

「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会

第3回会議

日時：平成20年8月5日（火）10:30～12:30

場所：厚生労働省6階 共用第8会議室

議 事 次 第

1. 開会

2. 議題

「安心と希望の医療確保ビジョン」の具体化について

3. 閉会

【配付資料】

資料1 : 事務局提出資料

資料2 : 救急医療の今後のあり方に関する検討会～中間取りまとめ（案）～

資料3 : 岸本先生提出意見

資料4 : 葛西委員提出資料

資料5 : 有賀委員提出資料

資料6 : 海野委員提出資料

資料7 : 大熊委員提出資料

資料8 : 小川委員提出資料

資料9 : 嘉山委員提出資料

資料10 : 川越委員提出資料

事務局提出資料

地域完結型医療の実現

生活習慣病の増加など
疾病構造の変化

医療資源(介護、福祉含む)を
有効活用する必要性

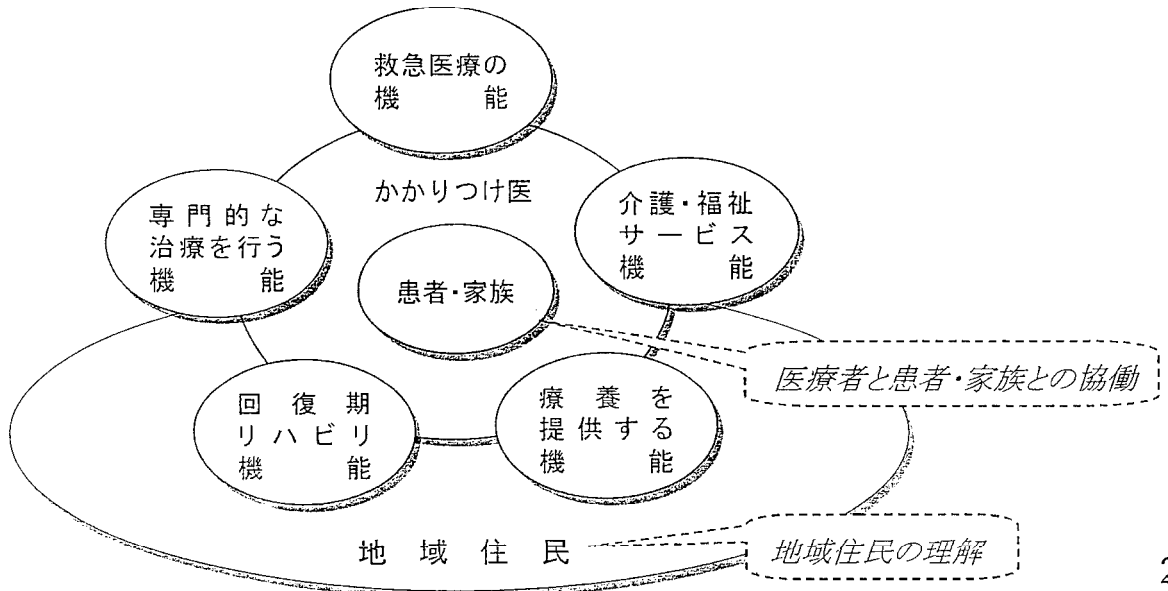
医療・介護・福祉が患者を中心に切れ目なくサービスを提供する
「医療連携体制」によって、「地域完結型医療」を推進

4疾病

- ・ がん
- ・ 脳卒中
- ・ 急性心筋梗塞
- ・ 糖尿病

5事業

- ・ 救急医療
- ・ 災害医療
- ・ へき地医療
- ・ 周産期医療
- ・ 小児医療
(小児救急含む)



(参考) 地域医療連携の事例

事例集 (2)

糖尿病

第10回日本医療マネジメント学会発表より一部概要を抜粋

【山武SDM研究会(千葉)】 ～研究会を通じた診療技術移転によるネットワーク～

- ・ 研究会を6年間で25回開催し、インスリン療法患者受入可の診療所が1施設から36施設まで増加
- ・ 糖尿病専門外来を行う病院(東金病院)には1年に1回、かかりつけ医には毎月受診する、循環型の医療連携を構築

【豊田市糖尿病対策地域連絡会議(愛知)】 ～施設の枠を越えた多面的な地域連携～

- ・ 地域メディカルスタッフ主体で運営するセミナーにより、行政、職域、調剤薬局まで含めたスキルアップを図る
- ・ 栄養士のいない開業医でも栄養指導できるよう、病院(トヨタ記念病院)で研修した管理栄養士によるサポート体制を構築
- ・ 産業医との連携で早期体験入院を勧めて、職域のHbA1c低下につなげる

周産期その他

【妊娠リスク評価表を用いた分娩の分散化(愛知)】 ～周産期センターと一次施設の病診連携～

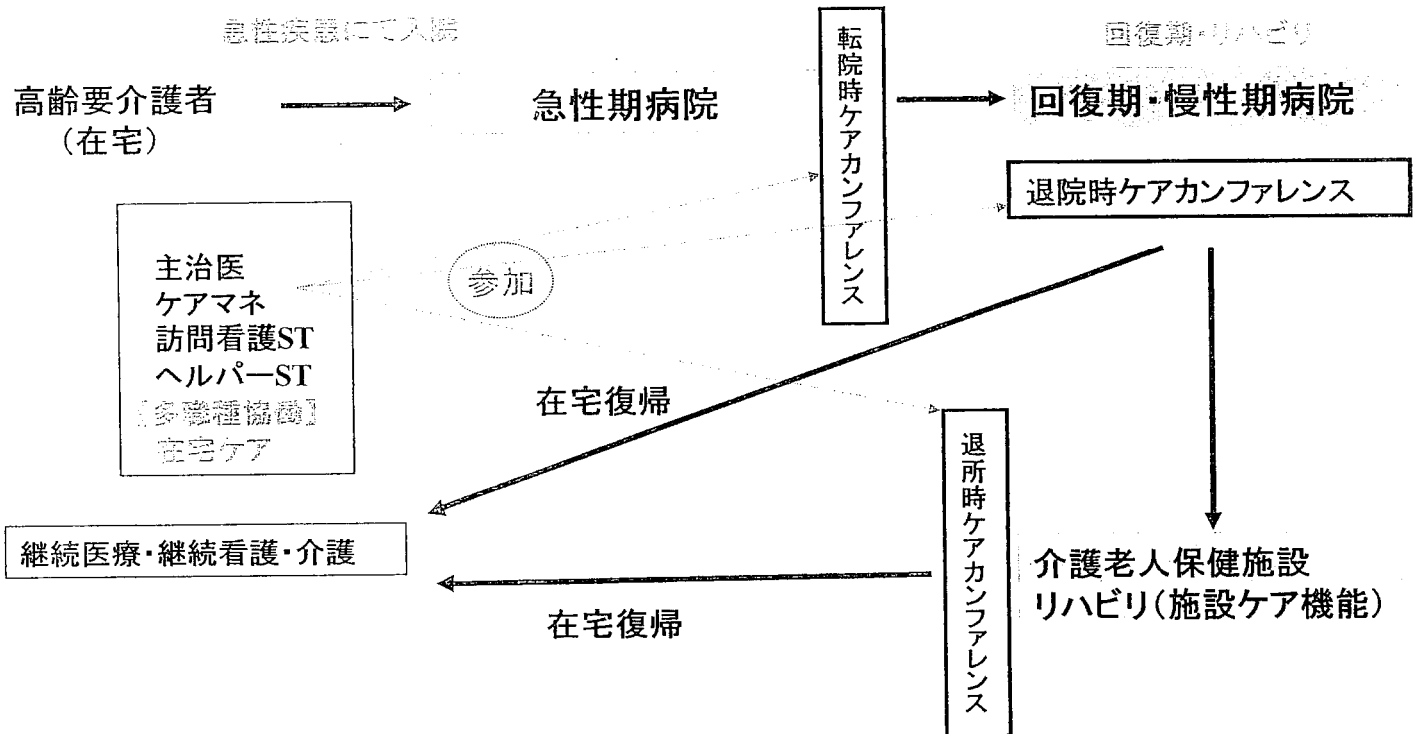
- ・ 地域周産期母子医療センター(トヨタ記念病院)の分娩件数が急増し、母体搬送受入が困難となる事態が発生
- ・ 地域の産婦人科医会と協議し、ローリスク妊娠を一次施設に逆紹介する活動を実施
- ・ 2年間で、分娩件数は870例から710例(81.6%)に減少し、母体救急搬送は54例から126例(233%)まで受入増加

【岐阜地域医師会連携パス機構(岐阜)】 ～疾患別連携の基盤となるネットワークの先行型～

- ・ 疾患別の地域連携パス作成前から、6医師会及び基幹病院による連携ネットワークを構築
- ・ 地域医師会が参加して連携パスを作成することにより、かかりつけ医への普及を推進
- ・ 各ワーキング・グループにより、心筋梗塞、ウイルス性肝炎、脳卒中、大腿骨頸部骨折、泌尿器科の連携パスを作成

在宅での医療と介護の機能分担・連携の例（尾道市）

《ポイント》 高齢要介護者の長期フォローアップとケアカンファレンスの継続
主治医とケアマネジャーがケアカンファレンスに参加

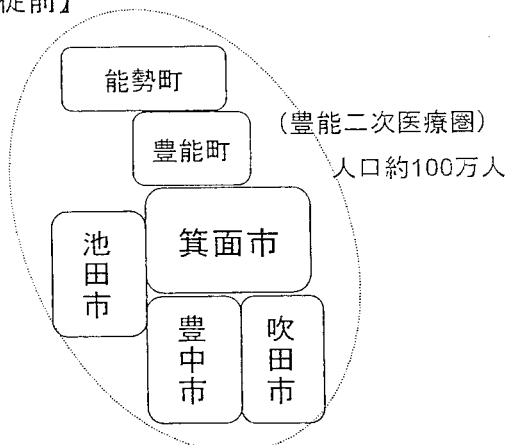


(注) 尾道市医師会作成資料を基に厚生労働省にて作成

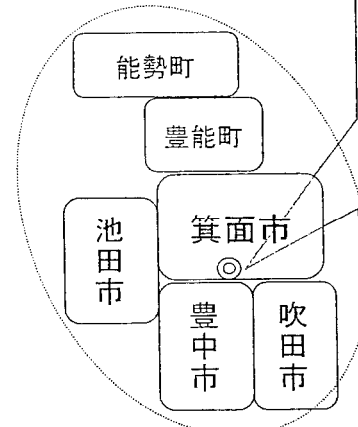
8

医療資源の集約化の例（大阪府豊能地域）

【従前】



【H16. 4から】



「豊能広域こども急病センター」を設置

- ・軽症を含む一次救急患者を診察し、入院機能はない。
- ・入院が必要な患者は、各地域の市立病院などで精密検査や入院治療を受ける。
- ・大学や国立病院からの派遣医師の他、地元の開業医も交代で出務し診療する。

4つの市の市立病院と、一つの民間病院が、それぞれで、24時間365日の小児救急診療を実施。

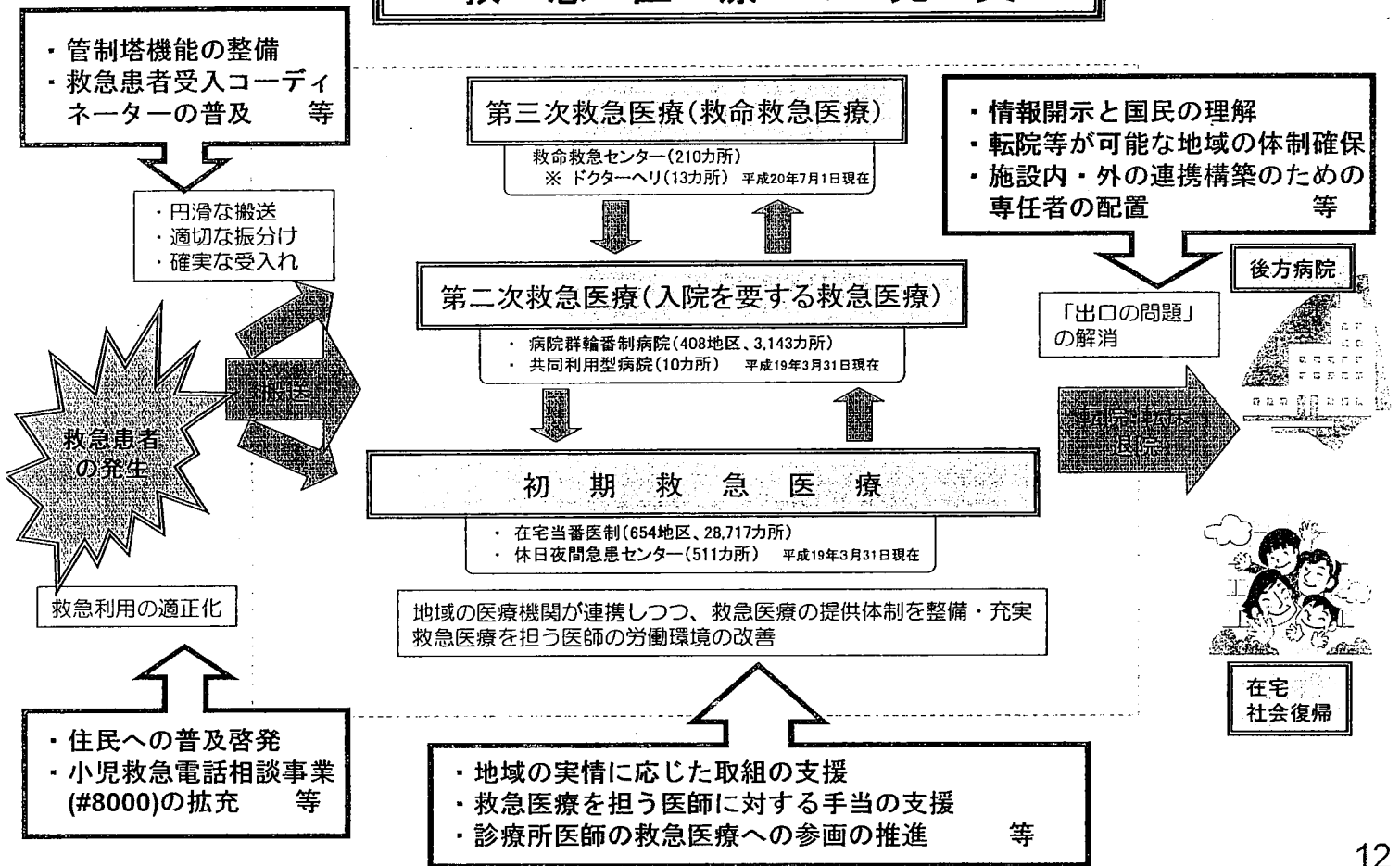
- ・風邪などの軽症患者も重症の患者も混在して受診
- ・各病院の夜間態勢は、小児科医1人ずつの配置であり、過重な労働環境

各病院の一次救急患者は減少。センターが担う一次救急と、各市立病院等が担う二次救急の役割分担が図られ、効率化の実現とともに小児科勤務医の労働条件も改善。

- ・センターを受診する患者の重症度は、軽症97.4%、重症2.6%(平成17年度)
- ・市立病院等への搬送はセンター全受診者の2.6%(同)
- ・市立病院等への一次救急患者は6~7割減少

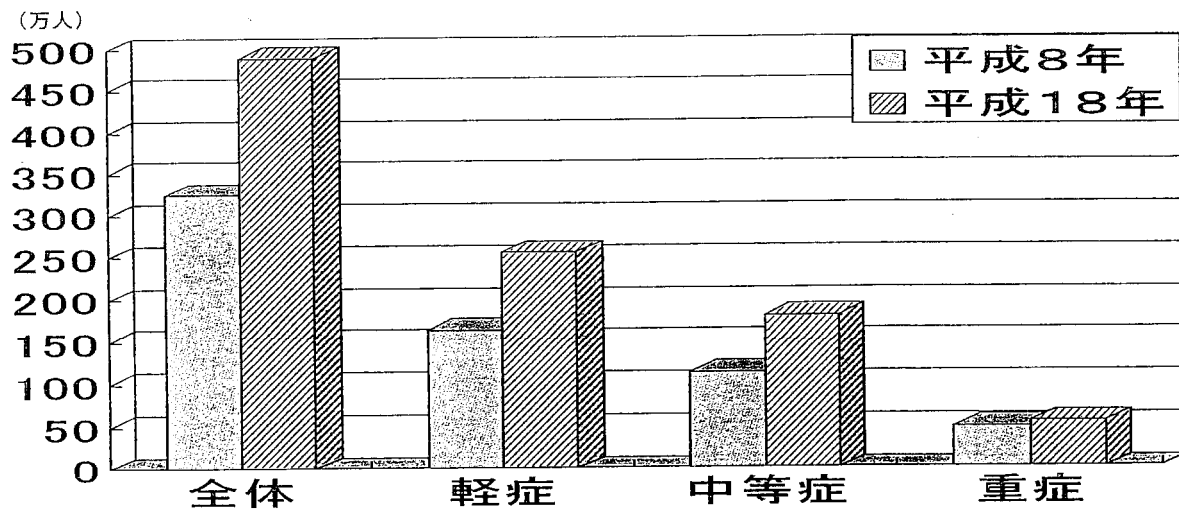
10

救急医療の充実



(参考) 救急搬送等の推移

10年間の救急搬送人員の変化(重症度別)



	全体	軽症	中等症	重症 (死亡も含む)
平成8年	324.7万人	162.8万人	113.4万人	48万人
↓	164.8万人増 (+51%)	91.8万人増 (+56%)	66.5万人増 (+59%)	6.1万人増 (+13%)
平成18年	489.5万人	254.6万人	179.9万人	54.1万人

「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

第 7 回救急医療の今後のあり方に関する
検討会資料（平成 20 年 7 月 30 日）

救急医療の今後のあり方に関する検討会

中間取りまとめ（案）

平成 20 年〇月〇〇日

目次

第1 はじめに

第2 救急医療の現状及び課題

1. 救急利用の増加・多様化等の救急医療に関するニーズの増大
2. 救急搬送の動向
3. 受入先となる救急医療機関
4. 救急医療を担う医師を取り巻く環境
5. 救急医療に係る公的財政支援

第3 検討事項

1. 救命救急センターに対する新しい評価について
2. 救命救急センターの整備のあり方について
3. 第二次救急医療機関の状況及び今後の整備について
4. 特定の診療領域を専門とする医療機関の位置付けについて
5. 救急搬送における課題と円滑な受入れの推進について

第4 おわりに

参考資料 (略)

第1 はじめに

我が国の救急医療体制の本格的整備は、昭和39年度の救急病院・救急診療所の告示制度の創設に始まる。昭和52年度からは、初期、二次、三次の救急医療機関の階層的整備を開始するとともに、併せて救急医療情報センターの整備を始め、さらに、平成3年度には救急救命士制度を創設するなど、救急医療の体系的な整備を進めてきた。

さらに平成9年12月には、我が国における良質かつ効率的な救急医療体制のあり方について「救急医療体制基本問題検討会報告書」が取りまとめられ、地域性に配慮しながら救急医療体制の確保を進めてきた。

しかしながら、昨今においても、救急搬送患者の受入れに時間を要した事案の報道が相次ぎ、社会的な問題となるなど、我が国の救急医療体制にはいまだ多くの課題が残されていることもまた事実である。

人口の少子高齢化、怪我から病気という疾病構造の変化、国民のニーズの多様化や医療に求める水準の上昇など、我が国の救急医療を取り巻く環境は大きく変化している。このような中で、救急搬送件数の増大に代表される救急医療需要そのものが大幅に増加している状況にあり、これらに対応する救急医療提供体制の確保（救急医療に関わる医師の量的及び質的な確保、医療計画制度における救急医療の位置付けとそれに基づく医療機関間の連携の構築等）が喫緊の課題として求められている。

このため、厚生労働省では、「救急医療の今後のあり方に関する検討会」（以下「本検討会」という。）を平成19年12月に設置し、上記の課題等に関する検討を行うこととした。

本検討会では、当初、特に第三次救急医療機関（救命救急センター）の整備のあり方について焦点を当て検討を行うこととした。

この背景としては、以下の各点がある。

- ・これまで概ね100万人に一か所を目標に整備を進めてきた救命救急センターが、当初の目標を大きく超えてもなお都市部を中心にその整備が進むなど、量的拡大が続いたこと
- ・各施設の質的状況を評価するために、平成11年度より施設の充実度評価を行ってきたが、評価尺度の基準についての各施設の対応が進み、すべての施設が最高段階の評価を得る状況が続いていること
- ・これまで、救命救急センターの中でも、特に指肢切断、急性中毒、重症熱傷等の特殊疾患を受け入れる施設として高度救命救急センターの整備がなされてきたが、近年は通常の救命救急センターにおいても同程度の役割を果たす施設もあり、高度救命救急センターの位置付けが曖昧であるとの指摘があったこと

しかしながら、救命救急センターのあり方について議論を進めていく過程において、救命救急センターが十分な役割を果たすには第二次救急医療機関の充実が欠かせないとの意

見が多く出されたこと、救急搬送患者の救急医療機関への円滑な受入れには救命救急センターの充実のみでは対応が困難であるとの認識に至ったこと等により、救命救急センターに限らず、広く救急医療体制全般について議論することとした。

特に、第二次救急医療機関のあり方、救急搬送された患者が受入れに至らない理由等について議論を行った。

また、本中間取りまとめに当たっては、平成20年6月に、国民の医療に対する安心を確保し、将来にわたり質の高い医療サービスが受けられるよう、医療従事者を含めた国民の声にきちんと耳を傾け、多様な意見を集約して政策に反映していくという現場重視の方針に基づいて、厚生労働大臣の下に取りまとめられた「安心と希望の医療確保ビジョン」の内容との整合性も図った。

第2 救急医療の現状及び課題

1. 救急利用の増加・多様化等の救急医療に関するニーズの増大

高齢化の進展、住民の意識の変化等の社会情勢の変化により、救急利用が増加・多様化している。救急搬送人員を例にとると、この10年間で50%以上増加しており、特に、高齢者を中心とした軽症・中等症患者の増加が著しい。さらに、救急車や救急医療機関の不要・不急の利用により、真に緊急性のある傷病者への対応に支障が生じているとの指摘もある。また、医療を受ける側の、救急医療への過大とも言える要求が増大しているとの指摘もある。

2. 救急搬送の動向

総務省消防庁の調査によると、救急搬送において、受入先医療機関の決定までに時間を要する事案の発生が相次いでいる。こうした傾向は、特に大都市部において強い*。

*この点については、都市部には受入先候補となる医療機関が多数存在しており、救急隊と複数の医療機関の間で詳細な情報のやりとりを行う中で、患者の病状に応じた適切な医療機関を選定していくことに時間・手間を必然的に要し、やむを得ない部分もあるとする意見がある。

3. 受入先となる救急医療機関

救急医療機関においては、救急利用の増加・多様化等に対応した体制の充実が十分に図られておらず、救急医療を担う病院勤務医等の過酷な勤務環境、勤務状況に見合った報酬となっていないことへの不満、泥酔者や薬物依存患者等とのトラブルといった問題も挙げ

られる。

4. 救急医療を担う医師を取り巻く環境

診療科の偏在や、病院勤務医の離職等に伴う医師不足の深刻化もあり、地域の医療体制の確保に支障が生じているが、救急医療もその例外ではない。救急医療へのニーズが増大する中で、特に救急医療を担う病院勤務医の疲弊は著しく、これらの医師の意欲の低下が懸念される。また、従来は非専門家による応急的な診療が容認された救急医療に対し、国民が、時と場所をよらず高度な専門的医療を期待するようになったことで、救急医療を担う医師が、診療内容が専門的水準に至らない場合の訴訟リスク等を懸念し、これが、医師の意欲の低下の一因にもなっている。

5. 救急医療に係る公的財政支援

初期救急医療や第二次救急医療の体制整備に要する財源については、平成16年度からのいわゆる三位一体改革等により国の補助金が順次一般財源化され、その実施については地方自治体の裁量に委ねられるようになった。このため、救急医療に関する公的財政支援の程度は地域によって異なるものと考えられる。

救急医療は、採算性にかかわらず提供されることが最も求められる医療分野であり、必要に応じた公的財政支援が適切に行われることが、救急医療の維持には不可欠である。

以上の1. から5. のような状況により、個々の救急医療機関における努力だけでは、地域において安定的に救急医療を提供し続けることが難しくなりつつあり、制度的な支援の充実が特に強く求められるようになっている。

第3 検討事項

1. 救命救急センターに対する新しい評価について

(1) これまでの評価について

救命救急センターの充実度評価については、平成11年度以降、それぞれの施設のレベルアップを目的に毎年度実施してきた。評価方法は、各施設から報告される前年の一年間の実績を点数化し、充実度段階A・B・Cとして3段階に区分するものであり、評価項目は、施設の救急専用電話の有無、空床の確保数、診療データの集計の有無、専任医師数と

いった施設の診療体制が中心である。

この評価結果は公表されるとともに、施設に対する運営費補助金や診療報酬の加算に反映されるため、高評価を得ようとする施設の取組が促進される仕組みになっている。

その結果、評価開始当初は評価の低い施設もあったものの、平成18年度及び19年度においては、すべての施設が最高段階の評価を得るに至り、一層の質の向上を図るためには充実度評価の方法を新たなものに改訂する必要があるとの指摘があり、この度、新しい充実度評価について議論を行うことにした。

(2) 新しい評価の基本的な考え方について

新たに充実度評価の評価項目等を定めるに当たっては、以下の基本的な考え方に基づくべきであるとした。

①求められる機能の明確化

救命救急センターに求められる機能を明確にする。具体的には、救命救急センターに求められる機能として、下記の各点を4本柱とすることが適切である。

- ・重症・重篤患者に係る診療機能
- ・地域の救急搬送・救急医療体制への支援機能
- ・救急医療に関する教育機能
- ・災害医療への対応機能

②第三者の視点・検証が可能な評価

これまでの充実度評価においては実態と乖離した評価がなされている施設があるとの指摘がある。このことから、それぞれの施設からの報告に基づく評価を基本とするが、第三者の視点による評価項目も加える。また、報告内容についての検証が可能な項目を取り入れる。

③地域特性の勘案

評価項目によっては、施設の所在地の状況や周辺人口等の状況に応じて、求められる水準を調整する。周辺人口が少ない地域であっても、最寄りの救命救急センターへの搬送に長時間を要する地域（地理的空白地域）であるために設置された救命救急センターについては、患者受入数や医師数等の評価項目で求められる水準を一段低く設定する。

また、上記に加えて、昨今の救急医療を担う病院勤務医の過酷な勤務状況の改善を促す項目も加える。

(3) 新しい充実度評価案について

上記の基本的な考え方にに基づき、別添資料のとおり、新たな充実度評価案を作成した。

新たな項目として、医療従事者の労働環境改善に係る項目については、「医師事務作業補助者の有無」、「転院・転棟の調整員の配置」、「医師の負担軽減の体制」、「休日及び夜間勤務の適正化」を加えることとし、の中で交代勤務制についてより重点的に評価することとした。また、第三者の視点・検証が可能な評価に係る項目については、「都道府県・地域メディカルコントロール協議会への関与、救急患者受入コーディネーターへの参画」、「救急医療情報システムへの関与」(都道府県による評価)、「ウツタイン様式調査への協力状況」(消防機関による評価)を加えた。

これらの評価結果については、今後、できる限り詳細な情報を公表していくことが、救命救急センターの機能、質の向上のための取組等について国民の理解を深めるために重要である。

(4) 今後の課題について

これまでの充実度評価においては実態と乖離した評価がなされている施設があるとの指摘があったことは既に述べたが、充実度評価の評価自体の質の確保のためにも、評価が実態と乖離していないか、都道府県等が中心となって検証する体制を構築する必要がある。

また、充実度評価を実施する目的は、個々の救命救急センターの機能の強化、質の向上を促し、もって全国の救急医療体制の強化を図ることである。充実度評価は救命救急センターに対する補助制度とも連動しているが、例えば、評価上課題が指摘された救命救急センターについても適切に運営改善が図られるよう配慮すべきとの意見があった。

今回、新たな充実度評価への変更により、その対応のために個々の施設において一定の負担が生じることも想定されることから、議論の過程においては、評価方法の変更によって、現場で勤務する医師に更なる負担をかける結果になることを懸念する意見があった。

今回の変更は日常の業務に追われている救命救急センターの勤務医個人に更なる負担をかけることが目的ではなく、救命救急センターが設置されている病院、あるいは地域に対して救命救急センターの機能の強化・質の向上への一層の取組を促すためのものであるということを、病院、地方自治体及び国は十分に認識して、それぞれの責任を果たす必要がある。

また、評価の客観性を高めるために、重症度を加味した生存率等を評価指標に盛り込むことが重要であるとの意見があったが、その点に関しては更なる研究を推進する必要がある。

2. 救命救急センターの整備のあり方について

(1) これまでの整備の流れと量的状況

救命救急センターは当初、概ね100万人に1か所を目標に整備がなされてきたところである。平成19年度においても新たに8施設の整備がなされ、現在、全国に200か所を超えるなど、量的には確実に増加しており、人口当たりの数としては当初の目標を大きく上回るに至っている。特に近年は、大都市の一部において、隣接して複数の救命救急センターが整備されている状況である。

その一方で、地理的空白地域も多数残されているため、これらの地理的空白地域を埋めることを念頭に、平成16年度から規模の小さい(20床未満)救命救急センターについて新型救命救急センターとして整備を開始し、一定の成果を上げているが、依然として地理的空白地域は多数残されている状況にある。

(2) 質的な状況について

個々の救命救急センターの質的な面をみると、前述の救命救急センターの充実度評価の項で述べたように、個々の救命救急センターの質は確実に向上してきたところであるが、次の点が指摘されている。

- ・救命救急センターが医療を行う際には、小児科、精神科、整形外科等の様々な診療科の関わりが重要であることについて、救命救急センターを設置する医療機関の理解が十分でない。
- ・精神科救急、小児救急、周産期等の専門分野別に整備されつつある救急医療体制との連携が不十分である。
- ・重症外傷治療においては、防ぎ得た死が発生しているほか、救命後の四肢の運動機能等の、機能予後の改善への取組が不十分である。
- ・急性循環器疾患等における治療やリハビリテーションの体制が十分でない。

(3) 救命救急センターを取り巻く状況について

救命救急センターを取り巻く状況としては、次の点が指摘されている。

- ・救急搬送患者数の増大を中心とする救急医療に関するニーズ増大に比して、地域の第二次救急医療機関の受入体制の充実が追いつかず、本来は第二次救急医療機関で対応可能な患者が救命救急センターに搬送されることにより、救命救急センターに過度の負担がかかっている可能性がある。
- ・地域に複数の救命救急センターが整備されていても、それらの機能が類似しており、医療資源が薄く広く配置されている状況である。このため、重症外傷や発症直後の急性循環器疾患のように、来院直後より適切な対応が求められる疾患に対して、十分な診療体制が確保できていない。

- ・救急医療を担う病院勤務医に過度の負担がかかっており、このことを一因として救急医療に携わる医師の確保が困難な状況にある。
- ・合併症のある高齢の患者の割合が増え、治療期間が長期化している。
- ・急性期を乗り越えたものの、いわゆる植物状態等の重度な後遺症等により同一医療機関内の一般病棟への転床や他院への転院、自宅への退院が円滑に進まないなど、いわゆる救命救急センターの「出口の問題」がある。

(4) 今後の整備の進め方

(ア) 既に一定の整備がなされている地域

○新たに救命救急センターを位置付ける場合の考え方

救命救急センターの整備がある程度進んでいる地域において、新たに救命救急センターを整備することは、同一地域に複数の救命救急センターが分散して整備されることになり、結果的に、貴重な医療資源が分散し薄く配置されるおそれがある。

このため、救急医療に携わる医師の不足、医師の過重な労働実態の改善が強く求められている昨今、医師の効率的な配置という観点からみると、一地域に多数の救命救急センターが存在することは必ずしも適切とは言えない。新たに救命救急センターを増やすより、まずは既存の救命救急センターに医師等を集約化する等の対応をすべきとの指摘があった。

しかし、施設の設置主体が自治体や医療法人等と異なる中で、既存の施設に医師等の医療資源を短期間に集約することは現実的には困難な状況もある。

一方で、診療実績において既存の救命救急センターに匹敵するような役割を果たしている医療機関について、既に当該地域に救命救急センターが整備されていることを理由に、新たな救命救急センターとして認めないということも必ずしも適切ではなく、近隣に救命救急センターが設置されているか否かにかかわらず、一定の外形的な設備的・人的基準を満たした体制を確保し、同時に実績も伴っている施設は、新たに救命救急センターとして位置付けるべきという指摘があった。

以上を踏まえると、当面は、実態として既存の救命救急センターと同等の役割を果たしている施設については、救命救急センターとして位置付けていくことが適切ではないかと考えられる。その場合、前述した新しい充実度評価等を用いて、施設ごとに体制や実績を経年的に評価することが重要である。

○同一医療圏に複数の救命救急センターが整備されている場合の役割分担

同一医療圏に複数の救命救急センターが整備されている地域においては、それぞれの施設が重症重篤な患者を疾病の種類によらず24時間365日受け入れ、適切な診療を行うといった救命救急センターとしての役割を前提とした上で、例えば循環器疾患、外傷、小児疾患という疾患ごとに大まかな役割分担を決め対応することも考えられる。

(イ) 最寄りの救命救急センターまでに長時間の搬送を要する地域（地理的空白地域）における救命救急センターの整備についての考え方

救急医療、特に、急性循環器疾患、重症外傷等においては、アクセス時間（発症から医療機関で診療を受けるまでの時間）の長短が、患者の予後を左右する重要な因子の一つである。

従って、救命救急センターの整備に当たっては、どこで患者が発生したとしても一定の時間内に適切な医療機関に到着し、適切な診療を受けることができる体制を確保する必要がある。

なお、アクセス時間は、単に医療機関までの搬送時間ではなく、発症から適切な医療機関で適切な治療が開始されるまでの時間として捉えるべきである。

このため、引き続き、地理的空白地域への救命救急センターの設置は必要と考えられるが、その際、GIS（地理情報システム）等の結果を参考に、救命救急センターが整備された場合に一定の時間以内に到着できる人数の増加が最も見込まれる地域を優先することが望まれる。

他方、現在においてもなお地理的空白地域として残っている地域は、周辺人口や重症患者の発生数からすると、新たに救命救急センターを整備することが困難である地域が多いことから、むしろドクターヘリコプターや消防防災ヘリコプター等による救急搬送やITの活用によって、一定の時間内に適切な医療機関に到着し、適切な診療を受けることができる体制を整備することも考えるべきである。

3. 第二次救急医療機関の状況及び今後の整備について

(1) これまでの整備の流れ

第二次救急医療機関とは、入院を要する救急医療を担う医療機関であって、第三次救急医療機関以外のものであり、都道府県が作成する医療計画に基づき整備を進めるものである。厚生労働省においては、昭和52年度以来、初期、二次、三次といった階層的救急医療体制の整備を進めるとともに、第二次救急医療機関の整備の一環として、病院群輪番制病院や共同利用型病院への補助を行ってきた。

<参考>

病院群輪番制病院・・・医療圏単位で、圏域内の複数の病院が、当番制により、休日及び夜間における診療体制の確保を図るもの。

共同利用型病院・・・医療圏単位で、拠点となる病院がその施設の一部を開放し、地域の医師の出務による協力を得て、休日及び夜間における診療体制の確保を図るもの。

そのための予算については国と都道府県が補助を行ってきたが、例えば、病院群輪番制運営事業については、平成17年度に一般財源化される等、その多くは地方自治体の裁量による事業の実施が可能になっている。

厚生労働省が都道府県を通じて実施している「救急医療対策事業の現況調」に基づき、補助対象となっていた医療機関を中心に第二次救急医療機関の状況を分析すると、

- ・第二次救急医療機関の体制や活動の状況は、都道府県ごとに様々である。
- ・同一都道府県内においても、状況は様々であり、年間数千台の救急車を受け入れる施設からほとんど受け入れていない施設までである。
- ・体制や活動が乏しい第二次救急医療機関が比較的多くを占め、例えば、夜間・休日においては医師が1名～2名体制である医療機関が7割を占める。
- ・受け入れている患者については、第二次救急医療機関であっても、その多くが入院を必要としない外来診療のみの患者である。

という状況であった。

従って、地方自治体において様々な創意工夫や地域の実情に応じた取組によって、円滑に事業が実施されている場合においては、第二次救急医療機関の拠点化を含め、全国一律的な事業は行うべきではなく、むしろ国は、そうした地域の実情に応じた取組を支援すべきである。

今後は、地域の現状を的確に把握するため、補助の対象かどうかを問わず、都道府県の医療計画において第二次救急医療機関と位置付けられたすべての医療機関を対象として、救急患者の受入れ状況や医師の勤務体制等も含めた診療体制や活動実績に関する調査を実施する必要がある。

(2) 今後の整備について

第二次救急医療機関の今後の整備については、「初期救急医療機関と第二次救急医療機関を一体として整備すべきである」、「広い分野に対応できる第二次救急医療機関の整備が必要である」、「当直体制ではなく交代勤務制が可能な環境を整備すべきである」、「一定の枠組みを満たした活動実績のある病院を支援すべきである」等の指摘があった。

また、第二次救急医療機関からヒアリングを行った際には、「医療従事者の確保が困難である」、「地方自治体からの補助金が削減される動きがある」、「未収金の負担が大きい」、「医療訴訟リスクが増大している」等の発言があった。

これらを踏まえると、引き続き、地域における救急医療機関の連携を推進しつつ、第二次救急医療機関の機能の充実を図るべきであると考えられる。加えて、一定の診療体制や活動実績のある第二次救急医療機関については、救命救急センターの充実度評価の例を参考にしながら、その評価に応じた支援を検討すべきである。

また、第二次救急医療機関に対する支援に加え、地域において夜間・休日の救急医療を担う医師に対する財政的な支援についても検討すべきである。

4. 特定の診療領域を専門とする医療機関の位置付けについて

本検討会においては、当初、脳血管疾患、小児疾患等の特定の診療領域を専門とする医療機関が救急医療に果たす役割やその効果的な活用に必要な体制等についても議論を進める予定としていた。しかしながら、救急搬送患者の受入先医療機関の選定に時間を要した事例の報道が相次ぎ、また総務省消防庁の調査でも、受入先医療機関の選定が円滑に進んでいない状況が明らかになったため、特定の診療領域に対して高い診療能力を有する医療機関に関する議論よりも、幅広い傷病に対応できる受入先医療機関の体制を整備するという観点から第三次救急医療機関、第二次救急医療機関のあり方についての議論を優先することとなった。今後、改めて特定の診療領域を専門とする医療機関のあり方や、特定の領域に焦点を当てた救急医療体制の整備について、議論を進める必要がある。

5. 救急搬送における課題と円滑な受入れの推進について

(1) 医療機関と消防機関の連携

いうまでもなく、医療機関が救急搬送患者を円滑に受け入れるためには、医療機関と消防機関との連携が欠かせない。二次医療圏内の連携は、日常的に医療機関と消防機関が情報を交換することにより得られるが、広域搬送に関わる連携のためには都道府県単位の救急医療情報システムの活用が必要となる。本検討会においても、例えば、救急医療機関の診療情報が的確に消防機関に伝わる体制を構築するための救急医療情報システムについて、医療機関の診療情報が適切に更新されていない等の理由により、必ずしも有効に活用されていないとの指摘があった。これについては、前述の救命救急センターの新しい評価において、情報の更新状況等を新たに項目として加える等の対応や、救急医療情報システムによる医療機関の診療情報を地域の救急医療機関同士でリアルタイムに共有できる体制や消防機関からも情報入力できる体制についても考えるべきである。

この他にも、今後、第二次救急医療機関も含め、救急医療情報システムへの地域の救急医療機関の入力状況等についてメディカルコントロール協議会等で検証を進める必要があり、この点については、本検討会と同時期に総務省消防庁において開催された救急業務高度化推進検討会においても指摘されたところである。

また、今後は、患者を病状に応じて適切な医療を提供できる受入先医療機関・診療科に振り分ける等の調整（管制塔機能）を行うシステムを整備するとともに、地域の実情に精通した救急医等を救急患者受入コーディネーターとして配置することを推進すべきであり、併せて、こういった役割を担う救急医等の育成を図っていく必要がある。加えて、小児救急電話相談事業（#8000）の対象について、高齢者を含む成人へ広げるなど、同事業

を拡充することも必要である。

(2) 「出口の問題」について

かねてから、救急医療機関に搬送された患者が、急性期を乗り越えた後も、救急医療用の病床からの転床・転院が停滞し、結果的に救急医療用の病床を長期間使用することによって、救急医療機関が新たな救急患者を受け入れることが困難になるという、いわゆる救急医療機関の「出口の問題」が指摘されてきた。

総務省消防庁は、医療機関の受入照会回数が多数に及ぶ事案に関し、平成19年度に救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査を行った。

これによると、救急搬送において受入れに至らなかった理由として、「処置困難」、「ベッド満床」、「手術中・患者対応中」、「専門外」、「医師不在」等が挙げられた。特に、救命救急センター等(*)においては、「ベッド満床」が第1の理由として挙げられている。

* 本調査において、「救命救急センター等」とは、救命救急センター、地域で救命救急センターに準じて取り扱われる施設(大学病院救急部など)をいう。

救急医療機関での受入れを確実なものとするため、急性期を脱した患者を受け入れる病床を確保する観点から、入院している患者の退院、同一医療機関内での転床、他の病院等への転院の促進など、救急医療機関の「出口」を確保することが必要である。

本検討会において、救急医療機関と、転院を受け入れる病院の双方からヒアリングを行った際には、急性期を乗り越えたものの救急医療用の病床から移動できない具体的な例として、いわゆる植物状態等の重度の意識障害がある患者や、合併する精神疾患によって一般病棟では管理が困難である患者、さらには人工呼吸管理が必要である患者、院内感染の原因となる細菌の保菌者等が挙げられた。

また、身寄りがない患者や独居の患者、未収金の発生可能性がある患者等については、転床・転院が困難であるとの指摘があった。さらに、患者と家族の求める医療水準と転床・転院先の状況との乖離や、転床・転院しても家族の経済的負担が軽減されないことも、転床・転院を妨げる大きな要因になるとの指摘があった。一方、転院先の医療機関においても、救急医療機関からの転院を受け入れられない理由の多くは、当該医療機関も満床で、救急医療機関と同様の「出口の問題」であるとの指摘があった。救急医療機関の「出口の問題」だけでなく、さらに転院先の「出口の問題」といった玉突き型の問題もあることから、医療・介護システム全体の問題とも考えられる。

また、大学病院等の高度専門医療を担う医療機関については、各々の専門性や診療科間の連携の不足が院内転床を困難にしている要因の一つではないかと考えられる。

患者と家族の求める医療水準と転床・転院先の状況との乖離については、救急医療用の病床からの転床・転院についての国民的理解を形成していくことが重要であり、社会全体で理解を深められるような取組を進めていく必要がある。さらに、円滑な転床・転院の促進や、施設内、施設間の連携の構築を図るための専任者を配置する等の救急医療機関自身

の取組と、急性期を乗り越えた患者が円滑に救急医療用の病床から転床・転院できる地域の体制の確保が必要不可欠であり、医療界と協力しつつ、国や都道府県が支援を行うことが重要であると考えられる。

(3) 円滑な受入れ推進に向けた対応

今後は、上述の対策に加えて、次のような方策を推進することが重要であると考えられる。

- ・救急医療機関と地域の他の医療機関との間で、地域全体の各医療機関の専門性や、効率的な患者の振り分け方策について情報を共有するための地域の取組を支援する。
- ・来院する多数の救急患者に対して、効果的・効率的に医療を提供するため、院内でのトリアージを適切に行い得る医療従事者の育成とその配置を推進する。
- ・夜間・休日等における診療所医師の外来診療の推進など、診療所医師の救急医療への参画を進める。
- ・地域全体の医療機関に関する救急医療情報について、情報を一元化するとともに、消防機関との共有を進める。
- ・救急医療機関の情報を住民に対して開示し、救急医療の体制や転床・転院について国民の理解を求める。
- ・家庭等での緊急時の対応方法に関する普及啓発を図る。

(4) いわゆるER型救急医療機関の課題について

救命救急センターを設置する医療機関等において、ER型救急医療機関と称される施設がある。その状況を概括してみると、

- ・軽症から重症まで、疾患、年齢、搬送手段を問わず、救急室（ER）を受診するすべての救急患者を受け入れる。
- ・その救急患者すべてにER型救急医と呼ばれる医師が救急初期診療を行い、入院治療や手術が必要な患者を母体病院の該当診療科に振り分ける。
- ・その医師は入院診療や手術等を行わない体制を確保している。

というものであるが、ER型救急医療機関といってもその実態は様々であり、すべての施設が上述の体制を確保しているわけではない。

また、各診療科の医師が当直医として労働を提供することにより維持されてきた時間外外来業務を、現時点でも不足しているER型救急医と呼ばれる医師のみに委ねることは不可能であり、無理に行えば重症患者の治療を担う医師の不足を招く恐れがある。

仮に、我が国においてER型救急医療機関を普及させるとした場合、地域や医療機関の状況に応じて、救命救急センターではないが活発に救急医療を担っている第二次救急医療機関や、救命救急センターを設置する医療機関において、ER型救急医療機関に関心をもつ施設が、徐々にER型救急医療機関へ移行することを促すといった対応が考えられるが、

いずれにしても、厚生労働省として、一部地域（救急医療機関）での試行事業を実施する等の前に、まずは以下の点等について正確な実態把握を行う必要があり、その上で、その必要性等を検討することが妥当である。

- ・ E R型救急医の負担
- ・ 救急搬送患者の受入れ
- ・ 診療待ち時間
- ・ 専門診療科との連携
- ・ 入院担当科との連携

第4 おわりに

本検討会において、救命救急センターの新しい評価方法、救命救急センターの整備のあり方については、一応の議論を終えた。一方、E R型救急医療機関、第二次救急医療機関については議論を行ったが、方向性を十分に示すところまでには至らなかった。高度救命救急センターのあり方についても重要な課題であり、引き続き、議論を行っていく必要がある。また、平成3年度に発足した救急救命士制度についても、すでに20年近くが経過し制度が定着してきたが、今後は、メディカルコントロール協議会の位置付けや、救急救命士の一層の活用方法についても検討すべきである。

この他にも、議題としては取り上げなかったものの、本検討会の中で、度々、患者・家族等地域住民と医療従事者の双方における「救急医療の公共性に関する認識の必要性」について発言があった。

医療は国民生活の基盤を支える公共性の高い営みであり、患者・家族など、地域住民と医療従事者の双方にそれを支える努力が必要であること、特に救急医療は限られた医療資源を有効に活用する必要性が高いこと等を広く社会が認識する必要がある。「安心と希望の医療確保ビジョン」において述べられているとおり、軽症患者による夜間の救急外来利用や、不適切な救急車の利用により、救急医療機関の負担を不必要に増加させ、真に必要な場合に救急医療を受けられないことがないようにしなければならない。このため、地域の各医療機関の機能や専門性について地域住民に適切に情報提供を行うとともに、適切な受診行動等についての積極的な普及・啓発を行うことが求められる。また患者・家族等が、特に救急医療にはリスクや不確実性が伴うことを認識した上で、疾病や治療について主体的な理解に努めつつ、医療従事者と協働する姿勢が必要であり、そのための支援が重要である。

人口構成の高齢化、救急搬送患者の急増、医療の質等に対する国民の期待の高まりなど、救急医療を巡る環境は大きく変化している。医療は、人々が地域で安心して生活していく

上で欠かすことができない、国民生活の基盤を支える営みであり、とりわけ救急医療は、地域のセーフティーネットを確保するという観点からその根本をなすものである。本検討会においては、引き続き、救急医療体制を取り巻く状況の変化に対応した、あるべき救急医療体制の構築に向けた議論を行っていく必要がある。

「救急医療の今後のあり方に関する検討会」

<メンバー>

- | | |
|-------|-----------------------------|
| 石井 正三 | 日本医師会常任理事 |
| 染谷 意 | 茨城県保健福祉部次長 |
| 坂本 哲也 | 帝京大学医学部救命救急センター教授 |
| 篠崎 英夫 | 国立保健医療科学院長 |
| 島崎 修次 | (財)日本救急医療財団理事長 / 杏林大学救急医学教授 |
| 豊田 一則 | 国立循環器病センター 内科脳血管部門 医長 |
| 野々木 宏 | 国立循環器病センター 心臓血管内科 部長 |
| 藤村 正哲 | 大阪府立母子保健総合医療センター 総長 |
| 前川 剛志 | 山口大学医学部長 |
| 松下 隆 | 帝京大学医学部整形外科主任教授 |
| 山本 保博 | 東京臨海病院長 |

<オブザーバー>

- | | |
|-------|-------------|
| 溝口 達弘 | 総務省消防庁救急企画室 |
|-------|-------------|

これまでの検討の経緯

(第1回の議題)

準備会の概要について

今後の救命救急センターの整備について

高度救命救急センターのあり方について

救命救急センターの評価のあり方について

(第2回の議題)

救命救急センターの充実度評価の見直しについて

・有賀参考人からの説明

・坂本委員からの説明

今後の救命救急センターの整備について

高度救命救急センターのあり方について

(第3回の議題)

救命救急センターの充実度評価の見直しについて

今後の救命救急センターの整備について

高度救命救急センターのあり方について

(第4回の議題)

今後の救命救急センターの整備について

・救急医療機関の出口の問題について

第二次救急医療機関について

・第二次救急医療機関の状況について

・ER型救急医療機関について

(第5回の議論)

これまでの議論について

救急搬送において受入れに至らなかった理由について（出口の問題など）

第二次救急医療機関のあり方について

中間取りまとめの骨子（案）について

(第6回の議論)

中間取りまとめ（案）について

別添

新しい充実段階評価（案） 様式

救命救急センターの新しい充実段階評価(案)

求められる機能・番号	設問	実施者	点数	記点基準 (試行調査を踏まえて調整予定)(その後も経年的に適宜見直し見込み)	備考 (設問の意味や、言葉の定義をより明確にするために適宜修正予定)	
				一般の救命救急センター	遠方まで別の施設のないセンター(※)	
1	専従医師数	人		・14人以上: +5点 ・10人以上: +4点 ・6人以上: +3点	・7人以上: +5点 ・5人以上: +4点 ・3人以上: +3点	ここでいう専従の医師数は、毎週常態として勤務しており、救命救急センターにおいて搬送等により来院した救急患者への外来診療と救命救急センター病棟の入院患者への診療に係る業務(救命救急センターにおける業務)を行う所定労働時間が週32時間以上である者をいう。大学院生、臨床研修医、一般外来診療や一般病棟などの他の診療部門や他の病棟での診療等が業務の中心である医師は数えない。
2	1にしめる救急科専門医数	人		・7人以上: +5点 ・5人以上: +4点 ・2人以下: -2点	・4人以上: +5点 ・2人以上: +4点 ・1人以下: -2点	救急科専門医とは、日本救急医学会の認定するもの。(救急医学会指導医・認定医も含む)
3	休日及び夜間帯におけるセンターの医師数	人		・4人以上: +3点 ・2人以上: +1点	・2人以上: +3点 ・1人以上: +1点	休日及び夜間の救命救急センターにおける業務を前務の中心とする医師を数える。救急搬送された重症患者への診療を基本的には行わない医師は含まない。
4	救命救急センター長の要件			・1の専従医であり、かつ、救急医学会指導医である: +3点 ・1の専従医であり、かつ、救急医療に深く関連する学会認定の指導医など客観的に救急医療に関する指導者として評価を受けているか救急科専門医である。: +1点 ・1の専従医でない。: -3点		センター長が、実際に救命救急センターにおける業務に日常的に関与し責任をもつ者でない場合は、-3点。
5	医師事務作業補助者の有無			・24時間常時、救命救急センター専従で確保されている。: +3点 ・救命救急センターに専従で確保されている。: +2点		医師事務作業補助者の業務内容については、診療報酬上の「医師事務作業補助体制加算」の算定要件を参照
6	転院・転棟等の院内外の連携を推進する調整員を救命救急センターに専従で配置している。			・転院・転棟等の院内外の連携を推進する調整員を救命救急センターに専従で配置している。: +2点		ここで言う「調整員」とは、救命救急センターに搬送等により来院した患者の病棟が一般病棟や他院での診療が可能な状態になった場合に、その患者の転院や転棟に係る調整を行うことを専ら業務とする者をいう。
7	入院台帳の整理等			・救命救急センターで診療を行った患者の診療台帳を整備せず、または、その台帳を適切に管理する者を定めていない。: -5点		救命救急センターで診療を実施した全ての重症患者の診療台帳を電子的な方法で整備し、その管理者を選定し、台帳を適切に管理することが求められる。
8	診療登録制度への参加と自己評価			・救命救急医療に係る疾病別の診療登録制度へ参加し、自己評価を行っている。: +2点		ここで言う「診療登録制度」は、救命救急医療に係る疾患の全体的なデータ登録制度のことであり、これまでのところ日本外傷データベース登録が該当する。救命救急センターで診療を行ったAIS3以上の外傷をすべて登録している場合に算定する。
9	救命救急センターの消防機関から搬送要請を受ける電話等の状況			・専用の電話(ホットライン)があり、原則として最初から医師が応答し、直ちに受入可否等の判断を行う体制になっている。: 0点 ・上記を満たさない。: -5点		
10	循環器疾患への診療体制			・循環器疾患を疑う患者が搬送された時に、常時院内の循環器医が、直接診察するか、いつでも院内にいる循環器医に相談できる体制になっている。: 0点 ・上記を満たさない。: -5点		ここで言う「循環器医」には、内科系か外科系かを問わない。オンコールは含まない。
11	脳神経疾患への診療体制			・脳神経疾患を疑う患者が搬送された時に、常時院内の脳神経医が、直接診察するか、いつでも院内にいる脳神経医に相談できる体制になっている。: 0点 ・上記を満たさない。: -5点		ここで言う「脳神経医」には、内科系か外科系かを問わない。オンコールは含まない。
12	整形外科疾患への診療体制			・整形外科的な診療を必要とする患者が搬送された時に、常時院内の整形外科医が、直接診察するか、いつでも整形外科医に相談できる体制になっている。: 0点 ・上記を満たさない。: -5点		
13	精神科医による診療体制			・精神的疾患を伴う患者が搬送された時に、常時院内の精神科医が、直接診察するか、いつでも相談できる体制になっている。: +2点 ・平日日中のみ可能である。: 0点		
14	小児(外)科医による診療体制			・小児患者(患児)が搬送された時に、常時院内の小児科(小児外科)医が、直接診察するか、いつでも相談できる体制になっているとともに、小児の救命救急医療に必要な機器等が整備されている。: +2点 ・上記を満たさない。: 0点		ここでいう「必要な機器等」には、小児用ベッド、小児に対応できる人工呼吸器、小児に対応できる二次救命蘇生法に必要な器具をいう。
15	産(婦人)科医による診療体制			・産(婦人)科に関する患者が搬送された時に、常時院内の産(婦人)科医が、直接診察するか、いつでも相談できる体制になっている。: +2点 ・平日日中のみ可能である。: 0点		
16	CT・MRI検査の体制			・マルチスライスCTが、24時間常時、初療室に隣接した検査室で直ちに撮影可能であり、MRI(1.5テスラー以上)も24時間常時、直ちに撮影可能である。: +3点 ・どちらかでも欠ける。: 0点		ここでいう「初療室に隣接した」とは、初療室の最も使用するベッドの位置から、CTのベッドまでの移動距離が30m以内であることをいう。
17	手術室の体制			・常時、麻酔科の医師、手術室の看護師が院内で待機しており、緊急手術が必要な患者が搬送された際に、直ちに手術が可能な体制が整っている。: +3点		
18	院内連携に関する会議			・重症患者への診療や、院内の連携についての会議が半期毎に開催されている。: +2点		定期的な会議の開催が、議事録等で確認できる必要がある。
19	第三者による医療機能の評価			・日本医療機能評価機構、ISOによる医療機能評価において認定を受けている。: +2点		
20	感染症の管理について			・抗菌剤使用に関する統一した基準を救命救急センター内で定め、院内感染対策委員会による病棟回診を週に1回以上実施している。: +2点		
21	医療事故防止への対応			・医療事故・患者をテーマにした研修へ、救命救急センター専従医師・看護師がすべて年2回以上参加している。: +2点		
22	倫理委員会の設置状況			・救命救急医療についても検討する倫理委員会が院内に設置されていない。: -5点		

救命救急センターの新しい充実段階評価(案)

求められる機能(番号)	設問	実数等	点数	配点基準(試行調査を踏まえて調整予定)(その後も経年的に通覧見直す見込み)		備考(設問の意味や、言葉の定義をより明確にする等のために適宜修正予定)	
				一般の救命救急センター	遠方まで別の施設のないセンター(※)		
重症・重篤患者の診療機能	23	医師の負担軽減の体制			・1の専任医の勤務負担軽減及び医療安全の向上に資するための計画を策定し、職員等に周知している。:+5点 ・管理者等が、3の休日及び夜間の救命救急センターで診療を行う医師の勤務実態を把握し、かつ、労働基準法令及び「医療機関における休日及び夜間勤務の適性化について(平成14年3月19日厚生労働省労働基準局長通知)」等が遵守されているかどうか、4半期毎に点検し改善を行っている。:+4点 ・上記に加え、3の休日及び夜間の救命救急センターで診療を行う医師の勤務について、交代制勤務を導入している。:+さらに+4点	平成19年12月28日厚生労働省医政局長通知「医師及び医療関係職と事務職員等との間で役割分担の推進について」を参照すること。	
	24	休日及び夜間勤務の適性化			・500人以上:+1点 (以後、50人増すごとに+1点) (上限は1200人以上:+15点まで)	・250人以上:+1点 (以後、25人増すごとに+1点) (上限は600人以上:+15点まで)	管理者とは労働基準法の管理監督者を指す。 平成14年3月19日厚生労働省労働基準局長通知「医療機関における休日及び夜間勤務の適性化について」を参照すること
	25	年間重篤患者数	人				重篤患者の定義は別添の定義による。(別添参照) 必要に応じて重篤患者リストの概要提出を求めることがある。 (実態を踏まえて基準の調整)
	26	救命救急センターを有する病院の年間救急車搬送人員	人				救命救急センターを有する病院全体へ、救急車(ドクターカーやヘリコプターも含む)によって搬送された人員を数える。 (実態を踏まえて基準の調整)
	27	救命救急センターの救急搬送要請への対応					ここでいう「応答率」は、(応答率=最終的に当該センターで受入に至った年間救急搬送人員/消防機関からの電話による救急搬送要請の年間件数) 「消防機関からの電話による救急搬送要請」には、直程度にかかわらず、ホットラインへの救急搬送要請すべてを含む。 救急搬送要請1件につき1回と数える。
	28	救命救急センターの所属する病院の救急搬送要請への対応					ここでいう「消防機関からの電話による救急搬送要請」には、当該センターを有する病院への消防機関からの26の受入要請を除く全ての救急搬送要請を指す。 センターを有する病院への消防機関からの救急搬送要請は全てのホットラインで受けて入れている場合は3点を配点。ただしで減点の対象は0点。
	29	疾病の種類によらない受入					ここでは、実態として、当該センターが特定の診療科や診療領域に限定して診療を行っていないかどうかを確認している。(別添による重症患者数と整合性があること)
	30	救急外来のトリアージ機能					重症重篤化する患者を的確にトリアージするなどして、来院した全ての救急患者に適切で質の高い診療が求められる。救急外来がない施設は配点しない。
	31	救急救命士のメディカルコントロール(MC)体制への関与					消防司令センター等へ1の専任医を派遣し、救急救命士に適切に指示助言を行い、応答記録を整備している場合は減点しない。 専用電話のホットラインとの共有は可。
	地域の救急搬送・救急医療体制への支援機能	32	(都道府県による評価) 都道府県・地域MC協議会への関与、救急患者受入コーディネータへの参画				
33		(都道府県による評価) 救急医療情報システムへの関与					都道府県による評価(都道府県から評価を得ること。) 救急医療情報システムの整備がなされていないなどにより当該医療機関が、県から救急医療情報システムへの情報発信(入力)を求められていない場合は3点を配点。
34		(消防機関による評価) ウツタイン様式調査への協力状況					当該医療機関のある地域の管轄消防本部の長による評価。(管轄消防本部の長から評価を得ること。)
35		救急救命士の病院実習受入状況	挿管実習受入人数 薬剤投与受入人数	人			(実態を踏まえて基準の設定)
災害時対応機能	36	臨床研修医の受入状況		人			
	37	災害拠点病院の認定の有無					
	38	DMAT指定医療機関の是非					
合計			0	○救命救急センター施設状況 (1)最寄りの救命救急センター名を下の枠に記入すること (2)最寄りの救命救急センターまでに車両で60分以上を要し、所管人口が30万人未満の施設である。			
評価結果							

※ 最寄りの救命救急センターまでに車両で60分以上を要し、所管人口が30万人未満の施設 (実態を踏まえて調整)

年間重篤患者数(平成19年1月～12月)

一つの症例で複数の項目に該当する場合は、最も適切なもの一つのみを選択する。

番号	疾病名	基準(基準を満たすもののみ数えること)	患者数 (人)	退院・転院 (転棟を含む) (人)	死亡 (人)	
1	病院外心停止	病院前心拍再開例、外来での死亡確認例を含む		※	※	
2	重症急性冠症候群	切迫心筋梗塞、急性心筋梗塞または緊急冠動脈カテーテル施行例				
3	重症大動脈疾患	大動脈解離もしくは大動脈瘤破裂				
4	重症脳血管障害	来院時JCS 100以上または開頭術もしくは血管内手術施行例、あるいはtPA療法施行症例				
5	重症外傷	Max AISが3以上または緊急手術施行例				
6	重症熱傷	Artzの基準による				
7	重症急性中毒	来院時JCS 100以上または血液浄化法施行例				
8	重症消化管出血	緊急内視鏡施行例				
9	重症敗血症	感染性SIRSで臓器不全、組織低灌流または低血圧を呈する例				
10	重症体温異常	熱中症または偶発性低体温症で臓器不全を呈する例				
11	特殊感染症	ガス壊疽、壊死性筋膜炎、破傷風等				
12	重症呼吸不全	人工呼吸器管理症例(1～10を除く)				
13	重症急性心不全	人工呼吸器管理症例もしくはSwan-Ganzカテーテル、PCPSまたはIABP使用症例(1～10を除く)				
14	重症出血性ショック	24時間以内に10単位以上の輸血必要例(1～10を除く)				
15	重症意識障害	JCS 100以上が24時間以上持続(1～10を除く)				
16	重篤な肝不全	血漿交換または血液浄化療法施行例(1～10を除く)				
17	重篤な急性腎不全	血液浄化療法施行例(1～10を除く)				
18	その他の重症病態	重症膵炎、内分泌クリーゼ、溶血性尿毒症性症候群などで持続動注療法、血漿交換または手術療法を実施した症例(1～16を除く)				
合計			(評価(案)の「25. 年間重篤患者数」) →	0	0	0

※試行調査においては、必ずしも入力を求めない。わかれば入力してください。

【背景人口】

救命救急センターの所管人口

人

(複数の施設で所管人口を算定している場合は、その所管人口を施設数で割った人口とする。)

(注) 試行調査をふまえ、基準等の変更があり得る。

「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する意見

松江病院院長 岸本晃男

2 地域で支える医療の推進

- (1) 救急医療の改善策の推進
- (2) 「地域完結型医療」の推進

国民に、初期・二次・三次救急の区別を理解してもらい、その方向へ導びく事も大切であり、その広報が、今どおしても必要ではあるが、あくまで初期・二次・三次救急という区別は我々医療提供者側の論理であり救急患者は自ら初期・二次・三次救急と区別が出来るものではなく「具合が悪いから、すぐ診てほしい」という事で医療機関へ行くものである。そこで、全ての医療機関が、救急患者を受けとめてあげる姿勢も必要である。その為には、全ての医師が、後期研修の中で総合医として養成される必要がある。そしてその養成の中心はトリアージ能力である。

「救急医療機関」が地域医療ネットワークの中で行っている役割は、『地域医療のトリアージ』である。具体的には①自院に搬入される救急患者の収容の外に②救命救急センター等からの重症度は尚高いが、慢性化した三次救急患者（E x. 呼吸器装着患者など）の受け入れ——（三次救急病院の「満床回避」の為）③初期救急医療（医師会、行政等が行っている夜間診療・区民健診・住民スポーツ大会等）の後方収容がある。しかし②は人手もかかり神経を使う医療であるにもかかわらず診療報酬上は逡減等もあり、中小病院を圧迫している。③については（2）「地域完結型医療」にも関係しているので現在行っている江戸川区方式を以下に述べる。

「地域医療」は、まず地域医療ニーズの正確な把握が大切である。当区では、その住民の不満は、「夜間小児救急医療が不十分である」と分かった時点、すなわち昭和48年より、各「中小救急病院の医療機能」を明確にした上で『医師会夜間診療所』を開設した。以来現在まで午後9時より翌朝6時まで、「初期小児・内科救急医療」を行っている。受診者は、年間約11000名、この二次収容は区内中小救急病院が行ない、三次収容は、4大学病院・2都立病院でバックアップしている。つまり、当区では、この「夜間救急診療所」が地域の内科・小児科のトリアージを行っており、地域の外科系（産婦人科も含む）及び一般救急患者のトリアージは、中小救急病院が行っている。これにより住民の不満は一応の解決をみた。又、当区では、この「夜間救急診療所」のスタッフ確保にも、長年つちかかってきたこれ等中小救急病院の経験を生かしている。しかし、これら中小救急病院の医師・看護師は、安い報酬で、労働時間も長く、夜間多忙をきわめ、さらに「医師研修制度」、「7：1看護」導入等が決定的ダメージとなり、当直医師・看護師の確保はむつかしく、常勤医師・看護師の当直が増え、慢性期介護施設を持たない急性期中小病院の経営は、危機的状況にあり、これ等中小救急病院がなくなると地域で行っている現行の住民サービス体制は

おり、まずはこれ等を増やす事が基本である。この1つの方法として、——→コメディカル養成期間中、1年間は共通に学ばせ（E x. 医学進学過程の様に）2年目から看護師・PT・レントゲン技師等専門分野に分かれて学ばせる方が、ニーズの変動などにも対応でき合理的である。コメディカルも増加すれば、急性期病院・亜急性期病院・長期療養施設間との、正しいトリアージも、スムーズな収容も可能となり「地域完結型医療」の大きな前進となる。

さらに救急診療が可能な医師養成の為には前期・後期臨床研修中に、数ヶ月の救急実習と、その後一定年齢（E x. 40才）は、いかなる診療科になろうとも一定期間の救急実習を義務づける事も必要になるであろう。（地域での救急医の育成の為）上記救急医療の連携が定着すれば、救急のみでなく、全ての医療はおのずと「地域完結型医療」となる

（3）在宅医療の推進

以前より中小病院では、「医療機関だけでなく、住まいを念頭におく」発想で医療を行っているが、少子高齢化が進んでいる我が国では、家庭で介護する年代も、まさに働き手そのものであり、介護の体制を作っておかねば（e x 外国人の受け入れ等）在宅医療の進みが遅い。

（4）地域医療の充実・遠隔医療の推進

地域に医師を派遣する場合「たりない医師の穴うめ」的な方法は、現場にそぐわない。まず中核病院で「総合医」を中心とする医師を養成して、確保しておき、地域からの要請があった場合、複数の医師（当直体制が組める様に）を派遣するシステムが必要である。

ご説明資料

公立大学法人 福島県立医科大学 医学部

地域・家庭医療部

教授・部長 葛西龍樹



〒960-1295 福島市光が丘1番地
TEL: 024-547-1515 FAX: 024-547-1516
e-mail: ryukikas@fmu.ac.jp
HomePage: <http://www.fmu.ac.jp/home/comfam/>

Department of Community and Family Medicine, Fukushima Medical University: R Kassai 2008

私の経歴 1

葛西龍樹(かつさい・りゅうき)

- 1984 北海道大学医学部卒業
- 1990 British Columbia大学(カナダ)家庭医療科レジデント
- 1992 カナダ家庭医学会 認定家庭医療学専門医課程を修了
- 1992 川崎医科大学 総合臨床医学 講師
- 1996 北海道家庭医療学センターを創設、10年間所長を務め
日本初となる本格的な家庭医養成研修システムを構築
- 2006 福島県立医科大学 医学部教授 地域・家庭医療部 部長
県内に広がる地域を基盤とした県単位の広域家庭医養成
システムを構築して、現在に至る

私の経歴 2

家庭医として臨床研究のエビデンスを評価・活用する立場から英国医師会出版部の Clinical Evidence 編集委員 (1999～)、British Medical Journal 編集委員、および BMJ Knowledge アドバイザー (2004～) を務める

家庭医療の分野での国際貢献により、英国家庭医学会から 名誉正会員・専門医 (MRCGP) の認定を受ける (2005)

日本家庭医療学会 副代表理事 を務め (2003～)、大会長 として第23回日本家庭医療学会学術集会を主宰 (2008)

医療情報関係では、医療情報サービス事業 運営委員 (日本医療機能評価機構)、クリニカル・エビデンス日本語版編集委員長 (医学書院) を務める

主な著書に「家庭医療 ～家庭医をめざす人・家庭医と働く人のために～」(ライフメディコム刊 2002年)、「スタンダード家庭医療マニュアル」(永井書店 2005年) など

2

「家庭医療」とは？

どのような問題にもすぐに対応し
家族と地域の広がりの中で
疾患の背景にある問題を重視しながら
病気を持つひとを人間として理解し
からだとこころをバランスよくケアし
利用者との継続したパートナーシップを築き
そのケアに関わる多くの人と協力して
地域の健康ネットワークを創り
十分な説明と情報の提供を行うことに責任を持つ
家庭医によって提供される
医療サービスです

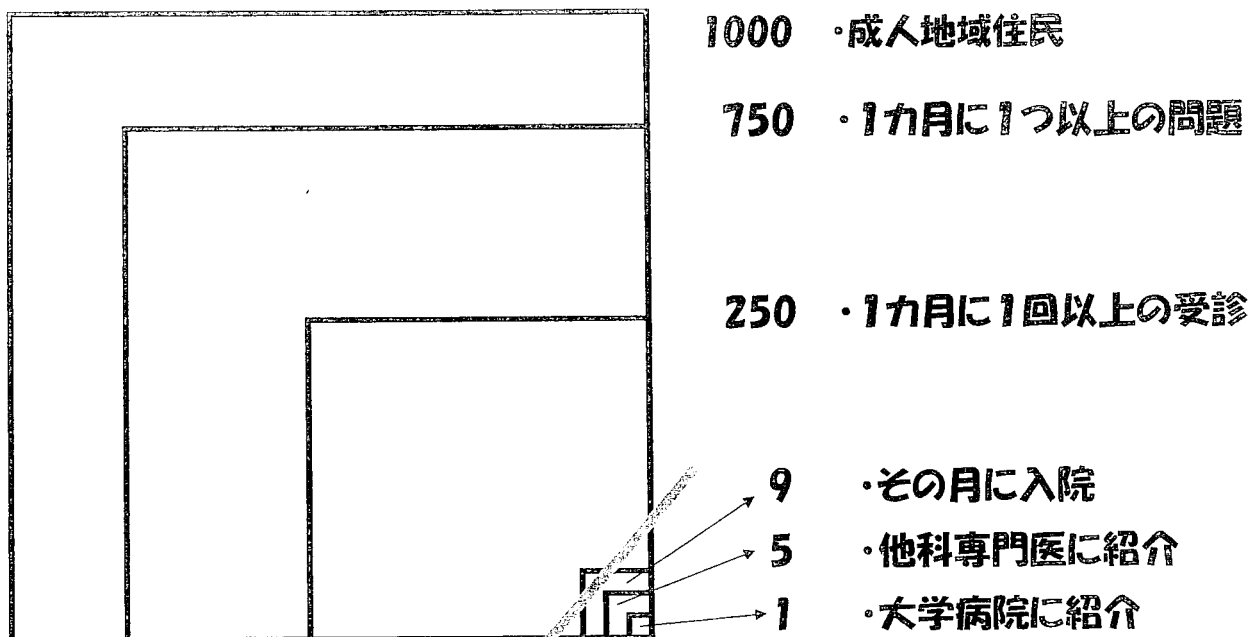
「家庭医」とは？

「家庭医」とは、健康問題や病気の8割を占める「日常よく遭遇する状態」を適切にケアすることができ、各科専門医やケアに関わる人々と連携し、患者の気持ち、家族の事情、地域の特性を考慮した、エビデンスに基づく「患者中心の医療」を実践できる医師をいう。

「家庭医療」は、ヨーロッパ(英国、オランダ、デンマーク)、北米(カナダ)、アジア・オセアニア(シンガポール、香港、マレーシア、オーストラリア)、アフリカ(南アフリカ)では、医療制度上も医学教育制度上も確立している専門分野である。

地域に起きる健康問題の行方

(White KL, Williams F, Greenberg B: N Engl J Med, 1961)



二種類の医師がいたら良い

家庭医

- よくある健康問題
- 初期像から対応
- 主として外来・在宅
- エピソードを越えて継続
- 時間を使う
- 多数の患者
- 家族・地域の背景
- 健康因を重視
- 個別健康維持・増進

各科専門医

- まれな疾患
- 経過中に紹介される
- 主として入院
- エピソードごと
- 高度先進医療を使う
- 限られた患者
- 生物・病理的背景
- 病因を重視
- 集団検診

家庭医と各科専門医がいて協働したら (家庭医療先進国で示されていること)

- ヘルスケア要求の90%に有効・安全に対応できる
- 検査、紹介、治療のコストを減らせる
- 病院とスペシャリストは必須の仕事に集中できる
- 患者の満足度が増加する
- 健康についての不平等が改善する
(貧 vs. 富、都市 vs. 地方)
- 医療におけるサイエンスとアートのバランスをとる

[Neighbour R (2007) *Family Medicine: the speciality of community generalism.*]

家庭医と各科専門医がいて協働したら (日本で期待されること)

- 住民の受療パターンが改善する
 - 賢い「コンビニ受診」の普及
- 病院勤務医のQOLが向上する
 - 立ち去り型開業の減少
- 基幹病院における各科専門医の不足を緩和
 - 各科専門医療の質が向上
- 効率的なケア提供 → 無駄な医療が減少
- 長寿医療、予防、在宅医療のマンパワー確保
- 「地域医療枠」医学生へ目指すキャリアパスを提示

福島医科大学モデルの特長

優れた連携の基盤がある(新エネルギー・産業技術総合開発機構NEDO採択事業、医療ITネットワーク、医療スーパー特区申請)

地域医療のニーズへ応えるため、専攻分野を超えた教授たちによるプロジェクト・チームが組織され、良く機能した「地域に生き、地域で働く」家庭医を県内各地域を舞台に養成することを全学で、そして県行政でバックアップした(町村行政も協力している)

附属病院だけでなく、県内に広がる地域を実践・教育活動のフィールドとし、設立母体の異なる多くの医療機関から参加・協力を引き出せた

日本最大の家庭医療国際ネットワークからの支援を受け世界標準の質を目指すことができる

家庭医療の質追求

プライマリ・ケア再考－英国家庭医制度から学ぶ

①プライマリ・ケア診療の質追求

②家庭医の役割・倫理教育と規制 — 特に医師免許更新制度を巡って

[葛西龍樹, 富塚太郎 (2008) 日本医事新報 2月9日・5月31日号]

Quality and Outcomes Framework (QOF) “pay-for-performance”

人口46万の地域、糖尿病16,867人、2004年4月→2006年3月

BMI 73→89%

喫煙 44→95%

HbA1c 75→94%

網膜症スクリーニング 47→84%

末梢の脈拍 22→81%

末梢神経障害検査 22→81%

血圧 87→97%

微量アルブミン検査 7→77%

血清クレアチニン 81→94%

血清コレステロール 78→93%

[目標達成の改善]

□ 禁煙アドバイス

□ HbA1c

□ 血圧

□ ACE阻害薬使用

□ 総コレステロール

□ インフルエンザ予防接種

[Tahrani (2007) *Br J Gen Pract*]

具体的な提言

広域(都道府県単位以上)におよぶ公益性の高いシステムを構築して、家庭医と家庭医療指導医を多数養成する

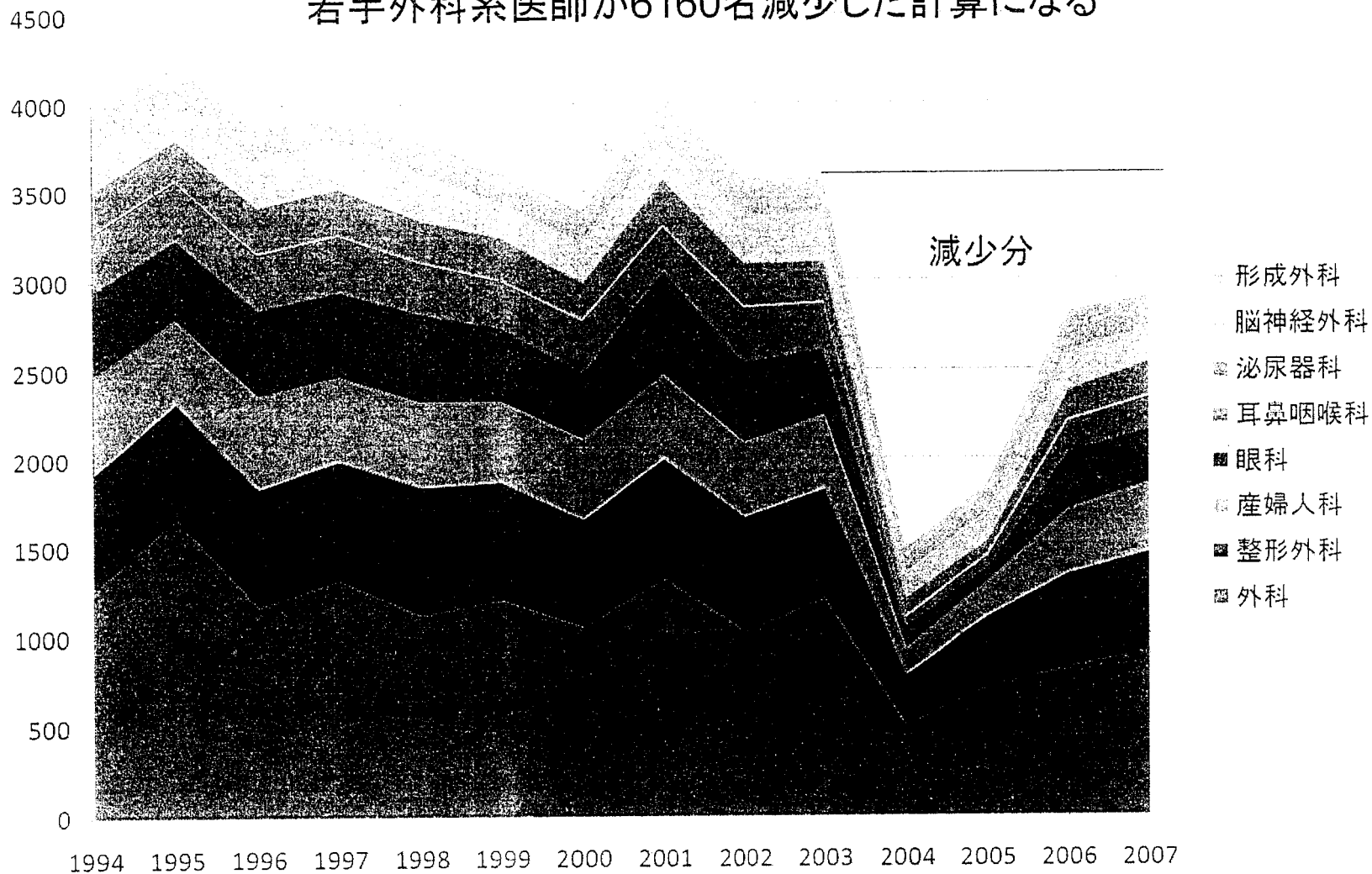
大学、医療機関、住民、行政、医師会の協働ができる先進モデルを核とする

「国民のニーズに応える」質の高い家庭医の教育・評価・認定システムの構築を支援する

地域で頑張っている医師が報われる政策に期待します

外科系学会新入会員の推移

2002-2003年と比較して、2006-2007年には新入会員が25%減少した
臨床研修制度開始後、病院の医療現場から、
若手外科系医師が6160名減少した計算になる



新医師臨床制度の導入前後の基本領域学会の新規 入会者数の推移

導入期には減少したが、その後は、導入以前の水準以上に入会者数が回復している学会

	内科	医学放射線学会	形成外科	小児科
1994-2003平均	3286	252	184	608
2004-2005平均	3163	102	153	419
2006-2007平均	3364	262	203	699
臨床研修制度導入期の変化率	-3.7%	-59.5%	-16.8%	-31.1%
臨床研修制度導入後の変化率	2.4%	3.9%	10.2%	14.9%

導入期に減少し、その後も、導入以前の水準に入会者数が回復していない学会

	外科	整形外科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	泌尿器科	脳神経外科	病理
1994-2003平均	1232	663	470	463	295	239	256	220
2004-2005平均	603	339	161	109	62	93	143	212
2006-2007平均	864	539	372	319	183	184	199	189
臨床研修制度導入期の変化率	-51.0%	-48.9%	-65.7%	-76.6%	-79.1%	-61.3%	-44.2%	-3.5%
臨床研修制度導入後の変化率	-29.9%	-18.8%	-20.9%	-31.2%	-38.0%	-23.1%	-22.4%	-14.0%

導入期に入会者数の明らかな減少が認められなかった学会

	皮膚科	臨床検査	救急医学	リハビリ
1994-2003平均	351	247	722	487
2004-2005平均	377	256	1161	510
2006-2007平均	282	259	1011	488
臨床研修制度導入期の変化率	7.5%	3.8%	60.7%	4.6%
臨床研修制度導入後の変化率	-19.6%	5.0%	40.0%	0.1%

データが不完全、あるいは導入期と専門医制度の改革が重なって、入会者数が新規専攻者数を反映しない可能性のある学会

	精神神経科	麻酔科
1994-2003平均	196	344
2004-2005平均	961	456
2006-2007平均	1042	426
臨床研修制度導入期の変化率	390.6%	32.6%
臨床研修制度導入後の変化率	431.6%	23.7%

平成 20 年 8 月 3 日

病院勤務産婦人科医への incentive 付与の方法について

北里大学産婦人科
海野信也

● 基本認識

- 医師全体の数が増加する中で、産婦人科医は絶対数が減少し続けている。病院現場の産婦人科勤務医は絶対的に欠乏している。それが、過酷な勤務条件の最大の原因である。

わが国の最近の分娩取扱状況

	2006 年	2008 年	変化数	変化率
調査率	95.7%	96.0%		
分娩取扱医師数	7327	7181	-146	-2.0%
分娩取扱施設数	2983	2788	-195	-6.5%

(日本産婦人科医会 全会員施設調査)

- 産科医療現場の状況を早急に改善しなければ、さらに分娩取扱状況が悪化することは確実である。
- 今後、医師養成数の増加策により、長期的には全体としての医師数が増加して来ると期待されるが、過酷な勤務条件のままでは、必要な医師を確保することは不可能と考えられる。
- それには、短期的には今現場にいる医師の継続的就労が必要であり、中期的には新規専攻者の増加が必要になる。
- 短期・中期的な産婦人科医療をになう病院産婦人科勤務医を確保することを目指して以下のような施策を検討する必要がある。
 - ◇ 短期的効果：現場からの離脱を抑制する効果を期待して、今現場にいる勤務医の処遇を改善する。
 - ◇ 中期的効果：新規専攻者増加効果を期待して、産婦人科後期研修医の処遇を改善する。
- 全分娩の 48%は診療所が担当している。病院の弱体化が進行する中で、地域分娩施設確保という点で診療所の重要性が増加している。地域での分娩環境確保のために「バースセンター」設置が構想されているが、新たな施設を作り、勤務する医師・助産師を確保するのは、今の状況では非常に困難である。可能な地域では既存の施設の拡大、確保を行う方が即効的效果を期待できる。

● 検討課題 1:短期的効果 「地域産科医療確保事業」

- ◇ 病院における時間外の分娩、帝王切開、母体搬送、救急対応に対して、担当した医師（産婦人科医、小児科医、麻酔科医）に手当を支給することにはどうか。
- ◇ 正常分娩については1件2万円、小児科医の立会が必要な児体重2000g未満の分娩や帝王切開については、担当した医師すべてに1件3万円を支給することとしてはどうか。
- ◇ 各地域、病院等で既に実施されている手当等の施策については、これを継続、さらに発展させることを奨励することを前提とし、国からの補助についてはそれに付加されるものとしてはどうか。
- ◇ 経費試算
 - 病院分娩数 年間 555648 (2006年) 時間外は1週間168時間のうち、128時間 76%を占める。分娩のうち予定帝王切開およびハイリスク誘発分娩は時間内に実施されることが多いことから、それを勘案して時間外の分娩は全体の60%を占めると見積もられる。病院における帝王切開率は21% (2005年医療施設調査)。時間外においては、予定帝王切開が除かれるため、若干低値となる。15%程度と考えられるが低出生体重児分娩の分を勘案して21%のままで試算する。
 - 時間外の帝王切開以外の分娩数 263377
 - 時間外の帝王切開数 70011
 - 帝王切開を担当する医師として、産婦人科、小児科、麻酔科を含め、平均的には4名と考えられる。
 - 病院分娩における補助金額の試算
 - ◇ $20000 \times 263377 + 30000 \times 4 \times 70011 = 136$ 億 6900 万円
 - 母体搬送
 - 全産科・周産期傷病者搬送数 39015人 (うち転院搬送54%) (平成19年消防庁・医政局指導課調査)。転院搬送数は21068 1件5万円として年間10億5300万円
 - 母体搬送以外の救急搬送
 - 全産科・周産期傷病者搬送数 39015人 (うち転院搬送54%) (平成19年消防庁・医政局指導課調査)。転院搬送以外の事例 (妊婦が自ら救急車を呼んだ事例) 数17947件 (これにほぼすべての未受診妊婦も含まれる)。1件5万円として年間8億9700万円
 - 合計 156億2000万円

● 検討課題 2: 中期的効果 「産婦人科後期研修医研修奨励事業」

- ◇ 産婦人科後期研修医（日本産科婦人科学会の専門医養成のために研修指定病院に勤務して、産婦人科専門医取得を目指す医師）を対象に、年間 1500 名（研修開始年度ごとに年間 500 名、3 年間）まで、月間 25 万円の研修費を支給してはどうか。
- ◇ 人員の充足とともに、産婦人科医の過酷な勤務環境が改善されることを見込んで、本事業については当面 10 年間という期限を区切ることはどうか。
- ◇ 経費試算：年間 $300 \text{ 万円} \times 1500 = 45 \text{ 億円}$ （初年度 15 億円、次年度 30 億円、3 年目以降 45 億円）
 - この事業は、診療科間偏在を是正するためのものだが、受給希望者が 500 名を超える場合には、地域枠による定員制を考慮することとし、地域偏在が進行しないよう配慮する。

▶ 背景

- ◇ 最低限必要な産婦人科医師数の試算：
 - 350 名程度の新規専攻者がいたにもかかわらず、産婦人科医は 1990 年からの 16 年間に 2841 人、平均で年 178 人ずつ減少している。現在、新規産婦人科後期研修開始医師は年間 320 名程度である。産婦人科という診療科の建て直しのためには最低限「産婦人科医が減少しない状態となること」が必要である。
 - もちろん、それでは産婦人科建て直しのために十分ではない可能性はある。しかし諸外国に比較して医師全体の数が絶対的に少ないため、ほとんどの診療科で医師が不足しているわが国の医療の現状を考えると、産婦人科だけが大幅な増員を求めても、医療界全体の理解は得られにくいであろうし、実現性も乏しいと考えられる。その意味で現状維持のために必要な数を確保することを当面の目標にするのは、他の診療科とのバランスをと現時点での緊急性を考慮した上で、妥当と考えられる。
 - その数は $320 + 180$ ということで概ね年間 500 名である。

● 検討課題 3： 地域分娩施設確保のための制度整備検討

- ◇ 一定の基準を満たした地域分娩取扱診療所の病院への移行を推奨してはどうか。
- ◇ 地域分娩取扱診療所の承継について、税制面での優遇等、世代交代時の事業継続策を行ってどうか。

➤ (検討課題 1 に関する資料)

● 日本産科婦人科学会の要望

➤ 平成 19 年 6 月 16 日付 平成 19 年度日本産科婦人科学会・産科医療体制関連アクションプランにおいては、以下のような記載がある。

◇ 学会として、「すべての分娩において、分娩手当を、分娩を担当した医師に対して支給すること」を、すべての分娩取扱施設に強く要請する。

➤ 平成 19 年 7 月 9 日付 日本産科婦人科学会の厚生労働大臣への陳情書においては、以下の施策の督励が要望されている。

◇ 時間外の救急患者の受けいれ、緊急手術、分娩に対して、担当医師に 1 件ごとの「時間外救急対応手当」を支給すること。

◇ 宿直体制をとる病院では、時間外診療に対して、診療時間に相当する時間外勤務手当を適正に支給すること。

◇ 宿直時間帯に診療に従事した場合、翌日の勤務の緩和措置を実施すること。

➤ 平成 19 年 9 月 7 日付 日本産科婦人科学会の厚生労働大臣への陳情書においては、以下のような施策の提言がなされている。

◇ (産婦人科医の) 勤務内容を適正に評価し、過重な労働に対して相応の処遇を行うこと

➤ 平成 19 年 12 月 15 日付 日本産科婦人科学会理事長声明では、以下のような要望がなされている。

◇ 地域で高次周産期医療を提供している病院は、診療報酬改定における重点的評価という形で、今回その国家的な必要性が確認された地域周産期医療の緊急的確保のために、周産期医療に従事する現場の産婦人科医、新生児科医、麻酔科医の勤務条件の改善に努めるとともに、「時間外救急対応手当」「時間外手術手当」「時間外分娩対応手当」「時間外緊急処置手当」等の形で) 救急対応への適正な報酬を支給していただきたい。

➤ 平成 20 年度日本産科婦人科学会 産科医療関連アクションプランにおいては、以下のような記載がある。

◇ 病院に対して：

● 高次救急患者、時間外救急患者の受けいれ、緊急手術、分娩に対する、担当医師への手当の支給等を通じて、その貢献を適正に評価するシステムを導入することを求めていく

● 時間外勤務手当の完全支給、オンコール医師の適正な処遇、当直翌日の

勤務緩和措置実施等の適正な体制整備を求めていく

- 女性医師の継続的就労が可能となるための諸施策を迅速かつ確実に実施することを求めていく

◇ 「時間外の救急対応、分娩、手術、処置を行った場合、担当医師に適正な報酬を必ず支給すること」を日本産科婦人科学会としてすべての分娩取扱病院に要望する

➤ 検討課題

◇ 日本産科婦人科学会は、分娩手当の支給、特に時間外の分娩、手術、救急対応についての適切な評価、処遇を繰り返して求めてきている。

- 全分娩を対象として、広く薄く対応するよりは、特にニーズが高く勤務が過酷と考えられる時間外の分娩、手術、救急対応への処遇の方が効果が大きいのではないか。

● 栃木県方式（資料1参照）

➤ 検討課題

◇ ハイリスク分娩だけを対象としている。

- 普通の経膈分娩と、鉗子分娩、吸引分娩、帝王切開では手当に差をつけてもよいのではないか。

◇ 分娩の時間を問わず、補助対象としている。

- 救急対応症例、時間外症例と、時間内の通常診療の範囲の分娩では差があるのではないか。

◇ 産婦人科医だけを対象としている。

- 分娩に関わった小児科医、麻酔科医に対する処遇をする必要があるのではないか。
- 分娩に関わった助産師についてはどのように考えるか。

◇ 対象施設が限定されている。

- 地域の分娩施設確保という観点から、基幹病院だけに限定することには問題があるのではないか。むしろすべての分娩取扱病院を対象とすべきではないか。

● 大学病院で実施されている諸施策について（資料2）：以下分娩手当を中心に紹介

➤ 山形大学方式

◇ 分娩リスク手当：分娩業務に従事した産科婦人科（2人まで）、小児科（1人まで）の医師に支給（1人の場合20000円、2人の場合一人につき10000円、3人の場合一人につき7000円）。

- 慈恵医大方式
 - ◇ 分娩1件当たり8000円（昼夜問わず）。
- 横浜市大方式
 - ◇ 分娩担当者（正常分娩も）手当1万円/1件。救急手術等対応医師全員各々1万円/1件。新生児科対応医師へも1万円。
- 富山大学方式
 - ◇ 分娩1件当たり5000円（2人まで可）。午後10時以上は時間外手当5000円/時が加算される。
 - ◇ 午後10時以降の手術や診療に対して時間外手当5,000円/時が支給される。
- 三重大方式
 - ◇ 分娩指導料として医員、助教以降に対して分娩1件につき1万円（時間内も時間外も同じ）。
 - ◇ 時間外分娩に関しては1件2万円を分娩に関わった全ての医師に支払う。
- 神戸大方式
 - ◇ 時間外分娩に対し（自然分娩、帝王切開分娩を問わず）小児科医1名を含めて最大4名までの担当医に1分娩当たり1医師へ2万円を支給
- 奈良医大方式
 - ◇ 全分娩一人5000円
 - ◇ 全科に対して手術手当、待機料を支給
 - ◇ ハイリスク妊娠分娩管理について主治医に手当を支給
 - ◇ （すべて時間外手当に付加して支給する）
- 和歌山医大方式
 - ◇ 10000円、2人まで
- 山口大方式
 - ◇ 時間外の分娩1件につき超過勤務として医員は8時間、教官は4時間
- 香川大方式
 - ◇ 時間外手当以外に教育指導料として分娩担当医に1件当たり2万円支給
- 福岡大方式
 - ◇ 緊急呼出又は手術で3時間以上の実績があった場合：助教以上12,000円、助手5,000円。
 - ◇ 緊急呼出又は手術で3時間未満の実績があった場合：助教以上7,000円、助手5,000円。
 - ◇ 当直中に緊急手術又は分娩に入った場合：助教以上7,000円、助手5,000円。



(資料 1 栃木県のハイリスク分娩促進事業)

ハイリスク分娩受入促進事業の概要

1 事業の概要

中核病院等におけるハイリスク分娩の受入先を緊急的に確保するため、協力指定病院において、登録産科医師がハイリスク分娩を実施した場合、県が一定の助成を行う。

2 用語の定義

(1) ハイリスク分娩とは

保険診療の対象となる異常分娩をいう。

(例) 帝王切開、吸引分娩、鉗子分娩

(2) 協力指定病院とは

ハイリスク分娩の受入に協力する病院で、知事が指定した病院。(国が開設する病院は除く)

(3) 登録産科医師とは

協力指定病院に勤務する産科医師で、事前に知事へ登録したもの。

3 事業の内容

(1) 補助金交付対象者

協力指定病院

(協力指定病院：ハイリスク分娩を実施している12病院)

指定予定の病院一覧

- ① 大田原赤十字病院
- ② 国際医療福祉大学病院
- ③ 上都賀総合病院
- ④ 日光市民病院
- ⑤ 済生会宇都宮病院
- ⑥ 芳賀赤十字病院
- ⑦ 自治医科大学附属病院
- ⑧ 下都賀総合病院
- ⑨ 小山市民病院
- ⑩ 獨協医科大学病院
- ⑪ 足利赤十字病院

⑫ 佐野厚生総合病院

(2) 補助対象事業

協力指定病院において、登録産科医師がハイリスク分娩を実施した場合、県が助成を行う。

(3) 補助金

ハイリスク分娩を実施した協力指定病院については、登録産科医師1人について5千円を基本額とし、ハイリスク分娩1件当たり1万円を上限として県が助成する。

(4) 登録産科医師への手当支給

協力指定病院は、助成された補助金を、ハイリスク分娩に従事した実績に応じ登録産科医師に対し手当として支給することとする。

4 交付申請及び交付決定の時期

件数が確定できる年度末とする。
補助金の支払いは精算払いとする。

5 その他

補助金の詳細については別に定めるところによる。
この事業は平成19年7月1日から実施する。
3年間の補助事業とする。

「大学病院産婦人科勤務医の待遇改善策の現況に関するアンケート調査」報告書

日本産科婦人科学会
産婦人科医療提供体制検討委員会

平成 20 年 3 月 24 日付で、全国の大学の産婦人科教授を対象としたアンケート調査を実施した。この調査は平成 19 年 6・7 月に実施したものと、ほぼ同一内容の設問と、新たに女性医師の継続的就労策についての設問を含んでいた。本報告書は、平成 19 年調査と今回の調査の回答内容を網羅的に示すことにより、大学病院における産婦人科勤務医の待遇改善がどのように進行中であるかを示す。さらに、各大学における創意に富んだ、様々な対策に関する情報を共有することにより、状況の改善の進行を促進することをめざしている。

2 回の調査とも 100%の回答は得られなかったため、未回答部分について、網掛けで示してある。網掛けのない空欄は具体的な対策が記載されていない場合である。設問については、回答があった場合のみ残してある。女性医師に関する設問は平成 20 年調査でのみ行っているため、平成 19 年調査の回答は存在しない。

- 1) 当直体制について：大学病院を含む地域基幹病院の産婦人科は、24 時間体制でハイリスク妊娠分娩や救急症例に対応しているところが大多数である。現実には、交代勤務制をとっている大学病院は皆無であることが判明した。大多数の病院が宿直体制で対応している。平成 19 年調査においても平成 20 年調査においても、人員の不足から宿直体制をとれず、オンコール体制で対応している 3 施設をのぞいて、回答のあった全施設で、宿直体制をとっているとの回答であった。この点においては、現時点では勤務条件の改善の傾向は全く見られていない。
- 2) 全体の傾向からは、当直翌日の勤務緩和、分娩手当等の導入等、導入した施設は確実に増加しており、また検討中の施設も増加していることが、比較的短期間のうちに実施した 2 回の調査で明らかにすることができたと考えられる。しかし、産婦人科からのアプローチにも関わらず、対策が進んでいない大学も多く認められている。
- 3) 本調査が、現場の状況改善のための資料として役立つは幸いである。
- 4) 前回調査から今回の調査までの間に、新たに具体策が検討中の場合は太字で示した。また、新たに実施されるようになった場合は太字+下線で示した。(今回の調査からは新たな施策かどうかははっきりしない場合は、太字にしていないのでご了承ください。)

大学病院名	設問	平成 19 年調査	平成 20 年調査
北海道大学	時間外手術に対する手当	当直手当以外に分娩や手術があった場合には時間外手当が支給される	
	緊急入院・搬送対応に対する手当	時間外手当のみ	
札幌医科大学	時間外手術に対する手当	病院全体に時間外手当	
	緊急入院・搬送対応に対する手当	あり	
旭川医科大学	時間外手術に対する手当	全科を対象に実施、金額は役職により異なるが平均 3000 円/時間程度	
	女性医師の継続的就労支援のための対策	平成 20 年 4 月より短時間正規雇用制、産体育休からの復帰支援策の導入予定	
弘前大学	時間外手術に対する手当	当直者以外の医師を自宅から呼び出した場合、時間外呼び出しとして時間給で支給。年俸からの計算式で算出され、個人差がある。全科共通	

大学病院名	設問	平成 19 年調査	平成 20 年調査
	女性医師の継続的就労支援のための対策	平成 20 年 4 月から学内保育所が 24 時間体制で稼働する 子供をもつ女性医師に対して当直の制限を行っている	
岩手医科大学	時間外手術に対する手当		通常の時間外手当のみ
	女性医師の継続的就労支援のための対策	朝・夕の出勤などの時間を緩和する処置 県で育児支援事業あり 当直業務（子育て中の医師）の免除	
東北大学	当直翌日の勤務緩和	なし	状況が許せば翌日半日（午後）休み
	分娩あたりの手当		検討中：1 件 1 万円（22 時～翌 7 時）。その他時間外 17 時 15 分～翌 8 時 30 分（上記以外）
	時間外手術に対する手当		検討中：帝切のみ、1.5 万円/人（22 時～翌 7 時）。その他時間外 17 時 15 分～翌 8 時 30 分（上記以外）
	女性医師の継続的就労支援のための対策	検討中：短時間正規雇用制 週 30 時間まで	
秋田大学	分娩あたりの手当	検討中	<u>全医師共通</u> 時間外の緊急手術及び重症処置（3 名まで） 3000 円。 時間外に開始した手術及び時間外に延長した手術 2000 円 <u>全医師共通</u> 術後管理、ハイリスク患者のための待機（8 時間以上 2 名まで） 5,000 円。 上記以外の軽症処置（呼び出しによる処置 2,000 円）
	時間外手術に対する手当	検討中	
	緊急入院・搬送対応に対する手当	検討中	
	女性医師の継続的就労支援のための対策	必要に応じ当直等を免除する	
山形大学	分娩あたりの手当	なし	検討中：分娩当たり 2 万円を支給（近々実現する予定）
	時間外手術に対する手当	全科を含めて対象。手術等保険点数が 1/10 を還元。この金額を治療に参加した 3 人に分配（5/12, 4/12, 3/12 の割合で）	
	女性医師の継続的就労支援のための対策	医員については週 40 時間勤務のしほりがなくなる 育休の保障。 医学部敷地内に 24 時間保育所がある	
福島県立医科大学		なし	なし
筑波大学	当直翌日の勤務緩和	検討中	研修医（後期）のみ、当直翌日の午後は duty free としている。教官にはなし。
	分娩あたりの手当 時間外手術に対する手当	当直以外が分娩または手術の応援に呼ばれた場合、15,000 円（重症 20,000 円）。当直医対象のものはない。	

大学病院名	設問	平成 19 年調査	平成 20 年調査
	女性医師の継続的就労支援のための対策	病院全体として「女性医師看護師キャリアアップ支援システムをスタートさせた。	
自治医科大学	分娩あたりの手当	ハイリスク分娩に関する手当（栃木県）：分娩担当者が1分娩につき2名まで5,000円支給	
	時間外手術に対する手当	時間外（夜6時以降）に手術中であるものに対して1件につき5,000円が支給	
	緊急入院・搬送対応に対する手当	緊急入院、搬送、救急外来対応が1件でもあれば5,000円が支給	搬送対応の手当（栃木県）：母体搬送の対応をする対象者に、12,000～24,000/月支払われる
	女性医師の継続的就労支援のための対策	短時間勤務者は講座の定数に含めないという規定がある（小学校入学時までという制限あり）。 病児保育あり 女性医師支援センターが設立されており、育児相談も含めた全般的なサポート体制を展開中である。	
獨協医科大学	当直翌日の勤務緩和	なし	検討中：午前中のみ勤務して午後はフリー
	分娩あたりの手当	あり：平成19年7月から栃木県よりハイリスク分娩介助に対して1症例2名まで5,000円ずつの手当が支給	
	時間外手術に対する手当	検討中：病院長宛に時間外帝王切開分娩の介助者（産科医2名、小児科医1名、麻酔科医1名）に対して5,000円の手当を要求している	
	女性医師の継続的就労支援のための対策	検討中	
獨協医科大学 越谷病院	時間外手術に対する手当	全科共通。手術だけでなく、要請により手当がつく。休日、平日8,000円/回	
群馬大学	分娩あたりの手当	検討中：時間外に行われた分娩に立ち会った医師につき分娩1件につき10,000円/人の手当を検討中	時間外の分娩についてのみ、当直以外のものが携わった場合、1回の分娩当たり1人当たり1万円が支給される
	女性医師の継続的就労支援のための対策	院内保育所の設置。 育休明けの女性医師については当直、待機を行わなくても良い条件で関連病院での常勤医として勤務できるよう教室で個別に手配	
埼玉医科大学	女性医師の継続的就労支援のための対策	産婦人科内の対策として当直など勤務時間の配慮を行う	
埼玉大総合医療センター 総合周産期母子医療センター	分娩あたりの手当	なし	具体的に話が進んでいる。分娩1件につき一定の額（未定、おそらく1人1件につき1万）が払われることになる
	時間外手術に対する手当 緊急入院・搬送対応に対する手当	時間外は当直したことにして当直料をとっている（病院も暗黙の了解をしている）	
	女性医師の継続的就労支援のための対策	事務員等の増員が検討されている。	
防衛医科大学校			
千葉大学	緊急入院・搬送対応に対する手当	当直医と別に待機者についても当直料と同額の手当が支給（他科と同じ）	
東京歯科大学 市川総合病院	時間外手術に対する手当		全科とも当直時の手術や処置についてはあるものの、金額等是不透明。

大学病院名	設問	平成 19 年調査	平成 20 年調査
	女性医師の継続的就労支援のための対策	院内保育所拡充を検討	
日本大学	当直翌日の勤務緩和 女性医師の継続的就労支援のための対策		検討中 病院併設の保育施設があり利用可、但し数に限りがあり現在当科での利用者はいない
帝京大学	当直翌日の勤務緩和 女性医師の継続的就労支援のための対策	検討中：体制的に可能であれば午後の勤務をフリーにする 無給だが、外来だけを数コマ担当してもらいなどの方法で少しずつ復帰できるようにしている	
帝京大ちば総合医療センター	時間外手術に対する手当 緊急入院・搬送対応に対する手当 女性医師の継続的就労支援のための対策	宅直者は手術等呼出された場合には、拘束時間に応じて時間外当が支給される（全科同様）。（当直者には時間外手当は支払われない） 院長に週 3～4 日の雇用でも保険加入が可能かどうか等を問い合わせ検討している。	
帝京大溝口病院		なし	なし
日本医科大学	当直翌日の勤務緩和 分娩あたりの手当		あり 検討中
日本医科大学 附属多摩永山病院	当直翌日の勤務緩和 女性医師の継続的就労支援のための対策	当直後は午前勤務のみとしている 育児中の女性医師（期間は問わず）の減免勤務（週 3 日程度の勤務） 1 年以内の早期復帰の場合、週 2 日程度の出勤を認めている	
日本医科大学 附属千葉北総病院	当直翌日の勤務緩和		科内の内規として土～日曜連続当直明けの月曜は午後より帰宅可としている
日本医科大学 附属武蔵小杉病院			
東京大学			
順天堂大学	女性医師の継続的就労支援のための対策	週 4 日勤務の常勤採用（基本的に当直勤務の免除） 当直なしの常勤採用。出勤時間の調整。帰宅時間の調整 条件の良い関連病院の斡旋（自宅近くの保育施設付病院 4 日勤務の常勤職、当直なし、フレックス出勤）	
順天堂大学医学部附属浦安病院		なし	なし
順天堂大学医学部附属静岡病院		なし	
東京医科歯科大学	時間外手術に対する手当	（緊急時の）往復のタクシー代、全科で支給+1 件 5,000 円。	

大学病院名	設問	平成 19 年調査	平成 20 年調査
	女性医師の継続的就労支援のための対策	託児所（医師専用）の導入を病院に申請中	
慶應義塾大学	当直翌日の勤務緩和	検討中	
	女性医師の継続的就労支援のための対策	外来のみの勤務形態を認めている。また派遣病院も考慮している。女性医師の育児支援を目的とした新たな身分を創設。 身分概要 業務：診療、勤務時間：10：00～16：00、勤務形態：週5日を上限として週1日以上から勤務可能。身分：助教（非常勤）	
東京医科大学	女性医師の継続的就労支援のための対策		現在復帰のため本人の希望日に臨床を行うようにしている（日数も本人の希望）が、病院としては無報酬である
東京医科大学 八王子医療センター			
東京女子医科大学	時間外手術に対する手当	特殊病棟手当という名目	
東京女子医科大学 東医療センター	分娩あたりの手当	検討中（19:00～9:00の間の分娩、土日の分娩につき、専門医 15000 円、後期研修医 7500 円。）	
	時間外手術に対する手当		重症当直料（全科共通）
東京慈恵会医科大学	分娩あたりの手当	なし	検討中：時間外のみ立会い 1 人当たり 5000 円以上で検討中。帝王切開でも同様。 分娩 1 件当たり 8000 円（昼夜問わず） 2 時間で 4,000 円、2 時間以上 8,000 円
	時間外手術に対する手当		
	女性医師の継続的就労支援のための対策	短時間正規雇用：給料、正規の 1/2（教室の定員には算定しない） 妊娠している場合は状況により当直免除としているが、妊娠していない者には特になし	
東京慈恵会医科大学 附属青戸病院	分娩あたりの手当	なし	検討中
	時間外手術に対する手当		検討中
東京慈恵会医科大学 附属柏病院	時間外手術に対する手当	午後 5 時 30 分すぎた手術すべてにつき 1 件 5,000 円	
東京慈恵会医科大学 附属第三病院	時間外手術に対する手当	待機に対しては支給あり	
昭和大学	当直翌日の勤務緩和	検討中	<u>あり：午後ないし 15 時から業務解放</u>
昭和大学 附属藤が丘病院	当直翌日の勤務緩和	検討中	<u>あり：翌日の午後勤務フリー</u>
	時間外手術に対する手当	2名の拘束医が夜間緊急来院した際に臨時当直料を支給（全科対象で産婦人科優遇はない）	

大学病院名	設問	平成 19 年調査	平成 20 年調査
	女性医師の継続的就労支援のための対策	復帰支援策：1) 当直免除。2) 勤務時間 9～5 時を原則とするも、可能な限り午後勤務はフリーとする。上記該当女性医師 1 名に適用。	
昭和大学医学部附属横浜市北部病院	当直翌日の勤務緩和		検討中：土曜、日曜当直明け勤務時は月曜の午後なるべく早く帰宅させる。
東邦大学医療センター大森病院	時間外手術に対する手当 緊急入院・搬送対応に対する手当		手術に限らず、診療行為全般について 4 時間を超過して実質的労働があった場合、2,800 円/時で 2 時間分まで支給
東邦大学医療センター大橋病院		なし	なし
東邦大学医療センター佐倉病院	時間外手術に対する手当 緊急入院・搬送対応に対する手当 女性医師の継続的就労支援のための対策		手術に限らず、診療行為全般について 4 時間を超過して実質的労働があった場合、2,800 円/時で 2 時間分まで支給 病院保育園あり
杏林大学		なし	なし
聖マリアンナ医科大学	当直翌日の勤務緩和	検討中：可能な限り翌日は勤務内に帰宅できるよう勤務体制を作る。午後の手術には本人が希望しない限りしない	
横浜市立大学	当直翌日の勤務緩和	総合周産期母子医療センターは翌日休みとしている。	
	分娩あたりの手当	なし	<u>分娩担当者（正常分娩も）手当 1 万円/1 件。</u> <u>救急手術等対応医師全員各々 1 万円/1 件。</u> <u>新生児科対応医師へも 1 万円。</u>
	時間外手術に対する手当 緊急入院・搬送対応に対する手当	時間外手当で対応（上限 15 万円ぐらい）実際には平均時間外勤務は月 100 時間を超過している。	
	女性医師の継続的就労支援のための対策	短時間正規雇用制 あり 教育関連病院でも実施 産休、育休以外の女性医師、男性医師にも不公平感を持たないような配慮がむしろ大切。（女性医師支援はもとより重要であるが、）	
北里大学	女性医師の継続的就労支援のための対策	平成 19 年度より子どもを保育園に預けて（大学病院ないし関連病院に）常勤復帰している場合、産婦人科同窓会で月額 50000 円を上限としてその費用を補助している。	
東海大学		なし	なし
山梨大学	当直翌日の勤務緩和	なし	<u>あり（午後、休み体制）</u>
	時間外手術に対する手当	超過勤務手当のみ	
信州大学	分娩あたりの手当	卒後 4～7 年目の医師の給与が若干改善された（4 名のみ）360 万→450 万	<u>松本地域広域連合 9 市町村が危険度の高い出産を担当した産科医と小児科医（信州大学と県立子ども病院）に助成金を支給する事業をこの 4 月から始める。</u>

大学病院名	設問	平成 19 年調査	平成 20 年調査
浜松医科大学	女性医師の継続的就労支援のための対策	当直回数を減らしている 週 1 回の勤務を認めている	
新潟大学	当直翌日の勤務緩和	翌日半日フリー、午前、午後のいずれかについては自由に選べる	
	時間外手術に対する手当	全科で 1 時間 1,500 円	
富山大学	当直翌日の勤務緩和	午後 3 時以降は帰宅可(但し医局行事がある場合は不可)	翌日の午後から帰宅してよい。しかし自主的に働いている医師が多い。
	分娩あたりの手当	分娩 1 件当たり 5000 円 (2 人まで可)。午後 10 時以上は時間外手当 5000 円/時が加算される。	
	時間外手術に対する手当	午後 10 時以降の手術や診療に対して時間外手当 5,000 円/時が支給される。これは全科に適用されるがほとんど外科系と循環器内科医が対象となっている。	
	緊急入院・搬送対応に対する手当	22:00~5:00 において緊急の医療行為を行った場合	
	女性医師の継続的就労支援のための対策	週 2 日勤務制。週 40 時間制勤務を選択できる 1 年間の産休を安心してとれるように配慮している。その後は 1 年間は当直免除(土日の日勤務あり)。2 年目以降に当直を含めた通常勤務に復帰するようお願いしているが困難な場合が多い。 昨年度に院内保育所を開設してもらった	
金沢大学	分娩あたりの手当	検討中：金額等交渉中	検討中：時間外分娩に関与した医師(小児科、麻酔科等含む)は 1 件 2 万円支給を病院に交渉中
	時間外手術に対する手当	検討中	
	緊急入院・搬送対応に対する手当		検討中：全科に対し 22 時~5 時の勤務に時間外料金を支払う予定(業務内容は問わない)
	女性医師の継続的就労支援のための対策	小学校就学前の子供を有する正職員。 週 20 時間もしくは週 25 時間勤務	
金沢医科大学	分娩あたりの手当		検討中
	時間外手術に対する手当		1 件 5,000 円。他科も同様
	緊急入院・搬送対応に対する手当		1 件 5,000 円。他科も同様
	女性医師の継続的就労支援のための対策	当直免除	
福井大学	分娩あたりの手当		大学以外の公的出張病院では 1 件 3 万円を確立した。大学でもその線にそって交渉中。
	女性医師の継続的就労支援のための対策	育休明けの女性医師が本年 4 月より病院助手として採用(当直の義務はなし)	
岐阜大学	女性医師の継続的就労支援のための対策	臨床研修医(非常勤)として登録し、できるだけ支援(パート先を紹介し収入を確保) 「女医バンク」があり希望の就労条件をコントロール	

大学病院名	設問	平成 19 年調査	平成 20 年調査
名古屋大学	時間外手術に対する手当		あり：全科を対象（宿直除く）
	女性医師の継続的就労支援のための対策	平成 20 年 4 月 1 日から育児短時間勤務制度を導入 学内保育所の設置（2 歳まで）	
名古屋国立大学	時間外手術に対する手当 緊急入院・搬送対応に対する手当	午後 9 時以降に出勤した場合、全ての医師に対して 2 時間以内 7,000 円、2 時間以上一律 10,000 円。教授も助教も一緒	
	女性医師の継続的就労支援のための対策	外来のみ、代務のみなど個々の希望に応じて働いてもらっている。	
愛知医科大学	女性医師の継続的就労支援のための対策	病院として全くなし（医局内では当直の免除）	
藤田保健衛生大学 坂文種報徳会病院			
藤田保健衛生大学	女性医師の継続的就労支援のための対策	教室独自の基準により、サービス残業軽減、宿直免除又は回数軽減 教室独自の基準により、手術割り振りへの配慮（なるべく朝からの手術の受け持ちになる等）。託児所の送迎への配慮。	
三重大学	分娩あたりの手当	1) 分娩指導料として医員、助教以降に対して分娩 1 件につき 1 万円（時間内も時間外も同じ）。 2) 時間外分娩に関しては 1 件 2 万円を分娩に関わった全ての医師に支払う。	
	時間外手術に対する手当	妊娠・分娩に関する時間外手術や処置に対しては、1 件 2 万円を処置等に関わった全ての医師に支払う（平成 20 年 4 月より当直医に対しても支払われることになった）。	
	緊急入院・搬送対応に対する手当	処置を要した場合は、処置に携わった医師全員に 1 件 2 万円支払う。	
	女性医師の継続的就労支援のための対策	短時間正規雇用制は大学においてはまだ導入されていないので、必要に応じて関連病院で時間を短縮して雇用してもらうよう調整している。 一定期間（本人の希望に応じて半年～1 年）当直免除など 産休・育休期間は本人の希望に応じて決める 当直業務が困難な場合は、関連病院で外来のみは可能な施設を紹介することもある。 長期間の完全離職は後の臨床復帰の妨げとなるので、可能な範囲で外来業務に携わってもらえるよう配慮している。	
滋賀医科大学	時間外手術に対する手当	あり：通常的时间外手当が 1 件の手術当たり 3 名の医師を対象に支給される。これは全科に共通のシステム	
	緊急入院・搬送対応に対する手当	時間外の症例であれば、時間外手当が支給され、時間内であれば何もでない。これは全科共通のシステム)	
	女性医師の継続的就労支援のための対策	部分（時間育休）の制度あり	
京都大学	女性医師の継続的就労支援のための対策	京都大学女性研究者支援センター（2006 年 9 月～）。 病児保育室（京大病院内に設置、2007 年 2 月～）。 乳児保育室（保育園入園待機乳児のため、試行中）。 医師だけでなく京大教職員、学生全般を対象としている。	

大学病院名	設問	平成 19 年調査	平成 20 年調査
京都府立医科大学		なし	
関西医科大学	当直翌日の勤務緩和	翌日午後からの早退可能（ルールとしては）。現実には人数からもかなり困難だが、できる限りの指導はしている。	
	女性医師の継続的就労支援のための対策	非常勤医としては週 20 時間を限度として時給 5000 円で外来、手術担当が可能（産婦人科、小児科、麻酔科の 3 科に限定して運用されている）。分娩後 1 年間は当直勤務なし。産休、育休は規定どおり（他職種と同様）。	
大阪医科大学	時間外手術に対する手当	あり：全科 10,700 円/5 時間以上+2,000 円（call 代）、5,350 円/5 時間以内+2,000 円（call 代）	
	緊急入院・搬送対応に対する手当	あり：全科時間外診療 1,000 円/件、入院 3,000 円/件	
大阪大学	時間外手術に対する手当		全科非常勤医の医療に関する残業には手当が支払われている。
	女性医師の継続的就労支援のための対策	産休中を非常勤医として登録（但し賃金ではない）。・大学全体の保育所で病児保育開始を予定している。保育所の拡充策は進行しているが NPO 法人化は認められず。	
大阪市立大学		なし	
近畿大学	女性医師の継続的就労支援のための対策	本人の希望により 2 回/週程度（日勤のみ）の就労より開始している。	
近畿大学医学部奈良病院		なし	なし
神戸大学	分娩あたりの手当	あり：時間外分娩に対し（自然分娩、帝王切開分娩を問わず）小児科医 1 名を含めて最大 4 名までの担当医に 1 分娩当たり 1 医師へ 2 万円を支給	
	時間外手術に対する手当	超過勤務として取扱い、超過勤務手当を受けている	
	女性医師の継続的就労支援のための対策	D&N ブラッシュアップ教育の組織的展開—女性医師・看護師の職務復帰に向けたネットプログラム・キャッチアッププログラムの開発」が本大学病院の人材育成プログラムとして動きつつある。	
兵庫医科大学	当直翌日の勤務緩和	なし	検討中
	分娩あたりの手当		検討中：神戸大に準じて（1 分娩当たり 1 医師へ 2 万円支給、4 人まで）の手当を病院当局へ申請中。
	時間外手術に対する手当		検討中：分娩手当は帝王切開でも適応されるので帝王切開に関して申請中
	女性医師の継続的就労支援のための対策	9：00～17：00 までの勤務。17：00 以降の勤務は免除、当直も免除して家庭をもつ女性医師の支援を行っている。 10 月頃に（病院として）保育所の設置予定	
奈良県立医科大学	分娩あたりの手当	なし	平成 20 年度より 全分娩一人 5000 円
	時間外手術に対する手当		平成 20 年度より 全科に対して手術手当、待機料を支給 平成 20 年度より ハイリスク妊娠分娩管理について主治医に手当を支給 (すべて時間外手当に付加して支給する)

大学病院名	設問	平成 19 年調査	平成 20 年調査
	女性医師の継続的就労支援のための対策	検討中：週 20 時間制の導入	
和歌山県立医科大学	分娩あたりの手当	なし	10000 円、2 人まで
	女性医師の継続的就労支援のための対策	医師により当直免除。外の当直も免除等	
鳥取大学	時間外手術に対する手当 緊急入院・搬送対応に対する手当	あり：当直料 12,000 円+3,000~2,500/時間、全科対象。	
島根大学	当直翌日の勤務緩和	検討中	あり：翌日の午後はフリー、帰宅も可としているが、ほとんど帰宅する者はいない
	分娩あたりの手当 時間外手術に対する手当 緊急入院・搬送対応に対する手当	全科一律に時間外に診療に従事した場合は 30 分単位で手当てが支給されている	
	女性医師の継続的就労支援のための対策	現在妊娠中の医師あり、産休、育休後について検討するべき時期と考えている	
岡山大学	分娩あたりの手当 時間外手術に対する手当	時間外手当のみ 検討中：分娩 1 件につき 3 万円で交渉中	時間外手当のみ
	女性医師の継続的就労支援のための対策	個別に定期的にインタビューし、できるだけ早期にできる範囲で復帰するよう支援し、そのポストの交渉を各院長に行っている。 文部科学省の医療人要請推進プログラムに「女性を生かすキャリア支援計画」が採択され、最適助言者紹介システム、家庭と両立可能な復帰支援コースを実施している	
川崎医科大学	当直翌日の勤務緩和 時間外手術に対する手当 緊急入院・搬送対応に対する手当	検討中 全科とも救急対応、母体搬送を扱った場合、超過勤務手当を 3 時間を限度に支給。手術の場合もこれにあてる。手術そのものに対する手当ではないが労働時間として算出。	
	女性医師の継続的就労支援のための対策	非常勤医師として短時間勤務での採用	
広島大学	時間外手術に対する手当	あり (5,000 円/全科対象)	検討中：当直医以外が手術に出てきた場合に時間給を検討中。金額未定。全科対象

大学病院名	設問	平成 19 年調査	平成 20 年調査
	女性医師の継続的就労支援のための対策	教室の対応として、育休後育児期間中の当直回数を減らす、あるいは免除。夜間待機の免除 関連病院と大学の中から、女性医師数名と医局長で、女性医師の勤務を考えるワーキンググループを作っている。 妊娠・出産・育児期間の要望、勤務内容、バイトなどの援助、保育施設などの情報交換をしている。	
山口大学	分娩あたりの手当	あり：平成 19 年 5 月から、時間外の分娩 1 件につき超過勤務として医員は 8 時間、教官は 4 時間つけてくれることになった。医員は約 1800 円から 2500 円/時間、教官は 2800 円～3800 円/時間（勤務時間帯や祝日で多少違う）	
	時間外手術に対する手当 女性医師の継続的就労支援のための対策	あり：5 月から時間外に実施される部分については教官は 4 時間まで、医員は全時間を支給されるようになった 山口県の施策として「在宅医師に対する再就業支援」がある。県の指定する病院（山口大学病院）で 6 ヶ月間研修後、一般の病院へ派遣させる。月に 30 万円を 6 か月県から支給される。 本人が希望する勤務形態での勤務でよいから働いてくれるように依頼している。但し、正規雇用はできない。	
徳島大学	時間外手術に対する手当	あり：時間外手当について他科は上限があるが、産婦人科は上限なしとしてくれている）	
香川大学	分娩あたりの手当	あり：平成 19 年 6 月より、時間外手当以外に教育指導料として分娩担当医に 1 件当たり 2 万円支給される、開始された	
	女性医師の継続的就労支援のための対策	ぎりぎりの人数で行っている為、特に就労支援策はない。平成 20 年 4 月から院内保育が開始される。教室では休みをとる場合は自由にとれるように配慮している。	
愛媛大学	時間外手術に対する手当	あり：当直医以外の者が時間外手術を施行した場合手当あり	
	緊急入院・搬送対応に対する手当 女性医師の継続的就労支援のための対策	なし：当直医以外の者が緊急入院、搬送対応した場合手当あり 当直業務はないようにしている	
高知大学	分娩あたりの手当 時間外手術に対する手当	時間外手当のみ	
	緊急入院・搬送対応に対する手当 女性医師の継続的就労支援のための対策	個別に対応（宿直の免除など）	
産業医科大学	当直翌日の勤務緩和	なし：病院と交渉するもこのような返事であった	
	分娩あたりの手当 時間外手術に対する手当 緊急入院・搬送対応に対する手当		

大学病院名	設問	平成 19 年調査	平成 20 年調査
九州大学	分娩あたりの手当 時間外手術に対する手当	なし：検討することすら却下された 22 時までの業務はボランティアであり、当直帯に計 3 時間を超えて就労して初めて時間外勤務手当が支給される。	
福岡大学	当直翌日の勤務緩和 分娩あたりの手当 時間外手術に対する手当 緊急入院・搬送対応に対する手当 女性医師の継続的就労支援のための対策	検討中：当直翌日を午前までの勤務とするように調整中 検討中（時間外の分娩に対し特殊勤務手当を支給（金額は未定）の予定） 検討中（時間外の分娩に対し特殊勤務手当を支給（金額は未定）の予定） 現在は非常勤医師としてパートタイムの導入のみ。今後フレックスタイム、ワークシェアリングの導入を検討中	あり：平成 19 年 6 月より当直翌日の勤務は午前のみとし、午後からの勤務は免除として（実際にはなかなか帰れないのが現状） 平成 20 年 4 月より当直中に緊急手術又は分娩に入った場合、助教以上 7000 円、助手 5000 円 平成 20 年 4 月より（全科） 1) 緊急呼出又は手術で 3 時間以上の実績があった場合：助教以上 12,000 円、助手 5,000 円。 2) 緊急呼出又は手術で 3 時間未満の実績があった場合：助教以上 7,000 円、助手 5,000 円。 3) 当直中に緊急手術又は分娩に入った場合：助教以上 7,000 円、助手 5,000 円。 平成 20 年 4 月より（全科） 入院・搬送に対しての手当はないが、それによって生ずる処置や手術で左記の内容にあてはまる場合はそれに準ずる 産休・育休からの復帰支援 産休・育休：規定どおりにとることが大原則。希望があれば延長する 育休中の仕事斡旋（子育て中の経済支援）： 育休中でも可能な仕事を優先的に 育休中のカンファレンス参加（復帰支援）： 育休中でも大学とのつながりをもつ。 他学の学生でも自由に 大学非常勤医師を有給へ（復帰支援）：研究生もパートタイムで報酬を受ける権利を 復帰後の子育て支援 院内保育所：24 時間保育・病児保育・学童保育はまだ お子さんの発熱時、学校行事の際の勤務免除：同僚医師によるカバー 当直免除：同僚医師によるカバー 同僚医師の負担は増えるがそれが当然だという医局全体の意識改革（雰囲気作り）が重要

大学病院名	設問	平成 19 年調査	平成 20 年調査
久留米大学	分娩あたりの手当	なし	時間外の分娩手当（1～2 万/名、1 分娩あたり（経産分娩 2 名）。帝王切開児は 3 名（+麻酔医 1 名）を検討中。
	時間外手術に対する手当 緊急入院・搬送対応に対する手当	あり（2,000 円程度） あり（夜間時間外手当のみ）	上記の追加支給を検討中 救急車受入れ 1 万円/1 例の手当を検討中
	女性医師の継続的就労支援のための対策	外来診療のみ、当直なし 保育施設の積極的（優先的）確保	
佐賀大学		なし	なし
長崎大学		なし	なし
熊本大学	分娩あたりの手当	なし	検討中：時間外のみ、対象は産婦人科及び小児科（立会いの場合）手当を出すことが可能かどうか検討を始めた段階であり詳細は全く未定である
	時間外手術に対する手当 緊急入院・搬送対応に対する手当		
	女性医師の継続的就労支援のための対策	出産後少なくとも 1 年間は当直を免除する。それ以降は状況を見て個別に考慮する。復帰後暫くは病棟主治医を免除し、外来のみの担当とする。期間は個別に考慮する。	
大分大学	分娩あたりの手当	時間外手当のみ	
	時間外手術に対する手当 女性医師の継続的就労支援のための対策	検討中：当直回数を減らす	
宮崎大学	女性医師の継続的就労支援のための対策	1.当直なし。 2.出勤時間、退勤時間は融通を利かせている。	
鹿児島大学		なし	なし
琉球大学	当直翌日の勤務緩和	あり（原則として当直翌日午後は病棟外来勤務フリー）	
	時間外手術に対する手当 緊急入院・搬送対応に対する手当	当直医以外のドクターには超勤手当あり・全科共通	
	女性医師の継続的就労支援のための対策	短時間勤務正規雇用制：平成 20 年 4 月より規則改正で導入予定 教室としては 1) 臨床研修生として臨床業務への参加（本人の都合時のみ）。2) 近 医外来勤務紹介	

2006.10.28. 小児科の集約化・重点化を考えるシンポジウム

横浜市における小児医療の集約化と 小児科専門研修医教育

横浜市立大学
大学院医学研究科
発生成育小児医療学
横田 俊平

横浜市の小児医療体制と問題点

- ① 一次医療: 18区の休日急患診療所 24時間カバーなし
365日夜間診療(桜木町) 深夜帯 H18中止

- ② 二次医療: 病院群輪番制 市民に見えない体制
小児拠点病院(6病院+浦舟) → 充実中
* 実態は一次患者が押し寄せている。

- ③ 三次医療: 市大附属・こども医療センター・西部病院
→ 難病・重症例・P-ICU・N-ICU・・・

桜木町+二次輪番制 → 入院施設を個別に探さざるを得ない

横浜市の医療体制の問題点

- 行政の“机上の24時間カバー”体制
- 360万人都市の唯一の夜間・休日センターの深夜帯は大学小児科医がカバー
- 輪番病院の大半は小児科夜間入院機能なし
- 二次輪番制があるにも拘わらず、入院先を探さねばならない矛盾＝重症例の治療の遅れ
- 二次輪番制は、当番病院名を非公表
- 7拠点病院は派遣大学がさまざま
(横浜市大、慶応大、医科歯科大、昭和医大、東邦医大、北里大・・・)

小児救急医療体制を構築する際に 考慮すべき事柄2つ、3つ

■ システムの構築

- 小児医療における救急の位置～小児総合医療の一部
- 小児救急部、シフト制・・・(他科への配慮)

■ 小児科医の教育

- 初期研修医、専門研修医、スタッフの継続した教育・・・
- 教育のシステム化＝小児科医の流動化
- 救急だけでは小児科医として“荒んでくる”

■ 制度の現状把握

- 新初期研修制度によるパラダイム・シフト
- 研修医が何を望んでいるか？

医学生・研修医は何を望んでいるか？

- たくさんの疾患を経験したい。
= 病児の集中化、高度の検査機器
- よい指導を受けたい。
= 多数の臨床指導者
- 効率よい夜間当直をしたい。
= 小児科医の集約化
- 自分の時間の持てる研修をしたい。
= 設備の整った施設

小児救急医療体制において達成すべき条件

1. 子どもに質の高い医療提供

- 24時間、365日救急体制
- 一次・二次・三次医療の連続性確保
- “質”の高い小児科医の養成

2. 専門研修医教育・小児科医の確保

- 研修医にとって魅力ある医療体制
- 効率よい研修＝患者数＋指導医
- 地域(ネットワーク)で小児科医を育成
- 小児科医が疲弊しない体制の確立

総合小児医療



横浜市の拠点病院構想

- conceptの重要性:基本は「医療の質」の向上
 1. 小児救急 24時間・365日 対応できること。
 2. しかし、小児科医が疲弊しない体制であること。
 3. 病院名が明らかにになり市民に安心感を与えること。
 4. 小児科医を地域で育成できること。
 5. 派遣大学に拘わらない地域小児医療体制の樹立。
- 収益増が見込まれること
 1. 拠点化による患者数の増加
 2. 医療の質の向上による市民の信頼

7カ所の小児科拠点病院を指定、小児科医11～15名(大学の仕事)、人数増加分を予算措置(行政の仕事)、2～3年以内に完成。

横浜市拠点病院・高次病院連携

乳幼児人口(0~5歳)
平成17年1月1日現在

昭和大学藤が丘病院

昭和大北部病院

横浜労災病院

東部病院

聖マリアンナ医科大学
西部病院

市民病院

みなと赤十字病院

市大附属市民総合医療センター

横浜医療センター

南部病院

市大附属病院

青葉区	19368
港北区	17406
鶴見区	15158
戸塚区	15079
都筑区	13975
旭区	13240
港南区	11952
神奈川区	10970
金沢区	10888
緑区	10650
保土ヶ谷区	10264
南区	9074
泉区	8966
磯子区	8493
瀬谷区	7842
栄区	6813
中区	6366
西区	3827

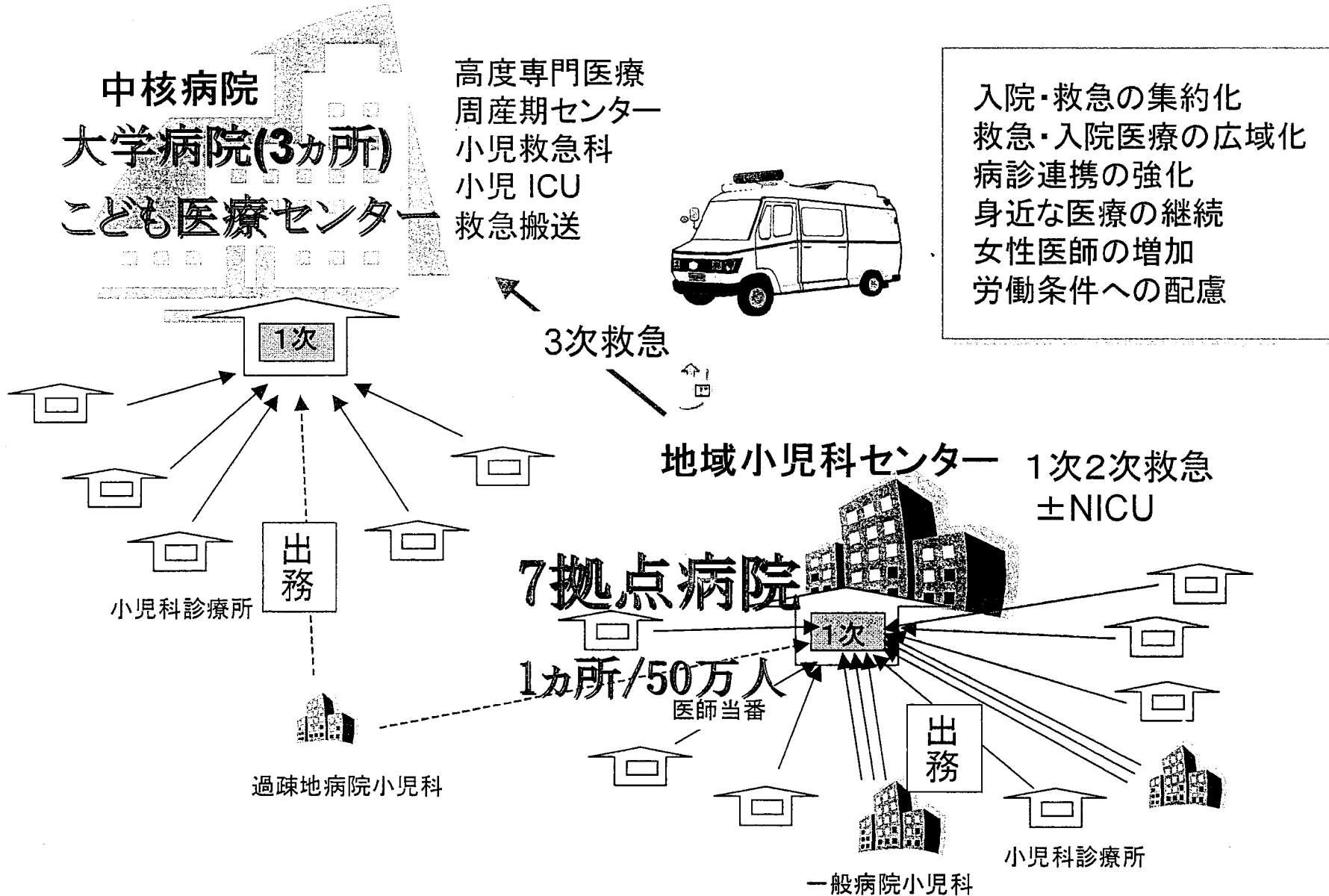
拠点病院構想を阻害する因子

- 二次輪番制度で潤っていた病院の抵抗
- 小児科医の配置が減少する病院の抵抗
- 拠点病院側の初期投資への恐怖
- 予算化を渡る行政側の抵抗
- 病院が遠くなるという利用者(代表)の抵抗

救急部会で構想実現の方向へ

- 横浜市医師会の賛成
- メディア代表・母親代表の応援
- 先行していた藤沢市民病院のデータ

日本小児科学会 —わが国の小児医療・救急医療提供体制の改革に向けて—



拠点病院構想を推進できた要因

- 小児科医の育成を前面に出したこと。
- 拠点病院が24時間・365日稼働することを市民にアピールできる＝救急病院の明確化
- 唯一の夜間・休日センターの深夜帯が人手不足で行きづまったこと。
- 小児科医11～15名体制で病院の収益増が見込まれる＝藤沢市民病院の例。
- 小児科医の減少を背景に派遣大学の了解。
- 新規専門研修生を多数得たこと。

横浜市拠点病院で起こりつつあること

南部病院と労災病院において近隣の小児科医が当番で勤務(準夜帯)。

- 拠点病院医師と開業医との協働
- 開業医が二次・三次医療患者の診察が可能
- 拠点病院を核とした地域完結型医療体制の樹立

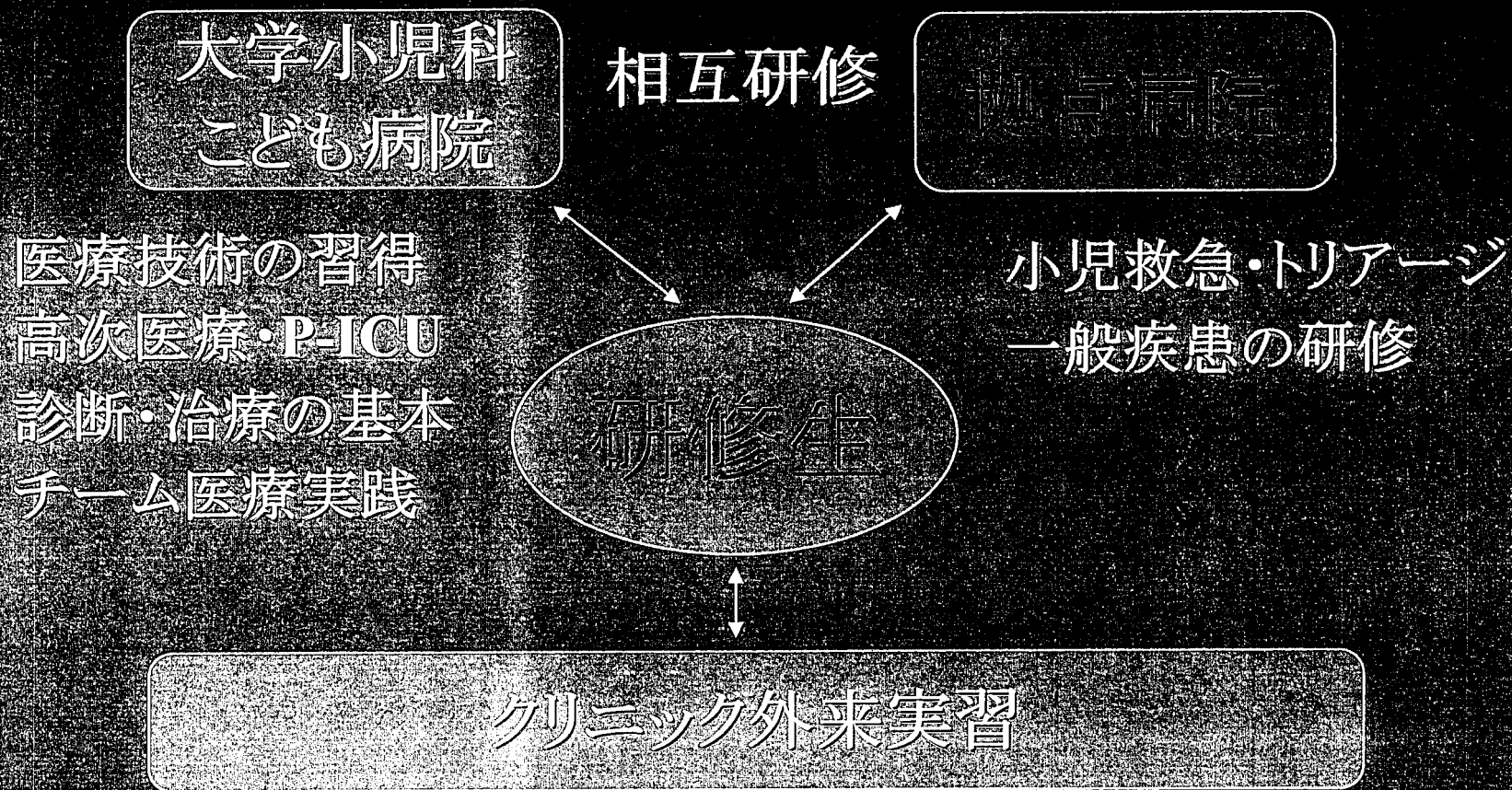
■ 研修医の間で「横浜研修システム」を評価

- 若い小児科医の横浜への集中化
- よい研修環境 → 次世代の研修医を呼び込む(良循環)

■ 横浜市拠点病院連絡協議会の設置

- 「巡回カンファレンス」の立ち上げ
- 研修医の質の向上・均一化
- 出身大学によらない小児医療の成立
- 一病院ではなく、地域全体で小児科医を育成

地域で専門研修医を育成



医療の原点：人と人＝総合医療・複眼視医療・成育医療・予防医学

今後の課題

- 拠点病院小児科医の質の向上
＝専門研修の内容の充実を図る仕組み作り
(巡回カンファレンスの創設、subspecialty研修制度)
- 地域小児科医の拠点病院運営への参画
＝一次～二次医療の地域完結型医療の完成
(拠点病院の準夜帯に地域小児科医が出動)
- 小児subspecialty研修への誘導
＝大学小児科・こども病院との連携
(研修プログラムの設定＝大学小児科の意義)
- 拠点病院内の他科との調整
＝小児救急部門の設置、シフト制 etc.
- 一般病院の小児科の体制転換
＝日勤帯のみで、入院・当直なし(女性医師用?)
- 地方小児医療体制との連携

小児医療全体からみた重要な課題

- 小児救急医療 → 小児急病診療
- システムの地域性: 都市型・郊外型・過疎地型
- 「夜間当直」 → 夜間シフト勤務・小児救急部
- 新初期研修制度の“弊害”
- 大学小児科の疲弊
(少人数、低賃金、過剰な期待、過剰な責任)

近未来的構想(妄想?)

「小児科医ユニオン」の設置を!

- 新初期研修制度 → 病院選別権は研修医に
- 新初期研修制度で、明らかに臨床力が低下
- 小児医療に地域格差は不可 = 広域システム
- 小児科医の流動化を促す → 都市部と過疎地

- 1: 医局に代わる小児科医の新基地
- 2: 都道府県レベル? 道州制レベル? = 交流
- 3: 専門研修医の登録と同時に病院の登録
- 4: 独自のカリキュラムで小児科医の育成を主眼
- 5: 大学・こども病院もこのシステムの一環と考える
- 6: 地域内・外の過疎地への派遣 = 義務
- 7: 病院の選別が可能 = 小児科医の権利の確保

平成 20 年 8 月 4 日

地域病院小児科医療確保のための要望

大阪府立母子保健総合医療センター総長
藤村 正哲

日本小児科学会では、「小児医療・小児救急・新生児医療提供体制の改革ビジョン」を策定し、小児医療提供体制の整備のための努力を続けてまいりました。しかし、現実には、多くの医療現場では依然として、過酷な勤務条件で働き続けているのが現状であり、それが小児医療改革のための最大の問題点であると認識しています。

(<http://jpsmodel.umin.jp/>)

小児医療が全国で安定的に提供されるためには、地域の小児医療の基幹施設としての役割を担う、「地域小児科センター」を育成することが必要です。このような施設が全国に存在することにより、地域の小児救急に対して万全の体制で対応するという国民の絶対的要望と、小児科医が良好な研修環境で安定的に養成され医療現場で就労を継続するという医療体制確保のための必要条件を満たすことが可能になると考えております。

日本小児科学会では既に、「地域小児科センター認定制度」

(<http://jpsmodel.umin.jp/DOC/RegionalCenter080324.doc>) の準備を進めるとともに、添付資料の横浜市の実例のように、既に各地で「地域小児科センター」として機能する病院の育成を進めているのが現状です。

今回の、「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会に際し、地域小児医療確保のための、以下の点について、是非、ご検討をお願い申し上げます。

- 都道府県が医療計画を実施して「地域小児科センター」を指定した場合、その施設に地域小児医療連携体制を推進するための補助金として一か所 1 億円（年間）程度の補助を行うこと。（全国で当面約 100 病院、将来的には約 400 病院となる予定）
- 地域小児科センターに対しては、小児入院医療管理料（4500 点/日）の算定を行うこと。
- 「地域小児科センター」の育成上問題となっている、地域内病院間の利害対立、経営母体の違い（国立・県立・市町村立・日赤・済生会・厚生連等々）によるセンター候補施設決定すら困難な状況を解消するための制度整備（必要な勤務医と小児病床をセンター病院に集約する）。
- 一般病院小児科・過疎地病院小児科とセンター施設との間の連携を強化し、患者搬送を円滑に進めるための、（ドクターヘリを含む）搬送体制の整備。

小児医療体制・小児救急

背景

- 1、小児救急には2次医療体制の確保が必須
- 2、病院勤務小児科医の過重労働

病院小児科の小児科医は平均2.6名、救急医療を提供している病院の49%で小児科医が2人以下、40歳以下の小児科医の超過勤務は平均>80時間、50歳未満では仕事の満足度(NIOSH尺度)が低い(不満足)、高度医療提供施設でも1/3~4の患者が風邪等の一般疾患で役割分担が全く確立していない、などが日本小児科学会調査で明らかに。

- 3、受診要求・需要

厚労科研によれば、休日、夜間の区別なく、小児患者の受診。小児科医療は24時間365日化。

日本小児科学会の提案

1、基本概念

(1) 効率的な小児医療提供体制へ向けての構造改革

(ア) 入院小児医療提供体制の集約化(特に、2次救急)

(イ) 身近な小児医療の提供は継続

(ウ) さらに広く小児保健、育児援助、学校保健などの充実

(2) 広域医療圏における小児救急体制の整備を進める。

(ア) 小児時間外診療は24時間、365日を“地域”小児科医(日頃、小児科を標榜)で担当

(イ) 小児領域における3次救命救急医療の整備を進める

(3) 労働基準法等に準拠した小児科医勤務環境の実現

女性医師の働きやすい環境づくり

医師の臨床研修・卒前・卒後教育に必要な場を提供する。

2、地域小児科センター構想

人口30~50万人に1ヶ所、小児科医10~14名のセンターを構築、地域の診療所、一般病院の小児科と連携して、上の概念を実現化する。(前回、添付の図)

3、日本小児科学会構想の現況

和歌山県、兵庫県、山口県、茨城県、新潟県などで、日本小児科学会構想に沿った小児科医療提供体制が実際に構築されつつある。八千代女子医大医療センターでは地域医師会との連携が、日本小児科学会構想に沿ったものとして始

まった。

必要な施策

1、地方および医療機関設置母体などのエゴの排除

既存の医療圏の見直し、自治体の壁の排除、病院設置母体の違いを超える強い指導機関の創設など。

2、役割分担と国民の理解

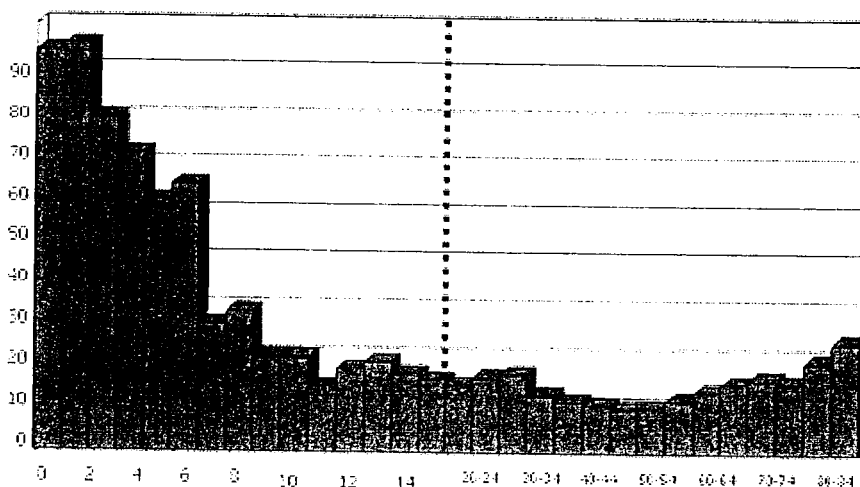
医師と医療機関の役割分担を明確にし、それらを有効に配置する。日本小児科学会提案の場合には地域小児科センター（専門医療機関）へのアクセス距離・時間が長くなることへの国民の理解が必須。（但し、そこに行けば確実に小児専門医療が受けられる）

3、これらの構想を実現させるインセンティブ

集約化“地域”に対する診療報酬上の優遇。地域小児科センターの入院管理料の算定、地域でセンターと連携する医療機関での診療報酬上の優遇。これらについては日本小児科学会から厚労省などに繰り返し要望書を提出している。

こどもの救命救急医療については、平成 19 年度厚労科学研究「乳幼児死亡に関する研究」等によって、1 歳～4 歳の死亡率が OECD 諸国順位の最下位にあり、あるいは急性期疾患・外傷等による死亡者は、必要な態勢を備えた医療機関の診療を受けることができていなかったと推定される研究結果（平成 17 年死亡小票全数調査）。こどもの救命救急医療に関する医療提供体制の根本的な改善の取り組みが必要であると考えられます

人口千人あたりの年齢別時間外外来診療件数



（平成17年度社会医療院務行方調査年度別集計・平成17年推計人口）

地域小児医療圏を単位とした新しい小児医療提供体制

1. 小児医療提供体制の地域化・広域化

<http://jpsmodel.umin.jp/>参照

- 1) 入院小児医療の集約化
- 2) 一次救急医療を全ての地域小児科医で365日実施
- 3) 二次救急医療を365日24時間体制で提供

《広域医療圏での平等で良質な小児救急医療提供のため、トリアージ、#8000、救急医療情報提供を推進する》

2. 子どもを守り育てる地域社会

- 1) 身近な(時間内)小児医療の提供, かかりつけ医
- 2) 小児保健・園学校保健・予防医学の充実
- 3) 感染対策, 児童虐待対策, 小児在宅医療

地域小児科センター

(人口30-50万人の地域小児医療圏に1カ所)

医師10名以上
 24時間体制の入院医療, 二次救急医療を行う
 急患センター併設or地域連携で一次救急医療を行う
 主な専門医療を提供
 臨床研修, 専門医研修
 感染対策, 児童虐待対策, 小児在宅医療

3. 小児科医の勤務環境の改善

- 1) 労働基準法に準拠した勤務時間
- 2) 女性医師が働きやすい環境・ワークシェア

4. 教育・その他

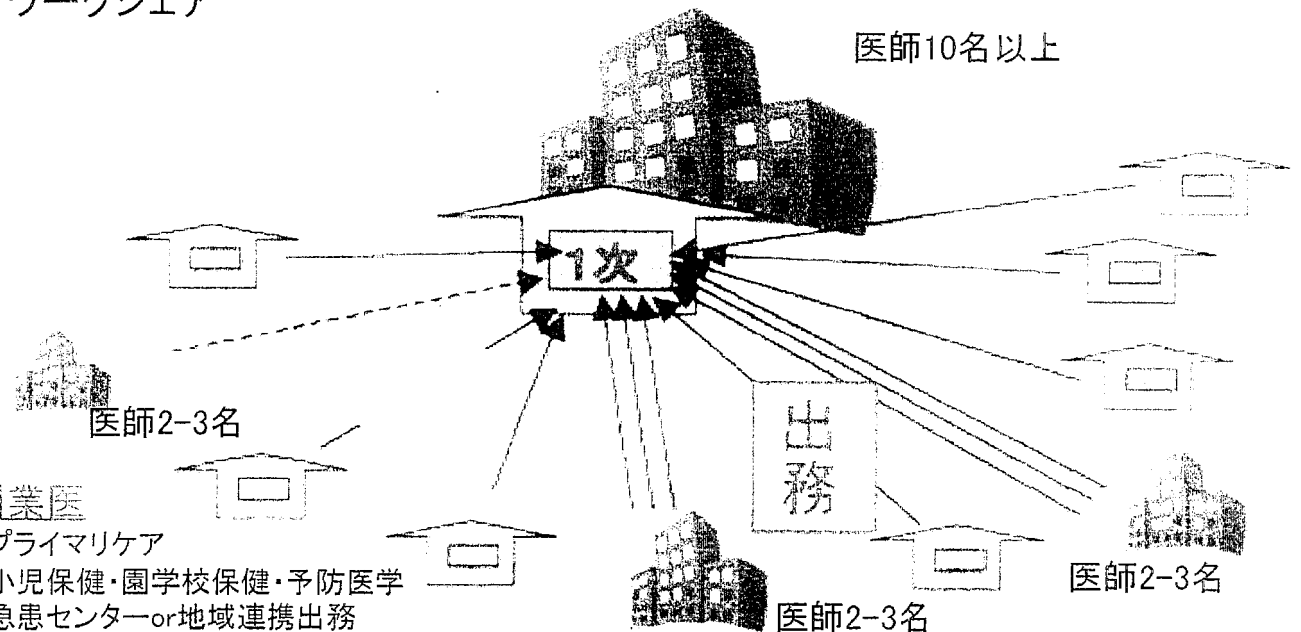
- 1) 臨床研修・教育
- 2) 小児診療レベルの標準化

その他の病院小児科

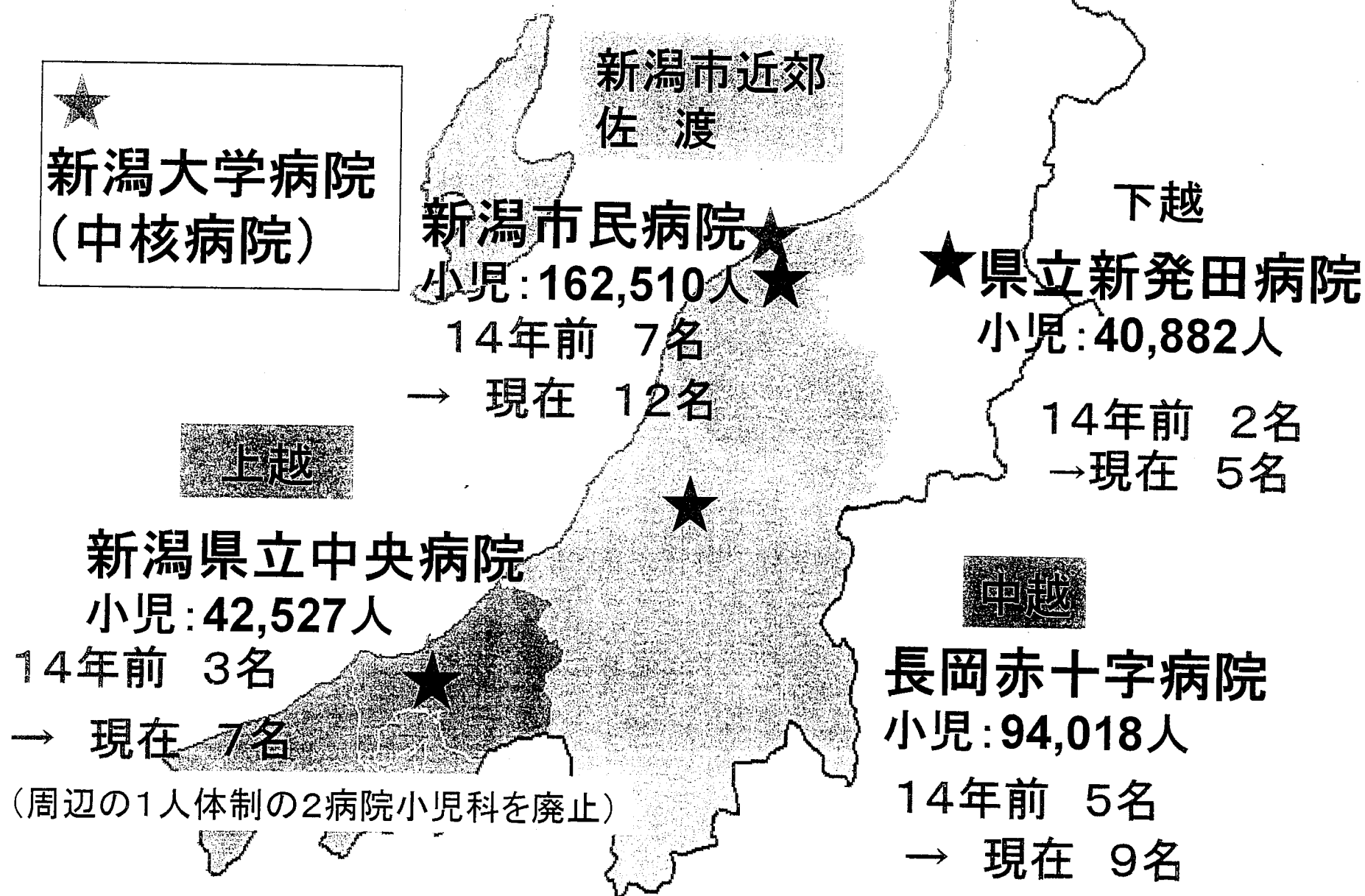
医師2-3名
 入院医療縮小, 外来医療中心
 時間外診療は極力減らす
 小児保健・園学校保健・予防医学
 特色を持った専門医療の継続
 地域の病院間での人事交流

開業医

プライマリケア
 小児保健・園学校保健・予防医学
 急患センターor地域連携出務



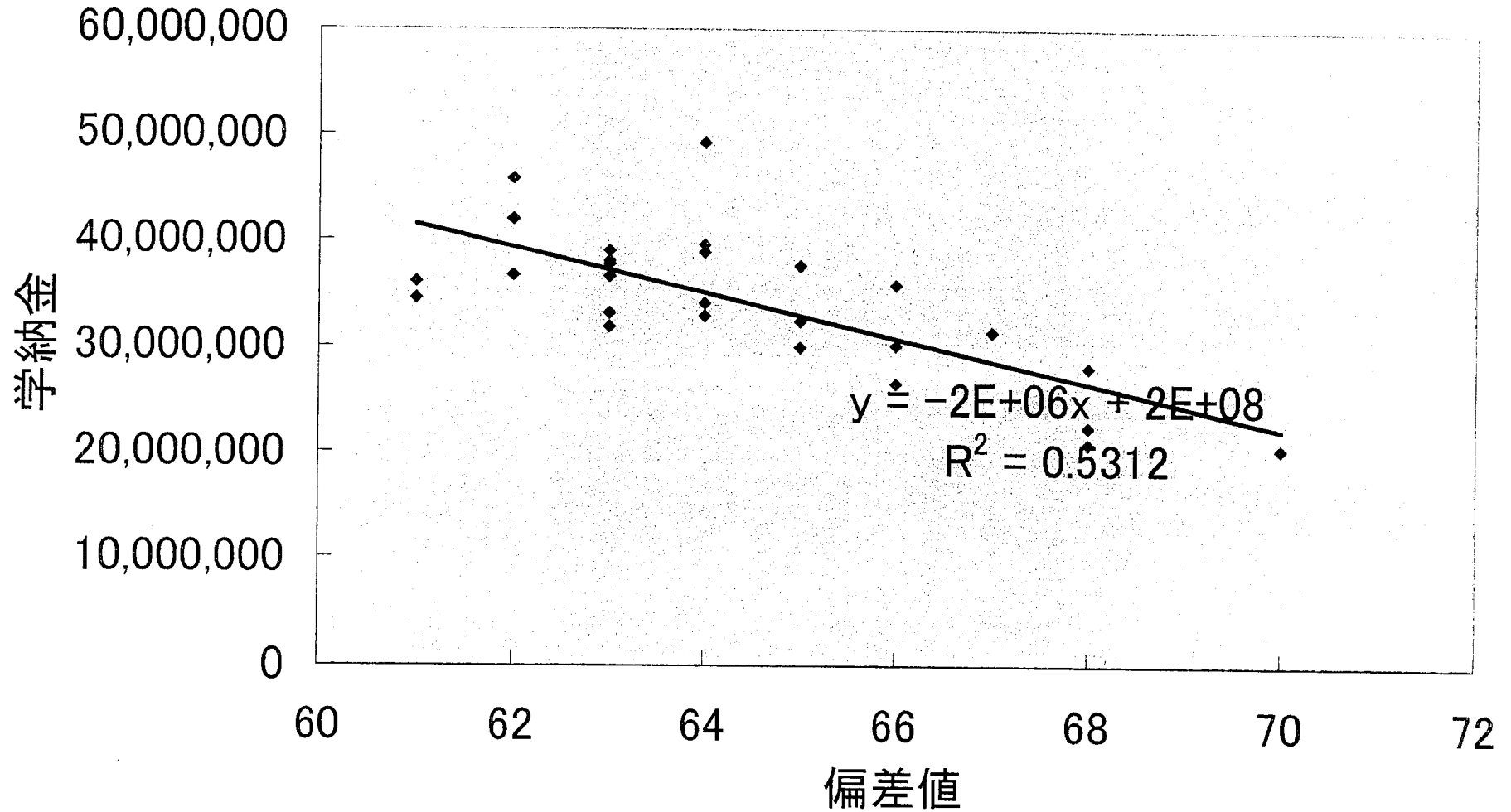
地域小児科センター(救急・NICU型)の配置案



中核病院、地域小児科センター病院

	総数 (千人)	0~14 歳(千人)	面積 平方km	中核病 院の数	地域小 児科セ ンター 病院の 数	1中核病 院当 たり小 児人 口(人)	1地域小 児科セ ンター 病院 当 たりの 小児 人口 (人)	1中核病 院当 たりの 面積 (km ²)	1地域小 児科セ ンター 病院 当 たりの 面積 (km ²)	小児人 口密度 (人 /km ²)	会 員 数	会 員 当 た り 小 児 人 口	計 画 小 児 科 医 師 数	小 児 人 口 /計 画 小 児 科 医 生 数	計 画 小 児 科 医 生 数 /会 員 数 比
北海道	5 679	777	78625	6	11	129,500	70,636	13,104	7,148	10	736	1056		#DIV/0!	0.00
青森	1 474	218	9617	1	4	218,000	54,500	9,617	2,404	23	161	1354	139	1568	0.86
岩手	1 413	208	15279	1	9	208,000	23,111	15,279	1,698	14	147	1415	120	1733	0.82
宮城	2 371	347	7292	1	3	347,000	115,667	7,292	2,431	48	304	1141	114	3044	0.38
秋田	1 184	159	11577	1	9	159,000	17,667	11,577	1,286	14	146	1089	91	1747	0.62
山形	1 241	180	9327			#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	19	142	1268		#DIV/0!	0.00
福島	2 125	333	13680	1	6	333,000	55,500	13,680	2,280	24	241	1382	181	1840	0.75
茨城	2 992	449	6075	3	8	149,667	56,125	2,025	759	74	275	1633	173	2595	0.63
栃木	2 010	302	6414	3	4	100,667	75,500	2,138	1,604	47	274	1102	175	1726	0.64
群馬	2 031	303	6356	2	7	151,500	43,286	3,178	908	48	310	977	161	1882	0.52
埼玉	6 978	1019	3799	5	20	203,800	50,950	760	190	268	667	1528	595	1713	0.89
千葉	5 968	837	5150	4	12	209,250	69,750	1,288	429	163	630	1329	524	1597	0.83
東京	12 138	1440	2158	7	18	205,714	80,000	308	120	667	2724	529	699	2060	0.26
神奈川	8 570	1194	2402			#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	497	1144	1044		#DIV/0!	0.00
新潟	2 473	358	12579	1	4	358,000	89,500	12,579	3,145	28	285	1256	197	1817	0.69
富山	1 121	155	4252	1	4	155,000	38,750	4,252	1,063	36	168	923	82	1890	0.49
石川	1 182	174	4197	2	7	87,000	24,857	2,099	600	41	174	1000	191	911	1.10
福井	830	127	4191	1	3	127,000	42,333	4,191	1,397	30	118	1076		#DIV/0!	0.00
山梨	890	136	4463	1	5	136,000	27,200	4,463	893	30	131	1038	86	1581	0.66
長野	2 223	331	13585	1	10	331,000	33,100	13,585	1,359	24	284	1165	162	2043	0.57
岐阜	2 111	318	10596	1	7	318,000	45,429	10,596	1,514	30	220	1445	174	1828	0.79
静岡	3 781	558	7704			#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	72	450	1240		#DIV/0!	0.00
愛知	7 087	1084	5138	5	12	216,800	90,333	1,028	428	211	925	1172	596	1819	0.64
三重	1 861	278	5777	1	5	278,000	55,600	5,777	1,155	48	234	1188	142	1958	0.61
滋賀	1 353	218	3344	1	4	218,000	54,500	3,344	836	65	219	995		#DIV/0!	0.00
京都	2 646	360	4608	2	10	180,000	36,000	2,304	461	78	472	763		#DIV/0!	0.00
大阪	8 818	1250	1868	7	17	178,571	73,529	267	110	669	1368	914	1022	1223	0.75
兵庫	5 571	820	8378	3	10	273,333	82,000	2,793	838	98	762	1076	68	12059	0.09
奈良	1 442	210	3692	1	3	210,000	70,000	3,692	1,231	57	196	1071	103	2039	0.53
和歌山	1 066	155	4725	1	3	155,000	51,667	4,725	1,575	33	142	1092	92	1685	0.65
鳥取	613	92	3489	1	4	92,000	23,000	3,489	872	26	128	719	76	1211	0.59
島根	761	109	6549	1	4	109,000	27,250	6,549	1,637	17	130	838	93	1172	0.72
岡山	1 953	287	7090	2	5	143,500	57,400	3,545	1,418	40	338	849	190	1511	0.56
広島	2 879	421	8466	1	11	421,000	38,273	8,466	770	50	398	1058		#DIV/0!	0.00
山口	1 524	209	6106	1	6	209,000	34,833	6,106	1,018	34	205	1020	84	2488	0.41
徳島	822	114	4145	1	3	114,000	38,000	4,145	1,382	28	135	844	66	1727	0.49
香川	1 022	145	1882	2	3	72,500	48,333	941	627	77	159	912	86	1686	0.54
愛媛	1 491	213	5672	1	5	213,000	42,600	5,672	1,134	38	200	1065	120	1775	0.60
高知	813	110	7107	1	4	110,000	27,500	7,107	1,777	15	131	840	56	1964	0.43
福岡	5 032	732	4960	5	13	146,400	56,308	992	382	148	873	838	510	1435	0.58
佐賀	876	141	2433	1	4	141,000	35,250	2,433	608	58	115	1226	83	1699	0.72
長崎	1 513	235	4112	1	3	235,000	78,333	4,112	1,371	57	218	1078	90	2611	0.41
熊本	1 860	283	7408	1	3	283,000	94,333	7,408	2,469	38	288	983	132	2144	0.46
大分	1 221	176	6337	1	4	176,000	44,000	6,337	1,584	28	149	1181	110	1600	0.74
宮崎	1 169	183	7735	1	3	183,000	61,000	7,735	2,578	24	136	1346	48	3813	0.35
鹿児島	1 783	274	9165	1	9	274,000	30,444	9,165	1,018	30	217	1263	147	1864	0.68
沖縄	1 329	262	2254	2	4	131,000	65,500	1,127	564	116	215	1219	137	1912	0.64
全 国	127291	18283	371756	88	303					49	18084	1011	7915	2310	0.44

学納金と偏差値の関係



(Doctor Helicopter)



運用医療機関 14 医療機関 (平成20年1月末現在)
私立医科大学 7大学
国立大学 1大学 公立大学 2大学
他 4医療機関

ドクターヘリ導入の私立医科大学附属病院

[平成13年度]・・・4施設

川崎医科大学附属病院、日本医科大学千葉北総病院、
愛知医科大学病院、久留米大学病院

[平成14年度]・・・1施設

東海大学医学部附属病院

[平成15年度]・・・1施設

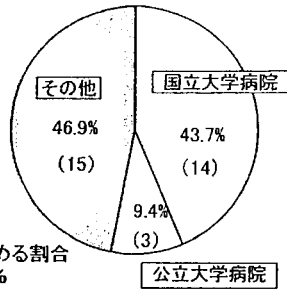
順天堂大学医学部附属静岡病院

[平成19年度]・・・1施設

埼玉医科大学総合医療センター

都道府県がん診療連携拠点病院

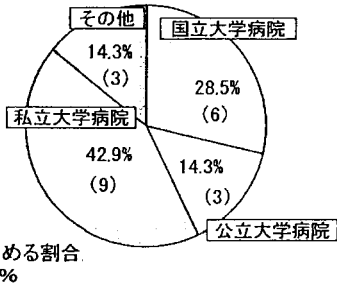
施設数：()



※1 平成19年1月31日現在
 ※2 国立がんセンターがん対策情報センター調べ

高度救命救急センター

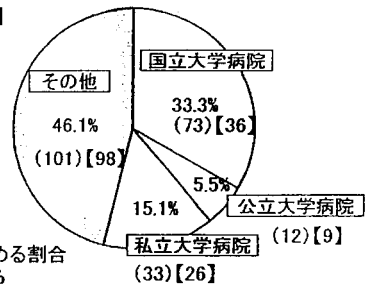
施設数：()



※1 平成19年11月1日現在
 ※2 厚生労働省調べ

臓器移植登録施設

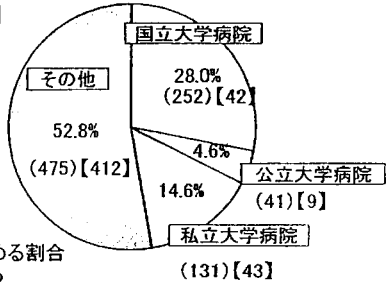
登録件数：()
 登録施設数：[]



※1 平成19年7月30日現在
 ※2 (社)日本臓器移植ネットワーク調べ

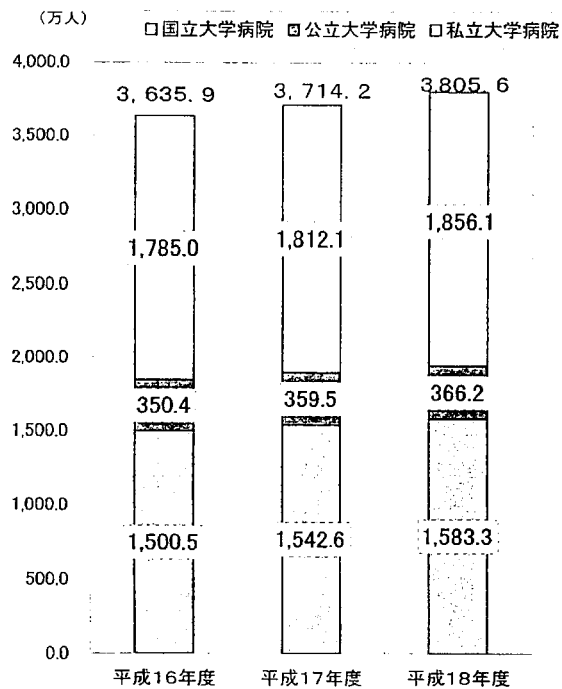
先進医療承認件数

承認件数：()
 登録施設数：[]

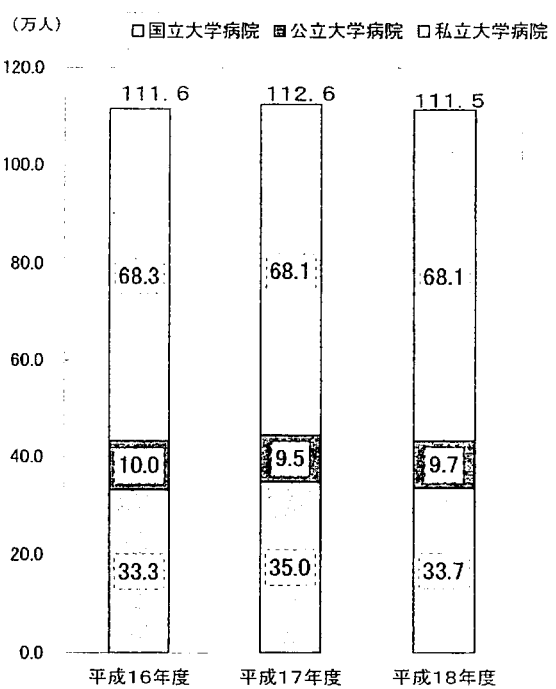


※1 平成19年11月1日現在
 ※2 厚生労働省調べ

外来患者延数の推移



救急患者延数の推移



○文部科学省調べ

近年の大学病院を巡る厳しい状況

① 待遇の低さによる若手医師等の大学病院離れ
 《大学病院における研修医の減少》
 ・研修医在籍率：平成15年度73%⇒平成19年度45%
 ・研修の不満な点：雑用の多さ、待遇・処遇の悪さ



② 平成18年度診療報酬のマイナス改定(▲3.16%)



③ 教育・研究・診療機能のバランス維持が困難に



④ 医師派遣機能の低下、大学に残る医師の負担増

大学病院の機能を発揮できない状況

私立医科大学における地域医療体制に関する調査(Ⅰ)
 当該大学から医師を派遣している教育・診療連携病院の病院数と医師数について(総数)
 (平成20年1月～4月現在)

厚生労働省大臣官房統計情報部

平成18年「医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」

(平成18年12月31日現在)より、

都道府県(従業地)別にみた医療施設に従事する

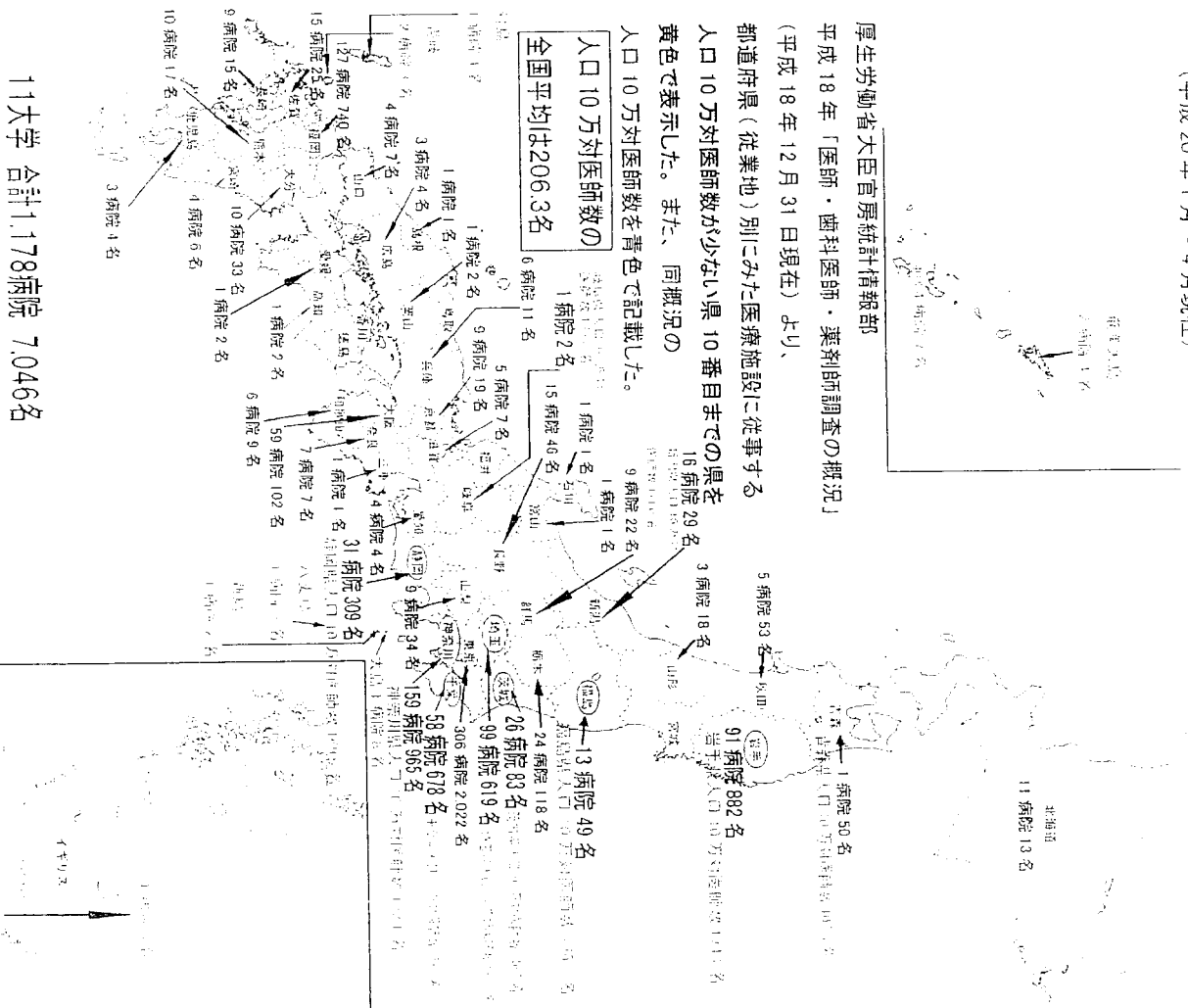
人口10万対医師数が少ない県10番目までの県を

黄色で表示した。また、同概況の

人口10万対医師数を青色で記載した。

人口10万対医師数の

全国平均は206.3名



11大学 合計1,178病院 7,046名

私立医科大学における地域医療体制に関する調査[Ⅱ]

平成20年6月25日
社団法人 日本私立医科大学協会

平成20年2月20日付にて実施した「私立医科大学における地域医療体制に関する調査[Ⅰ]」に関連して、医学部卒業後10年前後と卒後20年前後の方々の勤務状況を把握するため、平成20年2月21日付にて関東地区の6大学に対して[調査Ⅱ]を実施し、第221回理事会(平成20年3月13日開催)に報告した。その後、さらに、東北地区、関西地区、九州地区の5大学に対して調査の協力を求め、以下のとおり取りまとめた。

1. 卒後10年前後の勤務医数と開業医数について

単位:人

大 学 名	合計	勤務医	開業医	その他	不明
A	108	78	8	10	12
B	87	69	2	5	11
C	91	76	0	5	10
D	102	100	1	0	1
E	98	85	2	0	11
F	108	102	3	0	3
G	85	64	2	0	19
H	94	77	2	11	4
I	104	73	0	0	31
J	99	81	3	8	7
K	71	48	1	0	22
合 計	1,047	853	24	39	131
合計医師数に対する割合	100.0%	81.5%	2.3%	3.7%	12.5%

※C大学:その他5名は大学院

17

2. 卒後20年前後の勤務医数と開業医数について

単位:人

大 学 名	合計	勤務医	開業医	その他	不明
A	130	61	52	3	14
B	96	40	40	1	15
C	106	79	8	0	19
D	111	79	32	0	0
E	104	81	11	0	12
F	116	68	45	0	3
G	109	39	55	0	15
H	118	70	38	7	3
I	114	61	40	0	13
J	119	93	20	1	5
K	75	53	16	0	6
合 計	1,198	724	357	12	105
合計医師数に対する割合	100.0%	60.4%	29.8%	1.0%	8.8%

8