

おわりに

今回、中堅助産師を対象に 3 日間に亘る研修を企画実施した。産婦人科医師と助産師が同じワーキングのメンバーとして協働により実施する研修は少なく、その意味で今回のモデル研修は産婦人科医師の助産師に対する理解を得るためにも大変重要な企画であったと考える。実施に当たっては人の問題・場所や物の問題、財源の問題などあるが、これから助産師の主体的な業務推進への支援活動の一つとして本研修が基盤になり、日本の各地で開催されることを期待したい。本研修を受講した受講生の一人一人が、それぞれの施設で自分の可能性を認識して新しい助産業務の改革に一步を踏み出すことが出来ればと願っている。

資料

各講師使用スライド

助産師外来機能評価表

資料 3

(評価表の使用方法)

助産師外来担当の看護管理者が、施設の実践に関する下記の内容について評価する。

中項目： 5…極めて適切に行っている 4…適切に行っている 3…中間 2…適切に行っていない 1…全く行っていない
小項目： a…適切に行っている b…中間 c…適切に行っていない

I 助産師外来における助産ケアの方針と責任体制	評価
1 助産師外来における基本方針や目標が明確である	5 … 4 … 3 … 2 … 1
1) 基本方針や目標を明文化している	a … b … c
2) 産婦人科・小児科医師・助産師・看護師など関連職種に周知している	a … b … c
3) 基本方針と目標に沿った活動や実績がある	a … b … c
4) 活動計画から達成度評価までの目標管理活動ができています	a … b … c
5) 妊産婦へ周知をしている	a … b … c
☞◇ 基本方針は施設の理念、方針を踏まえて策定されており、助産師外来における課題を解決するような目標を設定し、適切に評価されるような活動の過程を確認する	
2 助産師外来における医師・助産師の役割と責任体制が明確である	5 … 4 … 3 … 2 … 1
1) 医師診察への移行基準が明確である	a … b … c
2) 医師への相談・連携の仕組みが明確である	a … b … c
3) 外来における業務分担を明文化している	a … b … c
4) 助産師外来の実施状況を助産管理者、医師は把握している	a … b … c
5) 助産師外来を運営する仕組みがありそのための会議などを開催している	a … b … c
☞◇ 医療法・保健師助産師看護師法に規定された内容で職務や責任範囲を定め、助産師外来担当者の役割、指導体制、管理体制が明確となっていることが重要であり、その体制のもとに安定した外来運用が可能である	
3 助産師外来担当の職員を活かすような組織を作り運営している	5 … 4 … 3 … 2 … 1
1) 自施設の助産師外来の機能や役割に見合った人員配置をしている	a … b … c
2) 担当助産師の基準を定めて、それに該当する助産師を配置している	a … b … c
3) 助産師のスキルを高めるような支援を行っている	a … b … c
4) 担当助産師の精神的支援を行っている	a … b … c
5) 専門知識を活かして院内外で自主的に活動できるように支援している	a … b … c
☞◇ 妊婦健診を行うためにはそれに見合う人員配置が必要である ◇ 業務負担のない配置を確認する ◇ 担当する助産師は相応の能力を有し、施設での基準を満たしている ◇ 担当する助産師は、常に自律した対応を求められるためストレスも予想される ◇ 能力を高めるような支援として院内外の研修を実施し、精神的負担に対しては同僚、上司などに相談ができる仕組みを有している	
II 助産師外来に必要な教育・研修の実施	評価
1 担当助産師の能力評価が行われている	5 … 4 … 3 … 2 … 1
2 評価に基づいた能力開発プログラムが立てられ、教育・研修を実施している	5 … 4 … 3 … 2 … 1
☞◇ 施設内の看護職員能力評価に加え、産科領域に特化した評価ツールを有し、能力評価を行っている ◇ 助産ケアに関する教育・研修計画を策定し、実施、評価を行っている	
III 助産ケア提供の基準・手順の明確性	評価
1 助産ケア基準や手順を整備している	5 … 4 … 3 … 2 … 1
1) 助産ケア基準、手順を明文化している	a … b … c
2) 定期的に検討、見直しを行っている	a … b … c
3) 作成された基準、手順に則って助産ケアを提供している	a … b … c
☞◇ 助産師の業務規定とともに、助産ケア基準・手順が明文化され、定期的に検討、見直しを行っている ◇ 助産ケアは基準や手順に則って実施していることを確認する	
IV 助産ケアの質を改善するための仕組み	評価
1 改善のためのデータ収集・分析・活用を行なっている	5 … 4 … 3 … 2 … 1
2 取り組み結果をまとめている	5 … 4 … 3 … 2 … 1
☞◇ 産科統計を基本として、助産ケアの質を測る指標を検討し、定期的に評価し、質改善に活用している ◇ 量・質の量側面からの指標が望ましく、妊産婦や家族の満足度なども測られており、また、結果を文章としてまとめている	

V 助産師外来における倫理的問題についての対応		評価
1	倫理的に問題になりやすい事柄を認識し、対策を講じている	5 … 4 … 3 … 2 … 1
1)	助産師は倫理的に問題となりやすい事柄を把握している	a … b … c
2)	医師・助産師・看護師が倫理的に問題について共に検討する場があり、検討の内容を記載している	a … b … c
◇産科特有の倫理的問題については、妊産婦とその家族の権利と医療者としての使命の間で倫理的ジレンマに陥ることもある。それらを表明できる環境があり、検討する仕組みがあることが望ましい		
VI 妊産婦に関する情報の収集と共有		評価
1	妊産婦に関する情報が収集され、整理されている	5 … 4 … 3 … 2 … 1
1)	妊産婦の身体的・精神的・社会的な情報が収集されている	a … b … c
2)	わかりやすく記載されている	a … b … c
2	医師と情報が共有されている	5 … 4 … 3 … 2 … 1
◇妊産婦のニーズにしたがって必要な情報が収集され、他者がみてもわかりやすい状態で記載されており、医師や妊産婦と共有されていることが望ましい		
VII 評価（アセスメント）と計画		評価
1	安全確保のためのリスクの評価を行い、計画を立てている	5 … 4 … 3 … 2 … 1
2	各対象者の妊娠経過やケア計画についての検討をチームで行っている	5 … 4 … 3 … 2 … 1
3	評価（アセスメント）を適切に行い、計画を立てている	5 … 4 … 3 … 2 … 1
1)	アセスメントについて記述がある	a … b … c
2)	アセスメントに基づいた計画を立案している	a … b … c
4	計画は、妊産婦の充分な参加の上で立案している	5 … 4 … 3 … 2 … 1
1)	パースプランなどに妊産婦や家族の意見を反映している	a … b … c
2)	妊産婦・家族の意見・要望を計画に反映した記録がある	a … b … c
3)	必要時、見直しや修正を行っている	a … b … c
◇計画は妊産婦参加が基本となる。特に妊産婦や家族の希望を重視し、共に考えていくようにする ◇妊産婦参加の記録を行なう		
VIII 助産ケアの実施		評価
1	妊産婦期の経過診断を行い、正常経過と逸脱について判断できる	5 … 4 … 3 … 2 … 1
1)	胎児の成長の診断	a … b … c
2)	妊産婦の経過診断	a … b … c
2	妊産婦への保健指導を適切に実施している	5 … 4 … 3 … 2 … 1
1)	日常生活、社会生活、心理面について妊娠各期の指導を適切に実施している	a … b … c
2)	妊産婦への説明と同意を充分に行っている	a … b … c
3	医師への相談、依頼を適切に行っている	5 … 4 … 3 … 2 … 1
◇助産師外来における業務範囲は保健師助産師看護師法に則った範囲となる。胎児の成長、妊産婦の経過が正常であるかを診断する ◇助産師外来での助産ケアの中心は保健指導となるため、対象の反応を確認しながら適切な指導内容を適切な方法で行っていることが望ましい ◇説明と同意については記録に書いている		
IX 助産師外来の環境		評価
1	安全で清潔な環境を保っている	5 … 4 … 3 … 2 … 1
2	プライバシーを保つことが可能な環境である	5 … 4 … 3 … 2 … 1
3	助産師外来を行う上での必要な機器、物品を整えている	5 … 4 … 3 … 2 … 1
◇医療安全と感染管理の観点から、安全で感染対策を講じた環境であることを確認する ◇助産師外来であっても医師と同様に独立した診察室で行っていることが望ましく、プライバシーを保つことが可能な環境であることを確認する		

出典：厚生労働科学研究費補助金 子ども家庭総合研究事業 報告書より抜粋一部改変

助産師外来機能評価表に関するアンケート

このたびは、助産師外来機能評価表の実施にご協力くださりありがとうございました。ご多忙のところ恐縮ですが、今後の活動に活かすため、評価実施後に下記のアンケートにご協力くださいますようお願い申し上げます。

1. 助産師外来機能評価表を用いて評価を行った感想をご記入ください。
2. 評価表の中で内容がわかりにくい項目はありますか。その項目番号と理由をお答えください。
例) I-1-1) (理由・・・・)
3. 評価表に追加した方がよい項目などがございましたらご記入ください。
4. 評価方法についてご意見などがございましたらご記入ください。
5. その他ご意見・ご感想等ございましたら、ご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

初期妊娠リスク自己評価表 (A)

(妊娠が分かった時に確かめましょう)

1. あなたがお産をするときの年齢は何歳ですか？
16-34歳：0点、35-39歳：1点、15歳以下：1点、40歳以上：5点 点
2. これまでにお産をしたことがありますか？
はい：0点、いいえ初めての分娩です：1点 点
3. 身長は150cm以上ですか？
はい：0点、いいえ150cm未満です：1点 点
4. 妊娠前の体重は何kgですか？
65kg未満：0点、65-79kg：1点、80-99kg：2点、100kg以上：5点 点
5. タバコを1日20本以上吸いますか？
いいえ：0点、はい：1点 点
6. 毎日お酒を飲みますか？
いいえ：0点、はい：1点 点
7. 向精神薬を使用していますか？
いいえ：0点、はい：2点 点
8. これまで下記事項にあてはまればチェックしてください
() 高血圧があるが薬は服用していない、() 先天性股関節脱臼、
() 子宮がん検診での異常(クラスⅢb以上)があるといわれた、() 肝炎、
() 心臓病があるが、激しい運動をしなければ問題ない、
() 甲状腺疾患があるが症状はない、() 糖尿病があるが薬は服用も注射もしていない、
() 風疹の抗体がない
*チェック数×1点=点
9. これまで下記事項にあてはまればチェックしてください
() 甲状腺疾患があり管理不良、() SLE、() 慢性腎炎、() 精神神経疾患
() 気管支喘息、() 血液疾患、() てんかん、() Rh陰性、
*チェック数×2点=点
10. これまで下記事項にあてはまればチェックしてください
() 高血圧で薬を服用している、() 心臓病があり、少しの運動でも苦しい
() 糖尿病でインスリンを注射している、() 抗リン脂質抗体症候群といわれた、
() HIV陽性
*チェック数×5点=点

11. これまでに下記事項にあてはまればチェックしてください

() 子宮筋腫、() 子宮膣部の円錐切除術後

前回妊娠時に () 妊娠高血圧症候群軽症 (血圧が 140/90 以上 160/110 未満)、

() 産後出血多量 (500ml 以上)、() 巨大児 (4k g 以上)

*チェック数×1点= 点

12. これまでに下記事項にあてはまればチェックしてください

() 巨大子宮筋腫、() 子宮手術後、() 2 回以上の自然流産

() 帝王切開、() 早産、() 死産、() 新生児死亡、() 児の大きな奇形

() 2500 g 未満の児の出産

*チェック数×2点= 点

13. これまでに下記事項にあてはまればチェックしてください

前回妊娠が () 妊娠高血圧症候群重症 (血圧が 160/110 以上)、

() 常位胎盤早期剥離

*チェック数×5点= 点

14. 今回不妊治療は受けましたか?

いいえ: 0 点、排卵誘発剤の注射: 1 点、体外受精: 2 点 点

15. 今回の妊娠は

予定日不明妊娠: 1 点、減数手術を受けた: 1 点、長期不妊治療後の妊娠: 2 点 点

16. 今回の妊婦健診について

28 週以後の初診: 1 点、分娩時が初診: 2 点 点

17. 赤ちゃんに染色体異常があるといわれていますか?

いわれていない: 0 点、疑いがある: 1 点、異常が確定している: 2 点 点

18. 妊娠初期検査で異常があるといわれていますか?

B 型肝炎陽性: 1 点、

性感染症 (梅毒、淋病、外陰ヘルペス、クラミジア) の治療中: 2 点 点

<1~18 の点数を合計してみてください>

0~1 点: 現在のところ大きな問題はなく心配はいりません

2~3 点: ハイリスク妊娠に対応可能な病院と密接に連携している施設での妊婦健診、分娩を考慮してください

4 点以上: ハイリスク妊娠に対応可能な病院での妊婦健診、分娩を考慮してください

* 医学的に不明な点や、適切な医療機関の情報等については主治医にお尋ね下さい。

後半期妊娠リスク自己評価表 (B)

(妊娠 20~36 週に再度チェックしましょう)

1. 妊婦健診は定期的うけていましたか?

受けていた: 0 点、妊婦健診は 2 回以下であった: 1 点 点

2. Rh 血液型不適合があった方にお聞きします

抗体は上昇しなかったといわれた: 0 点、
抗体は上昇し赤ちゃんへの影響が考えられるといわれた: 5 点 点

3. 多胎の方にお聞きします

2 卵性双胎: 1 点、赤ちゃんの体重差が 25% 以上ある 2 卵性双胎: 2 点、
1 卵性双胎あるいは 3 胎以上の多胎: 5 点 点

4. 妊娠糖尿病といわれている方にお聞きします

食事療法だけでよい: 1 点、インスリン注射を必要とする: 5 点 点

5. 妊娠中に出血はありましたか?

なし: 0 点、20 週未満にあった: 1 点、20 週以後にあった: 2 点 点

6. 破水あるいは切迫早産で入院しましたか?

なし: 0 点、34 週以後にあった: 1 点、33 週以前にあった: 2 点 点

7. 妊娠高血圧症候群 (妊娠中毒症) といわれましたか?

なし: 0 点、軽症 (血圧が 140/90 以上 160/110 未満): 1 点、
重症 (血圧が 160/110 以上): 5 点 点

8. 羊水量に異常があるといわれましたか?

なし: 0 点、羊水過少: 2 点、羊水過多: 5 点 点

9. 胎盤の位置に異常があるといわれましたか?

なし: 0 点、低位胎盤: 1 点、前置胎盤: 2 点、前回帝切で前置胎盤: 5 点 点

10. 赤ちゃんの大きさに異常があるといわれましたか?

なし: 0 点、異常に大きい: 1 点、異常に小さい: 2 点 点

11. 赤ちゃんの位置に異常があるといわれましたか (妊娠 36 週以降)?

なし: 0 点、初産で下がってこない: 1 点、逆子あるいは横位: 2 点 点

< 1~11 の点数を合計してみてください >

0~1 点: 現在のところ大きな問題はなく心配はいりません

2~3 点: ハイリスク妊娠に対応可能な病院と密接に連携している施設での妊婦健診、分娩を考慮してください

4 点以上: ハイリスク妊娠に対応可能な病院での妊婦健診、分娩を考慮してください

* 医学的に不明な点や、適切な医療機関の情報等については主治医にお尋ね下さい。

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

平成20年度分担研究報告書

分担研究者

九州大学病院 総合周産期母子医療センター 助教 福岡恒太郎

研究協力者

久留米大学医学部産科婦人科学 教授 嘉村 敏治

久留米大学医学部産科婦人科学 講師 大田俊一郎

久留米大学医学部看護学科 准教授 中嶋カツエ

九州大学 名誉教授 中野 仁雄

九州大学大学院医学研究院生殖病態生理学 教授 和氣 徳夫

九州大学医学部保健学科 教授 平田 伸子

九州大学病院産科婦人科 助教 上岡 陽亮

研究要旨：

産科サービスに対する妊婦の需要特性と地域の供給能力を測定し、今後の変化を予測すること、集約化が進行した中で病院の産婦人科医への需要と供給の動向とその変化明らかにすることを目的として、1) 独身女性の出産への意識、2) 福岡県下の分娩受け入れと制限の現況、3) 病院の産婦人科医師へのニーズについて調査検討を行った。その結果、1) 妊産婦のニーズとしては利便性と安全性双方が要求されていること2) 福岡県では妊産婦の需要に応じる供給能力は現状では保たれているものの、将来的な不安も生じてきていること、3) 産科診療は施設ごとに拡大と縮小に双極化したこと、また医師数が増加し産科診療を拡大した施設であっても医師の確保はより困難になり、医師不足は解消されていないこと、医師の待遇改善も行われているものの抜本的な対策はとられていないこと、がわかった。加えて、現有医師の高齢化による将来の産科サービス提供能力低下の危険も指摘された。「快適」と「安全」を両立した産科サービスの安定供給と維持には、短期的な集約化や待遇改善策での対応は限界がきているものと考えられ、「ポスト集約化」の枠組みとして、医師の生涯の働き方やこれを踏まえた賃金と負担の整合性を加味した労働賃金体系、医師育成における実学と学問のバランスや、多様な立場の医師が連携を行うことを前提とした教育や診療のありかたを、早急に整備する必要があると考えられた。

A. 研究目的

産科医減少への対策として分娩施設の集約化が進められてきたが、この対策は供給側の視点から緊急避難的に行われたものであり、健やか親子21で唱われている「妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保」の観点からは、産科の保健・医療サービスの需要特性を測度・評価することが必要である。

我々は「患者様の視点から医師不足を考える」をテーマに、初年度には、1)九州大学病院産科婦人科に関連する医師配置集約化の現況把握、2)快適な出産に関する意識調査、3)市民フォーラム開催、を行った。その結果、九州大学病院産科婦人科に関連する幹旋医師数、被幹旋施設数は減少していたが、規模の大きな施設の割合は上昇していた。受療者は「快適さ」として、アメニティや利便性を求めていること、また納得のいく通院所要時間は30分以内であること、医師や医療施設は、(コスト負担無く)確保されて当然であると考えていること、出産プランの変更を強いられると不満を感じやすいこと、がわかった。同時に受療者には、「不満は感じるものの、紹介やすすめには従う」という特性があるが、その決定における自己責任や医療インフラ維持に伴う自己負担という意識は低いことが示唆された。第二年度には妊婦の需要特性を評価すること、集約化後の周産期ネットワークにおける連携に必要なものを明らかにすることを目的として、一次施設で出産ないし母体搬送となった妊婦の受

療動態調査、母体搬送を大学病院勤務医師がどのように評価するかについての調査、そして市民参加フォーラム開催を行った。その結果、出産施設を選択あるいは変更する最大の理由は「利便性等のアクセス」であること、回答者の90%以上が通院時間30分以内の施設で出産し満足と感じていること、がわかった。母体搬送については医師が搬送を「不要、不適切」と評価した割合は3~4%に過ぎず、症例ごとの検討でも大半の症例については医師の大部分が納得していることがわかった。しかしながら両大学の評価者の評価には有意差がありさらに記載された病歴から読み取ることができる情報への信頼度も両大学で異なる傾向にあった。またごく一部ではあるが搬送元の道義に納得できない医師が多数を占めた症例も存在した。

受療者にとっては、「主体的に選択したアクセスのよい施設」での出産が重要であり、集約化はそのニーズとは相容れないものであること、ネットワークにおける連携では標準化やガイドライン、共通カルテのみならず、診療の共通認識ならびに地域でのコンセンサスを形成するための教育が重要であること、資本的に独立した組織そしてそこに所属する医師の性善説に基づく連携には限界があること、が示された。

今年度は、妊婦の需要特性、地域の施設の産科サービス供給能力を測定し今後の動向を予測すること、また、集約化が進行した中で病院の産婦人

科医への需要と供給の変化、を明らかにすることを目的として、1) 独身女性の出産に関する意識調査、2) 福岡県下の分娩実施施設における分娩受け入れとその制限の現況、3) 福岡県下の病院の産婦人科医師へのニーズ調査を行った。

B. 研究方法

1) 独身女性の出産に関する意識調査

今後の出産が予定される女性の出産に対する需要特性を明らかにすることを目的に平成20年9月～10月に、福岡県内に居住する出産経験のない20～30代の独身女性570名を対象に独自に作成した無記名自己記入によるアンケート調査を行った。郵送法にて293名(51.4%)を回収し、有効回答である279名(95.2%)を分析対象とし、希望する子どもの数、出産を希望する施設、施設選択の理由と内容(時間、費用)、産科医療に関する意識について、19年度に実施した妊産婦調査と比較検討した(資料1)。

2) 福岡県下の分娩実施施設における分娩受け入れと制限の現況

福岡県内の分娩を取り扱っている可能性のある産婦人科施設127施設に無記名アンケートを配布し、所在地、常勤医師数、分娩件数、分娩予約の有無、予約金の有無および金額、里帰り分娩の受け入れ、予約制限の有無と制限により受け入れできない妊婦の件数。制限の基準、今後の意向について調査した。平成20年10月30日までに99施設(78.9%)より回答を得た。このう

ち現在までに分娩取り扱いを中止した4施設、分娩取り扱いを行っていない1施設を除外し、94施設について解析をおこなった(資料2)。

3) 福岡県下の病院の産婦人科医師へのニーズ調査

福岡県内(一部福岡県外)の100床以上の病院で、平成17年に産婦人科を有していた57施設にアンケートを配布し21施設(36.8%)より回答をえた。調査項目は、病院種別、開設者、病床数、職員数、臨床研修医受け入れ状況、産婦人科診療の内容とその変化、産婦人科医師数、確保状況とその変化、確保したい医師に要求するもの、特定の診療科への待遇、医師確保リソースや対策についてとした(資料3)。一部の項目については本研究施行前である平成17年度に行ったアンケートの結果と比較を行った。

(倫理面への配慮)

個人への調査は無記名で行い、特定できないようにした。

C. 研究結果

1) 独身女性の出産に関する意識調査(資料1)

「集約化」が進行する中で今後の産科サービスへの需要特性を明らかにすることを目的に20～30代の独身女性570名を対象に無記名自己記入によるアンケート調査を行った。郵送法にて293名(51.4%)を回収し、有効回答である279名(95.2%)を分析対象とし検討した。

有効回答者の平均年齢は 27.0 ± 4.9 歳で、20代が193人(69.2%)で30代が86人(30.8%)であった。未婚者が93.9%で、結婚の経験があるものが6.1%で、就労状況は常勤50.5%、契約・派遣社員が16.6%、パート・アルバイトが15.2%であった(図1-1)。持ちたいと希望する子どもの数は、2人が57.6%で最も多く、次いで3人が23.4%であり、平均は 2.1 ± 0.8 人であった。

出産する施設について考えたことがある人が47.0%、考えたことがない人が53.0%であった。出産を希望する施設は、診療所(個人病院)が57.8%で最も多く、次いで病院(総合病院・大学病院)が34.7%、助産所が5.8%であった(図1-2)。出産したい施設を選択する際に、第一に優先する事項は「信頼できる医師がいる」が、53.8%であり、「便利である」、「信頼できる助産スタッフがいる」が続いた。第二・第三の理由に「急変時総合病院や大学病院への連携が可能であること」があげられていた。図1-3には、平成19年度に一次施設で出産した女性に行った調査結果と今回の調査結果をあわせて示す。平成19年時のアンケートでは、便利であることがもっとも多かったが、今回の調査では信頼できる医師がいること、急変時の連携が選択されていた。

出産をする場合の施設までの許容できる通院時間は15分以内が9.7%、30分以内が74.0%であった(図1-4上)。出産にかかる費用をどれくらいと考えているかとの問いに対する平

均回答金額は 37.2 ± 20.3 万円であり、自分が推測した金額に対して、高いと思う人が61.9%で、妥当と思う人が37.7%あった(図1-4下)。産科医療の問題を身近にととても感じる・感じる人が74.8%であり、『無過失医療補償制度』について聞いたことがある人は8.3%であった(図1-5)。妊産婦死亡率、周産期死亡率については、「思っていたよりも多い」と回答した人がそれぞれ59.4%、41.4%で最多であった(図1-6)

2) 分娩実施施設における分娩受け入れや予約、制限の現況(資料2)

福岡県内の分娩を取り扱っている可能性のある産婦人科施設127施設に無記名アンケートを配布し、所在地、常勤医師数、分娩件数、分娩予約の有無、予約金の有無および金額、里帰り分娩の受け入れ、予約制限の有無と制限により受け入れできない妊婦の件数、制限の基準、今後の意向について調査した。99施設より回答を得、回収率は78.9%であった。99施設中、過去も現在も分娩を取り扱っていない施設は1施設で、現在までに取り扱いを中止した施設が4施設であった。以下これらの5施設を除外し、現在分娩を取り扱っている施設について検討を加えた。

94施設の所在地の内訳ならびに常勤医師数を表2-1に示す。回答施設の所在地は23市郡であったが、北九州市が26施設、福岡市が20施設、久留米市が11施設とこの3都市で61%を

占めていた。常勤医師数が1名の施設が61施設(64.9%)、2ないし3名の施設が22施設(23.4%)であった。6名以上の施設は7施設(13.4%)であった(表2-1)。1施設が1ヶ月に取り扱う分娩数を図2-1に示す。常勤医1名の施設では20件以下が61施設中22施設(36.1%)、21-30件が21施設(34.4%)であった。常勤医2ないし3名の施設では、20件以下3施設(13.6%)であったが、60件以上取り扱う施設も3施設(13.6%)と同数存在しており、常勤医1名の施設に比し、分娩件数が少ない施設から多い施設まで分散していた。

「分娩予約」を患者さんにその施設で分娩をすると事前に決めていただくことと定義し、その施行の有無について検討したところ、85.1%が施行していると回答した。里帰り分娩は94施設中93施設が受け入れていた。(図2-2)。分娩予約に際して予約金を徴収しているかどうかについて、徴収している施設は31施設(33.0%)、していない施設は63施設(67.0%)であった。金額については26施設から回答があり、平均金額は17万8000円(中央値15万円、範囲4000円~38万円)であった(図2-2)。

分娩予約に際する制限の存否については、86施設から回答があり、制限がある施設が40施設(46.5%)であった(表2-2)。制限の基準については制限を設けている40施設中、分娩数が37施設、予約週数が8施設、症例のリスクが22施設、経済的要因が3施設からあげられていた。制限を行う理由

については、病床数および医療安全が31施設、医師数が26施設、助産師数が19施設、コストパフォーマンスが3施設に選択されていた(表2-2)。自由記載では医師の高齢化、体力的理由を挙げる施設がある一方で、余力があるとの回答もあった。制限を設けている施設の分娩上限数を表2-3に示す。

制限の導入を行った時期については38施設から回答があり、ここ3年以内に導入した施設が12施設、4-5年以内が1施設、10年以内が7施設であった。それ以上前からという施設が18施設存在していた(表2-3)。

予約枠が埋まるに時期については、回答のあった25施設中、「12週までにいっぱいになる」と答えた施設が3施設、「20週までに」が14施設、「32週までに」が6施設、「それ以降」が2施設であった。「希望が予約枠を超えて、受け入れできない症例がある」と回答した施設は、回答のあった40施設中28施設(70%)であった。1ヶ月あたりの受け入れできない件数は3件以下が10施設、4-5件が8施設、6-10件が4施設であった(表2-4)。

今後については、現在の制限をさらに強化すると回答した施設が9施設、現在の制限を維持する施設が26施設、新たに制限を導入することを考えている施設が8施設、今後も何の制限も導入しないと考えている施設が34施設であった(図2-2)。

3) 福岡県下の病院の産婦人科医師へのニーズ調査(資料3)

福岡県内（一部県外）の100床以上の病院で、平成17年に産婦人科を有していた57施設にアンケートを配布し21施設（36.8%）より回答をえた。回答者は院長（副院長）が10名、産婦人科部長が2名、事務担当者が8名、不明が1名であった。回答施設の背景について、本研究開始前の平成17年に我々がおこなったアンケートへの回答とあわせて図3-1に示す。総病床数は、199床以下は0施設で、200-399床が10施設、400-599床が8施設、600-799床が1施設、1000床以上が2施設であった。産婦人科の病床数は0床が4施設、1-5床、5-9床がそれぞれ1施設、10-24床が6施設、25-49床が4施設、50床以上が5施設であった。産婦人科専門研修の受け入れは独自と答えた施設が7施設、病院群でと答えた施設が11施設であった。病院群については、すべて大学を含む病院群であった。

総病床数と産婦人科病床数の関係を図3-2に示す。平成17年度に比し、総病床数が少ないが産婦人科病床数が多い施設からの回答が少なかった。そこで、平成20年、17年の両調査ともに回答があった11施設について、総病床数、産婦人科病床数、医師数の変化を比較した（図3-2、下）。総病床数に大きな変化があった病院は少ないが、産婦人科病床数が25床以下であった6施設のうち4施設で産婦人科病床数が減少、そのうち2施設は0床となっていた。一方40床以上あった5施設のうち2施設は増加、2施設は減

少していた。このうち1施設は0床となっていた。産婦人科医師数については、増加した施設が3施設、減少した施設が3施設であった。

3年前と比較した産婦人科診療の変化については、縮小したと答えた施設の割合は、産婦人科全般では47.1%、産科については41.7%であったが、婦人科については21.4%であった（図3-3）。拡大したとする施設は同じく、29.4%、33.3%、35.7%で、産科診療については拡大した施設と、縮小した施設に双極化していたが、婦人科診療を縮小した施設はごく一部であった。当面の産婦人科診療についての方針としては、現状維持と回答した施設が8施設、拡大が7施設であったが、縮小、閉鎖を考慮している施設が2施設あった。また拡大と答えた7施設のうち周産期を拡大したいと回答した施設は3施設であった（図3-3下）。

産婦人科医師数については、平成17年前後に比し、7施設であった。産婦人科病床数が50床以上の施設では、増加したと回答した施設は、5施設中4施設であったが、10床未満の施設では5施設中4施設で減少していた（図3-4左）。また20施設中、16施設が現状でも産婦人科医師は不足していると回答していた。不足感を感じる理由は図3-4下表に示すとおりで、労務管理上法規に抵触する恐れがある、診療を縮小せざるをえない恐れがあるとの回答が多かった。不足感の変化としては、平成17年頃に比し、より不足を感じると回答した施設が9施設、か

わからないとした施設が9施設で、改善したと回答した施設はなかった(図3-5)。また医師の高齢化のため、分娩取り扱いが困難となったことが複数の施設からあげられていた。

産婦人科医師の確保については、平成17年頃に比し、容易になったと回答した施設はなく、かわらないと回答した施設が7施設、より困難になったと回答した施設が12施設であった。また、管理・指導的医師より、中堅医師より若手医師についてより不足を感じる施設が多かった(図3-6)。確保したい医師に要求する資質とその重要度の変化を図3-7に示す。管理指導者には管理経験や学会資格に加えて、教育、診察、営業や集客の能力が非常に重要とする意見が多く、若手では診察の能力を重要とする意見が多かった。またその重要度の変化では、管理指導者、中堅、若手すべてで、診察や営業の能力の重要度が増したとの回答が多くみられた。論文等の業績や学位については重要度が低下したと回答する施設がみられた(図3-7)。

産婦人科医師を確保する対策としての、特定の診療科に対する優遇については、考えていないと回答した施設は2施設、すでに行っている施設が9施設、考えているが困難な施設が8施設であった。平成17年の調査に比し、考えていない施設は減少し、すでに行っていると回答した施設が増加していた。考えているが制約があると答えた施設は減少しているが、その理由は病院の給与体系や条例、また他科との

バランスがとれないとの回答であった(図3-8)。

産婦人科医が確保できない場合の対策を考えているとした施設は12施設で、平成17年度の9施設よりも増加していた。対策としては、診療体制を縮小すると回答した施設がもっとも多かった(図3-9)。今後の医師確保のリソースとしては医局からの斡旋が最も多かった。平成17年には公募をあげた施設が9施設あったが、今回調査では1施設のみであった(図3-10)。医師確保に際して斡旋の対価を支払うかどうかについては支払わないと答えた施設が9施設、無条件に支払うと回答した施設が2施設、条件により支払うと回答した施設が9施設であった。

D. 考察

一次施設、大学病院で出産した女性が出産施設を選択した要因としては利便性の優先順位が極めて高かったが、今回は「信頼できる医師や医療スタッフがいること」がもっとも多くあげられていた。調査時期に母体死亡症例の緊急搬送の問題が大きく報道されたことがその一因として推察される。出産の「安全性」に対するニーズの強さがうかがえた。一方で、通院に要する時間は30分以内が許容範囲との回答が多く、出産費用を高いと意識する傾向からは、利便性も重要であることが推察される。

県下では分娩の取り扱いに制限をかけている施設は47%にすぎず、制限

をかけている施設の中でも、希望しても受け入れられなかった件数はおおむね月5件以下と回答する施設が多かった。加えて、今後の制限の強化や導入を考えている施設は50%以下であることから、需給バランスがとれていると考えている施設がまだ多く、少なくとも現時点では県下の分娩取り扱い施設には妊産婦の需要に対応できる供給能力があるものと考えられる。

しかしながら、今後の懸念材料となる結果もいくつかみられた。複数の常勤医師を有する施設の医師ひとりあたりの取り扱い分娩数は常勤医1名の施設のそれに比して同等ないしは、かなり少なかった。集約化や開業医の減少により、多数の分娩を一人で取り扱う医師が減少すれば、勤務医の負荷が増えるリスクを示すと考えられる。医師の年齢や体力を理由に分娩を制限するという施設もみられた。現在、産婦人科を志望する女性医師への支援策としてワークシェアの導入が推奨されている。出産や育児の支援として有効であることには疑いがないが、フィジカルな能力を要求される場面で、50代、60代になってもワークシェアを続けることができるのであろうか。我々が平成16年に行った60歳以上の産婦人科医師へのアンケート調査でも、「がん検診や外来の応援は可能だが、通常の診療や当直業務を引き受けることは困難」と回答する医師が多かった(福岡ら、九州連合地方部会雑誌、2005)ことから、子育て世代支援としてのワークシェアが、そのまま将来

の高齢医師にあてはめることができないことが推察され、今後のワークシェアのあり方には熟慮を要すると考えられる。

医師を雇用する病院側の立場からみた「集約化」についても調査したところ、産婦人科診療については拡大、縮小の双極化が進んでいた。しかし拡大をはかる病院についてもその需要は周産期ばかりではなく、産婦人科医師の配置をハイリスク分娩に対応することだけを主眼に決めていくことに限界があり、「ポスト集約化」についての議論が必要な時期にきていると思われる。

産婦人科医師数が増加した施設でも、医師が不足していると感じている施設が大半を占め、特に若手医師確保はより困難と感じられるようになっており、医師不足は改善されていない者と考えられる。また医師確保の取り組みを行う施設は増加していたものの、病院や自治体の規約や、他科とのバランスがとれないとの理由で、積極的な対策が行われていない施設が多数存在していた。皮肉な見方をすれば、積極的に医師を確保して産婦人科診療を続けるよりも診療を中止すればよいというスタンスの病院があるともいえる。

医師の資質として、教育、診察、営業や集客が重要で、かつ重要度が増していると言われたが、論文業績や学位については、必要でない、重要度が減少したとの回答も多くみられた。是非はともかく、現場の病院のニーズを示す

結果であり、医育機関の役割、臨床医の行う研究や若い医師への大学院教育の要否、その比重についても議論する必要があると思われる。

E. 結論

独身女性の意識調査からも、妊娠や出産においては、あくまでも安心と安全を両立させるべきという意見が根強いことがわかった。やはり集約化は医療提供側の事情による苦肉の緊急避難策でしかないと思われる。福岡県域においては、現在のところ集約化の影響は及んではいるものの、総じて分娩取り扱い施設には妊産婦の需要に対応できる供給能力があると考えられる。しかし、分娩を取り扱う施設からも、また医師を雇用する病院の立場からも、医師の加齢に伴う体力的な変化による分娩取り扱いの限界が指摘されていた。子育て世代の女性医師への支援が必要であることは間違いないが、将来の仕組みが議論され担保されないと、緊急避難策が永続策にすり替わり、かえって状況を悪化させることもおこりうる。待遇改善についてもやはり手当増額などの緊急避難が行われているに過ぎず、抜本的な対策はとられていないことがわかった。

「快適」と「安全」を両立した産科サービスの安定供給と維持には、短期的な集約化や待遇改善策での対応は

限界と考えられ、「ポスト集約化」の枠組みとして、医師の生涯の働き方や、これを踏まえた賃金と負担の整合性を加味した労働賃金体系、医師育成における実学と学問のバランスや、多様な立場の医師が連携を行うことを前提とした教育や診療のありかたを、早急に整備する必要があると考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1, 誌上発表

ローリスク妊婦の受療動態 中嶋カツエ、平田 伸子、福岡 恒太郎、久留米医学会雑誌、印刷中

2, 学会発表等

「分娩施設と快適な出産」福岡恒太郎、公開市民フォーラム「わが国のお産のあり方を考える」平成20年11月1日 東京都

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

なし

資料：アンケートならびに調査依頼文

資料1：独身女性の出産に関する意識調査

資料2：福岡県下の分娩実施施設における分娩予約、制限の現況調査

資料3：病院の産婦人科医師へのニーズ調査

平成 20 年 9 月吉日

調査研究ご協力のお願い
—妊娠出産に関する意識調査—

産婦人科医師が減少していることは、報道等でご存知の方も多いと思います。産婦人科医師不足に伴い、全国的に出産を取り扱わない病院が増加しています。そのためご自宅、ご実家の近くで出産ができないという状況の方もいらっしゃいます。これに対し医療サービスの質を低下させることなく、限られた医療資源やマンパワーを有効に使うにはどのようにしたらよいのか、いくつかの対策が検討されています。また、近年安全性だけでなく、より快適な妊娠、出産が求められています。そこで今回、みなさまが妊娠や出産にどのような意識をもたれているのかを調査し、安全でより快適な出産の提供を実現するための基礎資料を作成したいと考えております。

このアンケートには個人を特定する情報は含まれておらず、結果は本調査にのみ用いられます。なにとぞご協力いただきますようお願い申し上げます。

ご不明の点については、下の連絡先までご照会いただきますようお願い申し上げます。

敬具

平成 20 年度厚生労働科学研究

「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」

分担研究者

九州大学 総合周産期母子医療センター 福嶋恒太郎

共同研究者

平田伸子 (九州大学)、中嶋カツエ (久留米大学)

