



全日病 NEWS 2/15

21世紀の医療を考える全日病 2013

発行所/社団法人全日本病院協会
 発行人/西澤寛俊
 〒101-8378 東京都千代田区三崎町
 3-7-12 清話ビル
 TEL (03)3234-5165
 FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.795 2013/2/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

入院基本料の単価設定に新たな費用調査を提言

日本病院団体協議会 医療必要度を数値化して一定期間の人員配置を定める方法も提案

日本病院団体協議会は入院基本料の単価設定と入院料の人員配置要件に関する新たな考え方をまとめるとともに、それにそった調査等作業の着手を中医協に求める要望書を、2月7日に厚生労働省保険局長宛に提出した。

要望事項は「入院基本料の設定に対する考え方とその調査方法について」と「入院料(入院基本料・特定入院料等)における人員配置について」の2つからなる。

前者では、病院運営の基本原価を捕捉するために新たな費用調査を行なうことを提言。後者は、看護師配置数に依拠した現行の人員要件を医療必要度に基づいた算出に代えることを提案、そのために、各病期における入院患者の医療必要度を数値化し、それにもとづいて一定期間の適正な人員配置数を算定するべきと提起している。

要望書は、いずれの項目も、中医協自らが調査等の作業に着手することを求める視点からまとめられた。日病協は、要望書に記された論点が、診療報酬基本問題小委員会で行なわれている基本診療料など診療報酬体系見直し議論に活かされることを期待している。(要望書の全文は3面に掲載)

基本小委の基本診療料議論に問題提起

要望書は、日病協代表者会議の深尾立議長(労働者健康福祉機構千葉労災病院名誉院長)、同武久洋三副議長(日本慢性期医療協会会長)、診療報酬実務者会議の猪口雄二委員長(全日本病院協会副会長)が保険局の宇都宮啓医療課長と面談の上、手渡した。

要望内容をまとめたのは診療報酬実務者会議。同会議は昨年夏前から次期診療報酬改定に向けた検討作業を開始したが、前改定直後の昨年4月から中医協の診療報酬基本問題小委員会

で基本診療料のあり方をめぐり議論が始まったことを受け、次期改定を射程とした短期的課題とは分けて、中長期を視野に収めた入院基本料の設定方法について検討を進めてきた。この1月に成案がまとまったため、要望書として医療課にあげ、基本小委の議題にのぼらせるよう求めたもの。

要望書は、入院基本料を、「基本的な医学管理に必要な費用、基本的な医療従事者配置に必要な費用、基本的な施設・設備及び環境の維持に必要な費用



▲日病協要望書について意見交換する猪口全日病副会長(左端)と宇都宮医療課長(右から2人目)

をそれぞれ包含し、かつ医療継続のための再投資が可能となる報酬」と定義。

その上で、定義にそった範囲の費用について解析を行なうべきとして、層化抽出による費用調査とモデル病院を使った費用調査の2通りを提案している。

入院料(入院基本料・特定入院料等)における人員配置については、複雑多岐にわたる現行入院料を再整理もしくは算定要件等の簡素化によって分かりやすい体系とする必要、あるいは、チーム医療を踏まえて多職種連携を評価した入院料とする必要があることなどから、入院患者の医療必要度をリハやADLを含めて数値化し、その累計によって一定期間に必要な職員配置数を示すことができる方式の導入を提案。「この方式の作成には十分な調査と分析を

行い、客観的な理論構築が必要である」と、時間をかけた調査・研究を進めることを提言した。

要望書は、この方式によって「各病期における一定期間の適正な人員配置数を示すことができ、この考え方は、夜勤職員配置にも、精神疾患、各種障害、周産期、児童・思春期等にも応用できる」と指摘。複雑多岐な入院料体系も、数値化した医療必要度を尺度にすることで根拠のある体系に整理再編が可能になるという認識を表わしている。

日病協・診療報酬実務者会議の猪口委員長の説明に、宇都宮医療課長は「さらに進んだ調査設計案をご提案いただけないか」と所望。猪口委員長は、早期に、検討に資する調査イメージ案を提出する意向を表明した。

厚労省 医療機関に勤務環境改善を促すマネジメントを導入

医療分野の「雇用の質」PT報告 「ワンストップ相談体制」など行政の支援・関与の仕組みを提示

厚生労働省は2月8日に医療従事者の勤務環境改善の具体策を取りまとめた「医療分野の『雇用の質』向上プロジェクトチーム報告」を発表、併せて、同報告に盛り込まれた措置等の取り組みを地方厚生局と都道府県に指示・要請する通知を公表した。

医療に携わる人材の定着・育成を図る上で健康かつ安心して働ける勤務環境の確保が不可欠であり、そのために医療現場の環境改善が急がれるという認識に立つ同報告は、主に医師、看護職員、薬剤師を取り上げ、その負担軽減を図るための勤務環境整備が喫緊の課題であるとして、医療機関自らによる取り組みの必要を提起。

さらに都道府県労働局と地方厚生局による各種の支援措置を示し、同省として、垣根をこえた医療・労働両局一体の取り組みを進めていく方針を明らかにした。

その中で、各医療機関が、自主的かつ継続的な勤務環境改善活動を促進する「『雇用の質』向上マネジメントシステム(仮称)」を構築するよう提唱。併せて、多分野にわたる医療機関からの相談に1スポットで対応する「ワンストップ相談体制」の整備を宣言した。

その上で、調査研究、ガイドライン策定、モデル事業等を経て2014年度から、関連機関との連携を含めた「雇用の質の向上」を推進する、行政と医療機関の連携体制を本格稼働させるという展望を明らかにした。(3面に「報告」の要旨を掲載)

「医療分野の『雇用の質』向上プロジェクトチーム報告」は、

- (1) 各医療機関は自主的な勤務環境改善活動を促進する「雇用の質」向上マネジメントシステムを構築する。それに向けたガイドラインを策定する。
- (2) 各医療機関はガイドラインなどを参考に勤務環境改善計画を策定する。
- (3) 行政は施策の縦割りを超え、「公的職業紹介における看護職員マッチング機能の強化(ナースセンターの機能強化と、ハローワークとの事業連携の推進)」を図る。
- (4) 各都道府県労働局に1ヵ所各分野の話ができるワンストップの相談体制を構築する。

- (5) 先進的好事例を収集したデータベースを構築、各医療機関に活用を促す。
- (6) 14年度からマネジメントシステム導入とワンストップ相談体制などの構築・展開を開始する。

などの具体策と日程の各方針を盛り込んでいる。

「雇用の質」向上マネジメントシステムの構築に関しては厚労科研の研究班が設けられ、今年1月から、勤務環境改善の取り組み事例などの調査研究・検討作業に着手している。

研究成果はガイドライン案作成の資料とされ、2013年度中の取りまとめが見込まれている。

位置づけられたことがある。

「成長牽引産業」として飛躍していく上で大きなネックとなる労働力不足を補うものとして、医療現場に勤務環境改善推進の取り組みを促す仕組みを構築するというのが11年6月のPT報告であり、その結果、各都道府県労働局の下に医療関連団体等を組織した企画委員会を設置して勤務環境改善に向けた研修会を開催したり、医療労働の専門家を起用して管下病院から改善事例等の情報収集に努めるなどの取り組みが進められている。

これに伴い、12年度に主要な労働局に医療労働専門相談員を配属したほか、厚労省労働基準局労働条件政策課に医療労働企画官を新設、取り組み全体の司令塔とした。その後、民主党の厚労省政務3役(当時)は、幅広い医療従事者を対象とした同様の取り組みを求めたため、昨年10月にPTが省内に設置され、今回の報告にいたったもの。ただし、対象が看護師等に限られた前回報告に対して、今回は主に医師、看護職員、薬剤師を対象とした上で、医療機関が労務管理の上で葛藤している

問題に行政として支援・関与していく1つの枠組みを提示するものとなった。

報告が描く仕組みが実現すると、雇用、人事、労務管理に関する日常的な相談窓口が生まれ、診療報酬や医療法等のしぼりや経営を含む多面的な視点からアドバイスを受けることができ、さらには補助金を含めた情報やアドバイスが受けられる。医療機関にとって便宜が増すことは確かだ。

しかし、その一方で、勤務環境の改善計画作成が求められ、アドバイザーやコンサルタント等外部からの干渉が強まること避けられない。

医療機関における勤務環境改善への継続的取り組みは重要な課題であり、少しでも優秀かつ定着する人材を得るために各医療機関は必死に努力している。

しかし、絶対数が足りない中、地理的条件や処遇面で不利を免れない医療機関によっては、救急を初めとする地域医療のニーズに応えるために、勤務条件もギリギリの対応を余儀なくされ、しのいできているのが実態だ。

前回の報告も、今回の報告も、人材の需給ギャップや地域偏在という経営努力の枠外にある問題を回避し、医療機関の工夫と努力に絞ってアプローチした、いかにも対症療法という印象がぬぐえない。

厚労省13年度予算案 12年度補正と合わせ前年比150%、単年度では89%

2013年度予算案が1月29日に閣議決定された。政府は2月下旬に国会に提出し、GW前の成立を目指すとしている。

厚生労働省所管の13年度予算案は、一般会計29兆4,321億円(うち社会保障関係費は2兆9,397億円)で、前年度当初予算から10.3%(10.4%)の増加となった。医療関連は10兆5,587億円(3.1%増)、介護関連は2兆4,916億円(6.5%増)とな

っている。

医政局所管の予算案は1,443億2,800万円。12年度補正予算案を加えた「15ヵ月予算」は2,435億9,900万円で、前年当初予算比149.8%と大幅な増加となるが、13年度予算そのものは88.8%と大幅に圧縮されている。

12年度補正予算案は1月31日付で国会に提出されている。

医療機関の労務管理に行政が支援・関与する1つの枠組み

今回報告の先がけとなったのは、厚労省内横断プロジェクトチーム(PT)が2011年6月にまとめた「看護師等の『雇用の質』の向上に関する省内プロジェク

トチーム」の報告だ。このPTが設置された背景には、10年6月に閣議決定された「新成長戦略」で医療・介護・健康関連産業が「日本の成長牽引産業」に

「2次救急の数は横ばい」「いや、減少をたどっている」

救急医療体制等のあり方検討会 厚労省と構成員の間で認識一致せず。定義不統一が救急の現状把握を困難に

厚生労働省に「救急医療体制等のあり方に関する検討会」が設置され、2月6日に初会合が開かれた。事務局(医政局指導課救急・周産期医療等対策室)は、8月に中間まとめを行なったあと、年内に報告をまとめる日程を展望した。

救急医療体制の全般について議論する場としては、2008年10月に閉じた「救急医療の今後のあり方に関する検討会」以来約4年半ぶりの検討会となる。

その時はおおむね救命救急センターの充実化を図る具体策の検討に終始。2次救急医療機関は救命救急センターへの患者殺到回避策と出口問題に関連して取り上げられたに過ぎなかった。

しかし、今回は、検討テーマに「2次救急医療機関の充実強化」があげられており、2次救急医療機関の現状に対する評価と充実強化に向けた支援のあり方が狙上にのぼるものとみられる。

事務局が同日の検討会に示した資料によると、2次救急医療機関(病院群輪番制病院)は全国398地区に3,259施設(2012年3月31日現在)あり、06年(411地区3,214施設)以降、ほぼ横ばいで推移している(表1)。

同じ期間に、救命救急センターが189施設から249施設へ、初期救急の休日夜間急患センターが508施設から556施設

へ増加しているのとは対照的である。

これについて、事務局は「2次救急医療機関はほぼ同一水準で推移しており、救急利用の増加に対応していない」という認識を示した。この横ばい推移というデータに、構成員から異議が相次いだ。

その1人が有賀座長(昭和大学病院院長)で、事務局に「東京都では告示医療機関の数が10年間で20%近く減っている。国全体でも、公私とも10%ぐらいは減少をたどっているというデータがある。これは確かな数字か」と質した。

加納構成員(加納総合病院院長・全日病常任理事)も、「このデータは中医協にも出た。そのときも中医協委員から『現状とは違う』と疑問が出ている。この数字は消防庁等で把握している数と明らかに違う」と疑問を呈した。

これに対して事務局は、「毎年度道府県に調査をかけており、これは、そこからあがってきた数字だ。『10%ぐらい減少』というのは救急告示病院と我々が言う救急病院との差異かもしれない。我々が定義する2次救急機関はこのとおりの数字だ」と説明した。

この辺り、何をもちって救急医療機関とみなすかという点でデータに差異が生じるころではある。

救急医療機関とはなにか、救急患者とはなにか

検討会におけるこうしたやりとりは、2次救急医療機関の定義が統一されていないことから、省庁あるいは各都道府県で把握している数字が必ずしも一致しないという現状を反映している。

同日の検討会資料には出なかったが、総務省消防庁の資料(2010年度第1回消防審議会)によると、08年の2次救急医療機関数は3,053、内訳は公立が699(22.9%)、公立以外が2,354(77.1%)とされている。その出典は「2008年厚生労働省医療施設調査」で、同調査には「入院を要する救急医療体制 3,053施設」という数字が出ている。

これは、都道府県からあがった病院群輪番制病院等の報告を集計したという事務局資料の3,175(08年)とも一致

していない。

この消防庁資料には「2次救急医療機関数の年次推移」が出ている(表2)。それによると、2次救急医療機関は1996年から2008年にいたる12年間で4,132から3,053へと26%も減っており、その理由が、もっぱら公立以外が3,461から2,354へと32%も激減したことによるものであることが分かる。

このデータを踏まえ、前出の消防庁資料には、「公立以外の2次救急医療機関は、医師確保や経営上の問題から近年大きく減少しており、態勢整備のための支援が必要」と明記された。

この日の検討会で構成員が指摘したのは消防庁が把握しているこれらデータのことと思われるが、その指摘の真

意は、横ばい推移から「救急利用の増加に対応していない」という評価を導く厚労省と、減少の背景に民間病院における救急からの撤退があると踏み込んだ判断を導いた消防庁との間の危機意識の落差というところにあった。

「2次救急医療機関の数は減少している」という指摘に、事務局は「救急告示病院の数ではないか」と反問した。

しかし、検討会の資料にはないが、救急告示病院は08年に3,932(08年医療施設調査)あるものの、02年の4,343から08年の3,932へと6年間で約10%も減っている(09年地域保健医療基礎統計)。ただし、救急告示病院の数自体は事務局や消防庁が示す同年の2次救急医療機関数よりもかなり多い。

このように、救急告示でみるか、病院群輪番制で違うだけでなく、「入院を要する救急医療体制(医療施設調査)」という定義にみられるように、統計によっても数に違いが生じている。

厚労省は、現在、毎年4月に都道府県からの報告を集計するかたちで2次救急医療機関の数を把握している。しかし、医療計画に記載されるべき2次救急医療機関の定義が都道府県に委ね

られているのが現状であり、その数は精査される必要があることを理由に、厚労省は公表していない。

かくて、2次救急医療機関の実態は統計の段階から曖昧なまま現在にいたっている。

この日は、搬送時間と診断病名など、救急患者の定義をめぐる意見が交わされた。統一した定義がないために、正確なデータが把握できないというわけだ。これに関連して、有賀座長は「外傷のデータをとっても救急学会と消防庁や警察とでは7割が一致しない」と、救急搬送における病名把握の難しさを指摘した。

まさしく、救急現場に関する詳細な調査が求められるわけだが、前出の「救急医療の今後のあり方に関する検討会」の中間取りまとめ(08年7月30日)は、とくに実態補足ができていない2次救急に対する調査の実施を以下のように提起している。

「補助の対象かどうかを問わず、都道府県の医療計画において第2次救急医療機関と位置付けられたすべての医療機関を対象として、調査を実施する必要がある」。

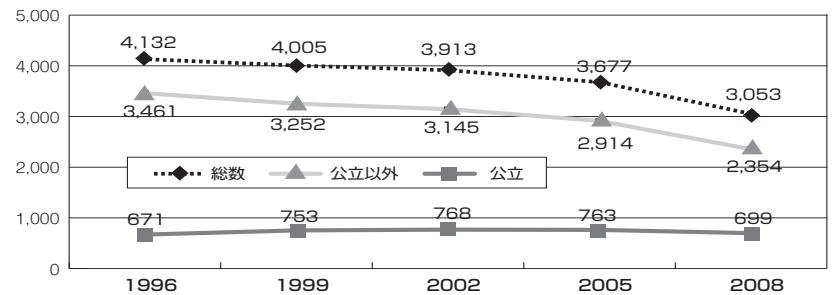
表1 2次救急医療機関数の年次推移(事務局資料から)

(各年3月31日時点)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
三次救急(救命救急)	189	201	208	214	221	235	249
二次救急(入院を要する救急)	入院を要する救急医療施設(施設数)	3,214	3,153	3,175	3,201	3,231	3,305
	(地区数)	(411)	(408)	(405)	(401)	(407)	(398)
初期救急	休日夜間急患センター(施設数)	508	511	516	521	529	553
	在宅当番医制(実施地区数)	666	654	641	643	636	632

(厚生労働省医政局調べ)

表2 2次救急医療機関数の年次推移(消防庁資料から)



特定行為・指定研修の各修正案で賛否両論

チーム医療推進会議 座長は報告の年度内とりまとめを要請

1月30日に開かれたチーム医療推進会議は、「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ」(1月18日)で大筋合意された看護師が実施する特定行為案と包括的指示の下で実施できる看護師の要件となる指定研修の各修正案を狙上にあげ、取りまとめに向けた議論を行なった。

看護業務検討WGで大筋合意されたのは、①対象を29項目にまで絞り込ん

だ特定行為案、②2年もしくは8ヵ月というコース制に代えて、一定範囲の特定行為群ごとに履修プログラムを作成、プログラムごとに単位を与えると指定研修の具体案(両案については2月1日号を参照)。

同日の推進会議で、多くの構成員はこれらの案に基本的に賛同したが、一部に異論を唱える向きもあり、この日は結論が出なかった。永井座長は、「引

き続き議論を行なうが、できれば年度内に報告書をまとめたい」と述べ、次回会合でのまとめに期待を寄せた。

意見がとくに対立したのは、特定行為実施制度に対する国の関与のあり方。

これまでの推進会議における議論で、現行の医師臨床研修制度や議論が進む専門医制度を念頭においた「学会主体で特定行為実施制度を創設し、運営する」という案が示されたことから、事務局(厚労省医政局医事課)は、「学会等民間主体学会が研修を実施して管理する」という案を並行して論点にあげた。

これに対して看護業務検討WGがまとめつつある案は、厚労省が提案してきた「厚生労働大臣が研修機関を指定し、そこでの指定研修を修了した旨を看護師籍に登録する」というもの。

論点とされた両案に対して、「質の担保が大切であり、国の関与が欠かせない」と修正前の国による認証制度を支持する意見、学会主導を否定して修正案を支持する意見、特定行為を法令で定めること自体を疑問視する意見、特定行為の研修にとどめて看護師籍への登録は不要とする意見など様々な見解が示され、議論は錯綜した。

医療短評 BRIEF

■ケアマネのあり方で中間まとめ

「介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する検討会」のこれまでの議論を整理した中間まとめが1月7日に公表された。

ケアマネ支援に関する中で、「地域ケア会議の機能強化」を提起するとともに同会議に対するケアマネの積極的な取り組みを提唱。

また、「医療と介護の連携促進」を図るために、医療知識を充実させる研修カリキュラムの改善、在宅医療連携拠点事業の活用、リハビリ基礎知識を学ぶ機会の拡大などを提起。介護保険施

設のケアマネについては、施設特性に応じた役割を担えるよう、生活相談員や支援相談員にケアマネ資格取得を進めることを提案している。

■「高齢者に対する適切な医療提供の指針(案)」

厚生労働科研の秋下研究班は、このほど「高齢者に対する適切な医療提供の指針(案)」をまとめた。指針案は高齢者に医療提供を行なう上で考慮すべき事項を整理し、基本的な要件を示している。

厚労省は「指針(案)」をパブリックコメントにかけ、1月20日までの間、広く一般から意見を募集した。

■「就労から6ヵ月経過」介護福祉士

候補者を介護報酬で評価

厚労省(社会・援護局福祉基盤課)はEPAにもとづいてベトナム等3国から受け入れている介護福祉士候補者「受入れ実施指針」(告示)の改正を決め、1月29日に意見募集を始めた(締め切り2月27日)。

就労開始日から1年経過、もしくは日本語能力試験N2以上を保有している者は、2012年4月より介護報酬配置基準の算定対象に含めるとされたが、「就労開始日から1年経過」を「6ヵ月経過」に改正、この4月1日から適用するというもの。

■「医療対話推進者」養成研修指針

厚労省(医政局総務課)は「医療対話

推進者の業務指針及び養成のための研修プログラム作成指針」をまとめ、1月10日付で関係団体に通知した。

■医療法人の太陽光電力売電に関する留意事項

厚労省(医政局指導課)は1月10日付で医療法人における太陽光発電の取扱いについて事務連絡を行なった。12年7月に始まった太陽光発電を電力会社に売電する買取制度に伴う医療法人の対応として、①余剰電力の買取制度、②全量買取制度、③全量買取制度を行っている事業者に対する医療法人所有不動産の貸与の3項目について留意点を示している。

入院基本料の定義を明確化。その費用調査と解析を提言

入院料は医療必要度を尺度に再整理もしくは要件の簡素化を提案

日本病院団体協議会 要望書 (全文) 2月7日 *1面記事を参照

現在、中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会において、入院基本料のあり方が検討されている。

この度、日本病院団体協議会は、中長期的な診療報酬体系における「入院基本料の設定に関する考え方とその調査方法について」と、次期診療報酬改定に対する短期的な「入院料(入院基本料・特定入院料等)における人員配置について」を纏めたので要望する。

■入院基本料の設定に対する考え方とその調査方法について(基本的な考え方)

平成24年度の中医協基本問題小委員会では基本診療料について論議されることとなった。

診療報酬制度の開始以来、基本診療料はデータに基づいて報酬が決定されたものではなかった。しかし、今後の基本診療料については、エビデンスのある、そして長期的視野に立った評価及び診療報酬の設定が必要である。

ここでは、基本診療料の中の入院基本料について、その設定方法を提案する。

(入院基本料の定義)

入院基本料の定義は、次の費用を包含し、かつ医療の継続のための再投資が可能となる報酬とする。

1. 基本的な医学管理に必要な費用
2. 基本的な医療従事者配置に必要な費用
3. 基本的な施設・設備及び環境の維持に必要な費用

(病院サンプリングとモデル病院)

入院基本料の調査においては、病院をサンプリングして費用を解析する方法と、モデル病院を設定して費用を分析する方法がある。ここでは、両者を

設定できる方法を提案する。

(病院サンプリング)

次の項目により層化抽出した病院の費用調査を行い、費用分析する。

1. 病院規模別 (200床未満、200床～499床、500床以上)
2. 病床種別 (一般病床、療養病床、精神病床、ケアミックス)
3. 立地条件別 (大都市、地方都市、郡部)

(費用分析)

費用分析には、調査方法が確立している「部門別収支に関する調査研究」の解析手法を利用する。

1. データ収集
「部門設定調査」「収支状況調査」「医師勤務調査」により、データを収集する。
2. 一次計上

各部門(病棟、外来診療室、手術室、総務課等)の費用を計上する。ここには、病院会計準則に基づいた費用が計上される。それらを入院部門、外来部門、中央診療部門、補助・管理部門に分ける(表1を参照)。

3. 二次配賦

補助・管理部門の費用を、入院部門、外来部門、中央診療部門に配賦する(表2を参照)。

4. 入院部門と二次配賦された入院部門に対応する補助・管理部門費用を合計する。この数値には、医師勤務調査及び配置職員による人件費、補助・管理費用が含まれている。従って、この合計値を入院患者総数で割った数値が、入院基本料の単価となる。

5. 外来部門において同様の作業を行うと、外来診療料の基礎資料となる。また、中央診療部門(入院・外来含む)は、手術室・検査室・画像診断・リハビリテ

ーション、等で構成されている。この値を、それぞれの施行件数、作業量を勘案して解析することで、特掲診療料の基礎資料となる。

(モデル病院の費用設定)

費用分析を行うとともに、層化抽出された各医療機関より人員配置、施設・設備等の過不足についても調査を行い、その費用の調整を行うことで、モデル病院の費用が設定可能である。

■入院料(入院基本料・特定入院料等)における人員配置について

入院料(入院基本料・特定入院料等)における人員配置について、下記の考え方を導入することを要望する。

・現行の入院料は分類(40種類ほど)が細かすぎるうえに、通知において極めて微細な事項まで定められている。これらの分類は、医療必要度や入院目的に応じてグループ化するとともに算定要件等を簡素化することにより、誤解を生じない解りやすい制度とすべきである。

・医療機関の入院患者数、状態像、医療必要度等は一定ではなく、日々変化するものである。臨床現場における医療必要度(リハビリテーション、日常生活動作援助等を含む)の状況を数値化できるとともに、個々の医療機関にとって最適な人員配置を行える制度に変更すべきである。

・現行では看護師数により入院料が区分

されている。しかし、チーム医療が主体となっている現状を鑑み、医師・看護師・薬剤師・管理栄養士・リハビリテーション職・MSW・PSW・医師事務作業補助者・看護補助者・医療事務等の多職種連携により入院料が決定されるべきである。

・これらのためには入院患者の医療必要度が数値化され、その累計により一定期間(6または12ヵ月程度)に必要な職員配置数を示すことのできる方式を作成しなければならない。この方式の作成には十分な調査と分析を行い、客観的な理論構築が必要である。

・この方式により、超急性期(ICU・CCU・SCU・NICU等)、急性期、亜急性期/回復期、慢性期等、各病期における一定期間の適正な人員配置数を示すことができる。また、夜勤職員配置(看護師、看護補助者、等)にも応用できる。

・そして精神疾患、各種障害、周産期、児童・思春期等においても、この考え方の応用が可能である。

表1

入院部門			外来部門			中央診療部門			補助管理部門		
内科	外科	...	内科	外科	...	手術	検査	画像診断	...	診療支援系	運営管理系

表2

入院部門			外来部門			中央診療部門			補助管理部門		
内科	外科	...	内科	外科	...	手術	検査	画像診断	...	診療支援系	運営管理系

2014年度から「マネジメントシステム導入」と「ワンストップ相談体制」を展開

医療分野の「雇用の質」向上プロジェクトチーム報告(「当面の取組方針と具体策」の概要) 2月8日 *1面記事を参照

●「雇用の質」向上マネジメントシステム(仮称)

・マネジメントシステムは、トップの改善方針に基づいて医療機関全体の組織的な取り組みとする。また、PDCAサイクルを確保する。

・マネジメントシステム構築に向けて、本年1月より研究班を立ち上げ、その具体化に向けた調査研究・検討をスタートさせている。

・この調査研究を基に、「働きやすい環境整備」に関する事項についてガイドライン案を2013年度中に策定し、14年度以降、マネジメントシステムの全国展開を行なう。

●医療機関支援の具体的メニュー

(1) マンパワー確保の支援

①医療スタッフ相互・補助職等の連携の推進
経営面、労務管理面の双方からワンストップでアドバイスする相談支援体制を構築する。具体的には、各都道府県労働局のアドバイザー(医療労働専門相談員など)が窓口となり、多様な医療スタッフの人員配置や業務分担の見直しなど労務管理の改善策や必要コストについて相談に応じる。その際、医療従事者以外の補助職等を活用した業務分担や連携を助言、必要に応じて医療経営コンサルタントと連携し、支援する。

②公的職業紹介機関における看護職員のマッチング機能の強化

・ナースセンターの総合力強化を図る。
・ナースセンターとハローワークの連携を図る。

・ナースセンターのマッチング機能強化や、システムや提供サービスの改善に向けた検討を開始するとともに、ハローワークとの連携・協働による看護職員の人材確保に向けたモデル事業を13年度に実施、14年度から、その評価と全国展開に向けた検討を行なう。

③短時間正社員制度の活用促進

医療機関等での短時間正社員制度の活用促進に向け、都道府県労働局に配置している医療機関向けのアドバイザー(医療労働専門相談員など)による支援や、短時間正社員制度導入支援ナビを活用した情報提供を行なう。また、短時間正社員制度の導入に当たり、医療機関等のニーズに応じた各種助成金などを活用する。14年度のワンストップ相談体制に導入を図る。

④薬剤師会の求人・求職機能の強化
薬剤師会が行っている求人・求職事業について、周知などにより活用促進を図るとともに、関係団体のホームページを活用して、就業経験を持つ即戦力人材の再就業を促進する。

(2) ワンストップの外部専門家チーム支援

都道府県労働局に配置しているアドバイザーと関係機関、関係団体の連携を強化し、将来的に、地域の医療機関等に対するワンストップの相談体制構築

に向けて取り組む。13年度に連携マニュアル策定など、その準備に着手する。(職場環境整備のための支援制度の例)

院内保育所の設置費・運営費に係る財政支援、医療機関等での看護補助者研修経費への財政支援、医療機関等の勤務環境改善相談窓口の設置やアドバイザー派遣必要経費への財政支援、労働時間等の改善・向上を目指す団体に対する助成金、救急医や産科医等の処遇改善を図る医療機関等に対する財政支援、次世代育成支援対策推進法に基づく一般事業主行動計画の策定・届出・公表制度、「子育てサポート企業」の認定と及び認定企業への税制措置制度、「両立支援助成金」制度等

(3) 活用できるデータベース構築

医療機関等の勤務環境の改善に関する好事例を幅広く収集・整理した上で、個々の医療機関等の課題に応じて活用できるデータベースを構築、14年度からの稼働を目指す。

●「医療分野の雇用の質」の専門的人材育成

①労働時間管理者等の育成

医療機関全体で「雇用の質」向上に取

り組むため、看護師長等を対象に都道府県レベルで開催されている研修会に、院長、理事長、事務局長や管理職候補の者への参加を呼びかけ、日本医療経営コンサルタント協会等と連携した研修を開催するなど充実強化を図る。

②医療労働専門相談員等の育成

医療労働専門相談員等に対して「医療に関する知識」の研修を実施するとともに、医療労働専門相談員等が地域の医療機関等のパートナーとして幅広く活用されるようその周知を行なう。また、13年度に、医療機関支援のワンストップ相談体制構築に向けた連携マニュアルを作成する。

●地域レベルのネットワーク推進

企画委員会を地域の共通課題を持ち込むプラットフォームとして機能させるため、その機能を強化する。中央レベルでも、厚労省ホームページを活用するなどして、全国の企画委員会の取組状況を広く情報提供する。

また、企画委員会に部会のような実務者レベルの協議の場を設けるなど、地域の実情に応じた柔軟な運用を図る。

2012年度地域防災緊急医療ネットワーク・フォーラム(第15回)開催のご案内

主 催 ● 全日本病院協会
日 時 ● 3月9日(土) 16:00~20:00
会 場 ● 東京都内 東医健保会館2Fホール 東京都新宿区南元町4番地
テ マ ● 「近年の異常気象による災害—東南海地震、富士山噴火、集中豪雨など」
参加費 ● 無料
※詳細は全日病HPをご参照ください。

医療事故調査に関する四病協提言を紹介

医療事故調査の仕組みのあり方に関する検討部会 4団体・個人から意見表明。原因究明と責任追求を分ける点で一致

厚労省の「医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会」の2月7日の会合で、飯田修平構成員(練馬総合病院院長・全日病常任理事)は、四病院団体協議会が1月にまとめた医療事故調査の仕組みに対する提言(診療行為に関連した予期しない有害事象の調査のあり方)を説明した(同見解は2月1日号に掲載)。

この日は4団体・個人から医療事故調査に対する考えが表明されたが、刑事や民事の訴訟にいたる責任追及の過程は切り離し、原因究明・再発防止を目的とした仕組みを設計するという点で全員が一致した。

四病協の提言は、院内事故調による調査をベースとし、重要な事案は院外の検証委員会(チーム)に報告して院内資料の分析・評価を委ねる一方、中央事故調査機関にも報告して事例収集の1つにするとともに再発防止に重点を置いた報告書を作成する、というもの。

提言を読み上げた飯田構成員は、「四病協の参加団体はこの検討部会の第2回会合でそれぞれの考え方を表明したが、各団体で微妙にニュアンスが分かれた。医療事故調査のあり方は医療界としてまとまって提言していくことが重要。そうした趣旨から四病協としてまとまろうということで、4団体の間で議論を重ねた。その結果、合意に達した部分を本日報告させていただいた」と述べ、医療界が一致した見解のとりまとめに向けて、引き続き努力していくという四病協の姿勢を明らかにした。

この日は、全国医学部長病院長会議と日本医療安全調査機構が、第3者機関のあり方を中心に、内部での検討状況を

報告した。高杉構成員(日医常任理事)は、日医として3月をめどに新たな見解をまとめる予定である旨を報告した。

有賀構成員(昭和大学病院長)が報告した全国医学部長病院長会議「大学病院における医療事故対策委員会」の考え方は概ね四病協の見解と一致するものであった。

日本医療安全調査機構の検討状況報告は、同機構が新たな第3者機関に置き換わっていくという方向で、解決されるべき課題の検討を進めているという内容であった。

一方、中澤構成員(秋田労災病院第2内科部長)は、勤務先病院で取り組んできた事故調査の経験を踏まえ、第3者機関の位置づけと役割を極力抑えた考え方を個人的見解として披露した。

四病協の提言に対して出た質問の1つは、「事故調査報告書は患者家族の手にわたるのか」という点だ。

飯田構成員は、「報告書にもとづいて病院が患者家族に説明するというのが合意点。四病協の議論は、まだ、わ

たす・わたさないという点にまで踏み込んでいない」と答えた。

次に出たのが、「患者家族の意志とは別に独立して院内事故調査委員会を設ける」と表記されていることの意味解釈だ。

これに、飯田構成員は、「患者家族からの申し出がなくても事故調査を始めるとするのが主旨だ。では何を基準に調査の必要性を判断するか。四病協はそこまで細かな議論をしていないが、私個人は、全日病が示す案がよいと思う」と説明した。全日病の案とは、事故調査の対象となる事案の判断基準として示した「明示的に定義された診療項目別重大事故の事例」をいう(本紙

消費者事故調との二重調査は回避の可能性も

同日の議論では、消費者庁に設置された消費者安全調査委員会(消費者事故調)が「他行政機関等が行なう消費者事故調査以外は、消費者事故調の調査対象とする」としていることについて、医療事故調査を第3者機関に委ねた場合、二重調査を避けるためにどうしたらよいかという質問が出た(この問題については1月1日号を参照)。

神田審議官は、「この案が固まった段階で消費者庁と協議をすることになる。調査権限を有さない第3者機関による調査は(消費者事故調の)調査対象から外



▲飯田全日病常任理事は四病協の提言を説明した。

2012年4月15日号を参照)。

「患者側の申し出にどう対応するか」との質問には、「(そうしたケースがあることは)否定はしない」と回答した。これも四病協では議論されていない問題である。別の構成員からの同主旨の質問には、「すべての申し出に対応するのは実務的に難しい。原因究明というよりも苦情に類するものもあるかもしれない。具体的には各現場で判断することになるのではないかと答えた。

れない可能性はある。しかし、消費者庁も限られた予算と人員であらゆる消費者事故の原因究明にあたらうとしている。したがって、(検討部会で)固めた案が実効性に富むものであれば、消費者庁もこの分野にまで無理して勢力を割くとも思えない。調査権限もないことから十分な調査が行なえず、患者側の納得も得られないということになれば進出してくることもあろうが、しっかりしたものができれば、調査結果を評価分析するという立場にとどまるのではないかと」という見方を示した。

新たな専門医 報告書素案で概ね合意。医師偏在解消への寄与を明記

専門医の在り方に関する検討部会 養成数を明確化。臨床研修との連動を追求。病院群の研修施設。データベースを構築

厚労省は2月6日の「専門医の在り方に関する検討部会」に報告書の素案を提示、議論のとりまとめを促した。一部項目で合意にいたらない点はあるものの、検討部会は大筋で報告書素案の考え方を肯定した。報告書は次回3月の会合でまとめられる見通しだ。

素案は、昨年8月の「中間まとめ」に、総合診療専門医にかかわる部分や「専門医の養成・認定・更新」「専門医の移行措置」を中心としたその後の議論を反映した加筆・修正が加えられている。

とくに、「地域医療の安定的確保」においては、「医師不足地域を含めた病院群の構成」や「養成数設定における地域実情の勘案」の必要を記すとともに、「総合診療、内科、小児科等のプログラムに一定期間の医師不足地域等における研修を取り入れる」考え方を明記するなど、専門医制度を医師偏在の解消につなげる考え方が各所に盛り込まれただけでなく、「地域医療に配慮した病院群の設定や養成プログラムの作成等に対する公的な支援」がうたわれている。

総合診療医については、①内科、小児科、救急を必須とし、外科・整形外科・産婦人科等の研修、②診療所や在宅医療を行なう小病院、中規模以上病院の総合診療部門等における内科、小児科、救急を組み合わせた外来診療、救急診療、在宅医療等の研修という、養成プログラムの基本的な枠組みを明記した。

これは、池田構成員(日本専門医制評価・認定機構理事長)が、同機構における検討結果として前回(1月18日)提案したもの。

総合診療医に関しては、臨床研修を経た医師が研修に入るだけでなく、既存もしくは新たな制度下の他領域専門医が入ってくる、あるいは逆に、総合

診療専門医から他領域の専門医を目指すという複数の経路があり得る。素案は、こうした移行を可能にするプログラム(追加研修)を用意する必要があるとしている。

総合診療医の養成数については、素案に「将来的には、大まかな目安として、数万人程度が必要となる」との見方があることを踏まえ、第3者機関において、その養成数を今後検討する必要がある」と書き込んだ。これに「総合診療医の養成数は合意していない」と否定する意見が示されたため、削除される公算が強い。

素案は、さらに、「専門医の養成プログラムに臨床研修における研修内容等を加味する」ことを検討する必要性に言及、臨床研修と重複したプログラムのパスなど、専門医研修の柔軟な設計の必要性を示唆している。

これは、臨床研修と専門医研修を一体に考える発想であり、こうした見地から、素案は、「臨床研修制度については2015年度の研修医から適用することを念頭に制度の見直しが議論されているが、当該見直しに当たっては、新しい専門医の仕組みを踏まえつつ、臨床研修と専門医研修との連続性にも配慮することが期待される」と書き込み、臨床研修部会が近々開始する臨床研修制度見直し議論に注文をつけた。

この日の議論でもっとも意見が分かれたのは、既存専門医の新制度への移行開始をいつにするかという点だ。見込みでは、2017年度から第1期生の研修が始まり、それが修了するのは20年度以降となる。では、既存の学会認定専門医はどのタイミングで新たな専門医認定を受ければよいのか。

「17年度からの研修の指導医は新たな専門医であるべき」とする意見に対して、めりはりのある制度創設を考え

る立場からは「専門医1期生が誕生するときと同時(20年度以降)でよい」という主張が行なわれ、議論は合意にいたらなかった。

このほか、専門医の質や分布などを把握するためのデータベースを構築することが盛り込まれたが、これは厚労省による支援策となる。

同日の検討部会に事務局は専門医の広告問題を提起した。第3者機関が認定する専門医資格はサブスペシャリティ領域を含めて広告可能とすることで一致、学会認定の専門医広告については「認

定医」という呼称で認める方向を確認した。ただし、サブスペシャリティ領域については専門医の構成内容が定かでない上、個別技術に特化した専門医をどこまで認めるかなどの検討ができていない。具体的な議論は第3者機関に委ねられる公算が強い。

この議論に対して、事務局からは「第3者機関は任意団体に過ぎない。その専門医はすべて可能で、それ以外は不可能とすることは難しい。一定の質を担保する基準を明確にしてほしい」という注文がついた。

報告書素案にもとづく新たな専門医制度の骨子

- 中立的な第3者機関を設立し、専門医と研修プログラムの認定基準作成、プログラムの評価・認定、専門医の(更新)認定等を行なう。更新の基準は活動実績を要件とする。
- 基本領域の専門医を取得した上で、サブスペシャリティ領域の専門医を得る2段階制とする。
- 基本領域のいずれかの専門医を取得することを基本とすることが適当。基本領域の複数資格取得は認定基準を満たせば許容する。
- サブスペシャリティ領域の専門医資格については前提を明確にする。個別技能等より専門分化した領域を含め、第3者機関で検討する。
- 基本領域に総合診療専門医を新設する。他基本領域の専門医と異なり、他領域専門医からの移行や総合診療専門医から他領域専門医への移行を可能にするプログラムを用意する。
- 2017年度を目安に専門医研修を開始する。研修期間は3年間を基本とし、各領域の状況に応じ設定されることが望ましい。
- 既存の専門医から新たな専門医への移行について、第3者機関で移行基準を作成する。移行の開始時期については、新たな専門医研修が始まる17年度以前からという意見と研修が修了する20年度以降という意見があり、第3者機関で検討する必要がある。
- 専門医の研修は3年を原則とし、大学等の基幹病院と地域の病院等が「病院群」を構成して研修施設となり、個別のプログラムを作成し、研修を実施する。研修施設や指導医の認定基準等は第3者機関で検討する。
- 総合診療・内科・小児科等の専門医はプログラムに一定期間の地域医療研修を取り入れることが期待される。(総合診療医のプログラムの考え方は記事本文を参照)
- 専門医の養成プログラムには臨床研修の研修内容等を加味することを検討する。
- 年度ごとの専門医養成数の合計を設定する。その際、地域の実情を総合的に勘案する。
- 第3者機関が認定する専門医は広告可能とする。
- 専門医に関するデータベースを構築する。