

令和2年度 厚生労働省 看護職員確保対策特別事業
「母子のための地域包括ケアシステム推進に向けた
院内助産・助産師外来の促進に関する調査事業」
報告書

2021年3月

公益社団法人 日本看護協会

目次

I. 調査の概要	5
1. 調査の背景	5
2. 調査の目的	5
3. 調査の概要	5
1) ヒアリング調査期間	5
2) ヒアリング調査対象	6
3) 調査方法	6
4) ヒアリング項目（詳細は、「資料編」参照）	6
5) ヒアリング対象の選定方法	7
6) 倫理的配慮	8
7) 分析の視点	8
II. 調査結果	11
1. 都道府県の分類	11
1) 都道府県の分類の目的	11
2) 都道府県分類の過程	11
3) 都道府県の分類方法の概要および用いた指標の算出方法	13
4) 都道府県の分類結果	14
5) ヒアリング対象都道府県の選定	16
2. ヒアリング対象都道府県・分娩取扱医療機関の概要	17
1) ヒアリング対象都道府県の概要	17
2) ヒアリング対象分娩取扱医療機関の概要	18
3. ヒアリング対象都道府県・分娩取扱医療機関のヒアリング結果（概要）	19
1) A 県 行政	19
2) A 県 H-01	21
3) A 県 H-02	24
4) A 県 H-03	27
5) A 県 H-04	29
6) A 県 H-05	32
7) A 県 H-06	35
8) B 県 行政	38
9) B 県 H-07	40
10) B 県 H-08	43
11) B 県 H-09	46

12) C 県 行政	49
13) C 県 H-10	51
14) C 県 H-11	54
15) C 県 H-12	57
4. まとめ	60
1) 都道府県の施策別	60
2) 都道府県（行政）／医療機関 の立場別	60
3) 院内助産・助産師外来の実施の有無別	62
4) 周産期医療機能別（総合周産期母子医療センター／地域周産期医療センター／ 一般病院）	64
5) 分娩取扱医療機関における、院内助産・助産師外来の開設・実施に対する認識	65
5. 調査の限界	71
引用・参考資料	75
資料編	79

第 I 章 調査概要

I. 調査の概要

1. 調査の背景

我が国では、妊産婦の身体的・精神的・社会的なハイリスク化を背景とした、妊娠期から子育て期における切れ目のない支援体制の整備が喫緊の課題となっている。切れ目のない支援のためには、助産師の実践能力の強化と助産師の活用のための体制整備が重要である。

日本看護協会（以下、本会）では、助産師が専門性を発揮するとともに、妊産婦とその家族に対して安全・安心で質の高いケアを提供し、産科医師と連携・協働するチーム医療の体制として、院内助産・助産師外来を推進してきた。2017（平成29）年には、「院内助産ガイドラインー医師と助産師の役割分担と協働」¹⁾（以下、「旧ガイドライン」）の策定から10年が経過していることや、周産期を取り巻く状況の変化に対応する必要があることから、「院内助産・助産師外来ガイドライン 2018」²⁾（以下、「GL2018」）を作成し普及を図ってきた。同年の厚生労働省医療施設調査³⁾によると、分娩取扱医療機関における院内助産の開設率は15.5%、助産師外来の開設率は54.6%であり、医師の働き方改革の推進や妊産婦に切れ目のない支援を提供するためにも、引き続き院内助産・助産師外来を普及・推進していく必要がある。

本会が2018年（平成30年）に実施した「院内助産・助産師外来の開設による効果に関する調査」⁴⁾においては、「助産師数の確保」と「人材育成」、「産科医師の理解・協力」の3点が、院内助産・助産師外来の開設の課題であることが明らかとなっている。しかし、施設内外で具体的にどのような条件を整えば院内助産・助産師外来の開設が可能であるかは明らかとなっておらず、地域の特性に応じて院内助産・助産師外来の開設を推進できる方策を探る必要がある。

そこで、都道府県における周産期の動向および院内助産・助産師外来のニーズや実態を把握するとともに、院内助産・助産師外来を設置するにあたって必要な支援、設置における障壁・課題を明らかとすることを目的として本調査を実施することとした。

2. 調査の目的

- 1) 都道府県における周産期の動向および院内助産・助産師外来のニーズや実施状況を把握する。
- 2) 分娩取扱医療機関が院内助産・助産師外来を実施・継続するにあたり、施設内外で必要な支援や体制整備を明らかにする。

3. 調査の概要

1) ヒアリング調査期間

2020（令和2）年11月10日～12月10日

2) ヒアリング調査対象

(1) 調査対象：

ヒアリング対象は、3 都道府県、12 分娩取扱医療機関とした。その内訳は、以下のとおりである。

- 「院内助産・助産師外来の両方を実施する分娩取扱病院がある都道府県」 1 都道府県
- 「院内助産・助産師外来の両方を実施する分娩取扱病院がない都道府県」 2 都道府県
- 「院内助産・助産師外来の両方とも実施する分娩取扱医療機関」 3 医療機関
- 「院内助産・助産師外来の両方とも実施していない分娩取扱医療機関」 9 医療機関

(2) ヒアリング対象：

- ①都道府県の周産期医療、医療計画、人材確保等に携わる行政職員（以下、行政職員）
 - ②分娩取扱医療機関の看護部長または看護部長より推薦を受けた産科師長、副師長、主任、助産師等
- 各施設、1～5名へのヒアリングを行った。

3) 調査方法

- (1) 既存統計を用いて都道府県を分類し、ヒアリングを実施する「都道府県」と「分娩取扱医療機関」を選定した。
- (2) 都道府県の行政職員および分娩取扱医療機関の看護部長に対し、本調査の趣旨、目的、対象、ヒアリング内容を説明の上、ヒアリングへの協力を依頼した。
- (3) ヒアリングの協力に対し同意が得られた施設の上長およびヒアリング対象者に対し、依頼文およびヒアリングシートを送付した（「資料編」参照）。
- (4) ヒアリングシートを用いた半構造化インタビューを実施した。
ヒアリングは、医療・看護分野の研究・人材育成に精通する委託業者が行った。
- (5) ヒアリングで得られた内容について、質的記述的分析を行った。
- (6) 調査概要およびヒアリング対象都道府県・分娩取扱医療機関の選定、ヒアリング内容、結果の分析、考察の方向性については、有識者に対するヒアリングを行い、妥当性の確保に努めた。

4) ヒアリング項目（詳細は、「資料編」参照）

(1) 都道府県行政へのヒアリング内容

①周産期医療体制について

- ・今後の周産期医療計画、都道府県内の妊産婦の特徴、周産期医療従事者の充足等

②院内助産・助産師外来について

- ・院内助産・助産師外来のニーズ・効果や、開設・実施に必要な施策・事業等
- ・「院内助産・助産師外来の両方を実施する分娩取扱病院がある都道府県」と「院内助産・助産師外来の両方を実施する分娩取扱病院がない都道府県」で一部ヒアリン

グ項目を変更しており、主な違いは、実施する分娩取扱病院の有無による「背景・理由」や「効果」等である。

2) 分娩取扱医療機関へのヒアリング内容

①医療機関における周産期部門について

- ・病院の方針、医療機関を利用する妊産婦の特徴、周産期医療従事者の充足等

②院内助産・助産師外来について

- ・院内助産・助産師外来実施の有無の理由、ニーズ、開設の意思・障壁・支援等
- ・「院内助産・助産師外来の両方とも実施する分娩取扱医療機関」と「院内助産・助産師外来の両方とも実施していない分娩取扱医療機関」で一部ヒアリング項目を変更しており、主な違いは、実施の有無による「背景・理由」や「プロセス」等である。

5) ヒアリング対象の選定方法

ヒアリング対象都道府県および分娩取扱医療機関の選定条件を、表1に示す。

■表1 ヒアリング対象都道府県とヒアリング対象分娩取扱医療機関の選定条件

院内助産・助産師外来の実施		両方を実施する分娩取扱病院がある都道府県 (1 都道府県)		両方を実施する分娩取扱病院がない都道府県 (2 都道府県)
		両方とも実施する分娩取扱医療機関	両方とも実施していない分娩取扱医療機関	両方とも実施していない分娩取扱医療機関
周産期医療機能別	総合周産期母子医療センター	1 医療機関	1 医療機関	各 1 医療機関
	地域周産期母子医療センター	1 医療機関	1 医療機関	各 1 医療機関
	一般病院*	1 医療機関	1 医療機関	各 1 医療機関

計：都道府県 3、分娩取扱医療機関 12

*本報告書において、「一般病院」とは、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の機能を有さない分娩取扱医療機関のことを示す。

(1) 都道府県の選定

ヒアリング対象都道府県の選定にあたり、まず既存統計をもとに、都道府県の分類を行った。その後、医療施設調査³⁾(2017年)における院内助産・助産師外来の実施数や割合、都道府県医療計画における「院内助産」「助産師外来」の記載状況を考慮し、選定した(Ⅱ. 調査結果「1. 都道府県の分類」参照)。

なお、ヒアリング対象都道府県の選定手法について、専門家のスーパーバイズを受け

た。

(2) 分娩取扱医療機関の選定

ヒアリング対象都道府県の選定後、分娩取扱医療機関の公式 Web サイトで「院内助産」「助産師外来」の実施の有無を確認の上、「院内助産・助産師外来の両方を実施する分娩取扱医療機関」「院内助産・助産師外来の両方を実施していない分娩取扱医療機関」の候補医療機関を選定した。候補医療機関の選定にあたり、大学附属医療機関、自治体設置医療機関、産科以外の複数の診療科を有する医療機関を含めるよう、考慮した。

候補医療機関の選定後、院内助産および助産師外来の開設の有無を看護部長へ電話にて確認した上でヒアリング対象分娩取扱医療機関を決定した。

なお、本調査では、同一都道府県内の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、一般病院に対してヒアリングを行うため、分娩取扱医療機関の選定においては候補医療機関が少数に限られた。そのため、他に選定できる医療機関がない場合に限り、以下の医療機関を含めることとした。

- ・「院内助産・助産師外来の両方を実施する分娩取扱医療機関」に、過去に院内助産・助産師外来を開設していた分娩取扱医療機関
- ・「院内助産・助産師外来の両方を実施していない分娩取扱医療機関」に、助産師外来を実施している分娩取扱医療機関

6) 倫理的配慮

ヒアリング対象者には、調査依頼時に書面を用いて調査の趣旨、目的、方法、個人および所属施設の匿名性の保持、参加の自由、不参加による不利益がないこと、匿名化はするが特定される可能性もあることを説明し、同意書の返送をもって、同意が得られたと判断した。また、ヒアリング開始前にも口頭にて説明した。ヒアリング内容は、書面および口頭で同意を得た上で録音した。本調査は、公益社団法人日本看護協会研究倫理審査委員会の承認を経て実施した（承認番号 KR03-200731）。

7) 分析の視点

以下の5つの視点でヒアリング結果をまとめた。

- (1) 都道府県の施策別
- (2) 都道府県（行政）／医療機関 の立場別
- (3) 院内助産・助産師外来の実施の有無別
- (4) 周産期医療機能別（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／一般病院）
- (5) 分娩取扱医療機関における、院内助産・助産師外来の開設・実施に対する認識

第Ⅱ章 調査結果

Ⅱ. 調査結果

1. 都道府県の分類

1) 都道府県の分類の目的

- (1) 地域における院内助産・助産師外来の体制整備に関する施策の検討を行う。
- (2) ヒアリング対象都道府県を適切に選定する。

2) 都道府県分類の過程

都道府県を分類するにあたり、都道府県や市町村の分類等に着目した先行研究の文献検討^{5)~14)}を行った。文献検討に用いたリストは、表2のとおりである。その結果、分類の枠組みをそのまま利用できる文献はなかったため、先行研究を参考に、本調査・研究事業の目的およびデータ収集の実現可能性を踏まえ、「出生数」「分娩取扱医師数」「助産師数」に基づき分類することとした。なお、「分娩取扱医師数」「助産師数」については、都道府県別の出生数による影響が大きいため、「出生1000あたりの医師数」および「出生1000あたりの助産師数」を用いた。

また、今後の出生数の変化、「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律」等により医療従事者の確保が困難となることを見込まれることから、分類は現状のデータに基づく分類に加え、出生数や分娩取扱医師数、助産師数の将来推計に基づく分類を行った。詳細は、「3) 都道府県の分類方法の概要および用いた指標の算出方法」参照。

表2 都道府県分類の検討を目的とした文献一覧

	論文名	著者	雑誌	発行年
1	地域分娩取扱病院の集約化による運転時間とその平等性への影響 ⁵⁾	石川雅俊	日本医療経営学会誌, 11(1)	2017
2	出生地から総合・地域周産期母子医療センターへの運転時間と周産期アウトカムの関係性及びそれを踏まえた拠点病院の配置に関する検討(二次医療圏単位の解析) ⁶⁾	石川雅俊	日本医療経営学会誌, 11(1)	2017
3	本邦における母体救急搬送体制の現状 一次医療施設と高次医療施設の連携状況に関する全国周産期医療協議会対象調査 ⁷⁾	大野泰正、 他	日本周産期・新生児医学会雑誌, 53(1)	2017
4	地理情報システムを用いた全国分娩取扱医療機関から総合・地域周産期母子医療センターまでの搬送時間の検討(二次医療圏単位の解析) ⁸⁾	石川雅俊	日本医療経営学会誌, 10(1)	2017
5	【医療計画班①】地域医療構想を第七次医療計画に盛り込むに当たって必要な事項 ⁹⁾	河原和夫 研究代表者： 今村知明	病床機能の分化・連携や病床の効率的利用等のために必要となる実施可能な施策に関する研究*	2017
6	大都市圏型地域における地理情報システムを用いた医療・介護の将来像に関する研究 神奈川県をモデルとして ¹⁰⁾	内藤純行、 他	日本病院総合診療医学会雑誌, 11(2)	2016
7	地理情報システムを用いた全国の分娩医療機関に対するアクセスの検討 ¹¹⁾	石川雅俊	日本医療経営学会誌, 9(1)	2016
8	我が国の周産期医療提供体制の課題 医療圏格差と医療資源の集約度の視点を中心に ¹²⁾	石川雅俊	日本医療経営学会誌, 9(1)	2016
9	地方2次保健医療圏における人口動態や出産状況を含む周産期/乳幼児期保健医療の現況と地域特性の疫学的研究 ¹³⁾	高橋篤、 栗原修一	保健医療科学, 63(6)	2014
10	二次医療圏データベースによる産科医療提供体制の分析とその問題点 ¹⁴⁾	松村耕平	日本医療経営学会誌, 7(1)	2013

*厚生労働科学研究費補助金「病床機能の分化・連携や病床の効率的利用等のために必要となる実施可能な施策に関する研究」平成28年度総括・分担研究報告書

3) 都道府県のカテゴリ方法の概要および用いた指標の算出方法

都道府県のカテゴリ方法の概要は表 3、用いた指標の算出方法は表 4 のとおりである。

表 3 都道府県のカテゴリ方法の概要

	パターン	出生数	医師数	助産師数
①	現状でカテゴリ	現在の出生数	出生 1000 あたりの分娩取扱医師数	出生 1000 あたりの分娩取扱助産師数
②	将来推計を踏まえてカテゴリ	将来の出生数の変化率	分娩取扱医師数の推計	将来の出生 1000 あたりの分娩取扱助産師数の変化率

表 4 都道府県のカテゴリで用いた指標の算出方法

	用いた指標	指標の算出方法
①	現在の出生数	人口動態調査 ¹⁵⁾ (2017 年)
	出生 1000 あたりの分娩取扱医師数	医療施設調査 ³⁾ (2017 年) 都道府県別分娩取扱施設 (病院+診療所) の担当医師数 (常勤換算) を出生数 (人口動態調査 ¹⁵⁾ (2017 年)) で除して算出。
	出生 1000 あたりの分娩取扱助産師数	医療施設調査 ³⁾ (2017 年) 都道府県別分娩取扱施設 (病院+診療所) の担当助産師数 (常勤換算) を出生数 (人口動態調査 ¹⁵⁾ (2017 年)) で除して算出。
②	将来の出生数の変化率 (2017 年を 1 とした時の 2025 年時点の変化率を推計)	国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口 (平成 30 (2018) 年推計)」 ¹⁶⁾ の 2025 年時の 0~4 歳の推計人口を 5 で除した値を 2025 年時点の出生数の推計と仮定。2025 年時点の出生数の推計を、出生数 (人口動態調査 ¹⁵⁾ (2017 年)) で除して算出。
	分娩取扱医師数の推計	「10 年後の分娩施設医師数増減の試算」(厚生労働省「周産期医療体制のあり方に関する検討会」(第 2 回) 資料 6) ¹⁷⁾ から引用。
	将来の出生 1000 あたりの分娩取扱助産師数の変化率 (推計)	2011 年から 2017 年の助産師数の変化率を、医療施設調査 ³⁾ (各年版) から算出し、その変化率が今後も続くと仮定し、2025 年時点での助産師数を推計。それを「将来の出生数の推計」で除して出生 1000 あたりの助産師数 (将来の推計) を算出。

4) 都道府県の分類結果

(1) パターン①

パターン①による都道府県の分類結果を表5に示す。

表5 パターン①による都道府県の分類結果

現在の 出生数 *	出生1000あた りの分娩取扱 医師数*	出生1000あた りの分娩取扱 助産師数*	都道府県名
多い	多い	多い	
		少ない	東京
	少ない	多い	北海道
		少ない	埼玉 千葉 神奈川 愛知 兵庫 広島 福岡 大阪 茨城 静岡
少ない	多い	多い	岩手 秋田 山形 富山 石川 福井 京都 和歌山 鳥取 島根 山口 徳島 長崎
		少ない	群馬 山梨 三重 奈良 佐賀 滋賀 岐阜 栃木
	少ない	多い	宮城 新潟 長野 高知
		少ない	愛媛 熊本 大分 鹿児島 青森 香川 宮崎 岡山 沖縄 福島

* 「多い」「少ない」：平均値より多いか少ないかで分類した。

(2)パターン②

パターン②による都道府県のカテゴリ結果を表6に示す。

表6 パターン②による都道府県のカテゴリ結果

将来の出生数の変化率*	分娩取扱医師数の推計**	将来の出生 1000 あたりの分娩取扱助産師数の変化率	都道府県名	
やや減少	増加	増加	神奈川 愛知 沖縄 静岡	
		減少		
	横ばい	増加	宮城 栃木 埼玉 千葉 福井 滋賀 熊本 長野 福岡	
		減少	群馬	
	減少	増加	三重 鳥取 岡山 山形 新潟 奈良 広島 山口 佐賀 島根 石川	
		減少	岐阜	
	大幅に減少	増加	増加	秋田 茨城 兵庫 徳島 北海道 東京 山梨 大阪
			減少	
横ばい		増加	岩手 愛媛 高知 富山	
		減少	青森	
減少		増加	福島 長崎 宮崎 京都 和歌山 香川 大分 鹿児島	
		減少		

* 平均値からどのくらい減少しているかで「やや減少」「大幅に減少」に分類した。

** 「10%以上増加」「5%以上増加」を増加、「増減なし」を横ばい、「5%以上減少」「10%以上減少」を減少とした。

5) ヒアリング対象都道府県の選定

(1) 都道府県分類からみた院内助産・助産師外来の傾向

医療施設調査³⁾ (2017年)において、「院内助産を実施あり」の分娩取扱病院が存在しなかった都道府県は全て、現状(パターン①)において、出生数は少なかったが、出生1000あたりの医師数、助産師数の増減による差は認められなかった。また、将来推計(パターン②)では、出生数の減少率は小さく、出生あたりの助産師数は増加するが、分娩取扱医師数の推計は横ばいまたは減少であり、「院内助産を実施あり」の分娩取扱病院が存在しなかった都道府県に、分類上特徴は認められなかった。

(2) 「院内助産・助産師外来の両方を実施する分娩取扱病院がない都道府県」の選定

医療施設調査³⁾ (2017年)における、都道府県別の院内助産・助産師外来の実施数では、47都道府県全てで「助産師外来を実施あり」の病院が1施設以上存在した。一方で、「院内助産を実施あり」の病院が存在しなかった都道府県は複数存在したため、そのうち2都道府県を「院内助産・助産師外来の両方を実施する分娩取扱病院がない都道府県」として選定した。

(3) 「院内助産・助産師外来の両方を実施する分娩取扱病院がある都道府県」の選定

①「院内助産を実施あり」の病院が存在しなかった都道府県が、「4) 都道府県の分類結果」で示した都道府県分類のパターン①、②においてどの群に属するのかを踏まえ、下記①②双方の群に属する県を確認した。

・パターン①(現状で分類)

…「現在の出生数」は「少ない」、「出生1000あたりの分娩取扱医師数」は「多い」または「少ない」、「出生1000あたりの分娩取扱助産師数」は「多い」または「少ない」群

・パターン②(将来推計を踏まえて分類)

…「将来の出生数の変化率」は「やや減少」、「分娩取扱医師数の推計」は「横ばい」または「減少」、「将来の出生1000あたりの分娩取扱助産師数の変化率」は「増加」群

②①で確認した県のうち、下記3点を考慮し、「院内助産・助産師外来の両方を実施する分娩取扱病院がある都道府県」を選定した。

- ・医療施設調査³⁾ (2017年)における院内助産・助産師外来の実施数が多い
- ・医療施設調査³⁾ (2017年)における院内助産・助産師外来の実施割合が高い
- ・都道府県医療計画において「院内助産」「助産師外来」の推進等に関する記載がある

2. ヒアリング対象都道府県・分娩取扱医療機関の概要

1) ヒアリング対象都道府県の概要

対象都道府県の概要を、表 7 に示す。

表 7 ヒアリング対象都道府県の概要

県	院内助産・助産師外来等の推進状況*	現在の実施医療機関数*		医療計画への記載**
		院内助産	助産師外来	
A 県	約 10 年前に県として推進した。現在は働きかけを行っていない。	約 5	約 5	あり
B 県	特に働きかけていない。切れ目のない支援や、救急搬送体制、母子保健等の充実には力を入れてきた。	1~2***	約 15	なし
C 県	約 10 年前に行政・産科医師・助産師が県外の院内助産先進施設に視察に行ったが、開設には至らなかった。現在、働きかけは行っていない。	なし	約 5	なし

* 都道府県のヒアリング対象者から得られた情報を要約した。実施医療機関の対象は、A 県、B 県は産科医療機関全体数、C 県は医療機関の種別は不明である。

** 都道府県の第七次医療計画における「院内助産」「助産師外来」の記載

***医療施設調査（2017 年）では院内助産を実施する分娩取扱病院はなし。

2) ヒアリング対象分娩取扱医療機関の概要

医療機関のヒアリング対象者から得られた、対象医療機関の概要を、表8に示す。

なお、年間分娩件数、帝王切開率(c/s率)、医療機関に勤務する助産師数、医師数は匿名化のため、一部概数として示す。

表8 ヒアリング対象分娩取扱医療機関の概要

附番	県	機能*	ヒアリング 選定枠	年間 分娩 件数	c/s 率	助産 師	産科 医師	院内助産		助産師外来	
								現状**	希望***	現状**	希望***
H-01	A	総合	院内助産・ 助産師外来 の両方を 実施する 分娩取扱 医療機関	約 500	30% 台	20人 台	約30 人	◎	-	◎	-
H-02		地域		約 600	40% 台	30人 台	6~10 人	◎ 休止	-	◎	-
H-03		一般		約 100	不明	10人 未満	1~5 人	○	●	○	●
H-04		総合		約 500	30% 台	50人 台	6~10 人	×	×	◎	-
H-05		地域		約 400	30% 台	10人 台	1~5 人	×	×	◎	-
H-06		一般		約 200	10% 台	10人 未満	1~5 人	×	×	×	●
H-07	B	総合	院内助産・ 助産師外来 の両方を 実施して いない 分娩取扱 医療機関	約 500	30% 台	40人 台	6~10 人	×	×	×	▲
H-08		地域		約 200	30% 台	10人 台	1~5 人	×	×	△	●
H-09		一般		約 100	10% 台	10人 未満	1~5 人	×	▲	×	●
H-10	C	総合		約 300	30% 台	10人 台	約20 人	×	×	×	●
H-11		地域		約 300	10% 台	10人 未満	1~5 人	×	×	△	●
H-12		一般		約 100	10% 台	10人 未満	1~5 人	×	▲	×	▲

* 「総合」…総合周産期母子医療センター 「地域」…地域周産期母子医療センター
「一般」…一般病院

** 「現状」の標記は、下記のとおりである（ヒアリング対象者の判断から分類した）
◎…現在実施中（休止中を含む） ○…かつて実施していたが、現在は中止
△…開設計画中 ×…実施なし

*** 「希望」の標記は、下記のとおりである（ヒアリング対象者からの情報を元に分類した）
●…開設に向けた希望・意思を持っている
▲…現実的には難しいが、意義はあり、できたらよいと考えている
×…必要性を感じていない -…すでに実施している

3. ヒアリング対象都道府県・分娩取扱医療機関のヒアリング結果（概要）

3 都道府県、12 分娩取扱医療機関、計 15 か所のヒアリング結果の要約を示す。なお、ヒアリングで得られた情報は、ヒアリング対象者の認識によるものである。また、施設数、病床数、助産師・医師数等は、匿名化のため、一部概数として示す。

1) A 県 行政

(1) 都道府県の周産期医療体制（A 県行政）

県の医療計画における、5 疾病・5 事業の中の周産期医療の重みづけとその理由
A 県の保健医療計画（2018 年 3 月）の中で、周産期医療の記載が多い。分娩取扱医療機関で対応可能な分娩件数は、県内のニーズを満たせるだけの体制はあるが、今までは身近な医療機関で出産できたものが、近くではなかなか出産できなくなってきた。A 県の周産期の医師たちは、「たらい回しなど絶対させない」という意気込みはあるので、これを維持していきたい。
分娩取扱施設の集約化など、分娩取扱施設の体制に関する今後の方針
医療計画での、周産期医療や分娩施設の体制整備計画
2 次医療圏を統合して県内を 4 つの圏域に分け、それぞれの圏域ごとに分娩取扱医療機関を集約していく方針。
県内在住の妊産婦や県内で出産する妊産婦の特徴、県内での地域差
特記なし
上記 3 点に関する対策
A 県は、病院数が少ない中で、様々な機能を病院に持たせているので、国の施策に先んじて県費をつけて、周産期医療センター等の体制整備に取り組んできた。現在の県費負担は全国平均レベルになっていると考えている。分娩の在り方というよりは、周産期のリスクに対してどう対応するかという意識で取り組んできた。
産婦人科医師・小児科（新生児科）医師・助産師などの周産期医療従事者の人数や充足状況および、確保のために講じている対策
<ul style="list-style-type: none"> ●産婦人科医 100 人台（40 人台/10 万人）全国 30 位台（二次医療圏により偏在あり） ●小児科医 県全体で見れば少なくはない（新生児専任：常勤 10 人台） ●助産師 400 人台（2016 年） 10 万人あたり 30 人台 <ul style="list-style-type: none"> ・助産師業務に特化できない（産科混合病棟における看護業務等）人もいる。 ・「勤務している病院では産科が廃止となり、別の病院に転職するが、転職先の産科も縮小」という事例も存在する。 ・助産師は働く場所によって、仕事の内容がかなり異なっている。 ●助産師の養成（3 つの養成校により、20 人強を育成している） <ul style="list-style-type: none"> ・県内には分娩を取扱う施設が少ない。新人が分娩に立ち会う機会も少ない。 ・県事業として、助産師のキャリアアップ、出向支援、復職支援を行っている。 ●助産師キャリアアップ <ul style="list-style-type: none"> ・新人助産師の研修（毎年、県全体の新人助産師の 2/3 以上（20 人弱）が参加） ・シミュレーターを使った技術研修／助産師としての横のつながりを作る。 ・中堅助産師の研修（キャリア課題に即した、それぞれの個別のテーマに沿った学習） ・他医療機関における研修・経験等 ●出向支援 <ul style="list-style-type: none"> （病院と診療所間の双方で出向し、ハイリスクや正常分娩などの経験を積む） ・出向元が 4 施設、出向先が 5 施設、出向者 6 人（2019 年度） ・事業開始年度から今年度まで、累計で 15 人が出向事業を利用

(2) 院内助産・助産師外来（A 県行政）

院内助産・助産師外来の開設背景
10 年くらい前、周産期死亡率が高かった時に、院内助産所の開設という対応策が挙がり、県内施設が取組んだ。その際には、施設整備のための補助事業を行い、事業について病院に働きかけていたが、実施施設が増えたため、今はしていない。 産科医師が少なくても分娩に対応できるため、院内助産を開設した病院もあるが、産科医師がいなくなると院内助産もできないため、なくなったというケースがある。
院内助産・助産師外来に対する地域のニーズに関する認識
どの医療機関に院内助産を期待すればいいのかわからない。医師が少ない医療機関で院内助産を展開することになれば、産科医師の機能を補完することにつながるかと思うが、産科を持つ病院で立ち上げようとしても、産科医師から NG が出るなど病院内での位置づけが難しいのではないかと感じる。総合周産期母子医療センターでは、ハイリスク妊産婦に対し、高度医療をきちんとやっていく所でギリギリの人員配置なのではないか。 助産師外来は、A 県内の分娩取扱病院約 10 施設のうち約 5 施設が開設している。ただし、外来の助産師がどのような役割を担っているか、施設による違いや評価などの実態は現時点で把握していない。
院内助産・助産師外来の効果
役割や評価については、把握していない。
今後の、院内助産・助産師外来の開設・実施の推進予定
院内助産の補助をした頃は、色々と把握も後押しもしていたが、現在は「やっているのが当たり前」という認識であり、特に後押しや実施内容等の把握をしていない。
院内助産・助産師外来の推進に必要と考える施策・事業
院内助産を開設する時などに、包括的な補助金を使うことになるが、病院として取組む場合には、どうしても優先順位は規模やニーズの大きい分野が高くなる。 院内助産・助産師外来といった、具体的なメニューの補助・支援という形で施策が出ると、そのメニューに沿って取組む動機づけにつながるのではないかと感じる。 県からやみくもに「(院内助産・助産師外来は) どうですか」と働きかけても、なかなか医療機関側の積極的な取組みにはつながらないと感じる。
現在、院内助産・助産師外来の開設・実施に対して行っている支援
現在は、特に支援をしていない。開設状況については、毎年、A 県内の全産科医療機関への調査を実施し把握している。
その他
県職員に助産師がおらず、助産領域全般についてわからない。 県行政としては、助産師の力を活かせばよいと思う。 周産期医療を考える協議会の中で、県の看護協会や助産師会から情報を貰うことはない。 立場を踏まえた施策だけでなく、現場の声や実際のデータを見ながら議論がしたい。

2) A 県 H-01

(1) 施設全体の状況 (H-01 A 県 総合周産期母子医療センター)

施設機能別	総合周産期	病床数	600 床台	医療機関内 全看護師数	600 人台
分娩数 (直近年度)	約 500 件 (うち合併症 約 70%)	帝王切開率	30%台	医療機関内 全助産師数	20 人台
妊産婦の 特徴	身体的・社会的ハイリスク、精神疾患合併妊婦等のハイリスク妊産婦が多く、特に精神科病床を持つ総合病院が県に 1~2 施設しかないため、精神科合併は集約される。				
産科病棟	病棟形態	産科混合病棟で母子診療科と女性診療科(乳腺や婦人科)が入っている。病棟と外来を 1 つの看護単位として運営(以下、一元化)している。			
	運用状況	2019 年度稼働率約 90% (2020 年: COVID-19 の影響で 約 80%)			
	スタッフ	産科病棟 40 人台(うち助産師 30 人台、アドバンス助産師*約 5 人) 院内全体のアドバンス助産師数は約 10 人(他病棟、休業中含む) 産科病棟と母体胎児集中治療室(以下、MFICU)は別の看護単位として運用 母子病棟に、リエゾン・精神科看護の専門看護師(非助産師)を配置しており、年 50 件以上に関わっている。専従で別途 1 人リエゾン専門看護師がいる。			
医療機関内 産科医師数	常勤医約 30 人 少ないと感じる。地域貢献をしていく中で、他医療機関への医師派遣等に苦慮している。				
医療機関内 小児科・ 新生児科 医師数	約 30 人(うち新生児担当約 10 人)				
助産師 充足状況	やっと育ってきた助産師が産休に入ったり辞めたりと、中堅クラスが抜けてしまう。正常分娩を介助したくて他医療機関に転職する人も少くない。 毎年の採用人数は病院で決められてしまうが、助産師の人数制限はないので、優先的に採用している。多い時には 10 人の助産師を採用することもある。一気に多くの助産師が入ったとき、NICU や GCU にも新人を配置しながら、周産期という単位で教育する体制をとっている。				
周産期の 今後の方針	総合周産期母子医療センターとして、診療所や中核病院からの搬送を受け入れていきたい。ローリスクを増やすという方針はなく、ハイリスクを確実に受け入れ、安全に出産・育児につなげるようにしていく。 2018 年より、NICU を増床したため、満床のためにハイリスク妊産婦を受け入れられないというケースは減った。				
院内助産	開設している。		助産師外来	開設している。	

*アドバンス助産師については、p62 参照。

(2)院内助産 (H-01 A 県 総合周産期母子医療センター)

院内助産を開設した理由
助産師外来と同時期の 2010 年頃から開設。医師からの打診があった。
院内助産の開設による効果およびニーズ
ここ 1 年は COVID-19 の影響のため、院内助産で分娩した妊産婦は 0 人であった。合併症により院内助産の対象から外れてしまう人もおり、最後に院内助産で分娩に至ったのは 2 年前である。当院はハイリスクが集約されるため合併症が多く、院内助産の対象になりうる人はほとんどいない。ローリスク妊婦でも病院を選ぶ人は安全を求めて来られる妊産婦が多く、不妊治療後の妊娠や高齢出産となる妊婦は半分が帝王切開で、院内助産を増やしていくのは厳しいところがある。 院内助産所という形の需要はなかなか難しいが、継続的なサポートの必要性から助産師外来の需要は伸びており、今は助産師外来をしっかりやっていきたいと考えている。 しかし、院内助産がもともとあったため、医師と助産師が交互に行う妊婦健診を受けやすかったというはある。 自分が判断をすることに不安がなかったわけではないが、実際に関わる中で、その不安が払拭されていったため、院内助産に関わったことは個人的には嬉しかった。自分も最初は不安を感じながら後輩に教えていたが、少しずつ自信を持てるようになった。
今後の院内助産の方針および、継続に対する障壁や必要な支援・体制
助産師数を多く配置した場合に、それをしっかり診療報酬上の評価がなされるようにしてほしい。 高度なことをする助産師に対しては、国として、一律で手当が出るようにしてほしい。 アドバンス助産師に認証されるにあたって、後々助産師外来と院内助産に出ていくスタッフを育成することが、目的の一つにはなっている。院内助産・助産師外来はアドバンス助産師が対応するが、診療報酬の「乳腺炎重症化予防ケア・指導料」以外に、アドバンス助産師個人や医療機関に対するメリットがあるとよい。
院内助産の開設に対する働きかけ
特記なし
その他
開設の打診は医師からであったが、内容は「こうしていきたいが、どうか」等、助産師からも提案を行った。以前から助産師に対して協力的な病院であり、院内助産の立ち上げや妊婦健康診査について、しっかり議論ができるような関係がある。 看護部長から見て、助産師と医師は対等な関係が築かれていると感じる。前病院長は「助産師は特定行為の先駆けの職種となっている」と、事あるごとに言っていた。医師と同等の技術や知識を持っていないとできない、という認識である。 地域貢献という意味もあり、助産師が少ない地域の病院や診療所からの委託を受けて、当院所属の助産師が兼業の扱いで夜勤を手伝いに行っている。勤務が休みの時に、正常分娩を分娩介助できる施設に兼業に出て、そこで分娩介助してラダーの要件を満たしていくということで、本人にとっても地域の病院や診療所にとってもメリットがあり、継続している状況である。

(3)助産師外来 (H-01 A 県 総合周産期母子医療センター)

助産師外来を開設した理由
2010 年頃から名称を改めてスタートした。以前は「助産師相談」という形で希望者や産後の母子を対象に、2 年ほど運営をしていた。分娩数の増加に伴い、妊婦健康診査が現状の医師数では対応が困難となりつつあった。そこで医師から「助産師が妊婦健康診査をやってみないか」と話をもらい、医師の業務負担軽減の一環で始まった。
助産師外来の開設による効果およびニーズ
特定機能病院において、一般的な保健指導・スクリーニングしかできなかったが、助産師外来では時間をかけて個別性の高いケアができ、対象のメリットになっている。 助産師外来では助産師のアセスメント能力や技術・知識が求められるが、自分の判断に責任が持てるよう、院内で看護師ラダーが設定されている。看護師ラダーのレベル 3 にならないと、助産師ラダーがとれないルールとなっており、自己研鑽につながる。 現在の助産師による妊婦健康診査は、産前から産後まで継続して関わるという点で、症例数の少ない院内助産に代わり、助産師のモチベーションにつながっている。 助産師外来で正常異常を判断して、必要時に医師につなぐため、医師の業務負担の軽減にはつながっていると思う。
今後の助産師外来の方針および、継続に対する障壁や必要な支援・体制
現在、助産師外来は「自費」という形だが、行政からの補助があると利用しやすくなるのではないかと。地域によって補助のレベルに差がある。行政としてサービスの統一を図ってもらえると、ハイリスク妊産婦へのケアが進められる。
助産師外来の開設に対する働きかけ
特記なし
その他
週 3 回、1 日 6 枠、産後の健診と妊婦健診を行っている。担当する助産師は約 10 名。 現在は、妊娠 30 週以降の双胎等を除く妊婦のほぼ全例に対し、医師と交互に妊婦健康診査を行う形で、助産師外来を行っている。超音波検査は実施するが、推定体重の測定はしていない。 助産師外来を開設するにあたって、助産師外来の開設を提案してくれた病棟医長が窓口となって他の産科医師に情報共有し、了解をもらってバックアップ体制を作った。 開設前から助産師が研修に参加する機会があったため、ある程度超音波検査等の研鑽は積んだ人が実施していた。また、病棟では医師の協力を得て、トレーニングをしている。 異常の早期発見については、医師との相談体制を厳密にしている。助産師外来では、何か困ったり、おかしいと感じたときは、自分たちの判断ではなく、医師を呼んで一緒にみてもらっている。不安はあるが、医師にバックアップしてもらえるので、安心感があるな、と思っている。

3) A 県 H-02

(1) 施設全体の状況 (H-02 A 県 地域周産期母子医療センター)

施設機能別	地域周産期	病床数	400 床台 (分娩室 拡充のために、変 更を届け出中)	医療機関内 全看護師数	500 人台
分娩数 (直近年度)	約 600 件	帝王切開率	40%台	医療機関内 全助産師数	30 人台 (人事 交流含む)
妊産婦の 特徴	ハイリスクの妊婦とローリスクの妊婦、どちらもいる				
産科病棟	病棟形態	2019 年末から単科で運営 (それまでは乳腺外科と混合)			
	運用状況	COVID-19 対応のため、産科にやむを得ず他科を入れる場合も ある。			
	スタッフ	助産師 30 人台、看護師 10 人未満。アドバンス助産師約 10 人			
医療機関内 産科医師数	6~10 人 (土曜日の当直は外勤)				
医療機関内 小児科・ 新生児科 医師数	小児科医 6~10 人				
助産師 充足状況	<p>育休・産休を取得した後、アドバンス助産師が短時間勤務になり、分娩の多い夜勤に出られなくなったことがある。</p> <p>現在、5 人が育児のために短時間勤務で、フルタイム勤務者の 0.7 人分くらいの労働時間となっている。ワークライフバランスの制度を取り入れると実働が少なくなってしまう。</p> <p>夜勤を担える実力者が少なく、4 人で組んでいる。助産師 1 人のひと月あたりの夜勤時間を平均すると 72 時間は下回っているが、夜勤回数が月 9 回の人もある。</p>				
周産期の 今後の方針	周囲の医療機関の状況によるが、県をあげて周産期の体制構築の動きがあるため、その影響でセンター機能を担うことになる可能性がある。				
院内助産	現在は休止中 (COVID-19 の影響)	助産師外来	開設している。		

(2)院内助産 (H-02 A 県 地域周産期母子医療センター)

院内助産を開設した理由
助産師外来開設の延長線上で 2015 年頃に開設した。 2008 年度より日本看護協会が院内助産システムを推進し、2012 年には 36 都道府県の 82 か所で院内助産が行われるようになったことを受け、当院でもアドバンス助産師を目指している助産師の共通目標として院内助産の開設を考えるようになった
院内助産の開設による効果およびニーズ
アドバンス助産師の腕の見せどころになると考えた。
今後の院内助産の方針および、継続に対する障壁や必要な支援・体制
母体救急等、助産師の実践能力の向上に関する研修費用の援助があるとよい。 ハイリスクとローリスクそれぞれを経験できるような双方向からの出向があるとよい。
院内助産の開設に対する働きかけ
準備段階として、日本看護協会や日本助産師会の研修に 2 人ずつ出て、研修内容を共有した。 A 県が実施していたキャリアアップ研修も活用し、院内助産の実施施設に研修に行くこともあった。 開設前は、運営にあたっての基準等様々なことについて、医師と助産師間で何回もカンファレンスを行った。 会陰縫合の方法や胎児心拍数陣痛図判読の勉強会を開催し、病院の産科医師にも複数回参加してもらった。県の事業と病院に後押ししてもらった。 「助産業務ガイドライン」や「産婦人科診療ガイドライン」も、勉強会を開いて読み込んだ。
その他
院内助産の対象は、①経産婦、②妊娠経過が 20 週までで正常に経過していると産科医師が判断している、③当院の助産師による妊婦健診（保健指導を含む）を 2 回以上受けられる、④本人の希望がある、⑤夫の同意がある、⑥単胎で経膈分娩が可能と産科医師が判断している、⑦妊娠 37 週 0 日から 40 週 6 日までの分娩である、⑧途中経過において助産師・産科医師が対象外と判断しなかった、の 8 点にすべて当てはまる人であった。 助産業務のレベルアップを図ることができた。 妊産婦と一緒に考えながら、皆で楽しくやることができた。 本当は助産師だけで院内助産が完結できるとよいが、やはりお産は何が起こるかわからず、医師が病院にいない環境での分娩時の急変対応に対して不安があったので、「軌道に乗るまでは、お産の間だけは病院内には、いてほしい」と医師に院内待機を依頼している。だから、医師の負担はあまり変わらない。 陣痛が弱くなった時など、時に、医師の手助けを必要とすることもあったが、医師を呼ぶ前に、有効陣痛が得られないかを待つなど、自分たちで工夫する場面が増えたように感じた。 報告基準等のルールを順守しており、トラブルが生じたことはない。

(3)助産師外来 (H-02 A 県 地域周産期母子医療センター)

助産師外来を開設した理由
意欲のある助産師が集まってきた頃、当院に勤める助産師に長く勤めてもらえる魅力ある産科病棟にしたいと考え、日本看護協会や厚生労働省が助産師外来や院内助産を推進していることを、助産師職能委員会で聞き、開設を思いついた。助産師と当時の師長の希望から始まった。 2号館の建て替え時に、ちょうど産婦人科外来にスペースが一つ空くとわかったため、そこを活用しようと考えた。
助産師外来の開設による効果およびニーズ
医師の診察と違い、時間がたっぷりあるため、妊娠中の思いや分娩への思いとそのプラン、産後の思い、出産に向けてのわくわく感などを長い時間かけてゆっくり一対一で話を聞くことができる。 妊婦もいっぱい話ができるので、診察後、ニコニコして帰宅する。 回数を重ねると、信頼関係ができるので、様々な話をしてくれるところが、医師による外来とは異なると思う。 また、医師の診察時は時間がなく、なかなか聞くことができない、足のむくみ、腰痛等の妊娠中のマイナートラブルや、上子の対応、他の家庭の工夫、入院中の生活に関する質問にも答えることができる。
今後の助産師外来の方針および、継続に対する障壁や必要な支援・体制
特記なし
助産師外来の開設に対する働きかけ
助産師外来を行うことで、医師の診察が1か月空くため、産科医師のなかには「助産師は保健指導だけをしていればいい、診察はしなくていい」と言う医師もいたが、当時の産科部長は30年くらい勤務しており、助産師とも信頼関係を築いていたため、「ここに勤めたっていう助産師が来てくれたら、もっと活気が出るから、やったらいいよ」と開設の後押しをしてくれ、実現できた。
その他
週5日、1日15枠。助産師外来の予約枠は1時間。他、助産師外来担当者が、医師の外来後の保健指導や、2週間健康診査、1か月健康診査を行っており、所要時間は、15～30分程度。担当する助産師は約10名。 助産師外来では、超音波はするが、推定体重等を計測するためではなく、赤胎児の顔や手、足をみたりして、あくまでお母さんお父さんに赤ちゃんの様子を見てもらい、愛着形成やコミュニケーションツールの一つとして用いている。 記録に全部残しており、医師もそれらをちゃんと見ている。トラブルが起きたことはない。 ハイリスクは医師自らが診察をしており、特に助産師外来に関して障壁は感じていない。

4) A 県 H-03

(1) 施設全体の状況 (H-03 A 県 一般病院)

施設機能別	一般病院	病床数	500 床台	医療機関内 全看護師数	不明
分娩数 (直近年度)	約 100 件	帝王切開率	不明	医療機関内 全助産師数	10 人未満
妊産婦の 特徴	周産期の公立病院のため、基本的にはローリスク、または一般的な妊婦が多い。助産施設のため、生活保護や特定妊婦といった社会的ハイリスクの妊産婦もいる。				
産科病棟	病棟形態	産科混合病棟			
	運用状況	2/3 が産科。2020 年は病床数が抑えられたので、外科以外の患者はそれほど多く入ってこない。以前は病床が空けば、他科患者も積極的に受け入れていた。 一昨年、小児科の常勤医がいなくなったあおりを受け、それまでは約 300 件だった分娩数が昨年度は、約 100 件となった。			
	スタッフ	病棟の看護師は 10 人台、助産師は 10 人未満。病棟以外では、外来、課長室、その他の部署に助産師を配属している。			
医療機関内 産科医師数	常勤 1~5 人 (育休明けの時短含む)				
医療機関内 小児科・ 新生児科 医師数	昨年から常勤 1~5 人と非常勤が配属された。				
助産師 充足状況	若い助産師は分娩を介助したいという希望が多いが、分娩件数が少なくなったため、他の大病院に移りたいという助産師が増え、余裕がなくなっている。 分娩件数の減少により、一つひとつの事例に深く長く関われるようになったことを逆手に取って、人を留めようと考えている。				
周産期の 今後の方針	地域医療構想のもと、A 県は 4 つの医療圏に分けられている。 同規模の H-02 病院 (地域周産期母子医療センター) も同地方にあり、医師不足のあおりで、妊産婦をみる体制が十分ではない。そのため、H-02 病院と合併する話があったが、なかなか進まず、周産期のみを先に統合するという話もある。合併した場合、H-02 病院が地域周産期母子医療センターの機能を持つが、施設は H-03 病院を使うことになる予定である。しかし、医局人事が不透明なため、スタッフは不安を抱いている。 周囲の病院の産婦人科が次々に撤退・縮小しており、先が見えない不安感もある。 分娩自体は、周辺の施設数の減少に伴って中リスクの分娩が増えている。				
院内助産	現在は開設していない。		助産師外来	現在は開設していない。	

(2) 院内助産・助産師外来 (H-03 A 県 一般病院)

院内助産・助産師外来を開設した理由
一番大きなきっかけは、妊産婦に寄り添う助産ケアをしたかったということである。正常分娩は自分たちでできるという思いが助産師の自信につながると考えた。また、医師の負担軽減も目的としていた。
院内助産・助産師外来の開設による効果およびニーズ
院内助産で無事に児が生まれたとき、産後 2 時間値まで異常がなく、産後の病床に転室できたときの達成感は、医師同席の出産とは全く異なる。実際にやってみたところ、とてもやりがいを感じられた。 助産師外来では、妊産婦一人ひとりの話をじっくり聞くことができる満足感があつた。医師に「助産師外来だと家族も来てくれるのに、医師の時はどうして家族は来てくれないの」と言われ、助産師だからこそ、家族も一緒に来てくれるのだと実感でき、嬉しかった。1 枠 1 時間確保していたので、丁寧にエコーで胎児の顔を見せることができた。正常分娩が行えるように、日常生活のきめ細やかな保健指導をしっかりとしていた。回数を重ねることによって、信頼関係が生まれ、家族の中には助産師のことを「先生」と呼ぶ人もいた。妊産婦だけではなく、夫や上の子も胎児の顔を見たいという希望があり、超音波検査でゆっくり顔を見せたり話すようにしていた。“家族感”がすごくあつた。妊産婦の対象理解もできるため、一般の妊婦健診の保健指導と助産師外来は違うと感じる。 妊産婦に、会う回数が多いため、夫にとっては医師より担当助産師の方が近い距離に感じていた。 助産師のやりがいにつながった。
今後の院内助産・助産師外来の方針および、継続に対する障壁や必要な支援・体制
院内助産院を開設するにあたり、当時の看護師長が協議会を作り、複数回、様々な産科医師・小児科医師・人事部門等の関係者との協議を重ねて調整を行った。緊急時の対応の仕方をしっかり明文化することで、医師・助産師の不安は解消された。医師が協力的で、大きな障壁はなく進められた。 開設に伴い、他の病院の院内助産を 5 日くらい泊まり込みで研修に行くなど、院外で経験を積む機会があつた。助産師 5 人で取組み始めた。 スタッフは、万が一、大量出血・弛緩出血等が起きた場合にどう対応すればよいかという技術的な不安があつた。それらは研修の中では払拭されず、その万が一を防ぐためには助産師外来の中でしっかり指導していくしかない。 夜中に呼び出されることも想定されるため、家族の協力や理解も必要だった。そのため、子育て世代の助産師には厳しい所もあるように感じた。 スタッフ、特にアドバンス助産師の数が充足していないと院内助産の開設は難しいように感じる。また、アドバンス助産師も、申請要件の知識と分娩件数 100 例だけでは経験値として不足感があつた。 きちんと人数さえ集まればやりたいと思っている。 もし再開するならば、超音波検査等の技術・経験を再教育しなければならない。
院内助産・助産師外来の開設に対する働きかけ
特記なし
その他
時短勤務や子育て中の助産師が多く、今は、院内助産・助産師外来ができていない。外来所属の助産師が、保健指導はしっかりとしてくれている。

5) A 県 H-04

(1) 施設全体の状況 (H-04 A 県 総合周産期母子医療センター)

施設機能別	総合周産期	病床数	600 床台	医療機関内 全看護師数	700 人台
分娩数 (直近年度)	約 500 件	帝王切開 率	30%台	医療機関内 全助産師数	50 人台
妊産婦の 特徴	高齢、不妊治療後、合併症のハイリスク妊産婦が多い印象がある。 分娩取扱医療機関の減少に伴い、ローリスク妊産婦もいるが、体感では 1 ～2 割くらいという印象である。				
産科病棟	病棟形態	総合周産期。母体胎児集中治療室 (MFICU) と産婦人科病棟 とは別になるが、ほぼ付随している。			
	運用状況	病棟に婦人科患者もいるが、産科入院が増えた場合は、婦 人科患者を転棟している。空床時も他科は基本的にはあまり 受け入れない。			
	スタッフ	助産師は産婦人科病棟に 10 人台、MFICU に 20 人台配属し ている。MFICU は全員が助産師である。他に、新生児科や外 来、他病棟勤務の助産師がおり、産婦人科病棟、MFICU、新 生児科にアドバンス助産師を配属している。			
医療機関内 産科医師数	6～10 人				
医療機関内 小児科・ 新生児科 医師数	6～10 人 (新生児科)				
助産師 充足状況	今の状況では、一応充足はされているという認識である。 今、産婦人科病棟では、看護師が婦人科患者の対応や、教育目的で褥婦ケ アをしているので、人手が足りないという感覚はない。 毎年助産師として、採用人員の 1 割 (多くて 8 人程度) くらい採用してい る。 手厚く看護できる体制にはなっていると感じる。				
周産期の 今後の方針	産科としては、もう少し拡充を目指したいが、ハード面・ソフト面ですぐ にできるわけではないので、まずは現状維持である。 産科としては、リスクに関わらず産婦が安心して分娩できるようにした い。 A 県では、ローリスク分娩の多くは、きれいな部屋や美味しい食事といっ た付加サービスが充実した診療所で扱われることが多いが、当院は医療提 供の環境が整っている強みがあるので、それをアピールしたい。 看護部門としても、助産師外来などの拡充をアピールし、ローリスク妊産 婦の受け入れを進めていきたい。				
院内助産	開設していない。		助産師外来	開設している。	

(2)院内助産 (H-04 A 県 総合周産期母子医療センター)

院内助産を開設していない理由
院内助産の対象となるローリスク妊産婦が少ない。
院内助産を開設した場合の効果、ニーズに関する認識
当院は、産科医師が2人当直体制で、なおかつ新生児科医師も必ず当直体制でいるため、急変時に応援を頼むことができる。医師の負担軽減のために院内助産を開設する必要性は感じない。 しかし、助産師本来の在り方は、正常分娩に対しケアを行うことにあるので、院内助産を開設すればそれが可能になるという意味では必要かもしれない。 今のところ院内助産の開設予定はないが、できる環境はあるので、総合周産期母子医療センターであっても開設は可能かもしれない。
院内助産の開設希望と、開設する場合に考えられる障壁や必要な支援・体制
当院の役割を考えると、院内助産よりも優先すべきことがあるので、開設の予定はない。
院内助産の開設に対する働きかけ
特記なし
その他
周産期母子医療センターの助産師としては、恵まれた環境で働くことができている立場なので、まず何よりも今いる妊産婦ができるだけ安全に育児期まで迎えられることを大事にしていきたい。 「その人らしいお産」の実現も大切だが、安全な出産・育児ができるようにすることは助産師として本来の姿だと思う。

(3)助産師外来（H-04 A 県 総合周産期母子医療センター）

助産師外来を開設した理由
10年ほど前に開設した。
助産師外来の開設による効果およびニーズ
当院ではハイリスク妊産婦が多いため、助産師外来の対象に当てはまる妊産婦がほとんどいない。 助産師外来対象者の施設内基準（15項目）に当てはまるローリスク妊産婦が対象である。胎児への不安、子育てへの不安などは丁寧に関わっている。 2019年の助産師外来対象者は約30件、2020年度10月までは約15件と非常に少なくなっており、10年前から、対象者は増加していない。現状、COVID-19の流行によりほとんど助産師外来が実施できていない。 ハイリスク妊産婦が減らず、ローリスク妊産婦が増えない中で、節目として助産師外来をどうしていくか考えている。ハイリスクだからこそ保健指導が必要な人が多いため、ハイリスク妊産婦に対する保健指導に特化した助産師外来にして、ハイリスク妊産婦のリスクを低減させる方向にアプローチができればいいと思っている。 具体的な動きがあるわけではないが、医師にも理解を得られているので、当院独自の助産師外来の在り方を考えていきたい。 例えば、胎児に先天性疾患がある場合にも、状況を受け入れていく支援やアプローチを助産師外来の中でできるのではないか。 出生前診断による中期中絶等の場合や死産・新生児死亡等のケアも大切にしていきたい。
今後の助産師外来の方針および、継続に対する障壁や必要な支援・体制
特記なし
助産師外来の開設に対する働きかけ
特記なし
その他
助産師外来でローリスク妊婦のみを対象とした妊婦健康診査と、産後2週間健診を行っており、予約枠はともに50分。1日3枠で、経験年数約3年目以降の助産師が担当する。助産師外来以外でも、妊婦健康診査を受診した妊産婦に対し、医師の診察前に、助産師が妊娠週数や個人に合わせた保健指導を10～15分程度、必ず行っている。この10～15分の保健指導での対応では難しい場合は、病棟の助産師が外来に応援に来て、個別に対応している（助産師外来という枠ではなく、情報提供して関係構築していくという形）。サポートが得られない、未婚での育児が想定されるなどの社会的ハイリスクの妊産婦への介入は行っており、必要であればソーシャルワーカーにつないでいる。地域の保健センター等にハイリスク連絡票を送り、必要であれば早い段階から面談をしてもらう。精神疾患の合併妊娠等は、家族を含めたアプローチを行う。

6) A 県 H-05

(1) 施設全体の状況 (H-05 A 県 地域周産期母子医療センター)

施設機能別	地域周産期	病床数	400 床台	医療機関内 全看護師数	400 人台
分娩数 (直近年度)	約 400 件	帝王切開率	30%台	医療機関内 全助産師数	10 人台
妊産婦の 特徴	ローリスクを 3 割、ハイリスクを 7 割くらいで実施している印象。 特定妊婦や周辺の診療所からの母体搬送を 24 時間体制で受け入れている。				
産科病棟	病棟形態	産科混合病棟。乳腺外科・産婦人科・他科入院も受けており、 病棟外来一元化は行っていない。助産師外来は、病棟から応援 というかたちで助産師を出している。			
	運用状況	病棟の病床の約半数 (20 床) を産科で運用。平均稼働率 約 80%			
	スタッフ	病棟の看護職員 20 人台のうち助産師 10 人台 (うちアドバンス 助産師は約 5 人)。 NICU、外来にアドバンス助産師を 1 人ずつ配置。			
医療機関内 産科医師数	常勤医 1~5 人であるが、不足感がある。				
医療機関内 小児科・ 新生児科 医師数	常勤医約 10 人で、不足感はない。				
助産師 充足状況	以前より充足してきているが、ベテランと若手に二分化されている印象で ある。 助産師外来等の拡充を考えると、また不足するのではないかという感覚が ある。 助産師は就職試験で必ず採用するようにしており、年に 2~3 人採用してい る。 県内の産科医療機関が集約し、働ける施設が少なくなっているため、少し遠 い地域から通う人もいる。				
周産期の 今後の方針	県内の方針で産科医が集約されつつある。総合病院での産科撤退や診療所 の医師の高齢化などもあり、地域周産期母子医療センターとして、当院は今 後分娩が増えていく予定である。				
院内助産	開設していない。		助産師外来	開設している。	

(2)院内助産 (H-05 A 県 地域周産期母子医療センター)

院内助産を開設していない理由
「院内助産」という言葉が、助産所のイメージと結びついたものであり、急性期でハイリスクが多い病院には関係ないものといった先入観があった。 今の助産師外来で手一杯で、院内助産まで検討できる状態ではない。勤務体制に余裕がなければ取組むことは難しい。 後輩育成の中で、院内助産をできるレベルの人を揃えられない。 子育てのために時短勤務で働き続ける人も増える中で、過度な負担をかけるわけにはいかない。 助産師一人ひとり、それぞれの思いはあるのだろうが、院内助産はチームでなければできないため、その思いを全て汲み取ることはできない。今のところ、院内助産の要望は出ていない。
院内助産を開設した場合の効果、ニーズに関する認識
特記なし
院内助産の開設希望と、開設する場合に考えられる障壁や必要な支援・体制
特記なし
院内助産の開設に対する働きかけ
特記なし
その他
現在、院内助産という形ではないが、ローリスク分娩であれば助産師が主体的に関わっている。しかし、ハイリスクが多く、ローリスク分娩はあまりない。 若手の助産師に正常分娩を多く経験させることが必要ではないかと思い、県の補助事業（出向事業）で、ローリスク分娩の経験をさせる機会を作っているが、COVID-19 の流行により、なかなかできていない。年に1人ずつ、今まで3人が出向事業で経験を積んでおり、出向に行くと「こういうことをやりたい」といった学びを持って帰ってくるため、交流の継続は重要だと思う。出向事業を通して、若手の助産師は、自分たちが主体になって分娩に関わる楽しさを感じている。病院としても、生活者としての妊産婦を感じ、視野を広げてほしい。 NICU を希望する助産師には異動もしてもらいたい。今は小児科と産科の交流がないが、周産期センターという中でローテーションが組めるとよい。 大きな視野で見れば、人事交流という形で地域と病院との行き来ができればいいと思っている。契約的な問題もあるが、それができる体制が組めることが理想である。 助産学科の実習も受けられるようにしたいが、夜勤が充足していないため難しい。就職した若い人たちが育児休暇・時短勤務（夜勤離れ）になってしまうため、地方の病院は人員を充足させるのが大変である。 定年が近くなってくると夜勤の負担が重くなるため、ハイリスク妊産婦が多い中でベテランを採用し夜勤をしてもらうことに難しさを感じる。また、総合病院であるため、急性期の他科患者をみる必要もあり、なかなかシニア層の助産師活用は難しいと感じる。 現在、夜勤がしやすいよう3交代、2交代など多様な勤務形態に取り組んでいる。勤務のシフトを多様化すると、様々な働き方問題に抵触する可能性があるが、少しずつでも進めていきたい。

(3)助産師外来 (H-05 A 県 地域周産期母子医療センター)

助産師外来を開設した理由
分娩だけをみるのではなく、妊娠期間から継続して関わりたいという考えがあった。2005年頃に新病院になった際、組織の中で改めて助産師外来として位置づけた
助産師外来の開設による効果およびニーズ
妊産婦からは、外来で話した助産師が病棟にいて、気軽に話せる、相談できると聞く。 妊娠期から関わることで、バースプランをイメージできるような関わりができる。 若い助産師は、新しい取組みに対して喜びがある。助産師として、分娩期だけではなく、継続して関わるスキルが必要になる。そういったことを勉強する機会になっている。今の若い助産師は、妊産婦とのコミュニケーションがあまり上手ではないので、外来でレベルアップできる。みんな前向きな気持ちで取り組んでおり、インターンに行きたいと催促されることもある。 産後2週間健診は、4～5年目くらいの自立した助産師が担当している。入院中にエジンバラ産後うつ病質問票で高得点だった人達が、2週間健診時に状態が良くなっていると、自分たちの病棟での関わりが無駄ではなかったと実感できるため、助産師としてのやる気につながっている。
今後の助産師外来の方針および、継続に対する障壁や必要な支援・体制
開設時は、自分が何かを見逃したらどうするかといった責任の所在に関する意見があった。何かあれば医師に相談することで納得して始められた。 実際は、助産師が普段当たり前にやっていることを記録したり、母子手帳に書くことで、問題は生じていない。 医師の方から、助産師外来を開設したいという要望に対して特に異論はなかった。医師によっては、ハイリスクだからこそ助産師外来を受けてほしいという人もいるが、個人で考え方が違う。若い医師は助産師に保健指導をしてほしいと依頼することが多く、上級医は必要性に対する認識が薄い傾向である。 助産師外来は本来自費だが、自治体からの補助金が出ている。それをもっと拡充したり、助産師のサポートを受けるチケットのようなものがあると利用しやすくなるのではないかと。
助産師外来の開設に対する働きかけ
特に、助産師外来開設に対する都道府県や市町村の支援はない。
その他
週に助産師による妊婦健康診査を2日、産後2週間健康診査を1日の計3回、助産師外来を行っている。1日あたり8枠で、妊婦健康診査は30分、2週間健康診査は1時間の予約枠。担当する助産師は約10名（うち約5名がアドバンス助産師）。 妊産婦からのニーズは特に聞こえてこない。助産師外来をやっていることを知らないのかもしれない。 「母乳外来」というアナウンスはしていないが、健診の際に相談があれば対応している。妊娠期の母乳教室を実施したいという意向はあるが、人員が足りず、まだ進んではない。企画書を上げて推進しようとしており、今はデータ分析して、ニーズや課題を抽出している段階である。 助産師外来には、メンタルヘルスに力を入れて関わる必要性を感じている。妊婦健康診査の30分枠ではなかなかできないので、拡大する必要性は感じるが、リソース面が課題である。

7) A 県 H-06

(1) 施設全体の状況 (H-06 A 県 一般病院)

施設機能別	一般病院	病床数	300 床台	医療機関内 全看護師数	不明
分娩数 (直近年度)	約 200 件	帝王切開率	10%台	医療機関内 全助産師数	10 人未満
妊産婦の 特徴	特徴として、周囲に工場が多く、外国人が多い。言葉がわからない人や経済的問題を抱える人が多い。 妊産婦に関しては、正常分娩をベースに扱う。切迫早産で 35 週以上、2000g 以上であれば当院で受ける。				
産科病棟	病棟形態	産科混合病棟 (ユニットマネジメントは実施できていない)			
	運用状況	産科としての運用は 3 割程度の印象			
	スタッフ	看護師 10 人台 (非常勤含む、うち助産師 10 人未満)			
医療機関内 産科医師数	1~5 人 (時短勤務含む) 当直は系列病院からの応援				
医療機関内 小児科・ 新生児科 医師数	小児科医 1~5 人				
助産師 充足状況	分娩件数が少なくなり、さらに看護学生や助産学生を受け入れているため、その指導ができるスタッフが分娩を担当するようになり、若いスタッフが経験を積める機会が減っている。 将来的に、アドバンス助産師の認証を受けるためには、分娩件数が足りないので、出向事業を使って分娩件数を増やし、経験させなければならない				
周産期の 今後の方針	現状は、今の分娩件数でやっていけそうだと医師は言っているので現状維持の方向性である。 部長としては、助産師がスキルアップして医師の補助ができるようになってほしいという思いで育てている。				
院内助産	開設していない。		助産師外来	開設していない。	

(2)院内助産 (H-06 A 県 一般病院)

院内助産を開設していない理由
<p>そこまでできるだけ助産師が揃っていない。 中堅看護師の多くが産休に入ってしまったため、医師は、現時点の助産師のレベルでは弱いと感じている。 異常であっても正常であっても、医師が求めている情報をタイムリーに伝えられるような、自律的に動ける助産師が増えていけば状況は変わってくると思う。そのためには、基本的な理解の上に、様々なパターンの経験を積み重ね、それを自分の中で整理して振り返ったり、先人の経験が言語化されたものから後輩が学ぶような機会があればいいのではないかと思う。</p>
院内助産を開設した場合の効果、ニーズに関する認識
特記なし
院内助産の開設希望と、開設する場合に考えられる障壁や必要な支援・体制
<p>施設を越えた中堅助産師が集まって、事例や様々な学びを共有する機会や、院内で分娩の振り返りの質を上げる等を行い、まずは医師に信頼される助産師チームを育てていかないといけない。信頼が得られると、次のステップとして「私たちで、院内助産という形で、先生のサポートを受けながら自立的に進めていく」提案をしたときに、先生方も前向きに進めてくれる土台が整うと思う。</p>
院内助産の開設に対する働きかけ
特記なし
その他
<p>病棟では、分娩経験の振り返りのため、医師同席のカンファレンスを行っている。今後は、そのカンファレンスにおける「学び」をどう高めていくかが課題である。 都道府県看護協会主催の助産師研修の場には参加させているが、A 県は学会が少なく、施設を越えて助産師同士で集まる機会が少ないのも課題だと考える。 また、当院では、新人助産師研修でグループワークを行っているが、中堅の集まりの場も設けるべきではないかと思う。</p>

(3)助産師外来 (H-06 A 県 一般病院)

助産師外来を開設していない理由
助産師外来という形ではないが、妊婦健康診査の前に助産師が関わることは多い。 乳房外来は行っているが、一般的な助産師外来という形で看板を出すことはやっていない。経験あるスタッフであれば、超音波検査等もできる人もいるが、その人が外来勤務になると、病棟リーダーや学生指導をする人がいなくなってしまう。
助産師外来を開設した場合の効果、ニーズに関する認識
助産師としてのモチベーションも上がると思うので、スタッフがスキルを持ち、自信をつけることができれば開設したい。 現状、ライフイベントと重なってしまってキャリアアップができないスタッフも多いが、助産師としての基礎が固まったときに助産師外来に行くことができればステップアップになるかもしれない。 5年目くらいになってくると、正常分娩を介助したいという理由で地域の診療所に出たいと考えるようになるスタッフもいる。助産師外来や院内助産があれば、当院に残る魅力になるかもしれない。
助産師外来の開設希望と、開設する場合に考えられる障壁や必要な支援・体制
特記なし
助産師外来の開設に対する働きかけ
特記なし
その他
特記なし

8) B 県 行政

(1) 都道府県の周産期医療体制 (B 県行政)

県の医療計画における、5 疾病・5 事業の中の周産期医療の重みづけとその理由
<p>2018 年度から、周産期医療体制整備計画を医療計画に一本化している。二次医療圏を原則とし、基幹病院へのアクセス等を考慮した圏域を設定して、体制を整えているところである。</p> <p>本県は母子保健に力を入れており、現在もデータ等について市町村から細かく情報を得ている。</p>
分娩取扱施設の集約化など、分娩取扱施設の体制に関する今後の方針 医療計画での、周産期医療や分娩施設の体制整備計画
<p>県内に計 42 施設、全ての二次医療圏に分娩施設があり、県内のどこでも分娩ができる体制はある。</p> <p>ハイリスクは、分娩施設および周産期母子医療センター（県内約 5 施設）が連携し、緊急搬送できるシステム（大学病院に基金で導入）を入れ、現在は消防とも連携し運用している。</p> <p>分娩施設は 5 年前と比較して 3 施設減ったが、分娩環境の悪化とまでは感じていない。</p>
県内在住の妊産婦や県内で出産する妊産婦の特徴、県内での地域差
<p>全国の人口動態統計等と比べても、状況には差はない。</p>
上記 3 点に関する対策
<p>妊娠届出が遅れる例も多くはなく、市町村データを県でも集約しているが、特に問題はなく、妊産婦への面接を市町村で行っている。ピックアップすべき人はピックアップされて、産後までケアする仕組みはできていると考えている。</p> <p>保健師間や市町村担当者はもちろん、児童福祉司や心理士、病院の医師にも、気になった場合は、電話一本で連絡が取り合えるような連携が、地域に染み付いている。</p>
産婦人科医師・小児科（新生児科）医師・助産師などの周産期医療従事者の人数や充足状況および、確保のために講じている対策
<p>●医師</p> <p>B 県全体では医師は足りているが、二次医療圏で見ると、不足している地域はある。B 県内に勤務する医師（非常勤を含む）は、産科医 100 人台、小児科医 100 人未満である。分娩取扱施設は周産期母子センター約 5 施設、一般病院約 10 施設、産科診療所約 20 施設、助産所約 10 施設で、県全体としては充足しているが、地域によっては足りないという認識である。</p> <p>●助産師</p> <p>助産師は非常勤も含めて 400 人台で、全体として不足しているという認識はない。保健所に赴任していた時には、夜勤の助産師が足りないという理由で子育てが落ち着いたベテラン助産師が夜勤専従やオンコールを担う事例は聞いたことがある。</p>

(2) 院内助産・助産師外来 (B 県行政)

院内助産・助産師外来の開設状況とその背景
<ul style="list-style-type: none">● 実施状況<ul style="list-style-type: none">・ 院内助産 1～2 病院・ 助産師外来 約 10 病院、約 5 診療所・ 県としてはこれまで院内助産・助産師外来について検討してこなかった。今回のヒアリング調査をきっかけに初めて実施状況を把握した。院内助産・助産師外来の設置医療機関は、各施設でかなり早くから取組んでいる。● 産後うつ対応が入るようになって、助産師の時間が取られ、他の外来（母乳等）の予約が回らなくなったという話を聞く。
院内助産・助産師外来に対する地域のニーズに関する認識
<ul style="list-style-type: none">● 助産師の中でも、専門職として「医師でもできないことをやっている」という自負があり、その専門性がなかなか認めてもらえない歯がゆさがあると、今回ヒアリングを受けるにあたり検討したことで、感じた。<ul style="list-style-type: none">・ ただし、助産師の専門性発揮を「院内助産」や「助産師外来」という言葉だけで実現しようとするのは難しいと感じる。● 助産師や産科医師が出席する地域会議で、院内助産・助産師外来が話題になったことはなく、具体的なケース対応や、連携の在り方といった論点に重きが置かれている。● 産婦健診が始まり、助産師が産後うつの早期発見に関わるようになったことで、需要は増えてくると思う。<ul style="list-style-type: none">・ 一方で、周産期医療の現場はすごく多忙であり、地域に目を向ける余裕があるかどうかは疑問である。● 「なんのための院内助産か」「なんのための助産師外来か」を、行政の私たちも考えなければならぬと感じた。
院内助産・助産師外来の効果
<ul style="list-style-type: none">● ニーズ調査はしていないが、妊婦の個々のニーズに応えられる形だとは思っている。● 助産師自らの専門性を発揮し、能力を高めることができると思う。● 「院内助産・助産師外来があったらどうなるか」という成果部分で、「別になくとも変わらないでしょう」と言われると推進しにくい。
今後の、院内助産・助産師外来の開設・実施の推進について
<ul style="list-style-type: none">● 「GL2018」で求められる目標に達していないと感じたが、県として支援を行う予定はない。● モデル事業があればやりやすい。● 都道府県看護協会の職能委員会として発信してほしい。
その他
<ul style="list-style-type: none">● 「切れ目のない支援」において、具体的なことを指導できるのは助産師なので、すごく頼りにしている。● 看護協会の中でも、看護師・助産師・保健師の職能が、それぞれ推進している取組みや全国の動向などを意見交換できる機会があるとよい。

9) B 県 H-07

(1) 施設全体の状況 (H-07 B 県 総合周産期母子医療センター)

施設機能別	総合周産期	病床数	600 床台	医療機関内 全看護師数	600 人台
分娩数 (直近年度)	約 500 件	帝王切開率	30%台	医療機関内 全助産師数	40 人台
妊産婦の 特徴	ハイリスクが多い (妊娠リスクスコアにおいて高リスク・超高リスクが 6 割) 「赤ちゃんにやさしい病院」(BFH) 認定施設なので、それである方もいる。				
産科病棟	病棟形態	産婦人科・乳腺甲状腺外科の混合病棟。外来と病棟は別			
	運用状況	産科を含む病棟は 40 床台 (前年度平均稼働率約 80%) 概ね 1~3 割が産科 MFICU は約 5 床 (前年度平均稼働率約 60%)			
	スタッフ	病棟師長は同一だが、MFICU のスタッフは別の看護単位 一般病棟 (看護師 10 人台、助産師 20 人台) で分娩対応を行う。 MFICU のスタッフは 10 人台で全員助産師。アドバンス助産師は 約 5 人			
医療機関内 産科医師数	常勤 6~10 人 (2020 年 4 月現在) 婦人科のみ 1 人 (当直なし)、産科外来のみ 1 人 産科医師はローテーションで来る人が多い。育休中の医師もいて人数ほどの充足感はない。現状維持はできるが、これ以上新しい取り組みができる余裕はない。				
医療機関内 小児科・ 新生児科 医師数	NICU・GCU 担当が 6~10 人				
助産師 充足状況	ここ数年、助産師を補充してもそれ以上に離職してしまい、慢性的な人員不足であった。現在は、看護師で補っていた人員を助産師に替える程度には、人数が足りているが、中堅が不足している感覚はある。 隣接の助産学校の実習受け入れや、交換研修で他施設での分娩経験が積めるようにしたり、「赤ちゃんにやさしい病院」(BFH) 認定施設としての活動に力を入れたことで、しっかりと新人を育てていく風土を作ったことが離職防止につながったのではないかと感じる。 看護師を育てるよりも、助産師の育成の方が難しいと感じる。看護師の師長に変わったため、看護師 1 年目はできなくて当然という風潮が強まり、教育の仕方が変わったこともあるかもしれない。				
周産期の 今後の方針	現状維持を目指す。 現在、5 年目くらいまでの助産師が全体の半数を占めており、分娩経験数が 1 年に 10 件にも満たない状況が続いている。アドバンス助産師を目指してほしいが、6 年目になっても分娩件数が足りず、要件に届かない。 外来と病棟が別建てのため、妊婦への保健指導が経験できていないことも問題だと思っている。				
院内助産	開設していない。		助産師外来	開設していない。	

(2)院内助産 (H-07 B 県 総合周産期母子医療センター)

院内助産を開設していない理由
2年前に産科医師の意向は確認したが、安全面において、専門的な能力が足りない部分があり、開設は難しいということだった。 ハイリスクの妊産婦が多く、対象者が少ない。 助産師不足は解消されてきたが、専門性の能力としてまだ成熟しておらず、余力がない。 医師もそこまで積極的に臨んでいない。場所もない。
院内助産を開設した場合の効果、ニーズに関する認識
ハイリスク妊産婦が多い中で、院内助産を掲げると相当なプレッシャーがかかってしまう。 ローリスクでも、分娩経過によっては出血などのトラブルもあるので、進めるなら相当慎重に進めなければならない。
院内助産の開設希望と、開設する場合に考えられる障壁や必要な支援・体制
産科医師の理解がないと難しい。 今のところ、地域の開業医との関係性もあるので、院内助産・助産師外来を開設してローリスク妊産婦の獲得をしていくことに医師が前向きではない。
院内助産の開設に対する働きかけ
なし
その他
助産実践能力習熟段階（以下、CLOCMiP®）レベルⅢの認定・更新において、ハイリスク妊産婦が多い当施設では分娩介助件数を満たすことが困難であり、アドバンス助産師の新規認証・更新が難しい。 アドバンス助産師の認証を受けても、何かに活かしている実感がなく、給与面に反映されるわけでもないので、施設の支援がなければ資格を取りたがる人がいない。 キャリアアップを志向する助産師は、一つの施設にずっと留まらず、色々とチャレンジする人も多い。そのため、ハイリスクの医療機関だけでキャリアを積む考えは少ない。 また、助産師の教員不足が大きな課題になっている。当院でも附属看護助産学校の教員や、助産科の教育主事の確保が死活問題である。

(3)助産師外来 (H-07 B 県 総合周産期母子医療センター)

助産師外来を開設していない理由
ハイリスクが多いため、助産師外来の対象者が少ない。また、専門性の高いスタッフが少なく、開設する余裕がない。 産科医も積極的には望んでおらず、助産師外来を行うような場所もない。
助産師外来を開設した場合の効果、ニーズに関する認識
妊娠期・出産・産後・育児までを助産師が担うにあたり、外来と病棟が一体となってスタッフをローテートしながら、継続看護ができるのが理想であると思っており、今でも病棟における継続看護は課題だと感じている。現在、外来と病棟の連携のために試行錯誤している。しかし、助産師外来につながるのかは想像がつかない。 産後は、2週間健診以外にも育児サークルを作り関わっている。乳房外来も週3日設け、病棟の助産師が担当している。 24時間電話対応もしており、実際に月30件、多い時で50件くらいかかってくる。 「赤ちゃんにやさしい病院」(BFH)認定施設として、母子一体で母乳育児支援を行っており、平均値の倍以上は、助産師が母子に関わる時間を取れている。それを可視化していくことはマネジメントの使命だと思っている。 乳房外来は点数が取れるようになり、産後の母親の様々なケアをする機会になっている。
助産師外来の開設希望と、開設する場合に考えられる障壁や必要な支援・体制
特記なし
助産師外来の開設に対する働きかけ
なし
その他
人員不足時には、外来の妊婦指導の支援を行っていた時期はあるが、現在は行っていない。 母親学級・両親学級、産後2週間健診は病棟スタッフが担当している。退院後すぐに、顔見知りのスタッフに会うことで、家での思いや大変さを聞く機会になっている。 もっと様々な挑戦ができればよいが、総合周産期母子医療センターとしてはなかなか難しい。また、「赤ちゃんにやさしい病院」(BFH)を継続していく緊張感もあり、継続への課題が常にある。 「赤ちゃんにやさしい病院」(BFH)はこうやればよいという正解はなく、個別性に応じたアプローチが必要なため、母乳分泌の状況、母親の育児手技の獲得状況等についてディスカッションしながらケアを行っている。達成感が得にくく、心が折れてしまうスタッフもいるが、「赤ちゃんにやさしい病院」(BFH)がやりがいになっている部分もある。 周産期母子医療センターとして、地域の中で様々な役割を果たしていかなければならないが、先輩の負担感を見ているため後輩が入ろうとせず、看護協会の会員数は少ない。そのため、助産師職能委員会などにも行く人も少ない。 助産師同士のつながりよりも、保健師の方が顔の見える関係ができているように感じる。 助産師は管理職になりたがらない傾向があり、基礎教育からマネジメントに携わっていく気概を持てれば違ってくるのではないかと思う。 引き続き、自分たちも継続して育てていけば違うかと思う。

10) B 県 H-08

(1) 施設全体の状況 (H-08 B 県 地域周産期母子医療センター)

施設機能別	地域周産期	病床数	500 床台	医療機関内 全看護師数	400 人台
分娩数 (直近年度)	約 200 件	帝王切開率	30%台	医療機関内 全助産師数	10 人台
妊産婦の 特徴	ローリスクとハイリスクがおよそ半分ずつの印象 母体搬送や児搬送は月に 1 件程度 車で 1~1.5 時間圏内の周辺地域のハイリスクは全部こちらに来る。				
産科病棟	病棟形態	産科混合病棟で 20 床台 (共通病床として運用。ただしベッドは分娩用に 2 床空けている)			
	運用状況	稼働率約 90%。産科はだいたい個室 (母子同室) を使っており、割合としては 2 割程度の印象			
	スタッフ	助産師業務の割合はおよそ半分くらい (日によってはゼロの時もある) 産科関係はほぼ助産師が行っている。 助産師 10 人台 (うちアドバンス約 5 人、母性看護専門看護師含む) 1 人外来配属。看護師 10 人台			
医療機関内 産科医師数	常勤 1~5 人 産科医が少ない時もあったが、補充され現在は充足している。 オンコール体制で、月に何度かは病棟当直もある。				
医療機関内 小児科・ 新生児科 医師数	6~10 人 小児科当直あり。ハイリスクや帝王切開術は小児科医師が立ち会う。 NICU も小児科医が主治医となる。				
助産師 充足状況	現状は回っているが、助産師外来等を行うとなると、少し助産師が足りない。 助産師は、毎年 1~2 人は新人が入る (今年度は 4 人)。人数が多いと分娩を多く経験させられない。退職する人もおり、全体数としてはあまり増えていない。 附属看護学校から助産師学校に進み、当院に戻ってくるという供給源がある。しかし、そのうち半分が県外の学生なので、奨学金を返済し終わると地元に戻り、定着してくれないのが悩みである。				
周産期の 今後の方針	産科と小児科の入院件数では、「地域周産期母子医療センター」の立ち上げのレベルになく、その水準までにしたいと考えている。 COVID-19 の流行により、助産師外来の立ち上げも頓挫している。 ローリスク妊産婦は、近所の産科診療所が中心に受ける状況が続くと考えている。				
院内助産	開設していない。		助産師外来	開設していない。	

(2)院内助産 (H-08 B 県 地域周産期母子医療センター)

院内助産を開設していない理由
<p>「GL2018」を読んだが、今自分たちがやっていることと違いがないように感じた。 あえて院内助産と言っていないが、他に何をしたら院内助産になるといえるのかが分からない。 助産師外来をしようという声はあるが、院内助産をしようという声はなかなかない。 今のスタイルのままでよいのではないかと思う。 当院はハイリスク分娩に対応する施設なので、分娩台で安全に産むことがあくまで一つのゴールと考える。</p>
院内助産を開設した場合の効果、ニーズに関する認識
<p>包括的指示の中で、既に自律的・主体的に分娩介助をしているので、改めて名前をつけてアピールしたいというものではない。 助産師外来の開設は、看護外来と同様に、助産師の専門性を提供する外来に価値があると考えているからである。</p>
院内助産の開設希望と、開設する場合に考えられる障壁や必要な支援・体制
特記なし
院内助産の開設に対する働きかけ
特記なし
その他
<p>フィンランドのネウボラは、妊婦健康診査や産後は地域の助産師、分娩は大学病院といったスタイルである。本質的には、お産の形はそれでよいのではないかと思う。 ハイリスクの病院としての使命・役割もあるので、そこをうまく調整した外来ができればよいと考えている。 周産期の連絡会で、地域の診療所に勤務する助産師と切れ目のない支援について話し合う機会がある。職場は診療所でも、妊娠期から地域につなぐ意識はあり、思いは一緒だと感じている。ただ、診療所は医師の考え方に左右されることがあるかもしれない。 地域の診療所でも、病院の助産師でも、提供しているものは大きくは変わらないと思う。 院内助産に対しては、昔からやっていることなので、今改めて検討することに対して疑問を感じる。 アドバンス助産師という認証に関しては、評価を可視化する一つとして、ある程度のレベルの人には取らせたいと思っている。</p>

(3)助産師外来 (H-08 B 県 地域周産期母子医療センター)

助産師外来を開設していない理由
<p>2年くらい前から開設しようと言っていたが、場所がなく、工事が必要なことがハードルになっていたように思う。</p> <p>今回、新病棟で場所に余裕ができ、助産師外来ができそうな場所も見えてきた。スタッフの間でも助産師外来をやりたいと話が出て、産科部長も合意してくれたため、今年の立ち上げに向け話が具体化していた。COVID-19の流行がなければ、助産師外来はスタートしていたはずだった。</p> <p>現在、COVID-19の流行により、各科の医師が様々なことをやりたいと言っており、助産師外来の優先順位が下がってしまっている。東京から工業者が来られなくなったこともあり、進まなくなった。</p> <p>計画内容としては、妊婦健康診査でエコー等は医師が行うが、腹囲測定、尿検査、体重管理に関すること等助産師にできることを毎回行うものだった。医師の負担軽減というよりは、「妊婦のために助産師外来があった方がいいだろう」という目的意識を、医師も助産師も抱いていた。</p> <p>助産師にとってのステップアップになるという教育的な効果も期待できる。外来をやるには CLoCMiP®レベルⅢの認証が必要なので、若手がそれを一つの目標としてくれればよい。</p> <p>メンタルもフィジカルも「ハイリスク」に移行させないよう事前にアセスメントし、産後どこにつながるかまで含め、設計する力をつけていきたい。</p>
助産師外来を開設した場合の効果、ニーズに関する認識
<p>医師の診察に加え、生活の不安について相談できるニーズがあるのではないかと考えている。</p>
助産師外来の開設希望と、開設する場合に考えられる障壁や必要な支援・体制
<p>現場の助産師がやりたいと思っていることに対して、経営陣を動かす燃料、つまり「助産師の力で収益が上がる」という文脈は後押しになる。病院の経営陣は、診療報酬改定時に隅から隅まで読んで計画を立てるが、産科関連は診療報酬の枠組の外側にあるので、その議論の俎上に乗りにくい。診療報酬に組み込まれているというのはアピールになる。ただ、当院が周産期センターを立ち上げるにあたり、産科や小児の入院数が少ないため、そこに投資することは難しくなるかもしれない。産科は診療報酬の枠組の外側にあるため、少し不利な状況にあるかもしれない。</p> <p>COVID-19の流行で病院経営も大変なので、看護師の利益になるという文脈が見えるのは後押しになると思う。現在も、「産後2週間健診」のクーポン利用者に対しては、病棟勤務の助産師が外来でケアを行っている。行政が費用補助して事業として始まると、病院としても動くのではないかと。</p> <p>病院がやりたいと思っていることに関して、支援事業のような後押しがあれば動きやすい。クーポンの制度がなかった頃も、自費でも産後2週間健診を受けたい人もいた。助産師としては、枠組ができて、それが目標になれば、そこに向かって頑張れると思う。</p>
助産師外来の開設に対する働きかけ
<p>県からの補助や助成がつくような話があった。</p>
その他
<p>経営を一番に考えなければならぬため、赤字でもやるとは言えない部分がある。COVID-19の流行により、余計にそれが浮き彫りになった。</p>

11) B 県 H-09

(1) 施設全体の状況 (H-09 B 県 一般病院)

施設機能別	一般病院	病床数	100 床台 (COVID-19 に より運用数減)	医療機関内 全看護師数	100 人台
分娩数 (直近年度)	約 100 件	帝王切開率	10%台	医療機関内 全助産師数	10 人未満
妊産婦の 特徴	ローリスクの妊産婦中心				
産科病棟	病棟形態	産科混合病棟。女性患者入院用の病棟扱い			
	運用状況	産科約 10 床。婦人科・切迫早産等を中心に約 20 床。感染症のない他科女性の患者が入ることも多い。 病床の平均稼働率 60～70%程度だが、かなり変動する。			
	スタッフ	非常勤スタッフが外来を行っている。16 時以降の外来での保健指導は病棟スタッフ（助産師）が引き継ぐ。			
医療機関内 産科医師数	1～5 人（緊急帝王切開では麻酔科 1 人が呼び出しで対応） 不足感がある。				
医療機関内 小児科・ 新生児科 医師数	小児科 1～5 人（新生児科なし）				
助産師 充足状況	非常勤の助産師が入り、以前、夜勤を 5 人で回していた頃よりは増えたが、不足感はある。 以前、職員が漸減傾向で産科を閉じたことがある。閉鎖決定後、助産師が 2 人だけ残った。その 2 人は、市役所や保健所に出向した。 助産師が保健所に出向したことで、行政や政策のことが色々とわかるようになり、病院から地域に相談がしやすくなり、連携が進んだ側面もある。もともと市内で毎月、助産師会を開催しており、病院同士のつながりはあったが、これを機に保健師との連携・交流も深まった。 助産師を充足させようとしても、他施設を辞めさせて連れてくるわけにもいかず、フリーで何もしていない人もあまりいないので困っている。募集をかけても、地方の病院にはなかなか来ない。産科混合病棟なので、色んな患者に看護ケアが必要になることが、助産師確保の障害になっている。				
周産期の 今後の方針	医師は年間分娩件数の目標を 200 件としているが、現体制では難しいと感じており、月 10 例前後を維持できたらいいと思っている。この地区では今、年間の出産は約 300 件なので、その半数ほどを受けられたらよいと考える。				
院内助産	開設していない。		助産師外来	開設していない。	

(2)院内助産 (H-09 B 県 一般病院)

院内助産を開設していない理由
産科を閉じる前、医師の負担軽減になるということで、院内助産に取り組もうという話が出た。 産休に入る助産師などがいて、スタッフが次々に減り、結果、実現できなかった。
院内助産を開設した場合の効果、ニーズに関する認識
現在、臨床的な判断から連絡・調整まで、助産師が中心になって行っており、実質的には院内助産のような運用をしている。
院内助産の開設希望と、開設する場合に考えられる障壁や必要な支援・体制
「GL2018」もよく読んだが、「院内助産をやっています」と言うと、医師との間で軋轢が生じるので、そうなるくらいならやらなくてもよいと思う。 医師が理解をして「やりましょう」という思いがベースにないと、進めるのは難しい。医師との調整が困難となるのであれば、やらなくてもよいと思ってしまう。
院内助産の開設に対する働きかけ
なし
その他
研修会にも行き、準備はしていた。 普段、分娩進行は助産師が主導でみている。 医師は病院近郊の自宅か、ハイリスク分娩の場合は医局で待機する。異常がなければ、途中経過の連絡はせず、生まれる10分くらい前に医師を呼ぶ。医師が明らかに病院にいる時は連絡するが、夜中の分娩は異常事態の時にしか電話しない。 会陰切開や吸引分娩が必要であれば、少し早めに医師を呼ばなければならず、本当に困難なケースでは医師を2人呼ぶこともある。切迫早産の妊産婦の搬送時も、助産師がアセスメントした上で準備をし、医師が最終的な判断をして決めている。 医師への対応が難しいと感じるスタッフも多く、スタッフに対するフォローが必要な医師もいるので、調整が必要である。

(3)助産師外来 (H-09 B 県 一般病院)

助産師外来を開設していない理由
やりたいがスタッフの人員が不足している。 助産師にそこまでの役割を期待していない。 助産師側の技術の問題もある。超音波検査等をやったことがある人もいるが、その人たちが外来で勤務すると病棟が回らない。
助産師外来を開設した場合の効果、ニーズに関する認識
特記なし
助産師外来の開設希望と、開設する場合に考えられる障壁や必要な支援・体制
開設するには、あと助産師が2~3人必要である。また、スタッフの中で「自分がやりたい」と言ってくれる人も必要である。 2交代夜勤を解消するのが先である。現在、日勤は常勤2人とパート2人、夜勤は常勤1人(パートでも夜勤をする人がいる)と師長オンコールという状態である。以前、師長は月6~7回の夜勤を行っており、現在も月3~4回の夜勤を行っている。 例え会議で開設が決定しても、数か月後に覆されることもある。医師が理解して、前向きに進めて行こうという機運がないと難しい。
助産師外来の開設に対する働きかけ
なし
その他
外来で保健指導は行っている。

12) C 県 行政

(1) 都道府県の周産期医療体制 (C 県行政)

県の医療計画における、5 疾病・5 事業の中の周産期医療の重みづけとその理由
全ての事業、分野が大事であり、特に重みづけがあるわけではない。 5 疾病 5 事業の中でというものではなく、周産期医療そのものは重要な事業である。 人口あたりの産科医師数は平均を上回っているが、地域偏在がある。他地域においては、分娩取扱医療機関も少ない。分娩取扱医療機関も減少傾向にあり、課題があると認識している。
分娩取扱施設の集約化など、分娩取扱施設の体制に関する今後の方針 医療計画での、周産期医療や分娩施設の体制整備計画
出生数は減っているが、異常分娩は増えている。 医師の働き方改革もあり、分娩取扱医療機関の集約化を検討しなければならないと認識している。しかし、具体的な働きかけをしているわけではなく、今後検討が必要である。 分娩取扱施設と研修施設の連携強化と、その利用促進が必要である。
県内在住の妊産婦や県内で出産する妊産婦の特徴、県内での地域差
合計特殊出生率は全国平均よりは高いが、出生数は年々減少している。 要因は、出産適齢期の女性が減少、晩婚化（妊産婦は 30～34 歳が増えている）がある。 仕事をしながら、家族の協力を得て子育てをする人が多い地域特性である。
上記 3 点に関する対策
特記なし
産婦人科医師・小児科（新生児科）医師・助産師などの周産期医療従事者の人数や充足状況および、確保のために講じている対策
●産婦人科医、小児科医、助産師は、人口 10 万人比では全国平均を上回る。 ●産科・小児科医師 ・産婦人科医は減少傾向、小児科医は増加傾向にある。 ・女性の医師が多く、本人の妊娠・出産等で現場から離れる人がおり、難しさを感じる。 ・働き方改革に向けて体制を整えると、産科医は不足すると考えている。 ・集約やタスクシェアを考えていくことは大切かと考える。 ●助産師 ・養成校が県内に 2 校だが、県内定着が進まず、卒業後は他県に就職する人もいる。 ・今はギリギリの助産師数と認識している。 ・助産師配置支援補助金として、助産師課程への進学者 1 人あたり年間 80 万円を補助している。分娩取扱病院が対象だが、大病院からの利用が多い。

(2) 院内助産・助産師外来 (C 県行政)

院内助産開設されない背景
<ul style="list-style-type: none">● 医師や助産師の認識<ul style="list-style-type: none">・ 医師の理解や協力を得られない。・ 病院の助産師の中にも、今のままの形でよいという考え方の人も多い。・ 助産師も、みんなで推進していこうというほどではない。● 院内助産を実施するだけの助産師を確保できない。● 県として、積極的に働きかけを行ったということは聞いていない。10 年くらい前に検討して、(行政、産科医師、助産師が) 県外の先進的な所に視察に行ったことは聞いたが、院内助産の開設まではつながらなかった。
院内助産に対する地域のニーズに関する認識
<ul style="list-style-type: none">● 院内助産をしていないので、地域の人も院内助産というものがイメージできていない。● 医師からは必要性を聞かないが、助産師の中で院内助産を進めたいという人もいると聞く。● 分娩の 9 割を助産師主導でみて、生まれるところだけ産科医師が立ち合うような病院もある。産科医師も関わるので、定義が違うから院内助産という看板は上げていないという実態がある。
院内助産の効果
<ul style="list-style-type: none">● 産科医師の負担軽減にはつながるかと思う。● 助産師のモチベーションは高まると思う。● 新卒助産師が C 県内での就職を選ぶ割合が増えるかもしれない。
助産師外来について
<ul style="list-style-type: none">● 県内で 5 か所開設している。<ul style="list-style-type: none">・ 妊娠 37 週の妊婦健康診査時に、助産師による妊婦健康診査を選ぶことができる。・ 昔からの助産師外来として乳房マッサージがあるが、最近は産後うつのケアも多い。● 院内助産に比べて、助産師外来の方が産科医の理解が得やすい。<ul style="list-style-type: none">・ 産科医師の方から、助産師外来を紹介しているケースもあり、医師に認められているのかなと感じる。● 助産師外来と保健指導の区別が難しい(助産師外来だと超音波検査をやる)。<ul style="list-style-type: none">・ 院内助産に比べて、助産師外来のニーズはわかりやすい。・ 助産師外来を強力に推進するほどではないが、医師の負担軽減の観点から進めていければよいと思う。・ 助産師外来によって得られる効果を共有していない。
今後の、院内助産・助産師外来の開設・実施の推進について
<ul style="list-style-type: none">● 助産師職能等を通じて、「GL2018」そのものは周知されている。● 病院の中でコンセンサスを得たうえで推進すべきものなので、医師側の認識も関係してくる。● 院内助産・助産師外来に対する補助金があればよい。● 助産師確保、資質向上等の取組みが必要<ul style="list-style-type: none">・ 国の施策として、強い姿勢があればできると思う。県独自に考え進めて行くのは難しいのかもしれない。
その他
<ul style="list-style-type: none">● 県行政の中で、周産期医療を担当する職員が少ない。

13) C 県 H-10

(1) 施設全体の状況 (H-10 C 県 総合周産期母子医療センター)

施設機能別	総合周産期	病床数	600 床台	医療機関内 全看護師数	600 人台
分娩数 (直近年度)	約 300 件	帝王切開率	30%台	医療機関内 全助産師数	10 人台 (産休 育休中含む)
妊産婦の 特徴	ハイリスクが多い。合併症のない正常分娩は約 30%程度				
産科病棟	病棟形態	病棟と外来は一元化されており、婦人科との混合病棟。だいたい半分ずつくらいで、少し婦人科の方が多い程度			
	運用状況	病棟約 30 床：稼働率 95%以上 (2019 年度) MFICU 約 5 床：稼働率 100%			
	スタッフ	MFICU は総合周産期母子医療センターに含まれ、看護単位としては、産科・婦人科病棟と MFICU が 1 つの単位になっている。産科婦人科病棟は看護師 10 人台と助産師 10 人台、MFICU は看護師約 5 人と助産師 1~2 人。アドバンス助産師 5 人未満 (病棟、MFICU に配属)			
医療機関内 産科医師数	約 20 人 (後期研修医含む)、周産期専門医 1~5 人、専門医取得予定者 1~5 人 年間約 3 人の後期研修医の入局があり、昨年は中堅クラスの 3 人が入局。C 県は産科医の充足目標はクリアしている。				
医療機関内 小児科・ 新生児科 医師数	約 20 人 (後期研修医含む)、周産期専門医 1~5 人 充足については十分とは言えない。				
助産師 充足状況	看護職全体としては充足できているが、助産師不足を感じている。MFICU も本来なら助産師で充足させたい。 外来も毎日 4 診稼働しており、4 人が外来で勤務している、なかなか助産師が外来で勤務することができない。夜勤帯 3~4 人のうち助産師を 1 人入れるのがやっとの状況である。 新人が多く、5 年目以下が 4 割を超える。中堅以降の助産師が産休育休に入ることもあり、足りないと感じる。				
周産期の 今後の方針	診療科長は、今後の働き方改革法案や地域医療構想の動きに準ずると言っている。 今後ハイリスクが増えることが予想され、不妊治療も増えるなか、総合周産期母子医療センターは広域でニーズが増えると考えられる。今の倍くらいの助産師が必要となるので、師長としては、離職されないことを目指している。 助産師経験を積むためには、症例を増やすことは現実的には難しいので、一つひとつの症例を大切にして経験を重ねていくことが大事だと思う。				
院内助産	開設していない。		助産師外来	開設していない。	

(2)院内助産 (H-10 C 県 総合周産期母子医療センター)

院内助産を開設していない理由
大学病院の助産師は自立して専門性を発揮していくより、医師と協働して、妊産婦が安全に分娩できることが最も大きな役割になるため、院内助産には目を向けていない。総合周産期母子医療センターの助産師は社会に必要とされる存在なので、そのことに誇りを持って働いてほしい。
院内助産を開設した場合の効果、ニーズに関する認識
院内助産のイメージがついていないので、正しく理解できてない部分があり、わからない。 助産師が自立して専門性を発揮できる場所となると思う。
院内助産の開設希望と、開設する場合に考えられる障壁や必要な支援・体制
今は、院内助産を開設したいと考えていないため、医師と討論したことはない。しかし、助産師や患者さんのために必要だと思い、きちんと討論するという場になれば、医師は話を聞いてくれると思う。しかし、助産師にも、医師にもイメージがついていない。やり方を間違えたら大変なものだと思うため、助産師外来等の助産師の自立性を高めることから入る方がよいと思う。
院内助産の開設に対する働きかけ
特記なし
その他
ローリスク妊産婦であれば、入院後に助産師と産科医と一緒に診察する。 当院は大学病院という教育機関でもあるので、分娩に入りたい医師や若手の助産師など、若い人に積極的に分娩を経験させようという雰囲気がある。 正常分娩であれば、ある程度助産師に任されるが、子宮口の開大状況などは医師に適宜報告をする。医師は当直室でモニタリングしており、助産師が呼べば必ず来てくれる。 助産師としては正常分娩の経験を積むことは大きな糧になるので、若手助産師の出向システムが整うとよいと思う。また、管理者としては、他の総合・地域周産期母子医療センターに学びに行きたい。マネジメント研修はあるが、周産期領域のマネジメントの学習機会・交流は少ないので、他の産科医療機関の前向きな取組みが知りたい。

(3)助産師外来 (H-10 C 県 総合周産期母子医療センター)

助産師外来を開設していない理由
<p>助産師外来という形ではないが、医師の診察の流れを見ながら、診察の前後に長くて 20 分程度の保健指導を定期的に行っている。定期的な保健指導では、一般的なフィジカルアセスメント、保健指導に加えてメンタルヘルスチェックを行い、助産師外来に近いことはしている。</p> <p>助産師外来を開設すれば、助産師本来の実践能力が発揮できる場になると思うが、経験や知識を持った助産師の数が足りないため開設できない。</p> <p>助産師数が増えれば可能になると思う。</p> <p>母乳外来も開設していない。</p>
助産師外来を開設した場合の効果、ニーズに関する認識
<p>スタッフはもっと母乳や育児に関わりたいと感じているので、助産師外来の開設はポジティブに捉えると思う。</p> <p>一方で産婦人科の混合病棟の業務では、他科患者からのナースコールが鳴る中で、妊産婦に対して 30～60 分かけた丁寧な関わりをするのは難しい。外来で集中して母乳ケアなどができると、助産師のやりがいにつながると思う。継続看護の視点も、やりがいを持てると感じる。</p>
助産師外来の開設希望と、開設する場合に考えられる障壁や必要な支援・体制
<p>助産師数が足りず、質も足りていないと思う。開設するには、今の倍程度の助産師数が必要だと考える。</p> <p>助産師の活動に対し、医師はポジティブに捉えていると感じるため、保健指導の充実には前向きだと思う。そのため、医師が反対する等の障壁となる印象はない。</p>
助産師外来の開設に対する働きかけ
特記なし
その他
特記なし

14) C 県 H-11

(1) 施設全体の状況 (H-11 C 県 地域周産期母子医療センター)

施設機能別	地域周産期	病床数	400 床台	医療機関内 全看護師数	200 人台
分娩数 (直近年度)	約 300 件	帝王切開率	10%台	医療機関内 全助産師数	10 人台
妊産婦の 特徴	夫婦のどちらかの実家と敷地内同居していて、支援が受けられる人が多い。里帰り出産も多い。 同じ地域の診療所が分娩を中止したため、近隣では当院のみが分娩取扱施設となっている。食事や設備の質を求め、他の自治体の診療所や助産院で産む人もいる。				
産科病棟	病棟形態	病棟と外来の一元化を行っている。産科混合病棟			
	運用状況	病棟の一部を産科専用の「ユニット」として利用しており、産科ユニットが約 10 床、産婦人科・小児科・泌尿器科が 20 床台。2019 年度の病床稼働率は約 70%だが波があり、産科が 12 床から溢れることもあれば、大きく空くこともある。			
	スタッフ	病棟所属の助産師は、常勤 10 人台、非常勤約 5 人。 看護師 10 人台			
医療機関内 産科医師数	1~5 人 長く常勤医師 2 人であったが数年前から増員した。 産婦人科の手術や、月 1 回の当直に、大学病院から応援が来る。 以前に比べると、医師が不足して大変な感じはない。 ハイリスク妊婦を大学病院等に搬送することもある。				
医療機関内 小児科・ 新生児科 医師数	1~5 人 分娩件数は増えているが、短時間勤務者もおおり、忙しい。 小児科が新生児をみているので、重症な児は大学病院に搬送している。				
助産師 充足状況	以前は交代制勤務を取れず、当番で待機していたが、その頃と比べると充足している。 5 年前は常勤助産師約 5 人だったが、1 年前 10 人台になった。診療所から転職してきた助産師もいる。 結婚のタイミングでこの地域に来た、戻ってきた等の潜在助産師の助産師の情報が入った際は、就職しないかとアプローチした。 電子カルテの研修や、パートナーシップ・ナーシング・システム (PNS) 等、総合病院の経験がない人へのフォローも行っている。こうして経験の少ない人に教えることは、教える側にとっても自身のスキル・理解を振り返る機会にもなる。				
周産期の 今後の方針	外来は 2 年前に改修工事をして拡大、病棟もリフォームして周産期への最適化を行った。年間 300 件程度を維持していくイメージ。				
院内助産	開設していない。		助産師外来	開設していない。	

(2)院内助産 (H-11 C 県 地域周産期母子医療センター)

院内助産を開設していない理由
<p>特に必要性を感じていない。</p> <p>厚生労働省が院内助産を推進する文脈には、産科医師の働き方改革などの推進の意味合いもあるが、そこまで労働環境が悪いわけでもないので、院内助産の必要性を感じられないというのが大きな理由である。</p> <p>分娩に対して、「もう少しこんなことができるのではないか」という思いはある。バースプランを取り入れたり、妊産婦の希望に近い分娩を作る取組みを少しずつしている。</p> <p>総合病院の中で助産師の業務を拡大した場合、医療安全の体制がしっかり整っていないければ、何かあった時に助産師を守ることができない。責任の所在を明確化する等、病院の安全管理体制がなければ、院内助産の開設には踏み切れない。</p> <p>産科混合病棟で他科患者のケアをしなければならないことの方が、助産師のやりがいに関するネガティブ要因として大きいのではないかと考えている。</p>
院内助産を開設した場合の効果、ニーズに関する認識
<p>院内助産を開設することでやりがいを強く感じる助産師もいるかもしれない。</p> <p>妊産婦が院内助産を望んでいるかは、わからない。</p>
院内助産の開設希望と、開設する場合に考えられる障壁や必要な支援・体制
<p>必要性を感じていない。</p> <p>やっていることは院内助産に近いが、名乗る必要性を感じない。</p>
院内助産の開設に対する働きかけ
<p>院内助産や助産師外来について、実際の話聞く機会がない。地域や都道府県を越えて、他地域でどんなことが行われているかを知る機会があればよい。助産師職能委員会や助産師会も、どんな制度や知見を、現場でどのように使えばよいかといった具体的な話はなく、言葉だけは聞いていても実際のイメージは持てていなかった。</p>
その他
<p>アドバンス助産師が現在約 5 人おり、一つの認定を受けることはキャリアの目標になるという意味があるが、アドバンス助産師の認定を受けることで何かが変わることはないと感じる。</p> <p>定期的な更新制度があるので、継続的な学習をするという意味ではよいと思う。</p> <p>部長は人材開発の中で投資価値はあると考えているため、希望者がいればアドバンス助産師を増やしていきたい。</p> <p>助産師は、産科のチームのことを信頼している。医師は助産師をどう見ているかはわからないが、信頼されていないわけではないと思う。</p> <p>基本的に、分娩時は産まれる直前に医師に連絡する。リスクがあるような妊産婦であれば、医師が電話で状況を確認することもあり、ハイリスクであれば、分娩進行の最終段階では病院の周辺で待機していることもある。</p>

(3)助産師外来 (H-11 C 県 地域周産期母子医療センター)

助産師外来を開設していない理由
これまでも生活指導が必要な人に対して助産師が保健指導する場面はあったが、あまり妊産婦に関わることができていなかった。 母乳外来は25年前から行っていたが、マンパワーが足りず妊産婦対象の外来は行っていなかった。現在、助産師の数が増えたため開設を考えている。
助産師外来を開設した場合の効果、ニーズに関する認識
産後うつや妊娠期からのケアが必要な人が増えているため、メンタルヘルスケアを中心とした助産師外来に需要があると考えている。出産に対する準備、様々な妊娠中のマイナートラブルなど、医師の診療の際には聞けなかった些細な相談もできるのではないかと思う。 今までも妊娠前期・妊娠後期に各1回ずつ集団指導を行っており、その際に妊娠中の生活に関して個別に質問しに来る人が多かった。
助産師外来の開設希望と、開設する場合に考えられる障壁や必要な支援・体制
C 県内の気になる妊婦に関する連絡会議や、「気がかり妊婦連絡票」を通じた地域の保健師とのやりとりをきっかけに、開設を考えている。助産師外来のために新たにスペースを作る予定はなく、今あるスペースでやっていく予定である。 将来的には、妊婦健康診査の中で安定した時期に1回でも助産師外来をやれるとよいが、産科医師とはそこまで話ができていない。産科医師も、人手不足というわけではない。 妊娠初期・中期・後期の3回程度、当院に通院する全妊婦を対象に行う予定である。マンパワーを投入して、妊婦にとっても病院にとってもメリットがあるようにしたい。 助産師外来の開設に関して受けられる補助として、助産師がケアすること自体に対する報酬がない。体制を整備して取組んでいることに対する施設加算のような形が、院内での理解を得やすいと感じる。助産師外来を開設するにあたり、改修工事や備品購入に対する補助や、助産師がケアすることに対する報酬が欲しい。病院に対して、助産師外来への取組みの補助として支払われる形だとやりやすいのではないかと感じる。 病院の経営会議で、「意義があり、看護部の中でやりくりできるのであればやってほしい」と意思決定されたことが大きい。こういった後押しがなければ推進しにくいのではないかと感じる。 先進的にやっている施設との人事交流などがあるとやりやすいと思う。県を越えて交流研修みたいなものがあるとよいのではないかと。
助産師外来の開設に対する働きかけ
ない
その他
特記なし

15) C 県 H-12

(1) 施設全体の状況 (H-12 C 県 一般病院)

施設機能別	一般病院	病床数	100 床台	医療機関内 全看護師数	100 人未満
分娩数 (直近年度)	約 100 件	帝王切開率	10%台	医療機関内 全助産師数	10 人未満
妊産婦の 特徴	近隣に住むローリスク妊産婦が大多数を占める。 基本的に妊婦健康診査から分娩まで対応する。異常時には、高次病院に搬送する。 COVID-19 の流行により、里帰り出産は 2 週間の待機を必要とするため、里帰り分娩件数は減っている。				
産科病棟	病棟形態	産科混合病棟			
	運用状況	病棟にはほぼ全科が入る。4 床 (4 室) は常に産科ユニットとして使っており、産科が混んできた場合には一般病棟を使う (2 床)。			
	スタッフ	病棟と外来は別の助産師が対応。夜勤は看護師がみている。助産師の勤務のうち、助産業務は全業務量の半分弱ほど。			
医療機関内 産科医師数	常勤 1~5 人。最低限 2 人は必要だと感じる。 分娩時の呼び出し、病院当直もあるので、産科医師の負担は大きい。 非常勤の医師が常勤の医師を補助している。				
医療機関内 小児科・ 新生児科 医師数	1~5 人 新生児に関わることはない。				
助産師 充足状況	常勤助産師とパート助産師、オンコール担当の非常勤助産師で回しているため、不足感はある。助産師が減少したため、分娩件数を制限している。 募集は常に出しているが、他施設からの転職があるくらいであり、大規模な医療機関に助産師は集まってしまう。 期間限定でもいいので、他施設からの助産師の応援派遣があるとよい。 診療所勤務が長いベテラン助産師や、産科診療を撤退した施設から移ってきた助産師の活用も考えられるが、産科混合病棟で看護業務もしなければならぬため、看護業務の経験のない助産師は勤務しにくいと感じる。電子カルテも一部の助産師にとっては障壁になっている。 分娩件数の多い病院で、助産師が研修をできればよい。人事交流等を考えていく必要はある。 人手不足に関して、小規模な病院の中だけで検討するのは限界があると感じている。				
周産期の 今後の方針	市の位置づけとして産科は大事と考えているため、公立病院として現状を維持していきたい。 看護師は定員数を確保できている。				
院内助産	開設していない。		助産師外来	開設していない。	

(2)院内助産 (H-12 C 県 一般病院)

院内助産を開設していない理由
アドバンス助産師などの認証が必要だが、当院には資格取得者がいない。日々の業務に追われており、開設の意欲も持てない。 助産師が責任をもって超音波診断などをやらなければならないことを考えると、今は難しいと思う。
院内助産を開設した場合の効果、ニーズに関する認識
特記なし
院内助産の開設希望と、開設する場合に考えられる障壁や必要な支援・体制
院内助産という看板を上げることは、これから先、必要かもしれないと思う。 助産師が超音波検査をできるよう、医師が機械の使い方を説明してくれたこともあった。 開設に対しては否定的ではないのではないかと思うが、実際にはわからない。
院内助産の開設に対する働きかけ
特になし
その他
都道府県や日本看護協会の研修、交流の機会があっても、勤務の都合がつかず参加できないことがあるので、オンラインの研修はありがたい。 リアルタイムで視聴ができなくても、後で都合の良い時間に見られるようなものがあるとよい。2時間くらいまでなら受けやすい。

(3)助産師外来 (H-12 C 県 一般病院)

助産師外来を開設していない理由
特記なし
助産師外来を開設した場合の効果、ニーズに関する認識
特記なし
助産師外来の開設希望と、開設する場合に考えられる障壁や必要な支援・体制
特記なし
助産師外来の開設に対する働きかけ
特記なし
その他
<p>現在、医師が妊婦健康診査を行い、それをフォローする形で助産師が体重管理、栄養指導などを行っている。</p> <p>分娩進行は、基本的には助産師1人がみており、要所要所で医師がみに来ている。</p> <p>母親学級は外来勤務の助産師が担当し、ビデオを見ながら説明している。</p> <p>産科医師は、産科外来以外に子宮がん検診や乳がん検診も行っている。そのサポートも助産師が行っている。</p> <p>病棟では、他科患者のナースコールが鳴った時に、妊婦よりも他科患者の対応を優先させてしまうこともあり、妊婦に対して集中してじっくり関わるのが難しい。病棟が落ち着いていれば、じっくり関わることもできると思う。</p> <p>助産師不足により分娩制限をしているため、今の助産師数では、助産師が増えたとしても、助産師外来の開設より分娩件数を増やすことを考える。今は医師も少ないので、分娩件数を増やすことはできない。</p>

4. まとめ

3. で示した各都道府県・医療機関のヒアリングをもとに、下記の視点でヒアリング内容を整理した。

- ①都道府県の施策別
- ②都道府県（行政）／医療機関 の立場別
- ③院内助産・助産師外来の実施の有無別
- ④周産期医療機能別
- ⑤分娩取扱医療機関における、院内助産・助産師外来の開設・実施に対する認識

なお、ヒアリングで得られた内容について、一部本会が要約した内容を 内に示す。また、発言者の都道府県、分娩取扱医療機関を（ ）内に示す。

1) 都道府県の施策別

A 県は医療計画に「院内助産」「助産師外来」の記載があり、10 年ほど前に、院内助産・助産師外来の開設を推進し、補助事業を実施したことで取組む医療機関が増えた経緯がある。しかし、現在は開設や継続に対する補助事業はしておらず、対象となる妊婦が非常に少ないことに加えて、COVID-19 の蔓延により休止状態となっていた。

B 県、C 県はともに、医療計画に「院内助産」「助産師外来」の記載はなく、院内助産・助産師外来の開設に対する補助事業は実施していないが、B 県では院内助産を新たに開設する分娩取扱医療機関があり、助産師外来を実施する医療機関数も多かった。

A 県、B 県は、院内助産・助産師外来の実施医療機関数は医療施設調査（2017 年）³⁾からの増減があった。3 都道府県は、開設・実施に対する補助事業を企画する等、行政から分娩取扱医療機関に対する働きかけは行っておらず、都道府県医療計画における院内助産・助産師外来に関する推進策の記載等と分娩取扱医療機関への現在の働きかけには関係がみられなかった（表 7、p17）。

2) 都道府県（行政）／医療機関 の立場別

全ての都道府県行政および多くの分娩取扱医療機関は「GL2018」²⁾の存在を知っており、存在を知っている行政・医療機関のほとんどの者は「読んだことがある」と回答した。

(1) 都道府県の行政職員の、院内助産・助産師外来に対する認識

都道府県の行政職員が推測している「院内助産を開設しない理由」については、医療機関側の様々な発言を概ね包含していた。

▽C 県担当者による「院内助産を開設しない理由として考えられるもの」に関するコメント

- ・医師の理解や協力を得られない。
- ・病院の助産師の中にも、今のままの形でよいという考え方の人も多い。
- ・助産師も、みんなで推進していこうというほどではない。
- ・院内助産を実施するだけの助産師を確保できない。

都道府県の行政職員は、これまであまり院内助産・助産師外来の実態やニーズ調査はしておらず、院内助産・助産師外来に対する情報が少ないと感じていた。また、都道府県独自で院内助産・助産師外来に対する財政補助を行う等の推進に取り組むことは難しく、国がモデル事業や具体的なメニューの補助、支援という形を打ち出すことで、事業として取り組みやすいという意見があった。

- ・院内助産・助産師外来の役割や評価については、把握していない。周産期医療を考える協議会の中で、県の看護協会や助産師会から情報を貰うことはない。県行政としては、助産師の力を活かせればよいと思う（A県）。
- ・ニーズ調査はしていない。助産師や産科医師が出席する地域会議で、院内助産・助産師外来が話題になったことはない。モデル事業があればやりやすい（B県）。
- ・院内助産をしていないので、地域の人も院内助産というものがイメージできていない。院内助産・助産師外来に対する補助金があればよい。国の施策として、強い姿勢があればできると思う。県独自に考え進めて行くのは難しいのかもしれない（C県）。

(2) 医療機関が、行政に期待する支援策

出生数の減少やハイリスク妊産婦の増加、助産師の就業先の偏在等を背景とし、助産師の育成に多くの分娩取扱医療機関が苦慮していた。その中で、助産師出向支援事業を利用した助産師・医療機関の助産師の育成の観点からの満足度は高かった。

分娩取扱医療機関が都道府県行政に期待する支援策は、院内助産・助産師外来の開設や助産実践能力の向上に向けた研修への財政支援等の補助、アドバンス助産師*に対する評価、他病院との交流の機会、出向や人材派遣体制であった。

- ・院内助産・助産師外来はアドバンス助産師が対応するが、診療報酬の「乳腺炎重症化予防ケア・指導料」以外に、アドバンス助産師個人や医療機関に対するメリットがあるとよい（H-01）。
- ・母体救急等、助産師の実践能力の向上に関する研修費用の援助があるとよい。ハイリスクとローリスクそれぞれを経験できるような双方向からの出向があるとよい（H-02）。
- ・出向に行くと「こういうことをやりたい」といった学びを持って帰ってくるため、交流の継続は重要だと思う。出向事業を通して、若手の助産師は、自分たちが主体になって分娩

に関わる楽しさを感じている。病院としても、生活者としての妊産婦を感じ、視野を広げてほしい (H-05)。

- ・行政が費用補助して事業として始まると、病院としても動くのではないか。病院がやりたいと思っていることに関して、支援事業のような後押しがあれば動きやすい (H-08)。
- ・周産期領域のマネジメントの学習機会・交流は少ないので、他の産科医療機関の前向きな取組みが知りたい。若手助産師の出向システムが整うとよいと思う (H-10)。
- ・助産師外来を開設するにあたり、改修工事や備品購入に対する補助や、助産師がケアすることに対する報酬が欲しい。病院に対して、助産師外来への取組みの補助として支払われる形だとやりやすいのではないか。先進的にやっている施設との人事交流などがあるとやりやすいと思う。県を越えて交流研修みたいなものがあるとよいのではないか (H-11)。
- ・期間限定でもいいので、他施設からの助産師の応援派遣があるとよい (H-12)。

*アドバンス助産師…第三者機関の認証機関「日本助産評価機構」が、助産師個人の実践能力を客観的に審査し認証する「CLOCMiP®レベルⅢ認証制度」において「自律して助産ケアを提供できる助産師」と認証された助産師の呼称である¹⁸⁾。

3) 院内助産・助産師外来の実施の有無別

院内助産・助産師外来を実施した医療機関においては、実施にあたり体制整備を十分に行っていた。開設のための具体的な準備として、助産師 5 人程度でプロジェクトチームを作り、助産業務ガイドラインや産婦人科診療ガイドラインの読み込み、他の病院や助産所の見学、胎児心拍数陣痛図判読の勉強会等、自己研鑽を行っていた。また、運営基準等について医師と助産師間で何度もカンファレンスを行い、医師への報告・相談基準等の体制を文書化し、母子の安全を担保していた。産科医師に対して病棟医長や産科部長が説明を行い、全ての産科医師の協力体制を整え、助産師が自信をもって助産ケアを提供する体制を整備していた。さらに、産科病棟の師長が協議体を作り、産科医師、小児科医師、人事部門との協議、調整を院内で行っていた (H-01, H-02, H-03)。新病院の建て替え時に助産師外来用の個室を設けることで、助産師外来の体制を確立できた分娩取扱医療機関もあった (H-02)。

院内助産の開設に取り組んだ分娩取扱医療機関は、院内助産に意義を感じ肯定的に評価している。対して、院内助産を開設していない医療機関の中には、院内助産の開設の必要性や意義を感じていない医療機関もあった。ただし、取組みの有無にかかわらず、院内助産の開設は「大変なことだ／負担のかかることだ」と認識していた。

助産師外来については、開設しているかどうかにかかわらず、全ての医療機関が肯定的な認識を持っていた。助産師外来を実施していない医療機関では、保健指導等により助産師が外来で継続的に関わる工夫をしていたが、開設した医療機関では、妊産婦との関係性の構築等の面で、保健指導*に比較して助産師外来の方がよりよい効果があると感じている医療機関があった。また、院内助産を実施している医療機関においては、院内助産の対象から外れないよう妊娠中からの関わりを丁寧に行う必要性を感じていた。

*保健指導…産科医師による妊婦健康診査後の、助産師または看護師による保健指導

<院内助産>

開設あり	院内助産の達成感は、医師同席の出産とは全く異なるもので、実際にやってみたところ、とてもやりがいを感じられた。しかし、スタッフ、特にアドバンス助産師の数が充足していないと院内助産の開設は難しいように感じる。またアドバンス助産師も、知識と分娩件数 100 例だけでは経験値として不足感があった (H-03)。
	陣痛が弱くなった時など、時に、医師の手助けを必要とすることもあったが、医師を呼ぶ前に、有効陣痛が得られないかを待つなど、自分たちだけで工夫をする場面が増えたように感じた。助産業務のレベルアップを図ることができた (H-02)。
開設なし	ハイリスクの妊産婦が多い中で、院内助産を掲げると相当なプレッシャーがかかってしまう。ローリスクでも、分娩経過によっては出血などのトラブルもあるので、進めるなら相当慎重に進めなければならない (H-07)。
	包括的指示の中で、既に自律的・主体的に分娩介助をしているので、改めて名前をつけてアピールしたいというようなものではない。当院はハイリスク分娩に対応する施設なので、分娩台で安全に産むというのがあくまで一つのゴールと考えている (H-08)。

<助産師外来>

開設あり	助産師外来では時間をかけて個別性の高いケアができ、対象のメリットになっている (H-01)。
	正常分娩が行えるように、日常生活のきめ細やかな保健指導をしっかりとしていた。助産師外来では、妊産婦一人ひとりの話をじっくり聞くことができる満足感があった。妊産婦の対象理解もできるため、一般の妊婦健診の保健指導と助産師外来は違うと感じる (H-03)。
開設なし	助産師外来という形ではないが、妊婦健康診査の前に助産師が関わることは多い。助産師としてのモチベーションも上がると思うので、スタッフがスキルを持ち、自信をつけることができたら開設したい (H-06)。
	助産師にとってのステップアップになるという教育的な効果も期待できる。外来をやるには CLoCMiP® レベルⅢの認証が必要なので、若手がそれを一つの目標としてくれればよい。メンタルもフィジカルも「ハイリスク」に移行させないよう事前にアセスメントし、産後どこにつなげるかまで含め、設計する力をつけていきたい (H-08)。

4) 周産期医療機能別（総合周産期母子医療センター／地域周産期医療センター／一般病院）

ハイリスク分娩を多く扱う総合周産期母子医療センターや地域周産期母子医療センターでは、複数の医療機関において、院内助産に該当するローリスクの妊婦が少ないことや、ハイリスク妊産婦へ医療を提供するという自施設の医療機能の認識から、院内助産に対する必要性の認識が薄かった。一方で、一般病院では産科医師・助産師が少ない中で、ローリスクの分娩を助産師が中心となって進めることが多く、リソースがあれば院内助産に取り組みたいという医療機関もあった。

助産師外来については総合周産期母子医療センターや地域周産期母子医療センターでも取り組みに対する意欲は高かった。ただし、助産師による妊婦健康診査のみならず医師による妊婦健康診査に付加的に行われるものを助産師外来と認識している医療機関も存在した。

<院内助産>

総合周産期母子医療センター	当院の役割を考えると、院内助産よりも優先すべきことがあるので、開設の予定はない(H-04)。 ハイリスクの妊産婦が多く、対象者が少ない。今のところ、地域の開業医との関係性もあるので、院内助産・助産師外来を開設してローリスク妊産婦の獲得をしていくことに医師が前向きではない(H-07)。
地域周産期母子医療センター	「院内助産」という言葉が、助産所のイメージと結びついたものであり、急性期でハイリスクが多い病院には関係ないものといった先入観があった(H-05)。
一般病院	院内助産という看板を上げることは、これから先、必要かもしれないと思う。アドバンス助産師などの認証が必要だが、当院には認証取得者がいない。(H-12)

<助産師外来>

総合周産期母子医療センター	スタッフはもっと母乳や育児に関わりたいと感じているので、助産師外来の開設はポジティブに捉えると思う(H-10)。
地域周産期母子医療センター	スタッフの間でも助産師外来をやりたいと話が出て、産科部長も合意してくれたため、今年の立ち上げに向け話が具体化していた。計画内容としては、妊婦健康診査でエコー等は医師が行うが、腹囲測定、尿検査、体重管理に関すること等助産師にできることを毎回行うものだった(H-08)。
一般病院	やりたいがスタッフの人員が不足している(H-09)。

5) 分娩取扱医療機関における、院内助産・助産師外来の開設・実施に対する認識

分娩取扱医療機関における院内助産・助産師外来の開設・実施に対する認識を下記の8つの視点に分けてまとめた。

- (1) 対象となる妊産婦
- (2) 助産師の人数
- (3) 助産師の育成環境
- (4) 院内助産に対する、助産師の認識・意識
- (5) 助産師外来に対する、助産師の認識・意識
- (6) 看護部の認識
- (7) 助産師からみた「医師の認識」
- (8) 実施場所に対する認識

(1) 対象となる妊産婦

①院内助産の適応となるローリスク妊婦が非常に少ない（周産期母子医療センター）

- ・ここ1年はCOVID-19の影響のため、院内助産で分娩した妊産婦は0人であった。合併症により院内助産の対象から外れてしまう人もおり、最後に院内助産で分娩に至ったのは2年前である。当院はハイリスク妊産婦が集約されてくるため合併症が多く、院内助産の対象になりうる人はほとんどいない（H-01）。
- ・ハイリスクの妊産婦が多く、対象者が少ない（H-07）。

②助産師外来の適応となるローリスク妊婦が少ない

- ・助産師外来対象者の施設内基準（15項目）に当てはまるローリスク妊産婦は少ない。ハイリスク妊産婦が減らず、ローリスク妊産婦が増えない中で、今後の助産師外来の在り方も再検討し、ハイリスク妊婦のリスクを低減させる方向にアプローチできればよいのではないかと思っている（H-04）。
- ・ハイリスクが多いため、助産師外来の対象者が少ない（H-07）。

※助産師外来の対象をほぼ全例で実施している医療機関、希望者にのみ付加的に実施している医療機関もある。

③妊産婦の満足度は高い

- ・助産師外来で、ゆっくり一対一で話をする枠があると、妊婦も聞きたいことや不安に思っていること、話したいことをたくさん話すので、診察後、ニコニコして帰宅する（H-02）。
- ・妊産婦だけではなく、夫や上の子も胎児の顔を見たいという希望があり、超音波検査でゆっくり顔を見せたり話すようにしていた。“家族感”があった（H-03）。

(2)助産師の人数

①助産師の絶対数が不足している

- ・子育てのために時短勤務で病院助産師を続ける人も増えており、後輩の育成もしながら、病棟を回していかなければならない。院内助産はチームでなければできないので、勤務体制に余裕がなければ取組むことは難しい (H-05)。
- ・若い助産師からはお産を取りたいという希望が多いが、分娩数が少なくなってしまったため、他の大きい病院に移りたいという人が増え、余裕がなくなっている (H-03)。
- ・今の助産師の充足状況では、もし助産師が増えても、院内助産・助産師外来の開設よりは、まず先に分娩件数を増やすことを考える (H-12)。
- ・助産師外来を開設するには、あと助産師が2~3人必要。また、スタッフの中で「自分がやりたい」と言ってくれる人も必要。まずは2交代夜勤を解消するのが先で、外来はやりたいけれどその後になる (H-09)。
- ・産科混合病棟で看護業務もしなければならぬため、看護業務の経験のない助産師は勤務しにくいと感じる。電子カルテも一部の助産師にとっては障壁になっている (H-12)。

②アドバンス助産師が不足している

- ・CLOCMiP®レベルⅢの認定・更新において、ハイリスク妊産婦が多い当施設では分娩介助件数を満たすことが困難であり、アドバンス助産師の新規認証・更新が難しい (H-07)。
- ・院内助産の開設にはアドバンス助産師などの認証が必要だが、当院にはアドバンス助産師がいない。日々の業務に追われており、取得の意欲も持てない (H-12)。

③院内助産に対応できるレベルの人が足りない／揃わない

- ・育ってきた助産師が産休に入ったり、辞めたりと、中堅クラスが抜けてしまう (H-01)。
- ・新人が多く、5年目以下が4割を超える。中堅以降の助産師が産休育休に入ることもあり、足りないと感じる (H-10)。
- ・診療所勤務の長いベテラン助産師や、産科診療を撤退した施設から移ってきた助産師の活用も考えられるが、電子カルテへの対応、新たな職場への適応といった面で障壁がある (H-12)。
- ・混合病棟なので、色々な患者の看護ケアが必要になることが、助産師確保の障害になっている (H-09)。
- ・奨学金を返済し終わると地元に戻ってしまい、(中堅が)定着してくれないというのが悩み (H-08)。

④夜勤ができる助産師が少ない

- ・時短勤務や子育て中の助産師が多く、院内助産・助産師外来に回すだけのリソースがない (H-03)。

- ・アドバンス助産師が育休・産休を取った後で時短勤務になり、分娩の多い夜勤に出られなくなってしまうことがある。夜勤を担える実力者が少なく、4人で組んでいる。助産師ひと月あたりの夜勤時間を平均すると72時間は下回っているが、夜勤回数が9回の人もある(H-02)。
- ・2交代夜勤を解消するのが最優先の課題。現在、日勤は常勤とパート助産師、夜勤は常勤助産師(パートでも夜勤をする人がいる)と師長オンコールという状態。師長は、以前月に6~7回夜勤をしており、現在も月3~4回夜勤を行っている(H-09)。
- ・地域貢献という意味もあり、助産師が少ない地域の病院や診療所からの委託を受けて、当院所属の助産師が兼業の扱いで夜勤を手伝いに行っている。勤務が休みの時に、正常分娩が取れる施設に兼業に出て、そこでお産を取ってラダーの要件を満たしていくということで、本人にとっても地域の病院や診療所にとってもメリットがあり、継続している状況(H-01)。

(3)助産師の育成環境

①助産師が助産業務や分娩介助等を経験するための環境が整っていない

- ・分娩件数が少なくなっており、さらに看護学生や助産学生を受け入れているため、その指導ができるスタッフが分娩を担当するようになり、若いスタッフが経験を積める機会が減っている。将来的にアドバンス助産師の認証を受けるためには、分娩件数が足りないので、出向などの事業を使って分娩件数を増やし、経験させなければならない(H-06)。

(4)院内助産に対する、助産師の認識・意識

①院内助産は「医師の立ち合いをしない分娩管理」であるという「GL2018」の定義と異なる認識

- ・院内助産は、医師立ち合いの出産とは違う(H-03)。
- ・分娩の9割を助産師主導でみて、生まれるところだけ産科医師が立ち合う病院もある。産科医師も関わるので、定義が違うから院内助産という看板は上げていないという実態がある(C県)。
- ・「院内助産」という言葉が、助産所のイメージと結びついたものであり、急性期でハイリスクが多い病院には関係ないものといった先入観があった(H-05)。

②「GL2018」で定義される「院内助産」は既に行っているが、あえて明示*しなくてよい

- ・院内助産とは言っていないが、自分たちがやっていることと違いがないように感じ、他に何をしたら院内助産になるのか分からない。包括的指示の中で、既に自律的・主体的に分娩介助をしているので、改めて名前をつけてアピールしたいというものではない(H-08)。

*明示…本報告書において「院内助産・助産師外来を明示する」とは、院内助産・助産師外来を実施していると組織内で合意形成し、地域住民等に対し周知していることを示す。

③いつ呼び出されるかわからず、負担が大きい（特に子育て世代の助産師）

- ・夜中に呼び出されることも想定されるため、家族の協力や理解も必要だった。子育て世代の助産師では厳しい所もあるように感じた（H-03）。

④ハイリスク妊産婦をケアする医療機関では、院内助産の優先順位が低い／院内助産は適さない

- ・当院の役割（総合周産期母子医療センター）を考えると、院内助産よりも優先すべきことがあるので、開設の予定はない（H-04）。
- ・大学病院においては、助産師は自立して専門性を発揮していくというより、医師と協働して、妊産婦が安全にお産できるようにすることが最も大きな役割になる（H-10）。
- ・総合周産期母子医療センターの助産師として恵まれた環境にいるので、まず何よりも今いる妊産婦ができるだけ安全に育児期まで迎えられるようにすることを大事にしたい。「その人らしいお産」の実現も大切なことだが、安全な出産・育児ができるようにすることは助産師としての本来の姿だと思う（H-04）。
- ・ローリスク妊婦でも病院を選ぶ人は安全を求めて来られる妊産婦が多く、不妊治療の方や高齢の方は半分が帝王切開で、院内助産を増やしていくのは厳しいところがある（H-01）。

(5)助産師外来に対する、助産師の認識・意識

①医師への相談等、連携体制の明確化により不安感は低減できる

- ・超音波検査の手技に関する研修を、産科医師の協力も得て何度も行い、経験を積んだ助産師が外来に入っている。異常の早期発見にも関わるので、医師とは厳密な相談体制を取っている。自分たちで判断が難しいなと思ったら、すぐに産科医師に相談してみてもらう体制があるので、安心して実施できている（H-01）。
- ・ハイリスクは医師自らが診察をしている。記録に全部残しており、医師もそれらをちゃんと見ている。トラブルが起きたことはない（H-02）。

②妊娠期間から産後までの継続的な関わりの重要性は、立場を問わず共有できている

- ・妊娠期から出産～産後の育児までを助産師が担うにあたって、外来と病棟が一体となってスタッフをローテーションしながら、継続看護ができるのが理想であるとは思っており、今でも病棟における継続看護は課題だと感じている（H-07）。
- ・産後うつが増えており、また妊娠期から何かしらのケアが必要な人が増えているため、メンタルケアを中心とした助産師外来に需要があると考えている。今後は、妊娠初期・中期・後期の3回程度、当院にかかっている全妊婦を対象に行う予定。マンパワーを投入して、妊婦にとっても病院にとってもプラスがあるようにしたい（H-11）。

(6) 看護部の認識

① 医師の労働環境が悪くないため、院内助産を導入する必要がない

- ・院内助産を推進する文脈には、産科医師の働き方改革の推進などの意味合いもあるが、当院の労働環境がそこまで悪いわけではないので、院内助産の必要性を感じられない (H-11)。
- ・当院は、産科医師が2人当直体制で、なおかつ新生児科医師も必ず当直体制でいるため、急変時に応援を頼むことができる。医師の負担軽減のために院内助産を開設する必要性は感じない (H-04)。

② 助産師のやりがい促進という点では、院内助産よりは混合病棟の解消の優先順位が高い

- ・今はどちらかという、混合病棟で他科の患者のケアをしなければならないことの方が、助産師のやりがいに関するネガティブ要因として大きいのではないかと考えている (H-11)。

③ 助産師外来は、職場の魅力向上や定着につながると感じる

- ・現状、ライフイベントと重なりキャリアアップできないスタッフも多いが、助産師としての基礎が固まってきたときに助産師外来に行くことができればステップアップになるかもしれない。5年目くらいになってくると、正常分娩を取りたいという理由で地域の診療所に出たいと考えるようになるスタッフもいる。助産師外来や院内助産があれば、当院に残る魅力になるかもしれないので、スタッフの技術や自信がついてきたら助産師外来を開設したい (H-06)。
- ・当院に勤める助産師に長く勤めてもらえる魅力ある産科病棟にしたいと考え、日本看護協会や厚生労働省が助産師外来や院内助産を推進していることを、助産師職能委員会で聞き、開設を思いついた (H-02)。

④ 院内助産・助産師外来等、助産ケアに対する報酬があれば、病院として取り組みやすい

- ・現場の助産師がやりたいと思っていることに対して、経営陣を動かす燃料、つまり「助産師の力で収益が上がる」という文脈は後押しになる。病院の経営陣は、診療報酬改定時に隅から隅まで読んで計画を立てるが、産科関連は診療報酬の枠組の外側にあるので、その議論の俎上に乗りにくい。診療報酬に組み込まれているというのはアピールになる (H-08)。
- ・助産師外来の開設に関して受けられる補助として、助産師がケアすること自体に対する報酬がない。体制を整備して取り組んでいることに対する施設加算のような形が、院内での理解を得やすいと感じる (H-11)。

⑤院内助産・助産師外来の情報がない、イメージがつかない

- ・院内助産や助産師外来について、実際の話を書く機会がない。地域や都道府県を越えて、他地域でどんなことが行われているかを知る機会があればよい。助産師職能委員会や助産師会も、どんな制度や知見を、現場でどのように使えばよいかといった具体的な話はなく、言葉だけは聞いていても実際のイメージは持てていなかった (H-11)。
- ・院内助産のイメージがついていないので、正しく理解できていない部分があり、わからない (H-10)。

(7)助産師からみた「医師の認識」

①院内助産が「医師の負担軽減につながる」わけではない

- ・本当は助産師だけで院内助産が完結できるとよいが、やはりお産は何が起こるかかわからないので、どんなときも医師に院内待機だけお願いしている。だから、医師の負担はあまり変わらない (H-02)。
- ・産科医師が2人当直体制で、なおかつ新生児科の医師も必ず当直体制でいて、急変時に応援を頼むことができるため、医師の負担の軽減のために院内助産を開設する必要性は感じられない (H-04)。

②助産師外来が業務負担の軽減につながっている

- ・分娩数の増加に伴い、妊婦健康診査が現状の医師数では対応が困難となりつつあった。そこで妊娠30週以降の妊婦を医師と助産師が交互で妊婦健康診査を行うことで、医師・助産師が協働して健診を行うことが可能となり、医師に対する業務負担軽減に寄与している (H-01)。

③助産師と医師との信頼関係ができている医療機関では、助産師が希望した施策は、基本的に応援しようという風土があり、障壁は低い

- ・「助産師は保健指導だけをしていればいい、診察はしなくていい」と言う医師もいたが、産科部長は助産師をすごく信頼して大事にしてくれる医師で「ここに勤めたいっていう助産師が来てくれたら、もっと活気が出るから、やったらいいよ」と、後押しして下さった (H-02)。
- ・看護部長から見て、助産師と医師は対等な関係が築かれているように感じる。前病院長は「助産師は特定行為の先駆けの職種となっている」と、事あるごとに言ってきた。医師と同等の技術や知識を持っていないとできない、という認識 (H-01)。

④「助産師のスキル・経験が不足している」という理由で、医師が前向きではない

- ・2年前に産科医師の意向は確認したが、安全面において、専門的な能力が足りない部分があり、開設は難しいということだった (H-07)。
- ・中堅の看護師の多くが産休に入ってしまったため、医師は、現時点の助産師のレベルでは弱いと感じている (H-06)。

⑤助産師側が、医師に対して気を遣っている

- ・医師が理解をして「やりましょう」という思いがベースにないと、進めるのは難しい。医師との調整が困難となるのであれば、やらなくてもよいと思ってしまう (H-09)。

(8)実施場所に対する認識

①院内助産・助産師外来を行うスペースがない

- ・外来をやる場所を選定するにあたって、場所が足りない、やるなら工事をしなくてはならなかったといった事情が、開設に対してハードルとなった (H-08)。

5. 調査の限界

- 本ヒアリングは全ての都道府県、分娩取扱医療機関へのヒアリングではなく、院内助産・助産師外来の実施の有無については、それぞれの背景や理由があると考えられ、一般化には限界がある。
- 本調査における産科医師の考えや妊産婦の思い等については、ヒアリング対象者の認識によるものである。

引用・参考資料

引用・参考資料

- 1) 中林正雄：厚生労働科学研究補助金（特別研究事業）分担研究報告書「院内助産ガイドライン 医師と助産師の役割分担と協働」2008
厚生労働省ホームページ
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000187288.pdf>
(2020年8月25日アクセス)
- 2) 日本看護協会：平成29年度厚生労働省看護職員確保対策特別事業「院内助産・助産師外来ガイドライン2018」(2018年3月)
- 3) 厚生労働省：医療施設（静態・動態）調査（平成23年、平成26年、平成29年）
政府統計の総合窓口（e-Stat）ホームページ
<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450021&tstat=000001030908>
(2020年8月25日アクセス)
- 4) 日本看護協会：平成30年度厚生労働省看護職員確保対策特別事業「院内助産・助産師外来の開設による効果に関する調査報告書」(2019年3月)
- 5) 石川雅俊：地域分娩取扱病院の集約化による運転時間とその平等性への影響．日本医療経営学会誌，11(1)，11-16．2017
- 6) 石川雅俊：出生地から総合・地域周産期母子医療センターへの運転時間と周産期アウトカムの関係性及びそれを踏まえた拠点病院の配置に関する検討(二次医療圏単位の解析)．日本医療経営学会誌，11(1)，5-10．2017
- 7) 大野泰正ほか：本邦における母体救急搬送体制の現状 一次医療施設と高次医療施設の連携状況に関する全国周産期医療協議会対象調査．日本周産期・新生児医学会雑誌，53(1)，104-115．2017
- 8) 石川雅俊：地理情報システムを用いた全国分娩取扱医療機関から総合・地域周産期母子医療センターまでの搬送時間の検討(二次医療圏単位の解析)，日本医療経営学会誌，10(1)，5-11．2017
- 9) 河原和夫：地域医療構想を第七次医療計画に盛り込むに当たって必要な事項．厚生労働科学研究費補助金「病床機能の分化・連携や病床の効率的利用等のために必要となる実施可能な施策に関する研究」平成28年度総括・分担研究報告書．2017
- 10) 内藤純行ほか：大都市圏型地域における地理情報システムを用いた医療・介護の将来像に関する研究 神奈川県をモデルとして．日本病院総合診療医学会雑誌，11(2)．2016
- 11) 石川雅俊：地理情報システムを用いた全国の分娩医療機関に対するアクセスの検討．日本医療経営学会誌，9(1)，5-11．2016
- 12) 石川雅俊：我が国の周産期医療提供体制の課題 医療圏格差と医療資源の集約度の視

- 点を中心に. 日本医療経営学会誌, 9(1), 39-45. 2016
- 13) 高橋篤、栗原修一：地方2次保健医療圏における人口動態や出産状況を含む周産期/乳幼児期保健医療の現況と地域特性の疫学的研究. 保健医療科学, 63(6), 538-549. 2014
 - 14) 松村耕平：二次医療圏データベースによる産科医療提供体制の分析とその問題点. 日本医療経営学会誌, 7(1), 107-119. 2013
 - 15) 厚生労働省：人口動態調査
政府統計の総合窓口 (e-Stat) ホームページ
https://www.e-stat.go.jp/stat-search/database?page=1&layout=normal&toukei=00450011&tstat=000001028897&result_page=1
(2020年8月25日アクセス)
 - 16) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年推計)
国立社会保障・人口問題研究所ホームページ
<http://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson18/t-page.asp>
(2020年8月25日アクセス)
 - 17) 厚生労働省：「産婦人科医師の動向と確保について」周産期医療体制のあり方に関する検討会(第2回)資料6
厚生労働省ホームページ
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000101460.html>
(2020年8月25日アクセス)
 - 18) 日本看護協会：2019年度改訂 助産実践能力習熟段階(クリニカルラダー)活用ガイド
(2020年3月)

資料編

**「母子のための地域包括ケアシステム推進に向けた
院内助産・助産師外来の促進に関する調査事業」
ヒアリングにあたっての留意事項**

本調査は、病院・地域における周産期医療体制や院内助産・助産師外来のニーズ、医療施設が院内助産・助産師外来を実施・継続するにあたり、施設内外で必要な支援や体制整備を明らかにすることを目的としております。

本調査は、日本看護協会研究倫理委員会による倫理審査を受け、承認されております。

本調査は、自由意思によるご協力であり、ご協力いただけない場合にも、不利益が生じることはございません。また、ご同意いただいた後でも、途中で辞退することは可能であり、その際にも不利益が生じることはございません。

ヒアリングは、日本看護協会の指示のもと、本会と個人情報保護（機密保持）の契約を締結している委託業者が行います。ヒアリングの内容は IC レコーダーで録音いたしますが、録音に同意いただけない場合には、メモのみを取らせていただきます。オンラインで行う場合も、Web 会議システムの動画撮影機能等は使用せず、ご同意いただいた場合のみ IC レコーダーで録音いたします。ヒアリング内容については、同委託業者によって反訳、とりまとめを行います。

調査結果は、報告書として厚生労働省に提出するほか、本会公式ホームページや協会ニュース、学術集会や学術誌等を通じて公表いたします（令和 3 年 3 月頃）。その際、ヒアリングにご協力いただいた方の個人名及び組織名は公表いたしません。しかし、人口や分娩数等の情報から、都道府県や医療施設が特定される可能性もございます。この点についてはご留意いただいた上でヒアリングへのご協力をお願いします。

ヒアリングの所要時間は 2 時間程度と考えております。ご多用の折、誠に恐縮に存じますが、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

上記留意事項をお読みになったうえで、ヒアリングにご協力いただける場合、
下記の□に✓を記載のうえ、記入日、氏名をご記入ください。
本用紙は、ヒアリングの当日に回収させていただきます。
オンラインで行う場合は、郵送で対応いたします。

□私は、留意事項を読み同意のうえ、ヒアリングに協力します

記入日： 年 月 日

所 属： _____

氏 名： _____

院内助産・助産師外来の両方を標榜
している病院のある都道府県

**「母子のための地域包括ケアシステム推進に向けた
院内助産・助産師外来の促進に関する調査事業」
お伺いしたい内容**

1. 周産期医療体制について

- 1) 貴県の医療計画の中で、5 疾病・5 事業のうち周産期医療の重みづけとその理由をお聞かせください。
- 2) 分娩取扱施設の集約化など、分娩取扱施設の体制に関する今後の方針について、どのようにお考えですか。また、第8次医療計画での、周産期医療や分娩施設の体制整備をどのように計画されるご予定ですか。
- 3) 貴県に住む妊産婦や貴県で出産する妊産婦に、どのような特徴がありますか（年齢等全国平均との比較、これまでの推移や今後の見込みなどの視点から）。また、都道府県内で地域差はありますか。
- 4) 1-3) に対してどのような対策を講じていますか。
- 5) 産婦人科医師・小児科（新生児科）医師・助産師などの周産期医療従事者の人数や充足状況をお聞かせください。また、確保のためにどのような対策を講じていますか。

2. 院内助産・助産師外来について

- 1) 院内助産・助産師外来の開設の背景
 - (1) 院内助産・助産師外来を開設している病院には、どのような背景や理由があるとお考えですか。
 - (2) 院内助産・助産師外来を開設していない病院には、どのような背景や理由があるとお考えですか。
- 2) 院内助産・助産師外来に対して、地域のニーズはありと思われますか。
- 3) 院内助産・助産師外来を実施することで、貴県から見てどのような効果があるとお考えですか。
- 4) 今後、院内助産・助産師外来の開設・実施を推進しますか。また、どのような病院に必要とお考えですか。
- 5) 貴県として院内助産・助産師外来を推進するためには、どのような施策や事業が必要とお考えですか。
- 6) 現在、院内助産・助産師外来の開設・実施に対して支援を行っていますか。また、今後支援しようとお考えですか。

**「母子のための地域包括ケアシステム推進に向けた
院内助産・助産師外来の促進に関する調査事業」
お伺いしたい内容**

1. 周産期医療体制について

- 1) 貴県の医療計画の中で、5 疾病・5 事業のうち周産期医療の重みづけとその理由をお聞かせください。
- 2) 分娩取扱施設の集約化など、分娩取扱施設の体制に関する今後の方針について、どのようにお考えですか。また、第8次医療計画での、周産期医療や分娩施設の体制整備をどのように計画されるご予定ですか。
- 3) 貴県に住む妊産婦や貴県で出産する妊産婦に、どのような特徴がありますか（年齢等全国平均との比較、これまでの推移や今後の見込みなどの視点から）。また、都道府県内で地域差はありますか。
- 4) 1-3)に対してどのような対策を講じていますか。
- 5) 産婦人科医師・小児科（新生児科）医師・助産師などの周産期医療従事者の人数や充足状況をお聞かせください。また、確保のためにどのような対策を講じていますか。

2. 院内助産・助産師外来について

- 1) 都道府県内には院内助産・助産師外来を開設している病院がありませんが、どのような背景や理由があるとお考えですか。
- 2) 院内助産・助産師外来に対して、地域のニーズはあると思われませんか。
- 3) 院内助産・助産師外来を実施した場合、どのような効果があると貴県ではお考えですか。
- 4) 今後、院内助産・助産師外来の開設・実施を推進しますか。その場合、どのような病院に必要とお考えですか。
- 5) 貴県として院内助産・助産師外来を推進するためには、どのような施策や事業が必要とお考えですか。
- 6) 院内助産・助産師外来の開設・実施に対して支援を行うご予定はありますか。

「母子のための地域包括ケアシステム推進に向けた
院内助産・助産師外来の促進に関する調査事業」
お伺いしたい内容

1. 貴院における周産期部門について

- 1) 貴院で出産する妊産婦には、どのような特徴や傾向がありますか。
- 2) 産婦人科医師・小児科（新生児科）医師・助産師などの周産期スタッフの人数や経験の充足状況をお聞かせください。また、充足のためにどのような対策を講じていますか。
- 3) 病院としての周産期の今後の方針（拡充、現状維持等）をお聞かせください。
- 4) 周囲の産科医療施設と、どのように役割分担をしていますか。

2. 院内助産・助産師外来について

- 1) 院内助産・助産師外来を開設した背景やきっかけをお聞かせください。
- 2) 院内助産・助産師外来の開設までのプロセス（推進・後押しした事項、調整・工夫を要した事項（障壁等））をお聞かせください。
- 3) 院内助産・助産師外来を継続する上で、どのような事項が推進・後押しとなり、逆にどのような事項が障壁となり調整・工夫を要しましたか。
- 4) 院内助産・助産師外来を開設・実施することで、どのような効果がありましたか。
- 5) 院内助産・助産師外来に対する今後のニーズをどのようにお考えですか。
- 6) 院内助産・助産師外来を継続するためには、今後どのような体制の整備が必要とお考えですか。また、組織（病院）に対して、どのような支援を期待しますか。
- 7) 都道府県や市町村などの行政から、院内助産・助産師外来の開設・実施に対して支援はありましたか。また、今後どのような支援が必要とお考えですか。

**「母子のための地域包括ケアシステム推進に向けた
院内助産・助産師外来の促進に関する調査事業」
お伺いしたい内容**

1. 貴院における周産期部門について

- 1) 貴院で出産する妊産婦には、どのような特徴や傾向がありますか。
- 2) 産婦人科医師・小児科（新生児科）医師・助産師などの周産期スタッフの人数や経験の充足状況をお聞かせください。また、充足のためにどのような対策を講じていますか。
- 3) 病院としての周産期の今後の方針（拡充、現状維持等）をお聞かせください。
- 4) 周囲の産科医療施設と、どのように役割分担をしていますか。

2. 院内助産・助産師外来について

- 1) 院内助産・助産師外来を開設していない理由をお聞かせください。
- 2) 院内助産・助産師外来を開設・実施した場合、効果があるとお考えですか。また、ニーズはあると思われますか。
- 3) 今後、院内助産・助産師外来を開設しようとお考えですか。その場合、どのような事項が、院内助産・助産師外来の開設に対して障壁となっていますか。そのために、どのような体制整備ができれば、院内助産・助産師外来の開設が可能ですか。また、組織（病院）に対して、どのような支援を期待しますか。
- 4) 院内助産・助産師外来の開設に対して、これまで都道府県や市町村などの行政から働きかけ等ありましたか。また、院内助産・助産師外来を開設する場合、都道府県や市町村などの行政から、どのような支援が必要とお考えですか。

本調査にてご意見を頂いた有識者（敬称略、五十音順）

片岡 弥恵子	一般社団法人	日本助産学会	理事長
木村 正	公益社団法人	日本産科婦人科学会	理事長
篠崎 由紀子	東京都福祉保健局	医療政策部	医療人材課 看護人材担当課長
島田 真理恵	公益社団法人	日本助産師会	会長
中井 章人	公益社団法人	日本産婦人科医会	常務理事

担当役員

井本 寛子	公益社団法人	日本看護協会	常任理事
-------	--------	--------	------

担当職員

沼田 美幸	公益社団法人	日本看護協会	健康政策部	部長
山西 雅子	公益社団法人	日本看護協会	健康政策部	助産師課 課長
鈴木 理恵	公益社団法人	日本看護協会	医療政策部	看護情報課 調査研究企画調整担当専門職
田原 茉理恵	公益社団法人	日本看護協会	健康政策部	助産師課
宮崎 貴子	公益社団法人	日本看護協会	健康政策部	助産師課
松田 咲野	公益社団法人	日本看護協会	健康政策部	助産師課