

新専門医制度

New Training and Certifying System of Medical Specialists in Japan

専門医とは各専門領域において、国民に標準的で適切な診断・治療を提供できる医師とし、専門医制度を構築するにあたっては、上記の専門医の意義を正しく反映するものでなければならないとされている。また、専門医制度では、各領域のあるべき専門医としての医師像を定め、医師として共通の基本的能力の修得は言うに及ばず、各領域において備えるべき専門的診療能力、専門医の育成・更新過程を明示するとともに、各領域を通じた標準化が求められるとされている。

新専門医制度は、基本 19 領域(内科, 外科, 小児科, 産婦人科, 精神科, 皮膚科, 眼科, 耳鼻咽喉科, 泌尿器科, 整形外科, 脳神経外科, 形成外科, 救急科, 麻酔科, 放射線科, リハビリテーション科, 病理, 臨床検査, 総合診療科)と、サブスペシャリティ領域からなる。

一般社団法人日本専門医機構は、厚生労働省の「専門医の在り方に関する検討会最終報告(2013 年 4 月)」を受け、「国民及び社会に信頼され、医療の基盤となる専門医制度を確立することによって、専門医の質を高め、もって良質かつ適切な医療を提供すること」を目的として、我が国の専門医の育成と認定を統一的に扱う第三者機関として 2014 年 7 月に設立された。

同機構において、新たな専門医の認定・更新基準や養成プログラム・研修施設の基準を作成し、専門医の認定と養成プログラムの評価・認定を統一的に行っている。

当初、2017 年 4 月からのスタートを目指して、新たな専門医養成の準備を進めてきたが、地域医療崩壊に対する関連団体からの強い懸念の声とともに機構のガバナンス不足に対する指摘や、制度設計や運用に対する柔軟な対応を求める各学会からの強い要望等を受け、同機構の理事会はその施行開始を 1 年間延期した。2016 年 12 月の社員総会において、各領域学会の責任と自主性を出来る限り重視するという基本方針に則り、「専門医制度新整備指針」を策定した。

同指針において、日本専門医機構は、①各基本領域学会の各制度及び各基本領域学会と、サブスペシャリティ学会で構築するサブスペシャリティ学会専門医検討委員会の各制度に助言・評価すること、②サブスペシャリティ学会専門医および、そのあり方について今後検討を行い、3 年を目処として見直しを行うこと、③各専門医制度の(1)標準化および質の担保、(2)検証、(3)専門医(更新者を含む)および研修プログラムの審査と認定を行うこと、の 3 つの役割を担うこととした。

厚生労働省は、2017 年 4 月に「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」を立ち上げ、地域医療関係者の参画のもと、地域医療に求められる専門医制度の在り方について検討を進め、日本専門医機構に対して地域医療への配慮を求めた。その結果、日本専門医機構は、地域医療従事者等に配慮したカリキュラム制の導入や、地域の中核病院等であっても基幹病院となれる基準の設定など専門医制度新整備指針の見直しを行った。

また、新専門医制度開始後も良質な医療を提供する体制に責任を有する国の立場から、医師のキャリアや地域医療に対する配慮が継続的になされるような、安定した仕組みの構築が求められたことから、2018 年に医師法が改正され、①国から日本専門医機構等に対し、必要な研修機

会を確保するよう要請する権限, ②都道府県の意見を聴いた上で, 国から日本専門医機構等に対し, 地域医療の観点から必要な措置の実施を意見する仕組み, の2点が創設された。

本改正法に基づき, 医道審議会医師分科会の下に医師専門研修部会が設置され, 同部会の審議結果を踏まえ, 厚生労働大臣から日本専門医機構等に対し, 専攻医の都市への集中抑制や柔軟なカリキュラム制などを内容とする意見・要請を定期的に通知している。

特に, 専攻医の採用数の上限設定(シーリング)については, 2020年度の専攻医募集から, より実態に即したシーリングの設定を行うため, 厚生労働省が公表した都道府県別診療科別の必要医師数を基に, 日本専門医機構が足下の医師数が必要医師数を上回る都道府県・診療科に一定のシーリングを設定している。

また, 今後, 高齢化に伴い, 特定の臓器や疾患を超えた多様な問題を抱える患者が増えることから, 総合的な診療能力を有する医師の専門性を評価し, 「総合診療専門医」として新たに位置付け, 他の領域分野とともに2018年度から養成が開始されている。

日本専門医機構は, サブスペシャルティ領域専門医研修について, 2020年6月に研修細則を策定し, 2021年4月の開始を目指して準備をしてきたが, 新型コロナウイルス感染の拡大により, 1年間延期して2022年4月から認定を開始している。現在は24領域にまで拡大している。

【関連用語】

日本専門医機構 (Japanese Medical Specialty Board)

一般社団法人日本専門医機構は, 厚生労働省の「専門医の在り方に関する検討会最終報告(2013年4月)」を受け, 「国民及び社会に信頼され, 医療の基盤となる専門医制度を確立することによって, 専門医の質を高め, もって良質かつ適切な医療を提供すること」を目的として, 我が国の専門医の育成と認定を統一的に扱う第三者機関として2014年7月に設置された。同機構の行う事業は, 以下の4点である。

1. 専門医の育成に関する事業
2. 専門医の認定に関する事業
3. 専門医制度の評価に関する事業
4. その他目的を達成するために必要な事業

同機構において, 新たな専門医の認定・更新基準や養成プログラム・研修施設の基準を作成し, 専門医の認定と養成プログラムの評価・認定を統一的に行っている。

2014年7月には, 各診療領域の共通の整備指針となる専門医制度整備指針を策定し, 現在, 診療領域ごとの認定・更新基準の作成を進めている。また, 同機構は専門医の質や分布等を把握するため, 専門医等に関するデータベース構築を進めている。

当初, 2017年4月からのスタートを目指して準備を進めてきた「新たな専門医養成の仕組み」については, 地域医療崩壊に対する関連団体からの強い懸念の声とともに機構のガバナンス不足に対する指摘や, 制度設計や運用に対する柔軟な対応を求める各学会からの強い要望等を受

け、新理事会としてその施行開始を1年間延期することを決定した。

2017年度については、基本18領域(内科, 外科, 小児科, 産婦人科, 精神科, 皮膚科, 眼科, 耳鼻咽喉科, 泌尿器科, 整形外科, 脳神経外科, 形成外科, 救急科, 麻酔科, 放射線科, リハビリテーション科, 病理, 臨床検査)については各学会において施行し、また、総合診療専門医については何らかの暫定措置を施行することとされた。

2016年12月の社員総会において、各領域学会の責任と自主性を出来る限り重視するという基本方針に則り、以下の理念を盛り込んだ「専門医制度新整備指針」が承認された。

1. 専門医像

1. 各専門領域において、国民に標準的で適切な診断・治療を提供できる医師であること。

2. 専門医制度

1. 各領域のあるべき専門医としての医師像を定め、医師として共通の基本的能力の修得は言うに及ばず、各領域において備えるべき専門的診療能力、専門医の育成・更新過程を明示するとともに、各領域を通じた標準化が求められること。

3. 各領域学会

1. 基本領域学会専門医(専門医の名称については今後検討する)育成のため、(1)専門医育成のプログラム基準の作成、(2)専攻医募集と教育、(3)専門医認定・更新の審査、(4)研修プログラムの審査をおこなう。

2. サブスペシャルティ学会の専門医制度(専門医の名称については今後検討する)は基本領域学会がサブスペシャルティ学会と協同して、サブスペシャルティ学会専門医検討委員会(仮称)を構築し、サブスペシャルティ学会専門医育成のための(1)専門医育成のプログラム基準の作成、(2)専攻医募集と教育、(3)専門医認定・更新の審査基準、(4)研修プログラムの審査を含む整備基準、モデル研修プログラムを作成して日本専門医機構に提出し、日本専門医機構の承認を得たうえで、当該サブスペシャルティ学会専門医制度を運用する。

4. 日本専門医機構

1. 各基本領域学会の各制度及び各基本領域学会と、サブスペシャルティ学会で構築するサブスペシャルティ学会専門医検討委員会の各制度に助言・評価する。

2. サブスペシャルティ学会専門医および、そのあり方について今後検討をおこない、3年を目処として見直しをおこなう。

3. 各専門医制度の(1)標準化および質の担保、(2)検証、(3)専門医(更新者を含む)および研修プログラムの審査と認定を行う。

人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針

Ethical Guidelines for Medical and Health Research Involving Human Subjects

医学研究の分野では、研究を適切に実施する上で、個人情報保護を含む研究対象者保護の観点から研究者等が守るべき倫理指針として、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針(医学系指針)」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針(ゲノム指針)」、「遺伝子治療等臨床研究に関する指針(遺伝子治療指針)」等の各種指針が定められてきた。これらの指針については、医学研究を取り巻く環境の変化等に応じ、必要な見直しが行われている。

近年、ヒトゲノム・遺伝子解析技術の進展に伴い、医学系指針及びゲノム指針の双方が適用される研究が増加してきたこと等を踏まえ、2021年6月、両指針を統合した「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針(生命・医学系指針)」が施行されている。また、個人情報保護に関する法律(個情法)が改正されたので、2022年3月に生命・医学系指針が見直された。

生命・医学系指針は、人を対象とする生命科学・医学系研究に携わる全ての関係者が遵守すべき事項を定めることにより、人間の尊厳及び人権が守られ、研究の適正な推進が図られるようにすることを主な目的として、研究者等の責務等(第2章)、研究の適正な実施等(第3章)、インフォームド・コンセント等(第4章)、研究により得られた結果等の取扱い(第5章)、研究の信頼性確保(第6章)、重篤な有害事象への対応(第7章)、倫理審査委員会(第8章)、個人情報等、試料及び死者の試料・情報に係る基本的責務(第9章)等を定めている。

生命・医学系指針の基本方針は、以下の8点である。

- ① 社会的及び学術的意義を有する研究を実施すること
- ② 研究分野の特性に応じた科学的合理性を確保すること
- ③ 研究により得られる利益及び研究対象者への負担その他の不利益を比較考量すること
- ④ 独立した公正な立場にある倫理審査委員会の審査を受けること
- ⑤ 研究対象者への事前の十分な説明を行うとともに、自由な意思に基づく同意を得ること
- ⑥ 社会的に弱い立場にある者への特別な配慮をすること
- ⑦ 研究に利用する個人情報等を適切に管理すること
- ⑧ 研究の質及び透明性を確保すること

「生命科学・医学系研究」には、人の基本的生命現象(遺伝、発生、免疫等)を解明する、ヒトゲノム・遺伝子解析研究(例えば、人類遺伝学等の自然人類学のほか、人文学分野において、ヒトゲノム及び遺伝子の情報を用いた研究)が含まれ、医学系研究(例えば、医科学、臨床医学、公衆衛生学、予防医学、歯学、薬学、看護学、リハビリテーション学、検査学、医工学のほか、介護・福祉分野、食品衛生・栄養分野、環境衛生分野、労働安全衛生分野等で、個人の健康に関する情報を用いた疫学的手法による研究及び質的研究、AIを用いたこれらの研究)も含まれる。

なお、医療、介護・福祉等に関するものであっても、医事法や社会福祉学など人文・社会科学分野の研究の中には「医学系研究」に含まれないものもある。

インフォームド・コンセント(IC)等の手続きについては、以下の通り規定されている。

①新たに試料・情報を取得して研究を実施する場合

○侵襲及び介入を行わず、試料を用いない研究については、一定の要件を満たす場合に、IC 手続等を適切な形で簡略化することができるものとした。

○新たに取得した情報(要配慮個人情報を除く)を共同研究機関に提供する場合のIC手続等については、既存の情報(要配慮個人情報を除く)を他の研究機関に提供する場合のIC手続等を準用することとした。

②自機関で保有する既存試料・情報を用いて研究を実施する場合

○IC手続等を行うことなく利用できる既存試料・情報は、既に特定の個人を識別できない状態に管理されている試料(当該試料から個人情報が取得されない場合に限る)、既存の仮名加工情報、匿名加工情報及び個人関連情報とした。

○社会的に重要性の高い研究に既存試料・情報を用いる場合及び試料を用いない場合について、一定の要件を満たした場合には適切な同意又はオプトアウト(研究の実施についての情報を通知又は公開し、さらに可能な限り拒否の機会を保障すること)が許容されることとした。

③他の研究機関に既存試料・情報を提供する場合

○提供される既存試料・情報の種類(試料又は要配慮個人情報を提供する場合か否か)によって場合分けをし、試料及び要配慮個人情報を提供しようとする場合は原則ICを取得することとし、要配慮個人情報以外の情報を提供しようとする場合は原則適切な同意を取得することとした。

○IC手続等を行うことなく提供することができる既存試料・情報は、既に特定の個人を識別できない状態に管理されている試料(当該試料から個人情報が取得されない場合に限る)、個人関連情報(一定の場合に限る)及び匿名加工情報(IC取得が困難な場合に限る)とした。

○一定の要件を満たす場合にはIC手続等を簡略化できるものとし、簡略化の要件を満たさない場合であっても、個人情報法第三者提供の制限の例外要件に該当する場合は、オプトアウトによる提供が許容されるものとした。

○オプトアウトにより既存試料・情報を提供する際に研究対象者等へ通知し、又は研究対象者等が容易に知り得る状態に置くべき事項について見直した。

【関連用語】

なし

DPC

Diagnosis Procedure Combination

診断群分類とは患者を、マンパワー、医薬品、医療材料などの医療資源の必要度から、統計学的に意味のある500から2,000程度のグループに整理し、分類する方法である。具体的には患者を病名と行われた医療行為、さらに合併症の有無などの重症度に関連した情報を用いて分類する方法である。その嚆矢となったのは Fetter らによって開発され、1982 年からアメリカの Medicare/Medicaid の包括支払い方式の基礎となった Diagnosis Related Groups (DRG) である。

1990 年代後半に我が国でも DRG の適用可能性が検証されたが、より日本の診療報酬制度に適した診断群分類が必要であるという認識のもと厚生労働省の研究班によって開発されたのが Diagnosis Procedure Combination (DPC) である。DPC の構成は、14 桁コードになっており、最初の 6 桁が病名、そして入院時年齢・出生児体重、手術の有無と種類、その他の手術処置等の有無、併存症の有無、その他重症度に関連する要因の有無がそれぞれコード化される。

DPC に基づく支払いは包括部分と出来高部分に分かれており、1,000 点以上処置や手術は出来高払い、その他は 1 日当たり包括払い方式になっている(これを DPC に基づく 1 日当たり包括払い Per Diem Payment System という意味で DPC/PDPS 方式という)。なお、1 日当たり包括支払い部分については、入院期間 I, II, III が設定され入院経過とともに徐々に点数がさがる sliding scale が採用されている。また、入院期間 III を過ぎると出来高払いとなる。現時点で DPC の包括支払い方式の対象となるのは急性期病院のみであるが、精神領域や慢性期に対応した DPC の開発も進められており、今後全診療領域に一般化される可能性もある。ところで、医療技術の進歩に合わせて分類の精緻化が必要になるが、この問題に対応するために現在 CCP matrix という新たな分類手法が検討されており、2016 年の DPC 分類から試行的に採用されている。

DPC における支払いについては、基礎係数、機能評価係数 I、機能評価係数 II が別途設定されており、この合計を包括支払い部分に乗じたものが各施設への支払額になる。このうち基礎係数は「大学病院本院群」、「DPC 特定病院群」、「DPC 標準病院群」に分かれている。機能評価係数 I は施設がとっている加算など出来高で別途設定されているものを係数に置き換えたもの、機能評価係数 II はその病院の役割を係数化したものである。機能評価係数 II は、保険診療係数、複雑性係数、カバー率係数、効率性係数、地域医療係数、救急医療係数が設定されており、各施設の実績値によって設定される。

令和 4 年度現在で DPC 対象病院は 1,764 施設、病床数換算で 483,425 床になっている。DPC 病院から提出されるデータは毎年病院名とともにその実績値が公開され、医療提供体制の在り方を考えるうえでの貴重な情報源となっている。地域医療構想や地域医療計画への応用、さらには DPC データを用いた臨床研究など、その応用範囲は徐々に拡大してきており、世界でも有数の医療ビッグデータの一つとなっている。

【関連用語】

DRG, 出来高払い, 包括払い, 医療ビッグデータ

保険外併用療養費制度

Medical Expenses Combined with Treatment Outside Insurance Coverage

現物給付制度を旨とするわが国の健康保険法の下では原則、混合診療は禁止とされている。そのため「保険がきく」と「保険がきかない」ものを併用すると、すべて自費診療になってしまう。しかし、その一方で「混合診療禁止についての明文上の法的根拠はない」とする判例も散見される。そこで国はこれまでの特定療養費制度を改め、保険外併用療養費制度を創設した。というのも従前の特定療養費制度では、必ずしも高度ではない先進技術や国内未承認薬などは対象となっておらず、保険診療との併用が認められていなかったからである。保険外併用療養費は「評価療養」および「選定療養」からなり、前者は保険導入を前提とした先進医療や医薬品・医療機器を指す。より具体的には、先進医療、医薬品・医療機器・再生医療等製品の治療に係わる診療、薬事承認後で保険収載前の医薬品・医療機器・再生医療等製品の使用、適応外の医薬品・医療機器・再生医療等製品の使用の 10 種類。たとえば先進医療はがんの重粒子治療や家族性アルツハイマーの遺伝子診断など、厚生労働大臣が定める高度な医療技術のことをいう。2023 年 2 月現在、86 種類の先進医療が認められている。一方、後者の選定療養は保険導入を前提としない差額ベッド代や予約料をいう。より厳密には、特別の療養環境(差額ベッド)、歯科の金合金、予約診療、時間外診療、大病院の初診・再診、制限回数を超える医療行為等の 10 種類であり、内容も明確化されている。例えば、差額ベッド代は、(1)特別の療養環境に係る一の病室の病床数は 4 床以下であること、(2)病室の面積は 1 人当たり 6.4 平方メートル以上であること、(3)病床ごとのプライバシーの確保を図るための設備を備えていること、(4)特別の療養環境として適切な設備を有することが要件となっている。また、「予約診療」に関しては、夜間、休日又、深夜であっても差し支えないと明記されている。さらに、医科点数表等の規程回数を超えた患者の不安を軽減する必要がある場合の検査(腫瘍マーカー)のうち、「 α -フェトプロテイン(AFP)」、「癌胎児性抗原(CEA)」の費用を患者から徴収することも可能である。

【関連用語】

混合診療, 特定療養費制度, 評価療養, 選定療養

OSCE

Objective Structured Clinical Examination

OSCE(Objective Structured Clinical Examination)とは、医学・歯学教育において、臨床実習前後の学生評価のための共用試験の中で、臨床技能・態度を評価する客観的臨床能力試験として実施されているものである。

モデル・コア・カリキュラム(医学教育および歯学教育モデル・コア・カリキュラム－教育内容ガイドライン)には、科学技術の進歩により膨大な量となった医学・歯学教育の内容を必要最小限の必須の内容として精選し、学生が卒業までに習得して身に付けておくべき実践的能力(competences)が到達目標として客観的に評価できるよう具体的かつ明確に示されている。臨床実習(診療参加型臨床実習:Bed Side Learning)では、医学生等も診療チームの一員として患者の診療に参加しながら学ぶことが求められており、患者に接するために必要不可欠な知識と技能・態度が備わっていることが求められている。共用試験は、そのような知識と技能・態度が身につけているかどうかを評価する全国共通の標準評価試験であり、公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構が実施・運用している。臨床実習に必要な知識については総合的理解力をコンピュータを用いて客観的に評価する CBT(Computer Based Testing)が実施されており、臨床実習前に身につけるべき臨床技能・態度については Pre-CC OSCE(Pre-Clinical Clerkship Objective Structured Clinical Examination)、卒業後の臨床研修を開始できるレベルに到達できたかを評価するために、医学系では Post-CC OSCE が実施されている。共用試験は公的に位置付けられており(良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律, 医師法)、Pre-CC OSCE は、診療参加型臨床実習を行う学生が医師の指導監督の下で医行為を行う能力を有することを社会に保証する意味がある(Student Doctor)。Post-CC OSCE は、臨床実習を修了した医学生が卒後の臨床研修開始時に必要な臨床能力を有することを保証する意味がある。

臨床実習前に身につけるべき具体的な技能・態度の内容については「診療参加型臨床実習に参加する学生に必要とされる技能と態度に関する学修・評価項目」に以下の構成でとりまとめられている。Ⅰ.診療参加型臨床実習における技能と態度について、Ⅱ.医療面接および身体診察、手技に関する共通の学修・評価項目、Ⅲ.医療面接、Ⅳ.全身状態とバイタルサイン、(以下省略)。これらの学修・評価項目に準拠して、技能・態度を評価する複数のステーション(場面)が OSCE には用意されている。各ステーションには、模擬患者、OSCE 評価者(教員)、必要なシミュレーター等の機器が配置されており、ステーション毎に課題(シナリオ)が設定されている。評価を受ける学生は順番にステーションに入り、指定された課題についての技能を一定時間内に実施する。OSCE の評価者は大学内部の教員(内部評価者)と他大学教員(外部評価者)から構成されており、標準的な共通評価方法に基づき、学生の技能と態度を評価する。OSCE を適正に実施し、公平性・客観性・透明性を確保するために、公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構から他大学教員がモニターとして派遣され、実施状況を監視している。

卒業までの臨床実習を通して身につけるべき内容については「臨床研修開始時に必要とされる技能と態度に関する学修・評価項目」にとりまとめられている。

CBTおよびPre-CC OSCE(医学部4年生), Post-CC OSCE(医学部6年生)の合格, 医師国家試験の合格を経て卒後医師臨床研修へと続くシームレスな医師養成の仕組みが整えられてきている。

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律(令和3年法律第49号)第5条による改正後の医師法(昭和23年法律第201号。以下「法」という。)第17条の2第1項は, 大学において医学を専攻する学生が臨床実習を開始する前に修得すべき知識及び技能を具有しているかどうかを評価するために大学が共用する試験として厚生労働省令で定めるもの(以下「共用試験」という。)に合格した医学生について, 法第17条の規定にかかわらず, 医師の指導監督のもとに一定の医業を行うことができることとしている。共用試験は, 医師法第十七条の二第一項に規定する大学において医学を専攻する学生が臨床実習を開始する前に修得すべき知識及び技能を具有しているかどうかを評価するために大学が共用する試験を定める省令(令和4年11月公布。以下「共用試験省令」という。)で定められる。

2025年4月以降、公的化後の共用試験への合格が国家試験の受験要件になる。厚生労働省は、公的化前の共用試験を3年次に受験した医学生について、経過措置として個別の対応を行う考えを示している。

【関連用語】

モデル・コア・カリキュラム, 共用試験, 臨床実習, CBT

国家試験

National examination

国が、法律に基づき、個人の能力、知識、技能を判定し、職業国家資格を付与する試験のことである。代表的なものとして、司法試験、税理士試験等がある。

医療分野は多種多様な専門職があるため、様々な資格を付与する多くの国家試験がある。厚生労働省が管轄する国家試験としては、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、診療放射線技師、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士、臨床工学技士、義肢装具士、歯科衛生士、歯科技工士、救急救命士、あん摩マッサージ指圧師、鍼師、灸師、柔道整復師、管理栄養士等がある。

福祉・介護関連分野で厚生労働省が管轄する国家試験としては、保育士、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、公認心理師等がある。

医師国家試験は、医師法第9～16条に定められる医師免許を付与するための試験で、厚生労働省医政局が所管し、毎年2月上旬ごろに実施される。受験資格は基本的に医学部医学科6年の正規の課程を修めたものに与えられる。そのため、合格率は90%前後と比較的高い。

1946年に年2回実施で始まり、1985年からは年1回となっている。1993年からは出題科目指定がなくなり、全科目からの総合問題形式となっている。問題は、一般問題、臨床実地問題、必修問題から構成され、それぞれの基準を全て満たすとともに、禁忌肢の取り扱いは年により異なり、2問または3問以下であることが合格の条件となっている。

看護師国家試験は、保健師助産師看護師法第18条に定められる看護師免許を付与するための試験で、受験資格は多様で、指定大学、指定学校、指定養成所等を卒業または修業したものである。合格率は90%前後となっている。

【関連用語】

医師国家試験, 看護師国家試験

安全文化

Safety Culture

安全文化という考え方には長い歴史があるが、特にチェルノブイリ事故の調査団による「安全性の問題がすべてに優先するという価値観や行動様式が組織の構成員により共有されている状態」という定義が広く受け入れられている。安全文化は組織文化の一部を形成するが、既存研究では組織文化と組織風土は混同されてきた経緯がある。あえて違いを明確にすると、組織風土とは、ある一定時期における組織メンバーの集積された態度・信念・認識などを指し、表層的で目に見え易く社会心理学的に量的研究がなされてきたが、組織文化は、組織メンバーの深層で共有されていて、安定し多面的かつ全体論的な構成概念であり、人類学的に質的研究がなされてきた。組織文化を三重丸のように表した層状モデルによれば、最も深層にある世界観などの基本的認識、中間層の価値観や行動規範、表層の明示的な態度や行動という構造になる。

Reason は、報告する文化(Reporting Culture)・公正な文化(Just Culture)・柔軟な文化(Flexible Culture)・学習する文化(Learning Culture)を安全文化の4つの要素として挙げており、Decker は、失敗を隠さずに報告し、起こったことから最大限の学習をして安全性を高め、社会への説明責任を果たし続けることが公正な文化であるとした。柔軟な文化は、危機など臨機の対応が求められた際に組織がフラット化するなどして対応することである。

一方、原子力空母、航空管制システムなど、高リスクな業務でありながら高業績を上げている組織は高信頼性組織(High Reliability Organizations)と呼ばれ、失敗からの学習、予測の非単純化、現場状況への敏感さ、復旧能力の向上、専門性の尊重が特徴とされている。医療分野でも、教育病院において、M&M(病因死因, Morbidity and Mortality)検討会の伝統があり、失敗も含め多角的に医療の結果が検討されてきた。こうした検討の本質は、軍隊において作戦後の状況確認を意味するデブリーフィングにあり、手術後やチーム活動後の振り返りを指し、昨今では構造化されている。21世紀医療は、施すだけではなく、医療の結果について省察することが求められている。

オーストラリア州政府は、率直な開示を意味するオープンディスクロージャーの制度を開始しており、医療事故をはじめ医療の不幸な結果に対し、事故発生を率直に認め、事故の客観的検証を行い、説明責任を果たすと共に、システム再構築と加害者の保護を行うプロセスを標準化している。

【関連用語】

組織文化、高信頼性組織、報告する文化(Reporting Culture)、公正な文化(Just Culture)、柔軟な文化(Flexible Culture)、学習する文化(Learning Culture)、M&M検討会、デブリーフィング、オープンディスクロージャー

医事紛争

Medical Dispute

「医事紛争」という語句の明確な定義はないが、医療に関連する“もめごと”を指す際に使用されている。診療上のミスの有無にかかわらず。医療者側にミスがある場合も、医療者側にミスがなく患者が一方的に苦情を申し立てている場合も含まれる。

医事紛争の解決の方法は、訴訟によるものとよらないものに大きく分けられる。前者には判決と訴訟上の和解があり、後者には裁判外の和解（いわゆる示談）と裁判外紛争解決手続（Alternative dispute resolution, ADR）がある。判決は、原告の請求について審理が尽くされ、権利関係の存否に関する判断に到達した結果、裁判所が主体となり請求を認容あるいは棄却するものである（民事訴訟法 243 条）。訴訟上の和解は、訴訟係属中に当事者双方が互いに譲歩することによって訴訟を終了させる旨の期日における合意である。和解調書が作成されると確定判決と同一の効力が付与される（同法 267 条）。訴訟上の和解は、判決よりも柔軟な解決が可能であると言われている。たとえば、損害賠償請求訴訟では損害賠償請求が認められるか否かの判断が下されることになるが、訴訟上の和解では謝罪や再発防止の取り組みなどについても合意可能である。

裁判外の和解は民法上の和解契約（民法 695 条）であり、いわゆる「示談」と呼ばれるものである。判決と同一の効力がない点で、裁判上の和解と異なる。裁判外紛争解決手続（ADR）は、中立な第三者的立場の者の下で話し合いによる解決を図るしくみであり、手続きの柔軟性や費用の面から、近年その有用性が注目されている。

医事紛争は、発生した有害事象を契機に生じることもあるが、場合によっては、有害事象も診療上のミスも無いにも関わらず患者が患者相談窓口へ苦情を申し立てたりすることで生じることもある。病院と患者の対立関係を、病院が組織として、両者の対話や協調により解決を図ることが、コンフリクトマネジメントである。海外の調査では、医療事故被害者・家族が医師を訴える原因は、再発防止、説明、補償、責任の所在を明らかにすることを求めることにあるとされる（Vincent 1994）。病院と患者が対立しないようにするためには、対話を通じて患者の求める情報を提示していくことが必要であり、そのためには医療対話推進者を配置したり、事故発生時などにはメディエーターによりメディエーション（対話促進・関係修復）を図ったりすることが有用である。

【関連用語】

苦情、患者相談窓口、メディエーション、コンフリクトマネジメント、裁判外紛争解決手続（ADR）、示談、訴訟

医療安全管理体制

Patient Safety Management System

安全で質の高い医療を提供するためには医療機関における組織的な取り組みが不可欠であることから、国の医療安全対策として医療を提供する組織の体制のあり方も検討されることになった。

2001年に設置された「医療安全対策検討会議」によって2002年にとりまとめられた「医療安全推進総合対策」では、「医療機関における安全対策は全ての医療機関において緊急に取り組まれるべき最も重要な課題であり、医療機関においては、管理者の指導の下で、医療安全のための組織的な管理業務が確実に実行されるよう取り組むことが必要である」と指摘された。その指摘を踏まえ、同年の医療法施行規則において、病院及び有床診療所に「医療に係る安全管理のための指針の整備」「医療に係る安全管理のための委員会の開催」「医療に係る安全管理のための職員研修の実施」「医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策を講ずること」が義務付けられた。また「特定機能病院」に「専任の医療安全管理者の配置」「安全に関する管理を行う部門の設置」「医療機関内に患者からの相談に適切に応じる体制の確保」が義務付けられた。こうして医療安全が、医療法をはじめとする関連法規に定められるところとなり、以後、改正を重ね、医療機関における医療安全管理体制の確保と整備が図られている。

医療法施行規則第1条の11には「医療安全管理体制の確保」として、病院等の管理者は、「院内感染対策の体制確保に係る措置」「医薬品安全管理体制確保に係る措置」「医療機器安全管理体制確保に係る措置」「診療用放射線安全管理体制確保に係る措置」「高難度新規医療技術又は未承認新規医薬品等を用いた医療の提供に当たっての必要な措置」を講じなければならぬとされており、各項目について具体的な取り組みが定められるとともに、「医薬品安全管理責任者」「医療機器安全管理責任者」「(診療用放射線の利用に係る安全な管理のための)責任者」等の配置も定められている。

診療報酬上の評価による推進も図られている。医療安全対策の充実として、専任・専従の医療安全管理者の配置に関する「医療安全対策加算」、医療機関の連携に関する「医療安全対策地域連携加算」、医療機器安全管理の充実として「医療機器安全管理料」、患者サポート体制の充実として「患者サポート体制充実加算」、さらに、画像診断報告書等の確認に係る体制整備に向けて、報告書管理体制の充実として「報告書管理体制加算」等が定められている。医療安全管理者については、「医療安全管理者のための業務指針および養成のための研修プログラム作成指針」(2020年3月改訂)にその業務が「安全管理体制の構築」「医療安全に関する職員への教育・研修の実施」「医療事故を防止するための情報収集、分析、対策立案、フィードバック、評価」「医療事故への対応」「安全文化の醸成」とされていることをふまえ、学会や職能団体が養成研修を実施しており、その業務内容は、医療機関によって異なるものの、おおむね標準化されたものになっている。医療安全に関する職種にリスクマネージャーという名称を用いている組織もある。

なお、特定機能病院については、2015年に特定機能病院の取り消しが発生したことをうけ、その承認要件が見直されることとなり、新たに「ガバナンスの確保・医療安全管理体制について」として「医療安全管理部門、医療安全管理委員会、医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者の業務を統括する医療安全管理責任者の配置」「医療安全管理部門への、専従の医師、薬剤師及び看護師の配置」などが定められることになった。

(注意 1)「専任」が兼任を認めるのに対し、「専従」は(兼任を認めず)専らその業務に従事するものとされるが、医療安全管理者の規定における「専従」は「その就業時間の5割以上を該当業務に従事している場合」としていること、また、特定機能病院の承認要件の見直しにおいては「8割以上」としていることなど、その定義が対象によって異なるので注意が必要である。

(注意 2)「当院の医療安全管理体制」という場合、どのように組織として取り組んでいるのかを一般的に意味する場合と、関連法規に定められた医療安全管理体制を意味する場合があるので注意が必要である。

【関連用語】

ガバナンス、リスクマネジャー、医療安全管理者、医療安全管理責任者、医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者、医療法、専任、専従、医療安全対策加算、医療安全対策地域連携加算、医療機器安全管理料、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算

医療ソーシャルワーカー

Medical Social Worker

2002年に厚生労働省により改定された業務指針によれば、医療ソーシャルワーカーとは、「保健医療の場において、社会福祉の立場から患者の抱える経済的、心理的・社会的問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を図る」職種と定義され、その具体的な業務内容は、(1)療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助、(2)退院援助、(3)社会復帰援助、(4)受診・受療援助、(5)経済的問題の解決、調整援助、(6)地域活動である。医療ソーシャルワーカーとして勤務するための資格はないが、多くは社会福祉系大学等の専門教育を修了した後業務に従事しており、主たる資格としては社会福祉士・精神保健福祉士がある。2020年の病院報告によれば、病院に勤務するソーシャルワーカーの過半数が社会福祉士であり、3割が精神保健福祉士である。

診療報酬においては、2008年に新設された「退院調整加算」の施設基準として、退院調整部門に看護師または社会福祉士の配置が定められ、以後は入退院支援に関わる職種として位置付けられ、回復期リハビリテーション病棟をはじめ病棟ごとの配置も拡大している。また、市町村が設置する地域包括支援センターは社会福祉士の配置が条件であり、医療・介護・福祉をつなぐ相談業務の専門職として位置付けられている。2018年の社会福祉法改正では、地域共生社会を目指すという方針の下、住民に身近な圏域において相談を包括的に受け止める体制の整備が必要となった。医療機関のソーシャルワーカーは、市町村と連携し、退院調整等だけでなく、地域の様々な相談を受け止めることも期待されている。患者個々への支援にくわえ、多機関・多職種の連携による支援体制づくりが求められているといえよう。

【関連用語】

社会福祉士, 精神保健福祉士, 入退院支援

かかりつけ医, かかりつけ医機能, かかりつけ医療機関

general practitioner, primary health care function, primary health care agency

(1) かかりつけ医, かかりつけ医機能

かかりつけ医は「健康に関することをなんでも相談できる上, 最新の医療情報を熟知して, 必要な時には専門医, 専門医療機関を紹介してくれる, 身近で頼りになる地域医療, 保健, 福祉を担う総合的な能力を有する医師」と定義された¹⁾。

2022年6月に閣議決定された「骨太の方針 2022」には「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」と明記された。「医療・介護提供体制などの社会保障制度基盤の強化については, 今後の医療ニーズや人口動態の変化, コロナ禍で顕在化した課題を踏まえ, 質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するため, 機能分化と連携を一層重視した医療・介護提供体制等の国民目線での改革を進めることとし, かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行うとともに, 地域医療連携推進法人の有効活用や都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制上の措置を含め地域医療構想を推進する。」²⁾

かかりつけ医機能については, 医療法施行規則(省令)において, 「身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う医療機関の機能として厚生労働大臣が定めるもの(以下「かかりつけ医機能」)」と記載されている。また, 「医療法施行規則別表第一の規定に基づく病院, 診療所又は助産所の管理者が都道府県知事に報告しなければならない事項として医療法施行規則別表第一に掲げる事項の内, 厚生労働大臣の定めるもの(告示)」においては, 厚生労働大臣が定める「身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う医療機関の機能(かかりつけ医機能)」としての項目が記載されている。しかし, 日本病院会は「「かかりつけ医機能」に関する議論が進む中で, その機能の担い手が一人の医師を中心として考えられていること, 当該機能は医療法施行規則等現行法制度で定められているものの, その機能を有している医療機関が明らかとなっていないこと, 及び今般の新型コロナウイルス感染症のまん延によりその機能が十分に発揮されていないことが露呈したと言われていること等の問題があげられる。」として, 2022年11月2日, 「かかりつけ医機能」に関する提言を厚生労働大臣に提示した³⁾。現行の医療機能情報提供制度における不明確かつ基準が適切とはいえない項目を見直して, 整理する必要があるとした。(1)診療時間内外問わず自院で地域住民に対応する, もしくは他の医療機関と連携して対応する(患者の病状や当該医療機関の当日の人員体制などの理由から自院のみで対応することができない場合でも, 身近な地域の医療機関と相互に補完しあい, 「かかりつけ医機能」を確保する)。(2)特定の領域に偏らない広範囲にわたる全人的医療を行う。(3)総合的な医学的管理を行う。

(2) かかりつけ医機能を担う医療機関を中心とした医療・介護の水平的連携

平成22年10月から15回にわたり社会保障審議会医療部会で審議された医療提供体制の

改革について、2022年12月28日、社会保障審議会医療部会は「医療提供体制の改革に関する意見」⁴⁾をまとめて公表した。

「かかりつけ医機能報告制度」の創設や2040年頃までを見据えた新たな地域医療構想の策定などを盛り込んだ。「医療提供体制の改革に関する意見」は、2040年頃まで増加し続ける高齢者を支えるため、かかりつけ医機能を担う医療機関を中心とした医療・介護の「水平的連携」を地域包括ケアのなかで推進し、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築することを明記している。実現に向けた施策の柱に「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」と「医療法人制度の見直し」を掲げた。

厚生労働省は、法改正が必要な事項を整理し、2023年2月10日通常国会への医療法等の改正案「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案」(全世代社会保障法案)を提出した⁵⁾。「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律(令和5年法律第31号。以下「改正法」という。))については、2023年5月19日公布され、順次施行することとされた⁶⁾。

「かかりつけ医機能」の定義を、現行省令の「身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う医療機関の機能」との記載を踏まえて法定化する。「厚生労働大臣は、前項第一号から第三号までに掲げる事項を定めるに当たっては、病床の機能の分化及び連携の推進、医療法第六条の三第一項に規定するかかりつけ医機能(次条第四項において「かかりつけ医機能」という。)の確保並びに地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律(平成元年法律第六十四号)第二条第一項に規定する地域包括ケアシステム(次条第四項において「地域包括ケアシステム」という。)の構築に向けた取組並びに国民の加齢に伴う身体的、精神的及び社会的な特性を踏まえた医療及び介護の効果的かつ効率的な提供の重要性に留意するものとする。」

今後(1)医療機能情報提供制度を刷新し(2)新たな「かかりつけ医機能報告」制度を創設する。「かかりつけ医機能報告制度」の骨格であるが、病院や診療所が都道府県に報告する項目として、発生頻度が高い疾患の診療、その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能、休日・時間外診療の機能、入退院時の支援機能、在宅医療の提供機能、介護サービスとの連携機能、その他厚労省令で定める機能一の有無とその内容である。他院との連携で機能を担う場合は、連携先の名称と連携内容の報告も求める。法改正を踏まえて、都道府県、地域における、かかりつけ医療機関を中心とした、医療介護福祉の連携の強化が図られることが期待される。

参議院厚生労働委員会は、「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議」(令和5年5月11日)に、今後の論点を明記している⁷⁾。かかりつけ医機能に関する箇所を抜粋する。「7、新たに刷新・創設される医療機能情報提供制度及びかかりつけ医機能報告制度について、医療機関に報告を求める項目等の詳細が厚生労働省令に委任され、本法の審査過程において当該厚生労働省令の具体的内容が明らかとならず、その詳細が本法成立後の有識者等による検討に委ねられたこと等を踏まえ、当該有識者等による検討結果や検討過程における議論の内容について、本法施行に先立ち、明らか

にすること。また、当該有識者等による検討の場やその構成員について、決定次第、明らかにすること。8、本法のかかりつけ医機能に関する制度改正については、同機能が発揮される第一歩と位置付け、全ての国民・患者がそのニーズに応じて同機能を有する医療機関を選択して利用できるよう、速やかに検討し、制度整備を進めること。また、同機能を有する医療機関に勤務しようとする者への教育及び研修の充実に加え、処遇改善やキャリアパスの構築支援等、これらの者が増加するような取組を推進すること。9、かかりつけ医機能報告の対象となる慢性の疾患を有する高齢者その他の継続的な医療を要する者については、障害児・者、医療的ケア児、難病患者を含めるなど適切に定め、将来は、継続的な医療を要しない者を含め、かかりつけ医機能報告の対象について検討すること。」

出典 URL(最終アクセスは、2023年6月30日)

1)日本医師会・四病院団体協議会「日本医師会・四病院団体協議会合同提言 医療提供体制のあり方」2013年8月8日

https://www.ajha.or.jp/topics/4byou/pdf/131007_1.pdf

2)https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/minutes/2022/0607/shiryo_04-1.pdf

3)http://www.hospital.or.jp/pdf/06_20221102_01.pdf

4)<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/001032085.pdf>

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000210433_00036.html

5)「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案」

・概要:<https://www.mhlw.go.jp/content/001056106.pdf>

・法律案要綱:<https://www.mhlw.go.jp/content/001056108.pdf>

・法律案新旧対照条文:<https://www.mhlw.go.jp/content/001056111.pdf>

6)「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」

<https://www.mhlw.go.jp/hourei/doc/hourei/H230522S0010.pdf>

「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」新旧対象条文

<https://www.mhlw.go.jp/hourei/doc/hourei/H230522S0011.pdf>

7)<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/001114697.pdf>

【関連用語】

機能分化, 地域医療構想, 地域包括ケア,

病診連携

Hospital-Clinic Collaboration(仮訳)

「病診連携」は、診療所と病院が連携することにより包括的で一貫性ある医療サービスを患者に提供することを指している。具体的には診療所の医師(かかりつけ医)が、より専門的な医療が必要と判断したとき、先進的機器を備えた病院に患者を紹介し、病院は紹介された患者の検査や診察を優先的に行うほか、結果をかかりつけ医にフィードバックする等である。病診連携の取り組みとしては、紹介の他に、病院を退院等する患者に対し、かかりつけ医や自宅に近い診療所を紹介する「逆紹介」や、かかりつけ医が患者を紹介した際に、病院の医師と共同して、その病院には勤務していない、かかりつけ医が診療等にあたることのできる病床を設ける「開放病床」、MRI、CT など高度医療機器をその病院に勤務しない医師が使うことができるようにする「病院の医療機器等の開放」、診療所の医師が診療所の診療時間外に病院で診療にあたる診療支援などがある。

医療制度面では第 2 次医療法改正(1992 年)で「特定機能病院」と「療養型病床群」が制度化され、医療機関の機能分化が始まった。急速に進む高齢化、疾病構造の変化に伴い医療機関の機能分化はさらに重要性を増し、第 3 次医療法改正(1997 年)では「地域医療支援病院」の制度が導入された。地域医療支援病院は、かかりつけ医等に対する支援として、紹介患者への医療提供、医療機器の共同利用や開放、救急医療の提供、地域の医療従事者の研修、逆紹介などを行う。日本は患者が全国どの医療機関でも受診できるフリーアクセスとよばれる制度を有しているが、軽症でも大病院を受診することで大病院が圧迫されるという問題が指摘されてきた。200 床以上の病院を紹介状なしで初めて受診する場合は、病院の定める初診料を自己負担とするなどの措置がとられてきたが、2016 年 4 月からは緊急の場合を除き、大病院(特定機能病院、一般病床 500 床以上の地域医療支援病院)を紹介状なしで受診する場合は特別の料金がかかる制度が導入された。その後の診療報酬改定で中規模の病院も対象となり、2022 年 10 月時点では、特定機能病院、地域医療支援病院(一般病床 200 床以上に限る)、紹介受診重点医療機関(一般病床 200 床以上に限る)を紹介状なしで受診する場合は特別の料金がかかるようになっている。

制度として医療機関の機能分化をはかり、患者が症状に適した医療機関で適切な医療を受けられるよう、診療所と病院が機能・役割を分担し、相互の連携をはかるのが病診連携である。地域の医療機関が連携をはかることを一般に「医療連携」とよぶ。その類型としては病診連携の他に、診療所同士の連携である「診診連携」や、病院と病院の連携である「病病連携」がある。医療連携の分類としては、さらに、紹介の方向に着目した「前方連携」と「後方連携」がある。「前方連携」は診療所から病院へ「紹介」を行う場合をいい、「後方連携」は急性期治療が終了した段階で、病院から地域の診療所への「逆紹介」を行う場合をいう。

【関連用語】

逆紹介, 開放病床, 医療法, 特定機能病院, 療養型病床群, 地域医療支援病院, 紹介受診重点医

療機関, フリーアクセス, 医療連携, 地域医療連携, 診診連携, 病病連携, 前方連携, 後方連携

機能分化

Clinical Specialization

2014年6月に効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法が改正され、「病床機能報告制度」(2014年10月～)と「地域医療構想」(2015年4月～)という制度が導入された。「病床機能報告制度」と「地域医療構想」は、病床の機能の分化・連携を推進するための仕組みである。「地域医療構想」は、都道府県が二次医療圏を基本とした「構想区域」毎に、2025年の「高度急性期機能」「急性期機能」「回復期機能」「慢性期機能」という4機能別の必要病床数を定め、その達成に向けた病床の機能の分化及び連携の推進に関する施策を検討する制度である。

「高度急性期機能」とは、急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能をいい、例えば救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室など、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟をいう。「急性期機能」とは、急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能をいう。「回復期機能」とは、急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能をいう。特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)をいう。「慢性期機能」とは、長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能や、長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能をいう。

一方、地域医療支援病院とは、医療施設機能の体系化の一環として、患者に身近な地域で医療が提供されることが望ましいという観点から、紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を通じて、第一線の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能力を備え、地域医療の確保を図る病院として相応しい構造設備等を有するものとして、都道府県知事が個別に承認した病院のことをいう。

【関連用語】

地域医療構想、地域医療支援病院

医師の働き方改革

Physician's work style reforms

2018年7月に「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律」が公布され、労働基準法や労働安全衛生法など、関連する様々な法律が改正されることとなった。この改正の要点として「罰則付きの時間外労働の上限規制」が導入され、医師を含む一部の事業・業務については2024年4月1日から施行される。医師の働き方改革が求められる背景として、医師の労働が長時間であること、医師に対する労務管理が不十分であること、そして業務が医師に集中していることがあげられている。これまで我が国の医療が医師の長時間労働により支えられてきたことを踏まえ、今後、医療ニーズの変化や医療の高度化、少子化に伴う医療の担い手の減少が進む中で、医師個人に対する負担の増加を食い止める方策が求められる。

医師の働き方改革に向けた対策として、長時間労働を生み出す構造的な問題への取り組みが求められる。具体的には、地域医療構想・外来機能の明確化を含む医療施設の最適配置の推進、地域間・診療科間の医師偏在の是正、そして国民の理解と協力に基づく適切な受診の推進があげられる。そのためには、普及や啓発に向けた行政による支援に加え、医療機関内での医師の働き方改革の推進が重要となる。医療機関内での医師の働き方改革の推進として、適切な労務管理の推進およびタスクシフト／シェアの推進が必要となる。まず適切な労務管理の推進として、医師の時間外労働の上限規制と健康確保措置への対応があげられる。医師の時間外労働の上限規制に向けた医療機関に適用される水準として、一般労働者と同程度とする「A水準（年間960時間）」、主に救急医療などの政策医療を担当する「B水準（年間1860時間）」、大学病院など医師を地域の医療機関へ派遣する機能をもつ「連携B水準（年間1860時間）」、一定の期間集中して技能向上のための長時間労働を必要とする臨床研修医や専攻医を対象とする「C水準（年間1860時間）」が設けられる。またこれらの水準設定に加え、他業種にはない健康確保措置として健康状態を医師が確認する面接指導や、連続勤務時間の制限および勤務間に一定の休息時間を義務付ける勤務間インターバルなどの確保を追加的に求める仕組みとなっている。つづいてタスクシフト／シェアの推進として、医療機関は医師以外の看護師、医療従事者、そして事務職を含めた業務範囲の拡大・明確化を推し進め、各職種の専門性を活かした業務改善に向けての組織運営・管理に努める必要がある。

医療機関における労務管理の徹底、労働時間の短縮、そしてタスクシフト／シェアの推進を中心とした対策により、医師の健康確保に加え、全ての医療専門職が自らの能力を活かし、より能動的に対応できるようにすることで、質・安全が確保された医療を持続可能な形で患者に提供できることを目指してゆく必要がある。

【関連用語】

労務管理, タスクシフト/シェア