【総合報告用】厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）

分担研究報告書

地域における周産期医療システムの充実と医療資源の適正配置に関する研究
―院内助産システム推進のための研修評価と助産師数算定の基礎研究―

研究分担者　遠藤俊子　京都橘大学看護学部

研究協力者（五十音順）

石渡　勇　　石渡病院院長　日本産婦人科医会常任理事
石川　紀子　総合母子センター愛育病院助産師長
井本　寛子　日本赤十字医療センター　副看護部長
片桐麻州美　杏林大学医学部保健学科　教授
齋藤　益子　東邦大学医学部看護学科　教授
澤　倫太郎　日本医科大学講師　日本医師会研究部長
爪田久美子　聖隷浜松病院看護部　看護課長
中込さと子　山梨大学大学院医学工学総合研究部　教授
長坂　桂子　NTT 東日本関東病院　母性看護専門看護師
中林　正雄　総合母子センター愛育病院　院長
福島　裕子　岩手県立大学看護学部　准教授
神崎　光子　京都橘大学看護学部看護学科　准教授
前田　一枝　京都橘大学看護学部看護学科　助手

研究要旨　周産期医療提供体制整備における院内助産システムの導入は着実に進んでおり、平成 22 年 4 月にはわが国の分娩を取り扱う病院総数のその 35%が助産外来を設置し、院内助産では 5%強が設置している。今後も取り組みたいと考えている施設もあり、暫く増加の傾向が予想できる。しかしながら、助産師の専門性を発揮し、安全に実施するためには、医師･助産師間の連携がいっそう望まれると共に、助産師の実践能力と助産師数の問題が課題である。

平成 21 年度は、助産師の能力強化研修の実施と参加者の評価を行った。平成 22･23 年度は（A）院内助産の普及課題と、助産師実践能力強化研修の評価に関する調査、(B) 助産ケア必要量から算出する看護職員配置調査の 2 つの調査を実施した。その結果、院内助産システムに関する有用性は、システムを実施している医師や助産師ほど認めていた。また、研修内容はほぼ妥当と回答し、今後も実施する希望は高かった。助産ケア必要量は、初・経産婦に差はなく、帝王切開褥婦は自然分娩褥婦より高かった。平成 23 年度には、このケア必要量から計算した看護職者の必要式を作成し、数式の妥当性を評価するための調査を実施した。この数式により、夜間を除く看護職員数の充足はできていたものの、助産師の充足は、産科単科、産婦人科混合、他科混合の順に低下していた。

2009～2011 年度（3 年間）の研究実施内容

年次	院内助産システム推進方略	助産師の必要数
2009（平成 21)年	助産実践能力強化研修モデル事業のモデル事業の実施と参加者評価	現状分析と助産ケア必要量項目の検討(日本看護協会と連携)
2010（平成 22）年	**調査 A** 分娩を取り扱う全国の病院・診療所の医師・助産師の管理者による院内助産システムの推進に関わる意識調査の実施 助産師の助産実践能力向上研修の評価調査実施	**調査 B** 総合周産期母子医療センター4 箇所による 10 日間の助産ケア必要量の調査から、人数の必要度換算モデル式の作成
2011（平成 23）年	2010 年度調査の分析	全国の分娩を取り扱う病院を対象に、任意の 1 日の助産ケア必要量と看護職員数の実態調査し、看護職員数の充足状況を調査し、分析

3 年間の結論

<u>21 年度</u>

院内助産システムの推進は、着実に進んでいる。一方、進むことによる本システムの安全性の維持と、メリットが保証されるような取り組みが必要である。そのためにも、中堅助産師の助産実践能力向上研修の普及と、修了の認定の仕組みが急がれる。平成 22 年度から看護職員等、新人研修事業が開始する。助産師のキャリアパス･ラダーも考慮しながら、今後の周産期医療を担う人材を育てることが重要である

<u>22・23 年度</u>

調査 A 院内助産システムを担う助産師の実践能力向上のための「助産師実践能力強化研修標準プログラム」関する専門職者を対象とした全国調査を行い、以下のことが明らかとなった。

1）「助産師実践能力強化研修標準プログラム」の研修目的と研修内容、事前提出書類については 7 ～8 割が妥当であると評価していた。

2）全体の 8 割が「助産師実践能力強化研修標準プログラム」は院内助産を担ううえで必要な研修であると認識し、7 割が施設の助産師にも受講させたいと回答していた。

3）周産期医療における院内助産システムを有益だと認識しているのは 6 割であり、院内助産のための研修は 9 割が必要だと回答していた。第三者評価の仕組みは 6 割

が必要だと回答していた。

４）周産期医療における院内助産システムの有益性や研修や第三者評価の必要性の認識には、職種や助産外来・院内助産の取り組みの有無によって差がみられた。

調査 B

１　総合周産期母子医療センター4 箇所の連続する 10 日間の助産ケア必要量の調査から、以下の３点が明らかになった。

1)帝王切開は自然分娩の対象者より助産ケア必要量が有意に多い。

2)初産婦と経産婦の比較では助産ケア必要量に差がない（経産婦であっても一定の助産ケアが必要である）ことが明らかになった。

3)調査した 4 施設は日本の産科医療の中では助産師配置が比較的多いと予測される施設にもかかわらず、今回の算定式から充足率を計算すると 3 施設で配置数が不足していた。

２　平成 22 年度の助産ケア必要量調査結果から看護職員数を仮定した、新生児 7：1、妊婦 10：1、分娩中(産婦)1：1、自然分娩後 7：1、帝王切開後 0-1 日 4：1、帝王切開後 2 日以降 7：1　の算定式を用いて、全国の分娩を扱う病院 81 施設の看護職員充足率を調査した結果以下のことがわかった。

1)看護職員の１日当たり換算の理想看護要員配置数は充足率を満たしている施設が多い事がわかった。しかし、夜間の看護要員配置数については、充足率が 50%以下の施設が、44%存在した。

2)「充足率」、「充足感」の双方において、産科単科と産婦人科、その他の混合病棟で順々に低下している傾向が認められた。充足率と分娩件数で比較すると、今回の調査からは年間分娩件数が多い施設ほど、充足率が低い実態が明らかになった。

3)産科および産婦人科病棟では、助産師配置数と充足感に有意に関係が認められた。

平成 21 年度

院内助産システムを担う助産師の質的向上をはかるための標準プログラム（案）を活用した研修の実施と評価

A　研究目的

院内助産システムを担う助産師の質的向上をはかるための標準プログラム(案)を活用した研修の実施を通じて、標準研修プログラムのブラッシュアップを図り、具体的な研修企画マニュアルを作成する。

B　研究方法

院内助産システムにむけた助産実践力強化標準研修プログラムのモデル研修の実施と評価

研究協力者からワーキンググループ（医師 2 名、助産師 3 名）を立ち上げ、プログラムの実施。募集により 44 名の研修参加者による実施、事前事後評価の実施。

平成 21 年 9 月 12-13 日、10 月 10-11 日　12 月 6 日の 5 日間（40 時間）

場所：岩手県盛岡市

岩手県立大学ｻﾃﾗｲﾄキャンパス

C 結果

助産師実践能力強化研修プログラム案作成のためのモデル研修実施報告

1） 研修目的

助産師のキャリア形成として、一定の能力を持つ助産師に対して研修を行い、「助産師が院内助産システムにおいて主体的に自信をもって助産実践が出来るための能力を強化する」ことを目的とする。

2） 受講参加数　48 名

3） 対　象

産科領域における勤務経験が5年目以上で、分娩取り扱い件数が 100 例以上(帝王切開の介助を含む)の助産師

4） 研修プログラムと内容資料1

産婦人科医師と助産師からなるワーキンググループで検討した。これからの病院・医院で中心的に助産業務を推進する中堅助産師が対象であるため、周産期各期の正常・異常の判断能力、医師への報告や母体搬送へ移行する際の助産師の判断能力など、助産診断の実践力を強化するプログラム内容とした。

特に 21 年度は昨年の研修評価を活かし、岩手県という地域性やこれまでの岩手県内の助産師に対する各種調査結果も考慮した。

5） 研修の実際

助産診断に関する参加型・体験型の演習やコミュニケーション能力における自己理解や気づきのための体験型学習を取り入れたことで、効果的な学習ができた。グループディスカッション・グループワークでは、各自の迷いや不安、困っていることを共有できただけでなく、他施設の取り組みから具体的な工夫すべき点や、医師との関わり方など中堅の助産師としてどうあるべきなのかという課題も話しあえた。

6） 評価

受講生に研修開始前と研修終了後に、質問紙調査を行い、研修の効果や今後の課題を明らかにする。

(1)調査内容:今回の研修に参加した目的とその目的の達成度、研修への満足感、研修受講後に

実感している助産業務や助産ケアに臨む姿勢や中堅助産師としての自信や自覚などを、項目ごとに選択肢により尋ねた。また、研修費や受講資格などについても選択肢により意見を求めた。研修全体に対しては自由記述で意見を求めた。

(2)調査方法

研修終了後に質問紙と返信用封筒を各自に配布し、2~3 日後に郵送にて提出してもらった。なお今回の調査は個人の変化を追う必要があるため、無記名ではあるが受講生番号を付記する方法をとった。

(3)倫理的配慮

調査目的や方法のほか、受講生番号は記載していただくが、個人名や施設名は公表されないこと、データはすべて数値化して目的以外には用いないことを、口頭および紙面にて承諾を得た。

7) 調査結果

(1)回収率

研修前の質問紙は 100%。事後は平成 20 年度が 36 名(94.7%)で、平成 21 年度は 48 名(98.0%)であった。

(2)研修の参加目的と達成度

今回のモデル研修に参加した目的は、両年度とも「自分の能力向上」が最も多く 9 割以上、次いで「新しい知識や技術の獲得」「今後の目標を明確化するため」「助産師の仲間作り」であった。受講
後の目的の達成度は、どちらの年度も 9 割以上が達成できたと認識できていた。研修時期や場所、講義内容や全体運営についてはどちらの年度も9割近くが「満足」していた。研修期間やグループワークは他の項目よりも満足度が低く、その理由として「じっくり学びたい」「時間の不足」や「他のメンバーともっと交流したかった」などがあった。

(3)助産診断技術の自信度

周産期各時期の助産診断に関する 20 項目について、どの程度自信があるかを「自信がある」から「全く自信がない」まで 4 段階で尋ね、研修受講前後で比較した。その結果、20 項目すべてにおいて研修受講直後に自信度の有意な上昇が認められた($p < 0.05$ が 1 項目、$p < 0.005$ が 4 項目、$p < 0.001$ が 15 項目)。また、研修後一ヶ月後は、直後の自信度よりは下降しているものの、多くの項目が受講前よりも依然有意な高い値を示していた($p < 0.05$ が4項目、$p < 0.05$ が7項目、$p < 0.001$ が 3 項目)。

(4)中堅助産師としての今後の姿勢・意欲

「主体的に助産業務」「異常への対応」「助産業務が楽しくできる」「助産業務はやりがいのある仕事」「仕事を継続していく気持ちが強くなった」の 5 項目は、どちらの年度も受講生の 9 割が「そう思う」と回答していた。「医師との連携」も8割近くが「できると思う」と回答していた。

受講後の質問紙の自由記述では「よかった・充実していた・学びになった」「自信・自覚・意欲の向上につながった」などの記載がみられた。また、「助産師外来や院内助産システムで助産師がどこまで関わるか迷う。妊娠期の関わり方について情報や知識不足で不安」など迷いや不安、「やれることからやっていこう。」「助産師だからこそ出来ることを考えたい。」など今後への意欲も多かった。グループワークの感想では、他施設の助産師と交流を持てたことは「とてもよかった」「とても楽しく、他の人からパワーがもらえた」「刺激になった。頑張っていきたい。」など肯定

的な感想が多くみられた。話し合いの時間がもっとほしかった、という声もあり、助産師同士の交流に対するニーズが高いことが伺えた。「師長や看護部長の理解と病院全体としての取り組みが必要、定期的な他職種との話し合いが重要」など今後に向けての意欲的な意見もみられ、助産師としての意欲が喚起されるものであった。

5. 考察

1) 院内助産システム推進のため整備すべき課題

院内助産システムを進めるにあたっては、院内助産システムを進めるにあたって整備すべき事項にまとめられる。「安全の維持とケアの質向上」が目標となる。

(1) ガイドラインの遵守

医師，助産師が共通合意できるガイドラインが必要である。本ガイドラインは，日本産科婦人科学会（2008）の示す「産婦人科診療ガイドライン」を参考に，病院・診療所に勤務する助産師が妊婦や褥婦の健診をどのように進めていくかの指針を示したものである。助産師の行う健診内容は，先行研究や日本助産師会の提示している開業助産所ガイドラインを参考に作成したが、本ガイドラインは，すでに開始されている助産外来実施施設で作成されている指針や基準を制限するものではない。究極的には、医療の安全性，適切性は実践する個々の医療人に委ねられており，医療チームの連携によって効果的に実行されるものだからである。

このガイドラインは固定したものではなく、本ガイドラインを基準にして実践すること。同時に院内助産システムの実施施設で行われていることに照合し、また調査や事例報告などを通じて、ガイドライン自体の改訂を図っていくことが重要である。

実際、助産外来の実例報告においても、健診の回数、週数、利用者の基準、料金体系、所要時間などは施設でさまざまである。いずれもガイドラインを準用しつつも各施設の医師、助産師数や妊産婦の状況で対応を考えて安全と助産師のケアの効果を考えながら実施している点に着目して欲しい。

(2) 助産外来・院内助産機能評価の実施

院内助産システムの実施施設は増加して入る。しかしながら、安全の維持とケアの質向上のためには、一定の機能評価を取り入れることを推奨していく必要がある。安全は、個人的な能力も重要であるが、組織的なシステムエラーの観点から守る仕組みを取り入れていく。

(3) 中堅助産師のための助産実践能力研修と認定の必要性

各施設で院内助産システムを運用するために、助産師への研修や条件、能力を査定して、その任にあたっている。しかしながら、何処の施設に行っても、助産外来や院内助産の任にあたることの出来る助産師の能力を保証する認定が望まれる。

このことは、卒後のキャリアを通じて知識、技術、対人関係能力などの経験から評価することが妥当である。平成 22 年度から看護職などの新人研修の努力義務化が方向付けられたこともあり、新人研修に続くキャリアパスの整備が求められる。
しかし、現在の院内助産システムを担う助産師の研修は、同時に進めていくことが重

要で、標準化モデル研修を実施などの成果を活かし、認定の仕組みを作ることが急務である。

（4） 助産師数と仕事に見合った処遇

就業場所別助産師数をみると、病院に66%、診療所 21%である。ところがわが国の場所別分娩数は、病院、診療所共にほぼ半数であり、明らかに診療所の助産師数が少ない。一方、助産師数は、微増を続けているものの数の不足は否めない。院内助産システムが安定的なシステムになるためには、助産師数と仕事に見合う処遇が今後、検討されなければならない。

（5） 利用者の評価

利用者の異見としては、河合らのネット調査　賛成、許容まで入れると 85%程度が認めており、国民への周知度も高い。しかし、助産師と話せる場の認識を聞くと、まだまだ話せる場があると認識している妊婦40%程度である。実際に助産師と接し、助産外来を体験した妊婦は満足度が高いことからも、先の助産師の偏在の問題は課題であるといえる。

さらに、院内助産システムを活用した施設の産科統計などからもこのシステムが安全であることのデータの蓄積、公開も必要である。

2)助産実践力強化標準研修プログラムのモデル研修の今後の方向性

受講生のほとんどが自己能力の向上を目的として参加し、9 割以上が達成できたと認識していることから、今回の研修は中堅助産師のニーズを満たすものになっていたと評価できる。また、自信度の自己認知度は、受講直後のみならず、研修一ヶ月後も受講前より高値を持続できていたことは、今回のような研修が、中堅助産師の知識や技術の向上に効果的であると評価できる。

2 回の取り組みから、効果的な研修となるための条件として以下の項目が考えられる。

(1)助産診断に自信がもてる最新の知識や技術の学習を取り入れた研修とする

これまで助産師は、医師主導の周産期医療の中で、妊産褥婦や新生児の診断を医師に依存してしまい、助産師として診断をする機会を持たない、あるいは、診断をしても医師に伝えることはなかった。そのため、経験 5 年以上であっても、助産診断に関する技術に「自信がない」と答える者が多い。助産師外来や院内助産システムでは医師との協働が不可欠であり、医師に助産師の判断を伝え、協議する場面も出てくる。エキスパート助産師の育成には、助産診断能力の向上につながる最新知識やスキルの学習は必須であり、そのための研修プログラムと適切な講師を精選することが重要である。ある程度の臨床経験を積み上げている助産師だからこそ、裏付けとなる最新の知識や、診断スキルの根拠を学ぶことで、これまで臨床で培ってきた実績を再認識することにもなり、助産診断に関する自信を向上させることができるといえる。

(2)一方的な講義形式だけではなく、参加型、体験型の学習形態とする。

ある程度の実践能力を持った助産師を対象にエキスパートとしての能力を強化するための研修は、実践につながる知識や技術を「教える」ことも重要であるが、自信を持ち、助産師としてのプロフェッショナル・アイデン

ティティが確立されるよう「育つ」ための学習内容や学習方法の検討が必要である。

Bundura によって提唱された社会的学習理論では，ある結果を生み出すために必要な行動ができるという個人の確信や自信を“ 自己効力感 self-efficacy”と呼んでいる。“self-efficacy”は，自然発生的に生じるものでなく，①遂行行動の達成体験（自分で実際に行って、できるんだ、という成功体験を持つこと）②代理的体験（他者の成功体験を見聞し擬似的成功体験を持つこと、モデリング）③言語的説得、社会的説得（自分の行動や達成状況を自分で賞賛し、周りの人からも確認・賞賛されること）④生理的・情動的喚起（やり遂げたことによる感動や爽快感、高揚感等の自覚）といった情報や影響力によって個人が作り出していくものととらえられている。

CTG や超音波検査の診断の演習をして、その場で講師に評価してもらう、という参加型・体験型学習は、自分で実際に行って成功体験することであり、評価による喜びや嬉しさなど情動的喚起を経験することである。また、ロールプレイは他者の行為を観察するモデリングであり、自分で演じてみた助産師にとっては自己教示や成功体験となっている。そしてグループワークは、自己効力感を生みだす 4 つの体験がすべてふくまれるといえるだろう。自己効力感は、その人間の行動変容につながる原動力でもある。研修を受講した助産師が「自分はやれる、自分の施設はこうすればもっと良くなる」という効力感や自信を獲得し、臨床の場に戻ったとき、エキスパートとして一歩ずつ前進していくためには、一方的な講義形式だけではなく、「育つ」ための参加型・体験型学習が重要である。

（3）グループディスカッション・グループワークの時間を十分に確保し、施設を超えた助産師同士の交流の場とする。

中堅助産師は臨床経験も豊富で各施設において課題や問題が見えてきている立場である。その課題を表出し、情報交換をし合うことで、主体的に問題解決に結びつけることができる力を持っているといえる。研修では参加者同士が交流し、エンパワーメントができる時間を十分に組み入れていくことが重要だといえる。

（4）職場を離れた数日間の研修とする。

ある程度の経験年数を持った助産師の場合は、勤務する場所を離れることで、自己の職場環境や助産師実践を客観的に眺め課題を明確化できる。また、他施設の助産師とも情報交換ができ、職場では言葉に出来ないさまざまな思いを表現し合う機会を持つことも、エンパワーメントに効果的だと考える。

（5）助産師だけではなく医師や行政など他職種に認知される研修とする

これまで助産師の研修会は、個人の意欲や主体性に任された学習機会であり、勤務の都合がつかなければ参加できなかった。今回のように産婦人科医師と助産師が同じテーブルで企画し内容を検討して実際の講師も担当したり、事前に助産師研修に関する情報交換・検討会を開催し、行政、医師会、教育機関が一堂に集い、助産師研修の目的や内容を共有することは、助産師に対する医師や他職種の理解を高めるために重要であると考える。

（6）勤務施設の理解が得られ、出張や派遣として参加できるようにする

助産師の実践力強化研修は数日間にわ

たるため、施設からの派遣や推薦で参加できることが望ましい。参加しやすさはもちろんであるが、施設から期待されて送り出されているということで、受講する助産師の責任感や意欲にもつながる。また、送り出した施設で受講した助産師の実践能力を活用することにもつながっていくと考える。

(7)講師や研修を運営するファシリテーターの役割

教育は、看護と同様に人間と人間の関係の中に起こる事象である。教える側の熱い気持ちが相手にも伝わり、学ぶ者の向上心を掻き立てていくのである。講師やファシリテーター自身に、向き合う助産師を応援したい、成長して頑張ってほしいという情熱や、助産師は素晴らしい仕事、という思いがあるべきである。いくら中堅の助産師が対象であるといっても、さまざまな課題や悩みを抱えて研修に参加している。向き合うこちらが、研修の様々な場面で助産師たちを認め、肯定的なメッセージを自然に発するようでなければ、助産師の自己効力感の向上、エンパワーメントにはつながらない。

3) 今後の研修普及上の課題

助産師実践能力強化研修を実施し、助産師が院内助産システムにおいて主体的に自信をもって助産実践が出来る能力を持つために必要な研修の内容や工夫点をある程度明らかにできた。

今後は産婦人科医師や臨床現場の声をすくい上げ、中堅助産師の能力強化のために必須となる研修プログラムの標準化が課題である。また、受講生の知識や技術そして人間的な成長を、研修受講後にどのように評価していくかについても検討を重ね、将来の認定制度に向けたシステムを構築することも課題といえる。

今後各地で「助産師の実践力強化研修」が効果的に行われ、多くの助産師が施設内で自己の能力を十分に発揮して活き活きとした活動ができるようになることを期待したい。そのことがひいては妊産婦の安全で安楽な妊娠・出産・育児を支援していく力に繋がるものである。

E 結論

院内助産システムの推進は、着実に進んでいる。一方、進むことによる本システムの安全性の維持と、本システムのメリットが保証されるような取り組みが必要である。そのためにも、中堅助産師の助産実践能力向上研修の普及と、修了の認定の仕組みが急がれる。平成 22 年度から看護職員等、新人研修事業が開始する。助産師のキャリアパス・ラダーも考慮しながら、今後の周産期医療を担う人材を育てることが重要である。

F 健康危険情報

なし

平成 22・23 年度

調査 A

院内助産システム推進ならびに助産師の能力向上のための研修に関する調査

A.研究目的

平成21年度に実施した助産実践能力強化研修（以下、実践研修）に関する評価と、現状を踏まえた周産期医療における院内助産システム推進に関する意見を、わが国の分娩を扱う病院・診療所の全数を対象として代表者である産科医師・助産師に聞くことから、今後の院内助産システムの推進への示唆を得る。

B. 研究方法

1)調査期間：平成 22 年 10 月～11 月

2)研究対象者：WAM NET（福祉保健医療医療関連情報サイト）で把握できたわが国で分娩を扱う施設、病院 1205 箇所のうち、宛先明確な病院の産科医師 1200 名と産科看護管理者 1200 名と、産科診療所 1689 箇所のうち、宛先明確な診療所の院長 1676 名の合計 4076 名。

3)調査方法：郵送による無記名自記式質問紙調査　資料２

(1)調査内容：回答者のデモグラフィックデータ、院内助産システムの課題に関する 4 項目、助産実践力強化標準研修プログラムのモデル研修の内容･方法に関する評価 20 項目である（調査票参照)。標準モデル研修のまとめの概要を見ながらの調査とした。

(2)分析：統計ソフト SPSS for Windows15.0J を使用し、単純集計及びχ^2検定をおこなった。有意差は 5%未満とした。また、自由記述欄の回答は、院内助産システム推進にかかわる意見、研修に関する意見を各々KJ 法を用いて、集約した。

（倫理面への配慮）

調査の依頼文にて、研究の趣旨目的とともに、調査票は無記名であり個人が特定されないこと、返信をもって研究協力の同意とみなす旨を明記した。研究分担者の所属する研究倫理審査委員会の承認を得て行った。

C．調査結果

1)回収率：期限内の回収数は 1140 名の回収率 28%であり、有効回答であっ 1118 名を分析の対象とした。

2)回答者の属性：回答者の職種は、助産師が 590 名（52.8%）で一番多く、次いで医師 454 名（40.6%）看護師 60 名（5.4%）であった。

所属施設は「病院」が最も多く 746 名(66.7%)、診療所が 340 名(30.4%)であった（図１)。

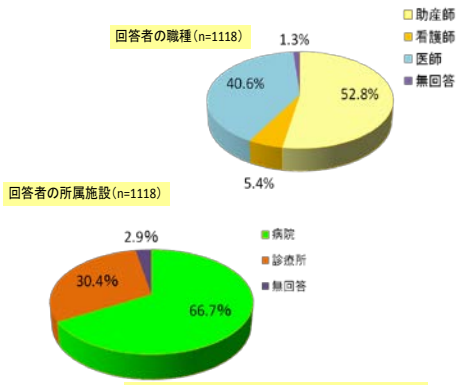


図1 回答者の職種と所属施設(n=1118)

病院・診療所別職種では、総合病院では助産師 460 名（62．2%）、次いで医師 231 名（31．2%）で、診療所では医師 210 名（62．5%）で次いで助産師 115 名（34．2%）であった（図２）。

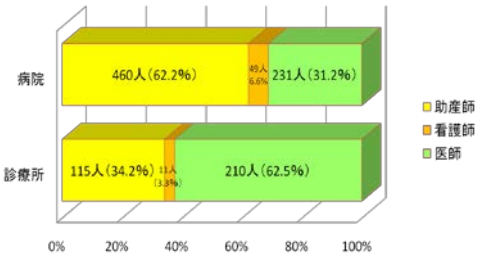
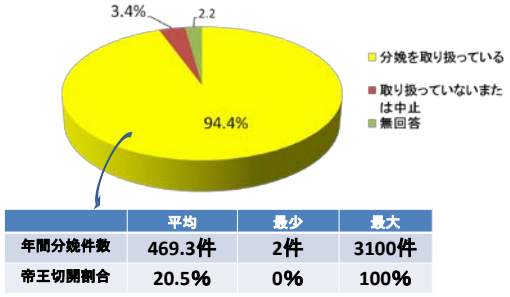


図2 回答者の病院･診療所別の職種(n=1076)

所属施設で分娩を取り扱っているのは 94．4%であり、平均分娩件数は 469．3 件であった（図３）。



	平均	最少	最大
年間分娩件数	469.3件	2件	3100件
帝王切開割合	20.5%	0%	100%

図3 回答者の所属施設の分娩取扱い状況(n=1118)

産科関連病態の形態は、産科単独または産科・MFICU 病棟は 25%ほどで、他は産婦人科または他科との混合病棟であった（図 4)。

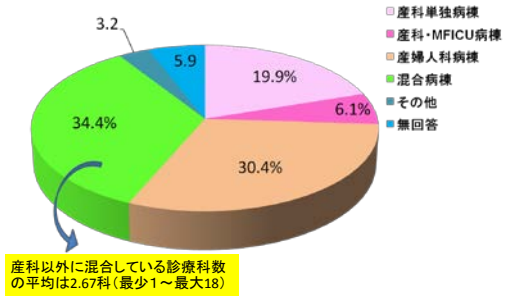


図4 回答者の所属施設の産科関連病棟の形態(n=1118)

助産外来を有している施設は 39．1%、院内助産は 8．5%であった（図５）。

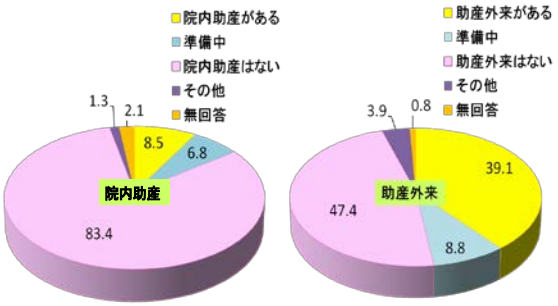


図5 回答者所属施設の助産外来と院内助産の取り組み(n=1118)

3）院内助産システムの有益性の認識

「周産期医療における助産師活用において、院内助産システムは有益だと思いますか」について尋ねた結果、1 割が「非常に有益である」と回答し、「有益である」も半数を占め、全体の 6 割が有益であると認識していた（図 6）。

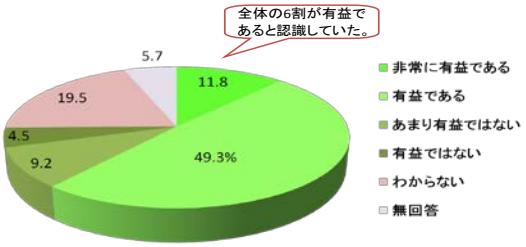
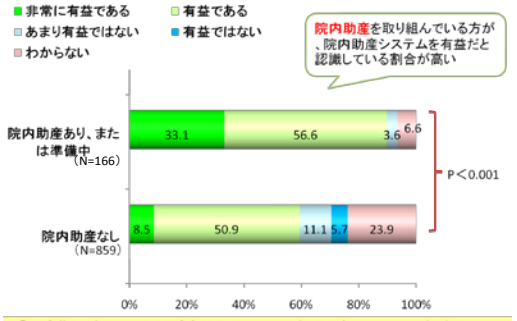


図6　周産期医療における助産師活用において院内助産システムは有益だと思いますか（n=1118）



図7　周産期医療における助産師活用において院内助産システムは有益だと思いますか（n=1044）



8「周産期医療における助産師活用において院内助産システムは有益か」の院内助産の取り組み有無別の回答割合（n=1025）

職種別では、医師よりも助産師、看護師の方が有益だと認識する割合が高かった（P＜0.001）（図 7）。院内助産を取り組んでいる方が、院内助産システムを有益だと認識している割合が有意に高く（P＜0.001）（図 8）、助産師、医師それぞれで分析をしても、院内助産を取り組んでいる方が、院内助産システムを有益だと認識していた（P＜0.001）（図 9）。

医師の 4 分の 1 は「わからない」と回答しており、特に診療所勤務の医師にその割合が高かった（p＜0.05）（図 10）。

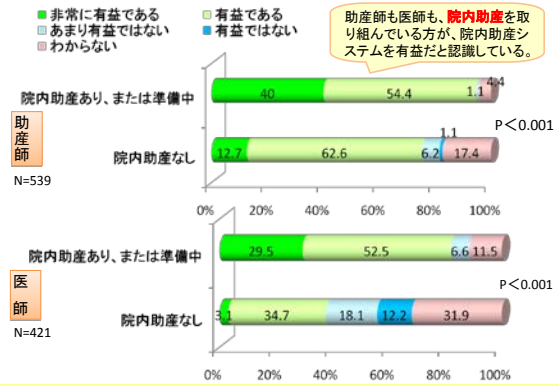


図9「周産期医療における助産師活用において院内助産システムは有益か」の院内助産の取り組みの有無別・職種別回答割合

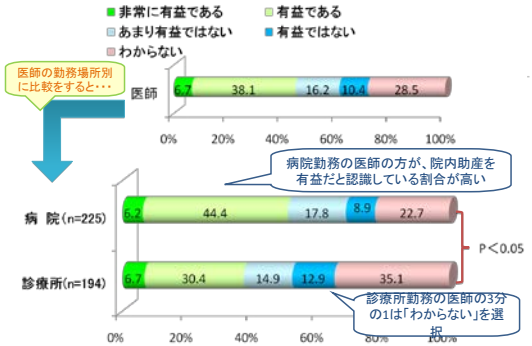


図10「周産期医療における助産師活用において院内助産システムは有益か」：医師の勤務場所別回答割合

4）院内助産のための助産実践能力強化研修の必要性の認識

「現職の助産師が院内助産システムを担うために、助産実践能力強化研修は必要でしょうか」については、9 割が必要だと認識していた（図 11）。助産師は 6 割が「非常に必要である」と回答しており、助産師、看護師とも 9 割が必要性を認識しているのに対し、医師の 1 割は「不要である」と認識していた（P＜0.001）（図 12）。

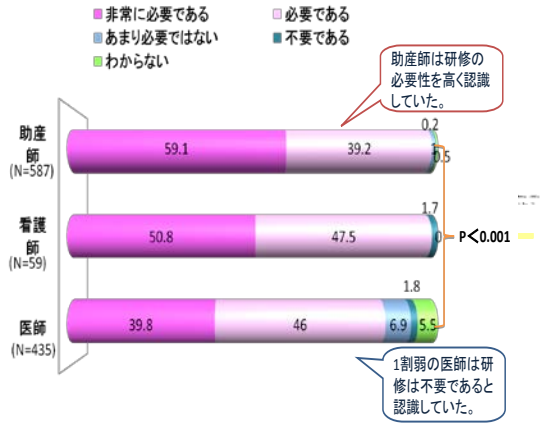


図12 現職の助産師が院内助産システムを担うために、助産実践能力強化研修は必要でしょうか（n=1081）

医師の中でも病院医師よりも診療所勤務の医師の方に「不要である」や「わからない」が多い傾向にあった（図 13）。

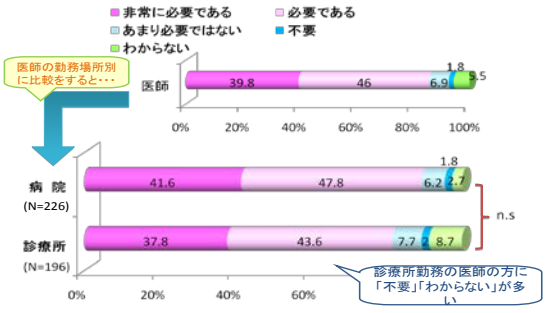


図13 「院内助産システムを担うために、助産実践能力強化研修は必要か」：医師の勤務場所別回答割合（N=422）

研修の必要性の認識は、回答者の所属施設が、助産外来や院内助産システムを取り組んでいる方に高かった（P＜0.001、p＜0.05）（図 14、15）。

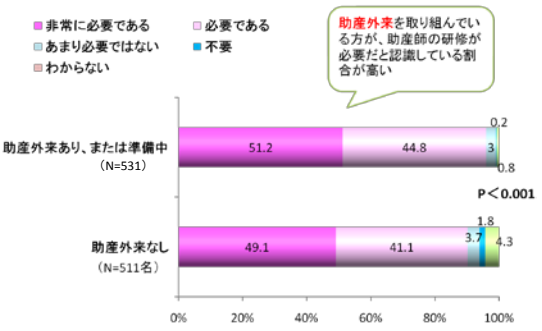


図14 「院内助産システムを担うために、助産実践能力強化研修は必要か」の助産外来の取り組み有無別の回答割合（n=1042）

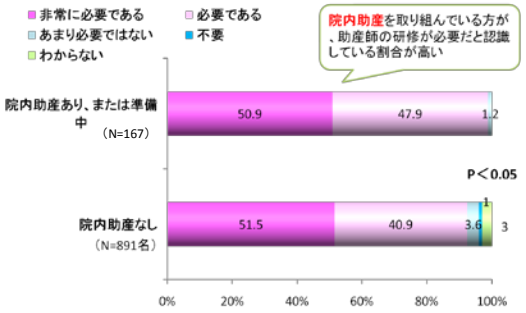


図15 「院内助産システムを担うために、助産実践能力強化研修は必要か」の院内助産の取り組み有無別の回答割合（N=1058）

5）第三者評価の必要性の認識

「現職の助産師が院内助産システムを行うにあたり、第三者評価の仕組みが必要でしょうか」については、「非常に必要である」が 13.3%で、「必要である」46%も合わせると、およそ 6 割が必要だと認識していた（図 16）。

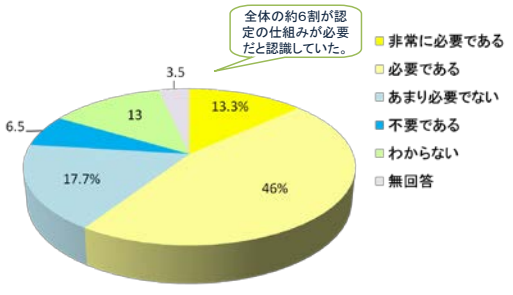


図16 現職の助産師が院内助産システムを行うにあたり第三者評価（認定）の仕組みは必要でしょうか（n=1118）

院内助産の有無による必要性の認識には差がなかった（図 17）。

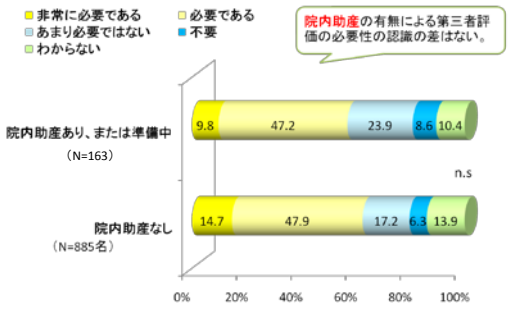


図17「院内助産システムに第三者評価（認定）の仕組みは必要か」の院内助産の取り組み有無別の回答割合（n=1048）

職種別に比較すると、医師よりも助産師、看護師の方に認定の仕組みが必要だと認識する割合が多かった（p<0. 001 ）（図 18）。医師の３割は必要ないと認識しており、「わからない」と回答した割合も助産師、看護師よりも多かった。第三者評価必要ないという認識は、病院勤務の医師よりも診療所勤務の医師に多い傾向にあったが有意な差ではなかった（図 19）。

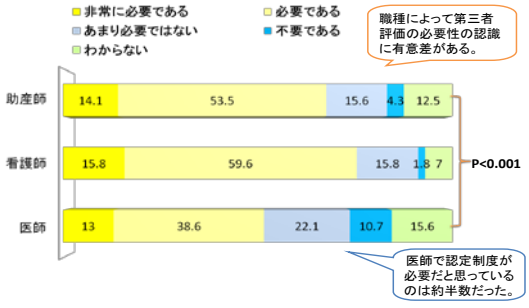


図18 現職の助産師が院内助産システムを行うにあたり第三者評価（認定）の仕組みは必要でしょうか（n=1118）

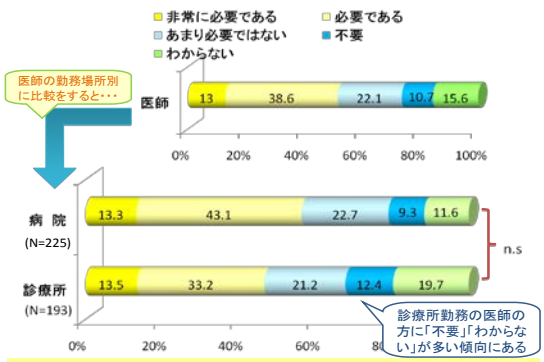


図19「院内助産システムに第三者評価（認定）の仕組みは必要か」：医師の勤務場所別回答割合（n=418）

６）研修の標準プログラムへの評価

２年間モデルとして実施した「助産師実践能力強化研修標準プログラム」について、その目的や期間、研修内容等を提示し、妥当性や必要性などの意見を求めた。

(1) 研修目的

研修の目的は全体の８割が適切と認識していた（図 20）。職種別として医師と助産師で比較すると、助産師 97%、医師 75%と有意差があり、医師には「わからない」という回答も多かった（図 21）。

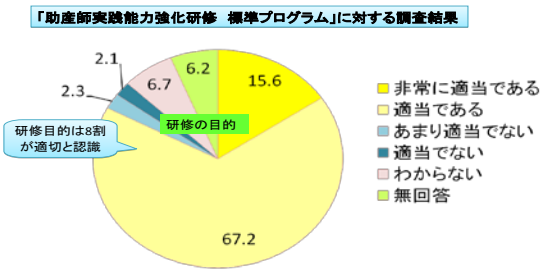


図20『標準プログラム』の目的は適切か（n=1118）

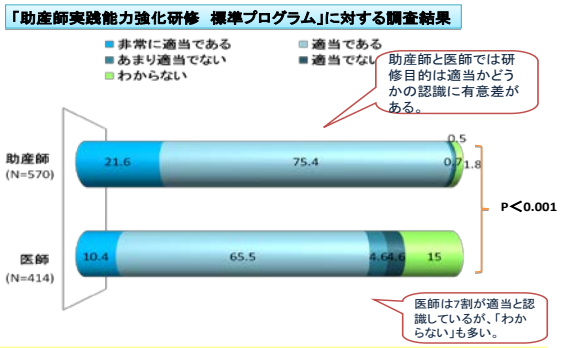


図21「『助産実践能力強化研修標準プログラム』の研修目的は適当か」の助産師と医師別回答割合（n=984）

(2) 研修期間

モデル研修の期間である「4 日間＋フォローアップ 1 日」が「適当である」と回答したのは 36%で、同じ 36%が「適当でない」と回答していた。その理由として「短すぎる」が 7 割であった（図 22）。

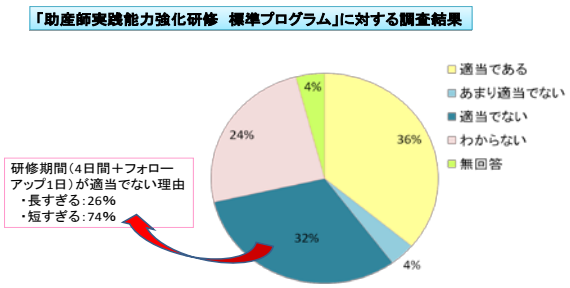


図22 『標準プログラム』の研修期間は適切か（n=1118）

(3) 各種書類の提出

研修を受講するにあたっての各書類に提出に関しては、必要と応えているものは 7 割から 8 割がだが、不必要と考える対象者もいた。その理由として、「必要性が不明確」「必要なものかどうか不明」「形骸化の恐れがある」などが挙げられていた（図 23）。

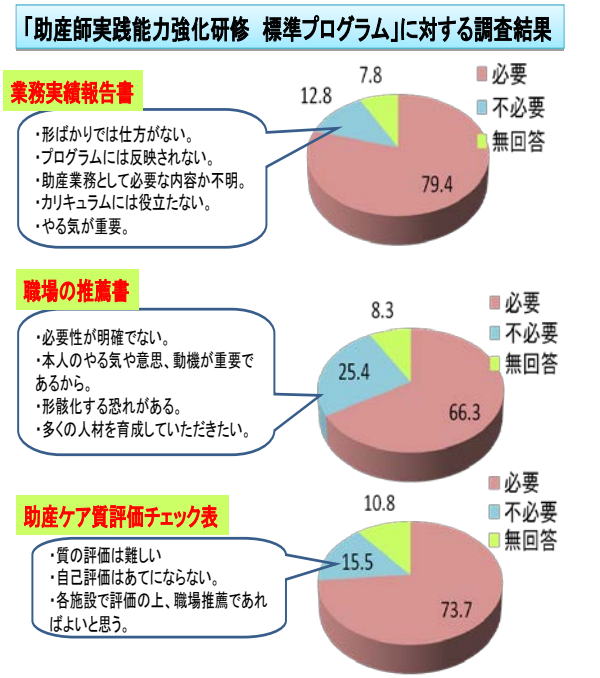


図23 研修受講するにあたっての各書類提出の必要性の認識

(4) 研修内容（図 24、25，26，27）

プログラムの内容や運営の工夫点について、項目ごとに「非常に必要だと思う」から「思わない」の 4 段階と「わからない」の 5 つから選択してもらった。その結果、どの内容においてもおよそ 7 割から 8 割の回答者が「必要である」と回答していた。「毎回のグループワーク」に関しては、「あまり必要だと思わない」が 2 割と、他の項目より多かった。

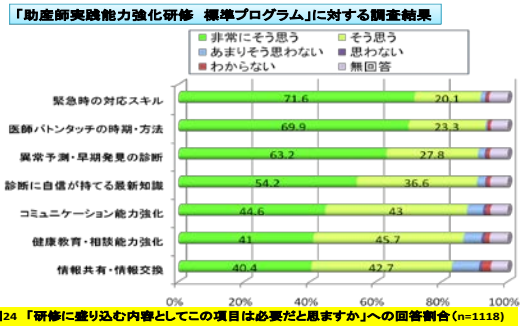


図24 「研修に盛り込む内容としてこの項目は必要だと思いますか」への回答割合（n=1118）

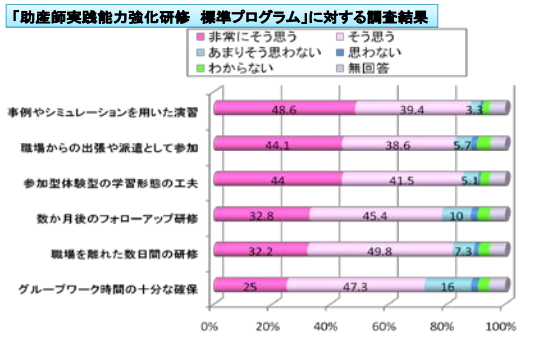


図25 「研修運営や学習方法の工夫でこの項目は必要だと思いますか」への回答割合（n=1118）

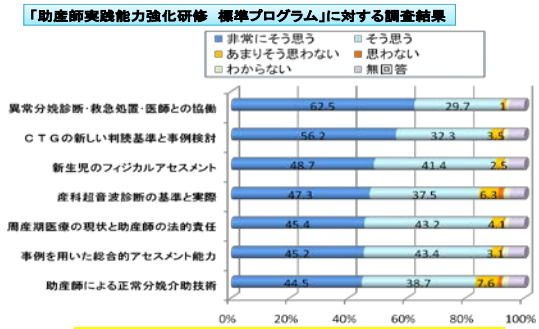


図26 「研修に次の内容は必要だと思うか」への回答 その1（n=1118）

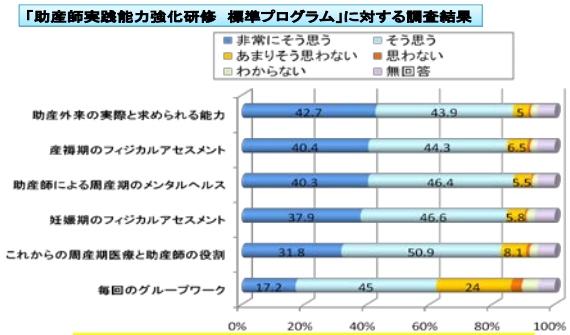


図27 「研修に次の内容は必要だと思うか」への回答 その2（n=1118）

(5)施設助産師を受講させることへの認識

「助産実践能力強化研修標準プログラムを貴施設の助産師に受講させたいか」については、約７割が受講させたいという結果が得られた（図 28）。

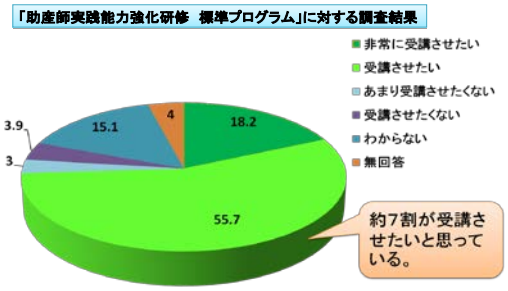


図28『助産実践能力強化研修　標準プログラム』を貴施設の助産師に受講させたいか（n=1118）

(6)「助産実践能力強化研修標準プログラム」の必要性

今回２年間試行した「助産師実践能力強化研修標準プログラムは院内助産を担う上で必要な研修である」については、約８割が標準プログラム研修は必要だと認識していた（図 29）。職種別では、必要性は助産師が最も多く感じており、次いで看護師、医師の順であったが、どの職種も８割が標準プログラムは必要だと認識していた（図 30）。

(7)院内助産システム推進に課題と思うこと

最も多かったのは「医師との連携・役割分担の明確化」で８割が課題であると認識していた。次いで「助産師の数」が７割、「助産師のキャリアアップや認定の仕組み」が６割であった（図 31）。課題と思うことを助産師と医師で比較した結果、どの項目においても、課題として選択した回答者割合は、助産師の方が医師よりも有意に多いという結果であった（$p < 0.001$）（図 32）。

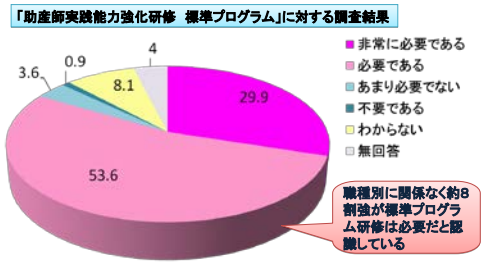


図29『助産実践能力強化研修　標準プログラム』は院内助産を担う上で必要な研修であるか（n=1118）

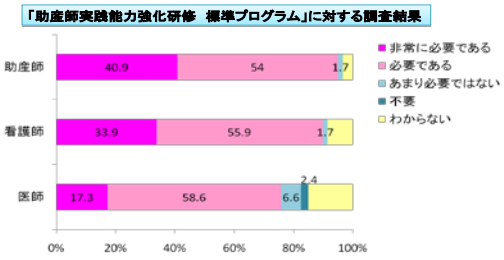


図30『助産実践能力強化研修　標準プログラム』は院内助産を担う上で必要な研修であるか（職種別　n=1070）

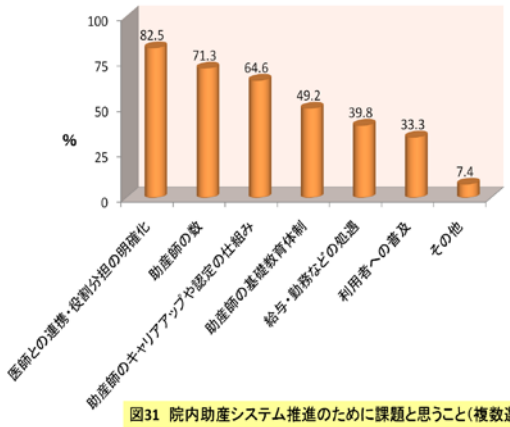


図31 院内助産システム推進のために課題と思うこと（複数選択）

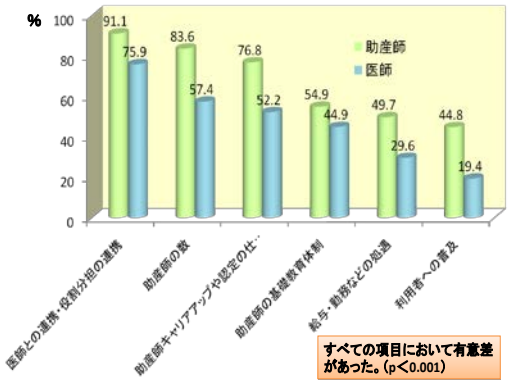


図32　院内助産システム推進のために課題と思うことの、助産師と医師の比較（複数選択）

(8)自由記述欄

有効回答 1118 名のうち、助産実践能力強化研修標準プログラム概要全体に対する自由記載の記述があった 420 名(有効回答の 37.6%)の分析を行った。記述者の職種は、医師が 153 名(36.4%)、助産師が 246 名（58.6%)、看護師が 19 名（4.5%)、不明が 2 名（0.5%）であった。助産外来や院内助産のどちらか、もしくは両方を有する院内助産システムがある施設に勤務する者が 225 名（53.6%)、院内助産システムがない施設に勤務する者が 192 名（45.7%)、不明が 3 名（0.7%)、院内助産システムについての有益性の認識別では「非常に有益である」「有益である」としている賛成が 286 名（68.1%)、「あまり有益ではない」「有益ではない」としている反対が 45 名、「わからない」が 89 名（21.2%）であった。(表 1)

（表1）記述者の職種、記述数、所属施設の院内助産システムの有無と有益性の認識

職種	人数	記述数	院内助産システムの有無		院内助産システム有益性	
医師	153	326	システムなし	85	賛成	38
					反対	14
					わからない	33
			システム有り			
			助産外来のみ 45	67	賛成	42
			院内助産のみ 2		反対	14
			両方あり 20		わからない	11
			未記入	1	賛成	1
助産師	246	435	システムなし	94	賛成	61
					反対	9
					わからない	24
			システム有り			
			助産外来のみ 112	150	賛成	123
			院内助産のみ 5		反対	7
			両方あり 33		わからない	20
			未記入	2	賛成	2
看護師	19	70	システムなし	13	賛成	11
					反対	1
					わからない	1
			システム有り			
			助産外来のみ 4	6	賛成	6
			院内助産のみ 0		反対	0
			両方あり 2		わからない	0
不明	2	11	システムあり	2	賛成	2
合計	420人	842件	システムなし	192	賛成	286
			システムあり	225	反対	45
			未記入	3	わからない	89

①自由記述の抽出

センテンス化することにより 842 件の自由記述が抽出できた。職種別では医師 326 件(38.7%)、助産師 435 件 (51.7%)、看護師 70 件 (8.3%)、不明 11 件 (1.3%) であった。842 件の自由記述をKJ法により分類を行った結果、5 つの項目が抽出された。「研修」490 件、「院内助産システム」140 件、「助産師」が 107 件、「産科医療」33 件、「その他」72 件であった。

項目１:「研修」

記述より、研修場所の希望、開催方法、研修方法の希望、研修内容、研修の講師、研修対象、研修に対する肯定意見、研修参加の希望、研修参加後の感想・意見、研修に対する否定意見、研修の受講困難、研修の費用、認定の 13 項目の下位項目が抽出された。(表 2)

(表2) 研修の下位項目

		総数
1	研修場所の希望	13
2	開催方法	99
3	研修方法の希望	42
4	研修内容	94
5	研修の講師	14
6	研修対象	35
7	研修に対する肯定意見	104
8	研修参加の希望	6
9	研修参加後の感想･意見	3
10	研修に対する否定意見	38
11	研修の受講困難	8
12	研修の費用	5
13	認定	29

a) 研修の是非について

研修の肯定意見は 104 件、否定意見は 38 件であった。肯定意見の記述者は医師が 36 名、助産師が 56 名、看護師が 11 名、不明が 1 名であった。肯定意見の内容としては、研修そのものの肯定する意見、個人の実践能力強化に有効、研修内容により肯定する、院内助産システムに対して有効である、研修の早期実現の希望、新人研修プログラムの希望が挙げられた。(表 3)

反対意見の記述者は医師が 20 名、助産師が 18 名であった。院内助産システムの有無別では、院内助産システムありは 21 件、なしは 17 件であった。(表 4) 否定的な意見の内容としては、「研修の内容が不適切」14 件、「院内助産システムの到達レベルに研修だけでは達しない」13 件、「研修そのものを否定」11 件であった。(表 5)

（表3） 研修に対する肯定的意見

	総数	医師	助産師	看護師	不明
個人の実践能力強化に有効	36	15	15	6	0
研修そのものの肯定意見	27	8	17	1	1
研修内容により肯定	17	8	9	0	0
院内助産システムに対して有効	15	2	9	4	0
早期実現の希望	8	3	5	0	0
新人研修プログラムの希望	1	0	1	0	0

（表4） 研修に対する否定的意見

	総数	医師	助産師	看護師	不明
研修の内容が不適切	14	8	6	0	0
院内助産システムの到達レベルに研修だけでは達しない	13	6	7	0	0
研修そのものを否定	11	6	5	0	0

（表5） 研修に対する否定的意見の記述

院内助産システムの到達レベルに研修だけでは達しない	数日間で充分な研修ができるとは思わない。 受講はさせたいが、この研修だけで院内助産システムを担えるとは思えない。 2008、2009年の研修は個人の育成を目的とした研修で、施設での助産師のスキルアップ向上にはつながらなかったように思う
研修の内容が不適切	院内助産を行っていない施設の助産師教育には有効だが、院内助産を目指す施設の助産師にとっては意味がない 助産師基礎教育とのオーバーラップ プログラム内容が当然習得しておくべき内容
研修そのものを否定	助産師を育てるに当たっては、当たり前のことと思う。改めてとは思わない 実際に役立っているか 院内助産システムで活かせるか評価が必要 院内助産、助産外来をつくる予定がない。学習自体は良いことではあるが、先に続く課題がない、受講は考えられない。 助産師全員の底上げをはかるものなら歓迎するが、プログラムをみても、全員を底上げするものではない

b) 研修開催についての希望

研修内容の希望としては、基礎知識、産科救急、ALSO、超音波検査、CTG など診断に関するもの、新生児蘇生法や、会陰縫合術などの救急処置に関するもの、妊娠期から産褥期、新生児期のケアに関するもの、倫理的問題や、調整、判断能力、指導力向上などの助産師の専門職としての責務に関するもの、院内助産施設見学や活動内容の報告や、助産外来に特化した内

容など院内助産システムに関するものがあった。(表 6) 開催の希望としては、研修場所、研修開催方法、研修方法、研修講師に関する意見、研修対象に対する記述があった。(表 7)

(表6) 研修内容の希望

項目	内容	医師	助産師
診断	基礎知識	0	1
	産科救急	0	2
	ALSO	2	0
	超音波検査	2	7
	CTG	3	4
救急処置	新生児蘇生法	4	7
	会陰縫合術	1	2
ケア	妊娠期・分娩期のフィジカルアセスメント・妊婦の体作り	0	2
	出生前教育	0	1
	安全な分娩強化	0	1
	フリーススタイル分娩	0	1
	産褥期ケア・母乳育児　支援	0	5
	新生児のフィジカルアセスメント	1	2
	心理社会的問題	0	3
	メンタルヘルスケア	0	2
専門職としての責務	倫理的問題	0	1
	調整能力	1	1
	判断能力	1	2
	法的責任能力強化	0	1
	指導力の向上	0	1
	助産師のメンタルケア	2	0
院内助産システム	院内助産施設見学や活動内容	0	12
	助産外来に特化した内容	0	2
	新人助産師の役割モデルとなる能力	0	1
合計		17	61

（表7）研修開催における希望

研修場所の希望	1	研修場所は地方の人も参加しやすいようにいろんな地域で開催するのがよい
	2	研修場所は交通の便のよいところがよい
開催方法	1	研修日の分散化肯定
	2	日数に対する希望
	3	フォローアップ研修の必要性
	4	研修の制度化
	5	単位制導入
	6	研修合宿の賛否
	7	公開講座導入
	8	現状の5日間連続での研修を肯定
	9	研修への参加日数項目の自由化
	10	年間を通しての研修
	11	研修開始時間についての意見
	12	臨床研修2年の義務化
	13	施設ごとの研修
研修方法の希望	1	研修方法の希望：演習重視
	2	研修方法の希望：実技演習
	3	研修方法の希望：事例検討
	4	テキストの配布
	5	DVDでの授業
	6	講義重視
	7	課題を課す
	8	研修方法の希望：インターネットでの受講
	9	OJTで学ぶことが多い
	10	確認試験の導入
	11	質疑応答の必要性
	12	産科ガイドラインの使用
	13	情報交換・学びの共有
研修の講師に関する意見	1	研修の講師は開業助産師や院内助産を行っている助産師を希望
	2	研修のおいて講師の考え方は様々
研修対象に関する意見	1	研修対象：経験年数5年で分娩介助100例は少なすぎるし、帝王切開件数は含むべきでない
	2	研修対象：経験年数5年で分娩介助100例以上の基準は厳しい
	3	研修対象：個人のレディネスによる
	4	研修対象：卒後5年目以上の助産師全員がよい
	5	研修対象：新生児蘇生講習の受講を義務付ける
	6	研修対象：ALSOの受講を義務付ける
	7	対象者基準の指標をより明確にしてほしい
	8	研修対象：経験のある看護師の受講を可能にしてほしい
	9	すべての助産師が受講できやすい条件のなかにしてもらいたい
	10	研修の参加を5年以上とした理由が明らかにしてほしいと思った
	11	個人の申し込みを可能にしてほしい
	12	基本的な能力を持った助産師

c） 認定について

認定制肯定が 26 件、否定が 3 件であった。肯定の記述者は医師が 13 名、助産師が 13 名であった。内容として、認定制度とし専門性を区別する、モチベーションがあがる、参加者が増える、5 年毎の認定更新を検討すべき、インセンティ

ブを与えてほしい、待遇改善すべき、また認定の評価は敷居を低くしたほうがよいなどの記述があった。否定の記述者は医師が 2 名、助産師が 1 名であった。内容として、資格化による施設の格差への懸念、認定制度は不可能である、院内助産を担うかの認定は各施設で責任を持つという記述があった。（表８）

（表8） 認定制度についての意見

	院内助産システムあり 医師	助産師	院内助産システムなし 医師	助産師	記述
認定制否定	1	1	1	0	資格化による施設の格差への懸念 認定制度は不可能 院内助産を担うかの認定は各施設で責任を持つ
認定制肯定	7	8	6	5	認定の評価は敷居を低くした方がよい インセンティブを与えてほしい・認定制度にして待遇改善すべき 認定をすると参加者が増える 5年毎の認定更新を検討すべき 認定制度とし、専門性を区別する 認定制になるとモチベーションがあがる

4）項目２：「院内助産システム」

院内助産システムにおける課題、院内助産システム賛成、院内助産システム反対、助産外来反対、院内助産反対、院内助産システム不明、産科医不足問題との関係の 7 項目の下位項目が抽出された。（表 9）

（表9） 院内助産システムの下位項目

	総数	職種 医師	助産師	看護師	院内助産システム 有り	無し
院内助産システムにおける課題	107	65	35	7	57	53
院内助産システム賛成	9	3	6	0	8	1
院内助産システム反対	11	10	1	0	3	8
産科医不足問題との関係	11	7	4	0	6	5

a）院内助産システムにおける課題

107 件あり、記述者は医師、65 名、助産師 35 名、看護師 7 名、不明 2 名であった。院内助産システムの有無別においては、システムありが 54 件、システムなしが 53 件であった。記述は、チーム医療上の問題、マンパワーの問題、分娩のリスクに関する意見、システムの整備、法の整備、組織的な取り組み、病院の機能や規模、社会の状況、助産師の意識、助産師の能力、助産師の問題、助産師への報酬、その他の 13 項目にさらに分類された。（表 10）

（表10）「院内助産システムにおける課題」の記述一覧

		総数	職種			院内助産システム	
			医師	助産師	看護師	有り	無し
1	チーム医療上の問題	22	13	6	3	11	11
2	マンパワーの問題	14	6	8	0	4	10
3	分娩のリスクに関する意見	10	7	3	0	5	5
4	システムの整備	10	6	3	1	2	8
5	法の整備	10	6	4	0	5	5
6	組織的取り組み	7	2	4	1	5	2
7	病院の機能や規模	5	3	0	2	1	4
8	社会の状況	5	4	1	0	1	4
9	助産師の意識	5	4	1	0	4	1
10	助産師の能力	4	3	1	0	1	3
11	助産師の問題	3	3	0	0	3	0
12	助産師への報酬	2	1	1	0	0	2
13	その他	8	5	3	0	5	3

b） 院内助産システムの賛否

賛成が 9 件､反対が 11 件あった。賛成の記述者は医師が 3 名、助産師が 6 名であった。（表 11）反対の記述者は、医師が 10 名、助産師が 1 名であった。反対の記述は、院内助産システム反対は 4 件、院内助産反対が 4 件、助産外来反対が 3 件あった。（表 12）

（表11） 院内助産システム賛成

	総数	職種		院内助産システム	
		医師	助産師	有り	無し
賛成	3	3	0	2	1
助産師活用と満足感	1	0	1	1	0
患者との関わり	1	0	1	1	0
マンパワー･緊急時の対応から院内助産システム賛成	1	0	1	1	0
必要な地域は	1	0	1	1	0
医師との協働による安心感	1	0	1	1	0
助産師活用と能力向上に対して賛成	1	0	1	1	0

（表12)院内助産システム反対

		総数	職種		院内助産システム	
			医師	助産師	有り	無し
院内助産システム反対	規制強化により分娩施設の減少 などへの波及の危惧 産科医療の背景 現システムへの影響の危惧 医師と助産師の本体の役割について 明確でないなら不必要	4	4	0	2	2
助産外来反対	分娩時以外の診察は医師が行うことが原則 妊産婦死亡率の上昇 産科医が充足していれば不要	3	3	0	1	2
院内助産反対	反対 患者ニーズ	4	3	1	0	4

c） 産科医不足問題との関係

11 件あった。記述者は医師 7 名（院内助産システムあり 4 名、なし 3 名)、助産師 4 名（院内助産システムあり 2 名、なし 2 名）であった。記述は、院内助産システム

は医師不足から発足している2件、産科医と助産師のマンパワー不足解決にはならない 1 件、産科医不足の解決にはならない 3 件、産科医不足対策とよいお産のイメージは離れている 2 件、院内助産システムが有益か不明 2 件、すべては妊産褥婦のためであり、負担を減らすことではない1件であった。

5）項目 3：「助産師」

助産師の問題点、課題、意見など 107 件あった。記述者は医師 55 名、助産師 45 名、看護師 7 名であった。中項目として、助産師の能力、能力向上に向けての努力、能力向上の学習方法理論、能力向上のための学習項目、社会問題、助産師自身の否定的意見、助産師の意識、助産師の職務姿勢における問題点、助産師の処遇、助産師の数の課題、助産師の業務内容、医師との連携、医師と助産師の役割明確化の 14 項目が抽出された。（表 13）

（表13）「助産師」の下位項目一覧

	総数	職種別			院内助産システム	
		医師	助産師	看護師	有り	無し
助産師の職務姿勢における問題点	14	8	5	1	8	6
助産師の能力の問題点	13	6	3	4	3	10
助産師の必要な能力	11	6	5	0	5	6
能力向上にむけての努力・意識	11	4	6	1	4	7
助産師の数の課題	9	3	6	0	3	6
能力向上の学習方法論	7	1	6	0	6	1
助産師の業務内容	6	4	2	0	3	3
医師との連携	5	5	0	0	3	2
医師と助産師の役割明確化	5	3	1	1	3	2
能力向上のための学習項目	5	3	2	0	4	1
社会的問題	3	2	1	0	0	3
助産師自身の否定的意見	3	0	3	0	0	3
助産師の意識	4	2	2	0	2	2
助産師の処遇	4	4	0	0	3	1
助産師教育	4	2	2	0	2	2
法的責任と訴訟	3	2	1	0	1	2

6）項目 4：「産科医療」

マンパワーの問題 11 件、産科医療システムの整備 11 件、医師と助産師の協働 11 件、の 3 項目が抽出された。記述者は医師 17 名、助産師 15 名、看護師 1 名であった。

7）項目 5：「その他」

研究に対する意見 21 件、看護師の有効活用について 2 件、記述者の実践報告 43 件、その他 6 件、の 4 項目が抽出された。記述者は医師 30 名、助産師 34 名、看護師 8 名であった。

D．考察

１）標準研修プログラムの評価

今回の調査では、本研究班で作成した「助産師能力強化研修　標準プログラム」は、産婦人科医師や助産師に関係なく、その目的や内容は妥当であるという評価が得られた。

また、標準研修プログラムは、院内助産システムを担う上で必要な研修プログラムであり、自分たちの施設の助産師にも「受講させたい」と思える内容であると評価された。

本研修プログラムは、産婦人科医師と助産師のワーキンググループで作成し、これからの病院・医院で中心的に助産業務を推進することになる中堅助産師を対象に、妊娠期・分娩期・産褥期・新生児期の各時期での助産実践力を強化する内容となっている。本研修を受講することにより、助産師自身が自分のこれまで蓄積した助産業務の実績を再確認し、自信をもって主体的に周産期医療に参画し、現在の周産期の諸問題の解決に貢献できる、という研修目的と研修内容は、今後助産師の専門性発揮を求めている産婦人科医師や管理職に認められるものであったといえる。

ただ、研修の期間や事前提出の書類の必要性については意見が分かれ、各施設のニーズや開催地域の地域性などに合わせた配慮が必要な部分と言える。また、医師と助産師によって研修の必要性の認識や内容の妥当性には若干の相違があるため、その部分の今後さらなる分析を進めて、標準プログラム実施に向けた方向性を探っていきたいと考える。

２）周産期医療における院内助産システム推進についての意見

今回の調査では、院内助産システムの有益性を認識する専門職者は6割ほどで、2割は有益かどうかわからないと認識していた。わが国の周産期医療における院内助産システムの必要性は認識されてきており、確実に普及しつつあるが、実施施設はまだ少なく、実際にどのように有益なのかが不明瞭な現状があるためではないかと予測される。助産外来・院内助産を取り組んでいる方が助産師も医師も有益だと認識していたという結果からも、そのことが推測される。

これまで院内助産システムを取り組んでいる施設からは評価報告などが出されているが、いまだそのデータ蓄積は十分ではない。利用者の声もすくい上げられているが、受け手の感想記述が多く、有益性の客観的な評価とは言い難いのが実情である。産科医療の危機的状況の中、院内助産システムの有益性を医師や他職種、そして管理者に理解･納得してもらい、協働していくためには、助産ケアの効果を客観的データとして示していく必要があると考える。

また、今回の調査で、院内助産課題として最も多くあげられたのは、「医師と助産師の協働、役割分担の明確化」であった。周産期医療における安全性確保は重要な点であり、そのために医師と助産師の連携の在り方がどうあればいいのか、多くの周産期医療専門職が模索している現状があると推測され、その点についても今後検討を重ねていく必要があるとい

える。

今回の調査で、医師に助産外来や院内助産を取り組みの有無や病院と診療所で、院内助産システムの有益性や助産師育成の必要性の認識に差がみられた。特に診療所勤務の医師は、各設問について「わからない」と回答する割合も多い。

E. 結論

院内助産システムを担う助産師の実践能力向上のための「助産師実践能力強化研修標準プログラム」関する専門職者を対象とした全国調査を行い、以下のことが明らかとなった。

1)「助産師実践能力強化研修標準プログラム」の研修目的と研修内容、事前提出書類については7～8割が妥当であると評価していた。

2)全体の8割が「助産師実践能力強化研修標準プログラム」は院内助産を担ううえで必要な研修であると認識し、7割が施設の助産師にも受講させたいと回答していた。

3）周産期医療における院内助産システムを有益だと認識しているのは6割であり、院内助産のための研修は9割が必要だと回答していた。第三者評価の仕組みは6割が必要だと回答していた。

4）周産期医療における院内助産システムの有益性や研修や第三者評価の必要性の認識には、職種や助産外来・院内助産の取り組みの有無によって差がみられた。

調査B

助産ケア必要量から算出する看護職員数(助産師数)の基礎調査

A. 研究目的

院内助産や助産外来など自律した助産活動を推進し、妊産褥婦への安全で質の高い助産ケアの提供のため、助産ケア必要度から助産師数を推計できるよう、平成21年度日本看護協会助産師職能委員会で作成、調査した助産必要度調査票の精選を行い、助産ケア必要度調査票(2010版助産ケア必要度調査票)を作成すること。2010版調査票を用いて、助産ケア必要量の指標作成することある。

平成23年度は、その指標を用いて、全国の分娩を扱う医療施設の産科病棟において、助産ケア必要量の測定と実際の看護要員配置数および主観的充足感を調査することを目的とした。

B. 研究方法

平成22年度

1)調査期間　：平成22年10月～111月の連続する10日間

2)調査対象：総合周産期母子医療センターを標榜する病院で、年間分娩件数が1000件程度以上、助産師の病棟配置数が看護職員の6割以上を有す4施設。

3)調査対象施設の管理者に研究承諾を得た後、当該施設の調査協力者を指定し、2010年版助産ケア必要度調査票を配布。調査開始日から調査対象病棟に入院しているすべての妊産褥婦の助ケア必要度を、調査協力者によって毎日一定時刻に測定し、記録した。10日間記載した調査票を分担研究者へ郵送回収した。

4)調査内容：施設の概要データ（病棟病床数、病棟配置看護者数と内訳、年間分娩件数、年間帝王切開件数、年間搬送件数等）と、2010 版助産ケア必要度調査票の 29 項目である。

調査票３

助産ケア必要度調査票は、日本看護協会助産師職能委員会の平成 21 年度調査で作成した「助産必要度評価票」を修正して使用した。調査日の入退院数、分娩件数、帝王切開数、搬送件数、学生実習の受入数、勤務者数なども同時に記録した。

2010 版助産ケア必要度調査票の修正点は、平成 21 年度日本看護協会助産必要度調査で用いられた項目の中でケアとして出現しなかった項目を削除して用いた。

また、「看護必要度」を参考に、日本看護協会でＣ項目として用いた内容を、Ａ項目（モニタリングおよび処置等）、Ｂ項目（患者の状態）に整理して使用した。

患者レベル分類については、秋山氏の許可を得て、講演資料内に記載された「看護必要度 40 項目における患者レベル分類」の考え方を用いてレベルを算定した。

今回の調査では、先行研究から明らかになっている分娩中の助産ケア必要量ならびに新生児ケア必要量は除外した。

5)分析方法：調査票回収後に、調査対象者の A 項目（モニタリング及び処置等）、B 項目（患者の状態等）の得点を計算した。次いで、妊婦、帝王切開・自然妊娠別、初・経産婦別に集計し、A・B 項目の変化を比較した。

4 施設の 10 日分の計 40 日分の助産ケア必要度から患者レベル分類を用いて、妊婦褥婦のレベル分類を実施し、助産師等の必要数の算定を試みた。

今回の調査では、先行研究から明らかになっている分娩中の助産ケア必要量ならびに新生児ケア必要量は除外した。

（倫理面への配慮）

研究協力施設に対し、研究趣旨について文書により説明した後、書面による同意を得た。妊産褥婦のデータは、個人が特定できないよう、全て記号化を行い、数値データのみ取り扱った。また対象施設が少ないため、特定できないように、施設概要のデータは公表しないこととした。研究分担者の所属する研究倫理審査委員会の承認を得て行った。

<u>平成 23 年度</u>

1）調査期間　2011 年 11 月～同年 12 月の期間とし、各施設実施するのは 1 日間

2)調査対象　WAM NET[*1] および、「周産期医学の広場」[*2] で把握できたわが国で分娩を扱う施設のうち、診療所を除く分娩取り扱い医療施設のうち、産科を標榜する施設 504 施設

*1 WAM NET:福祉保健医療関連情報サイト

*2 周産期医学の広場:本研究の主任研究者である海野信也（北里大学医学部産婦人科学教授）が開設し、運営してい

るサイト
http://shusanki.org/index.html

3)調査内容　資料４

1) 年間分娩件数
2) 任意の 1 日間における以下の人数を定点評価
①分娩件数
②看護要員配置数
③入院中の患者数〔妊婦、分娩進行者、褥婦（分娩様式別、産褥日数別)〕
④調査日の業務内容からみたスタッフ数について、産科病棟看護管理者またはリーダースタッフの立場からの主観的な充足感

調査対象施設に依頼書と共に、調査票を送付し、同封の封筒に無記名の郵送にて回収した。回収をもって研究協力の承諾が得られたことの確認とした。

4)用語の定義

本調査においての以下の用語は次のように定義した。

①助産ケア必要量

病院で入院している妊産褥期にある対象者および新生児に行う看護ケアの必要量

②看護要員配置数（人）

産科関連病棟に配置されている看護師、助産師の総数

③助産師配置率（%）

産科関連病棟に配置された看護師、助産師の総数に占める助産師数の割合

5)分析方法

回収したデータから、助産ケア必要量と理想看護要員配置数の算出、実数との差異を分析した。

① 助産ケア必要量の算出と理想看護要員配置数の算出

助産ケア必要量の算出は、新生児については、平成 21 年度に実施された日本看護協会助産師職能委員会調査を参考にした。また、妊婦、褥婦に対するそれについては本研究班の昨年度の調査報告をもとに算出し、理想看護要員配置数は、新生児は 7:1、妊婦は、10:1 とした。褥婦は、帝王切開後 0 日～1 日は 4:1、2 日～5 日は 7:1 とし、自然分娩は 7:1 とした。

本報告書における、助産ケア必要量と看護要員配置数との関係を表に示す。なお、今回の助産ケア必要量の算出においては、分娩期（分娩第１期～４期）にあたる産婦は除外した。除外理由は、過去に分娩期の助産師配置数について検討されているからである。

表１　助産ケア必要量と看護要員配置数
（平成 22 年調査報告より作成）

分類		看護要員
	新生児	7:1
	妊婦	10:1
	分娩中	1:1
分娩後	帝王切開 0日～1日	4:1
	帝王切開　その他	7:1
分娩後	自然分娩	7:1

②充足率の算出について

各医療機関における定点調査時の対象者数から算出される助産ケア必要量と理想看護要員配置数を算出した（例に示す)。また、理想看護要員配置数と、回答された実配置数を比較して充足率を算出した。

◆1 日あたりの理想看護要員配置数（人）＝（(新生児数）/７＋（妊婦数）/10＋+(帝王切開 0 日～1 日の褥婦数)/４＋（帝王切開2日以降の褥婦数)/７＋(自然分娩後褥婦数）/７）×３

※分娩期のケア必要量に対応した助産師配置数は除外した

◆充足率(%)＝実看護要員配置数（全ての勤務帯の看護要員）/（理想看護要員配置数）

6) 倫理的配慮

分担研究者代表（遠藤俊子）の所属する京都橘大学での倫理審査委員会での承認（承認番号;11-14、承認日;2011年 11 月 17 日）を得た。調査対象となる施設管理者に、書面による調査への説明、協力依頼を行い、質問紙への回答をもって研究協力の承諾が得られたものとした。

施設が特定されないように、集計は全国単位のデータとし公表時には配慮した。また、データの保管は分担研究代表者により、鍵のかかる保管庫に保存し、本研究終了後、全てのデータは破棄する。得られたデータは本研究以外では使用しない。

C. 結果

平成 22 年度

１）対象施設概要ならびに対象者数

調査対象施設の年間分娩数の平均は1731.75 件、産科病床数の平均は 51.75 床、帝王切開率の平均は 26.85%であった。調査対象者は４病院 10 日間の間、妊婦 121 名、褥婦 249 名であり、延べ 1675 件であった。

２）施設別の助産ケア必要量のレベル分類比較

(1)各施設対象者属性

各施設のデータ属性の割合を表１に示した。

各施設で、調査日ごとの対象者の分布は差があるが、6 割～7 割の褥婦と、4 割程度の妊婦を対象者としていることがわかる。また、D施設以外は褥婦のうち経産婦は初産婦より割合が少ない傾向であった。

(2)調査施設別のレベル分類の割合比較

各施設で助産必要度調査票を使用して調査したデータを分析し、秋山[1)]らが示す患者レベル分類表を使用し、レベル分類を行い、4 施設における各レベルの割合（表 2）を示した。表 2 を分析するとレベル２～３に 8 割を越える対象者が属することがわかる。しかしC施設だけは他の施設に比較してレベル３の対象者が多い傾向があった。

(3)調査施設別の分娩様式別レベル割合

a. 自然分娩

各施設における自然分娩の対象者の総数を 100%として、各レベルに属する割合を表 3 に示した。C施設を除いて自然分娩の対象者はレベル１～３に属し、レベル２～３に多くの対象者が属する。

b. 帝王切開

各施設の帝王切開術後の対象者の総数を 100%として、各レベルに属する割合を表 4 に示した。レベル４～５に該当する対象者が増加していることがわかる。

3）産後日数別助産ケア必要量

(1)自然分娩における得点推移

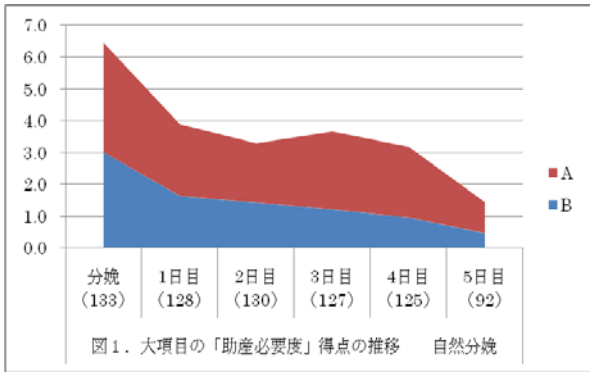


図1．大項目の「助産必要度」得点の推移　自然分娩

A項目（モニタリングおよび処置等）については分娩当日が3.4、産後1日目が2.3でその後は2前後で推移する。B項目(患者の状態等)は分娩当日が3.0、産後1日目1.6と低下しその後徐々に低下する。

(2)帝王切開における得点推移

帝王切開後の褥婦の助産ケア必要量に着目すると、A項目（モニタリングおよび処置等）については分娩当日が6.5、産後1日目5.1と低下しその後徐々に低下した。B項目（患者の状態等）は分娩当日が7.4、産後1日目が5.8と低下し、その後は急激に低下し推移していた。

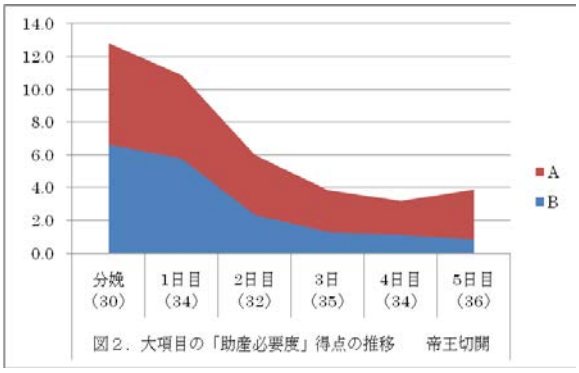
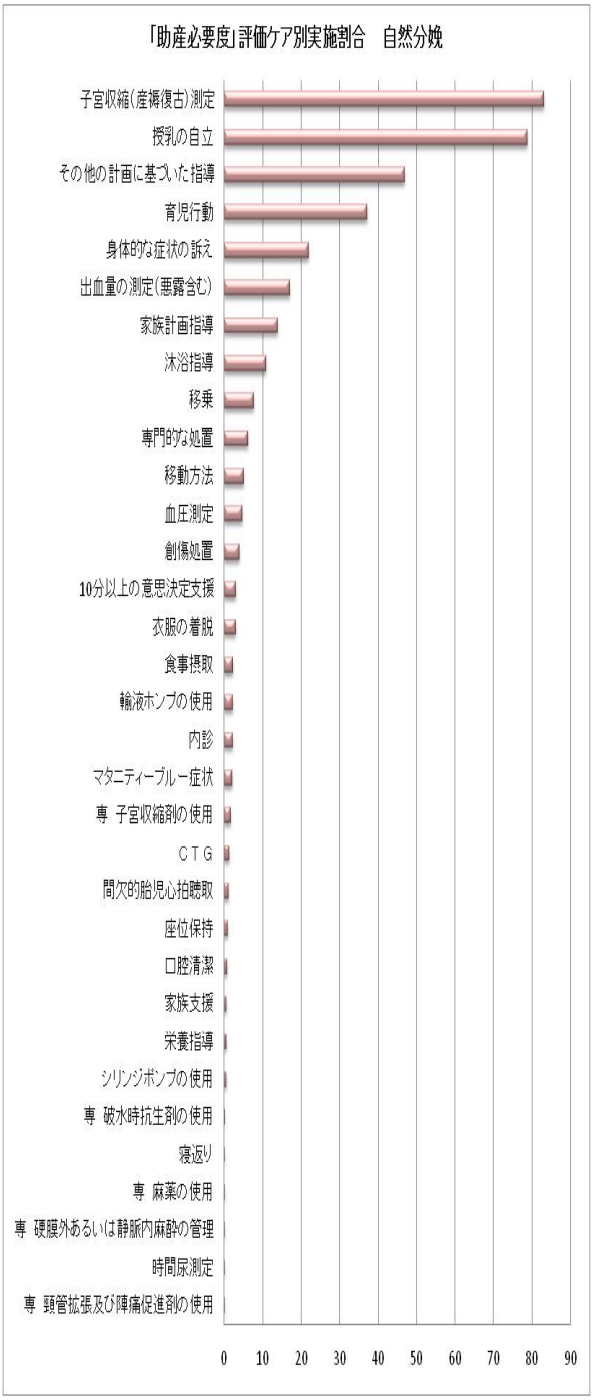


図2．大項目の「助産必要度」得点の推移　帝王切開

(3)対象者の助産ケア必要量

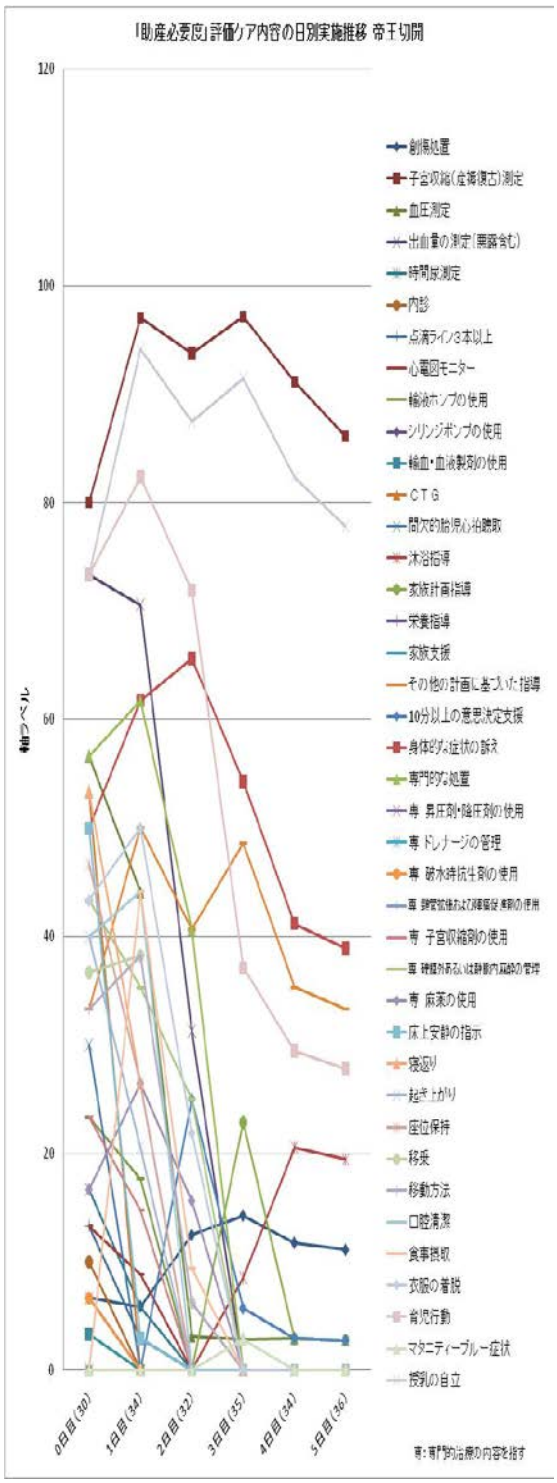
自然分娩の対象者に実施した助産ケア必要量を頻度の高い順に図に示す。平均得点は上位の項目から「子宮収縮の測定」、「授乳の自立」、「計画に基づいた指導」、「育児行動」、「身体症状の訴え」であった。



帝王切開後の対象者に実施した助産ケア必要量を頻度の高い順に図に示した。平均得点は上位の項目から「子宮収縮の測定」、「授乳の自立」、「育児行動」、「計画に基づいた指導」、「身体症状の訴え」であった。「出血量の測定」まで助産ケア必要量の頻度の順位は自然分娩と同じであるが、それ以降の下位項目は自然分娩と異なっていた。

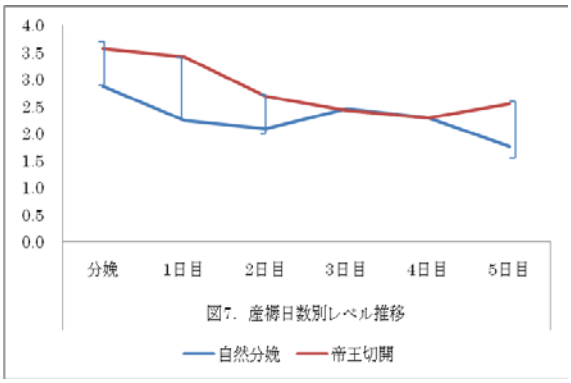


帝王切開の推移では、自然分娩と比較すると「子宮収縮の測定」と「授乳の自立」は横ばいで経過した。



4）分娩様式別の産褥日数別レベル分類の比較

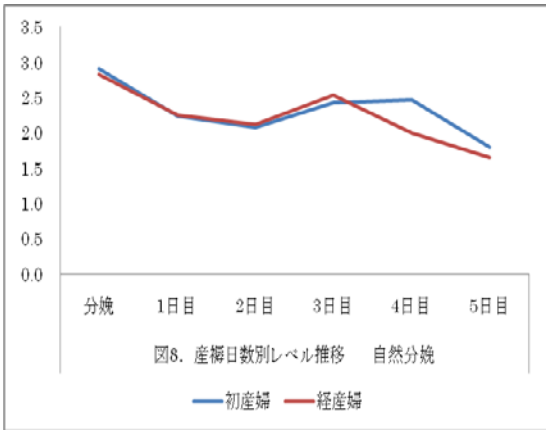
分娩様式別の産褥日数別レベル分類の推移を図 39 に示す。帝王切開と自然分娩の対象者のレベルは、平均で分娩当日がそれぞれ 3.7 と 2.9、産後 1 日目が 3.4 と 2.2、産後 2 日目が 2.7 と 2.1 で有意差が認められた（p <0.001）。産後 3 日目、4 日目はレベルに差がないが、5 日目は帝王切開が 2.8、自然分娩が 1.8 で差が認められた。



5）初産婦と経産婦の産褥日数別レベル分類の比較

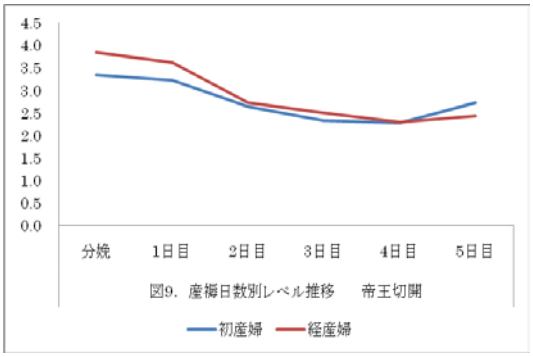
(1) 自然分娩

初産婦と経産婦においては産後日数別に比較するとレベルの差が認められなかった（図 8）。



(2) 帝王切開

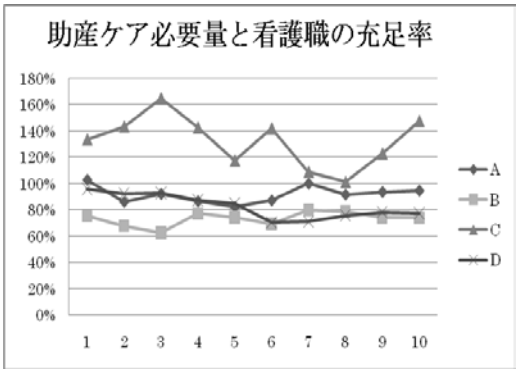
帝王切開においても初産婦、経産婦で差が無かった（図 9）。



6）看護職の充足割合

表 2 から秋山らの看護師配属理想人数を算出し、各施設の充足率を算出した。

4 施設中 3 施設は、充足率を満たしていない。また、各勤務帯で比較すると、4 施設とも夜勤帯の配置は不足していることがわかった）。



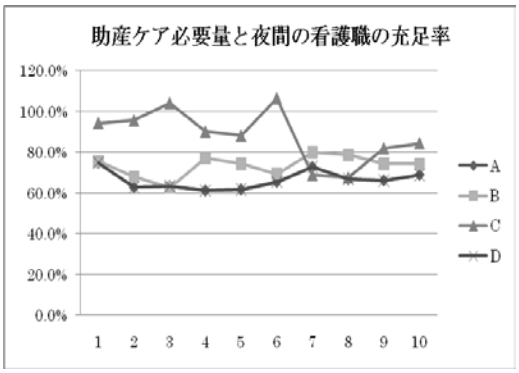


表１　調査施設対象者属性一覧

		調査1日	調査2日	調査3日	調査4日	調査5日	調査6日	調査7日	調査8日	調査9日	調査10日
A	自然分娩	39.1%	41.6%	48.6%	50.0%	48.7%	52.1%	54.3%	55.2%	52.1%	45.6%
	帝王切開	14.1%	13.0%	14.9%	15.8%	15.8%	13.7%	12.9%	7.5%	8.5%	8.8%
	妊婦	46.9%	46.8%	37.8%	34.2%	35.5%	34.2%	34.3%	37.3%	39.4%	45.6%
	初産婦※	37.5%	37.7%	41.9%	43.4%	40.8%	45.2%	42.9%	38.8%	38.0%	32.4%
	経産婦※	15.6%	16.9%	20.3%	22.4%	23.7%	20.5%	22.9%	23.9%	22.5%	22.1%
B	自然分娩	50.0%	55.0%	59.0%	56.4%	53.8%	57.1%	56.8%	48.7%	54.1%	68.6%
	帝王切開	10.5%	12.5%	12.8%	10.3%	7.7%	11.4%	10.8%	10.3%	8.1%	5.7%
	妊婦	39.5%	32.5%	28.2%	33.3%	38.5%	31.4%	32.4%	41.0%	37.8%	25.7%
	初産婦※	31.6%	37.5%	41.0%	41.0%	35.9%	42.9%	51.4%	53.8%	48.6%	60.0%
	経産婦※	26.3%	30.0%	30.8%	25.6%	23.1%	25.7%	18.9%	15.4%	13.5%	14.3%
C	自然分娩	38.9%	25.0%	21.1%	20.0%	19.0%	14.3%	21.7%	23.1%	23.1%	20.0%
	帝王切開	33.3%	20.0%	26.3%	30.0%	38.1%	38.1%	34.8%	38.5%	26.9%	36.0%
	妊婦	27.8%	55.0%	52.6%	50.0%	42.9%	47.6%	43.5%	38.5%	50.0%	44.0%
	初産婦※	38.9%	30.0%	26.3%	20.0%	28.6%	23.8%	30.4%	34.6%	30.8%	40.0%
	経産婦※	33.3%	15.0%	21.1%	30.0%	28.6%	28.6%	26.1%	26.9%	19.2%	16.0%
D	自然分娩	48.6%	47.1%	43.8%	43.3%	46.7%	53.8%	48.8%	46.3%	48.8%	45.0%
	帝王切開	2.7%	8.8%	12.5%	20.0%	20.0%	17.9%	24.4%	22.0%	19.5%	20.0%
	妊婦	48.6%	44.1%	43.8%	36.7%	33.3%	28.2%	26.8%	31.7%	31.7%	35.0%
	初産婦※	32.4%	38.2%	34.4%	30.0%	26.7%	28.2%	26.8%	24.4%	24.4%	27.5%
	経産婦※	18.9%	17.6%	21.9%	33.3%	40.0%	43.6%	46.3%	43.9%	43.9%	37.5%

※褥婦の中での割合を示す

表２　調査施設別対象者レベル割合

		調査1日	調査2日	調査3日	調査4日	調査5日	調査6日	調査7日	調査8日	調査9日	調査10日
A	レベル1	15.60%	10.40%	6.80%	6.60%	13.20%	6.80%	10.00%	7.50%	8.50%	8.80%
	レベル2	50.00%	55.80%	71.60%	65.80%	59.20%	68.50%	65.70%	58.20%	60.60%	63.20%
	レベル3	34.40%	33.80%	18.90%	27.60%	27.60%	24.70%	24.30%	34.30%	29.60%	27.90%
	レベル4	0.00%	0.00%	2.70%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	1.40%	0.00%
	レベル5	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
B	レベル1	21.10%	15.00%	7.70%	17.90%	20.50%	20.00%	27.00%	33.30%	18.90%	22.90%
	レベル2	57.90%	42.50%	61.50%	71.80%	61.50%	45.70%	59.50%	46.20%	51.40%	48.60%
	レベル3	18.40%	40.00%	25.60%	10.30%	17.90%	31.40%	13.50%	20.50%	29.70%	28.60%
	レベル4	2.60%	0.00%	5.10%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
	レベル5	0.00%	2.50%	0.00%	0.00%	0.00%	2.90%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
C	レベル1	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	レベル2	11.1%	10.0%	26.3%	15.0%	14.3%	14.3%	8.7%	7.7%	11.5%	16.0%
	レベル3	72.2%	85.0%	68.4%	70.0%	76.2%	85.7%	78.3%	80.8%	88.5%	76.0%
	レベル4	11.1%	5.0%	5.3%	10.0%	4.8%	0.0%	4.3%	3.8%	0.0%	8.0%
	レベル5	5.6%	0.0%	0.0%	5.0%	4.8%	0.0%	8.7%	7.7%	0.0%	0.0%
D	レベル1	21.60%	14.70%	3.10%	6.70%	3.30%	2.60%	17.10%	2.40%	17.10%	15.00%
	レベル2	64.90%	50.00%	62.50%	53.30%	53.30%	61.50%	58.50%	75.60%	68.30%	62.50%
	レベル3	13.50%	23.50%	25.00%	30.00%	30.00%	35.90%	24.40%	19.50%	12.20%	17.50%
	レベル4	0.00%	8.80%	6.30%	10.00%	13.30%	0.00%	0.00%	2.40%	2.40%	5.00%
	レベル5	0.00%	2.90%	3.10%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%

表３　自然分娩における対象者のレベル分類

		調査1日	調査2日	調査3日	調査4日	調査5日	調査6日	調査7日	調査8日	調査9日	調査10日
A	レベル1	8.0%	3.1%	0.0%	2.6%	0.0%	0.0%	0.0%	2.7%	0.0%	0.0%
	レベル2	48.0%	50.0%	80.6%	57.9%	62.2%	68.4%	65.8%	56.8%	64.9%	74.2%
	レベル3	44.0%	46.9%	19.4%	39.5%	37.8%	31.6%	34.2%	40.5%	35.1%	25.8%
	レベル4	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	レベル5	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
B	レベル1	5.3%	9.1%	0.0%	4.5%	4.8%	5.0%	14.3%	21.1%	10.0%	12.5%
	レベル2	63.2%	36.4%	56.5%	77.3%	71.4%	55.0%	66.7%	47.4%	50.0%	50.0%
	レベル3	26.3%	54.5%	39.1%	18.2%	23.8%	40.0%	19.0%	31.6%	40.0%	37.5%
	レベル4	5.3%	0.0%	4.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	レベル5	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
C	レベル1	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	レベル2	14.3%	0.0%	25.0%	25.0%	0.0%	33.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	レベル3	71.4%	80.0%	50.0%	50.0%	75.0%	66.7%	80.0%	83.3%	100.0%	80.0%
	レベル4	14.3%	20.0%	25.0%	25.0%	25.0%	0.0%	20.0%	16.7%	0.0%	20.0%
	レベル5	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
D	レベル1	33.3%	25.0%	7.1%	15.4%	7.1%	4.8%	20.0%	0.0%	20.0%	22.2%
	レベル2	50.0%	37.5%	50.0%	61.5%	57.1%	57.1%	65.0%	78.9%	70.0%	61.1%
	レベル3	16.7%	25.0%	42.9%	23.1%	21.4%	38.1%	15.0%	21.1%	10.0%	16.7%
	レベル4	0.0%	12.5%	0.0%	0.0%	14.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	レベル5	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

表４　帝王切開における対象者のレベル分類

		調査1日	調査2日	調査3日	調査4日	調査5日	調査6日	調査7日	調査8日	調査9日	調査10日
A	レベル1	0.0%	0.0%	0.0%	8.3%	8.3%	10.0%	11.1%	0.0%	0.0%	0.0%
	レベル2	44.4%	60.0%	36.4%	50.0%	66.7%	70.0%	77.8%	80.0%	50.0%	66.7%
	レベル3	55.6%	40.0%	45.5%	41.7%	25.0%	20.0%	11.1%	20.0%	33.3%	33.3%
	レベル4	0.0%	0.0%	18.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	16.7%	0.0%
	レベル5	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
B	レベル1	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	25.0%	0.0%	0.0%
	レベル2	50.0%	40.0%	60.0%	100.0%	100.0%	50.0%	75.0%	50.0%	100.0%	100.0%
	レベル3	0.0%	40.0%	20.0%	0.0%	0.0%	25.0%	25.0%	25.0%	0.0%	0.0%
	レベル4	0.0%	0.0%	20.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	レベル5	0.0%	20.0%	0.0%	0.0%	0.0%	25.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
C	レベル1	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	レベル2	16.7%	25.0%	20.0%	16.7%	37.5%	25.0%	12.5%	0.0%	0.0%	0.0%
	レベル3	50.0%	75.0%	80.0%	50.0%	50.0%	75.0%	62.5%	80.0%	100.0%	88.9%
	レベル4	16.7%	0.0%	0.0%	16.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	11.1%
	レベル5	16.7%	0.0%	0.0%	16.7%	12.5%	0.0%	25.0%	20.0%	0.0%	0.0%
D	レベル1	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	20.0%	11.1%	25.0%	12.5%
	レベル2	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	28.6%	20.0%	44.4%	37.5%	37.5%
	レベル3	0.0%	33.3%	25.0%	50.0%	66.7%	71.4%	60.0%	33.3%	25.0%	25.0%
	レベル4	0.0%	33.3%	50.0%	50.0%	33.3%	0.0%	0.0%	11.1%	12.5%	25.0%
	レベル5	0.0%	33.3%	25.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

平成 23 年度

１）分析対象属性

243 施設より回答を得た（回収率 48.2%）。このうち、任意に選択した 1 日における充足感について記載のあった 223 施設を分析対象とした（有効回答率 44.3%）。医療施設の病床数は、200 床未満 24 施設（10.8%）、200～500 床未満 88 施設（39.5%）、500 床以上 110 施設（49.3%）であり、病棟構成は、産科単科が 66 施設（29.6%）、産婦人科が 90 施設（40.4%）、その他が 65 施設（29.2%）であった（表 2）。

病棟の病床数は 10 床から 161 床（平均 39.5 床）で（表 3）、年間分娩件数は 7 件から 2950 件（平均 651.9 件）で、年間帝王切開件数は 1 件から 566 件（平均帝王切開率 26.7%）であった。（表 4）

病棟看護要員配置数は、9 人から 154 人（平均 34.2 人）、その内、助産師配置数は 0 人から 140 人（平均 21.4 人）で、助産師配置率は 0%から 100%で、平均 62.59%であった（表５）。

表 2　医療施設の病床数と病棟構成

	産科	産婦人科	その他	不明	合計
200 床未満	5	13	5	1	24
200～500 床未満	18	33	37	0	88
500 床以上	43	44	23	0	110
不明	0	0	0	1	1
合計	66	90	65	2	223

表 3　病棟の病床数

	産科	産婦人科	その他	不明	合計
10～19 床	5	2	2		9
20～29 床	18	9	5		32
30～39 床	26	31	17		74
40～49 床	4	31	24		59
50～59 床	7	11	14		32
60 床以上	4	2	2	1	9
不明	2	4	1	1	8
合計	66	90	65	2	223

表 4　平均年間分娩件数と平均帝王切開率

	総分娩件数	帝王切開率
産科	884.4	28.4
産婦人科	637.6	25.9
その他	442	26.0

表 5　病棟における看護要員配置数（平均）と助産師数（平均）

	看護職人数	助産師数	助産師配置率
産科	38.0	29.6	75.8%
産婦人科	32.1	19.7	61.3%
その他	32.5	15.7	48.5%

２）充足感

本研究調査日（任意の 1 日）について、病棟看護管理者が感じた主観的な充足感（調査日 1 日の業務内容を遂行するのに十分な人手があると感じたかどうか）を 5 段階で回答を得た。回答は「１．充足している」から「5. 不足している」の 5 段階評価で数字が高いほど充足感がないことを示す。回収した 243 施設中、充足感の回答が得られた施設は 223 施設で（配布数の 44.3%、回収数の 91.7%）で有効回答は 219 施設であった。そのうち、「充足している」と「まあ充足している」と答えた 86 施設（39.3%）を「充足感あり」群、「やや不足している」「不足している」と答えた 109 施設（49.8%）を「充足感なし」群とし、2 群に分けて分析を行った。「どちらでもない」と答えた 24 施設（10.9%）は分析対象外とした。有意差がみられたのは助産師数（P＜0.01）と助産師配置率(P＜0.05)のみで、年間分娩件数などに差は見られなかった。

さらに、病棟構成別に２群比較を行うと、産科（単科）病棟と産婦人科病棟では「充足感あり」の群で助産師数が有意に多く（P＜0.01)、また、産婦人科病棟の「充足感なし」群の助産師１人当たりの分娩件数は「充足感あり」群より有意に多かった（P＜0.05)。その他の混合病棟においては充足感と助産師数や分娩件数との間に関連性は見られなかった（表６～９)。

表6　充足感比較　＜全病棟＞

	N	病床数	産科患者数	年間分娩件数	帝王切開率	スタッフ総数	助産師数	助産師配置率	助産師1人当たりの分娩件数
充足感あり	86	51.8	23.2	689.7	28.9%	40.4	24.4	69.9%	29.6
充足感なし	109	45.6	26.4	598.1	29.5%	38.7	18.1	63.5%	35.5
どちらでもない	24	60.7	26.3	754.4	27.5%	36.1	22.7	63.2%	61.5

表7　病棟構成別充足感比較　＜産科病棟＞

	N	病床数	産科患者数	年間分娩件数	帝王切開率	スタッフ総数	助産師数	助産師配置率	助産師1人当たりの分娩件数
充足感あり	31	40.5	30.0	907.3	28.3%	39.7	28.7	76.7%	33.5
充足感なし	26	54.6	25.0	711.7	26.6%	32.1	20.1	72.7%	37.8

表8　病棟構成別充足感比較　＜産婦人科病棟＞

	N	病床数	産科患者数	年間分娩件数	帝王切開率	スタッフ総数	助産師数	助産師配置率	助産師1人当たりの分娩件数
充足感あり	33	53.2	20.4	590.1	26.1%	46.0	22.7	66.6%	28.5
充足感なし	44	44.2	31.6	664.8	28.8%	47.8	16.5	60.4%	42.9

表9　病棟構成別充足感比較　＜その他＞

	N	病床数	産科患者数	年間分娩件数	帝王切開率	スタッフ総数	助産師数	助産師配置率	助産師1人当たりの分娩件数
充足感あり	21	68.3	19.9	556.7	32.0%	33.9	21.5	66.3%	26.8
充足感なし	38	41.4	21.9	457.6	29.8%	33.1	18.9	61.3%	26.4

３）充足率の実態

本研究では、定点調査時の患者数から助産ケア必要量と理想看護要員配置数を算出できる式を作成した。ここで述べる充足率とは、充足率(%)＝実看護要員配置数（全ての勤務帯の看護要員）/（理想看護要員配置数）である。

（１）対象数

回収した 243 施設中、充足率計算に必要なデータの欠損値がない施設は 81 施設（配布数の 16.1%、回収数の 33.3%）であった。81 施設の平均分娩数は 624.0±434.9 であり、平均助産師数が 20.2±10.8、助産師配置率は 69.3%±24.6 であった。病棟構成別に分娩件数と助産師数の分布を図に示した（図１．凡例を参照のこと。１；産科単科、２；産婦人科、３；その他の混合病棟）。

おおむね分娩件数に比例して助産師数の増加の傾向を認めた。

（２）81 施設の充足率の実態（表 10）

表 10 に 81 施設の 1 日当たり理想人数充足率と、夜間の理想人数充足率を示した。1 日当たりの充足率は平均 114.2%、夜間になると 61.4%とほぼ半減していた。

1 日当たり理想人数充足率では半数以上が 100%を超えているにも関わらず、夜間の理想人数充足率においては 81 施設中 71 施設が 100%に満たなかった。

充足率の最大値は 200%を超えるほどの

施設がある一方で、最低施設は 2 割から 3 割と低く、施設の格差の大きさを示す結果となった。

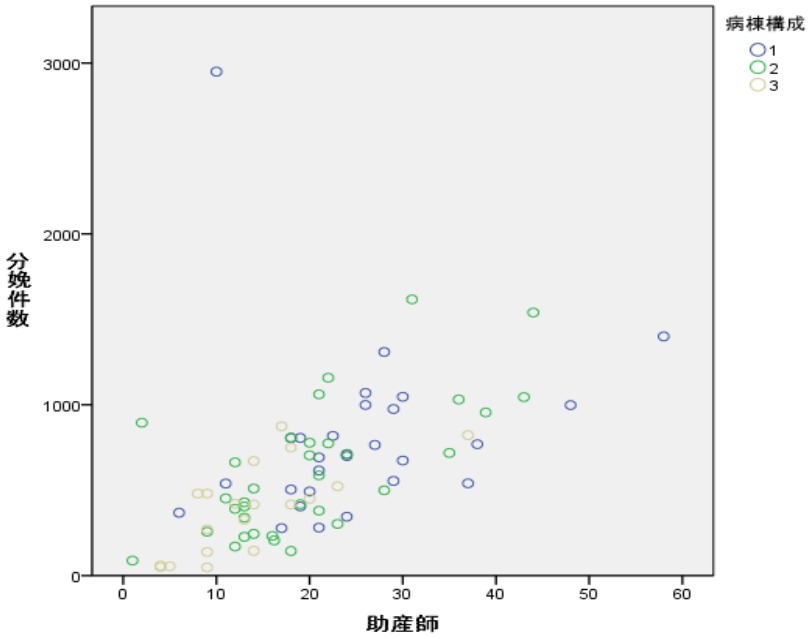


図１．病棟構成別の助産師数と分娩件数の推移

表10．81施設の看護職員の充足率

実配置看護要員数/理想看護配置要員数		1日あたり理想人数充足率(施設数)	夜間の理想人数充足率(施設数)
200-299%		4	1
100-199%		45	9
50-99%		28	35
0-49%		4	36
	平均値	114.2%	61.4%
	SD	0.46	.34
	中央値	107.7%	54.1%
	最小値	34.2%	19.2%
	最大値	283.9%	212.9%

（３）病棟構成別でみた充足率の実態

81 施設の実態を病棟構成別にしたものを表 11 に示した。病棟構成を①産科単科、②産婦人科、③その他の混合病棟とした。産科単科は、助産師配置率ならびに充足率、充足感が最も高かった。産婦人科は混合病棟に比べ、助産師配置率、充足率はやや高めであり充足感もやや高い傾向にあった。

助産師配置率をみると、産科単科、産

婦人科、その他全てにおいて 100%の施設があるものの産婦人科やその他の病棟では１割程度の施設もあった。

表11 ．病棟構成別理想人数充足率

病棟構成		助産師配置率（看護数）	1日あたり理想人数充足率	夜間理想人数充足率	理想人数	充足感
1 産科 (28)	平均値	83.2%	127.1%	70.8%	7.1	3.14
	SD	17.2%	50.7%	40.0%	4.0	1.48
	中央値	85.3%	118.9%	58.5%	6.1	3.20
	最小値	34.5%	38.5%	19.2%	1.9	5
	最大値	100.0%	283.9%	212.9%	20.8	1
2 産婦人科 (34)	平均値	65.6%	107.5%	59.5%	7.4	3.32
	SD	24.5%	41.1%	31.9%	3.0	1.34
	中央値	68.5%	105.6%	51.9%	7.1	3.43
	最小値	8.7%	34.2%	21.9%	1.2	5
	最大値	100.0%	223.3%	189.2%	13.7	1
3 その他 (19)	平均値	55.1%	107.1%	51.2%	6.6	3.58
	SD	24.6%	43.1%	22.0%	2.5	1.22
	中央値	50.0%	95.5%	44.1%	6.5	3.75
	最小値	11.4%	53.8%	25.5%	1.9	5
	最大値	100.0%	204.2%	107.7%	11.8	2
合計 (81)	平均値	69.3%	114.2%	61.4%	7.1	3.32
	SD	24.6%	45.5%	33.5%	3.2	1.36
	中央値	70.6%	107.7%	54.1%	6.7	3.44
	最小値	8.7%	34.2%	19.2%	1.2	5
	最大値	100.0%	283.9%	212.9%	20.8	1
（N）		充足感は 充足感あり（1）～充足感なし（5）の5件法				

（４）分娩件数別でみた充足率の実態（表 12）

81 施設を分娩数で区切って比較をした。年間分娩件数が、499 以下の 37 施設(45.7%)、500～999 の 33 施設(40.7%)、1000 以上の 11 施設（13.6%）であった。

500 以上の分娩件数を持つ施設の平均をみると助産師配置率は約 80%であった。500 未満の施設は平均 56.7%であった。

平均分娩件数が多い群ほど、1 日当たりの理想人数平均充足率が低く、しかし充足感は高いという現象を認めた。

充足感と同様の傾向を示したのは助産師配置率であり、分娩件数よりも助産師配置率が充足感に影響していることが示唆された。

３）充足感から見た充足率、分娩件数、助産師数、助産師配置率

充足感から充足率、分娩件数、助産師配置数、助産師配置率を見た。充足感が高い群は、低い群と比べ、１日当たりの理想人数充足率に差を認めない。むしろ夜間理想人数充足率は低い。また分娩件数も多い。しかし助産師数と助産師配置割合は高いことが判った。

表12．分娩件数別　助産師の充足率

分娩件数		助産師配置率（看護数）	1日あたり理想人数充足率	夜間理想人数充足率	理想人数	充足感
～499（37）	平均値	56.7%	127.9%	69.2%	5.4	3.54
	SD	24.5%	48.9%	39.2%	2.1	1.28
	中央値	50.0%	124.3%	63.7%	5.3	3.75
	最小値	11.4%	64.5%	29.8%	1.2	5
	最大値	100.0%	283.9%	212.9%	9.4	1
500～999（33）	平均値	79.8%	106.9%	58.9%	7.4	3.36
	SD	19.8%	40.9%	28.3%	2.2	1.43
	中央値	84.4%	104.6%	53.3%	7.0	3.50
	最小値	8.7%	34.2%	23.6%	3.6	5
	最大値	100.0%	200.0%	147.1%	12.7	1
1000～（11）	平均値	79.7%	89.9%	42.9%	11.9	2.45
	SD	18.6%	33.1%	17.0%	4.0	1.13
	中央値	80.8%	102.2%	46.1%	12.2	2.33
	最小値	34.5%	38.5%	19.2%	7.1	4
	最大値	100.0%	129.6%	70.2%	20.8	1
合計(81)	平均値	69.3%	114.2%	61.4%	7.1	3.32
	SD	24.6%	45.5%	33.5%	3.2	1.36
	中央値	70.6%	107.7%	54.1%	6.7	3.44
	最小値	8.7%	34.2%	19.2%	1.2	5
	最大値	100.0%	283.9%	212.9%	20.8	1
（N）		充足感は　充足感あり（1）～充足感なし（5）の5件法				

表13．充足感からみた充足率、分娩件数、助産師数、助産師配置割合

充足感		1日あたり理想人数充足率	夜間理想人数充足率	分娩件数	助産師数	助産師配置割合
高い群(29)	平均値	119.5	56.8	738.1	23.8	23.8
	SD	45.8	19.9	418.4	12.6	12.6
	中央値	113.1	55.5	765.0	21.0	21.0
	最小値	42.6	22.5	50.0	1.0	1.0
	最大値	223.3	100.5	1617.0	58.0	58.0
低い群(43)	平均値	112.9	66.0	503.1	18.2	18.2
	SD	44.6	41.0	283.3	9.2	9.2
	中央値	104.6	54.1	492.0	17.4	17.4
	最小値	46.2	21.9	48.0	4.0	4.0
	最大値	283.9	212.9	1158.0	43.0	43.0
合計(72)	平均値	115.6	62.3	597.8	20.4	20.4
	SD	44.9	34.3	360.6	11.0	11.0
	中央値	109.0	54.8	516.5	18.9	18.9
	最小値	42.6	21.9	48.0	1.0	1.0
	最大値	283.9	212.9	1617.0	58.0	58.0
充足感高い群とは、充足感で1または2を回答した者、充足感が低いとは、4または5と回答した者とした。						
充足感で　3．わからない　と回答した9施設は除いた。						

D. 考察

本調査は、平成２１年度に日本看護協会助産師職能委員会で調査された助産必要度調査票を改変して実施した。本調査結果は、特定の４施設と数は少ないが、入院している妊褥婦全員を対象とした病棟丸ごとのデータであることが特徴である。そのため、従来明らかにされてこなかった自然分娩した初産婦以外の対象者についても日々の助産ケア必要量も調査することができたことである。

1）分娩様式別の助産ケア必要量とケア内容

自然分娩と帝王切開では患者レベル分類は有意に差があり、帝王切開の対象者の方が、助産ケア必要量が高いことが明らかになった。

助産ケアの内容についてみると、平成 21 年に日本看護協会で実施された結果報告で上位にあったケア内容の「子宮収縮の測定」、「授乳の自立」、「計画に基づく指導」、「育児行動」、「身体的な症状の訴え」、「出血量の測定」で同じ結果であった。しかし、自然分娩と帝王切開ではそれ以降の項目で助産ケア必要量の頻度が異なることも明らかになった。

また、助産ケア必要量の産褥日数別推移をみると、自然分娩と帝王切開では推移の傾向が異なることが明らかになった。この特徴が、患者のレベル分類の差に影響していると推測できる。

2）初経産別の助産ケア必要量

一般的には「経産婦の方が手かかりにくい」と思われているが、本調査では、自然分娩でも帝王切開でも、初経産別の差が見られなかった。これは、育児経験を有する経産婦であっても、入院中には初産婦と同じ程度助産ケア必要量があり、ケアを実施しているということである。

3）助産師等の充足率

今回調査した医療施設は、総合周産期母子医療センターを有するため、日本の中でも比較的看護職の配置が充実していると考えられる。秋山らの算定式で計算すると、日勤の時間帯は比較的充足率が高いが、夜間は不足してた。

もちろん、本調査において選択した医療施設が総合周産期母子医療センターを有し、助産師の配置が分娩 30 件に対し 1 名以上を配置できている施設で、産科単科であったことから、わが国の産科病棟の状況を反映しているとはいえない。

4）助産師数を導き出すことへの有効性

今回の 2010 版助産ケア必要度調査票は、助産師等の数を導きだす方法として、まだ開発途上ながら、今後とも妊産褥婦や新生児の側からのケア必要量から、助産師数を検討することの重要性を追求していくことは明らかで、23 年度の調査へと引き継がれた。

5）看護職員充足状況(充足率)

平成 23 年度調査かでは、任意で算出した 1 日から病棟における看護職員の充足の実態を調査した。

1 日当たり換算の理想看護要員配置数は充足率を満たしている施設が多い事がわかった。今回は、病院調査であり、平成 20 年度の診療報酬改訂で入院基本料の算定に、新たな看護配置が設定されたことで、以前より看護要員配置数が充足したのではないかと推測できる。しかし、夜間の看護要員配置数については、充足率が 50%以下の施設が、44%存在した。産科の特性から推察すると、分娩は夜間に 48.9%（政府統計　e-stat）出生しており、日中と同様の業務が夜間に発生する。その業務の実態と比較すると夜間の適正配置については今後も検討が必要である。

充足率と産科医療提供体制で比較すると、「充足率」、「充足感」の双方において、産科単科と産婦人科、その他の混合病棟で順々に低下している傾向が認められた。これは、充足率と充足感は、産科医療提供体制と関連が高い実態が明らかになった。

充足率と分娩件数で比較すると、今回の調査からは年間分娩件数が多い施設ほど、充足率が低い実態が明らかになった。これは、背景として、昨今の分娩施設の閉鎖や集約化に影響されていることが推測される。今回の調査で、助産師の偏在が明確になった。

6）業務の遂行に必要な十分な数か（充足感）

助産師配置の充足感は、産科医療提供体制と関係があることが明らかになった。産科および産婦人科病棟では、助産師配置数と充足感に有意に関係が認められた。産婦人科病棟では、充足感と「助産師 1 名あたりの分娩件数」に関係が認められた。これは、分娩件数にあった助産師配置がないと 1 人当たりの分娩介助件数は多くなり、充足感がないと感じることにつながったのではないかと推測された。また、その他の混合病棟では、産科に特化した「分娩件数」や「助産師配置数」との関連は認められなかった。これは、その他の混合病棟の「充足感」は、産

科に特化された内容に依存しない他の事象であることが推測される。日本の産科医療体制の多くは、その他の混合病棟であることから、今後は、産科医療を提供する混合病棟でのケア提供の実態を調査することが必要である。

7）充足率と充足感の関連性

本調査では充足率と充足感を検証することにより、本研究班で算定した充足率の妥当性を検証することを目的とした。しかし、結果として、「充足感」と「充足率」は直接の関連がなく、むしろ、それぞれは産科医療提供体制や分娩件数、助産師配置数と複雑に関連している実態が明らかになった。

つまり、分娩件数が多くても、助産師配置数が多く、助産師配置率が高ければ、充足率が低くても充足感は高いということが明らかになった。

このことから、主観としての「充足感」は、充足率よりも、助産師配置数や産科医療提供体制に影響を受けることが推察された。

E.結論

1　助産ケア必要量の調査から、以下の３点が明らかになった。

1)帝王切開は自然分娩の対象者より助産ケア必要量が有意に多い。

2)初産婦と経産婦の比較では助産ケア必要量に差がない（経産婦であっても一定の助産ケアが必要である）ことが明らかになった。

3)調査した 4 施設は日本の産科医療の中では助産師配置が比較的多いと予測される施設にもかかわらず、今回の算定式から充足率を計算すると 3 施設で配置数が不足していた。

2　助産ケア必要量から看護職員数を仮定した。新生児 7：1、妊婦 10：1、分娩中(産婦)1：1、自然分娩後 7：1、帝王切開後 0-1 日 4：1、帝王切開後 2 日以降 7：1　の数値で 81 施設から充足率を抽出した結果以下のことがわかった。

1) 看護職員の１日当たり換算の理想看護要員配置数は充足率を満たしている施設が多い事がわかった。しかし、夜間の看護要員配置数については、充足率が 50%以下の施設が、44%存在した。

2)　充足率と産科医療提供体制で比較すると、「充足率」、「充足感」の双方において、産科単科と産婦人科、その他の混合病棟で順々に低下している傾向が認められた。充足率と分娩件数で比較すると、今回の調査からは年間分娩件数が多い施設ほど、充足率が低い実態が明らかになった。

3)産科および産婦人科病棟では、助産師配置数と充足感に有意に関係が認められた。

F.健康危険情報

なし

G　研究成果の公表

2009 年

1)Toshiko ENDO: Japanese Nursing Association (JNA)’s Efforts to Promote In-Hospital Midwife-Led Care System,国際助産師連盟第 9 回アジア太平洋地域会議,2009.11

2)遠藤俊子、常田裕子：院内助産システムの推進、日本看護協会の取り組み、日本看護協会、看護、61(9)、66-70,2009

3)遠藤俊子：助産師基礎教育テキスト 7 巻、ハイリスク妊産褥婦･新生児ケア、日本看護協会出版会、2009.11

4)遠藤俊子：院内助産ガイドライン作成までの経緯とその概略、助産雑誌、63(12)、1098-1103,2009

5)遠藤俊子：分娩体制を構築する院内助産システム、周産期医学、40(1)、71-73,2010

6)遠藤俊子：安全を確保した院内助産システムの推進、第 28 回日本周産期･新生児医学会周産期シンポジウム、2010.1

7)遠藤俊子、葛西圭子：安全な分娩と院内助産の取り組み、日本看護協会研修会,2009.11/2010.1

8)遠藤俊子：院内助産システム、助産師と産科医の連携-助産師の立場から-、周産期医療研究会･医師 B コース、2010.2

9)遠藤俊子：講演「日本の母子保健事情と院内助産システム取り組み」、宮崎県看護協会、

2010. 2
10)長坂桂子:講演「助産師外来開設・運営の実際」、帯広・十勝産婦人科医会、2009. 7
11)遠藤俊子、大塚弘子：より良いお産のために、公衆衛生、74(10)、834-839, 2010
12)遠藤俊子；安全を確保した院内助産システムの推進、日本周産期・新生児医学会、28、87-91, 2010
13)遠藤俊子；ナースプラクティショナー制度と助産師、産科と婦人科、77(10)、1147-1152, 2010
14)遠藤俊子　院内助産システム、周産期医学、40(1)、71-73, 2010
15)遠藤俊子、加藤尚美、池ノ上克、岡村州博、中林正雄；院内助産システムガイドブック、医歯薬出版、2010
16)高野陽他監修、遠藤俊子；院内助産システム、母子保健マニュアル改訂 7 版、66、2010
17)遠藤俊子;平成 22 年度厚生労働科学研究「地域における周産期医療システムの充実と医療資源の適正配置に関する研究」分担研究　院内助産システムの認識と助産実践能力強化研修の評価,看護,63(8),96-101(2011)
18)澤倫太郎:東日本大震災から学ぶ災害時の母子の保健と福祉―日本産科婦人科学会による人的支援について：母子保険情報,64（11)1 - 12,2011
19) 片桐麻州美,井本寛子,石川紀子,爪田久美子,常田裕子,中込さと子,遠藤俊子；総合周産期母子医療センターにおける助産ケア必要量に関する調査,第 42 回日本看護学会論文(掲載予定)

学会発表

1)遠藤俊子、池ノ上克：院内助産システムの今後、第 51 回日本母性衛生学会学術集会、2010. 11. 6
2)遠藤俊子：助産外来・院内助産の開設・実施の人材育成研修、院内助産システム推進フォーラム、2011. 2. 26.
3)福島裕子、斉藤益子、遠藤俊子：中堅助産師の実践力強化モデル研修の効果～助産技術の自信度の変化～、　第 28 回日本助産学会、2011. 3. 5
4)齋藤益子、福島裕子、遠藤俊子ほか：助産実践能力強化を目的としたモデル研修の効果、第 51 回日本母性衛生学会学術集会、2010.11.6
5) 井本寛子,片桐麻州美,石川紀子,爪田久美子,常田裕子,中込さと子,遠藤俊子；総合周産期母子医療センターにおける助産ケア必要量に関する調査,第 42 回日本看護学会,2011.10
6)中林正雄;チーム医療と助産師の卒後研修～職場の活性化を目指して～,東京都福祉保健局医療政策部,2011.12
7)福島裕子;「院内助産システムを担う助産師の実践能力や自信を高める研修はどうあるべきか」第 42 回日本看護学会　母性看護・小児看護　ワークショップ 3「院内助産システムを推進するための助産師と医師の連携」

H. 知的財産権の出願状況

1. 特許取得　なし
2. 実用新案登録　なし
3. その他　なし

資料１

助産実践能力強化研修プログラム

日時	時　間	内　容	講師・担当	所属
9/12	9:30～10:00	導入講義：この研修の持つ意味・目的	齋藤益子	東邦大学
	10:00～11:00	妊娠期のフィジカルアセスメント ～助産外来の助産師に求められる診断能力～	中林正雄	愛育病院
	11:05～12:05	CTG の新しい判読基準	岡井　崇	昭和大学医学部
	12:05～13:00	昼食・参加者自己紹介		
	13:00～14:00	CTG の判読に関する事例検討（グループ演習）	岡井　崇	昭和大学医学部
	14:00～14:25	挨拶、助産師へのエール	小林　高	岩手県産婦医会会長
	14:30～15:30	産褥期のフィジカルアセスメント～褥婦の異常の早期発見のために必要な知識と診断技術～	石渡　勇	日産婦理事
	15:40～16:40	日本の周産期医療の現状と助産師への期待	澤倫太郎	日本医科大学
	16:40～17:00	全体会・学びの共有	福島裕子	岩手県立大学
9/13	9:30～10:00	モーニング・フリートーク	福島裕子	岩手県立大学
	10:00～12:00	助産師外来・院内助産の実際と助産師に求められる能力	石川紀子	愛育病院
	12:00～13:00	昼食・参加者自己紹介		
	13:00～15:00	助産師が行う周産期のメンタルヘルスケア	齋藤益子	東邦大学
	15:10～16:30	グループワーク：各施設の取り組みの情報交換. 今後、自分たちは何ができるか…課題を発見！	福島裕子	岩手県立大学
10/10	9:30～11:20	助産師による正常分娩介助技術（仮題）	進　純郎	前葛飾日赤
	11:30～12:30	産科超音波診断の基礎	馬場一憲	埼玉医科大
	12:30～13:30	昼食		
	13:30～15:20	産科超音波診断の実際（技術演習）	馬場一憲	埼玉医科大
	15:30～16:30	グループワーク	福島裕子	岩手県立大学
10/11	9:30～11:00	新生児期のフィジカルアセスメント ～助産師は新生児のどこを見てどう判断すべきか～	葛西健郎	岩手医科大学
	11:05～12:35	異常分娩の診断と救急処置・医師と助産師の協働	福島明宗	岩手医科大学
	12:35～13:30	昼食		
	13:30～14:30	これからの周産期医療のあり方と助産師の役割	遠藤俊子	橘大学
	14:40～16:30	グループワーク：助産師の役割を果たすために、これから自分たちが何をすればいいのか　課題と決意の明確化	福島裕子	岩手県立大学
12/6	9:30～10:00	再会の場　モーニング・フリートーク	福島裕子	岩手県立大学
	10:00～12:00	事例を用いた総合的アセスメント能力獲得のための演習	秋元義弘	岩手県立二戸病院
	12:00～13:00	昼食		
	13:00～15:00	講義またはグループワーク	福島・齋藤	
	15:00～16:00	修了証書授与、決意表明	齋藤	

資料　2

調　査　票

【ご回答方法】

該当する項目に○をつけ、（　）内には該当する数字または文字をご記入下さい。

問Ⅰ　貴施設についてお尋ねします。

1）病院病棟・診療所の概要

該当する項目に○をつけ、（　）内には該当する数字または文字をご記入下さい。

(1) 病院全体の**診療科数**・病床数	（　数字の記入　）科（　　）床
(2) 産科関連病棟の形態	① 産科単独病棟　② 産科・MFICU 病棟　③ 産婦人科病棟 ④ 混合病棟→産科以外の診療科（　　） ⑤ その他（　　）
(5) 年間分娩件数（H21.1～12 月 またはH21.4～H22.3 月）	① 取り扱い中止/取り扱っていない ② 取り扱っている場合（約　　）件、帝王切開数（約　　%）

2)　貴施設には、「助産外来」がありますか。

① はい	② 準備中	③ いいえ
④ その他（　　）		

3)貴施設には、「院内助産」がありますか。

※本調査では、院内助産を「分娩を目的に入院する産婦及び産後の母子に対して、助産師が主体的なケア提供を行う方法・体制である。殊に、ローリスクの分娩は助産師により行われる。」と定義します。

① はい	② 準備中	③ いいえ
④ その他（　　）		

4) 指定をうけている病院の機能について、あてはまるもの全てに○をつけてください。

① 総合周産期母子医療センター	② 地域周産期母子医療センター	③特定機能病院
④ その他（　　）		

5)ご回答者の職種を教えてください。

職種：　① 助産師　② 看護師　③ 医師

※　院内助産システムとは、『病院・診療所内において「助産外来」「院内助産」のいずれか、または両方を助産師が主導的に実施すること』と定義します。

資料　2

問Ⅱ　院内助産システムなど、周産期医療における助産師活用の推進に関して以下の質問にご回答ください。

問 1　院内助産システムは有益であるか。<u>１つだけ</u>選んでください。

④　非常に有益である　③有益である　②あまり有益ではない　①有益でない　⓪わからない

問 2　院内助産システムを推進するための課題を下記の中から該当するものを<u>いくつでも</u>選んでください。

a)医師との連携・役割分担の明確化　b)助産師の卒後のキャリアアップや認定の仕組み　c)助産師の数

d)　助産師の基礎教育勤務体制など　　e)給与･勤務などの処遇　f)利用者への普及

g)その他（　　）

問 3　現職（貴施設を問わず）の助産師が院内助産システムを担うために、実践能力強化のための研修は必要でしょうか。

④　非常に必要である　③必要である　②あまり必要でない　①不要　⓪わからない

問 4　現職（貴施設を問わず）の助産師が院内助産を行うにあたり、第 3 者評価（認定)の仕組みが必要でしょうか。

④　非常に必要である　③必要である　②あまり必要でない　①不要　⓪わからない

問Ⅲ　別紙の「助産実践能力強化研修　標準プログラムの概要」をもとに、**<u>実践能力をさらに強化し、助産師が院内助産システムにおいて、主体的に自信をもって確実な助産実践が出来るための研修としての妥当性</u>**について、各項目にご回答ください。

問1　「研修目的」は適当だと思いますか

④非常に適当である　③適当である　②あまり適当でない　①適当でない　⓪わからない

問2　研修受講に当たって以下の書類の提出は必要だと思いますか。

＊業務実績報告（様式 1）　　：①必要　②不要(意見　　)

＊職場の推薦書　　：①必要　②不要(意見　　)

＊助産ケアの質評価チェック表　：①必要　②不要(意見　　)

問3　研修期間として「4 日間＋フォローアップ 1 日間」は妥当だと思いますか。

④適当である　③あまり適当ではない　②適当でない（短すぎる・長すぎる）　⓪わからない

資料　2

問4　研修に盛り込む学習内容として、以下は必要だと思いますか。

	非常にそう思う 4	そう思う 3	あまりそう思わない 2	思わない 1	わからない 0
助産診断に自信がもてる最新の医学・助産学の知識や技術					
異常の予測や早期発見のための確定診断方法					
異常を予測・発見した場合の医師へのバトンタッチの時期や方法					
緊急時の対応スキル					
人間関係調整能力やコミュニケーション能力の強化					
健康教育・保健指導能力、相談能力の強化					
参加する助産士同士の情報交換や課題共有ができ、助産師としての自信の獲得とエンパワーメントにつながる内容					

問5　研修の運営や学習方法の工夫として以下は必要だと思いますか。

	非常にそう思う 4	そう思う 3	あまりそう思わない 2	思わない 1	わからない 0
職場を離れた数日間の研修					
（個人の年次休暇などではなく）職場施設からの出張や派遣として参加できる					
事例やシュミレーションモデルを用いた演習					
参加型、体験型の学習形態の工夫					
グループワーク時間の十分な確保					
数ヶ月後のフォローアップ研修					

問6　別紙の「助産実践能力強化研修標準プログラムモデル」の以下の内容は必要だと思いますか。

	非常にそう思う 4	そう思う 3	あまりそう思わない 2	思わない 1	わからない 0
妊娠期のフィジカルアセスメント（講義）					
助産外来の実際と助産師に求められる能力（講義）					
CTGの新しい判読基準（講義）と判読に関する事例検討（グループ演習）					
日本の周産期医療の現状と助産師の法的責任（講義）					
産科超音波診断の基準と実際（講義＆演習）					
助産師による正常分娩介助技術（講義＆技術）					
産褥期のフィジカルアセスメント（講義）					
助産師が行う周産期のメンタルヘルスケア（講義＆演習）					
新生児のフィジカルアセスメント（講義＆演習）					
異常分娩の診断と救急処置・医師と助産師の協働（講義＆演習）					
これからの周産期医療のあり方と助産師の役割（講義）					
事例を用いた総合的アセスメント能力獲得					
毎回のグループワーク					

資料　2

問7　「助産実践能力強化研修　標準プログラム」は院内助産システムを担う上で必要な研修と思いますか。

④　非常に必要である　③必要である　②あまり必要でない　①不要　⓪わからない

問8　「助産実践能力強化研修　標準プログラム」を貴施設の助産師に受講させたいと思いますか。

④非常に受講させたい　③受講させたい　②あまり受講させたくない　①受講させない　⓪わからない

問9　「助産実践能力強化研修　標準プログラム概要」全体についてのご意見･ご要望をお書きください。

ご協力ありがとうございました。
同封しております返信用封筒にて、10 月 31 日までに
ご返信くださいますよう、宜しくお願いいたします。



資料 3-1

調査票１

Ⅰ　貴施設の参加病棟に関連する項目です。（　　）内に数字、該当項目に○をつけてください。

１．病院の許可病床数　（　　床）
　　ＭＦＩＣＵ除く産科の病床数　（　　床）
２．２００９年度分娩件数（　　件）うち帝王切開（　　件）
３．ＭＦＩＣＵ除く産科病棟勤務者数、常勤換算数でお答え下さい。
　助産師　（　　名）　　看護師（　　名）　　准看護師（　　名）
　看護補助者（　名）　その他（　　：　　名、　　：　　名）
４．産婦人科医師数（　　名）産科非常勤医師数（　　名）
５．2009 年度母体搬送症例数（　　例）※1 月 1 日から 12 月 31 日、あるいは 4 月 1 日～3 月 31 日のいずれでも可です。
６．看護学生等の実習受入れ　　あり　　なし

Ⅱ．調査期間 10 日間の病棟状況についてお答え下さい。

月　日		／	／	／	／	／	／	／	／	／	／
入院患者数											
退院患者数											
患者数	妊婦										
	褥婦総数										
	新生児のいる褥婦										
	新生児のいない褥婦										
	ＣＳ褥婦										
	正常新生児数										
	入院扱い新生児数										
分娩件数											
ＣＳ件数											
勤務者数	深夜										
	日勤										
	準夜										
実習生数											

調査票2　助産必要度調査票

資料３－２

調査上の注意点
①調査期間中に入院している妊婦・褥婦について評価してください（入院扱いの病児については評価対象外です）。
②※項目については手引きをご参照ください。他項目は看護必要度と同じ評価方法で評価を行ってください。

用紙の使用方法 ①調査時間は原則23:59としますが、不可能な場合は各医療施設で定刻を決定してください。 ②調査票は対象者1名に1枚使用してください。 ③調査票の基礎情報欄は調査用紙ごとに妊娠回数、分娩方法を選択してください。 ④妊娠週数、産褥日数および入退院を記述してください。 ⑤評価が1以上の場合のみ記入してください。	＜基礎情報＞ 該当する箇所に○をつけてください		月／日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	分娩回数	分娩方法	入院・退院・を記入										
	①初産 ②経産	①自然分娩 ②帝王切開	妊娠週数 産褥日数										

A項目：モニタリング及び処置等													
1	創傷処置 ※	0 なし	1 あり										
2	子宮収縮（産褥復古）測定 ※	0 なし	1 あり										
3	血圧測定	0 4回以内	1 5回以上										
4	出血量の測定（悪露含む）※	0 なし	1 あり										
5	時間尿測定	0 なし	1 あり										
6	内診 ※	0 なし	1 あり										
7	点滴ライン同時3本以上	0 なし	1 あり										
8	心電図モニター	0 なし	1 あり										
9	輸液ポンプの使用	0 なし	1 あり										
10	シリンジポンプの使用	0 なし	1 あり										
11	輸血や血液製剤の使用	0 なし	1 あり										
12	CTG ※	0 なし	1 あり										
13	間欠的胎児心拍聴取 ※	0 なし	1 あり										
14	沐浴指導 ※	0 なし	1 あり										
	家族計画指導 ※												
	栄養指導 ※												
	家族支援 ※												
	上記以外の計画に基づいた10分以上の指導												
15	（看護計画に基づいた）10分間以上の意思決定支援	0 なし	1 あり										
16	身体的な症状の訴え ※	0 なし	1 あり										
17	専門的な処置 ①昇圧剤・降圧剤の使用（静脈注射薬）	0 なし	2 あり										
	専門的な処置 ②ドレナージの管理												
	専門的な処置 ③破水時抗生剤の使用（静脈注射薬） ※												
	専門的な処置 ④頸管拡張および陣痛促進剤の使用 ※												
	専門的な処置 ⑤子宮収縮剤の使用（静脈注射薬） ※												
	専門的な処置 ⑥硬膜外あるいは静脈内麻酔の管理 ※												
	専門的な処置 ⑦麻薬の使用												
B：患者の状態など													
18	床上安静の指示	0 なし	1 あり										
19	寝返り	0 できる	1 何かにつかまればできる / 2 できない										
20	起き上がり	0 できる	1 できない										
21	座位保持	0 できる	1 支えがあればできる / 2 できない										
22	移乗	0 できる	1 見守り・一部介助が必要 / 2 できない										
23	移動方法	0 介助を要しない	1 介助を要する移動（搬送を含む）										
24	口腔清潔	0 できる	1 できない										
25	食事摂取	0 介助なし	1 一部介助 / 2 全介助										
26	衣服の着脱	0 介助なし	1 一部介助 / 2 全介助										
27	育児行動 ※	0 できる	1 見守り・一部介助が必要 / 2 できない										
28	マタニティブルー症状 ※	0 なし	1 あり										
29	授乳の自立※	1 できる	1 見守り・一部介助が必要 / 2 できない										

調　査　票

資料 4

1．医療施設の病床数：当てはまる回答の番号に○をつけてください．

①　200 床未満　　②200～500 床未満　　③500 床以上

2．病棟の構成：当てはまる回答の番号に○をつけてください．

①産科　　②産婦人科　　③その他

3．現病棟の病床数（　　）床：産科を含む病棟の全体病床数を実数でご回答ください．

入院患者数のうち産科の患者の平均入院数　（　　）人

4．年間（2010 年）の総分娩件数　（　　）件

その内の帝王切開件数　（　　）件

5．病棟における看護職人数（常勤換算）についてご回答ください．（その他はクラーク、看護助手など記入ください）

総数　　名（うち助産師　　名、看護師・准看護師　　名、その他　　名）

6．任意に選択した１日（土日祝日除く）の各勤務帯の病棟看護職員数(助産師・看護師)をお答え下さい。

ただし、総人数にはクラーク、看護助手、外来業務担当者も含む

勤務帯	総人数	助産師	看護師・准看護師
時　分～　時　分			
時　分～　時　分			
時　分～　時　分			

7．上記 6 と同じ日の下記の状況（①～④）についてご回答ください。

①入院した患者数　　人　②退院した患者数　　人

③経膣分娩件数　　件　④帝王切開件数　　件

8．上記 6 と同じ日の 24 時時点での入院者の状況（①～⑤）についてご回答ください。

①入院患者総数　　人　②産科以外の患者数　　人

③総褥婦数　　人　褥婦の内訳について　帝王切開：１日目　　人　２日目　　人

経膣分娩：１日目　　人　２日目　　人

④総妊婦数　　人　⑤総新生児数　　人

9. 上記 6 と同じ日の業務内容からみた病棟看護職員数について、病棟看護管理者またはリーダースタッフの立場から主観的な充足感をご回答ください。　当てはまる回答の番号に○をつけてください．

①充足している　②まあまあ充足している　③どちらでもない　④やや不足している　⑤不足している



ご協力ありがとうございました。
本用紙のみ、ご返信くださいますよう
お願いいたします。