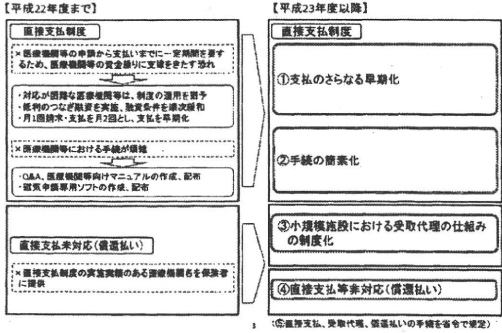


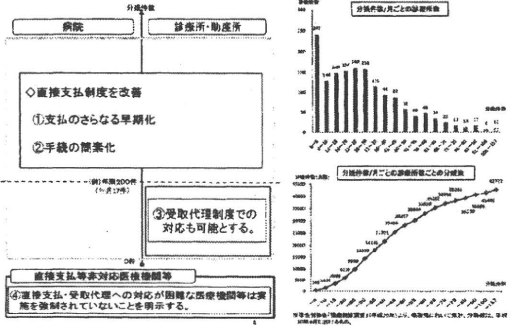
対応策の具体的な考え方について

- 直接支払制度については、妊婦等の負担軽減や、産費負担等における未収金の減少といった効果があったものと考えられる。
- 一方で、医療機関等への支払いまでに一定の期間を要することによる資金繰りへの影響や、産科診療報酬制度、妊婦等の分費負担等とも相まって、医療機関等における過大な事務負担などの問題点も指摘されている。
- このため、**直接支払制度の問題点を解消しつつ実施することが前提ではないか**、あわせて他の制度の見直しも検討すべきではないか。
- ただし、制度の実施により、対応が困難な医療機関等が分岐を取りやめしてしまうことは、かえって妊婦等に不利となるため、小規模施設などについては、対応程度を調べるべきではないか。
- 例えば、受取代理においては、直接支払制度に比べて、支払までの期間が短縮されること、医療機関等における事務手続が平易であることから、**小規模施設など、直接支払制度への対応が困難な医療機関等において、受取代理の仕組みを制度化してはどうか**。
- この場合、従来の申請・支払方法が併存することによる保険者等の負担を考慮し、**受取代理を利用可能な医療機関等を限定すること**はどうか。(例えば、分娩件数が年間の200件以下の診療所、助産所を対象。)
- また、直接支払制度、受取代理制度への対応が困難な医療機関等については、**実施を強制しないことを改めて明示し、医療機関等による選択制であることを明確にしてはどうか**。(場合によっては手続規定を改善。)
- なお、事務申請については、申請後、出産までの間に産科加入関係が変更されることが発生する恐れがあるため、一律に事務申請制とするとは、保険者、妊婦等の負担を考えると困難ではないか。

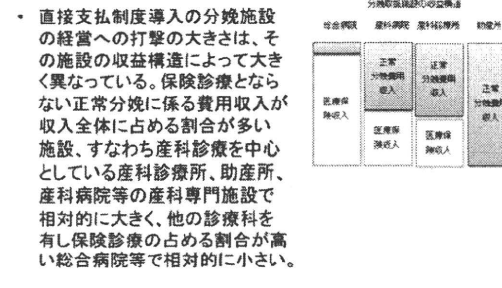
申請・支払方法について(素案)①



申請・支払方法について(素案)②



厚生労働省保険局の平成22年11月15日付「平成23年度以降の出産育児一時金制度の在り方について(素案)」への意見書 海野専門委員



この時点で残された問題点

- ・ 受取代理制度の対象となる施設
 - 総合病院
 - 産科病院
 - 産科診療所
 - 助産所
- ・ 受取代理の対象となるための条件
 - 小規模施設? 分娩数制限(年間 200?)
 - 産科専門施設? 分娩収入の総収入に占める割合
- ・ 受取代理と直接支払の併用は?

平成23年度以降の出産育児一時金制度の在り方について

平成22年12月2日
厚生労働省保険局

平成23年度以降の出産育児一時金制度の具体的な見直しについて(申請・支払方法①)

1. 直接支払制度の改善
- 支払のさらなる早期化
 - ・ 診療報酬の支払早期化に伴い、毎月25日請求し出産育児一時金の支払等を早期化する。
 - 手続の簡素化
 - ・ 専用請求書について、申請先となる医療機関ごとに、1枚につき妊産婦5名記載となっているものを、1枚につき、1名とする。
 - ・ 記載項目について、見直しを行う。
2. 小規模施設等における受取代理の仕組みの制度化
- 小規模施設等においては、受取代理の実施も可能とする。
 - ・ 対象施設は、①事務的負担が過大となる小規模の施設や、②資金繰りへの影響が大きいと考えられる施設、とする。
 - ・ 年間平均分娩件数が100件以下の診療所、助産所や、収入に占める正常分娩に係る収入の割合が50%以上の診療所、助産所を有するとして、受取代理を実施する施設は、厚生労働省に対して届出を行うものとする。
 - ・ 届出施設においては、①直接支払と受取代理の併用実施、②受取代理の実施のみ、のいずれの対応も可能とする。(ただし、妊婦等が選択する場合は、妊婦等の保険者へ一度申請し、支給を受けることも可能)
 - ・ 受取代理を実施する施設の名稱について、届出と同時に、厚生労働省から保険者へ情報提供するものとする。
- ※ 現在、分娩件数の約半数で、直接支払制度が利用されている。

平成23年度以降の出産育児一時金制度の具体的な見直しについて(申請・支払方法②)

3. 直接支払制度等の実施の選択
- 直接支払(又は受取代理)を実施するかどうかは、医療機関等の選択とする。
 - 直接支払(又は受取代理)を実施する医療機関等であっても、①直接支払制度(又は受取代理制度)を利用するか、②保険者へ直接請求し、支給を受けるかは、従来どおり、妊婦等の選択とする。
4. 実施状況の把握
- 実施状況を把握の上、必要に応じて見直しを検討する。
5. その他
- 独立行政法人医療保険機構による低利融資について、引き続き実施する。
 - 産費負担法第106条に係る支給調整について、医療機関等、妊婦等の負担軽減のため、保険者側での調整の仕組みを早急に整理する。
 - 申請手続等の所要の整備を行う。

平成23年度以降の出産育児一時金制度の具体的見直しについて(申請・支払方法③)

病院

◇直接支払制度を改善

①支払のさらなる単純化

②手順の簡素化

参考①

○分娩科等/月別の診療所の割合・毎診療所における分娩件数計り交付の分娩額に占める割合

年度	1-6	7-12	1-12	1-23	24-30	31-37	38-44	45-50
分娩所	14.0%	23.0%	43.2%	51.4%	51.3%	47.3%	37.2%	24.4%
分娩額	1.8%	2.1%	3.8%	4.0%	3.8%	2.9%	2.2%	1.3%

※産科医療補償制度移行期(2021年10月1日～2023年9月30日)のデータは、産科医療補償制度移行期(2021年10月1日～2023年9月30日)のデータに基づき算出された。

参考②

○産婦人科診療所における産科医療補償制度に占める各診療所の診療報酬の割合

産科医療補償制度移行期(2021年10月1日～2023年9月30日)	40%以下	50%以下	60%以下	70%以下
診療所の割合	40%	30%	15%	15%

※産科医療補償制度移行期(2021年10月1日～2023年9月30日)のデータに基づき算出された。

参考③

○受取代理の負担も可能(直接支払との併用実施も可能)

直接支払等受取代理併用実施率

○直接支払又は受取代理を実施するかどうかは、医療機関等の選択。

平成23年度以降の出産育児一時金制度の具体的見直しについて(支給額等)

1. 支給額について
 - 出産育児一時金の支給額は、42万円とする。
 - ★ 在胎週数が22週に達していないなど、産科医療補償制度対象外出産でない場合は、3.9万円
2. 保険者への支援について
 - 医療保険者への支援については、医療保険制度全体の中での医療保険者への影響も含めて、引き続き、予算編成過程において検討する。
3. 今後の支給額の在り方について
 - 出産育児一時金による出産に要すべき費用の経済的負担の軽減を図るには、出産に要する費用のうち、どの範囲まで手当てすべきか等について、今後、必要に応じて議論していく。

平成22年12月2日:海野専門委員発言内容

- ・ 直接支払制度の改善により受取代理制度の必要性が低くなっていくので、さらなる改善を要望する。
- ・ 今回の問題で、保険者も分娩施設も被保険者も、制度移行による大きな負担を経験し、不安な日々を過ごした。
- ・ 平成23年度からの制度移行でまた混乱が生じることがあれば教訓に学んでいないことになってしまう。
- ・ 今回の検討の経緯を今後、産婦人科医等に十分に説明して理解してもらい、受取代理制度に移行する施設も、関係者の制度移行に伴う負担の大きさに配慮して、慎重にすすめるように周知していきたい。

今後、必要な対応

- ・ 受取代理制度を含む制度変更が、新たな問題を引き起こさないように、その制度設計の詳細について、十分な検討を行い、関係者の合意に基づいてあらたな制度をスタートさせる。
- ・ 平成23年4月の時点で、多数の分娩が急激に受取代理に移行するとシステムが混乱し、今回の妥協案が破綻する危険があること、その場合、より不都合な制度になってしまう可能性が高いことについて、十分に情報提供し理解を求める。
- ・ 産婦人科医側の自律的な対応により、次の制度移行を混乱なく乗り切ることにより、責任あるステイクホルダーとしての対応能力があることを社会に示すことができること、そのような対応の積み重ねによって、社会の信頼を勝ち取ることができることを、十分に理解した上で今後の対応を行うよう、学会・医会の会員に要請する。
- ・ 直接支払制度を既に導入し、経営上の困難を乗り越えた施設には、できるかぎり直接支払制度の継続を要請する。
- ・ 直接支払制度では経営上の困難に対応できない施設では受取代理に移行することになるが、その場合、手続遅れ等で受取代理を利用できない産婦さんに対しては直接支払での対応を要請する。

医学部新設に反対する動き

- ・ 全国医学部長院長会議「新たな医学部の増設と急激な医学部定員増に対する慎重な対応を求める請願」 2010/02/19
- http://www.aimec.or.jp/22_1_22%20youboku.pdf
- ・ 医学部定員増に慎重対応を 民主党などに要望提出 2010/02/22 18:26
【共同通信】
- <http://www.42news.jp/20100222/20100222.html>
- ・ 日医、医学部新設には「反対」（2010年02月24日 20:10 キャリアブレイン）
- <http://www.cabain.net/news/article.do?newsId=AE513E845566214620A0AA4589402E07&newsId=66516>
- ・ 日本医師会、医師数増加に関する日本医師会の見解－医学部を新設すべきか
- 2010/07/24
- http://file.med.or.jp/di.med/teikokai/20100714_1.pdf
- ・ 日本医師会、医師不足および偏在解消に向けての日本医師会の見解－厚生労働省「必要医師数実態調査」等を踏まえて－ 2010/10/06
* http://file.med.or.jp/di.med/teikokai/20101006_11.pdf
- ・ 日本医師会 最近の医学部新設にむけての動向 2010/10/06
- http://file.med.or.jp/di.med/teikokai/20101006_12.pdf

平成 22 年度第 1 回「拡大医療改革委員会」
兼「産婦人科医療改革公開フォーラム」

日時：2011 年 1 月 30 日（日曜）13 時から 16 時

場所：「東京ステーションコンファランス」503A+B+C+D

東京都千代田区丸の内一丁目 7 番 12 号 サピアタワー 5 階

TEL：03-6888-8070

主催：社団法人日本産科婦人科学会・厚生労働科学研究（子ども家庭総合研究事業）「地域における周産期医療システムの充実と医療資源の適正配置に関する研究」（主任研究者：岡村州博）分担研究「周産期救急医療体制と分娩環境の安定的確保」分担研究者：海野信也

テーマ：「産婦人科医療改革の展開」

—現状把握と地域間、診療分野間、施設間の格差是正への取り組み—

議事次第：

司会： 斎藤 滋（富山大学・日本産科婦人科学会周産期委員会委員長）

澤倫太郎（日本医科大学・日本産科婦人科学会副幹事長）

【第一部（午後 1 時開始予定）】

挨拶：

◇ 吉村泰典（慶應義塾大学・日本産科婦人科学会理事長）

◇ 泉 陽子（厚生労働省雇用均等児童家庭局・母子保健課長）

◇ 宮本哲也（厚生労働省医政局指導課・救急周産期医療等対策室長）

基調講演

産婦人科意識動向調査・大学病院待遇改善状況調査報告

海野信也（北里大学・医療改革委員会）

産婦人科新規専攻医を増やすための取り組み

斎藤 滋（富山大学・周産期委員会）

産婦人科医療提供体制の現状について

中井章人（日本医科大学・日本産婦人科医会勤務医部会）

男女産婦人科医師キャリアサポート委員会調査結果報告

北澤正文（獨協医科大学・男女産婦人科医師キャリアサポート委員会）

【第二部（午後 2 時開始予定）】

「新臨床研修制度導入後の産婦人科医のキャリアデザインの現状—自らの経験を通じて—」

本多 泉（都立多摩総合医療センター）

「医局の法人化—医療提供と専攻医教育の両立に向けて—」

金内優典（北海道大学）

「ALSO プロバイダーコースの普及活動」

吉本英生（済生会高岡病院）

「へき地・離島の産科医療に関する地域医療振興協会の取り組み」

伊藤雄二（西吾妻福祉病院）

「大阪における今後の周産期医療関連課題」

光田信明（大阪府立母子総合医療センター）

「産婦人科専攻医増加のために—長崎大学の現状と対策」

吉田 敦（長崎大学）

総合討論（午後 4 時までの予定）

- 本拡大委員会は、一般会員に開放した形式で行うとともに、公開フォーラムとして、報道関係者ならびに一般の方の傍聴および討論への参加を歓迎します。

以上

厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）
分担研究報告書

地域における周産期医療システムの充実と医療資源の適正配置に関する研究

—院内助産システム推進のための研修と助産師数算定の基礎研究—

研究分担者 遠藤俊子 京都橘大学看護学部

研究協力者（五十音順）

石渡 勇 石渡病院院長 日本産婦人科医会常任理事
石川 紀子 総合母子センター愛育病院助産師長
井本 寛子 日本赤十字医療センター副看護部長
齋藤 益子 東邦大学医学部看護学科教授
澤 倫太郎 日本医科大学講師 日本医師会研究部長
中込さと子 山梨大学大学院医学工学総合研究部准教授
長坂 桂子 NTT 東日本関東病院 母性看護専門看護師
中林 正雄 総合母子センター愛育病院院長
福島 裕子 岩手県立大学看護学部准教授
神崎 光子 京都橘大学看護学部看護学科講師
前田 一枝 京都橘大学看護学部看護学科助手

研究要旨 周産期医療提供体制整備における院内助産システムの導入は着実に進んでおり、平成 22 年 4 月にはわが国の分娩を取り扱う病院総数のその 35%が助産外来を設置し、院内助産では 5%強が設置している。今後も取り組みたいと考えている施設もあり、暫く増加の傾向が予想できる。

しかしながら、助産師の専門性を発揮し、安全に実施するためには、医師・助産師間の移行基準を含めた連携がいつそう望まれると共に、助産師の実践能力と助産師数の問題が課題となっていた。平成 22 年度は、A. 院内助産ならびに助産師実践能力強化研修の評価 B. 助産ケア必要度—助産師数算定のための基礎調査 の 2 つの調査を実施した。その結果、院内助産を実施している施設ほど、院内助産システムの有効性を認めていた。また、研修内容はほぼ妥当と回答し、今後も実施する希望は高かった。助産ケア必要量は、初産・経産婦共に差は認められず、帝王切開産婦は自然分娩よりケア必要量は高かった。助産ケア必要量をもとに助産師数の算出を行った結果、助産師の配置数への指標になりえる可能性が見出せた。

A. 研究目的

1. 調査A

平成 20, 21 年度に実施した助産実践能力強化研修（以下、実践研修）に関する評価と、現状を踏まえた周産期医療における院内助産システム推進に関する意見を、わが国の分娩を扱う施設全数を対象として代表者である産科医師・助産師に聞くことから、今後の院内助産システムの推進への示唆を得る。

2. 調査B

院内助産や助産外来など自律した助産活動を推進し、妊産褥婦への安全で質の高い助産ケアの提供のため、助産ケア必要度から助産師数を推計できるよう、平成 21 年度日本看護協会助産師職能委員会で作成、調査した助産必要度調査票の精選を行い、助産ケア必要度調査票(2010 版助産ケア必要度調査票)を作成すること。2010 版調査票を用いて、産科病棟として、妊婦、帝王切開術後も含めた、病棟単位の助産ケア必要量を算定し、助産師数の検討を行うことである。

B. 研究方法

1. 調査A

1) 調査期間：平成 22 年 10 月～11 月

2) 研究対象者：WAM NET（福祉保健医療医療関連情報サイト）で把握できたわが国で分娩を扱う施設、病院 1205 箇所のうち、宛先明確な病院の産科医師 1200 名と産科看護管理者 1200 名と、産科診療所 1689 箇所のうち、宛先明確な診療所の院長 1676 名の合計 4076 名。

3) 調査方法：郵送による無記名自記式質問紙調査 資料 1

(1) 調査内容：回答者のデモグラフィックデータ、院内助産システムの課題に関する 4 項目、助産実践力強化標準研修プログラムのモデル研修の内容・方法に関する評価 20 項目である（調査票参照）。標準モデル研修のまとめの概要を見ながらの調査とした。

(2) 分析：統計ソフト SPSS for Windows15.0J を使用し、単純集計及び χ^2 検定をおこなった。有意差は 5% 未満とした。

（倫理面への配慮）

調査の依頼文にて、研究の趣旨目的とともに、調査票は無記名であり個人が特定されないこと、返信をもって研究協力の同意とみなす旨を明記した。研究分担者の所属する研究倫理審査委員会の承認を得て行った。

2. 調査B

1) 調査期間：平成 22 年 10 月～11 月の連続する 10 日間

2) 研究対象：総合周産期母子医療センターを標榜する病院で、年間分娩件数が 1000 件程度以上、助産師の病棟配置数が看護職員の 6 割以上を有す 4 施設。

3) 調査方法：調査対象施設の管理者に研究承諾を得た後、当該施設の調査協力者を指定し、2010 年版助産ケア必要度調査票を配布。調査開始日から調査対象病棟に入院しているすべての妊産褥婦の助産ケア必要度を、調査協力者によって毎日一定時刻に測定し、記録した。10 日間記載した調査票を分担研究者へ郵送回収した。

4) 調査内容：施設の概要データ（病

棟病床数、病棟配置看護師数と内訳、年間分娩件数、年間帝王切開件数、年間搬送件数等)と、2010版助産ケア必要度調査票の29項目である。

調査票 2-1, 2-2

助産ケア必要度調査票は、日本看護協会助産師職能委員会の平成21年度調査で作成した「助産必要度評価票」を修正して使用した。調査日の入退院数、分娩件数、帝王切開数、搬送件数、学生実習の受入数、勤務者数なども同時に記録した。

2010版助産ケア必要度調査票の修正点は、平成21年度日本看護協会助産必要度調査で用いられた項目の中でケアとして出現しなかった項目を削除して用いた。

また、「看護必要度」を参考に、日本看護協会でもC項目として用いた内容を、A項目(モニタリングおよび処置等)、B項目(患者の状態)に整理して使用した。

患者レベル分類については、秋山氏の許可を得て、講演資料内に記載された「看護必要度40項目における患者レベル分類」の考え方をうけてレベルを算定した。

今回の調査では、先行研究から明らかになっている分娩中の助産ケア必要量ならびに新生児ケア必要量は除外した。

5) 分析方法: 調査票回収後に、調査対象者のA項目(モニタリング及び処置等)、B項目(患者の状態等)の得点を計算した。次いで、妊婦、帝王切開・自然妊娠別、初・経産婦別に集計し、A・

B項目の変化を比較した。

4施設の10日分の計40日分の助産ケア必要度から患者レベル分類を用いて、妊婦褥婦のレベル分類を実施し、助産師等の必要数の算定を試みた。

今回の調査では、先行研究から明らかになっている分娩中の助産ケア必要量ならびに新生児ケア必要量は除外した。

(倫理面への配慮)

研究協力施設に対し、研究趣旨について文書により説明した後、書面による同意を得た。妊産褥婦のデータは、個人が特定できないよう、全て記号化を行い、数値データのみ取り扱った。また対象施設が少ないため、特定できないように、施設概要のデータは公表しないこととした。研究分担者の所属する研究倫理審査委員会の承認を得て行った。

C. 研究結果

1. 調査A

1) 回収率: 期限内の回収数は1,140名、回収率28%であり、有効回答であった。1,118名を分析の対象とした。

2) 回答者の属性: 回答者の職種は、助産師が590名(52.8%)で一番多く、次いで医師454名(40.6%)看護師60名(5.4%)であった。

所属施設は「病院」が最も多く746名(66.7%)、診療所が340名(30.4%)であった(図1)。

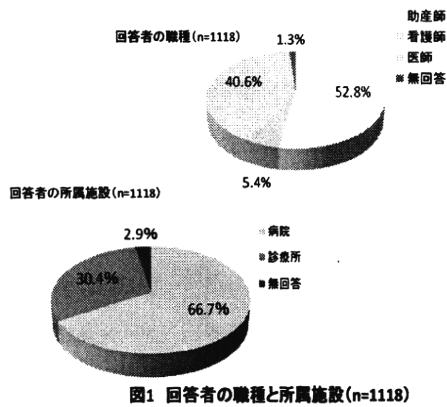


図1 回答者の職種と所属施設(n=1118)

病院・診療所別職種では、総合病院では助産師 460 名 (62, 2%)、次いで医師 231 名 (31.2%) で、診療所では医師 210 名 (62.5%) で次いで助産師 115 名 (34.2%) であった (図 2)。

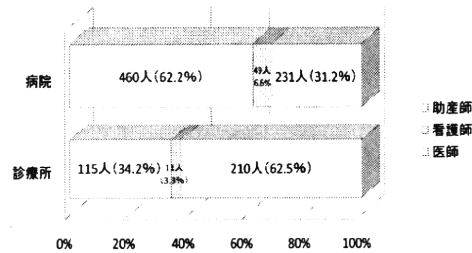


図2 回答者の病院・診療所別の職種(n=1076)

所属施設で分娩を取り扱っているのは 94.4% であり、平均分娩件数は 469.3 件であった (図 3)。

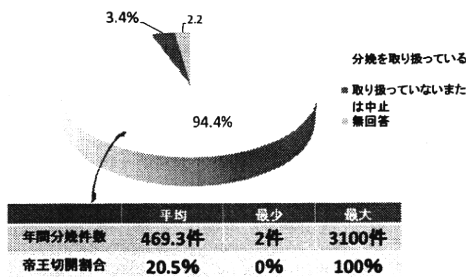


図3 回答者の所属施設の分娩取扱い状況(n=1118)

産科関連病態の形態は、産科単独または産科・MFICU 病棟は 25% ほどで、他は産婦人科または他科との混合病棟であった (図 4)。

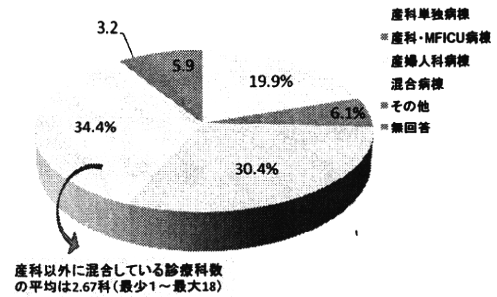


図4 回答者の所属施設の産科関連病棟の形態(n=1118)

助産外来を有している施設は 39.1%、院内助産は 8.5% であった (図 5)。

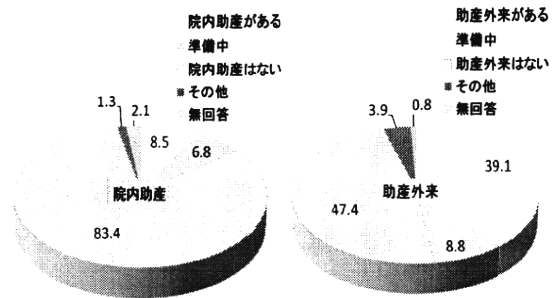


図5 回答者所属施設の助産外来と院内助産の取り組み(n=1118)

3) 院内助産システムの有益性の認識

「周産期医療における助産師活用において、院内助産システムは有益だと思いますか」について尋ねた結果、1割が「非常に有益である」と回答し、「有益である」も半数を占め、全体の6割が有益であると認識していた(図6)。

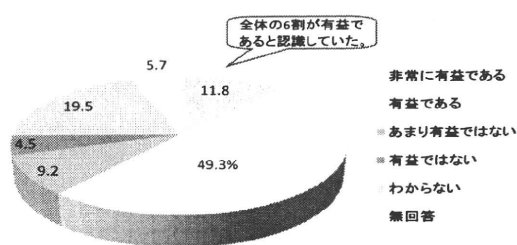


図6 周産期医療における助産師活用において院内助産システムは有益だと思いますか(n=1118)

職種別では、医師よりも助産師、看護師の方が有益だと認識する割合が高かった ($P < 0.001$) (図7)。

院内助産を取り組んでいる方が、院内助産システムを有益だと認識している割合が有意に高く ($P < 0.001$) (図8)、助産師、医師それぞれで分析をしても、院内助産を取り組んでいる方が、院内助産システムを有益だと認識していた ($P < 0.001$) (図9)。

医師の4分の1は「わからない」と回答しており、特に診療所勤務の医師にその割合が高かった ($p < 0.05$) (図10)。

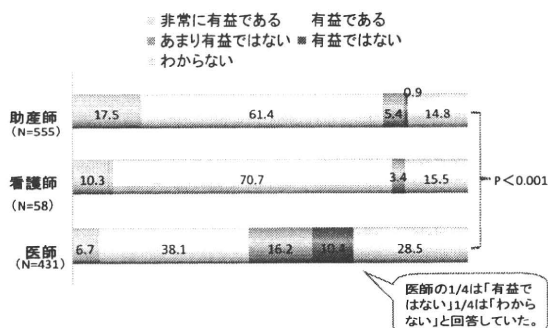


図7 周産期医療における助産師活用において院内助産システムは有益だと思いますか(n=1044)

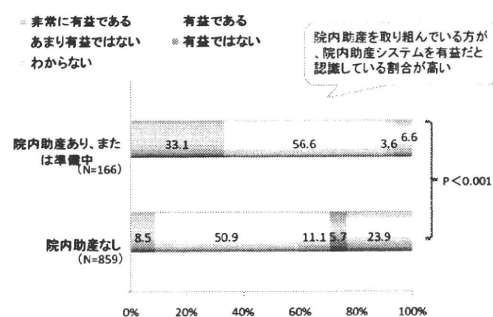


図8 「周産期医療における助産師活用において院内助産システムは有益か」の院内助産の取り組みの有無別の回答割合 (n=1025)

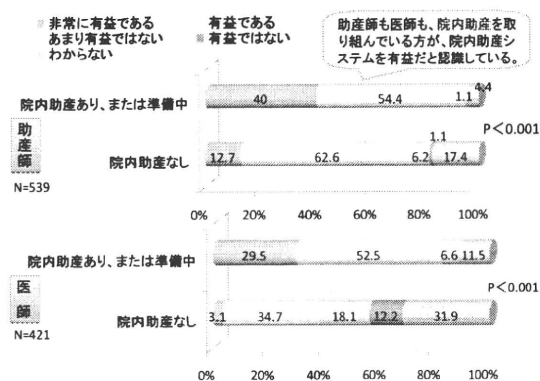


図9 「周産期医療における助産師活用において院内助産システムは有益か」の院内助産の取り組みの有無別・職種別回答割合

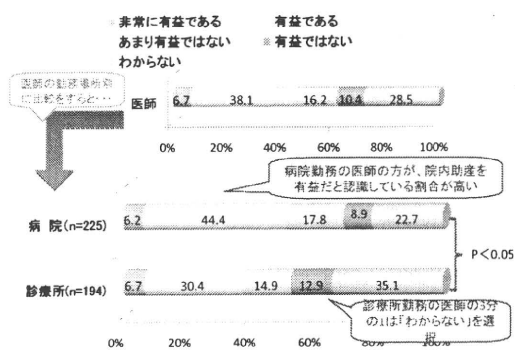


図10 「周産期医療における助産師活用において院内助産システムは有益か」: 医師の勤務場所別回答割合

4) 院内助産のための助産実践能力強化研修の必要性の認識

「現職の助産師が院内助産システムを担うために、助産実践能力強化研修は必要でしょうか」については、9割が

必要だと認識していた(図11)。助産師は6割が「非常に必要である」と回答しており、助産師、看護師とも9割が必要性を認識しているのに対し、医師の1割は「不要である」と認識していた(P<0.001)(図12)。

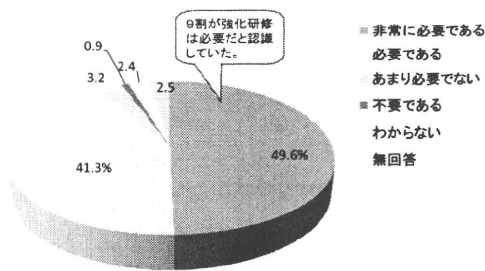


図11 現職の助産師が院内助産システムを担うために、助産実践能力強化研修は必要でしょうか(n=1118)

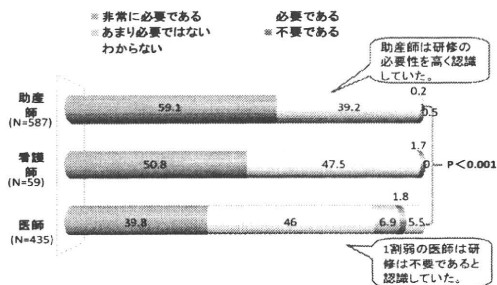


図12 現職の助産師が院内助産システムを担うために、助産実践能力強化研修は必要でしょうか(n=1081)

医師の中でも病院医師よりも診療所勤務の医師の方に「不要である」や「わからない」が多い傾向にあった(図13)。

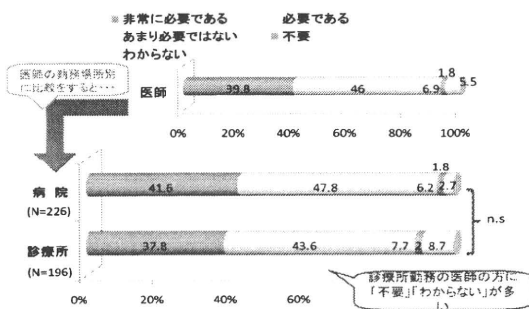


図13 「院内助産システムを担うために、助産実践能力強化研修は必要か」: 医師の勤務場所別回答割合 (N=422)

研修の必要性の認識は、回答者の所

属施設が、助産外来や院内助産システムを取り組んでいる方に高かった(P<0.001, p<0.05)(図14, 15)。

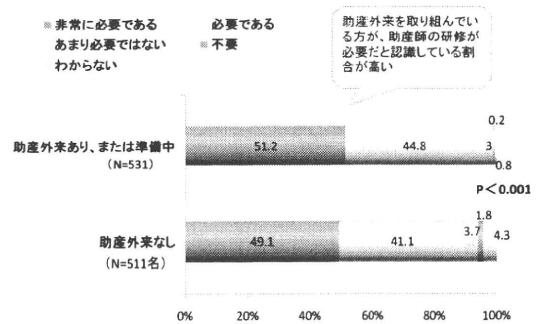


図14 「院内助産システムを担うために、助産実践能力強化研修は必要か」の助産外来の取り組み有無別の回答割合 (n=1042)

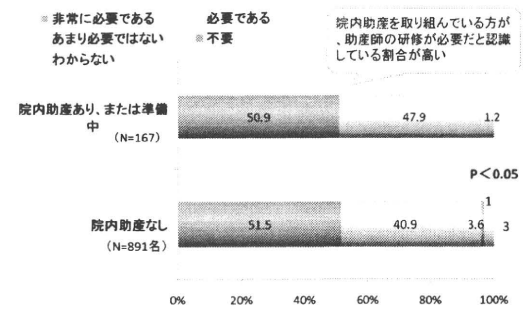


図15 「院内助産システムを担うために、助産実践能力強化研修は必要か」の院内助産の取り組み有無別の回答割合 (N=1058)

5) 第三者評価の必要性の認識

「現職の助産師が院内助産システムを行うにあたり、第三者評価の仕組みが必要でしょうか」については、「非常に必要である」が13.3%で、「必要である」46%も合わせると、およそ6割が必要だと認識していた(図16)。

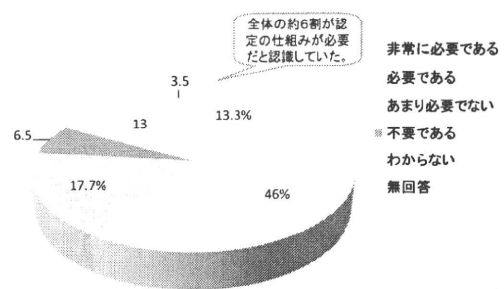


図16 現職の助産師が院内助産システムを行うにあたり第三者評価(認定)の仕組みは必要でしょうか(n=1118)

院内助産の有無による必要性の認識には差がなかった (図 17)。

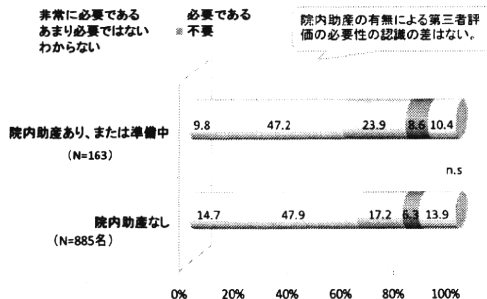


図17 「院内助産システムに第三者評価(認定)の仕組みは必要か」の院内助産の取り組み有無別の回答割合 (n=1048)

職種別に比較すると、医師よりも助産師、看護師の方に認定の仕組みが必要だと認識する割合が多かった

($p < 0.001$) (図 18)。医師の3割は必要ないと認識しており、「わからない」と回答した割合も助産師、看護師よりも多かった。第三者評価必要ないという認識は、病院勤務の医師よりも診療所勤務の医師に多い傾向にあったが有意な差ではなかった (図 19)。

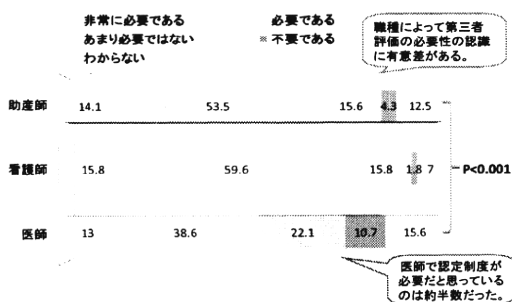


図18 現職の助産師が院内助産システムを行うにあたり第三者評価(認定)の仕組みは必要でしょうか (n=1118)

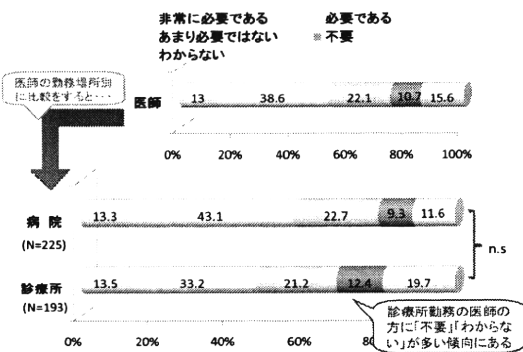


図19 「院内助産システムに第三者評価(認定)の仕組みは必要か」: 医師の勤務場所別回答割合 (n=418)

6) 研修の標準プログラムへの評価

2年間モデルとして実施した「助産師実践能力強化研修標準プログラム」について、その目的や期間、研修内容等を提示し、妥当性や必要性などの意見を求めた。

(1) 研修目的

研修の目的は全体の8割が適切と認識していた (図 20)。職種別として医師と助産師で比較すると、助産師 97%、医師 75%と有意差があり、医師には「わからない」という回答も多かった (図 21)。

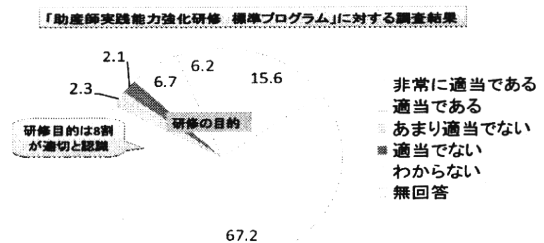


図20 『標準プログラム』の目的は適切か (n=1118)

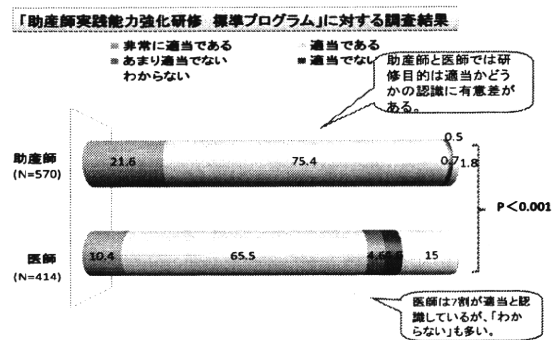


図21 「助産実践能力強化研修標準プログラム」の研修目的は適切か(助産師と医師別回答割合) (n=984)

(2) 研修期間

モデル研修の期間である「4日間+フォローアップ1日」が「適切である」と回答したのは36%で、同じ36%が「適切でない」と回答していた。その理由として「短すぎる」が7割であった (図

22)。

「助産師実践能力強化研修 標準プログラム」に対する調査結果

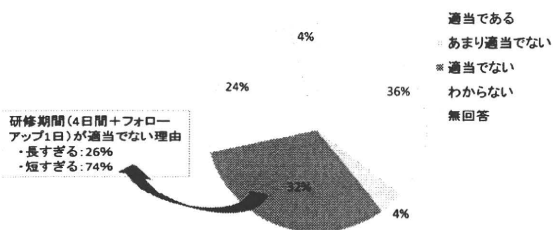


図22 『標準プログラム』の研修期間は適切か(n=1118)

(3) 各種書類の提出

研修を受講するにあたっての各書類に提出に関しては、必要と応えているものは7割から8割がだが、不必要と考える対象者もいた。その理由として、「必要性が不明確」「必要なものかどうか不明」「形骸化の恐れがある」などが挙げられていた(図23)。

「助産師実践能力強化研修 標準プログラム」に対する調査結果

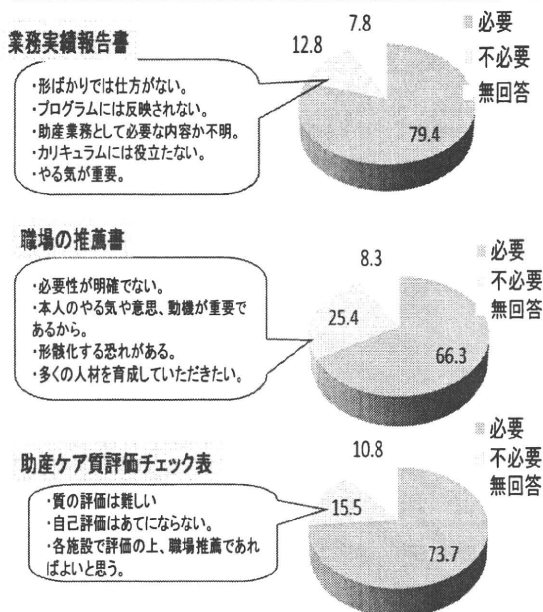


図23 研修受講するにあたっての各書類提出の必要性の認識

(4) 研修内容(図24、25、26、27)

プログラムの内容や運営の工夫点について、項目ごとに「非常に必要だと思

う」から「思わない」の4段階と「わからない」の5つから選択してもらった。その結果、どの内容においてもおよそ7割から8割の回答者が「必要である」と回答していた。「毎回のグループワーク」に関しては、「あまり必要だと思わない」が2割と、他の項目より多かった。

「助産師実践能力強化研修 標準プログラム」に対する調査結果

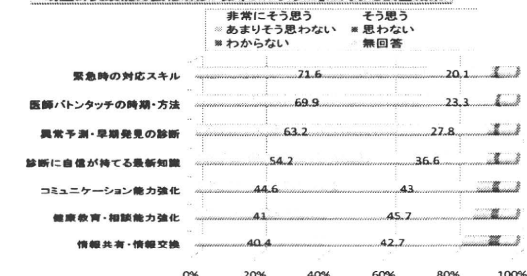


図24 「研修に盛り込む内容としてこの項目は必要だと思いますか」への回答割合(n=1118)

「助産師実践能力強化研修 標準プログラム」に対する調査結果

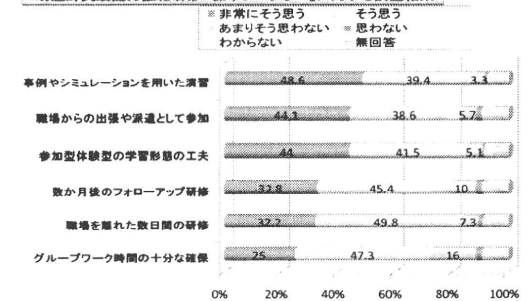


図25 「研修運営や学習方法の工夫でこの項目は必要だと思いますか」への回答割合(n=1118)

「助産師実践能力強化研修 標準プログラム」に対する調査結果

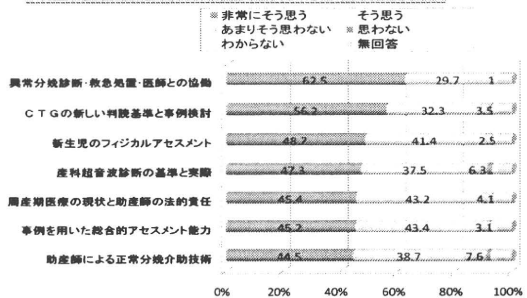


図26 「研修に次の内容は必要だと思うか」への回答 その1(n=1118)

「助産師実践能力強化研修 標準プログラム」に対する調査結果

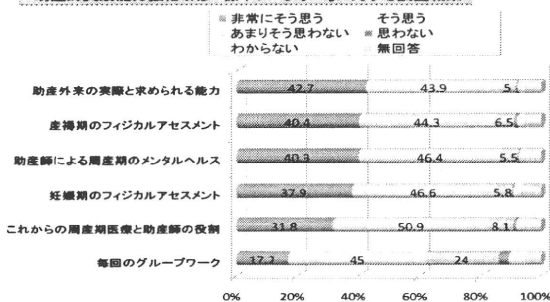


図27 「研修に次の内容は必要だと思うか」への回答 その2(n=1118)

(5)施設助産師を受講させることへの認識

「助産実践能力強化研修標準プログラムを貴施設の助産師に受講させたいか」については、約7割が受講させたいという結果が得られた(図28)。

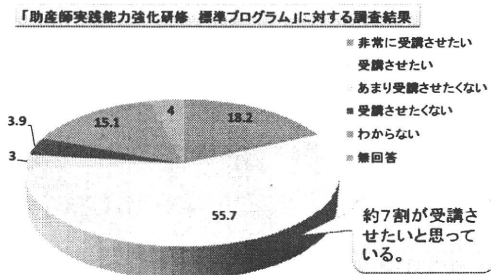


図28 「助産実践能力強化研修 標準プログラム」を貴施設の助産師に受講させたいか(n=1118)

(6)「助産実践能力強化研修標準プログラム」の必要性

今回2年間試行した「助産師実践能力強化研修標準プログラムは院内助産を担う上で必要な研修である」については、約8割が標準プログラム研修は必要だと認識していた(図29)。職種別では、必要性は助産師が最も多く感じており、次いで看護師、医師の順であったが、どの職種も8割が標準プログラムは必要だと認識していた(図30)。

(7)院内助産システム推進に課題と思うこと

最も多かったのは「医師との連携・役割分担の明確化」で8割が課題であると認識していた。次いで「助産師の数」が7割、「助産師のキャリアアップや認定の仕組み」が6割であった(図31)。課題と思うことを助産師と医師で比較した結果、どの項目においても、課題として選択した回答者割合は、助産師の方が医師よりも有意に多いという結果であった(p<0.001)(図32)。

産師の方が医師よりも有意に多いという結果であった(p<0.001)(図32)。

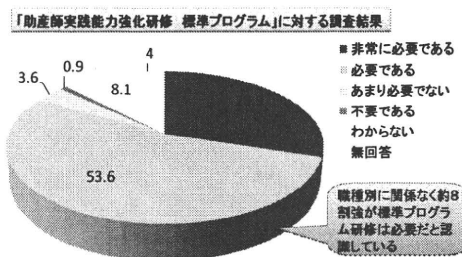


図29 「助産実践能力強化研修 標準プログラム」は院内助産を担う上で必要な研修であるか(n=1118)

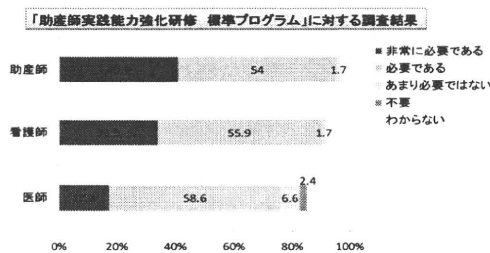


図30 「助産実践能力強化研修 標準プログラム」は院内助産を担う上で必要な研修であるか(職種別 n=1070)

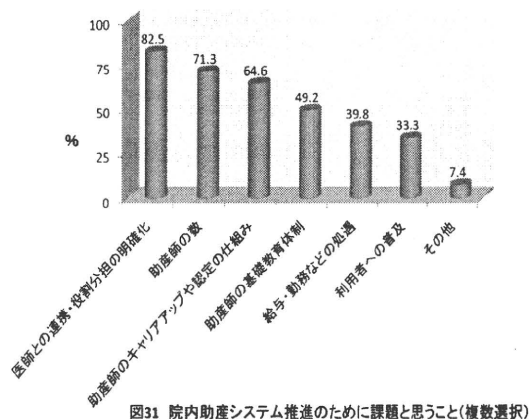


図31 院内助産システム推進のために課題と思うこと(複数選択)

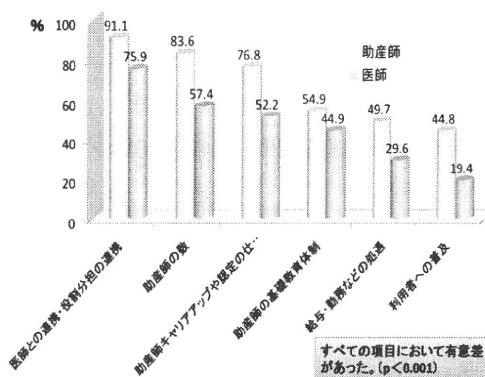


図32 院内助産システム推進のために課題と思うこと、助産師と医師の比較(複数選択)

2. 調査B

1) 対象施設概要ならびに対象者数

調査対象施設の年間分娩数の平均は1731.75件、産科病床数の平均は51.75床、帝王切開率の平均は26.85%であった。調査対象者は4病院10日間の間、妊婦121名、褥婦249名であり、延べ1675件であった。

2) 施設別の助産ケア必要量のレベル分類比較

(1) 各施設対象者属性

各施設のデータ属性の割合を表1に示した。

各施設で、調査日ごとの対象者の分布は差があるが、6割～7割の褥婦と、4割程度の妊婦を対象者としていることがわかる。また、D施設以外は褥婦のうち経産婦は初産婦より割合が少ない傾向であった。

(2) 調査施設別のレベル分類の割合比較

各施設で助産必要度調査票を使用して調査したデータを分析し、秋山¹⁾らが示す患者レベル分類表を使用し、レベル分類を行い、4施設における各レベルの割合(表2)を示した。表2を分析するとレベル2～3に8割を越える対象者が属することがわかる。しかしC施設だけは他の施設に比較してレベル3の対象者が多い傾向があった。

(3) 調査施設別の分娩様式別レベル割合

a. 自然分娩

各施設における自然分娩の対象者

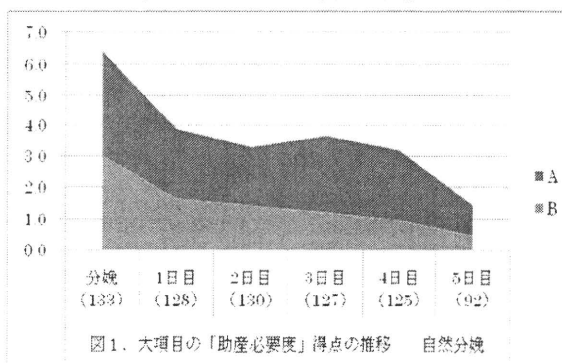
の総数を100%として、各レベルに属する割合を表3に示した。C施設を除いて自然分娩の対象者はレベル1～3に属し、レベル2～3に多くの対象者が属する。

b. 帝王切開

各施設の帝王切開術後の対象者の総数を100%として、各レベルに属する割合を表4に示した。レベル4～5に該当する対象者が増加していることがわかる。

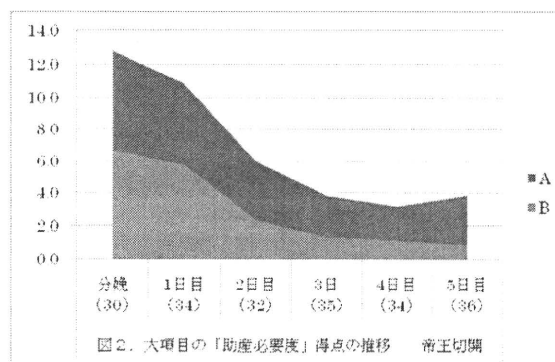
3) 産後日数別助産ケア必要量

(1) 自然分娩における得点推移(図33)



A項目(モニタリングおよび処置等)については分娩当日が3.4、産後1日目が2.3でその後は2前後で推移する。B項目(患者の状態等)は分娩当日が3.0、産後1日目1.6と低下しその後徐々に低下する。

(2) 帝王切開における得点推移(図34)



帝王切開後の褥婦の助産ケア必要量に着目すると、A項目（モニタリングおよび処置等）については分娩当日が6.5、産後1日目5.1と低下しその後徐々に低下した。B項目（患者の状態等）は分娩当日が7.4、産後1日目が5.8と低下し、その後は急激に低下し推移していた。

(3) 対象者の助産ケア必要量

自然分娩の対象者に実施した助産ケア必要量を頻度の高い順に図に示す（図35）。平均得点は上位の項目から「子宮収縮の測定」、「授乳の自立」、「計画に基づいた指導」、「育児行動」、「身体症状の訴え」であった。

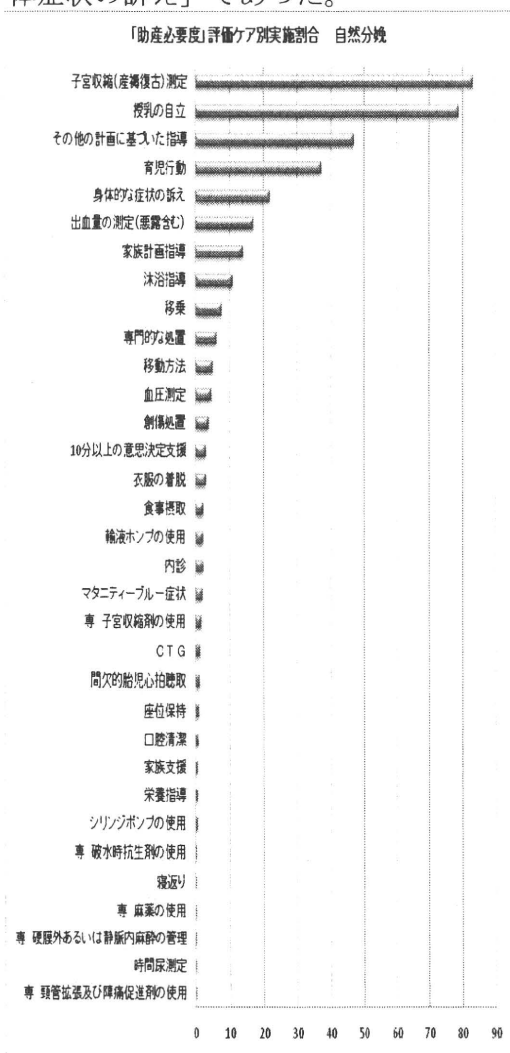


図35 自然分娩後の対象者の助産ケア必要度

帝王切開後の対象者に実施した助産ケア必要量を頻度の高い順に図に示した（図36）。平均得点は上位の項目から「子宮収縮の測定」、「授乳の自立」、「育児行動」、「計画に基づいた指導」、「身体症状の訴え」であった。「出血量の測定」まで助産ケア必要量の頻度の順位は自然分娩と同じであるが、それ以降の下位項目は自然分娩と異なっていた。



図 36 帝王切開後の対象者の助産ケア必要度
(4)助産ケア必要量の産褥日数別推移

自然分娩(図 37)の推移では、「出血量の測定」は分娩当日以降急激に低下した。「授乳の自立」と「子宮収縮測定」は産後3日目以降急激に低下する。「計画に基づいた指導」は4割から6割の横ばいで経過した。

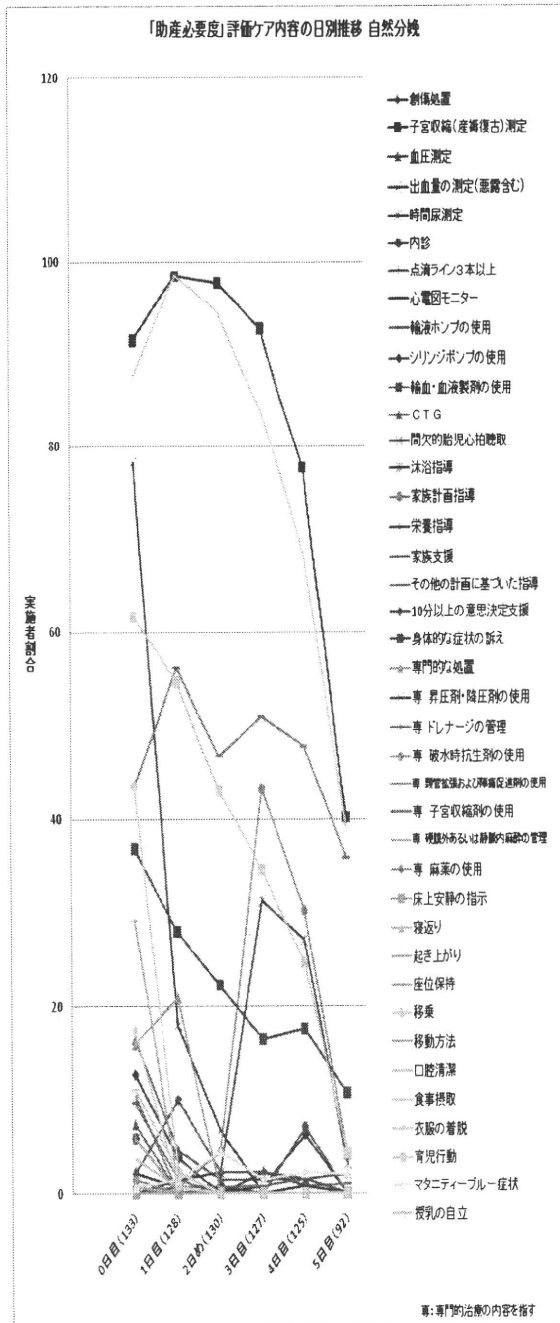


図 37 自然分娩における助産ケア必要度の産後日数別推移

帝王切開(図 38)の推移では、自然分娩と比較すると「子宮収縮の測定」と「授乳の自立」は横ばいで経過した。

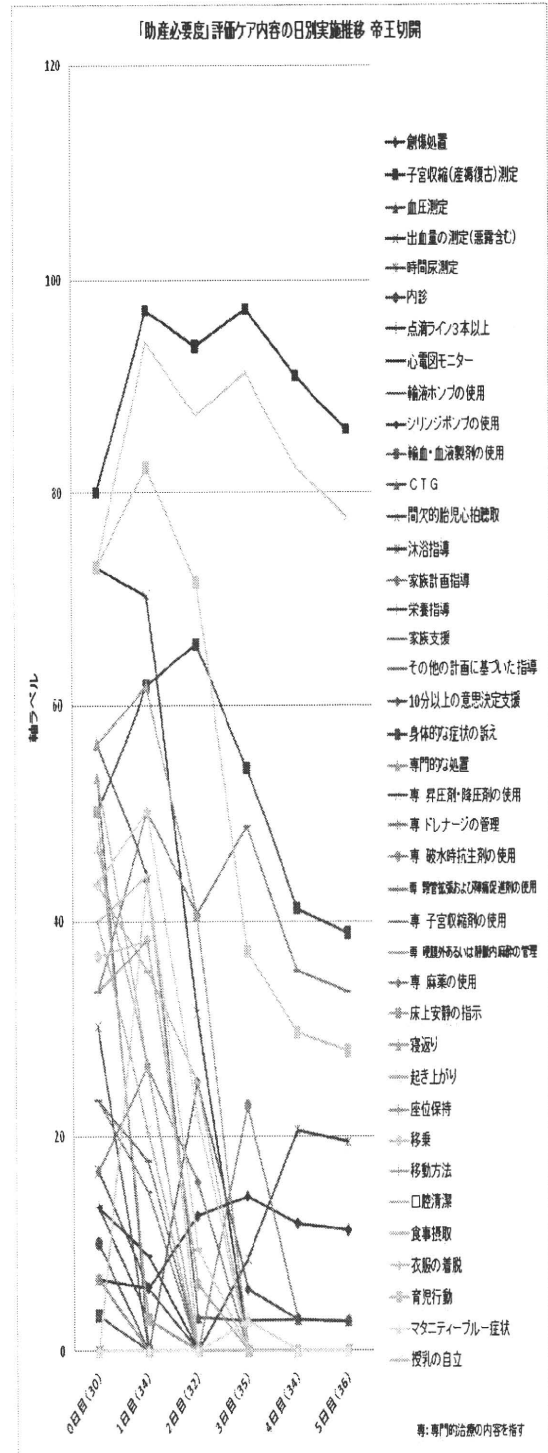
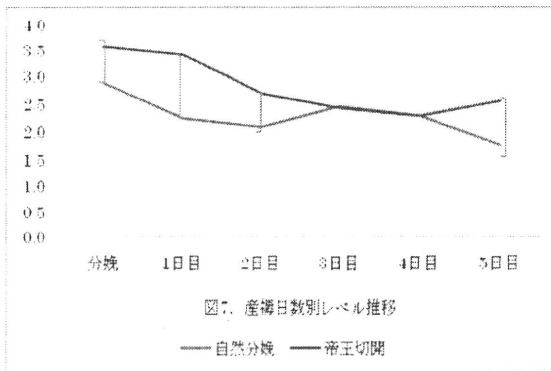


図38 帝王切開における助産ケア必要度の産後日数

4) 分娩様式別の産褥日数別レベル分類の比較

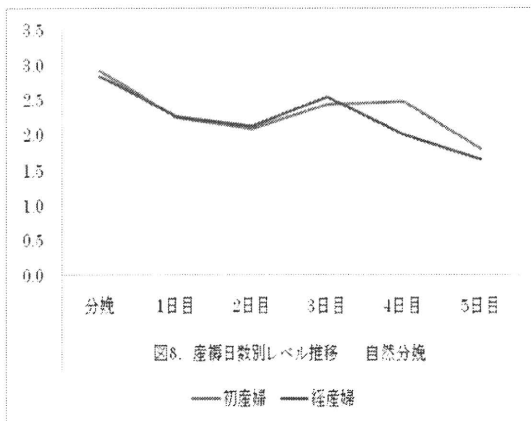
分娩様式別の産褥日数別レベル分類の推移を図39に示す。帝王切開と自然分娩の対象者のレベルは、平均で分娩当日がそれぞれ3.7と2.9、産後1日目が3.4と2.2、産後2日目が2.7と2.1で有意差が認められた ($p < 0.001$)。産後3日目、4日目はレベルに差がないが、5日目は帝王切開が2.8、自然分娩が1.8で差が認められた。



5) 初産婦と経産婦の産褥日数別レベル分類の比較

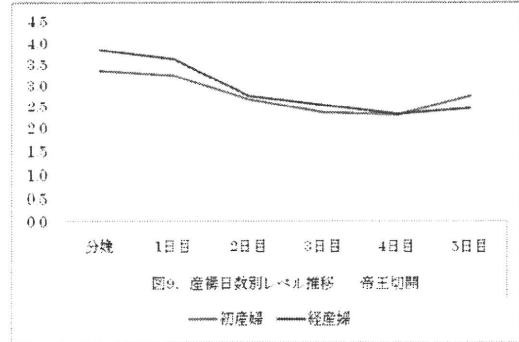
(1) 自然分娩

初産婦と経産婦においては産後日数別に比較するとレベルの差が認められなかった(図40)。



(2) 帝王切開

帝王切開においても初産婦、経産婦で差が無かった(図41)。



6) 看護職の充足割合

表2から秋山らの看護師配属理想人数を算出し、各施設の充足率を算出した。

4施設中3施設は、充足率を満たしていない(図42)。また、各勤務帯で比較すると、4施設とも夜勤帯の配置は不足していることがわかった(図43)。

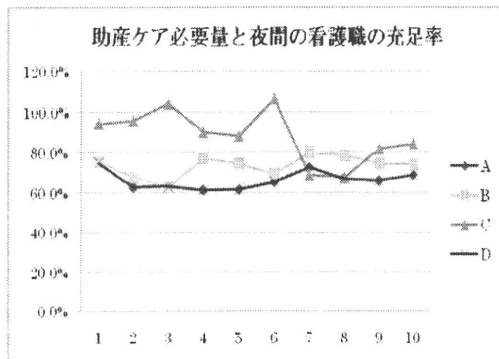
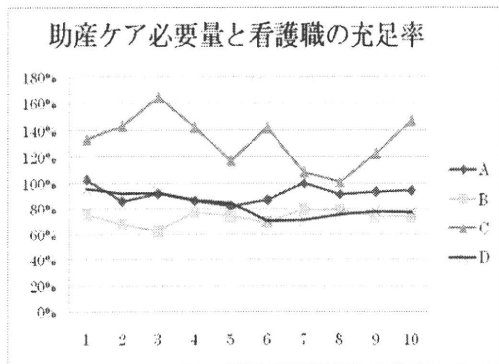


表 1 調査施設対象者属性一覧

		調査1日	調査2日	調査3日	調査4日	調査5日	調査6日	調査7日	調査8日	調査9日	調査10日
A	自然分娩	39.1%	41.6%	48.6%	50.0%	48.7%	52.1%	54.3%	55.2%	52.1%	45.6%
	帝王切開	14.1%	13.0%	14.9%	15.8%	15.8%	13.7%	12.9%	7.5%	8.5%	8.8%
	妊婦	46.9%	46.8%	37.8%	34.2%	35.5%	34.2%	34.3%	37.3%	39.4%	45.6%
	初産婦※	37.5%	37.7%	41.9%	43.4%	40.8%	45.2%	42.9%	38.8%	38.0%	32.4%
	経産婦※	15.6%	16.9%	20.3%	22.4%	23.7%	20.5%	22.9%	23.9%	22.5%	22.1%
B	自然分娩	50.0%	55.0%	59.0%	56.4%	53.8%	57.1%	56.8%	48.7%	54.1%	68.6%
	帝王切開	10.5%	12.5%	12.8%	10.3%	7.7%	11.4%	10.8%	10.3%	8.1%	5.7%
	妊婦	39.5%	32.5%	28.2%	33.3%	38.5%	31.4%	32.4%	41.0%	37.8%	25.7%
	初産婦※	31.6%	37.5%	41.0%	41.0%	35.9%	42.9%	51.4%	53.8%	48.6%	60.0%
	経産婦※	26.3%	30.0%	30.8%	25.6%	23.1%	25.7%	18.9%	15.4%	13.5%	14.3%
C	自然分娩	38.9%	25.0%	21.1%	20.0%	19.0%	14.3%	21.7%	23.1%	23.1%	20.0%
	帝王切開	33.3%	20.0%	26.3%	30.0%	38.1%	38.1%	34.8%	38.5%	26.9%	36.0%
	妊婦	27.8%	55.0%	52.6%	50.0%	42.9%	47.6%	43.5%	38.5%	50.0%	44.0%
	初産婦※	38.9%	30.0%	26.3%	20.0%	28.6%	23.8%	30.4%	34.6%	30.8%	40.0%
	経産婦※	33.3%	15.0%	21.1%	30.0%	28.6%	28.6%	26.1%	26.9%	19.2%	16.0%
D	自然分娩	48.6%	47.1%	43.8%	43.3%	46.7%	53.8%	48.8%	46.3%	48.8%	45.0%
	帝王切開	2.7%	8.8%	12.5%	20.0%	20.0%	17.9%	24.4%	22.0%	19.5%	20.0%
	妊婦	48.6%	44.1%	43.8%	36.7%	33.3%	28.2%	26.8%	31.7%	31.7%	35.0%
	初産婦※	32.4%	38.2%	34.4%	30.0%	26.7%	28.2%	26.8%	24.4%	24.4%	27.5%
	経産婦※	18.9%	17.6%	21.9%	33.3%	40.0%	43.6%	46.3%	43.9%	43.9%	37.5%

※褥婦の中での割合を示す

表 2 調査施設別対象者レベル割合

		調査1日	調査2日	調査3日	調査4日	調査5日	調査6日	調査7日	調査8日	調査9日	調査10日
A	レベル1	15.60%	10.40%	6.80%	6.60%	13.20%	6.80%	10.00%	7.50%	8.50%	8.80%
	レベル2	50.00%	55.80%	71.60%	65.80%	59.20%	68.50%	65.70%	58.20%	60.60%	63.20%
	レベル3	34.40%	33.80%	18.90%	27.60%	27.60%	24.70%	24.30%	34.30%	29.60%	27.90%
	レベル4	0.00%	0.00%	2.70%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	1.40%	0.00%
	レベル5	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
B	レベル1	21.10%	15.00%	7.70%	17.90%	20.50%	20.00%	27.00%	33.30%	18.90%	22.90%
	レベル2	57.90%	42.50%	61.50%	71.80%	61.50%	45.70%	59.50%	46.20%	51.40%	48.60%
	レベル3	18.40%	40.00%	25.60%	10.30%	17.90%	31.40%	13.50%	20.50%	29.70%	28.60%
	レベル4	2.60%	0.00%	5.10%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
	レベル5	0.00%	2.50%	0.00%	0.00%	0.00%	2.90%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
C	レベル1	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	レベル2	11.1%	10.0%	26.3%	15.0%	14.3%	14.3%	8.7%	7.7%	11.5%	16.0%
	レベル3	72.2%	85.0%	68.4%	70.0%	76.2%	85.7%	78.3%	80.8%	88.5%	76.0%
	レベル4	11.1%	5.0%	5.3%	10.0%	4.8%	0.0%	4.3%	3.8%	0.0%	8.0%
	レベル5	5.6%	0.0%	0.0%	5.0%	4.8%	0.0%	8.7%	7.7%	0.0%	0.0%
D	レベル1	21.60%	14.70%	3.10%	6.70%	3.30%	2.60%	17.10%	2.40%	17.10%	15.00%
	レベル2	64.90%	50.00%	62.50%	53.30%	53.30%	61.50%	58.50%	75.60%	68.30%	62.50%
	レベル3	13.50%	23.50%	25.00%	30.00%	30.00%	35.90%	24.40%	19.50%	12.20%	17.50%
	レベル4	0.00%	8.80%	6.30%	10.00%	13.30%	0.00%	0.00%	2.40%	2.40%	5.00%
	レベル5	0.00%	2.90%	3.10%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%