

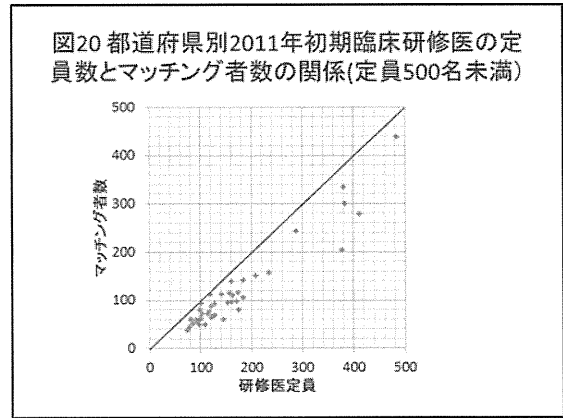
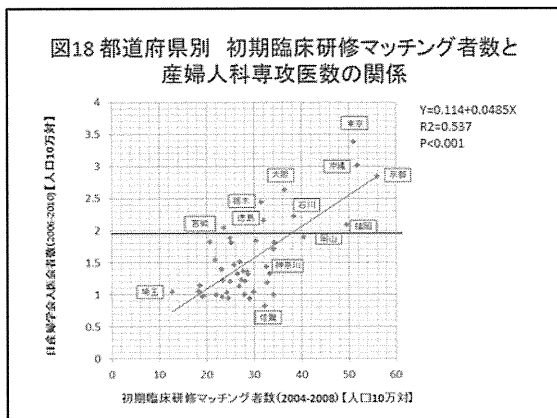
(エ) 医師臨床研修マッチング協議会のサイトのデータに基づいて、都道府県別 2011 年初期臨床研修医の定員数とマッチング者数の関係を検討した (図 19, 図 20)。初期臨床研修医の定員数と実際のマッチング者数には有意の相関が認められた。

【考察】

- 1) 日本産科婦人科学会 (日産婦) 会員数の分析: 女性医師優位の状況には変化は認められていない。この傾向を前提として、今後の産婦人科医の養成、勤務環境、産婦人科領域の医療提供のあり方等について検討を進めていく必要がある。
- 2) 新規産婦人科専攻者の状況: 増加傾向を示していた新規産婦人科専攻者数は頭打ちないし微減傾向を示していると考えられる。そして女性医師の占める割合が多いという状況には変化が認められない。日本産科婦人科学会が策定した「産婦人科医療改革グランドデザイン 2010」(3) では、20 年後の安定的な産婦人科医療提供体制の確保のためには、毎年の新規専攻医が最低 500 名は必要とされている。これを達成するためには

産婦人科専攻医をさらに増やす必要があるが、これまでの施策の単純な継続では、現在の伸び悩み状態から脱するのは難しいと思われ、さらに積極的な施策を展開する必要があると考えられる。

- 6) 産婦人科医師数の全体的な変化: 三師調査の結果からは、若年層を中心に微増傾向が認められている。産婦人科医全体でとりくんできている若手医師増加のための取り組みが奏効している可能性がある。男性医師は全体として減少を続けており、産婦人科医の微増傾向は、女性医師数の増加によって支えられているものと考えられる。
- 3) 都道府県別の地域偏在に関する分析:
 - (ア) 三師調査における主たる診療科が産婦人科または産科の都道府県別医師数の平成 18 年調査と平成 22 年調査の比較から、各地域における産婦人科医数の変動の実態の一端が明らかになった。産婦人科医の増加は東京、大阪を中心とする大都市圏の一部で著明である一方、東北地方及び九州では減少県が目立つ。最近の産婦人科医数動向の特徴は、全体としての微増と地域偏在の拡大ということになる (図



13)。

- (イ) この傾向は、病院勤務医に限定しても同様に認められる (図 14)。診療所医師では高齢化による引退に伴う全体としての減少傾向の中で、やはり地域間で大きな違いが認められ、東京における増加が顕著になっている (図 15)。診療所医師の増加は病院勤務医からの参入者数と引退者数によって決まる。増加地域については新規の参入者が多いと考えられる。注意すべきなのは、診療所医師が増加している地域と病院勤務医が増加している地域が重なっている場合が多いことである。一次医療を含む産婦人科医療体制全体の偏在が進行している可能性が考えられる。
- (ウ) 日産婦への都道府県別入会医師数の分析から、大都市圏における産婦人科医の増加は、特に東京、大阪、京都では診療対象となる人口の違いを考慮しても、他地域に比べて著明であることが明確になった (図 16)。
- (エ) 地域における新規産婦人科専攻医数に影響を与える因子：以下の 4 点を考慮する必要がある。
- ① 地域における産婦人科医の充足状態
 - ② 地域における初期臨床研修医数
 - ③ 医学部教育における産婦人科教育の内容
 - ④ 初期臨床研修における産婦人科臨床研修の内容

このうち、①については当面、基本的に充足している地域はないという認識でよいと思われる。②については、現行のマッチング制度の中で決定されており、一部の診療科の努力による増減は大きくなり得ないと考えられる。これに対して③④については、産婦人科医が当事者として改善しうるものである。②の因子がどのように産婦人科医数の地域偏在を関係しているかを検討する目的で、都道府県ごとの初期臨床研修医の定員及びマッチング者数と産婦人科新規専攻医数との関係について検討した。

- (オ) 都道府県別の初期臨床研修マッチング者数と、初期研修を終えて専攻診療科を選択する時期の産婦人科新規専攻医数との間には有意の相関が認められ (図 17)、地域における新規産婦人科専攻医の確保の上で、その地域の初期臨床県週研修医数が非常に重要であることが明確になった。両者を人口 10 万対の人数として標準化することによって、現行の臨床研修制度において、マッチング者数に地域間で大きな差が存在することが明確になった (図 18)。産婦人科の場合は、この差が初期研修後の後期研修医数の大きな要因の一つとなっていると考えられた。その一方で、5年間の人口 10 万対初期臨床研修マッチング者数が 30 人台前半であった地域における 5年間の人口 10 万対産婦人科新規専攻医数に

は栃木の 2.44 から佐賀の 0.82 ま
で 3 倍弱の幅が認められており、
地域の産婦人科新規専攻者数が、
初期臨床研修医数だけできまるわ
けではなく、産婦人科側の条件に
よって変動する可能性があること
を示していると考えられた。

(カ) 図 19、図 20 に示されているよう
に、都道府県の初期臨床研修マッ
チング者数は、研修医定員と相関
する。従って、各地域の初期研修
医の分布を均てん化するためには、
その人口比定員の幅をさらに狭め
る必要があると考えられる。

4) 地域における新規産婦人科医の安定的 確保のための方策

(ア) 本研究によって、地域における産
婦人科医数の変動に、産婦人科新
規専攻医数の変動が大きく関与し
ていること、現状は東京、大阪等、
大都市圏の一部で増加が認められ
るものの、多くの地域で減少が認
められており地域偏在が進行しつ
つあることが示された。そして、
地域における産婦人科新規専攻医
数を決定する因子として、人口当
たりの初期臨床研修医定員数およ
びマッチング者数の地域間格差の
存在が示された。その一方で、初
期臨床研修の段階でマッチング者
数が人口比でほぼ同一レベルと考
えられる諸地域で、産婦人科新規
専攻医数には大きな幅が認められ
ており、地域における産婦人科研
修体制の整備状況が影響している

可能性が示唆された。

(イ) 現在の新規産婦人科専攻医養成の
取り組みは、地域偏在の拡大をも
たらしている可能性があり、この
まま同様の施策を継続するだけで
は、地域偏在を解消することは非
常に困難と考えられる。現状は行
き詰まり状態と考えざるを得ない。
初期臨床研修医定員の地域間格差
についてはこれまでも徐々に改善
の方向で調整されてきているが、
今後もさらに格差を縮小する方向
で進めて行く必要がある。その上
で、産婦人科医の立場でも、新規
産婦人科専攻医の地域間格差の改
善のために、これまでとは異なる
アプローチが必要と考えられる。

(ウ) 新たな産婦人科医の育成方法の検
討

① 地域における産婦人科医獲得・
育成方法について：大都市
圏への集中、偏在という産
婦人科専攻医の現状を踏まえ
て、地域周産期医療提供体制
確保に必要な医療専門職の獲
得、育成方法について検討し
た。

1. 「撒水器方式」：現状では
産婦人科専門医を目指す
専攻医の配置に特に制限
はない。この状況を許容
せず、専攻医研修開始段
階で地域間のバランスを
考慮して適正配置を行う、
という方法が考えられる。
この場合、一定数の専攻

医が確保できれば、地域間のバランスがとりやすくなり、各地域での専攻医数の均てん化が可能となる結果、安定的な医療体制の構築が実現する可能性がある。しかし、初期臨床研修段階の専攻医候補者にとって、産婦人科選択の門戸が狭くなり、産婦人科志望者が減少する可能性がある。最悪の場合、大都市でも専攻医確保が困難になる危険性がある。

2. 「噴水方式」: 専攻医の大都市集中という現状を前提として、専門医取得後に再マッチングを行うシステムを構築する。大都市で専門医になり、その後、各地域で臨床経験を積みつつ、専門性を高めていくことになる。この場合、大都市集中という現状からの連続性を描きやすいという利点がある。現状のような大都市集中が持続すると、専門医資格取得後、安定した常勤職を確保することが困難になる事態も予測される。研修面でも経済面でもより好条件の地方病院への移動を促すシステムが必要と考えられる。し

かし、実際問題として、東京・大阪で専攻医研修を行った医師は、地方勤務を忌避することが多く、対象となる医師の数的確保が課題となる。また、地方には、大都市圏と比較して症例数が限定され、指導医が少ないため、専門性を高めるための研修機会を確保しにくいという課題があり、そのような実情の改善がこの方式が実現するための前提となる。

3. 「分散育成方式」: 地方の施設には、医療圏が限定されている限り、その研修内容が多様性に乏しくなるという課題がある。産婦人科医療の中でも、妊娠、分娩関連のcommonな病態とその対応だけでなく、高度先進的な技術領域の研修体制を整備しようとするれば、対象となる医療圏を大きくする必要はある。人口がそれほど多くない地域でも、研修指導施設が都道府県や大学関連の枠を超えて連携し、広域で各施設の特色を生かしバラエティに富んだ魅力ある専攻医プログラムを提示することができれば、大

都市圏と比較して、より良い研修条件を提示することが可能になる。その場合、地域と指導者の特殊性、適性を生かし、都道府県を超えたブロック内での競争、連携により、全体としての研修環境を確保する。地域としては安定した常勤職確保が実現しやすくなるとともに、研修者も地域での専門性を生かした開業の道が開ける可能性がある。しかし、このようなシステムは、その地域の指導者の資質に依存しており、指導者の負担が大きい。また、特定領域に特化した診療を行って専門性を高めることは、個別施設にとっては収益に直結しない場合があるなどの課題が考えられる。。

- ② 上記の3方式にはそれぞれ一長一短がある。専攻医研修開始段階で配置を調整する「撒水器方式」は、専攻医に受け入れられにくいと思われる。現実的には「噴水方式」と「分散育成方式」を組み合わせるのが現実的と考えられる、いずれの場合でも、地域における産婦人科専攻医研修とその後の、subspecialty 研修の魅力を高める努力が必要になる。

大都市で専門医になった医師については、大都市に居続ける必要のない受け皿を整備する必要がある。そのためには過度に現場に縛り付けられることのない、ある程度集約化された勤務環境が必要であり、地域において専門性を高める研修が可能な体制の整備が必要になる。

- ③ 産婦人科医の大都市集中は、地方の住民にとって深刻な問題だが、それが極端になれば、産婦人科医自身にとっても、自らの条件にあった職場の確保が困難になる等の不利益が生じるようになる。大都市ばかりでなく、地方でも基幹病院の勤務環境を改善するとともに専門性の高い診療を展開できる体制を整備することが、医師の安定的確保のために重要と考えられる。その意味で、全国の産婦人科医の職場の紹介斡旋を行う、合理的で（自らも専門家である）当事者が納得できる専門医レベルでのマッチングシステムを構築する必要がある。その場合、積極的な施設情報の公開が重要である。日本産科婦人科学会では現在、「JOBNET」事業として、会員向けに公的医療機関の求人情報提供を行っているが、今後は、アクセスを改善し、よりきめ細かい情報

提供を行うとともに、病院側、医師側双方にアドバイスする相談機能を構築する等の努力を行い、地域産婦人科医療提供体制の確保にさらに有用な事業となるよう発展させていくことが重要と考えられる。

【結論】

- 1) 日本産科婦人科学会の会員数と、医師・歯科医師・薬剤師調査結果の推移を分析し、地域における病院及び診療所、都道府県別の産婦人科医数の現状分析を行った。
- 2) その結果、平成 18 年から平成 22 年の間の産婦人科医の増加は、東京、大阪、神奈川等の大都市圏の一部に限局した増加を反映しており、全国的には、産婦人科医の減少が認められる地域が多数存在していることが明らかになった。産婦人科、小児科、救急等の診療部門はその過酷な勤務条件のため、地域における医師の不足が恒常化しており、これまでに多くの施策が実行されてきている。その効果もあり、産婦人科の新規専攻者は平成 18 年以降平成 22 年までは増加傾向を示してきた。しかし、そのような施策では、絶対的な総数の不足とともに存在している地域間の医師の偏在というもう一つの重大な課題を短期的に解決することには成功していないことが示された。
- 3) 都道府県別の初期臨床研修マッチング者数と新規産婦人科専攻医数の関係を分析し、初期臨床研修医の地域偏在が、産婦人科医の地域偏在の一つの要因と

なっていることが明らかになった。しかし、人口比でほぼ同数のマッチング者数でも産婦人科専攻医数には相当な幅が認められており、地域の条件も大きな要因と考えられた。地域での産婦人科医の養成方法について、「噴水方式」と「分散育成」方式という二つのシステムに関して新たな提言を行った。

- 4) 地域における産婦人科医療提供体制の安定的確保のためには、地域間偏在という問題への新たな対策が必要と考えられた。

【参考文献】

- 1) <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/33-20.html>
- 2) <http://www.jrmp.jp/suii.pdf>
- 3) http://shusanki.org/theme_page.html?id=75

表 1 日本産科婦人科学会 新入会員数 (各地方部会別・男女別)

	人口 2010	出生数 2010	2006	2007	2008	2009	2010	合計
北海道	5507456	40158	17	8	14	17	17	73
青森	1373164	9711	5	3	2	2	13	25
岩手	1330530	9745	6	1	1	4	4	16
宮城	2347975	19126	6	12	13	10	7	48
秋田	1085878	6688	2	3	5	4	6	20
山形	1168789	8651	1	1	6	8	6	22
福島	2028752	16126	5	5	0	3	7	20
茨城	2968865	23989	6	5	5	9	6	31
栃木	2007014	16473	10	13	9	6	11	49
群馬	2008170	16023	4	3	9	7	5	28
埼玉	7194957	59437	15	18	13	20	9	75
千葉	6217119	51633	18	11	17	13	17	76
東京	1.3E+07	108135	72	65	91	101	116	445
神奈川	9049500	78077	20	18	27	34	31	130
新潟	2374922	18083	3	6	4	5	7	25
富山	1093365	8188	1	1	4	6	4	16
石川	1170040	9602	1	7	4	8	6	26
福井	806470	6874	2	2	1	3	3	11
山梨	862772	6651	5	3	1	1	3	13
長野	2152736	17233	5	6	8	10	10	39
岐阜	2081147	16887	5	3	3	4	5	20
静岡	3765044	31896	5	11	16	12	14	58
愛知	7408499	69872	20	27	27	27	26	127
三重	1854742	15262	4	4	4	1	5	18
滋賀	1410272	13363	4	2	1	7	2	16
京都	2636704	21234	16	16	12	16	15	75
大阪	8862896	75080	28	43	48	60	54	233
兵庫	5589177	47834	6	14	7	19	22	68
奈良	1399978	10694	2	3	5	4	5	19
和歌山	1001261	7587	2	3	3	1	1	10
鳥取	588418	4790	2	0	3	1	1	7
島根	716354	5756	2	3	2	2	4	13
岡山	1944986	16759	6	3	10	5	13	37
広島	2860769	25546	4	2	5	6	10	27
山口	1451372	11551	3	5	3	1	3	15
徳島	785873	5904	2	3	5	1	6	17
香川	995779	8397	2	2	0	0	6	10
愛媛	1430957	11427	4	5	3	3	4	19
高知	764596	5518	1	1	1	3	2	8
福岡	5072804	46818	13	19	26	17	31	106
佐賀	849709	7640	2	1	1	2	1	7
長崎	1426594	12004	2	3	6	4	4	19
熊本	1817410	16246	2	4	3	6	2	17
大分	1196409	10072	4	2	2	4	0	12
宮崎	1135120	10217	4	5	0	2	2	13
鹿児島	1706428	15124	3	2	5	5	6	21
沖縄	1392503	17098	5	8	12	10	7	42
在外			1	0	0	1	1	3
合計	1.3E+08	1071179	358	385	447	495	540	2225

表 2

	人口 10 万対			人口 10 万対	
	初期研修医 マッチング数	日本産科婦人科 学会入会医		初期研修医 マッチング数	日本産科婦人科 学会入会医
東京	51.01	3.38	鹿児島	27.37	1.23
沖縄	51.71	3.02	千葉	23.26	1.22
京都	56.02	2.84	兵庫	28.02	1.22
大阪	36.35	2.63	岩手	24.88	1.20
栃木	31.44	2.44	鳥取	32.63	1.19
石川	38.37	2.22	宮崎	18.50	1.15
徳島	31.94	2.16	滋賀	26.80	1.13
福岡	49.54	2.09	新潟	18.19	1.05
宮城	23.51	2.04	高知	29.82	1.05
岡山	40.41	1.90	茨城	18.42	1.04
山形	24.90	1.88	埼玉	12.68	1.04
秋田	30.39	1.84	山口	24.12	1.03
青森	20.75	1.82	香川	27.92	1.00
島根	34.20	1.81	大分	21.90	1.00
長野	25.13	1.81	和歌山	33.96	1.00
愛知	33.97	1.71	福島	19.27	0.99
静岡	21.73	1.54	三重	19.09	0.97
山梨	26.89	1.51	岐阜	23.16	0.96
富山	25.70	1.46	広島	24.50	0.94
神奈川	32.50	1.44	熊本	29.00	0.94
群馬	23.11	1.39	佐賀	32.13	0.82
福井	27.65	1.36			
奈良	28.50	1.36			
長崎	33.23	1.33			
愛媛	26.49	1.33			
北海道	28.65	1.33			

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評価と助産師数算定の基礎研究—

研究分担者 遠藤俊子 京都橋大学看護学部

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

片桐麻州美 杏林大学医学部保健学科 教授

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

爪田久美子 聖隷浜松病院看護部 看護課長

中込さと子 山梨大学大学院医学工学総合研究部 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 京都橋大学看護学部看護学科 准教授

前田 一枝 京都橋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。今後と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である。

平成 21 年度は、助産師の能力強化研修の実施と参加者の評価を行った。平成 22・23 年度は（A）院内助産の普及課題と、助産師実践能力強化研修の評価に関する調査、（B）助産ケア必要量から算出する看護職員配置調査の 2 つの調査を実施した。その結果、院内助産システムに関する有用性は、システムを実施している医師や助産師ほど認めていた。また、研修内容はほぼ妥当と回答し、今後実施する希望は高かった。助産ケア必要量は、初・経産婦に差はなく、帝王切開褥婦は自然分娩褥婦より高かった。平成 23 年度には、このケア必要量から計算した看護職者の必要式を作成し、数式の妥当性を評価するための調査を実施した。この数式により、夜間を除く看護職員数の充足はできていたものの、助産師の充足は、産科単科、産婦人科混合、他科混合の順に低下していた。

2009～2011 年度（3 年間）の研究実施内容

年次	院内助産システム推進方略	助産師の必要数
2009（平成 21）年	助産実践能力強化研修モデル事業のモデル事業の実施と参加者評価	現状分析と助産ケア必要量項目の検討(日本看護協会と連携)
2010（平成 22）年	調査 A 分娩を取り扱う全国の病院・診療所の医師・助産師の管理者による院内助産システムの推進に関わる意識調査の実施 助産師の助産実践能力向上研修の評価調査実施	調査 B 総合周産期母子医療センター4箇所による 10 日間の助産ケア必要量の調査から、人数の必要度換算モデル式の作成
2011（平成 23）年	2010 年度調査の分析	全国の分娩を取り扱う病院を対象に、任意の 1 日の助産ケア必要量と看護職員数の実態調査し、看護職員数の充足状況を調査し、分析

3 年間の結論

21 年度

院内助産システムの推進は、着実に進んでいる。一方、進むことによる本システムの安全性の維持と、メリットが保証されるような取り組みが必要である。そのためにも、中堅助産師の助産実践能力向上研修の普及と、修了の認定の仕組みが急がれる。平成 22 年度から看護職員等、新人研修事業が開始する。助産師のキャリアパス・ラダーも考慮しながら、今後の周産期医療を担う人材を育てることが重要である

22・23 年度

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。

調査 B

- 1 総合周産期母子医療センター4 箇所連続する 10 日間の助産ケア必要量の調査から、以下の 3 点が明らかになった。
 - 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。
- 2 平成 22 年度の助産ケア必要量調査結果から看護職員数を仮定した、新生児 7 : 1、妊婦 10 : 1、分娩中(産婦) 1 : 1、自然分娩後 7 : 1、帝王切開後 0-1 日 4 : 1、帝王切開後 2 日以降 7 : 1 の算定式を用いて、全国の分娩を扱う病院 81 施設の看護職員充足率を調査した結果以下のことがわかった。
 - 1) 看護職員の 1 日当たり換算の理想看護要員配置数は充足率を満たしている施設が多い事がわかった。しかし、夜間の看護要員配置数については、充足率が 50%以下の施設が、44%存在した。
 - 2) 「充足率」、「充足感」の双方において、産科単科と産婦人科、その他の混合病棟で順々に低下している傾向が認められた。充足率と分娩件数で比較すると、今回の調査からは年間分娩件数が多い施設ほど、充足率が低い実態が明らかになった。
 - 3) 産科および産婦人科病棟では、助産師配置数と充足感に有意に関係が認められた。

平成 21 年度

院内助産システムを担う助産師の質的向上をはかるための標準プログラム（案）を
活用した研修の実施と評価

A 研究目的

院内助産システムを担う助産師の質的向上をはかるための標準プログラム(案)を活用した研修の実施を通じて、標準研修プログラムのブラッシュアップを図り、具体的な研修企画マニュアルを作成する。

B 研究方法

院内助産システムにむけた助産実践力強化標準研修プログラムのモデル研修の実施と評価

研究協力者からワーキンググループ（医師 2 名、助産師 3 名）を立ち上げ、プログラムの実施。募集により 44 名の研修参加者による実施、事前事後評価の実施。

平成 21 年 9 月 12-13 日、10 月 10-11 日 12 月 6 日の 5 日間（40 時間）

場所：岩手県盛岡市

岩手県立大学サテライトキャンパス

C 結果

助産師実践能力強化研修プログラム案作成のためのモデル研修実施報告

1) 研修目的

助産師のキャリア形成として、一定の能力を持つ助産師に対して研修を行い、「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助産実践が出来るための能力を強化する」ことを目的とする。

2) 受講参加数 48 名

3) 対象

産科領域における勤務経験が 5 年目以上で、分娩取り扱い件数が 100 例以上(帝王切

開の介助を含む)の助産師

4) 研修プログラムと内容^{資料1}

産婦人科医師と助産師からなるワーキンググループで検討した。これからの病院・医院で中心的に助産業務を推進する中堅助産師が対象であるため、周産期各期の正常・異常の判断能力、医師への報告や母体搬送へ移行する際の助産師の判断能力など、助産診断の実践力を強化するプログラム内容とした。

特に 21 年度は昨年の研修評価を活かし、岩手県という地域性やこれまでの岩手県内の助産師に対する各種調査結果も考慮した。

5) 研修の実際

助産診断に関する参加型・体験型の演習やコミュニケーション能力における自己理解や気づきのための体験型学習を取り入れたことで、効果的な学習ができた。グループディスカッション・グループワークでは、各自の迷いや不安、困っていることを共有できただけでなく、他施設の取り組みから具体的な工夫すべき点や、医師との関わり方など中堅の助産師としてどうあるべきなのかという課題も話しあえた。

6) 評価

受講生に研修開始前と研修終了後に、質問紙調査を行い、研修の効果や今後の課題を明らかにする。

(1) 調査内容: 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承諾を得た。

7) 調査結果

(1) 回収率

研修前の質問紙は100%。事後は平成20年度が36名(94.7%)で、平成21年度は48名(98.0%)であった。

(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は、両年度とも「自分の能力向上」が最も多く9割以上、次いで「新しい知識や技術の獲得」「今後の目標を明確化するため」「助産師の仲間作り」であった。受講

後の目的の達成度は、どちらの年度も9割以上が達成できたと認識できていた。研修時期や場所、講義内容や全体運営についてはどちらの年度も9割近くが「満足」していた。研修期間やグループワークは他の項目よりも満足度が低く、その理由として「じっくり

学びたい」「時間の不足」や「他のメンバーと もっと交流したかった」などがあった。

(3) 助産診断技術の自信度

周産期各時期の助産診断に関する20項目について、どの程度自信があるかを「自信がある」から「全く自信がない」まで4段階で尋ね、研修受講前後で比較した。その結果、20項目すべてにおいて研修受講直後に自信度の有意な上昇が認められた($p < 0.05$ が1項目、 $p < 0.005$ が4項目、 $p < 0.001$ が15項目)。また、研修後一ヶ月後は、直後の自信度よりは下降しているものの、多くの項目が受講前よりも依然有意な高い値を示していた($p < 0.05$ が4項目、 $p < 0.05$ が7項目、 $p < 0.001$ が3項目)。

(4) 中堅助産師としての今後の姿勢・意欲

「主体的に助産業務」「異常への対応」「助産業務が楽しくできる」「助産業務はやりがいのある仕事」「仕事を継続していく気持ちが強くなった」の5項目は、どちらの年度も受講生の9割が「そう思う」と回答していた。「医師との連携」も8割近くが「できると思う」と回答していた。

受講後の質問紙の自由記述では「よかった・充実していた・学びになった」「自信・自覚・意欲の向上につながった」などの記載がみられた。また、「助産師外来や院内助産システムで助産師がどこまで関わるか迷う。妊娠期の関わり方について情報や知識不足で不安」など迷いや不安、「やれることからやっ ていこう。」「助産師だからこそ出来ることを考えたい。」など今後への意欲も多かった。グループワークの感想では、他施設の助産師と交流を持てたことは「とてもよかった」「とても楽しく、他の人からパワーがもたらされた」「刺激になった。頑張っていきたい。」など肯定

的な感想が多くみられた。話し合いの時間がもっとほしかった、という声もあり、助産師同士の交流に対するニーズが高いことが伺えた。「師長や看護部長の理解と病院全体としての取り組みが必要、定期的な他職種との話し合いが重要」など今後に向けての意欲的な意見もみられ、助産師としての意欲が喚起されるものであった。

5. 考察

1) 院内助産システム推進のため整備すべき課題

院内助産システムを進めるにあたっては、院内助産システムを進めるにあたって整備すべき事項にまとめられる。「安全の維持とケアの質向上」が目標となる。

(1) ガイドラインの遵守

医師、助産師が共通合意できるガイドラインが必要である。本ガイドラインは、日本産科婦人科学会(2008)の示す「産婦人科診療ガイドライン」を参考に、病院・診療所に勤務する助産師が妊婦や褥婦の健診をどのように進めていくかの指針を示したものである。助産師の行う健診内容は、先行研究や日本助産師会の提示している開業助産所ガイドラインを参考に作成したが、本ガイドラインは、すでに開始されている助産外来実施施設で作成されている指針や基準を制限するものではない。究極的には、医療の安全性、適切性は実践する個々の医療人に委ねられており、医療チームの連携によって効果的に実行されるものだからである。

このガイドラインは固定したものではなく、本ガイドラインを基準にして実践すること。同時に院内助産システムの実施施設で行われていることに照合し、また調査や事例

報告などを通じて、ガイドライン自体の改訂を図っていくことが重要である。

実際、助産外来の実例報告においても、健診の回数、週数、利用者の基準、料金体系、所要時間などは施設でさまざまである。いずれもガイドラインを準用しつつも各施設の医師、助産師数や妊産婦の状況で対応を考えて安全と助産師のケアの効果を考えながら実施している点に着目して欲しい。

(2) 助産外来・院内助産機能評価の実施

院内助産システムの実施施設は増加して入る。しかしながら、安全の維持とケアの質向上のためには、一定の機能評価を取り入れることを推奨していく必要がある。安全は、個人的な能力も重要であるが、組織的なシステムエラーの観点から守る仕組みを取り入れていく。

(3) 中堅助産師のための助産実践能力研修と認定の必要性

各施設で院内助産システムを運用するために、助産師への研修や条件、能力を査定して、その任にあたっている。しかしながら、何処の施設に行っても、助産外来や院内助産の任にあたることの出来る助産師の能力を保証する認定が望まれる。

このことは、卒後のキャリアを通じて知識、技術、対人関係能力などの経験から評価することが妥当である。平成 22 年度から看護職などの新人研修の努力義務化が方向付けられたこともあり、新人研修に続くキャリアパスの整備が求められる。しかし、現在の院内助産システムを担う助産師の研修は、同時に進めていくことが重

要で、標準化モデル研修を実施などの成果を活かし、認定の仕組みを作ることが急務である。

(4) 助産師数と仕事に見合った処遇

就業場所別助産師数をみると、病院に66%、診療所21%である。ところがわが国の場所別分娩数は、病院、診療所共にほぼ半数であり、明らかに診療所の助産師数が少ない。一方、助産師数は、微増を続けているものの数の不足は否めない。院内助産システムが安定的なシステムになるためには、助産師数と仕事に見合う処遇が今後、検討されなければならない。

(5) 利用者の評価

利用者の異見としては、河合らのネット調査 賛成、許容まで入ると85%程度が認めており、国民への周知度も高い。しかし、助産師と話せる場の認識を聞くと、まだまだ話せる場があると認識している妊婦40%程度である。実際に助産師と接し、助産外来を体験した妊婦は満足度が高いことから、先の助産師の偏在の問題は課題であるといえる。

さらに、院内助産システムを活用した施設の産科統計などからもこのシステムが安全であることのデータの蓄積、公開も必要である。

2) 助産実践力強化標準研修プログラムのモデル研修の今後の方向性

受講生のほとんどが自己能力の向上を目的として参加し、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、自信度の自己認知度は、受講直後のみならず、研修一ヶ月後も受講前より高値を持続できていたことは、今回のような研修が、中堅助産師の知識や技術の向上に効果的であると評価できる。

2回の取り組みから、効果的な研修となるための条件として以下の項目が考えられる。

(1) 助産診断に自信がもてる最新の知識や技術の学習を取り入れた研修とする

これまで助産師は、医師主導の周産期医療の中で、妊産褥婦や新生児の診断を医師に依存してしまい、助産師として診断をする機会を持たない、あるいは、診断をしても医師に伝えることはなかった。そのため、経験5年以上であっても、助産診断に関する技術に「自信がない」と答える者が多い。助産師外来や院内助産システムでは医師との協働が不可欠であり、医師に助産師の判断を伝え、協議する場面も出てくる。エキスパート助産師の育成には、助産診断能力の向上につながる最新知識やスキルの学習は必須であり、そのための研修プログラムと適切な講師を精選することが重要である。ある程度の臨床経験を積み上げている助産師だからこそ、裏付けとなる最新の知識や、診断スキルの根拠を学ぶことで、これまで臨床で培ってきた実績を再認識することにもなり、助産診断に関する自信を向上させることができるといえる。

(2) 一方的な講義形式だけではなく、参加型、体験型の学習形態とする。

ある程度の実践能力を持った助産師を対象にエキスパートとしての能力を強化するための研修は、実践につながる知識や技術を「教える」ことも重要であるが、自信を持ち、助産師としてのプロフェッショナル・アイデン

ティティが確立されるよう「育つ」ための学習内容や学習方法の検討が必要である。

Bundura によって提唱された社会的学習理論では、ある結果を生み出すために必要な行動ができるという個人の確信や自信を“自己効力感 self-efficacy”と呼んでいる。“self-efficacy”は、自然発生的に生じるものでなく、①遂行行動の達成体験(自分で実際に行き、できるんだ、という成功体験を持つこと)②代理的体験(他者の成功体験を見聞き擬似的成功体験を持つこと、モデリング)③言語的説得、社会的説得(自分の行動や達成状況を自分で賞賛し、周りの人からも確認・賞賛されること)④生理的・情動的喚起(やり遂げたことによる感動や爽快感、高揚感等の自覚)といった情報や影響力によって個人が作り出していくものととらえられている。

CTG や超音波検査の診断の演習をして、その場で講師に評価してもらい、という参加型・体験型学習は、自分で実際に行き成功体験することであり、評価による喜びや嬉しさなど情動的喚起を経験することである。また、ロールプレイは他者の行為を観察するモデリングであり、自分で演じてみた助産師にとっては自己教示や成功体験となっている。そしてグループワークは、自己効力感を生み出す 4 つの体験がすべてふくまれるといえるだろう。自己効力感とは、その人間の行動変容につながる原動力でもある。研修を受講した助産師が「自分はやれる、自分の施設はこうすればもっと良くなる」という効力感や自信を獲得し、臨床の場に戻ったとき、エキスパートとして一歩ずつ前進していくためには、一方的な講義形式だけではなく、「育つ」ための参加型・体験型学習が重要で

ある。

(3) グループディスカッション・グループワークの時間を十分に確保し、施設を超えた助産師同士の交流の場とする。

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。研修では参加者同士が交流し、エンパワーメントができる時間を十分に組み入れていくことが重要だといえる。

(4) 職場を離れた数日間の研修とする。

ある程度の経験年数を持った助産師の場合は、勤務する場所を離れることで、自己の職場環境や助産師実践を客観的に眺め課題を明確化できる。また、他施設の助産師とも情報交換ができ、職場では言葉に出来ないさまざまな思いを表現し合う機会を持つことも、エンパワーメントに効果的だと考える。

(5) 助産師だけではなく医師や行政など他職種に認知される研修とする

これまで助産師の研修会は、個人の意欲や主体性に任された学習機会であり、勤務の都合がつかなければ参加できなかった。今回のように産婦人科医師と助産師が同じテーブルで企画し内容を検討して実際の講師も担当したり、事前に助産師研修に関する情報交換・検討会を開催し、行政、医師会、教育機関が一堂に集い、助産師研修の目的や内容を共有することは、助産師に対する医師や他職種の理解を高めるために重要であると考えられる。

(6) 勤務施設の理解が得られ、出張や派遣として参加できるようにする

助産師の実践力強化研修は数日間にわ

たるため、施設からの派遣や推薦で参加できることが望ましい。参加しやすさはもちろんであるが、施設から期待されて送り出されているということで、受講する助産師の責任感や意欲にもつながる。また、送り出した施設で受講した助産師の実践能力を活用することにもつながっていくと考える。

(7) 講師や研修を運営するファシリテーターの役割

教育は、看護と同様に人間と人間の関係の中に起こる事象である。教える側の熱い気持ちや相手にも伝わり、学ぶ者の向上心を掻き立てていくのである。講師やファシリテーター自身に、向き合う助産師を応援したい、成長して頑張ってもらいたいという情熱や、助産師は素晴らしい仕事、という思いがあるべきである。いくら中堅の助産師が対象であっても、さまざまな課題や悩みを抱えて研修に参加している。向き合うこちらが、研修の様々な場面で助産師たちを認め、肯定的なメッセージを自然に発するようであれば、助産師の自己効力感の向上、エンパワーメントにはつながらない。

3) 今後の研修普及上の課題

助産師実践能力強化研修を実施し、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助産実践が出来る能力を持つために必要な研修の内容や工夫点がある程度明らかにできた。

今後は産婦人科医師や臨床現場の声を

すくい上げ、中堅助産師の能力強化のために必須となる研修プログラムの標準化が課題である。また、受講生の知識や技術そして人間的な成長を、研修受講後にどのように評価していくかについても検討を重ね、将来の認定制度に向けたシステムを構築することも課題といえる。

今後各地で「助産師の実践力強化研修」が効果的に行われ、多くの助産師が施設内で自己の能力を十分に発揮して生き活きた活動ができるようになることを期待したい。そのことがひいては妊産婦の安全で安楽な妊娠・出産・育児を支援していく力に繋がるものである。

E 結論

院内助産システムの推進は、着実に進んでいる。一方、進むことによる本システムの安全性の維持と、本システムのメリットが保証されるような取り組みが必要である。そのためにも、中堅助産師の助産実践能力向上研修の普及と、修了の認定の仕組みが急がれる。平成 22 年度から看護職員等、新人研修事業が開始する。助産師のキャリアパス・ラダーも考慮しながら、今後の周産期医療を担う人材を育てることが重要である。

F 健康危険情報

なし

調査 A

院内助産システム推進ならびに助産師の能力向上のための研修に関する調査

A. 研究目的

平成 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病院・診療所の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。

B. 研究方法

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 2

(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。また、自由記述欄の回答は、院内助産システム推進にかかわる意見、研修に関する意見を各々 KJ 法を用いて、集約した。

（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。

C. 調査結果

1) 回収率：期限内の回収数は 1140 名の回収率 28%であり、有効回答であった 1118 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）。

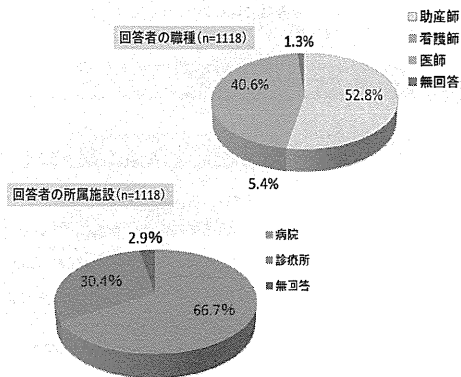


図1 回答者の職種と所属施設(n=1118)

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)。

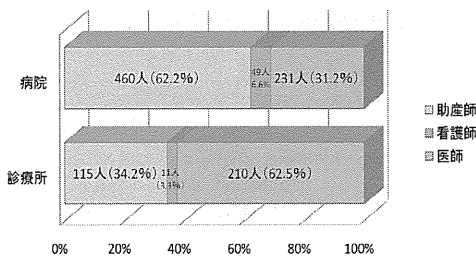


図2 回答者の病院・診療所別の職種(n=1076)

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)。

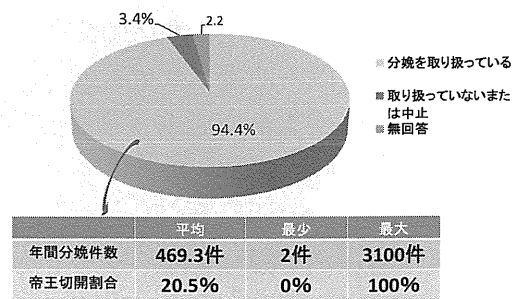
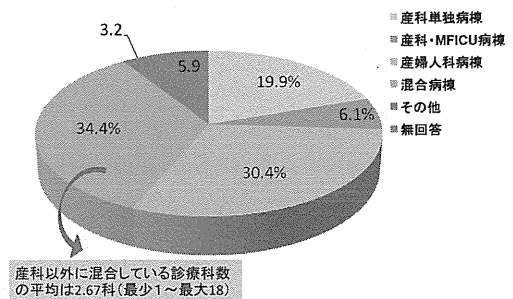


図3 回答者の所属施設の分娩取り扱い状況(n=1118)

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)。



産科以外に混合している診療科数の平均は2.67科(最少1~最大18)

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)。

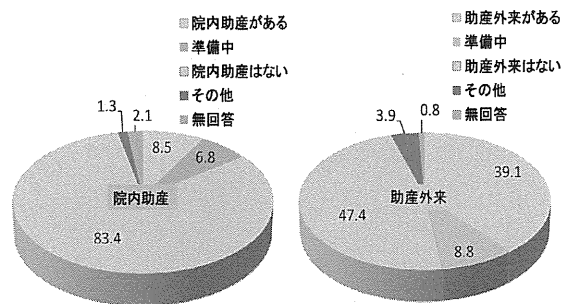


図5 回答者所属施設の助産外来と院内助産の取り組み(n=1118)

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)。

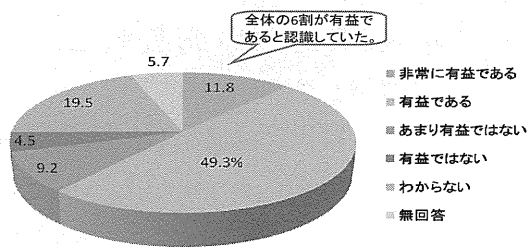


図6 周産期医療における助産師活用において院内助産システムは有益だと思いますか(n=1118)

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)。

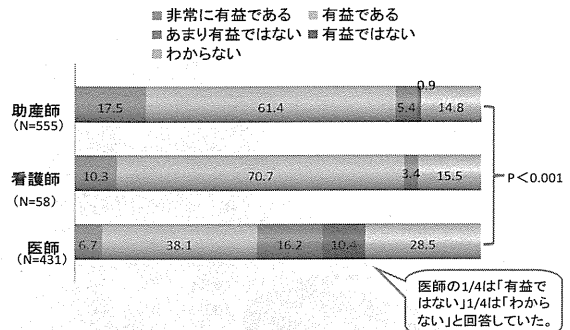
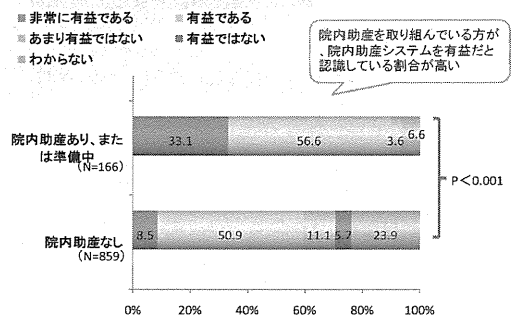


図7 周産期医療における助産師活用において院内助産システムは有益だと思いますか(n=1044)



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)

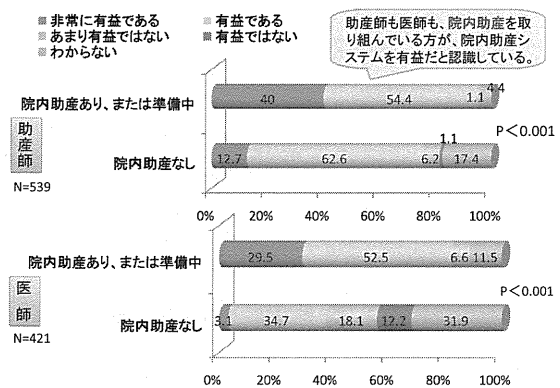


図9 「周産期医療における助産師活用において院内助産システムは有益か」の院内助産の取り組みの有無別・職種別回答割合

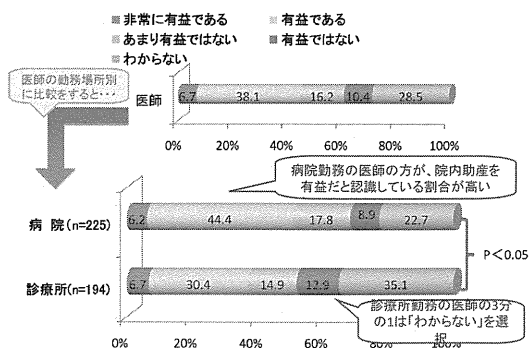


図10 「周産期医療における助産師活用において院内助産システムは有益か」: 医師の勤務場所別回答割合