

「母子のための 地域包括ケア病棟」 推進に向けた手引き



生きるを、ともに、つくる。

公益社団法人 日本看護協会

目次

発刊にあたって／本手引きのすすめ	2
はじめに	3
1 母子支援体制の現状	3
1) 母子保健サービスの変遷	3
2) 周産期医療提供体制の現状	4
2 「母子のための地域包括ケア病棟」とは	5
3 「母子のための地域包括ケア病棟」における「4つの機能」とは	7
1) 院内助産・助産師外来	7
2) 産科関連病棟におけるユニットマネジメント	8
3) 医療機関における産後ケア事業	9
4) 地域連携	10
4 「母子のための地域包括ケア病棟」開設・運営の流れ	11
1) 開設・運営の流れ	11
2) 「4つの機能」の推進に向けた取り組み	13
(1) 院内助産・助産師外来	13
(2) 産科関連病棟におけるユニットマネジメント	14
(3) 医療機関における産後ケア事業	16
(4) 地域連携	18
【事例紹介】 ① 施設内での共通認識・合意形成	12
② 人員が限られた中でのマネジメント	14
③ 産科混合病棟における安全・安心の確保	15
④ 高まるメンタルヘルスケアニーズに向けた機能強化	17
⑤ タイムリーな母子支援体制の構築	18
おわりに	19
引用・参考文献	19

発刊にあたって

母子を取り巻く状況の変化から、母子支援体制の強化が急務だ。日本看護協会（以下、本会）では、体制づくりとして、院内助産・助産師外来開設の推進、産科関連病棟におけるユニットマネジメントの提案、ケア環境を支える助産師の必要人数算出に関する提案などを行ってきた。また、母子保健法の改正に伴って、医療機関で行う産後ケア事業の推進にも取り組んできたが、母子保健における仕組みを運営するだけでは、妊産婦への切れ目のないケア提供は難しく、課題は山積するばかりだ。

産科混合病棟が増加し、地域機能も弱体化するに従って、妊産婦へのケアや子育て支援が不十分にならざるをえない状況もあることから、妊娠・分娩・産褥期のケアの連続性、子育て期の支援を行う場の確保、ケアの機能を強化する対策が必要になった。そこで、場が異なり、限られた人的資源でケアをつないでいく難しさを解決する新たなケア提供体制を創造し、提案したのが、「母子のための地域包括ケア病棟（仮称）」である。

この「母子のための地域包括ケア病棟」は、これまで本会が進めてきた提案を一体的に提供するものであり、2019年から検討を開始し、2年間のモデル事業を経て、本手引きを策定するに至った。このモデル事業によって示された成果は、多くの妊産婦のよりよいケアに貢献する。

モデル事業に参加され、組織変革を実践し成果を示していただいた分娩取扱施設のアドバンス助産師をはじめ、関係者の皆様に感謝申し上げます。

2021年11月

公益社団法人 日本看護協会会長
福井 トシ子

本手引きのすすめ

日本看護協会は、母子保健の充実に向けた取り組みの一環として、「母子のための地域包括ケア病棟」推進に向けた手引き」を作成した。この言葉の意味する内容は、本文にあるとおり、① 院内助産・助産師外来、② 産科関連病棟におけるユニットマネジメント、③ 医療機関における産後ケア事業、そして、④ 地域連携の4つの機能を兼ね備えた病棟をつくるための手引きである。

これからの周産期医療提供体制は、「医師の働き方改革」の運用しだいでは、今までとは大きく変わる可能性がある。院内での医師の外来、手術、分娩対応、当直、日直などの勤務内容に時間的制約が入り、勤務の間のインターバルや休日勤務の翌日の休養時間などを厳密に求められる結果、少ない産科医師だけでは、すべての業務に対応できなくなる病院や医院が多く出現し、助産師や看護師の援助なしには、病院は機能しなくなるとされる。今後は、院内助産や助産師外来を持つ病院は増えるだけに、今回の提案のように、院内助産や助産師外来に取り組むだけでなく、妊産婦から育児に至る切れ目のない母子保健上の一環としての助産師の重要な役割が求められると考えられる。その意味で、日本看護協会が長年取り組んできた産科関連病棟におけるユニットマネジメントの実現を通して、その後続く産後ケア事業も含めて、助産師が最も得意とする母親への心の支えとなるケアの充実を目指していただきたい。

本手引きは、事例も含め、参考になる記述が多い。ぜひ手元に置いて、皆様の分娩施設の実際に合わせて、有効に使うことをおすすめする。

2021年11月

公益社団法人 日本産婦人科医会会長
木下 勝之

はじめに

少子化に起因する母親の孤独感や不安、負担の増大、ハイリスク妊産婦の増加、出生率の低下に比して低出生体重児の割合は横ばいであることなど、妊産婦★や母子を取り巻く状況には、課題が山積している。こうしたことを念頭に置いて、ケア提供側からも見てみると、以前と比べて、ケアが必要な妊産婦や母子が増加している。

助産師をはじめとする看護職の専門性を発揮したケアが、母子の愛着形成の促進につながり、母子を取り巻く状況を改善するための一助となることから、今まで以上に妊産婦への丁寧なケアが求められている。加えて、妊婦健康診査や出産の場という機能だけでなく、母子が退院した後のニーズにも分娩取扱施設が対応しており、ケア提供体制も変化している。

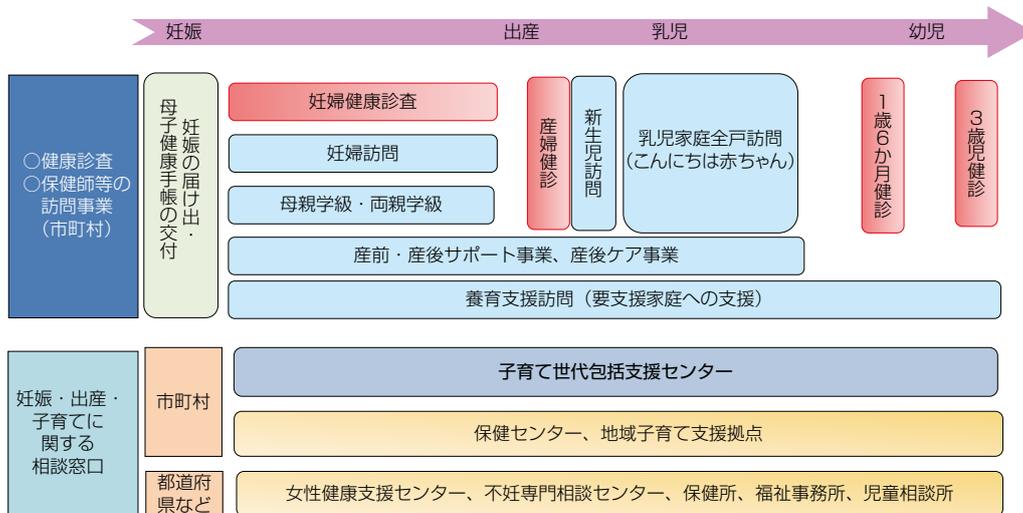
日本看護協会（以下、本会）では、2019～2020年度に「母子のための地域包括ケア病棟（仮称）モデル事業」（以下、モデル事業）を実施した。その成果から、かねてより本会が推進してきた「4つの機能」、つまり、〈院内助産・助産師外来〉〈産科関連病棟におけるユニットマネジメント〉〈医療機関における産後ケア事業〉〈地域連携〉が整うことが重要であることが明らかになった。そこで、各医療機関においても、「母子のための地域包括ケア病棟」の開設・運営を推進し、ぜひ、助産師をはじめとする看護職の力を積極的に活用して、地域や医療機関の実情に即した、妊産婦や母子に必要な支援の提供体制を1日も早く整えていただきたく、本手引きを作成した。

★：以下、本手引きで「妊産婦」というときは、妊婦・産婦・褥婦を指す。

1 母子支援体制の現状

1) 母子保健サービスの変遷

日本における、現在の母子保健行政サービスの概要を図1に、近年の母子保健行政の主な動きを表1に示す。



※妊婦健診費用については、全市町村において14回分を公費助成。
 出産費用については、医療保険から出産育児一時金として原則42万円を支給。

図1 現在の母子保健行政サービス¹⁾

表 1 近年の母子保健行政の主な動き

年	出来事
2015	「健やか親子 21（第 2 次）」開始
2016	母子保健法改正により子育て世代包括支援センター*法制化（2017 年施行）
2017	産婦健康診査事業開始
2018	成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対して必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律（通称「成育基本法」）制定（2019 年施行）
2019	母子保健法改正により産後ケア事業法制化（市町村努力義務）（2021 年施行）
2020	少子化社会対策大綱（第 4 次）閣議決定
2021	成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針（通称「成育医療等基本方針」）閣議決定

*：法律上の名称は「母子健康包括支援センター」。設置は市町村の努力義務とされ、地域の関係機関・関係者と連携してすべての妊産婦・乳幼児（未就学）とその家族を対象に支援を実施。主な連携先は、保健・医療機関、教育機関のほか、NPO やボランティアなどのインフォーマルなサービスも含む。

妊産婦・母子を取り巻く状況により、母子保健施策は、さまざまな法制度が整えられ、随時見直しが行われながら、自治体や関係機関が対応してきた。母子保健法の改正により子育て世代包括支援センターの設置や産後ケア事業が法制化されたことは、その代表例である。しかし、制度間で必ずしも十分な連携がされているとはいえず、ライフステージ各期の狭間において、必要な支援を受けられない場合もある。たとえば、メンタルヘルスの不調や妊産婦の自殺などは、妊産婦の孤立、それに起因する不安なども影響していると思われる。

そこで、関係施策を総合的に推進し、切れ目のない支援を実現することを目的として制定されたのが「成育基本法」であり、その方向性として策定されたのが「成育医療等基本方針」である。「成育医療等基本方針」は、「健やか親子 21（第 2 次）」と理念や方針が同じであり、これを包含した取り組みが進められることとされている。

2) 周産期医療提供体制の現状

本会が 2016 年度に実施した調査では、産科混合病棟が、分娩取扱施設全体の約 8 割を占めていた²⁾。また、産科混合病棟に勤務する助産師の多くが、産科以外の患者への対応を行っており、助産師が母子のケアに専念できていない状況にあること、新生児への水平感染リスク、さらに、他科患者が産科混合病棟に入院する際のルールや基準を設けている施設は多いが、完全に守られているところは全体の半数程度にとどまっていることも明らかになった²⁾。

産科混合病棟化の傾向は今後も続くものと予測されるため、母子の安全・安心を確保するための体制の整備が必要である。各施設においては、**3 の 2)** で紹介するユニットマネジメントの導入を図るなど、管理のあり方を見直し、強化することが求められる。

「母子のための地域包括ケア病棟」とは

現代の母子はさまざまな身体的・精神的・社会的課題を抱えており、妊娠期から子育て期における切れ目のないケア・支援提供体制の整備が喫緊に求められている。

しかし現状では、分娩取扱施設数の減少や他科との混合病棟化により、分娩取扱施設においても、母子に十分な支援を提供することは難しい状況である。地域における母子保健においても、さまざまな制度上の障壁などから、医療機関と関係機関との連携が円滑に進められない側面がある。このように、すべての母子が必要とする支援を進めるためには、多くの課題がある。

そこで、こうした制度の狭間を埋める対策として、医療機関における「母子のための地域包括ケア病棟」の開設・運営を提案する。

「母子のための地域包括ケア病棟」とは、助産師をはじめとする看護職が妊産婦と新生児に集中してケアができる体制が整備され、妊娠・出産・子育て期において切れ目なく継続したケアが提供できる場と機能をもつ病棟をいう。ここでは、妊娠・分娩・産褥期における一般的なケア提供と、社会的ハイリスクがある場合の母子の生活復帰支援が、関係機関と連携しながら行われる。なお、施設の規模などにより、1つの病棟ないしフロア全体を確保できない場合は、ユニット化・ゾーニング(3の2)を参照)によって決定された「産科区域」が、「母子のための地域包括ケア病棟」に該当するものとして、以下、解説する。

「母子のための地域包括ケア病棟」のケア提供体制は、図2に示すとおりである。〈院内助産・助産師外来〉〈産科関連病棟におけるユニットマネジメント〉〈医療機関における産後ケア事業〉〈地域連携〉の「4つの機能」を備え、これらを一体的に実施することで、切れ目のない支援を提供する。

「4つの機能」のそれぞれの詳細は3で解説するが、概要は、下記のとおりである。

- ① 院内助産・助産師外来：院内助産・助産師外来を明示し、助産師が助産業務に専念することで、妊娠期から子育て期における切れ目のないケア・支援を提供する機能
- ② 産科関連病棟におけるユニットマネジメント：産科区域特定を行い、安全・安心な出産環境の整備を行うために、看護師と役割分担した上で、助産師が妊産婦に集中してケアを行う機能
- ③ 医療機関における産後ケア事業：助産師をはじめとする看護職が中心となり、母子に対して心身の安定を促進するとともに、母子の愛着形成を促し、健やかな育児ができるよう支援する機能
- ④ 地域連携：子育て世代包括支援センターなどとの必要な連絡調整、母子保健や福祉に関する事業と連携する機能

モデル事業参加施設による報告から、「4つの機能」すべてに取り組むことが、助産師をはじめとする看護職による出産や産褥早期の集中したケア提供、継続的な支援、地域連携の推進を実現し、妊娠期から子育て期における切れ目のない支援提供体制の構築につながることを示された。なお、それら参加施設では、地域の実情や周産期医療機能、助産師などの人員配置などによる差異はみられず、すべての施設で「4つの機能」が一体的に実施できていた。

地域における母子保健活動は、地域の実情に応じて取り組まれ、自治体ごとのサービスや手続きなどの相違が、連携の障壁となることもある。また、少子化などをを受けて分娩取扱施設は減少・集約化が進んでいることから、地域によっては、医療機関が妊産婦や母子の生活圏にないために、継続的な支援を受けることが容易ではない。

しかし、地域の医療機関と関係機関との間に、十分な連携・協働体制が構築され、情報が適時・適切に共有されれば、支援の必要な妊産婦や継続的なケアが必要な母子の早期発見、そして、早期介入が可能になると期待される。

母子保健法の改正により、産後ケア事業は法的に位置づけられ、市町村の努力義務となった（3の3）を参照）。すべての市町村と医療機関での取り組みが求められるが、まずは、「4つの機能」を一体的に実施する体制が分娩取扱施設で整備され、産後ケアを提供できるようになれば、地域連携をより円滑にする一助となる。

本手引きを参考に、助産師をはじめとする看護職の主導のもと、多くの医療機関・地域において、妊娠期から子育て期における切れ目のない支援が実現・促進されることを願っている。

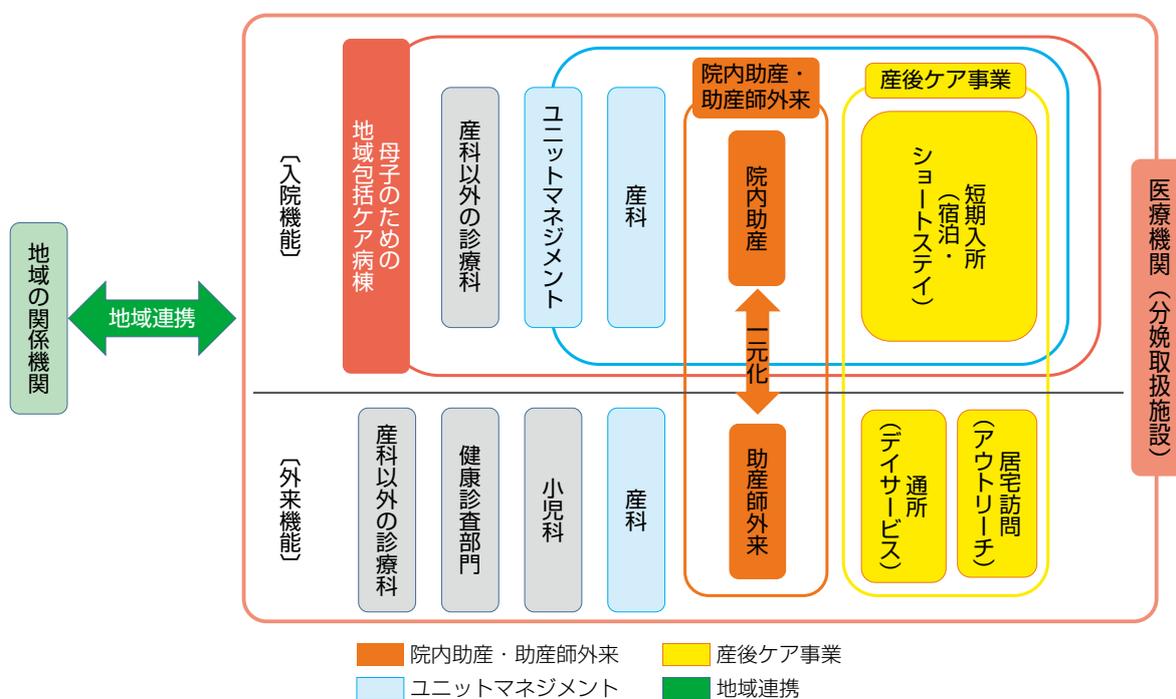


図2 「母子のための地域包括ケア病棟」における「4つの機能」のイメージ図

1) 院内助産・助産師外来

周産期医療や母子保健の課題の解決には、助産師をはじめとする看護職による継続的なケア・支援提供が確保できる体制を整えることが重要で、それが妊産婦の出産に対する満足度の向上や母子の安全・安心につながる。また、国が進める「働き方改革」において、医師の業務負担が課題とされている。中でも産婦人科は、他の診療科と比較して、医師の勤務時間が長いことが調査により明らかとなった³⁾。一方で、ハイリスク妊産婦の増加により、医療介入を必要とする対象が増加していることも要因として考えられる。

そのため、助産師が妊産婦の状態を的確に判断する実践能力を身につけ、ケアに責任をもつ院内助産・助産師外来の推進は、医師がよりハイリスクな対象に専念することを可能にする。また、助産師と医師が、それぞれの専門性を活かしながら役割分担し、連携・協働することで、チーム医療が促進され、効率的な医療提供体制の実現につながるとともに、医師の負担軽減が図られることが期待される。

これにつながる動きは、周産期医療提供体制を整備し安心して産み育てるための環境醸成を図る、1996年に厚生省（当時）が提示した「周産期医療システム整備指針」に端を発する。その後、2007年に発出された通知では、正常経過を辿る妊産婦や母子の分娩・健康管理について助産師の積極的活用の有効性が示され、2008年には、院内助産・助産師外来開設のための施設整備や助産師などの研修に関する事業が開始された。同年には、厚生労働省で「安心と希望の医療確保ビジョン」が取りまとめられ、職種間の協働やチーム医療の充実において、院内助産・助産師外来の推進が明記されたほか、「院内助産ガイドライン」⁴⁾が作成された。同ガイドラインでは、院内助産・助産師外来を併せて「院内助産システム」とし、院内助産は助産師が主体的なケアを提供する方法・体制と定義していた。

その後の周産期医療現場の変化に対応し、本会が改訂したのが「院内助産・助産師外来ガイドライン2018」（以下、「GL2018」）⁵⁾であり、周産期を取り巻く環境の変化を踏まえ、助産師がすべての妊産婦に関わることができるようにすることで、妊産婦のニーズや状態に応じたチーム医療となると示した。

「GL2018」⁵⁾では、院内助産・助産師外来を次のように定義した。

【院内助産の定義】

① 緊急時の対応が可能な医療機関において、② 助産師が妊産婦とその家族の意向を尊重しながら、③ 妊娠から産褥1か月頃まで、④ 正常・異常の判断を行い、助産ケアを提供する体制をいう。 ※①～④の実施に必要な機能をもつ。

【助産師外来の定義】

① 緊急時の対応が可能な医療機関において、② 助産師が産科医師と役割分担をし、③ 妊産婦とその家族の意向を尊重しながら、④ 健康診査や保健指導を行うことをいう。ただし、産科医師が健康診査を行い、保健指導・母乳外来等のみを助産師が行う場合はこれに含まない。 ※①～④の実施に必要な機能をもつ。

* 詳細は、「院内助産・助産師外来ガイドライン2018」（「GL2018」）を参照。

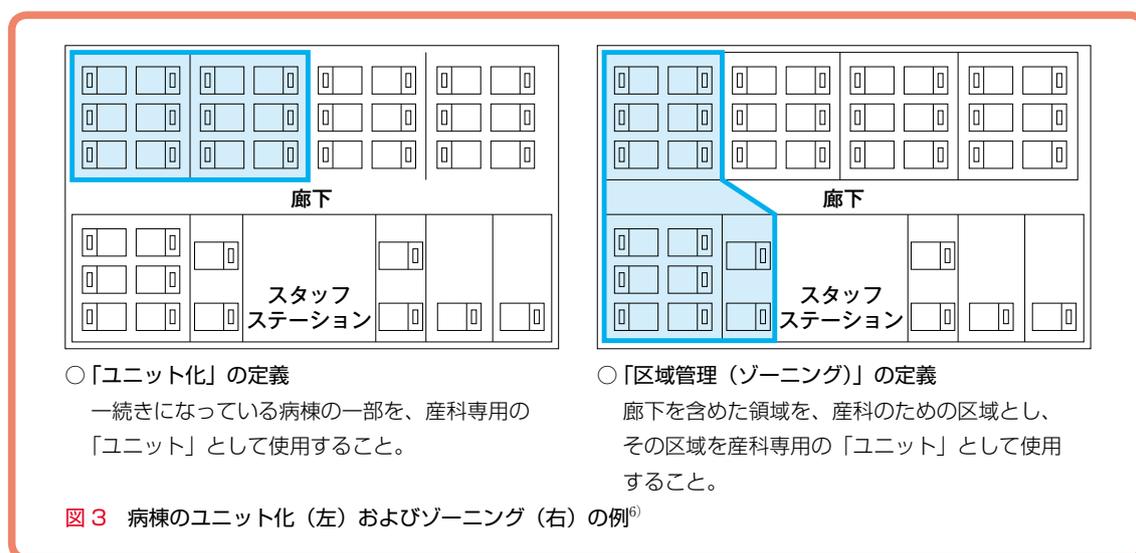


2) 産科関連病棟におけるユニットマネジメント

先に述べたように、医療機関では、産科関連病棟の混合病棟化が進んでいる。かつては、新生児に対する感染対策として必要な対応がとられていたが、現在の多くの産科混合病棟では、他科患者が入院する際の基準やルールが、（整備はされていても）十分に守られていない、助産師や産科の看護師が他科患者の対応も担い、母子のケアに専念できない、といった課題がある。

こうしたことを解消し、母子にとって安全・安心な環境を確保するために本会が提案するのが、「ユニットマネジメント」である。

ユニットマネジメントとは、産科と他科患者とが別室となるように「ユニット化」と「ゾーニング（区域管理）」を行うことであり、本会では、「産科混合病棟ユニットマネジメント導入の手引き」⁶⁾において、**図3**のように定義している。自施設でこのような管理ができていないか点検し、改善を図っていただきたい。



ユニットマネジメントの実施に当たっては、産科以外の患者の入院・入室基準を明確化し、これを徹底することや、助産師の適正配置^{*}が重要となる。病床管理に関わるため、基準については、看護管理者や経営者の理解、組織的意思決定が必要であり、他職種も含めた施設全体で共有しておくことが望ましい。

^{*}：助産師の配置人数については、医療法にも診療報酬にも規定はない。妊産婦の状況（リスクの度合い）に応じて発生しうる業務内容をもとに、また、年間総労働時間数や夜勤時間数といった助産師のワーク・ライフ・バランスにも配慮しながら、検討する必要がある。本会の「助産師の必要人数算出に関する提案」⁷⁾が参考になる。

*詳細は、「産科混合病棟ユニットマネジメント導入の手引き」「助産師の必要人数算出に関する提案」を参照。



3) 医療機関における産後ケア事業

ハイリスク妊産婦が増加しているが、産後の入院期間は短縮傾向にある。これは、産後の身体の回復や、授乳をはじめとする育児技術の習得が不十分なまま退院を余儀なくされることを意味する。

また、現代では、少子化、核家族化、地域のつながりの希薄化や、出産年齢の上昇により、乳幼児と身近に接することのないまま親になる人、家族（実家など）や近隣のサポートが得られにくい状況にある人も多い。出生数の減少は、妊産婦同士の交流の場の減少も意味し、子育て環境に大きな影響を与えている。身体的な不調に加え、孤立からくる不安が、産後うつなどのメンタルヘルスの不調や、子ども虐待などにつながることもある。実際、妊産婦の自殺、子ども虐待は、増加傾向にある。

産後ケア事業には、このような事態を未然に防ぐ効果が期待され、これを専門に実施する施設も登場するようになった。産後ケア事業は、2014年度には「妊娠・出産包括支援モデル事業」の一部として開始されたが、市町村により、委託先がない、対象を限定しているなど、実施状況や内容には差異があった。

こうしたことを受け、2019年12月に「母子保健法の一部を改正する法律」が成立し、産後ケア事業が法的に位置づけられ、市町村の努力義務として明記された。2020年5月閣議決定の「少子化社会対策大綱（第4次）」では、2024年度末までの全国展開を目指すとしている。改正後の母子保健法の施行（2021年4月）に先立ち、2020年8月には「産後ケア事業ガイドライン」も改定された⁸⁾。同法およびガイドラインにおいて、産後ケア事業は下記のように規定されており、医療機関や、助産師をはじめとする看護職への期待がうかがわれる。

【「改正母子保健法」および「産後ケア事業ガイドライン」における「産後ケア事業」の定義】

- 実施主体：市町村
- 対象：出産後1年を経過しない女子及び乳児
- 内容：対象の心身の状況に応じた保健指導、療養に伴う世話又は育児に関する指導、相談その他の援助
- 実施方法・場所など：
 - ・ 短期入所（宿泊、ショートステイ）…病院、診療所、助産所、その他厚生労働省令で定める施設
 - ・ 通所（デイサービス）…産後ケアセンター★、その他厚生労働省令で定める施設
 - ・ 居宅訪問（アウトリーチ）
- 実施担当者：助産師、保健師、看護師1名以上を置く。特に、出産後4か月頃までの時期は、褥婦や新生児に対する専門的ケア（乳房ケアを含む）を行うことから、原則、助産師を中心とした実施体制での対応とする。

★：「病院、診療所又は助産所と産後ケアセンターとの併設等について」（医政発0805第1号・子発0805第4号 令和2年8月5日）を参照。

4) 地域連携

先に述べたように、妊娠期から子育て期に至るまで、母子への支援に関し、地域にはさまざまな機関が存在する。一方、医療機関は集約化によって妊産婦や母子の身近にない地域もあるため、たとえば入院中に気がかりな対象がいたとしても、継続的なケア提供が容易でないことも少なくない。つまり、医療機関の産科部門だけでは対処しきれない部分があり、医療機関内の各部門間での情報交換に加え、こうした地域の関係機関と連携・協働することが求められる。医療機関と地域の関係機関、両者の間に十分な関係が構築されると、それらの連携・協働により、支援を必要とするすべての母子に、切れ目のない支援を提供することが可能となる。

モデル事業では、「地域連携」を下記のように定義した。つまり、必要な保健・福祉になく拠点となることが、「4つの機能」を備えた分娩取扱施設が目指すあり方の一つであることを意味する（図4）。

なお、病院間で実施する「地域医療連携」の定義とは異なるものであり、厚生労働省「子育て世代包括支援センター業務ガイドライン」を参考に定義している。

【モデル事業における「地域連携」の定義】

医療機関と関係機関が、各機関の相談・支援内容を相互に理解し、すべての妊産婦・乳幼児とその保護者を対象に、

- ・継続的な状況の把握によるニーズの早期発見や予防的な関わり
- ・各機関への連絡・調整による専門的な支援の提供

を実施することを目的に、連携・協力をを行う。

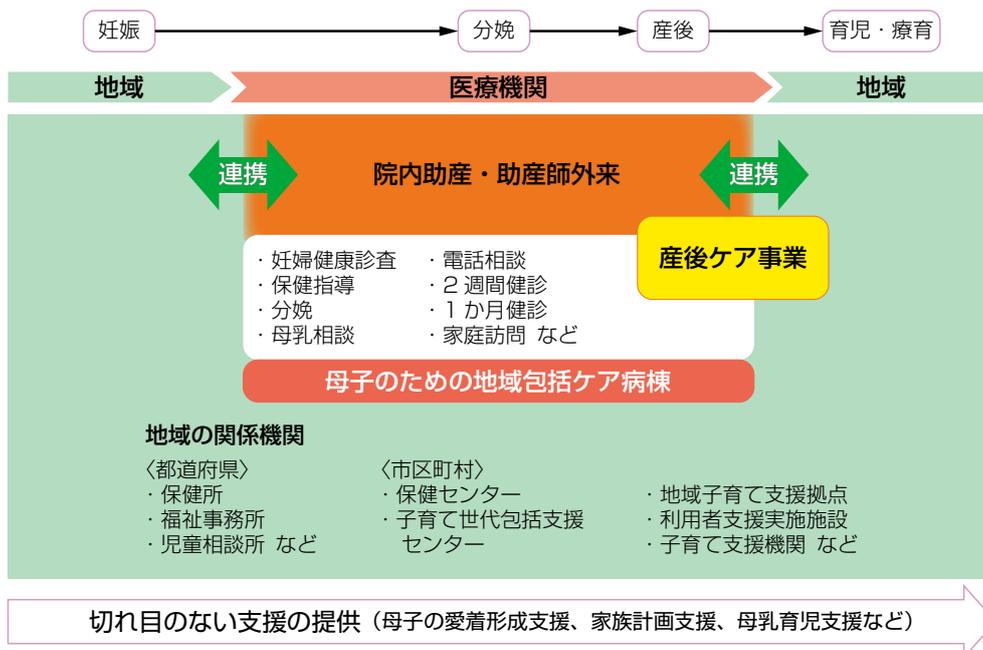


図4 母子支援における地域連携

「母子のための地域包括ケア病棟」開設・運営の流れ

「4つの機能」を一体的に実施するには、具体的にどのような取り組みが必要なのか、モデル事業参加施設の事例を紹介する。なお、各参加施設は「4つの機能」すべてに取り組むことができたが、その中でも特徴の見られた機能について示す。

1) 開設・運営の流れ

まず、時系列に沿って、「準備・構築期間」と「実施・推進期間」に分け、流れを概観する。それぞれの段階において必要な取り組み内容は、**図5**のとおりである。

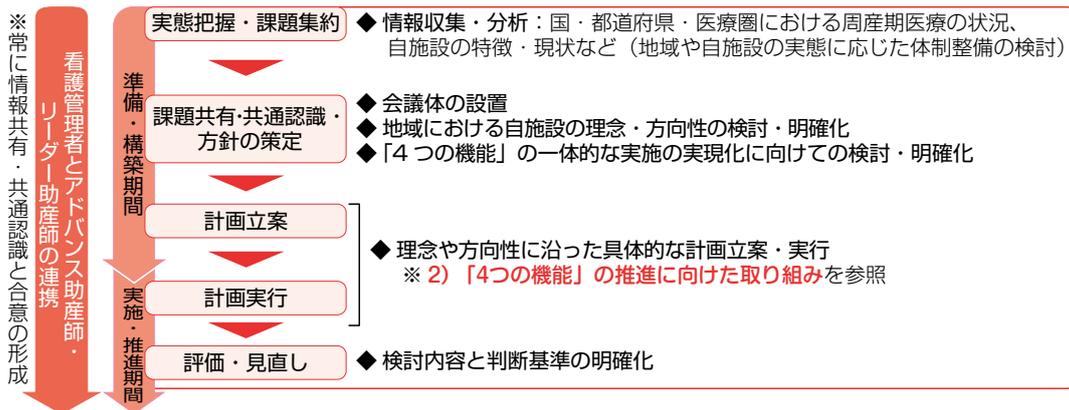


図5 「母子のための地域包括ケア病棟」開設・運営の各時期に必要な取り組み

【準備・構築期間】

「4つの機能」の一体的な実施を検討するに当たり、現在の社会全体および自施設における周産期医療やケア提供の状況（設備、人員など）、組織の理念や特徴を確認し、共通認識と合意形成を図る。

【実施・推進期間】

「4つの機能」の一体的な実施の実現に向けた仕組みづくりや体制整備、ケアの標準化を行う。「4つの機能」のそれぞれについて具体的に何を行うかは、**2)** で解説する。

なお、モデル事業参加施設からは、「4つの機能」の推進に当たり、下記の事項がカギになったと報告されている。

- ・ 統括責任者（看護部長など）が意図的に事務部門も含む他部門を巻き込み、プロジェクトチームを編成し、組織化すること（参考：[事例紹介 ①]）
 - ・ 産科医師と十分に協議し、切れ目のない支援提供体制に向けた役割分担や協働のあり方を見直すこと
 - ・ 関係機関と定例会議を設け、地域の関係する多職種による母子支援の実際、その継続の必要性などを共有すること（参考：[事例紹介 ⑤]）
 - ・ 国の動きや他施設の取り組みを知ることによって、自施設の課題が明確になること
- 初期の段階から、こうしたことを念頭に置き、検討する。その際に不可欠となるのが、助産師や産科の看護師をはじめとする看護職、アドバンス助産師や看護管理者のマネジメント力とリーダーシップである。

事例紹介① 施設内での共通認識・合意形成——地域のニーズにより産科病棟を新規開設

A 病院（兵庫県）

- 施設全体での許可病床：300 床台
- 分娩取扱施設の概況（2021 年 10 月開設予定）

産科関連病棟の許可病床	21 床：産科 3 床、婦人科その他 18 床
看護職員	11 人：看護師 2 人、助産師 9 人（うちアドバンス助産師 4 人）
分娩取扱医師	2 人（うち夜間における分娩取扱医師 2 人）

【モデル事業参加前】

市の地域開発計画の一環である事業に参加し、新築移転する計画があった。産科病棟を備えていなかったが、出生率が高く、地域から産科開設に期待が寄せられていた。

【モデル事業参加後】

モデル事業参加に当たり、組織内合意を得る上で、院内調整会議を運営主体とし、決定事項は幹部会に報告し決議した。外来・病棟会、看護師長会では決定内容を運用し、課題の抽出と、改善に向けての協議をした（表 2）。施設内で共通認識・合意形成を図るプロセスを明文化したことで、院長をはじめ、医師、看護職や多職種の理解と協力が得られた。

表 2 A 病院における施設内での共通認識・合意形成プロセス

会議名	出席者	回数	協議内容
幹部会	・ 院長 ・ 看護部長 ・ 事務長	5 回	【産科開設に際しての方向性】 ・ 経営指標 ・ 分娩のスタイル、院内助産 【環境整備・構築】 ・ 病棟改修（「産科混合病棟ユニットマネジメント導入の手引き」を参照） ・ 機材の選定・購入 【その他】 ・ 広報
院内調整会議	【各部署（職種）代表者・担当者】 ・ 入退院支援センター ・ 栄養科（管理栄養士） ・ 薬剤部（薬剤師） ・ リハビリテーション科（理学療法士） ・ 医事課（医療事務） ・ 臨床工学科（臨床工学技師） ・ 臨床試験センター（臨床検査技師） ・ 放射線科（放射線技師）	2～4 回/月	【体制】 ・ 病棟の運営 ・ 産科外来・助産師外来・母親学級の運営 ・ 緊急帝王切開、救急外来受け入れ対象者など ・ 新型コロナウイルス感染症流行下での分娩、発熱対応 ・ 産後ケア事業の内容・運営 ・ 他施設・市役所・区役所との連携、産後ケア事業の契約 ・ 外来費用・入院費用・保険関係など、「お金」に関する事項 ・ 各種マニュアルの項目 ・ 診療記録・助産記録、クリニカルパス ・ 使用薬剤・検査項目の決定 【人材育成】 ・ 周産期チーム ・ 助産師・看護師の院内外研修 ・ アドバンス助産師の育成計画 【環境整備】 ・ 電話回線、PHS ・ 必要物品 ・ 入院中の栄養管理、お祝い膳 ・ 入院中のアメニティ・業者の選択、売店販売物品 ・ 患者に渡すリーフレットなど

Column

アドバンス助産師認証制度とは

「アドバンス助産師」とは、日本助産評価機構により、「助産実践能力習熟段階（クリニカルラダー；CLoCMiP®）」⁹⁾のレベルⅢ、具体的には、院内助産・助産師外来を自律して行える実践能力を認証された助産師である。第 7 次医療計画の「周産期医療の医療体制構築に係る現状把握のための指標例」にも「アドバンス助産師数」が明記され、その活躍には、社会から期待が寄せられている。こうした認証制度の活用は、助産師自身のキャリア開発だけでなく、施設のサービスの質を保証し、向上させる一助となる。

2) 「4つの機能」の推進に向けた取り組み

(1) 院内助産・助産師外来

図5に整理した内容を踏まえ、次のようなプロセスで、開設に必要な体制を整備する(図6)。委員会など、運営や課題解決などについて検討する場を設置し、産科医師・新生児科医師(小児科医師)らも交えて、基準などの見直しを行う。さらに、3の1)で、「GL2018」⁵⁾における院内助産・助産師外来の定義を示したが、その実施に必要な機能(詳細は、「GL2018」⁵⁾を参照)を念頭に置いて進めるとよい。

① 理念の明確化
施設・看護部の理念に基づき、院内助産・助産師外来において、どのような助産ケアを提供するのかを組織全体で検討し、明文化する。

② 現状分析
地域における周産期関連データなどを収集し、院内助産・助産師外来の地域ニーズを把握する。

③ 開設準備
必要な体制・物品などの検討・準備、各種規定・基準の作成、担当する助産師の育成に必要な研修などを計画的に行う。

なお、開設・運営・維持には、都道府県や職能団体の協力が不可欠である。たとえば、物品の整備や研修の実施などにおける補助金(例：令和3年度助産師活用推進事業)の活用可否に関する相談も可能である。

また、地域住民の認知度を高めることが利用促進につながる。効果的な方法を工夫しながら周知活動を行う。

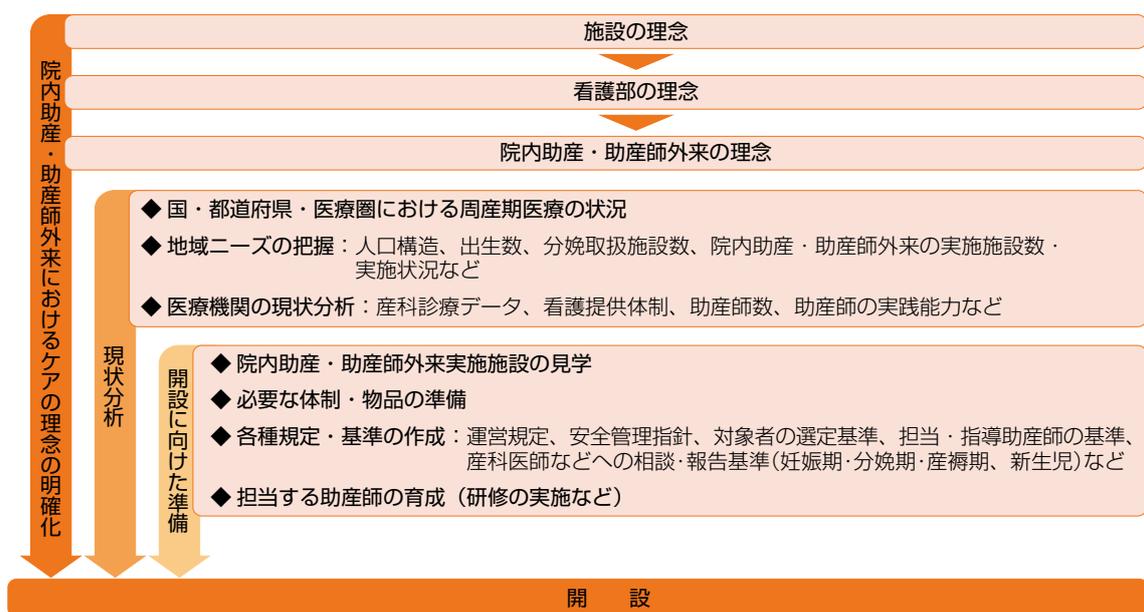


図6 院内助産・助産師外来開設のプロセス(文献⁵⁾により作成)

事例紹介② 人員が限られた中でのマネジメント

B 病院（島根県）

- 施設全体での許可病床：100 床台
- 分娩取扱病棟の概況（2020 年 7 月時点）

産科関連病棟の許可病床 (稼働病床)	36 床：産科 3 床、産科以外 33 床
看護職員	24 人：看護師 16 人、助産師 8 人（うちアドバンス助産師 4 人）
分娩取扱医師	2 人（うち夜間における分娩取扱医師 1 人）
妊産婦（実人数）	6 人/月
新生児	6 人/月、入院のべ 34 人/月

【モデル事業参加前】

4 つの島からなる二次医療圏では、2006 年に産婦人科医師不在により分娩ができなくなった。島民の声もあり、B 病院は唯一の分娩取扱施設として、院内助産を 2007 年、助産師外来を 2005 年に開設した。2020 年より、月 1 回、行政保健師が来院し、互いの情報を持ち寄って共有を図り、訪問などにつなぐ体制をとっている。

2019 年度は、分娩 64 件のうち、院内助産での出産は 12 件だった。助産師外来は、病棟・外来助産師各 1 人が担当している。病棟・外来一元化管理ではなく、分娩を担当する病棟助産師が妊娠期から関わることで妊婦との関係性を高めることを意図した。

【モデル事業参加後】

マニュアルは定期的に見直しを行っていたが、モデル事業参加を機に、「GL 2018」⁵⁾を読み合わせながら「助産科運営規定」を見直し、産科・小児科医師を含めての事例振り返りの場をもった。

モデル事業参加時は、産休に入る助産師がおり、新規採用の予定もないという状況だった。そこで、助産師外来を週 5 回の実施から 4 回に集約し、病棟から外来の担当になる回数を調整することで対応した。このように制限のある状況ではあったが、地域のニーズに対応し続けるために、院内助産・助産師外来ともに担当できる人員を増やすべく、1 年目、2 年目の助産師にも経験を積ませ、計画的な人員確保を図った。

(2) 産科関連病棟におけるユニットマネジメント

図 5 に整理した内容を踏まえ、次のようなプロセスで、導入に必要な体制を整備する(図 7)。

① 理念の明確化

施設・看護部の理念に基づき、妊産婦と新生児にどのような医療を提供するのかを明確化し、施設全体で共有する。

② 現状分析

病棟の現状を把握し、どのように整備していくことで理念を実現できるかを検討する。

③ 導入準備

分析をもとに、あるべき姿を整理し、必要な体制・物品などを整備する。

3の2)でも触れたが、助産師の配置人数については、規定がない。「産科混合病棟ユニットマネジメント導入の手引き」⁶⁾や「助産師の必要人数算出に関する提案」⁷⁾を参考に、自施設の状況を踏まえて検討するとよい。

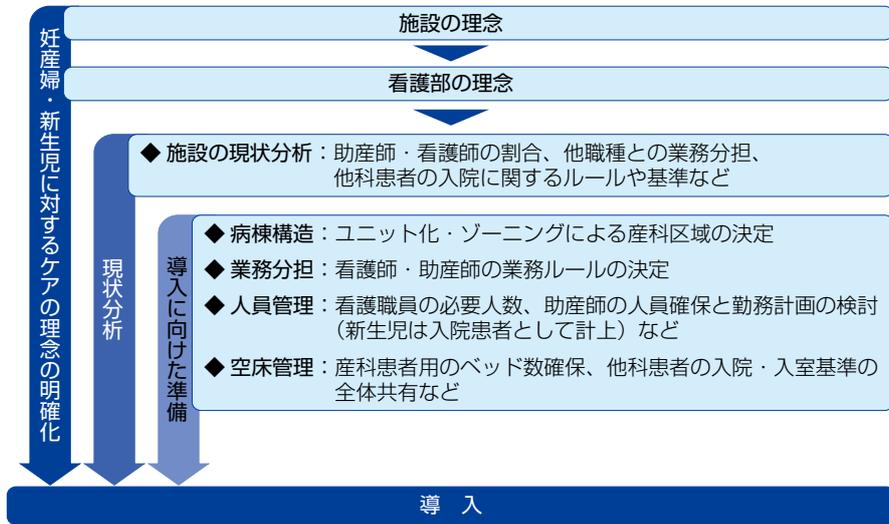


図7 ユニットマネジメント導入のプロセス

事例紹介 ③ 産科混合病棟における安全・安心の確保

C病院 (広島県)

- 施設全体での許可病床：200 床台
- 分娩取扱病棟の概況（2019年7月時点、一部2018年度実績）

産科関連病棟の許可病床 (稼働病床)	52床：産科10床、産科以外42床 (図8)
看護職員	34人：看護師17人、助産師17人 (うちアドバンス助産師9人)
分娩取扱医師	4.8人 (うち夜間における分娩取扱医師0人)
妊産婦 (実人数)	78人/月
新生児	64人/月、入院のべ379人/月

【モデル事業参加前】

2004年よりユニットマネジメントを導入した。当該病棟は、産婦人科と消化器内科の52床の混合病棟であり、産科をユニット化して、産科ユニット10床+婦人科15床+消化器内科27床で運営している。産科ユニットには、分娩室・待機室・新生児室なども含まれ、Aチーム、Bチームで担当スタッフを分けている (図8)。

C病院では、2010年に分娩が急増し、十分なケアが提供できなかった経験を踏まえ、「安全・安心」「寄り添うこと」とともに、「産み育てる力を身につけた」妊婦主体の出産を実現したいという方針がある。

【モデル事業参加後】

モデル事業参加を機に、「産科混合病棟ユニットマネジメント導入の手引き」⁶⁾をもとに、これまで行っていなかった入室基準などの明文化を行い、施設内に周知を図った。

明文化した入室基準は、

- ・産科ユニットには原則、産科患者以外は入院しない。
 - ・分娩が多いときは内科の個室を借りて産科病室にし、少ないときは婦人科ベッドを他科の女性患者用にして、入院を受ける。
 - ・やむをえず感染症患者が入院する場合は、産科ユニットから遠い個室にする。
- などであり、他病棟・他科とも協力体制をとって調整し、母子の安全・安心の確保に努めている。「産科区域」を特定する上での工夫として、看板を用いて、妊産婦や他科患者への周知を図った。

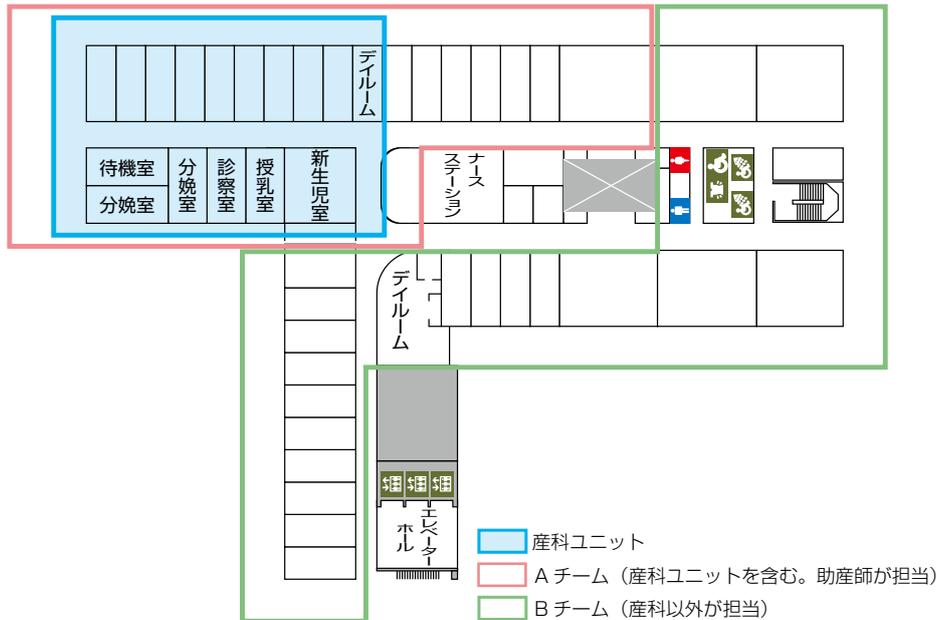


図8 C病院における産科混合病棟の構造

(3) 医療機関における産後ケア事業

図5に整理した内容を踏まえ、「産後ケア事業ガイドライン」⁸⁾も参考に、次のようなプロセスで、実施に必要な体制を整備する(図9)。

① 理念の明確化

行政(受託元の市町村)や地域の関係機関と、地域における産後ケア事業のあり方や方向性を明確にする。

※もしくは、産後ケア事業の拡大に向けた体制整備を進める(利用条件の拡大など)。

② 現状分析

目指すあり方や方向性に沿って、自施設の現状と照合しながら、実施形態(短期入所型/通所型/居宅訪問型)や内容(母親へのケア/児へのケア)、支援体制、利用受け入れ実施体制(費用、受け入れ基準など)を検討する。

③ 実施準備

分析をもとに、施設内外の体制、必要物品などを整備し、助産師・看護師の育成に必要な研修などを行う。

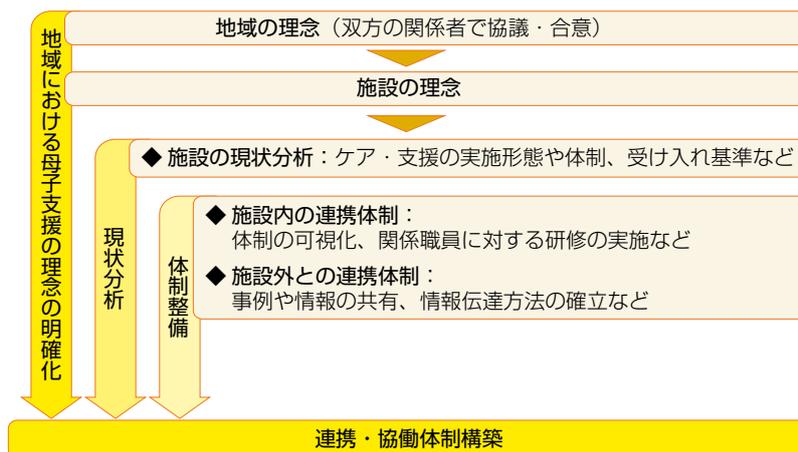


図9 行政や地域の関係機関との連携・協働体制構築のプロセス

事例紹介④ 高まるメンタルヘルスケアニーズに向けた機能強化

D 病院（愛知県）

- 施設全体での許可病床：500 床台
- 分娩取扱病棟の概況（2020年7月時点）

産科関連病棟の許可病床 (稼働病床)	40 床：産科 13 床、産科以外 27 床
看護職員	30 人：看護師 7 人、助産師 23 人（うちアドバンス助産師 11 人）
分娩取扱医師（常勤換算）	9.5 人（うち夜間における分娩取扱医師 0 人）
妊産婦（実人数）	19 人/月
新生児	14 人/月、入院のべ 60 人/月

【モデル事業参加前】

2014年より1市と委託契約し、短期入院型（宿泊型）産後ケア事業を実施していた。利用者がメンタルヘルスの不調から産後うつ、自殺企図に陥った例を経験したことから、メンタルヘルスケアの重要性を認識した。

【モデル事業参加後】

より安全に利用できる体制を目指して、2019年度モデル事業参加時には、業務基準の見直しを実施した。担当グループを決め、リーダー助産師を中心に、利用者アンケートや受け持ち助産師へのヒアリングをもとに、精神科医師、臨床心理士と意見交換を重ね、基準を作成した。精神科医療の専門機関との連携も開始し、必要に応じて受診につないでいる。

2020年度参加時には、自施設の産後ケアの課題を追求・検討し、各自のスキルアップを図ることに努めた。文献検索なども行い、根拠に基づきケアのあり方を検討すること、大学や精神科医療専門機関から講師を招いての研修会の開催、学会への積極的な参加などを意識的に行った。さらに、必要時に円滑に連携できるよう、受け入れを平日にするなど、曜日を意識した入退院の調整、全助産師が電話対応できるためのフロー作成、入院前面談の実施など、機能強化に向けた取り組みを継続した。

核家族化などから「母から子へ」の伝承が難しい昨今、安心してわが子と向き合えるよう、母親役割の獲得や愛着形成を支援していきたいと考えている。

(4) 地域連携

図5に整理した内容を踏まえ、次のようなプロセスで、体制を整備する(図9)。

① 施設外との協議・合意

行政や地域の関係機関と会議の場(定期的/必要時)をもち、母子に切れ目のない支援を提供するための連携のあり方や方向性について協議し、合意形成を図る。

② 施設内の体制整備

施設内の連携体制を可視化し、適時・適切に対応できる方法を検討する。関係する職員を対象とした研修を行う。

③ 施設内外をつなぐ連携体制の整備

事例や情報の共有を通して、連携のあり方を検討し、情報の伝達方法などを確立する。

地域連携は、病棟・外来の助産師や産科の看護師、施設内の地域連携担当部署、外来担当医療ソーシャルワーカーが主体で行うものなど、対象や事案によって、地域の関係機関との調整担当者が施設内に多数存在するが、明確に区別されていない。また、地域の関係機関の連携窓口も、市町村によって異なるため、施設内と地域とを連動させた情報共有と、そのための体制整備が必要である。地域連携会議などに積極的に参加し、施設内で活用できる連携フローを整理するとよい。

事例紹介⑤ タイムリーな母子支援体制の構築

E 病院(兵庫県)

- 施設全体での許可病床：500床台
- 分娩取扱病棟の概況(2020年7月時点)

産科関連病棟の許可病床 (稼働病床)	50床：産婦人科43床、内科7床
看護職員	33人：看護師13人、助産師20人(うちアドバンス助産師16人)
分娩取扱医師(常勤換算)	11人(うち夜間における分娩取扱医師2人)
妊産婦(実人数)	67人/月
新生児	15人/月、入院のべ60人/月

【モデル事業参加前】

以前より、県で推進されている、医療機関と保健行政機関をつなぐ母子保健医療情報提供システム「療育支援ネット」を活用していた。また、地域の保健師・助産師・看護師で「周産期連携会議」を年4回開催し、定期的に情報交換などの場をもってきた。しかし、日常業務では、産後ケア事業の手続きなどに時間を要する場合もあり、適時・適切な情報共有ができないこともあった。

【モデル事業参加後】

連絡ツールの見直しを提案し、電子メールとオンライン会議が導入されたことによって、情報の整理と支援計画の立案がスムーズにできるようになった。たとえば、医療機関

受診日と保健師の訪問日を調整することで、タイムリーな介入が可能になっている。また、電子メールにパスワードを設定することで、ファクシミリなどよりも個人情報保護が強化できるという大きなメリットもあった。

一方、施設内では、産科病棟が直接行っていた保健所への連絡業務を地域連携部門に移譲したことで、事務連絡などにかかっていた時間をケアに使えるようになった。施設内外の体制を強化しながら、母子のための地域包括ケアシステムのさらなる推進を図っている。

おわりに

現代の妊産婦や母子にとって、妊娠期から子育て期までの切れ目のない支援は、「待ったなし」の状況である。そして、医療機関と地域がしっかりとつながるには、本手引きに示した「母子のための地域包括ケア病棟」の推進が欠かせないといえる。

多くの分娩取扱施設において、「4つの機能」を一体的に進め、助産師をはじめとする看護職が妊産婦と新生児に集中してケアを行える体制と、妊娠期からの切れ目のない継続した支援が実現することを期待する。

◆ 引用文献

- 1) 厚生労働省（2020）：第1回成育医療等協議会，参考資料3「成育医療等に関する施策」。
- 2) 日本看護協会（2017）：平成28年度 分娩取扱施設におけるウィメンズヘルスケアと助産ケア提供状況等に関する実態調査報告書。
- 3) 厚生労働省（2017）：第2回医師の働き方改革に関する検討会，資料3「医師の勤務実態について」。
- 4) 中林正雄（2008）：厚生労働科学研究補助金（特別研究事業）分担研究報告書「院内助産ガイドライン 医師と助産師の役割分担と協働」。
- 5) 日本看護協会（2018）：平成29年度 厚生労働省看護職員確保対策特別事業「院内助産・助産師外来ガイドライン2018」；同ダイジェスト版。
- 6) 日本看護協会（2013）：より充実した母子のケアのために 産科混合病棟ユニットマネジメント導入の手引き。
- 7) 日本看護協会（2015）：平成27年度 助産師の必要人数算出に関する提案。
- 8) 厚生労働省（2020）：産前・産後サポート事業ガイドライン 産後ケア事業ガイドライン。
- 9) 日本看護協会（2020）：2019年度改訂 助産実践能力習熟段階（クリニカルラダー）活用ガイド。

◆ 参考文献

- ・日本看護協会（2019）：平成30年度 厚生労働省看護職員確保対策特別事業 院内助産・助産師外来の開設による効果に関する調査報告書。
- ・日本看護協会（2021）：令和2年度 厚生労働省看護職員確保対策特別事業「母子のための地域包括ケアシステム推進に向けた院内助産・助産師外来の促進に関する調査事業」報告書。
- ・井本寛子（2020）：第3回成育医療等協議会，資料2「成育医療等基本方針策定について日本看護協会からの提案」。
- ・厚生労働省（2021）：母子保健法の一部を改正する法律（令和元年法律第69号，産後ケア事業について定めるもの。）に関するQ & A。

担当理事

井本 寛子 公益社団法人 日本看護協会 常任理事

事務局

沼田 美幸 公益社団法人 日本看護協会 健康政策部部長

小林 正代 公益社団法人 日本看護協会 健康政策部 助産師課課長

松田 咲野 公益社団法人 日本看護協会 健康政策部 助産師課

高見 淳子 公益社団法人 日本看護協会 健康政策部 保健師課

「母子のための地域包括ケア病棟」推進に向けた手引き

2021年11月発行

編集・発行：公益社団法人 日本看護協会
〒150-0001 東京都渋谷区神宮前 5-8-2
TEL 03-5778-8831（代表）
URL <https://www.nurse.or.jp/>

問い合わせ先：公益社団法人 日本看護協会 健康政策部 助産師課
TEL 03-5778-8843

制 作：株式会社 日本看護協会出版会

本書の無断転写・転載は禁じます。

本書に掲載のQRコードのリンク先は、予告なしに変更・削除される場合があります。



生きるを、ともに、つくる。

公益社団法人 **日本看護協会**