

2020年1月28日19:00-20:40
千葉医療政策公開セミナー入門編
@千葉大学医学部第2講義室

第6講前半：救急科医療の課題と対策

高橋 希 MD, PhD

千葉大学大学院医学研究院 救急集中治療医学
千葉大学医学部附属病院 次世代医療構想センター

救急医療と三位一体改革

2040年を展望した2025年までに着手すべきこと

地域医療構想の実現等

- ①全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針の合意形成
- ②合意形成された具体的対応方針の検証と地域医療構想の実現に向けた更なる対策
- ③かかりつけ医が役割を発揮できるための医療情報ネットワークの構築や適切なオンライン診療等を推進するための適切なルール整備 等

三位一体で推進

医師・医療従事者の働き方改革の推進

- ①医師の労働時間管理の徹底
- ②医療機関内のマネジメント改革(管理者・医師の意識改革、業務の移管や共同化(タスク・シフティングやタスク・シェアリング)、ICT等の技術を活用した効率化 等)
- ③**医師偏在対策**による地域における医療従事者等の確保(地域偏在と診療科偏在の是正)
- ④地域医療提供体制における機能分化・連携、集約化・重点化の推進(これを推進するための医療情報の整理・共有化を含む)⇒**地域医療構想の実現**

実効性のある医師偏在対策の着実な推進

- ①**地域医療構想**や2040年の医療提供体制の展望と整合した**医師偏在対策**の施行
 - ・ 医師偏在指標に基づく医師確保計画の策定と必要な施策の推進
 - ・ 将来の医療ニーズに応じた地域枠の設定・拡充
 - ・ 地域ごとに異なる人口構成の変化等に対応した将来の診療科別必要医師数を都道府県ごとに算出
- ② 総合的な診療能力を有する医師の確保等のプライマリ・ケアへの対応

救急医療においては、特に「**医師偏在対策**」「**働き方改革**」が重要と考えられる。

第7次医療計画の救急医療分野では、①円滑な受け入れ体制の整備や、急性期治療後の受け手が不足している問題(出口問題)に対するかかりつけ医や介護施設等との連携強化、②救命救急センターの充実段階評価の見直しと救急医療機関の受入実績に基づいた都道府県による指定見直しが盛り込まれていた(**地域医療構想**)。

第8次医療計画では、救急医療体制の継続可能性評価のために、救急医療にかかる医師の労働状況やタスクシフトによる救急医療に関わる医師の負担軽減の状況等についての指標を定めることが検討されている(**働き方改革**)。

千葉県保健医療計画

現状と課題

救急医療

- ・ 傷病者の搬送・受入の円滑化が重要
- ・ A E D 使用率が低い
- ・ 救急搬送件数の増加
- ・ 救急搬送時間の長時間化
- ・ 症状の程度に応じた救急医療体制が必要

主な取組

- メディカルコントロール体制の強化
- 応急処置に関する知識・技術の普及
- 救急車適正利用の啓発、救急医療情報の提供
- 救急医療体制の整備・機能充実

・ メディカルコントロール体制の強化

「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」の運用と見直しによって適切な医療機関への搬送を目指す

・ 循環型地域医療連携システムの構築

一次救急医療機関→二次→三次に必要なに応じて速やかに移行し機能分担と連携の明瞭化を図る

・ 救急医療体制の推進

二次救急医療では病院輪番制に参加している救急病院や診療所の設備整備などを行う。
三次救急医療では更なる救命救急センターの設置等の検討を行う

救急医療とは

救急業務と救急患者 (消防法(昭和23年法律第186号)第2条第9項より)

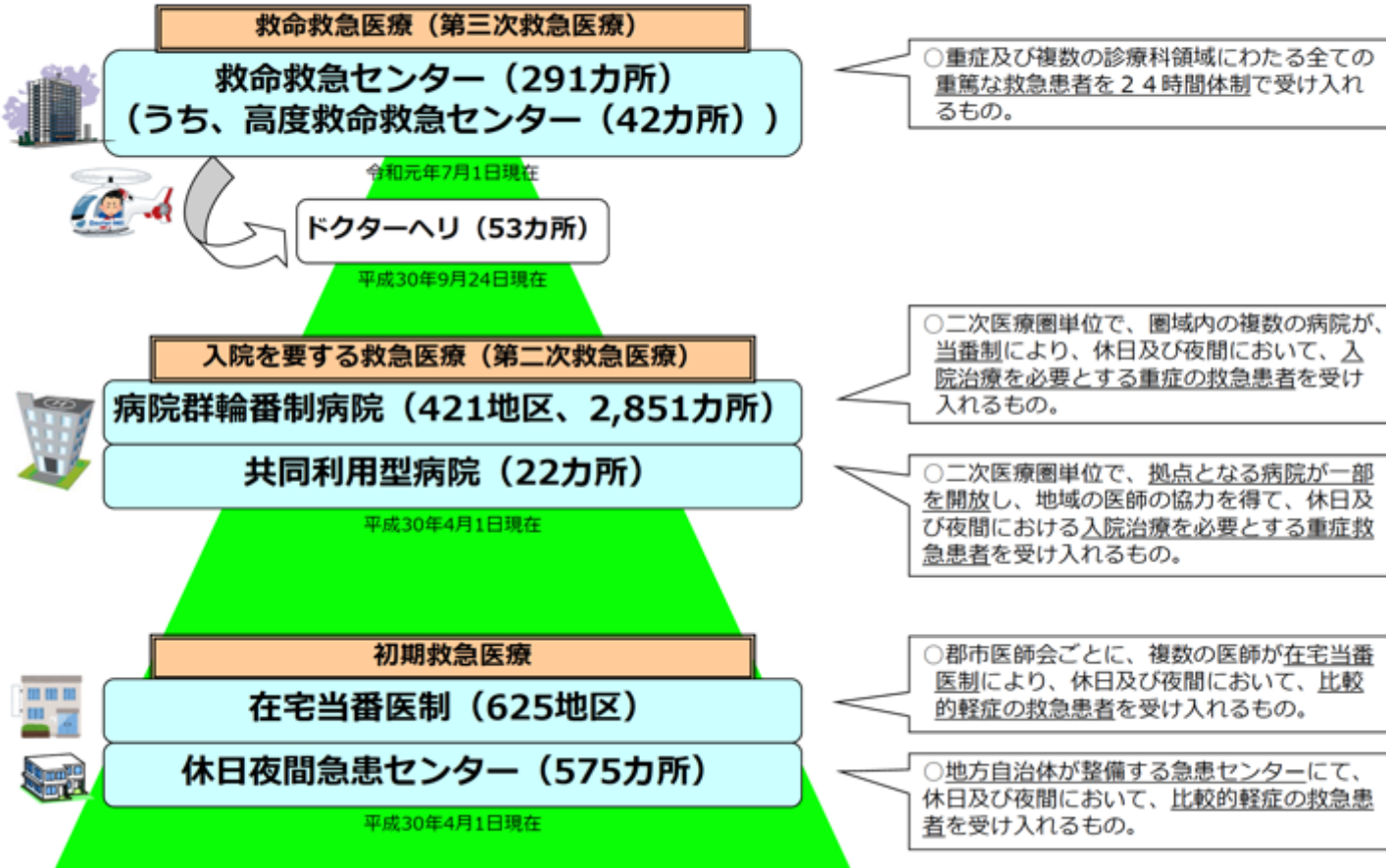
救急業務とは災害により生じた事故若しくは屋外若しくは公衆の出入する場所において生じた事故又は政令で定める場合における災害による事故等に準ずる事故その他の事由で政令で定めるものによる傷病者のうち、**医療機関その他の場所へ緊急に搬送する必要があるもの**を、救急隊によって、医療機関その他の場所に搬送すること。



救急患者とは、**通常**の診療時間外の傷病者及び**緊急的に医療を必要とする傷病者**をいい、これらの救急患者に対し、医療を提供する医療機関を**救急医療機関**という。

救急医療体制

救急医療体制体系図



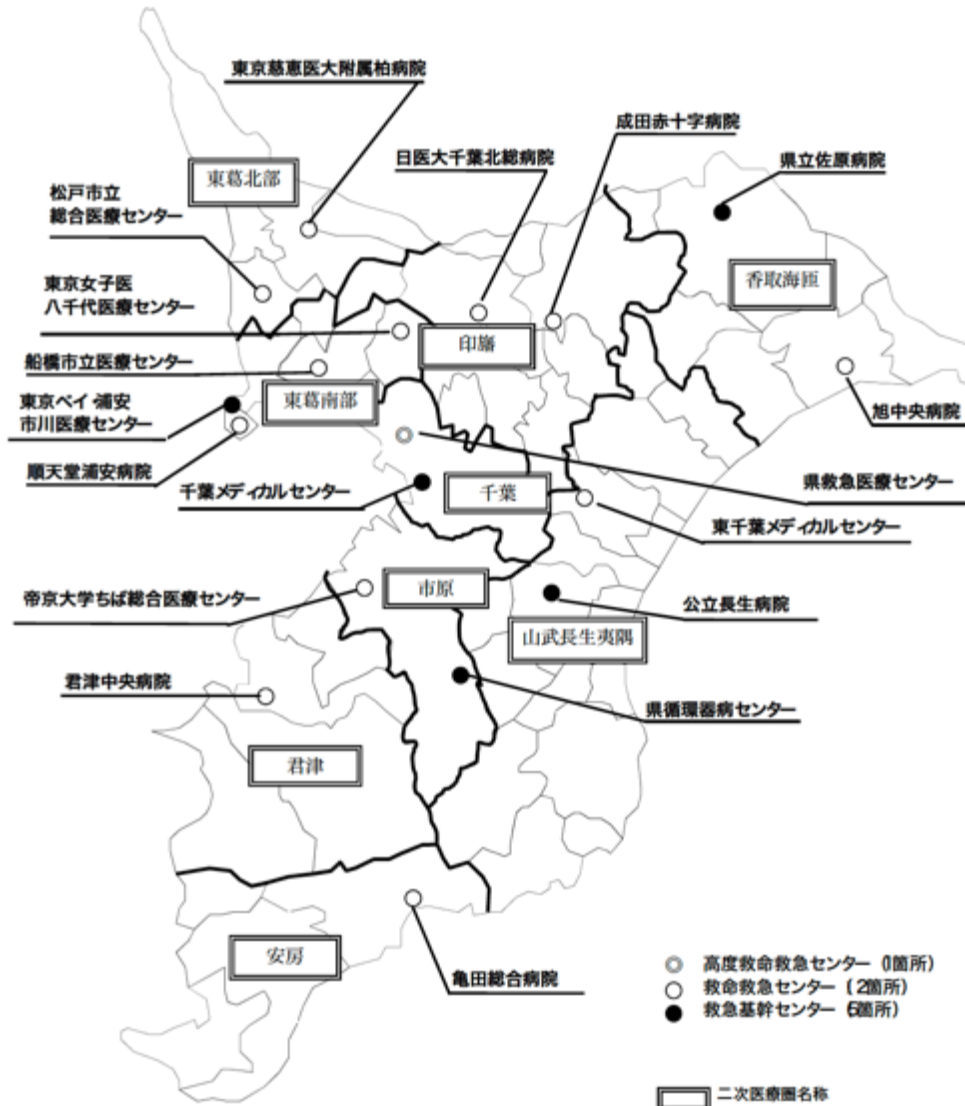
千葉県の場合

13病院

149救急病院・
救急診療所
(救急告示医療
機関)
+ 141輪番病院

28夜間休日急病
診療所
(うち歯科のみ6)

救急医療体制



千葉県の場合

領域にわたる全ての時間体制で受け入れ

13病院

域内の複数の病院が、夜間において、入症の救急患者を受け

149救急病院・救急診療所
(救急告示医療機関)
+ 141輪番病院

点となる病院が一部協力を得て、休日及を必要とする重症救急。

数の医師が在宅当番友間において、比較ナ入れるもの。

28夜間休日急病診療所
(うち歯科のみ6)

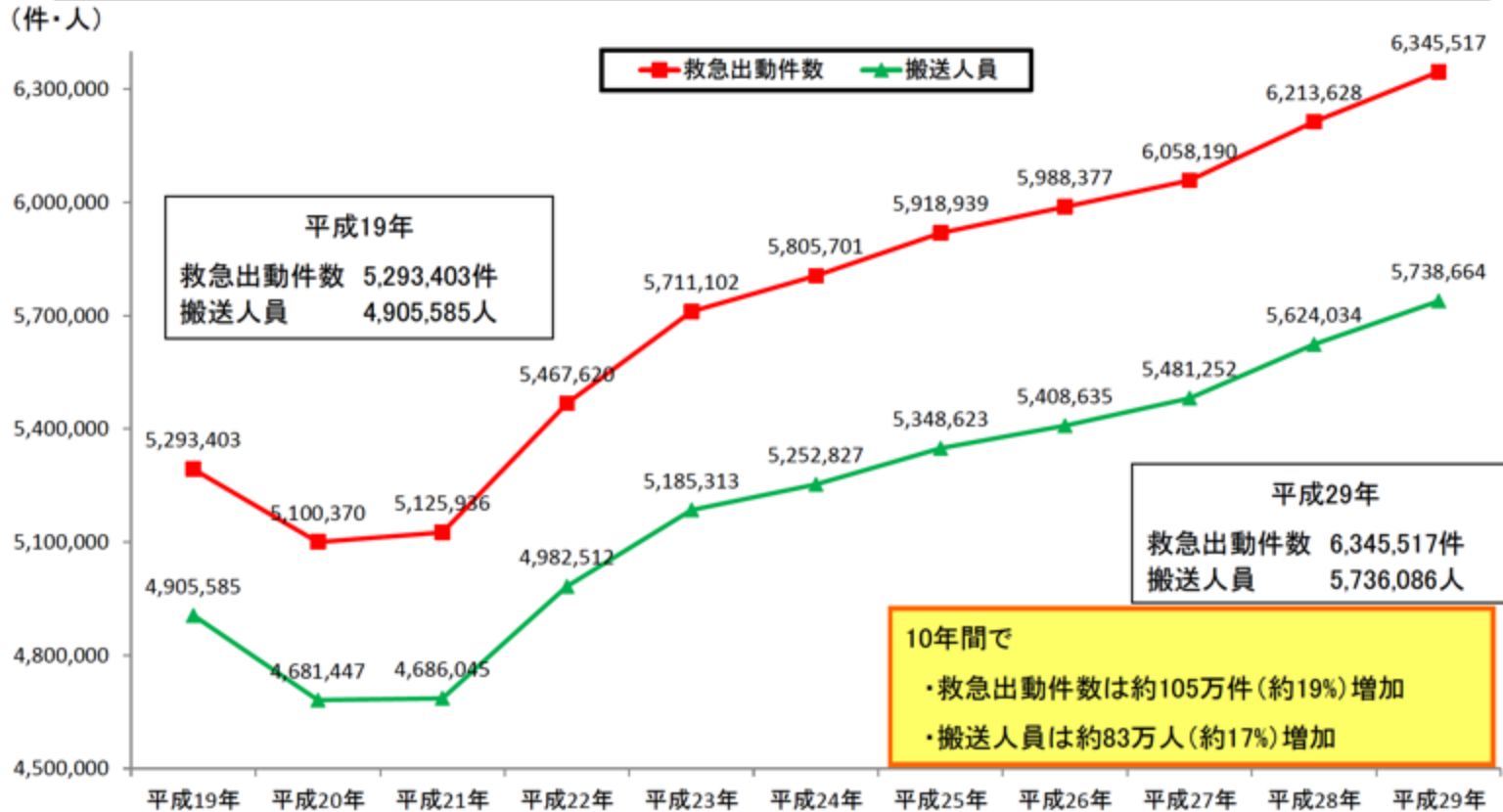
急患センターにて、比較的軽症の救急患

二次医療圏ごとに1ないし2つの救命救急センターが配置されている

救急医療の現状

救急出動件数及び搬送人員の推移

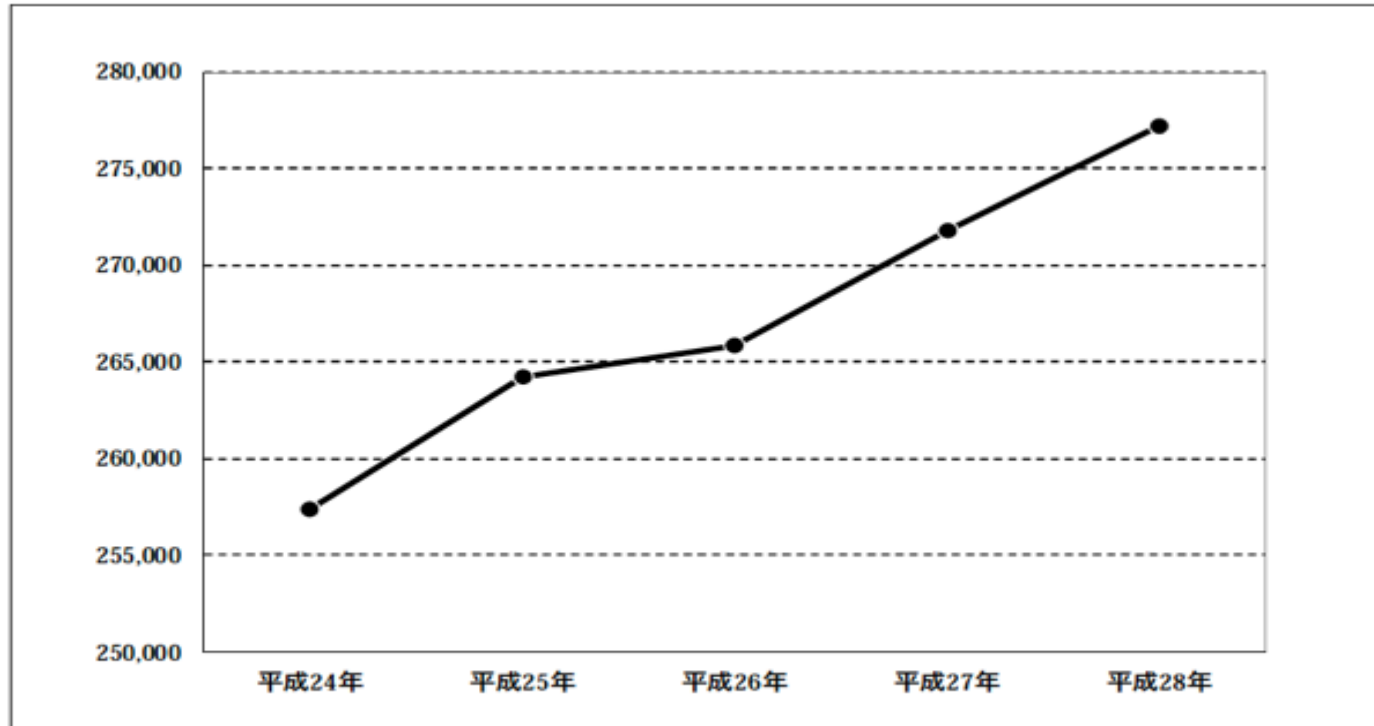
○ 救急出動件数及び搬送人員数ともに、9年連続の増加となり、過去最多となった。



総務省消防庁「平成30年版 救急・救助の現況」

救急医療の現状

図表 2-1-1-2-6-1 千葉県救急搬送人員の推移



資料：救急・救助の現況（消防庁）

千葉県においても同様に搬送件数は増加し続けている

救急医療の現状

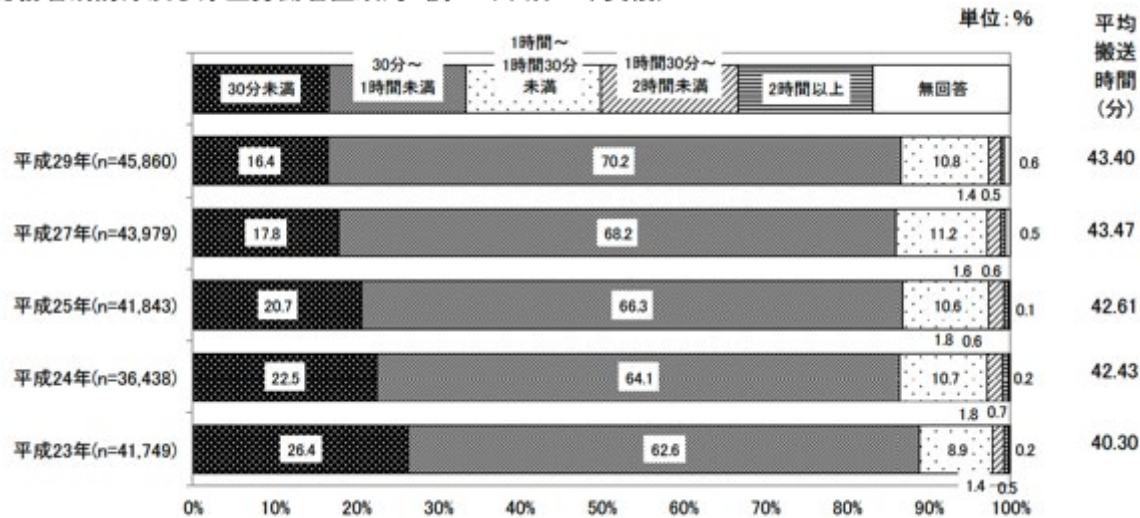
○ 首都圏、近畿圏等の大都市部において、照会回数が多い、又は現場滞在時間が長い事案の比率が高い。

	4回以上	30分以上
宮城	4.2%	18.5%
福島	5.4%	6.0%
茨城	4.1%	5.9%
栃木	3.0%	5.0%
埼玉	4.1%	13.3%
千葉	3.5%	10.8%
新潟	3.3%	9.3%
大阪	4.5%	5.2%
兵庫	2.4%	5.3%
奈良	6.2%	12.4%
平均	2.3%	5.0%

■ 4回以上の事案、30分以上の事案の割合がいずれも全国平均を上回る団体



総務省消防庁及び厚生労働省医政局 調べ（平成28年実績）



救急事案搬送時間は年々増加傾向にある

平成29年千葉県救急搬送実態調査

救急搬送件数が増加する千葉県において、地域医療の再構築は喫緊の課題である。

救急医療の現状

来院方法	救命救急センターを設置する医療機関		第二次救急医療機関
	救急車	1,353,979	3,944,963
救急車以外	2,664,281	10,346,248	
計	4,018,260	14,291,211	



	救命救急センターを設置する医療機関	二次救急医療機関
入院患者数	584,405(14.5%)	2,964,181(20.7%)
外来患者数	3,433,855(85.5%)	11,327,030(79.3%)
計	4,018,260 (100%)	14,291,211 (100%)

二次救急医療機関が
大半を担っている！

厚生労働省医政局地域医療計画課調べ(平成27年度実績)

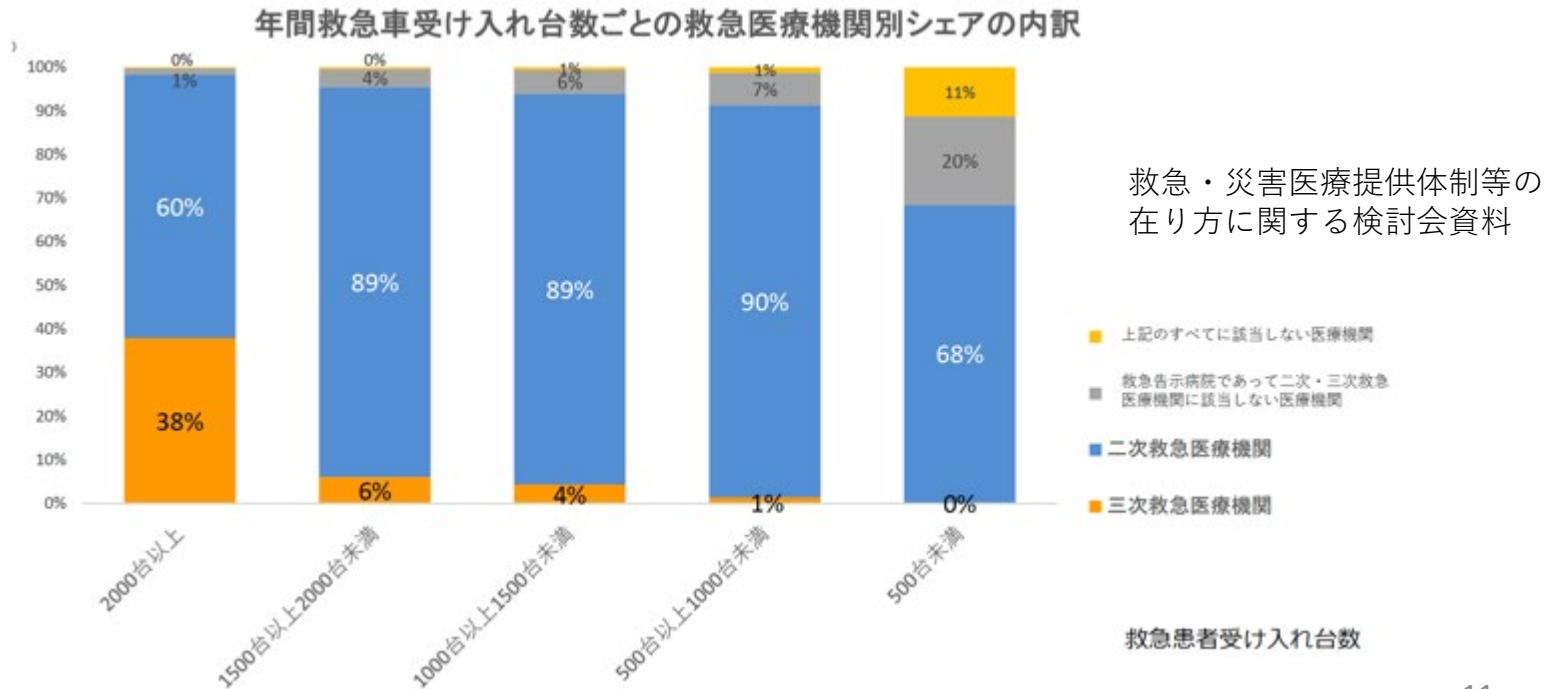
参考) 救急車年間受入台数ごとの医療機関内訳 (救急車年間受入台数0件を除く)

年間救急車受入台数		500台未満	500台以上1000台未満	1000台以上1500台未満	1500台以上2000台未満	2000台以上	合計
医療機関	三次救急医療機関	11	9	13	13	259	305
	二次救急医療機関	1077	573	289	198	622	2759
	救急告示病院であって二次・三次救急医療機関に該当しない医療機関	470	52	19	9	14	564
	上記のすべてに該当しない医療機関	906	9	2	1	3	921
合計		2464	643	323	221	898	4549

※ 分析対象医療機関は、病床機能報告において(高度)急性期機能を1床以上有すると報告した全医療機関
(出典)平成29年度病床機能報告

救急医療の現状

- ・ 救急搬送を年間1000件以上受けれている医療機関において、地域の救急搬送受け入れの大半を担っている。また、この医療機関は地域の脳卒中や急性心筋梗塞等の心疾患の大部分の緊急治療対応を行っている。
- ・ 救急搬送を年間2000件以上受けれている医療機関ではその割合がさらに高い傾向になる。経皮的体外循環や脳卒中の特殊治療も大部分を行っている。



救急医療の現状

データから見た救急医療機関の現状(イメージ)

医療機関の位置付け(初期、二次、三次)より、現状の医療提供は幅広に行っている医療機関がある。

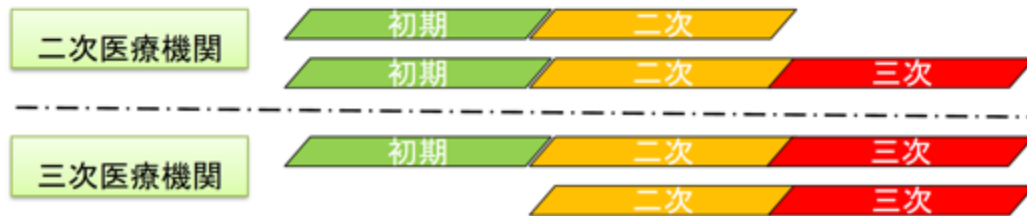
制度上の位置付け

受診後の転帰		来院方法	患者の状態		
			軽症	中等症	重症(重篤含む)
外来	救急車	初期			
	救急車以外				
入院	救急車			二次 (三次)	(二次) 三次
	救急車以外				

救急医療体制

現状のイメージ

(標準的な体制を除外)



救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会資料

医療機関の位置づけによる医療対策は実際的ではない部分がある可能性が高い

救急医療の現状

<例：千葉市・八千代市の場合>



二次救急医療機関

①	国立病院機構千葉医療センター
②	千葉市立海浜病院
③	千葉市立青葉病院
④	千葉社会保険病院
⑤	千葉メディカルセンター
⑥	柏戸病院
⑦	井上記念病院
⑧	斎藤労災病院
⑨	千葉みなと病院
⑩	稲毛病院
⑪	泉中央病院
⑫	千葉中央メディカルセンター
⑬	平山病院
⑭	山王病院

⑮	三愛記念病院
⑯	最成病院
⑰	みつわ台総合病院
⑱	千葉県こども病院
⑲	東京女子医科大学八千代医療センター

その他の近隣国公立医療機関

A	千葉大学医学部附属病院
B	国立病院機構千葉東病院
C	千葉県がんセンター
D	国立病院機構下総精神医療センター
E	放射線医学総合研究所
F	千葉県救急医療センター
G	千葉県精神科医療センター
H	千葉県千葉リハビリテーションセンター

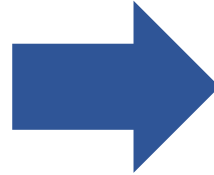
実質的な担い手である二次救急医療機関に地域的な偏在が見られている。特に、緑区には二次救急医療機関が無い。

また、この中で夜間も救急医が勤務している二次救急のみの医療機関は**千葉市立青葉病院**だけである。

三次救急医療である2つの大学病院と救急医療センターは専門性が高く、実質的に二次救急医療業務はほとんど行っていない。

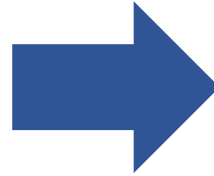
救急医療の現状

小児診療



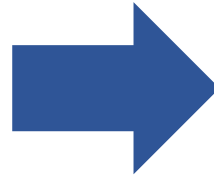
小児科医師

妊産婦診療



産婦人科医師

救急診療



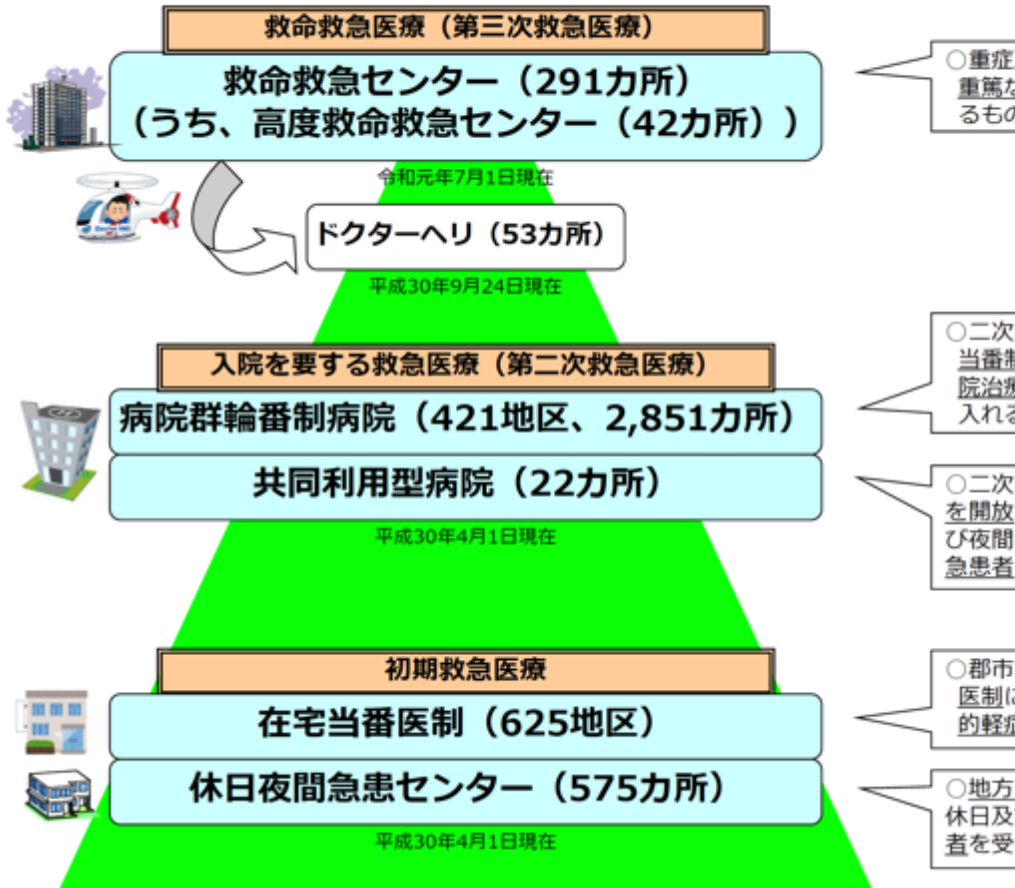
全ての科の医師

いわゆる「ER医」がまだまだ多くない日本においては、特に二次救急医療機関で救急医療を行っているのは救急科医師以外が多いと考えられる。

つまり、**救急医療を担っているのは全ての科の医師**と言っても過言ではない。

救急医療の現状

救急医療体制体系図



救急科医師の分布



救急科医師の多くは三次救急医療機関に偏在していると考えられる。

地域医療構想の課題

- ・ **救急医療の担い手の主体は一部の二次医療機関である**

これまでは三次医療機関に関する調査や評価は行われてきたものの、二次医療機関に対しては十分に行われてこなかったため、特に夜間休日における二次医療機関の体制が明らかでない部分があり、その結果として地域偏在や搬送時間の延長が生じている可能性がある。

- ・ **救急医療は救急科医師だけで行っているものではない**

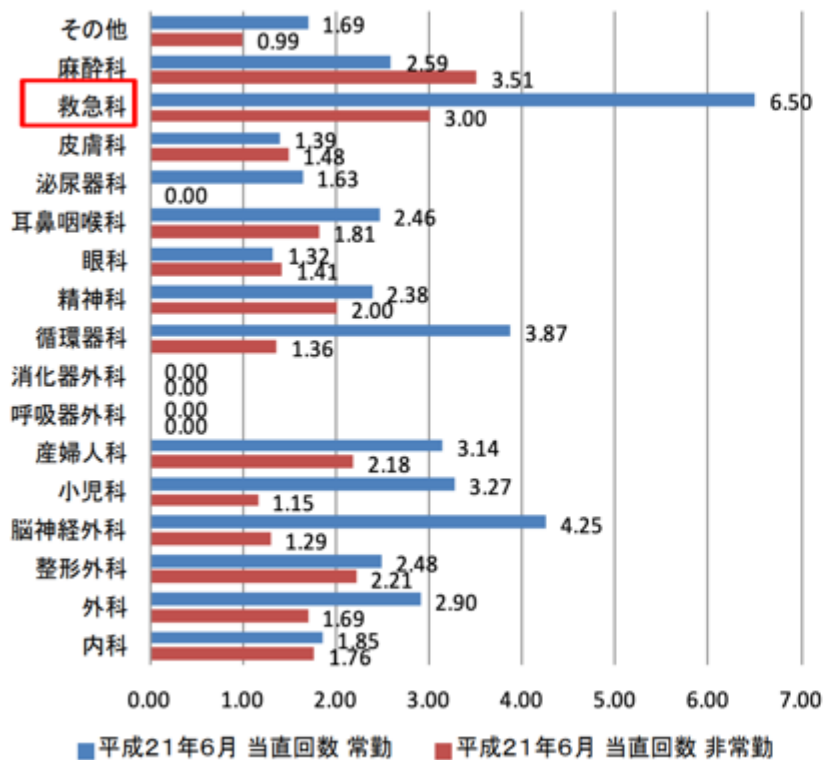
救急医、つまり救急科専門医またはそれを旨とする医師の多くは三次救急医療機関に所属している可能性があり、救急医だけを対象にした調査では一部の救急業務の実際しか分からない可能性がある。



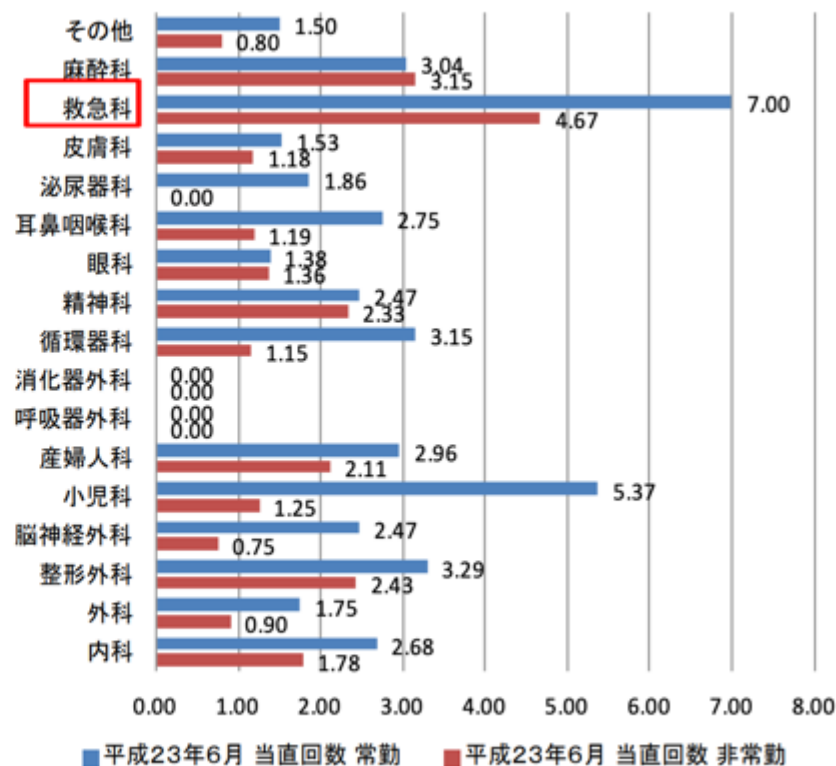
次世代医療構想センターでは、千葉県内の救急医療機関（救急告示病院）を網羅的に調べ上げアンケートを配布し、誰がどのような体制で救急業務を行っているのか調査している。都道府県単位でこのような調査を行った事案は全国で今ところなく、初めての試みである。アンケートは高い回収率であり、現在内容の取りまとめを行っているところである。

救急医と働き方

当直回数(平成21年6月)



当直回数(平成23年6月)



平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る調査(平成23年度調査)
「病院勤務医の負担軽減の状況調査」より作成

想像の通り、救急医は当直回数が多い。
最近は少しずつ変化しているものの、当直明けにも仕事をしている場合が多い。

救急医と働き方

厚労省「医師の働き方改革に関する検討会」報告書では以下が示されている。

医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組

- 1) 医師の労働時間管理の適正化に向けた取組
- 2) 36協定等の自己点検
- 3) 既存の産業保健の仕組みの活用
- 4) タスク・シフティング(業務の移管)の推進
- 5) 女性医師等に対する支援
- 6) 医療機関の状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取組

さらに報告書では医師の時間外労働時間の上限設定が明記された。

救急医と働き方

(B)水準の対象となる医療機関機能

- 地域医療の観点から必須とされる機能を果たすためにやむなく長時間労働となる医療機関として、その機能については具体的に以下のとおり。

◆「救急医療提供体制及び在宅医療提供体制のうち、特に予見不可能で緊急性の高い医療ニーズに対応するために整備しているもの」・「政策的に医療の確保が必要であるとして都道府県医療計画において計画的な確保を図っている「5疾病・5事業」」双方の観点から、

i 三次救急医療機関

ii 二次救急医療機関 かつ 「年間救急車受入台数1,000台以上又は年間での夜間・休日・時間外入院件数500件以上」 かつ 「医療計画において5疾病5事業の確保のために必要な役割を担うと位置付けられた医療機関」

iii 在宅医療において特に積極的な役割を担う医療機関

iv 公共性と不確実性が強く働くものとして、都道府県知事が地域医療の確保のために必要と認める医療機関

(例) 精神科救急に対応する医療機関 (特に患者が集中するもの)、小児救急のみを提供する医療機関、へき地において中核的な役割を果たす医療機関

以上について、時間外労働の実態も踏まえると、あわせて約1,500程度と見込まれる。

◆特に専門的な知識・技術や高度かつ継続的な疾病治療・管理が求められ、代替することが困難な医療を提供する医療機関

(例) 高度のがん治療、移植医療等極めて高度な手術・病棟管理、児童精神科等

※なお、当該医療機関内で医師のどの業務がやむなく長時間労働となるのかについては、36協定締結時に特定する。したがって、当該医療機関に所属する全ての医師の業務が当然に該当するわけではなく、医療機関は、当該医療機関が地域医療確保暫定特例水準の対象医療機関として指定される事由となった「必須とされる機能」を果たすために必要な業務が、当該医療機関における地域医療確保暫定特例水準の対象業務 (以下「地域医療確保暫定特例水準対象業務」という。) とされていることについて、合理的に説明できる必要がある。

救急医と働き方

医師の時間外労働規制について①



月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置 (いわゆるドクターストップ)

【追加的健康確保措置】

<p>連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (努力義務)</p> <p>※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。</p>	<p>連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (義務)</p>	<p>連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (義務)</p> <p>※初期研修医については連続勤務時間制限を強化して徹底 (代償休息不要)</p>	<p>連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (努力義務)</p> <p>※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。</p>	<p>連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (義務)</p>
---	---	--	---	---

※あわせて月155時間を超える場合には労働時間短縮の具体的取組を講ず

救急医と働き方

医師の時間外労働規制について②

		(A) 水準	(B) 水準	(C) 水準
縮める時間数 36協定期間 締結でき る上限	①通常の時間外労働（休日労働を含まない）	月45時間以下・年360時間以下		
	②「臨時的な必要がある場合」（休日労働を含む）	月100時間未満（ただし下表の面接指導等を行った場合には例外あり）	年960時間以下	年1,860時間以下
③36協定によっても超えられない時間外労働の上限時間（休日労働を含む）		月100時間未満（例外につき同上）		
		年960時間以下	年1,860時間以下	
適正な労務管理（労働時間管理等）		一般労働者と同様の義務（労働基準法、労働安全衛生法）		
医師労働時間短縮計画の作成によるPDCAの実施		現行どおり （勤務環境改善の努力義務）	義務	
追加的健康確保措置	連続勤務時間制限28時間※1（宿日直許可なしの場合）※2	努力義務 （②が年720時間等を超える場合のみ）	義務	
	勤務間インターバル9時間			
	面接指導（睡眠・疲労の状況の確認を含む）・必要に応じ就業上の措置（就業制限、配慮、禁止）	時間外労働が月100時間以上となる場合は義務 （月100時間以上となる前に実施※3）		

※さらに、時間外労働月155時間超の場合には労働時間短縮の措置を講ずる。

- 追加的健康確保措置については医事法制・医療政策における義務付け、実施状況確認等を行う方向で検討（36協定にも記載）。面接指導については労働安全衛生法上の義務付けがある面接指導としても位置づける方向で検討。

※1 (C) - 1水準が適用される初期研修医の連続勤務時間制限については、28時間ではなく1日ごとに確実に疲労回復させるため15時間（その後の勤務間インターバル9時間）又は24時間（同24時間）とする。

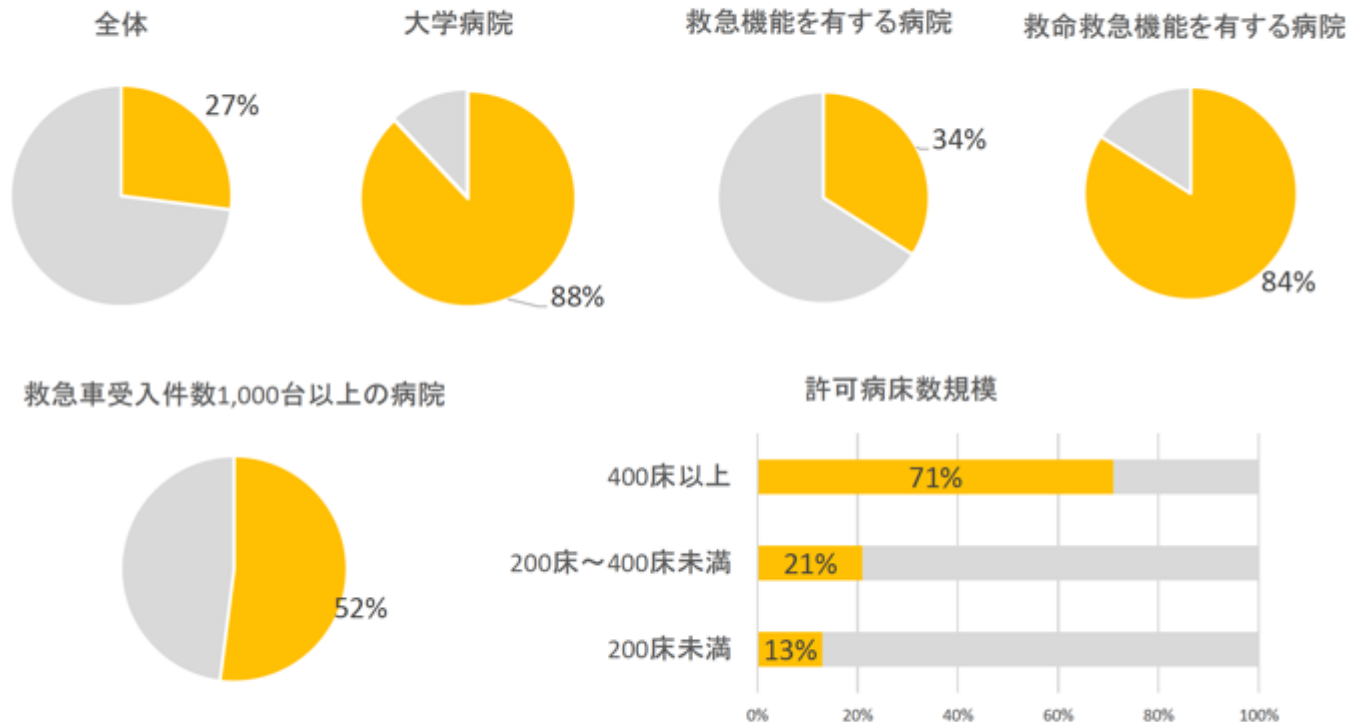
※2 長時間の手術や急患の対応等のやむを得ない事情によって例外的に実施できなかった場合には、代償休息によることも可能（(C) - 1水準が適用される初期研修医を除く）。

※3 時間外労働実績が月80時間超となった段階で睡眠及び疲労の状況についての確認を行い、(A)水準適用対象者の場合は疲労の蓄積が確認された者について、(B)・(C)水準適用対象者の場合は全ての者について、時間外労働が月100時間以上となる前に面接指導を実施。

救急医と働き方

地域医療確保暫定特例水準を超える働き方の医師がいる病院の割合

年間の時間外勤務時間が1860時間を超えると推定される医師がいる病院の割合



※1 平成29年度厚生労働行政推進調査事業費「病院勤務医の勤務実態に関する調査研究」研究班の集計結果から、「診療外時間」（教育、研究、学習、研修等）における上司等からの指示（黙示的な指示を含む。）がない時間（調査票に「指示無」を記入）が4.4%であることを踏まえ、「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」における個票の診療外時間より「指示のない時間」を削減した。

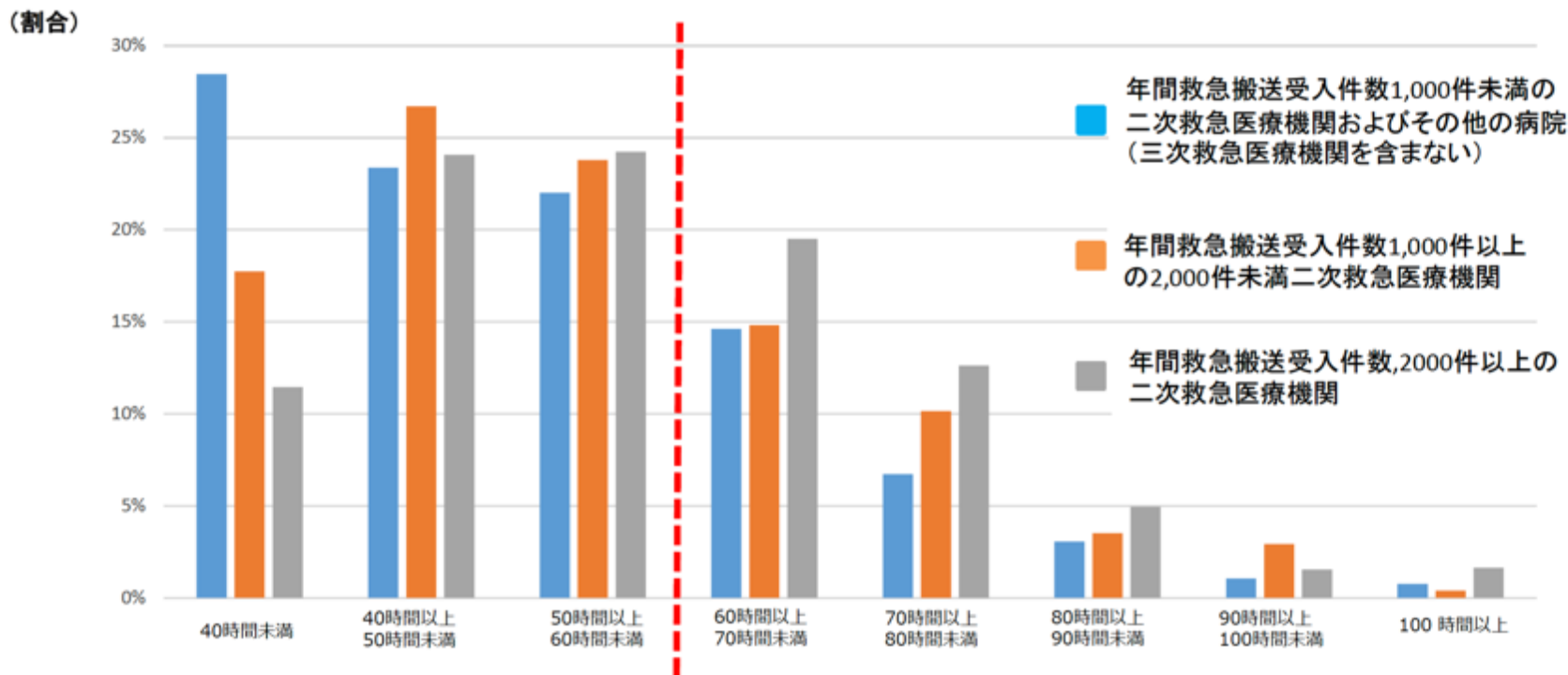
※2 大学病院、救急機能を有する病院（救急告示、二次救急、救命救急のいずれかに該当する病院）、救命救急機能を有する病院、救急車受入れ台数については平成29年病床機能報告を用いた。

大学病院・救命救急センターは時間外勤務が多い

救急医と働き方

- 年間救急搬送受入件数が2,000件以上の二次救急医療機関において、より受入件数の少ない二次救急医療機関よりも長時間勤務（週60時間以上等）を行う医師の割合が大きい。

<年間救急搬送受入件数別医師労働時間分布(三次救急を除く)>



※1 勤務時間に関する出典: 医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査(平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班)

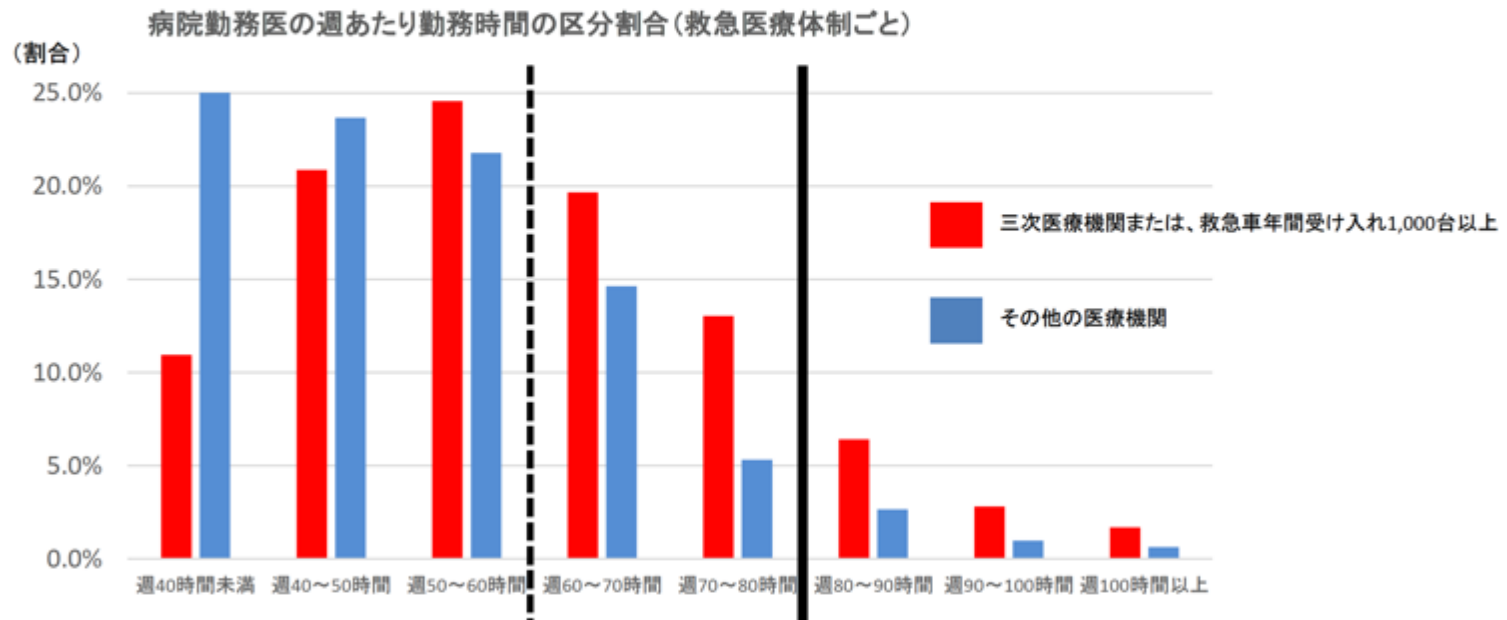
※2 救急搬送受け入れ実績に関する出典: 平成29年度病床機能報告

救急患者を多く受けるほど勤務時間も増える

救急医と働き方

救急医療体制ごとの勤務時間の違い

- 三次医療機関または救急車を年間1,000台以上受け入れている機関において、長時間勤務（週60時間以上等）を行う医師の割合が大きい。



※1 勤務時間に関する出典：医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）

※2 救急車受け入れ実績に関する出典：平成29年度病床機能報告

労働量と救急医師数のバランスが崩れている

救急医と働き方

日本救急医学会 医師の働き方改革に関する特別委員会 中間報告

- (1) 救急医個人と施設管理者は労務管理義務を負う。
 - a) 救急医一人一人は、自らの日常の労働時間管理を実施し、自己フィードバックを行う。
 - b) 病院長および救急科施設管理者は、救急医に対する産業保健業務を実施する。
- (2) 日本救急医学会は学会員と救急科施設に対する労務管理に介入する。
 - a) 専門医/指導医資格取得・更新のための条件に産業保健に関する講習の受講を義務付ける。
また、同資格指定施設条件に(1)の実施を義務付ける。
 - b) 救急科施設に対する労務管理評価システム(例:毎年の報告義務、学会による site visit、救命救急センター認可に対する推薦・勧告、学会員による申立て制度など)を創設する。
- (3) 在院中の自己研鑽時間の設定を提案する。
 - a) 自己研鑽時間を定義し、在院時間と労務時間を分離する。
 - b) 現行法令の年間の時間外労働上限時間に「自己研鑽時間」を上乗せする。
長時間の在院を防止するために「自己研鑽時間の上乗せは単月で△△時間まで」
「休暇期間を自己研鑽の上乗せ分に入れることはできない」などの条件を設定する。
- (4) タスク・シフティングを進める。
 - a) 初療室での医師業務の補助を中心として、救急救命士資格者の雇用推進を提案する。
 - b) 上記を達成するための、救急救命士法第四十四条(特定行為等の制限)に関する法的処置を要望する。
- (5) 救急医の働き方改革を実現するために社会への要望をする。

「自己研鑽」というグレイゾーンはそのまま

救急救命士への一部業務シフトのみ

救急医と働き方

日本救急医学会 医師の働き方改革に関する特別委員会 追加提言

- ・医療機関に勤務し地域の救急医療体制の維持と推進に貢献する医師の健康を守り、救急医を目指す医師が増えるための環境整備を目指し、一般則を遵守できる方策の実施に早急に取り組む
- ・救急医療に携わる医師の業務負担軽減策が実効性を得るまでの間は、所属する医療機関の一般医師とかけ離れない範囲で、**現状の救急医療体制を維持するに足る水準の時間外労働時間の上限引き上げが必要であることを容認する**
- ・時間外労働規制案は、地域や診療科の実情に合わせて規制時間内の中で医療機関が多様に準備し、**一医療機関内でも診療科ごとに選択できる制度を提案する**
- ・業務負担軽減策の達成には、**一般則の適用猶予期間とは別に、軽減策ごとに具体的な達成目標と達成時期を設定することを提案する**

つまり、地域の救急医療体制維持のためには
5年後も時間外オーバーを許容するしか無い

救急医と働き方

宿直?? 「医師，看護師等の宿日直許可基準」

「医師の勤務が宿日直として許可されるのは，

- ① 通常の勤務時間から完全に開放された後であって，
 - ② 一般の宿日直業務以外，特殊な措置を必要としない軽度または短時間の業務に限られ，
 - ③ 一般の宿日直許可条件を満たす，
- 以上の①~③のすべてを満たし，かつ「宿直では夜間に十分な睡眠を取り得る」場合，とされている...

そんな夜間を過ごしている救急医は（おそらく）いない。

しかも薄給な病院勤務医の外勤が「病院責任者が管理する当該病院の勤務医師の総労働時間に含まれる」ことになり，守ろうとすると給与が減る。

一方で若い救急医の自己研鑽の場として夜間勤務は大変重要な場であり，境目をどこにするのかが難しい。

これらの問題に対する解決はまだされていない。

救急医と働き方

救命救急センターの成り立ちがバラバラ

救急はその歴史上、もともと医局と関係ない独自のスタッフで大規模な集団を地域中核病院に形成していることが多い。

そのため、**非大学病院の救命救急センターの多くは、医局と無関係**である。これらの病院は、大学病院でない利点として給与が十分であることが多く、そのため外勤が不要であるため質を保ちやすい背景があり、それに合わせて勤務体系に独自のシステムを持っている。

- ・ 自己完結型診療施設

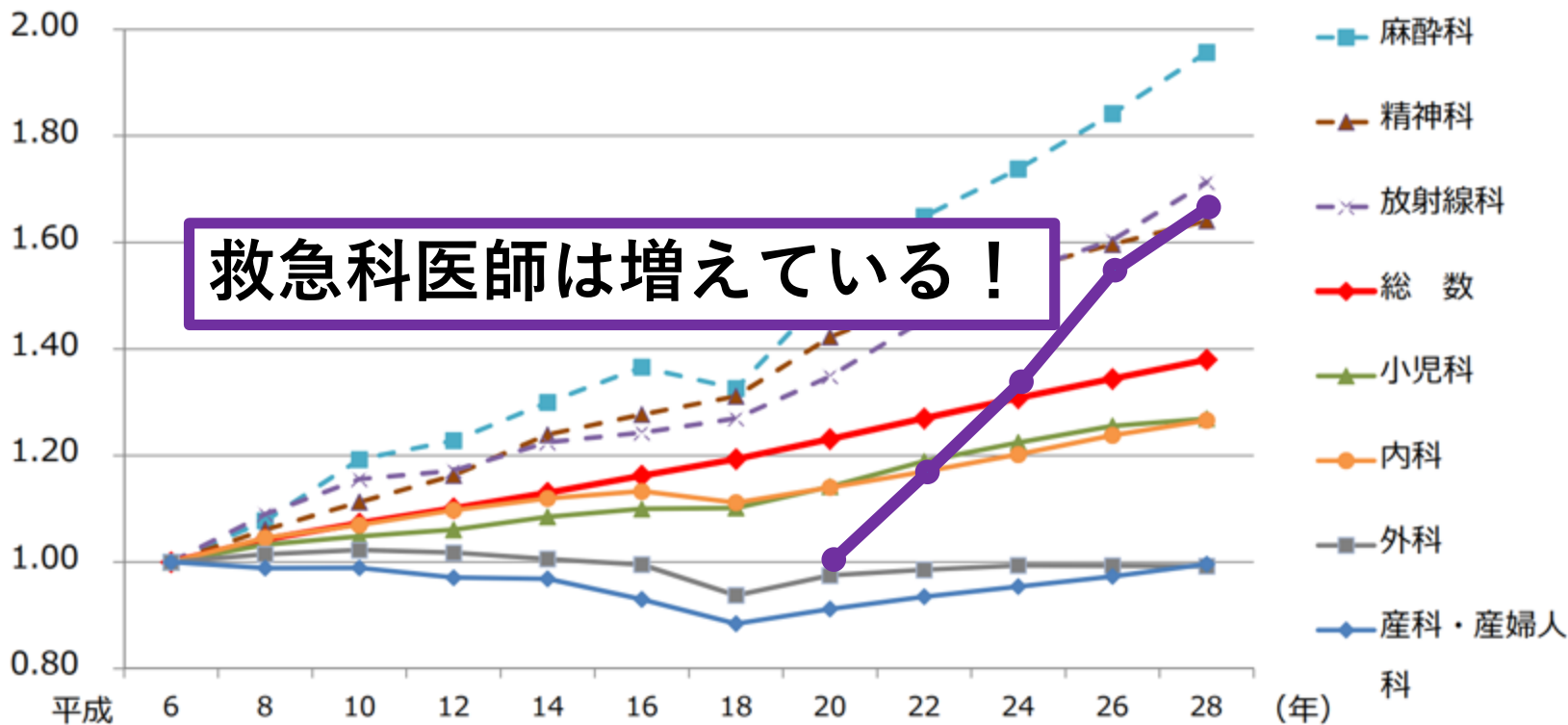
大学やその系列に多く、初療から集中治療まで自己完結する。患者を一貫して見ることができるほか、まとめて勤務することで外勤時間を確保する。

- ・ ER型診療+シフト制施設

独自救命救急センターに多く、ER型としてそれをシフト制で組む。集中治療は別部門が担当する。集中治療に従事したい場合には部門を移らなければならないが、勤務体制は余裕がある。

それぞれの施設に見合う対策が必要。いずれにしても医師数の確保が必須。

救急医師数



※内科・・・(平成8～18年)内科、呼吸器科、循環器科、消化器科(胃腸科)、神経内科、アレルギー科、リウマチ科、心療内科
 (平成20～28年)内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科
 ※外科・・・(平成6～18年)外科、呼吸器外科、心臓血管外科、気管食道科、こう門科、小児外科
 (平成20～28年)外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科
 ※平成18年調査から「研修医」という項目が新設された

救急医師数

	実数
救急科専門医数	4,582名
新規合格者数	313名/年
試験受験者数	437名/年

全国的に救急科専門医は不足している

	施設あたり必要数	施設数	必要数
救命救急センター	6名	284施設	1,704名
救急告示病院	2名	3,890施設	7,780名
臨床研修病院	1名	1,031施設	1,031名
合計			10,515名

日本救急医学会の取り組み

千葉県は不足している？（主たる診療科：救急）

千葉県・・・平成28年：1.4%（169人）←平成26年：1.0%（153人）

全国・・・平成28年：1.1%（3244人）←平成26年：1.0%（3011人）

→ 不足はしているが、全国平均と比べれば増えている

次世代医療構想センターでは救急科の医師確保に関する分析や対策を行っており、千葉県における救急医師数のさらなる増加を目指して活動中である。

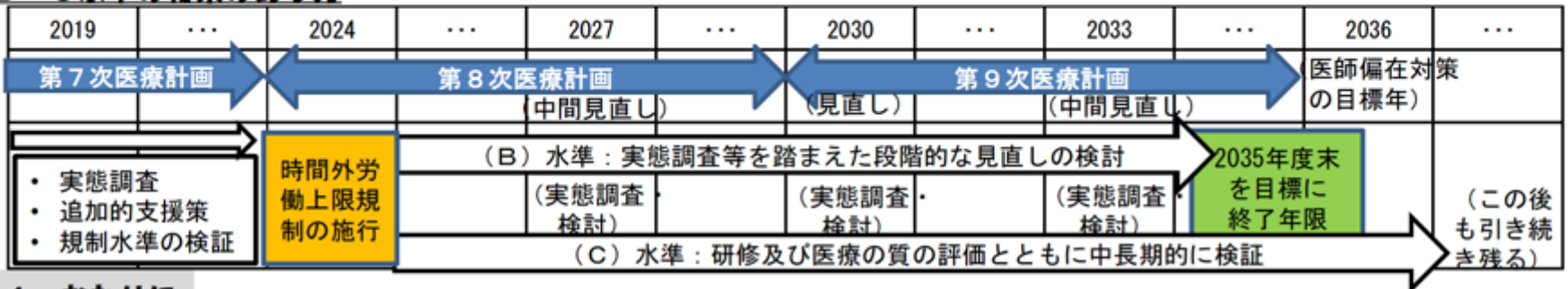
救急医の将来

B・C水準の適用の対象、手順等

(B) 水準	医療機関機能、労働時間短縮の取組等の国が定める客観的要件を踏まえ都道府県が対象医療機関を特定⇒特定された機能にかかる業務につき(A)水準超での36協定が可能に。新たに設ける「評価機能」が医療機関ごとの長時間労働の実態や取組状況の分析・評価を実施。結果を医療機関・都道府県に通知・住民に公表し、当該医療機関と地域医療提供体制の双方から労働時間短縮に向けて取り組む。
(C) - 1 水準 (研修医)	臨床研修・専門研修プログラムにおいて想定最大時間外労働(実績)を明示。これが(A)水準を超える医療機関を都道府県が特定(※超えない場合は(A)水準の適用)⇒「臨床研修・専門研修に係る業務」につき(A)水準超での36協定が可能に。医師は明示時間数を踏まえ自らプログラムを選択・応募。
(C) - 2 水準 (高度特定技能)	高度技能育成を要する分野を審査組織(※高度な医学的見地からの審査を行う)が特定。必要な設備・体制を整備している医療機関を都道府県が特定⇒「高度特定技能育成に係る業務」につき(A)水準超での36協定が可能に。医師が自由な意欲により計画を作成し、審査組織の個別承認を経たのちに実際の適用となる。

※現在、一般労働者の副業・兼業に係る労働時間管理の取扱いについては「副業・兼業の場合の労働時間管理の在り方に関する検討会」において検討されている。このため、兼業(複数勤務)を行う医師に対する労働時間管理等の在り方については、改めて検討。

B・C水準の将来のあり方



4. おわりに

救急医と働き方

2024年4月とその後に向けた改革のイメージ

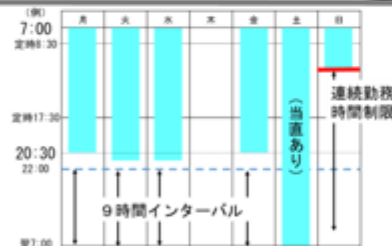
- ❑ 医療機関で診療に従事する勤務医の時間外労働が休日労働込みで年960時間以内となるよう（集中的技能向上水準の対象業務を除く）、医療機関・医療界・行政をあげて全力で労働時間短縮に取り組む。
- ❑ 地域医療提供体制の確保の観点からやむを得ずこの水準に到達できない場合も地域医療確保暫定特例水準の年1,860時間を上限として、これを上回る部分を約5年間で完全になくす改革をしていく。

- 現状において年間3,000時間近い時間外労働をしている医師もいる中で、タスク・シフティング、タスク・シェアリング等によって、その労働時間を週に20時間分削減
- さらに、追加的健康確保措置（連続勤務時間制限・勤務間インターバル）を適用

（時間外労働の年間時間数）

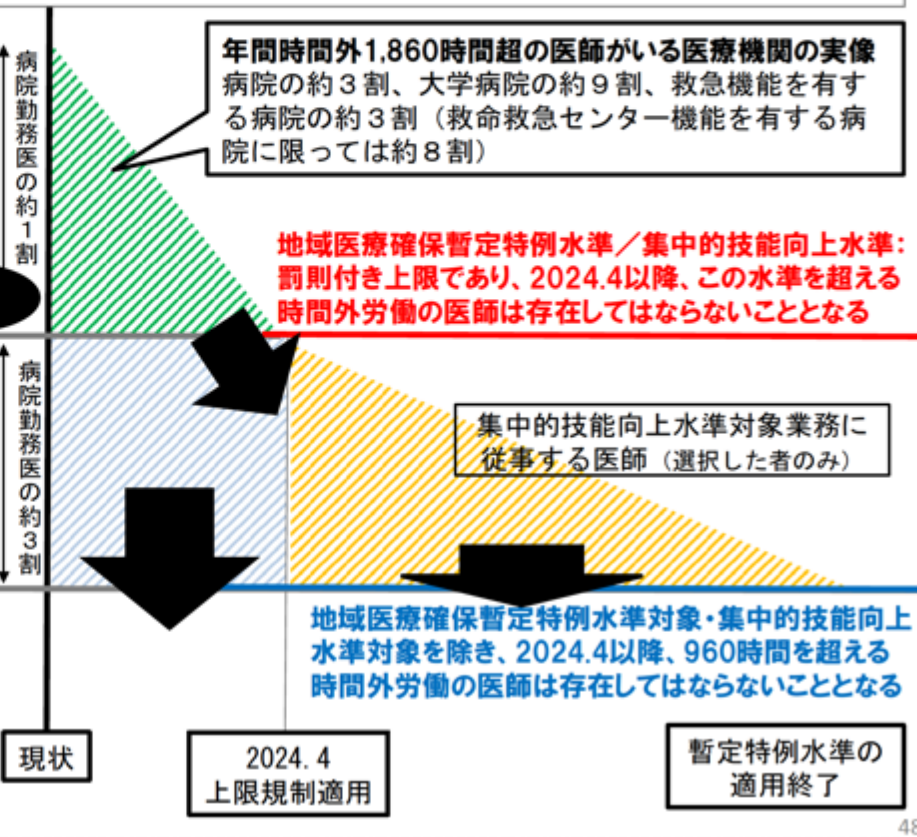
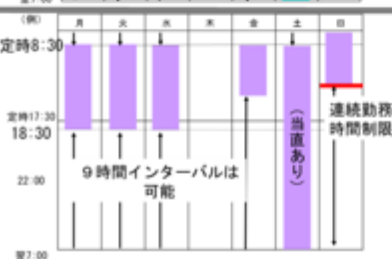
1,860時間

その働き方の例



960時間

その働き方の例



約2万人

講義編前半まとめ

救急医療の現状

- ① 千葉県においても救急搬送件数が増加し、そのため病院への搬送時間も長くなっている。
- ② 救急医療の主な担い手は一部の二次救急医療機関であり、かつ非救急医である
- ③ 救急医は三次救急医療に従事している場合が多く、医療機関と救急医師数にアンバランスが生じている
- ④ 救急医の労働時間短縮に向けた取り組みが日本救急医学会などによって行われている
- ⑤ 現状では働き方改革に則った勤務体系にすぐに移行することは難しい
- ⑥ 救急医師数は着実に増えているが、さらなる増員が必要である

本日のタイムテーブル

19:00-19:50 【50分】

【講義編】

- 1) 前半：救急医療の課題と改善案（35分）
- 2) 後半：小児医療の課題と改善案（15分）

19:55-20:40 【45分】

【グループワーク編】

- 1) 救急医療の実際
- 2) 小児医療の実際

グループワーク①

「千葉県の救急医療」

- 1) 千葉県の**救急医療を改善**するために、どのような**医療機関と医師の配置**をするのが良いか？
- 2) 救急医の**労働環境を整え持続可能な勤務**にするために、**地域や各医療機関**に対してどのような**啓発**が必要か？

グループワーク①

「千葉県の救急医療」

1) 千葉県の救急医療を改善するために、どのような医療機関と医師の配置をするのが良いか？

＜解答例＞

- ・ 年間1000例以上および2000例以上の救急搬送を受け入れる二次救急医療機関を指定機関として補助し、特に夜間休日は一時受け入れを行い、平日日中に分散する受け入れシステムを確立する。
- ・ 救急専門医をこれらの二次救急医療機関に夜間休日を中心に配置する。

グループワーク①

「千葉県の救急医療」

2) 救急医の労働環境を整え持続可能な勤務にするために、地域や各医療機関に対してどのような啓発が必要か？

<解答例>

- ・ **地域住民への啓蒙：夜間休日の検査は最低限，薬かは数日分のみの処方，日中に再度受診する必要**
- ・ **非救急対応医療機関：かかりつけ患者に対して，救急医療機関受診の適切な使用を普段から啓蒙する**