

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）  
分担研究報告書

産科医療提供体制評価のための産科医師及び妊産婦を対象としたインタビュー調査

研究代表者	村松圭司	産業医科大学・医学部・公衆衛生学・准教授
分担研究者	木村正	大阪大学・大学院医学系研究科産科学婦人科学講座・教授
分担研究者	光田信明	地方独立行政法人大阪府立病院機構・大阪母子医療センター・副院長

研究要旨

産科医師確保計画の実効性を高めるため、地域の実情に応じた具体的な取組方法を提言するための知見を得るため、産科医師及び妊産婦の意識に関する調査を行った。産科医師については分娩取り扱い継続を促進する要因や、阻害する要因をキャリアの視点、医療安全の視点、医師自身の体力や生活の質の観点から分類した。また、分娩取扱医療機関の集約化や医師の働き方改革についての意見を聴取した。妊産婦については産科医療へのニーズを抽出し、産科医療の質の視点、産科医療のコストの視点、産科医療へのアクセスの視点から、それらの優先順位やその理由について分類した。産科医師調査では、分娩取扱の継続を阻害する要因として、医療安全や体力や生活の質が挙げられた。妊婦調査では、医療の質が最も重要視され、コストは最も重要視されなかった。今後のアンケート調査等で更なる分析が必要と考えられた。

A. 研究目的

医師不足等に対応した地域における周産期医療の確保については、産科医師の絶対数の減少や偏在といった既知のものに加え、医師の働き方改革への対応等の課題が指摘されている。医療提供側は以前より集約化による勤務条件の緩和を目指しているが、その成果は限定的であるとされている。都道府県は2018年の医療法改正によって2019年度末までに「産科医師確保計画」を策定することとされた。この計画の策定にあたっては、厚生労働省が「産科医師偏在指標」を公開したが、産科医師の働き方への考えや、地域による住民のニーズの違い等の質的な要因は加味されていない。そこで、本研究では産科医師及び妊産婦の意識に関

する調査を行い、産科医師確保計画の実効性を高めるため、地域の実情に応じた具体的な取組方法を提言するための知見を得ることを目的とする。本インタビュー調査の結果を元に、今後大規模なアンケート調査を実施する予定である。

B. 研究方法

本研究は産科医師及び妊産婦を対象とし、分娩取り扱い継続を促進する要因や地域における産科医療へのニーズを明らかにすることを目的とした、インタビュー調査による前向きな質的事例研究である。インタビュー調査は市場調査会社に委託した。具体的には、調査会社にモニターとして登録する医師及び妊産婦を対象に、選定方法に従って対象者の選定を行い、オンライン

会議システムを用いて半構造化面接を実施した。（インタビュー実施期間：2021年3月6日～3月11日）インタビュー時間は産科医師約90分、妊産婦約60分の予定で実施した。受領した逐語録等を用いて、産科医師については分娩取り扱い継続を促進する要因や、阻害する要因をキャリアの視点、医療安全の視点、医師自身の体力や生活の質の観点から分類した。また、分娩取扱医療機関の集約化や医師の働き方改革についての意見を聴取した。妊産婦については産科医療へのニーズを抽出し、産科医療の質の視点、産科医療のコストの視点、産科医療へのアクセスの視点から、それらの優先順位やその理由について分類した。本研究は産業医科大学倫理審査委員会の承認を受け実施した。（受付番号第R2-085号）なお、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、2021年1月の時点で緊急事態宣言が発令されていた地域の医師については、調査による負担を考慮し、対象から除外した。

### C. 研究結果

#### 【産科医師インタビュー】

表1に対象者の属性を示す。病院勤務の医師はどちらも周産期母子医療センターのある医療機関に所属していた。表2に対象者別の分娩取扱の継続を阻害する要因を示す。分娩取扱の継続を阻害する要因として、キャリアの視点では特段の意見は聴取されなかった。医療安全の視点では、医師数が少ないことによる安全性の低下が挙げられ、訴訟等によって分娩取扱を中止することがあるとの回答があった。体力や生活の質の視点では、診療所における当直医師の応援要請や助産師の確保が困難であることや、働き方に対する価値観の変化が挙げられた。また、育児と診療との両立が困難であるとの回答があった。その他の視点としては、診療所では対応が困難な事例の場合に

おける地域の連携体制が明確でないことや同僚との人間関係等が挙げられた。表3に対象者別の分娩取扱の継続を促進するための方策や、集約化及び働き方改革についての意見を示す。分娩取扱施設の集約化については、デメリットとしてアクセシビリティの悪化や、現在分娩を取り扱っている医療機関の収入減少、妊婦から見た場合の選択肢の減少が挙げられた。メリットとしては、標準化やリスク管理が容易になる、生活と仕事とのバランスが取りやすくなる等が挙げられた。働き方改革については、以前よりは長時間労働が改善されているものの、勤務間インターバル規制に対応するためには1医療機関における医師数が不足しているとの意見が聴取された。また、自身の生活を犠牲にしてまで産科医療を提供しようと考えている医師は減少しており、そうした考え方の変化を踏まえて上で施策を検討することが必要であるとの意見も聴取された。

#### 【妊産婦インタビュー】

表4に対象者の属性を示す。妊婦健診で通院している医療機関と異なる医療機関で出産する予定の妊婦は1名であった。図1に出産する施設を選択する理由とその順位を示す。医療の質、コスト、アクセス、その他について、優先順位やその理由についてインタビューを実施したところ、もっとも重要視されたのは「医療の質」であった。具体的には、医師数の多さや新生児科医の存在、帝王切開へ速やかに移行できる体制等が挙げられた。その理由としては不測の事態への対応が全員から挙げられたが、具体的に想定する事象はテレビ番組や知人の経験であった。また、不妊治療を経ての妊娠出産も理由として挙げられた。次に重要視されたのはアクセスであった。その理由としては、医療の質と同様に不測の事態が起こった場合に対応可能であるから

であった。許容できる時間距離は自動車の運転時間で30分であった。コストについては最も優先度が低かった。医療機関の選択に関して行政に望むこととして、一覧性のあるウェブサイトの構築が挙げられた。

#### D. 考察

妊婦アンケートからは、お産における質とは「何かあったら対応できる」という一文に集約されると考えた。医師アンケートからも、分娩継続を阻害する要因として、医師数が少ないことによる安全性の低下が挙げられている。しかしながら、両者が具体的に想定している内容には乖離があるように考えられる。この情報の非対称性を解消することが、産科医療提供体制を検討するにあたって、妊婦を含む地域住民も一体となった医療提供体制の検討に必要なのではないかと考えた。すなわち、「”何か”とはなにか」を明確にする作業が必要であると考えた。具体的には、指標として適切なEventの設定が必要となるが、例えば母体死亡のように約30,000分娩に1回発生するような非常にまれなアウトカム指標のみを設定するのではなく、その危険があったとされる妊産婦死亡ニアミス等を含むアウトカム指標の設定や、人員配置等のストラクチャー指標、Eventにどのように対応したか等のプロセス指標を組み合わせることが必要と考えた。更に、この検討は医学的見地に加え、妊婦を含む地域住民の視点も踏まえ総合的に進められることで、より浸透しやすい情報となると考えた。本年度の研究を踏まえ、情報の非対称性の具体化等を目的としたアンケート調査が必要である。

次に、Event（住民を含む幅広い利害関係者の協議に基づき設定された「何か」の具体的な定義）を明確にした上で、以下について検討する必要がある

あると考えた。具体的には以下の通りである。

- ・どの程度生じるのか、地域差はあるのか
- ・対応できる、医療機関の体制（医療機関規模、医師数、チーム、地域連携、働き方、等）はどのようなものか
- ・対応できる医療機関所在地と患者居住地との距離はどの程度か
- ・ヘルスコミュニケーションは十分か
- ・既存の統計情報等で表現することは可能か
- ・予防するためにはどの程度の予算が必要か

また、妊婦アンケートでは、アメニティや食事、施設の綺麗さ等の直接的な医療サービス以外の点も多く指摘された。いちがいにこうした点を批判することは利用者心理の観点から望ましくなく、むしろ行動経済学的な知見を活かし、提供体制のリモデリングの際に有効活用することが望ましいと考えた。更に、2000年に介護保険制度の運用が開始され社会全体で高齢者福祉を推進することとなったが、周産期の支援についても、更なる社会化が必要と考えた。今後、どのような内容について、どのような担い手が支援を行うことが望ましいかについて整理する必要がある。

#### E. 結論

インタビュー調査によって、今後のアンケート調査等で取り上げる内容に関する知見を得ることができた。

#### F. 研究発表

1. 論文発表  
なし

2. 学会発表

なし

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

# 表 1 産科医師インタビュー 対象者属性

	1	2	3	4
所在地	中国地方	北海道・東北地方	北海道・東北地方	北海道・東北地方
年齢	35	46	44	30
性別	男性	男性	女性	女性
医学部卒業後の年数	6～10年	21～25年	16～20年	3～5年 (後期臨床研修医)
現在の診療科	産婦人科	産婦人科	婦人科	産婦人科
主な所属施設の病床数	400～499床	1～19床	0床	500床以上
母子周産期センター	該当	-	-	該当
所在地	中国地方	北海道・東北地方	北海道・東北地方	北海道・東北地方
分娩取扱	現在も分娩を取り扱っている／ 担当している	現在も分娩を取り扱っている／ 担当している	過去に分娩を担当していたが、現在担当していない	現在も分娩を取り扱っている／ 担当している
具体的にどのような理由で分娩を取り扱わなくなったのか	-	-	子供ができて、夜間の宿直や呼び出しに対応できなかったため。	-
分娩取扱経験年数	8	20	8	3

## 表2 医師編 分娩取扱の継続を阻害する要因（まとめ）

分娩取扱の継続における阻害要因と考えられている要素	
キヤリア の視点	<p>【開業医の分娩取り扱い中止】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個人病院で1人で診ている場合、見落としの可能性がある＝訴訟リスク</li> </ul>
医療安全の 視点	<p>【開業医の分娩取り扱い中止】</p> <p>《体制の不備》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当直医師の応援要請が難しい、助産師が足りていないなど、医師1人での診療が厳しい状況《働き方の変化》</li> <li>・24時間、365日、常に待機が必要な働き方は避けられるようになってきた</li> </ul> <p>【ライフプランの影響】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・子供がいる場合、分娩を担当できる可能性が低くなる（時間的な制約）</li> </ul>
体力・QOLの視点	<p>【開業医の分娩取り扱い中止】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・分娩を取り扱う側として、異常があれば引き受けてくれる施設が明確でないと不安（たらい回しにされる問題が残っている）</li> </ul> <p>【産婦人科医の見解】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当直ができないなら産科なんてしなくて良いと言った見解を持つ医師たちが作る空気</li> </ul>
その他	

# 表3 医師編 分娩取扱の継続を阻害する要因（#1,2）詳細

	#1	#2
医師背景	まだ体力的に問題なく、訴訟問題も根底はコミュニケーションだと考え、分娩取り扱い継続における問題をリアルに感じられない	大学で上を目指す道を断念して、覚悟を持って開業産科医の跡を継いだ。1人でやるには余暇の楽しみを投げ出す/体力的にしんどいため、限界を感じている。 分娩取り扱い継続のため、今後はQOLを考えて取り組みたい
キャリアの視点	<ul style="list-style-type: none"> <li>産婦人科の中で管理職のポストに就くために特段の事情はないように感じる</li> <li>教授などのポストに就くには論文数や教育面が考慮される。産科は研究分野として盛んではないので、もしかするとキャリア形成が難しいかもしれない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>二大柱として周産期とオンコロジー領域があり、大体どの大学病院も主任教授はいずれかを専門にしている。女性医学、不妊治療で主任教授は見かけないので、キャリアが理由で産科が敬遠されることはない</li> </ul>
医療安全の視点	<ul style="list-style-type: none"> <li>助産師への指導でも、自身の診療でも訴訟リスクはある</li> <li>患者の不信感が訴訟原因。危険症例の多いハイボリュームセンターで訴訟が多いわけではない。過去訴訟は関係性に問題があるように思う</li> <li>不安をなくす努力をするしかない（教科書的な内容ではなく、症例振りのなどで成長していくしかない）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>訴訟リスクはあるが、昨今整形外科で術後しびれが起こっても訴訟になつていないのと比べると、そこまで訴訟のリスクが高いとは言えないかもしれない</li> <li>産科分野で一番訴訟問題につながるのは、新生児の死亡と脳性麻痺。ここ10年で産科学会がガイドラインを作成しているので、少なくともガイドラインに則ってやっていると訴訟のリスクは低くなってきていると感じる。産科医補償制度もあり、解決の選択肢が準備されていることも訴訟リスクが下がってきている要因だと思う。今となっては、言われているほど産婦人科の訴訟リスクは高くないという見解を持っている</li> </ul>
体力・QOLの視点	<ul style="list-style-type: none"> <li>まだ若いので大丈夫だと思っているが40〜50代になると生活習慣病とかで病院にかかる機会が増えるかもしれないので、気を付けたい</li> <li>常勤医が2人なら家庭と両立できる。子供の行事がある日は予め伝えて、夜中のお産の翌日は休んでいる。医師を派遣してくれる大学が近くにあることも大きい。バウクアツプ体制が弱い病院で2人だと多分しんどい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1人でやっている、自分のプライベートがなくなったり健康リスクが大きいと感じている。最低2人は欲しい。当院は助産師が充実しているので、365日、24時間、いつでも誰かいる。助産師に任せながら、外来が出来たりするが、<b>助産師が足りない医師1人の施設はもったいない</b></li> </ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域では、分娩を扱う開業医が医師の引退に伴って減ってきている。取り扱い数を制限したり低リスクのお産しか扱わないと決めている施設も多い。1人の医師にかかる負担や訴訟リスクが原因だと思う</li> </ul>	-



# 表3 医師編 分娩取扱の継続を阻害する要因（#3,4）詳細

#3	#4
<p><b>医師背景</b></p> <p>結婚を契機に予定していた産婦人科人生から、全く別の人生を歩むことに。結局分娩の取り扱いを諦める進路となったため、一歩引いたスタンスで分娩取り扱いの行く末を見守っている</p>	<p>キヤリアの初期において、周辺のロールモデルの存在に影響されながら、自分らしい産婦人科人生を歩みたいと希望に燃えている（現実的な問題にはこれらがちが当たっていきにくくなる）</p>
<p><b>キヤリアの視点</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・開業して産婦人科を経営することを考えると、分娩を取り扱わないと収入はかたがた厳しい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・大学教授でも周産期と生殖が専門だったりでするので、あまり関係ない</li> <li>・一番開業しやすいのは産科と不妊症分野</li> </ul>
<p><b>医療安全の視点</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・制度によって訴訟リスクが減るとは思わない。どちらかと言うと、患者は失敗されたことを疑い、懲罰的な意味合いで訴訟を起こす。逆に大野病院事件などで、何をどう頑張っても、患者にとって不幸な転帰が起ることが周知されたように思う</li> <li>・大学や大きな病院では、複数人で診ているが、個人病院で1人で診ている場合見落としていたりもする。また個人病院の方がクレームはつきやすい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訴訟の過去事例は、個人病院でのケースが多い印象。産科医療補償制度を使ったケースが、年に1回くらいレポートであがってくるが、個人病院で、帝王切開ができない状態で危ない処置をして、結果的に胎性麻痺が起ってしまったなど。また大きな病院の方が、設備が整っているところが多く、その場で治療が行われるので、家族にとっても透明性が高い</li> </ul>
<p><b>体力・QOLの視点</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・子供がいるかどうかで分娩を担当できるか違ってくる。子育てに時間を取られるので、仕事に全力投球できない。例えば開業したら、2〜3年は仕事にかかりきれいならないといけないが、子どもがいれば、それは難しくなる</li> <li>・産科医の中には、中途半端に産科を目指してほしくないという考え方の人がいて、<b>当直ができないのだったらもう産科なんてしなくて良いと言われる</b>。そう言われると、日中だけでも担当させてくださいとは言いたくない</li> <li>・新規開業でクリニック形態だと分娩を取り扱わないケースが増えている。そのような中で、分娩を取り扱っている高齢の医師が開院するとますます分娩取り扱い施設が減っている。多分、1人で開業すると、24時間、365日、常に呼ばれるので、<b>そういうのが敬遠されているのだろう</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・助産師が残らないことが課題。他の病院でも助産師が育たずに困っているところも多いのではないかと</li> <li>・地方は特に分娩取り扱いを中止する開業医が多く、後継者がいないという話はよく聞く。今の若い医師は、そんな、1人で、24時間、365日なんて、考えられないと思う</li> </ul>
<p><b>その他</b></p>	



# 表3 医師編 分娩取扱の継続を促進するための意見

	#1	#2	#3	#4
自由回答	<ul style="list-style-type: none"> <li>・妊婦健診の回数を減らし、医師の負担を軽減する</li> <li>・助産師の教育に力を注ぎ、医師の負担を軽減する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1人ではなく複数で対応できるようにシステムを作り上げることができれば、心理的な負担を軽減できる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訴訟リスクを減らす働きかけ（無事に出産することが当たり前ではないという啓発。リスクを認識していても、遠い世界のごとで、自分は大丈夫だと思っている）</li> <li>・助産師の増員（助産師でない看護師が内診し、因果関係のない分娩事故が起きた時、クリニック側が負けた事例あり/助産師の人員を確保、あるいは看護師でも内診可能にするなどが必要）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・給料をかなり高くする（特に医師が呼べない田舎）</li> <li>・分娩の費用を上げる</li> <li>・産婦人科医数を増やす（医局が権力をもっていた方が、地方の人手に困っている病院に派遣出来る）</li> </ul>
集約化のデメリット	<ul style="list-style-type: none"> <li>・車がないと移動できないエリアでは難しい。一部に集約されると、アクセス的にデメリットを被る人が出てくる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現在分娩を取り扱っている施設の収入源の取り上げに繋がる</li> <li>・妊婦から選択肢がなくなる</li> <li>・出産は人生の一大イベント。美味しくない食事、殺風景な病院で出産したくない人もいる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・分娩時、「なんでこんなことになってんの？」と言いたくなるような状況が出てこないか心配（日常的な部分も含めて、どう連携をとるかがカギになる）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・北海道では、2、3時間かけて妊婦健診に通うとか、自宅で何かあった場合、病院まで遠いという問題がある</li> </ul>
集約化のメリット	<ul style="list-style-type: none"> <li>・休みを取りながら適切な医療を提供できる</li> <li>・医療の質も平均化が出来、バラつきがなくなる（高度医療の提供にも繋がるとは考えられない）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>リスク管理（複数の医師で相談/新生児科医と連携なども含む）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・VPNを集約</li> <li>・安全性を高める（分娩センターだと輸血のツツクがスツクできる/個人病院で自分で麻酔して帝王切開するより、麻酔は麻酔科医、産科医はお産に集中する方が良い。看護師、新生児科医もいれば安全性はより高まる）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・設備が整備され、手術対応が迅速にでき、リスク確保もしやすい</li> <li>・病院の収益に繋がる</li> </ul>
医師のQOL（働き方改革）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現状でも当直の次の日は勤務はできないなど制約はあり、これが実はネックになる場合もある。お産自体は短時間で終わることが多いのに、トータルで24時間勤務ということにされてしまうと、次の日働けず、より人員が必要になる。そういう意味では人を集めて解決するしかないのかも思われる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師増員のため社労士と相談したが、雇用条件をきちんとすると、当直ありだと週に4日くらいしか働かないことになり、経営的に厳しい。ただ、自分も含め、医師のQOLを考えたら、働き方改革に則ってやった方が良いと感じている</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現状でも改善は感じる。以前は当直明け普通通勤だったが、今は当直明けは帰れる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1、2人でお産を担当する施設が想像できない。常に待機してないといけない働き方をしている人が今後確保できるとは考えられない</li> <li>・SNSで産婦人科医の発言をみると、自分の生活を大事にしたいと考えている人が多い。自分を全部捧げて地域産科医療に尽くす人が減っている</li> </ul>

# 表4 妊婦インタビュー 対象者属性

	1	2	3	4
年齢(才)	36才	30才	37才	30才
未婚	既婚	既婚	既婚	既婚
妊娠・出産歴	初産	初産	経産	経産
同居家族	夫 (36歳)	夫 (30歳)	夫 (39歳)、長男 (7歳)	夫 (34歳)、長男 (3歳)
居住地	中国地方	北海道・東北地方	北海道・東北地方	四国地方
職業	専業主婦	正職員 (公務員)	専業主婦	専業主婦
世帯年収(参考)	1000~1200万未満	600~800万未満	600~800万未満	200~400万未満
個人年収(参考)	200万未満	400~600万未満	200万未満	200万未満
妊婦週数	34	23	35	36
妊婦健診している医療機関	それ以外の病院 (お産が専門)	国立や市区町村立病院などの公立病院	国立や市区町村立病院などの公立病院	国立や市区町村立病院などの公立病院
出産を予定施設と妊婦健診施設は同じか	妊婦健診で通院している施設と同じ施設で出産予定	妊婦健診で通院している施設とは、別の施設で出産予定	妊婦健診で通院している施設と同じ施設で出産予定	妊婦健診で通院している施設と同じ施設で出産予定
出産予定施設	*	開業医、クリニック	*	*
妊婦健診施設とは別の施設で出産予定の理由	*	里帰り出産を予定しているため	*	*
出産予定施設について、この施設で出産しようと決められた理由	近隣である (複数ある中で選んだ) /シヤロー・トイレ付の個室、食事が豪華など、施設の特徴的なサービス/産科・小児科が併設されている (出産後も継続して診療してもらえる/診療急時の/ツクappa体制がしっかりしている/先生やその施設の評判・口コミ/出産時、出産後の特別なケアや教室開催などのサービス (無痛分娩やカンカルーケア、産後ケア教室など)	近隣である (複数ある中で選んだ) /シヤロー・トイレ付の個室、食事が豪華など、施設の特徴的なサービス/救急対応など、緊急時の/ツクappa体制がしっかりしている/先生やその施設の特別なケアや教室開催などのサービス (無痛分娩やカンカルーケア、産後ケア教室など)	近隣である (複数ある中で選んだ) /産科・小児科が併設されている (出産後も継続して診療してもらえる/診療急時の/ツクappa体制がしっかりしている など、緊急時の/ツクappa体制がしっかりしている	最初に妊娠確定の診断のために訪れた施設では分娩を取り扱っていないかった/産科・小児科が併設されている (出産後も継続して診療してもらえる/診療急時の/ツクappa体制がしっかりしている/先生やその施設の評判・口コミ)

# 図1 医療の質、コスト、アクセスの優先順位

## ✓ 最も重視されたのは「質」



- 医師数が多い、NICUや難病を診る新生児科がある、帝王切開に移行可能など医療的な質に関係する要素と並んで、医師や看護師が優しい、親しみやすいなどの要素もあがった
- 妊婦が「何かあった時」「万が一の時」に想定する事象は、TVで観た、知り合いの経験を聞いたレベルであることが多く、実際にどのようなリスクがあるか理解していない（または知らない）可能性が示唆された
- 妊婦が考える医療の「質」とは何を指すのか？どの程度情報格差があるのかは今後検証されるべきポイントである
- 「質」についての情報が浸透すれば、分娩施設の集約化等への理解が進む可能性が示唆された

## ✓ 次に重視されたのは「アクセス」と「その他」

- 「アクセス」は、通院負担の軽減と、「質」と同様の考え方で「何かあった時」「万が一の時」に近い方が安心だと考えから重視された。この場合も「質」と同様に具体的なリスクを理解した上で抱く不安ではない可能性が示唆された（具体的なコメントとしては破水したら焦る、車の中で産んだか聞いたので近い方が安心などがあつた）
- 「アクセス」で、妊婦が突発的な事象に対応可能だと考えていたのは30分以内であつた（この時間を伸ばすには、起こりうるリスクと対応までに必要時間についての啓発が必要と考えられた）
- 「その他」は自分の理想の出産を叶えたいとこだわりの関係していた（「無痛で産みたい」「明るくアットホームな雰囲気の中で産みたい」など）
- 「その他」で母親教室やスタニョカ教室などあげた妊婦も、その目的は妊婦同士、または産まれてきた子供同士の交流が本来の目的であつた

## ✓ 最も重視されなかったのは「コスト」

- 「出産にかかるコスト」を知らない妊婦が多い可能性が示唆された（そもそも調べていない/自己負担額だけ調べた、など）
- 出産育児一時金があるためそれほど多くの実費が必要ではない/施設間で差がないという知識が妊婦に浸透し、「コスト」はそもそも出産施設選びの相上にあがっていない（エスヤや豪華な食事がある施設の費用は除く）

出産における「質」=どのようなリスクがあり、安全に産むためには何が担保されるべきなのか  
という点について妊婦の現状知識を把握し、必要に応じた啓発をする必要がある