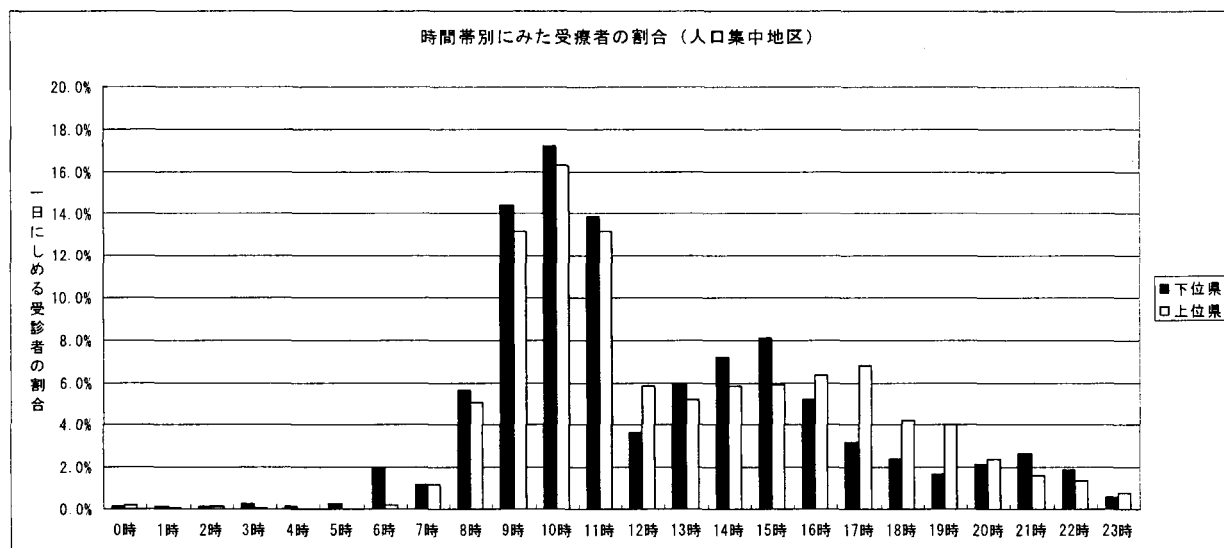
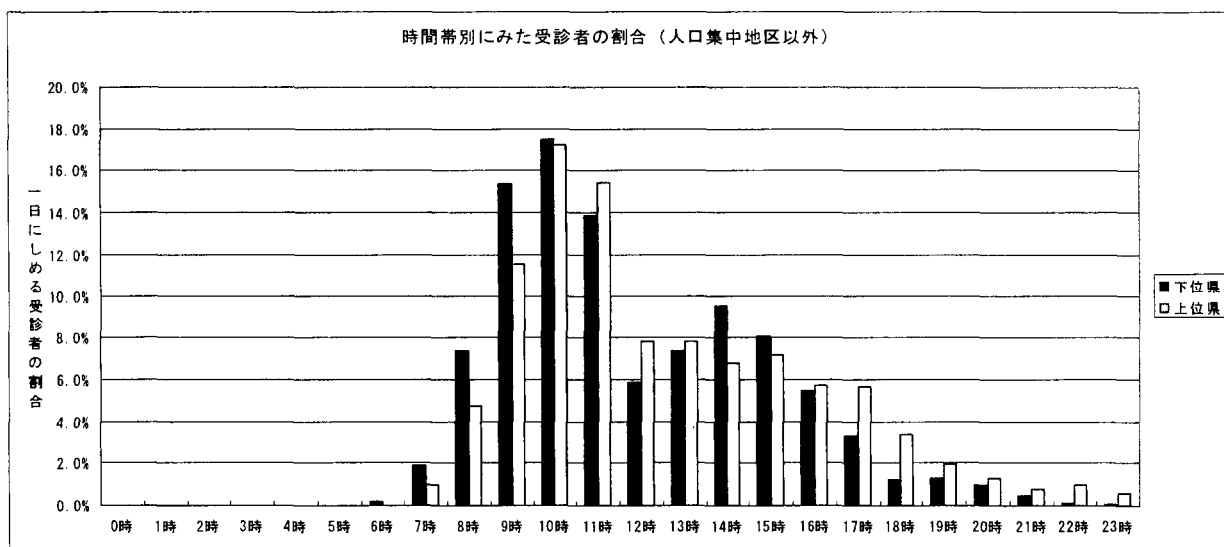


勤務医の負担軽減策について②
—診療所の夜間診療—
(参考資料)

図表 1 地域別に見た住民の受療行動



（出典）総務省「平成18年社会生活基本調査」

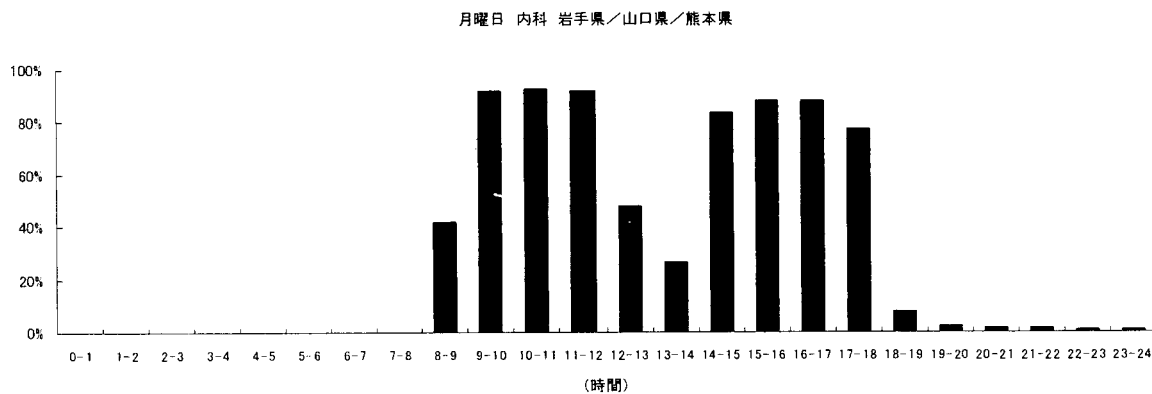
※ 社会生活基本調査の結果に基づき、各地区における人口によって加重平均した。

※ 人口集中地区とは基本単位区を基礎単位地域とし、市区町村の境域内で人口密度の高い基本単位区（原則として人口密度が1km²当たり4,000人以上）が隣接し、それらの地域の人口が平成17年国勢調査時に5,000人以上を有している地域をいう。

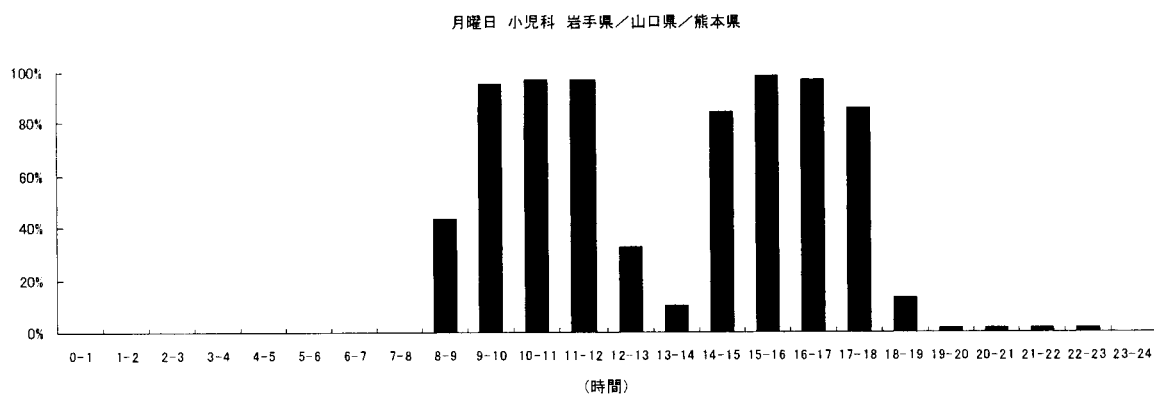
平成17年国勢調査結果に基づき、調査区ごとに人口集中地区か否かを区分している。

図表2 診療科別にみた時間毎の開業割合（下位県）

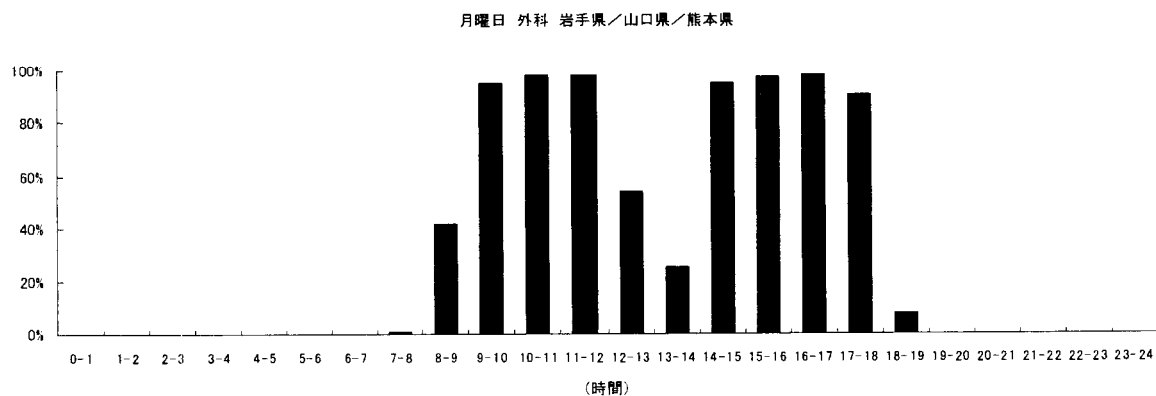
内科



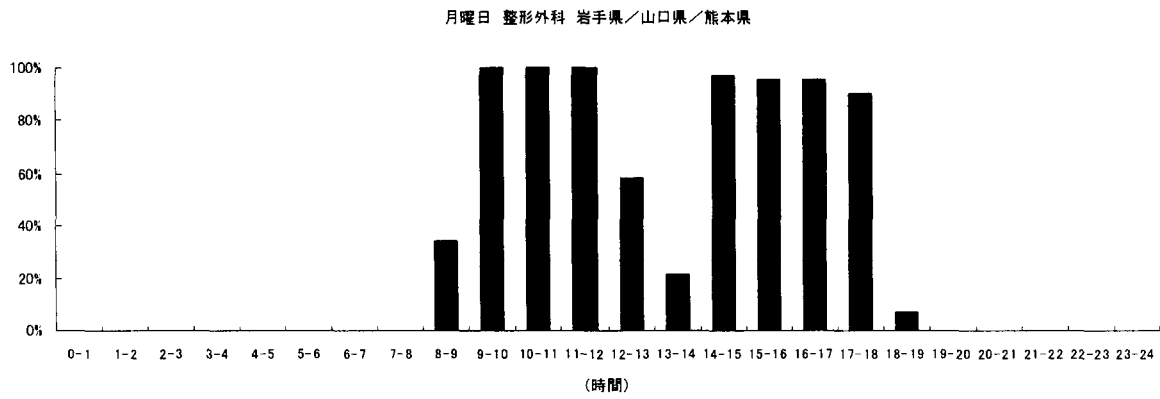
小児科



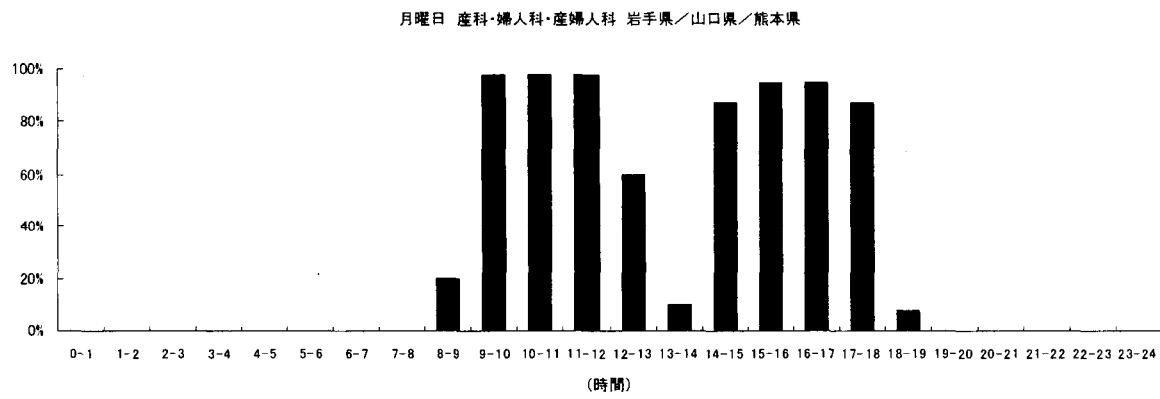
外科



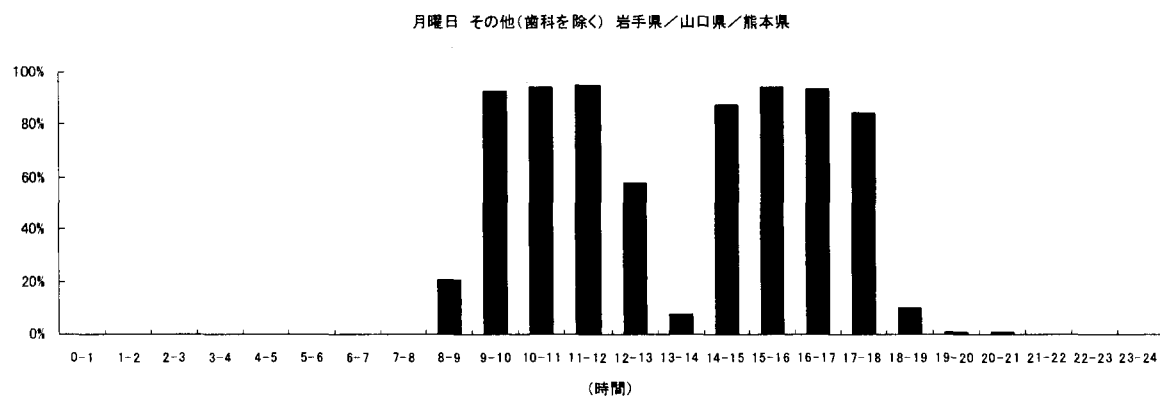
整形外科



産婦人科



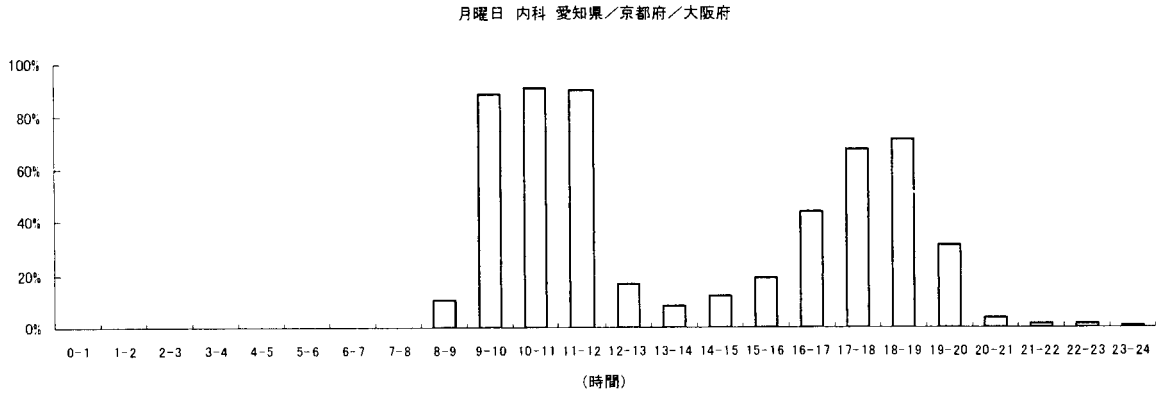
その他 (歯科を除く)



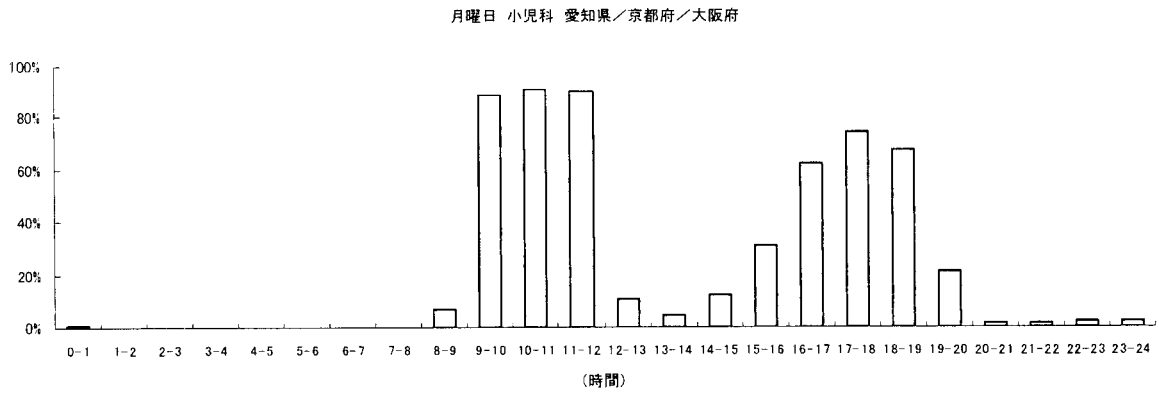
(出典) 保険局医療課調べ

図表3 診療科別にみた時間毎の開業割合（上位県）

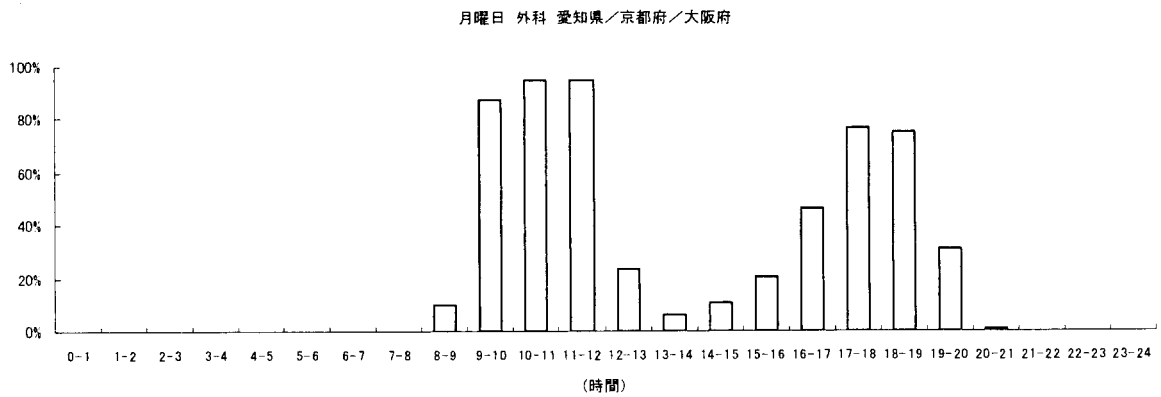
内科



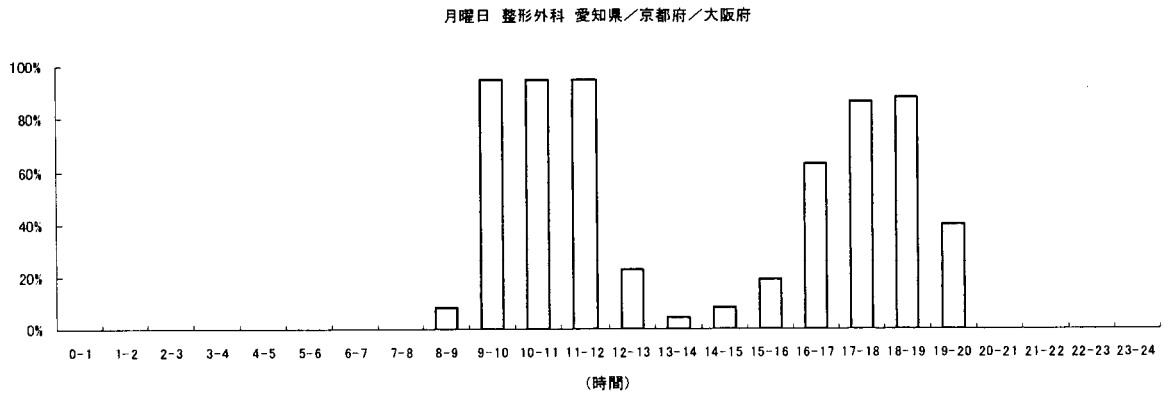
小児科



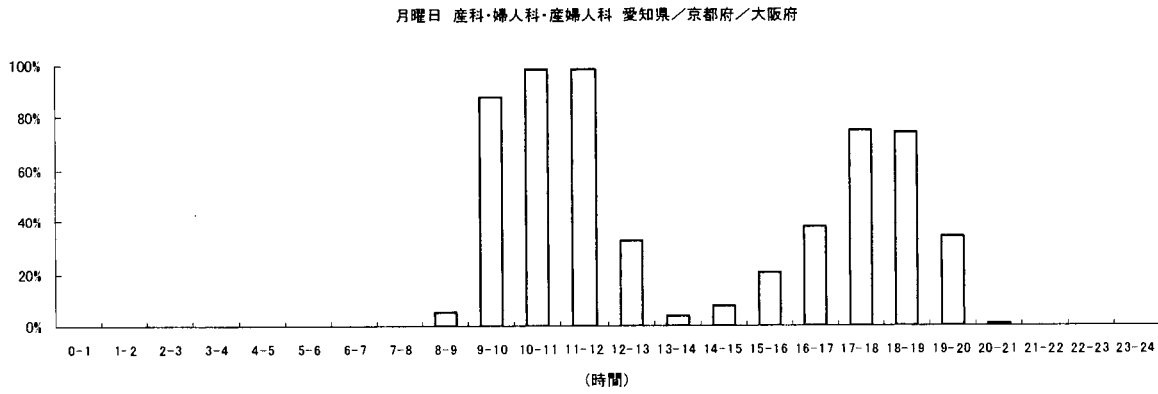
外科



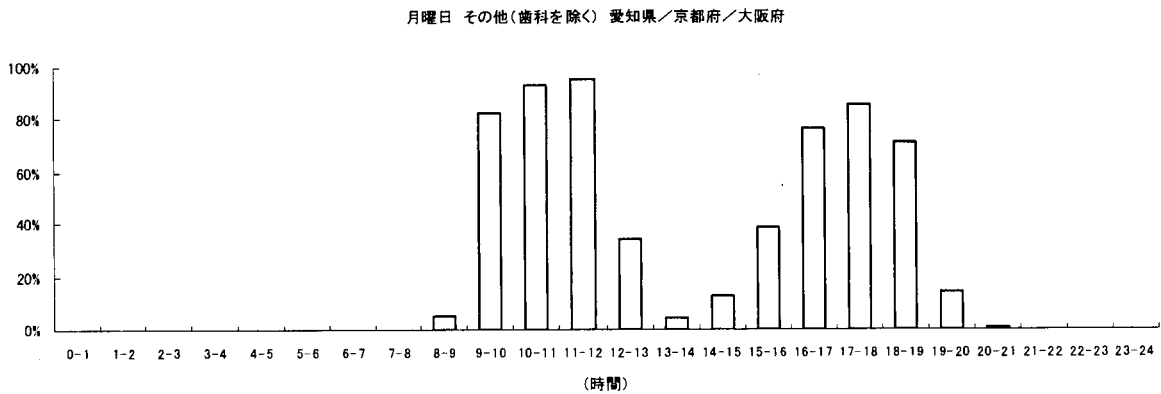
整形外科



産婦人科

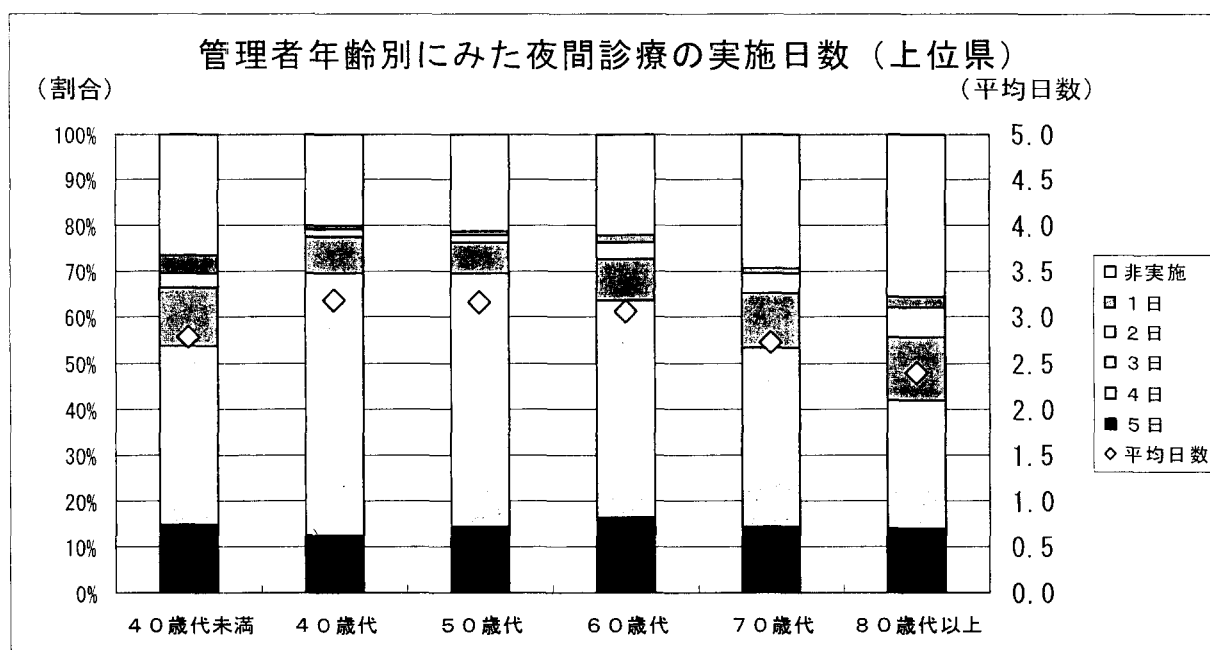
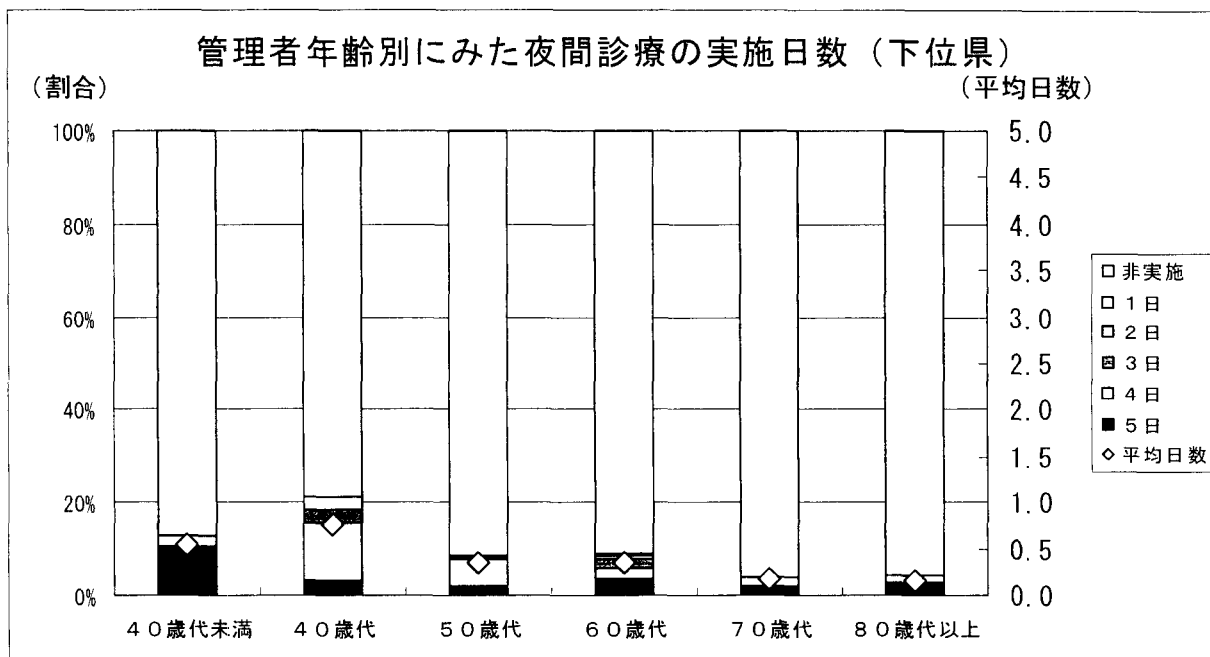


その他（歯科を除く）



(出典) 保険局医療課調べ

図表4 管理者年齢と夜間診療の関係



管理者年齢別の夜間診療の平均実施日数

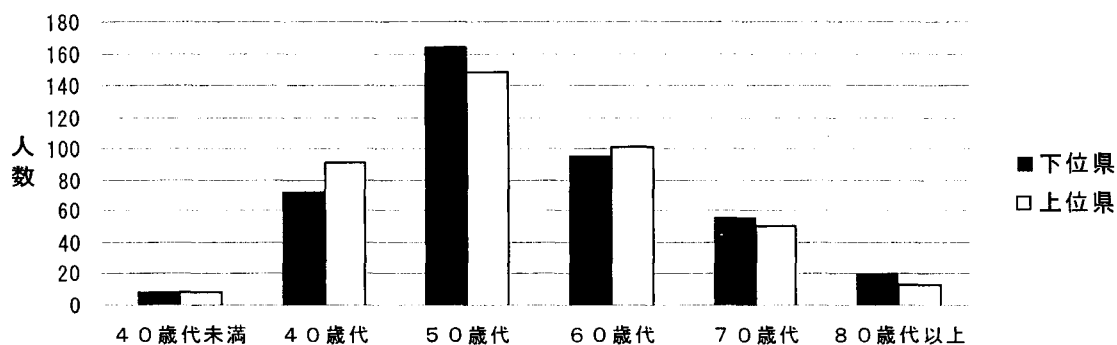
管理者年齢	40歳未満	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代	80歳代
下位県	0.6	0.8	0.4	0.3	0.2	0.2
上位県	2.8	3.2	3.2	3.1	2.7	2.4

(単位：日)

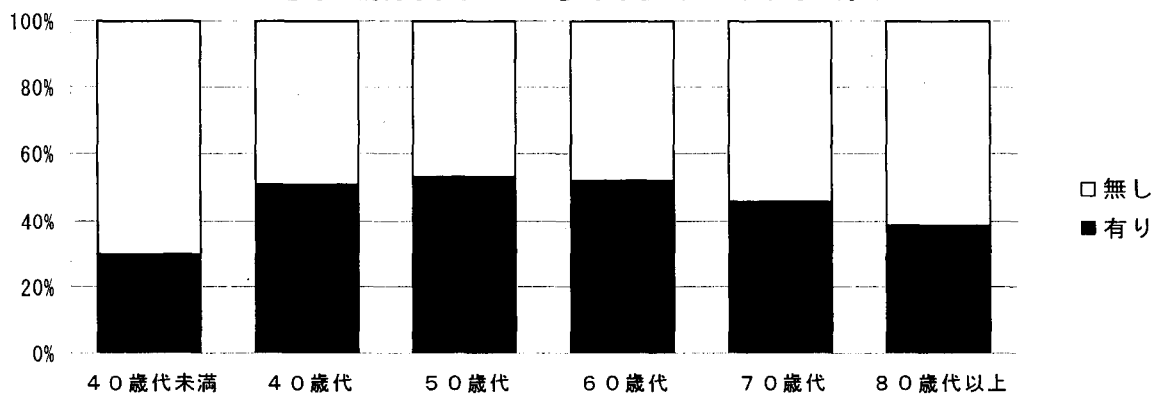
(出典) 保険局医療課調べ

図表5 管理者年齢と救急医療計画への参画状況の関係

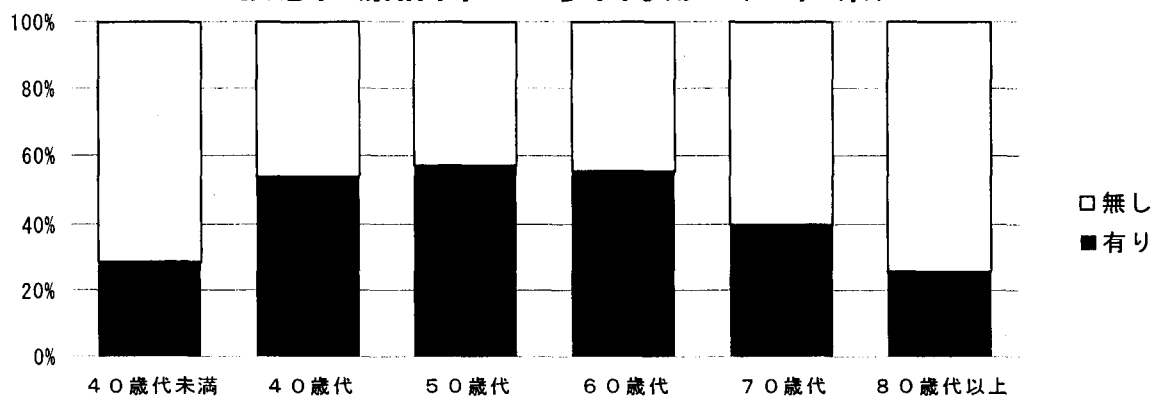
救急医療計画への参画医師数



救急医療計画への参画状況（下位県）



救急医療計画への参画状況（上位県）



※ 在宅当番医制への参加、休日夜間急患センター又は第二次・三次救急医療機関への応援を実施している場合を、救急医療計画に参画しているとした。

(出典) 保険局医療課調べ

図表6 夜間診療の有無と休日夜間急患センター又は第二次・三次救急医療機関への応援状況の関係

下位県

休日夜間急患センター 又は第二次・三次救急への応援の有無	夜間診療の実施	
	実施している	実施していない
有り	8	89
無し	101	886

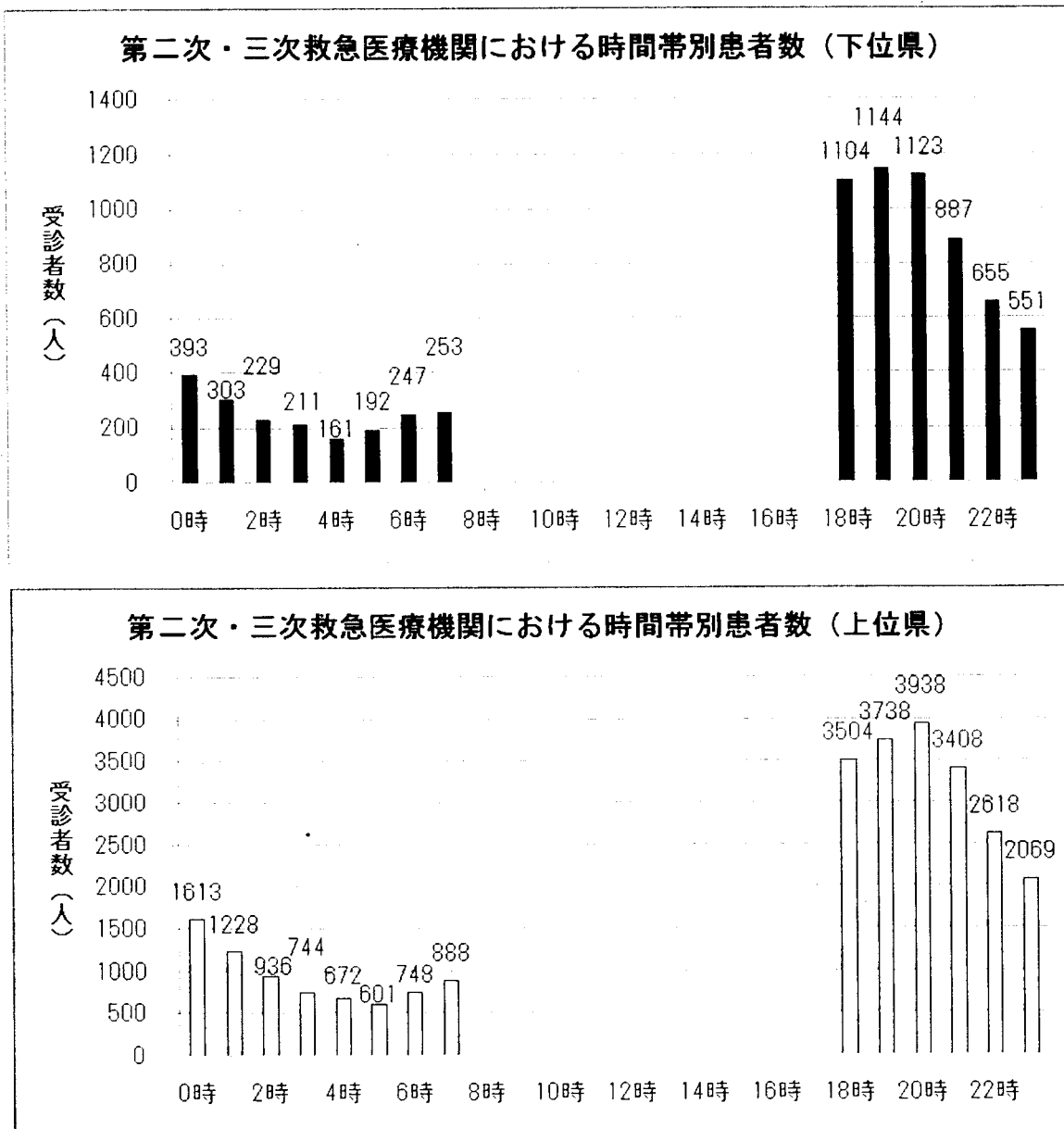
上位県

休日夜間急患センター 又は第二次・三次救急への応援の有無	夜間診療の実施	
	実施している	実施していない
有り	233	38
無し	1372	496

※ 常態として平日に1日でも18時以降の診療を実施している場合を、「夜間診療を実施している」とした。

(出典) 保険局医療課調べ

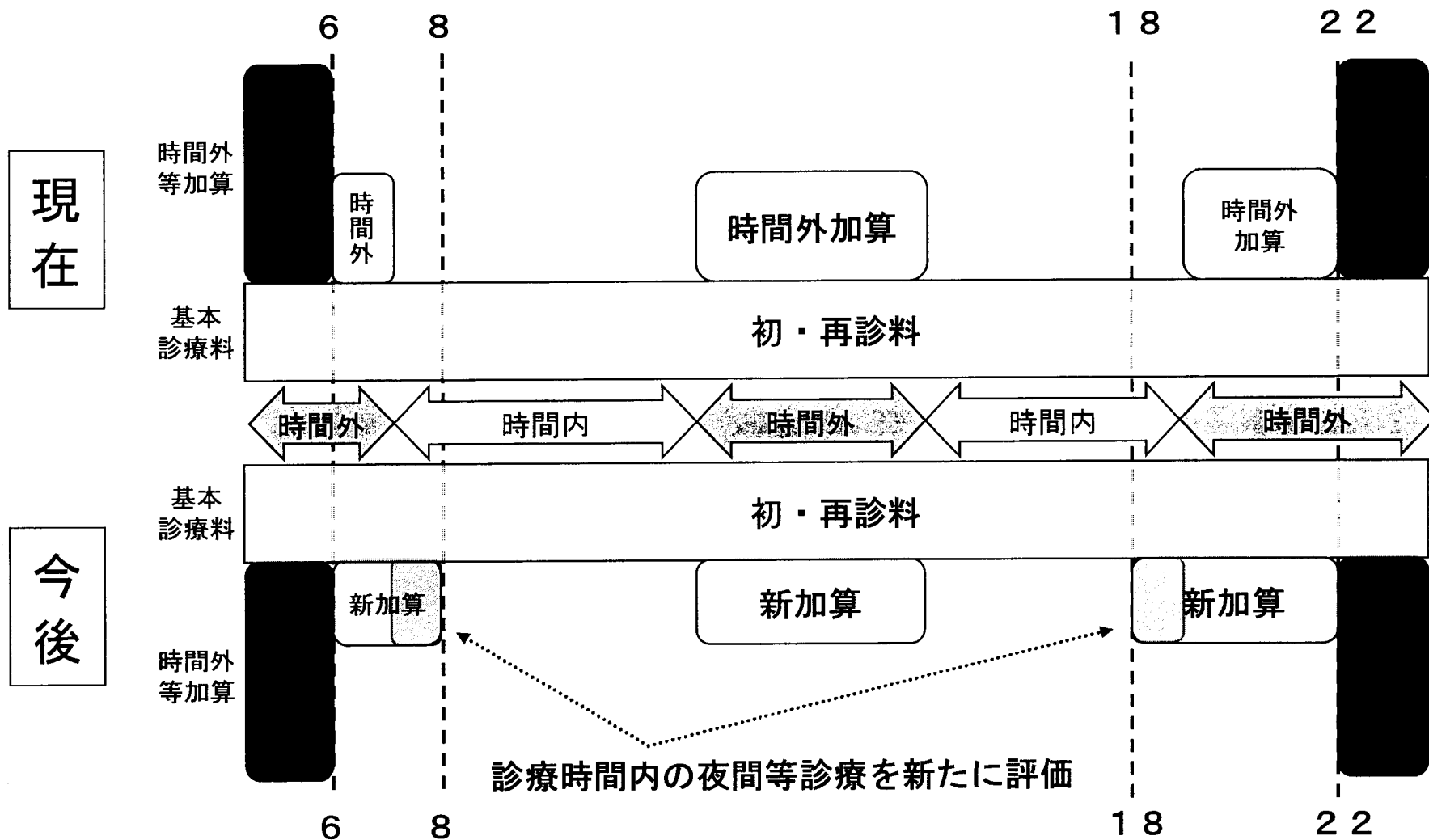
図表7 第二次・三次救急医療機関における時間帯別患者数



(出典) 保険局医療課調べ

(緊急応需体制の概念を変更することによる)

時間帯ごとの基本診療料の変化



時間外加算の見直し

基本的に、開業時間であるかどうかにかかわらず、来院した時間帯によりそれぞれの加算を算定することとする。

急性期医療に係る評価について② — 7対1入院基本料の基準の見直しについて—

第1 前回からの課題

1 前回提示した論点のうち、引き続き検討いただきたい論点

(中医協 診-1-1 19.10.3 より抜粋)

1 急性期病院の一般病棟における急性期等手厚い看護を要する患者を評価する指標について

- (1) 調査結果から、治療や処置内容がハイケアユニットとは異なることから、A得点については、タイムスタディ調査等の結果を加味して指標を見直し、急性期病院の一般病棟で実施されている治療・処置等を考慮した指標としてはどうか。

第2 急性期病院一般病棟で実施されている治療・処置の評価指標の検討

1 急性期病院の一般病棟で実施されている「専門的な治療・処置」

タイムスタディ調査結果から、「治療・処置に伴う看護」を受けている患者の急性期の治療過程において実施されている治療・処置の内容について分析した。

その結果、急性期病院の一般病棟で実施されている主な治療・処置は、「抗悪性腫瘍剤(注射薬)の使用」、「麻薬(注射薬)の使用」、「放射線治療」、「免疫抑制剤(注射薬・内服薬)の使用」、「昇圧剤(注射薬)の使用」、「抗不整脈剤(注射薬)の使用」及び「ドレナージの管理」であった。

(参考資料図表1)

これらの治療・処置内容は、急性期病院の一般病棟で医師の高度で専門的な医学的判断の下に実施されるものであり、同時に、このような「専門的な治療・処置」を受けている患者の看護は、より高度で専門的な知識と技術を必要とすると考えられる。

ハイケアユニットでは、高度で専門的な治療・処置を評価するために重症度・看護必要度評価票に「15. 特殊な治療法等」という項目が用いられているが、急性期病院の一般病棟においては、これに代えて、前述の「専門的な治療・処置」をその評価項目として用いることが考えられる。

(参考資料図表 2)

2 評価項目としての妥当性の調査

タイムスタディ調査結果を受けて「専門的な治療・処置」の急性期病院一般病棟での実施状況、及び評価項目としての妥当性を把握するために、7対1入院基本料届出病院を対象に調査を実施した。

その結果、調査対象施設が設定した特定の1日において「専門的な治療・処置」の①から⑦を受けている患者の割合は合計で18.4%であり、急性期病院の一般病棟では、一定以上の患者に対してこのような「専門的な治療・処置」が実施されていることが分かった。

「専門的な治療・処置」の①から⑦のうち、最も割合が高かったのは、ドレナージの管理で7.2%、次いで免疫抑制剤の使用3.5%、抗悪性腫瘍剤の使用2.3%であった。また、2種類以上の治療を同時に実施していた患者は2.2%であった。

(参考資料図表 3)

3 急性期病院一般病棟用の患者の評価票（案）

平成18～19年度に実施した調査結果、及び先行研究を基に、急性期病院の一般病棟に入院する急性期等手厚い看護を必要とする患者を判定するための評価票（案）について検討した。

(1) 評価票（案）検討の考え方

評価票（案）については、「重症度・看護必要度」調査結果から、①実施頻度が高かった項目、②7対1、10対1、13対1病院間で発生頻度に差があった項目、③入院時と退院時において平均値に変化のあった項目、④急性期病院一般病棟における専門的な治療・処置、等の観点から項目の検討を行った。

また、一般病棟で用いる評価票であることから、病院側の負担を少なくするために、評価項目数が少ないこと、判断が容易であること、評価者が責任を持てること、道具（コンピュータ、判定ソフト等）を必ずしも必要としないこと等を考慮した。

(2) 評価票（案）の項目（参考資料図表4）

ア A項目について

上記の考え方を基に検討した結果、A項目については「重症度・看護必要度」基準の項目から、「創傷処置」、「血圧測定」、「時間尿測定」、「呼吸ケア」、「点滴ライン同時3本以上」、「心電図モニター」、「シリンジポンプの使用」及び「輸血や血液製剤の使用」の8項目、さらに「専門な治療・処置」の1項目を追加し、9項目とする。

イ B項目について

B項目については、「重症度・看護必要度」基準の項目から、「寝返り」、「起き上がり」、「座位保持」、「移乗」、「口腔清潔」、「食事摂取」及び「衣服の着脱」の7項目とする。

第3 急性期入院医療の評価について

1 入院基本料の考え方

入院基本料は、基本的な入院医療の体制を評価するものであり、療養

環境の提供、看護師等の確保及び医学的管理等についてあわせて評価したものである。

具体的には、入院中の患者に係る医師の基本的な診察や診療計画の作成等を入院基本料で評価している。

そのため、医療法標準による医師等の員数の基準を下回る場合は、入院基本料の減算を行うこととなっている。

2 7対1入院基本料における医師の評価

7対1入院基本料については、平成18年度診療報酬改定において、「急性期入院医療の実態に即した手厚い看護配置を適切に評価する目的」で導入されたものであるが、これは基本的に多くの医師が急性期病院において診療を行っていることを含めて評価するものである。

7対1入院基本料においては、特に急性期医療を評価するものとして、看護の「一般病棟の重症度・看護必要度に係る評価票（案）」基準に加えて、医師の診療体制についても要件とする必要があると考えられる。

第4 論点

- 1 急性期入院医療を適切に評価するために、急性期等手厚い看護が必要な患者の判定に、「一般病棟の重症度・看護必要度に係る評価票（案）」を用いることとしてはどうか。また、判定基準については、これまでの調査結果をさらに精査し、検討することとしてはどうか。
- 2 急性期入院医療を適切に評価するために、急性期入院医療を担う医療機関の医師の診療体制について、要件に含めることを検討することとしてはどうか。
- 3 今回の調査結果から、10対1入院基本料算定病院においても、日常生活等、手厚い看護が必要な患者が一定以上いることから、看護補助者等の体制評価について検討することとしてはどうか。

参考：病棟単位の視点について

7対1入院基本料を病棟単位で算定することについては、病棟単位で7対1を取得することで、重症患者を当該病棟に集めて集中的な治療が可能となる、というメリットがありうる一方で、次のような問題がある。

(1) 患者の負担増

病棟単位の届出の場合、患者は重症度・看護必要度に応じて入院する病棟を変更することになる。例えば、胸部大動脈瘤破裂で救急外来を受診後、①救命救急治療室 → 手術 → ②ICU（特定集中治療室）→ ③ハイケアユニット → ④7対1病棟 → ⑤10対1病棟等、と短い入院期間中に、患者の回復度に応じて、頻繁に転室を繰り返すことになる。この状況は患者にとって療養上のストレスが高くなることが予測される。

(2) 複数の診療科構成による課題

日本の急性期病院では、診療科単位で病棟を構成する施設が多い。仮に、病棟単位の構成とした場合、患者は診療科ごとにではなく、重症度に合わせて当該病棟に入院するため、医師にとっては担当患者が全病棟にわたることになり、診療上の負担が増大する。

また、看護職員は当該診療科特有の専門的な治療・処置、それに伴う看護の知識や技術に長けていることが多い。一方、他の診療科については知識や技術が未熟な場合もあることから、医療安全管理の面でリスクが高まることが懸念される。