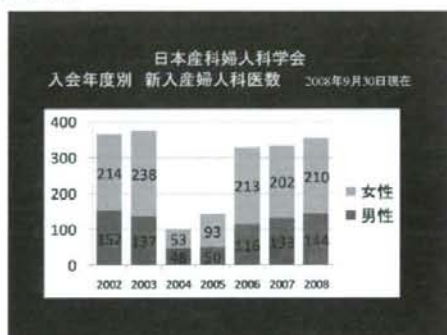




これはいろいろな地域がありますからあれですけども、トータルとして事実としてはあります。ですから、これを底を打ったと見る先生もおられるかもしれないということです。



いるのかもしれませんが。ですから、そういうことが影響して人が増えている施設というのが少し出てきたというのが現状だということになります。

日本産科婦人学会として
優先的に取り組むべき課題

・勤務医の待遇・労働条件の改善	172
・医学生・研修医対策	91
・医療体制	47
・医療紛争・訴訟対策	39
・社会啓発活動	37
・学会のあり方	21
・診療報酬	14

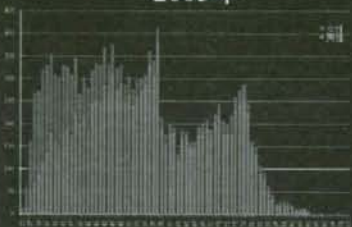
医者を増やすということで、非常に国民全体に不安を与える状況になっているわけですが、何とかこれを改善する方法をこういう形で考えているということになると思います。

これはどういうことかといいますと、新しい産婦人科学会の卒業年度ごとの新入産婦人科医数の推移です。2006年の卒業生は今年入会している最中ということになりますので、もう少し増えることが期待されています。そうしますと、臨床研修で2年間のブレイクが明けた後に入った2004年の卒業生が318名で、2005年が341名、2006年が348名ということになりますので、微妙に増加傾向に

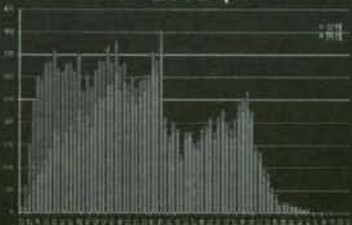
ただ、実際に現場の感覚から言いますと、入会年度別の方が感覚に合っています。この2004年、2005年の2年間、新人がすごく入りが悪かった。当たり前ですが、その影響がこのブレイクが現場に効いてきています。それで、ようやく少し増えてきて、その少し増えてきたところが一番悪くなってきたところから2006、2007、2008と3年たって、大学から一般病院に少し人が派遣され始めて

それで、同じアンケート調査で、これを聞きたかったわけですけども、今後私たちは何をやるべきかという質問をしました。医療体制に関することということになりますが、1つは現場の先生方の御意見としては待遇と労働条件の改善、それから医学生研修対策というのはとにかく新人で産婦人科医をたくさん増やそう。その2つがやはり一番大きいということでございます。

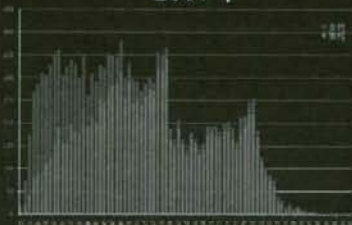
日本産科婦人科学会 会員数
2005年



日本産科婦人科学会 会員数
2006年



日本産科婦人科学会 会員数
2007年

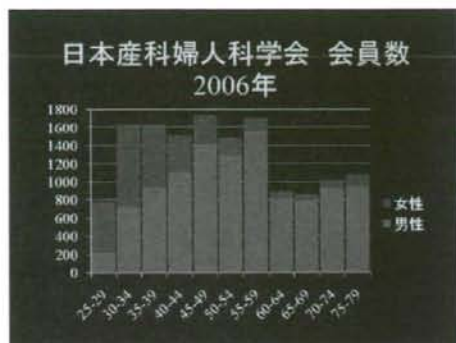


日本産科婦人科学会 会員数
2008年

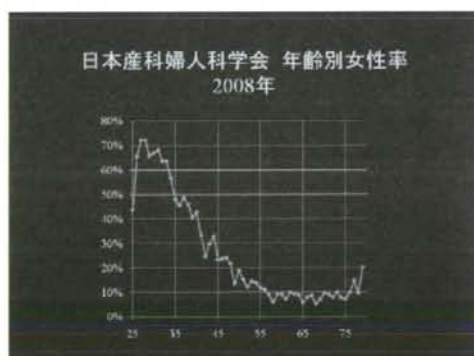


次に、学会員の推移ですが、こちらは男性、こちらは女性、下が年齢です。2005年に医療提供体制検討委員会を組織したときに最初はこの状況だったんです。これが、若手の中での男性医師の急激な減少と女性医師の増加という構成の変化に対して我々がどう対応、適応するかということが非常に重要課題となったわけです。

それで、その後どうなったかという、2006、2007、2008 となっていて、よくわからないかもしれないですけども、当たり前ですが、だんだん年がたつに従って女性の全体としての割合が増えていって、年齢が右にずれていく。そして、60代、70代の先生方の数が減っている感じがあります。ですから、今までかなり高齢の先生に現場を支えてきていただいているわけですが、その辺の先生方のリタイアが進んでいるというのが印象としてはあります。



5歳ごとの分布の変化をみるとこのようになります。2005年の段階で50代後半くらいのところに一つのピークがありまして、そのピークが今は60代に移ってきているということがわかります。このような年齢分布の変化と、全体として女性の医師が増えているというのが今の産婦人科医の構成の変化であるということになりまして、これを踏まえてまた今後の対策を考えていかなければならないということになると思います。



これが今の年齢別の産婦人科学会員の女性の比率で、20代では70%、30代では50%ということになっております。

産婦人科勤務医・在院時間調査

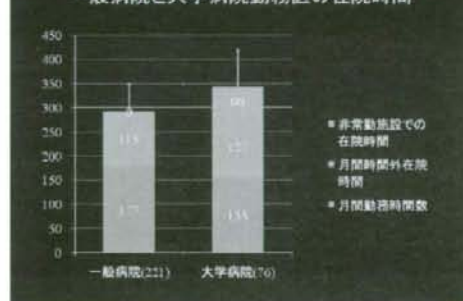
- ・目的：病院勤務産婦人科医の勤務実態評価の指標としての「在院時間」の有用性を検討する
- ・方法：共通の記録様式に、常勤施設および(あれば)非常勤施設の出勤時刻、退勤時刻、業務としてのオンコールの開始・終了時刻を記録する。平成20年中の1ヶ月間とするが、継続的な調査を歓迎する。
- ・これまでに調べ552名分のデータを受領、このうち354名分を入力済み。
- ・第2回中間集計では、データ確認中のデータを除いた297名分を解析した。

それで、実際問題としてできそうな指標をつくらなければいけないものですから、実際にやっていただけるかどうか、余り自信もなかったのですが、こういう調査を実施いたしました。

それで、記録用紙にできれば毎日出勤時間、退勤時間を書いていただく。オンコールの時間はここからここまでオンコールだったという時間も書いていただく。それで、非常勤施設でアルバイトをしている先生はそれも書いていただくということで、それをずっとデータでまとめていくという作業を現在も進行中です。

これまで 552 人名分のデータをいただいております。それで、354 人分入れているのですが、まだそのデータの確認ができていない部分もありまして、今回第2回の中間集計では 297 名分を解析しました。それで、第1回では一般病院だけだったのですが、一般病院の場合にはアルバイトがほとんどないですから、そうすると解析が簡単だということがありました。大学病院の場合には、教育のデューティとか、研究のデューティがありますので、その辺の評価も難しいかなと思ひまして、まずは一般病院からやったわけです。

一般病院と大学病院勤務医の在院時間

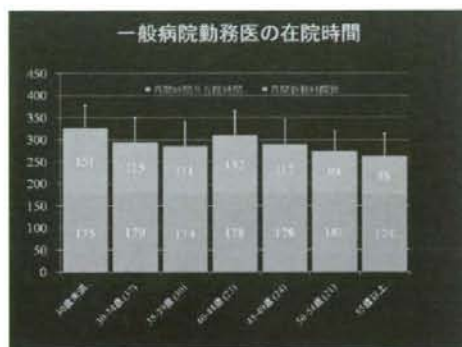


それでは、在院時間調査の本題にいけます。この目的は、過酷と言われています産婦人科医の勤務実態というものをとにかく数字で表す方法が何かないか。それは、今後いろいろな予算が付いたり、こうすればいいんじゃないかということで、それぞれ現場で工夫されていると思うんですが、それが実際に本当にその効果を上げているかどうかを示していく必要があるだろうということを考えま

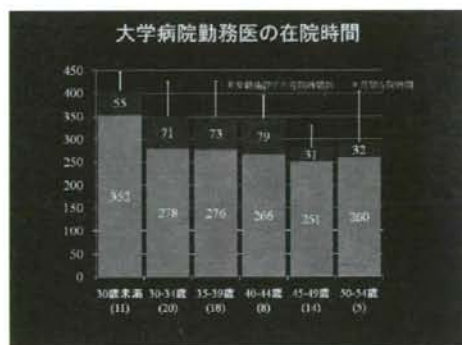
それで、今回は大学病院も加えてみました。実際に調べたのは6月、7月、8月のものなので、夏休みを取っている時間も日も全部含めてあります。その分は除いて計算するとか、そういうことは一切していません。あるいは、大学の先生は学会に出張している間は入っていませんし、そこも全部抜いて実際に病院にいた時間ということになります。

そうしますと、一般病院の先生は全体で 221 名解析してしまひて、おおむね二百九十時間という在院時間でございます。それで、大学病院の先生は、自分の本務の大学病院での在院時間は一般病院の先生とほとんど変わりません。それプラス非常勤施設での在院時間がございまして、トータルとしては一般病院の先生よりも多いという状況でございます。

もちろん中身というか、構成が全く違いますので、これを単純に比較しても意味ないかもしれないですけども、一応そういう数字でございます。

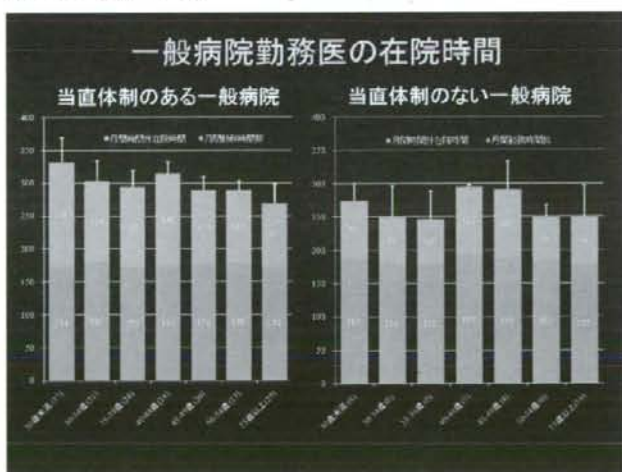


それで、一般病院の勤務医の先生の年齢別の違いですね。これも配布した資料からつくったグラフにすぎませんけれども、全般的に言ってこれと言うと30歳未満と、40から44歳のところがちょっと多いんです。ほかと比較すると有意になったりするのですが、でも全体としてそんなに変わらないかもしれません。若い先生の方がやはり長い時間、在院しているということではあります。

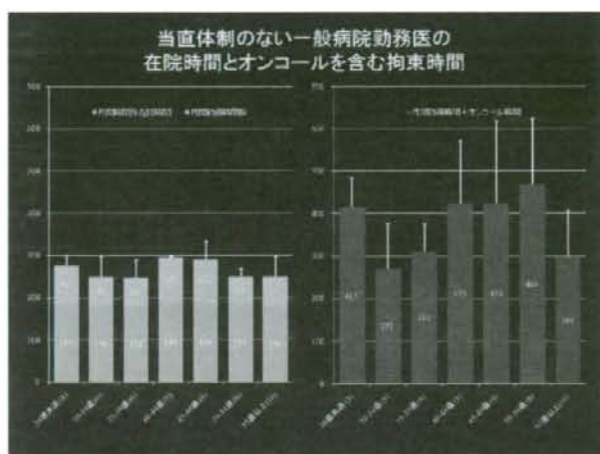


大学病院の方は、時間外か、時間内かということは問わず、在院時間とその非常勤での在院時間ですね。施設での在院時間というものを示しました。そうすると、こういう感じなんです。大学病院の方も、やはり若い先生の方がすごく長いなという印象はあります。

ただ、この場におられる先生方は皆さん、言うまでもないと思うんですけども、今ここにいる時間はここでは含まれておりません。ですから、そういう院外活動の部分が比較的年齢の高い先生方では莫大に加わるのは確かだと思います。



一般病院の勤務医に関して、当直体制の病院と当直体制でない病院では在院時間がどのくらい違うかということ調べてみました。そうすると、結局当直体制の場合には夜、当直で寝ているときも含まれるわけですけども、やはり当直体制にないよりは在院時間は長いということがわかりました。



では、これはオンコール体制でやっているということですが、当直体制のない病院はどうなるかといいますと、オンコール体制でやっていますと実際にはオンコールと勤務時間を足す。これがオンデューティの時間ということになりますが、オンデューティの時間はもっと長くなるということがわかりました。

これはそれぞれの病院の状況での働き方ということですので、善しあしは先生方にはそういうことだよなということはお理解いただけると思うんですが、一般の方はこの分け方は難しいかもしれません。要するに、少し規模が小さ目のところでは当直は組めないんです。当直が組めないですと、その呼ばれていくというオンコール体制でやらざるを得ない。そういうところはこういうトータルとしての拘束時間で実際には勤務しているんだということになっています。

在院時間調査のまとめ

- 産婦人科勤務医に広く認められる「超」長時間勤務の実態が明らかとなった。
- 今後の検討課題
 - 当直体制のある一般病院における長時間勤務の問題
 - 当直体制のない一般病院におけるきわめて長時間におよぶ「オンコール」拘束の問題
 - 大学病院勤務医における非常勤施設勤務時間の問題

まとめですが、この調査結果は長時間勤務の実態の一端を示すものということになるかと思えます。いろいろ検討しなければいけないことはたくさんあると思うんですが、まずは当直体制のある一般病院ではやはり全体として勤務は非常に長いということになります。勤務といいますが、

在院が非常に長い。それで、ない病院に関してはこのオンコール拘束がやはり計算してみるとすごい時間になっているのかなということが改めてわかります。それで、大学病院の場合には非常勤施設の勤務時間、それぞれにおいてそれぞれの問題がある。

では、これをどういうふうやっていくのか。実際には一般病院の方は大学からの応援の当直の先生が来てくれなければ到底回らないとか、そういう状況がありまして、実際に大学病院の勤務医はアルバイト先で週に1回当直し、自分のところで週に2回当直しとかやっているわけですから、その中で1.5人分くらい働いているという状況になっているのが実態かと思います。

これはまだオンゴーイングの調査ですので、もっとその数が増えればもうちょっと内容が深くなると思います。まだ大学病院に関して非常勤施設でのデータが十分ではないところがございまして、また改めてお願いすると思いますのでよろしくお願いいたします。以上です。

○司会（石川） 海野先生、ありがとうございました。

○司会（石川） ちょっと時間が押していますので、今は勤務時間でしたけれども、続きまして「分娩施設集約化と快適な出産」ということで、九州地区の状況につきまして九州大学の福岡先生、準備ができましたらよろしくお願ひします。

公開市民フォーラム「わが国のお産のあり方を考える」
第 平成20年度第1回（通算第4回）拡大産婦人科医療提供体制検討委員会

「分娩施設集約化と快適な出産」

九州大学病院 総合周産期母子医療センター
福岡 恒太郎



健やか親子21

「健やか親子21」

21世紀の母子保健の取組の方向性と目標や指標を示したものであり、関係機関・団体が一体となって、平成13年より22年までの10年計画で、その達成に取り組み国民運動

課題

- 1 産前産後の保健対策の強化と健康教員の推進
- 2 妊婦・出産に関する安全性と快適さの確保と妊婦への支援
- 3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備
- 4 子どもの心の安らかな発達と育児不安の軽減

“Cost, Access, Quality. Pick any two.”

コストとアクセスと医療の質
このうちの二つを選んでください

米国のとある低所得層用医療保険管理部門に語られているといわれる標語

- ・妊婦さんが求めるもの：快適と安全
 - アンケート調査（病院を選ぶ理由、満足度）
 - ・ 大学病院（2006年、168名）
 - ・ 一次施設（2007年、705名（一部の解析は196名））
 - 病院を変更する理由、産後再入院
- ・「連携」とは何か、また必要なものは？
 - 母体搬送を受けた医師の受け止め方

○福岡 九州大学の福岡でございます。

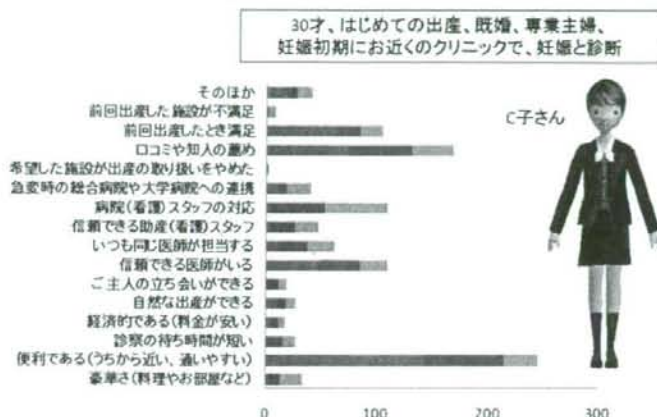
私どもは、九州大学の方で先ほど岡村先生からお話がありましたとおり、鴨下班というものに入れていただいているいろいろやっていたんですが、その中でやはり妊娠、出産に求められている安全と快適の両立、「健やか親子21」でうたわれているわけですが、これについて調べてみようということで調査をしています。

それで、これは伝聞なのですが、インターネットで「コスト」、「アクセス」、「医療の質」と3語入れて検索していただくと出てきますけれども、アメリカのとある医療保険の管理部門の標語だそうです。コスト、アクセス、クオリティ、ピックエニーツー、3つ並び立つことは理論上あり得ない。その中で妊婦さんが求める快適と安全についての話。それから、これは今回東京の事

案があってお話するというのではなくて、もともと出ささせていただこうと思っていたんですけれども、その連携という言葉自体が非常にあいまいで、何を意味しているのかよくわからないところがある。では、それは何だろうかということで、以下2つの調査を幾つかした調査の中から御報告いたします。

C子さんの快適な出産施設選び2008

(平成19年秋、一次施設で出産された705名(一部の解析は396名))



どうしてそこで産むのを選んだかという、便利である、うちから近い、通いやすい、これは圧倒的でございます。

C子さんの快適な出産施設選び2008

(平成19年秋、一次施設で出産された705名(一部の解析は396名))

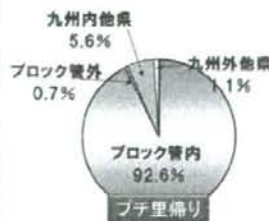
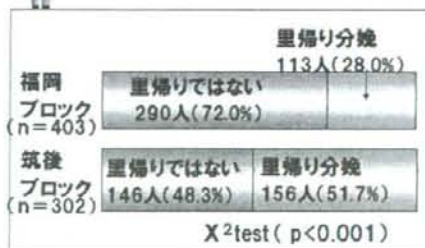
ずっと同じ施設で管理を受けましたか？

施設変更 あり 131名(33%) なし 263名(67%)



おうちや実家
から近くないと

理由	割合
転勤、転居、里帰り	46.3%
医師が信頼できない	5.1%
分娩取り扱い中止	4.6%
不便、待ち時間	3.4%
スタッフの対応が悪い	2.8%



う里帰りですね。福岡市を中心とする部分で約3割、久留米市を中心とする部分ではほぼ半分が里帰りをされている。

更に面白いのは、里帰りと言ってももちろん東京から帰ってみえてというのは当然通いようがないんですけども、例えば福岡市の東と西で里帰りをされたりするプチ里帰りというような里帰りは結構ある。ということは、いかに皆さんにとって近くで産むというこ

これは昨年、いわゆる開業の先生のところで出産された方700名、福岡地区、福岡市を中心とする部分と、筑後地区という久留米市を中心とする周囲700名の開業施設で出産された妊婦さんからいただいたアンケートの結果です。

では、途中で変わったりしたんですかねという事で、3分の1の方が途中で病院を変わります。その変わる理由も、結局やはり場所の問題です。もちろん物理的に通えないというものもあるんですけども、よく言

とが大事かということの意味しているのではないかと思います。

A子さんとB子さんの快適な出産施設選び2007 (平成18年秋、大学病院で出産された168名)

出産施設までの通院時間		
	一次施設	大学病院
15分以内	249名 (63.4%)	43名 (26.4%)
15～30分	116名 (29.5%)	56名 (34.4%)
30～60分	28名 (7.1%)	54名 (33.1%)
それ以上	0名	10名 (6.1%)

出産施設に対する満足度		
	一次施設	大学病院
満足	378名 (96.4%)	90名 (60.8%)
不満	14名 (3.6%)	58名 (39.2%)



A子さん

お産の時に急な出血で救急車で運ばれた友人がいて、心配だから、おうちから40分かかる大学病院をご自分で選択



B子さん

病気じゃないだし、一生に数少ないことだから豪華に楽しく出産したい。通うのに便利がよい。おうちから15分の評判のよい診療所を選択したが、大学病院に紹介され出産

実際にこの大学病院の調査を先にやっているんですけども、これは九大病院で出産された168名への方へのアンケートで、大学病院は2つのポピュレーションの患者さんが見えています。

お1人は、やはりちょっと心配だからとか、

通院時間30分以内: 近いと感じる方 82%

通院時間30分以上: 遠いと感じる方 92%

あるいは何かあって自分で九大病院というか、大学病院を選ばれた患者さんです。それで、もともと近くで産もうと思っていたにもかかわらず、うちでは無理だからということで大学病院の方に御紹介された患者さんと、2通りおられるんです。

仮にA子さんとB子さんとはすけれども、先ほど出しましたとおり開業の施設のところではおうちから15分以内のところに通われる方が63%、15から30分が3割ですから、9割の方は30分以内のところから通っておられます。大学病院になりますと、やはり30分を超えるという人が3割を超えます。

福岡は比較的医師不足というか、産婦人科施設の現状がいい方なのではないかとは思いますが、北海道の方からすると何ということだと言われるかもしれませんが、30分以内をおおむね近いと皆さん感じられています。でも、30分以上かかるとほとんどの方が遠いと感じられます。

また、出産施設に対する満足度ということもお尋ねしました。そうしますと、開業の先生のところで出産された方はおおむね96%の方が満足されています。一方、大学病院ですが、九大病院は外来はものすごく汚いので、よくこれで満足していただけるなど思うところはありますが、それでも6割の方には満足していただいている。

今回のご出産を経験して、いかがでしたか

大学病院での出産 ご不満 (40%)

ご不満な点(重複あり)

長い待ち時間:	43件
遠い、通いにくい:	22件
アメニティが悪い:	17件

もともと考えていた施設と同じですか？



一次施設では 満足 96%



最初から決めていた、うちの近くで産んでよかった。先生もスタッフも悪くなかったし。

そんなつもりではなかったのに、遠くまで通わされることになって、大変だった。



それを先ほどのA子さんという自分でお決めになった方と、御紹介いただいた方とを比べますと、御紹介いただいた方の方が有意に不満の方が多い。それから、御自分で覚悟を決めて見えた方は遠くでも、待っても納得されるけれど

も、意に反して大学病院で出産された方というのは非常に御不満ということがわかりました。

分娩施設の減少と快適な出産

- 少なくとも(まだ近くにお産ができるところがある)福岡の妊婦さんにとっては、
 - 自分が主体的に選んだ「近く、通いやすいところ」でお産ができることはきわめて重要である

産科医や分娩を取り扱う施設の減少に関連して具体的にこまったことがありましたか→あった: 11.2%(n=705)

**アクセスが悪くなる
より集中し、混雑する**

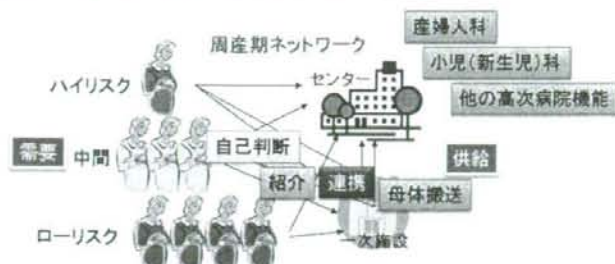
- 一つの病院に集中し、受診者が多くて待ち時間が長かった
- 医師や看護師さんがあまりに忙しそうで、ゆっくり相談がしにくい
- 産期前にお産をしたかったが受け入れてもらえなかった
- 早く分娩の予約を入れないと断られると聞いてあせった
- 急病時に引き受けてくれないというニュースを聞くと自分の時は大丈夫が不安
- 前にかかった病院がお産をやめていたのでお産をするところがないと思った

そうしますと、少なくともまだ近くにお産できるところがある福岡の妊婦さんにとっては、自分が主体的に選んだ近くで通いやすいところでお産できることが極めて重要であるということが言えると思います。

ただ、一方でまだよい、まだよいと言っても、産科医や分娩を取り扱う施設の現状に関して困ったことがありますか、具体的にありますかというお尋ねには、1割を超える方があった。それで、病院が集中して待ち時間が長いとか、ゆっくり相談がしにくいとか、結局そのアクセスが悪くなる。より集中し、混乱する。集約化で予想される問題が出てきているのでは

ないかと思えます。

連携に必要なものはなにか



どれだけのサービスが必要なのか
ネットワークにおける連携とは何か、機能しうるのか？

— 母体搬送を受けた医師は、搬送をどう受け止めているか

すかという、具体的なルールも定義も何もないのが実際のところ。今いろいろな調査があって、どれぐらいの方が実は妊婦健診を受けるのに搬送されるかなどということも調べているのですが、今日は母体搬送を受けた医師が搬送に対してどう受け止めるかという調査について御紹介します。

母体搬送を受けた医師は搬送を どのように評価するか

- A大学、B大学の産婦人科所属医師10名
- A病院に2005-2006年の2年間に母体搬送された症例のうち、医療機関からの紹介症例で、退院サマリーが利用できる184症例
- 搬送の、必要性、時期、搬送前のアセスメントについて、
 - 判定は可能か？ →3段階評価(可能、不十分だが可能、不可能)
 - 適切(必要)か？ →4段階評価
 - 適切(必要)
 - 社会的には適切(必要)
 - 適切(必要)とは言い難い
 - 不適切(不要)
- 依頼者、受診者、診察者、記載者の個人情報 は 消去
- 診療担当者による診療の評価ではない
- 自分が搬送を受けたらどう考えるかを、要約から評価
- 診療の適否を意味しない

上司から金曜の夜に仕事を電話で急にいわれて、変な仕事でもおかしなことでもないけれど、「それ、今、電話でかよ」というようなニュアンスです

もう一つ、連携に必要なものは何か。連携というのはさまざまなレベルの施設があってそれぞれに、特に高次病院の高次病院機能を必要とする患者さんに対しての連携ですね。

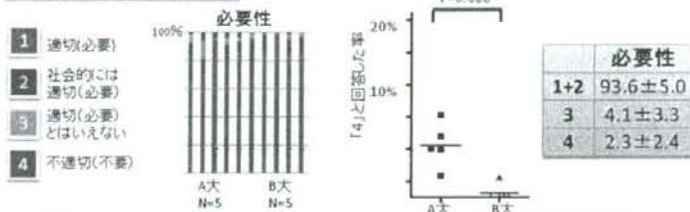
ただ、連携というのは何で

これは、2つの大学の産婦人科医師10名で、A大学ですとA大学病院で2年間に母体搬送された症例のうち、紹介症例で退院サマリーが利用できるもの184名を、それを見てこれからこういう判断ができますかということ

と、正しいですか。ただ、正しいと言っても社会的に適切とか、そういういろいろなレベルはあるんですが、個人情報に消去した上で見てもらっているわけです。だれが手術をしたとか、だれが送ったとかというのはすべて除いて見てもらいました。

今日、報道の方がおられますけれども、診療の評価ではないということです。ですから、診療の適否ではない。例えば、金曜の夜に急に仕事を頼まれて、何でそれを今とか、そんな感じのニュアンスで受け取っていただけるとよいかと思います。

医師ごとの各症例への評価



100%	68例(36.9%)
75~99%	74例(40.2%)
50~74%	31例(16.8%)
50%未満	11例(6.0%)

50%以上	2例(1.0%)
25~49%	9例(4.9%)
25%未満	37例(20.1%)
0%	136例(73.9%)

納得した医師が納得しなかった医師を超えなかった代表例

例数	搬送理由	備考
39	分娩停止	帝王切開(緊急性なし)
40	子宮破裂疑	VBACを試みるも分娩停止し搬送
18	切迫流産	前医は診察せず救急車で直接受診を指示

大学の医師は厳しい。こちらは国立大学ですね。B大学は私立大学ですけれども、これはよく考えると親が皆さん産婦人科です。そういう背景もあります。今にして思えば、それで解析した方が面白かったかなと思っているんですけども、大学でばらつきがある。

もう一つは、A大学のサマリーを見ていますので、A大学の方が厳密に判定しているとか、判断しているというところはあるかと思います。

ただ、こういう不適切とかいろいろ皆、納得できなかったというような例も、自分のところで帝王切開すればいいのを何もわざわざこの時間に搬送してというような受け止め方がほとんどです。ですから、医学的にどうこうというような問題とはちょっと違うところがあります。

そうしますと、おおむね皆さん必要と思っているんですね。ただ、それはやはりおかしいんじゃないか。今でなくてもいいんじゃないか。送らなくてもいいんじゃないかと受け止めている例が数%あります。これが面白いことに、A

ある病診連携(母体搬送)症例

30歳、初妊、A医院で妊婦健診中、現在妊婦28週

午前0時 腹痛、性器出血が出現、増悪し、同院へ連絡
助産師が急いで来院するよう指示

午前0時30分 当直医B医師が診察、早割を考えA院長に相談
Q大病院に受け入れ要請→受け入れ可能

救急車で搬送

午前1時 Q大病院到着、当直C助手、D医師対応
常位胎盤早期剥離の診断で帝王切開決定

午前1時30分 手術室搬入、手術開始、NICU立ち会い

午前2時30分 帰棟

母児ともに問題なく経過

病診連携における産婦人科医の労働のコストパフォーマンス (平成16年度の年齢と金額)



それから、送った方は5万円です。勤務医は2万円。これはいろいろ言われたところで、最近よくなってこちらも時間外に付いてみたりとかしているんですけども、病院の当直料以上に、開業医の当直料もあがってしまったという問題もあります。また、同時にこの間ずっと寝ていた〇科医の先生も2万円もらっているということもあります。

連携している医師たち

	所属	経歴	労働時間	月収(円)	時給(円)	学会参加
C助手 (38)	Q大病院	14	320	45万	1400	研究費
D医員 (30)	Q大病院	6	440	28万	640	自費
B医師 (30)	フリーター	6	210	100万	4400	当直のため不参加
A院長 (5?)	〇医院	2?	算定不能	算定不能 (経費)		

3-5年後
5-10年後
宿日直x10、ガン検診等数回
どこまでが関係かわからない
D医員 (正職員ではない) もA医院で時々当直していたりもする
ある病院の常勤医は他の病院の非常勤医 (収入の主力は非常勤由来のことも多い)

よくある母体搬送ということで、例えば開業医の先生、A医院で早割ではないかと当直のB先生が思って、院長に相談してQ大病院は仮名ですけれども、Q大病院に受け入れ要請をして受け入れた。それで、Q大病院にスムーズにきて当直のC助手、今は助教ですけれども、これは平成15年から16年に使っていたスライドです。それで、無事手術をして生まれました。

そうすると、何がこの間に起こったか。ここは置いておいて、B先生は開業医の当直で、送った後に寝て5万円もらう。Q大病院は、実は大学病院では画期的に当直料はいい方です。2万円もらえます。それで、C教員とD医員で、もちろんほかに麻酔科医や手術部、小児科医、コメディカルは出てきませんけれども、こういう構図があります。

これを連携している医師同士で見ると、例えば15年目で一応一人前で、この月収というのはボーナス込みで計算しています。これは私なので別にいいんですけども、このころこういう状態です。

それで、D医員の方は大学からもらうのが当直料と込みで28万円、学会

参加は自費です。

先ほどのB当直医はフリーターで、月に10回当直してがん検診数回で100万円、もちろん学会は当直のため不参加。

それで、A院長は節税対策等でなかなか正確な算定はできない。

ただ、ここで先ほど海野先生が言われていましたが、D医員もA医院で時々当直をしていたりします。それで、さっき40代の方の大学勤務医の非常勤の勤務が32時間を超えていましたけれども、本来国立大学法人勤務であれば32時間以上は労使協定には反するので、もっと本当はあるはずなんですけれども、C先生は実際にっていないのですが、っていないことにしておいてください。

そうすると、D医員にはプラスアルファがあることになるんです。本来は搬送を受けて働いたものをQ大病院が払わないといけないのですが、このプラスアルファがなぜか送った方から別の日の当直料というかたちで払われるという非常に不思議な医師の給与体系の構図があります。

それで、常勤の医師の当直回数を減らすために非常勤を雇ってというお話が出ていますが、結局は働いている総数というのは絶対変わらないですね。どこで当直しているかの違いはあるんですが、単純に計算してお産をしている施設の分だけ当直医が必要で、お産の活動に参加している医師の数が変わらなければ、どこで常勤になろうが、非常勤になろうが、1人頭の労働をしないといけない量というのは変わりはありません。

それで、もう一つ医者の特徴で、このD医員は数年後に教員になって、その後、数年で開業します。これが今までのゴールデンスタンダードだったんです。だから、送る側、送らない側ということで分けて今は語られることがありますけれども、言葉は悪いですが、同じ穴のむじななんです。少なくとも今まではそうだった。

大学勤務医師(教員)が卒後15年時にイメージしていた医師のライフサイクル



- ◆「患者さんのために」というのは大前提(それを論しても解決しない)
- ◆単なる金額や待遇の問題ではなく、システム(制度設計)の前提が変化
 - ◆キャリアパスの多様化(診療内容の多様化、女性医師の増加)

それをちょっと絵にしてみました。大学や医局というものがあるって、地域施設を経て、その時間軸で見ますと、医師というのはこういう形で開業していくというのがゴールデンスタンダードで

した。例外はもちろんあります。東京はもっと早くなくなっていたのかもしれませんがけれども、これが今までの通例でした。

その中で、臨時の労働力を供給し、大学や病院でもすけれども、それに対して財政的支援を受ける。本来、診療報酬とか病院収益からすべきだったことがこうやって賄われていた。その意味で、母体搬送というのは、例えば手術場を持たないといけないとか、あるいはNICUを持たないといけないといった経営や診療のリスクヘッジも相互にオートノミックになされていたという側面があるかと思います。

ただ、この流れが今スタンダードではなくなってきつつあるんです。だから、言い方を変えると若いうちに年金を払って年を取ってもらおうというような考え方もできるんですが、もちろん患者さんのためというのが前提なんですけれども、この部分が回らなくなれば若いうちに苦勞をして掛け金を払う。自分は年を取って開業してお産をするつもりもないのに何で掛け金を払うのかということを言われたときに、今後果たしてその連携というものは動くかどうか。少し今後考えていく問題ではないかと思います。

母体搬送評価のまとめ

- ・ 母体搬送を受けた医師はほとんどの症例については必要と受け止め、納得している。しかし少数ではあったが、納得できない医師が、納得できた医師を上回っていた症例も存在する
- ・ ネットワークや連携を考える上で、標準化やガイドライン、共通カルテのみならず、**教育**がますます重要になると思われる
 - － 医局が違えば退院時サマリーの理解も、症例に対する反応も異なる、つまり医局による教育はその圏内の均質性を担保していたともいえる
 - － 臨床研修が多様化した場合に、地域での「共通認識をどう担保していくか」を検討していく必要がある
- ・ **現行システム(独立組織の善意)での連携には限界がある可能性がある**
 - － このおかげで良好なアクセスが維持できたのも間違いなし、急に変更すればさらにうまくいかなくなると思われる。

まとめで、最後の視点も入りましたけれども、1つはカルテの問題です。それから、医局が同じということはある程度共通の認識を持つ上で、共通の担保を持つ上で非常に大事である。

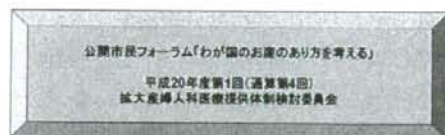
それから、地域医療圏の均質性を担保していった。これが、臨床研修が多様化した後に果たしてもつのか。

もう一つは、今のシステムですね。多分、診療報酬にせよ何にせよ、あるいはある意味医師の終身雇用制みたいな制度になっているんですけども、そういう仕組みが回るためのシステムを元にした連携というのが、昔であれば待遇改善しなくて改良すればよかっただけの話なので、それが回らなくなった上で果たして待遇改善とか、今までと同じ施策で通用するのかなというのはいろいろ考えないといけないことかと思います。

ちょっと時間がなかったので駆け足で申し訳ありませんが、以上です。ありがとうございました。

○司会（石川） ありがとうございました。福岡先生からは九州の状況も含めましてお話をいただきました。

○石川 続きまして、周産期医療において今、話題に上っております助産師さんの役割につきまして、山梨大学教授の遠藤俊子先生から「助産師外来から院内助産への道筋」というタイトルで分担研究の報告をお願いします。



岡村班研究からの報告(3)
「助産師外来から院内
助産への道筋」
山梨大学大学院 遠藤俊子

厚生労働省『安心と希望の医療確保ビジョン』報告書

助産師については、医師との連携の下で正産産を自ら扱うよう、院内助産所・助産師外来の普及等を図るとともに、専門性の発揮と効率的な医療の提供の観点から、チーム医療による協働を進める。

それらの前提として、助産師業務に従事する助産師の数を増やすとともに、質を向上させる必要がある。

平成20年度から厚生労働省
院内助産所・助産師外来の開設のための施設整備・助産師研修事業補助
平成20年4月厚生労働省政策課課長へ 助産師外来273施設、院内助産31施設

平成19・20年度岡村班「助産師活用分班」の研究として、助産師外来当番業務調査・助産師外来機能評価(案)の作成、助産師外来ガイドライン作成・中堅助産師能力促進標準研修の検討、用語の検討

○遠藤 では、続きまして、分班を構成しております岡村班の中の助産師活用班の遠藤でございます。よろしくお願いたします。

厚生労働省におきましては、安心と希望の医療確保ビジョンの報告書を既に出しておりますが、その中で助産師につきましては専門性の発揮と効率的な医療の提供の観点からチーム医療による協働を進めるといことが出されております。同時に、平成20年度から厚生労働省におきましては院内助産所、助産師外来開設のための施設整備並びに研修補助事業費というものが出されております。

では、日本に今どのくらいの助産師外来並びに院内助産をやっている施設があるかというところに関しましては、看護課の調べでございますが、4月1日現在273か所、院内

助産に関しては31か所と伺っております。

本日の主題でございます岡村班の助産師活用分班としての研究では、この間に何を行ってきたかということに関しましては、助産師外来担当者の実態調査と助産師外来機能評価案の作成を19年度に実施し、今年度助産師外来のガイドラインの作成、中堅助産師の能力促進標準研修の検討並びに、用語の検討を現在行っているところでございます。

先ほど来、助産師の活用ということに関しても多々言っていたと思いますが、専門性というところで助産師の専門性とは何か。ここでは、妊娠、分娩、産褥の正常に経過している母子の診断能力を持ち、妊産婦や家族が健康に暮らせるための支援ということ

です。助産師の活動の大きなメリットは妊産婦さんや家族と時間を共有できる。あるいは、提供する技術ということ。妊娠、分娩、産褥の経過のみならず生活を整える技術、食事や排泄や活動、諸々のいわゆる生活を整える、あるいは育児をしていくというところの

助産師の専門の発揮

妊娠・分娩・産褥の正常に経過しているという育児の診断能力をもち、妊産婦さんや家族が健康に暮らせるための支援

- ◎聴く、話す、理解しあう、納得する
- ◎時間を共有できる(ともにいる)
- ◎提供できる技術がある
 - 妊娠・分娩の経過を判断する知識・技術
 - 生活を整える技術 食事・排泄・活動
- ◎分娩の進行の判断と提供するケアの一致
 - 状況がよめる：妊婦の状態からの推測や分娩の判断
 - 状況に応じたコミュニケーションや心身のケア
- ◎ニーズを実現するための調整能力
 - 家族や医療関係者との調整

技術、更には分娩の進行の判断と提供するケアが一致するということが、満足できる出産につながる。コミュニケーションと技術とをうまく使った心身のケアができると思っています。

また、ニーズを実現するための調整能力も期待するところではないかと思っています。

この助産師活用が求められ始めた時期は、平成16年度の厚生科研だったと思います。

お産全部を見たとき正常な割合がどのくらいあるか。これは、恐らく総合周産期母子医療センターでのデータですので、低リスクは3割と言われておりますが、2次あるいは1次医療機関においてはその比率はもう少し上がると言われております。このグループが存在する限り、助産師はもっと活用してもいいのではないかと

妊娠リスクスコア (n=2802)

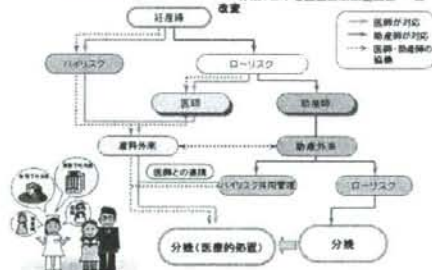
出典：中社正雄、平成16年度研究報告書「産科領域における安全対策に関する研究」



いう発想です。

助産師が担うお産「院内助産」

作成：日本管理協会企業本部 一部



ローリスクであっても分娩時にリスクが出てくることはあるわけですから、連携ということは当然で、いつでもその移行が可能であるということが院内の最大のメリットであります。

どのような仕組みがあるかということに関しましては、3年前からこの表を出しておりますが、それぞれの施設において助産師と医師の構成割合が重要です。それは人数であったり、それぞれの卒後の年数であったり、経験の度合いで変わってくると思いますが、ハイリスク、ローリスクをある週のところまで医師からゆだねられ、そして助産外来と産科外来とを組み合わせるやっていく。もちろん

助産師外来担当の実態調査2007

調査の目的

- ・ 担当の実態把握
 - ・ 研修の必要性
- 助産師外来を実施している13施設の助産師206名を対象にアンケート調査

目標

- ・ 担当の健診能力の質の確保
- ・ 助産師・医師とのチーム医療の信頼確保

2007年度に私どもは、助産師外来をしている助産師206名を対象に調査をいたしました。それは、健診能力がどのようなものであるかということと、チーム医療の信頼確保のためにどういったことがされているかということ調査をいたしました。

助産師外来担当時と現在の健診能力比較

平均年齢:36.3±7.3歳 助産師経験年数:12.4年±7.0年
分娩介助件数:348±84件、外来担当期間:2.8年±4ヶ月



この健診能力に関しましてはピンクのところを担当時です。平均2年8か月平均外来を担当しているわけですが、現在どうかということの差を見たものです。いずれの項目においても、有意に担当することによって着実に能力は伸び

ていくということになります。この時の助産師の平均年齢は36歳、助産師として12、13年のところ、分娩介助件数は348件でしたから相当なところでございます。

助産師外来

妊産婦にとってのメリット

- 健診時間のゆとり:30分
- 継続ケア
- 相談のしやすさ
- 妊婦の主体性を高める
- 生活上の助言が得られる

助産師にとってのメリット

- 助産師のやりがい
- スキルアップ
- 妊産婦や家族の理解
- 信頼関係 (妊産婦・医師)
- 継続ケア

助産師外来で、この研究を通して見えてきた妊産婦にとってのメリットは何かと言いますと、検診時間が1人30分というゆとりがあるということ、そして相談がしやすいということ、妊婦の主体性をたかめる、あるいは生活上の助言が得られるというようなことでした。

助産師にとってのメリットは、助産師のやりがいが出てきているということや、スキルアップができてきていること、妊産婦や医師との信頼関係が構築できているということでした。

スキルアップができてきていること、妊産婦や医師との信頼関係が構築できているということ

助産師外来担当者の必須能力

- ・ 確実な問診、聴診、触診技術
- ・ 母体・胎児の健康状態のアセスメント
- ・ スクリーニング能力
- ・ 妊婦のニーズの把握と情報の選択
- ・ 妊娠中のトラブルやリスクへの対応能力
- ・ 異常発生時の対応能力
- ・ 妊婦・家族とのコミュニケーション能力
- ・ 関係者・部署との連携能力

調査の中から、私どもは助産師外来担当者である助産師の必須能力というものを抽出しております、これらの項目を研修により更に強化することによって助産師外来を担える助産師を育てていくことを考え