

第7回 チーム医療の推進に関する検討会

日時：平成21年12月7日（月）14:00～16:00

場所：厚生労働省省議室（9階）

議 事 次 第

1. 開会

2. 議題

- (1) チーム医療の推進について
- (2) チーム医療の推進に関するヒアリング
遠藤康弘先生（済生会栗橋病院院長）
山下恵一先生（深谷赤十字病院副院長）
- (3) その他

3. 閉会

【配付資料】

座席表

資料1：遠藤先生提出資料

資料2：山下先生配付資料

チーム医療に不可欠な新たな人材 —医療クランク導入の取り組みと その効果について—

埼玉県済生会栗橋病院

病院長 遠藤康弘

日米病院職員数の比較(低開発国並みの日本の病院)

病院名	ポストンS.E病院1992	日本S国立病院 1992	済生会栗橋病院 2001
ベッド	350床	310床	310床
職員	2011人	200人	474 (44)人
職員／ベッド	5.7倍	0.6倍	1.5倍
医師	371 (296)人	39 (16)人	47 (4)人
看護師	620 (100)人	85人	239 (28)人
看護助手	64人	15人	30「30」人
栄養士	120人	7人	4人
レジデント	113人	0人	5人
秘書	90人	0人	1人
ハウスキーパー	75人	0人	34「34」人
患者運搬専任係	17人	0人	0人
その他	541人	54人	198 (12)「20」人

()非常勤数

「 」外注委託

当院の医師労働環境改善への 取り組み

医師不足対策	病院の役割と任務の再考→ 臨床研修病院・地域医療支援病院 戦略的に外来数減少 小児科4人→2人体制への対応 耳鼻科・皮膚科・整形外科非常勤化→逆紹介 放射線科2人→1人→非常勤化 外部委託 嘱託女性医師・院内保育室・病児保育開始 医療秘書の導入
労働時間短縮	週一回の研究日と土日休診 医療秘書(診断書類作成補助)導入 外来業務の簡素化→病棟業務・手術・検査業務 当直明けや交代制勤務は未達成
医療従事者攻撃 への対応	安全・安心神話→医療の限界と不確実性の説明 インフォームドコンセント書類作成ソフト 医療事故や重大な有害事象への初期対応 クレーマー対応 健康スクエア「患者とのコラボレーション」 「患者の言い分・医師の言い分」寸劇開催 町民・患者への啓蒙

2

医療クラーク育成の背景

1. 煩雑な書類作成や事務手続きの増加による勤務医の疲弊感の増加
2. 書類作成までの時間がかかりすぎる事への苦情の増加
3. 各種入院証明書など書類が時間外や休日において作成されている実態
4. 地域医療支援病院認定に向けての取り組み(逆紹介増加)や外来の待ち時間対策検討
5. 病棟オーダーリング導入によるクラーク業務の効率化が図れるため外部委託の検討

3

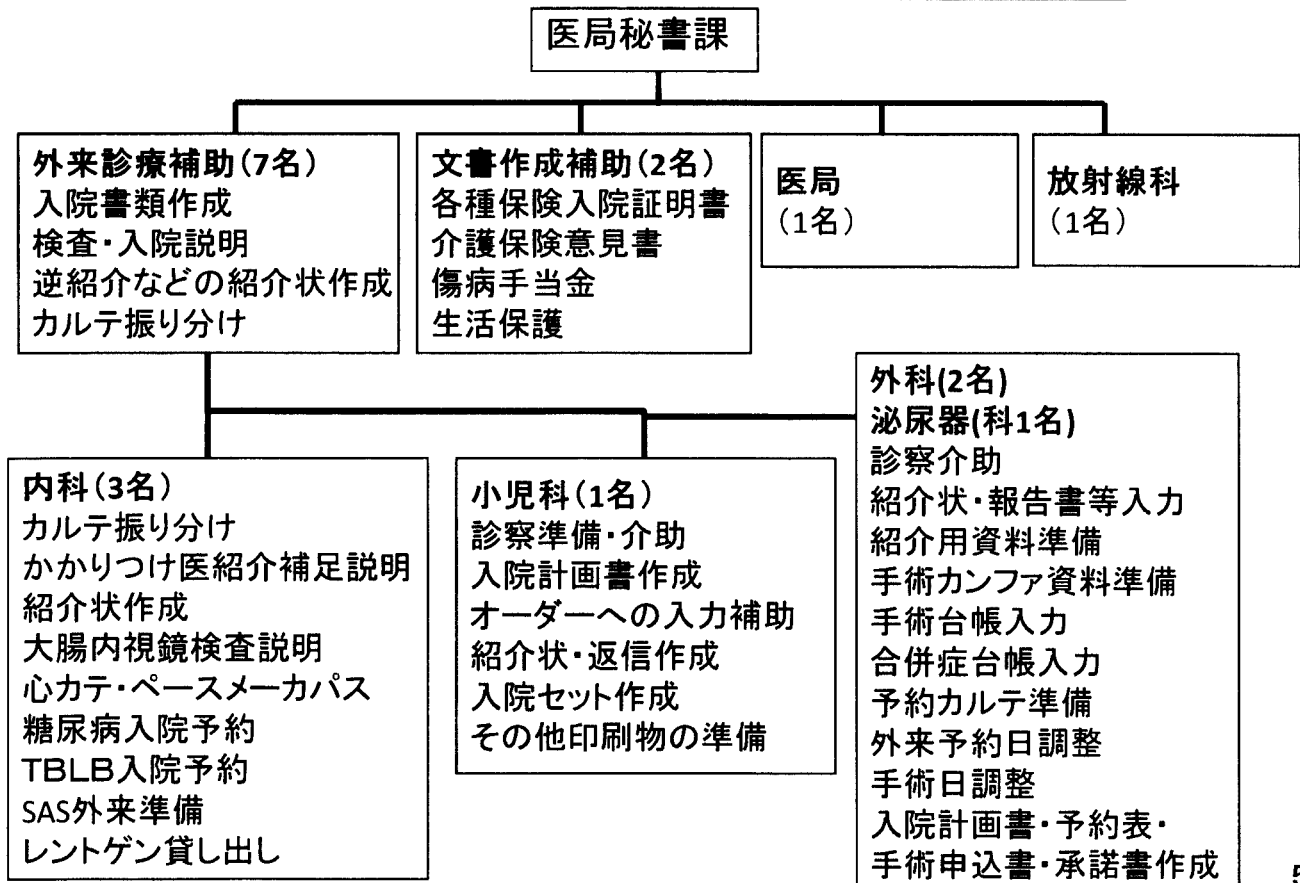
医療クランク導入経過

平成17年	平成18年	平成19年	平成20年
6月	1月	4月 9月 12月	4月

平成17年6月 試験的に1名配置外科外来と小児科外来にて医療秘書の仕事探し
 平成18年1月 外科外来2名体制
 3月 外科外来2名、小児科1名 計3名体制
 4月 内科外来1名移動
 5月 文書担当1名を医事課より移動 計4名体制
 9月 1名増員 計5名体制
 12月 1名増員 計6名体制
 トランスクリイバー1名と併せて 7名
平成20年4月医局秘書課を診療部の元に置く 11名

4

医療クランクの体制と業務



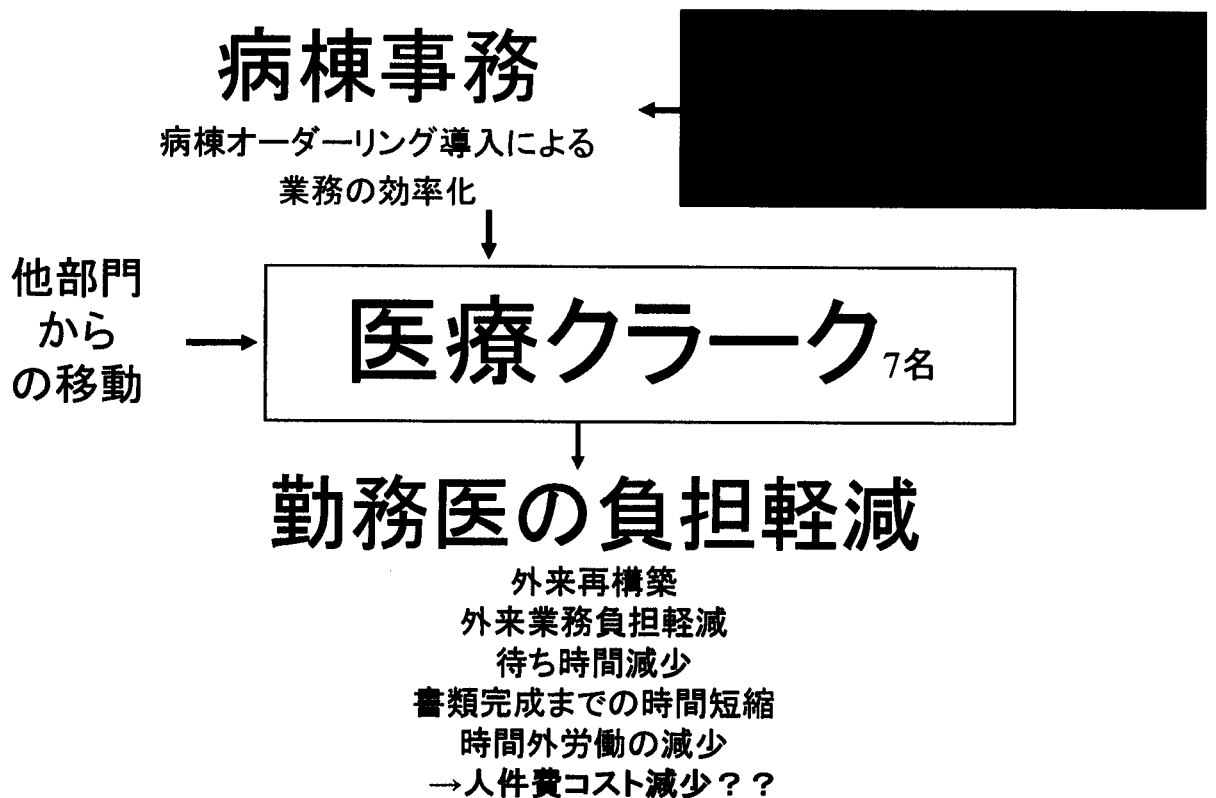
5

医師事務作業補助者の教育研修プログラム

1～2ヶ月	3～4ヶ月	5～6ヶ月
オリエンテーション 病棟及び外来におけるコミュニケーションの確立 各診療科の実状の把握 接遇研修の実施 事務スキルの確保 コンプライアンス 個人情報関係	オーダリング方法の習得 クリニカルパスの理解 院内文書の理解 診療録に関する知識 診療内容（診察・検査等）の理解 医療関連法規 （医師法、医療法、薬事法等）	知識・技能達成度確認 配属科業務の把握 医療情勢の把握 医療秘書としての抱負

6

医療クラークの人材確保とコスト



7

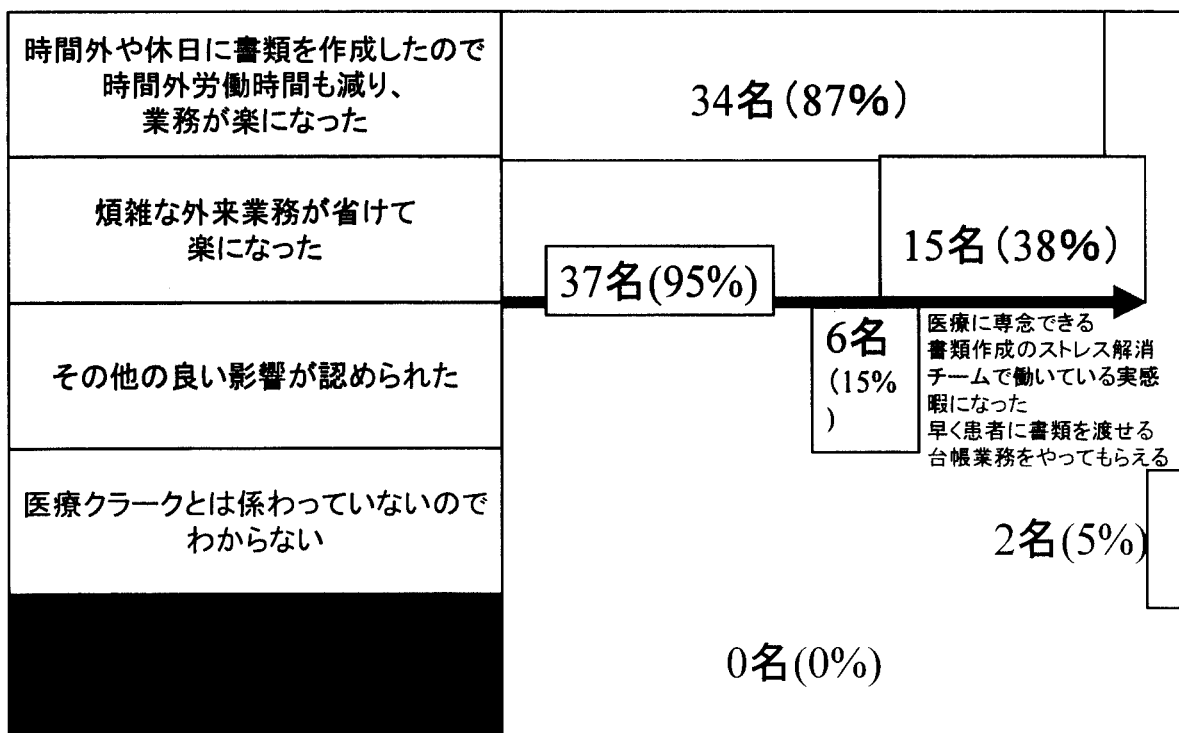
医療クラーク導入後の効果分析

1. 常勤勤務医の評価
2. 常勤医時間外労働短縮効果(時間外手当の抑制)
3. 診断書作成に要する時間

8

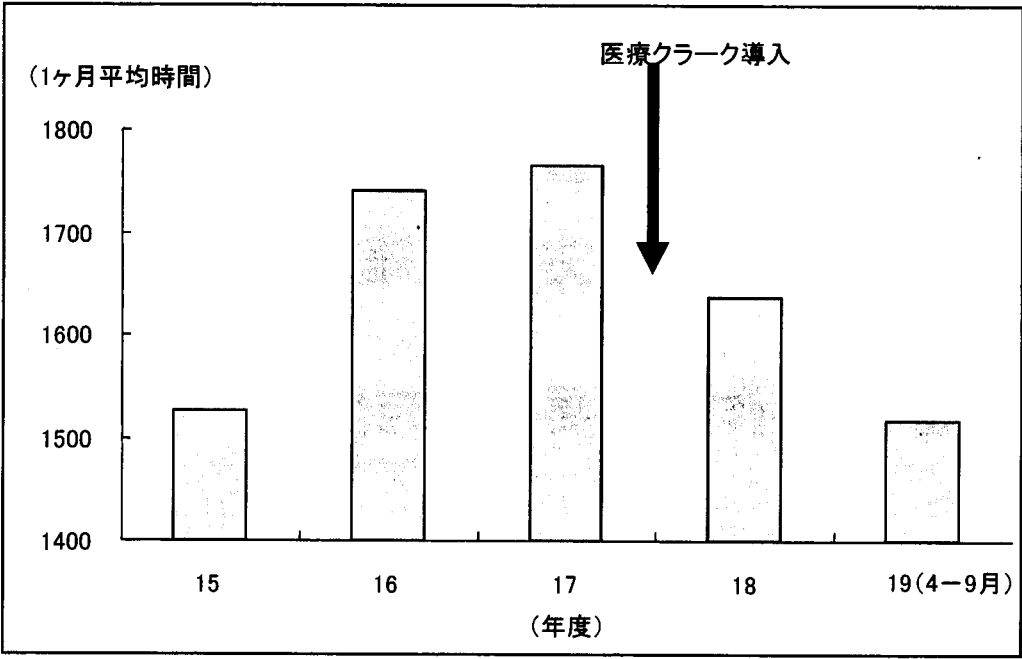
医療クラーク導入後の評価 —常勤医無記名アンケート調査より—

平成19年10月 常勤医45名中39名回答



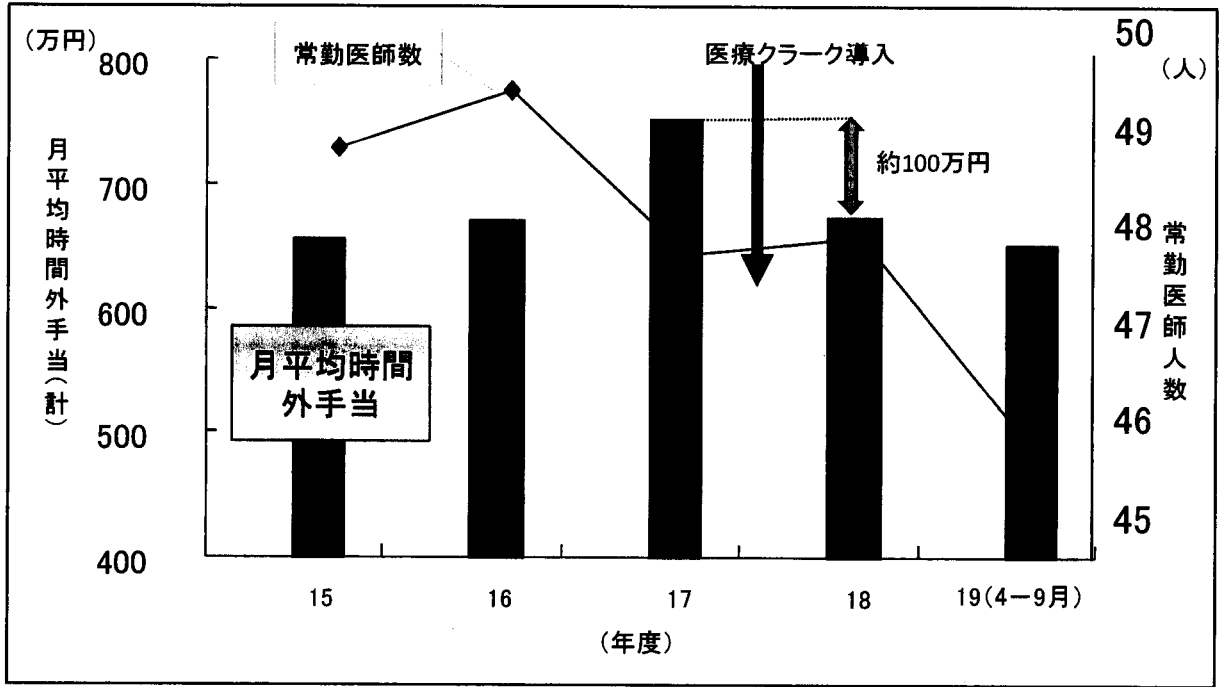
9

医師時間外労働時間の推移



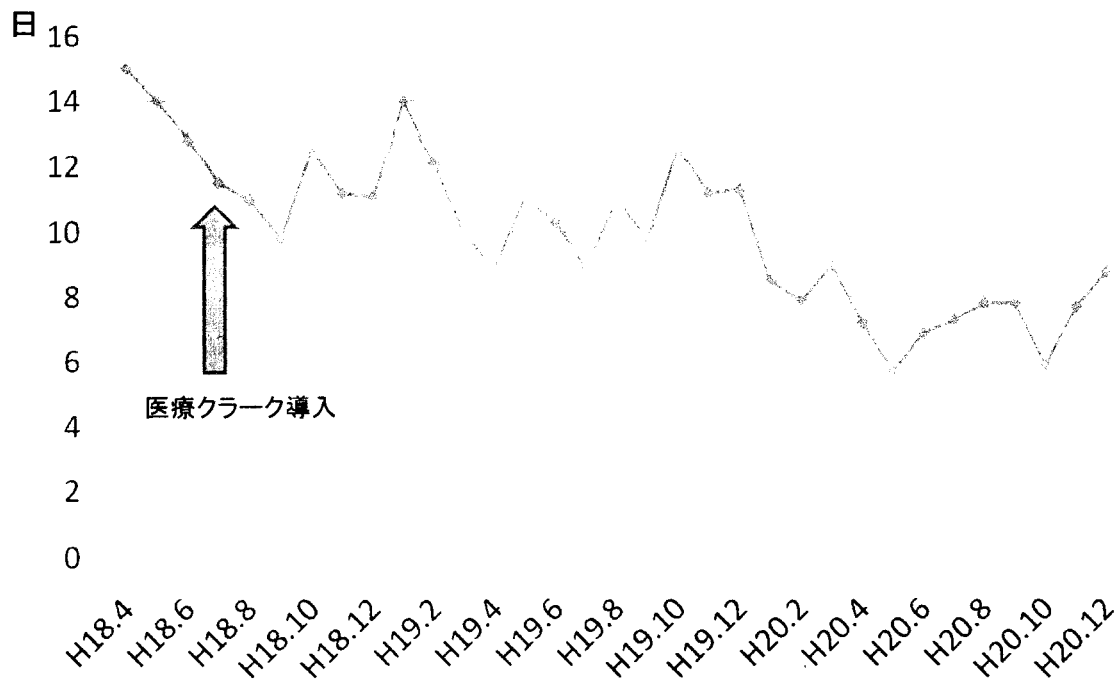
10

時間外手当の推移



11

診断書出来上がり平均日数



12

最近の動向

1. 50:1加算算定 年間1,200万程度プラス
2. 外来医療クラークを他の診療科への拡大
病棟・救急外来医療クラークの配置
外来・医事との連動
15名体制へ増員検討。
新たなチーム医療を担う人材の一つとして位置づけ、
医局秘書課の立ち上げ
3. 院内研修プログラム、内部規定の整備
4. 他施設からの見学受け入れ
5. 働きやすい医師労働環境への配慮とマグネットホスピタルの創造

13

お産の現場でのチーム医療：「助産師外来」について

深谷赤十字病院・山下恵一

2009.12.7

当院は埼玉県北部に位置する、「救命救急センター」「地域災害拠点病院」「地域周産期母子医療センター」「がん診療連携拠点病院」「地域医療支援病院」等を標榜する地域の基幹病院（506床）である。

最近の妊婦さんは、お産というものを、女性の一生に幾度とはない一大イベントと捉え、自分自身が主役になって納得のいく形で妊娠出産を完結したいと考え、「安全」は当然のこととし、医療の介入を極力排除した、妊婦自身が心より悦べ、夫・家族と満足を共有できる、いわゆる「自然分娩」を指向しているように思える。

そんなお産を取り巻く環境の変化の中でも、助産師の役割は全く昔と変わらないわけで、陣痛の苦痛と未知の分娩への不安におののいている妊婦さんに、片時も離れず、精神的にも支えになってあげられることである。

さて、「助産師外来」を標榜する施設間にも業務内容、即ち、助産師の受け持つ守備範囲にはいささか温度差があるように思えてならない。つまり、医師の診療の補助的な立場での助産師としての専門職的な範囲（生活指導、栄養指導などの保健指導）のみを任されている施設、助産師外来担当スタッフの病棟兼任か外来専任かの違いからくる、同じ助産師による妊娠中から分娩まで、更には産褥までの継続性のある、一貫した助産業務の遂行が可能な施設と現実には役割分担が存在する施設、外診を主体にした妊婦健診のみに業務範囲が制限されている施設と、更に踏み込んで超音波検査、NSTの判定、内診による分娩準備状態の判定までもと範囲を広めて任せられている施設、等々。

そこで、当院の産科医と助産師の関係は、従来の「主と従」的なものから、いわば「車の両輪」の如き「お産を預かるパートナー」的なものとして捉え直した、「チーム医療の概念」を産科診療の現場に導入・実践したものである。その骨子は、「正常妊婦・褥婦は全て助産師が、異常妊婦・褥婦は助産師と産科医が対応する。分娩に関しても異常分娩のみ産科医が受け持つ」という究極的な役割分担に到達した産科診療形態を総合病院の現場に導入したものである。（標榜は違いますが「院内助産院」のイメージである）

当院の「助産師外来」は1991年に開設し、爾来二十年になろうとしている。私としては、産科医と助産師のパートナーシップに則った、産科診療スタイルの実践が、病院勤務の助産師達に、更なる責任感と自立を促し、以前にも増して、活気溢れる雰囲気我が職場に構築されたと自負している。この産科診療スタイルが全国的に根付からんことを期待してやまない。

院内助産・助産師外来における チーム医療について

開設へのKey word

↓
助産師のやる気

+

産科医の理解

これが結論です

深谷赤十字病院
副院長(産科部長)

山下 恵一

2009/12/7

当院の現状

………

「院内助産所」とは
緊急時の対応ができていいる施設で、助産師が妊産
婦やその家族の意向を尊重しながら、妊娠から
産褥1ヶ月まで、正常異常の判断をして助産ケアを
行うシステム。

注目

→ 埼玉県北部の基幹病院としての立場
産婦人科の紹介
診療実績の紹介
周産期医療の現状
— 産科医の苦悩・変遷、そして「助産師外来」

6. 総括

深谷赤十字病院

屋上ヘリポート

- ・「地域医療連携拠点病院」
- ・「地域周産期医療拠点病院」
- ・「がん診療連携拠点病院」
- ・「臨床研修指定病院」
- ・「日本病院機能評価認定病院」
- ・「地域医療支援病院」

他

(H21年12月)

- ベッド数 506床 → **459床** (稼働病床数)
- 診療部 21部
- 職員数 621名
- 医師数 76名 → **68名** (産休・育休3名・院長含)
- 研修医 18名

1病棟(47床)休床 (H19.11~)

医師数 = 23名 (H17) → **18名**

医師数 = 5名 (H20) → **4名**

周産期センター存続の危機

4

病院の紹介

産婦人科の紹介:

→ 産科救急では県北唯一の応需病院の立場

診療実績の紹介

周産期医療の現状

— 産科医の苦悩・変遷、そして「助産師外来」

6. 総括

5

H21年12月現在

病床数 42床 (産科 28床 婦人科 14床 混合病床)

医師数 7名 (1名産休・1名副院長: 実働 5名)

助産師 26名

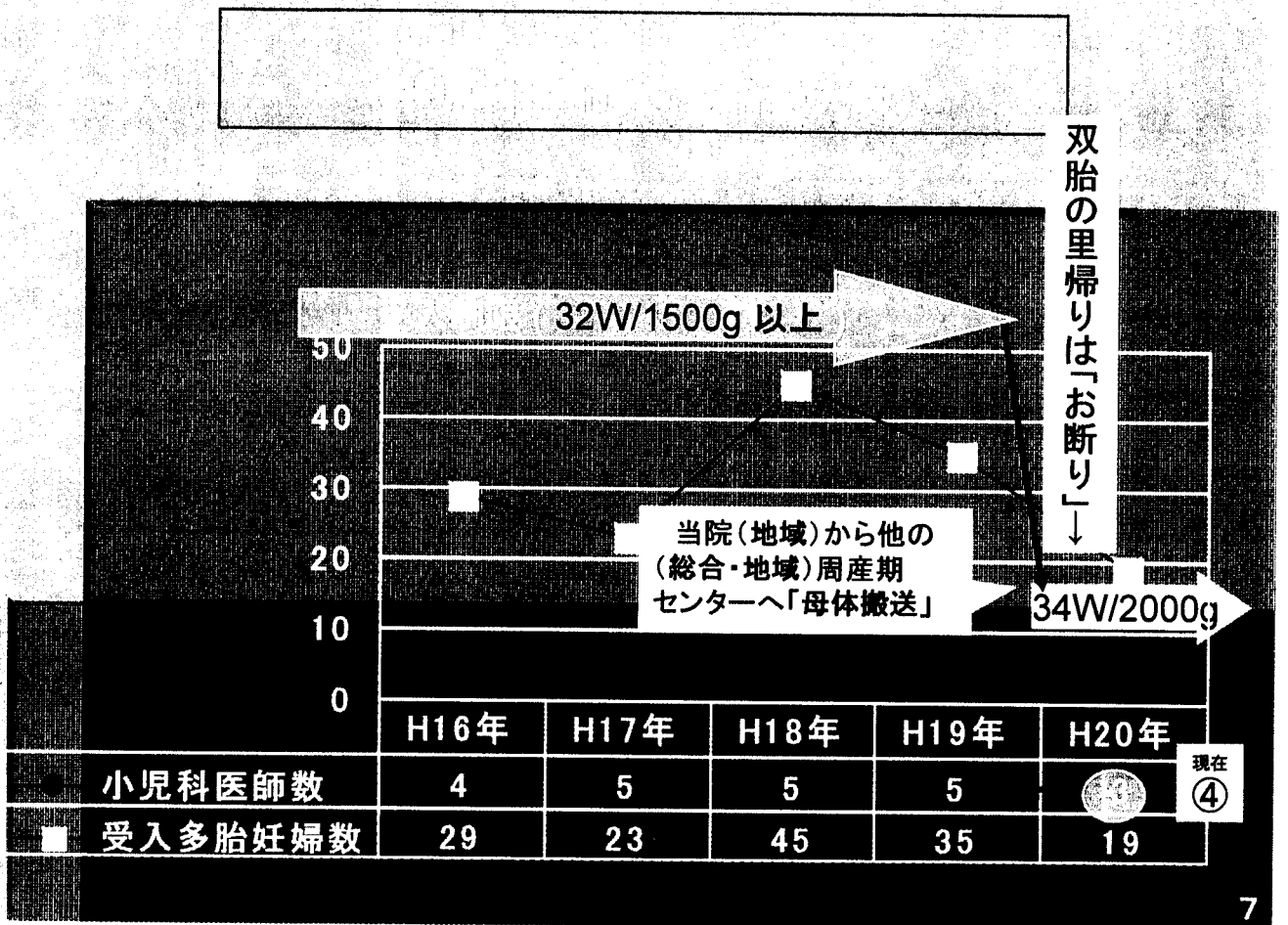
看護師 2名

現在、母体搬送の応需制限!

小児科部; 医師 4名 (H21年8月~; 3名→4名)

「地域周産期母子医療センター」の運営?

6



7

人口150~200万人に1施設 必要！

	人口(万人)	合計	総合周産期 センター	地域周産期 センター
東京都	1280	21	9	12
神奈川県	880	17	4	13
埼玉県	710	6	1	5
千葉県	605	5	2	3
茨城県	297	6	2	4
群馬県		6		5
栃木県	201	11	2	9

8

	埼玉県	東京都
人口	705万人	1255万人
(総合+地域)センター数	6(1+5)	21(9+12)
1施設当りの人口	約118万人	約60万人
	床	床
1ベッド当りの人口	約110.9万人	約6.8万人
人口100万	2床	14.8床

埼玉県の出生児数から
NICUの必要ベッド数は
120床 → 40床不足！

9

出生児数 61,946人

総合周産期母子医療センター

① 埼玉医大総合医療センター

地域周産期母子医療センター

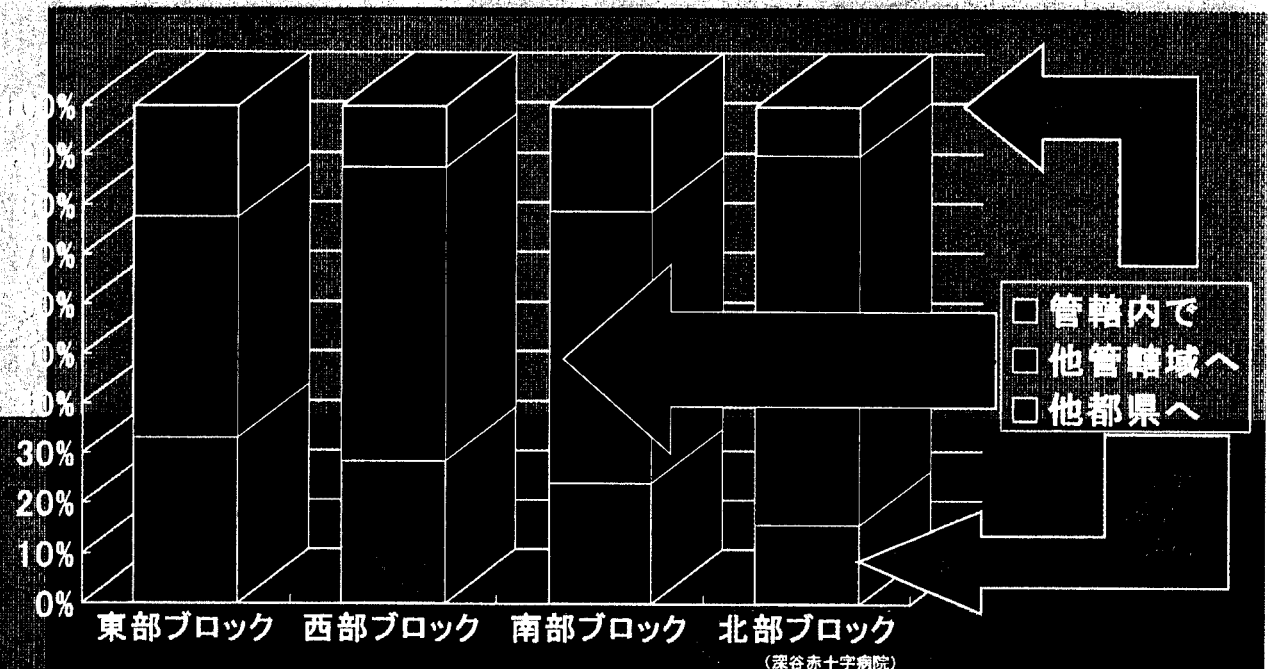
- ① 深谷赤十字病院
- ② さいたま市立病院
- ③ 川口市立医療センター
- ④ 埼玉医大病院
- ⑤ 国立西埼玉中央病院

→700万県民で、

NICU
母体搬送



!



参考資料: 母体搬送実態調査(栃木武一)より

産婦人科の紹介

診療実績の紹介

—そこから見えてくるものは

周産期医療の現状

—産科医の苦悩・変遷、そして「助産師外来」

6. 総括

12

手術件数 (320)

その内訳

産科手術 (207)

帝王切開 (200)

(帝切率 28.7%)

多胎分娩 (双胎 :29)

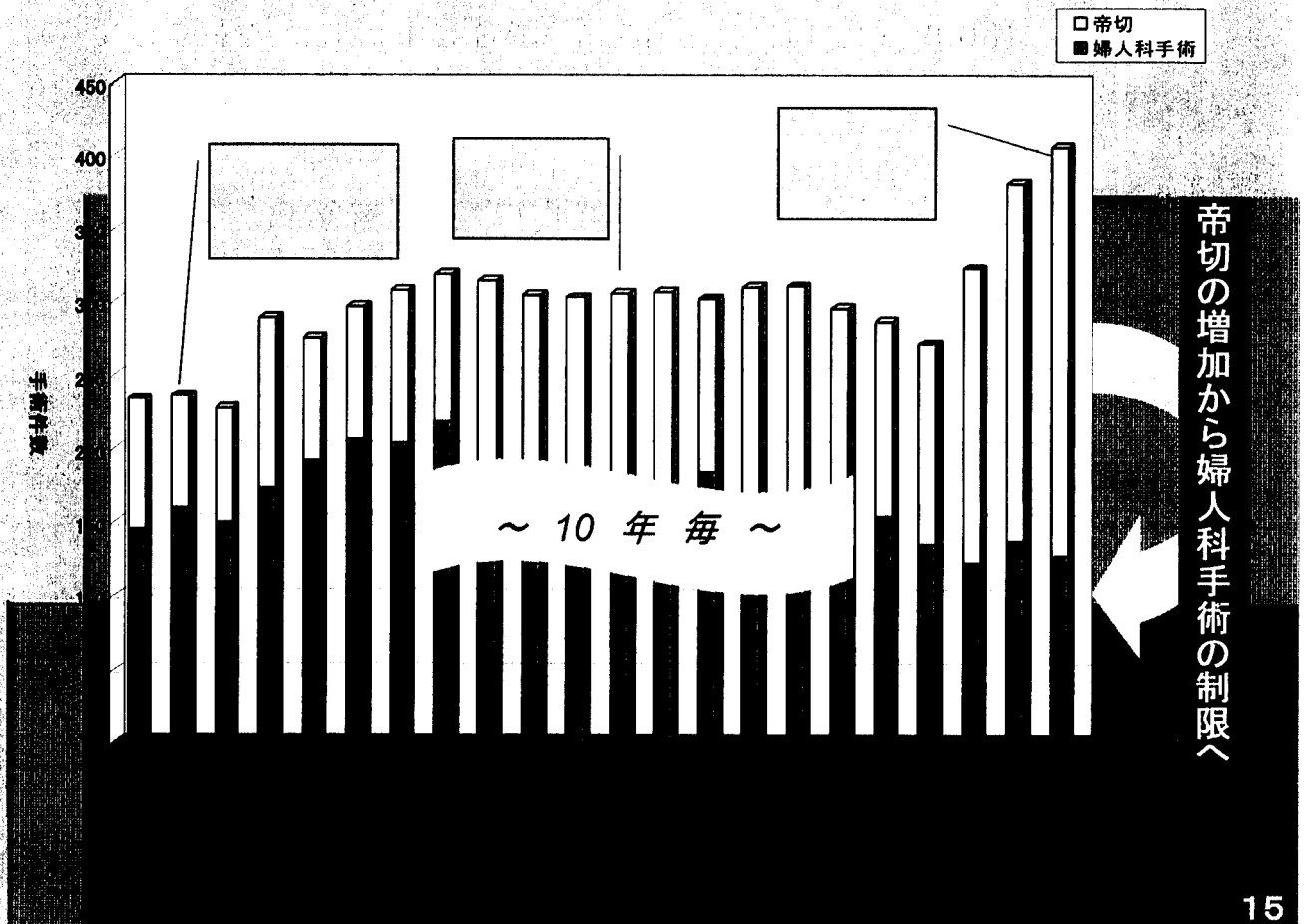
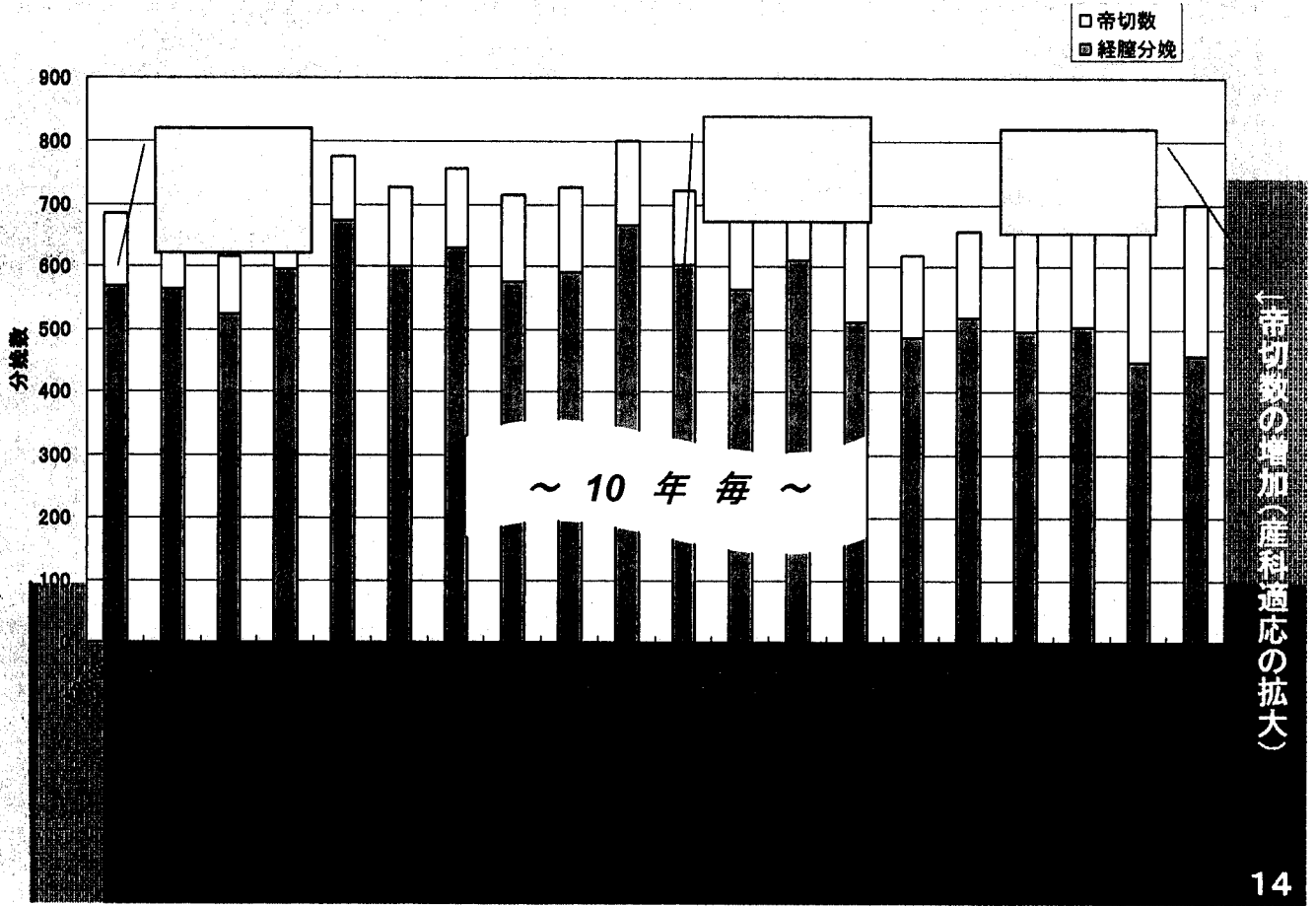
* 婦人科手術 (113)

・ 悪性腫瘍手術 (15)

・ 良性疾患手術 (98)

当然ですが、
癌の手術も
行っている施設
しかし→?

13



予定手術日：毎週「水曜・木曜」の2日間のみ
直列で、1日3~4件が限度、週に6~7件が限界
(手術室の応需件数、全科的にバンク状態)

年間200件の帝王切開、月に16~17件の計算

→婦人科手術は週2件に制限せざるを得ない

- 現在、婦人科の予定手術は5ヶ月待ち(or 紹介)

→周産期医療が最優先!

16

師 3名 (十非常勤医師 4名)

産婦人科医 3名で500件の経膈分娩と
320件の産婦人科手術(含帝切)を
どうこなしてきたか!

助産師 21名「

産科医不足へのkey word
→「役割分担のチーム医療」

17

産婦人科の紹介

診療実績の紹介

周産期医療の現状:

→今直ぐにでもできることはないものか?

一産科医の苦悩・変遷、そして「助産師外来」

6. 総括

18

産婦人科医の高齢化：(2004年)

50歳以上が52% (60歳以上が30%)→リタイアが急増!

5年前より
更に
状況は悪化している

産婦人科専門医の数：(毎年約8000名の卒業生だが?)

340名(2002年)→296名(2003年)→271名(2004年)→確実に減少!

新臨床研修医制度の開始(2002年度)→大学入局医師2年間の空白!

産婦人科医師がゼロになった病院数：(2003~2004年)

1186病院中 117病院(9.9%)→産科医不足は社会現象!

・産婦人科医師定員不足の病院数：(2003~2004年)

31.8%→産婦人科医を支える人的資源は枯渇している!

深谷日赤・産婦人科窮状

常勤医師確保に奔走!
(地域の偏在・診療科の偏在)

19

[Blank box]

[Blank box]

深谷日赤
産科・小児科
一触即発



大学派遣の産科医集約

一人の産科医を10人以上が救急呼び出す事態が、今秋、関東圏の産科医が不足する地域で発生する可能性がある。産科医の集約を促す動きが、産科医の不足を懸念する自治体や産科医の間で広がっている。

近くで産めない

「頼みの綱」だったはずの
大学に背を向けられた
地域では、妊婦たちが
不安を募らせている。

突然転院の通告
里帰り出産断る

産科医の不足を懸念する自治体や産科医の間で、産科医の集約を促す動きが広がっている。産科医の不足を懸念する自治体や産科医の間で、産科医の集約を促す動きが広がっている。

市長自ら医師確保

産科医の不足を懸念する自治体や産科医の間で、産科医の集約を促す動きが広がっている。産科医の不足を懸念する自治体や産科医の間で、産科医の集約を促す動きが広がっている。

草加市立病院の産科休診1年

草加市立病院の産科が休診して1年が過ぎた。同市内で出産できる施設は、現在診療所が1院、助産院が2院。出産の場が少なくなったことで、妊婦の多くは、市外に出てお産をする「出産難民」になっている。05年3月の休診以来、再開を願う市民の要望は強く、病院も医師確保に奔走しているものの、再開のメドは立っていない。(木村尚貴)

「出産難民」いつまで

草加市の市立病院産科は、05年3月に休診を始めた。05年12月、6人いた医師1人が退職。翌年1月、別の医師1人が退職。産科は長期休診となった。1月の出産は約70件、病院は前年の約半分に落ち、安全な分娩ができなくなった。休診を始めた。産科休診も6月まで始め、産科休診も止まった。

市立病院の産科は、05年3月に休診を始めた。05年12月、6人いた医師1人が退職。翌年1月、別の医師1人が退職。産科は長期休診となった。1月の出産は約70件、病院は前年の約半分に落ち、安全な分娩ができなくなった。休診を始めた。産科休診も6月まで始め、産科休診も止まった。

草加市の市立病院産科は、05年3月に休診を始めた。05年12月、6人いた医師1人が退職。翌年1月、別の医師1人が退職。産科は長期休診となった。1月の出産は約70件、病院は前年の約半分に落ち、安全な分娩ができなくなった。休診を始めた。産科休診も6月まで始め、産科休診も止まった。

(2年半)
↓
再開
2007.10

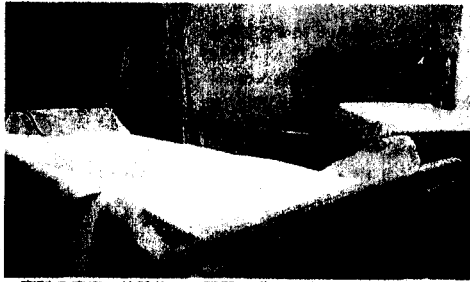
医師メド立たず「家から1時間」緊急時不安

草加市立病院では、現在、医師1人が婦人科の外来を診察している。産科休診も6月まで始め、産科休診も止まった。

草加市立病院では、現在、医師1人が婦人科の外来を診察している。産科休診も6月まで始め、産科休診も止まった。

草加市立病院では、現在、医師1人が婦人科の外来を診察している。産科休診も6月まで始め、産科休診も止まった。

助産院で自然出産をしたいという人は増えている。でも、助産院は治療ができず、中核病院がなければ、助産院も妊婦も不安だ。(小田切房子; 埼玉県助産師会)



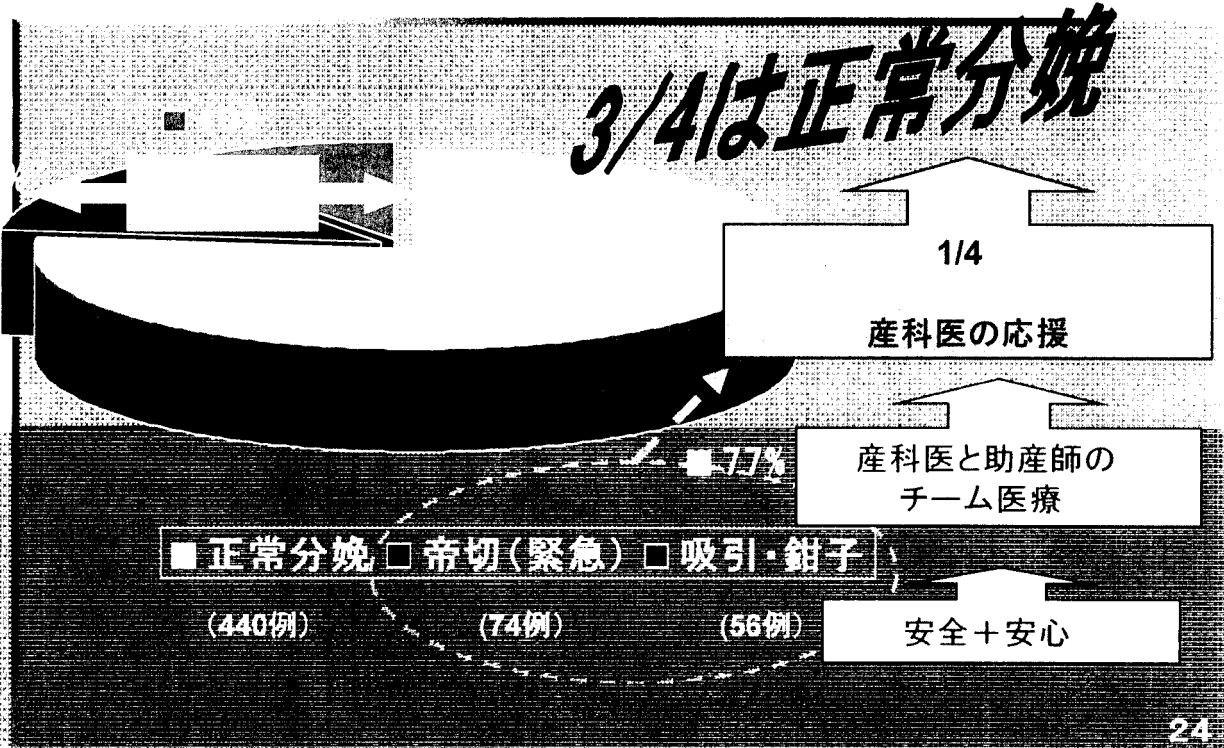
産科の病室。休診後も、再開に備えて病室のシーツは定期的に新しいものにかえられる=草加市立病院で

朝日新聞
2006.6.1

産科休診1年、産科センター(当院)は「異常分娩」ばかりなの？

→いや違います。地域の全てのお産ニーズに対応していますので

当然ですが、多くのお産は「正常分娩」です！



(地域のニーズに合わせるために)
 忙しいお産の現場で
 「産科医」と「助産師」の
 役割分担ができないものか？

Key word

産婦人科の紹介

診療実績の紹介

周産期医療の現状

1人の産科医の苦悩、**変遷**の末の到達点：

医師と助産師によるチーム医療としての

「助産師外来」の標榜・確立

6. 総括

Key word
CHANGE

26

診療スタイルの変遷 ①

(昔と今)

Key word

「産科医」主導

27

母児の安全性は他ならぬ医学と医療によって確保されてきたとの産科医の自負心

限られた医療スタッフ(産科医+助産師)での安全な分娩管理とは？

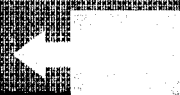
周産期医学、医療技術の進歩によって日本の妊産婦死亡率は減少した！

- 分娩誘発、促進もこれに大きく寄与した
- 自然分娩が本来の姿であることは認めた上で、医学的監視体制のもとで介助できた結果である

「安全なお産のため」

Key word

日中計画分娩
(産科学主導)



診療スタイルの変遷 ②

Key word

主役は「産婦さん」+「助産師さん」
(お産は自然な営み)

30

妊娠中

診察にはもっと時間をかけて欲しい
もっと分かり易く説明して欲しい

入院中・分娩時☞ 自然分娩志向

病院のスタッフにそばに付いていて欲しい
夫に側に付いていて欲しい
入院中は楽しく過ごしたい

・産後・育児中☞

身近に相談できるプロ・セミプロがいて欲しい
電話での相談に乗って欲しい
仲間同士のコミュニケーションの場が欲しい

31

- 施設内勤務の助産業務の確立に腐心
- 看護師とは違う助産業務の確立が必要では
- このままでは若い助産師の自立は望めない
→助産師の仕事に魅力を失ってしまう
- 総合病院に勤務する助産師でも、当たり前前の助産師業務が行えれば、助産師の仕事に魅力を感じ、助産師としての自立性を保つことが可能である

産科医(男性)として「性」の違いからくる、サービス・サポートにいささか限界を感じるようになった
 超多忙な診療状況→診療体制の変革に暗中模索
 点と点で結ぶ分娩の進行管理に主眼を置いてしまう
 四六時中産婦さんの側において励まし続ける事は困難

- 医学的なアドバイスはできるが、子供の事、夫の事、嫁姑の愚痴などの話し相手までは相談に乗ってあげられない(女は女同士が一番)

産科医 ⇨ 「自立した助産業務をみたい」、どのあたりを要望

産科医 ⇨ 産科学主導の分娩管理に、自分自身でもいささか満足できない

自答 ⇨ ・メリット・デメリットは？

- ・ あらためて、産科医と助産師の関係とは？
- ・ 正常と異常との区別は間違いないか？
- ・ 産科医のバックアップ体制はどうあるべきか？
- ・ 親しい先輩にも相談してみたが？

CHANGE

結論

⇨ 「私が最終責任を取ればよい。やってみよう！」

清水の舞台から飛び降りんばかりの決断でした（当時の心境）

「安全なお産」から

↓
「心の通った安心できるお産」へ

↓
Key word



助産師外来

産婦人科の紹介

診療実績の紹介

周産期医療の現状

一産科医の苦悩・変遷、そして「助産師外来」

総括：

新しい産科診療スタイル＝助産師外来とは

36

概念：

正常範囲の産科診療は全て助産師が行う

外来では妊婦健診から助産師が行う

その顔見知りの助産師がお産も取り上げる

ただし、合併症などを持つハイリスク妊婦さんは

産科医師が関わる

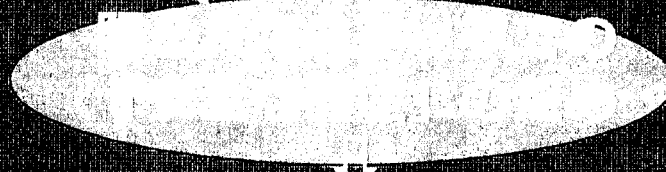
→ 同じ助産師による妊娠中から分娩まで、さらには、
産褥までの、継続性のある一貫した助産業務の実
践が総合病院で行えるシステム

37

改めて、お産は「産科医」と「助産師」の
チーム医療であることを再確認できたこと
すなわち、「産科医」と「助産師」の助産業務
での役割分担が明確になったこと

周産期センターにおける「ハイリスク周産期
医療」と片や、いわゆる「正常分娩」への対応
の融合にはもってこいの「システム」として確
立できたこと

日本計画分娩
(産科医主導)



助産師主導の分娩管理
助産師外来

そんな
心境

CHANGE

産科医(私)として
180度・発想の転換!

私の主人は産科診療スタイル

(前)

産科チーム医療

助産師と産科医の明確な役割分担の確立

40

MediCafé

Vol.4 No.2 2009 Spring

Focus on 新しいパーキンソン病治療
症状コントロールで生活の質の改善をめざす

Pick up 患者の主訴をアセスメント
足がしびれる

Support 高齢者喘息の長期管理
その成功の鍵は?

Manage 医療機能情報提供制度
調剤と診療所における反応を見る

大日本住友製薬

急性期病院経営情報誌

extage

ネクステージ

■特集 p.2

医療従事者の役割分担

No.12
March 2009

Interview 立川 幸治の医師としての人生と医療現場の改革

Case Study 山崎 正幸の医療法人社団の自治体病院理事長・院長
加藤 功の医療法人社団の理事長・院長
山下 隆一が語る「予備院」の院長・専科部長

■Close-up 読者 p.10

●●● 地域医療の標準化を実現する
「勉強会や連携協議会」



●●● 患者の心を癒す「笑い療法士」
高橋文子先生が語る

■Vision eye p.14

●●● 効果的な連携手法を探る
株式会社Medicare 代表 林元 啓

41

産科医と助産師による閉鎖のチーム医療
「助産師外来」



正常分娩は主に助産師が診る
異常分娩には産科医がサポートする

自然分娩と周産期医療の合体

「助産師外来」



従来の「主と従」的な縦割りからの脱却
(産科医師 > 助産師)

CHANGE

車の両輪
(役割分担)

お産を預かるパートナー

全国に波及中！

産師の専門性の発揮によるサポートは、
科医師不足に悩む深谷赤十字病院に
っては、まさに「救世主」である。

医師不足対策
もしもの時に安心
感

「院内助産所」相次ぎ誕生

産科医の間には
慎重意見も

日本経済新聞
2009.6.14

高度な技術必要
指針策定の動きも

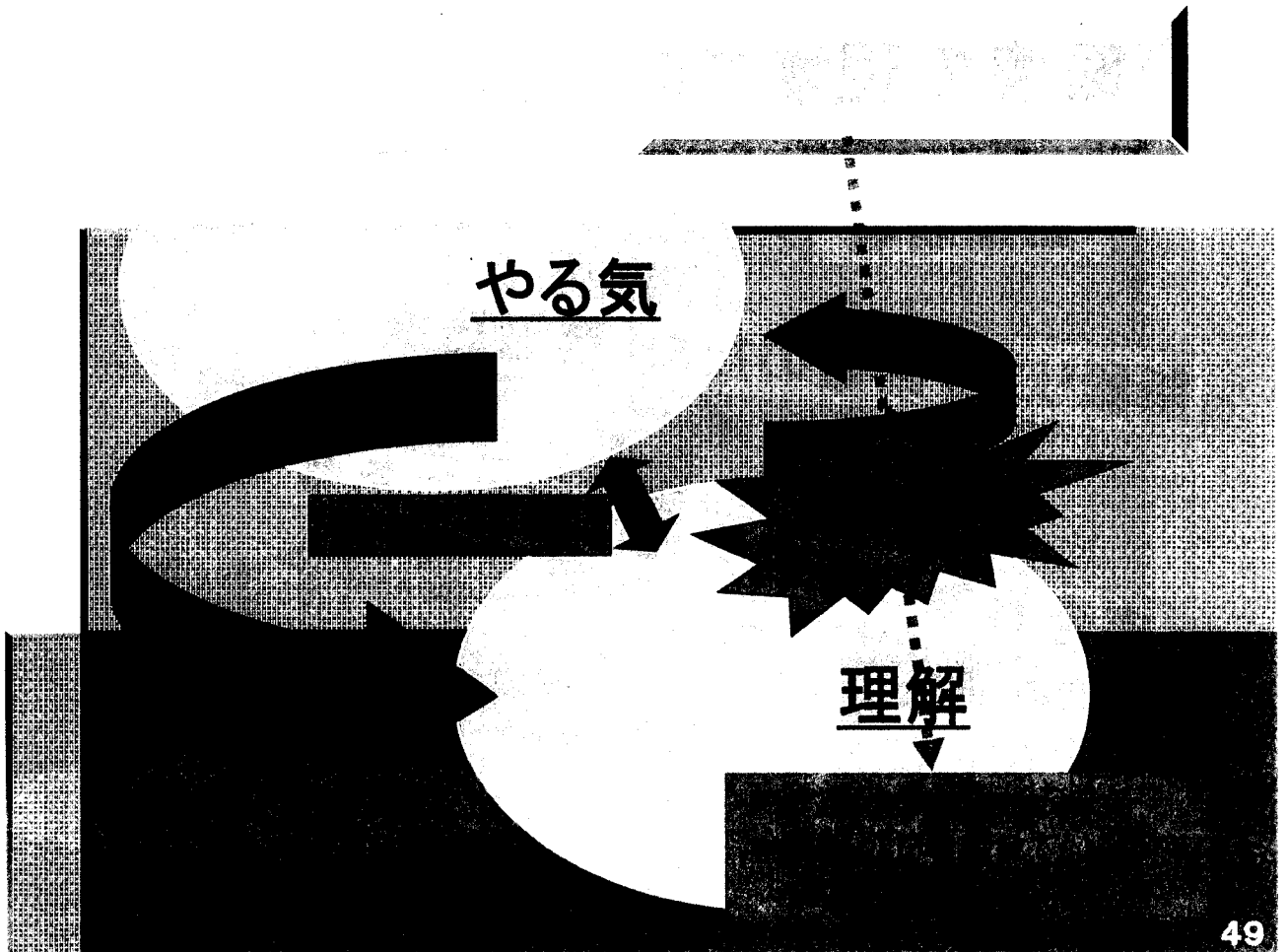
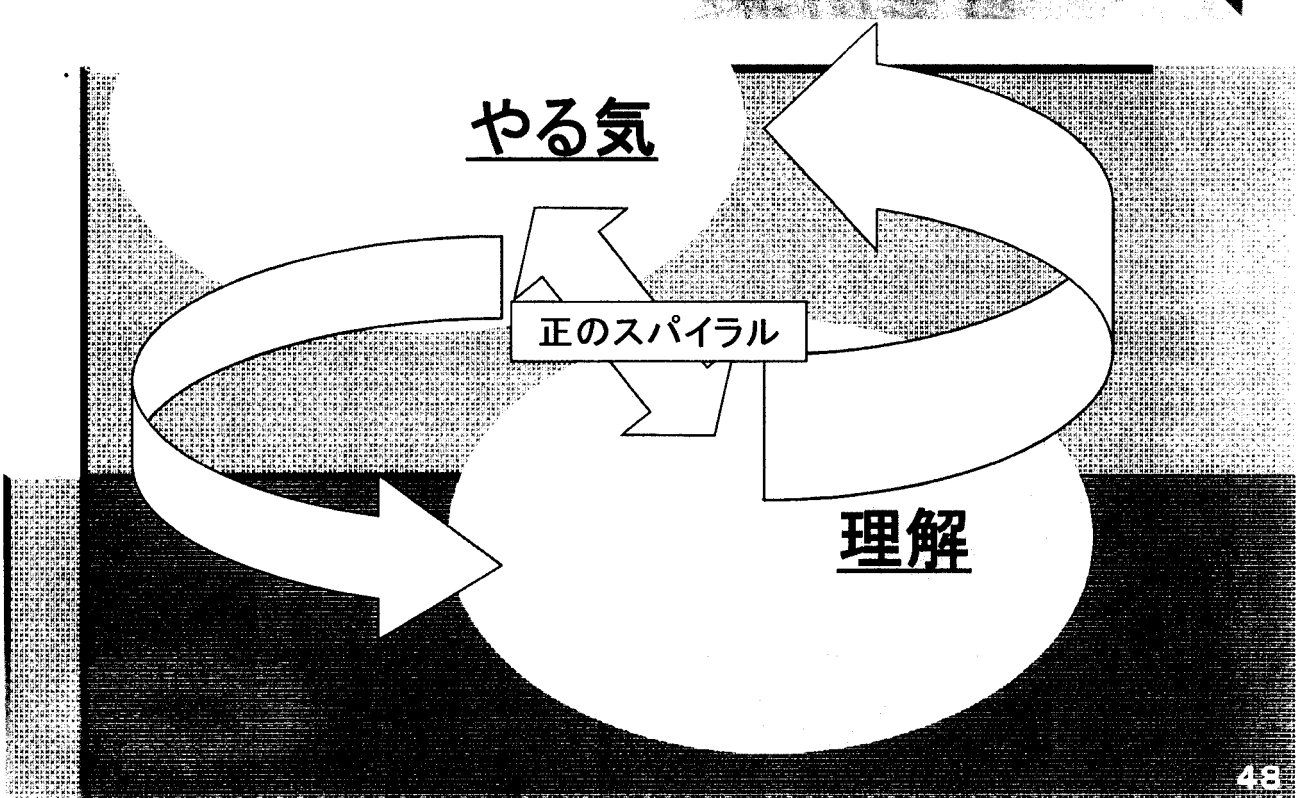
助産師と温かな雰囲気
産科医の間には慎重意見も

院内助産所での出産までの流れ

「院内助産所」相次ぎ誕生

産科医の間には慎重意見も

産科医の間には慎重意見も



新しいお産の現場をめざして： 自宅の近くでお産がしたい！

医師、助産師などの垣根を越えて、より産む女性に優しく、穏やかな出産の場を提供することが、我が国民の100年の未来を考えるとときに大切なことではないか。

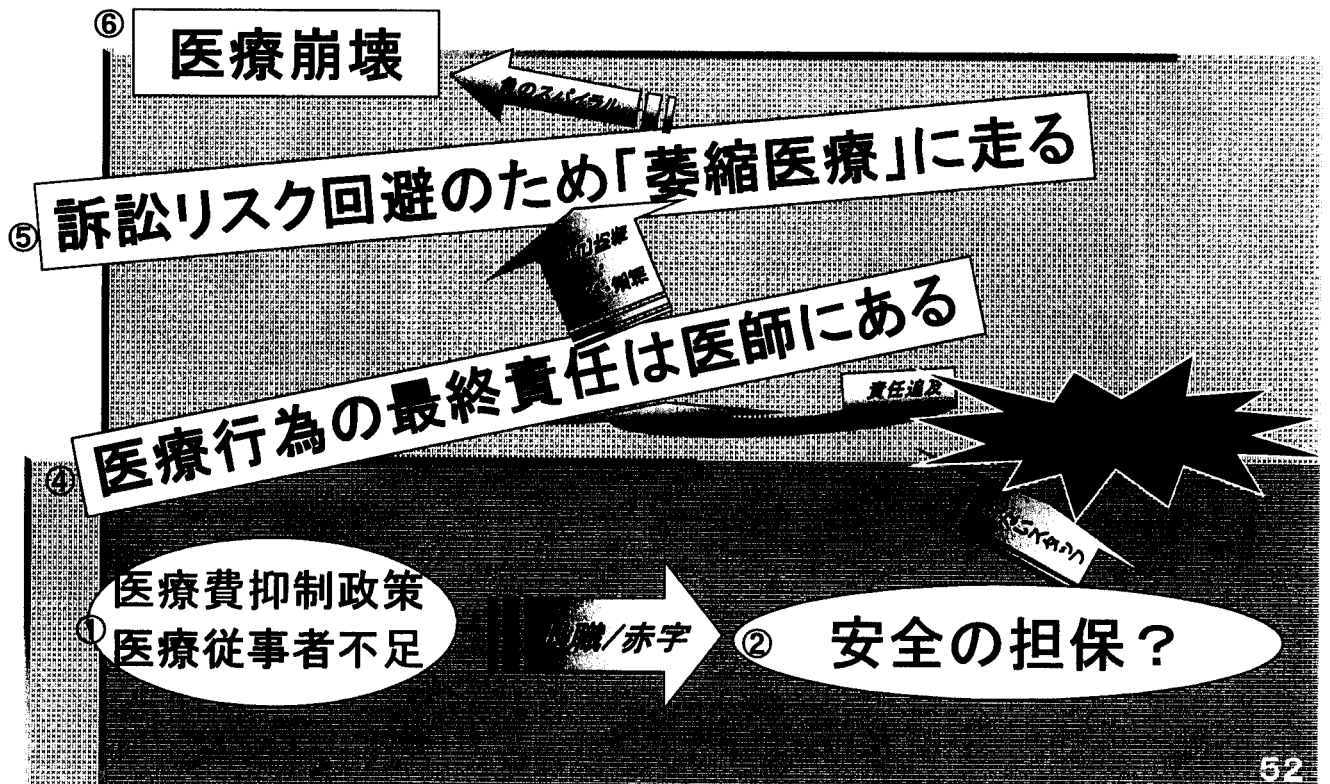
「お産の現場を、マザー・サークルの仲間」
2002年 池田明子（助産師 十津川病院 所属）

賛同！

50

医療の現場での「負のスパイラル」

①→⑥



52

限りある医療資源(人的/経済的)での
 「安全確保の構築」への方策はあるのか？
 「チーム医療」=多職種協働(スキルミックス)

医療行為に対して多くの目(監視)の存在

「チーム医療」は更なる「安全の構築」に繋がる

安全神話

但し、
 危険のない医療行為は存在しない

安全担保の限界=医療の不確実性

危険を回避する努力はするが、一定の割合で医療事故は起こる

不幸な結果

限りある医療資源の有効活用

