントシステムとしてのBSCで表現することができれば、その情報をもとに実効性のある新しいシステムを構築することは容易に行えるはずである。

また戦略マネジメントシステムとしてのBSCの特徴は、「もし・・・であれば・・・である」という因果関係の概念が明確なことにある。戦略マネジメントシステムとしてのBSCにおける因果関係の概念は基本的に3つの階層から構成される。1番目は組織の長期的な戦略を説明する戦略マップの「4つの視点間の因果関係」であり、この因果関係は戦略マップにおいては矢印(→)で表現される。2番目はスコアカードに表現される4つの各視点に掲げられた「戦略目標と施策の因果関係」、3番目は下位組織の目標達成が上位組織の目標達成に寄与する関係を示す「組織階層の因果関係」である。

本研究では効果的に助産師を活用して既に成果を挙げている医療機関等のシステムを対象に、その特徴と経緯、重要成功要因の関係性について分析し、戦略マネジメントシステムとしてのBSCの戦略マップの概念を用いてモデル化を行った。今回調査した医療機関等のシステムにおいては、戦略目標、重要業績評価指標、目標値が形式知として表現されておらず、また暗黙知としても十分に認識されていないためインタビュー調査においても情報を得ることができずスコアカードを活用した分析を行うことができなかった。また地域の周産期医療システムの概念が十分に具現化されていないため、組織階層の因果関係の分析も詳細に行うことができなかった。

20施設を分析し戦略マップでモデル化した結果、「顧客の視点」「財務の視点」(あるいは「受託者の視点」)「内部プロセスの視点」「学習と成長の視点」の4つの視点における重要成功要因が明らかになった。

#### 1. 顧客の視点

- ①外部顧客である妊産婦・家族の満足
- ②外部顧客である紹介医、助産院の満足
- ③内部顧客である助産師の満足
- ④内部顧客である医師の満足

#### 2. 財務の視点(あるいは受託者の視点)

- ①差別化された付加価値を明確にして相対的に高い分娩料金を設定する
- ②経営資源と分娩件数のバランスの安定

#### 3. 内部プロセスの視点

- ①正常と異常の基準設定による助産師外来の守備範囲の明確化
- ②クリティカルパスの策定等による助産師ケアの標準化
- ③チーム制による助産師外来・院内助産システム
- ④プライマリ受け持ち制による助産師外来・院内助産システム
- ⑤自然分娩の支援体制
- ⑥妊産婦の望む分娩のサポート体制
- ⑦母乳育児の支援体制
- ⑧電話・訪問等による継続的な支援体制

#### 4. 学習と成長の視点

- ①「正常分娩は助産師に」という医師の理念・リーダーシップ
- ②助産師のモチベーションの維持
- ③医師に信頼される助産師のスキルの向上
- ④開業助産師との連携に基づく実践学習（特に院内助産システム構築の場合）
- ⑤フォーマルおよびインフォーマルな関係者との密なコミュニケーション

地域における周産期医療システムは総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター、産科を標榜する病院、産科専門病院、産科専門医院、助産院等で構成される大規模なシステムである。各都道府県知事あて厚生省児童家庭局長通知「周産期医療対策整備事業の実施について（平成8年5月10日児発第488号）」において、総合周産期母子医療センターとは、相当規模の母体・胎児集中治療管理室を含む産科病棟及び新生児集中治療管理室を含む新生児病棟を備え、常時の母体及び新生児搬送受入体制を有し、合併症妊娠、重症妊娠中毒症、切迫早産、胎児異常等母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療等の周産期医療を行うことのできる医療施設をいう。地域周産期母子医療センターとは、産科及び小児科（新生児診療を担当するもの。）等を備え、周産期に係る比較的高度な医療行為を行うことができる医療施設をいう。

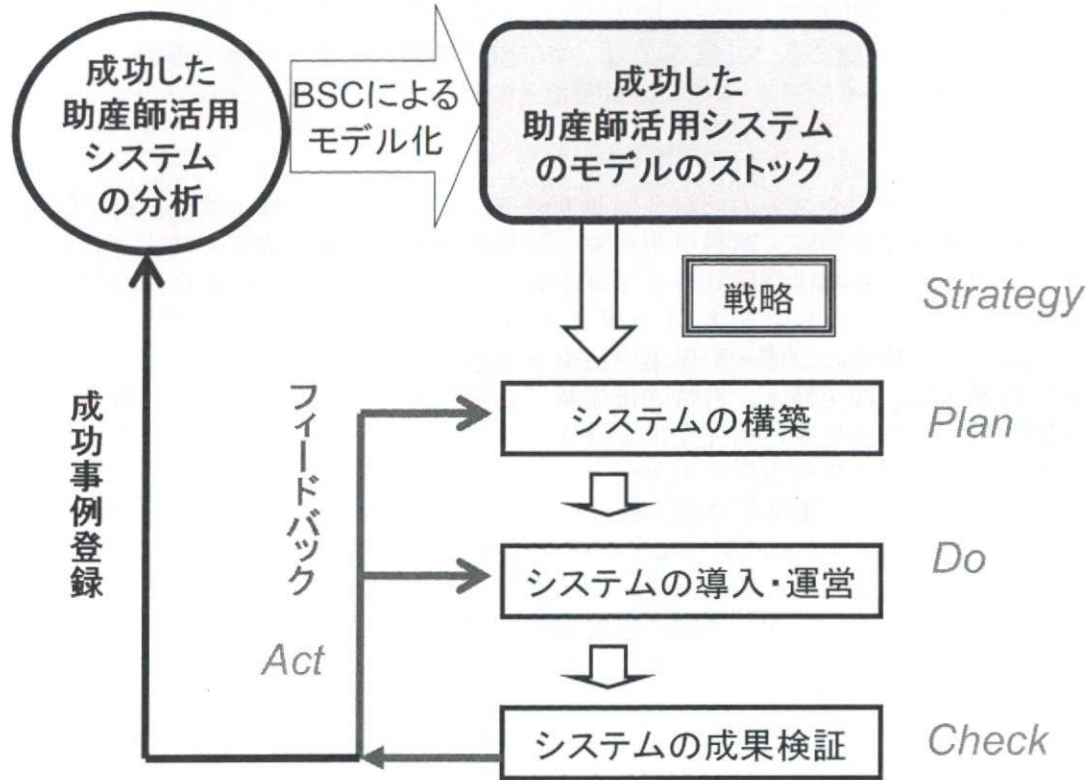
医師の偏在や小児科・産科等における医師不足の深刻化、妊産婦の高齢化、周産期医療と救急医療の連携等、多くの問題や課題が検討されているように、今日においてもわが国の周産期医療システムの具体的な姿が明確には浮かんでこない。そのような難しい環境下で本研究の調査対象は20施設と限られたものではあるが、周産期医療システムを構成する要素、それもそれぞれが成果を挙げているシステムの構成要素をすべて含んでいる。その調査結果から助産師を有効活用するシステムを以下のようなモデルに分類して把握することができると考えられた。しかしながらわが国の周産期医療システム体制がいまだに不安定な段階にある環境下では、各モデルのBSCの4つの視点の戦略目標（重要成功要因）は環境の変化に対応して変化するので、現時点でそれを明確に表現することは避けたほうが良いと思われる。

1. 周産期母子医療センターにおける助産師活用モデル
2. オープン・セミオープン病院における助産師活用モデル
3. 産科専門病院・医院における助産師活用モデル
4. 入院助産制度で指定された助産施設における助産師活用モデル

（入院助産制度は、保健上の必要があるにもかかわらず、経済的理由により入院助産を受けることができない妊産婦を対象に、指定された助産施設での入院出産に要する費用を助成する制度）

一般的にヘルスケアシステムは典型的な適応型システムと考えられている。適応型システムでは、ある刺激に対して構成要素がきわめて多様な、基本的に予測不能な反応を起こす。医療サービス消費者としての患者、医療サービス提供者としての医療従事者は、共に過去の経験から学び変化する能力を持っている。そのような能力を持つ患者や医療従事者の行動はいつも予測できるわけではなく、その行動は身近な環境やさらに大きな環境を変化させることもある。このような特徴を有する適応型システムにおいて良い成果を挙げるためには、上手に試行錯誤を実行し続ける、つまりPDCAサイクルを回し続けることができる「学習する組織」を作ることが重要なポイントになる。システムを戦略マネジメントシステムとしてのBSCでモデル化すると、PDCAサイクルを可視化して捉えることができ、このことが「学習する組織」作りに貢献する。環境の変化に適合させ助産師活用モデルを進化させるシステムにこの考えを適応すると、以下に示すような支援システムを構築することができる。

# 助産師活用モデルの構築支援システム



## IV 結論

- 1) 20施設を分析し戦略マップでモデル化した結果、「顧客の視点」「財務の視点」（あるいは「受託者の視点」）「内部プロセスの視点」「学習と成長の視点」の4つの視点における重要成功要因が明らかになった。

### 1. 顧客の視点

- ①外部顧客である妊産婦・家族の満足
- ②外部顧客である紹介医、助産院の満足
- ③内部顧客である助産師の満足
- ④内部顧客である医師の満足

### 2. 財務の視点（あるいは受託者の視点）

- ①差別化された付加価値を明確にして相対的に高い分娩料金を設定する
- ②経営資源と分娩件数のバランスの安定

### 3. 内部プロセスの視点

- ①正常と異常の基準設定による助産師外来の守備範囲の明確化
- ②クリティカルパスの策定等による助産師ケアの標準化
- ③チーム制による助産師外来・院内助産システム
- ④プライマリ受け持ち制による助産師外来・院内助産システム
- ⑤自然分娩の支援体制
- ⑥妊産婦の望む分娩のサポート体制
- ⑦母乳育児の支援体制
- ⑧電話・訪問等による継続的な支援体制

### 4. 学習と成長の視点

- ①「正常分娩は助産師に」という医師の理念・リーダーシップ
- ②助産師のモチベーションの維持
- ③医師に信頼される助産師のスキルの向上
- ④開業助産師との連携に基づく実践学習（特に院内助産システム構築の場合）
- ⑤フォーマルおよびインフォーマルな関係者との密なコミュニケーション

- 2) 助産師を有効活用するシステムを以下のようなモデルに分類して把握することができる。

1. 周産期母子医療センターにおける助産師活用モデル
2. オープン・セミオープン病院における助産師活用モデル
3. 産科専門病院・医院における助産師活用モデル
4. 入院助産制度で指定された助産施設における助産師活用モデル

わが国の周産期医療システム体制はいまだに不安定な段階にある。環境の変化によりシステムの目的、構成要素およびその目的も変化するので、現時点では各モデルのBSCの4つの視点の戦略目標（重要成功要因）を明確に表現することはできない。

- 3) 適応型システムにおいて良い成果を挙げるためには、PDCAサイクルを回し続けることができる「学習する組織」を作ることが重要なポイントになる。助産師活用システムを戦略マネジメントシステムのBSCでモデル化することにより、PDCAサイクルを可視化して捉えることができ、このことにより「学習する組織」が構築される。環境の変化に適合させ助産師活用モデルを進化させるシステムにこの考えを適応すると、助産師活用モデルの構築支援システムを構築することができる。

## V 政策提言

本研究における 20 施設の調査結果より、以下の政策提言を行う。

### 1) 助産師確保に関する事項

#### (1) 新卒助産師の確保

##### (ア) 産科診療所助産実習への予算措置

本研究の結果から、診療所における助産師の安定的な確保に向けた一つの方策として、助産実習の受け入れを推進する必要性が明らかとなった（くまがい産婦人科）。しかし、実習受け入れに際しては、実習指導者の養成・確保や実習プログラムの作成等の負担がかかる。そこで、新たに助産実習を受け入れる産科診療所や実習内容を充実させようとする施設に対し、予算措置を講ずることが必要ではないか。

#### (2) 助産師の離職防止

##### (ア) 周産期版・多様な勤務形態モデル事業の実施

本研究の対象施設では、助産師の離職理由の多くが出産・育児であった。一方ある施設では助産師の活用と短時間勤務等の子育て支援を積極的に実施していることを打ち出し、中途採用の助産師の確保に成功していた（大阪厚生年金病院）。そこで、助産師、そして女性医師の離職防止・再就業支援に向けた子育て支援策として、多様な勤務形態を推進するための予算措置を講ずることが必要ではないか。

#### (3) 潜在助産師の再就業

##### (ア) 施設での助産師登録・研修システムへの予算措置

本研究の事例ではないが、施設に潜在看護師が登録し、施設内で研修を実施しつつ就業につなげる仕組みを構築することにより、看護師の確保に効果をあげている事例がある。このような、潜在看護師の施設への登録と施設内での研修、及び再就業のシステム導入に向けた予算措置を講ずることが必要ではないか。

#### (4) 助産師の地域別・施設別偏在の解消

##### (ア) 出向制度への予算措置

本研究の対象に、分娩数に比して助産師数の多い総合病院から、助産師の少ない施設への出向制度を設けている事例があった（杏林大学医学部付属病院）。この試みは、助産師の地域間及び施設間偏在の解消に向けた有効な方策となる可能性を秘めている。そのルール化に向けた課題整理（妊婦や助産師が不利益を被らないよう、受け入れ施設・送り出し施設の基準を整備する等）や、推進に向けた予算措置（受け入れ施設と送り出し施設の就労条件の差異を解消する、受け入れ施設での助産師の居住費等）を講ずることが必要ではないか。

##### (イ) 医師と複数の助産師による派遣制度の構築への予算措置

本研究の対象に、未だ実現はしていないものの案として、産科医師・助産師が不足している地域に医師と複数の助産師を派遣し、産科医療の基盤整備を行うことを企図する事例があった（日本赤十字社医療センター）。このような派遣制度に対し、派遣元施設への補助といった予算措置を講じるべきではないか。

### 2) 助産師活用に関する事項

#### (1) 市民への広報・情報提供

##### (ア) 「いいお産フォーラム」の開催

本研究の対象施設には希望者に助産師外来でのケアを提供する事例が多く見られたが、希望する妊婦の数が伸びていない施設もあった。そのような中、ある施設では妊婦へのアンケートに基づき改善を実施した結果希望者が伸び、重要な改善点は広報にあったという



(杏林大学医学部付属病院)。については、助産師外来、院内助産システムを効果的に妊婦に情報提供するべく、施設における広報や情報提供の例を収集・提供するとともに、より多くの妊産婦とその家族、および市民に助産師外来、院内助産システムを知ってもらうために、都道府県別の「いいお産フォーラム」といった一般市民向けの公開シンポジウムの開催に予算措置を講ずることが必要ではないか。

#### (イ) 産科施設選択支援ガイドブックの作成・配布

本研究の対象施設を利用した妊産婦の中には、どの施設でも対象施設のようなケアが提供されると考え、第二子を別の施設で出産する場合もある。そして出産後初めて対象施設における助産ケアの質の高さに気づき、第三子を出産しに当該施設に戻ってくる場合もある(くまがい産婦人科)。このように、施設における医療・助産ケアの質の高さがそこで出産しない限り認識できない現状は、妊婦にとっても施設にとっても大きな問題である。そこで、地域の施設がどのような周産期医療・助産ケアを提供しているかを情報提供し、妊婦がどのように施設を選べばよいかといった選択肢を提供する「いいお産サポートブック」等ガイドブックの作成・配布に予算措置を講ずるべきではないか。

### (2) 医療者への広報・情報提供

#### (ア) 施設見学

本研究の対象となったある県では、産科医の負担を軽減するため、助産師活用を積極的に推進しようとしている(岩手県)。一方、助産師を活用することに懸念を有する医師や、不安を有する助産師も多く存在し、そのような医療者に対し、県は先行施設への見学を勧めている。見学を経て助産師外来開設に至った事例が多く見られることから、助産師活用の推進に向けて、全国的に予算を確保し大規模な見学事業を実施することが有用と思われる。

### (3) 助産師外来、院内助産システム、バースセンター開設の推進

#### (ア) 「医師ポイント健診型助産師外来」開設モデル事業の実施

院内助産システム、バースセンター立ち上げへの道筋として重要なのは、医師の理解や助産師のリーダーシップ、研修に加えて、助産師外来における継続的なフォローの実績を積み重ねることと思われる。したがって、医師の健診にポイント的に助産師が関わる仕組みから、助産師による健診にポイント的に医師が関わる仕組みを増加させることが必要である(北海道勤務者医療協会札幌病院、札幌マタニティ・ウイメンズホスピタル、いけの産婦人科小児科医院、済生会宇都宮病院、深谷赤十字病院、杏林大学医学部付属病院、日本赤十字社医療センター、ふれあい横浜ホスピタル、聖隷浜松病院総合周産期母子医療センター、佐野病院、浦添総合病院、かみや母と子のクリニック)。そのため、このような「医師ポイント健診型助産師外来」開設のための予算措置を講ずるべきではないか。

#### (イ) 助産師外来に関する基準の収集・提供

助産師外来設立に必須なのは特に規模の大きい施設の場合、助産師外来対象者の範囲及び、医師への診察依頼基準を厳密に定めることであり、国が既存の基準を収集・提供することは、同外来を新規に開設しようとする施設にとって非常に有益であろう。

#### (ウ) 「バースセンター」開設モデル事業の実施

本研究の対象施設の中で、最も助産師の活用が進み助産師の能力が発揮されていた施設においては、妊娠期から助産師が継続ケアを実施し医師がポイント健診を行い、分娩時に医師は立ち会わないが緊急時には医師のフォローがある「バースセンター」開設への動きが進んでいた(深谷赤十字病院、佐野病院、杏林大学医学部付属病院、札幌マタニティ・ウイメンズホスピタル)。この動きを促進するよう、「バースセンター」開設のための予算措置を講ずるべきではないか。

### (エ) 「助産師活用推進研修」への予算措置

本研究の対象施設の多くは、新たな助産師活用を行う際に研修を実施していた。中には、必ず助産師全員が先行施設に研修に行くという施設（杏林大学医学部附属病院）があり、助産師外来の研修には9ヶ月を要し、院内助産システムの研修は受け入れ先施設の都合で延期されている。このように施設内で新たに助産師外来や院内助産システムを導入する際には研修が必須となり、受け入れ施設、送り出し施設ともに多大な負担がかかっている。助産師外来、院内助産システムといった新たな助産師活用に要する「助産師活用推進研修」に予算措置を講ずることが必要ではないか。

## 3) 地域医療連携に関する事項

### (ア) 施設間交流事業への予算措置

医療連携の推進には人的交流が重要な役割を果たす。また、医師不足の中で集約化の必要性が指摘されているが、集約化が不可避となった場合に重要なのは、集約先施設における周産期医療と助産ケアの質の確保である（マザリー産科婦人科による指摘）。緊密な医療連携と集約化を進めた際の質の確保に向けて、地域の施設間の医師・助産師等を交流させる事業への予算措置を講ずることが必要ではないか。

### (イ) 助産所を含むモデルオープンシステム事業の実施

本研究の事例には、助産所を含むオープンシステムを構築している施設もみられた（ふれあい横浜ホスピタル、大阪厚生年金病院）。病院・診療所が助産所と連携することにより、病院・診療所では産褥期の訪問指導を助産所に任せることができる、助産所助産師の熟練したケアを病院・診療所助産師が学ぶことができる、等のメリットが、妊婦にはリスクがあっても助産所助産師の関わりがあり継続ケアが受けられる等のメリットが、そして助産所助産師にはグレーゾーンの妊婦に病院・診療所のバックアップを受けつつ継続的に関わることもできる等のメリットがあることが明らかになった。このように有用な「助産所を含むモデルオープンシステム」を積極的に推進するための予算措置が必要ではないか。

### (ウ) 診療所・助産所の機能分担の明確化ならびにバックアップ体制の明示

多くの妊婦にとって、自宅の近くに産科施設があることは大きな利益である。また、本研究の対象施設のような地域できめこまかなケアに取り組むことのできる施設は大きな資源である（かみや母と子のクリニック、くまがい産婦人科、いけの産婦人科小児科医院、マザリー産科婦人科医院、あわの産婦人科医院）。このような診療所を存続させるためには、緊密な医療連携に基づくバックアップ体制の確保が重要である。地域の周産期医療を各施設がどのように機能分担するのか、市民を含めた懇談会を開催したり、医療計画等で周産期のバックアップ体制、連携体制を明示したりすること等により市民のニーズを把握し不安感を払拭することが必要となろう。

助産所の場合も同様である。

## 4) その他

- ・助産師を積極的に活用した「いいお産」のアウトカムとして、対象施設からは妊産婦の満足度の他、医療介入の減少、両親と子どもの間に適切な関わりが芽生えるため虐待が減少、自律的なお産経験により少子化の改善につながる、訴訟を含めたトラブルの減少、などが指摘されているが、満足度に関しては医師主導のお産との比較研究は日本には存在せず、またそのほかの指摘は医療者の主観や感触に留まり、客観的に検証されているわけではない。今後はこれらの解明をめざした研究が必要となろう。
- ・本研究の対象施設には、両親学級でモニターの読み方を教えたり、お産が100%安全ではないことを説明したりしている事例もあった。妊婦とその家族のお産への関わりを支援す

るため、両親学級で伝えるべき事項について情報提供することが必要ではないか。

- ・正常分娩・助産ケアに理解のある医師を養成する仕組みの構築が必要ではないか。
- ・助産師を数多く雇用し、質の高い助産ケアを提供している施設では、人件費を確保するために分娩料金を高めに設定せざるを得ない。助産師の配置数に応じた、もしくは分娩件数に応じた入院基本料の設定を考慮すべきではないか。
- ・地域医療支援病院では周産期を取り扱うかどうかによってリスクや負担に差が生じるため、周産期を取り扱っていることを積極的に評価すべきとの意見があった。

参考資料 インタビュー施設概要(病院) ※平成18年度実績、ただし施設A~Cについては平成17年度実績

施設名	1 科員2名 3名 4名	2 北海道 4名	3 北海道 4名	4 北海道 4名	5 北海道 4名	6 北海道 4名	7 北海道 4名	8 北海道 4名	9 北海道 4名	10 北海道 4名	11 北海道 4名	12 北海道 4名	13 北海道 4名	14 北海道 4名	補 手帳・岩 手立立産科病 院(岩手県)	
所在地	北海道 56床	北海道 44床	北海道 151床	宮城県 335床	埼玉県 644床	東京都 1153床	東京都 800床	東京都 65床	東京都 414床	東京都 744床	東京都 585床	東京都 173床	東京都 30床	東京都 302床	東京都 272床	
許可病床数	56床	44床	151床	335床	644床	1153床	800床	65床	414床	744床	585床	173床	30床	302床	272床	
稼働病床数	44床	44床	151床	295床	644床	1007床	733床	65床	414床	744床	518床	173床	30床	302床	272床	
入院基本料	13.1	10.1	10.1	10.1	10.1	7.1	7.1	10.1	10.1	10.1	10.1	13.1	7.1	7.1	13.1	
産科病床数	56床	44床	151床	335床	644床	1153床	800床	65床	414床	744床	585床	173床	30床	302床	272床	
産科病床以外の 科別の混合病床	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
年間分娩件数	1519	439	1824	964	1037	824	1906	300	522	1462	499	500(1/4助産)	約500	406	480	
紹介率(%)	-	-	21.0%	0.5%	-	70.0%	-	-	36.4%	-	21.8%	10.0%	0.2%	-	-	
帝王切開率(%)	12.0%	18.2%	21.0%	2.0%	29.0%	42.7%	-	13.0%	14.9%	30.9%	21.0%	17.8%	3.0%	12.5%	25.6%	
母体搬送件数	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	55/年	29/年	1/年	-	-	
新生児搬送件数	-	-	-	-	-	0/年	-	-	-	-	22/年	27/年	2/年	-	-	
産科職員数(常勤換算)	7人(非常勤を含む)	3人	5人(非常勤1人)	8人	23人	7人(婦人科医)	17人	2人	4人	16人(産科中心は8人)	6人	5人	3人	2人	2人	
同 助産師	26人	10人	28人	6人	103人	56人	103人	6人	12人	40人	19人	20人	9人	19人	10人	
同 准看護師	10人	1人	4人	4人	0人	0人	0人	0人	17人	10人	11人	0人	7人	0人	15人	
同 看護助手	1人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	1人	0人	0人	3人	1人	2人	
同 クラーク	1人	1人	1人	1人	1人	1人	2人	1人	1人	2人	0人	1人	6人	2人	0人	
産科外来職員数(非常勤換算) 医師	-	-	パート2~3人	-	-	7人	-	-	4人	-	-	5人	2人	-	2人	
同 助産師	5人(再帰)	2人	4人	2人	-	3人	10人	0.6人	1人	-	2人	0人	2人	-	3人	
同 看護士	1人	-	1人	-	-	0人	0人	2人	2人	2人	0人	0人	0人	-	0人	
同 看護助手	5人	-	-	-	-	0人	0人	0人	1人	-	0人	0人	0人	-	0人	
同 クラーク	1人	-	1人	-	-	0人	3人	-	2人	-	0人	0人	1人	-	0人	
外来-1日平均産科受診者数	50人	-	30人	60人	30人	140人	120人	45人	45人	62人	64人	50人	50~60人	38人	-	
正常分娩の費用(万)	36万	30~35万	40~45万	40~45万	45万	約50万	50~60万	60~70万	12万	40~40万	40~60万	40~45万	平均37万	30~32万	-	
看護職員の変動体制	2交代、オンコールあり	3交代	3交代、オンコールあり	2交代、オンコールあり	2交代	2交代、オンコールあり	3交代	2交代	3交代	3交代、2交代	3交代	3交代、オンコールあり	2交代、オンコールあり	3交代、オンコールあり	3交代	
妊産婦の受け持ち	チームナース、チームナース、機能別	チームナース	チームナース	チームナース、機能別、モジュール	チームナース	チームナース	チームナース	チームナース	チームナース(固定)	チームナース、チームナース	チームナース、チームナース、機能別	チームナース、チームナース、オンコールあり	チームナース、チームナース、オンコールあり	チームナース、チームナース、オンコールあり	チームナース、チームナース	
助産師の経験年数	5~6年	16.2年	9年	9年	9年	4.8年	4.8年	-	15年	5.9年(20以上の助産師が5人いる)	4.3年	16年	14年	-	17年	
クリニカルパス	使用あり	使用あり	使用あり	使用あり	使用あり	使用あり	使用あり	-	使用あり	使用あり	使用あり	使用あり	使用あり	使用あり	使用あり	
★妊産婦のケアの特徴	・超着産者に対する健康指導を主とする助産師外来 ・外来チームによる受付け体制	・超着産者に対する健康指導を主とする助産師外来 ・外来チームによる受付け体制	・超着産者に対する健康指導を主とする助産師外来 ・外来チームによる受付け体制	・超着産者に対する健康指導を主とする助産師外来 ・外来チームによる受付け体制	・超着産者に対する健康指導を主とする助産師外来 ・外来チームによる受付け体制	・超着産者に対する健康指導を主とする助産師外来 ・外来チームによる受付け体制	・超着産者に対する健康指導を主とする助産師外来 ・外来チームによる受付け体制	・超着産者に対する健康指導を主とする助産師外来 ・外来チームによる受付け体制	・超着産者に対する健康指導を主とする助産師外来 ・外来チームによる受付け体制	・超着産者に対する健康指導を主とする助産師外来 ・外来チームによる受付け体制	・超着産者に対する健康指導を主とする助産師外来 ・外来チームによる受付け体制	・超着産者に対する健康指導を主とする助産師外来 ・外来チームによる受付け体制	・超着産者に対する健康指導を主とする助産師外来 ・外来チームによる受付け体制	・超着産者に対する健康指導を主とする助産師外来 ・外来チームによる受付け体制	・超着産者に対する健康指導を主とする助産師外来 ・外来チームによる受付け体制	・超着産者に対する健康指導を主とする助産師外来 ・外来チームによる受付け体制
同 診察室数	1室	1室	1室	2室	2室	2室	2室	2室	2室	2室	2室	1室	3室	2室	1室	
同 一人当たり平均診察時間	-	30分	-	-	-	30分	30分	30分	30分	30分	-	45分	30分	30分	30分	
同 予約制	あり	あり	なし	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	
同 平均待ち時間	-	0分	-	10分	10分	0分	0分	0分	0分	-	-	0~20分	10分	5~10分	0分	
同 担当助産師経験年数	3年	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	
同 助産師、医師、看護師、保健師	・自然分娩重視 ・夫・家族立会	・自然分娩重視 ・夫・家族立会	・自然分娩重視 ・夫・家族立会	・自然分娩重視 ・夫・家族立会	・自然分娩重視 ・夫・家族立会	・自然分娩重視 ・夫・家族立会	・自然分娩重視 ・夫・家族立会	・自然分娩重視 ・夫・家族立会	・自然分娩重視 ・夫・家族立会	・自然分娩重視 ・夫・家族立会	・自然分娩重視 ・夫・家族立会	・自然分娩重視 ・夫・家族立会	・自然分娩重視 ・夫・家族立会	・自然分娩重視 ・夫・家族立会	・自然分娩重視 ・夫・家族立会	
★分娩期のケアの特徴	・全例立会い、排膿近く呼ぶ ・母子同室 ・母乳外来	・全例立会い、排膿近く呼ぶ ・母子同室 ・母乳外来	・全例立会い、排膿近く呼ぶ ・母子同室 ・母乳外来	・全例立会い、排膿近く呼ぶ ・母子同室 ・母乳外来	・全例立会い、排膿近く呼ぶ ・母子同室 ・母乳外来	・全例立会い、排膿近く呼ぶ ・母子同室 ・母乳外来	・全例立会い、排膿近く呼ぶ ・母子同室 ・母乳外来	・全例立会い、排膿近く呼ぶ ・母子同室 ・母乳外来	・全例立会い、排膿近く呼ぶ ・母子同室 ・母乳外来	・全例立会い、排膿近く呼ぶ ・母子同室 ・母乳外来	・全例立会い、排膿近く呼ぶ ・母子同室 ・母乳外来	・全例立会い、排膿近く呼ぶ ・母子同室 ・母乳外来	・全例立会い、排膿近く呼ぶ ・母子同室 ・母乳外来	・全例立会い、排膿近く呼ぶ ・母子同室 ・母乳外来	・全例立会い、排膿近く呼ぶ ・母子同室 ・母乳外来	
①母乳外来	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	
②電話相談	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	
③電話訪問	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	
④メール相談	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	
⑤週間相談	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	
⑥家庭訪問	未実施(すくすく外来の産婦のみ)	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	
⑦1ヵ月産後フォロー	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施	
⑧その他(育児サークル支援など)	実施(3ヶ月)	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施	
産褥1ヵ月健診実施者	医師(必要時のみ)	医師	医師	医師	医師	医師	医師	医師	医師	医師	医師	医師	医師	医師	医師	
新生児1ヵ月健診実施者	医師	医師	医師	医師	医師	医師	医師	医師	医師	医師	医師	医師	医師	医師	医師	