平成26年度

手術・処置の休日・時間外・深夜加算に関する 緊急アンケート調査

一外科専門医制度修練施設対象 一

≪層別化集計≫

(外科関連学会協議会全加盟学会・順不同)

- 一般社団法人日本外科学会
- 一般社団法人日本肝胆膵外科学会
- 特定非営利活動法人日本気管食道科学会
 - 一般社団法人日本救急医学会

特定非営利活動法人日本胸部外科学会

特定非営利活動法人日本血管外科学会

特定非営利活動法人日本呼吸器外科学会

- 一般社団法人日本消化器外科学会
- 特定非営利活動法人日本小児外科学会
- 一般社団法人日本静脈経腸栄養学会
- 特定非営利活動法人日本心臓血管外科学会
 - 一般社団法人日本大腸肛門病学会
 - 特定非営利活動法人日本頭頸部外科学会

日本内分泌外科学会

- 一般社団法人日本乳癌学会
- 一般社団法人日本腹部救急医学会

公益社団法人日本麻酔科学会

日本Acute Care Surgery学会

手術・処置の休日・時間外・深夜加算に関する緊急アンケート

日本外科学会では過去3回、外科医の労働環境に関するアンケートを行い、外科医の過重労働の実態を明らかにしてきました。その結果は平成22年度及び24年度診療報酬改定での手術料の大幅な増加に繋がったものと考えています。平成26年度の診療報酬改定においても、日本外科学会のこれまでの訴えが採り入れられ、夜間、休日等の時間外の緊急手術・処置に対する加算が大幅に増額され、外科医の過重労働に対する配慮がなされました。しかし、加算を取るための要件が厳しく、実効性に乏しいとの意見も聞かれます。もとより加算を取ることが目的では無く、認定要件を満たすために院内のシステムを改良し、外科医の労働環境を整え、過労による医療事故を未然に防ぐことこそが重要である点は認識していますが、要件が余りに厳しく多くの病院では申請を諦めています。これでは改定の意味がありません。一部の学会ではすでにアンケートを実施済のため内容の重複の可能性もございますが、日本外科学会では他の外科関連学会協議会の加盟学会と協働して緊急アンケートを行うことといたしました。アンケートの内容は厚生労働省に提出する要望書を想定しており、そのためかなり詳しいものになっています。

アンケート調査期間・対象・方法

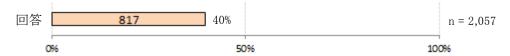
調查期間	平成27	生(20	15年)	2月6	S∃~	~3月	2	Н

調査対象 日本外科学会および外科関連学会協議会の加盟学会と連名で行い、 日本外科学会外科専門医制度修練施設の事務連絡指導責任者を 対象とした。

調査方法 Web(インターネット)による調査 ※日本外科学会の会員専用ページにログインして回答 電子メール、ホームページで調査実施を告知した。

【 I 】回答者背景	1
【Ⅱ】施設基準認定要件について	4
【Ⅲ】個別の加算要件について	13
【IV】事務担当者に対する質問	33
【V】回答者の理解度	37
☆添付資料1	38
☆添付資料2	40

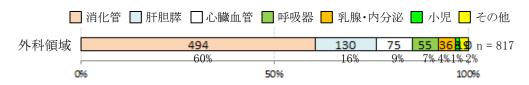
☆ 回答率 — 40% 回答数:817(配布数:2,057)



回答期間は24日間で、回答率は40%であった。

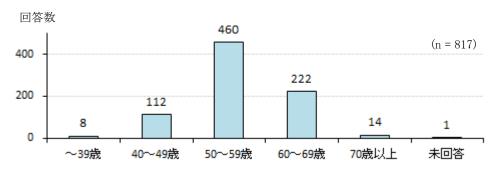
【 I 】回答者背景 (外科専門医制度修練施設の事務連絡指導責任者)

【 I 】Q1. 専門領域 (外科)



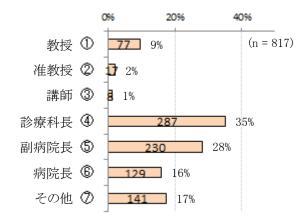
事務連絡指導責任者の専門領域別回答数は図の通りであった。

【 I 】Q2. 年齢 (歳)(平成27年1月31日時点)



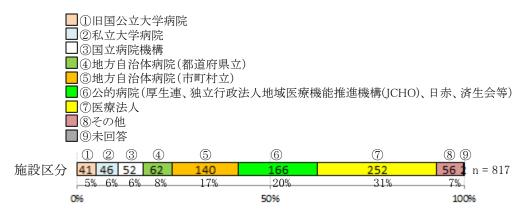
回答者の年齢は50歳代が最も多く、続いて60歳代、40歳代、という順であった。

【 I 】Q3. 役職 (複数回答)



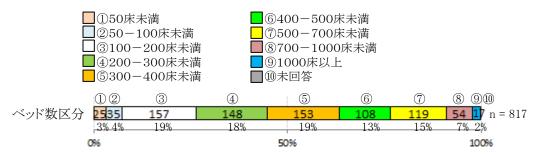
回答者の役職は図の通りで責任ある立場の回答者が多かった。

【 I 】Q4. 所属施設



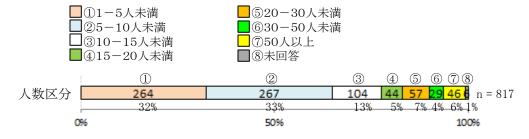
所属施設別の回答数は図の通りであった。国公立大学病院は51施設中41施設(80%)の回答率であった。私立大学病院の回答数が29医学部に対して46施設であったのは分院からの回答も少なくなかったためと思われる。いずれにしても大学病院からの回答は高かったと言えよう。

【 I 】Q5. 所属施設のベッド数



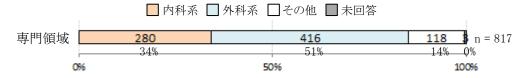
「平成23年医療施設調査」に基づく病床規模別病院数調査では100床未満;37%、100~200床未満;32%、200~300床未満;13%とここまでで82%であるのに対し、本調査の回答施設で300床未満が占める割合は44%で、大規模施設の回答が多い事がわかる。

【 I 】Q6. 所属施設内の常勤外科医(日本外科学会会員)の人数



回答施設における外科専門医の数は1~5人未満が32%、5~10人未満が33%と、この両者で半数 を超えていた。

【 I 】Q7. 所属施設長の専門領域



所属施設長の専門領域は外科系が51%、内科系が34%であった。

内科系	n	外科系	n	その他	n
内科	40		86	眼科	4
一般内科	4	一般外科	7	救急診療科	6
総合診療科	1	一般外科•消化器外科	2	救命救急科	4
総合内科	4	外科、整形外科	1	産婦人科	19
循環器(内)科	67	外科、婦人科、耳鼻科、眼科	ł 1	耳鼻咽喉科	1
消化器(内)科	57	肝臟外科	1	耳鼻科	4
呼吸器(内)科	30	肝胆膵外科	11	集中治療	1
血液内科	14	消化管外科	7	小児科	14
神経内科	11	消化器外科	121	障害者歯科	1
腎臓内科	11	消化器•一般外科	5	精神科	4
内分泌(内)科	10	消化器•血管外科	1	多汗症	1
肝臓内科	5	消化器外科、血管外科	1	透析科	1
血液腫瘍内科	3	消化器外科·肝胆膵外科	1	リウマチ科	3
高血圧内科	3	救急外科	1	リハビリ科	2
糖尿病内科	3	胸部外科	3	泌尿器科	20
腫瘍内科	2	形成外科	3	皮膚科	3
糖尿病代謝内科	2	血管外科	1	婦人科	1
内分泌代謝科	2	呼吸器外科	14	放射線科	11
肝胆膵	1	小児外科	4	麻酔科	14
心臟内科	1	食道外科	1	脳神経小児科	1
心療内科	1	心臟外科	4	臨床疫学	1
内科•血液腫瘍科	1	心臟血管外科	29	元厚生官僚	1
老人科	2	整形外科	41	医療システム情報学	1
老年科·循環器内科	1	大腸·肛門外科	3		110
膠原病・リウマチ内科	1	肛門外科	3	合計	118
膠原病科	2	甲状腺•内分泌外科	2		
リウマチ・膠原病内科	1	乳腺外科	11		
A 7.1		乳腺、一般外科	1		
合計	280	乳腺·甲状腺外科	1		
		脳外科	16		
		脳神経外科	31		
		腹部一般	1		
		移植外科	1		
		 合計	416		

224

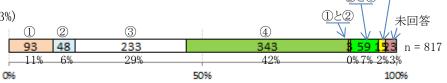
【Ⅱ】施設基準認定要件について

施設基準認定要件の解釈では何点か不明確な部分があり、施設の中には、一旦申請して獲得した加算を取り下げるなどの混乱もあったかと存じます。

平成26年11月5日付で厚生労働省からQ16のところに記載しましたような疑義解釈(添付資料2)が出されました。Q8からQ15に関しては、施設基準認定要件について施設での対応・状況、その後の状況です。

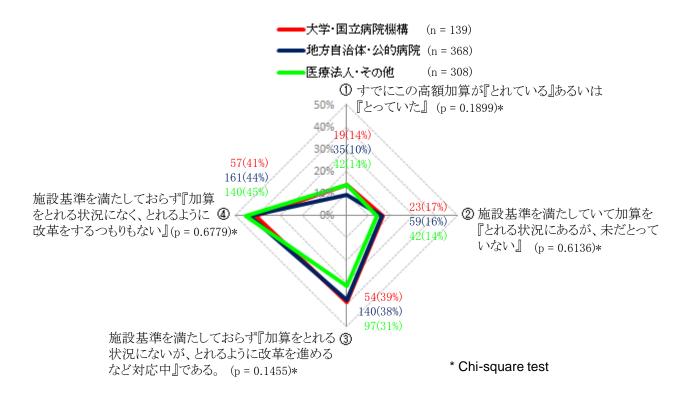
【II JQ8. 新設された高額の加算について (複数回答)

- □①すでにこの高額加算が『とれている』あるいは『とっていた』 n=93(11%)
- □②施設基準を満たしていて加算を『とれる状況にあるが、未だとっていない』 n=48(6%)
- □③施設基準を満たしておらず『加算をとれる状況にないが、とれるように改革を進めるなど 対応中』である。n=233(29%)
- ■④施設基準を満たしておらず『加算をとれる状況になく、とれるように改革をするつもりもない』n=343(42%)
- $\boxed{1}$ 2 n=3(0.4%)
- ■②と③ n=59(7%)
- ②と④ n=15(2%)
- ■未回答 n=23(3%)

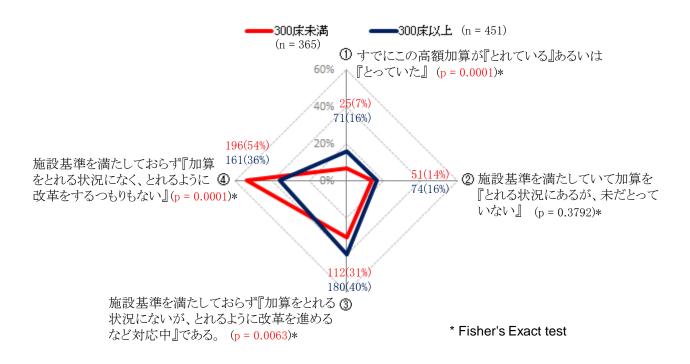


加算要件を満たしそれを"とっている"、あるいは"とっていた"施設の割合は12%(①11%+①と②0.4%)にとどまっていた。ただし、加算をとれる状況にあるが未だとってないという施設15%(②6%+①と②0.4%+②と③7%+②と④2%)を加えると27%、つまり全体の1/4の施設が加算要件を満たしているという事がわかる。これに、"現在は加算をとれる状況にないがとれるように改革を進めるなど対応中である"という施設の割合36%(③29%+②と③7%)を加えると63%がこの加算をとろうとする意思があることになる。

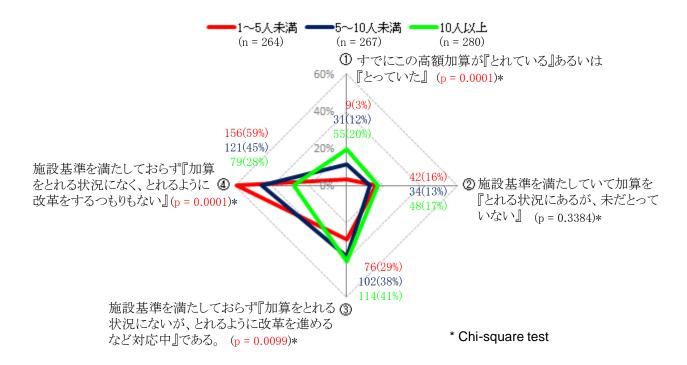
【 II 】Q8—A. 所属施設タイプ別 (大学・国立病院機構 vs.地方自治体・公的病院 vs.医療法人・その他)



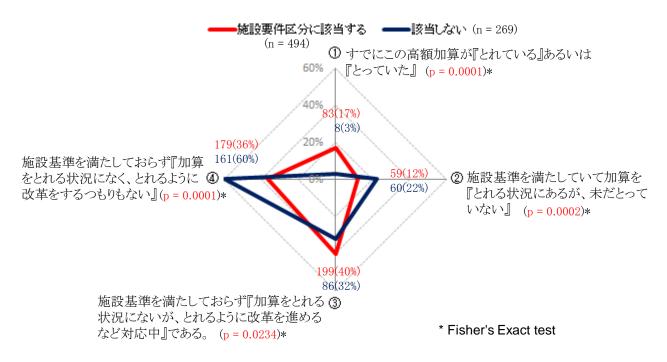
【 II 】Q8-B. ベッド数区分(300床未満vs.300床以上)



【Ⅱ】Q8—C. 常勤外科医人数区分(1~5人未満vs.5~10人未満vs.10人以上)



【Ⅱ】Q8—D. 施設要件区分Ⅲ-29☆(施設要件区分に該当する vs.該当しない)



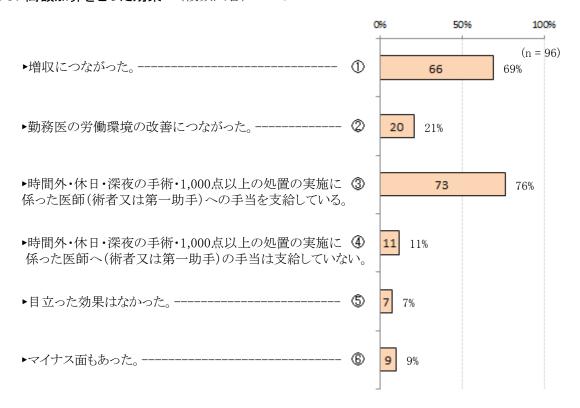
- ☆施設要件(Ⅲ-29の施設要件区分に該当する vs.該当しない)の層別化について 以下のいずれかに該当していること。
 - ア)年間の緊急入院患者数が200名以上である。
 - イ) 全身麻酔(手術を実施した場合に限る)の患者数が年800件以上である。
 - ウ) 第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院、総合周産期母子医療センター、 災害医療拠点病院、へき地医療拠点病院又は地域医療支援病院である。

【 II 】Q9. この高額加算の運用開始 (Q8①回答対象 n = 96)

開始時期	回答数	_	開始時期	回答数	(回答 n = 77)
2014年4月	40		2015年1月	3	
2014年5月	9		2015年2月	2	
2014年6月	2		2015年3月	1	
2014年7月	6		2015年4月	1	
2014年8月	1				
2014年9月	3				
2014年10月	2				
2014年11月	4				
2014年12月	3				

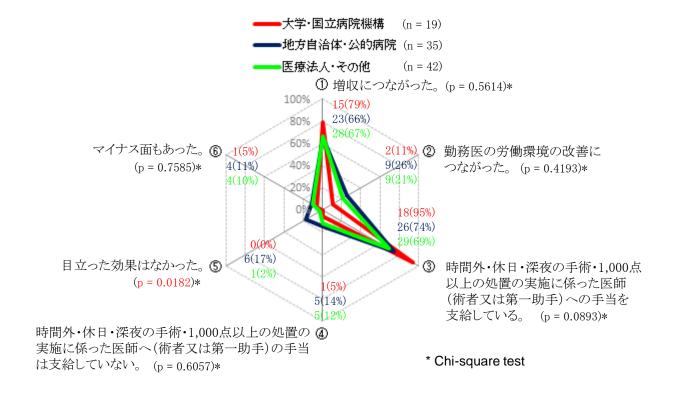
運用開始時期に関しては当初の4月からが最も多いがその後も継続して加算をとる施設が少数 ながら継続はしていた。

【Ⅱ】Q10. 高額加算をとった効果 (複数回答) (Q8①回答対象 n = 96)

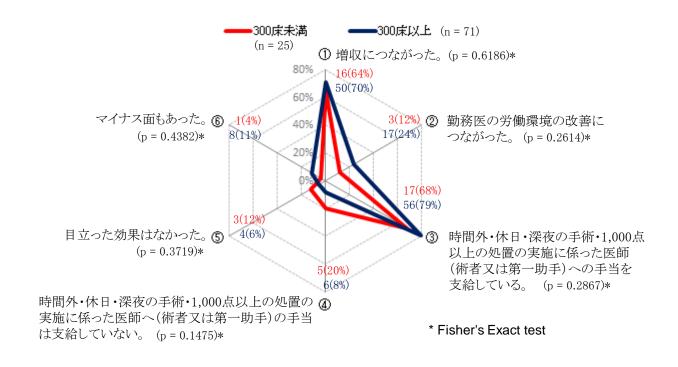


この加算を取得した事により増収につながったという施設は69%、医師に手当を支給しているという施設は76%にのぼった。一方で勤務医の労働環境の改善につながったという施設は21%にとどまった。

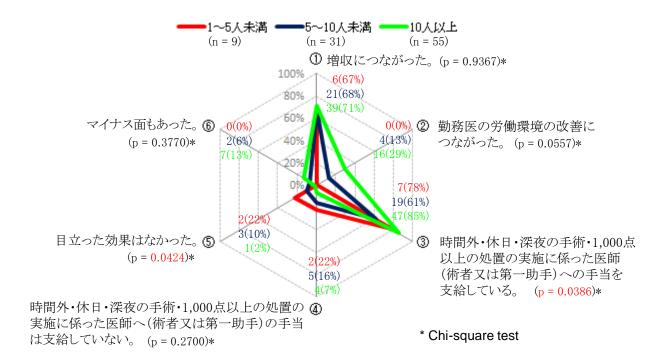
【 II 】Q10—A. 所属施設タイプ別 (大学・国立病院機構 vs.地方自治体・公的病院 vs.医療法人・その他)



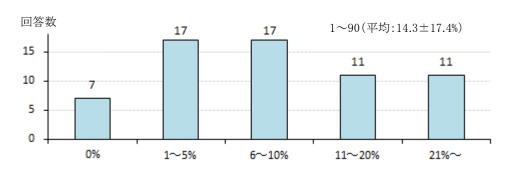
【 II 】Q10—B. ベッド数区分 (300床未満vs.300床以上)



【Ⅱ】Q10—C. 常勤外科医人数区分(1~5人未満vs.5~10人未満vs.10人以上)

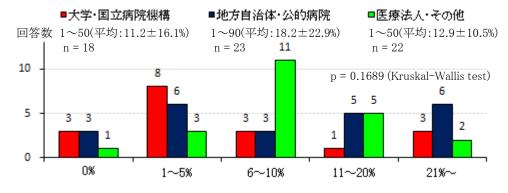


【 Ⅱ 】Q11. 手当としての還元率 (Q8①回答対象 n = 96) (増収分のおよそ何%を手当として還元したか。)

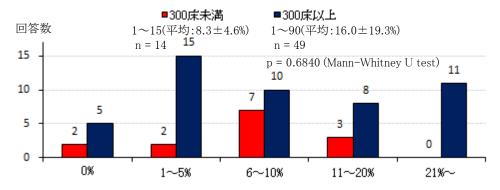


増収分の手当としての還元率は様々であったが平均すると14.3±17.4%、中央値では10%であった。

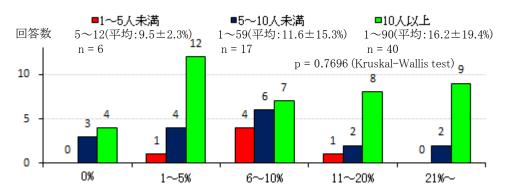
【Ⅱ】Q11—A. 所属施設タイプ別 (大学・国立病院機構 vs.地方自治体・公的病院 vs.医療法人・その他)



【 II 】Q11—B. ベッド数区分(300床未満vs.300床以上)



【Ⅱ】Q11—C. 常勤外科医人数区分(1~5人未満vs.5~10人未満vs.10人以上)

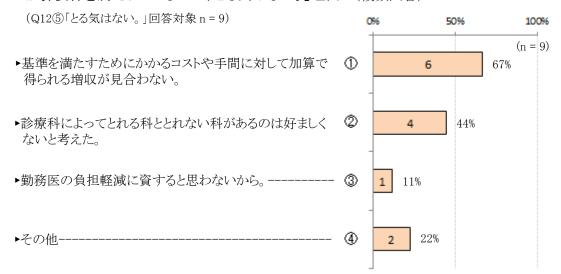


【 Ⅱ 】Q12. 「施設基準を満たしていて加算を"とれる状況にあるが、未だとっていない。"」の内容 (択一回答) (Q8②回答対象 n = 125)

- □①準備中(手続き中)
- □②加算の重要性・利益や効用などを認識していなかった。今後とる方向で手続きを進めたい。
- □③基準を正しく理解しておらずとれると思っていなかった。今後とる方向で手続きを進めたい。
- ■④基準を満たしていると思い地方厚生局に届け出たが却下された。
- □⑤とる気はない。

o	O96		100%
全体	37 30%	2 49 39%	3 4 5 n = 125 22% 2% 7%
①大学•国立	8 33%	11 46%	4 10 n = 24
所属施設 ②公立・公的	18	19	15 0 6 0 n = 58
タイプ別	31%	33%	
③医療法人・他	11 26%	19 45%	7 2 3 0 n = 42
↑ ①300床未満	13	24	8 2 4 0 n = 51
ベッド数区分	25%	47%	16% 4% 8%
②300床以上	24	25	19 5 n = 74
	32%	34%	26% 1%7%
①1~5人未満	10	23	7 2 1 n = 43
	23%	53%	16% 5% 2%
常勤外科医 ②5~10人未滿	12	13	12% 15% n = 34
人数区分	35%	38%	
↓ 310人以上	15	13	15 1 3 0 n = 47
	32%	28%	32% 2% 6%

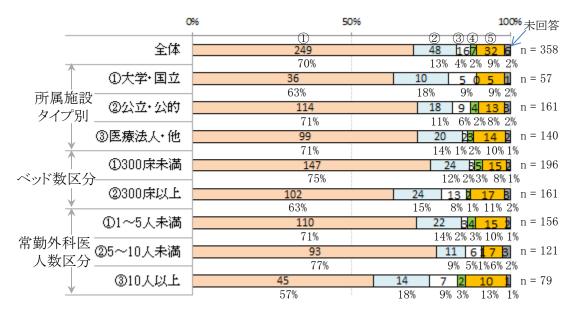
【Ⅱ】Q13.「加算要件を満たしているのに、とる気はない。」理由 (複数回答)



最も多い理由は加算要件を満たすためのコストとそれによる増収が見合わないという回答であった。

【 Ⅱ 】Q14. 「施設基準を満たしておらず"加算をとれる状況になく、とれるように改革をするつもりもない。"」の理由 (Q8④回答対象 n = 358)

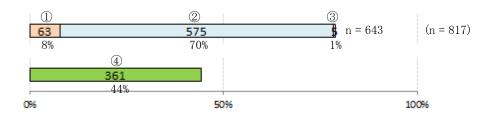
- □①施設基準を満たすことが根本的に無理だから。
- □②施設基準を満たすためにかかるコストや手間に対して加算で得られる増収が見合わない。
- □③診療科によってとれる科ととれない科があるのは好ましくないと考えた。
- ■④勤務医の負担軽減に資すると思わないから
- | ⑤その他
- ■未回答



根本的に施設基準を満たす事が無理であるからと言う理由が2/3を占めた。

【 II 】Q15. 施設基準について (①~③のいずれか[択一回答]、①~③ または④は両方回答可[複数回答])

- ■①妥当である。
- ■②緩和してほしい。
- □(3)より厳しくすべきである。
- ④もっと簡略な基準にしてほしい。



加算要件の施設基準を緩和してほしいという回答は70%、簡略な基準にと言う回答は44%であった。

【Ⅲ】個別の加算要件について (添付資料1)

- 【(1)及び(2)は、当該加算を算定する診療科が実施していればよい】
- (1)予定手術前の当直(緊急呼び出し当番を含む)の免除(年12日までは実施しなくてもよい*) *この点に関して平成26年11月5日付で厚生労働省から下記のような疑義解釈(添付資料2)が出ました。

【処置・手術】

(間2)処置の通則5及び手術の通則12に掲げる休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準通知に、「当直等を行った日が年間12日以内であること。とあるが、12日とは、診療科単位と考えて良いか。

(答)診療科単位ではなく、届出を行った診療科全体の合計で12日以内である必要がある。

ただし、本事務連絡の発出時点で既に届出している医療機関にあっては、平成26年12月までの期間については、診療科単位で年間12日以内であればやむを得ないものとする。

わかりにくいかと思いますので、例を示して解説します。

疑義解釈前の"診療科単位"でよいを、本調査では【疑義解釈前基準】とします。

疑義解釈の回答にある"届出を行った診療科全体の合計"で12日以内、を本調査では【疑義解釈後基準】 とします。

【疑義解釈前基準】 心臓外科で12日、整形外科で12日、呼吸器外科で12日まで、予定手術の前日の当直が許されるので、12日を超えていない科は加算を請求できる。

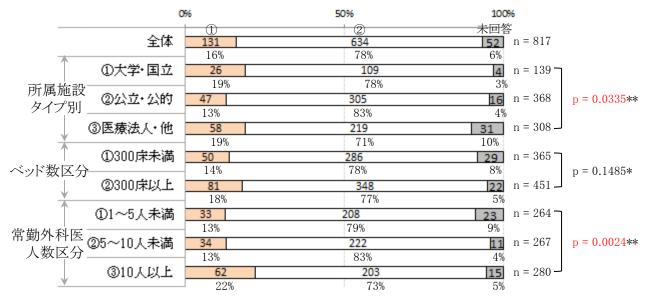
【疑義解釈後基準】心臓外科で5日、整形外科で3日、呼吸器外科で4日、合計12日、これならOKです。 心臓外科で5日、整形外科で4日、呼吸器外科で4日、合計13日、これでは3つの診療科全てダメということ になります。

この要件は、病院全体(全科合計)で"年12日まで"ですと厳しすぎるので、"当該加算を算定する診療科が 実施していればよい"と言う注釈がわざわざ当初の説明図に明記され緩和された形になっていたものが、 今回、当該加算を算定する診療科の合計が年12日までと、若干要件が厳しくなる解釈が示されたということ です。

※術者、第一助手のみが対象。緊急呼び出し当番を行う者については、当番日の夜間に当該保険医療機関内での 診療を行わなかった場合、翌日の予定手術に係る術者及び第一助手となっていても、当該日数にはカウントしない。

【Ⅲ】Q16. 疑義解釈前の基準

- ■①【疑義解釈前基準】満たしていた
- □②【疑義解釈前基準】満たしていなかった □ 未回答



* Fisher's exact test

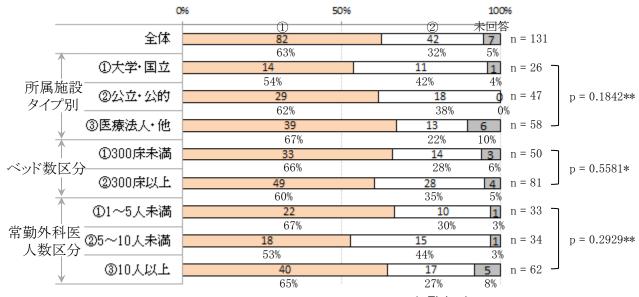
【疑義解釈前基準】を満たしていたのは全体で16%であった。

** Chi-square test

【皿】Q17.【疑義解釈前基準】を満たしていた施設が疑義解釈後基準が出た後にどうなったか。

(Q16設間)

- □①【疑義解釈後基準】も満たしている
- □②【疑義解釈後基準】は満たしていない □ 未回答



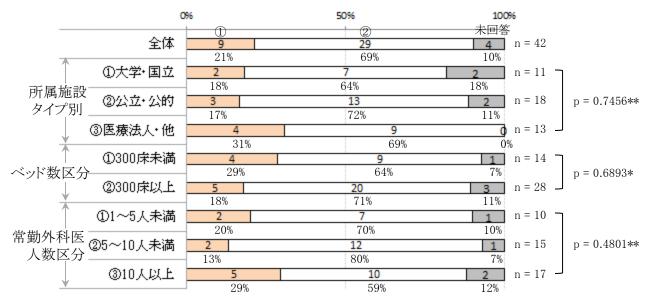
* Fisher's exact test

** Chi-square test

疑義解釈前に基準を満たしていた施設の1/3が、疑義解釈後の基準を満たさぬようになっていた。

【Ⅲ】Q18.【疑義解釈後基準】を満たしていない施設の今後の対応 (Q17設問)

- □①【疑義解釈後基準】を満たすように対応して27年1月に申請し直す。
- □②【疑義解釈後基準】を27年1月までに満たすのは不可能である。 □ 未回答

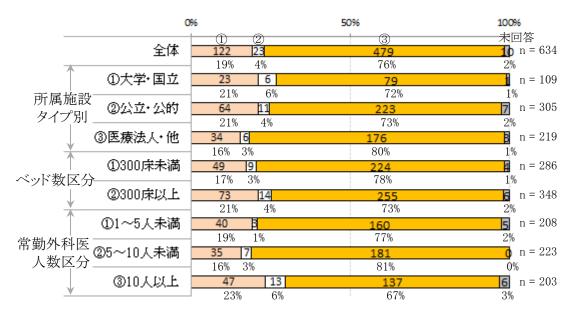


* Fisher's exact test** Chi-square test

疑義解釈後に満たさなくなった施設で、満たすように対応して申請し直すとする施設は21%にとど まった。

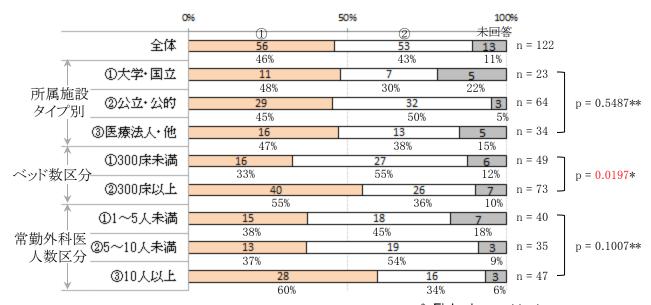
【Ⅲ】Q19.【疑義解釈前基準】をもともと満たしていなかった施設の対応状況 (Q16設問)

- □ ①満たすべく対応中であった。
- □②満たそうと思えば【疑義解釈前基準】なら可能であったがそのつもりはなかった。
- ■③満たすのは不可能である。【疑義解釈後基準】はなおさら不可能である。



【Ⅲ】Q20.【疑義解釈前基準】を満たそうと対応している間に基準が厳しく変わってしまった施設の対応 (Q19設問)

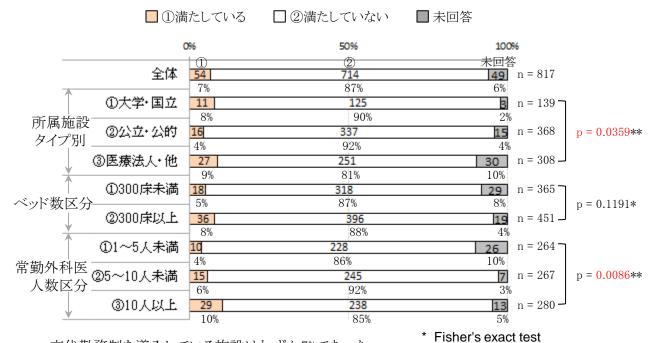
- □①【疑義解釈後基準】を満たすように対応を続ける。
- □②【疑義解釈後基準】を満たすのは無理なので対応を再考する。 □ 未回答



* Fisher's exact test 疑義解釈前の基準を満たすべく対応中であった施設の46%が** Chi-square test 疑義解釈後のより厳しい基準を満たすべく対応を続けるという事であった。

【Ⅲ】Q21. 交代勤務制の実施(下記のいずれかを実施していること) (診療科ごとに異なってもよい)

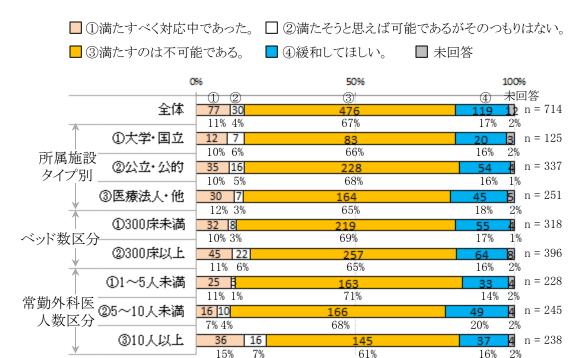
交代勤務制(常勤の医師3名以上、夜勤の翌日の日勤は休日、日勤と夜勤を連続させるときは休憩を置くこと) 原則として、当該診療科において夜勤時間帯に行われる診療については、夜勤を行う医師のみによって実施 されていること。ただし、同時に2件以上の緊急手術を実施する場合を除く。



交代勤務制を導入している施設はわずか7%であった。

** Chi-square test

【Ⅲ】Q22.「交代制勤務」という要件を満たしていないという施設の対応方針 (Q21設問)



交代勤務制の導入を考えている施設もわずか11%に留まった。

【皿】Q23. チーム制

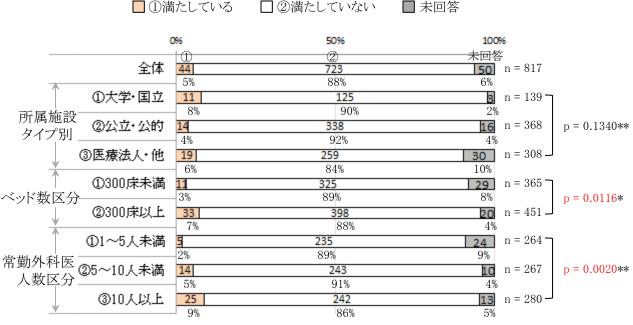
医師5人ごとに1人の緊急呼び出し当番を置き、休日・時間外・深夜の対応を一元化し、

緊急呼び出し当番の翌日は休日※

※1 当番目の夜間に院内で診療を行わなかった場合は、翌日を休日としていなくてもよい。

※2 緊急手術を行う場合は、当番以外の者が実施してもよい。ただし、その場合、翌日の予定手術には参加しないこと。

※3 休日・時間外・深夜の対応を当直医(他の診療科の当直医を含む)が行ってもよい。



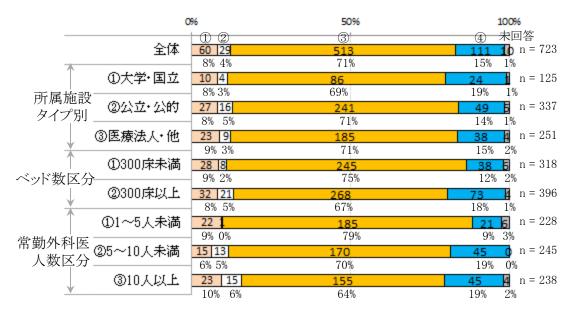
チーム制の基準を満たしている施設もわずか5%であった。

- * Fisher's exact test
- ** Chi-square test

【Ⅲ】Q24.「チーム制」という要件を満たしていないという施設の対応方針 (Q23設問)

□ ①満たすべく対応中であった。 □ ②満たそうと思えば可能であるがそのつもりはない。

■ ③満たすのは不可能である。 ■ ④緩和してほしい。 ■ 未回答

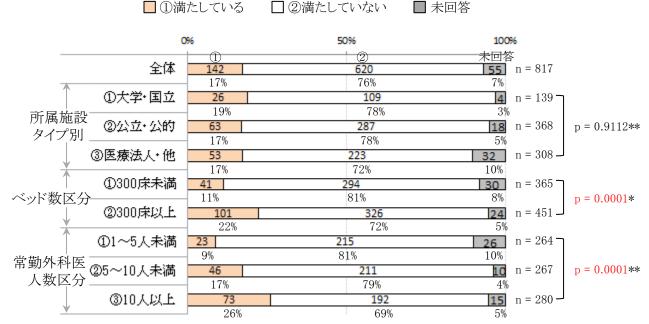


チーム制の要件を満たすべく対応中の施設もわずか8%であった。

【Ⅲ】Q25. 時間外・休日・深夜の手術・1,000点以上の処置の実施に係る医師の手当の支給

(術者または第一助手)

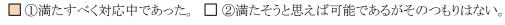
- ※(ア)又は(イ)のどちらかを実施する。内容を就業規則に記載し、地方厚生局に届け出ること。 (記載は平成27年3月31日までは実施していなくてもよい。)
 - (ア) その都度、休日手当、時間外手当、深夜手当、当直手当等とは別の手当を支給
 - (イ)年間に行った数に合わせて支給



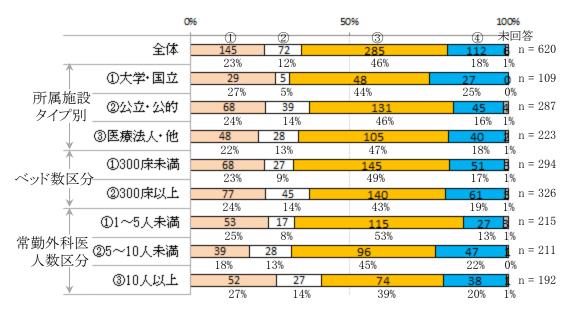
* Fisher's exact test ** Chi-square test

「手当の支給」を行っている施設もわずか17%であったが、「交代勤務制(7%)」や「チーム制(5%)」よりも多く、インセンティブの要件を満たすよりもマンパワーの関連する要件を満たすことの方がより困難であることがわかる。

【Ⅲ】Q26.「手当の支給」という要件を満たしていないという施設の対応方針 (Q25設問)



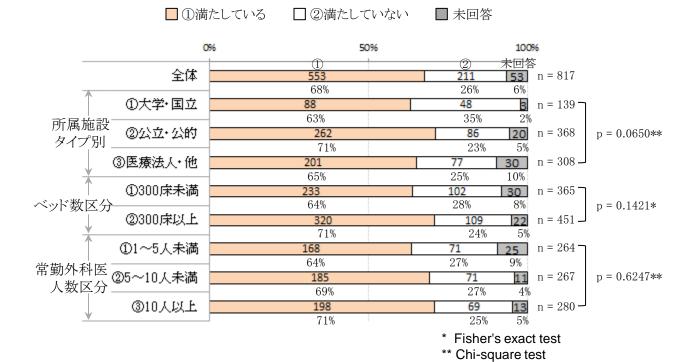
■ ③満たすのは不可能である。 ■ ④緩和してほしい。 ■ 未回答



「手当支給」に向けて対応中の施設は23%であったが、やはり「交代勤務制(11%)」や「チーム制(8%)」より対応中の施設が多く、「手当支給」の方が対応しやすい要件であることがわかった。

【皿】Q27. 採血、静脈注射及び留置針によるルート確保について (原則として※医師以外が実施していること) (新生児を除く。)

- ※1 教育的観点から臨床研修医1年目が実施する場合を除く。研修医が所属する診療科で実施する場合で、 研修プログラムに支障ない範囲に限る。
- ※2 医師以外の医療従事者が、実際に患者に試みたが実施が困難であると判断した場合は医師が実施して もよい。(患者を観察し、穿刺を行う前に判断する場合も含む)

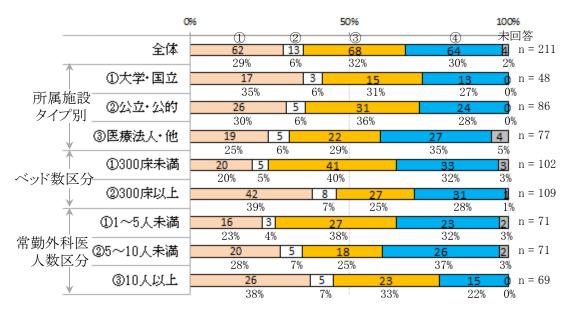


医師以外による採血、静脈注射及び留置針によるルート確保については68%の施設が要件を満たしており、採血、静脈注射及び留置針によるルート確保のタスクシフティングは浸透しつつあると思われた。

【皿】Q28. 採血、静脈注射及び留置針によるルート確保の実施者に関する要件 を満たしていない施設の対応 (Q27設問)

□ ①満たすべく対応中であった。 □ ②満たそうと思えば可能であるがそのつもりはない。

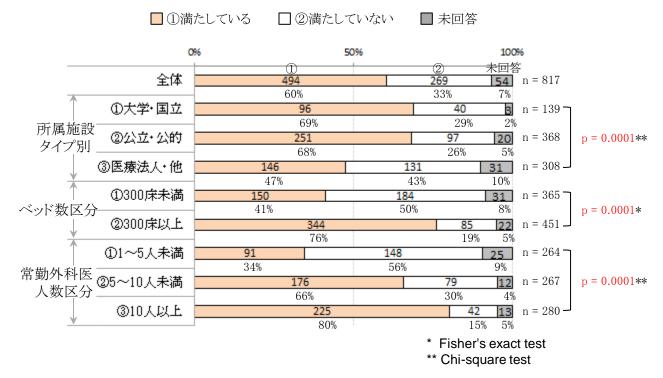
■ ③満たすのは不可能である。 ■ ④緩和してほしい。 ■ 未回答



29%が対応中であった。

【Ⅲ】Q29. 下記のいずれかに該当すること。

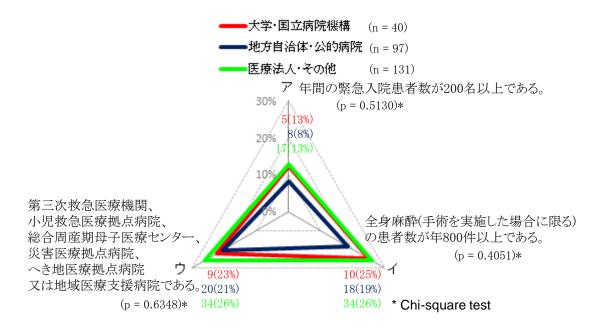
- ア)年間の緊急入院患者数が200名以上である。
- イ) 全身麻酔(手術を実施した場合に限る)の患者数が年800件以上である。
- ウ) 第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院、総合周産期母子医療センター、災害医療拠点病院、 へき地医療拠点病院又は地域医療支援病院である。



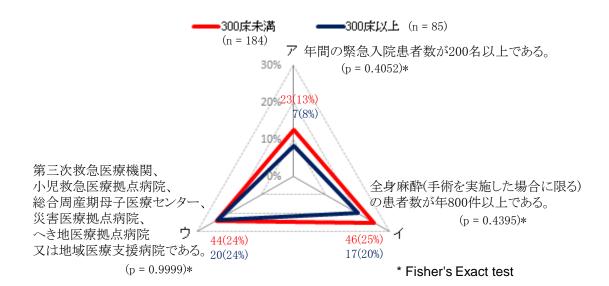
この基本的要件のいずれかを満たしている施設は494施設(60%)であった。いずれも病院の規模に関係する要件であるので、層別解析では明らかな有意差を認めた。

【Ⅲ】Q30a. Q29のア)~ウ)の要件のうち、「満たしていない要件は?」 〔複数回答〕

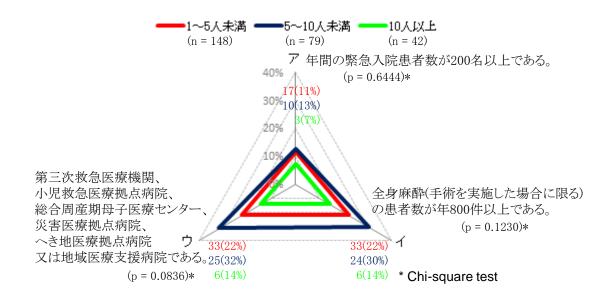
【Ⅲ】Q30a—A. 所属施設タイプ別 (大学・国立病院機構 vs.地方自治体・公的病院 vs.医療法人・その他)



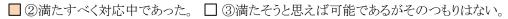
【 III 】Q30a—B. ベッド数区分(300床未満vs.300床以上)



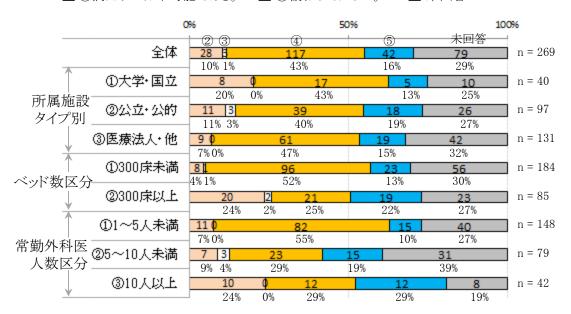
【Ⅲ】Q30a—C. 常勤外科医人数区分(1~5人未満vs.5~10人未満vs.10人以上)



【Ⅲ】Q30b. Q29のア)~ウ)の要件のいずれも満たしていない施設の対応状況 (Q29設問)







対応中はわずか10%にとどまった。

【Ⅲ】Q31. 下記のア)及びイ)の勤務医負担軽減策を実施していること。

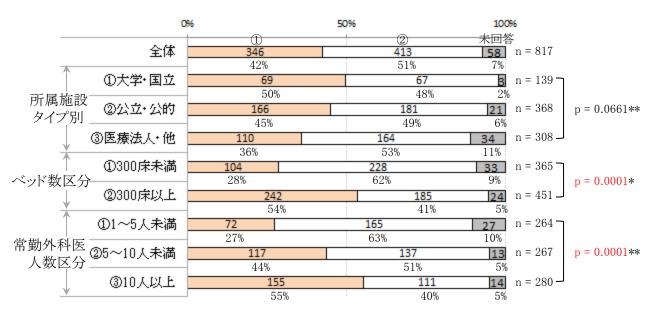
- ア) 当該保険医療機関内に病院勤務医負担軽減等のための責任者を配置していること
- イ) 当該保険医療機関内に多職種からなる役割分担推進のための委員会等を設置し改善計画を作成すること

(計画に含まれる内容)

(計画に含まれることが望ましい内容)

- ・役割分担の具体的内容
- •医師事務作業補助者の配置
- ・短時間正規雇用医師の活用
- ・地域の他の保険医療機関との連携体制
- ・外来縮小の取組等

□①満たしている □②満たしていない □未回答



* Fisher's exact test

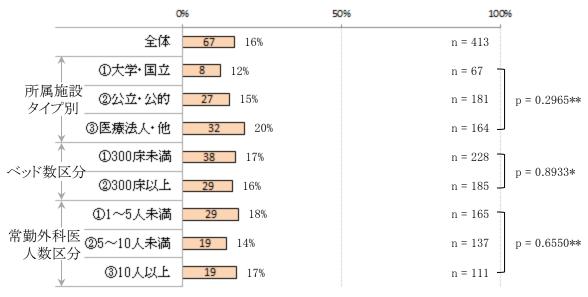
勤務医負担軽減策ア)、イ)を実施している施設は42%と比較的多数であったが、これらが他の施設要件を満たすことに必ずしもつながっていないことがうかがえる。

【Ⅲ】Q32a. ア)~イ)のうち、「満たしていないのは」(Q31設問)[複数回答]

7)医療機関内に病院勤務医負担軽減等のための責任者を配置していること 67 16% (n = 413) イ)医療機関内に多職種からなる役割分担推進のための委員会等を設置し 62 15% 改善計画を作成すること

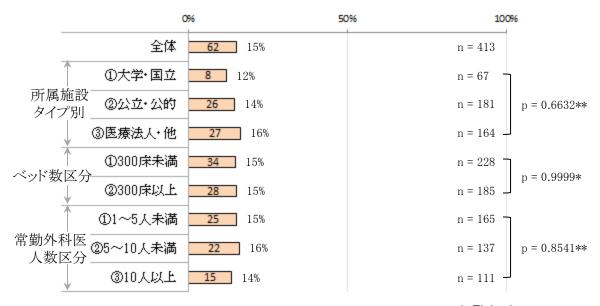
^{**} Chi-square test

【Ⅲ】Q32a—A. ア)「当該保険医療機関内に病院勤務医負担軽減等のための責任者を配置していること」



^{*} Fisher's exact test

【Ⅲ】Q32a—B. イ)「当該保険医療機関内に多職種からなる役割分担推進のための委員会等を設置し 改善計画を作成すること」



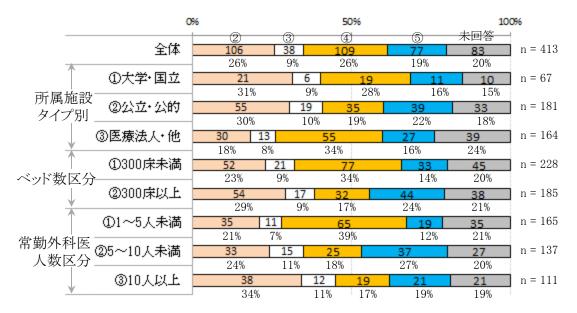
^{*} Fisher's exact test

^{**} Chi-square test

^{**} Chi-square test

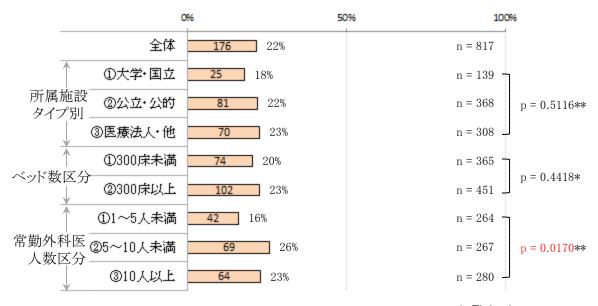
【皿】Q32b. Q31のア)、イ)の要件のいずれか、あるいは両方とも満たしていない施設の対応状況(Q31設問)

- ■②満たすべく対応中であった。 □③満たそうと思えば可能であるがそのつもりはない。
- ④満たすのは不可能である。 ⑤緩和してほしい。 未回答



【Ⅲ】Q33. 算定要件

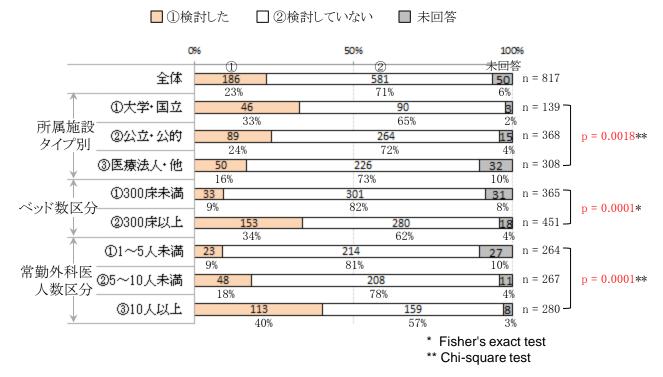
- (1)手術又は処置が保険医療機関又は保険医の都合により休日、時間外、深夜に行われた場合には、 算定できない。
- (2)時間外加算は、入院外の患者に対してのみ算定できる。



これらの算定要件を緩和して欲しいというのは22%であった。

- * Fisher's exact test
- ** Chi-square test

【Ⅲ】Q34. 前年度実績から今回の新設の高額加算をとると、どれくらい増収になるか検討をしたか。

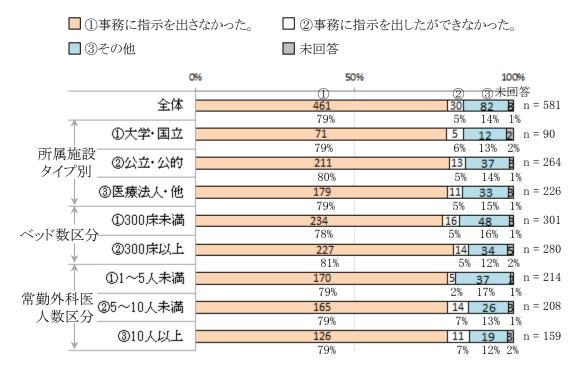


増収になるかの検討をした施設は23%に留まっていた。医療法人・他で、最も少ないのは病院の 規模に関係している可能性があろう。

「今回の新設の高額加算を検討したか」を従属変数にして、「医療法人・他」以外、ベッド数300床以上、常勤外科医5人以上、それぞれの因子をLogistic回帰分析によって集計すると以下の表のようになった。

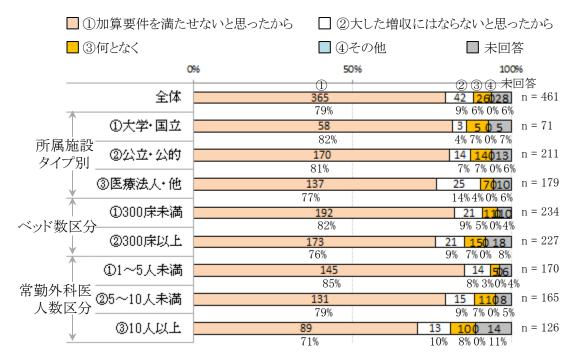
今回の新設の	Univariate Analysis Logistic Regression			
因子	検討した群 (n = 186)	検討していない群 (n = 581)	p value	Hazard ratio (95% CI)
「医療法人•他」以外	135 (73%)	349 (60%)	0.0032	1.73 (1.20~2.50)
ベッド数300床以	上 153 (82%)	275 (47%)	0.0001	5.04 (3.35~7.60)
常勤外科医5人以_	上 161 (87%)	360 (62%)	0.0001	4.16 (2.61~6.65)

【Ⅲ】Q35.「どれくらい増収になるかの検討をしていない」と回答した施設の詳細 (Q34設問)



事務に検討の指示を出していたかったものが79%であった。

【Ⅲ】Q36.「事務にどれくらい増収になるか検討するように指示を出さなかった」理由 (Q35設問)

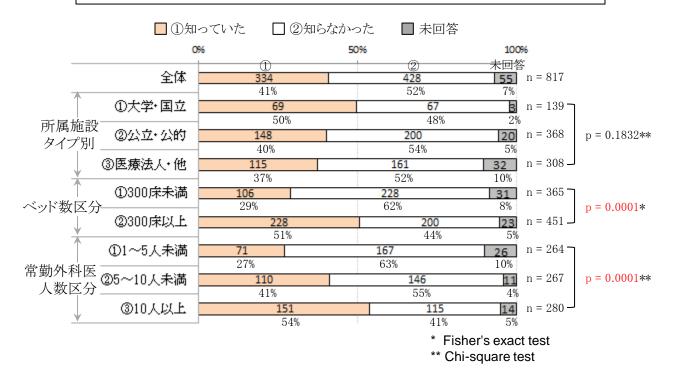


何となく指示を出さなかったというのは6%のみで、要件を満たせないと考えたものが79%であった。

【Ⅲ】Q37、「手術のみでなく1.000点以上の処置でも加算がとれる」を知っていたか。

※1,000点以上の処置の例

- ·熱傷処置(6,000cm2以上) 1,250点
- ・カウンターショック 3,500点
- ・食道圧迫止血チューブ挿入法 2,700点
- ・四肢ギプス包帯 各種
- *人工腎臓や血液浄化法は1,000点を超えているが個別に時間外の要件が設定されている

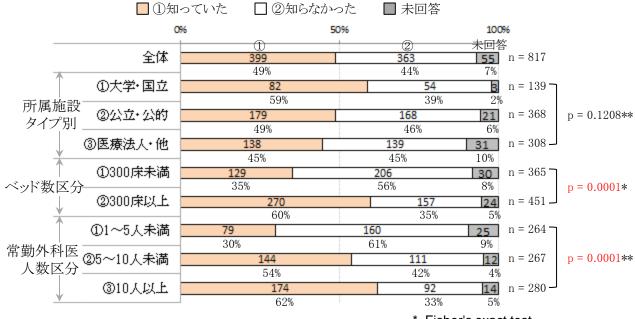


1000点以上の処置でも加算が取れる事を知らなかった施設が半数以上あった。

【Ⅲ】Q38.「要件(1)と(2)は病院全体でなく診療科ごとでもよく、要件を満たした診療科で加算が とれること」を知っていたか。

要件(1) 予定手術前の当直(緊急呼び出し当番を含む)の免除

要件(2) 交代勤務制、チーム制、医師の手当支給のいずれかの実施

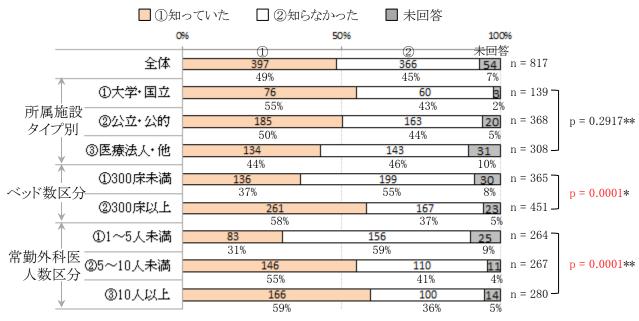


* Fisher's exact test

** Chi-square test

病院全体でなく、要件を満たした診療科で加算がとれることを知らなかったという施設も44%あった。

【Ⅲ】Q39.「内視鏡検査にも、「内視鏡検査に係る休日・時間外・深夜加算」が創設されたこと」を 知っていたか。

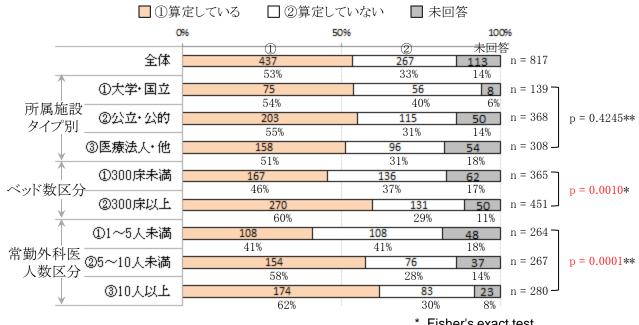


同様に、内視鏡検査の加算が創設された事を知らなかったという施設が45%あった。

- * Fisher's exact test
- ** Chi-square test

【Ⅳ】事務担当者に対する質問

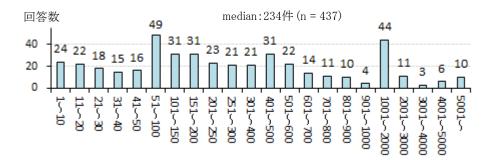
【IV】Q40a. 従来の休日・時間外・深夜加算(平成26年度改定前の加算)を算定した件数



^{*} Fisher's exact test

改定前の加算でも算定している施設は53%にとどまっていた。

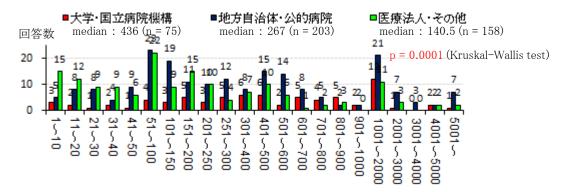
【IV】Q40b. 算定件数(算定している施設対象)



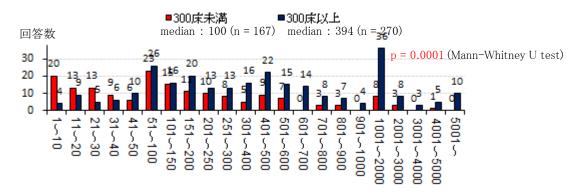
旧来の加算を算定していた施設での算定件数の中央値は234件であった。

^{**} Chi-square test

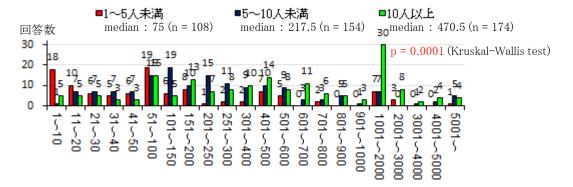
【IV】Q40b—A. 算定件数—所属施設タイプ別



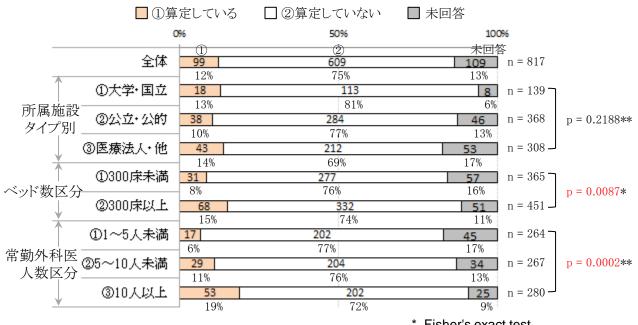
【IV】Q40b—B. 算定件数—ベッド数区分 (300床未満vs.300床以上)



【IV】Q40b—C. 算定件数—常勤外科医人数区分 (1~5人未満vs.5~10人未満vs.10人以上)

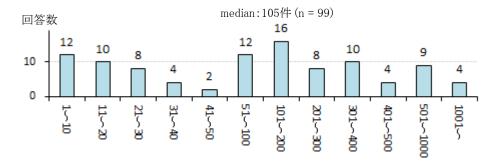


【IV】Q41a. 今回の新たな加算(平成26年度改定で新設された高額の加算)を算定した件数



^{*} Fisher's exact test

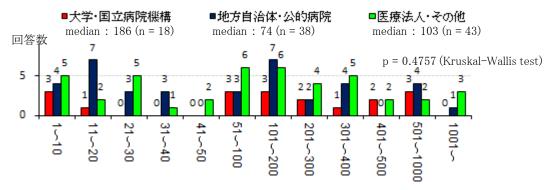
【IV】Q41b. 算定件数(算定している施設対象)



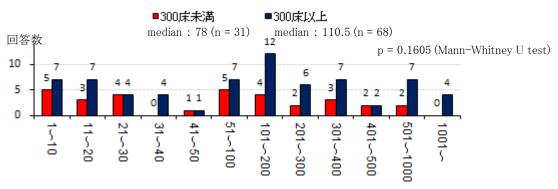
新しい加算を算定している施設での算定件数の中央値は105件であった。

^{**} Chi-square test

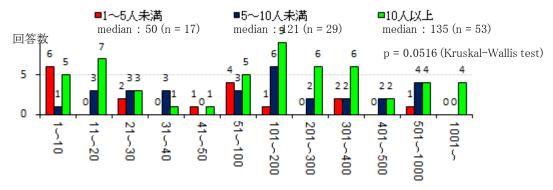
【IV】Q41b—A. 算定件数—所属施設タイプ別



【IV】Q41b—B. 算定件数—ベッド数区分(300床未満vs.300床以上)

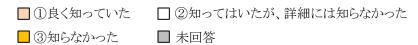


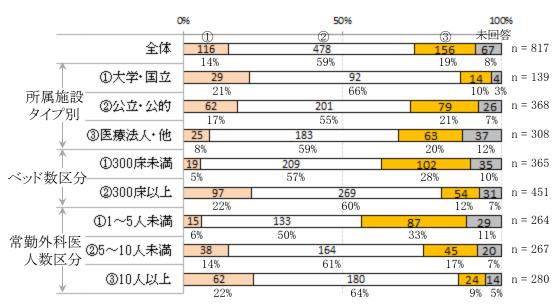
【IV】Q41b—C. 算定件数—常勤外科医人数区分(1~5人未満vs.5~10人未満vs.10人以上)



【V】回答者の理解度

【V】Q42. 今回の新設された高額加算の内容について、本アンケート回答前の理解度





加算について、よく知っていたという施設は14%のみで、知ってはいたが詳細には知らなかったという施設が59%にのぼり、知らなかったという19%と合わせると78%に上った。

【添付資料1】

平成26年度診療報酬改定

医療従事者の負担を軽減する取り組みの評価①

手術・処置の休日・時間外・深夜加算の見直し(その1)

勤務医の負担の大きな原因となっている、当直や夜間の呼び出しなど、時間外・休日・深夜の 対応についての改善を図るため、手術及び一部の処置の「休日・時間外・深夜加算」の見直し

【現行】手術・150点以上の処置

休日加算	80/100
時間外加算	40/100
深夜加算	80/100

【改定後】手術・1,000点以上の処置

休日加算 1	<u>160/100</u>
時間外加算 1	80/100
深夜加算 1	<u>160/100</u>

※ 従来の加算については加算「2」とする

[施設基準]

- (1)及び(2)は当該加算を算定する診療科が実施していればよい。
- (1) 予定手術前の当直(緊急呼び出し当番を含む。)の免除※を実施していること。(年12日までは実施しなくてもよい) ※術者、第一助手のみが対象。緊急呼び出し当番を行う者については、当番日の夜間に当該保険医療機関内での診療を行わなかった場合、翌日の予定手術に係る術者及び第一助手となっていても、当該日数にはカウントしない。
- (2)下記のいずれかを実施していること。(診療科ごとに異なってもよい)
- ①交代勤務制※(常勤の医師3名以上、夜勤の翌日の日勤は休日、日勤と夜勤を連続させる場合は休憩を置くこと) ※原則として、当該診療科において夜勤時間帯に行われる診療については、夜勤を行う医師のみによって実施されていること。ただし、同時に2件以上の緊急手術を実施する場合を除く。
- ②ナーム制(医師5人ごとに1人の緊急呼び出し当番を置き、休日・時間外・深夜の対応を一元化し、緊急呼び出し当番の翌日は休日※)
 - ※1 当番目の夜間に院内で診療を行わなかった場合は、翌日を休日としていなぐてもよい。
 ※2 緊急手術を行う場合は、当番以外の者が実施してもよい。ことに、その場合、翌日の予定手術には参加しないこと。
 ※3 休日・時間外・深夜の対応を当直医・他の診療科の当直医を含む。)が行ってもよい。
- ③時間外・休日・深夜の手術・1000点以上の処置の実施に係る医師(術者又は第一助手)の手当支給※
 - ※(ア)または(イ)のどちらかを実施する。内容を就業規則に記載し、地方厚生局長等に届け出ること。(記載は27年3月31日までは実施していなくてもよい。) (ア)その都度、休日手当、時間外手当、深夜手当、当直手当等とは別の手当を支給 (イ)年間に行った数に応じた手当を支給

153

平成26年度診療報酬改定

医療従事者の負担を軽減する取り組みの評価②

手術・処置の休日・時間外・深夜加算の見直し(その2)

[施設基準の続き]

- (3) 採血、静脈注射及び留置針によるルート確保について、原則として※医師以外が実施していること(新生児を除く。) ※1 教育的観点から臨床研修医1年目が実施する場合を除く。ただし、研修医が所属する診療科で実施する場合で、研修プログラムに支障のない範囲に限る。 ※2 医師以外の医療従事者が、実際に患者に試みたが実施が困難であると判断した場合は医師が実施しても良い。(患者を実際に観察し、穿刺を行う前に判断する
- (4)下記のいずれかに該当すること。
- ア) 年間の緊急入院患者数が200名以上である
- イ) <u>全身麻酔(</u>手術を実施した場合に限る)の患者数が<u>年800件以上</u>である
- ウ) 第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院、総合周産期母子医! 療センター、災害医療拠点病院、へき地医療拠点病院又は地域医療 支援病院である_____
- (5) 下記のア及びイの勤務医負担軽減策を実施していること
- ア) 当該保険医療機関内に病院勤務医負担軽減等のための責任者を配置して イ) 当該保険医療機関内に多職種からなる役割分担推進のための委員会 いること 等を設置し、改善計画を作成すること。

- (1)手術又は処置が保険医療機関又は保険医の都合により休日、時間外、深夜に行われた場合には算定できない。
- (2)時間外加算は、入院外の患者に対してのみ算定できる。

内視鏡検査に係る休日・時間外・深夜加算の創設

緊急内視鏡検査の評価を行うため、内視鏡検査の時間外・休日・深夜の加算の新設を行う。

【新設】

休日加算	<u>80/100</u>
時間外加算	40/100
深夜加算	<u>80/100</u>

[算定要件]

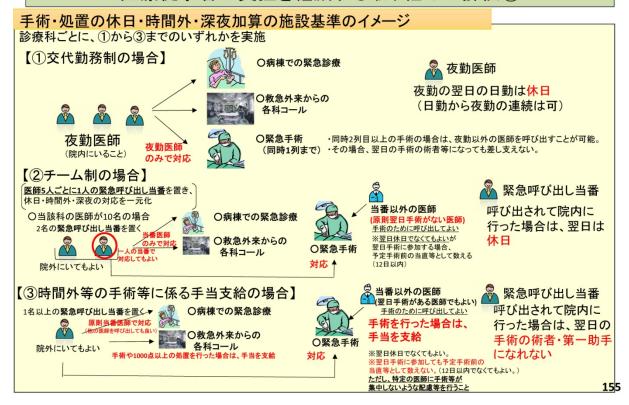
- (1)緊急内視鏡検査である場合のみ算定し、内視鏡検査 が保険医療機関又は保険医の都合により休日、時間 外、深夜に行われた場合には算定できない。
- (2)時間外加算は、入院外の患者に対してのみ算定できる。

154

【添付資料1】

平成26年度診療報酬改定

医療従事者の負担を軽減する取り組みの評価③



【添付資料2】

事 務 連 絡 平成 26 年 11 月 5 日

地方厚生(支)局医療課 都道府県民生主管部(局) 国民健康保険主管課(部) 御中 都道府県後期高齢者医療主管部(局) 後期高齢者医療主管課(部)

厚生労働省保険局医療課

疑義解釈資料の送付について (その11)

「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」(平成 26 年厚生労働省告示第 57 号)等については、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(平成 26 年 3 月 5 日保医発 0305 第 3 号)等により、平成 26 年 4 月 1 日より実施することとしているところであるが、今般、その取扱いに係る疑義照会資料を別添 1 から 2 のとおり取りまとめたので、参考までに送付いたします。

なお、「疑義解釈資料の送付について (その8)」(平成26年7月10日付事務連絡)を別添3のとおり訂正いたしますので、併せて送付いたします。

〈別添1〉

医科診療報酬点数表関係 (抜粋)

【処置・手術】

(問2)処置の通則5及び手術の通則12に掲げる休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準通知に、「当直等を行った日が年間12日以内であること。」とあるが、12日とは、診療科単位と考えて良いか。

(答) 診療科単位ではなく、届出を行った診療科全体の合計で 12 日以内である必要がある。 ただし、本事務連絡の発出時点で既に届出している医療機関にあっては、平成 26 年 12 月までの期間については、診療科単位で年間 12 日以内であればやむを得ないものと する。