

日本脳神経外科学会 提出資料

- 脳神経外科の医療の質と集約化に関する考察 -

一般社団法人日本脳神経外科学会

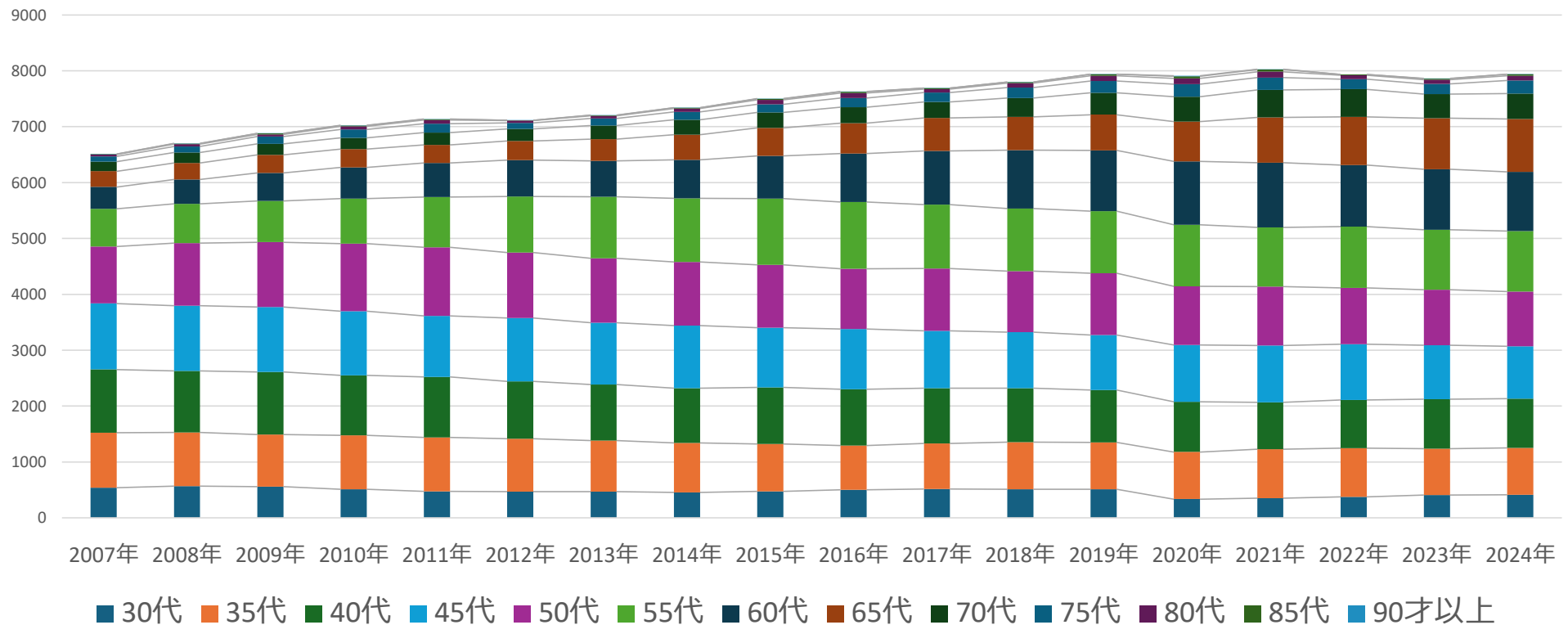


日本脳神経外科学会について

- 専門医制度上、**基本領域診療科**
- **全国全ての大学に脳神経外科学講座が設置**
- 地域の基幹病院においても**第一線で地域医療に貢献**
- 2024年（令和6年）9月現在
 - **会員総数：10,594名**
 - **脳神経外科専門医：7,935名**
 - 名誉・特別会員：164名、客員会員：33名、賛助会員：41名
 - **専門医研修プログラム：100（基幹施設：100）**
 - 2024年新専門医：213名



年代別脳神経外科専門医数の推移 (現在、プラトーに達し今後減少に転じる)





基本領域としての診療活動内容と分科会

- 脳神経外科医を一言で表すと「**外科医の目と技を持った神経系総合医**」です。
- 日本脳神経外科学会には、①**脳腫瘍**、②**脳血管障害**、③**神経外傷**、④**脊椎・脊髄**、⑤**機能的疾患**、⑥**小児**、⑦**脳神経外科におけるその他の分野**、⑧**学際的領域**の8つのサブスペシャリティ分野があり、それぞれのサブスペシャリティ分野には多数の分科会が属しています。日本脳神経外科学会はこれら分科会とともに、我が国の脳神経外科医療の一層の発展を目指しています。

日本脳神経外科学会では
脳卒中や頭部外傷等の救急対応のため、二次医療圏での脳神経外科医療
の均霑化に取り組んでいる

日本脳卒中学会的一次脳卒中センター

- **一次脳卒中センター(PSC)**

地域医療機関や救急隊からの要請に対して、**24時間365日脳卒中患者を受け入れ、急性期脳卒中診療担当医師が、患者搬入後可及的速やかに診療（rt-PA静注療法を含む）を開始**できる

- **一次脳卒中センター(PSC)コア**

自施設において**24時間365日血栓回収治療に対応可能**である

日本脳卒中学会における**脳神経外科医の割合**：
5,680名/9,263名=**61.3%**



脳卒中均霑化委員会

2次医療圏ごとの脳神経外科医数、救急医療に関わる脳神経外科医数を元に学会として脳神経外科医師数スポットを把握し、脳神経外科医療の均霑化の実態を把握

関東支部の例

※足下充足率0.8以下の都道府県は下線

- ★：人口10万人未満のみ二次医療圏
- ★：救急担当脳外科医 2.64以下
- ★：合圏で救急担当脳外科医 2.64以下
- ★：救急担当脳外科医 2.64～3.25

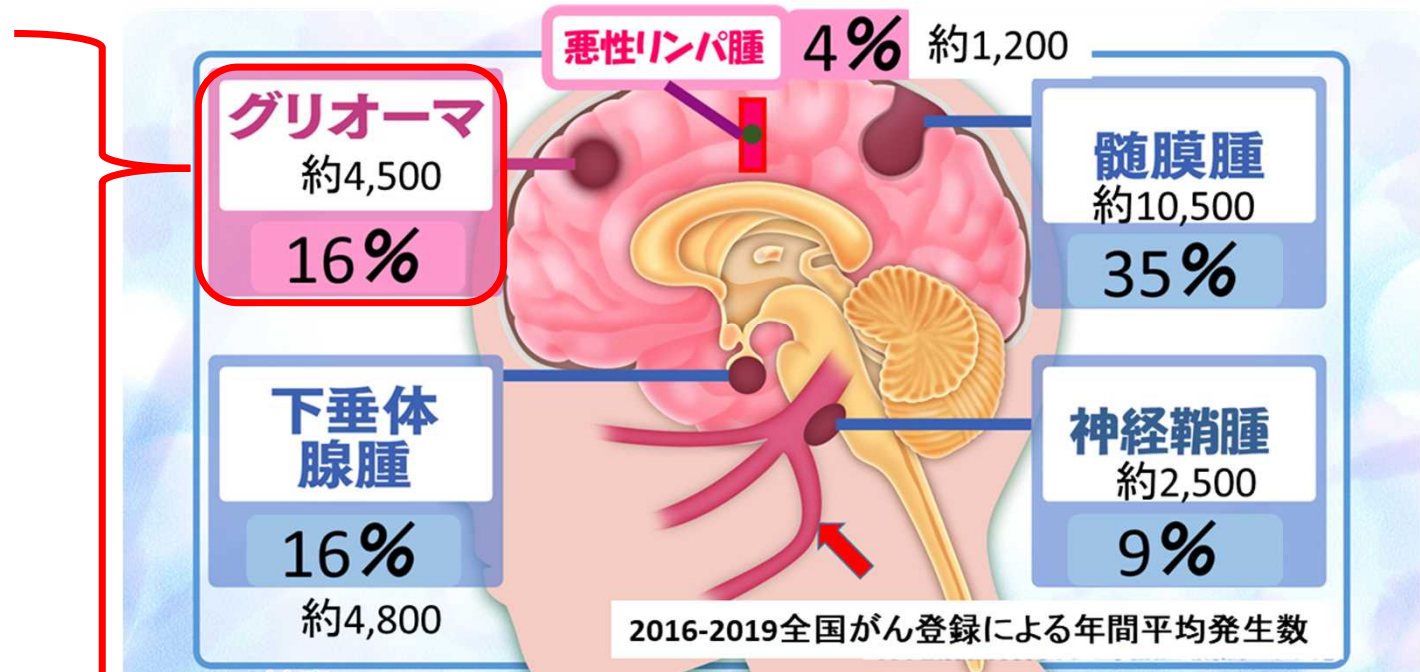




脳腫瘍の診療には症例の
集約が有効かも知れない

脳腫瘍の分類

2016-2019 神経上皮性腫瘍	人	%
毛様細胞性星細胞腫	138	3.0%
星細胞腫	362	8.0%
退形成性星細胞腫	390	8.6%
その他の星細胞系腫	48	1.1%
膠芽腫	2071	45.6%
乏突起膠腫	182	4.0%
退形成性乏突起膠腫	154	3.4%
乏突起星細胞腫	63	1.4%
上衣腫	140	3.1%
グリオーマ (組織型不明)	643	14.2%
脈絡叢腫瘍	29	0.6%
その他の神経上皮性腫瘍	9	0.2%
神経細胞および混合神経細胞・ 膠細胞系腫瘍	139	3.1%
松果体部腫瘍	43	0.9%
髄芽腫	91	2.0%
胎児性腫瘍 (髄芽腫以外)	37	0.8%



グリオーマの中でも、膠芽腫は最も多い悪性脳腫瘍



Japan Neurosurgical Database (JND) 症例登録事業 (2018年～2023年)

【目的】 会員が所属する、日本全国の脳神経外科施設における手術を含む医療情報を登録し、集計・分析することで医療の質の向上に役立て、患者さんに最善の医療を提供することを目指すことを目的とする。

なお、収集したデータを分析することで、日本の脳神経外科領域における以下について明らかにする。

- 手術を含む脳神経外科医療を行っている施設の特徴
- 医療水準の評価
- 手術・治療を受けた方の予後
- これから手術を受ける方の死亡・合併症の危険性の予測など
- 専門医の更新要件到達度
- 専攻医の研修目標到達度
- 脳神経外科専門医制度のあり方に関する基礎資料
- 医療機器や薬剤などの市場調査
- 臨床研究、治験などを計画する際の基礎資料



JNDデータ (2023年) 入院件数、手術件数

A-1 入院件数

大分類別の主病名件数 (入院件数)(a)	1脳血管障害	2脳腫瘍	3頭部外傷	4水頭症・奇形	5脊髄・脊椎・末梢神経	6機能的脳神経外科	7脳症・感染症・炎症性疾患・その他	カテーテル血管撮影・読影※1	定位放射線治療※2	合計
全国:2023年	315,887	53,315	107,593	16,807	32,365	35,549	16,368	71,506	14,038	577,884

※1 診療目的「診断検査」>「カテーテル血管撮影・読影」を選択した件数

※2 診療目的「放射線治療」>「定位放射線治療」を選択した件数

A-2 手術件数

主病名の診療目的に「手術」を選択している 件数(b)	1脳血管障害	2脳腫瘍	3頭部外傷	3' 頭部外傷の開頭術 (穿頭術を除く) ※3	4水頭症・奇形	5脊髄・脊椎・末梢神経	6機能的脳神経外科	6' 機能的脳神経外科 (MVD除く)※4	7脳症・感染症・炎症性疾患・その他	合計
全国:2023年	82,447	23,360	48,287	6,701	9,786	22,596	8,263	4,506	2,997	197,736

※3 頭部外傷の以下の術式、および小項目の「穿頭術」が選択されている手術を除く件数

外傷に対する穿頭術、穿頭洗浄術、頭蓋内モニター留置、脳室ドレナージ(びまん性軸索損傷、または脳室内出血)

※4 機能的脳神経外科の術式「微小血管減圧術」が選択されている手術を除く件数

A-3 手術件数

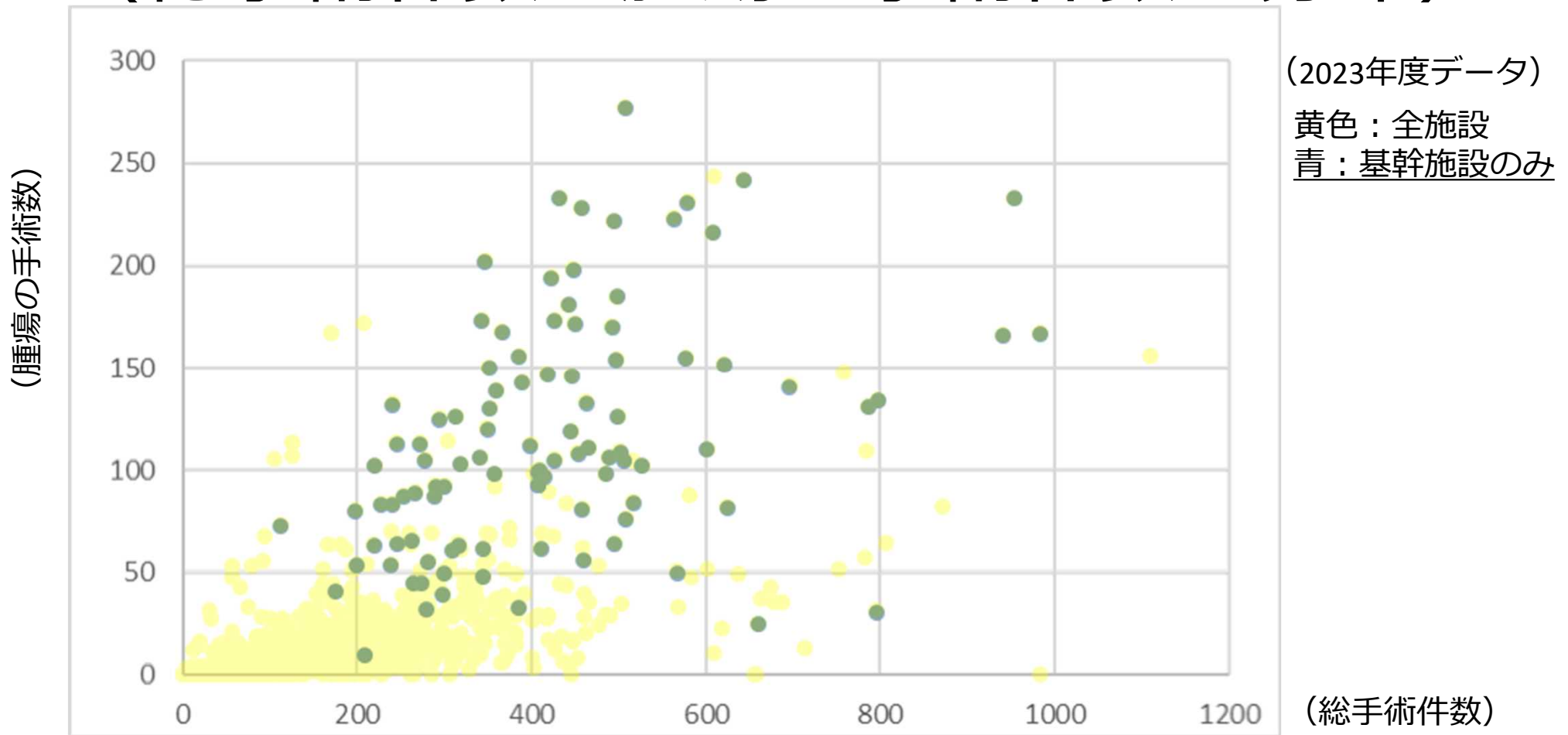
主病名(または副病名)に登録されている手術 のべ件数(c)	1脳血管障害	2脳腫瘍	3頭部外傷	3' 頭部外傷の開頭術 (穿頭術を除く) ※3	4水頭症・奇形	5脊髄・脊椎・末梢神経	6機能的脳神経外科	6' 機能的脳神経外科 (MVD除く)※4	7脳症・感染症・炎症性疾患・その他	合計
全国:2023年	94,427	26,352	53,807	9,998	18,745	24,165	8,656	4,874	5,571	231,723



脳腫瘍の手術は
基幹施設に集まっている

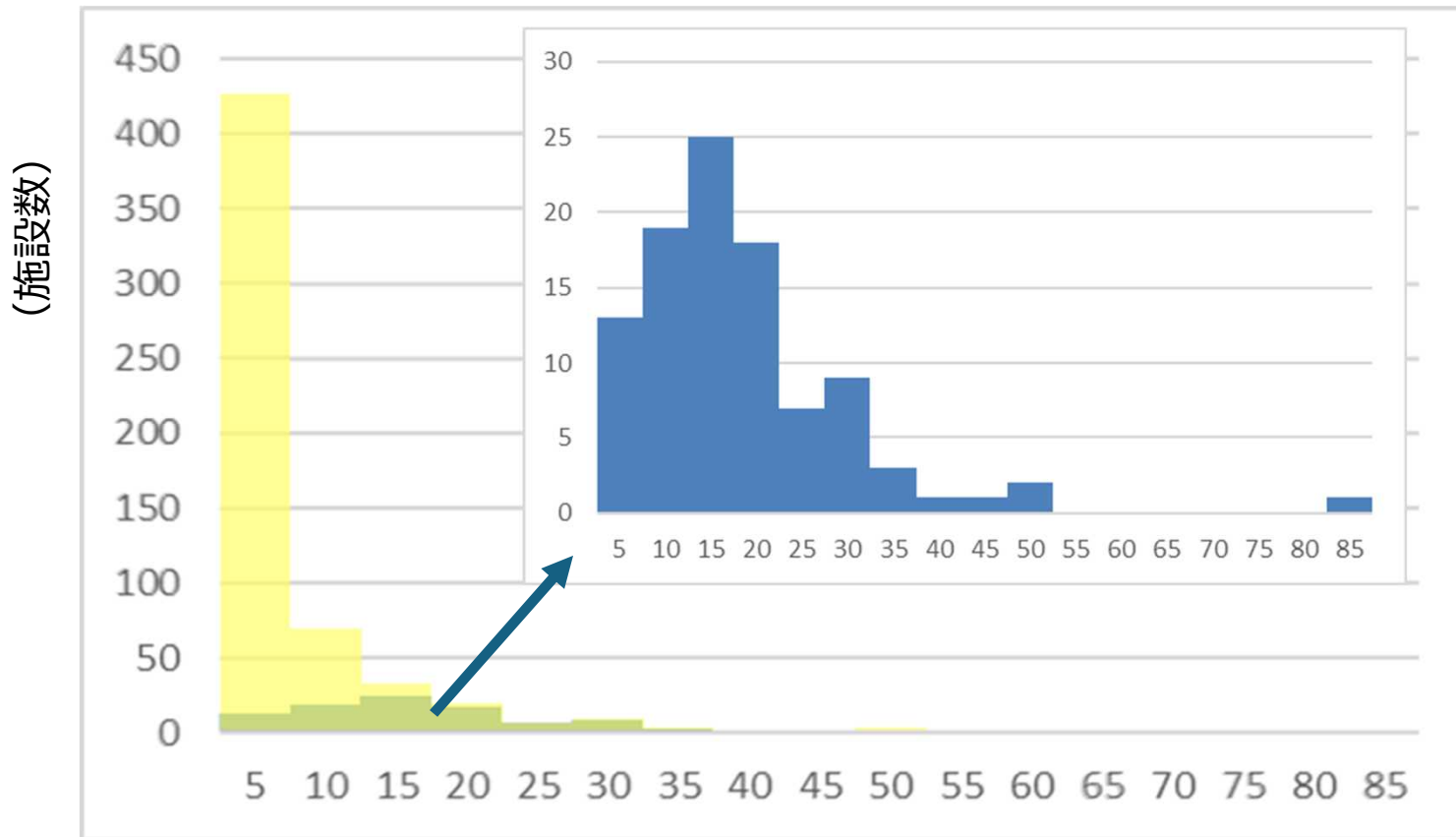


施設毎の脳腫瘍の手術件数の分布 (総手術件数と腫瘍の手術件数の分布)





膠芽腫の手術件数と基幹施設の関係 (膠芽腫の手術は基幹施設に多い)



(2023年度データ)

黄色：全施設
青：基幹施設のみ

(膠芽腫の手術件数)



脳腫瘍の治療成績は
基幹施設等の方がよい



JNDにおける治療アウトカム (**退院時**情報：mRS)

Modified Rankin Scale (mRS)

mRS 0：全く症候がない

mRS 1：症候はあっても明らかな障害はない

mRS 2：軽度の障害

mRS 3：中等度の障害

mRS 4：中等度から重度の障害

mRS 5：重度の障害

mRS 6：死亡



膠芽腫のアウトカム (JND2023年)

- 膠芽腫の治療
 - 腫瘍摘出
 - 放射線治療
 - 化学療法

1104. 膠芽腫		2023年
入院症例数	入院症例数(全国・当該主病名)	7716
非手術症例数	非手術症例数(全国・当該主病名)	4714
手術症例数	手術症例数(全国・当該主病名)	3002
手術件数	手術件数(全国・当該主病名の述べ手術件数)	3219
		術式件数・全体(主病名+副病名)
(複数選択)	1 脳腫瘍摘出術	2377
	2 脳腫瘍生検術	669
	3 経鼻的手術	1
	4 広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術	2
	5 頭蓋内腫瘍塞栓術(血管内治療)	17
	6 その他(Ommaya留置術など)	143
	7 減圧開頭術	40

1104. 膠芽腫	2023年
入院症例数(入院件数)	7,716
mRS0	674
mRS1	1,425
mRS2	1,360
mRS3	1,316
mRS4	1,405
mRS5	1,069
mRS6	467
手術症例数(手術件数)	3,013
mRS0	326
mRS1	687
mRS2	577
mRS3	530
mRS4	491
mRS5	319
mRS6	83

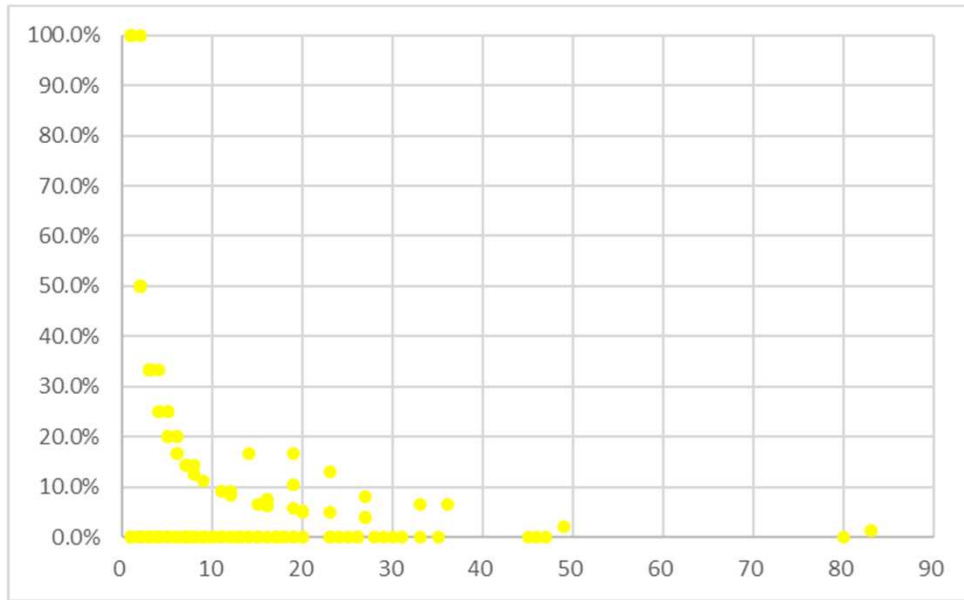


膠芽腫の手術数とmortalityの関係 (退院時mRSでの評価)

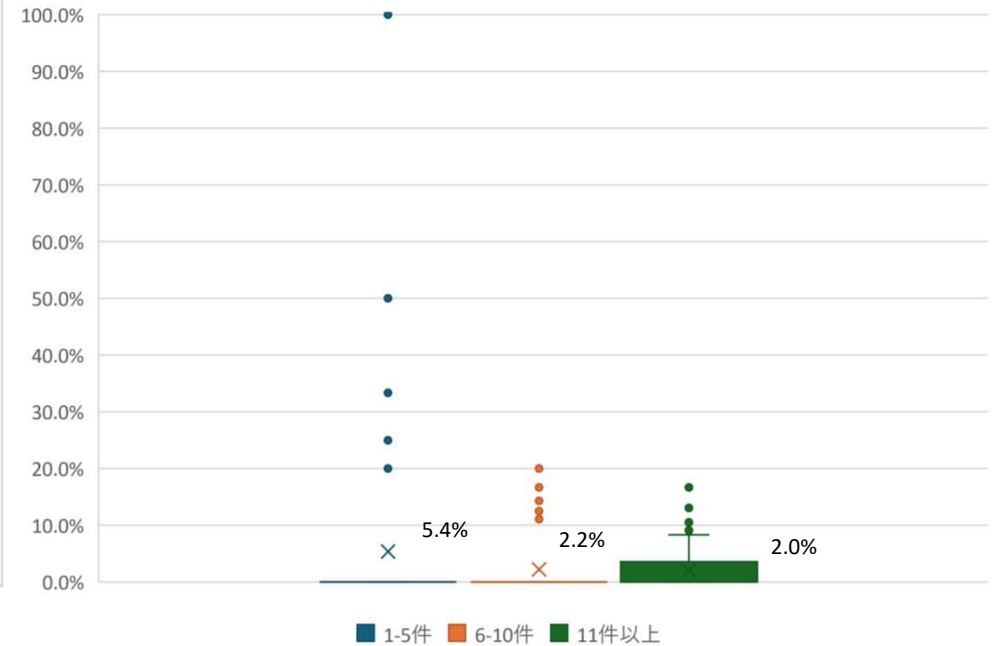
(2023年度データ)

Kruskal-Wallis (p=0.0011)

(退院時死亡率: mRS6/mRS0-6)

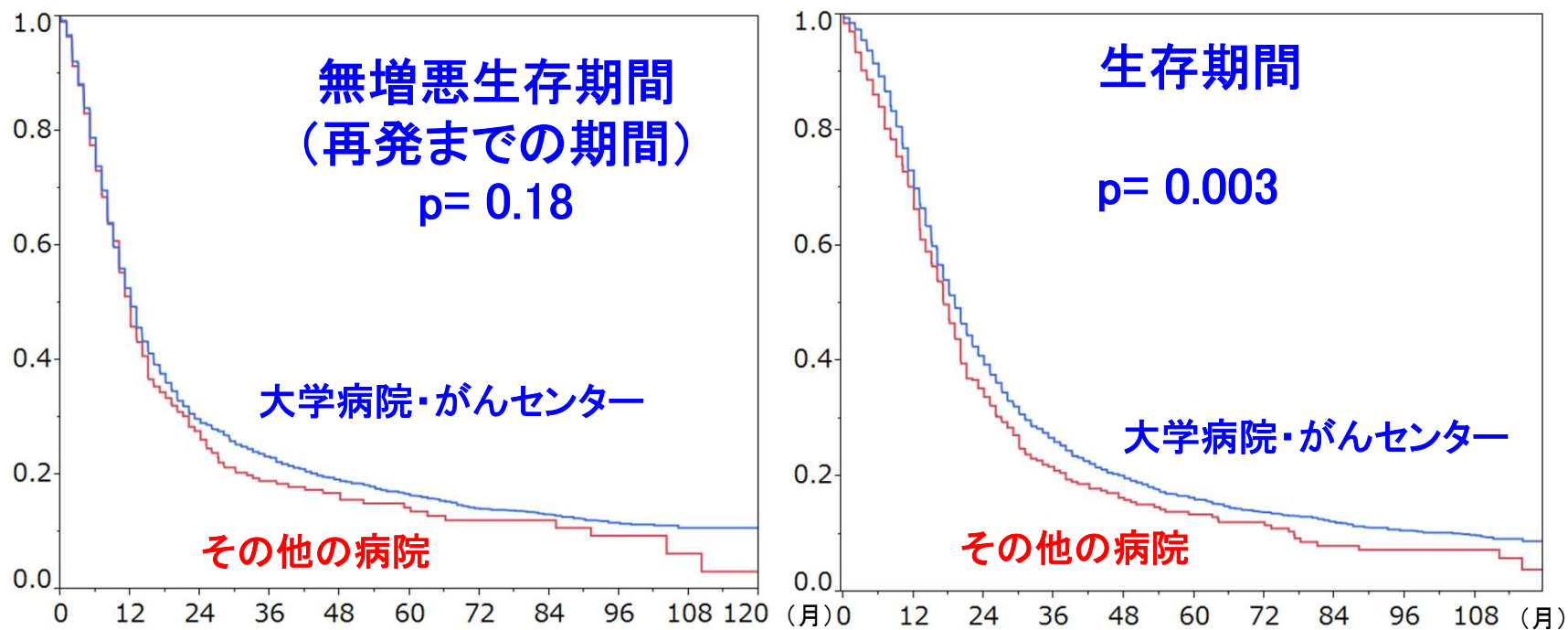


(施設の膠芽腫の手術件数)



註:この分析では、背景因子の調整は行っていません

膠芽腫の生存解析（大学病院・がんセンター vs. その他の病院）



日本脳神経外科学会
脳腫瘍全国集計
(臓器がん登録)
2009-2015

注釈

- 日本脳神経外科学会会員による自主的な登録による調査
- 全国がん登録では、膠芽腫の年間発生数は約2100人で、約31%の症例が登録されていると考えられる
- この分析では、背景因子の調整は行っていません

	症例数	年齢中央値	無増悪生存期間中央値	6か月無増悪生存割合	1年無増悪生存割合	生存期間中央値	1年生存割合	2年生存割合
大学病院・がんセンター	4,069 (87.9%)	61.8歳	12.0	73.9%	49.4%	19.0	70.0%	39.4%
その他病院	559 (12.1%)	66.6歳	12.0	73.1%	45.9%	17.1	66.4%	33.8%



膠芽腫 (Glioblastoma) における治療施設間格差

- 膠芽腫は最も悪性の脳腫瘍であり、脳実質内腫瘍として知られる神経膠腫のうちWHO Grade4とされるものである
- きわめて治療成績が悪く、治療困難な疾患だが、手術 + 放射線 + 化学療法が標準治療とされる
- 治療施設間格差を示す論文を以下に示すが、スライド2-6は米国National Cancer Databaseの解析によるものであり、スライド7はイタリアからの前向きレジストリからの検討である

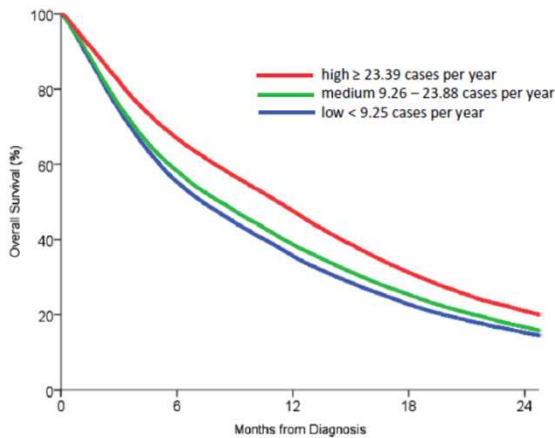


Fig. 2 Overall survival for glioblastoma patients receiving treatment stratified by facility volume

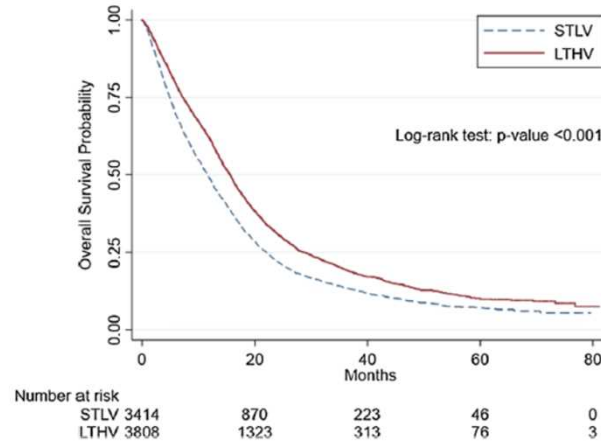


Fig. 2 Kaplan-Meier survival curve of short-travel/low-volume (stlv) and long-travel/high-volume (lthv) glioblastoma patient cohorts

- いずれの論文も統計学的有意差をもってhigh volume centerでの治療を推奨している

脳神経外科の症例数とアウトカムに関するレビュー論文



Volume-Outcome Relationships in Neurosurgery



Jason M. Davies, MD, PhD^a, Alp Ozpinar, BS^b,
Michael T. Lawton, MD^{a,*}

KEYWORDS

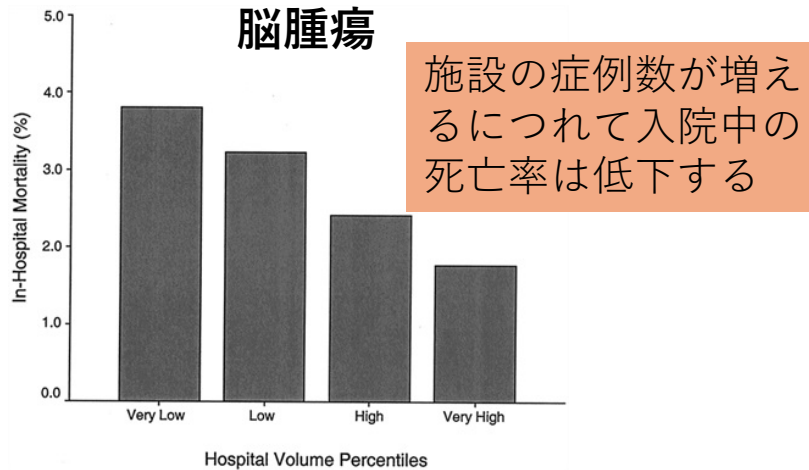
• Neurosurgery • Volume • Outcomes • Surgery

KEY POINTS

- For a variety of neurosurgical conditions, increasing surgeon and hospital volumes correlate with improved outcomes, such as mortality, complication rates, length of stay, hospital charges, and discharge disposition.
- Neurosurgeons can improve patient outcomes at the population level by changing practice and referral patterns to regionalize care for select conditions at high-volume specialty treatment centers.
- Individual practitioners should be aware of where they fall on the volume spectrum and understand the implications of their practice and referral habits on their patients.



脳腫瘍

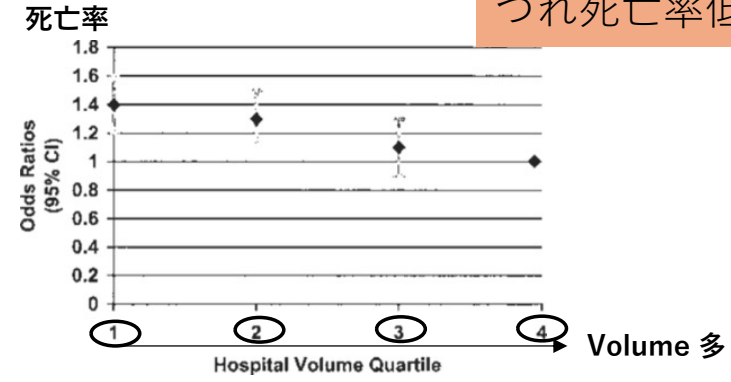


施設の症例数が増えるにつれて入院中の死亡率は低下する

Cowan JA Jr, et al. Thimpact of provider volume on mortality after intracranial tumor resection. Neurosurgery. 2003 52(1):48-53

くも膜下出血

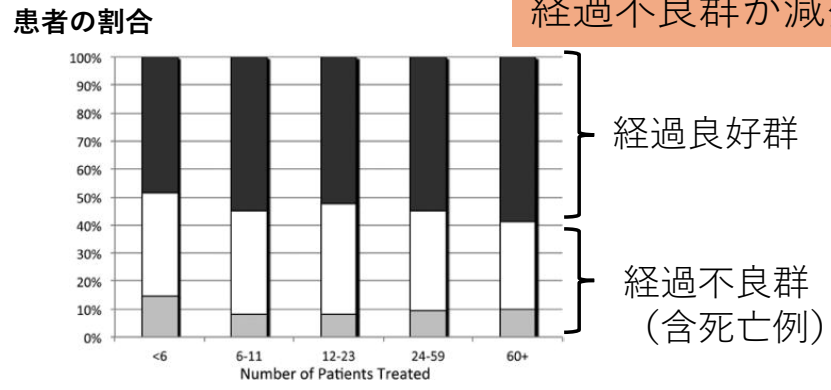
症例数が増えるにつれ死亡率低下



Cross DT 3rd, et al. Mortality rates after subarachnoid hemorrhage: variations according to hospital case volume in 18 states. J Neurosurg. 2003 99(5):810-7

頭部外傷

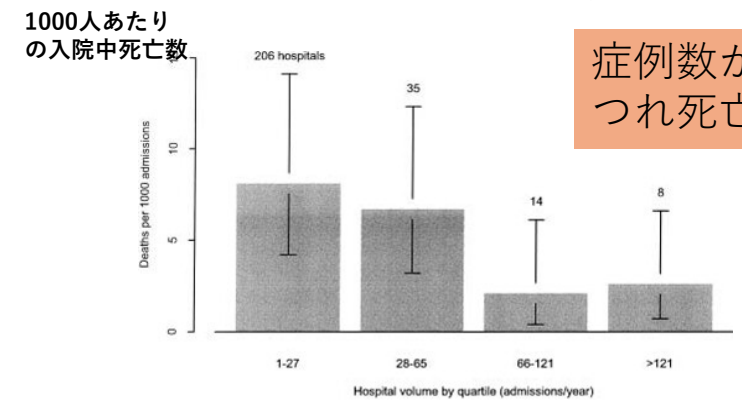
症例数が増えると経過不良群が減少



Clement RC, et al. Volume-outcome relationship in neurotrauma care. J Neurosurg. 2013 118(3):687-93

小児神経外科手術 (シャント手術)

症例数が増えるにつれ死亡率低下



Smith ER, et al. In-hospital mortality rates after ventriculoperitoneal shunt procedures in the United States, 1998 to 2000: relation to hospital and surgeon volume of care. J Neurosurg. 2004 100:90-7



働き方改革への取組



日本脳神経外科学会 働き方改革検討委員会 アンケート

対象 研修プログラム基幹施設施設長 95施設

実施 2022年3月

回答率 49% (47/95)

働き方改革の具体例をカテゴリー別に回答いただいた

カテゴリー1 タスクシフト/シェア

カテゴリー2 医師業務の見直し

カテゴリー3 医師の労働時間の管理

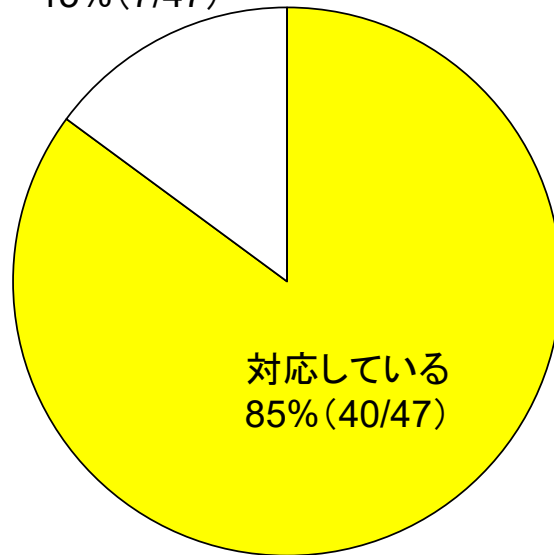
カテゴリー4 研修医及び専攻医の研修の効率化

カテゴリー5 その他



カテゴリー1：タスクシフト・シェア

対応していない
15% (7/47)



対応の内容(複数回答あり)

職種	頻度
事務	62% (29/47)
看護師	38% (18/47)
医師	28% (13/47)
薬剤師	4% (2/47)

事務: 代行業務

看護師: 特定行為

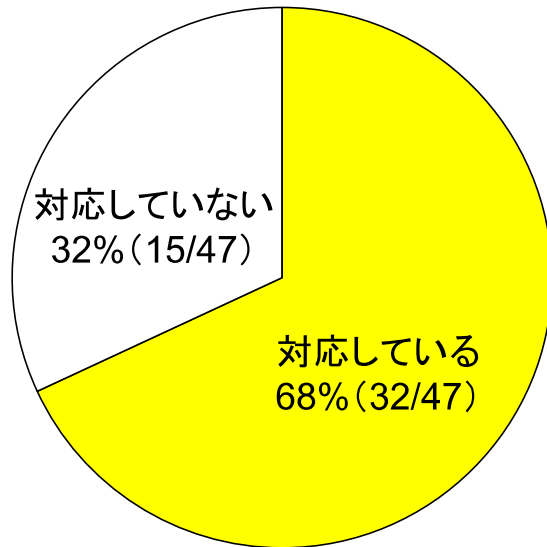
医師: チーム主治医制

薬剤師: 持参薬処方支援、ワルファリン内服調整管理



カテゴリー2： 医師業務の見直し

対応の内容



内容	頻度
ICの時間帯調整	38% (18/47)
当直業務の縮小	23% (11/47)
会議・カンファの縮小	19% (9/47)
外来業務の縮小	4% (2/47)
時間外業務をしないように啓発	4% (2/47)
公休取得の推進	2% (1/47)
助教枠の増加	2% (1/47)

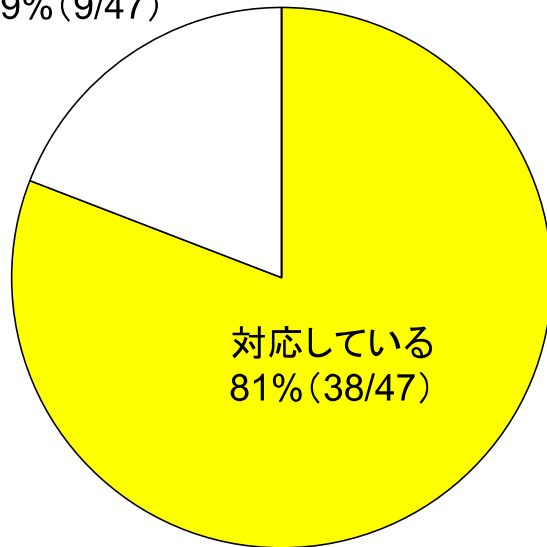
当直業務の縮小：当直の縮小、当直翌日の休み



カテゴリー3：医師の労働時間の管理

対応の内容

対応していない
19% (9/47)



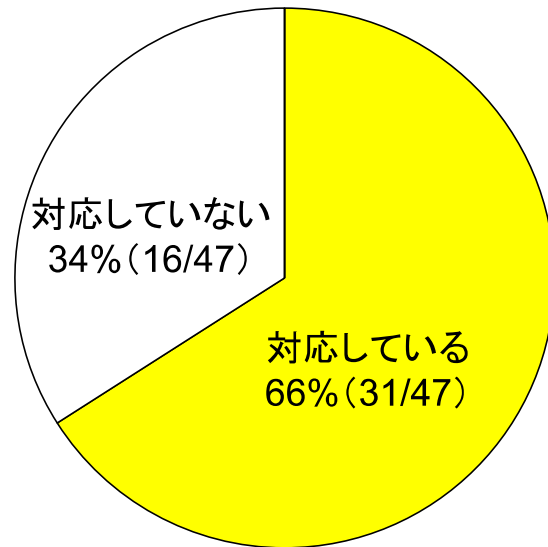
内容	頻度
IT	43% (20/47)
カード	26% (12/47)
自己申告	9% (4/47)
顔認証	2% (1/47)

IT: Dr Joy、iPhone、インターネット

カード: タイムカード、ネームカード、IDカード



カテゴリー4：研修医及び専攻医の研修の効率化



対応の内容

内容	頻度
業務の軽減・効率化	34% (16/47)
症例経験の効率化	23% (11/47)
Webの活用	4% (2/47)
ライフイベントでの休暇取得	2% (1/47)

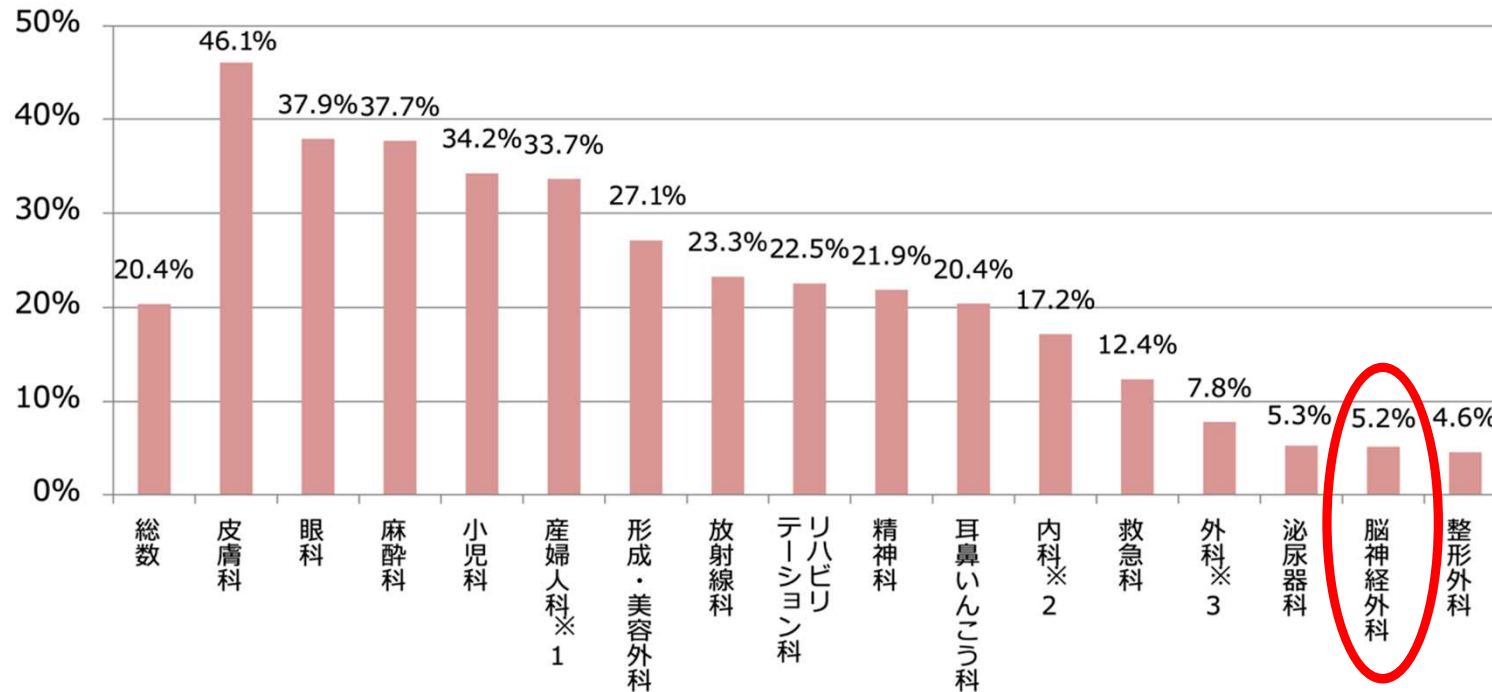


タイバーシティー推進への取組



診療科別 女性医師の割合

- 医療施設従事医師数の女性割合は20.4%であり、平成24年の19.6%と比べて増加している。
- 皮膚科や小児科、産婦人科といった診療科では女性医師の占める割合は高いが、外科や脳神経外科などの診療科では低い。



※1・・・産婦人科、産科、婦人科

※2・・・内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科

※3・・・外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

出典：平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査 34



日本脳神経外科学会 ダイバーシティ推進委員会

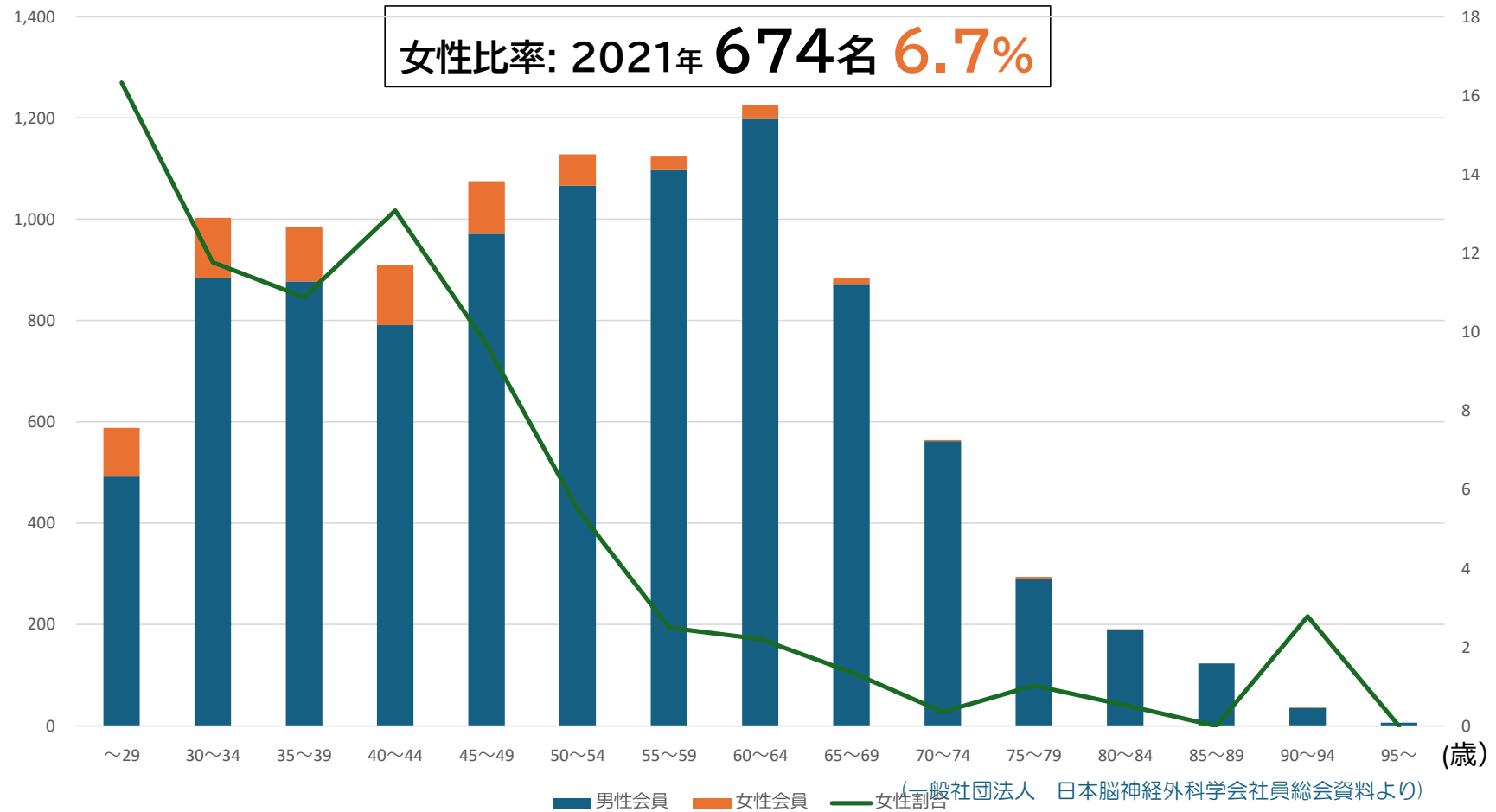
- ダイバーシティ推進の4つの検討事項
 - ① 女性の学会員を増やす
 - ② 支部会において女性の活躍を増やす
 - ③ 脳神経外科学会の各種委員会に女性の委員を増やす
 - ④ 理事のQuota制導入を検討する
- 学会活動で活躍する女性候補者リスト
 - 学会の委員会活動、学術集会の座長候補などの候補者リストとして活用
 - 2022年第1期 57名、2023年第2期 83名
- 脳神経外科医のダイバーシティ（多様性）に関する意識調査



年代別会員数と女性割合

(人)

(%)

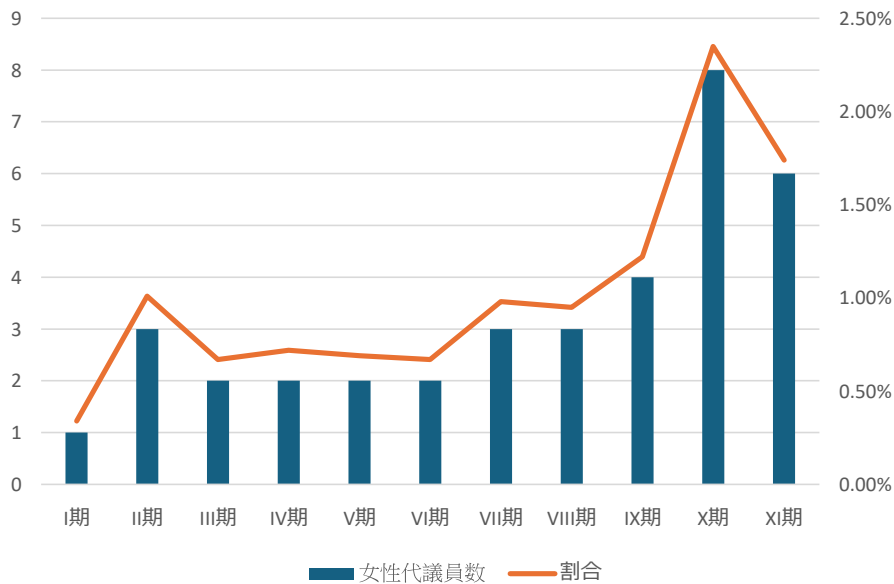


理事会及び各種委員会委員

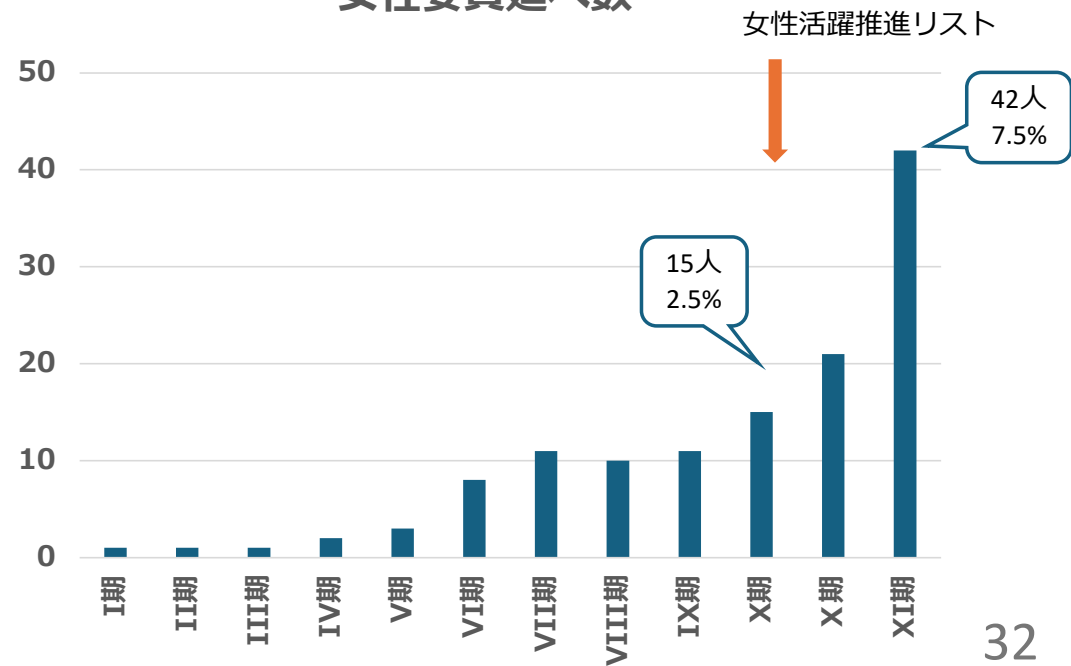


	I期 (2004-)	II期 (2006-)	III期 (2008-)	IV期 (2010-)	V期 (2012-)	VI期 (2013-)	VII期 (2015-)	VIII期 (2017-)	IX期 (2019-)	X期 (2021-)	X期 (2022-)	XI期 (2023-)
理事						1	1	1				1

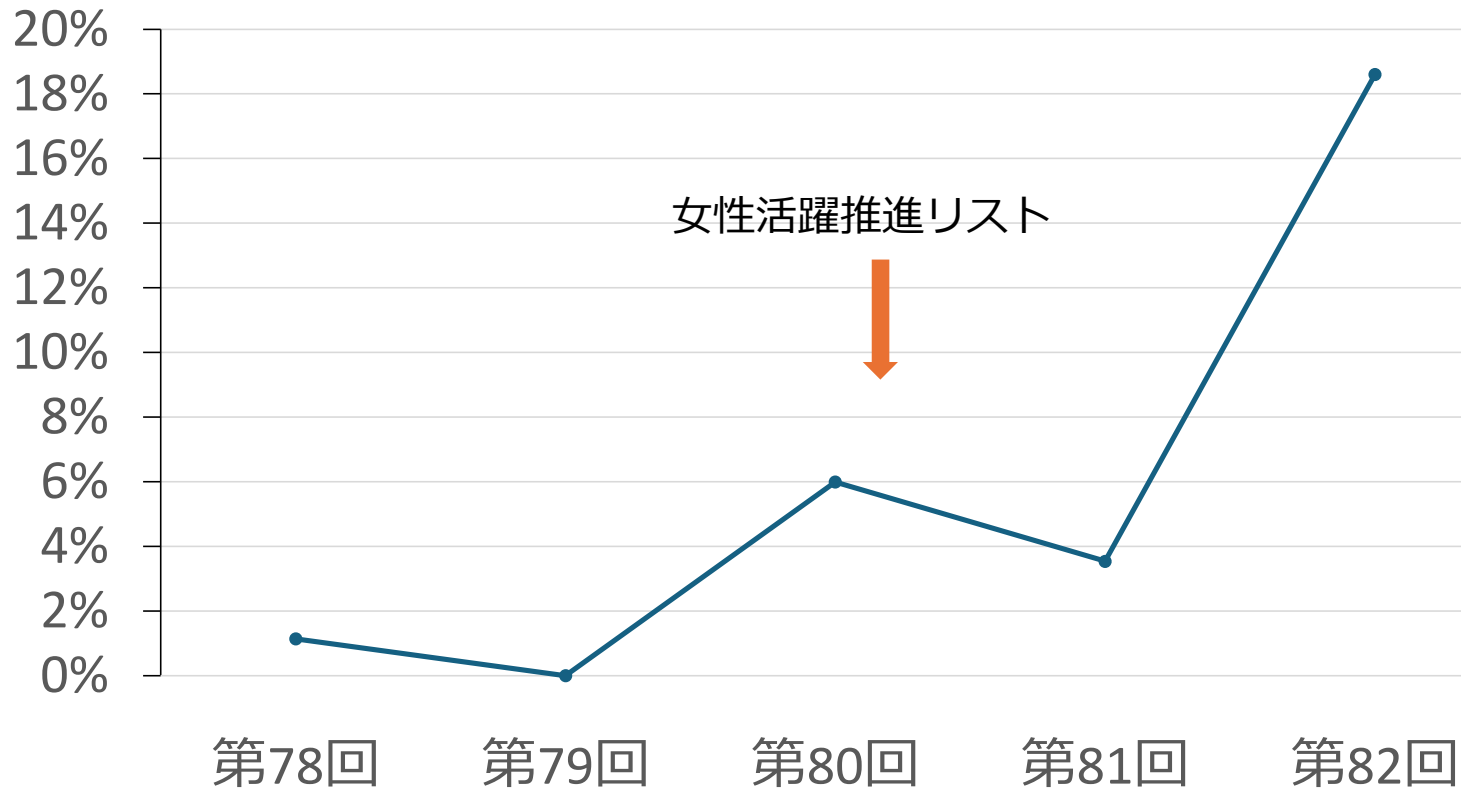
女性代議員数と割合



女性委員延べ数



総会座長数にみる 女性活躍推進リストの効果



$$\text{座長の女性割合} = \frac{\text{女性延べ人数}}{\text{座長延べ総数}}$$



- 今後の課題
 - 座長の女性割合の拡充と安定
 - 次世代の育成
 - 大会長が更に活用しやすいように

脳神経外科医のダイバーシティに関する意識調査



要 旨

管理的立場にある日本脳神経外科学会所属医師に対するダイバーシティ（多様性）に関する意識調査

榎本由貴子	下川 尚子	上家 和子	前原 健寿	堀内 哲吉	阿久津博義
井川 房夫	黒田 敏	周郷 延雄	竹島 秀雄	田村 徳子	菱川 朋人
藤井 正純	藤巻 高光	山本 哲哉	山本 淳考	加藤 庸子	齊藤 延人

管理的立場にある日本脳神経外科学会所属医師に働き方、男性の育児休業、女性医師に対する意識調査を行った。対象は診療科長 863 人で 13 設問を調査し 420 人から回答を得た（回収率 55.2%）。82%の診療科長は仕事を優先し 55%はそのバランスに満足していた。医師の働き方改革への関心は高いが 59%が実施後に医療体制は維持できないと考えていた。44%が男性の育児休業取得は増えると推定したが、8.3%のみが育休手当の原資を正答できた。また 64%が女性医師の増加は実働率の低下になると思っていた。各施設の診療科長がダイバーシティと働き方改革の狭間で悩んでいることがうかがい知れる結果であった。



勤務環境改善で必要なこと

Table 1 Priority improvements to the workplace environment for Work Style Reforms to regulate overtime work for doctors

項目	回答数 (件)
脳神経外科医を増員する	245
<u>脳神経外科領域で診療を集約化する</u>	208
看護師, コメディカル, 医師事務補助者などの他業種へのタスクシフトを推進する	207
交代制勤務の導入や時間外休日などでの当番医制の徹底などによる勤務体制の見直し	195
複数主治医制を強化推進する	146
ICTを積極的に活用するなど業務の効率化を図る	88
勤務医の勤務時間を管理する	79
育児休業取得には代替医師を派遣するなどの制度を構築する	58
育児休業や病氣療養などからのキャリア相談や復業支援を組織的に行う	17
その他	17



考察および提言

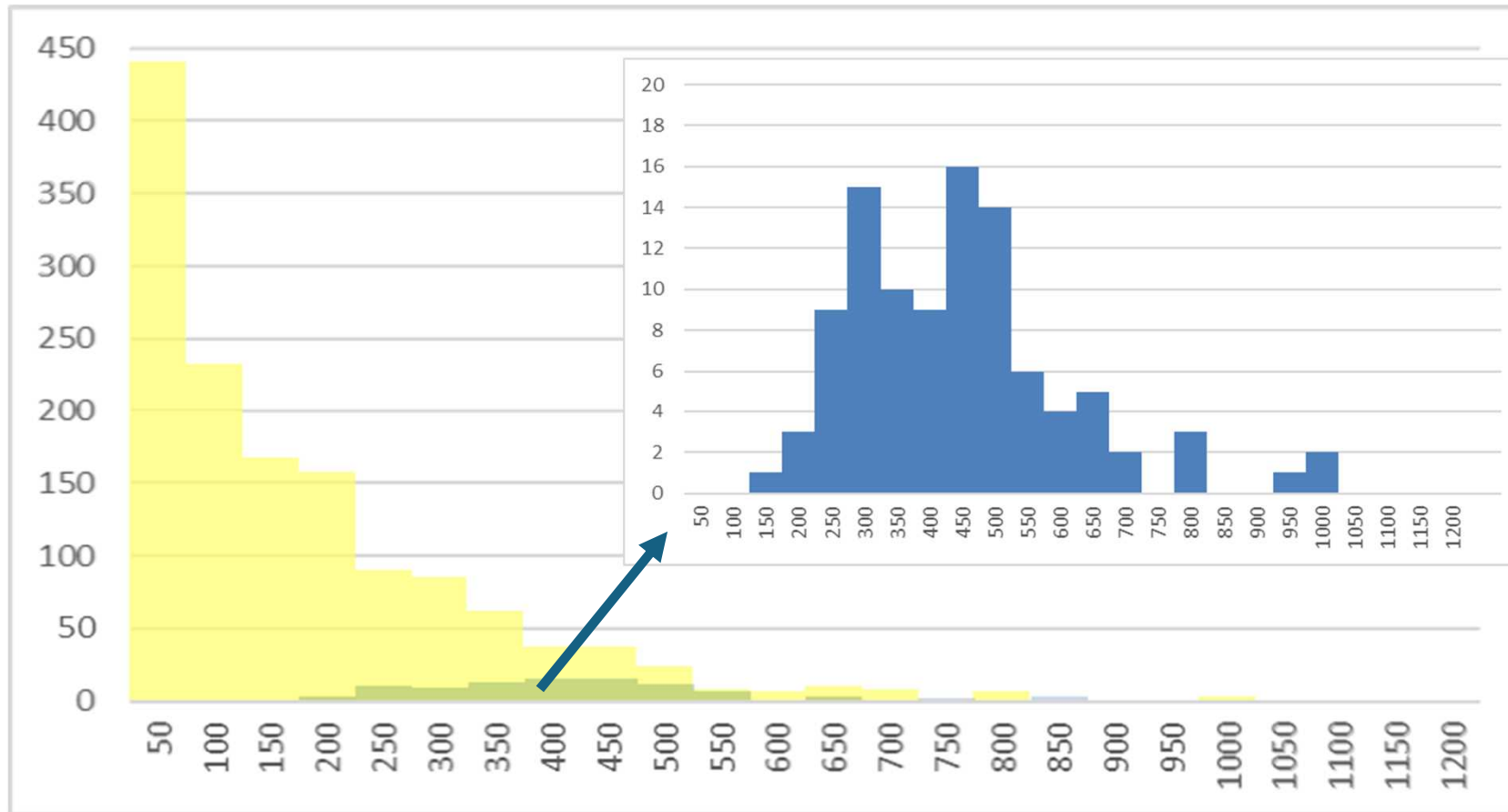
- 脳神経外科医は、外科医の目と技を持った神経系総合医として、脳腫瘍の手術など高度・集学的な医療から、身近に起こりうる脳卒中や頭部外傷などの救急医療までを担い、国民の健康の為に尽力している。
- 高度かつ広範な医療を担う必要があることから脳神経外科医の負担は大きく、昨今はなり手の不足も深刻であり、診療科間の偏在により脳神経外科医が不足すれば、大きな問題が生じうる。
- 脳腫瘍の診療については、国内外のデータから、症例の集約化を通じた集学的診療で医療の質の改善が期待できる。
- さらに、学会として、脳神経外科医の働き方改革を進めていくために、タスクシフト・シェアや医師業務の見直しのほかに、教育の観点から研修医や専攻医の研修を症例の集まっている施設で実施し、経験症例数を高めている。
- こうした状況を踏まえて、国、関係者が、診療科間の医師の偏在に対して取り組むことは重要であり、そのためには医療提供体制の在り方や、外科技術の評価などについて議論する必要がある。

以下は参考資料



施設毎の手術件数の分布 (総手術件数からみた基幹施設の位置付け)

(施設数)



(2023年度データ)

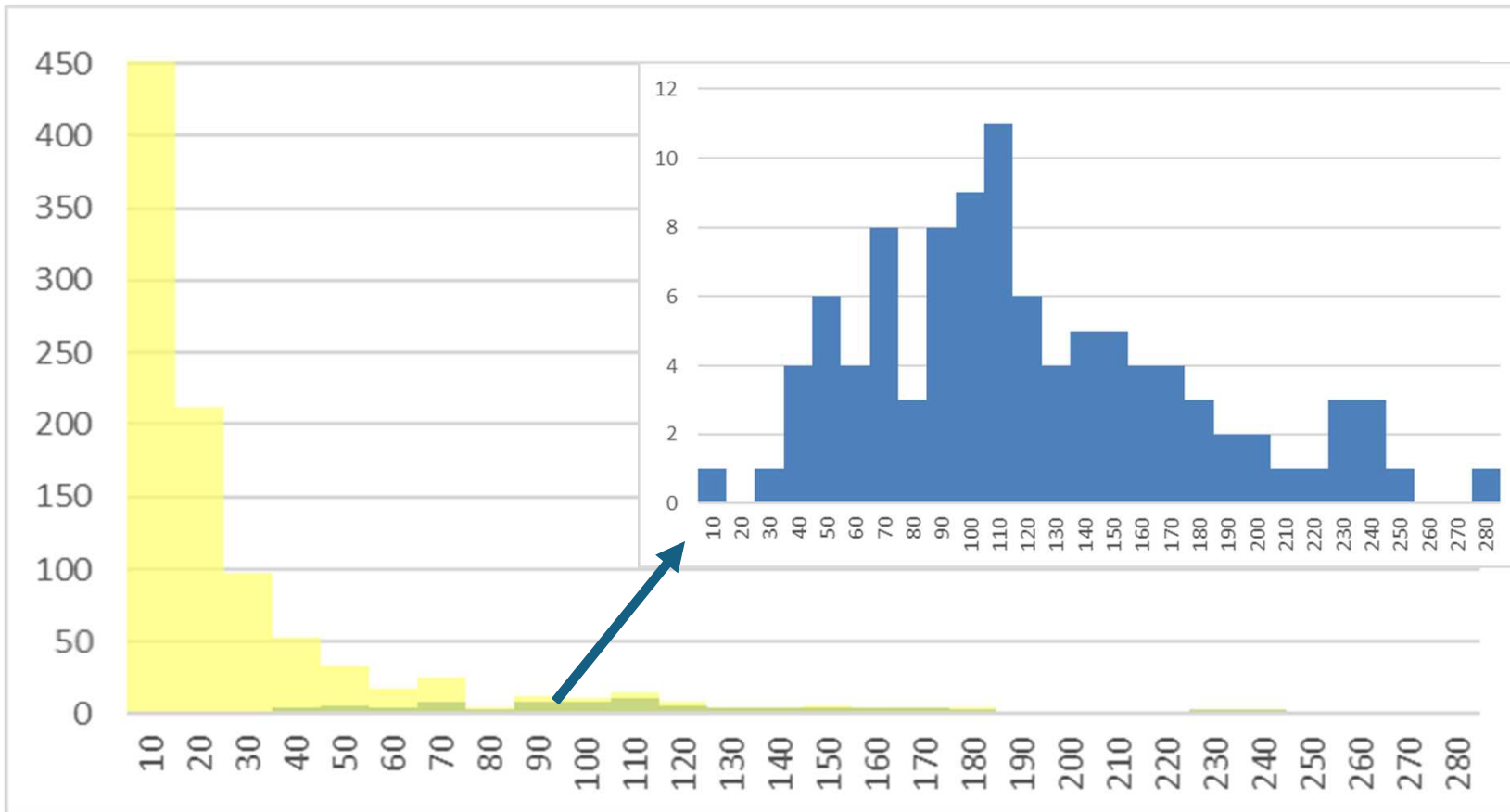
黄色：全施設
青：基幹施設のみ

(総手術件数) 38



脳腫瘍の手術件数と基幹施設の関係 (脳腫瘍の手術は基幹施設に多い)

(施設数)

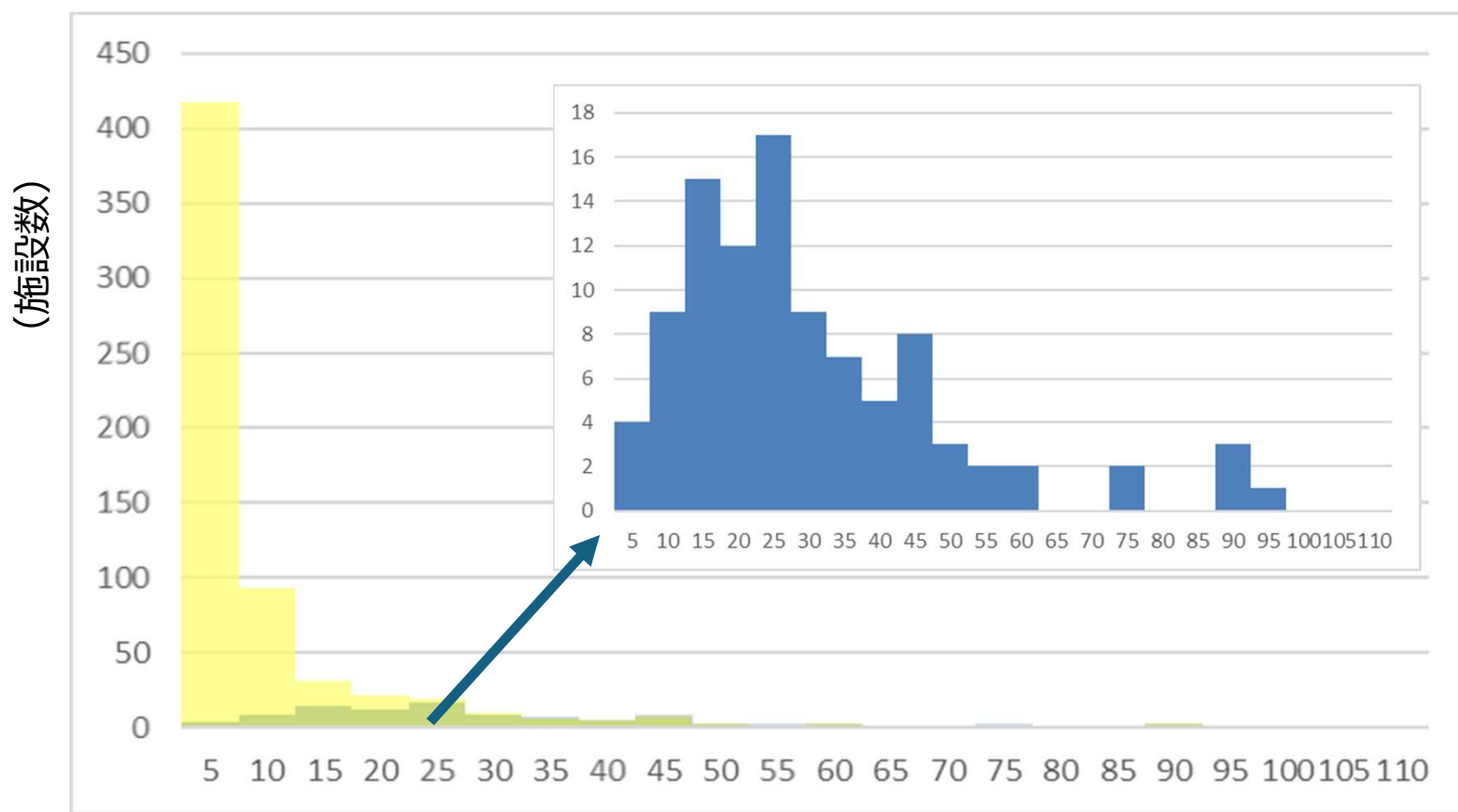


(2023年度データ)

黄色：全施設
青：基幹施設のみ

(脳腫瘍の手術件数)39

グリオーマの手術件数と基幹施設の関係 (グリオーマの手術は基幹施設に多い)



(2023年度データ)

黄色：全施設

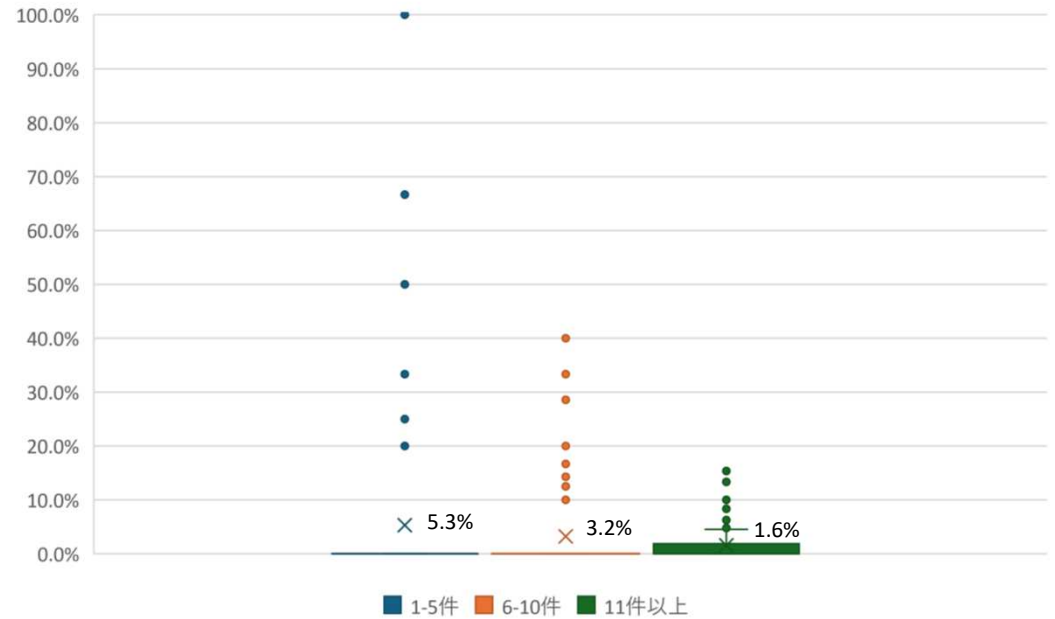
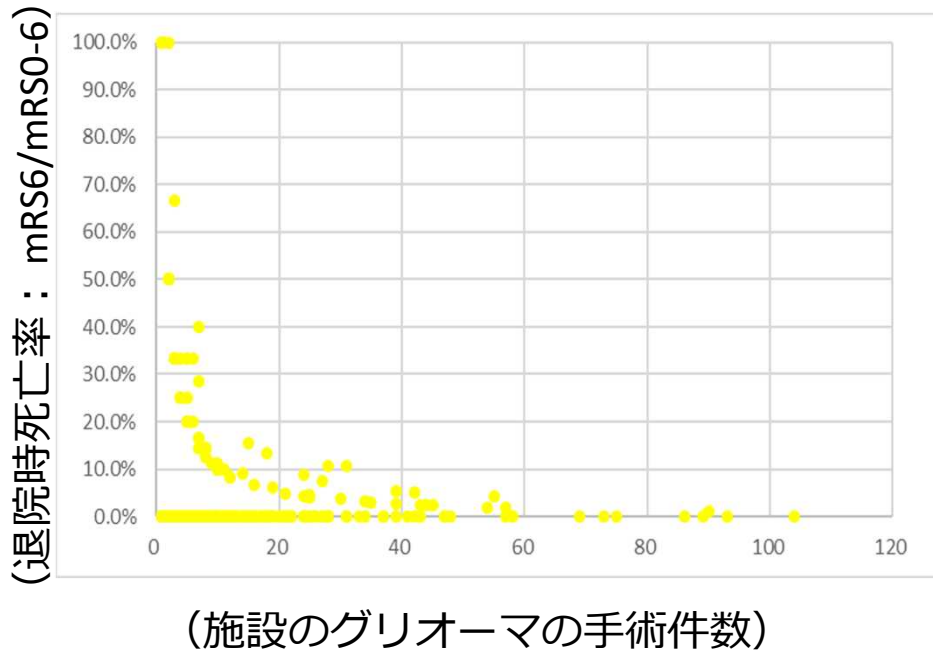
青：基幹施設のみ

(グリオーマの手術件数) 40

グリオーマ

- 星細胞腫
- 乏突起膠腫
- 膠芽腫
- その他の神経上皮性腫瘍

グリオーマの手術数とmortalityの関係 (退院時mRSでの評価)



髄膜腫のアウトカム（JND2023年）

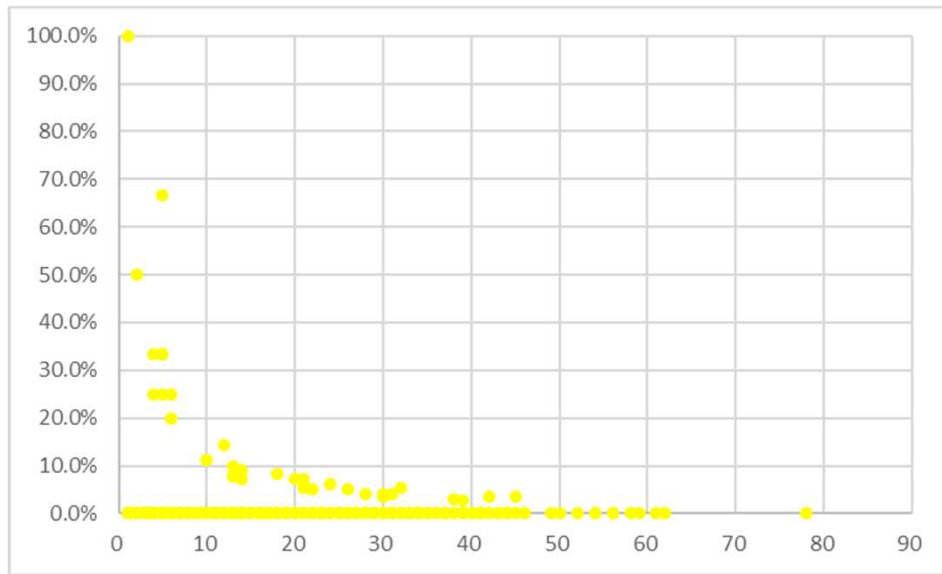
- 髄膜腫の治療
 - 腫瘍摘出
 - （放射線治療）

1101. 髄膜腫			2023年
入院症例数		入院症例数(全国・当該主病名)	10727
非手術症例数		非手術症例数(全国・当該主病名)	4554
手術症例数		手術症例数(全国・当該主病名)	6173
手術件数		手術件数(全国・当該主病名の述べ手術件数)	8083
			術式件数・全体(主病名+副病名)
(複数選択)	1	脳腫瘍摘出術	5715
	2	脳腫瘍生検術	54
	3	経鼻的手術	198
	4	広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術	248
	5	頭蓋内腫瘍塞栓術(血管内治療)	1710
	6	その他(Ommaya留置術など)	245
	7	減圧開頭術	41

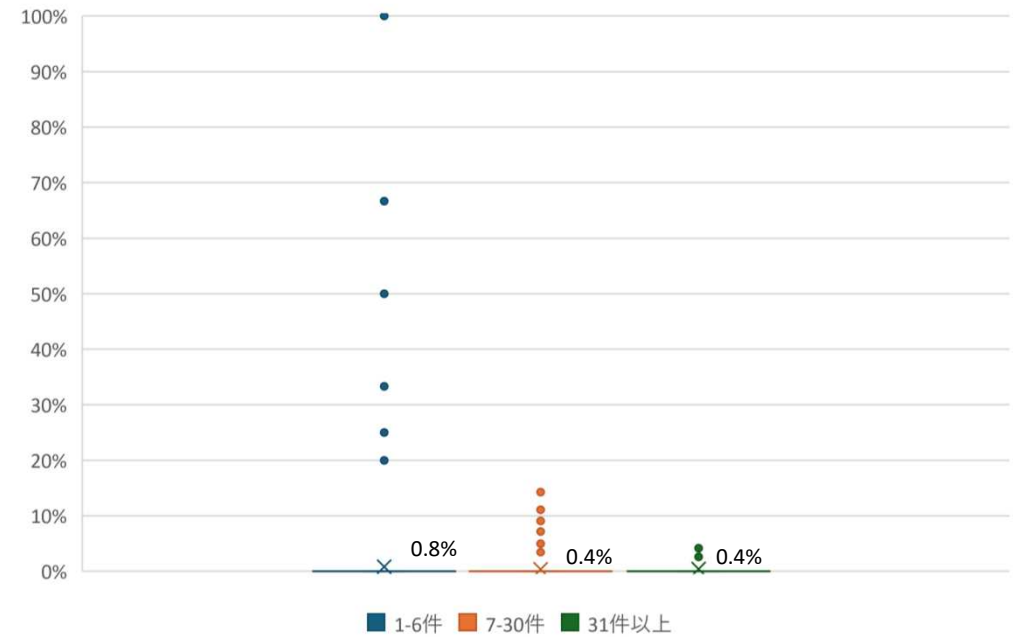
1101. 髄膜腫	2023年
入院症例数(入院件数)	10,727
mRS0	3,981
mRS1	3,184
mRS2	1,750
mRS3	838
mRS4	670
mRS5	204
mRS6	100
手術症例数(手術件数)	6,228
mRS0	2,273
mRS1	1,960
mRS2	984
mRS3	508
mRS4	388
mRS5	82
mRS6	33

髄膜腫の手術数とmortalityの関係 (退院時mRSでの評価)

(退院時死亡率： mRS6/mRS0-6)



(施設の手術件数)





カテゴリー1：タスクシフト・シェア 参考となる具体例

- ・事務補佐員の増員：外来のみでなく病棟にも
- ・事務補佐員による診断書の部分記入、オーダー入力、紹介状返信作成、データベース入力、次回の外来予約等
- ・患者の外来主治医（責任医師）は一人だが、病棟受け持ち医は二人配置している
- ・主治医・担当医制からチーム制へ移行
- ・特定看護師の導入（簡単な侵襲的手技の施行）、特定看護師の養成コースの設置。
- ・当直明けは原則午前11時帰宅
- ・術後管理は主術者のみが行うのではなく、夜間は当直医に任せる
- ・週1回夕方行っていた総回診の時間を3分の1に短縮し終業時刻を短縮。代わりに毎朝30分の症例カンファで情報共有
- ・病棟担当薬剤師による持参薬処方支援、抗凝固薬内服調整管理の権限移譲
- ・入院に伴う種々の同意書の手続、入院に関する説明は看護師、事務補佐員が医師を代行しておこなう
- ・初診時の予診を患者サポートセンターが前もって聴取
- ・医局専用のGoogleカレンダーを作成、医局員の手術・外来・外勤などの情報を共有。各医師の予定がすぐ把握できるため急患対応などの業務の効率化が図れるようになった。
- ・各科はオンコールとし、全体当直が基本的に対応。個人の宿直回数を減らすようにしている。
- ・脳卒中リハビリテーション看護認定者の設定、脳卒中相談窓口の担当者となり、医師が負担していた業務を担う
- ・特定行為研修を修了した看護師が行為を安全に行える様に手順書を作成、患者や家族にもパンフレットを配布。



カテゴリー2： 医師業務の見直し 参考となる具体例

- ・患者へのICは平日の勤務帯に行くことを病院として宣言、患者サイドに理解を求めている
- ・入院時に患者に担当医制ではなくチーム制であることを理解してもらう
- ・勤務超過時間帯に特定の医師でないと出来ない治療が必要となった場合はその医師は翌日の日中の業務から離れるようにする
- ・当直回数を最大月4回までに制限、当直明けは縮小勤務(午前のみ)とする
- ・連続勤務時間制限に対応するため専攻医の午後外来を廃止した
- ・朝のカンファレンス開始時間を始業時刻とし夕方は業務を終えたら帰宅を促す
- ・院外から電子カルテにアクセスできるようなシステムを導入
- ・夜間手術の外回りは当直医が兼務する
- ・短時間のカンファレンスをほぼ毎日行うことで、カンファレンスにかかる総計の時間を減らすことができた
- ・当直について、脳神経外科と脳神経内科が交互に行う
- ・緊急患者搬入時における対応可能な医師の把握にSNSを利用し、迅速で無駄のない時間外勤務管理を行っている
- ・医局会を原則オンラインで行うように変更、自宅から医局会に参加できるようになり早く帰宅できるようになった。子育て中の医局員には好都合。



カテゴリ4：研修医及び専攻医の研修の効率化 参考となる具体例

- 研修医及び専攻医に限られた期間内に多くの手術や検査を経験するため、特定の医師のものだけでなく、種々の手術や検査に参加させるようにしている
- 研修医や専攻医には無駄な仕事を極力少なくするように努め、トレーニングのための時間を少しでも長く取れるように配慮する
- 専攻医が全て担っていた病棟指示、手術ビデオ編集、術前後プレゼンテーション準備を、術者であるシニアスタッフも分担することにより、専攻医の大幅な業務効率化を図った
- 手術ビデオの自動編集マシンを導入して、研修医・専攻医が手術ビデオの編集に要していた時間を大幅に縮小する
- 緊急手術を要しない時間外入院会者は初療医を主治医としない、主治医指名は翌日あるいは直近の平日朝に行い担当患者数を均てん化する
- コアタイムを設定してカンファレンスをコアタイムに設定し冗長化を防いだ
- 関連病院毎に症例を集めて専門化させ、効率的に症例経験する
- 専攻医の労働適正化・研修効率化のために病棟担当医数を増員し、担当医制からオンコール制(当番制)に変更している
- 出産や育児などのライフイベントで休暇をとれるようにしている
- 脳神経外科医として習得すべき事項を勤務時間内に研修できるよう配慮しており、時間外のカンファレンスを行っていない
- 手技を含めた診療業務の定型化/標準化を行い、標準的な手技を習得してもらうようにして研修の効率化を図った
- 研修期間中に経験されるべき疾患及び症例数について、研修先と共有する(研修責任者も経験数を把握する)ことで、なるべく偏りを減らす工夫を行う
- 入退院支援看護師や医療連携室の支援を活用し、専攻医の入退院に関する事務作業を軽減し、研修そのものに割く時間を増やす
- セキュリティを高めたVPNを導入し、自宅からでも大学のメールをよみPDFファイルを見ることができるようになった。これにより研修医・専攻医の大学内時間外滞在を減らす事が出来た。