

令和元年度医療勤務環境改善セミナー

勤務医の負担軽減に向けた取り組みについて ～医師の働き方への提言～

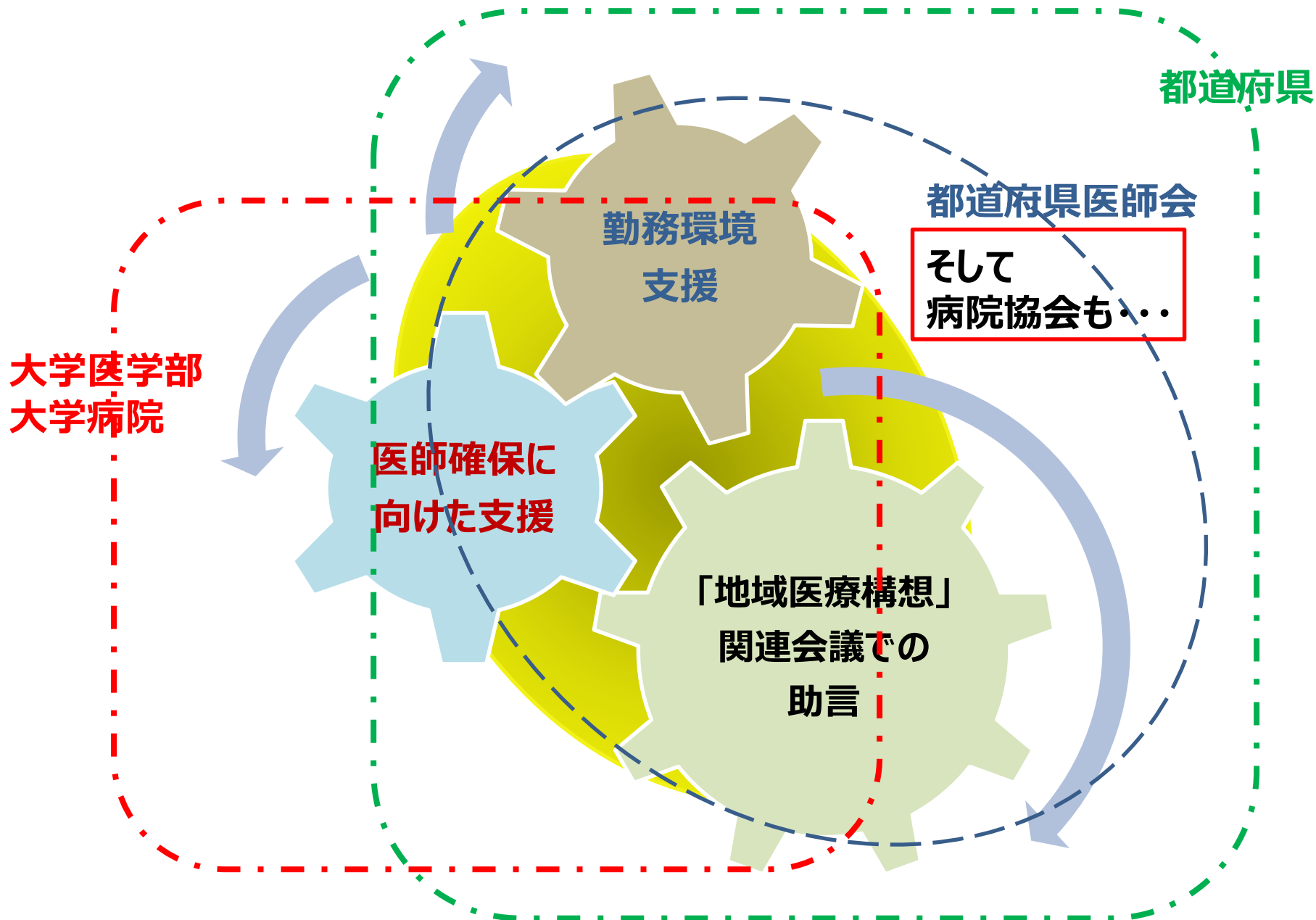
静岡県医師会理事

小林 利彦

tokoba@hama-med.ac.jp

2019.11.29 朱鷺会館（出雲）

都道府県「地域医療アドバイザー」の役割



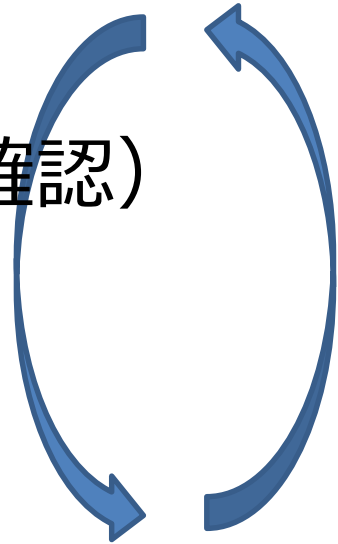
色々なことが同時期に動いている

- 箱の問題（地域医療構想）
 - 再検証が必要な公立・公的医療機関等
 - 外来医療計画
- 人の問題
 - 数の問題
 - 医師の偏在指標、**医師確保計画**
 - 質の問題
 - 医師の働き方改革、医師が働ける環境とは**

* 正解はないものの、速やかな変化が求められている！

本日の内容

- 13:35-15:15 (100分)
 - 医師の働き方改革 (中央の議論の再確認)
 - 世の中の動向
 - 医師が働くモチベーション
 - 誰が、何をすべきか、何ができそうか...
- 15:15-15:25 (10分)
 - 質疑・意見交換など



働き方改革関連法(2018年6月29日成立)

目的

「働き過ぎ」を防ぎながら、「ワーク・ライフ・バランス」と「多様で柔軟な働き方」を実現します

主な見直し内容

2019年4月から「医師の上限規制」を除き実行されている

1. 労働時間に関する制度の見直し
 - (1) 長時間労働の是正(時間外労働の上限規制の導入)
 - (2) 労働時間の状況の把握の実効性確保
2. 1人1年あたり5日間の年次有給休暇の取得義務付け
3. 月60時間を超える残業は割増賃金率を引き上げ
4. 産業医・産業保健機能の強化
5. 勤務間インターバル制度の導入促進

働き方改革関連法(2018年6月29日成立)

1 労働時間に関する制度の見直し(労働基準法、労働安全衛生法)

(1) 長時間労働の是正

時間外労働の上限規制の導入

2019年4月1日から適用(医師以外)

- 時間外労働の上限について、月45時間、年360時間を原則とし、臨時的な特別な事情がある場合でも年720時間、単月100時間未満(休日労働含む)、複数月平均80時間(休日労働含む)を限度に設定。

法廷時間外労働

大臣告示

特別条項付き

法律による上限(原則)

限度時間
1か月45時間
1年360時間など

法定労働時間
1日8時間
1週40時間

1年間=12か月

特別条項
上限なし

法律による上限(原則)
1か月45時間
1年360時間

法定労働時間
1日8時間
1週40時間

1年間=12か月

年間6か月まで

法律による上限(例外)
・年720時間
・複数月平均80時間(休日労働含む)
・月100時間未満(休日労働含む)

中小企業は
2020年4月1日から

【医師】

改正法施行5年後に、時間外労働の上限規制を適用。

具体的な上限時間等は省令で定めることとし、医療界の参加による検討の場において、規制の具体的あり方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得る。

(2) 労働時間の状況の把握の実効性確保

2019年4月1日から適用

- 労働時間の状況を省令で定める方法(※)により把握しなければならないこととする。

(労働安全衛生法の改正)

※今後、省令で使用者の現認や客観的な方法による把握を原則とすることを定める

月300時間の残業可能 国循の労使協定、見直しへ

2017/9/7 11:27



共有



保存



印刷

その他▼

大阪府吹田市の国立循環器病研究センターが、勤務医や看護職員の時間外労働を月300時間まで可能にする労使協定(36協定)を結んでいることが7日、弁護士の情報公開請求で分かった。

国の過労死ラインの目安である「月100時間の時間外労働」の3倍に当たる長さ。同センターは「実際の勤務時間は多くても月60～70時間程度だ」とする一方で、協定内容を見直す方針を示した。

情報公開請求した大阪弁護士会所属の松丸正弁護士によると、2012年4月1日付の同センターの36協定は、非常勤を含む勤務医や一部の看護師ら約700人について、特別な事情がある場合に時間外の労働時間を月300時間(年6回まで)、年間2070時間まで延長できるとしている。松丸弁護士は「休みなしで働く前提の協定だ」と批判している。

現行の36協定は、労使間で合意をすれば、時間外労働時間に上限はない。政府は今年3月、月100時間未満の上限規制を盛り込んだ働き方改革の実行計画をまとめたが、医師については正当な理由なしに診療を拒めない「応召義務」があるとして、適用を5年間猶予するとしている。〔共同〕

いくつかの課題と誤解

- 「聖職」とされてきた医師→労働ではない？
 - * 管理監督者以外は「労働者」
 - * 労働条件の決定など労務管理について経営者と一体的立場にある者（役職名ではない！）
- 高齢化・女性医師の増加・地域偏在・診療科偏在など
- 応召義務に関する誤った理解
- 「自己研鑽（→研鑽）」という言葉で許容されていた職場環境
- 宿日直と時間外労働の境界不明瞭
- 大学病院医師のアルバイト問題
- 雇用管理への無関心（就業規則・三六協定など）
- タスクシフト・タスクシェアへの妄信（過度の期待）
- 国民啓発活動等の不実行（医療・医師への甘え？）

⑤ 労働時間の状況を客観的に把握するよう、企業に義務づけます

(現在)

- 割増賃金を適正に支払うため、労働時間を客観的に把握することを通達で規定
→ 裁量労働制が適用される人などは、この通達の対象外でした。

【理由】

- ・裁量労働制の適用者は、みなし時間※に基づき割増賃金の算定をするため、通達の対象としない。
- ・管理監督者は、時間外・休日労働の割増賃金の支払義務がかからないため、通達の対象としない。

※「みなし(労働)時間」とは、実際の労働時間にかかわらず、あらかじめ定められた時間労働したものとみなすことをいいます。

(改正後)

健康管理の観点から、裁量労働制が適用される人や管理監督者も含め、すべての人の労働時間の状況が客観的な方法その他適切な方法で把握されるよう法律で義務づけます。

労働時間の状況を客観的に把握することで、長時間働いた労働者に対する、医師による面接指導※を確実に実施します。

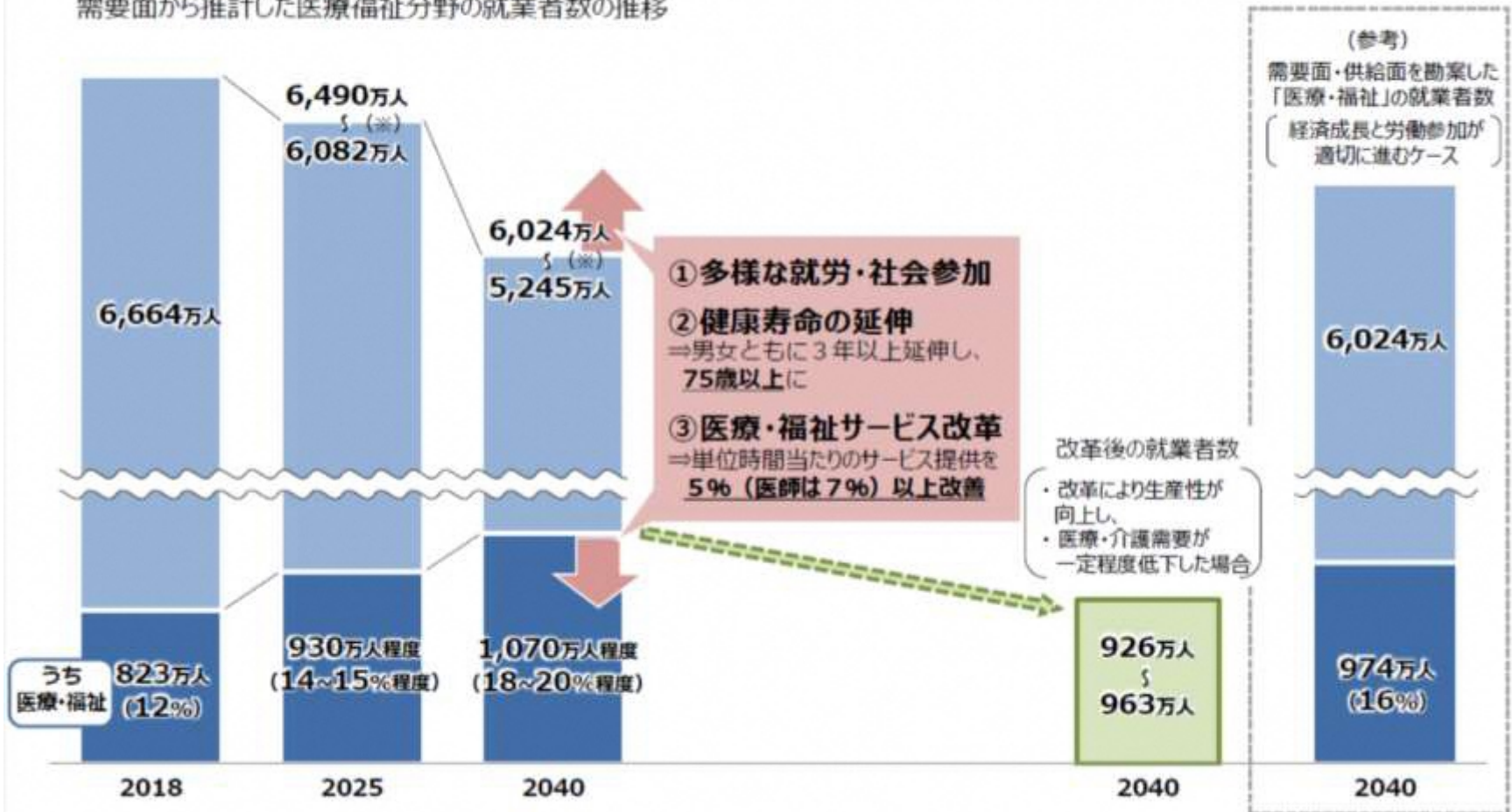
※「労働安全衛生法」に基づいて、残業が一定時間を超えた労働者から申出があった場合、使用者は医師による面接指導を実施する義務があります。

- ・「裁量労働制」での22-5時の割増賃金
- ・「管理監督者」の就業規則（深夜割増賃金規程の有無）の確認

社会的背景

2040年に向けたマンパワーのシミュレーション（平成30年5月21日）の改定

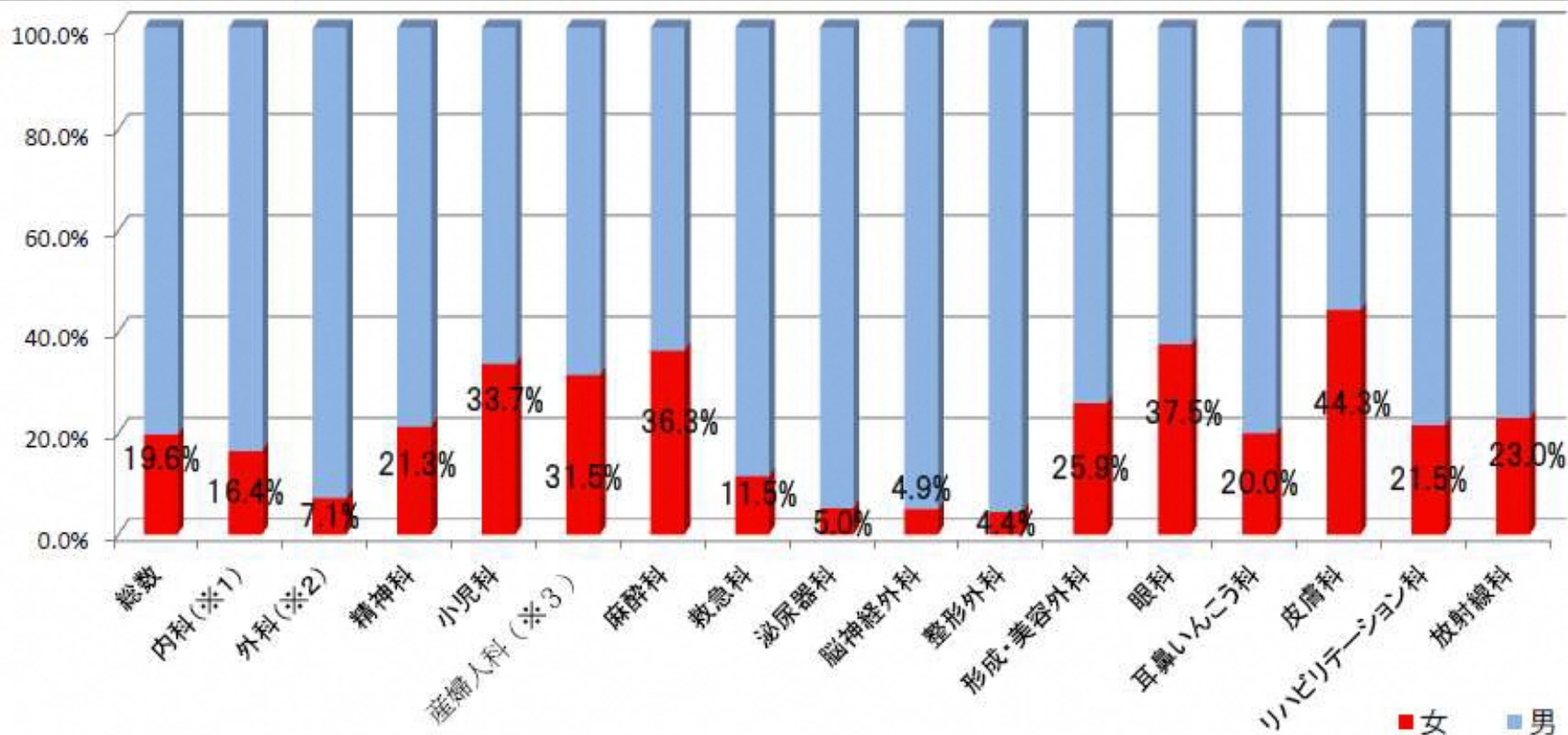
需要面から推計した医療福祉分野の就業者数の推移



※総就業者数は独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」（2019年3月）による。
総就業者数のうち、下の数値は経済成長と労働参加が進まないケース、上の数値は進むケースを記載。

平成24年 診療科別 医師男女比

- 医療施設従事医師数の女性割合は19.6%であり、22年の18.9%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、非常に低い。

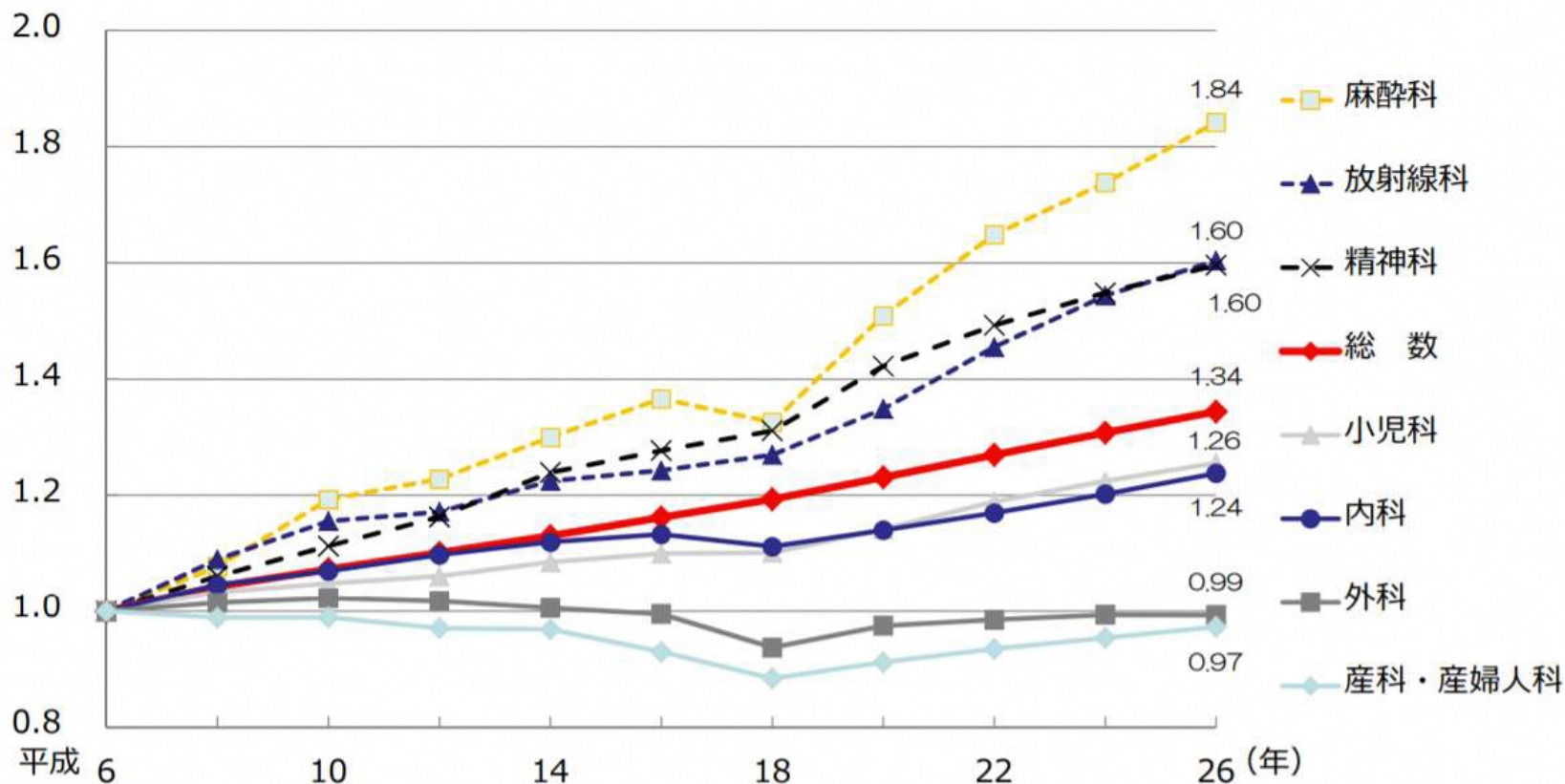


※1…内科、腎内、血内、糖尿病、循内、消内、神内、アレルギー、リウマチ、感染症、心療内科
 ※2…外科、消化器外科、乳腺外科、呼吸器外科、心臓血管外科、気管食道外科、肛門外科、小児外科
 ※3…産婦人科、産科、婦人科

(出典)平成24年 医師・歯科医師・薬剤師調査

診療科別医師数の推移（平成6年を1.0とした場合）

- 多くの診療科で医師は増加傾向にある。
- 減少傾向にあった産婦人科・外科においても、増加傾向に転じている。

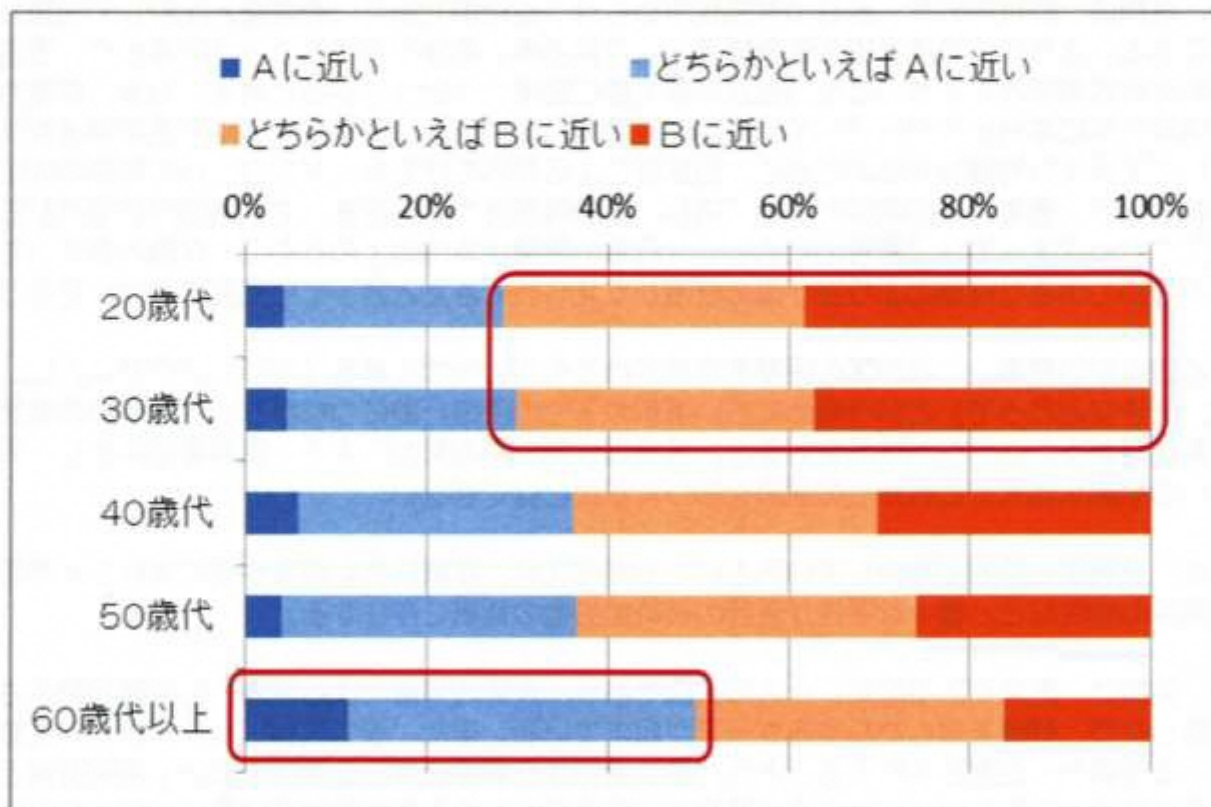


※内科・・・（平成8～18年）内科、呼吸器科、循環器科、消化器科（胃腸科）、神経内科、アレルギー科、リウマチ科、心療内科
 （平成20～26年）内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科
 ※外科・・・（平成6～18年）外科、呼吸器外科、心臓血管外科、気管食道科、こう門科、小児外科
 （平成20～26年）外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

※平成18年調査から「研修医」という項目が新設された

勤務環境改善に関する認識（医師・年齢別）

A：医師には、特別の使命があるのだから厳しい勤務環境にあるのはやむを得ない
B：医師不足という現状においても、勤務環境は工夫次第で改善しうるし、改善すべき

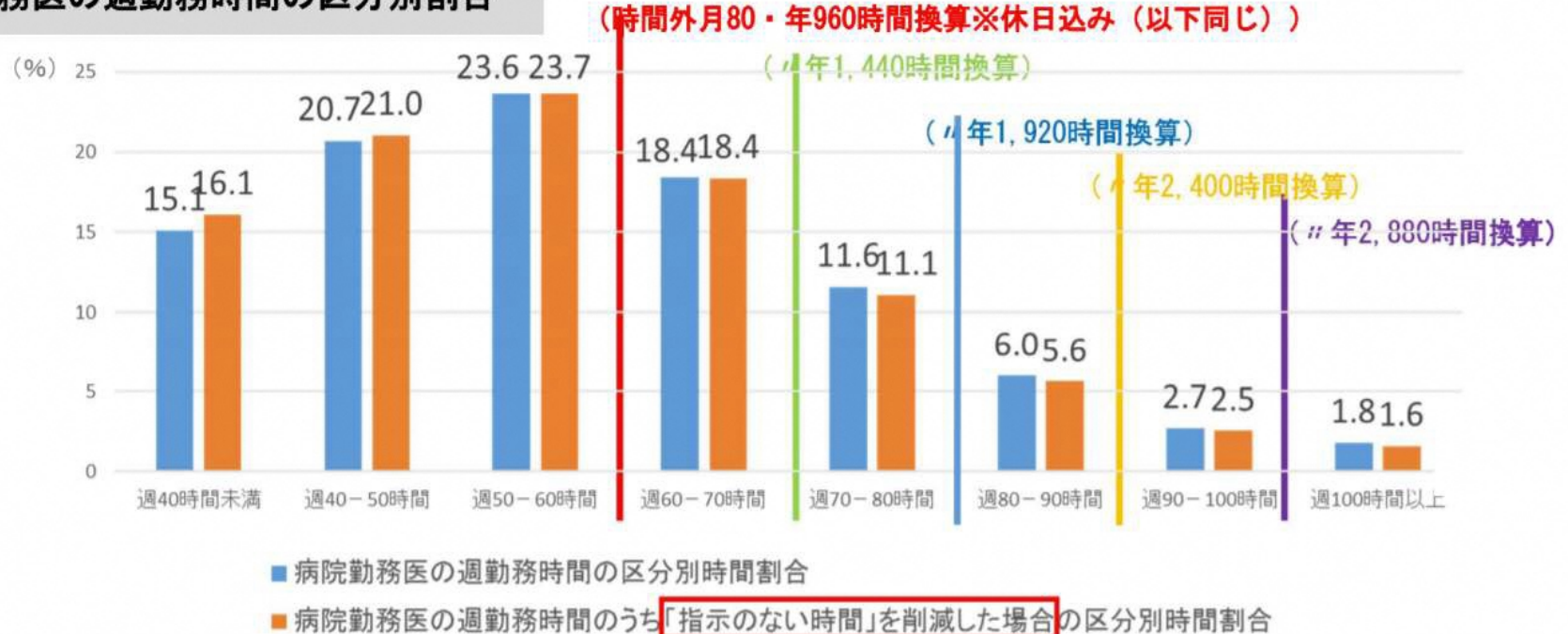


出典：「勤務医の就労実態と意識に関する調査」（平成24年9月、（独）労働政策研究・研修機構）

平成23年12月に全国の20床以上の病院に勤めている24歳以上の医師を対象（医院・クリニックの院長は除外）にインターネットを用いてアンケート調査を実施した。有効回収数3,467。

病院勤務医の週勤務時間の区分別割合

病院勤務医の週勤務時間の区分別割合



<集計・推計の前提>

| | |
|--------------------------------|--|
| 病院勤務医の週勤務時間 | 「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」(平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班)結果をもとに医政局医療経営支援課で作成。病院勤務の常勤医師のみ。勤務時間は「診療時間」「診療外時間」「待機時間」の合計。 |
| 病院勤務医の週勤務時間のうち「指示のない時間」を削減した場合 | 「病院勤務医の勤務実態に関する研究」(平成29年度厚生労働行政推進調査事業費「病院勤務医の勤務実態に関する調査研究」研究班)の集計結果から、「診療外時間」(教育、研究、学習、研修等)における上司等からの指示(黙示的な指示を含む。)がない時間(調査票に「指示無」を記入)が4.4%であることを踏まえ、上記「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」における個票の診療外時間より削減した。 |



赤いグラフにおける分布の「上位10%」=年1,904時間

第2回「勤務医1万人アンケート調査」(H27年度)

H27年度に第2回の調査 - 主な調査項目に関する前回調査との比較

| | 前回H21年 (n=3,879) | 今回H27年 (n=3,166) | 差 |
|--------------------------|---------------------|---------------------|--------|
| ■ 勤務状況 | | | |
| 8) 最近1ヶ月間で休日なし | 8.7% | 5.9% | -2.8% |
| 9) 自宅待機・オンコールが月8日以上 | 20.1% | 17.9% | -2.2% |
| 10) 平均睡眠時間5時間未満(当直日以外) | 8.6% | 9.1% | +0.5% |
| 11) 当直回数が月4回以上 | 26.4% | 22.5% | -3.9% |
| 11a) 当直日の平均睡眠時間4時間以下 | 49.8% | 39.3% | -10.5% |
| 12) 半年以内に不当なクレームを経験 | 45.9% | 37.0% | -8.9% |
| ■ 健康状況 | | | |
| 13) 主観的健康観(健康でない・不健康) | 21.5% | 20.1% | -1.4% |
| 14) 他の医師への健康相談あり | 45.9% | 55.1% | +9.2% |
| 29) 自殺や死を毎週/毎日具体的に考える | 5.7% | 3.6% | -2.1% |
| 18-33) 抑うつ症状尺度QIDS 中等度以上 | 8.7% | 6.5% | -2.2% |
| 18-33) 抑うつ症状尺度QIDS 重度以上 | 1.9% | 1.1% | -0.8% |

勤務環境は改善傾向。他の医師に健康問題を相談する者が増加。
主観的健康観には変化はほとんど見られず、うつ症状、自殺リスク高い者も未だあり

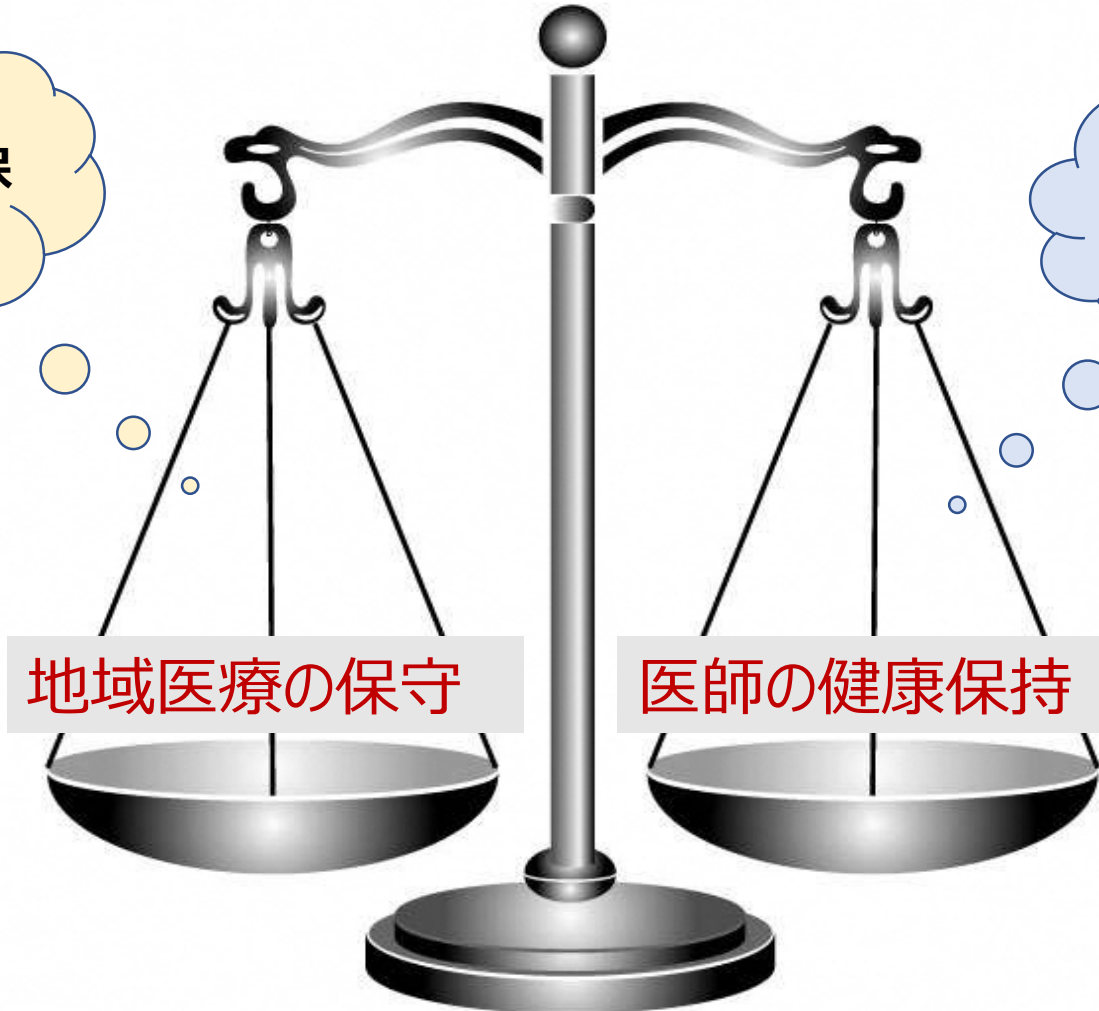
どちらかではなく、どちらも大事・・・ でも、最終的には「医師の健康」を優先！

医師さえ確保
できれば・・・

地域医療の保守

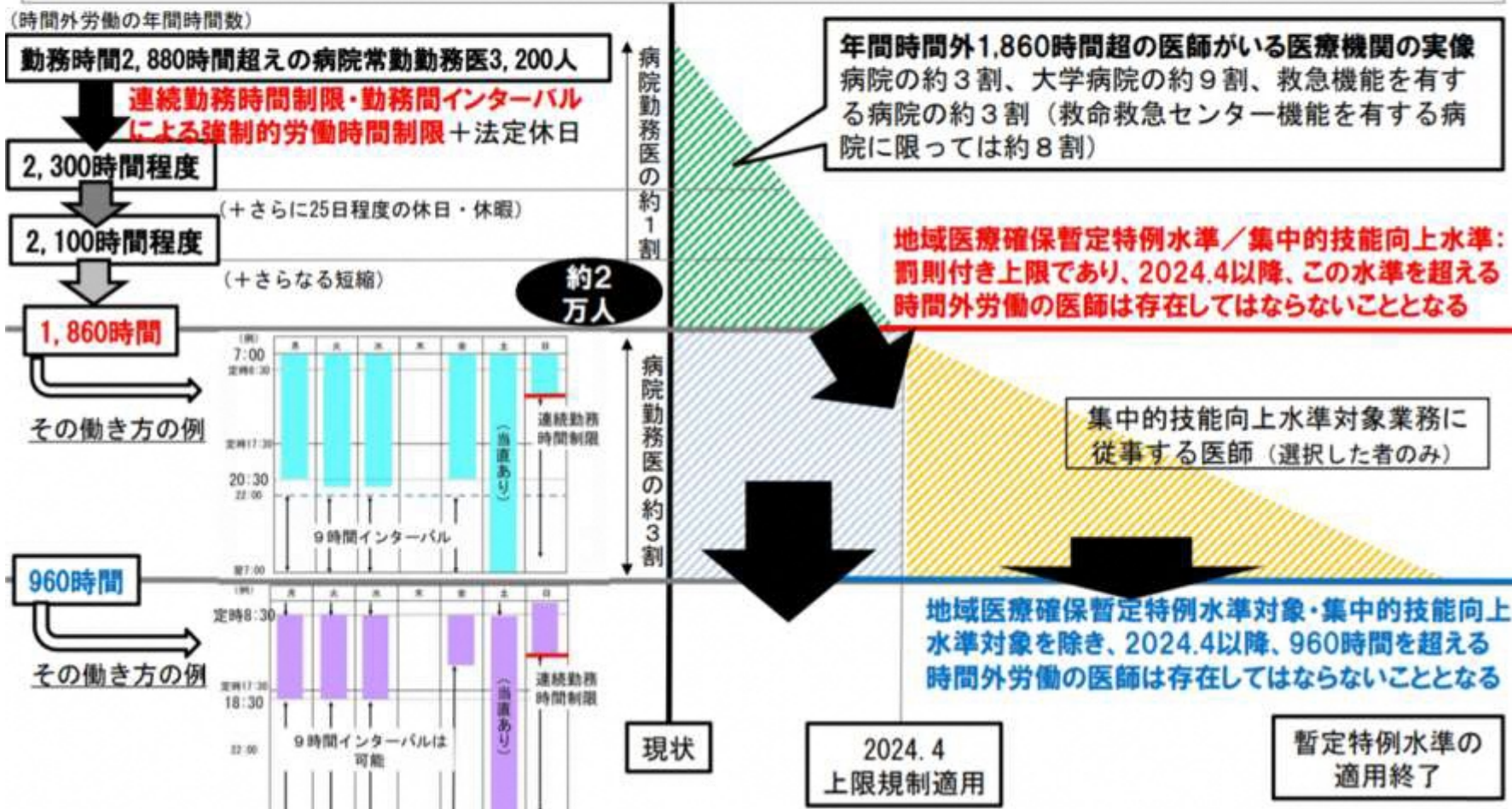
知識を増やしたい！
スキルを上げたい！

医師の健康保持



2024年4月とその後に向けた改革のイメージ

- 医療機関で診療に従事する勤務医の時間外労働が休日労働込みで年960時間以内となるよう（集中的技能向上水準の対象業務を除く）、医療機関・医療界・行政をあげて全力で労働時間短縮に取り組む。
- 地域医療提供体制の確保の観点からやむを得ずこの水準に到達できない場合も地域医療確保暫定特例水準の年1,860時間を上限として、これを上回る部分を約5年間で完全になくす改革をしていく。



小括（現段階で「すべき」こと）

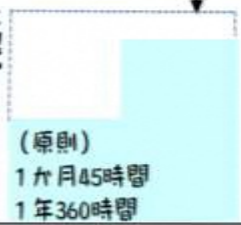
- 島根県の医療政策課担当者に質問・・・
 - 島根県には何人の医師がいますか？
 - その中で勤務医は何人いますか？
 - 勤務医の中で「8-20時」勤務の医師数は？
 - 勤務医の中で「8-24時」勤務の医師数は？
- 病院の事業管理者に質問・・・
 - 医師の労働時間の定義を明確に定めていますか？
 - 自院の中で「8-20時」勤務の医師数は？
 - 自院の中で「8-24時」勤務の医師は誰ですか？
（診療科単位で、個人単位でのファイル化を）

医師の時間外労働規制について①

一般則

【時間外労働の上限】

- (例外)
- ・年720時間
- ・複数月平均80時間
- (休日労働含む)
- ・月100時間未満
- (休日労働含む)
- 年間6ヶ月まで



※この(原則)については医師も同様。

2024年4月～

年1,860時間 / 月100時間 (例外あり)
※いずれも休日労働含む

年1,860時間 / 月100時間 (例外あり)
※いずれも休日労働含む
→将来に向けて縮減方向

年960時間 / 月100時間 (例外あり)
※いずれも休日労働含む

A: 診療従事勤務
医に2024年度以降
適用される水準

特例水準(医療機関を特定)

C-1 C-2
集中的技能向上水準
(医療機関を特定)

C-1: 初期・後期研修医、研修プログラムに沿って基礎的な技能や能力を修得する際に適用
※本人がプログラムを選択
C-2: 医師登録後の臨床従事6年目以降の者が、高度技能の育成が公益上必要な分野について、特定の医療機関で診療に従事する際に適用
※本人の意思により計画を作成し、医療機関が審査組織に承認申請

将来
(暫定特例水準の解消
(=2035年度末)後)

将来に向けて縮減方向

年960時間 / 月100時間 (例外あり)
※いずれも休日労働含む

A C-1 C-2

月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置 (いわゆる「79-ストップ」)

【追加的健康確保措置】

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (努力義務)

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (義務)

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (義務)

※初期研修医については連続勤務時間制限を強化して常態(代償休息不要)

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (努力義務)

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (義務)

※あわせて月155時間を超える場合には労働時間短縮の具体的取組を講ずる。

医師の時間外労働規制について②

| | | (A) 水準 | (B) 水準 | (C) 水準 |
|-------------------------------------|--|---|------------|--------|
| 36協定で 上限 の 時間 数 | ①通常の時間外労働（休日労働を含まない） | 月45時間以下・年360時間以下 | | |
| | ②「臨時的な必要がある場合」（休日労働を含む） | 月100時間未満（ただし下表の面接指導等を行った場合には例外あり） | | |
| | | 年960時間以下 | 年1,860時間以下 | |
| ③36協定によっても超えられない時間外労働の上限時間（休日労働を含む） | | 月100時間未満（例外につき同上） | | |
| | | 年960時間以下 | 年1,860時間以下 | |
| 適正な労務管理（労働時間管理等） | | 一般労働者と同様の義務（労働基準法、労働安全衛生法） | | |
| 医師労働時間短縮計画の作成によるPDCAの実施 | | 現行であり （勤務環境改善の努力義務） | 義務 | |
| 追加的 健康 確保 措置 | 連続勤務時間制限28時間※1（宿日直許可なしの場合）※2 | 努力義務 （②が年720時間等を超え る場合のみ） | 義務 | |
| | 勤務間インターバル9時間 | | 義務 | |
| | 面接指導（睡眠・疲労の状況の確認を含む）・必要に応じ就業上の措置（就業制限、配慮、禁止） | 時間外労働が月100時間以上となる場合は義務 （月100時間以上となる前に実施※3） | | |

※さらに、時間外労働月155時間超の場合には労働時間短縮の措置を講ずる。

- 追加的健康確保措置については医事法制・医療政策における義務付け、実施状況確認等を行う方向で検討（36協定にも記載）。面接指導については労働安全衛生法上の義務付けがある面接指導としても位置づける方向で検討。

※1 (C) - 1水準が適用される初期研修医の連続勤務時間制限については、28時間ではなく1日ごとに確実に疲労回復させるため15時間（その後の勤務間インターバル9時間）又は24時間（同24時間）とする。

※2 長時間の手術や急患の対応等のやむを得ない事情によって例外的に実施できなかった場合には、代償休息によることも可能（(C) - 1水準が適用される初期研修医を除く）。

※3 時間外労働実績が月80時間超となった段階で睡眠及び疲労の状況についての確認を行い、(A)水準適用対象者の場合は疲労の蓄積が確認された者について、(B)・(C)水準適用対象者の場合は全ての者について、時間外労働が月100時間以上となる前に面接指導を実施。

特に研修医の場合

※事務局案を前提とした整理

特に、臨床研修医・専門研修中の医師については、

- 長時間労働を強いられることのないよう、一方で、学習・技能向上の意欲に応えられるよう、一人ひとりがプログラム選択時に判断しやすい制度に改革。
- 初期研修医については、入職まもない時期でもあることから、連続勤務時間制限等を厳しくし、健康確保にさらに配慮。

若手医師・医学生の声

(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)

(2012.12.22 Advocacy team of Young Medical Doctors and Students 第5回医師の働き方改革に関する検討会資料2)より抜粋)

下記に挙げる項目について、国民や行政、立法、医師会、コメディカル、アカデミア等が協力して、**包括的かつ長期的な目標を設定し、実質的に医師が労働基準法を守れるような労働環境を段階的に実現**していくよう求める。

- 90%以上の若手医師と医学生が「医師の健康診断や休息の確保」や「医師の抑うつやバーンアウト、自殺を予防する対策」、「医師の子育て支援とキャリア支援」を必要としている。
- 94%の医学生が長時間労働の上限規制に際して「研修の質の維持とモニタリング」を必要と考えている。

(この他、医師自身の働き方に対する意識の変革、労働時間の定期的なモニタリングの実施、給与の維持、タスクシフティングやタスクシェアリングの推奨等が挙げられている)

**すべての臨床研修・専門研修プログラムで、時間外労働の見込み時間数を提示
⇒自身の希望に基づき選択**

(時間外労働年960時間を超える場合に以下を義務化)

【臨床研修医】

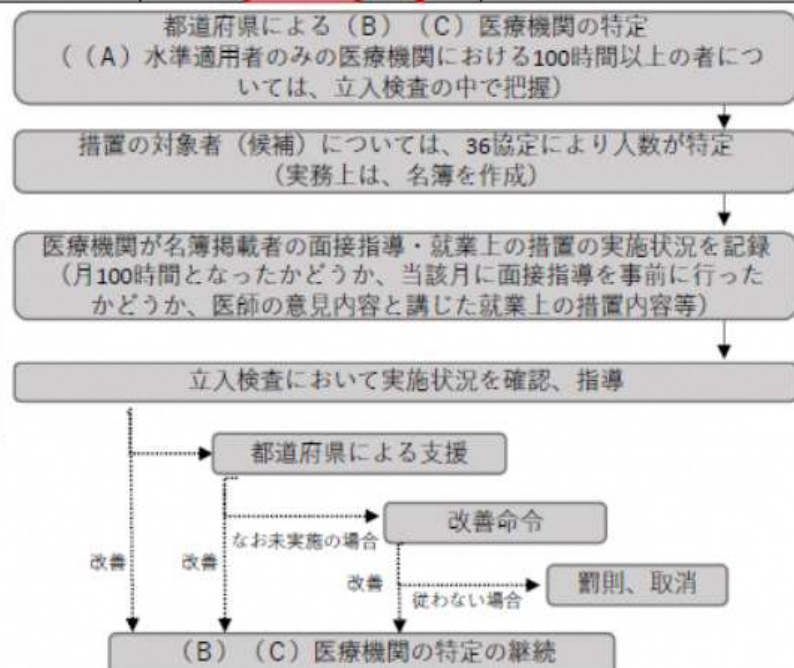
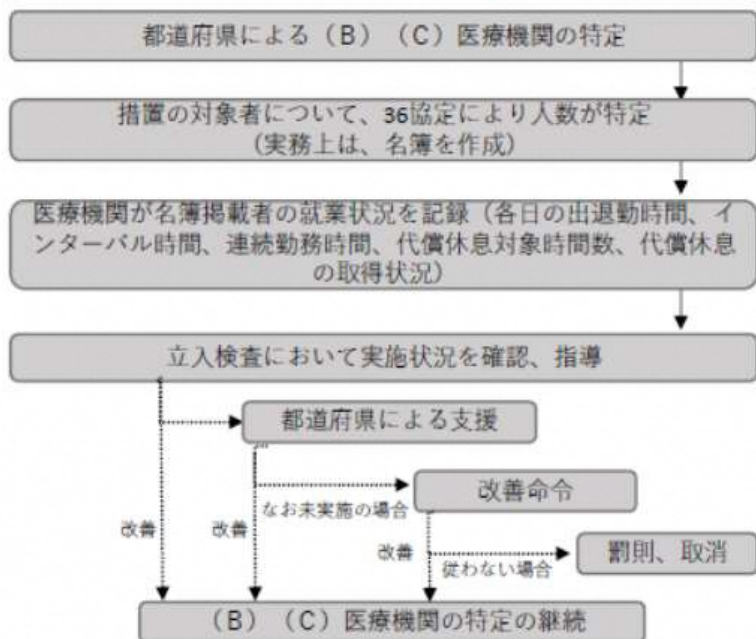
連続勤務時間制限15時間(インターバル9時間)又は24時間(インターバル24時間)による休息の確保

【専門研修中の医師】

連続勤務時間制限28時間・インターバル9時間による休息の確保

追加的健康確保措置の義務及び履行確保の流れ(案)

| | 36協定の月上限 | 連続勤務時間制限・インターバル規制等 | 面接指導・就業上の措置 | (参考) 時短計画の策定 |
|-----------------|----------|--------------------|----------------|--------------|
| (A) 水準適用者のみ医療機関 | 100時間未満 | 努力義務 | | |
| | 100時間以上 | 努力義務 | 義務(※1) | |
| (B) 特定あり医療機関 | 100時間未満 | (B) 業務対象者は義務 | その他の業務対象者は努力義務 | 義務 |
| | 100時間以上 | | | |
| (C) 特定あり医療機関 | 100時間未満 | (C) 業務対象者は義務 | その他の業務対象者は努力義務 | 義務 |
| | 100時間以上 | | | |



追加的健康確保措置の実施状況と関係者共有

(※1) 当月の時間外労働が80時間超になった場合、疲労度確認を行い、疲労の蓄積に応じて面接指導を実施
 (※2) 当月の時間外労働が100時間になる前に面接指導を実施。例えば、前月の時間外労働が80時間超となった場合、あらかじめ面接指導のスケジュールを組んでおく

産業医の役割

事業場において労働者が健康で快適な作業環境のもとで仕事が行えるよう、専門的立場から指導・助言を行う医師として・・・

- 1) 職場巡視 (1/M) + 作業環境のリスク評価・改善
- 2) 健康教育・労働衛生教育
- 3) (安全) 衛生委員会への参加
- 4) 健康診断と事後措置
- 5) メンタルヘルス対応・過重労働者の健康障害防止
- 6) 事業管理者・統括安全衛生管理者への助言・勧告

4. 産業医・産業保健機能の強化(労働安全衛生法等)2019年4月～

産業医に対する
情報提供等

(安衛法) 産業医への情報提供を事業者に義務付け。

(安衛則) 提供を義務付ける情報は以下のとおり。

- ・健康診断、面接指導(長時間労働及びストレスチェック)を実施後の就業上の措置の内容等
- ・長時間労働者(80時間超の時間外・休日労働)の氏名、超過時間等
- ・労働者の業務に関する情報(産業医等が健康管理等を行うために必要と認めるもの)

産業医の権限
の明確化

(安衛則) 事業者が与えなければならない産業医の具体的な権限を例示。

- ・事業者又は総括安全衛生管理者に対して意見を述べること。
- ・労働者から情報収集すること。
- ・緊急時に、労働者に対して必要な措置を指示すること。
- ・衛生委員会に対して調査審議を求めること。

産業医勧告の
実効性確保

(安衛則) 産業医が勧告をしようとするときは、あらかじめ事業者の意見を求めるものとする。

(安衛則) 産業医の勧告について、衛生委員会への報告を事業者に義務付け。

(安衛則) 衛生委員会の意見及び当該意見を踏まえて講じた措置の内容等の記録・保存を事業者に義務付け。

(B)(C)医療機関の指定の期間・取消について(案)

(指定期間)

- 地域医療確保暫定特例 (B) 水準は、地域の医療提供体制の構築方針 (医療計画等) と整合的であることが求められる。このため、(B) 医療機関としての指定期間としては、医療計画の中間見直しの間隔 (3年間) を踏まえ、3年としてはどうか。
- また、(C) - 1、(C) - 2 医療機関については、地域の医療提供体制の構築方針との整合性は求められないが、医療機関単位では (B) 医療機関と重複することが想定され、また、指定期間を設けることにより、指定要件の適合性を定期的かつ包括的に点検することが可能になることから、(B) 医療機関と同じく、有効期間を3年間としてはどうか。
- (C) - 2 水準の適用に必要な高度特定技能育成計画の有効期間については、育成計画に一定の区切りを設定し、定期的に計画を見直すことで適切な育成を担保する観点から3年以内で医師が定める期間としてはどうか。

(指定取消)

- 上記の指定期間内であっても、医療機関が (B) (C) の指定要件を満たさなくなった場合、都道府県知事による指定の取消がなされることとなるが、取消の後は、これらの水準を前提とした時間外・休日労働を行うことができなくなるため、医療提供の継続が困難となる。
- このため、(B) (C) 水準の医療機関の指定が取り消されるに当たっては、地域の医療提供体制及び当該医療機関内の医療従事者への影響を考慮し、ただちに取消がなされるのではなく、都道府県による支援・改善命令等により、改善に向けた取り組みを行うこととしてはどうか。
- また、(B) 水準の指定の取消に当たっては、地域の医療提供体制の構築方針との整合性確保の観点から、指定の時と同様に、都道府県医療審議会の意見聴取を行うこととしてはどうか。

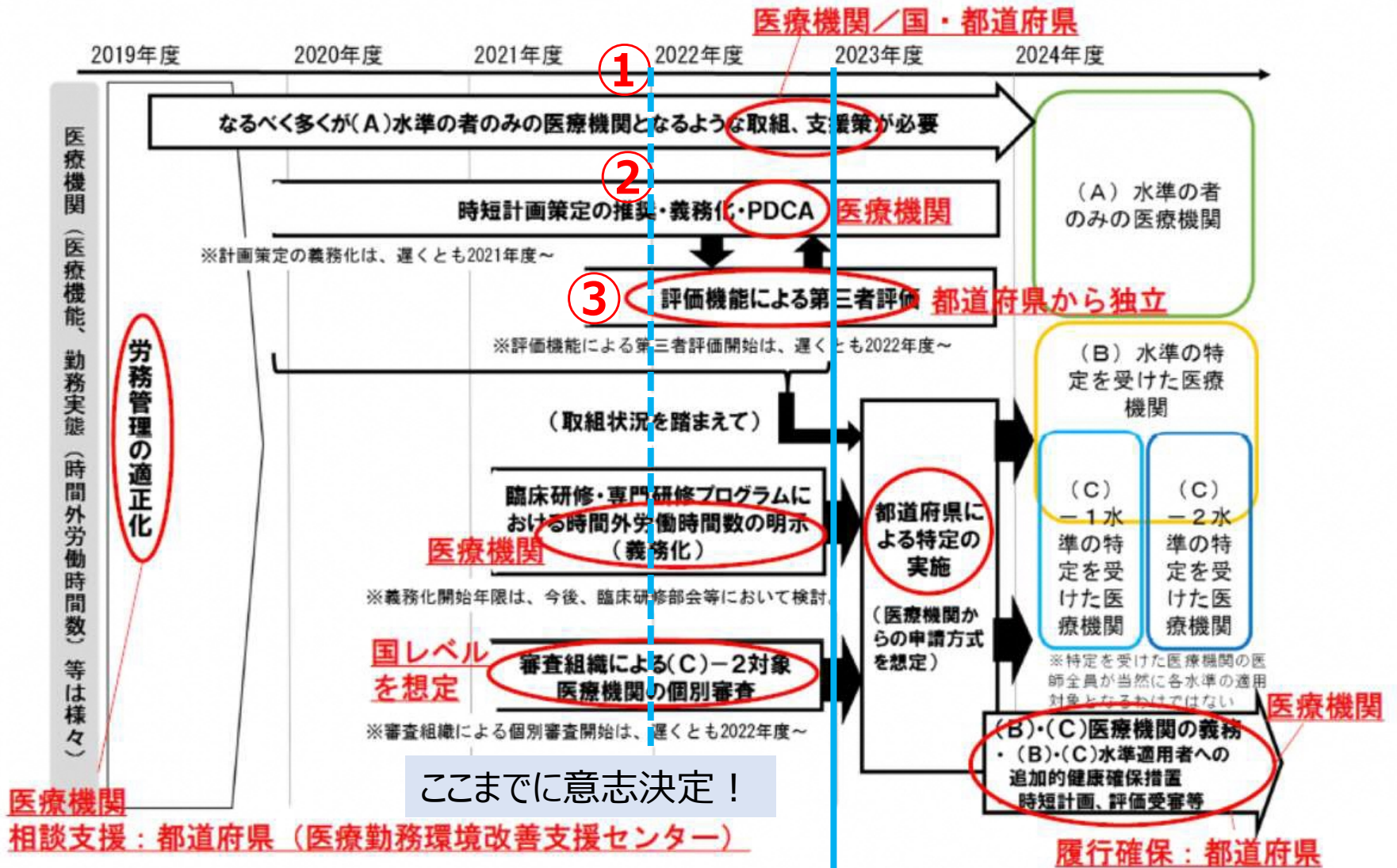
第1回推進検討
会(7/5)資料
を一部改変
改変箇所は下線

(B)、(C)-1、(C)-2水準の対象医療機関の指定要件

※要件となる項目に○

| | | (B) 水準 | (C) - 1 水準 | (C) - 2 水準 | 備考 |
|---|-----------------------------------|----------------|----------------------------|---------------|---|
| 1 | 医療機関機能 | ○ | | | |
| 2 | 臨床研修病院又は専門研修プログラム・カリキュラム認定医療機関である | | ○ | | |
| 3 | 高度特定技能を要する医師の育成・研鑽に十分な環境がある | | | ○ | 設備、症例数、指導医等につき審査組織(国レベル)の個別判断を想定。 |
| 4 | 36協定において年960時間を超える協定をする必要がある | ○ | ○ | ○ | |
| | (「必要」について、合議での確認) | 都道府県医療審議会の意見聴取 | | 審査組織の意見聴取 | |
| | (「必要」について、実績面の確認) | 時短計画記載の実績値で判断 | プログラム明示時間数(時短計画実績値とも整合)で判断 | 時短計画記載の実績値で判断 | |
| 5 | 医療計画と整合的である | ○ | | | 都道府県医療審議会の意見聴取 |
| 6 | 時短計画が策定され、労働時間短縮の取組が確認できる | ○ | ○ | ○ | |
| 7 | 時短計画の内容につき評価機能の評価を受けている | ○ | ○ | ○ | |
| 8 | 追加的健康確保措置の実施体制が整備されている | ○ | ○ | ○ | 面接指導体制については時短計画の記載内容、勤務間インターバル等については診療体制表(シフト表)等の添付等を想定 |
| 9 | 労働関係法令の重大かつ悪質な違反がない | ○ | ○ | ○ | 都道府県労働局からの情報提供により確認 |

2024年4月までの見通し(実施主体について)



① 2022年度末には最終完成していること！

- 労働時間の客観的把握方法の確立 ← 出来ているはず
(タイムカード・ICチップなど)
- 労働時間と研鑽時間の定義の明確化
- 宿日直規定の個別化 (職種・診療科・時間帯など)
- 副業 (アルバイト) の管理
(派遣依頼[金銭の授受] = 労働ではない)
- 職種・職務による「交替制」などの検討
- 三六協定の再検証と十分な周知
- タスクシフト・タスクシェアの推進⇔「教育」の重要性
(シフトするまでにデリートできないか検討する)

* 「A」水準を基本にして「B」「C」をどこまで限定できるか？

医師労働時間短縮計画の項目例（案）

1. 時間外労働の状況【必須記載事項】

2024年度までの労働時間削減の目標と前年度実績

- 平均時間数
- 最長時間数
- 960～1860時間の医師の人数・割合／960～1860時間の医師の属性（診療科毎）
- 1860時間超の医師の人数・割合／1860時間超の医師の属性（診療科毎）

労務管理

- 労働時間管理方法
- 宿日直許可基準に沿った運用
- 研鑽の時間管理
- 労使の話し合い、36協定の締結
- 衛生委員会、産業医等の活用、面接指導の実施体制
- 勤務間インターバル、面接指導等の追加的健康確保措置の実施
- . . .

2. 労働時間短縮に向けた取組【一部必須記載事項とすることを検討】

意識改革・啓発

- 管理者マネジメント研修
- 患者への医師の働き方改革に関する説明
- 働き方改革について医師の意見を聞く仕組み
- . . .

医師の業務の見直し

- 平日日中の外末業務の見直し
- 夜間休日の外末業務の見直し
- 当直の分担の見直し
- オンコール体制の見直し
- 診療科編成の見直し
- 主治医制の見直し
- 総合診療科の活用
- 勤務時間内の病状説明
- 連続勤務時間制限
- 勤務間インターバル
- 勤務日数の縮減
- 委員会、会議の見直し
- . . .

タスク・シフティング

- 初診時の予診
- 検査手順の説明や入院の説明
- 薬の説明や服薬の指導
- 静脈採血
- 静脈注射
- 静脈ラインの確保
- 尿道カテーテルの留置
- 診断書等の代行入力
- 患者の移動
- . . .

勤務環境改善

- ICTの導入、その他の設備投資
- 出産・子育て・介護に関する復職、両立支援
- 更なるチーム医療の推進
- . . .

⇒ 労働時間の削減目標未達成の場合、計画の見直し等により追加的な対策を講じる必要

評価機能による第三者評価 (医師・看護師等/社労士)

評価の視点のイメージ(案)

医師労働時間短縮計画の項目を元に、以下のような視点で、各項目について、定量的な段階評価とともに、定性的な所見(○○○の状況の中で、○○に関するタスク・シェアリングが進んでいないと考えられる、等)を評価結果として付す。

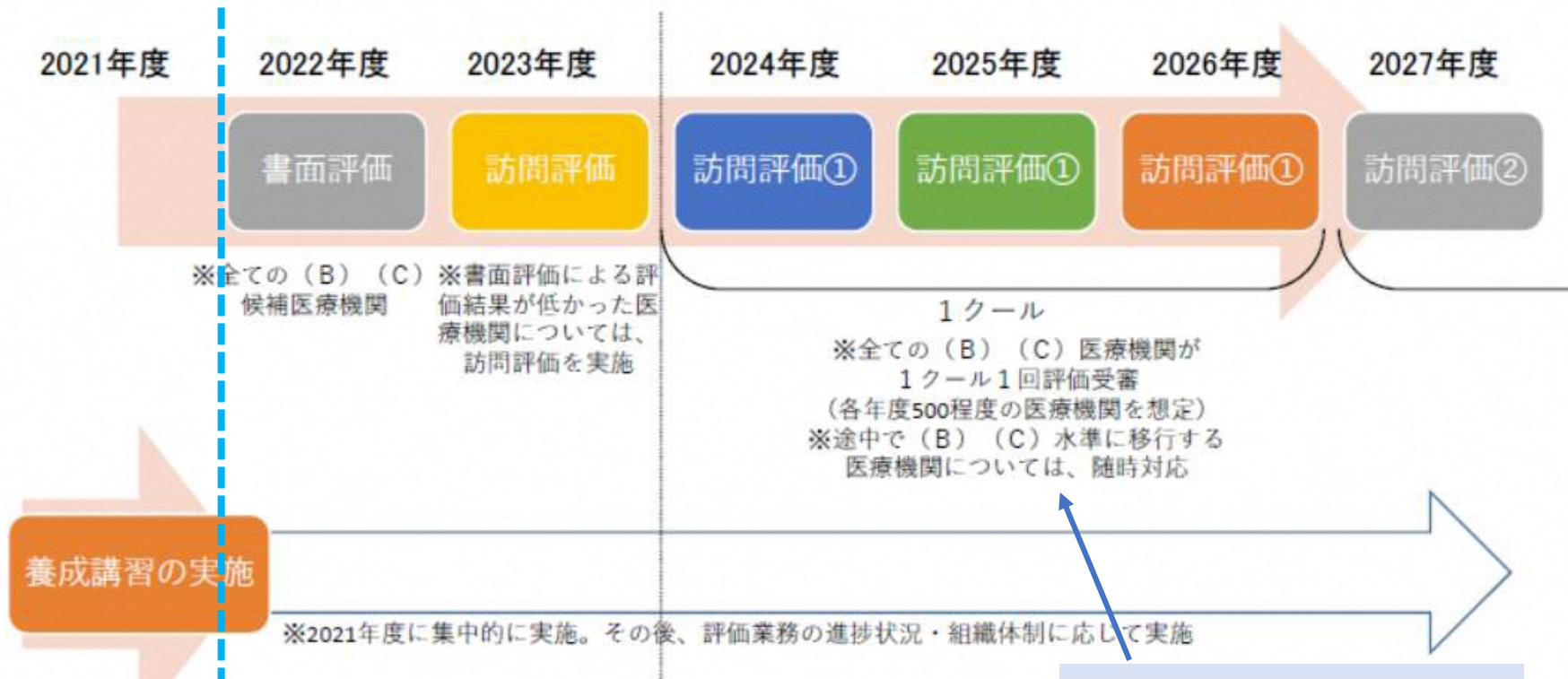
| | 評価内容 | 評価の視点(案) |
|---------|----------------------------------|---|
| ストラクチャー | ・労務管理体制 | 【労務管理体制】 <ul style="list-style-type: none"> ・ 勤怠管理方法(タイムカード、紙運用等)、勤怠管理システムの有無 ・ 人事・労務管理の仕組みと各種規程の整備 ・ 労使交渉、36協定 ・ 産業医の体制 ・ 衛生委員会の設置 ・ 健康診断の実施 |
| プロセス | ・ 医師の労務実態・管理 ・ 労働時間短縮の取組 | 【労務の実態・管理】 <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師の勤怠の実態(時間外労働時間、休日の取得、勤務体系(シフト勤務か否か等)) ・ 時間外勤務チェック体制(自己研鑽の上長の承認の有無、上限時間のアラートの有無、介入者のチェック体制等) ・ 当直勤務チェック体制(インターバルの確保、時間外勤務との兼ね合い等) ・ 産業医との面接実施状況 【労働時間短縮の取組】 <ul style="list-style-type: none"> ・ 意識改革・啓発 <ul style="list-style-type: none"> ・ 管理職マネジメント研修 ・ 患者への医師の働き方改革に関する説明 ・ 医師の意見を聞く仕組み ・ タスク・シフティングに関すること ・ 医師の業務の見直し ・ 勤務環境改善 |
| アウトカム | ・ 医師の労務管理実施後の結果 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 平均時間数、最長時間数 ・ 960～1860時間の医師の人数・割合 / 960～1860時間の医師の属性(診療科毎) ・ 1860時間超の医師の人数・割合 / 1860時間超の医師の属性(診療科毎) |
| 参考 | ・ 医療機関の医療提供体制 ・ 医療機関の医療アウトプット | <ul style="list-style-type: none"> ・ 【医療機関の医療提供体制】(※1) ・ 【医療機関の医療アウトプット】(※2) |

(※1) 診療科ごとの医師数、病床数、看護師数、医師事務作業補助者数等、労働時間に影響を与える要素として分析を行うことを想定。

(※2) 手術件数、患者数、救急車受け入れ台数の他、医療計画や地域医療構想に用いる項目を想定。

評価機能の業務のスケジュール(案)

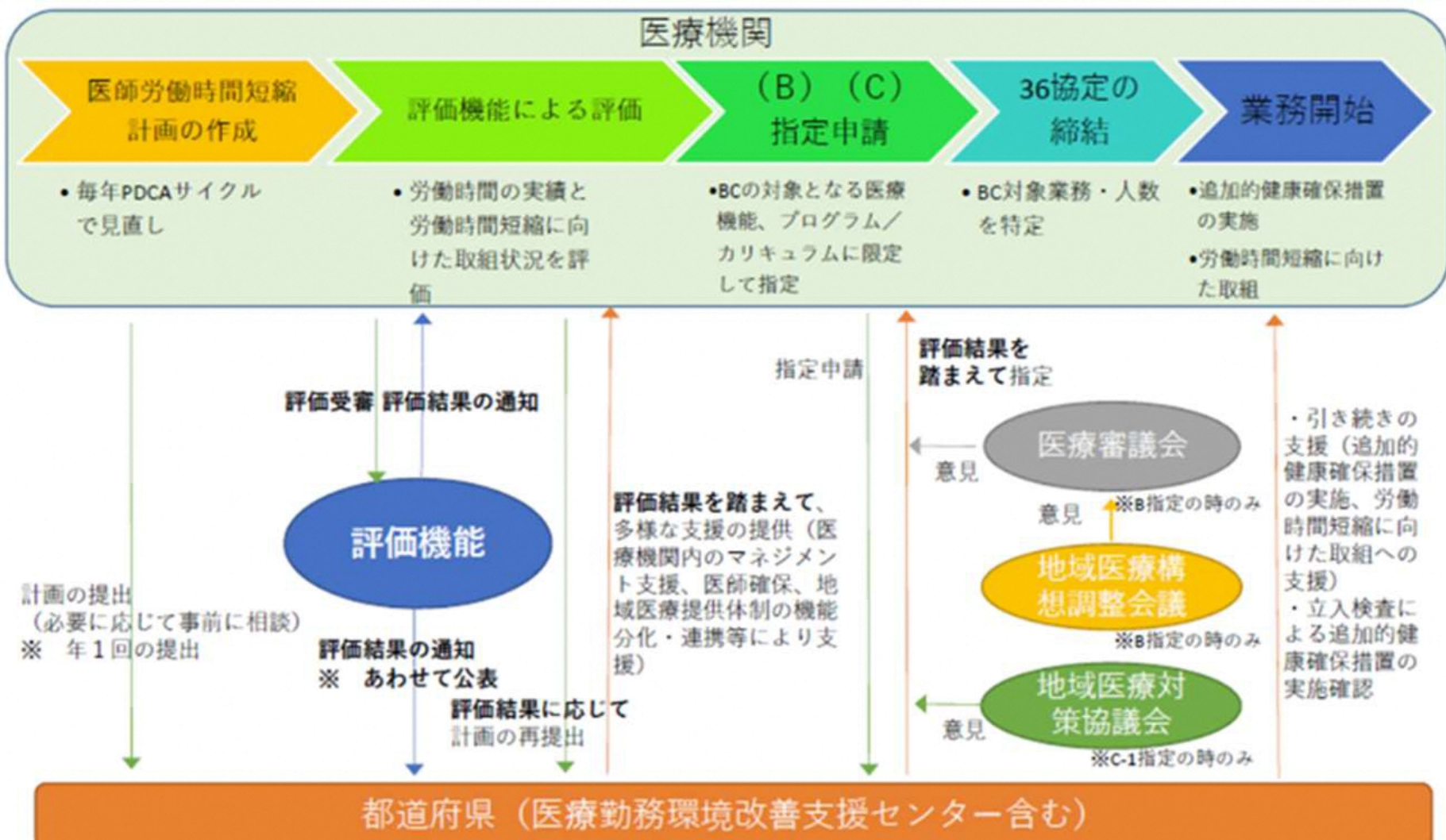
- 2022年度は、全ての（B）（C）候補医療機関の評価の受審が必要であるため、原則、書面で評価を行うこととするが、書面評価による評価結果が低かった医療機関については、訪問評価を2023年度に実施。
- 2024年度以降は3年間を1クールとし、その間に各医療機関は1回、訪問評価を受審する。年度途中で（B）（C）水準に移行しようとする医療機関の評価は随時対応していく。
- また、評価者養成のための講習については、2021年度に集中的に実施し、その後は業務の進捗状況・組織の体制に応じて実施していく。



B・Cを想定しているならば、ここまで書類の完成を！

年に1回の立入 + 3年に1回の訪問審査！

(B)(C)水準の指定に当たっての基本的な流れ(案)



※ (c) - 2 医療機関としての36協定の締結に当たっては、(c) - 2 医療機関としての都道府県の指定のほか、審査組織による審査 (医療機関の教育研修環境、医師個人の高度特定技能育成計画の内容) が必要。

絶対に読んでおくべき文書

- 厚生労働省労働基準局長からの通達
 - 1) 基発0701号第8号（令和元年7月1日）

医師、看護師等の宿日直許可基準について
 - 2) 基発0701号第9号（令和元年7月1日）

医師の研鑽に係る労働時間に関する考え方について
- 厚生労働省労働基準局監督課長からの通達
基発0701号第1号（令和元年7月1日）

医師等の宿日直許可基準及び医師の研鑽に係る労働時間に関する考え方についての運用に当たっての留意事項について

医師の労働時間にかかる論点の取扱い(宿日直)

労働時間とは、使用者の指揮命令下に置かれている時間のことをいい、使用者の明示又は黙示の指示により労働者が業務に従事する時間は労働時間に当たる。

例えば
8:30 17:30 翌8:30

| | |
|--------------------------|-----------------|
| 日勤帯 (所定 内労働 時間) | 当直帯 (15時間程度) |
|--------------------------|-----------------|

様々な実態

- ほとんど実働がない、いわゆる「寝当直」
- 救命救急センター等、ほぼ一晩中実働である
- その中間

- (原則の考え方) 指示があった場合には即時に業務に従事することを求められている場合は、手待時間として労働時間。
- (特例) 労働密度がまばらであり、労働時間規制を適用しなくとも必ずしも労働者保護に欠けることのない一定の断続的労働⇒労働基準監督署長の許可を受けた場合に労働時間規制を適用除外。
(※この場合、15時間程度のうち実働した時間のみが規制対象)
- 許可に当たっては、①一般的許可基準(昭和22年発出)と、②医師、看護師用の詳細な許可基準(昭和24年発出)により判断。今後、②について、第9回検討会でお示しした案を元に、許可対象である「特殊の措置を必要としない軽度の、又は短時間の業務」の例示を明確化して示すこととしたい。

(第9回検討会にお示しした案に、ご議論を踏まえた修正をしたもの)

- 「病棟当直において、少数の要注意患者の状態の変動への対応について、問診等による診察、看護師等他職種に対する指示、確認を行うこと」
- 「外来患者の来院が通常想定されない休日・夜間(例えば非輪番日であるなど)において、少数の軽症の外来患者や、かかりつけ患者の状態の変動について、問診等による診察、看護師等他職種に対する指示、確認を行うこと」

※なお、休日・夜間に結果的に入院となるような対応が生じる場合があっても、「昼間と同態様の労働に従事することが稀」であれば、宿日直許可は取り消さない。

宿日直許可基準について

- 通常の勤務時間からの解放
- 特殊な措置を必要としない軽度・短時間の業務
少数の要注意患者の状態変動への対応
看護師等への指示等
少数の軽症外来患者・かかりつけ患者の変動対応
- 稀な「通常の勤務時間と同態様業務の従事」
これには「時間外」としての「割増料金」
患者数と医師数の関係・急病患者の来院頻度によつては「宿日直許可」は与えられない
- 宿日直許可は「診療科」「職種」「時間帯」「業務内容」で

オンコールの取扱いについて

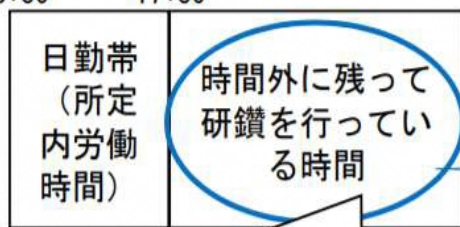
- 労働時間とは、使用者の指揮命令下に置かれている時間のことをいい、使用者の明示又は黙示の指示により労働者が業務に従事する時間は労働時間に当たる。※労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関するガイドライン（平成29年1月20日策定）
- オンコール待機中に実際の診療が発生した場合、当該診療に従事する時間は労働時間に該当する。
- オンコール待機時間全体が労働時間に該当するかどうかについては、オンコール待機中に求められる義務態様によって判断する必要がある。
- オンコール待機中に求められる義務態様は、医療機関ごと、診療科ごとに様々であり、
 - ・呼び出しの頻度がどの程度か、
 - ・呼び出された場合にどの程度迅速に病院に到着することが義務付けられているか、
 - ・呼び出しに備えてオンコール待機中の活動がどの程度制限されているか、 等を踏まえ、オンコール待機時間全体について、労働から離れることが保障されているかどうかによって判断するものであり、個別具体的に判断されるものである。
- 裁判例は、個別の実態を踏まえて、労働時間に該当すると認めているもの／認めていないものに分かれている。
 - ※ 医師のオンコールについては、奈良県立病院産科医師事件で扱われているが、当該事件では、産科医間の自主的な取組によってオンコールが行われていたと認定されたことから、オンコールについて明示又は黙示の業務命令が認められないとされた。

医師の労働時間にかかる論点の取扱い(研鑽)

研鑽が労働時間に該当するかどうかについても、「使用者の指揮命令下に置かれているかどうか」により判断することとなるが、現場における医師の研鑽の労働時間管理の取扱いについて、第12回検討会でお示しした案を概ねの内容として、今後、考え方と適切に取り扱うための手続を示すこととしたい。

例えば

8:30 17:30



様々な実態

- ・ 診療ガイドライン等の勉強
- ・ 勉強会の準備、論文執筆
- ・ 上司等の診療や手術の見学・手伝い

□ 医師の研鑽については、

- ・ 医学は高度に専門的であることに加え、日進月歩の技術革新がなされており、
- ・ そのような中、個々の医師が行う研鑽が労働であるか否かについては、当該医師の経験、業務、当該医療機関が当該医師に求める医療提供の水準等を踏まえて、現場における判断としては、当該医師の上司がどの範囲を現在の業務上必須と考え指示を行うかによらざるを得ない。

□ 労働に該当する範囲を医師本人、上司、使用者が明確に認識しうるよう、基本となる考え方を示すとともに、上司の指示と労働に該当するかどうかの判断との関係を明確化する手続等を示す。

| 研鑽の種類 | 考え方・手続 |
|-----------------------------|---|
| 診療ガイドラインや新しい治療法等の勉強 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 一般的に、診療の準備行為等として、労働時間に該当。 ・ ただし、自由な意思に基づき、業務上必須ではない行為を所定労働時間外に自ら申し出て上司の指示なく行っていることが確認できれば、労働時間に該当しないものとして取り扱う。 |
| 学会・院内勉強会等への参加や準備、専門医の取得・更新等 | <ul style="list-style-type: none"> ・ こうした研鑽が奨励されている等の事情があっても、自由な意思に基づき、業務上必須ではない行為を所定労働時間外に自ら申し出て上司の指示なく行う時間については、一般的に労働時間に該当しない。 |
| 当直シフト外で時間外に待機し、診療や見学を行うこと | <ul style="list-style-type: none"> ・ ただし、見学中に診療(手伝いを含む。以下同じ。)を行った時間は労働時間として取扱い、見学の時間中に診療を行うことが慣習化(常態化)している場合は、見学の時間すべてを労働時間として取り扱う。 |

必要な手続等

- 研鑽を行うことについての医師の申告と上司の確認(その記録)
- 通常勤務と明確に切り分ける(突発的な場合を除き診療等を指示しない、服装等)

医師の研鑽について

- 所定労働時間内は全て「労働時間」
- 所定労働時間外は「本来業務」と関連性なく、「上司」からの明示・目次の指示によらないものは「研鑽」、指示によるものは「労働時間」
- 研鑽の種類 ← 自由な意志であること
 - 1) 一般診療における新たな知識、技術の習得のための学習
 - 2) 博士の学位を取得するための研究及び論文作成や、専門医を取得するための奨励研究や論文作成
 - 3) 手技を向上させるための手術見学
- 研鑽の該当性を明確にするための手続きと環境整備
 - 上司への申し出、別の部屋、白衣、
 - マニュアルの整備と周知、記録の保存（3年間）

臨床現場では・・・

- 「指導医」が「研修医」に「明日は大腸がんの手術があるから、しっかり勉強してくるように」と言った
 - ⇒ 研修医は医局で20-22時まで学習・・・労働！
 - ⇒ 研修医は自宅で2時間学習・・・労働？研鑽？
- 「指導医」が「研修医」に「明日は大腸がんの手術があるね」とつぶやいた
 - ⇒ 研修医は自主的に医局で20-22時まで学習・・・研鑽？
- * 米国では**研修医**は労働者でなく**学習者**として認識
 - 連続労働時間と勤務間インターバル**が規定 (ACGME)
- * 日本でも学習者としての認識になるのか？

医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組の概要

考え方

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。

医療機関における経営の立場、個々の医療現場の責任者・指導者の立場の医師の主体的な取組を支援。

医師の労働時間短縮に向けて国民の理解を適切に求める周知の具体的枠組みについて、早急な検討が必要。

勤務医を雇用する医療機関における取組項目
※1～3については現行の労働法制により当然求められる事項も含んでおり、改めて、全医療機関において着実に実施されるべき。

1 医師の労働時間管理の適正化に向けた取組

- ❑ 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、タイムカード等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等、在院時間を的確に把握する。

2 36協定等の自己点検

- ❑ 36協定の定めなく、又は定めを超えて時間外労働をさせていないか確認する。
- ❑ 医師を含む自機関の医療従事者とともに、36協定で定める時間外労働時間数について自己点検を行い、必要に応じて見直す。

3 産業保健の仕組みの活用

- ❑ 労働安全衛生法に定める衛生委員会や産業医等を活用し、長時間勤務となっている医師、診療科等ごとに対応方策について個別に議論する。

4 タスク・シフティング（業務の移管）の推進

- ❑ 点滴に係る業務、診断書等の代行入力業務等については、平成19年通知（※）等の趣旨を踏まえ、医療安全に留意しつつ、原則医師以外の職種により分担して実施し、医師の負担を軽減する。
- ❑ 特定行為研修の受講の推進とともに、研修を修了した看護師が適切に役割を果たせる業務分担を具体的に検討することが望ましい。

※「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（平成19年12月28日医政発1228001号）

5 女性医師等の支援

- ❑ 短時間勤務等多様で柔軟な働き方を推進するなどきめ細やかな支援を行う。

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

- ❑ 全ての医療機関において取り組むことを基本とする1～5のほか、各医療機関の状況に応じ、勤務時間外に緊急でない患者の病状説明等を行わないこと、当直明けの勤務負担の緩和（連続勤務時間数を考慮した退勤時刻の設定）、勤務間インターバルの設定、複数主治医制の導入等について積極的な検討・導入に努める。

- ❑ 厚生労働省による好事例の積極的な情報発信、医療機関への財政的支援、医療勤務環境改善支援センターによる相談支援等の充実等

行政の支援等

医療分野の時間当たりのサービス提供の改善における目標について（医療分野全体）

- 医療サービスは、多くの医療関係職種が関わり合い提供がされているが、今回の指標の設定は、医療提供体制のうち最も大きい役割を担う医師を医療分野の代表として、**医師に着目した指標等の検討を進めることとした。**
- 医療は技術革新の影響を強く受けやすい領域であり、疾病の新しい治療法などの開発・進展を精緻に予測することは困難であるため、医療記録、医療事務等の基幹業務について着実に移管、効率化できると見込まれるものを念頭に目標を設定。
- 医療分野においては、ICT、ロボットの活用で業務代替が可能と考えられるものが5%程度あると見込まれることから、それらの業務がすべてICT等に移管することを目指し、**5%以上の業務効率化を目指す。**

5%の考え方

【医師】

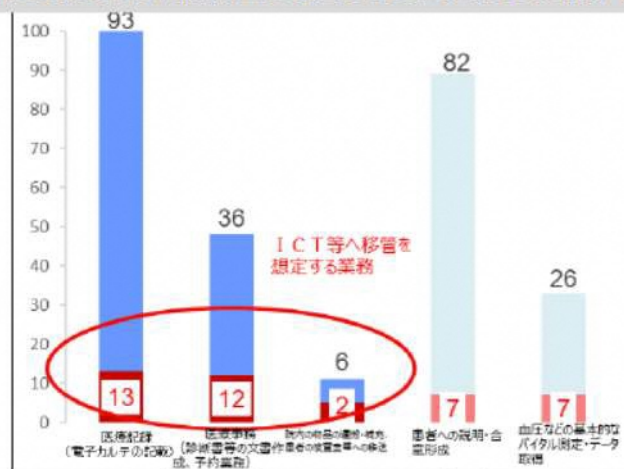
- 医師の業務のうち、ICT等で代替が可能であると考えられる、**医療記録、医療事務、院内の物品の運搬等**の業務時間は、医師の平均労働時間の**4.8%**を占める、と考えられる。

※ なお、患者の説明・合意形成や血圧や血糖などの基本的なバイタル測定・データ取得に係る業務時間については、他職種への移管を想定しているものであるため、計上しないこととする。

【看護師等其他医療従事者】

- 医政局看護課の調査において、ICT等の活用可能性が高いとされた業務について、それぞれ一定の割合でICTに移管されると想定。
移管されとした業務の総和が、総業務時間に占める割合は**5.7%**であると試算。
- その他職員については、それぞれの業務が看護師と同程度にICT等に移管されるものとして仮定。

医師の業務のうち、他職種に分担できると考えられる時間（分）



出典：医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）

医療全体で5%以上の業務効率化を目指す

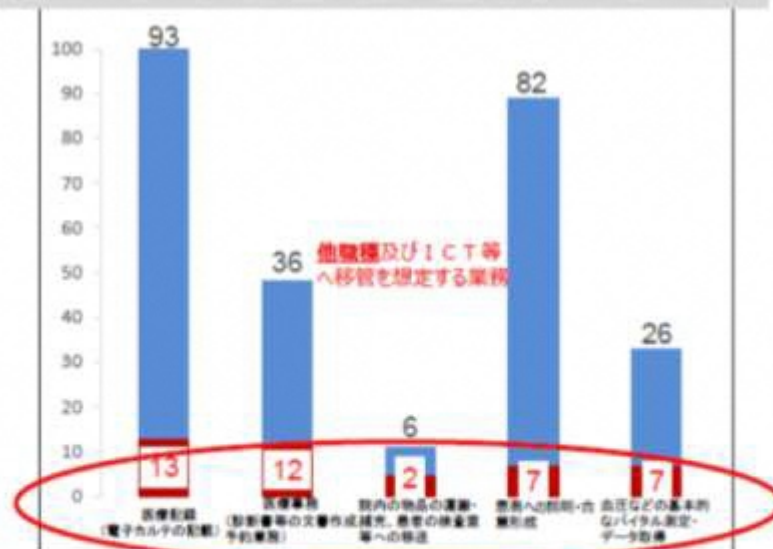
医療分野の時間当たりのサービス提供の改善における目標について（医師）

- 医療サービスは、多くの医療関係職種が関わり合い提供がされているが、今回の指標の設定は、医療提供体制のうち最も大きい役割を担う医師を医療分野の代表として、医師に着目した指標等の検討を進めることとした。
- 医療は技術革新の影響を強く受けやすい領域であり、疾病の新しい治療法などの開発・進展を精緻に予測することは困難であるため、医療記録、医療事務等の基幹業務について着実に移管、効率化できると見込まれるものを念頭に目標を設定。
- 他職種と比較して長時間労働にある医師については、労働時間短縮のため、他職種への業務移管のあり方等も含めて検討を進めているところ。医師については、上記 ICT 等による業務代替とともに、医師以外の職種への業務移管も含めた業務効率化を推進することから、7%以上の業務効率化を目標とする。

7%の考え方

- ICT 等による代替とともに、他職種への移管が想定される、「患者への説明・合意形成」及び「血圧などの基本的なバイタル測定・データ取得」等を考慮した業務時間は、医師の平均労働時間の 7.2% を占める、と考えられる。

医師の業務のうち、他職種に分担できると考えられる時間（分）



出典：医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）

医師については7%以上の業務効率化を目指す

病院勤務医の事務負担の軽減

令和元年5月29日
中医協総会資料(改)

医師事務作業補助体制加算

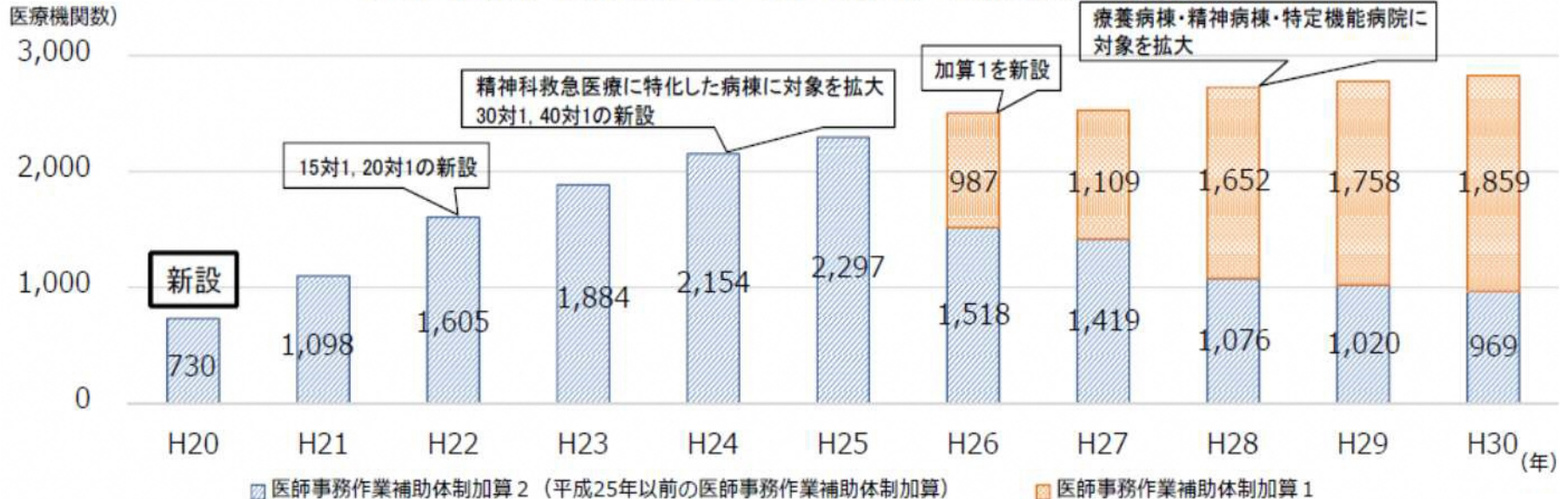
- 勤務医負担軽減計画を策定し、医師の事務作業を補助する専従職員(医師事務作業補助者)を配置している等、病院勤務医の事務作業を軽減する取組を評価。
- 病院勤務医等の負担軽減策として効果があるものについて、複数項目の取組を計画に盛り込む(※)ことが要件となっている。

※ ①(必須)及び②~⑦のうち少なくとも2項目以上

- ① 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容 (必須)
- ② 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施
- ③ 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保(勤務間インターバル)
- ④ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
- ⑤ 当直翌日の業務内容に対する配慮
- ⑥ 交替勤務制・複数主治医制の実施
- ⑦ 短時間正規雇用医師の活用



医師事務作業補助体制加算の届出医療機関数の推移



医師事務作業補助者について最近思うこと

1) 雇用条件と雇用人数

民間・中小規模は少数・常勤，大規模・公立は多数・非常勤
非正規（非常勤）では募集が来ない！

→ 都心部では「常勤化」の動き・医師事務の高齢化問題

*「若手雇用」「正規採用」「少数精鋭」が正しい戦略では・・・

2) 業務内容と業務量の変遷

文書量は増えているが，文書作成の効率化は進んでいない

NCDは医師個人の業務なのか？（がん登録との違い）

3) 教育体制

「32時間研修」は単なる儀式

「医師」の教育サポーターは少ない

自施設での医師事務作業補助者の勉強会開催には限界？

学会・研究会への参加はハードルが高い

「静岡県の医療クレークを育てる会」 (2014年度から年3-4回・県内3か所) 100-150人



| | | | | |
|------|------|--|---|------|
| 生涯教育 | 第11回 | H29.3.5(日) 13:00～16:40 ニッセイ静岡駅前ビル 2階 A B会議室 | ①一般口演「電子カルテ・データベース等」 (1)産婦人科・医療秘書の取り組み～電子カルテ化による医療秘書の役割変更～ (2)医療クレークが院内がん登録に関わっている事例 (3)浜松赤十字病院におけるNational Clinical Databaseの取組みについて (4)臨床研究受託時から医療秘書が参加し支援した事例 ②一般口演「業務環境・業務管理」 (1)当院における医師事務サポート係の現状と課題 (2)整形外科病院における医師事務作業補助者の取り組み～業務効率化を目指して～ (3)当院の医師事務作業補助者(MA)の現状と課題 (4)公立森町病院における医師事務作業補助者の取り組み ③「医療クレークにとっての電子カルテ～光と影」 名古屋大学医学部附属病院病院長補佐、メディカルITセンター長・病院教授 白鳥 義宗 先生 | 117名 |
| | 第12回 | H29.7.9(日) 13:00～16:40 えんてつホール | ①一般口演 (1)職歴等からみた医師事務サポート係の「職業適性について」 ～院内アンケートの結果から～ (2)当院における書類作成業務の現状と課題 (3)当院における医師事務作業の現場～チーム医療の一員となるために～ (4)浜松医療センターにおける医師事務作業補助者の取り組み 「呼吸器内科クレークと文書クレークの業務」 (5)感染防止対策室における医療秘書業務の紹介 ②教育講演 「医師事務作業補助体制の戦略 新しい医療仲間へのエールと感謝 ～いつも明るく健やかに～」 高岡整志会病院 関節織・スポーツ整形外科部長 今田 光一 先生 | 120名 |
| | 第13回 | H29.10.8(日) 13:00～16:45 ニッセイ静岡駅前ビル A・B会議室 | ①「『医療情報システムの安全管理に関するガイドライン(Ver.5.0)』の解説」 ～『改正個人情報保護法』と絡めて～ ②「人生100歳時代の設計図を考える」 浜松医科大学附属病院 医療福祉支援センター センター長 小林 利彦 先生 ③「医療クレークが知っておきたい病理診断学の知識」 宮崎県立日南病院 臨床検査科・病理診断科・医療連携科・感染管理科 部長 木佐貫 篤 先生 | 127名 |
| 生涯教育 | 第14回 | H30.3.4(日) 13:00～16:30 ブラサ ヴェルデ 301、302会議室 | ①「『医業の働き方改革に関する検討会』内容紹介～テキストランディングを中心に～」 浜松医科大学附属病院 医療福祉支援センター センター長 小林 利彦 先生 ②一般口演 (1)電子カルテ導入後の内科外系における問題点と改善点 (2)当院における診断書作成の取り組みについて (3)医療機関の正しい接遇 (4)医局におけるWebサイトを利用した情報伝達の取り組み ～院内ポータルサイトの運用から～ ③「医療クレークが知っておくと良い『医療マネジメント』ツール」 ～ITC・電子カルテ・パスをどんどん使おう～ 東京医療保健大学 医療保健学部 医療情報学科 准教授 藤戸 俊馬 先生 | 97名 |

小括

- 2024年からB(地域医療確保暫定特例水準)またはC(集中的技能向上水準)に自然に入れるわけではない。
- 2021年度末までに改善計画・実施計画を策定して「評価機能」の審査を受ける必要がある。
- 「医師・看護師等の宿日直許可基準」と医師の研鑽に係る労働時間に関する考え方」についてはガイドラインが出たので確認しておくべきだが・・・最終的には労基との協議が予想される。
- タスクシフト・タスクシェアへの妄信は止めよう。
- タスクは減らし、シフト・シェアは少数精鋭で・・・

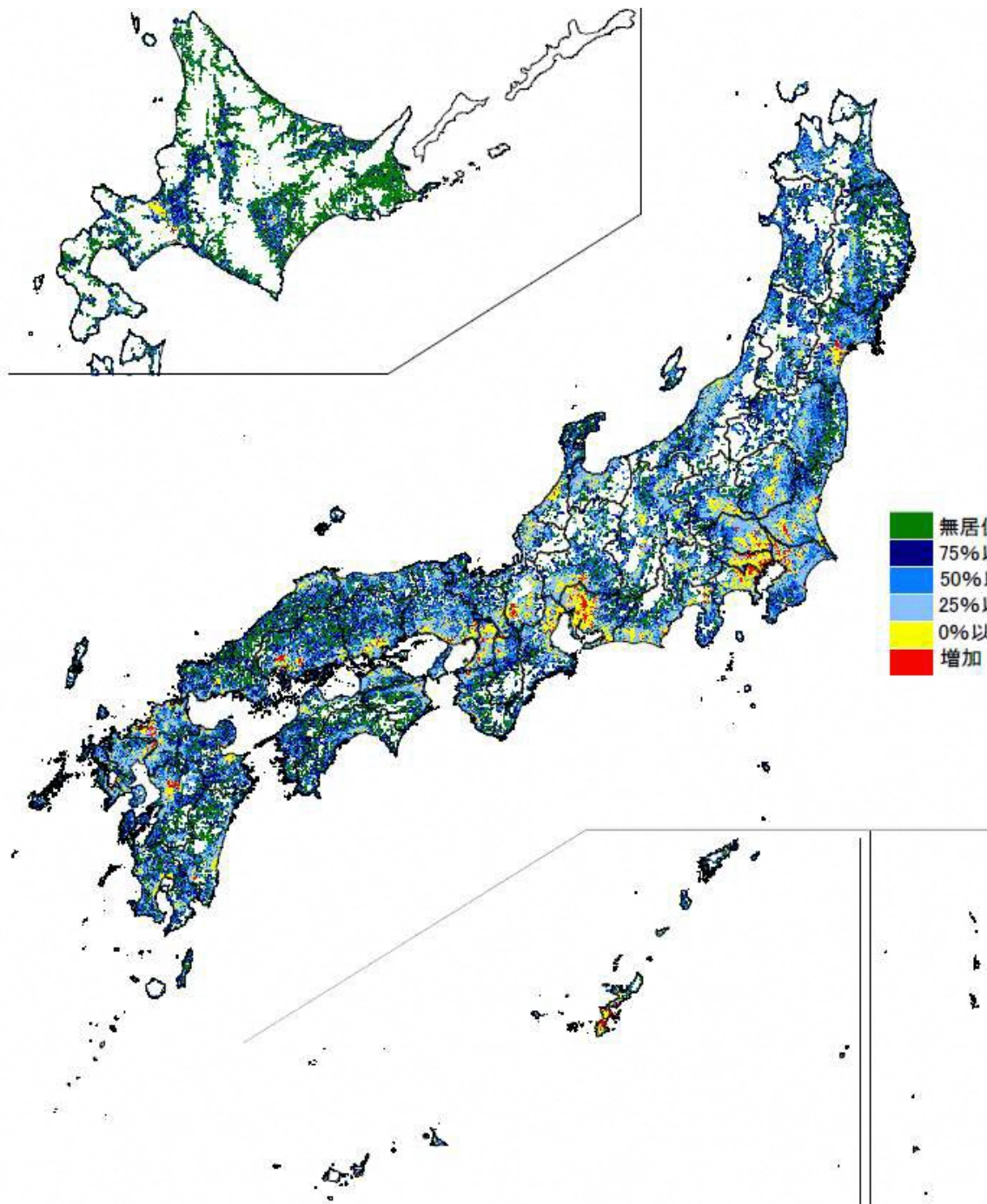
衝撃的な数字（将来推計人口：社人研2018年）

| | 2015年 | 2030年 | 2045年 |
|------|-------|-------|-------|
| 東京都 | 1352 | 1388 | 1361 |
| 神奈川県 | 913 | 893 | 831 |
| 大阪府 | 884 | 826 | 734 |
| 愛知県 | 748 | 736 | 690 |
| 埼玉県 | 727 | 708 | 652 |
| 千葉県 | 622 | 599 | 546 |
| 福岡県 | 510 | 496 | 455 |
| 兵庫県 | 553 | 514 | 453 |
| 北海道 | 538 | 479 | 400 |
| 静岡県 | 370 | 338 | 294 |
| 広島県 | 284 | 269 | 243 |
| 茨城県 | 292 | 264 | 224 |
| 京都府 | 261 | 243 | 214 |

| | 2015年 | 2030年 | 2045年 |
|------|-------|-------|-------|
| 宮城県 | 233 | 214 | 181 |
| 新潟県 | 230 | 203 | 170 |
| 岡山県 | 192 | 180 | 162 |
| 長野県 | 210 | 188 | 161 |
| 栃木県 | 197 | 181 | 156 |
| 岐阜県 | 203 | 182 | 156 |
| 群馬県 | 197 | 180 | 155 |
| 熊本県 | 179 | 164 | 144 |
| 三重県 | 182 | 165 | 143 |
| 沖縄県 | 143 | 147 | 143 |
| 福島県 | 191 | 164 | 131 |
| 滋賀県 | 141 | 137 | 126 |
| 鹿児島県 | 165 | 144 | 120 |
| 山口県 | 140 | 123 | 104 |
| 愛媛県 | 139 | 121 | 101 |
| 奈良県 | 136 | 120 | 100 |

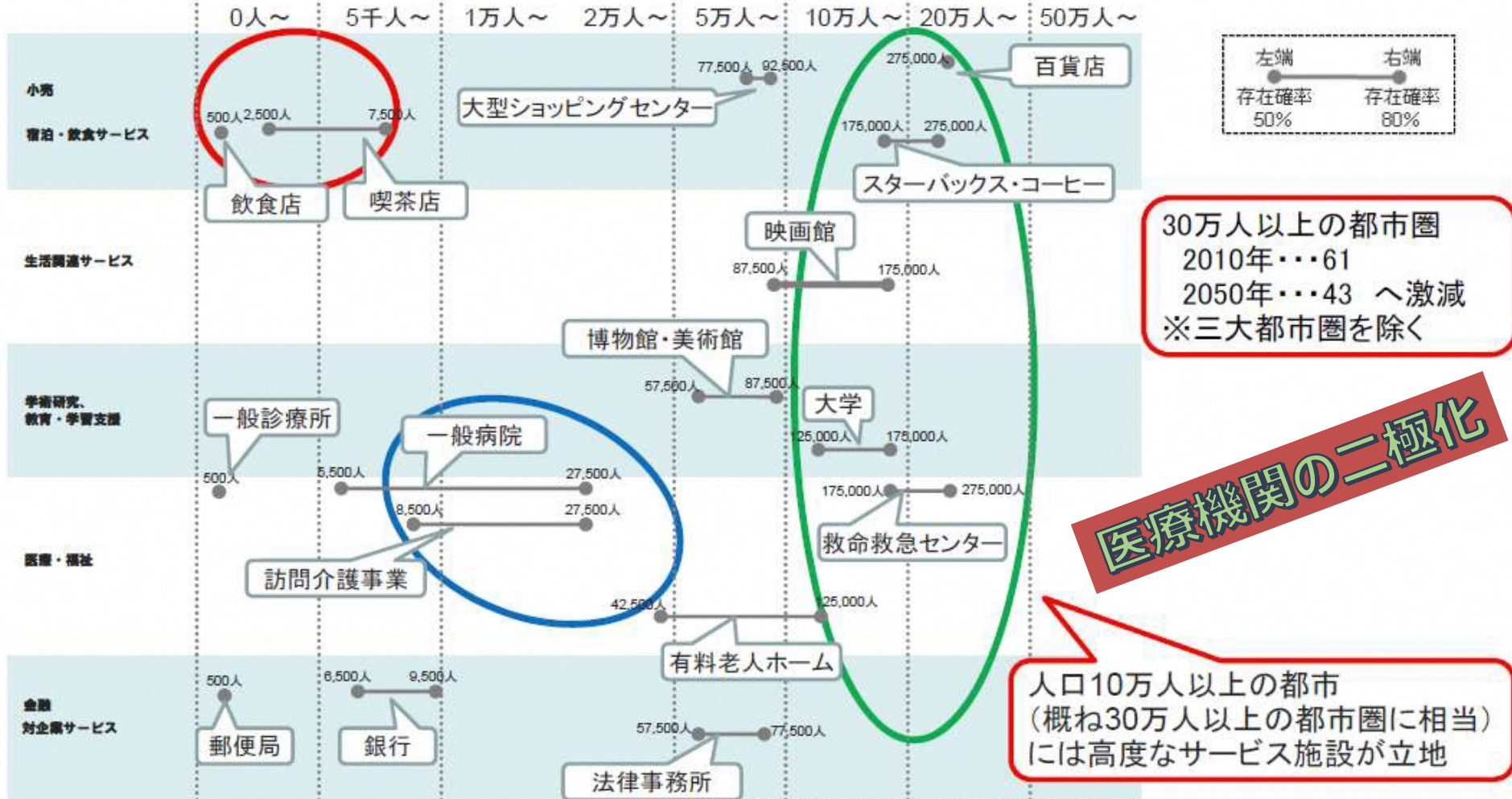
| | 2015年 | 2030年 | 2045年 |
|------|-------|-------|-------|
| 長崎県 | 138 | 119 | 98 |
| 石川県 | 115 | 107 | 95 |
| 大分県 | 117 | 104 | 90 |
| 岩手県 | 128 | 110 | 88 |
| 宮崎県 | 110 | 98 | 82 |
| 青森県 | 131 | 108 | 82 |
| 富山県 | 107 | 95 | 82 |
| 香川県 | 98 | 89 | 78 |
| 山形県 | 112 | 96 | 77 |
| 和歌山県 | 96 | 83 | 69 |
| 佐賀県 | 83 | 76 | 66 |
| 福井県 | 79 | 71 | 61 |
| 秋田県 | 102 | 81 | 60 |
| 山梨県 | 83 | 72 | 60 |
| 徳島県 | 76 | 65 | 54 |
| 島根県 | 69 | 62 | 53 |
| 高知県 | 73 | 61 | 50 |
| 鳥取県 | 57 | 52 | 45 |

2050年の人口増減状況
(2010年=100)



人口の規模と事業の成功率

サービス施設の立地する確率が50%及び80%となる自治体の人口規模(三大都市圏を除く)



30万人以上の都市圏
2010年・・・61
2050年・・・43 へ激減
※三大都市圏を除く

医療機関の二極化

人口10万人以上の都市
(概ね30万人以上の都市圏に相当)
には高度なサービス施設が立地

(出典) 各種資料をもとに国土交通省国土政策局作成

連携中枢都市圏の取組の推進

連携中枢都市圏の意義とは

- 地域において、相当の規模と中核性を備える圏域において市町村が連携し、コンパクト化とネットワーク化により、人口減少・少子高齢社会においても一定の圏域人口を有し活力ある社会経済を維持するための拠点を形成

連携中枢都市圏に何が求められているのか

① 圏域全体の経済成長のけん引

産学金官の共同研究・新製品開発支援、六次産業化支援 等

② 高次の都市機能の集積・強化

高度医療の提供体制の充実、高等教育・研究開発の環境整備 等

③ 圏域全体の生活関連機能サービスの向上

地域医療確保のための病院群輪番制の充実、
地域公共交通ネットワークの形成 等

連携中枢都市圏をいかに実現するか

- 地方自治法を改正し、地方公共団体間の柔軟な連携を可能とする「連携協約」の制度を導入（平成26年11月1日施行）
- 平成26年度から、連携中枢都市圏の形成等を推進するため、国費により支援
- 平成27年度から、地方交付税措置を講じて全国展開

➤ 連携中枢都市圏形成のための手続き

連携中枢
都市宣言

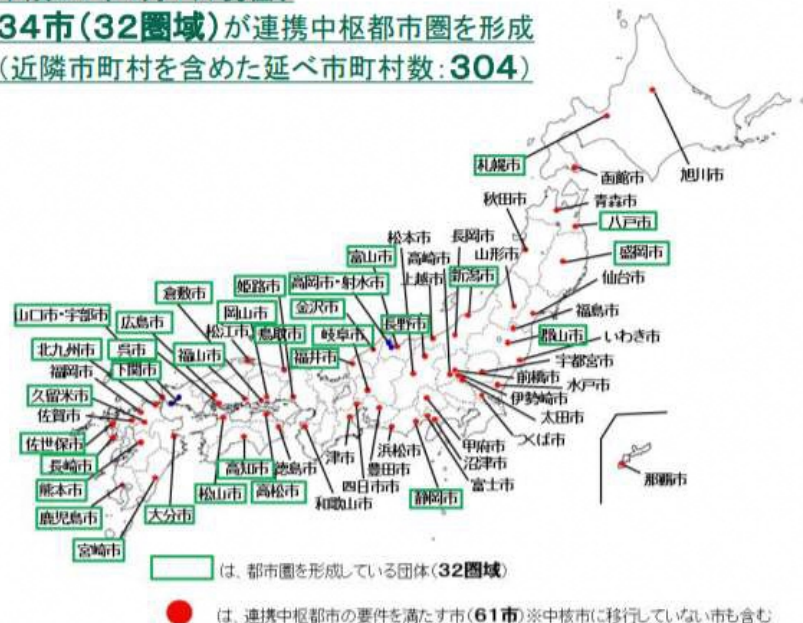


連携協約
の締結



都市圏ビジョン
の策定

平成31年4月1日現在、
34市(32圏域)が連携中枢都市圏を形成
(近隣市町村を含めた延べ市町村数：**304**)



【連携中枢都市圏とは】

地方圏において、昼夜間人口比率おおむね1以上の指定都市・中核市と、社会的、経済的に一体性を有する近隣市町村とで形成する都市圏

※ただし、隣接する2つの市(各市が昼夜間人口比率1以上かつ人口10万人程度以上の市)の人口の合計が20万人を超え、かつ、双方が概ね1時間以内の交通圏にある場合において、これらの市と社会的、経済的に一体性を有する近隣市町村とで形成する都市圏についても、連携中枢都市圏と同等の取組が見込まれる場合においては、これに該当するものとする。

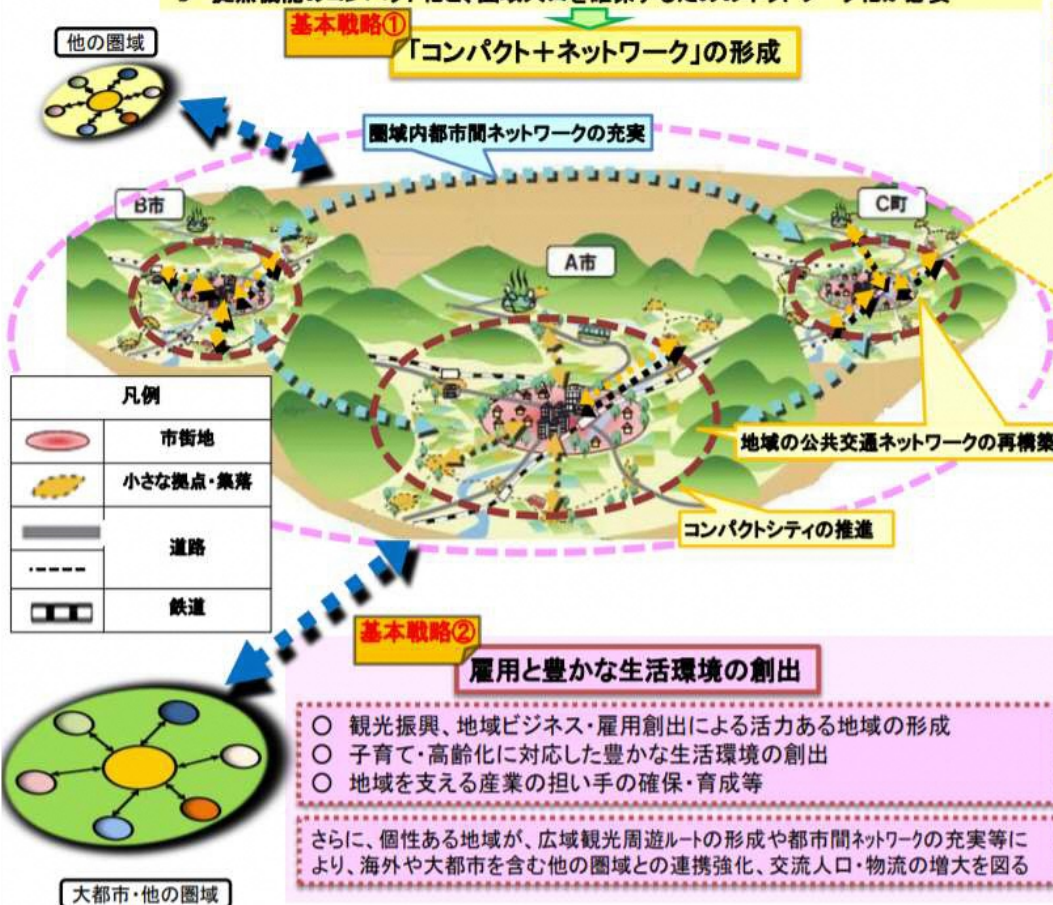
基本戦略①: 人口減少下でも生活サービスを効率的に提供するために**拠点機能をコンパクト化**し、中山間地域等では**小さな拠点の形成を推進**するとともに、**高次都市機能維持に必要な概ね30万人の圏域人口確保のためのネットワーク化**を図る。

基本戦略②: **地域の雇用創出と豊かな生活環境の創出**のため、観光振興や地域資源を活かした**個性ある地域づくり**を行いつつ、**広域観光周遊ルート**の形成や**都市間ネットワークの充実**等により、**海外や大都市を含む他の圏域との連携強化、交流人口・物流の増大**を図る。

高次都市機能を維持するためには、一定の圏域人口が必要

人口約30万人で成立する高次サービス施設の例:救命救急センター、大学、百貨店

→ 拠点機能のコンパクト化と、圏域人口を確保するためのネットワーク化が必要



「小さな拠点」の形成

商店、診療所など日常生活に不可欠な施設や地域活動を行う場を、歩いて動ける範囲に集め、周辺集落とネットワークでつないだ「小さな拠点」を形成。



<高知県黒潮町の事例>

- ・廃校舎を特産品販売、防災活動拠点として活用
- ・高齢者の移動手段確保のため、エリアデマンドバス運行



<富山市のコンパクト+ネットワークの事例>

コンパクトなまちづくりにより、中心市街地活性化や公共交通の活性化の取組を実施



<三遠南信地域における機能連携の事例>

三遠南信地域の道路ネットワークを強化することで、三河港などの物流拠点を有する沿岸部と、農業、製造業等の産業拠点を結びつけ、ゾーン全体として産業を活性化



コンパクト+ネットワークを形成しつつ、各地域で雇用と豊かな生活環境を創出し、東京など大都市からも企業・人材を引き付ける効果

「再編必要」病院公表

厚生労働省は、再編・統合の検討が必要な424の公立・公的病院の実名公表に踏み切った。名指しされた病院や患者からは、戸惑いや不安の声も上がるが、増加する医療費を抑えるため、入院医療の効率化は待ったなしだ。病院名公表の狙いと背景を探る。

3兆円

団塊の世代全員が75歳以上の後期高齢者になる2025年は、医療や介護サービスの需要が急増する。今後の医療は、脳や心臓などの手術が中心の「急性期」から、在宅や通院が中心の慢性疾患の対応に移る。厚生労働省の推計によると、25年に必要な入院ベッド(病床)全体の数は、18年より5万床ほど少ない。こ

| | |
|----------|----------------------------------|
| 2017年3月末 | 都道府県が地域医療構想の策定を完了 |
| 17~18年度 | 構想に基づき厚生労働省が病院に再編・統合などの集中的な検討を要請 |
| 19年9月 | 厚生労働省が再編・統合の検討が必要な424病院のリストを公表 |
| 20年9月末 | 都道府県や病院が対応策を厚生労働省に回答(期限) |
| 25年 | 地域医療構想の実現(目標) |

●公立・公的病院の実名公表に関する動き

9/26

急性期病床 削減図る



高齢化進行 在宅中心へ

解説 スペシャル

のうち入院医療費が高い「高度急性期・急性期」の



医療部 加納昭彦 鈴木希

地域医療構想 2025年に向けて「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」の四つの機能ごとに、医療の需要と入院ベッド(病床)の必要数を病院ごとに推計したものを。全国339の区域ごとに議論・調整する。

病床数は、18年から25年までに20万床も減らす必要がある。

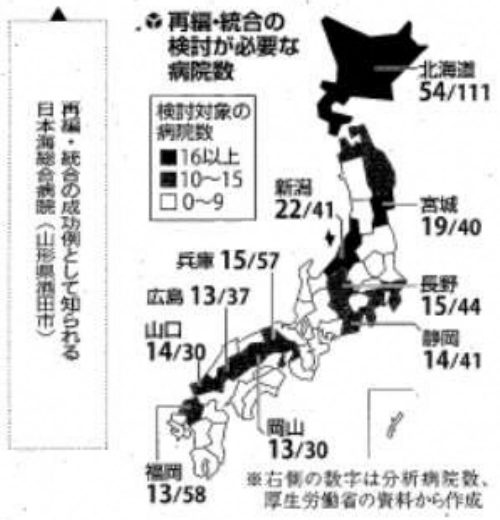
政府の社会保障制度改革推進本部で専門調査会委員を務める土居文朗・慶大教授は、「推計通りに病床数を削減できれば、入院医療費を丸刈りできる」と

試算する。

病床数の数字は、都道府県が16年度末までに作った地域医療構想に基づいている。この需要見直しに沿って17、18年度に地元で議論を重ねたが、病院の再編・統合に向けた道筋を示せた例は少ない。

遅々として進まない議論に厚生労働省は、公立・公的病院を対象に、がんや脳卒中、心筋梗塞など、急性期を中心とした手術件数などを基に診療機能を評価。同様の機能を代替できる病院が近くにあれば、それも判断材

料に加え、討が必要なのを進め、その数、652あるの3割弱をは地域医療手だった2規模病院がに病院名公不安や戸惑公立病院省は27日、地域医療のりと発表しは「地域の重要な議論が重要だ」



都道府県別 再検証対象医療機関の一覧

| 都道府県 | 分析対象 | A該当 | B該当 | (AかつB) | 再検証対象病院 | 割合 |
|--------|------|-----|-----|--------|---------|-------|
| 1 北海道 | 111 | 49 | 22 | 17 | 54 | 48.6% |
| 2 青森 | 26 | 8 | 8 | 6 | 10 | 38.5% |
| 3 岩手 | 24 | 8 | 8 | 6 | 10 | 41.7% |
| 4 宮城 | 40 | 16 | 10 | 7 | 19 | 47.5% |
| 5 秋田 | 23 | 3 | 3 | 1 | 5 | 21.7% |
| 6 山形 | 18 | 5 | 5 | 3 | 7 | 38.9% |
| 7 福島 | 24 | 6 | 7 | 5 | 8 | 33.3% |
| 8 茨城 | 28 | 5 | 6 | 5 | 6 | 21.4% |
| 9 栃木 | 15 | 1 | 2 | 1 | 2 | 13.3% |
| 10 群馬 | 22 | 2 | 4 | 2 | 4 | 18.2% |
| 11 埼玉 | 32 | 4 | 5 | 2 | 7 | 21.9% |
| 12 千葉 | 40 | 8 | 10 | 8 | 10 | 25.0% |
| 13 東京 | 78 | 8 | 5 | 3 | 10 | 12.8% |
| 14 神奈川 | 56 | 4 | 8 | 2 | 10 | 17.9% |
| 15 新潟 | 41 | 14 | 18 | 10 | 22 | 53.7% |
| 16 富山 | 21 | 4 | 4 | 3 | 5 | 23.8% |
| 17 石川 | 23 | 5 | 6 | 4 | 7 | 30.4% |
| 18 福井 | 14 | 4 | 2 | 2 | 4 | 28.6% |
| 19 山梨 | 18 | 3 | 7 | 3 | 7 | 38.9% |
| 20 長野 | 44 | 11 | 13 | 9 | 15 | 34.1% |
| 21 岐阜 | 30 | 3 | 7 | 1 | 9 | 30.0% |
| 22 静岡 | 41 | 4 | 13 | 3 | 14 | 34.1% |
| 23 愛知 | 57 | 5 | 6 | 2 | 9 | 15.8% |
| 24 三重 | 28 | 3 | 5 | 1 | 7 | 25.0% |

人口が100万人以上の構想区域では「B」は評価していない！

| | | | | | | |
|--------|------|-----|-----|-----|-----|-------|
| 25 滋賀 | 19 | 2 | 4 | 1 | 5 | 26.3% |
| 26 京都 | 26 | 1 | 3 | 0 | 4 | 15.4% |
| 27 大阪 | 61 | 4 | 8 | 2 | 10 | 16.4% |
| 28 兵庫 | 57 | 10 | 10 | 5 | 15 | 26.3% |
| 29 奈良 | 15 | 2 | 5 | 2 | 5 | 33.3% |
| 30 和歌山 | 18 | 1 | 4 | 0 | 5 | 27.8% |
| 31 鳥取 | 12 | 3 | 3 | 2 | 4 | 33.3% |
| 32 島根 | 20 | 3 | 3 | 2 | 4 | 20.0% |
| 33 岡山 | 30 | 11 | 8 | 6 | 13 | 43.3% |
| 34 広島 | 37 | 9 | 9 | 5 | 13 | 35.1% |
| 35 山口 | 30 | 9 | 10 | 5 | 14 | 46.7% |
| 36 徳島 | 16 | 2 | 6 | 2 | 6 | 37.5% |
| 37 香川 | 18 | 1 | 4 | 1 | 4 | 22.2% |
| 38 愛媛 | 25 | 3 | 6 | 3 | 6 | 24.0% |
| 39 高知 | 16 | 1 | 4 | 0 | 5 | 31.3% |
| 40 福岡 | 58 | 9 | 9 | 5 | 13 | 22.4% |
| 41 佐賀 | 13 | 4 | 4 | 3 | 5 | 38.5% |
| 42 長崎 | 23 | 4 | 5 | 2 | 7 | 30.4% |
| 43 熊本 | 27 | 5 | 4 | 2 | 7 | 25.9% |
| 44 大分 | 18 | 0 | 3 | 0 | 3 | 16.7% |
| 45 宮崎 | 21 | 5 | 5 | 3 | 7 | 33.3% |
| 46 鹿児島 | 27 | 5 | 6 | 3 | 8 | 29.6% |
| 47 沖縄 | 14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.0% |
| 全国 | 1455 | 277 | 307 | 160 | 424 | 29.1% |

日本医師会 地域医療対策委員会における
中川俊男（副会長）の提供資料参照

A)

B)

| 設置主体 | 稼働率（高度急性期・急性期稼働率） | | | | | | | 人口区分 公立・公的医療機関等 | 民間の地域医療支援病院 公的等2025プラン対象 | | | | | | | | | | がん | | | がん | | | | 再診需要請対象医療機関 数 | | | | |
|---------------|-------------------|--------|--------|--------|----------|-------|-----|--------------------|-----------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|------------------|---|---|---|---|
| | 休養中等病床数 | 慢性期病床数 | 回復期病床数 | 急性期病床数 | 高度急性期病床数 | 合計病床数 | | | がん | がん | がん | がん | がん | がん | がん | がん | がん | がん | がん | がん | がん | がん | がん | がん | がん | | | | | |
| 9市町村 | 146 | 0 | 101 | 45 | 0 | 0 | 65% | ○ | 5 | | | | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | 5 |
| 20医療法人 | 78 | 0 | 36 | 42 | 0 | 0 | 94% | ○ | 5 | | | | ○ | | | | | | | | | | | | | | | | | 5 |
| 19公益法人 | 160 | 0 | 110 | 50 | 0 | 0 | 44% | ○ | 5 | | | | ○ | | | | | | | | | | | | | | | | | 4 |
| 9市町村 | 250 | 14 | 194 | 42 | 0 | 0 | 65% | ○ | 4 | ○ | ○ | ○ | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 |
| 21私立学校法人 | 269 | 6 | 232 | 31 | 0 | 0 | 83% | ○ | 4 | ○ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| 2独立行政法人国立病院機構 | 450 | 18 | 382 | 0 | 0 | 50 | 74% | ○ | 2 | ○ | ○ | ○ | | | | | | | | | | | | | | | | | | 4 |
| 8都道府県 | 615 | 565 | 50 | 0 | 0 | 0 | 83% | ○ | 2 | | ○ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 5 |
| 14厚生連 | 285 | 0 | 53 | 197 | 0 | 35 | 69% | ○ | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 6 |
| 11日赤 | 94 | 0 | 53 | 0 | 41 | 0 | 81% | ○ | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 6 |
| 9市町村 | 426 | 7 | 380 | 0 | 0 | 39 | 66% | ○ | 2 | ○ | ○ | ○ | | | | | | | | | | | | | | | | | | 4 |
| 21私立学校法人 | 577 | 99 | 478 | 0 | 0 | 0 | 97% | ○ | 2 | ○ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| 9市町村 | 277 | 0 | 102 | 83 | 92 | 0 | 63% | ○ | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 6 |
| 9市町村 | 504 | 16 | 488 | 0 | 0 | 0 | 82% | ○ | 3 | ○ | ○ | ○ | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| 9市町村 | 350 | 0 | 300 | 50 | 0 | 0 | 75% | ○ | 3 | ○ | ○ | ○ | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 |

* 静岡県は14施設（AかつBは3施設）

今回、「急性期」病棟を持ちながら評価されなかった公立・公的医療機関等が
県内に4病院（東部2施設・西部2施設）←病床機能報告に不備あり（未提出）

公立病院への繰入金等の根拠（一部のみ）

| 根拠 | 科目 |
|---|-----------------------|
| <p>地方公営企業法第17条の2（経費の負担の原則） （地方独立行政法人法第85条（財源措置の特例））</p> <p>次に掲げる地方公営企業の経費で政令で定めるものは、地方公共団体の一般会計又は他の特別会計において、出資、長期の貸付け、負担金の支出その他の方法により負担するものとする。</p> <p>一 その性質上当該地方公営企業の経営に伴う収入をもつて充てることが適当でない経費</p> <p style="border: 2px solid red; padding: 5px;">繰出基準例 救急医療 保健衛生行政 看護師養成所</p> <p>二 当該地方公営企業の性質上能率的な経営を行なつてもなおその経営に伴う収入のみをもつて充てることが客観的に困難であると認められる経費</p> <p style="border: 2px solid red; padding: 5px;">繰出基準例 建設改良費 精神医療 小児医療 へき地医療 感染症医療 高度医療 不採算地区病院 リハビリテーション医療 附属診療所 結核医療 周産期医療</p> | 一般会計負担金（運営費負担金） |
| <p>地方公営企業法第17条の3（補助） （地方独立行政法人法第42条（財源措置））</p> <p>地方公共団体は、災害の復旧その他特別の理由により必要がある場合には、一般会計又は他の特別会計から地方公営企業の特別会計に補助をすることができる。</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 5px;">繰出基準例 災害復旧費 共済追加費用 医師確保対策経費 研究研修費 公立病院改革推進経費</p> | （一般会計補助金） （運営費交付金） |

表 2.2.1 病院事業に係る普通交付税および特別交付税措置（2018年度概要）

普通交付税（一部抜粋）

| | |
|--------|---|
| 病床割 | $\text{稼働病床数} \times 750 \text{千円} + \text{削減した許可病床数} \times 345 \text{千円}$ |
| 救急告示病院 | $1 \text{病院当たり} 1,697 \text{千円} + \text{救急病床数} \times 32,900 \text{千円}$ |
| 事業割 | 1992～2001年度病院事業債元利償還金 $\times 0.4$ 2002年度病院事業債元利償還金 $\times 0.3$ 2003～2014年度病院事業債元利償還金 $\times 0.225$ 2015年度以降病院事業債元利償還金 $\times 0.25$ |

特別交付税

| | | 病床の数 | 単価 (千円) |
|---|--------|--|------------|
| 不採算地区病院 (一般病院※1) | 第1種 ※2 | 稼働病床 | 1,408 |
| | 第2種 ※3 | 稼働病床 | 939 |
| 上記以外の一般病院で150床未満、直近の国勢調査に基づく当該病院の半径5km以内の人口が3万人以上10万人未満 $\text{稼働病床数} \times (939 \text{千円} \times (1 - ((\text{半径}5\text{km以内の人口} - 3\text{万人}) \div 7\text{万人})))$ | | | |
| 結核病床 | | 許可病床数 | 1,633 |
| 精神病床 | | 許可病床数 | 1,523 |
| リハビリテーション専門病院 ※4 | | 一般病床及び療養病床の稼働病床数、結核病床許可病床数、精神病床許可病床の合計 | 310 |
| 小児救急医療(道府県) | | 総務大臣が調査した病院数(1病院当たり) | 8,912 |
| 救命救急センター | | 総務大臣が調査した数(1センター当たり) | 154,289 |
| 周産期医療病床 | 第1種 ※5 | 許可病床数 | 5,305 |
| | 第2種 ※6 | 許可病床数 | 4,245 |
| | 第3種 ※7 | 許可病床数 | 2,805 |
| | 第4種 ※8 | 許可病床数 | 2,243 |
| 小児医療病床(道府県) | | 小児医療のための専用の病床数 | 1,267 |
| 感染症病床(道府県) | | 許可病床数 | 4,251 |

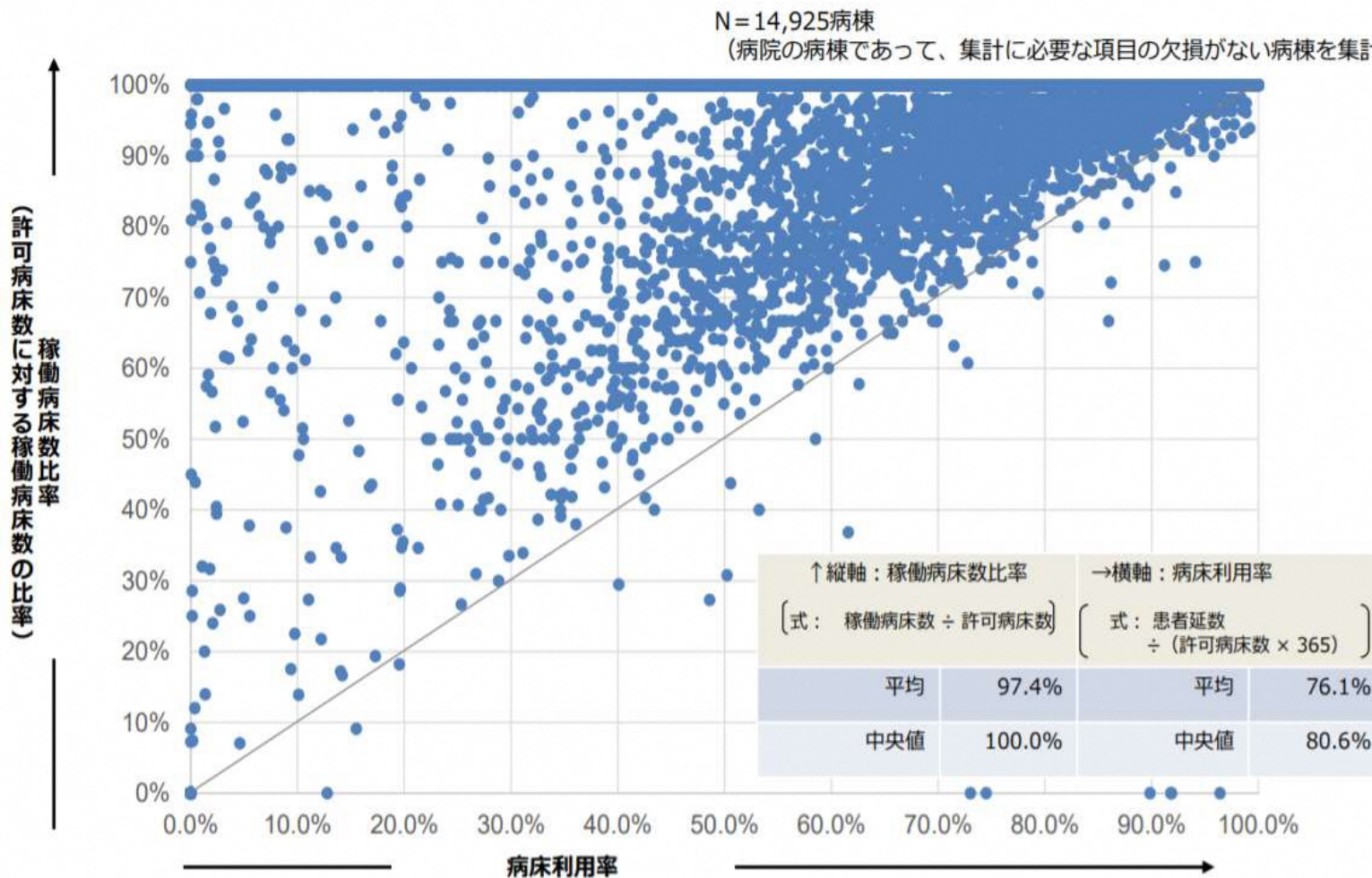
日医総研WP No.432

公立・公的医療機関等の現状と課題

(2019.7.17) 前田由美子 から

平成29年度病床機能報告における「稼働病床数比率」と「病床利用率」とのギャップ

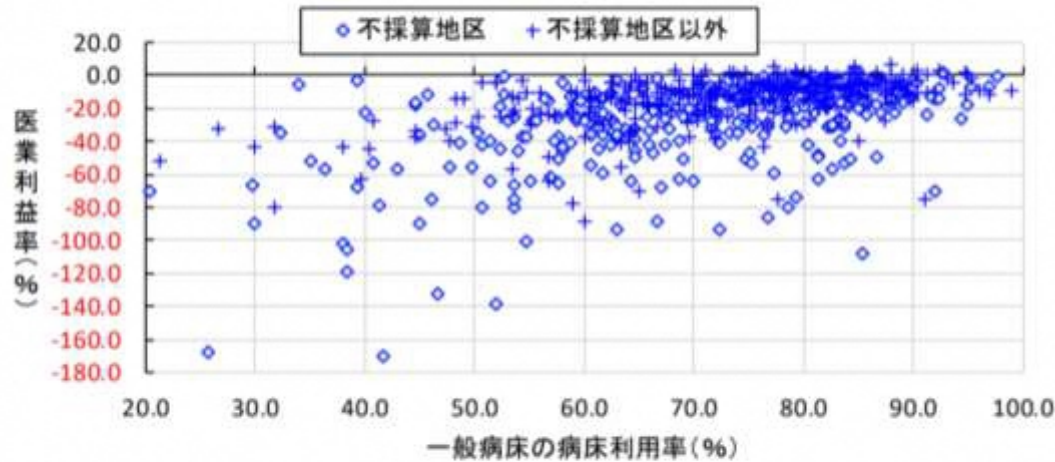
- 「稼働病床数比率」（許可病床数に対する稼働病床数の比率）は、患者延べ数から算出する「病床利用率」に比べて高くなる傾向。
- 「稼働病床数比率」の平均値は97.4%であり、許可病床数とほぼ近似している。また「病床利用率」の平均76.1%とは大きく乖離。



平成29年度病床機能報告より

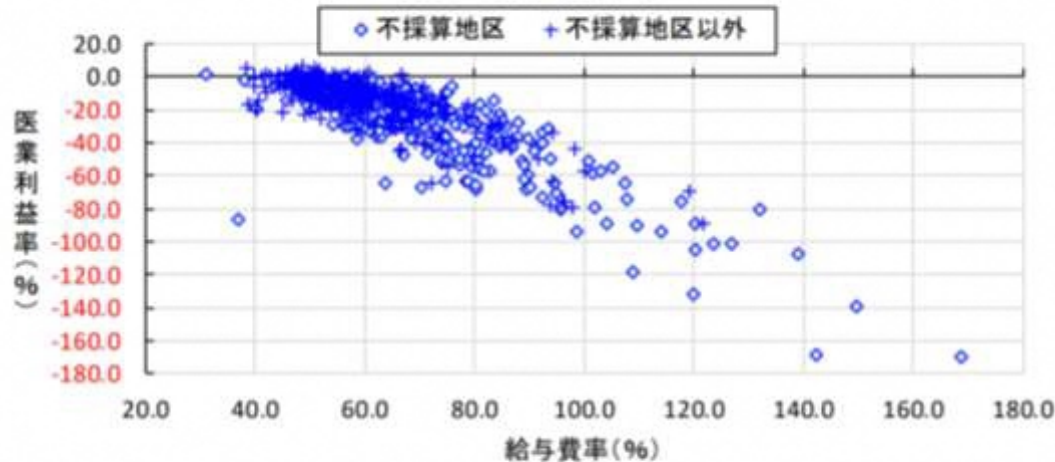
2020年度報告から「稼働病床数」は廃止？

公立病院(都道府県・市町村) 一般病床の病床利用率と医業利益率
(2015~2017年度平均)



*総務省「地方公営企業年鑑」から作成。2015~2017年度において一般病床の病床利用率のデータがある病院。指定管理者制の病院、岩手県大東病院を除く。「医業利益率=(医業収益-医業費用)÷医業収益×100(%)」で計算。医業収益に他会計繰入金を含む。

公立病院(都道府県・市町村) 給与費率と医業利益率
(2015~2017年度平均)



*総務省「地方公営企業年鑑」から作成。2015~2017年度において一般病床の病床利用率のデータがある病院。指定管理者制の病院、岩手県大東病院を除く。「医業利益率=(医業収益-医業費用)÷医業収益×100(%)」で計算。医業収益に他会計繰入金を含む。

日医総研WP No.432
公立・公的医療機関等の現状と課題
(2019.7.17) 前田由美子 から

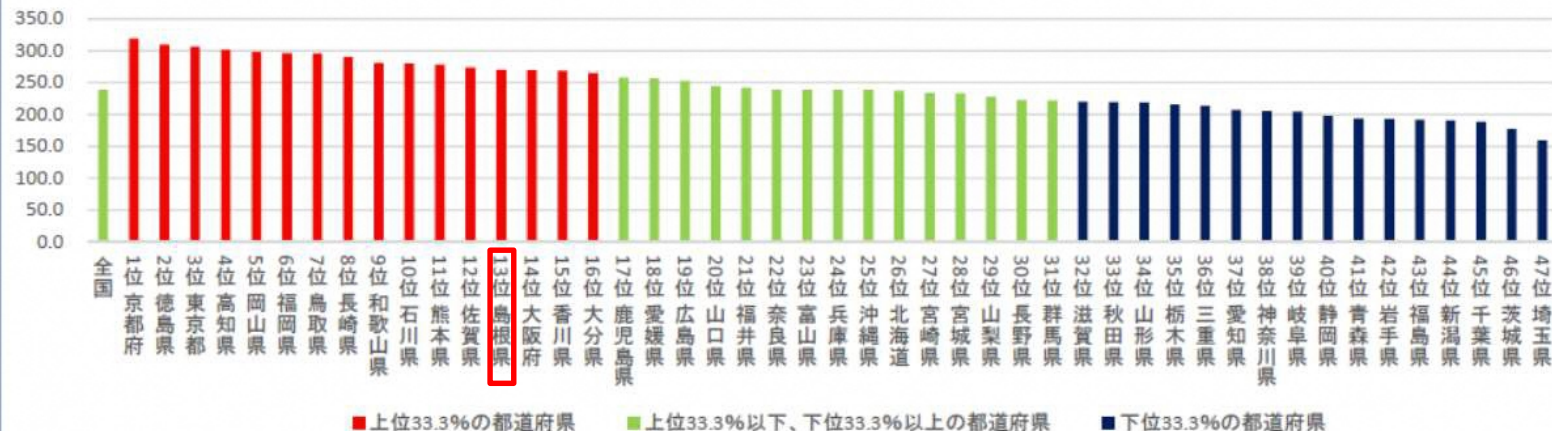
流出入を考慮した三次医療圏ごとの医師偏在指標

平成31年
4月24日

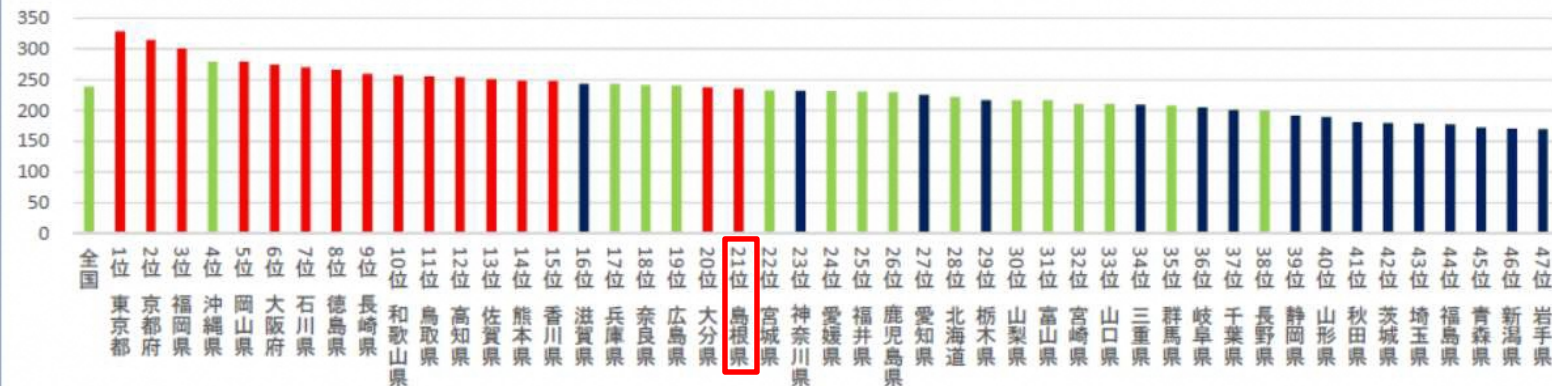
第66回社会保
険審議会医療部会

参考資料
1-3

人口10万人対医師数



医師偏在指標



参照)

・平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査
・平成29年住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査

・平成26年患者調査
・平成27年国勢調査

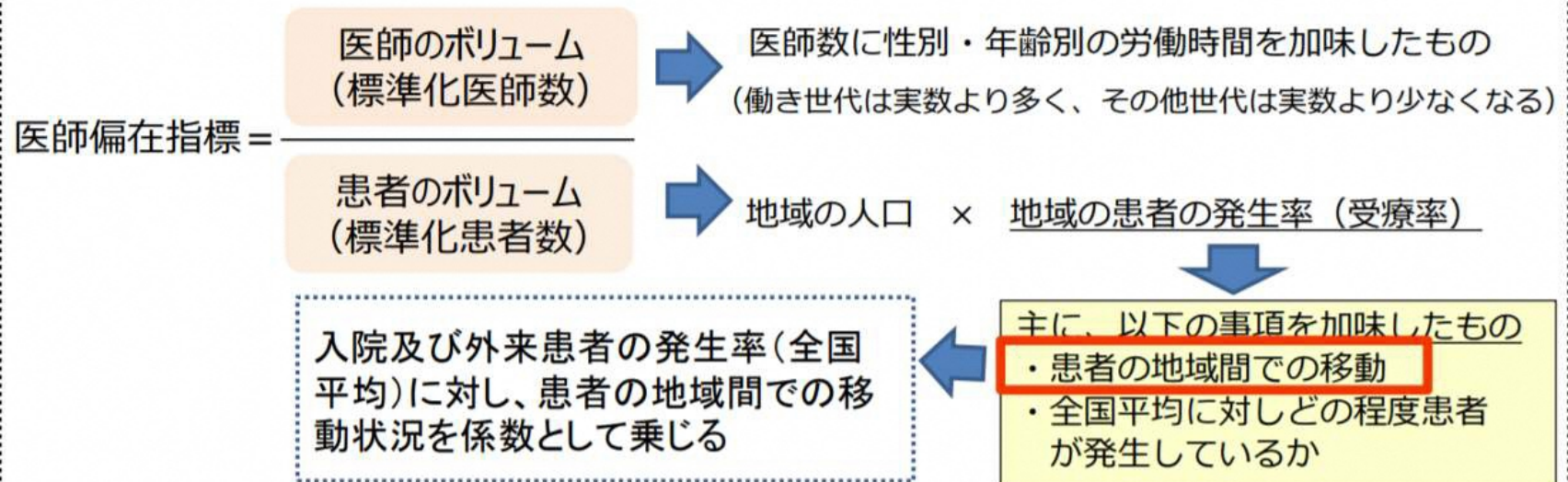
・「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」(平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班)

医師偏在指標の考え方について

医師偏在指標：各地域で対応する患者に対し医師がどれだけ配置されているかを地域間で比較するもの

- 医師確保計画に基づき、全国で医師偏在対策を実施するためには、**各地域の医師配置の状況を相対的に把握できる指標が必要**
- 「医師偏在指標は」**地域間の医師配置の状況を比較するための目安であって、指標のみで各地域の医師不足の状況を判断するものではない**ことに注意

算定式の考え方



医師偏在指標の問題点

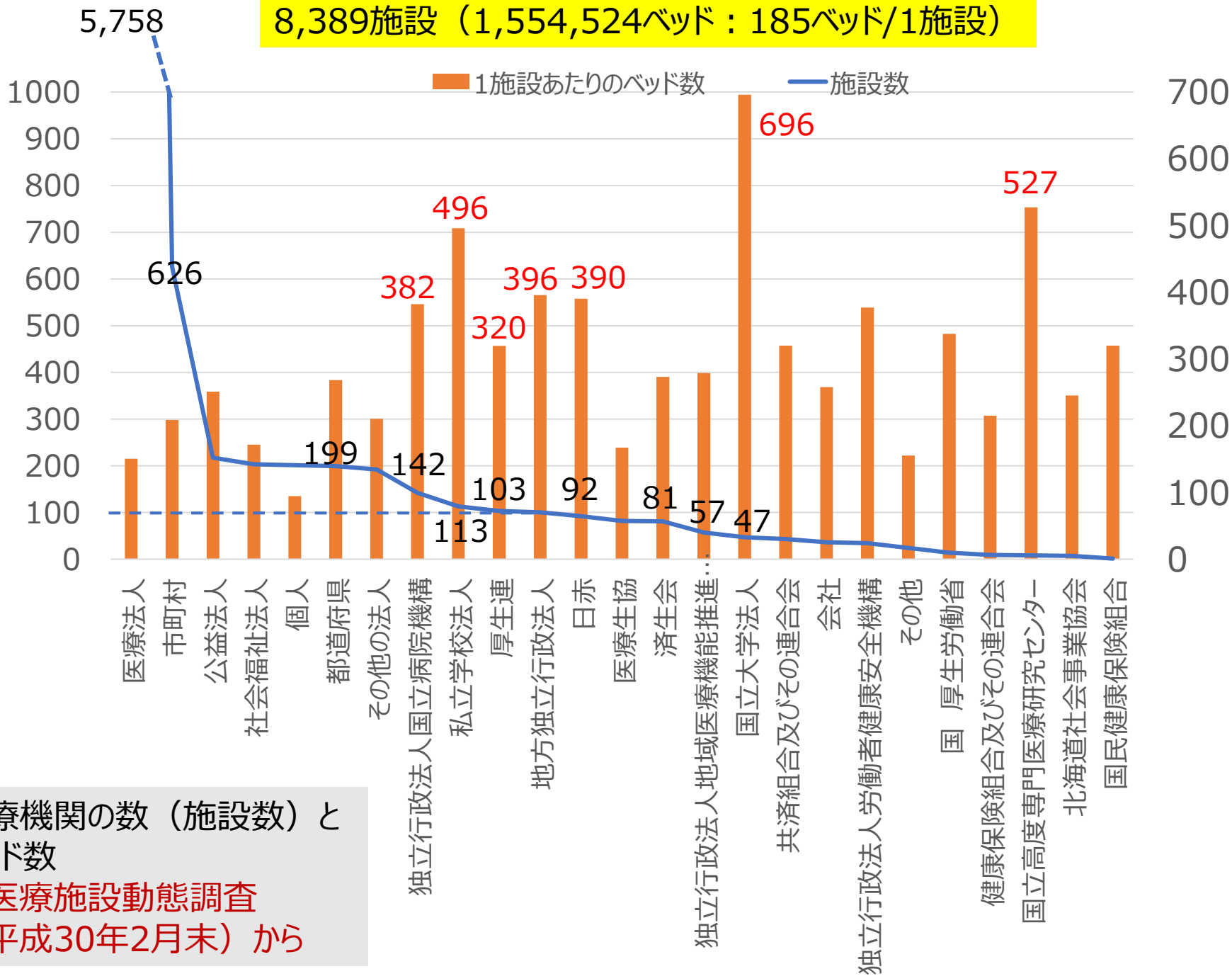
(分子：医師数)

- 三師調査による主たる勤務場所
大学病院からの外勤？ベッドタウンからの通勤？
- 女性医師・高齢医師の勤務時間の妥当性

(分母：患者数)

- 受療率を全国平均で計算
例：入院受療率：東京700人・高知1400人/10万人
- 病院とクリニックを合体
外来開業制限の問題？

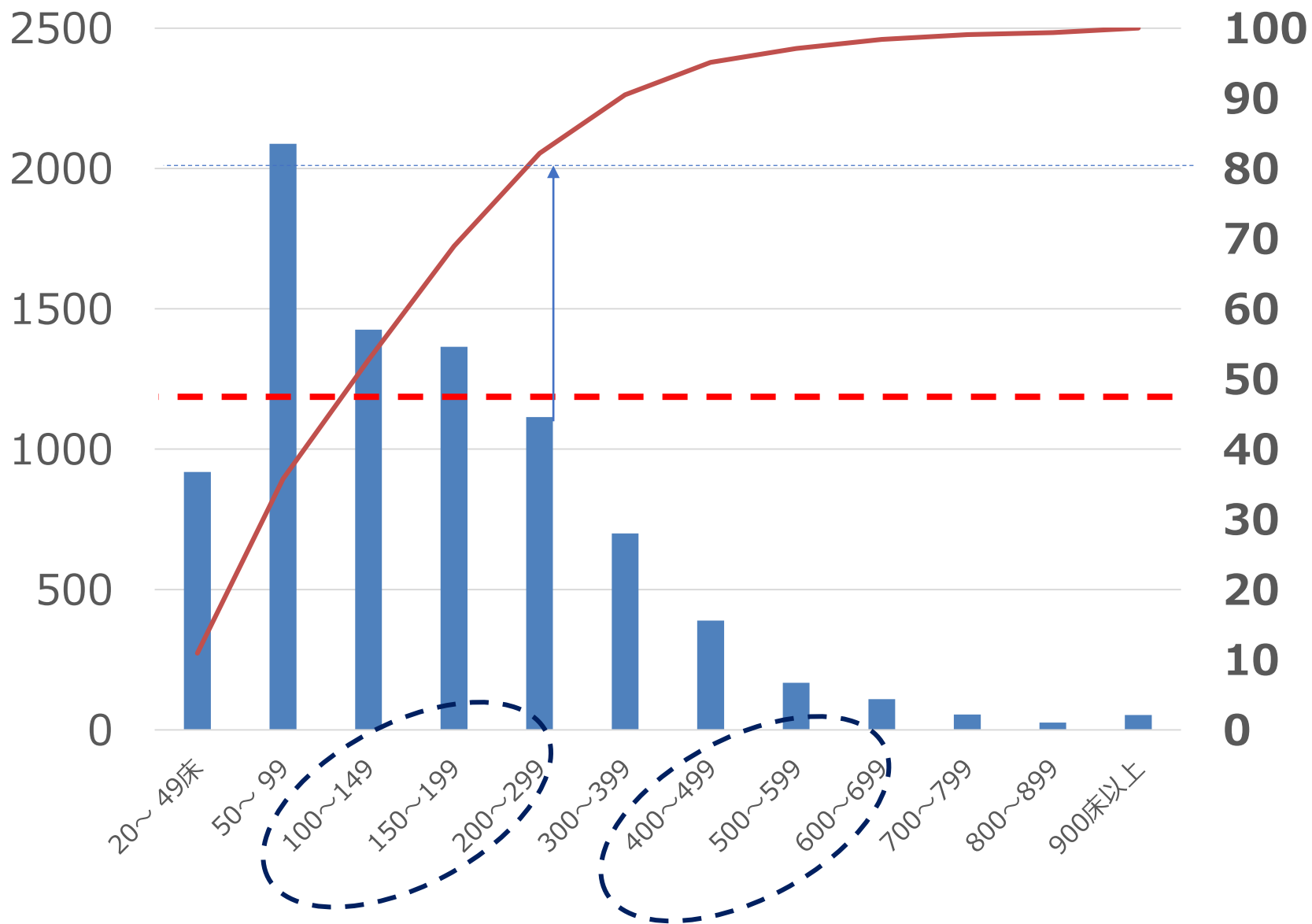
8,389施設 (1,554,524ベッド : 185ベッド/1施設)



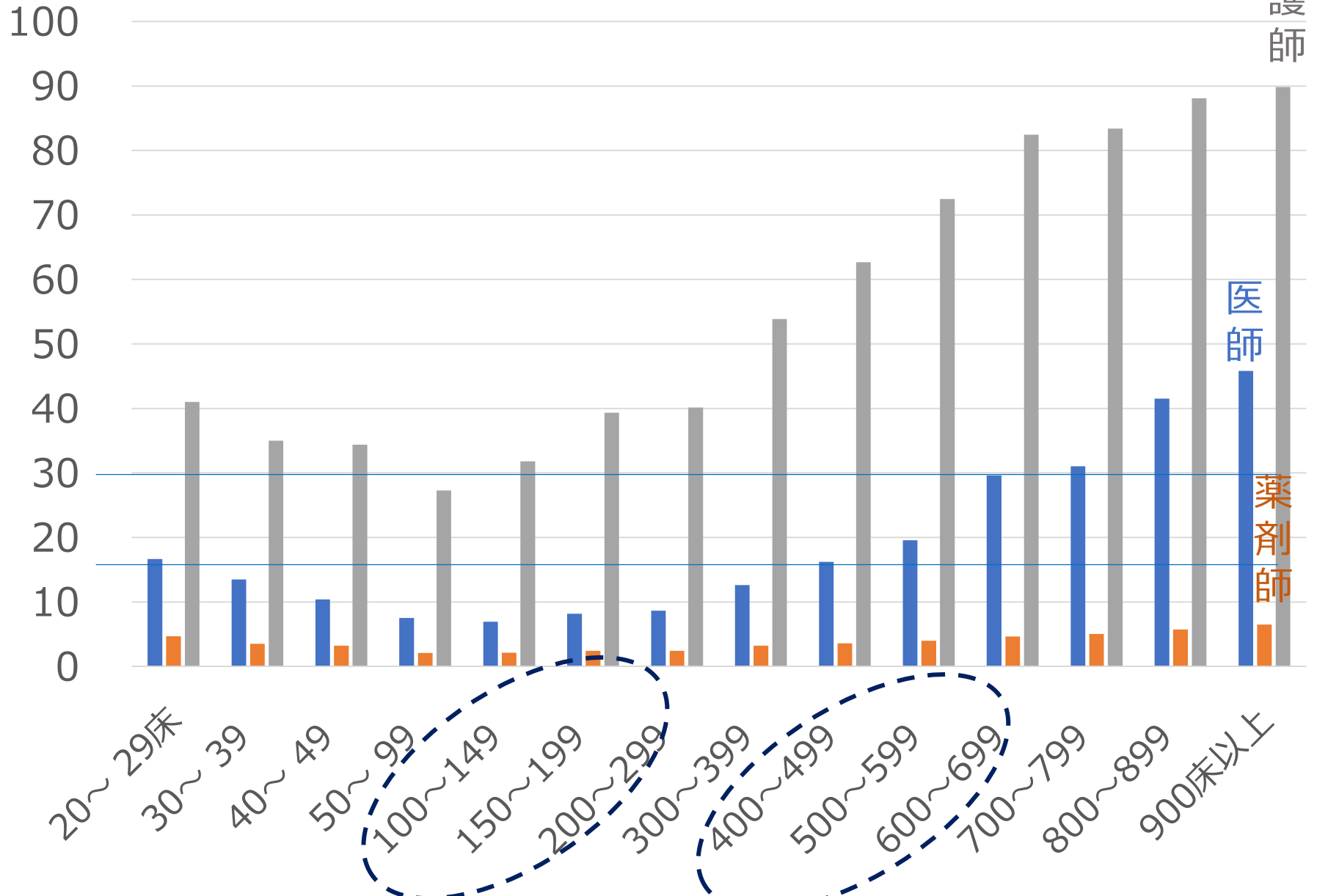
医療機関の数 (施設数) と
ベッド数

* 医療施設動態調査
(平成30年2月末) から

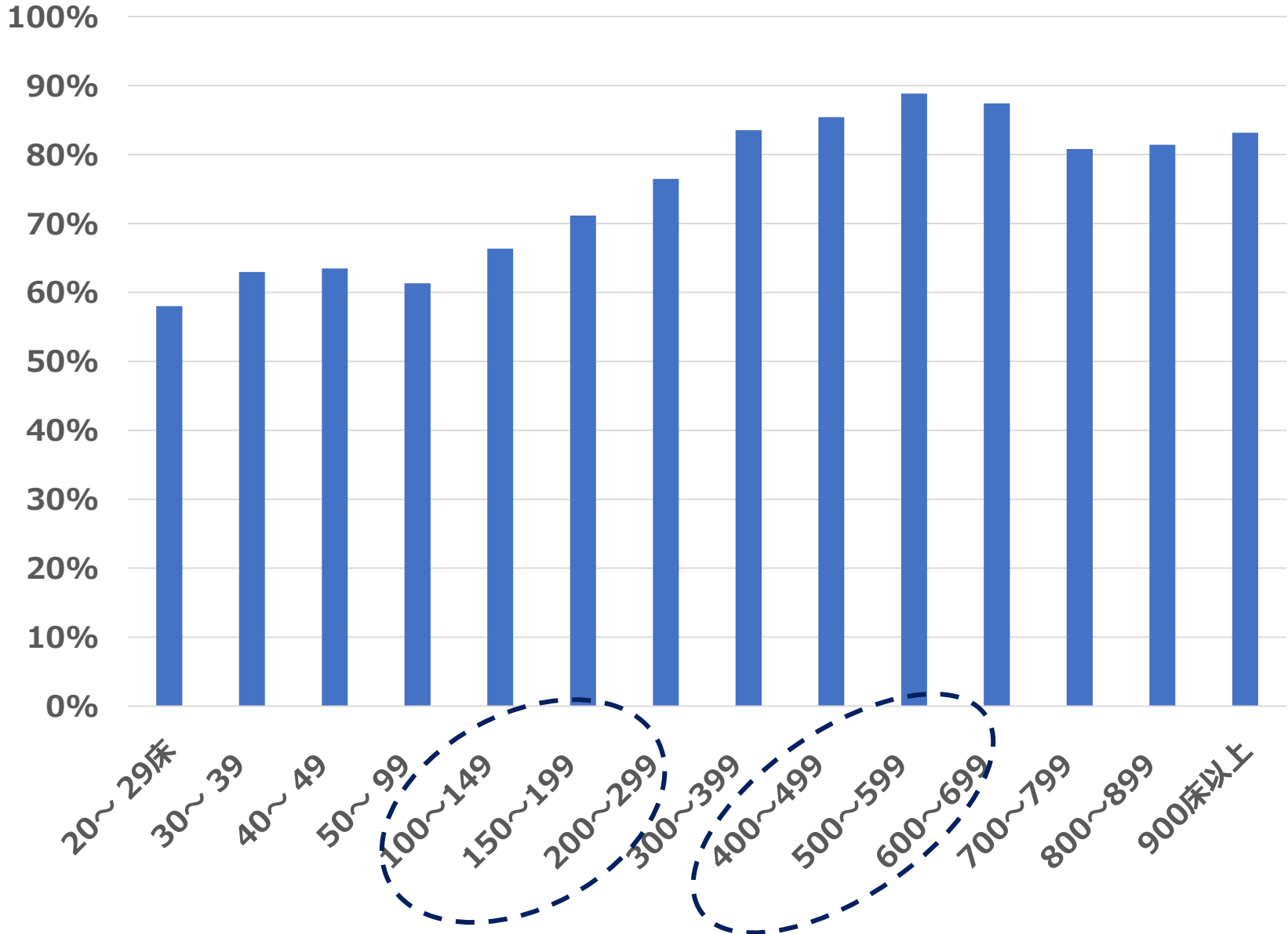
全国の病床数規模と累計比率



100床あたりの職員数（一般病床：MAXの病床数で計算）



病床規模別の常勤医師比率



解決策(Solution)は
あるのだろうか？

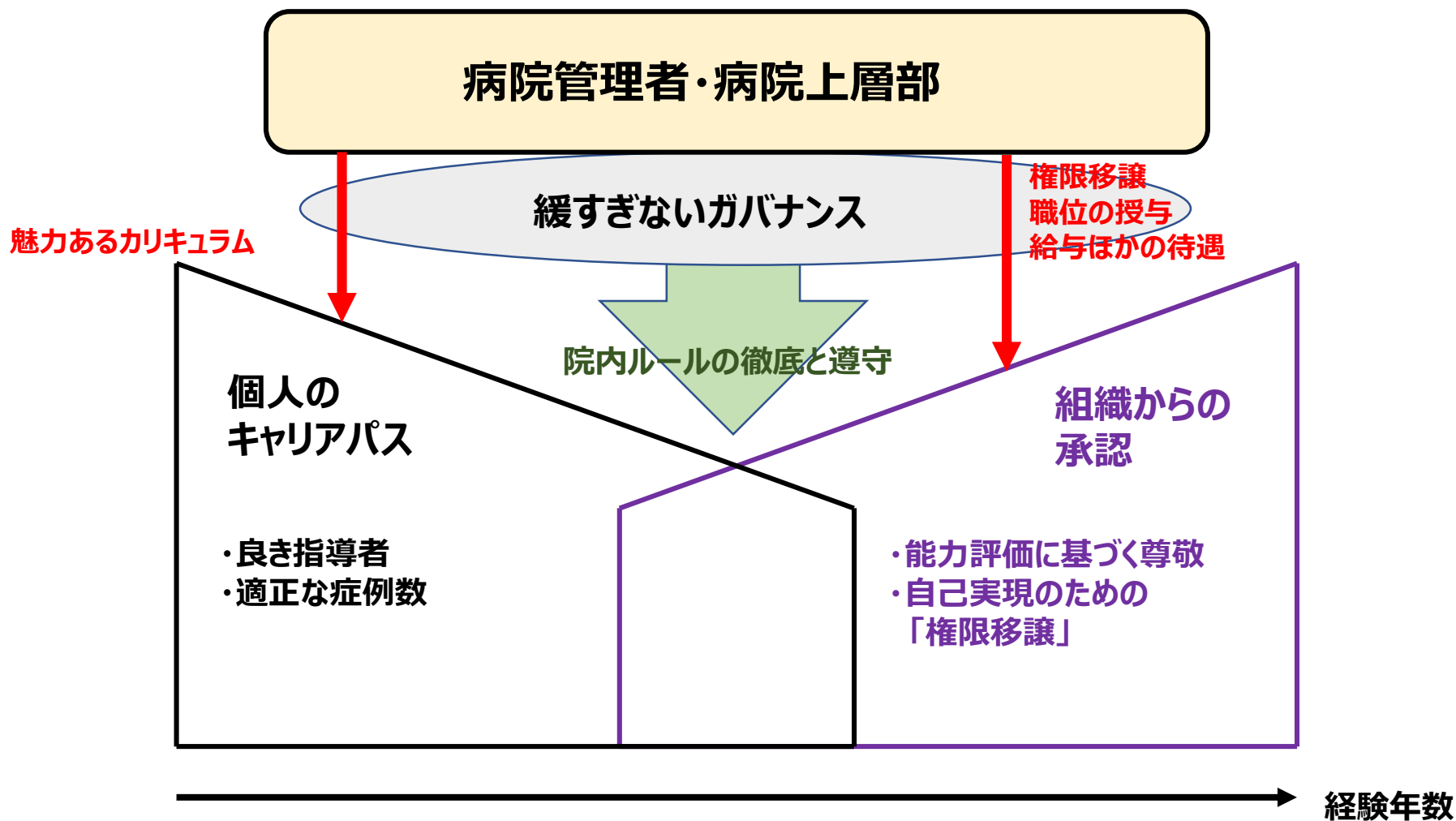


これまでの医師確保対策

- 大学医局への定着を背景にした地域への医師派遣
- 奨学金を中心とした（行政による）若手医師集め
- 基幹病院を中心とした奨学金制度
- 非正規（非常勤）中心のアルバイト（時給勝負）対応
- 極めて非効率な「医師募集広告」や「医師バンク」・・・
- 費用が高く（質が？？な）リクルート系会社からの獲得
- 地元出身医師の里帰り（開業医などを中心に）

* 医師募集への積極的な活動は行われてこなかった！
医師をリクルートするノウハウがない！
「任用係」等に優秀な職員を配置していない！

医師はどのように医療機関を選び、定着するのか？



医師の就職先でのモチベーション

- 若い頃は・・・

自分を成長させてくれる教育環境 > 給与等の待遇
規律等・・・

- 中高年以降・・・

能力を適正評価して任せてくれる幹部職の存在！

職位の付与と権限委譲 ⇔ 一定程度の給与待遇
家族・子供の住みやすさ
(衣・食・住)

* 患者の集客力ある医師 ≠ 職員への協調性

良きプレイヤー ≠ 良きマネジャー・リーダー

病院管理者の悩みは続く・・・量も質も欲しい！

今やるべきこと

- 自施設の立ち位置を明確に知ること・・・
- もし「～たら」「～ならば」・・・は言わない！
- 一次的な非常勤採用は仕方がないが、将来に向けて正規採用を目指す任用計画、教育環境の整備が重要
- 採用を「人件費コスト」でなく「投資」と捉えることが大事
- 任用部門に企業からプロの採用を！（Push ⇒ Pull）
- 給与（人件費）で競争しない。むしろ、家族へのサービスに投資すべき・・・地域ぐるみでの「医師」歓迎など
- ICTの徹底的な活用
(TV会議・オンライン診療・e-learning・地域での必要研修)
- タスクシフト・タスクシェアの推進とともに、**院内業務を医師に依存させない仕組み作り**（生産性の向上へ）

全てを医師に依存しない仕組み作り



初期臨床研修医を対象とした研修会 『屋根瓦塾 in Shizuoka 2017』の開催について

平成30年2月25日(日)13時より、ホテルセンチュリー静岡（静岡市対象とした研修会『屋根瓦塾 in Shizuoka 2017』を開催した。

本研修会は、本県の医師確保対策、勤務医対策の一環として、本で開催するもので、当日は県内の初期研修医24人が参加した。

初めに、篠原県医師会会長より開会挨拶が行われた後、司会進行役が行われた。

続いて、浜松医科大学医学部臨床医学教育学講座 五十嵐 寛特任よりオリエンテーション（他己紹介等）とアイスブレイク、同VC挿入に

引き続き、初期研修医、ホテル）挿入、ロールプレ、チームに分

研修終了後、書が授与され

また、研修支援をいた



オリエンテーション：五十嵐先生



アイスブレイクの様子



アイスブレイク「他己紹介」の様子



ミニレクチャー：小林先生



Aブース「CVC挿入」

**若い医師を大事に育てる
「研修医は宝」**



静岡県で働く女性医師の皆さんを応援します
ふじのくに女性医師支援センター

お問い合わせ アクセス リンク プライバシーポリシー



HOME ご挨拶 事業について 活動報告

女性医師の皆さんが
なんの不安もなく活躍できる
そんな社会をめざします。

- 06月04日 活動報告
- 06月04日 キャリアサ
- 02月15日 ホームペー
- 2018年



ふじのくに女性医師支援センター
事務局長 谷口千津子

- 平成 5 年 浜松医科大学医学部卒業(産婦人科専攻)
- 平成 6 年 静岡県立総合医療センターなど県内病院で勤務
- 平成 14 年 藤田市立総合病院産婦人科医長
- 平成 15 年 東女子大学のたのめ一時退職
- 平成 16 年 浜松医科大学産婦人科医員
- 平成 22 年 同 産婦人科主任助教
- 平成 26 年 同 産婦人科センターにて勤務助産
- 平成 29 年 同 女性医師支援センター 主任助教

〈訪問施設一覧〉



診療科で検索 (複数選択可)

内科系

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 内科 | <input type="checkbox"/> 消化器内科 | <input type="checkbox"/> 腎臓内科 |
| <input type="checkbox"/> 神経内科 | <input type="checkbox"/> 内分泌・代謝内科 | <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 |
| <input type="checkbox"/> 小児科 | <input type="checkbox"/> 循環器内科 | <input type="checkbox"/> 血液内科 |
| <input type="checkbox"/> 免疫・リウマチ内科 | <input type="checkbox"/> 精神科神経科 | <input type="checkbox"/> 小児科 |
| <input type="checkbox"/> 皮膚科 | <input type="checkbox"/> 放射線科 | <input type="checkbox"/> 病理診断科 |
| <input type="checkbox"/> 検診 | <input type="checkbox"/> その他 | |

外科系

- | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 外科 | <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 | <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 |
| <input type="checkbox"/> 乳腺外科 | <input type="checkbox"/> 消化器外科 | <input type="checkbox"/> 皮膚外科 |
| <input type="checkbox"/> 脳神経外科 | <input type="checkbox"/> 整形外科 | <input type="checkbox"/> 泌尿器科 |
| <input type="checkbox"/> 眼科 | <input type="checkbox"/> 産婦人科 | <input type="checkbox"/> 産科婦人科 |
| <input type="checkbox"/> 麻酔科麻酔科 | <input type="checkbox"/> 泌尿器科 | <input type="checkbox"/> 形成外科 |
| <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 | <input type="checkbox"/> 小児外科 | <input type="checkbox"/> 救急科 |
| <input type="checkbox"/> 緩和ケア科 | <input type="checkbox"/> その他 | |

支援内容で検索 (複数選択可)

- 仕事と家庭の両立に配慮した就業環境
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 短時間労働制度 | <input type="checkbox"/> 非常勤勤務制度 |
| <input type="checkbox"/> フレックスタイム制 | |
| <input type="checkbox"/> 診療科による家庭の事情等による急な勤務変更へのバックアップ体制 | |
| <input type="checkbox"/> 出産の免除 | <input type="checkbox"/> 産後オンコール免除 |
| <input type="checkbox"/> 院内保育室 | <input type="checkbox"/> 提携（院外）保育室 |
| <input type="checkbox"/> 育児休暇 | <input type="checkbox"/> 産後休暇 |
| <input type="checkbox"/> ベビーシッター費用補助 | <input type="checkbox"/> 育児休業・介護休業等、長期休暇取得後の復帰支援 |

▶ 3-1. [主要機能の概要] Webサイト来訪時のトップ画面イメージ

公開サイトのトップ画面です。

ここより、「医師向けコンテンツ」、「医療機関向けコンテンツ」を分岐します。
また、「常勤医師」、「短期医療支援医師」、「継承(後継ぎ)」の区分も選択します。

公開サイトトップ画面パソコン表示例

このサイトは静岡県医師会・医師バンクセンターが運営しています

静岡県医師バンクセンター 電話: 054-204-3310
静岡県で働く医師と医療機関のマッチングをお手伝いします

トップページ | お問い合わせ | サービス概要 | このサイトについて | このサイトについて | お問い合わせ |

医師向けコンテンツ

- 常勤医師 (検索)
- 常勤医師 (短期医療支援)
- 常勤医師 (継承)
- 求人情報を見る

医療機関向けコンテンツ

- 求人登録 (検索)
- 求人登録 (短期医療支援)
- 求人登録 (継承)
- 求職情報を見る

静岡県医師バンクセンター
静岡県医師会・医師バンクセンターが運営しています
電話: 054-204-3310
受付時間: 平日 AM 10:00 ~ PM 5:00

公開サイト全般においては、パソコン、タブレット、スマートフォンのいずれにおいても最適な表示形態へ動的に変化するフォーマットを採用します。

(レスポンスウェブデザイン)

運営者サイト(県医師会様用)については、公開サイトからのリンクボタンは設けず、専用URLからアクセスします。
また、ID・パスワードによる認証成功後に運営者用メニュー画面を表示します。

運営者サイトログイン画面例

静岡県医師会
医師バンクセンター
マッチング業務支援システム

ユーザー名を入力してください...

パスワードを入力してください...

ログイン

公開サイトトップ画面スマートフォン表示例

みんなの力を医療の為に。

医療がわかる。 未来がみえる。

医療の現場で働く人たちに会おう。本物の医療機器に触れて学ぼう。



医療チームの一員になる！
情熱医療トークライブ

命を救う医療技術を公開！
心臓カテーテルの実演

会場内にオペ室を再現！
腹腔鏡手術の実演

本物の医療機器に触れよう！
医療の仕事体験

メディメッセージ2019

9/28[土]・29[日]

【会場】ツインメッセ静岡 北館大展示場

10:00~16:30 入場無料 一般公開

【主催】メディメッセージ2019実行委員会

（株）静岡医療情報社／一般社団法人静岡産業協会／公益財団法人JCSJ（公益財団法人静岡県産業振興基金）／（株）静岡医療情報社／（株）静岡医療情報社

【事務局】富和医科器械株式会社 千422-8005 静岡市駿河区田川156-2 TEL.054-659-6600

【協力団体】（一社）静岡高専院協会／（公社）静岡県医師会／（公社）静岡県薬剤師会／（公社）静岡県獣医師会／（公社）静岡県歯医師会／（公社）静岡県医師会／（公社）静岡県歯医師会／（公社）静岡県歯医師会／（公社）静岡県歯医師会／（公社）静岡県歯医師会

【後援】静岡市／（公社）静岡高専院協会／（一社）静岡市医師会／（一社）静岡市歯医師会／（一社）静岡市歯医師会／（一社）静岡市歯医師会／（一社）静岡市歯医師会

詳しくはこちらをご覧ください <http://www.medi-message.com/>

医療の今、未来を体験！

※2019年9月28日（土）・29日（日）開催です。変更となる場合がありますのでご注意ください。



みんなの力を 医療の為に。

この地域に安心できる医療環境を築き上げていこう！医療のことをもっと知りたいという地域の皆様、そして医療の道を志す子供たちに、見ていただきたいことがたくさんあります。会場では、本物の医療設備に触れることができます。医療に関わる様々な職業を知ることができます。静岡を大きなひとつの医療チームに、それが私たちの願いです。



命を救う医療技術を公開！ 心臓カテーテルの実演

- 9/28[土] 10:45 実演協力：静岡市立静岡病院
- 9/29[日] 10:45 実演協力：静岡県立総合病院

会場内にオペ室を再現！ 腹腔鏡手術の実演

- 9/28[土] 14:00 実演協力：静岡市立静岡病院
- 9/29[日] 14:00 実演協力：静岡県立総合病院

医療チームの一員になる！情熱医療トークライブ

- 9/28[土] 11:30 指導医×研修医「いいドクターって何だろう？」
- 13:00 放射線科医師×診療放射線技師「画像からのメッセージ」
- 15:00 薬剤師対談「知られざる薬剤師の仕事」

- 9/29[日] 11:30 指導医×研修医「ドクターを目指す次の世代の人たちへ」
- 13:00 看護職対談「未来のために伝えたい看護の仕事」
- 16:00 病院事務職員対談「幕の下の力もち〜病院の"じむ"に迫る！〜」

会場内にあるのは本物の医療機器や本物のトレーニング機器。実際に触れて医療を体感してください。

本物の医療機器に触れよう！
医療の仕事体験



- そのほかにも医療の体験がいっぱい
●ギブス&ギブスカッター ●縫合・糸結び ●手術用顕微鏡 ●ロボット手術シミュレーター ●脳用X線検査装置 ●人工心臓装置・人工呼吸器 など

小学生以下のお子様たちへ

- ラリーに参加して景品をもらおう！
 - ★体験チャレンジラリー
 - ★スタンプクイズラリー
- 大人の方ぜひ、医療関係の操作や各種体験にも挑戦してください。

【写真・動画撮影に関するお願い】
会場内では撮影機器やスマートフォンを操作して頂く場合があります。本場個人への取材など、目的や用途が異なる場合があることにご注意ください。また、撮影機材の持ち出しは禁止です。ご理解とご協力をお願いします。

ツインメッセ静岡 北館大展示場

静岡市駿河区由成3丁目1番10号
TEL.054-285-3111
●バス（静岡駅西口211番乗り場から）
「豊島駅」下車徒歩約10分
「豊島駅」下車徒歩約10分
●駐車場：豊島駅前地下歩道
約120台
●無料駐車場あり
※本会（主催）が主催するイベント、会場周辺に駐車する場合は、会場周辺の交通規制にご注意ください。



と同時に・・・運用資金の収支計画は重要

- 「200床」ラインを踏まえた病床再編成の検討
 - 地域医療支援病院の維持？
 - 在宅療養後方支援病院 ⇔ 在宅療養支援病院
 - 外来診療料（73）⇔再診料（72）
 - 機能強化加算[200床未満]（80）
 - 地域包括診療料など[200床未満]の加算
- 重症度、医療看護必要度の変更対応
- 救急医療管理加算・入院時支援加算・・・
- 教育コストの外だし・・・地域で共有、団体に任せるなど
- 「働き方改革」マネジメントへの早期対応（とても重要）
- （連携推進法人ではなく）地域とのコスト分割など

勤務医委員会 NEWS (静岡県医師会)

Vol. 6 (2019年4月号)

皆さま、こんにちは。平成最後の4月となりました。5月になると元号が「令和」へと変わります。これを機に世の中が少しでも明るく元気になってくれれば良いのですが、医療の世界にはあまり明るいニュースがなく、悲観的としても頭を悩ます毎日が続いています。

今回の勤務医ニュースでは、「医師偏在指標」と「医師の働き方改革」、「屋根瓦葺 in Shizuoka 2018 (第2回)」について取り上げたいと思います。



【医師偏在指標】

厚生労働省が主管する形で2015年12月に「医療従事者の偏在に関する検討会」が設置されて3年4か月が経過しようとしています。地域医療構型の議論の中心は「病床の機能分化」や連携強化等がありますが、新心の医療従事者が確保できなければ何もできません。そういった意味でも非常に大事な検討会なのですが、2017年6月、2017年12月、2018年5月の「中間とりまとめ」を経て、2019年3月に「第4次中間とりまとめ」が医師会連合会から報告・公表されました。今回の報告書は、2018年3月に成立した「医療法及び医業法の一部を改正する法律」の中で謳われている医師偏在対策の枠組みを定めていくものであり、2019年4月の同法施行に向けて作成されました。勤務医にとって、極めて重要な事項内容が網羅されていますので一定の理解は必要だと考えます。

その中で特に重要な事項は、「医師偏在指標」という用語とそれを基にして今年度以降に都道府県が策定する「医師確保計画」の具現化に向けた方向性です。従前、全国各地の医師数の目安としては「人口10万人当たりの医師数」が一般的に用いられてきました。それ自体には一定客観性もあり、静岡県としては、人口あたりの医師数が毎年下から4〜5番目の都道府県として位置づけられていました。しかし、2015年度に地域医療構型を策定する段階で「患者居住地ベース」と「医療機関の所在地ベース」により医療需要が異なるということに気づいたこととあるのですが、医師の定数(割合)指標にも、地域

【医師の働き方改革】

2018年6月に成立した「働き方改革関連法案」が2019年4月から動き出しました。正直、現場の動きは案外ゆっくりしているように感じますが、医師の「時間外労働規制」以外の事項に関しては、今後、監視や指導等の対象になっていくことが十分予想されます。病院管理者にとっては悩ましく切ない問題を多く抱えたものとなっていますが、まずは、労働時間の客観的把握、有給休暇5日間の取得指導、月60時間超え残業の割増賃金引き上げ、産業医・産業保健機能の強化、勤務間インターバル制度の導入促進など、出来ることから始めていくしかないでしょう。

ここでは、「医師の働き方改革に関する検討会」において、最後の最後まで議論が紛糾した「時間外労働上乗規制」問題の最終報告(2019年3月28日)内容に関し簡単に触れておきます。具体的には、後掲図を参照していただければと思いますが、大きく「一般則」と「診療従事勤務医に2024年度以降に適用される水準(A水準)」、「地域医療確保暫定特別水準(B水準)」、「集中的技能向上水準(C水準)」の4グループに分けられます。労働基準法の中では、通常の時間外労働として「月45時間以下・年360時間以下」が原則であるものの、医師の労働の特殊性を踏まえた5年後の基準として、臨時的な必要がある場合には「36協定の締結」を前提に「休日労働を含め『年960時間以下』」としたというのがA水準です。一方、それとは別に、医師不足の地域では、地域医療提供体制が充実するまで暫定的に長時間の時間外労働が必要となる可能性があることに配慮して定められたものがB水準、そして、研修医や専攻医など一定期間集中的に数多くの診療を行う可能性がある状況下に対して定められたものがC水準です。

最終的には厚生労働省「労働政策審議会」での判断で決定される法的基準のようですが、



今回の分析対象病院は、全国の公立・公的医療機関(一部、民間の地域医療支援病院を含む)のうち2017年度の病院機能報告にて「高度急性期または急性期」機能を表明した施設ですが、実際には各病院が位置する構型区域(二次医療圏)の規模により患者人口は異なるはずで、そこで、「人口が100万人以上」、「100万人未満50万人以上」、「50万人未満20万人以上」、「20万人未満10万人以上」、「10万人未満」の5グループに分け、全国と同規模の構型区域における診療実績を定量的基準とし、下位33パーセンタイルに入る医療機関に「●」が付けられています。

各領域での分業化(肝臓科)や、... いるようです。... ータル手番や外... では取組医療... などが、救急... 院管理科や新生... ケ分岐管理加算... ある意味、各... 期医療に対する... なお、残りの3... 幹型臨床研修病...

| 特認主体 | 一般則 | | A水準 | | B水準 | | C水準 | |
|--------------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|
| | 時間外労働時間 | 割増率 | 時間外労働時間 | 割増率 | 時間外労働時間 | 割増率 | 時間外労働時間 | 割増率 |
| 一般職 | 月45時間以下 | 1.25倍 | 月45時間以下 | 1.25倍 | 月45時間以下 | 1.25倍 | 月45時間以下 | 1.25倍 |
| 診療従事勤務医 | 月45時間以下 | 1.25倍 | 月45時間以下 | 1.25倍 | 月45時間以下 | 1.25倍 | 月45時間以下 | 1.25倍 |
| 地域医療確保暫定特別水準 | 月45時間以下 | 1.25倍 | 月45時間以下 | 1.25倍 | 月45時間以下 | 1.25倍 | 月45時間以下 | 1.25倍 |
| 集中的技能向上水準 | 月45時間以下 | 1.25倍 | 月45時間以下 | 1.25倍 | 月45時間以下 | 1.25倍 | 月45時間以下 | 1.25倍 |

【医師の働き方改革に関する検討会】での「時間外労働上乗規制」の特認

【屋根瓦葺 in Shizuoka 2018 (第2回)】

静岡県立総合病院(先端医療「メディカルスキルアップセンター」)において、2019年2月10日に「初期臨床研修医」を対象とした「第2回 屋根瓦葺 in Shizuoka 2018」を開催しました。具体的な内容等については、「静岡県医師会報(第1572号)」でも取り上げていますのでご一読いただければ幸いです。

今回のイベントリーダーは静岡県立総合病院メディカルスキルアップセンター長の三宅幸公先生にお願いしましたが、静岡県立総合病院のみならず、静岡県済生会総合病院、藤枝市立総合病院、静岡赤十字病院の関係者の皆さまには大変お世話になりました。この場を借りて御礼申し上げます。

今年度(2019年度)

は東部・中部・西部の3か所での開催を予定しています。初回については9月15日(日)に浜松での開催を予定していますが、近日内に改めてご案内させていただきます。



【第2回 屋根瓦葺 in Shizuoka 2018】における集合写真

まとめ

- 地域の医療環境は様々であり、一律の定義のもと指標等で比較分析することには無理がある。
- ただし、公立・公的病院には病院運営・病院経営において第三者を納得させる説明責任が求められ、併せて、民間の医療機関には持続性を担保できる経営戦略の実行が期待される。いずれも人材（人財）の有無が課題となる。
- 地方の行政が医療介護福祉サービスを単独でマネジメントできるか微妙な状況にあり、行政圏域を超えた地域の業務連携や必要コストの分担なども検討すべきであろう。
- 医師の確保にあたり、給与条件のみでの招聘だけでなく、住まいの在り方、地域住民の協力、縦割りを崩した各種団体の力が重要となる（一病院でできることは限られている！）。

ご清聴ありがとうございました



「ご質問等があれば、お気軽にご連絡ください」