

平成 26 年度 厚生労働省看護職員確保対策特別事業
「助産師出向支援モデル事業」報告

平成 27 年 3 月

公益社団法人 日本看護協会

はじめに

産科医師不足や分娩取扱施設の減少に伴う周産期医療提供体制の変遷、少子化、ハイリスク妊娠・分娩の増加などを受けて、地域における安全・安心な妊娠・出産・育児環境の整備が喫緊の課題となっている。日本看護協会では、平成23年度より「安全・安心な妊娠・出産・育児環境の整備」を目標に掲げ事業に取り組んでいる。

現在、わが国の出産場所別の平成24年の出生数は、病院が約55万件(52.7%)、診療所が約48万件(46.3%)となっている。一方、就業助産師の割合は、病院62.4%、診療所25.1%と偏在しており、すべての妊産婦へ助産師のケアを提供できる環境が整っているとはいえない。また、都道府県により就業助産師数に差があり、人口10万対比の就業助産師数を比較すると、17.7人から37.1人(全国平均25.0人)と大きな開きがある。同じ都道府県内においても、医療施設間での助産師の偏在があり、安全・安心な出産環境を整備するためには、助産師の就業先の偏在を是正することが課題である。

地域における助産師の偏在是正を図ることを目的として、都道府県内の周産期医療と助産師偏在の状況を把握した上で、医療施設間での助産師の出向・受け入れを実施することは、地域の周産期医療体制の確保に貢献するものである。

日本看護協会では、助産師出向システムの推進等を検討し、需給も含めた全国規模での実現の可能性を明らかにすることが必要であると考え、平成24年8月～9月に「助産師の出向システムと助産実習の受け入れの可能性等に関する調査」を行った。その結果、必ずしも数は多くなかったが、すでに全国で助産師出向が実施されていることが明らかとなった。助産師出向は多様な病院規模や機能、一定程度の常勤助産師数のもとで行われており、それぞれの地域や施設等の実情や、助産師の背景に応じて、実現可能な形で実施されていた。また、出向実施前後での助産師の分娩介助件数は70%の助産師で増加しており、助産実践能力の強化に貢献することも示されていた。

さらに、金銭的な不利益が生じないなどの一定条件を整えば、助産実践能力の強化を目的に、他施設への助産師出向を検討する病院が59%、助産師個人では79%にのぼっており、出向受け入れを希望する施設が一定数以上あることから、助産師出向システムに対するニーズと実現可能性が、この調査で示唆された。

また、調査と前後し厚生労働省医政局看護課に対しても、助産師出向システムの実現に向けて要望を行ってきた。これらの活動により、平成25・26年に、厚生労働省看護職員確保対策特別事業「助産師出向支援モデル事業」を実施することになり、1都14県看護協会に委託し事業を行った。平成25年度は、1都14県看護協会にニーズ調査や出向元及び出向先施設の選定・マッチング・契約成立について委託し実施した報告書を基に「助産師出向支援ガイドライン（暫定版）」を作成した。平成26年度は、出向の開始・出向支援・評価について委託し、1都14県看護協会の取り組み結果を基に「助産師出向支援導入事業ガイドライン」*を作成し、本報告にも収載している。

今後の助産師の出向システム導入の実施・検討を予定している都道府県行政および看護協会等に資することを期待する。

2015年3月末日
公益社団法人 日本看護協会
常任理事 福井トシ子

*平成27年度厚生労働省補助事業において「助産師出向支援導入事業」がメニュー化されたことから、従来予定していた「助産師出向支援モデル事業ガイドライン（確定版）」から「助産師出向支援導入事業ガイドライン」に名称を変え、策定した。

目次

はじめに

I	助産師出向支援導入事業ガイドライン	- 1 -
1.	助産師出向支援導入事業の目的	- 7 -
2.	ニーズ調査と出向目的の明確化	- 8 -
3.	「助産師出向支援導入事業協議会」について	- 10 -
4.	助産師出向支援導入事業手順例	- 12 -
5.	留意すべき点	- 18 -
II	助産師出向支援モデル事業の概要と実施体制	- 43 -
1.	事業概要	- 45 -
2.	実施体制	- 46 -
3.	検討委員会	- 45 -
III	助産師出向支援モデル事業の実施結果と評価	- 49 -
1.	都道府県における周産期の現状分析	- 51 -
2.	ニーズ調査の実施と出向目的	- 51 -
3.	協議会	- 51 -
4.	コーディネーター	- 52 -
5.	契約(協定)書について	- 54 -
6.	出向事例	- 57 -
7.	出向助産師の背景と成果	- 61 -
8.	助産師出向の成功ポイントと今後の課題	- 63 -
IV	平成27年度に向けて	- 65 -
	おわりに	
	委員名簿	- 51 -

I 助産師出向支援導入事業ガイドライン

助産師出向支援導入事業ガイドライン

目次

はじめに

1. 助産師出向支援導入事業の目的	- 7 -
2. ニーズ調査と出向目的の明確化	- 8 -
1) 都道府県における周産期医療と助産師偏在の現状把握	- 8 -
2) 助産師出向等に関する医療機関へのニーズ調査の実施	- 8 -
3) 出向目的の検討	- 8 -
3. 「助産師出向支援導入事業協議会」について	- 10 -
1) 「助産師出向支援導入事業協議会」の設置と構成	- 10 -
2) コーディネーターの役割	- 10 -
4. 助産師出向支援導入事業手順例	- 12 -
1) 出向元・出向先施設の募集及びマッチング	- 12 -
2) 出向助産師の決定	- 13 -
3) 契約（協定）	- 14 -
4) 出向先の準備	- 15 -
5) 評価	- 17 -
5. 留意すべき点	- 18 -
おわりに	- 18 -
資料1 出向希望施設の事前情報収集シート例	- 19 -
資料2 周産期関連のデータ解析例	- 23 -
資料3 モデル事業都県による周産期関連のデータ解析例	- 28 -

はじめに

少子化が進む我が国において、安心して子どもを産む環境を整えることは重要な課題である。そこで周産期医療機関の機能分化とネットワークの強化、母体・患児の搬送体制の確保、助産師の活用によるチーム医療の採用、医療従事者の確保等の周産期医療提供体制の整備が進められている。

平成 24 年の、わが国の出生場所別の出生数は、病院が約 55 万件(52.7%)、診療所が約 48 万件(46.3%)となっている。一方、就業助産師の割合は、病院 62.4%、診療所 25.1%と偏在しており、すべての妊産褥婦へ助産師のケアを提供できる環境が整っているとは言いがたい。また、都道府県により就業助産師数に差があり、人口 10 万対比の就業助産師数を比較すると、17.7 人から 37.1 人(全国平均 25.0 人)と大きな開きがある。同じ都道府県内においても、医療施設間での助産師の偏在があり、安全・安心な出産環境を整備するためには、助産師の就業先の偏在を是正することが喫緊の課題である。

また、分娩件数の減少や分娩取扱施設の減少等は、助産学生の実習施設の確保を困難な状況にしている。日本看護協会が平成 24 年度に実施した調査¹⁾においても、助産実習を受入れるための条件として「自施設の就業助産師数の増加」が挙げられていることから、助産師の就業先の偏在は、助産実習の受入れや助産師の養成にも影響を及ぼしていることが明らかになっている。

さらに、ハイリスク妊産婦の増加は、助産師の実践能力習熟プロセスにも影響を及ぼしている。現在、就業助産師数の多い周産期母子医療センターにおいては、高齢出産の増加や早産・低出生体重児の増加といった背景から、帝王切開率が増加（総合周産期母子医療センターで 35.6%、地域周産期母子医療センターで 28.9%）し、経験年数に応じた正常分娩の介助経験等の助産実践を積み重ねることが難しい状況になっている。

このような助産師の就業先の偏在や助産実習施設の不足、助産実践を積み重ねる機会の不足等を解決するための方策として、平成 25・26 年度に厚生労働省看護職員確保対策特別事業「助産師出向支援モデル事業」を経て、さらに助産師の出向を推進するため、平成 27 年度より「助産師出向支援導入事業」が開始される。

本ガイドラインは、平成 25・26 年度に厚生労働省看護職員確保対策特別事業「助産師出向支援モデル事業」において、1 都 14 県看護協会が助産師出向に取り組んできたプロセスを踏まえ、課題等を整理し策定しており、「助産師出向支援導入事業」を行う際に参考となる基本的な事項をまとめている。平成 27 年度「助産師出向支援導入事業」を検討・実施を予定している都道府県行政・分娩取扱機関等において活用していただきたい。また、事業の運営を効果的に行うために、基金の活用も可能である。

平成 25・26 年度に厚生労働省看護職員確保対策特別事業「助産師出向支援モデル事業」での 1 都 14 県の取り組みと評価については、平成 26 年度厚生労働省看護職員確保対策特別事業「助産師出向支援モデル事業」報告²⁾を参照されたい。

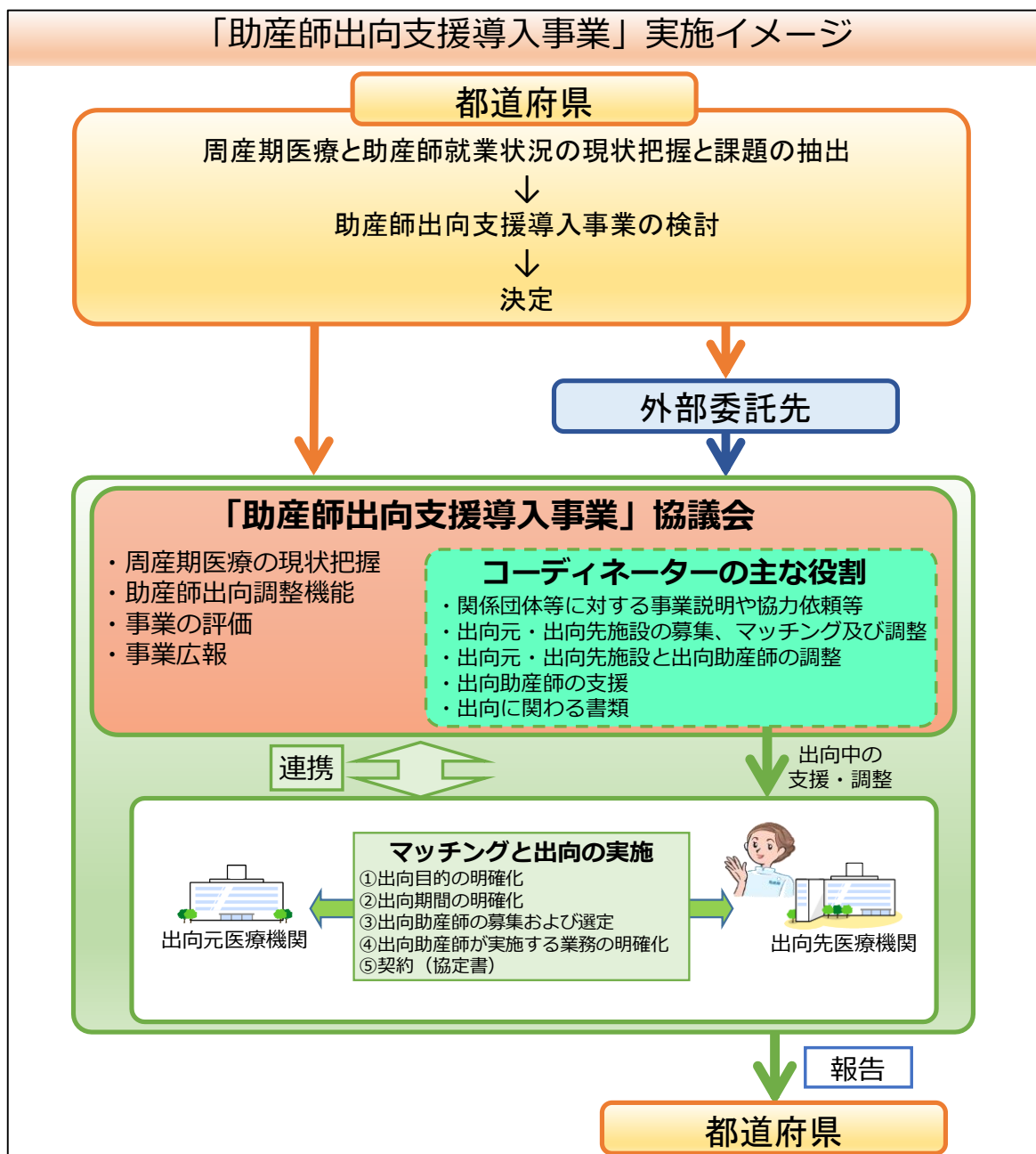
平成 27 年 3 月

1. 助産師出向支援導入事業の目的

「助産師出向支援導入事業」とは、都道府県内の周産期医療と助産師の就業先の偏在状況を把握した上で、助産師の出向・受入れを実施し、地域における助産師の偏在是正、助産実践能力の強化支援、助産学生の実習施設の確保等を図ることを目的とする。

以下に助産師出向支援導入事業の実施イメージを示す。

図1 助産師出向支援導入事業の実施イメージ



2. ニーズ調査と出向目的の明確化

1) 都道府県における周産期医療と助産師偏在の現状把握

都道府県の周産期医療計画を確認したうえで、都道府県の周産期に関する現状分析を行う。都道府県及び可能であれば二次医療圏別に収集しておくことが望ましいデータの例を表1に示す。また、単年度のみならず、経年変化を把握することが望ましい。
※周産期関連のデータ解析例については、資料2を参考にされたい。

表1 都道府県における周産期医療状況分析のためのデータ例

基本人口動態	人口	人口動態統計
	母の年齢階級別出生数	
	合計特殊出生率	
分娩・死産等の状況	分娩件数、及び帝王切開件数・施設数	医療施設調査
	母の年齢階級別死産数・率	人口動態統計
分娩・死産等の状況	周産期死亡数・率	人口動態統計
	妊産婦死亡数・率	
	主な死因分類別死亡数(周産期関連)	
医療機関	産科・産婦人科を標榜する医療施設数	医療施設調査
	複数の科目を標榜するが主たる診療科目が産科・産婦人科の診療所数	
	産科・産婦人科の単科診療所数	
	分娩取扱施設数・分娩件数	
	NICU・MFICUを有する医療施設数・病床数・入院している児、母体人数	衛生行政報告例
	助産所数	
	助産実習の受入れ有無・受入れ人数等	県担当部局の把握状況を確認
医療従事者	主たる診療科目が産科・産婦人科の医師数	医師・歯科医師・薬剤師調査
	分娩取扱施設における担当医師・助産師数	医療施設調査
	就業助産師数	衛生行政報告例
	助産師課程のある教育機関数・定員	看護関係統計資料集 文部科学省 全国助産師教育協議会資料
	助産師国家試験合格者数	厚生労働省資料

2) 助産師出向等に関する医療機関へのニーズ調査の実施

- (1) 調査票の送付先については、分娩取扱施設のみではなく、産科休止・再開施設や産科を新規に立上げる施設にも送付する。
- (2) 助産師の出向がより効果的に行われるよう、医療機関への調査を実施し、都道府県内の分娩取扱施設(病院・診療所)における、周産期医療機能及び診療科の状況、分娩件数、常勤助産師数、助産師以外の看護職者の構成、助産師学生の実習受入れ状況、助産師出向のニーズ(出向させたい、出向を受け入れたい)等を把握する。
※ニーズ調査項目については、資料1を参考にされたい。

3) 出向目的の検討

- (1) 都道府県内の助産師偏在状況及び分娩取扱施設(病院・診療所)における助産師出向のニーズ等から、地域に必要な出向の在り方について協議会で検討する。

- (2) 助産師出向とは、現在の勤務先の身分を有しながら、他施設で助産師として働くものであり、その目的は人員調整のために行われるものではなく、助産師の就業先の偏在是正や地域の周産期医療体制の確保、正常分娩の介助経験など、助産実践能力の強化等を目的とする。したがって、出向する助産師の業務は、原則として妊産褥婦と新生児のケアを目的とした出向が望ましい。
- (3) 助産師出向は、労働基準法及び労働契約法に則り行われるもので、使用者(出向元施設)が労働者(出向助産師)に対し、第三者(出向先施設)の指揮命令下において労務に服せしめるものである。
- (4) 助産師出向の目的は、助産師の就業先の偏在是正のための「在籍型出向」を基準とした、以下の4パターンに整理される。
- ① 他施設の労働力需要に応える「応援出向」(新設施設の労働力調達も含む)
 - ② 正常分娩の介助経験など助産実践能力強化のための「研修目的出向」
 - ③ ハイリスク妊娠・分娩への対応など教育指導のための「指導目的出向」
 - ④ 助産学生の実習を支援・指導に貢献するための「実習支援目的出向」

3. 「助産師出向支援導入事業協議会」について

1) 「助産師出向支援導入事業協議会」の設置と構成

(1) 「助産師出向支援導入事業協議会」の設置

都道府県に、「助産師出向支援導入事業」を実施するための「助産師出向支援導入事業協議会」を設置する。なお、設置にあたり関係団体への事前説明を行い、協力体制を得ておくことが望ましい。

既に、都道府県内に設置している周産期医療協議会等を活用することも検討されたい。

(2) 「助産師出向支援導入事業協議会」の構成

① 「助産師出向支援導入事業協議会」（以下、協議会という）の構成員は、行政担当者、都道府県看護協会、医師会、産婦人科医会、助産師会、学識経験者等で組織する。

出向元施設の看護管理者等を構成員とすることも、効果的である。

② 協議会では、都道府県内の周産期医療状況を把握し、助産師出向の目的を協議したうえで、「助産師出向支援導入事業」の企画、運営、評価分析を行う。なお、都道府県の実情に応じて、小児科医等必要な構成員を配置することが望ましい。

(3) コーディネーターの選定と配置について

※各都道府県の実情に応じて配置や役割等を検討する。

① 選定

- ・協議会は、関係団体との協力や連携調整、出向施設のマッチング調整や出向助産師の支援を担うコーディネーターを1~2名を選出することで、助産師出向を円滑に行うことができる。
- ・原則として、出向元及び出向先施設に該当しない都道府県内の分娩取扱施設の看護管理者等が望ましいが、都道府県内の実情に合わせて、適切な人選を行う。

② 配置

- ・コーディネーターは、迅速な現場調整等が求められるため、専従配置が望ましい。
- ・同一出向事例については、1名のコーディネーターが継続して担当することが望ましい。
- ・コーディネーターは、契約（協定）書の締結についても関与するため、出向元及び出向先施設の事務担当者の他に、支援が可能な事務担当のコーディネーターを配置することについても検討されたい。事務担当のコーディネーターは行政が担うことも効果的である。

2) コーディネーターの役割

(1) 協議会における位置づけ

- ① コーディネーターは、協議会の構成員として位置付け、会議等に参加する。
- ② 会議においては、他の構成員に対して事業説明を行い、事業の進捗について報告する。また、関係団体等に対する事業説明や協力依頼、事業の広報についても、都道府県看護協会等と連携して実施する。
- ③ コーディネーターを協議会運営の事務局として位置付ける場合は、県内の周産期医療の現状把握・データ化、協議会構成員との連絡・調整・相談、協議会の意見の集約、協議会決定事項の実施、施設への事業案内文書作成・送付、施設への出向意向調査の企画・作成・実施・結果のとりまとめ等も行う。

(2) 出向開始前のコーディネーターの主な役割

- ① 施設への出向意向調査後に、出向の希望がある施設に施設内の目的、施設間の希望要件、出向助産師の出向目的、労働条件、処遇等について、情報収集と整理を行い、マッチングの成立に向けた調整を行う。
- ② 出向元・出向先施設での、出向開始に向けた環境整備（マニュアル整備や教育体制など）と、出向助産師の支援を行う。

(3) 出向期間中のコーディネーターの主な役割

- ① 定期的に出向助産師と面接を行い、出向中の経験や困っていることを共有し、必要時、施設間で課題を共有し解決に努める。
- ② 出向元・出向先施設の看護管理者にも出向助産師の情報提供を行い、両施設の看護管理者とともに、支援体制の強化に努める。

(4) 出向に係る書類・報告書作成

出向に係る書類や報告書を作成し、協議会に報告する。

4. 助産師出向支援導入事業手順例

※コーディネーターを配置した場合の手順例を示す。コーディネーターを配置しない場合は、適宜コーディネーターの役割を協議会メンバーが行う。

1) 出向元・出向先施設の募集及びマッチング

(1) 出向元・出向先施設の募集について

- ① 協議会は、出向希望施設を募集し、出向元・出向先施設の事前情報収集シート等を活用して、出向元・出向先施設の出向目的やニーズ状況を整理し、リスト化する。
- ② 出向元施設の事前情報収集は、病院長、事務部長、看護部長、産科管理者の合意があるか否かについても情報収集を行うことが望ましい。
- ③ コーディネーターは、協議会の実施する出向支援の目的を踏まえ、出向希望施設の出向目的や出向先施設の状態を把握し、それぞれの医療施設の希望と出向目的との調整を図る。そのうえで、希望に合致した出向助産師の要件を明らかにする。
- ④ 出向元及び出向先施設のマッチングには、組織の理解と合意が不可欠である。そのため、出向元及び出向先施設への事前説明が重要であり、場合によっては施設に訪問し、看護管理者等にあらためて出向の意向を確認し、組織内の合意形成に向けた調整を図る。
- ⑤ 施設を訪問する際には、病院長、産科部長、事務長、看護師長等も同席すると協力体制が強化されるため、可能な限り同席を求める。
- ⑥ 出向を希望する医療施設の、出向の目的、出向期間を明確にし、受入れを希望する医療施設においては、出向助産師に期待する業務等を明確にする。出向に適した出向助産師の要件を明らかにし、希望要件を整理する。
- ⑦ 出向を受け入れる施設の出向助産師に期待する業務内容が明確になった時点で、受入れ施設でその条件に相当する給与額（年収）を把握しておくことが望ましい。

●出向希望医療施設の役割(例)

【出向元施設の役割】

- a. 出向の目的を明確にする。
 - ・地域医療への貢献(偏在是正による安全・安心な出産環境の確保)
 - ・助産師の実践能力強化
 - ・助産師のモチベーション向上
 - ・助産師の自立促進
- b. 出向させる期間を明確にする。
- c. 出向させる助産師の募集と選定を行う。
- d. a～cを円滑に進めるために、看護管理者を中心に、病院長、産科部長、事務部長、看護師長等に事前説明を行い、調整を図る。

【出向先施設の役割】

- a. 出向の目的を明確にする。
 - ・助産師偏在の是正・解消
 - ・助産師確保による安全・安心な出産環境の確保
 - ・助産実習施設としての教育指導者の確保
- b. 出向助産師に期待する業務等を明確にする。
 - ・助産業務と看護業務の両方を担う
 - ・助産業務のみを担う

- ・助産外来も担う
- c. 求める出向期間を明確にする
- d. a～cを円滑に進めるために、看護管理者を中心に、病院長、産科部長、事務部長、看護師長等に事前説明を行い、調整を図る。

(2) 出向施設の選定について

- ① 協議会は出向施設の選定基準を定めておく。
- ② 出向先施設の選定は、協議会における評価等を行って選定を行う。
- ③ 医療事故発生時の対応に関しては、出向元・出向先施設、出向助産師の三者で、事前に協議しておく。
- ④ 出向助産師の労働条件や処遇に不利益が生じない調整が可能であることを確認する。

●出向元・出向先施設の『選定基準』(例)

- a. 出向助産師の意向を確かめていること
 - b. 当該事業目的を理解した上で、各施設の目的を明確にして事業の達成が可能であること
 - c. 原則として、助産師の就業先の偏在が顕著な地域を支援できること
 - d. 助産師数が少なく、分娩件数が多い施設を支援できること
 - e. 出向元施設及び出向助産師が処遇等で不利益を受けないこと
 - f. 出向施設及び出向助産師の目標を達成できる教育・支援体制ができていないこと
 - g. 助産師出向支援導入事業協議会において承認を得ること
- (平成 25 年度 茨城県助産師出向支援モデル事業協議会作成の基準を参考に改変)

(3) 出向期間について

助産師の就業先の偏在是正及び助産実践能力の強化、助産学生の実習施設の確保を目的とするため、出向期間は半年から1年程度を想定しているが、目的に応じて施設間で定める。

(4) 出向を可能にする体制について

- ① 出向元・出向先施設で組織内の合意が得られ、双方の出向目的が明確になっている。
- ② 出向する助産師の身分が保障され、処遇面で不利益を被らない。特に、給与面については出向元・出向先施設で重要な懸案事項となるため、コーディネーターは、出向元施設で支払われている出向助産師の給与額(年収)と出向先施設で支払われる給与額(年収)を把握し、個人情報に配慮した上で、双方に知らせておくことが望ましい。
- ③ 出向助産師にとっては、通勤や転居に伴う生活の変化が大きな負担となる。出向助産師の負担にならないよう通勤や転居に係る費用等に配慮し、通勤範囲等の出向助産師の意向を尊重して出向先施設や期間をコーディネートする。
- ④ 医療安全に関する対応を事前に確認し、出向助産師本人が賠償責任保険に加入していることが重要であるため、確認しておくことが望ましい。
- ⑤ 助産師出向支援導入事業は、人件費の差分が充当されないため、基金などの活用で対応することも可能である。

2) 出向助産師の決定

(1) 出向助産師決定の前提条件

助産師のキャリアパスの一環として、自ら出向を希望する助産師を出向させ、強制はしない。また、出向元施設が施設として出向することを認めていることが前提である。出向を希望する助産師は、関係する人々との合意を得て、エントリーすることが必要である。

(2) 「助産実践能力習熟段階(クリニカルラダー)活用ガイド」を活用した、出向助産師の実践能力評価
出向元施設と出向先施設の双方のニーズに合ったマッチングを行うことが求められるため、出向助産師の技術や分娩介助経験年数等を確認する必要がある。助産師のスキルレベルを客観的に把握するためには、「助産実践能力習熟段階(クリニカルラダー)活用ガイド」³⁾を使用し、助産実践能力習熟段階(クリニカルラダー)レベル(以下、クリニカルラダーレベル)評価を実施することが有用である。

(3) 出向助産師の動機づけ

看護管理者は、クリニカルラダーレベル評価実施後の課題等を参考に、出向の意図や目的を明確に伝え、動機づけを行う。

(4) 三者間の調整

① 出向助産師の要件が決まったら、出向元施設に伝え、募集と選定を依頼する。出向助産師は、出向の目的を明確にし、出向を希望していることが望ましい。また、出向先施設で望まれている業務や出向中の支援体制等について、出向助産師が具体的な説明を受けることは重要である。

② 出向助産師の候補者決定後、出向元・出向先施設及び出向助産師の三者間で、事前に出向目的や労働条件、医療事故に関する対応、出向期間の認識が共有されるよう調整する。

③ 特に、処遇(勤務体制、公休、研修参加、給与、福利厚生、賠償責任など)において、出向助産師にかかる負担や損害が過大とならないよう出向元施設での処遇の維持をはかるように調整する。

④ 出向元となる医療施設の看護管理者は、以下の役割を担う。

a. 出向させる助産師の臨床経験年数、分娩介助数、実践レベルを明確にする。

b. 助産師の意思を確認の上、キャリア開発・発達の観点から助産師個人の目標達成に有益となるよう配慮したうえで、出向の承諾を得る。

c. 出向助産師が担う業務範囲や受入れ状況について、出向先施設から情報提供を受け、出向助産師に伝え、理解を得る。

⑤ 出向先となる医療施設の施設長や看護管理者は、以下の役割を担う。

a. 出向目的と、受入れ側の就業助産師数・臨床経験年数等に応じて、出向助産師に求める臨床経験年数や分娩介助経験数を明確にする。

b. 出向助産師が順調に施設に適応できるように、事前に受け入れる側の状況を明確にし、出向元施設と出向助産師に情報提供を行う。

3) 契約(協定)

出向においては、出向元施設との労働契約関係を維持したまま、出向先施設との間にも労働契約が発生し、指揮命令権の一部も出向先施設に移転することになる。そのため、出向元と出向先施設、出向する助産師間で、あらかじめ必要な事項を協議・確認し、契約等を交わすことが求められる。下記を参照し、必要な事項を整理し書面で取り交わすことが望ましい。

(1) 契約(協定)締結の担当者

契約(協定)内容の検討や締結には、出向期間や所属だけでなく、勤務条件や社会保険、給与等の福利厚生が多く含まれる。そのため、契約の協議・締結においては、出向元及び出向先施設の事務担当者や行政担当者が主となり、看護管理者やコーディネーター等の意見も踏まえ、事前に十分調整・契約することが望ましい。

(2) 契約（協定）締結者

出向元施設、出向先施設で、出向に関する契約（協定）を締結することになるが、その締結内容については、出向する助産師にもあらかじめ提示し、確認・了承を得ることが求められる。

また、その際、医療事故の責任の所在についても、出向先施設と出向元施設で別途、取り決めておくことが望ましい。

(3) 契約（協定）書の項目

出向のパターンや出向元施設及び出向先施設との関係によっても異なるが、次のような項目を取り交わすことが望まれる。なお、下記の項目は標準的な項目を例示しているものであり、出向の特性に応じた項目の追加や簡略化等を妨げるものではない。

【契約書の項目例】

- ・ 出向助産師氏名
- ・ 在籍型出向であることの明記(出向助産師が出向元施設の労働者の地位を有したまま出向する旨)
- ・ 業務内容及び配属
- ・ 出向期間(目的に応じて施設間で定める)
- ・ 労働(勤務)条件(勤務時間、休日、年次有給休暇、時間外勤務等)
- ・ 服務規律
- ・ 健康管理
- ・ 安全管理
- ・ 守秘義務(秘密保持)
- ・ 給与、賞与の支給
- ・ 給与、賞与の負担
- ・ 時間外労働手当、教育研修、赴任及び帰任旅費等の負担
- ・ 社会保険、労災保険等
- ・ 勤務実績の報告
- ・ 負担金の支払い
- ・ 標記項目が途中で変更になった場合や契約を解除することになった場合の協議や報告方法

他、必要に応じて項目を追加し契約書を作成する。

4) 出向先の準備

(1) 助産師業務に関するマニュアルの整備

- ① 出向を受け入れる出向先施設は、出向助産師が迅速に職場に適応し、安全に助産業務を担うことができるように、マニュアル等の整備を行い、物品の場所を明確化しておく。
- ② 人数が少ない出向先施設では、オリエンテーションを行うにも時間的な限界がある事例が見受けられるため、マニュアルの有無が助産師出向の成功に大きく影響する。そのため、出向先施設は、事前にマニュアルを準備しておくことが望ましいが、場合によっては、出向元施設のマニュアルを出向助産師が持参し、使用することも考慮する。
- ③ 出向助産師は、事前に出向施設に出向くなどして準備をすることが望ましい。

●マニュアルの整備

事前に準備しておくマニュアルは下記の6点が望ましい。

a. 分娩介助マニュアル

- b. 分娩室日勤業務マニュアル
- c. 分娩室夜勤業務マニュアル
- d. 産後ケアマニュアル
- e. 病棟業務マニュアル
- f. 分娩施設における災害発生時の対応マニュアル

●マニュアルに記載する項目(参考例)

a. 分娩介助マニュアル

手順及び留意点等、以下の項目について文書化する。また、外陰部消毒・清潔野作成や手指消毒・ガウンテクニックなどは、目的と時期も併せて明記する。施設によって使用される医薬品や医療機器が異なるため、それらを記載しておくことが望ましい。

【手順】

入院、分娩の準備、外陰部消毒・清潔野作成、手指消毒・ガウンテクニック、導尿、分娩介助、吸引分娩、陣痛促進・誘発分娩、双胎分娩、新生児の処置、胎盤娩出、ベビーキャッチ、母児面会、新生児室へ移送、後処置、胎盤計測、記録、新生児 ID の作成、産後薬の準備、帰室まで。

b. 分娩室日勤業務マニュアル

日勤帯(例：8:30～17:00)の時間、項目、業務内容、休日・土曜の責任者等について明文化する。

c. 分娩室夜勤業務マニュアル

夜勤帯(例:16:30～9:00)の時間、項目、業務内容、休日・土曜の責任者について明文化する。

d. 産後ケアマニュアル

産褥0、1、2日から退院まで、産後のいつに何を行うか、産後ケアのルーチンで行っている業務を整理し明文化する。経膈分娩、帝王切開術後の褥婦それぞれに対して、また、産後の血圧測定についてなどの項目も必要に応じて文書化する。

e. 病棟業務マニュアル(出向助産師に担当してもらう場合のみ)

曜日別、勤務帯別の事務作業を整理し、明文化しておく。

f. 分娩施設における災害発生時の対応マニュアル

分娩時に災害が発生した場合の対応や、妊産褥婦、新生児への災害発生時の対応などを明文化しておく。なお、平成25年に日本看護協会が発行した「分娩施設における災害発生時の対応マニュアル作成ガイド」を参考にされたい。

●物品の場所の明確化

病棟の見取り図に、どこに何の物品が保存されているのか、物品の場所を明確にしておく。さらに、誰が、いつ、点検・補充を行うのか等も明確にしておく。

(2) 出向中の出向助産師の支援について

出向の準備が整ったら出向開始日に、出向を開始する。

- ① 出向期間中は、コーディネーターが定期的に出向助産師と面接を行い、出向中の経験や困っていること等を共有し、必要時、出向元施設と出向先施設とで課題を共有し、解決に努める。
- ② 出向助産師が、出向期間中に出向元施設に一時的に戻り、師長等看護管理者と面談し、自身の経験を振り返る機会を持つことが望ましい。
- ③ 出向元施設の看護管理者は、出向助産師の状況に配慮し、助産実践能力習熟段階(クリニカ

ルラダー)に応じた進捗の評価を適切に行い、支援する。

5) 評価

- (1) 協議会は、助産師出向実施後、出向元施設、出向先施設、出向助産師、コーディネーターからの評価に基づき、実施した事業の総合的な評価を行う。
- (2) 各都道府県の周産期医療の実情を踏まえ、医療施設間での助産師の出向・受け入れが、目的に沿って実施できたかどうか評価する。
- (3) 助産師就業の偏在等、都道府県の課題に対する問題解決のための方針や次年度にむけた助産師出向支援の継続について検討する。
- (4) コーディネーター、出向元・出向先施設及び出向助産師による、それぞれの評価の視点については、以下のとおりである。

●コーディネーターによる評価

- ① コーディネーターとして出向元施設、出向先施設、出向助産師三者の調整を適切に行えたか自己評価し、実施できなかった場合には何が問題となったのか検討する。
- ② コーディネーターとしての感想、意見、出向に関する今後の課題を提案する。

●出向元施設・出向先施設による評価

- ① 出向の目的に沿った出向が行われたか評価し、実施できなかった場合には何が問題となったのか検討する。
- ② 出向の期間、出向助産師の適応、業務内容について予定通りに行われたかについて評価し、実施できなかった場合には何が問題となったのか検討する。
- ③ 出向元及び出向先施設のメリット・デメリットを評価し、課題については検討を行う。
- ④ 助産師出向実施による施設利用者(妊産褥婦や学生)への課題や成果について、ヒアリングやアンケートを実施し、成果と課題について検討する。

●出向助産師による評価

- ① 出向の目的について、評価を行い、達成できなかった場合には何が問題となったのか検討する。
- ② 自己のキャリアパスの一環として、出向による成果を自己評価し、予定どおり実施できなかった場合には何が問題となったのか検討する。
- ③ 出向中の成果(分娩介助件数、助産ケア及び産後ケア、集団指導等の経験内容)の他に、夜勤回数・公休及び代休の取得状況等の評価を行い、課題を提案する。
- ④ 出向終了後、感想・意見、出向に関する課題を提案する。

5. 留意すべき点

- 「助産師出向支援導入事業」は、医師会等関係団体や関係機関とあらかじめ相談、連絡し、調査等の協力や運営への支援を得る。事業導入時には、進捗の報告を行う。
- 出向助産師が出向先施設の環境に適応できるように、出向元施設の師長は、出向助産師の環境への適応状況などを、出向先施設の師長と情報交換しながら、支援する体制が必要である。また、出向助産師が、出向期間中に、出向元の施設に戻って、師長等看護管理者と面談し出向についての成果を共有する時間をとる必要もある。コーディネーターが調整を行うことが前提ではあるが、出向助産師が出向元施設に戻って、自分の役割を振り返る機会を持つことは、自身のキャリアを醸成していくうえで重要である。出向元施設の師長等看護管理者が、助産師出向支援に果たす役割は大きい。
- 出向元施設は、出向が終了した助産師にとって、出向が助産師のキャリア評価の一環として位置付けられ、助産師の処遇に反映させるよう事前に協議されていることが望ましい。
- 都道府県や施設によっては、助産師と看護師の相互出向も考慮する必要がある。助産師の出向に際し、看護師も含め、研修の形で人事交流を実施し、看護職員数の公平性を保っているという事例もある。

以上、各都道府県において助産師出向を実施する際の必要手順例を紹介した。本ガイドラインを参考に、助産師出向支援事業の推進を図られたい。

おわりに

本ガイドラインは、平成25・26年度に厚生労働省看護職員確保対策特別事業「助産師出向支援モデル事業」を実施した1都14県看護協会の取り組み内容を基に作成したものである。県内の周産期医療の実情および出向元・出向先施設の出向目的を踏まえた活用ができるように構成した。平成25・26年度に実施された各事例については、平成26年度厚生労働省看護職員確保対策特別事業「助産師出向支援モデル事業」報告²⁾を参照されたい。

<引用・参考文献>

- 1) 平成24年度「助産師の出向システムと助産実習の受け入れ可能性等に関する調査」日本看護協会
- 2) 「助産師出向支援モデル事業」報告、日本看護協会公式HP；<<http://www.nurse.or.jp/home/publication/index.html>>
- 3) 助産実践能力習熟段階（クリニカルラダー）活用ガイド、日本看護協会、2013.
- 4) 平成23年度 厚生労働省「人口動態調査」
- 5) 平成25年度「看護関係統計資料集」、日本看護協会出版会、2014.
- 6) 萬井隆令；出向の概念について—労働者供給、派遣概念との関連性を視野に一、龍谷大学紀要、第41巻第4号、2009.
- 7) 全国産婦人科医師の勤務実態に関する研究—日本産科婦人科学会医療改革委員会・日本産婦人科医会勤務医部会共同調査一、日本周産期・新生児医学会雑誌、第50巻第4号、2015.
- 8) 平成24年度 厚生労働省「衛生行政報告」

資料1 出向希望施設の事前情報収集シート例

助産師出向元施設 事前情報収集シート

- ・()内には、該当する数字または文字を記入
- ・該当するものに○をつける

記載日： 年 月 日

1. 施設に関する情報

1)施設名称／担当者	施設名() 担当者()
2)所在地	()県 ()市・区・町・村
3)施設全体の許可病床数	()床
4)施設機能	()総合周産期母子医療センター ()地域周産期母子医療センター ()一般病院
5)産科病棟の診療状況	()産科単独病棟(MFICU 病床除く)【6～】 ()産科と婦人科の混合病棟【5-1～】 ()産婦人科以外の診療科との混合病棟【5-1～】
5-1)助産師が看護業務を行う 必要性	あり() なし()
6)病棟の病床数	・産科単独病棟の場合()床 ・混合病棟の場合 計()床 →そのうち産科の病床()床
7)年間分娩件数	()件
8)帝王切開率	()%
9)病院全体で助産師免許を 有している者	()人 常勤() 非常勤() * 産科病棟以外に、NICU や産科外来、外科等の他病棟に勤務している者 も含めて、助産師免許を保持している者すべてを指す
10)産科病棟の常勤助産師数	計()人 1-2 年目 ()人 3-4 年目()人 5-6 年目 ()人 7-8 年目()人 9-10 年目 ()人 11-14 年目()人 15-19 年目 ()人 20-29 年目()人 30 年目以上()人
11)常勤の産科医数	()人
12)院内助産の有無	あり() なし() 現在準備中()
13)助産外来の有無	あり() なし() 現在準備中()

2. 出向状況に関して

14)助産師出向の目的（複数回答）	<ul style="list-style-type: none"> ・分娩件数が少ないため ・助産実習の受け入れなどにより、助産師の分娩介助経験が少なくなるため ・助産師としての実践能力強化のため ・出向先からの要請があったため ・その他()
15)1 回に出向できる助産師の人数	()人
16)1 回の出向期間(予定)	希望期間:()か月～ ()か月
17)出向できる助産師の臨床経験年数	1-2 年目 ()人 3-4 年目()人 5-6 年目 ()人 7-8 年目()人 9-10 年目 ()人 11-14 年目()人 15-19 年目 ()人 20-29 年目()人 30 年目以上()人
18)出向できる助産師の分娩介助件数	()年目の助産師⇒ 分娩介助件数 約()件 ()年目の助産師⇒ 分娩介助件数 約()件 ()年目の助産師⇒ 分娩介助件数 約()件
19)出向先が混合病棟の場合： 他診療科患者への看護業務の担当についての希望	看護業務を担当してもよい () 助産業務のみを担当したい () *産科患者や新生児のみを担当し、他科患者への看護業務は担当しない
20)その他(自由記載):	

助産師出向先施設 事前情報収集シート

- ・ ()内には、該当する数字または文字を記入
- ・ 該当するものに○をつける

記載日： 年 月 日

1. 施設に関する情報

1)施設名称／担当者	施設名() 担当者()
2)所在地	()県 ()市・区・町・村
3)施設全体の許可病床数	()床
4)施設機能	()総合周産期母子医療センター ()地域周産期母子医療センター ()一般病院 ()診療所
5)産科病棟の診療状況	()産科単独病棟(MFICU 病床除く)【6へ】 ()産科と婦人科の混合病棟【5-1へ】 ()産婦人科以外の診療科との混合病棟【5-1へ】
5-1)助産師が看護業務を行う 必要性	あり() なし()
6)病棟の病床数	・産科単独病棟の場合()床 ・混合病棟の場合 計()床 →そのうち産科の病床()床
7)年間分娩件数	()件
8)帝王切開率	()%
9)病院全体で助産師免許を 有している者	()人 常勤() 非常勤() * 産科病棟以外に、NICU や産科外来、外科等の他病棟に勤務している者 も含めて、助産師免許を保持している者すべてを指す
10)産科病棟の常勤助産師数	計()人 1-2 年目 ()人 3-4 年目 ()人 5-6 年目 ()人 7-8 年目 ()人 9-10 年目 ()人 11-14 年目 ()人 15-19 年目 ()人 20-29 年目 ()人 30 年目以上()人
11)常勤の産科医数	()人
12)院内助産の有無	あり() なし() 現在準備中()
13)助産外来の有無	あり() なし() 現在準備中()

周産期関連のデータ解析例

山口県 周産期医療体制

公益社団法人 日本看護協会



山口県による山口県周産期医療システム基本構想

～安心して出産・子育てができる環境をめざして～ 平成23年3月

目次

I 策定にあたって	
1 基本構想見直しの趣旨	1
2 計画の期間	1
II わが国の周産期医療の動向	
1 わが国の動向	2
2 全国の周産期母子医療センターの状況	2
III 本県の周産期医療の現状及び課題	
1 母子保健指標の推移	3
2 医療施設の状況	5
3 母体・新生児搬送の状況	9
4 課題	12
IV 本県の周産期医療システム	
1 周産期医療システム	14
2 周産期医療施設等の役割分担	15
3 人材の育成・確保	16
4 搬送体制	16
5 情報管理	17
6 周産期を取り巻く保健・医療・福祉のあり方	17
V 総合・地域周産期母子医療センター及び地域周産期医療関連施設の機能	
1 重症妊産婦・新生児対策	18
2 母体・新生児搬送体制	22
3 関係機関との連携	22
4 情報管理	23
5 調査研究	23
6 教育・研修（人材の育成・確保及び適正配置）	24
7 専門的外来、相談体制	27
VI 地域における支援体制	
1 療養・療育支援機関	28
2 県健康福祉センター・市町	28
VII 山口県周産期医療協議会の役割	28

山口県の周産期医療計画の特徴

山口県では、山口県周産期医療協議会ならびに山口県医療審議会にて「山口県周産期医療システム基本構想（平成23年度～27年度）」を策定するにあたり、「山口県周産期医療研究会」の事務局を総合周産期母子医療センターにおき、県健康福祉センター（保健所）と連携し、周産期医療関連の調査結果の分析と対応の充実を図っています。

都道府県における分娩施設は、総合周産期母子医療センターに協力して、周産期医療に係る統計業務を行うよう努めることが、「山口県周産期医療システム基本構想」に明記されています。

すべての分娩施設が協力しながら、非常にきめ細かに周産期関連のデータを収集・分析し、客観的なデータに基づいた現状分析と対策の立案がなされていることが分かります。

このような詳細なデータを収集するためには、都道府県における分娩施設全体での協力体制の構築や都道府県のリーダーシップが求められます。

山口県の周産期関連のデータ収集項目一覧

【母子保健関連指標(必要に応じ妊娠週数別)】

- ・出生数 ・分娩数(帝王切開件数を含む) ・低出生体重児出生率 ・新生児死亡率 ・周産期死亡率
- ・妊産婦死亡率 ・周産期関連疾患患者数と発生率 ・ハイリスク新生児の発育発達予後等

【医療資源・連携等に関する情報】

- ・母体および新生児の搬送状況 (救急車出動件数、医療施設への照会回数、搬送に要した時間、小児科医同乗数、ドクターカーおよびドクターヘリの活用状況等)
- ・母体および新生児の受け入れ状況 (受け入れ要請件数、受け入れ実施件数等)
- ・周産期救急情報システムおよび救急医療情報システムの活用状況

【施設の状況】

- ・所在地 ・診療科目 ・病床数 ・稼働率 ・設備 (MFICUの病床数・稼働率、NICUの病床数・稼働率、GCUの病床数・稼働率、ドクターカーの保有状況等)
- ・院内助産所および助産師が依頼の活動状況等
- ・診療内容 (分娩数、対応可能な分娩の母体・胎児の条件等)
- ・診療実績 (周産期関連疾患患者の入院数、死亡率、合併症発生率等)
- ・診療体制 (産科医および婦人科医、新生児医療を担当する医師、麻酔科医、助産師、看護師、臨床心理士等の臨床心理技術者、NICU入院児支援コーディネーター等の数および勤務体制等)
- ・医療連携の状況 (他の医療施設からの搬送受け入れ状況、リスクの低い帝王切開術に対応するための連携状況、オープンシステム・セミオープンシステムの状況、医療機器共同利用の状況、他の医療施設との診療情報や治療計画の共有状況、他の医療施設との合同症例検討会の開催状況、在宅療養・療育を支援する機能をもった施設等との連携状況等)
- ・周産期医療死亡症例の状況
- ・NICU、GCU等の長期入院児の状況 ・ハイリスク新生児の長期発育発達予後等 ・母子感染症の状況

- 3 -

【母子保健指標の推移】 出生率、乳児死亡率、新生児死亡率、周産期死亡率の年次推移

全国の状況と比較して、都道府県の母子保健指標の推移について、整理してみましょう。

全国に比べて高いのか、低いのか。

全国的には改善傾向にあるにも関わらず、自分達の都道府県ではなかなか改善しない、横ばい傾向にある指標はありますか？

出生率、乳児死亡率、新生児死亡率、周産期死亡率の年次推移

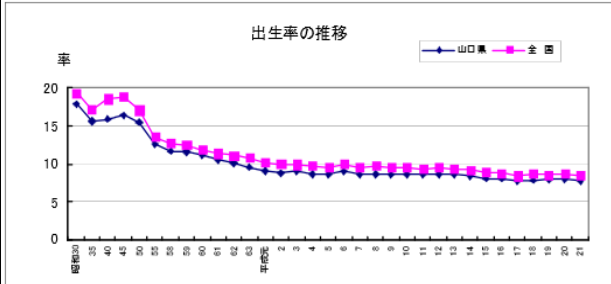
区分	平成5年	平成10年	平成15年	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	
出生率 (人口千対)	山口県	8.7	8.7	7.9	8.0	8.1	8.0	7.8
	全国	9.6	9.6	8.7	8.6	8.9	8.7	8.5
乳児死亡率 (出生千対)	山口県	4.6	4.1	2.7	1.9	2.2	2.3	2.4
	全国	4.3	3.6	2.6	2.6	3.0	2.6	2.4
新生児死亡率 (出生千対)	山口県	2.4	2.4	1.6	0.8	1.6	0.8	1.1
	全国	2.4	2.0	1.3	1.3	1.7	1.2	1.2
周産期死亡率 (出産千対)	山口県	7.5	6.5	5.1	3.7	4.6	4.4	4.1
	全国	7.7	6.2	4.7	4.5	5.3	4.3	4.2

- 4 -

【母子保健指標の推移】 出生率・低出生体重児出生割合

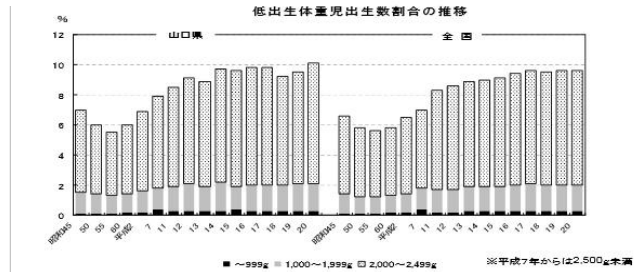
出生率の推移は、全国の状況と比較して、どうでしょうか。今後の予測として、どう考えられますか。
全国的に低出生体重児の出生割合が増加する傾向にあり、NICUの病床整備などが求められています。
都道府県の低出生体重児の出生割合の推移はどうでしょうか。NICU病床の需要と供給はどのなのでしょう。
NICUにも助産師が勤務していると考えられます。NICUの整備と助産師数は密接に関わる問題なのです。

出生率の推移 全国平均を下回り、近年は横ばい傾向にある。



低出生体重児出生割合の推移

全国平均並に増加傾向にあったが、近年は微増傾向にある。



二次医療圏別の周産期医療提供体制の状況

都道府県の周産期医療体制を、地図にして表現してみましょう。

医療施設が存在しない、空白エリアはありませんか。空白エリアがある場合は、どのように対応する計画になっているのでしょうか。可能であれば、各医療施設に勤務する産科医数、助産師数も整理すると、就業先の偏在状況を把握できます。また、以下のように、助産所の場所も地図に表現しておくといでしょう。

医療施設の状況



分娩を取り扱う周産期医療施設数

都道府県の二次医療圏別に分娩取り扱い施設数を整理しましょう。都道府県内での分娩施設の偏在や産科医・助産師の就業先の偏在が明らかになります。同時に、病床数についても二次医療圏別に整理しておきましょう。ハイリスク妊娠・分娩が増えている中で、MFICUやNICUの病床数の把握は多くの都道府県で実施していますが、重要なことは、その他の一般産科も含めた、すべての病床数の把握になります。経年的な推移(増減)も把握しましょう。

分娩を取り扱う周産期医療施設数 平成22年4月現在

周産期医療圏	岩国、柳井	周南	山口・防府、 萩	宇部・小野 田	下関、長門	合計
総合周産期			1			1
地域周産期	1	1	1	1	1	5
病院	2	3 (-1)	3	2	4	14
診療所	2	2	6 (+1)	4	4 (-1)	18
助産所	2		2			4
計	7	6	13	7	9	42

※ () は前年度からの増減

※ 総合周産期母子医療センターは山口・防府、萩地区に計上

※ 助産所はみなし助産所も含む

出生1万対病床数を計算し、
全国や他都道府県と比較
しましょう。

病床数 平成22年4月現在

周産期医療圏	岩国、柳井	周南	山口・防府、 萩	宇部・小野 田	下関、長門	合計
施設数	5	6	11	7	9	38
回答施設数	5	6	11	6	6	34
一般産科	59	107	128	109	119	522
MFICU			6			6
NICU	6	6	24	12	6	54
GCU		10	15	8	6	39

注1) 一般産科：専ら産科として使用している病床

MFICU：母体・胎児集中治療室、NICU：新生児集中治療室、GCU：NICU後方病室

注2) 総合周産期母子医療センターは山口・防府、萩地区に計上

助産師外来・院内助産所の設置

都道府県の二次医療圏別に、助産師外来および院内助産所の設置状況を把握しましょう。全国的に、年々、院内助産と助産師外来の設置施設が増えていますので、都道府県内の経年的な推移も把握しましょう。助産師の就職希望や助産実習の受け入れにも、助産師外来と院内助産所の設置状況は影響を及ぼします。助産師出向を実施している施設の事例では、出向目的のひとつとして、助産師外来や院内助産の開設に向けた実践能力強化があります。院内助産や助産師外来の設置状況の把握は、助産師出向や助産実習の受け入れ希望と関連して、大切なデータになります。

助産師外来 平成22年4月現在

周産期医療圏	岩国、柳井	周南	山口・防府、 萩	宇部・小野 田	下関、長門	合計
総合周産期			1			1
地域周産期		1	1	1		3
病院	1		2	2	1	6
診療所		1		2	1	4
計	1	2	4	5	2	14

※ 計欄：総合周産期は山口・防府、萩地区に計上

院内助産 平成22年4月現在

周産期医療圏	岩国、柳井	周南	山口・防 府、萩	宇部・小野 田	下関、長門	合計
施設数			2			2

分娩取り扱い見込み状況

今後の周産期医療提供体制を検討するうえで、都道府県の二次医療圏別に、分娩件数の予測や、施設が対応できる分娩件数について、その需給バランスを判断する必要があります。
 里帰り分娩もあるため、分娩予測としては、ある程度の余裕をみておくことも重要です。
 二次医療圏ごとに状況を整理し、過不足の状況を把握しましょう。
 年間、各施設では、どの程度の分娩を受け入れることになるのか。各施設の見込みを明らかにすることは、必要な産科医数や助産師数を検討する際の基本的なデータとなります。

過去5年間の山口県の出生数から推計した分娩数と取扱分娩予定数を比較してみると、約2,000件程度の余裕があるが、地域毎にみると、岩国、柳井地域に限定した場合は不足している状況にある。

分娩取扱予定

周産期医療圏	岩国、柳井	周南	山口・防府、萩	宇部・小野田	下関、長門	合計
推計分娩数 ※1 ①	1,753	2,190	2,987	2,092	2,330	11,352
取扱分娩予定数 ※2 ②	1,513	3,035	3,408	2,240	2,975	13,171
過不足状況 (②-①)	△240	845	421	148	645	1,819

※1 推計分娩数は平成17年から21年の平均出生数から、複産を除いて算定した分娩数

※2 取扱分娩予定数は分娩取扱施設の平成22年の1年間の予定数

周産期医療に従事する職種別常勤者数及び不足人数

周産期医療に従事する産科医数や助産師数などを、各施設からの情報をもとに適確に把握しましょう。
 常勤と非常勤に分けて把握することは、実態把握として重要になります。また、「不足人数」を把握する際には、なにをもって「不足」と解釈するのか、統一した見解を示したうえで、情報収集をすることが望まれます。
 助産師数を考える際には、産科医数も重要な要素となります。近年では若い年齢層では女性医師の占める割合が増えており、女性のライフサイクルとして、将来的には分娩を取り扱う産科医の不足も予想されます。助産師と産科医との連携、業務分担のあり方についても、将来的な見通しをたてながら、検討していくことが重要です。

周産期医療に従事する職種別常勤者数及び不足人数

区分	現状			不足人数			
	常勤	非常勤	計	周産期センター	病院	診療所	助産所
産婦人科医師	96	35	22	10	6	6	
新生児医療担当医師	46	9	10	10			
麻酔科医師	42	9	4	4			
助産師	284	43	13		1	10	2
看護師	912	56	20	12		8	
准看護師	120	34	12			12	
臨床心理士等	0	0	2	2			
NICU 入院児支援コーディネーター	4	1	1	1			

産科医師（性別・常勤・非常勤別）

区分	年齢層							計
	～29歳	30～39	40～49	50～59	60～69	70歳～		
常勤	男	1	17	22	26	8	4	78
	女	2	6	6	2	1	1	18
	計	3	23	28	28	9	5	96
非常勤	男	1	10	7	4	2	1	25
	女	2	7					10
	計	3	17	7	5	2	1	35

H20年調査との増減： 減員 増員

宮城県 周産期医療体制 データ解析

県の姿と概要

宮城県は35市町村で構成されている。二次医療圏は前回計画までの地域医療計画では7二次医療圏であったが、現行の医療計画(平成25年度から平成29年度)では4二次医療圏となった。

【宮城県の医療圏】

【医療圏別人口】

区分	人口(人)	構成割合(%)	面積(km ²)	人口密度(人/km ²)
宮城県	2,348,165	100.0	7,285.6	322.3
仙南医療圏	183,679	7.8	1,551.4	118.4
仙台医療圏	1,490,098	63.5	1,648.5	903.9
大崎・栗原医療圏	285,721	12.2	2,328.9	122.7
大崎医療圏	210,789	9.0	1,524.0	138.3
栗原医療圏	74,932	3.2	804.9	93.1
石巻・登米・気仙沼医療圏	388,667	16.6	1,756.8	221.2
石巻医療圏	213,780	9.1	723.3	295.6
登米医療圏	83,969	3.6	536.4	156.5
気仙沼医療圏	90,918	3.9	497.1	182.9

出典：「平成22年国勢調査」(総務省)

母子保健の指標

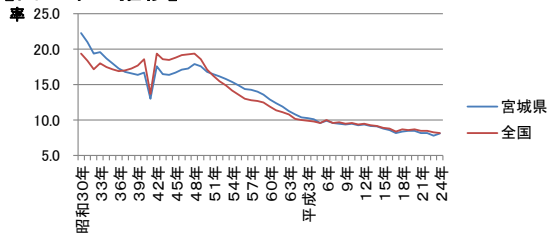
平成17年の国勢調査において調査以来、初めての減少に転じたが、平成24年の人口動態統計においても減少傾向となっている。しかし医療圏別にみると、仙台医療圏の人口は増加しており、全県下の6割以上を占め、人口集中化が進んでいる。宮城県の出生率は全国と同じく昭和50年(1975年)以降低下傾向であり、出生率・合計特殊出生率ともに全国を下回る結果である。

宮城県の平成23年度の乳児死亡率・新生児死亡率は、東日本大震災の発生により大きく変化が出たが、平成24年の結果では全国と同じ値となっている。

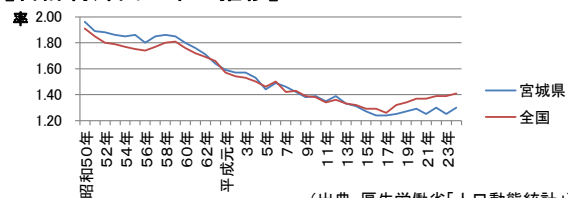
宮城県の周産期死亡率は平成19年度まで、全国と比較高い値であったが、平成20年以降は全国の値を下回っており一定の改善傾向が見られる。第6次宮城県地域医療計画の数値目標としては平成29年度末3.5以下を目指している。

区分	年度	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年
出生率	宮城県	8.40	8.50	8.50	8.20	8.20	7.80	8.10
	全国	8.70	8.60	8.70	8.50	8.50	8.30	8.20
合計特殊出生率	宮城県	1.25	1.27	1.29	1.25	1.30	1.25	1.30
	全国	1.32	1.34	1.37	1.37	1.39	1.39	1.41
乳児死亡率	宮城県	2.10	2.40	2.10	2.00	2.50	4.20	2.20
	全国	2.60	2.60	2.60	2.40	2.30	2.30	2.20
新生児死亡率	宮城県	1.20	1.50	0.99	1.10	0.90	1.50	1.00
	全国	1.30	1.30	1.20	1.20	1.10	1.10	1.00
周産期死亡率	宮城県	5.10	5.20	3.90	3.90	3.80	3.70	3.80
	全国	4.70	4.50	4.30	4.20	4.20	4.10	4.00

【出生率の推移】



【合計特殊出生率の推移】



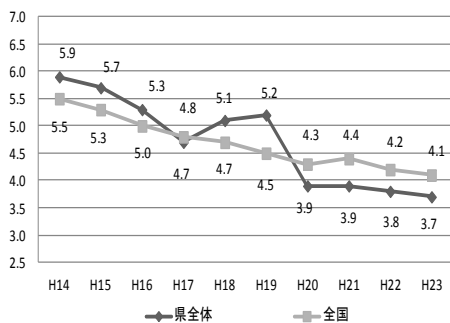
(出典:厚生労働省「人口動態統計」)

周産期死亡の推移

県の周産期死亡率は減少傾向にある。特に、平成20年以降において全国平均を下回っており、平成23年の周産期死亡率は3.7と改善している。

県の新生児死亡率は、平成19年1.5%と全国平均より0.2ポイント高いものの、平成17年以降、ほぼ全国を下回っている。平成22年までは減少傾向であったが、平成23年度は上昇している。これは、東日本大震災が大きく影響しているものと考えられる。

【周産期死亡率の年次推移(単位:%)】



【医療圏毎の周産期死亡数と周産期死亡率の年次推移】

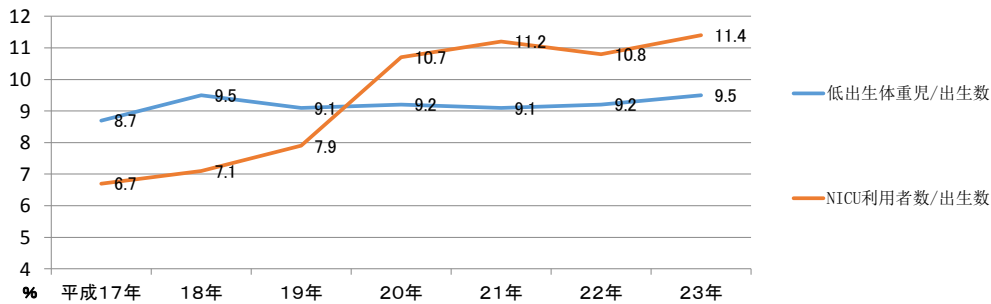
区 分	周産期死亡数(人)		周産期死亡率(出産千対)	
	平成22年	平成23年	平成22年	平成23年
全 国	4,515	4,315	4.2	4.1
宮 城 県	72	67	3.8	3.7
仙南医療圏	7	7	5.4	5.8
仙台医療圏	37	46	2.8	3.7
大崎・栗原医療圏	13	8	6.3	4.0
大崎医療圏	11	4	6.8	2.6
栗原医療圏	2	4	4.4	8.7
石巻・登米・気仙沼医療圏	15	8	5.6	2.5
石巻医療圏	8	4	5.3	2.9
登米医療圏	2	2	3.2	3.4
気仙沼医療圏	5	0	9.3	0.0

(出典:厚生労働省「人口動態統計」)

低出生体重児の状況

宮城県では出生数、低出生体重児（出生時の体重が2500g未満の児）の出生数ともに減少傾向にある。しかし、出生数全体に占める低出生体重児の割合は微増傾向であり、出生数全体に占める新生児集中治療室（NICU）の利用者数の割合はやや増加傾向である。第6次宮城県地域医療計画では、新生児医療提供体制の充実、NICU長期入院児支援コーディネーターの配置推進が周産期医療体制の施策の方向として提言されている。

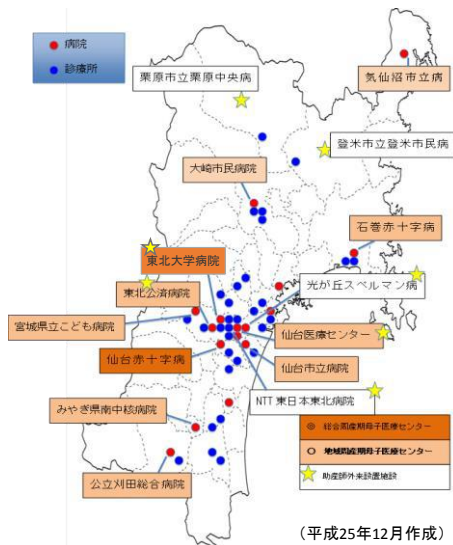
【低出生体重児とNICU利用者の出生数に占める割合の推移】



(出典:厚生労働省「人口動態統計」)
(出典:仙台市医師会他「宮城県における周産期医療の現状報告書」)

周産期医療機関

総合周産期母子医療センターとして仙台赤十字病院と東北大学病院を指定しており、それに県立こども病院を加えた3つの施設が周産期医療の三次医療施設として、重症例の妊婦等を受け入れている。県立こども病院を含む各地域の9つの医療機関を地域周産期母子医療センターとして認定し、中等症及び一部重症例の妊婦等の受入を行い、三次医療施設から回復した妊婦を元の病院に戻し入れ（バクトランスファー）を行う等、「宮城県周産期医療システム」をベースに、妊娠、出産から新生児に至る専門的な医療を効果的に提供するための周産期医療体制を整備し、機能させている。



宮城県の広さ	7,285,77平方キロメートル
人口	2,325,407人
出生数	18,707人(出生率8.1)
産婦人科医師数	235人(人口10万対10.1)
総合周産期母子医療センター	2施設
地域周産期母子医療センター	9施設
分娩を取り扱う医療施設	49施設

周産期医療提供体制の状況

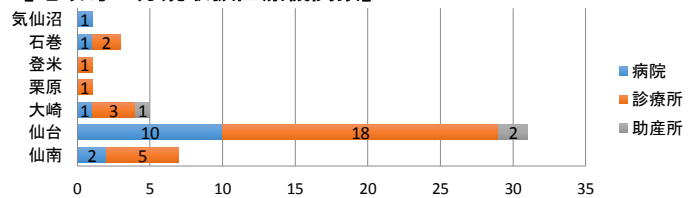
宮城県の産科・産婦人科医数はほぼ横ばいで推移している。産科・産婦人科医、助産師1人当たりに対する年間取扱出生数は、仙台市とそれ以外の地域では顕著な差があり、特に東北地域においては、高い値を示している。分娩施設数、医師・助産師数の地域偏在が顕著に現れている。

【圏別の出生数・分娩取扱施設・医師数・助産師数・医師一人当たりに対する出生数】

区分医療圏	出生数(人)	施設数(施設)	医師数(人)	助産師数(人)	医師一人当たりに対する出生数(人)	助産師一人当たりに対する出生数*(人)
宮城県	19126	48	235	679	81.39	28.17
仙南	1293	7	14	46	92.36	28.11
仙台	13101	30	188	544	69.69	24.08
大崎	1611	5	13	37	123.92	43.54
栗原	452	1	1	3	452.00	150.67
登米	623	1	1	3	623.00	207.67
石巻	1514	3	13	35	116.46	43.26
気仙沼	532	1	5	11	106.40	48.36

(出典:宮城県「第6次宮城県地域医療計画」)
*:別途算出し掲載した

【地域毎の分娩取扱医療機関数】



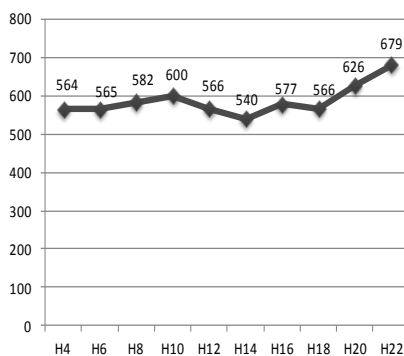
(出典:平成24年度宮城県医療整備課調査)

助産師の就業状況

全国の現状と同じく、出産場所は病院と診療所がほぼ同数であるにも関わらず、約65%の助産師が病院勤務しており、就業先の偏在がある。

地域別で見ると、人口と同様、助産師が仙台医療圏に集中していることが分かる。登米・栗原の内陸部の助産師不足も問題であるが、東日本大震災で大きな被害のあった沿岸部でも助産師数が少なく、その地域の助産師ひとりにかかる責任や負担が大きくなっていることが分かる。

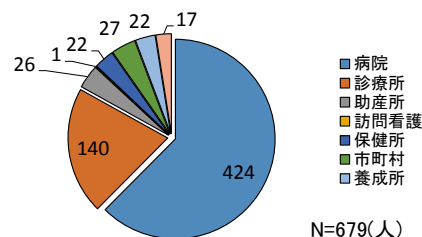
【平成22年 就業助産師数の推移】



【平成22年 就業地域別助産師数】

医療圏	地域	H18	H20	H22	H18からの増減
仙南	仙南	42	41	46	4
	仙台	458	501	544	86
大崎・栗原	大崎	18	32	37	19
	栗原	3	3	3	-
石巻・登米・気仙沼	石巻	18	34	35	17
	登米	16	3	3	▲13
	気仙沼	11	12	11	-
合計		566	626	679	113

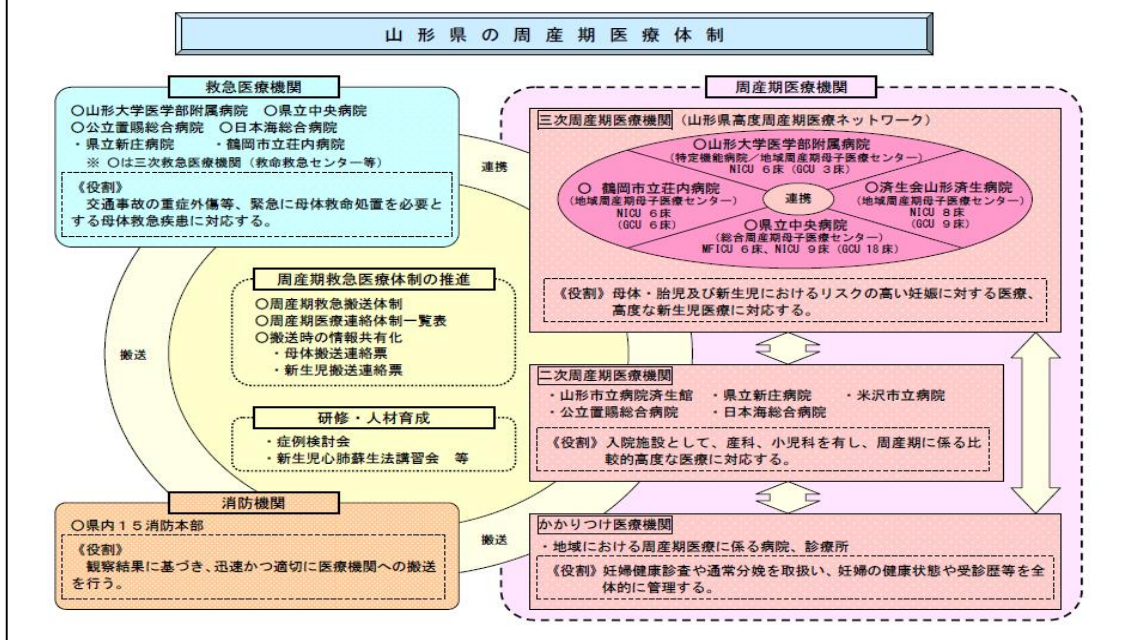
【平成22年 就業場所別助産師数】



山形県の周産期医療の現状と課題

- 山形県周産期医療体制整備計画より -

●国の周産期医療体制整備指針に沿って、本県において、平成23年3月山形県周産期医療体制整備計画を策定し、各種施策を展開しています。県内には、3次周産期医療機関として、県立中央病院を総合周産期母子医療センターに、山大、済生病院、荘内病院を地域周産期母子医療センターとして指定しています。

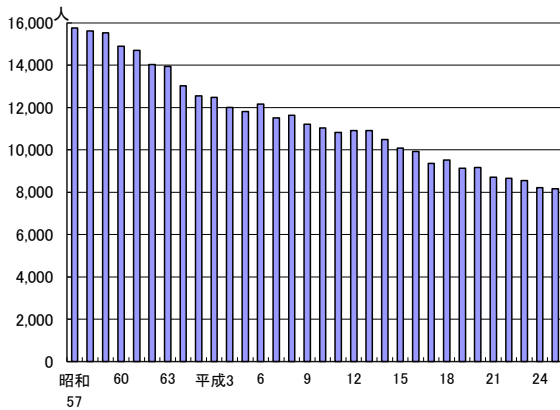


本県の母子保健指標

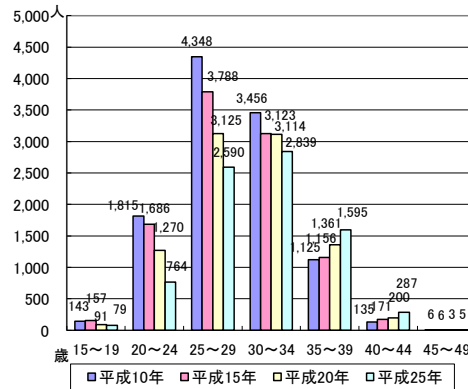
(1) 出生－出生数と母親の年齢

- 本県における出生数は、平成16年に9,920人と初めて10,000人を割り込み、平成22年の本県の出生数は、8,651人。平成23年：8,555人、平成24年：8,212人、平成25年：8,159人と減少しています。
- 本県全体の出生数が減少している中、特に母の年齢が20歳～34歳での出生が減少しています。一方で、35歳～44歳の年齢層は増加傾向にあります。

【出生数の推移】



【母親の年齢別出生数】



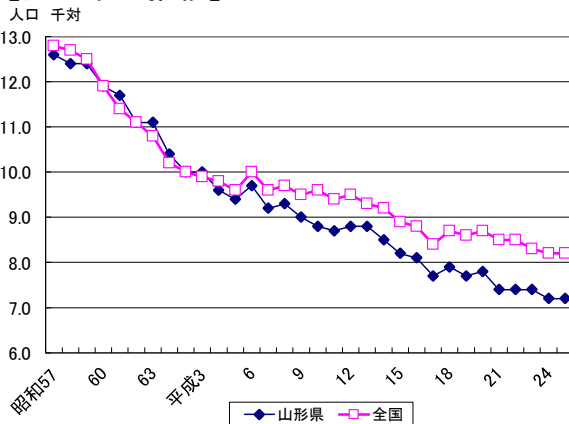
資料：厚生労働省「人口動態統計」

本県の母子保健指標

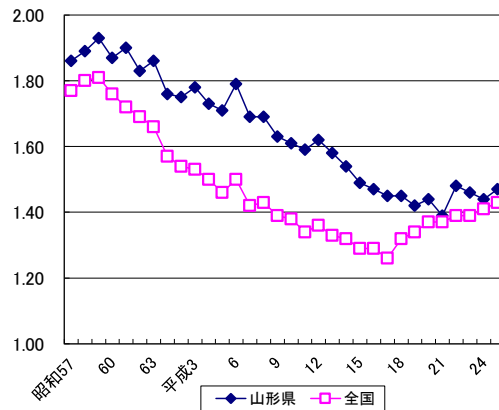
(1) 出生－出生率と合計特殊出生率

- 本県における出生率は、平成25年で7.2(人口千人対)で、前年と同ポイントで、全国値(8.2)より低い値で推移し、近年は緩やかに減少しています。
- 本県における合計特殊出生率は、全国値(1.43)を上回って推移しており、平成25年で1.47で、前年に比べ0.03ポイント増加しています。

【出生率の推移】



【合計特殊出生率の推移】

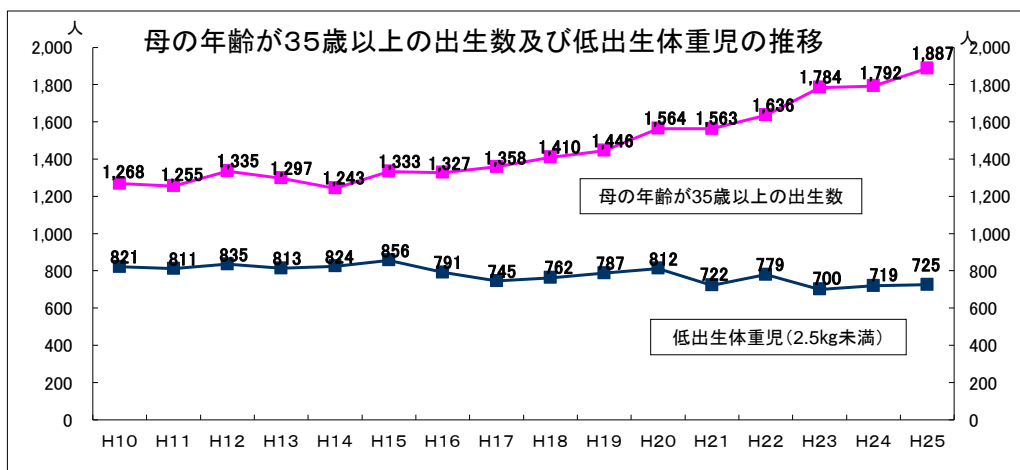


資料：厚生労働省「人口動態統計」

本県の母子保健指標

(2) 出生—低出生体重児の推移

- 低出生体重児の実数はほぼ横ばい状態ですが、全体の出生数が減少しているため、低出生体重児の出生割合は次第に高くなっています。
(H10:7.4%⇒H25:8.9%)



資料：厚生労働省「人口動態統計」

本県の周産期医療施設及び同医師数等の推移

(1) 分娩取扱施設数の推移

- 本県の分娩施設は、平成11年46施設ありましたが、平成23年には30施設まで減少しています。平成26年度においては、さらに減少し27施設になっていると把握しています。

	病院				診療所				合計			
	産婦人科	産科	計	分娩実施数	産婦人科	産科	計	分娩実施数	産婦人科	産科	計	分娩実施数
平成11年	27	1	28	25	37	6	43	21	64	7	71	46
平成14年	25	2	27	23	32	3	35	19	57	5	62	42
平成17年	21	2	23	18	32	6	38	19	53	8	61	37
平成20年	22	2	24	17	29	3	32	18	51	5	56	35
平成23年	21	1	22	16	24	3	27	14	45	4	49	30

資料：医療施設調査・病院報告（各年10月1日現在）

本県の周産期医療施設及び同医師数等の推移

(2) 医師数の推移;人口10万人あたりの産婦人科・小児科医師数

- 産婦人科医: 徐々に減少傾向にあります。H24年は、県内に84人であり、10人程度は分娩を取り扱っていない医療機関で勤務されているものと思われます。H26年は、県内に83人の分娩取扱医療機関で働く産婦人科医がありますが、そのうち、20%が女性、44%が50歳以上、診療所では70%となっています。
- 小児科医: 年々増加しているものの、平成24年は分娩医療機関で働く小児科医は県内に69人、小児外科医は16人、H26年はそれぞれ64人、4人となっています。分娩医療機関の減少とともに、減少しています。

		山形県							全国	
		実数	10万人対	順位	村山地域	最上地域	置賜地域	庄内地域	実数	10万人対
産婦人科医	平成18年	100人	8.3人	14位	57	6	15	22	10,074人	7.5人
	平成20年	95人	8.0人	23位	56	5	14	20	10,389人	7.8人
	平成22年	94人	8.0人	22位	57	5	15	17	10,652人	8.0人
	平成24年	94人	8.2人	22位	59	5	13	17	10,412人	8.2人
小児科医	平成18年	134人	11.1人	28位	82	4	19	29	14,700人	11.5人
	平成20年	134人	11.3人	31位	80	4	21	29	15,236人	11.9人
	平成22年	141人	12.1人	29位	83	5	23	30	15,870人	12.4人
	平成24年	141人	12.2人	27位	83	5	21	32	16,340人	12.8人

資料:厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」(各年12月末現在)

本県の周産期医療施設及び同医師数等の推移

(3) 助産師数の推移

- 平成24年における山形県の助産師数は328人(全国31,835人)、10万人対28.5人(全国25.0人)

	平成12年	平成14年	平成16年	平成18年	平成20年	平成22年	平成24年
病院	234人	237人	250人	240人	263人	252人	272人
診療所	20人	17人	20人	26人	26人	23人	28人
助産所	0人	0人	2人	5人	10人	8人	9人
その他	11人	8人	12人	10人	12人	14人	19人
計	265人	262人	284人	281人	311人	297人	328人

資料:衛生行政報告例(各年12月末現在)

本県の分娩取扱状況及び周産期母子医療センターの状況

(1) 分娩取扱施設数及び分娩取扱状況

- 総合・地域周産期母子医療センターでは、帝王切開や早産等によるハイリスク分娩に対応しているため、医師一人あたりの分娩件数が少ない状況と考えられます。

【県内の分娩取扱施設】(H26.4.1現在)

・病院：14施設、診療所：13施設 計：27施設

※2病院：分娩取り扱い休止(H25)



【分娩取扱状況(平成25年1月～12月)】

	産科 医数	分娩 数	産科医 1人当 たり	帝王 切開数 (率)	早産数 (率)	多胎 分娩数 (率)	里帰り 分娩数 (率)	妊婦 健診 未受診 者数 (率)
総合・地域 周産期母子 医療センター	38	1,682	44.2	503 (29.9%)	262 (15.6%)	49 (2.9%)	293 (17.4%)	6 (0.4%)
上記以外の 病院	25	4,051	162.4	591 (14.6%)	161 (4.0%)	30 (0.7%)	810 (20.0%)	6 (0.1%)
診療所	17	3,617	212.8	290 (8.0%)	62 (1.7%)	2 (0.1%)	553 (15.3%)	0 (0.0%)
合計	83	9,350	112.7	1,384 (14.8%)	485 (5.2%)	81 (0.9%)	1,656 (17.7%)	12 (0.1%)

資料：県の周産期医療に関する実態調査

本県の分娩取扱状況及び周産期母子医療センターの状況

(2) 総合・地域周産期母子医療センターの状況

- 周産期母子医療センターの病床稼働状況
- NICUの病床利用率は高く、また、NICUの長期入院が見られることから、満床になり、新規に受入れが困難になるのではないかと課題とされています。

【MFICU、NICU、GCUの稼働状況(平成25年4月～26年3月)】

病院名	病床数		平均入院期間	最大入院期間	平均病床利用率
	MFICU	GCU			
総合周産期母子 医療センター 【県立中央】	MFICU	6床	13日	80日	99.1%
	NICU	9床	33日	166日	82.6%
	GCU	18床	31日	194日	67.6%
地域周産期母子 医療センター 【山大】	NICU	6床	21日	124日	98.3%
	GCU	3床	8日	38日	100.0%
地域周産期母子 医療センター 【山形済生】	NICU	8床	15日	180日	86.2%
	GCU	9床	20日	110日	86.7%
地域周産期母子 医療センター 【荘内】	NICU	6床	13日	80日	93.0%
	GCU	6床	11日	92日	68.4%

資料：周産期医療体制に係る調査(厚生労働省)

◆山形県の周産期医療の現状と課題

- 出産年齢の高齢化、リスクのある出産の増加、
低出生体重児の出生割合の増加

⇒ 周産期医療体制の整備・充実

- 医師不足、産科医の高齢化、分娩施設の減少

⇒ 周産期医療関係者の人財確保と育成

- NICU病床の高い病床利用率

⇒ NICU後方病床の確保等

1. 周産期医療体制の整備・充実

(1) 周産期母子医療センターの強化

- 総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターの4病院が連携し、高度周産期医療ネットワークを構築
- NICU、GCUの病床数については、それぞれの機能を含め中長期的な整備のあり方を検討

(2) 周産期医療関連機関の機能・連携体制の強化

- 安心・安全な周産期医療体制を構築するため、ITを活用した情報共有化を図る周産期医療機関間の情報連携基盤を整備

(3) 周産期搬送体制の充実・強化

- 救急医療機関及び消防機関を含めた連携を図り円滑な搬送体制を確立

2. 周産期医療従事者の人材確保と育成

(1) 医師、助産師・看護師の確保

- 医師の養成を支援する施策と医師を地域定着させる施策を組み合わせ、山形大学と密接な連携を図りながら総合的な医師確保対策を展開
- 看護師等についても、新規就業者の確保や離職防止、再就業の支援など確保対策を展開

(2) 技術向上のための研修

- 医師等(医師、助産師、看護師等)の専門的知識の習得や医療技術の向上を図るため、症例検討会(産科・小児科)や新生児心肺蘇生法講習会等の周産期医療従事者向けの研修を支援

3. その他体制整備に必要な事項

(1) NICU長期入院児に対する支援

- NICUの機能確保のため支援のあり方を検討
- GCUなど後方病床の確保
- NICU等退院後の在宅療養体制の支援など

(2) 助産システム導入の検討

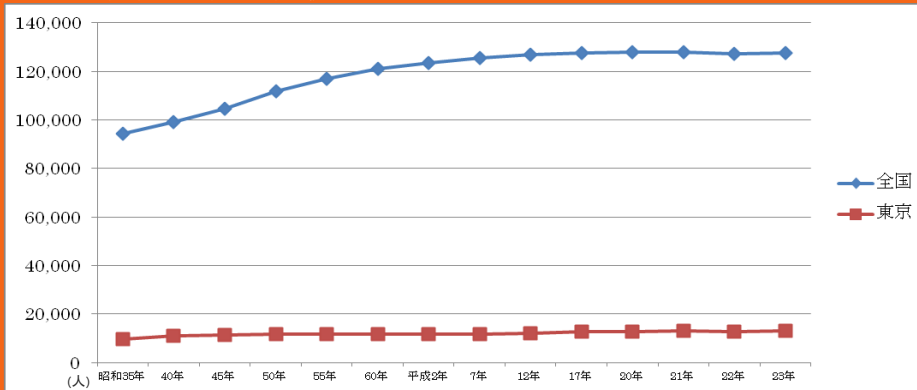
- 出産環境を確保し、また医療資源の有効活用の観点から、助産師の人材確保・養成とともに、関係機関と連携しながら助産師の活用を推進(例えば、助産(師)外来などの取り組みを検討)
- 助産師の知識や技術向上など資質向上を図る研修を支援

1. 東京都の周産期医療の現状

2) 東京都の人口

日本の人口は平成22年で128,057千人であり、東京都の人口は13,159千人で日本の人口の10.3%を占める。この先の人口推移の予測でも、平成52年（2040年）では日本の推定人口107,276千人中東京都の人口は12,308千人であり、日本全国の11.4%を占めている。この先も、東京都民が日本の人口の約1割を占めていくと予測できる。

全国および東京都の人口推移<総務局統計局他のデータ参照>



1. 東京都の周産期医療の現状

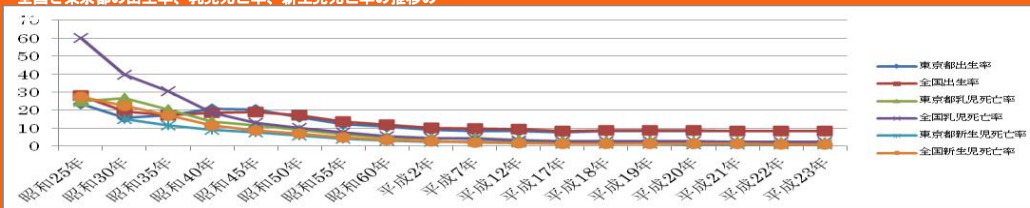
3) 出生数および出生率・乳児死亡率・新生児死亡率・周産期死亡率

平成22年度の東京都の出生数は108,132人（前年より+1,522人）で、日本人の10.1%が東京で出生している。その反面、平成22年度の東京都の合計特殊出生率は1.12と全国で一番低くなっている。平成22年度の全国の合計特殊出生率は1.39である。東京都の出生率は平成18年から人口千に対して8.2から8.5の間を推移している。全国に比してやや低い傾向にあったが、平成21年からは全国とほぼ同じである。乳児死亡率は、平成20年以降全国よりも若干低めに推移している。新生児死亡率に関しては全国レベルよりも低めに推移しており、周産期死亡率では全国レベルとほぼ同等であったが、平成21年頃より全国よりも若干低めに経過している。このように東京都の出生率、乳児死亡率、新生児死亡率、周産期死亡率の推移をみると、全国平均と同等かやや低めの水準である。

全国と東京都の出生率、乳児死亡率、新生児死亡率、周産期死亡率の推移の比較

区分		平成14年	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年
出生率 (人口千対)	東京都	8.4	8.2	8.2	7.8	8.2	8.3	8.4	8.5	8.4	8.2
	全国	9.2	8.9	8.8	8.4	8.7	8.6	8.7	8.5	8.5	8.3
乳児死亡率 (出生千対)	東京都	2.9	3	2.6	2.7	2.9	2.7	2.5	2.3	2	2
	全国	3	3	2.8	2.8	2.6	2.6	2.6	2.4	2.3	2.3
新生児死亡 (出生千対)	東京都	1.7	1.4	1.2	1.3	1.5	1.4	1.1	1.1	0.9	0.9
	全国	1.7	1.7	1.5	1.4	1.3	1.3	1.2	1.2	1.1	1.1
周産期死亡 (出産千対)	東京都	5.8	5.1	5.2	4.8	4.7	4.4	4.3	3.9	3.9	3.7
	全国	5.5	5.3	5.3	4.8	4.7	4.5	4.3	4.2	4.2	4.1

全国と東京都の出生率、乳児死亡率、新生児死亡率の推移の比較



1. 東京都の周産期医療の現状

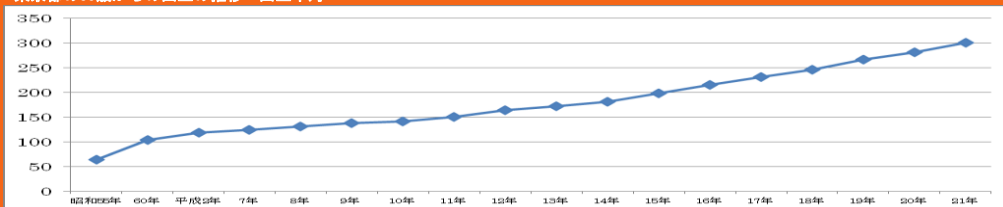
4) 平均出産年齢よび低出生体重児の増加

東京都の35歳からの出生数は増加の一途を示しており、これが低出生体重児の増加の一因ともなっている。35歳以上の妊娠は妊娠による合併症の発症頻度も高く、ハイリスクである。東京都の平均出産年齢が30歳を越えていることを考えれば、東京都内の診療所でも一定の割合でハイリスク妊産婦が受診していることが予測され、診療所への助産師の配置は必要なことである。

母親の年齢階級別出生数

		総数	～14歳	15-19歳	20-24歳	25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-44歳	45-49歳	50歳～	不詳
平成17年	全国	1,062,530	42	16,531	128,135	339,328	404,700	153,440	19,750	564	34	6
	東京	96,542	3	920	7,609	25,913	39,733	19,439	2,828	81	14	2
平成20年	全国	1,091,156	38	15,427	124,691	317,753	404,771	200,328	27,522	594	24	8
	東京	106,015	3	915	7,732	25,935	41,533	25,588	4,208	94	5	2
平成23年	全国	1,050,806	44	13,274	104,059	300,384	373,490	221,272	37,437	802	41	3
	東京	106,027	1	730	6,300	24,803	40,075	28,261	5,686	162	9	-

東京都の35歳からの出生の推移 出生千対



1. 東京都の周産期医療の現状

5) 分娩を取り扱う診療所と病院の減少

分娩取り扱い施設の推移をみると東京都では診療所数、病院ともに数は減少している。

東京都の分娩を取り扱う診療所と病院の推移

		診療所	病院
平成20年	東京	92	99
	全国	1,564	1,149
平成23年	東京	91	97
	全国	1,501	1,075

2. 助産師の就業状況と現状の課題

1) 東京都内の就業助産師数

東京都の就業助産師の数は年々増加傾向にあり、平成18年の2,697名に比して、最新の平成24年末では、3,438名である。就業場所でも、教育機関を除いた病院、診療所、社会福祉施設、保健所または市町村、事業所で増加している。

就業助産師数（人）

		診療所				助産所			訪問看護		社会福祉施設		保健所または市町村		事業所	教育研究期間	その他
		総数	病院	有床	無床	開設者	従事者	出張のみ	管理者	従事者	児童福祉施設	その他	保健所	市町村			
平成18年	全国	25,775	17,352	4,782	170	683	281	586	1	7	5	7	221	557	12	1,027	84
	東京	2,697	2,124	234	14	41	32	57	-	-	1	-	19	46	3	108	18
平成20年	全国	27,789	18,180	5,476	209	788	284	581	1	3	1	5	227	667	38	1,223	106
	東京	2,921	2,203	323	22	62	40	65	-	-	-	1	29	60	9	96	11
平成22年	全国	29,672	19,068	6,142	237	890	353	546	2	5	12	2	266	722	24	1,298	105
	東京	3,312	2,400	442	21	86	60	71	1	-	6	-	49	71	9	88	8

2. 助産師の就業状況と現状の課題

2) 医療圏別出生数と分娩を取り扱う診療所・病院の産科医師及び助産師数

出生数と助産師数を二次保健医療圏別にみると、出生数に比して助産師数が多い医療圏は、中央部医療圏、西部医療圏になる。逆に出生数に比して助産師数が少ない医療圏は区東部医療圏、南多摩医療圏、北多摩北部医療圏である。特に、区東部及び南多摩医療圏は、出生数が1万人を超しているため、助産師の少ない医療圏と言える。また、区中央部では診療所に助産師が勤務していない状況にある。表中下線で示してあるのが、助産師数が少ない二次保健医療圏である。

平成22年東京都の出生数と分娩を取り扱う診療所・病院の産科医師及び助産師数

二次医療圏	出生数	一般診療所（分娩有）			病院（分娩有）			助産師1人あたりの出生数*
		施設数	医師数	助産師数	施設数	医師数	助産師数	
区中央部	7,241	1	1	—	15	131.5	233.4	31.0
区南部	8,596	4	3	1.2	7	53.5	152.2	56.0
区西南部	11,143	8	17.5	40.7	11	92	156.1	56.6
区西部	8,545	10	15	26.6	13	76.6	255.7	30.3
区西北部	14,650	12	19.3	13.1	13	82.9	184.7	74.1
区東北部	10,816	20	38.6	51.9	5	21.8	142.5	55.6
区東部	12,749	10	22	27.5	7	30.3	126.7	82.7
西多摩	3,027	3	6.1	7.1	4	15.8	52.1	51.1
南多摩	11,237	8	17.2	30.4	6	41.2	96.9	88.3
北多摩西部	5,288	7	13.2	16.8	4	20.1	54.2	74.5
北多摩南部	8,665	4	5.3	4	9	45	154.9	54.5
北多摩北部	5,961	4	9.3	12.5	4	24.5	49.4	96.3
合計	108,135	92	168.5	233.8	99	636	1631.3	60.1

*分娩介助件数ではなく、出生数を基に算出していることに留意する

2. 助産師の就業状況と現状の課題

3) 東京都における助産師出向の必要性について

(1) 助産師の偏在化

全国の就業助産師の1割が東京都に就業しており、出生数も全国の1割と多い。しかし、分娩取り扱い施設は減少傾向にあり、助産師の偏在もみられている。また、増加するハイリスク妊産婦やハイリスク新生児への対応も課題となっている。このような現状からも東京都における助産師の偏在化を軽減し、ケアの質の保障をするための出向の必要性は高いと考える。

出生数に比して助産師数が少ない区東部医療圏や南多摩医療圏に、助産師配置が多い中央部医療圏や西部医療圏から助産師が出向することにより、東京都内での助産師の偏在化の解消にも微力ながら貢献が期待できる。

(2) 助産ケアの質の保証

産科再開等を行う施設へ出向することによる分娩環境等の整備によるケアの質の保障と人材の確保のための出向の必要性がある。これは、現実には東京都内にも産科診療を止めていたが再開するにあたり、助産師が確保できないという事例もあり、需要はあると考えられるが、全体はつかめていない。

2. 助産師の就業状況と現状の課題

3) 東京都における助産師出向の必要性について

(3) 助産師の質の担保

- ・ 分娩介助の少ない施設から、分娩介助機会の多い施設に出向することによる、分娩介助技術等のスキルアップのための出向へのニーズがある
- ・ 常勤助産師数が多い施設での分娩数が占める割合は少なく、分娩数の中で帝王切開の占める比率が高くなっている。これらは、全国の調査結果であるが、東京都は日本の出生数の約10%を占めること、総合周産期母子医療センターは全国の14.6%を占めること等より、東京も同様の傾向にあると考える。
- ・ 総合周産期母子医療センターや地域周産期母子医療センターはハイリスク妊産婦が多いためと推察され、勿論、ハイリスク妊産婦にも助産師のケアは不可欠である。しかし、このような施設では助産師の分娩介助経験数が少なく、分娩時の助産診断や分娩介助技術をどのようにスキルアップしていくかが課題となっている。

	1施設当たりの 常勤助産師数 <small>(平成20年の日本産婦人科医 会勤務医師全国調査データ)</small>	分娩数 <small>(平成21年のデータ)</small>	帝王切開率
総合周産期母子医療センター	30.7人	6%	35.3%
地域周産期母子医療センター	17.8人	15%	28.1%
診療所	2.8人	47.3%	13.1%

II 助産師出向支援モデル事業の概要と実施体制

1. 事業概要

1) 事業の背景と経緯

出産場所は病院と診療所がほぼ同数であるにも関わらず、就業助産師の約6割は病院に勤務している。地域により就業助産師数に差があると同時に、同じ都道府県内においても、医療施設間での助産師の偏在がある。また、分娩件数の減少や分娩取扱施設の減少等により、助産学生の実習施設の確保が困難な状況にある。本会が平成24年度に実施した調査¹⁾においても、助産実習の受け入れ条件として「就業助産師数の増加」が最も多く指摘されており、助産師の就業先の偏在は、助産実習の受け入れや助産師の養成にも影響を及ぼしている。

さらに、ハイリスク妊産婦の増加は助産実践能力の強化にも影響を及ぼしており、現在、多くの助産師が就業している高度医療機関においては、十分に正常分娩の介助経験を積み重ねることが難しい状況にある。

そこで、日本看護協会では、助産師の就業先の偏在是正と助産実践能力の強化、助産学生の実習施設の確保を目的に、平成25年6月より看護職員確保対策特別事業「助産師出向支援モデル事業」を実施してきた。平成25年度は、都道府県における周産期事情等を踏まえて、1都14県協会を選定し委託を行った。主に、出向元施設と出向先施設のマッチングと、平成26年度の助産師出向開始に向けた契約（協定）書の取り交わし等を実施した。平成26年度は、出向元施設と出向先施設のマッチングや出向する助産師の選出・調整を行い、助産師出向の事例について分析と評価を行った。

2) 事業の目的

安全・安心な出産環境を整備するために、1都14県の周産期の実情を踏まえた医療施設間での助産師の出向・受け入れを支援するモデル事業を行う。1都14県協会の報告書を基に、助産師出向ガイドラインを作成し、地域での助産師の偏在を是正と助産実践能力の強化、助産学生の実習施設の確保を目的とした。

3) 実施主体

公益社団法人 日本看護協会

4) 実施期間

平成25年度事業：平成25年6月中旬から平成26年3月31日

平成26年度事業：平成26年4月1日から平成27年3月31日

5) 事業内容

(1) 日本看護協会

① 検討委員会の設置

(日本看護協会、日本医師会、日本産婦人科医会、日本助産師会、都道府県看護行政担当者、都道府県看護協会、学識経験者等)

② 検討委員会の実施する事業

- ・ 助産師出向支援モデル事業実施都道府県の選定

平成26年度：平成25年度から継続（1都14県）の可否の検討

- ・ 都道府県における助産師出向支援モデル事業の運営支援、評価分析
- ・ 「助産師出向システム」推進シンポジウムへの参画（平成26年8月2日）
- ・ 「助産師出向支援モデル事業」合同報告会の開催（平成26年12月11日）

③ 成果物

- ・ 平成26年度：助産師出向支援導入事業ガイドライン
(別途、看護職員確保対策特別事業としての事業報告書)

(2) 都道府県看護協会

① 協議会の設置

(都道府県看護協会、医師会、産婦人科医会、助産師会、行政担当者、学識経験者等)

② 協議会の実施する事業

- ・ 助産師出向支援モデル事業の企画、運営、評価分析
- ・ 出向元施設と出向先施設のマッチング、調整
- ・ 助産師出向の開始、出向支援、評価

③成果物

- ・助産師出向支援モデル事業報告書（マッチングプロセスから出向の実施、出向評価）

2. 実施体制

1) 日本看護協会

検討委員会設置（年4回開催）

担当理事：福井トシ子

検討委員会委員：日本看護協会1名、日本医師会1名、日本産婦人科医会1名、日本助産師会1名、都道府県看護協会1名、都道府県行政担当者1名、学識経験者1名

2) 都道府県看護協会

協議会設置（年3回程度開催）

担当：都道府県看護協会が県行政と連携して、設置する

協議会委員：看護協会1名、医師会1名、産婦人科医会1名、助産師会1名、行政担当者1名、学識経験者数名

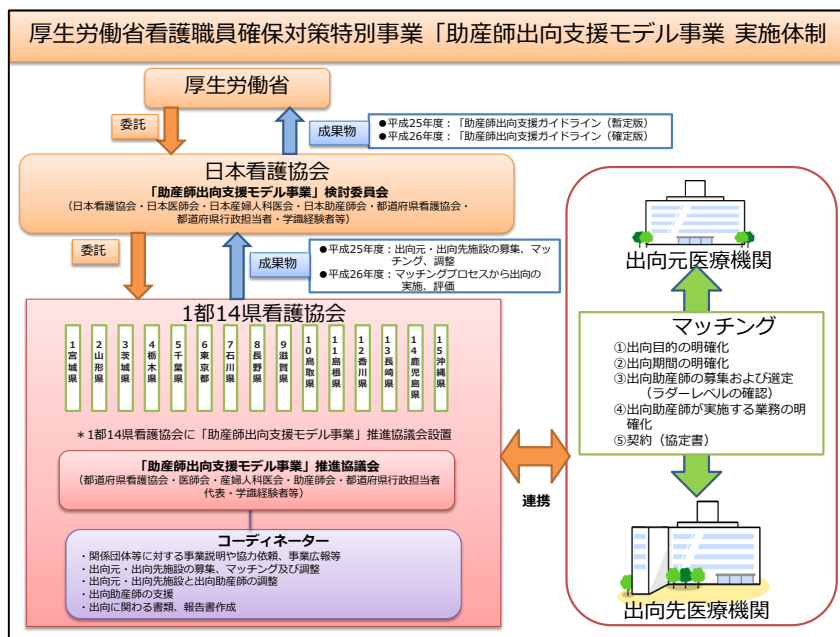


図1. 助産師出向支援モデル事業実施体制と参加県

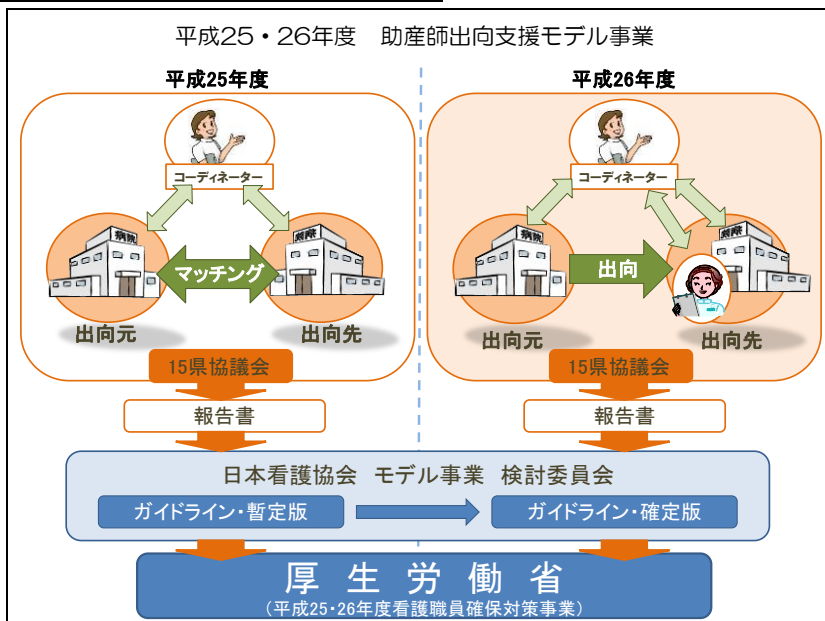


図2. 平成25・26年度助産師出向支援モデル事業

1. 検討委員会

1) 検討委員会委員

検討委員会は、日本看護協会、日本医師会、日本産婦人科医会、日本助産師会、都道府県看護行政担当者代表、都道府県看護協会、学識経験者の7名で構成する検討委員会を設置した。(◎委員長)

日本看護協会	福井 トシ子	公益社団法人 日本看護協会／常任理事
日本医師会	今村 定臣	公益社団法人 日本医師会／常任理事
日本産婦人科医会	神谷 直樹	(25年度) 公益社団法人 日本産婦人科医会／常務理事
	星合 明	(26年度) 公益社団法人 日本産婦人科医会／幹事
日本助産師会	安達 久美子	公益社団法人 日本助産師会／財務担当理事
都道府県看護行政担当者	加藤 奈保美	東京都 福祉保健局 医療政策部 医療人材課／看護人材担当課長
都道府県看護協会	◎村田 昌子	公益社団法人 茨城県看護協会／会長
学識経験者	江藤 宏美	長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 保健学専攻／教授
学識経験者	島田 啓子	金沢大学大学院医薬保健研究域保健学系／教授

2) 委員会開催日時と協議事項

委員会の開催状況は以下の通りである。第2回・第4回検討委員会では、厚生労働省医政局看護課がオブザーバーとして参加した。

[検討委員会開催日時と協議事項]

	開催日時	議題
第1回 検討委員会	平成26年 5月21日 10:00～13:00	1. 平成25年度厚生労働省看護職員確保対策特別事業「助産師出向支援モデル事業」報告について 2. 平成25年度及び平成26年度「助産師出向支援モデル事業」実施要項について 3. 平成26年度「助産師出向支援モデル事業」年間スケジュールについて 4. 平成26年度「助産師出向支援モデル事業」実施都道府県の選定について 5. 平成26年度「助産師出向支援モデル事業」実施都道府県の進捗状況について 6. 実施都道府県年間スケジュール(案)について 7. 平成26年度「助産師出向支援モデル事業」実施都道府県支出予算書について 8. モデル事業都道府県予算書(案)について
第2回 検討委員会	平成26年 10月3日 11:30～15:00	1. 平成26年度「助産師出向支援モデル事業」合同報告会について 2. 助産師出向支援導入事業ガイドライン目次(案)について 3. 医療提供体制推進事業「助産師出向支援導入事業」について 4. 平成26年度「助産師出向支援モデル事業」実施都道府県の進捗について
第3回 検討委員会	平成26年 12月11日 17:00～18:00	1. 助産師出向支援導入事業ガイドライン(案)について 2. 厚生労働省補助金事業「助産師出向支援導入事業」について 3. 1都14県協会の予算執行状況について
第4回 検討委員会	平成27年 2月10日 17:00～20:00	1. 助産師出向支援導入事業ガイドライン(案)について 2. 「助産師出向支援モデル事業」検討委員会報告書(案)について

Ⅲ 助産師出向支援モデル事業の実施結果と評価

1. 都道府県における周産期の現状分析

1 都 14 県看護協会では、平成 25 年度の初年度に周産期の現状分析を実施した。今年度にあらためて、周産期の現状分析を実施した県が 1 県ある。最新の情報で現状を把握する必要があることを理由にあげていた。

年々、県内の周産期医療体制や分娩取扱施設の閉鎖など、実状は変化する。そのため、周産期の現状分析は、可能な限り最新のデータで分析することが望ましい。

2. ニーズ調査の実施と出向目的

1) ニーズ調査

平成 25 年度に、助産師出向のニーズ調査を実施したのは 14 県であった。助産師出向のニーズ調査を実施しなかった 1 県はその理由として、平成 24 年度に日本看護協会が実施した調査結果を参考にしたことがあげられた。今年度に、新たなニーズ調査は 1 県で実施されており、本事業への関心を示す施設が増えていることを明らかにした。

県内の周産期医療体制や分娩取扱施設の閉鎖などが変化していることを鑑み、周産期の現状分析に加え、助産師出向のニーズ調査も毎年実施することが望ましい。また、産科閉鎖・休止あるいは開始予定の施設では、助産師のモチベーションの維持・向上や助産実践能力強化を大きな課題としてあげていたことから、ニーズ調査の送付については、産科閉鎖・休止あるいは開始予定の施設にも送付する。

2) 出向目的

出向元 28 施設の目的（複数回答）では、「助産実践能力の向上」が最も多く 19 件であった。出向先 31 施設の目的（複数回答）では、「研修の受け入れ（出向助産師の実践能力強化）」が 15 件、次いで「マンパワーの確保」が 15 件であった。詳細は、表 1・2 の通りである。

[表 1 出向元施設の目的] (件)

・助産実践能力向上（人材育成）	19
・偏在是正	6
・地域連携	4
・地域貢献	3
・人事交流	2
・被災地支援	2
・モチベーションの維持・向上	1
・教育的支援	1
計	38

[表 2 出向先施設の目的] (件)

・研修受け入れ （出向助産師の実践能力強化）	16
・マンパワーの確保	15
・人事交流	11
・助産師への教育・指導	8
・偏在是正	6
・出向元助産師の実践能力強化	4
・地域連携（他施設との交流）	3
・出向先助産師の実践能力強化	2
計	65

1)、2) より、出向元施設では総合周産期母子医療センター等、ハイリスク分娩が多い施設に勤務する助産師の実践能力向上を課題にしている施設が多かった。また、出向先施設では病院や診療所等、正常分娩が多い施設における助産師確保が課題になっていた。

平成 24 年に日本看護協会が実施した実態調査¹⁾では、周産期医療体制における就業助産師数の偏在が明らかにされている。本モデル事業の中でもその実態が明らかになっており、助産師の就業先偏在の解決は喫緊の課題と言える。

3. 協議会

1) 協議会の構成メンバー

1 都 14 県看護協会の協議会の構成委員については、「助産師出向支援モデル事業 実施手順書（平成 25 年日本看護協会作成）」（以降、手順書）に基づいていた。1 都 14 県看護協会の構成人数は 7～13 人で、平均 9.5 人であった。

手順書に示した委員以外に独自に委員を加えた実施都県看護協会では、県内の主要な病院の管理職や県立病院機構の職位など、周産期事情に精通する人員を協議会構成メンバーに配置していた。また、既存の「周産期協議会」等をそのまま協議会委員としたのは、3 県であった。この 3 県では、県内の周産期事情を把握し、共通認識を持っていたことから、本事業の取り組みもスムーズに実施できていた。

2) 協議会開催回数と内容

(1) 平成 25 年度

平成 25 年度の協議会開催回数は 2～3 回、平均 2.6 回であった。モデル事業の開始時期が 6 月半ばになったため、実施都県看護協会では、協議会設置に向けた関係団体への協力要請を行うなどの調整が必要であり、協議会の初回開催は殆どの実施都県看護協会では 10 月以降に開催されていた。

協議会の主な会議内容を表 3 に示す。

[表 3 平成 25 年度の協議会の会議内容]

回数	内容
第 1 回	<ul style="list-style-type: none">・日本看護協会の取り組みと助産出向支援モデル事業 実施要項・県内周産期医療の現況と調査施設について・平成 25 年度スケジュールについて
第 2 回	<ul style="list-style-type: none">・出向希望施設の調査結果・マッチングに係る基準(案)・出向元施設と出向先施設の選定とマッチングの進捗状況
第 3 回	<ul style="list-style-type: none">・出向元施設と出向先施設の決定・出向助産師の選定と決定・契約の締結・平成 25 年度事業報告 (案)・平成 26 年度の事業計画

(2) 平成 26 年度

平成 26 年度の協議会開催回数は 2～4 回、平均 2.9 回であった。協議会の主な会議内容は、表 4 の通りである。

[表 4 平成 25 年度の協議会の会議内容]

回数	内容
第 1 回	<ul style="list-style-type: none">・平成 25 年度事業報告・平成 26 年度スケジュールについて・出向開始後の進捗報告
第 2 回	<ul style="list-style-type: none">・出向助産師および出向先施設の受け入れ状況について・事業評価について・今後の取り組みについて
第 3 回	<ul style="list-style-type: none">・助産師出向支援モデル事業の評価・助産師出向支援モデル事業の成果・平成 27 年度からの事業展開について

協議会の設置では、構成員となる県行政や関係団体への事前説明を行い、モデル事業への理解と協力を得ることが非常に重要であることが、2 年間の事業を通して明らかになっている。そのためにも、日ごろから、県行政や関係団体ときめ細やかな情報共有を図り、連携・協力を得る関係作りが求められる。

4. コーディネーター

1) コーディネーターの選定理由

平成 25 年度に日本看護協会が作成した手順書では、コーディネーターを「協議会の構成員として位置付け、選定には、原則として出向元施設・出向先施設に該当せず、県内の周産期事情を把握していること」とした。

1 都 14 県看護協会がコーディネーターを選定した理由で、最も多かったのは「関係機関との連携がとれる(ネットワークがある)」、次いで「県内の周産期医療の現状理解と把握」「看護管理・看護教育等の経験」(表 5)であった。また、コーディネーターを 2～3 名配置した県は、5 県であった。その理由として、「直ぐに対応できる配置」「現場と事務担当を分けた配置」「複数のマッチングに対応できる配置」があげられた。

[表5 コーディネーターの選定理由] (複数回答、件)

・関係機関との連携がとれる (ネットワークがある)	6
・県内の周産期医療の現状理解と把握	4
・看護管理・看護教育等の経験	4
・現場を熟知した (経験豊富な) 助産師	3
・比較的自由に動ける (専念できる)	2
・助産師出向の経験	2
・継続して担当できる	2
・助産師資格がある	1
・モデル事業への理解	1
・出向元・出向先施設、出向助産師と直接的な利害関係がない	1

2) 事業におけるコーディネーターの課題

モデル事業では、出向元施設と出向先施設のマッチングに向けた調整や、出向する助産師が不利益にならない契約 (協定) 書の取り交わし等、コーディネーターが担う役割は多い。そのため、表6の課題にあげられたように、兼任しながらのコーディネーターではなく、専従配置が望ましいといえる。また、調整は多岐にわたっているため、交渉等で協議・決定した事項については、記録を残しておくことが望ましい。

[表6 事業におけるコーディネーターの課題] (複数回答、件)

・専従配置の必要性	4
・事業におけるコーディネーターの役割の明確化 (公平性の担保)	4
・出向元・出向先施設の粘り強い関わり (調整力・マネジメント力)	3
・契約 (協定) 書に関する知識と事務手続き等の対応	3
・コーディネーターの権限の明確化	2
・事務担当者を置く等、2名程度の配置	2
・マッチング後の書類提示	1
・事業の周知 (広報)	1
・協議会メンバーとコーディネーターが連携し事業を推進できる体制づくり	1
・コーディネーターの育成	1

3) コーディネーターに求められる能力

出向元施設と出向先施設のマッチング、それに伴う関係団体への説明、契約 (協定) 書の取り交わし、出向した助産師の支援やトラブル等の対応等、コーディネーターに求められる能力は多岐にわたっている。1都14県看護協会の報告を基に「コーディネーターに求められる能力」を、表7にまとめた。

コーディネーターに求められる素質で最も多かったのは、「県内の周産期医療に関する豊かな知識と経験」と「調整力」、次いで「マネジメント能力」「交渉力」であったことから、コーディネーターの育成 (養成) も重要な課題である。

1) ~3) より、1都14県看護協会では、本モデル事業に必要な県内の周産期施設の事情に詳しく、出向元施設と出向先施設の調整等を図る役割期待が明確に打ち出されたコーディネーターの選定を行っていた。

コーディネーターの役職では、多い順に、看護協会役員・職員が9名、教員が3名、次いで看護部長と看護師長がそれぞれ2名であった。看護協会の役員・職員がコーディネーターを担った背景として、助産師としての勤務経験と県内の把握が出来ていることはもとより、コーディネーターは施設間調整や出向助産師のフォロー等、必要時に支援が行えることであり、他と兼任するには、限界がある。また、教員や看護部長、看護師長は、県内の周産期医療の実状を把握しており、かつ関係団体や関係者との関わりを持っていたことから、適切な活動が行える人選であったと言える。

以上より、コーディネーターは専従であること、県内の周産期医療体制と関係者に明るいことが望まれる。

実際に本モデル事業に関わったコーディネーターが、さまざまな対応を手探りで調整・解決を図る場面が少なくなかったことが報告書から伺えた。これらを踏まえて、コーディネーターの役割を明確にするとともに、さまざまな諸課題の調整や解決を求められるコーディネーターの育成が課題と言える。

[表7 コーディネーターに求められる能力] (複数回答、件)

・県内の周産期医療に関する豊かな知識と経験	7
・調整力	7
・マネジメント能力	5
・交渉力	5
・コミュニケーション力	4
・企画力	3
・行動力 (フットワークの良さ)	3
・問題解決能力	3
・バランス感覚に優れている	2
・話を聴く力	2
・リーダーシップ力	2
・判断力	2
・本事業の意欲と関心	2
・ネットワーク力	1
・公平性 (中立性)	1

5. 契約 (協定) 書について

1) 設置主体別にみた助産師出向

助産師が出向した 40 事例のうち、公的機関同士の出向は 7 事例、公的機関 (国立大学病院含む) から民間機関への出向は 20 事例、民間機関から公的機関への出向は 5 事例、民間機関同士の出向は 8 事例であった。

[表8 設置主体別にみた助産師出向事例]

公的機関同士	7
公的機関 (国立大学病院含む) から民間機関	20
民間機関から公的機関	5
民間同士	8
合計	40

2) 契約 (協定) 書の締結に至るまでの課題

出向にむけた事務手続きでは、設置主体が異なる出向元施設と出向先施設が、出向する助産師の不利益にならないことを前提に、労働条件等の事前調整が必要になる。その事前調整には、コーディネーターのみではなく、人事に係る業務を熟知している事務担当者が重要な役割を果たしていた。また、助産師出向を実施した全ての事例において、契約 (協定) 書の作成に必要なメンバーとして、事務担当者・院長・看護管理者と答えており、契約 (協定) 書に至る前の組織内の合意形成が必須と言える。

3) 契約 (協定) 書例

出向元・出向先施設における契約 (協定) 書例を、下記に示した。出向のパターンや出向元施設及び出向先施設の設置主体の関係によっても異なるが、次のような項目を取り交わすことが望まれる。なお、下記の項目は標準的な項目を例示しているものであり、特性に応じた項目の追加や簡略化等を妨げるものではない。

あわせて、助産師出向支援導入事業ガイドライン (p7-18) を参照されたい。

【出向者取扱基本契約書（例）】

▲▲病院（以下「甲」という）と ◆◆病院／診療所（以下「乙」という）は、甲から乙への出向者 ●●（以下「丙」という）の取り扱いについて次の通り基本契約（以下「本契約」という）を締結する。

（出向の定義）

第1条 本契約でいう「出向」とは、甲・乙協議の上、甲の職員が甲に在籍のまま甲の命により、法人格を異にする乙の業務に一定期間従事することをいう。

（出向の目的）

第2条 甲は丙を、◆◆病院／診療所助産師として乙に出向させる。

（出向契約期間）

第3条 本契約の期間は平成●●年●月●日から平成●●年●月●●日とする。

2 丙の出向期間を変更するときは、変更予定日の少なくとも1ヶ月前までに、甲・乙協議の上決定し丙に決定後速やかに通知する。

（勤務）

第4条 丙は、出向期間中、乙の指揮命令に従って乙の業務に従事する。

2 丙の乙における就業時間、公休日等の勤務条件ならびに服務規律に関する取り扱いは、特に定めのない限り、甲の就業規則に従うものとする。

3 丙の年次有給休暇日数については、乙は甲の基準を継承するものとする。

4 丙の特別休暇日数について乙は甲の基準を継承するものとする。

（表彰・懲戒）

第5条 丙が乙において、表彰事由・懲戒事由に該当することがあったときは、懲戒解雇を除き乙の基準に基づいて取り扱う。なお、乙が丙に対し懲戒を行おうとするときは、乙は甲と事前に協議するものとする。

2 丙が乙において、乙の基準による懲戒解雇に該当することがあったときは、丙を甲に復職させた後、甲の基準に基づいて取り扱う。

（解雇・退職）

第6条 丙が、出向期間中において、乙の就業規則第●条（自己都合退職）および 第●条（解雇）に定める解雇事由もしくは退職に該当するときには、甲は丙を甲に復職させる。復職後の丙の取り扱いは甲の基準による。

（労働条件変更等の連絡）

第7条 甲および乙は、丙に関わる人事扱いおよび労働条件に変更があったときには遅滞なくそれぞれ相手方に連絡するものとする。

2 乙は、丙の乙における役職名を変更しようとするときは、甲の了解を得て行うものとする。

3 乙は、丙の毎月の勤務状況を、乙の書式に従って翌月 ● 日迄に甲に遅滞なく報告するものとする。

（給与支給の原則と負担区分）

第8条 給与の取り扱いは、甲の基準により甲が丙に直接支給し、その支給相当額を甲が乙に対し請求するものとする。

2 給与計算期間の中途において赴任、もしくは帰任が発生した場合は、その期間の日数割合に基づき分担する。

（賞与支給の原則と負担区分）

第9条 賞与の取り扱いは、甲の基準により甲が丙に直接支給し、その支給相当額を甲が乙に対し、賞与支払い月に請求するものとする。

2 賞与計算期間の中途において赴任もしくは帰任が発生した場合は、その期間の月数割合に基づき分担する。ただし、月の中途において赴任もしくは帰任が発生した場合は、日数割合に基づき分担する。

(通勤費支給の原則と負担区分)

第10条 通勤費の取り扱いは、乙の基準により乙が丙に支給する。

(住居手当の負担区分)

第11条 丙が乙の業務に従事するために賃借し居住する住宅にかかる経費（以下「住居手当」という。）の取り扱いは、甲の基準により甲が丙に支給し、その支給相当額を甲が乙に請求するものとする。ただし、家賃・共益費等住居の経費以外の経費は除く。

(出張旅費等)

第12条 出張旅費・日当等の支給は、乙の基準に従い、乙が丙に支給する。

2 丙の出勤による赴任、および復職による帰任の費用（旅費・赴任手当・移転料等）は乙の基準で取り扱うこととし、費用は乙が負担するものとする。

(社会保険の付保と負担区分)

第13条 社会保険は次により付保する。

- (1) 健康保険、介護保険、厚生年金保険、および雇用保険については甲において付保し、その保険料の事業主負担分は乙の負担とする。
- (2) 一般拠出金については乙において付保し、その保険料は乙の負担とする。
- (3) 労災保険については乙にて付保し、その保険料は乙の負担とする。

(教育研修の負担区分)

第14条 丙に対する研修は、乙の都合によるものについては乙の裁量で行い、その費用は乙の負担とする。甲の都合によるものについては、乙の了承を得て行いその費用は甲の負担とする。

(福利厚生)

第15条 丙に対する福利厚生については、原則として甲の制度を適用し、その費用は甲の負担とする。

(費用支払期限)

第16条 丙に係わる乙の負担すべき費用の支払いは、甲から費用発生月の翌月●日までに乙に請求し、その請求に基づき、費用発生月の翌月末日までに甲の指定する口座宛振り込むものとする。ただし、3月分において甲は乙に3月末までに概算費用の請求を行い、4月に精算費用の請求を行うものとする。

(契約の解除)

第17条 契約期間内に契約解除を行った場合には、丙は速やかに甲に復職し、本契約に定める未払い負担額については、甲の請求に基づき乙が速やかに支払うものとする。

(疑義)

第18条 本契約に定めのない事項および本契約に関し疑義が発生した場合は、甲及び乙は誠意をもって協議し、解決するものとする。

上記契約の証として本書2通を作成し、各自記名捺印の上、甲・乙各1通を保有する。

平成●●年 ●月 ●●日

甲（住所） ○○××△△ □-□□-□
▲▲病院
理事長 ● ● ● ●

乙（住所） ○○××△△ □-□□-□
◆◆病院／診療所
理事長 ● ● ● ●

6. 出向事例

1 都 14 県看護協会中、13 都県看護協会で開催された助産師出向は、40 事例（同一施設間で 2 名以上の助産師が出向した 15 事例と、一定期間内に継続した期間ではなく決まった日数のみ出向した 2 事例を含む）であった。

1) 施設機能別にみた出向元・出向施設

本モデル事業では、出向元施設 28 施設、出向先施設 31 施設が助産師の出向を実施した。施設機能別でみた出向元施設は、総合周産期母子医療センター12 施設、地域周産期母子医療センター6 施設、病院 10 施設であった。出向先施設は、総合周産期医療センター1 施設、地域周産期医療センター5 施設、病院 16 施設、診療所 9 施設であった（表 9）。

また、出向元施設になった 23 施設のうち 2 施設（出向助産師計 6 名）は、産科休止や再開予定の施設であった。産科休止や再開予定の施設では、助産師のモチベーション維持・向上や実践能力強化が喫緊の課題になっていた。

[表 9 施設機能別にみた出向元・出向先施設] * () は出向助産師数

	総合周産期 母子医療センター	地域周産期 母子医療センター	病院	診療所	合計
出向元施設	12 (19)	6 (6)	10 (15)	0 (0)	28 (40)
出向先施設	1 (2)	5 (5)	16 (20)	9 (13)	31 (40)

2) 助産師出向にむけた組織内調整について

日本看護協会では、12 月 11 日に開催した厚生労働省看護職員確保対策特別事業「助産師出向支援モデル事業」合同報告会の後に、第 3 回検討委員会を開催した。助産師出向の実施には、出向元・出向先施設における組織内調整が重要であることから、実際に、助産師出向を実施した施設の看護管理者に、組織内調整について情報を収集し、助産師出向支援導入事業ガイドラインへの反映が必要との見解に至った。そこで、助産師出向を実施し、協力を得られた看護管理者 4 名に、組織内調整についてインタビューを実施した。

[インタビューガイド]

- 助産師出向に関わる（出向元又は出向先施設となる）ことを決めた理由を教えてください。
- 貴組織において助産師出向の実施に関する意思決定に関わる方々はどなたですか。
- 助産師出向の実施に関する意思決定・合意のプロセスを教えてください。
 - ・最終決定までの段階、合意に結びつけるための工夫等
- 今後の継続の可能性について教えてください。

インタビューの結果は、以下の通りである。

- 1) 看護管理者が、日ごろから病院の方針を打ち出し、助産師育成をどのように考えているかが明確な場合には、組織内の調整は容易である。
- 2) 組織内の合意を得るためには、事務部間の部長に事務的な対応が可能か否かを相談し、院長には地域貢献と人材育成の一環であることを説明すると理解を得やすい。
- 3) 出向元・出向先施設の利害が一致するキーワードを起点に、出向先施設との調整を図ることが有用である。
 - 例) 出向助産師が不利益にならない給与と休暇の確保
- 4) 出向元・出向先施設にとって、給与額は大きな課題であるため、あらかじめコーディネーターが情報を得ておくことで円滑な交渉につながる。
- 5) 看護管理者、院長、事務担当者が、日ごろから円滑なコミュニケーションが図られていること（病院としての方向性の一致、信頼関係）が重要である。
- 6) その他
 - ・分娩取扱施設に対して助産師出向のニーズ調査を実施していたが、産科を休止している施設でも、助産師の育成等が課題になっていることから、助産師出向のニーズ調査の送付をする必要がある。

3) 出向元・出向施設の概要

40 事例のうち助産師の出向期間が 6 ヶ月未満の事例は 22 例であり、そのうち、出向期間内に不定期（週に 2 日と、2 ヶ月毎に 2 週間）に出向する事例が 2 例あった。不定期な出向事例を除いた 20 事例において、出向元施設の出向目的は、「助産実践能力の向上」16 事例、「偏在の是正」2 事例、「地域との連携や貢献」2 事例であった。出向先施設が助産師の出向を受け入れた目的として、「助産師不足」10 事例、「人事交流」10 事例、「人材育成への貢献」7 事例、「偏在の是正」6 事例であった。（表 10）

[表 10 出向期間 6 ヶ月未満の事例施設概要]

事例	出向元施設機能 (病棟形態)	出向先施設機能	出向期間	出向元施設の目的	出向先施設の目的
1	地域周産期 (混合)	診療所 (産科単科)	1 ヶ月	・助産実践能力の向上 ・地域への貢献	・助産師不足 ・人事交流
2	一般病院 (混合)	総合周産期 (混合)	1 ヶ月	・助産実践能力の向上 ・人事交流	・人材育成への貢献 ・人事交流
3	一般病院 (単科)	総合周産期 (混合)	1 ヶ月	・助産実践能力の向上 ・人事交流	・人材育成への貢献 ・人事交流
4	病院 (混合)	病院 (混合)	1 ヶ月	・受け入れ出向助産師の施設 に行き、教育方針を知るため	・今後の事業発展のため
5			1 ヶ月		
6	総合周産期 (産科単科)	病院 (混合)	2 ヶ月	・助産実践能力の向上	・人材育成への貢献
7	総合周産期 (混合)	一般病院 (単科)	2 ヶ月	・助産実践能力の向上 ・人事交流	・人材育成への貢献 ・人事交流
8	病院 (産科休止中)	診療所 (産科単科)	3 ヶ月	・産科病棟の休床中、 新病院開院予定 ・助産実践能力の維持と向上	・助産師不足 ・偏在の是正 ・人事交流
9			3 ヶ月		
10			3 ヶ月		
11	総合周産期 (混合)	病院 (産科単科)	3 ヶ月	・偏在是正 ・キャリアアップ	・助産師不足 ・教育指導ができる 人員不足
12			3 ヶ月		
13	総合周産期 (混合)	一般病院 (混合)	3 ヶ月	・助産実践能力の向上 ・人事交流	・人材育成への貢献 ・人事交流
14	地域周産期 (産科単科)	病院 (産科単科)	4 ヶ月	・助産実践能力の向上	・人事交流 ・自施設の活性化
15	地域周産期 (混合)	病院 (混合)	4 ヶ月	・助産実践能力の向上 ・地域との連携向上	・人材育成への貢献 ・人事交流 ・自施設の活性化
16	総合周産期 (産科単科)	診療所 (産科単科)	5 ヶ月	・助産実践能力の向上	・助産師不足 ・偏在の是正
17			5 ヶ月		
18		診療所 (産科単科)	5 ヶ月	・助産実践能力の向上	・助産師不足 ・安全な出産環境整備のため
19			5 ヶ月		
20	病院 (混合)	診療所 (産科単科)	5 ヶ月	・助産実践能力の向上	・偏在の是正 ・人材育成への貢献

40 事例のうち、助産師出向を半年から 1 年間、実施した事例は 18 事例であった。18 事例の出向元施設の出向目的は、「助産師の実践能力向上」13 事例、「偏在の是正」4 事例、「地域周産期医療への貢献」5 事例であった。その他、産科病棟再開のための準備や出向先施設での人材育成などであった。出向先施設が助産師の

出向を受け入れた目的では、「助産師不足」11 事例、「人材育成への貢献」7 事例、「教育指導ができる人材不足」2 事例であった。その他、助産師は不足していないが偏在是正への貢献や、人事交流による施設の活性化、臨地実習の受け入れなどがあった（表 11）。

[表 11 出向期間 6 ヶ月以上の事例施設概要：*間歇型の出向は除く]

事例	出向元施設機能 (病棟形態)	出向先施設機能	出向期間	出向元施設の目的	出向先施設の目的
1	総合周産期 (産科単科)	病院 (混合)	6 ヶ月	・被災地支援 ・助産師の実践能力向上 ・地域周産期医療への貢献	・助産師不足 ・臨地実習の受け入れ
2	総合周産期 (産科単科)	診療所 (産科単科)	6 ヶ月	・助産実践能力の向上	・助産師不足 ・教育指導ができる人材不足
3	病院 (産科休止中)	地域周産期 (産科単科)	6 ヶ月	・助産実践能力の向上	・助産師不足 ・人材育成への貢献
4	総合周産期 (産科単科)	病院 (混合)	6 ヶ月	・教育指導への貢献 ・地域周産期医療への貢献	・助産師不足
5	総合周産期	病院 (混合)	6 ヶ月	・人材育成への貢献	・助産師不足
6	(産科単科)		6 ヶ月	・新病棟運営支援	・新病棟開設の支援
7	総合周産期 (混合)	病院 (混合)	6 ヶ月	・助産実践能力の向上 ・偏在の是正 ・地域周産期医療への貢献	・助産師不足 ・地域周産期医療への貢献
8	総合周産期 (産科単科)	診療所 (産科単科)	6 ヶ月	・助産実践能力の向上	・人材育成への貢献 ・人事交流
9	一般病院 (混合)	地域周産期 (産科単科)	6 ヶ月	・人事交流 ・助産実践能力の向上	・助産実践能力の向上
10	地域周産期 (産科単科)	一般病院 (混合)	6 ヶ月	・助産実践能力の向上	・人事交流 ・助産実践能力の向上
11	総合周産期 (産科単科)	一般病院 (混合)	6 ヶ月	・助産実践能力の向上 ・地域周産期医療への貢献	・人材育成への貢献 ・指導できる人材の育成
12	総合周産期 (産科単科)	地域周産期 (産科単科)	7 ヶ月	・被災地支援 ・偏在の是正 ・キャリアアップ	・助産師不足 ・人事交流
13	総合周産期 (産科単科)	病院 (混合)	7 ヶ月	・助産実践能力の向上 ・機能別病院の連携	・人材育成への貢献 ・偏在の是正
14	総合周産期 (産科単科)	診療所 (産科単科)	10 ヶ月	・偏在の是正 ・助産実践能力の向上	・人材育成への貢献
15	総合周産期 (産科単科)	地域周産期 (混合)	10 ヶ月	・助産実践能力の向上 ・偏在の是正	・助産師不足
16	病院 (産科再開予定)	診療所 (産科単科)	1 年	・モチベーションの維持 ・産科病棟再開準備	・助産師不足 ・教育指導ができる人員不足
17	病院 (産科再開予定)	病院 (混合)	1 年	・助産実践能力の向上 ・モチベーションの維持 ・産科病棟再開準備	・助産師不足 ・人材育成への貢献
18	病院 (混合)	病院 (混合)	1 年	・助産実践能力の向上	・人材育成への貢献

その他、事例の詳細は、1 都 14 県看護協会の報告書を参考にされたい（本会公式ホームページ掲載）。

4) 出向元・出向先施設のメリット・デメリット

(1) 出向元施設のメリット・デメリット

施設機能別にみた出向元施設のメリット・デメリットを表12にまとめた。出向元施設のメリットで最も多かったのは、「助産実践能力向上」20件であり、デメリットで最も多かったのは、「マンパワーの確保」13件であった。

出向元施設は、出向助産師の実践能力の向上により、出向終了後に自施設に対する出向助産師の貢献が期待できる反面、出向期間中には人員が減ることによる他職員への負担増加や、人員不足等があげられていた。

[表12 施設機能別にみた出向元施設のメリット・デメリット] (複数回答、施設数)

	項目	総合 周産期 (12)	地域 周産期 (6)	病院 (10)	計
メ リ ツ ト	・助産実践能力向上	9	5	6	20
	・地域（施設間）連携	5	5	3	13
	・地域貢献	4	1	1	6
	・モチベーションの維持、向上	2	2	2	6
	・スタッフや妊産褥婦への還元	3	2	1	6
	・離職防止	2			2
	・産科病棟再開に向けた助産実践の確認（経験）			1	1
デ メ リ ツ ト	・マンパワーの確保	6	6	5	17
	・出向元施設への委員会、研修参加が困難	1	1		2
	・費用負担	1	1		2
	・出向助産師の代休消化ができない		1		1
	・デメリットはなし			1	1
	・未記入	3		1	4

(2) 出向先施設のメリット・デメリット

施設機能別にみた出向先施設のメリット・デメリットを表13にまとめた。出向先施設のメリットで最も多かったのは、「出向元施設の管理方法などの学び」18件、次いで、「マンパワーの確保」が16件であった。また、「デメリットなし」と答えた施設は7件であった。

出向先施設では、マンパワーの確保の他に、「他施設のノウハウを獲得できることでよりよい労働環境や、妊産婦へのケアに反映することができた」と考えていた。一方で、「出向助産師への教育や指導に当たる負担が増える」、「出向期間が終了後のマンパワー確保が必要」という意見もあり、今後の課題といえる。

[表13 施設機能別にみた出向先施設のメリット・デメリット] (複数回答、施設数)

	項目	総合 周産期 (1)	地域 周産期 (5)	病院 (16)	診療所 (9)	計
メ リ ツ ト	・出向元施設の管理方法等の学び		4	9	5	18
	・マンパワーの確保		1	9	6	16
	・スタッフ指導や妊産褥婦への還元	1	1	8	4	14
	・地域（施設間）連携	1		6	1	8
	・モチベーションの維持、向上	1		3	1	5
	・助産実践能力向上		1	1		2

	項目	総合 周産期 (1)	地域 周産期 (5)	病院 (16)	診療所 (9)	計
デ メ リ ット	・デメリットはなし		1	4	2	7
	・教育することへの負担			4	2	6
	・マンパワーの確保	1	3		1	5
	・所属スタッフの分娩介助経験が減少			3	1	4
	・出向助産師が慣れた頃に戻ることに ・費用負担				2	2
				1		1
	・出向先施設でのノウハウ等の活用				1	1
課 題 ・ そ の 他	・設置主体の異なる施設間の事務手続き		1	1		2
	・次年度に継続する保証がない			1		1
	・出向助産師がいなくなることへの寂しさ				1	1
	・未記入			2		2

7. 出向助産師の背景と成果

1) 出向助産師の背景と成果

(1) 出向助産師の背景

出向助産師の背景について、継続して出向した 38 事例について分析を行った。出向期間が 6 ヶ月未満の助産師 20 名では、1 ヶ月の出向が 5 事例、2 ヶ月が 1 事例、3 ヶ月が 7 事例、4 ヶ月が 2 事例、5 ヶ月が 5 事例であり、平均 3.0 ヶ月であった。

出向元施設は、総合周産期母子医療センター 9 名、地域周産期母子医療センター 3 名、一般病院 8 名であった。出向した助産師の実践能力習熟段階（クリニカルラダー）レベル（以下、レベルとする）は、レベル新人が 1 名、レベルⅠが 4 名、レベルⅡが 6 名、レベルⅢが 9 名であった。

出向前の助産師経験年数は 1～20 年、分娩介助件数は 0～1,000 件であった。レベル別の助産師経験年数と分娩介助件数の平均は、レベル新人では 1 年と 0 件、レベルⅠでは 4.5 年（3～7 年）と 58.5 件（26～82 件）、レベルⅡでは 3.6 年（3～5 年）と 36.5 件（30～43 件）、レベルⅢでは 13.1 年（6～20 年）と 359.4 件（75～1,000 件）であった。

[表 14 出向期間 6 ヶ月未満の助産師 16 名の背景と成果]

NO	出向 期間	助産師 経験年数	ラダー レベル	所属施設 機能	取扱 分娩 件数	出向中の直接 分娩介助数	目標 達成
1	1 ヶ月	20	Ⅲ	病院	400	4	達成
2	1 ヶ月	18	Ⅲ	地域周産期	350	0	評価 できない
3	1 ヶ月	6	Ⅲ	病院	295	-	達成
4	1 ヶ月	5	Ⅱ	病院	110	2	達成
5	1 ヶ月	4	Ⅱ	病院	134	-	達成
6	2 ヶ月	8	Ⅱ	総合周産期	50	20	達成
7	3 ヶ月	8	Ⅲ	総合周産期	75	32	ほぼ達成
8	3 ヶ月	20	Ⅲ	総合周産期	1000	8	達成
9	3 ヶ月	15	Ⅲ	病院	300	30	ほぼ達成
10	3 ヶ月	12	Ⅲ	病院	400	49	達成
11	3 ヶ月	10	Ⅲ	総合周産期	300	8	達成
12	3 ヶ月	4	Ⅱ	総合周産期	38	21	達成

NO	出向期間	助産師経験年数	ラダーレベル	所属施設機能	取扱分娩件数	出向中の直接分娩介助数	目標達成
13	3ヶ月	9	Ⅲ	病院	415	37	達成
14	4ヶ月	4	Ⅰ	地域周産期	82	44	達成
15	4ヶ月	3	Ⅱ	地域周産期	30	41	達成
16	5ヶ月	7	Ⅰ	総合周産期	67	50	達成
17	5ヶ月	3	Ⅱ	総合周産期	43	65	達成
18	5ヶ月	1	新人	病院	0	42	達成
19	5ヶ月	3	Ⅰ	総合周産期	26	59	達成
20	5ヶ月	4	Ⅰ	総合周産期	59	60	達成

出向期間が半年から1年の助産師18名では、6ヶ月の出向が11事例、6ヶ月以上1年未満が4事例、1年が3事例であり、平均は7.6ヶ月であった。

出向元施設は、総合周産期母子医療センター10名、地域母子医療センター1名、病院7名であった。出向した助産師のレベルは、レベル新人が2名、レベルⅠが1名、レベルⅡが7名、レベルⅢが5名、レベルⅣが3名であった。

出向前の助産師経験年数は0～23年、分娩介助件数は0～600件であった。レベル別の助産師経験年数と分娩介助件数の平均は、レベル新人では2年と4件、レベルⅠでは0年と0件（産科看護師経験あり）、レベルⅡでは5年（3～7年）と69件（60～80件）、レベルⅢでは12年（6～22年）と294件（100～600件）、レベルⅣでは15.7年（7～23年）と360件（80～500件）であった。

[表15 出向期間6ヶ月以上の助産師15名の背景と成果]

NO	出向期間	助産師経験年数	ラダーレベル	所属施設機能	取扱分娩件数	出向中の直接分娩介助数	目標達成
1	6ヶ月	22	Ⅲ	病院	600	10	達成
2	6ヶ月	13	Ⅲ	総合周産期	140	-	達成
3	6ヶ月	9	Ⅱ	病院	350	12	達成
4	6ヶ月	8	Ⅲ	総合周産期	100	10	ほぼ達成
5	6ヶ月	7	Ⅱ	総合周産期	70	40	達成
6	6ヶ月	7	Ⅱ	地域周産期	101	32	達成
7	6ヶ月	6	Ⅲ	総合周産期	280	12	達成
8	6ヶ月	6	Ⅱ	総合周産期	80	-	達成
9	6ヶ月	6	Ⅱ	総合周産期	60	21	やや達成
10	6ヶ月	4	Ⅱ	総合周産期	65	45	達成
11	6ヶ月	2	新人	総合周産期	18	7	達成
12	7ヶ月	11	Ⅲ	総合周産期	350	41	達成
13	7ヶ月	2	新人	病院	4	22	やや達成
14	10ヶ月	7	Ⅳ	病院	80	19	ほぼ達成
15	10ヶ月	3	Ⅱ	総合周産期	60	31	達成
16	1年	23	Ⅳ	病院	500	66	達成
17	1年	17	Ⅳ	病院	500	27	達成
18	1年	0	Ⅰ	病院	0	60	-

(2) 出向助産師の成果

出向期間が半年未満で、分娩介助を出向の目的としていた出向助産師18名の出向先施設における分娩介助件数は0～65例、平均31.7例であり、17名が出向前に掲げた目標を「ほぼ達成」と「達成」と評価していた。1名は、出向期間が短すぎたため、評価できない、としていた（表14）。

出向期間が半年から1年で、分娩介助を出向の目的としていた助産師16名の、出向先施設における分

娩介助件数は、10～66例、平均28.4例であり、15名が出向前に掲げた目標を「ほぼ達成」と「達成」と評価していた（表15）。

出向助産師が分娩介助以外に経験した内容は、出向先施設がローリスク分娩等の取り扱いが多かったことから、ローリスク妊婦の対応、フリースタイルの分娩介助、助産外来における妊婦健康診査・母親学級、母乳育児支援等の経験等を通して、所属施設におけるケアについて振り返る機会になっていた。

また、母体搬送では、出向助産師が所属する多くの出向元施設が母体搬送の受け入れ施設であったことから、母体搬送を送る側の経験を通して、送る側の施設の実情を知るよい機会になっていた。一方で、出向先施設では、母体搬送の受け入れ施設から出向した助産師がいたことで、送る側の準備や対応について振り返る機会になっていた。その他、看護師指導や学生指導等、看護業務経験を挙げていた。

8. 助産師出向の成功ポイントと今後の課題

1) 助産師出向の成功ポイント

助産師の出向が成立するには、県内の周産期医療に関わる団体や行政、医療施設で本事業に直接的・間接的に関わる役職員による理解と協力が欠かせない。また、出向元・出向先施設間の契約（協定）書を締結することで生じる様々な課題を解決する必要があり、出向開始後も、残業や休暇数等の諸課題が生じていた。

1都14県看護協会が本事業に取り組む中で得た出向成功のポイントでは、「出向助産師、出向先・出向元施設による出向目的の明確化」6件、「関係団体や関係者への事業の周知・説明」6件、「出向助産師、出向先・出向元施設による出向目的の共有」5件、「コーディネーターや適切な人員による施設間訪問、出向助産師のきめ細かい対応や出向の受け入れ準備支援」5件であった。

上記より、助産師出向の成功には、まず、本事業を実施する根幹である目的を明確にし、共有することが重要である。本事業の必要性を関係者全員が理解して取り組むことが、事業の展開中に生じる諸課題の円滑な解決に繋がっていた。また、周産期医療への貢献のためにも、関係者や関係団体間の協力と連携が得られることが望ましい。さらに、本事業に取り組むために必要な業務については、協議会やコーディネーターが担うことで、関係者の負担軽減につながっていた。その他、1都14県看護協会が助産師出向の成功につながったと考えるポイントを表16にまとめたので参考にされたい。

[表16 出向の成功につながったと考えるポイント]（複数回答、意見数）

出向助産師、出向先、出向元による出向目的の明確化	6
関係団体や関係者への事業の周知、説明	6
出向助産師、出向先、出向元による出向目的の共有	5
コーディネーターや適切な人員による施設訪問、出向助産師のきめ細かい対応や出向の受け入れ準備支援	5
出向助産師のモチベーション維持と向上	4
出向助産師、出向先、出向元施設のどの三者にも不利益が生じないこと	4
出向元、出向先施設の長、管理者、事務、職員への説明と理解	4
出向目的にあった出向期間を設けること	3
周産期医療事情や助産師出向のニーズが把握、理解されていること	3
県行政の理解と協力	3
協議会の構成員の工夫	3
出向先施設の役割や実施内容の明確化	2
出向する助産師の人柄	2
事業を看護協会として実施	2
協定書の内容は出向助産師、出向元、出向先施設の三者に齟齬がないよう慎重・丁寧に照合すること	2
助産実践能力習熟段階（クリニカルラダー）の活用と推進	1

2) 今後の課題

継続的に助産師出向に取り組むための課題を、表 17 にまとめた。

課題として、「国や県行政による主導や助産師出向予算の確保」8 件、「出向システムの関係団体」、「医療施設、関係者への周知、理解の促進と事業成果の広報」5 件、「施設規模や設置主体が異なる中、協定書へ給与、休日、福利厚生、勤務体制等を盛り込む」5 件であった。

本事業が全国的に展開されるためには、助産師出向システムの理解が促進されるようさらなる周知を図ることが重要であるといえる。

[表 17 今後の課題] (複数回答、意見数)

国や県行政による主導や助産師出向予算の確保	8
出向システムの関係団体、医療施設、関係者への周知、理解の促進と事業成果の広報	5
施設規模や設置主体が異なる中、協定書へ給与、休日、福利厚生、勤務体制等の盛り込み	5
周産期医療の現状や課題の潜在化、県や関係者（産科医、助産師等）による理解の促進と周知	4
出向助産師のモチベーション維持・向上	3
助産師出向システムの確立、普及と定着化	3
出向元、出向先施設の長、管理者、事務、職員による情報共有と理解	3
出向目的にあった出向期間の設定	2
出向助産師、出向先、出向元のどの三者にも不利益が生じないこと	2
施設の募集・把握・確保	2
出向希望助産師や出向目的にあった出向元・先施設の複数確保	2
複数コーディネーターの配置	1
医療施設におけるシステムの位置づけと定着化	1
出向実施に必要な体制整備への支援	1

IV 平成 27 年度に向けて

本モデル事業の目的である、助産師の就業先の偏在是正と助産実践能力強化については、達成することができた。助産学生の実習施設の確保という目的は達成していないが、助産師養成機関と分娩施設による調整によって、目的を達成できるようにしていくことが必要である。そのためには、本事業が継続できることが必須である。

平成 27 年度には、厚生労働省概算要求に看護職員確保対策の総合的推進「助産師出向支援導入事業」がメニュー化されているため、「助産師出向支援導入事業ガイドライン」が活用されるよう、引き続き普及を図っていく。

おわりに

平成 25・26 年の 2 年間、厚生労働省看護職員確保対策特別事業として、1 都 14 県看護協会の協力を得て「助産師出向支援モデル事業」を実施することができ、「助産師出向支援導入事業ガイドライン」を策定することができた。

1 都 14 県看護協会関係者、関係団体、出向元・出向先施設の関係者、出向した助産師に感謝するとともに、助産師出向システムが全国展開されていくことを期待したい。

<引用・参考文献>

- 1) 平成 24 年度「助産師の出向システムと助産実習の受け入れ可能性等に関する調査」日本看護協会

平成 26 年度

日本看護協会 助産師出向支援モデル事業検討委員会

委員： 安達 久美子 公益社団法人 日本助産師会／財務担当理事
今村 定臣 公益社団法人 日本医師会／常任理事
江藤 宏美 一般社団法人 日本助産学会／理事長
(国立大学法人長崎大学大学院医歯薬学総合研究科
保健学専攻／教授)
加藤 奈保美 東京都 福祉保健局 医療政策部 医療人材課／
看護人材担当課長
星合 明 公益社団法人 日本産婦人科医会／幹事
島田 啓子 公益社団法人 全国助産師教育協議会／会長
(金沢大学大学院医薬保健研究域保健学系／教授)
委員長： 村田 昌子 公益社団法人 茨城県看護協会／会長

五十音順、敬称略
所属・職位は平成 27 年 3 月末現在

オブザーバー： 習田 由美子 厚生労働省 医政局 看護課／課長補佐
齋藤 水誉 厚生労働省 医政局 看護課／看護企画係長

担当役員： 福井 トシ子 公益社団法人 日本看護協会／常任理事
担当職員： 村中 峯子 公益社団法人 日本看護協会 健康政策部／部長
早川 ひと美 公益社団法人 日本看護協会 健康政策部 助産師課／課長
山西 雅子 公益社団法人 日本看護協会 健康政策部 助産師課
鶴見 薫 公益社団法人 日本看護協会 健康政策部 助産師課
北岡 朋 公益社団法人 日本看護協会 健康政策部 助産師課

平成26年度 厚生労働省看護職員確保対策特別事業 「助産師出向支援モデル事業」 報告

平成 27 年 3 月 発行

発 行 者 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)

FAX : 03-5778-5601 (代表)

ホームページ <http://www.nurse.or.jp/>

問 合 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
