



全日病 NEWS 8/1

21世紀の医療を考える全日病 2008

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 清話会ビル
TEL (03)3234-5165
FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.691 2008/8/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

学会に「大綱案」への危惧・反対が台頭

医療安全調査委員会設置で公開討論会 「業務上過失致死(傷)罪の是非を含め議論すべき」。強まる議論継続の要求

第3次試案(大綱案)に対する疑問と批判が広まっている。7月28日に日本医学会が主催した公開討論会で、発言した学会のほとんどが厚労省案には納得していないとする見解を表明、医学会に反対意見が台頭していることが明らかになった。

議論の中で、医療安全確保と責任追及は異なる組織で担われるべきであるとする、さらには、業務上過失致死(傷)罪のあり方を含めて検討すべきであるという意見が、少なからぬ学会から示された。(公開討論会の詳細は次号に掲載)

「病院管理者や勤務医の意見を聞くべき」

壇上で発言した6団体のうち、日本外科学会と日本医師会は厚労省案に賛成する立場を明確にした。日本内科学会では疑問点を列挙し、厚労省案には納得できないとした。日本救急医学会、日本麻酔科学会、全日病は反対する立場を明らかにし、議論の継続を求めた。

別途、会場で指名されて発言した4学会のうち、日本小児外科学会は原則賛成する立場を明らかにした。日本消化器外科学会も条件付きで賛成する意見を発表した。これに対して、日本産科婦人科学会と日本脳神経外科学会は反対する見解を表明した。

さらに、会場で高久史磨日本医学会長が口頭発表した書面見解によると、日本整形外科学会は「拙速な法制化には慎重であるべき」と、日本臨床整形外科学会は「賛成できない。再検討を要望する」と、それぞれに否定的な立場を明らかにした。

全日病は、西澤会長自らが、「医療事故の原因究明・再発防止という医療安全の確保と医療事故の過失調査・責任追及は別にすべきである」と述べるとともに、「もっと多くの病院管理者や勤務医から意見を聞くべきである」と議

「厚労省案は医療安全対策のプロセスが欠けている」

第3次試案(大綱案)に対しては各団体とも、「原因究明・再発防止を目的と

するが責任追及を目的とはしない」という委員会の設置理念と目的には賛成し

論の継続を求めた。発言したほとんどの学会が厚労省案には多くの疑問があると指摘した。原則賛成とした日本小児外科学会は7点にわたる疑問・注文があるとして、その解決を求めた。その中には「委員会設置先は厚労省以外とすべき」など、厚労省としては受け入れがたい点が含まれている。

条件付き賛成の日本消化器外科学会も数多くの疑問・不明点を示したが、やはり、「委員会の独立性が明確でない」「21条改正というが改正とはほど遠い」など、調整困難な問題点をあげた。一方、日本医師会は、「21条の改正と医療安全調査委員会の法制化なしには医療事故に刑事訴追という誤った対応をする流れを止めることはできない」という認識から、厚労省検討会とは別に法務省・警察庁と話し合いを重ね、21条改正の内容などについて意見調整を図りつつ、第3次試案(大綱案)を推進してきたことを明らかにした。

しかし、会場からは、厚労省案に反対する立場から「都市医師会など末端開業医の意見は聞かれていない」と日医の方針を批判する意見も出た。

ている。しかし、厚労省案に対する疑問の内容と「原因究明・再発防止を目的とする委員会」の具体的な在りよう

に関して意見は錯綜している。その背景には、診療関連死に対する現在の責任追及を前に、委員会主導の仕組みをつくることによって「警察の過剰介入」から医療現場を守れるのではないかと期待から、「原因究明・再発防止」システムを論じる建前下、実際には医師法21条改正を医師法以外の法的措置で実施する方法論を論じているという矛盾がある。

この錯誤は、業務上過失致死(傷)罪をめぐる法体系の改正は不可能であるという「タブー」の上に成り立っている。厚労省案は、この「タブー」を既成事実として容認した上で、21条の届出対象から基準にもとづいて医療機関が委員会に届け出たものを除外するというかたちで業務上過失致死(傷)罪の解釈運用変更を試みるものである。

逆説的に言えば、これは、診療関連死等に対する業務上過失致死(傷)罪適用を法的に強化する結果につながる。

しかし、公開討論会では、日本産科婦人科学会、日本脳神経外科学会、全日病の3団体が医療に対する業務上過失致死(傷)罪の適用に反対する姿勢を明確にし、その見直し議論に着手すべきであると訴えた。

日本麻酔科学会は、全日病と同様に診療関連死報告者の免責を認めているWHOの医療安全ガイドライン案を示し、「WHOの一員である日本はこのGL

に従うべきではないか」と提起した。日本救急医学会は、「医療における業務上過失の適用基準を道交法と同様に明確化すべきである」と、やはり法改正に及ぶ議論の必要を訴えた。

一方、厚労省案は、21以上対策としての委員会設置に忠実なあまり、原因究明を可能とする調査および再発防止活動のプロセスにはほとんど触れていない。

この矛盾に日本麻酔科学会は、医療安全に資するためには「死亡例のみでは足りない」として事故調査の対象を拡大するよう提案し、さらに、「事故調査と刑事処分を切り離すべきである」と、全日病と同様の提起を行った。

日本整形外科学会も、「再発防止の取り組みが具体的でなく先送りされている」と批判した。

公開討論会の議論は、医師法21条改正を医師法以外の法的措置で実施しようとする第3次試案(大綱案)の本質を浮き彫りにした。しかし、議論の中で、医学会からも「医療安全の組織と医療事故対策の組織は別にすべきである」という主張が出てきたことの意義は大きい。

同時に、業務上過失致死(傷)罪をめぐる既存法のあり方も問うべきであるとする認識が少なからぬ学会から示されたことは、今後の議論に大きな影響を与えそうだ。



永井良三 高本眞一 堤晴彦 並木昭義 木下勝之 西澤寛俊

公開討論における西澤会長の発言

議論の当初目的は医療事故死調査委員会というものであった。これは医療安全委員会とは別物であり、分けていただきたいというのが全日病の意見である。

事故防止・安全確保は社会の強い要請であり、我々医療人の責務でもある。全日病はこうした立場から、長年医療の質と安全に取り組み、各種講習にも努めてきた。

講習会では、事故防止という視点を一歩進め、質と安全を管理し、医療安全を担保する病院組織のマネジメントを高めるといふ見地からプログラムを組んでいる。その分析手法にもFMEAやRCAを使っている。

こうした視点は第3次試案(大綱案)の医療安全調査委員会にはみられず、我々が考える医療安全からみると違和感を感じる。

医療事故の報告制度には、①説明責任と被害者補償を目的としたもの、②再発防止を目的としたもの、がある。諸外国の多くは、医療事故はシステムに起因するということから、②に重点を置いている。

第3次試案(大綱案)は①と②が渾然



一体となっている。①と②を同時に追求すればいずれもうまくいかない。別に分けて設ける必要がある。

今まで責任追及は個人を対象とすることでよしとされてきた。それでは組織としての安全は進化しないが、現在の日本の死因究明と刑法の論理はこの段階にとどまっている。

「人は間違えるものである」。したがって、間違えない環境、間違いが生じても患者に危害が及ぶ前に発見できる環境、被害を最小にいとどめる環境を整えることが必要であり、これからはシステムのアプローチが求められる。そのためには、責任追及よりは原因究明・再発防止を目的とした情報収集システムが欠かせない。

WHOから医療安全ガイドラインの素案が示されている。この目的は患者安全を改善するための事故情報報告システムを機能させることであり、加盟国に示したものだ。加盟国である日本もこの考えに沿って取り組まれるべきである。

WHOのガイドラインにある免責は外国に例がある。本当に医療の質と安全

を高めようというのであれば、日本でも刑法等の改正を提起していくことも大切なことではないか。

ただし、我々が求めるのは報告に対する免責であり、故意や隠蔽などは別である。

大綱案には第3次試案と異なるところが多々ある。例えば届出の判断は、第3次試案では当の医療機関でできるということだったが、大綱案では違うようだ。

また、地方委員会は調査において警察の捜査と同等の権限が与えられている。しかも、調査の一部を民間団体等に委託できるとしている。

調査は仲間である医師が行なうのかと思っていたが、どうも違うようだ。あるいは医療監視と似た雰囲気で行なうのだろうか。

この大綱案については色々と不明な点があるが、全日病として詳細な検討は終わっていない。

しかし、少なくとも、原因究明・再発防止を目的とする組織と過失責任の有無や責任追及を判断する組織は別にされなければならないと考える。これは、すでに、外国では証明されている。

原因究明・再発防止と責任追及の組織は分けるべきと申し上げたが、前者

については医療機能評価機構で医療事故情報収集システムが始まっている。これを、さらに拡充していけばよいのではないか。

医師法21条については今回改正されるとされている。しかし、大綱案が改正と言えるかは疑問だ。

〈会場との質疑応答〉

試案や大綱案については、主に医師会や医学会といった大きな団体から意見が示されている。公開討論会のシンポジストに指名されたときに、私は「現場の管理者である医師や勤務医を参加させてほしい」と申し上げたが断られた。

こういう先生方との議論が足りないのではないと思う。今、一番困っているのは現場の救急や急性期医療に携わる先生方だ。その先生方の声を一番大切にすべきであり、その声を聞いた上で合意の上で進めるべきではないか。

(推進派は)良かれと思ってやっているのだろう。しかし、拙速で運ぶことになると、結果として医師の間に分断、溝ができればかえって深刻な事態を招きかねない。このことを考えて、もう一度議論のやり直しを考えていただきたい。

医師増員や偏在解消等予算に盛り込む具体策を探る

医療確保ビジョンの具体化検討会 「医師需要予測に可変要因を織り込むべきである」など不満・要望が噴出

舛添大臣は6月18日にとりまとめた「安心と希望の医療確保ビジョン」を各種施策に具体化させるための検討会を発足させ、7月17日に初会合を開いた。

検討会の構成員は11人。そのうちの6人が大学病院とナショナルセンターの教授・管理者。他は診療所医師、地域医療関係者、患者団体、有識者2名からなる。大臣は5、6回の議論で具体策のあらましをまとめて来年度予算に反映させたいと、検討会の目的を明らかにした。

検討会に提示された事務局資料によると、「安心と希望の医療確保ビジョン」の具体的政策は、①医療従事者の数と役割、②地域で支える医療の推進、③医療従事者と患者・家族の協働の推進という「3本柱」に集約される。

メンバーを自ら選出した舛添大臣は「現場、地域の意見を反映したいという考えでこのメンバーを選出した」と、その意図を説明した。しかし、大学病院主体のメンバー構成からみると、医師の増員数や偏在解消にかかわる具体策を探り、予算に反映させる根拠を導く作業を主に担うものとみられる。

初会合から堰を切ったように意見や要望が飛び交った。発言のほとんどを医師が占めた。

同日は医師数の増加がテーマであるため、当然、医師供給に関する意見に終始したが、厚労省の医師需給見直しに対しては強い不満が噴出した。

週労働時間を48時間として医師需要を導いていることだけでなく、女性医師

の増加傾向、医師の高齢化、医療に対する患者ニーズの急速な高度化という可変的な要因がどこまで織り込まれているのかという点で、発言した各医師は、将来の医師数が低めに誘導されているのではないかと疑心暗鬼をのぞかせた。

この背景には、つまるところ、医療費抑制策に対する評価の問題がある。舛添大臣も、出席者も、この根本的な問

題を回避して議論している。

また、医療崩壊の端的な現象が救急や小児、産科に出ていることから、医師の偏在や供給システムという分かりやすい問題に意見が集中しているが、一方で、総合医、専門医の配置といった医療提供体制と重なるテーマも出た。しかし、多くは、医師数不足をめぐる

表象的な矛盾と葛藤が百家争鳴のごとく指摘されたにとどまった。

そうした中、座長に選出された高久史磨日本医学会会長は、「医師数を増やすだけでは医療崩壊の危機は避けられない」と本質に触れる指摘を行ない、「日本の医療提供体制のありようを変えないと問題は解決しない」と提起した。

■「安心と希望の医療確保ビジョン」の具体的政策（3本柱）

①医療従事者の数と役割

医師数の増加(平成9年閣議決定の見直し)、医師の勤務環境の改善(女性医師の離職防止復職支援)、診療科のバランスの改善等(産科・小児科等の増員方策の検討、麻酔科標榜の規制緩和)、職種間の協働・チーム医療の充実 等

②地域で支える医療の推進

救急医療の改善策の推進(量的・質的な充実、地域全体でのトリアージ、夜間・救急利用の適正化)、「地域完結型医療」の推進(医療計画に基づく医療連携体制の推進(地域連携クリティカルパス)、診療所機能の強化)、在宅医療の推進、地域医療の充実・遠隔医療の推進 等

③医療従事者と患者・家族の協働の推進

相互理解の必要性、医療の公共性に関する認識、患者や家族の医療に関する理解の支援 等

「医師が増えても提供体制を見直さないと改善されない」という指摘も

「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会における主な発言(要旨) 7月17日

大臣 医療確保ビジョンの具体化を果たしたい。医師をいくら増やすのか。医師の偏在をどう消すのか、スキルミックスをどうするのか、患者と医療関係者の間のメディエーターをどうするのか、産科をどうするのか、きめの細かい施策をすとのくらの予算がかかるのか。

議論は文科省に反映させ、渡海文科相にもご協力願って予算化する。それに向けたこの会議を5、6回やって、崩壊した医療を立ち直らせない。私や厚労省に遠慮する必要はまったくない。国民の目線で発言してほしい。現場、地域の意見を反映したいという考えでこのメンバーを選出した。初回ということで医師の養成数をどうするか議論してほしい。

●医師の需給データは週48時間で想定されているが、これはおかしい。

●小児科が危機というが、それは勤務医の問題。医師数は開業医とは分けて示してほしい。

●(必要な)ベッド数は(介護保険等)福祉政策との関係でできる。単にベッド数から医師数を導き出すことは疑問だ。

●医師の高齢化が進んでいる。需給の展望を単純に考えてはならない。

●医学部の合格でみると医師の1/3は女性だ。女性は1人当たりの労働時間が少ない。

●女性医師は子育てで等々ある。タイムスタディをするなりしないと勤務時間の実態は捕捉できない。

●産婦人科は20代は70%が女性だ。しかし、途中でバーンアウトする。その中で男の医師が現場を支えきれずに法を遵守することも立ち行かないのが実状だ。在院時間は勤務医で300時間を超えているのが沢山いる。

●日本女医会の調査によると、女医はパートが多く、診療科の偏在もあり、(1人あたりの)実質労働時間は男の半分ぐらいではないか。

●女性の医師を100人増やすということは(男性医師でいえば)実は60~70人増加させるということにはほかならない。

●産科だけでなく、外科の危機感も大変強い。開業などで絶対数が減っている。インセンティブとして専門医となり、それをドクターフィーで手術等評

価する仕組みが必要。

●労基法に則って仕事したいが、アンケートによると労基法を遵守している病院は10%、まあまあ遵守28%という。一般病院では14%と36%だが、大学病院では3%と16%に下がる。健全な状態で働けるという前提で(将来の医師数を)カウントしてほしい。

●医師数について、OECDでは27位にある。OECD平均が3.0人のところ、日本は2.0人だ(2007年)。また、OECD各国の医師労働時間を比べると、日本は20歳未満で週80時間、60歳~64歳でも週に英仏独各国の25歳~29歳以上の時間を働いている。県別の人口10万人当たり医師数は最多が京都、徳島、東京、高知、福岡、鳥取の順にある(06年)。この最多グループでもOECDの平均に達していない。全都道府県がOECD平均を下回っている。とくに首都圏周辺が最小グループに入っている。まず、医師数の問題から議論をスタートさせるべきである。

●開業医の勤務時間のデータはどうか。病院勤務医に比べると非常に短いのではないかと。

●数のみで議論して、それで解決するだろうか。私が産科を選んだ動機は、その分野が魅力があったから、そこにゆけば腕が上がると考えたから。しかし、今は、帝王切開が多いなど魅力が乏しい。それと福島が影を落とされている。これで現場はひいた。

●いや、魅力は今も十分ある。学生の興味も高い。しかし、多忙ということがマイナスに働いている。当直が多いのは産科、外科、麻酔科だ。これで躊躇する。加えて訴訟リスクの問題も大きい。しかし、診療報酬改定などで、国の産科を守るというメッセージがきき、去年、今年、来年と産科の医師は増えつつある。崩壊が急にいわれるようになった背景には患者の側の医療ニーズが急速にレベルアップしたことがある。つまり、需給予測で、供給だけでなく需要の方も変動するということが忘れてはならない。

●資料の「日米病院各職種人員数の比較」をみると、日本と欧米では医師を支えるスタッフの厚みがこんなに違う。この不足がすべて医師の肩にかかっているわけだ。こうしたことも考慮して医師数を考えてほしい。



るわけだ。こうしたことも考慮して医師数を考えてほしい。

●女も男も労基法にもとづいて必要数を考えてほしい。

●精神科は医師も看護師も配置数が少ない。現場は小児科や産科に劣らない崩壊状態にある。そうしたところの患者は、今の医療危機にあっても声を上げられずにいる。

●医学部の定員数を増やすだけでなく、その門戸を広げ、安い授業料で質の高い学生がこれるようにしてほしい。

座長 今の環境を変えることなく増やしてもダメということだ。日本の医療提供体制のありようを変えていかないと。

●診療科の偏在解消にはインセンティブが必要。医局制度には弊害も多かった。しかし、地域の病院に医師を回して供給してきた仕組みが崩れた。ハーバード大学が医師のストレスを数値化したところ、外科と精神科では4.9倍の開きがあった。この、目に見えない部分を国として認めてやらないと。

●入院の忙しさは厚労省の通知に振り回されている面も大きい。頻繁な改変で制度が右往左往しているからだ。ア

メリカでは国の予算にもとづいて専門医養成数を第三者機関が統一的に設定し、病院ごとに何人トレーニングしてよいというように卒業研修の枠が決められている。こうした合理的なシステムが欠かせない。

●問題はどのような医師を増やすかだ。つまり、卒業研修や専門医養成のしくみをどうするか。まずは基本診療部門で外科などジェネラルな医師の専門医を育て、その上で、専門領域のスペシャリストを育てる。その中に総合医を位置づけるべきである。

●総合医は大切。デンマークは英国のGPの悪いところをすべて直して在宅死80%を実現している。日医の反対を突破して実現してほしい。

座長 医師の数を増やすのはよい。しかし、日本の医療提供体制の歪みを直さないと、数が増えても、今よりよくなるとは限らない。

大臣 予算をつけるには国民の理解が必要。これだけ無駄を排除し、効率化した、それでも新たにこれだけの予算が必要であるというものを示さないと難しい。ラフな数字でいえば、例えばビジョンで年間2,500億円が必要と仮定して、その半分の1,250億円は構造改革によって捻出する、残りの1,250億円を税金でまかなってほしいと。つまり、(この例で言えば)国民1人あたり1,000円だ。このように改革を継続するということが前提となる。ではどこに手を入れるのか。例えばジェネリック、高価な医療機器などが考えられる。国民の医療不信は大変強いものがある。私は(この会議で)、そうした国民の立場から色々と言わせていただく。

政府が「5つの安心プラン」を決める

今後概ね1年で取り組む重点施策を整理

政府は7月29日、「社会保障の機能強化のための緊急対策」として「5つの安心プラン」を決定した。

今後概ね1年で取り組む重点施策を医療を含む5分野に分け、150以上の項目にわたって整理したもの。

医療に関しては、①医師養成数の増加、②勤務医過重労働の改善、③医師

確保が困難な地域等への医師派遣、④救急患者が医療機関に確実に受け入れられる体制づくり、⑤地域の産科・小児科を守る、という5点があげられた。

厚労省はこれらを来年度概算要求に反映させるとともに、制度改正を要する事項は、その具体的な検討作業を進める方針だ。

ハローワーク活用、モデル事業、介護報酬配慮等を提唱

介護労働者の確保・定着
研究会の中間とりまとめ

介護福祉士の43%が職離れ。細る養成校、増加する離職に警鐘を鳴らす

厚生労働省職業安定局は、「介護労働者の確保・定着等に関する研究会」が7月18日の会合で了承した中間とりまとめを、7月29日に公表した。

「介護労働実態調査(2007年度)」の結果と関係団体等からのヒアリングにも

とづいて、介護保険事業に従事する介護労働者の確保・定着を図るために必要な政策課題をまとめている。

中間とりまとめは介護事業所における人材確保・定着に必要な対策を整理。とくに、訪問系あるいは小規模事業所

に対して、職場環境と処遇の改善やキャリア管理への着手など労働管理面の改善を提起するとともに、介護報酬上の配慮を求めている。また、雇用政策の面でハローワークの積極活用策を打ち出し、行政として本腰を入れた支援

に取り組む方針を打ち出した。

厚労省は、事業者団体と自治体とによる労働管理のモデル事業を来年度から実施する方針で、年末にかけてモデル事業にかかわる研究会を再度立ち上げるとしている。

「介護労働者の確保・定着等に関する研究会」中間とりまとめ (要旨) 7月29日

■介護労働の現状と課題

●介護労働者数の動向

介護労働者は平成12年の約55万人から平成18年で約117万人と約2倍に増加している。介護保険施設に従事する介護労働者は平成12年で約24万人、平成18年で約32万人と毎年約1万人ずつ増加している。将来必要な介護保険サービス介護職員数は、平成16年の約100万人から、平成26年には約140～160万人に増加すると見込まれる。

介護福祉士約47万人のうち実際に福祉・介護に従事している者は約27万人に過ぎず、介護福祉士等の養成施設は定員割れが相次いでいる。介護福祉士養成校から介護関連分野への就職率は平成16年の88.3%から平成19年には86.4%と減少傾向となっている。

●常用労働者の賃金等の動向

福祉施設介護員常用労働者の所定内給与額は男性で213.6千円と全産業平均とは12万円の、女性は193.7千円と3万円の差がある。男性労働者の賃金カーブ(年収ベース)は、賃金上昇率が他産業と比べ低い。ヒアリングでは、家族を養っていくことができないという理由から結婚を機に退職する男性労働者が増加しているとの指摘があった。

●離職率等の動向

○施設系

全産業の平均離職率16.2%に対して介護職員の離職率は25.3%と約9ポイント高い。特に勤続1年未満の離職は43.9%と、訪問介護員よりも介護職員の方が高い。正社員では全産業離職率13.1%に対して介護職員は20.4%と高い。「定着率が低い」とする事業所は34.0%となっている。

○離職理由とその背景

離職理由は「待遇への不満」「自分・家庭の事情」「経営理念や運営への不満」「職場の人間関係への不満」などが高い。具体的には、労働時間等を含む労働環境への不満や、入職者に対する研修・教育体制の整備不足、夜勤での人員配置過小による精神的・体力的負担、重労働による腰痛などが挙げられる。

69.9%に腰痛など(首や肩、腕などの凝りや痛み)があり、そのうち腰部の痛みがあるとするものは90.1%にのぼる。

ヒアリング(施設系)では「夜勤や土日・祭日の負担が正社員に集中する」という指摘が出た。看護職が常駐していない事業所では介護職員が医療行為をしなければならず、大きな精神的負担になっているとの指摘があった。

また、管理職に対するマネジメント養成研修がほとんどないこと等から、事業所の中核を担う介護労働者の離職が見られるとの指摘があった。

介護労働者確保の上で他産業との賃金比較が重要な要素となっているが、定着の面では賃金以外の要素もあることがうかがわれ、雇用管理改善等の対策を講じる必要がある。

●雇用管理等の動向

雇用管理については、福祉業界全般として改善の余地があるという指摘があった。

事業所における人材育成の取組としては、「自治体や業界団体が主催する教育・研修に参加させている」が52.6%と高いが、「能力向上が認められた者は配置や処遇に反映している」事業所は27.7%と、約7割の事業所は能力向上が処遇等に反映されてなく、規模が小さいほど能力向上が処遇等に反映されていない。

早期離職防止や定着促進のために「職場内コミュニケーションの円滑化を図っている」は60.1%と高いが、「能力や仕事を配置や処遇に反映する」は33.2%(施設系=入所型は39.6%)に過ぎず、約2/3の事業所で能力や仕事ぶりが処遇等に反映されてなく、しかも、規模が小さいほど能力や仕事ぶりが処遇等に反映されていない。

このように、適切な評価による賃金やキャリアアップ等の仕組みの構築が必要である。

また、「経営(収支)が苦しく労働条件や労働環境改善ができない」とする事業所が介護分野全体で41.5%ある。

■今後の介護労働対策の方向性

●介護報酬の考え方

ヒアリングでは、経営難から約4割が労働条件や福利環境の改善が困難としていることや、介護報酬が低すぎるために仕事や能力、資格や経験に応じ

た賃金管理ができないといった問題が生じていることが指摘された。

また、事務的業務が増加しているため、事務職員を配置できるような介護報酬にする必要があるとの指摘も多くなされた。

このように介護労働については現状の賃金等の労働条件に様々な課題があり、今後の介護報酬の改定に際しては、如何にして安定的に人材を確保し、専門職として処遇し、その能力を高めていくかという観点を考慮して、検討がなされることを望みたい。

●介護労働者の定着・育成に向けた雇用管理改善

○処遇改善とキャリア管理の促進

ヒアリングでもコミュニケーションの重要性、キャリア管理の重要性が指摘された。このため、介護労働者の能力開発を促進するとともに、仕事や能力・資格と経験に見合う賃金制度を構築することが必要である。

具体的には、現場管理者等のマネジメント能力を高めることが重要。また、能力開発制度の必要性及び能力の伸長を個々の介護労働者の賃金、キャリア管理に反映させていく必要性を事業主団体等の講習会を活用して啓発していくことが求められる。

○安心・安全・働きやすい労働環境の整備

健康診断の徹底や腰痛対策の他、感染症対策やメンタルヘルス対策の推進を図っていくことが求められる。

また、現場管理者がシフト管理等を通じて、本来の業務に専念できるよう、事務的業務等の簡素化・合理化を図るとともに、その就業形態に応じた働きやすい環境の整備が求められる。

さらに、女性の割合が高いという特性があることから、仕事と子育ての両立等、具体的には育児休業・介護休業の取得等、女性が働き続けやすい職場にしていく必要がある。

●介護労働者の確保及びマッチング等

○教育機関・養成施設等との連携による人材確保

介護福祉士等の養成施設は定員割れが相次いでいる。このため、ハローワーク、福祉人材センター及び業界団体等と各教育機関・養成施設・福祉施設と

の連携を密にし、介護の職場へのインターンシップや合同説明会等を通じて、求職者及び将来の進路の選択段階である若年者に介護の職場への理解を深めていくことが求められる。

○潜在的有資格者の掘り起こし

潜在的有資格者の介護分野への就業意識の阻害要因等について調査・分析を行い、再び介護現場で働けるよう適切な対策を講じることが重要。また、福祉人材センター等において潜在的有資格者に対する就職説明会等を実施し、介護分野への入職を促進する。

○多様な人材の参入・参画

次世代の介護を担う人材として介護関連業務未経験者等を受け入れ、養成していくことが求められる。そのためには介護事業所における雇用管理改善等を行うとともに、介護労働者の仕事内容や役割、多様な働き方についての社会的理解を高め、介護関連業務未経験者から選択してもらえる職業となることを重要。

また、介護関連職種を希望する未経験者には多様な教育訓練機会を提供するとともに、事業主に対して様々な人材育成に係る負担軽減のための支援措置が求められる。

○ハローワークを通じた人材確保の強化

ハローワークにおいてマッチング機能の強化を図ることが必要である。具体的には、介護分野の経験者等を配置し、求人者に求人充足に向けた助言・指導を含む支援を行うとともに、雇用管理改善・人材確保に資するセミナー等を開催する。

また、求職者には担当者制によるきめ細かな職業相談・職業紹介を行うとともに、介護分野での就業に関するセミナーや社会福祉施設等への見学会等を実施することにより、多くの求職者に対して介護分野での就業について理解の促進を図る。

さらに、ハローワークは、再就業のための研修や事業主に対する雇用管理コンサルティング等を実施する関係団体等とのネットワークを構築するとともに、合同説明会や合同就職面接会等の開催を通して安定的な福祉人材の確保の実現を図ることが求められる。

「医療確保ビジョン」の介護版を検討

安心と希望の介護ビジョン 中長期とともに介護報酬の指針も視野。年末にとりまとめ

厚生労働省は介護保険制度の中長期ビジョンを策定する厚生労働大臣直轄の検討会として「安心と希望の介護ビジョン」を設置、7月24日に初会合を開いた。

舛添大臣は、中長期ビジョンを明確にしつつ、目先の緊急措置も手当てするという考えを明らかにし、後者として来年度の介護報酬改定を例にあげた。関係者からのヒアリングや現場視察等を踏まえ、年末をめどにビジョンの取りまとめを図る。

「介護ビジョン」の出席者は12名。医療法人、社会福祉法人、市町村、居宅介護事業者(株式会社)、福祉関係者(2名)のほか、残りの半数は大学教授(5名)と福祉ジャーナリストが占めるという変則的なメンバーで構成されている。

「介護ビジョン」の検討項目は、①自助・公助・共助を組み合わせたケアの構築、②持続可能な介護保険、③介護従事者の人材確保、④医療サービスと介護サービスの適切な提供、⑤地域ニーズに対応した地域ケア構築のための仕組みづくり。

舛添大臣は「安心と希望の医療確保ビジョンの介護版だ」と同会議を性格づけ、「あの会議があったから医学部定員増ができた。審議会は山ほどあるが、議論の内容がほとんど報道されなため(国民は)よく分からない。密室とは言わないが発信力がない。国民を参画させた形の議論になっていない。同じことが介護についても言える」と小泉元総理が多用したトップダウン型政策検討方式を擁護した。

その上で、「(ビジョンを実行するためには)総理ともぶつかる。財務大臣とも闘う。政策を実現するツールとして医療ビジョンは大きな意味を持ったが、今回も同じような形でやりたい」と力説した。

これは、メンバーの1人から「社会保障国民会議も社会保障審議会もある。なぜ、この会議をつくったのか」という質問に答えたもの。

医療確保ビジョンに関しては新たに「安心と希望の医療確保ビジョン検討委員会」を設置、ビジョン具体化に伴う論点を再び洗い出す作業を始めた。同ビジョンで提示された、医師の医療法配置標準見直しなどは、今後、事務方の案にもとづいて医療部会等で検討される。

つまりは、事務方の発案で社会保障審議会などに制度改正案が示される前段階で、大臣が目星をつけた“民間プレーン”の手で自らが企図する政策を既成事実化しようというのが舛添大臣の意思決定スタイルといえる。

医療確保ビジョンの場合は、経済財政諮問会議の骨太方針に盛り込ませるためにとりまとめを急いだ。今回は、介護労働者の確保定着を狙う介護報酬の積み増しが主な狙いとあって、介護給付分科会が介護報酬改定方針をまとめる年末までにまとめる作業となる。

ただし、現場に強いメンバーが少ないことから、医療確保ビジョンと同様、再度の具体化作業が必要となる抽象論レベルでビジョンがまとめられる可能性がある。療養病床再編の受け皿整備という“安心と希望”につながる展望にどこまで肉薄できるか、関係者が向ける視線には厳しいものがある。

2次救急に充実度評価。夜間・休日救急へ財政支援を検討

救急医療の今後のあり方
検討会中間とりまとめ

救急用病床から後方病床へ出口問題が玉突き。「医療・介護システム全体の問題」

「救急医療の今後のあり方に関する検討会」は7月30日の会合で、2次救急を含むわが国救急医療体制に関する議論の結果を整理、「中間取りまとめ」とした。修文と関係省庁との擦り合わせを経て、後日公表される。来年度に予算措置を伴う事項は8月の概算要求に反映される。

検討会は、救命救急センターの新たな評価方法と整備のあり方に焦点をあてて検討を行なう目的で、昨年12月に設置された。

しかし、「議論を進めていく過程で、救命救急センターが十分な役割を果たすには第2救急医療機関の充実が欠かせないとの意見が多く出されたこと、救急搬送患者の救急医療機関への円滑な受入れには救命救急センターの充実のみでは対応が困難であるとの認識に至ったこと等から、救命救急センターに限らず、広く救急医療体制全般について議論すること」になり、「特に、2次救急医療機関のあり方、救急搬送された患者が受入れに至らない理由等に

ついて」議論を行なった。

「中間取りまとめ」は、病院勤務医等の労働環境改善項目などを含む救命救急センターの新たな充実段階評価案を策定するとともに、今後の整備の進め方において基準となる視点を打ち立てた。

他方で、2次救急医療機関が置かれた現状に関する検討結果を整理。全国一律的な事業の推進を否定し、「国は地域の実情に応じた取組を支援すべきである」と、地方自治体主導による2次救急医療体制の整備を提唱している。

そのために、医療計画で2次救急医療機関と位置づけられたすべての医療機関を対象とした、「救急患者の受入れ状況や医師の勤務体制等も含めた診療体制や活動実績に関する調査」の実施を提起。

同時に、一定の診療体制や活動実績のある2次救急医療機関を対象とした、「救命救急センターの充実度評価の例を参考にした、その評価に応じた支援」、さらには「地域において夜間・休日の救急医療を担う医師に対する財政的な支

援」を検討事項に取り上げた。

また、今後取り組むべき課題として、①患者を病状に応じて適切な受入先医療機関・診療科に振り分ける等の調整を行なうシステムの整備、②救急患者受入コーディネーターとして地域の実情に精通した救急医等の育成と配置、③小児救急電話相談事業の対象の、高齢者を含む成人への拡大などを挙げた。

6月の検討会で厚労省から提起された「2次救急医療機関の拠点化」構想は、その後の議論で、全国一律式の事例として否定的に取り扱われていたが、最終報告の段階で、そのメリット・デメリットを併記し、自治体の判断に委ねる方向で盛り込むことで合意した。

「中間取りまとめ」は、「救急医療機関に搬送された患者が、急性期を乗り越えた後も救急医療用病床からの転床・転院で停滞し、救急用病床を長期間使用することによって新たな救急患者の受け入れを困難にしている、いわゆる出口問題を取り上げている。



▲冒頭で挨拶する外口医政局長

そして、転床・転院を困難にしている事情等の考察の結果、「転院先医療機関にも、転院を受け入れられない理由の多くは、当該医療機関も満床という救急医療機関と同様の出口問題があるとの指摘があった」と、急性期、慢性期各病床で出口問題が「玉突き」状態になっていることを認め、「医療・介護システム全体の問題とも考えられる」という認識を表明している。

ただし、同時に議論されたER型救急医療機関ともども2次救急体制の問題は「方向性を十分示すところまでは至らず、引き続き議論を行っていく必要がある」と先送りされた。事務局(厚労省医政局指導課)は、「そうした積み残し課題についてはあらためて検討会を設置する」と言明した。

「後期高齢者診療に係わる研修」を9月に東京で開催

2008年度改定で新設された「後期高齢者総合評価加算」の施設基準である「研修の修了」を満たす「後期高齢者診療に係わる研修」の開催要項が決まった。

研修は全日病と日本老年医学会の共催で、9月28日に東京都内で開催される。対象は会員病院医師で、定員は200名。

修了者には、全日病会長と日本老年医学会理事長の連名による修了証が発行される。

「後期高齢者診療に係わる研修」は、そのプログラム内容から、後期高齢者診療料を算定する医師の研修要件をも満たしている。

臨床研修指導医講習会の開催要項が決まる

全日病が医法協と共同開催する2008年度臨床研修指導医講習会の開催要項が決まった。

それによると、今年度から2回開催とし、受講者は10月11日(土)・12日(日)または11月8日(土)・9日(日)いずれかの

1泊2日を選択する。開催場所は東京都内。定員は各48名。

同講習会は、厚労省が定める、管理型および協力型臨床研修病院指導医に求められる指導医養成講習会開催指針にのっとっている。

「医師事務作業補助者研修」を開催。年度内の追加開催が決定

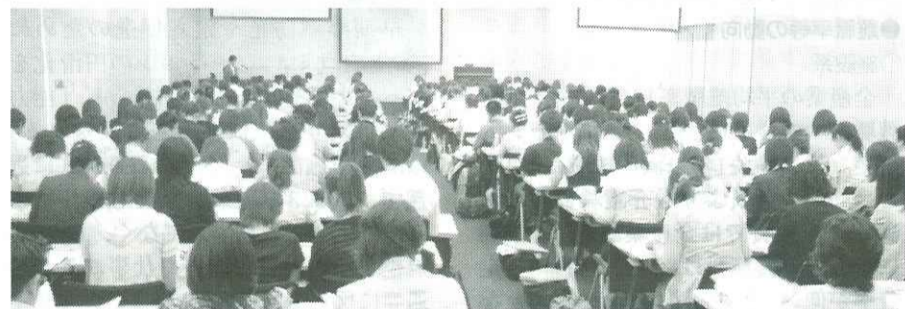
全日病が主催する「医師事務作業補助者研修」が7月23日～25日の3日間東京都内で開催され、204名が受講した。

同研修は、2008年度診療報酬改定で新設された医師事務作業補助体制加算届出の施設基準として医師事務作業補助者に修了が課せられているもの。

3日間の研修で、医療関連法規、個人情報保護、診療録、電子カルテ、医学・

薬学一般、医療保険制度、安全管理等を約17時間かけて学習する。演習問題として「診断書・証明書等の作成」や「カルテ作成」もある。

今回の研修には定員200名に250名を超える応募があったが、会員病院からの問い合わせがその後も多いことから、執行部は年度内にもう1回追加開催することを決めた。



大学病院研修プログラムの弾力化を図り「モデル事業」

厚労省は7月18日の医道審議会医師臨床研修部会に現行医師臨床研修制度の見直し案を提示、部会の了解を得た。

見直しの内容は、6月にとりまとめられた「安心と希望の医療確保ビジョン」にもとづくもので、①大学病院を中心に研修プログラムのさらなる弾力化を図るモデル事業を実施する、②地域枠または奨学金を利用している医学生をマッチング対象から除外する、③臨床研修の質向上を図る観点から臨床研修病院指定基準を改正する、という3点が

らなる。

①と②の改正は2009年4月から適用、③に関しては「長期的な視点で対応」とされた。

モデル事業は、医師不足によって地域医療に影響が生じている診療科を中心とするコースを設け、当該分野を重点的に研修するというもの。

各コースは、内科、外科、救急、小児、産婦人科、精神科、地域保健・医療の研修を、2年間に任意の期間行なうことができる。

「病院における院内暴力等への対応に関する研修」開催のご案内

全日病学会東京大会(11月)の企画に先立ち、9月に開催します!

日時 ● 9月23日(火・祝日)10:00~16:30
会場 ● 全日本病院協会大会議室
東京都千代田区三崎町3-7-12 清話ビル6F (JR総武線水道橋駅下車1分)
対象 ● 会員病院の管理者、院内暴力等対応部署の管理職の方、等
定員 ● 60名(先着順)
参加費 ● 1万5,000円(資料代・昼食代含む)
プログラム(予定)
基調講演 「院内暴力への対応—会員病院への実態調査結果より—」
講義 「院内体制について」
グループワーク ・院内暴力に関する事例の検討
・院内暴力に対する体制の仕組みづくり
講師 宮澤 潤介 護士、東邦大学医学部長 川友紀 教授 ほか
申込方法 所定申込書をファックスで全日病事務局までお送りください。開催案内・申込書は全日病HPからダウンロードできます。
申込締切 8月22日(金)(定員に達し次第、締切となります)
問合せ先 全日本病院協会事務局(担当:祝・小室)
Tel.03-3234-5165 Fax.03-3237-9366

『保障は一生』、だから安心!

病院基金の年金は「終身年金」。安心とゆとりの病院基金へぜひご加入を。

病院厚生年金基金は、終身年金を支給する税制上もっともすぐれた企業年金制度です。事業主と従業員、また都道府県内の病院どうしが助け合い、支え合って豊かな老後をサポートしています。



- 短期間の加入も、すべて将来の給付に結びつきます。
- 労働意欲の向上が図れ、優秀な人材の確保に役立ちます。
- 基金の福祉施設事業を利用し、福利厚生の充実が図れます。
- 事業主掛金は、すべて経費算入でき、税制上の優遇措置が受けられます。
- 基金加入による従業員の負担増はなく、将来、手厚い給付を受けられます。
- 基金財政は、事前積立方式のため、支払った掛金が掛け捨てになることはありません。

お問い合わせは、下記の厚生年金基金へ

北海道	☎011-261-3172	兵庫県	☎078-230-3838
秋田県	☎018-824-5761	奈良県	☎0742-35-6777
山形県	☎023-634-8550	和歌山県	☎073-433-5730
福島県	☎024-522-1062	鳥取県	☎0857-29-6266
茨城県	☎029-227-8010	島根県	☎0852-21-6003
栃木県	☎028-610-7878	岡山県	☎086-223-5945
群馬県	☎027-232-7730	広島県	☎082-211-0575
埼玉県	☎048-833-5573	山口県	☎083-972-3656
千葉県	☎043-242-7492	徳島県	☎088-622-1602
東京都	☎03-3833-7451	香川県	☎087-823-0788
神奈川県	☎045-222-0450	愛媛県	☎089-921-1088
新潟県	☎025-222-3327	福岡県	☎092-524-9160
富山県	☎076-429-7796	長崎県	☎095-801-5081
石川県	☎076-262-5261	熊本県	☎096-381-3111
長野県	☎0263-36-4834	大分県	☎097-532-5692
静岡県	☎054-253-2831	宮崎県	☎0985-26-6880
滋賀県	☎077-527-4900	鹿児島県	☎099-227-2288
京都府	☎075-255-1312	沖縄県	☎098-869-3521
大阪府	☎06-6776-1600		