



福岡医発第625号(地)

平成21年 6月25日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会

会長 横 倉 義 武

(公 印 省 略)

「地域医療再生基金」について

時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、平成21年度補正予算による「地域医療再生基金」について、日本医師会においては、別添のとおり医師会を中心とした「連携と継続の地域医療体制の再構築」を図っていく旨の考えを示し、「地域医療再生計画」に記載すべき事業の参考例が掲げている、「地域医療再生基金の創設に向けて」を別添のとおり取りまとめ、去る6月16日開催の都道府県医師会長会議にて説明をしております。

本会といたしましても、本件についてプロジェクトを作り、検討し、県行政に対し、意見・要望を行っていきたいと考えております。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご丁知いただきますようよろしくお願い申し上げます。

地域医療再生基金の創設に向けて

日本医師会
2009年6月16日

各都道府県医師会において、早急に、地域医療対策協議会等により、「地域医療再生計画」の策定作業に取り掛かっていただくことが必要。

※ 地域医療再生基金

都道府県が地域の医療課題の解決に向けて策定する「地域医療再生計画」に基づいて行う、医療圏単位での医療機能の強化、医師等の確保等の取組を支援

「地域医療再生基金」事業のあらまし

- 趣旨
 - － 地域医療の課題を解決するため、都道府県が策定する「地域医療再生計画」に基づき、事業を実施する。
- 地域医療再生計画の策定
 - － 都道府県が、2次医療圏(複数医療圏可)を対象に策定
 - － 平成21年度中の策定を基本
 - － 計画期間:5年間程度
 - － 総額3100億円／年。10医療圏:100億円、70医療圏:30億円
- 基金の設置
 1. 国が、地域医療再生計画を認定し、費用を都道府県に交付
 2. 都道府県が、地域医療再生基金を設置
- 補助対象事業
 - － 救急、周産期医療などについて医療機能連携による診療機能の強化や、持続的な医師確保の仕組みづくりのための事業
 - － 地域の実情に応じて実施するため、あらかじめメニューを限定しない
 - － 対象経費は、ハード(施設・設備整備)、ソフト(事業運営)の費用双方
 - － 既存の国庫補助事業との併用可

「地域医療再生基金」事業のあらまし

- 都道府県が地域の実情に応じて取り組む事業を弾力的に支援
- 事業例(厚生労働省等資料を基に作成)

1. 地域の診療機能強化の例(脳卒中を例にしたもの)

- 【救命救急センター: 広域圏】脳卒中集中治療室・医療機器等の整備、救急トリアージ看護師養成
- 【後方支援病院: 2次医療圏】後方病床の整備、亜急性期対応の看護師研修
- 【リハビリ強化病院: 1次医療圏】リハビリ室等の拡充整備、退院支援の体制強化
- 【診療所: 日常生活圏】継続的な健康管理

2. 医師確保の例

- 医師事務作業補助者や短時間正規雇用による業務負担軽減
- 医師・看護師等の養成力の強化
- 医師不足地域への医師派遣(派遣医師への手当、派遣元病院(公的、民間)への支援)
- 医学部地域枠や奨学金の設定、医学部への地域医療の寄付講座設置(人事上のポスト)
- 都道府県の人事に属する医師の増加(医師派遣)

「地域医療再生基金」と医師会

日本医師会：「地域医療再生基金」の事業例を列挙（同時に、他の補助事業充実や地方負担分の軽減を含め政府・与党と折衝）



都道府県医師会：日医例を参考に、地域の実情を勘案して採択すべき事業を都道府県と折衝、医療対策協議会等での検討



都道府県の「地域医療再生計画」に記載



国が、「地域医療再生計画」の内容を認定し、必要な費用を都道府県に交付



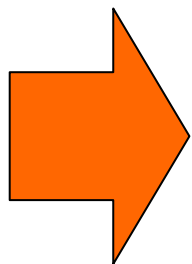
都道府県が、「地域医療再生基金」を設置



「地域医療再生基金」により、各医療機関等を財政支援

地域医療再生基金の創設に向けて

2009年 ～	次の医療制度改革に向けた各審議会・検討会の議論スタート
2012年	医療法改正（目途）、診療報酬・介護報酬同時改定、 介護療養病床廃止 → <u>次の医療制度改革</u> ：医療機能の分化、 連携など
2013年	第2期の新医療計画、医療費適正化計画 等のスタート



地域の医療機関が次の医療制度改革に対応できるように、「地域医療再生基金」により、連携と継続の地域医療体制の再構築を図る。

連携と継続の地域医療体制の再構築

- 地域の実情に応じた自主的な取り組み
 - それぞれの地域に適したメニューが選択可能
 - － 医師会を中心とした地域連携づくり
 - － 予防から始まる地域の医療機能の役割分担と連携
 - － 救急医療における役割分担と連携
 - － 急性期医療と在宅医療とをつなぐ一般病院や有床・無床の診療所の役割重視
- ↓
- 医師確保策にも直結。
 - － 勤務医や看護職員等の負担軽減、離職防止など。

医師会を中心とした地域連携づくり

- 患者・国民が安心して医療を受けられるシステムの構築
- 医療のフリーアクセスの堅持とかかりつけ医機能の推進
- 地域全体をカバーするネットワークの構築

• 医師会は、地域連携の構築において、重要な役割を果たすことができる。

(1) 医療現場の意見の反映

- 医師会は、国、都道府県等の行政とともに医療計画の制度設計、計画作成、運用、評価等を行い、医療現場の意見を反映させることができる。

(2) 多様な関係者・職種間の協力

- 疾病の予防、在宅療養の推進、患者のQOL向上のため、地域連携には、保健・介護・福祉関係者との協力が求められる。医師会は、医療提供者を代表する立場から、地域の様々な関係者を取りまとめ、連携を進めることができる。

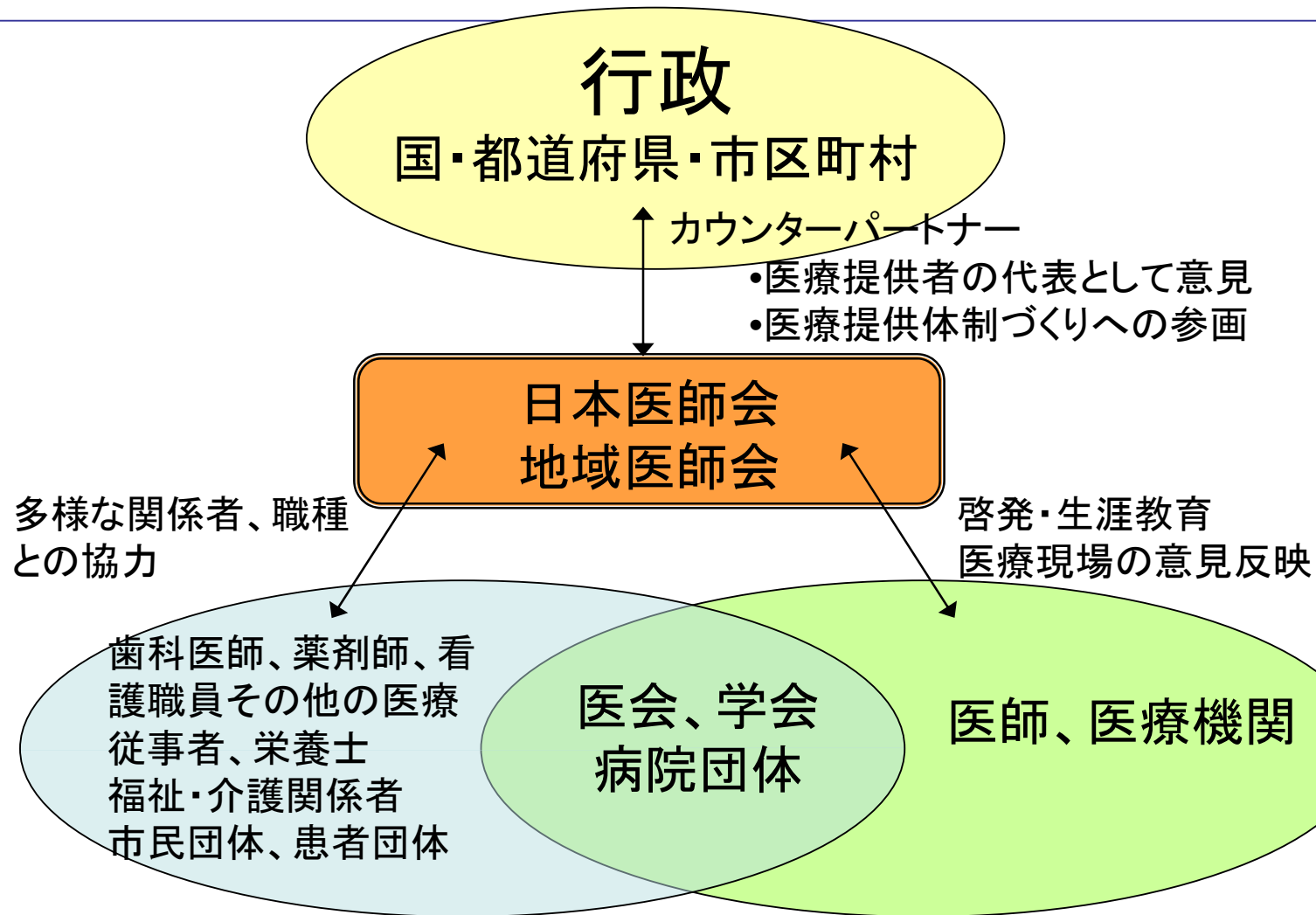
(3) かかりつけ医機能の推進

- 地域の保健、医療、介護・福祉の連携の中核となるのは、かかりつけ医機能。かかりつけの医師には、身近に存在し、何でも相談でき、初期診療を実施し、必要に応じて専門医・専門医療機関へ紹介することが望まれている。



医師会による「連携と継続の地域医療体制」の再構築

医師会と地域連携



連携と継続の地域医療体制の再構築

- 急性期・高度専門的医療と、一般医療との役割分担が重要
- 一般病院、有床・無床の診療所が、地域全体に分散し、急性期医療を終えた患者を受け入れ → 急性期現場の負担も軽減

交通事故で
心肺停止



救命救急センター
で、救命処置・治療



救命治療、ICUで
の処置、検査



救命処置後の治療、
リハビリ、入院療養
を実施



在宅での療養

在宅や介護施設
での療養



医療提供体制を整備し、救急医療から、亜急性期・回復期、慢性期、在宅療養までの切れ目のない医療を提供

1. 地域の医療機能の 役割分担と連携

「地域医療対策協議会」の活性化

- 地域医療対策協議会の機能強化・活性化

- 奨学金、交代制やへき地医療支援等による医師の確保策の強力な推進や、救急医療等の地域の連携体制の再構築を、地域医療対策協議会により行う。

- 地域医療対策協議会の役割

1. 医療従事者の確保策

- (1) 医師確保の具体的施策の策定、緊急臨時的医師派遣システムの運営

- (2) 看護職員等の確保の具体的施策の策定

2. 「4疾病5事業」の医療連携体制の構築

※ 2007年に法制化された地域医療対策協議会は、救急、へき地、災害、周産期、小児医療等における医師・医療従事者の確保等について、必要な施策を検討、策定する会議。都道府県医師会をはじめとする行政・医育機関等の医療関係者・住民代表等で構成。

有床診療所

- 有床診療所が担う役割の強化
 - 地域の初期、二次救急医療・時間外診療への取り組み
 - 専門医療を担って、病院勤務医の疲弊を防ぎ、地域医療の崩壊を防ぐ
 - 早期退院患者を含めた患者の受け皿機能
 - 地域の在宅医療の拠点として機能し、後方支援病床確保
 - 終末期医療、緩和ケア等ニーズが高まる分野への取組
- 夜勤看護職員確保のための人件費(含 保育体制)
- 医療機器の更新、新規導入費
- 入院環境改善のための施設の改修費
- 併設介護施設の新築・増改築・改修費
- 電子化対応のための経費(レセプト、患者案内等)

公益性の高い医療を担う病院・診療所

- 公益性の高い医療を担い、地域連携への役割を果たしている病院・診療所の再生
 - 公的医療機関等や民間医療機関のうち、地域の医療提供者を代表する地域医師会が、公的医療・地域連携の面で高い評価をしている医療機関を対象
 - 例えば、「救急医療等確保事業」(救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児救急を含む小児医療)等
 - 公益性の高い医療を担う病院・診療所への補助
 - 個々の医療機関や医療圏では対応不可能な高度・専門的な医療や特殊疾患に対応するための設備整備費
 - 地域の医療機関、介護施設等との連携のための会議費等
 - 医師・コメディカル等の研修費用、学会参加費用
 - 地域の医師・看護職員確保、教育研修費用
 - 住民と一体となった地域医療確保のための会議費用

遠隔医療、画像診断体制の構築

- 遠隔医療、画像診断は、国民の生命、医療の信頼を守るため、医療の安全や永続性が担保され、安定したシステムとして構築することが必要。
 - 画像診断センターの補助拡充及び施設整備
 - Ai(Autopsy Imaging)センターの整備
 - 緊急時対応
 - システムの汎用性・安定性
 - 画質水準の維持・向上
 - 診療放射線技師と読影医師の確保
- 遠隔医療に対する基本的考え方
 - ① 対面診療が原則であること。
 - ② 医師確保、医療格差対策であること。
 - ③ 地域連携に資すること：遠隔医療も医療連携の一環

勤務医の負担軽減：離職の引き止め

1.交代勤務医制の導入、推進

- ・ 短時間正規雇用の推進
- ・ 交代制等の導入には、多くの勤務医が必要となるため、医師の派遣や患者の紹介など地域連携への推進策が同時に必要

2.勤務医の手当確保

- ・ 2009年度に予算化された救急医や産科医等に対する手当補助を、対象範囲を拡大するとともに、国庫補助率の引き上げ、100%補助実現

3.女性医師の勤務環境の改善

- ・ 託児所・保育所充実(病児保育)、宿日直・時間外勤務要員確保費

4.勤務医の健康を守るためのシステム

- ・ 病院内における産業保健活動(独立した産業医の選任、職場巡視、専門的立場からの指導・助言)

5.医師とコメディカル、医療クランク等との適切な業務分担

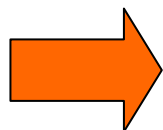
- ・ 研修・教育費用等

6.産科医療体制の充実

- ・ 妊婦健診等への自治体補助の地域格差是正

7.ドクターバンク

- ・ 定年退職勤務医の経験活用のため、地域医師会等の事業を推進(運営、再就業研修等含む)。



今いる勤務医、特に女性医師が辞めないようにする施策を優先

看護職員等のコメディカルの負担軽減： 離職の引き止め

1.コメディカルの勤務環境の改善

- ・ 託児所・保育所充実(病児保育)、宿日直・時間外勤務要員確保費

2.病院や有床診療所の夜勤のコメディカル(特に看護職員)確保

- ・ 育児支援:夜間保育、ベビーシッターに関する費用

3.コメディカルの健康を守るためのシステム

- ・ 病院内における産業保健活動(独立した産業医の選任、職場巡視、専門的立場からの指導・助言)

4.「潜在」看護職員の再就業の推進

- ・ 再研修の実施費用
- ・ 情報交換・収集の場の設置費用、コーディネート部門の設置費用
- ・ 多様な勤務形態(仕事と育児・家庭との両立の実現):短時間労働、育児への配慮(院内保育所・学童保育等)、職住近接

医師・看護師等の養成力の強化

- 医師の確保
 - 大学医学部地域枠、奨学金への補助
 - 医療機関勤務医師の研修費用への補助
- 看護職員、助産師の確保
 - 看護師・准看護師・助産師養成所運営費の緊急補助
 - 特に准看護師養成所入学者の約7割は社会人入学とみられ、雇用促進にも貢献
 - 第7次需給見通しの取りまとめには1年以上要する
 - 看護師等養成所の教員の養成費、教員研修参加時の代替要員確保費の緊急補助
 - 看護師等養成所の耐震改修費の補助

医師・看護師等の養成力の強化

- チーム医療における医師と、看護職員・医療機関に就業する助産師や他の医療従事者との業務分担は、メディカルコントロール(MC)と医療の質の確保を前提とするべき。
- MCに基づく業務遂行のため、コメディカルのスキルアップのための研修費用、代替要員雇上げ費用への補助
 - MC: 医師による指示・指導体制、事後検証、再教育
 - 現行の法制度や解釈の下で、看護師等が行える行為を整理・把握し、医療・介護の現場に周知徹底を図ることが必要。
 - 医師の指示から独立するナースプラクティショナーは認められない。
 - 病院の「院内助産所」や「助産師外来」は、インフォームド Consent、産科医師と助産師との指示関係、緊急時の対応や事故時の責任の所在の明確化が課題。そもそも、最初から正常分娩か否かはわからない

医師・看護師等の養成力の強化

- 医療事務補助者（医療クラーク）の養成、確保のための研修費用補助、代替要員雇上げ費用補助の充実
 - － 医師との連携に耐えうる能力を持った者の養成が重要
 - 現在までの日医認定医療秘書制度の合格者数は10, 312名、認定者数は6, 936名。
 - － 開業医と病院勤務医の連携にも寄与
 - 開業医が、IT化が進んでいる病院の勤務を手伝ったり、開放病棟での処置を行う際、電子カルテやオーダーリングシステムなどで活躍できる。

地域連携システム、クリティカルパス

- 地域を代表する医師会が関与する地域連携システムや、地域連携クリティカルパス等への取組みに対する補助
 - 連携のための会議費
 - 住民等への周知活動費
 - IT化、情報システム構築費、端末機器類導入費

参考例：

- 鶴岡市医師会 Net 4 U (The New-teamwork by 4 Units、病院・診療所・介護福祉施設・検査センター間連携)
- 「高槻市医師会地域連携クリティカルパス」

医療施設の耐震改修、温暖化対策

- 一般の病院、診療所、介護老人保健施設における各病棟・建築物に対する耐震整備への補助
 - － 耐震診断
 - － 新築・増改築・改修
 - － 工事中の代替施設確保費(借り上げ等)
 - － 耐震改修と同時に行う医療設備充実(手術室、ICU等、病棟、リハビリ設備等)、医療環境改善(床面積・廊下幅拡大、バリアフリー化等)にかかる費用
 - ※ 現行制度の対象: 災害拠点病院、救急医療機関等
- 医療施設・介護施設の温暖化対策への補助
 - － 屋上等が広く、太陽光発電などの導入に最適
 - － 地球温暖化対策の推進や経済の活性化に寄与

2. 救急医療体制の役割分担と連携

救急医療体制の充実は、地域における役割分担の確立、機能の発揮につながる。救急医療は、採算性に関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、それぞれの体制に応じた公的財政支援が必要。

救命救急医療体制：3次

- 地域では重要な役割を果たしているが、医師不足等により、評価が低くなる救命救急センターの補強策

※ 2009年度より、救命救急センターの新しい評価方法が導入。
早ければ2年後に評価結果が反映

- － 専門医不足等により患者の受け入れが難しくなっている診療科・診療領域の補強
- － 医師の負担軽減に資する計画の実現
- － 消防機関からの搬送受入要請対応（要員確保、記録体制等）
- － 救急救命士に対するMC体制、救急医療情報システムへの関与

救命救急医療体制：3次

- 病院内の病床の確保、整備

- 院内の後方病床確保のための空床補償
- 救命救急センター・周産期母子医療センターの病床の整備
 - ICU等の病床数に余裕を持たせる
 - 救急部門の病床がCCU、SCUなどに細分化し、または男女混合を避けるため、空床があっても受け入れられないケースを解消

- 効率的な救命救急医療のための動線整備（施設改修）

- 救急外来 → 各種検査 → ICU等・手術室等への円滑な移動
- 時間的・空間的に効率的な救命医療の提供

- ER体制への構築

- 日本におけるERの普遍的モデル構築のための運営費補助
- ER-各診療科間の連携、バックアップ体制確立への補助
- コーディネーター、トリアージ医師等の養成費用の補助

救命救急医療体制：3次

- 大都市圏の救命救急医療体制の再編

- 大まかな疾患別などへの再編を行った場合の施設・設備・運営費補助。
- 大都市圏では、救命救急センターが複数立地。それにもかかわらず、消防庁調査によれば、首都圏や近畿圏など大都市圏では、現場滞在時間（救急隊の現場到着から現場出発までの時間）、受入照会回数、救急患者受入率が、他地域に比べて問題とされている。

- ドクターヘリの全国展開、複数機導入、国庫補助率引き上げ・地方負担の軽減

- 救命救急センターへのアクセス時間の地域格差の是正。
- 団体や個人からの寄付からなる基金が充足し、これによる助成事業が軌道に乗るまで時間を要する。

入院救急医療体制：2次

- 特に、休日夜間の入院が必要な救急患者を受入れる
2次体制は、救命救急センターの負担軽減にも貢献。
 - －救命救急センターの「ベッド満床」状態の解消
 - 消防庁・厚労省合同調査では、患者受入照会回数が11回以上の事案の覚知時間は、18時～翌日8時に多く分布。
 - 消防庁調査では、救命救急センターが救急搬送患者の受入に至らなかった理由の内「満床」は38%。しかし救命救急センター病床利用率は71.3%で常時満床とはいえない。「満床」の内容として、一時的な満床、CCU等の病床利用区分、人手や医療資器材不足が指摘。
 - －救命救急センターへのアクセス時間に、大きな地域格差
 - 地域を「面」でカバーする2次救急医療は、救命救急センターのアクセス格差を補充できる。
- 休日夜間の入院救急医療を担う2次病院は、2002年以降、減少傾向。

入院救急医療体制：2次

- 医師、看護職員、検査技師、事務職員など、要員確保のための＜緊急＞補助
 - － 厚労省調査では、2次病院の7割が医師が1、2名の体制
 - － 2次救急は、要員を確保した上で来院患者を待つ体制。患者が来なければ、診療報酬収入が無い中、人件費を負担。
 - － 2005年に一般財源化、自治体間の財政力差による格差懸念。
- 救急専用・優先病床確保のための空床補償
 - － 病院経営上、満床にせざるを得ず、結果として救急対応ができないケースの解消
- 技術が旧式化・陳腐化した医療設備、検査機器等の更新への補助

入院救急医療体制：2次

- 病院から病院への「転院搬送」のため、2次病院が保有する救急用自動車の配備と活用への補助
 - － 2次病院→救命救急センターは、ドクターカー等として活用
 - － 2次病院→後方医療機関等は、迅速な空床確保に貢献
 - － 複数医療機関での共同運用など
 - － 年間出場件数約500万件の救急隊の負担軽減にも貢献
- 2次病院における初期救急医療施設設置への施設・設備・運営費補助
 - － 地域医師会等が、2次病院の中に、急患センターを設置し、医師会員が出務する方式への補助。
 - － 厚生労働省調査によれば、2次病院では、外来患者の割合が多い(平均80%以上の患者が、入院を必要としない外来診療のみの患者)。

休日夜間救急医療体制：初期

- 地域医師会が休日夜間急患センターを設け、会員を出務させて初期救急を担う取り組みへの補助（施設整備、設備整備、人件費等運営費）
 - － 救急医療体制の受け入れ患者の多くは、入院を必要としない外来診療のみの患者とされている。
 - 救急電話相談事業の全国的な質の向上：全国センターの設置
 - － 全国への普及はほぼ達成できたが、深夜帯での実施及び全国的な質の向上を図ることが必要。
 - － 小児だけではなく成人も対象とする一般電話相談事業の全国への普及も必要。
- 経済危機の中、共働きをせざるを得ない家庭が増えていると思われるが、休日夜間の医療を担う初期救急医療や電話相談事業は、住民の高まる医療ニーズに対応できる。

救急医療と後方施設との連携

- 「入り口」となる救急医療機関に手厚い支援を行っても、救急医療を終えた患者を受入れる「後方施設」の構築が不可欠。
- 後方施設の疲弊は、医療全体に影響を及ぼす。
 - － 後方の入院施設の多くは、民間の一般病院や有床診療所。
 - － 病院・有診数の減少、病床数の減少、医師・看護職員等の不足など、後方施設が疲弊すれば、救急医療機関から患者を受け入れる病床の確保ができず、救急医療機関の病床も満床となり、さらなる救急患者の受入が困難となる。
- 「後方施設」
 - － 一般病院、診療所：亜急性期、回復期、維持期
 - － 社会福祉施設、介護施設

救急医療と後方施設との連携

- 後方医療体制の構築（後方病床・医療機関の維持）
 - － 一般病床：空床補償、医療機器導入・更新、リハビリ設備、バリアフリー化等療養環境改善への補助
 - （超）急性期医療から回復期まで幅広い役割を担う一般病床の維持は、救急医療現場への負担回避とともに、後方病床の確保にも直結
 - － 療養病床：リハビリ設備、バリアフリー化等療養環境改善
 - 長期入院につながりやすい高齢者の救急患者の増加は、救急医療後の長期療養のニーズを高める。
- 転棟・転院が容易ではない患者を受け入れる後方医療機関の整備
 - 病棟整備、各種検査体制に対する補助
 - ICU、NICU等の空床確保に貢献
 - 重度障害、精神疾患、隔離を要する感染症、脊椎損傷、人工呼吸器・気管切開等

救急医療と後方施設との連携

• 救急患者の再発防止策

- － 病床削減、平均在院日数短縮により、急性増悪リスクを抱える在宅・介護施設の救急処置後の患者が増大

→ 地域医師会により、救急医療機関とかかりつけの医師等との連携の推進

- 連携への評価：会議費、情報システム構築等への補助
 - － 患者の紹介・逆紹介
 - － 開放型病棟での共同指導
 - － 継続的な健康管理、治療中断の防止
 - － 急性増悪時の連携体制づくり
 - － 勤務医と開業医の連携には、開業医の先進的な医療技術の習得、研鑽も必要

救急医療と後方施設との連携

- 重度障害等を持ち、在宅での療養が容易ではない患者を受入れる介護施設、社会福祉施設の整備（施設整備、リハビリ設備等、運営費）
- 自殺企図者、アルコール中毒、生活困窮者、独居老人、未収金問題等のある患者など、社会的背景を抱えた患者に対応するため、自殺対策や社会福祉政策を含めた連携体制の構築
 - － 医療・福祉間の連携会議費等
 - － 介護・福祉サービスへの補助（施設・居宅）
 - 消防庁調査では、「処置困難」を患者受入に至らなかった理由としている場合、「精神疾患」、「急性アルコール中毒」、「結核」、「過去に問題のある傷病者」など、患者の社会的背景を指摘。
 - 受入照会回数や現場滞在時間の悪化も指摘。

一般救急医療と専門領域の救急医療との連携

- 4疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)及び重要性の高い疾病(CKD、COPD、精神疾患等)の救急医療機能を持つ病院
 - 高度・専門的な医療への集中・専念を確保
 - SCU・CCU・NICU・PICU等、各種検査体制、医療機器、合併症対応
 - 後方病床確保:空床補償、回復期やホスピス等整備
- 一般救急と専門救急との間で情報を共有するシステムの構築
 - 応需情報の入力が簡便な端末機器の導入
 - 入力要員の確保

周産期（救急）医療体制の再構築

- ハイリスク分娩など周産期医療センターの高度・専門的な医療への集中・専念
 - － 空床補償：センター内、他の病棟の病床
 - － 施設の改修、医療機器の更新
 - － 分娩を担う診療所への補助：病床整備、分娩室等の施設・設備整備
- 当直医の確保が困難な病院との地域連携の推進
 - － 近隣の開業医等が、休日・夜間に、当直産科医の確保が困難な病院に出務する取組みへの補助
- 妊産婦及びその家族の宿泊施設の整備
- 周産期医療のオープンシステムによる連携の推進
 - － 地域の診療所で検診を行い、病院で分娩を行う連携に関し、診療所医師が病院で検査・分娩等を行うオープンシステムのための開放病床、機器類の整備を補助

地域住民とともに救急医療を考えていく取組み

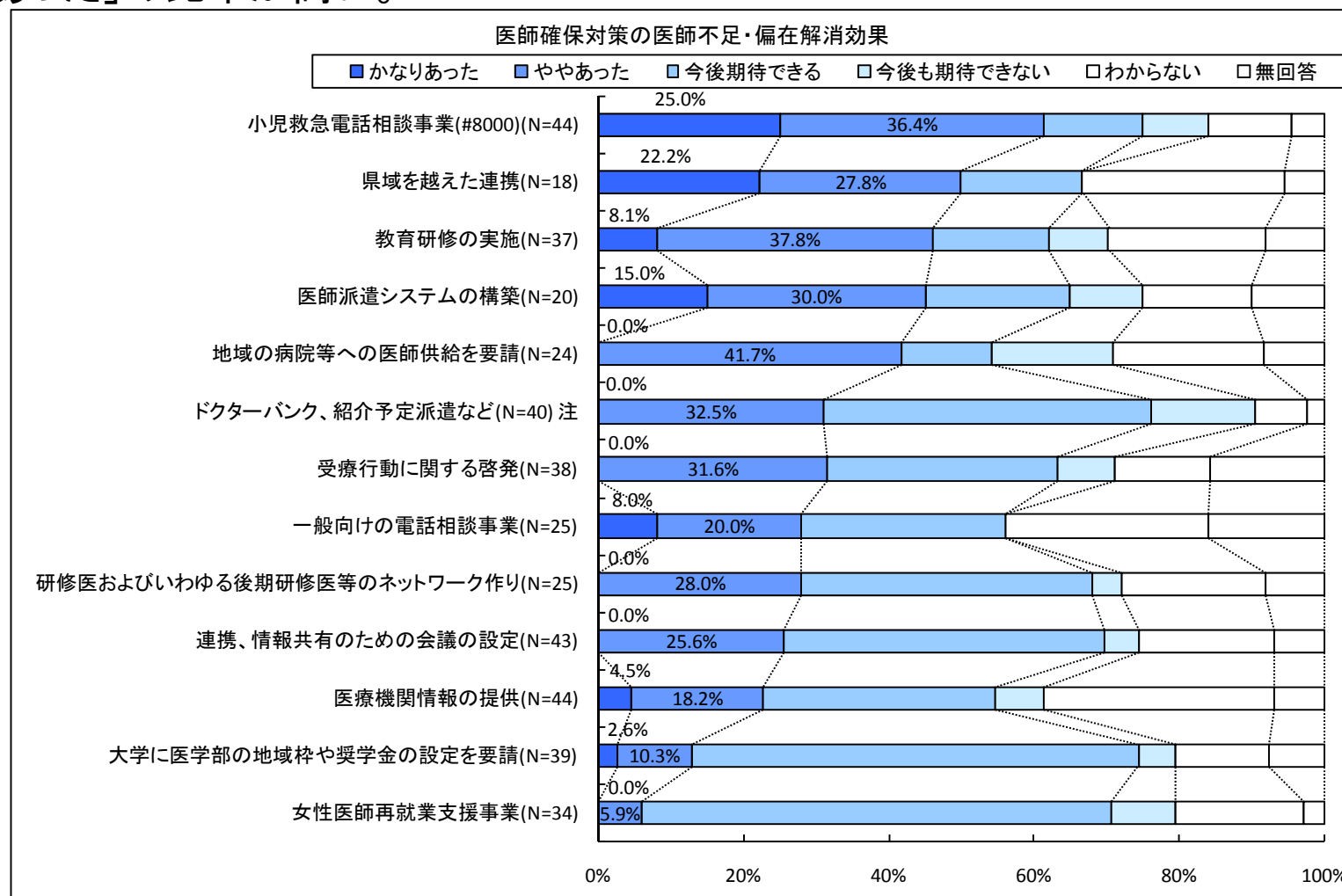
- 患者・保護者の専門医志向、大病院志向の下、住民に地域の救急医療システムを理解してもらい、一緒になって受診のあり方を考えていく取組みが重要。
 - － 患者・保護者、住民を対象としたパンフレットなどの作成、シンポジウムの開催
 - － どのようなときに、119番通報や救急医療機関受診をすればよいのかについて、啓発活動
- 休日夜間診療体制の充実
 - － 経済危機により共働きをせざるを得ない家庭が増加した結果、特に小児の休日夜間診療へのニーズが増加が推定
- 医療の不確実性を国民・患者に理解してもらう活動

地域医療再生基金の創設に向けて

<参考資料>

医師確保対策の医師不足・偏在解消効果

医師不足・偏在解消効果があった(かなりあった・ややあった)と都道府県医師会が考えている比率が高いのは、順に、「小児救急電話相談事業(#8000)」、「県域を越えた連携」、「教育研修の実施」である。「医師派遣システムの構築」は4番目だが、効果が「かなりあった」の比率が高い。

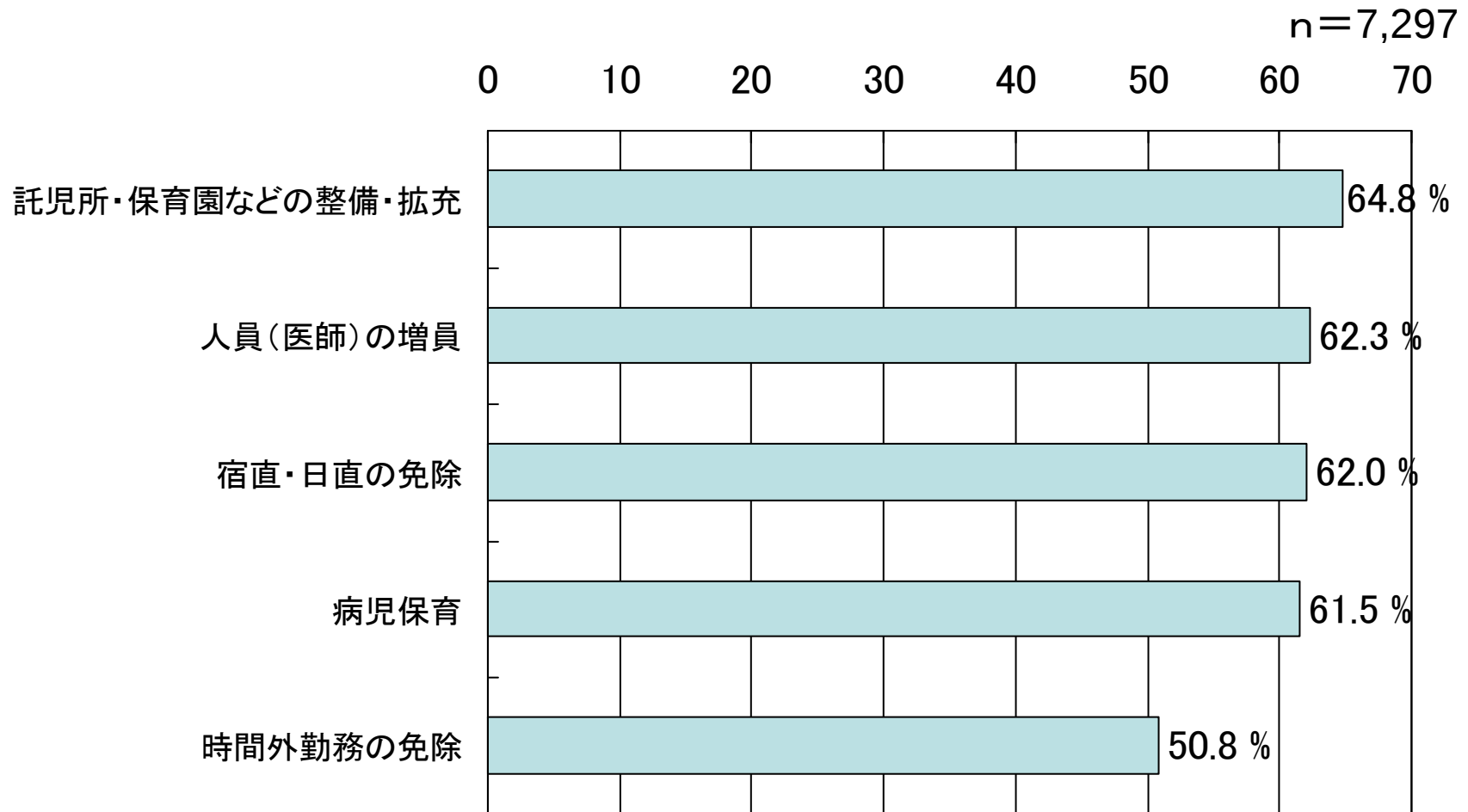


都道府県医師会長による各種医師確保対策への評価

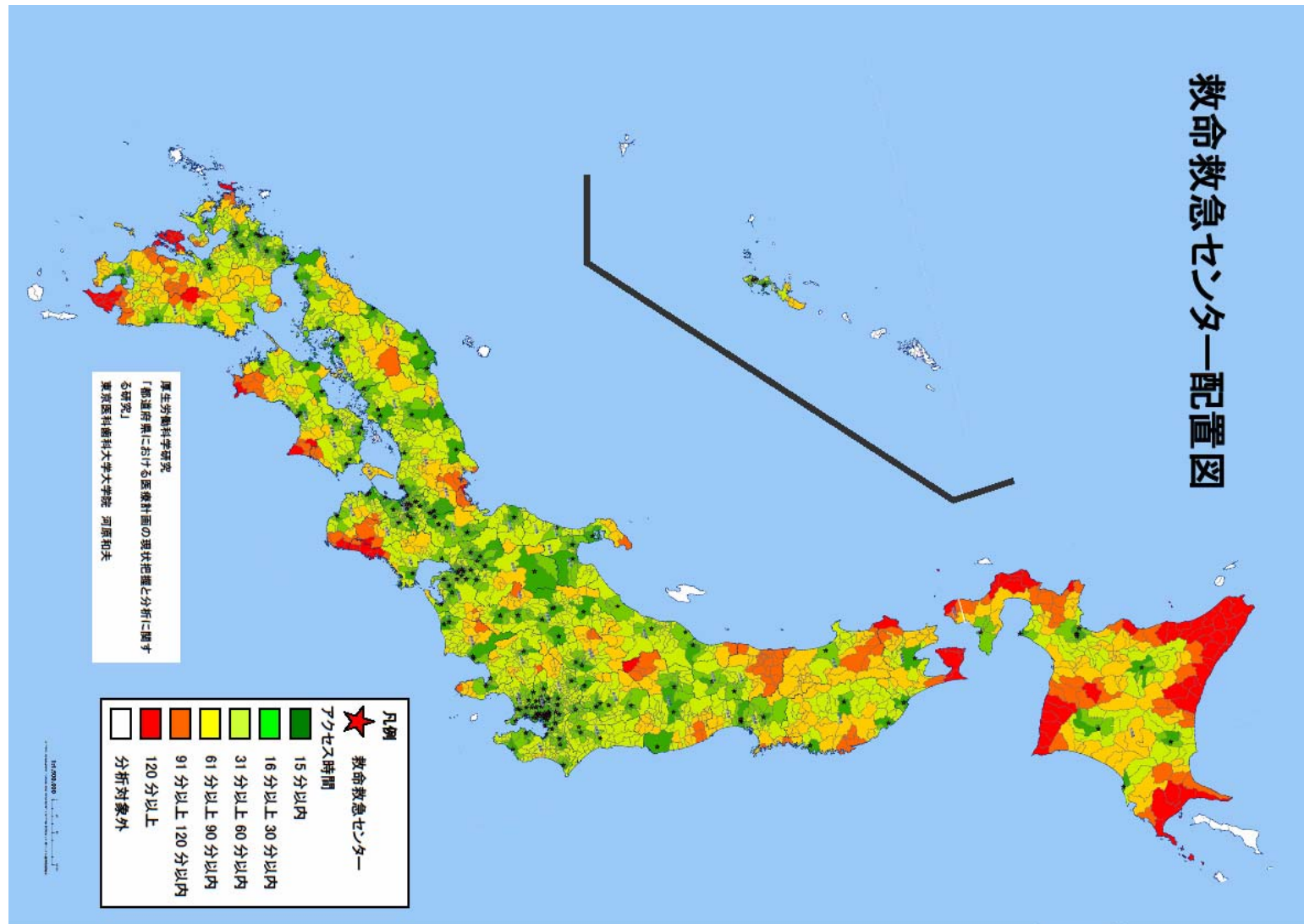
		効果	課 題
小児救急電話 相談事業	#8000	61.4%	深夜帯の実施 全国的な質の向上
県域を超えた 連携	医師の相互供給、ド クターヘリの共同運 航など	50.0%	近接県間の連携 ドクターヘリの全国配備
教育研修の実 施	かかりつけの医師、 初期救急医療、疾病 ガイドライン普及など	45.9%	地域医師会による生涯教育活 動の推進 ACLS(二次救命処置)、ISLS(脳卒 中初期診療)、PALS(小児二次救命 処置)等の研修会の実施
医師派遣シス テムの構築	大学・国公立病院等 から地域の医療機関 への派遣	41.7%	国・地方の「緊急臨時的医師 派遣システム」の機能強化

- ・日本医師会「医師確保のための実態調査」(2008年10月実施)より
- ・%は、医師確保対策としての効果についての設問の内、「かなりあった」「ややあった」を選択した数の割合。上位4位を掲載

女性医師の職場環境 仕事続ける上で必要と思われる制度や仕組み・支援対策 (上位5点)

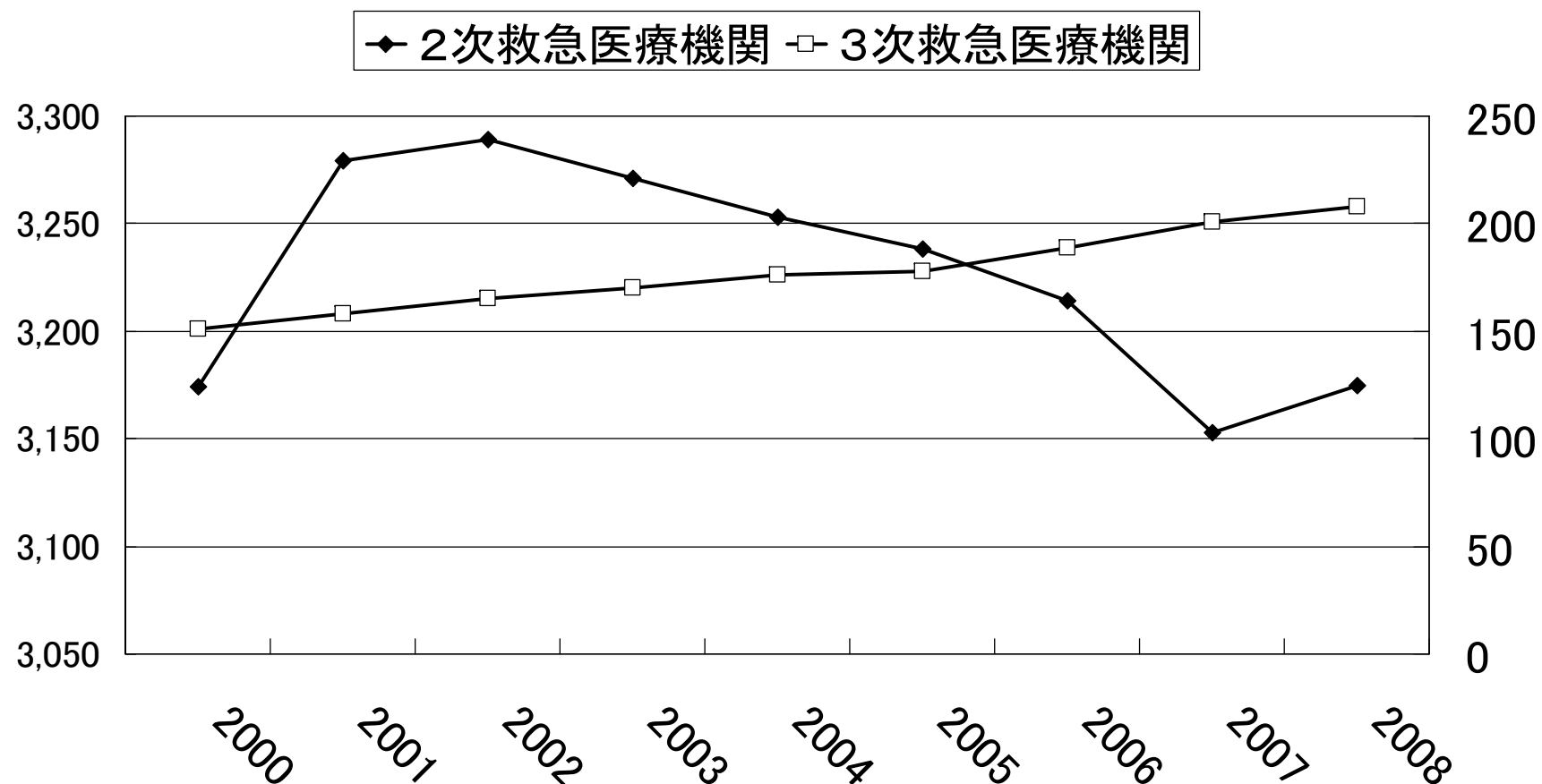


救命救急センター配置図



第2回「救急医療の今後のあり方に関する検討会」資料：厚生労働科学研究「都道府県における医療計画の現状把握と分析に関する研究」（東京医科歯科大学大学院 河原和夫）

2次救急医療機関、3次救急医療機関 の推移



2次救急医療機関の状況

N=3,108

1. 当番日における勤務医師数別の施設数と割合

医師1人	医師2人	医師3人	医師4人以上
1,331施設 (42.8%)	872(28.1%)	319(10.3%)	539(17.3%)

2. 一施設あたりの患者数(当番対応時間内)

受入れ患者数	うち入院患者数	入院患者の割合
20.3人	3.8人	18.7%

厚生労働省「平成19年度救急医療対策事業の現況調」より。
各都道府県や施設によって、大きなばらつきがある

救急搬送における医療機関の受入状況(重症以上傷病者)

- 医療機関の照会回数4回以上の事案が14,387件(全体の3.9%)あり、現場滞在時間30分以上の事案が15,656件(4.0%)ある。

医療機関に受入の照会を行った回数ごとの件数

	1回	2～3回	4～5回	6～10回	11回～	計	最大照会回数
件数	309,230	44,609	8,989	4,324	1,074	368,226	50
割合	84.0%	12.1%	2.4%	1.2%	0.3%	100%	

現場滞在時間(現場到着から現場出発までの時間)区分ごとの件数

	30分未満	30分以上	60分以上	90分以上	120分以上	150分以上	計
件数	372,327	13,935	1,316	252	88	65	387,983
割合	96.0%	3.6%	0.3%	0.1%	0.02%	0.02%	100%

- 首都圏、近畿圏等の大都市部において、照会回数の多い事案の比率が高い。

照会回数4回以上の事案の割合が全国平均を上回る団体:重症以上傷病者(平成19年)



総務省消防庁資料(2009年2月9日消防審議会他)
「救急搬送における医療機関の受入状況等詳細調査結果」より

救急患者の医療機関への受入照会回数、 現場滞在時間

1. 医療機関への受入照会回数(409,190件中)

4回以上	6回以上	11回以上
14,732(3.6%)	5,138(1.3%)	903(0.2%)

2. 現場滞在時間(409,190件中)

30分以上	45分以上	60分以上
16,980(4.1%)	4,440(1.1%)	1,663(0.4%)

「平成20年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査」(総務省消防庁・厚生労働省)より。

そのうち、「重症以上傷病者搬送事案」に係る調査結果を基に作成。

救急患者の受け入れに至らなかった理由

1. 受入れに至らなかった理由ごとの件数(126,821件中)

手術中・ 患者対応 中	ベッド満 床	処置困 難	専門外	医師不 在	初診(かか りつけ医な し)	理由不 明 その他
26,639 (21.0%)	25,420 (20.0%)	28,226 (22.3%)	15,099 (11.9%)	5,172 (4.1%)	373 (0.3%)	25,892 (20.4%)

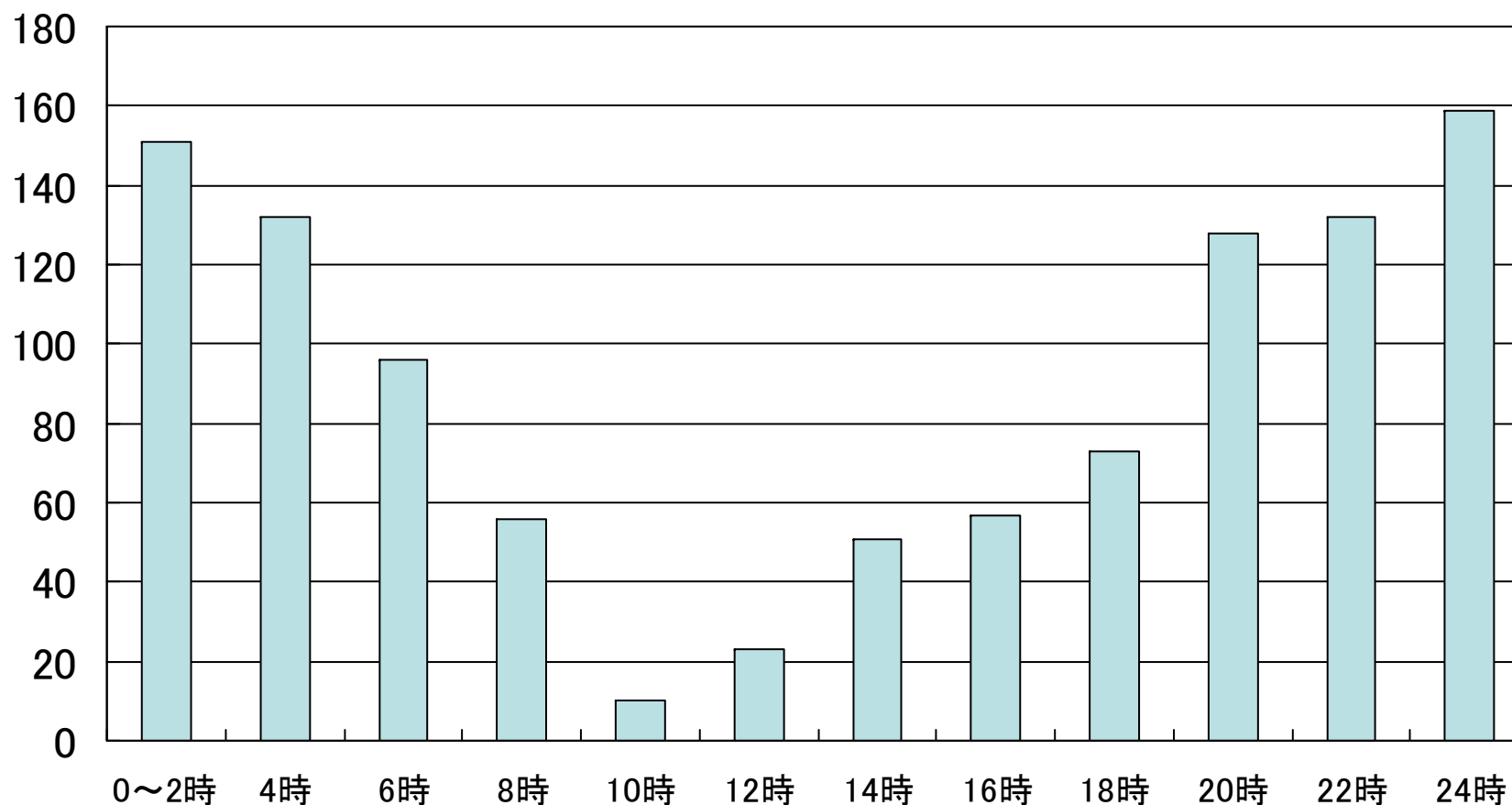
2. 照会回数11回以上の事案における受入れに至らなかった理由ごとの件数(12,109件中)

手術中・ 患者対応 中	ベッド満 床	処置困 難	専門外	医師不 在	初診(かか りつけ医な し)	理由不 明 その他
2,250 (18.6%)	2,959 (24.4%)	3,532 (29.2%)	1,285 (10.6%)	261 (2.2%)	18 (0.1%)	1,804 (14.9%)

「平成20年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査」(総務省消防庁・厚生労働省)より。

そのうち、「重症以上傷病者搬送事案」に係る調査結果を基に作成。

救急患者の受入照会回数11回以上の事案における 覚知時間別の分布 (最終的に救命救急センターに搬送された事案)



「平成20年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査」(総務省消防庁・厚生労働省)より。

そのうち、「救命救急センター等搬送傷病者事案」に係る調査結果を基に作成。

患者の背景と受入照会回数、現場滞在時間

1. 受入照会回数ごとの件数(n=9,414)

	4回以上の 割合	6回以上の 割合	11回以上の 割合
全体	8. 3%	3. 1%	0. 6%
患者の背景あり事案	35. 5%	17. 7%	5. 1%

2. 現場滞在時間区分ごとの件数(n=9,414)

	60分以上 の割合	90分以上 の割合	120分以上 の割合
全体	0. 9%	0. 2%	0. 0%
患者の背景あり事案	4. 8%	1. 4%	0. 7%

総務省消防庁「救急搬送における医療機関の受入状況等詳細調査結果」(平成21年2月23日)(東京消防庁、東京都医師会、東京都福祉保健局と共同で実施)

患者の背景:精神疾患、急性アルコール中毒、複数科目、認知症、要介護など

救命救急センター等における救急患者受入れ率 (下位10都道府県)

奈良県	52.8%	埼玉県	86.6%
東京都	72.4%	千葉県	87.4%
宮城県	76.4%	広島県	87.6%
大阪府	85.6%	栃木県	89.1%
群馬県	86.2%	兵庫県	90.9%

全国	93.0%
----	-------

「平成20年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査」(総務省消防庁・厚生労働省)より。

「救命救急センター等」とは、救命救急センター及び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。

表は、救急患者の受入照会に対し、受入れた数の割合。

「ベッド満床」を理由とした救急搬送受け入れに至らなかった事案

ーベッド満床を理由とした事案の割合ー
3次救急医療機関:37.8% 2次救急医療機関15.6%

ー病床利用率ー
サンプル調査対象県救命救急センター78.9%、センター所属病院全体83.7%
サンプル調査対象県2次救急医療機関78.8%

サンプル調査結果(10都府県)要点

- 「常に」満床という医療機関は少ない。
- CCU、SCU等の利用区分を行っているため、空床があっても実質的に受け入れられない場合がある。
- 人手、医療資器材がないために受け入れが困難な場合がある。

総務省消防庁「救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査」(平成20年3月)及びサンプル調査より

救急自動車の管轄外搬送状況

		うち管外搬送人員	管外搬送率
救急業務単 独実施市町 村	大都市	80, 137	4. 8%
	30万人以上	86, 251	11. 4%
	30万人未満	146, 536	18. 6%
	10万人未満	108, 770	35. 9%
	5万人未満	98, 905	46. 9%
	計	520, 599	14. 0%
消防事務組 合	大都市	16, 932	8. 3%
	30万人以上	142, 278	23. 3%
	30万人未満	90, 551	34. 0%
	10万人未満	41, 890	37. 4%
	5万人未満	291, 651	24. 4%
	計	812, 250	16. 6%

消防法改正(2009年)の概要

搬送・受入ルール

都道府県が策定・公表

- ① 傷病者の状況に応じた搬送先となる医療機関のリスト
- ② 消防機関が傷病者の状況を確認し、①のリストの中から搬送先医療機関を選定するためのルール
- ③ 消防機関が医療機関に対し傷病者の状況を伝達するためのルール
- ④ 搬送先医療機関が速やかに決定しない場合において傷病者を受け入れる医療機関を確保するためのルール

等

※都道府県の全区域又は医療提供体制の状況を考慮した区域ごとに定める。

