

そこで検討され、まとめられたそういう資料をこの研究班でも併せて検討材料として重なるというのは本来の厚生科研の体制からするとあまりいいことではないと聞いたことがあるのですが。

一戸：データの流用はできないと思います。

池ノ上：そういうことになるのですね。

池田：まあ、日本の周産期のために使うのですから。

池ノ上：例えば母体死亡の研究班でまとめた資料を先生が別の視点でまとめて、ソースは一緒かもしれませんが、この研究班用の研究として先生がまとめたものをこの研究班で検討するというのはおかしくないのではないですか？

一戸：それはデータの中身だと思います。あとはどうやって申請の手続きをするかというようなその辺の細かいところは今はわかりませんので何とも言えません。

池ノ上：あとの評価のときにデータを流用しているのではないですか、他の研究班のデータではないですかと時々厳しく評価の時に対象になることがあるんで。

一戸：必要な手続きをとってできるのであればいいのかもしれませんが、何もなくやるというのはちょっと無理だと思います。

池ノ上：ちょっとリスクが大きいですね。この研究班の活動そのものに関ってくる可能性があるということですね。それは池田先生の方で出していただいて、それをリファレンスとしてこの研究班でも検討するというのであればいいのではないのでしょうか。

杉本：周産期医療体制ということの問題点という意味では、1次医療機関の在り方というのは確かに池ノ上先生が言われたような問題点があることは事実です。私の守備範囲である都会における周産期医療体制の中で周産期搬送、母体搬送、新生児搬送の他に母体救命搬送が行われるようになって、その内容を含めたレポートとして提出させていただいているので、そういう意味では母体救命に関する部分も都会にある部分に関してはレポートして今までも出ていると思います。全国的な視野でのレポートがあってもいいのではないかと思

います。

池ノ上；ですからこの班での先生方の地域での母体の救急搬送、そういったことも視野に入れながらみていく。周産期体制の中で特に前回も議論になりましたが、どうしても周産期体制というのは新生児、未熟児の方が先に動いて、その後、母体管理が追いかけているという格好ですので、まだまだ不備な点というのが、母体救命の方に残っていると思います。

杉本：医療体制という意味では1次医療機関が常勤だけでこの体制を維持しているところは非常に少ないのです。こちらは母体搬送を受ける側ですが、昼間は常勤医師が働いていて、夜になると大学からの応援による非常勤医師が受けるといったケースが多いです。夜間の救命搬送で、その病院からついてきた医者は誰かと思えば大学、医局からの派遣医ということはかなり多いわけです。そういうことでは1次医療機関の体制そのものが本当に十分に安全を守る体制なのかというのは今、我々は周産期センターに主眼を置いてやっていますが送られる元のところにも問題は発生しているという認識は持たなければならないと思います。

徳永：1次施設の者として、よろしいでしょうか。これには2つ問題があると思います。池田先生がおっしゃられたように、1次施設で輸血をしようと決断をする時に、どっちにしたらいいかと迷う時に取ってしまうともう戻せないのです。そのまま施設の負担になるという可能性があるというのが1つ。それから、病診連携というのが皆さんの頭にあるかもしれませんが、逆に診療連携という形で困っているところに誰かが助けに行くという中で搬送するという仕組みを作る。それから助けに行くという体制をある程度認めるということ。昔でアルバイトのように、公的病院の医師が1次施設にアルバイトに行くという感覚で規制しているようなところがあるのですが、そうではなくて、困った時には診病で逆の連携をしながら助けるという仕組みを作らないと、1次施設の出血死亡などはなかなか救命できないと思います。実際に自分が開業して今感じています。私の場合は、市民病院にずっと

いたということもあって、言えばすぐに来てくれて、私が出血をある程度コントロールして、人出が来たところで処置をする。あるいは搬送するという判断をするのですが、そういうことが出来る施設と出来ない施設というのがあるわけです。本当に救命しなくてはならないのは、そういうところが出来ない、困った時にお互いに理解しながらどのような連携をするかという体制作りが必要だということです。特に新潟辺りの地域になってしまうと逆の発想もしておかなければならないと思います。

池ノ上：徳永先生の今のご指摘はまさにその通りだと思います。産科医療ほど最大人員で7～8人もいるときと、平穏な時は2～3人でいいというこのバリエーションの大きい典型的な医療なのです。だから例えば徳永先生のところに市民病院の先生がバーっと集まって、そこで危機を乗り越えたらもとに戻るといようなことを県立病院、市立病院、国立病院はなかなかやりにくい。ルールの問題であって、ルールを変えればよさそうだと思うのですが、宮崎の場合だと県立病院がなかなか動かない。表の入口ではなく、裏から入ってそっと帰ってきなさいと。病院長さんに見つからないように。そんなことでしか動かないのです。前もそういうことをずいぶんお願いしたのですが、特殊な状況を、ルールを作ればできるはずだと聞いたことがあります。

徳永：前に市民病院に木村先生という病院長がいたときですが、1人でしかやっていないところをどうしたらよいかという時に、救急事態ということであれば、そういうことはあなたの判断でやりなさい。病院長同士でお互いにそういうことが起こったらこうしようということとはなかなか難しいけれども、そうでないときにはあなたの責任でやれば私はそれを認めますというようなアドバイスを受けて対応したことがあります。日本の医療の仕組みというのは総論は賛成ですが、各論のところに行くといろいろな縛りがあるのですね。そこらへんが非常に問題があると思います。

池ノ上：おそらく他の診療科というのは、交通事故とか、大事故ではない限り、突然大出血が起こって、突大人出をたくさん必要とするという分野はあまりないように思います。

他はたいてい準備期間がある。こういうのは先程の地域の機能が上手くいくかというような体制づくりに入ると思うので、どちらかというたとえば医師会とかも一緒に声をあげてもらおうと対応出来るかもしれません。

岡本：助産所も1次施設の悩みなのですが、今、前回の医療法の改正で産婦人科の嘱託医と嘱託医療機関を持たなければならないということになりました。ところが最近の医療事情、産科の崩壊で結局嘱託医や嘱託医療機関になってくれるところがまず非常に少ないということと、確保していてもそこが満床であれば機能しないのです。やっとならぬ周産期医療ネットワークが全県で整備されたと伺っています。助産師会ではかねがね周産期医療ネットワークがきちんと整備されれば、19条の嘱託医療機関が確保されたとみなしていただきたいとずっと要望しています。しかし全然だめで、医政局長の嘱託医療機関になってあげなさいという通達だけが時々出るという形です。実際に本当に確保が難しいのと、嘱託医と嘱託医療機関の2重の縛りになっています。今回ある地域で嘱託料を払ってもらわないとならないということが起こってきています。それが組織としてある県の産婦人科医会とその県の助産師会で文書で交わすようなことが出てきています。私はそれはいかななものかと思っています。もちろん個々が納得して、個人でやる分には全然構わないのですが、法律的に決められた母子の安全のためになっている制度の中で、それから緊急搬送の時には保険の中から7万円が医療機関に入ることになっていますし、そういう意味で嘱託料が必要になっている事態は非常にいかななものかと思っています。先程申し上げた周産期医療ネットワークを中心とした受け入れ体制をやってもらうことが1番重要で、その際に前回の改正の時にもそういうことではないんですよと言ってくださったのが本当に緊急の時は嘱託医に連絡がつかない時もあります。その時はいきなり3次医療機関に搬送になってもかまわないということをおっしゃったのですが、現実的にはNoという地域がまだまだあります。そういったことをもう少し考えてもらえると。

池ノ上：それは周産期センターの方でNoというのですか？

岡本：そうではなくその県の産婦人科医会です。

池ノ上：ああ、産婦人科医会がまず嘱託医を通して下さいと言うのですね。それはちょっと非現実的ですね。ゆとりがある時はそれでいいですけどね。

岡本：そうなんです。

池ノ上：だけど、大出血とかそういう時にそのルールがある。やはり地方行政の救急車が動く時にその町の役場を通さないと救急隊が出動出来ないというので、しかもその町のドクターが診ないといけない。しかもそこは産婦人科医がいないという、これは宮崎県の話なのですが、そうすると内科の先生にまず相談して妊婦さんがお腹が痛くなったから救急隊の出動を要請して、役場の人が救急車に乗せて、近くの県立病院に運ぶという。そのために非常に困っているという話がありました。宮崎県の山間部の地域です。それってちょっと無駄じゃないという話になりまして、救急隊が判断して救急隊でセンター病院に運ぶというようにルールを少し話し合ってもらったのです。今の話は産婦人科医会と助産師会とのいろいろな話し合いで本当はすんなり行くべきところが行ってないということがきくとあると思います。それから、私はあまり深いことはわかりませんが、お互いの情報が誤って解釈されたり、誤って伝わったりして、誤って流れた情報でお互いの意見がまとまらないというところがあるみたいですね。ですからこういう制度を考え、話をするといういろいろな立場で、ある程度フィルターをかけながら、読んだり見たりされる場合は非常に注意しておかないと我々の本意でないところが伝わってしまう訳です。今の話もきっとそうではないかと思います。そこら辺を丁寧に自分たちのコンセプトなり考え方をしっかり相手に伝えて、また相手からの話を受け取るという、そういう丁寧さが必要かなという気がします。

岡本：そうですね。

池ノ上：この資料2について他にご意見はありませんか。ここをご覧いただきながら、次の項目が本年度の研究計画、報告書の作成についてということに移らせていただきたいと

思います。資料3はそれぞれの班員の先生方に分担していただく研究項目です。だいたいこういう視点でご検討いただきたいというのを資料3にあげさせていただきました。これと資料1、2をゆっくりご覧いただきながら、今年度の研究計画ということについて考えていただければと思います。あとで関本先生から研究計画についてご提案がありますので、それ以外の先生方で今年こんなことをやってみたいけど、どうだろうかというようなお考えがありますでしょうか。

楠田：調査は今年も続けることは続けるのでしょうか。

池ノ上：今年で最後の年になっていますので、最終報告を年度内に出さなければならないということです。この班としてのけじめはこの年度に収まらないといけないと思います。

楠田：評価の調査はいつ出たのでしょうか。

池ノ上：だいぶ前ですよ。

榊原：去年の4月頃です。

金子：前の年のことがまとまっていないのです。

楠田：あれの最新というか、今回はデータとしてはわからないということですね。施設評価の詳しい内容です。

池ノ上：地域と総合とを全部まとめたものですね。

杉本：あれは平成9年度実績ですよ。昨年度はまた新しい実績があるわけですよ。年度によってどの程度のばらつきがあるかという意味では、平成10年度の実績に基づく評価というのがあってもいいのかという気がします。

池ノ上：調査は2回しましたか？

楠田：1回です。

榊原：去年は補助金をもらっている施設に出して、事業計画と一緒に出していただきました。

池ノ上：補助金は出ているのですか？

榊原：出ています。

金子：評価された補助金ですか？

榊原：評価基準は関係なく・・・。

池ノ上：評価は関係ないですよ？

榊原：基準額通りです。

楠田：もしデータとしてあるならば、それはそれでNICUのベッドの関係とか新生児科医の数とかそういうのは非常に貴重ではないかという気がします。

池ノ上：それを使って先生方が自分の視点、自分たちの分野を再検討いただくということは可能ですよね？その資料を使えるかということですよ。

金子：改めて2010年度の調査が出来るかということですか？

楠田：そうです。

池ノ上：ああ、もう一度2010年度の調査を。

榊原：技術的には可能ですが、去年の会議でも基準を見直すべきではないかというお話があったと思います。もしやるのであれば見直してからやる方がよいかと思いますが。

杉本：見直した基準でね。

楠田：ただ項目は同じ方がよいですよ。

杉本：基本的な修正ということですね。

楠田：評価の見直しは必要だと思いますが、項目を変えてしまうと比較できないので、項目は同じで。

杉本：重みづけですよ。

池ノ上：そうですね。

一戸：これが微妙なところで、この前は行政的に使うということ前提で指導課として集めているのですが、それが今データとしてあっても補助金が・・・というのを去年の4月に通知していて実際何も動いていない状況です。これがもう1回我々から出すと、「また」と

いう話になるので、指導課名で出すというのは難しいのではないかと思います。

池ノ上：研究班としてやるのであれば全然問題ないですね。

一戸：指導課としてやる時は、評価することを前提でやらなければなりません。それが出来ない以上は研究班の名前でやっていただく必要があるかと思います。

池ノ上：それはそれでよいかと思います。

楠田：宮崎の事務局の手間が増えますけどね。可能であれば次のデータがあると・・・。

ここ数年でかなり周産期医療体制が変化していますし、東京都のベッド数もだいぶ増えていきますし。

池ノ上：ただ、私はちょっと問題があると思っていて、調査はしました。おっしゃっているように補助金を出すというための検討ではあったのですが、私たちは本当は周産期体制のシステムをよりよいものにするためにはここまでやってもらいたいという意味でずっと議論してきて、それを研究として、つまり周産期医療体制を整備するという意味でのちゃんとした研究成果というのをまだ出していないのです。だから平成9年度の調査の結果でどこに問題がありそうかという。例えばそういうところはこの資料には出てきているのですが、都会と地方との違いとか都会型の集約体制とか、そういったところはかなり裏が取れると思います。ということはこの研究班で提言をまとめるところは、もうワンステップしないといけないのではないかとこのように思っています。あれがただ、補助金のためだけに使われるとなるとかなり反発があって、こんな不十分なものでやられちゃ困るといような意見が出てくるわけです。だけど、それはそれで私たちの目指しているのはもう1つ別なことであって、将来こういうふうに周産期センターはなるべきではないかと、そして、それは今の日本の現状ではどこまで出来ているか、どの地域ではどれくらい出来ているかというところが見えてくるような項目になっています。それを使った研究というもののまとめをワンステップ入れる。そして、項目の内容の不備や重みづけを再度見直すというステップにしたいと思います。今年度はもう私としては前のデータをまとめるというこ



とでよいかと思います。前のデータは使うことができますよね？

榊原：以前お渡ししているものですよ。

池ノ上：それをそれぞれ先生方にお渡しして、今のような趣旨での検討をする。

関本：今おっしゃったのは初年度の評価データ、個票というか施設ごとのデータということでしょうか。

池ノ上：ですよ。

金子：はい。

関本：それをこの研究班で分析してということはやってもよいと。

池ノ上：はい、今そういう話になっています。

関本：一連の議論を聞いていて考えたのですが、よい周産期医療体制というのはどういうものかという問題提起があって、やはり施設ごとにするとう無理があるので地域ぐるみの評価というのはどうしても必要なのではないかと思います。これが地域になると途端にデータを取るとするのが非常に難しくなるというのは皆さんがご指摘された通りです。いろいろなご意見がありましたが、1つにはやはり産科で1番問題になるというのは人が死ぬということが1番注目されるうえに、社会的にも問題になりやすいので1番最初のラインとして例えば、母体死亡をなくすとかそういう1番最初の目標になると思います。先程言われたlate pretermの障害をなくすというのは恐らく予後を追跡するのは難しいですし、社会的にもわかりにくいことだと思うのです。周産期医療が悪かったからlate pretermの予後が悪いというのは当然医学的にはあると思うのですが、社会的にも見えにくいし調査も難しいということでそういうことを見直すというのは、目標としては下のレベルに来るのかと思うのです。そうするとやはり地域でうまくいっているのはどういうことなのかとうと、365日24時間だれかがすぐに受けてくれる体制があるということが恐らくこの班の中でコンセンサスがあるよい医療体制だとなるので、それをどうやって評価するかとなると死亡が少ないとか、誰が受けるか決まるまでの時間が短いということころまでいって、

それで地域全体を評価しないとどうしても施設ごとの評価と言うのは難しいと思います。例えば、地域ごとの母体死亡のデータや、これは難しいのですが、最初に発生してから受け先が決まるまでの時間のデータというのは実際問題として入手可能なのでしょうか。もし、地域で評価するとなるとその2つが1番その地域の優秀さを表す指標になるのではないかと思います。

池ノ上：恐らくははっきり目に見える、そして誰もが分かりやすいというのは、先生がおっしゃった通りのことだと思います。この班でやっていたのはそれを達成するために、どういう機能を持った施設がありますかということで、例えば麻酔科の先生の availability はどうですかとか、非常に重篤な症例が起こったときに脳外科医はどうですかというようなところが項目に入っています。ですから、先生がおっしゃったような大きな項目、その地域の母体死亡はどうですかとか、それ入っていません。周産期死亡や、地域全体の機能状況を示す項目というのが入っていないとまずいかなと思います。先生がおっしゃった事例発生から病院収容までということについては・・・。

杉本：救急隊員のデータとしては持っているわけですね。消防署隊員のデータはあります。

池ノ上：それともう1つこの周産期がやりやすいのは大抵1次施設でずっと診ています。開業医の先生のところで診ていた患者さんがおかしくなって2次、3次に行っている。だから送る元が医療施設、受けるところも医療施設です。一般の事故になるとこれがばらばらですよね。救急医療もそうです。自宅で倒れたとかそこら辺がはっきりわからないですけど、周産期の場合は送る元も、受け取り側も病院なのでそこら辺はより集めやすい状況であると思います。また、杉本先生が言われる救急隊員の協力が得られれば、さらに集まると思われれます。

杉本：今年に入ってから佐賀県で総合周産期センターができて全ての県に総合周産期センターが配置された。やっとそれが出来上がったところですね。ですから、周産期搬送体制の求められるような数字が各県でどこまで出せるのかということですね。

佐藤：青森県は10年くらい前から県の事業として独自に母体死亡登録調査を行っています。青森県は年に1例とかで非常に少ないです。1例、0例、1例、0例・・・といった感じですので絶対数としては少ないですが、そういう統計を出そうと思えばすぐ出せます。ただ、実は母体死亡ではなく池田先生がよくお話されている晩期母体死亡ですが、晩期母体死亡の症例というのがかなり私たちの目の届かないところで発生しているということが私たちは調査をして分かりました。2ヶ月後、3ヶ月後に高血圧症候群などで結構亡くなっていたのです。

杉本：1年前で取るとかなりありますよね。

佐藤：そうですね。そこのところはやはり私たちが掴みたいところでして、そこまで拾って初めて周産期の予後というのができるのではないかと思います。諸外国と比べる時に指標として、日本の母体死亡というのはやはりデータが不備であると思います。掴めないところにあると思います。

池田：昨年から1次施設で起こって何分くらいで運ばれて、どういうことが起こったのかというのはかなりフルでわかるようになりました。画期的なことだと思います。母体死亡に限って言えば、もちろん産婦人科医会の先生方が登録されるのですが、厚労省の統計では去年母体死亡が48例ありました。こちらの登録は45例ですので約90%は把握できています。それがどれくらいの事例が起こって、どれくらいの時間で運ばれて、どうなったかというのがほぼ掴めるようになりました。

池ノ上：はい、ありがとうございます。それでは関本先生の研究計画をお話していただきたいと思います。それを含めてまたご検討いただければと思います。

関本：準備している間に私の方から簡単に説明させていただきます。私の担当は勤務実態と医療経済的評価ということで大まかに2つテーマを考えました。そのうちの1つをご紹介します。ここにあげさせていただきました「タイムスタディ」ということです。業務量評価をするときに非常に古典的な手法があります。これはやはりアメリカなど

ではとにかくマンパワーというものを評価するのに、医者がどういう診療行為に何分づつ使ったかということをご細かく、詳しく、1人の医者につき1人の観察員がはりつくようやり方で行っています。これはあまりにも難しいということでもっと簡単な方法を使ってなんとか周産期に関する医療機関における業務量を評価できないかということで今回提案させていただきます。こちらの濱田先生から説明致します。

濱田：お時間いただいております。先程関本からお話をいただきましたけれども、産婦人科の業務量というのを量るために、非常に古典的ではありますが「タイムスタディ」という方法がございます。先程池ノ上先生がおっしゃいましたが、産科医療というのは時に突風が吹き荒れまして、とんでもなく医者のマンパワーが必要になります。一体どれくらいのマンパワーが必要なのか、どれくらいの人がいれば足りるのかというのを評価しにくい現実がございます。それを量る方法がタイムスタディです。我々のしたいことというのは、やはり診療機関にどれくらいのマンパワーがあるか、どういう人員が配置されているのかということです。いわゆる供給面の議論というのは比較的されていると思います。どういう患者さんがどれくらいいてというのは結構データがあると思います。そういう患者さんを診るためには何人医者がいたらいいのか、何分くらい時間がかかるかというのはなかなか理解されにくかった。この研究では、需要面、これまでは産科診療における業務量に関しては患者数、分娩数、手術数、母体搬送数がありましたが、単に患者さんと言っても何もせず普通に退院していく方と時には1人といっても10人分、50人分も手間がかかる方がいらっしゃいます。そういった業務量を量りたいというのがこの研究の趣旨です。実際に現場でどれくらい業務が必要なのか、実際どういった疾患であったり患者さんだったりすると業務量が多いのか、その業務量をこなすのにどれくらいのマンパワーがあればいいのかを知りたいというのがこの研究の目的です。タイムスタディという方法は先程簡単に関本が説明しましたが、特定の人物の一定期間の行動を測定するという方法で、アメリカなどでは原価計算等に用いられていますが、日本でこのような方法

を使っている医療機関は少ないと思います。面倒だと思われるかも知れませんが、実際に病棟での診療時間等を書いていただくことになります。ただ、自分で書いていただくのと、調査士がついてやるという2つの方法があります。自分で書いていただく場合は、行為数が多いため自分でも覚えられないということと、それを書いている暇がないという問題があつて産婦人科の先生にはなかなか協力していただけない。一方、後ろにピタッと誰かがくっついて観察して書き続けるという方法もありますが、ずっと後ろについているというわけにもいきませんし、調査される方にもプライバシーがあり、また医療従事者ですから患者さんのところにも行きますので、そこまで調査士がついていくのかという問題があります。また、それにはコストがかかりすぎるのでたくさん調べるというのはなかなか難しいという意見がありました。そこで我々は、もう少し簡単に調査ができないかということで、皆様の業務を4つに分類しました。外来、病棟、手術、医局等のその他というように4つだけに分類してそれぞれの時間に何をしていたかだけを書いて下さいとお願いする記録用紙を作成しました。本当はそれぞれの患者さんに何をしたかという細かいことを聞きたいのですが、細かい部分はDPCデータをいただくことによって、詳細な医療行為が含まれていますので、そこから何が行われたということを取得しました。書いていただいた記録紙とDPCデータをつき合わせることによって、どういう患者さんにどういったことを行ったか、どういう診療行為だと時間がかかるかというのを計算しましょうというのを行いました。実際これまでに、関西地方の4つの病院にお願いしてやっていただきました。まあ、これぐらいだったら書けますというお返事はいただきました。実際これが4病院に対してお願いしたのですが、1日の時間が書いてありまして、外来、病棟、手術、その他の教育とか会議とかを1日1枚書いて下さい。一週間お願いしますということでやっていただきました。この調査を行うことによって、1日どれくらい仕事をされているかということがわかります。また、1人の患者さんあたりの業務量もわかります。こういうことをすることによって実際、どれくらいの人的資源が必要かというのが推定できるのではないかと考えま

す。タイムスタディを行うこととDPCデータをつきあわせることで研究が可能になります。実際にどういうことをしているかと言いますと、A先生は9時から外来、その後手術、病棟業務をやって書類を書いてその日は帰る、B先生は同じように業務をする。1日に行われたデータからこういう行為が行われていたらしいというのがわかりますので、それぞれを病院ごとに集計しなおします。データをつきあわせることによってどのような診療行為に時間がかかっていたかということを統計学的に線形回帰モデルで説明できます。昨年、4病院を対象とした調査の結果はこちらです。京都大学でDPCデータをいただく研究というのをしていて、そちらに参加されている病院で2次、3次医療機関の4病院にお願いしました。関西地方にある4つの病院で周産期センターが3つ、市民病院で医療指定なしが1つで構成されています。これは病院1日あたりどれくらい業務をしていたかということになりますので、B病院は非常にactivityが高く非常にたくさんの仕事をしていたということになります。1人当たりになおしますと、病院によって差はなく1日10時間くらいは仕事をされているということになります。これは本当に仕事をしている時間なので、ご飯食べている時間や医局でくつろいでいる時間は全く入っていません。やはり一番大きいのは病棟で業務をしているというのが大きいです。多少病院によって大きい病院の方がその他の業務が増えがちであるというのがわかりました。これは先生の年齢、職種によつての統計ですが、若い先生ほど病棟の仕事をたくさんされていて、だんだん年齢が高くなるとそれ以外の業務が増えるということになります。外来も当然経験年数の多い先生が増えていくということがわかります。ただ、どの先生においても病棟で仕事をされている時間が非常に長いということです。これは実際、この仕事をされていた時にどれくらいその病院で1日に診療行為が行われていたかということです。最も皆様の業務の中でブラックボックス化されているところは、やはり病棟にどれくらい時間がかかっているかということです。外来は1日に何枠ありますというのが決まっていますし、手術は手術件数で手術時間が決まってしまうので推定を出しやすいのですが、病棟で患者さんを診ている時間というのは比較

的わかりにくいところなのです。手術をすると患者さんに説明をしたり、術後回診をしたり、カルテを書いたりするので大体手術1件に3時間くらいは病棟で仕事をしないとけない。MFICUの患者さんがいると負荷が多くて4時間半くらいはその人に取らなければならない。お産というのも4時間くらいはかかる。大体15時間くらいは病棟で仕事をしないとけないということが計算されました。実際にこのデータを逆算にを使って、市民病院クラスですと年間分娩が500例、手術件数が300例あって、周産期センターの指定はない病院ならば、1週間で大体200時間くらい仕事をさせていただく必要がある。外来は含めていませんが、これくらいは仕事をしないとけなくなる。労働基準法を遵守して人数を配置するならば5人の産婦人科医が必要である。実際は当直をしないとけませんので、もう少し多い方が本当は嬉しい。どうしても4病院で偏っているので、もう少しデータを集めて病院ごとに違いがないか、地域性がないかというのを調べたい。どうしても1週間なので、この調査ではとんでもない症例のデータは混ざっていませんでした。突風が吹いた時にどうなるかというデータは取れていませんので、今後そういうのが取ればさらに役に立つデータになるのではないかというふうに考えています。これはある先生にお願いして書いていただいたものですが、15分単位で書いていただく。手術の場合は少し細かく書いていただければよいのですが、データはとれますのでなくても大丈夫です。この研究は個人が何をしていたかというのはあまり重要視してなくて、産婦人科という部門全体でどれくらい仕事したかというのを重要視しています。病院の中でやる先生、やらない先生が出てきてしまうとデータが不確実になってしまいます。研究をするのに申し訳ないのですが、病院単位で参加していただく必要があります。つまり、研究に参加していただけるということになれば、産婦人科に所属してそこで仕事をしている全ての先生、できましたら研修医の先生も重要なマンパワーですので研修医も含めて全ての先生にご記入いただきたいと思います。1週間お願いしていますが、全ての先生の調査期間も合わせていただくというのが面倒かもしれません。先生方をお願いするというよりは事務の方へのお願いす

る形になります。調査期間に産婦人科に入院されていた患者さんにどういった医療行為が行われていたのかを把握するために全ての患者さんに関するDPCデータをいただきたいと存じます。DPCデータでは算定されていない自然分娩や自費診療分や入院期間の長い患者さん分のデータもそのままいただければと思います。これは各先生方への個人情報への配慮ですが、名前を書いていただく必要もありません。また、個人のデータを病院長や管理者が閲覧することやありませんので、個人で記入したうえで返却していただければと思います。以上、この研究をすることによってどういう風に皆さんがお仕事しているかを把握できればと考えています。

池ノ上：ありがとうございました。何かご質問はありますでしょうか。

杉本：タイムスタディで、夜勤帯の勤務者を確保するのが難しいのですが、今回のスタディでは夜勤帯の仕事量というのはどのくらい人がいたらいいのだろうかというのはある程度情報として得られますか。

濱田：夜勤帯と通常時間帯は実は区別しないで計算するようにしています。もちろん、人数が増えれば夜勤帯に特別になんらかのフラグを立てて別途解析することは可能ですが、今回お見せしたデータではそこはしていません。夜勤帯の場合で非常に難しいのは、多くの場合は休んでいますが、一時的にお産に行ったりしてどこまでが勤務で、待機してお産をするとかそういうのをどうするかというのを考えてやらなければならないかなと思います。分娩進行者がいた時に、医師の場合はずっと寄り添っているというわけでは多く場合はありませんので、その辺りをどうするかというのが多少難しいと思います。

杉本：私の病院は全国では非常に少ないのですが、交代勤務制を取っています。ですから、夜の仕事の内容によって夜勤者をどのくらいにするかというのは非常に重要な問題です。ですから、産科という仕事は本来24時間で特に夜のお産が多いのです。そういう意味では交代勤務制に出来るのが将来的には望ましいそういう職種だと思います。

濱田：これはどちらかというと、交代勤務制のうが研究としては行いやすい研究だと思います。



ます。夜勤帯を分けていませんので、夜勤グループも普通に仕事をしたと考えていただいでいて結果がでてきますので。

杉本：業務量によって逆に交代勤務制を進めていく1つの足がかりが出来るのかなという気もするのです。

濱田：時間外、いわゆる17時から翌朝8時までの時間帯の業務を別に切り分けて出すことが実際可能ですので、その時間が昼間より非常に割合が高いのであれば、当然時間外ではありませんので、交代制にしてくださいという議論にはしやすいと思います。

杉本：あともう1点ですが、今電子カルテがかなり普及しまして病棟業務というのは病棟になくてカルテを記載するということが可能になりました。それで業務分析の時にどういふふうにと考えたらいいのでしょうか。昔の病棟での業務ということと少し内容が変わってきた気がします。

濱田：おっしゃられる通りだと思います。医局でカルテを書くとか、当直室で電話を受けて患者さんと話とかそういうのをどのように処理するかというのは当然のことかと思いますが、場合によってそれは病棟業務の一環として取り扱って下さいとお願いするのがよいと私は考えます。

池ノ上：他に何かご意見はございませんか。

池田：このデータからすればこの仕事、また病院ではどれくらい人数がいるかということが算定できるものだと思いますが、本来ならばこの地域でこの病院で何人いなければならぬのですが、それを満たさない病院がほとんどだと思うので、そういう場合に、効率化といいますか企業でもこういうものはこれぐらいの工程で何人いるか、そのために効率をあげましょうかということでこういうデータが使われると思います。そういう使い方はできるのですか。

濱田：いわゆるタイムスタディというのは工程を少なくするための方法であることは間違いありません。ただ、地域全体でこれだけの患者さんがいるので、地域全体でこれくらい

の医者がいるはずですよという計算は可能です。その中で、より負荷の高いところに重点的に配置してあげてくださいというようなことであれば使えると思います。ただ、医師でやっている工程でこの部分は無駄なのでちょっと他の方にとか、その他の書類業務、書類の作成が多いのは非常にちょっとというのはあり得るかと思います。診療の中でこれはオミットしてくださいというのはなかなかこれでは言いにくいと思います。実際に何がオミットできてオミットできないのかというのはなかなか。

池田：このあたりのお産は任せればよいというなのというのがここで出てくる。これだけの仕事をやっているのというのも出てきて、非常に・・・。

池ノ上：患者さんの需要面からの調査ということでその需要面というのはどこで出てくるのですか。

濱田：大体患者さんごとにどのような診療を行ったかというのは、ある患者さん、ある病名に対してどれくらいやったかというのが計算可能なので、そこから診療行為が多いというのはそれだけ医者が手間をかけているということなので、こういう患者さんは大変なんです、手間がかかるのですという、これだけの検査をするとこれだけ時間がかかりますというのができますので、これぐらい関与しなければならいのですというような。

池ノ上：そこで年間分娩数を 300 例とか assumption するとこうなりますという論理の展開なんですね。

濱田：逆に例えば早剥は大変だというのは当然ですが、緊急性の高い早剥が来た時にどれくらい時間がかかるだろうということも推測できるかもしれません。

池ノ上：大学などで教育のために若い人が呼ばれたというのはどうなんですかね。

濱田：大学病院はこの研究に非常にそぐわないのですが、これは大きい病院もそうですが、研修医が 1 分仕事をするのと、部長先生が 1 分仕事をするのは一緒なのかということは必ずあると思います。教育するのも仕事のうちだと考えれば、教育しないわけにはいきませんので、その時間も入っていてよいのではないかと考えています。実際若い先生が 0 で今

の周産期医療が回るとはとても思えませんので、その先生方の仕事量も増えて良いと私自身は思います。

金子：大学病院で実際にタイムスタディが時々行われているのですが、先週だったらもつと働いたのにとというのがあるのです。

濱田：あの4病院1週間お願いしたのですが、どの病院も今週は暇でしたと言われました。実際に産婦人科医として患者さんのデータを見ても、個人的にこれはみたくないなとか、これはやばいよねというようなデータは入っていなかったのです。やはり波がありますので。

金子：どれくらいのサンプルを取ったら正確にわかるのでしょうか。

濱田：あたるかあたらないかです、どうしても。

関本：4病院しかやれなかったのも、非常に個人的なつてでお願いした病院で調査ですので、4病院で1週間のうちにすごい症例がというのは少ないのですが、数が増えたらもっと実態が明らかになってくるかと思ひまして、出来ればこの研究班の中でできるだけいろんなサンプルを集めたいと思います。

濱田：できたら周産期母子医療センターが大変だというのはわかりますが、その下には市民病院とかがあるわけで、そこがないと成り立ちませんので、出来たら市民病院とかそのクラスの先生、周産期母子医療センターのある病院との両方が入っていると違いがまた明らかになるかなと思っています。

池ノ上；目的にしておられるのは日本の周産期センターですか？

濱田：いえ、2次医療施設です。

池ノ上：2次医療施設の周産期センターに特定しないで、地域の2次医療以上のことをやっている産婦人科施設ですか。

濱田：本来は1次も出来たらいいのかもしれませんが、1次は個人でやっていてこういうデータが取れないのでそれは無理だろうと。

池ノ上：この班の先生方の関連施設に広げるのですか？それともあちこち送るのですか？

濱田：どうすべきかご相談したいと。

池ノ上：目的としている数、大体これくらいになればというのは？

濱田：20～30 施設できれば、非常にデータとしてはよいかと。

池ノ上：そんなに無理なことでもなさそうですね。この班の先生の病院および関連病院で頼めるところに今の先生の趣旨をしっかりと伝えて行く。新生児的にはどうですか、楠田先生。

楠田：まあ、産科の先生ですよ。どうでしょう。でも大学はあまり好ましくないのですよね。

池ノ上：だから NICU に行った時間とか、外来で患者さんに説明した時間とか、いろいろ出てきますよね。

濱田：基本的には予後をみますよね。

楠田：そうですね。

濱田：非常に NICU にいる時間が長くなると思います。外来業務がほとんどなくて。原則手術もないので、医局か NICU かになってしまうと思いますので。

池ノ上：ただ、労働基準局に見られたら大変だというくらいすごい時間になる可能性はありますね。

濱田：そういうデータになるのだと思います。

杉本：NICU の場合も教育という内容がかなり入っています。若い先生と一緒にやりついでいるすることでレベルをあげていく。

濱田：NICU の先生に会いたかったら、NICU に行くのが 1 番だと思います。NICU 対象でやってみるというのもあるかと思っています。

池ノ上：今回は一応産婦人科を考えているのですよね。

濱田：私は産婦人科の先生を対象に考えています。

池ノ上：杉本先生どうでしょうか。