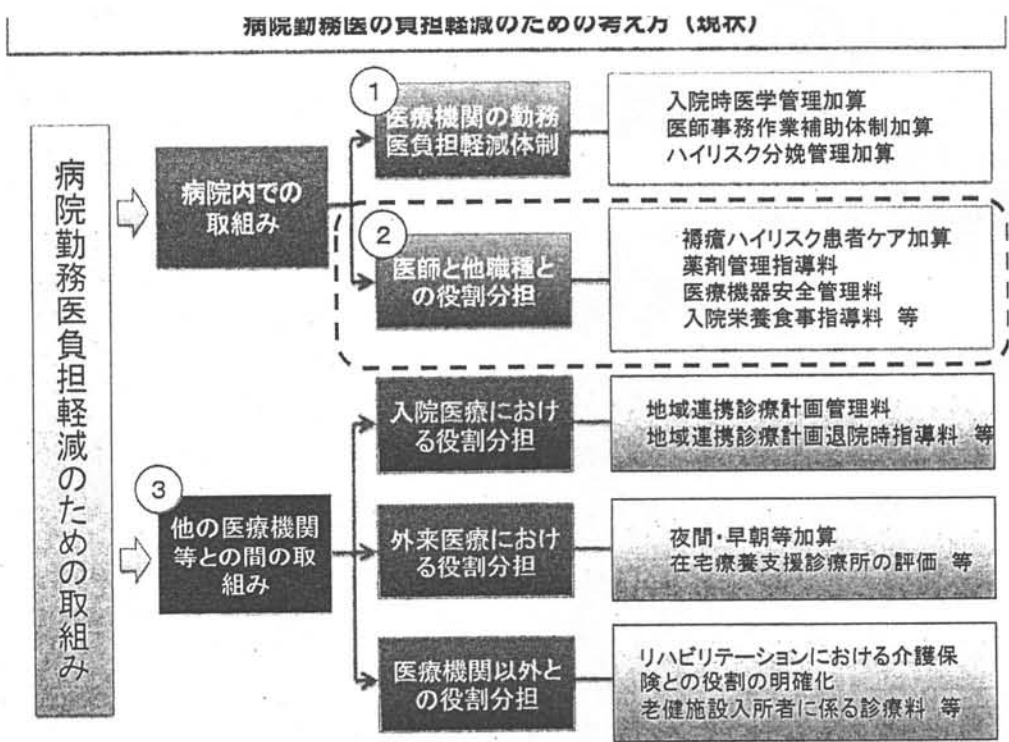
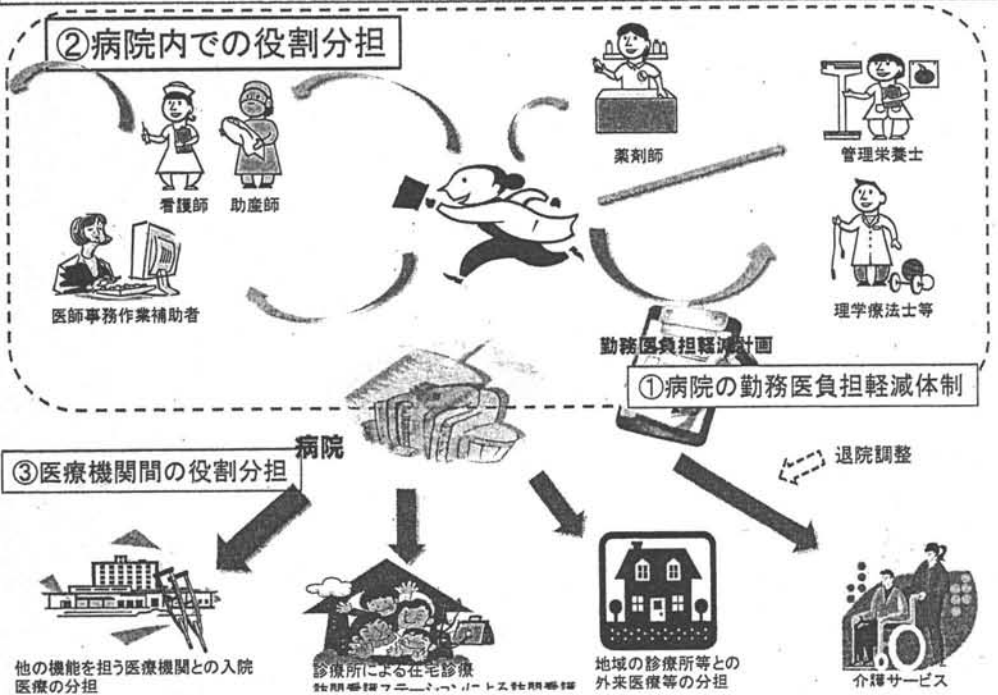


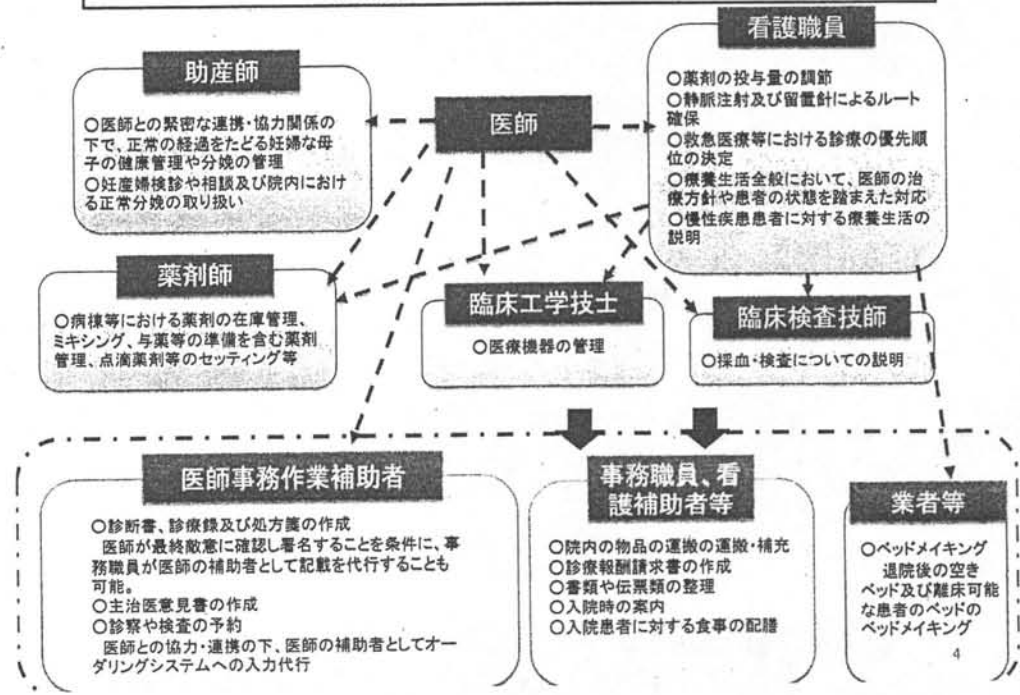
## 病院勤務医負担軽減② (参考資料)



## 病院勤務医の負担軽減のための考え方（現状）

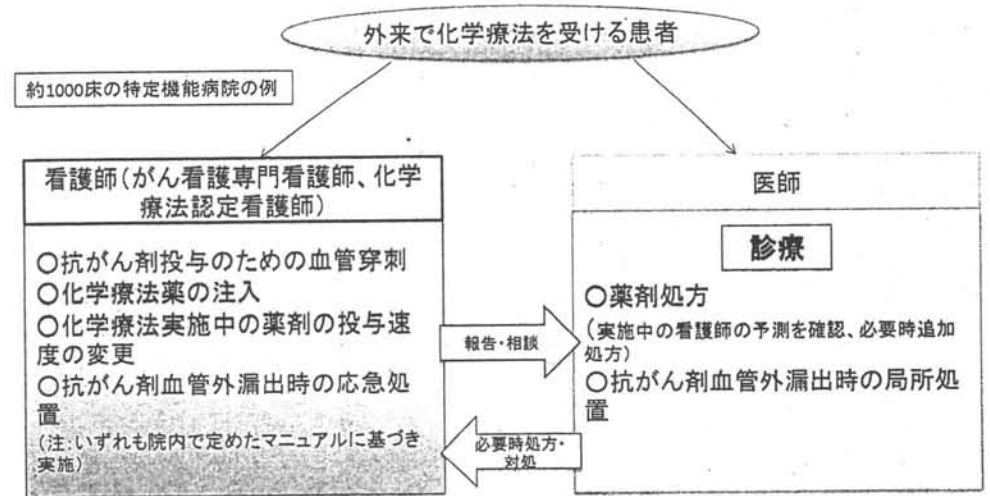


## 医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について (医政発1228001号 平成19年12月28日)



# 医師と看護師の役割分担

(外来化学療法室における薬剤の投与量の調節などの例)



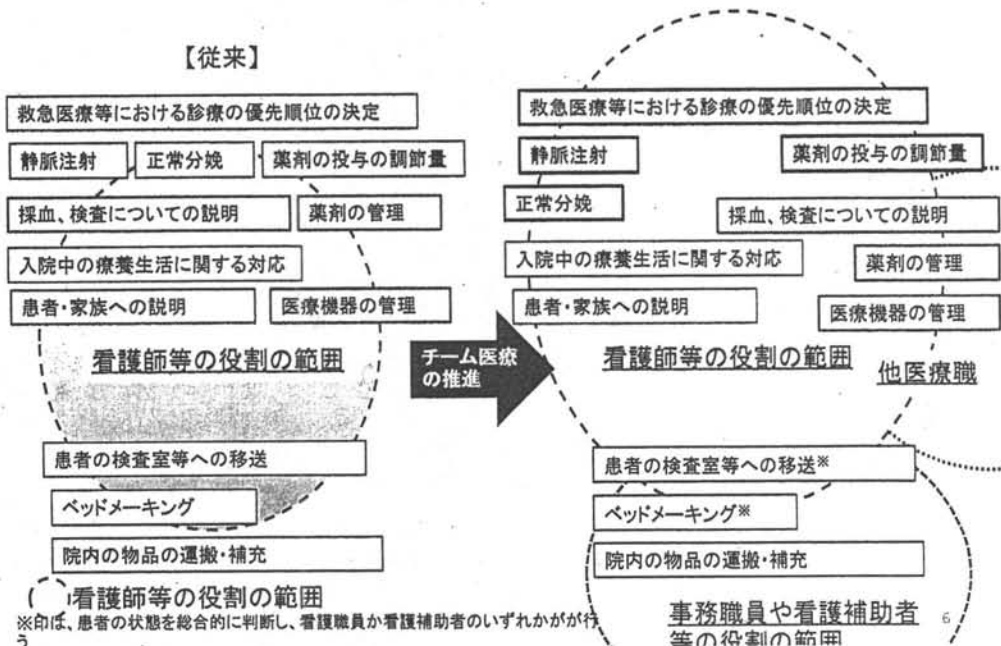
※導入にあたっては、予定した時間通りに血管穿刺をする医師が確保できない、化学療法室の医師が当番制で必ずしも患者の病歴や現在の状態を把握しているわけではない等の背景あり。

出典: 太田喜久子他、医師と看護師との役割分担と連携の推進に関する研究 平成20年度 総括研究報告書、P81を改変

## 医師と看護師の役割分担について

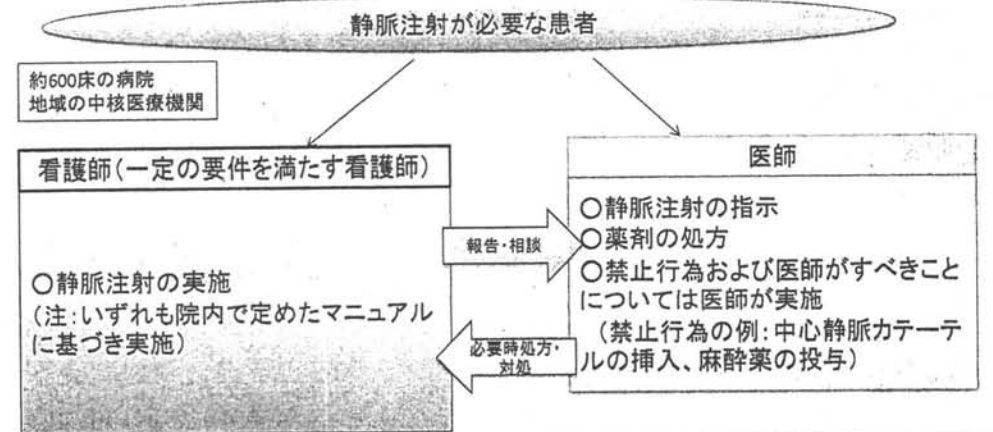
## 看護師等の業務内容の変化のイメージ

(医師及び医療関係職種と事務職員等との間等での役割分担の推進について)



## 医師と看護師の役割分担

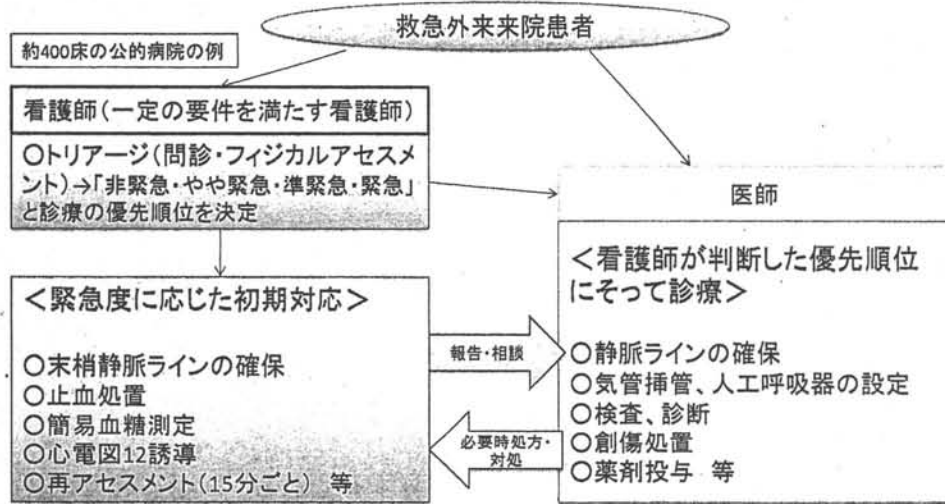
(静脈注射の例)



※導入にあたっては、看護師による静脈注射は診療の補助であるという解釈後、医師からの血管穿刺の要望はあったが、臨床の状況および教育システムが未整備であったため、直接穿刺は実施しなかったという経緯あり。その後、院内で安全に静脈注射が実施できる基準および研修体制の整備を行い、院内で認定試験を合格した静脈注射看護師が実施している。現在、医師から看護師に移行できる薬剤の範囲拡大の希望があり、今後の検討課題となっている。

# 医師と有看護師の役割分担

(救急医療等における診療の優先順位の決定(トリアージ)の例)

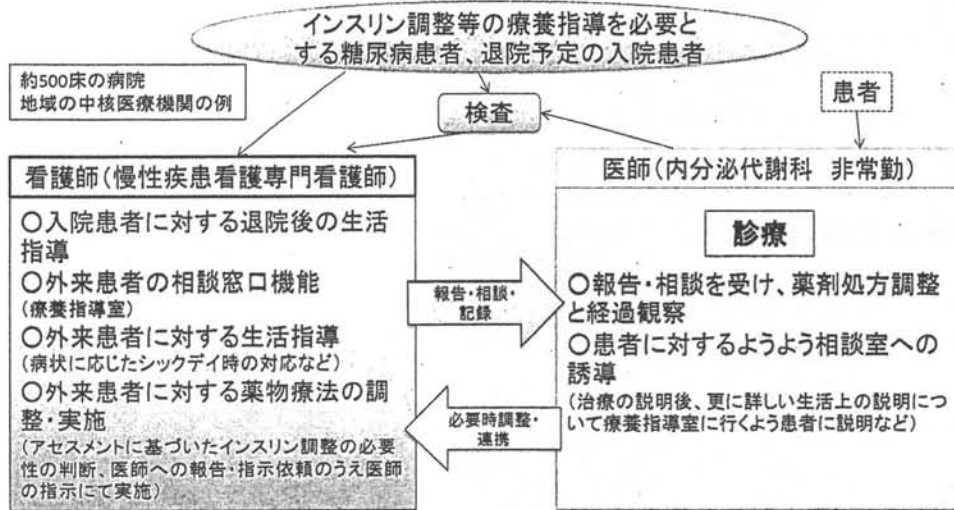


※導入にあたっては、救急外来に来院する軽症患者の増加、重症者への対応の遅れに対する懸念や医師のストレス、救急看護認定看護師の外来配置等の背景あり。

出典：太田喜久子他、医師と看護師との役割分担と連携の推進に関する研究 平成20年度 総括研究報告書、P23を改変

# 医師と有看護師の役割分担

(慢性疾患患者に対する療養生活の説明:糖尿病看護の例)

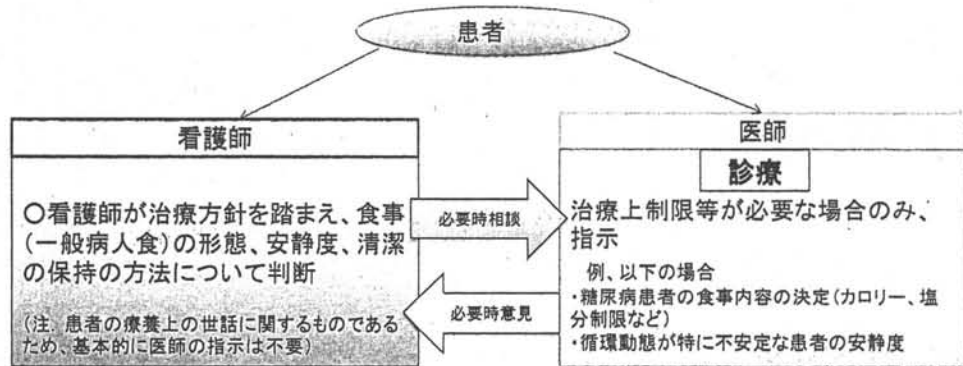


※導入にあたっては、糖尿病専門医が少ないため患者の診療待ち時間が長く、待ち時間に療養指導をしていたという背景あり。

出典：太田喜久子他、医師と看護師との役割分担と連携の推進に関する研究 平成20年度 総括研究報告書、P48を改変

# 医師と看護師の役割分担

(療養生活全般において、医師の治療方針や患者の状態を踏まえた対応の例)

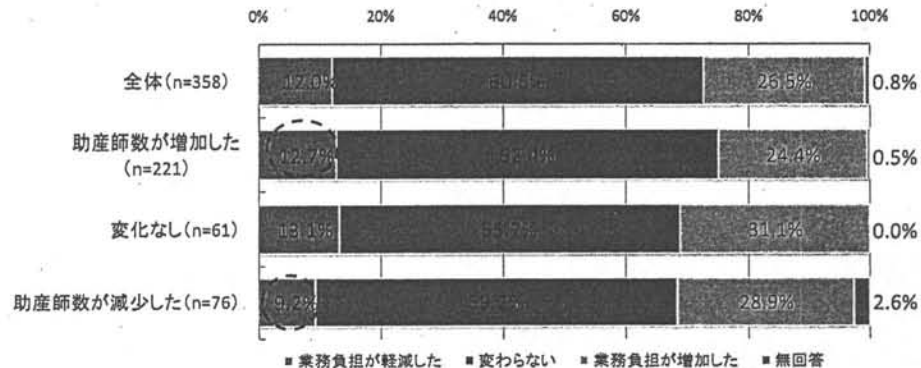


※導入にあたっては、上記の判断は療養上の世話に関する判断でもあり、必ずしも医師の指示が必要でないにも関わらず、医師の判断に頼りすぎ、負担を増やしているという指摘があったため、治療上の制限等が必要な場合のみ医師と相談の上で決定し、基本的には看護師が行うことにした。

療養上の世話については、行政解釈では医師の指示を必要でないといわれているが、療養上の世話を行う場合にも、状況に応じて医学的な知識に基づく判断が必要な場合もある。このため、患者に対するケアの向上という観点にたてば看護師等の業務について、療養上の世話と診療の補助とを明確に区別しようとするよりも、医療の現場において、療養上の世話を行う際に医師の意見を求めるべきかどうかについて適切に判断することができる看護師等の能力、専門性を養っていくことが重要である。(H15.3.24 新たな看護のあり方に関する検討会報告書より)

新たな看護のあり方に関する検討会報告書 平成15年3月24日及び第7回検討会議事録等から作成

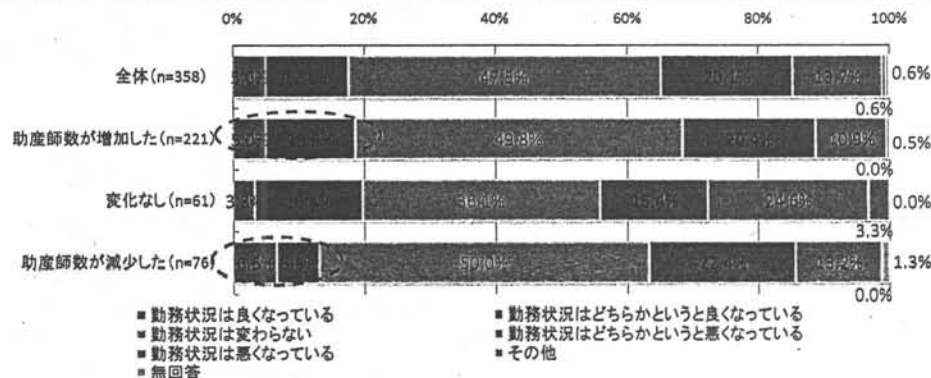
# 1年間の助産師数の変化と、産科・産婦人科医師の入院診療に係る業務負担感の関係



○助産師数が増加した病院の産科・産婦人科医師は、助産師数が減少した病院の医師よりも入院診療に係る業務負担が軽減したと認識している割合が3.5ポイント大きい。

出典：保険局医療課調べ(平成20年度 診療報酬改定結果検証部会「病院勤務医の負担軽減の実態調査」に基づく)

# 助産師数の変化と、産科・産婦人科医師の現在の勤務状況の関係※



※1年間の助産師数の変化と、産科・産婦人科医師(医師票)の(1年前と比較した)現在の勤務状況の関係

○ 1年間で助産師数が増加した病院の産科・産婦人科医師は、助産師数が減少した病院の医師よりも、勤務状況が「良くなっている」「どちらかという良くなっている」を含むと認識している割合は5.4ポイント大きい。

出典:保険局医療課調べ(平成20年度 診療報酬改定結果検証部会「病院勤務医の負担軽減の実態調査」に基づく)

# チーム医療における薬剤師の役割

- 薬の専門職としてできること...  
⇒⇒⇒ (薬) = (物) + (情報)

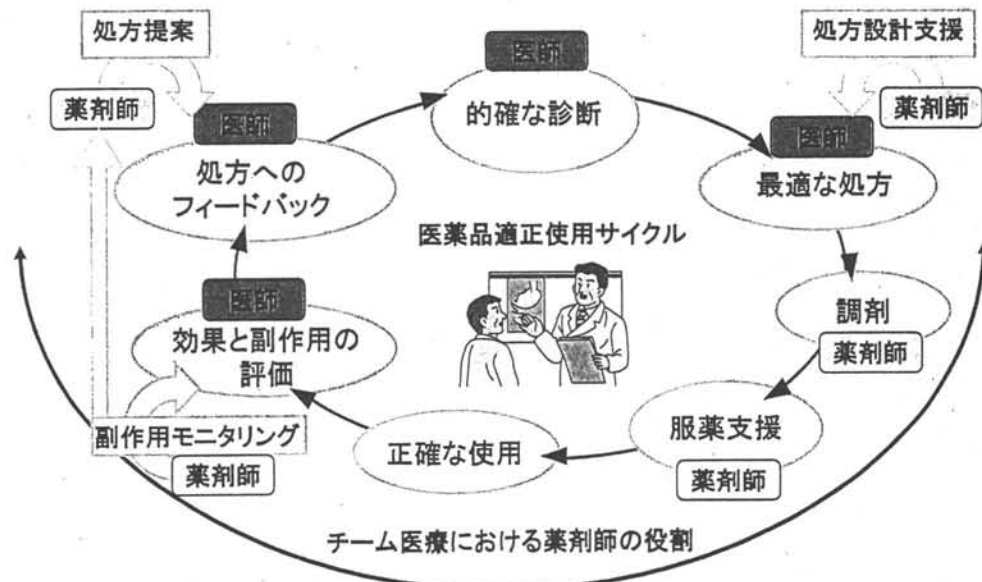
・ '物'としての薬を志向した業務  
[医薬品の調製、供給管理、品質管理...]

・ 患者志向で薬の'情報'を臨床応用する業務  
[薬学的な患者ケア]  
[薬物療法の問題点の把握と薬学的提案]  
[医師との協働:処方提案、処方設計支援]

出典:平成21年10月13日 第3回 チーム医療の推進に関する検討会資料より

# 医師と薬剤師の役割分担について

## チーム医療の推進 薬物療法における医師の負担軽減



チーム医療における薬剤師の役割

出典:平成21年10月13日 第3回 チーム医療の推進に関する検討会資料より



# 医師と薬剤師の役割分担の例①

## 薬剤師による化学療法に関する説明と副作用管理



レジメン説明書

がん治療は、薬剤師が中心となって行われます。薬剤師は、がん治療の専門家として、がん患者の病状を詳しく把握し、適切な薬物療法を提案し、患者の副作用を管理し、患者の生活の質を向上させる役割を担います。

がん治療スケジュール

薬剤名	1日目	2日目	3日目-14日目
エムプラット			
オプジーブ			
オプジーブ			
オプジーブ			
オプジーブ			

副作用管理

副作用の発生を予防し、発生した場合は早期に発見し、適切な処置を行うことが重要です。副作用の発生を予防するためには、薬剤師からの説明をしっかりと聞き、副作用の発生を早期に発見し、適切な処置を行うことが重要です。

- ・化学療法の説明
- ・治療スケジュールの説明
- ・副作用の説明
- ・有害事象対策の説明 (対応の遅れは時に致命的)

# 医師と薬剤師の役割分担の例②

## 持参薬の確認・服薬計画書の作成

### 《入院時》

- ・薬剤師が入院患者に面談、持参薬の確認と、入院中の服薬計画書を作成



### ＜服薬指示書の下書き＞



- ・医師は、薬剤師の服薬計画書をもとに、服薬指示を確定

### ＜承認・修正により、簡便に指示完了＞



出典：平成21年10月13日 第3回 チーム医療の推進に関する検討会資料より (虎の門病院の事例)

## 居宅における副作用管理のための患者による症状記録表 (薬剤師が説明時に患者へ交付)

副作用症状が起きた時に使うお薬について

発熱、吐き気・嘔吐、げりなどの副作用症状が起きた時に使うお薬をお持ち帰りいただくことがあります。詳しい使い方はお薬の袋に記載してありますので必ずご確認ください。

- ・38度以上の発熱時に、  
抗生剤 (お薬箱のお薬)：クラビット錠/シプロキサゾン錠・オメガメンチン錠
- ・吐き気がする時に、  
ナロメチン錠/ナゼゼリン錠/ナゼゼリン錠、または ( ) を使用して下さい。
- ・げりの時に、  
ロペキサミン錠、または ( ) を使用して下さい。
- ・その他、 ( ) 時に、 ( ) を使用して下さい。

これらのお薬を使用して副作用が改善しない場合は病院へご連絡ください。

院外処方箋について  
院外処方箋とは、病院の外のカかりつけ薬局 (ご自宅の近くの薬局など) でお薬を調剤してもらった処方箋のことです。処方箋の有効期限は、処方箋をもらった日を始めて4日以内です。この日を過ぎたお薬を受け取ることができませんので、必ず有効期限内にカかりつけ薬局までお薬を受け取ってください。



治療日記の書き方 1 週目

日付	7月						
	3日	4日	5日	6日	7日	8日	9日
過熱日	○						
血圧	128/80	126/82	137/95				
体温	36.5℃	36.6℃	36.7℃				
食事量	80%	80%	90%				
排便	1回 ( )	1回 ( )	3回 ( )				
げり	0	0	0				
吐き気	0	0	0				
嘔吐							
頭痛・めまい							
胸膈・息切れ							
むくみ							
痛み							
しびれ							
出血							
口内炎							
その他の症状/その他 (お薬を参照)							
副作用の発生							
抗生剤							
解熱剤							
吐き止め							
げり止め							
その他							

メモ (1週間のうちで気がついたこと、医師に伝えたいことなどをお書きください)

1/3の欄で記入してください。自分の思いがけない副作用がある場合は、必ず医師に伝えてください。

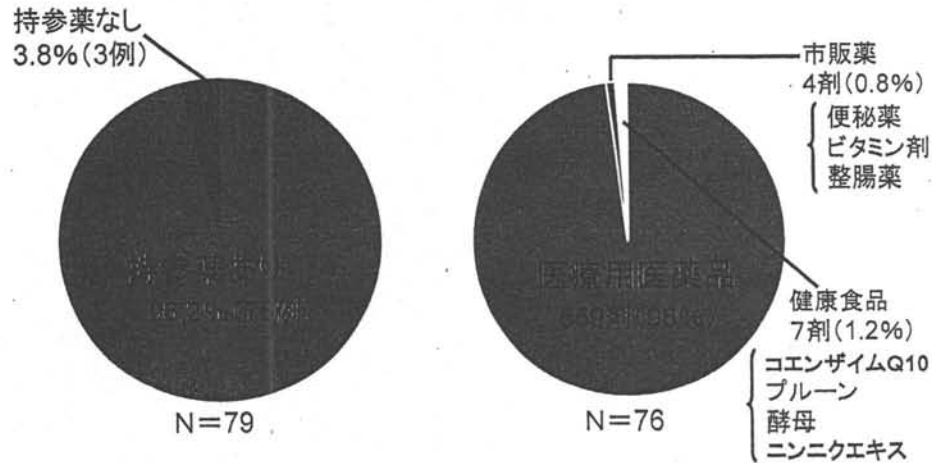
## 持参薬確認から服薬指示までの分担手順書

- 入院患者面談準備 **《薬剤師》** 前日  
患者背景の把握：原病歴、入院目的、検査データ  
当院処方歴の把握
- 患者面談 **《薬剤師》** 当日、入院直後  
処方歴、紹介状、お薬手帳にもとづき持参薬等を確認  
直接現品を確認するとともに、患者面談により服薬に関する問題点を把握
- 持参薬に関する服薬書作成 **《薬剤師》** 入院当日  
服薬の問題点、相互作用、重複、手術・検査に影響する薬剤、疾患禁忌等への薬学的考察  
持参薬確認表を用い、薬剤師が持参薬情報を医師に提供  
あわせて問題解決のための処方提案
- 入院中の薬物療法の指示 **《医師》** 入院当日  
承認印の押印 (必要に応じ修正承認)

出典：平成21年10月13日 第3回 チーム医療の推進に関する検討会資料より (虎の門病院の事例)

## 持参薬の現状

H18年10月、循環器科の入院患者、平均持参薬品目数:7.5剤  
医療用医薬品、市販薬、健康食品 総品目数:570剤



出典:平成21年10月13日 第3回 チーム医療の推進に関する検討会資料より  
(虎の門病院の事例)

21

## 持参薬に関連した薬剤師の処方提案

- 腎機能に応じた投与量の修正提案:14件  
H2ブロッカー、高脂血症用剤、アロプリノール等の用量が腎機能を考慮すると過量で、副作用発現のおそれがあると評価。副作用防止の為、薬剤師が医師へ減量提案、全例医師承認。
- 手術前に抗血小板薬を服薬発見:10件  
血小板機能を抑制する薬剤を服用中の患者について、止血困難が予想されるため、一時中止の処方提案、全例医師承認。
- 患者の勘違いによる用法違いの発見:3件  
患者面談により、「食前服用が必要な糖尿病治療薬(α-GI)を、食後に服用していた」などを発見した。  
食前服用の意義を説明し、正しい用法で服用することの理解が深まる。医師へ情報提供し、今後の処方の参考とすることとなる。

出典:平成21年10月13日 第3回 チーム医療の推進に関する検討会資料より  
(虎の門病院の事例)

22

## チーム医療における薬剤師の役割(まとめ)

(薬物療法の質の向上と効率化の両立のために)

- 薬剤師が患者面談し、副作用をモニタリング、薬物療法の問題点を把握し、処方提案することにより、医師と薬剤師が役割分担している。
- 適正使用が特に重要となる医薬品に関して、院内投与プロトコールを作製し、体内動態解析にもとづき薬剤師が投与設計を行い、医師を支援している。
- 薬剤師が、患者面談し、持参薬の確認及び服薬計画の提案を行うことにより、相互作用確認、重複投与防止、入院後の手術・検査による副作用発現防止、等の医療安全の確保及び医師等の負担の軽減が可能となる。
- 医師と薬剤師の協働において、薬剤師が薬学的患者ケアを実践すると、医師の負担が軽減されるとともに、患者さんの安心と、薬物療法のきめ細かな適正化が推進される。
- 副作用モニタリングには、薬物血中濃度の検査、添付文書に記載の生化学検査等が必要になる薬物が少なくない。  
薬剤師から医師へ検査実施を提案しているが、医師と協働の治療プロトコールを作成し、この範囲内で薬剤師が検査オーダーを実施すれば、医師負担の軽減と医療の質の担保につながると考えられる。

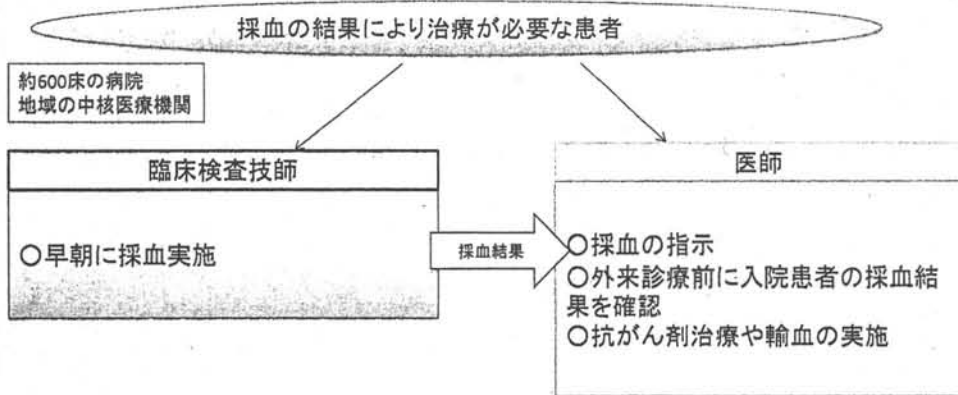
出典:平成21年10月13日 第3回 チーム医療の推進に関する検討会資料より一部改変<sup>23</sup>

医師と臨床検査技師の役割分担の取組み例

24

# 医師と臨床検査技師との役割分担

(採血の例)



※導入にあたっては、血液内科は採血患者が多く、そのほとんどが採血結果により日々の治療方針を決定するが、担当医師が外来診療を開始してしまうと入院患者の輸血や治療開始時間が遅れてしまうという背景があり、早朝の臨床検査技師による採血が始まった。現在採血の多い病棟から技師の業務拡大の希望が出ており、現状を評価後、臨床検査部との検討を行う予定である。

出典：山元友子、役割分担の見直しの取り組みから見える効果と課題 看護展望、Vol.34 No.1、p.●-● 412号2009 より作成

## 院内リーフレット

臨床検査室①

## 検査相談室のご案内



HAKUJYUJIKAI

(医)白十字会 佐世保中央病院

### ◆ 検査相談室の開設にあたって

私たち臨床検査室スタッフが外来採血を担当するようになって、早や4年が経とうとしています。それまでは、看護婦さんが採血した検体を送られた部屋で検査し、患者様のお顔が分からないまま仕事していたのが現状でした。採血業務を担当するようになって、最初の頃は、慣れないこともあり、患者様へ不安を与えてしまったこともございましたが、最近では、そういうことも少なくなり、嬉しいことに、検査についてのご相談を受けることも多くなってきました。そこで、「これはチャンスだ!」と思い、私たち臨床検査技師が何かお役に立てないか考え、検査についての相談室を立ち上げるに至ったわけがあります。近頃、エンパワメント (empowerment) という言葉が、医療の中でよく使われています。これは、患者様ご自身が病気に対する力を付けることであります。そして、病気に対峙するための行動をとることによって自己治癒力が高くなると思われています。敢んである漢の効能、検査データの意味を知ることによって、病気を知り、病気を理解して、病気を立ち向かう気概と自己目的が生まれてくるからです。しかし、患者様へ病院側から提供される医療情報が増えており、理解しがたい内容のものも少なくありません。そのためには、解釈して分かりやすく教えてくれる所が必要であると思われまます。当院には説明支援看護士という患者様への説明を専門に仕事をしているスタッフもおりますが、検査相談室では、定期的に行われている血液検査や尿検査を中心に、患者様が白頭指している疑問、お悩みに対し、私たちの専門性を活かして対応していきたいと考えています。患者様と主治医が、円滑にコミュニケーションをもち、また患者様が医療を信頼し質の高い医療を受けて頂けるよう、今後も患者様のより近いところで、サポートさせていただきます。右記に詳細を示しておりますが、ご遠慮なくご相談ください。

### ◆ 相談内容について

- ① 検査項目の意味について  
受けられた血液検査、尿検査の内容、意味について説明いたします。また、採血コーナーにて行っている腫瘍マーカーについては、待ち時間が2時間ありますので、検査の意味について詳しく説明いたします。
- ② 検査結果の見方や書え方について  
ご自身の病気に上手く付き合っていくためには、検査の意味や書え方について理解することが重要です。\* どうしてこの病気にこの検査が必要なのか? 分からない場合は、ご相談ください。
- ③ 検査項目の基準値 (正常値) について  
基準値 (正常値) の考え方は、難しく、範囲から外れた方に必ず異常があるわけではありません。納得いかない検査結果の場合は、ご相談ください。
- ④ 検査に関する様々な疑問について  
検査については、採血・採尿から結果報告を受けるまで、目に見えない所で行われており、疑問に感じる部分が多いと思われまます。些細な事でもよろしいですので、お気軽にご相談ください。
- ⑤ 検査に掛かる費用について  
医療情報課の担当スタッフを交えて、検査に掛かる費用についてご説明いたします。

私達、臨床検査室スタッフは、患者様が安心して医療でできるよう、検査に関する疑問について、共に考え解決に駆けお手伝いします。



- ◆ よくある相談内容について
  - ・主治医から検査結果を頂いたが、意味がよく理解できないので、詳しく教えて欲しい。
  - ・主治医から検査結果を頂いたが、どれくらいの状態なのか知りたい。
  - ・主治医に電子カルテで結果説明をしてもらおうが、いつも異常マークが付く検査項目がある。何国語になるので、教えて欲しい。
  - ・リウマチや関節痛の検査の検査項目数が多いが、いつも異常マークが付く検査項目がある。詳しく教えて欲しい。



相談室での検査相談の様子

何かございましたら、遠慮なく採血室コーナーへ、お申し出ください。



### ◆ 相談室の受付時間

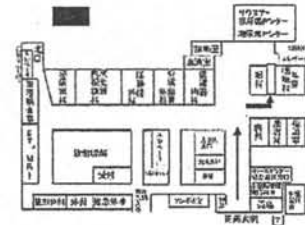
月曜 ~ 金曜日 (平日)

午後 13:00 ~ 16:00  
※ 午前中でも、対応できる場合がございます。

### ◆ 相談室の場所案内

病気の相談室

※ 下記の案内1階の眼科と耳鼻咽喉科の間になります。相談を希望される方は、採血コーナーへお越し下さい。



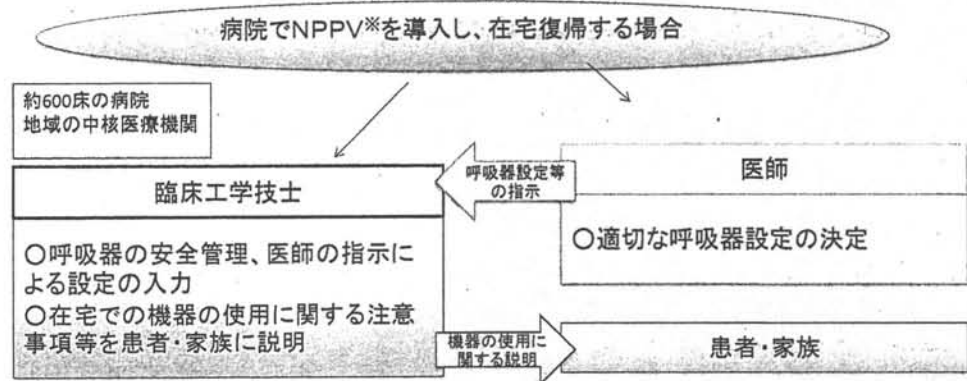
ご不明な点がございましたら、臨床検査室へお問い合わせ下さい。



☎ 33-7151 (代表) 内線 1181・1182

# 医師と臨床工学技師との役割分担

(人工呼吸器の例)



※近年、非侵襲的陽圧人工呼吸器の操作性の向上により、自宅で夜間等に人工呼吸器を使用する例が増加している。病棟での導入においては、臨床工学技士による定期的な機器の確認により、事故の防止や、より適切な装着が可能となる。在宅で家族が使用する際には、機器の使用方法等の説明を行うことで、家族が安心して在宅での人工呼吸器を使用することを援助することが可能である。

※NPPV (非侵襲的陽圧人工呼吸) 鼻マスク等を用い、気管内相関を行わずに人工呼吸管理を行える。高炭酸ガス血症を伴う呼吸不全に適用となる。

### <S病院の概略>

- ・病床数:500床程度
- ・救命救急センター、がん診療連携拠点病院、地域周産期母子医療センター
- ・外来患者数 約2,500人/日
- ・救急車受入れ台数:9,773件/年
- ・病棟における人工呼吸器使用台数(集中治療領域7台、その他の病床7床)  
※平成21年10月23日現在

### <背景>

- ・急性期医療を担う医療機関であり、集中治療領域以外の一般病棟においても呼吸器を使用している症例が多い。
- ・在宅復帰を見据えて、病棟において、間歇的なNPPVの装着を導入する症例が多い。

### <臨床工学技士の役割>

- ・人員配置:28名(腎センター所属14名、CE室所属14名:機器管理(呼吸器を含む)5名、人工心臓3名、カテ室1名、OR1名、準夜勤務1名)
- ・人工呼吸器装着を行っている全ての患者に対し、臨床工学技士が1日3回ラウンドし、機器の設定の確認や安全管理を行う。2週間に1回、回路交換を行う。
- ・呼吸ケアチームのラウンドに同行
- ・夜間のみ装着する患者の装着直後の点検(準夜勤務)
- ・HOT、NPPV患者・家族への機器使用に関する説明
- ・病棟における人工呼吸器使用に関して、病棟研修会の開催

29

医療関係職と事務職員等の役割分担について  
(間接的に勤務医負担軽減に資する例)

30

## 看護師等が行う業務

### 保健師助産師看護師法(昭和23年法律第203号)

第5条 この法律において「看護師」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくははじよく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者をいう。

第31条 看護師でない者は、第五条に規定する業をしてはならない。ただし、医師法又は歯科医師法(昭和二十三年法律第二百二号)の規定に基づいて行う場合は、この限りでない。

2(略)

31

## 診療報酬上の看護職員及び補助者の業務

(6) 看護の実施は、次の点に留意する。

イ ①病状の観察、②病状の報告、③身体の清拭、食事、排泄等の世話等療養上の世話、④診察の介補、⑤与薬・注射・包帯交換等の治療の介助及び処置、⑥検温、血圧測定、検査検体の採取・測定、検査の介助、⑦患者、家族に対する療養上の指導等患者の病状に直接影響のある看護は、看護師又は看護師の指示を受けた准看護師が行うものである。

### 看護補助者

「看護補助者は、看護師長及び看護職員の指導の下に、原則として療養生活上の世話(食事、清潔、排泄、入浴、移動等)のほか、病室内の環境整備、ベッドメイキング、看護用品及び消耗品の整理整頓等の業務を行うこととする。」

(第2 病院の入院基本料等に関する施設基準 4-(6)-イ)

32



# 看護補助者の配置状況

一般病院※における看護補助加算算定件数、回数 平成20年社会医療診療行為別調査(5月診療分)

		実施件数	回数
看護補助加算 1	109	41299	738179
看護補助加算 2	84	48486	803372
看護補助加算 3	56	10489	151532

※一般病院 特定機能病院、療養病床を有する病院、精神科病院以外の病院  
一般病院における入院レセプト件数:1021533件

一般病棟入院基本料算定病床における看護要員配置

平成20年7月厚生労働省保険局医療課調査

	一般病棟入院基本料					
	計	7対1	準7対1	10対1	13対1	15対1
看護職員※1 (人/患者100人)	62	74	76	58	49	46
看護補助者※2 (人/患者100人)	9	6	10	7	14	17

※1 看護職員数÷1日平均入院患者数×100

※2 看護補助者数÷1日平均入院患者数×100

# 看護補助者が行っている業務の実態

全国病院経営管理学会調査

①調査方法: 郵送によるアンケート形式

②調査概要: 基本属性、看護体制の見直し、他職種との協働、看護業務の見直しなど

③全国病院経営管理学会会員病院281施設の看護部長

④実施機関: 2007年8月15日から9月1日

⑤回収結果: 有効回答率43施設 (回収率15%)

⑥対象施設の背景: 設置主体 公的9%、私的91%

算定する入院基本料

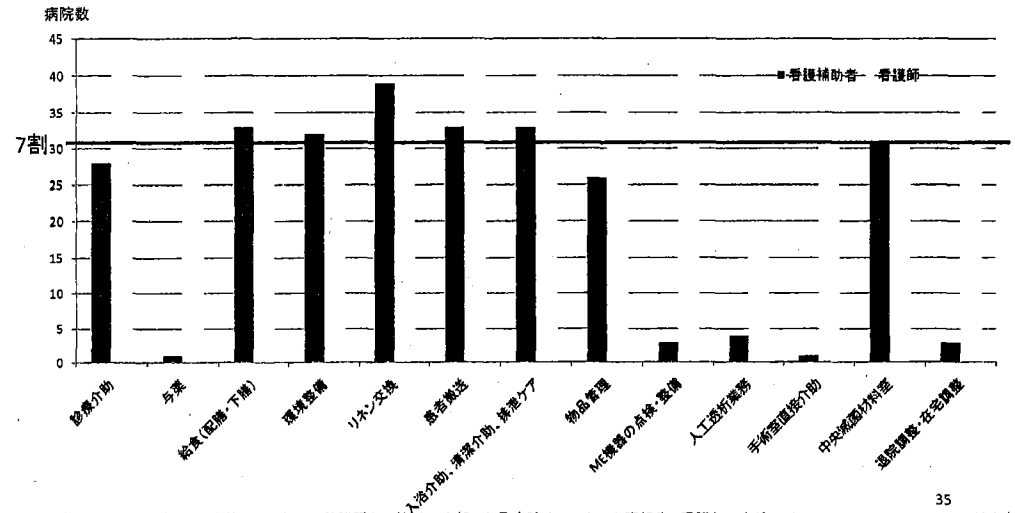
7対1-42%、10対1-28%、13対1-7%、15対1-23%

病床規模

99床以下17%、100床~199床31%、200床~299床17%、300床以上23%

# 看護補助者が行っている業務の実態

7割以上の病院が看護補助者にさせている業務は、給食(配膳・下膳)、環境整備、リネン交換、患者搬送、入浴介助、清潔介助、排泄ケア、中央滅菌材料室などである。

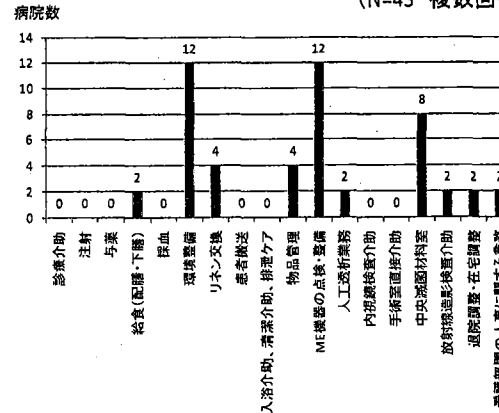


出典: 瀬下律子、看護師業務改善の取り組みと他職種との協働の実態 会員病院のアンケート調報告 看護部マネジメント p4-13 2008,6,15(No.275より改変)

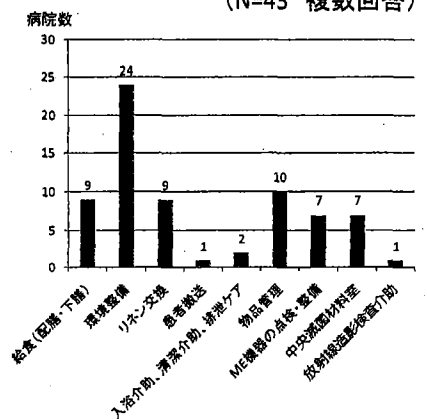
# その他の役割分担の状況

業務の内容によっては、看護職以外が行っている業務や委託・外注している業務もある。

看護師以外の職種で行っている業務 (N=43 複数回答)



委託・外注している業務 (N=43 複数回答)



# 院内助産所・助産師外来について

厚生労働省医政局看護課

厚生労働省医政局看護課

## 院内助産所・助産師外来

### 【院内助産所※】

緊急時の対応ができる医療機関等において、正常経過の妊産婦のケア及び助産を助産師が自立して行うもの

### 【助産師外来】

医療機関等において、外来で、正常経過の妊産婦の健康診査と保健指導を助産師が自立して行うもの

※医療法第2条でいう助産所には該当しない

### <背景>

・医師不足・分娩施設の減少への対応

・妊産婦の妊娠・出産・育児に対する多様なニーズ



### <推進の目的>

妊婦の多様なニーズに応え、地域における安全・安心・快適なお産の場を確保するとともに、産科病院・産科診療所において助産師を積極的に活用し、正常産を助産師が担うことで産科医師の負担を軽減する。

## 院内助産所・助産師外来の効果

### 妊産婦

- 外来は、完全予約制で待ち時間が無い
- 30分間(一部60分間)かけて何でも気安く聞いたり話し合ったり出来る
- 夫や上の子供も一緒に話し合ったり、エコーも見ることが出来る
- 助産師の役割を知り、親しくなれてお産を安心して迎えられる
- 何か心配があれば医師と相談してくれるから安心
- 自然なお産ができる
- 出産に主体的に臨める

### 助産師

- 健診・分娩を任されることで専門性を高めることができ、責任感とやり甲斐、喜びを感じる
- 妊娠中から継続してかかわることで助産師としての視野・活動範囲が広がる
- 助産師としての役割を知ってもらうことが出来るので分娩時の安心につながる
- 医師と何かあれば相談し協力し合うことで、業務の効率化およびリスクの回避ができる
- 経済的に貢献できる

### 医師

- ハイリスク患者の治療に専念でき、妊婦健診や当直の負担が軽減される
- 余裕のある外来となり、納得のいく健診が出来る
- 助産師が日常の悩みや患者背景などきめ細かい情報を聞きとり教えてくれる
- 妊娠中から協力して妊婦を診て行くことで信頼関係を築ける

厚生労働省医政局看護課

## 院内助産所と助産師外来の普及への支援

### ☆院内助産所・助産師外来開設のための助産師等研修事業

先駆的に院内助産所や助産師外来に取り組んでいる医師や助産師を講師とし、新たに院内助産所等を開設するために助産師や医療機関管理者を対象に研修を行うための経費の一部を補助。

### ☆院内助産所・助産師外来の施設・設備整備事業

医療機関等の施設内に新たに院内助産所等を開設する場合の施設整備および設備整備に要する経費の一部を補助

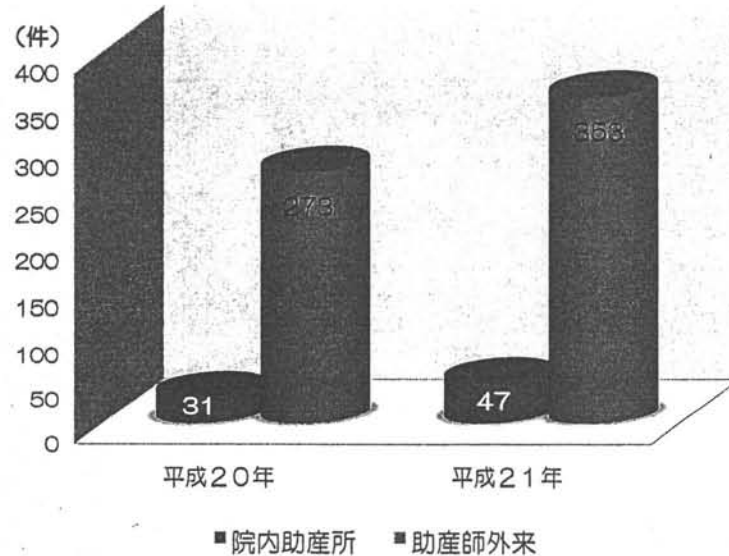
### ☆院内助産ガイドラインによる普及

### ☆院内助産所・助産師外来推進のシンポジウム開催

H20年3月：院内助産所・助産師外来を進めようー先駆事例に学ぶー  
H21年3月：安全・安心なお産のための院内助産所・助産師外来の活かしかた



## 院内助産所と助産師外来設置数推移



厚生労働省医政局看護課調べ

厚生労働省医政局看護課

## 事例：A病院

### 病院の概要

- ・ 病床数：約300床
- ・ 産科病床数：41床（分娩室3床、院内助産1室）
- ・ 年間分娩件数：1,167件（2007年度）
- ・ 産科医数：医師（常勤）8人
- ・ 産科病棟職員数：助産師51人
- ・ 助産師外来開始：1998年10月
- ・ 院内助産院の開設：2007年5月
- ・ 地域周産期母子医療センター（NICU15床、GCU18床）

院内助産院のチーム構成は助産師6名  
（いずれも100例以上の分娩介助経験あり、経験6年目以上）

5

## A病院の助産師外来

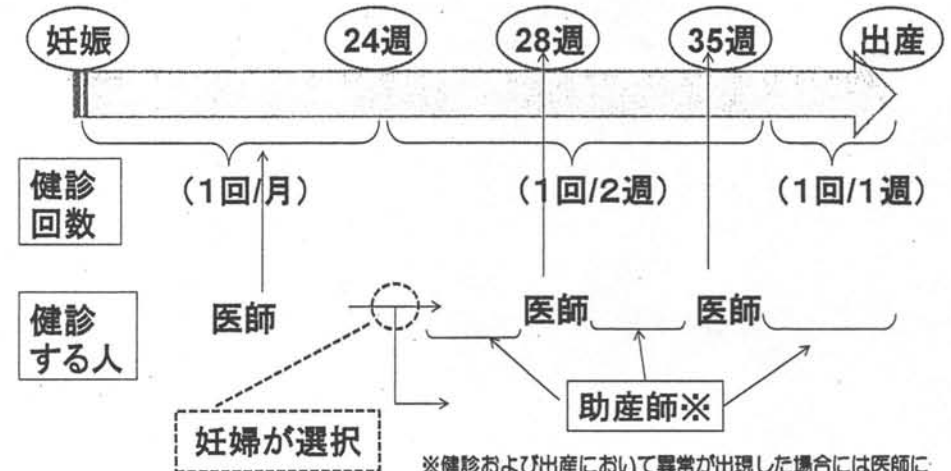
- ・ 妊婦健診（内容は尿検査や体重・血圧・腹囲・子宮底測定、内診（必要時・希望時）、保健指導など）を実施
- ・ 妊娠から24週までは全ての妊婦に医師による健診
- ・ 妊娠24週以降は妊婦が医師又は助産師による健診を選択
- ・ 助産師による健診の場合であっても、28週と35週には医師による健診を受け、異常が出現した場合には医師による管理

## A病院の院内助産（分娩）

- ・ 基本的に医師は分娩に立ち会わない
- ・ 分娩の介助は助産師2人で対応する
- ・ 妊婦にもそのことを事前に伝え、出生証明書も助産師が記載
- ・ 現在、院内助産院が担当する分娩件数は、1カ月で約15件

6

## A病院の外来での妊婦健診のシステム



※健診および出産において異常が出現した場合には医師による診察が行われ、医師による管理となる

出典：

- ・ 助産外来・院内助産実践施設の紹介-日本看護協会ホームページ、<http://www.nurse.or.jp/home/innaijyosan/shokai.html#tiffune>、参照2009年10月
- ・ 村田佐登美、院内助産院でのケアの実践①システムとその運用、助産雑誌、62(8)、722-727、2008

7

厚生労働科学研究費補助金（特別研究事業）  
分担研究報告書

院内助産ガイドライン  
医師と助産師の役割分担と協働

研究分担者 中林 正雄



## 平成20年度厚生労働科学特別研究事業

### 「助産師と産科医の協働の推進に関する研究」

(主任研究者：池ノ上 克 宮崎大学医学部生殖発達医学講座産婦人科学分野 教授)

#### 分担研究報告書

## 院内助産ガイドライン 医師と助産師の役割分担と協働

研究分担者：中林正雄 社会福祉法人恩賜財団母子愛育会愛育病院 院長

### 研究要旨と院内助産ガイドライン作成の経緯

産科医療の進歩によって、わが国の母子保健統計は世界のトップレベルを維持しているが、それとともに、安全性の確保とより高い快適性が求められるようになってきた。社会は産科医療の安全性を担保しながら、妊産婦と家族の気持ちや生活面など、社会的側面を重視した医療を期待している。少子社会となったわが国では、子どもを産みやすく、産むことや育てることに夢と希望をもてる社会を作る必要がある。そのため、わが国の産科医療における助産師の新たな役割が求められている。

最近、全国各地で医師と助産師が協力して行う院内助産の取り組みが始まっている。平成20年度から厚生労働省は院内助産所・助産師外来開設のための施設整備や助産師等研修事業を開始した。

安全で快適な院内助産を実施するためには、医師、助産師が共に合意できるガイドラインが必要となる。今後院内助産施設の増加が予測されることから、ガイドラインにそった助産師と産科医の協働を推進する必要性が高まると思われる。

本ガイドラインは、日本産科婦人科学会(2008)の示す「産婦人科診療ガイドライン」<sup>1)</sup>を参考に、病院・診療所に勤務する助産師が院内助産をどのように進めていくかの指針を示している。助産師の行う助産ケアは、先行研究や日本助産師会の提示している助産所業務ガイドライン<sup>2)</sup>を参考に作成した。本ガイドラインは、現在、すでに院内助産を実施している施設の指針や基準を制限するものではない。一方、これから院内助産を開始する施設には、日本看護協会(2006)発行の「病院・診療所における助産師の働き方」<sup>3)</sup>が企画や組織作りの参考になる。

本ガイドラインは助産師が中心となって原案を作成し、医師を含めた厚生労働科学研究班で検討のうえ完成した。さらに、「助産所業務ガイドライン」改訂の研究者、「産科医と助産師の役割分担と協働関係構築に向けたガイドライン」作成の研究者からも広く意見をいただいた。本ガイドラインを有効に活用していただきたいと願う次第である。

### A. 研究目的

最近、全国各地で医師と助産師が協力して行う院内助産の取り組みが始まっている。平成20年度から厚生労働省は院内助産所・助産師外来開設のための施設整備や助産師等研修事業を開始した。

安全で快適な院内助産を実施するためには、医師、助産師が共に合意できるガイドラインが必要となる。今後院内助産施設の増加が予測されることから、ガイドラインにそった助産師と産科医の協働を推進する必要性が高まると思われる。

### B. 研究方法

本ガイドラインは、日本産科婦人科学会(2008)の示す「産婦人科診療ガイドライン」<sup>1)</sup>を参考に、病院・診療所に勤務する助産師が院内助産をどのように進めていくかの指針を示している。助産師の行う助産ケアは、先行研究や日本助産師会の提示している助産所業務ガイドライン<sup>2)</sup>を参考にし

作成した。本ガイドラインは、現在、すでに院内助産を実施している施設の指針や基準を制限するものではない。一方、これから院内助産を開始する施設には、日本看護協会(2006)発行の「病院・診療所における助産師の働き方」<sup>3)</sup>が企画や組織作りの参考になる。

### C. 研究結果と考察

#### 1 院内助産システム

##### 1-1 院内助産システムとは(図1)

病院や診療所において、看護・助産提供体制としての「助産外来」や「院内助産」を置き、助産師を活用する仕組みをいう。

院内助産システムにおける助産師は、医師との役割分担・連携のもと、医療法、医師法17条および保健師助産師看護師法で定められている業務範囲に則って、妊婦健康診査、分娩介助並びに健康相談・教育を主導的に行う。また、助産師は医師と連携して、妊産婦やその家族の意向を尊重し、ガイドラインに基づいたチーム医療を行うことで、個々のニーズに応じた助産ケアを提供する。特に、ローリスク妊産婦に対しては、妊婦健康診査、分娩介助並びに健康相談・教育を助産師が行う。

##### 1-1-1 助産外来

妊婦・褥婦の健康診査並びに保健指導が助産師によって行われる外来をいう。

※ 外来における実践内容を示す標記が望ましいため、本ガイドラインでは「師」はあえてつけない。

##### 1-1-2 院内助産

分娩を目的に入院する産婦及び産後の母子に対して、助産師が中心となってケア提供を行う方法・体制をいう。殊に、ローリスクの分娩介助は助産師によって行われる。

※ 厚生労働省の事業で使用している「院内助産所」もここでいう「院内助産」と同義である。この場合の「院内助産所」は、医療法でいう「助産所」ではない。

##### 1-2 看護・助産提供体制

助産外来や院内助産は、施設の規模や体制などによって、様々な形態で運用することができる。施設の看護管理者が中心となって、このシステムを推進する体制や入院のスペースを采配することができる。特に、院内助産では、年間分娩件数、病床数、助産師数、設備などに応じて、様々な看護の提供体制をとることができる。年間分娩件数が多く(1,000件程度)、産科単科の病棟であり、助産師の人数が多い施設においては、スタッフをユニットなどに分け、産婦のリスクやニーズに応じた助産ケアを提供する。

例えば、病棟の看護・助産提供単位を「産科ユニット」と「院内助産ユニット」などに分け、産科ユニットがハイリスク産婦および褥婦を、院内助産ユニットがローリスク産婦および褥婦を受け持つなど、各々のニーズに応じたケアを提供する。また、分娩室が複数ある場合、リスクに応じて分けて用いることもできる。このようなユニットを設置しオープンシステムをとることによって、開業助産師等が利用しやすくなり、出産の安全性が高まるとともに地域連携が一層進むことが予想される。

一方、診療所等で年間分娩件数が少ない場合や、産科と他科の混合病棟にあっては、現行の体制の中での運用も可能である。個々の妊産婦の状況に応じ、助産師と医師がチームとして、各々の構成人数や経験の度合いにより、ガイドラインに基づいた個別のケアを提供できる。

##### 1-3 助産ケアの考え方

助産師は、親になる人を妊娠中から分娩・産褥・育児期を通して支援していく。加えて、わが国の助産師は看護師の資格も有するため、院内助産では助産師が中心となって分娩介助だけでなく看護ケアも行われる。

妊産褥婦のリスクに応じたケア必要量のイメージを図2に示した。ローリスクでは、助産師のケアと医師の節目健診程度のケア量となり妊産褥自身のセルフケアが期待される。しかしながら、ハイリスクにあっては、合併症や産科異常をもつ妊産褥へのケア必要量は当然ながら医師の診断・治療とともに母子の観察やその生活上の工夫、リスクによる不安への対応など助産師のケアも相応に増加するものと考えられる。

助産師は、リスクの有無にかかわらず妊娠中から育児期にわたり親になる人とその家族を支えていく。図3に示すように、医療介入が必要な医師中心の分娩管理においても、当然助産師による分娩介助やケアは行われる。院内助産でケアを受けていた産婦にリスクが発生した場合には、ただちに医師中心の分娩管理に移行することが保証されなければならない。助産師中心の院内助産から医師中心の分娩管理に移行した場合にも可能な限り同じ助産師による継続的なケアが受けられるような配慮も重要である。言い換えれば、助産ケアを受ける妊産褥婦を中心とした一人ひとりに必要な助産ケアを助産師は実践するよう努める。

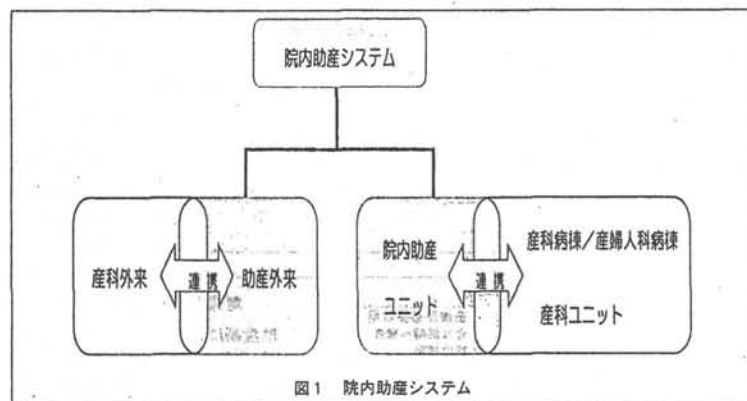


図1 院内助産システム

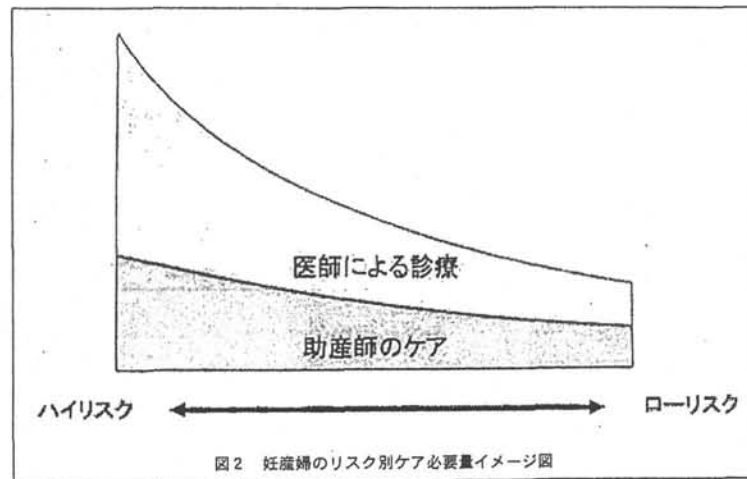


図2 妊産褥のリスク別ケア必要量イメージ図

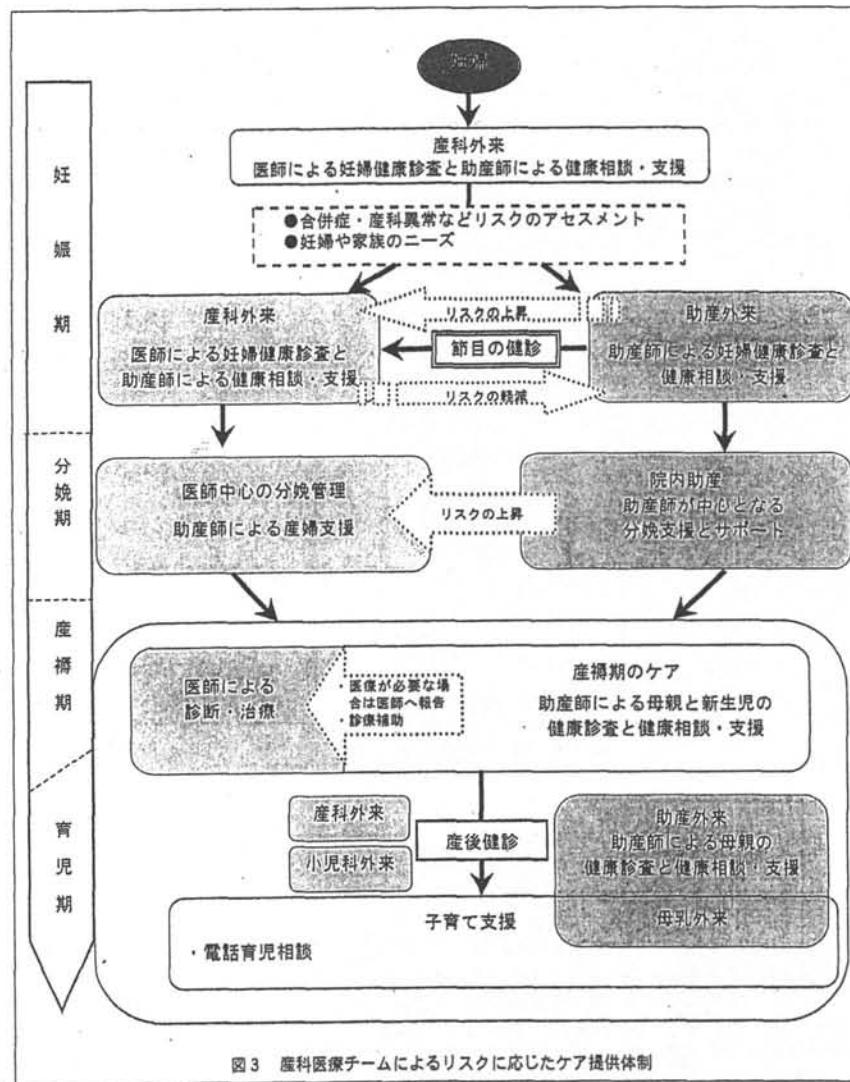


図3 産科医療チームによるリスクに応じたケア提供体制

1-4 妊産婦のケアの視点

妊産婦のケアに関するアセスメントの視点と援助は以下のとおりである。

アセスメントの視点	援 助
①妊娠・分娩・産褥に対する評価 および経過の評価 →リスク因子のスクリーニング	すべての妊産婦に共通する基本的なケア
②妊娠中の過ごし方、分娩、産褥期の 過ごし方、育児に対する学習状況	情報の提供 各個人の生活に応じた具体的な対処方法の検討
③妊産婦の心理	気持ちが出出できるような環境の整備 妊産婦の盲動に対する受容と支援
④セルフケア能力と技術	セルフケア能力に応じた必要な技術の指導 セルフケア能力を高めるための情報提供や技術習得の 指導
⑤親役割取得の準備状況と支援	胎児への愛着を促進するための援助 育児準備への支援 育児技術習得のための支援
⑥妊産婦に対する家族などのソーシャ ルサポート	家族に状況を説明し、妊産婦への援助を促す 家族その他のサポート体制の調整
⑦妊娠・分娩・産褥による社会・経済 的問題	利用できる社会資源の紹介・活用できる具体的な情報 の提供 継続的ケアが受けられるよう他職種間との調整

ハイリスク妊産婦に対するケアの視点も上記と同様であるが、ハイリスク妊産婦では、リスクを有するがゆえに妊娠経過や親になることへの不安、その後の母乳や育児に対する心配などケアのニーズも高い。ハイリスク妊産婦に対する援助では、①妊産婦のニーズの把握とケアの提供、②妊産婦や家族の理解と協力を促す、③妊産婦や家族への心理面への支援、④妊産婦や家族のセルフケア能力を高める、以上4点を強化する必要がある。

2 助産師を中心とした分娩支援

2-1 院内助産における対象者の考え方

院内助産の対象者は、妊娠37週の時点で分娩に関してリスクが低く（正常産になると予測され）、助産師による分娩が可能であると医師が判断した妊産婦、および正常分娩で分娩した褥婦とその新生児である。

2-2 医師への報告の目安

医師への報告の目安は、分娩期、産褥期、新生児期に分けた。産褥期と新生児期は入院中から1ヵ月健診までとしたため、一部は助産外来での適応事項となる。

母子の状態、褥婦の状態、新生児の状態で以下の異常が疑われる症状が見られたときには、医師に報告し指示を受ける必要がある。

2-2-1 分娩期の医師への報告の目安

入院から分娩終了時に加え、産後2時間（早期産褥期）までとする。

時期	母児の状態	医師への報告の目安
入院時	異常な出血	産徴とは認められない異常出血（量、性状）がある
	異常な腹痛	陣痛周期にかかわらず疼痛が続いている
	バイタルサインなどの異常	38.0℃以上の発熱、脈拍（100回/分以上の頻脈）、呼吸などの異常が認められる 収縮期140mmHg以上、あるいは拡張期90mmHg以上に血圧が上昇している 収縮期血圧が100mmHg以下である 頭痛・嘔吐・胸痛・上腹部痛・顔色不良などの異常な徴候や産婦の訴えがある
	前期破水	破水が確定し陣痛が開始していない
	羊水混濁	混濁の程度が薄緑色～蒼色～暗緑色、血性である
	胎位の異常	頭位以外の胎位である
	胎児心拍数パターンの異常	reassuring fetal statusでない状態が認められる（解説1）
分娩第1期	異常な出血	量の増加、鮮血や凝固しない出血が認められる
	CPD	児頭の骨盤腔への嵌入がみられず、ザイツ法（+、±）である
	回旋異常 産瘤の増大	内診所見で矢状縫合の位置が正常な回旋と異なる 産瘤の増大が認められる
	遅延分娩 （微弱陣痛が原因と 考えられる）	分娩開始後、初産30時間、経産15時間以内に分娩にならないと予想される子宮口開大が3～4cmとなった時点で降（活動期；active phase以降）で、1時間あたりの子宮口開大速度が1.0cm未満の場合
	羊水の異常	羊水混濁がある。血性羊水である。
	バイタルサインなどの異常	38.0℃以上の発熱、脈拍（100回/分以上の頻脈）、呼吸などの異常が認められる 収縮期140mmHg以上、あるいは拡張期90mmHg以上に血圧が上昇している 収縮期血圧が100mmHg以下である 頭痛・嘔吐・胸痛・上腹部痛・顔色不良などの異常な徴候や産婦の訴えがある
	胎児心拍数パターンの異常	reassuring fetal statusでない状態が認められる（解説1）
分娩第2期	早期破水	陣痛開始後に破水が確定した
	遅延分娩	有効な陣痛があっても子宮口全開大後、初産婦で2時間以上、経産婦で1時間以上児が娩出されない
	胎児心拍数パターンの異常	reassuring fetal statusでない状態が認められる（解説1）
分娩第3期	羊水の異常	羊水混濁がある 血性羊水である
	軟産道の裂傷	胎児娩出直後から鮮紅色の出血が持続的に流出する →頭管裂傷、膣壁裂傷、第2度以上の会陰裂傷など
	胎盤の娩出が困難	胎児娩出後30分経過しても胎盤剥離徴候が認められない
	胎盤の遺残	胎盤娩出後の検査で、胎盤実質の欠損が認められる
	子宮内反	胎盤娩出後の出血で、腹壁上から子宮が触知できない
分娩第3期	バイタルサインなどの異常	38.0℃以上の発熱、脈拍（100回/分以上の頻脈）、呼吸などの異常が認められる 収縮期140mmHg以上、あるいは拡張期90mmHg以上に血圧が上昇している 収縮期血圧が100mmHg以下である 頭痛・嘔吐・胸痛・上腹部痛・顔色不良などの異常な徴候や妊婦の訴えがある
	異常な出血	胎盤娩出までの出血量が500ml以上である

早期産褥期	弛緩出血	胎盤娩出後、暗赤色の出血が持続的あるいは断続的にあり子宮収縮が不良である
	異常な出血	胎盤娩出後から1時間の出血量が50ml以上である 2時間値(1時間値以降の1時間)の出血量が50ml以上である 胎盤娩出後から2時間までの総出血量が200ml以上である
	血腫	産壁あるいは外陰部・肛門部周辺の疼痛を訴え、かつ弾力性のある有痛性の腫瘍が認められる
	バイタルサインなどの異常	38.0℃以上の発熱、脈拍(100回/分以上の頻脈)、呼吸などの異常が認められる 収縮期140mmHg以上、あるいは拡張期90mmHg以上に血圧が上昇している 収縮期血圧が100mmHg以下である 頭痛・嘔吐・胸痛・上腹部痛・顔色不良などの異常な徴候や妊婦の訴えがある 乏尿

\*「胎児心拍数モニタリング異常所見の報告時期と対処法」は、資料1として18ページに示した。

### 2-2-2 産褥期の医師への報告の目安

産褥期とは、分娩終了直後から、分娩後1ヵ月までをいう。

褥婦の状態	医師への報告の目安
産褥熱	2日以上にわたり38℃以上の発熱が続く 子宮の圧痛が続く 悪露の量や性状に異常が認められる
子宮復古不全	子宮底の位置が分娩後の日数に比べて高く収縮が不良である 日々の経過から総合的に判断して子宮復古不全が疑われる 分娩後2週間をこえても子宮底をふれる場合
創痛、創部の異常 収縮痛など 脱肛痛	鎮痛剤等が必要な場合
排尿障害	分娩後12時間以内に自然排尿がない 分娩後24時間以上経過しても尿意が全くない
乳腺炎	乳腺内に疼痛をとまなう硬結や発赤を伴い38度以上の発熱がある
不眠やマタニティブルー、 産褥うつ等の症状	他の身体疾患がないのに精神的に不安定な状態が続き、内服薬や他科受診などのコンサルテーションを必要とする場合
妊娠高血圧症候群	収縮期血圧が140mmHg以上または拡張期血圧が90mmHg以上が続く
貧血	ヘモグロビン値が11.0g/dl未満である
産褥出血	出血があり持続する
血栓性静脈炎 深部静脈血栓症	表在性の静脈が怒張し、圧痛があり浮腫がある Homans 徴候 (+)

退院診察では、上記内容をもとに総合的に判断する。報告の目安に該当する症状が予測される、あるいは出現している場合には医師に報告する。

\*1か月の健康診査は、岡村州博(主任研究者)厚生労働省科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業)「分娩拠点病院の創設と産科2次医療圏の設定による産科医師の集中化モデル事業」班の「助産外来ガイドライン」<sup>1)</sup>が参考になる。

### 2-2-3 新生児期の医師への報告の目安

新生児期とは、出生直後から生後1ヵ月までをいう。

新生児の状態	医師への連絡の目安
(出生直後の新生児所見) 出生後30秒以内の時点での 児の状態の評価	新生児蘇生ガイドラインに基づき、出生後30秒以内の評価で以下の条件に1つでも該当している場合には、医師が到着するまでの間、ガイドラインに従って蘇生法を行う ①成熟児(正期産児)でない、②羊水の胎便汚染がある、③呼吸か啼泣が良好でない、④筋緊張が良好でない
低出生体重児	・2500g未満の体重で出生
巨大児	・出生時体重が4000g以上
出生時の仮死状態	・5分後のアプガールスコア7点以下 ・蘇生後の呼吸状態、全身色の改善がみられない ・蘇生による改善がみられない
呼吸障害	・呻吟、陥没呼吸が続く ・多呼吸、鼻翼呼吸が続く ・無呼吸発作を繰り返す
チアノーゼ	・啼泣があり、呼吸状態の改善が見られても全身色が悪い
全身状態の異常	・筋緊張が不良 ・胸・腹部の異常(腹部膨満、腹部腫瘍など) ・頸部、鎖骨の異常 ・背部、腰部、脊柱の異常 ・股関節、四肢の異常 ・原始反射がみられない ・皮膚の異常 ・成熟徴候が認められない
奇形	・外表奇形が認められる ・臍帯ヘルニアなど緊急手術を要する
特異な顔貌	・染色体異常が疑われる ・その他異常症状を有する
けいれん	・硬直性、間代性けいれん症状がある ・痙攣様運動が認められる
嘔吐	・吸引チューブが胃内まで届かない ・強い嘔気と嘔吐を繰り返す ・胆汁様嘔吐を繰り返す ・胆汁様嘔吐や血性嘔吐がある ・強い嘔気と嘔吐を繰り返し、哺乳力不良、腹満などの症状がある
発熱	・38.0℃以上の熱が続く ・37.5℃以上でも他の症状がある
低体温	・保温しても36.0℃未満が持続する ・36.5℃未満でも他の症状がある
心拍数ならび心雑音	・徐脈(心拍数が100回/分未満)が持続している ・リズム不整がある ・生後24時間以降にも心雑音が聴取される ・生後24時間以内であってもチアノーゼや多呼吸を伴う



黄疸	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生後24時間以内に認められる</li> <li>・生理的範囲を逸脱する</li> <li>・光線療法の基準に達する</li> </ul>
排泄の異常	<ul style="list-style-type: none"> <li>・尿性状の異常、出血など</li> <li>・24時間以内に排尿がない</li> <li>・便の性状の異常</li> <li>・24時間以内に排便がない</li> <li>・下痢が続き脱水症状がある</li> <li>・体重減少が続く</li> </ul>
哺乳力の不良	左記の症状が認められる場合
体重増加不良	
活力不良	
なんとなくおかしい (not doing well)	

退院診察では、上記内容をもとに総合的に判断する。報告の目安に該当する症状が予測される、あるいは出現している場合には医師に報告する。

### 2-3 院内助産における分娩監視装置の装着基準

分娩時の胎児心拍数モニタリングが、間歇的胎児聴診法に比較して産科予後を大きく改善したとのエビデンスは存在しないといわれている。そのため、院内助産における産婦への分娩監視装置の装着基準（ローリスク妊婦に限る）を以下に示した。

#### 入院時

分娩監視装置を装着し、胎児がreassuring status（状態良好）であることを確認する。

#### 分娩室入室時

子宮口が全開し分娩室に入室した時点、LDRにおいては分娩介助の準備を始める時に分娩監視装置を装着する。

上記以外、急に陣痛が強くなった時や破水時など担当助産師の判断において適宜装着する。

分娩監視装置を装着しない場合の間歇的胎児聴診法による胎児心拍数の観察は、産婦と助産師の1対1の対応で頻回に聴診を行う必要がある（分娩第1期15分ごと、分娩第2期5分ごとに子宮収縮の1サイクル以上聴くことを原則とする）。また、バルトグラムへは、最低1時間ごとに記録しておく。

### 2-4 院内助産を担当する助産師の基準

助産師免許取得後3～5年以上の臨床経験をもつ助産師で100例程度の分娩介助経験があることが望ましい。両親学級、母親学級、母乳相談などの保健指導経験を有し、院内外で必要な研修を受講しており、以下の能力を有している助産師が望ましい。

- ・確実な問診・聴診・触診技術
- ・母体・胎児の健康状態のアセスメントとスクリーニング能力
- ・産婦・褥婦のニーズの把握と情報の選択能力
- ・分娩期・産褥期のトラブルやリスクへの対応能力
- ・異常発生時の対処能力
- ・産婦・褥婦とその家族とのコミュニケーション能力
- ・関係者・部署との連携能力

### 3 記録

記録は医師との共有を原則とし、情報の一元化をはかる。

また、保健師助産師看護師法第41条に助産録の記載及び保存に関する事項が示されている。

### 4 責任の範囲

#### 4-1 助産師の責任

助産師の責任の範囲は、医療法、医師法および保健師助産師看護師法に規定されている。その範囲で業務を遂行し、その範囲の職務に責任を持つ。

#### 保健師助産師看護師法

##### 第三十七条

（特定業務の禁止）

保健師、助産師、看護師又は准看護師は、主治の医師又は歯科医師の指示があった場合を除くほか、診療機械を使用し、医薬品を授与し、医薬品について指示をしその他医師又は歯科医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずるおそれのある行為をしてはならない。ただし、臨時応急の手当てをし、又は助産師がへその緒を切り、洗腸を施しその他助産師の業務に当然付随する行為をする場合は、この限りでない。

##### 第三十八条

（異常妊産婦等の処置禁止）

助産師は、妊婦、産婦、じょく婦、胎児又は新生児に異常があると認められたときは、医師の診察を求めさせることを要し、自らこれらの者に対して処置をしてはならない。ただし、臨時応急の手当てについては、この限りではない。

#### 医師法

##### 第十七条

（医師でない者の医業禁止）

医師でなければ、医業をしてはならない。

\*「医業」とは、当該行為を行うに当たり、医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為（医行為）を、反復継続する意思をもって行うことである。

（\*平成17年7月26日 医政発第0726005号 厚生労働省医政局長通知より抜粋）

#### 4-2 施設管理者の責任

病院等の管理者は、施設全体の医療提供体制に責任を有することが医療法に定められている。医療法の中で、平成18年に厚生労働省から示された「医療機関における安全管理体制について（院内で発生する乳児連れ去りや盗難等の被害及び職員への暴力被害への取り組みに関して）」について、また、翌平成19年の「医療提供体制の確保に関する基本方針」などに施設として取り組むべき事項が示されている。

#### 医師法

##### 第三章 医療の安全の確保

##### 第六条の一〇

（病院等の管理者の責務）

病院、診療所又は助産所の管理者は、厚生労働省令で定めるところにより、医療の安全を確保するための指針の策定、従業者に対する研修の実施その他の当該病院、診療所又は助産所における医療の安全を確保するための措置を講じなければならない。

D. 結論

平成19年12月28日に出された厚生労働省医政局長通知（医政発第1228001号）「医師および医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」には、医師と助産師との役割分担について「医師との緊密な連携・協力関係の下で、正常の経過をたどる妊婦や母子の健康管理や分娩の管理について助産師を積極的に活用する…（省略）」と示された。安全で快適な妊娠・出産の支援のために必要なのは、産科医と助産師の相互理解と協働である。その一つの形として、本ガイドラインは作成された。

また、正常な経過をたどる妊婦や母子の健康管理や分娩の管理に助産師が積極的に取り組むためには、助産師自身のさらなる自己研鑽が必要であるが、同時に助産に関する知識や技術の向上をはかるための卒後研修制度や認定制度の確立も急務である。そして、今後はさらに臨床と教育が連携し、助産師養成数の増加を目指し取り組むことも新たな課題である。

本ガイドラインを活用していただき、妊産婦およびその家族に対してより質の高いケアの提供ができることを願うと同時に忌憚のないご意見をいただきたい。

〈参考文献〉

- 1) 日本産婦人科学会／日本産婦人科医会編集・監修：産婦人科診療ガイドライン-産科編2008, 日本産婦人科学会事務局, 2008.
- 2) 日本助産師会：助産所業務ガイドライン, 日本助産師会, 2008.
- 3) 日本看護協会：病院・診療所における助産師の働き方-助産師が自立して助産ケアを行う体制のために-, 日本看護協会, 2006.
- 4) 日本看護協会：平成20年度助産センターの設置推進プロジェクト答申, 平成21年度日本看護協会総会資料, 2009.
- 5) 日本産科婦人科学会：産婦人科研修の必修知識2007, 日本産科婦人科学会, 2007.
- 6) 日本産科婦人科学会編集：産科婦人科用語集・用語解説集 改定第2版, 金原出版, 2008.
- 7) 日本産婦人科医会編：胎児の評価法-胎児評価による分娩方針の決定-, 日本産婦人科医会, 2008.
- 8) 荒木 勤：最新産科学 正常編 改定第22版, 文光堂, 2008.
- 9) 荒木 勤：最新産科学 異常編 改定第21版, 文光堂, 2008.
- 10) 坂元正一他編：改訂版 プリンシプル産科婦人科学2, メジカルビュー社, 1998.
- 11) 和田雅樹：新生児の基本管理マニュアル-出生直後の新生児の扱い方-仮死児, 周産期医学, 37 (1), 21-24, 2007.
- 12) 主任研究者 岡村州博：厚生労働省科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）「分娩拠点病院の創設と産科2次医療圏の設定による産科医の集中化モデル事業」班ホームページ  
URL: <http://www.osan-kiki.jp/index.html>  
速藤俊子：「助産師活用システム-助産師外来推進のための指課題に関する研究-, 資料1「助産外来ガイドライン」 URL: <http://www.osan-kiki.jp/researchreport-02.html>

解説1 〈胎児心拍数パターンの考え方〉

胎児心拍数に関する用語および定義は、日本産科婦人科学会で2003年に出されたものに則った。また、所見の記載および評価については、日本産婦人科医会の「胎児の評価法-胎児評価による分娩方針の決定-」（平成20年2月）<sup>1)</sup> に準拠している。

reassuring fetal statusを示す典型的所見

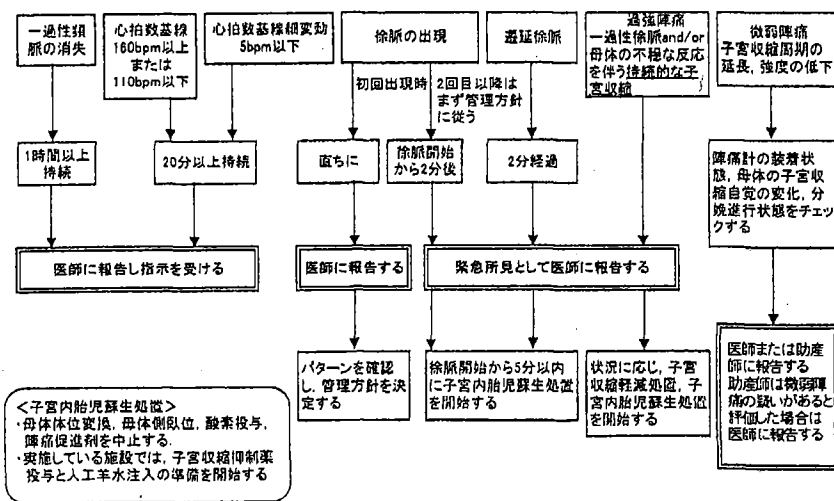
- ①心拍数基線が正常範囲内 110~160bpm
- ②心拍数基線細変動が正常範囲内 6~25bpm
- ③一過性頻脈が認められる 振幅15bpm以上、持続15秒~2分間
- ④一過性徐脈が認められない

reassuring fetal statusでない状態を示す所見

- ①心拍数が110bpm未満の徐脈
- ②心拍数が160bpmを超える頻脈
- ③心拍数基線細変動の減少 5 bpm以下
- ④心拍数基線細変動の増加 26bpm以上
- ⑤心拍数基線細変動の減少を伴わない遅発一過性徐脈
- ⑥心拍数基線細変動の減少を伴った遅発一過性徐脈
- ⑦遅延一過性徐脈 2分以上10分未満

◎変動一過性徐脈は、臍帯圧迫により起こることが多いため、出現時の児の状態は様々である。徐脈出現頻度、深さ、心拍数基線細変動の状態などから総合的に判断する必要がある。

資料1 胎児心拍数モニタリング異常所見の報告時期と対処法



胎児の評価法-胎児評価による分娩方針の決定, p23より引用 (社団法人 日本産婦人科医会 平成20年2月発行)

## 精神医療について

### 精神保健医療福祉の更なる改革に向けて

精神保健医療福祉の改革については、平成16年9月に、概ね10年間の精神保健医療福祉改革の具体的な方向性を明らかにする「精神保健医療福祉の改革ビジョン」がとりまとめられた。「改革ビジョン」においては「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念が掲げられ、これまで、障害者自立支援法の制定や累次の診療報酬改定など、その基本理念の実現に向けた具体的な施策が展開されてきた。

改革ビジョンが本年9月にその中間点を迎えることを踏まえ、その後期5か年の重点施策群の策定に向けて、精神保健医療福祉の更なる改革の具体像を提示することを目的として、平成21年9月24日に今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会により「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」が取りまとめられた（参考資料P1～8）

本報告書においては、「改革ビジョン」の「入院医療中心から地域医療中心へ」という基本理念の推進、精神疾患にかかった場合でも質の高い医療、症状・希望等に応じた適切な医療・福祉サービスを受け、地域で安心して自立した生活を継続できる社会、精神保険医療福祉の改革を更に加速することとされた。

第1 地域生活への移行支援による長期入院の解消

1 現状と課題

(1) 精神病床における年間新規入院患者数は、平成14年に33.2万人であったものが、平成15年では35.6万人(前年比2.4万人(7%)増)、平成16年では37.8万人(前年比2.2万人(6%)増)と、年々増加している。一方、精神病床の平均在院日数は短縮しており、平成18年には320日と、平成元年に比べ約180日短くなっている(参考資料P9~12)。

(2) 入院期間1年以上の患者は入院患者全体の65%を占めているが、退院患者のうち、在院期間が1年以上で退院した患者の割合は約13%であり、そのうち転院や死亡による退院は約60%となっている。同様に、在院期間が5年以上で退院した患者の割合は4%にとどまり、そのうち転院や死亡による退院は70%以上となっており、入院期間が長期化するほど、転院や死亡による退院の割合が高くなっている(参考資料P13~16)。

(3) 障害者自立支援法の下で、精神障害者に対する障害福祉サービス量は平成19年11月と比べると約4割増加(旧体系サービス等からの移行分を含む。)し、身近な地域における住まいの場の確保、生活の訓練や就労に向けた訓練、教育支援、就労の場の支援等が行われている(参考資料P17~19)。

2 現行の診療報酬上の評価

(1) 平成20年度診療報酬改定において、入院期間が1年以上の長期入院患者等に対して、医師、看護師、作業療法士及び精神保健福祉士が共同して退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定し、当該計画に基づく指導を行った上で当該患者が退院した場合に、精神科退院指導料の精神科地域移行支援加算を創設した。

1011 精神科退院指導料 320点  
精神科地域移行支援加算 200点(退院時1回)

新

(2) また、当該保険医療機関において、地域移行を推進する専門の部門を設置し、当該医療機関の精神病床における入院期間が5年を超える患者の数を直近の1年間5%以上減少させた実績のある医療機関について、申請時より1年間の期間において当該精神病床の入院患者に係る入院基本料等の加算を創設した。

A230-2 精神科地域移行実施加算 5点(1日につき)

【算定要件】

- 1 当該保険医療機関に地域移行を推進する部門を設置し、当該部門に専従の精神保健福祉士が配置されていること
- 2 目標値を達成した場合に、1年間の期間、該当する病棟の全精神病床の入院基本料等に加算する。ただし、算定期間における退院実績が目標値を下回った場合には、加算は1年間で終了とする
- 3 退院実績は、退院後3ヶ月間以内に再入院していない患者について算入するものとする
- 4 死亡・転院による退院については、退院患者に算入しないこととする等

新

(3) 更に、地域で生活する精神障害者の支援のため、精神科訪問看護・指導について評価を引き上げ、服薬中断等により急性増悪し、医師が必要と認めた場合は、週7回まで算定可能とした。

改定前	平成20年度改定後
1012 精神科訪問看護・指導料(I) 550点	1012 精神科訪問看護・指導料(I) 575点

改



(4) 精神障害者の地域への復帰を支援するため、社会生活機能の回復を目的として精神科デイ・ケアが評価されている。

1009 精神科デイ・ケア (1日につき)	
1 小規模なもの	550点
2 大規模なもの	660点
治療の一環として食事が提供された場合、48点を加算	

【算定件数】平成20年6月審査分

精神科デイ・ケア 小規模	11,690
精神科デイ・ケア 大規模	39,907
精神科ナイト・ケア	1,599
重度認知症患者デイ・ケア料	9,563
精神科デイ・ケア、ナイト・ケア 重度認知症患者デイ・ケア 食事1食加算	56,906

3 論点

- (1) 長期入院患者等が円滑に地域移行するための更なる支援について、診療報酬上の評価についてどう考えるか。
- (2) 地域における精神障害者の支援について、障害福祉サービスの充実を踏まえ、精神科デイ・ケア等の診療報酬上の評価についてどう考えるか。

第2 患者の病態や治療内容に応じた評価

1 現状と課題

(1) 薬物療法以外の専門的な精神療法は重要であり、薬物療法と比較しても効果が明らかになりつつあるものもある。しかし、その実践のために技術を習得する方法が必ずしも明確でないなど、普及が進んでいない(参考資料P20, 21)。

(2) 我が国においては、抗精神病薬を用いた治療において、多剤・大量投与、過少量の投与、依存性薬物の不適切な長期処方等が見られているが、その有効性等を懸念する指摘がある。

特に抗精神病薬の多剤・大量投与は、単剤投与と比較した有効性が明らかでない一方で、副作用のリスクが高まるとされているが、我が国では依然として諸外国よりも頻繁に実施されている(参考資料P22)。

(3) 精神病床においては、同一病棟であっても様々な状態像の患者が入院しているが、個々の患者の精神症状等の状態像やケアに要する手間等による評価体系になっていない(参考資料P23)。

2 現行の診療報酬上の評価

(1) 平成20年度診療報酬改定において、通院精神療法は、診療に要した時間が5分を超えたときに限り算定することとし、30分を超えた場合については評価を引き上げた。なお、平成18年度改定時と同様に、病院と診療所の評価の格差をさらに是正するため、診療所の評価を引き下げた。

改定前	平成20年度改定後
I002 通院・在宅精神療法 (1回につき)	I002 通院・在宅精神療法 (1回につき)
1 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において精神保健指定医等が通院精神療法を行った場合 500点	1 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において精神保健指定医等が通院・在宅精神療法を行った場合 500点
2 1以外の場合	2 1以外の場合
イ 病院の場合 330点	イ 病院の場合 (1) 30分以上 360点 (2) 30分未満 330点
ロ 診療所の場合 360点	ロ 診療所の場合 (1) 30分以上 360点 (2) 30分未満 350点

改

- (2) また、統合失調症患者に対して、療養上必要な指導を行った上で非定型抗精神病薬による治療を行った場合について、精神科救急入院料等の特定入院料の加算として評価している。

計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、療養上必要な指導を行った場合、以下の特定入院料において1日につき10点を加算	
A311	精神科救急入院料
A311-2	精神科急性期治療病棟入院料
A311-3	精神科救急・合併症入院料
A312	精神療養病棟入院料

- (3) 長期にわたり療養が必要な精神障害者が入院する病棟について、精神療養病棟入院料が設定されている。

A312 精神科療養病棟入院料 (1日につき)	1,090点
-------------------------	--------

- (4) 児童・思春期精神科入院医学管理加算の評価を引き上げるとともに、治療室単位での算定も可能となるよう、算定要件を緩和した。

改

改定前	平成20年度改定後
A231 児童・思春期精神科入院医学管理加算 (1日につき) 350点	A231 児童・思春期精神科入院医学管理加算 (1日につき) 650点

### 3 論点

- (1) 精神科専門療法について、薬物治療と比較しても効果が明らかでない認知行動療法等について、診療報酬上の評価についてどう考えるか。
- (2) 患者の病態に応じた抗精神病薬の適切な選択について、診療報酬上の評価についてどう考えるか。
- (3) 児童・思春期における発達障害や長期にわたり療養が必要な患者など、患者の状態像に応じた入院医療の診療報酬上の評価についてどう考えるか。

## 第3 急性期医療の評価

### 1 現状と課題

- (1) 精神・身体合併症を有する救急患者への適切な医療体制を確保することが重要であるが、精神科救急と一般救急との連携が十分ではなく、特に身体合併症を有する精神疾患患者の診療体制の確保が困難となっており、救急搬送においても、精神疾患を有する患者の医療機関への受入体制の確保が課題となっている(参考資料P24~26)。

- (2) 精神科入院患者の約14%が、入院治療が適当な程度の身体合併症を有しており、統合失調症患者についてみると、その割合は10.5%となっており、65歳以上では約16%となっている。また、認知症患者については、高齢者が多いことから約25%となっている。(参考資料P27~29)

精神科患者の高齢化が進む中で、今後、精神・身体合併症に対応する機能を更に確保していくことが課題となっている。

- (3) 身体疾患を有する精神疾患患者の入院については、精神・身体合併症への診療機能等の総合的な機能を有する総合病院精神科等が担っているが、精神科医の不足等により、施設数、病床数ともに減少している(参考資料P30)。

### 2 現行の診療報酬上の評価

- (1) 平成20年度診療報酬改定において、精神科救急医療施設の整備状況の地域差の解消のため、精神科救急入院料の時間外、休日又は深夜における診療件数と措置入院等の患者数の要件について、地域の人口規模を考慮した要件の緩和を行った。また、入院早期からの在宅への移行支援を更に推進する観点から、在宅へ移行する患者の割合が高い施設については評価を引き上げた。

改定前		平成20年度改定後	
A311 精神科救急入院料(1日につき)		A311 精神科救急入院料1(1日につき)	
1	30日以内の期間 3,200点	1	30日以内の期間 3,431点
2	31日以上の期間 2,800点	2	31日以上の期間 3,031点
		精神科救急入院料2(1日につき)	
		1	30日以内の期間 3,231点
		2	31日以上の期間 2,831点

改

【算定要件】

	改定前	平成 20 年度改定後
在宅へ移行する患者の割合	新規患者のうち 4 割以上が入院日から起算して 3 月以内に退院し、在宅へ移行すること	【精神科救急入院料 1】 新規患者のうち 6 割以上が入院日から起算して 3 月以内に退院し、在宅へ移行すること 【精神科救急入院料 2】 新規患者のうち 4 割以上が入院日から起算して 3 月以内に退院し、在宅へ移行すること
精神科救急医療体制	以下のア及びイのいずれをも満たしていること ア 常時精神科救急外来診療が可能であり、時間外、休日又は深夜における診療件数が年間 200 件以上であること。 イ 全ての入院形式の患者の受け入れが可能であること	以下のア及びイのいずれをも満たしていること ア 常時精神科救急外来診療が可能であり、時間外、休日又は深夜における診療件数が年間 200 件以上、又は指定された地域における人口万対 2.5 件以上であること イ 全ての入院形式の患者の受け入れが可能であること

また、新規入院患者や急性増悪した患者の治療を行う病棟として、精神科急性期治療病棟入院料が設定されている。

A311-2 精神科急性期治療病棟入院料（1日につき）

- 1 精神科急性期治療病棟入院料 1
  - イ 30 日以内の期間 1,900 点
  - ロ 31 日以上の期間 1,600 点
- 1 精神科急性期治療病棟入院料 2
  - イ 30 日以内の期間 1,800 点
  - ロ 31 日以上の期間 1,500 点

(2) いわゆる総合病院等における身体合併症治療を含めた精神科救急医療の適切な評価のため、身体合併症ユニット等を要件とし、精神科救急・合併症入院料を創設した。

A311-3 精神科救急・合併症入院料（1日につき）

- 1 30 日以内の期間 3,431 点
- 2 31 日以上の期間 3,031 点

(3) 身体疾患への治療体制を確保している、精神科を標榜する医療機関において、入院治療を要する程度の身体合併症を発症した患者に対し、精神疾患、身体疾患両方について治療を行った場合、特に手厚い医療体制を要する治療開始早期の 7 日間における加算を創設した。

A230-3 精神科身体合併症管理加算

- (1) 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、認知症病棟入院料を算定している患者の場合 300 点（1日につき）
- (2) 精神科病棟入院基本料（10 対 1、15 対 1）、特定機能病院入院基本料（7 対 1、10 対 1、15 対 1（精神科病棟に限る。））を算定している患者の場合 200 点（1日につき）

新

3 論点

- (1) 救急搬送の受入体制の確保が課題となっている精神科救急を担う医療機関について、診療報酬上の評価についてどう考えるか。
- (2) 身体合併症を有する精神疾患患者への診療体制を確保する観点から、精神・身体合併症への診療機能等の総合的な機能を有する病床に対する診療報酬上の評価についてどう考えるか。

# 参考資料

## 精神医療

### 「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」概要

～今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会「報告書（座長：樋口輝彦 国立精神・神経センター）～  
「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（平成16年9月から概ね10年間）の中間点において、  
後期5か年の重点施策群の策定に向け、有識者による検討をとりまとめ【平成21年9月】

- ◎ 精神疾患による、生活の質の低下や社会経済的損失は甚大。
- ◎ 精神障害者の地域生活を支える医療・福祉等の支援体制が不十分。
- ◎ 依然として多くの統合失調症による長期入院患者が存在。これは、入院医療中心の施策の結果であることを、行政を含め関係者が反省。

- 「改革ビジョン」の「入院医療中心から地域医療中心へ」という基本理念の推進
- 精神疾患にかかった場合でも
  - ・ 質の高い医療
  - ・ 症状・希望等に応じた、適切な医療・福祉サービスを受け、地域で安心して自立した生活を継続できる社会
- 精神保健医療福祉の改革を更に加速

#### 精神保健医療体系の再構築

◎ 地域医療の充実、入院医療の減退期への重点化と医療体制の再構築

◎ 人員の充実等による医療の質の向上

#### 精神医療の質の向上

● 薬物療法、心理社会的療法など、個々の患者に提供される医療の質の向上

● 患者が早期に支援を受けられ、精神障害者が地域の住民として暮らしていけるような、精神障害に関する正しい理解の推進

#### 地域生活支援体制の強化

◎ 地域生活を支える障害福祉サービス、ケアマネジアル等、救急・在宅医療等の充実、住まいの場の確保

#### 普及啓発の重点的実施

#### 目標値

- 統合失調症入院患者数を15万人に減少<H26>
- 入院患者の退院率等に関する目標を継続し、精神病床約7万床の減少を促進。

◎ 施策推進への精神障害者家族の参画

地域を拠点とする共生社会の実現



## 基本的考え方

- ◆精神保健医療の水準の向上
- ◆医療機関の地域医療の機能充実を促進
- ◆ニーズの高まっている領域への重点化

### 外来・在宅医療

- ◆地域生活を支える医療の充実
- ◆医療機関の機能の改革の円滑化

- 精神科救急医療の確保・質の向上
- 在宅医療（訪問診療、訪問看護等）の充実・普及
- 精神科デイ・ケアの重点化
- ケアマネジメント機能の充実
- 未治療・治療中断者等に対する支援体制の強化（危機介入）
- 重症者の在宅での包括的支援の確保

- 疾患等に応じた医療の充実
- 気分障害
- 依存症
- 児童思春期

- 早期支援体制の充実

- 地域医療体制・高次の医療体制の確保
- 「4疾病5事業」への位置づけの検討
- 医療従事者の確保
- 保健所・精神保健福祉センターの機能強化

### 入院医療

### 急性期 長期の療養

- ◆入院医療の再編・重点化
- ◆医療機能の充実と適切な評価

- 人員基準の充実
- 救急・急性期医療の確保
- 重症度に応じた評価体系
- 認知症への専門医療の確保
- 身体合併症への対応の強化、「総合病院精神科」の機能強化

- ◆地域生活支援体制の整備
- ◆地域移行の促進
- ◆病床数の適正化

- 統合失調症入院患者数の目標値 19.6万人<H17>→15万人<H26>の目標により精神病床（認知症はH23年度までに設定）約7万床の減少を促進
- 平均残存率・退院率

- 障害福祉サービス・介護保険サービスの充実
- 高齢精神障害者の生活の場の確保

2

## 精神保健医療体系の再構築

### ①入院医療の再編・重点化

- 患者の状態像や病棟の機能に応じた人員基準・評価の充実、医療法に基づく人員配置標準の見直し等による精神病床の医療の質の向上。

#### <統合失調症>

- 今後減少が見込まれる統合失調症の入院患者の減少を一層加速。  
※入院医療の充実による一層の地域移行、精神科救急医療や在宅医療等の地域医療の充実、障害福祉サービスの一層の計画的な整備等の施策を推進。  
※平成26年の改革ビジョンの終期において、平成27年以降における更なる減少目標値を設定し、各般の施策を展開。
- 高齢精神障害者の適切な生活の場を確保するため、介護保険サービスの活用等について検討。

#### <認知症>

- 認知症高齢者をできる限り地域・生活の場で支えるという観点や、認知症の専門医療機関の機能を更に明確化・重点化する観点も踏まえて、精神病床や介護保険施設等の入院・入所機能とその必要量を明確化。
- BPSD（認知症の行動・心理症状）や、急性期の身体合併症を伴う患者に対応する専門医療機関の確保。
- 介護保険施設等の生活の場の更なる確保と適切な医療の提供、介護保険サービスの機能の充実等について検討。  
※生活の場の更なる確保に当たっては、既存の施設に必要な機能を確保した上で、その活用を図るという視点も必要。

#### <身体合併症>

- いわゆる総合病院精神科における、精神病床の確保、機能の充実等、一般病床における精神・身体合併症患者の診療体制を確保。

### ②疾患等に応じた精神医療等の充実

- 気分障害の早期発見、診断のための、内科医や小児科医等との連携の推進、診療ガイドライン等の作成等による医療の質の向上。
- 依存症に対する医療の機能強化、依存症のリハビリ施設や自助グループの支援のあり方の検討等、依存症患者の回復に向けた支援に係る総合的な取組の強化。
- 児童・思春期精神医療に専門的に対応できる医師数の拡大、専門病床・専門医療機関の確保や身体合併症への対応等の医療提供体制の拡充。

3

### ③早期支援体制の検討

- 若年者が統合失調症を発症した場合の重症化の予防等のため早期支援体制の構築に向けた段階的な検討の実施。  
※まず、モデル的な実施に着手。その検証を踏まえ、普及について検討。
- 精神医療の質の向上の取組とあわせて、支援を適切に行うことのできる体制の整備を進めつつ、慎重に早期支援体制の検討・具体化を進める。

### ④地域精神保健医療提供体制の再編と精神科医療機関の機能の強化

- 救急医療、在宅医療等の充実を通じた、患者の身近な地域を単位とする地域医療体制の整備・確保。
- 加えて、大まかに次のような機能を担う精神科医療機関が必要（あわせて地域医療体制との連携体制の構築）。
  - ・高次の精神科救急を行う精神科病院
  - ・いわゆる総合病院精神科
  - ・高齢者の診療を行う精神科病院
  - ・極めて重症な患者に対し手厚い治療を行う精神科病院（ただし、若年患者の入院率や、諸外国の例から考えると、必要な病床数はごく限定的）
  - ・その他の専門的な医療機能（児童思春期、依存症等）を有する精神科医療機関
- 医療計画のいわゆる「4疾病5事業」（特に5事業）として精神医療を位置付けることについて検討。
- 地域精神保健の機能の底上げを図るため、地域精神保健を担う行政機関である市町村、保健所、精神保健福祉センターの機能のあり方と連携体制の明確化、機能強化等について検討。
- 自殺防止対策の観点も踏まえた、地域精神保健の機能の充実を図るための地域レベルでの連携の強化。

### ⑤精神科医療機関における従事者の確保

- 精神病床における人員の充実・確保に加え、長期入院患者の病棟等の医療従事者と比べ、在宅医療、救急・急性期医療、精神・身体合併症に対する医療、各領域の専門医療など、今後需要の見込まれる分野の医療従事者が相対的に増加するよう施策を推進。

4

## 2 精神医療の質の向上

### 基本的考え方

- ◆薬物療法等について、標準的な治療を促進
- ◆医療従事者の資質向上
- ◆実態解明、治療法開発等の研究の推進

### 改革の具体像

#### 1 精神保健医療体系の再構築 に 掲げた取り組み

- 入院医療における人員基準の充実、急性期医療への重点化
- 精神科救急医療の確保・質の向上
- 在宅医療（訪問診療、訪問看護等）の充実・普及
- 疾患・病状に応じた専門医療の確保（認知症、身体合併症、気分障害等）

等

#### 精神科における診療の質の向上

- 診療ガイドラインの作成・普及
- 患者等への分かりやすい情報提供
- 抗精神病薬の多剤・大量投与の改善
- 精神医療に関する臨床指標の開発・情報公開

#### 医療従事者の資質向上

- 精神科医の専門医制度の定着
- 精神療法・児童思春期精神医療を含めた医師の研修体制の確保
- 医師以外の医療従事者の生涯教育・研修の推進
- 心理職の一層の活用・検討

#### 研究開発の推進

- 研究費の確保
- 病態解明、診断・治療法に関する研究の推進
- 臨床研究の積極的推進
- 施策の企画立案・検証等に関する研究の実施

5

## 基本的考え方

- ◆ 相談支援・ケアマネジメントの充実強化
- ◆ 地域における支援体制づくり
- ◆ 居住系の福祉サービスの確保
- ◆ 精神障害者の地域生活を支える医療体制の充実

## 改革の具体像

### 障害福祉サービス等

#### 相談支援・ケアマネジメントの充実

- 相談支援の充実
  - 退院時の支援、24時間の支援
- 自立支援協議会の活性化
- ケアマネジメント機能の充実
  - 対象者の拡大、支給決定前の計画作成、モニタリングの充実
- ケアマネジメントにおける医療・福祉の連携強化
- 重症者への重点的・包括的支援の実施
- 相談支援の質の向上
- 精神保健福祉士の資質向上

#### 住まいの場の確保

- グループホーム・ケアホームの整備促進、サービスの質の向上
- 公営住宅への入居促進
- 公営住宅のグループホーム・ケアホームとしての活用促進
- 民間賃貸住宅への入居促進

#### 地域生活移行の支援

- 地域生活移行の個別支援
- 福祉サービスの入院中からの体験利用

#### 本人・家族の視点に立った支援の充実

- 政策検討への精神障害者の参画
- ピアサポートの推進
- 家族支援の推進

#### サービス等の充実

- 訪問による生活支援の充実
- ショートステイの充実
- 就労支援の強化
- 家族に対する支援の推進

### 医療サービス

- 精神科救急医療体制の確保
  - 精神・身体合併症を有する救急搬送患者の受け入れ体制の確保
  - 精神科救急医療を担う医療機関の機能の向上
- 精神保健指定医の確保
- 未治療者・治療中断者等に対する支援体制の強化
  - 訪問による多職種チームでの支援体制の構築
- 精神科訪問看護・訪問診療の充実
  - 訪問看護の普及促進
  - 重症者・多様なニーズへの訪問看護等による対応の強化
- 精神科デイケア等の重点化

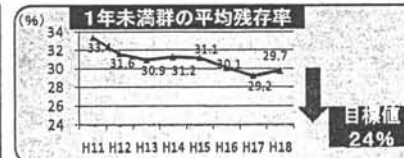
## I 新たな目標値

- 統合失調症による入院患者数：約15万人  
(平成17年患者調査時点：19.6万人)
- 認知症に関する目標値：  
平成23年度までに具体化



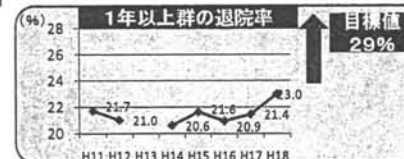
## II 改革ビジョンにおける目標値 (H16より継続)

- 精神科病床入院患者の  
◆ 各都道府県の平均残存率(1年未満群)  
24%以下
- ◆ 各都道府県の退院率(1年以上群)  
29%以上



これらの目標により、精神科病床35.1万床(H19.10)について、約7万床相当の減少が促進される

<目標値に基づく各都道府県の基準病床数の合計>  
平成21年現在：31.3万床 平成27年(試算)：28.2万床  
※現在の病床数との差：6.9万床



※目標の達成等に向けて、更に以下を推進

- 個々の医療機関による病床減少・医療の質の向上の取組を直接に支援し促す方を具体化
- 個々の事業(予算事業等)単位で施策の実施状況に関する目標を設定  
(例)認知症疾患医療センター、精神科訪問看護の整備等)
- 普及啓発施策に関する目標に関しても別途設定

## 4 普及啓発(国民の理解の深化)の重点的実施

### これまでの取り組みと成果

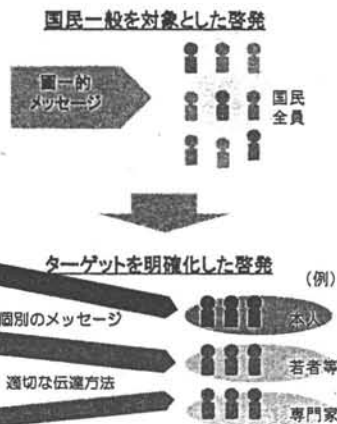
- 精神保健医療福祉の改革ビジョンの目標(誰もがかけがいのことへの理解)には一定の進捗がみられる
- 一方、統合失調症に対する理解が大きく遅れている

## 基本的考え方

- ◆ 国民一般への啓発から、ターゲットを明確化した普及啓発へ
- ◆ 「だれに」「何を」「どのように」伝えるかを明確に

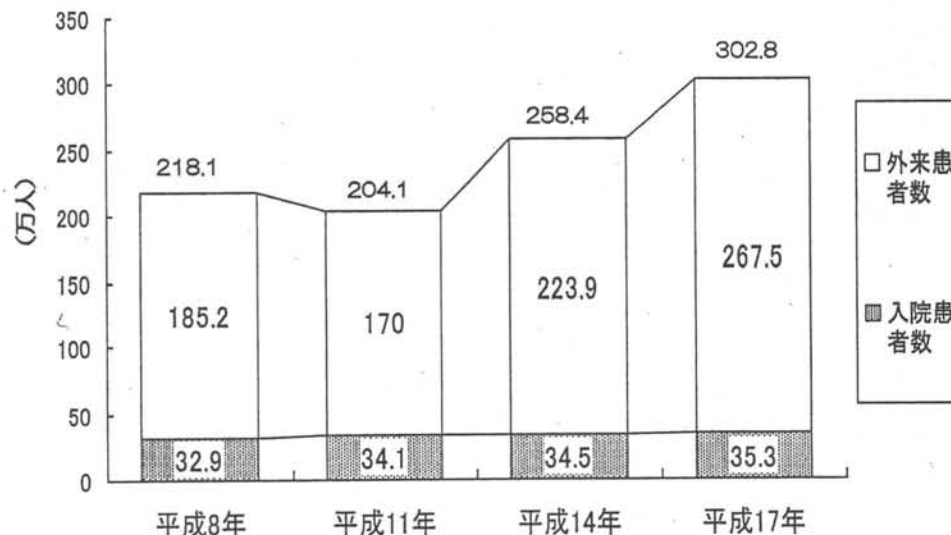
## 改革の具体像

- ピアサポートの推進等による精神障害者自身への啓発を推進
- 地域移行を着実に進めること等により、地域住民に対して精神障害者と触れ合う機会や精神障害者から学ぶ機会を充実
- 学齢期等の若年層とそれを取り巻く者を対象に、早期発見・早期対応による重症化防止を図るために、適切なメッセージと媒体による普及啓発を実施
- 医療関係者、報道関係者など対象に応じた普及啓発の基礎資料として、統合失調症をはじめとする精神疾患の正しい理解を促すためにインターネット等の情報源を整備し、治療法・支援策、研究成果等の情報発信を充実

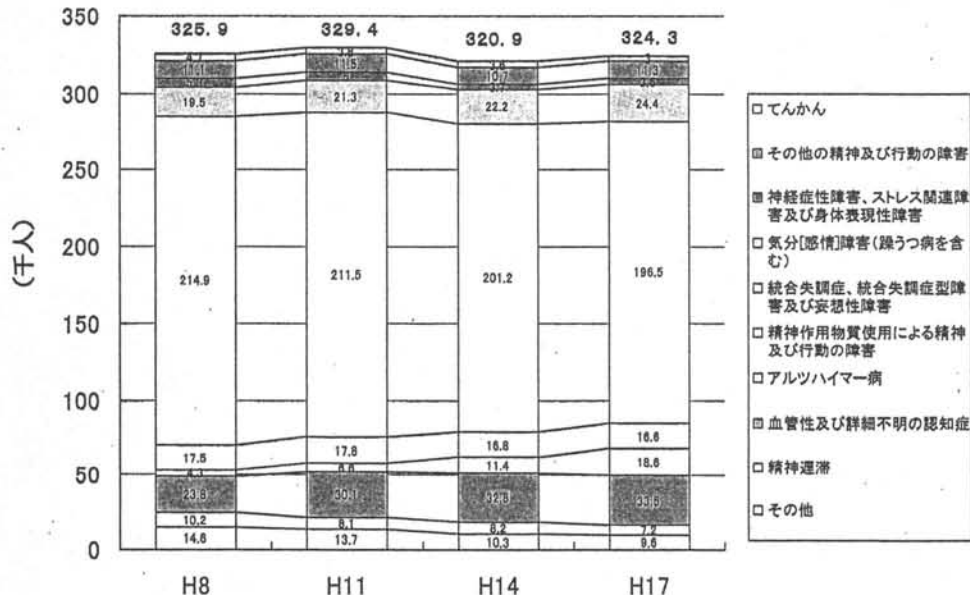


◆ ターゲット毎に適切なメッセージ・方法で普及啓発を実施し効果を検証  
※目標値については別途設定

## 患者数内訳(外来患者数・入院患者数)

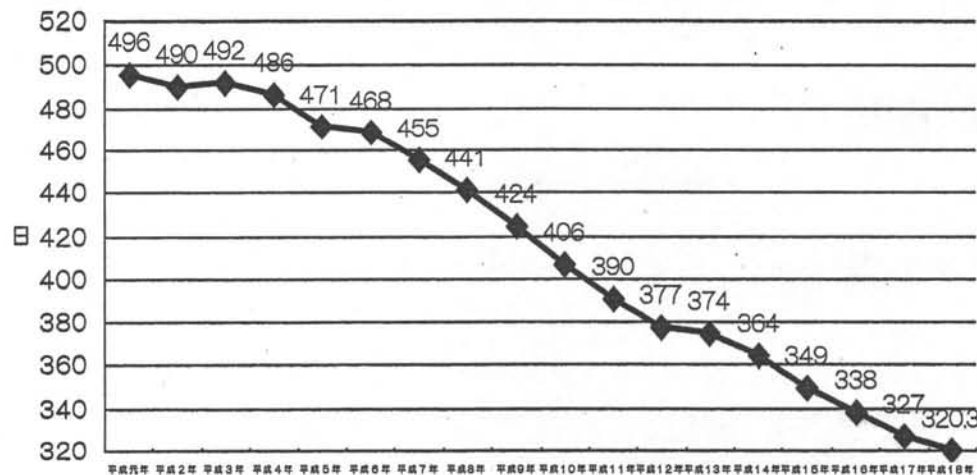


# 精神病床入院患者の疾病別内訳



資料：患者調査

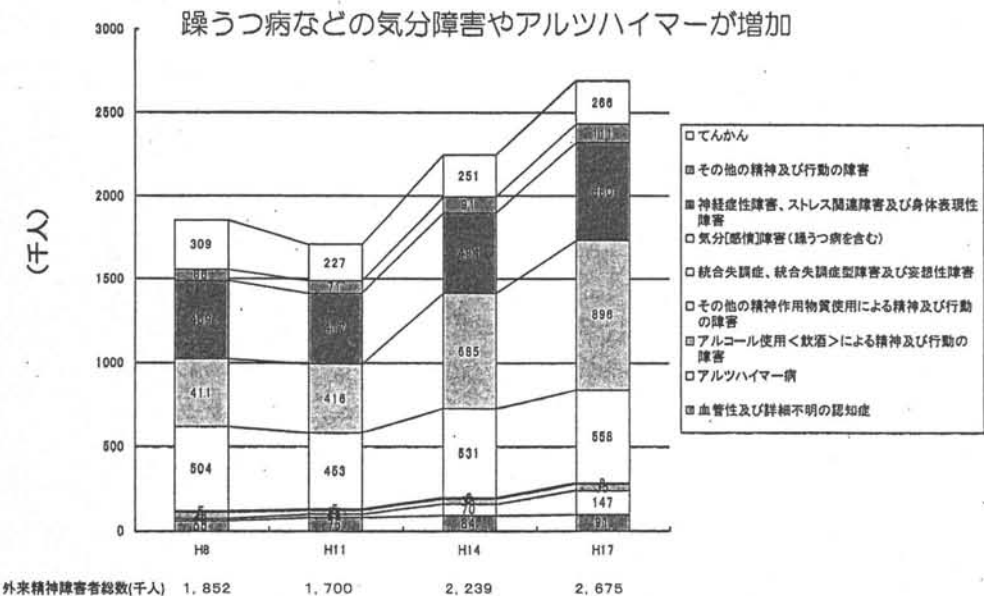
# 精神病床の平均在院日数の推移



資料：病院報告

年間在院患者延数  
 ※平均在院日数 =  $\frac{\text{年間在院患者延数}}{\frac{1}{2} \times (\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数})}$

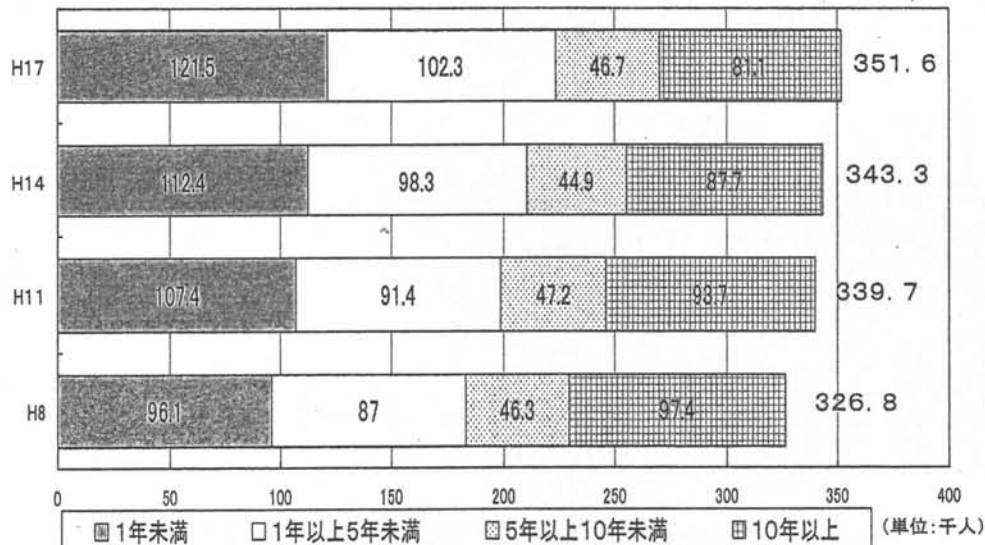
# 精神疾患外来患者の疾病別内訳



資料：患者調査

# 入院期間別疾患別推計入院患者数の年次推移

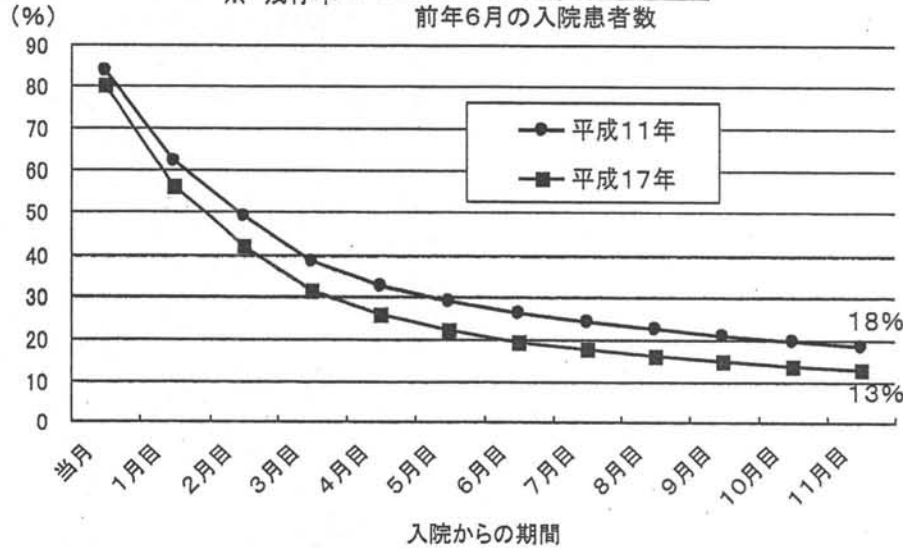
【精神疾患総数】



資料：患者調査



※ 残存率 =  $\frac{\text{毎月の残留患者数合計}}{\text{前年6月の入院患者数}}$

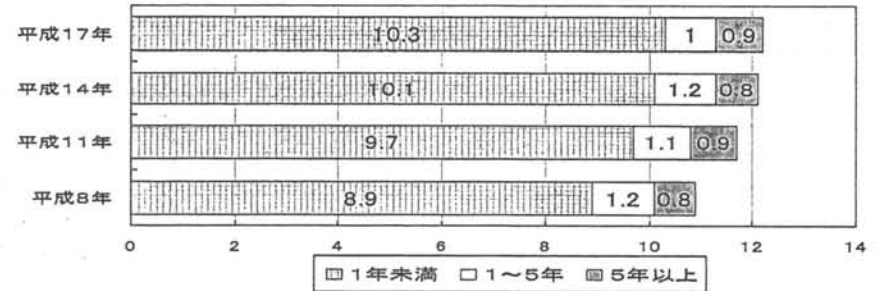


資料:精神・障害保健課調 14

【統合失調症】 推計退院患者数(在院期間別)

資料:患者調査

※ 各年9月の退院者数(単位:千人)



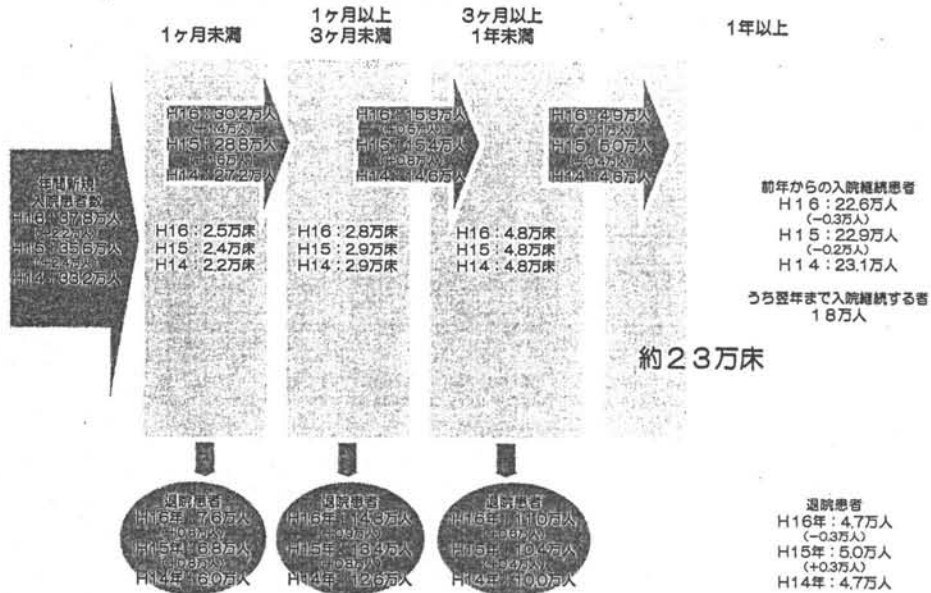
在院期間別退院患者(実数)

資料:精神・障害保健課調  
※ 各年6月の退院者数(単位:人)

	総数	1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上 20年未満	20年以上
平成17年	30,498	26,530	2,565	650	384	369
平成16年	29,972	26,037	2,615	593	383	344
平成15年	28,780	24,651	2,708	605	415	401
平成14年	27,280	23,322	2,609	580	382	387

16

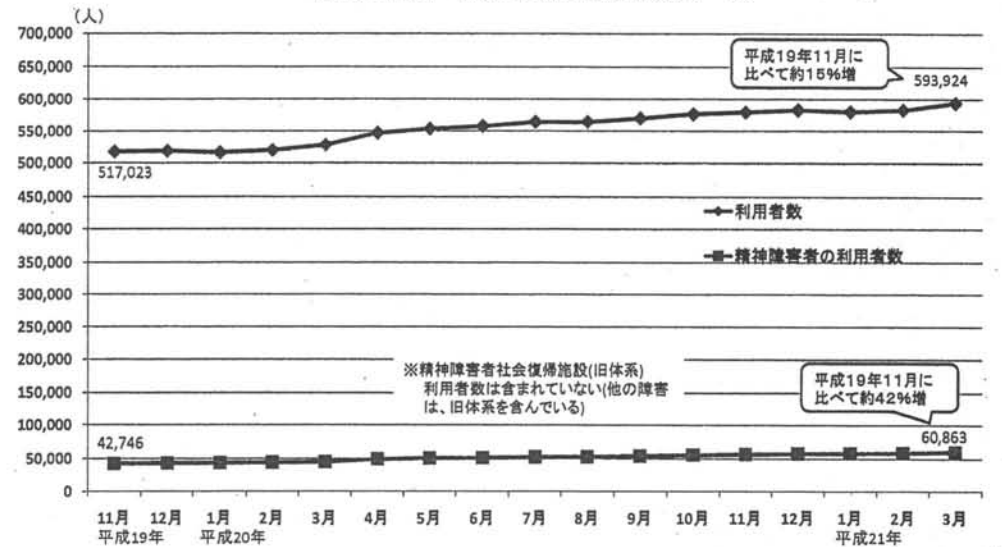
精神病床における患者の動態の年次推移



資料:精神・障害保健課調

15

障害福祉サービス利用者数に占める精神障害者の推移  
(平成19年11月~平成21年3月の推移:国保連データ)



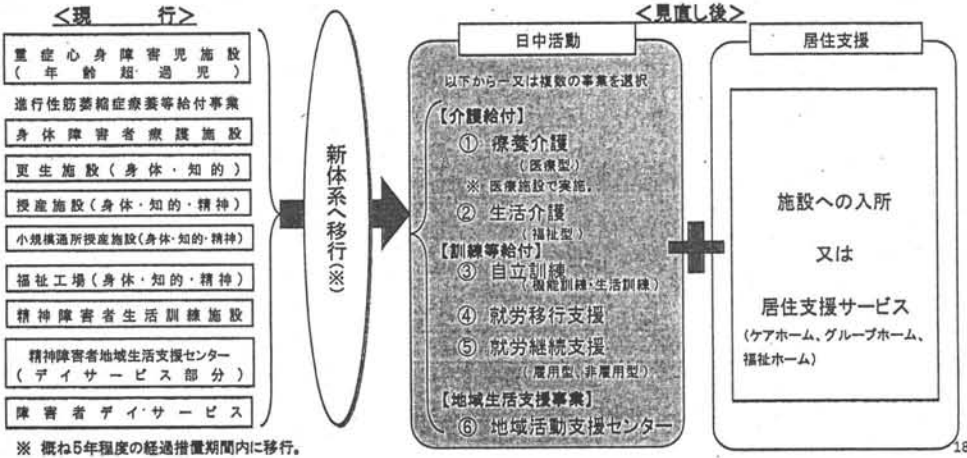
※複数サービスを利用している者は、各々カウントしている。

	11月 平成19年	12月 平成19年	1月 平成20年	2月 平成20年	3月 平成20年	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
精神障害者の利用者数	42,746	43,135	43,581	44,474	45,205	49,427	50,925	51,746	52,811	53,276	54,811	56,366	57,306	58,382	58,810	59,488	60,863
利用者数	517,023	518,064	515,672	519,440	527,470	546,865	553,514	557,606	564,488	564,821	569,926	576,695	579,753	583,097	580,568	583,252	593,924
精神障害者の占める割合	8.3%	8.3%	8.5%	8.6%	8.6%	9.0%	9.2%	9.3%	9.4%	9.4%	9.6%	9.8%	9.9%	10.0%	10.1%	10.2%	10.2%

17

○ 障害者の状態やニーズに応じた適切な支援が効率的に行われるよう、障害種別ごとに分立した33種類の既存施設・事業体系を、6つの日中活動に再編。

- ・「地域生活支援」、「就労支援」といった新たな課題に対応するため、新しい事業を制度化。
- ・24時間を通じた施設での生活から、地域と交わる暮らしへ(日中活動の場と生活の場の分離。)
- ・入所期間の長期化など、本来の施設機能と利用者の実態の乖離を解消。このため、1人1人の利用者に対し、身近なところで効果的・効率的にサービスを提供できる仕組みを構築。

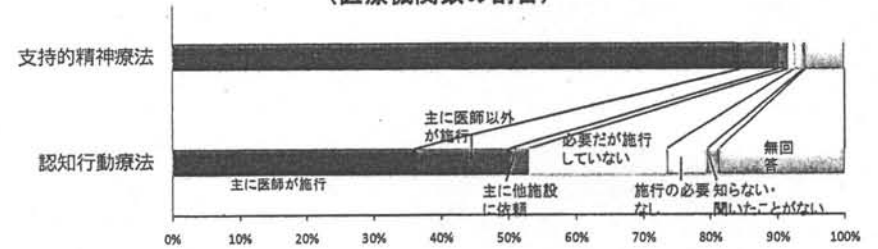


## 新体系サービスの概要

日中活動	サービス内容	特徴
療養介護	医療と常時介護を必要とする人に、医療機関で機能訓練、療養上の管理、看護、介護及び日常生活の世話を行います。	介護給付
生活介護	常に介護を必要とする人に、昼間、入浴、排せつ、食事の介護等を行うとともに、創作的活動又は生活活動の機会を提供します。	介護給付
自立訓練(機能訓練・生活訓練)	自立した日常生活又は社会生活ができるよう、一定期間、身体機能又は生活能力の向上のために必要な訓練を行います。	訓練等給付
就労移行支援	一般企業等への就労を希望する人に、一定期間、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練を行います。	訓練等給付
就労継続支援	一般企業等での就労が困難な人に、働く場を提供するとともに、知識及び能力の向上のために必要な訓練を行います。	訓練等給付
地域活動支援センター	創作的活動又は生産活動の機会の提供、社会との交流等を行う施設です。	地域生活支援事業
居住支援	サービス内容	特徴
施設への入所	施設に入所する人に、夜間や休日、入浴、排せつ、食事の介護等を行います。	介護給付
ケアホーム	夜間や休日、共同生活を行う住居で、入浴、排せつ、食事の介護等を行います。	介護給付
グループホーム	夜間や休日、共同生活を行う住居で、相談や日常生活上の援助を行います。	訓練等給付
福祉ホーム	住居を必要としている人に、低額な料金で、居室等を提供するとともに、日常生活に必要な支援を行います。	地域生活支援事業

## 気分障害に対する精神療法の実施状況

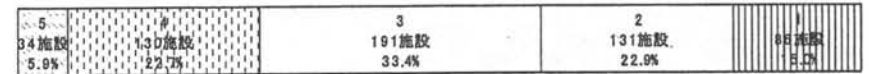
(医療機関数の割合)



## 精神科における精神療法の実施状況

(医療機関の自己評価)

有効回答数: 572



精神療法の実施が十分であるかを5段階で回答  
5(十分である)-4-3(どちらでもない)-2-1(十分でない)

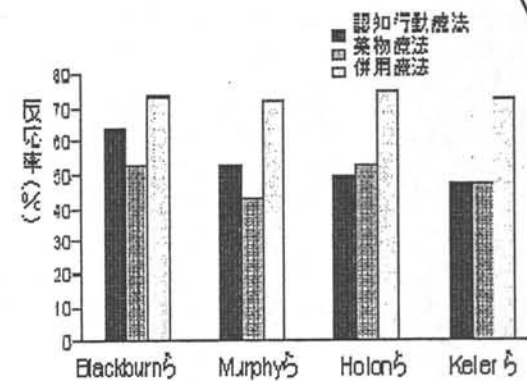
十分でない施設が37.9%

- ・ 全国社会資源名簿(2002-2004)(財団法人:全国精神障害者家族連合会・編)にもとづき、精神科を有する全国の医療施設2949施設(病院:1869施設、診療所:1080施設)の診療部長ないし施設長宛に調査用紙を郵送
- ・ 回答施設数:586施設(回答率:20.3%)

平成17年度厚生労働科学研究「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」主任研究者:大野裕

## 成人うつ病に対する認知行動療法と薬物療法の治療反応率

(Hollon et al., 2005から引用)



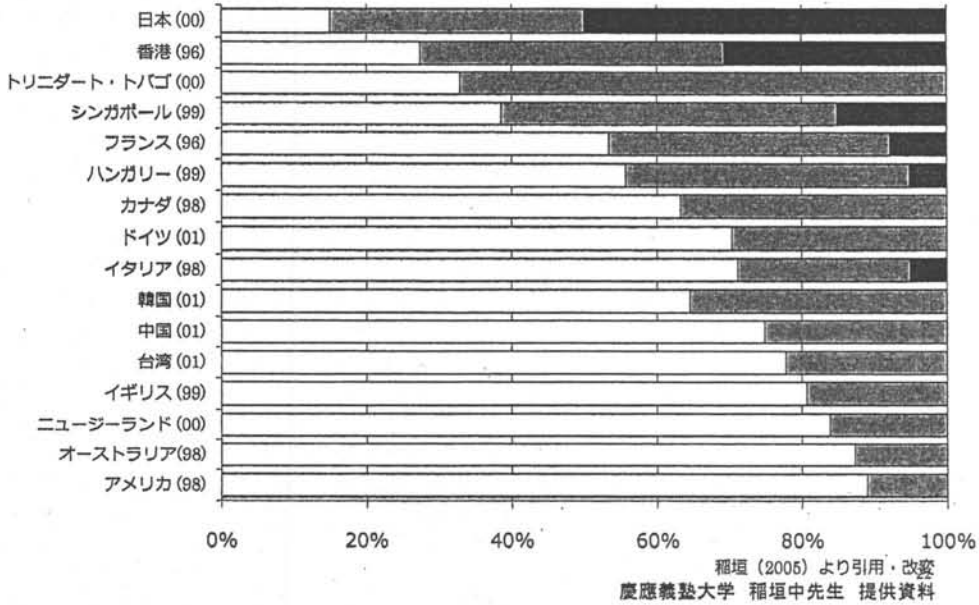
併用療法の効果の背景

- ①症状の改善や日常生活の機能改善による
- ②異なる治療法の併用により臨床改善がえられ、それが治療反応率を上げる
- ③精神療法が薬物療法の受け入れや忍容性を向上させることより、治療のアドヒアランスを引き上げる
- ④認知行動療法などの精神療法は長期間に渡っても再発予防に効果を示すことから維持治療に有効

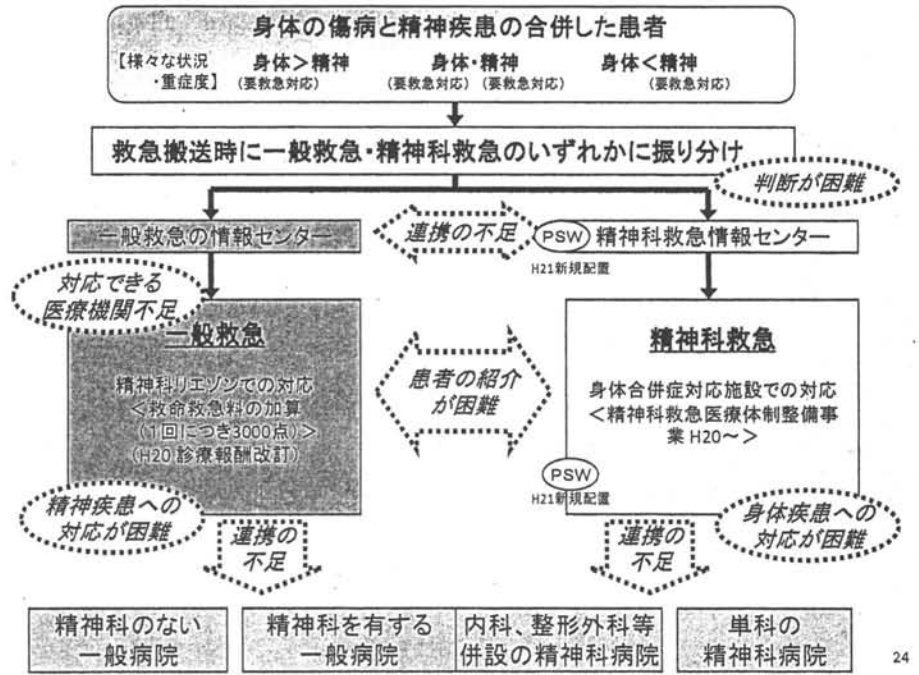
データは、Blackburn et al., 1981; Murphy et al., 1984; Hollon et al., 1992; Keller et al., 2000による。

# 統合失調症患者に対する抗精神病薬併用投与に関する国際比較

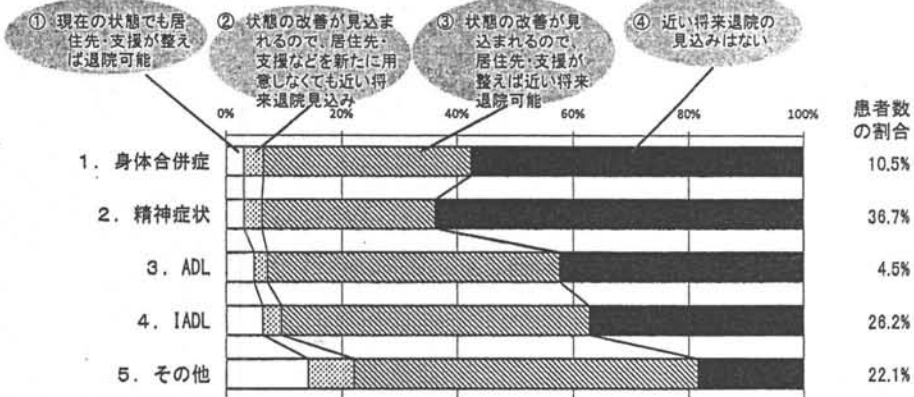
□単剤 ■2剤 ■3剤以上



# 一般救急と精神科救急の連携の現状



# 統合失調症患者の状態と退院可能性(まとめ)



分類の定義

1: 特別な管理(入院治療)を要する身体合併症	3: ベッド上の可動性、移乗、食事、トイレの使用の4項目のうちいずれかでボディタッチを含む援助を要する者、但し1・2を除く
2: 次の項目のうちいずれかを満たす者、但し1を除く ・自傷他害の可能性 中程度以上 ・奇妙な姿勢 毎日 ・幻覚 高度以上 ・罪業感 高度以上 ・緊張 やや高度以上 ・抑うつ気分 高度以上 ・薬物療法の必要性の認識 不十分で服薬しない	4: 食事の用意、家事一般、金銭管理、薬の管理、電話の利用、買い物、交通手段の利用のいずれかが非常に困難な者、但し1~3を除く 5: 1~4以外の者

# 救急搬送における医療機関の受入状況等詳細調査結果

○調査対象:  
平成20年12月16日(火) 8:30~22日(月)8:29 に東京消防庁管内で救急搬送した全事案(転院搬送除く)  
計9,414件

図1. 医療機関に受入の照会を行った回数:

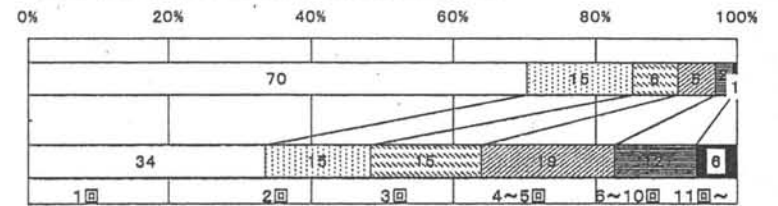
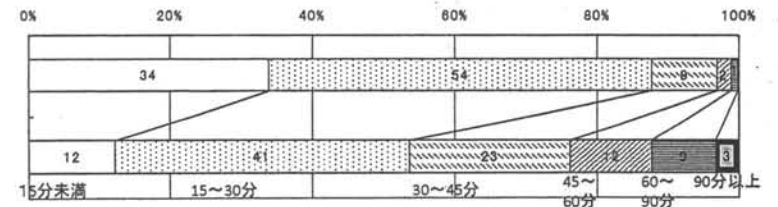


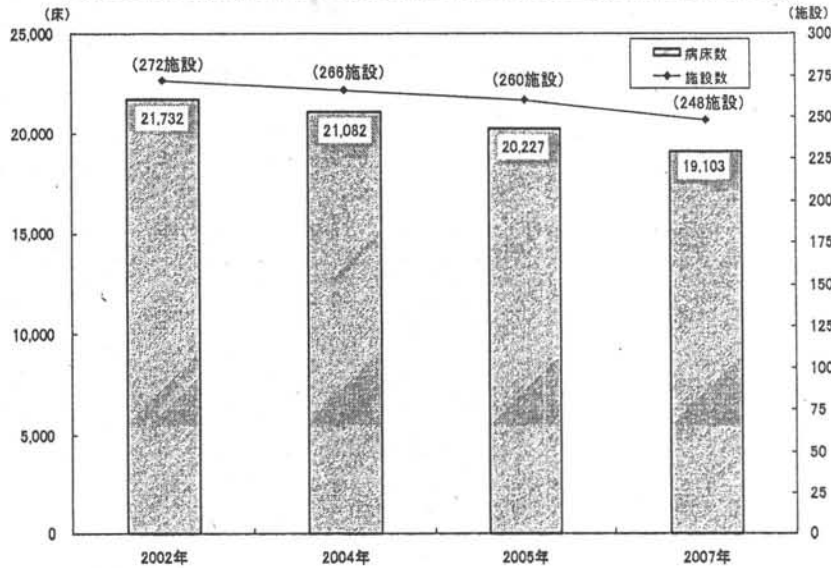
図2. 現場滞在時間







# 総合病院精神科病床の減少



2007年の病床数は2002年の92.1%に減少  
2007年の施設数は2002年の91.2%に減少

(総合病院基礎調査などから算出)

日本総合病院精神医学会藤原修一先生提供データより作成

30

## これまでの宿題事項について

周産期・救急③

宿題1 重症の患者がNICUから後方病床に移行する過程における診療報酬上の評価は現状どうなっているか。

(平成21年9月30日 坂本委員)

NICUから後方病床に至るまでの診療報酬上の評価

(1) 評価の概要

NICU病床からの退室者については、

- ① 通常の入院基本料及び幼児加算に加えて、看護配置等の条件が整った病床においては、新生児入院医療管理加算や超重症児加算により、
- ② 小児入院管理料を算定する病棟においては、幼児加算、検査や処置等の診療に係る費用が包括により評価されている(宿題資料1)。

(2) 診療報酬上の課題

NICU(新生児特定集中治療室管理料)については、一度NICUを退室すると再度入室しても新生児特定集中治療室管理料を算定することができない。

また、NICUの定員を一時的であっても超過して患児を受け入れた場合については、NICU入室児全員が新生児特定集中治療室管理料を算定できなくなる。

宿題2 NICU から地域への移行阻害要因の調査について平成 20 年度厚生労働科学研究報告書において「家族の受け入れ不良」が挙げられているが、具体的にはどのような記載があったのか。

(平成 21 年 9 月 30 日坂本委員)

平成 20 年度厚生労働科学研究の調査において、退院できない理由として挙げられた回答の具体的な記載は以下の通りであった(宿題資料 2)。

○ 家族の受け入れ不良

「家族が受け入れない」、「面会少なく受け入れ不良」等

○ 家庭環境

「核家族で母以外に面倒を見る人がいない」、「他に介護を要する人がいる」、「両親の健康状態に問題がある」等

○ 地域のサポート体制

「自施設で在宅人工換気患者のフォローを行っていない」、「緊急時の対応ができない」等。

宿題3 ハイリスク分娩管理加算の効果について、検証部会の調査結果を用いて何か分析できないか。

(平成 21 年 9 月 30 日遠藤委員長)

平成 20 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査において、病院勤務医の負担軽減策の取組み状況等の把握、負担軽減と処遇改善等に関する調査・検証を行った。ただし、調査結果はハイリスク分娩管理加算の効果を確認に表すものではなく、勤務負担軽減を検証したものである。

自由記載欄に記載された具体的な意見を紹介すると、多胎妊娠等へ対象疾患を拡大すべきとの意見や、病院の収入が増えても産科医の処遇改善にはつながっていないとの意見等があった。

診療報酬改定結果検証に係る特別調査(平成 20 年調査)

「病院勤務医の負担軽減の実態調査」

<自由記載例>

○ 外来診療に係るあなたの業務負担が軽減した理由(ハイリスク分娩管理加算に限らない)

- ・ 外来担当日の減少
- ・ 診療体制の効率化 等

○ 診療科において実施した経済面での処遇改善内容(産科関連)

- ・ ハイリスク妊娠、分娩点数を主治医に全額配分している。
- ・ 時間外の分娩手当、夜間緊急手術時の応援者への補助料金が創設された。
- ・ 救急母胎搬送受入の際、初診療医 1 名に 1 回約 10000 円の手当が付いた。等

○ ハイリスク分娩管理加算についての課題・問題点等

- ・ 適応対象の拡大を要望(既往帝王切開後経膈分娩、双胎妊娠、胎盤機能不全、子宮内胎児発育不全など)
- ・ ハイリスク分娩管理加算の対象患者であるが、自然分娩時には保険請求ができない。
- ・ 病院の増収にはなるが、当事者の産科医の処遇改善には繋がっていない。等

宿題4 救急医療に関係する現在の診療報酬上の評価と算定状況（例えばハイケアユニット等について）を教えてください。

（平成21年9月30日対馬委員）

救急医療に関しては、救命救急入院料をはじめとする特定入院料による評価、救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算等の入院基本料等加算による評価がされている。

それ以外の評価については、ハイケアユニットの届出が平成20年では68医療機関、776床となっている。

また、広範囲熱傷特定集中治療室については、25医療機関で52床の届出となっている。ただし、専用の広範囲熱傷特定集中治療室を設ける施設基準が算定を困難にしているとの指摘もある（宿題資料3）。

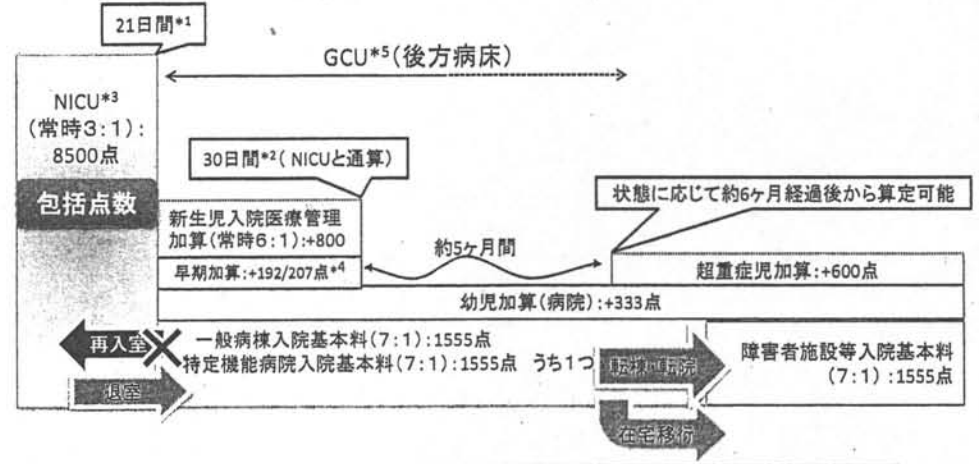
宿題5 救急の受け入れ困難事例の詳細調査結果について教えてください。

（平成21年9月30日坂本委員）

救急患者搬送において受入に至らなかった理由のうち、「ベッド満床」について平成20年6月に医政局指導課が行ったサンプル調査によると、「ベッド満床」には物理的に満床である場合や、物理的に空床があってもその患者にふさわしい病床が空いていない場合、人員不足等の要因が含まれていることが示唆された。

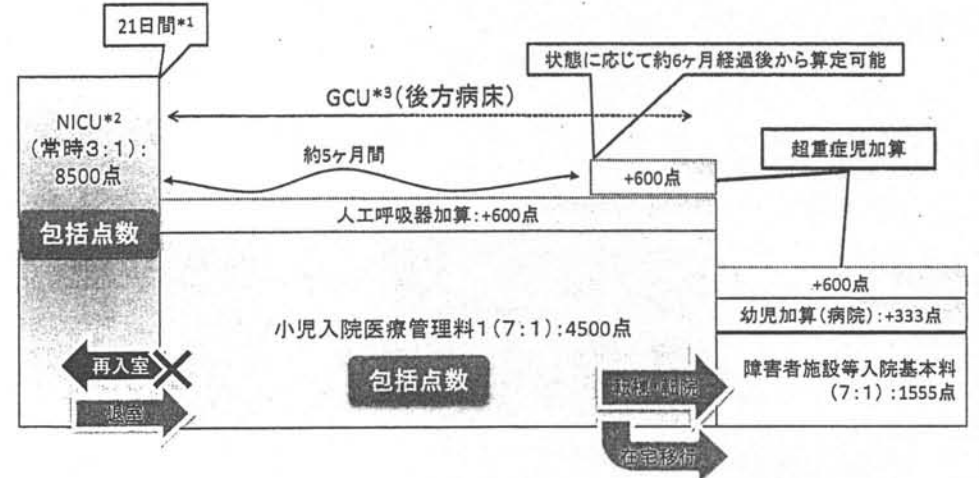
しかしながら、この調査の基になった「救急搬送における医療機関の受入状況等調査」において、受入に至らなかった理由については、医療機関との電話でのやりとりの中で聞き取った内容を消防側の判断で理由を分類したものであり、この詳細調査の結果を踏まえても、「受け入れ困難事例」の詳細についてははっきりとした原因を明らかにするには至っていない（宿題資料4）。

NICU入院後の診療報酬点数の推移  
 <小児入院医療管理料を算定しない場合>



入院料の後の()内は診療報酬上の看護配置を記載  
 \*1 体重により最大90日まで \*2 体重により最大120日まで \*3 1回の入院中にNICUへの再入院はできない  
 \*4 入院から15日以上30日以内において一般入院基本料は192点、特定機能病院入院基本料は207点の加算がつく  
 \*5 周産期整備指針において看護配置は常時8対1

NICU入院後の診療報酬点数の推移  
 <小児入院医療管理料を算定する場合(1を算定)>

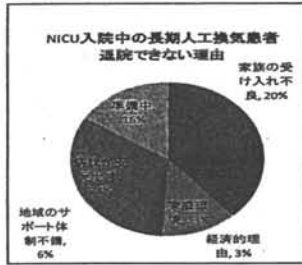


入院料の後の()内は診療報酬上の看護配置を記載  
 \*1 体重により最大90日まで \*2 1回の入院中にNICUへの再入院はできない \*3 周産期整備指針において看護配置は常時8対1

宿題資料2

平成20年度厚生科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業)  
 「中間施設としての小児救急・慢性呼吸循環管理病室の在り方の検討」  
 主任研究者 田村正優より

前回提出資料: NICU から在宅への阻害要因



質問票から抜粋

1-17. 現在NICU入院中の患者で6ヶ月以上人工呼吸管理中の患者数  名

1-18. 1-17の患者のうち、在宅人工換気の適応のある患者数  名

1-19. 1-18の患者の診断名、年齢と在宅人工換気ができない理由を1症例ずつお書き下さい

診断名	年齢	在宅人工換気ができない理由
1. ( )歳 ( )歳		
2. ( )歳 ( )歳		
3. ( )歳 ( )歳		
4. ( )歳 ( )歳		
5. ( )歳 ( )歳		

「家族の受け入れ不良」に分類された具体的記載内容  
 家族が受け入れない、受け入れが悪い、受け入れ体制、低酸素性虚血性脳症に至った背景  
 家族の受け入れで問題あり、面会少く受け入れ不良、家庭での受け入れ不可  
 受け入れ拒否、家族の受け入れが十分にできていない など

(参考)  
 「家庭環境」に分類された具体的記載内容  
 核家族で母以外に面倒を見る人がいない、兄弟がいるため育児にかりきりにならない  
 ほか介護を要する人がいる、自営業で母親も仕事をしている、両親の健康状態に問題がある、母子家庭、  
 患児が自宅に帰ることについて、ほかの家族の理解がない など

「地域のサポート体制不備」に分類された具体的記載内容  
 自施設で在宅人工換気患者のフォローを行っていない、緊急時の対応ができない  
 レスパイトができない、訪問看護や往診を行えない、地域の訪問看護ステーションがない  
 など

宿題資料4

救急搬送において受入に至らなかった理由について

厚生労働省 救急搬送に関する調査 (平成20年6月10日)

急性期病棟における入院料、搬送要件、搬出要件	点数	医師記載	看護記載	対象患者	搬出医療機関数	
					平成19年度	平成20年度
救命救急 1	~3日 8700点 4~7日 8772点 8~14日 7400点	専任医師 常時7名以内	必要数	救命救急又は重症、急性呼吸不全又は急性呼吸不全の急性増悪、急性心不全、急性脳卒中、ショック、重篤な代謝異常、大手術後、緊急生後、その他所見、重症患者で重篤な状態	604	688
救命救急 2	~3日 11500点 4~7日 10140点 8~14日 8820点	専任医師 常時5名以上	常時 2名1	救命救急又は重症、急性呼吸不全又は急性呼吸不全の急性増悪、急性心不全、急性脳卒中、ショック、重篤な代謝異常、大手術後、緊急生後、その他所見、重症患者で重篤な状態	3750	398
特定集中治療室	~7日 8700点 8~14日 7320点	専任医師 常時2名以内	常時 2名1	救命救急又は重症、急性呼吸不全又は急性呼吸不全の急性増悪、急性心不全、急性脳卒中、ショック、重篤な代謝異常、大手術後、緊急生後、その他所見、重症患者で重篤な状態	51	49
広域医療圏特定集中治療室	~10日 7800点	専任医師 常時5名以上	常時 3名1	救命救急又は重症、急性呼吸不全又は急性呼吸不全の急性増悪、急性心不全、急性脳卒中、ショック、重篤な代謝異常、大手術後、緊急生後、その他所見、重症患者で重篤な状態	24	24
臨床ケアユニット	~14日 5700点	専任医師 常時5名以上	常時 3名1	救命救急又は重症、急性呼吸不全又は急性呼吸不全の急性増悪、急性心不全、急性脳卒中、ショック、重篤な代謝異常、大手術後、緊急生後、その他所見、重症患者で重篤な状態	51	49
ハイケアユニット	~21日 3700点	専任医師 常時5名以上	常時 4名1	救命救急又は重症、急性呼吸不全又は急性呼吸不全の急性増悪、急性心不全、急性脳卒中、ショック、重篤な代謝異常、大手術後、緊急生後、その他所見、重症患者で重篤な状態	52	58
一般病棟(7割1)	1555点+出来高 ~14日 428点 15~30日 112点	専任医師 常時5名以上	常時 3名1	救命救急又は重症、急性呼吸不全又は急性呼吸不全の急性増悪、急性心不全、急性脳卒中、ショック、重篤な代謝異常、大手術後、緊急生後、その他所見、重症患者で重篤な状態	829	847
合計					73198	70038

社会医療法人 救急医療センター (平成19年度 平成20年度)  
 救急医療センター  
 平成19年度 平成20年度  
 179,838 209,070  
 188,718



# 救急搬送における医療機関の受入状況について

- 救急搬送において医療機関への受入照会回数が多数に及ぶ事案が各地にみられる状況を踏まえ、平成20年3月に総務省消防庁より「救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査」の結果が公表された。

主な内容については以下のとおり。

(重症以上傷病者搬送人員530,671人から転院搬送人員119,046人を除いた、411,625人について調査。)

## (1) 医療機関に受入照会を行った回数ごとの件数

- ① 受入が決定するまでに行った照会回数が4回以上が14387件 (3.9%)  
11回以上が1074件 (0.3%)

## ② 地域別の状況を見ると、首都圏、近畿圏等の大都市周辺部において照会回数が多くなっている。

※4回以上の割合が全国平均を上回る県(10都府県)

(宮城県、茨城県、栃木県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、大阪府、兵庫県、奈良県)

# 救急搬送において受入に至らなかった理由について

- 救急搬送において受入に至らなかった理由\*1として、以下の項目が挙げられている。

表1. 受入に至らなかった理由ごとの件数 (医療機関の区分によらず集計したもの)

1	2	3	4	5	6	7
処置困難	ベッド満床	手術中・患者対応中	専門外	医師不在	初診(かかりつけ医なし)	理由不明及びその他
22.9%	22.2%	21.0%	10.4%	3.5%	0.2%	19.7%

表2. 第三次救急医療機関に限ったもの\*2

2	3	1
ベッド満床	手術中・患者対応中	処置困難
37.8%	34.5%	12.7%

表3. 第二次救急医療機関以下に限ったもの\*2

1	3	2
処置困難	手術中・患者対応中	ベッド満床
39.0%	16.2%	15.6%

※ いずれも、消防隊員が、医療機関に依頼したものの受入に至らなかった事案において、医療機関との電話でのやりとりの中で聞き取った内容を、消防側の判断で、上記1~7に割り振り集計したもの

\*1 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 平成20年3月11日) 平成19年中に行われた救急搬送のうち、重症以上傷病者搬送人員530,671人から転院搬送を除いた119,046人について調査した結果

\*2 実態調査のうち集計可能な宮城県、埼玉県、東京都、静岡県、愛知県、広島県、福岡県における数値

# 「ベッド満床」について

## 救急医療機関の病床利用率

- 第二次・第三次救急医療機関の病床利用率

(平成17年医療施設静態調査と平成18年病院報告による)

### 第二次救急医療機関

全国平均 81.8%  
(10県平均 78.8%)

### 第三次救急医療機関

全国平均 80.6%  
(10県平均 80.8%)

- 救命救急センターとセンターが属する病院全体の病床利用率

(平成20年度 救命救急センター現況調べによる(43都道府県分))

### 救命救急センター

全国平均 71.3%  
(10県平均 78.9%)

### センターが属する病院全体

全国平均 83.7%  
(10県平均 81.3%)

# 救急医療機関が受入に至らなかった理由としての「ベッド満床」の意味について (サンプル調査 結果①)

		第二次 医療機関 (30施設)	第三次 医療機関 (23施設)	総計 (53施設)	
A. 物理的に満床である	1. 病院全体が物理的に満床である。	(1)常に満床(病床が少ない、転院や退院が滞っている等)	2	2	4
		(2)時期、時間によって希に満床	16	10	26
	2. 救急部門の病床は満床であるが、一般病床には空床がある。	(1)常に満床(病床が少ない、一般病床への転院が滞っている等)	1	2	3
		(2)時期、時間によって希に満床	8	14	22
B. 物理的には空床がある	1. 救急部門には空床はあるが、その患者にふさわしい空床が空いていない。(CCU、SCU等の利用区分を設けている。)		17	10	27
		(1)救急部門にない	10	3	13
		(2)一般病床にない	9	5	14
	3. その他	(1)受け入れを断る理由に使った。	2	1	3
		(2)消防への情報伝達過程の誤解である。	0	1	1
(3)その他	12	7	19		

10都府県(宮城県、茨城県、栃木県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、大阪府、兵庫県、奈良県)を通じて調査を実施。

「救急医療機関が受入に至らなかった理由としての「ベッド満床」について、該当するものを、「各都府県5施設程度、各施設3項目選択」により調査し、集計。

## 救急医療機関が受入に至らなかった理由としての「ベッド満床」の意味について (サンプル調査 結果②)

### 第二次救急医療機関からの「ベッド満床について」のコメント

- 翌日入院予定のため救急に使用できない。
- 専門科目を求める人の増加と夜間の病院の人材不足が一番の原因。

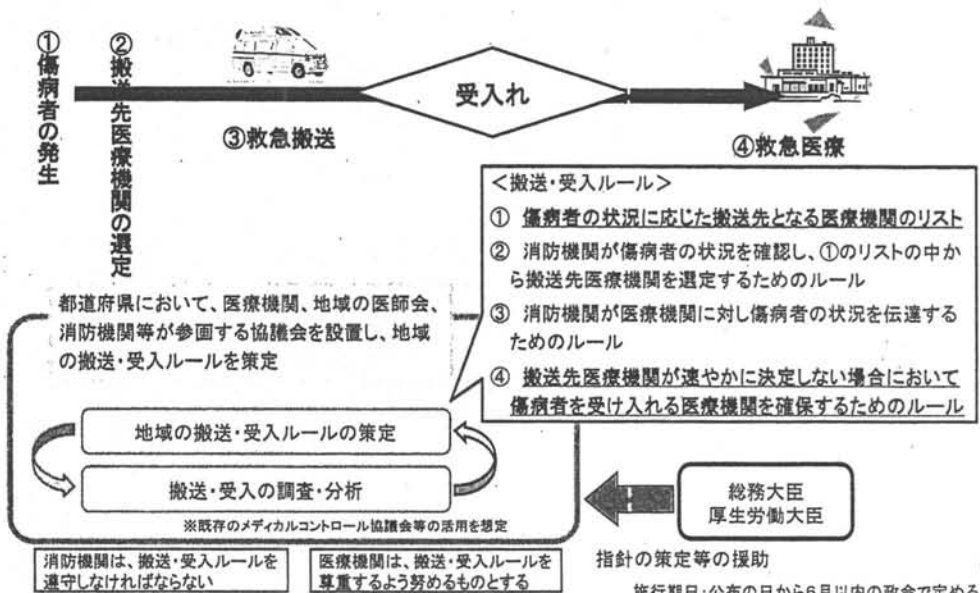
### 第三次救急医療機関からの「ベッド満床」についてのコメント

- 相当の努力をして、空床確保に努めており、「ベッド満床」を理由に断ったことはない。現行の医療制度では、漫然と運営してベッドを満床にしておいた方が、努力して空床を作った場合より、収益は多くなる。空床確保について十分な支援をしてほしい。
- 急性期を過ぎて、後方病院にさせようとしても、なかなか転院できない。これが当院では最大の問題である。
- たとえ満床でも「必要な初療処置のみ実施」して、適切な医療機関への転送という対応もあり得る。
- 第三次救急医療機関として常に患者の受入に努力しているが(満床でも+2~3人までは受け入れている。)、物理的に受入困難なときのみ断る。
- 肺炎などの急性期病態を改善しても、それ以前の全身状態が在宅や療養施設でギリギリの状態で紹介されている患者も多く、引き受け手がいないのが実情であり、満床の原因となっている。
- 大学病院には救急医療以外の高度専門医療を担う役割があり、それに大きな負担をかけて院内転床をすすめているが、限界がある。

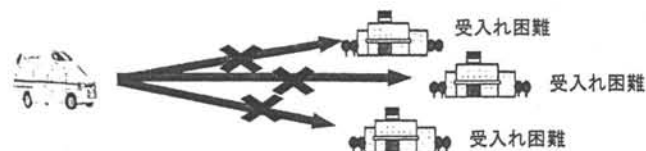
5

## 消防法の一部を改正する法律の概要 (平成21年5月1日公布)

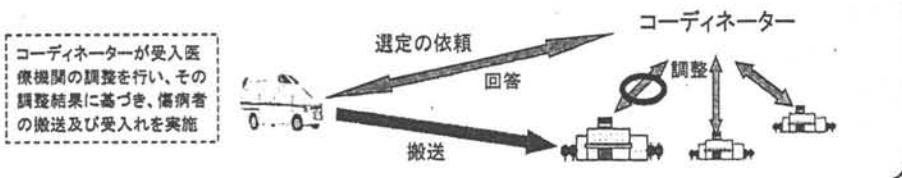
- 傷病者の搬送及び受入を円滑に行うことが、傷病者の救命率の向上や後遺症の軽減等の観点から、重要な課題。このため、消防法を改正し、都道府県において、医療機関、地域の医師会、消防機関等が参画する協議会を設置し、地域の搬送・受入ルールを策定することとしたところ。



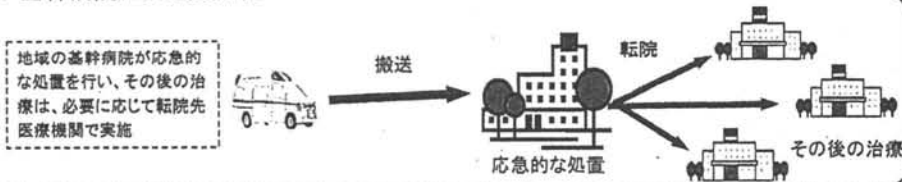
### 搬送先医療機関が速やかに決定しない場合



### (例) コーディネーターによる調整



### 基幹病院による受入れ



7

# 看護職員の需給状況に関する 専門委員意見

中央社会保険医療協議会  
基本問題小委員会

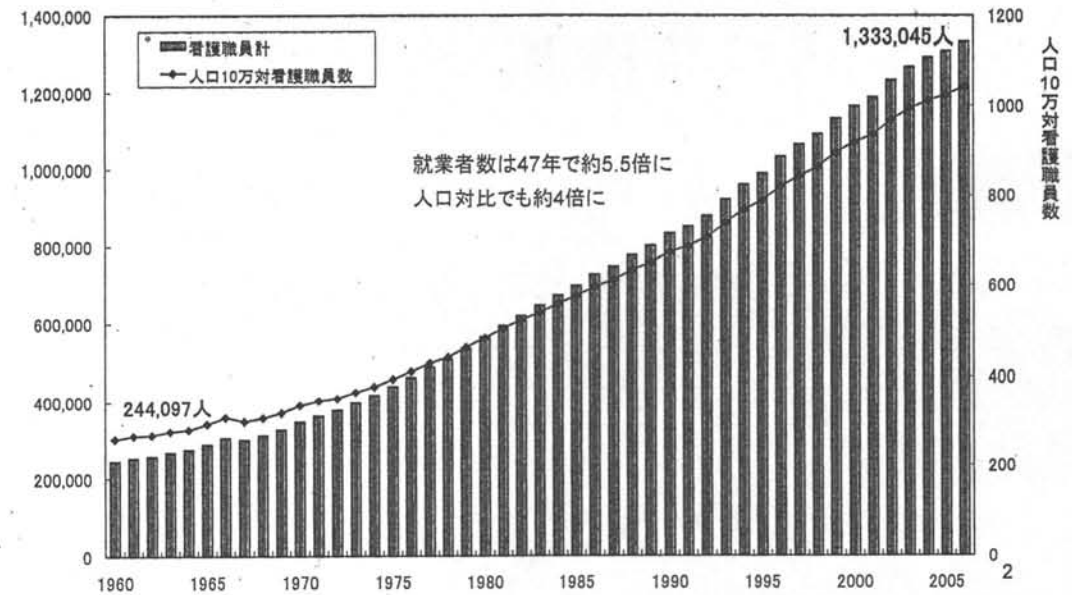
2009年11月4日

専門委員

社団法人 日本看護協会 坂本すが

看護職員の就業者数は1960年代以降、増加の一途であり、現在は約133万人となっている。

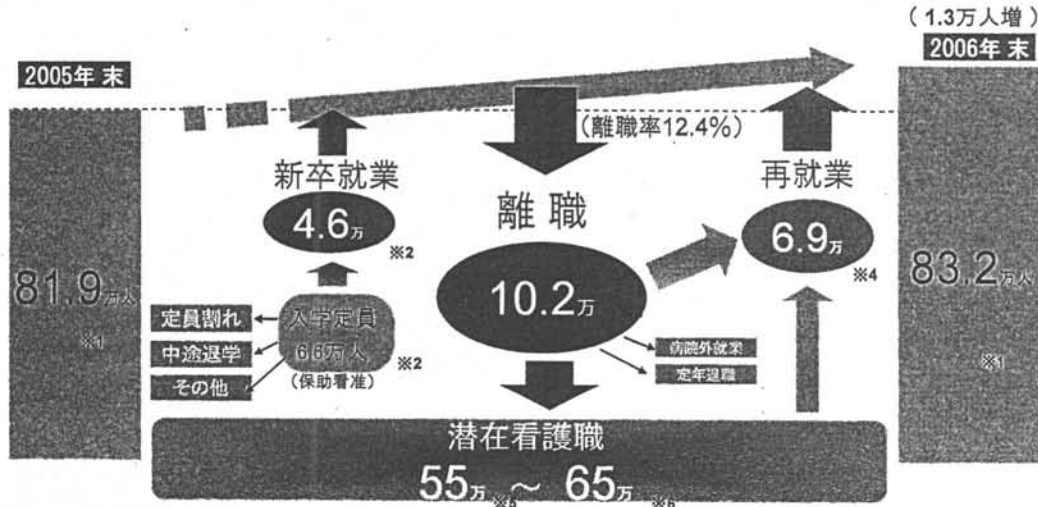
### 看護職員就業者数の推移(1960～2006年)



【出典】 看護職員数:「看護関係統計資料集」 人口:総務省「推計人口」

看護職員就業数者の経年変化は、新卒就業や再就業による増加があるものの、離職にともなう潜在化により、1年間で1.3万人のみの増加にとどまる。

### 病院就業看護職の就業者数の構造

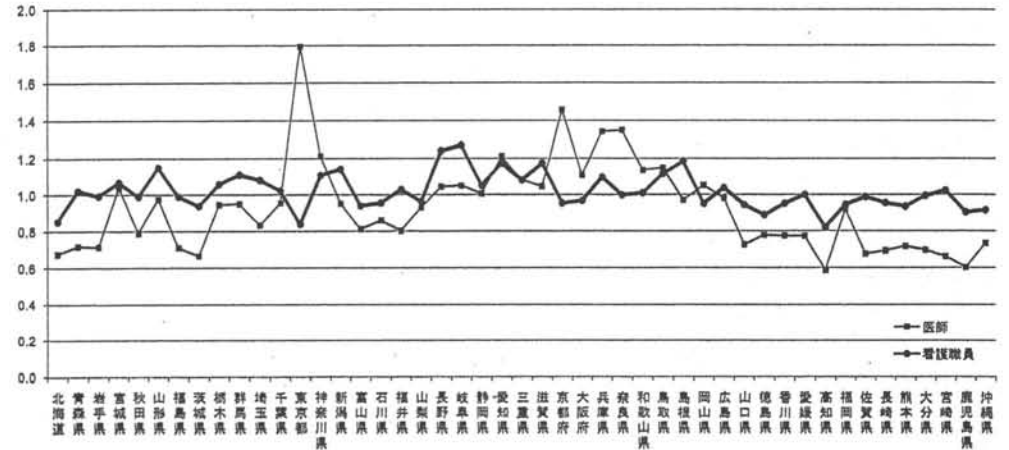


※1 厚生労働省医政局看護課公表資料  
 ※2 看護関係統計資料集 入学定員は、2006年卒業者の入学時の定員で算出。また大学は看護師定員のみに加算(同一学生で複数課程重複のため)  
 ※3 日本看護協会2007年病院看護実態調査による推計 ※4 就業増、新卒就業者数、離職者数による推計  
 ※5 厚生労働省「医療安全の確保に向けた保健師助産師看護師法等のあり方に関する検討会」第1回資料  
 ※6 宮崎悟、中田喜文:「看護職員の潜在化動向とその要因」ITEC Working Paper Series 08-08 September 2008

医師に比べると看護職員数の都道府県格差は小さく、地域偏在が際立って大きいとはいえない。

### 医師および看護職員の都道府県別の偏在

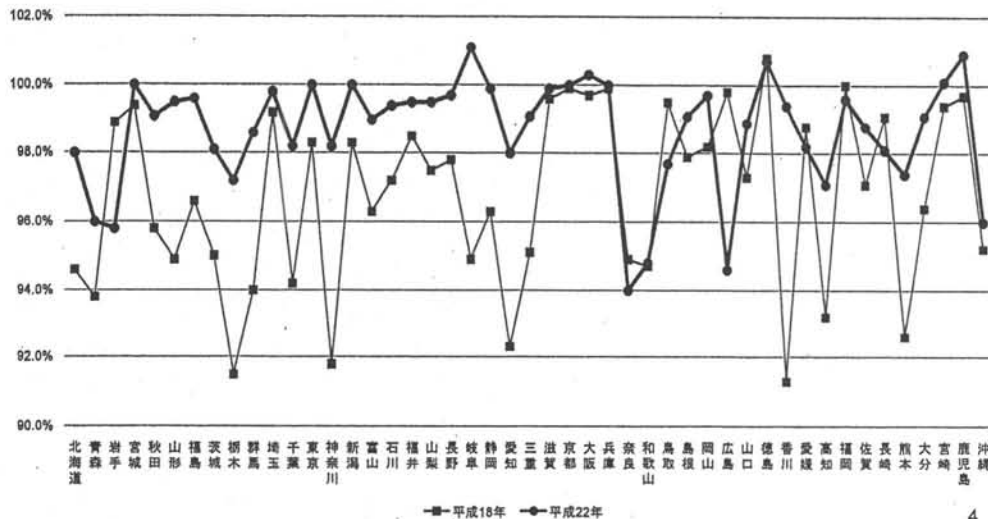
(100床当たりの全国平均値を1とした場合の割合)



【出典】厚生労働省「医療施設調査」、国勢調査、平成17年

第6次看護職員需給見通しにおける都道府県別看護職員数によると、経年的には需給見通しの差は縮小傾向にある。最も低い地方でも奈良県の94.0%であり、全体の不足傾向は縮小している。

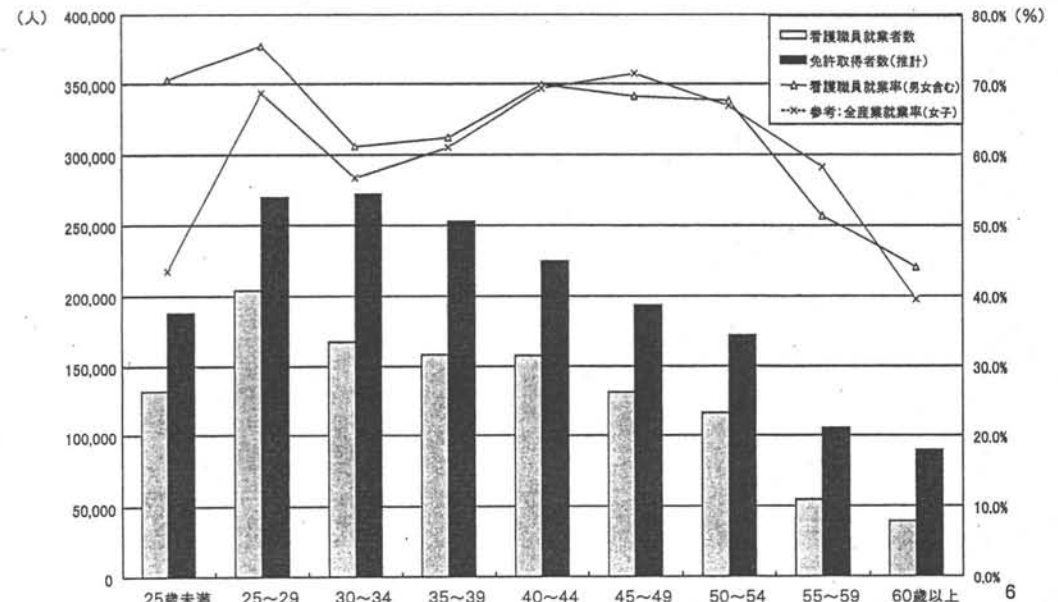
### 都道府県別の看護職員需給割合



【出典】厚生労働省「第6次看護職員需給に関する検討会」資料より改編

年代別の就業状況では、30代でいったん減少して40代で復職するというM字型の就業構造である。

### 看護職員の年代別就業状況

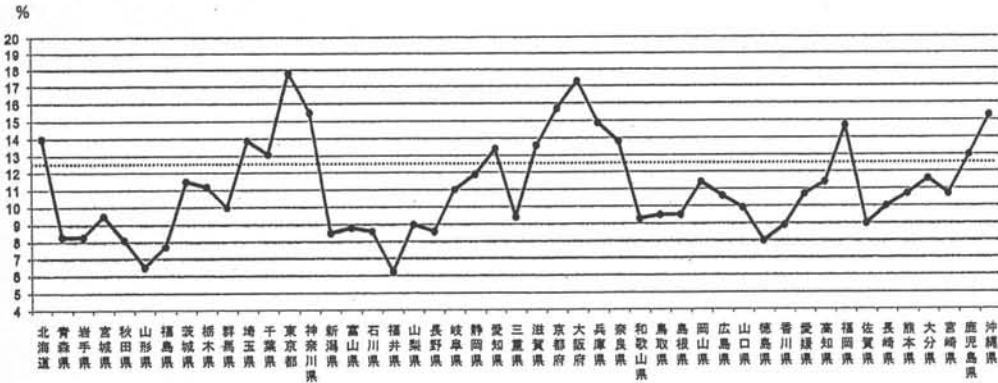


【出典】①看護職員就業数=「衛生行政報告例(H14年度)」厚生労働省統計情報部  
 ②免許取得者数(推計)=第6次看護職員需給見通し検討会資料 ③全産業就業率=「就業構造基本調査(H14年)」総務省統計局



常勤看護職員の離職率の全国平均は12.6%である(2007年度)。  
 離職率が高いのは、東京(17.8%)、大阪(17.3%)>他45道府県であり、人材の確保が容易であるはずの大都市部で離職率が高い傾向にある。一方で離職率が全般的に低いのは、東北・北陸地方である。

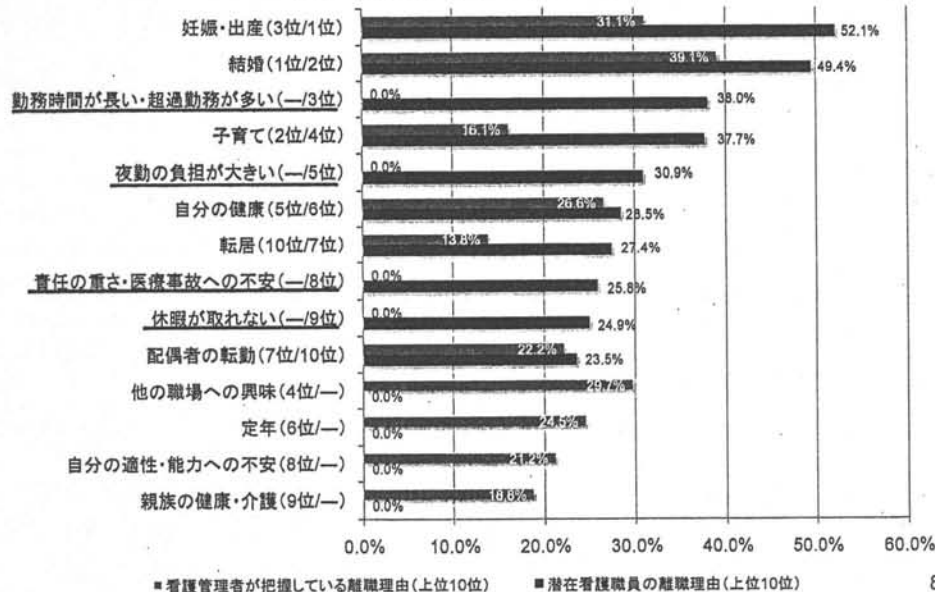
### 看護職員の離職率(都道府県別)



【出典】日本看護協会「病院における看護職員離職状況調査」2008年

潜在看護職員の離職理由は、ライフイベントの他に、勤務時間の長さや超過勤務、夜勤の負担によるものが大きい。

### 潜在看護職員の離職理由



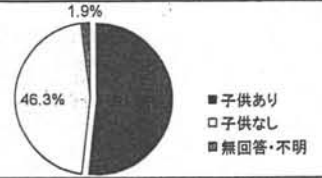
【出典】日本看護協会「潜在ならびに定年退職看護職員の就業に関する意向調査報告書」2007年3月

看護職員の多くは家事・育児と仕事を両立しているため、就労の継続が困難になれば、離職して潜在看護職員になるか、非常勤職員に移行せざるを得ない。また過労死の者が出るくらい、過酷な業務といえる。

### 看護職員の就労実態

#### ◆看護職の多くは「働く母親」※1

- ・女性の看護職のうち、6割が既婚(離死別を含む)。
- ・既婚の看護職の8割には子どもがおり、平均2.1人となっている。



「家庭生活との両立」を優先

#### ◆夜勤・超過勤務が「あたりまえ」の現場の状況※2

- ・1か月の超過勤務時間23.4時間
- ※日本でもっとも超過勤務が長い業種は「道路貨物運送業」(トラック運転手)の30.1時間。看護職はこれに次ぐ長さ。
- ・院内研修や看護研究、始業前に始める患者の情報収集など、超過勤務と扱われない時間も長い。
- ・交代制勤務で、勤務と次の勤務の間隔が3~6時間。家事・育児で仮眠の間もなく、次の勤務につく状況である。

「家庭生活との両立」が困難

#### ◆過労死に関する判例:25歳国立循環器病センター看護師も膜下出血死(村上)事件※3

- ・夜間勤務や不規則労働を伴っていることから、超過勤務が60時間以下でも過労死と判断されている。
- ※判決理由では、「時間外労働時間の料のみに基づいて行うことは相当でなく、その判断は、時間外労働時間の量に併せ、実際に従事していた業務の質的な面を加味し、総合して行うことが必要である」とされた。

【出典】※1 日本看護協会「看護職員実態調査」2005年、※2 「時間外労働・夜勤・交代制勤務等緊急実態調査」2008年 ※3 大阪高裁平成20年10月30日判決(平成20年(行コ)第37号)

労働安全が整備されている状況にないため、看護職員が働き続けられる環境を整え、定着を促進する病院の努力を支援する方策が必要である。

### 看護職員の就労を巡る課題

- (1)夜間の労務管理
  - ◆夜勤体制
    - 3交代・2交代それぞれに2人夜勤などの課題
  - ◆当直勤務体制
    - 4人に3人が許可要件に非該当
- (2)労働安全衛生管理
  - ◆長時間労働
    - 「過労死危険レベル」が23人にひとり
  - ◆36協定の未締結
    - 半数近くの施設で未締結
- (3)時間外勤務手当の扱い
  - ◆時間外勤務手当
    - 23.4時間中の手当支払いは7.9時間のみ(2日間に相当する労働が未払い)
  - ◆管理監督者の扱い
    - 中間管理職の4割に時間外勤務手当の未払い
  - ◆休憩の取り扱い
    - 取れなかった休憩はサービス残業扱い

## 看護職員の需給状況について(まとめ)

看護職員の需給は充足傾向にあるため、不足感の原因は、離職と潜在化によるものである。

### 就業看護職員数および地域偏在

- ◆看護職員の就業者数は約133万人であり、1年間で1.3万人増加している。
- ◆第6次看護職員需給見通しでは、全体の不足傾向は縮小している。  
(充足率は最低の地域でも90%台を確保し、平均は96.8%)
- ◆都道府県別の就業者数をみると、医師に比べて地域偏在は小さい。

看護職員が働き続けられる労働環境の整備を行い、離職を減らすことが必要である。

### 看護職員の離職率および離職理由

- ◆常勤看護職員の離職率は全国平均12.6%であり、地方よりも大都市圏において高い。
- ◆離職理由としては、勤務時間の長さや超過勤務など、労働環境による離職が多い。
- ◆女性の看護職員の約半数は母親として家庭生活との両立を優先しており、働き続けるための環境が必要。

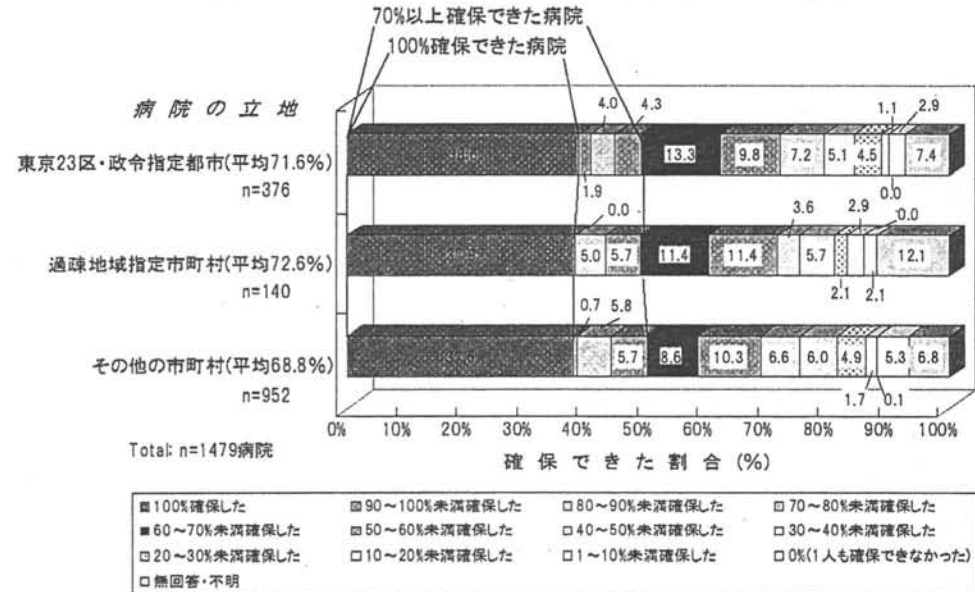
### 看護職員の需給状況についての見解

- (1) 看護職員の絶対数は充足しているものの、離職に伴う潜在化が問題である。
- (2) 看護職員の定着を図り、潜在化を未然に防ぐことにより、看護職員の需要を満たすことは可能である。
- (3) 働き続けられる環境を整えるため、看護職員の労働安全衛生管理を行う病院への支援策を要望する。

## 参考資料

7対1看護配置の新設後も、看護職員確保状況において、地域間格差の傾向は特段みられなかった。過疎地域における確保割合の平均は72.6%であった。(全国平均69.9%(N=1479病院))

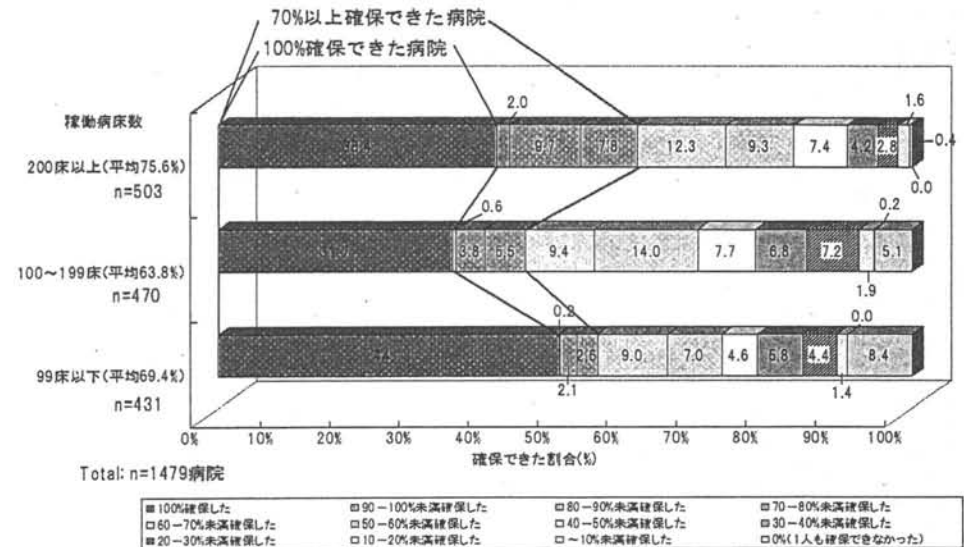
### 病院の立地別にみた看護職員を確保できた割合



[出典] 日本看護協会「2007年度当初の看護職員確保に関する緊急アンケート」

7対1看護配置の新設後、看護職員確保状況において、病床規模による格差の傾向は必ずしも認めなかった。

### 稼働病床数別の看護職員を確保できた割合

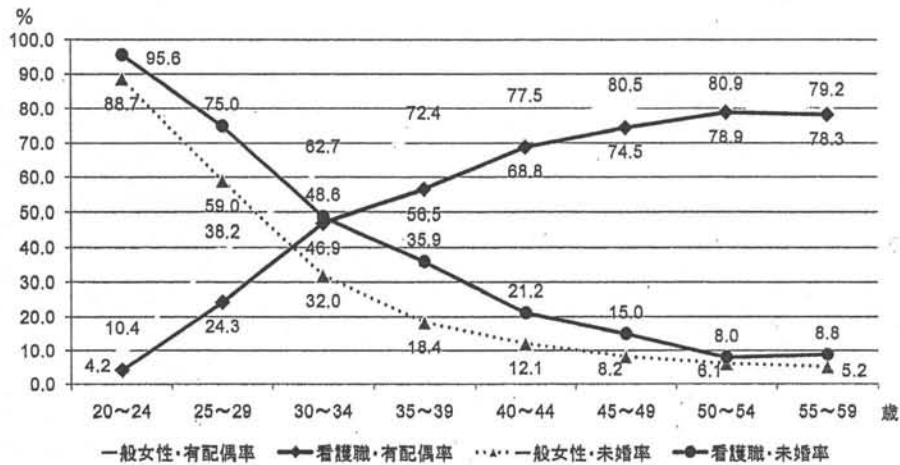


[出典] 日本看護協会「2007年度当初の看護職員確保に関する緊急アンケート」



20～50歳未満では一般女性と比較して看護職の有配偶率は低い傾向があり、未婚率は高い傾向がある。

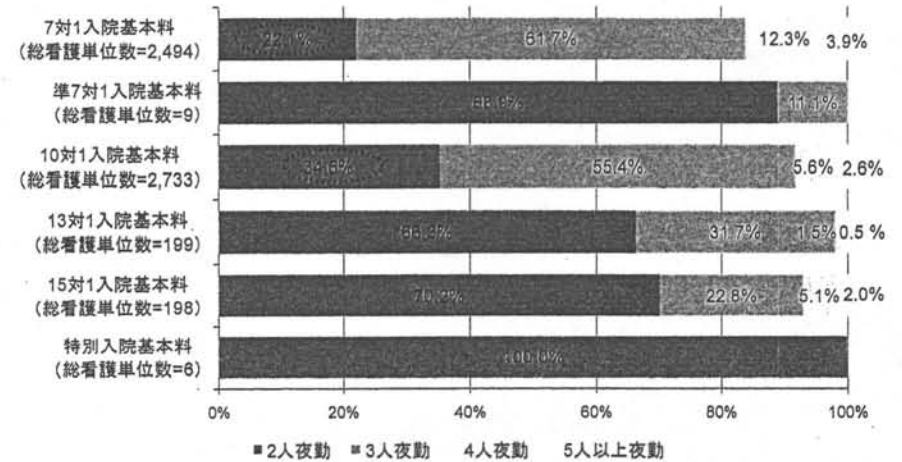
### 年齢別未婚率・有配偶率



【出典】総務省「2005年国勢調査報告」(一般女性)、日本看護協会「2005年看護職員実態調査」(看護職)

7対1入院基本料や10対1入院基本料を算定している施設であっても、2人夜勤体制の施設が2～3割以上存在している。

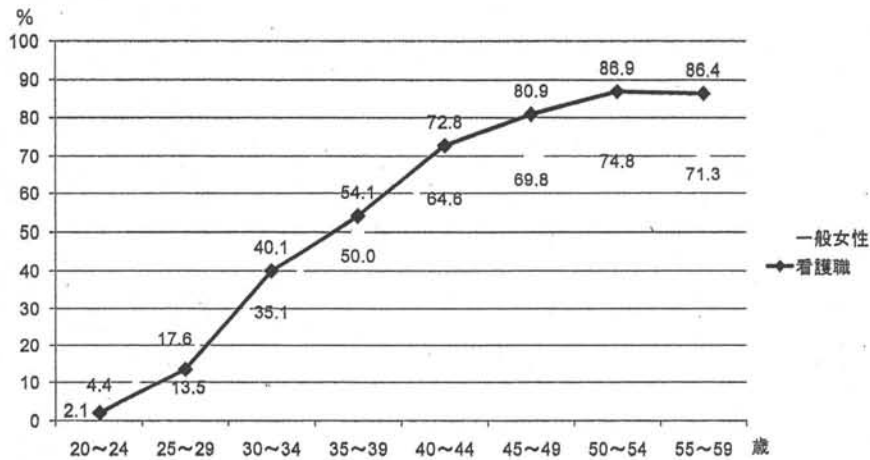
### 一般病棟における夜勤体制の実態 (3交代)



【出典】日本看護協会「病院における看護職員勤務状況調査」2008年

30歳以上の層では看護職の有子率が一般女性の有子率を上回っており、看護職の多くは「働く母親」といえる。

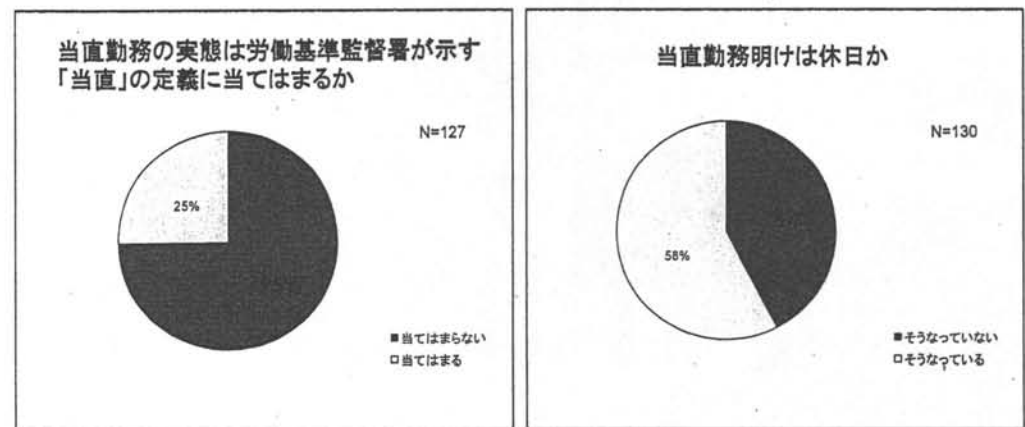
### 年齢別有子率



【出典】国立社会保障・人口問題研究所「2001年第5回人口移動調査」(一般女性)、日本看護協会「2005年看護職員実態調査」(看護職)

当直勤務者の4人に3人は、労働基準監督署が示す「当直」の定義に当てはまらない(終夜業務が継続して仮眠が取れない状態である)。さらに、当直勤務者の4割は、当直明けが休みとなっておらず引き続き日勤に入っている。

### 当直勤務体制の実態

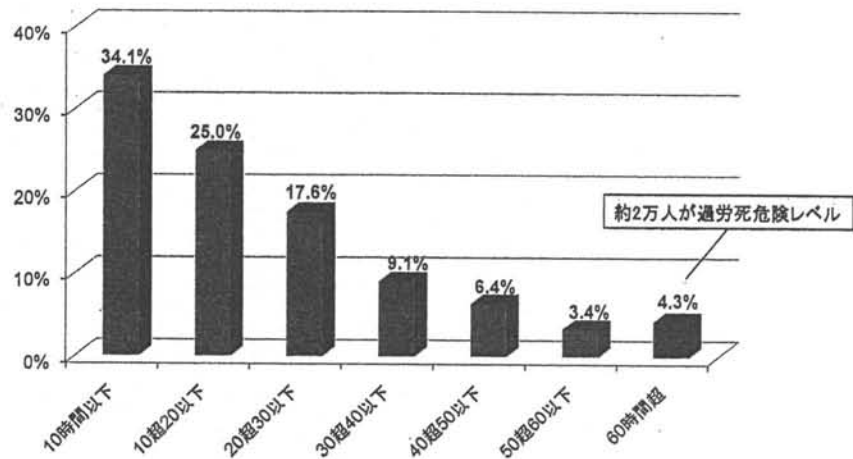


※労働基準監督署の見解では、「当直」とは、定時的巡視・緊急の電話うけ・非常事態に備えての待機程度の軽度の業務が前提とされている。

【出典】日本看護協会「時間外勤務、夜勤・交代制勤務等緊急実態調査」2008年

交代制勤務者の23人に1人は、過労死危険レベル(月60時間を超える時間外勤務)である。

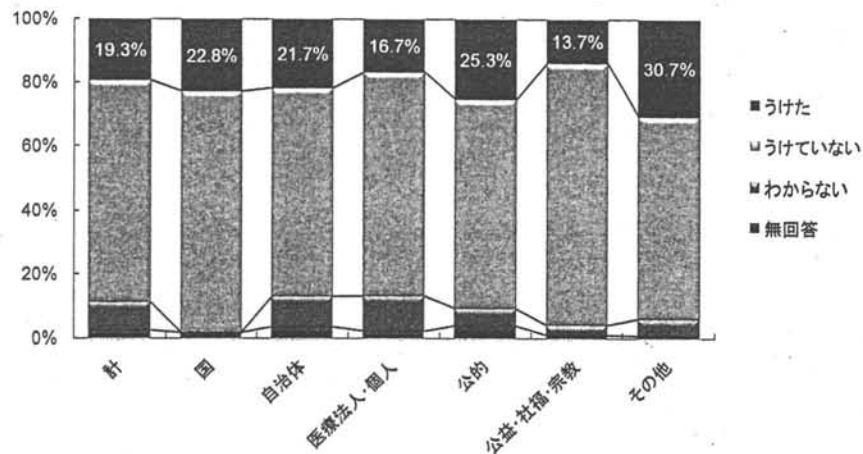
### 交代制勤務者の時間外勤務時間数の分布



【出典】日本看護協会「時間外勤務、夜勤・交代制勤務等緊急事態調査」2008年

労働基準監督署より何らかの調査を受けた病院は約2割となっている。

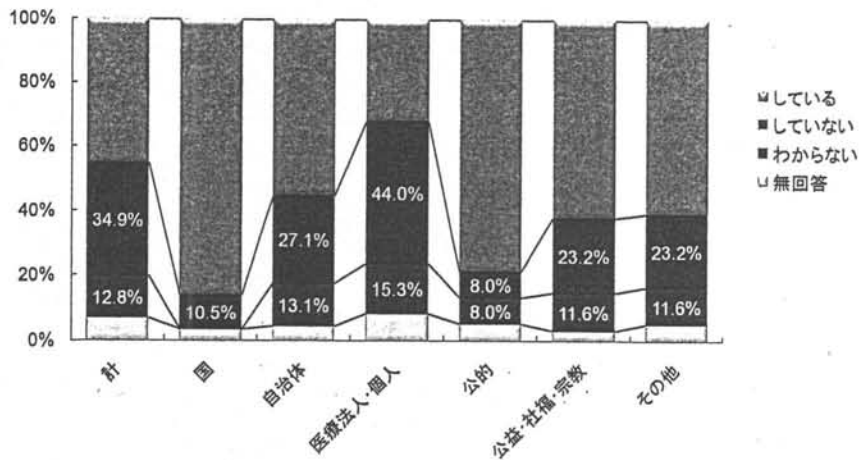
### 最近2年間に労働基準監督署の調査を受けたか



「看護管理者調査」N=1425

休日・時間外勤務に関する36協定を締結している病院が半数程度にとどまっている。

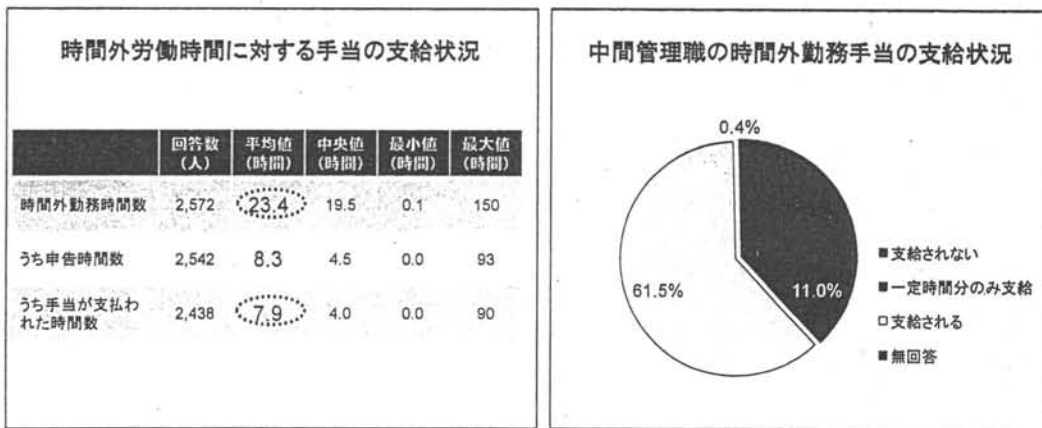
### 休日・時間外勤務に関する36協定を締結しているか



「看護管理者調査」N=1425

時間外労働のうち手当が実際に支払われたのは4割程度であり、また中間管理職では制度的に支給されない又は上限付きとなっている病院が4割程度となっており、未払い残業(いわゆるサービス残業)があるとみられる。

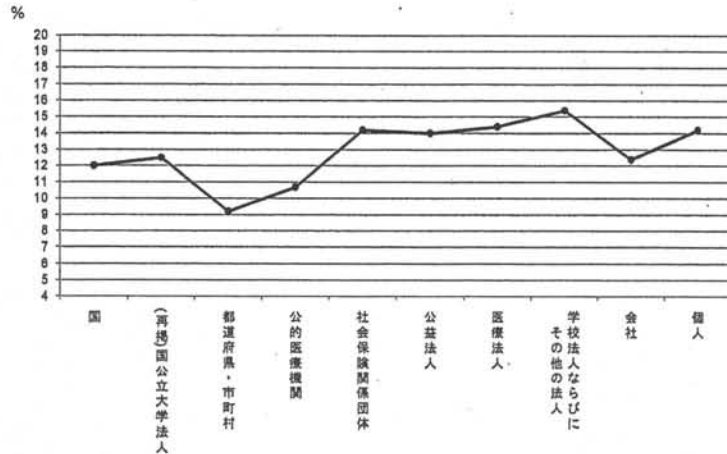
### 時間外勤務手当の支給状況



【出典】日本看護協会「時間外勤務、夜勤・交代制勤務等緊急事態調査」2008年

看護職員の離職率を病院設置主体別にみると、「都道府県・市町村」の離職率が9.2%で最も低く、「学校法人並びにその他の法人」が15.4%で最も高い。

## 看護職員の離職率(設置主体別)

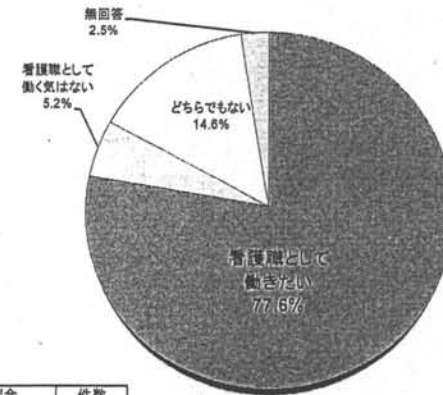


国：厚生労働省・国その他・独立行政法人国立病院機構・国公立大学法人・独立行政法人労働者健康福祉機構・その他の独立行政法人  
公的医療機関：日赤・済生会・厚生連・国民健康保険団体連合会  
学校法人ならびにその他の法人：社会福祉法人、医療生協等

【出典】日本看護協会「病院における看護職員需給状況調査」2008年

潜在看護職員の約8割は、看護職として働きたいと意思があることから、再就業の意向は高いといえる。

## 潜在看護職員の再就業意向



意向	割合 (%)	件数
看護職として働きたい	77.6%	2,827
看護職として働く気はない	5.2%	191
どちらでもない	14.8%	533
無回答	2.5%	92

【出典】日本看護協会 専門職支援・中央ナースセンター事業部「潜在ならびに定年退職看護職員の就業に関する意向調査報告書」2007.3

20代の看護職員の課題は早期離職等であり、新卒看護職員の1年後の病院就業者数は定員の約7割まで減少する。

## 看護師養成・確保の課題

### 看護師の養成と就業状況

入学定員 48,800人 **定員われ** 中途退学

卒業 45,900人 (定員の94%)

国家試験合格 41,600人 (定員の85%・卒業者数の91%)  
病院に就職 38,300人 (定員の78%・国家試験合格者数の92%)  
(診療所に就職 471人)

病院就職1年以内の離職率9.2% **早期離職**

1年後の病院就業者数 34,800人 (定員の約7割)

※看護師3年課程・2年課程(大学・短大含む)の2006年3月卒業状況による概算  
『看護関係統計資料集』(日本看護協会出版会)および厚生労働省看護課発表資料による  
離職率は、日本看護協会2007年病院看護実態調査による(1年後の病院就業者数は推計値)

専門看護師・認定看護師は、専門的な知識と技術に裏付けられた水準の高い看護ケアを提供し、医療の質向上に大きく貢献している。

## 専門看護師・認定看護師の専門領域と資格要件

### 専門看護師

- 実務研修5年以上(そのうち1年は修士課程修了後の実務研修)
- 看護系大学院修士課程修了、専門看護師カリキュラムの単位取得 ⇒ 専門看護師認定審査
- 特定の専門看護分野知識及び技術を深め、水準の高い看護ケアを効率よく提供
- 保健医療福祉の発展に貢献、看護学の向上をはかる

分野名	がん看護	精神看護	地域看護	老人看護	小児看護	母性看護	慢性疾患看護	急性・重症患者看護	感染症看護	家族支援	
合計	302	128	52	9	14	27	17	25	26	1	3

### 認定看護師

- 実務研修5年以上
- 認定看護師教育課程修了(6ヶ月以上)⇒認定看護師認定審査
- 熟練した看護技術と知識を用いて、水準の高い看護を実践
- 看護現場における看護ケアの広がりや質の向上をはかる

「がん放射線療法看護」「脳卒中リハビリテーション看護」は2009年開講

分野名	法看護	がん化学療法看護	がん性疼痛看護	感染管理	緩和ケア	救急看護	集中ケア	手術看護	小児救急看護	新生児集中ケア	摂食・嚥下障害看護	透析看護	糖尿病看護	乳がん看護	認知症看護	皮膚・排泄ケア	不妊症看護	訪問看護
合計	417	395	960	754	419	471	150	88	140	155	95	201	106	94	1132	87	131	

※2009年9月の登録者数

