

周産期医療に係る医療計画と院内助産・助産師外来について

令和3年11月21日 周産期医療機関看護管理者研修会

厚生労働省 医政局地域医療計画課
救急・周産期医療等対策室長

中村 洋心

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

- 都道府県が、国の定める基本方針に即し、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定するもの。
- 医療資源の地域的偏在の是正と医療施設の連携を推進するため、昭和60年の医療法改正により導入され、都道府県の二次医療圏ごとの病床数の設定、病院の整備目標、医療従事者の確保等を記載。平成18年の医療法改正により、疾病・事業ごとの医療連携体制について記載されることとなり、平成26年の医療法改正により「地域医療構想」が記載されることとなった。その後、平成30年の医療法改正により、「医師確保計画」及び「外来医療計画」が位置付けられることとなった。

計画期間

- 6年間 （現行の第7次医療計画の期間は2018年度～2023年度。中間年で必要な見直しを実施。）

記載事項(主なもの)

○ 医療圏の設定、基準病床数の算定

- ・ 病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分。

二次医療圏

335医療圏 (令和2年4月現在)

【医療圏設定の考え方】
一般の入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮。

- ・ 地理的条件等の自然的条件
- ・ 日常生活の需要の充足状況
- ・ 交通事情 等

三次医療圏

52医療圏 (令和2年4月現在)
※都道府県ごとに1つ(北海道のみ6医療圏)

【医療圏設定の考え方】
特殊な医療を提供する単位として設定。ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、当該都道府県の区域内に二以上の区域を設定し、また、都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に応じ、二以上の都道府県にわたる区域を設定することができる。

- ・ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入/流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

○ 地域医療構想

- ・ 2025年の、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能ごとの医療需要と将来の病床数の必要量、在宅医療等の医療需要を推計。

○ 5疾病・5事業(※)及び在宅医療に関する事項

※ 5疾病…5つの疾病(がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患)。

5事業(*)…5つの事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む。))。

(*) 令和6年度からは、「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加し、6事業。

- ・ 疾病又は事業ごとの医療資源・医療連携等に関する現状を把握し、課題の抽出、数値目標の設定、医療連携体制の構築のための具体的な施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う(PDCAサイクルの推進)。

○ 医師の確保に関する事項

- ・ 三次・二次医療圏ごとに医師確保の方針、目標医師数、具体的な施策等を定めた「医師確保計画」の策定(3年ごとに計画を見直し)
- ・ 産科、小児科については、政策医療の観点からも必要性が高く、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいことから、個別に策定

○ 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項

- ・ 外来医療機能に関する情報の可視化、協議の場の設置、医療機器の共同利用等を定めた「外来医療計画」の策定

医療計画の策定に係る指針等の全体像

第1回第8次医療計画
等に関する検討会
資料2
令和3年6月18日

【医療法第30条の3】

厚生労働大臣は基本方針を定める。

基本方針【大臣告示】

医療提供体制の確保に関する基本方針

【医療法第30条の8】

厚生労働大臣は、技術的事項について必要な助言ができる。

医療計画作成指針【局長通知】

医療計画の作成

- 留意事項
- 内容、手順 等

疾病・事業及び在宅医療に係る 医療体制構築に係る指針【課長通知】

疾病・事業別の医療体制

- 求められる医療機能
- 構築の手順 等

【法第30条の4第1項】

都道府県は基本方針に即して、かつ地域の実情に応じて医療計画を定める。

医療計画

○疾病・事業ごとの医療体制（*）

- ・ がん
- ・ 脳卒中
- ・ 心筋梗塞等の心血管疾患
- ・ 糖尿病
- ・ 精神疾患
- ・ 救急医療
- ・ 災害時における医療
- ・ へき地の医療
- ・ 周産期医療
- ・ 小児医療(小児救急含む)
- ・ 在宅医療
- ・ その他特に必要と認める医療

○地域医療構想（※）

- 地域医療構想を達成する施策
- 病床機能の情報提供の推進
- 外来医療の提供体制の確保(外来医療計画)（※）
- 医師の確保(医師確保計画)（※）
- 医療従事者(医師を除く)の確保
- 医療の安全の確保
- 二次医療圏・三次医療圏の設定
- 医療提供施設の整備目標
- 医師少数区域・医師多数区域の設定
- 基準病床数 等

（*）令和6年度からは、「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加。

※ 地域医療構想については「地域医療構想策定ガイドライン」、外来医療計画については「外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン」、医師確保計画については「医師確保計画策定ガイドライン」を厚生労働省からそれぞれ示している。

第8次医療計画の策定に向けた検討体制

- 第8次医療計画の策定に向け、「第8次医療計画等に関する検討会」を立ち上げて検討。
- 現行の医療計画における課題等を踏まえ、特に集中的な検討が必要な項目については、本検討会の下に、以下の4つのワーキンググループを立ち上げて議論。（構成員は、座長と相談の上、別途定める）
- 新興感染症等への対応に関し、感染症対策（予防計画）に関する検討の場と密に連携する観点から、双方の検討会・検討の場の構成員が合同で議論を行う機会を設定。

第8次医療計画等に関する検討会

- 医療計画の作成指針（新興感染症等への対応を含む5疾病6事業・在宅医療等）
- 医師確保計画、外来医療計画、地域医療構想 等

※具体的には以下について検討する

- ・医療計画の総論（医療圏、基準病床数等）について検討
- ・各検討の場、WGの検討を踏まえ、5疾病6事業・在宅医療等について総合的に検討
- ・各WGの検討を踏まえ、地域医療構想、医師確保計画、外来医療計画について総合的に検討

※医師確保計画及び外来医療計画については、現在「医師需給分科会」で議論。
次期計画の策定に向けた議論については、本検討会で議論。

連携

【新興感染症等】

感染症対策（予防計画）
に関する検討の場 等

【5疾病】

各疾病に関する
検討の場 等

報告

地域医療構想及び 医師確保計画に 関するWG

- 以下に関する詳細な検討
- ・医師の適正配置の観点を含めた医療機能の分化・連携に関する推進方針
- ・地域医療構想ガイドライン
- ・医師確保計画ガイドライン 等

外来機能報告等 に関するWG※

- 以下に関する詳細な検討
- ・医療資源を重点的に活用する外来
- ・外来機能報告
- ・地域における協議の場
- ・医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関 等

在宅医療及び 医療・介護連携に 関するWG（仮称）

- 以下に関する詳細な検討
- ・在宅医療の推進
- ・医療・介護連携の推進 等

救急・災害医療 提供体制等に関するWG

- 以下に関する詳細な検討
- ・第8次医療計画の策定に向けた救急医療提供体制の在り方
- ・第8次医療計画の策定に向けた災害医療提供体制の在り方 等

* ヘき地医療、周産期医療、小児医療については、第7次医療計画の策定に向けた検討時と同様、それぞれ、以下の場で専門的な検討を行った上で、「第8次医療計画等に関する検討会」に報告し、協議を進める予定。

・ヘき地医療

厚生労働科学研究の研究班

・周産期医療、小児医療

有識者の意見交換

※検討事項の取りまとめ後、外来医療計画ガイドラインに関する検討の場として改組を予定。

医療計画における周産期医療の体制構築に関する経緯

第5次医療計画(平成20年～)

- 4疾病・5事業(周産期を含む)を位置づけ
- 上記の医療提供体制を推進するためのPDCAサイクルを導入
- 現状把握のための指標や数値目標を例示

第6次医療計画(平成25年～)

- 周産期医療体制整備計画との整合性をはかり、周産期母子医療センターの要件等について記載を追加
- 救急医療との連携、麻酔科医をはじめ、他診療科との連携により重篤な合併症や母体救命を要する症例の対応について強化

第7次医療計画(平成30年～)

- 周産期医療体制整備計画と医療計画の一本化
- 災害時の周産期医療体制の構築
- 無産科二次医療圏の解消に向けた対策

第7次医療計画中間見直し(令和2年～)

- 産科・小児科医師確保計画との整合性
- 周産期医療圏の定義の明確化と医療圏の見直し
- 医療機関の集約化・重点化の施策
- 災害時小児周産期リエゾンの養成

第8次医療計画(令和6年～)

(参考)周産期医療・小児医療の体制構築に係る指針の内容

周産期医療	小児医療
序文 第1 周産期医療の現状 1 周産期医療をとりまく状況 2 周産期医療の提供体制 第2 医療体制の構築に必要な事項 1 都道府県における周産期医療体制の整備 (1) 周産期医療に関する協議会 (2) 総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センター（指定・認定等について） (3) 周産期医療情報センター (4) 搬送コーディネーター (5) 周産期における災害対策 (6) 周産期医療関係者に対する研修 2 医療機関とその連携 (1) 目指すべき方向 ① 正常分娩等に対し安全な医療を提供するための、周産期医療関連施設間の連携 ② 周産期の救急対応が24時間可能な体制 ③ 新生児医療の提供が可能な体制 ④ NICUに入室している新生児の療養・療育支援が可能な体制 (2) 各医療機能と連携 ① 正常分娩等を担う機能 ② 周産期に係る比較的高度の医療行為を行うことができる機能【地域周産期母子医療センター】 ③ 母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療等の周産期医療を行うことができる機能【総合周産期母子医療センター】 ④ 周産期医療関連施設を退院した障害児等が生活の場（施設を含む）で療養・療育できるよう支援する機能【療養・療育支援】 第3 構築の具体的な手順 1 現状の把握 (1) 患者動向に関する情報 (2) 医療資源・連携等に関する情報 (3) 都道府県全体の周産期医療体制整備に関する情報 (4) 指標による現状把握 2 圏域の設定 3 連携の検討 4 課題の抽出 5 数値目標 6 施策 7 評価 8 公表	序文 第1 小児医療の現状 1 小児医療をとりまく状況 2 小児医療の提供体制 第2 医療体制の構築に必要な事項 1 目指すべき方向 (1) 子どもの健康を守るために、家族を支援する体制 (2) 小児患者に対し、その症状に応じた対応が可能な体制 (3) 地域の小児医療が確保される体制 (4) 療養・療育支援が可能な体制 (5) 災害時を見据えた小児医療体制 2 各医療機能と連携 (1) 健康相談等の支援の機能【相談支援等】 (2) 一般小児医療 地域において、日常的な小児医療を実施する。 ① 一般小児医療（初期小児救急医療を除く。）を担う機能【一般小児医療】 ② 初期小児救急医療を担う機能【初期小児救急】 ③ 小児医療過疎地域の一般小児医療を担う機能【小児地域支援病院】 (3) 小児地域医療センター 小児医療圏において中心的に小児医療を実施する。 ① 小児専門医療を担う機能【小児専門医療】 ② 入院を要する救急医療を担う機能【入院小児救急】 (4) 小児中核病院 三次医療圏において中核的な小児医療を実施する。 ① 高度な小児専門医療を担う機能【高度小児専門医療】 ② 小児の救命救急医療を担う機能【小児救命救急医療】 第3 構築の具体的な手順 1 現状の把握 (1) 患者動向に関する情報 (2) 医療資源・連携等に関する情報 (3) 指標による現状把握 2 医療機能の明確化及び圏域の設定に関する検討 3 連携の検討 4 課題の抽出 5 数値目標 6 施策 7 評価 8 公表

「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（平成29年7月31日付け医政地発0731第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）の別紙「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」より抜粋

周産期医療体制構築に係る指標例

別表9 周産期医療の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

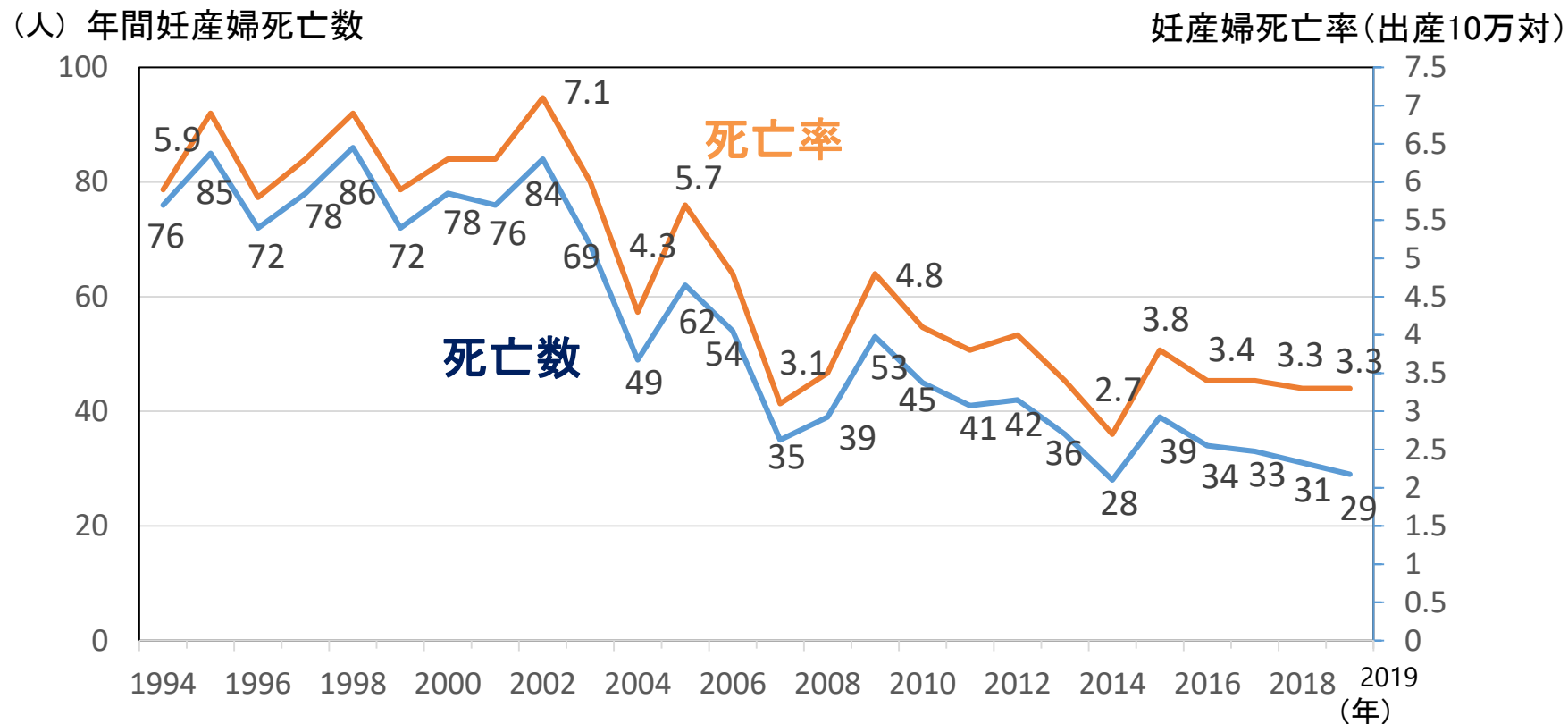
	低リスク分娩		地域周産期母子医療センター		総合周産期母子医療センター		療養・療育支援	
ストラクチャー		産科・産婦人科・婦人科医師数						乳幼児、小児の在宅医療・療育を行う医療機関数
		分娩を取扱う医師数						
		日本周産期・新生児医学会専門医数						
		助産師数						
		アドバンス助産師数、新生児集中ケア認定看護師数						
		分娩を取扱う医療機関の種別						
		ハイリスク妊産婦連携指導科1・2届出医療機関数						
				NICUを有する病院数・病床数				
				NICU専任医師数				
				GCUを有する病院数・病床数				
				MFICUを有する病院数・病床数				
				ハイリスク分娩管理加算届出医療機関数				
			業務継続計画策定医療機関数・策定割合					
プロセス	●	分娩数						
		産後訪問指導実施数		周産期母子医療センターで取り扱う分娩数				
				NICU入室児数				
				NICU・GCU長期入院児数				
			●	母体・新生児搬送数・都道府県内搬送率				
			●	母体・新生児搬送数のうち受入困難事例の件数				
アウトカム	●	新生児死亡率					●	NICU・GCU長期入院児数(再掲)
	●	周産期死亡率						
	●	妊産婦死亡率・死亡原因						

ストラクチャー	●	災害時小児周産期リエゾン任命者数
---------	---	------------------

*災害医療の提供体制に係る指針及び指標例との整合性に留意すること。

(●は重点指標)

妊産婦死亡者数の推移（1994～2019年）



妊産婦死亡の推移: 約30例/年まで減少

出典: 厚生労働省「人口動態調査」

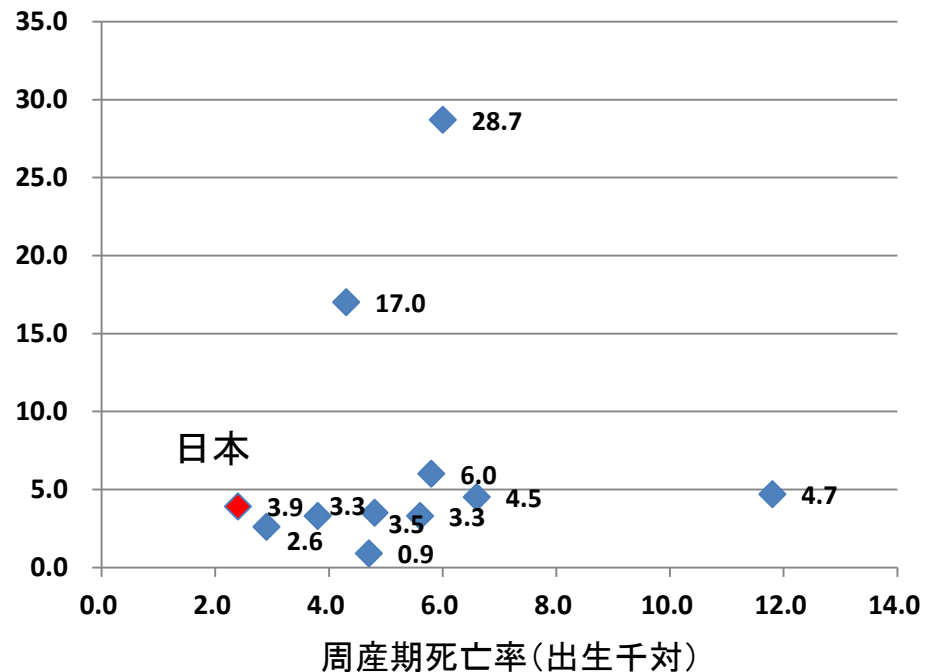
日本の周産期医療～諸外国との比較

○ 日本は諸外国と比較し、最も安全なレベルの周産期体制を提供している。

	周産期死亡率	妊産婦死亡率
日本*	2.4	3.9
カナダ	5.8	6.0
アメリカ	6.0	28.7
フランス	11.8	4.7
ドイツ	5.6	3.3
イタリア	3.8	3.3
オランダ	4.8	3.5
スウェーデン	4.7	0.9
イギリス	6.6	4.5
オーストラリア	2.9	2.6
ニュージーランド	4.3	17.0

*国際比較のため、周産期死亡率は変更前の定義（妊娠満28週以降の死産数と早期新生児死亡数を加えたものの出生千対）を用いている。また、妊産婦死亡率は出生10万対を用いている。

妊産婦死亡率
(出生10万対)

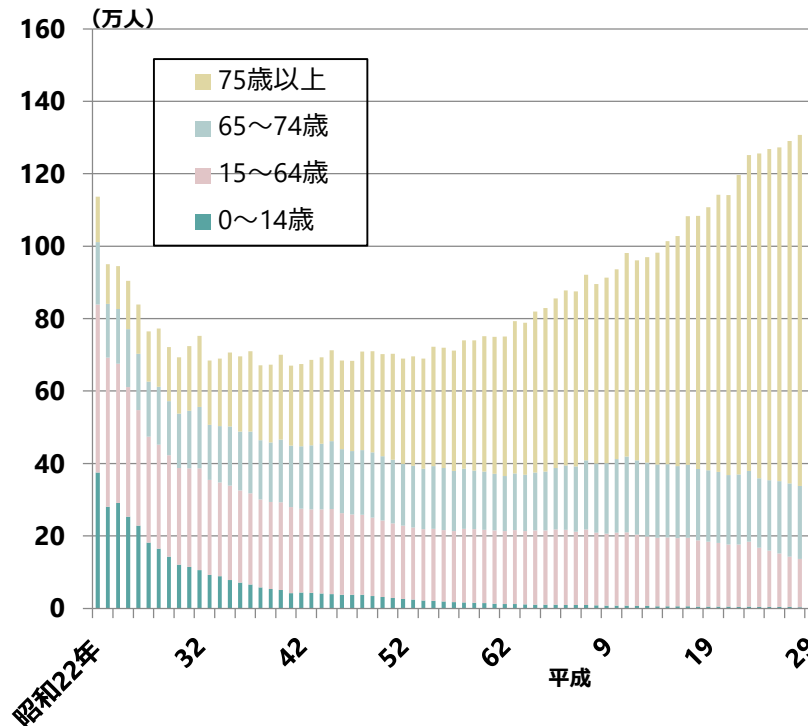


出典：厚生労働省「人口動態統計」、WHO「World Health Statistics Annual」、UN「Demographic Yearbook」

小児・乳児・新生児の死亡者数の状況

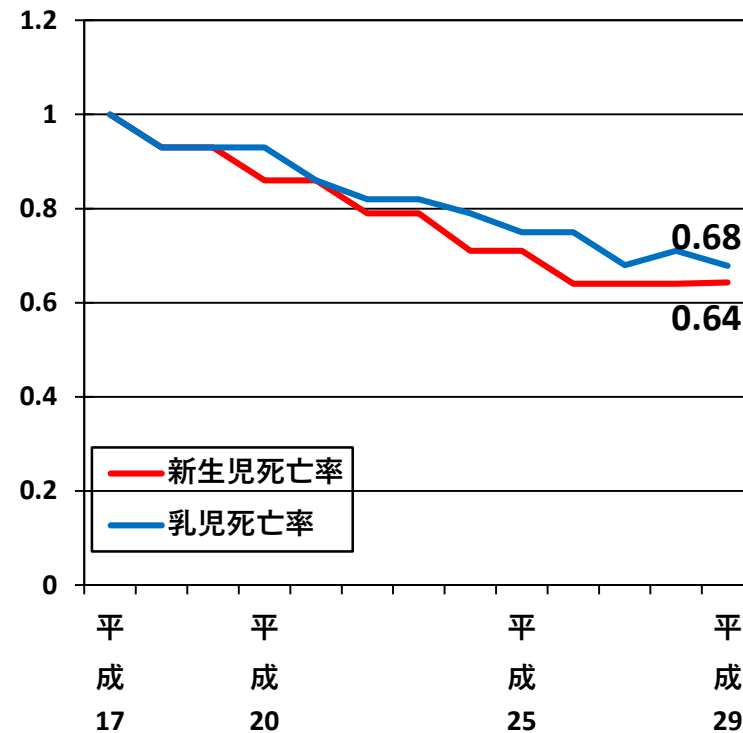
- 小児の死亡者数は減少している。(図1)
- 特に、新生児(生後4週未満)、乳児(生後1年未満)の死亡率が減少している。(図2)

(図1) 年齢階級別死亡者数の推移



出典：厚生労働省「人口動態調査」

(図2) 新生児、乳児死亡率の減少率
(平成17年の死亡率を1とした場合の指数値)



出典：厚生労働省「人口動態調査」

周産期母子医療センターについて

周産期医療の体制

令和3年4月1日現在

分娩のリスク

総合周産期母子医療センター：112箇所

- リスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療
- 周産期医療システムの中核としての地域の周産期医療施設との連携
- 周産期医療情報センター

※総合周産期母子医療センター
原則として3次医療圏に1か所整備

母体・新生児搬送

地域周産期母子医療センター：296箇所

- 周産期に係る比較的高度な医療行為
- 24時間体制での周産期救急医療

母体・新生児搬送
オープンシステム等による連携

※地域周産期母子医療センター
総合周産期母子医療センター1か所に対し数か所整備

療養・療育支援

- 周産期医療施設を退院した障害児等が療養・療育できる体制の提供
- 在宅で療養・療育している児の家族に対する支援

主に低リスク分娩を扱う医療機関（一般病院、診療所、助産所）

- 正常分娩を含めた低リスク妊娠、分娩および正常新生児への対応
（助産所は正常な経過の妊娠、分娩および新生児のみ対応）
- 妊婦健診を含めた分娩前後の診療
- 他医療機関との連携によるリスクの低い帝王切開術の対応

時間の流れ

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律の概要

令和3年6月3日
医療部会資料

改正の趣旨

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進する観点から、医師の働き方改革、各医療関係職種の専門性の活用、地域の実情に応じた医療提供体制の確保を進めるため、長時間労働の医師に対し医療機関が講ずべき健康確保措置等の整備や地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組に対する支援の強化等の措置を講ずる。

改正の概要

<Ⅰ. 医師の働き方改革>

長時間労働の医師の労働時間短縮及び健康確保のための措置の整備等（医療法）【令和6年4月1日に向け段階的に施行】

医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始（令和6年4月1日）に向け、次の措置を講じる。

- ・勤務する医師が長時間労働となる医療機関における医師労働時間短縮計画の作成
- ・地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関を都道府県知事が指定する制度の創設
- ・当該医療機関における健康確保措置（面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル規制等）の実施 等

<Ⅱ. 各医療関係職種の専門性の活用>

1. 医療関係職種の業務範囲の見直し（診療放射線技師法、臨床検査技師等に関する法律、臨床工学技士法、救急救命士法）【令和3年10月1日施行】

タスクシフト/シェアを推進し、医師の負担を軽減しつつ、医療関係職種がより専門性を活かせるよう、各職種の業務範囲の拡大等を行う。

2. 医師養成課程の見直し（医師法、歯科医師法）【①は令和7年4月1日／②は令和5年4月1日施行等】※歯科医師も同様の措置

①共用試験合格を医師国家試験の受験資格要件とし、②同試験に合格した医学生が臨床実習として医業を行うことができる旨を明確化。

<Ⅲ. 地域の実情に応じた医療提供体制の確保>

1. 新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に関する事項の医療計画への位置付け（医療法）【令和6年4月1日施行】

医療計画の記載事項に新興感染症等への対応に関する事項を追加する。

2. 地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組の支援（地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律）【公布日施行】

令和2年度に創設した「病床機能再編支援事業」を地域医療介護総合確保基金に位置付け、当該事業については国が全額を負担することとするほか、再編を行う医療機関に対する税制優遇措置を講じる。

3. 外来医療の機能の明確化・連携（医療法）【令和4年4月1日施行】

医療機関に対し、医療資源を重点的に活用する外来等について報告を求める外来機能報告制度の創設等を行う。

<Ⅳ. その他> 持ち分の定めのない医療法人への移行計画認定制度の延長【公布日施行】

助産師の専門性の積極的な活用によるタスク・シフト／シェアの推進

背景と目的

- 妊産婦の妊娠・出産・育児に対する多様なニーズ ● 医師不足・分娩施設の減少への対応 ● 働き方改革(医師の時間外労働の上限規制)

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軽減する。「助産師の専門性の積極的な活用」により、タスク・シフト／シェアを推進する。

役割分担

平成19年12月28日付け医政局長通知「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」

- 医師でなくても対応可能な業務を医師が行っていることが病院勤務医の厳しい勤務環境の一因。

このため、医師でなくても対応可能な業務例を下記のとおり整理。

▶助産師

- ① 正常分娩における助産師の活用
- ② 妊産婦健診や相談における助産師の活用
- ③ 病院内で医師・助産師が連携する仕組みの導入（院内助産所・助産師外来）

医療チーム

平成22年3月23日「チーム医療の推進に関する検討会」報告書

▶助産師

- 周産期医療の場面において、過重労働等による産科医不足が指摘される一方で、助産師は、正常分娩であれば自ら責任を持って助産を行うことができることから、産科医との連携・協力・役割分担を進めつつ、その専門性をさらに活用することが期待される。

タスク・シフト／シェア

平成3年9月30日付け医政局長通知

「現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト／シェアの推進について」

- 医師の時間外労働の上限規制が適用される令和6年4月に向けて、医師の労働時間の短縮を進めるため、検討会での議論等を踏まえ、まずは、現行制度の下で実施可能な範囲において、医療機関において医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト／シェアを推進するよう、その留意点等について通知を発出。
- 医療機関全体でタスク・シフト／シェアの取組の機運が向上するよう、管理者及び医療従事者全体の意識改革・啓発に取り組むことが求められるとともに、医療安全を確保しつつ、タスク・シフト／シェアを受ける側の医療関係職種の知識・技能が担保されるよう、教育・研修の実施や人材確保等に取り組む必要。
- 特に、産科医療機関においては、産科医師の負担軽減を目的とした、院内助産や助産師外来の開設・運営などによる「助産師の専門性の積極的な活用」を図ることが必要。

▶助産師 ①院内助産所 ②助産師外来



医師確保計画作成ガイドライン*（抜粋・一部改変）

7 産科・小児科における医師確保計画

7-4-4. 産科・小児科における偏在対策基準医師数を踏まえた施策

表2。産科・小児科における医師偏在対策の具体的な取組例

③ 産科医師及び小児科医師の勤務環境を改善するための施策 （中略）

- 院内助産の推進。（院内助産を活用し、助産師へのタスクシフトを推進することで、分娩取扱医療機関における産科医師の負担を軽減することができるものと考えられる。）
- 医師の業務タスクシフトを進めるために必要な、看護師、助産師、臨床検査技師、事務補助員等の人員の確保に対する支援。

※平成31年3月29日付け医政地発0329第3号・医政医発0329第6号厚生労働省医政局 地域医療計画課長・医事課長連名通知

「医師確保計画策定ガイドライン及び外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドラインについて」

助産師の活躍の推進～院内助産・助産師外来の推進～

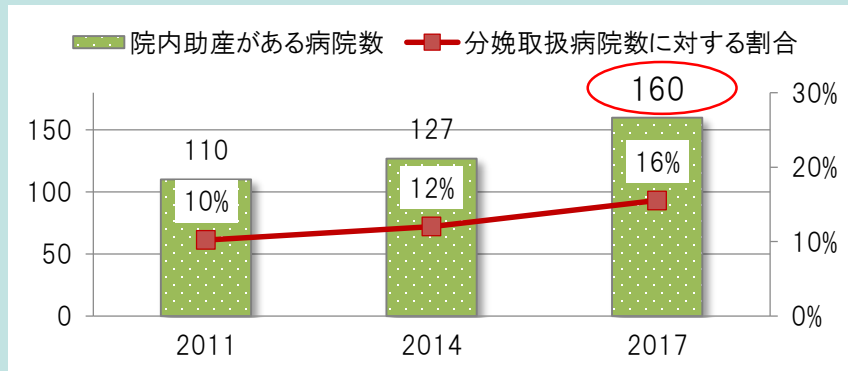
背景と目的

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

➡ 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助産師の活躍を推進する。

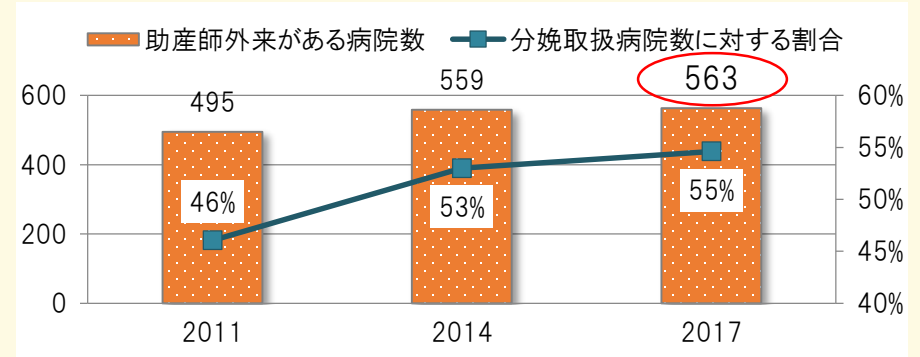
院内助産とは

緊急時の対応が可能な医療機関において、助産師が妊産婦とその家族の意向を尊重しながら、妊娠から産褥1か月頃まで、正常・異常の判断を行い、助産ケアを提供する体制をいう。



助産師外来とは

緊急時の対応が可能な医療機関において、助産師が産科医師と役割分担をし、妊産婦とその家族の意向を尊重しながら、健康診査や保健指導を行うことをいう。ただし、産科医師が健康診査を行い、保健指導・母乳外来等のみを助産師が行う場合はこれに含まない。



【出典】医療施設調査

平成21年

『院内助産ガイドライン 医師と助産師の役割分担と協働』策定
(平成20年度厚生労働科学特別研究事業「助産師と産科医の協働の推進に関する研究」)

平成30年

『院内助産・助産師外来ガイドライン2018』（ガイドライン改定）
(平成29年度厚生労働省看護職員確保対策特別事業：日本看護協会)

院内助産・助産師外来推進のための地域医療介護総合確保基金等の活用による支援

(厚生労働省医政局看護課)

院内助産所・助産師外来の開設状況（病院・診療所別）

		2011年	2014年	2017年
院内助産所		160	166	214
	病院	110	127	160
	一般診療所	50	39	54
助産師外来		894	947	1001
	病院	495	559	563
	一般診療所	399	388	438

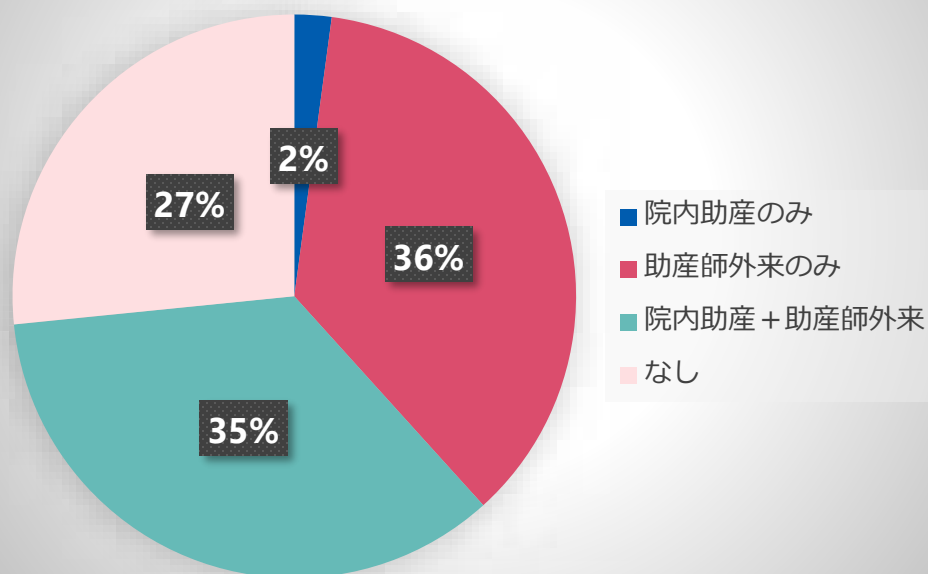
出典：医療施設調査（静態）、3年毎に実施

周産期母子医療センターにおける院内助産・助産師外来の開設状況

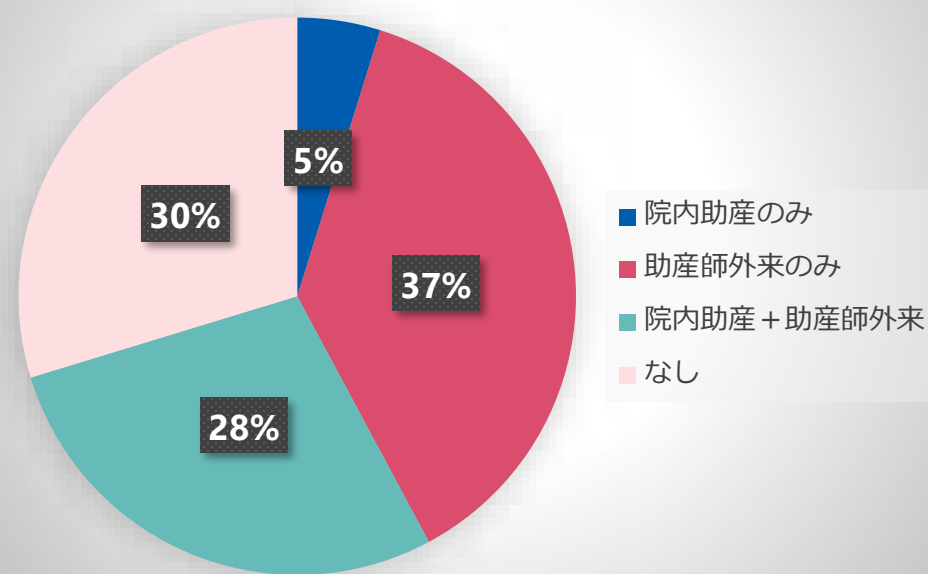
○周産期母子医療センターの3割程度で院内助産が行われている。

○総合周産期母子医療センターと地域母子医療センターで、院内助産、助産師外来の開設状況に大きな差はない。

総合周産期母子医療センター



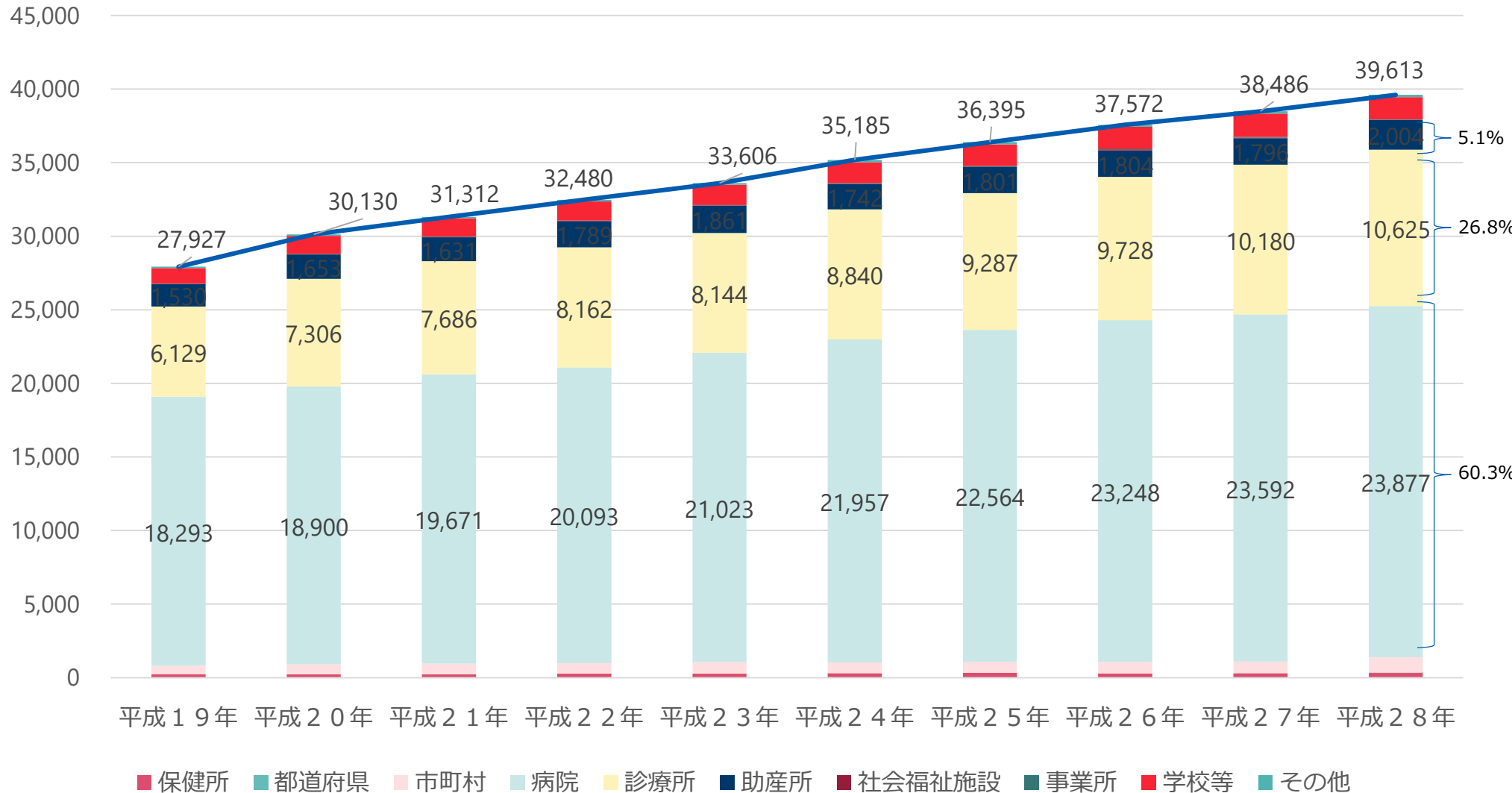
地域周産期母子医療センター



令和3年度周産期医療体制調査 中間報告（回答施設341）

助産師就業場所別就業者数の推移

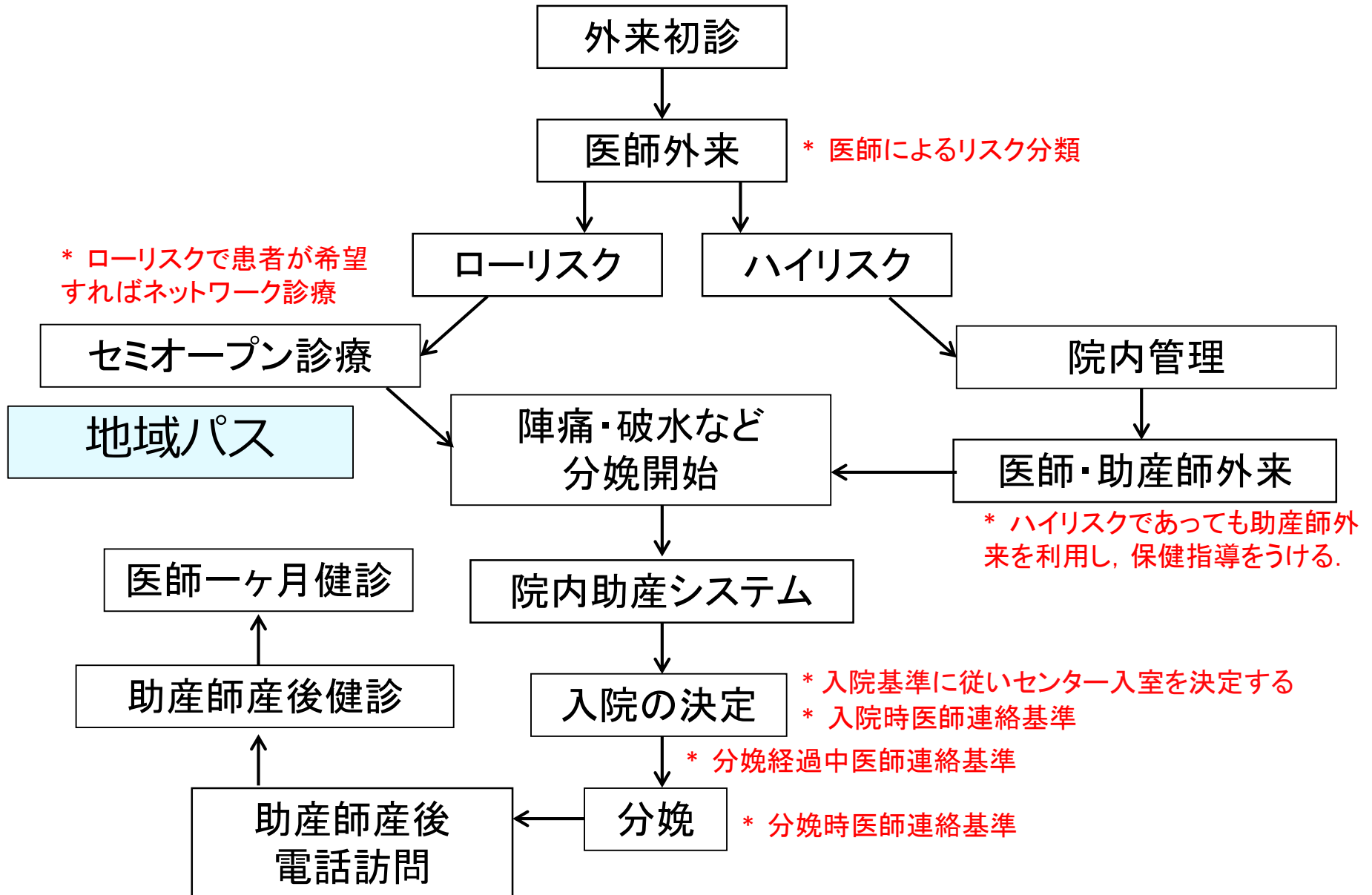
○就業助産師数は増加しており、就業場所は、約60%が病院、約27%が診療所となっている。



助産師外来・院内助産への取組事例の紹介

日本医科大学多摩永山病院 病院長
中井 章人 先生 ご提供資料

院内助産・助産師外来の流れ



電話対応チェックリスト

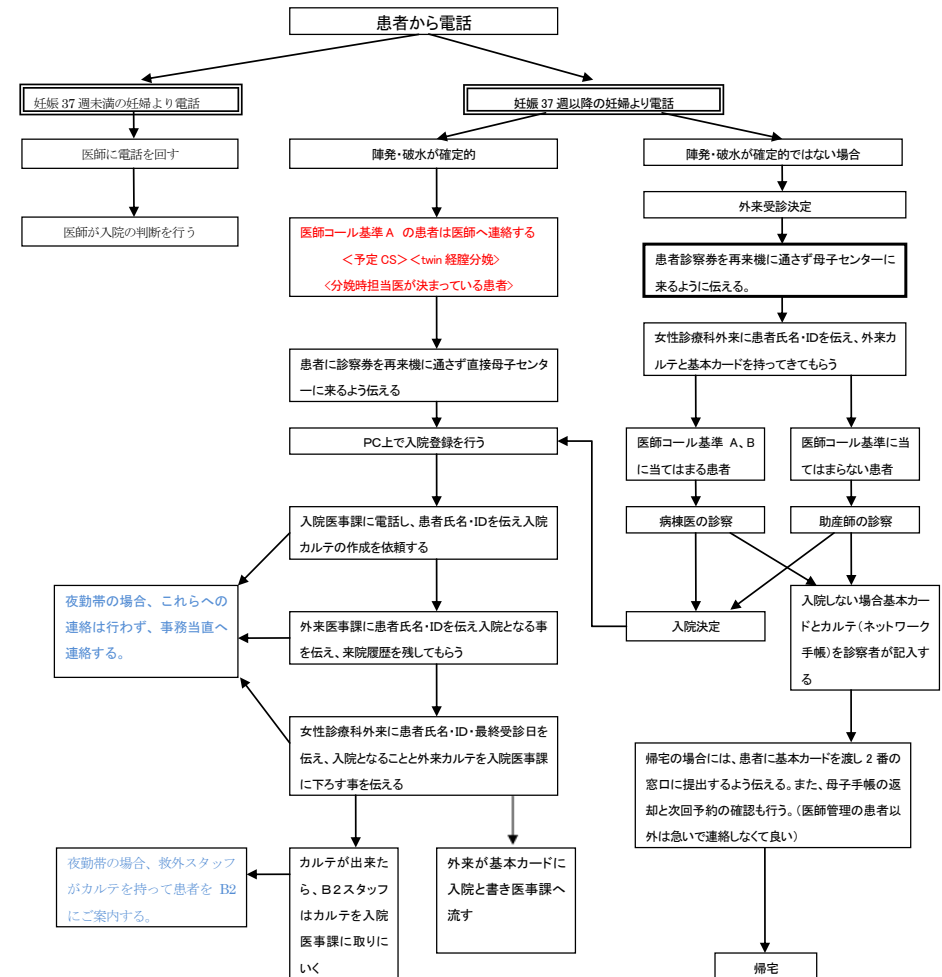
入院決定におけるフローチャート

参考4

電話対応チェックリスト

患者氏名		予定日	Para	主訴
連絡先				
ID 末尾				
病院までの所要時間		入院の支度	未・済	

				1) 既往歴
	TELを受けた日時	月 日 :	月 日 :	高血圧 喘息
	陣痛発来時間			糖尿病 心疾患
	現在の陣痛間歇			
	発作時間			2) 服薬の有無
陣痛	産痛部位			
	痛みの強さ(自覚)			
	肛門圧迫感の有無			*あれば持参のこと
破水	破水の有無			3) 手術歴
	破水した時間			
	量・性状			
出血	出血の有無			
	出血の時間			4) 前回分娩経過
	量・性状			
	胎動の有無			
	発熱の有無			
判断				5) 今回妊娠経過
対応				6) 内診所見



*医師コール基準 B

患者が来院後、医師へ連絡する

1. 産科合併症: 1) ・1 VBAC・PIH・GDM などが妊娠中に 1 回でも指摘をされている患者・胎児異常とカルテ記載のある患者(例: 染色体異常 水頭症など)

1) ・2 入院時の BPS 評価で羊水過多・羊水過少の診断に当てはまる場合

1) ・3 37 週の時点の推定体重が 2200g 以下と考えられる場合

2. 偶発合併症: 2) ・1 心疾患・高血圧・糖尿病・コントロール不良の甲状腺疾患と喘息

2) ・2 血液型不適合・GBS 以外の感染症

3 1、2 以外で分娩進行に影響すると思われる婦人科疾患及び手術既往、その他特記事項のある場合

*予約入院の場合は、上記すべての手続きが終了しているため、産婦の入院受け入れからすることとなる。

入室管理基準

陣痛

- 初産婦 1) 陣痛10分間欠以内、発作30—40秒
2) 陣痛10分間欠だが下腹痛、腰痛、肛門圧迫感が強い場合
3) 陣痛10分間欠だが、高ビショップである場合
- 経産婦 1) 陣痛10分間欠、発作30—40秒
2) 陣痛10分間欠以上だが下腹痛、腰痛、肛門圧迫感が強い場合
3) 陣痛10分間欠で自覚が弱い、高ビショップ、前回分娩時間が短い場合

破水感がある場合

陣痛に伴う以上出血がある場合

持続的な陣痛など異常な腹痛がある場合

発熱している場合

胎動の異常がある場合

既往歴、手術歴、妊娠・分娩歴に異常がある場合

産科・偶発合併症がある場合

入室管理基準2

自宅待機／再連絡

陣痛発来だが上記基準に満たない場合は自宅待機とし、1-2時間後に再連絡をうける。2時間を超え連絡がない場合、センターから連絡する（深夜の場合は翌朝連絡）

2回目の連絡で所見がかわらない場合、家族の都合でや来院まで時間を要する場合は、本人とよく相談の上、入院とする。

医師連絡基準

早産、TOLAC、血液型不適合妊娠、妊娠高血圧症候群、GDM、静脈瘤、婦人科疾患・手術の既往、子宮奇形、頸管異常、胎児奇形、染色体異常、巨大児、FGR、水頭症、多胎、羊水過少、羊水過多、胎盤位置異常など産科リスクや偶発合併症がある場合は電話連絡の時点で医師に連絡する。

分娩担当医が決まっている場合は入院時に当直医に伝え、担当医に連絡する。

分娩進行に関する医師連絡基準

参考7

	初産婦	経産婦
<u>休止期</u> ・平均時間：（初）8.6時間 （経）5.3時間 ・限界値：（初）20.6時間 （経）13.6時間	・リスクがない場合特に連絡なし	・リスクがない場合特に連絡なし
<u>加速期</u> 潜伏期から次の最大傾斜に移行する時期。 子宮口の目安は4cm程度の時期 ・平均時間：（初）2時間以内 （経）1時間以内 ・限界値：（初）12時間 （経）5時間	・子宮口開大速度が平均1.0cm／時以下、または2時間を経過しても変化がない場合時 ・加速期に入っても休止期より全く児頭回旋の変化が2時間見られないとき	・子宮口開大速度が平均1.5cm／時以下、または2時間を経過しても変化がない場合時 ・1時間経過しても回旋の変化がないとき
<u>最大傾斜期</u> 開口速度の最も早い時期。勾配はほとんど直線的で初産で3cm／時、経産で5.7cm／時程度である。 ・平均時間：（初）2時間 （経）1時間 ・限界値：（初）5時間 （経）3時間	・子宮口開大速度が平均1.0cm／時以下。または2時間以上経過しても変化がないとき ・児頭下降と回旋が2時間経過しても変化がない時 ・反屈位の時：頭頂位・前頭位の場合。額位、顔位は発見時直ちに医師連絡	・子宮口開大速度が平均1.5cm／時以下。または1時間以上経過しても変化がないとき ・児頭下降と回旋が1時間経過しても変化がない時 ・反屈位の時：頭頂位・前頭位の場合。額位、顔位は発見時直ちに医師連絡
<u>減速期</u> 最大速度は減弱するが、児頭のほうは急速下降期に入る。9cm程度の開大から全開大に至る時期 ・平均時間：2時間 ・限界値：（初）3時間 （経）1時間	・子宮が2時間経過しても全開大しない時 ・回旋異常：低在横定位で側臥位などの体位交換をして1時間経過しても変化がない時、反屈位（最大傾斜期と同様）など	・子宮が1時間経過しても全開大しない時 ・回旋異常：低在横定位、反屈位（最大傾斜期と同様）など

第2期、分娩野作成と分娩時医師連絡基準

分娩野作成

初産婦	排臨 人工破膜(自然破水)により児の下降が予測される時 努責で児頭下降が認められる場合
経産婦	全開大 子宮口が8cm以上開大使、発作時、児頭下降があり、全開大時間を要しないと判断した時 子宮口が8cm以上開大し、人工破膜(自然破水)により児の下降が予測されるとき 全開大
初産／経産	分娩待機者が複数おり、同時に分娩となることが予測されるとき
共通項目	胎児心拍異常が認められ、急速遂娩が予測される場合

医師連絡

初産	分娩野作成時
経産	分娩野作成時
初産／経産	胎児心拍異常が認められるとき
共通項目	回旋異常が認められるとき 微弱陣痛、過強陣痛 全開大後1時間が経過したとき 持続的な出血がみられた時
医師による分娩管理を要する場合(全開大時、再連絡する)	
産科合併症、及び偶発合併症のある妊婦	
分娩第2期に至るまで医師に連絡を要したリスク群	
医師指示表による指示がある場合	

院内助産・助産師外来の効果

医師

夜間正常分娩での呼び出し回数減少（平均4.5回から1-2回）
夜間救急搬送受入れの増加（年間受入れ数70件から90件）
英文論文数増加（年間1-2編から9-10編）

助産師

仕事のやりがいが増した。
仕事のスキルが増加し、教育効果が高まる。
職員数が増加した。

妊産婦

満足度が高まり、リピータが増加した。