

至る医療圏も出現してきた。長野県における出生場所の特徴は、高次医療施設での分娩比率が全国でもトップクラスであり、救急搬送も受け入れる高次病院の負担が増大している。こうした高次医療施設から、近年、数多くの医師が離職し、勤務を続ける医師達の負担は増すばかりである。医療崩壊を阻止するためには、住民へこの状況を正しく伝え、診療形態が変化せざるを得ない現状への理解と協力を得る必要がある。深刻な現状を客観的な指標で示すため、県内の高次医療施設で勤務する医師数の推移につき、離職理由も含めた調査を行ったので報告する。

**(2)医療連携体制で分娩した褥婦の意識調査：**長野県南部で、緊急的な医療連携体制の構築により医療崩壊を回避させることに成功した事例においても、一部の地域住民からは、体制の変化に反対する住民運動なども認め、連携体制に対する客観的な評価を行うことも必要であると考えた。事例の概要は、長野県南部の飯田下伊那地区は年間分娩数約 1800 を 6 施設で担ってきた 2 次医療圏だが、2005 年夏、半年後に 3 施設(850 分娩)が分娩中止することが判明し医療崩壊の危機が勃発した。この事態に対し、同地区の医療提供体制の再構築に取り組み、行政と医療施設、周囲の一次医療診療所と市民病院が互いに連携して事態を乗り切った。具体的には、市民病院を中心に診療機能分担を明確化し、行政から市民病院へ 5 億円の支援を行い、大学から派遣医師を増員した。市民病院の分娩数は年間 500→1000 まで急増したが、2 次医療機能も含めて医療

提供を維持できた。さらに、外来患者数が 18.4%減少、緊急母体搬送が減少、分娩増加は殆ど正常分娩であったことから、市民病院産婦人科医の過重労働感は、以前と同等かむしろ軽減できた(詳細は平成 18 年度報告書参照)。しかしこの体制は、同地区の産婦人科医療提供の崩壊を防ぐために、緊急避難的に施行された対策であり、将来の理想像として構築されたものではない。緊急避難的な対策に不満を伴うことは明白で、一部の住民からは反対運動の動きも見られ、一般市民の感想などと共にマスコミでも取り上げられた。しかし、実際にこの体制で妊婦健診と分娩を経験した妊産褥婦の生の声を聞くことが、信頼ある客観的な評価となると考え、この医療連携体制で分娩された褥婦へのアンケート調査を行ったので報告する。

## B. 研究方法

**(1)高次医療施設における勤務医の動向：**県内で妊婦の救急搬送を受け入れていた病院を対象として、産科医の離職者数、新規採用者数を離職理由、採用理由、分娩件数を含めて平成 16 年 1 月時点から 1 年ごとに平成 20 年 1 月まで調査した。

**(2)医療連携体制で分娩した褥婦の意識調査：**平成 19 年 2 月に匿名アンケート調査を行った。対象は、市民病院で分娩した褥婦(本体制初期の平成 18 年 2～3 月分娩 145 人、半年以上経過した 9～11 月分娩 254 人:計 399 人)へ匿名回答のアンケート用紙と返信用封筒を郵送し、回答のあった平成 18 年 2～3 月分娩 77 人、9～11 月分娩 161 人計 238 人(回収率 60%)を検討した。

### C. 研究結果

(1) 高次医療施設における勤務医の動向： 長野県の出生場所の特徴は、病院での出生割合が非常に高く、全国トップクラスである。平成16年69%から年毎に増加し平成19年には76%、今後もさらに増加する見通しである。そして中でも、救急搬送を受け入れる高次病院での出生割合が50%以上に達しており、高次病院に過重な負担がかかっていることが、本調査によって裏付けられた(表1)。集約化というよりは、多施設で分娩取り扱い中止の結果、分娩可能な施設が限定されてきたといえる。こうした高次医療施設から、近年、数多くの医師が離職し、勤務を続ける医師達の負担は増すばかりである。高次病院での産婦人科医の離職理由と人数の推移を表2に示す。この4年間で、43人が離職した。離職理由は、他県大学が卒後研修制度の改変などによる医師不足で長野県内の関連病院から医師を帰還させた人数が最も多く12人、これに産休・育休が10人、結婚・開業などでの県外流出9人

と続く。一方、医師の増加数をまとめたものが表3である。平成16年から2年間は卒後研修制度の改変で新入医師は存在しない。表2と表3から純減数を表4に示すが、結局この4年間で27名の産婦人科医が高次医療施設から減ったことになる。高次医療施設に勤務する医師数は100人から73人に減少し、産科救急に対応可能な病院数は27病院から20病院まで減少した(表5)。本来であれば完全な医療崩壊であるが、平成14,15年に信州大学へ計14人の入局者がいたこと、県外からの着任者の存在、信州大学の人員削減などにより、若干の常勤医不在病院を出したものの、辛うじて大規模な医療崩壊を阻止してきた。しかし、残された医師にはさらに過酷な勤務が強いられており、平成20年4月には、さらに多くの離職者が出て、高次医療施設も減少する見通しである。帰省分娩を制限せざるをえない医療圏は急速に拡大しており、大規模な医療崩壊に陥る医療圏が出てもおかしくない現状に至っている。

表1 長野県における病院での出生割合

	H16	H17	H18	H19
病院での出生割合(%)	69	70	71	76
同上全国平均(%)	52	51	51	
高次病院での出生割合(%)	—	53	52	55

表2 高次病院を離職した産婦人科医の人数

	H16	H17	H18	H19	計
他県大学の人事で県外へ異動	2	5	3	2	12
定年、燃え尽き、病気、他科転科、など	1	1	0	3	5
県外流出(結婚、開業など)	1	4	1	3	9
県内で開業(3/7は分娩なし)	2	1	2	2	7
産休、育休	4	1	1	4	10
計	10	12	7	14	43

表3 高次病院で増加した産婦人科医の人数

	H16	H17	H18	H19	計
信州大学への入局	—	—	3	3	6
信州大学以外での新人採用	—	—	0	1	1
他県大学の人事で赴任(増員)	0	0	0	0	0
結婚や個人的理由で県外から流入	1	3	1	1	6
産休、育休から復帰(フルタイム勤務は1人)	0	2	0	1	3
計	1	5	4	6	16

表4 増減差し引き(純減)

	H16	H17	H18	H19
増減差し引き(純減)	9	7	3	8
増減差し引き(純減)累計	9	16	19	27

表5 高次病院勤務者数の推移

	H16.1月	H17.1月	H18.1月	H19.1月	H20.1月
高次病院勤務者数	100	91	84	81	73
高次病院数	27	26	25	22	20

(2)医療連携体制で分娩した褥婦の意識調査：回答者の概要は、分娩時平均年齢：30.2±4.4歳。妊娠歴：初産婦120人、経産婦118人。分娩週数：早産16人、正期産216人。分娩様式：自然経膈分娩174人、吸引分娩9人、帝王切開55人。分娩時期：2-3月77人、9-11月161人。地元在住者162人、帰省分娩者76人。であった。

今回の体制での妊婦健診をどう考えますかという問いには(図1a)、分娩時期が2-3月と9-11月で検討すると、「現状に対応したよくなった体制と思う」が5→24%、「若干不満があるが、現状ではやむをえない」が67→60%、「大きな不満があるが、現状ではやむをえない」が25→16%、「即刻この体制を中止すべきである」が3→1%に変化していた。

同じ質問に対して「地元在住者・帰省分娩者別、時期別の検討」を行ったものを図

1bに示す。帰省分娩者の方が地元在住者よりも、この体制を肯定的に受け入れる頻度が高く、共に2-3月よりも9-11月の方が、肯定的に受け入れている頻度が増加し、否定的に考える頻度が減少していた。

「今回の妊婦健診についての満足度」を施設やスタッフ別に調査すると(図2a)、総合評価としては、満足・やや満足が47%、やや不満・不満が26%であった。各施設の医師やスタッフの対応への満足度はこれよりも高く、不満足度も低かった。

妊婦健診の総合評価に対する「地元在住者・帰省分娩者別、時期別の検討」を図2bに示す。地元在住者は2-3月よりも9-11月の方が、肯定的に受け入れている頻度が増加し、否定的に考える頻度が減少している。帰省分娩者は時期別の大きな変化はなかった。9-11月になると、地元在住者・帰省分娩者での違いはかなり縮小した。

同様に「今回の分娩についての満足度」を施設やスタッフ別に調査すると(図 3a)、総合評価として、満足・やや満足が 79%、やや不満・不満が 9%であった。分娩に関する満足度は妊婦健診と比較すると明らかに高く、不満足度も低かった。

分娩の総合評価に対する「地元在住者・帰省分娩者別、時期別の検討」を図 3b に示す。時間の経過で、地元在住者の満足・やや満足は 70%→78%、やや不満・不満は 14%→9%へ変化した。帰省分娩者は時期別の大きな変化はなく、満足・やや満足は 85%→88%であった。

「分娩施設の選択は、何を重要視して決めますか？」の問いに対し、最も重用視するものとしては、信頼できる医師 29%、急変時の即時対応 22%、信頼できる助産師 15%、家からの距離 15%の順で、この 4 つで 81%を占めた(図 4)。重要視する順に 5 つ記載した中に選択された頻度もこの 4 つはそれぞれ 80~64%で、これに続いて健診の待ち時間 47%、小児科医の有無が 42%で選択されていた。

「産科医は、夜間の分娩や緊急手術で殆ど寝ていなくても、翌日に外来や手術を行っています。当直あけでも休みでないことを知っていましたか？」の問いでは、半数がこの現状を知らないことが判明した(図 5)。

「産婦人科医がすぐに増える可能性はなく、むしろ過重労働でさらに減少する悪循環に陥っています。今後、重点化病院を決めてその施設の医師数を増やし、広域な医療崩壊を防ぐという対策が、緊急避難的に必要である。」という対策に対して、そう思う：79%、そう思わない：2%であった(図 6)。

もう一度妊娠したと仮定して、以下の a ~f は自分が出産を行う対象として選択できるかをたずねた(図 7a)。

a：産婦人科医も小児科医も常勤する施設。分娩時、産婦人科医が立ち会う体制

b：産婦人科医も小児科医も常勤する施設。分娩時は助産師だけの立ち会いで、異常時はすぐに医師が来る体制

c：小児科医は不在、産婦人科医が常勤する施設。分娩時、産婦人科医が立ち会う体制

d：小児科医は不在、産婦人科医が常勤する施設。分娩時は助産師だけの立ち会いで、異常時はすぐに医師が来る体制

e：助産院など助産師だけの施設。異常時は産婦人科医や小児科医のいる施設へ搬送する体制

f：助産師の立ち会いで自宅分娩。異常時は産婦人科医や小児科医のいる施設へ搬送する体制

a を選択できると答えた頻度が最も多く 92%であったが、b も選択できると答えた頻度は、産婦人科医も小児科医も常勤する施設であれば正常経過の分娩に必ずしも産婦人科医が立ち会わなくてもよいと考える頻度と推定され 75%であった。逆に a は選択できるが b は選択できると答えなかった 92-75=17%が、分娩時に必ず産婦人科医が立ち会うことを望んでいる頻度と考えられる。また a を選択できるが c は選択できると答えなかった 92-49=43%は、産婦人科医が分娩に立ち会っていても小児科医が常勤していなければ選択を躊躇していることになり、b と d を選択できると答えた差 75-38=37%は、分娩に必ずしも産婦人科医が立ち会わず助産師だけでよいと考えていても、小児科医が常勤していなければ選択を躊躇していることになる。したがって、施設に必ず小児科常勤医がいることを望んでいる頻度は 37-43%と推察できる。

下記図 1a~7b は「金井誠ら：長野県南部における産科連携医療体制の構築と地域住民の意識調査.日本産婦人科・新生児血液学会誌 17(2), 2008 (in press)より引用」

Fig.1a How do you think about new system of obstetric care?

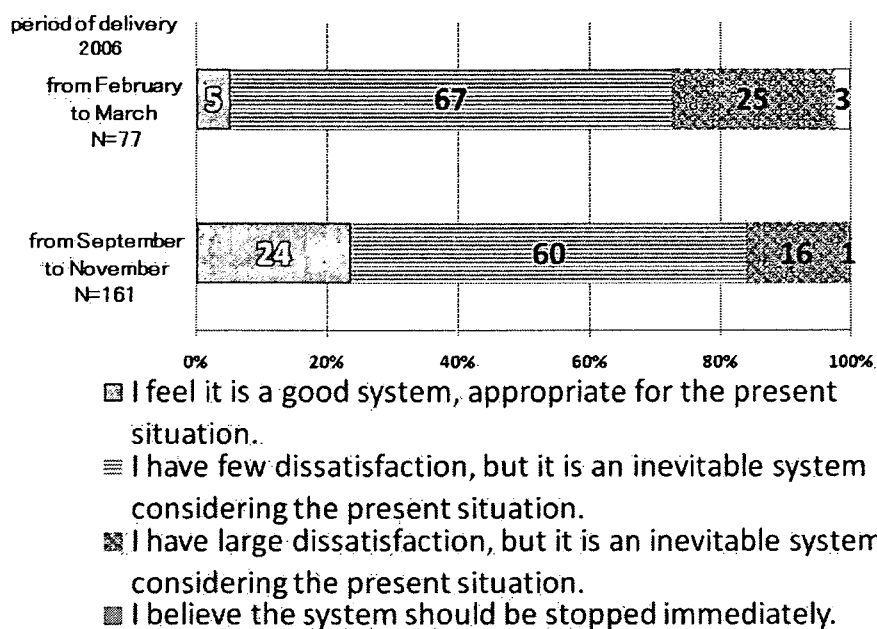


Fig.1b How do you think about new system of obstetric care? A survey by period of delivery and residential status\* (\*local resident or returning home)

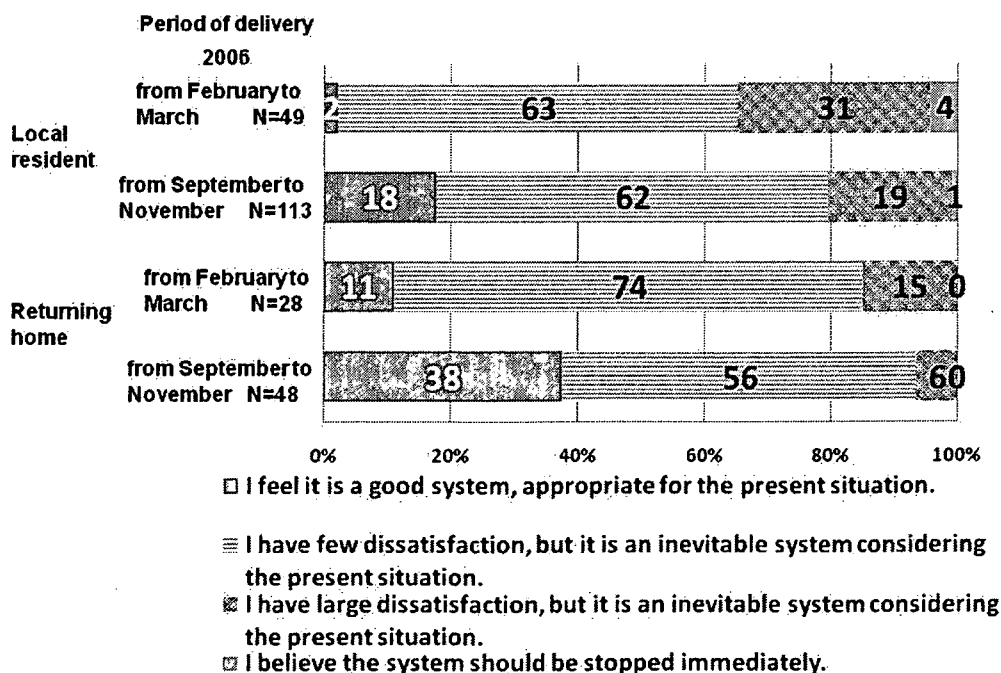


Fig.2a Satisfaction of prenatal care

N=238

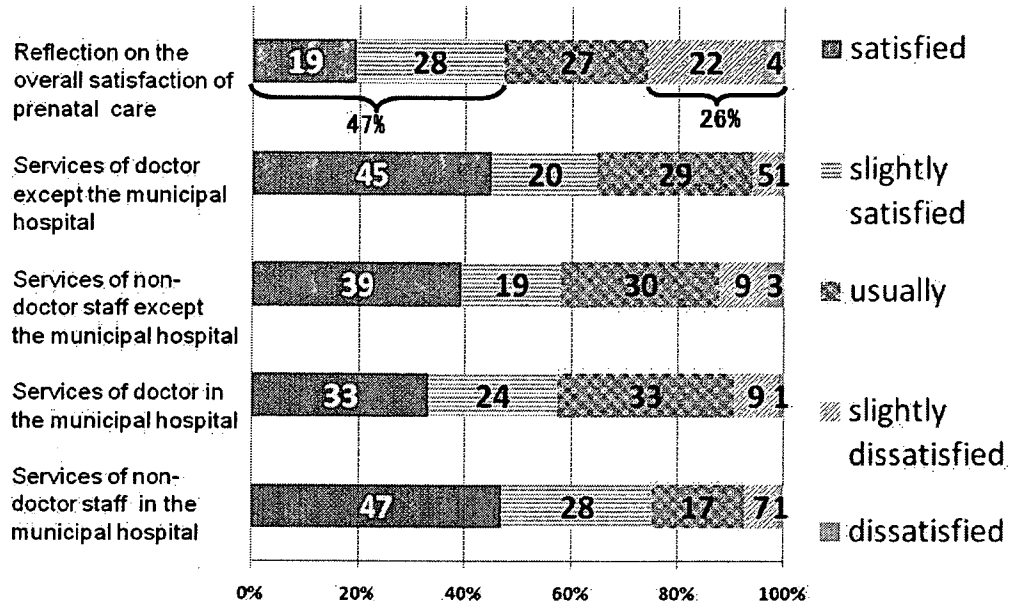
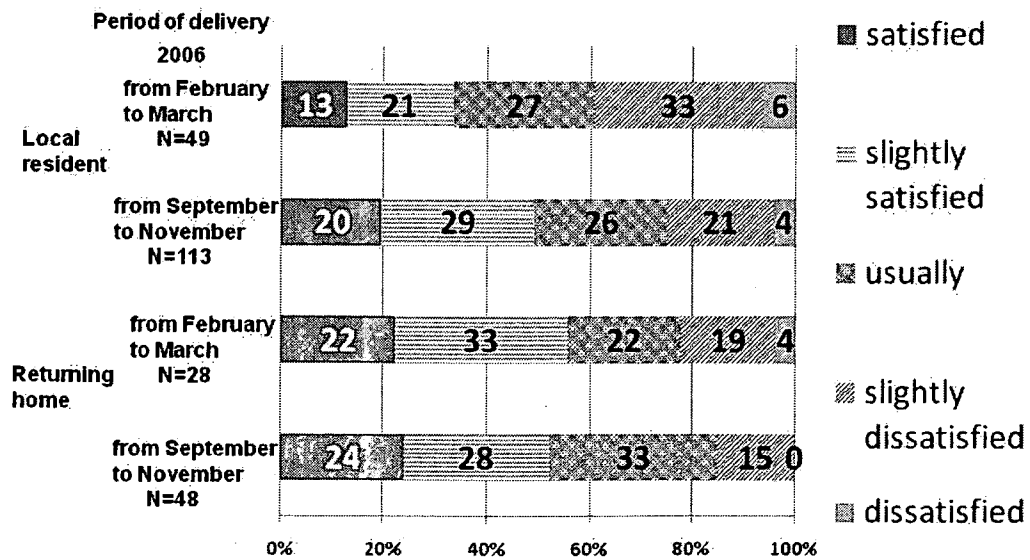
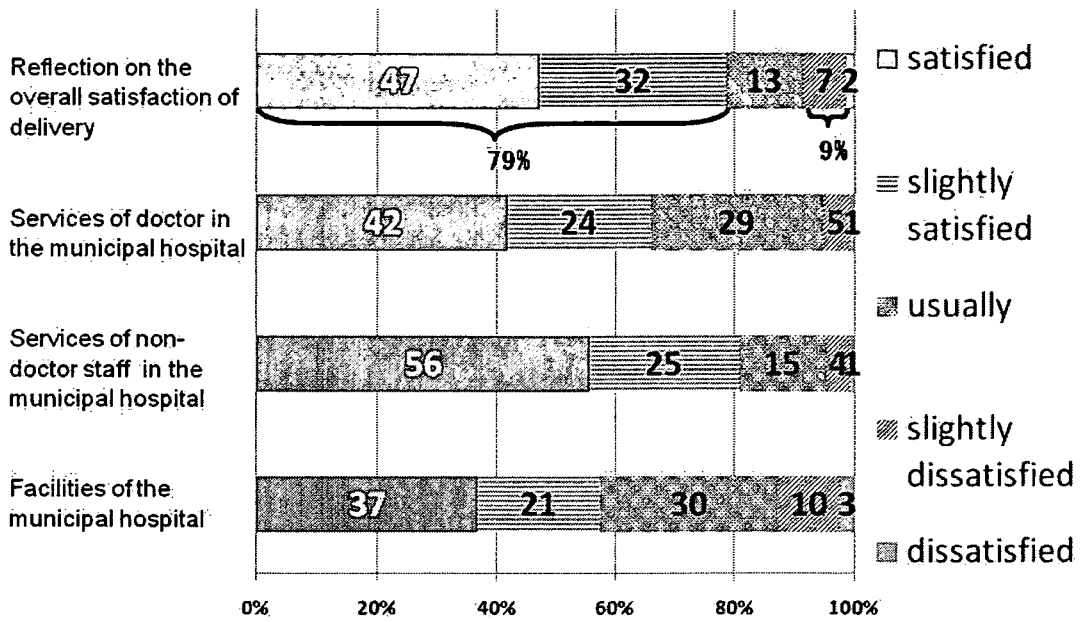


Fig.2b Reflection on the overall satisfaction of prenatal care  
A survey by period of delivery and residential status\*  
(\*local resident or returning home)

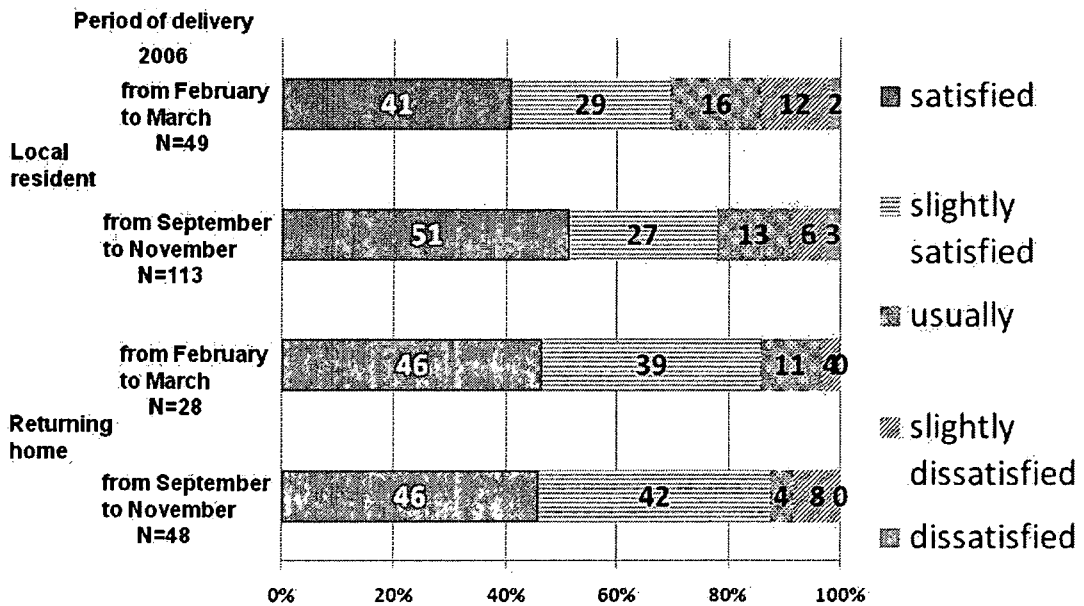


**Fig.3a Satisfaction of delivery**

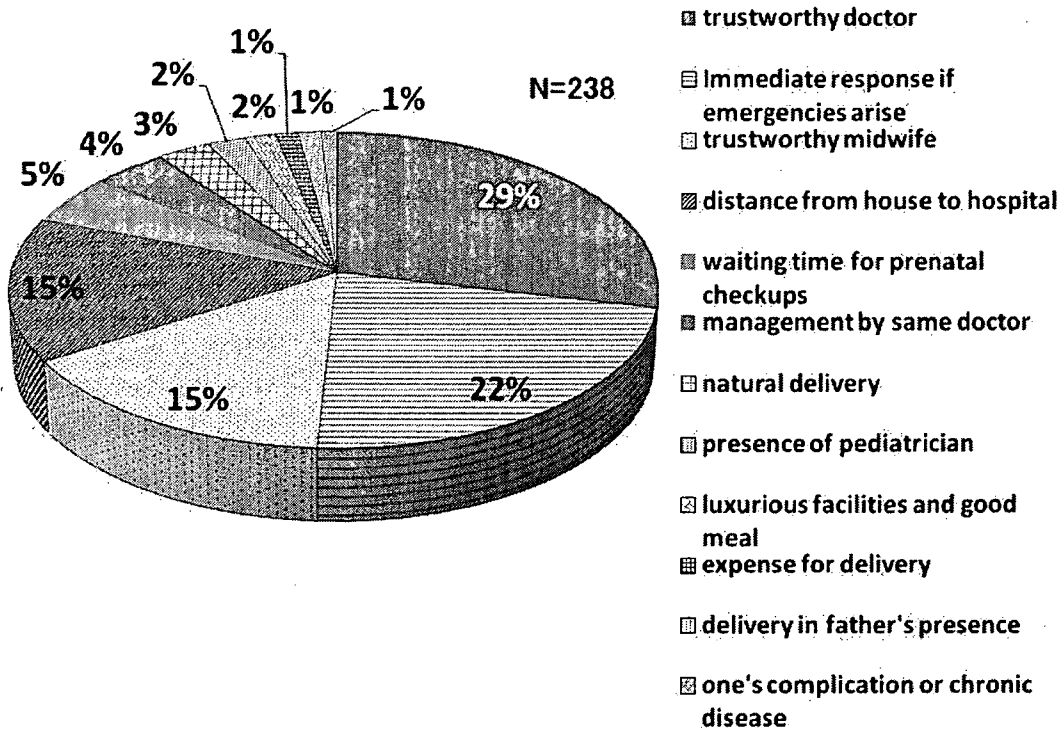
N=238



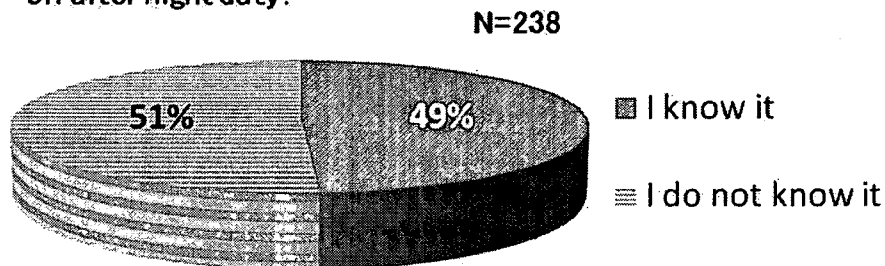
**Fig.3b Reflection on the overall satisfaction of delivery**  
 A survey by period of delivery and residential status\*  
 (\*local resident or returning home)



**Fig.4** What do you prioritize when choosing where to give birth?  
The first of importance



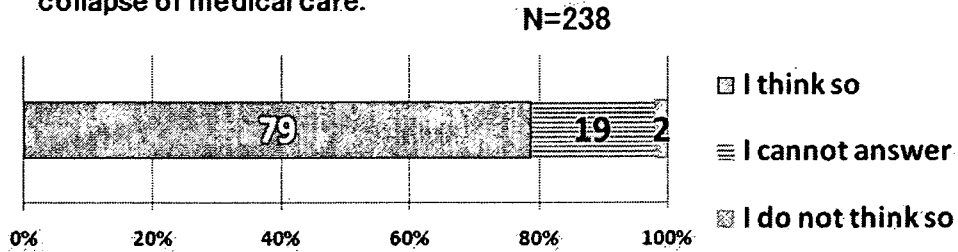
**Fig.5** Obstetricians who have hardly had any sleep due to night deliveries or emergency surgeries are providing outpatient care or operating on patients on the following day. Do you know that they don't get a day off after night duty?





**Fig.6** The number of obstetricians is unlikely to rise in the short-term; instead, the number of obstetricians is declining further due to overwork, creating a vicious spiral. What do you think about the following as future measures?

Increasing the number of doctors in a main facility is necessary.  
 For emergency evacuation purposes, it is necessary to decide on a main hospital and take measures to prevent a widespread collapse of medical care.



**Fig.7** Please consider the following facilities and birth plans, supposing that you became pregnant again:

- a: A facility with full-time obstetricians and pediatricians. A birth plan in which an obstetrician is present during the birth.
- b: A facility with full-time obstetricians and pediatricians. A birth plan in which only a midwife is present during the birth and where a doctor is called on in case of abnormalities.
- c: A facility with full-time obstetricians and no pediatricians. A birth plan in which an obstetrician is present during the birth.
- d: A facility with full-time obstetricians and no pediatricians. A birth plan in which only a midwife is present during the birth and where a doctor is called on in case of abnormalities.
- e: A facility such as a maternity clinic with midwives only, and transferring to a facility with obstetricians and pediatricians in case of abnormalities.
- f: A home birth with midwives only, and transferring to a facility with obstetricians and pediatricians in case of abnormalities.

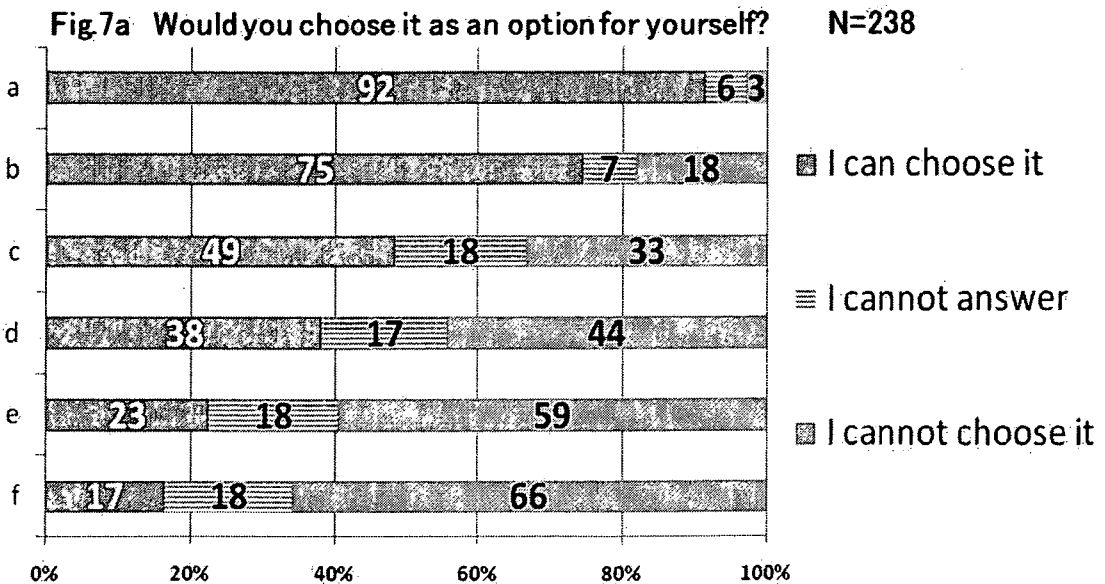
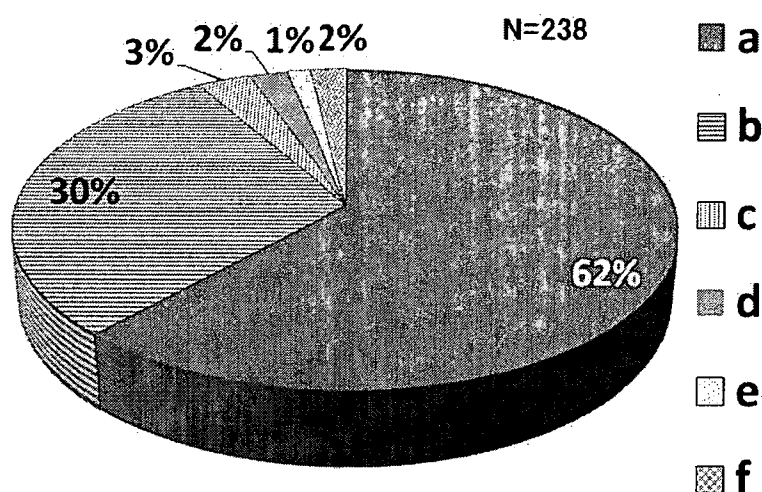


Fig.7b Which facility and birth plan would be most attractive to you?



#### D・考案

##### (1) 高次医療施設における勤務医の動向：

現状を一言で言えば、今後の見通しは非常に深刻であり、産婦人科医師の絶対数を増やさなければ根本的な解決は不可能である。新たな産婦人科医師のリクルートと、現在頑張っている医師を減らさないこと、対策はこれに尽きる。しかし、すぐに医師が増えることは難しく、今崩壊しかけている地域をいかに緊急避難的にどうするかという対策も重要となる。新たな産婦人科医師の養成に関しては、長野県における教育機関の中心である信州大学が、関連病院も含めて、卒前・卒後教育において熱意ある指導体制を整備する努力を重ねている。信州大学では、地域医療人育成センターを立ち上げ、生命誕生の喜び体験実習、信州ワールド夏期セミナーなど特色ある試みを始めた。その効果が出るのは10年先だが、地道な努力が重要と考えている。

現在頑張っている医師を減らさないことに関しては、産科医療連携体制のシステム構築による過重労働の軽減と、労働に見合った対価としての収入増加による待遇改善策を講じる必要がある。助産師や医療クラークなどによる業務分担や、一次医療施設と高次医療施設との診療機能分担などを早急に推進する必要がある。県の産科小児科医療対策検討会から、各地域に検討会を設置して、限られた医療資源を有効利用する体制を早急に構築することを提言し、徐々に各地区で具体策の検討が開始され始めている。また、高次医療施設の各病院長へ、産科医の分娩立ち会いに対するインセンティブ付与の依頼を行い、各地方自治体へも管轄病院でなくとも、過酷な病院勤務医への財政的支援の検討を依頼し、一部の病院では対応が始まった。しかし、国立系の病院勤務医への財政支援は制度的に困難であるとのことで見送られ

ている。こうした問題の解決も重要である。

- (2) 医療連携体制で分娩した褥婦の意識調査：図 1a、1b の結果からは、殆どの褥婦が現状ではこの体制で診療することをやむをえないと考えており、半年経過後には高い評価を与える頻度が 5→24% に増加していた。体制の受入れには時間を要するが、肯定的に考える比率が増加し否定的に考える頻度が減少したことを見て取れる。しかし半年経過後にも地元在住者で 20%、帰省分娩者で 6% の大きな不満は残っておりこの不満を解消することが今後の課題である。地元在住者の方が帰省分娩者よりも不満が大きいことに関しては、妊娠初期からこの体制で健診を受けるか、帰省してからこの体制に入るかの差が出たものと考えられる。

図 2a からは、妊婦健診の総合評価としての満足度はあまり高くなかった。各施設の医師やスタッフの対応への満足度は総合評価よりも高いので、健診場所が変わることが最も影響していると考えられた。セミオープン化のメリットとして近くの健診場所を自由に選べるという妊婦の利便性が一般に挙げられているが、この地区では、周囲の 1 次病院と市民病院との距離はそれほど離れておらず、住民にとっての利便性が高まっていない可能性が高い。しかし図 2b では、地元在住者も時間の経過でこの健診を受け入れている頻度が増加している。帰省分娩者には時期別の大きな変化はなく、半年の経過で地元在住者・帰省分娩者での差はかなり縮小した。

図 3a、3b からは、健診と比較して分娩に対しての満足度は高かったことがわかる。特に助産師・看護師に対する満足度が高かった。市民病院産婦人科スタッ

フの努力により、大病院で多くの分娩を扱っても、満足できるお産が可能であるという結果に結びついたと考える。

図 4 からは、信頼できる医師や助産師がいて、急変時の即時対応が可能であることを分娩場所の選択として重要視していることがわかった。医療者への信頼が最も重要であると考えるが、セミオープンシステムでは分娩施設における医療従事者と妊婦との信頼関係構築に必要な時間が少ないことがデメリットとして挙げられている。しかしながら、図 3a、3b の結果から、これは分娩施設の努力により、解決可能な問題となる可能性が示された。

図 5 からは、産科医がおかれている過酷な勤務状況を広く住民に周知することの必要性と、その意味でもこのようなアンケートの重要性を認識する。

図 6 では多くの住民が重点化病院を策定することに理解を示している。長野県の場合、医師の絶対数が少なく意図的な集約化は図れない。連携拠点病院を策定してここに優先的・重点的な医師配置を行うことが必要であるが、総論賛成・各論反対が多いのも現実である。この地区でコンセンサスが得られた理由は、地域の基幹病院が市民病院以外にはありえない地域であったことが挙げられる。図 7a の結果から、産婦人科医が必ずしも分娩に立ち会わなくてもよいと考えている比率が 75% であったことは、我々の予想をはるかに超えて高かった。院内助産院的分娩に取り組むことを後押しするような結果ではあるが、十分な安全管理体制を構築した上で、今後の検討課題として取り組んでいく必要があると考える。また、小児科医の存在を重要視している方の比率が高かったことも注目に値する。図 7b の結果も踏まえると、

産婦人科医も小児科医も常勤する施設において院内助産院的な分娩体制を構築することが、緊急避難対策としては、住民の求めている体制に最も近い可能性が示唆された。

この地区の産科医療情勢は、さらなる変

化を起こす可能性も存在するが、本アンケート結果も参考にして、地域医療を崩壊させずに住民の満足度も落とさない体制の構築に、地域が一体となって取り組むことが重要であると考えます。

平成 19 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  
「分娩拠点病院の創設と産科 2 次医療圏の設定による産科医師の集中化モデル事業」  
(主任研究者：岡村州博 東北大学医学部産婦人科教授)

「産婦人科医療提供体制のグランドデザインの構築とそれに基づく緊急課題への対策の検討」

### 研究協力報告書

「産婦人科医療提供体制における助産師・看護師の役割に関する研究」

#### 研究協力者

中林 正雄	母子愛育会愛育病院院長
石渡 勇	日本産婦人科医会常務理事、茨城県産婦人科医会支部長 石渡産婦人科病院院長
田邊 清男	東京電力病院副院長兼産婦人科科長
杉本 充弘	日本産科婦人科学会代議員 日本赤十字社医療センター第一産科部長兼女性外科部長
久具 宏司	日本産科婦人科学会幹事 東京大学大学院医学系研究科・医学部講師
遠藤 俊子	日本看護協会助産師職能理事 山梨大学大学院医学工学総合研究部臨床看護学講座教授
加藤 尚美	日本助産師会専務理事
堀内 成子	日本助産学会理事長、聖路加看護大学学部長
恵美須 文枝	全国助産師教育協議会理事、首都大学東京健康福祉学部看護学科教授

#### 研究要旨

助産師の育成に関与する産科医と助産師が、これからの周産期医療における助産師の役割について検討した。周産期センター、病院、診療所など、どの施設でも助産師の役割は今後一層重要となる。臨床に適した助産師の育成のためには、①定時制助産師養成コースの普及、②助産師学生の分娩介助実習の見直し、③助産師外来、院内助産システム、認定制度などの卒後研修制度の充実などが必要である。さらに産科医と助産師・看護師の相互理解、信頼関係の構築によって、妊婦にとって安全・安心で快適な出産環境の整備が可能になると考えられた。

## A.研究目的

産科医の減少および分娩施設の減少に歯止めがかからない現状において、産科医と助産師・看護師の協力体制の確立は急務である。特にこれからの助産師の役割と助産師養成の促進に関する検討は、緊急的な周産期医療提供体制の対策として極めて有用であろうと思われる。

本研究は、周産期センター、産科病院、有床診療所および助産師養成機関において助産師の育成に関与する産科医と助産師によって構成され、これからのわが国における助産師の役割、臨床に適した助産師の育成について、問題点と対策について検討した。

## B.研究成果

### 1. これからの周産期医療における助産師の役割(表 1)

分娩の安全性確保、産科医療資源の効率的活用、産科医の労働条件改善のためには、分娩の集約化と医療施設の機能別役割分担が必要である。そのため、周産期センターは今後さらにハイリスク妊娠・分娩が集中すると予測される。周産期センターにおけるハイリスク妊娠・分娩の管理においては、助産師の支援は通常の分娩より一層必要である。

また、周産期センターにおいても、一定の割合を占める低リスク妊娠・分娩に関しては、助産師が主体的に管理する、いわゆる院内助産システムが普及していくものと予測される。助産師外来は助産師の妊婦管理のスキルアップと産科医との相互理解のために有用であり、また産科医不足を補うためにも有効である。今後は助産師外来の拡充から始めてその普及を図り、院内助産システムへと発展していくことが産科医、助産師の双方にとって望ましいと

考えられる。

一方、個人病院・有床診療所では、主に低リスク・中等度リスク妊婦の妊婦健診・分娩・産後ケアを行うことがこれまで以上に重要となり、このような施設は次第にバースセンター化したり、院内助産システムを導入するようになって考えられる。

無床診療所や助産所、特に 1 人医師、1 人助産師の場合は、低リスク妊婦の健診、産後ケアなどが主体となり、分娩を扱う場合は産科オープンシステムの登録医、登録助産師として、オープン病院で分娩管理することが望ましいと思われる。

いずれにしろ、どの施設においても助産師の役割は今後一層重要となるものと考えられる。

### 2. わが国の産婦人科医療提供体制における助産師に関する問題点(表 2)

助産師はどの施設でもこれから一層必要とされるにも関わらず、わが国においては助産師は病院に偏在し、有床診療所での不足が著明である<sup>1)</sup>。その原因としては、産科医と助産師の価値観の違い、助産師養成所が経営難のために減少したり4年制大学へ変更したこと、看護大学における助産師育成人数が分娩介助実習困難のため限度があること、分娩介助実習施設と指導者不足、医療訴訟の増加、妊婦の同意困難などが挙げられる。また、助産師 1 人による助産所分娩については、分娩の安全性確保の面から、そのあり方が変化していくものと考えられる。

平成 18 年度に日本産婦人科医会が緊急調査を行い、この調査結果に基づいて日医総研が分析した結果、助産師不足数は病院で 2,515 人、診療所で 4,203 人、合計で 6,718 人

であった<sup>2)</sup>。

一方、わが国の助産師数の今後の予測としては、平成 18 年から平成 22 年にかけて需要は現在の 27,700 人から 29,600 人に増加し、供給は 26,000 人から 28,100 人に増加し、需要と供給の差は現在より減少するとしている。しかし実際には産科医不足が進行する現況では、助産師の需要は一層高まるので、このままでは助産師不足は解消されないものと考えられる<sup>2)</sup>。

### 3. 臨床に適した助産師の育成(表 3)

現在の周産期医療の臨床現場のニーズに応えるためには、下記の項目が挙げられる。第 1 に、個人病院や有床診療所で働く正看護師が働きながら助産師になれるような助産師養成コースの設立が必要である。この件に関しては、前年度の本研究班の要請に応じて、定時制助産師養成施設の設立に対して、公的補助が予算化され、全国で数ヶ所の設立が計画されている。問題点としては、教務主任および専任教員の確保が極めて困難なことである。今後、この問題点を解決して、定時制助産師養成施設が全国に普及することが望まれる。

第 2 に、分娩介助実習の困難性の軽減が必要である。最近では助産師学生の分娩介助実習は、実習施設の減少、指導者の不足、産科医療訴訟の増加、妊婦の同意困難などの理由で困難となっている(表 2)。そのため看護大学における助産師養成人数が制限されているのが実状である。今後は学生の分娩介助実習の内容、例数などについて再検討する時期にきていると考えられる。

第 3 に、卒後研修制度の充実である。医師の領域では、医学部卒業後、5 年間規定の研

修を修了すれば専門医受験の資格が与えられ、試験に合格すれば専門医となる。この卒後研修制度は日本産科婦人科学会および日本産婦人科医会の主導により充実したものとなっている。

助産師においても、助産師外来を担当することにより、妊婦管理のスキルアップに直結することが明らかとなっている。また定められた研修を修了すれば、例えば認定助産師(certified midwife specialist:CMS)などの認定制度ができれば、助産師個人にとってもキャリアアップとなってモチベーションが高くなるし、また共にチーム医療を行う産科医にとっても信頼関係が構築しやすく、双方にとって有意義なことと考えられる。認定助産師が院内助産システムなどで妊娠・分娩の主体的管理を行うようにすれば、産科医の良きパートナーとなるであろうと思われる。

第 4 に、現在の産科医と助産師によってわが国における年間 100 万件の分娩を安全かつ効率的に管理・支援するためには、産科医がチームリーダーとなり、助産師・看護師との相互理解と信頼関係を構築して、共に働くことが必要な時期であると考えられる。

### 4. 分娩介助実習の問題点と対策(表 4)

1) 助産師学生の分娩介助実習の困難性については前述の通りであるが、その問題点と対策について検討した。問題点を社会的要因と医学的要因に分けて解析した。

社会的要因としては、産科医療訴訟の増加と妊婦の同意困難が挙げられる。医学的要因としては、ハイリスク分娩増加、帝王切開率上昇のため、正常経膈分娩が減少したことが挙げられる。一方、助産師学生の背景をみると看護師としての臨床経験が全く無い学生と臨

床経験の豊富な学生が共存しているため、画一的な指導では無理や無駄が生じやすい。

2) 助産師学生の分娩介助実習の対策としては、実習方法の工夫、例えば DVD や Virtual Reality などを用いた視聴覚実習の積極的導入、学生の臨床経験別に実習を多様化させること、現在の分娩介助実習の症例数について再検討することなどが挙げられる。これらについては、そのメリット・デメリットについて今後さらに慎重に検討すべきであろう。

また、卒後研修を充実させることにより、卒前研修の内容も変化するものと思われる。最近のように帝王切開率が 10～30%にも上昇している状況においては、正常経膈分娩の実習のみならず、緊急帝王切開が必要となった症例も研修としては必須である。

いずれにしろ、分娩にかかわる医療者としては、妊婦が安全安全で快適な出産を迎えることが可能な環境を整備しつつ、後輩となる産科医、助産師の教育を目指す必要があると考えられる。

### C. 結論

これからの周産期医療において、助産師の役割は一層重要となる。産科医の急増が期待できない現状においては、産科医と助産師・看護師の協力体制の確立と、臨床に適した助産師の育成は急務である。そのためには、働く正看護師のための助産師養成コースの普及、助産師学生の分娩介助実習の見直し、助産師外来、院内助産システム、認定制度などの卒後研修制度の充実、産科医をチームリーダーとする助産師・看護師との相互理解と信頼関係の構築と協調、協働が必要である。

### 文献

- 1) 中林正雄:産婦人科医療提供体制における助産師・看護師の役割に関する研究-助産師の育成および卒後研修のあり方に関する研究-厚生労働科学特別研究事業 産婦人科医療提供体制の緊急的確保に関する研究 平成 17 年度総括・分担研究報告書, 2006.
- 2) 中林正雄:産婦人科医療提供体制における助産師・看護師の役割に関する研究-助産師の育成および卒後研修のあり方に関する研究-平成 18 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「産婦人科医療提供体制のグランドデザインの構築とそれに基づく緊急課題への対策の検討」平成 18 年度分担研究報告書, 2007.



## 表1. これからの周産期医療における 助産師の役割

### 周産期センター

ハイリスク妊娠・分娩の支援  
低リスク妊娠・分娩の主体的管理(院内助産システム)  
助産師外来の拡充(継続妊婦制など)  
産後ケア(乳房ケアを含む)

### 個人病院、有床診療所、バースセンター(複数産科医+複数助産師)

低リスク妊娠・分娩の主体的管理  
助産師外来  
産後ケア

### 無床診療所、助産所

低リスク妊娠の妊婦健診  
産科オープンシステムの登録医、登録助産師として分娩管理  
産後ケア

## 表2. わが国の産婦人科医療提供体制における 助産師に関する問題点

### 1. 助産師の偏在

有床診療所での不足が著明

### 2. 助産師養成所の減少

経営難  
4大制大学への変更

### 3. 看護大学における助産師育成人数の限度

分娩介助実習の教員不足  
実習期間が短期間

### 4. 分娩介助実習の困難性

分娩介助実習の施設および指導者の不足  
産科医療訴訟の増加  
妊婦の同意困難

### 5. 助産師1人による助産所分娩の安全性

### 表3. 臨床に適した助産師の育成

1. 働く正看護師のための助産師養成コースの設立
2. 分娩介助実習の困難性の軽減
3. 卒後研修制度の充実
  - ・ 助産師外来の普及
  - ・ 認定制度の確立
  - ・ 院内助産システム・パースセンターにおける妊娠・分娩の主体的管理
4. 病院・診療所の産科医との相互理解、協調と協働

### 表4. 分娩介助実習の問題点と対策

#### 【問題点】

- 社会的要因
  - 産科医療訴訟の増加
  - 妊婦の同意困難
- 医学的要因
  - 正常経膈分娩の減少  
(ハイリスク分娩増加、帝王切開率上昇)
  - 学生の臨床経験の多様性
  - 実習指導者・教員不足

#### 【対策】

- 実習方法の工夫
- 臨床経験別実習の多様化
- 卒後研修化

## 研究課題 産科診療所に勤務する看護職が就業を継続できる要因

聖路加看護大学 田所 由利子, 堀内成子

### 研究要旨

研究目的は産科診療所に勤務する助産師, 看護師, 准看護師が就業を継続できる要因について検討することである。産科診療所に勤務する助産師, 看護師, 准看護師の就業継続意志に関連のある要因について分析した。その結果, 助産師, 看護師, 准看護師では「生活との両立」をできる職場が, 助産師, 准看護師では「看護職の尊重」がされている職場において有意に就業継続意志があることが認められた。また, 看護職全体では「仕事の意義」を感じられる職場, 「助産師が複数いる」職場において有意に就業継続意志があることが認められた。

### A. 研究目的

出産する女性の半数は診療所を出産する場として選択しているが, 助産師の就業先は病院に偏在している。診療所では, 助産師を雇用したくても応募がなく雇用できない現状があり, 助産師が診療所に就業する場合の希望条件等についての調査・研究がなされている。ところで, 診療所のケアは助産師だけではなく, 助産師, 看護師, 准看護師の3職種によって行われている。したがって, 今後, 診療所でのケアを維持するには, 助産師, 看護師, 准看護師が就業を継続できることが重要である。しかしながら, 診療所に勤務する看護職の就業継続に関する研究はされていなかった。そこで, 産科診療所において助産師, 看護師, 准看護師が就業を継続できる要因を検討する必要があると考えられた。

よって本研究では産科診療所に勤務する助産師, 看護師, 准看護師が就業を継続できる要因について明らかにすることを目的とした。

### B. 研究方法

研究対象は分娩の取り扱いのある産科診療所に勤務する看護職である。就業継続意志に関連すると考えられたデータを, 郵送による自己記入式質問紙法により収集した。データ収集期間は2007年6月末～同年10月である。

分析対象人数は全国から無作為に抽出した122の診療所に勤務する看護職1037人である(有効回収率63.5%, 助産師334人, 看護師282人, 准看護師421人)。診療所に関することは診療所の管理職から回答を求め, 113施設(有効回収率83.1%)より回答を得られた。欠損値は分析毎に除外した。

収集されたデータにて就業継続意志と診療所

での勤務状況, 職務満足度尺度, 個人的要因との関連, 職種による差を検討した。

なお, 研究協力者へは研究参加は自由意志であること, 本研究へ不参加の場合も不利益を被らないこと, 質問紙は無記名にすると共に, 協力者のプライバシーが守られるよう配慮することを文書にて説明を行った。そして質問紙の返送をもって研究協力の同意を得たものとした。なお, 本研究は聖路加看護大学研究倫理審査委員会の承認を得て行った。

### C. 研究結果及び考察

#### C-1. 対象看護職が就業している診療所の概要

標榜している診療科は, 産科以外では婦人科が106施設(93.8%)と最多であり, 他に多かったのは小児科19施設(16.8%), 内科16施設(14.2%)であった(表1)。

病棟を構成している診療科は, 産婦人科病棟が65施設(57.5%)と最多で, 次いで産科単独病棟46施設(40.7%)であった(表2)。病床数の平均は14.3床, この内産科病床にあてているのは平均13.6床であった(表3)。

表1. 標榜している診療科(複数回答, 産科以外)

診療科	診療所数 ( % )
婦人科	106 ( 93.8 )
小児科	19 ( 16.8 )
内科	16 ( 14.2 )
麻酔科	3 ( 2.7 )
外科	2 ( 1.8 )
その他	3 ( 2.7 )

表2. 病棟を構成している診療科

	診療所数 ( % )
産婦人科病棟	65 ( 57.5 )
産科単独病棟	46 ( 40.7 )
婦人科以外の科も含んだ混合病棟	2 ( 1.8 )
合計	113 ( 100.0 )

表3. 病床数

	平均値 ± SD
総病床数(床)	14.3 ± 4.4
内産科病床数(床)	13.6 ± 4.5

勤務している看護職員数の平均は15.3人(常勤11.0人, 非常勤4.3人)であった。職種別では助産師5.1人(常勤3.2人, 非常勤1.9人), 看護師3.8人(常勤2.8人, 非常勤1.1人), 准看護師6.3人(常勤5.0人, 非常勤1.3人)であった(表4)。

助産師が複数勤務している施設は89施設(78.8%), 複数勤務していない施設は24施設(21.2%)であった(表5)。各勤務帯における助産師の配置人数について尋ねた。その結果, 職種については考慮せず看護職の人数のみ考慮しているのが49施設(47.1%)であった。助産師が「1人」はいるようにしているのは55施設(52.9%), 内「2人以上」いるようにしているのは7施設(6.7%)のみであった(表6)。半数近くの施設では各勤務帯に助産師はいるが, 複数の助産師がいるのは僅かであった。

表4. 勤務している看護職員数

	総数(人)		常勤(人)		非常勤(人)	
	平均値 ± SD	平均値 ± SD	平均値 ± SD	平均値 ± SD	平均値 ± SD	平均値 ± SD
助産師	5.1 ± 4.4	3.2 ± 3.0	1.9 ± 2.6			
看護師	3.8 ± 3.6	2.8 ± 2.8	1.1 ± 1.9			
准看護師	6.3 ± 4.0	5.0 ± 3.6	1.3 ± 1.7			
看護職総数	15.3 ± 7.4	11.0 ± 5.8	4.3 ± 4.5			

表5. 勤務している助産師数(常勤・非常勤込み)

助産師数(人)	診療所数	%
0	10	8.8
1	14	12.4
2	14	12.4
3	17	15.0
4	9	8.0
5人以上	49	43.4
合計	113	100.0

表6. 各勤務帯の助産師の配置

	診療所数(%)
配置を考慮していない	49 ( 47.1 )
少なくとも「1人」は配置	55 ( 52.9 )
内「2人」以上配置	再掲 7 ( 6.7 )
合計	104 ( 100.0 )

助産師外来の設置に関する考えでは, 「設置の予定がない」のは57施設(51.8%), 「既に設置している」28施設(25.5%), 「設置したい」25施設(22.7%)であった。4分の1の施設では助産師外来が既に活用されており, 設置したいとした施設も含めると, 半数近くが助産師外来の活用を考えていた(表7)。

表7. 助産師外来設置に関する考え

	診療所数(%)
設置の予定なし	57 ( 51.8 )
既に設置あり	28 ( 25.5 )
設置したい	25 ( 22.7 )
合計	110 ( 100.0 )

各職種の雇用のしやすさは, 助産師については「雇用条件が合わなかったり, 応募がなく, なかなか雇用できない」(以下雇用できない)としたのが73施設(65.8%), 「苦勞するがどうか雇用できる」「容易に雇用できる」(以下雇用できる)25施設(22.5%), 「雇用・雇用予定なし(以下雇用予定なし)」13施設(11.7%)であった。半数以上の施設が雇用したくてもできない状況であった。看護師については, 「雇用できない」53施設(47.7%), 「雇用できる」38施設(34.2%), 「雇用予定なし」20施設(18.0%)であった。半数近くの施設が雇用したくてもできない状況であった(表8)。

一方, 准看護師は, 「雇用できる」50施設(44.6%), 「雇用予定なし」26施設(23.2%), 「雇用できない」36施設(32.1%)であった。助産師, 看護師と異なり, 雇用できない施設は3割と少なく, また, 雇用予定そのものがないとした施設が2番目に多かった。

表8. 看護職の雇用のしやすさ

	助産師		看護師		准看護師	
	診療所数(%)	診療所数(%)	診療所数(%)	診療所数(%)	診療所数(%)	診療所数(%)
容易に雇用できる	7 ( 6.3 )	8 ( 7.2 )	14 ( 12.5 )			
苦勞するがどうか雇用できる	18 ( 16.2 )	30 ( 27.0 )	36 ( 32.1 )			
なかなか雇用できない	73 ( 65.8 )	53 ( 47.7 )	36 ( 32.1 )			
雇用予定なし	13 ( 11.7 )	20 ( 18.0 )	26 ( 23.2 )			
合計	111 ( 100.0 )	111 ( 100.0 )	112 ( 100.0 )			

年間の分娩件数は, 300~399件が25施設(22.1%)と最多で, 次いで400~499件と200~299件が共に18施設(15.9%), 100~199件が12施設(10.6%), 700件以上が12施設(10.6%)であった。300~399件前後の診療所が多かった(表9)。年間の帝王切開率は11.6±7.5%であり, 18%未満が98施設(87.5%)と多くを占めていた。

表9. 年間分娩件数

	診療所数(%)
99件以下	11 ( 9.7 )
100~199件	12 ( 10.6 )
200~299件	18 ( 15.9 )
300~399件	25 ( 22.1 )
400~499件	18 ( 15.9 )
500~599件	8 ( 7.1 )
600~699件	8 ( 7.1 )
700~799件	6 ( 5.3 )
800~899件	2 ( 1.8 )
900件以上	4 ( 3.5 )
合計	112 ( 100.0 )