

平成22年2月12日

厚生労働大臣

長 妻 昭 殿

中央社会保険医療協議会

会 長 遠 藤 久 夫

答 申 書

(平成22年度診療報酬改定について)

平成22年1月15日付け厚生労働省発保0115第1号をもって諮問のあった件について、別紙1から別紙6までの改正案を答申する。

なお、答申に当たっての本協議会の意見は、別添のとおりである。

(別添)

- 1 再診料や外来管理加算、入院基本料等の基本診療料については、その在り方について検討を行うこととするほか、財政影響も含め、平成22年度診療報酬改定における見直しの影響を検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。
- 2 慢性期入院医療の在り方を総合的に検討するため、一般病棟や療養病棟、障害者病棟を含めた横断的な実態調査を行い、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。
- 3 新生児集中治療の評価や小児救急医療の評価、有床診療所・療養病床の後方病床機能の評価を含め、平成22年度診療報酬改定で重点課題として評価した事項については、見直しにおける影響を検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。
- 4 平成22年度診療報酬改定で講じることとした、厳しい勤務実態にある病院勤務医の負担軽減及び処遇改善に係る措置の効果を検証するとともに、その結果等を踏まえ、いわゆるドクターフィーの導入の是非も含め、更なる取組の必要性について、検討を行うこと。
- 5 救急医療機関の勤務医の負担を軽減する観点から、保険者や地方公共団体をはじめとする各関係者は、医療機関の適正受診に関する啓発を行うこと。また、その効果が現れない場合には、更なる取組について検討を行うこと。
- 6 看護職員の厳しい勤務実態等を十分把握した上で、看護職員の配置や夜勤時間に関する要件の在り方を含め、看護職員の負担軽減及び処遇改善に係る措置等について、検討を行うこと。
- 7 薬剤師の病棟配置の評価を含め、チーム医療に関する評価について、検討を行うこと。
- 8 訪問看護については、診療報酬と介護報酬の同時改定に向けて、訪問看護ステーションの安定的な経営や、患者の病状に合わせた訪問に対する評価の在り方について、検討を行うこと。
- 9 リハビリテーションや精神医療など、平成22年度診療報酬改定で大幅な見直しを行った分野については、その影響を検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。

- 1 0 平成22年度診療報酬改定以降順次実施するDPCの調整係数の廃止・新たな機能評価係数の導入については、その影響を十分に評価するとともに、これを踏まえながら、今後、最終的に設定する調整係数廃止後の評価方法等について引き続き検討を行うこと。また、併せて高額薬剤の取り扱い等についても検討を行うこと。
- 1 1 診療報酬と介護報酬の同時改定に向け、必要な医療・介護サービスが切れ目無く円滑に提供されるよう、検討を行うこと。
- 1 2 地域特性を踏まえた診療報酬の在り方について、検討を行うこと。
- 1 3 診療報酬体系の簡素・合理化について引き続き取り組むとともに、個々の診療報酬項目の名称について国民に分かりやすいものになるよう検討を行うこと。
- 1 4 診療報酬における包括化やIT化の進展等の状況変化を踏まえて、診療報酬の請求方法や、指導・監査等適切な事後チェックに資するための検討を引き続き行うこと。
- 1 5 明細書発行の実施状況等を検証するとともに、その結果も踏まえながら、患者への情報提供の在り方について検討を行うこと。
- 1 6 平成22年度診療報酬改定の実施後においては、特に以下の項目について調査・検証を行うこととすること。
  - (1) チーム医療に関する評価創設後の役割分担の状況や医療内容の変化及び病院勤務医の負担軽減の状況
  - (2) 在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況
  - (3) 在宅歯科医療及び障害者歯科医療の実施状況
  - (4) 義歯修理の実施状況、義歯に関する患者満足度の状況及び歯科技工士の雇用状況
  - (5) 後発医薬品の処方・調剤の状況

なお、上記の事項については、できるだけ早急に取り組を開始するとともに、国民がより質の高い医療を受けることが出来るよう、幅広い視点に立って、診療報酬のあり方について検討を行うこと。

## 平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査について

### I 診療報酬改定の結果検証

診療報酬改定については、その結果の検証を行い、それをその後の診療報酬改定に係る議論につなげていくことが求められており、中央社会保険医療協議会診療報酬改定結果検証部会において、検証作業を行っているところ。

### II 平成22年度診療報酬改定の結果検証項目

平成22年度診療報酬改定の基本方針及び答申に当たっての中医協意見を踏まえ、診療報酬改定結果検証部会において、以下のとおり検証項目が決定されたところ。

#### 1. 重点課題

##### (1) 救急、産科、小児、外科等の医療の再建

- 新生児集中治療や小児救急医療の評価、急性期後の受け皿としての後方病床機能の評価など、救急医療の充実・強化のための見直しの影響（22年度に調査を実施済）

##### (2) 病院勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）

- 病院勤務医の負担の軽減及び処遇改善に係る措置の影響
- チーム医療に関する評価創設後の役割分担の状況や医療内容の変化

#### 2. 4つの視点

##### (1) 充実が求められる領域を適切に評価していく視点

- 精神入院医療における重症度評価導入後の影響
- 在宅歯科医療及び障害者歯科医療の実施状況
- 歯科技工加算の創設による影響（22年度に調査を実施済）

##### (2) 患者から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点

- 明細書発行の原則義務化後の実施状況及び影響（22年度に調査を実施済）

- 外来管理加算の要件見直し、地域医療貢献加算の創設による影響  
(22年度に調査を実施済)

**(3) 医療と介護の機能分化と連携の推進を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点**

- 回復期リハビリテーションにおける質の評価、がん患者リハビリテーションの創設など、リハビリテーション見直しの影響
- 在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況

**(4) 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点**

- 後発医薬品の処方・調剤の状況 (22年度に調査を実施済)

**Ⅲ 今後の検証スケジュール**

平成22年度に調査を行ったものについては、今後、検証部会においてその検証を実施。

平成23年度に調査を行うものについては、現在調査を実施中。

# 介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律の概要

高齢者が地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取組を進める。

## 1 医療と介護の連携の強化等

- ① 医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援(地域包括ケア)を推進。(P2)
- ② 日常生活圏域ごとに地域ニーズや課題の把握を踏まえた介護保険事業計画を策定。(P3)
- ③ 単身・重度の要介護者等に対応できるよう、24時間対応の定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスを創設。(P4、5)
- ④ 保険者の判断による予防給付と生活支援サービスの総合的な実施を可能とする。
- ⑤ 介護療養病床の廃止期限(平成24年3月末)を猶予。(新たな指定は行わない。)(P6)

## 2 介護人材の確保とサービスの質の向上

- ① 介護福祉士や一定の教育を受けた介護職員等によるたんの吸引等の実施を可能とする。(P7)
- ② 介護福祉士の資格取得方法の見直し(平成24年4月実施予定)を延期。
- ③ 介護事業所における労働法規の遵守を徹底、事業所指定の欠格要件及び取消要件に労働基準法等違反者を追加。
- ④ 公表前の調査実施の義務付け廃止など介護サービス情報公表制度の見直しを実施。

## 3 高齢者の住まいの整備等

- 有料老人ホーム等における前払金の返還に関する利用者保護規定を追加。

※厚生労働省と国土交通省の連携によるサービス付き高齢者向け住宅の供給を促進(高齢者住まい法の改正) (P8)

## 4 認知症対策の推進

- ① 市民後見人の育成及び活用など、市町村における高齢者の権利擁護を推進。
- ② 市町村の介護保険事業計画において地域の実情に応じた認知症支援策を盛り込む。

## 5 保険者による主体的な取組の推進

- ① 介護保険事業計画と医療サービス、住まいに関する計画との調和を確保。
- ② 地域密着型サービスについて、公募・選考による指定を可能とする。

## 6 保険料の上昇の緩和

- 各都道府県の財政安定化基金を取り崩し、介護保険料の軽減等に活用。

### 【施行日】

1⑤、2②については公布日施行。その他は平成24年4月1日施行。

# 地域包括ケアシステムについて

医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援(地域包括ケア)を推進

## 【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)に行われることが必須。

### ①医療との連携強化

- ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化
- ・介護職員によるたんの吸引などの医療行為の実施

### ②介護サービスの充実強化

- ・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)
- ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設など在宅サービスの強化

### ③予防の推進

- ・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

### ④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

- ・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進

### ⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備(国交省と連携)

- ・一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ

※ 「地域包括ケアシステム」は、ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場(日常生活圏域)で適切に提供できるような地域での体制と定義する。その際、地域包括ケア圏域については、「おおむね30分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域として定義し、具体的には、中学校区を基本とする。  
(「地域包括ケア研究会報告書」より)

# 医療や住まいとの連携も視野に入れた 介護保険事業(支援)計画の策定

- 地域包括ケアの実現を目指すため、第5期計画(平成24~26年度)では次の取組を推進。
  - ・ 日常生活圏域ニーズ調査を実施し、地域の課題・ニーズを的確に把握
  - ・ 計画の内容として、認知症支援策、在宅医療、住まいの整備、生活支援を位置付け

## 日常生活圏域ニーズ調査

(郵送+未回収者への訪問による調査)

- ・ どの圏域に
- ・ どのようなニーズをもった高齢者が
- ・ どの程度生活しているのか

地域の課題や  
必要となるサービス  
を把握・分析

調査項目(例)

- 身体機能・日常生活機能  
(ADL・IADL)
- 住まいの状況
- 認知症状
- 疾病状況

## 介護保険事業(支援)計画

これまでの主な記載事項

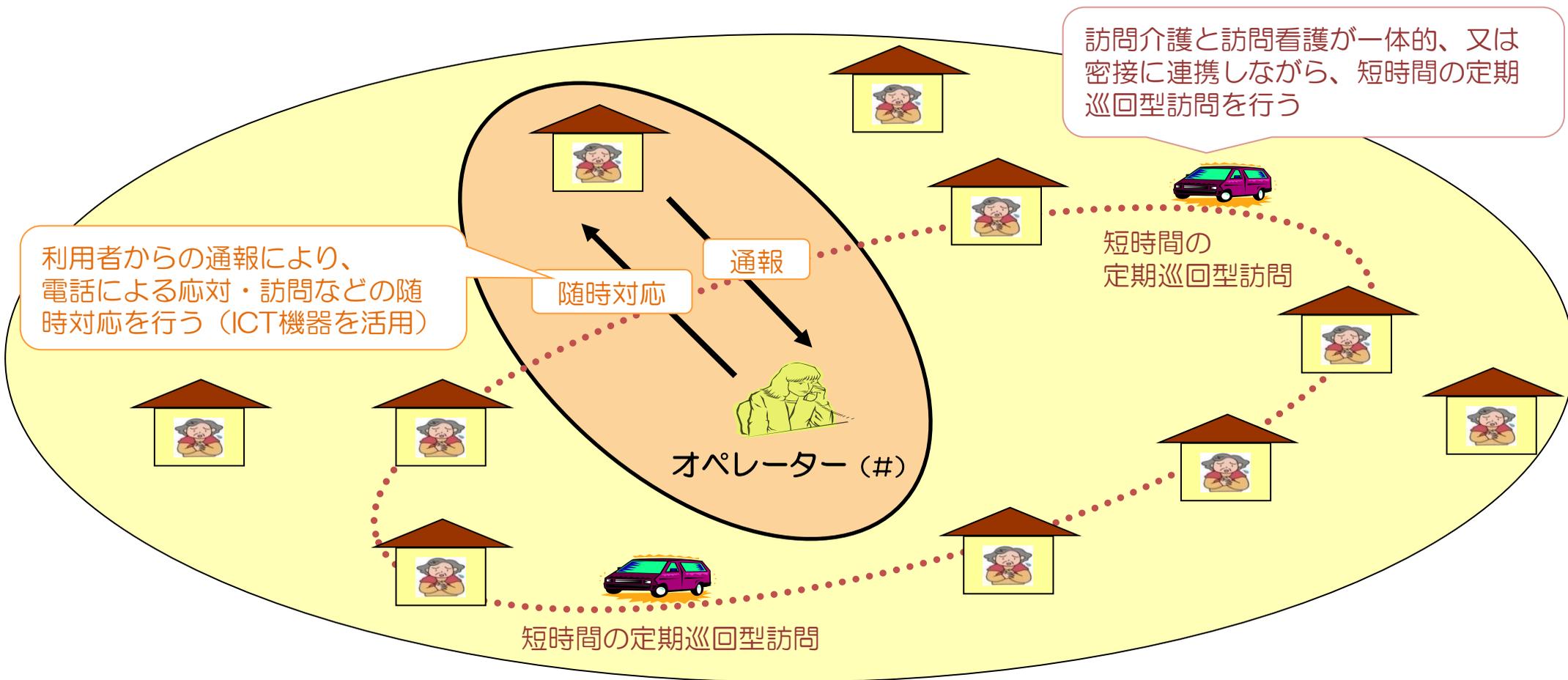
- 日常生活圏域の設定
- 介護サービスの種類ごとの見込み
- 施設の必要利用定員
- 地域支援事業(市町村)
- 介護人材の確保策(都道府県)など

地域の実情を踏まえて記載する新たな内容

- 認知症支援策の充実
- 在宅医療の推進
- 高齢者に相応しい住まいの計画的な整備
- 見守りや配食などの多様な生活支援サービス

# 24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設(イメージ)

重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が密接に連携しながら、短時間の定期巡回型訪問と随時の対応を行う「定期巡回・随時対応サービス」を創設する。



※ 1つの事業所から訪問介護・訪問看護を一体的に提供する、又は、外部の訪問看護事業所と緊密な連携を図って訪問介護を実施するなど、訪問介護と訪問看護の密接な連携を図りつつ実施する。

※ 在宅療養支援診療所等、地域の医療機関との連携も重要となる。

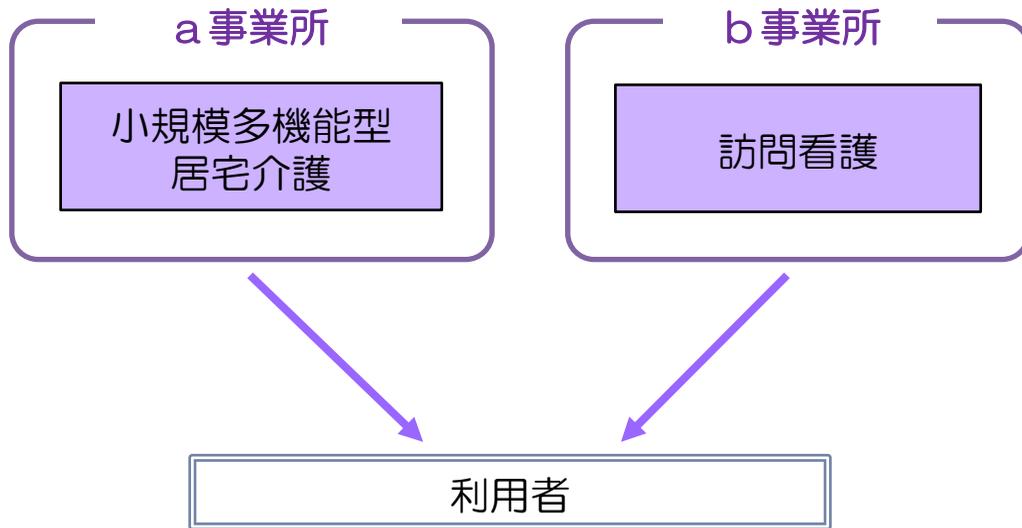
※ 地域密着型サービスとして位置づけ、市町村(保険者)が主体となって、圏域ごとにサービスを整備できるようにする。

# オペレーターについては、単独事業所に駐在している場合のほか、複数の事業所について一括で対応する場合、24時間体制の既存施設と兼務する場合、単独事業所で携帯電話等を所持した職員が対応する場合等が考えられるが、具体的な配置の在り方については、今後検討。

# 複合型サービスの創設

- 小規模多機能型居宅介護と訪問看護など、複数の居宅サービスや地域密着型サービスを組み合わせ提供する複合型サービスを創設する。
- これにより、利用者は、ニーズに応じて柔軟に、医療ニーズに対応した小規模多機能型サービスなどの提供を受けられるようになる。また、事業者にとっても、柔軟な人員配置が可能になる、ケアの体制が構築しやすくなるという利点がある。

## 現行制度



- それぞれのサービスごとに別々の事業所からサービスを受けるため、サービス間の調整が行いにくく、柔軟なサービス提供が行いにくい。
- 小規模多機能型居宅介護は、地域包括ケアを支える重要なサービスだが、現行の小規模多機能型居宅介護は、医療ニーズの高い要介護者に十分対応できていない。

## 創設後



- 1つの事業所から、サービスが組み合わせられて提供されるため、サービス間の調整が行いやすく、柔軟なサービス提供が可能。
- 小規模多機能型居宅介護と訪問看護を一体的に提供する複合型事業所の創設により、医療ニーズの高い要介護者への支援を充実することが可能。

# 介護療養病床の取扱いについて

## 【現行規定】

○介護療養病床については、平成24年3月31日までに、老人保健施設や特別養護老人ホームなどの介護施設等に転換し、制度は廃止されることとなっている。

## 【現状】

○平成18年で約12万床であったが、平成22年6月時点で約8.6万床であり、介護療養病床からの転換が進んでいない現状。

## 【方針】（法改正（介護保険法の附則）による対応）

1. これまでの政策方針を維持しつつ、現在存在するものについては、6年間転換期限を延長する。
2. 平成24年度以降、介護療養病床の新設は認めないこととする。
3. なお、引き続き、介護療養病床から老人保健施設等への転換を円滑に進めるための必要な追加的支援策を講じる。

# 介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度について

(「社会福祉士及び介護福祉士法」の一部改正)

## 趣旨

○介護福祉士及び一定の研修を受けた介護職員等は、一定の条件の下にたんの吸引等の行為を実施できることとする。

☆たんの吸引や経管栄養は「医行為」と整理されており、現在は、一定の条件の下に実質的違法性阻却論により容認されている状況。

## 実施可能な行為

○たんの吸引その他の日常生活を営むのに必要な行為であって、医師の指示の下に行われるもの

※ 保健師助産師看護師法の規定にかかわらず、診療の補助として、たんの吸引等を行うことを業とすることができる。

☆具体的な行為については省令で定める

- ・たんの吸引(口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部)
- ・経管栄養(胃ろう、腸ろう、経鼻経管栄養)

## 介護職員等の範囲

○介護福祉士

☆具体的な養成カリキュラムは省令で定める

○介護福祉士以外の介護職員等

☆一定の研修を修了した者を都道府県知事が認定

☆認定証の交付事務は都道府県が登録研修機関に委託可能

## 登録研修機関

○たんの吸引等の研修を行う機関を都道府県知事に登録(全ての要件に適合している場合は登録)

○登録の要件

☆基本研修、実地研修を行うこと

☆医師・看護師その他の者を講師として研修業務に従事

☆研修業務を適正・確実に実施するための基準に適合

☆具体的な要件については省令で定める

※ 登録研修機関の指導監督に必要な登録の更新制、届出、改善命令等の規定を整備。

## 登録事業者

○自らの事業の一環として、たんの吸引等の業務を行う者は、事業所ごとに都道府県知事に登録(全ての要件に適合している場合は登録)

○登録の要件

☆医師、看護職員等の医療関係者との連携の確保

☆記録の整備その他安全かつ適正に実施するための措置

☆具体的な要件については省令で定める

※ 登録事業者の指導監督に必要な届出、報告徴収等の規定を整備。

<対象となる施設・事業所等の例>

- ・ 介護関係施設(特別養護老人ホーム、老人保健施設、グループホーム、有料老人ホーム、通所介護、短期入所生活介護等)
- ・ 障害者支援施設等(通所施設及びケアホーム等)
- ・ 在宅(訪問介護、重度訪問介護(移動中や外出先を含む)等)
- ・ 特別支援学校

※医療機関は対象外

出典：介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会「中間まとめ」

## 実施時期及び経過措置

○平成24年4月1日施行

(介護福祉士については平成27年4月1日施行。ただし、それ以前であっても、一定の研修を受ければ実施可能。)

○現在、一定の条件の下にたんの吸引等を実施している者が新たな制度の下でも実施できるために必要な経過措置<sup>7</sup>

# サービス付き高齢者住宅と介護保険の連携イメージ

日常生活や介護に不安を抱く「高齢単身・夫婦のみ世帯」が、特別養護老人ホームなどの施設への入所ではなく、住み慣れた地域で安心して暮らすことを可能とするよう、新たに創設される「サービス付き高齢者住宅」（高齢者住まい法：国土交通省・厚生労働省共管）に、24時間対応の「定期巡回・随時対応サービス」（介護保険法：厚生労働省）などの介護サービスを組み合わせた仕組みの普及を図る。

24時間対応の訪問介護・看護

「定期巡回・随時対応サービス」

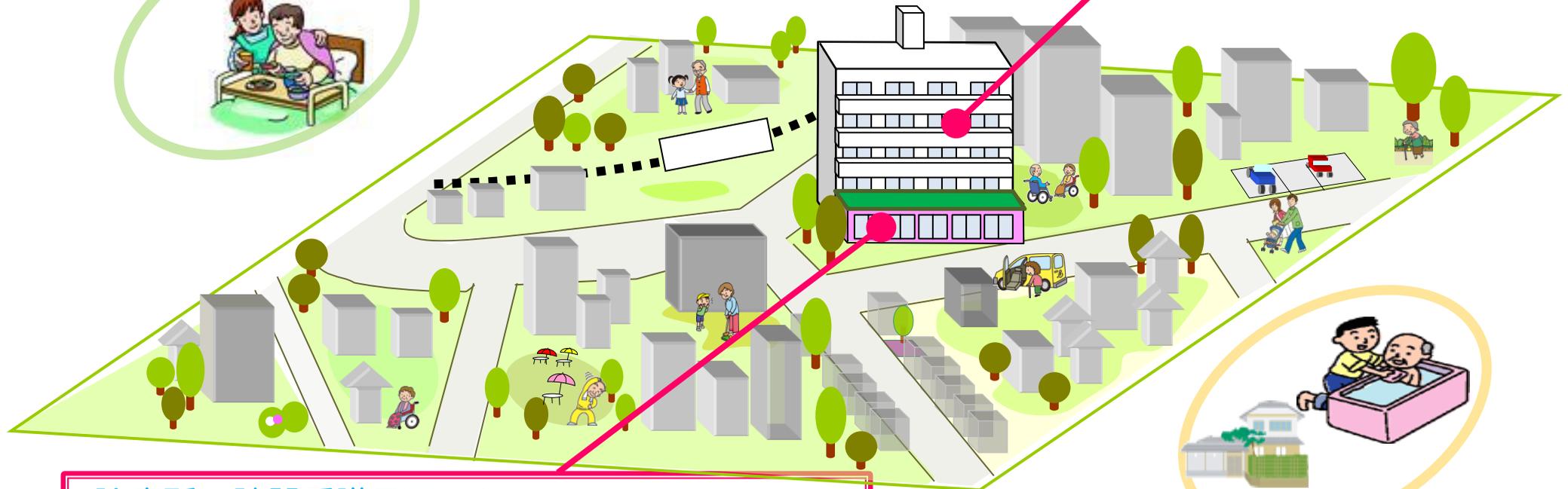
→介護保険法改正により創設



サービス付き高齢者住宅

（国土交通省・厚生労働省共管）

→高齢者住まい法改正により創設



診療所、訪問看護ステーション、  
ヘルパーステーション、  
デイサービスセンター、  
定期巡回・随時対応サービス（新設）

住み慣れた環境で必要なサービスを受けながら暮らし続ける

## 介護給付費分科会の検討スケジュールについて（案）

### 【平成 23 年】

#### 4 月～夏頃 フリートーキング+事業者団体等ヒアリング

##### <テーマ>

- 4 月 13 日 総論
- 4 月 27 日 総論、地域区分について
- 5 月 13 日 介護人材の確保と処遇の改善策について  
定期巡回・随時対応サービス及び複合型サービスについて
- 5 月 30 日 介護保険施設について  
医療と介護の連携について
- 6 月 16 日 高齢者の住まいについて  
認知症への対応について
- 今後（予定） リハビリ、軽度者への対応について  
福祉用具について

※事業者団体等ヒアリングについては、テーマに応じて選定。

秋頃 平成 23 年介護事業経営実態調査結果とりまとめ

秋頃～12 月 居宅サービス・施設サービス等について議論（各論）

12 月中旬 報酬・基準に関する基本的な考え方の整理・取りまとめ

### 平成 24 年度政府予算編成

### 【平成 24 年】

1 月

介護報酬改定案 諮問・答申

4 月

平成 24 年 4 月改定施行



# 平成23年度厚生労働省第二次補正予算(案)の概要

計：45億円

## 1 二重債務問題への対応

40億円

被災した医療施設・社会福祉施設等の再建を支援するため、(独)福祉医療機構が行う医療・福祉貸付について、次の措置を実施できるよう、同機構の財務基盤を強化する。

- ・旧債務に係る積極的な条件変更（償還期間の延長、金利の見直し等）
- ・災害復旧のための新規貸付条件のさらなる緩和（償還期間・据置期間の延長、無担保貸付額の拡充等）

※ なお、政府全体の中小企業向け対策の中で、生活衛生関係事業者の二重債務問題への対応を行う。（中小企業庁において計上）

## 2 児童福祉施設等の園庭の放射線量低減策の実施

4.6億円

福島県内外の保育所などの園庭のうち毎時 $1\mu\text{S V}$ （マイクロシーベルト）以上の放射線量を観測したものについての表土除去処理事業に支援を行う。

## 3 東京電力福島第一原子力発電所の緊急作業従事者の被ばく管理データベースの構築

89百万円

〔労働保険特別会計〕

東京電力福島第一原子力発電所において、緊急作業に従事した労働者の作業内容、被ばく線量等を管理するためのデータベースを作成する。

(参考) 放射線モニタリングの強化（文部科学省において一括計上）

〔うち厚生労働省分〕

食品・水道水に含まれる放射性物質の検査体制の強化のため、検疫所や国立試験研究機関の放射線の測定機器を整備する。

2011年7月20日

## 平成24年度の診療報酬・介護報酬同時改定に係る 日本医師会の要請について

社団法人 日本医師会

### 1. 経緯等

日本医師会は、5月19日、厚生労働大臣に対し、平成24年度の診療報酬・介護報酬同時改定の見送り、医療経済実態調査等の中止について申し入れを行った（別紙）。また、6月3日、中央社会保険医療協議会総会において、医療経済実態調査の問題点について指摘を行なった。

### 2. 日本医師会の要請

#### （1）平成24年度の診療報酬・介護報酬同時全面改定を見送ること

東日本大震災は未曾有の事態であり、また、福島第一原子力発電所事故の問題もあって、災害は今なお進行中である。国およびわれわれ医療関係者は、東日本大震災の復興支援に全身全霊をささげるべきであり、東日本大震災という国難の大混乱期において、国の制度の根幹を左右する診療報酬、介護報酬の同時全面改定を行なうべきではないと考える。

ただし、不合理な診療報酬、介護報酬、たとえば、地域医療支援病院のように当初の目的と実態が乖離しているものについては、早急に是正する必要がある。過去にも期中改定が行われた事例があることを踏まえ、留意事項通知や施設基準要件の見直しなどによって適宜対応することを提案する。

また、診療報酬改定・介護報酬改定にかかわらず、必要な医療制度改革を継続していくことは当然である。とくに日本医師会は、患者一部負担の引き下げを強く要望しているところである。また、医療提供体制上に生じている歪みを是正するための機能の見直し（たとえば特定機能病院のあり方を見直し）も必要である。

#### 過去の期中改定の例

再診料・外来診療料の月内逓減制は平成 14（2002）年度の診療報酬改定で導入された。しかし、患者からの苦情があったこともあり、中医協は「今回の見直しにおいては、改定の緊急性に関する十分な資料は得られなかった」としつつも、「患者にとって問題があることは認められる」として、平成 15（2003）年 6 月に撤廃された（表 1）。

表 1 過去の期中改定の例（診療報酬改定率の変更を伴わない見直し）

<p><b>疾患別リハビリテーションの見直し(2007年4月1日)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>● 2006年4月1日 診療報酬改定で疾患別リハビリテーションに再編し、集団療法を廃止。算定日数上限を設定。 → リハビリの打ち切りが社会問題化</li><li>● 中医協・診療報酬改定結果検証部会で実態調査</li><li>● 2007年4月1日 算定日数上限経過後もリハビリテーションを実施できるよう一部改正</li></ul>
<p><b>再診料・外来診療料の月内通減制の撤廃(2003年6月11日)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>● 2002年4月1日 診療報酬改定で再診料・外来診療料の月内通減制を導入 → 患者からの苦情も</li><li>● 2003年5月21日 中医協・総会で撤廃の答申 答申附帯意見(抜粋) 「今回の見直しにおいては、改定の緊急性に関する十分な資料は得られなかったものの、患者にとって問題があることは認められるところであり、二号側の主張を理解して実施するものであること」</li><li>● 2003年6月1日 再診料・外来診療料の月内通減制撤廃</li></ul>

### 地域医療支援病院について

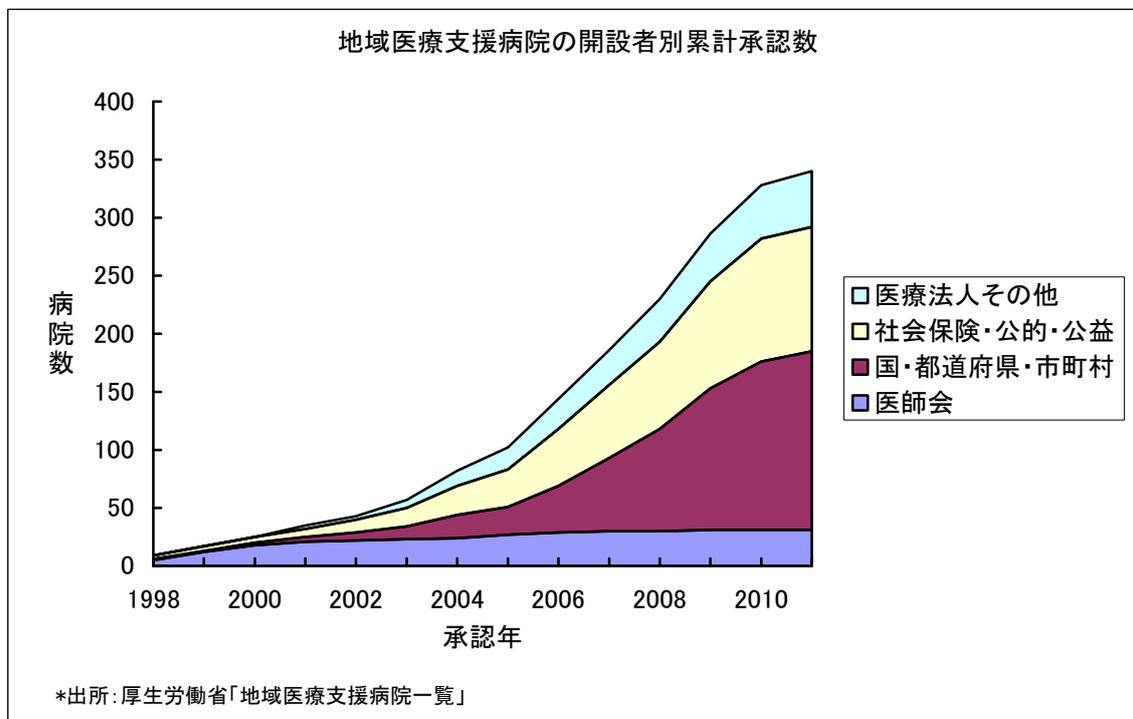
地域医療支援病院は、平成 10（1998）年に、紹介患者に対する医療提供などを通じて、地域医療を担うかかりつけ医、かかりつけ歯科医等を支援する目的で創設された。平成 16（2004）年には、紹介率・逆紹介率に係る承認要件が緩和された（表 2）。その後、国公立病院等の承認数が大幅に増加している（図 1）。

地域医療支援病院は、入院初日に地域医療支援病院入院診療加算 1,000 点を算定できる。DPC 病院の場合には機能評価係数を付加され、平成 22（2010）年度以降は機能評価係数 I で地域医療支援病院入院加算相当として、係数 0.0327 が上乘せされている。DPC および DPC 以外の病院をあわせると、地域医療支援病院であることに対する医療費の投入額は相当額に上ると推察される。

表 2 地域医療支援病院の要件の見直し（紹介率・逆紹介率）

1998 年	紹介率 80%を上回っていること（紹介率が 60%以上であって、承認後 2 年間で当該紹介率が 80%を達成することが見込まれる場合を含む。）
2004 年 見直し	<p>① 紹介率 80%を上回っていること（紹介率が 60%以上であって、承認後 2 年間で当該紹介率が 80%を達成することが見込まれる場合を含む。）</p> <p>② <u>紹介率が 60%を超え、かつ、逆紹介率が 30%を超えること</u></p> <p>③ <u>紹介率が 40%を超え、かつ、逆紹介率が 60%を超えること</u></p>

図 1 地域医療支援病院の開設者別累計承認数



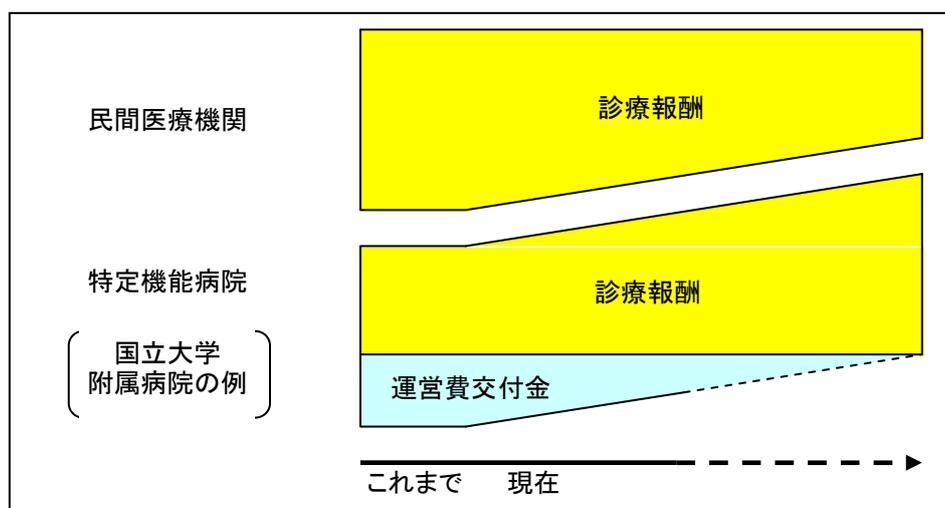
## 特定機能病院

特定機能病院、特に大学病院は、運営費交付金または私学助成金を削減され、診療報酬を財源とする病院の医業収入の増収を図っている。しかし、その結果、高度医療の開発や研修の妨げになっているとの指摘があるうえ、大学病院勤務医師のさらなる過重労働をまねいているおそれもある。

また、ここ数年、診療報酬は、特定機能病院をはじめとする急性期の大病院へ手厚く配分されてきた。このまま特定機能病院に投入される診療報酬財源が拡大すれば、民間病院や診療所の診療報酬が侵食され、日本の医療はさらに歪んでいくおそれがある（図 2）。

特定機能病院が担っている高度医療の開発、研修は国家的責務であることから、特定機能病院のうち大学病院に対しては、今後も適正な運営費交付金（私学の場合は私学助成金）を交付することが必要である。さらに、大学病院以外で高度の医療を提供できる医療機関もあることを踏まえ、特定機能病院の承認要件を見直すこと、特定機能病院が本来の役割・機能に集中できるよう、特定機能病院では、原則、紹介外来以外の外来診療を行なわないことなどの対応が必要である。

図 2 今後懸念される財源の見通し（概念図）



## (2) 医療経済実態調査、薬価調査・保険医療材料価格調査を中止すること

被災地の調査が困難であるだけでなく、医師、看護師等、医療従事者の移動や患者の移動が生じているためである。また、医薬品や材料の流通も、医薬品メーカーの製造工場の被災等により混乱している。さらには被災地以外の医療機関や患者さんのご理解・ご協力の下で、処方期間を調整していただくなど、通常の処方環境にはない。

今回の医療経済実態調査では、平成 21 年度・平成 22 年度の年間データを収集する予定である。すでに、支払基金から、平成 23 年度 3 月および 4 月のデータが公表されているが、被災地のレセプト受付件数は、前年度に比べて、大幅に減少している。

支払基金が受け付けた 3 月診療分について見ると、受付件数の前年同月比は、宮城県で▲25.7%、福島県で▲22.7%と激減している（表 3）。

4 月診療分についても、前年同月比は宮城県で▲10.2%、福島県で▲8.5%と依然として事態は深刻である（表 4）。

表 3 支払基金 2011 年 3 月診療分（4 月処理）の受付状況

- ・医療機関等の罹災の多かった宮城県及び福島県において、受付件数の大幅な減少
- ・前年同月対比23～33%程度の減

(単位:千件、%)

	合計	医科	歯科	調剤	前年同月比(伸び率)				
					合計	医科	歯科	調剤	
全国計	82,766	46,321	9,550	26,854	4.9	3.8	▲ 1.4	9.5	
災害救助法適用地域	02 青森	737	407	70	259	▲ 3.2	▲ 5.3	▲ 5.6	1.0
	03 岩手	608	336	69	203	▲ 15.8	▲ 15.7	▲ 21.3	▲ 13.9
	04 宮城	1,061	573	114	374	▲ 25.7	▲ 26.4	▲ 32.5	▲ 22.1
	07 福島	920	512	97	311	▲ 22.7	▲ 24.5	▲ 27.6	▲ 17.8
	08 茨城	1,760	971	196	593	▲ 4.3	▲ 5.1	▲ 11.3	▲ 0.4
	09 栃木	1,267	751	139	376	▲ 2.6	▲ 3.7	▲ 8.8	2.1
	12 千葉	3,458	1,860	413	1,183	2.0	0.1	1.2	5.3
	15 新潟	1,394	756	160	477	2.3	1.7	▲ 3.1	5.2
	20 長野	1,143	667	137	339	6.9	5.9	1.2	11.3

\*出所: 社会保険診療報酬支払基金「東日本大震災に伴う診療報酬等請求支払の状況について」2011年5月30日

表 4 支払基金 2011 年 4 月診療分（5 月処理）の受付状況

- ・医療機関等の罹災の多かった宮城県及び福島県において、受付件数前年同月対比10%程度の減
- ・宮城支部の歯科医療機関の受付件数については、前月(▲32.5%減)と同様に大幅な減

(単位:千件、%)

	合計	医科	歯科	調剤	前年同月比(伸び率)				
					合計	医科	歯科	調剤	
全国計	76,899	42,900	9,293	24,655	1.9	1.4	1.4	2.9	
災害救助法適用地域	02 青森	781	429	70	281	4.6	3.4	▲ 0.7	7.9
	03 岩手	679	369	70	239	▲ 2.0	▲ 3.1	▲ 11.6	3.0
	04 宮城	1,197	645	125	427	▲ 10.2	▲ 11.8	▲ 20.4	▲ 3.9
	07 福島	1,002	558	105	338	▲ 8.5	▲ 10.1	▲ 14.7	▲ 3.5
	08 茨城	1,708	935	209	564	4.5	3.6	1.8	7.1
	09 栃木	1,179	694	143	341	2.7	2.1	▲ 1.0	5.8
	12 千葉	3,175	1,695	423	1,056	3.3	2.3	1.5	5.8
	15 新潟	1,601	868	173	560	22.7	22.6	12.6	26.4
	20 長野	1,120	652	128	339	12.3	12.0	2.2	17.3

\*出所: 社会保険診療報酬支払基金「東日本大震災に伴う診療報酬等請求支払の状況について」2011年5月30日

東日本大震災の影響は甚大である。阪神・淡路大震災では、震災後3か月で、一部負担金等の支払猶予措置が適用されたレセプトは12万5千件であったが、今回の東日本大震災は、4月、5月の震災後2か月だけで17万5千件に上っている（表5）。

表5 支払基金・被災に係るレセプトの提出状況  
(東日本大震災と阪神・淡路大震災との提出件数の比較)

レセプト種別	東日本大震災				阪神・淡路大震災(平成7年)			
	4月	5月	6月	合計	2月	3月	4月	合計
災1	39,918	133,009		172,927	3,808	30,623	89,658	124,089
災2	344	176		520	76	37	0	113
災1・2以外	600	788		1,388	—	—	—	—
未確定	(3,774) ※1	(5,550) ※1		(9,324) ※1	1府8県 974		※2	974
合計	40,862	133,973		174,835	3,884	30,660	89,658	125,176

※1 未確定レセプトの件数は、各レセプト種別の再掲である。

※2 未確定レセプトの件数は、月別の合計件数には含まれていない。

「災1」:一部負担金等の支払猶予措置が適用されるレセプト

「災2」:一部負担金等の支払猶予措置が適用される診療と、適用されない診療(被災前及び原発避難・退避前)を区分することが困難なレセプト

\*出所:社会保険診療報酬支払基金「東日本大震災に伴う診療報酬等請求支払の状況について」2011年5月30日

東日本大震災の影響は、全国的にも波及している。支払基金のデータによると、一部負担金猶予の申請は、3月診療分だけで宮城県1億4千万円、福島県1億2千万円、岩手県1億円に上っているほか、全国すべての都道府県から申請があり、被災された方が、日本全国に避難をされていることを示している（表6）。

これまで示してきたデータは、支払基金のデータのみである。国保連合会のデータも含めれば、被災地の状況はさらに深刻であり、全国的な影響はさらに甚大になる。

表6 東日本大震災に係る一部負担金猶予の申請（3月診療分）

						(千円)	
北海道	6,059	東京都	42,109	滋賀県	265	香川県	52
青森県	1,118	神奈川県	18,255	京都府	346	愛媛県	148
岩手県	100,049	新潟県	30,073	大阪府	703	高知県	26
宮城県	144,467	富山県	558	兵庫県	812	福岡県	517
秋田県	2,023	石川県	460	奈良県	48	佐賀県	47
山形県	19,299	福井県	93	和歌山県	82	長崎県	9
福島県	120,563	山梨県	1,087	鳥取県	20	熊本県	9
茨城県	12,859	長野県	2,565	島根県	7	大分県	167
栃木県	10,740	岐阜県	508	岡山県	53	宮崎県	46
群馬県	5,738	静岡県	737	広島県	137	鹿児島県	28
埼玉県	22,663	愛知県	1,414	山口県	169	沖縄県	535
千葉県	14,809	三重県	197	徳島県	908		

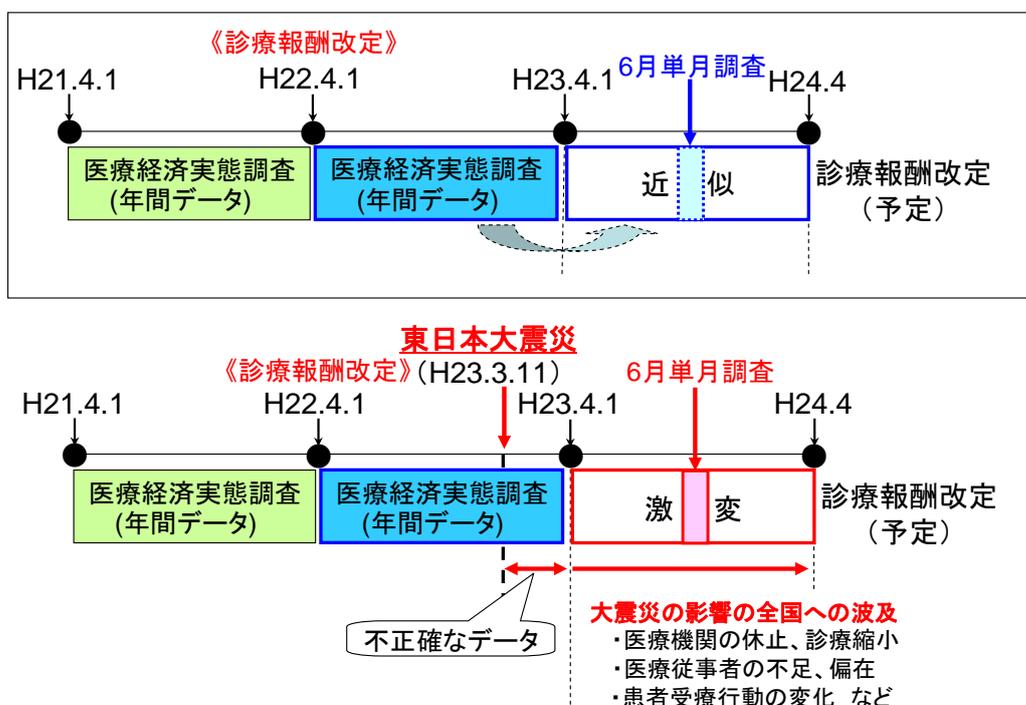
\*出所：社会保険診療報酬支払基金「平成23年3月診療分（4月処理）診療報酬等請求支払額における概算請求支払額及び一部負担金支払猶予レセプト請求支払額・割合（医療機関所在地別集計）」2011年5月30日

医療経済実態調査の調査としての位置づけにも問題がある。

通常であれば、平成 23 年度の実態は、平成 22 年度データと近似しているとして、平成 24 年度の診療報酬改定に反映されるが、平成 23 年度は、東日本大震災の影響が全国に波及し、事態が前年度までと激変していると推察される。中医協では平成 23 年 6 月単月調査を予定しているが、6 月単月調査は、日本医師会がかねてより主張しているように、6 月に発生しない費用は年間発生額を推計して記入することになり、特に小規模の診療所などでは推計が困難であることから、費用が小さく、逆に収支差額が大きく出やすいなどの問題がある。そのため、6 月単月調査だけでは不十分である（図 3）。

以上の理由から、医療経済調査等については、その実施を中止し、調査の位置づけ、あり方を再検討することを要望する。

図 3 医療経済実態調査の問題点



### (3) 介護保険料の決定のために必要なことは行なうこと

介護保険料は介護保険法で 3 年を通じて財政均衡を保つこととされており、改定の年に見直される。今回、診療報酬・介護報酬の全面同時改定については見送りを求めるが、不合理な介護報酬に加えて、介護保険料の決定のために必要なことは行なう。日本医師会としても必要な対応を行なっていく所存である。



## 2012年度の診療報酬・介護報酬同時改定についての 日本医師会の申し入れ（要請）

日本医師会は、以下の5項目を国に対して要請する。

1. 2012年度の診療報酬、介護報酬同時改定を見送ること。
2. 今年度の医療経済実態調査、薬価調査・保険医療材料価格調査を中止すること。
3. 介護報酬の改定は見送るが、介護保険料の決定のために必要なことは行なうこと。
4. 不合理な診療報酬、介護報酬については、留意事項通知や施設基準要件の見直しなどを行なうこと。
5. 必要な医療制度改革は別途行なうこと。

医療提供体制の中での  
有床診療所の活用について  
～その2～

平成23年7月20日  
日本医師会

# 日本医師会 有床診療所に関する検討委員会 中間答申（平成23年6月）

## 諮問

「次期同時改定を見据え、有床診療所の安定経営と  
安心医療のより一層の充実のために  
— 次世代につなぐ有床診療所 —」

## 有床診療所の5つの機能

1. 病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡しとしての機能
2. 専門医療を担って病院の役割を補完する機能
3. 緊急時に対応する医療機能
4. 在宅医療の拠点としての機能
5. 終末期医療を担う機能

## 有床診療所の施設体系としての理念

### 1. かかりつけ医が自ら外来・在宅と一連で入院医療を実践する医療施設

患者の生活や健康状態をよく知っているかかりつけ医が、必要に応じて入院も受け入れる、まさにプライマリケアの理念を実践する施設。  
少子高齢化が進行し、独居高齢者世帯の増加等が見込まれる中で、かかりつけ医として自ら入院医療に対応できることは、今後の医療において極めて有効である。

### 2. 地域に密着して地域医療・地域ケアを支える患者主体の入院施設

患者・家族の居宅に最も身近で、地域に密着した医療を実践している入院施設。  
医師不足等により病院の集約化が進み、在宅医療の重要性が高まる中、有床診療所は、病院とともに外来・入院・在宅、そして終末期から看取りまで、一連の医療を実践する重要な役割を担っている。

### 3. 専門医療を提供するための小規模入院施設

小手術から比較的高度な手術を含む多様な専門的医療を提供している(例えば、産科の有床診療所は、わが国の全分娩数の約47%を担っている)。地域の医療提供体制を支え、病院への集中や、勤務医の過重労働の軽減にも寄与している。

有床診療所が、今後とも地域においてその機能を十分に発揮し、永続的に役割を果たしていくためには、有床診療所の理念を、医療法に明確に示すべきである。

## 有床診療所のあり方と法制上の位置づけ

### 1. 「診療所病床」は外来医療・在宅医療と一連で入院を実践する19床以下の小規模病床

プライマリケアの実践において、外来医療、及び在宅医療を補完するための病床。かかりつけ医としての的確に受け入れることで、患者・家族の不安を取り除き、病状の変化によっては迅速に次の対応を取り得るようにすることは、病院の入院医療とは別の意義を有する。「病院病床」と「診療所病床」とは果たすべき機能が同じものではなく、別の概念で捉えるべきである。

### 2. 1人以上の医師と必要数の看護職員を配置

1人の医師が、外来医療から往診や訪問診療、そして入院医療まで対応できることが基本的特徴であるが、複数の医師により専門医療、在宅医療等を実践する中で病床を最大限利用している有床診療所も存在する。

### 3. 病床区分を設けず急性期、慢性期、そして終末期医療にも柔軟に対応し、地域ケアも支援

診療所病床は「一般病床」「医療療養病床」「介護療養病床」の3種類に区分される。医療保険・介護保険のそれぞれの制度に基づいた病床区分に拘泥することは、患者本意の医療・介護の提供を困難にし、有床診療所にも大きな負担を強いている。地域住民のために、医療から介護支援にいたるまで、病床を区分することなく柔軟に対応できるようにすべきである。

#### 4. 小規模施設に相応しい独自の診療報酬体系

有床診療所は、その理念や機能の観点からも、病院のミニ版ではない。若い次世代の多くの医師が参入できるよう、医師の地域における役割や努力が正当に報われ、小規模であっても運営が成り立つような、有床診療所固有の診療報酬体系を確立すべきである。

#### 5. 基準病床数の柔軟な運用と医療計画における役割の明確化

基準病床数制度の運用については、有床診療所の新規開設が阻害されないよう、各都道府県行政には適切な解釈の徹底と柔軟な対応を求めたい。また、医療計画においても、有床診療所の役割を明確に位置付ける必要がある。有床診療所は、病院病床だけでなく、在宅医療や介護施設との連携強化によって、まさに切れ目のない医療を実現する重要な役割を担い得る。

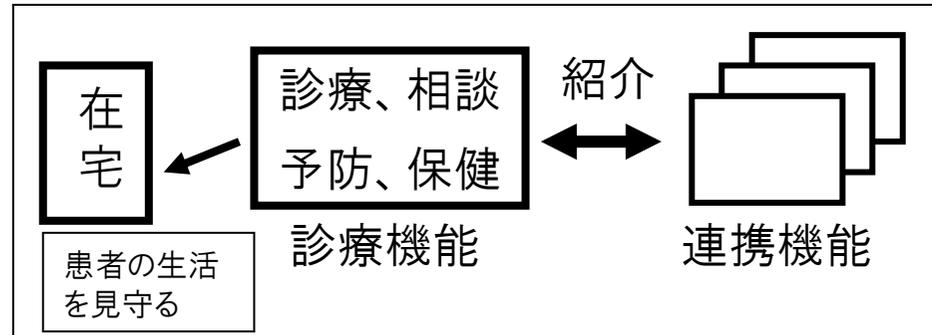
### おわりに

国民の終末期医療に関する意識調査では、6割以上が最後まで自宅で療養することは困難と考えており、その理由として、家族の負担や症状急変時の対応に不安があることを挙げている。

高齢者の医療、介護、そして生活をどう支えていくかは、わが国の地域社会における差し迫った課題であり、有床診療所が本報告書で述べた方向で法制化され、期待されている役割を十全に発揮できるようになることが強く求められる。

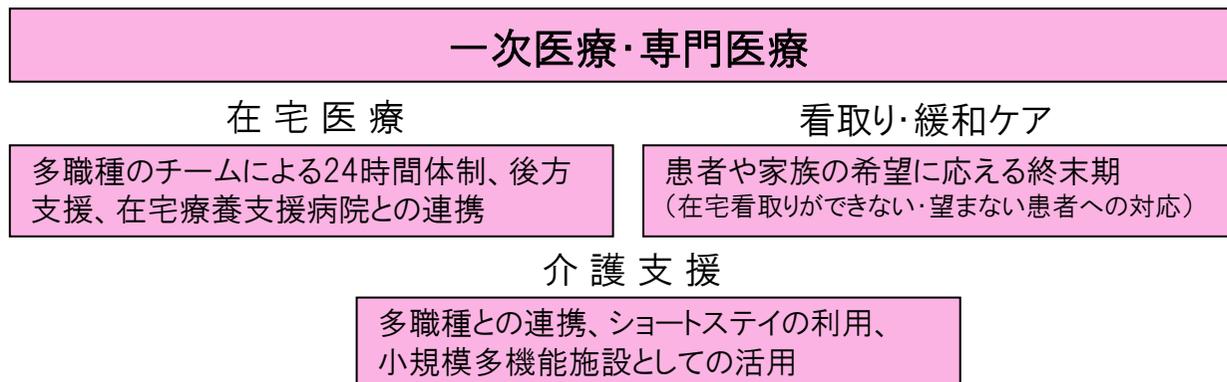
# 地域医療の中の診療所について

地域の診療所はそれぞれの専門分野をベースに**かかりつけ医機能**を担っている



「かかりつけ医機能」は、患者の身近で患者が持つ医療、保健、介護、福祉の諸問題にあわせて対応し、その患者にとって最良の解決策を十分な説明とともに継続的に提供すること。

- 今後、地域包括ケアシステムの中で、地域密着の診療所が、他医療機関、介護・福祉施設、行政との連携をさらに強化してかかりつけ医機能を発揮していくことが望まれる。他施設の理解、住民の理解を得るとともに、日医生涯教育などを利用した新しい知見の習得を継続していく。
- 有床診療所についても、かかりつけ医機能とともにその病床を幅広く活用していくことが望まれる。身近な入院施設としての役割を果たしていく。



## 連携

施設や時間帯の枠を越えた仕組み、病床の幅広い活用、情報の効率的な共有で実践

# 日本医師会における勤務医の 健康支援に関する取り組み

平成20年度

勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会の設置

平成20年度  
勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会  
発足の背景

- ・勤務医の勤務条件や労働環境は想像を絶する
- ・勤務条件の影響で健康を害した医師が多数いる
- ・医師の健康確保は患者安全につながる
- ・医師の健康支援は医療再生に不可欠

# 「勤務医の健康の現状と支援のあり方 に関するアンケート調査」の実施

- ①調査対象：日本医師会会員で勤務医（約75,000人）  
から1万人を無作為抽出  
（男性8,000人、女性2,000人）
- ②調査期間：平成21年2月20日～3月6日
- ③回 答：4,055人 有効回答率40.6%  
【3,879人回答、176人回答に不同意】

## 日医勤務医の健康の現状と支援のあり方に関する アンケート調査結果概要 (1)

### ■ 休日

- ・2人に1人が月に4日以下
- ・病床数が多くなるほど、月の休日4日以下と回答した者が増加傾向

### ■ 平均睡眠時間

- ・6時間未満が41%
- ・病床数が増えるにつれ、睡眠時間や休日も減少傾向

### ■ 自宅待機

- ・月に8日以上が20%
- ・自宅待機日数は、年代が上がるにつれ、減少傾向

### ■ クレーム

- ・2人に1人は半年以内に1回以上のクレームの経験あり
- ・病床数が多いほど経験した人の割合が増加

## 日医勤務医の健康の現状と支援のあり方に関する アンケート調査結果概要(2)

### ■健康相談・生活習慣

- ・2人に1人が、自身の体調不良を他人に相談しない
- ・5人に1人が不健康、14%の医師が喫煙
- ・4人に1人が毎日飲酒、62%が運動をしていない

### ■7%が、自身を否定的に見ている

### ■6%が1週間に数回以上、死や自殺について考える

### ■9%に興味の減退

### ■メンタル面のサポート

- ・9%の回答者がメンタル面のサポートが必要
- ・男性の8%、女性の11%にサポートが必要

## 勤務医の健康支援のために必要と考える上位6つのアクション (n=3,879)

勤務医の健康支援アクション項目	必要だと強く思う
医師が必要な休日(少なくとも週1日)と年次有給休暇が取れるようにする	66.4%
医師が必要な休憩時間・仮眠時間を取れる体制を整える	61.1%
医療事故に関する訴えがあった際には必ず組織的に対応し、関係者が参加して医師個人の責任に固執しない再発防止策を進める	60.9%
記録や書類作成の簡素化, 診療補助者の導入等を進め, 医師が診療に専念できるようにする	58.7%
院内で発生する患者・利用者による暴言・暴力の防止対策を進める	51.5%
女性医師が働き続けられるように産休・育休の保障や代替医師を確保し, 時短勤務制度の導入, 妊娠・育児中の勤務軽減, 育休明けの研修等を充実させる	47.9%

# アンケート結果から、「医師が元気に働くための7カ条」と「勤務医の健康を守る病院7カ条」を提案

日医会員約17万人ならびに関係団体へ配布



勤務医の健康支援に関する委員会では、2009年2月に病院に勤務する医師会員1万人を無作為に抽出し、勤務医の健康に関するアンケート調査\*を実施しました。私たちはこの結果から、次のような「医師が元気に働くための7カ条」を提案させていただきます。また、別に、「勤務医の健康を守る病院7カ条」も提案させていただいております。

病院での組織的な改善とともに、医師自らが、ご自分の健康を守っていくことも今後は求められます。

なお、日本医師会でも、勤務医の医師賠償責任保険の制度化や女性医師バンクを創設して参りました。また、今後も勤務医の労働環境の整備のため、医師不足・偏在の是正等を図るための財源の確保や医師確保対策等を行政に働きかけ続けていきます。

\*調査結果の詳細は、日本医師会HP (<http://www.med.or.jp/kinmu/>) からダウンロードできます。

## 医師が元気に働くための7カ条

- 1 睡眠時間を充分確保しよう**  
最長6時間の睡眠時間は質の高い医療の提供に欠かせません。患者さんのために睡眠不足は許されません。
- 2 週に1日は休日をとろう**  
リフレッシュすればまた元気に仕事ができます。休日をとるのも医師の仕事の一部と考えましょう。
- 3 頑張りすぎないようにしよう**  
慢性疲労は仕事の効率を下げ、モチベーションを失わせます。医療事故や突然死にもつながり危険なのでやめましょう。
- 4 「うつ」は他人事ではありません**  
「勤務医の12人に1人はうつ状態」、うつ状態には休養で治る場合と、治療が必要な場合があります。
- 5 体調が悪ければためらわず受診しよう**  
医師はとくに自分で診断して自分で治そうとするもの。しかし、時に判断を誤る場合もあります。
- 6 ストレスを健康的に発散しよう**  
飲み食い食べたりするストレス発散は不健康のもの。運動（有酸素運動や筋トレ）は健康的なストレス発散に最も有効です。週末は少し体を意識的に動かしてみよう。
- 7 自分、そして家族やパートナーを大切にしよう**  
自分のいのち、そしてかけがえのない家族を大切に。家族はいつもあなたのことを見守ってくれています。

日本医師会 勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会



勤務医の健康支援に関する委員会では、2009年2月に病院に勤務する医師会員1万人を無作為に抽出し、勤務医の健康に関するアンケート調査\*を実施しました。私たちはこの結果から、次のような「勤務医の健康を守る病院7カ条」を提案させていただきます。また、別に、「医師が元気に働くための7カ条」も提案させていただいております。

病院での組織的な改善は、医師のためにも、そして患者のためにも必要です。

なお、日本医師会でも、勤務医の医師賠償責任保険の制度化や女性医師バンクを創設して参りました。また、今後も勤務医の労働環境の整備のため、医師不足・偏在の是正等を図るための財源の確保や医師確保対策等を行政に働きかけ続けていきます。

\*調査結果の詳細は、日本医師会HP (<http://www.med.or.jp/kinmu/>) からダウンロードできます。

## 勤務医の健康を守る病院7カ条

- 1 医師の休息が、医師のためにも患者のためにも大事と考える病院**  
必要な睡眠時間や少なくとも週1回の休日がとれる体制が必要です。
- 2 挨拶や「ありがとう」などと笑顔で声をかけあえる病院**  
挨拶から始まる良好な人間関係こそが職場の財産です。
- 3 暴力や不当なクレームを予防したり、組織として対応する病院**  
事例の多くは組織的対策により予防や早期解決が可能です。
- 4 医療過誤に組織として対応する病院**  
医師個人の責任ではなく、組織としての対応が医師・患者に必要です。
- 5 診療に専念できるように配慮してくれる病院**  
業務の効率化・補助者の導入などで負担が減ると、診療の効率もあがります。
- 6 子育て・介護をしながらの仕事を応援してくれる病院**  
柔軟な勤務時間、妊娠・育児中の勤務軽減、代替医師の確保が望まれています。
- 7 より快適な職場になるような工夫してくれる病院**  
清潔な仮眠室や休憩室、軽食がすぐに食べられると元気がわきます。

日本医師会 勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会

# 医師が元気に働くための7カ条

1. 睡眠時間を十分確保しよう

2. 週に1日は休日をとろう

3. 頑張りすぎないようにしよう

4. 「うつ」は他人事ではありません

5. 体調が悪ければためらわず受診しよう

6. ストレスを健康的に発散しよう

7. 自分、そして家族やパートナーを大切にしよう

# 勤務医の健康を守る病院7カ条

1. 医師の休息が、医師のためにも患者のためにも大事と考える病院
2. 挨拶や「ありがとう」などと笑顔で声をかけあえる病院
3. 暴力や不当なクレームを予防したり、組織として対応する病院
4. 医療過誤に組織として対応する病院
5. 診療に専念できるように配慮してくれる病院
6. 子育て・介護をしながらの仕事を応援してくれる病院
7. より快適な職場になるような工夫をしてくれる病院

# 医師の職場環境改善のワークショップ研修会

(日本医師会認定産業医制度生涯研修会)

## 目的:

医療機関の産業医を対象に、医療機関における産業保健の役割、医師のメンタルヘルス支援について研修

## 内容:

■現在の医療現場の実例に近いケーススタディを通して、グループワークを行い、勤務医の健康支援・労働環境改善の課題を整理

■自分の職場・医療機関の今後の活動計画を作成

■H21年度:日本医師会開催

■H22年度開催医師会  
熊本県、岡山県、京都府



■H23年度開催予定医師会  
徳島県、山口県、高知県、岐阜県  
宮城県

# 医師の労働時間の設計基準に関する 現場実証調査研究

## 2010年

ステップ1: 労働時間設計基準に関する知見集約

ステップ2: 労働時間ガイドラインの現場適用作業

## 2011年

ステップ3: 労働時間ガイドライン現場実証研究

ステップ4: 医師の労働時間の設計基準案作成

# 結 論

- 勤務医の就業環境や生活習慣には改善の余地がある。
- 医師自身の意識改革も必要であるが、医療機関としての組織的な取り組みが求められる。
- 医療機関において、産業医活動を活性化させる必要がある。