

地方財政を逼迫させる人口減少

日本の地方の町がなくなる。2014年に発表された日本創成会議・人口減少問題検討分科会の報告書にショックを受けた国民は少なくないと思われます。わが国の少子高齢化は、これまで世界のどの国も経験したことがないスピードで進行しています。この少子高齢化により、2015年現在、1億2700万人ほどのわが国の人口は、2050年にはついに1億人を割り込み、全国の約6割の地域で人口が半減し、そのうち約3分の1の地域では人が住まなくなるという極めて深刻な状況に陥ってしまいます。

このような状況を受け、国土交通省は大きな政策テーマとして「新たな国土のグランドデザイン」を掲げ、その基本戦略の第1番目として「コンパクトな拠点とネットワーク構築」を挙げています。これまでとは違った新しい町づくりに本気で取り組むことが求められているのです。東京圏を中心とする都市部は、まだ、高齢化・人口減少についてさほどの課題ではありませんが、いずれは他の地域と似たような課題に直面することになるでしょう。

しかし、多くの地域は既に現実のものとなっています。高齢化、そして人口の減少は、地域の活性化という根本的な課題の一方で、直截的には地方の財政問題に直結しています。想像していただければ理解できるのですが、例えば、大都市周辺や地方都市で、民家が点在しているような地域で、上下水道、電気、ガスといった生活インフラを維持するには大きな財政的な負担が生じます。さらに具体的にいえば、安全な生活を確保するための河川の整備、道路の維持、また橋の整備、場合によってはその架け替えなど、地方自治体の収支は大きくバランスが崩れたものとなってしまいます。

規制緩和と民間活力で高齢者対策

そこで国土交通省は、2014年度から立地適正化計画制度を創設し、鉄道の駅といった拠点に医療機関やスーパーなど生活基盤となる機能を集約し、住宅を整備。そしてこのような拠点を交通機関や様々な情報網等で結び、都市機能を維持していこうとしています。医療施設の立地に対しても一定の条件の下で、地元市町村の負担なしに事業者に補助することができます。しかし、高齢者自身の居住地を交通結節点の周辺地域に誘導していくには時間がかかります。高齢者にとって住み慣れた自宅を離

FOCUS



前国土交通省
国土交通政策研究所
所長
佐々木晶二

れることの負担は大きく、居住地が集約していくには一世代、30年くらいはかかると想定しています。

都市の構造が大きく変化するまでの期間は、大都市の郊外部や地方都市の住宅地では、日常サービスの不便な地域で、高齢者が居住を続けることになります。いわゆる買物難民、介護難民状態です。それをそのまま放置すれば高齢者にとって極めて不便だけでなく、生活サービス不足から若者世代も入ってこなくなります。結果として、子どもたちが相続しても自ら住まない住宅を売却もできず空家になったり、所有者が不明になっていきます。

このような大都市郊外部や地方都市の住宅地の問題を、早期にかつ深刻化する前に解決するためには、民間事業者と連携して、住宅地への様々な高齢者サービスを、都市計画の手法を活用しながら支援していくことが大事だと考えています。国は土地などの不動産に関する規制緩和や民間活力を最大限活かそうとしており、様々な実験的な取り組みも始まっています。

例えば、コンビニエンスストアや宅配事業者と地方自治体が連携し、高齢者の買い物や通院、見守りのサービスを提供する。建築基準法を改正し、コンビニの出店規制を緩和、あるいは地方自治体が所有する集会所などの公的不動産を活用し出店を促し、高齢者の日常生活の利便性を高めていく。また、移動販売車を住宅地にある公園で営業してもらうなど、徐々にではありますが、確実に変化してきています。

私は、入省後、都市計画という分野に長く携わってきました。そして、より良い住みやすい町づくりに取り組んできました。かつて石川栄曜という都市計画の先達は、「社会に対する愛情、それを都市計画という」と喝破しましたが、2050年以降を見据え、多くの関係者がこの気持ちで新たな都市づくりに取り組んでいただくことを願っています。

(文責：編集部)

「民間活力も導入し新たな都市づくりを」

医師の働き方改革、今とその行方



2018年7月10日、約4カ月ぶりに「医師の働き方改革に関する検討会」が開催された。2月に6項目からなる医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組について公表されたが、検討会ではその実施状況の低さが指摘され、課題が明確にされた。検討会は今後、宿日直、応招義務などの検討を深め、時間外労働の上限時間を含む具体的施策について2019年3月までに取りまとめる。改革の現状を整理し、今後を展望する。

1. 医師の働き方改革の背景と概要

医師の働き方改革の背景

コンサルタントとして医師にヒアリングをすると「休む時間がない」「限られた時間の中でも自己研鑽をする必要がある」「常に緊張感がある現場」「疲れが取れない」など、その多忙さが滲み出る言葉をよくお聴きする。現在、医師不足・偏在が叫び続けられている中、医師はオンコールや当直を除いても週60時間を超える勤務時間、長時間労働の常態化が指摘され続けている。これに対し、これ以上、医師の自己犠牲を伴う負担と「人の命を守る」という士気に過度に依存をしたシステムに頼るのではなく、抜本的な改革が必要なのではないかと、国を挙げての「医師

の働き方改革」が始動。2016年には、医師の勤務実態や、働き方の意向・キャリア意識を正しく把握することを目的に、厚生労働省による全国10万人の医師を対象としたアンケート（厚生労働省2016-2017年：医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査）を実施されるなど、その必要性が繰り返し議論されてきた。

そのような中で、医師の働き方改革が「待ったなし」の状態になってきたのは、2017年3月、政府が決定した「働き方改革実行計画」が大きく影響している。この計画によって、長時間労働の是正のための時間外労働の上限規制、非正規雇用の待遇改善を目的とした同一労働同一賃金などを柱に13項目に関する具体的な方針が決定され、国全体でその対応を迫られることになった

テーマ	現行	働き方改革関連法案		
		概要	中小規模の医療機関 (従業員100人以下または出資金5,000万以下)	それ以外の 医療機関
時間外労働の 上限規制	原則として1カ月45時間、かつ、年間360時間だが、違反しても罰則はない。特別条項付36協定を締結していれば、年間6カ月を超えない期間内で限度時間を超えて時間外労働が可能（時間の上限がなくなるため、実際は青天井）。	原則として1カ月45時間、かつ、年間360時間に変わりはないが、違反すると罰則が科せられる。 特別条項付36協定を締結していれば、年間6カ月を超えない期間内で限度時間を超えて時間外労働が可能だが、下記要件をすべて満たす必要がある。 ・年間の時間外労働は月平均60時間（年720時間）以内とすること。 ・単月100時間未満（休日労働を含む）、2～6カ月平均80時間以内（休日労働を含む）とすること。	医師を除き2020年4月1日から適用	医師を除き2019年4月1日から適用
割増賃金率	大企業に限り、月60時間を超える時間外労働に係る割増賃金率を50%以上とする（中小企業の猶予措置）。	すべての事業所において、月60時間を超える時間外労働に係る割増賃金率を50%以上とする（中小企業の猶予措置廃止）。	2023年4月1日から適用	既に適用あり
年次有給休暇	取得日数についての規定はなし。	10日以上年次有給休暇が付与される労働者に対し、年間5日について、毎年時季指定して与えなければならないとする（労働者が時季指定したり計画的付与したものは除く）。年間有給休暇取得日数が5日未満の労働者がいた場合、罰則が科せられる。	2019年4月1日から適用	
労働時間の 状況の把握	「労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関するガイドライン」で同内容が示されていたが、法律に規定はない。	省令で定める方法（現認や客観的な方法となる予定）により把握をしなければならないことが労働安全衛生法に規定された。	2019年4月1日から適用	
同一労働 同一賃金	パートタイム労働法により均等待遇のみ規定されていた。	短時間・有期雇用労働者、派遣労働者と正規雇用労働者との不合理な待遇差を解消すること。	2021年4月1日から適用	2020年4月1日から適用
産業医	産業医が行った労働者の健康管理等に関する勧告の内容を尊重しなければならない。	産業医が行った労働者の健康管理等に関する勧告の内容を衛生委員会に報告しなければならないとする等。	2019年4月1日から適用 (ただし、産業医の選任義務のある労働者数50人以上の事業場)	

表1 医師の働き方改革関連法案の概要

「働き方改革関連法」より特に対応が必要となるものを編集部にて作成



ただ。

しかし、この時間外労働の上限規制に関する決定の中で、医師に関しては、医師法に基づく応招義務などの特殊性を踏まえた対応が必要であることから、「時間外労働規制の対象とするものの、改正法の施行期日の5年後を目途に規制を適用することとし、具体的には医療界の参加の下で検討の場を設け、質の高い新たな医療と医療現場の新たな働き方の実現を目指し、2年後を目途に規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策などについて検討し、結論を得る（出典：働き方改革実行計画）」とされた。医師を「労働者」として扱い、議論することそのものに対する意見も含めて、現在も議論が続いている。

医師の働き方改革の概要

医師の時間外労働規制に関する議論が未だ完了していない中でも、国全体としては2018年6月、時間外労働の上限規制や、同一労働同一賃金、高収入の一部専門職を労働時間の規制から外す脱時間給制度（高度プロフェッショナル制度）などを柱とした働き方改革関連法案が成立。2019年4月より施行されることになり、病院経営全体としては、表1のように医師以外の働き方改革への対応が急務となっている。

また、今回の法案成立によって、時間外労働の上限規制だけでなく、これまで中小企業として月60時間を超える時間外労働に係る割増賃金率は25%以上でよかった法人も、施行後は50%以上となるので注意が必要となる。

つまり、今後、同じ働き方（労働実態）を続けるのであれば間違いなく人件費は増大してしまうことになるからだ。

2. 医師の働き方改革が抱える課題

今回の法案成立によって、すでに法人としての対応を求められるものもあるものの、医師にとって一番大きな課題となる時間外労働規制のあり方については、引き続き議論がされており、一体何時間の規制が適用となるのかに注目が集まっている。

しかし、今回の一連の議論の中で、時間外労働の上限の規制とあわせて、今後の抜本的な見直しが必要と判断される課題も多く浮かびあがっている。

応招義務への対応

まず一つ目が「応招義務への対応」だ。医師には医師法第19条

	基準表	労働時間、賃金、手当
中間業務1	全拘束時間に占める労働時間の割合が〇%	例えば、全拘束時間の25%を勤務時間とし、それに相当する賃金を払う
中間業務2	全拘束時間に占める労働時間の割合が△%	例えば、全拘束時間の50%を勤務時間とし、それに相当する賃金を払う

表2 中間業務イメージ

出典：「平成30年医師の働き方検討会議 医師の働き方改革に関する意見書」より抜粋

第1項に定める「応招義務」が課せられている。そのため、労働時間の制限が実施された結果、応招義務に対応できない恐れとともに、地域医療の安定確保が難しくなる危険性が指摘されている。

この点に関しては、現在の応招義務は昭和23年に制定されたものであること、その責が個人に対するものとなっていることなど、社会情勢、働き方、テクノロジーが変化してきている中で、そのあり方自体に見直しが求められている。このため、今後は個人ではなく組織としての対応による地域医療の継続をどう実現するかといった観点による新たな整備が待たれているのが現状だ。

宿日直のあり方

厚生労働省は医療機関での夜間や休日の労働に対し、業務が検温など負担の少ない範囲にとどまり十分な睡眠が取れる場合のみ、通常の勤務とはみなさず時間給や時間外割増が発生しない「宿日直手当」での対応を認めている。これに対して医療機関も宿日直手当を適用。救急治療など実際の業務があった時間だけ労働とみなして賃金を支払ってきた。

しかし、現在多くの労働基準監督署では、一般的な救急の実態として、夜間や休日の勤務の負担が少ないとはいえず、通常と同様の労働に相当すると判断。待機時間も含め時間外労働として割増賃金を支払うよう求められるケースが増加している。

これにより、これまで宿日直手当の支給によって対応していたものを、全て「勤務」として扱っていく必要があり、コストが上がり過ぎるという課題が生じている。

この課題に対し日本医師会をはじめとする医療関係団体の代表者で組織された「医師の働き方検討会」の意見書では、現実的には、通常業務がほとんどない「許可を受けた宿日直」（断続的・監視的労働で労働時間の適用除外）と「通常業務と同じ宿日直」

だけでなく、「通常より少ない」宿日直があり、それらが宿日直全体の約半分を占めている（出典：勤務実態調査 2017 全国医師ユニオン）とし、この実態を踏まえ、断続的・監視的労働でも通常業務でもない、「中間的な働き方（中間業務）」（表2）に対応する制度を構築する必要性を提案している。

女性医師への支援

かつて10%未満であった女性医師の割合は、現在、若い世代において

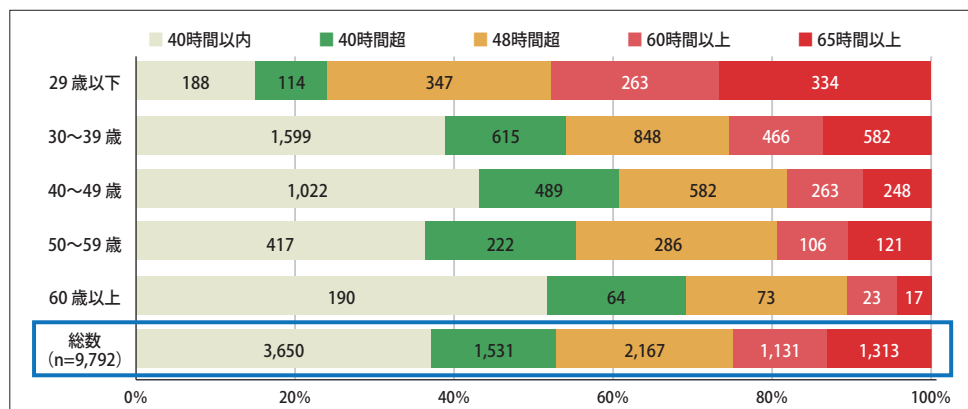


図1 1週間の実勤務時間構成の割合

出典：日本医師会男女共同参画委員会、日本医師会女性医師支援センター「女性医師の勤務環境の現状に関する調査報告書」（2017年8月）より抜粋

は30%を超えており、今後女性医師の継続勤務をいかに支援していけるかは、医師一人の労働時間が制限される中では、国全体の医療提供体制維持の視点からも重要な課題と思われる。また、出産・育児というライフイベントと研修や専門医取得などの時期が重なることが想定される中で、ワークライフバランス確保のための社会的支援は極めて重要といえるだけでなく、いわゆる、職場におけるマイノリティにどのように対応していくかは、職場の多様化が求められる昨今にとって、避けては通れない課題だ。

そのうえで、日本医師会・女性医師支援センターなどが2017年に行った調査によると、図1の通り20代、30代を中心にかなりの長時間勤務があり、50代、60代になっても半数またはそれ以上がかなりの長時間勤務をしているという実態がみてとれる。

また、同調査では、特に外科系の診療科で長時間労働が多く、特に救急科はいわゆる過労死ラインといわれる時間数を超えた医師の割合がかなり多くなっているとの報告もされている。

一方で、仕事を続けるために職場でどんなことが必要かということを複数回答で聞いた結果(図2)をみると、宿日直の免除、医師の増員、時間外勤務の免除、主治医制の見直し、フレックス制度の導入、短時間常勤、代診医師派遣制度、配置転換、二交代制勤務、診療報酬、医療費等行政施策

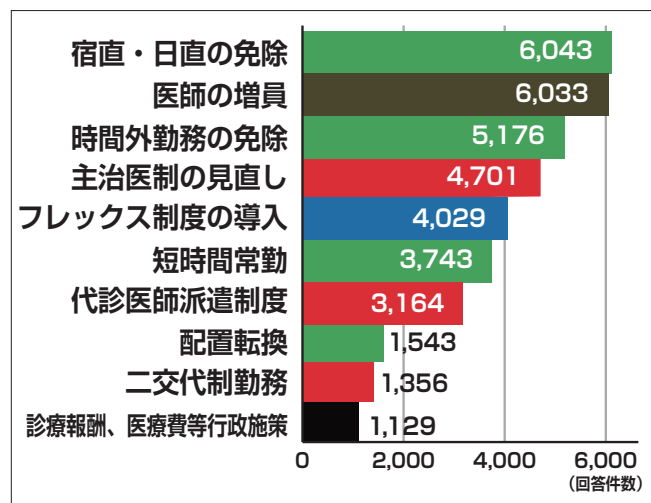


図2 仕事を続けるためには
出典：日本医師会男女共同参画委員会、日本医師会女性医師支援センター「女性医師の勤務環境の現状に関する調査報告書」(2017年8月)より抜粋

医師派遣制度、二交代制勤務といった勤務環境の見直しに関する要望が上位に挙がっている。

これは、日本の中堅中小企業で働く女性を対象として実施された調査と照らし合わせても同様であり、女性の継続勤務実現においては、勤務環境見直しを通じた新たな組織風土づくりを重視している傾向がみてとれる(表3)。

さらに、これらの勤務環境に対する変革は、何も女性だけが望むものではない。若手医師(卒後10年以下)と医学生を対象にした2017年の調査では、90%以上が健康対策の必要性を重視し

	「いまの職場で働き続けたい」という項目に どのような因子が影響しているか
第1位	責任感を持って仕事に取り組める風土
第2位	多様性を認める風土
第3位	残業見直しの雰囲気

表3 中原淳/トーマツイノベーション著「女性の視点で見直す人材育成」より編集部作成

ており、80%以上が医師自身の働き方に対する意識の変革が必要と回答している(出典：医師の長時間労働の法規制に関する若手医師と医学生からの提言書「壊れない医師・壊さない医療」を目指して2017年12月22日)。

つまり、病院として将来的な医師の確保、魅力的な職場を実現していくためにも、長時間労働の是正を含む勤務環境改善というテーマに対し、どのような方針を立て、対応をするのか、その姿勢が問われているともいえる。

3. 経営危機を招く医師の労務問題

ここまで、医師の働き方改革の背景、概要そして依然として残る検討課題をみてきた。しかし、「言うは易く行は難し」がこの働き方改革の特徴でもあり、「そんなこと言っても、あと5年あるし…」と対応しかねている法人も多いのではないだろうか。だが、そうも言っていられない状況が今起きている。改正労働基準法の適用を待たずして、労働基準監督署による病院への立ち入り調査が行われており、その数は増加の一途をたどっているのだ。まさに「待ったなし」の状態といえる。

ジレンマに陥る病院経営

特に急性期病院においては、過労死ラインを超える長時間労働の常態化が問題視されてきたことから、労働基準監督署は、時間外労働が1ヵ月80時間を超える医療機関を対象に立ち入り調査を行っているとのことだ。昨今の報道によると、全国85の特定機能病院のうち、7割超の64病院が、違法残業や残業代未払いなどで是正勧告を受けており、少なくとも28病院では勧告が複数回繰り返されていたことも明らかになった。それ以外にも医療機関への是正勧告に関する報道は、新聞紙面を賑わせており、枚挙に暇がない。

是正勧告の内訳で最も多いのは、「労使協定を上回るなどの違法残業(労働基準法第32条違反)」、次いで、「残業代未払い・割増賃金不足(労働基準法第37条違反)」となっている。「医師には労働時間なんて当てはまらない」、「医師として一人前になろうとしたらこれぐらいやって当たり前」が許されたのは昔の話。医師にも適切な時間管理が求められているのだ。

もうひとつ、前述の宿日直の問題も現時点では対応せざるを得ない課題だ。厚生労働省は、医師が過重労働になる原因の多くは宿日直業務にあるという考えから、「医療機関における休日及び夜間勤務の適正化について」(厚生労働省労働基準局長通知・2002年3月19日)を都道府県労働局に通達した。この通達の宿日直の許可基準によると、まず、急性期病院での夜間及び休日対応は、宿日直勤務とは認められない可能性が高い。

実際、宿日直勤務としての取扱いを廃止し、労働時間としてみなすよう是正勧告を受けた場合の未払い残業代は数十億円に上ることも少なくなく、それ以降の件費にも多大な影響を与える。それに加え、外来診療を縮小したり、患者・家族への病状説明にあたる時間を制限したりと、患者に影響が及んでいる医療機関もある。

「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」(医師の働き方改革に関する検討会)においても「医師の時間外労働規制の施行を待たずとも、勤務医を雇用する個々の医療機関が自らの状況を踏まえ、できることから自主的な取組を進めることが重要」とあ



①	医師の在院時間を客観的に把握すること
②	36協定を締結していない、また36協定に定める時間数を超えて時間外労働をさせていないかを確認すること
③	労働安全衛生法に定める衛生委員会や産業医などの産業保健の仕組みを活用すること
④	医師の業務負担軽減のため、他職種へのタスク・シフティング（業務の移管）を推進すること
⑤	女性医師が出産・育児などで「臨床への従事」や「キャリア形成の継続」などが阻害されないよう、短時間勤務などの多様で柔軟な働き方を推進すること
⑥	医療機関の状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取組を進めること

表4 「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」（医師の働き方改革に関する検討会 2018年2月27日）より作成

るように、まずは自法人の実態を把握し、特に経営に大きな影響を与える「労使協定を上回るなどの違法残業（労働基準法第32条違反）」や「残業代未払い・割増賃金不足（労働基準法第37条違反）」については喫緊の対応が求められる。

4. 法令遵守の組織体制を考える

厚生労働省の医師の働き方改革検討会から「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」において、6項目の具体策が公表された（表4）が、医療機関としては、何から取り組むべきかを考える。

現状分析の視点

①「36協定等の自己点検」

まず、最低限押さえておくべきなのは、「36協定等の自己点検」だ。自己点検に当たっては、診療科ごとの実態の違いを考慮した複数の定めとする対応も検討する。併せて就業規則などの労働関係法令上作成が求められる書類についても各医療機関で内容を確認した上で、自己点検後の36協定等を適用対象である医師に対してきちんと周知することが求められる。

②「労働時間の実態把握」

2つ目は、「実態把握」だ。いくら36協定や特別条項を締結していても、それを無視して過労死ラインを超えた長時間労働（月100時間または2～6カ月のいずれかの平均で80時間）をしている医師がいる場合、それは医師個人の責任ではなく、法人側の安全配慮義務違反となってしまう。また、多くの病院では、労働時間を適切に管理・把握できていない場合もあり、まずは医師の在院時間について、客観的な把握を行う。ICカード、タイムカードなどが導入されていない場合でも、出退勤時間の記録を上司が確認するなど、在院時間を的確に把握することが求められる。

③その他

その他、細かな視点でみると

- ・「宿日直」の実態は勤務となっていないか？
- ・年俸者についても時間外労働支給分は明示されているか？
- ・医師を管理職扱いにする場合は管理職の4要件を踏まえているか？

など、法令遵守の視点からしっかりとした現状分析をする必要がある。

給与体系を見直す

また、現状分析結果を受けて現行の制度を改革することも必要だ。残業時間を把握したけれど、その分をそのまま支払っている、経営は立ち行かなくなる。同一労働同一賃金への対応と併せ、実態に沿った給与の支給に耐えうる給与体系構築が必要だろう。

現状、時間外労働がほとんどない医療機関であっても、年俸に時間外労働見合い分を含むのか、また含む場合はその金額や時間が明記されているかといった点や、時間外割増賃金の算定基礎は正しいかどうかを確認する必要がある。時間外労働がほとんどない状況であれば、賃金制度見直しの選択肢が広がるため、そういった法人こそ、むしろ今こそ取り組むべき課題といえる。

5. 医師の働き方改革の本質を考える

最後に、この広い「医師の働き方改革」というテーマにおいて、全医療機関が共通で大切にすべき視点は何なのだろうかを考える。それは、「医師の健康と地域医療の維持及びそれを支える安定した経営をどう実現するか」という点だろう。働き方改革を具体的に進めようとする、複雑で多岐に亘る課題が次々に登場する。つい、枝葉末節の議論に終始してしまうことが少なくないが、一つひとつの課題と向き合う際、常にこの視点を踏まえて判断していくことが大変重要といえる。

例えば、今後、労働時間の適正把握の流れはますます進むことが想定される。これまで曖昧なままだった医師の時間外申請や病院での勤務に対しても、規律と遵守を求めていくことになるが、医師によっては管理を嫌う者も出てくるかもしれない。また、自己研鑽も労働か否か詳細に区別・管理するようになれば、医師の自己研鑽に対するモチベーション低下や、管理者からの自己研鑽指示の抑制といった弊害が生じるかもしれない。そのような中で、これまでと同様に組織を成長させていくには指導者側のさらなるスキル向上と学ぶ側の自律は必須となるだろう。加えて、女性医師や非常勤医師、タスク・シフティングによる他職種との連携など、多様なチームで成果を出すことがこれまで以上に求められるが、これには、一般的に生じやすい「多様性のあるチームはマネジメントコストが増大し、全体として生産性を下げやすくなる」という課題への対処が迫られることになる。

つまり、「医師の健康と地域医療の維持及びそれを支える安定した経営の実現」という主目的においては、長時間労働の規制や勤務環境の見直しといったことは手段でしかなく、単純な労働時間の削減という号令と施策でこの根本問題が解決されるものではない。もちろん働き方改革の流れによって、医師はこれまでの労働観を改めるきっかけや機運にはなるだろう。しかしそれはあくまでもきっかけにしかすぎない。この労働観にまで踏み込む「働き方改革への対応」という問題は単純な労務問題などではなく、トップレベルの経営課題そのもののものだ。これまで以上に社会性に基づく行動とマネジメントスキル向上を医師一人ひとりに踏み込んで求めていく中で、経営者には、5年後までにどう法律に対応するかではなく、残された僅かな時間の中で、どれだけ人材を育成できるか、どう文化を変えていけるか、その覚悟と実践が問われているといっても過言ではないだろう。

（文責：編集部）

Libraの分析事例

“病院分析システム Libra” は日本経営が600件を超える病院経営コンサルティングの実績に基づいて開発したWebサービスです。収益向上・費用削減・医療の質向上の3点について、有用なデータ分析が簡単に実施できます。今回は、このシステムを活用した病院経営の分析事例をご紹介します。



病院情報の公表に関する今後の方向性

2017年より、機能評価係数Ⅱにおける保険診療係数のうち「病院情報の公表」については、以下の項目について自院のホームページ上でデータの集計値を公表した場合に加算がされています。

病院情報の公表

- | | |
|-------------------------------|---|
| 1) 年齢階級別退院患者数 | 5) 脳梗塞のICD10別患者数等 |
| 2) 診断群分類別患者数等(診療科別患者数上位3位まで) | 6) 診療科別主要手術別患者数等(診療科別患者数上位3位まで) |
| 3) 初発の5大癌のUICC 病期分類別ならびに再発患者数 | 7) その他(DIC、敗血症、その他の真菌症および手術・術後の合併症の発生率) |
| 4) 成人市中肺炎の重症度別患者数等 | |

今回改定においても現行の枠組みが維持されます。なお2) 診断群分類別患者数等、6) 診療科別主要手術別患者数等については、上位3項目の記載を必須とし、5項目まで記載可能とすること、4) 成人市中肺炎の重症度別患者数等については、臨床で用いられている分類に沿って見直されました。

また上記に加え、厚生労働省医政局の「医療の質の評価・公表等推進事業」で使われている「共通指標セット」を参考にしながら、2019年度の評価に向けて拡大することを検討することとしてはどうかとの議論がなされています。共通指標セットの項目は17項目となっていますが、病院によっては該当しない項目もあることや現場サイドの自主的な取り組みを促す観点から、任意項目も設け選択できる仕組みが検討されています。

この内容が実現する場合、医療の質の観点での病院間の比較が容易にされるようになることが想定されます。そのため、各病院においては当指標による評価ができる体制を整えるとともに、結果に基づき現場での改善が必要になってきます。

病院情報の公表(現行7項目)に関するLibraの機能: 病院指標

病院情報の公表は、年に1度の更新といえども、用意するには相当な手間がかかるものです。Libraでは、現行制度にて定められている7項目について、以下の方法で確認することができます。

■ 病院指標

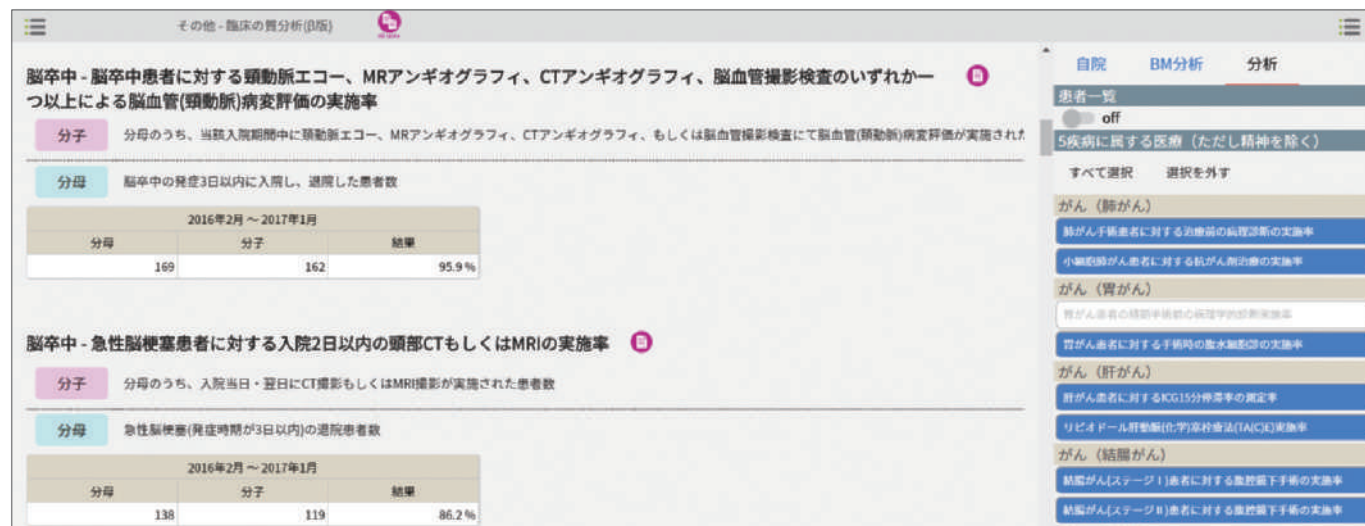
その他 - 病院指標										
病院指標 2016/4~2017/3										
年齢階級別退院患者数										
年齢区分	0~	10~	20~	30~	40~	50~	60~	70~	80~	90~
患者数	33	93	194	363	778	804	1,514	2,178	1,644	352
診断群分類別患者数等(内科)										
DPCコード	DPC名称			患者数	平均在院日数	転院率	平均年齢			
040081xx99x00x	誤嚥性肺炎 手術なし 手術・処置等2:なし 副傷病...			135	24.674	9.630 %	85.689			
110280xx99000x	慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全...			81	8.333	2.469 %	62.296			
110310xx99xx0x	腎臓または尿路の感染症 手術なし 副傷病:なし			75	19.680	1.333 %	80.120			
100070xx99x100	2型糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く...			66	11.152	0.000 %	62.697			
180010x0xxx0xx	敗血症(1歳以上) 手術・処置等2:なし			59	27.017	3.390 %	80.186			



■ 病院情報の公表（新制度）に関するLibraの機能： 臨床の質分析 等

Libraでは、2010年年度より医療の質の評価・公表推進事業に参加する独立行政法人国立病院機構で作成された「臨床評価指標」の使用許諾を受け、これらの項目をLibraで簡易的に分析できる機能として「**臨床の質分析機能**」を追加しました（現在、β版として稼働中）。共通指標セットに含まれる指標の一部をカバーで分析できることのほか、共通指標セットより幅広い項目の分析ができるように対応しています。〈現在機能開発中〉

■ 臨床の質分析



■ Libraのデータを活用「重症度、医療・看護必要度」のデータ解析！

Libraには数々の機能がありますが、特に近日ご活用いただいているのは「重症度、医療・看護必要度」の分析機能です。当機能の紹介と、その機能で収集したデータを解析した結果についてご紹介します。

重症度、医療・看護必要度の分析機能

Libraでは「看護必要度チェック」という機能で、重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡの集計や、精度チェックが可能です。

■ 分析機能例① 必要度Ⅰ及びⅡの評価項目別集計

		2018年4月			
		重症度、医療・看護必要度Ⅰ		重症度、医療・看護必要度Ⅱ	
		患者数	患者比率	患者数	患者比率
A-01-01	創傷の処置（褥瘡の処置を除く）	850	12.3 %	516	7.5 %
A-01-02	褥瘡の処置	296	4.3 %	0	0.0 %
A-03-01	呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）	833	12.0 %	766	11.1 %
A-04-01	点滴ライン同時3本以上の管理	278	4.0 %	455	6.6 %

当機能では、各評価項目における患者数を表示するため、自院の患者層が一目で分かります。

また必要度ⅠとⅡにどれだけの差異が出ているかも確認できるため、入力漏れ等に留意した方がよい評価項目を確認できます。

■ 分析機能例② 必要度Ⅰ及びⅡの整合性チェック結果一覧

No	患者特定コード	評価項目名	重症度、医療・看護必要度Ⅰ	重症度、医療・看護必要度Ⅱ	レセプト電算コード
1	0024e4c2e0a5c5f1444ac2b134c70de0fd40...	呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）	1	0	該当なし
2	0024e4c2e0a5c5f1444ac2b134c70de0fd40...	心電図モニターの管理	1	0	該当なし
3	0024e4c2e0a5c5f1444ac2b134c70de0fd40...	点滴ライン同時3本以上の管理	1	0	該当なし
4	0024e4c2e0a5c5f1444ac2b134c70de0fd40...	呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）	0	1	140005610
5	0024e4c2e0a5c5f1444ac2b134c70de0fd40...	心電図モニターの管理	0	1	160102510

当機能では、必要度ⅠとⅡに差異があった評価項目を、患者別に表示しています。具体的にどのような患者に対し現場の改善をした方がよいかを判断材料とすることができます。診療行為の正しい記録や、看護師による必要度の記録漏れを是正しますので必要度の向上に寄与します。



■ 分析機能例③ 必要度が入院期間ごとに低下しやすいDPCコードは何か

以下は、DPCコード別、入院期間別に看護必要度Ⅰの該当患者割合を集計しています。今回は各症例の中から、全国で症例数が多いDPCコード(※)を抜粋し、集計しました。

※出典：平成30年3月6日(火)平成28年度DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」の結果報告について(6)診断群分類毎の集計(Excel:24.491KB)

#	コード	DPC名	全国傾向		DPC期間ごとの重症度該当患者割合			
			症例数	平均在院日数	期間Ⅰ	期間Ⅱ	期間Ⅲ	期間Ⅲ超
1	020110xx97xxx0	白内障	303,868	2.9	3.2%	6.8%	1.0%	0.0%
2	060100xx01xx0x	小腸大	257,438	2.7	20.6%	23.8%	12.7%	—
3	050050xx99100x	狭心症	186,449	3.1	5.9%	9.1%	12.6%	—
4	050050xx02000x	狭心症	139,882	4.7	55.9%	63.2%	38.1%	31.0%
5	040081xx99x00x	誤嚥性	118,028	21.3	55.7%	44.5%	49.7%	64.2%
6	050130xx99000x	心不全	101,039	18.0	51.1%	40.2%	36.6%	53.0%
7	110310xx99xx0x	腎臓また	97,943	12.4	27.3%	17.7%	24.9%	40.7%
8	110080xx991xxx	前立腺の	96,463	2.7	52.6%	45.4%	38.6%	0.0%
9	060340xx03x00x	胆管(肝	89,069	11.1	41.3%	18.6%	22.3%	28.7%
10	160800xx01xxxx	股関節大	88,635	27.6	55.5%	17.0%	15.8%	33.2%
11	150010xxxxx0xx	ウイルス性	88,352	5.5	18.4%	5.5%	10.0%	2.5%
12	040090xxxxxx0x	急性気管支	68,403	6.0	27.0%	20.8%	22.6%	52.0%
13	140010x199x00x	妊娠期間	67,708	6.2	0.0%	0.0%	0.0%	—
14	050070xx01x0xx	頻脈性不	63,350	5.5	58.4%	40.7%	17.6%	0.0%
15	040040xx9910xx	肺の悪性	62,733	3.7	14.6%	24.2%	23.9%	37.7%
16	040040xx99040x	肺の悪性	60,342	12.4	25.2%	13.3%	17.8%	32.7%
17	060210xx99000x	ヘルニ	58,349	9.1	17.2%	6.7%	9.8%	28.0%
18	0400801199x00x	肺炎等	57,578	5.8	0.0%	—	—	—
19	110070xx0200xx	膀胱腫	57,435	7.4	59.0%	22.5%	16.8%	0.0%
20	040100xxxxx00x	喘息	56,968	6.4	22.8%	7.9%	12.9%	20.0%
21	060160x001xxxx	膵膵ヘル	56,446	5.3	35.0%	56.5%	12.1%	—
22	030250xx991xxx	睡眠時無	51,494	2.1	0.0%	0.0%	0.0%	—
23	040040xx99040x	肺の悪性	49,936	12.7	51.1%	20.0%	20.1%	38.2%

「必要度が入院期間ごとに低下しやすいDPCコードは何か」に関する考察

誤嚥性肺炎、心不全、狭心症などは入院期間に関係なく約半分近くが重症度、医療看護必要度の該当患者であることが分かります。一方、入院期間Ⅰからすでに必要度の対象となるものが少ないDPCコード、入院期間Ⅱから必要度が低下するDPCコードも散見されます。

※期間Ⅰ～ⅢとはDPC／PDPS(診断群分類包括支払い制度)で定められた疾患ごとの入院日数になります。

胆管結石(限局性腹腔膿瘍手術等)、ウイルス性腸炎、頻脈性不整脈(経皮的カテーテル心筋焼灼術)、膀胱腫瘍(膀胱悪性腫瘍手術等)、喘息、前庭機能障害などは期間ⅡやⅢで大きく看護の必要度が低下するため、期間Ⅰ以内もしくはは期間Ⅱの早期での退院・転棟等の対応(クリニカルパスの改善等)が必要と考えられます。





■ 病院分析システムLibraとは？

“病院分析システムLibra”は日本経営が600件を超える病院経営コンサルティングの実績に基づいて開発したWebサービスです。コンサルティングのノウハウを生かし、収益向上・費用削減・医療の質向上の3点について、有用なデータ分析が簡単に実施できます。

また当システムは、**タイムリーに他病院との実績比較**が可能です。

Libraの分析機能

Libraの機能は、大きく**9種類**に分かれます。



診療実績分析

基本指標・生産性に関する項目の分析が可能！

- 診療実績分析機能では、基本指標の「患者数」を紹介/救急などの入院経路別に集計できるほか、「診療単価」を診療区分ごとに集計できます。
- 生産性分析機能では、医師・薬剤師などの全ての職種で「職員1人当たり生産性指標」を定めています。



分析サマリ

毎月の経営会議資料が高度化・効率化！

- 時系列サマリ機能では、経営会議等で管理すべき重点経営指標を2～3クリックで作成できます。
- ペンタゴン機能では、重点経営指標に関して他病院との偏差値を確認でき、定期的な経営状態のモニタリングが可能です。



診療報酬算定支援

診療報酬請求の妥当性検証と請求可能性分析が可能！

- 弊社で設定したチェックロジックで請求内容の妥当性検証が可能で、増収効果が期待できます。
- 診療報酬請求件数を簡単に集計することができ、他病院との比較も可能です。



疾患分析

診療プロセスの最適化（経営面）に向けた分析が可能！

- 「DPC病棟/地域包括ケア病棟等」において包括請求と出来高請求との比較ができます。
- DPCコーディングの妥当性検証（手術・処置の有無、副傷病など）を行うことができます。



財務分析

一般的な財務分析と損益分岐点分析が可能！

- 経営分析の基礎となる「損益計算書に関わる財務分析」が可能です。
- 損益分岐点分析機能では、入院患者数を増加もしくは入院診療単価を増加させることにより、どの時点で黒字化するのかを測定できるため、病院全体での目標数値を明らかにすることができます。



人員配置分析

配置人数の妥当性が確認できる！

- 財務分析で人件費率が高い場合、生産性・人員配置数のどちらかに課題があります。
- 職種別の配置人数を他病院と比較することによって、適正人員配置数の把握が可能です。



シミュレーション

さまざまな改善施策の期待効果を簡単に試算できる！

- 入院基本料（病棟構成）を変更する場合の、対象患者数や収支の影響度を試算することができます。
- 後発医薬品の使用状況確認と、変更候補となる後発医薬品とその切り替え経済効果試算を行うことができます。



etc.

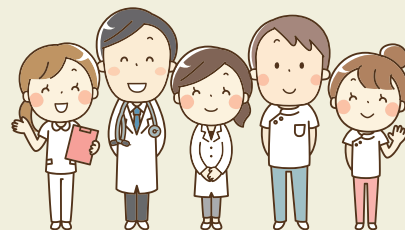
経営と品質の両面を確認することができる！

- DPC対象病院におけるホームページ公開用の「病院指標」の分析が可能です。
- 重症度、医療・看護必要度の分析、精度チェックが可能です。
- 国立病院機構で使用される臨床評価指標の分析が可能です。

Libraについて詳細を確認されたい方は、下記のLibra事務局にお問い合わせください。

Libra事務局（東京担当：西田）TEL：03-5781-0600 Mail: libra-guide@medi-system.co.jp





第3回 労働時間2

社会保険労務士法人 日本経営
社会保険労務士 児島 和成

明るく真面目な性格で積極的に業務を行っていた職員のAさんは、最近元気がなく遅刻も増え、業務のミスが目立つようになりました。当院はどの部門も職員が不足している状況にあり、シフト調整や部門間を超えて協力し助け合って日々の患者対応をしています。職員の勤務態度の不良は連帯感の乱れを生み、患者満足度の低下につながる恐れがあることから、B看護師長から声をかけてみました。

B 師長 「Aさん毎日お疲れ様。最近元気がなく、遅刻や業務のミスが多くなっているみたいだけど、どうかしたの？」

A さん 「すみません。最近残業が多くて、また少し風邪気味でして…」

B 師長 「そうだったの…。今日はもういいからあがって。体調がひどくなると大変だし、業務効率も下がって明日以降の業務にも支障が出るといけないからね」

A さん 「すみません。ではお言葉に甘えてそうさせていただきます。ご心配をおかけして申し訳ありません」



ところが状況は変わらず、欠勤に加え無断欠勤をした日もあり、他の職員からも心配する声や、そのことに関して不平を口にする者も出てきました。そこで、ある日、面談を行い詳しい事情を聞くようにしました。

B 師長 「前に話をしてから遅刻だけでなく、無断欠勤までしているけど、どうかしたの？ 少し風邪気味で体調が悪いとのことだったけど、まだ体調が悪いの？ それとも何か別に心配事があるの？」

A さん 「実は、プライベートで心配事がありまして…」

B 師長 「色々事情があるみたいだけど、無断欠勤はその日の業務に支障をきたし、仲間だけでなく患者様にも迷惑をかけることになります。休む場合は事前に連絡を必ずすること。また数日休む場合については、診断書を提

出することをお願いします」

A さん 「事前連絡等を徹底いたします。ご迷惑をおかけして申し訳ありません」

その後、本人から診断書が提出されました。診断書は心療内科医から出されたもので、「うつ状態。1ヵ月の診療を要する」という内容でした。診断結果が精神疾患に関するものなので、慎重に対応していかなければなりません。休職などを含め、どのような点に注意する必要があるでしょうか。

(1) 法的な視点

休職は労働基準法等の法律で定められた制度ではないため、企業は休職制度を設ける義務はありません。しかし、昨今の健康経営を推進する流れや企業の社会的責任を考えると、休職制度の設定やメンタルヘルス対策は避けて通れない課題といえます。

休職は企業が「就労に適切でない」と判断した職員に対して、雇用関係を維持しつつ就労義務を一時的に免除または禁止するものです。業務上の傷病の場合は労働者災害補償保険法（労災）が適用されますが、私傷病による休職の場合、法的な雇用保障はありません。

また、健康保険法によって傷病手当金の給付が定められていますが、「企業としてどのような条件で休職が可能で、休職時の取扱いはどうなるのか。また復職するためにはどうすれば良いのか」といった点を、最初に正確に説明することが重要になります。

【休職希望者と事前に確認しておくべき主なポイント】

- (1) 休職理由
- (2) 休職の手続
- (3) 休職期間
- (4) 休職中の給与や社会保険料
- (5) 休職時の遵守事項及び禁止事項
- (6) 休職期間を満了した場合の対応

休職は法律で定められた制度ではないため、休職の手続や休職期間等は各企業の就業規則で定められている内容に従うことになります。例えば、本人（休職希望者）から主治医の「休職が必要」といった診断書が提出された場合、直ちに休職させなければならないというわけではありません。疑義があるときは企業が指定する医師の診断を受けさせることができるよう、就業規則に定めておく必要があります。こうしたポイントを先に確認させておくことで、休職希望者は安心感を得ることができます。

特に精神疾患の場合、以下の2点について企業側から先に伝えることにより、トラブルを未然に防ぐことができます。

1. 休職時の遵守事項及び禁止事項

メンタルヘルス不調で休職している場合、気分転換を兼ねて休職期間中に旅行に行き、旅行中の写真をSNSに公開するといったこともあるかもしれません。事情を知らない同僚が、旅行中の写真を見てしまった場合、どのような気持ちになるでしょうか。これが原因となり職場の雰囲気が悪くなり、休職している職員が職場に復帰しづらくなったりする可能性もあります。

休職は体調を回復するための期間であり、休暇ではありません。休職中であっても職員としての身分に変わりはありません。また、体調の回復具合を定期的に報告させるといったことも認識させる必要があります。これら休職中であっても「守らなければならないこと」「してはいけないこと」「注意しなければならないこと」を事前に休職者本人に伝え、理解させておく必要があります。

2. 復職の条件と流れ

メンタルヘルス不調における復職の判断は慎重に行う必要があります。休職者の「復職したい」という意思、主治医の復職可能とする診断書だけをもって復職させた場合、休職者本人の状態や職場の環境によっては再度休職になることがあります。

ここで重要になるのは、職場環境や休職者の職務を把握している産業医の意見です。産業医が「まだ復職には早い」と診断した場合、休職者が異議を申し立て揉めるケースもあります。こういったリスクを回避するためにも、事前に「誰が、何を基準として、復職の可否を判断するのか」「復職までにはどのような流れがあるのか」といったことを明確にしておく必要があります。

(2) マネジメントの視点

遅刻が増える、あるいは休みの取り方がいつもと違う、また、普段とは異なる様子や態度がみえたら、本人は何らかの変化（不調）を感じ始めていることがあります。上司として部下の様子が気になったら、早い段階で声をかけて様子を尋ねてみる必要があります。この初動行為が「後に発生するかもしれないトラブル」を未然に防ぐことにつながります。

自分だけで解決できない場合は、人事部や総務部といった管



理部門に報告し、専門家に相談することが、健康障害の重症化を防ぐ上でとても重要です。また、長時間労働が健康障害を引き起こすことを踏まえ、勤怠管理をしっかり行うことも必要です。

残業時間が多い場合には、仕事の質や量の面で問題がないかを検討します。さらに、使用者には安全配慮義務だけでなく、健康配慮義務もあることから、必要に応じて受診を促すなど専門家につなげることが上司に求められる対応です。また、部署内外の人間関係に問題がなかったのかも確認する必要があります。

大切なことは自分自身も含めた体調不良を見逃さず、置かれている状況を把握することです。休職が必要であれば、復職を見据えた休職対応をしっかりと行うことです。そして、次のメンタルヘルス不調者を出さないように、不調者が休職に至った原因に向き合い、出来る限り根本的な対処を行うことです。

勤怠等の乱れは心身の不調に限りません。職員の怠惰や私生活の乱れ等が原因となるものもあります。私生活の乱れ等が原因で遅刻や欠勤が目立つ職員に対しては、面談の場を設けその原因を尋ね、同僚に迷惑をかけている現状や事業運営に大きな支障を与えていることを強く伝える必要があります。

毅然とした態度で注意し、今後どのようにしていくか、本人の考え方や姿勢を確認してください。その後一定期間、本人の勤怠状況等を確認し改善していない場合は再度、書面をもって注意し、指導記録をとるなど改善が無い状態を放置することがないようにしなければなりません。

職員（労働者）には賃金を受ける権利や年次有給休暇を利用する権利などがありますが、労働契約や就業規則を守り「誠実に労働する義務」もあります。出勤しても自分のやりたくない仕事だからといって、他のやりたい業務だけを行っていたはこの「誠実労働義務」を果たしているとは言えない、と考えられます。

権利は義務を果たして行使するものです。面談を通じて、働く上での権利と義務を整理し理解させることが大変重要なのです。

(3) まとめ

職員の勤怠を管理することによって、職員の健康障害や働き方の問題等に早い段階で気づくことができます。1人の勤怠の乱れは、部門または職場全体に影響を及ぼすこともあるため、黙認した結果、後々に大きな問題に発展することも少なくありません。

勤怠や勤務態度の乱れは、職場だけでなく家庭の事情などが絡んでいることもあるため、介入する難しさもありますが、面談等を通じて各人の置かれている状況を把握し、早い段階でそれぞれに適した対応を行うことが解決につながります。

まずは声をかけて職員を安心させること、そして自分1人で解決できない事情であれば、管理部門や専門家の協力を得て問題解決にあたることです。

黙認したところで問題は解決しません。自社の休職および復職時のルールを理解し、職員に今後の流れを伝え、共に対応するという姿勢が必要不可欠です。



医師の働き方改革と環境変化への対応

株式会社日本経営ホールディングス 代表取締役会長 藤澤 功明



ご存じのとおり、働き方改革関連法が可決・成立し、2019年4月1日から施行されることになりました。単に法令を遵守するだけでは、現場のオペレーションが回らず経営危機に陥りかねません。法改正の趣旨は、次世代に向けて経営のあり方そのものを根本から変革することにあります。

私どもの組織人事のコンサルタントも、全国の現場で組織改革のコンサルティングを展開しています。最近では「働き方改革! どう変わる“給与”と“マネジメント”の行方 給与と生産性のあり方を紐解く」と題したセミナーで、先進事例などを紹介しています。

また、一般社団法人 医療介護の安定と地域経済活性化フォーラムでは、病院経営層を対象とした少人数の会員制「医療介護経営研究会(東京)」を新たに立ち上げました。その初回のテーマが「医師の働き方改革と偏在解消」。

さらに、私どものコンサルタントが集結して企画した「病院長候補者及び後継者研修プログラム」は、ご案内から2週間ほどで定員オーバー。一年後の開催となる第二期のスケジュールをご案内する運びとなりました。

このように病院・介護福祉の経営者の皆様が何に悩まれているのか、我が国がもう待たないで何を乗り越えていかなければならないのか、その正体がハッキリと姿を現してきたように、私は感じています。

どのように大きな問題でも、解決のための道筋は、いつも異質なものに触れ、学び、人脈を広げ、皆で考えることからスタートします。私も35年ほど前、海外視察を通して「学び」が人生を切り拓くのだと、上司から直伝されました。2012年10月、社員の給与袋にこんな手紙を同封しています。

「昭和59年、私にとって人生の中で大きな出来事があった年でした。肝臓を悪くして34日間の入院を、人生で初めて経験しました。無事退院すると、海外視察に参加してはどうかとの話をいただき、天にも昇る嬉しい思いで両親に話しました。その時、本当に喜んでくれた母が、私の入院中も体調がすぐれず、2ヵ月後に精密検査を受けることになりました。母は『私の方は大丈夫だから、気にせず海外視察に行かせてもらいなさい』と、迷っている私の背中を押してくれました。視察から帰ってきた私が父より知らされた母の病名は肺がんでした。毎朝6時に母の病室を訪ね、一時間ほど会話してから出社するというのが、一年間続きました。そのような中で参加させて頂いた海外視察でしたが、小池(現名誉会長)との一つひとつの行動が、あらゆる点において新鮮に映りました。視察、コミュニケーション、遊びと、寝る時間を削り寸暇を惜しんで熱中されていました。視察半ば、現地で中間レポートを作成するよう指示を受けました。提出すると、思いもかけない注意を受けました。『視察先の内容は録音テープを聴けば分かる。アメリカまで来てカラダ全体で何を感じ、何を学び、帰って何を具体的に実践するのか、組織の中でどのように役立てようとするのか』。私は徹夜でまとめ、なんとか合格点を頂いたのですが、『自分で考えることも重要だが、一緒に参加している皆さんは、私たちとは異なる業種で立派な考え方や素晴らしい取り組みをされているはずだ。そのような方々に移動時間でも食事の中でもあらゆるところで自ら喰らいつづき、何を学びどう実践すればいいのか教えてもらえることに、価値があるのだ』と直伝されたのです」(一部編集・抜粋)

2011年10月

ダイナミック・スリー・ラインについて



日本経営グループのシンボルマークである**ダイナミック・スリー・ライン**(マーク参照)は、急速な社会環境変化の中でお客様と共に成長していきたいという、ひたむきな心を力強く表現したものです。

無限の宇宙に昇華する三本の線は、

「お客様の発展に対して努力を惜しまないという心」

「仕事に対して明るく前向きな姿勢で取り組む心」

「メンバーと協力して仕事を円滑に遂行するという連帯的な心」

を表現しています。

次号予告

特集：新専門医制度、これまでにこれから読む

新専門医制度がスタートした。養成する基幹施設には高い基準が設けられる一方で、医師偏在の助長を防ぐ仕組みとして5都道府県においては募集定員に一定の制限を設けることとなっている。しかし、医師偏在についてはまだ懸念があり、東京への医師集中という現状、さらに来年には地域枠で入学した医師が専攻医となることから今後の対応に注目が集まっている。新専門医制度に関する現状を整理し、今後を展望する。

その他

FOCUS

病院における労務管理の勘所

発行所 日本経営グループ
本社 大阪府豊中市寺内2-13-3
東京支社 東京都品川区東品川2-12-20 天王洲郵船ビル22F
編集部 TEL 03-5781-1059 FAX 03-5781-1059
定価 500円(税・送料込)