

# 救急医療の現状と課題について

# 「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会における議論の整理」 (平成30年7月)

## 方向性を検討すべき論点

### 4. 救急医療体制について

(現状と課題)

- 「救急医療対策の整備事業について」(昭和52年7月6日医発第692号厚生省医務局長通知)により、これまで初期・二次・三次救急医療機関の整備が行われてきた。
- **高齢化等社会経済構造の変化に対応**できるよう、これまでも救急医療体制の在り方については議論がされてきたが、こうした変化に十分対応できる仕組みへの変更がなされるには至っていない。
- さらなる高齢化の進展、継続して増加する救急搬送件数、医師の働き方に関する議論等、救急医療を取り巻く状況を踏まえると、これ以上の時間的猶予はなく、**質が高く効率的な救急医療体制の構築のために必要な救急医療機関の機能分化・連携**について、今回の検討会において決着が図られるよう真摯に議論を深める必要がある。

(主な意見)

- 現在の初期、二次、三次救急医療体制の概念は、地域における多様性を前提とすれば、敢えて変える必要はないのではないか。
- 地域の救急医療体制に係る指標として、傷病者受入れ要請に対し、断らずに受け入れる体制、地域内の医療機関で受け入れた割合、**救急車受入台数、生命予後や機能予後への寄与等を含めた総合的評価**があるのではないか。
- 救急医療機関の評価指標として、傷病者の受入れ数だけでなく、**傷病者の緊急度、重症度、生命予後や機能予後への寄与等、客観的なデータを用いた質の評価**があるのではないか。
- 消防機関等の把握しているデータと医療機関が把握しているデータを連結し評価等に活用することは、救急医療の質の向上につながるのではないか。
- 高齢者救急の増加に応じ、搬送力の増強だけでなく、患者の状態・意思を尊重した個別的な対応を取り入れる必要があるのではないか。

## 主な意見

第13回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会（平成31年4月25日）

### ① 救急医療を取り巻く課題について

- 救急の現場では医師も看護師も過重な労働になっているため、法改正も含めた救急救命士へのタスクシフティングの議論を進めていただきたい。
- 救急の専門性を持つ医師と救急以外の専門性を持つ医師との協力関係が、今後の救急医療の在り方では大切ではないか。
- 救急医療における看護職の体制充実も重要であり、救急外来の配置基準に関して検討するべきではないか。
- 今後の救急需要の増加と救急の専門性を持つ医師の需給推計を踏まえると、救急医療は全ての医師で対応しなければ厳しいのではないか。
- 医師が一定の年数になっても総合診療科と救急科に関わることで、地域の診療科偏在を緩和につながる可能性があり、専門医の位置づけでも重要ではないか。
- 医師確保計画には、地域や医療機関毎の偏在に関する指標、充足目標、参考となるモデル等が必要ではないか。
- 医師の働き方改革に対する対応として、医師の増員による対応が期待されているが、医師の増員や時間外勤務の上限を地域医療確保暫定特例水準としても対応できず、救急患者の受入制限の対応をする医療機関が多くなるのではないか。

# 救急医療機関の現状

# 救急医療体制体系図

## 救命救急医療（第三次救急医療）

救命救急センター（291カ所）  
（うち、高度救命救急センター（42カ所））

平成30年7月1日現在

ドクターヘリ（53カ所）

平成30年9月24日現在

## 入院を要する救急医療（第二次救急医療）

病院群輪番制病院（421地区、2,851カ所）

共同利用型病院（22カ所）

平成30年4月1日現在

## 初期救急医療

在宅当番医制（625地区）

休日夜間急患センター（575カ所）

平成30年4月1日現在

○重症及び複数の診療科領域にわたる全ての重篤な救急患者を24時間体制で受け入れるもの。

○二次医療圏単位で、圏域内の複数の病院が、当番制により、休日及び夜間において、入院治療を必要とする重症の救急患者を受け入れるもの。

○二次医療圏単位で、拠点となる病院が一部を開放し、地域の医師の協力を得て、休日及び夜間における入院治療を必要とする重症救急患者を受け入れるもの。

○郡市医師会ごとに、複数の医師が在宅当番医制により、休日及び夜間において、比較的軽症の救急患者を受け入れるもの。

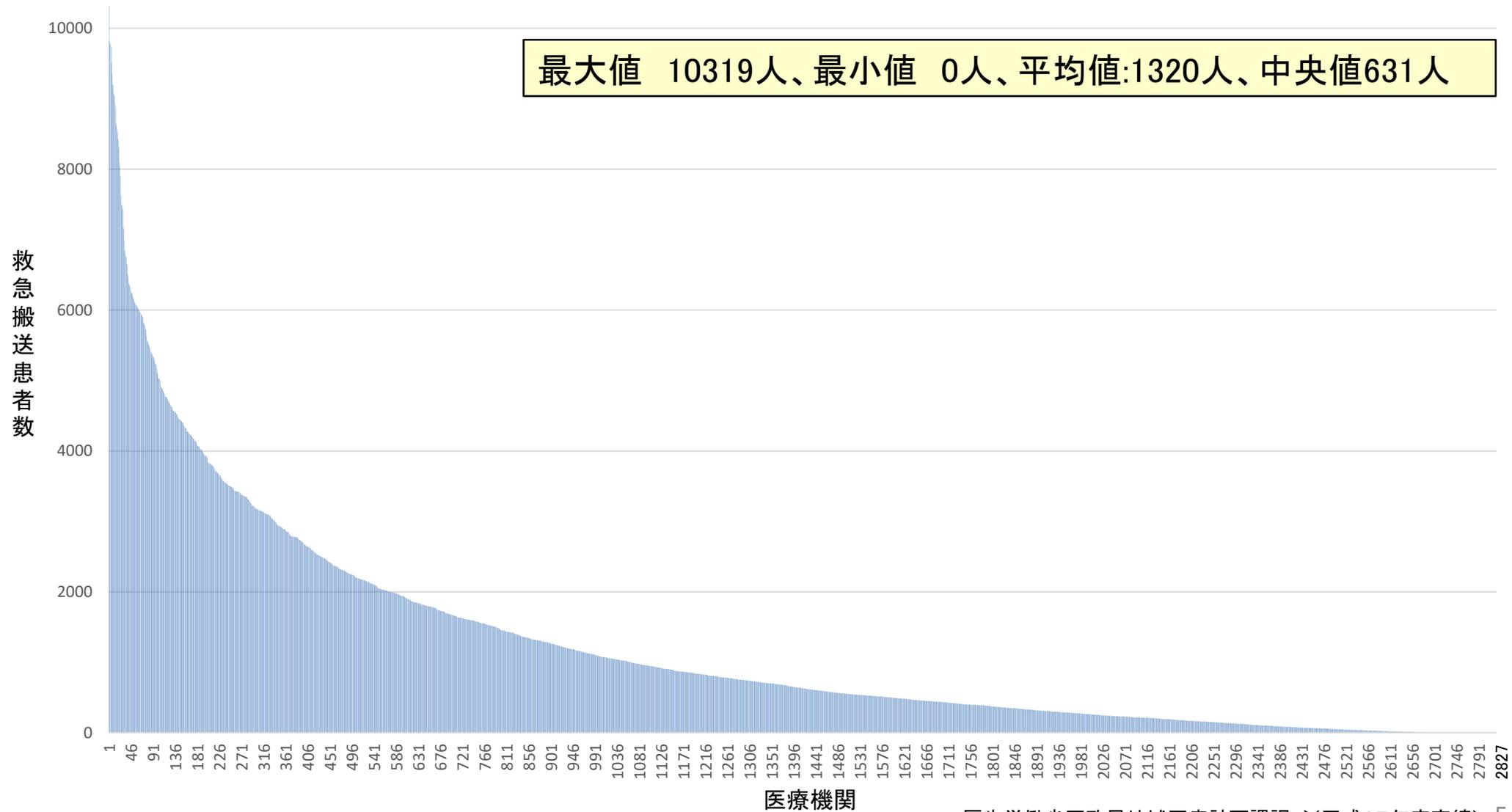
○地方自治体が整備する急患センターにて、休日及び夜間において、比較的軽症の救急患者を受け入れるもの。

# 第二次救急医療機関<sup>\*</sup>の状況(医療機関:2827か所) (1施設当たりの年間救急搬送患者数)

第5回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会  
平成30年6月21日  
資料1

※病院群輪番制病院及び共同利用型病院

最大値 10319人、最小値 0人、平均値:1320人、中央値631人



# 第二次救急医療機関<sup>※</sup>の状況(医療機関:2821か所)

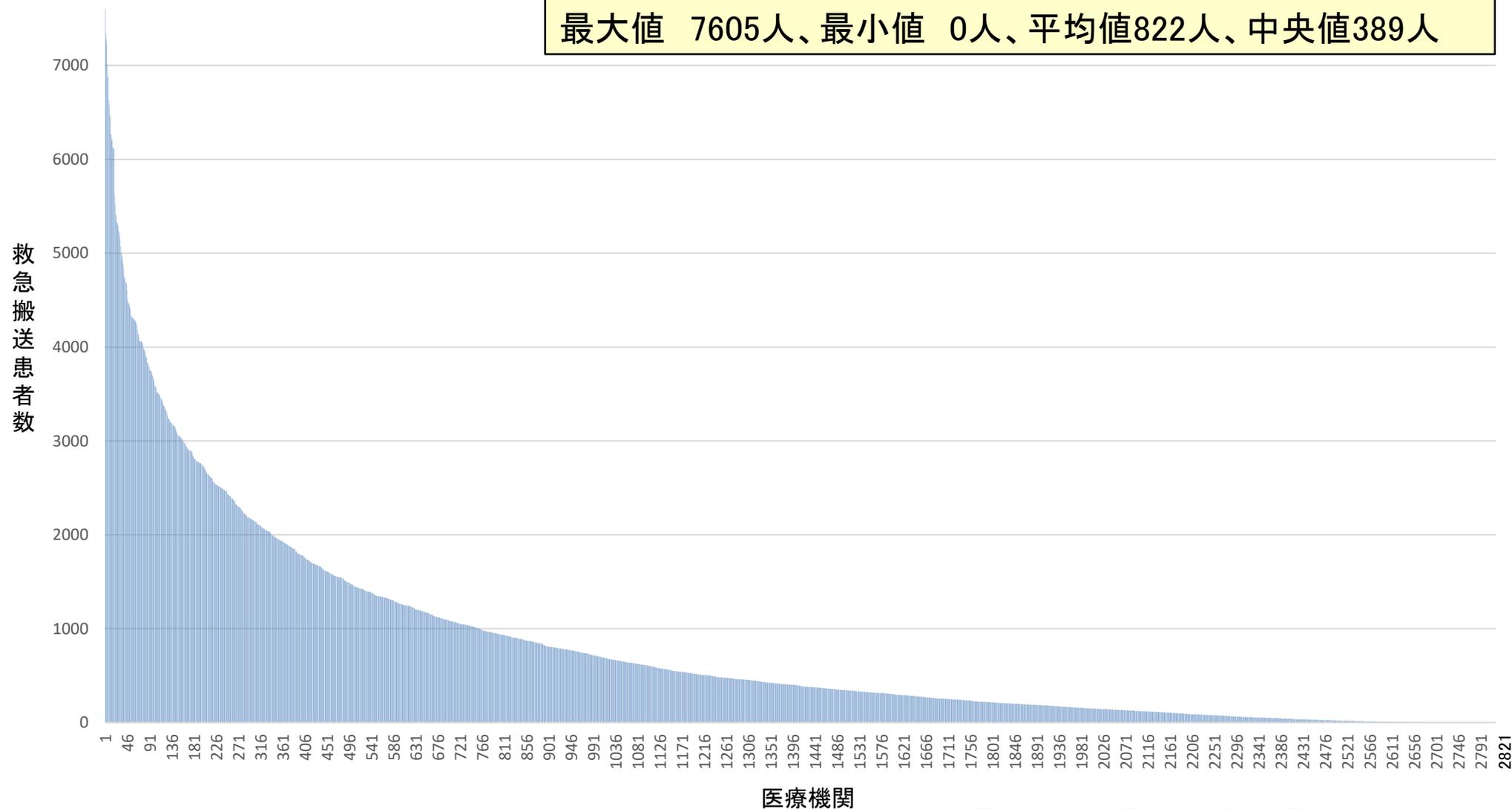
(1施設当たりの年間時間外救急搬送患者数)

第5回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会  
平成30年6月21日

資料  
1

※病院群輪番制病院及び共同利用型病院

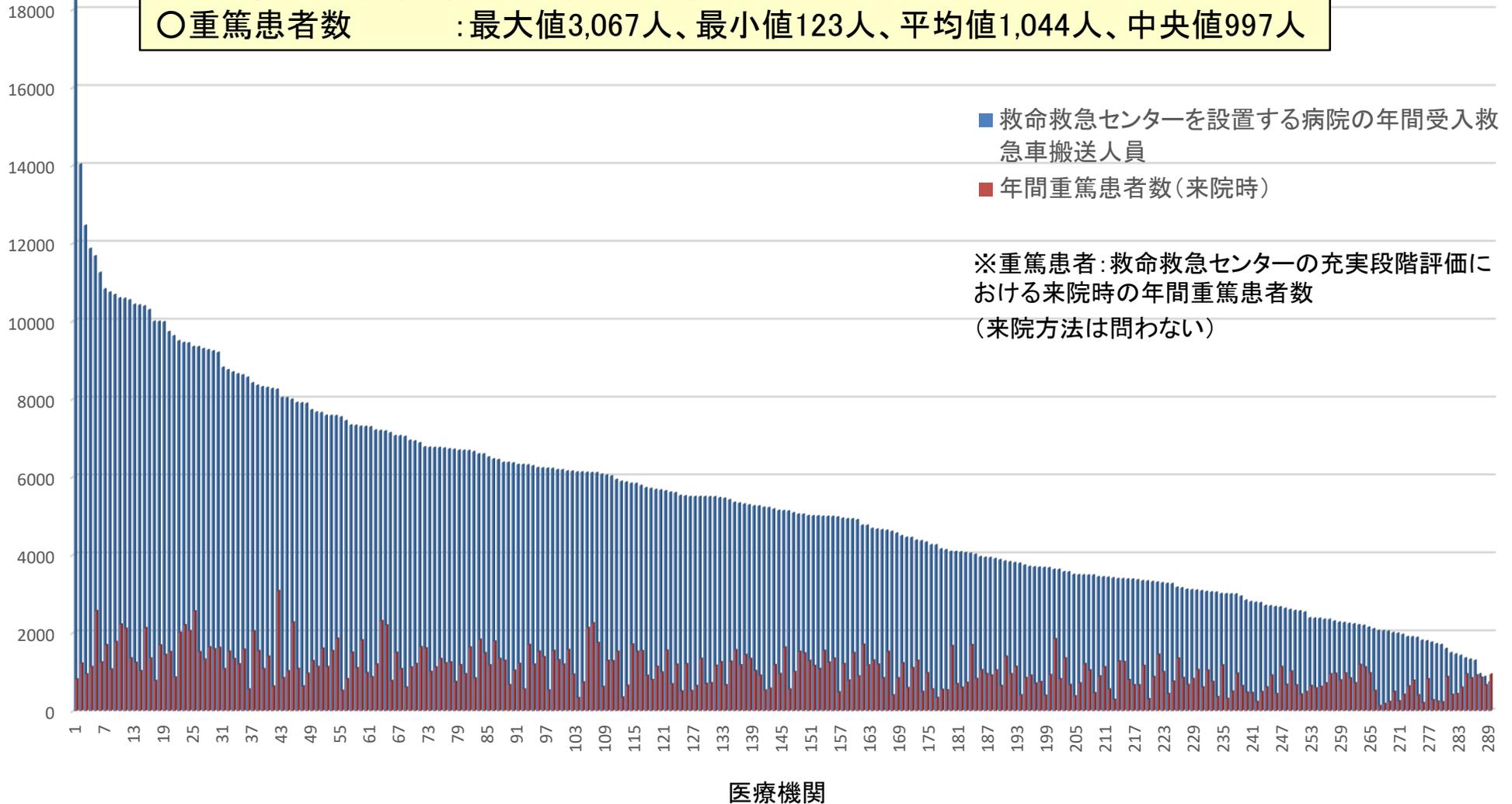
最大値 7605人、最小値 0人、平均値822人、中央値389人



# 救命救急センターの状況(医療機関:289か所) (1施設当たりの年間救急搬送患者数と年間重篤患者数※)

重症及び複数の診療科領域にわたる全ての重篤な救急患者を24時間体制で受け入れる救命救急センターを設置する医療機関は、重症や重篤な救急患者以外についても救急車を受け入れている状況。

○救急搬送患者数: 最大値18,402人、最小値747人、平均値283人、中央値245人  
○重篤患者数: 最大値3,067人、最小値123人、平均値1,044人、中央値997人



# 救急医療における評価について

## 現状

- 救急医療については、質が高く効率的な救急医療体制の構築のために必要な救急医療機関の機能分化・連携について、今回の検討会において決着が図られるよう真摯に議論を深める必要がある。
- 救急医療機関の評価指標として、傷病者の受入れ数だけでなく、傷病者の緊急度、重症度、生命予後や機能予後への寄与等、客観的なデータを用いた質の評価があるのではないかという意見をいただいた。

## 課題

- 救急医療機関に関して、どのように評価を行っていくべきか検討すべきではないか。

# 救命救急センターの充実段階評価

## 【背景】

- 昭和52年「救急医療対策の整備事業について」にて、初期、第二次、第三次救急医療体制が発足し、「救急医療対策事業実施要綱」により、救命救急センターの整備が開始された。
- 平成9年「救急医療体制基本問題検討会」にて、「既存の救命救急センターを再評価し、その機能を強化する」との提言をうけ、平成11年より全体のレベルアップを図ることを目的として救命救急センターの充実段階評価が開始された。
- 平成20年「救急医療の今後のあり方に関する検討会」を経て、平成22年に充実段階評価を改正した。
- 平成25年「救急医療体制等のあり方に関する検討会」にて、救命救急センターの適正な評価のために、充実段階評価をより充実したものにする必要があるとの方向性が示された。
- 平成29年「医療計画の見直し等に関する検討会」を経て、平成30年に充実段階評価を改正した。

## 【目的】

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。

# 充実段階評価の項目の見直しについて①

## 〈評価期間〉

平成30年実績(平成30年1月から平成30年12月)の評価より行う。 ※従前の各年度の実績から、各年の実績に変更。

## 〈評価の項目〉

(旧)評価項目:37項目(101点)、是正を要する項目:17項目(70点)

(新)評価項目:45項目(100点)、是正を要する項目:20項目(点数なし。項目数にて評価)

赤字部分が新規追加または細分化した項目。

オレンジ塗り 是正を要する項目

1	専従医師数
2	1のうち、救急科専門医数
3	3.1 休日及び夜間帯における医師数
	3.2 休日及び夜間帯における救急専従医師数
4	救命救急センター長の要件
5	転院及び転棟の調整を行う者の配置
6	診療データの登録制度への参加と自己評価
7	7.1 年間に受け入れた重篤患者数(来院時)(別表)
	7.2 地域貢献度
8	救命救急センターに対する消防機関からの搬送受入要請への対応状況の記録及び改善への取組
9	救急外来のトリアージ機能
10	電子的診療台帳の整備等
11	内因性疾患への診療体制
12	外因性疾患への診療体制
13	精神科医による診療体制
14	小児(外)科医による診療体制
15	産(婦人)科医による診療体制
16	医師事務作業補助者の有無
17	薬剤師の配置
18	臨床工学技士の配置
19	医師及び医療関係職と事務職員等との役割分担
20	CT・MRI検査の体制

21	手術室の体制
22	救命救急センターの機能及び診療体制等に関する会議
23	第三者による医療機能の評価
24	休日及び夜間勤務の適正化
25	救命救急センターを設置する病院の年間受入救急車搬送人員
26	救命救急センターを設置する病院に対する消防機関からの搬送受入要請への対応状況の記録及び改善への取組
27	院内急変への診療体制
28	脳死判定及び臓器・組織提供のための整備等
29	救急医療領域の人生の最終段階における医療の整備
30	救急医療領域の虐待に関する整備
31	地域の救急搬送
32	地域の関係機関との連携
33	都道府県メディカルコントロール協議会又は地域メディカルコントロール協議会等への関与又は参画
34	救急医療情報システムへの関与
35	ウツタイン様式調査への協力状況
36	メディカルコントロール体制への関与
37	37.1 救急救命士の挿管実習および薬剤投与実習の受入状況
	37.2 救急救命士の病院実習受入状況
38	臨床研修医の受入状況
39	専攻医の受入状況
40	医療従事者への教育
41	災害に関する教育
42	災害に関する計画の策定

# 充実段階評価の評価区分の見直しについて②

## 【(旧)評価区分】

是正を要する項目(点数)		
A	B	C
B, C以外	22点以上 2年間継続	22点以上 3年間継続



## 【(新)評価区分】

区分の評価基準は、「是正を要する項目」と「評価点」とともに段階的に引き上げることとする

		是正を要する項目(項目数)			
		a評価 0	a評価 1~4	b評価 5~8	c評価 9~20
評価点	s評価 90~100	S	A	B	
	a評価 72~89	A	A	B	C
	b評価 36~71	A	A	B	C
	c評価 0~35	A	A	B	C

**是正を要する項目**

- ・ 試行調査を踏まえ、9項目以上をC評価とする。
- ・ S評価は0項目、A評価とB評価はその中間を基準とする。

**評価点**

- ・ S評価の基準は、全項目2点である90点とする。

【施策への反映状況】以下の2点について用いられている。

### 医療提供体制推進事業費補助金

救命救急センター運営事業の  
交付算定基準額の算出に  
当たって、以下の率を乗じる。

A評価: 100%  
B評価: 90%  
C評価: 80%

### 診療報酬点数

#### A300 救命救急入院料(1日につき)

- 1 救命救急入院料1
- 2 救命救急入院料2
- 3 救命救急入院料3
- 4 救命救急入院料4

<充実段階評価に係る加算>

- 充実段階評価 S評価  
⇒ 1日につき1,500点を加算
- 充実段階評価 A評価  
⇒ 1日につき1,000点を加算
- 充実段階評価 B評価  
⇒ 1日につき 500点を加算

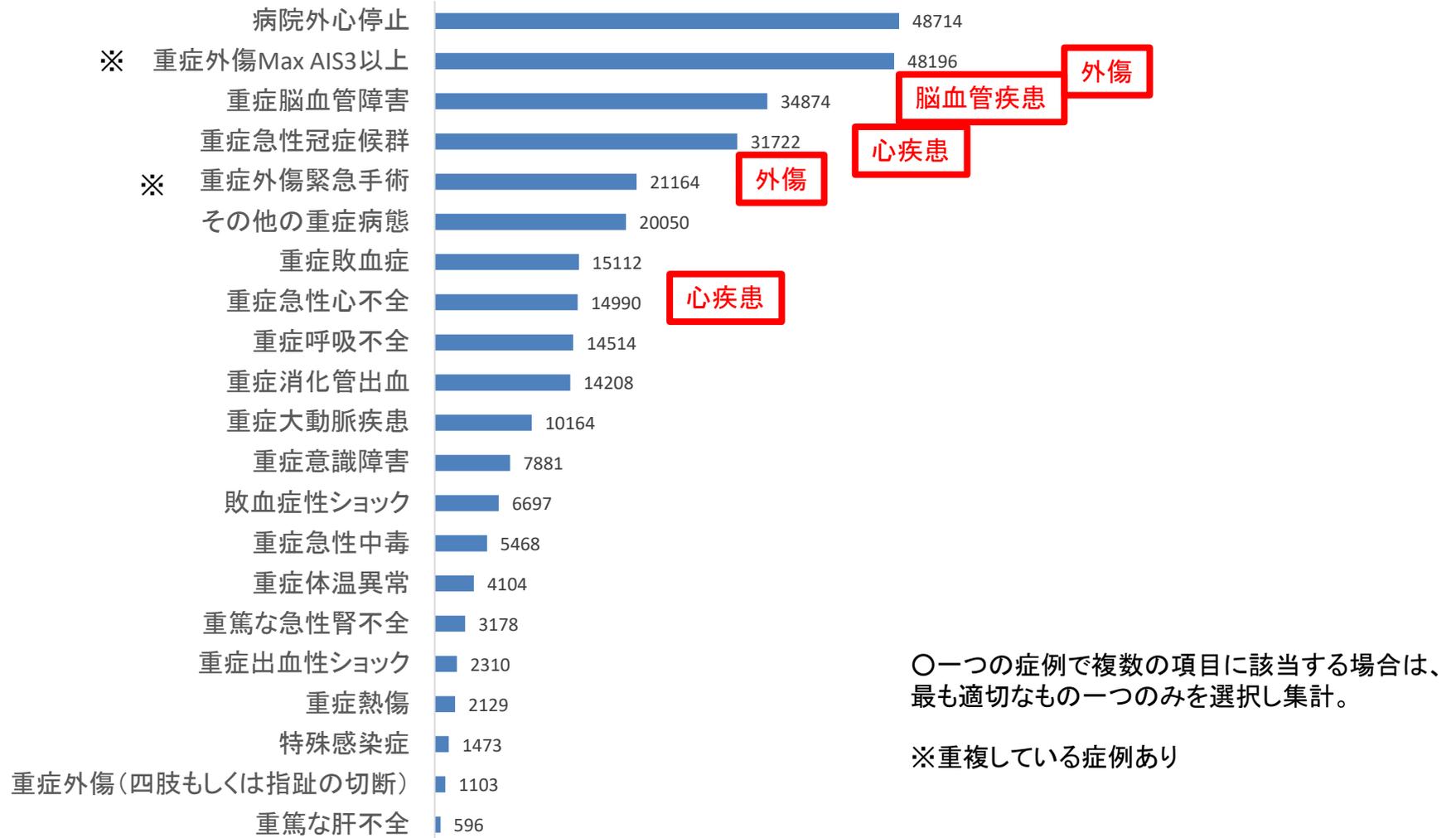
## 重篤の定義について(厚生労働省)

## 救命救急センターの充実段階評価における来院時の年間重篤患者数

番号	疾病名	基準(基準を満たすもののみ数えること)
1	病院外心停止	病院への搬送中に自己心拍が再開した患者及び外来で死亡を確認した患者を含む。
2	重症急性冠症候群	切迫心筋梗塞又は急性心筋梗塞と診断された患者若しくは緊急冠動脈カテーテルによる検査又は治療を行った患者
3	重症大動脈疾患	急性大動脈解離又は大動脈瘤破裂と診断された患者
4	重症脳血管障害	来院時JCS100以上であった患者、開頭術、血管内手術を施行された患者又はtPA療法を施行された患者
5	重症外傷	Max AISが3以上であった患者又は緊急手術が行われた患者
6	重症熱傷	Artzの基準により重症とされた患者
7	重症急性中毒	来院時JCS100以上であった患者又は血液浄化法を施行された患者
8	重症消化管出血	緊急内視鏡による止血術を行った患者
9	重症敗血症	感染性SIRSで臓器不全、組織低灌流又は低血圧を呈した患者
10	重症体温異常	熱中症又は偶発性低体温症で臓器不全を呈した患者
11	特殊感染症	ガス壊疽、壊死性筋膜炎、破傷風等と診断された患者
12	重症呼吸不全	呼吸不全により、人工呼吸器を使用した患者(1から11までを除く。)
13	重症急性心不全	急性心不全により、人工呼吸器を使用した患者又はSwan-Ganzカテーテル、PCPS若しくはIABPを使用した患者(1から11までを除く。)
14	重症出血性ショック	24時間以内に10単位以上の輸血が必要であった患者(1から11までを除く。)
15	重症意識障害	来院時JCS100以上の状態が24時間以上持続した患者(1から11までを除く。)
16	重篤な肝不全	肝不全により、血漿交換又は血液浄化療法を施行された患者(1から11までを除く。)
17	重篤な急性腎不全	急性腎不全により、血液浄化療法を施行された患者(1から11までを除く。)
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等に対して持続動注療法、血漿交換又は手術療法を施行された患者(1から17までを除く。)

# 救命救急センターの来院時の年間重篤患者数

- 救命救急センターの充実段階評価における来院時の年間重篤患者数からは、心疾患、外傷、脳血管疾患の受入が多い。



# 救急医療における評価について

- 地域において過不足無く質の高い救急医療体制を検討する際には、以下の点等について分析を検討してはどうか。
  - ① 救急車受入台数、傷病者受入れ要請に対し断らずに受け入れる体制、地域内の医療機関で受け入れた割合等
  - ② 救急医療提供の質に関する項目(緊急度、重症度、生命予後や機能予後への寄与等)等

## 現状

- 三次救急医療機関(救命救急センター)に関しては、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目的で、平成11年より「救命救急センターの充実段階評価」を行う際に、担うべき救急医療機能についても可視化されている。



同様に、二次救急医療機関に関して、まずは、救急受入件数や救急医療提供内容等の可視化が可能かどうか検討してはどうか。

# 救急搬送について

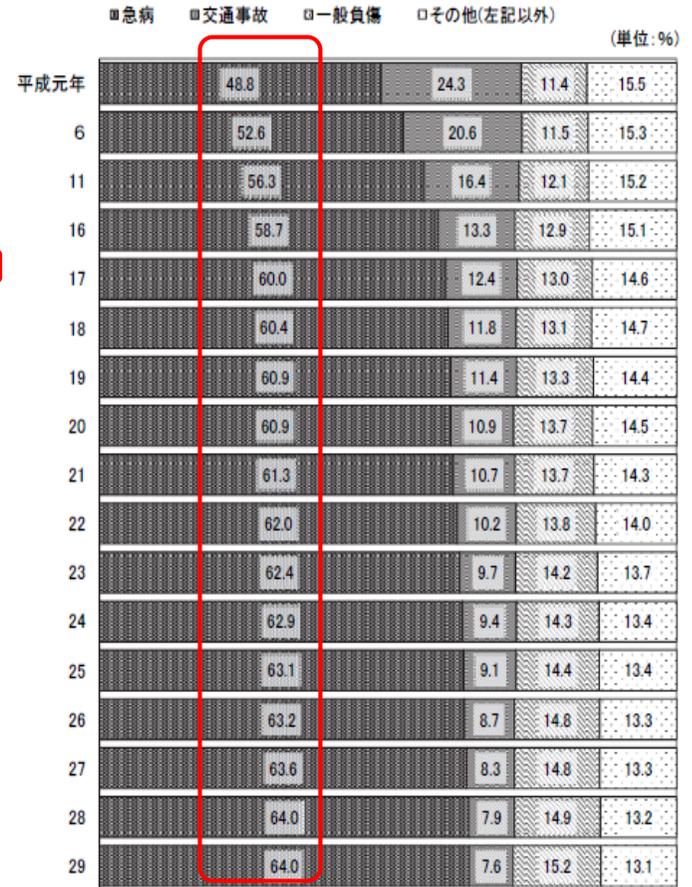
# 事故種別の救急出動件数と傷病程度別の搬送人員数

- 救急自動車による救急出動件数のうち、最も多い事故種別は急病(全体の64.0%)であり、続いて一般負傷、交通事故となっている。
- 交通事故が全体に占める割合は減少傾向であり、急病が増加傾向である。

第18表 事故種別の救急出動件数対前年比 (単位：件)

事故種別	平成29年中		平成28年中		対前年比	
	出動件数	構成比(%)	出動件数	構成比(%)	増減数	増減率(%)
急病	4,061,989	64.0	3,975,380	64.0	86,609	2.2
交通事故	481,473	7.6	488,861	7.9	▲ 7,388	▲ 1.5
一般負傷	965,376	15.2	926,356	14.9	39,020	4.2
加害	33,754	0.5	35,217	0.6	▲ 1,463	▲ 4.2
自損行為	52,347	0.8	54,302	0.9	▲ 1,955	▲ 3.6
労働災害	53,579	0.8	52,168	0.8	1,411	2.7
運動競技	42,356	0.7	41,031	0.7	1,325	3.2
火災	23,169	0.4	22,132	0.4	1,037	4.7
水難	5,060	0.1	5,184	0.1	▲ 124	▲ 2.4
自然災害	755	0.0	827	0.0	▲ 72	▲ 8.7
転院搬送	534,072	8.4	521,664	8.4	12,408	2.4
その他 (転院搬送除く)	88,217	1.4	86,842	1.4	1,375	1.6
合計	6,342,147	100	6,209,964	100	132,183	2.1

第20図 事故種別の救急出動件数と構成比の推移

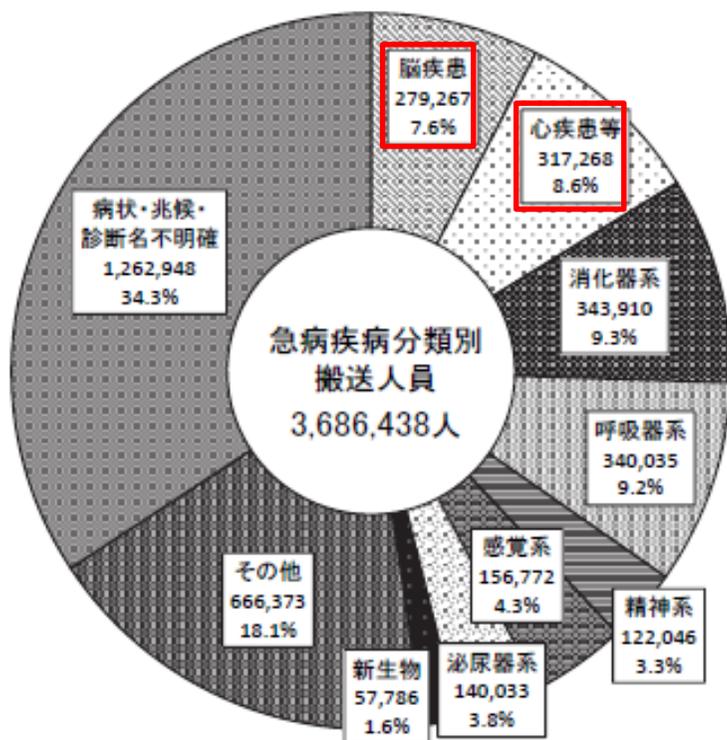


(注) 端数処理(四捨五入)のため、割合・構成比の合計は100%にならない場合がある。

# 急病の疾病分類別の搬送人員と傷病程度別の搬送人員数

○ 急病の疾病分類では、**脳疾患、心疾患等を含む循環器系**が多く、596,535人（**全体の16.2%**）を占める。特に高齢者ではその割合が高くなっており、20.2%を占めている。

第22図 急病の疾病分類別の搬送人員（平成29年 単位:人）



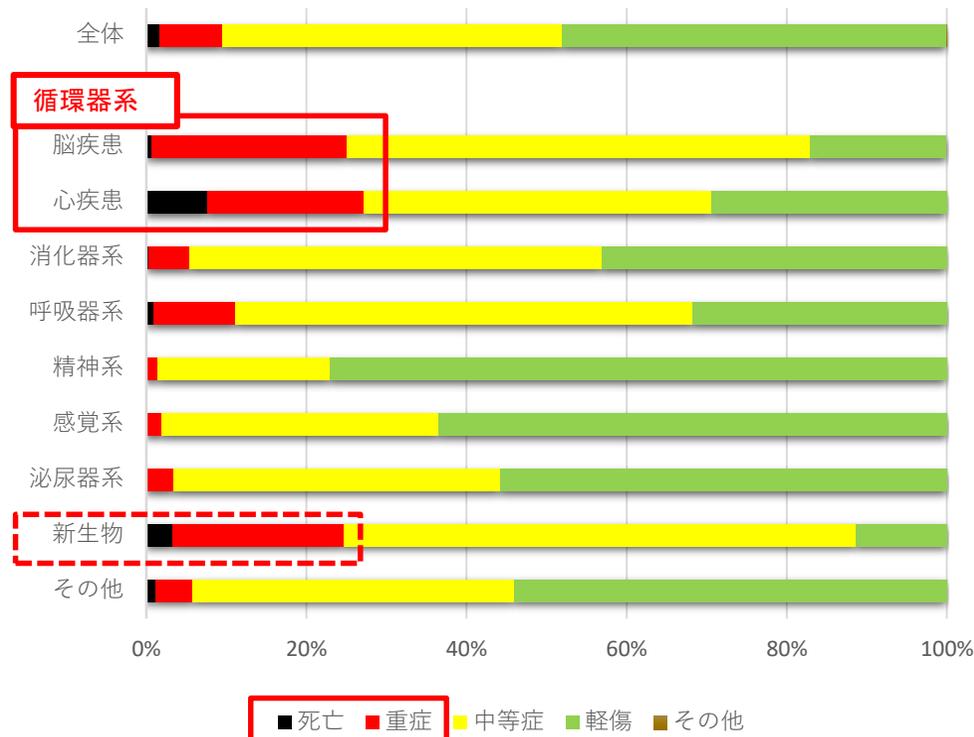
第21表 急病の疾病分類別の年齢区分別搬送人員（平成29年 単位:人）

年齢区分		新生児	乳幼児	少年	成人	高齢者	合計
分類項目	循環器系	10	2,275	2,172	62,595	212,215	279,267
	心疾患等	14	671	1,314	67,491	247,778	317,268
	消化器系	60	8,210	7,847	128,865	198,928	343,910
	呼吸器系	104	16,457	7,775	59,220	256,479	340,035
	精神系	9	341	4,836	92,472	24,388	122,046
	感覚系	20	7,073	8,953	60,122	80,604	156,772
	泌尿器系	6	754	1,639	66,187	71,447	140,033
	新生物	1	26	94	12,216	45,449	57,786
	その他	877	34,987	19,476	215,580	395,453	666,373
	症状・兆候・診断名不明確の状態	666	98,518	34,429	384,152	745,183	1,262,948
	合計	1,767	169,312	88,535	1,148,900	2,277,924	3,686,438

# 急病の疾病分類別の傷病程度別搬送人員数の関係

○ 急病の疾病分類と傷病程度を分析すると、脳疾患や心疾患、新生物の搬送では、死亡及び重症(長期入院)の割合が高い(心疾患:27.1%、脳疾患:25.0%、新生物:24.6%)。

程度		死亡	重症	中等症	軽傷	その他	合計
分類項目							
系 循環器	脳疾患	1,763	68,221	161,606	47,677	0	279,267
	心疾患	24,258	61,923	137,539	93,548	0	317,268
消化器系		903	17,850	176,819	148,338	0	343,910
呼吸器系		3,042	34,886	194,069	108,038	0	340,035
精神系		15	1,796	26,161	94,074	0	122,046
感覚系		80	2,993	54,059	99,640	0	156,772
泌尿器系		248	4,537	57,064	78,184	0	140,033
新生物		1,921	12,331	36,930	6,604	0	57,786
その他		7,641	31,092	267,309	360,331	0	666,373
不明確の状態		22,633	51,572	451,708	735,740	1,295	1,262,948
合計		62,504	287,201	1,563,264	1,772,174	1,295	3,686,438



傷病程度とは、救急隊が傷病者を医療機関に搬送し、**初診時における医師の診断**に基づき、分類する。

死亡: 初診時において死亡が確認されたもの  
 重症(長期入院): 傷病程度が3週間の入院加療を必要とするもの  
 中等症(入院診療): 傷病程度が重症または軽症以外のもの  
 軽症(外来診療): 傷病程度が入院加療を必要としないもの

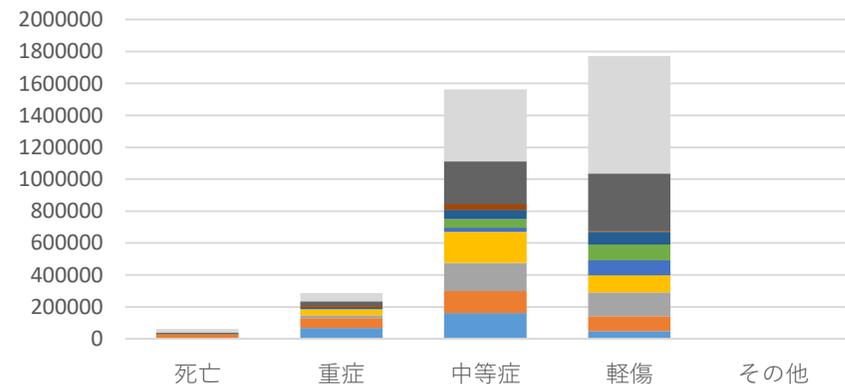
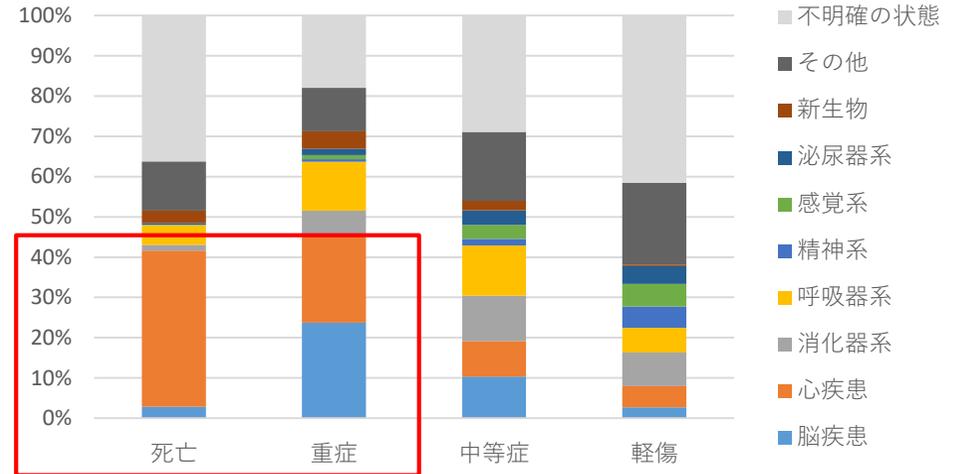
# 傷病程度別の搬送人員数と急病の疾病分類の関係

○ 急病の傷病程度に疾病分類を分析すると、**死亡及び重症(長期入院)において、脳疾患や心疾患が占める割合が高い** (全死亡及び全重症に対して、脳疾患及び心疾患が占める割合:41.6%、重症:45.4%)。

程度		死亡	重症	中等症	軽傷	その他	合計
分類項目							
循環器系	脳疾患	1,763	68,221	161,606	47,677	0	279,267
	心疾患	24,258	61,923	137,539	93,548	0	317,268
消化器系		903	17,850	176,819	148,338	0	343,910
呼吸器系		3,042	34,886	194,069	108,038	0	340,035
精神系		15	1,796	26,161	94,074	0	122,046
感覚系		80	2,993	54,059	99,640	0	156,772
泌尿器系		248	4,537	57,064	78,184	0	140,033
新生物		1,921	12,331	36,930	6,604	0	57,786
その他		7,641	31,092	267,309	360,331	0	666,373
不明確の状態		22,633	51,572	451,708	735,740	1,295	1,262,948
合計		62,504	287,201	1,563,264	1,772,174	1,295	3,686,438

傷病程度とは、救急隊が傷病者を医療機関に搬送し、**初診時における医師の診断**に基づき、分類する。

死亡: 初診時において死亡が確認されたもの  
 重症(長期入院): 傷病程度が3週間の入院加療を必要とするもの  
 中等症(入院診療): 傷病程度が重症または軽症以外のもの  
 軽症(外来診療): 傷病程度が入院加療を必要としないもの



# 救急車搬送人員数と疾病分類の関係について

## 現状

- 救急自動車による救急出動件数のうち、最も多い事故種別は急病(全体の64.0%)であり、続いて一般負傷、交通事故となっている。
- 急病の疾病分類では、脳疾患、心疾患等を含む循環器系が多く、596,535人(全体の16.2%)を占める。
- 急病の疾病分類と傷病程度を分析すると、脳疾患や心疾患、新生物の搬送では、死亡及び重症の割合が高い(心疾患:27.1%、脳疾患:25.0%、新生物:24.6%)。
- 急病の傷病程度に疾病分類を分析すると、死亡及び重症において、脳疾患や心疾患が占める割合が高い。(全死亡及び全重症に対して、脳疾患及び心疾患が占める割合:41.6%、重症:45.4%)



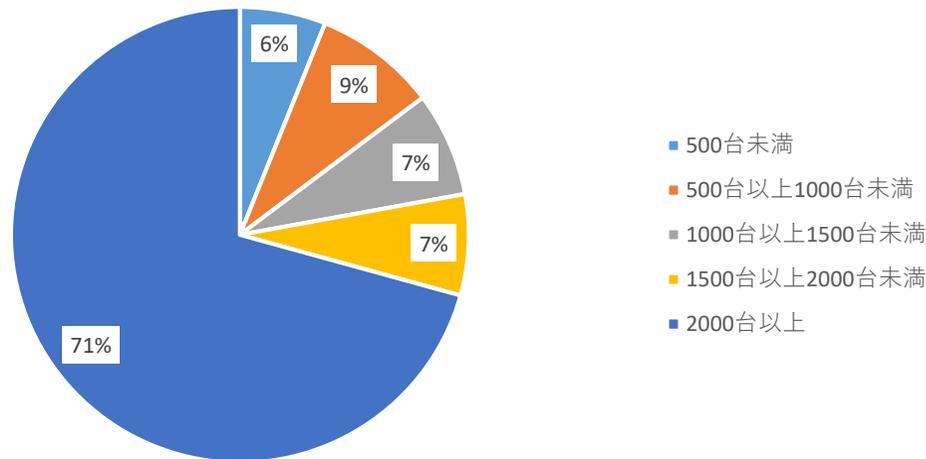
救急搬送される患者の中で死亡や重症の搬送人員数や頻度が高い脳疾患や心疾患患者に対する救急医療について着目して検討してはどうか。

# 救急医療受け入れ状況等について

# 年間救急車受入台数のシェア

- 年間2,000台以上救急車を受け入れている救急医療機関が、全体のおよそ71%の救急車を受け入れている。
- 年間1,000台以上では、およそ85%の救急車を受け入れている。

年間救急車受入台数シェア(%)



## 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)

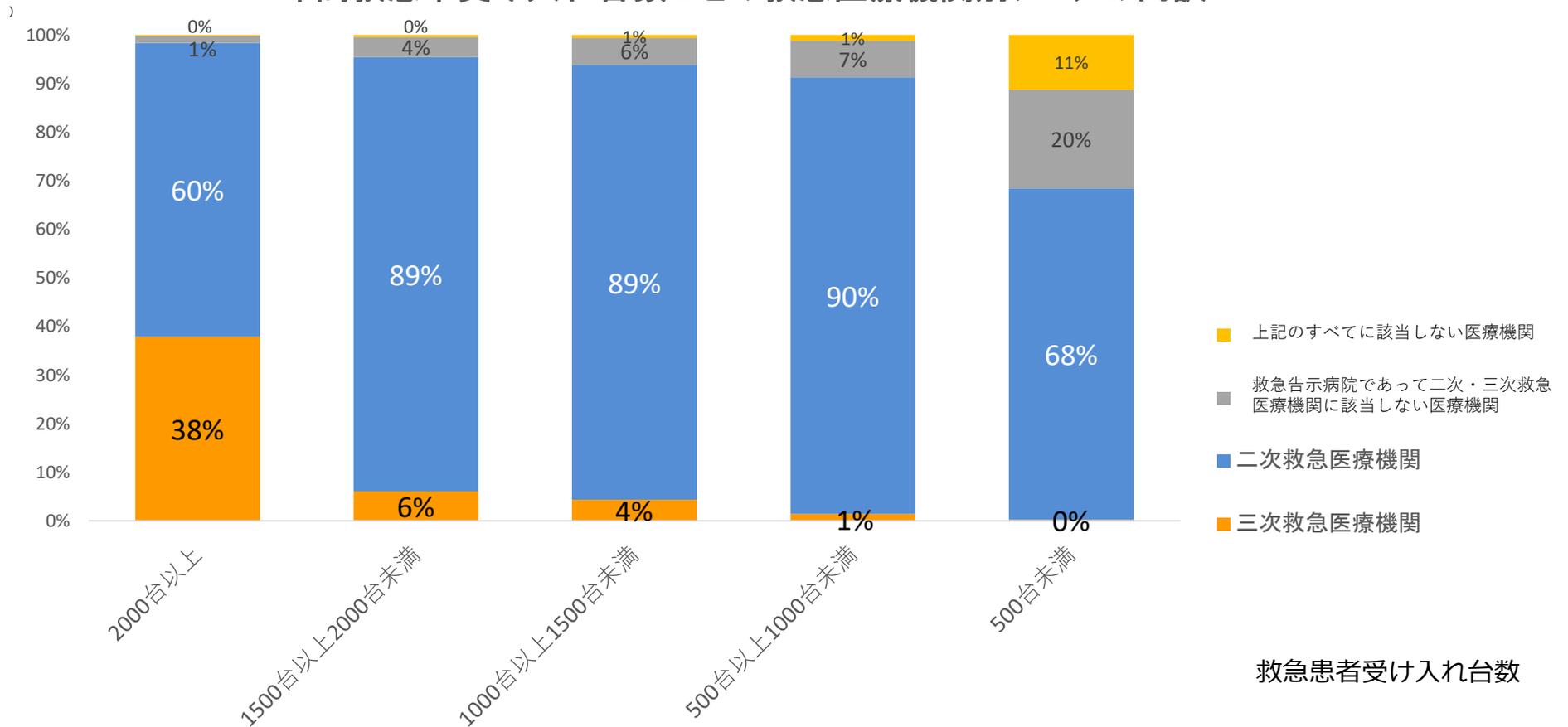
年間救急車受入台数		500台未満	500台以上1000台未満	1000台以上1500台未満	1500台以上2000台未満	2000台以上	合計
医療機関	三次救急医療機関	11	9	13	13	259	305
	二次救急医療機関	1077	573	289	198	622	2759
	救急告示病院であって二次・三次救急医療機関に該当しない医療機関	470	52	19	9	14	564
	上記のすべてに該当しない医療機関	906	9	2	1	3	921
合計		2464	643	323	221	898	4549

※ 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

# 年間受入台数ごとに見た救急医療機関シェアの内訳

- 全ての階層で二次救急医療機関の占めるシェアが高く、救急領域の大部分を担っているといえる。
- 過不足なく質の高い救急医療を提供するためには、二次救急医療機関で行われている救急医療の実態を分析をする必要があるのではないか。

## 年間救急車受け入れ台数ごとの救急医療機関別シェアの内訳

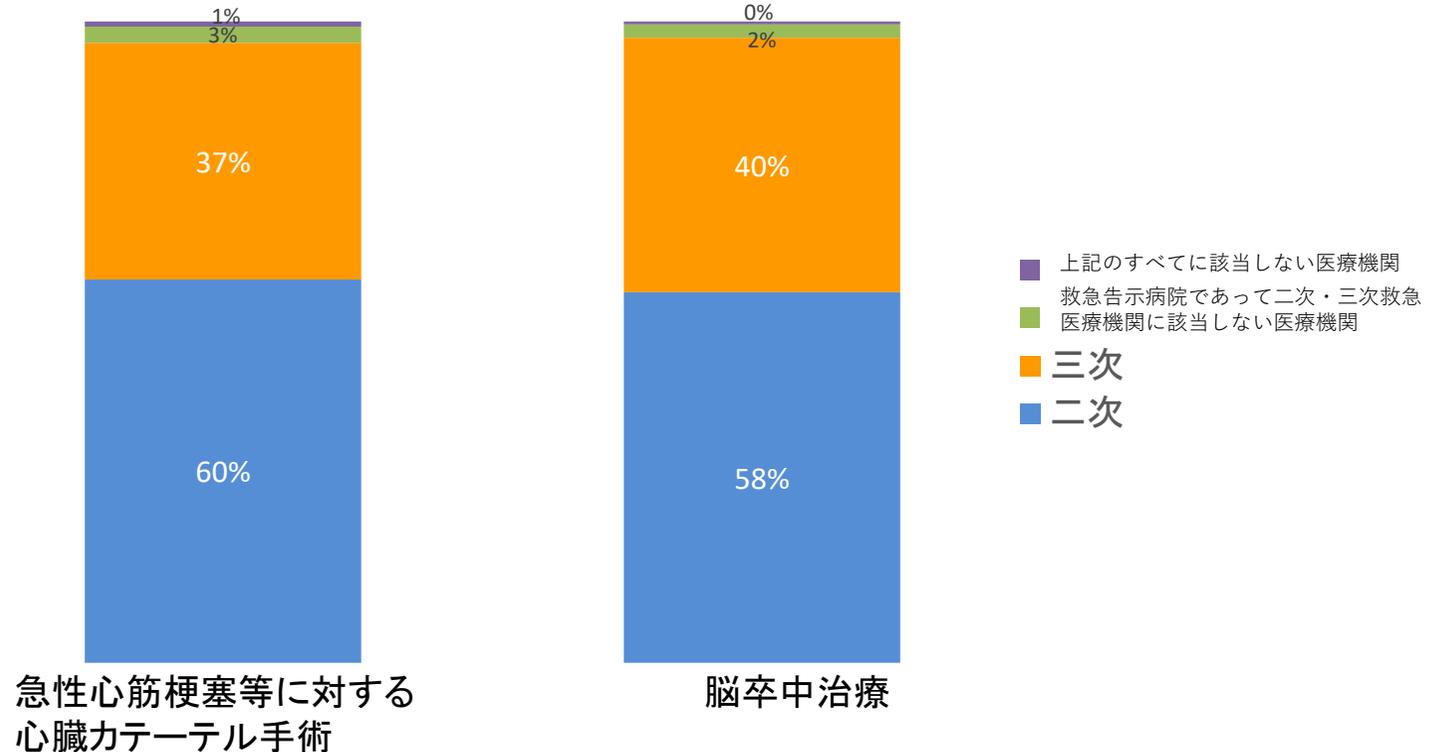


※ 分析対象医療機関は、病床機能報告において(高度)急性期機能を1床以上有すると報告した全医療機関  
(出典)平成29年度病床機能報告

# 脳卒中、急性心筋梗塞等治療の各種医療機関ごとのシェア

- 脳卒中及び急性心筋梗等治療の両方について、二次医療機関が全体のおよそ60%を実施している。
- 三次医療機関が全体のおよそ約40%を実施している。

平成29年度6月診療分 各種医療機関ごとに見た各疾患の  
全国合計数に占める割合(%)

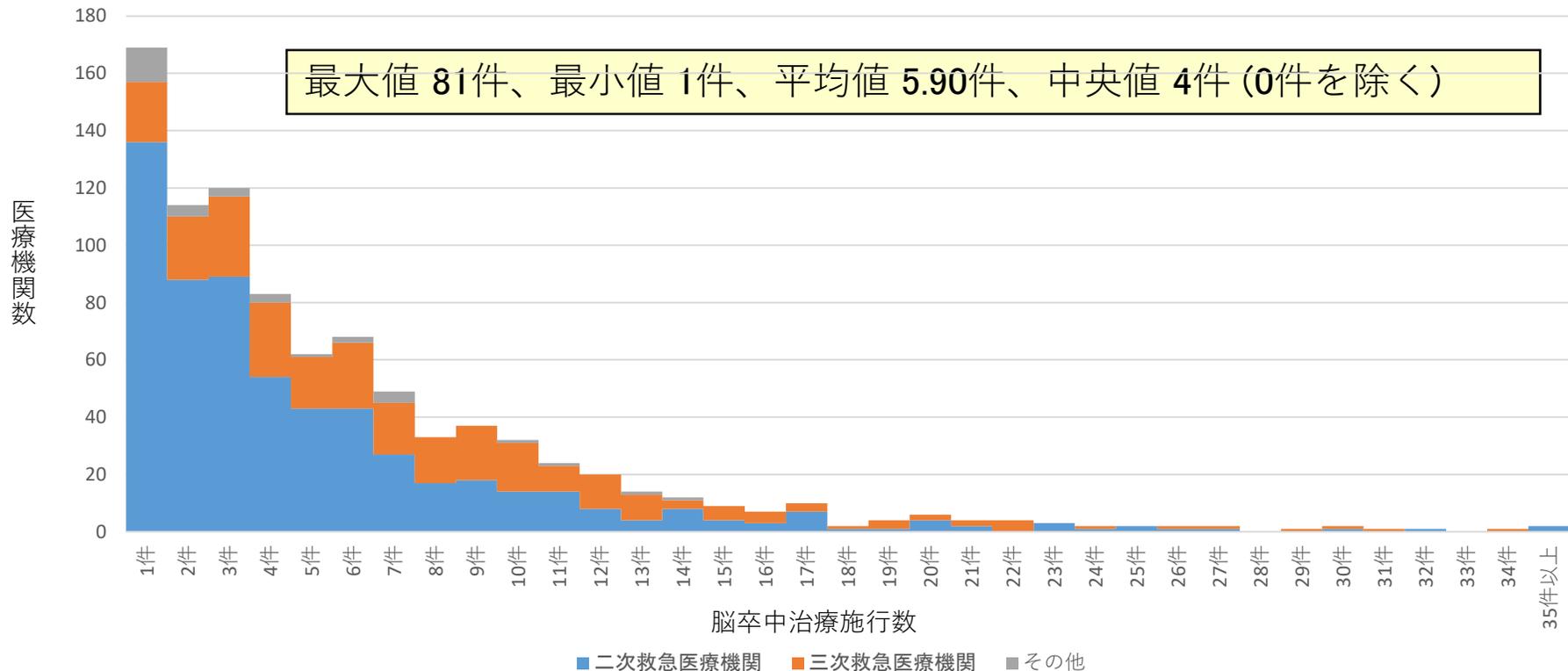


- ※1 脳卒中治療は、超急性期脳卒中加算（t-PA投与）、脳動脈クリッピング術、開頭血腫除去術等、脳血管内手術（ステント留置・コイリング術・血栓回収術等）を実施した数とする。
- ※2 急性心筋梗塞等に対する心臓カテーテル手術は、経皮的冠動脈形成術またはステント留置術（急性心筋梗塞及び急性冠症候群に対するもの）。
- ※3 分析対象医療機関は、病床機能報告において（高度）急性期機能を1床以上有すると報告した全医療機関（出典）平成29年度病床機能報告

# 脳卒中の治療施行数ごとの医療機関数

- 治療施行数が少ない医療機関が多い。
- 治療施行数が増えると、三次救急医療機関が占める割合が増加する。

平成29年度6月診療分 脳卒中治療（0件除く）

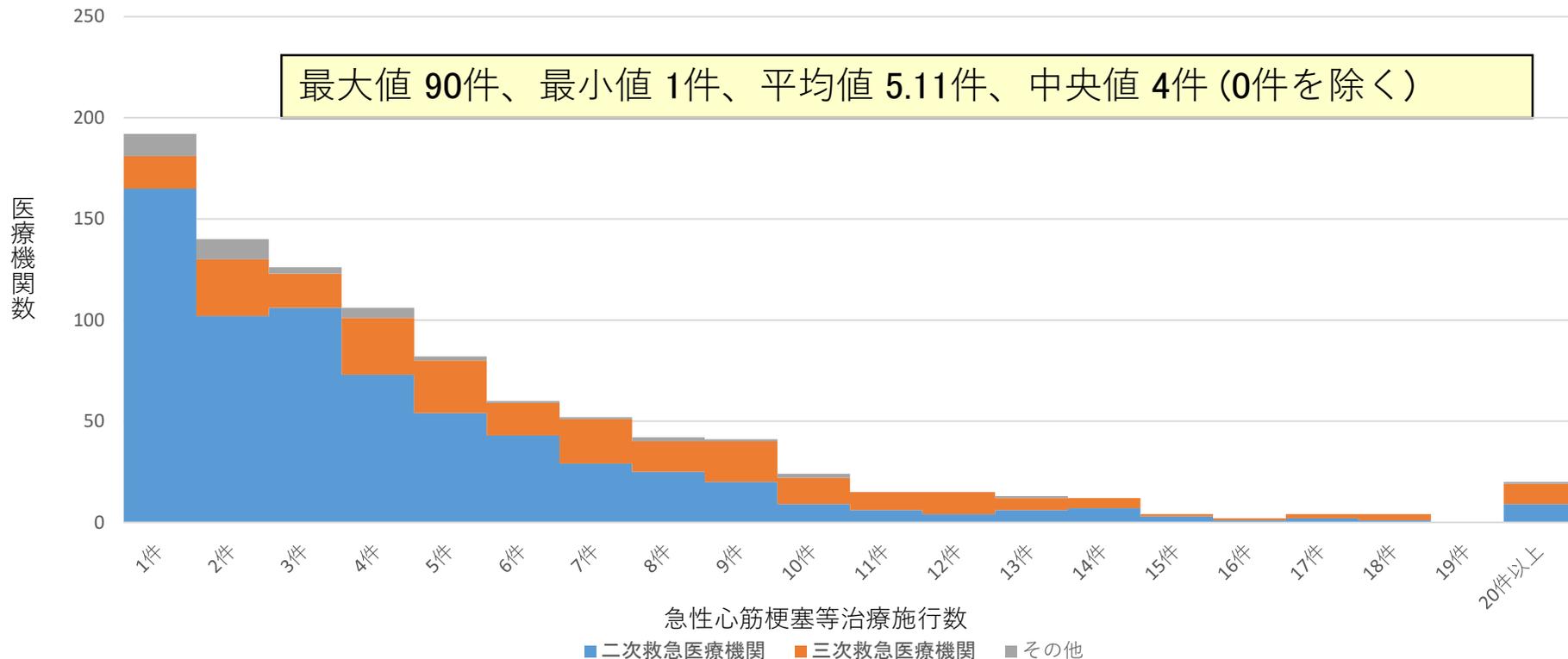


- ※1 脳卒中治療は、超急性期脳卒中加算（t-PA投与）、脳動脈クリッピング術、開頭血腫除去術等、脳血管内手術（ステント留置・コイリング術・血栓回収術等）を実施した数とする。
  - ※2 分析対象医療機関は、病床機能報告において（高度）急性期機能を1床以上有し、二次救急指定を受けていると報告した医療機関
- （出典）平成29年度病床機能報告

# 急性心筋梗塞等の治療施行数ごとの医療機関数

- 治療施行数が少ない医療機関が多い。
- 治療施行数が多くなると、三次救急医療機関が占める割合が増加する。

平成29年度6月診療分 急性心筋梗塞治療 (0件を除く)



※1 急性心筋梗塞等に対する心臓カテーテル手術は、経皮的冠動脈形成術またはステント留置術（急性心筋梗塞及び急性冠症候群に対するもの）。

※2 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床以上有し、二次救急指定を受けていると報告した医療機関

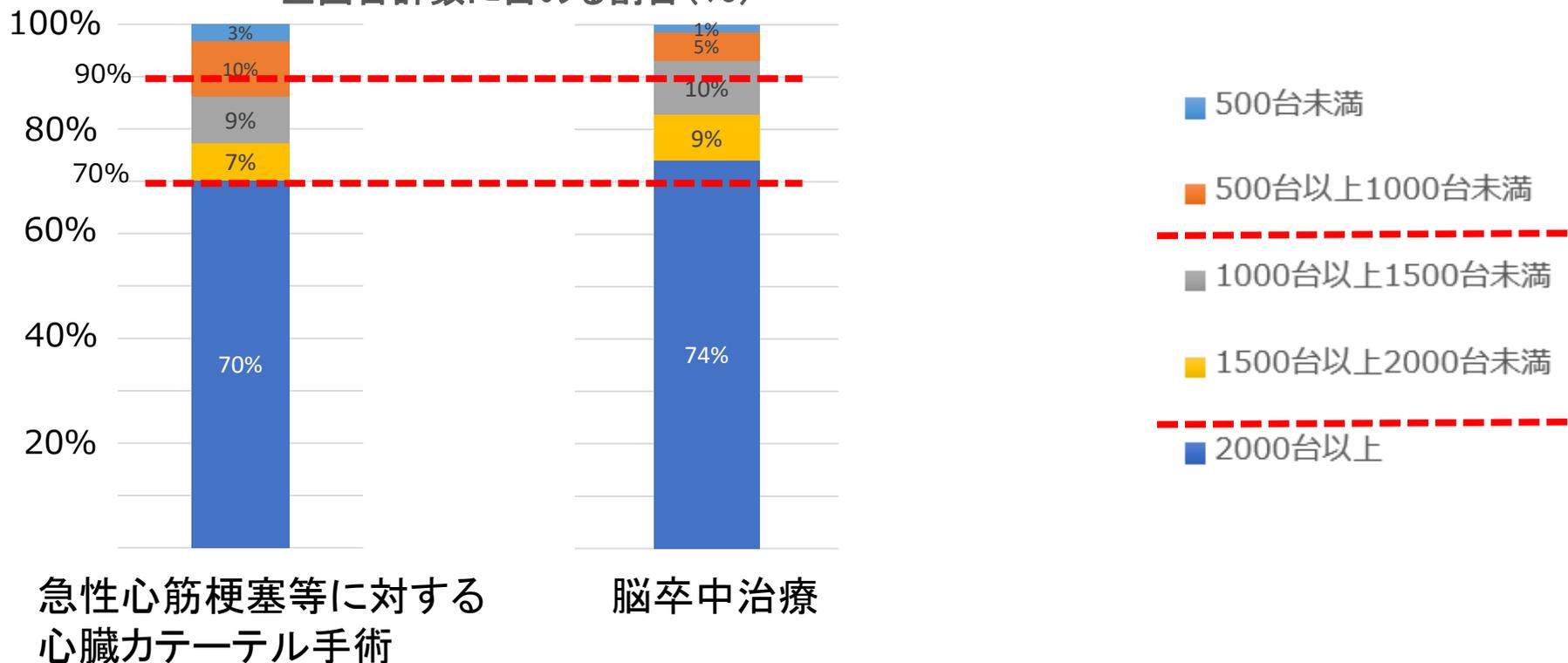
（出典）平成29年度病床機能報告

# 年間救急車受入台数と病態との関連性について

# 年間受け入れ台数ごとに見た心疾患治療や脳卒中治療のシェア

- 年間2,000台以上救急車を受け入れている二次救急医療機関が、急性心筋梗塞等の心疾患に対する治療や脳卒中治療について、全国のおよそ70%を実施している。
- 年間1,000台以上でみると、およそ90%を実施している。

年間救急車受け入れ台数ごとに見た各疾患の  
全国合計数に占める割合(%)



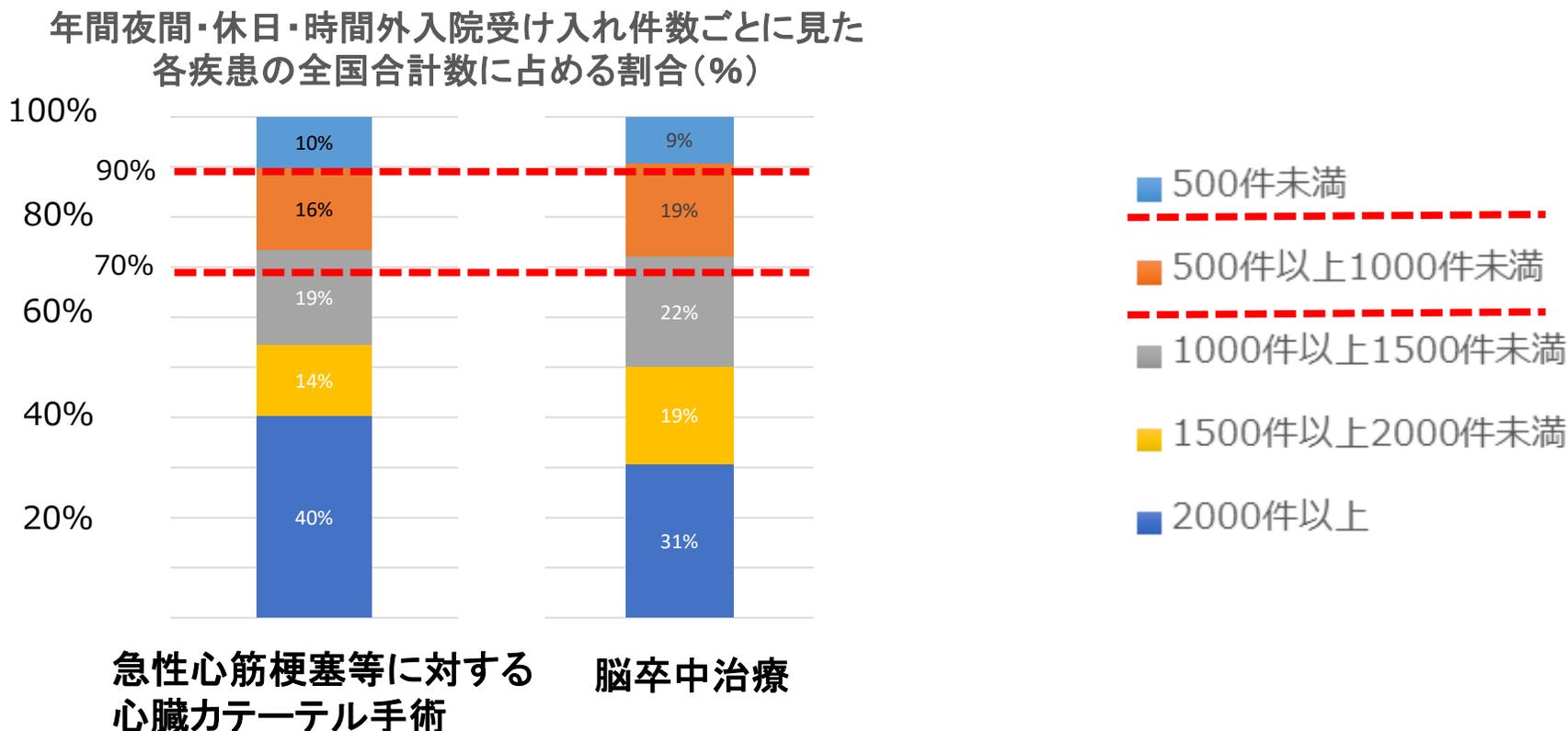
※1 急性心筋梗塞等に対する心臓カテーテル手術は、経皮的冠動脈形成術またはステント留置術(急性心筋梗塞及び急性冠症候群に対するもの)。脳卒中治療は、超急性期脳卒中加算(t-PA投与)、脳動脈クリッピング術、開頭血腫除去術等、脳血管内手術(ステント留置・コイリング術・血栓回収術等)を実施した数とする。

※2 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、二次救急医療機関。但し、年間救急車受入件数を0件と報告した医療機関は除く。

(出典)平成29年度病床機能報告

# 年間夜間・休日・時間外入院件数ごとに見た心疾患治療や脳卒中治療のシェア

- 年間1,000件以上夜間・休日・時間外入院を受け入れている二次救急医療機関が、急性心筋梗塞等の心疾患に対する治療や脳卒中治療について、全国のおよそ70%を実施している。
- 年間500件以上で見ると、およそ90%を実施している。



※1 急性心筋梗塞等に対する心臓カテーテル手術は、経皮的冠動脈形成術またはステント留置術(急性心筋梗塞及び急性冠症候群に対するもの)。脳卒中治療は、超急性期脳卒中加算(t-PA投与)、脳動脈クリッピング術、開頭血腫除去術等、脳血管内手術(ステント留置・コイリング術・血栓回収術等)を実施した数とする。

※2 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、二次救急医療機関。但し、年間夜間・休日・時間外入院件数を0件と報告した医療機関は除く。

(出典)平成29年度病床機能報告

# 救急患者に占める脳卒中・急性心筋梗塞等患者の割合（年間受け入れ台数ごと）

- 救急患者数と脳卒中・急性心筋梗塞等患者数の比は、「年間2,000件以上の救急車を受け入れている二次救急医療機関」より「1,500件以上2,000件未満を受け入れている二次救急医療機関」で**低い**。  
また、「年間1,500件以上2,000件未満を受け入れている二次救急医療機関」より「500件以上1,000件未満を受け入れている二次救急医療機関」で**低い**。

脳卒中・  
急性心筋梗塞等患者

救急患者数※1

(%)

2.5%

2.0%

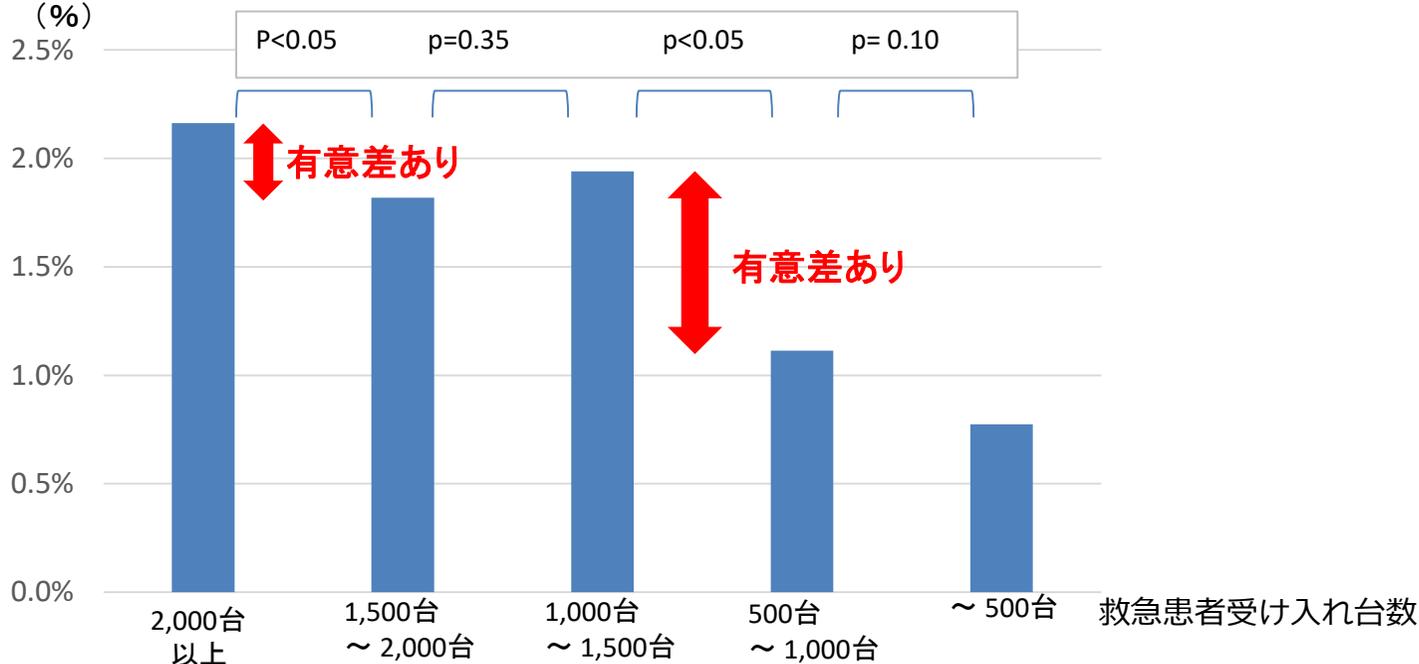
1.5%

1.0%

0.5%

0.0%

救急患者に占める脳卒中・急性心筋梗塞等患者の割合  
(年間受け入れ台数ごと)



※1 経皮的冠動脈形成術またはステント留置術(急性心筋梗塞及び急性冠症候群に対するもの)及び超急性期脳卒中加算(t-PA投与)、脳動脈クリッピング術、開頭血腫除去術等、脳血管内手術(ステント留置・コイリング術・血栓回収術等)を実施した数を分子とする。

一ヶ月に救急車で来院した患者を分母とする。但し、病床機能報告では救急車受入件数は年間件数で報告されているが、その値を12で除すことで一ヶ月の救急車で来院した患者数とした。なお、数値(%)は、各グループ(救急受け入れ数ごと)の平均値

※2 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、二次救急医療機関。但し、年間救急車受入件数を0件と報告した医療機関は除く。

(出典)平成29年度病床機能報告

# 急性心筋梗塞等に対する治療及び脳卒中治療の有無に応じた分析①

## 急性心筋梗塞等に対する治療及び脳卒中治療を行っていない医療機関の分布

- 二次救急医療機関の中で、救急車受入件数が1件以上の医療機関のうち、急性心筋梗塞等に対する治療及び脳卒中治療を行っていない医療機関は1850機関存在する。
- 一方、急性心筋梗塞等に対する治療及び脳卒中治療を行っている二次救急医療機関は902機関存在する。

急性心筋梗塞等に対する治療及び脳卒中治療を行っていない病院の分布

		人口区分					総計
		10万人未満	10万人以上 20万人未満	20万人以上 50万人未満	50万人以上 100万人未満	100万人以上	
年間救急車受入件数	500台未満	81	164	315	234	234	1028
	500台以上 1000台未満	40	62	122	131	116	471
	1000台以上 1500台未満	16	13	42	44	45	160
	1500台以上 2000台未満	3	6	17	27	33	86
	2000台以上	1	5	9	35	55	105
総計		141	250	505	471	483	1850

※1 急性心筋梗塞等に対する心臓カテーテル手術は、経皮的冠動脈形成術またはステント留置術（急性心筋梗塞及び急性冠症候群に対するもの）。脳

※2 脳卒中治療は、超急性期脳卒中加算（t-PA投与）、脳動脈クリッピング術、開頭血腫除去術等、脳血管内手術（ステント留置・コイリング術・血栓回収術等）を実施した数とする。

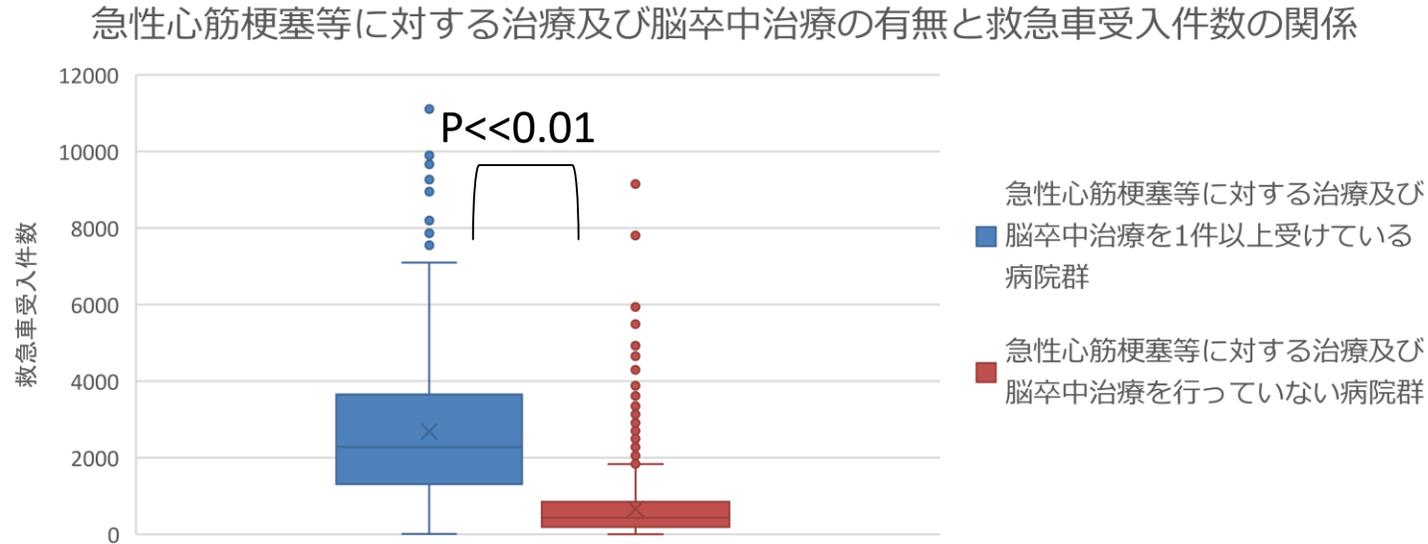
※3 分析対象医療機関は、病床機能報告において（高度）急性期機能を1床以上有すると報告した、二次救急医療機関。但し、年間救急車受入件数を0件と報告した医療機関は除く。

（出典）平成29年度病床機能報告

# 急性心筋梗塞等に対する治療及び脳卒中治療の有無に応じた分析②

## 急性心筋梗塞等に対する治療及び脳卒中治療の有無と救急車受入件数の関係

- 救急車受入件数は、「急性心筋梗塞等に対する治療及び脳卒中治療を1件以上受けている病院群」より「急性心筋梗塞等に対する治療及び脳卒中治療を行っていない病院群」で低い。



※1 急性心筋梗塞等に対する心臓カテーテル手術は、経皮的冠動脈形成術またはステント留置術(急性心筋梗塞及び急性冠症候群に対するもの)。脳

※2 脳卒中治療は、超急性期脳卒中加算(t-PA投与)、脳動脈クリッピング術、開頭血腫除去術等、脳血管内手術(ステント留置・コイリング術・血栓回収術等)を実施した数とする。

※3 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、二次救急医療機関。但し、年間救急車受入件数を0件と報告した医療機関は除く。

(出典)平成29年度病床機能報告

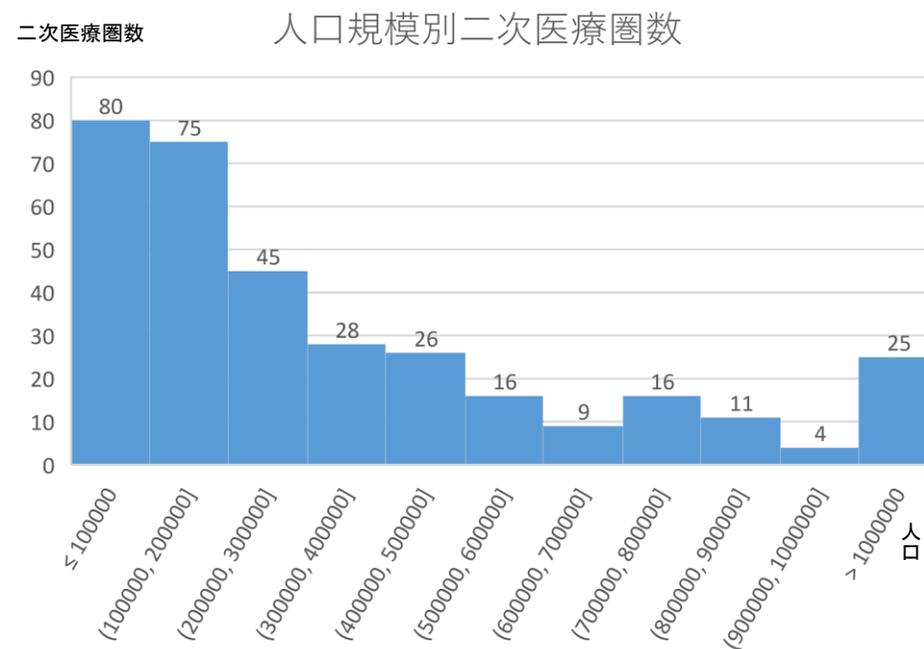
# 救急医療受け入れ状況等に関する 人口規模ごとの違いについて

# 診療実績データの分析における人口規模の考慮

- 入院医療は、概ね二次医療圏内で完結（二次医療圏において一体として提供する）ことが想定されているが、各医療機関が所在する二次医療圏の人口規模によって、診療実績が影響を受ける。
- そのため、人口規模が近い二次医療圏に所在する医療機関を一つのグループとして捉え、そのなかで診療実績の比較を行うこととする。
- 人口規模の分類に当たっては、政令市（50万人以上）や中核市（20万人以上）の基準などを参考にしつつ、人口規模ごとの診療実績のデータも加味し、
  - ・ 人口100万人以上の二次医療圏
  - ・ 人口50万人以上100万人未満の二次医療圏
  - ・ 人口20万人以上50万人未満の二次医療圏
  - ・ 人口10万人以上20万人未満の二次医療圏
  - ・ 人口10万人未満の二次医療圏

の5つに分類。必要に応じて、この分類に基づいて以下の分析を行う

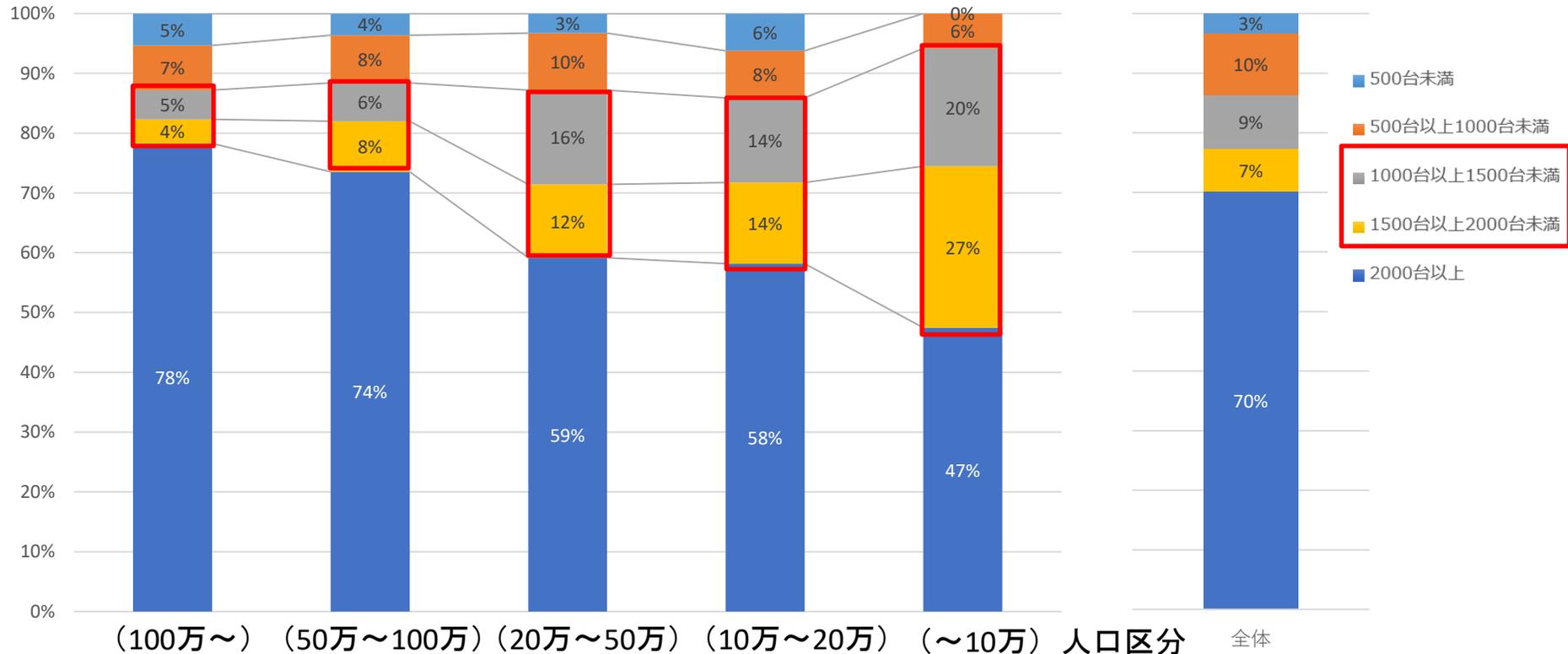
	10万人未満	10万人以上 20万人未満	20万人以上 50万人未満	50万人以上 100万人未満	100万人 以上
二次医療圏数	80	75	99	56	25



# 各人口区分に応じた分析① 年間受け入れ台数ごとに見た心疾患治療のシェア

- 年間1,000台以上救急車を受け入れる二次救急医療機関で急性心筋梗塞等の心疾患に対する治療のおよそ90%を実施している状況は、どの人口区分でも差はない。
- 一方、年間2,000台以上救急車を受け入れている二次救急医療機関が占める割合は、人口が少ない区域になるほど低下し、1,000台以上2,000台未満受け入れている二次救急医療機関が占める割合が増加する。

(人口区分ごと) 年間救急車受け入れ台数ごとに見た急性心筋梗塞等に対する治療の全国合計数に占める割合(%)



※1 急性心筋梗塞等に対する心臓カテーテル手術は、経皮的冠動脈形成術またはステント留置術(急性心筋梗塞及び急性冠症候群に対するもの)。

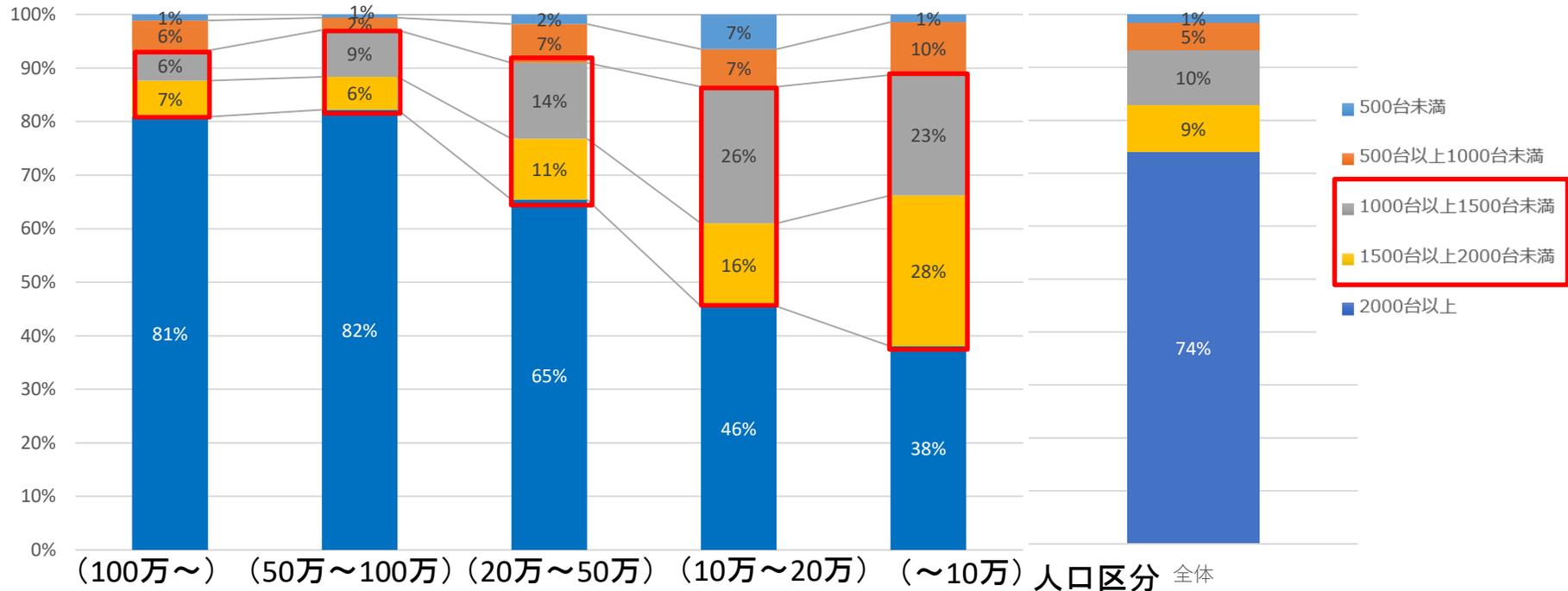
※2 分析対象医療機関は、病床機能報告において(高度)急性期機能を1床以上有すると報告した、二次救急医療機関。但し、年間救急車受入件数を0件と報告した医療機関は除く。

(出典)平成29年度病床機能報告

# 各人口区分に応じた分析② 年間受け入れ台数ごとに見た脳卒中治療のシェア

- 年間1,000台以上救急車を受け入れる二次救急医療機関で**脳卒中に対する治療**のおよそ90%を実施している状況は、どの人口区分でも差はない。
- 一方、年間2,000台以上救急車を受け入れている二次救急医療機関が占める割合は、人口が少ない区域になるほど低下し、1,000台以上2,000台未満受け入れている二次救急医療機関が占める割合が増加する。

(人口区分ごと) 年間救急車受け入れ台数ごとに見た**脳卒中**に対する治療の全国合計数に占める割合(%)



※1 脳卒中治療は、超急性期脳卒中加算(t-PA投与)、脳動脈クリッピング術、開頭血腫除去術等、脳血管内手術(ステント留置・コイリング術・血栓回収術等)を実施した数とする。

※2 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、二次救急医療機関。但し、年間救急車受入件数を0件と報告した医療機関は除く。

(出典)平成29年度病床機能報告

# 二次救急医療機関の実態の可視化について

## 方向性

- 救急医療については、質が高く効率的な救急医療体制の構築のために必要な救急医療機関の機能分化・連携について、今回の検討会において決着が図られるよう真摯に議論を深める必要がある。
- 救急医療機関の評価指標として、傷病者の受入れ数だけでなく、傷病者の緊急度、重症度、生命予後や機能予後への寄与等、客観的なデータを用いた質の評価があるのではないかという意見をいただいた。
- 二次救急医療機関の評価として、救急搬送される患者の中で死亡や重症の搬送件数や頻度が高い脳疾患や心疾患患者に対する救急医療について着目して検討してはどうか。

## 論点

- 地域の救急医療提供体制について、医療機関ごとの救急受け入れ数や重症度を勘案して検討を行うことについて、どのように考えるか。
- 重症患者の受け入れ割合等を勘案し、医療機関の役割分担の検討を行うことについて、どのように考えるか。
- 人口区分などの地域の実情を踏まえて、救急医療提供体制の検討を行うことについて、どのように考えるか。
- 医師の働き方改革への対応や地域医療提供体制の持続可能性といった観点から、これらの課題をどのように考えるか。

参考

# 医師の働き方改革の状況について

# 医師の働き方改革に関する検討会 報告書（抜粋）

## 【P14】

（地域医療確保暫定特例水準の対象医療機関）

- （B）水準については、2024年4月までの約5年間で、医療機関のマネジメント改革や地域医療提供体制における機能分化・連携、地域での医師確保、国民の上手な医療のかかり方に関する周知などの対応を最大限実行した上でもなお、必要な地域医療が適切に確保されるかの観点からやむをえず設定するものであることから、以下3つの観点から要件を設定し、対象医療機関を特定して適用する。
- ① 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であること。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特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。
  - ② 当該医療機関に（B）水準を適用することが地域の医療提供体制の構築方針と整合的であること。
  - ③ 以下のような医師の労働時間短縮に向けた対応がとられていること。
    - ・ 管理者のマネジメント研修やタスク・シフティング等が計画的に推進されていること
    - ・ 実際に医師の時間外労働が短縮していること。短縮していない場合には、評価機能（※後述（3））による長時間労働の実態及び労働時間短縮の取組状況の分析評価に基づき当該医療機関内及び地域医療提供体制における労働時間短縮に向けた対応の進捗が確認され、医師労働時間短縮計画等の見直しにより追加的な対応が取られていること。
    - ・ 労働関係法令の重大かつ悪質な違反がないこと。具体的な内容は、地域医療提供体制への影響や他制度の取扱い等を考慮して検討。
- 当該特定は、地域医療提供体制を踏まえた判断となることから、都道府県において対象医療機関を特定し、その際、当該医療機関における医師の長時間労働の実態及び労働時間短縮の取組状況について、評価機能が行う客観的な要因分析・評価を踏まえる。

# 医師の働き方改革に関する検討会 報告書（抜粋）

## 【P15】

- ②については、都道府県医療審議会等において以下について協議されていることをもって確認する。
  - ・地域の医療提供体制の構築方針（医療計画等）と整合的であること
  - ・当該医療機関について地域の医療提供体制全体としても医師の長時間労働を前提とせざるを得ないこと
- ③については、
  - ・管理者のマネジメント研修やタスク・シフティング等の計画的推進に関しては、各医療機関で定める医師労働時間短縮計画（※（４）のとおり国から記載項目を示す・医療機関内で取り組める事項を想定）の作成・実施により確認する。
  - ・実際の時間外労働の短縮状況については、医師労働時間短縮計画における前年度実績（時間数）により確認する。短縮していない場合については、医療機関内の取組を当該計画により確認するほか、医師の長時間労働の実態及び労働時間短縮の取組状況について評価機能が行う客観的な要因分析・評価の結果、都道府県医療審議会等における協議の状況等により、労働時間短縮に向けた取組状況を確認する。
  - ・労働関係法令の重大かつ悪質な違反に関しては、労働基準行政との連携により確認する。

# 医師の時間外労働規制について①

## 一般則

- 【時間外労働の上限】
- (例外)
    - ・年720時間
    - ・複数月平均80時間 (休日労働含む)
    - ・月100時間未満 (休日労働含む)
  - 年間6か月まで

- (原則)
  - 1か月45時間
  - 1年360時間

※この(原則)については医師も同様。

## 2024年4月～

年1,860時間／  
月100時間 (例外あり)  
※いずれも休日労働含む

年1,860時間／月100時間 (例外あり)  
※いずれも休日労働含む  
⇒将来に向けて縮減方向

年960時間／  
月100時間 (例外あり)  
※いずれも休日労働含む

A : 診療従事勤務  
医に2024年度以降  
適用される水準

B : 地域医療確保  
特例水準 (医療機関を特定)

C-1 C-2  
集中的技能向上水準  
(医療機関を特定)

C-1 : 初期・後期研修医が、研修プログラムに沿って基礎的な技能や能力を修得する際に適用  
※本人がプログラムを選択  
C-2 : 医籍登録後の臨床従事6年目以降の者が、高度技能の育成が公益上必要な分野について、特定の医療機関で診療に従事する際に適用  
※本人の発意により計画を作成し、医療機関が審査組織に承認申請

年960時間／  
月100時間 (例外あり)  
※いずれも休日労働含む

A

C-1

C-2

将来  
(暫定特例水準の解消  
(=2035年度末) 後)

将来に向けて  
縮減方向

## 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)

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)

※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。

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)

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)

※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)

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)

※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。

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)

※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る

## 医師の時間外労働規制について②

(A) 水準

(B) 水準

(C) 水準

の 上 限 の 時 間 数 締 結 で き 36 協 定 で	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）	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。

# (B)、(C)－1、(C)－2水準の対象医療機関の指定要件

※要件となる項目に○

		(B) 水準	(C) － 1 水準	(C) － 2 水準	備考
1	医療機関機能	○			
2	臨床研修病院又は専門研修プログラム・カリキュラム認定医療機関である		○		
3	高度特定技能を要する医師の育成・研鑽に十分な環境がある			○	設備、症例数、指導医等につき審査組織（国レベル）の個別判断を想定。
4	36協定において年960時間を超える協定をする必要がある	○	○	○	
	（「必要」について、合議での確認）	都道府県医療審議会の意見聴取		審査組織の意見聴取	
	（「必要」について、実績面の確認）	時短計画記載の実績値で判断	プログラム明示時間数（時短計画実績値とも整合）で判断	時短計画記載の実績値で判断	
5	医療計画と整合的である	○			都道府県医療審議会の意見聴取
6	時短計画が策定され、労働時間短縮の取組が確認できる	○	○	○	
7	時短計画の内容につき評価機能の評価を受けている	○	○	○	
8	追加的健康確保措置の実施体制が整備されている	○	○	○	面接指導体制については時短計画の記載内容、勤務間インターバル等については診療体制表（シフト表）等の添付等を想定
9	労働関係法令の重大かつ悪質な違反がない	○	○	○	都道府県労働局からの情報提供により確認

## (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。

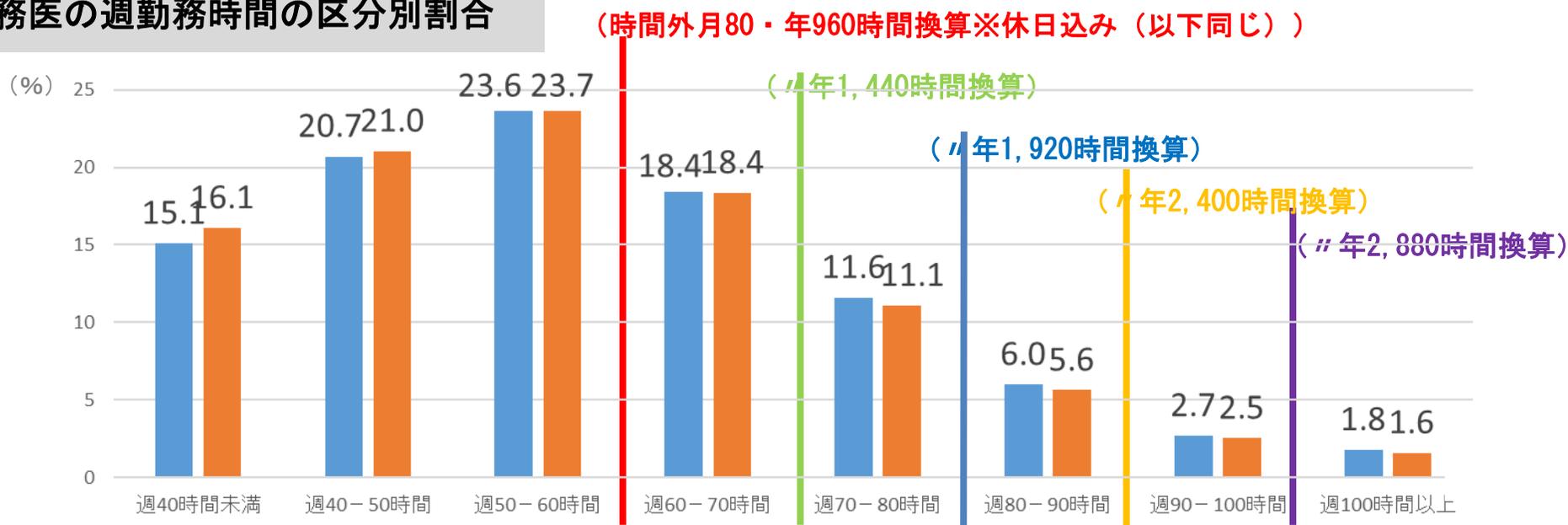
◆特に専門的な知識・技術や高度かつ継続的な疾病治療・管理が求められ、代替することが困難な医療を提供する医療機関

(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。

# 病院勤務医の週勤務時間の区分別割合

## 病院勤務医の週勤務時間の区分別割合



■ 病院勤務医の週勤務時間の区分別時間割合

■ 病院勤務医の週勤務時間のうち「指示のない時間」を削減した場合の区分別時間割合

### <集計・推計の前提>

病院勤務医の週勤務時間	「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)結果をもとに医政局医療経営支援課で作成。病院勤務の常勤医師のみ。勤務時間は「診療時間」「診療外時間」「待機時間」の合計。
病院勤務医の週勤務時間のうち「指示のない時間」を削減した場合	「病院勤務医の勤務実態に関する研究」(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、上記「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削減した。

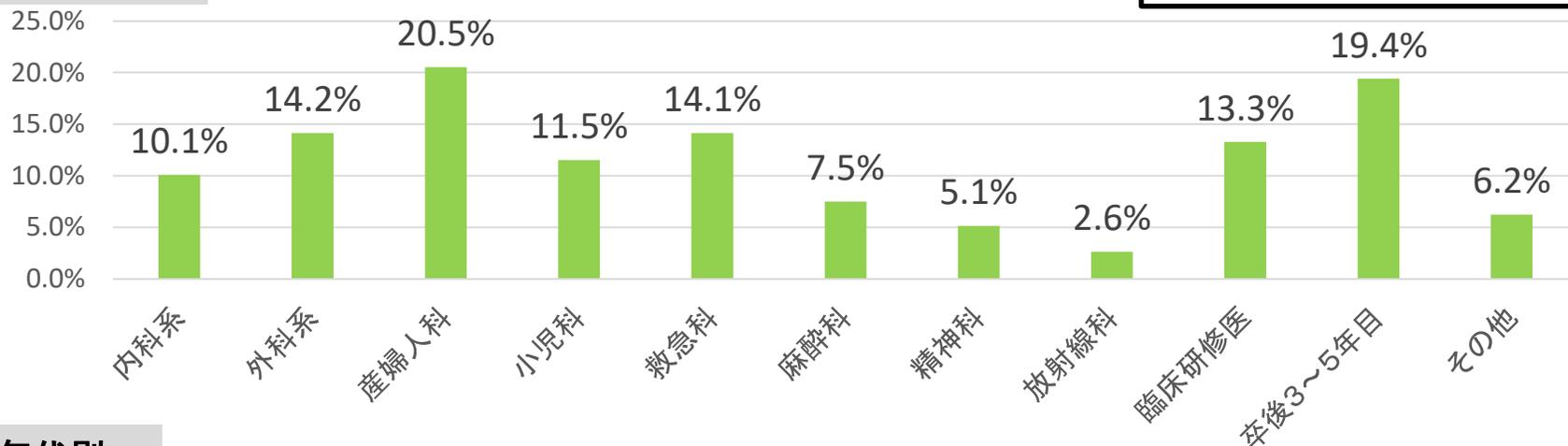
赤いグラフにおける分布の「上位10%」=年1,904時間

※1,860時間は、雇用管理の便宜上、12月で割り切れるきりのよい近似値としたもの。

# 週勤務時間が地域医療確保暫定特例水準を超える医師の割合

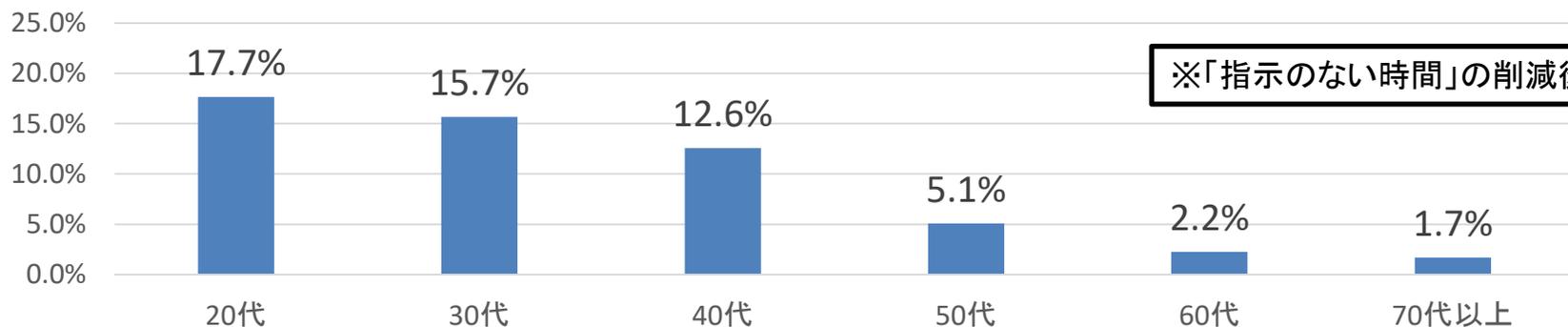
## 1. 診療科別

※「指示のない時間」の削減後



## 2. 年代別

※「指示のない時間」の削減後



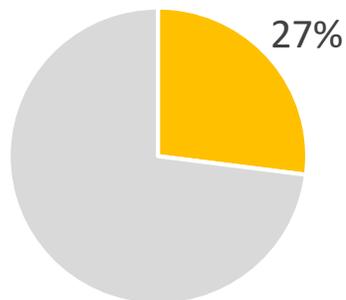
※1 平成29年度厚生労働行政推進調査事業費「病院勤務医の勤務実態に関する調査研究」研究班)の集計結果から、「診療外時間」(教育、研究、学習、研修等)における上司等からの指示(黙示的な指示を含む。)がない時間(調査票に「指示無」を記入)が4.4%であることを踏まえ、「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」における個票の診療外時間より「指示のない時間」を削減した。

※2 「卒後3～5年目」に含まれる医師については、「臨床研修医」以外の各診療科に含まれる医師と重複。

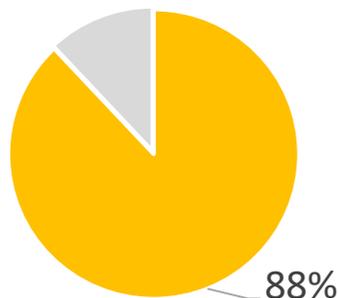
# 地域医療確保暫定特例水準を超える働き方の医師がいる病院の割合

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

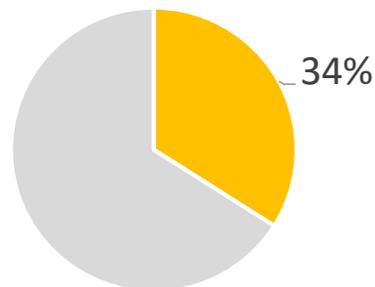
全体



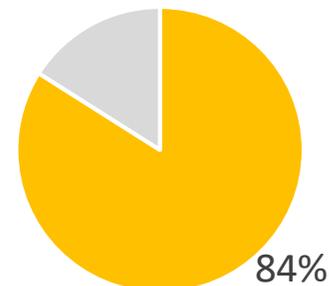
大学病院



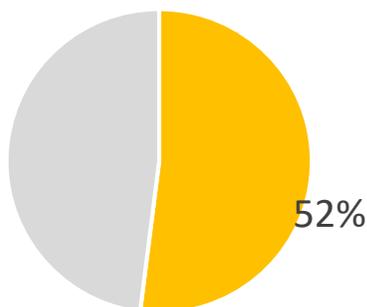
救急機能を有する病院



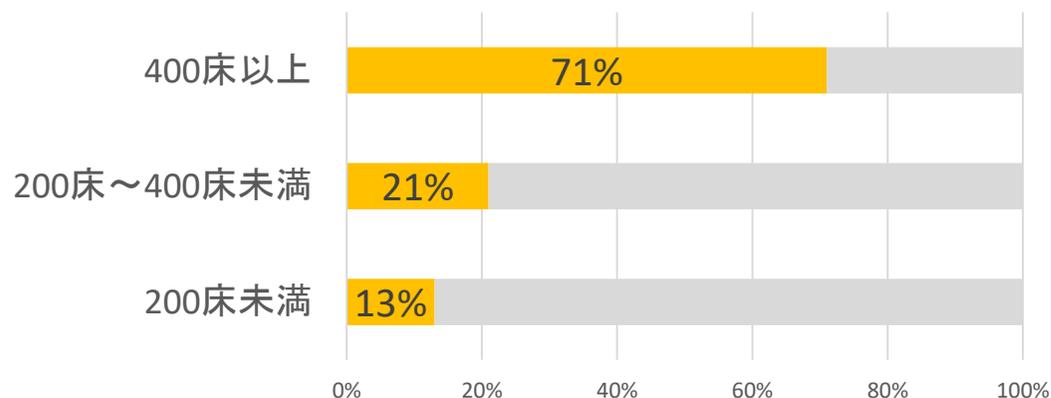
救命救急機能を有する病院



救急車受入件数1,000台以上の病院



許可病床数規模



※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。

# 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

年間時間外1,860時間超の医師がいる医療機関の実像  
 病院の約3割、大学病院の約9割、救急機能を有する病院の約3割（救命救急センター機能を有する病院に限っては約8割）

地域医療確保暫定特例水準／集中的技能向上水準：  
 罰則付き上限であり、2024.4以降、この水準を超える時間外労働の医師は存在してはならないこととなる

集中的技能向上水準対象業務に従事する医師（選択した者のみ）

地域医療確保暫定特例水準対象・集中的技能向上水準対象を除き、2024.4以降、960時間を超える時間外労働の医師は存在してはならないこととなる

暫定特例水準の適用終了

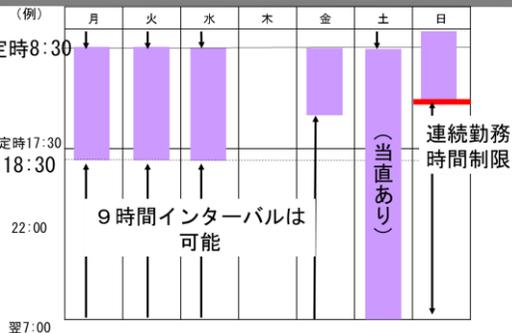
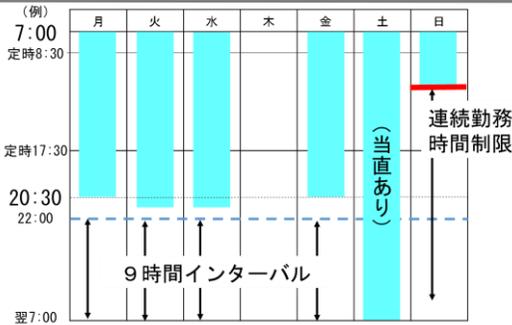
現状

2024.4  
 上限規制適用

約2万人

病院勤務医の約1割

病院勤務医の約3割



(時間外労働の年間時間数)

1,860時間

その働き方の例

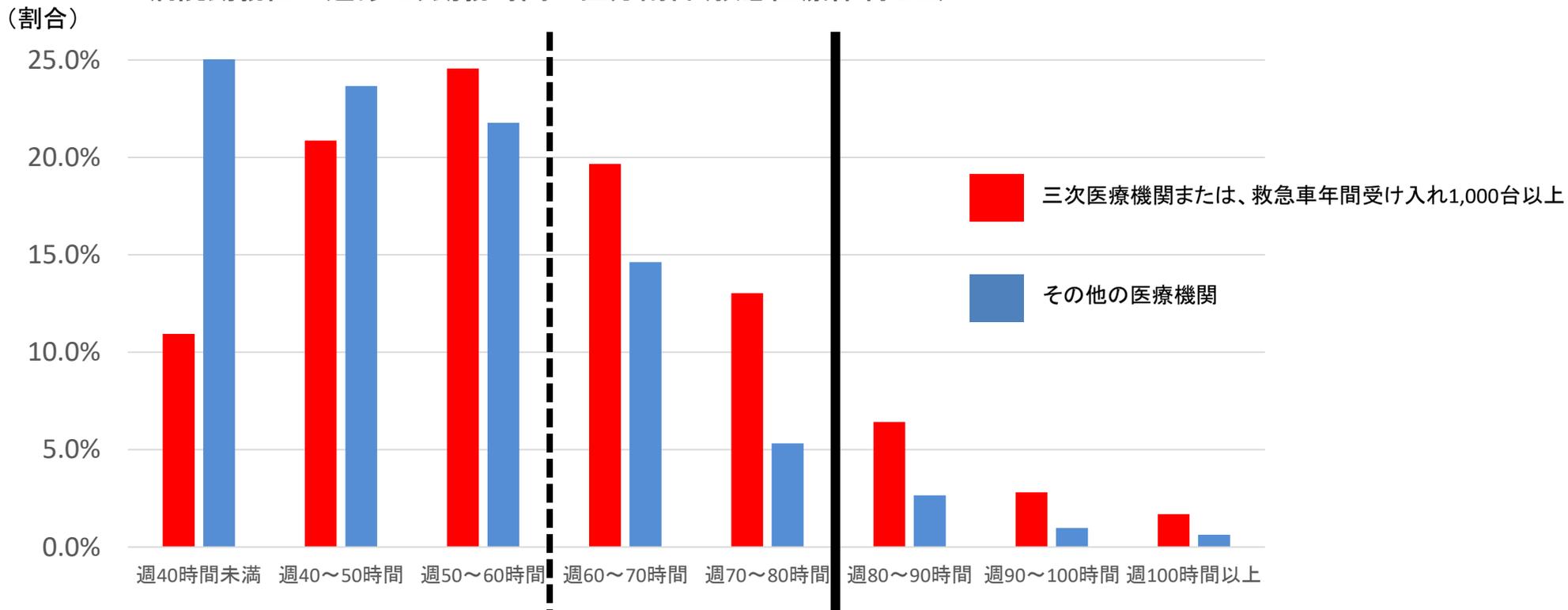
960時間

その働き方の例

# 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。

病院勤務医の週あたり勤務時間の区分割合(救急医療体制ごと)



※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

# 救急部門の医師について、今後5年の間に、時間外勤務時間を月80時間（年換算960時間）以内にするこについて

