

# 2040年、助産はようになる



国際医療福祉大学大学院 教授  
(医療福祉経営専攻、医学研究科公衆衛生学専攻)  
武藤正樹

# 国際医療福祉大学三田病院 2012年



JCI認証取得



# 国家戦略特区「国際医療学園都市構想」

## 1. 構想の概要(4)

成田市と国際医療福祉大学は、「公津の杜(教育ゾーン)」および「畑ヶ田地区(学術・医療集積ゾーン)」で医学部をはじめとした大学の学部・学科と附属病院などの施設を整備します。



### ①公津の杜地区

#### 【教育ゾーン】

- 医学部 (1学科)
- 看護学部 (1学科)
- 保健医療学部  
(当初4学科⇒順次拡大)

### ②畑ヶ田地区

#### 【学術・医療集積ゾーン】

- 附属病院
- トレーニングセンター
- グランド・テニスコート
- 駐車場

### ③国道295号周辺地区

#### 【医療産業集積ゾーン】

- 製薬会社
- 診療機材メーカー
- 計測器メーカー
- 福祉設備メーカー
- 画像診断機器メーカー





国際医療福祉大学医学部  
2017年4月開校



# 2020年 国際医療福祉大学 成田病院を新設予定

山王バースセンター(2015年3月開院)

山王病院





2018年4月、国際医療福祉大学  
心理・医療福祉マネジメント学科  
大学院(h-MBA, MPH)

# 目次

- パート1
  - 2040年問題とは？
- パート2
  - 周産期医療と助産師の活用
- グループワーク



# パート1 2040年問題とは？

2018年6月6日 社会保障審議会医療部会

2040年に何が起きるか？

2025年との比較を試みよう

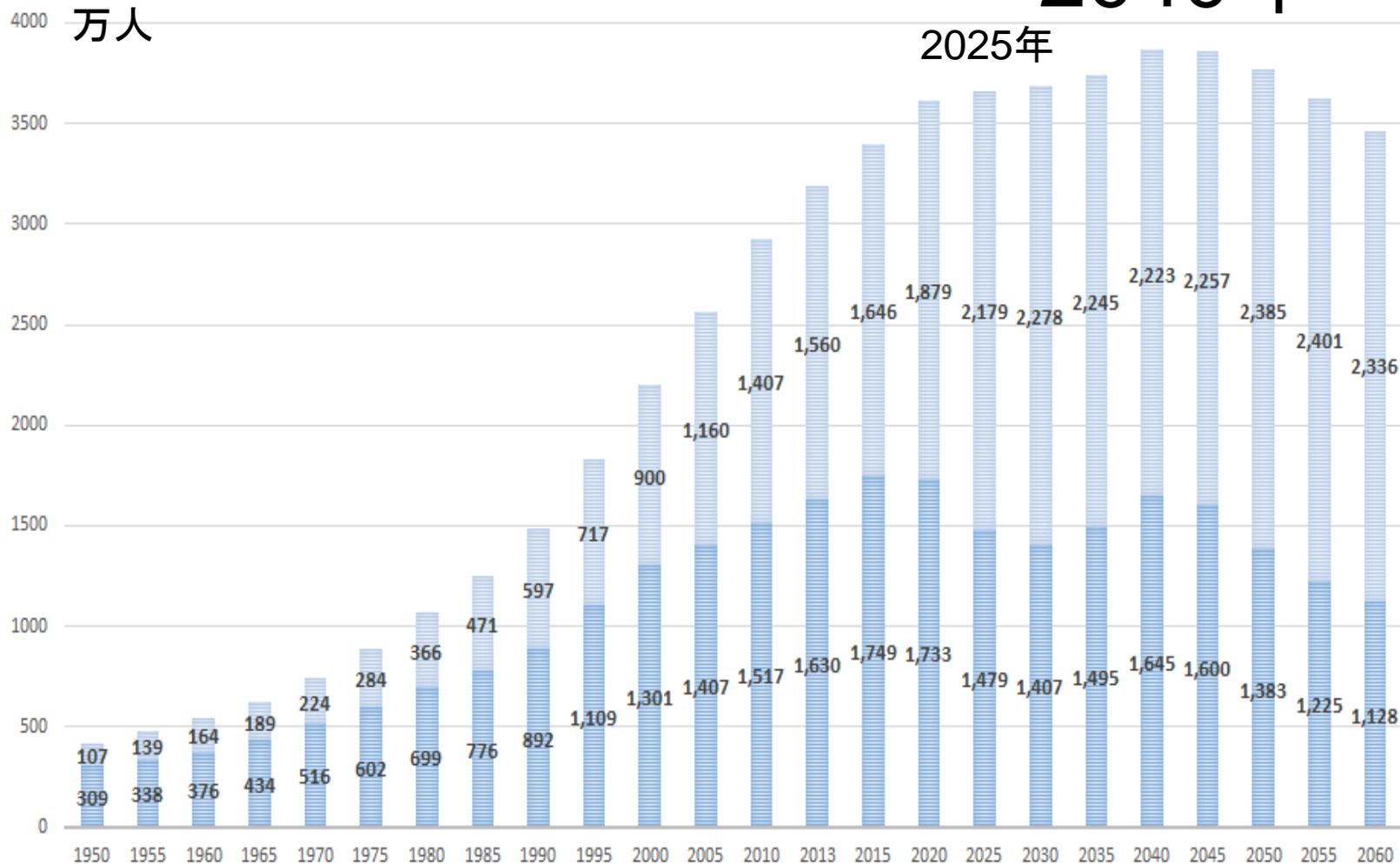
# 65歳以上の高齢者の人口推移

■ 65～74歳 ■ 75歳以上

# 2040年

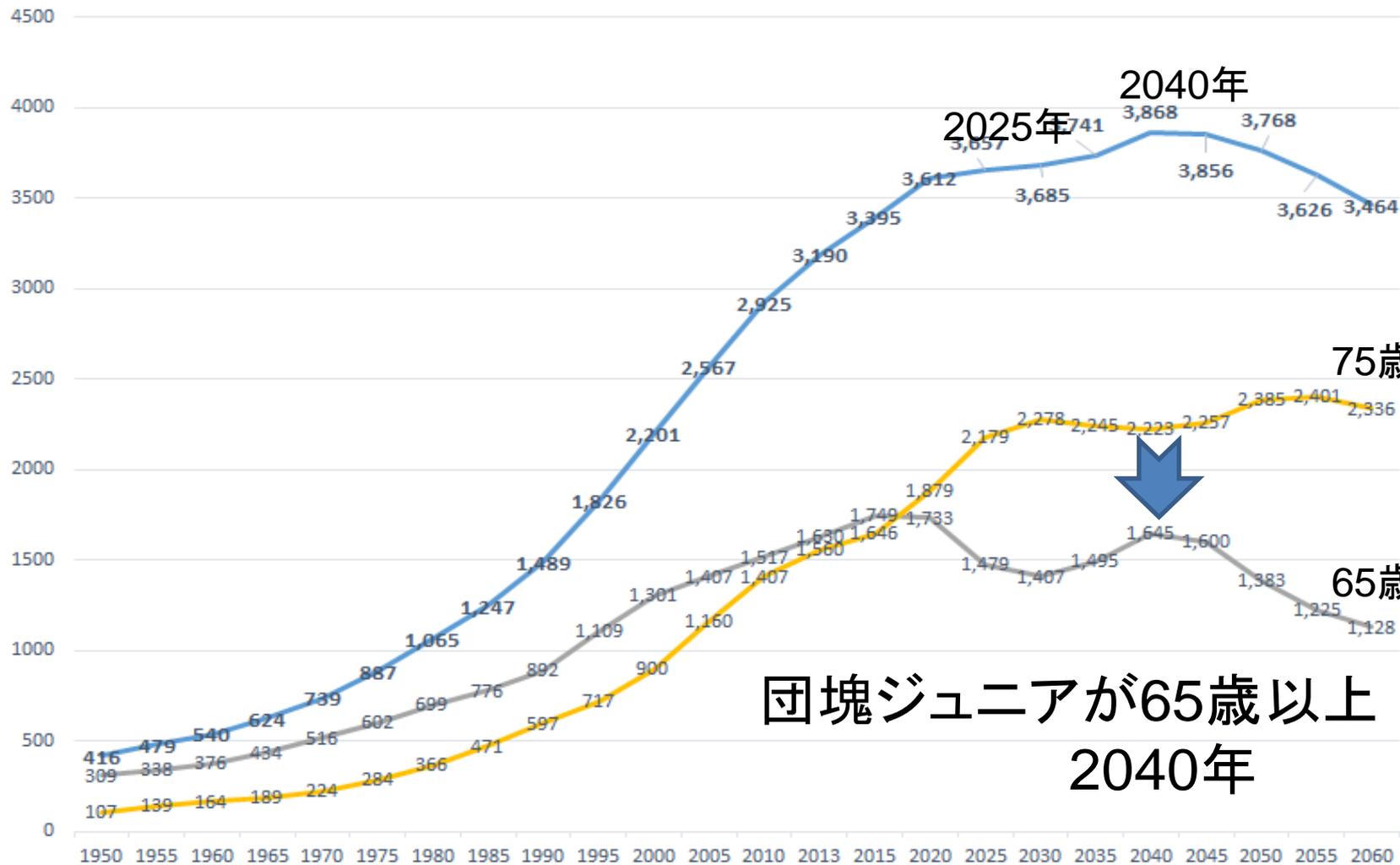
万人

2025年



# 65歳以上の高齢者の人口推移

— 65～74歳 — 75歳以上 — 65歳以上(計)



団塊ジュニアが65歳以上  
2040年

75歳以上

65歳以上

2025年

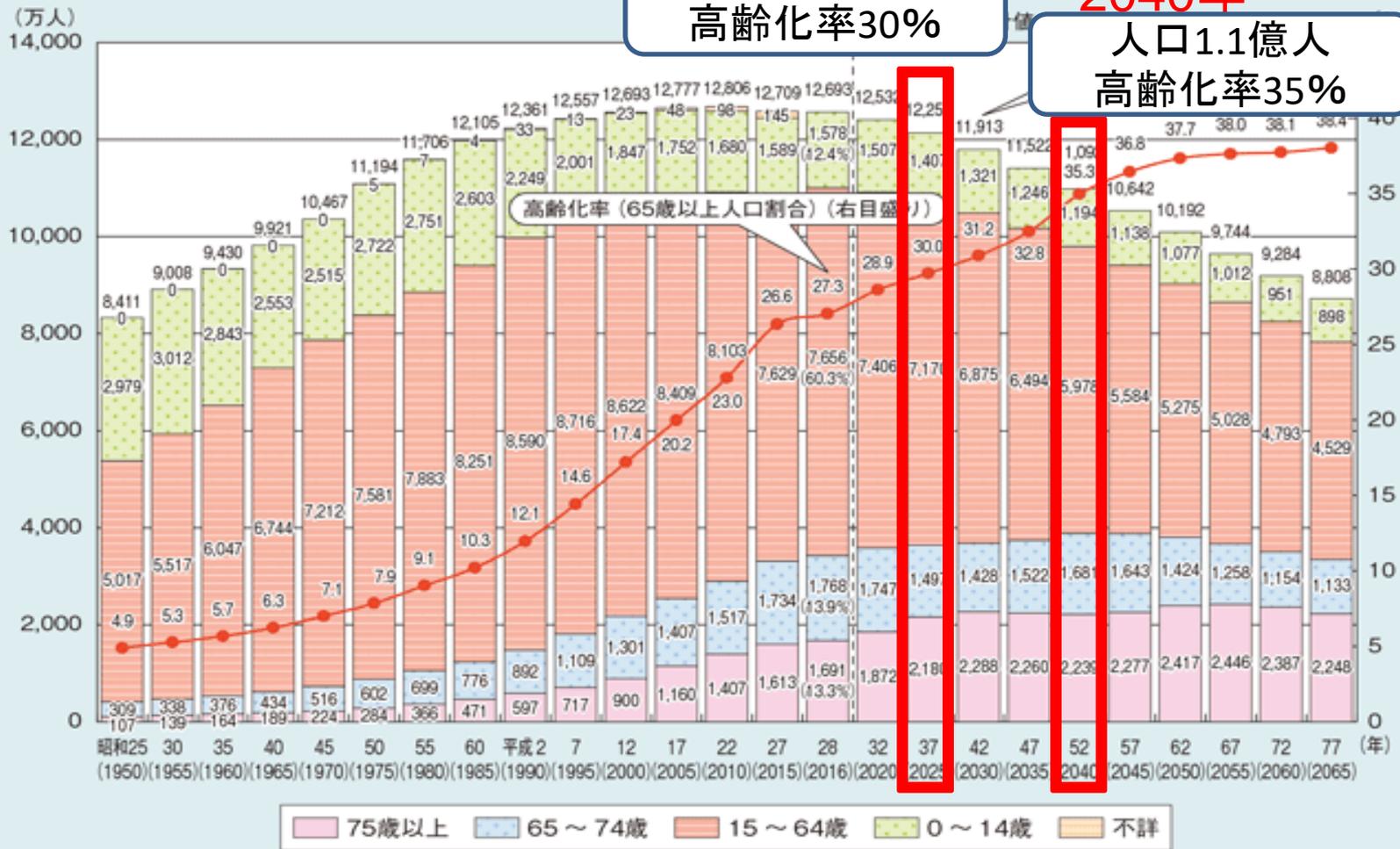
図1-1-2

高齢化の推移と将来推計

人口1.2億人  
高齢化率30%

2040年

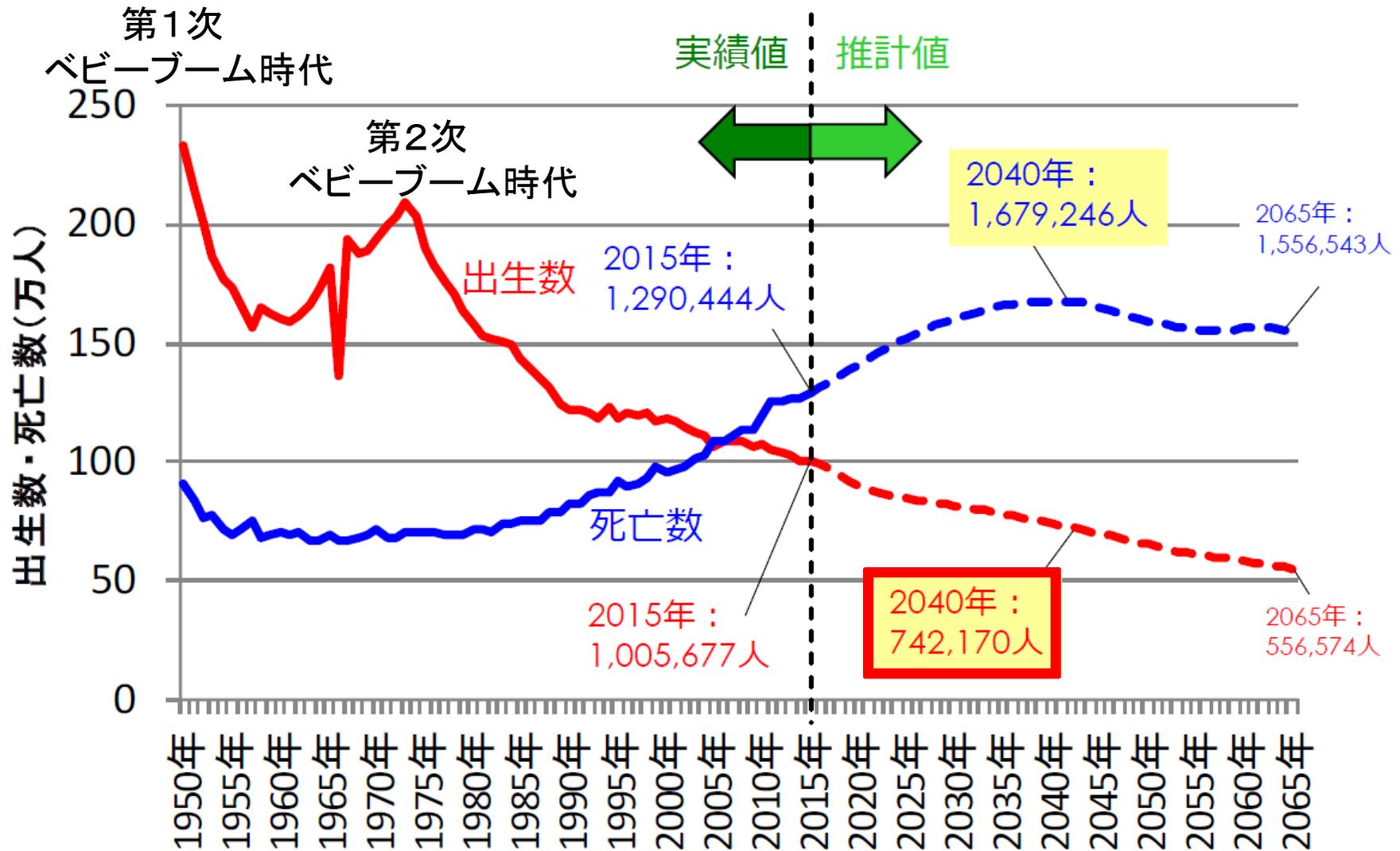
人口1.1億人  
高齢化率35%



資料：2015年までは総務省「国勢調査」、2016年は総務省「人口推計」（平成28年10月1日確定値）、2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

(注) 2016年以降の年齢階級別人口は、総務省統計局「平成27年国勢調査 年齢・国籍不詳をあん分した人口（参考表）」による。年齢不詳をあん分した人口に基づいて算出されていることから、年齢不詳は存在しない。なお、1950年～2015年の高齢化率の算出には分母から年齢不詳を除いている。

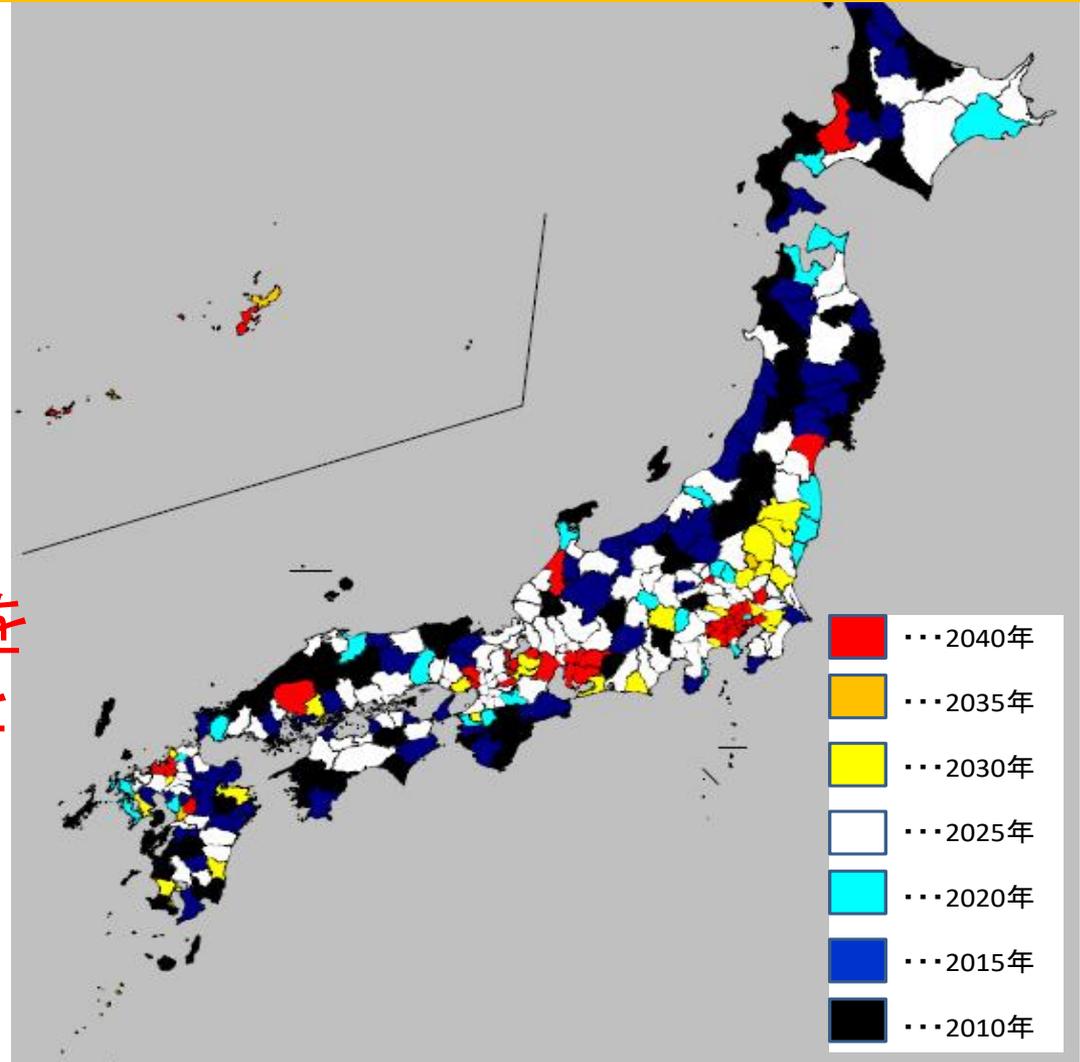
# 出生数と死亡数の推移（1950～2065年）



# 高齢化のピーク・医療需要総量のピーク

地域により  
医療需要ピークの時期  
が大きく異なる

2040年に高齢化のピークを  
迎えるのは首都圏を始めと  
した大都市圏



出典: 社会保障制度国民会議 資料 (平成25年4月19日 第9回  
資料3-3 国際医療福祉大学 高橋教授 提出資料)

(%)

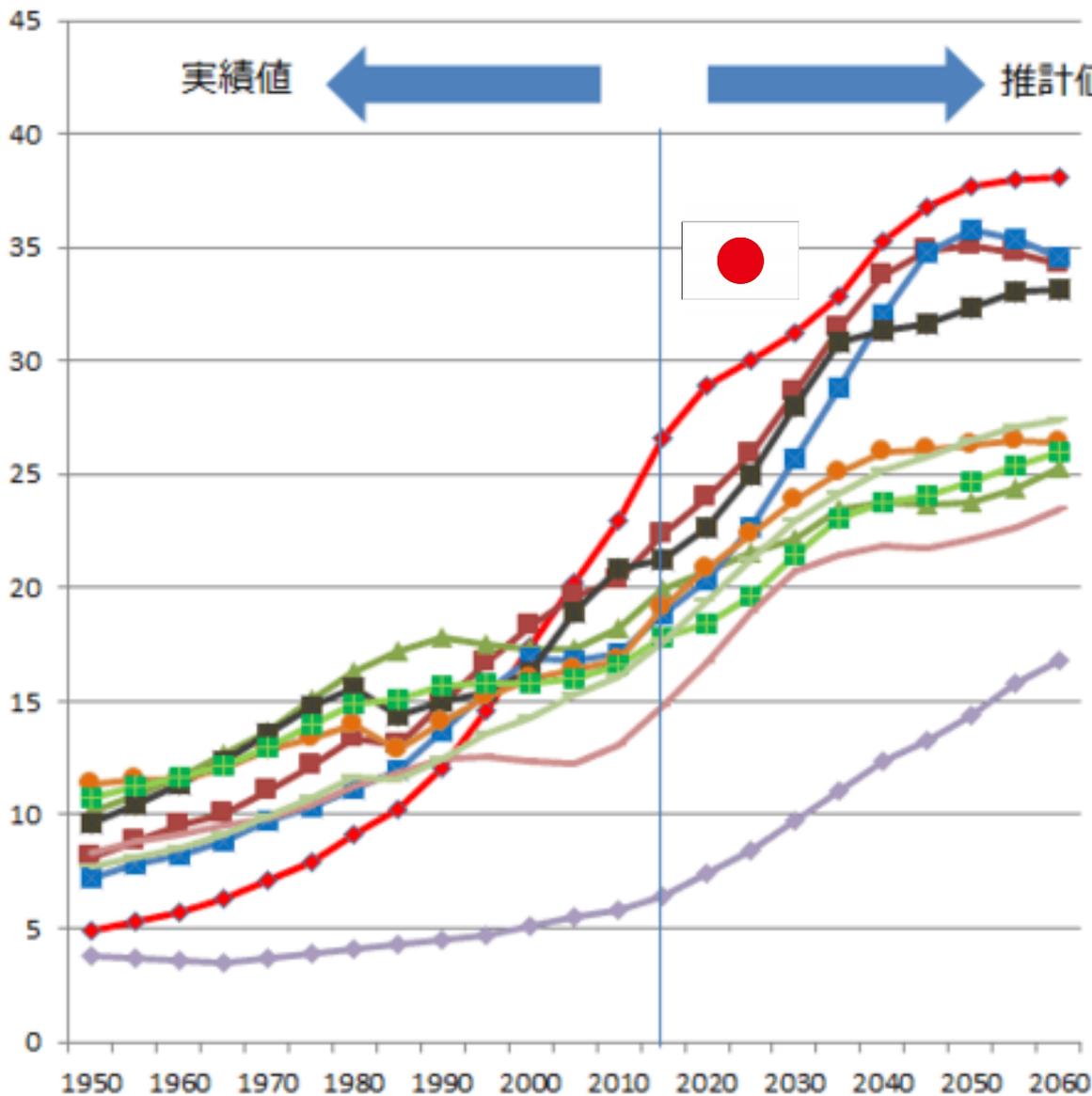
実績値

推計値

2015年  
データ



- 日本 (26.7)
- イタリア (22.4)
- スウェーデン (19.9)
- スペイン (18.8)
- ドイツ (21.2)
- フランス (19.1)
- イギリス (17.8)
- アメリカ合衆国 (14.8)
- 先進地域 (17.6)
- 開発途上地域 (6.4)



# 世界も注目する日本の高齢化

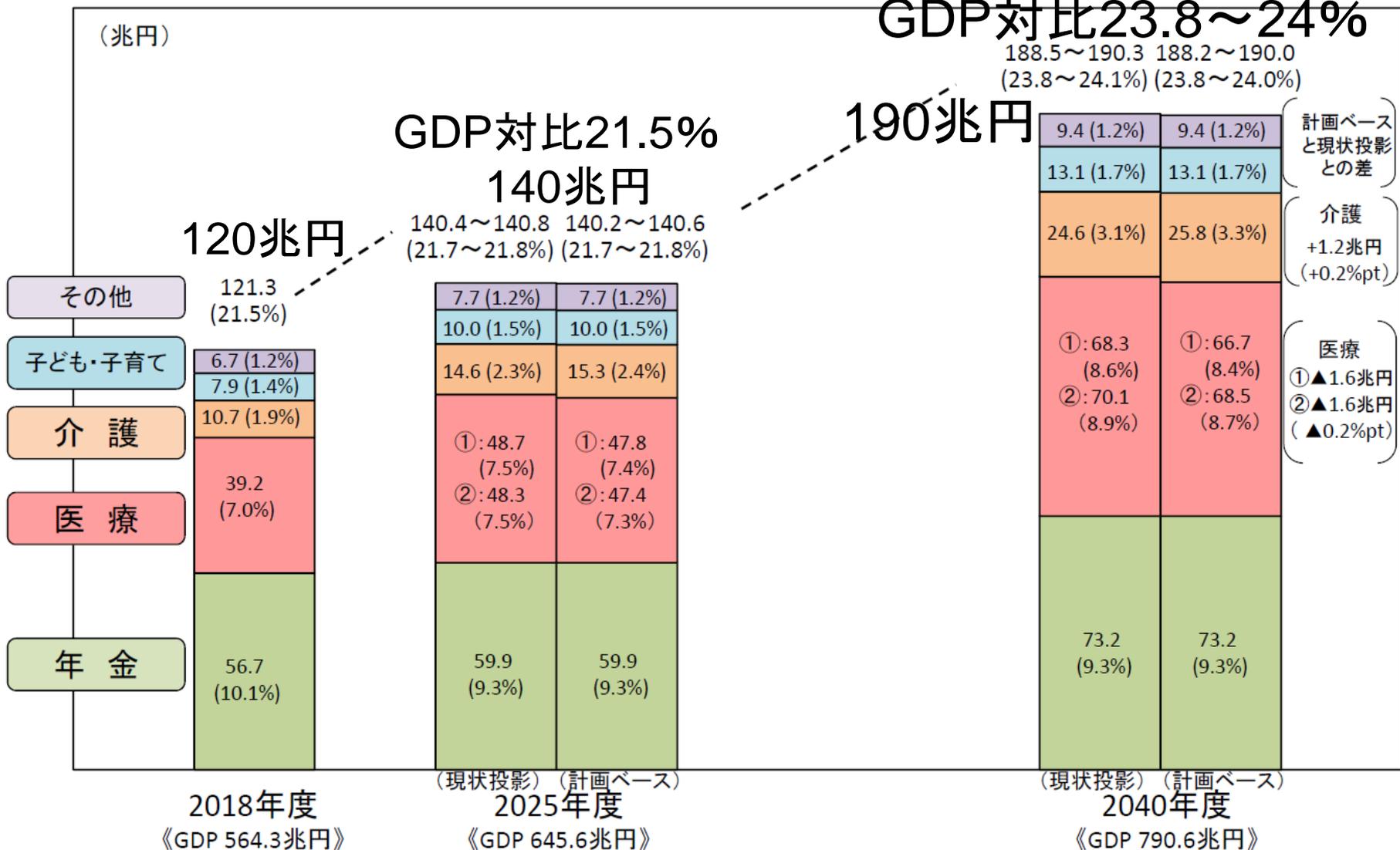
BBC英国放送協会の取材を受けました



2018年11月BBC英国放送協会が日本の高齢化の BBC特派員のルパートさん  
特集取材ルパートさんの取材に来日

# 社会保障給付費

# 社会保障給付費の見通し（経済：ベースラインケース）



(注1) ( )内は対GDP比。医療は単価の伸び率について2通りの仮定をおいており給付費に幅がある。

(注2) 「現状投影」は、医療・介護サービスの足下の利用状況を基に機械的に計算した場合。「計画ベース」は、医療は地域医療構想及び第3期医療費適正化計画、介護は第7期介護保険事業計画を基礎とした場合。

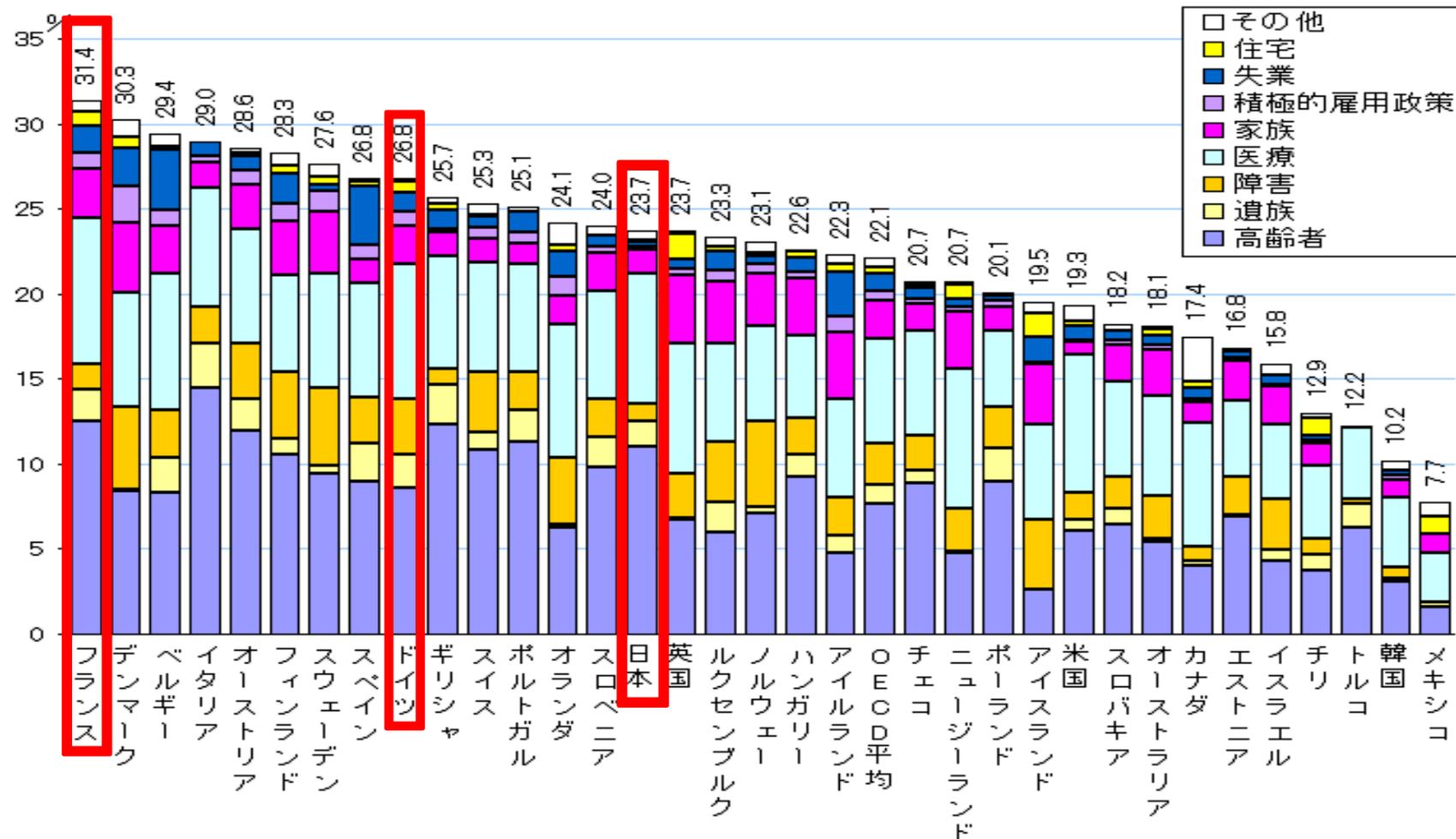
# 対GDP比はドイツに近く、世界に類を見ない水準というわけではない



伊原和人氏

- 2018年6月6日、社会保障審議会医療部会
- 「社会保障給付費が対GDP対比が24%という水準は今のドイツに近く、フランスではもっと高い、世界に類を見ない水準というわけではない」
  - 伊原和人厚労省大臣官房審議官(医療介護担当)

# 社会保障給付費の国際比較(OECD諸国) (2011年)



(注) 税や社会保険による社会支出(Social Expenditure; Public and mandatory private)の対GDP比である。日本の厚生年金保険からの給付はPublic、厚生年金基金からの給付はmandatory privateである。メキシコの失業、韓国の住宅は不詳。

(資料) OECD.Stat (data extracted on 04 Apr 2015)

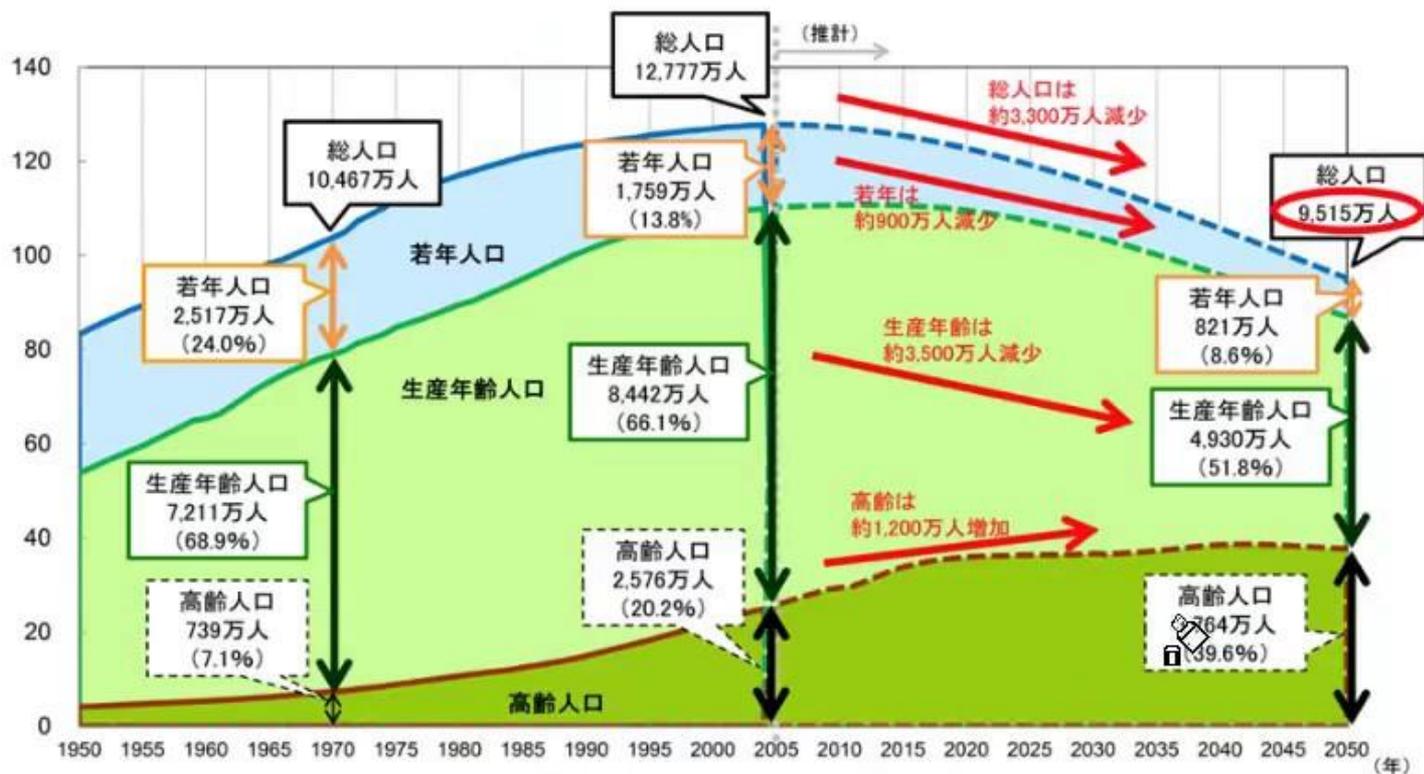
# 問題は人口減



# 日本の人口

1億2,808万人（2008年）をピークに減少、2048年には1億人未満に  
→ 若年人口が少なく（**少子化**）、高齢人口が多い（**高齢化**）

## 少子高齢社会 に

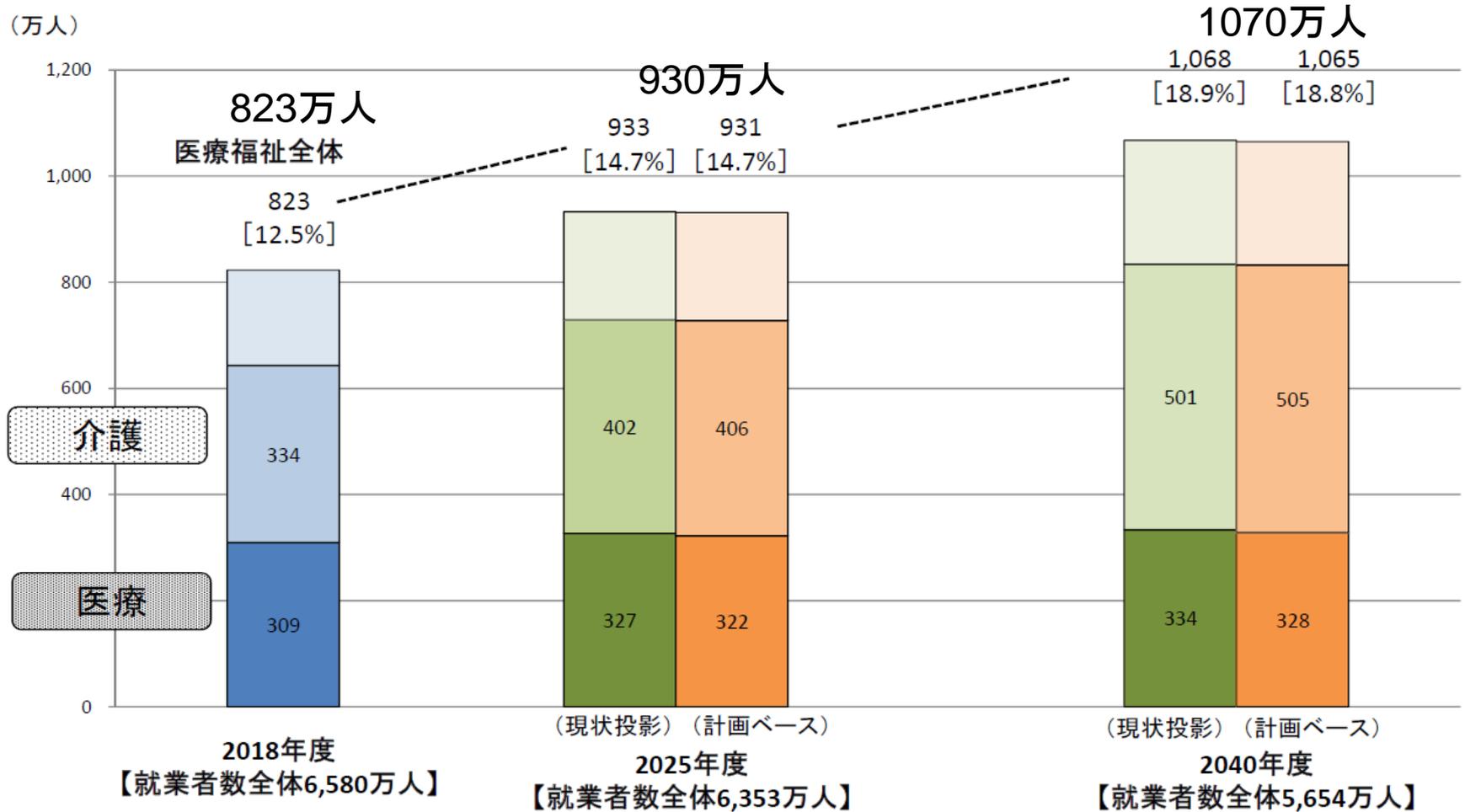


(注1) 「生産年齢人口」は15～64歳の者の人口、「高齢人口」は65歳以上の者の人口  
(注2) ( )内は若年人口、生産年齢人口、高齢人口がそれぞれ総人口のうち占める割合

(注3) 2005年は、年齢不詳の人口を各歳別に按分して含めている  
(注4) 1950～1969、1971年は沖縄を含まない

「国土の長期展望」中間とりまとめ

# 医療福祉分野の就業者数の見通し



(注1) [ ]内は就業者数全体に対する割合。

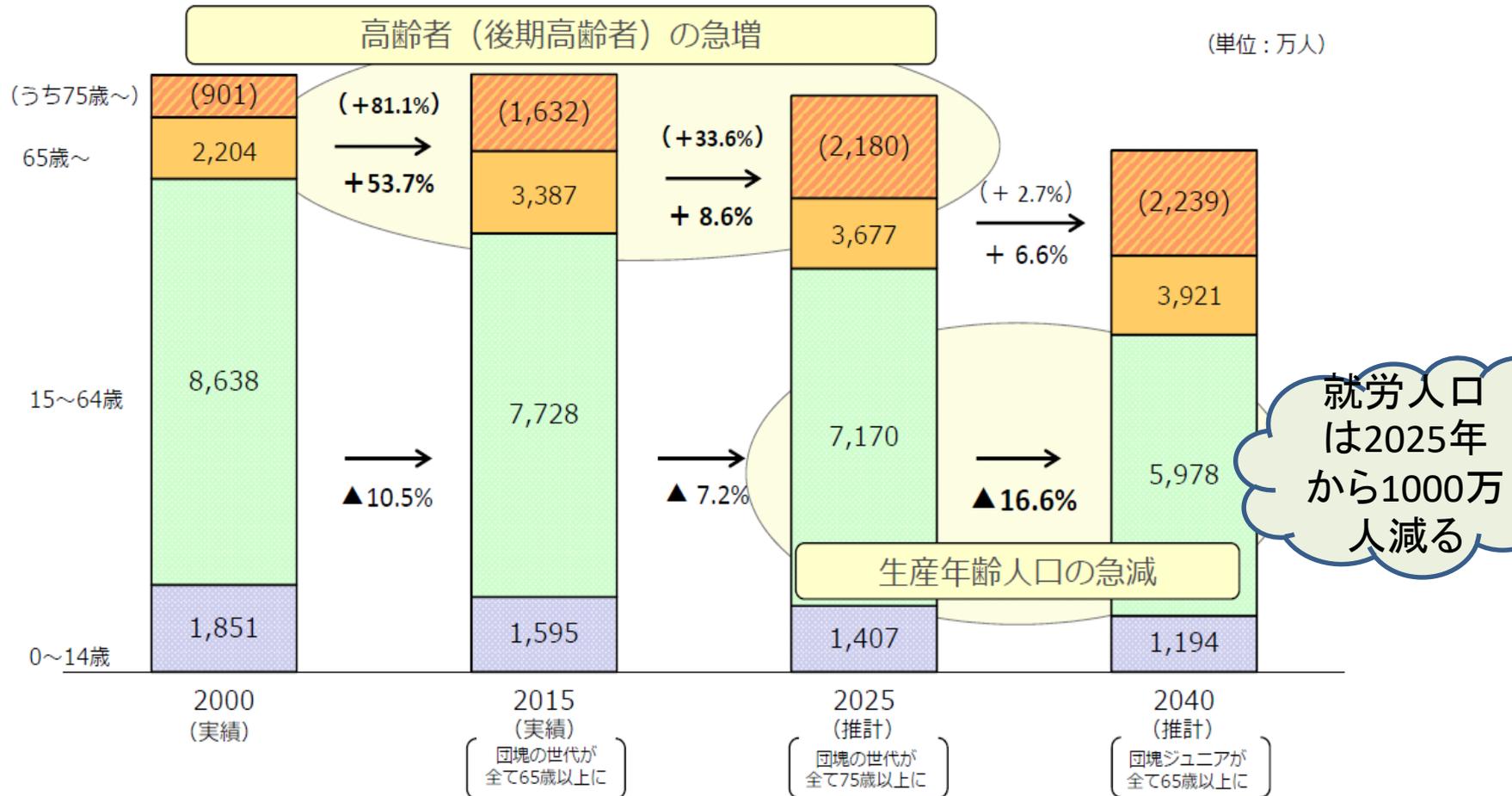
(注2) 医療福祉分野における就業者の見通しについては、①医療・介護分野の就業者数については、それぞれの需要の変化に応じて就業者数が変化すると仮定して就業者数を計算。②その他の福祉分野を含めた医療福祉分野全体の就業者数については、医療・介護分野の就業者数の変化率を用いて機械的に計算。③医療福祉分野の短時間雇用者の比率等の雇用形態別の状況等については、現状のまま推移すると仮定して計算。

(注3) 就業者数全体は、2018年度は内閣府「経済見通しと経済財政運営の基本的態度」、2025年度以降は、独立行政法人労働政策研究・研修機構「平成27年労働力需給の推計」および国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」(出生中位(死亡中位)推計)を元に機械的に算出している。

# 2040年までの人口構造の変化

○ 我が国の人口動態を見ると、いわゆる団塊の世代が全員75歳以上となる2025年に向けて高齢者人口が急速に増加した後、高齢者人口の増加は緩やかになる。一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速。

【人口構造の変化】

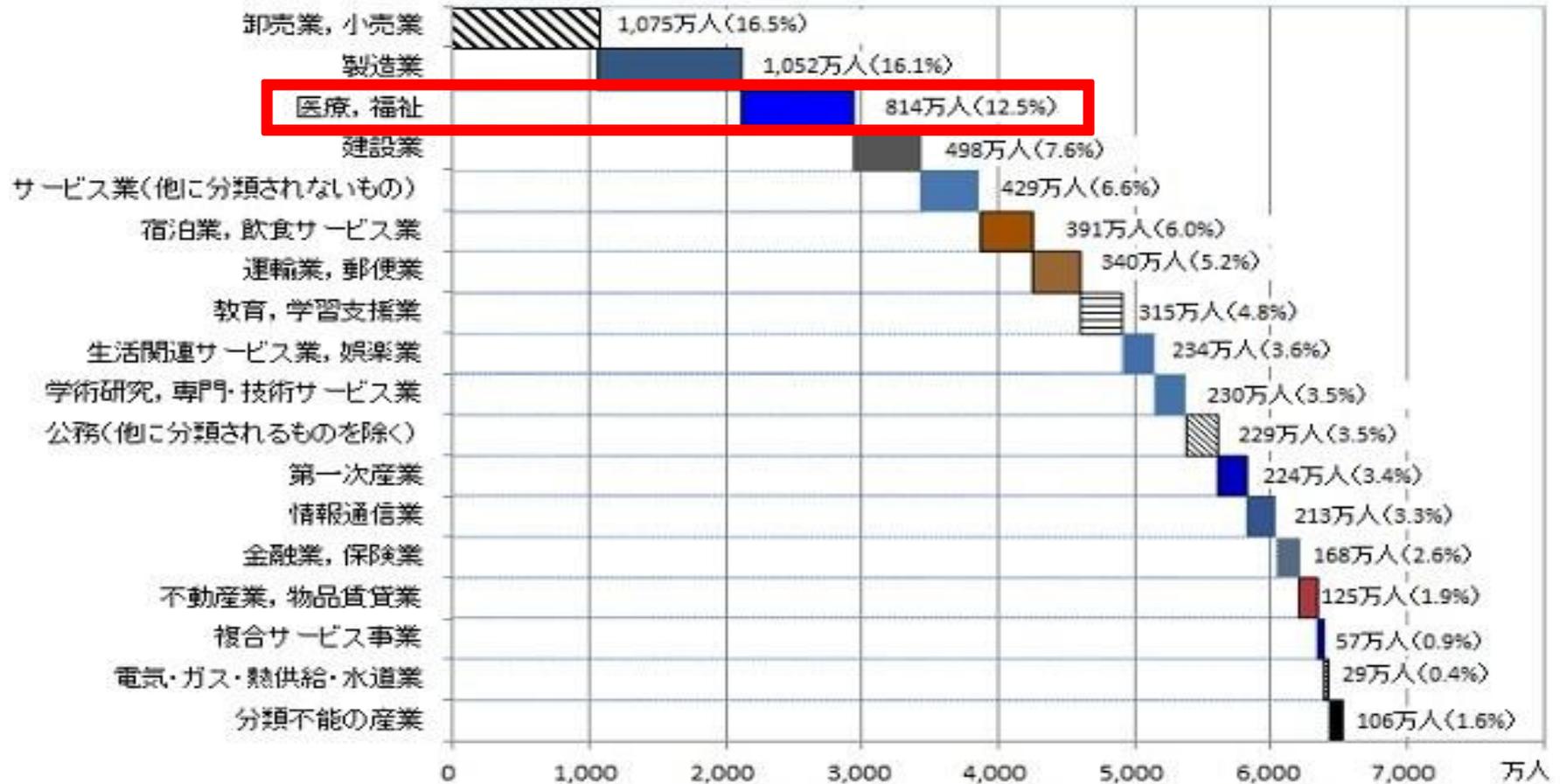


(出典)総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」

2040年

就労人口の激減で、就業者数の  
6人1人がヘルスケア分野

# 2040年は医療・福祉が業界トップ



# 2040年問題のポイント

社会保障給付費はなんとかコントロールの範囲内  
しかし就労人口減が最大の課題！

# 2040年を展望し、誰もがより長く元気に活躍できる社会の実現

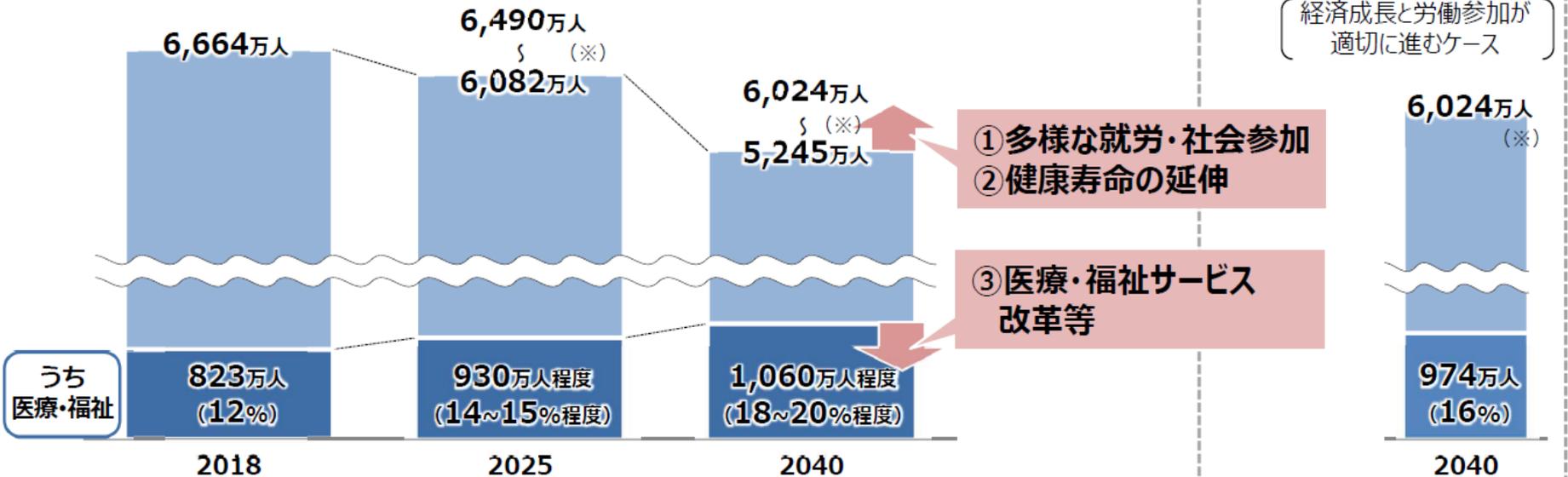
- 2025年を念頭に進めてきた社会保障・税一体改革が、本年10月に一区切りを迎える。
- 2040年を展望すると、高齢者の人口の伸びは落ち着き、現役世代（担い手）が急減する。  
→「総就業者数の増加」とともに、「より少ない人手でも回る医療・福祉の現場を実現」することが必要。
- 併せて、給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保に取り組んでいく。

**一億総活躍**  
(高齢者、若者、女性、障害者)

**イノベーション**  
(テクノロジーのフル活用)

**社会保障を超えた連携**  
(住宅、金融、農業等)

需要面から推計した医療福祉分野の就業者数の推移



※総就業者数は雇用政策研究会資料。総就業者数のうち、下の数値は経済成長と労働参加が進まないケース、上の数値は進むケースを記載。

**④ 給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保**

# 健康寿命の更なる延伸(健康寿命延伸プラン)

- 今夏に向けて、「健康寿命延伸プラン」を策定。  
(内容) 2040年の健康寿命延伸に向けた目標・2025年までの工程表
- ①健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進、②地域・保険者間の格差の解消に向け、「自然に健康になれる環境づくり」や「行動変容を促す仕掛け」など「新たな手法」も活用し、以下3分野を中心に取組を推進。

①健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進

②地域・保険者間の格差の解消

自然に健康になれる環境づくり

行動変容を促す仕掛け

健康な食事や運動  
ができる環境

居場所づくりや社会参加

行動経済学の活用

インセンティブ

I

次世代を含めたすべての人の  
健やかな生活習慣形成等

(施策例)

- ◆ 栄養サミット2020を契機とした食環境づくり

先進的な取組例

Smart Meal  
スマートミール



**スマートミール認証制度**  
大手コンビニなど、2万弱の  
店舗が認証。(日本栄養  
改善学会など)

あだちベジタベライフ  
飲食店での野菜メニュー  
の提供(足立区)



II

疾病予防・重症化予防

(施策例)

- ◆ 保険者インセンティブの強化(配点基準のメリハリ強化、成果指標の導入拡大の検討)
- ◆ ナッジ理論を活用した受診勧奨ターゲット別に異なるメッセージ例

近年、日本人女性の11人に1人が  
乳がんにかかると言われています。  
乳がんは早期発見することで治癒率が高くなります。

乳がんは早期発見で95%以上が  
治癒します。  
乳がん検診は2年に1度必ず受診して下さい

がんが怖くて検診が  
不安な層へのメッセージ



がんに関心ない層への  
メッセージ



III

介護予防・フレイル対策、  
認知症予防

(施策例)

- ◆ 「通いの場」等の更なる拡充に向け、保険者へのインセンティブ措置の強化(配分基準のメリハリの強化など)
- ◆ 「共生」・「予防」を柱とした認知症施策の推進



# 労働力制約が強まる中での医療・福祉サービスの確保 (医療・福祉サービス改革プラン)

- 今夏に向けて、「医療・福祉サービス改革プラン」を策定。

(内容) 2040年の生産性向上に向けた目標・2025年までの工程表

平成31年3月20日未来投資会議  
厚生労働大臣提出資料(抄)

- 以下4つの改革を通じて、医療・福祉サービス改革による生産性の向上を図る。

I

ロボット・AI・ICT等、  
データヘルス改革

II

タスクシフティング、  
シニア人材の活用推進

III

組織マネジメント改革

IV

経営の大規模化・  
協働化

## I の例 人と先端技術が共生し、一人ひとりの生き方を共に支える次世代ケアの実現 (未来イノベーションWG：経済産業省と連携)

### 2040年の理想的な姿

人と技術が共生し、  
その人なりの価値を届けることができる

誰もが幸せの実現に向けて、  
自分に合った生き方を選択できる

誰もがどんな状態であっても、  
「これでいい」と自然に思える

### 3つのアプローチ

医療・介護インフラのスマート化  
(担い手不足の解消)

個人の主体化を支える  
(心身機能の維持・拡張等)

共に支える新たな関係の形成  
(テクノロジーによるインクルージョン)

### 3つのアプローチを支える基盤

- 官（政府部門）のインテリジェンス機能強化
- 有望な技術領域の特定、官のリソースの重点配分（ムーンショット型研究開発等）
- 先端技術の社会実装の加速誘導策  
：



「例」 OriHime-D オリ研究所  
外出困難な人のテレワークを可能に

(今後の施策例) ▶「未来社会を見据えた研究開発」  
▶「地域を定めた実証実験」

日本は、海外から多くの投資・人が  
集まるイノベーションハブに

## I～IIIの 例

## 介護現場の革新

- 介護施設における①業務フローの分析・仕分けを基に、②元気高齢者の活躍、③ロボット・センサー・ICTの活用等によるパイロット事業を実施。効果検証後、全国に普及。
- 介護業界のイメージ改善と人材確保・定着促進

### 業務仕分け

ベッドメイキング、食事の配膳、  
ケア記録の入力等

### 入所者のケア

### 間接業務

介護専門職が  
担うべき業務に重点化

### 元気高齢者



・就労  
・有償ボランティア

地域に新たな活躍の  
場の創出

### ロボット・センサー・ICT



夜勤業務・記録入力  
の効率化等

質の  
向上

業界  
イメージ  
刷新

就労人口の減少、  
出生数の減少に伴い、  
助産はどうなる？！

# パート2

## 周産期医療と助産師



# 福井トシ子会長

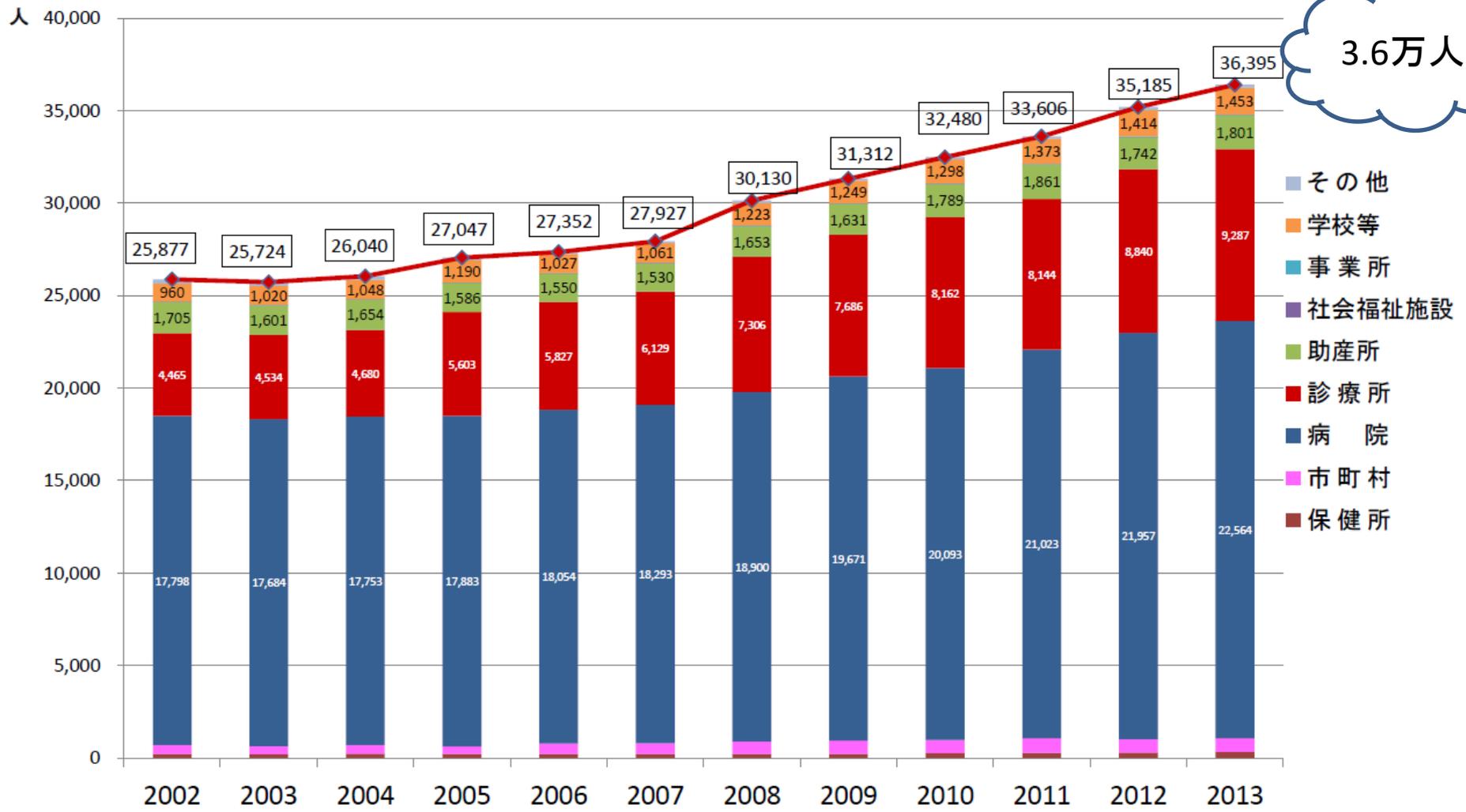


杏林大学附属病院時代

# 助産師の現状

# 助産師就業場所別就業者数の推移（第1回資料の再掲）

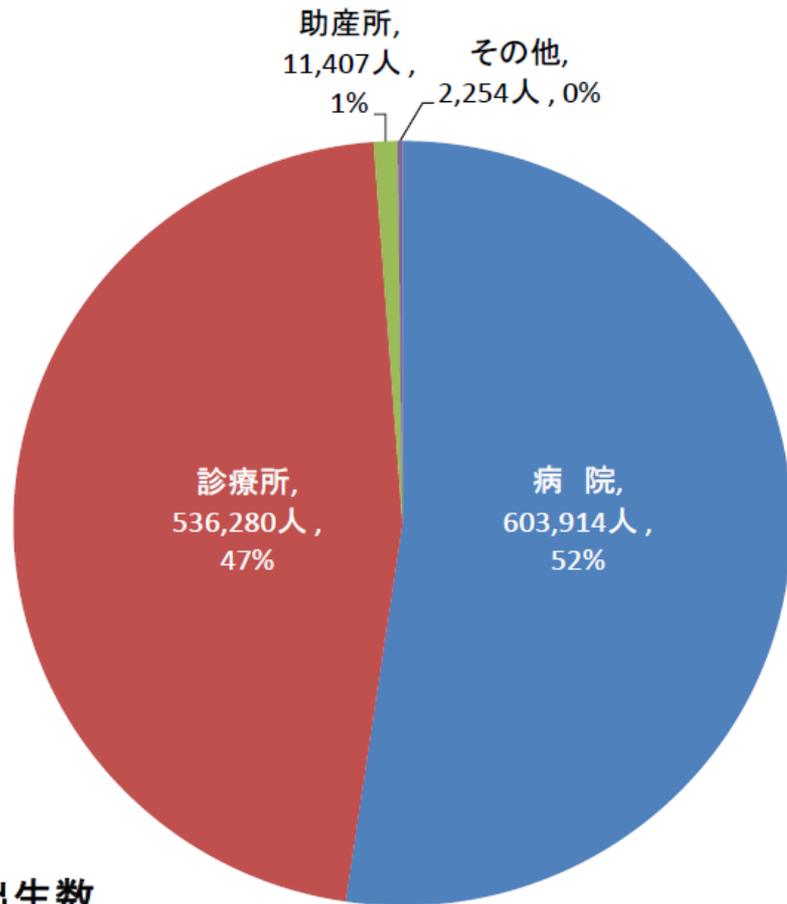
○就業助産師数は増加しており、診療所においては2倍以上就業者が増加している。  
 ○就業場所は、約62%が病院、約26%が診療所となっている。



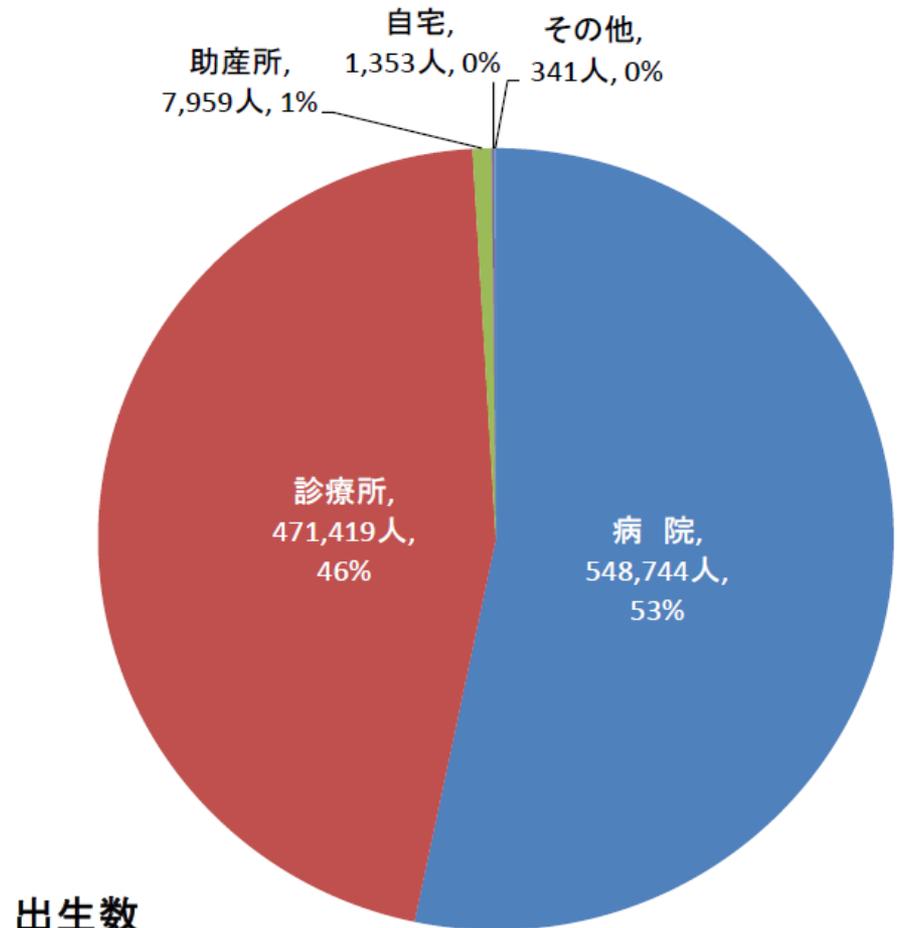
# 出生場所別出生者数(2002年、2013年)(第1回資料の再掲)

出生場所は、病院が53%、診療所が46%となっており、傾向は2002年と変わらない。

(2002年)



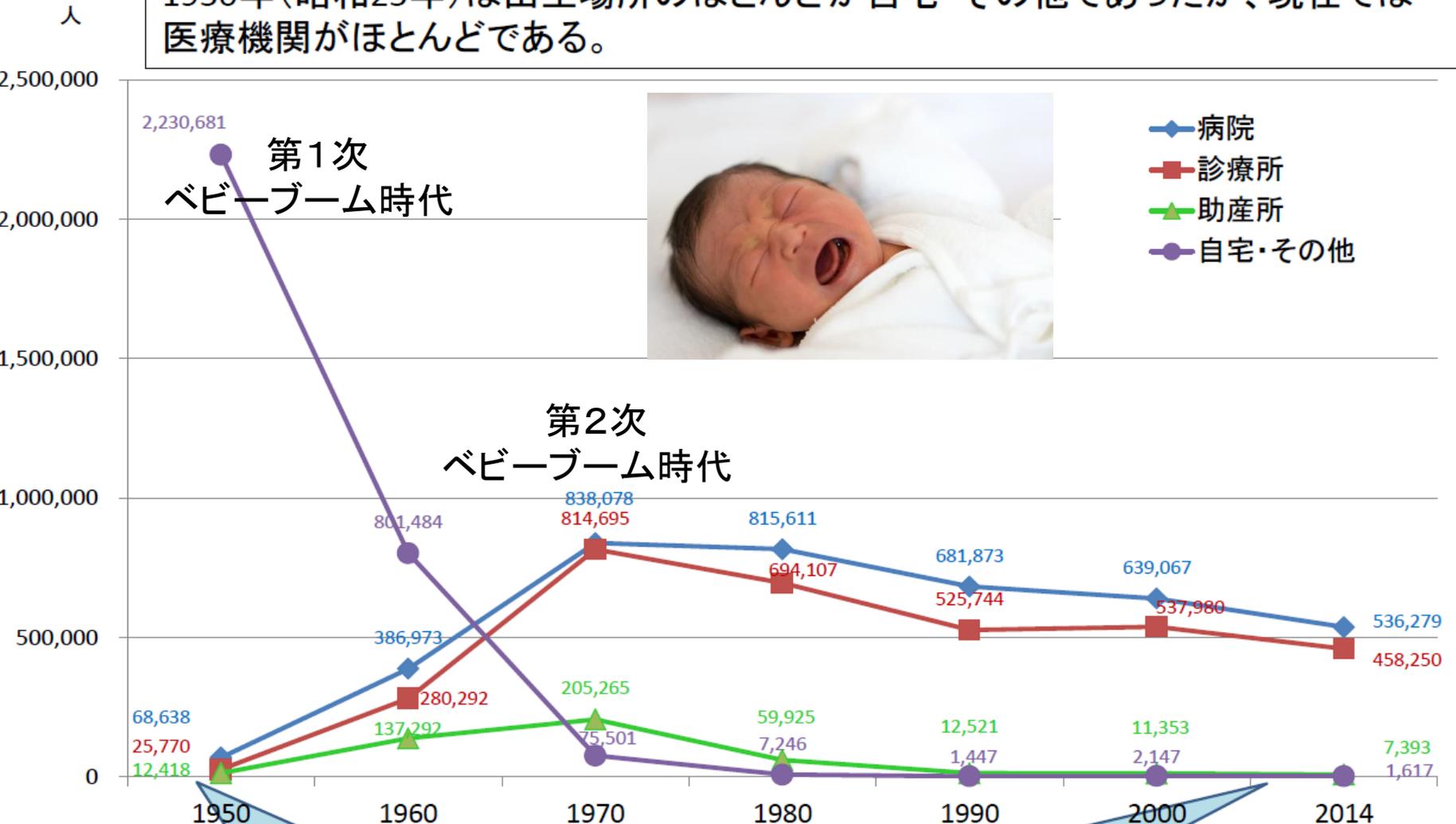
(2013年)



人口動態調査より

# 出生場所別の推移

1950年(昭和25年)は出生場所のほとんどが自宅・その他であったが、現在では医療機関がほとんどである。



1948(昭和23)年 医療法公布  
助産所は嘱託医師を定めることが義務化される

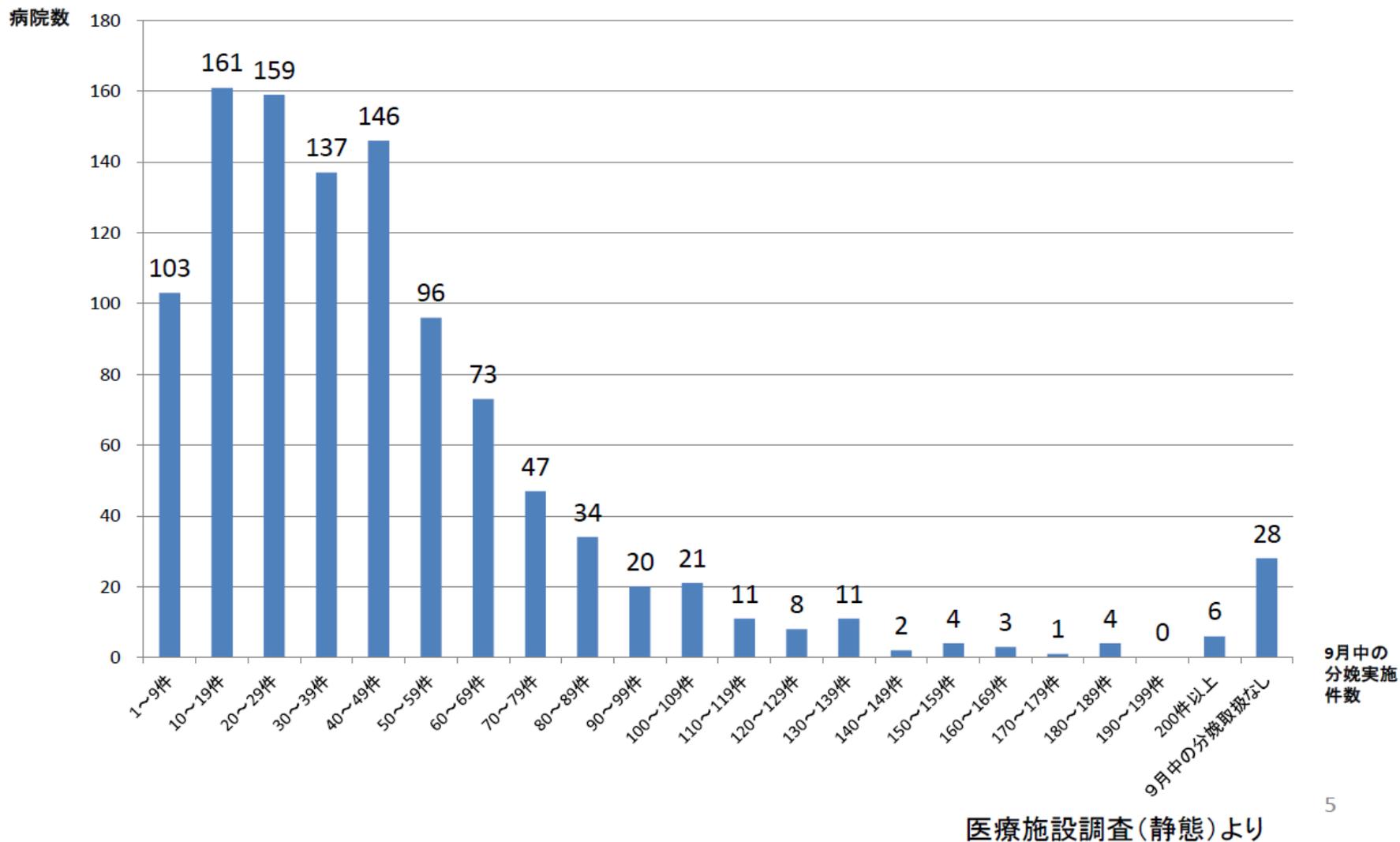
2006(平成18)年 医療法改正  
助産所の開設者は、嘱託する医師及び病院又は診療所を定めることが義務化される

人口動態統計より

# 分娩実施件数階級別の病院数(2011年)

n=1075

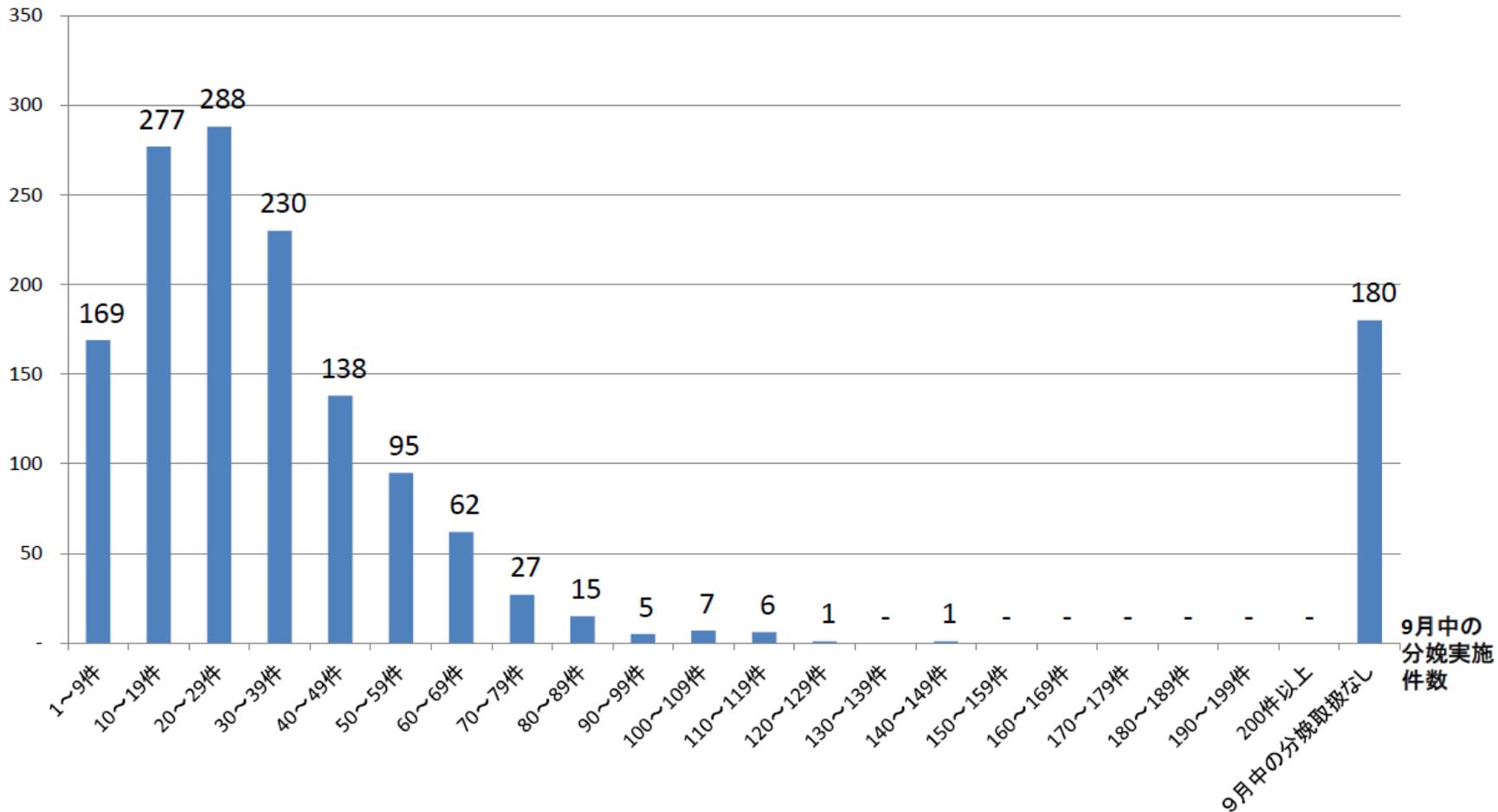
(分娩を取り扱っている病院)



# 分娩実施件数階級別の診療所数(2011年)

n=1501  
(分娩を取り扱っている診療所)

診療所数



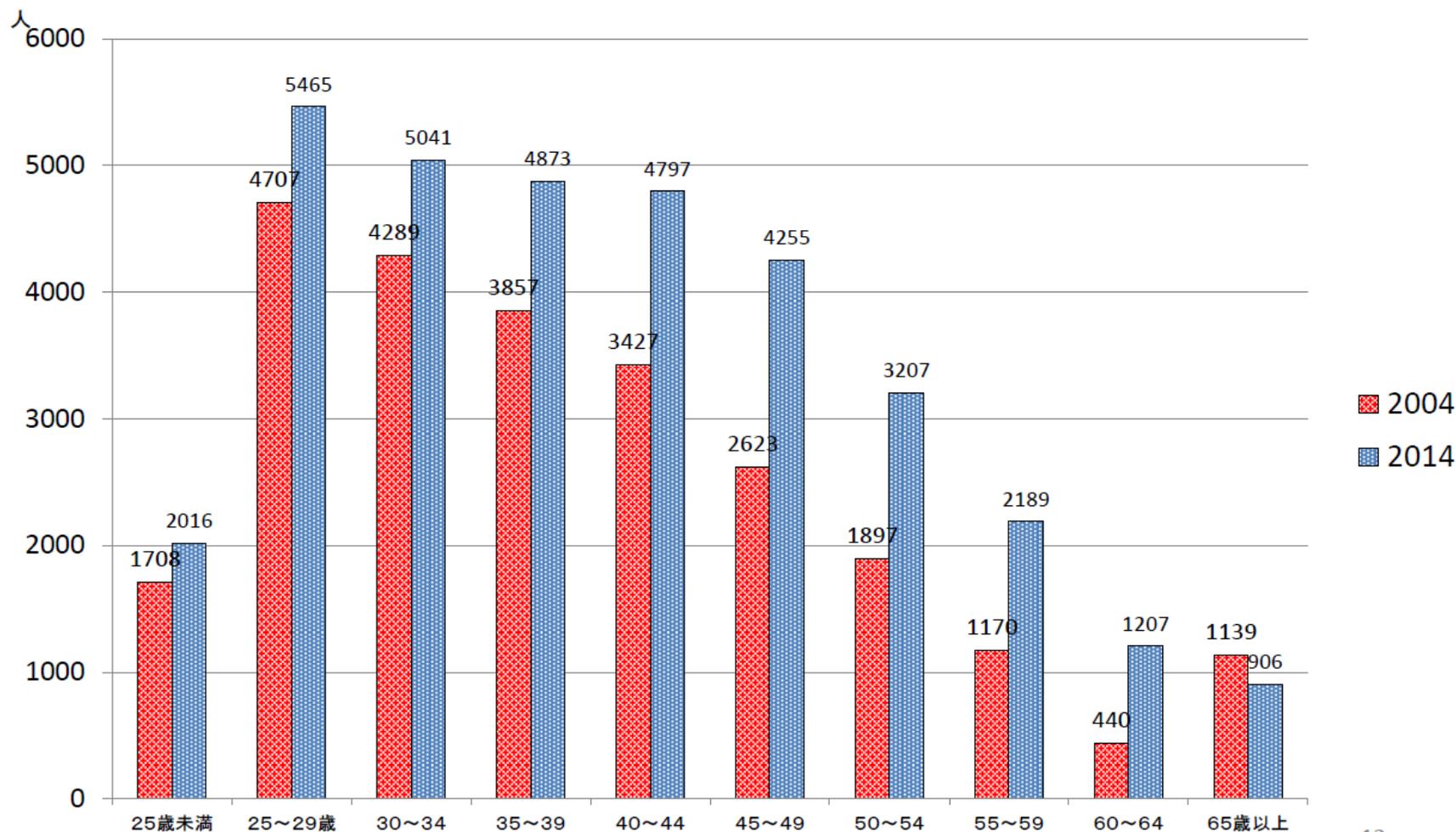
## 助産師免許を保有し、就業している者の就業状況

助産師免許を保有し、就業している者のうち、助産師として就業している者は70.6%であり、約30%は看護師もしくは保健師として就業している。

	2014年	2006年
助産師として就業	33,956 (70.6%)	27,352 (69.0%)
保健師として就業	3,682 ( 7.7%)	3,791 ( 9.5%)
看護師として就業	10,455 (21.7%)	8,472 (21.3%)
計	48,093 (100.0%)	39,615 (100.0%)

# 年齢階級別就業助産師数(2004・2014年)

2004年と比べるとそれぞれの年齢階級で就業助産師数は増加しており、特に35歳以上64歳未満は2004年に比べて増加率が高い。



# 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

# 1 院内助産システム

## 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】

# 院内助産所・助産師外来の推進について(第1回資料の再掲)

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。

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)

## <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。

「**院内助産所**」(2011年 160カ所)とは

緊急時の対応が可能な医療機関において、助産師が妊産婦やその家族の意向を尊重しながら、妊娠から産褥1ヶ月まで、正常異常の判断を行い、助産ケアを提供するシステム。

※医療法における「助産所」には該当しない。

「**助産師外来**」(2011年 894カ所)とは

助産師が医師と役割を分担しながら、自立して妊産婦や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。(医師が健康診査を行い、保健指導・母乳外来等をのみを助産師が行う場合はこれに含まない)

## 院内助産所・助産師外来の開設状況(病院・診療所別)

		2011年
院内助産所		160
	病院	(110)
	一般診療所	(50)
助産師外来		894
	病院	(495)
	一般診療所	(399)

出典：医療施設調査(静態)、3年毎に実施  
助産師外来の病院、一般診療所のデータは再掲

# 【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、医師より経膈分娩可能と判断されている

⑤妊娠36週0日～41週6日

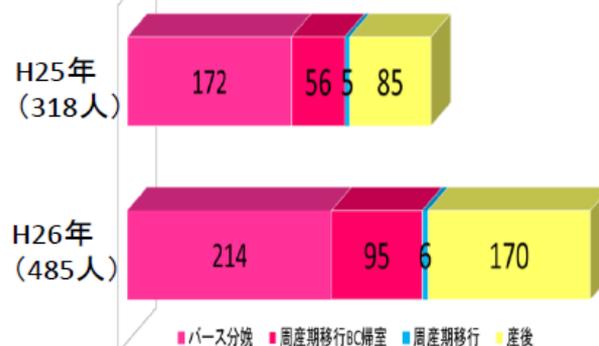
- 担当者: 助産師経験5年目以上  
分娩介助件数100例以上

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

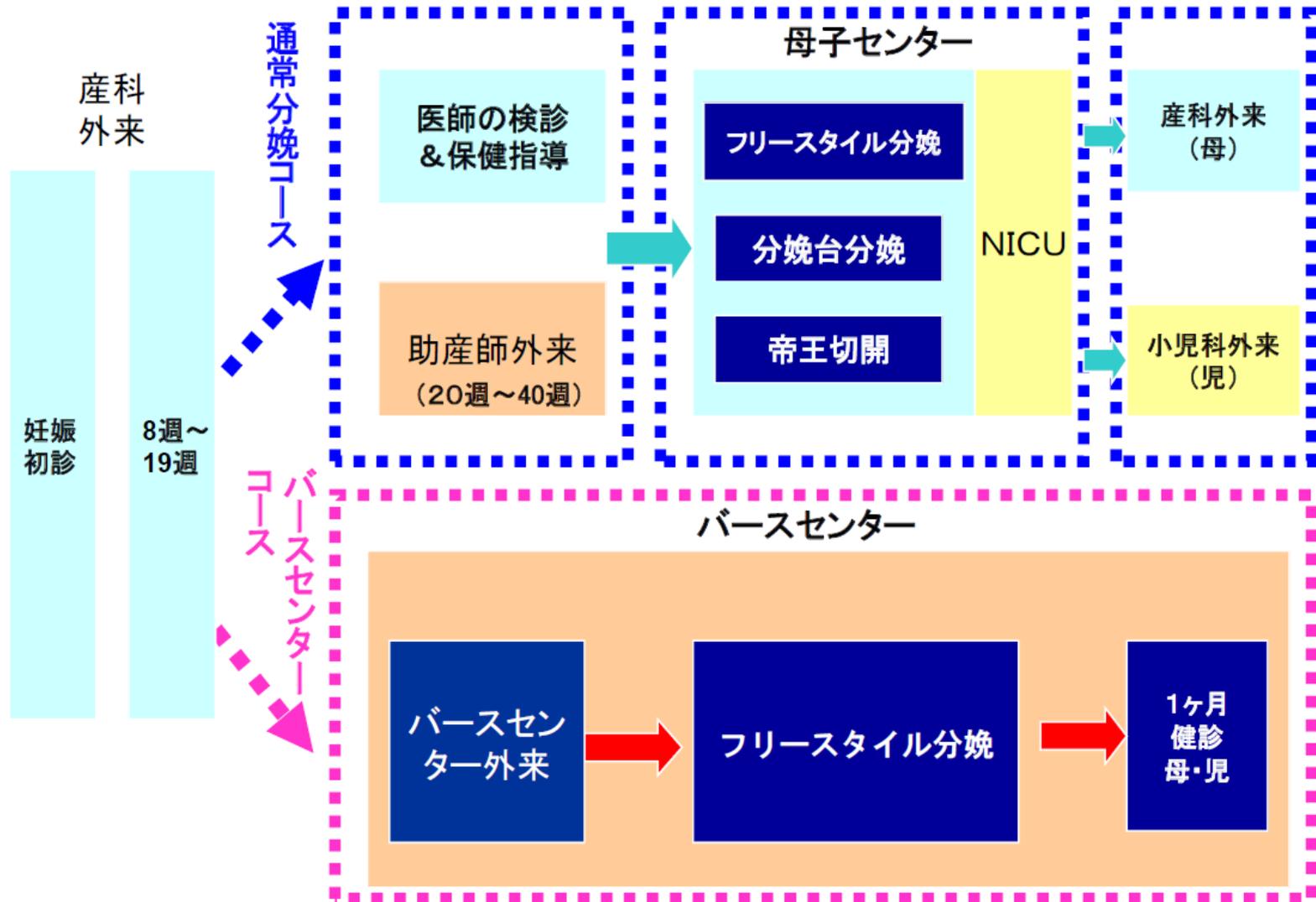
#### ＜バースセンター入院者数＞



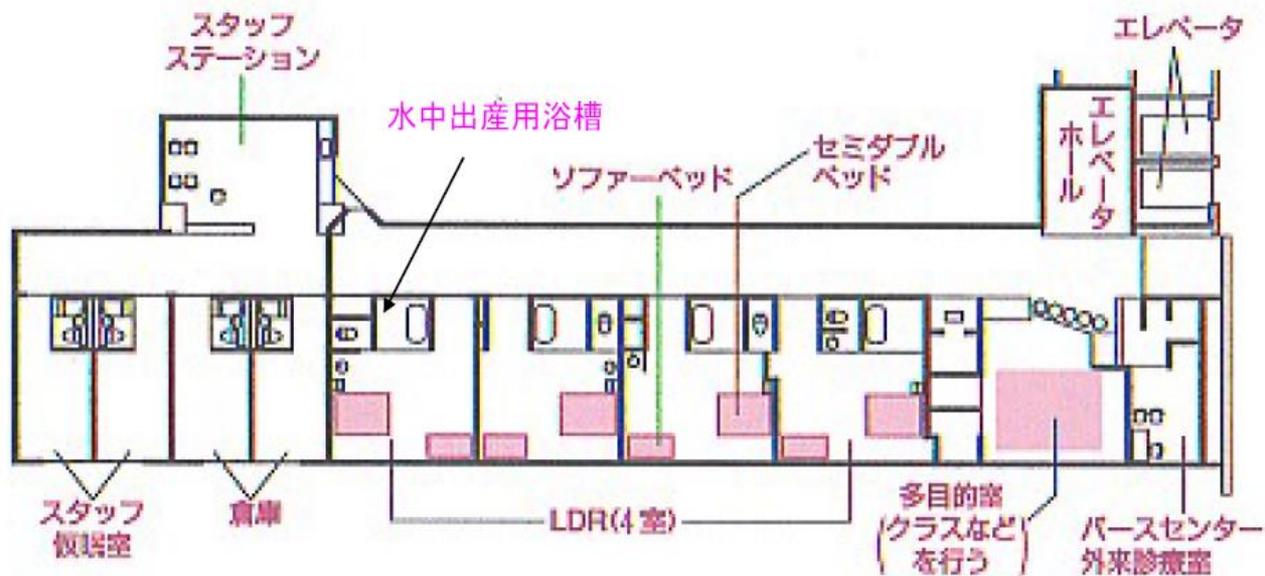
# 济生会宇都宮病院



# 当院の分娩システム



# バースセンター見取り図





バースセンター外来(助産師外来)



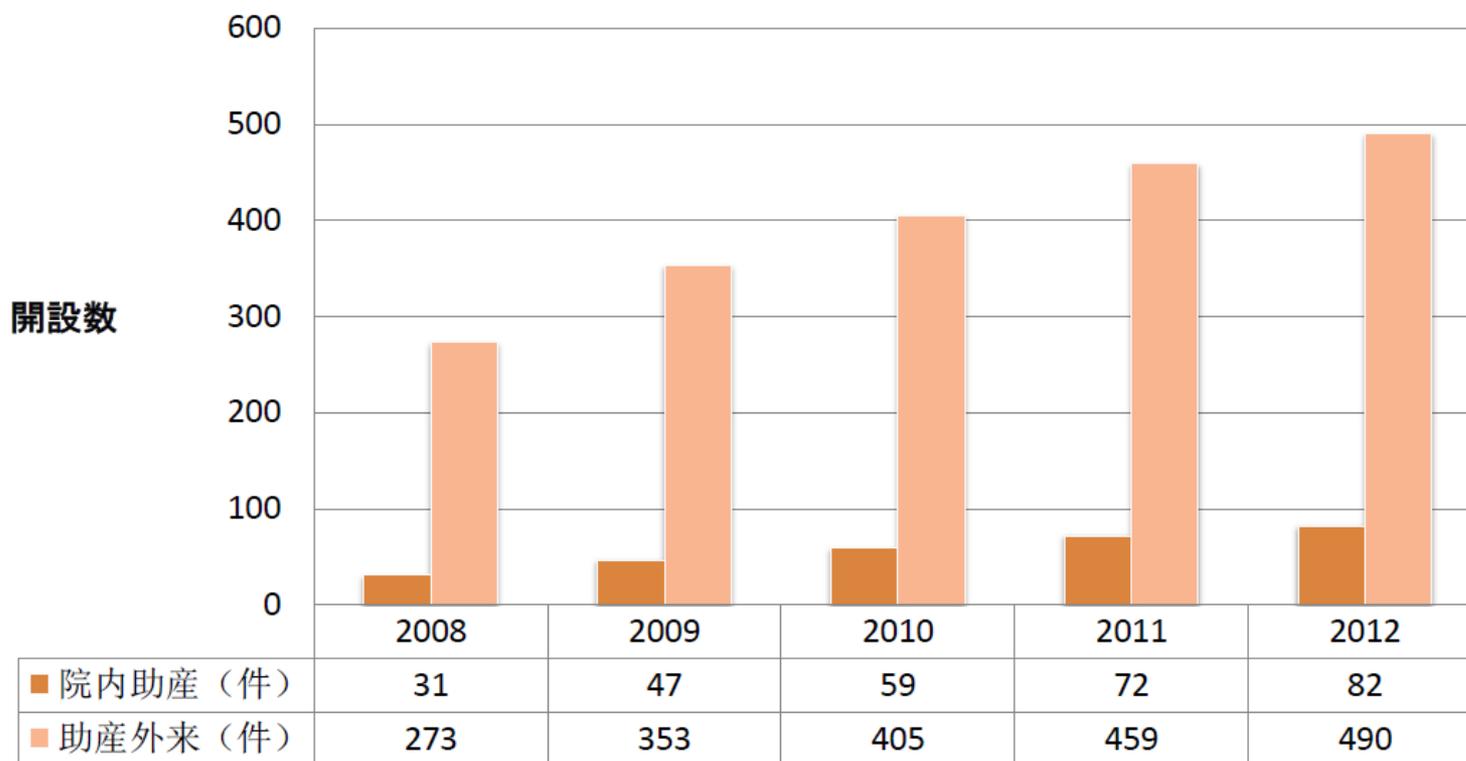
LDR



多目的室

# 院内助産・助産外来開設の推移

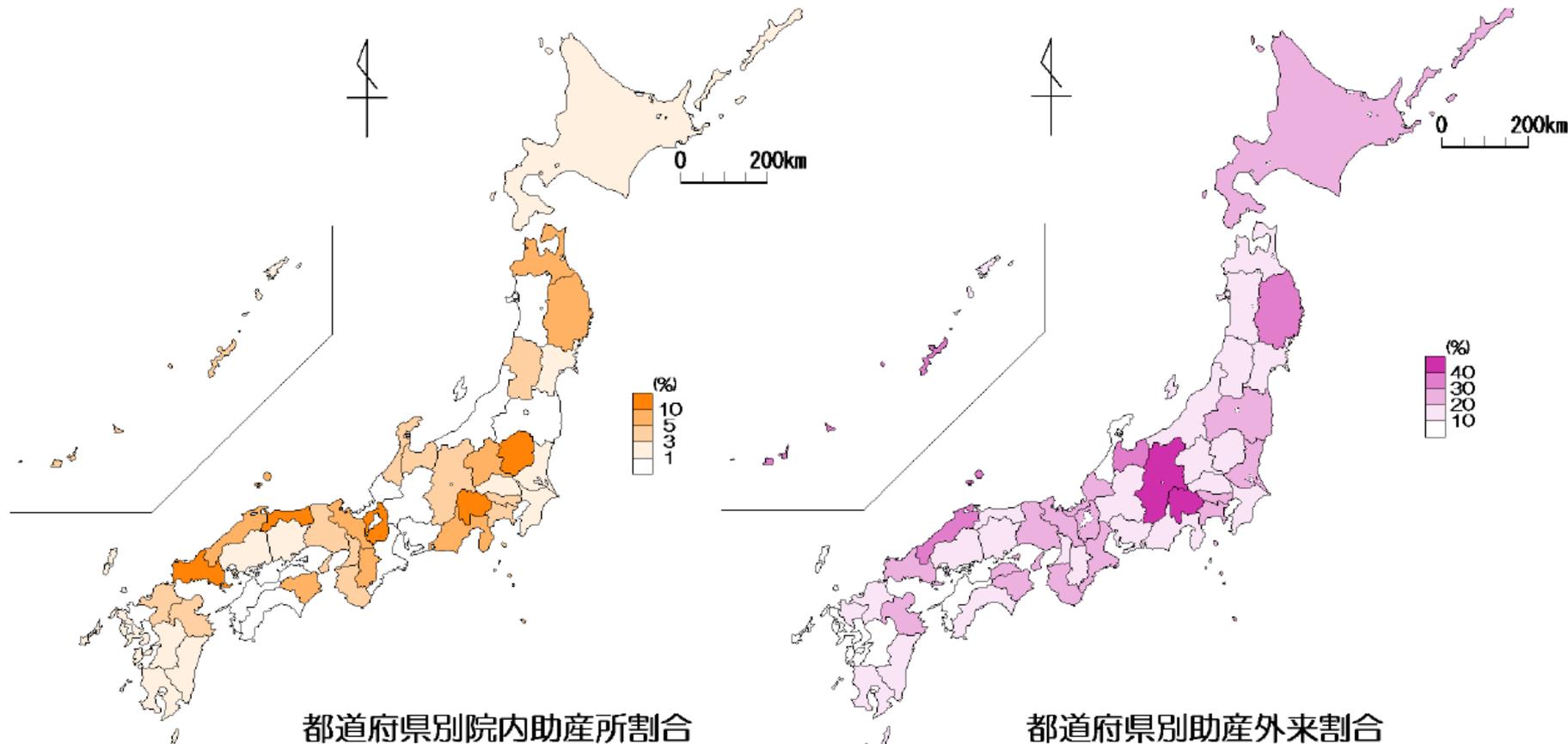
●助産外来や院内助産の設置数は増加しているものの、大幅な増加はない



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カ所の看護管理者(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られる	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

# 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られる	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

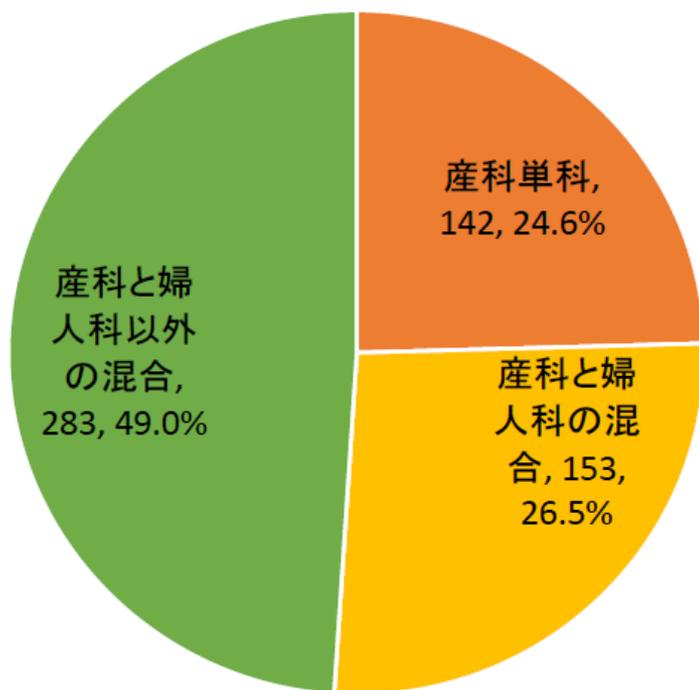
## 2 産科混合病棟

# 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。

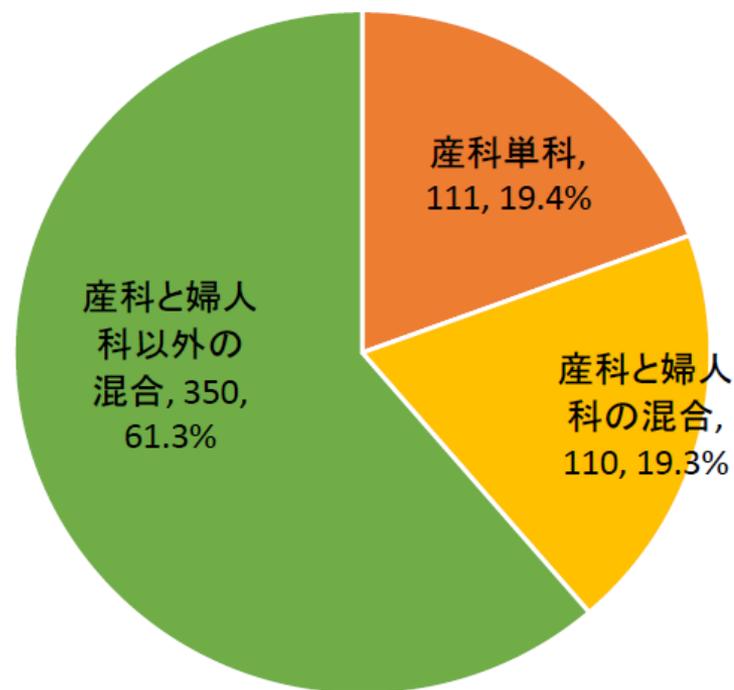
2009年(平成21年)

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\*\*

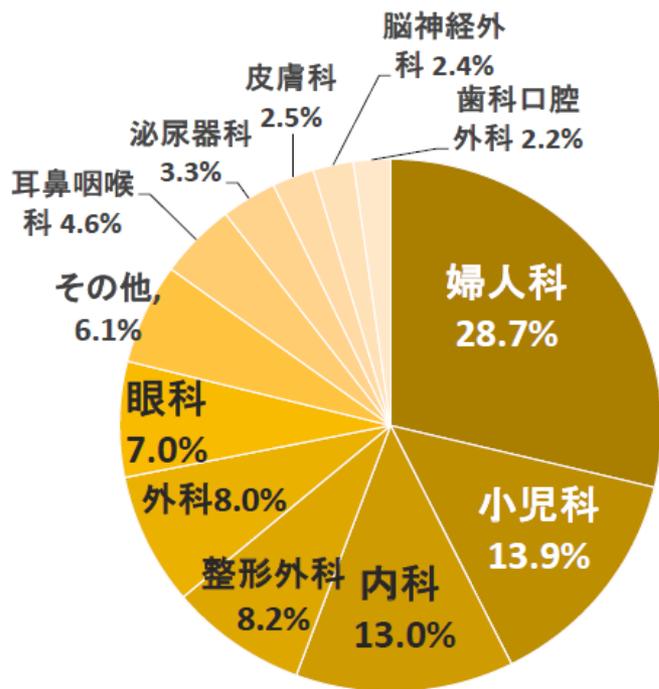


\* 2009年 全国の総合病院における産科混合病棟と母子同室の状況について、日本周産期・新生児医学会雑誌、北島博之より  
\*\* 2012年 日本看護協会「助産師の出向システムと助産実習の受け入れの可能性等に関する調査」、日本看護協会解析結果より

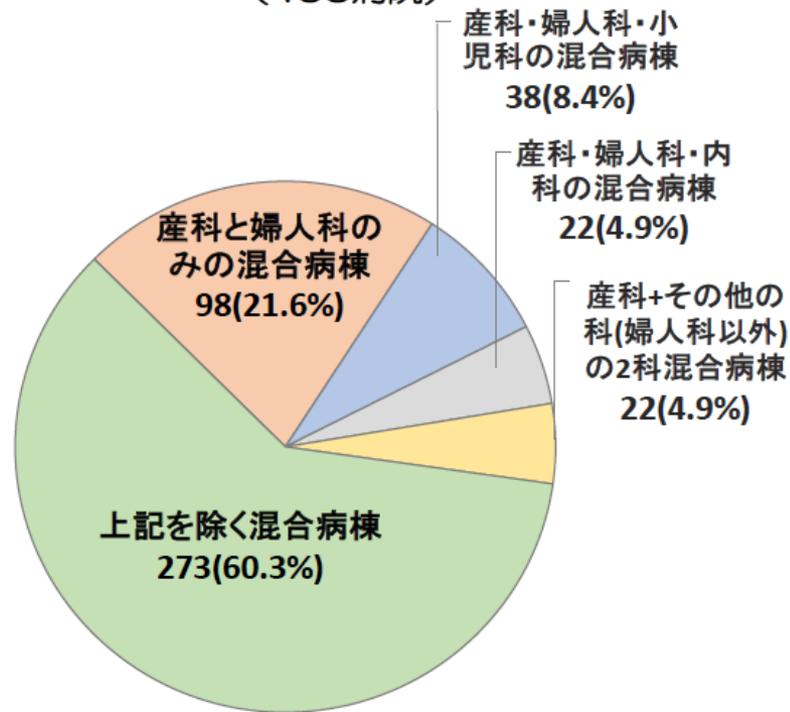
# 産科混合病棟と他科診療科の状況

- 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)



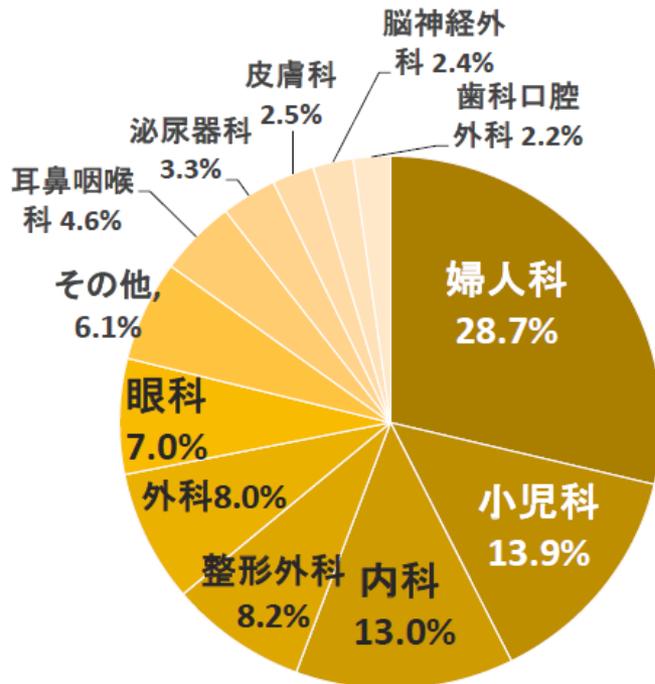
産科混合病棟 混合科状況  
(453病院)



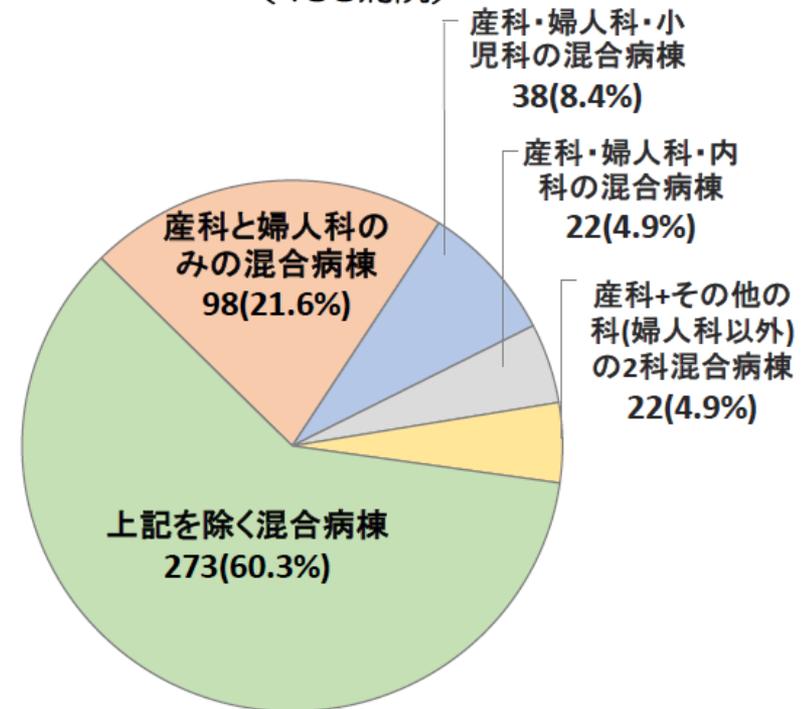
# 産科混合病棟と他科診療科の状況

- 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)

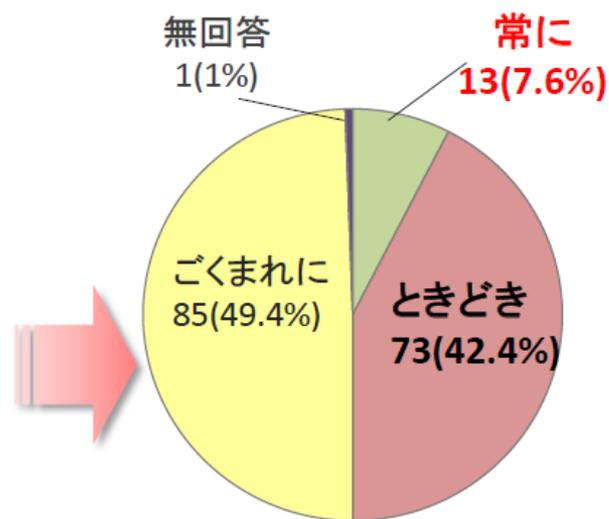


# 産科混合病棟における病室の入院状況

- 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】

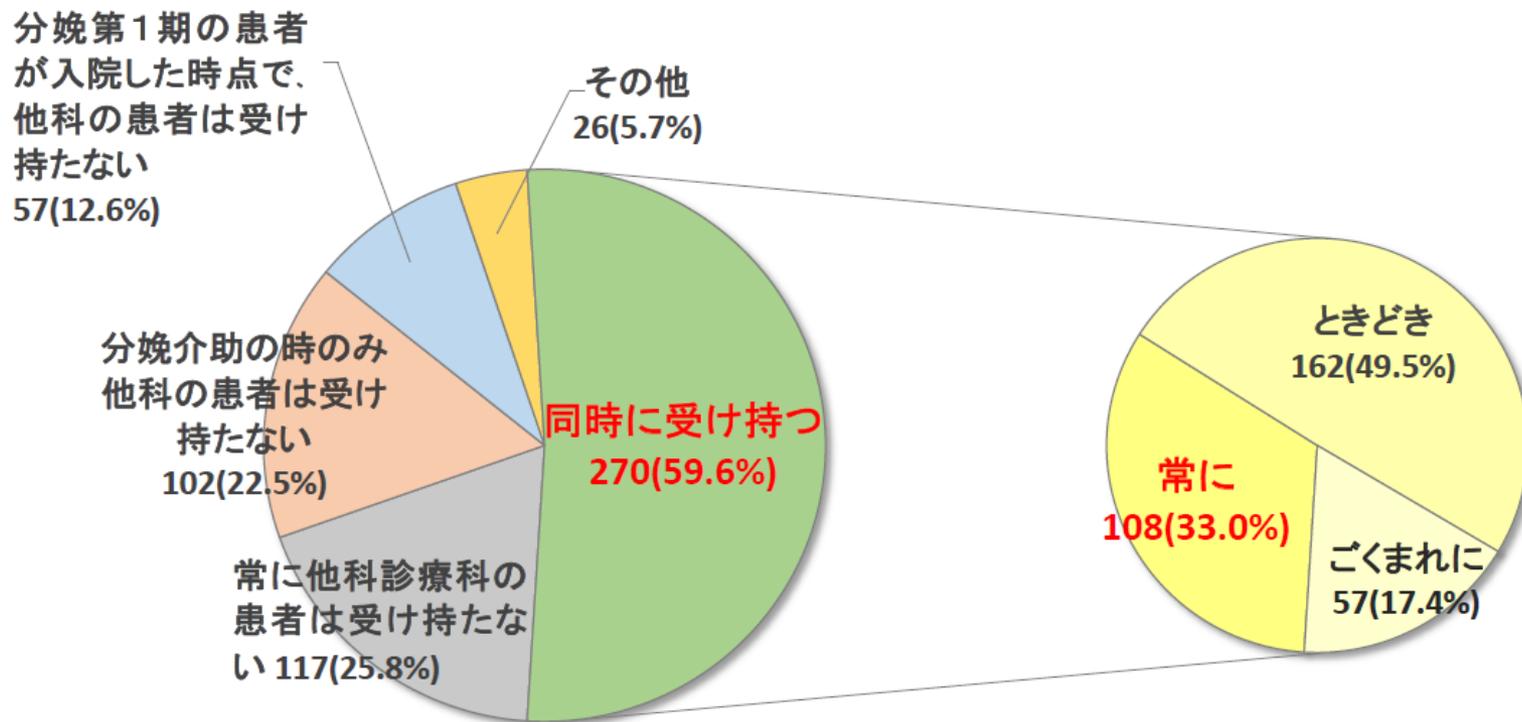
2008年 27総合病院(産科単独病棟3施設。混合病棟24施設)の感染症データより

- (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。



## 【助産師の活用②】

# 産科混合病棟

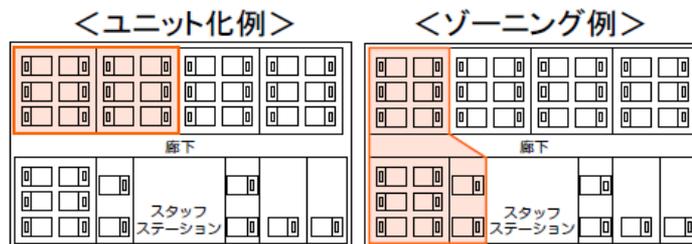
## 現状と課題

- 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

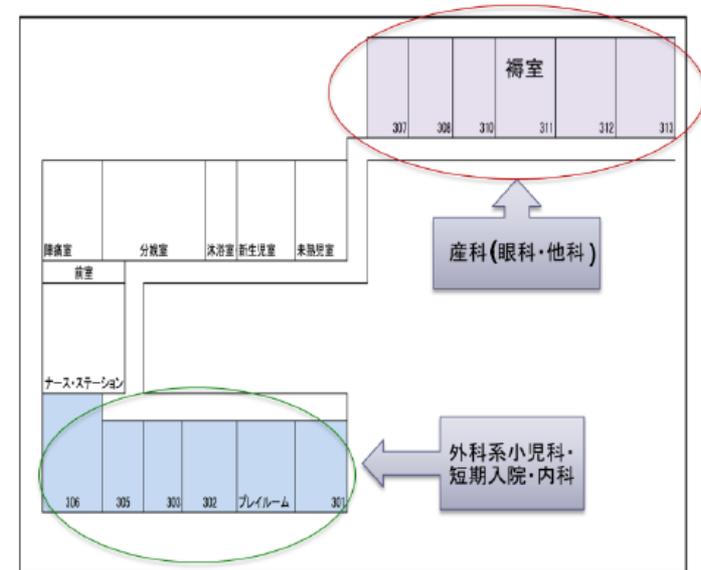
産科褥室はトイレに近い311号室と決め、空床があっても褥婦以外は受け入れない。311号室が満床の場合は、312号室や個室を使用する。

### ●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

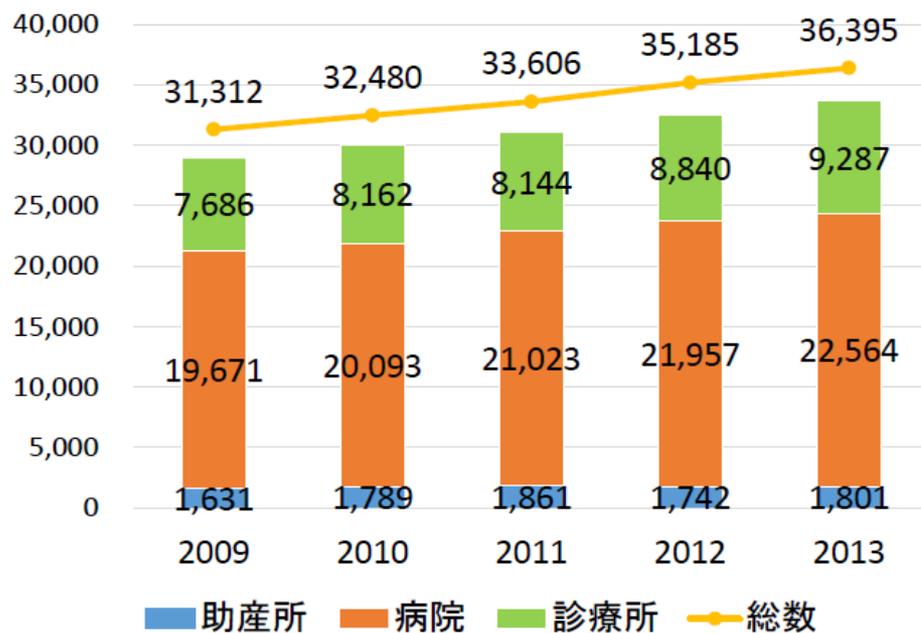
### 3 助産師の偏在、院内潜在助産師 と助産師出向制度

# 助産師の偏在

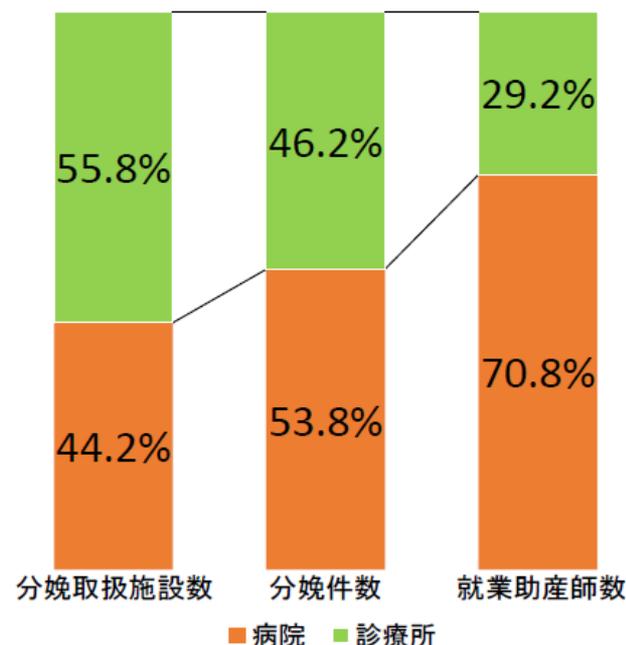
# 助産師の就業先の偏在

- 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

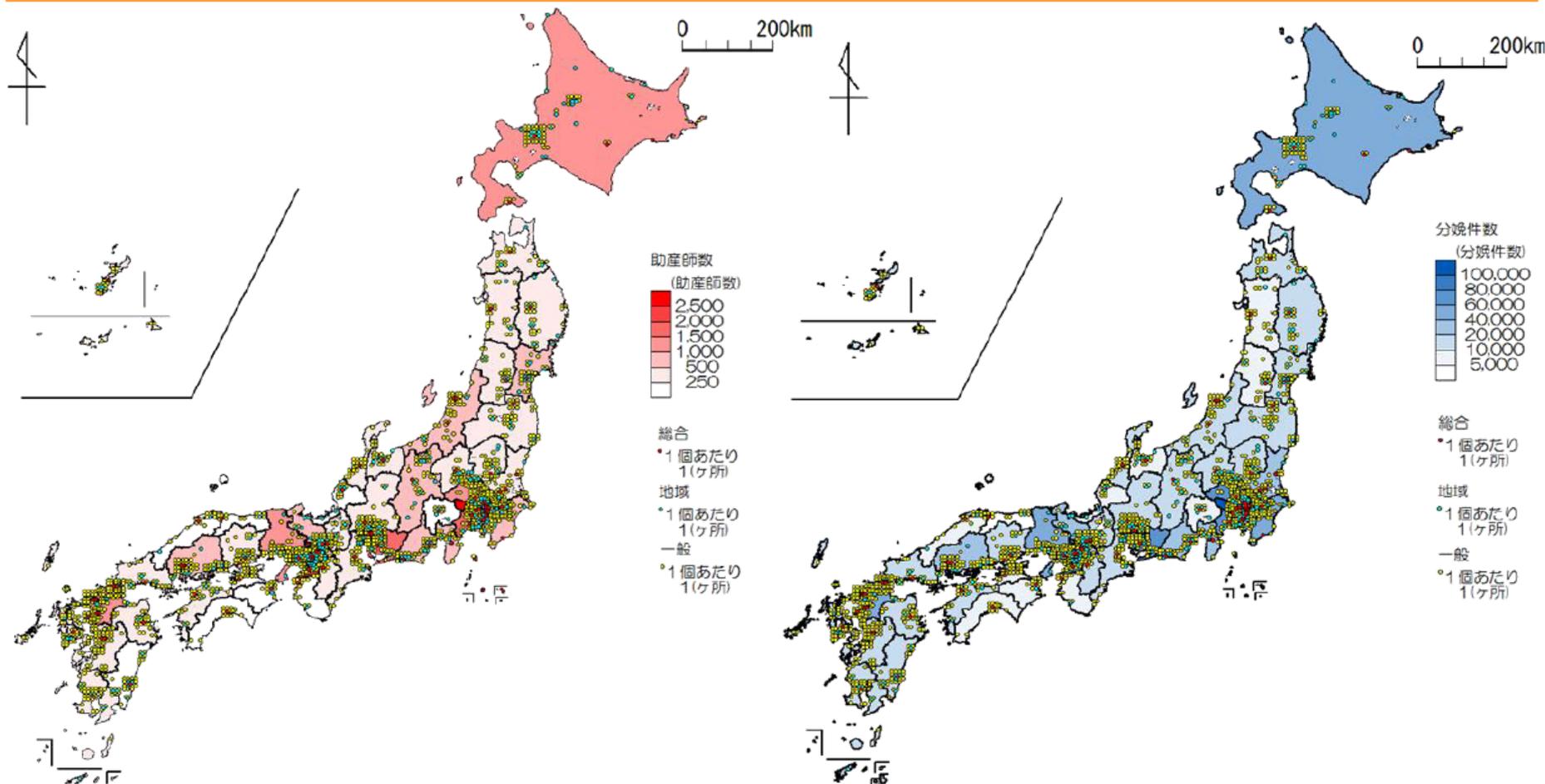


病院・診療所における偏在状況



# 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

## 【助産師の活用③】

# 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**

## 【助産師の活用③】

# 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

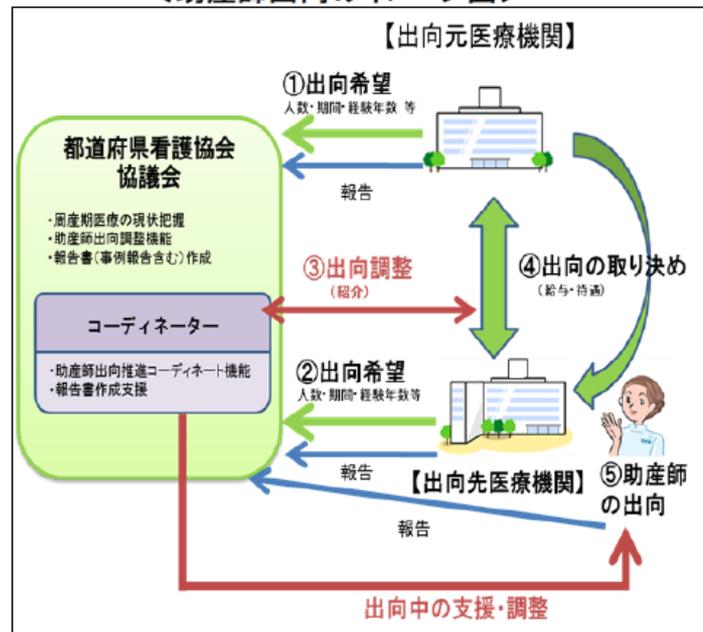
- ・1～6ヶ月出向した18人⇒平均31.7例(0～65例)
- ・6ヶ月～1年出向した16人⇒平均28.4例(10～66例)

●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、妊産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



アドバンス助産師

## 【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

# 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)<sup>®</sup>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

# 助産所(院)

# 助産所の定義(第1回資料の再掲)

- 医療法第2条

この法律において、「助産所」とは、助産師が公衆又は特定多数人のためその業務(病院又は診療所において行うものを除く。)を行う場所をいう。

2 助産所は、妊婦、産婦又はじょく婦10人以上の入所施設を有してはならない。

- 医療法施行規則第15の2

分娩を取り扱う助産所の開設者は、分娩時等の異常に対応するため、(中略)病院又は診療所において産科又は産婦人科を担当する医師を嘱託医師として定めておかなければならない。

2 (略)

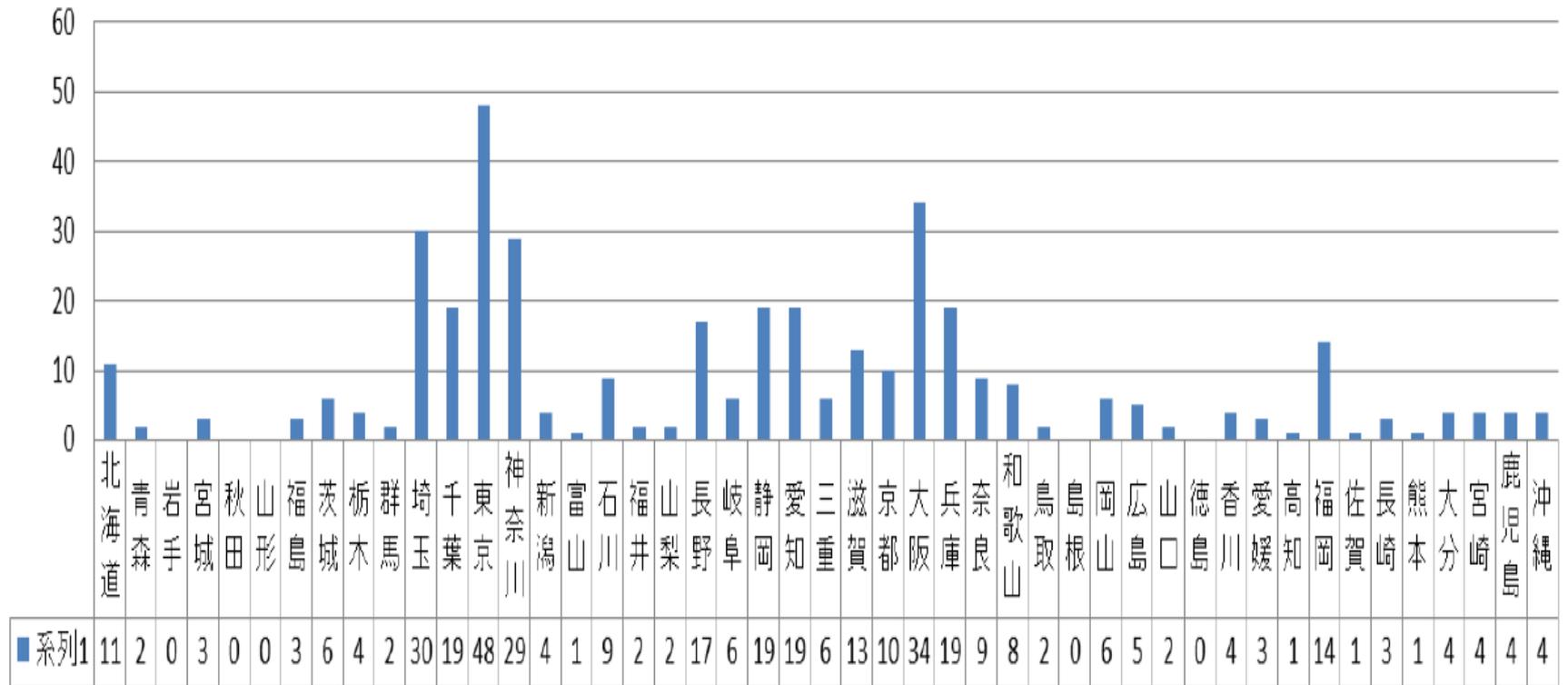
3 助産所の開設者は、嘱託医師による第1項の対応が困難な場合のため、診療科名中に産科又は産婦人科及び小児科を有し、かつ、新生児への診療を行うことができる病院又は診療所(中略)を嘱託する病院又は診療所として定めておかなければならない。

※出張のみで分娩を取り扱う助産師については、嘱託医師及び嘱託医療機関を定めることは義務づけられていない。

# 助産院業務の特色

- 「正常産の介助を中心にして、対象に応じた次のような業務をする。
  - 1 外来での妊婦健診・保健指導,
  - 2 出産準備教育,
  - 3 母乳育児相談,
  - 4 入院・分娩時の管理・ケア
  - 5 産褥期・新生児の管理・ケア,
  - 6 それに付随する物品・器具の整備・点検,
  - 7 カルテの記載・整理,
  - 8 産後の母子訪問,
  - 9 電話相談, 等
  - その他
    - 入院者の体調に応じた食事作り,
    - 助産所内の清掃・点検, 寝具・衣類の点検補充・整備,
    - 常に助産所内での動静に気配りを怠ることなく業務を遂行
    - 妊娠中から分娩, 産後と継続して関わりながら, 女性のセルフケア能力を高める支援を行う

図 3-1 都道府県の助産院数



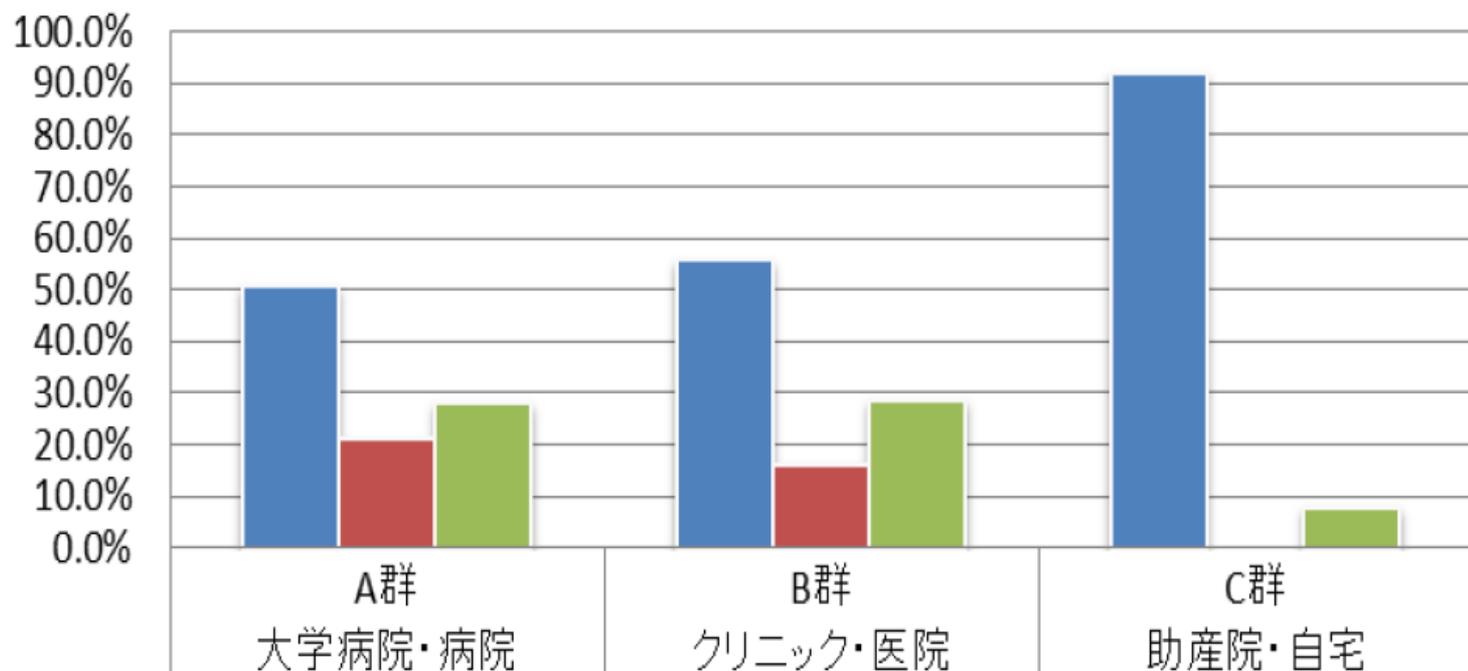
出所) 日本助産師会 (2014), 82-84 頁より, 筆者作成。

# 目白バスハウス



目白バスハウスとは

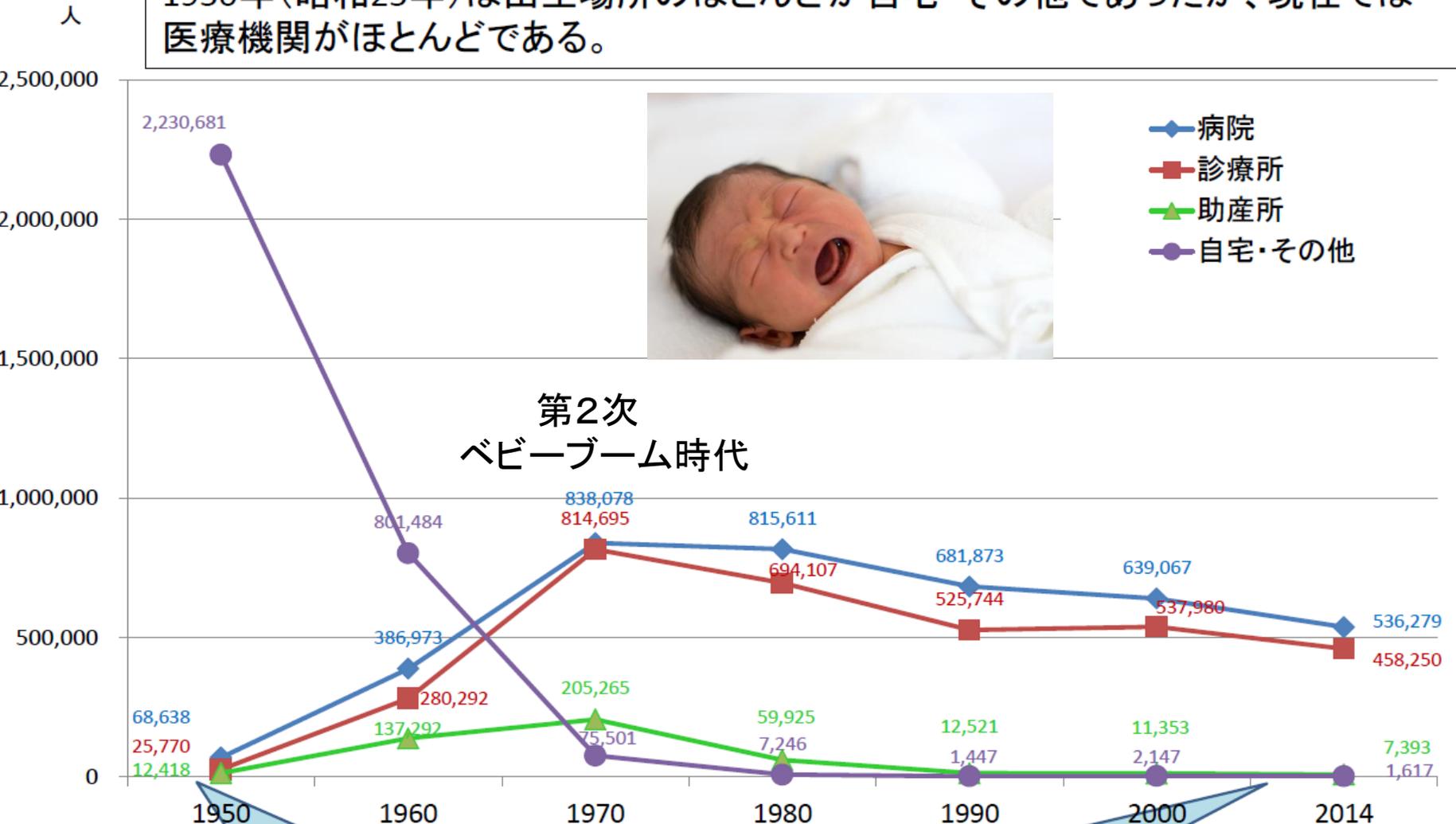
図 3-3 出産施設別 次回の施設利用について



■ はい	50.8%	55.8%	92.1%
■ いいえ	21.0%	16.3%	0.0%
■ わからない	28.2%	28.8%	7.9%

# 出生場所別の推移

1950年(昭和25年)は出生場所のほとんどが自宅・その他であったが、現在では医療機関がほとんどである。



1948(昭和23)年 医療法公布  
助産所は嘱託医師を定めることが義務化される

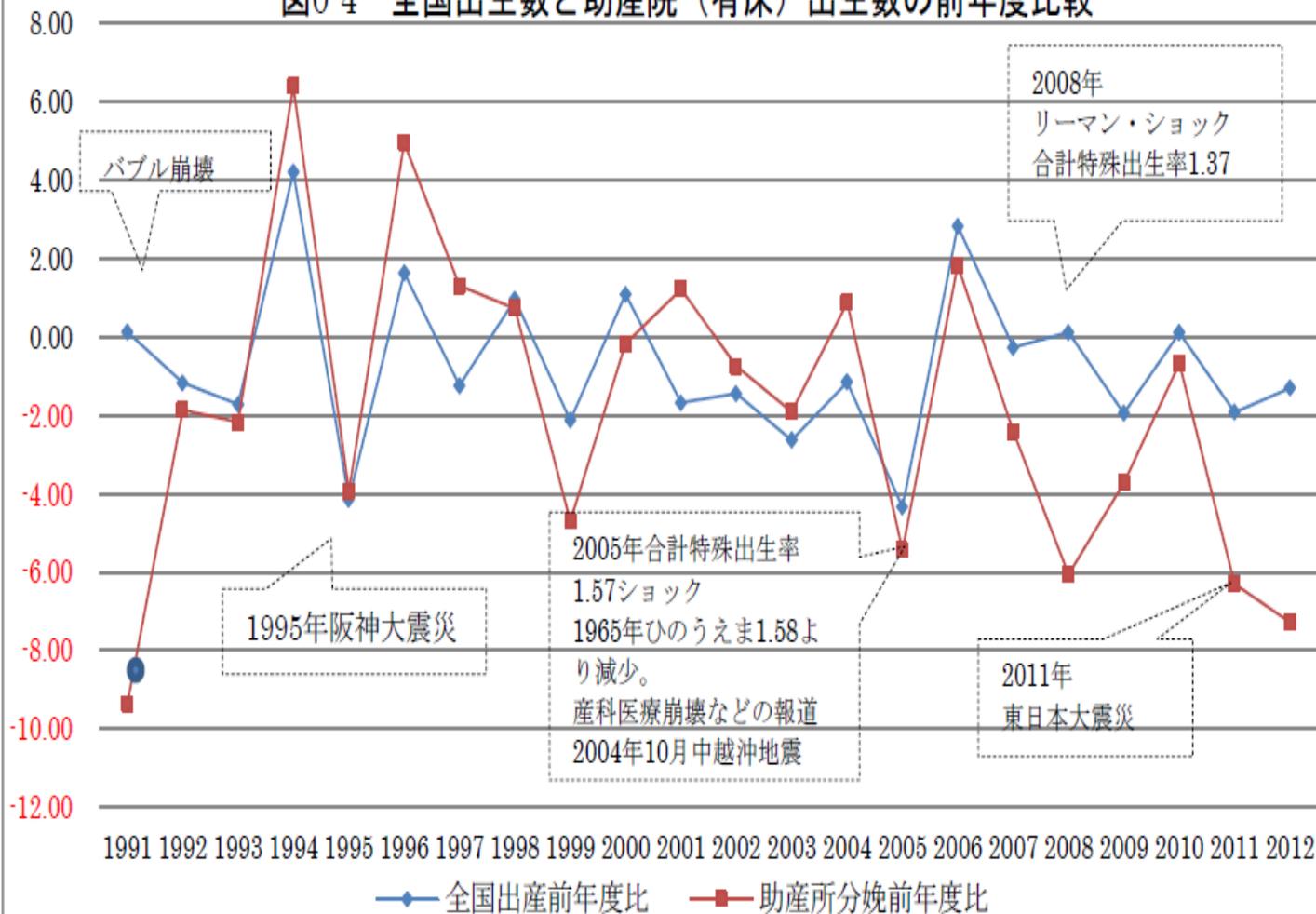
2006(平成18)年 医療法改正  
助産所の開設者は、嘱託する医師及び病院又は診療所を定めることが義務化される

人口動態統計より

# 助産院の減少の理由

- 高齢産婦の増加
- ガイドライン
  - 産婦人科診療ガイドライン(B 群溶血性連鎖球菌陽性妊婦の対応, 妊産婦のリスク項目の増加など)
  - 助産院業務ガイドラインの改定
- 医療連携の困難さ
- 東日本大震災の影響

図0-4 全国出生数と助産院（有床）出生数の前年度比較



出所) 前掲書, 公益財団法人母子衛生研究会編 (2014a), 45 頁より, 筆者作成。

# 出産の場の変化

- 病院・診療所での出産への移行や近代医療化によって、周産期死亡率は改善した。妊産婦死亡の状況は、自宅出産が中心だった1950年代は161.1(出産10万対)であった。
- 施設出産が中心となった1970年代では48.7(出産10万対)となり、1990年以降は8以下(出産10万対)となっている。 新生児死亡も同様の傾向である。
- 出産の内容は、分娩監視装置による管理、分娩台での出産、陣痛促進剤の使用など、近代医療の中で予防的な管理を行いながらの出産になっていった

# 出産の場の変化

- 帝王切開，吸引出産，鉗子出産，陣痛促進剤の使用などは増加した。また病院，診療所での出産は，分娩台での出産が一般化し，出産時に実施される医療介入ー浣腸，剃毛，会陰切開などもルーティンとなっていた。
- しかし，産婦は分娩台では自由に動くことはできず，また，分娩監視装置を装着し続けることは産婦の行動の自由は制限されることになる。産婦は安全を手を得たが，出産時の自由は奪われた形となっていた。
- だが，医療の管理下に抵抗する女性の声も出始めた。その象徴としては「分娩誘発剤の使用による胎児死亡事件」があり，当事者の女性は医師を訴え，各種メディアにも紹介される。そして1988年には「陣痛促進剤による被害を考える会」が発足している。

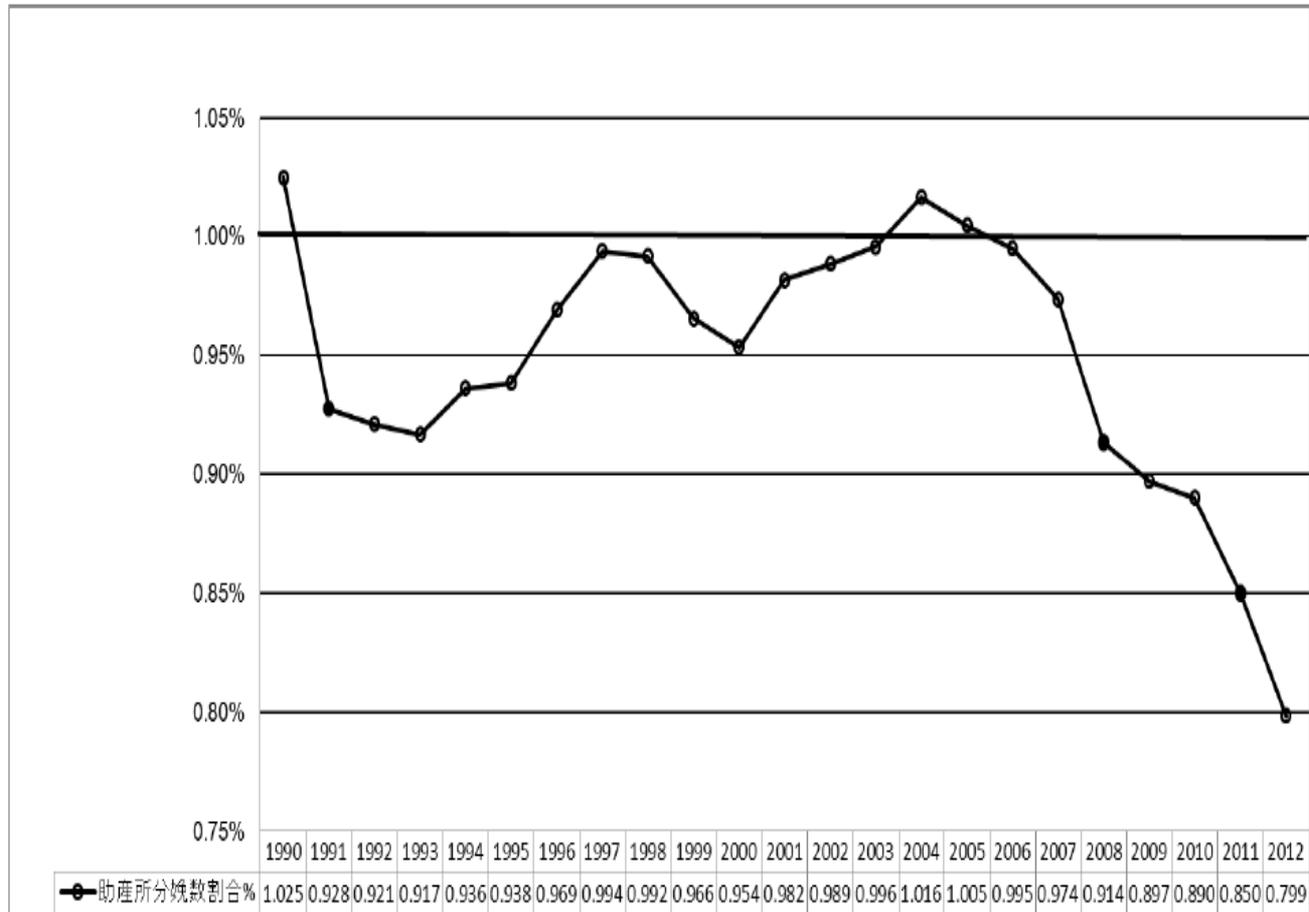
# 出産の場の変化

- また、フランスの産科医師が考案したラマーズ法という出産スタイルが紹介されると、一斉に全国に広がっていった。加えて、イギリスからアクティブバーース出産が紹介され、自然出産の関心が高まった。
- 緊急時以外は医療介入を実施しない助産院には、自然出産を求める妊産婦からの支持があり、出産施設として選択され続け、**1970年代には自然出産の波**が起こった。

# 出産の場の変化

- その結果, 1960 年には137,292 人(出生割合の8.5%)であった助産院出生数は, 1970年には205,965 人(10.6%)に増加した。
- しかし, 助産院出生数の増加は一時的なものでしかなく, 1980 年には3.8%, 1990 年には, 1.0%となり, 助産院出生数は1 万人弱に留まったままの状態となっていた。
- さらに2008年には, 統計から確認できるデータとして初めて出生数が1 万人を切り9,968 人(0.9%)となり, 2012 年には8,282 人(0.8%)となっている。

図 0-2 1990 年以降の全国助産院出生割合



出所) 前掲書, 公益財団法人母子衛生研究会編 (2014a) 45 頁より, 筆者作成。

# 出産費用



# 地域によって異なるお産の費用

- 出産費用の高いベスト3

- ①東京都 609,189円
- ②神奈川県 555,749円
- ③栃木県 538,927円

- 出産費用の安いベスト3

- ①鳥取県 394,087円
- ②熊本県 413,722円
- ③沖縄県 415,783円

# 病院、診療所、助産所でお産の費用が異なる

施設	平均金額
病院	503,967円
診療所（クリニック）	496,689円
助産所	460,952円

[参照]国民健康保険中央会 正常分娩分の平均的な出産費用について(平成27年度)

2040年、院内助産、  
助産師外来、助産所はどうなる？

## まとめと提言

- 2040年、人口減で就労人口が減る、より効率的な業務運営が、すべての職種で求められる
- 2040年を目指した助産師の在り方を考えよう
- 2040年の院内助産、助産師外来、助産所の将来を考えよう

- 
- 
-

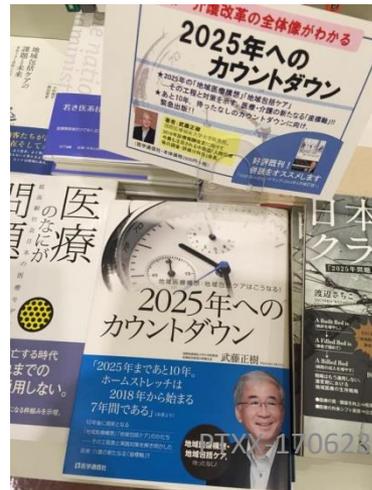
# 2025年へのカウントダウン

～地域医療構想・地域包括ケアはこうなる！～

- 武藤正樹著
- 医学通信社
- A5判 270頁、2800円
- 地域医療構想、地域包括ケア診療報酬改定、2025年へ向けての医療・介護トピックスetc
- **2015年9月発刊**



アマゾン売れ筋  
ランキング瞬間風速第一位！



170628-001

# 私たちの 働き方改革



良質で成熟した  
日本の医療を  
めざして

会長

**絹川 常郎**

独立行政法人

地域医療機能推進機構 中京病院 院長

会場

**名古屋国際会議場**

2019

**7.19** FRI ▶ **20** SAT

2019年は  
働き方改革  
元年！



# ご清聴ありがとうございました



フェイスブックで「お友達募集」をしています

国際医療福祉大学クリニック <http://www.iuhw.ac.jp/clinic/>  
で月・木外来をしております。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイト  
に公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで  
[mutoma@iuhw.ac.jp](mailto:mutoma@iuhw.ac.jp)

# グループワーク

- 2040年、助産師はようになる？
- 院内助産、助産師外来、助産所の生き残り戦略とは？それぞれの現状のサービスと、こんなサービスあったらいいなというサービスをみんなで考えよう。

