

600床規模の開放型病院におけるオープンシステム病院を実施している前田医師と、開放型病院ではないが周りの開業医から紹介を受けるセミオープンシステム病院を行っている多和田医師との対談から要旨を抜粋した。

①病院の規模と分娩数、開始の経緯

前田氏のオープンシステム病院は、現在では、たいへん順調に機能しているようであるが、決して当初から行政上のシステムとして考えられてきたわけではない。当初は、前田氏と気心の知れた近隣の開業医A医師というパートナーとの関係を中心として、その輪が広がっているようである。現在、分娩件数は、年間約1,000件の中の50%以上を産科オープンシステムの分娩が占めている。

また、浜松市では、多くの病院が産科オープンシステムを始めたとのことであり、前田氏らの構築したオープンシステム病院制度が分娩の安全性のために効率がよいことを市民をも含めて容認しているということではないかと考えられる。

一方、多和田氏の病院は、開放型病院ではなく、分娩時に紹介患者を集めており、セミオープンシステム病院と称している。分娩数は年間約1000件で、50%弱がセミオープンシステムの紹介患者である。システムの創始は、病院が転居した時点で、周辺の診療所と話し合い、診療所をまとめる中心となる医師の存在が必要であったようである。

オープンもセミオープンシステムも、いずれの場合でも、分娩時には診療所から妊婦を病院に集中させる点は同じで、違いは病院が開放型病院であるか否かである。

②日本型のオープンシステム

オープンシステムでは、紹介医が紹介患者の主治医として分娩を行うのが本来であろうが、実際には、分娩まで行う医師は40%程度と決して多くない。紹介のみして後、分娩は病院勤務医に依頼する形態が多いようである。

また、予定帝王切開などは紹介先の開業の医師の適応でなされることが多く、オープンシステムの上では、診療所の医師が診察に加わる権利も尊重されているようである。

しかし、日本で最もオープンシステム化が進んでいる浜松の実状を聞いても、アメリカ型のオープンシステム形態とはほど遠い。日本では、診療所の医師は、自院の外来を行う必要もあり、紹介

した患者の分娩の際に必ず付き添える条件が作れないこともある（アメリカでは外来をキャンセルして分娩に備え病院で待機する）。また、病院側への遠慮などもあるのか、日本の特性としてアメリカ型の、診療所の医師が病院を借りて分娩をするというオープンシステムとは、まったく異なるシステムが構築されてきていると考えられる。

日本ではアメリカ型のオープンシステムの構築は非常に困難であり、まず、日本的な産科オープンシステムを推し進めていく方向性で考えていくべきと考えられる。

ここで語られたオープンシステム及びセミオープンシステムでは、妊婦は妊娠中に1～2度は病院を受診し、病院で妊婦のリスク評価などを標準的に行っている。また、逆に妊婦の初診時には妊婦を近隣の診療所に逆紹介することなどもなされている。このように、地域に根差したシステムを構築するためには、近隣の開業医とともに一人の妊婦を診ていくという姿勢が重要になる。

診療所の留意すべき点は、自らと患者（妊婦）との関係性を大事にしながら、分娩時に病院を紹介する。そしてその信頼を持続するためには分娩時あるいは分娩後に、病院で患者を診察することが必要と思われる。おそらく、診療所の医師－妊婦－病院での信頼性が維持できれば、分娩の後には必ず開業医の元に患者（妊婦）が戻ってくることになる。

病院側のメリットとしては、外来患者が増加しない点であり、提携している診療所をみずからの病院の外来部門と考えることもできる。

浜松では多くの病院がオープンシステムをとるようになった。前田氏の病院以外では、紹介医にペイバックがあるが、そのようなシステムは、かえって紹介先と紹介された側との信頼関係を損なう可能性も指摘され、多和田氏ともに基本的には不要であるとの見解であった。今後システムを構築する中で考慮すべきである。

病院内の問題点としては、紹介患者のためにベッドの占有率が増し、当然仕事量は増える。病院全体としての理解が必要であるとともに、産科で働く医師たちの犠牲的な労働力に頼るところが少なくない。実際に病院勤務医にとっての報酬は増加しない。

したがって、オープンシステム病院がわが国に

根差すためには、医師、助産師、看護師などオープンシステムによって仕事が増す医療関連者の報酬がアップするような行政上の配慮が求められる。

③今後の全国展開

一律的に、こういう形態の病院と診療所との連携システムがいいということとはできない。

おそらくそれぞれの地域にあったシステムを考えていく必要がある。ただシステムがうまく機能するためには、診療所と病院の間の信頼関係、特に、病院側の産科医師のがんばる意識を育む環境が必要になる。

2. 「米国（ハワイ州）における産科オープンシステム:日本との対比に関する研究」

オープンシステムは米国型の診療システムである。米国における診療形態の詳細は様々な場所に記載されているが、より産科臨床に身近な事例を知るべく、米国ハワイ州で長く産婦人科医療に従事している矢沢珪二郎医師に直接、質問を行うことで、米国の産科オープンシステムを把握し、日本において構築すべきオープンシステムを考えた。

矢沢医師はハワイ州で自らクリニックを営み、ハワイ大学の臨床教授として教育にも従事した医師である。同医師に対して、質問を繰り返し、米国の産科オープンシステムについて概要をまとめた。質問は計5回に分けて行い、最終的には矢沢氏に概要の校正をお願いした。単純な疑問への回答を求めることで、具体的なシステムの調査が可能になった。

(1) 結果

①米国の分娩施設

米国には個人経営の分娩施設や病院はない。米国ではごく一部の妊婦が家庭分娩をしている以外は、殆どの妊婦の健診は医師のオフィスで行い、お産は病院で同じ医師が取り扱う。いわゆるオープンシステムをとっている。病院内には、麻酔医も、新生児科医やレジデントもおり、分娩時、色々なサポートが受けられ、マンパワーの面では有利である。

オフィスの開業医師が病院内で診療、手術、分娩その他の医療活動を行うためには、病院との間で、契約（Privilege）が必要である。契約のため

の条件の第一は、医師は所定のレジデンシーを終了し、試験に合格し、専門医としての資格をもつ産婦人科専門医であること（産科専門医になるためには4年間のレジデンシーが必要である）。

米国の病院では、分娩数が年間6,000件くらいを採算ラインとしており、日本である程度大規模といわれる産科病院のような年間1,000～2,000程度は少ない分娩数であり、この程度では米国の病院は成り立たない。そのためか、入院数は、通常の経膈分娩で3日程度である。（1日という時代もあったが、妊婦から短すぎるとしてクレームがついたこともあり、現在では3日程度である）。

日本と比較すると、分娩の集約化が完全に行われている。

②病院内の勤務医:

ハワイ大学の場合、Maternal-Fetal Medicineを subspecialtyとする Perinatologist が3人で、その他に、産科のレジデントが24人ほどおり、産科診療をまかなっている（レジデントは1学年6名程度で4年間が研修履修期間である）。

③オフィス医師:

Privilegeを得た開業医はオフィスで妊婦を診察する。

病院の中にあるオフィスで開業できれば、朝晩のオフィス診療の前に、自分の患者を病院内で回診することもでき都合である。そのため、病院内オフィスは人気が高く、自らのオフィスを病院内に設置できない医師も多い。そのため、病院以外の Medical Building（他科の開業医のオフィスが集合しているビル）でオフィスを開業するものが多い。

開業形態は、一人のこともあれば、複数が共同でオフィス開業をする場合もある。

当然、医師が余暇の時や、都合で休診しなければならない場合には共同診療であれば利便性が高い。1人のみで診療している医師であれば、休診の場合には必ず他の医師に依頼する必要がある。そのため、オフィスには秘書が必要になる。

また、契約を結ぶ病院は、約3～4の複数病院と契約を結ぶ。このことで、妊婦の希望する病院を提供することが可能となる。

④妊婦健診

妊婦健診は、妊娠32週までは4週間毎、妊娠32～36週までは2週間に1回、36週以降では毎週、診

察を行う。妊娠36週頃になると、妊婦のカルテのコピーを病院に届け、患者には病院でregistrationさせる。こうすることで、なにかの際には、妊婦は急患としていつでも病院に入院できる。分娩で病室がないとして入院できないことは、経験がない。

⑤陣痛発来時:

陣痛が発来した場合には、妊婦はオフィス医師に連絡し、病院へ行く。もはや病院にregistrationされているため、妊婦が直接、病院を訪れてもかまわない。

妊婦が病院へ行くと、レジデントが妊婦を診察し（全身状態のチェック、内診、胎児心拍数モニタリングなど）、オフィス医師に連絡する。その所見をもとに相談し、オフィス医が入院するか否かを決定する。病院には原則として助産師はいない。

オフィス医は、入院患者の主治医であり、入院した患者の責任は、あくまでもこの医師にある（レジデントに責任転嫁されることは原則的にはない）。そのため、レジデントや看護師への指示もすべてオフィス医がオーダーする。従って、一度入院したら分娩まで気が抜けない事態である。夜中などでは、レジデントがフォローしてくれる場合もあるが、医師は当然待機している。

また、日中、オフィスの開業時間内であっても、分娩が進行している場合には、開業医は病院にいなければならない、日中の診療予約をキャンセルすることもしばしばである。

いわゆるルーチンのオーダーについては、病院内に医師のサイン入りの用紙が備えられており、それを使用することも多い。

⑥分娩費用

分娩費用としては、分娩費はオフィス医師（Attending physician）に、入院費は病院に支払われる。

Attending physicianがやむを得ない事情で、分娩に遅れレジデントが分娩を取り上げた場合なども分娩費はオフィス医に支払われる。時には他のattending physicianが取り上げることもあるが、その場合でも同様である。

⑦帝王切開の場合

選択的帝王切開が必要な場合には、Attending physicianが病院に電話を入れ、日程等の予約をとる。患者が入院してから麻酔医が術前にチェック

を行う。

産科セクションには常に麻酔医が2人おり24時間をカバーしている。そのため、分娩途中あるいは分娩後、患者が急変した場合などには、病院のPerinatologistとともに麻酔医も患者の処置にあたることができる。

しかし、無痛分娩が約70～80%と多く、Anesthesia nurseとともに麻酔医はこれを行う。そのため、時には麻酔医の不足を感じることもある。

⑧妊婦のリスク評価;

ハイリスクの妊産婦を取り扱う場合は3種類の手法が考えられる。まず、

(1) Attending physicianに自信があれば、自ら病院に入院させ、careを自ら決定する。

(2) 病院内のMaternal-Fetal MedicineのsubspecialtyをもつPerinatologistに相談して、共同で管理する。あるいは、

(3) 病院のPerinatologistに紹介し、全てをまかせる。例えば、HELLP症候群などリスクが高いものは、(3) 番目が多い。

オフィス医師は自らリスクの評価について責任を持ち、その評価に応じて患者の取り扱いを決定する。病院内のPerinatologistとは常に連絡がとれるので、入院患者の状態に応じ、その都度相談できる。その結果、完全にPerinatologistに患者を依頼することもある。逆に病院側の医師が手助けを提供することもある。オフィス医はレジデントとともに診療をするので、病院内の医師（Perinatologist）との連絡もより容易な環境にある。病院との間にPrivilegeを持つということは、成功しても失敗しても、自らの裁量の中で行うことである。それだけに、責任は重く、Privilegeをもってオフィス診療をする医師は、客観的にみて適正な医学的判断を下せる人物でなければならない。入院してからは、患者の治療にあたり、病院におけるレジデントや看護師、助産師などとの共働がなされねばならないので、人間的にも偏向することのない人間性が要求される。

また、問題があるケースや、珍しいケースについては、週1回のケースカンファランスで検討が行われる。教育的な意味も含め、チームとしての質を高めるような努力がなされている。

⑨契約の延長:

誤った判断で過失を犯す医師をチェックするた

め、病院との契約は1年ごとに行う。従来どおりの契約でよいか、あるいは、病院でできる医療行為を制限した方がいいのか、研修義務を契約条件に課した方がいいのかなども含め、Credential Committeeが決定する。

実際に医師の過失が生じた場合にはCredential Committeeの責任が問われることになる。あまりひどい医師に対しては契約打ち切りなども実際にある。

このCommitteeは、オフィスの開業医師で構成され、順次持ち回りで役割がくる。

⑩分娩費用;

分娩費用は、大まかに10,000ドル程度、その中で、病院が8,000ドル、オフィス医師には妊婦健診も含めて2~3,000ドルが収入になる。ちなみに、ハワイ州では、経膈分娩と帝王切開との差額が100ドル。カリフォルニアでは同額である。分娩費の80~100%は保険がカバーする。(ちなみに、産婦人科医の医療過誤保険は年間62,000ドル(約700万円)はかかる。)

⑪病院スタッフ

病院の産婦人科にはPerinatologist、Oncologist、Endocrinologist、入院患者の治療を行うHospitalistなど7~8名の専門医がおり、この病院とPrivilegeを結ぶ開業産婦人科医は約60名程度はいる。米国では適正な人数と考える。

近年、医療過誤などでの訴訟が大きな問題となっているが、この点を考えても、分娩のオープンシステム化を止めることはできない。また、医療事故の防止のためには、医師免許取得後も、免許更新のために年間50時間以上の研修義務が課せられている。

最後にこのシステムの維持のためには、なによりも社会的に専門医の地位を高めることが必要である、またattending physicianになるためには、Peer reviewにより監視することが重要である。

⑫日本の産科医療との相違

米国では日本と異なり、殆どが病院分娩で、分娩の集約化が完全に行われている。オープンシステムが完全に機能しているため、いわゆる病院勤務医と開業産婦人科医の割合が大きく異なっている。聞き取りの結果からは、開業医にとって非常に有利なシステムと考えられる。そ

して、このシステムを可能にしているのは、産科専門医の社会的な地位が高いこと、そして、産科専門医が常に良好な医療を行っていることが保証されていること、などによる。日本においても、この点は今後考える必要があろう。

日本の産科医療でも、産科オープンシステムを中心として産科診療を考えると、米国におけるシステム構成が理想的であるが、日米では、長年構築されてきた医療形態があまりにも異なっているため、診療上、早急に変更することができるシステムではない。

ただ、このシステムの最大のメリットは、病院の麻酔医や新生児科医、また看護師などが一人の妊産婦の周辺に分娩時に待機することが可能になることである。今後、日本で行うためには、まず分娩のみでなく、病院の集約化なども図り病院機能を高める必要があり、十分な準備期間が必要であると考えられた。

3.「産科オープンシステムの契約書作りに関する検討」

結果：産科オープンシステムを行っている施設の病院と施設の間の契約書を収集して、解析し、雛形となるような契約書を作成した。(別紙)

昨年度アンケート調査を行った全国オープンシステム病院に対し、登録医と病院の間の契約書を送付してもらうよう依頼した。収集した契約書は、7件あり、県西部浜松医療センター、大阪厚生年金病院、浜松労災病院、済生会新潟第二病院、新千里病院、千船病院総合母子保健センター愛育病院の契約書を検討した。

研究者が一同に会して、収集した契約書を中心として検討会を行い、原則的に契約書に掲載すべき事柄について検討した。

(1) 主な検討項目

①前文、目的

産科オープンシステムを作る場合、医師のみの都合ではなく必ず中心には患者が存在し、産科患者の安全性を今まで以上に高めるためのシステムであることを、社会的にも啓発し、住民の理解を増し、さらにシステムに対する信頼性を高める必要がある。さもないと、患者はシステムの登録医と病院側から二重請求されていると感じるものもある。

したがって、契約書の前文では、「医学の進歩に対応して、病院と診療所の連携を進め、患者中心の継続性のある医療を提供し、地域における医療の質の向上を図る」ということを理念として提示すべきである。また、患者への説明書も必須になる。

さらに、「登録医は病院が実施する研修会や症例検討会に参加することができ」、自己研鑽に励みやすい環境をつくることにもなる。

②本来のオープンシステム

本来のオープンシステムは、登録医の施設で妊婦健診を行い、分娩時に病院へ紹介してくるものをいう。登録医の施設で健診を行い、リスクの高いもののみ紹介してくる形は、病診連携として捉える。

本来の産科オープンシステムでは、妊婦健診は登録医の施設で行い、病院には紹介状を持参し、分娩は契約先の病院で行う。その後は、患者はできるだけ早期に元の登録医の施設へと戻るようにする。

保険での入院の場合は共同診療を行っていることを示すため、病院入院時に開放型共同指導診療録を作成し、病院、登録医のカルテに添付し、請求ができる。これは開放型病床群で必要になる書類である。しかし、正常妊娠・分娩は現金給付なので自費診療扱いとなるため、別途、契約書が必要になる。

③主治医

患者に対しては、共同診療を行うため、院内主治医と院外主治医とができる。時には、完全に院内主治医に依頼する場合も多い。

共同診療に関しては、「共同診療中の主治医は、互いに連絡を密にし、共同診療の実を上げるように努める。」とすべきであるし、また「共同診療にあたっては、この治療法を共同診療録に記録する」。その上で、病院および登録医の診療録に添付しておく。

ただ、今後は、電子カルテが増えてくるため、共同診療録のあり方は今後の課題になるであろう。

④医療連携室

病院と契約を結んで登録医になるためには、まず「登録願」を病院に提出する。受理された後、はじめて登録医となることができる。

また、登録医療機関との連携を円滑に行うためには、病院の機能の中に、医療連携室といった、オープンシステムを維持するためのセクションが必要になる。患者の受入れから、登録医のネームプレートなどの準備等など新たな機能を有する場所が必要になる。

また、分娩終了後の、逆紹介などの業務推進もこの部局の働きとする。

⑤運営管理委員会

産科オープンシステムを機能的・有効的に活用するためには、協議の場として、「運営管理委員会または共同診療会議」を立ち上げ、年間1～2回は開催し、課題等の調整にあたる。

構成は、浜松の場合、浜松市内の会員、医師会会長、副会長、歯科医師会会長、病院内の院長、内科、小児科、皮膚科など全ての診療科が含まれ、この場所が最終決定機関となる。浜松の場合、病院全体が開放型病棟であるため、病院の利用者である医師会の査察の対象にもなっている。構成については、産科オープンシステムを取り入れる病院を中心とした各地域ごとに考慮すべきである。

大阪では「産科オープンシステム運営協議会」として病診連携を深め、システムの運営のみでなく、講演会や研修会なども企画する。当システムの本来の目的からも念頭に置く必要がある。研修については、当契約書では前文に記載してある。

産科のみのオープンシステムであっても、登録医と病院との連絡機関として、また様々な意思決定機関として「運営管理委員会または共同診療会議」の設置が、原則として望ましい。契約書では「細則」に記述してもよい。

⑥医療事故等発生の場合の責任

「当院非常勤職員の規定に準じ処理をする」病院が一般的である。

本来、オープンシステムは医療事故防止を指して構築するものであることを留意すべきである。そこで、雛形となる契約書では、医療事故については、細則に定め、「原則として、甲（病院）は甲の医療行為により生じた事故については一義的にその責を負うものとする。甲は院内主治医（乙）の医療事故により生じた事故については、乙に対する求償権はこれを保有するものとする。」として、双方で協議、討論できるような文章とし

た。

医療事故はどのような時にも生じうるため、「本システムの登録医は日本医師会に入会し」、自賠償保険なども完備した医師とすべきである。また、事例を検討した結果、時には契約解除もありうる。

⑦契約更新

「契約期間は1年間とし、お互いに変更の意志表示がない場合には継続とする」とする。登録医の資質によっては契約を再考すべき場合もあり、せいぜい1年であろう。

⑧手術・分娩の登録医、診療報酬

手術料は登録医が執刀した場合、診療報酬の二分の一とし、登録医が助手の場合は診療報酬の4分の1などとし、両者共に上限の設定を行う病院が多い（例えば前記の場合は上限を10万円とし、後者では5万円とするなど）。

分娩も同様で、登録医自らが取り上げた場合は、分娩費の二分の一・とか、産後24時間以内に診察した場合にはその二分の一とか規定する場合が多い。

しかし、報酬については、分娩1例、あるいは手術に際して、自病院で必要な経費を計算して、決定すべきである。つまり、病院による格差が多いため、登録医に対する報酬については参考資料を各自検討した上で、決定することとした。

(2) 結論

以上の検討から、雛形となる契約書を作成した。

4.NICUに関する実態調査

全国363施設のNICU責任者に対して、アンケート調査を行い（回収率68%）、NICUにおける1年以上の長期入院患者の実態を調査した。

結果：回答のあった施設の平均NICU加算許可ベッド数は5.72で、新生児入院総ベッド数は18.7であった。

人工呼吸管理可能ベッド数は平均6.75であった。平成15年のNICU新規入院患者の総数は42,786例で、施設あたり173例であった。1年以上の長期入院患者総数は130例（施設あたり0.53）であった。その在胎週数は、37週以降の正期産児が54.8%で、妊娠28週未満の患者は6.8%であった。長期入院患者の平均在胎週数は35.6週で、正期産児が57.7%を

占め、妊娠28週未満の患者は13.0%であった。出生体重の平均は2,329gで、1000g未満の超低出生体重児数は13.8%であった。先天奇形合併患者は59.2%で、染色体異常は8.5%であった。新生児仮死は45.2%において認められ、うち正期産児が64.5%を占めた。呼吸管理を行っている患者は91.5%で、人工呼吸を必要とする患者は62.3%であった。退院見込のない患者が58.5%を占めた。

また、「NICU後方支援施設」の有無に関する質問に対して、近隣にはないという回答が66.1%を占めた。

以上より、1年以上のNICU長期入院患者では、先天奇形合併例や正期産新生児仮死例の占める割合が高い結果が得られた。すなわち、近年のNICU長期入院例の増加は、決して極小未熟児の生存例の増加自体によるものでなく、先天異常や新生児仮死、新生児低酸素性虚血性脳症等に起因する児の継続入院が過半数を占めている。このような児の合併症は将来においても改善の見込みが少ないことから、人工呼吸管理設備等の整った後方病床の整備推進が求められている現状が明らかとなった。

D.考察

日本における産科オープンシステムは、診療形態の相違から、米国におけるシステムとは大きく異なる。

しかし、産科施設周辺にマンパワーを確保するためには有力なシステムといえ、日本でも徐々に学ばなければならないシステムであるといえる。

ただし、このようなシステムが整備された米国においても、産科の医療保険料が高騰していることから分かるように、米国では分娩が安全であるから事故が少ないというわけではない。かえって、産科医療に内在するリスクがどこの国でも同様であることを表していると考えられる。そうであれば、やはりマンパワーを維持しうるシステム作りが望まれる。

しかし、産科オープンシステムとセミオープンシステムとは、根本的には差がなく、病院が開放型病棟の指定を受けているか否かによる。今後これらのシステムを発展させるための政策提言をまとめると、以下のごとくである。

(1) 日本型オープンシステムでは地域に根差した

病院—診療所間の信頼関係の樹立が必要である。地域特性を重視することが肝要であり、設立協議会のような機関を設立する。

- (2) 現況でオープンシステムを支えているのは病院の産科医等のがんばりに依存しすぎており、今後、産科オープンシステムがわが国に根差すためには、オープンシステム病院で働く医師、助産師、看護師などの実質的な報酬アップが提言される。
- (3) 病院内の産科診療中のマンパワーを増すため、できるだけ、登録医が分娩を取り上げるような本来のアメリカ型のオープンシステムを将来的には整備していく必要がある。
- (4) 若手産科医が将来、オープンシステムを用いて開業できるような環境作りが望まれる。
- (5) 同時に、周産期医療の中心となるべきNICUの環境整備が周産期医療の安全性を確保するために求められている。

E. 結論

産科オープンシステムは将来、開業等を目指している若手医師にとって望ましいシステムである。今後とも研究を続ける必要があると考えられる。

将来の周産期医療の安全性を高めるために産科オープンシステムが考えられる選択肢の一つであるが、NICUの後方支援ベッドの整備も早急に行われなければならない。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

平成16年度厚生労働科学研究補助金

公開市民フォーラム

「お産 安全性と快適性を求めて—これからの医療システムを求めて—」

〔別 紙〕
《様式例》

【契 約 書】

医学の進歩に対応し、患者中心の継続性のある医療を目指し病院と診療所の連携を進め地域における医療の安全性の向上を図るため、社団法人□□医師会（以下□□医師会という）を甲とし、総合病院△△病院（以下△△病院とい）を乙として、△△病院の一部（以下開放病床という）を利用する診療について、次の通り契約を締結する。

（登録医）

第1条 登録医とは、△△病院長がオープンシステムに関わる診療業務を委嘱した医師を指し、□□医師会会員は、医師会と△△病院との契約により全員が登録医となる。オープン入院した患者の診療にあたっては、複数主治医制をとり共同して診療にあたることとする。

※1 産科オープンシステムを行う登録医は医師会会員であることが望ましい。

（共同診療）

第2条 共同診療中、院内主治医および院外主治医は互いに連絡を密にし、共同診療の実を上げるよう努める。共同診療にあつては、その記録を共同診療録に残し双方のカルテに添付することとする。

（病床運営）

第3条 開放病床の運営は、次の通りとする。

オープンシステムを円滑に運営するために協議の場として、運営管理会議または共同診療会議等を設ける。

（報酬）

第4条 原則的に次の通りとする。

1. 開放型病院共同指導料は、甲乙がそれぞれ保険請求することとする。
2. 登録医が単独もしくは乙の医師と共同で施行した手術・分娩については、別途定める報酬を支払う。

※2 産科のみがオープンシステムをとっている病院では請求できない。

（登録医の身分）

第5条 登録医は診療に必要な範囲で、院内の職員に指示することができる。院外主治医は、院内主治医の了解のもとに行う。

（契約解除）

第6条 甲または乙は、相手方が正当な理由なく本契約に定める義務の履行を怠った場合は、
契約の全部または、一部を解除することができる。

（双方協議）

第7条 本契約に記載ない事項が生じた場合は、甲乙双方誠意をもって協議する。

（契約期間）

第8条 契約期間は次の通りとする。

1. 本契約は平成 年 月 日から 年 月 日までの一年間とする。
2. 前項の期間は、この期間満了の一ヶ月前までに、甲乙のいずれかからも別段の意
思表示がない場合は、同一条件にて更新されたものとする。
その後の期間についても同様とする。

（地域医療連携室）

第9条 甲は院内の地域医療連携室において、紹介予約・逆紹介制、開放型病院の運営に関す
る連絡調整を行い、地域医療連携システムの円滑な実施を図るものとする。
2 甲は院内の地域医療連携室において、紹介予約・逆紹介制、開放型病院の運営に関す
る連絡調整を行い、地域医療連携システムの円滑な実施を図るものとする。

以上の通り契約を証するための本書2通を作成し、記名捺印の上、甲乙各1通を保持する。

平成 年 月 日

（甲） 住所
社団法人□□医師会
会長

（乙） 住所
総合病院△△病院
院長

総合病院△△病院と社団法人□□医師会との契約に関する施行細則

- 第1条 医療事故については、原則として甲は甲の医療行為により生じた事故については、一義的にその責を負うものとする。
- 2 甲は乙の医療事故により生じた事故については、乙に対する求償権はこれを保有するものとする。

(様式1)

登 録 願

平成 年 月 日

〇〇病院長 様

氏 名 _____

医療機関

名 称 _____

所在地 _____

TEL _____

FAX _____

〇〇病院オープンシステム登録医の登録をお願いします。

医師免許証

免許年月日 (昭・平) 年 月 日

医籍登録番号 _____

手術・分娩の登録医 診療報酬について

当院における手術・分娩の登録医診療報酬に関する支給基準は下記のとおり。

1. 手術料について

当院の手術室にて手術された登録医への手術料は次のとおり。

○登録医が執刀

診療報酬の2分の1

ただし上限 _____ 円

○登録医が助手

診療報酬の4分の1

ただし上限 _____ 円

2. 分娩について

当院にて分娩された登録医への報酬は次のとおり。

_____ 円

※ 以上は、今後事情により変わることがあります。

IDNo.

開放型共同指導診療録

患者氏名

診療料

生年月日

病棟名

院内主治医

指導年月日 _____ 年 月 日

院外主治医サイン _____

該当する番号に○印をお願いいたします。

1. 療養上必要な指導（1日につき1回所定点数を算定）
2. 退院時共同指導加算（1日に限り所定点数に加算）

《指導内容》

- | | |
|---------|-----------|
| 1. 検査指導 | 6. 術後指導 |
| 2. 生活指導 | 7. 麻酔前指導 |
| 3. 治療指導 | 8. 予後相談指導 |
| 4. 運動指導 | 9. その他 |
| 5. 術前指導 | |

診療指導内容・連絡事項

--

〔院外主治医用〕

△△△病院

IDNo.

患者氏名

生年月日

病棟名

開放型共同指導診療録

診療料

院内主治医

指導年月日 年 月 日

院外主治医サイン

該当する番号に○印をお願いいたします。

1. 療養上必要な指導（1日につき1回所定点数を算定）
2. 退院時共同指導加算（1日に限り所定点数に加算）

《指導内容》

- | | |
|---------|-----------|
| 1. 検査指導 | 6. 術後指導 |
| 2. 生活指導 | 7. 麻酔前指導 |
| 3. 治療指導 | 8. 予後相談指導 |
| 4. 運動指導 | 9. その他 |
| 5. 術前指導 | |

診療指導内容・連絡事項

〔当院カルテ保存用〕

△△△病院

IDNo.

患者氏名

生年月日

病棟名

開放型共同指導会計伝票

診療料

院内主治医

指導年月日 年 月 日

院外主治医サイン

《算定項目》

1. 療養上必要な指導 【開放型病院共同指導料Ⅱ】（1日につき）
2. 退院時共同指導加算 【退院時共同指導有りⅡ】

入力コード

130037

C5

《指導内容》

- | | |
|---------|-----------|
| 1. 検査指導 | 6. 術後指導 |
| 2. 生活指導 | 7. 麻酔前指導 |
| 3. 治療指導 | 8. 予後相談指導 |
| 4. 運動指導 | 9. その他 |
| 5. 術前指導 | |

医事係

[医事係用]

△△△病院

救急医療に従事する若手小児科医のための相談電話対応手法の開発

【分担研究者】	桑原 正彦	広島県地域保健対策協議会・小児救急医療支援部会長
【研究協力者】	上田 一博	前広島大学医学部大学院医歯薬学総合研究科教授(小児科学)、 広島市立安佐市民病院院長
	清水 凡生	前呉大学看護学部教授・学長補佐
	三浦 公嗣	前広島県福祉保健部部長
	川本 功一	川本小児科医院長
	藤井 肇	広島市立舟入病院長
	新田 康郎	前広島県医師会常任理事
	西村真一郎	広島大学大学院医歯薬学総合研究科展開医科学専攻病態薬物治療学講座 小児科学助教授

■研究要旨

保護者の育児不安、患者意識の高揚、小児科医の不足、小児救急医療提供体制の貧弱などが交錯して、国民の小児医療に対する不満は日増しに大きくなっている。

平成14年度は、少ない小児医療資源を有効利用する方法の一つとして、開業小児科医による小児救急電話相談事業を試行的に立ち上げ、具体的な実施方法を検討した。

平成15年度は、開業小児科医による「小児救急電話相談事業・広島」の運用にあたっての問題点を、利用者と相談医側とで調査をし、「小児救急電話相談対応マニュアル」を発刊して、本事業への具体的な提案をした。

本年度(平成16年度)は、小児科医が行う「小児救急電話相談事業・広島」についての、利益、不利益の検討を行なった。あわせて、相談技術の向上にむけて、患児のその後の行動調査を行い、「小児救急電話相談・広島、相談事例集」を作成して、今後の相談者の研修の際の参考に供した。あわせて、平成14年9月から平成16年12月までの相談事例の解析を行って、「中間報告書」を作成して、本事業の光と影を指摘した。

小児救急電話相談事業は、小児救急提供体制の円滑な運営のためにも、今後重要な事業となるであろう。

A はじめに

英国のNHSダイレクトや米国の民間保険会社の附属病院などが実施している、ゲートキーパーとしての電話相談事業が、不満の多い日本の小児救急医療に応用できないかというアイデアが、本事業の始まりである。しかし、第一相談者を誰にするか?ハードの部分はどうするか?当日の救急医療情報をどのように相談者に伝えておくか?医療事故や医療訴訟につながる危惧はないか?など、多くの問題を抱えて出発した。

B 小児救急電話相談事業・広島の仕組み

事務局は、広島医師会館にある広島県地域保健対

策協議会に置いた。電話転送装置と自動メッセージ装置、自動録音装置を設置した。事務員は兼任とし、広島県小児科医会会員の中で、志望者を募集した。約68名の開業会員が本事業に参加の意志を示した。

相談時間は、土、日、祝日、年末、年始の18:00から21:00とした。

広報は、広島県行政の広報誌やホームページ、地元の新聞やTVで県民に周知させた。

当日の当番相談医には、あらかじめ宅配便で、携帯電話と広島県内の小児救急応需医療機関の一覧表、応答内容記入票を送付した。



利用者が電話番号082-2351399にプッシュすると、「はい、こちらは小児救急電話相談です。要領よく症状をお話してください。ただし、電話での限界がありますので、あらかじめご承知おきください。それでは、小児科の先生におつなぎします」と固定メッセージを流す。

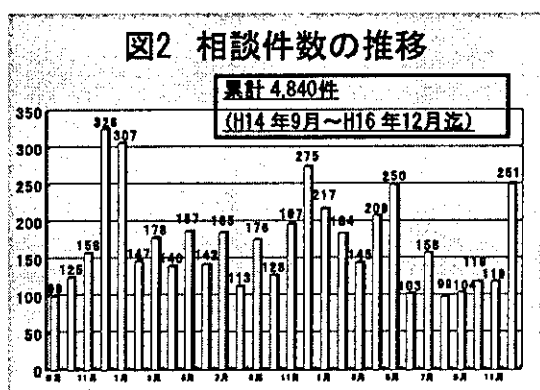
平成15年度事業で、マニュアルの作成をした。これによって、広島県内の時間外診療の一覧が索引できるようになったことと、相談医が電話応対する際の相談水準の向上とある程度の標準化が達成できた。

応答内容の記入票には、利用者の住所や電話番号も尋ねて記載している。このことに反発して苦情を言う利用者もいたが、主旨を説明すると、大部分は納得してくれた。

ここで、住所を聞き取ることにより、その後の患児の行動調査や、利用者の満足度調査が可能となった。

C 利用状況と属性

平成14年9月8日から始まった本事業の相談件数は、平成16年12月31日の約2年3ヶ月で、4,840件になる。



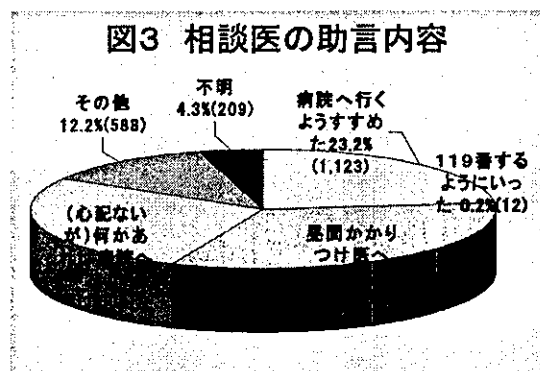
18時代から22時代まで平均的に相談電話がかかるが、18時代から20時代が比較的多い。「今いくべきか、明日まで待ってよいか」が本事業のキャッチフレーズであるが、利用者はそのとおりに利用している。

利用者の属性は、母親80.9%(3,916件)、父親10.2%(496件)、祖母1.0%(46件)、祖父0.2%(11件)であった。父親の関与は少ないが、たまに相談があると感情的になっていることも多い。1件の相談時間は、46分から1分未満まで、平均6分43秒であった。対象児の性比は、53:47で男児が多い。

D 電話相談の内容

相談内容については、相談する小児科医から見て、救急医療相談20.9%(1,015件)、一般の病気の相談63.9%(3,095件)、医療機関の問合わせ1.5%(71件)、貰った薬に関する相談6.2%(299件)などであった。

保護者の視点と小児科医の視点の違いが判然と見られる。と同時に、育児不安におののく保護者の声は、ここに集約している。

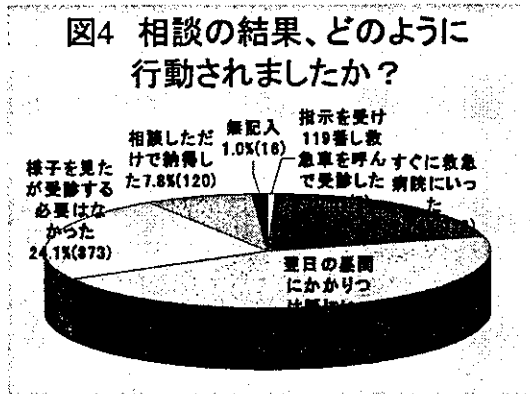


相談医がどのように助言をしたかが図3にまとめられている。心配ないので昼間かかりつけ医を受診されてはいかがですか33.1%(1,600件)、心配ないが何かあれば受診されては27.0%(1,308件)であった。一方、今晚受診したほうが良いでしょう23.2%(1,123件)であり、その他に、すぐに救急車を呼んで行ったほうが良い0.2%(12件)が混在していたことは注目される。

E 患児のその後の行動

平成14年9月から平成16年12月末までの相談の中で、住所を聴取できた3,460件について、往復はがきで、行動調査と満足度調査を行った。回収で

きた1.545件(回収率44.7%)についての分析を図4に示す。



相談医の助言どおりに、「昼間かかりつけ医へ行った」46.7%(710件)、「様子を見たが受診する必要はなかった」24.1%(373件)で、電話をかけた利用者の70.8%はその晩受診しなくて済んだことになる。

一方、助言どおりに、「すぐに、救急病院へ行った」20.6%(319件)であった。

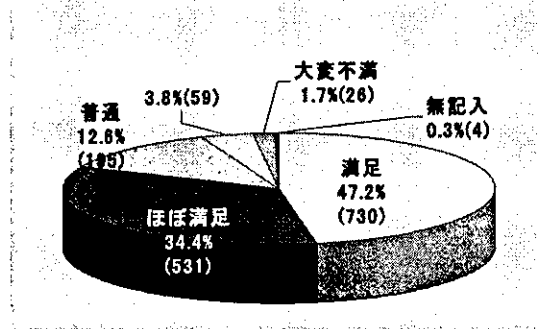
さらに助言どおりに、「119番に電話して救急車で受診した」0.5%(7件)あったことは特筆できる。救急車で受診した症例は、頻脈発作(10歳、男児)、肘が抜けた(2歳、男児)、眼の外傷(3歳、男児)、大雪時に嘔吐頻回(4歳、女児)、40度の発熱(1歳、女児)、顔を切った(3歳、男児)、眼をついて血が出ている(5歳、男児)であった。これらは、小児救急電話相談が、まさにトリアージ機能を果たしていると思われる。

F 利用者の満足度

相談医の説明と助言について、利用者が「よく理解できた」68.3%(1,056件)、「まあ理解できた」28.5%(440件)であったしかし、「理解できない」1.2%(18件)、「かえって混乱した」1.6%(24件)もあったことに、相談医としての技術研修も含めて、今後考慮しなければならない。

利用者から見た相談医に対する満足度を図5に示す。

図5 医師の対応に満足されましたか



相談医の対応に「満足した」47.2%(730件)、「ほぼ満足した」34.4%(531件)を併せると82.6%が満足している。しかし、「不満である」3.8%(59件)、「大変不満である」1.7%(26件)もあることに、反省も含めて、今後留意しなければならないことである。

また、今後も「小児救急電話相談を利用しますか」の問いに対して、「大いに利用したい」50.7%(784件)、「利用したい」40.2%(629件)、「利用しない」1.0%(15件)であり、回答した利用者の91.4%は、本事業に期待をしている。

G 利用者の個別の意見

利用者の意見や感想を、回収したアンケートの自由記載欄から引用すると、代表的なものは次のような言葉である。

- ・子育ては初めてなので不安ばかりです、電話相談があり安心です。
 - ・平日も、夜間も、365日、24時間お願いします。
 - ・総合病院の小児科がかかりつけ医ですが、他科の先生の当直のことが多くて、電話相談は助かります。
 - ・結果よりも、すぐに受け止めてもらえるので気が楽になります。
 - ・やはり、小児科の先生にお尋ねして、安心しました。
 - ・子どもの病気や看護について、大変勉強になりました。
 - ・なかなか、電話が繋がらない。回線を増やしてください。
 - ・今後とも、続けてください。
- などである。

いずれも、「この電話器の向こうに、いつでも相

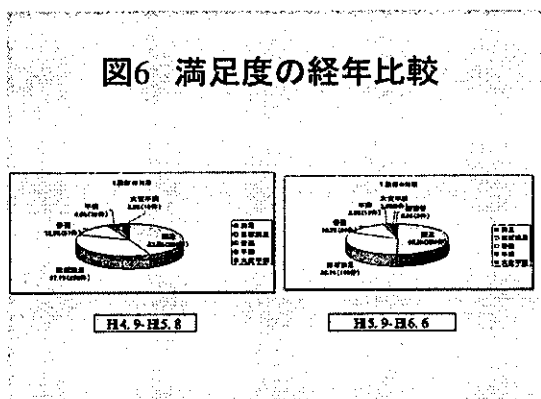
「談できる小児科の先生がいる」という安心感を表現している。

H 相談医(開業小児科医)の感想

- 相談に携わる小児科医の意見はさまざまである。全体委員会での発言をまとめると、
- ・電話が聞きづらい(受話器が携帯電話のためだけの理由ではないかもしれないが)。
 - ・時々携帯電話が途切れることがある。
 - ・勤務時間が5時間で、話しっぱなしはつらい。
 - ・横柄な利用者がいて、気分を害した。
 - ・相手の住所を聞いたら、逆に怒られた。
 - ・通信記録用紙が細かすぎるので、簡素化してほしい。
 - ・この小児救急電話相談で、救急現場の混乱が解消するとは思えない。
 - ・この事業は、看護師に任せばよい。
などの意見が代表的である。
- まとめれば、「つらい、厳しい、安い」となるのである。

H 電話相談技術の開発の必要性

平成16年6月末までの1年9ヶ月の間に、3,990件の相談を受けているが、利用者からアンケートを回収できた1,219件について、①平成14年9月から15年8月末までの1年間と、②平成15年9月から平成16年6月までの9ヶ月間、の満足度を比較すると図6のようになる。



満足の割合が後者で50.3%(263件)と、前者の43.5%(303件)を大きく引き離している。この一因として、相談小児科医が小児救急電話相談に慣れてきたこと、さらに相談技術が向上したことがあげられる。

事実、相談小児科医の通信記録のなかにも、「電話で病状を判断することの難しさ」「見えない相手と心を通じ合うことの難しさ」「表現の未熟な利用者から症状を引き出すことの難しさ」を訴えている。いずれも、電話相談の限界とも考えられる問題である。

平成16年度の本事業では、可能な限り相談技術を向上させる方法の開発と、どの相談員が相談しても一定水準の相談ができるようなマニュアルを作成した(図7)。



本事例集は平成17年2月に発刊した。内容は内科編12項目、外科編5項目の症例約100例について、利用者の訴え、相談医の助言、その後の患児の行動を記録した。さらに利用者の満足度を入れた。最後に、本委員会のコメントや反省点を書いて今後の相談者の参考にした。

I 電話相談の評価と法的解釈

1) 評価委員会の活動

「小児救急電話相談事業が真に患児・保護者のためになっているのか」は常に相談医や関係者の関心事であった。

そこで、本事業では、第三者からなる評価委員会を設けて、意見を頂きながら、本事業の改良に努力してきた。下記に委員のご氏名を列記して感謝の気持ちを表す。

「救急医療に従事する若手小児科医のための相談電話対応手法の開発 “小児救急電話相談事業・広島”評価委員会」

井内康輝(広島大学医学部長、病理学)

橋本康男(広島大学情報サービス室、教授)

山内雅弥(中国新聞社、論説室)前川秀雄(新谷・前川法律事務所、弁護士)黒田みさよ(エンジェル・ネットワーク、主婦)

3年間の本事業が、利用者の大方の賛同を得られたのも本評価委員会の鋭いご示唆の賜物である。

2)法的解釈

「小児救急電話相談事業は医療行為か」という課題は、本事業に関心を持つ多くの小児科医や行政関係者から頂いた質問である。

つまり、電話での相談や助言が、医師法に抵触するかどうかということに尽きる。

第20条には「医師は、自ら診察しないで治療をし、若しくは診断書若しくは処方せんを交付し、自ら出産に立ち会わないで出生証明書若しくは死産証明書を交付し、又は自ら検案しないで検案書を交付してはならない」(医師法、昭和23年7月30日法律201号)と規定している。

一方、近年の情報通信機器を用いた診療(いわゆる遠隔医療)においては、「診察とは、問診、視診、触診、聴診その他手段の如何を問わないが、疾病に対して一応の診断を下し得るものをいう」として、「直接の対面診療による場合と同等ではないにしても、これに代替し得る程度の患者の心身の状況に関する有用な情報が得られる場合には、遠隔医療を行なうことは直ちに医師法第20条に抵触するものではない」(健政発第1075号、H12.12.24)としている。

本事業では、不要な混乱を避けるためにも、利用者に対して、あくまでも「電話での相談」という限界があるということを十分に知らせておく必要がある。さらに、相談者は、助言に徹して、「最終判断は利用者である」ということを認識しておく必要がある。

1 本事業の今後の展開

平成16年3月の時点で、本事業に一度でも協力した経験のある相談小児科医約60名にアンケートをして、回答を得た31名について、本事業の継続の可能性と感想を分析した。「このままの体制での事業の継続ができる」16名、「このままでは不可能である」15名と半分に分かれた(図8)。

図8 今後の本事業をどうする？
(2004. 3、広島)

事業継続が可能と思う (16)	継続が可能とは思わない (15)
<ul style="list-style-type: none"> ・ 行政予算の拡大を ・ 若い小児科医の協力を ・ 小児科医の社会貢献として ・ 良いマニュアルが欲しい ・ 保護者教育を ・ 365日事業で、1回/年の勤務程度で 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 5時間勤務は長すぎる ・ 看護師でよい ・ 定年後の小児科医の活用 ・ 多くの小児科医の意見に従う ・ 全国展開では、広島も参加すべき

不足している小児科医を小児救急電話相談事業で浪費することは損失であるという意見には、共感できるところもある。しかし、一方では小児科医だからできる、小児科医だからこれだけの利用者の満足度が得られていると評価することもできる。

本事業の成否はマンパワーである。

小児科医が少ないところでは、看護師の協力を得て、前線に看護師後ろに小児科医という体制も可能である。相談内容から見て、どうしても小児科医が対応しなければならない相談は、大きく見積もっても20%程度である。

平成16年8月から、厚生労働省は本事業を全国展開するための、国の補助事業指定をした(厚生労働省発医政第0816001号)。

今後、それぞれの地域の実情に応じた小児救急電話相談事業を立ち上げていくと予想される。その全国统一電話番号として、「#8000」が指定された。この電話番号がどのように使われるかはまだ決定していない。しかし、かなりの数都道府県が本事業に参加した場合は、図9のような構想も考えられる。

