

4. 研修の評価

年も押し迫った 12 月に 3 日間の研修を行った。緊急な募集であったにも関わらず、38 名が参加し、当初予定の 30 名を大きく上回った。受講者へのアンケートによる評価を次に示す。

1)事後アンケートによる評価 (文責 福島裕子)

① 目的

研修の受講生に質問紙調査を行い、今回のモデル研修の効果や今後への課題を明らかにする。

②方法

(1) 調査内容：

自己記入式質問紙調査。質問内容は、今回の研修に参加した目的とその目的の達成度、研修への満足感、研修受講後に実感している助産業務や助産ケアに臨む姿勢や中堅助産師としての自信や自覚などを、項目ごとに選択肢により尋ねた。また、研修費や受講資格などについても選択肢により意見を求めた。研修全体に対しては自由記述で意見を求めた。

(2) 調査方法

研修終了後に質問紙と返信用封筒を各自に配布し、2~3 日後に郵送にて提出してもらった。なお今回の調査は個人の変化を追う必要があるため、無記名ではあるが受講生番号を付記する方法をとった。

(3) 倫理的配慮

調査目的や方法のほか、受講生番号は記載していただくが、個人名や施設名は公表されないこと、データはすべて数値化して目的以外には用いないことを、口頭および紙面にて説明し、同意を得た。

③結果

(1) 回収率

研修受講生 38 名中 36 名から返送された。回収率は 94.7%である。

(2) 研修の参加目的と達成度

今回のモデル研修に参加した目的を 6 つの選択肢から複数選択で回答してもらった。その結果、「職場で認められるため」が 35 名 (97.2%) と最も多く、次いで「自分の能力向上」34 名 (94.4%) 「助産師の仲間づくり」28 名 (77.8%) 「新しい知識や技術の獲得」27 名 (75%) であった (図 1)。研修終了後には 9 割が達成できたと認識できていた (図 2)。

(3) 研修の満足度 (図 3~図 8)

研修に参加しての満足感を研修の「開催時期」「期間」「場所」「講義内容」「グループワーク」「全体運営」の 5 項目について「満足」か「不満足」かのどちらかを選択してもらい、その理由も記述してもらった。その結果、研修時期や場所、講義内容や全体運営について 9 割近くが「満足」と回答していた。研修期間はほぼ半数が「不満足」であり、その理由は「5 日ぐらいあるとよい」「じっくり学びたい」など、期間の短さに関するものや「集中してほしい」といった、勤務をしながらの受講に関する開催期間の難しさであった。「グループワーク」に関しても「時間の不足」や「他のメンバーともっと交流したかった」などを理由に不満足感を持っているという結果であった。しかしその一方で、「とても楽しかった」「他の方と交流がもてて、気づきが多かった」などグループワークそのものへの意義

を見出している意見も多くあげられていた。

(4) 研修参加後の助産業務への思い (図 9～図 12)

ほぼ 8 割から 9 割の助産師が、研修に参加する前に比較して、「主体的な助産業務」「積極的な院内助産活動の推進・活動」「異常への対応」「医師との連携」ができると感じていた。その理由としては、「元気をもらった」「自分のやってきたことを肯定的に思うことができたため主体的になれる」「知識やアセスメント能力が向上した」ことが、主体的になれる理由としてあげられており、「積極的な院内助産活動の推進・活動」については、他施設の状態や仲間とも交流がその理由としてあげられていた。また、今回の研修で新たな知識や技術を得たことが、異常への対応や医師との連携が今までよりもできると思うことの裏付けとなっていた。

(5) 中堅助産師としての自信や自覚 (図 13～図 17)

研修受講後の中堅助産師としての自信や自覚について 6 つの項目で尋ねた。その結果「自信を持って後輩指導ができる」は 31 名 (86.1%) が「そう思う」と回答していた。また「これまでよりリーダーシップをとることができる」は 29 名 (80.6%)、「これまでより助産業務が楽しくできる」31 名 (86.1%)「助産業務はやりがいのある仕事」32 名 (88.9%) が「そう思う」と回答しており、仕事を継続していく気持ちが強くなったのも (86.1%) であった。それらの理由とし記載された内容は、研修で最新の知見を得たことや自信がもてたこと、モチベーション向上、仲間との交流などの内容であった。

(6) 研修の企画・運営についての意見

今回と同じ 3 日間の研修の場合、受講料がどれぐらいがいいか尋ねた結果、16 名 (44.4%) が「3 万円」、ついで「2 万円」7 名 (19.4%)「1 万円」(13.9%) であった (図 18)。

また、受講資格は、今回と同様の「5 年以上の経験年数」を 7 割が、分娩介助「100 例以上」を 9 割近くが、受講資格として妥当としていた (図 19、図 20)。

受講に際し、業務の実績報告は必要だが、職場の推薦書は必要ないと半数が回答していた。その理由は、主体的な参加が望ましいから、というものであった (図 21、図 22)。

(7) 研修を受講しての感想や意見の自由記述

今回の研修に参加しての感想や意見を自由記述してもらった。その結果が表 1、表 2 である。多くが「参加できて大変よかった。」「内容が濃くて、とてもよかった。充実していた」「とても楽しく、学びたいことが学べた。」「満足いく研修でした」など、最新の知見を学ぶ機会を得たことで学習になったという肯定的な感想や喜びを持っていた。また、モチベーションや自信・自覚の向上につながったという感想も多く、「グループワークがとても楽しかった。他の人からパワーがもらえた」など、全国から集った他施設の助産師との交流にも多くの効果や意義を感じているという記述が多かった。

今後に向けた意見としては、時間の配分やプログラム内容に関する要望などがあげられていた。今回のような研修を無料で受講できたことへの感謝の気持ちやスタッフへのお礼のほか、もっと自分たちで動くべきだった、といった感想もあげられていた。

別紙

調査まとめ図
自由記述表

④ 考察

今回の研修では受講生のほとんどが、職場で認められることや自己能力の向上を目的として参加していた。参加者の平均臨床経験が 12 年、平均年齢も 36 歳と中堅の立場であったことから、職場の若手を育成し、リーダーシップを発揮する責務を持っている助産師が参加していたことがわかる。そしてその目的を 9 割以上が達成できたと認識していることから、今回の研修は中堅助産師のニーズを満たすものになっていたと評価できる。また、他の質問の回答結果からも、中堅助産師の知識や技術の向上に効果的で、臨床現場に生かしていきたいという思いを持って終了することができた研修であったと評価できる。

研修の満足感においては、研修時期や場所、研修内容は満足度が高かったが、研修期間は半数が不満足であった。これは、今回の研修が単発のものであり、広報から研修開催までの期間も短かったことから、参加者にとって勤務場所での日程確保が難しい状況であったことが伺える。また、受講内容が妊娠・分娩の診断能力獲得に結びつく豊かな内容であったこと、参加者同士の交流の時間が短かったことなどから、もっと長い期間で学びたかった、ゆっくり学びたかった、と感じたといえる。

グループワークにおいても、満足感を得ていたのは半数だけで、もっと時間がほしかった、もっと交流をしたかった、という気持ちを半数の受講者が感じていた。一方で自由記述には、短時間であっても他施設の助産師と交流や情報交換ができたことがとても有意義であり、モチベーションアップや今後の改善に向けたヒントになっていると評価していた。そしてそれが中堅助産師としての自信や自覚にも繋がっていた。ここからわかるのは、今回の中堅助産師の能力向上を目的とした研修では、講義形式だけではなく、グループワークなど、参加者同士の交流を行う場を十分に持つことが、参加者のエンパワーメントに効果的であるということである。中堅助産師は臨床経験も豊富で各施設において課題や問題が見えてきている立場である。その課題を表出し、情報交換をし合うことで、主体的に問題解決に結びつけることができる力を持っているといえる。今後同様の研修を行っていく場合は、最新の知識を講義で学ぶことと同時に、参加者同士が交流し、エンパワーメントができる主体的な参加型学習を十分に組み入れていくことが重要だといえる。

⑤ 結論

助産実践能力強化モデル研修の効果として、参加者への事後質問紙調査により以下のことが明らかとなった。

- (1) モデル研修は、参加した助産師の目的達成や満足につながっていた。
- (2) モデル研修は、参加した助産師が、主体的な助産業務や積極的な院内助産活動の推進・活動、異常への対応、そしてより医師との連携ができる、と認識することや、中堅助産師としての自信・自覚を向上させる効果があった。
- (3) グループワークや話し合いなど、参加者同士が交流を持ち主体的に学習を行える参加型学習を組み入れていくことは、参加した助産師のエンパワーメントや自信の獲得に効果的であった。

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 4

(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 ◇業務負荷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、妊産婦の十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良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. これまでに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. これまでに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. これまでに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、() 子宮腫部の円錐切除術後

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 (4kg 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

() 2500g 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. 今回不妊治療を受けましたか?

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. 妊婦健診は定期的にうけていましたか？
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

総合研究報告書（分担）

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：「患者様の視点から医師不足を考える」をテーマとして、「妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保」の観点から、産科の保健・医療サービスの需要とその特性を測定・評価し予測することを目的に、大学病院、一次施設での出産者、独身女性に対して出産に対する意識、母体搬送症例の妊娠初期からの受療動態、分娩受け入れとその制限の現況、母体搬送を受ける医師による搬送への受け止め方、集約化前後の医師配置と産婦人科医への需要とその変化について調査を行うとともに、市民フォーラムを開催し意見交換を行った。

その結果、妊娠出産に関しては、「快適さと安全」の両立が求められていること、福岡県下では現在のところ産科サービスの需給バランスは保たれているが、医師の高齢化や集約化のために今後のサービス供給能力の低下が懸念されること、産科診療や医師数は施設ごとに拡大と縮小に双極化しているが、拡大した施設においても医師確保はより困難になっていること、医師への抜本的な待遇改善は行われていないこと、がわかった。

「快適」と「安全」を両立する産科サービスの安定供給のためには、既存の制度と短期的な対応で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、ゲゼルンシャフト化し多様な立場の医師が連携を行う中での、教育や診療、患者・医療者・施設間の関係のありかたを、早急に議論し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とその特性を測定・評価することが必要である。

そこで我々は「患者様の視点から医師不足を考える」をテーマとして、以下の検討を行った。

1, 「出産における安全性と快適さの確保」の両立の可否を探索することを目的として、妊婦の需要特性を測定し評価するために大学病院、一次施設での出産者ならびに今後の動向の予測のため独身女性に対して出産に対する意識調査を行った。

2, 産科サービスの必要量を計るための一つの指標として母体搬送症例の妊娠初期からの受療動態を調査した。逆に産科サービスの供給量を測定するために、県下の分娩取り扱い施設における分娩受け入れとその制限についての調査を行った。

3, 集約化が進行した中での医療機関間の連携のあり方を考えるための基礎情報として、母体搬送を受ける医師が症例をどのように評価するかを調査した。

4, 集約化が進行した中での医師配置や医師の需要を明らかにするために、調査期間前後の医師配置の変化と医療機関の産婦人科医への需要につ

いて調査をおこなった。

5, 市民公開フォーラムを開催し討議ならびに意見交換を行った。

B. 研究方法

1. 快適な出産に関する意識

以下に示すそれぞれの対象者に、年齢、経妊回数、居住地域、婚姻、学歴、職業、パースプランの有無、分娩に至るまでの施設の数と種類(変更の有無と回数)およびその選択の基準(変更の理由)、通院時間、費用、満足度、今後の妊娠に関する意識を調査するとともに、今回の妊娠出産で(産科施設減少に関連して)困ったことの有無と困ったことの内容、今後の周産期医療への意見について検討した。

1) 大学病院での出産者

九州大学病院ならびに久留米大学病院で平成18年10月から11月の外来受診妊産褥婦にアンケートを配布し168名より回答を得た。

2) 一次施設での出産者

福岡ブロック、筑後ブロック地域内の一次施設(地理的に分散するようランダムに選定)のうち協力が得られた19施設の平成19年10月、11月の分娩症例、840例にアンケートを配布、11月末日までに郵送法にて397名(47.3%)より回答を得た。

3) 独身女性

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名を対象に無記名アンケートを行い郵送法にて293名(51.4%)より回答を得た。

2, 患者受療動態と産科サービス供給

1) 母体搬送症例の受療動態

九州大学病院ならびに久留米大学病院において、2005年、2006年の九州大学、久留米大学病院への母体搬送症例について搬送元医療機関がある89施設325例のうち、82施設(318例)に文書による調査を行い、61施設(74%)より253例(80%)を回収し、初診時期、直前(さらにそれ以前)の施設の有無、種類、変更の理由について検討した。

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

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。

3, 「連携」における医師の意識

九州大学病院に2005-2006年の2年間に母体搬送された症例のうち、医療機関からの紹介症例で、退院サマリーが利用できる184症例について、久留米大学、九州大学の産婦人科所属医師各5名計10名が、搬送の、必要性、

時期、搬送前のアセスメントについて、退院要約から判定は可能か、適切(必要)か、の2点についてどう回答するかを調査した。調査に当たっては、依頼者、受診者、診察者、記載者の個人情報情報は消去し、診療担当者による診療の評価ではないこと、自分が搬送を受けたらどう考えるかを、要約から評価するかについての検討であり、診療の適否を意味しないものとしておこなった。判定については、可能、不十分だが可能、不可能の3段階で、適切(必要)かどうかの評価については、適切(必要)、社会的には適切(必要)、適切(必要)とは言い難い、不適切(不要)の4段階での評価とした。

184症例について、症例ごとの医師の判定不能項目(C)数、医師ごとの各症例への判定、すべての項目を適切(必要)ないし社会的には適切(必要)とした場合を納得している、必要性が「不要」ないし、時期・アセスメントとも「不適切」と評価した場合を納得していないと定義し、医師ごとの各症例への評価医師ごとの納得した症例、納得していない症例の割合、症例ごとの納得した医師、納得していない医師の割合について検討した。統計学的検定は、カイ2乗検定、Mann-Whitney testを用い、 $P < 0.05$ を有意とした。

4, 集約化前後での医師の配置と確保

1) 医師配置集約化の現況

九州大学病院産科婦人科が関連を有する医師の過去5年間の斡旋実績を検討した。

2) 病院の産婦人科医師需要

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。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

5. 市民フォーラム開催

北九州市小倉北区において、平成19年1月14日に「安心してお産のできるまちづくり」、平成20年1月20日に「安心してお産のできるまちづくり2008」を開催し討論、無記名アンケートを行った。

(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. 快適な出産に関する意識

1) 大学病院での出産者

調査は平成18年10月1日から施行し、今回の検討は平成18年11月30日までに回収した168件について行った。回答者の背景は、図1に示すとおり、年齢は31.2(±5.2才)で、初

妊婦が89人(54%)であった。出産予定施設までの所要時間とその印象については、所要時間30分以下では近いと感じるとの回答が82%であったのに対し、30分以上では、遠いと感じるものが92%であった(図2)。

ご回答いただいた方のプロフィール

- 1) 年齢 31.2±5.2才 (16-45才)
- 2) 何回目の妊婦か 1.7±0.8回 (1-5回) 初妊婦 89人(54%)
- 3) 既婚者 95.1%
- 4) 回答時期
妊婦中 25.6±8.3週(8週から40週まで) 123人
出産後(一ヶ月後) 44人
様式: 経産23名、産切13名
参考: 九大病院の産切率30%前後と合致
- 5) 妊婦中の就業状況
専業主婦: 76人(51%)、フルタイム: 49人(33%)、パート: 24人(16%)
- 6) 妊婦中のサポート(5点満点)
ご主人への期待 3.8±1.1点
ご両親への期待 4.1±1.0点
- 7) ご出産(予定)施設: 162人(96.4%)が大学病院

図1

出産(予定)施設までの所要時間とその印象

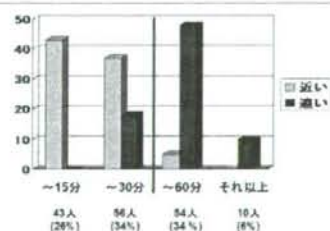
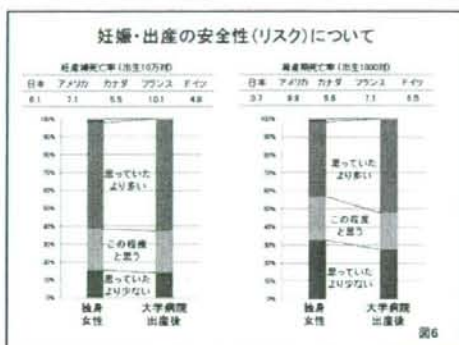
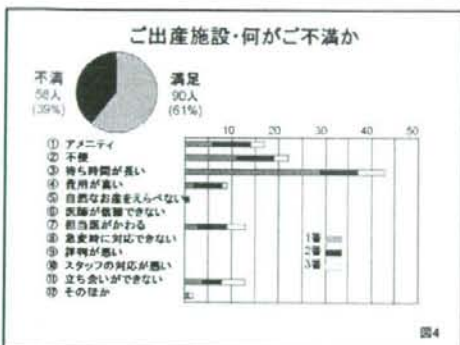
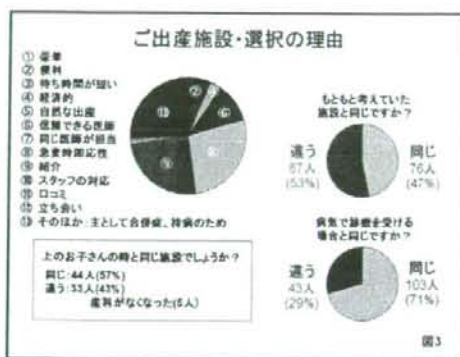


図2

大学病院での出産を選んだ理由は紹介が28%と最も多く、他には急変時の即応性27%、有合併症、すでに通院している等が14%、便利・経済的が12%と続いた(図3)。当初、大学病院で出産する予定ではなかった方が53%と過半数であった。施設を選択するとき、病気の時と同じ基準で考えると回答した方は71%であった。

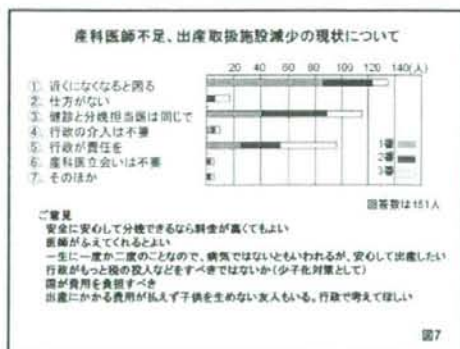
施設への満足度については、39%の方が、不満であったと回答した(図4)。



不満の内訳は、待ち時間が長いこと、が 43 件ともっとも多く、利便性が悪いこと、アメニティが充実していないことが続いた。満足度について、出産した施設がもともと出産を予定していた施設と同じ群、異なる群の間で検討したところ、不満と回答したものは、もともとの出産予定と異なる群で有意に高かった ($P < 0.05$) (図 5)。

しかしながら、紹介や搬送を提示された場合には、自らの意志と責任でその諾否を選択すると回答したものは 3% しかなく、96% はリスクや医師の勧めを優先すると回答していた。妊娠のリスクについては、妊産婦死亡率、周産期死亡率について、「思っていたよりも多い」との回答がそれぞれ 63%、52% であった (図 6)。

分娩取扱施設の減少については、「近くになると困る」89%、「健診と分娩担当医は同じで」76%と集約化やオープンシステムに対して懐疑的な回答が多かった (図 7)。また、従前の医療システムが行政の責任で提供されるべきであるとの意見が 64% であった。



2) 一次施設での出産者

図表 8 に今回検討した 397 例の、年齢、経妊回数、婚姻、職業、パースプランの有無、分娩に至るまでの施設の数と種類（変更の有無と回数）、費用ならびにその印象今回の妊娠出産で（産科施設減少に関連して）困ったことの有無を示した。回答者の背景は、年齢は 30.1 (±5.0 才) で、初産婦が 195 人 (49%)、42% が里帰り分娩で、131 人 (33%) が妊娠中に管理を受ける施設を変更していた (表 1)。

年齢	30.1±5.0(16-43)才
婚姻	既婚者 97.7%
出産回数	0.7±0.8(0-5)回
	初産 195名(49%)、1回経産 143名
出産方法	経産 334名、帝王切開 59名(率切開 17.6%)
出産週数	36.0±1.3(32-42)週
	早産 18名(4.9%)
職業の有無	あり 222名(56%) なし 174名
業種	あり 167名(42%)
施設変更	あり 131名(33%) なし 263名(67%)
施設変更回数	1回 118名、2回 84名、3回以上 29名、回数不明 4名
パースプラン	あり 195名(50%) なし 199名(50%)
費用	36.6±6.2(3-60)万円
その他	妻 199名、妻 249名、妻 117名
産科医師・施設減少に伴い、実際に困ったことの有無	あり 42名(10.9%) なし 345名

※平均±標準偏差(範囲)

表 1

10.9%が、今回の妊娠中に産科医師や施設の減少に関連して困ったことがあったと回答していた。困ったこととしては、「予約がとれない」、「集中により混み合っていた」、「近くに（婦人科はあるが）産科がない」、「選択肢がない」等が多く見受けられた。

最初に受診した施設を選択した理由は、便利である（うちから近い、通いやすい）が最も多かった (図 8)。施設を変更した 131 名のうち、46.3% が転勤、転居、里帰りのため施設を変更したと回答した (表 2 上)。通院時間は 15 分以内が最多で 63.4%、30 分以内が 29.5% で 60 分異常かかる方は 0 であ

った。30 分以内の通院時間の方の割合は平成 18 年度に調査した大学病院で出産した患者に比し有意に ($P<0.001$) 多かった (表 2)。施設への満足度については、96.4%の方が、満足であったと回答した (表 2)。これも大学病院で出産した患者に比し有意に ($P<0.001$) 多かった (表 2 下)。



妊娠中に施設を変更した理由	
転勤、転居、里帰り	46.3%
医師が信頼できない	6.1%
分娩期が近い	4.6%
不便、待ち時間	3.4%
スタッフの対応が悪い	2.8%

出産施設までの通院時間		
	一次施設	大学病院
15分以内	249名(63.4%)	43名(26.4%)
15~30分	116名(29.5%)	56名(34.4%)
30~60分	28名(7.1%)	54名(33.1%)
それ以上	0名	10名(6.1%)

出産施設に対する満足度		
	一次施設	大学病院
満足	378名(96.4%)	90名(60.8%)
不満	14名(3.6%)	58名(39.2%)

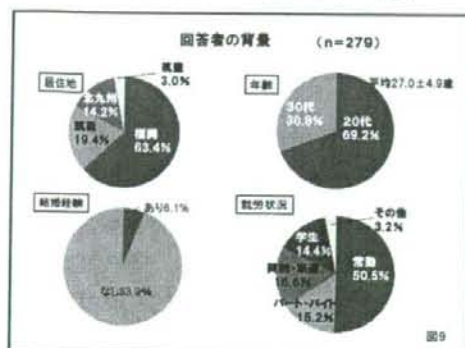
表 2

3) 独身女性

「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9)。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10)。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8)。一次施設で出産した女性では、便利であることがもっとも多かったが、独身女性では信頼できる医師がいること、急変時の連携がもっとも多く選択されていた。

出産施設までの通院時間				
	15分以内	30分以内	1時間以内	それ以上
独身女性が希望する通院時間	9.7%	74.0%	16.2%	0%
出産時に実際にかけた通院時間	一次施設(平成19年度) 66.8%	27.3%	5.6%	0.3%
	大学病院(平成19年度) 26.3%	34.3%	33.1%	6.1%

出産に関わる費用				
	平均(万円)	高い	妥当	安い
独身女性が予測した産費用	37.2±20.3	61.9%	37.7%	0.4%
実際にかけた産費用	36.9±5.1	25.9%	68.4%	4.7%
「産科医療補償制度」の活用率	34.3±10.5	34.3%	54.9%	14.1%

注: 平均は27764円

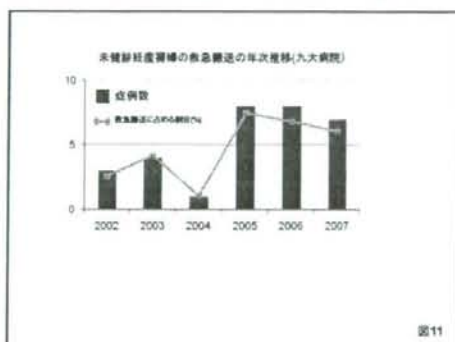
出産をする場合の施設までの許容できる通院時間は15分以内が9.7%、30分以内が74.0%であった(表3)。

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。産科医療の問題を身近にとっても感じる・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。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6)。

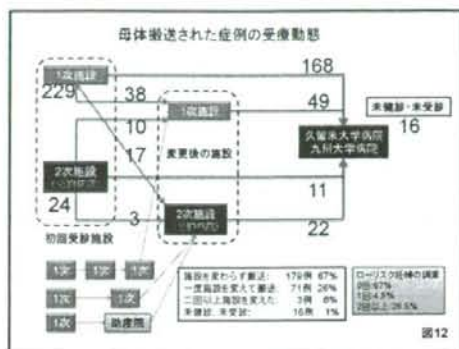
2, 患者受療動態と産科サービス供給

1) 母体搬送症例の受療動態

「母体搬送」を妊娠管理における「短期予後不良」の指標とし、九州大学病院ならびに久留米大学病院において、2005年、2006年の九州大学、久留米大学病院への母体搬送症例の受療動態を後方視的に検討した。両院への救急搬送の94%は医療機関からの紹介であった。救急隊からの直接の搬送は6%であった。九州大学病院における年次推移を検討したところ、2002年に増加の傾向にあった(図11)。



次いで33-36週の間が多かった。医療機関から搬送された症例の90%以上が妊娠12週までに管理を開始されていた。



医療機関で管理されていた妊婦の71%は、妊娠の診断を受けた施設でその後の管理を受けていた。管理を受ける施設を一度変更した妊婦は28%、2回以上施設を変更した妊婦は1%であった。一次施設から搬送された症例は223例、2次施設からの搬送は33例であった(図12)。一次施設に施設を変更した症例では、地理的要因や里帰り、分娩取り扱いを行わない施設からの変更が主たる変更の理由であった。一方、2次施設への施設変更は医学的要因によるものが多かった。施設を変更する時期は12週までがもっとも多く、

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

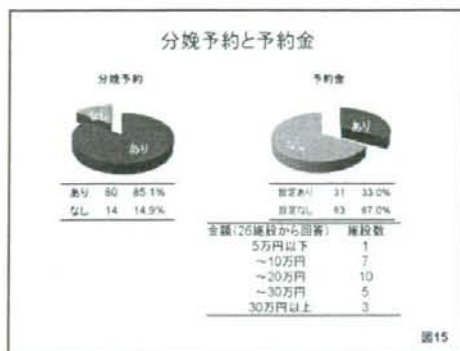
127施設中99施設より回答を得、回収率は78.9%であった。99施設中、過去も現在も分娩を取り扱っていない施設は1施設で、現在までに取り扱いを中止した施設が4施設であった。以下これらの5施設を除外し、現在分娩を取り扱っている施設について検討を加えた。

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。1施設が1ヶ月に取り扱う分娩数を図14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。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(図15)。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4)。



分娩取り扱い、制限の有無

常勤医師数	制限あり	制限なし	制限あり	制限なし
1名	81	53	24	20
2-3名	22	22	13	8
4-5名	4	4	2	2
6名以上	7	7	1	6
計	94	86	40	46

常勤医師数	制限あり	制限あり理由				費用対	その他
		分娩数	分娩数	安全	その他		
1名	24	23	9	15	2	8	
2-3名	13	12	3	7			
4-5名	2	2				1	
6名以上	1			1			

常勤医師数	制限なし	制限なし理由				費用対	その他
		分娩数	分娩数	安全	その他		
1名	24	20	50	15	20	2	
2-3名	13	3	8	8	3	3	
4-5名	2	2			1		
6名以上	1	1		1			

自由記載欄より

- 一定数以上こえると安全性に支障するため
- 安全に関して、スタッフ数足りない。
- 看護職の人手困難、マンパワーの不足及び、院長の加齢。
- 医師の体力(健康度、疲労度)、応援の有無により。
- 体力的なこともあり分娩数の制限を考えている。
- 体力のおとろえを考慮します。
- 来年度より、分娩を中止したいと考えてます。
- 医師の年齢
- 今後分娩希望数が増えることも予測されること、医師の年齢に伴い、扱える分娩数が減少すると考えられる為。

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。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(図16)。制限を設けている施設の分娩上限数を図表21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5)。



表5



表6

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

中で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6)。

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答えている施設が34施設であった(図17)。



図17

3、「連携」における医師の意識

退院時要約を検討した184症例のプロフィールを表7に示す。

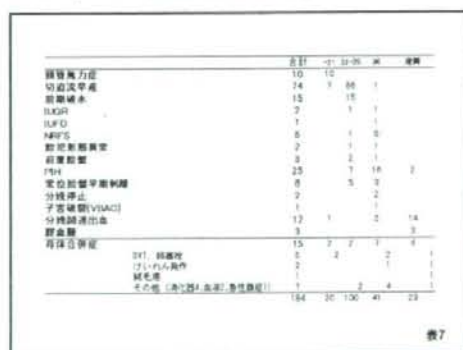


表7

判定が不可能とされた項目がなかった退院時要約は184例中76例(41.3%)であった。一項目のみ判定が