

表3 自然分娩における対象者のレベル分類

		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	8.0%	3.1%	0.0%	2.6%	0.0%	0.0%	0.0%	2.7%	0.0%	0.0%
	レベル2	48.0%	50.0%	80.6%	57.9%	62.2%	68.4%	65.8%	56.8%	64.9%	74.2%
	レベル3	44.0%	46.9%	19.4%	39.5%	37.8%	31.6%	34.2%	40.5%	35.1%	25.8%
	レベル4	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	レベル5	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
B	レベル1	5.3%	9.1%	0.0%	4.5%	4.8%	5.0%	14.3%	21.1%	10.0%	12.5%
	レベル2	63.2%	36.4%	56.5%	77.3%	71.4%	55.0%	66.7%	47.4%	50.0%	50.0%
	レベル3	26.3%	54.5%	39.1%	18.2%	23.8%	40.0%	19.0%	31.6%	40.0%	37.5%
	レベル4	5.3%	0.0%	4.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	レベル5	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
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	14.3%	0.0%	25.0%	25.0%	0.0%	33.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	レベル3	71.4%	80.0%	50.0%	50.0%	75.0%	66.7%	80.0%	83.3%	100.0%	80.0%
	レベル4	14.3%	20.0%	25.0%	25.0%	25.0%	0.0%	20.0%	16.7%	0.0%	20.0%
	レベル5	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
D	レベル1	33.3%	25.0%	7.1%	15.4%	7.1%	4.8%	20.0%	0.0%	20.0%	22.2%
	レベル2	50.0%	37.5%	50.0%	61.5%	57.1%	57.1%	65.0%	78.9%	70.0%	61.1%
	レベル3	16.7%	25.0%	42.9%	23.1%	21.4%	38.1%	15.0%	21.1%	10.0%	16.7%
	レベル4	0.0%	12.5%	0.0%	0.0%	14.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	レベル5	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

表4 帝王切開における対象者のレベル分類

		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	0.0%	0.0%	0.0%	8.3%	8.3%	10.0%	11.1%	0.0%	0.0%	0.0%
	レベル2	44.4%	60.0%	36.4%	50.0%	66.7%	70.0%	77.8%	80.0%	50.0%	66.7%
	レベル3	55.6%	40.0%	45.5%	41.7%	25.0%	20.0%	11.1%	20.0%	33.3%	33.3%
	レベル4	0.0%	0.0%	18.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	16.7%	0.0%
	レベル5	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
B	レベル1	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	25.0%	0.0%	0.0%
	レベル2	50.0%	40.0%	60.0%	100.0%	100.0%	50.0%	75.0%	50.0%	100.0%	100.0%
	レベル3	0.0%	40.0%	20.0%	0.0%	0.0%	25.0%	25.0%	25.0%	0.0%	0.0%
	レベル4	0.0%	0.0%	20.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	レベル5	0.0%	20.0%	0.0%	0.0%	0.0%	25.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
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	16.7%	25.0%	20.0%	16.7%	37.5%	25.0%	12.5%	0.0%	0.0%	0.0%
	レベル3	50.0%	75.0%	80.0%	50.0%	50.0%	75.0%	62.5%	80.0%	100.0%	88.9%
	レベル4	16.7%	0.0%	0.0%	16.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	11.1%
	レベル5	16.7%	0.0%	0.0%	16.7%	12.5%	0.0%	25.0%	20.0%	0.0%	0.0%
D	レベル1	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	20.0%	11.1%	25.0%	12.5%
	レベル2	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	28.6%	20.0%	44.4%	37.5%	37.5%
	レベル3	0.0%	33.3%	25.0%	50.0%	66.7%	71.4%	60.0%	33.3%	25.0%	25.0%
	レベル4	0.0%	33.3%	50.0%	50.0%	33.3%	0.0%	0.0%	11.1%	12.5%	25.0%
	レベル5	0.0%	33.3%	25.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

D. 考察

1. 調査A

1) 標準研修プログラムの評価

今回の調査では、本研究班で作成した「助産師能力強化研修 標準プログラム」は、産婦人科医師や助産師に関係なく、その目的や内容は妥当であるという評価が得られた。

また、標準研修プログラムは、院内助産システムを担う上で必要な研修プログラムであり、自分たちの施設の助産師にも「受講させたい」と思える内容であると評価された。

本研修プログラムは、産婦人科医師と助産師のワーキンググループで作成し、これからの病院・医院で中心的に助産業務を推進することになる中堅助産師を対象に、妊娠期・分娩期・産褥期・新生児期の各時期での助産実践力を強化する内容となっている。本研修を受講することにより、助産師自身が自分のこれまで蓄積した助産業務の実績を再確認し、自信をもって主体的に周産期医療に参画し、現在の周産期の諸問題の解決に貢献できる、という研修目的と研修内容は、今後助産師の専門性発揮を求めている産婦人科医師や管理職に認められるものであったといえる。

ただ、研修の期間や事前提出の書類の必要性については意見が分かれ、各施設のニーズや開催地域の地域性などに合わせた配慮が必要な部分と言える。また、医師と助産師によって研修の必要性の認識や内容の妥当性には若干の相違があるため、その部分の今後さらなる分析を進めて、標準プログラム実施に向けた方向

性を探っていきたいと考える。

2) 周産期医療における院内助産システム推進についての意見

今回の調査では、院内助産システムの有益性を認識する専門職者は6割ほどで、2割は有益かどうかわからないと認識していた。わが国の周産期医療における院内助産システムの必要性は認識されてきており、確実に普及しつつあるが、実施施設はまだ少なく、実際にどのように有益なのかが不明瞭な現状があるためではないかと予測される。助産外来・院内助産を取り組んでいる方が助産師も医師も有益だと認識していたという結果からも、そのことが推測される。

これまで院内助産システムを取り組んでいる施設からは評価報告などが出されているが、いまだそのデータ蓄積は十分ではない。利用者の声もすくい上げられているが、受け手の感想記述が多く、有益性の客観的な評価とは言い難いのが実情である。産科医療の危機的状況の中、院内助産システムの有益性を医師や他職種、そして管理者に理解・納得してもらい、協働していくためには、助産ケアの効果を客観的データとして示していく必要があると考える。

また、今回の調査で、院内助産課題として最も多くあげられたのは、「医師と助産師の協働、役割分担の明確化」であった。周産期医療における安全性確保は重要な点であり、そのために医師と助産師の連携の在り方がどうあればいいのか、多くの周産期医療専門職が模索している現状があると推測され、その点について

も今後検討を重ねていく必要があるといえる。

今回の調査で、医師に助産外来や院内助産を取り組みの有無や病院と診療所で、院内助産システムの有益性や助産師育成の必要性の認識に差がみられた。特に診療所勤務の医師は、各設問について「わからない」と回答する割合が多い傾向にあったことも興味深い。今後はさらに詳細に本データ分析を行い、その要因などを明らかにしていく予定である。

2. 調査B

本調査は、平成21年度に日本看護協会助産師職能委員会で調査された助産必要度調査票を改変して実施した。本調査結果は、特定の4施設と数は少ないが、入院している妊産婦全員を対象とした病棟丸ごとのデータであることが特徴である。そのため、従来明らかにされてこなかった自然分娩した初産婦以外の対象者についても日々の助産ケア必要量も調査することができたことである。

1) 分娩様式別の助産ケア必要量とケア内容

自然分娩と帝王切開では患者レベル分類は結果図7に示したように有意に差があり、帝王切開の対象者の方が、助産ケア必要量が高いことが明らかになった。

助産ケアの内容についてみると、平成21年に日本看護協会で実施された結果報告で上位にあったケア内容の「子宮収縮の測定」、「授乳の自立」、「計画に基づく指導」、「育児行動」、「身体的な症状の訴え」、「出血量の測定」で同じ結果であった。しかし、自然分娩と帝王切開ではそ

れ以降の項目で助産ケア必要量の頻度が異なることも明らかになった。

また、助産ケア必要量の産褥日数別推移（図5、図6）をみると、自然分娩と帝王切開では推移の傾向が異なることが明らかになった。この特徴が、患者のレベル分類の差に影響している一因と推測できる。

2) 初経産別の助産ケア必要量

一般的には「経産婦の方が手かかりにくい」と思われているが、本調査では、自然分娩でも帝王切開でも、初経産別の差が見られなかった（図8、図9）。これは、育児経験を有する経産婦であっても、入院中には初産婦と同じ程度助産ケア必要量があり、ケアを実施しているということである。

3) 助産師等の充足率

今回調査した医療施設は、総合周産センターを有するため、日本の中でも比較的看護職の配置が充実していると考えられるが、秋山らの算定式で計算すると、日勤の時間帯は比較的充足率が高いが、夜間は不足していた。

もちろん、本調査において選択した医療施設が総合周産期母子医療センターを有し、助産師の配置が分娩30件に対し1名以上を配置できている施設で、産科単科であったことから、わが国の産科病棟の状況を反映しているとはいえない。

その理由は、総合周産期母子医療センターの機能をもたない一般病院では、病棟で収容する重症妊産婦が、今回の調査施設ではMFICUで管理されていたこと、全国の産科医療施設では8割が混合病棟であることなどである。よって、本予備

調査のみでは看護職の定数について議論することには限界がある。

また、産婦(分娩中)を含めた算定数でもない。

今後は、本調査のデータをさらに分析し、助産ケアにどのような特徴があるのかを明らかにすることによって、数量化のみでは推測できない内容を加味しながら、引き続き、助産師適正配置について議論をすすめたい。

3) 助産師数を導き出すことへの有効性

今回の2010版助産ケア必要度調査票は、助産師等の数を導き出す方法として、まだ開発途上ながら、今後とも妊産褥婦や新生児の側からのケア必要量から、助産師数を検討することの重要性が明らかになると共に、今後の開発をしていくステップになったと考えられる。

E. 結論

1. 調査A

院内助産システムを担う助産師の実践能力向上のための「助産師実践能力強化研修標準プログラム」に関する専門職者を対象とした全国調査を行い、以下のことが明らかとなった。

1) 「助産師実践能力強化研修標準プログラム」の研修目的と研修内容、事前提出書類については7～8割が妥当であると評価していた。

2) 全体の8割が「助産師実践能力強化研修標準プログラム」は院内助産を担ううえで必要な研修であると認識し、7割が施設の助産師にも受講させたいと回答していた。

3) 周産期医療における院内助産システ

ムを有益だと認識しているのは6割であり、院内助産のための研修は9割が必要だと回答していた。第三者評価の仕組みは6割が必要だと回答していた。

4) 周産期医療における院内助産システムの有益性や研修や第三者評価の必要性の認識には、職種や助産外来・院内助産の取り組みの有無によって差がみられた。

2. 調査B

1) 帝王切開は自然分娩の対象者より助産ケア必要量が有意に多い。

2) 初産婦と経産婦の比較では助産ケア必要量に差がない(経産婦であっても一定の助産ケアが必要である)ことが明らかになった。

3) 調査した4施設は日本の産科医療の中では助産師配置が比較的多いと予測される施設にもかかわらず、今回の算定式から充足率を計算すると3施設で配置数が不足していた。

4) 助産ケア必要度を用いて、多くの施設の助産師等の必要数を検討することが望まれる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文・著書発表

- 1) 遠藤俊子、大塚弘子：より良いお産のために、公衆衛生、74(10)、834-839, 2010
- 2) 遠藤俊子；安全を確保した院内助産システムの推進、日本周産期・新生児医学会、28、87-91, 2010
- 3) 遠藤俊子；ナースプラクティショナー制度と助産師、産科と婦人科、77(10)、1147-1152, 2010
- 4) 遠藤俊子 院内助産システム、周産期医学、40(1)、71-73, 2010
- 5) 遠藤俊子、加藤尚美、池ノ上克、岡村州博、中林正雄；院内助産システムガイドブック、医歯薬出版、2010
- 6) 高野陽他監修、遠藤俊子；院内助産システム、母子保健マニュアル改訂7版、66、2010
- 7) 松尾博哉、遠藤俊子監修；チーム医療で支える院内助産院—企画・運営のQ&A—、薬ゼミ情報教育センター、2010

2. 学会発表

- 1) 遠藤俊子、池ノ上克：院内助産システムの今後、第51回日本母性衛生学会学術集会、2010. 11. 6
- 2) 遠藤俊子：助産外来・院内助産の開設・実施の人材育成研修、院内助産システム推進フォーラム、2011. 2. 26.
- 3) 福島裕子、斉藤益子、遠藤俊子：中堅助産師の実践力強化モデル研修の効果～助産技術の自信度の変化～第28回日本助産学会、2011. 3. 5

調査ワーキング協力者

片桐麻州美 杏林大学医学部付属病院
助産師

爪田久美子 聖隷浜松病院 看護課長

H. 知的財産権の出願状況

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

調 査 票

【ご回答方法】

該当する項目に○をつけ、() 内には該当する数字または文字をご記入下さい。

問Ⅰ 貴施設についてお尋ねします。

1) 病院病棟・診療所の概要

該当する項目に○をつけ、() 内には該当する数字または文字をご記入下さい。

(1) 病院全体の診療科数・病床数	(数字の記入) 科 () 床
(2) 産科関連病棟の形態	① 産科単独病棟 ② 産科・MFICU 病棟 ③ 産婦人科病棟 ④ 混合病棟→産科以外の診療科 () ⑤ その他 ()
(5) 年間分娩件数 (H21. 1～12 月 または H21. 4～H22. 3 月)	① 取り扱い中止/取り扱っていない ② 取り扱っている場合 (約) 件、帝王切開数 (約 %)

2) 貴施設には、「助産外来」がありますか。

- ① はい ② 準備中 ③ いいえ
- ④ その他（ ）

3)貴施設には、「院内助産」がありますか。

※本調査では、院内助産を「分娩を目的に入院する産婦及び産後の母子に対して、助産師が主体的なケア提供を行う方法・体制である。殊に、ローリスクの分娩は助産師により行われる。」と定義します。

- ① はい ② 準備中 ③ いいえ
- ④ その他（ ）

4) 指定を受けている病院の機能について、あてはまるもの全てに○をつけてください。

- ① 総合周産期母子医療センター ② 地域周産期母子医療センター ③ 特定機能病院
④ その他 ()

5) ご回答者の職種を教えてください。

職種： ① 助産師 ② 看護師 ③ 医師

※ 院内助産システムとは、『病院・診療所内において「助産外来」「院内助産」のいずれか、または両方を助産師が主導的に実施すること』と定義します。

問Ⅱ 院内助産システムなど、周産期医療における助産師活用の推進に関して以下の質問にご回答ください。

問 1 院内助産システムは有益であるか。1つだけ選んでください。

- ④ 非常に有益である ③有益である ②あまり有益ではない ①有益でない ⑤わからない

問 2 院内助産システムを推進するための課題を下記の中から該当するものをいくつでも選んでください。

- a) 医師との連携・役割分担の明確化 b) 助産師の卒後のキャリアアップや認定の仕組み c) 助産師の数
d) 助産師の基礎教育勤務体制など e) 給与・勤務などの処遇 f) 利用者への普及
g) その他 ()

問 3 現職（貴施設を問わず）の助産師が院内助産システムを担うために、実践能力強化のための研修は必要でしょうか。

- ④ 非常に必要である ③必要である ②あまり必要でない ①不要 ⑤わからない

問 4 現職（貴施設を問わず）の助産師が院内助産を行うにあたり、第3者評価（認定）の仕組みが必要でしょうか。

- ④ 非常に必要である ③必要である ②あまり必要でない ①不要 ⑤わからない

問Ⅲ 別紙の「助産実践能力強化研修 標準プログラムの概要」をもとに、実践能力をさらに強化し、助産師が院内助産システムにおいて、主体的に自信をもって確実な助産実践が出来るための研修としての妥当性について、各項目にご回答ください。

問1 「研修目的」は適当だと思いますか

- ④非常に適当である ③適当である ②あまり適当でない ①適当でない ⑤わからない

問2 研修受講に当たって以下の書類の提出は必要だと思いますか。

- *業務実績報告（様式1） : ①必要 ②不要(意見)
*職場の推薦書 : ①必要 ②不要(意見)
*助産ケアの質評価チェック表 : ①必要 ②不要(意見)

問3 研修期間として「4日間＋フォローアップ1日間」は妥当だと思いますか。

- ④適当である ③あまり適当ではない ②適当でない（短すぎる・長すぎる） ⑤わからない

問4 研修に盛り込む学習内容として、以下は必要だと思いますか。

	非常にそう思う	そう思う	あまりそう思わない	思わない	わからない
助産診断に自信がもてる最新の医学・助産学の知識や技術	4	3	2	1	0
異常の予測や早期発見のための確定診断方法	4	3	2	1	0
異常を予測・発見した場合の医師へのバトンタッチの時期や方法	4	3	2	1	0
緊急時の対応スキル	4	3	2	1	0
人間関係調整能力やコミュニケーション能力の強化	4	3	2	1	0
健康教育・保健指導能力、相談能力の強化	4	3	2	1	0
参加する助産士同士の情報交換や課題共有ができ、助産師としての自信の獲得とエンパワメントにつながる内容	4	3	2	1	0

問5 研修の運営や学習方法の工夫として以下は必要だと思いますか。

	非常にそう思う	そう思う	あまりそう思わない	思わない	わからない
職場を離れた数日間の研修	4	3	2	1	0
(個人の年次休暇などではなく) 職場施設からの出張や派遣として参加できる	4	3	2	1	0
事例やシュミレーションモデルを用いた演習	4	3	2	1	0
参加型、体験型の学習形態の工夫	4	3	2	1	0
グループワーク時間の十分な確保	4	3	2	1	0
数ヶ月後のフォローアップ研修	4	3	2	1	0

問6 別紙の「助産実践能力強化研修標準プログラムモデル」の以下の内容は必要だと思いますか。

	非常にそう思う	そう思う	あまりそう思わない	思わない	わからない
妊娠期のフィジカルアセスメント (講義)	4	3	2	1	0
助産外来の実際と助産師に求められる能力 (講義)	4	3	2	1	0
CTGの新しい判読基準 (講義) と判読に関する事例検討 (グループ演習)	4	3	2	1	0
日本の周産期医療の現状と助産師の法的責任 (講義)	4	3	2	1	0
産科超音波診断の基準と実際 (講義&演習)	4	3	2	1	0
助産師による正常分娩介助技術 (講義&技術)	4	3	2	1	0
産褥期のフィジカルアセスメント (講義)	4	3	2	1	0
助産師が行う周産期のメンタルヘルスクア (講義&演習)	4	3	2	1	0
新生児のフィジカルアセスメント (講義&演習)	4	3	2	1	0
異常分娩の診断と救急処置・医師と助産師の協働 (講義&演習)	4	3	2	1	0
これからの周産期医療のあり方と助産師の役割 (講義)	4	3	2	1	0
事例を用いた総合的アセスメント能力獲得	4	3	2	1	0
毎回のグループワーク	4	3	2	1	0

問7 「助産実践能力強化研修 標準プログラム」は院内助産システムを担う上で必要な研修と思いますか。

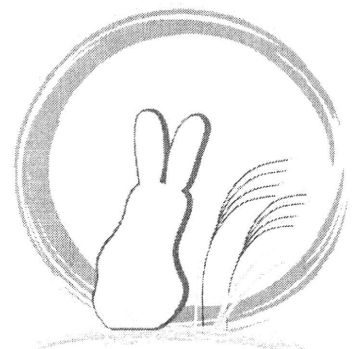
④ 非常に必要である ③必要である ②あまり必要でない ①不要 ⑤わからない

問8 「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と思いますか。

④非常に受講させたい ③受講させたい ②あまり受講させたくない ①受講させない ⑤わからない

問9 「助産実践能力強化研修 標準プログラム概要」全体についてのご意見・ご要望をお書きください。

ご協力ありがとうございました。
同封しております返信用封筒にて、10月31日までにご返信くださいますよう、宜しくお願いいたします。



調査票 1

I 貴施設の参加病棟に関連する項目です。() 内に数字、該当項目に○をつけてください。

1. 病院の許可病床数 () 床)
MFICU除く産科の病床数 () 床)
2. 2009年度分娩件数 () 件) うち帝王切開 () 件)
3. MFICU除く産科病棟勤務者数、常勤換算数でお答え下さい。
助産師 () 名) 看護師 () 名) 准看護師 () 名)
看護補助者 () 名) その他 (: 名、 : 名)
4. 産婦人科医師数 () 名) 産科非常勤医師数 () 名)
5. 2009年度母体搬送症例数 () 例) ※1月1日から12月31日、あるいは4月1日～3月31日のいずれでも可です。
6. 看護学生等の実習受入れ あり なし

II. 調査期間 10 日間の病棟状況についてお答え下さい。

月 日		/	/	/	/	/	/	/	/	/
入院患者数										
退院患者数										
患者数	妊婦									
	褥婦総数									
	新生児のいる褥婦									
	新生児のいない褥婦									
	C S 褥婦									
	正常新生児数									
	入院扱い新生児数									
分娩件数										
C S 件数										
勤務者数	深夜									
	日勤									
	準夜									
実習生数										

調査票2

助産必要度調査票

資料2-2

調査上の注意点

- ①調査期間中に入院している妊婦・褥婦について評価してください(入院扱いの病児については評価対象外です)。
 ②※項目については手引きをご参照ください。他項目は看護必要度と同じ評価方法で評価を行ってください。

用紙の使用方法 ①調査時間は原則23:59としますが、不可能な場合は各医療施設で定刻を決定してください。 ②調査票は対象者1名に1枚使用してください。 ③調査票の基礎情報欄は調査用紙ごとに妊娠回数、分娩方法を選択してください。 ④妊娠週数、産褥日数および入院退院を記述してください。 ⑤評価が1以上の場合のみ記入してください。		＜基礎情報＞ 該当する箇所に○をつけてください		月／日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
		分娩回数	分娩方法	入院・退院・を記入											
		①初産 ②経産	①自然分娩 ②帝王切開	妊娠週数 産褥日数											
A項目：モニタリング及び処置等															
1	創傷処置 ※	0 なし	1 あり												
2	子宮収縮(産褥復古)測定 ※	0 なし	1 あり												
3	血圧測定	0 4回以内	1 5回以上												
4	出血量の測定(悪露含む)※	0 なし	1 あり												
5	時間尿測定	0 なし	1 あり												
6	内診 ※	0 なし	1 あり												
7	点滴ライン同時3本以上	0 なし	1 あり												
8	心電図モニター	0 なし	1 あり												
9	輸液ポンプの使用	0 なし	1 あり												
10	シリンジポンプの使用	0 なし	1 あり												
11	輸血や血液製剤の使用	0 なし	1 あり												
12	CTG ※	0 なし	1 あり												
13	間欠的胎児心拍聴取 ※	0 なし	1 あり												
14	沐浴指導 ※ 家族計画指導 ※ 栄養指導 ※ 家族支援 ※ 上記以外の計画に基づいた10分以上の指導	0 なし	1 あり												
15	(看護計画に基づいた)10分間以上の意思決定支援	0 なし	1 あり												
16	身体的な症状の訴え ※	0 なし	1 あり												
17	専門的な処置 ①昇圧剤・降圧剤の使用(静脈注射薬) ②ドレーナージの管理 ③破水時抗生剤の使用(静脈注射薬) ※ ④頸管拡張および陣痛促進剤の使用 ※ ⑤子宮収縮剤の使用(静脈注射薬) ※ ⑥硬膜外あるいは静脈内麻酔の管理 ※ ⑦麻薬の使用	0 なし	2 あり												
B：患者の状態など															
18	床上安静の指示	0 なし	1 あり												
19	寝返り	0 できる	1 何かにつかまればできる	2 できない											
20	起き上がり	0 できる	1 できない												
21	座位保持	0 できる	1 支えがあればできる	2 できない											
22	移乗	0 できる	1 見守り・一部介助が必要	2 できない											
23	移動方法	0 介助を要しない	1 介助を要する移動(搬送を含む)												
24	口腔清潔	0 できる	1 できない												
25	食事摂取	0 介助なし	1 一部介助	2 全介助											
26	衣服の着脱	0 介助なし	1 一部介助	2 全介助											
27	育児行動 ※	0 できる	1 見守り・一部介助が必要	2 できない											
28	マタニティブルー症状 ※	0 なし	1 あり												
29	授乳の自立※	1 できる	1 見守り・一部介助が必要	2 できない											

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

産婦人科医療提供と産婦人科医師育成システムの構築についての検討

研究分担者 櫻木 範明（北海道大学大学院医学研究科生殖内分泌・腫瘍学分野 教授）
研究協力者 山口 辰美、米原 利栄（釧路赤十字病院産婦人科）

研究要旨

2008 年に大学医局と市中病院勤務の産婦人科医の参加により一般社団法人 WIND（女性の健康と医療を守る医師連合）を設立した。この目的は大学と市中病院の連携により産婦人科医療体制の維持・向上ならびに専攻医研修・教育の充実にある。この組織の中で、総合周産期母子医療センター、婦人科腫瘍修練施設を中心に 8 施設をセンター教育病院として高度医療機能の集約化と若手医師教育体制の充実を推し進めた。その結果中核病院の人的充実と新たに産婦人科専攻医研修を開始する者の増加に結びつけられる可能性が示された。

しかしながら、地域の産婦人科診療体制そのものは未だに不安定である。道東地区では、H22 年 6 月に、釧路市で周産期医療についての市民公開フォーラムが開催され、同地区における助産師不足と、医師の偏在が問題としてあげられ、話し合われた。道東地区に産婦人科協議会を設立して地元での助産師育成を図ることの重要性や、羅臼など、医師、助産師不在の遠隔地については、IT の利用による妊産婦の医療関連情報の共有や Web 会議による迅速なコンサルテーション対応体制の整備が必要であることが明らかとなった。

A. 研究目的

医局の法人化が地域産婦人科医療体制の崩壊を回避することおよび産婦人科専門医をめざす専攻医の研修・教育の充実に有効であることを確認する。大学と市中病院の施設間連携により教育・診療の中核病院を充実し、このことをさらに地域産婦人科医療体制の発展につなげるために必要な行動内容を明らかにする。

B. 研究方法

法人の活動内容、法人組織全体の会員数の動向、市中病院（教育病院、関連病院）の勤務医師数の変化と診療内容の変化を調査する。道東地区をモデルにセンター教育病院が地域の産婦人科医療体制の中で果たしている役割の実状を調査する。

C. 研究結果

1. 医局組織の機構改革と法人化：法人化することにより社会から認知され、組織の使命・役割を社会に広く訴えていくことが可能となると期待され、2008年1月24日に北大産婦人科医局は法人の登記を行い、中間法人「女性の健康と医療を守る医師連合」（WIND）となった。法人では会員に共通した利益である勤務環境改善・研修体制の充実・研修会の企画・研究活動への支援など「公益性」を追求するとともに、地域社会への産婦人科医療提供や啓発活動など広く国民の利益を図る「公益性」を目指すこととしている。中間法人法の廃止に伴い2009年6月10日に一般社団法人へ移行した。
2. 総会：年次総会を毎年1回開催した。札幌と札幌市以外の都市で開催し、札幌市以外の場合には産婦人科医療に対する住民の理解促進を目的に市民向けの公開講座を行った。
3. 理事会：大学スタッフ、地域中核病院医長、女性医師代表、若手医師代表により理事会を構成し、地域医療と若手医師教育についての協議をおこなった。
4. WIND サマーセミナー：2008年9月に八雲町で第1回 WIND サマーセミナーを開催し、2009年7月にニセコ町で第2回、2010年9月に洞爺湖で第3回のセミナーを行った。対象は医学部生、初期臨床研修医である。第1回の参加者は5年目学生10名、6年目8名、研修1年目2名、研修2年目5名の合計25名にWIND関係者25名を加えた総勢50名であった。
5. 法人会員（社員）数：2008年1月の設立時の会員（社員）数は130名で、2008年4月には127名であり、2009年4月に133名、2010年4月に138名であり、2011年4月には146名となる見込みである。
6. 総合周産期母子医療センターおよび婦人科腫瘍専門医修練施設の充実：この組織の中で、総合周産期母子医療センター、婦人科腫瘍修練施設を中心に8施設をセンター教育病院として高度医療機能の集約化と若手医師教

育体制の充実を推し進めた。2008 年、2009 年、2010 年のセンター教育病院の配置人員数の推移は以下の通りである。市立札幌病院（10→12→13）、帯広厚生病院（5→7→7）、函館中央病院（6→6→6）、旭川厚生病院（7→7→7）、釧路赤十字病院（8→8→6）、手稲溪仁会病院（8→8→9）、北海道がんセンター（5→7→7）である。釧路赤十字病院の人員数減少は釧路赤十字病院と釧路労災病院産婦人科の集約化で一時的に増えた医師が退職したためによる。

7. 道東地区産婦人科医療体制：北海道の助産師数は、全体としては年々増加傾向にあるものの、道東地区は増加していない。釧路、根室地区の全助産師数は 78 名であるが、分娩担当はそのうち 57 名である。釧路赤十字病院の正常分娩の割合はおよそ 6 割であった。この分娩を助産師のみで取り扱うとなると、医師の負担は減るが、助産師数を考えるとまず厳しいだろうと考えられた。釧路市の周辺地区である、中標津町、別海町にはそれぞれ 2 名ずつ産婦人科医が勤務しているにもかかわらず、他科の事情もあり、分娩制限をしている。中標津町立病院では、H22 年から帝王切開が実施できなくなり、切迫早産の搬送は減少したが、代わりに胎児仮死の搬送が増加し、釧路赤十字病院の負担が増加している。
8. 道東地区周産期医療市民公開フォーラム：H22 年 6 月に、釧路市で周産期医療についての市民公開フォーラムが開催され、同地区における助産師不足と、医師の偏在が問題として取りあげられ、話し合われた。道東地区に産婦人科協議会を設立して地元での助産師育成を図ることの重要性や、羅臼など、医師、助産師不在の遠隔地については、IT の利用による妊産婦の医療関連情報の共有や Web 会議による迅速なコンサルテーション対応体制の整備が必要であることが明らかとなった。

D. 考察

法人化の目的は北海道における産婦人科医療提供体制の充実にあるが、それを実現するためには産婦人科医の労働環境・勤務条件の改善を図ると共に、若手医師に魅力ある研修を提供する体制を作り上げ、一人でも多くの若手医師が産婦人科の門をたたいてくれるようにしなければならない。初期臨床研修制度の導入により、これまでは個々の医師の熱意に頼っていた地域医療提供と若手医師教育をより系統的に組織的に行う必要があることが明らかとなった。法人

化により組織としての目的と事業内容は定款に明示され、法人の運営は会員の選挙で選ばれた幹事長（旧医局長）を中心とした執行部から提案される議案が理事会で審議され、実行に移される。理事会で選ばれる代表理事は全体を広く、長期的な視野で見渡して方向性を示す調整役といった役割を担うことが期待されている。法人化により各施設はそれぞれの努力により若手医師に魅力ある研修内容を提供することに必要性を認識するようになった。このような意識改革により組織全体として医師育成と医療提供体制の充実がさらに進むことが期待される。

中長期的には若手医師の増加により医療内容の充実、現場医師の労働環境の改善、研究面への人材配置の促進などが図られると期待される。短期的にはセンター教育病院のさらなる充実とともに周辺医療施設における産婦人科診療体制の確保に加え、助産師外来、あるいは院内助産所、助産院などによる出産施設の新設や充実が必要であろう。そのためには地域の医療施設、医師会、自治体などによる産婦人科協議会を設立して問題解決のための議論を行うことが必要である。その中でも優先課題として、助産師育成に重点を置くことや、羅臼など、医師、助産師不在の遠隔地については、センター教育病院と周辺施設間での IT の利用による妊産婦の医療関連情報の共有や、さらに大学や他のセンター教育病院との Web 会議による迅速なコンサルテーション対応体制の整備が考えられた。地域のセンター教育病院で若手医師を育成し、周辺病院へ派遣することも有力な方法であると考えられる。そのためには、産科のみならず、拠点病院で広い領域について全般的な研修ができる体制を整えることが望ましいと思われる。

E. 結論

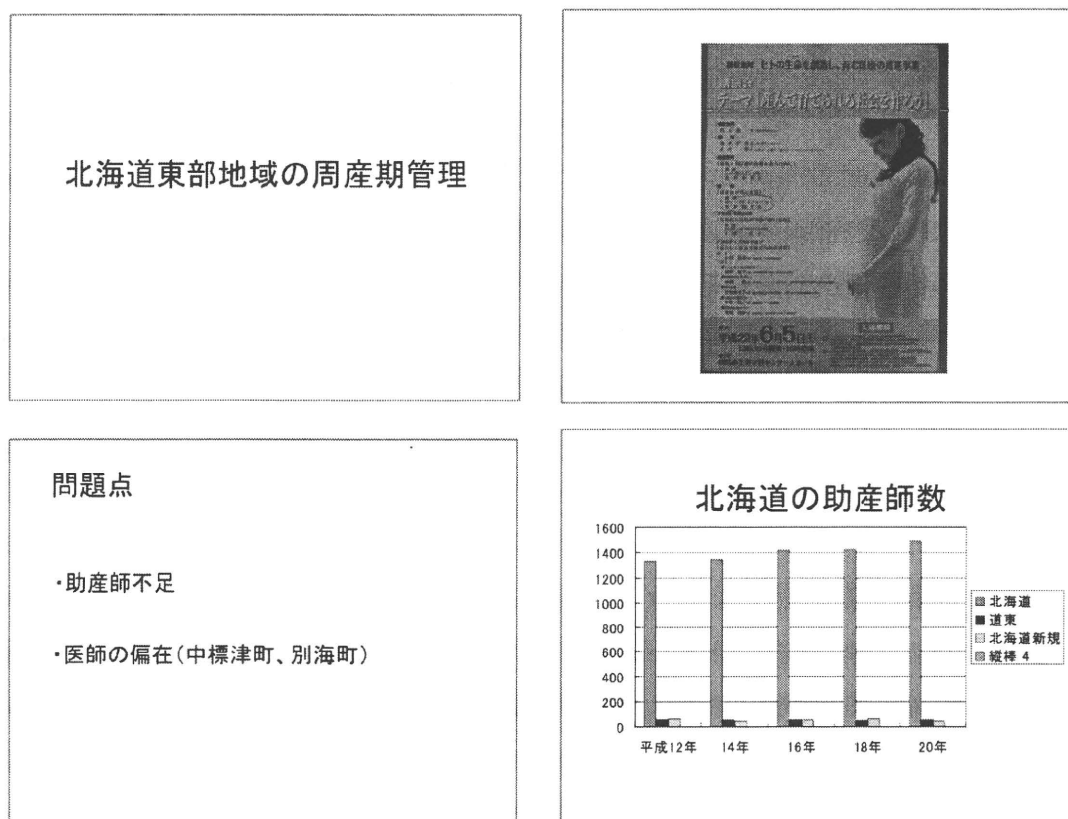
医局を機構改革して設立した一般社団法人 WIND はこの 4 年弱の活動を通して、若手医師に産婦人科医療の魅力を伝え、新入会員は順調に増加しており一定の成果を挙げたと考えられる。この間に地域の中核を担う総合周産期母子医療センターの人的充実を推進し、地域医療の維持・向上にも貢献できたと考えられた。法人化により大学と市中病院の連携強化を図り、産婦人科医師養成と地域医療充実をめざす試みの方向性は正しいと考えている。今後は地域の中核病院と周辺医療施設や自治体との協議会を設けて、IT 利用による情報ネットワ

ークの構築、助産師育成事業の検討を進める必要がある。

参考資料

1. 森 宏一郎. 日医総研ワーキングペーパー. 新医師臨床研修制度と医師偏在化・医師不足に関する調査：新医師臨床研修制度は医師不足を顕在化させたか. 日本医師会総合政策研究機構 No.166, 2008 年 6 月 10 日
2. WIND ニュース. 一般社団法人 WIND、北海道大学医学部産婦人科、第 1 号、2010 年 5 月
3. 米原利栄、山口辰美. 道東の実状と要望. 釧路地域 ヒトの生命を創造し、育む医療の推進事業講演会. テーマ「生んで育てられる社会を作ろう」. 2010 年 6 月 5 日、釧路市生涯学習センター

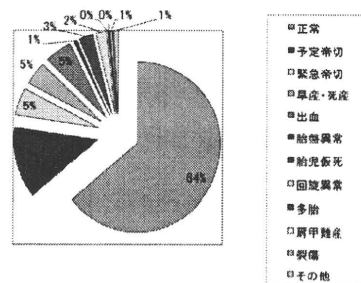
図. 道東の実状と要望（米原利栄、山口辰美）. 釧路地域 ヒトの生命を創造し、育む医療の推進事業講演会より.



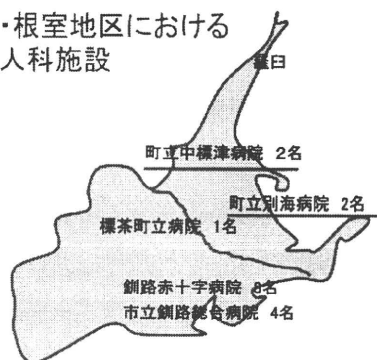
釧路・根室地域の助産師数

- ・ 釧路—60名 根室—18名
- ・ 分娩担当-57名、外来等-11名、看護師-6名、教育-4名
- ・ 釧路日赤-25名 釧路市立-14名など

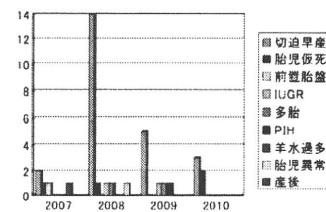
釧路赤十字病院での分娩



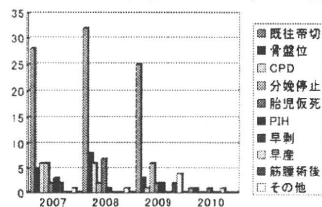
釧路・根室地区における産婦人科施設



中標津町立病院からの搬送

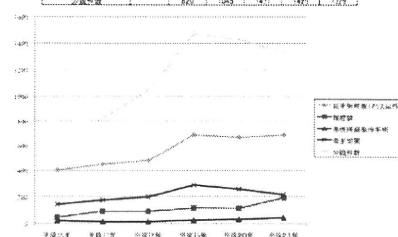


中標津町立病院での帝王切開



手術件数の推移

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
帝王切開	28	32	25	10	10	10
剖開手術	14	14	14	14	14	14
胎児死	1	1	1	1	1	1
胎児異常	1	1	1	1	1	1
胎児死	1	1	1	1	1	1
胎児異常	1	1	1	1	1	1
胎児死	1	1	1	1	1	1
胎児異常	1	1	1	1	1	1
胎児死	1	1	1	1	1	1
胎児異常	1	1	1	1	1	1



対応策

- ・ 助産師不足
 - 1) 地元での育成、産婦人科協議会設立
 - 2) 遠方ではIT使用
- ・ 医師の偏在(中標津町、別海町)
 - 1) 地方型の集約化
 - 2) 拠点病院での若手医師の育成
産科医療にかかわらず、全般的な研修が可能

北部九州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

平成 22 年度分担研究報告書

研究分担者

九州大学病院総合周産期母子医療センター 講師 福岡恒太郎

研究協力者 (50 音順)

浜の町病院産婦人科 (婦人科腫瘍外科)	部長	上岡 陽亮
浜の町病院産婦人科	看護師長	上野 恭子
福岡市立こども病院 産科	部長	月森 清巳
九州大学	名誉教授	中野 仁雄
九州大学大学院医学研究院保健学部門	助教	仲道 由紀
九州大学病院総合周産期母子医療センター	看護師長	山下 春江
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

研究要旨：

妊産婦が産科サービスにおける安全・安心と快適の両立を訴求している一方で、周産期診療施設の集約化が進んでいる。地域の産科サービスにおいて安全・安心と快適の両立をはかることを目的とし、1) 当院助産(師)外来受診妊産婦の満足度ならびに、福岡県における助産外来取り組みの実態調査、2) 分娩取り扱い施設が集約化されたことが診療に与えた影響に関する評価を行った。結果としては、1) 助産(師)外来における患者満足度は非常に高く、不安の軽減効果が発揮できていること、県下における助産(師)外来の普及が進んでいる一方、その標準化やガイドラインの浸透度は低いこと、2) 日本周産期・新生児医学会 母体胎児専門医研修施設に勤務する医師の約6割が帝王切開の適応や児の娩出時期が以前と変化し、その大半が帝王切開の適応は甘く、娩出時期ははやくなったと考えていること、その要因としては、医師の多くが医学・医療技術の変化や社会的(患者要求など)要因が大と共通して考えているが、医師不足、施設集約化や医師の意識変化が診療に与えた影響については意見が分かれていること、がわかった。産科サービスの安全性や質の担保のための施策をさらに進める必要があること、これまでの医師確保や医療資源適正配置のためにおこなった諸策が診療に与えた影響や、その短期的・長期的な予後への効果について継続して評価をおこなう必要性が示された。

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。我々は、本研究の先行事業である、平成 18-20 年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」で「患者様の視点から医師不足を考える」をテーマとして検討を行い、妊婦にとって、「距離・時間・利便性」は大変重要であり、医学的な理由をのぞけば、他の理由で施設を変更することは少なく、「安全」と「快適」の両立への要求が大きく、自分の基準で施設を選べることが、「満足」のために重要であることを明らかにしてきた。つまり、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受療者のニーズにこたえるものではないこと、集約化や医療サービスの供給能力が変化する中で、現行システム（独立組織の善意）での連携には限界があること、が示されたといえる。

一方、いままで分娩施設の集約化が診療にどのような影響を与えるかについては、システムや勤務時間などについての検討は行われているが、個別

の疾患への方針決定や予後についてはほとんど評価されていない。

そこで、本年度は、1) 当院総合周産期母子医療センターにおいて開始した助産（師）外来での基本的な健診に対する患者からの評価、今後地域の助産師外来との連携や標準化をはかるための準備としての福岡県における助産外来取り組みの実態の調査、2) 日本周産期新生児医学会 母体胎児専門医研修施設に勤務する医師に疾病胎児の分娩様式の決定や娩出時期について以前との変化やその要因についてのアンケート調査、を行った。

B. 研究方法

1. 助産（師）外来

1) 助産（師）外来に対する満足度

助産師外来開設以後平成 22 年 5 月 31 日までに当院助産師外来で妊婦健康診査を受けた妊婦 80 名に自作質問紙のアンケート調査（自己式無記名、資料 1-1）を行い、属性（年齢・結婚の有無・出産回数・育児経験、妊娠週数・サポート体制・身体的・精神的疾患の有無、助産師外来受診について（満足度、受診前後の妊娠に対する不安度、出産に対する不安度、育児に対する不安度）、医師による妊婦健診との違い（医学的安心感、待ち時間、受診時間、個人的な相談の容易さ）について質問し、回答を Student-t 検定、カイ 2 乗検定（P 値 0.05 未満を有意基準）にて解析した（図 A1, A2）。

2) 福岡県における助産（師）外来取

り組みの実態

福岡県内の有床産科施設 168 施設を対象（周産期センター10 施設、病院 24 施設、診療所 134 施設）に郵送法による自記式質問紙調査（資料 1-2）にて、施設の概要（設置主体、産科病床数、月間分娩数）助産外来開設状況（助産外来の開設状況、開設状況に関する理由）、助産外来での実施内容（運営状況：妊娠期・産褥期実施の有無、実施回数および時期、業務内容：妊娠期・産褥期の健康診査・ケア内容、基準（対象者、担当助産師、医師への報告）の有無、基準内容、診療報酬の有無および金額）、2009 年に厚生労働科学研究班により作成された「助産外来ガイドライン」の認知、について質問した（図 B1, B2）。

多肢選択の回答については項目ごとに集計し分析し、基本統計量の算出には統計ソフト SPSSVer. 17.0 を用いた。

2. 分娩施設の再編や集約化が診療に与えた影響についての調査

九州 8 県の、日本周産期・新生児医学会 母体胎児専門医研修施設（大学 11 施設、基幹（除大学）11 施設、指定 10 施設、補完 34 施設）（HP 掲載補完 1 施設は産婦人科診療停止にて除外）を対象に、自己無記名アンケート用紙計 430 枚を送付し郵送法で回収した（資料 1-3）。

調査項目は性別（男性、女性）、経験年数（5 年未満、5～9 年、10～14 年、15～19 年、それ以上）、勤務先（大

学病院、大学以外の総合・地域周産期センター、そのほか）、勤務地（県庁所在地か否か）、専門（もっとも興味のある）領域（腫瘍、生殖内分泌、周産期）の属性ならびに「5 年から 10 年前ごろと比べて、IUGR や形態異常等を出生前診断された児の分娩様式の決定や娩出時期について」の変化の有無について質問した。

さらに、変化有りと回答した場合には、変化が認められた部分（帝王切開の適応（甘くなった、かわらない、厳しくなった）、娩出時期（早くなった、かわらない、遅くなった）、娩出決定の容易さ（簡単になった、かわらない、困難になった））ならびに変化をおこす要因としての強さについての印象、変化の、医師・患者への影響、について質問した。

（倫理面への配慮）

助産（師）外来でのアンケート調査については、九州大学医系学部臨床研究倫理審査委員会において承認を受け実施した（「助産師による妊婦健診を受診した妊婦満足度及び実態調査」、承認番号 21-79）。他は対象施設に調査の主旨や倫理的配慮等について明記した依頼文を添付し、回答が得られたことをもって本研究に同意したものとした。

C. 研究結果

1. 助産（師）外来

1) 助産（師）外来に対する満足度

対象の属性は、年齢平均 31.2 ± 5.1