

令和元年度 都道府県医師会 医師偏在対策・働き方改革担当理事連絡協議会

と き 令和元年 6 月 12 日（水）13：30～16：30

ところ 日本医師会館小講堂・ホール

報告：専務理事	加藤 智栄
常任理事	沖中 芳彦
常任理事	中村 洋

1. 医師の偏在対策について

1) 医師偏在対策にかかる基本的考え方について

日本医師会副会長 今村 聡

1. これまでの経緯

(1) 医学部定員増と日本医師会の対応

2000 年 12 月 6 日に成立した「医療法等の一部を改正する法律」により、2004 年度より新医師臨床研修が開始され、医師不足が顕在化した。

2006 年 8 月、厚生労働省「医師の需給に関する検討会」において地域における医療体制の確保は喫緊の課題であるとされ、2008 年度から医学部の定員の暫定的な増員が行われ、2010 年度以降は地域枠を中心に引き上げられた。この結果、2007 年度に 7,625 人であった医学部入学定員は、2017 年度には 9,420 人となり 1,795 人の増加となった。これは、医学部のおよそ 18 校の新設に相当する。医師養成数の増加に加え、少子化による人口減により、人口当たりの医師数は、OECD 加重平均を超えて増え続ける見込みである。医師不足の本質は、医師の地域・診療科偏在であり、これらの解消こそ喫緊の課題である。

日本医師会は日医総研による 2 つの調査を実施した。2008 年 12 月に「医師確保のための実態調査」を発表した。さらに、2015 年 7 月には「病院における必要医師数調査」結果を取りまとめた。

また、2015 年 12 月 20 日、全国医学部長病院長会議とともに設置した「医師偏在解消策検討合同委員会」より、医師のキャリア支援センターの設置など 5 つの提言からなる「医師の地域・

診療科偏在解消の緊急提言一求められているのは医学部の新設ではない」を取りまとめた。

(2) 厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会」

厚労省は 2015 年 12 月、「医療従事者の需給に関する検討会」を立ち上げ、その下に「医師需給分科会」等の 3 分科会を設置した。日医は、親検討会及び医師需給分科会に 2 名の副会長（今村、松原）、2 名の常任理事（釜谷、羽鳥）が委員として参画し、組織を挙げて議論に臨んだ。医師需給分科会は、2019 年 6 月までに計 30 回の会議を重ね、4 回の間取りまとめを報告した。親検討会については、7 回開催された。

積み重ねられた議論の成果は、医学部定員の見直し、医師の需給に対する考え方、さらには医療法・医師法改正を含む種々の制度改革につながった。

2. 医師確保策の今後のあるべき姿

(1) 医師の養成数

2016 年から 2036 年にかけて、日本の推計総人口は 12% 減少（－14,909,242 人）するのに対し、医療施設勤務医師数は 21% 増加（＋63,834 人）し、人口 10 万あたりの医師数は 37% 増加する。男性医師は 7% 増、女性医師は 76% 増、病院医師数は 25% 増、診療所医師は 7% 減と推計している。

(2) 人口動態と医師の養成数

医療の需要は 2030 年頃をピークに減少する。ただし、東京など大都市圏は上昇し、地方は大きく減少する。

(3) 少子化の進展と医師の養成数

1975 年には同年齢のうち医師になる割合は 512 人に 1 人、2015 年には 162 人に 1 人、2030 年には 132 人に 1 人となる。有能な人材を医療に集中させるべきか、医療の質を下げる可能性の問題がある。

(4) 短期的な視点、中長期的な視点に立った医師確保策

医師の養成には 10 年かかるという中長期的視点に立てば、医学部の定員をこれ以上増やす必要はなく、偏在対策に舵を切る必要がある。医学部「恒久定員枠」において「地元枠」を含む地域枠を設定していくべき。

3. 今回の医師確保策

日医は、医師確保策の根幹をなす医療法・医師法改正（2018 年 7 月）にあたり、参議院厚生労働委員会において参考人として小職が出席し、次のような意見陳述を行った。

- ・医師少数区域の設定などは、一律に当てはめるのではなく、地域の実情が十分反映される必要がある。
- ・医療勤務環境改善支援センターと地域医療支援センターとの連携とともに、医師のキャリア形成支援が今回の偏在対策に盛り込まれたことは極めて重要である。
- ・将来人口推計等に鑑み、医学部入学定員がマクロで縮小されることがあっても、恒久定員枠のなかで、地域枠や地元枠医師が確保できる仕組みを検討することが必要である。
- ・地域の医療需要の「見える化」について、「医師の地域・診療科偏在解消の緊急提言」では、さらに、地域ごとの需給予測に関するデータを医学生や若い医師に提供すべきである。
- ・患者数など医療需要のデータをもとに、あるべき医師配置に自主的に収れんされるようにすべきである。また、地域医療構想と同様に、不足する外来機能が、自主的に、次第に充足されるような視点で進めるべきである。
- ・これからの医療には、地域に密着しながら、地域包括ケアに携わる人材が求められる。さらに、医学・医療の発展には ICT、AI、バイオテクノ

ロジーなど、さまざまな高度技術が不可欠であり、それらを担う人材の育成も重要である。

・少子化で人口が減少し、働き手が減っていく中、優秀な人材が、医学だけではなく、さまざまな分野で活躍していくよう、国としてバランスを考えていかなければならない。

・働き方改革については、一つの仕組みを急激に変えることで、全体に大きな影響を与えかねない。医師の偏在に悪影響が出ないような配慮が必要である。

(1) 医師の需給推計

これまで、公の検討の場における医師の需給推計は、人口あたりの医師数で捉えられてきた。しかし、厚労省の医師需給分科会による推計では、まず 2016 年 6 月の第一次取りまとめにおいて、地域医療構想を踏まえた病床機能区分ごとに必要な医師数や、臨床以外に従事する医師数も見込んだ。さらに、2018 年 5 月の第 3 次中間取りまとめでは、女性医師や高齢医師等の仕事量について、一律の数値を乗じて積算するのではなく、就業率や勤務時間について、性年齢階級別データを踏まえて算定された。需要推計についても、推計方法の見直しを行い、性年齢階級別の詳細なデータを用いて医師の仕事量を算定し、医師の働き方改革を踏まえて、3 ケースの労働時間の制限を見込んでいる。

医師の労働時間を週 60 時間（月平均約 80 時間の時間外労働相当）として、医師の需給は 2020 年医学部入学者が臨床研修を修了する 2028 年頃に医師数 35 万人で均衡すると見込んでおり、2030 年前後にはマクロで医師の需給は一致するとしている。

(2) 医師確保計画

人口 10 万人対医師数に変わる指標として、人口動態、医師の性・年齢構成、人口の流入、医師の労働時間制限などを加味した三次医療圏と二次医療圏で「医師偏在指標」が提示された。しかし、この推計結果は一定の仮定を置いた上で機械的に算出されたもので、各地域に混乱が生じた。地域の実情を反映させる実効的な医師確保対策は「地域医療対策協議会」がその鍵を握っている。

(3) 外来医療提供体制

無床診療所の開設状況が都市部に偏っていること、既に当該地域で充足していると思われる診療科や機能と重複した開設が見られること、診療所における診療科の専門化が進んでいること、医業経営コンサルタントや医療モール等によって診療所の開業が誘導されているケースが多く、医師側も、その地域の医療の状況が十分に分からないまま開業している現状がある。

そこで、医師需給分科会では、まず開業しようとする勤務医等が、自主的に経営判断できるように「見える化」することが重要であるとされた。外来医療機能に関する情報の可視化、外来医療機能に関する協議の場の設置が必要とし、2018 年の医療法・医師法改正に繋がった。日医は終始一貫、強制的手法の導入に反対し、医師の自主的判断による選択を求めてきた。その結果、外来医師多数区域においては、新規開業希望者に対して当該地域で不足する外来医療機能を求めることとなった。ここでいう地域で不足する機能とは、在宅医療や初期救急医療、学校医・産業医・予防接種等々であり、かかりつけ医機能の社会的機能に属するものである。

外来医療に係る医療提供体制に関する協議の場は、地域医療構想調整会議、又はその下に設ける作業部会の活用も想定している。従って、最も地域の実情を的確に把握し、会長が調整会議の議長を務める郡市区医師会の役割がさらに重要になると考えている。

4. 医師偏在対策・働き方改革担当理事連絡協議会の意義

日医では、医師の偏在対策と働き方改革は相互に関連するものと認識している。医師の需給推計、医師偏在指標等は、あくまでも現在置かれた状況を基に検討されたものである。地域からのボトムアップにより、医療政策を転換していくことが不可欠であり、そのためには都道府県医師会及び郡市区医師会の役割が一層重要になると考えている。

2) 医療法・医師法改正に基づく医師偏在対策について

日本医師会常任理事 釜 范 敏

医師の地域・診療科偏在に対する対策、あるいは医師の働き方について、日本医師会は厚生労働省と日々協議を重ねている。

厚労省は当然、国民に対する責任ある行政の立場から、さまざまな政策を打ち出しているが、実際に地域の医療を担う医師会が、国民にとって必要な医療体制についてしっかり厚労省に伝えて、最もよい形の体制を整えることが必要だと強く感じている。

日医の役割として、これからの日本の医療を担ってくれる医師の方々が、なるべく働きやすい環境の中で仕事ができるように、強制的な施行を避けるとともに、それぞれの医師が自分の周りの状況をよく理解しながら、いろいろな選択を行っていただくための役立つ情報を発信したい。

国からのいろいろな施策が都道府県を通じて出されても、地域からのさまざまな懸念が払拭できなければ、国の方針は決して地域に浸透しない。

今回の医療法・医師法の改正は多岐にわたり、公布が昨年の 7 月 25 日であったが、公布日すぐに施行されたもの、本年 4 月 1 日施行のもの、来年の 4 月 1 日施行のものがある。

労働時間を週 60 時間に制限（月平均 80 時間、年間 960 時間）し、時間外労働をそこまでにとめた場合、それ以上勤務している方もおられるが、その場合に、必要な医師数の推計を考えても、マクロのある時点において需要と供給が一致する。

1. 医師確保対策（医師偏在指標等）

(1) 医師偏在指標

地域ごとの医師数の多寡を全国ベースで客観的に比較・評価可能な指標として、5 要素（医療ニーズ及び将来の人口・人口構成の変化、患者の流入、へき地等の地理的条件、医師の性別・年齢別分布、医師の偏在の単位）を踏まえて算出している。この指標を使って、下位 1/3、上位 1/3 及びそれらの中間という区分をして、今後の議論を深めていく。

(2) 医師偏在是正の目標年

すべての都道府県において医療ニーズを満たす医師が確保されている状態と定義、都道府県知事が 2022 年度に地域枠・地元枠を要請することが可能になり、2028 年度に医師となり、その後 9 年間の義務年限の履行を考えると地域枠の効果が最大になるのは 2036 年度であり、そこを根拠に同年を医師偏在是正の目標年とすることとしている。

(3) 医師少数区域等 / 医師多数区域等

三次医療圏、二次医療圏（335 ある）ともに、上位 1/3 が多数区域、下位 1/3 が少数区域である。2019 年度に医師確保計画が都道府県によって策定され、2020 年から 4 年間、その医師確保計画に基づいて諸施策が講じられる。その後は 3 年ごとに目標を立てて見直して、PDCA を回していくという作業になる。

医師確保計画は、医療法上、都道府県における医師の確保方針、医師の偏在の度合いに応じた医師確保の目標、目標の達成に向けた施策の内容の 3 つを定めることになっているが、医師確保計画については、医師数についての検討であって、診療科の医師については、都道府県の実情に合わせて、積み上げていただくということである。計画上は、まず数が前面に出るけれども、その数の根拠になる基の部分の部分が非常に重要である。

最終的には、医師数の目標が示されるが、その目標を達成するためには、具体的に、細かいイメージが湧かないといけないわけで、なかなか困難を極めることではあるが、どの病院に、どの診療科の医師が何名不足しているという所が見えてくると、これは目標に近づく、あるいは実現の可能性がより高まると考える。

それぞれの地域での利害が絡むし、公立病院と私立病院の関係性もあるが、ある程度具体的に、どの病院に何科の医師が不足しているというイメージが出てこない、と都道府県が医師を手当する場合に、例えば地域枠の医師をどのように考えるか、あるいは、他県の医師が転入する場合にも、具体性が必要であるので、そのあたりまで踏み込んだ検討がなされることが求められる。

医師確保計画には、都道府県における医師の確

保方針が記載されてあるが、あくまでも都道府県の施策としての方針であって、個々の医師や医療機関を拘束するものではない。医師の強制配置というようなイメージをお持ちの方もおられると思うが、わが国の現状でできることではないし、法改正をして、そのような方向へ持っていこうとしても、なかなか合意が得られないだろうと考える。あくまでも強制的、条件的な手法を排除しながら、必要なところにどのように到達するかという、大変難しい舵取りが求められているとの認識である。

具体的に、施策の内容として、都道府県での医師の配置調整があり、この場合に、地域枠の医師に大きな役割を担ってもらうことについては申すまでもなく、このキャリア形成プログラムが、いかにしっかり策定できるかに懸かってくる。その議論が都道府県間の偏在是正である。

現在、これから診療科を選択するという卒業後 2 年の段階で、専攻医として研修を始める段階で概ね診療科の選択がなされるので、その部分の議論が進んでいる。一度選択した診療科は、そう簡単に変えることはない、その入り口の議論だけで全体の問題を解決できないので、そのあたりが重要な視点だろうと考える。

2. 地域における外来機能の不足・偏在等への対応

外来医療機能の不足については、外来医療機能に関する情報の可視化が大きな課題として挙がっている。その背景は、無床診療所の開設が都市部に集中していることによって、いろいろな問題が起こっているため、地域ごとのデータを可視化して、開業に当たって有益な情報として提供することで、行動変容を促すことを考えている。行動変容まではできるわけがないという意見もあるが、正確なデータの可視化は意味があると考えている。

外来医師偏在指標については、診療所の医師数をベースにしている。先ほどの医師偏在指標と同様に、外来医師偏在指標も上位 1/3、下位 1/3 というところで段階を設けている。医師偏在の単位は二次医療圏単位で算出する。国から、市町村単位にマッピングを行ったデータ等を出すという

ことだが、基本的には二次医療圏単位で、この外来医師偏在指標を出すことになっている。

この外来医療機能に関する協議の段階で、外来医師多数区域において新規開業する場合に、これは新たな規制ではないかという指摘もあるが、ここはあくまでも地域における協議の場を作って、そこで、地域で考えていただくというのが今回の大きな特徴である。

地域において不足しているのはどのような外来機能なのかという議論の中で、例えば学校医や産業医、その他の話が出てくるけれども、地域医療全体に貢献するという医師が求められているのだというメッセージを出すことは非常に重要と考える。

外来医療機能に関する協議の場が新たに設けられるということで、これは二次医療圏を基本単位として行われるので、地域医療構想の調整会議と同じ単位ということになる。その上に、地域医療対策協議会もあり、それらをうまく利用してこうという考え方である。

3. 診療科ごとの将来必要な医師数の見通しの明確化

各診療科における医師の需要積算は困難な作業である。医療需要がある程度はつきりしている、例えば分娩数と産科医の数、18 歳未満の人口と小児科医の数は、必要な医療需要と供給を検討するということが行われてきた。しかし、主に DPC のデータを基に精査・検討することによって、都道府県ごとに、どの診療科の医師が、現状でどのくらいいて、それが今後、どのくらい必要になっていくかという厚労省が出した試算を基に、それぞれの地域や都道府県における必要な診療科の医師数についての検討が現在始まっている。

これは、先ほどの医師偏在指標よりも、さらに難しい計算になるので、その計算過程を追跡していくだけの時間が私どもにはなかった。今後、やっていかなければならないと思う。

この数字をご覧になった先生方からは、ご自身の地域における感覚とは随分と違うというご指摘がたくさん寄せられた。この新たな、診療科ごと

の将来必要な医師数については、しっかりと考えて、これが妥当、適切なものかどうかを今後、継続して検証していかなければならない。

診療科については、厚労省は基本 18 診療領域としているが、日本専門医機構の基本領域は、総合診療を含めて 19 ある。それぞれについて、今後どのように考えていくかというのが検討課題である。

期待される点は、そのような指標が妥当、適切なものであれば、いろいろなエビデンスとして役立つけれども、現状の各診療科の対象となる疾患等が、将来維持されることを前提としたもので、総合診療や救急科等の総合的な診療領域の役割については別途検討を行う必要があるし、今後、将来必要な医師数の見通しの算出方法等を適宜見直しながら、実際の診療科偏在の是正の状況や専門医制度を取り巻く状況等を踏まえ、必要な検証を行って、十分な効果が生じていない場合には、早急に検討を加えていくべきであるというのが、現時点での日医の考えである。

シーリングの考え方については、2018 年の日本専門医機構による専攻医採用のシーリングが、5 都府県に掛けられたが、領域については、過去の実績を正確に把握するデータが十分なかったこともあり、医師偏在指標を出してみると、神奈川県と愛知県に関しては、医師多数区域でなかったということもあり、2019 年度の募集に当たっては、検討が必要である。次に募集するのは 2020 年からの研修の人たちであるが、そこに当たっては検討課題があるということ、そして現状では、大まかな方向が今出されているところである。

[文責：加藤 智栄]

(2) 働き方改革について

1) 働き方改革関連法の概要と今後すべきことについて

日本医師会常任理事 松本 吉郎

現在、医師の働き方が議論になっており、働き方改革関連法の時間外労働の上限規制から医師だけが外されたが、それ以外の部分は、医師についてもすべて適用される。

働き方改革関連法の目玉になっているのは労働

時間に関する制度の見直し、勤務間インターバル制度の普及促進等、産業医・産業保健機能の強化である。また、雇用形態にかかわらず公正な待遇の確保として、不合理な待遇差を解消するための規定の整備、労働者に対する待遇に関する説明義務の強化、それから、行政による履行確保措置及び裁判外紛争解決手続き等がある。

見直された内容は、労働時間に関する制度の見直しとして、長時間労働の是正、時間外労働の上限規制の導入、労働時間の状況の把握の実効性確保の他に、年次有給休暇の取得義務付けである。さらに、月 60 時間を超える残業の割増賃金率の引き上げ、産業医・産業保健機能の強化がある。今回は、労働者全般に関しては努力義務になったが、勤務間インターバル制度の導入促進もある。

今回の法改正前では 36 協定を結んでも、6 か月に限っては、いわゆる青天井で労働することができた。これでは困るということで、今回の法改正により上限規制が掛けられた（1 か月 45 時間、年 360 時間を基本とすることになっているが、6 か月の間は 45 時間を超えても働ける）。

ただし、法律による上限は年に 720 時間であり、これは休日労働を含んでいない。医師の働き方で“960 時間”という言葉が出てくるが、この医師の 960 時間と、一般の方々の 720 時間は全く同じ時間である。この点は結構、誤解されているところであり、この年 720 時間というのは休日労働を含んでいないが、医師の場合の 960 時間は休日労働を含んでいる。従って、この複数月平均 80 時間というところに着目していただければ、ここは休日労働を含む、 $80 \times 12 = 960$ 時間が医師の働き方の上限となっているのでご注意ください。

年次有給休暇については、ご存じのとおり労働者が自ら申し出て休暇を取得していたが、今後は希望を踏まえて年 5 日は取得していただくことになる。これによって職員の働き方が変わってくるので、管理者としてはなかなか厳しい面も出てきて、経営的に影響する懸念もある。

月 60 時間を超える残業の割増賃金率の引き上げであるが、中小企業の場合でも、改正後は、60 時間を超えた部分に関しては 50% になる。つ

まり、60 時間未満は 25% だが、60 時間を超えた部分は現行の 25% が 50% 割り増しになる。医療法人の場合には、従業員が 100 人以下、もしくは資本金、出資金等が 5,000 万円以下が中小企業ということになる。

産業医・産業保健機能の強化として、産業医への情報提供が事業者には義務付けられた。これにより健康診断や面接指導実施後の就業上の措置の内容等、あるいは長時間労働者の氏名や超過時間等について、きちんと情報提供しなさいということである。

産業医の権限の明確化としては、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で、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となっている。

産業医の勧告の実効性の確保として、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。産業医の勧告については、衛生委員会への報告を事業者には義務付け、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・保存を事業者には義務付けた。

勤務間インターバルは、一般的には概ね 11 時間と言われており、これも決められた時間ではないが、やはり十分な睡眠時間や生活時間が取れるということであり、医師については一応 9 時間が原則になっている。ただ、24 時間勤務あるいは当直して、さらに 4 時間、すなわち 28 時間まで連続時間勤務を認められたので、そのあとについては、医師は 18 時間のインターバルを取るので、一般の方とは違っている。

時間外労働の上限規制については、本年 4 月 1 日から適用されており、医師を除いた中小企業規模の医療機関においては来年から適用されるので、就業規則等をしっかりと改正していかなければならない。

なお、ツール集が厚生労働省から出されている。

[https://www.mhlw.go.jp/content/](https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000394430.pdf)

10800000/000394430.pdf

さらに詳しいものでは、日医と社会保険労務士連合会で作成した働き方改革関連法リーフレット

がある。

http://dl.med.or.jp/dl-med/kinmu/hatarakikata_leaflet1.pdf

この中には『「管理監督者」とは?』というコラムもある。あくまで実態を見ていくということで、管理監督者といっても役職名で決めるわけではなく、労働者の職務内容、勤務体系、待遇を踏まえて実態により判断する。院長であれば、まず管理監督者と言えらると思うが、副院長では果たしてどうなのか、その下の部長では、かなりグレーゾーンという判断である。

なお、都道府県医師会の会員及び医療機関の管理者向けの労働法令研修を全国社会保険労務士会連合会との共催で行っていただいている。

今、取り組むべき健康管理としては、労働時間をきちんと把握するというので、例えば 5 時で所定労働時間は終わったけれども、それ以降在院している時間についても労働時間とするかどうかということが問題となってくるので出退管理は非常に重要であり、タイムカード等で管理することが重要である。

また、適切な産業医の配置と職務遂行、衛生委員会の活用の徹底、健康診断に関する事項の取り組み徹底、各医療関連団体による医師の健康管理の取り組み推進も重要である。

長時間労働者の健康確保の強化として、事業者から長時間労働者の情報を産業医に提供することや、産業医による面接指導についての申し出の勧奨等も重要となる。

医療機関における医師の労務管理については、現行であっても、36 協定を締結せずに時間外労働をさせると法違反となる。

長時間労働に関しては、960 時間を超えて 1,860 時間までの労働についても、きちんと 36 協定を結ばないとできないので、この点は確実に押さえていただきたい。

現行でも、長時間労働の医師から申し出があった場合には、使用者には面接指導を行う義務があり、対応できるような体制整備が必要である。

平成 30 年 2 月に「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取り組みの概要」が出された。タスク・シフティングの推進、女性医師等の支援等にも、

しっかりと取り組んでいただきたい。

休日の確保についても非常に重要なことで、法定休日は月 4 日ということになっているが、それぞれの医療機関の職員の休日は、各医療機関の就業規則によるもので、法定休日以上を取る分については、あくまで医療機関の規定であるので、例えば今回の 10 連休中も就業規則によるわけで、「国民の休日を当院の休日とする」という規定がなければ、病院にとっては休日ではなく、それによって、休日手当が発生するかもしれないが決まってくる。

就業規則をよく精査して、国民の休日をすべて職員の休日とするという場合には、少し検討されたほうが良いと思う。

地域医療支援センターが医師の派遣計画を医療勤務環境改善支援センターに通知し、これに基づき、医療勤務環境改善支援センターが派遣先となる医療機関に連絡の上、勤務環境改善支援を実施することや、医療勤務環境改善支援センターが相談支援等を通じて医師の確保に関する求めを医療機関から受けた場合に、その勤務実態等と併せて地域医療支援センターと情報の共有等により、両センターが連携することが、新たに医療法に書き込まれている。これは非常に大きな進歩だったと思うが、まだなかなかうまくいっていないということは、常々ご指摘いただいたとおりである。

応召義務については、医師法第 19 条に、診療に従事する医師は、正当な事由がなければ患者からの診療の求めを拒んではならないということが書いてある。これは、医療の公共性、医師による医業の業務独占、生命・身体の救護という医師の職業倫理などを背景に訓示的規定として書かれたものである。

応召義務は、医師法に基づき医師が国に対して負担する公法上の義務ではあるが、刑事罰は規定されておらず、行政処分の実例も確認されていない。この応召義務が規定としてあるのは韓国と日本だけと言われており、その他の国では、救命に当たらなければならないような患者さんが目の前にいたときには、医師はそれを拒んではならないという形で書かれているのがほとんどである。

応召義務は、私法上の義務ではなく、医師が患

者に対して直接民事上負担する義務ではない。

具体的に正当化される事例の整理として、病状が深刻な救急患者などでは、診療時間内や勤務時間内であれば、事実上診療が不可能といえる場合にのみ、診察しないことが正当化されるが、診療時間外、例えばプライベートな場所にいるようなときは、医の倫理上、必要な応急処置をとるべきとされるが、処置をとらなくても、公法上・私法上の責任を問われることはない。

必要な処置をとった場合においても、医療設備が不十分なことが想定されるため、求められる対応の程度は低い。新幹線や飛行機の中などを想定している。

緊急対応が不要なケースや症状が安定している場合でも、原則として、患者の求めに応じて医療を提供する必要があるが、緊急対応の必要があるケースに比べて緩やかに解釈される。診療時間外であれば、即座に対応する必要はなく、診療しなくても問題はない。

医師としては、例えばプライベートな時間であっても、目の前にそういった患者さんがいれば、もちろん診るという倫理的な問題はあるが、法的に言えば、このようにはなっている。

また、患者さんの迷惑行為などであるが、信頼関係が喪失している場合には新たな診療を行わないことが正当化される場合や、医療費の不払いも支払能力があるにもかかわらず悪意を持ってあえて支払わない場合等には診療拒否が正当化される。

入院患者の退院や他の医療機関への紹介・転院では、医学的に入院の継続が必要ない場合には、退院させることは正当化される。

差別的な取扱いでは、患者の年齢、性別、人種・国籍、宗教等のみを理由に診療しないことは正当化されない。ただし、言語が通じない、宗教上の理由などにより結果として診療行為そのものが著しく困難であるといった事情が認められる場合にはこの限りではない。

日本医師会では地域医療の継続性と医師の健康への配慮のバランスがとれているか常に振り返ることを、これまでもずっと議論してきたし、今後この視点に変わりはない。

〔文責：中村 洋〕

2) 「医師の働き方改革に関する検討会報告書」の概要について

日本医師会常任理事 城守 国斗

医師の働き方改革に当たっての基本的な考え方

(1) 医師の働き方改革を進める基本認識

わが国の医療は、医師の自己犠牲的な長時間労働により支えられており、危機的な状況にある。昼夜を問わず患者への対応を求められる仕事で、他職種と比較しても抜きん出た長時間労働の実態にある。

医師の長時間労働の背景には、個々の医療機関における業務・組織のマネジメントの課題のみならず、医師の需給や偏在及び養成のあり方、地域医療提供体制における機能分化・連携が不十分な地域の存在、国民の医療のかかり方等、さまざまな課題が存在する。これらに関連する各施策と医師の働き方改革が総合的に進められるべきである。

(2) 医師の診療業務の特殊性

応召義務については、医師が国に対して負担する公法上の義務であり、医師個人の民刑事法上の責任や医療機関と医師の労働契約等に法的に直接的な影響を及ぼすものではなく、医療機関としては労働基準法等の関連法令を遵守した上で医師等が適切に業務遂行できるよう必要な体制・環境整備を行う必要がある、違法な診療指示等に勤務医が従わなかったとしても、それは労働関係法令上の問題であって応召義務上の問題は生じないと解される。こうしたことから、応召義務があるからといって、医師は際限のない長時間労働を求められていると解することは正当ではない。

医師の診療業務の特殊性には、以下の4点があると考えられる。

- ・公共性：国民の生命を守るものであり、国民の求める日常的なアクセス、質（医療安全を含む）、継続性、利便性等を確保する必要があること。
- ・不確実性：疾病の発生や症状の変化が予見不可能であること。治療の個別性、治療効果の不確実性があること。
- ・高度の専門性：医師の業務は独占とされていること。医師の養成には約10年以上の長期を要し、

需給調整に時間がかかること。

・技術革新と水準向上：常に新しい診断及び治療法の追求と、その活用並びに普及（均てん化）の両方が必要であること。このために必要となる知識の習得や手技の向上は医師個人の努力に大きく依存していること。

これらを踏まえると、医師に係る時間外労働規制については、以下の点を考慮する必要がある。

- ・医師についても、一般則が求めている水準と同様の労働時間を達成することを目指して労働時間の短縮に取り組むこと。
- ・医療の公共性及び不確実性を考慮し、医療現場が萎縮し必要な医療提供体制が確保できなくなるような規制とする必要があること。その場合であっても、医療安全の観点からも、医師が健康状態を維持できることは重要であること。
- ・具体的な取組みとして、1 日 6 時間程度の睡眠を確保できるようにすること。継続的に労働時間のモニタリングを行い、一定以上の長時間労働の医師がいる医療機関に対して、重点的な支援を行うこと。

・医師の知識の習得や技能の向上のための研鑽を図る時間が労働時間に該当する場合があるが、医師の使命感からくる研鑽の意欲を削がず、医療の質の維持、向上を図ることができるようにすることが重要であること。

・出産並びに育児期の女性など、時間的制約のある医師が働きやすい環境を整える必要があること。

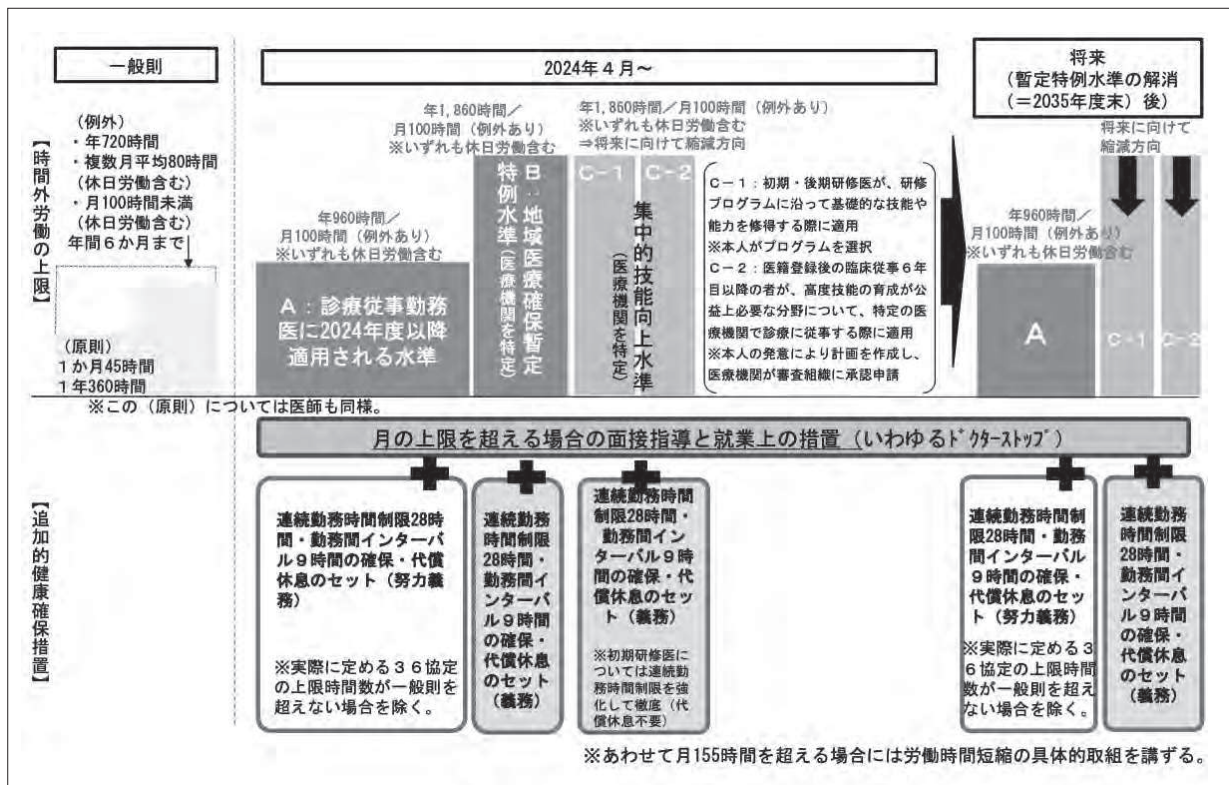
病院勤務医の週勤務時間の区分別割合

現状で、時間外労働が月 80 時間・年 960 時間（休日労働を含む）を超える医師は約 40 %、年 1,920 時間を超える医師は約 1 割存在する。

医師の働き方に関する制度上の論点（下図）

一般則としての残業時間の上限は、原則として月 45 時間・年 360 時間とし、臨時的な特別の事情がなければこれを超えることはできない（月 45 時間は、1 日当たり 2 時間程度の残業に相当）。臨時的な特別な事情があつて労使が合意する場合でも、年 720 時間以内、複数月平均 80 時間以内（休日労働を含む）、月 100 時間未満（休日労働を含む）を超えることはできない（月 80 時間

図 医師の時間外労働の上限



は、1 日当たり 4 時間程度の残業に相当)。また、原則である月 45 時間を超えることができるのは、年間 6 か月までである。

ただし、医師の場合は、改正法施行 5 年後(2024 年 4 月)に上限規制を適用するとされた。

(1) 2024 年 4 月から適用する時間外労働の上限 ○診療従事勤務医に 2024 年度以降適用される水準

医療機関で患者に対する診療に従事する勤務医(以下、「診療従事勤務医」)の時間外労働の上限水準(以下、「(A) 水準」)を以下のとおりとする。

- ・通常予見される時間外労働につき、延長することができる時間数として 36 協定で協定する時間数の上限は、医師についても一般労働者と同様の働き方を目指すという視点に立って、労働基準法第 36 条第 4 項の限度時間と同じ時間数(月 45 時間、年 360 時間)とする。

- ・「臨時的に必要な場合」の 1 か月あたりの延長することができる時間数の上限については、脳・心臓疾患の労災認定基準における単月の時間外労働の水準(単月 100 時間未満)を考慮し、原則 100 時間未満(後述の追加的健康確保措置②を実施した場合、例外あり)とする。これは、患者数が多い、緊急手術が重なった等への対応を要する場合を想定しており、必要な地域医療確保のためのものである。

- ・「臨時的に必要な場合」の 1 年あたりの延長することができる時間数の上限については、脳・心臓疾患の労災認定基準における時間外労働の水準(複数月平均 80 時間以下、休日労働込み)を考慮し、12 か月分として年 960 時間とする。これは、毎月平均的に働くとした場合には月 80 時間以下の労働となり、一般労働者の休日労働込み時間外労働についての上限である「複数月平均 80 時間以下」と同様の水準である。この場合、後述の追加的健康確保措置①を努力義務として課す。

- ・「臨時的に必要な場合」は、医師の場合、臨時的な必要性が生じる時期や頻度が予見不能であることから、その適用を年 6 か月に限らないこととする。

○地域医療確保暫定特例水準の内容

地域での医療提供体制を確保するための経過措

置として暫定的な特例水準(「地域医療確保暫定特例水準」、以下「(B) 水準」)を設けることとする。

医師限度時間は、医師についても一般労働者と同様の働き方を目指すという視点に立って、労働基準法第 36 条第 4 項の限度時間と同じ時間数(月 45 時間・年 360 時間)とする。(A) 水準に同じ。)

「臨時的に必要な場合」につき延長することができる時間数として 36 協定で締結する時間数の上限は、医療は 24 時間 365 日、休日であっても当該医師の診療が必要な場合には休日労働を指示せざるをえないこともあるため、年及び月の両方について、休日労働込の時間数として設定する。(A) 水準に同じ。)

「臨時的に必要な場合」の 1 か月あたりの延長することができる時間数の上限については、脳・心臓疾患の労災認定基準における単月の時間外労働の水準(単月 100 時間未満)を考慮し、原則 100 時間未満(追加的健康確保措置②を実施した場合、例外あり)とする。これは、患者数が多い、あるいは緊急手術が重なった際に対応を要する場合を想定しており、必要な地域医療確保のためのものである。(A) 水準に同じ。)

「臨時的に必要な場合」の延長することができる 1 年あたりの時間数の上限については、医師の勤務時間(「指示なし」時間を除く)の分布において、まずは上位 1 割に該当する医師の労働時間を確実に短縮することとし、1,860 時間とする。この水準は、現状において年間 3,000 時間近い時間外労働をしている医師もいる中で、その労働時間を週に 20 時間分削減して初めて実現できるものである。

「臨時的に必要な場合」は、医師の場合、臨時的な必要性が生じる時期や頻度が予見不能であることから、その適用を年 6 か月に限らないこととする (A) 水準に同じ。)

なお、医師の診療業務の公共性・不確実性を踏まえれば、ある月の医療ニーズが多く時間外労働が長かった場合に、翌月必ず短くして平均値が一定となるように調節することは、地域医療の実情や医師数の制約の下では困難であるため、複数月平均による規制は設けず、月 100 時間以上の時間外労働が想定される場合の必須の措置として時

間外労働時間数が月 80 時間以上となった段階で、後述の追加健康確保措置②を講ずることとし、単月の規制のみとする（(A) 水準に同じ）。さらに、(B) 水準では後述の追加的健康確保措置①が義務化される。

ちなみに、年間の時間外労働時間が 1,860 時間を超えると推定される医師がいる医療機関は、病院全体の約 27%、大学病院の約 88%、救命救急機能を有する病院の約 84%、救急機能を有する病院の約 34% であるなど、広く存在している。

なお、「臨時的な必要がある場合」の 1 年あたりの延長することができる時間数の上限（1,860 時間）については、過重労働を懸念する声が挙がっており、本検討会においても、医師の健康確保や労働時間短縮を求める立場から賛同できないとする意見があった。

○地域医療確保暫定特例水準の対象医療機関

(B) 水準については、必要な地域医療の適切な確保の観点から止むを得ず設定するものであることから、以下の 3 つの観点から要件を設定し、対象医療機関を特定して適用する。

①地域医療の観点から必須とされる機能を果たすために、やむなく長時間労働となる医療機関であること。当該医療機関に所属するすべての医師の業務が該当するわけではなく、医療機関は、当該医療機関が地域医療確保暫定特例水準の対象医療機関として特定された事由となった「必須とされる機能」を果たすために必要な業務が、当該医療機関における同水準の対象業務とされていることについて、合理的に説明できる必要がある。

地域医療の観点から必須とされる機能は、医療の公共性、不確実性、高度の専門性等の観点から、以下を基本とする。

(ア) 救急医療提供体制及び在宅医療提供体制のうち、特に予見不可能で緊急性の高い医療ニーズに対応するために整備しているもの

(イ) 政策的に医療の確保が必要であるとして都道府県医療計画において計画的な確保を図っている「5 疾病・5 事業」

(ウ) 特に専門的な知識・技術や高度かつ継続的な疾病治療・管理が求められ、代替する

ことが困難な医療機関・医師（例：高度のがん治療、移植医療等極めて高度の手術・病棟管理、児童精神科等）

②当該医療機関に (B) 水準を適用することが地域の医療提供体制の構築方針と整合的であること。

③以下のような医師の労働時間短縮に向けた対応がとられていること。

- ・管理者のマネジメント研修やタスク・シフティング等が計画的に推進されていること。
- ・実際に医師の時間外労働が短縮していること。
- ・労働関係法令の重大かつ悪質な違反がないこと。

当該特定は、地域医療提供体制を踏まえた判断となることから、都道府県において対象医療機関を特定し、その際、当該医療機関における医師の長時間労働の実態及び労働時間短縮の取組状況について、評価機能が行う客観的な要因分析・評価を踏まえる。

○集中的技能向上水準の必要性

今後、2024 年 4 月の (A) 水準適用に向けた医師の労働時間の短縮を図っていくが、短縮の仕方によっては、

- ・臨床研修医、専門研修中の医師が一定の知識、手技を身につけるために必要な診療経験を得る期間が長期化し、学習、研鑽に積極的な医師の意欲に応えられない上、医師養成の遅れにつながるおそれがある。
- ・わが国の医療水準の維持発展に向けて高度な技能を有する医師を育成することが公益上必要な分野においては、高度に専門的な知識、手技の修練に一定の期間集中的に取り組むことを可能としないければ、新しい診断、治療法の活用、普及等が滞るおそれがあり、ひいては医療の質及び医療提供体制への影響が断念される。

このため、一定の期間集中的に技能向上のための診療を必要とする医師向けの水準（以下、「集中的技能向上水準」、「(C) 水準」と略称）を設けることとし、以下のとおりとする。

○集中的技能向上水準の内容

(C) 水準を以下の 2 類型に整理する。

- ・初期研修医及び原則として日本専門医機構の定める専門研修プログラム／カリキュラムに参加す

る後期研修医であって、予め作成された研修計画に沿って、一定期間集中的に数多くの診療を行い、さまざまな症例を経験することが（又は専門医）としての基礎的な技能や能力の習得に必要不可欠である場合（(C)－1）

・医籍登録後の臨床に従事した期間が 6 年目以降の者であって、先進的な手術方法など高度な技能を有する医師を育成することが公益上必要とされる分野において、指定された医療機関で、一定期間集中的に当該高度特定技能の育成に関連する診療業務を行う場合（(C)－2）

(C)－1、2 の上限時間については、2024 年 4 月の規制適用段階においては、その段階で医師に適用される時間外労働の上限のうち高いものと同じ水準、すなわち (B) 水準と同様のものを定める。

(C)－1 水準の適用に当たっては、当該時間数が (A) 水準を超える医療機関について、(B) 水準と同様に都道府県が特定する。

(C)－2 水準の適用に当たっては、当該医師を育成するために必要な設備・体制を整備している医療機関を (B) 水準と同様に都道府県が特定する。特定に伴い、当該医療機関に B 水準と同等の追加的健康確保措置が義務付けられるが、初期研修医については、連続勤務時間は 28 時間ではなく 15 時間、そして代償休息は認めないという厳しい条件になっている。

(2) 時間外労働規制との組み合わせにより医師の健康確保を図る追加的健康確保措置

○追加的健康確保措置：総論

人命を預かるという医療の特性から、やむを得ず、一般の労働者に適用される時間外労働の上限を超えて医師が働かざるを得ない場合に、医師の健康を確保し、医療の質や安全を確保するために、一般労働者について限度時間を超えて労働させる場合に求められている健康福祉確保措置に加えた措置（追加的健康確保措置）を講ずることとし、追加的健康確保措置①（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）、追加的健康確保措置②（医師による面接指導、結果を踏まえた就業上の措置等）等を設ける。

(3) 2024 年 4 月までの労働時間短縮

2024 年 4 月までの 5 年間に、医療機関は自らの状況を適切に分析し、計画的に労働時間短縮に取り組んでいく必要があり、(C) 水準の対象となる業務を除き、なるべく多くの医療機関が (A) 水準の適用となることを目指す。

特に、2024 年 4 月までの間においては、当該実績（時間数）において年 1,860 時間超過がみられる場合に、その解消に向けて取り組むことが最重要である。

(4) 地域医療確保暫定特例水準・集中的技能向上水準の将来の在り方

○地域医療確保暫定特例水準の終了時期

時間外労働上限規制に関しては、2024 年までに実態調査を行い、医師の労働時間短縮のための実効的な支援策（マネジメント改革、特定行為研修制度のパッケージ化等）により暫定特例水準 (B 水準) の対象をなるべく少なくするよう努力する。また、必要に応じて追加的支援策の検討を行う。2024 年に法が施行され、2036 年 3 月が暫定特例水準 (B 水準) の適用終了目標とされる。

○集中的技能向上水準の将来の在り方

(C) 水準については、研修及び医療の質を低下させずに効率的な研修を実現していくことによって技能向上に要する時間の短縮が図られる可能性もあり、その水準については将来的な縮減を志向しつつ、医師労働時間短縮計画において把握される実績等も踏まえ、研修及び医療の質の評価とともに中長期的に検証していく必要がある。

(A)・(B) の上限水準に極めて近い働き方のイメージ

(A) 時間外労働年 960 時間程度（週 20 時間）の働き方（例）：概ね週 1 回の当直を含む週 6 日勤務。当直日とその翌日を除く 4 日間のうち 1 日は半日勤務で、各日は 1 時間程度の時間外労働（早出又は残業）。当直明けは昼まで勤務。年間 80 日程度の休日（概ね 4 週 6 休に相当）。

(B) 時間外労働年 1,860 時間程度（週 38 時間）の働き方（例）：概ね週 1 回の当直を含む週 6 日勤務。当直日とその翌日を除く 4 日間は早出又は残業を含め平均 14 時間弱の勤務。当直明けは昼まで勤務。年間 80 日程度の休日（概ね 4 週 6 休）。

現状では、(B) 水準程度の労働は多く行われている。

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言い、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。

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と見なす。

特例：労働時間がまばらであり、労働時間規則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については、労働基準監督署長の許可を受けた場合に、労働時間規制が適用除外される。

医師の労働時間にかかる論点の取扱い（研鑽）

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。

診療ガイドラインや新しい治療法等の勉強：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、自由な意見に基づき、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されていれば、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、又は当直シフト外で時間外に待機し、診療や見学を行うこと：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。ただし、見学中に診療（手伝いを含む）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。

時間外労働規制の施行について（中長期の見通し）

地域医療構想に関しては、2024 年を目途ということになっている。さらに医師の偏在も 2036 年目標達成ということになっているが、これは、基本的に法で規定されているというものではない。しかし、働き方改革に関しては、2019 年から 2023 年までの間にしっかりと体制を整えて、2024 年からこの法が施行される。2036 年度が一応終了目標という形になってはいるが、かなり制約もある。この法は違反すると罰則規定があるということで、おそらく前二者の施策に、この働き方改革がかなり大きな影響を及ぼすと思われる。

医師の働き方改革の基本理念

医師の働き方改革では、「地域医療の継続性」と「医師の健康への配慮」の 2 つを両立することが重要である。地域医療構想、医師需給・医師偏在対策、医師の働き方改革は三位一体で考えていく必要がある。

「いのちをまもり、医療をまもる」国民プロジェクト宣言！

私たち「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会」構成員は、病院・診療所にかかるすべての国民と、国民の健康を守るために日夜、力を尽くす医師・医療従事者のために、『いのちをまもり、医療をまもる』ための 5 つの方策の実施を提案し、これは国民すべてが関わるべきプロジェクトであることを、ここに宣言します。

特に、医療の危機と現場崩壊は深刻で、「いのちをまもること」「医療をまもること」は日本にとって喫緊の課題です。これは、国、自治体、医療提供者、民間企業、市民社会などをはじめ、医療の恩恵を被る「すべての人」が考え、参加し、行動すべき、国民的プロジェクトだと我々は考えています。

「いのちをまもり、医療をまもる」国民プロジェクト 5 つの方策

- ①患者・家族の不安を解消する取組を最優先で実施すること。
- ②医療の現場が危機である現状を国民に広く共有すること。

③緊急時の相談電話やサイトを導入・周知・活用すること。

④信頼できる医療情報を見やすくまとめて提供すること。

⑤チーム医療を徹底し、患者・家族の相談体制を確立すること。

私たち「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会」構成員は、この 5 つの方策を国が速やかに具体的施策として実行し、すべての関係者の取組が前進するよう、来年度以降も継続的にコミットし、進捗をチェックし続けます。

まず、日本において「医師は、全職種中、最も労働時間が長い」という現実を知ってください。また、日本の医師の「3.6%が自殺や死を毎週または毎日考える」こと、「6.5%が抑うつ中等度以上」であること、「半数近くが睡眠時間が足りていない」こと、そして、「76.9%がヒヤリ・ハットを体験している」ことなども知ってください。こういう現実を放っておくと、確実に医療の現場は崩壊します。

「いのちをまもり、医療をまもる」ための国民総力戦！～それぞれが少しずつ、今すぐできることから～

市民アクションの例：患者の様子が普段と違う場合は「信頼できる医療情報サイト」を活用し、まずは状態を把握する。夜間・休日に受診を迷ったら # 8000 や # 7119 の電話相談を利用する。夜間・休日よりも、できるだけ日中に受診する。日中であれば院内の患者・家族支援窓口（相談窓口）も活用できる。夜間・休日診療は、自己負担額が高い、診療時間が短い、処方短期間など、受ける側にもデメリットがある。抗生物質をもらうための受診は控える。抗生剤はかぜには効かない。上手に「チーム医療」のサポートを受ける。日頃の体調管理は看護師に、薬のことは薬剤師に聞くなど、医師ばかりを頼らない。

医師／医療提供者のアクションの例：あらゆる機会に医療のかかり方を啓発する（待合室、母子健診、小児健診、成人健診、高齢者健診、学校健診、職域健診、公開講座）。電話相談や「医療情報サイト」などの最新情報をチェックして質を保つ。「かかりつけ医」として必要な能力を維持・向上し、

かかりつけ医の所在・役割を市民に分かりやすく伝えるように努める。タスクシフト・タスクシェア（業務の移管・共同化）を推進する。医療の質を上げ、患者の満足を上げることにつなげる。どの医療従事者に相談したらよいかをサポートする患者・家族支援体制を整える。管理者は働き方に真摯に取り組み、地域医療の継続にも貢献する。医療従事者も患者の安全のため、健康管理に努め、きちんと休暇をとる。

行政のアクションの例：『いのちをまもり、医療を守る』国民プロジェクト』を継続・推進し、効果を検証していく。医療危機の現状を国民に広く共有し、理解を得ていく。「信頼できる医療情報サイト」の認証や支援をする。# 8000 や # 7119 の体制整備を進め、周知を徹底する。上手な医療のかかり方を直接伝えていく。保護者が子どもの健康や医療について考えるタイミング（両親学級や乳幼児健診など）での直接講座等の実施を全国の自治体に促す。「高齢者／高齢者に携わる人たち」に、大人の医療のかかり方が伝わるよう、介護施設や消防機関などへ協力を呼びかける。学校教育等で若いうちに理解を促す。医療機関の機能分化や集約、連携推進など、医師／医療従事者の長時間労働を改善する施策に取り組む。看護師や薬剤師などコ・メディカルが、能動的に活躍するための制度・仕組みを整える。働く人が日中受診できる柔軟な働き方を進める。フレックスタイム制や休暇取得などの指標を企業が公表する仕組みを推進する。企業独自の休暇制度を横展開により普及させる。行政提出書類の簡素化／簡略化に取り組む。

民間企業のアクションの例：従業員の健康を守ることを経営の柱とする。柔軟な働き方に関する指標を健康経営に生かす。業務の属人化を止め、仕事を皆でシェアする。それによりテレワークや休暇取得がしやすくなる。体調が悪い時は、休みをとって自宅休養できるようにする。インフルエンザなどの診断書を強制しない。AI を活用した相談アプリの開発を進める。ユーザーフレンドリーな「医療情報サイト」の構築を進める。

4. 総合討論（都道府県からの質問・意見・要望）

I. 医師偏在対策

(1) 医師偏在指標

大阪府 ①人口 10 万人あたり医師数が平均値以上であっても「医師不足」を訴える多くの県がある中で、平均値より多いところから少ないところへ医師を配置するというような話になっているが、そもそも平均値がどのような意味を持っているのか。②国の資料の中の「各医療圏で確保しておくべき医師の総数」の定義を示していただきたい。③国の資料の中の「将来時点（2036 年）で確保が必要な医師数」の定義を示していただきたい。④「医師確保計画」「外来医療計画」を作成するにあたり、定義や基準とは到底言えない代物しか国からは示されておらず、2020 年 4 月に「数字」を出すことなど到底できない。

回答（釜范常任理事） ①あくまでも偏在対策を実施し、状況を改善させるために何らかの客観的な数値が必要であるということで、今回はこの指標が示された。②計画期間の終了時点において、各医療圏で確保しておくべき医師の総数ということで、計画開始時点で下位 3 分の 1 に相当する医師偏在の指標に達するために必要な医師の総数が定義となる。③将来時点（2036 年）において全国の医師の総数が医師需要に一致することを目標としている。④3 年ごとの計画期間ごとに、しっかりと見直していく。これらの指標が地域における現実の認識とずれている場合に、その背景を分析し、どのように改めるべきかを考えていなければならない。

広島県 ①医師偏在指標に基づく評価について、上位 33%を「医師多数区域」として各都道府県が指定することとされているが、実態に合致しない場合は指定を見送ることができるなどの柔軟性を認めること。②医師の確保を図るべき局所的な地域として「医師少数スポット」を設定することができるとされているが、各都道府県の実情に応じて設定できる柔軟性を認めること、を求める。

回答（釜范常任理事） ①全国を「医師多数区域」と「医師少数区域」に分けた上で、少数区域の医師を如何に確保するか集中的に検討する必要がある。何らかの指標を設定せざるを得ない。「医師

多数区域」に指定されたがそれには当たらないとされた場合については、その根拠を次の検討の段階で考える。②「医師少数スポット」とは、二次医療圏全体としては医師数は充足しているが、ある地域においては医師が不足しているということである。二次医療圏の中のことであるので、例えば巡回診療を行うなど、地域全体で補う対策がまずは求められる。

長崎県 ①例えば、離島の「医師少数区域」出身の医師が、東京都内の病院に勤務後、出身県に帰り地域医療に貢献したいと考えても、出身県が「医師多数県」であれば帰ることはできないことになるのか。三次医療圏ごとに制限をかけることにどのような意味があるのか。②二次医療圏の「医師多数区域」の医師数の内訳が、開業医が多いことが理由であった場合、同じ三次医療圏内に存在する「医師少数区域」の中核病院の勤務医不足の手当が困難になることも予想される。勤務医と開業医は分けて扱うべきではないか。

回答（釜范常任理事） ①このような形で個人として地域医療に貢献してくださることを阻害するような思いは全く無い。②勤務医・開業医を含めて、医師偏在指標を出している。さらに外来の医師偏在指標も出している。その整合性を考えて、すり合わせが必要ではないかと考える。

(2) 地域枠、診療科偏在

栃木県 医師の偏在に対しては、各地域の大学入学者の地域枠をさらに増員し、十分な医師に地元に残ってもらうことが必要と考える。このためには、大学・行政・医師会・地域の医療機関等が協力し、地域枠での入学志願者を増大させるように広報活動を充実されることが不可欠と思われる。

回答（釜范常任理事） 全くその通りである。地域枠についてはこれまで恒常定員に上乘せしていたが、恒常的な定員の中に地域枠を組み込んでいくことも必要になると思う。

埼玉県 若い医師が一人前の医師に成長するまでの数年間は、医師偏在・科目偏在にどのように対処すべきか。科目の選択については、希望者が少ない科目への誘導について、日医で対策があれば具体的に示していただきたい。国が示した医師偏

在指標と外来医師偏在指数は、それぞれの二次医療圏ごとの順位付けがされているが、双方の順位には乖離があり、これだけで偏在の評価をするには無理がある。何を以って偏在解消とするのか。

回答（釜范常任理事） どの診療科を選択してほしいということは強く言えない。外国で行われているような、例えば国試の成績上位者が優先的に希望科を選択できるというシステムも、わが国には向かない。学生の教育の中で、どの地域のどの診療科に医師が求められているかの情報を共有してほしい。

愛知県 医師偏在は、最終的には診療科の地域偏在を意味する。そのためには、サブスペシャリティの議論を進めなければ基本診療科医師数も規定されないのではないかな。

回答（釜范常任理事） 現状では、基本領域の上のサブスペシャリティの養成を学会が行っている。日本専門医機構が新たにサブスペシャリティをどのように認定するかについては、直近の医師専門研修部会で事務局からの考え方が示されたが、まだ合意が得られたとは認識していない。現状ではそれぞれの学会の研修を活かしていただいて、将来的にはそれが日本専門医機構の認定とつながるようにするということが、現時点での考え方である。

(3) その他

岩手県 県として提案している地域医療基本法（仮称）は、県をまたいで国単位での偏在対策を立てる必要があるとしている。医師の計画的育成だけでなく、計画的適正配置を法制化しようとするものであるが、医師会としてはこのような法案に対し、どのようなスタンスをとっていくのか。

回答（釜范常任理事） 現状では、医師養成の初めの段階での偏在をどうするかという検討が盛んに行われている。一つの県で頑張ってもなかなか医師を確保できない場合に、日本全体でどのように対応するかという議論が今後しっかり行われて、実効性のある対策が打ち出されなければならない。医師少数区域での勤務経験を評価する仕組みが導入されたが、それだけではまだ不十分であり、厚労省ともしっかり協議をして、次の段階の

検討に入らなければならない。

三重県 地方の病院では「指導医」不足により、十分な専攻医の受け入れが困難な事例が発生している。NPO 法人「全世代」では、退職予定や転職希望の医師のセカンドキャリアを活かすため、医師不足地域などの医療機関に向けた人材紹介や派遣システムの構築が検討されている。また、先日日本医学会総会でも、シニア医師の活躍が医師の働き方や地域偏在などの課題解決につながるとの議論がなされた。日医の考えを教えてほしい。

回答（釜范常任理事） キャリア形成プログラムをしっかりと作っていただくようお願いしているが、現状では難しいところもあり、さらに検討しなければならない。シニア医師の活躍の施策は四病院団体協議会も含めて考えていきたい。

追加発言（厚労省） 地域偏在・診療科偏在に関しては、地域の実情はさまざまであるので、国が一律に示すものでもないが、全体の動きとしてはトータルの医師数の議論と直結している。ぜひ地域での議論をよろしくお願ひしたい。

質問（広島県） 医師偏在指標は、2 月のものと直近のものでは結果が変わっている。県内の二次医療圏の実情は地域の医療機関がよくわかっているので、考慮してもらいたい。

回答（厚労省） 2 月に一度データを示し、その後 4 月に改めて都道府県にアップデートしたデータを出した。現在、地域の実情（流出入等）を加味したデータを国に戻していただくよう、都道府県に依頼しており、それを基に再検討させていただきたい。最終的な結論が出ているわけではない。

意見（北海道／全国自治体病院協会副会長） 自治体病院協議会としては、この指標はまだ暫定的なものであるので、最終的な数値をしっかりと見極めさせていただきたい。ただ、われわれとしては以前から、各地域における需要と医師の必要数に基づいた配置をしてほしいということを訴えてきたので、その第一歩だと考えて、非常に評価している。われわれは、例えば若手の医師が納めできる範囲であれば、ある程度話し合った上で循環できるようなシステムを作っていただきたいと思います。プロフェッショナル・オートノミーだけでは、地方に医師は充足されない。

質問（大阪府） 医師偏在指標は実態とかけ離れている。地方の実情に沿ったものをといわれても、都道府県で検討することも難しい。

回答（厚労省） 要望があれば、われわれが都道府県に説明させていただく。医師偏在指標は医師数の偏りを提示したものであって、将来や現在の医師需要を満たしているかを示したものではない。医師多数区域の医師に直ちに辞めていただくということを考えているわけではない。

回答（釜范常任理事） 日医は厚労省と協議を重ねて来たが、先生方に指標をお示しする方法がかなり唐突になっていると感じている。地域の実情と指標との乖離に関する先生方からのご意見を、日医で取りまとめて国と協議するという手続きが必要であったが、そこがうまくいっていなかった。まずは意見のずれの原因を踏まえた上で、より地域の実情に沿ったものにできるよう、日医としてお役に立ちたい。

追加発言（今村副会長） 2024 年からの働き方改革関連法には罰則がついている。地域医療を守っていくためには、働き方改革は最優先で進めなければならない。働き方改革と医師の偏在は密接に関わっているため、会員の先生方には早めに計画を作っていただくことが大事である。その際に、完全ではない指標を基に計画をたてるのが非常に難しいことはわれわれも理解している。日医では、各地域の実情については都道府県医師会から伺わないとわからないので、今後も連携を密にしたい。

質問（大阪府） 地域医療構想は、病床機能の分化・連携ということで、医療機関の再編・統合、すなわち集約化の方向に向かっていると思われる。働き方改革では医療機関に医師を集約することも考えなければならない。医師偏在対策は、身近な医療機関で患者が適切な医療を受けられるにはどのようにすればよいかという考えで進んでいると思う。地域医療構想や働き方改革の集約と医師偏在対策とは違う方向に進むように思えるが如何か。

回答（中川副会長） 地域医療構想、偏在対策及び働き方改革の 3 つを同時に行うことによって先生方の不安が増幅されたのではないかとと思われる。医師偏在指標のご意見を聞いていると、全国

一律の計算式や指標は、現場では到底役立たないことが明確になっていると思う。地域医療構想で医療機関の再編・統合の方向に舵を切ったのではないかというご意見であるが、これは公立・公的医療機関の再編・統合であり、公立・公的医療機関と民間医療機関が競合している場合に限る。その際、公立が最初で、次いで公的医療機関である。民間医療機関を含めて再編・統合しようということでは全くない。公立医療機関には 8,000 億円の補助金が毎年投入されている。公的医療機関にも税制優遇や補助金など、県ごとに多額の税金が投入されている。民間と公立・公的医療機関が全く違う土俵において地域医療構想区域の中で競合して医療を提供しているという状態は早急に解消しなければならない。

質問（奈良県） 地域医療計画・地域医療構想で、第 7 次医療計画が 2023 年度に終了する形となっている。病院としての病床機能の届け出を来年の 3 月もしくは 9 月までに提出しなければならない。医師偏在対策の目標達成はずいぶん先のことになるが、この見通しが立たないと、病床の計画が立てられない。今の状態であれば、病床の削減をせざるを得ない。

回答（中川副会長） 地域医療構想の目的は、不足する機能を手当することが第一であり、病床削減ではない。今後、ほとんどの構想区域で病床が余り、それをどうするかであるが、公立・公的が先である。ただし、それは民間医療機関と競合しているところに限ってであり、公立・公的医療機関しかないところは、それらに引き続き頑張ってもらわなければならない。公立・公的のダウンサイジングや統合・再編が進むと、医師が余ってくるが、それに伴い、働き方改革や偏在解消が進む可能性がある。三者が一体的になるということは、その意味でも流動的であり、全国一律の指標では通用しない。

回答（厚労省） 地域医療構想では、2025 年を目処に、医療需要や人口の変化等を見据えて、地域の中でしっかり話し合い、適切なものにしていただくことを大目標にしている。それ以降の病床機能については、まだ議論になっていないのが現状である。医師の養成については長い目で見てい

ただき、将来の医療需要と供給とのバランスをどのように取るかというところに話を持っていかざるを得ない。

Ⅱ．働き方改革関係

(1) 医療勤務環境改善支援センター関係

神奈川県 「医療勤務環境改善支援センター」は重要な役割を課せられている。本県においては、主体は県であるが、実態は全く機能していない。医師会に委託され、うまく機能している都道府県もあると聞く。何かいい試みがあればご教示いただきたい。

回答（松本常任理事） 運営主体は都道府県であるが、県医師会への委託の働きかけをされても問題ないことを厚労省に確認している。

(2) 救急医療関係

栃木県 医師の時間外労働上限規制が行われると、救急医療機関においては、交代制の時間外勤務で対応することになり、雇用人数面でも支払い単価の面でも人件費が大幅に増大することが想定されている。早急に診療報酬上の十分な手当てを要望し、医療機関の経営状況を健全にすることが必要である。

愛知県 現在の救急体制への評価があまりにも低く、救急医療に対して十分な手当てがなされていない。二次・三次救急医療の採算が取れるべく、妥当な診療報酬をしかるべき医療機関に手当することが必要である。

回答（松本常任理事） より質の高い救急医療提供体制への取組みの評価が適切に行わなければならない。救急医療管理加算等の引上げも必要であると主張している。働き方改革の中で、救急医療の人員がしっかりと確保できるように、人件費の支援は必要であると考えている。中医協では、支払い側からは、働き方改革の費用を患者側が負担することには違和感を覚えるという意見も出ていたが、日医としては、医師の働き方改革は医療を受ける国民の医療安全に資する話であり、それを支えるには一定の財源が必要であることや保険者としても国民に適切な受療行動を働きかける責務もあるのではないかと反論している。

山口県 増え続ける救急患者への対応として、# 7119 の活用、救急車の有料化を提案する。有料化を財源として、働き方改革を推進していくことも可能になると考える。

回答（松本常任理事） 消防庁の検討委員会でも 2 年前に救急車の有料化の議論がされている。有料化すれば救急車の利用は減少すると思われるが、有料・無料の判断が難しいこと、料金の徴収方法、また、徴収することは搬送の対価を求めることになるため、これが負の方向に働くことへの懸念、さらに何よりも救急隊員が一刻を争う現場で料金を徴収することは負担が大きい等で救急隊員からは反対が強い、などの意見が出た。救急車の利用制限は、高齢者や生活困窮者の症状の増悪にも繋がりがかねないということもあり、委員会では有料化を見送るべきという結論になった。他方、医師の働き方改革の議論を通じて、# 8000、# 7119 の有効性が国民に再認識されている。電話相談事業の拡充と全国的な質の確保、地域医師会による病院救急車の活用、かかりつけ機能と身近な入院医療を担う中小病院や有床診療所の支援等について、今後も強く求めていきたい。

福岡県 医師多数県である本県でも、中小の民間二次救急医療機関から、大学派遣医師の引き揚げにより救急医療に深刻な支障が出ているとの窮状が訴えられている。派遣医師の引き揚げの一因である医師の副業・兼業については、緩和策が是非とも必要である。

回答（松本常任理事） 厚労省では、「副業・兼業の場合の労働時間管理の在り方に関する検討会」を設置、これまで 7 回の検討会が開催されている。第 7 回では、健康管理、上限規制、割増賃金の 3 つの論点整理の資料が提出された。今後、報告書が取りまとめられて、労働政策審議会に諮られることになっている。兼業・副業については非常に問題が大きく、派遣元あるいは派遣先の医療機関が、救急現場、特に宿当直に関わってくるので、経営的にも非常に困る。ほとんど眠れないような当直の場合、28 時間連続勤務の問題も生じる。

(3) その他

大阪府 時間外労働の上限が定められたことで、

厳格な勤怠管理や労働と自己研鑽との明確な線引きが必要となる。世代間の労働に対する考え方の違いも顕著であり、多様な働き方を選択できるシステムが求められている。一方で、国民に向けた適切な受療行動への周知が必要不可欠である。日医を通じて、医療現場の実情を広く国民に伝え、医師の負担軽減につなげていただきたい。

回答（松本常任理事） ご指摘の通りである。限られた医療資源を最大限に活用するために、医療界としてさまざまな対策が必要であり、医療に対する理解と協力を国民に求めていくことも大事である。“上手な医療のかかり方”を啓発していきたい。必要な方の受診抑制にならないように留意しながら、各地域の実情を絡めた対応が求められる。

追加発言（厚労省） さまざまな問題を最大限考慮した上で、上限 1,860 時間の制度設定をしたつもりである。今後もいろいろとご意見をいただいて、できるものは反映していきたい。

要望（三重県） 医師が東京に一極集中している。働き方改革では、有給休暇をたくさん与えなければならず、スタッフが少ないところでは場合によっては休診しなければならない。“小さいところは潰れていけ”ということになりかねないので厚労省はこの点をよく考えていただきたい。

質問（宮城県） 働き方改革は、医療の供給量を減らすことになる。需要が今まで通りであれば、医療が成り立たない。不要不急の受診は控えてほしい。日医は国民にそのようなことを訴えかける必要があるのではないかと。以前を以て代議員会で訴えたが、今のところ、行動に移されていない。厚労省も日本の厚生行政を考えていく上で、国民にそのことを呼びかけるべきではないか。例えば「いわき市地域医療を守り育てる基本条例」、兵庫県の「県立柏原病院の小児科を守る会」など、あのようなことをやって初めて受療というのは抑制されていくのだろうと思う。

回答（今村副会長） まさにその内容は、国の検討会の中で私どもが申し上げた。既に医療提供者側だけの努力ではどうしようもないところに来ている。これは医師会や厚労省だけが行うことではない。保険者も、被保険者に医療の受療の仕方を

啓発しないで入院日数の短縮や医療費のことがばかりを被保険者に言うのは間違っている。すべてのステークホルダーが国民に向かって訴えるべきであるということ強く訴えたことにより、厚労省の中に「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会」ができた。すべての関係者に協力をお願いしたい。

質問（山口県） 自分の所属する二次医療圏は、地域偏在指標で全国 25 位、337.2 人の医師多数区域となっているが、それは大学病院があるからであり、二次救急を行っているのは大学病院を除いた中小病院である。本県は医師の高齢化が進み、平均年齢は全国 1 位である。早く対策を取らないと医療が持たない。救急車の有料化を提案した理由は、重症患者の搬送件数も増えてはいるが、半数は軽症患者であるからである。救急車は救命のために使用すべきである。徴収方法は、救急車を受け入れた病院に支払うことにすれば、最もシンプルなシステムになると思う。実際に困ったときの相談窓口として、＃7119 をセットにして行っていただきたい。医師偏在指標も参考にはなるが、地域の実情を考慮していただきたい。

回答（松本常任理事） 同様の質問を代議員会にも提出しておられるので、その場で議論させていただきたい。

意見（神奈川県） 三次救急の場合、医師が疲弊して辞めてしまうということが、人口 40 万人の市でも起こっている。三次救急にウォークイン（軽症）がたくさんおり、そのことで疲弊している。また、二次救急が制度疲労を起こしている。二次救急を受け持っている病院が、一般急性期、回復期、慢性期の 3 つの病床でやっている。一般急性期であればかなりのものは受けられるが、回復期、慢性期の病院では、現状ではほとんど救急を受けられないので、それが三次救急に回ってくることも疲弊の原因である。地域医療構想が始まった時に、この点も見直すべであったと思っている。また、診療報酬面でも全く違っており、1 週間入院でも二次救急と三次救急とでは 10 倍違う。この点も輪番制、ないしは二次救急の制度疲労につながっていると思っている。

質問（岩手県） 2024 年に向けてかなり整理さ

れてきたと思う。論点も宿日直や自己研鑽の問題など曖昧な部分もあるが、これから整理されていくと思う。現場の病院としては現在、取り組みを始めているが、このような質問を労働基準監督署に持っていくと、逆に取締りを受けるように思う。県には、医療勤務環境改善支援センター及び地域医療支援センターがあるが、それらが、われわれの取り組みの相談窓口になり得るか。気楽に相談できる第三者機関としての機能を持たせてほしい。

回答（松本常任理事） この問題も代議員会に提出されているので、そちらで議論させていただきたい。

質問（茨城県） 働き方改革の影響は、民間中小病院に大きいのではないと思う。その偏在は正も含めて、確かに地域医療構想では、公立・公的が優先的に統廃合の対象になるということになっているが、働き方改革や偏在是正については、公立・公的を優先して是正するという都道府県の方針は変わっておらず、そこが是正されないと、実際には民間が不利になる。そのようなことにならない働きかけについてご教示いただきたい。

回答（厚労省） 構想については、現在いろいろな方針を示している。働き方改革は、これから具体策を進めていくところであるし、医師需給、医師偏在に関しても、今後、地域でご議論いただいて、民間が不利になるというようなことがあれば、具体的な協議の状況などは医師会を通じてでも、われわれに教えていただければ、都道府県に対して行政的な面での指導や助言をしていきたい。

5. 総括・閉会

中川日医副会長 患者の受療行動に関する啓発活動が必要であるとの意見が出たが、これは救急体制も含めて、医師の地域間偏在や診療科偏在が影響している。また、地域医療構想という面から見ると、むしろ患者数は減り続けており、働き方改革の労働時間の面から見ると受診をある程度整理してほしいというのはその通りであるが、地域医療構想の面から見ると逆であり、この辺りのバランスが非常に難しい。われわれが最も心配しているのは医師あるいは医療機関が過剰になることで、私はこちらの方がずっと懸念されると思っている。将来的にそのようにならないよう、今から如何に調整していくかということを、われわれと一緒に考えていただきたい。この度の医療法改正により、もともとある都道府県の医療審議会、地域医療対策協議会（地対協）の権限が明確になった。さらには地域医療構想調整会議の機能を活性化する策を厚労省から出していただいている。この都道府県の審議会に積極的に参加することが法律で決められているので、是非これを活用していただいて、地域の実情をどんどん訴えていただきたい。医師偏在指標に関する先生方のご不満は非常によくわかった。全国一律の指標はほとんど役立たないということをお出席された厚労省の方々も実感されたと思うので、諦めずに継続的に問題点を指摘していただければ日医は精力的に支援申し上げる。

〔文責：沖中 芳彦〕

多くの先生方にご加入頂いております！

お申し込みは
随時
受付中です

医師賠償責任保険

所得補償保険

団体長期障害所得補償保険

傷害保険

詳しい内容は、下記お問合せ先にご照会ください

取扱代理店 山福株式会社
TEL 083-922-2551
引受保険会社 損保ジャパン
日本興亜株式会社
山口支店法人支社
TEL 083-924-3005



損保ジャパン日本興亜