



資料1

周産期医療体制における 助産師の活用

公益社団法人 日本看護協会
福井トシ子

周産期医療体制における助産師の活用

1. 院内助産システム
2. 産科混合病棟
3. 助産師の偏在、院内潜在助産師と助産師出向システム
4. 周産期医療機能強化と地域母子保健の連携強化

院内助産システム

現状と課題

- 平成16年度より日本看護協会において「安全・安心で快適な妊娠・出産に関連したケア提供体制整備」を検討し、院内助産・助産外来の普及を推進
- 「妊産婦の多様なニーズへの対応」「医師負担の軽減」等を目的に、平成21年から国においても推進
- 助産外来は増加しているが院内助産は微増【参考資料4】
- 開設の課題として「助産師数」「助産師の自信・意欲」「助産師の経験」「設備的要因」「料金設定」「医師の理解・賛同・協力」「助産師の勤務形態の整備」等が挙げられている。【参考資料6】

院内助産システムの推進

院内助産システムとは

病院や診療所において、保健師助産師看護師法で定められている業務範囲に則って、妊婦健康診査、分娩介助並びに保健指導（健康相談・教育）を助産師が主体的に行う看護・助産提供体制としての「助産外来」や「院内助産」を持ち、助産師を活用する仕組み

➤ 助産師の役割

- ・医師との役割分担・連携のもと、ガイドラインに基づいたチーム医療を行う。
- ・すべての妊産褥婦やその家族の意向を尊重し、個々のニーズに応じた助産ケアを提供する。
- ・特にローリスク妊産褥婦に対して、妊婦健康診査、分娩介助並びに保健指導（健康相談・教育）を助産師が行う。

院内助産システム

院内助産システムによるメリット

●チーム医療の推進・医師の勤務負担軽減

□『助産師数が増加した病院の産科・産婦人科医師は、助産師数が減少した病院の医師よりも、入院診療にかかる業務負担が軽減したと認識している割合が3.5ポイント大きい』

□『助産師が増加した病院の産科・産婦人科医師は、助産師数が減少した病院の医師よりも、勤務状況が“よくなっている”“どちらかという良くなっている”と認識している割合が5.4ポイント大きい

「病院勤務医の負担軽減の実態調査」平成20年度診療報酬改定結果検証部会 保険局医療課調べ

●妊産婦の満足度向上

□妊産婦には『質問しやすい』『励まされる』と認識されている。

□診察時間を十分に確保できる

ベビカムと河合蘭氏(出産ジャーナリスト)によるweb調査結果から【参考資料8】

□『いざという時、必要な医療が受けられる』『生活のこまごましたことを相談できる経験豊かな女性がいる』『優しい言葉やスキンシップ』

□『助産師の関わるケアは「時間的ゆとりがあって、安心できた』

「河合蘭氏(出産ジャーナリスト)：「院内助産システム推進フォーラム」

●助産ケアの質の向上・助産師のモチベーション向上

□助産師が専門性を発揮することで、ケアの質が向上する

□対象者の個々のニーズに応じたケアを提供することで、対象者の満足度の向上につながる。

「院内助産システムの普及・課題に関する調査」平成21年度日本看護協会【参考資料7】

【助産師の活用①】

院内助産システムの例

A病院 バースセンターの例

総合周産期母子医療センターとして、母体搬送を受け入れている

- 病床数：一般床 36床 MFICU 9床 NICU 15床
- 分娩数：約1300件、母体搬送件数：約250件、正常分娩後入院日数：6日（母児同室）
- スタッフ：医師 19 名 助産師 65 名 看護師 1名（平成26年4月現在）

【助産外来】

医師の負担軽減を目的に平成17年8月開設

- 対象：26週以降の正常妊産婦
- 日時：週2日 9:00～17:00
（完全予約制 1人30分）
- 内容：①医師の妊婦健診と同様
②バースプランの作成・保健指導
③産前母乳相談・育児に向けた指導
- 健診料：7000円
- 担当者：経験5年目以上の助産師
（母親教室・健診エコーができる助産師）

＜助産外来利用者数＞



H25年：2635人

H26年：3502人 の利用者がいた

【助産師の活用①】

院内助産システムの例

A病院 バースセンターの例

【院内助産所（バースセンター）】

助産師外来とともに、「安心・安全・自然・快適」をコンセプトとして、産科医・小児科医との役割分担と協働によって、安心・安全な分娩が提供できることを目的に平成25年4月開設

- 対象：①正常な妊娠経過、②本人の希望がある
③夫（パートナー）の同意がある
④単胎であり、医師より経膣分娩可能と判断されている
⑤妊娠36週0日～41週6日

- 担当者：助産師経験5年目以上
分娩介助件数100例以上

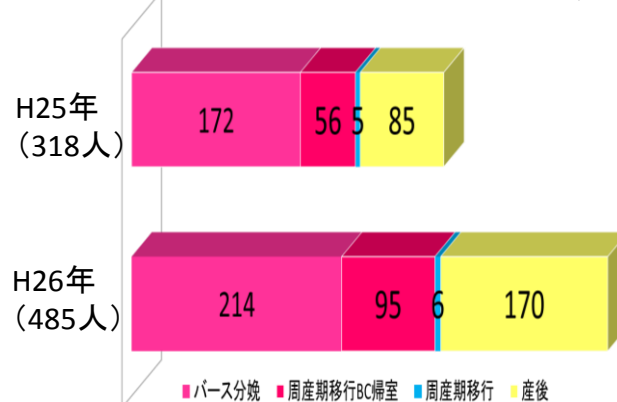
会陰裂傷縫合教育の講義・演習修了し、
医師立会いのもと会陰裂傷縫合を5例実施

産婦人科部長の判断により認定された助産師、NCPR「一次」コース認定者

- 医師が介入する産婦：薬剤投与、会陰切開と裂傷、ハイリスク分娩への移行時

- 退院後支援：育児サポート外来、1か月健診、母乳外来

＜バースセンター入院者数＞



【助産師の活用①】

アドバンス助産師

アドバンス助産師とは

「自律して、院内助産・助産外来を実施できる能力を有する助産師」

アドバンス助産師到達要件

- 妊娠期の健康診査: 200例以上
- 分娩介助: 100例以上
- 新生児の健康診査: 100例以上
- 産褥期の健康診査: 200例以上
- プライマリーケース: 20例以上
- NCPR受講
- CTG受講
- 子宮収縮促進剤
(輸液ポンプ使用含む)
- 助産記録に関連した研修
- フィジカルアセスメント受講
(脳神経、呼吸循環、代謝系、新生児)

アドバンス助産師の育成

- 到達要件を満たすためにも、助産師が分娩介助や妊婦の健康診査の経験を積む必要がある。
⇒助産師出向システムの活用
- 病院だけでなく地域の診療所、助産所の助産師等、全体のレベルアップと連携強化を図る必要がある。
⇒地域すべての助産師への研修環境提供

産科混合病棟

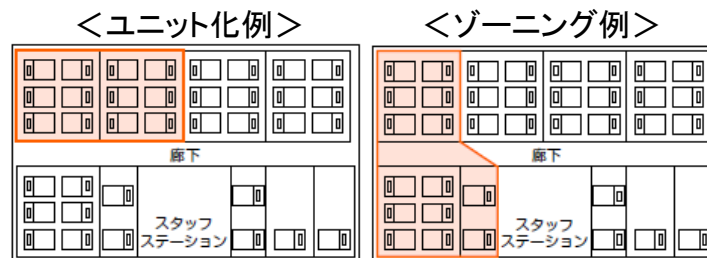
現状と課題

- 少子化を背景に、産科と他科の混合病棟が増加している【参考資料9】
- 産科混合病棟では、最大12科の混合病棟がある【参考資料10】
- 産科の母子と、他科患者が同じ病室に入院している【参考資料11】
- 産科混合病棟では、新生児のMRSA感染症率が高いことが報告されている【参考資料12】
- 助産師が、同時に産科と他科患者を受け持っている【参考資料13】
- 他科患者へのケアを、産後の母親へのケアより優先せざるを得ない

ユニットマネジメントの推進

ユニットマネジメントとは？

ひとつづきになっている産科混合病棟の一部を産科専用「ユニット」を設ける、もしくは産科だけのための区域を「ゾーニング」する。その区域内は産科患者(母子)のみが入院し、また産科患者のみを受け持つ助産師を配置する病棟管理方法。



⇒母子に必要な出産・育児環境
⇒ユニットマネジメントを進めることで、
院内助産所に近づく

【助産師の活用②】

産科混合病棟のユニットマネジメント

B病院の産科混合病棟のユニットマネジメント例

●病棟病床数 37床

産科6床、婦人科・眼科及び他科10床、小児科21床

●病棟の区分け

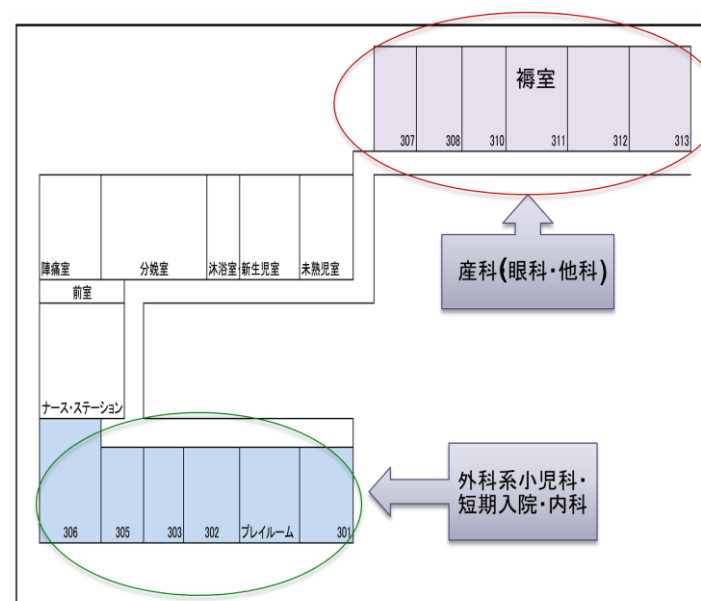
産科褥室はトイレに近い311号室と決め、空床があっても褥婦以外は受け入れない。311号室が満床の場合は、312号室や個室を使用する。

●他科患者受け入れルール

- ①褥婦と他科の患者は同じ部屋にしない
- ②感染症患者の受け入れは極力避け、必要時個室対応とする
- ③重症患者やターミナル・認知症の患者は避け、日常生活動作が自立していてナースコール等で自分の意思を伝達できる患者を受け入れる
- ④小児内科の夜間入院を中止

●業務分担

- ・褥婦担当は、褥婦と新生児のみを担当する。
- ・褥婦は可能なかぎり、助産師が担当する。



大切にしていること

- ・母子の安全
- ・質の高い看護の提供

助産師の就業先の偏在是正

現状と課題

- 現在、日本には助産師の配置に関する明確な規定がない。
- 医療法施行規則第十九条、2の二において、「産婦人科又は産科においてはそのうちの適当数を助産師とするもの」とされているが、明確ではない。
- 助産師は現在、一般病棟入院基本料における看護職配置基準に従い、看護師と助産師を区分されずに配置されている。
- 周産期医療体制整備指針では、助産師の配置については「MFICUの全病床を通じて常時3床に1名の助産師又は看護師が勤務していること」としており、助産師のみの配置とはされていない。

助産師の配置・必要人数

助産師の必要人数

日本看護協会では、平成23年より助産師の配置について検討し、平成26年度に助産師の「必要人数算出方法」を提案した。

助産師の必要人数は、以下の4点から算出している。

1. 助産師の業務量
2. 分娩件数
3. 妊婦のリスク
4. 助産師の年間総労働時間

「助産師の必要人数算出に関する提案」平成27年3月、日本看護協会

⇒助産師の適切な配置を見直し、助産師の活用につなげる

助産師の就業先の偏在是正

現状と課題

- 総合周産期、地域周産期、一般病院にはそれぞれ一定の「ハイリスク」と「ローリスク」妊産褥婦がいる。【参考資料14】
- 分娩件数が同程度あるに対し、就業助産師は診療所に29%、病院に71%と就業助産師の偏在がある。【参考資料15】
- ハイリスク妊産婦・新生児が増加しており、周産期母子医療センター等では正常分娩の介助経験が積めない助産師が多い。
- 指導できる助産師がいない等、助産学生の実習場の確保が困難になっている。
- 産科病棟の閉鎖などで院内潜在助産師がいる。【参考資料22】

助産師出向システムの推進

助産師出向システムとは？

助産師出向とは、現在の勤務先に身分を有しながら他施設で助産師として働くものであり、その目的は助産師の就業先の偏在や地域の周産期医療体制の確保への貢献、助産実践能力の強化と、助産学生の実習場の確保等がある。助産師出向は、決して人員調整のために行われるものではない。

- ⇒ 全ての妊産褥婦と新生児に助産ケアの提供するために、助産師の就業の先偏在是正
- ⇒ ハイリスクからローリスク妊産褥婦の助産実践能力向上によるよりよいケアの追求
- ⇒ 助産学生の実習環境の確保

【助産師の活用③】

助産師出向システム

厚労省委託事業 平成25年度・26年度助産師出向支援モデル事業
平成25年度調整マッチング・平成26年度出向実施

助産師出向支援モデル事業成果

●平成26年度1都12県において、**40名**の助産師が出向した

●出向元と出向先施設数*()内は助産師数

	総合周産期母子医療センター	地域周産期母子医療センター	病院	診療所	合計
出向元施設	12 (19)	6 (6)	10 (15)	0 (0)	28 (40)
出向先施設	1 (2)	5 (5)	16 (20)	9 (13)	31 (40)

●出向先の分娩介助例数

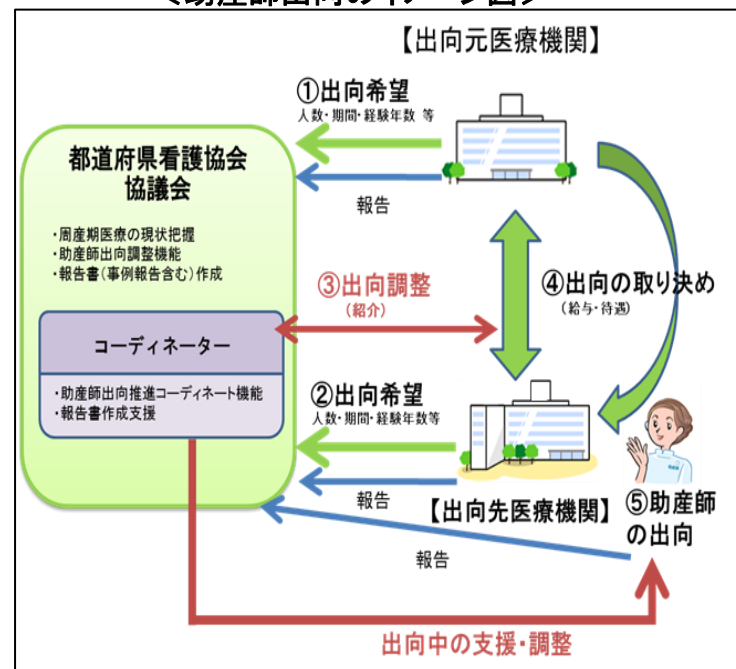
- ・1～6ヶ月出向した18人⇒平均31.7例(0～65例)
- ・6ヶ月～1年出向した16人⇒平均28.4例(10～66例)

●出向によるメリット

出向元: 助産実践能力の向上、地域(施設間)連携、地域貢献、モチベーションの向上等

出向先: 出向元施設の管理方法等を学べる、マンパワーの確保、スタッフの指導、妊娠褥婦へのケアの充実等

＜助産師出向のイメージ図＞



【助産師の活用③】

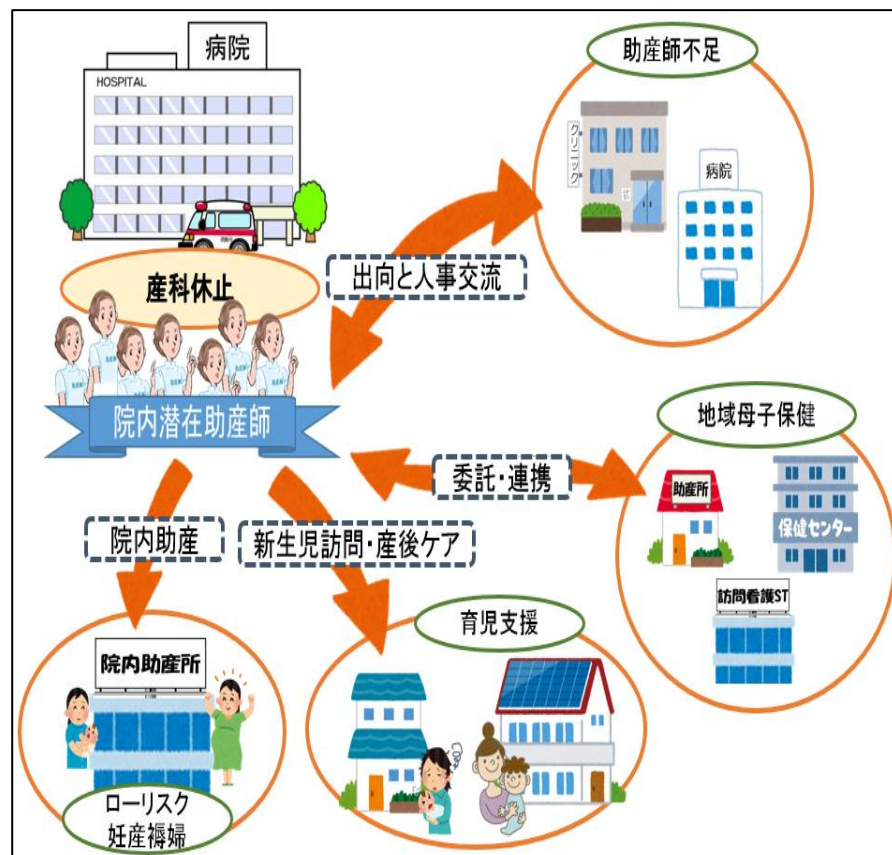
地域における助産師の活用

病院の助産師を地域で活用する

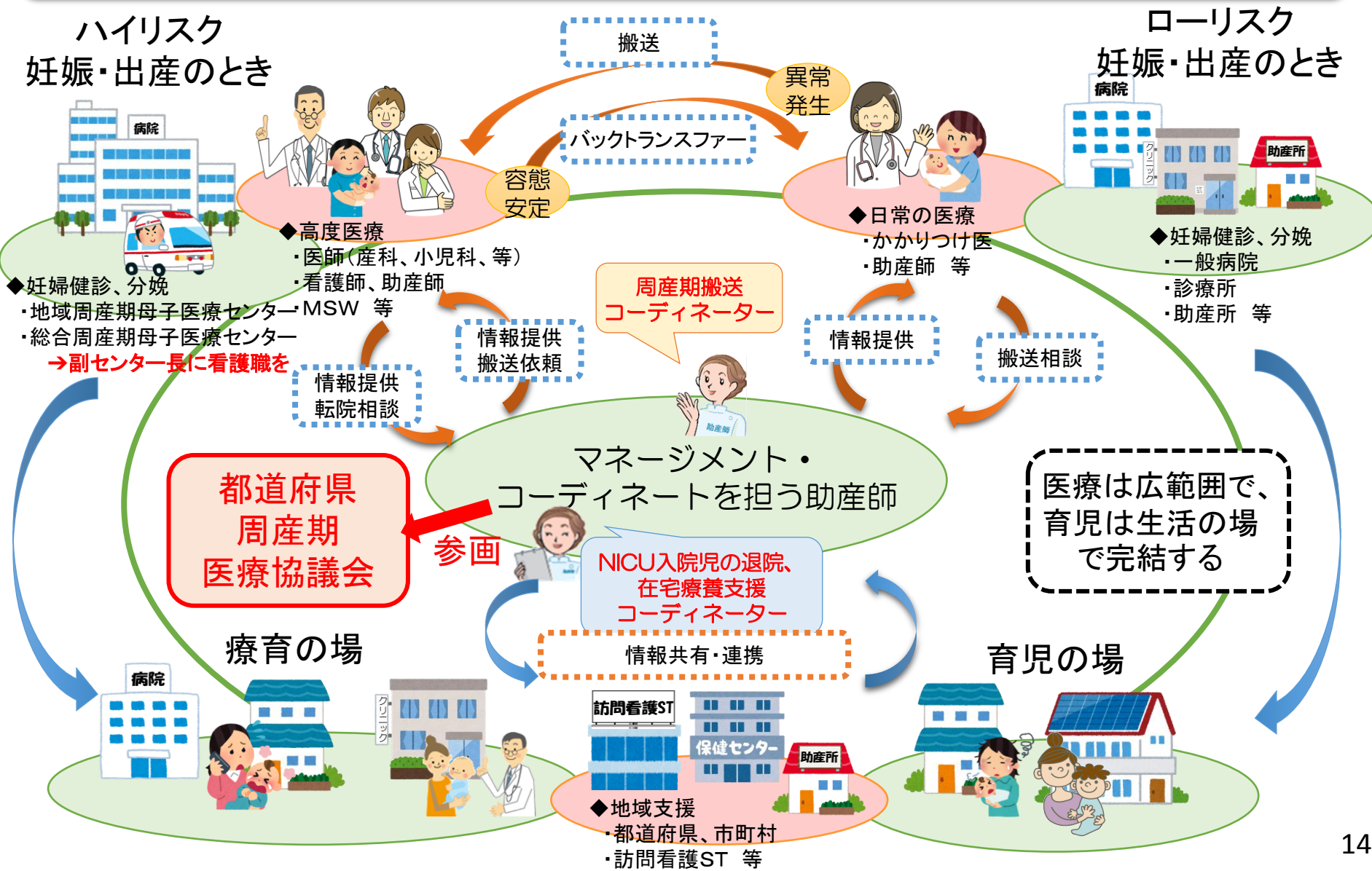
●病院に就業している／院内潜在助産師を、地域の母子保健強化に活用する。

- ・助産師が不足している分娩取扱い施設への出向
- ・地域の保健センター、訪問看護ST、開業助産所と連携し、地域母子保健の強化に活用
- ・地域の母子への支援として、新生児訪問や産後ケアの充実に活用
- ・教育現場への出前授業に活用

⇒地域の活動も含めた助産師の配置、助産師の必要人数を検討していくことが必要



周産期コーディネーターとしての活用



分娩環境の改善と助産師の活用を図るための方策(案)

1. 地域のニーズに応じて、出産環境を確保し、産科医勤務負担軽減に資する院内助産システム(院内助産所・助産外来)を整備する。
2. 産科混合病棟をユニット化し、母子および入院患者の療養環境を整備する。
3. 助産師出向システムを推進し、助産師の就業先偏在による課題(助産学生の実習場確保困難、院内潜在助産師等)の解決を目指す。
4. 総合周産期母子医療センターの看護職を活用し、周産期医療と地域母子保健の連携を強化する。

参考資料

公益社団法人 日本看護協会

周産期医療体制整備に対する 日本看護協会の考え方

- 地域の実情を踏まえながら、限られた資源を最大限活用し、総合周産期、地域周産期の機能整理と強化を図るとともに、一般病院の分娩取扱施設の機能整理に貢献する。
- 産科医及び関連職種、病院、診療所、助産所の連携強化を図り、出産環境確保に貢献する。
- 在宅療養支援が必要な子どもと母親、家族の支援が切れ目なく支援できる体制を地域の中で構築する。
- 周産期医療に関係する職種の質向上に貢献する。

参考資料 目次

1. 院内助産システム	.....	19～24
2. 産科混合病棟	.....	25～29
3. 助産師の偏在	.....	30～37
4. 院内潜在助産師	.....	38
5. マンパワー	.....	39～40
6. 助産実践能力向上の取り組み	.....	41
7. 助産師出向事業等	.....	42～47
8. 日本看護協会の取り組み	.....	48

院内助産所・助産師外来

【院内助産所※】

緊急時の対応ができる医療機関等において、正常経過の妊産婦のケア及び助産を助産師が自立して行うもの

【助産師外来】

医療機関等において、外来で、正常経過の妊産婦の健康診査と保健指導を助産師が自立して行うもの

※医療法第2条でいう助産所には該当しない

<背景>

- ・医師不足・分娩施設の減少への対応
- ・妊産婦の妊娠・出産・育児に対する多様なニーズ

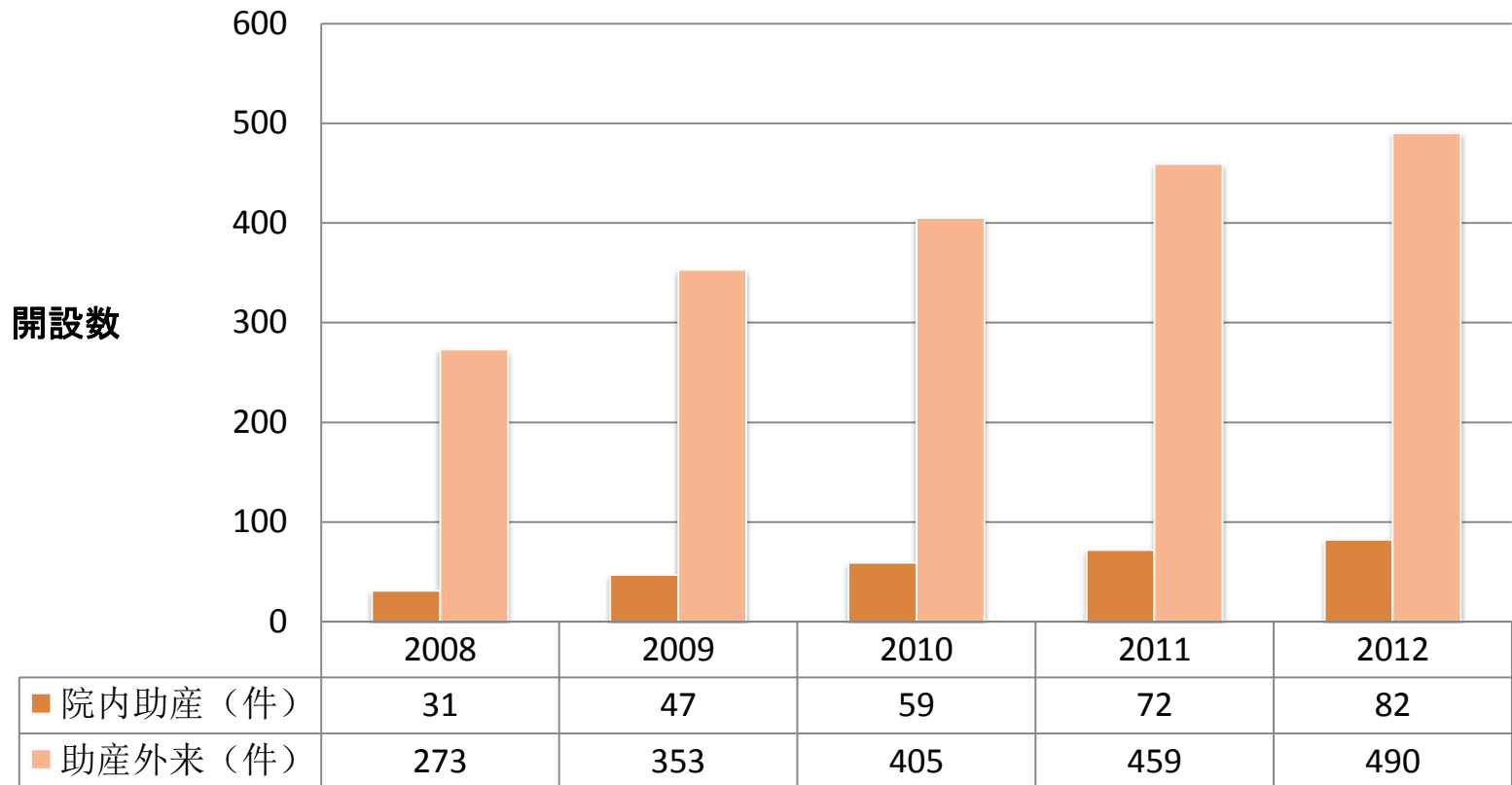
<推進の目的>

妊婦の多様なニーズに応え、地域における安全・安心・快適なお産の場を確保するとともに、産科病院・産科診療所において助産師を積極的に活用し、正常産を助産師が担うことで産科医師の負担を軽減する。



院内助産・助産外来開設の推移

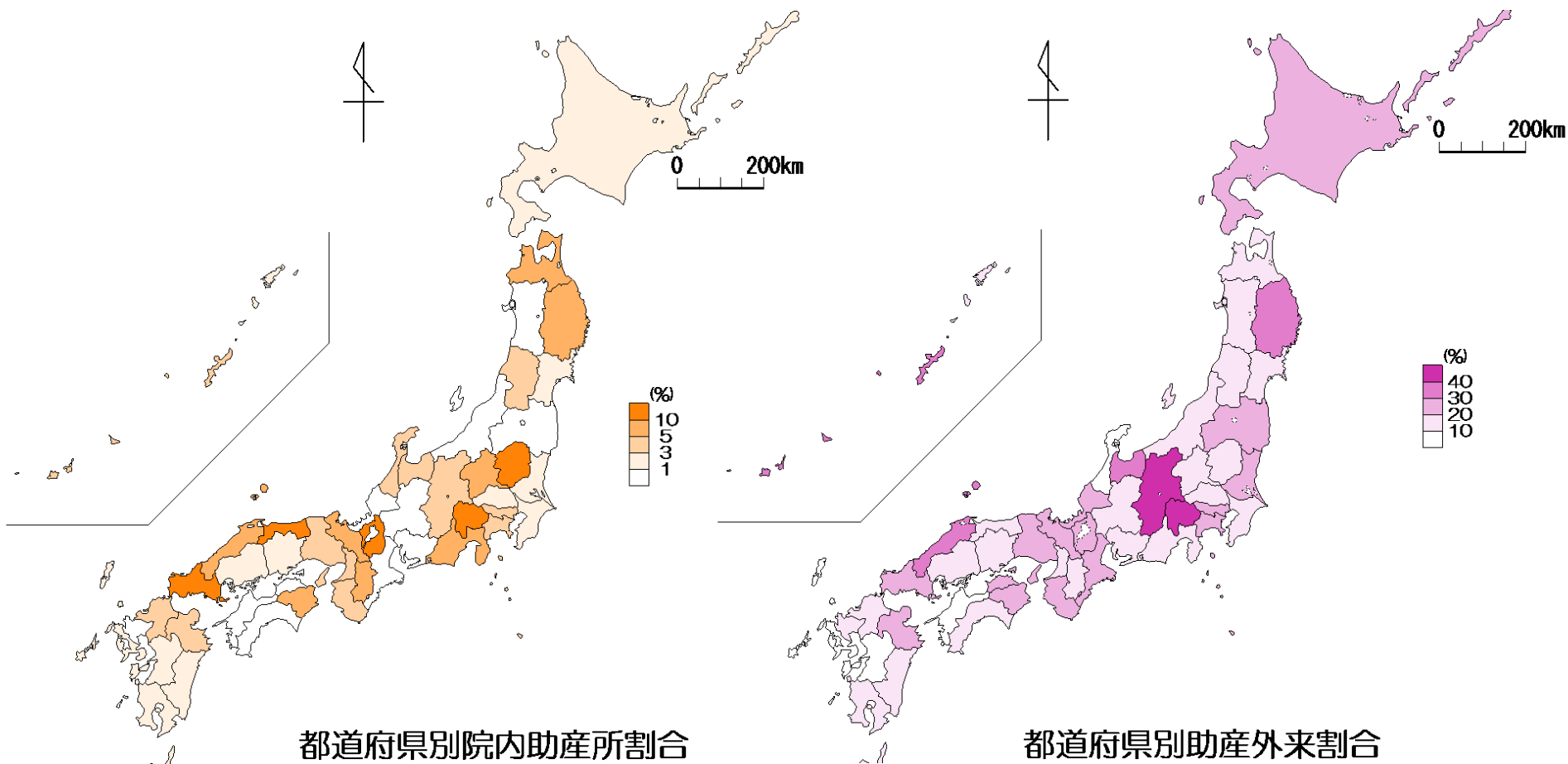
●助産外来や院内助産の設置数は増加しているものの、大幅な増加はない



厚生労働省 医政局 看護課調べ

都道府県別 分娩取り扱い施設（病院＋診療所）における 院内助産および助産外来の実施施設割合（平成24年時点）

- 院内助産実施施設割合で、もっとも高いのは、滋賀県（13%）、鳥取県（13%）、山梨県（13%）。
実施していない県は、秋田県、福島県、新潟県、福井県、岐阜県、愛知県、三重県、香川県、愛媛県、
高知県、佐賀県。
- 助産外来実施施設割合で、もっとも高いのは、長野県（46%）、次いで山梨県（40%）。



※設置件数は平成24年4月1日現在。

※割合計算方法：割合＝院内助産所設置数（助産外来設置数）／分娩取り扱い施設数

院内助産所施設数・助産外来施設数（厚生労働省医政局看護課調べ） 分娩取り扱い施設数（周産期医療の広場より）

平成21年度「院内助産システムの普及・課題に関する調査」①

調査対象：全国の約9,000病院（WAMネットデータ）のうち、診療科目に産婦人科・産科を有する病院
1566力所の看護管理者（看護部長）

調査時期：平成21年9月

調査方法：自記式調査票の郵送配付・郵送回収

回収状況：有効回答数657（有効回答率42.0%）

助産外来開設の課題 (n=657)(複数回答あり)

	数	%
助産師数	254	38.7
医師の理解・賛同・協力	251	38.2
助産師の自信・意欲	189	28.8
助産師の経験	168	25.6
設備的要因	134	20.4
助産師の勤務形態の整備	120	18.3
経営方針・開設の意思決定	105	16.0
妊産婦のニーズ	60	9.1
料金の設定	58	8.8
妊産婦の認知・広報	51	7.8
開設の参考となる手引き	32	4.9
看護部門の意識の統一	21	3.2
他部門の理解	15	2.3
その他（産科医療の現状等）	11	1.8
無回答	142	21.6

※無回答には、4つ以上回答の39施設を含む

院内助産開設の課題 (n=657)(複数回答あり)

	数	%
医師の理解・賛同・協力	315	47.9
助産師数	239	36.4
助産師の自信・意欲	196	29.8
助産師の経験	168	25.6
助産師の勤務形態の整備	161	24.5
経営方針・開設の意思決定	149	22.7
設備的要因	109	16.6
妊産婦のニーズ	69	10.5
妊産婦の認知・広報	38	5.8
看護部門の意識の統一	19	2.9
開設の参考となる手引き	18	2.7
料金の設定	12	1.8
他部門の理解	11	1.7
その他（産科医療の現状等）	2	1.9
無回答	138	21.0

※無回答には、4つ以上回答の44施設を含む

平成21年度「院内助産システムの普及・課題に関する調査」②

助産外来のメリット		総数(n=657)		院内助産のメリット		総数(n=657)	
		人数	%			人数	%
助産師に関すること	● 助産師のやりがいやモチベーションの向上につながる	147	22.4	助産師に関すること	● 助産師のやりがいやモチベーションの向上につながる	159	24.2
	● 助産師の専門性を発揮できる	117	17.8		● 助産師の専門性を発揮できる	151	23.0
	● 助産ケアの質を向上できる	86	13.1		● 助産ケアの質を向上できる	78	11.9
	● 妊産婦の個別的なニーズに対応できる	243	37.0		● 妊娠～産褥に向けての育児相談や乳房ケア等の継続的なケアを提供できる	70	10.7
	● 妊娠～産褥期まで、母乳育児支援や子育て支援を含めて継続的に関われる	120	18.3		● 助産師と妊産婦のコミュニケーションが深まり信頼関係を構築できる	71	10.8
	● 助産師と妊産婦のコミュニケーションが深まり信頼関係を構築できる	122	18.6		● 妊産褥婦の安心感や満足感につながる	92	14.0
妊産褥婦に 関すること	● 妊産褥婦の安心感や満足感につながる	136	20.7	妊産褥婦に 関すること	● 助産師が家族を含めた産婦のニーズや希望に応じることで、産婦の希望するお産に近づくことができる	219	33.3
	● 妊産褥婦の不安等について相談しやすい場所である	30	4.6		● 助産師が産婦の主体性を引き出すことによって、産婦が主体的にお産にのぞむことができる	51	7.8
	● 妊産褥婦のセルフケア能力を向上できる	18	2.7				
医師に 関すること	● 医師の負担が軽減できる	64	9.7	医師に 関すること	● 医師の負担が軽減できる	78	11.9
	● 産婦人科医師不足への対応である	18	2.7		● 産婦人科医師不足への対応である	19	2.9
	● チーム医療の推進につながる	23	3.5		● チーム医療の推進につながる	78	11.9
病院 全体に 関すること	● 妊産褥婦に対する保健医療サービスの向上である(選択肢の増加・健診時間の増大等)	129	19.6	病院 全体に 関すること	● 妊産褥婦に対する保健医療サービスの向上である(選択肢の増加)	21	3.2
他	● 経営的のメリット	10	1.5	他	● 経営的のメリット	7	1.1
	● その他	23	3.5		● その他	37	5.6
無回答		66	10.0	無回答		103	15.7
総記述数(無回答は除く)		1286		総記述数(無回答は除く)		1131	23

ベビカムと河合蘭氏によるweb調査

調査対象者:「ベビカム」のリサーチサービス「ベビカムVOICE」の登録会員
調査エリア:全国
調査実施期間:平成19年11月29日～12月4日
有効回答者数:1,064人(うち初産妊婦158人、出産経験者906人)

メール配信数:9,879
有効回答者数:1,064
回答率:10.8%

(1)産科医による妊婦健診の印象 (産科医の妊婦健診を受診したことのある出産経験者894名)

	とても感じた	感じた	あまり感じなかった	感じなかった	
忙しそう	42.2%	38.1%	17.7%	2.0%	100%
質問しやすい	21.1%	49.1%	25.2%	4.6%	100%
信頼できる	31.4%	57.6%	10.2%	0.8%	100%
励まされる	18.7%	44.2%	31.3%	5.8%	100%
自分の出産リスクがよく分かる	15.5%	40.5%	36.0%	7.9%	100%

(2)助産師外来の助産師による妊婦健診の印象 (助産師外来がある医療施設で出産し、健診担当者に助産師を含めた出産経験者62名)

	とても感じた	感じた	あまり感じなかった	感じなかった	
忙しそう	21.0%	37.1%	40.3%	1.6%	100%
質問しやすい	50.0%	43.5%	4.8%	1.6%	100%
信頼できる	41.9%	51.6%	4.8%	1.6%	100%
励まされる	45.2%	51.6%	1.6%	1.6%	100%
自分の出産リスクがよく分かる	22.6%	30.6%	40.3%	6.5%	100%

(3)健康診査の診察時間(平均値)

産科医のみ	基本助産師、時に医師
13.6分	28.2分

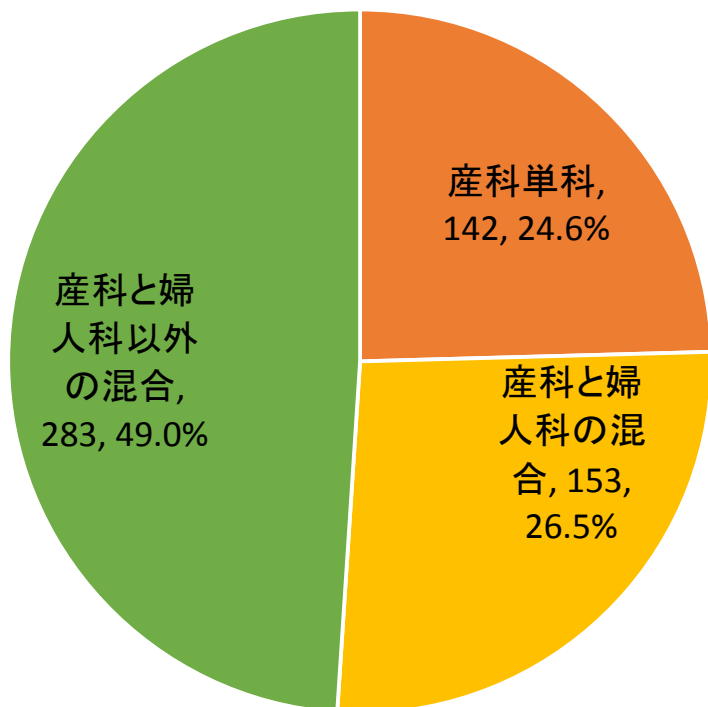
(4)助産師外来、院内助産院についてどう思うか(出産経験者906名)

賛成	メリットがあるなら許容できる	産科医の妊婦健診でないと不安	わからない
40%	46.4%	9.9%	3.8%

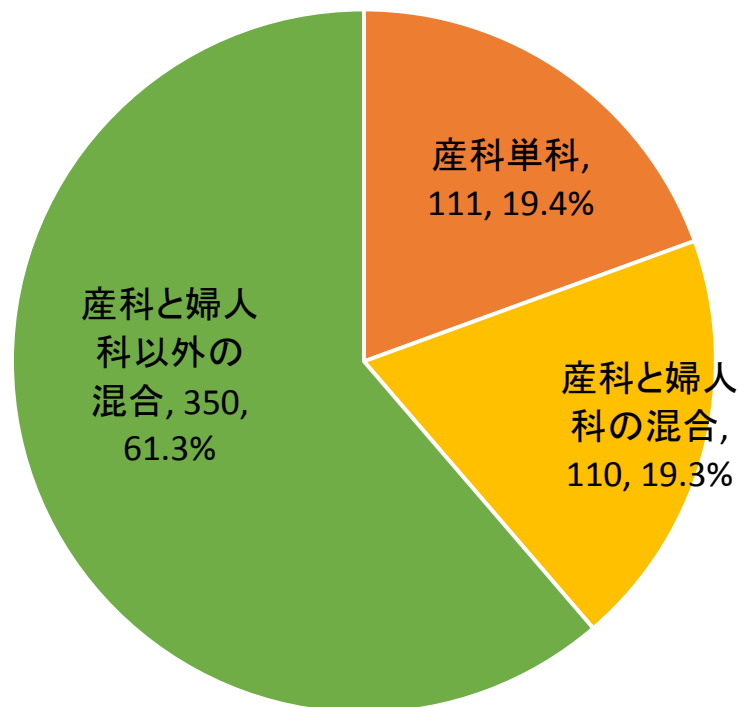
産科混合病棟の増加

- 2012年の調査では、**産科混合病棟は全体の80.6% (460病院)**にも及ぶことが明らかになっており、年々産科の混合病棟が進んでいる。

2009年(平成21年)
全国産科併設総合病院578病院*



2012年(平成24年)
全国分娩取扱病院571病院**

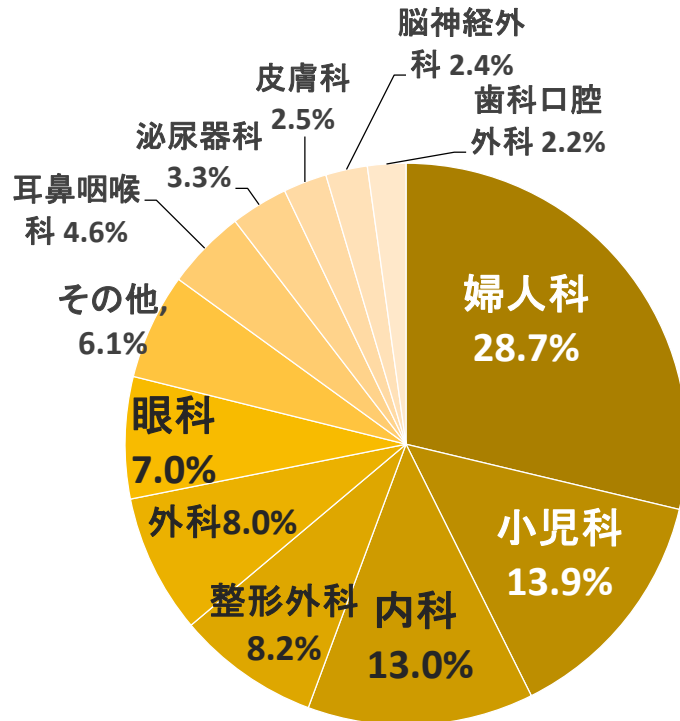


* 2009年 全国の総合病院における産科混合病棟と母子同室の状況について、日本周産期・新生児医学会雑誌、北島博之より
* * 2012年 日本看護協会「助産師の出向システムと助産実習の受け入れの可能性等に関する調査」、日本看護協会解析結果より

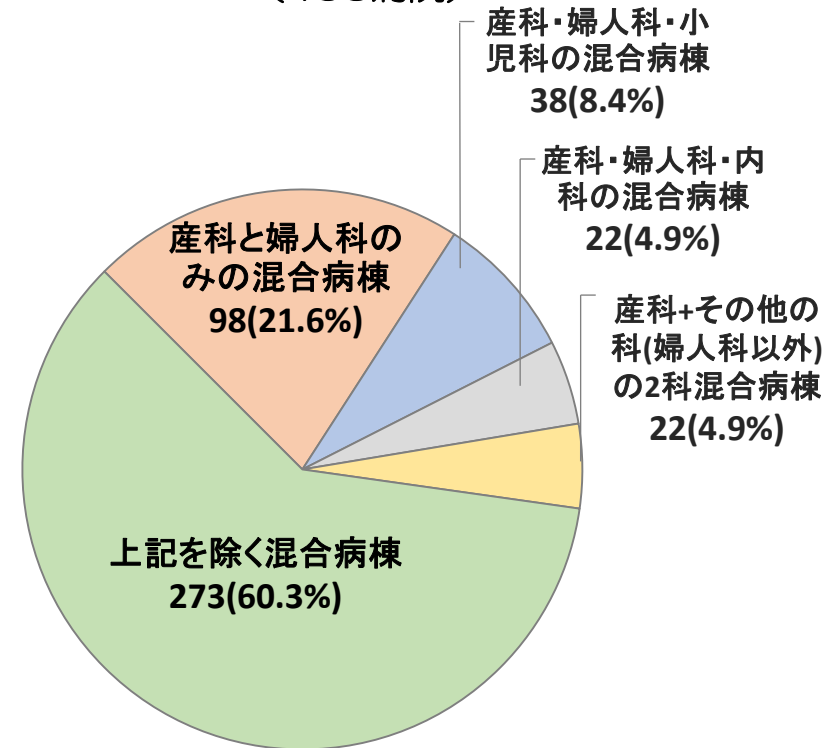
産科混合病棟と他科診療科の状況

- 595病院のうち**76.1%が混合病棟**であった。
- 産科混合病棟の混合科は**婦人科が28.7%**でもっとも多く、次いで**小児科が13.9%**。
- 産科を含めた診療科数は**3診療科の病院がもっとも多く最大12診療科**まで存在する。

産科混合病棟 混合科割合
(453病院)



産科混合病棟 混合科状況
(453病院)

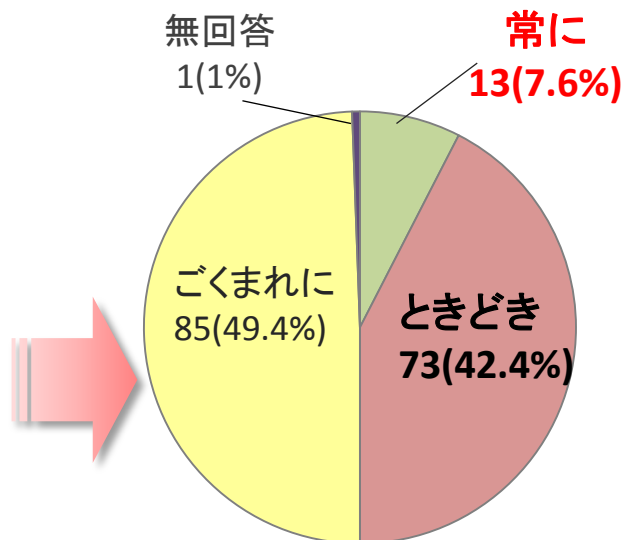


産科混合病棟における病室の入院状況

- **産科患者のみの病室へ入院(他科患者とは別室)が48.8%でもっとも多く、次いで他科の患者と同室が38.0%である。**
- 他科患者と同室になる頻度は、「常に」が7.6%、「ときどき」が42.4%、「ごくまれに」が49.4%。
- 「**産科患者のみの病室へ入院**」する病院でも、32.5%は「**助産師が産科と他科患者を同時に受け持つ**」状態で「常に他科患者を受け持たない」のは8.8%である。

	施設	%
産科患者は基本的に個室へ入院	60	13.2%
産科患者のみの病室へ入院 (他科患者とは別室)	221	48.8%
他科の患者と同室	172	38.0%

他科の患者と同室の頻度



産科混合病棟における課題：新生児の感染

- 2004年の日本助産師会調査では、婦人科以外との混合病棟のうち41%の看護管理者が新生児への院内感染を危惧していた。産婦人科混合病棟でも32%の看護管理者が危惧しており、混合病棟における課題としては感染が最も課題として認識されていた。
- 2008年の27総合病院における感染症データ分析において、新生児MRSA感染発症はすべて混合病棟において観察され、産科単独病棟では発症がみられなかった。特に2例以上発症した混合病棟では、年間分娩件数も500件以上と多く、分娩数に比して看護職員数が少ない特徴がみられた。

【混合病棟における新生児MRSA感染発症の状況】

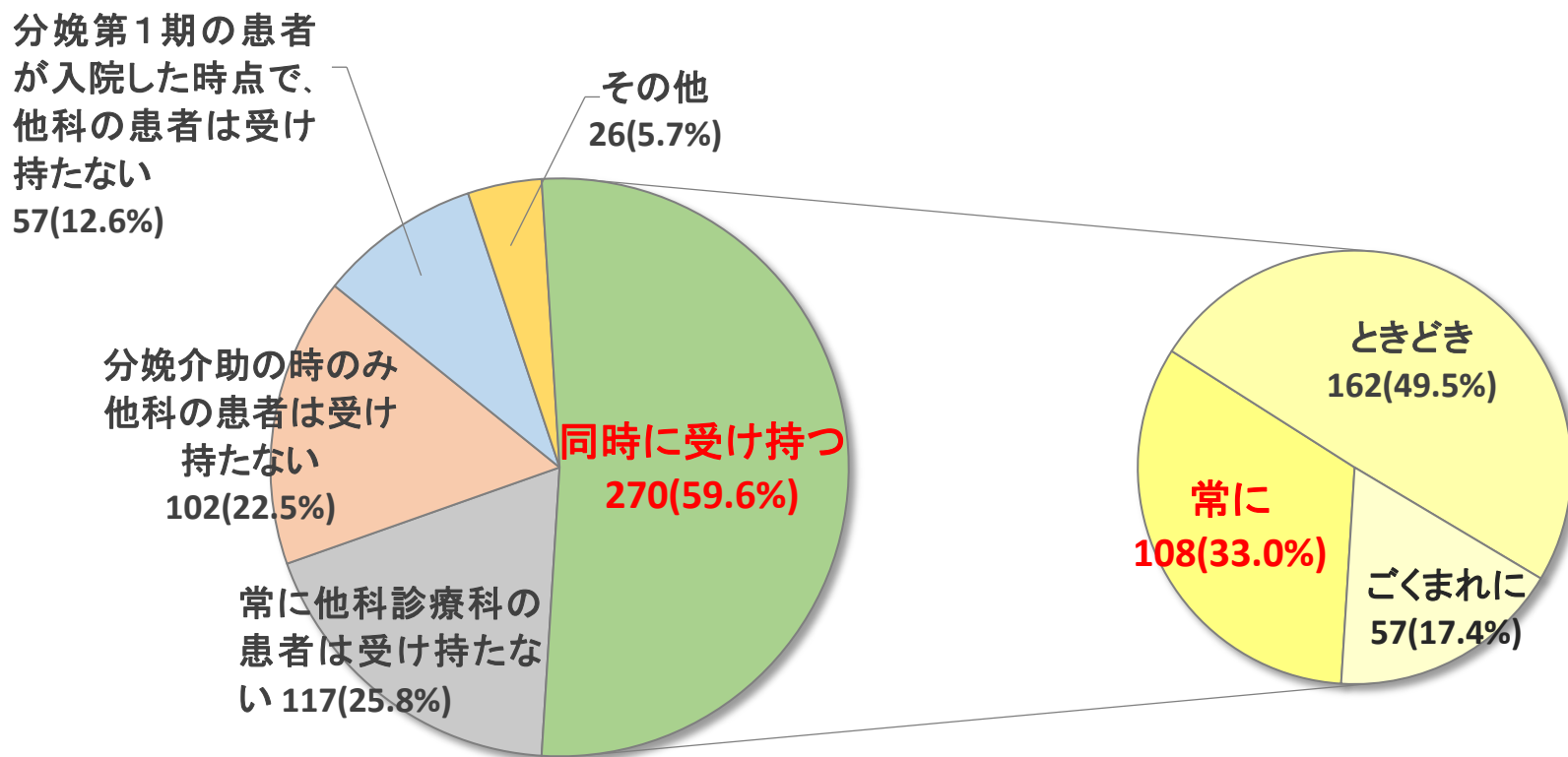
2008年 27総合病院（産科単独病棟3施設。混合病棟24施設）の感染症データより

- (1) 2004-05年で37例（菌血症4例、肺炎1例）の新生児MRSA感染発症は全て混合病棟の8施設に観察された。
産科単独病棟3施設では発症がなかった。
- (2) 2例以上発症した5施設は、年間分娩数が多く（年間500件以上）、分娩数／看護職員数比が20以上と分娩数が当該職員数に比べて多い施設であった。さらに分娩後母子異室の時期がある施設では発症が短期に集中することがあり、院内感染を疑わせた。
- (3) 発症最多の病院は、分娩数が多いのに看護職員が少なく、悪性腫瘍婦人科患者の手術数が多かったことも判明した。

引用：北島博之. わが国の多くの総合病院における産科混合病棟とMRSAによる新生児院内感染との関係, 環境感染誌, 23(2), 2008.

産科混合病棟における産科と他科患者の受け持ち状況

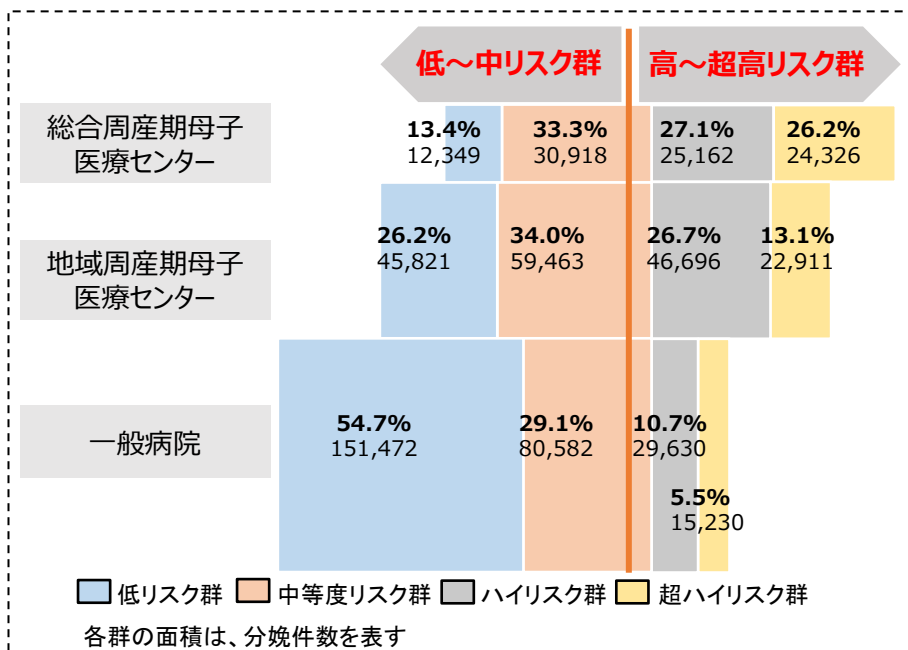
- 産科混合病棟を有する病院のうち、**59.6%**の270病院で助産師が**産科と他科患者を同時に受け持っている**。
- 270病院のうち33%の病院では、**分娩介助の時も含めて**、「同時に受け持つ」。
- 270病院のうち、**108病院(33.0%)**では産科と他科患者を**常に**同時に受け持つのは。



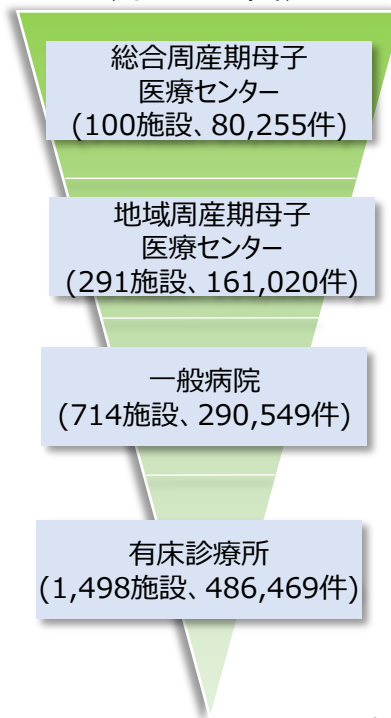
分娩取扱い施設の分娩リスク及び人員配置の実態

- どの周産期医療体制における施設にも、一定の高リスク群と低リスク群の産科患者が入院している。
- 「病院」の分娩リスク、分娩件数、マンパワーは地域特性も相まって施設ごとに多様であり、助産師の配置のあり方について検討が必要である。
- 対象となる妊産褥婦のリスクをも考慮して、助産師を配置する必要がある。

周産期医療体制別 入院患者の
中林妊娠リスクスコア*



2013年就業
1施設あたりの助産師数
(イメージ図)



1施設あたりの常勤人数**

医師数	助産師数
14.5人	34.6人
7.8人	21.1人
4.1人	13.2人
推計1.4人	推計5.3人

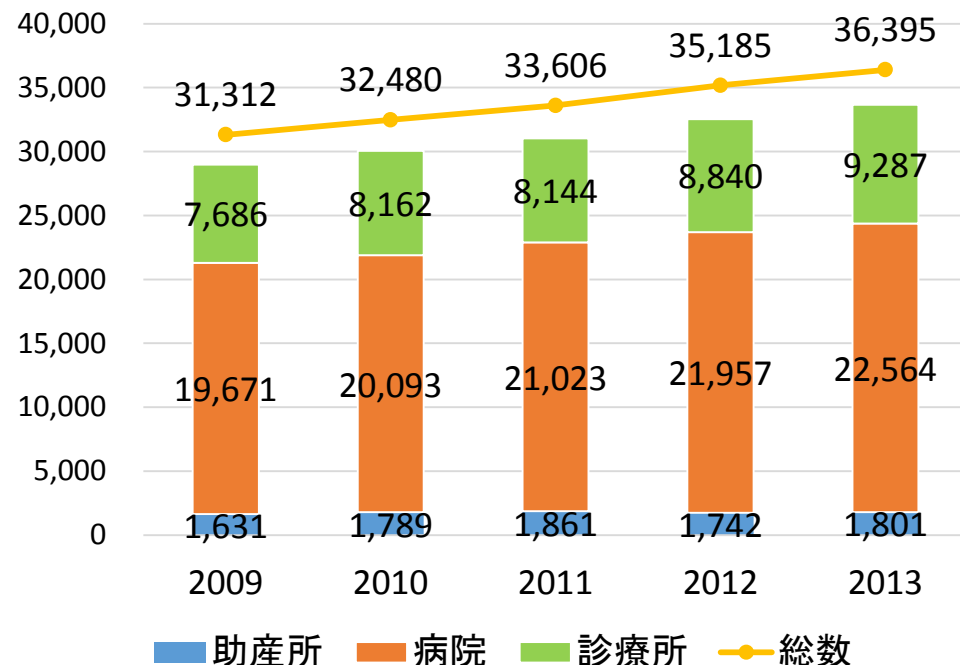
* 2012年「助産師の outgoing システムと助産実習の受け入れの可能性等に関する調査」、日本看護協会(2012年8月1日現在の入院患者)

** 日本産婦人科医会勤務医部会全国調査2013年8月
(中井章人氏より提供、日本看護協会が一部追加)

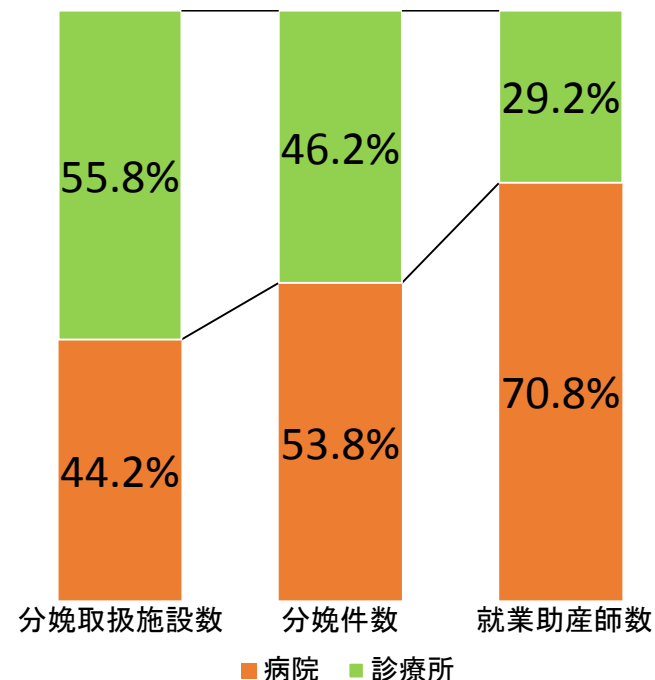
助産師の就業先の偏在

- 助産師の総数は増加傾向にあるが、全ての助産師が周産期医療機関や助産所に勤務しているわけではない。
- 病院と診療所では、取扱い分娩件数が同程度であるにも関わらず、就業している助産師は病院が7割、診療所が3割と偏在している。

就業先別助産師数の経年変化

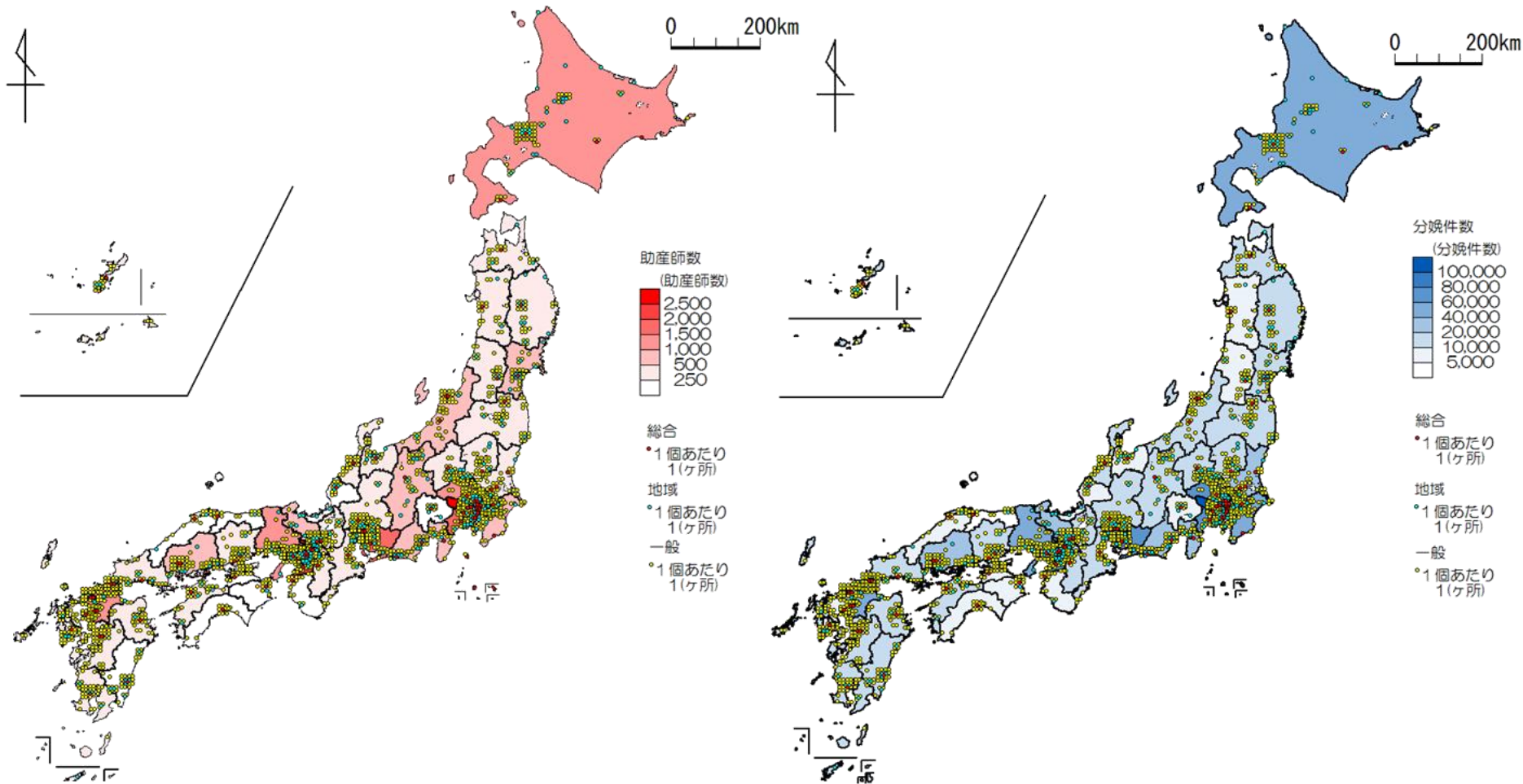


病院・診療所における偏在状況



都道府県別 助産師数と分娩取り扱い施設の所在地および 分娩件数と分娩取り扱い施設の所在地（平成24年時点）

- 分娩取り扱い施設の所在地をみると、空白地帯が多い。
- 近隣の都道府県と合わせた、広域でみた場合に空白地帯が大きい地域が存在しており、緊急搬送も含めた対応の検討が求められる。

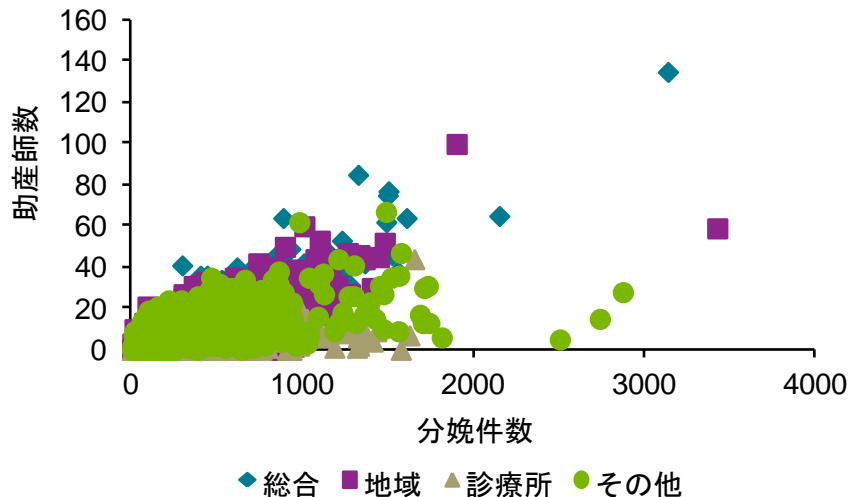


※助産師数: 衛生行政報告例より
 ※分娩取り扱い施設数: 周産期医療の広場より
 ※分娩件数: 人口動態統計より

助産師の施設偏在と医師との機能分担

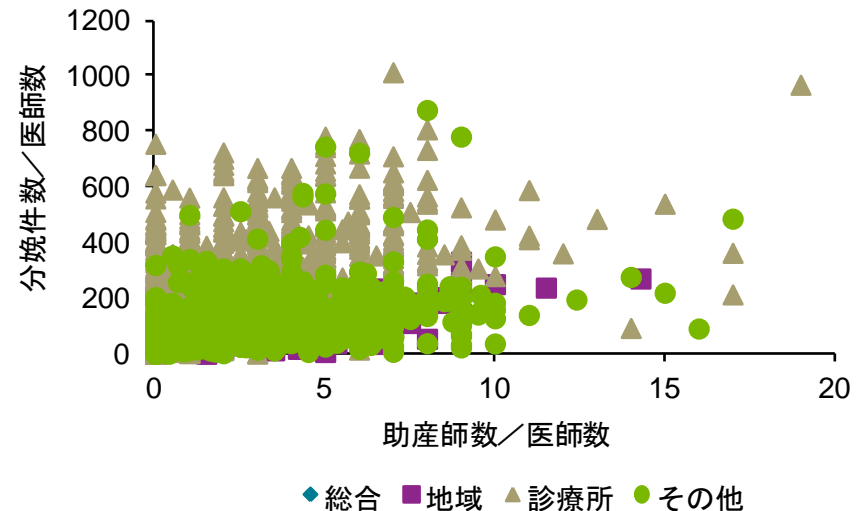
- 助産師の助産師数と分娩件数は相関するが、配置要件が不明確な背景もあり、施設間の格差は大きい。
- 医師数に対する助産師数の比率が高いほど、医師1人あたり分娩件数が多いことから、助産師配置の充実が医師生産性を確保する可能性がある。

分娩医療機関における助産師数と分娩件数



	相関係数
総数	0.60
総合	0.78
地域	0.69
診療所	0.58
その他病院	0.49

助産師と医師の比率と医師1人あたり分娩件数

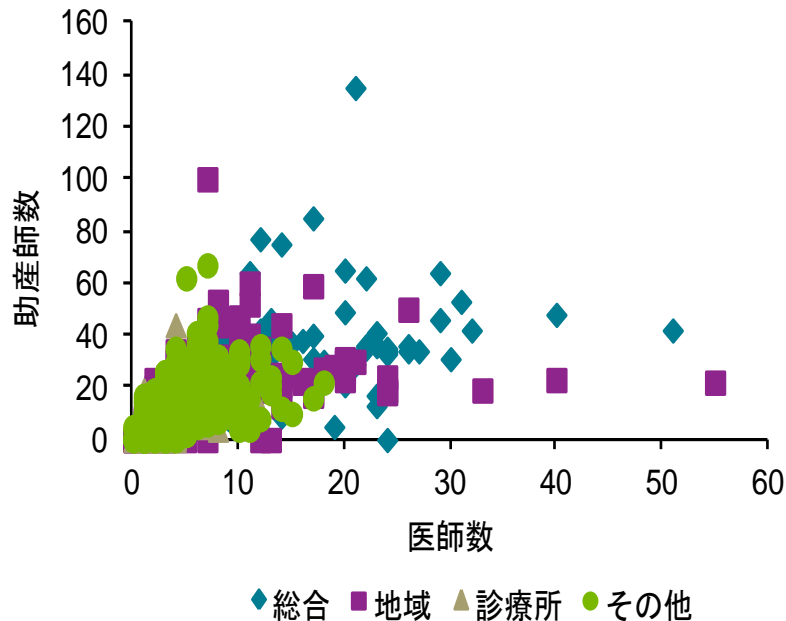


	相関係数
総数	0.26
総合	0.77
地域	0.64
診療所	0.50
その他病院	0.26

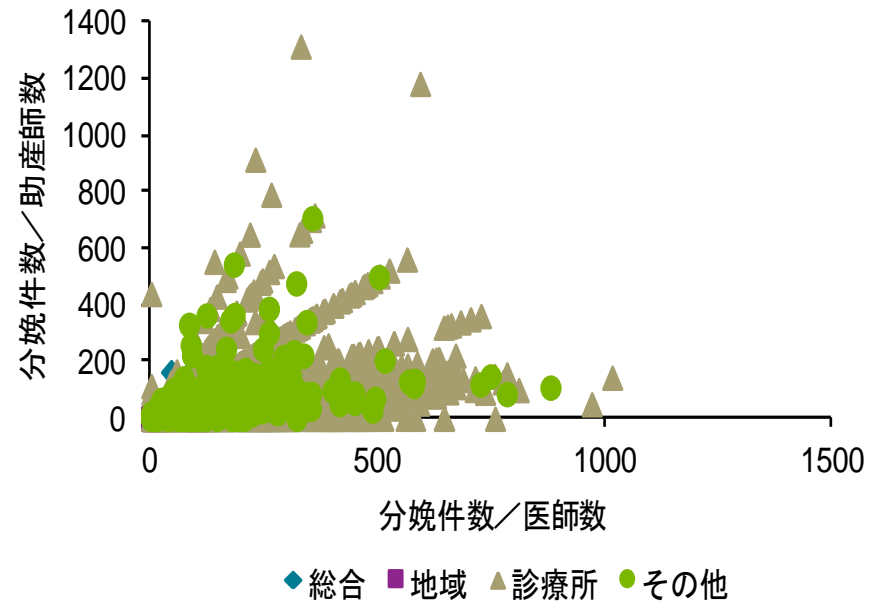
比較的相関係数が低い(なぜか?)

助産師の施設偏在と医師との機能分担

施設あたり助産師数と施設あたり医師数



助産師1人あたり分娩件数 × 医師1人あたり分娩件数



助産師の施設偏在

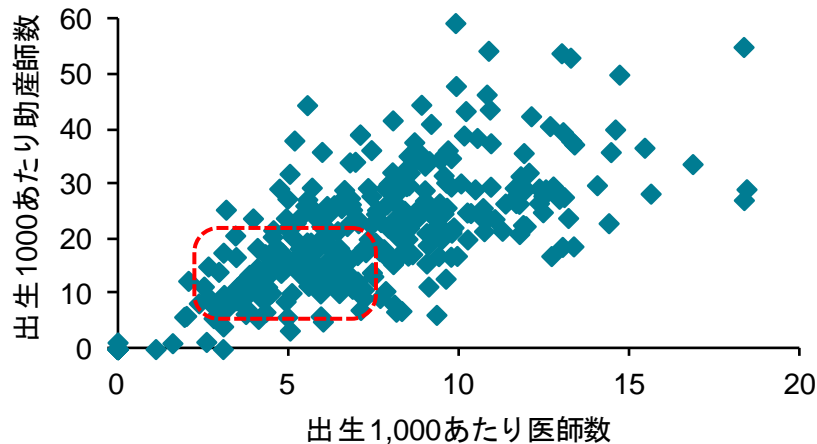
助産師数(縦軸)規模別の機能別医療機関数(横軸)

	合計	総合	地域	その他 病院	診療所
合計	2,530	104	288	695	1,443
0人	329	1	9	30	289
1～4人	864	0	3	96	765
5～9人	572	3	26	221	322
10～14人	263	4	47	163	49
15～19人	198	6	79	97	16
20人～	304	90	124	88	2

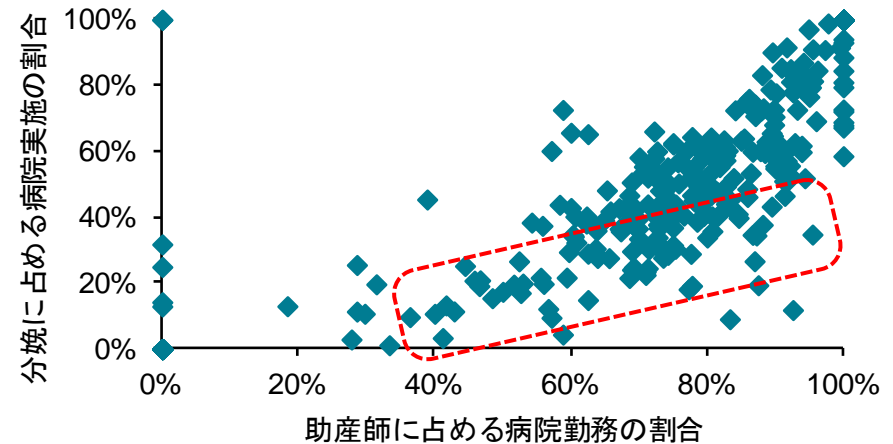
助産師の地域偏在と医師との機能分担

- 助産師出向支援モデルの推進にあたって、以下の通り、医療資源の不足した地域や、助産師と分娩の病院割合にアンバランスが生じている地域を優先出向エリアとして特定していくことも考えられる。

出生数あたり助産師数 × 出生数あたり医師数
(二次医療圏のプロット)



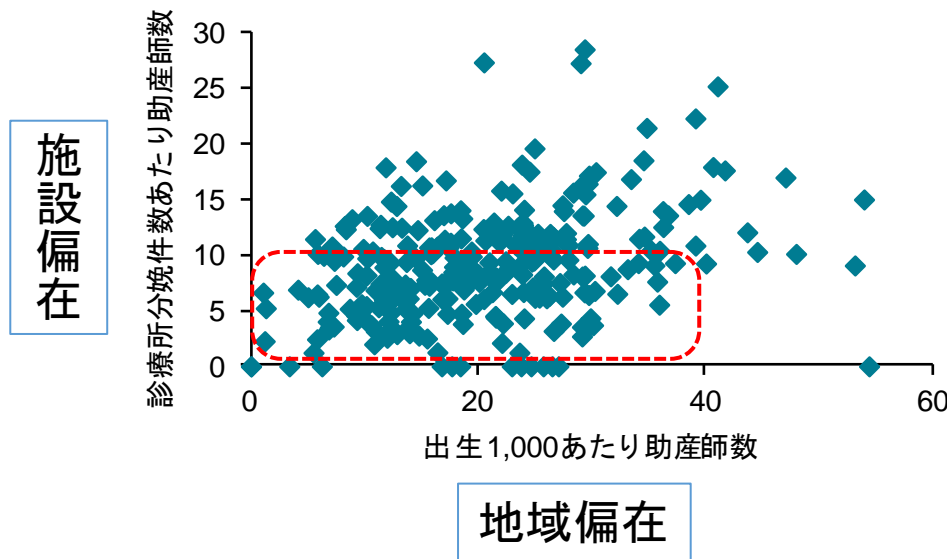
助産師の病院勤務割合 × 分娩の病院実施割合
(二次医療圏のプロット)



助産師の地域偏在と医師との機能分担

- 助産師出向支援モデルの推進にあたって、以下の通り、医療資源の不足した地域や、助産師と分娩の病院割合にアンバランスが生じている地域を優先出向エリアとして特定していくことも考えられる。

出生数1,000あたり助産師数(横軸)と診療所分娩件数1,000あたり診療所勤務助産師数(縦軸)
(二次医療圏のプロット)



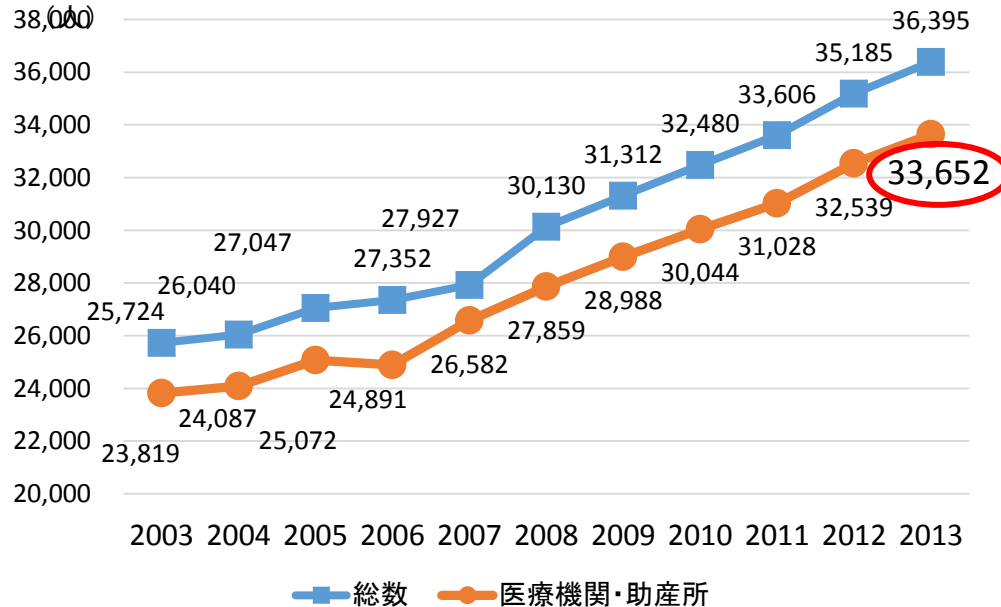
院内潜在助産師

- 就業している助産師の中でも、産科病棟の休止・閉鎖や部署異動、院内の配置のため「助産業務」に携わらずに「看護師」として勤務している「院内潜在助産師」が存在し、周産期医療に携わる助産師という専門的な人的資源がフルに活用されていない現状がある。

院内潜在助産師とは？

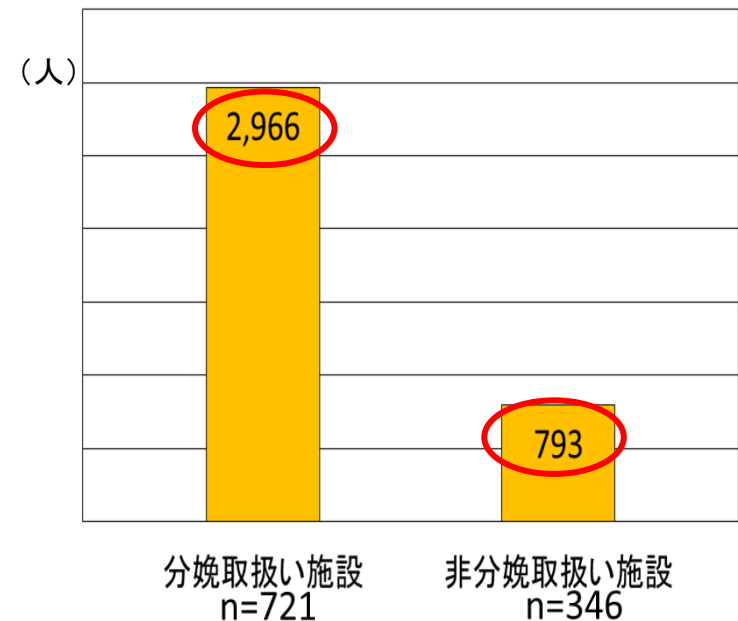
助産師の免許を保有していながらも、就業先施設において助産業務に携わらず、看護業務に従事している者を指す。

日本の就業助産師の推移



出典：平成26年 日本看護協会出版会 看護関係統計資料集

病院に勤務する“潜在助産師”数



出典：平成25年 日本看護協会
「病院における看護職員需給状況調査」

常勤助産師が〇人の分娩取扱い施設

●平成25年度に分娩取扱がある病院・診療所のうち、**常勤助産師**が〇人の施設がある

	病院		診療所		分娩 件数		病院		診療所		分娩 件数		病院		診療所		分娩 件数
	施設 数	分娩 件数	施設 数	分娩 件数			施設 数	分娩 件数	施設数	分娩 件数			施設 数	分娩 件数	施設数	分娩 件数	
全国	10	1027	199	36998	38025	富山県	-	-	-	-	-	島根県	1	38			38
北海道	-	-	-	-	-	石川県	-	-	-	-	-	岡山県	1	61	2	326	387
青森県			4	517	517	福井県			3	927	927	広島県			5	1454	1454
岩手県			6	341	341	山梨県			2	568	568	山口県	1	236	3	818	1054
宮城県			1	251	251	長野県	1	177	2	445	622	徳島県			1	88	88
秋田県			2	141	141	岐阜県			5	1048	1048	香川県			3	418	418
山形県			2	453	453	静岡県			6	1647	1647	愛媛県			3	208	208
福島県			5	943	943	愛知県			10	2502	2502	高知県			3	883	883
茨城県			9	1823	1823	三重県			7	1076	1076	福岡県			10	1746	1746
栃木県			7	1519	1519	滋賀県			3	578	578	佐賀県			5	958	958
群馬県	1	80	2	42	122	京都府	1	204	4	437	641	長崎県			3	751	751
埼玉県	1	173	13	2214	2387	大阪府			7	1468	1468	熊本県			9	1538	1538
千葉県			13	2965	2965	兵庫県			11	1934	1934	大分県	1	5			5
東京都			10	584	584	奈良県			4	1039	1039	宮崎県			1	272	272
神奈川県			8	1270	1270	和歌山県			1	48	48	鹿児島県	1	37	2	297	334
新潟県	1	16	1	212	228	鳥取県	-	-	-	-	-	沖縄県			1	249	249

出典：全国産婦人科医師の勤務実態に関する研究；中井章人、海野信也、日本周産期・新生児医学会雑誌、50(4),2015. における調査結果を参考に、
日本看護協会で集計

周産期医療体制におけるマンパワーの現状整理と対応策

- 産科医が少数で助産師がいない地域・施設→助産師の出向
- 産科医がいなくて助産師が少数の地域・施設→開業助産師とのセミ／オープンシステム
- 産科医が少数で助産師も少数の地域・施設→助産師の出向、**混合病棟における院内助産システム**
- 産科医が少数で助産師がいる地域・施設→院内助産システム

	産科医がいない(0人)	産科医が少数(不足)	産科医がいる
助産師がいない(0人)	(分娩取り扱い施設なし)	診療所・中小病院 【助産師の出向】	【助産師の出向】
助産師が少数(不足)	【開業助産師との セミ／オープンシステム】	診療所・中小病院 【助産師の出向】 【 混合病棟におけるユニットマネジメント ／院内助産システム 】	【助産師の出向】
助産師がいる	院内助産システム 助産所の開設	大規模病院 【 産科単科における院内助産システム 】	総合および地域周産期 母子医療センター 【 産科単科における院内助産 システム、助産師の出向 】

助産師の実践能力強化への取り組み

レベル

IV

1. 創造的な助産実践ができる
2. 院内助産において、指導的な役割をとることができる
3. 助産外来において、指導的な役割をとることができる
4. ローリスク/ハイリスクともに、スタッフに対して教育的なかかわりができる

III

1. 入院期間を通して、責任をもって妊産褥婦・新生児の助産実践ができる
2. 助産外来において、個別性を考慮したケアを自律して提供できる
3. 助産外来において、指導的な役割をとることができる
4. 院内助産において、自律してケアを提供できる
5. ハイリスクへの移行を早期に発見し対処できる

II

1. 助産過程を踏まえ個別的なケアができる
2. 支援を受けながら、助産外来においてケアが提供できる
3. 先輩助産師とともに、院内助産におけるケアを担当することができる
4. ローリスク/ハイリスクの判別および初期介入ができる

I

1. 健康生活支援の援助のための知識・技術・態度を身につけ、安全確実に助産実践ができる
2. 院内助産・助産外来について、その業務内容を理解できる
3. ハイリスク事例についての病態と対処が理解できる

新人

指示・手順・ガイドに従い、安全確実に助産実践ができる

レベルⅢ
到達要件

妊娠期の健康診査
200例以上

分娩介助
100例以上

新生児の健康診査
100例以上

産褥期の健康診査
200例以上

プライマリーケース
20例以上

NCPR受講

CTG受講

フィジカル

アセスメント受講
等

助産実践能力習熟段階(クリニカルラダー)®レベルⅢ認証「アドバンス助産師」

●全国で統一した見解:「自律して、院内助産・助産外来を実施できる能力を有する助産師」

→院内助産所、助産外来の推進

助産師出向支援導入事業

助産師を取り巻く周産期医療体制の現状

平成27年度予算 医療提供体制推進事業費補助金

- ・分娩件数に対する十分な助産師数を確保できていない医療施設が存在。
- ・出生場所別出生数は病院と診療所とではほぼ同数であるにもかかわらず、助産師の就業場所別就業者数は病院に偏在している。
- ・分娩数の減少や分娩を取り扱う医療施設の減少等により助産学生の実習施設の確保が困難な状況。
- ・多くの助産師が就業している高度医療機関においては、ハイリスク妊産婦の増加により、正常分娩の介助経験を積み重ねることが困難。

助産師出向支援導入事業概要

都道府県協議会の設置

※既存の看護職員確保等の協議会でも可

(都道府県看護協会、都道府県医師会・産婦人科医会・助産師会、都道府県看護行政担当者、学識経験者 等)
助産師出向の検討(助産師就業の偏在の実態把握)、計画立案(対象施設の選定・調整)、運営(対象施設及び出向助産師の支援)、評価・分析を行う。



都道府県における助産師就業の偏在を解消するとともに、出向助産師の助産実践能力の強化、助産学及び看護学生(母性看護学)の実習施設確保を図り、地域において安心・安全な出産ができる体制を構築する。

助産師出向支援モデル事業の成果

出向期間6ヶ月未満の助産師20名の背景と成果

NO	出向期間	助産師 経験年数	ラダー レベル	所属施設 機能	出向までの 個人の取扱 分娩件数	出向中の 直接分娩助数	目標 達成
1	1ヶ月	20	Ⅲ	病院	400	4	達成
2	1ヶ月	18	Ⅲ	地域周産期	350	0	評価できない
3	1ヶ月	6	Ⅲ	病院	295	-*	達成
4	1ヶ月	5	Ⅱ	病院	110	2	達成
5	1ヶ月	4	Ⅱ	病院	134	-*	達成
6	2ヶ月	8	Ⅱ	総合周産期	50	20	達成
7	3ヶ月	8	Ⅲ	総合周産期	75	32	ほぼ達成
8	3ヶ月	20	Ⅲ	総合周産期	1000	8	達成
9	3ヶ月	15	Ⅲ	病院	300	30	ほぼ達成
10	3ヶ月	12	Ⅲ	病院	400	49	達成
11	3ヶ月	10	Ⅲ	総合周産期	300	8	達成
12	3ヶ月	4	Ⅱ	総合周産期	38	21	達成
13	3ヶ月	9	Ⅲ	病院	415	37	達成
14	4ヶ月	4	I	地域周産期	82	44	達成
15	4ヶ月	3	Ⅱ	地域周産期	30	41	達成
16	5ヶ月	7	I	総合周産期	67	50	達成
17	5ヶ月	3	Ⅱ	総合周産期	43	65	達成
18	5ヶ月	1	新人	病院	0	42	達成
19	5ヶ月	3	I	総合周産期	26	59	達成
20	5ヶ月	4	I	総合周産期	59	60	達成

* 分娩介助を目的としていない

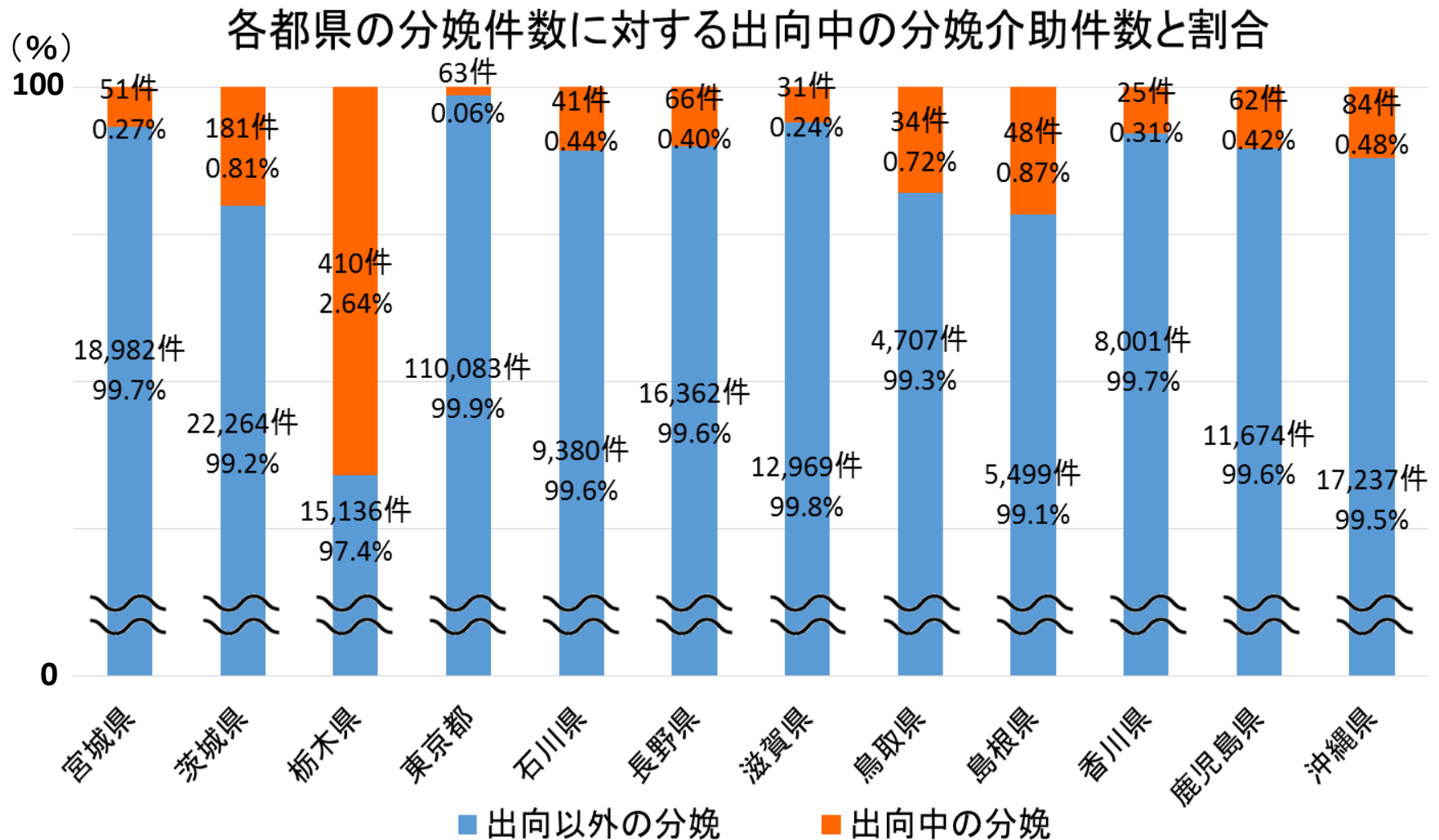
助産師出向支援モデル事業の成果

出向期間6ヶ月以上の助産師18名の背景と成果

NO	出向期間	助産師 経験年数	ラダー レベル	所属施設 機能	出向までの 個人の取扱 分娩件数	出向中の 直接分娩助数	目標 達成
1	6ヶ月	22	Ⅲ	病院	600	10	達成
2	6ヶ月	13	Ⅲ	総合周産期	140	-*	達成
3	6ヶ月	9	Ⅱ	病院	350	12	達成
4	6ヶ月	8	Ⅲ	総合周産期	100	10	ほぼ達成
5	6ヶ月	7	Ⅱ	総合周産期	70	40	達成
6	6ヶ月	7	Ⅱ	地域周産期	101	32	達成
7	6ヶ月	6	Ⅲ	総合周産期	280	12	達成
8	6ヶ月	6	Ⅱ	総合周産期	80	-*	達成
9	6ヶ月	6	Ⅱ	総合周産期	60	21	やや達成
10	6ヶ月	4	Ⅱ	総合周産期	65	45	達成
11	6ヶ月	2	新人	総合周産期	18	7	達成
12	7ヶ月	11	Ⅲ	総合周産期	350	41	達成
13	7ヶ月	2	新人	病院	4	22	やや達成
14	10ヶ月	7	Ⅳ	病院	80	19	ほぼ達成
15	10ヶ月	3	Ⅱ	総合周産期	60	31	達成
16	1年	23	Ⅳ	病院	500	66	達成
17	1年	17	Ⅳ	病院	500	27	達成
18	1年	0	I	病院	0	60	-

* 分娩介助を目的としていない

助産師出向支援モデル事業の成果



- * 各都県の出産件数は、平成25年の分娩件数である
- * 出向中の分娩は、平成26年に実施されている助産件数である
- * 県間で出向助産師数が異なることに留意する必要がある

都道府県周産期医療協議会の構成員

現状と課題

- 周産期医療協議会では、周産期医療体制の整備に関する協議を行うことを目的としており、周産期医療体制を整備・推進する上で、重要な関係を有する者を構成員として設置されることとなっている。
- 平成26年に全国の周産期医療協議会委員として
 - ・助産師が配置されていたのは13県
 - ・看護協会関係者が配置されていたのは3県。

(都道府県で公開している協議会名簿等から集計)

構成員としての助産師

- 総合周産期母子医療センターの助産師が構成員に入ることによるメリット
 - 総合周産期母子医療センターは、高度医療を提供しており、対象者は、居住区域から遠く離れて来院・入院することもあり、このことは、家族が長期に離れて生活することを余儀なくされ、母子関係や家族関係に対する支援が必要となる。
 - 総合周産期母子医療センターの医療従事者は、周産期医療体制を整備・推進する上で重要な関係者として、「周産期医療体制整備指針」に明記されているが、現在、その立場で参加する関係者はそのほとんどが医師である。
 - 総合周産期母子医療センターで治療を受ける対象者における母子関係や家族関係に関する現状について看護職は把握しやすく、また、地域へつなぐ役割も担っていることから、支援の必要性について課題を提示できる。

(長野県看護協会からヒアリング)

総合周産期母子医療センターの管理者

現状と課題

- 全国100の総合周産期母子医療センター(平成26年)に、センター長が配置されているのは33施設。
- 33施設のうち、看護職(助産師)が副センター長として配置されているのは1施設。
- 都道府県は総合周産期母子医療センター等において、必要な専門的・基礎的知識及び技術を習得させる研修を実施する(周産期医療体制の整備指針)
- NICU・GCU等に長期入院している児童について、その状態に応じた望ましい療育・療養環境への円滑な移行を図るため～「NICU入院児支援コーディネーター」を配置することが望ましい(周産期医療体制の整備指針)

管理者としての看護職

【期待される機能・役割強化】

- 総合周産期の機能強化。
⇒ **地域のニーズに沿った運営**
- 周辺地域に就業する看護職へ研修企画・実施・評価の推進と強化。
⇒ **周産期に必要な知識・技術のブラッシュアップ推進**
- 「NICUに入院している子どもの退院支援と、在宅療養支援コーディネーター」の役割強化
⇒ **地域の実情を踏まえた妊娠・出産・産後から育児支援を切れ目なく、より円滑に移行し、地域での育児支援を強化**

安全・安心な妊娠・出産・育児環境の整備に向けた 助産師を取り巻く課題と日本看護協会の取り組み

目的

すべての妊産褥婦と新生児に助産師のケアを提供する

目標

安全で安心な妊娠・出産・育児環境の整備

課題

助産師の「量」と「質」が求められる

表中の「量」と「質」に関する数値は、日本看護協会の全国調査（平成24年8月実施）に基づく

事業の背景と根拠

量を巡る課題（働く場と働く助産師）

周産期医療体制

- ◆医療法や診療報酬上、助産師の人員配置は明記されておらず、分娩件数や妊産婦のリスクに見合う助産師数が確保されていない。
- ◆助産師1人あたりの分娩件数は地域・施設間の差が大きい。
- ◆周産期医療施設の集約化と機能分化が必ずしも適切に機能しておらず周産期センター以外でもハイリスク妊産婦が増加している。
- ◆産科混合病棟が増加しており、79%に至る。そのうち59%の産科混合病棟では、助産師が産科と他科患者を同時に受け持っている。
- ◆他科患者の入院基準についてもルールが形骸化しており、マネジメント上のリスクが危惧される。

助産師の偏在

- ◆出産場所は病院と診療所がほぼ同数に関わらず、62%の助産師が病院勤務しており、助産師の就業先の偏在は是正が求められる。
- ◆15～49歳女子人口10万に対する助産師の人数は大きいところで2倍の格差がある。
- ◆2012年の調査では、77病院で助産師出向経験があり、53名の助産師が現在他施設へ出向していた。また、一定の条件を整えば、他施設への出向を検討する病院は292施設（59%）、助産師は3,079人（79%）であった。
- ◆平成25年より開始した、「助産師出向支援モデル事業」を1都14県協会が実施している。

質を巡る課題（助産師の実践能力強化）

助産実践能力の質

- ◆助産師養成数は微増。大学院教育も24校まで増加。しかし、多くは大学での養成が増加している。
- ◆看護師免許との同時取得者が助産師国家試験合格者の31%を占める中、新卒助産師研修のあり方が問われている。
- ◆助産師に特化したクリニカルラダーがある施設は17%。
- ◆助産師に特化した新卒助産師研修は実施していない施設が68%
- ◆助産師のローテーションを実施している施設は31%。そのうち47%は内科や外科も含めた、産科関連部署以外もローテーション先である。

助産師の専門性発揮

- ◆助産師が自信をもって、助産師としての専門性を発揮できる場と、そのための現任教育が必要。しかし、助産師の育成を目的とした定期的な面接は、31%の施設で実施していない。
- ◆医師、看護師との連携の中で、助産師としての役割を担うことが求められる。
- ◆院内助産を実施している施設は11%、助産外来の実施は51%である。
- ◆現在導入していない施設の50%が院内助産の導入希望ありで、70%が助産外来の導入希望あり。
- ◆助産外来82施設、院内助産490施設（H24.4）

- ◆産科混合病棟におけるユニットマネジメント導入の推進
- ◆産科マネジメントの強化支援

- ◆厚生労働省看護職員確保対策特別事業「助産師出向支援モデル事業」実施

- ◆「助産実践能力習熟段階（クリニカルラダー）活用ガイド」作成・配付
- ◆「助産実践能力強化支援事業周産期関連の研修事業等」実施
- ◆助産師の専門的な能力獲得への支援（看護研修学校・神戸研修センター）

実施内容

- 助産師の必要人数算出と助産師の確保について看護職員需給調査や医療計画への提案
- 院内助産システムのさらなる推進
- 産科マネジメントの強化支援

- 助産師の助産実践能力強化のさらなる支援
- 助産関連政策の検討・提言
- 助産実践能力強化とその体制整備に関する全国展開の推進