

平成19年10月31日(水)  
15時00分～17時00分  
弘 濟 会 館

## 第3回

# 社会保険審議会医療部会

## 議 事 次 第

- 1 平成20年度の診療報酬改定に向けた検討について
- 2 その他

### (配付資料)

- 資料1-1 平成20年度診療報酬改定の基本方針の検討について
- 資料1-2 病院勤務医の負担に係る問題について
- 資料1-3 平成18年度診療報酬改定の基本方針の対応状況について
- 資料2 医療計画について
- 参考資料 後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子

# 平成20年度診療報酬改定の 基本方針の検討について

# I 全体の構成について

論点1 平成20年度診療報酬改定の基本方針については、平成18年度改定時の「基本的な医療政策の方向性」を踏まえつつ、継続性を重視する観点から、前回の視点を基礎として整理することとしてはどうか。

論点2 地域医療の確保・充実のため、産科・小児科を始めとする病院勤務医の現状を踏まえ、平成20年度診療報酬改定においては、病院勤務医の負担軽減を図ることに、特に、重点を置くべきではないか。

【考えられる視点(平成18年度診療報酬改定の基本方針と同様)】

- (1) 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質(QOL)を高める医療を実現する視点
- (2) 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点
- (3) 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する視点
- (4) 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点

## Ⅱ 各論に盛り込むべき事項について

【重点事項】地域医療の確保・充実を図り、勤務医の負担を軽減するための項目

### 【考えられる論点】

#### ＜産科・小児科への重点評価＞

- (1) 産科・小児科などの診療科において、必要な医師が確保できず、医療の提供や患者の受療に支障が生じている状況があることから、産科については、ハイリスク分娩管理加算の評価の拡大等について検討するとともに、母胎搬送が円滑に行われるための方策を検討する必要があるのではないか。また、小児医療についても、必要に応じて、手厚い評価を検討する必要があるのではないか。

#### ＜診療所からの支援＞

- (2) 診療所と病院の機能の分担と相互の連携に着目し、勤務医の負担軽減を図るため、初再診料や入院料等の基本料での対応を検討する必要があるのではないか。

#### ＜外来縮小に向けた取組の評価＞

- (3) 病院は主として入院機能を担っていくべきであることから、大病院が入院医療の比重を高めていくことを促進する取組を評価することを検討する必要があるのではないか。

#### ＜院内における事務負担の軽減＞

- (4) 病院内の業務分担を見直し、医師が必ずしも自ら行う必要のない書類作成等の業務を医師以外の者に担わせることができる体制を推進することについて検討する必要があるのではないか。

## 視点1 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質(QOL)を高める医療を実現する視点

### 【考えられる論点】

#### ＜明細書の発行＞

- (1) 患者本位の医療を実現するためには、まず患者から見てわかりやすい医療としていくことが前提であり、患者に対し医療に関する積極的な情報提供を推進していくことが必要ではないか。具体的には、平成18年度改定において、保険医療機関に対し医療費の内容の分かる領収書の発行を義務付けたが、さらに、患者の要請に応じて医療機関が明細書を発行することについてどのように考えるか。

#### ＜通院治療の質の確保＞

- (2) 患者の生活を重視する視点から、がんなどの治療についても、通院しながら治療を受けることができるよう、質を確保しつつ外来医療への移行を図ることを検討する必要があるのではないか。

#### ＜保険薬局の機能強化＞

- (3) 患者の生活実態や休日夜間、救急外来診療の状況を踏まえ、患者がいつでも安心して医薬品の提供を受けられるようにするため、地域単位での薬局における調剤の休日夜間や24時間対応の体制などの評価を検討する必要があるのではないか。

## 視点2 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点

### 【考えられる論点】

#### <外来縮小に向けた取組の評価>

- (1) 病院は主として入院機能を担っていくべきであることから、大病院が入院医療の比重を高めていくことを促進する取組を検討する必要があるのではないか。(重点事項(3)の再掲)

#### <診療所からの支援>

- (2) 診療所と病院の機能の分担と相互の連携に着目し、勤務医の負担軽減を図るため、初再診料や入院料等の基本料での対応を検討する必要があるのではないか。(重点事項(2)の再掲)

#### <質の評価手法の検討>

- (3) 医療の質については、医師の経験年数や有すべき施設といった提供側が具備すべき要件を設けること等により確保してきたが、提供された医療の結果により質を評価する手法を検討する必要があるのではないか。

#### <医療ニーズに着目した評価>

- (4) 診療報酬上評価されている医療従事者の配置や医療行為について、真の医療ニーズに応じたものであるかどうかについて検討する必要があるのではないか。

### <在宅医療の推進>

- (5) 在宅医療については、緩和ケアに関するニーズの高まりなど在宅医療が変化している状況を踏まえ、在宅療養支援診療所を中心に医療関係者が連携を図り推進するよう検討する必要があるのではないか。

### <産科・小児科への重点評価>

- (6) 産科・小児科などの診療科において、必要な医師が確保できず、医療の提供や患者の受療に支障が生じている状況があることから、産科については、ハイリスク分娩管理加算の評価の拡大等について検討するとともに、母胎搬送が円滑に行われるための方策を検討する必要があるのではないか。また、小児医療についても、必要に応じて、手厚い評価を検討する必要があるのではないか。

(重点事項(1)の再掲)

### <歯科医療の充実>

- (7) 歯科診療に関する指針等の見直しを踏まえ、口腔機能を含めた総合的な管理と併せ、歯や口腔機能を長期的に維持する技術等を評価することについて検討する必要があるのではないか。

### <院内における事務負担の軽減>

- (8) 病院内の業務分担を見直し、医師が必ずしも自ら行う必要のない書類作成等の業務を医師以外の者に担わせることができる体制を推進することについて検討する必要があるのではないか。(重点事項(4)の再掲)

### 視点3 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の 評価の在り方について検討する視点

#### 【考えられる論点】

##### <がん対策>

- (1) がんについては、「がん対策推進基本計画」に基づき、がん医療の推進のための評価を検討する必要があるのではないか。

具体的には、我が国で普及が必要な放射線療法や化学療法について、その評価を検討するとともに、がん診療の均てん化や緩和ケアの推進のための評価を検討する必要があるのではないか。

##### <脳卒中対策>

- (2) 脳卒中については、高齢化の進展とともに、患者数の急増が見込まれ、発症後早期の治療からリハビリまでの医療提供体制の充実が求められている。

医療計画においても、予防から発症、在宅医療まで、地域で円滑に提供できる体制の整備を進めており、診療報酬においても、発症後早期の治療体制や地域連携クリティカルパスを用いた円滑な医療提供体制の構築等について、評価を検討する必要があるのではないか。



### <自殺対策>

- (3) 我が国の自殺者の増加に対応するため、必要な人が適切な精神科医療を受けられるよう評価を検討する必要があるのではないか。

具体的には、身体症状を訴える患者でうつ病等の可能性がある場合に、精神科医療と連携する取組を評価するとともに、再度の自殺企図の防止のため、救急外来において自殺企図者に精神科医が診療を行う取組について評価を検討する必要があるのではないか。

### <子どもの心の対策>

- (4) 子どもの心の問題についても、必要な医療が十分に提供されるよう、心の問題を専門に取り扱う医療機関について、手厚い評価を検討する必要があるのではないか。

### <医療安全の推進>

- (5) 医療安全は、医療の基礎となるものであるが、その更なる向上の観点から、医療安全を確保するための新しい技術や取組等について、評価を検討する必要があるのではないか。

### <イノベーション等の評価>

- (6) 革新的な新薬等を適切に評価できるよう薬価等の評価体系を見直すことが必要ではないか。また、併せて後発医薬品の使用促進のための環境整備を検討していくことが必要ではないか。

## 視点4 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点

### 【考えられる論点】

#### <新しい技術等の評価>

- (1) 医療技術の進展と普及に伴い、新しい技術等について療養の給付とすることを検討するとともに、相対的に治療効果が低くなった技術等については、新しい技術への置き換えが着実に進むよう、適正に評価を行うことを検討する必要があるのではないか。

#### <後発医薬品の使用促進>

- (2) 革新的な新薬の適切な評価の検討とともに、特許の切れた医薬品については後発医薬品への置き換えが着実に進む方策を検討する必要があるのではないか。

#### <市場実勢価格の反映>

- (3) 医薬品、医療材料、検査等のいわゆる「もの代」については、市場実勢価格等を踏まえた適正な評価を進めることとしてはどうか。

#### <医療ニーズに着目した評価>

- (4) 診療報酬上評価されている医療従事者の配置や医療行為について、真の医療ニーズに応じたものであるかどうかについて検討する必要があるのではないか。  
(視点2の(4)の再掲)

## 後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子の具体的検討

後期高齢者医療の診療報酬については、「後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子」(平成19年10月10日社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会)を踏まえて、現在、中医協において、具体的検討を行っているところ。

### 【具体的な検討項目の例】

- 複数の慢性疾患を有する後期高齢者については、外来医療や在宅医療で受けている診療内容や患者の意向を踏まえた診療が、入院先の医療機関においても引き続き提供されるようにするための評価の在り方
- 外来医療について、複数の疾患を抱える患者を総合的に診る取組を推進するための評価の在り方
- 在宅医療において、医療、介護・福祉の関係者が情報共有と連携を行い、後期高齢者と家族が安心・納得できる医療を提供する取組や24時間連絡体制の整った訪問看護を推進するための評価の在り方

等

## 病院勤務医の負担に係る問題について

### 項目

- 1 病院勤務医の負担に係る問題について(まとめ)・・・ P 1
- 2 病院勤務医数の推移等 ..... P 2
- 3 都道府県別の医師数等 ..... P 3
- 4 病院勤務医の勤務時間等 ..... P10
- 5 病床規模別外来数 ..... P12
- 6 勤務医の負担増の理由等 ..... P13
- 7 病院における休止した診療科の状況 ..... P16
- 8 救急について ..... P17
- 9 小児科について ..... P21
- 10 産婦人科について ..... P24
- 11 緊急医師確保対策について ..... P27

# 病院勤務医の負担に係る問題について(まとめ)

## 1 病院勤務医数の変遷

- (1) 病院勤務医数は、近年増加傾向にある。また、全体に占める割合は約6割程度であり、その割合も近年で大きく変わっていない。
- (2) 診療科別に見ると、小児科は横ばいであるが、産婦人科は減少しており、診療科間で異なる傾向が見られている。

## 2 病院勤務医の勤務時間(※)

- (1) 病院勤務医は診療所勤務医に比べて、勤務時間が長い傾向がある。
  - ・病院勤務医:平均48時間/週
  - ・診療所勤務医:平均40時間/週 弱
- (2) 病院勤務医の外来にかかる時間は、勤務時間のうち、約1/4を占める。

※ 勤務時間とは、医師が医療機関に滞在する時間から、休憩時間・自己研修・研究を除いた時間である。

## 3 時間外の対応

救急搬送の内訳としては、軽症の割合が多く、18時以降も通常の診療時間帯と同様に多くの救急搬送に対応している。

## 4 病院勤務医の負担の原因(アンケート調査の結果)

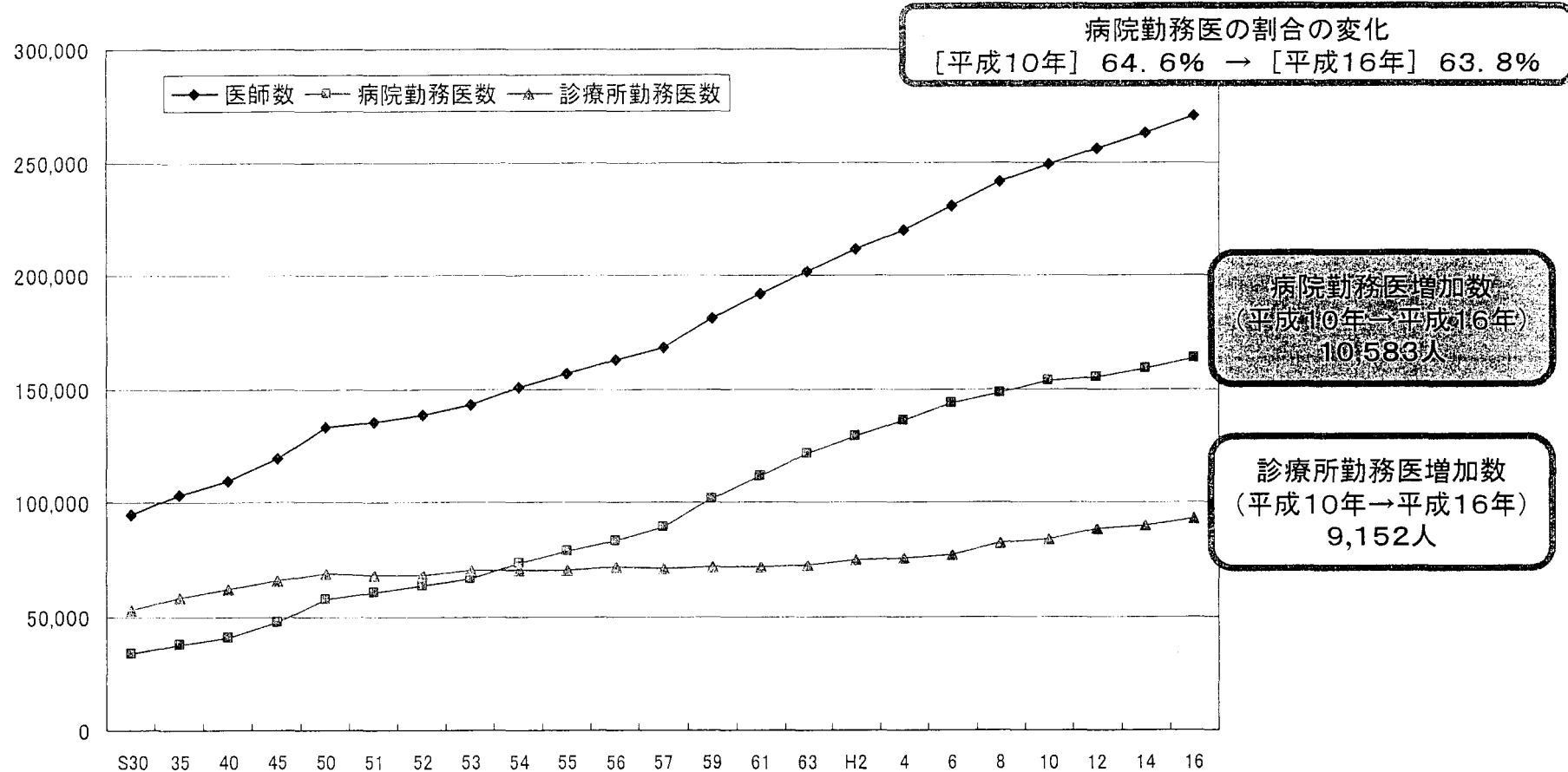
病院勤務医の負担が増えている人の割合は、増加しており、その理由として

①患者・診療時間の増加、②書類への対応 等があった。

また、負担を減らす方法として、①医師を増やすことの他に、②医師以外の職員に業務を移すこと等があった。

# 医師数の年次推移

- 平成10年から平成16年において、病院勤務医は10,583名(6.9%)、診療所勤務医数は9,152名(10.9%)増加。(病院・診療所の合計では19,735人(8.3%)増加)
- 近年は、病院と診療所に勤務する割合の大きな変化は見られていない。



# 都道府県別にみた人口10万人対医師数

- 都道府県別に見て、人口10万人対医師数は134.2(埼玉県)から282.4(徳島県)まで存在。  
(人口10万人対従事医師数で見ると、129.4(埼玉県)から264.2(東京都)まで存在。)
- しかし、平成10年から16年において、東京都、大阪府の医師が顕著に増加している事実はなく、医師が大都市に一極集中しているとまでは必ずしもいえない。

	平成10年	平成16年	
	(総医師数)	(総医師数)	(従事医師数)
全国	196.6	211.7	201
北海道	192.8	216.2	203.6
青森	168.3	173.7	164
岩手	168.8	179.1	167.9
宮城	184.7	201	188
秋田	177.1	193.2	181.9
山形	177.2	198.8	184.2
福島	167.5	178.1	171
茨城	136.4	150	142.3
栃木	181	200.2	189.8
群馬	187.9	201.4	192.2
埼玉	116.5	134.2	129.4
千葉	138.3	152	146
東京	264.4	278.4	264.2
神奈川	164.2	174.2	167.4
新潟	168.8	179.4	166.9
富山	207.6	230.4	213.6
石川	253.5	252.8	238.8
福井	197.1	212.4	202.7
山梨	180.8	193	186.8
長野	171.9	190.9	181.8
岐阜	156.8	171.3	165
静岡	157.7	174.9	168.5
愛知	175	184.9	174.9

	平成10年	平成16年	
	(総医師数)	(総医師数)	(従事医師数)
三重	175.6	184.3	176.8
滋賀	176.3	200.8	189.7
京都	262.9	274.8	258.3
大阪	228.9	244.6	231.2
兵庫	193.7	207.1	197.3
奈良	180.2	204.3	196.7
和歌山	221.4	247.8	236.8
鳥取	255.8	280.6	258.3
島根	228.1	253	238.1
岡山	237	258.8	246.3
広島	222.9	237	224.9
山口	216.6	237.9	224.1
徳島	263.3	282.4	262.4
香川	233.7	249.7	236.6
愛媛	219.3	233.2	223.9
高知	258.3	273.6	261.4
福岡	252.1	268	253.2
佐賀	209.7	228.2	216.4
長崎	237.8	262.5	247.2
熊本	239.7	247.5	235.4
大分	219.4	238.5	226.9
宮崎	199.2	218.4	206.9
鹿児島	211.7	224.3	212.9
沖縄	176.6	204.9	196.3

	人口10万人対医師数の 平成10年→平成16年の増加率
全国	107.7%(196.6 → 211.7)
東京	105.3%(264.4 → 278.4)
大阪	106.9%(228.9 → 244.6)
愛知	105.7%(175.0 → 184.9)

## (参考) 総医師数

全国平均 … 211.7人

最大都道府県 … 徳島県(282.4人)

最小都道府県 … 埼玉県(134.2人)

最大と最小の差は、約2.1倍

出典：厚生労働省大臣官房統計情報部  
平成16年 医師・歯科医師・薬剤師調査

注) 総医師数…医師・歯科医師・薬剤師調査に届け出た全ての医師の数  
従事医師数…総医師数のうち、医療機関(病院・診療所)に勤務する医師の数

# 二次医療圏別人口10万人当たり従事医師数

各都道府県内においても、県庁所在地など人口当たりの医師数が多い地域と、郡部など少ない地域が見られる。

平成16年医師・歯科医師・薬剤師調査より作成

都道府県	人口10万人当たり 従事医師数(県)	二次医療圏	人口10万人当たり 従事医師数(県内)	県内での差	都道府県	人口10万人当たり 従事医師数(県)	二次医療圏	人口10万人当たり 従事医師数(県内)	県内での差	都道府県	人口10万人当たり 従事医師数(県)	二次医療圏	人口10万人当たり 従事医師数(県内)	県内での差
北海道	203.6	上川中部	284.6	3.0倍	石川県	238.8	石川中央	303.0	2.4倍	岡山県	246.3	県南東部	282.6	2.2倍
		根室	95.8				能登北部	124.4				高梁・阿新	127.4	
青森県	164	津軽地域	241.6	2.6倍	福井県	202.7	福井・坂井	276.2	2.6倍	広島県	224.9	呉	276.3	1.6倍
		西北五地域	94.7				奥越	104.9				広島中央	174.3	
岩手県	167.9	盛岡	247.4	2.4倍	山梨県	186.8	甲府地区	311.5	3.3倍	山口県	224.1	宇部・小野田	364.9	2.3倍
		二戸	102.7				東部	93.8				萩	159.9	
宮城県	188	仙台	291.6	6.5倍	長野県	181.8	松本	295.5	2.6倍	徳島県	262.4	東部Ⅰ	302.0	1.7倍
		黒川(※1)	45.1				木曾	114.5				西部Ⅱ	179.2	
秋田県	181.9	秋田周辺	250.4	2.5倍	岐阜県	165	岐阜	213.7	1.8倍	香川県	236.6	高松	301.8	2.2倍
		湯沢・雄勝	101.0				中濃	120.2				小豆	140.3	
山形県	184.2	村山	225.6	1.8倍	静岡県	168.5	西遠	219.8	2.6倍	愛媛県	223.9	松山	267.9	1.6倍
		最上	126.3				北遠	84.7				今治	165.8	
福島県	171	県北	223.4	2.2倍	愛知県	174.9	尾張東部	317.1	4.9倍	高知県	261.4	中央	293.8	1.9倍
		南会津	99.4				尾張中部	64.2				高幡	151.4	
茨城県	142.3	つくば	322.2	4.0倍	三重県	176.8	中勢伊賀	228.5	1.6倍	福岡県	253.2	久留米	385.9	3.1倍
		宍粟木田・ひたちなか	80.1				東紀州	145.4				京築	126.0	
栃木県	189.8	県南	235.7	2.0倍	滋賀県	189.7	大津	307.4	2.8倍	佐賀県	216.4	中部	277.8	1.9倍
		県西	118.4				甲賀	110.4				西部	149.9	
群馬県	192.2	前橋	368.6	2.8倍	京都府	258.3	京都・乙訓	341.4	3.3倍	長崎県	247.2	長崎	318.4	3.0倍
		太田・館林	131.8				山城南	104.2				上五島	106.0	
埼玉県	129.4	西部第二	222.3	2.6倍	大阪府	231.2	大阪市	315.2	1.9倍	熊本県	235.4	熊本	352.8	3.2倍
		児玉	84.8				中河内	163.5				阿蘇	109.9	
千葉県	146	安房	253.4	3.0倍	兵庫県	197.3	神戸	254.9	2.0倍	大分県	226.9	別府速見	295.0	2.3倍
		夷隅長生	84.3				西播磨	128.7				東国東	128.6	
東京都 (※3)	264.2	区中央部(※2)	1,190.6	9.6倍	奈良県	196.7	中和	236.5	1.6倍	宮崎県	206.9	宮崎東諸県	283.3	2.5倍
		西多摩	123.5				西和	146.4				西都児湯	114.4	
神奈川県	167.4	川崎南部	232.8	2.0倍	和歌山県	236.8	和歌山	313.3	2.1倍	鹿児島県	212.9	鹿児島	319.9	3.2倍
		県央	116.6				那賀	146.8				熊毛	100.0	
新潟県	166.9	新潟	311.2	3.1倍	鳥取県	258.3	西部	351.9	2.0倍	沖縄県	196.3	南部	235.2	1.6倍
		十日町	99.6				中部	176.7				宮古	149.7	
富山県	213.6	富山	257.7	1.5倍	島根県	238.1	出雲	360.1	2.7倍					
		新川	167.5				雲南	133.4						

※1 黒川(大和町、大郷町、富谷町、大衝村)

※2 区中央部(千代田区、中央区、港区、文京区、台東区)

※3 島しょ医療圏を除く。



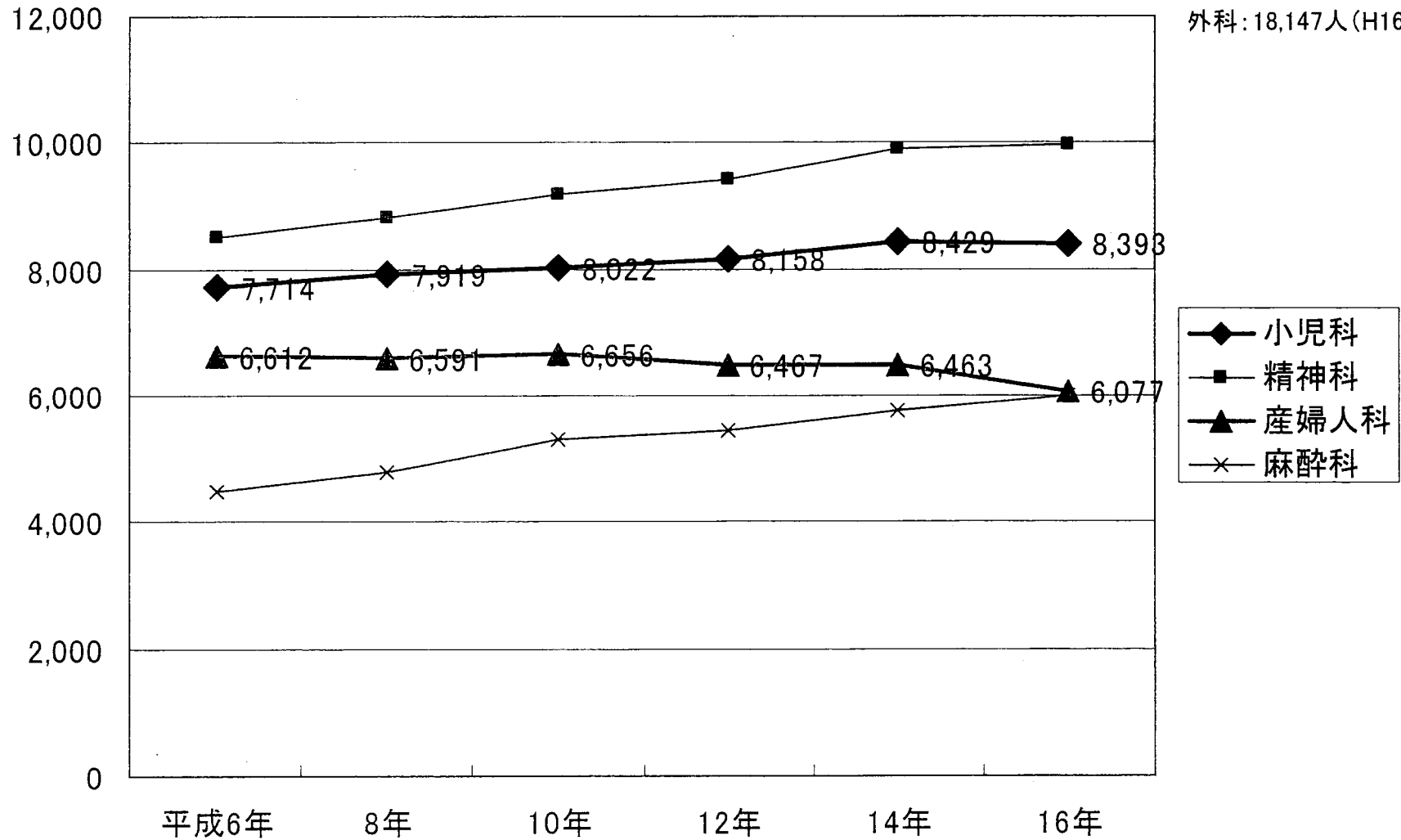
# 主たる診療科別の病院勤務医数の年次推移

病院に勤務する小児科医は横ばい、産婦人科医は減少傾向

※ 内科・外科を除く

内科: 34,788人 (H16)

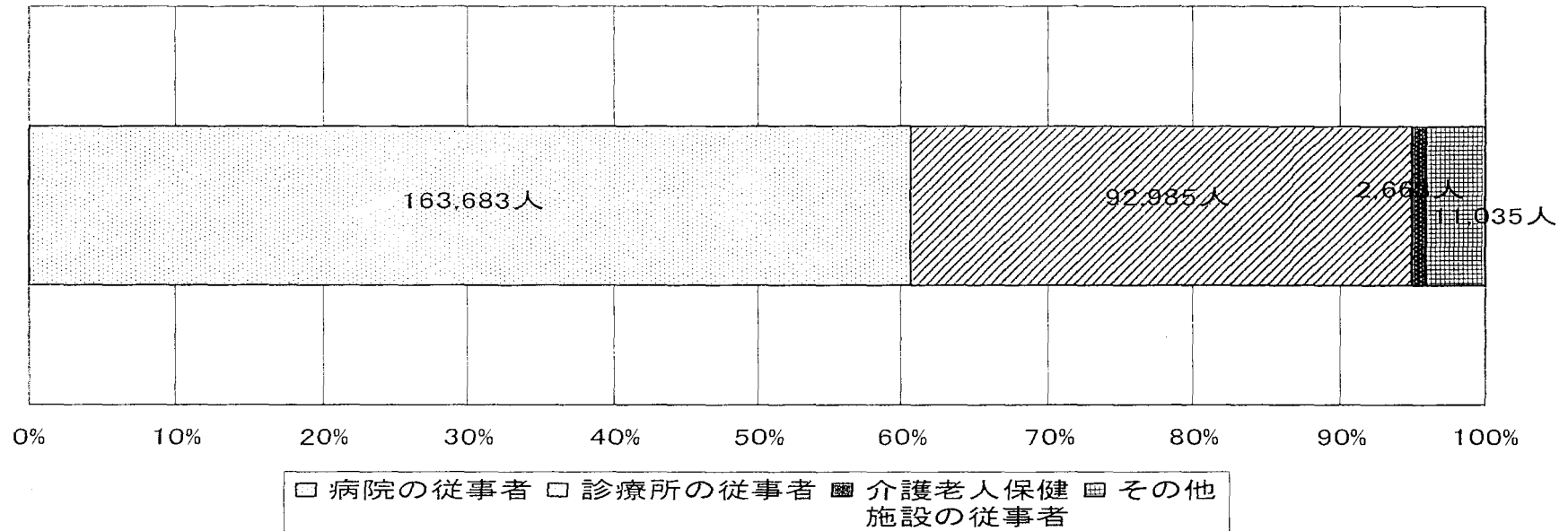
外科: 18,147人 (H16)



平成16年 医師・歯科医師・薬剤師調査

## 施設別の医師の構成割合

医師届出数	病院の従事者		診療所の従事者	介護老人保健施設の従事者	その他
		医育機関付属の病院の従事者			
270,371人	163,683人	43,423人	92,985人	2,668人	11,035人
100.0%	60.5%	16.1%	34.4%	1.0%	4.1%



平成16年 医師・歯科医師・薬剤師調査

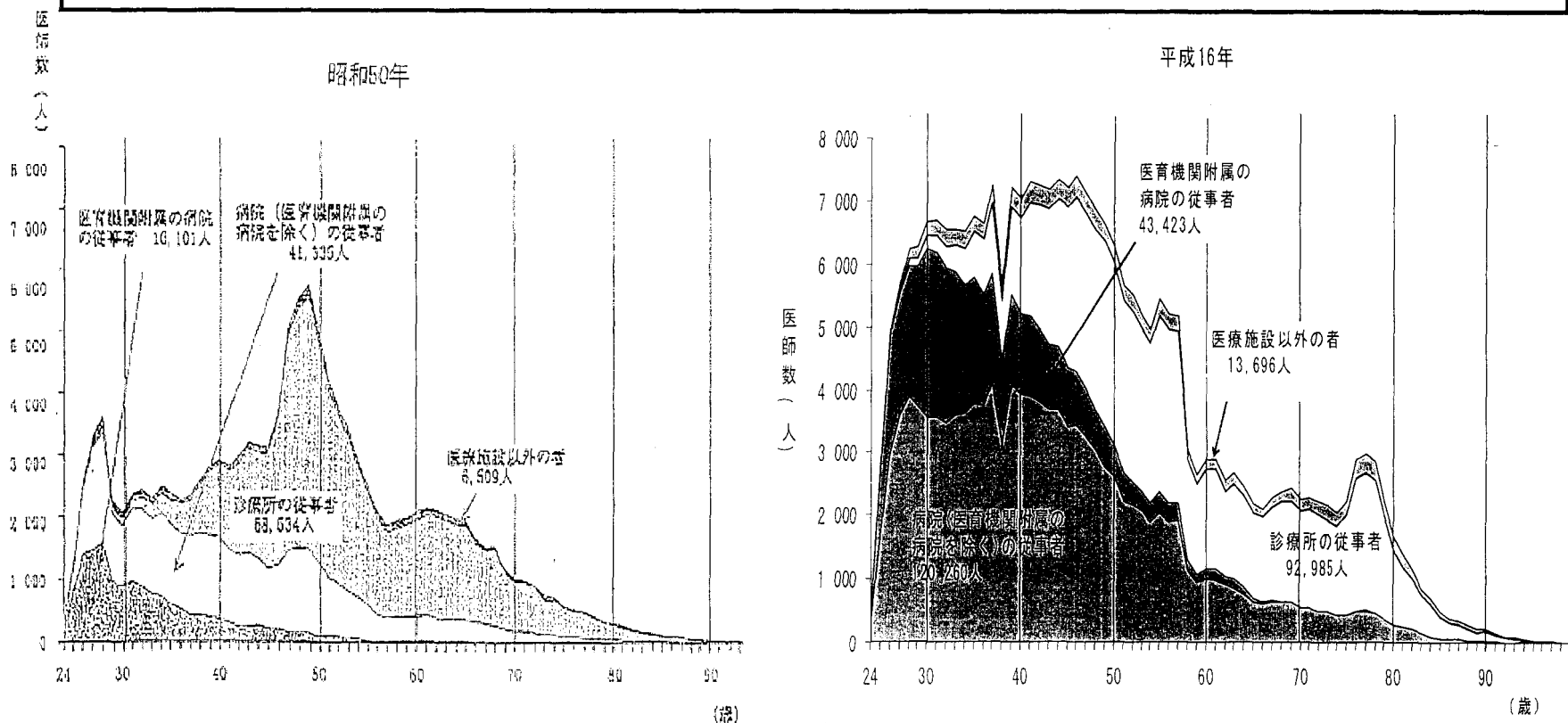
## 病院の新入院患者数・手術数と医師数との関係

	平成14年 ①	平成17年 ②	増減数(②-①)	増加率
一般病院数 (一般病床を有する病院)	8,116	7,952	-164	-2.0%
新入院患者数(一般病床)	12,889,614	13,338,638	449,024	3.5%
全身麻酔件数 (静脈麻酔は除く)	148,543	167,744	19,201	12.9%
手術実施件数 (開頭・人工心肺・悪性腫瘍)	40,998	46,721	5,723	14.0%
悪性腫瘍手術実施件数(再掲)	31,563	36,569	5,006	15.9%
平均在院日数(一般病床)	22.2	19.8	-2.4	-10.8%
一般病院の病床利用率	80.1%	79.4%	-0.7%	-0.9%
一般病院の医師数	166,291	171,876	5,585	3.4%

- ・ 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)
- ・ 医師数は10月1日現在のもの(常勤換算) (病院報告)

## 施設種別の医師数(年齢別)

○ 1県1医大制度により、多くの医師が養成されたが、その初期の世代は、平成16年データでは50歳代中～後半に相当し、病院勤務から診療所勤務へシフトしている。

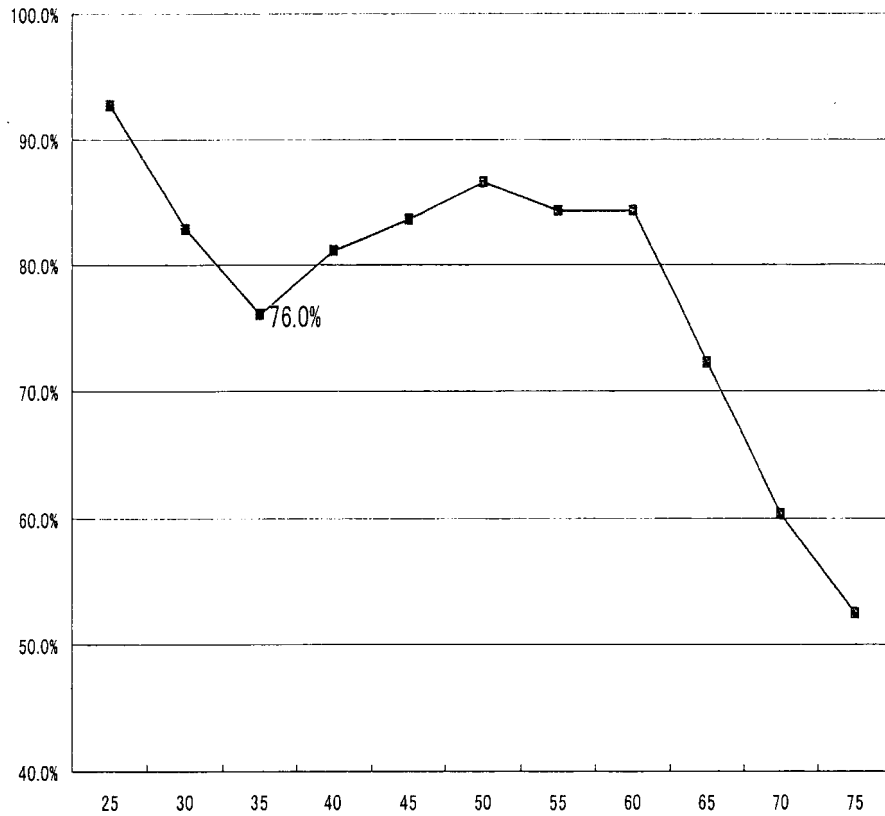


	病院従事者 (医療機関除く)	医療機関従事者	診療所従事者	医療施設以外の者
昭和50年	41,335	16,101	68,534	6,509
平成16年	120,260	43,423	92,985	13,696
増加割合	2.9	2.7	1.4	2.1

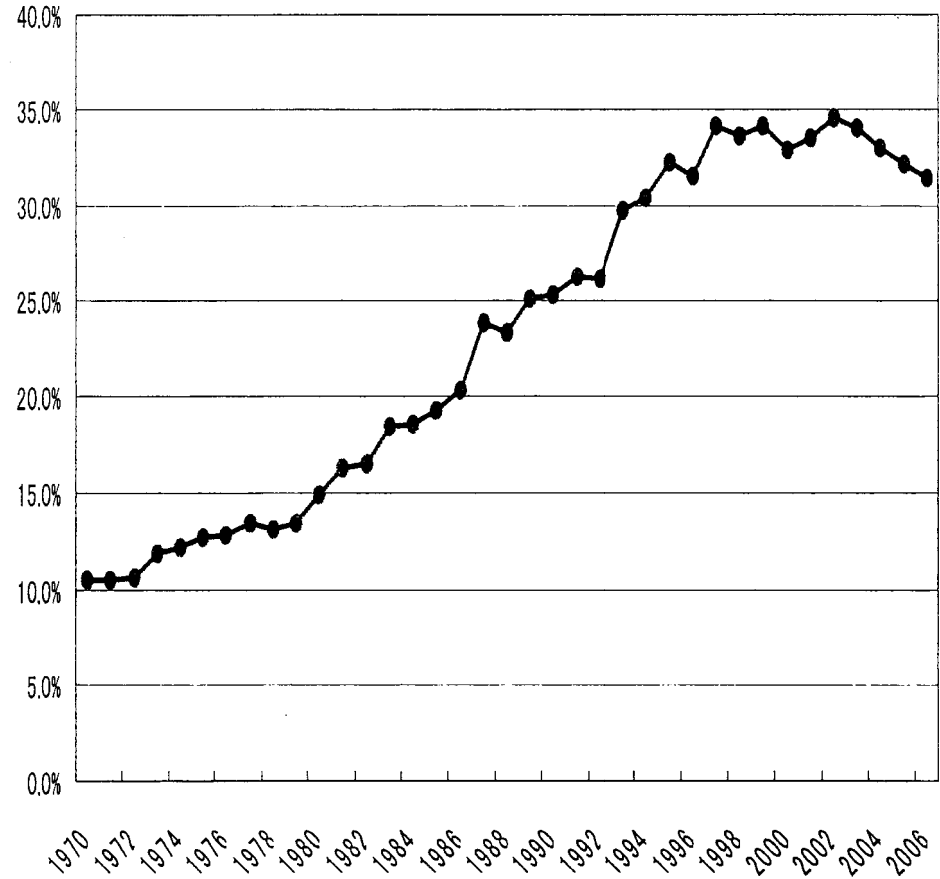
医師・歯科医師・薬剤師調査

# 女性医師の就業状況

## 女性医師の就業率



## 医学部入学者数に占める女性の割合



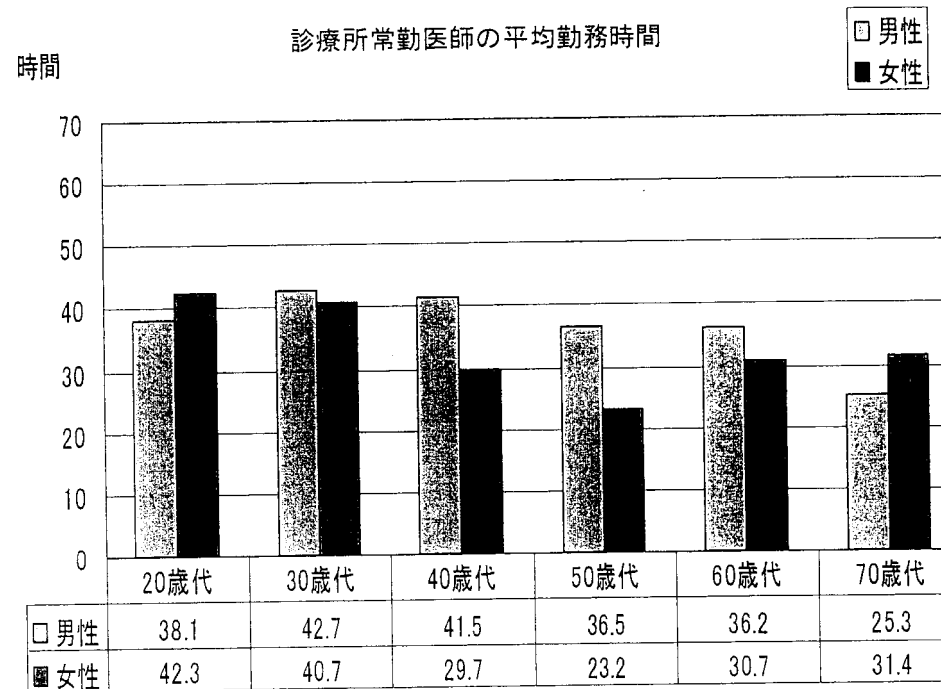
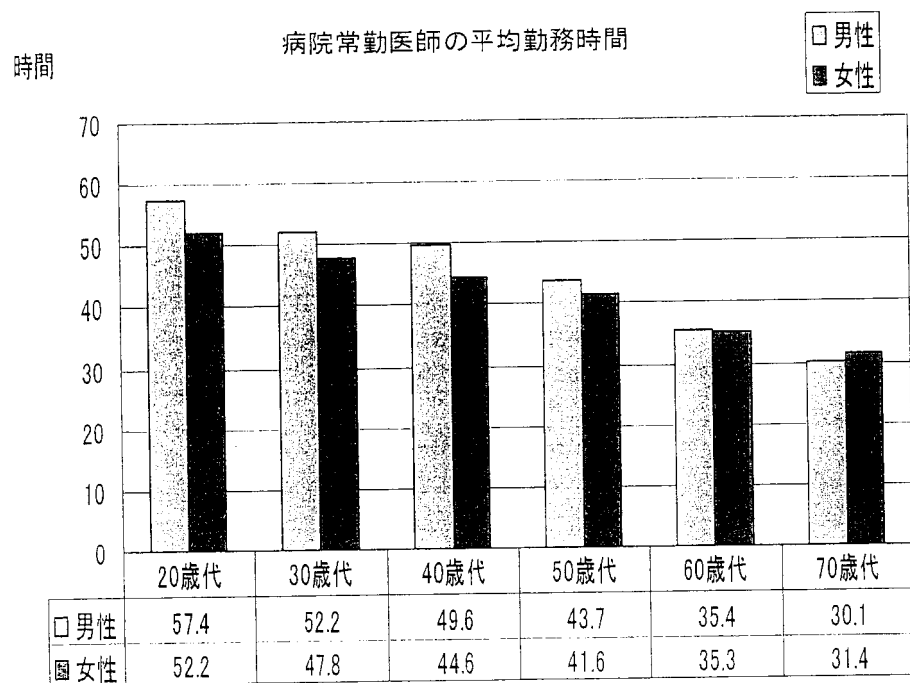
(注) 医師が25歳で卒業すると仮定した場合の就業率である。  
「日本の医師需給の実証的調査研究」(主任研究者 長谷川敏彦)

文部科学省 学校基本調査

# 「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

医師の勤務時間について調査を行い、233病院から、病院常勤医師4077人の有効回答を得、650診療所から、診療所常勤医師536人の有効回答を得た。医師が医療機関に滞在する時間のうち、診療・教育・会議等の時間を合計し、休憩時間・自己研修・研究を除いたものを勤務時間とすると、年齢階級別の勤務時間は下記の通りであった。（病院常勤医師の平均勤務時間は平均で週48時間であるが、診療所常勤医師の平均勤務時間は平均すると週40時間を下回っている。）

※ なお、休憩時間や自己研修・研究等に充てた時間を含めた、病院常勤医師が医療機関に滞在する時間は、平均すると合計で週63.3時間であった。



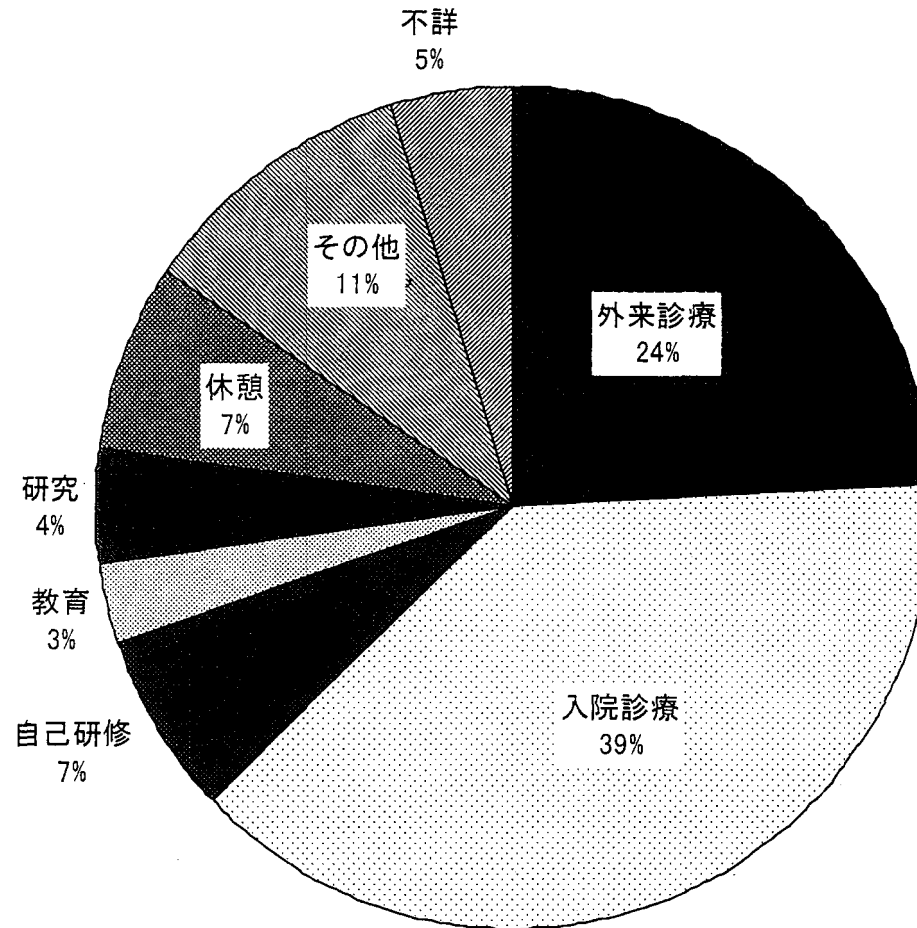
平成18年3月 医師需給に係る医師の勤務状況調査

（調査期間は、平成17年末から平成18年初頭のうち任意の1週間である。）

# 病院勤務時間の内訳

病院勤務時間の内訳(常勤のみ)(勤務時間毎の平均時間/週)

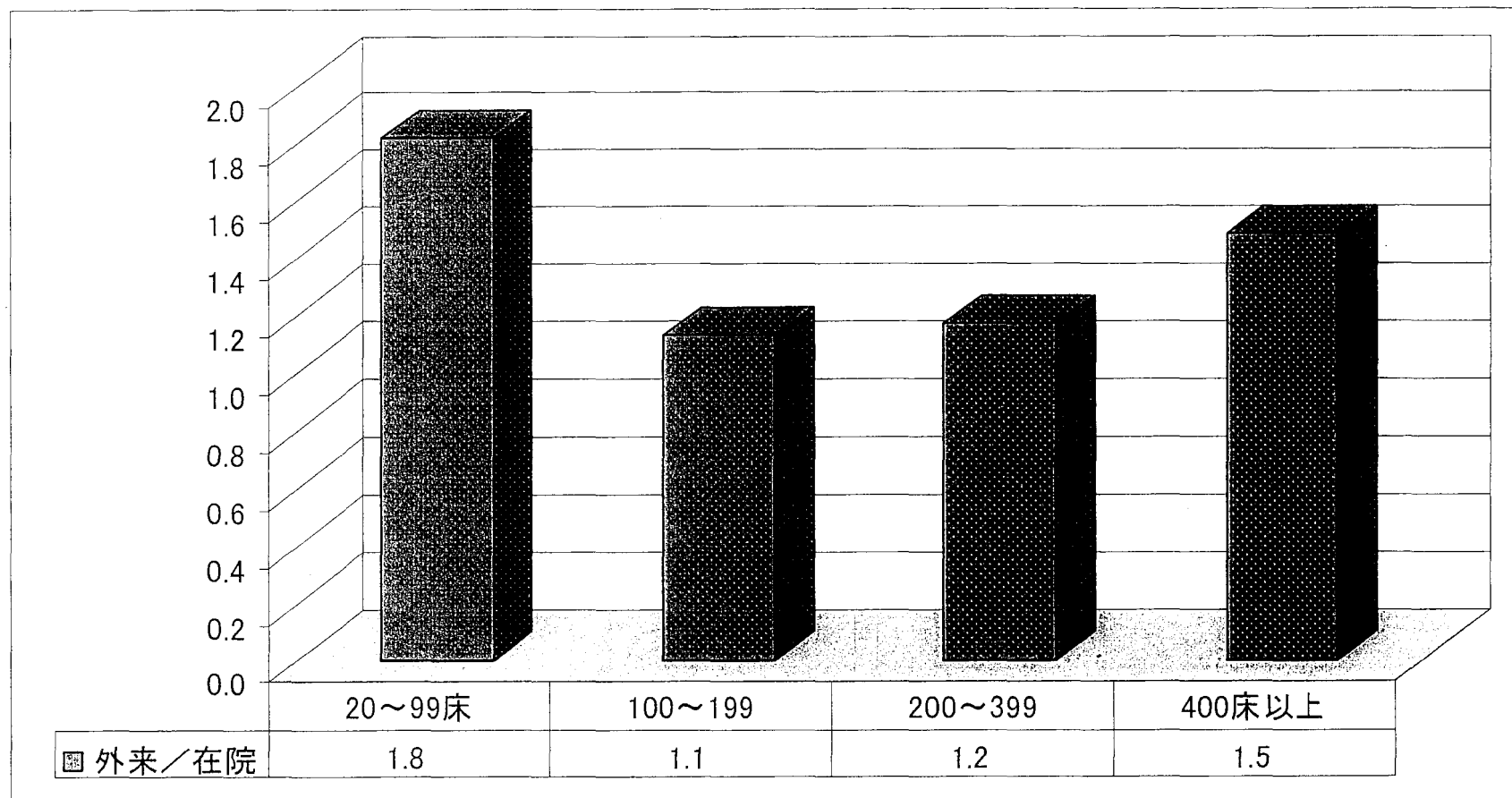
	勤務時間
外来診療	15.3
入院診療	24.4
自己研修	4.4
教育	2.0
研究	2.7
休憩	4.7
その他	6.8
不詳	3.0
計	63.3



平成18年3月 医師需給に係る医師の勤務状況調査

## 病床規模別の外来患者／在院患者について

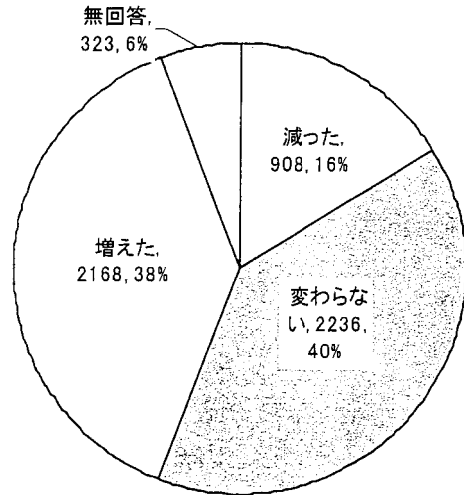
- 診療所の規模に近い医療機関については、1日当たり外来患者／在院患者は大きいものの、400床以上になると病床数が多くなるにつれ、外来患者／在院患者が大きくなり、大規模な医療機関になるほど外来患者への対応が多くなること示される。





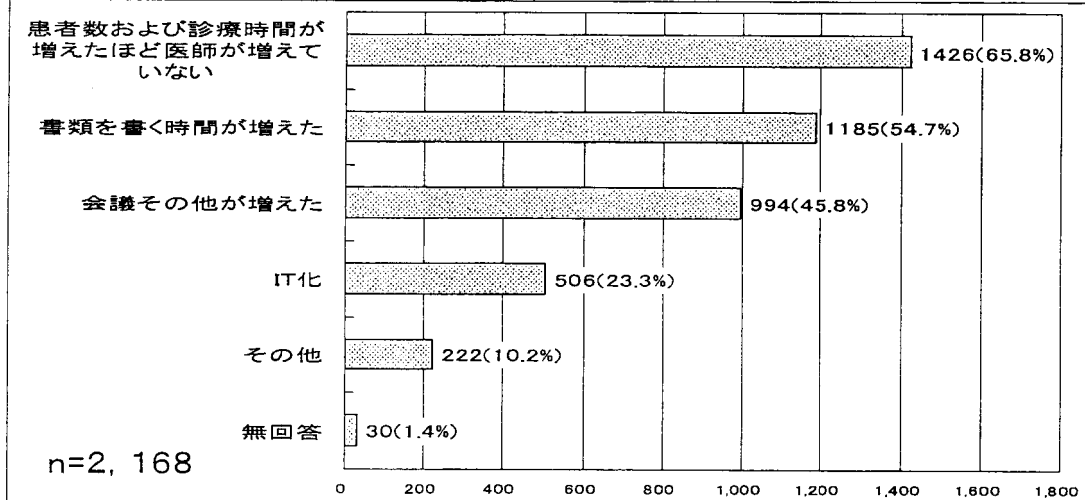
# 病院勤務医の負担が増えた理由

## 5年前と比較した勤務時間



n=5,635

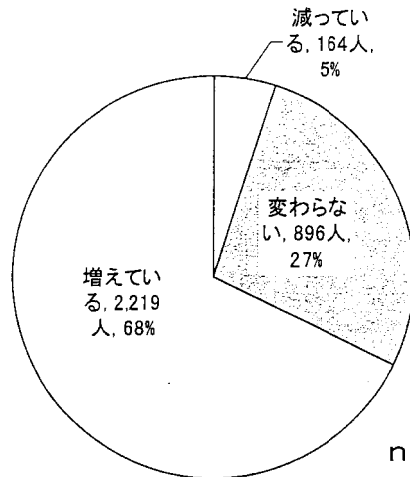
## 増えている理由



n=2,168

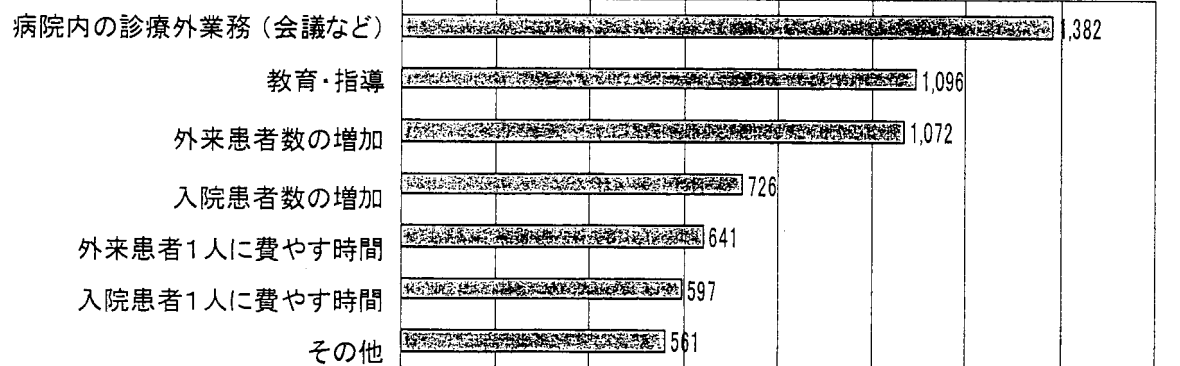
平成19年3月 日本病院会 勤務医に関する意識調査報告

## 3年前と比較した勤務負担



n=3,279

## 増えている理由

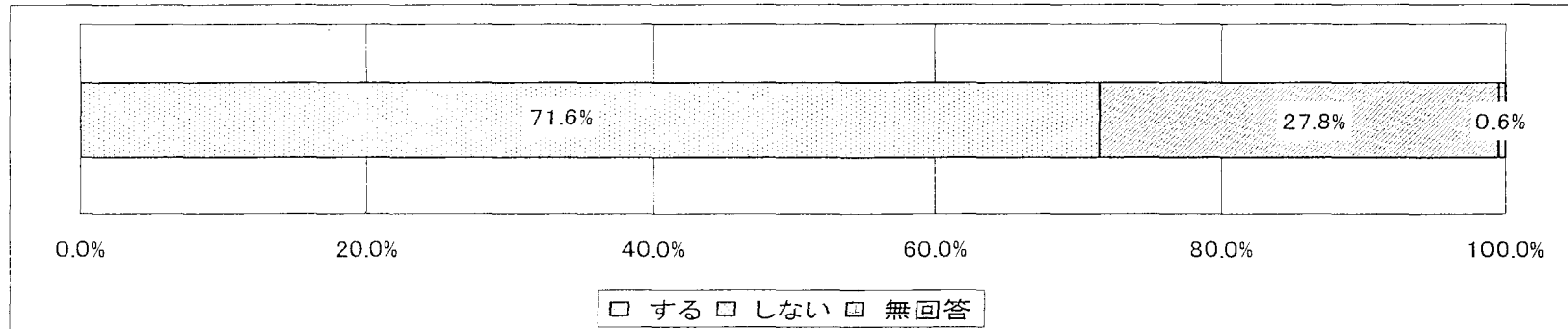


n=2,219

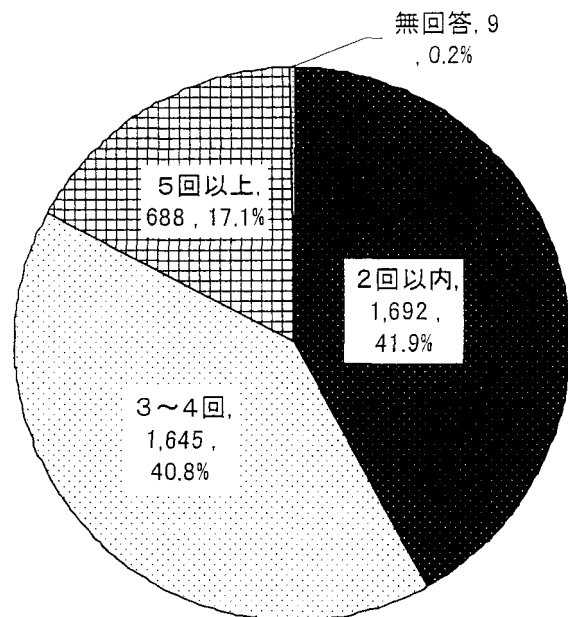
平成18年3月 医師需給に係る医師の勤務状況調査(中間報告2)

# 夜間当直の状況

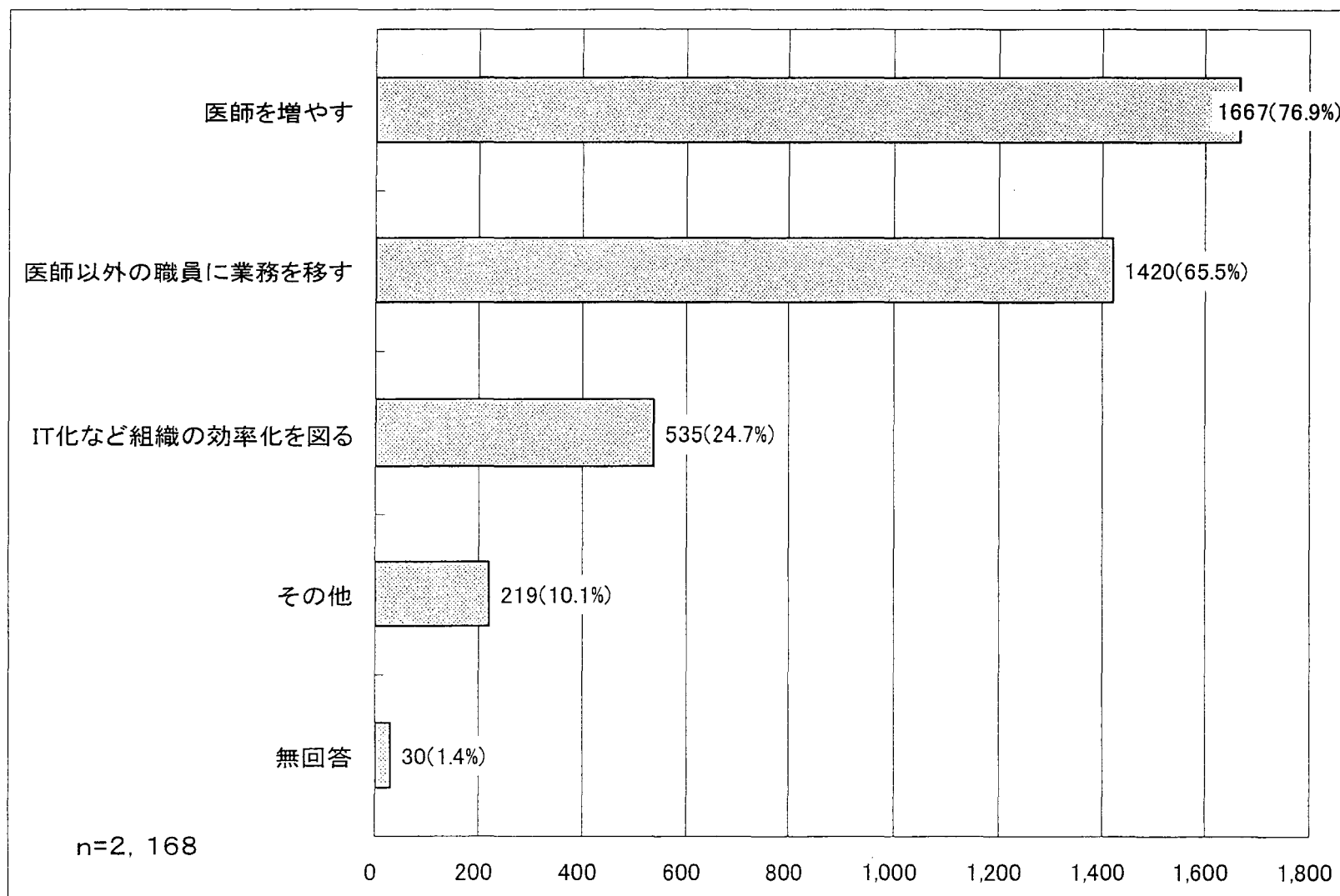
夜間当直の実施割合 n=5,635



夜間当直の実施回数（1ヶ月平均回数）



# 勤務医の負担を減らすにはどうしたらよいか

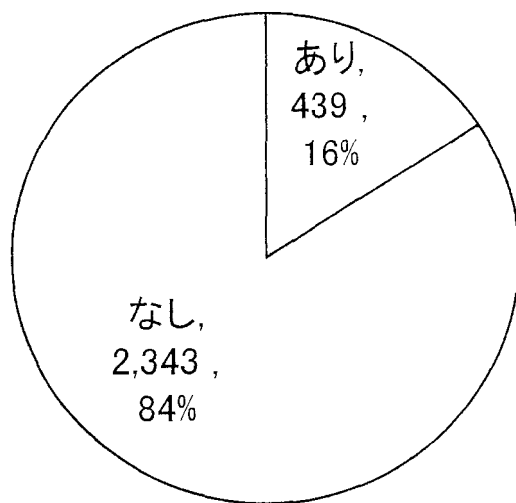


平成19年3月 日本病院会 勤務医に関する意識調査報告

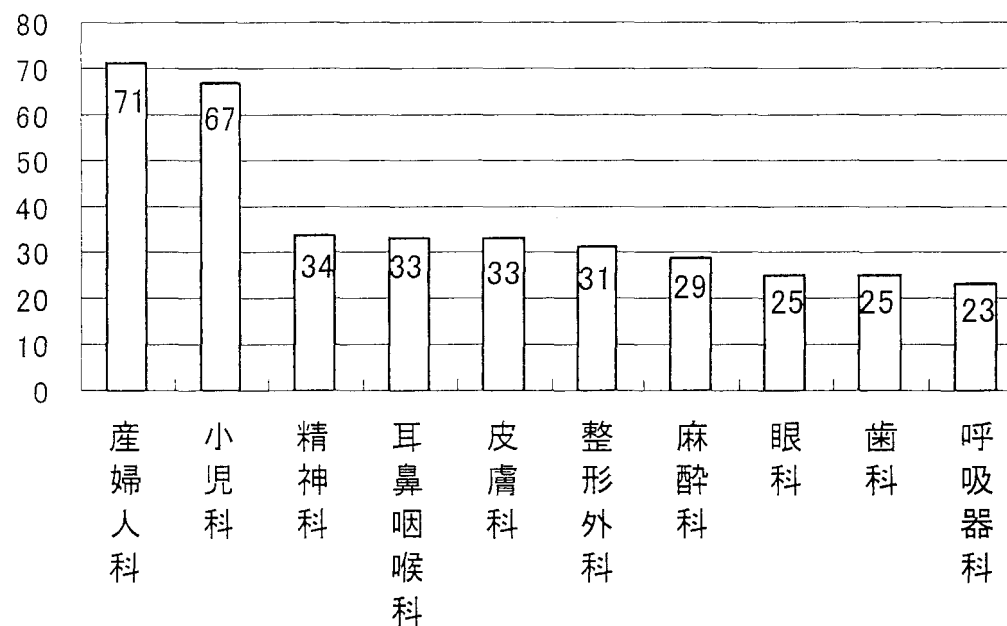
## 平成16年度以降に休止した診療科の状況

○ 回答のあった2,782病院のうち、平成16年度以降に診療科を休止した病院は439病院(16%)であった。診療科別にみると、産婦人科(71件)、小児科(67件)が多かった。

平成16年度以降に休止した診療科



平成16年度以降に休止した診療科(上位10件)



# 救急について

# 救急医療体系図

## 救命救急医療(24時間)

- ・救命救急センター(186カ所)
- ・新型救命救急センター(16カ所)

平成19年3月31日現在

- ・総合周産期母子医療センター(64カ所)
- ・地域周産期母子医療センター(210カ所)

平成19年4月1日現在  
(未熟児等)

## 入院を要する救急医療(休日・夜間)

- ・病院群輪番制病院(408カ所)
- ・共同利用型病院(10カ所)

平成19年3月31日現在

## 入院を要する小児救急医療(休日・夜間)

- ・小児救急医療支援事業(144地区)
- ・小児救急医療拠点病院(28カ所(60地区))

平成18年9月1日現在

## 初期救急医療(休日・夜間)

- ・在宅当番医制(654地区)
- ・休日夜間急患センター(511カ所)

平成19年3月31日現在

小児初期救急センター

## 小児救急に関する電話相談(休日・夜間)

小児救急電話相談事業(41カ所)  
「#8000」

平成19年9月1日現在

大人の救急患者

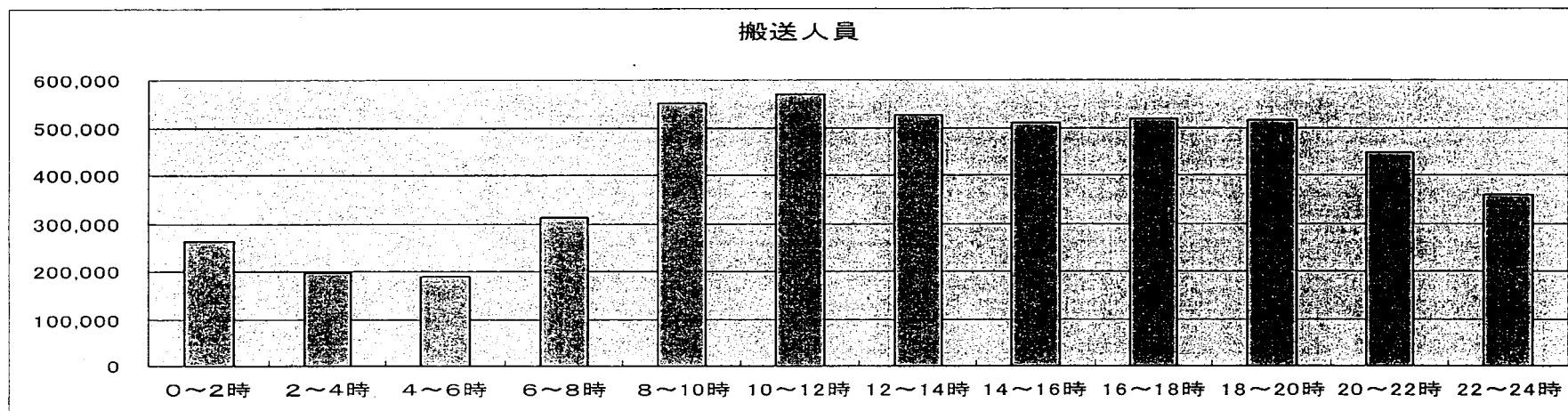
子どもの救急患者

# 救急医療の現状①

## 救急自動車による搬送人数の増加と軽症者の割合

救急自動車による搬送	平成8年度	平成11年度	平成14年度	平成17年度
全搬送人員	3,247,129	3,761,119	4,331,917	4,958,363
軽症者の数	1,628,072	1,886,784	2,219,052	2,579,910
軽症者の割合	50.1%	50.2%	51.2%	52.1%

救急自動車による搬送人員のうち軽症者の割合は約半数を占め、10年間で軽症者数は、全搬送人数の増加に伴い約95万人の増加となっている。



覚知時刻による搬送人員は、18時以降も通常の診療時間帯と同様に多い。

## 救急医療の現状②

### 救急医療に関する施設整備の推移

	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年
初期救急 (休日夜間急患センター)	504	509	510	512	508	511
初期救急 (在宅当番医制実施地区数)	678	686	683	677	666	654
入院を要する救急 (施設数)	3,289	3,271	3,253	3,228	3,214	3,153
入院を要する救急 (輪番制地区数)	403	403	403	411	411	408
救命救急センター	160	165	165	178	189	201

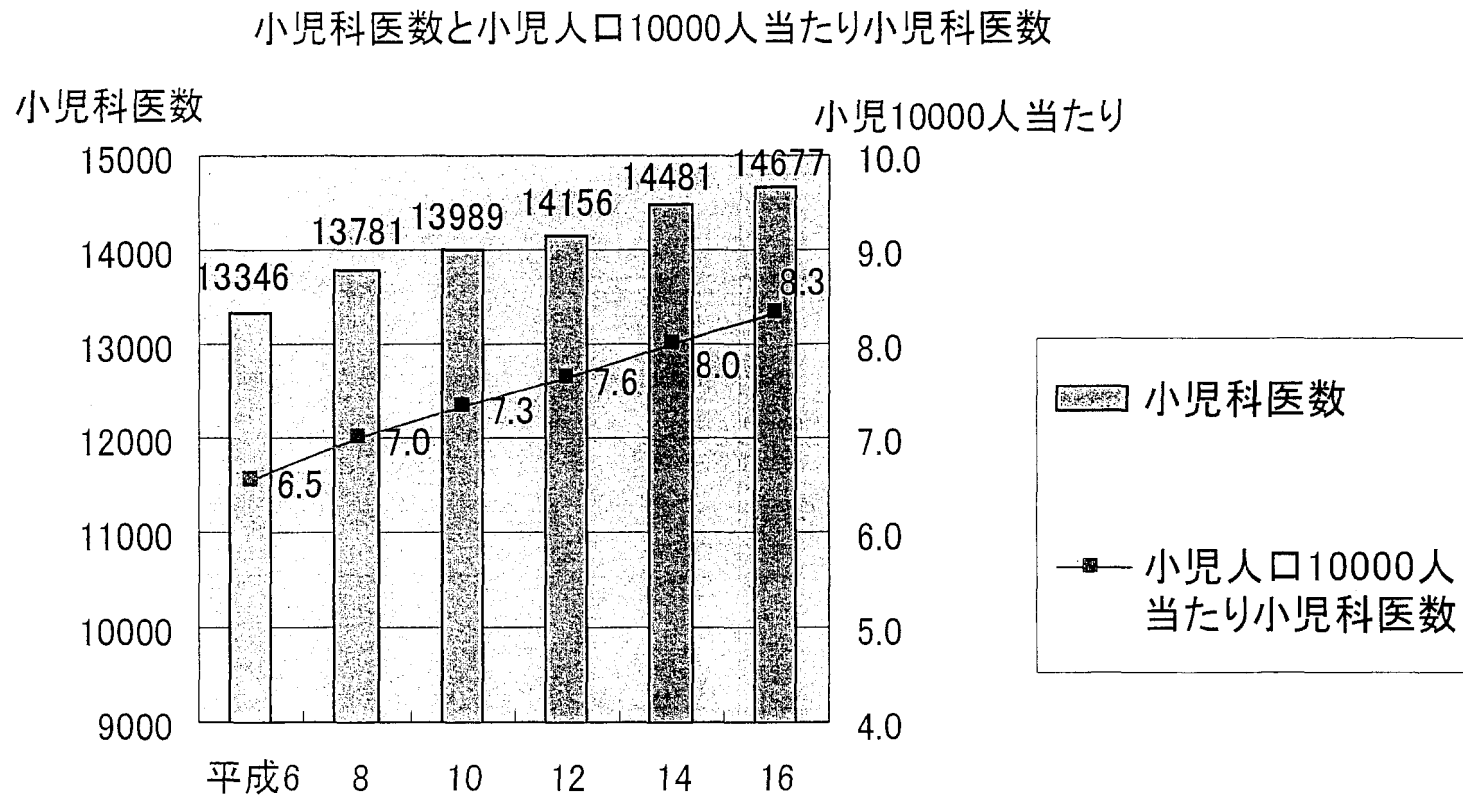
救命救急センターは増加傾向にあるものの、他の施設についてはおおむね横ばい状態である。



# 小児科について

## 小児科医数と小児人口10,000人当たり小児科医数

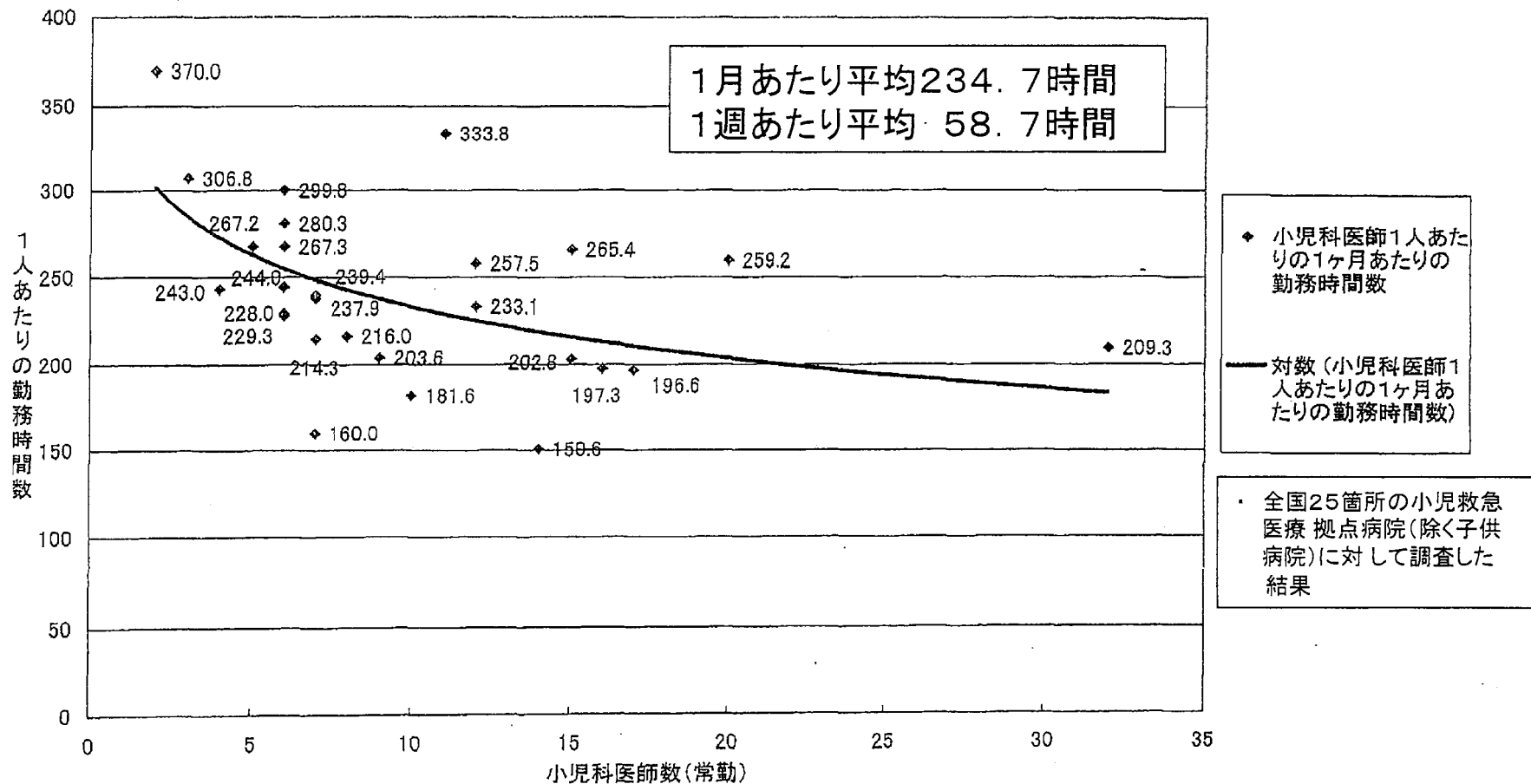
平成10年から平成16年において、小児科医数及び小児1万人あたりの小児科医数は増加している。都道府県別にみても、ほぼ全ての都道府県で増加している。



厚生労働省大臣官房統計情報部医師・歯科医師・薬剤師調査

# 小児救急医療拠点病院に勤務する小児科医師数と勤務時間

小児科医師1人あたりの1ヶ月あたりの勤務時間数（平成17年11月）



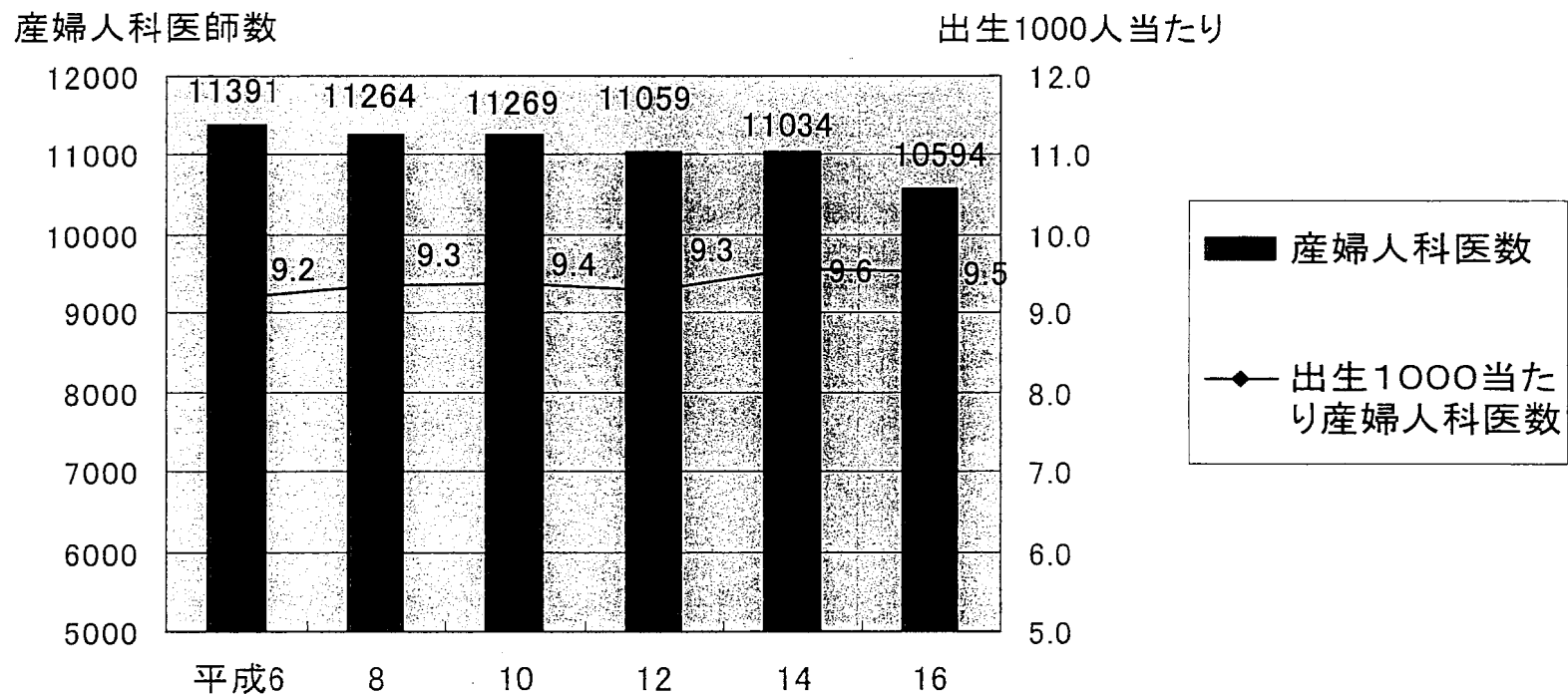
厚生労働省医政局指導課調

# 産婦人科について

# 産婦人科医数と出生1000人当たり産婦人科医数推移

全国的には、産婦人科医は減少しているものの、出生数あたりの産婦人科医は横ばい。  
また、都道府県における産婦人科医の増減には差がある。(産婦人科医とは、産科及び産婦人科を主な診療科として医療機関において従事している医師)

## 産婦人科医数と出生1000人当たり産婦人科勤務医数推移



厚生労働省大臣官房統計情報部医師・歯科医師・薬剤師調査

## 病院における産婦人科の勤務状況

- 青森県で産科・婦人科を標榜する17病院※に勤務する産婦人科医52名に対してアンケート調査を実施。(※一部県外の病院を含む。大学付属病院は除く。)
- 回答率
  - ・ 15施設(88. 2%)
  - ・ 34医師(65. 4%)
- 結果の概要
  - ・ 週当たり平均勤務時間数:68時間
  - ・ 月当たり当直回数:8回  
(宅直の場合には、月当たり18日)

# 緊急医師確保対策について

# 緊急医師確保対策について (平成19年5月31日 政府・与党)

## 1. 医師不足地域に対する国レベルの緊急臨時的医師派遣システムの構築

医師不足地域に対し、都道府県からの求めに応じ、国レベルで緊急臨時的な医師の派遣を行う体制を整備する。上記の実施に伴い、規制緩和等の所要の措置を講じる。

## 2. 病院勤務医の過重労働を解消するための勤務環境の整備等

病院勤務医の過重な労働を解消するため、交代勤務制など医師の働きやすい勤務環境の整備、医師、看護師等の業務分担の見直し、助産師や医療補助者等の活用を図る。また、特に勤務が過重で、深刻な医師不足の現状にある地域医療を支える病院への支援を充実する。さらに、一次救急を含めて地域医療を担う総合医の在り方について検討する。

## 3. 女性医師等の働きやすい職場環境の整備

出産や育児による医師等の離職を防止し、復職を促すため、院内保育所の整備など女性の働きやすい職場環境の整備を図るとともに、女性医師の復職のための研修等を実施する病院等への支援や女性医師バンクの体制を充実する。

## 4. 研修医の都市への集中の是正のための臨床研修病院の定員の見直し等

大学病院を含む医師臨床研修病院の臨床研修制度の在り方や定員の見直し等を行うことにより、都市部の病院への研修医の集中の是正に取り組む。また、臨床研修後の専門医に向けた研修の在り方についても、地域医療への従事や医師派遣の仕組みと関連付けて検討する。

## 5. 医療リスクに対する支援体制の整備

産科補償制度の早期実現や、診療行為に係る死因究明制度(医療事故調査会)の構築など、医療リスクに対する支援体制を整備する。

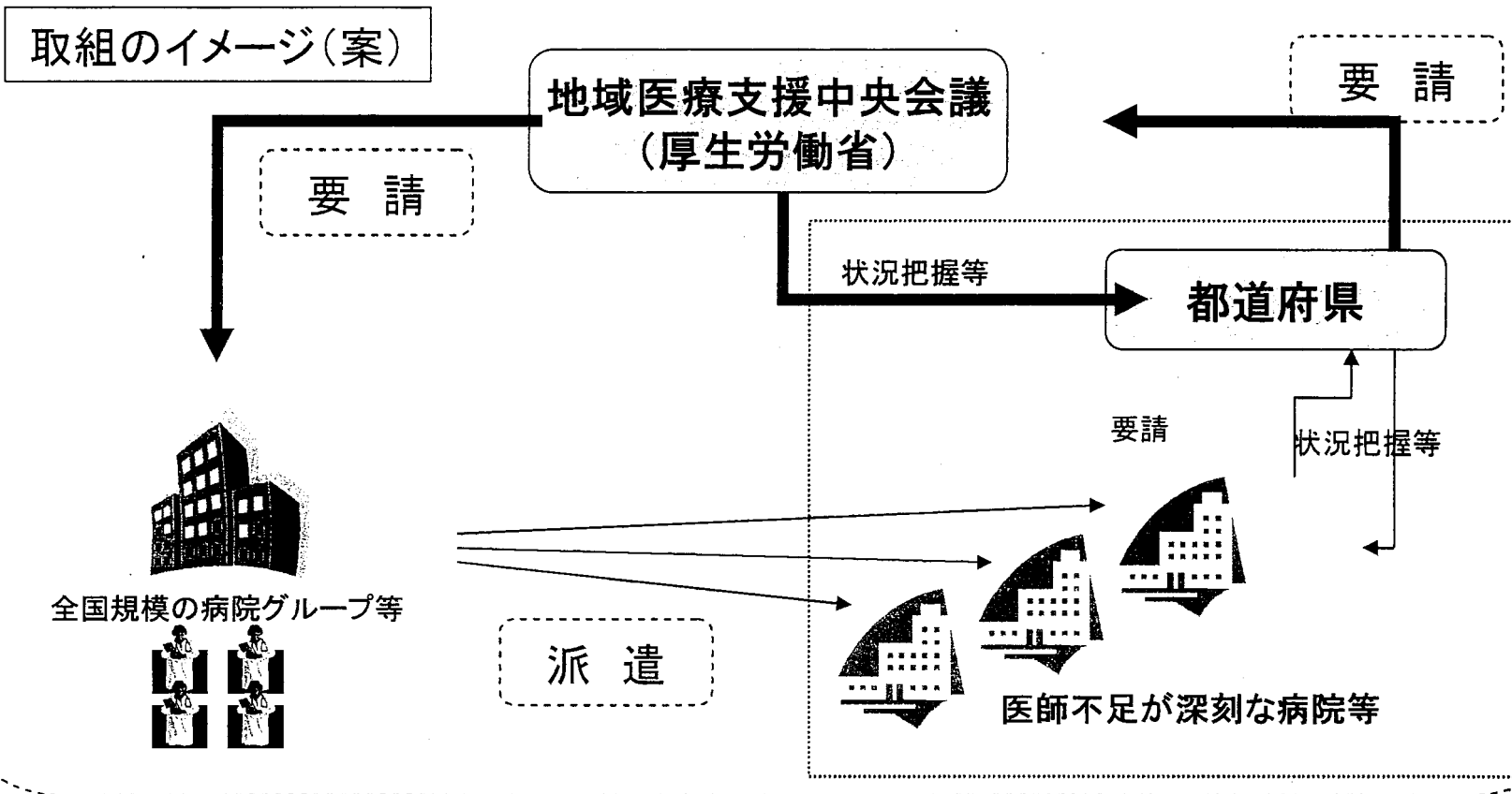
## 6. 医師不足地域や診療科で勤務する医師の養成の推進

地域や特定の診療科で医師が不足している現状に対応し、奨学金を活用して都道府県が定める地域や診療科に確実に医師が配置できるための医師養成数の緊急臨時的な増加を行う。さらに、地域の医療に従事する医師数の増加を図るため、医学部における地域枠の拡充を図るとともに、医師養成総数が少ない県においては、医師の養成数を増加させる。また、臨床医を養成する医育機関の在り方についても検討する。



# 1. 医師不足地域に対する国レベルの緊急臨時的 医師派遣システムの構築

災害時の医師派遣の仕組みに準じ、都道府県からの要請に応じ、医師不足の深刻な病院に対し、全国規模の病院グループ等から、ローテーションで医師を派遣する体制を国レベルで整備することを想定している。



## 2. 病院勤務医の過重労働を解消するための勤務環境の整備等

病院勤務医の過重労働を解消するため、

- ①病院に勤務する医師の働きやすい環境の整備
- ②医師の業務を補助する医療補助者等の配置の推進
- ③地域医療を支える病院に対する支援の拡充

①病院に勤務する医師の働きやすい環境の整備のため、  
「交代勤務制」等の導入を進め、医師の勤務時間の短縮を図る。

②医師の業務を補助するため、  
・医師を補助する医療補助者の配置を進めるとともに、  
・院内助産所や助産師外来を普及し、助産師の活用を進める。

③地域医療を支える病院に対する財政支援等を充実するため、  
・自治体病院等への財政支援を充実する。



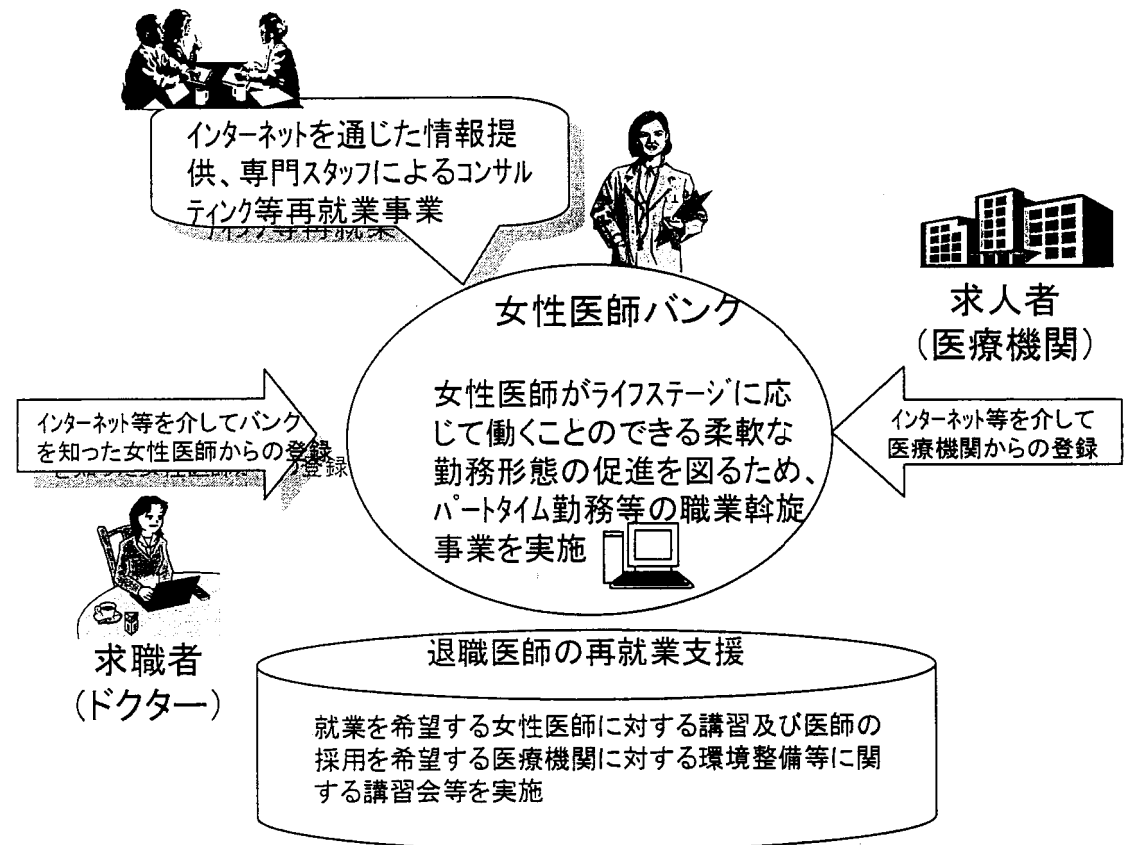
### 3. 女性医師等の働きやすい職場環境の整備

- ・女性の医師や看護職員が利用しやすい保育所(院内保育所、24時間保育、病児保育等)を普及する。
- ・離職している女性医師が、復職するために必要な研修を実施する病院等への支援や、現在実施中の女性医師バンクの実施体制の充実を図り、復職支援を支援する。

#### 【保育所等の充実】

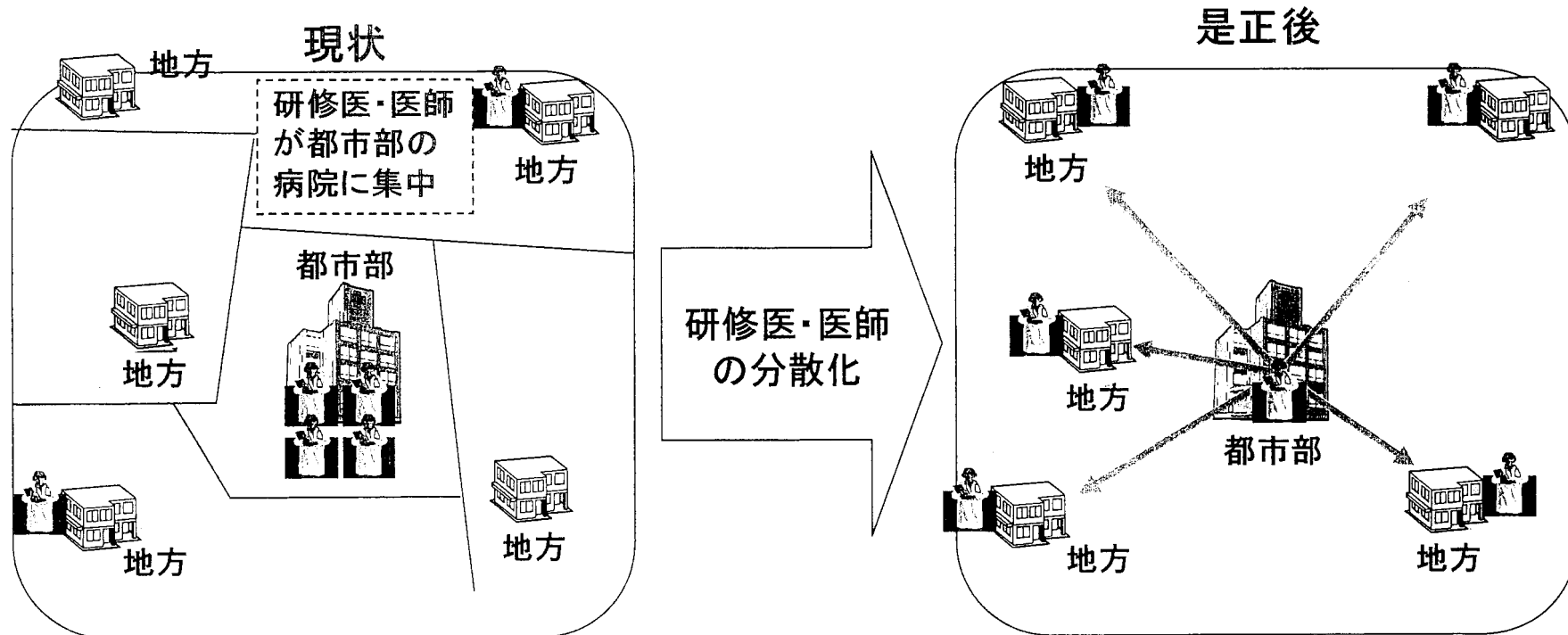


#### 【女性医師バンクの拡充など】



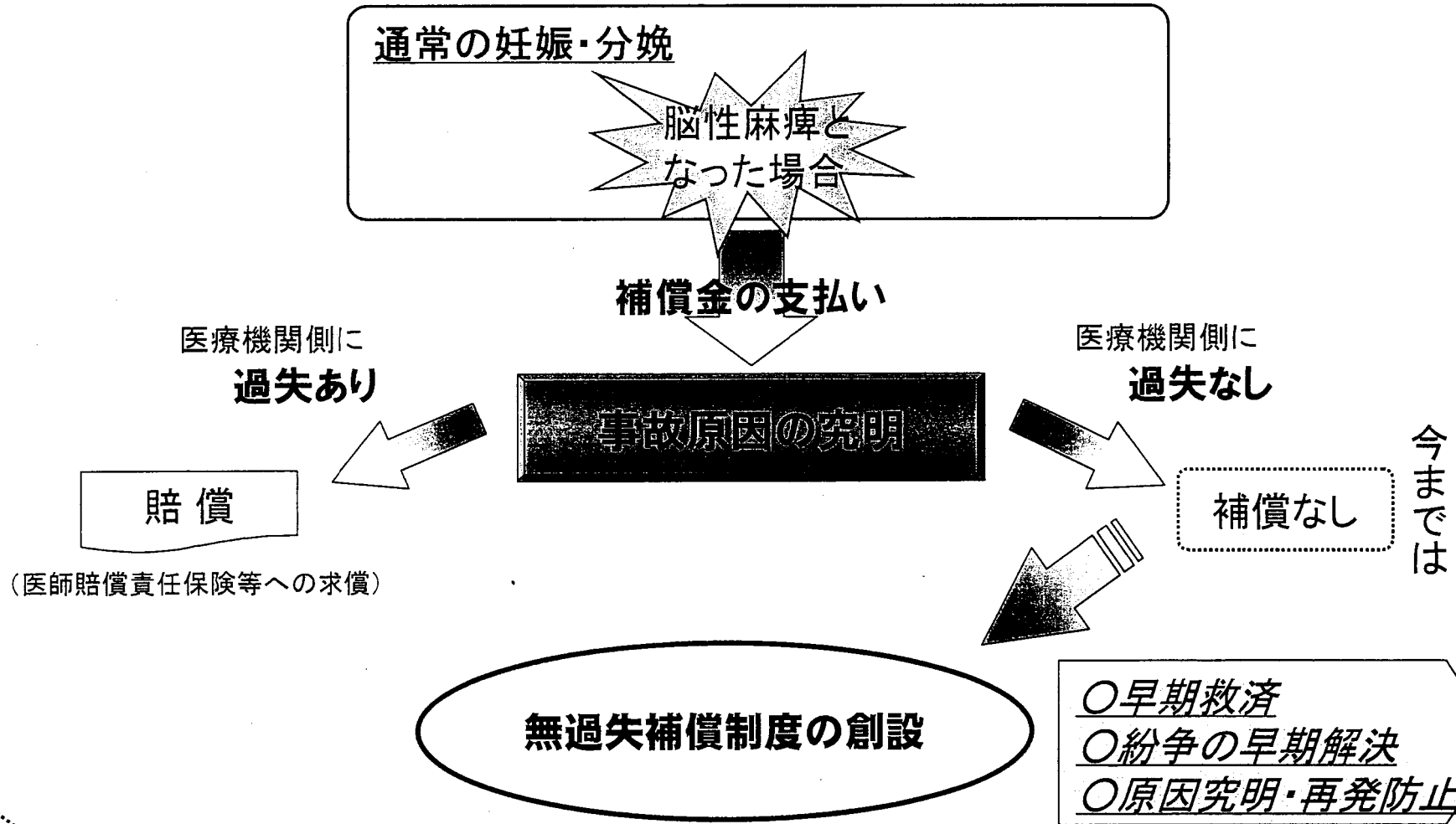
## 4. 研修医の都市への集中の是正のための臨床研修病院の定員の見直し等

- ① 研修医の都市への集中の是正のため、臨床研修病院の定員数を削減する。
- ② 大学病院を含む臨床研修病院の臨床研修の在り方を見直し、地域への医師派遣機能を有する病院を優遇する。
- ③ 臨床研修後の専門医（医師国家試験合格後5～6年で到達）に向けた研修について、地域医療への従事を要件とすることや、その研修を行う病院については、医師派遣機能を有することを要件とすることなどを検討する。



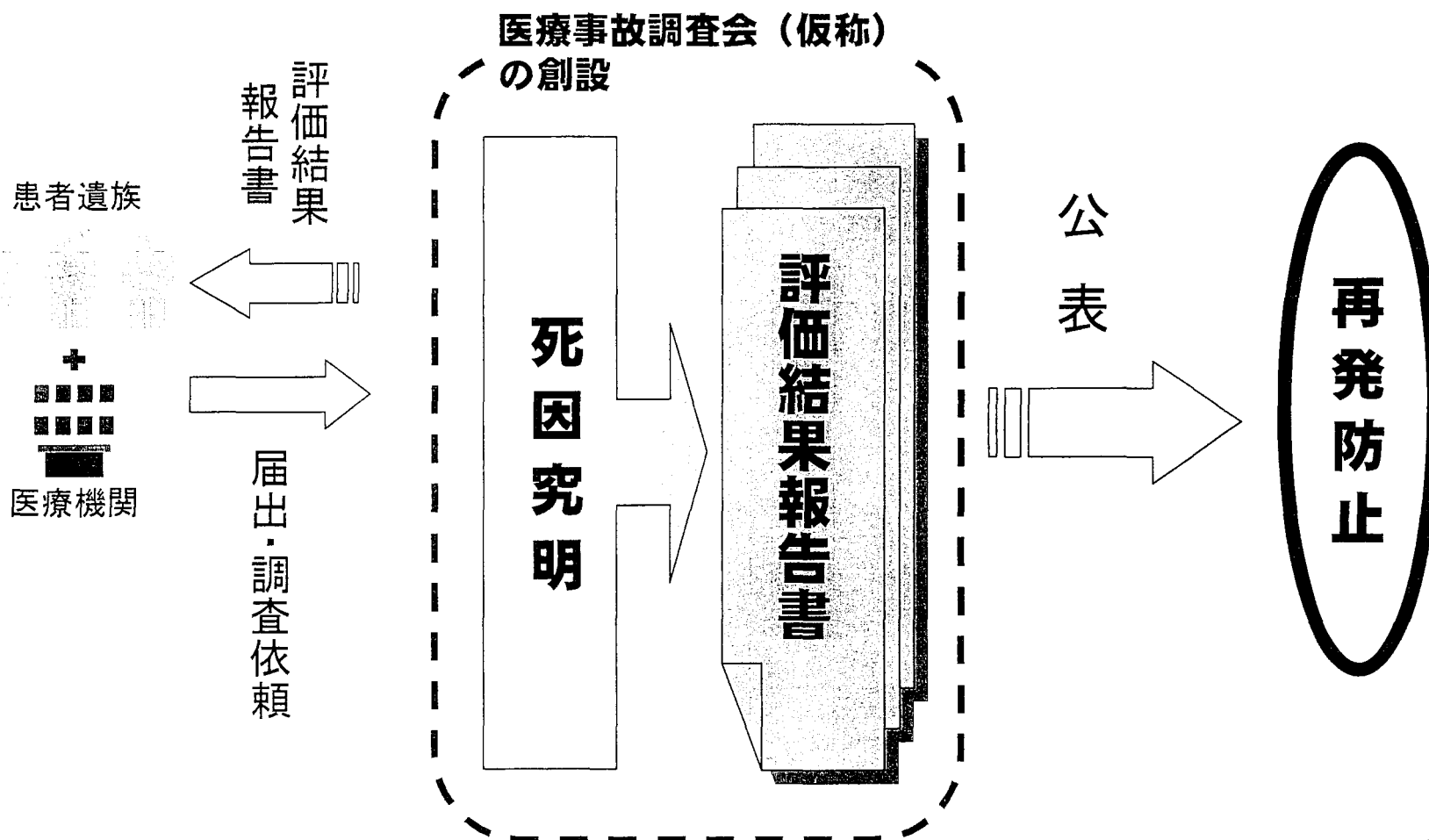
# 5-1. 産科医療補償制度

分娩時の医療事故により障害を受けた方々の早期救済と、医療紛争の早期解決に資する産科補償制度を速やかに実現する(19年度中からの実施を目指す)。



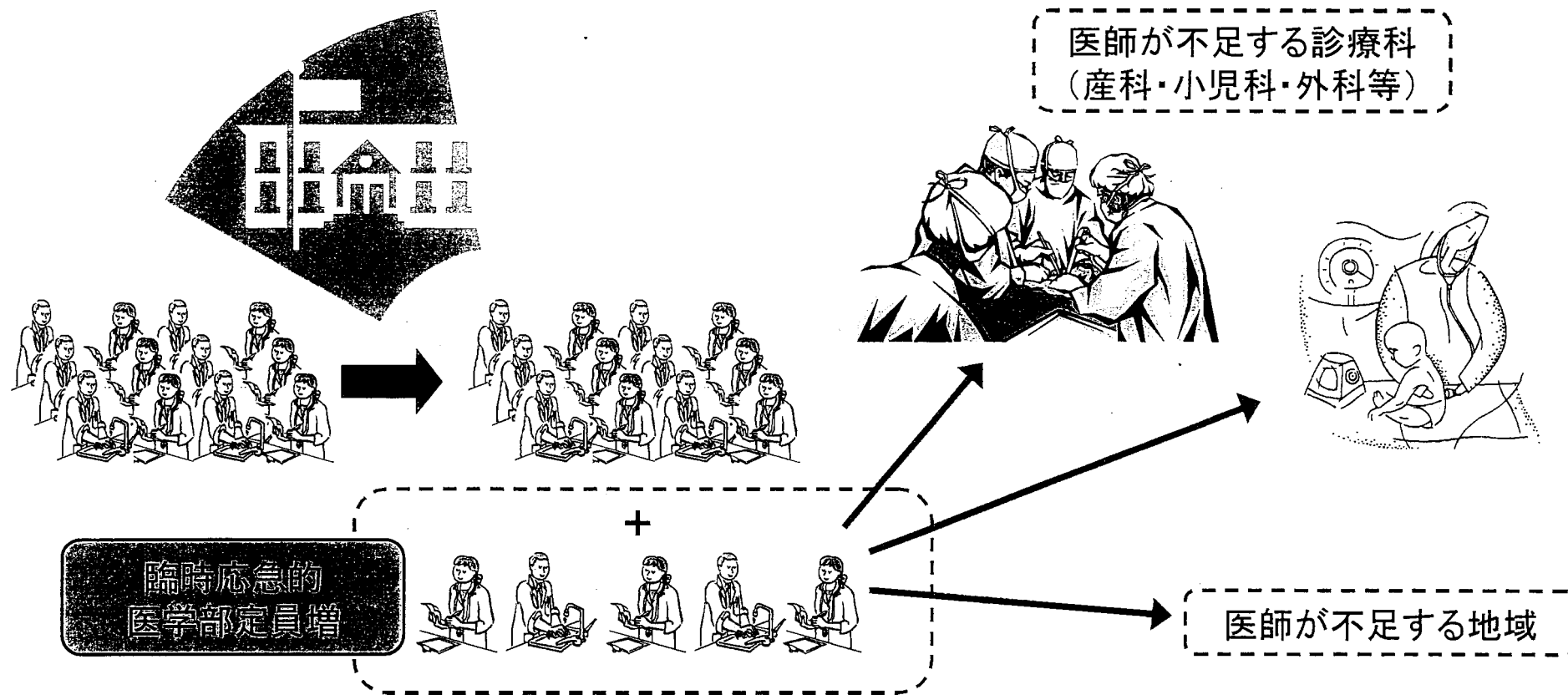
## 5-2. 診療行為に係る死因究明制度の構築(イメージ)

診療行為に係る死因究明制度を構築することにより、医療死亡事故の真相の解明と医師の責任範囲の明確化を図る。



## 6. 医師不足地域や診療科で勤務する医師の養成の推進

- ・医師が不足する地域や診療科で勤務する医師を養成するための医学部定員を、一定期間、臨時応急的に増加する。
- ・地域への医師の定着を図るため、大学医学部における地域枠の拡充のための誘導策を充実する。



## 平成 18 年度診療報酬改定の基本方針の対応状況について

平成 18 年度診療報酬改定は、社会保障審議会医療保険部会及び医療部会において取りまとめられた「基本方針」を踏まえて行われたものであるが、「基本方針」の各項目に係る対応状況は以下のとおりである。

- ・ 下線部は、診療報酬等についての検討が求められている箇所
- ・ 枠囲みは、平成 18 年度診療報酬における具体的な対応項目

平成 18 年度診療報酬改定の基本方針

### 1 平成 18 年度診療報酬改定に係る基本的考え方

- 国民の健康・長寿という人間にとって一番大事な価値を実現するためには、国民の安心の基盤として、質の高い医療を効率的に提供する医療提供体制の構築と、将来にわたる国民皆保険制度の堅持とが不可欠である。
- 今後の基本的な医療政策の方向性としては、
  - ・ 医療を受ける主体である患者本人が、医療に積極的かつ主体的に参加し、必要な情報に基づき患者自身が選択して、患者本人が求める医療を提供していく、という患者本位の医療が提供される仕組みを構築していくこと
  - ・ 生活習慣病の予防に積極的に取り組むとともに、仮に入院加療が必要となった場合にあっては、早期に在宅に復帰し、生活の質（QOL）を高めながら、自らの生活の場において必要な医療を受けることができる体制を構築していくこと
  - ・ 人口構成等の構造変化に柔軟に対応するとともに、国民の安心や制度の持続可能性を確保するといった観点から見直しを行い、経済・財政とも均衡がとれたものとするために過大・不必要な伸びを具体的に厳しく抑制することを通じて、将来にわたり国民皆保険制度を堅持していくことが求められていると言える。
- 平成 18 年度診療報酬改定は、保険財政の状況、物価・賃金等のマクロの経済指標の動向、全国の医療機関の収支状況等を踏まえつつ、今後の基本的な医療政策の方向性に係る上記のような認識に立って行われるべきであり、具体的には、以下の 4 つの視点から改定が行われるべきである。
  - ① 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質（QOL）を高める医療を実現する視点



- ② 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点
- ③ 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する視点
- ④ 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点

○ 具体的な診療報酬点数の設定に当たっては、基本的な医療政策の方向性を明確にしないまま診療報酬施策によって医療機関の診療行動や患者の受療行動を誘導しようとするのではなく、基本的な医療政策の方向性に沿って個別の診療報酬点数を設定していく中で対応していくことを基本とするべきである。

○ 一方、基本的な医療政策の方向性に必ずしも沿ったものではない医療については、単に診療報酬点数上の評価の適正化を行うだけでなく、「必要かつ適切な医療は基本的に保険診療により確保する」という国民皆保険制度の理念を基本に据えつつ、特に患者の選択に係るようなものについては、保険診療と保険外診療との併用を認める制度の活用により、応分の負担をしていただくことも含め、検討していくべきである。

## 2 4つの視点から見た平成18年度改定の基本方針

### ① 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質（QOL）を高める医療を実現する視点

○ 必要な情報に基づき患者自身が選択して、患者本人が求める医療を提供していく、という患者本位の医療を実現するためには、まず患者から見て分かりやすい医療としていくことが前提であり、患者に対し医療に関する積極的な情報提供を推進していくことが必要であるとともに、患者の生活の質（QOL）を高める医療を提供していくことが必要である。

○ このため、診療報酬体系の見直しに当たっては、そもそも診療報酬体系自体を患者にとって分かりやすい体系とする視点に立って、見直しを推進するべきである。

とりわけ、診療報酬上評価されている医療のうちには、実際に提供されているが、患者が明確に分からないままに費用を負担しているものもあるとの指摘もあり、現行の診療報酬の名称等の位置付けも含め、点検を行っていくべきである。

(平成18年度改定における対応事項)

- ・老人診療報酬点数表の見直し（一般の医科診療報酬点数表等との一本化）
- ・指導管理料の名称の見直し（医学管理に統一） 等

- 患者への情報提供の推進の観点からは、患者が保険医療機関を受診等した場合に医療費の内容の分かる領収書の発行を受けられることができるよう、診療報酬体系を患者にとって分かりやすいものとする取組と併せ、現状を考慮して所要の経過措置を講じた上で、保険医療機関や保険薬局に医療費の個別単価など詳細な内容の分かる領収書の発行を義務付けることを視野に入れて、情報提供を強力に推進するべきである。

(平成18年度改定における対応事項)

- ・医療費の内容の分かる領収書の交付の義務づけ 等

- また、患者の生活の質（QOL）を高める医療を提供する観点からは、不適切な食生活、運動不足、喫煙等の生活習慣に起因した生活習慣病等の重症化予防を推進するための方策について検討するべきである。

(平成18年度改定における対応事項)

- ・生活習慣病指導管理料の見直し

## ② 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点

- 質の高い医療を効率的に提供するため、地域の医療機能の適切な分化・連携を進め、急性期から回復期、慢性期を経て在宅療養への切れ目のない医療の流れを作り、患者が早く自宅に戻れるようにすることで、患者の生活の質（QOL）を高め、また、必要かつ十分な医療を受けつつトータルな治療期間（在院日数を含む。）が短くなる仕組みを作ることが必要である。

このため、地域における疾患ごとの医療機能の連携体制に係る評価の在り方について検討するべきである。

(平成18年度改定における対応事項)

- ・地域連携パスによる医療機関の連携体制の評価

- また、高齢者ができる限り住み慣れた家庭や地域で療養しながら生活を送れるよう、また、身近な人に囲まれて在宅での最期を迎えることも選択できるよう、支援していく体制を構築することが必要である。

このため、入院から在宅への円滑な移行を図りつつ、介護保険との適切な役割分担の下、24時間診療ができる在宅医療や終末期医療への対応に係る評価の在り方について検討するべきである。

(平成18年度改定における対応事項)

- ・在宅療養支援診療所の評価 等

- さらに、我が国の医療については、諸外国と比べ平均在院日数が長いという指摘があり、医療機能の分化・連携を図りつつ、医療資源を集中的に投入することにより、必要かつ十分な医療を確保しつつ、平均在院日数の短縮を図っていくことが必要である。

このため、平均在院日数の短縮の促進に資するような入院医療の評価の在り方や、急性期入院医療における診断群分類別包括評価（DPC）の支払い対象病院の拡大等について検討すべきである。

（平成18年度改定における対応事項）

- ・急性期入院医療の実態に即した看護配置の適切な評価
- ・DPCによる支払対象病院の拡大 等

- このほか、病院・診療所の機能分化・連携を推進する観点から、病院と診療所の初再診料の格差の問題など、外来医療に対する評価の在り方について検討すべきである。

（平成18年度改定における対応事項）

- ・初再診料、外来診療料等の見直し 等

- ③ 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する視点

- 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域については、国民の安心や制度の持続可能性を確保し、経済・財政とも均衡がとれたものとするといった観点も踏まえつつ、その評価の在り方について検討していくことが必要である。

- 例えば、産科や小児科、救急医療等については、診療科・部門による医師の偏在により地域において必要な医療が確保されていないとの指摘があることも踏まえ、特に休日、夜間等における医療機関の連携体制を確保していく観点からも、これらの領域に対する診療報酬上の適切な評価について検討すべきである。

（平成18年度改定における対応事項）

- ・ハイリスク分娩管理加算の新設
- ・乳幼児深夜加算等の新設及び評価の充実 等

- また、医療分野においてはIT化が遅れているが、IT化を推進していくことは、被保険者、医療機関、保険者、審査支払機関等のそれぞれにとってメリットのあることであり、解決すべき課題を整理しつつ、これを集中的に推進していくための方策についても検討すべきである。

(平成18年度改定における対応事項)

- ・電子化加算の新設

- さらに、医療の安全性の更なる向上の観点から、医療安全に係るコストの実態を踏まえつつ、診療報酬上の更なる取組の可能性についても検討していくべきである。

(平成18年度改定における対応事項)

- ・医療安全対策加算の新設

- このほか、医療技術については、難易度、時間、技術力等を踏まえた適切な評価を進めるとともに、新しい医療技術については、有効性、安全性等のほか、その導入の効果についても十分に確認した上で、適切に保険導入を図っていくことが必要であるが、その際には、保険導入手続の透明化・明確化の視点に十分配慮していくべきである。

(平成18年度改定における対応事項)

- ・高度先進医療の保険導入
- ・新規技術の保険導入 等

④ 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点

- 国民の安心や制度の持続可能性を確保し、経済・財政と均衡がとれたものとするといった観点を踏まえつつ、今後重点的に対応していくべきと思われる領域の適切な評価を行うていくためには、医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域について、その適正化を図る方向で、評価の在り方について検討していくことが必要である。

- このため、患者の状態像に応じた慢性期入院医療の評価の在り方、入院時の食事に係る評価の在り方、外来医療における不適切な頻回受診の抑制のための評価の在り方、コンタクトレンズ診療等における不適切な検査の適正化のための評価の在り方、かかりつけ歯科医・かかりつけ薬局の本来の趣旨に即した適正な評価の在り方等について検討するべきである。

(平成18年度改定における対応事項)

- ・患者の状態像に応じた慢性期入院医療の評価
- ・入院時の食事に係る費用の算定単位の見直し
- ・外来迅速検体検査に係る評価の新設
- ・コンタクトレンズに係る診療の評価の適正化
- ・かかりつけ歯科医初・再診料の廃止

- また、医薬品については、画期的新薬の開発を促進する薬価制度を構築していく一方で、良質かつ廉価な後発医薬品の使用を促進することは、医療保険制度の持続可能性の維持に資するものであることから、後発医薬品の使用促進のための環境整備の方策についても検討すべきである。

(平成18年度改定における対応事項)

- ・後発医薬品の使用促進のための環境整備（処方せん様式の変更）

- このほか、医薬品、医療材料、検査等のいわゆる「もの代」については、市場実勢価格等を踏まえた適正な評価を進めるべきである。

(平成18年度改定における対応事項)

- ・薬価、医療材料価格等の見直し

(平成18年度薬価改定▲1.8% (うち医療材料の引下げ▲0.2%))

### 3 終わりに

- 中央社会保険医療協議会（以下「中医協」という。）におかれては、本基本方針の趣旨を十分に踏まえた上で、具体的な診療報酬の改定案の審議を進められることを希望する。
- また、平成18年度診療報酬改定の結果については、本基本方針に即した改定であったかどうか、実際の改定の効果がどの程度あったのか等について、中医協において検証を行い、その結果を当部会に報告いただくことを希望する。

# 医療計画について

## 新たな医療計画の実施まで

平成  
17  
年度

- 17年 7月 医療計画の見直し等に関する検討会 『報告書』
- 17年 12月 社会保障審議会医療部会 『医療提供体制に関する意見』

平成  
18  
年度

- 18年 6月 「改正医療法」 成立
- 19年 3月 「医療提供体制の確保に関する基本方針」 告示
- 19年 4月 「改正医療法」 施行

平成  
19  
年度

- 19年 7月 「医療計画作成指針」 通知  
「疾病・事業ごとの医療体制構築指針」 通知
- 19年 8月 医療計画に関する都道府県説明会 開催
- 20年 4月 新たな医療計画の実施

# 医療計画の見直しの視点

## (1) 住民・患者の視点尊重

- 視点の変更
  - ・・・医療提供者の視点 から 住民・患者の視点 へ
- 積極的な情報提供
  - ・・・広告規制の漸進的緩和 から 広範網羅的な情報提供 へ

## (2) 質が高く効率的で検証可能な体制へ

- 量 から 質の充実 へ
- 総病床数管理的側面の重視 から
  - 4 疾病及び5 事業に代表されるより詳細な事業内容 へ
- 規制や財政面の誘導 から
  - 積極的な医療情報の提供による誘導 へ

## (3) 官から民へ、国から地方へ

- 官から民へ
  - ・・・社会医療法人の新設
- 国から地方へ
  - ・・・地方分権の流れ推進・都道府県知事の責務の明確化



# 実際の医療計画策定に当たって

- ① 病床数の量的管理とともに質（医療連携・医療安全）の評価
- ② 都道府県ごとに4疾病5事業に係る医療資源の再確認とそれらの連携
- ③ 数値目標を示し住民・患者に分かりやすい評価
- ④ 都道府県に対し具体的な作成指針等を提示

## 医療連携体制

一つの医療機関だけで完結する医療



地域の医療提供者が連携により患者の治療を分担、完結する医療



- 患者が受診する医療機関を選択
- 医療機関相互の協力と切磋琢磨
- 医療サービスの質の向上

# 改正医療法における医療提供体制の考え方

## 法律

- 医療提供体制の確保
- 国による基本方針の策定 → 基本方針
- 都道府県による医療計画の策定
  - ・ 生活習慣病その他省令で定める疾病 → 省令
  - ・ 救急医療等確保事業 【5事業】

## 省令

- 生活習慣病その他の国民の健康の保持を図るために特に広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病を規定 【4疾病】

4疾病の考え方

- ※ 患者数が多く、かつ、死亡率が高い。
- ※ 症状の経過に応じて救急医療から福祉まできめ細かな対応が求められる。

## 基本方針【大臣告示】

- 医療提供体制の確保に関する基本的な考え方

## 医療計画作成指針【局長通知】

- 医療計画作成に係る留意事項、内容、手順等

## 4疾病・5事業の指針【課長通知】

- 求められる医療機能、構築の手順 等

国の実施した医療機能調査

# 医療連携体制を構築し医療計画に明示

【医療法第30条の4第2項第2号】

## 4 疾病

（同項第4号に基づき省令で規定）

- 生活習慣病その他の国民の健康の保持を図るために特に広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病として厚生労働省令で定めるものの治療又は予防に係る事業に関する事項



〈医療法施行規則第30条の28〉

- ・ がん
- ・ 脳卒中
- ・ 急性心筋梗塞
- ・ 糖尿病

## 5 事業[=救急医療等確保事業]

（同項第5号で規定）

- 医療の確保に必要な事業

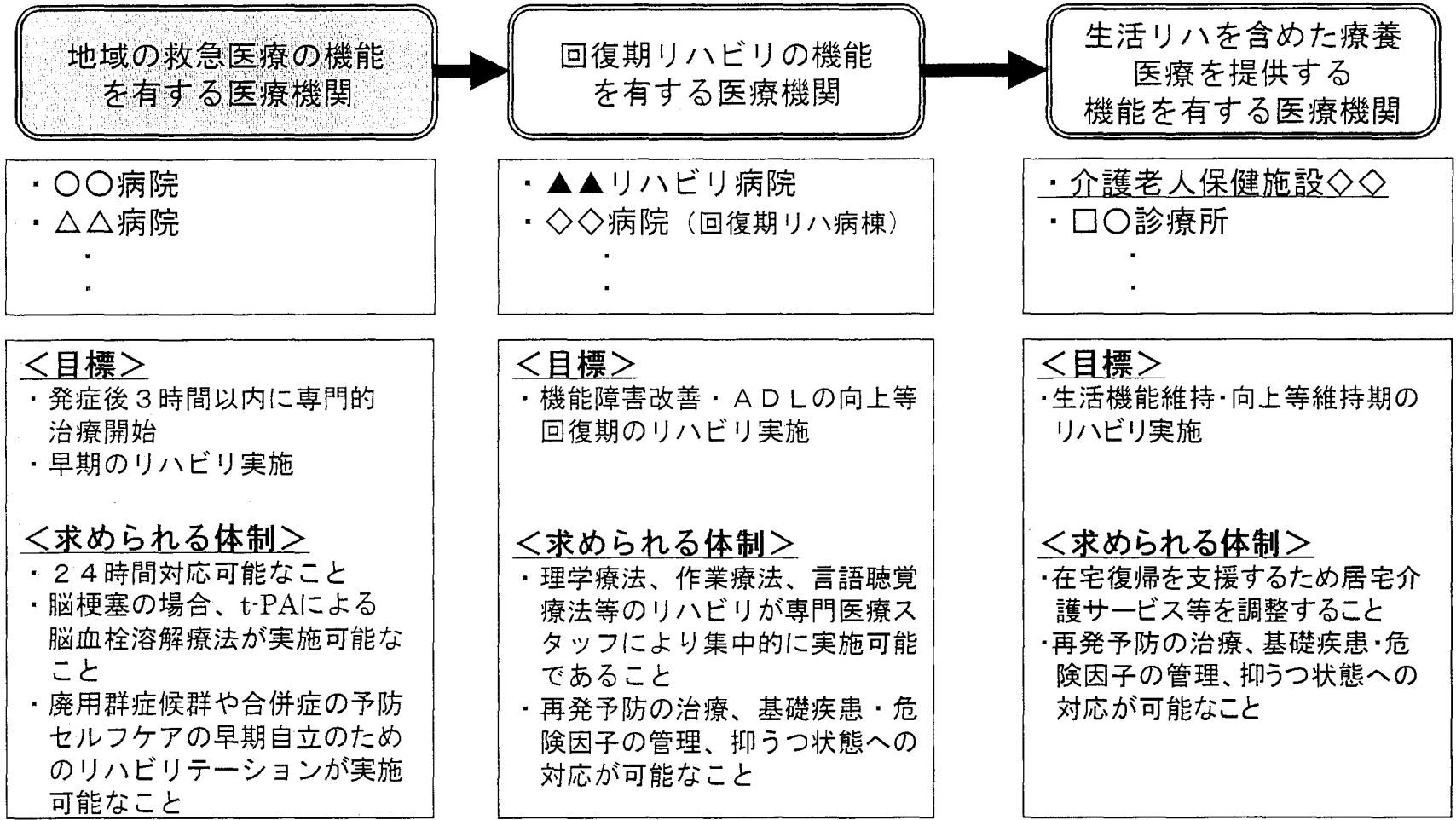
- 救急医療
- 災害時における医療
- へき地の医療
- 周産期医療
- 小児医療（小児救急医療を含む）

- 上記のほか、都道府県知事が疾病の発生状況等に照らして特に必要と認める医療

# 医療計画に医療連携体制を明示

都道府県は、医療計画に、4疾病(がん対策、脳卒中対策、急性心筋梗塞対策、糖尿病対策)及び5事業(救急医療、災害時医療、へき地医療、周産期医療、小児医療)の医療体制それぞれについて、必要な医療機能(目標、求められる体制等)及び担う医療機関・施設の具体的名称を記載し、住民にわかりやすく公表する。

## 都道府県医療計画



# 脳卒中の医療体制

	【予防】	【救護】	【急性期】	【回復期】	【維持期】	
機能	発症予防	応急手当・病院前救護	救急医療	身体機能を回復させるリハビリテーション	日常生活への復帰及び維持のためのリハビリテーション	《在宅療養》 生活の場での療養支援
目標	●脳卒中の発症予防	●発症後2時間以内の急性期病院到着	●来院後1時間以内の専門的治療開始 ●急性期に行うリハビリテーション実施	●回復期に行うリハビリテーション実施 ●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理	●維持期に行うリハビリテーション実施 ●在宅等への復帰及び生活の継続支援	●在宅療養支援 ●希望する患者に対する看取り
医療機関例			●救命救急センターを有する病院 ●脳卒中の専用病室を有する病院	●リハビリテーションを専門とする病院 ●回復期リハビリテーション病棟を有する病院	●介護老人保健施設 ●介護保険によるリハビリテーションを行う病院・診療所	●診療所 等
求められる事項(抄)	●基礎疾患・危険因子の管理 ●初期症状出現時の対応について、本人等に教育・啓発 ●初期症状出現時における急性期病院への受診勧奨	【本人・周囲にいる者】 ●速やかな救急搬送要請  【救急救命士】 ●適切な観察・判断・処置 ●急性期病院に2時間以内に搬送	●CT・MRI検査の24時間対応 ●専門的診療の24時間対応 ●来院後1時間以内にt-PAによる脳血栓溶解療法を実施 ●外科的治療が必要な場合2時間以内に治療開始 ●廃用症候群や合併症の予防、セルフケアの早期自立のためのリハビリテーション実施	●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ●抑うつ状態への対応 ●機能障害の改善及びADL向上のリハビリテーションを集中的に実施	●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ●抑うつ状態への対応 ●生活機能の維持・向上のリハビリテーション実施 ●在宅復帰のための居宅介護サービスを調整	●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ●抑うつ状態への対応 ●訪問看護ステーション、薬局と連携した在宅医療 ●希望する患者に対する居宅での看取り ●居宅介護サービスとの連携
連携			●医療施設間における診療情報・治療計画の共有			
		●発症から治療開始までの時間短縮		●在宅等での生活に必要な介護サービスの調整		
指標による現状把握	●基本健診受診率	●発症から救急通報までの時間 ●救急要請から医療機関到着までの時間	●SCU等を有する医療機関数・病床数 ●t-PAによる脳血栓溶解療法実施医療機関数、実施率 ●急性期リハビリテーション実施医療機関数	●回復期のリハビリテーション実施医療機関数	●介護保険によるリハビリテーション実施施設数	●在宅療養支援診療所数
			●入院中のケアプラン作成率			
			●地域連携クリティカルパス導入率			
	●在宅等生活の場に復帰した患者の割合 ●発症1年後のADLの状況 ●脳卒中を主要原因とする要介護認定者数 ●年齢調整死亡率					

# 脳卒中の医療体制

