

講義内容①

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

千葉大学医学部附属病院の救急科・集中治療部に所属している救急科の医師の高橋と申します。
岡田先生と僕が並ぶと、どちらかというと岡田先生のほうが救急医らしくて、僕のほうが小児科医らしく見えるかなと思いますが、実は僕たちは同級生です。
昔で言う救急医＝体力自慢、いわゆる力持ちのような感じではなくても、やはり時代の流れと共に医師の像も変わってきて、僕のようないかにも体力がなさそうな人でも救急をやっているような環境になっています。これからもそういうことが持続可能になればいいと思っています。そういう中で今後、救急医療をどのようにしていったらいいのかということを含めてお話ししたいと思います。

救急医療と三位一体改革

2019年を境として2020年までに進めようとしている。地域医療構想の実現

① 救急医療の現状
② 救急医療の課題
③ 三位一体改革

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け入れ実績に基づいた都道府県による指定見直しが行われている。（地域医療構想）

第8次医療計画では、救急医療体制の持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）

先ほど吉村先生のお話の中で三位一体改革の話がありました。この三位一体改革の中で、救急医療ではどの部分がどのように当てはまるかという、特に医師偏在対策及び働き方改革ではないかと思っています。
第7次医療計画の救急医療分野に記載されていることとしては、円滑な受け入れ体制の整備、急性期治療等の受け手が不足している問題、いわゆる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、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け入れ実績に基づいた都道府県による指定見直しが行われています。
出口問題は救急科に限らずであることで、急性期治療後の行き場がないという問題がまだまだ残っていますので、そういうことに向けた解決策、例えば、パスを作ったり、早く転院できたら加算をしたりするといったことによって少しずつ問題を解決を図ろうというものです。
これらの地域医療構想の他、第8次医療計画では、救急医療体制の持続可能性評価のために救急医療に係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現在、検討されています。いわゆる働き方改革で、救急医療においても若くて元気があるうちならいいけれども、年齢を重ねると厳しくなってドロップアウトするしかなくなることを防ぐためにいろいろと対策が考えられています。

千葉県保健医療計画

現状と課題
・傷病者の搬送・受入の円滑化が重要
・AED使用率が低い
・救急搬送件数の増加
・救急搬送経路の長期間化
・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→三次に必要に応じて速やかに移行し機能分担と連携の明確化を図る

・救急医療体制の推進
二次救急医療では病院種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。三次救急医療では救命救急センターの設置等の検討を行う

これを県に下ろしてくると、千葉県保健医療計画で今のところ当てはまるのは、地域医療構想の部分ですから、メディカルコントロール体制の強化や救急車の適正利用の啓発、救急医療情報の提供、救急医療体制の整備や機能充実が当てはまるかと思っています。
千葉県ではメディカルコントロール体制の強化として、傷病者の搬送及び受け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しています。例えば、重症患者というのは、こういう疾患が疑われる患者など、いろいろな疾患名などを定めて、その患者をどのような医療機関に運ぶべきかを細かく設定して、それをその都度、会議を開いてブラッシュアップすることで、より適切に医療機関に運べるようなメディカルコントロール体制の強化を現在行っているかと思っています。
循環型地域医療連携システムは、いきなり三次医療機関を受診するのではなく、一次医療機関、救急医療機関、二次医療機関という順番で診察し、より高度な医療が必要となった時に段階を踏めるように機能分担と連携の明確化を図っています。
また千葉県では救急医療体制の推進として病院種番制などを行っています。この疾患であればこの病院、この日はこの病院といったように機能を分担することで分散して対策を行っています。

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法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法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。

まずは地域医療構想についてということについてお話しします。まず救急医療とは何かということになりますが、救急業務と救急患者について法律の文章を見ると、救急業務とは災害により生じた云々と書いてあります。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搬送すること。この文章からすると、救急患者とは通常の診療時間外の傷病者及び緊急に医療を必要とする傷病者を指すと思います。「緊急に医療を必要とする」というところが救急の肝になる部分です。逆に言えば、緊急に医療を要さないものが救急患者として搬送されるということはいかに効率よく整理していくかが重要な1つの点ではないかと考えます。

講義内容②

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（うち内科のみ6）
休日当番センター（575カ所）

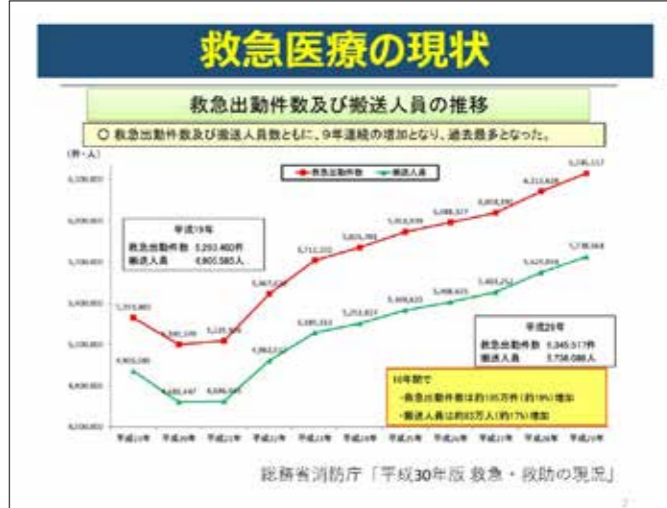
実際の救急医療体制については、救急に関わっている方はよくご存じだと思いますが、そうでなくても、救急というのは救急医だけで成り立っているものではないということをご存じだと思います。初期救急医療から入院を要する救急医療、さらに救命救急医療、第三次救急医療という3段階のステップを踏みます。特に第三次救急医療機関では重篤な救急患者を24時間体制で受け入れられるということが条件となっています。
千葉県の場合は、13病院が第三次救急医療機関に当てはまり、その他に第二次救急医療機関としては149救急病院、救急診療所が当てはまっています。

救急医療体制

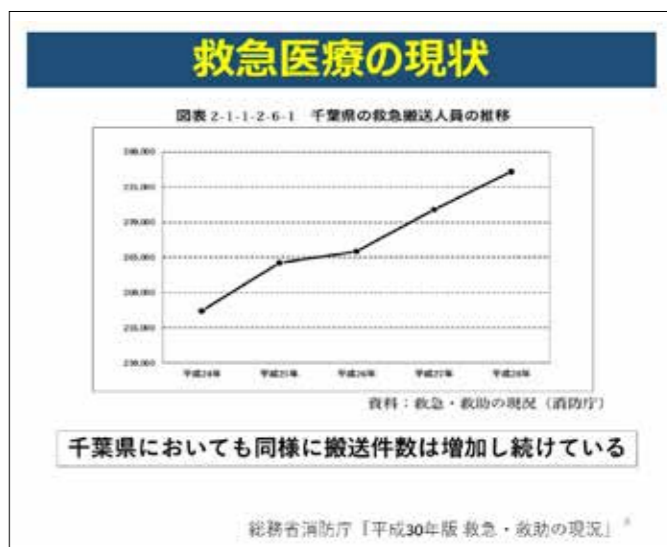
千葉県の場合
13病院
149救急病院・救急診療所（救急告示医療機関）
+ 141輪番病院
28夜間休日急病診療所（うち内科のみ6）

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

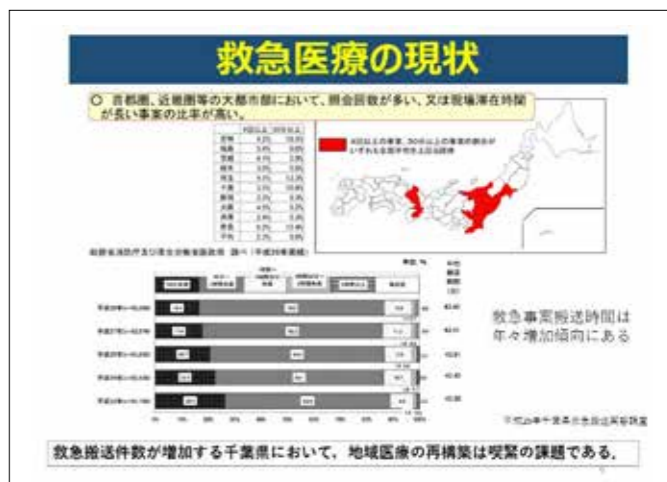
実際、どのように地域に位置しているかということ、今、ここに図示しましたが、二次医療圏ごとに1つ、人口の多いところでは2つの救命救急センターが配置されています。救命救急センターはいずれも形骸化せず、患者をよく診察、診療し、高度な救急医療を行っている病院が並んでいます。
地域の偏在ということでは、多少の偏在はありますが、遠くで眺めてみるとそれぞれある程度分散して成り立っていると思います。少し気になるのは東千葉メディカルセンターと亀田総合病院の間が少し空いていることです。公立長生病院の救急医療も頑張っているのですが、ちょうど間あたりで救急医療患者が発生した場合には搬送に時間が掛かると思います。ただ、大まかに見ると大体偏在なく位置しているのではないかと思います。



最近、救急車のお尻の部分に「救急車の適正利用をお願いします」と書いてあるのを見たことがある方もいらっしゃると思います。やはり年々救急搬送患者は増えています。



これは千葉県においても同様で、千葉県でも例外なく救急医療患者、救急搬送患者は増えています。主に高齢者が増えているということも特徴の一つではありません。



そして救急医療の現状としては、首都圏や近畿圏などの大都市圏において照会回数が多い、または現場滞在時間が長い事案の比率が高いと記載されています。4回以上病院交渉を行った、もしくは30分以上の現場滞在時間の割合がいずれも全国平均を上回る団体ということにチーバクんの横顔が入り込んできています。4回以上の割合を見

第6回医療政策セミナー

講義内容③

でも、30分以上の割合を見ても、この中でも高いほうのところにあります。実際、千葉県ではどのようになっているかというと、千葉県の救急搬送実地調査を見ても、平均搬送時間はだんだん上に向かって増えています。

ここには記載しませんが、千葉市の救急車の現場滞在時間は、年によっては日本で屈指だったことがあります。医療機関自体はしっかりあるのですが、やはり医療機関の数だけでは決められません。そういうところの効率化・整備、構想をしっかり練っていくことが大事だと思います。そういう意味で、救急搬送件数が増加する千葉県においても地域医療の再構築が喫緊の課題になると思います。

ただ、先ほどの千葉県医療保健計画で練ってきた対策がうまくいったところもあり、頭打ちにはなっていて、少しずつ搬送時間は短くなっています。ただ、平均搬送時間は43分と、近くに救急病院があったら自分で行ったほうが近いのではないかとといったような現状にはありません。



さらに救急医療の現状を見ても、救急医療というと、すごく重傷な患者を救命するということがぱっと頭に思い浮かびますが、実際には救急患者を誰が見ているかというと、救命救急センターを設置する医療機関よりも第二次救急医療機関のほうが多くなっています。患者数でも同様のことと言えますが、実際には二次救急医療機関が救急医療の大半を担っているということが分かります。

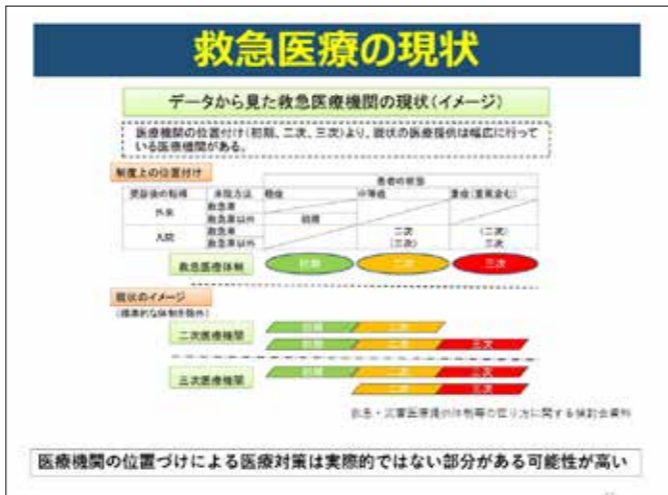
下についても同様の資料がありますが、基本的には同様の内容で、いわゆる重傷な患者＝救急医療ではなく、救急患者というのは二次救急医療機関が主に見ているということで、まずはイメージを変えることが重要だと思います。



さらに言うと、救急搬送を年間1,000件以上受け付けている医療機関は脳卒中や急性心筋梗塞等の、いわゆる重傷な疾患の大部分の緊急治療を行っている、かつ救急搬送を2,000件以上受け付けている医療機関ではさらにPCPS、今はECMOと言いますが、太い管を入れて体外循環を

回すような専門的な治療、脳卒中の特殊治療、t-PA、血栓を溶かす治療や血栓回収療法といったものの大部分を行っているということになります。

こうした割合を見てみると、二次救急医療機関のほうが圧倒的にたくさん診ているという現状があります。こういう難しい治療は三次救急医療機関だけでやっているかというと、実際にはそんなことはなくて、二次救急医療機関でもたくさんの難しい重症の患者を見ているということなのです。



救急搬送される時に患者さんが「私は三次救急医療の患者です」と手を挙げながら運ばれることはないわけですから、実際には線引きはとも曖昧で、二次救急医療機関は実際には三次救急患者を診ていたり、三次救急患者が実は初期患者を診ていたりということが混在しているというイメージを持つことが大事なのかなと思います。

ですから、医療機関の位置づけによる医療対策については、三次はこれ、二次はこれというよりは、もっと包括的に、もっと言えば大半は二次救急医療機関がしているの、二次救急医療にもっと着目しているいろいろなことを考えていくことが大事ではないかと思えます。

千葉市で言うと、みつわ台総合病院さんがすごく救急患者をたくさん取っている病院の一つとして千葉市で非常に重要な仕事をされているのですが、実はその病院には救急科はありません。ただ二次救急医療機関としてたくさんの患者を受けて診療して治療をしているという現実があります。ですから三次救急＝救急というよりも、もっといろいろな機関がやっているというイメージが大事だと思います。



今、みつわ台総合病院の話をししましたが、千葉市、八千代市にはこれだけたくさんの二次救急医療機関があります。先ほど言ったみつわ台総合病院も17番にあります。今まで三次救急医療機関についていろいろと議論されてきましたが、実質的な担い手である二次救急医療機関の地域的な偏在というところを見ると、まだまだ偏在があるのか

第6回医療政策セミナー

講義内容④

などと思います。

この地図を見ると、緑区には結構あるなどと思いますが、これは子ども病院です。ですから実は緑区に成人の二次救急医療機関はないわけです。つまり、この広い土地で発生した救急医療患者は中央区が東千葉メディカルセンターに運ばれているということです。

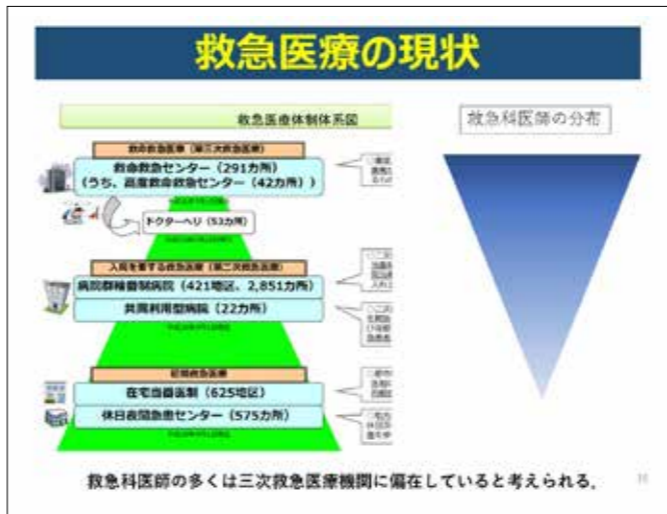
三次救急医療機関の地図で見ると偏在はありませんが、二次救急医療に着目すると、いろいろとまだまだ再編、再構築していく余地はあるのかなと思います。

この中で夜間に救急医が勤務している二次救急医療機関は千葉市立青葉病院だけです。青葉病院以外に夜間、休日に救急科専属の医師がいるところは僕が知る限りはありません。先ほど言いましたように、救急医ではない先生が一生懸命に二次救急医療を診て地域を支えているということがポイントになると思います。

また、千葉県救急医療センターと千葉大学医学部附属病院は三次救急医療センターですが、基本的には二次救急医療現場は専門性が高いのとベッドの制限があり、なかなか行っていないということも現状の一つだと思います。



小児診療は、普通は小児科の先生が行い、妊産婦診療は産婦人科医師が行いますが、救急診療は全ての科の先生が行っているというところでは、救急医療を担っているのは救急科だけではなく、全ての科の先生だと言えると思います。



先ほど言いましたように、救急科の医師は三次救急医療機関に分布していて、二次救急医療機関にはほとんど救急医はいませんから、実際には救急医のいないところで救急が成り立っているということなのです。

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担う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態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、進めど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例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。

今話をまとめると、救急医療の担い手の主体は一部の二次救急医療機関で行われているということになります。

これまで三次医療機関に関する調査や評価が行われてきましたが、二次救急医療機関に対しては十分に行われていなかったため、特に夜間休日における二次救急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と思えます。

私は千葉県の指令センターというところでも勤務しているのですが、そこは千葉房総半島中の119番を全て傍受できて、かつ、どの救急車がどこに交渉した結果断られて、どこが取ったかという一覧を全て見ることができます。「同意」をクリックすると、この病院は何時にこの救急車を受けたという一覧が出ます。やはり日中はどの病院も非常に頑張って受けられるのですが、夜間休日は救急医がいないため、取れるところが一気に少なくなってしまいます。ですから、そういうところにもっと焦点を当てた調査が必要になってくると思えます。

また、先ほどの繰り返しになりますが、救急医療は救急科医師だけで行っているわけではありません。救急科の僕が言うのも何ですが、全ての医師が救急医療に携わっているの、今まで行われてきた救急医だけを対象にした調査というのは、一部の救急病院についてしか分からない可能性があると思えます。

そこで現在、われわれ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て、実際に誰がどのように診療し、治療しているのかを調査しています。今のところ、都道府県単位でこのような調査を行った事例は全国でもないと思えます。しかもアンケートは繰り返しお願いしたのもあって、高い回収率でした。現在、内容の取りまとめを行っていて、実態を明らかにする、見える化することで今後の対策につなげていければと考えています。地域医療構想の話は以上です。

続いて働き方改革についてです。救急医と働き方ですが、救急医の先生はあまりいないかもしれませんが、皆さま全員救急に関わっておられると思います。別に医師でなくても、医療に関わる人にとって救急は何かしら関わるところが必ずあると思えますので、大事な話ではないかと思えます。

「救急医はやばい」というイメージがあるのは明らかなので、救急医学会は早め早めにこういうところに着目していました。ですからこのようなポスターもあります。人を救うにはまず自分が健康でなければならない。やはり人間は忙しくなると、性格がすざむという言い過ぎかもしれませんが、どうしても言葉尻がきつくなったり、少し荒くなったりしてしまうところがあると思えます。心の健康は体の健康からということで、救急医が最も多く所属している日本救急医学会がポスターを作成して、啓発活動をしています。救急医というと、「救命病棟24時」というドラマを皆さんご存じかと思えます。僕はこのドラマを見て、進藤先生がカッコいいな、あいう医師になりたいなと思ったところも少しあります。

「救命病棟24時」の24時とはそもそも何だろうと。24時というのは午前0時に働いている医師のことを言っているのか、それとも24

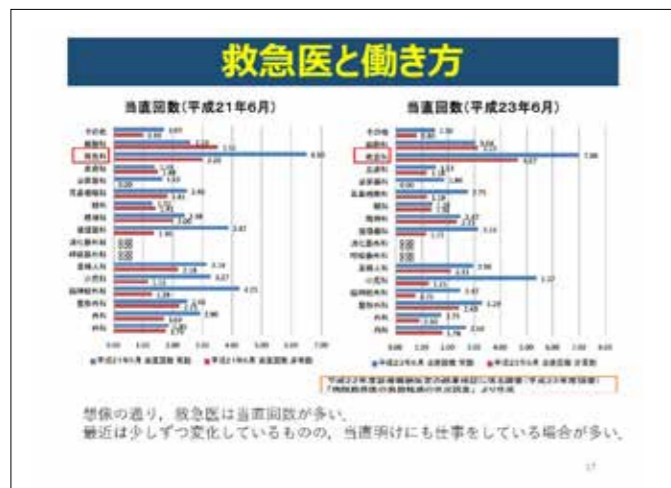
第6回医療政策セミナー

講義内容⑤

時間ということを言っているのかなど。今思えばそういうことは全く分からずに、24時という言葉にインパクトを受けて、ああ、カッコいいなと思って見ていました。僕は明らかに体力がなくて、進藤先生とは明らかに違います。そういう医師がだんだん増えてくる中で、女性を含めていろいろな人が働ける職場でなければならないというのは、この10年ですごく言われてきたところです。

これらもご存じの方がいるかもしれませんが、「救命棟24時」の進藤先生は、みんなを働かせたというわけではありませんが、救急車は全部受けるといったことを言うわけです。その時代はカッコよかったです。僕は憧れました。でも、今の時代は全部受けなくて、きちんとトリアージして適切な医療機関に運んでくださいということになります。

過労強要とまではいきませんが、そういうところで一度、追い出されたことがあります。これは時代の流れだと思えます。やはり救急医は身を粉にして、生活を犠牲にして働けという時代ではないと思えます。



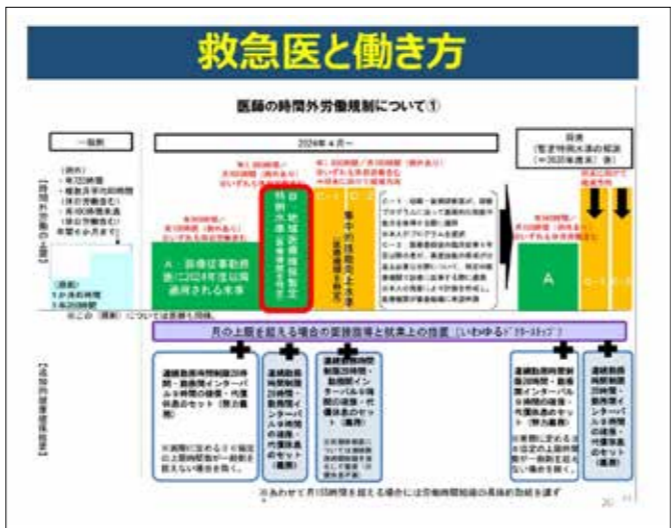
実際に、救急医の働き方を見てみましょう。一番怪しいのは消化器外科と呼吸器外科で、0と書いてあります。これは何かよく分かりませんが、そこではなくて、少し上を見ていくと救急科というところがあって、こちらが着目ポイントです。この0はそういう雰囲気を感じますよね。

ある意味、救急科はそれが本職ではあります。少し古い資料になりますが、一般的に当直が月6〜7回あるということです。これは全体をならしたもので、若い人は10回、12回とあるのではないかと思います。まだまだ救急医の当直回数は実際には多いと。それがいいか悪いかは別として多いということです。

最近では当直明けに帰ることができるということをアピールすることもあります。実際に当直明けに帰れるところも多いのですが、そんなにきれいさっぱり当直明けに業務がなくなるわけではありません。当直中に来た患者さんの仕事があるので、なかなかすぐには帰れず、当直明けも仕事をしていることが多いのが現状かなと思います。

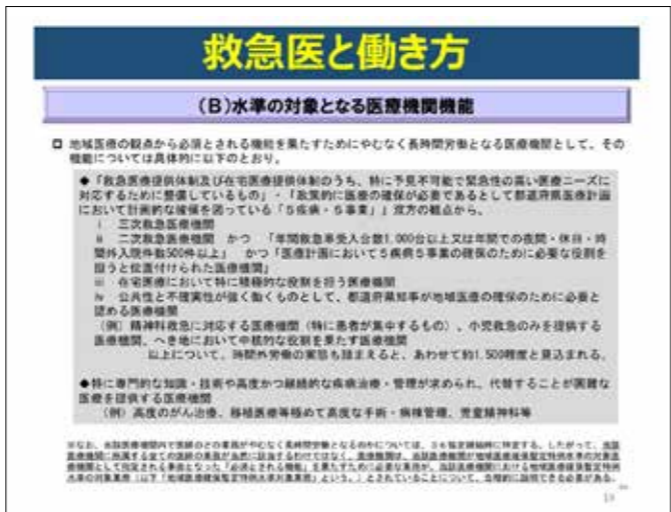


これも救急に限りませんので、皆さんすでに知っていることかもしれませんが、労働時間短縮に向けた緊急的な取り組みが行われています。ざっと示した通りです。ここでは詳しく述べませんが、



ポイントは具体的な医師の時間外労働規制について、いろいろと定まってきたということです。

2024年の4月の部分ですが、そこまでは労働時間の規定、いわゆる36協定に従った部分ですが、働き方改革が施行されるにあたり、やはり現実的に法律違反として罰則のない範囲で働こうとすると、どうしても間に合わない部分があると。すぐにそこまで移行できないということで、いわゆる特例的なかたちで各水準が設けられています。最終的にはA水準と言われている年960時間までの時間外労働にしたいのですが、特殊な場合によってはB水準、C水準というものも設けて、時間外がオーバーしても条件付きで許可しますよということになっています。これは前回の講義を受けた方はご存じだと思います。



救急医はどれに当てはまるかというと、恐らくB水準になると思います。ここに実際に書いてあります。B水準に当てはまる医療機関機能ということになると二次救急医療機関、二次救急医療機関、かつたくさん救急車を受け入れているところと書いてありますので、われわれ救急医の多くはB水準になるのではないかと思います。

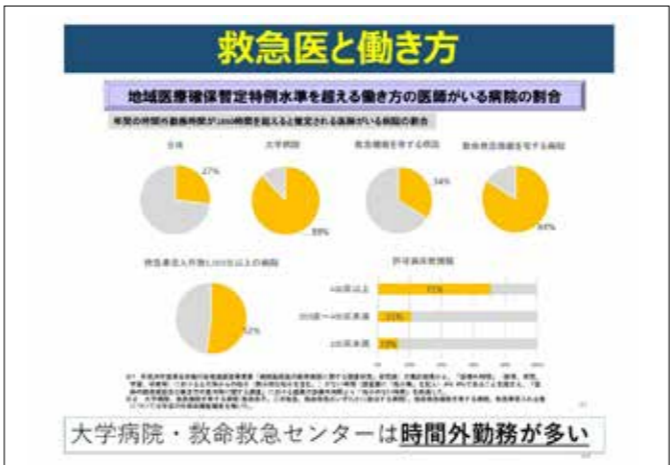
第6回医療政策セミナー

講義内容⑥

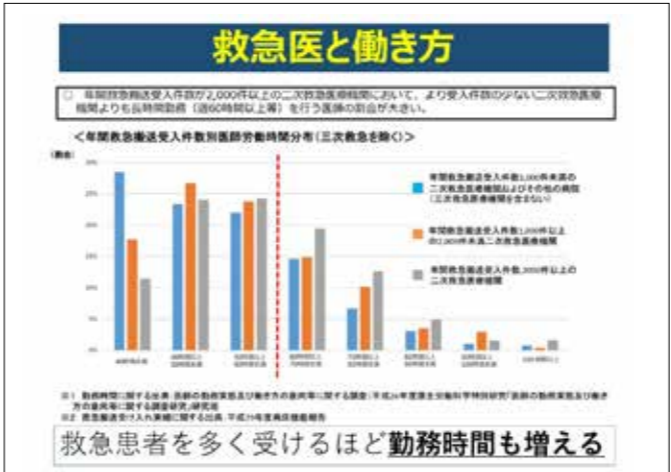


B水準は年1,860時間以下の時間外労働で、インターバルを9時間設けたり、連続勤務時間を28時間にしたりしなければならないことになっています。つまり直明けに働いてはいけないということです。これに向けて、今、世の中の救急医療機関では働き方を整理し、しっかりとこれに従えるような体制構築をしているところかと思えます。

千葉大学の救急科でも全く同様で、これを踏まえて勤務態勢の見直しをして、しっかりと時間を見えるようにしています。今までのように何となく残業して誰も申告しないということのないようにしているということです。



救急医は具体的にはどこにいるかというと、大学病院と救命救急機能を持つ病院に多くいます。そこでたくさん残業しているということは想像通りですが、



もう一つポイントなのは、たくさん救急車を受けているところに長時間勤務を行う医師の割合が多いということです。つまり救急医療患者を多く受けるほど、勤務時間が増えるということになります。



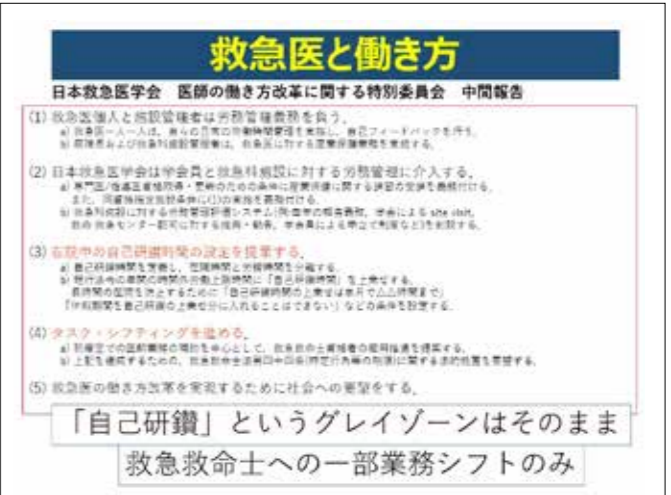
つまり労働力と救急医の数のバランスが崩れていると。たくさん救急車を受ければ受けるほど時間も増えていって、人も少ないという、やはりバランスが崩れていることがポイントになるかなと思います。そういう意味では、医師の配置も働き方改革の上で大きなポイントになっていくのかなと思います。これは現在、救急医がどのように働いているかという一例を示したものです。これはとある20年数年目の救急医の1月の勤務表です。僕ではありません。これはお正月です。

この先生は1月1日と1月5日しか休みがありません。「代」と書いてあるのは代勤で、ABは日当直です。日当直の明けは学生の教育や会議があるので、大体、常にいるわけですが、これを見るとずっと休みがありません。驚くことに、「先生、今月全然休みないじゃないですか」と言うと、「あ、本当だ」と言われます。あんまり忙しくて、2日しか休みがないことに気付かなかったということです。もともとワーキーホリックなのかもしれません。

日中の会議があまりにも多くて、日中に終わらない業務は深夜まで残って行くこともある。しかも、時間外労働を申告したことがないということでした。

救急医は時間外労働してなんぼという精神が、ひよっとしたらどこにあるのかもしれない。ただ、今の時代、そういうことは許されないわけはありませんが、誰かがこういうことを行うことで、道連れのそしなきいけなな雰囲気なこともあると思います。ですから、こういうことはしっかりと問題点を洗い出すと。まず労務について、言い方は悪いですが、自分がどう働いているか自己管理ができていません。休日が2日しかないことにすら気付いていないわけです。しかもこの労務を作った担当者は、先生が学会をたくさん入れたせいでA勤務に入れたかたに入られなかったので、2月に負債が回りますよと言われます。むちゃくちゃです。

教育、災害活動、医局の啓発活動など、いろいろ行っているわけですが、勤務としては全くカウントされません。それはもう勝手にやっている。そうすると実労働に見合う給料が生じず、外勤は削れなくなります。



講義内容⑦

こういう問題点があるので、日本救急医学会は医師の働き方改革に関する特別委員会を設置しました。

まずは中間報告をお見せします。やはり自分でしっかりと労務管理をすること、自分で実施するよにということが記載されています。他には自己研鑽時間の設定時間を提案するという事です。ここがすごく難しいところです。自己研鑽時間というのは、要は、今まで救急医としてみんなのためにやってきた学会やコースの活動を勤務時間にしたほうがいいのではないかとということです。また、タスクシフティング、救急医でなければいけない仕事以外はどんどん移行しますと。具体的に言うと、救急救命士に移行させようということです。

ただ、自己研鑽というのは非常にグレーゾーンです。どこまでが自己研鑽、啓発で、どこからがそうではないのかというのは、誰にもはっきり線引きできません。結局、自己研鑽時間を明確に区分けする記載は今のところないと。

タスクシフティングというのは、救急救命士に挿管などの一部の業務をシフトするということです。でも僕たちは1日中挿管しているわけではありませんから救急救命士に業務をシフトするといっても、すごく労働が減るわけではありません。

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、救急医を自衛す医師が増えるための環境整備を自衛し、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要請する
- 時間外労働規制は、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準備し、一医療機関内でも診療科ごとに適用できる制度を構築する
- 業務負担軽減策の達成には、一般則の運用猶予期間とは別に、軽減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

それを踏まえて、さらに追加提言しています。やはりいろいろ考えたけれども少し難しいのではないかとということです。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。つまり、やはり少し難しいですということだと思います。

なぜかという、先ほどのとてもよく働いている先生の働き方を見ると、実は「外」が非常に大事で、一つは給料のために大事です。大学の給料というのは、性質上、ものすごく高いということはありません。暮らしていくのに必要な分は外勤が必要というだけではないです。ね、われわれはのんびり寝るだけに行っているわけではないです。地域の救急医療機関に夜に直直に行っていますから、地域を支える救急医が来なくなってしまうと、その救急医療機関が困ってしまうわけです。

ですから、単純に時間外労働を制限すると、要は、千葉県だけではなく、世の中で地域を支えている救急医が医局から撤退してしまうという恐れがあるということになります。ですから、やはりすぐには難しいのではないかと書いてあるということになります。

後は一般則の猶予期間とは別に経験者交代、具体的な達成目標など、要は、もう少し待ってくださいと。もっと細かいステップを踏んでやらせてくださいということが書かれています。5年後も時間外オーバーを許容するしかないというのが救急医学会の考え方の一つではないかと思っています。

救急医と働き方

宿直?? 「医師、看護師等の宿直許可基準」

「医師の勤務が宿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、②一般の宿直業務以外、特殊な措置を必要としない程度または短時間の業務に限られ、③一般の宿直許可条件を満たす、以上の①②③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事な場であり、境目をどこにするのが難しい。

これらの問題に対する解決はまだされていない。

こういうことになっている理由の1つに宿直があります。宿直というのは、本来はほとんど患者を診なければいけないわけではなく、今、病院にいる患者に何かあった時に対応し、他は十分に睡眠できるはずですが、そんな夜間を過ごしている救急医は多分ないと思います。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の総労働時間に含まれるということを守ろうとすると、結局、給料が減ってしまうということになります。ですからこの問題は解決されていませんが、解決せずに野放しにしているわけではなく、日本救急医学会では引き続きこのことについて議論を続けていて、自己研鑽についてどこまで線引きするかということを具体的に考えているところなので、それを待ちたいと思います。

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進む。集中治療は別部門が担当する。集中治療に突撃したい場合には部門を移らなければならないが、勤務体系は余裕がある。

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。

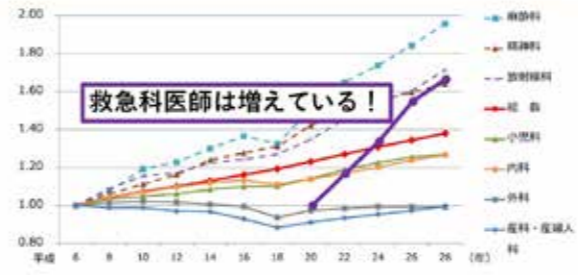
また、皆さんに知っていただきたいのは、救命救急センターは成り立ちがバラバラだということです。いわゆる大学病院のように自己完結型で、患者を最初診て、全部診て、残りの日に外勤するということもありますが、日本の救急は医局と関係のない救急が歴史上、どうしても多いです。例えば、前橋赤十字病院や埼玉赤十字病院といった大きな救急病院は、医局とは全く無関係に非常に多くの救急医を抱えています。ですから自己完結型、いわゆる大学病院やその系列に多いところでは、患者を一貫して診るというメリットはありますが、まとめて勤務することで外勤時間を確保しなければならないということになります。

ただ、先ほど言ったような大規模な救急医がいるところはER型として救急患者だけを診るというシフト制を組めるので、働き方改革にすぐにフィットできます。ですから働き方改革にすぐにフィットできないのは、自己完結型診療施設なのではないかと思っています。

つまり、それぞれの施設に見合った対策が必要で、救急医療施設全体の対策というと、すぐにフィットできるところとできないところがあるので、先ほどの救急医療学会の提言にもあったように、施設ごとにステップのポイントを決めたほうがいいということになるのではないかと思っています。

講義内容⑧

救急医師数



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

いずれにしても医師の数は必要ですが、救急医の認定医数は増えています。うなぎ登りです。やはり進藤先生のおかげなのではないかと思っています。

救急医師数

救急科専門医数	6,342名
新規合格者数	313名/年
試験受験者数	487名/年

全国的に救急科専門医は不足している

施設	必要数	現員数	必要数
救命救急センター	6名	284名	1,704名
救急告示病院	2名	3,890名	7,780名
指定救急病院	1名	1,031名	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

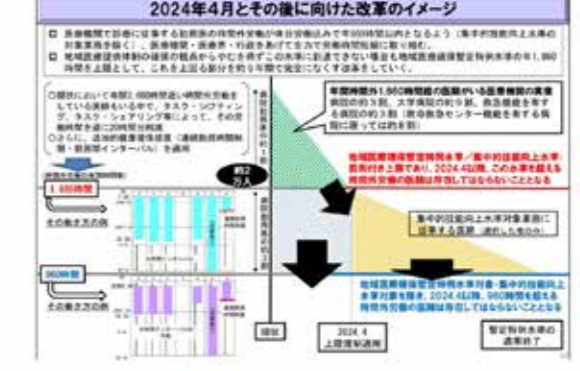
ただ、必要とされる分には足りていませんので、まだまだ救急医を増やす活動は必要と考えています。次世代医療構想センターでは、救急科の医師確保に関する分析や対策を行っており、千葉県における救急医師数のさらなる増加を目指して活動中です。

救急医の将来



救急医療に限らず、第7次医療計画が2024年7月までにありますから、そこから時間外労働の規制ののっとなって、最終的にはA水準だけにしようということが書いてあります。

救急医と働き方



ここに働き方の一例が書いてあります。一応、具体的にこのようにインターバルを設ければ、週に1日必ず休日を設けることもできるし、夜間も休むことができます。このように具体的なものもいろいろ出てきていますので、これにフィットできるように各施設で工夫をしていくことになると思います。

講義前半まとめ 救急医療の現状

- 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。
- 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。
- 救急医は三次救急医療に従事している場合が多く、医療機関と救急医のアンバランスが生じている
- 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
- 現状では働き方改革に向けた勤務体系にすぐに移行することは難しい
- 救急医数は着実に増えているが、さらなる増員が必要である

以上、講義の前半のまとめですが、千葉県においても救急医療搬送件数は増加しており、そのため病院への搬送時間も長くなっている。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。救急医は三次救急医療に従事している場合が多く、医療機関と救急医のアンバランスが生じている。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によって行われているが、現状では働き方改革ののっとなった勤務体系にすぐに移行することは難しい。救急医数は着実に増えています。さらなる増員が必要だということになります。救急科からは以上になります。

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 @千葉大学病院

第6講後半:小児科医療の課題と対策

岡田玲緒奈 小児科専門医 次世代医療構想センター 特任助教

新生児科や救急科は常時24時間対応、のようなところで、現状ではどうしようもないということが分かります。なので話に筋が通りやすいのですが、小児科はなかなかそうもいなくて、とりとめもない内容になってしまうかもしれませんが、お話しさせていただきます。

講義内容⑨

千葉県保健医療計画（平成30年度～平成35年度）
「小児科医療」冒頭より

施策の現状・課題

我が国は、新生児死亡率が世界一低い一方で、**1歳から4歳の小児の死亡率は相対的に高い傾向**にあります。千葉県でも、死亡率は千対で0.59人となっており、**小児救急患者の救命率向上が求められています。**

→本当に小児救急医療の問題なのだろうか？

これは行政官の方と医師とのインタラクションといった会ですから、新生児科に引き続き、千葉県の保健医療計画を最初に取り上げました。「小児科医療」の項の冒頭部分を読みますと、施策の現状と課題、が書いてあります。「わが国は新生児死亡率が世界一低い一方で」とあります。これは前回取り上げた内容です。続いて、「1歳から4歳の小児の死亡率は相対的に高い傾向にあります。千葉県でも死亡率は千対で0.59となっており、小児救急患者の救命率向上が求められています」と書いてあります。

恐らくですが、ここにいる小児科医は誰もこの記述に納得しないと思います。世界の中で日本の乳幼児の死亡率が高いことがあろうかと。仮にそうだとすると、それは小児救急の問題なのかも分からないな、と悪い、いろいろなデータにあたってみました。



これはユニセフの「世界子ども白書」の2017年のデータですが、5歳未満児の死亡率で、成績のよい新生児も入ってしまっていますが、



日本は192位です。1,000人に2人の死亡で最下位に近い、一番良いと言っていい数字です。

そうすると、一体このデータを持ってきたのかなと思うのですが、これは一旦横に置くとして、それが小児救急患者の問題なのか、という視点でこのことをみることにしてみます。乳幼児死因の内訳を見ましょう。



乳児死亡、すなわち0歳児の主な死因の構成割合では、「先天奇形及び染色体異常」が特に多い。1～4歳児の死因もやはり1位は先天奇形で、2位は不慮の事故、3位にがんが入ってきます。少なくとも救急レベルでどうすればいいんですかというような死因なわけですが、つまり、仮に我が国の乳幼児の死亡率が高いということが本当たとしても、小児救急の問題ではないだろうということが分かります。

これは保健医療計画を作った方々を叩こうとかいうことではなくて、小児科医と話せば「それはおかしい」ということがすぐに分かるということの一例で、こういった会で行政官の方と現場の医師が対話していくことの大事さを示しているわけです。

千葉県保健医療計画（平成30年度～平成35年度）
「小児科医療」

施策の評価指標

指標名	現状	目標
救急相談件数（小児科） （15歳未満人口10万対）	65.9 （平成28年度）	77 （平成34年度）
小児救急電話相談件数	31.3 （平成28年度）	35.0 （平成34年度）

指標名	現状（平成28年）	目標（平成34年）
5歳未満児死亡率*	2.09	減少
悪性新生物（5歳未満）死亡率*	0.39	減少
5歳（15歳未満）小児死亡率	0.24	減少

5-14歳死因第1位 悪性新生物…

死亡率の改善は、施策の評価指標としては不適？

さらに保健医療計画を見ていくと、「施策の評価指標」というのがあって、これは「こういったことをやっていくことで、こういったアウトカムを得よう」というものです。上の「基盤」を見ると、小児科の医療施設従事者数を増やします、小児の救急電話相談件数を増やしますという第1の目標があって、それによってどういった結果に期待するかというと、乳児死亡率だとか乳幼児死亡率、小児の死亡率が良くなってほしいということなのですが、そもそもこの「基盤」と「成果」がつながりません。

先ほど5歳未満までの死因の上位を見ましたが、さらに小児全体というところになると、5歳～14歳の死因の第1位は悪性新生物で、それは医師が増えたから良くなるというものでもなくて、なかなか難しい。ここには死亡率しか挙がっていませんが、現代日本で小児科の医療の質を評価する指標として、死亡率の改善というのは不適です。

講義内容⑩

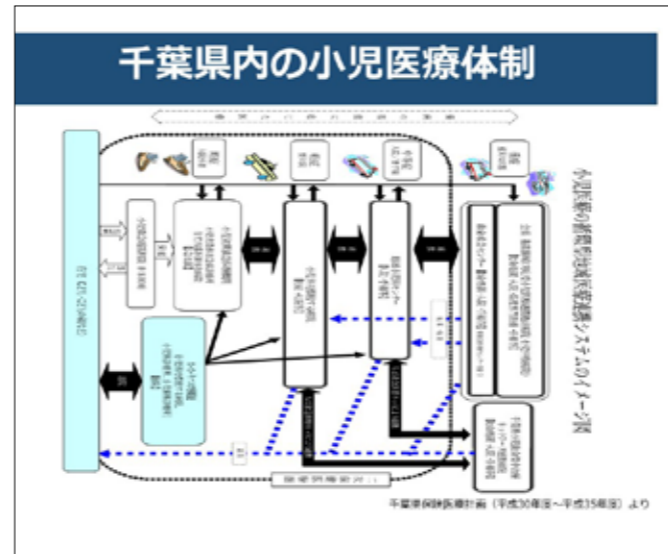
千葉県内の小児医療体制

- 山武長生いすみ地域
小児の入院施設に乏しい
深夜に受診できる施設はほぼない
- 初期から三次までの救急医療体制??
→小児科医にこの意識は希薄?

特に23時以降は山武地域の救急受診はかなり遠くまで…

話は変わって、具体的に千葉県内の小児医療体制に移ります。地図にはいわゆる小児中核施設を示していますが、山武・長生・いすみ地域に関しては、小児の入院施設は乏しい。全くないわけではありませんが乏しく、夜間に受診できる施設はほとんどありません。特に深夜23時以降は完全にないと言ってよくて、千葉市の夜休診に来ているなど、場所によりますが、他の圏域に行くしかなくて、かなり遠い距離を行っているケースも多いです。ただし、その時間帯に果たしてどのくらいの人たちが本当に受診する必要があるかということは、また別問題ではありますが。

初期から三次までの救急医療体制は、先ほど救急医の先生の話がありましたので、つながるかなと思いますが、小児科医にこの意識は多分希薄ではないかと思っています。現に、二次救急、三次救急という言葉を私も初期研修以来何年も使っていません。



これは保健医療計画に載っている図で、千葉県の考える小児救急の循環型地域医療連携システムということなんです。

先日、千葉大学の小児科の先生にヒアリングに行った時にこれをお見せしたのですが、「はて？」という反応でした。

この図の言わんとするところは大人とほとんど一緒で、軽い人は外来、夜休診に行っねと。もうちょっと重い人は二次救急に入院してねということになっていますが、なかなかこうはいきません。

小児医療の特殊性

- 入院は「緊急」ばかり
空いているときは空いている
大学病院でも通常の肺炎・胃腸炎等の入院を受けることも
中核病院はかかりつけの医療的ケア児のために空床が必要?
「小児科は稼働率低いから病床も医師数もカット！」
- 急性期疾患がとにかく多い 循環型??
- 小児科のなかでも専門に分化「サブスペシャリティ」
千葉大では7つの専門班が存在
「〇〇疾患の人なんて年に数人しか入院しない、人員削減！」

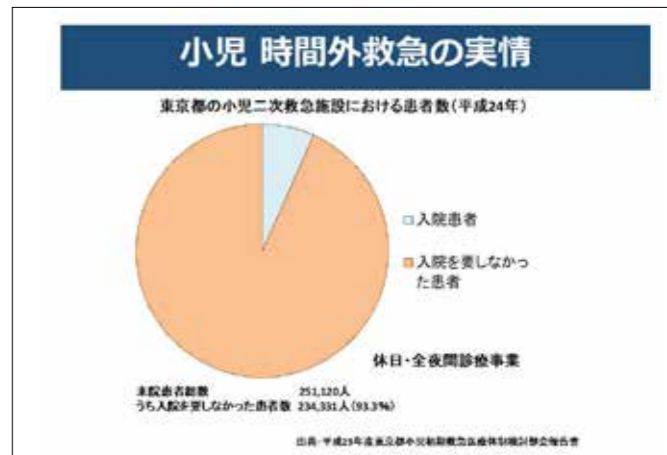
なぜかという、小児医療というのがなかなか特殊な領域で、入院はほとんどが緊急です。予定入院も全くなくはないのですが、ほとんどが急病での入院です。予定入院を組めない都合上、どこで施設でも空いている時があります。

つまり、大学病院でも病床ががらがないので、通常の肺炎や胃腸炎を受けることがあるということです。大人の科だと通常、こういうことは起こらないと思います。一方で、大学を含む中核病院は、重い基礎疾患がある方、医療的ケア児と呼ばれている方、具合が悪くなりやすい人と言ってもいいかもしれませんが、そういったかかりつけ患者さんが体調を崩された場合の行き場として少し空床がないと困るなどといった意識も当直医にはあります。そのようにしていると、小児科は稼働率が低いから病床も医師数もカットと病院から言われて、給料が減ってしまうことも少なくないです。

さらに、急性期疾患がとにかく多くて、緊急入院が必要だけれども、あとを引くわけではない、その時でおしまいというケースがたくさんあって、循環型というか、地域に返すとはなんぞやみたいなのところもあるわけです。

小児医療の特殊性ということで、また別のファクターがあります。小児科の中でもさらに専門分野に分かれていて、そういうものをサブスペシャリティと言います。たとえば私は小児科の中では血液とがんを専門にしていますが、千葉大小児科には7つ専門班が存在しています。1つの科の中でそれだけの専門の人たちを割り振らなければならないというか、それだけの人員を確保しなければいけないのですが、その専門の病気の人が年じゅういるわけではありません。年に数人程度しか県内で患者さんが発生しない、例えば、すごく重症な心臓の病気、とかになると、そのために専門家は絶対に必要なだけだけれど、病院的にはそれが見えないのでやっぱり小児科は人を減らすよといったことを言われてしまう構造があります。

また、スライドには出していませんが、働き方改革ということに関連して一つ追加するならば、内科の当直は大人のいろいろな科の先生が順番にやっているわけですが、小児科の場合は小児科の人員の中で365日を回さなければならないというのが人員的に問題になるところが特殊かなと思います。



講義内容⑪

小児救急ということでテーマをもらっていますので、小児の時間外救急に話を移そうと思います。これは平成24年の東京都の調査で、軽症患者、つまり入院を要しなかった患者が9割を超えていると言いますが、この解釈にも注意が必要です。保健医療計画にも救急車を呼んでいるのも軽症が多いといったことが書いてありますが、例えば、止まっている熱性けいれんを受けて、救急搬送表に当直医が何に丸を付けるかという、軽症に丸を付ける可能性も結構あります。しかし、初回の熱性けいれんは、普通の感覚として、救急車を呼ぶと思います。小児の場合は、軽症だけど救急車を呼んでもいいよといったケースが実はあつたりします。

まとまりのない内容になってしまい申しわけありませんでしたが、一応、政策分野と関係ありそうな小児科の問題点を挙げてみました。以上です。

小児の疾病構造の変化

1. 気管支喘息のコントロールがよくなった (←吸入ステロイド etc.)
2. 重症感染症の激減 (←ヒブワクチン・肺炎球菌ワクチン etc.)
3. 医療的ケア児の増加

小児の在宅医療はまだハードルが高い

小児科医の体感としては…
 入院は減ったような気がするが、
 手のかかる人・入院が長くなる人が増えた？

今後具体的なデータを用いた裏付けが必要

また話が変わりますが、小児医療政策を考えるうえで、小児の疾病行動の変化も無視できない点です。1はよく言われるところで、気管支喘息はコントロールが良くなった、つまり予防薬が良くなったので入院がかなり減っています。一応、データとしても持っていますが、全国のデータが少し古かったので、いずれ何らかの形で出せばなと思っています。

あとはワクチンのおかげもあって重症感染症が激減し、昔と診る病気が変わってきています。前回お話しした新生児科とも関連しますが、新生児のハイリスク児が助かるようになったとか、あるいは他の領域の重い疾患を抱えたお子さんが生きられるようになったというようなところを含めて、医療的ケア児が増えているということはよく言われているところではあります。医療的ケア児は、風邪を引いただけで入院になってしまうようなこともありますので、こういった人たちが増えつつ、1、2に関連した患者さんが減っていく。バランスとしては、県のデータでは子どもの数の減り方と同じペースでしか入院数は減っていないということのようです。小児科医の体感としては、入院は減ったような気がしますが、手の掛かる人や入院が長くなる人が増えたかなということで、今後、具体的なデータを用いて裏付けていきたいと思っています。

医療的ケア児が登場しましたのでそれに関連して。医療的ケア児は増えたけれども、小児の在宅医療はまだハードルが高いです。いわゆる重症心身障害児を診てくださるところは増えてきましたが、私が専門にしているがんの人を診ていただけのところとなるとほとんどありません。ですから、うちに帰りたいと言われてもなかなか難しいような現状もあります。

講義後半まとめ 小児科医療の現状

- ① 小児科医療の施策の評価指標として死亡率（の改善）はもはや不適。
- ② 山武長生いすみ地区の夜間救急体制については検討の余地がある。
- ③ #8000など、そもそもの救急受診を減らす施策は必要である。
- ④ 小児医療は成人型の初期～二次の救急医療体制に似てにくい。
- ⑤ 小児科患者（特に入院）の疾病構造の変化も影響し、いわゆる病棟稼働率では小児科医のアクティビティーは計れない。
- ⑥ 小児科の中でさらにサブスペシャリティーを有する医師の重要性。
- ⑦ 医療的ケア児の増加に対応すべく小児の在宅医療の充実が望まれる。

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？

参加者の回答

<人材>

- 派遣先の確保 (①大学、②民間、③公募)
- 医師を派遣できないか
- 人員配置
- 施設だけでなく地域で (医師配置)
- 適切な報酬の設定
- 医師の集約化
- 医師の配置→救急病院の医師の集約等
- 救急医がいるところの拠点化 見える化

<医療機関の役割>

- 3次2次1次役割の明確化
- 医師数を救急車の受入数で配分
- 二次医療機関の増加
- 二次医療機関の輪番医の確認
- 二次救急機関の明確化
- 救急の後の受け入れ強化
- 公立病院の救急の強化→給料が保証されているので
- 大学病院の3次医療機関化

<働き方>

- 遠隔地診療
- 開業医は自分が診ている患者は TEL を受ける報酬付き
- 核となる中枢救急病院とプランチ病院との遠隔医療
- 専門家ごとの輪番制度の確立
例：東葛北部 消化管出血 GIB ネットワーク

<医療資源の再配置>

- 救急車の搬送時間で医療機関を配置
- 人口分布に応じた医療機関の配置

<援助>

- 大学病院からの応援

<整備>

- 道路整備
- どこに運べばよいかわかるシステム
- 肺炎 めまい等専門医でなくても診られる体制
- 分業がわかるシステム構築
- 救急医の充足。数は？

<住民の医療のかかり方>

- 一次医療機関にかかってもらう意識改革
- 一次医療機関の有効活用
- 医療圏の設定は適切か？
- 受け入れ病院の確保
- 搬送件数減らす
- 住民の意識を高める
- 地域への教育
- ワクチンで防げる病気はワクチンで ワクチン推進
- 国民の意識改革 企業・個人ともに

<調査>

- 需要予測の高度化
- 絶対的な必要救急医師数を割り出す→各医療機関の適正数を決める

<その他>

- 小児医療→少子化対策

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。

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？

参加者の回答

<地域>

- かかりつけ医を持つ
- 成人の電話医療相談の窓口の周知 患者にたいして
- どんな症状が出たらどうすればよいか事前の説明
- 患者に対してオンライン診療の理解の周知

<各医療機関>

- ICT の活用による時間削減
- 65 - 75 才医師は 2024 年以降は日中補助医師
- 65 歳以上の医師が働く
- 医師報酬の改善 (特に私大・国立)
- 医師に対して時間外業務のマネジメント周知
- 患者指導も医師もちゃんとする
- 救急医以外の医師の教育？啓蒙？
- 救急車搬送を償還払い
- 救急車を呼ぶ前に考えよう
- 勤務管理→だれが？勤務表・超勤管理
- 広域で巡回診療
- 自身は働き方への気付き
- 診療報酬の改定 (小児科医)
- 内科医と小児科医のコラボ
- ハイリスクな方への訪問診療の導入
- 働き方改革！医師・看護師→医療クラーク導入
- 必要時間以上勤務する医師に罰則
- 必要な病院のみに医師を集約させるより各医療機関が連携する

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。

グループワーク②小児科医療 小児科医療の施策評価に適した指標は？

・小児科医療の施策の評価指標としてどのようなものが考えられるか？

<ヒント！>

何をした？：基盤 (ストラクチャー)・過程 (プロセス)

参加者の回答

<医療機関>

- 行政等による勤務条件のマッチング窓口→診療所 病院
- 非常勤の組み合わせで働きやすい施設増やす

<予防医療 (ワクチン) >

- 予防接種率をすべて補助

<検診>

- 検診受診率向上のため連絡 (TEL 等) 窓口設置

<教育>

- 内科医教育

<研修医>

- 研修医が県内で学び合える環境
- 研修医の確保
- 教育病院の充実

<人材>

- かかりつけ医 (日中)
- サブスペ毎の人数 (専門分野 集約化 指示)
- 小児在宅医→施設 診療件数
- 小児医師数：専門性に分けて配置されている
- 適切な診療報酬の設定

<子ども>

- 出生数→15才まで どのくらい県内でカバーできたか
- 長期入院患者の減少
- 親の教育
- 学校教育

<その他>

- 占床率では評価しない
- 死亡率でない指標をあげる

<ヒント！>

どうなった？：成果 (アウトカム) など

参加者の回答

<予防医療 (ワクチン) >

- 予防接種率 100%を目指す
- 疾患減少→小児科医療コスト減
- 軽症例の症例 減少

● 三次救急への受診者の内訳

- <子ども>
- 不登校率 (小児:健全に育つ)
- 学校の病欠日数
- 全体の小児人口

<健診>

- 健診受診率 100%を目指す
- 幼児の検診の見直し

- <患者>
- 外来受診者数
- 在宅でのコントロール数
- 重症児の満足度

<夜間受診>

- 夜間受診率 減少
- 夜間受入数

<住民>

- 県：小児人口の増加 (ないし減少幅) →政策がうまくいっている証拠
- 出生率の向上

<入院>

- 入院治療率 減少
- 入院期間→医療コスト減少
- 医療的ケア児の入院期間

<小児科医>

- 小児科医 増加
- 小児かかりつけ医 100%
- 小児科医の離職率
- 小児科医師の働きやすさ→時間外勤務時間の減少
- 小児科受診までの移動距離・時間の短縮
- 小児がん治療成績の開示
- 15歳未満人口比で小児科志望医師の増加
- 専門医の配置
- 地域偏在 小児のみれる総合医

<救急>

- 救急受診率の減少
- 救急車の搬送依頼 病院数
- 適切な救急車の使用

解答例

【小児医療に関する指標の例】「第7次医療計画中間見直し」より

地域・相談支援、一般小児医療等

- 子ども医療電話相談 (# 8000) の回線数・相談件数
- 小児科を標ぼうする病院・診療所・歯科診療所数
- 小児の訪問診療を実施している診療所・病院数
- 小児の訪問看護を実施している訪問看護ステーション数
- 小児在宅人口呼吸器患者数
- 小児の訪問診療を受けた患者数
 - 小児の訪問看護利用者数
- 小児人口あたり時間外外来受診回数
- 災害時小児周産期リエゾン任命者数

小児地域支援病院、小児地域医療センター、小児中核病院

- 子設置施設数・病床数 (PICU)
- 医療機関別小児科医師数
- 夜間・休日の小児科診療を実施している医療機関数
- 小児のかかりつけ医受診率
- 救急入院患者数
- 緊急気管挿管を要した患者数
- 新生児県内搬送数・搬送率
- 小児救急搬送症例のうち受入困難事例の件数
- 特別児童・障害児福祉手当、18歳未満身体障害者手帳数
- 乳児死亡率
- 幼児・小児死亡率 (死亡原因、発生場所、死亡場所)