

<言葉の操作的定義>

本提言では、次の言葉を以下の定義を概念として用いる。

1. 厚生労働省の定義

「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および助産を助産師が行うもの

「助産師外来」：医療機関などにおいて、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

2. 日本看護協会の定義

「院内助産所」：昭和26年10月31日付厚生省医務局長通達による類似名称の使用制限（医療法代三条に抵触する事を鑑み「助産師が自立して助産ケアを行う体制」として検討を展開。

すなわち、緊急時の対応ができる施設において、助産師が医師との役割分担・連携のもと、妊産婦やその家族の意向を尊重しつつ、妊娠から分娩、産後の母子に対して、正常・以上の判断およびケア提供を自立して行う方法・体制」である。

3. 本研究班による定義

「助産所業務ガイドライン」：助産師専門職能団体である日本助産師会が、産婦人科医師および小児科医師と共同で作成した、助産所で緊急時に助産所から病院へ搬送する基準を明確にした文書をいう。

「正常分娩を担う助産力」：2つの要素の概念とする。

1つは、妊娠16週で正常妊娠が診断された妊婦に、妊娠期「助産業務ガイドライン（日本助産師会）」に基づく「安全で快適な妊娠期の生活を保障し、リスクを早期に発見し安全な分娩期を迎えるよう助産ケアを提供し、そのように

経過するために必要な連絡調整をする能力」の総称とする。

もう一つは、分娩期に分娩第1期から第4期までの産婦に、分娩期「助産業務ガイドライン（日本助産師会）」に基づき「安全で快適で満足感や達成感が得られ、母親能力をエンパワーメントするための助産ケアを提供する能力」の総称とする。

首都圏4県：本研究における首都圏4県とは、東京都、千葉県、埼玉県、神奈川県とする。

<政策的提言策定の背景>

本提言策定の背景には、産婦人科医師不足が依然として深刻な状況の中で、今日、本邦の分娩施設で妊産婦が安全を保障され快適な出産を享受するための助産ケアの提供を、助産師が医療法や保健師助産師看護師法に基づき、本来の業務として自立して助産ケアを提供するには困難な現状がある。

平成18年9月に、日本看護協会と日本助産師会は、共同で厚生労働省に対して「安心で安全で満足のいくお産の確保に向けた助産体制の整備に関する緊急要望書」を提出し、①助産師教育の推進、②助産師養成数の確保の推進、③潜在助産師の復職支援対策の推進、④助産師確保困難医療機関への助産師の就業促進、⑤僻地など助産師が絶対的に不足している地域の産科医療機関に対する国や県の支援対策の推進、合わせて地域の周産期医療体制を確立するため、「助産師外来」「院内助産所」など、助産師を有効に活用する仕組みの構築を提言した⁴⁾。

厚生労働省は、産婦人科医師不足の深刻な現状を鑑み、平成20年に病院勤務医の過重労働を解消する勤務環境整備等の施策として助産師の活用の推進を挙げ、「院内助産所・助産師外来

設備整備事業費」、「院内助産所・助産師外来施設整備事業（メニューの追加）」、「院内助産所・助産師外来開設のための助産師研修事業」、「助産師養成所開校促進事業」などを概算要求した。

また、医師不足が厳しい地域の周産期医療を支える病院への支援を充実するために、「身近な地域で安心して出産できる環境を整備し、地域的な事情により分娩数が少なく採算が取れない産科病院への必要な経費の補助」についても概算要求をした⁵⁾。

「院内助産所」「助産師外来」推進の背景には、①医師不足・分娩施設減少に対する対応と、②妊産婦の妊娠・出産・育児に対する多様なニーズ、が存在し、推進の目的は、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医師の負担を軽減することであった。

「院内助産所」「助産師外来」の開設状況は、厚生労働省医政局看護課報告によると、全国の分娩施設2,653施設中の「助産師外来」は、平成20年273外来から平成21年に353外来設置へと80外来増えた。「院内助産所」は、平成20年31施設から平成21年に47施設と、僅か16施設の増設であった⁶⁾。

施策実施4年目の平成23年に全国初の全数調査が実施された。院内助産所は、病院で110施設（分娩取り扱い病院1,075施設の10.2%）、診療所で50施設（診療所1,501施設の3.3%）であった。助産師外来は、病院で493施設（産科・産婦人科標榜病院1,367施設の36.1%）、診療所で332施設（産科・産婦人科標榜診療所3,613施設の9.2%）であった（厚生労働省）。

助産師外来は、病院の4割近くで実施となったが、診療所では、院内助産所・助産師外来ともに、1割に満たない²³⁾。

厚生労働省は、2009年7月9日に衆議院全会一致で決定し2010年4月より施行の保健師助産師看護師法の改正点の一つに、助産師については「病院や診療所での助産師外来・院内助産で、ローリスク妊産婦婦に対して的確な判断力と室の高い助産技術で自律的に出産にかかわることが求められているとして、助産師教育年限が6ヶ月以上から「1年以上」に改正された。保健師の教育年限も「1年以上」に改正され、加えて、卒後臨床研修を「努力義務化」した。

これらは、時代の要請に対応した質の高い看護師、助産師、保健師を育成する教育体制の土台が築かれたと日本看護協会は広報した⁷⁾。

日本産婦人科学会は、出産の医療化による安全確保の反面、妊産婦の快適性や出産への満足感に関する問題点の見直しをした。周産期のハイリスクの現場における助産ケアの必要性や、助産師の有効活用のための助産師の実力の向上の必要性を報告した⁹⁾。今日、助産師には、本来「健康で生理的なもの」である分娩のために、妊娠中からの継続的な肌理細やかな専門的な生活指導などにより正常からの逸脱を予防し健康の保持増進への助産ケアの提供はもとより、正常に潜むリスクを的確に把握し、医師との好ましい協働から医療との適切な距離と連携の取り方を具現することが求められている。

B. 政策的提言策定の方法

政策的提言の策定方法は、以下のプロセスで行なった。

1. 政策的提言策定検討委員会の組織

周産期を囲む有識者および母親代表は、以下

のように構成メンバーとして想定し、探索した。

- 1) 産婦人科医師・小児科医医師
病院・有床診療所・産院
- 2) 病院事務部門担当者
模範的な病院・有床診療所
- 3) 助産師
病院・有床診療所・産院
- 4) 政策策定経験者
総合政策学研究者(元厚生労働省官僚)
- 5) 出産社会学研究者
- 6) 助産師職能団体代表
日本助産師会会長
日本看護協会助産師職能常任理事
- 7) 助産師基礎教育担当者
- 8) 周産期ケアを消費者する立場
出産経験者母親代表
出産経験者で母親団体理事

2. 政策的提言策定検討委員への依頼

上記の分類に基づき13名の委員を探索し、文書で提言的提言策定の主旨説明し、文書により同意が得られ検討委員を組織した。

但し、病院医療事務部門担当者招請を模範的病院の看護管理者に相談したところ、より相応しいのはバースセンターの助産師であるとされ変更した。

周産期を囲む「正常分娩を担う助産力の向上」を検討する提言検討委員長には、新宿区にあり正常分娩を扱う有床診療所や助産院との地域連携医療機関として貢献し、国際母子カンファレンスタスクフォースとしてボストンやオランダの助産師活動調査にあたった箕浦茂樹医師(国立国際医療研究センター病院産婦人科部長)が担当とした。委員には、岡本喜代子日本助産師会会長(武蔵野大学教授)、福井トシ子日本看護協会助産師職能常任理事、平成22年度報告書

で助産師が活躍する模範的分娩取り扱い有床診療所の池野暢子医師(いけの産婦人科小児科医院院長)、同院の押切良子熟練助産師長(いけの産婦人科小児科医院)、助産師が活躍する模範的分娩取り扱い病院の穂高律子管理師長(済生会宇都宮病院バースセンター)、地域連携医療機関として新生児搬送を受け入れている細川真一新生児科医長(国立国際医療研究センター病院)、地域総合周産期医療センターである産院副院長の鈴木俊治産婦人科医師(葛飾赤十字産院)、同産院の助産師現任教育に詳しい大森昭子師長(葛飾赤十字産院助産師)、日本の出産制度を詳細に研究してきた出産社会学研究者の白井千晶氏(首都大学東京・早稲田大学他非常勤講師)、母親代表の伊藤恵美子氏(NPO自然育児の会理事)、母親代表のウエスト真美氏(英語教師)の以上12名が構成された。

加えて、総合政策研究者で法学部政策科学教授にご了解を得ていたが、ご都合で止む無く参加頂くことができなかった。

3. 「助産師の正常分娩担当システムの構築に向けた政策的提言」(案)の試作

平成22年度から23年度の調査研究成果物、および国内外の助産師の周産期ケア提供システムに関する文献を基に「助産師の正常分娩担当システムの構築に向けた政策的提言」(案)を試作した。

その「助産師の正常分娩担当システムの構築に向けた政策的提言」(案)の内容は、提言の前文および5つの提言項目で構成した。

すなわち、5つの提言項目とは以下とした。

- 1) 助産師卒後6年臨床研修プログラムの提言
- 2) 産婦人科医師や小児科医師の助産観変容に寄与し協働を進める提言
- 3) 病院内組織に助産部門を創設する提言

- 4) 周産期地域医療における病院・有床診療所・助産所の連携交流の提言
- 5) 産後6週までの居宅訪問による助産ケア提供システムならびに拠点創設の提言

C. 政策的提言の検討結果

1. 各検討会議の概要

1) 第1回検討会議は、平成24年12月22日(土)の14時から16時まで、箕浦茂樹、細川真一、穂高律子、大森昭子、白井千晶、伊藤恵美子、ウエストまみの、研究代表者、分担研究者の島田三恵子、以上9名の論議であった。

提言項目の「3. 病院内組織に助産部門を創設する提言」と「5. 産後6週までの居宅訪問による助産ケア提供システムならびに拠点創設の提言」の2項目を論議した。研究班が議事録を記述した。

2) 第2回検討会議は、平成25年1月26日(土)の14時から16時20分まで、12名の委員と研究代表者、分担研究者2名の15名の論議であった。

提言項目の「1. 助産師卒後臨床研修プログラムの提言」と「2. 病院内組織に助産部門を創設する提言」と「4. 周産期地域医療における病院・有床診療所・助産所の連携交流の提言」の3項目を論議した。速記士による詳細な議事録を記述した。

2. 第1回検討会議の検討結果

1) 助産師の正常分娩担当システムの構築に向けた政策的提言

<前文>

助産師の正常分娩担当システムの構築に向けた政策的提言のための研究班は、平成22年度より政策的提言の土台となる情報を調査を実施して収集し報告書として纏めてきた。

現在、助産師が活躍する先進国である英国の

N. H. S. での助産師活動や、ニュージーランド、オランダのアムステルダム市の助産ケアを提供する地域システムや、米国マサチューセッツ州立大学のバースセンターでの助産活動、米国のシカゴのChild-birth Connectionによる周産期医療に対する医療介入の見直しの取り組みとシステムを再構築する理論を、女性達が快適で満足できる出産の活動をエビデンスの側面から明らかにした。

現在、国内で助産師が活躍している模範的病院・有床診療所をモデル化し(資料p. 55)、平成23年度に、助産師の潜在的・顕在的助産力を首都圏4県の就労助産師調査を実施し分析した(資料p. 57~89)。

その結果、首都圏4県の就労助産師は、病院と有床診療所では大きく偏在し、有床診療所の助産師が少なく、労働条件も改善の必要がある。また、院内の助産活動は分娩期に特化した助産ケア提供とならざるを得ない状況があり、妊娠期助産ケア、産褥期助産ケアが提供できておらず、妊娠期からの継続的な保健指導、分娩期に備えた健康の保持・改善の能力・機能化発揮できていない。この状況は、病院助産師集団よりも有床診療所の助産師集団に特徴的である。

しかし、卒後5年までの臨床経験の助産師について、その分娩介助経験例数を病院と有床診療所における散布図で比較すると、病院で就労する助産師は、卒後1年目、2年目、3年目までの分娩介助経験例数が極めて少ない状況が明らかになった。1年間の助産師基礎教育の概ね10例程度の正常分娩介助が国家試験受験資格とし保健師助産師看護師養成所指定規則で規定されている。しかし、卒後の臨床研修で、基礎教育で学び得られた分娩介助能力を、卒後研修で継続して妥当に培われる保障がないことは、日本

の若手助産師育成の視点で、深刻な社会問題である。日本の出産を守る専門職である助産師集団の将来は、現在危機的状況にある。

研究班の助産師は、その殆どが、卒後1年間で約100事例の分娩介助経験を積んできた。したがって、現在、病院で就労する5年目までの助産師の正常分娩担当能力を保障する抜本的な卒後研修プログラム作りは喫緊の課題である。加えて、そのプログラムを実施可能にするためには医療現場の構造的な改革も不可欠である。

平成22年度に明らかにした助産師が正常分娩を担当する助産師外来、院内助産所の模範的な病院と有床診療所の運用モデルでは、産科医の強力なバックアップがあり、好ましい協働関係が構築されていた(P.55)この点から、現在のわが国の臨床現場で、産科医と小児科医と助産師の専門職連携教育が医学生、助産師学生の時代や後期研修医の時代から培われて発展することで、助産師がローリスク群を安心して委ねられるような状況が産まれるよう提言を導いた。

妊産婦は、妊娠期からきめ細やかな助産師のアセスメントに基づく助産ケア提供を受けることで健康が保持され、分娩期の安全で快適な出産を担保する基盤が準備できる。言い換えれば、助産師は、妊娠期における充分な関わりと助産ケアの提供ができた場合に、その延長線上で正常分娩をお世話する助産力を効果的に発揮することができるので、助産師外来促進は重要であり、産婦人科医師不足の我が国においては喫緊の課題である。卒後5年までにその基礎的な能力が研鑽できるプログラムが必要である。

本研究では、単に、産科医師不足問題への対処だけでなく、本来の職務として、助産師がローリスク群に助産ケアを提供する自己の助産力を評価し、高めたいと考えている能力を調査し

回答が得られた(資料p.78~89)。

また、ハイリスク群の妊産婦にとっては、ハイリスク群であるからこそ助産ケアは不可欠であり、助産師は産科医師の治療を補完するためにハイリスク妊産婦に快適な出産を提供するキーパーソンでもあると考える。

病院および有床診療所で働く助産師が、ローリスク分娩の対象に、妊娠期から継続的助産ケアを主体的に提供することが不十分な要因には、日本の産科病棟の77.3%が混合病棟であることが構造的な深刻な問題として、日本看護協会の福井トシ子常任理事らが明らかにした²⁵⁾。そのために、1つ医療現場で単独の病院や有床診療所で完結可能な対策を講じられない状況から、現在の日本の助産師の正常分娩担当能力を培うためには、院内組織の再編と、助産師の出向システムやオープンシステムが必要である。

新人助産師がアイデンティティを損ねることなく、卒後5年後には助産師のミニマム・リクワイアメントに基づき、全国的に均質な助産力を獲得できる研修制度を提言した。

この課題を実現するためには、包括的な地域周産期医療体制を補完し、そのシステムを継続する一員であることを自覚し、所属する病院や有床診療所と日常的連携が緊密となるような視点を研修プログラムに盛り込むことが求められる。災害など非常時の地域間連携でも機能するよう位置づけた。

最後に、わが国の妊産婦は、出産した病院や有床診療所を退院した後の産褥期の支援、極めて希薄で育児不安を抱えている。いまだ、小児虐待という深刻な状況は減少しておらず、里帰り分娩も減少して拡大家族からの支援が受けられない状況である。したがって、社会的な産褥期の助産ケアサービスの創設は不可欠である。

入院期間が短く在宅分娩が現在も 30 数%のオランダでは、殆ど公的に近い周産期医療保険制度によって、殆ど全ての母子に、産後6週間Mで居宅訪問の助産師、看護師、家事ヘルパーの混成チームによる支援が提供されている。その拠点は「プラクティス」という施設である。

我が国の女性達が、快適に安心して満足できる出産ができることで出生率の向上を視野に置いて、心身の回復がほぼ完了する6週間までの

支援システムの創設が望まれる。母親が、産褥早期の母乳育児が上手くゆくと育児に不安がなく上手く適応して行ける。早産などで母子分離されていた母子には退院後に一から出直すための支援チームが必要である。生活する地域ご毎に、小学校の数ほど拠点を創設し、母乳育児の専門職である助産師の居宅訪問や入所支援施設の創設を提言した。

そのためのマンパワーは、約28,000名存在するという潜在助産師を掘り起こし、育児期間中の助産師の日中数時間の助産ケア提供する活動が可能となる提言をした。出産手当に産褥期の支援を全母親にバックする施策を、子育て支援や少子化対策の一貫として打ち出すことは不可能ではないと考える。

以上、平成22年度から取り組んできた全ての調査活動の結果に基づき、「5項目の提言」を提案する。

2) 助産師の正常分娩担当システムの構築に向けた5項目の政策的提言(資料p.)

(1) 助産師の正常分娩担当システム構築の基本概念

周産期にあるローリスク群の女性達に、助産師と関連する専門職の連携チーム、妊娠期・分娩期・産褥期をとおして助産ケアを提供する。

(2) 提言1:助産師の卒後5年研修プログラムの構築

新たな助産師の卒後5年臨床研修プログラムによって研修を進め、5年後には自己教育力と一定のレベルの自己効力感を保持した助産師となれるようにする。分娩取り扱い施設の種別に関わらず、全国的にもほぼ均質な到達レベルが保証されるよう、厚生労働省は施設管理者に対して努力義務とする目標を共有し、専門職としての助産師職能団体を挙げて実現の努力をする。

すなわち、1年目には、段階的到達目標を共有する。約半年~1年単位で、分娩期と産褥期と早期新生児期を平等にローテーションし、助産基礎教育の学びを土台とする助産実践を積み上げる。【新生児蘇生認定講習受講・血管内留置針による血管確保技術習得・胎児モニタリングCTG判読習得、以上を管理者の努力義務とする】

2年目には、引き続き、約半年~1年単位で分娩期と産褥期と早期新生児期の助産実践を積み上げる。【2年目終わりに、※少なくとも正常分娩約100例の分娩介助を実践させる・産褥早期の母乳ケア、母乳育児支援研修、以上を管理者の努力義務とする】※分娩介助のために院内を問わず研修の場を保障する。

3年目には、入院妊婦ケア、ハイリスク分娩期ケアを含む助産実践を、熟練助産師の指導を受けて実践する。妊婦外来で医師の補助者として週2回程度担当する。出産準備教育を補助者として担当し、妊娠期集団指導の実践能力を育成する。【超音波画像診断研修の受講を管理者の努力義務とする】

4年目には、ローリスク群への妊娠期から産褥期までの継続ケア実践能力を培う。助産師外来を熟練助産師と担当し、分娩期ケア、産褥期

のケアを実践する。【院内助産ガイドライン習得・運用評価・ガイドライン改定作業を指導、周産期チーム連携、調整能力育成を管理者の努力義務とする】

5年目には、引き続き、ローリスク群の妊娠期から、産褥期までの継続ケア、入院妊婦ケア、ハイリスク分娩期ケアを含む助産実践を培う。地域の連携を俯瞰できる能力を培う。行政的に包括される単位の連携病院、有床診療所、助産所と交流・出向して研修、希望があれば高次総合周産期医療センター研修を実施する。【5年目終わりに、※少なくとも約300例の分娩介助を実践させることと会陰裂傷縫合術研修を受講させることを管理者の努力義務とする・施設で自立した助産ケア実践能力の可否を評価し認定する】

各年度の到達目標は、施設によって調整されることもあるが、最終年度の5年目までには、概ね全ての目標が達成されるよう支援する。

(3) 提言2:産婦人科医師や小児科医師の助産師観変容に寄与し協働を進める

① IPE※の概念を基調に、医学生・助産師学生を合同で正常分娩を教える。

② 熟練助産師による正常分娩の助産ケアを観察学習する場を提供(病院内・バースセンター・助産所)

③ 実践事例からアセスメント能力を培う
正常分娩：助産師

正常から逸脱、医療介入：医師

④ 新人助産師と後期研修医(産婦人科・小児科)は、協力して症例検討会や学習会などを運営し、IPE※の概念を基調に周産期医療現場のチーム力へ還元する

その結果、正常分娩に関する産科医・小児科医との好ましい協働関係を構築する能力を身に

つける。医学生、後期研修医は、本来の正常分娩を正しく理解し、助産師との役割分担を認識できる。

(4) 提言3:院内組織に助産部門を創設し混合病棟から独立する

①【組織の改革】

医局部門、看護部と同格の助産部門(バースセンター・出産室病棟 etc.)を創設し、助産部門の管理者(助産師)が院内会議にメンバーとして参加する。

②【ガイドラインの策定】

助産師外来・院内助産所の管理者は、産婦人科医師、小児科医師、医療事務管理者と連携して、連携に必要なガイドラインを策定し、実践させ、定期的に改善を図る。

③【適正な評価と改革】

診療医療事務部門は、コスト・パフォーマンスや助産ケア提供によるアウトカム、妊産婦の満足度評価を実施し、評価結果に基いたシステムの改革を推進し広報する。

(5) 提言4:包括的地域における病院・有床診療所・助産所の助産師出向システム・オープンシステムの推進

助産師卒業後研究および後期研修医に、同一地域の周産期診療圏内で、病院、有床診療所、助産所間で交流するシステムを創設し推進する。

具体的には、有床診療所や助産所、バースセンターで学ぶ機会を設ける。

医師も、正常分娩の専門家である熟練助産師による指導で、医療介入の少ないローリスク郡の産婦の正常分娩を研修することを必須とする。

(6) 提言5:産後6週間の産後ケアチームによる支援と拠点創設

産後6週間までの助産ケアや産後介護サービスの提供を保障するシステムを創設する。

①混成チームの創設

産後6週間までの子育て支援政策の一環として、助産師、看護師、ヘルパーなどの混成チームを創設する運営のキーパーソンに母乳育児の専門家である助産師を活用する。入所型（助産院・母子センターなど）と居宅訪問型を活用できるようにする。オランダでは、公的に近い周産期医療保険制度で妊娠期から産後6週間までのサービスが組織的に提供されている。日本の「出産手当」に産褥サービス券を追加する。分娩後に精神的ケアが必要な対象が増加傾向にあり、育児ストレスの軽減、虐待防止の問題への対策にもつながる。

②【助産ケアを提供する場所の設置】

「産後ケアワークステーション（仮称）」を、生活地域に小学校の数ほどに平均的に設置し、夜勤業務などの臨床助産業務ができない世代の助産師がイニシアティブを発揮できるように組織し、潜在助産師のマンパワーを顕在化して活用の用する。思春期、青年期の女性達に対する性の健康への援助の相談窓口としても有用である。

潜在助産師の所在を明らかにする方略については、厚生労働省として政策を立案し国を挙げて取り組む。

産後の家事ヘルパーの養成および登録は、家庭内入り支援するという点から、信頼される質を保つためのプランを、厚生行政が誘導的にを行い、女性の雇用促進として取り組む。

以上が、本研究班に課せられた課題である「助産師の正常分娩担当システムの構築に向けた政策的提言」の5項目である。

D. 今後の課題

3年間で調査し、検討し作成した5項目の「助産師の正常分娩担当システムの構築に向けた政

策的提言」を具現するためには、現在の日本の周産期の医療現場で就労する助産師集団の正常分娩を担当する助産力を向上させ有効に機能するシステムの再構築が不可欠であると考ええる。

本提言を、実施に移すには、厚生労働省をはじめ、助産師職能3団体である日本助産師会、日本助産学会、全国助産師教育協議会ならびに日本看護協会助産師職能会員、日本医師会産婦人科医会、分娩取り扱い施設管理者、地方公共団体の行政母子保健分野と連携し、周産期の現場が70数%が混合病棟である現状を、出産母子棟（仮称）に構造改革することなしには困難であると考ええる。新生児への感染予防対策の視点からも不可欠である。

そして、その出産母子棟（仮称）は、助産師出向システムやオープンシステムを機能させて助産師が活躍する場を実現することが鍵となると考える。

今後は、本提言を上記の各分野の隅々に伝達すること、マスコミや政策研究専門誌や学術集会で公開し、政策化されるまでの地道な活動が必要であると考ええる。

具体的に、以下の部署へ研究成果と「5つの政策的提言」の説明、伝達が必要であると考ええる。

1) 厚生労働行政の政策策定関係者

少子化・子育て支援対策要保護支援対策の厚生労働委員会の議員、産科医師不足対策で助産外来及び院内助産所推進担当課、産科診療・保険外診療報酬部門へ

厚生労働省の医政局、総務課、看護課、看護サービス推進課などへ

- ・助産ケア提供の診療報酬システム転換
- ・助産技術の点数化
- ・新生児ケア点数化

- ・助産ケア加算など
 - ・母乳育児指導やセルフケア指導料点化
- 2) 日本医師会産婦人科医会、日本助産師会、日本看護協会、全国助産師教育協議会などへ
- ・有床診療所の就労助産師数の是正対策
 - ・潜在助産師の再就職促進施策・再教育施策
 - ・5年目までの新人助産師研修プログラムの見直し
 - ・助産師出向システム・オープンシステムの推進
 - ・産後6週間までの居宅訪問の拠点創設
 - ・入所助産ケア提供ができる拠点創設
- 3) 地方公共団体の該当部署へ
- 保健計画担当部署は、病院管理者、各道府県の産婦人科医会、助産会支部、看護協会支部の連携の要である。
- ・5年目までの新人助産師研修プログラムの見直し
 - ・助産師出向システム・オープンシステム
 - ・助産学生の県内実習、就職促進
 - ・産後6週間までの居宅訪問の拠点創設
- 4) 一般就労助産師、潜在助産師へ
- ・ローリスク群の妊産褥婦に対して妊娠期から産褥期まで継続したプライマリケアを提供できるよう教育機会活用を推奨
 - ・卒後5年までに基本的な助産力を格差なく修得できる研修プログラムを受ける
 - ・助産師自身の出産・育児期も、産後ケア支援システムに加担して短時間の助産活動に関与できるよう推奨する
- 5) 生物学的妊娠分娩適齢期の女性達へ
- 健康であれば安心して出産し子育てに移行できる、助産師の妊娠期から産褥期までの継続的プライマリ・ケアが受けられること、産後6週間まで産後支援チームによって居宅訪問家事支

援を受けられるシステム、自宅近所の拠点施設への入所による育児支援が受けられるシステム構築の重要性を伝える。

欧米では、30年から40年前に、20代の生物学的妊娠分娩適齢期に、健やかに、伸びやかに妊娠出産と就労ができる母子保健システムが制度化されていることを情報提供する。

首都圏4県の就労助産師調査に参加協力した助産師各位は、自由記述欄に以下のような記述がなされていた。

助産師の労働は過酷である。産婦のケア、新生児へのケアの傍らで、同じ病棟内で高齢者看護を提供する状況があり、変則2交替の長時間夜勤勤務を仮眠できない状況で助産ケアを提供している。人間的な労働条件の元で助産ケアが提供できるようにしてほしい、と数多く記述がされていた。

新卒助産師は、お産があっても熟練助産師が同じ勤務対にいないと分娩介助など経験を積めない。就職後1年経過して、僅か一桁の分娩介助しか経験できない研修環境では、助産師としての自身や誇りが失われてゆく。5年目までには基本的な助産力が地域や施設による格差なく育成されなければ、日本のお産を支える助産師という専門職が危機的な状態にあること、深刻であることを、社会の人々が周知できるように取り組む必要がある。

F. 研究発表

- 1 論文「助産雑誌」へ研究事業報告を投稿（2012年6月）

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得なし 2. 実用新案登録なし
3. その他 なし

<参考文献>

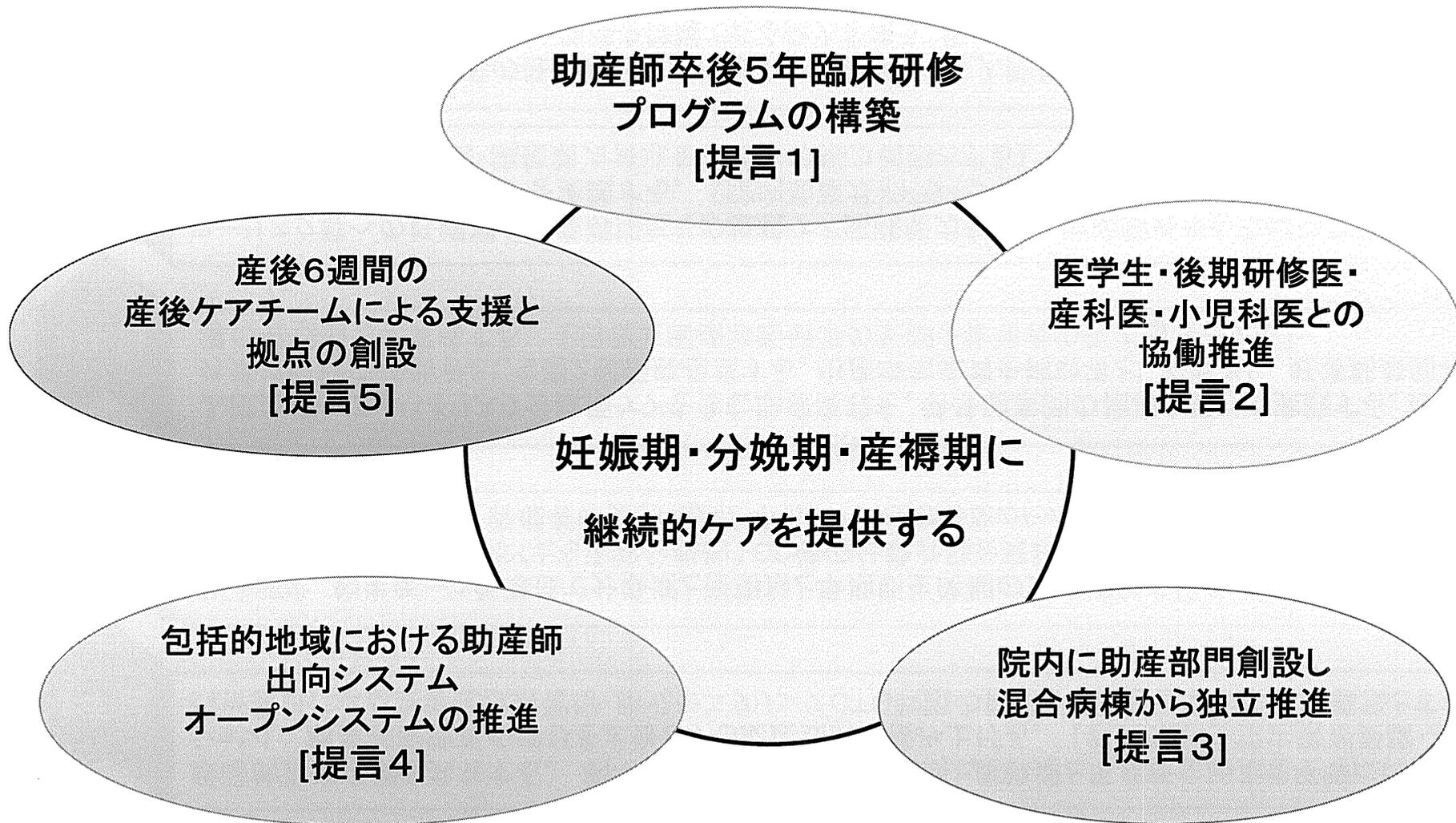
- 1)厚生労働省：「健やか親子21」における快適な妊娠・出産のための支援に対する中間報告, 2005, 3.
- 2)日本産婦人科学会：実際に分娩を取り扱っている医療施設の実態調査報告書, 2005.
- 3)日本看護協会出版会：平成21年看護関係統計資料集, 2009.
- 4)日本看護協会・日本助産師会：安心で安全で満足のゆくお産の確保に向けた助産体制の整備に関する緊急要望書, 2005.
- 5)厚生労働省・総務省・文部科学省「地域医療に関する関係省庁連絡会議」：緊急医師確保対策に関する取り組みについて, 2006, 8.
- 6)厚生労働省看護課：院内助産所・助産師外来について, 中央医療協議会資料, 2009, 11.
- 7)日本看護協会広報部：News Release, 看護師の基礎教育「大学卒」主流へ新人臨床研修が制度化ー, 2009, 7, 9.
- 9)日本助産師会編：助産所業務ガイドライン, 2010.
- 10)Housu of commons Health Select Committee : Second Reort on the Matenity Services London, HMSO, 1993.
- 11)Dept. of Helth. ExpertMaternity Gloup: ChangingChildbirth, London, HMSO, 1993.
- 12)厚生労働省：平成20年人口動態調査, 1 B 上巻 出生第4. 9表 都道府県(18大都市再掲)・出生の場所別にみた出生数
- 13)北川眞理子, 内山和美：北川眞理子他編集, 生田克夫監修, 今日の助産 マタニティーサイクルの助産診断・実践過程, 改訂第2版, 南江堂, 東京, 2004.
- 14)我部山キヨ子, 大石時子：我部山キヨ子他編集, 助産師のためのフィジカルイグザミネーション, 医学書院, 東京, 2008.
- 15)日本産婦人科学会/日本産婦人科医会監修：産婦人科診療ガイドライン, 産婦人科編, 2008.
- 16)杉本充弘他：快適な産痛改良を提供するための体制に関する基礎的研究, 18-36, 科学的根拠に基づく快適な妊娠・出産のためのガイドラインの開発に関する研究報告書, 2006.
- 17)日本助産師会編：助産所業務ガイドライン, 2010.
- 18)加藤尚美監修：助産業務指針, 日本助産師会, 2010.
- 19)古橋美智子他：周産期医療体制の確保に向けた助産師活用に関する研究, p63 - 77, p222 - 238, 厚生労働科学研究日補助金(厚生労働科学特別研究事業)平成18年度総括研究報告書, 2006.
- 20)厚生労働省医政局長：周産期医療の確保について, 医政発0126第1号, 2010.
- 21)日本産婦人科医会妊産婦死亡症例検討評価委員会：母体安全への提言2010, 平成22年度厚生労働価格研究費補助金研究報告書.
- 22)日本産婦人科医会：助産師充足状況実態調査, 日本産婦人科医会報, 58(7), 6, 2005.
- 23)厚生労働省看護課：院内助産所・助産師外来について, 中央医療協議会資料, 2011.
- 24)社団法人日本看護協会助産師職能委員会：医療機関における助産ケアの質評価, 一自己点検のための評価基準一第2版, 2007.
- 25)福井トシ子：日本における混合病棟の実態, 66(8), 644-651, 助産師雑誌, 医学書院, 2012, 8.
- 26)福井トシ子, 岩澤由子：助産師出向システムは必要な理由, 22(13), 看護管理, 医学書院, 2012, 12.

表1. 模範的な病院バースセンター・有床診療所における「助産師が正常分娩を担う」運用モデル

		済生会宇都宮病院のバースセンターおよび助産師外来	いけの産婦人科小児科医院 助産師外来
施設発足までの概略的経緯	病院開設から助産師部門が自立するまで	<ul style="list-style-type: none"> ○昭和17年 済生会宇都宮病院開設 ○平成8年 病院移転に伴い「妊産婦に選ばれる産科」を目指すNDC(ナースドクターカンファレンス)を発足 「正常は助産師、異常は医師主導を基本方針とする医師との協働」 妊産婦中心のサービスに取り組んできた MWCワーキンググループ(医師1名、助産師4名)立ち上げ MWC基準作り、アクティブバース、超音波診断装置使用法などの積極的な学習に取り組む 医師による助産ケアについて全面的支援の表明 ○平成11年 企画書を看護部・医事課へ提出 ○平成11年6月 MWC開設 ○平成20年11月5日 院内バースセンター開院 	<ul style="list-style-type: none"> ○昭和63年 助産師、看護師、准看護師、事務員各1名、3床の診療所開院 妊産婦に「よい医療とよい看護を提供したい」「快適な時間と空間を提供したい」 開業4年目には、300件/年を超える分娩、助産師4名 院長は「助産師は開業権を有する専門職」である病院勤務時代から表明 助産師による妊産婦健診の実施 健診結果に基づく保健指導の充実を全員で検討(半年以上) ○平成5年 助産師外来開設 助産師も助産師としてのやりがい 妊産婦と家族に「いいお産」を経験してもらうために (院長の提案は、助産師として夢のようなお話だった)
施設概要	助産師外来の体制 分娩件数など	<ul style="list-style-type: none"> ・助産師外来 2回/週 ・所属助産師 7名 ・分娩件数12~13件/月 ・LDRのみ4床(各室に水中出産プール) ・防音、脱臭、二重窓、ダブルベッド ・5日目退院 ・院内産科病棟へのオープンシステム 	<ul style="list-style-type: none"> ・助産師外来 6日/週、毎日2単位 ・所属助産師 11名(H23年2月現在) ・分娩件数30~50件/月 ・LDR2床(各入院時待機室が分娩室になる)病床数18床 ・全室個室、ベッド、洗面シャンプー(非常災害時用品の収納完備) ・5日目退院 ・分娩進行ハイリスクの場合、手術室へ(家族立会い帝王切開術)
自立した助産師による妊娠・産褥管理の実際	1. 担当スタッフ数 および勤務体制	<ul style="list-style-type: none"> (1)毎週 火曜日・水曜日 助産師1名 (2)助産師経験年数5年以上のみ(既卒採用者でも院内システム内最低2年) (3)チーム受け持ち体制 (4)予約制 	<ul style="list-style-type: none"> (1)毎週 月曜日~土曜日 助産師2名(2単位) (2)助産師経験初年度から(熟練者と共に実践的に学ぶ) (3)チーム受け持ち体制 (4)予約制
	2. 医師との役割分担	<ul style="list-style-type: none"> (1)妊娠 *ハイリスクチェック 16~19週で実施(チェックリスト基準) 妊娠 19週数 妊婦へ説明し意思決定 (3肢択一: MWクリニック、バースセンター外来、医師外来) 妊娠 20週数~40週数 助産師担当 妊娠 28週に医師のポイント健診・34週以降1回のみ医師診察 *バースセンターで里帰り分娩可は、妊娠28週までの受診 *医師外来で里帰り分娩可は、妊娠33週までの受診 妊娠 34週で、バースセンター助産師外来へ復帰あり (2)助産師の検査オーダーあり 助産師による超音波画像診断あり 院内約束処方あり (3)ハイリスクの紹介 → 院内産婦人科外来へ 高次機能他院へ搬送 (4)その他 バースセンターで出産できた母子の産褥1ヶ月健診 乳房母乳外来(他院で出産した場合も含め産後6ヶ月以内) バースセンター出産児は卒乳までケアする 	<ul style="list-style-type: none"> (1)妊娠 16週数 詳細なアナムネ聴取でアセスメントを詳細に共有する 全妊婦が助産師外来受診へ 妊娠 16週数~40週数 助産師担当(妊娠週数に応じた約束検査) 妊娠 30週に医師のポイント健診 (2)助産師の検査オーダーあり 助産師による超音波画像診断あり 院内約束処方あり (3)ハイリスクの紹介 → 高次機能他院へ搬送 (周産期救急搬送コーディネーター・救急救命センター) (4)その他 産後2週間健診 産褥1ヶ月健診 全例電話訪問(母乳重視)
	3. 受診費用	(1)医師による外来診療報酬に準ずる	(1)医師による外来診療報酬に準ずる
	4. 出産準備教室	<ul style="list-style-type: none"> (1)概念:アクティブバース、フリースタイル分娩、バルサルバをしない (2)自然分娩重視 (3)パパ・ママクラス、ハローベビークラス、マタニティ・ヨーガクラス(毎週) 	<ul style="list-style-type: none"> (1)ソフロロジー式分娩法教育 妊娠30週頃からGIM(誘導的音楽療法)による和痛・リラックス、怒責をかけない呼吸法 (2)自然分娩の重視 (3)基本は両親学級(受講率90%)

自立した助産師による分娩取り扱いの実態	パースセンターおよび分娩部	1. 担当スタッフ数および勤務体制	(1)助産師1名(日勤当直:朝から翌日朝まで、24時間責任を持つ) * 助産師5名で交代勤務 (2)必要時、分娩周辺期に産科病棟からベビーキャッチの応援体制あり	(1)助産師1名、看護師2名で、2交代勤務(日勤と当直) * 医師2名、助産師11名、看護師13名、看護助手2名、クラーク5名 外来を含む、シフト勤務 (2)必要時、分娩周辺期に産科病棟からベビーキャッチの応援体制あり
		2. 分娩件数(再掲)	(1)分娩件数12~13件/月 *産婦人科病棟分娩数1300件/年 (2)パースセンター妊婦の転帰 ①妊娠中に医師外来へ(27%) ②産科病棟へ転出(13%) ③パースセンターで出産(60%) n=250名(平成20年11月~22年4月)	(1)分娩件数30~50件/月 約400件/年 (2)ハイリスクとなった場合 東北大学病院・仙台赤十字病院などへ搬送 約5件/月
		3. 分娩室・産褥室施設設備(再掲)助産ケアスタイル	(1)全室個室LDR 4室(アクティブ・パース、フリースタイル分娩) 自宅と同様の環境想定、手厚い産後フォロー、分娩が重なった場合は同階のVIP個室へ (2)水中出産設備	(1)LDR 2室 分娩が重なった場合は、同階の陣痛予備室個室へ (2)ソフロロジー式分娩法(音楽・照明、アクティブパース)
		4. 安全の担保	(1)医師立会はないが、分娩時は助産師と看護職の2名(他病棟から新生児処置応援)で介助する (2)防水性の胎児心拍陣痛モニタリング装置(水中出産用) (3)異常経過の場合、オープンシステム(内部プロセス)による転院あり (4)縫合を要する会陰裂傷発症の場合は医師が縫合に来る (5)院内NICUあり、収容可能(新生児光線治療も) (6)助産師全員が、新生児蘇生認定あり *産後ケアを手厚くするため、助産ケアへの医師の全面的バックアップ体制がある	(1)全例医師立会いあり(熟練看護師の新生児処置間接介助あり) (2)胎児心拍陣痛モニタリング装置 (3)周産期救急搬送コーディネーターによる転院あり (4)会陰裂傷が発症した場合は、医師が縫合 (5)全例に血管確保 (6)助産師・看護師全員が、新生児蘇生認定あり (7)仙台赤十字病院からドクターカー出動可能
		5. 分娩費用、入院費用	○基本入院分娩料 53~55万円 ○パースセンター個室差額料金(2万円/日)	○基本入院分娩料 55~56万円 ○全室個室だが差額料金なし
自立した助産部門の運営のために	運用システム母体	1. 企画立案・実施の経過および評価	(1)強力な医師の牽引によるNDC(ナースドクターカンファレンス)の強力な組織性 (2)MWC(ミッドワイフクリニック)の基準作り (3)他施設の見学実施 (4)助産師の診断能力の向上のための教育企画・実施 (5)開業助産師を招聘した自然分娩の学習会 (6)妊婦へのPR(情報誌への掲載・リーフレット・医師からの推奨) (7)助産師の力を最大限活用する消費者本位のお産へ見直し(助産師による正常産との棲み分け) 不要な会陰切開・帝王切開をしない・バルサルバの回避(胎児循環生理学的意義)による効果 (8)パースセンター運営基準の確立(院内オープンシステム運用基準) (9)助産師が正常産に責任を持つ部門であるパースセンター設備投資、人員確保予算措置	(1)医師2名、病棟・外来師長(2名)、労務士、事務長は毎週1回の会議 * 労務士は、「ヒヤリハット」の分析・対策のために雇用 (2)17年間に渡る運用経験から改訂されてきた洗練された助産師外来運用基準の存在 (3)助産師診断能力の向上のために積極的に院外研修派遣と報告会 (4)地域妊婦へのPR(インターネットHPで情報発信、有能なクラーク) (5)開業権ある助産師の力を最大限活用するよりよいお産、快適な環境の提供 ソフロロジー分娩は、怒責をかけないお産(胎児循環生理学的意義) (6)入院費価格設定は、手厚い助産の人的費を担保するもの
		2. カンファレンス(情報伝搬)	(1)パースセンター運用に強力なリーダーシップを発揮する産婦人科医長の存在 (2)妊娠・分娩・産褥の一貫した「妊産婦中心のサービス」提供のための満足度評価 (3)リーダー会議(1回/月)、スタッフ会議(1回/月)、NDC(1回/月)、症例会議(1回/月) (4)院内安全委員会 (5)地域の開業助産師との連携会議	(1)助産師活動を支えるために強力なリーダーシップを発揮する院長の存在 (2)毎朝の申し送り全員集合、当日の医師も参加する朝部会で、情報の伝達・共有 (3)病棟会議(1回/月)、助産師会議(1回/月)、看護師会議(1回/月)、目標達成委員会(1回/月) (4)年1回、創立記念日に目標達成委員会部門別発表
		3. 院内連携	(1)パースセンターから産婦人科MWCへ応援(妊娠10週~保健指導、コース選択の宣伝) (2)産科外来 妊娠19週、ハイリスクチェックリストで判別し、ローリスクはパースセンター見学推奨 (3)分娩時は産科病棟から新生児処置に応援 (4)新生児の異常は、NICUに収容受け入れ (5)分娩後出血1000ml以上で、産科病棟受け入れ (6)GBS陽性妊婦は、Dr外来へ受診後にパースセンターへ入院し分娩する (7)妊娠37週以降は、全パースセンター予約妊婦が、パースセンター外来で管理 (8)パースセンター助産師外来で気がかりな所見は、医師に相談	○クラーク部門、厨房部門、助手部門、看護師部門、助産師部門が好ましく協調し連携している
	自立した助産師の育成プログラム	1. 現任教育プログラム 研鑽・教育など	(1)「妊産婦に選ばれる産科の実現」のための学習と成長を保障 (2)MWCの助産師教育プログラム充実 (3)MWCの目標・目的、異常基準による実践 (4)MWCの基準と評価基準による実践 (5)2年目MWCで妊婦フィジカルアセスメント訓練、3年目パパマクラス担当、5年目パースセンター	(1)プリセプター1名 (2)日中は、原則として新人が分娩介助、夜勤帯も熟練看護師が補佐できる体制 (3)新人助産師経験チェックリスト、プリセプター会議で評価(1年間は1回/月、その後1回/2ヶ月) (4)ソフロ式ではゆったりと進行する分娩なので介助技術習得の上達が早い (5)認定講習は、講師を招き院内で毎年実施する
	2. 助産学生実習受け入れ	○近隣の医科大学助産師学生の実習受け入れあり	○5年前より、国立病院付属助産師学校実習受け入れあり 1週間ずつ	

助産師の正常分娩担当システム構築の基本概念



厚生労働科学研究費補助研究 鈴木享子2013.

提言1:助産師の卒後5年臨床研修プログラムの構築

1年目

段階的到達目標を共有する。約半年～1年単位で、分娩期と産褥期と早期新生時期を平等にローテーションし、助産基礎教育の学びを土台とする助産実践を積み上げる。【新生児蘇生認定講習受講・血管内留置針による血管確保技術習得・胎児モニタリングCTG判読の修得、以上を管理者の努力義務とする】

2年目

引き続き、約半年～1年単位で分娩期と産褥期と早期新生時期の助産実践を積み上げる。【2年目終わりに、※少なくとも正常分娩約100例の分娩介助を実践させる・産褥早期の乳房ケア、母乳育児支援研修、以上を管理者の努力義務とする】 ※分娩介助のために院内外を問わず研修の場を保証

3年目

入院妊婦ケア、ハイリスク分娩期ケアを含む助産実践を、熟練助産師の指導を受けて実践する。妊婦外来で医師の補助者として週2回程度担当する。出産準備教育を補助者として担当し、妊娠期集団指導の実践能力を育成する。【超音波画像診断研修の受講を管理者の努力義務とする】

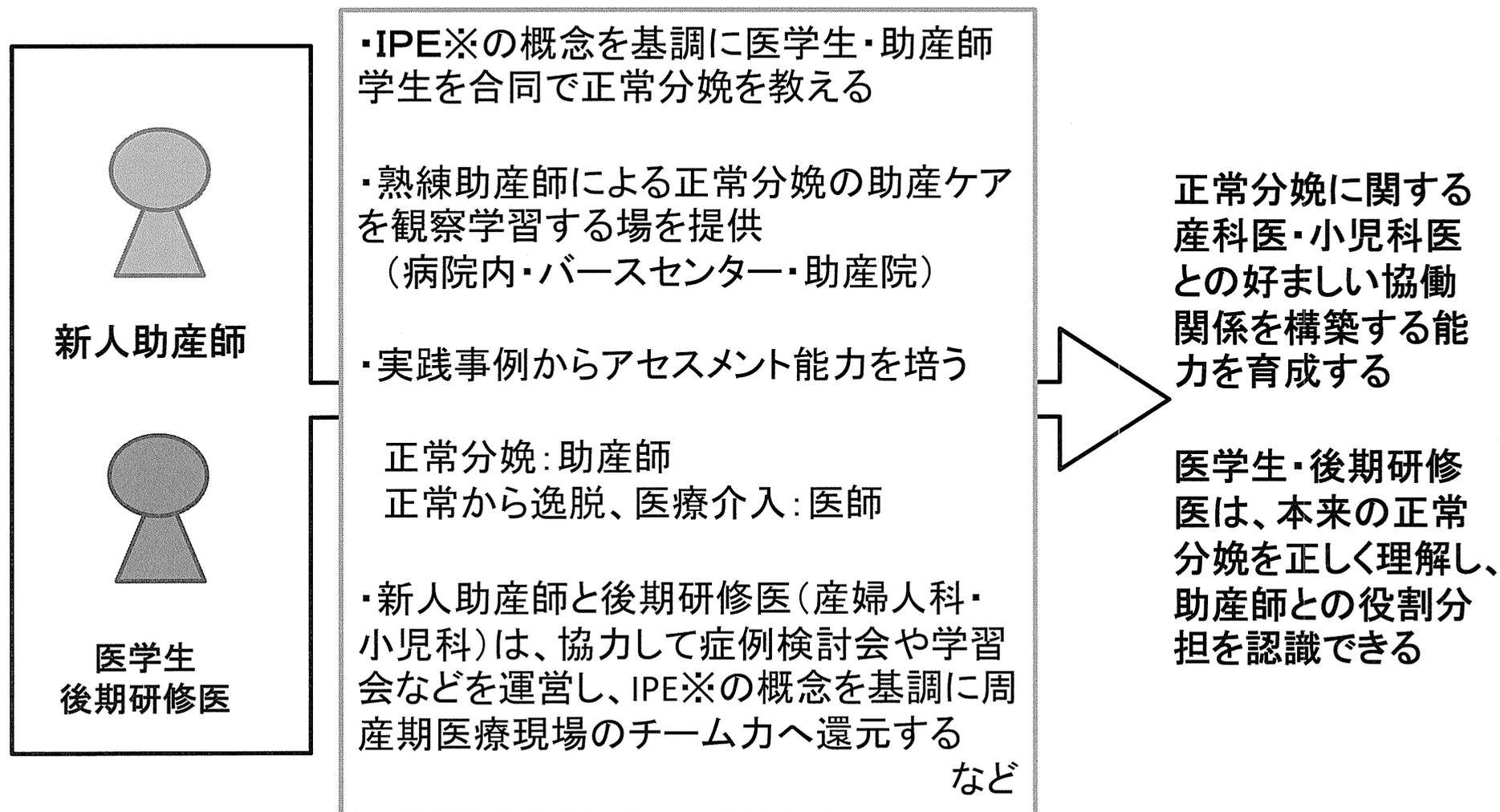
4年目

ローリスク群への妊娠期から産褥期までの継続ケア実践能力を培う。助産師外来を熟練助産師と担当し、分娩期ケア、産褥期のケアを実践する。【院内助産ガイドライン修得・運用評価・ガイドライン改訂業を指導、周産期チーム連携・調整能力育成を管理者の努力義務とする】

5年目

引き続き、ローリスク群の妊娠期から産褥期までの継続ケア、入院妊婦ケア、ハイリスク分娩期ケアを含む助産実践を培う。地域の連携を俯瞰できる能力を培う。行政的に包括される単位の連携病院、有床診療所、助産所と交流・出向して研修、希望があれば高次総合周産期医療センター研修を実施する。【5年目終わりに、※少なくとも約300例の分娩介助を実践させることと会陰裂傷縫合術の研修受講をさせることを管理者の努力義務とする・施設で自立した助産ケア実践能力の可否を評価し認定する】

提言2:産婦人科医師や小児科医師の助産観変容に寄与し協働を進める



※Inter Professional Education の略

厚生労働科学研究費補助研究 鈴木享子2013.

提言3:院内組織に助産部門を創設し混合病棟から独立する

Step1

【組織の改革】

医局部門、看護部と同格の助産部門(バースセンター・出産母子棟etc.)を創設し、助産部門の管理者(助産師)が院内会議メンバーとして参加する。

Step2

【ガイドラインの策定】

助産師外来・院内助産所の管理者は、産婦人科医師、小児科医師、医療事務管理者と連携して、連携に必要なガイドラインを策定し、実践させ、定期的に改善を図る。

Step3

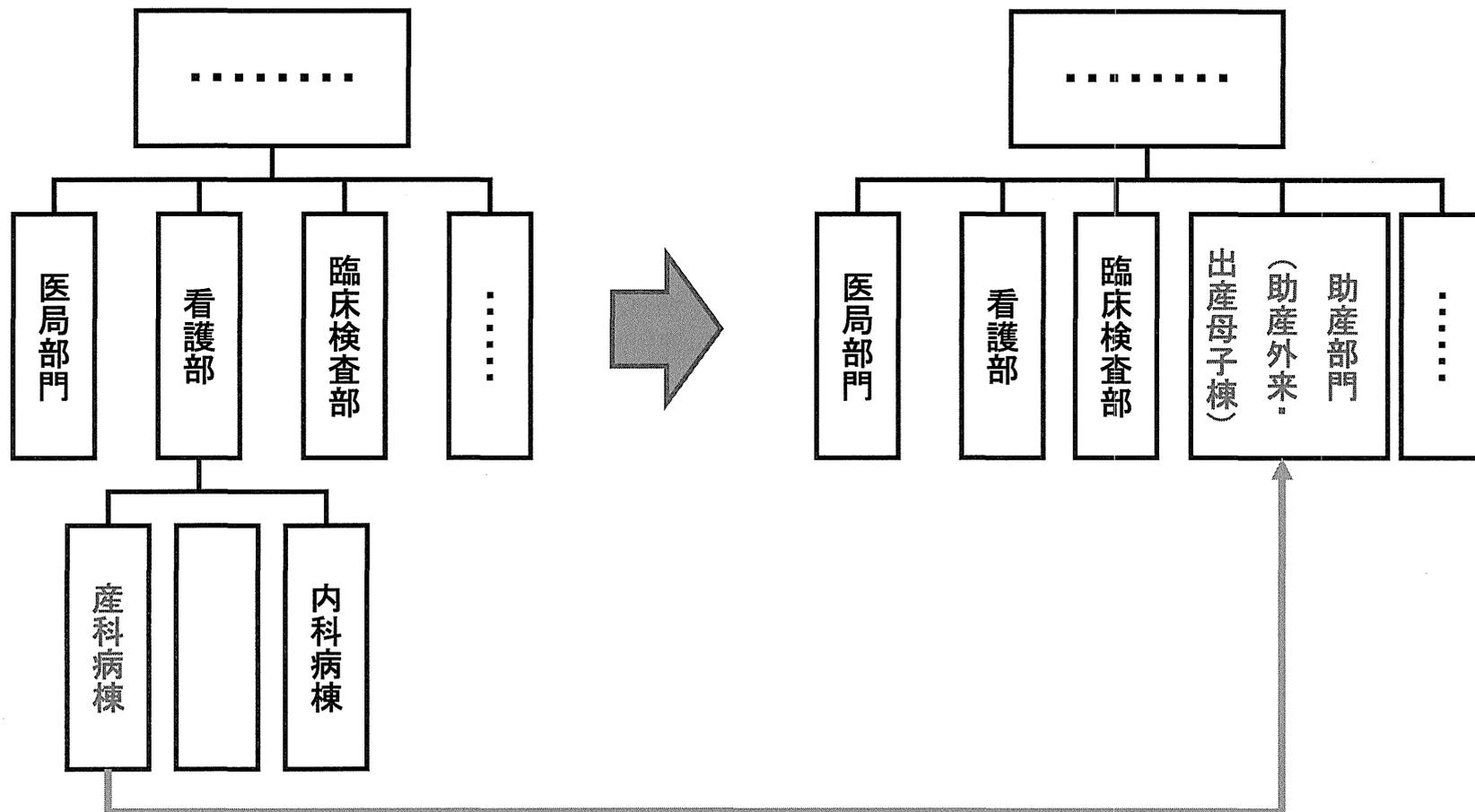
【適切な評価と改革】

医療診療事務部門は、コスト・パフォーマンスや助産ケア提供によるアウトカム、妊産婦の満足度評価を実施し、評価結果に基づいたシステムの改革を推進し広報する。

厚生労働科学研究費補助研究 鈴木享子2013.

提言3:院内組織に助産部門を創設し混合病棟から独立

例)組織の改革イメージ



厚生労働科学研究費補助研究 鈴木享子2013.

提言4:包括的地域における病院・有床診療所・助産所への 助産師出向システム・オープンシステムの推進

助産師卒後研修および後期研修医に、同一地域の周産期診療圏内で、病院、有床診療所、助産所間で交流するシステムを創設し推進する

【有床診療所や助産所、バースセンターで学ぶ機会を設ける】

医師も、正常分娩の専門家である熟練助産師による指導で、医療介入の少ないローリスク群の産婦の正常分娩を研修することが必須である

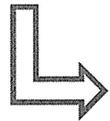
嘱託医療機関の確保が困難となっている助産所や、分娩が多いのに助産師が極端に少ない有床診療所へ出向し、難局面の解消に寄与
正常分娩が多い有床診療所での助産学生実習に展望が開かれる

地域内周産期診療圏における日常的な連携交流により、災害時のスムーズな周産期医療連携が期待できる

厚生労働科学研究費補助研究 鈴木享子2013.

提言5:産後6週間の産後ケアチームによる支援と拠点創設

産後6週間までの助産ケアや産後介護サービスの提供を保証するシステムを創設する



【混成チームの創設】

産後6週間までの子育て支援政策の一環として、助産師、看護師、ヘルパーなどの混成チームを創設する

運営のキーパーソンに母乳育児の専門家である助産師を活用する
入所型(助産院・母子センターなど)と居宅訪問型を活用できるようにする。

※オランダでは、公的に近い周産期医療保険制度で妊娠期から産後6週間までのサービスが組織的に提供されている。日本の「出産手当」に産褥サービス券を追加する。

※分娩後に精神的ケアが必要な対象が増加傾向にあり、育児ストレスの軽減、虐待防止の問題への対策にもつながる。

【助産ケアを提供する場所の設置】

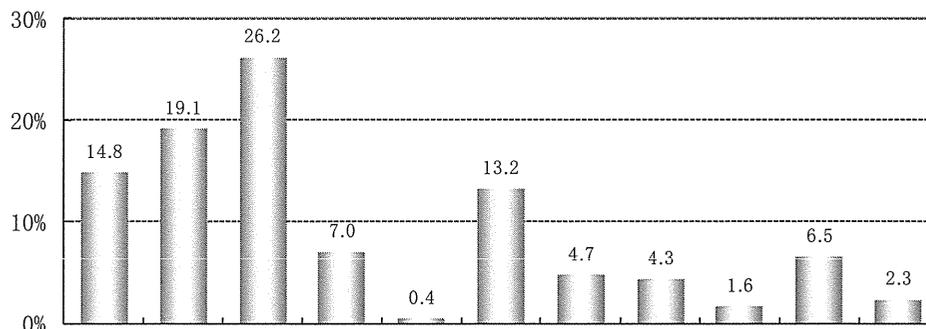
「産後ケアワークステーション(仮称)」を、生活地域に平均的に設置し、夜勤業務などの臨床助産業務ができない世代の助産師が、イニシアティブを発揮できるように組織し、潜在助産師のマンパワーを顕在化して活用する

※NICU退院後の移行期や育児不安を抱く母親、核家族の親子が、助産所を活用する。
※思春期、青年期の女性達に対する性の健康への援助の相談窓口としても有用である。

分娩取り扱い施設の種類の種類

(分娩取り扱い施設の種類の種類)

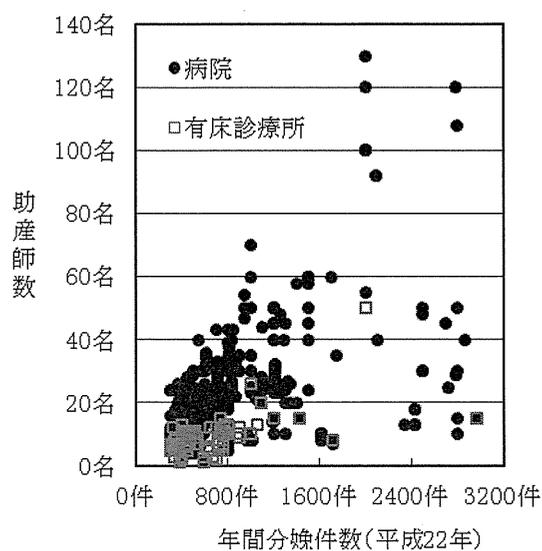
本調査における助産師が就労する分娩取り扱い施設は下図のとおりである。



	件数	国・公立、行政法人総合病院	大学付属病院	民間総合病院	民間単科病院	パースセンター	民間有床診療所(産科のみ)	民間有床診療所(産科・小児科)	民間有床診療所(産科の他複合)	助産院	その他	無回答
全体	958	142	183	251	67	4	126	45	41	15	62	22
	100.0	14.8	19.1	26.2	7.0	0.4	13.2	4.7	4.3	1.6	6.5	2.3

上段：件数(n) 下段：構成比(%)

病院、有床診療所別の年間分娩件数と助産師数の散布



病院(n=548)：国・公立、行政法人総合病院、大学付属病院、民間総合病院、民間単科病院

有床診療所(n=144)：民間有床診療所(産科のみ)、民間有床診療所(産科・小児科)、民間有床診療所(産科の他複合)