

今後の主な検討項目例について（メモ）

- 前回改定の実施状況や検証部会における検証結果、これまでの中医協や社会保障審議会における議論の状況等を踏まえると、今後検討を進めていくこととなる主な項目としては、例えば、以下のようなものが考えられる。

【今後の主な検討項目例】

救急医療、周産期医療、小児医療、勤務医の負担軽減、初・再診料、入院料、DPC、チーム医療、リハビリテーション、在宅医療、訪問看護、がん医療、認知症対策、精神医療、感染症対策、医療安全、歯科診療報酬、調剤報酬、医療技術の適正評価（手術料等）、後発医薬品の使用促進、後期高齢者医療制度に係る診療報酬、明細書

等

- なお、上記の項目は網羅的なものではなく、今後の議論等を踏まえ、適宜追加していくことを前提としている。

小児医療等の評価

第1 小児医療体制について

小児医療体制については、都道府県において小児医療圏域ごとに少なくとも一箇所の小児専門医療を取り扱う病院を確保することを目指し、既存の医療機関相互の連携や各事業の効果的な組合せ等によって、地域における小児医療の連携の構築を目指す観点から、医療計画が策定されている（参考資料 P1）。

また、小児の救急医療体制については、初期救急及び一般的な小児医療については、在宅当番医制や休日夜間急患センターが地域ごとに整備され、専門医療又は入院を要する小児救急医療については、輪番制で医療機関を確保する小児救急医療支援事業、より広域的には小児救急医療拠点病院が整備されてきた（参考資料 P2）。

第2 現状と課題

1 平成5年から平成17年までの間に、小児科を標榜している一般病院は22%減少（4,026から3,154）、診療所は7.5%減少（27,370から25,316）している。また、小児科医の数は、平成6年から平成18年までの間に13,346人から14,700人と約1,350人増加している（参考資料 P3, 4）。

2 小児の救急外来受診者の多くは軽症者で、その受診理由も様々であり、保護者の不安を軽減して軽症者の受診を減らす目的で小児救急電話相談事業（#8000）が実施されている（参考資料 P5～8）。

診察の結果、入院を要する患者の割合は低いものの、多数の受診者に対応する必要があり、医師の負担軽減や重症者への迅速な対応を目的として、地域における小児救急患者の集約化や病院内における優先順位付け等の取組が行われている（参考資料 P9～14）。

3 わが国における救急搬送のうち、小児については軽症・中等度が増加している。（参考資料 P15, 16）

4 わが国における乳幼児死亡率は世界的にも低い状況であるにもかかわらず、1～4歳児死亡率は相対的に高く他の国と異なる状況にあり、重篤な小児患者を受け入れる医療体制の整備が課題となっている（参考資料 P17～22）。

第3 現行の診療報酬上の評価の概要

1 平成20年度診療報酬改定において、地域の小児医療の中核的役割を果たす医療機関のうち、手厚い人員配置により高い水準の医療が提供されている医療機関について、新たな区分を設定して評価を行った。

A307 小児入院管理料（1日につき）		
1	小児入院管理料1	4,500点
2	小児入院管理料2	3,600点
3	小児入院管理料3	3,000点
4	小児入院管理料4	2,100点

新

		届出医療機関数 (上段:医療機関数/下段:病床数)			
		平成18年	平成19年	平成20年	
		小児入院管理料	・特定機能病院以外の病院で小児科を標榜している病院 ・医療法施行規則に定める医師の員数以上の配置等 ・常勤医師数、平均在院日数及び看護配置等に応じて1～4に区分	1	165
8,301	9,166				7,986
2	290			300	329
	8,277			9,029	8,868
3	105			110	105
	-			-	-
	1				35
					2,704
	2				
	3				

2 また、小児救急医療に対する評価として、小児科を専ら担当する地域の医師との連携により、特定の医療機関に小児科の診療を行う医師を集めて夜間、休日又は深夜に小児の診療が可能な体制を確保することについての評価の引き上げを行った。

改

B001-2-2 地域連携小児夜間・休日診療料			
改定前		平成20年改定後	
1	300点	1	350点
2	450点	2	500点

		届出医療機関数 (上段:病院数/下段:診療所数)		
		平成18年	平成19年	平成20年
		地域連携小児夜間・休日診療料	<ul style="list-style-type: none"> ・当該保険医療機関を主たる勤務先とする小児科担当医師と別の保険医療機関を主たる勤務先とする小児科担当医師との連携体制等 ・医師の配置、24時間診療体制の有無に応じて1及び2に区分 	1
		87	86	95
		219	231	252
		50	62	64
		3	3	3

3 さらに、患者を救急用の自動車やヘリコプター等で保険医療機関に搬送する際、診療上の必要から、当該自動車等に同乗して診療を行うことを評価した救急搬送診療料の評価の引き上げを行った。

改

C004 救急搬送診療料	
改定前	平成20年改定後
650点	1,300点
6歳未満の乳幼児に対して行った場合 150点加算	

4 診療報酬上、小児に関する評価として、初再診料、入院基本料、手術等において小児加算を設けて評価している。

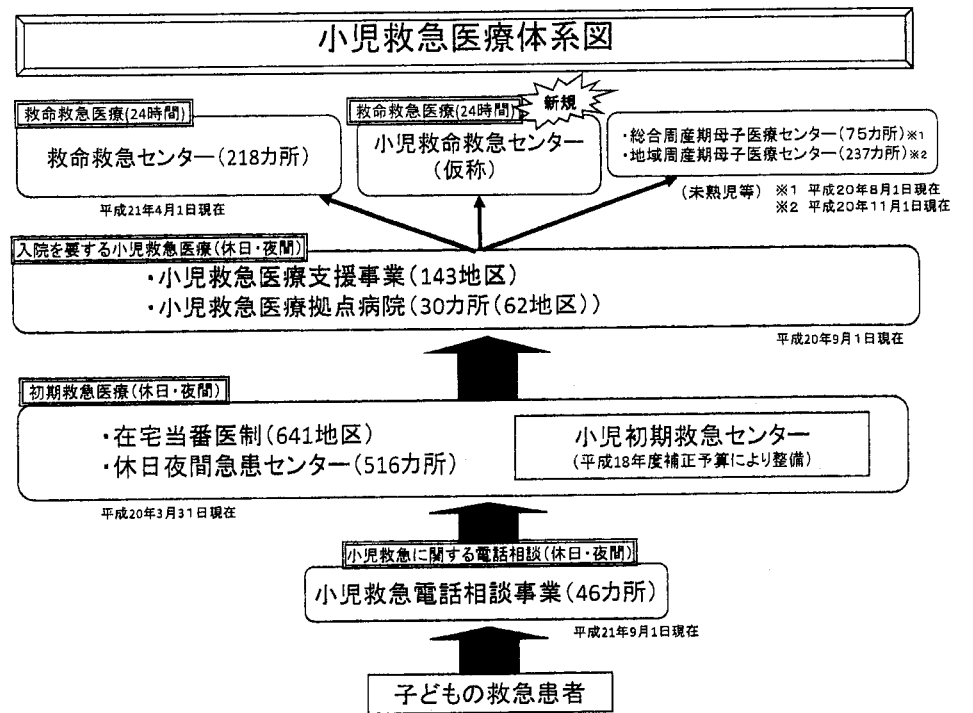
A000	初診料	6歳未満の乳幼児の場合	72点を加算
A001	再診料	6歳未満の乳幼児の場合	35点を加算
A002	外来診療料		
A208	乳幼児加算・幼児加算	(1日につき)	
1	乳幼児加算		
	イ	病院の場合(特別入院基本料を算定しない場合)	333点
	ロ	病院の場合(特別入院基本料を算定する場合)	289点
	ハ	診療所の場合	289点
2	幼児加算		
	イ	病院の場合(特別入院基本料を算定しない場合)	283点
	ロ	病院の場合(特別入院基本料を算定する場合)	239点
	ハ	診療所の場合	239点
K	手術		
		3歳未満の乳幼児に対して手術を行った場合	所定点数の100分の100を加算

第4 論点

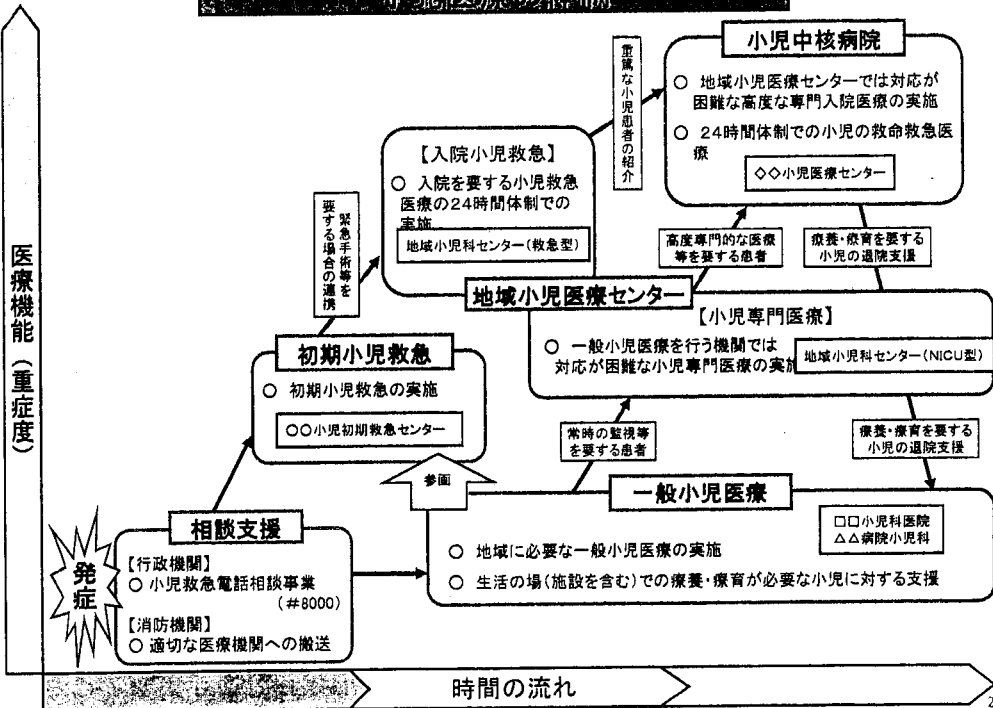
- 1 小児入院管理料を算定する医療機関について、小児救急医療等の病院の果たしている役割に応じてきめ細かく診療報酬上で評価することをどう考えるか。
- 2 小児の初期救急について、地域の医師が参加することにより病院勤務医師の負担を軽減する取組の診療報酬上の措置についてどう考えるか。
- 3 保護者の不安等による時間外の軽症受診患者に対する診療報酬上の措置についてどう考えるか。また、多数の受診者から、緊急度の高い受診者を優先して治療する体制に関する診療報酬上の評価についてどう考えるか。
- 4 重篤な小児患者の受け入れ体制を確保する観点から、超急性期の小児の救命医療やそれに引き続く急性期の小児専門の集中治療が行える専門医療機関の診療報酬上の評価についてどう考えるか。また、患者搬送等も含めた医療機関間の連携体制に関する診療報酬上の評価についてどう考えるか。
- 5 小児に対する手術等の診療報酬上の加算についてどう考えるか。

参考資料

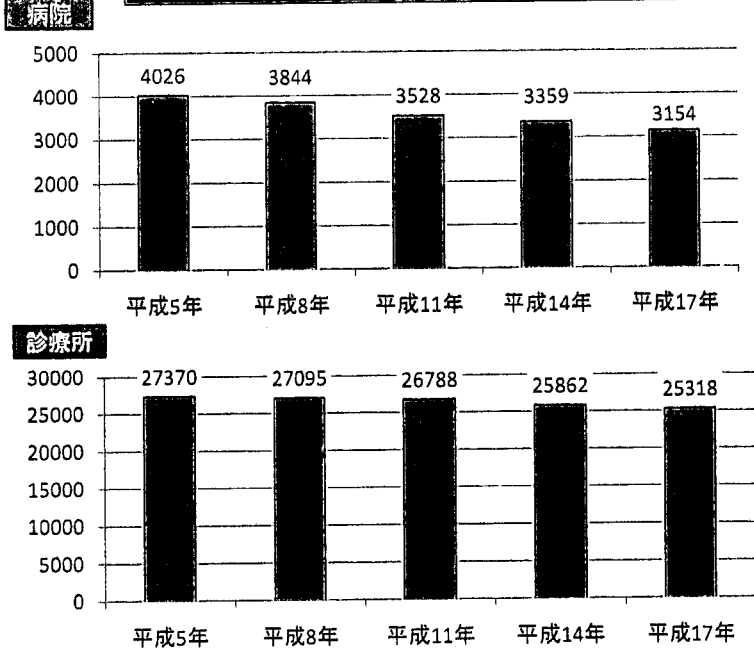
小児救急



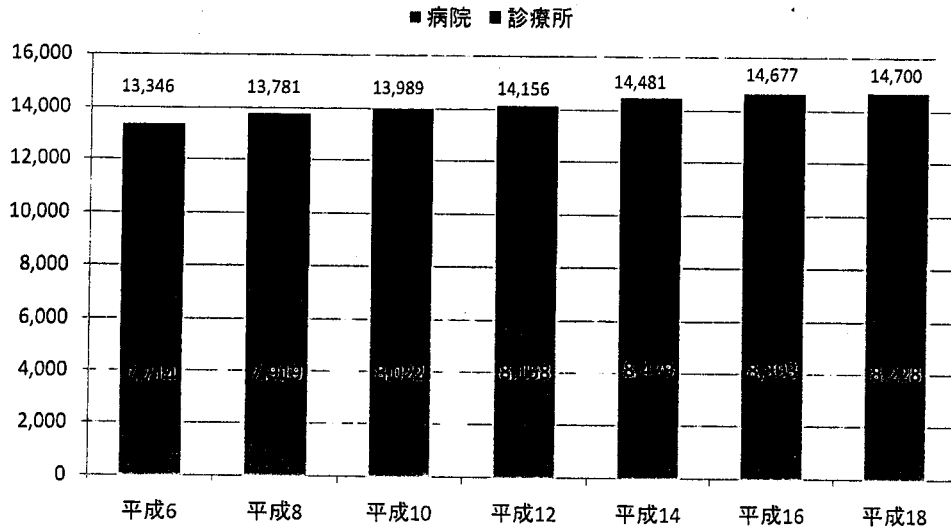
小児医療の体制



小児科を標榜している施設数

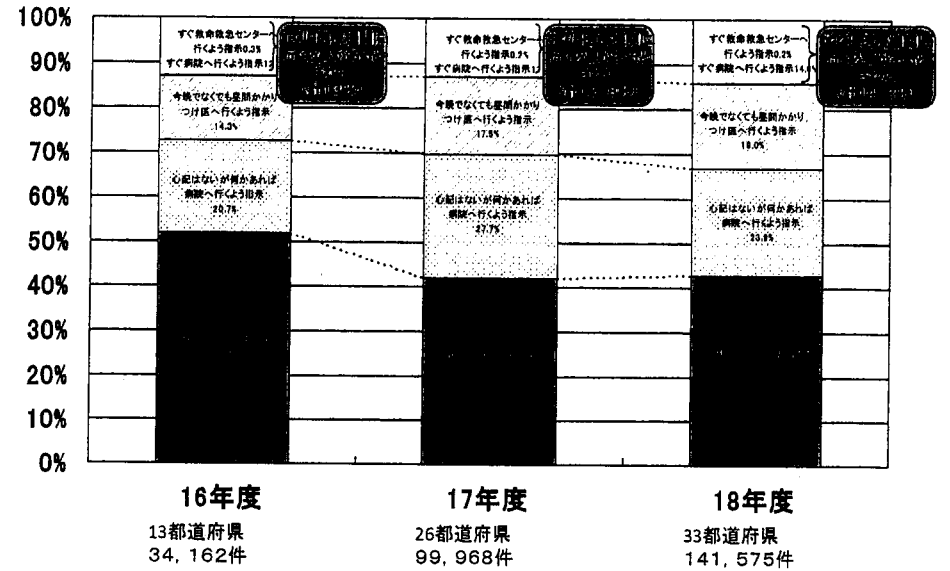


小児科医師数の推移



出典) 医師・歯科医師・薬剤師調査

小児電話相談実績(平成16年度～平成18年度比較)

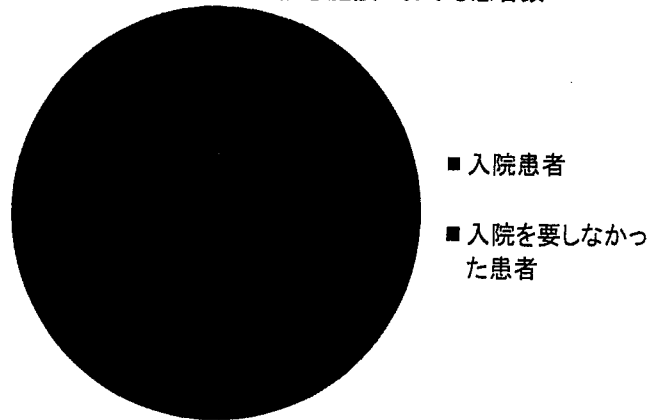


(注) 電話相談を受けた小児科医、看護師等による回答ぶりについて集計したものであって、実際の受療行動ではない。

出典: 厚生労働省医政局指導課調べ

小児二次救急医療機関を訪れる90%以上は軽症者

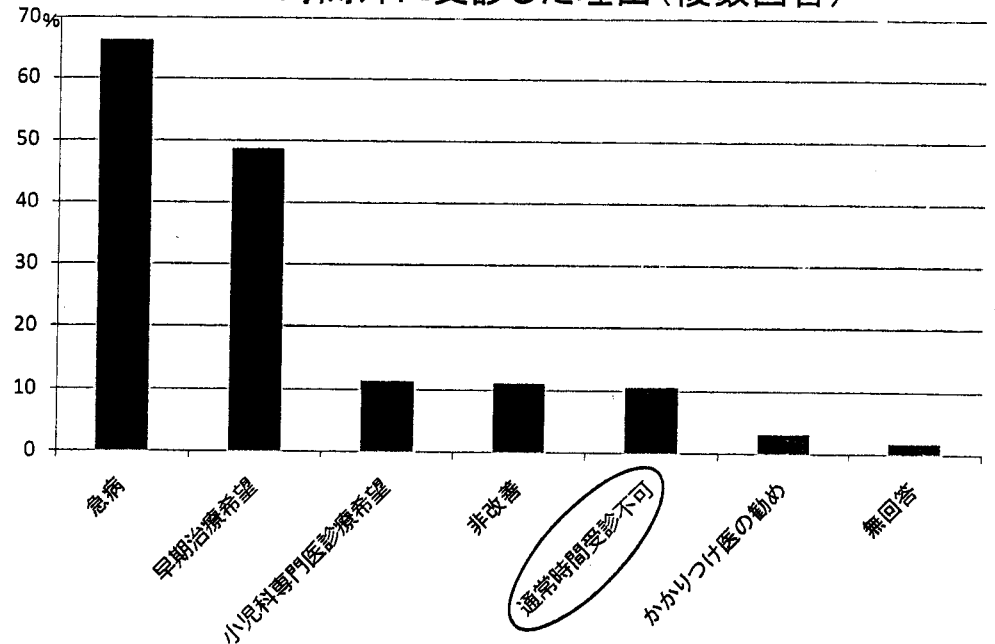
東京都の小児二次救急施設における患者数



来院患者総数 256,574人
うち入院を要しなかった患者数 242,090人 (94.4%)

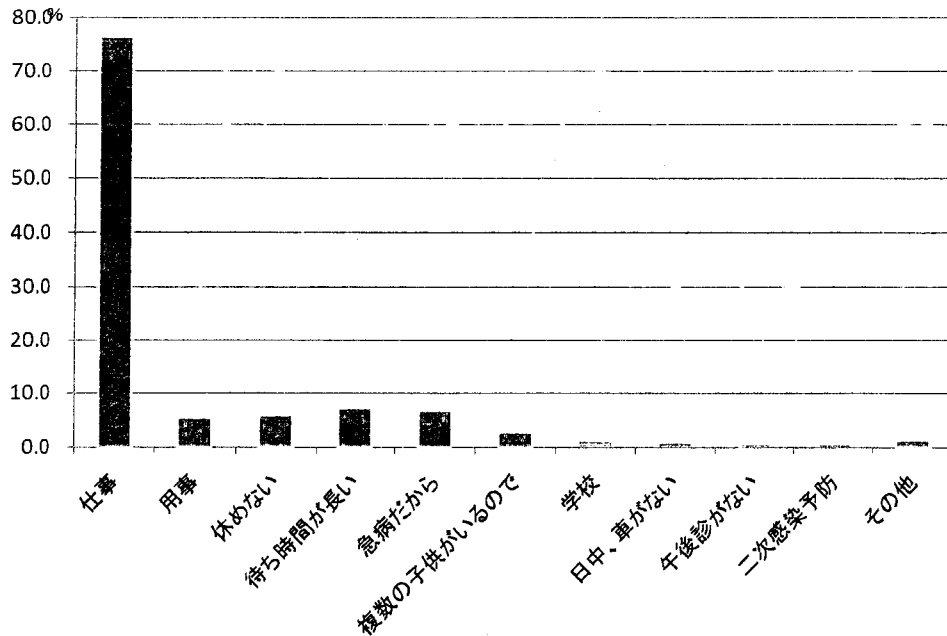
出典: 平成20年度東京都休日・全夜間診療事業(小児科)実績報告

時間外に受診した理由(複数回答)



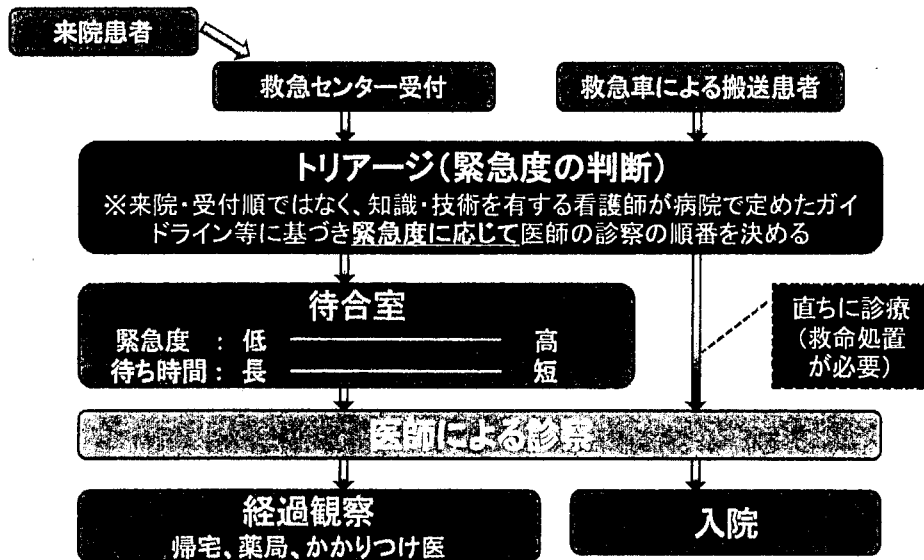
厚生労働科学研究「小児救急医療における患者・家族ニーズへの対応策に関する研究」平成17年度総合研究報告書より

通常時間帯に受診できない理由(複数回答)



厚生労働科学研究「小児救急医療における患者・家族ニーズへの対応策に関する研究」平成17年度総合研究報告書より

小児救急トリアージ (イメージ図)



参考: 国立成育医療センターホームページ及び東京都福祉保健局「小児救急トリアージ普及事業」資料をもとに作成

トリアージ区分※ PTAS-NCCHD

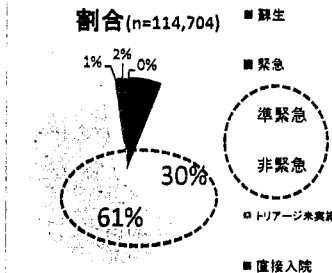
蘇生	生命または四肢・臓器の危急的状态で、ただちに診察・加療を要する	直ちに
緊急	生命または四肢・臓器が危急的状态に陥る可能性が高く、早急に診察・加療を要する	15分以内
準緊急	生命または四肢・臓器が危急的状态に陥る可能性があり、比較的早くに診察・加療を要する	60分以内
非緊急	生命または四肢・臓器が危急的状态に陥る可能性がその時点で強く見出せず、診察を急ぐ必要性がない	120分以内

PTAS-NCCHD: Pediatric Triage and Acuity Scale- National Centre for Child Health and Development
 ※国立成育医療センターが作成した小児のトリアージガイドラインによる

小児救急医療における看護師のトリアージの有効性 (国立成育医療センター)

- 対象: 2002年3月～2005年3月までの37か月間に当センターの救急センターを受診した114,704名の患者
- 方法: 一定の指導を受けた看護師がガイドラインに基づきトリアージを実施

トリアージ緊急度区分別割合 (n=114,704)



トリアージ区分	蘇生 (n=301)	緊急 (n=6,657)	準緊急 (n=34,124)	非緊急 (n=70,665)	トリアージ未実施 (n=843)	直接入院 (n=2,114)
---------	------------	--------------	----------------	----------------	------------------	----------------

入院率	88%	43%	11%	0.97%	8.3%	100%
CPTAS*の予測入院率	90~70%	70~40%	40~10%	10~0%		

※Canadian Pediatric Triage and Acuity Scaleの推奨基準

○ トロント小児病院におけるトリアージシステムと遜色がなくCPTASが推奨する基準を満たしている

出典: 清水直樹他: 小児救急医療体制充実のためのトリアージシステムの有用性の検討、日本小児科学会雑誌、109(11)、1319-1329、2005

トリアージシステムの有用性

(国立成育医療センター)

- 対象: 看護師、救急医、研修医、看護研修生 各5名
- 方法: 救急医が作成した30症例のケースシナリオに対して、1症例3分以内でトリアージ・ケーススタディを2回実施(2~3週の間隔をあげ、同様の30症例を使用)。

対象の背景	トリアージを実践している (トリアージの平均 経験年数2.8年)	救急の診療に 携わる	トリアージの経験とその訓練を受けていない	トリアージ経験はないけれどもその訓練を受けている看護師	
平均臨床経験年数(年)	9.4±5.32	7.8±4.09	1.6±0.55	8.8±3.27	
正解割合(%)	1回目	82.0	87.3	75.3	72.6
	2回目	83.3	92.0	76.6	75.3

※ 4集団のそれぞれの検者間一致率は、1回目、2回目ともに0.9以上

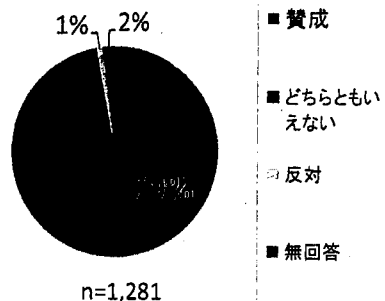
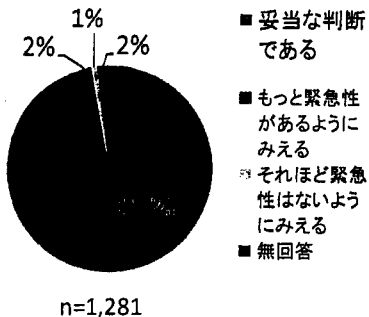
出典: 伊藤龍子他: 小児救急医療における看護師のトリアージの有効性、平成17年度日本看護協会看護政策研究事業委託研究「小児救急医療における看護師のトリアージの有効性に関する研究」研究報告書、2006

トリアージシステムの評価①

2007年8月~2008年3月の時間外(平成18時以降と休日全日)の内科系小児救急外来を受診し、トリアージが行われた15歳以下の患児の保護者(1,438人)へのアンケート調査

問:「看護師に判断された緊急度(蘇生・緊急・準緊急・非緊急)について、どう思われましたか?」

問:「緊急度により診察の順番が繰り上がるこのトリアージシステムは、どう思われますか?」



出典: 野末裕紀他: 患者側からみた小児救急外来におけるトリアージシステムの評価、日本小児科学会雑誌、113(6)、954-958、2009

トリアージシステムの評価②

問:「小児救急外来における看護師によるトリアージシステムについて、ご自由にご意見をお書きください。」

※保護者からの多かった意見を集約し、肯定的意見と否定的意見に分け、頻度の多い順に示した

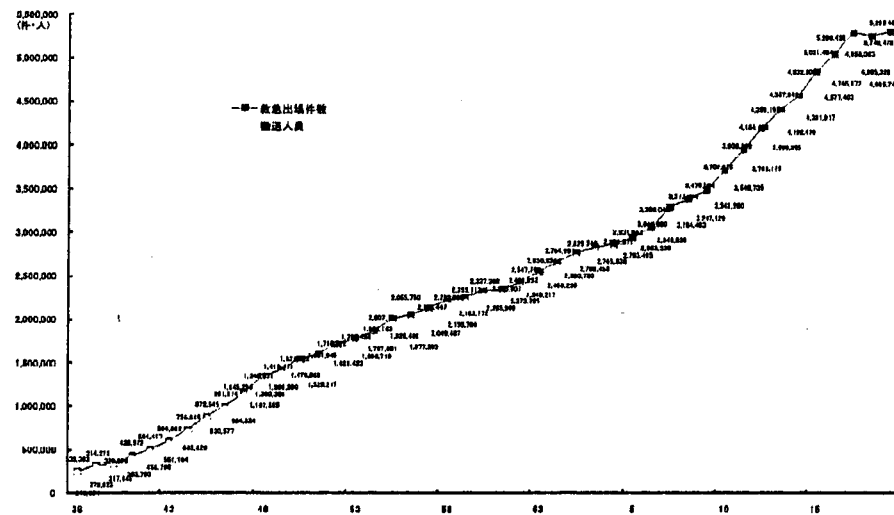
肯定的意見	回答数
・理にかなった当然のシステムであり、他の病院にも広めてほしい	18
・順番を抜かされて不快感は否定できなかったが、次に緊急度が高かった場合には優先して診察を受けられるため賛成	14
・医師の診察の前に看護師と話せることで親に安心感をあたえる	13
・こどもの病状を判断する上で、親自身の知識、教育にも役立つ	5

否定的意見	回答数
・看護師の判断が適切になされるのか不安	10
・トリアージにより待ち時間があまりに長くなるようなら反対	7
・トリアージ基準に同伴者の事情なども考慮すべき	5
・きわめて緊急度が高いときだけに限定すべき	2

出典: 野末裕紀他: 患者側からみた小児救急外来におけるトリアージシステムの評価、日本小児科学会雑誌、113(6)、954-958、2009

救急出場件数及び搬送人員の推移

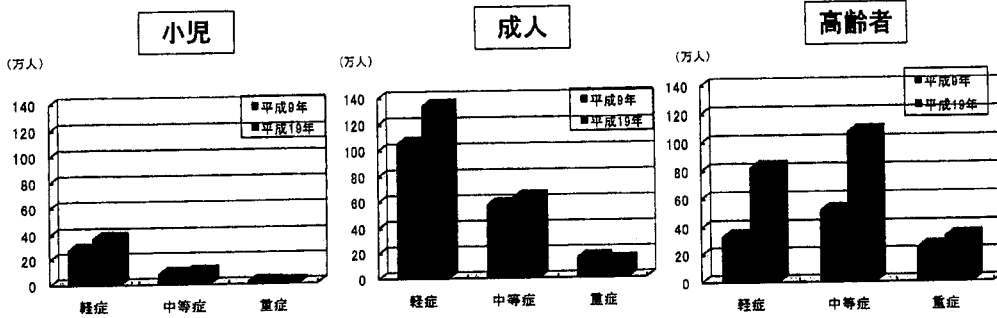
救急搬送件数は、この10年間で約1.5倍の年間約500万件まで急増した。



(注) 1 平成10年以降の救急出場件数及び搬送人員についてはヘリコプター出場分を含む。
2 各年とも1月から12月までの集約である。

「救急・救助の現況」(総務省消防庁)

10年間の救急搬送人員の変化(年齢・重傷度別)



平成9年中

全体	小児	成人	高齢者
重症	1.9万人	16.1万人	24.9万人
中等症	8.5万人	57.7万人	51.4万人
軽症	28.2万人	105.7万人	33.4万人

平成19年中

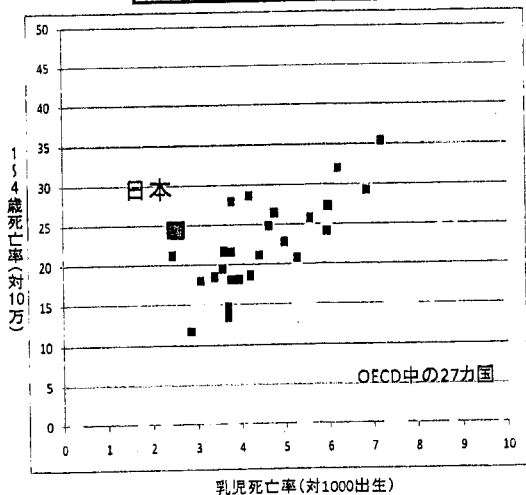
全体	小児 (18歳未満)	成人 (18歳～64歳)	高齢者 (65歳以上)
重症	1.2万人 0.7万人減 -37%	13.6万人 2.5万人減 -16%	32.8万人 7.9万人増 +31%
中等症	10万人 1.5万人増 +17%	63.3万人 5.6万人増 +9%	107.2万人 55.8万人増 +108%
軽症	37.3万人 9.1万人増 +32%	133.9万人 28.2万人増 +26%	82.1万人 48.7万人増 +145%

「救急・救助の現況」(総務省消防庁)のデータを基に分析したもの

1～4歳児の死亡率の国際比較

○ 我が国は、乳児死亡率は低いに関わらず、1-4歳児死亡率は高く、他の国と異なる状況にある。
※ 乳児死亡率(生後1年未満の死亡の出生1,000に対する比率)

乳児死亡率と1-4歳児死亡率の関係



1-4歳児死亡率の国際比較

ランク	国名	1-4歳児死亡率
1	Finland	11.85
2	Ireland	13.60
3	Greece	14.85
4	Norway	18.05
5	Germany	18.20
6	Italy	18.25
7	Czech Republic	18.60
8	Switzerland	18.70
9	France	19.55
10	Canada	20.85
11	Netherlands	21.15
12	Sweden	21.25
13	Spain	21.65
14	Austria	21.70
15	United Kingdom	22.85
16	New Zealand	24.20
17	Japan	24.55
18	Denmark	24.85
19	Belgium	25.85
20	Australia	26.55
21	Poland	27.35
22	Republic of Korea	27.95
23	Portugal	28.70
24	United States of America	29.25
25	Hungary	32.00
26	Slovakia	35.35
27	Mexico	76.60

出典)厚生労働科学研究「新生児関連疾患が我が国の幼児死亡に与える影響」主任研究者 池田智明(国立循環器病センター) 18

新生児関連疾患が1-4歳児死亡に与える影響

• 2005年、2006年の新生児死亡数(2954例)に134例を加え、1-4歳児死亡から減じると、

新生児死亡率の上昇

1.3→1.4

乳児死亡率の上昇

2.6→2.7

1~4歳児死亡率の減少

24.6→23.1

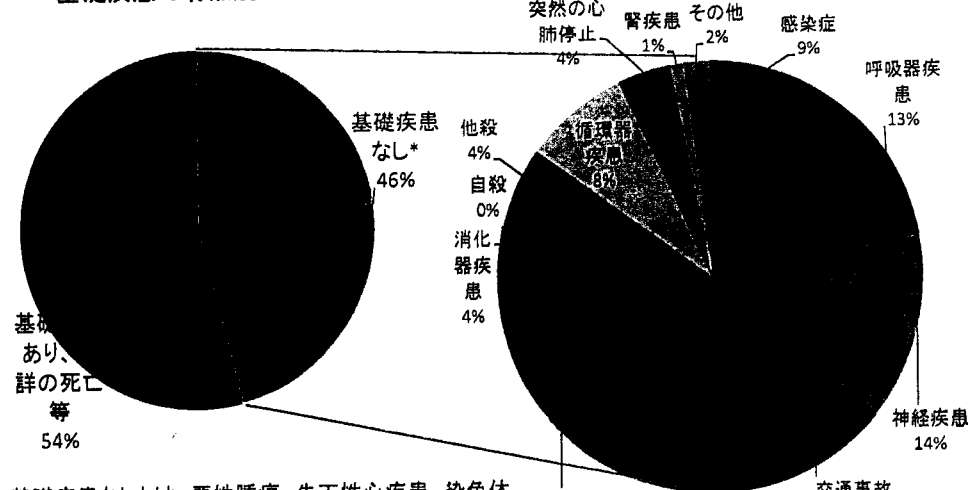
1-4歳児死亡率の国際比較

ランク	国名	1-4歳児死亡率
1	Finland	11.85
2	Ireland	13.60
3	Greece	14.85
4	Norway	18.05
5	Germany	18.20
6	Italy	18.25
7	Czech Republic	18.60
8	Switzerland	18.70
9	France	19.55
10	Canada	20.85
11	Netherlands	21.15
12	Sweden	21.25
13	Spain	21.65
14	Austria	21.70
15	United Kingdom	22.85
16	New Zealand	24.20
17	Japan	24.55
18	Denmark	24.85
19	Belgium	25.85
20	Australia	26.55
21	Poland	27.35
22	Republic of Korea	27.95
23	Portugal	28.70
24	United States of America	29.25
25	Hungary	32.00
26	Slovakia	35.35
27	Mexico	76.60

出典)厚生労働科学研究「新生児関連疾患が我が国の幼児死亡に与える影響」主任研究者 池田智明(国立循環器病センター) 19

1～4歳児の死亡原因(基礎疾患の認められない児)

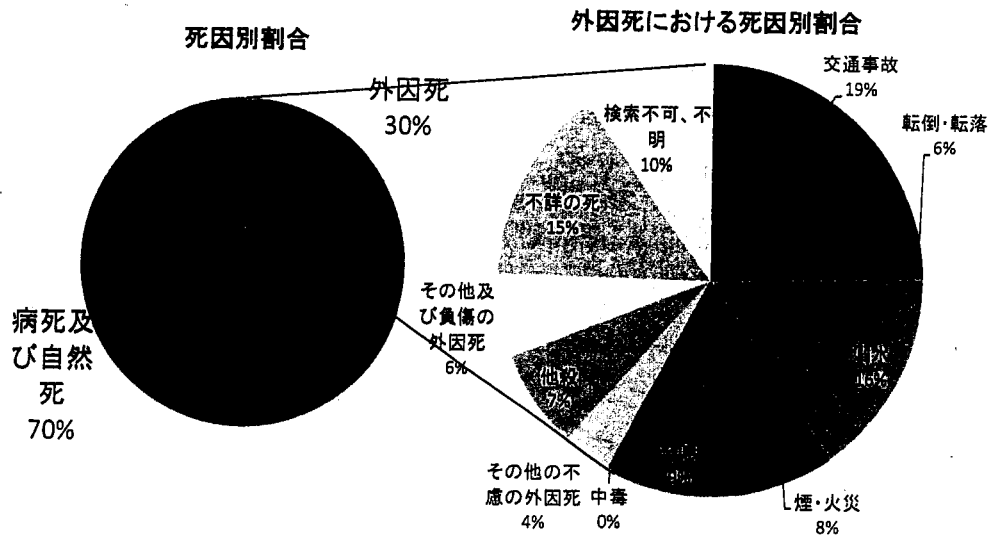
基礎疾患の有無別死亡率



*基礎疾患なしとは、悪性腫瘍、先天性心疾患、染色体異常、奇形症候群、脳性麻痺、低出生体重児、死亡ま...
その他の不慮の事故
で半年以上の慢性疾患及び不詳の死亡を除いた例

出典)厚生労働科学研究「全国1-4歳児死亡小票から見た我が国の小児重症患者医療体制の問題点」分担研究者 阪井裕一 より作成 20

1～4歳児の死亡原因(外因死)



出典)厚生労働科学研究「傷害による死亡情報の収集内容についての検討」分担研究者 山中 龍宏 より作成

“不慮の事故”の死亡率における独立のPICUの有無で別けた地域差について(人口10万対)

(日本集中治療医学会雑誌vol14, pp 53-56, 2007)

	0 - 4歳	5 - 9歳	10 - 14歳	14歳以下全て
PICU* 有る地域	8.4±5	4.6±2.9	3.1±2.1	5.5±4.3
PICU* 無い地域	11.7±6.6	6.4±3.8	4.2±2.4	8.0±5.9
統計的 差異	P<0.05	P<0.05	NS	P<0.01

*PICU(小児集中治療室)は小児専門のICUである。

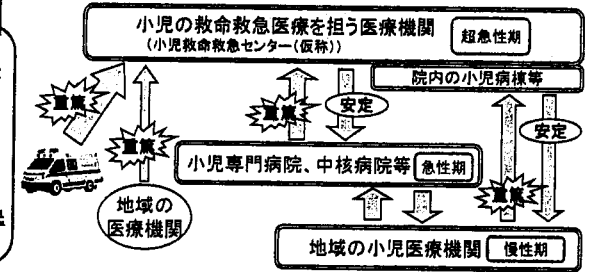
「重篤な小児患者に対する救急医療体制の検討会」中間取りまとめの概要

平成21年7月8日
厚生労働省医政局指導課

すべての重篤な小児救急患者が地域において必要な救命救急医療を受けられる体制について検討

1. 小児救急患者の搬送と受入体制の整備

- 改正消防法に基づき都道府県に設置する協議会に小児科医も参加し、小児救急患者の搬送・受入ルールを策定
- 消防機関が小児救急患者の緊急度や症状等を確認するための基準を策定
- ドクターヘリ等を活用し、必要に応じて県域を越えた広域の連携体制を構築
- 小児救急患者の受入体制を医療計画に明示し、住民に周知



2. 発症直後の重篤な時期(超急性期)の救命救急医療を担う体制の整備

- 基本的に、すべての救命救急センターや小児専門病院・中核病院は、心肺停止等の重篤な小児救急患者に救命救急医療を提供
- その上で、小児救急患者への医療提供体制の特に整った救命救急センターや小児専門病院・中核病院について、「超急性期」の小児の救命救急医療を担う医療機関として位置付け、少なくとも都道府県又は三次医療圏に一か所整備(小児の救命救急医療を担う救命救急センター・小児専門病院・中核病院は、「小児救命救急センター(仮称)」として必要な支援)
- 小児の救命救急医療を担う医療機関に求められる機能は、他の救命救急センター等の支援機能、重篤な小児救急患者について診療科領域を問わず24時間体制で受け入れる機能(小児救急専門病床の設置、本院の小児科等との連携が必要)

3. 急性期の集中治療・専門的医療を担う体制の整備

- 「超急性期」を脱した小児救急患者に「急性期」の集中治療・専門的医療を提供する小児集中治療室の整備のための支援が必要
- 小児の救命救急医療及び集中治療を担う医師及び看護師を養成
- 地域全体で、病院前救護から、「超急性期」「急性期」を経て、在宅医療を含む「慢性期」にいたるまでの医療提供体制を一体的に整備

21

23

病院勤務医負担軽減策①

第1 病院勤務医の状況

- 1 病院勤務医数は増加しているが、診療科別で見ると産婦人科・外科等で減少が見られる一方、リハビリテーション科、麻酔科等で増加している。(参考資料 P4,5)
- 2 産婦人科、外科医師数が減少傾向にもかかわらず、手術件数、帝王切開件数は増加傾向にある。(参考資料 P6)勤務状況に関して、1年前とと比較して改善した・どちらかという改善したという回答が13.9%、悪化した・どちらかという悪化したという回答が35.9%であった。(参考資料 P7)
- 3 病院勤務医の勤務時間は救急科(74.4時間)、外科(65.0時間)、産科・産婦人科(63.9時間)で長くなっており、当直回数は救急科(5.48回)、産科・産婦人科(4.51回)で多くなっている。救急科においては、他科と比較して、当直後に仮眠をとれる等の配慮がなされていた。(平成20年度検証部会調査「病院勤務医の負担軽減の実態調査」より)(参考資料 P8-13)
- 4 医師が負担が重いと感じる具体的な業務としては、書類作成等の業務をあげる声が多かった。これらについて、医師事務作業補助者の導入によって負担の軽減が見られた。(参考資料 P14,15)
- 5 勤務医の負担軽減に関して、多職種による詳細な勤務医負担軽減計画の作成、交代制勤務の導入といった独自の取組みを行っている医療機関も見られる。(参考資料 P19-36)

第2 現状と課題

- 1 病院勤務医の負担軽減について、診療報酬上、勤務医の負担軽減のための対策を取る病院の評価や、医師事務作業補助者の配置の評価を行った。また、医政局補助金により、分娩手当や救急勤務医手当、女性医師支援等の施策が行われている。(参考資料 P16)
- 2 医師事務作業補助者について、医師数当たりで見ると医療機関によって配置状況にばらつきが見られる。臨床現場の状況に応じた適切な医師事務作業補助者の配置が求められている。(参考資料 P17,18)

第3 診療報酬上の評価

平成20年度診療報酬改定において、入院時医学管理加算、医師事務作業補助体制加算、ハイリスク分娩管理加算の要件に病院勤務医の負担軽減策の策定・周知を位置づけた。これは、診療報酬の性質上、直接勤務医に配分することができないため、間接的な手法をとったものである。

A200 入院時医学管理加算(1日につき、14日を限度)	120点	(改)
A207-2 医師事務作業補助体制加算(入院初日)	(新)	
25対1補助体制加算	355点	
50対1補助体制加算	185点	
75対1補助体制加算	130点	
100対1補助体制加算	105点	
A237 ハイリスク分娩管理加算(1日につき)	(改)	
	改定前	平成20年度改定後
	1,000点	2,000点

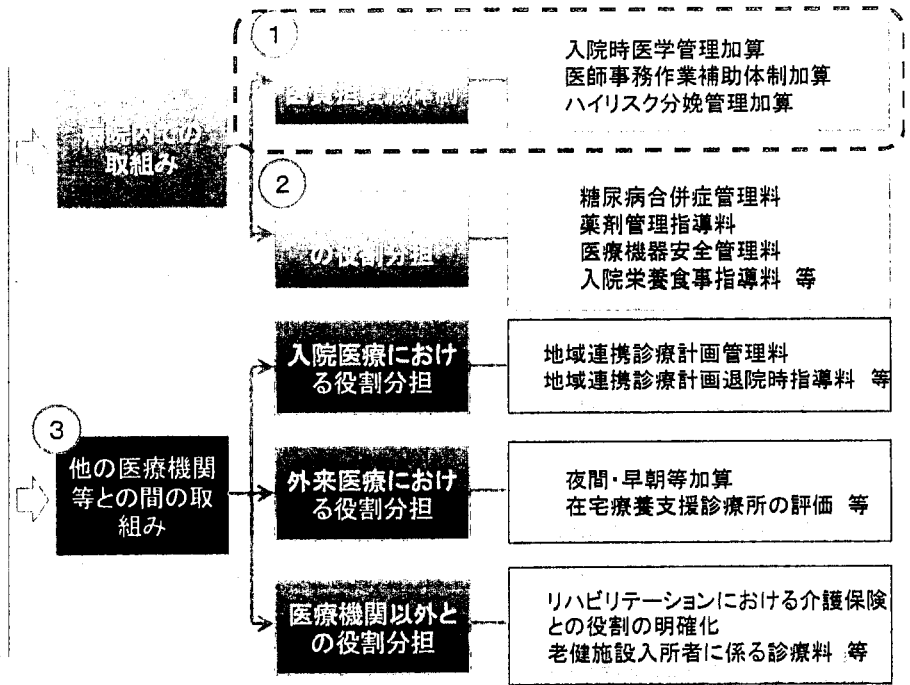
	平成19年7月1日	平成20年7月1日	平成21年6月1日
入院時医学管理加算		88	172
医師事務作業補助体制加算		730	1,056
(内)25対1			20
(内)50対1			562
(内)75対1			230
(内)100対1			244
ハイリスク分娩管理加算	708	623	637

第4 論点

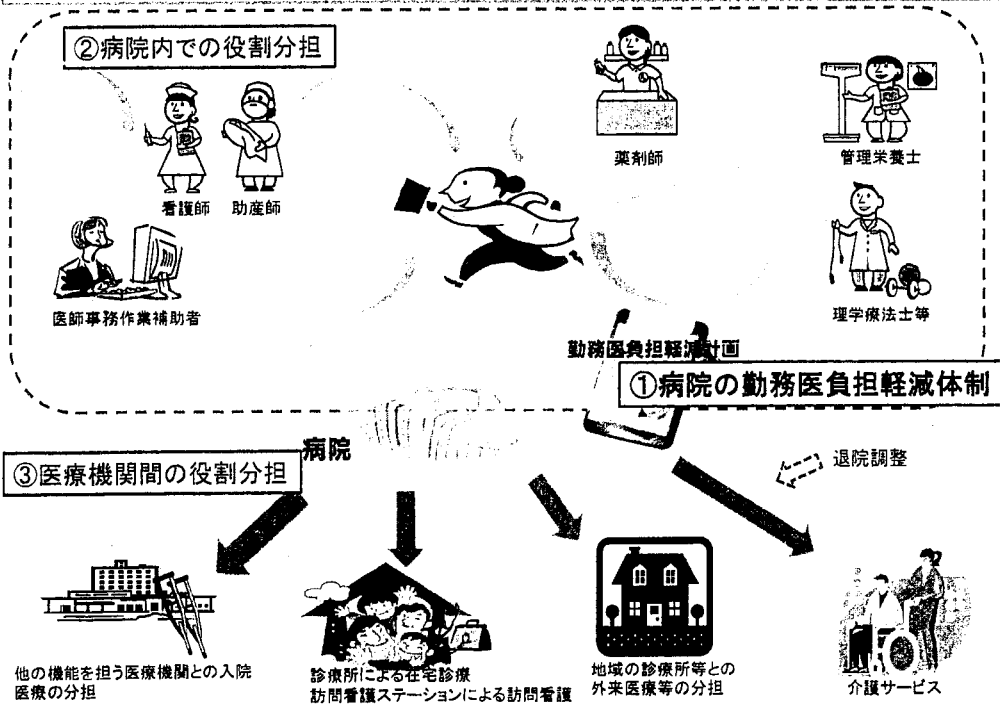
- 1 診療報酬による対応に一定の限界がある中で、医師や従事者の待遇の向上について、診療報酬上の評価をどのように考えるか。(勤務状況や報酬)
- 2 病院勤務医負担軽減のための実効性のある計画を策定周知するための方策について、診療報酬上どのように考えるか。
- 3 臨床現場の状況に応じた医師事務作業補助者の配置についてどのように考えるか。

病院勤務医負担軽減策① (参考資料)

病院勤務医負担軽減のための取組み

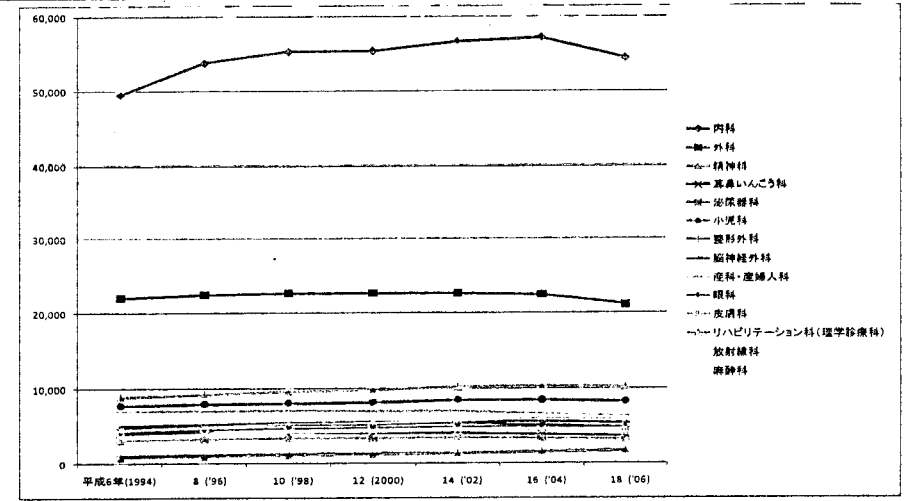


病院勤務医の負担軽減のための考え方



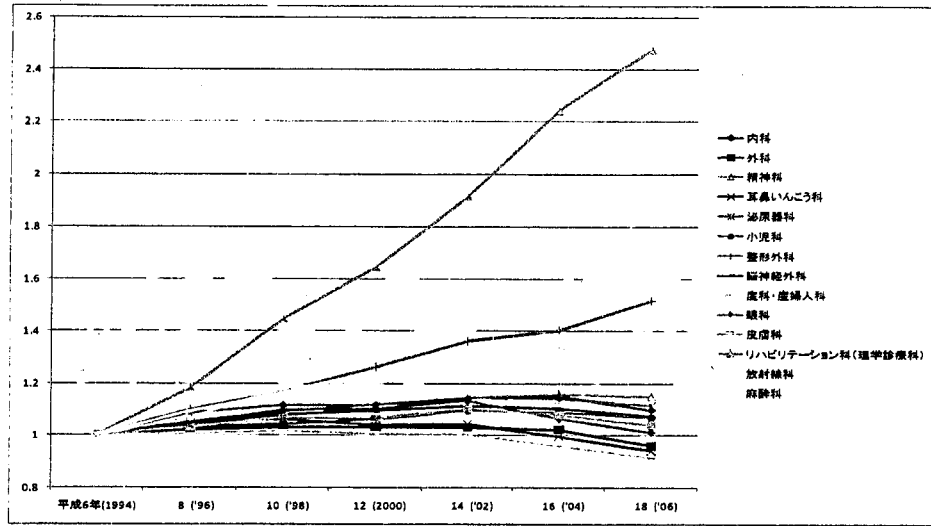
病院診療科別医師数の推移

○病院に勤務する医師数は全体でみると増加している(H.2 12万9千人→H.18 16万8千人)
○病院に従事する医師数を診療科別にみると、リハビリテーション科、麻酔科において医師数の伸びが大きい。



注) 内科…内科、心療内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、アレルギー科、リウマチ科、神経内科
外科…外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科
精神科…精神科、神経科
耳鼻いんこう科…耳鼻いんこう科、耳鼻いんこう科、耳鼻いんこう科、耳鼻いんこう科
泌尿器科…泌尿器科、性産科、こう門科
(出典) 医師・歯科医師・薬剤師調査

病院診療科別医師数の伸び



注) 内科…内科、心臓内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、アレルギー科、リウマチ科、神経内科
外科…外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科
精神科…精神科、神経科
耳鼻いんご科…耳鼻いんご科、気管食道科
泌尿器科…泌尿器科、性病科、こころ科

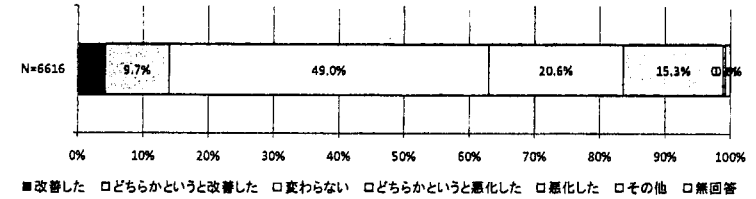
(出典) 医師・歯科医師・薬剤師調査

5

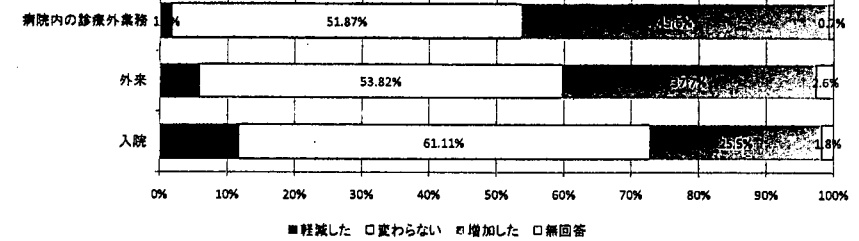
医師の勤務状況の変化

○勤務状況について、35.9%の医師が「悪化した」「どちらかという悪化した」と回答した。
○業務負担の変化について、入院診療、外来診療、診療外業務のいずれについても変わらないが5~6割で最も多く、次いで、増加したという回答が多かった。

1年前と比較した業務負担の変化(N=6616)



1年前と比較した業務負担の変化(N=6616)

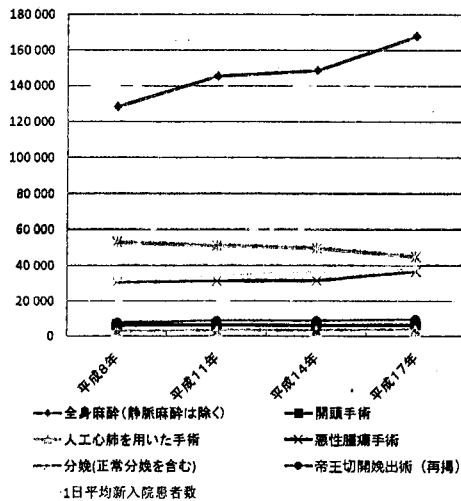


(平成20年度 検証部会調査「病院勤務医の負担軽減の実態調査」より作成)

7

外科・産科産婦人科医師数と手術等件数

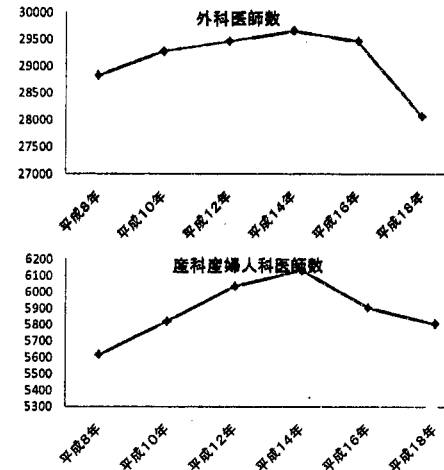
一般病院における手術件数等推移



・新入院患者数は各年間の患者数(病院報告)

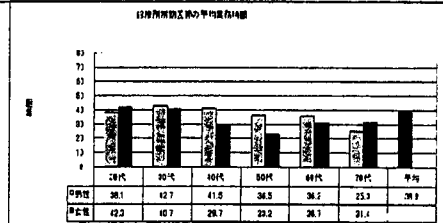
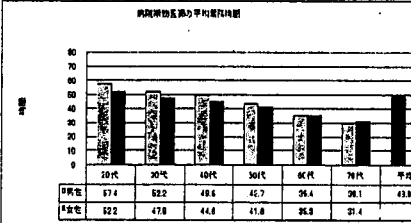
・全身麻酔・手術実施件数は9月中に一般病院で実施した件数(医療施設調査)

・外科医師数は、外科・脳神経外科・呼吸器外科・心臓血管外科・小児外科の医師数の合計。(医師・歯科医師・薬剤師調査)



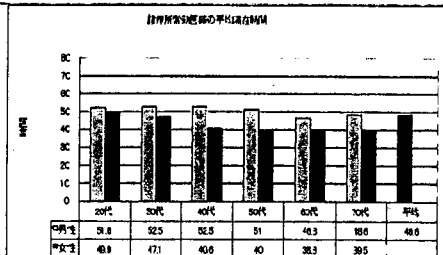
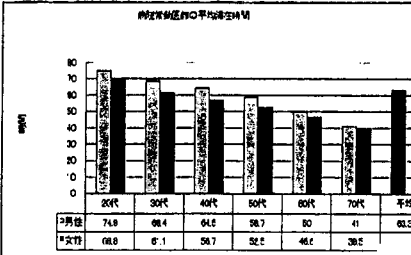
「医師需給に係る医師の勤務状況調査」による医師の勤務時間

業務時間



※業務時間とは、医師が医療機関において過ごす時間のうち、診療、教育、他のスタッフ等への教育、その他の会議等の時間

滞在時間



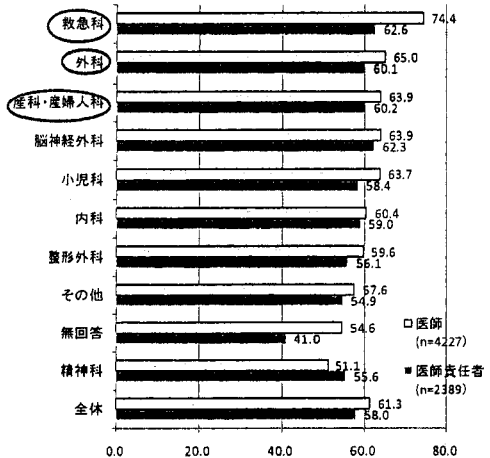
※滞在時間とは、業務時間に加え、休憩時間、自己研修、研究といった時間も含む医療施設に滞在する時間

平成18年3月 医師需給に係る医師の勤務状況調査
回答医師数(病院常勤医師:6650人、無床診療所医師:473人)

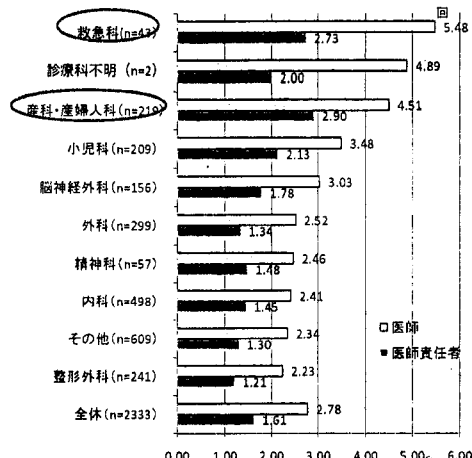
医師の勤務時間、当直回数

○医師の1週間当たりの実勤務時間は平均61.3時間であった。特に救急科で74.4時間と長い傾向が見られた。
○医師の平均当直回数は2.78回/月であった。小児科3.48回/月、産科・産婦人科4.51回/月、救急科5.48回/月と、これらの科では特に当直回数が多かった。

診療科別直近1週間の実勤務時間



診療科別平成20年10月1ヶ月の当直回数

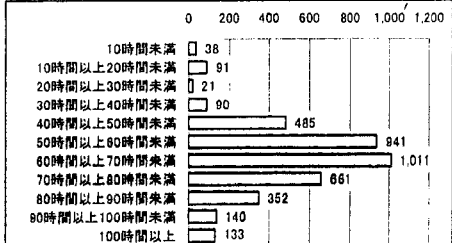


(平成20年度 検証部会調査「病院勤務医の負担軽減の実態調査」より作成)

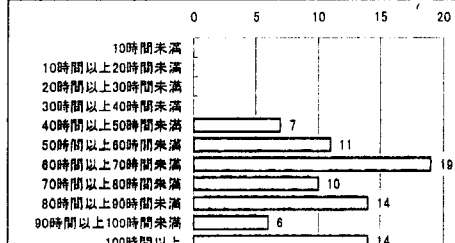
診療科別医師の勤務時間

○医師の1週間当たりの実勤務時間は平均61.3時間であった。勤務時間区分別にみると、60時間以上70時間未満/週を勤務している医師が最も多かった。救急科では100時間/週以上勤務する医師が15%であった。

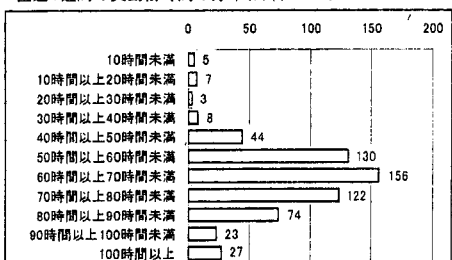
直近1週間の実勤務時間の分布(全体n=4,227)



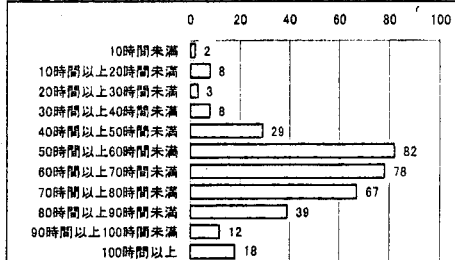
直近1週間の実勤務時間の分布(救急科n=91)



直近1週間の実勤務時間の分布(外科n=638)



直近1週間の実勤務時間の分布(産科・産婦人科n=377)

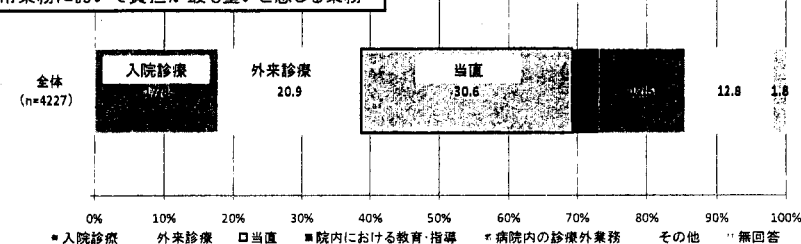


(平成20年度 検証部会調査「病院勤務医の負担軽減の実態調査」より作成)

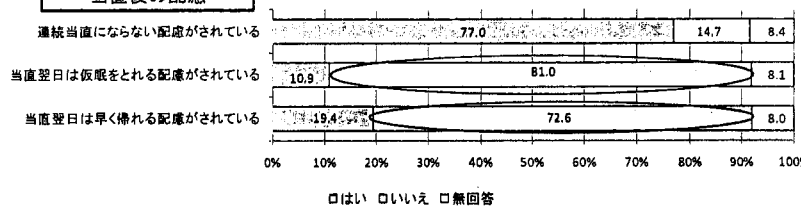
日常業務において負担が最も重いと感じる業務

○日常業務において最も負担が重いと医師が考える業務は、当直業務であった。
○連続当直にならないような配慮は77.0%でなされていたが、当直翌日に仮眠をとれる配慮はがされているのは10.9%、当直翌日に早く帰れる配慮がされているのは19.4%であった。

日常業務において負担が最も重いと感じる業務



当直後の配慮

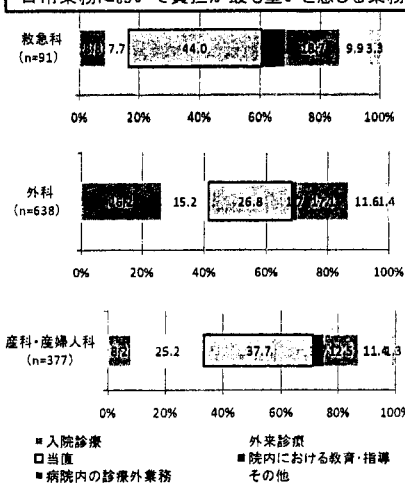


(平成20年度 検証部会調査「病院勤務医の負担軽減の実態調査」より作成)

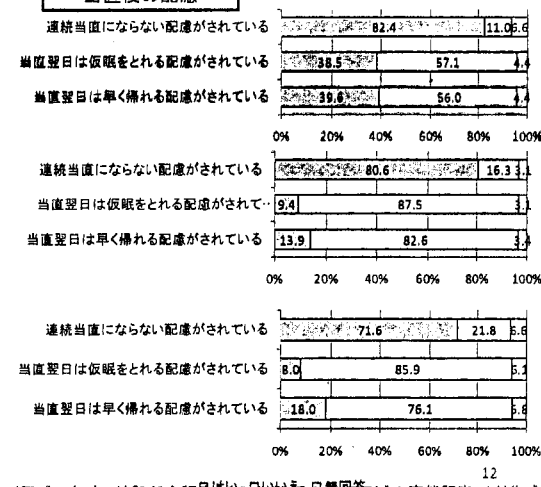
当直後の配慮

○救急科、外科、産科・産婦人科についてみると、救急科では当直が負担という割合が44.0%と他科と比較して大きい、翌日の仮眠等の配慮も比較的なされている。
○外科においては、入院診療の割合が26.2%と、比較的大きくなっている。

日常業務において負担が最も重いと感じる業務



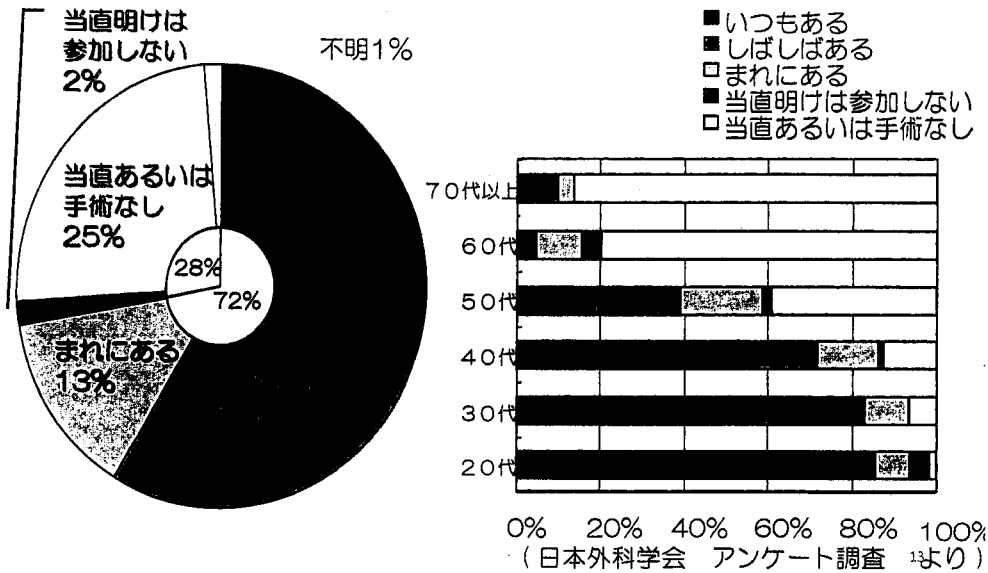
当直後の配慮



(平成20年度 検証部会調査「病院勤務医の負担軽減の実態調査」より作成)

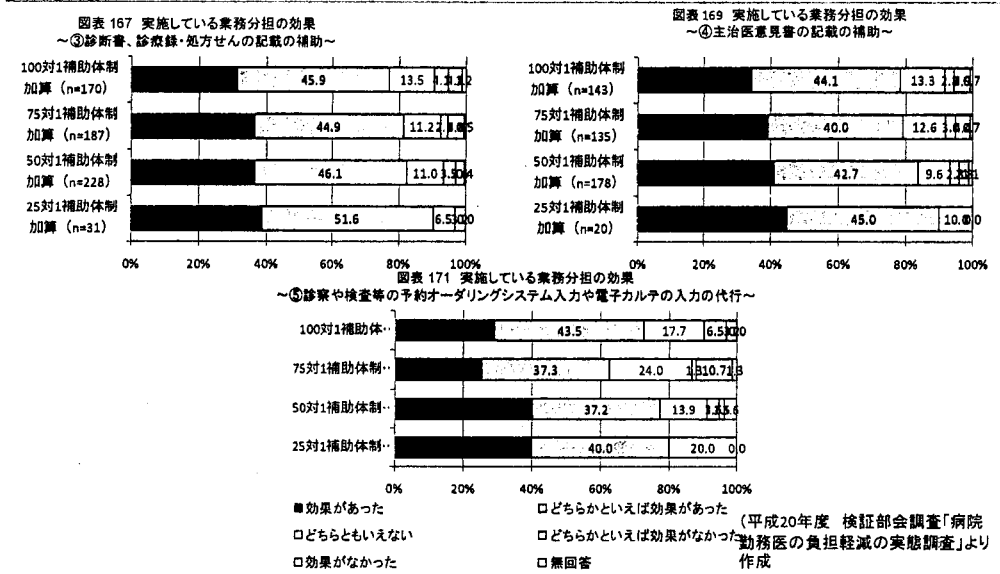
外科における当直明けの手術参加の状況

○当直明けの手術への参加が「いつも」あるいは「しばしば」と回答した医師は59%であった。40代以下の医師に限ると70%以上に上る。



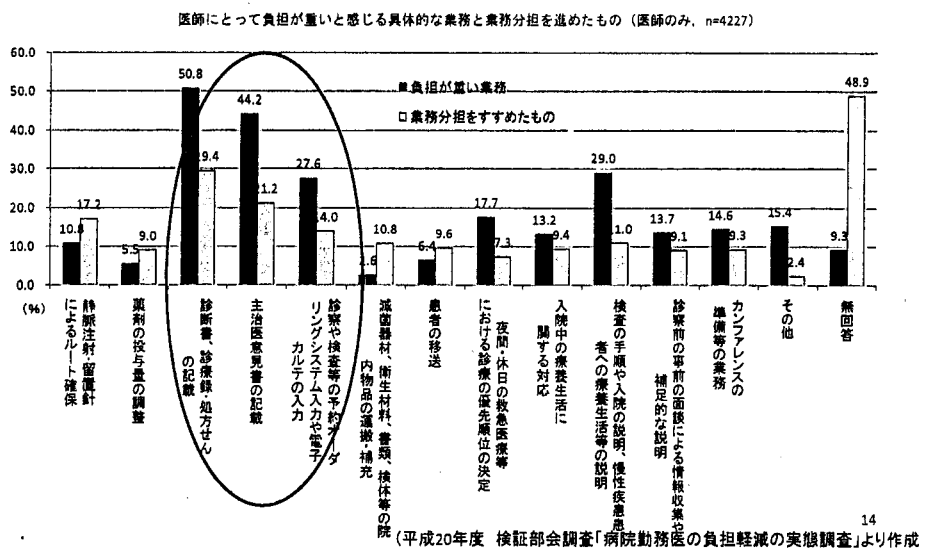
事務作業に関する業務分担の効果

○「診断書、診療録・処方せんの記載の補助」「主治医意見書の記載の補助」「診断名検査等の予約オーダーリングシステム入力や電子カルテの入力の代行」について、業務分担を行ったことによる業務負担軽減の効果を尋ねたところ、いずれも70%以上の医師が効果があったと回答した。
○医師事務作業補助者の配置が多い医療機関の医師ほど、効果があったとの回答が多くみられた。



負担が重いと感じる業務

○具体的な業務では、診断書、主治医意見書の記載等、事務作業と、検査の手順等の患者への説明業務が負担が重いと感じるようであった。
○診断書の記載等の事務作業に関する業務分担の進捗状況は29.4%であった。検査等の説明に関しては11.0%と低かった。



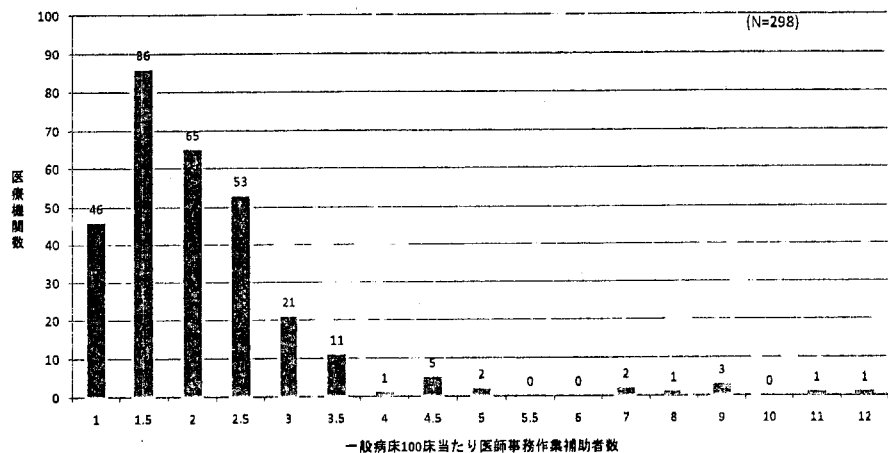
病院勤務医負担軽減のための施策

<p>補助金</p> <ul style="list-style-type: none"> 医師交代勤務等導入促進事業(医政局) 勤務医の過重労働軽減のため、「交代勤務制」を導入し、勤務環境の改善を図る。(代替医師の雇用謝金など) 短時間正規雇用支援事業(医政局) 勤務医の過重労働軽減のため、「短時間正規雇用」を導入し、勤務環境の改善を図る。(代替医師の雇用謝金) 	<p>診療報酬</p> <ul style="list-style-type: none"> 勤務医の負担軽減のための対策をとる病院の評価 入院時医学管理加算 ハイリスク分娩管理加算
<p>勤務医の勤務体系</p> <ul style="list-style-type: none"> 産科医等育成・確保支援事業(医政局) 産科医の処遇を改善し、その確保を図る。(分娩取扱手当、産科後期研修医手当) 休日夜間救急患者受入医療機関支援事業(医政局) 救急医の処遇を改善し、その確保を図る。(救急勤務医手当) 	<p>勤務医の給与</p>
<p>女性医師支援</p> <ul style="list-style-type: none"> 女性医師支援センター事業(医政局) 女性医師バンク事業等の実施により、女性医師の離職防止、再就業支援を図る。(事業経費など) 病院内保育所運営事業(医政局) 保育所運営の支援を行い、女性医療従事者の離職防止、再就業支援を図る。(保育士の人件費など) 	<p>女性医師支援</p>
<p>医師事務作業補助者設置支援事業(医政局)</p> <ul style="list-style-type: none"> 医師事務作業補助者を設置・充実させ、医師の業務負担の軽減を図る。(研修受講中の代替職員の人件費) 	<p>医師事務作業補助者の配置</p> <ul style="list-style-type: none"> 医師事務作業補助者を配置し、勤務医負担軽減体制を取った場合の評価 医師事務作業補助体制加算

医師事務作業補助者の配置状況

- 医師事務作業補助体制加算の届出のある施設における医師事務作業補助者数は平均100床あたり1.9人であった。
- 100床当たり4人までの配置をとる施設が多かったが、診療報酬上評価のある100床当たり4人を超えて配置する医療機関も見られた。

医師事務作業補助体制加算算定医療機関における医師事務作業補助者数

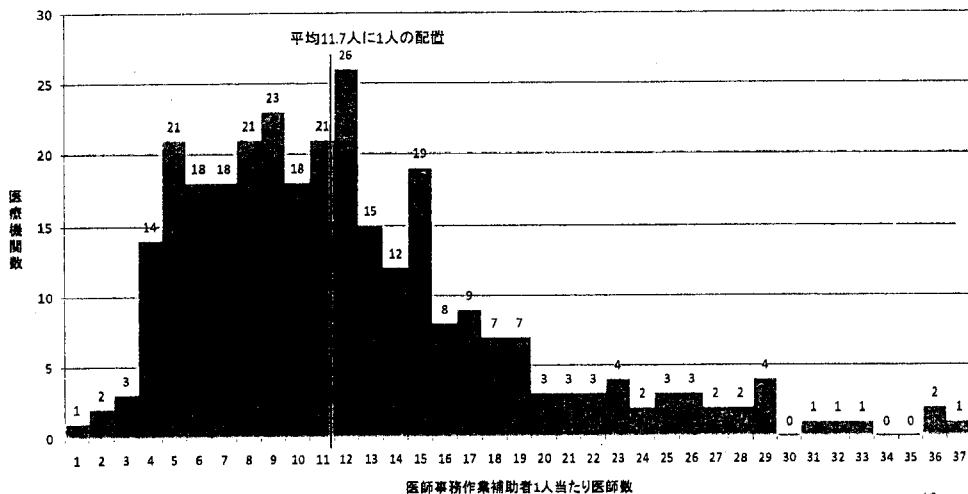


17
(平成20年度 検証部会調査「病院勤務医の負担軽減の実態調査」より作成)

医師事務作業補助者の配置状況

- 医師事務作業補助体制加算の届出のある施設における医師事務作業1人当たりの医師数は平均11.7人であった。

医師事務作業補助体制加算算定施設補助者1人当たり医師数



18
(平成20年度 検証部会調査「病院勤務医の負担軽減の実態調査」より作成)

横須賀市立市民病院における勤務医負担軽減策の取組み状況

横須賀市立市民病院の概要

- 病床数: 482病床
 届出入院料: 一般病棟入院基本料
 亜急性期入院医療管理料1
 主な届出入院基本料等加算:
 ・入院時医学管理加算
 ・医師事務作業補助体制加算
 ・超急性期脳卒中加算
 ・ハイリスク妊娠管理加算
 ・ハイリスク分娩管理加算 等
- 平均在院日数: 14.77日 (DPC調査)
 救急搬送件数: 526件
 全身麻酔件数: 470件

勤務医の勤務状況の把握・管理について

1. 勤務医1人1人の勤務状況の把握について

- ・医師個人が時間外労働時間を記録し、部長が月単位で確認。
- ・当直・オンコール当番は病棟勤務は総務課、外来勤務は医事課が計画を作成し、前月末までに各科に通知。
- ・事務方で過度の時間外勤務や当直を確認した場合、安全衛生委員会へ報告。

現在確認している勤務状況の例

- ・残業時間：平均13.3時間/週
- ・外科系診療科で外来患者が多く、残業が長い。
- ・入院のない放射線科や精神科は比較的残業時間が少ない。
- ・当直回数は、他科と別の救急体制を取っている産科・小児科が多い。(産科で1人月7~8回)

2. 勤務医から業務負担等に関する要望等を吸い上げる仕組みについて

- ・診療部科長会：月1回、事務局と診療科長以上が参加
- ・医局会：月1回、診療科長以下の職員が参加
- ・病院長による個人面談：年2回、基本的に診療科長以上の医師を対象
- ・医師から要望が出された場合、関連のある事務局が調整に入り対応。
- ・医師とコメディカルが話し合いを行う場は特に設置していない。

具体的に実施した要望の例

- ・短時間労働医師、非常勤医師による外来診療や当直の実施

21

具体的な勤務医負担軽減計画

1. 医師・看護師等の役割分担

- ・横須賀市事務分掌規則による病院職員の役割分担明確化
- ・役割分担の計画及び状況を作成(別紙)

2. 医師事務作業補助

- ・放射線科における医師の音声入力に基づく読影レポートの作成
- ・診断書等作成補助、カルテ準備、患者への連絡等の補助業務
- ・救急医療情報システムの情報更新等

3. 短時間正規雇用医師の活用

短時間正規雇用医師・非常勤医師の外来診療、当直等への活用

4. 地域の他の医療機関との連携体制

- ・地域医療連携室の設置(平成12年)
- ・横須賀市立市民病院利用医師登録制度(平成16年)：県内二次医療圏の医療機関の医師との連携、かかりつけ医等の支援
- ・地域医療支援病院の認定(平成18年)

5. 外来縮小の取組み

- ・初診の選定療養費の増額
- ・初診患者の診療を主目的としていた外来を縮小

23

勤務医の負担軽減計画の策定について

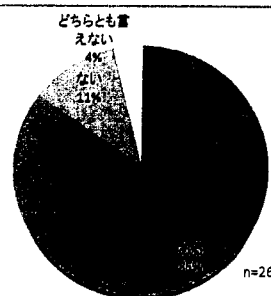
1. 計画策定体制

医事課職員が中心となり、関係部署(医師、看護師等)と協議しながら策定。

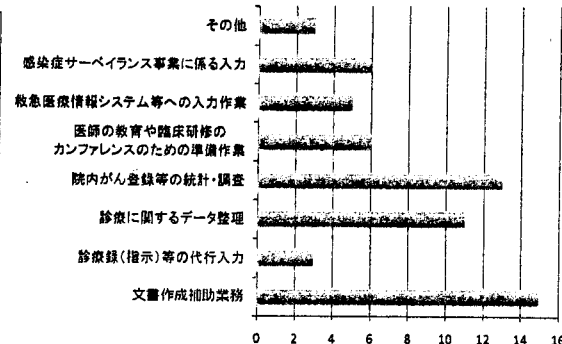
2. 策定にあたり行ったこと

勤務医に対するアンケート調査。

現在の事務作業で事務職員が実施できると思われる業務はありますか？



実施できると思われる業務区分は？



22

役割分担の計画及び状況

業務内容	状況及び計画
1. 医師・看護師等の医療関係職と事務職員等との役割分担	
書類作成等	
診断書・主治医意見書等の作成補助	医師事務作業補助者を4名配置し、患者基本情報他記載可能な部分を記入後、診療録等と併せて、担当医師に確認依頼している。今後は、事務職員を始め各職種が行っている補助業務の洗い出しを行い、医師事務作業補助者を増員することで、更なる医師の負担軽減を図る。
診療予約入力	紹介患者に係る予約入力については地域医療連携室の職員が行っている。
ベッドメイキング	
	退院後の患者の空ベッド及び離床可能な患者のベッドについては、看護補助者が行っている。
搬送業務	
物品の搬送・補充	日勤帯においては、物品搬送の専従者が行っている。搬送頻度の拡大について検討中である。
患者の検査室等への移送	患者の状態等、特に問題がない場合においては、原則として看護助手が行うこととしている。ただし、助手の不在時は医師・看護職員等が行うこともあるため、看護助手を増員するなどの対応を検討する。
その他	
診療報酬請求書の作成	請求業務については、医事課にて行っている。医師によるレセプト点検業務は、点検システムを導入し、チェック部分のみを確認することで負担軽減を図っている。
書類や伝票の整理	病棟における業務については、病棟クラークを配置(委託)し、看護職員が本来業務に専念できる環境を整えている。
検査室等への患者の案内	検査実施部門の受付・事務担当職員が案内している。
入院時の案内	総合案内とは別に「入院案内」を設置し、事務職員による入院に関するオリエンテーションを行っている。
入院患者に係る食事の配膳	栄養管理部門と看護部門が共同で行っている。今後は、栄養管理部門中心で行うよう検討していく。
受付・診療録の準備	外来受付業務は、各外来の受付事務職員が行い、カルテの搬送は医事課事務職員が行っている。
内科系外来診療室における医師補助	内科系外来においては、看護師が事務作業を行っている時間が多いため、医療(メディカル)エイドを採用、配置し、看護師を処置、化学療法、日帰り手術等の業務へ配置換えした。(平成20年度)

役割分担の計画及び状況

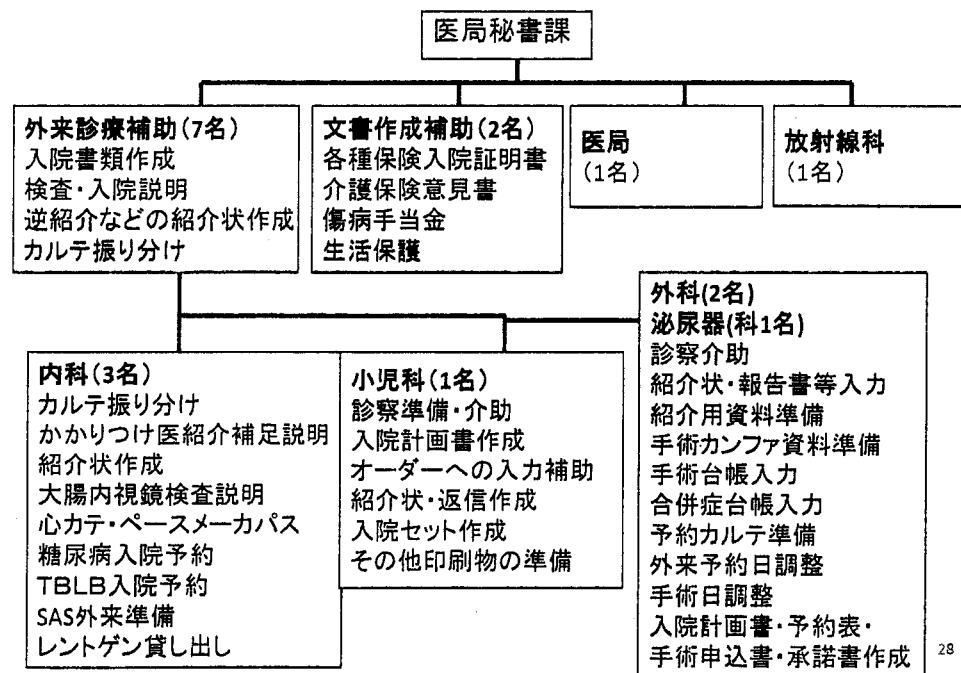
業務内容	状況及び計画
2. 医師と助産師との役割分担	
助産師の積極的な活用	助産師による助産師外来(妊婦健診、保健指導、母乳相談)を実施しており、今後は、助産師外来の回数を拡大し、「院内助産」の開設を目標としている。
3. 医師と看護師等の医療関係職との役割分担	
看護師による薬剤投与量の調節	オーダーリングによる医師の指示(対症指示)に沿って看護師が判断し、施行している。判断が困難な場合は、医師へ連絡し再度指示を仰いでいる。
看護師による静脈注射及び留置針によるルート確保	日本看護協会の指針に基づき作成した院内指針により2007年から実施している。技術訓練について、新人に対して集合教育を行い、その後はOJTで行っている。
看護師による診療の優先順位の決定(救急等)	救急外来について、各勤務帯における専任看護師のリーダーがトリアージの役割を担っている。現在、トリアージの基準を明確にすべく、検討中である。
看護師による入院中の療養生活に関する対応	医師の指示に沿った看護ケアについては、「チームケアシート」に明記され、それに沿って各自又はチームで情報共有を行い、実施している。
看護師による患者・家族への説明	特殊外来においては、専任の看護師が指導・相談に対応している。在宅酸素、ストーマ外来、糖尿病内科(糖尿病認定看護師)、腎臓内科(透析認定看護師)など
臨床検査技師による採血、検査説明	平成20年7月より採血室で実施する採血業務の一部を、看護師に代わって臨床検査技師が行っている。
薬剤師による薬剤管理	
病棟等の薬剤の在庫管理	全て薬剤師が行っている。
ミキシング	抗がん剤のみ薬剤師が行っている。今後は、IVHなど薬剤師によるミキシングの範囲を拡大する予定である。
与薬等の準備	全て薬剤師が行っている。
臨床工学技士による医療機器の管理	医療機器安全対策要領を定め、臨床工学技士による管理が行われている。 ²⁵

済生会栗橋病院における 医師事務作業補助者導入の取組と効果

導入後の課題

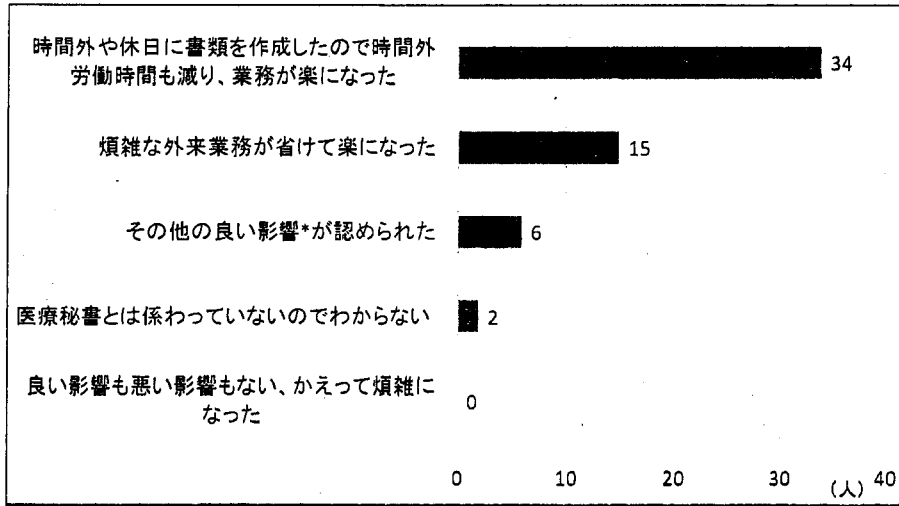
- 医師個人や診療科の特性により他職種に求める業務が異なる。各職種、診療科の業務内容の把握が課題。
- 医療クラークにまかせる業務内容は、臨床のニーズに応じて、ある程度柔軟に対応する必要がある。
- 医師の業務負担を軽減するためには、医師と看護師間だけでなく、専門職全体での業務分担が必要となる。そのためには、専門職種内・間での綿密な打ち合わせやルール作成、研修等とともに、事務部門による調整が重要。実施までには2年程度の期間がかかる。
- 外来縮小を進めた場合、地域の医療機関との連携体制が確立されていない場合、確実に収入が減少する等、勤務医負担軽減を進めることでのデメリットも考慮する必要がある。
- 職員数の管理は全て、市議会を通す必要があり、対応することが簡単ではない。

医療秘書の体制と業務



医療秘書導入後の評価

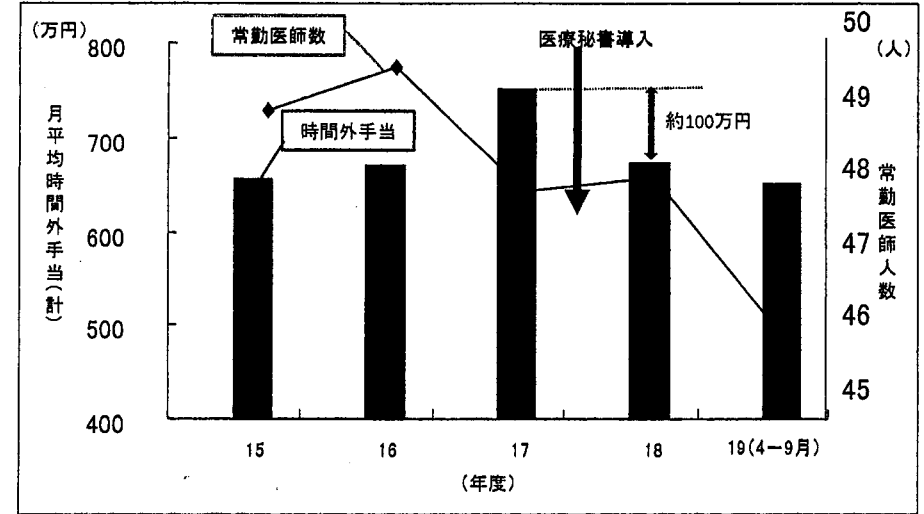
—常勤医無記名アンケート調査より—



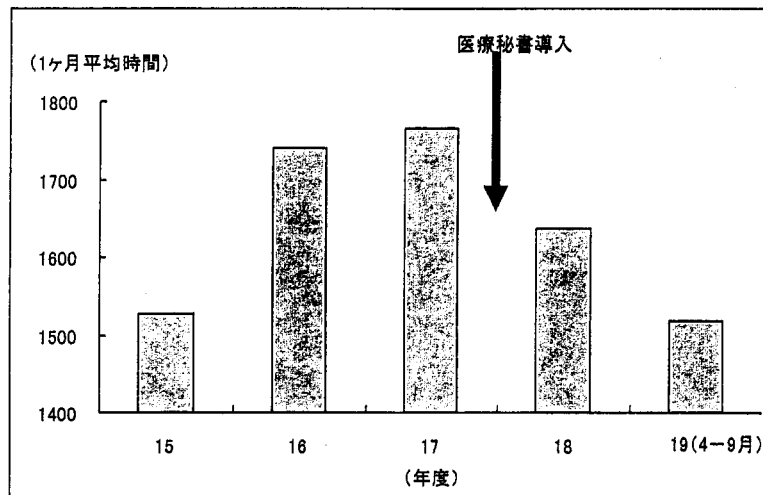
*医療に専念できる、書類作成のストレス解消、チームで働いている実感、暇になった、早く患者に書類を渡せる、台帳業務をやってもらえる

(常勤医45名中39名から回答)

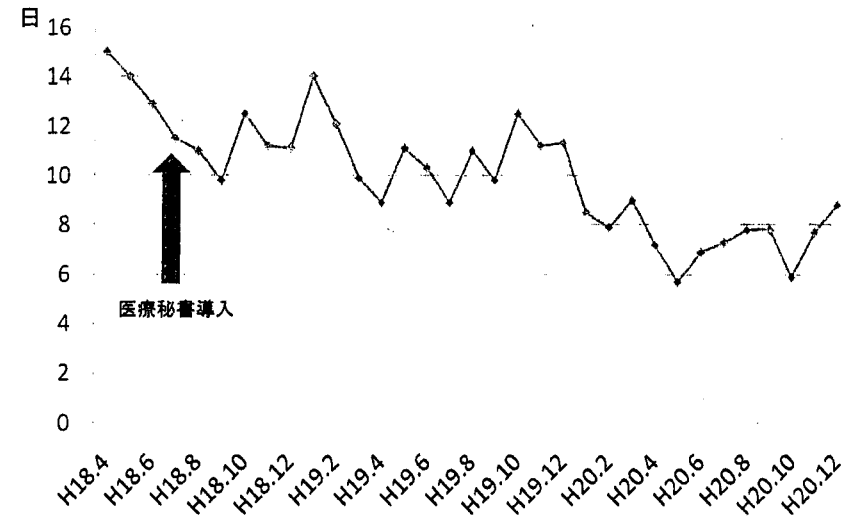
時間外手当の推移



医師時間外労働時間の推移



診断書出来上がり平均日数



藤沢市民病院における 交代制勤務の取組み

病院概要

- ・ 湘南東部医療圏における地域中核病院
- ・ 小児救急医療拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、救命救急センター
- ・ 病床数: 536床
- ・ ハイリスク分娩管理加算算定
- ・ 救急外来約3万人/年、救急車20.6台/日
- ・ 小児救急外来約1万5千人(うち夜間約1万3千人)

【交替制勤務導入経緯】

- ・ 2000年救急医療を担う地域医療支援病院となり、小児科においても24時間救急を行うこととなった。
- ・ 2002年より小児科において交替制勤務を導入。
- ・ 2007年より救命救急科においても交替制勤務を導入

勤務体制

小児科医師13名(一般小児科7名、NICU4名、交替制勤務2名)
夜間小児救急外来患者数 約13,000人

【交替制勤務】

- ・ 曜日交代で1ヶ月2名が夜間外来に専念
- ・ 原則、昼間の一般外来、病棟受け持ちは免除
- ・ 週3回の夜勤勤務(16:30～翌9:00)

交代勤務医A 月・水・金 交代勤務医B 火・木・日

救急外来	日	月	火	水	木	金	土
昼	C						D
夜	A	B	A	B	A	B	E

土曜・日曜の昼、金曜夜は別の医師(C, D, E)が担当

【延長勤務】

準夜帯の応援医師1名が22時まで勤務(翌日全休または半休)

【NICU】

NICUに別途当直医1名配置。NICU当直は通常勤務後そのまま当直業務を行い、翌日も通常勤務。

交代制勤務

メリット

- 救急外来に専念でき、時間外診療であっても十分な医療を提供できる。
- 医師の精神的、身体的負担が軽減。
- 医師の集中力が維持され、事故防止に繋がる。
- 患者に対する接遇が改善。

デメリット

- 外来、入院の一般診療における担当医が入れ替わるため、継続的な診療が困難。
- 昼間の臓器別専門外来との両立が困難。
- 体力、年齢、疾病、妊娠、家族の状況により夜間勤務が制限される。
- (夜勤を通常業務と評価するため、当直料はなく)収入が減少する。

【交替制勤務に対する意見】

交代制勤務で楽になった。シフト勤務が続くと飽きる。
週末に全く勤務がない機会は極めて少ない。など

【まとめ】

○人的資源があり、救急外来患者数が多い等、夜間においても日中と同程度の診療を提供する必要がある診療科において有効