

2020年1月14日19:00-20:40
千葉医療政策公開セミナー入門編
@千葉大学医学部附属病院 セミナー室3

第4講：医師確保と大学の役割

吉村健佑 医師・医学博士・公衆衛生学修士

千葉大学病院 次世代医療構想センター長 特任教授・産業医

本セミナーの**目的**

- ① 千葉県の医療の課題を解決するために、医療政策の重要ポイントについて理解し
日々の業務・診療に生かす
- ② 千葉県の地域医療構想・医師偏在対策を考
える上で、基本的な知識と考え方を習得する

【講義編】 内容

- ① 医局制度と「人」から見た医療制度改革
- ② 医師偏在対策：医師修学資金制度の実際
- ③ 医師偏在対策：新専門医制度
- ④ 医師の働き方改革

内閣・財務省：財政規律を保ちたい
強い要請



厚労省：社会保障費・医療費の適正化
「地方分権」・進捗管理

都道府県：医療政策の立案・実施
「三位一体改革」など



医療現場：政策への対応

国民医療費 = 「単価」×「数量」

レセプト・DPCなどのデータの活用が必須！

① 診療・薬剤 単価 のコントロール

→ 診療報酬改定・費用対効果の導入：保険局医療課

② 提供 数量 のコントロール

(1) 入院病床の機能分化と総数

→ 地域医療構想 (医療法)：医政局 地域医療医計画課

(2) 主に外来・特定健診等

→ 医療費適正化計画 (高確法)：保険局 医療費適正化対策推進室

(3) 提供主体 (医師・看護) の在り方

→ 新専門医制度・医師の働き方改革：医政局 医事課

→ 医師修学資金制度・地域枠：医政局 地域医療医計画課・医事課

日本の医療制度：特徴4つ！

①国民皆保険

②フリーアクセス

③開業・標榜の自由

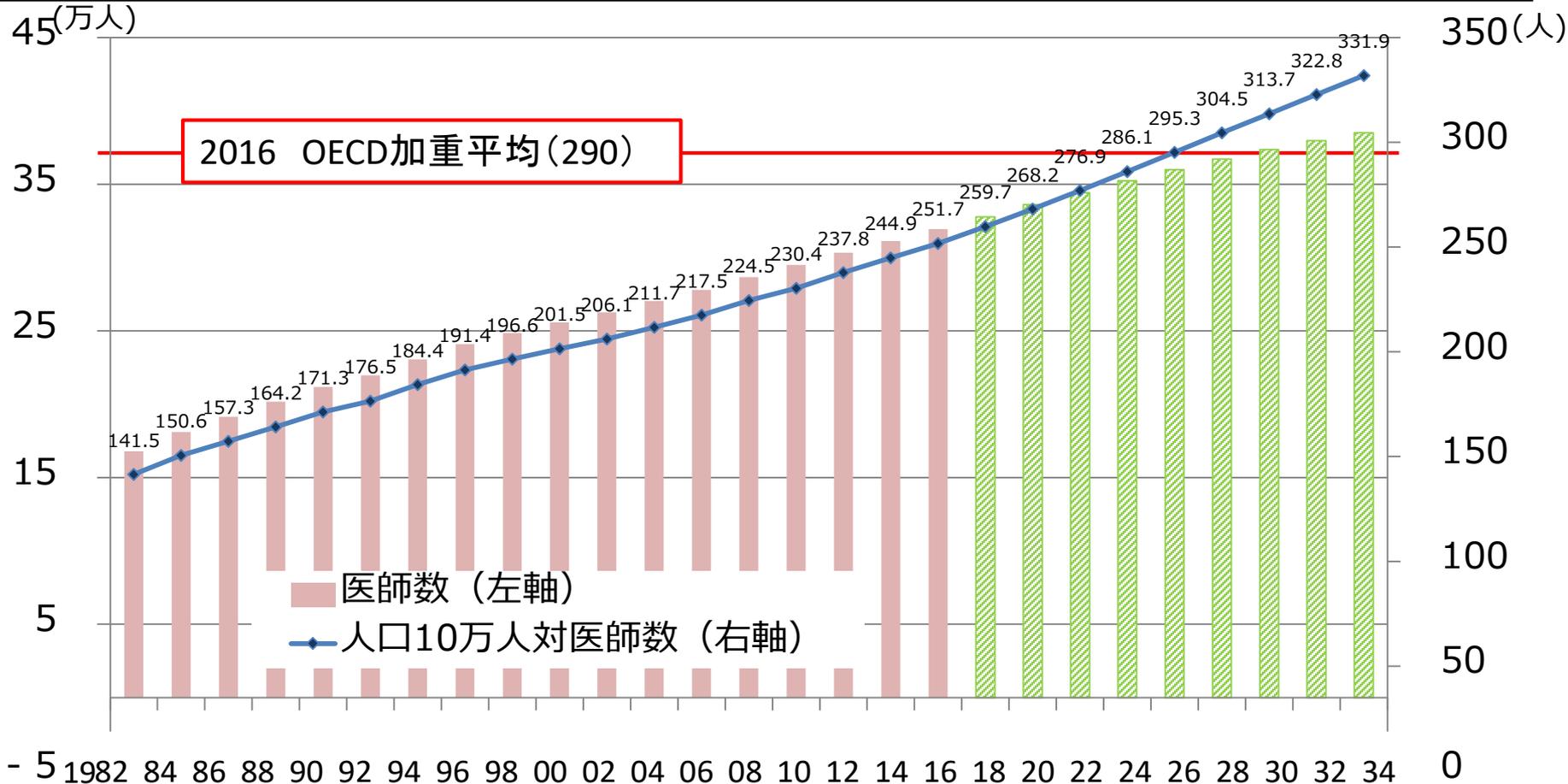
④民間医療機関中心の医療提供体制

厚生指針：第63巻第7号.2016年7月

このままでは維持困難。 どう制限する？

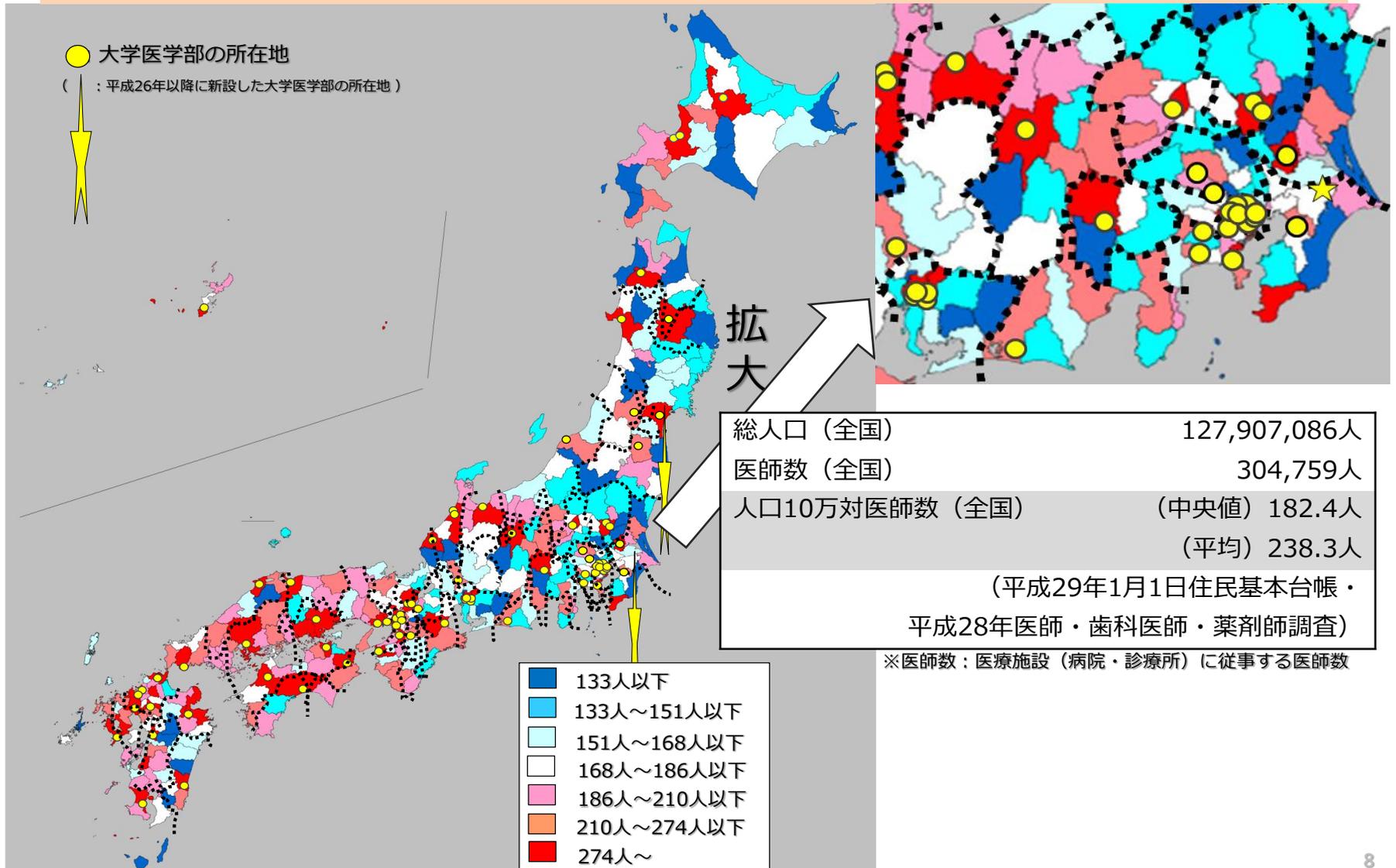
人口10万対医師数の年次推移（将来推計）

○ 現在の医学部定員数が維持された場合、平成37年（2025年）頃人口10万人対医師数がOECD加重平均(290)に達する見込み（2016 OECD statistics）。



※ 2018年（平成30年）以降は、平成14年～平成24年の三師調査及び医籍登録データによる登録後年数別の生残率に基づき、全国医学部定員が平成29年度と同程度を維持する等の仮定において、平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査による医師数を発射台として将来の医師数を推計
 ※ 将来人口については、日本の将来推計人口（平成29年推計）（国立社会保障・人口問題研究所）

二次医療圏ごとの人口10万対医師数（平成28年）



各都道府県の医師偏在指標

医師需給分科会
第28回 参考資料2から数値を引用

これまでシーリングの対象であった神奈川県と愛知県が、**医師偏在指標**を用いると医師多数県ではないことが明らかになった。

順位	都道府県	医師偏在指標	順位	都道府県	医師偏在指標	順位	都道府県	医師偏在指標
	全国	238.3	17位	兵庫県	243.0	32位	宮崎県	210.6
1位	東京都	329.0	18位	奈良県	241.1	33位	山口県	210.3
2位	京都府	314.9	19位	広島県	240.4	34位	三重県	208.8
3位	福岡県	300.5	20位	大分県	238.0	35位	群馬県	208.2
4位	沖縄県	279.3	21位	島根県	235.9	36位	岐阜県	204.7
5位	岡山県	278.8	22位	宮城県	232.7	37位	千葉県	200.5
6位	大阪府	274.4	23位	神奈川県	231.8	38位	長野県	199.6
7位	石川県	270.4	24位	愛媛県	231.0	39位	静岡県	191.1
8位	徳島県	265.9	25位	福井県	230.9	40位	山形県	189.4
9位	長崎県	259.4	26位	鹿児島県	229.8	41位	秋田県	180.6
10位	和歌山県	257.2	27位	愛知県	225.3	42位	茨城県	179.3
11位	鳥取県	255.0	28位	北海道	222.0	43位	埼玉県	178.7
12位	高知県	254.3	29位	栃木県	216.7	44位	福島県	177.4
13位	佐賀県	251.3	30位	山梨県	216.4	45位	青森県	172.1
14位	熊本県	248.5	31位	富山県	216.2	46位	新潟県	169.8
15位	香川県	247.8				47位	岩手県	169.3
16位	滋賀県	243.5						

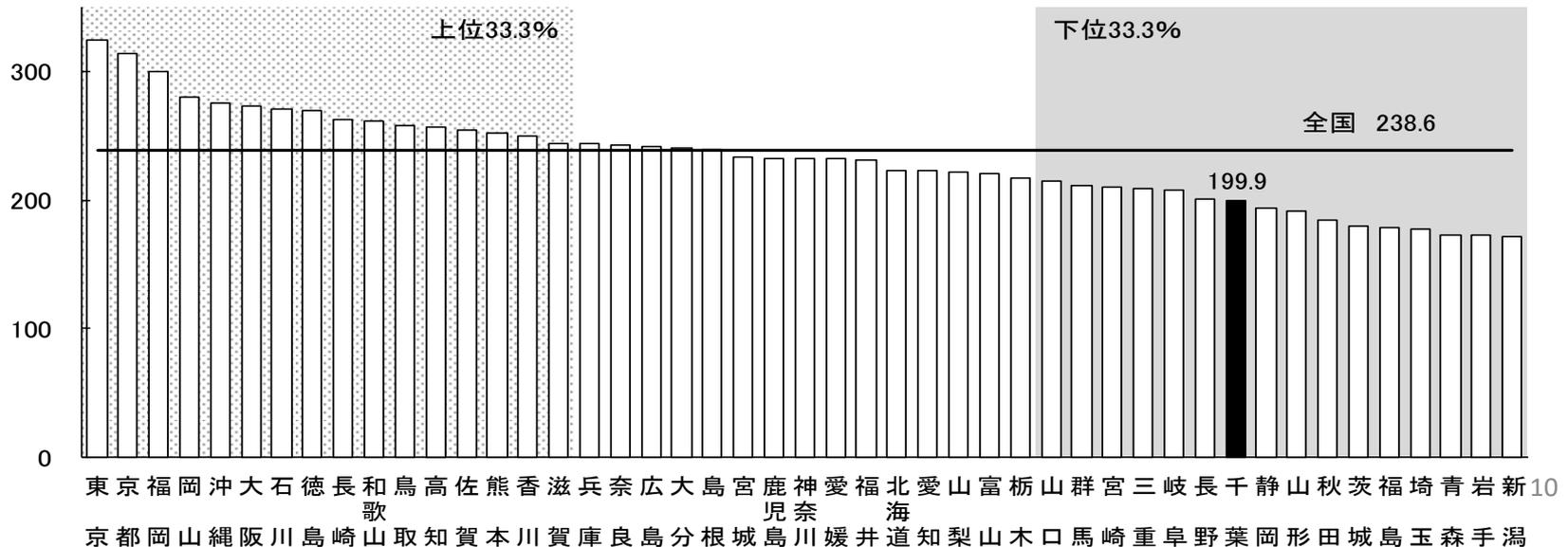
2019/7/6 **医師多数県**

東京/岩手 = 1.94

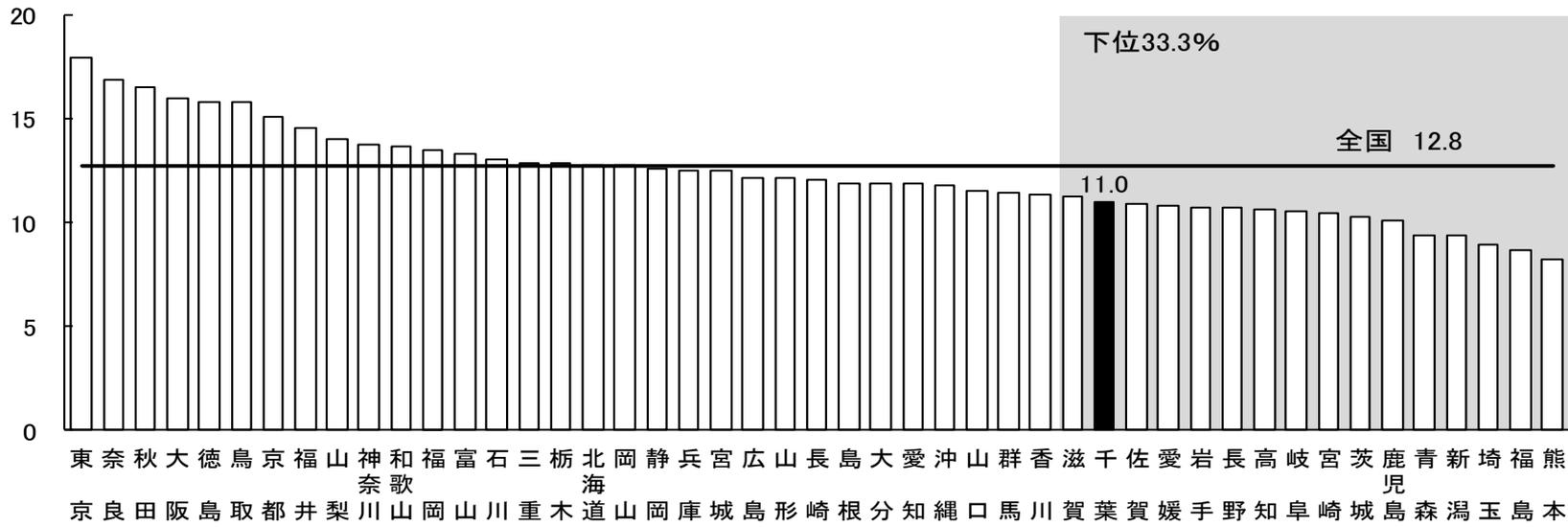
医師少数県

医師偏在指標：都道府県・2次医療圏別

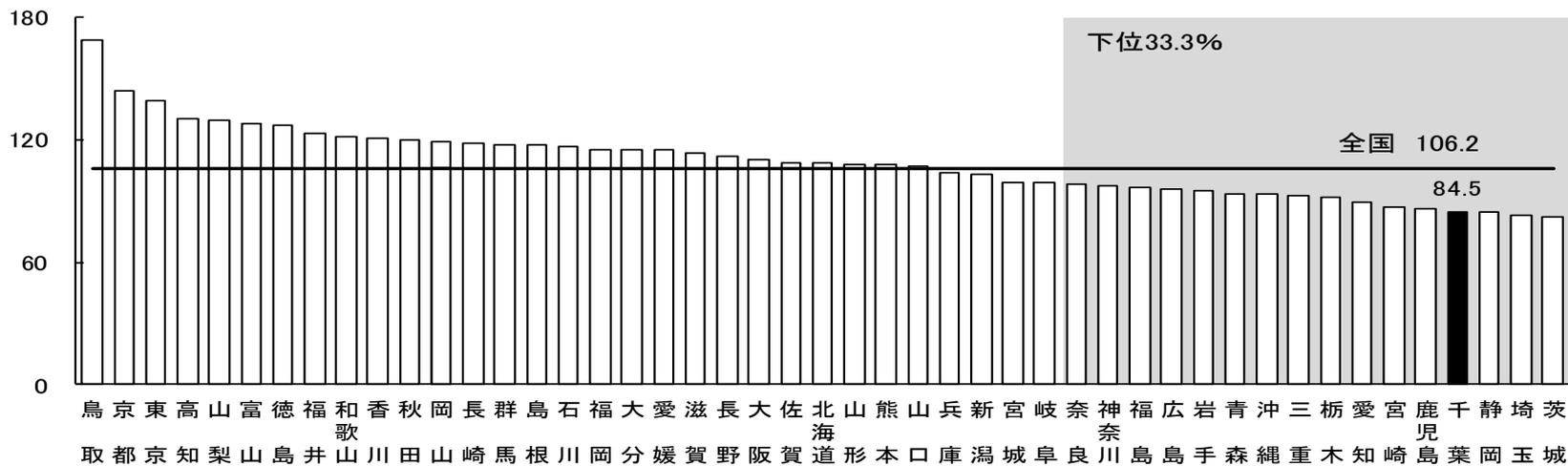
		都道府県		二次保健医療圏								
		全国	千葉県	千葉	東葛南部	東葛北部	印旛	香取海匝	山武長生 夷隅	安房	君津	市原
医師 偏在 指標	全体	238.6	199.9	267.7	192.2	192.7	181.3	176.9	119.3	267.4	161.0	192.9
	(順位)		(38)	(52)	(132)	(129)	(162)	(176)	(320)	(53)	(226)	(127)
	産科	12.8	11.0	14.1	9.9	9.1	12.0	9.4	10.7	21.6	11.2	11.4
	(順位)		(33)	(81)	(167)	(197)	(116)	(185)	(147)	(22)	(134)	(129)
小児科	106.2	84.5	110.5	70.6	71.9	94.2	116.1	63.6	127.9	52.8	89.4	
(順位)		(44)	(97)	(264)	(260)	(177)	(78)	(286)	(45)	(298)	(190)	



医師偏在指標（産科・暫定値）

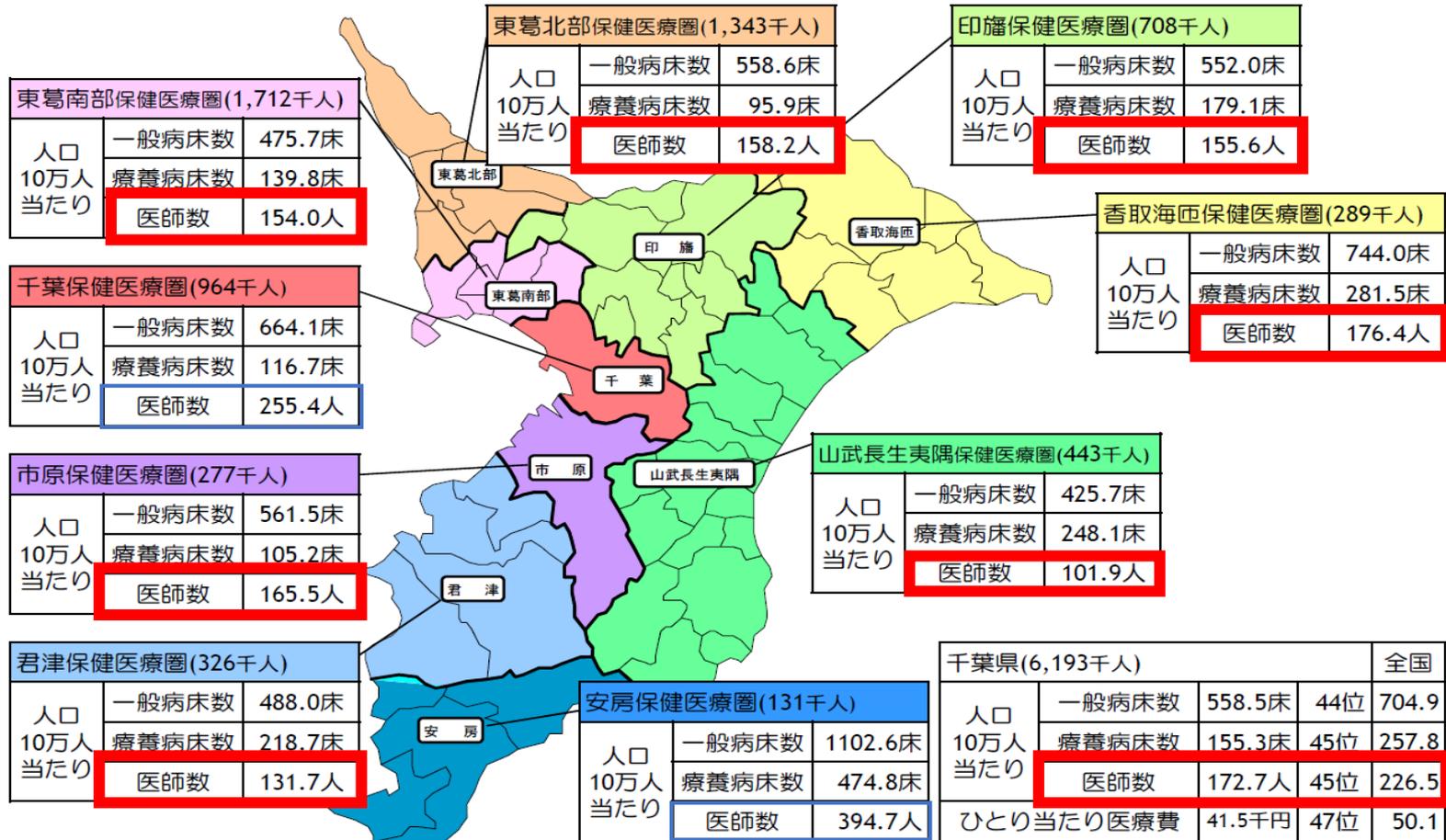


医師偏在指標（小児科・暫定値）



千葉県

9つの保健医療圏の状況



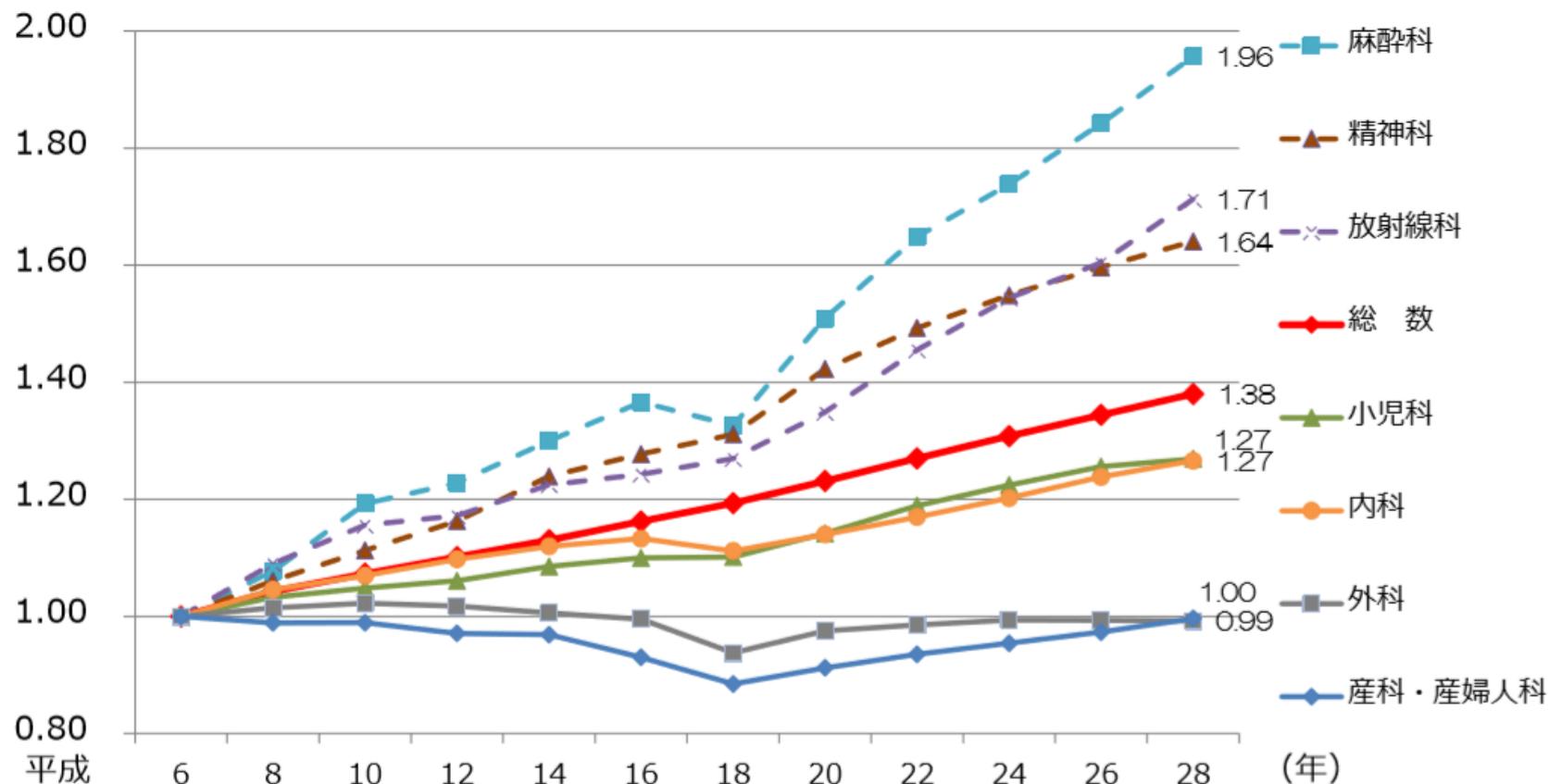
人口：「千葉県毎月常住人口調査」（千葉県）による平成25年10月1日現在の人口
 （一般・療養）病床数：「医療施設調査」（厚生労働省）による平成25年10月1日現在の病院病床数
 医師数：「医師・歯科医師・薬剤師調査」（厚生労働省）による平成24年12月31日現在の医療施設従事医師数
 医療費：「医療費の地域差分析」（厚生労働省）による平成25年度におけるひとり当たり実績医療費

県内の医師偏在も顕著

いて

診療科別医師数の推移（平成6年を1.0とした場合）

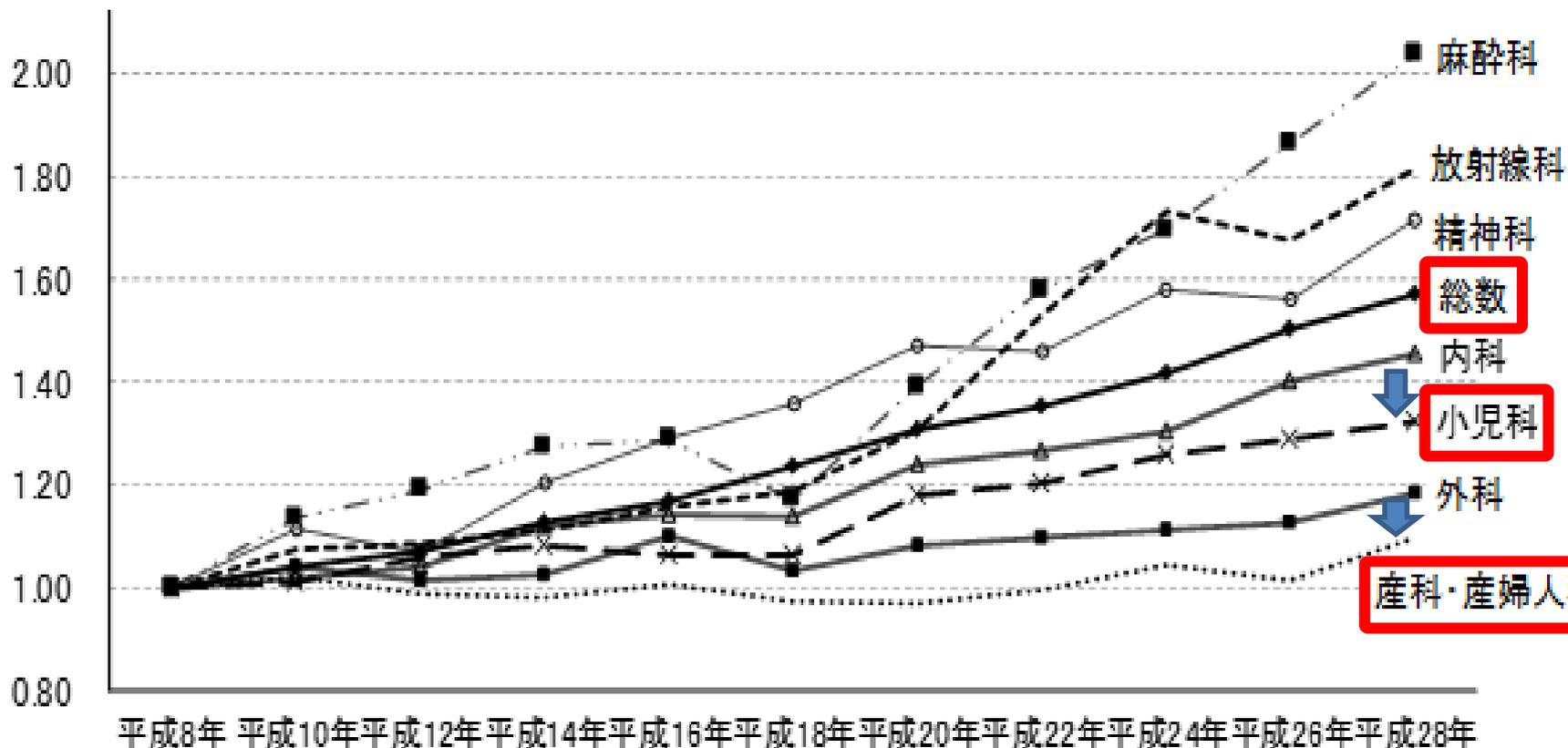
- 多くの診療科で医師は増加傾向にある。
- 減少傾向にあった産婦人科・外科においても、増加傾向に転じている。



出典：平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査

医師が増えても、診療科偏在は解消できてない！？

千葉県：診療科別医師数の推移 (平成8年を1.0とした場合)



出典：平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査

20年間で医師数は約1.6倍：
しかし、小児科・産婦人科医の伸び率低い

千葉県：医師確保の評価指標（案）

項目	把握する単位	現状	把握方法
医療施設従事医師数		(H28)	医師・歯科医師・薬剤師調査(厚労省)
千葉県	県	11,843人	
千葉保健医療圏	医療圏	2,637人	
東葛南部保健医療圏		3,038人	
東葛北部保健医療圏		2,363人	
印旛保健医療圏		1,255人	
香取海匝保健医療圏		529人	
山武長生夷隅保健医療圏		496人	
安房保健医療圏		545人	
君津保健医療圏		491人	
市原保健医療圏		489人	
地域A群で勤務する修学資金受給者数	県	3.5人年 (R1)	千葉県調査
県内専門研修基幹施設における 専攻医採用数	県	332人 (R1)	日本専門医機構調査
客観的な労働時間管理方法※により医師の労働時間を把握している病院数	県	103病院 (R1)	厚生労働省調査

千葉県：医師確保の評価指標（案）

項目	把握する単位	現状	把握方法
タスクシフトの促進（医師事務作業補助体制加算の施設基準に適合しているものとして厚生局に届け出ている施設数）	県	108施設 （R1）	関東信越厚生局公表資料
「かかりつけ医」の定着度	県	56.9% （H28）	県政に関する世論調査（千葉県）
小児救急電話相談事業	県	31,312件 （H28）	千葉県調査
救急安心電話相談事業	県	22,208件 （H30）	千葉県調査
分娩千件当たり医療施設従事医師数（産科・産婦人科）	県	10.0人 （H28）	医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省） 人口動態調査（厚生労働省）
15歳未満人口10万人当たり医療施設従事医師数（小児科）	県	85.8人 （H28）	医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

まとめ：医師偏在と対策

①地域の偏在

②診療科の偏在

③病院・診療所偏在



①修学資金制度

②新専門医制度

③開業制限？

制度による医師の配置が求められる

大学医局とは (吉村まとめ)

1. 所属するかどうかは任意

通常、会費を支払う。名簿は作成。通常規約なし。

以前は95% ⇒ 現在は80 %程度か？

2. 診療科ごとに組織される

「消化器内科」「精神科」「小児科」など

大学によって、診療科の区分は微妙に違う

全国80大学×30診療科 = 全国2,400程度の医局が存在？

3. 各医局が人事に影響力を持つ「関連病院」を持つ

関連病院は「県内」に限らない

病院から見ると、診療科ごとに異なる人事

医局派遣の場合、人事権は大学医局側にある

※各病院側の人事権が限られる

大学医局の役割 (吉村まとめ)

1. 所属医師の専門教育・生涯教育

- ⇒1人前となるのに、専門家間の教育・議論は必須
- ⇒大学院での博士号授与、留学先の紹介

2. 関連病院への医師の配置・人事

- ⇒従来、地域医療の担い手も医局が派遣していた
- ⇒医師キャリア多様化により、派遣機能は低下

3. 患者対象の臨床研究などをグループで実施

- ⇒医学研究を遂行する主体として重要

制度設計にあたり大学医局との連携・ハイブリッドが必須

大学医局：医師派遣機能の推移（吉村まとめ）

① 医局全盛の時代：2003年以前

- ・ 地域病院の**病院長・部長**は医局ポストが多数
- ・ 県を超えて**多くの病院を傘下に入れる**ことに注力
- ・ **強い医師派遣機能**：若手の希望に沿えない人事も

② 医師の意識変革の時代：2004-2017年

- ・ 初期臨床研修 = 若手医師の「**労働者意識**」の芽生え
- ・ 中核病院の**教育体制の充実**：大学病院への中堅・指導医の引き上げ
- ・ 地域病院への**医師派遣機能の低下**

③ 新専門医制度の時代：2018年以降

- ・ **教育体制のさらなる充実**：「教育・研修・**資格取得**」への期待
- ・ 「**労働者**」としての保護、**使用者責任**の明確化：働き方改革
- ・ 各人のキャリアや希望の**多様化**⇒**医師派遣機能のさらなる低下？**



2040年の医療提供体制を見据えた3つの改革

2040年に向けて新たな課題に対応するため、**I.地域医療構想の実現に向けた取組**、**II.医療従事者の働き方改革**、**III.医師偏在対策**を三位一体で推進し、総合的な医療提供体制改革を実施

I.医療施設の最適配置の実現と連携

(地域医療構想の実現：**2025年まで**)

- ① 全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針の合意形成
- ② 具体的対応方針の検証と地域医療構想の実現に向けた更なる取組

一体的に推進

II.医師・医療従事者の働き方改革

(医師の時間外労働に対する
上限規制：**2024年～**)

- ① 医療機関における労働時間管理の適正化とマネジメント改革
- ② 上手な医療のかかり方に向けた普及・啓発と患者・家族への支援

III.実効性のある医師偏在対策

(偏在是正の目標年：**2036年**)

- ① 地域及び診療科の医師偏在対策
- ② 総合診療専門医の確保等のプライマリ・ケアへの対応

「三位一体改革」と医療現場への影響

	① 医師の偏在対策	② 地域医療構想	③ 医師の働き方改革
総合病院	<p>専門医研修病院・ 医師少ない地域 ⇒医師数増加</p> <p>研修病院でない・ 医師多い地域 ⇒医師数増加なし</p>	<p>病院のデータ開示 病院役割の見直し 救急医療 診療科連携の重視</p>	<p>医師を確保する 人件費の高騰 バイト医確保困難 労働時間の管理 タスクシフト</p>
クリニック	<p>新規開業の制約</p>	<p>連携先の病院の 見直し?</p>	<p>バイト医確保困難</p>
勤務医 (個人)	<p>専門医資格の重要性あ がる 新規開業に制約</p>	<p>「割の良い」勤務先 の減少 業務の密度上がる</p>	<p>労働時間の短縮と収 入減</p>

現場への影響を考えながら、施策を進める

地域の医師確保を目的とした都道府県地域枠（概要）

○【地域枠】（平成22年度より都道府県の地域医療再生計画等に位置付けた医学部定員増）

〈1〉 大学医学部が設定する「地域医療等に従事する明確な意思をもった学生の選抜枠」

〈2〉 都道府県が設定する奨学金の受給が要件

※入試時に選抜枠を設定せず、入学後に学生を選抜する場合もあり

※学生の出身地にとらわれず、全国から募集する場合もあり

奨学金の例

※貸与額及び返還免除要件については、各都道府県がその実情に応じて、独自に設定。

医学教育（6年間）

1. 貸与額

○月額10～15万円

※入学金等や授業料など別途支給の場合あり

○**6年間で概ね1200万円前後**

※私立大学医学生等には、別途加算の場合あり

（参考）全学部平均の学生の生活費（授業料含む）は

国公立大学で約140万/年、私立大学で約200万/年

出典（独）日本学生支援機構 学生生活調査（平成20年度）

2. 返還免除要件

○医師免許取得後、下記のような条件で医師として**貸与期間の概ね1.5倍（9年間）**の期間従事した場合、**奨学金の返還が免除**される。

1. 都道府県内の特定の地域や医療機関（公的病院、民間病院、へき地診療所等）
2. 指定された特定の診療科（産婦人科・小児科等の医師不足診療科）
3. 返還の場合は、利息を支払う

3. 貸与実績

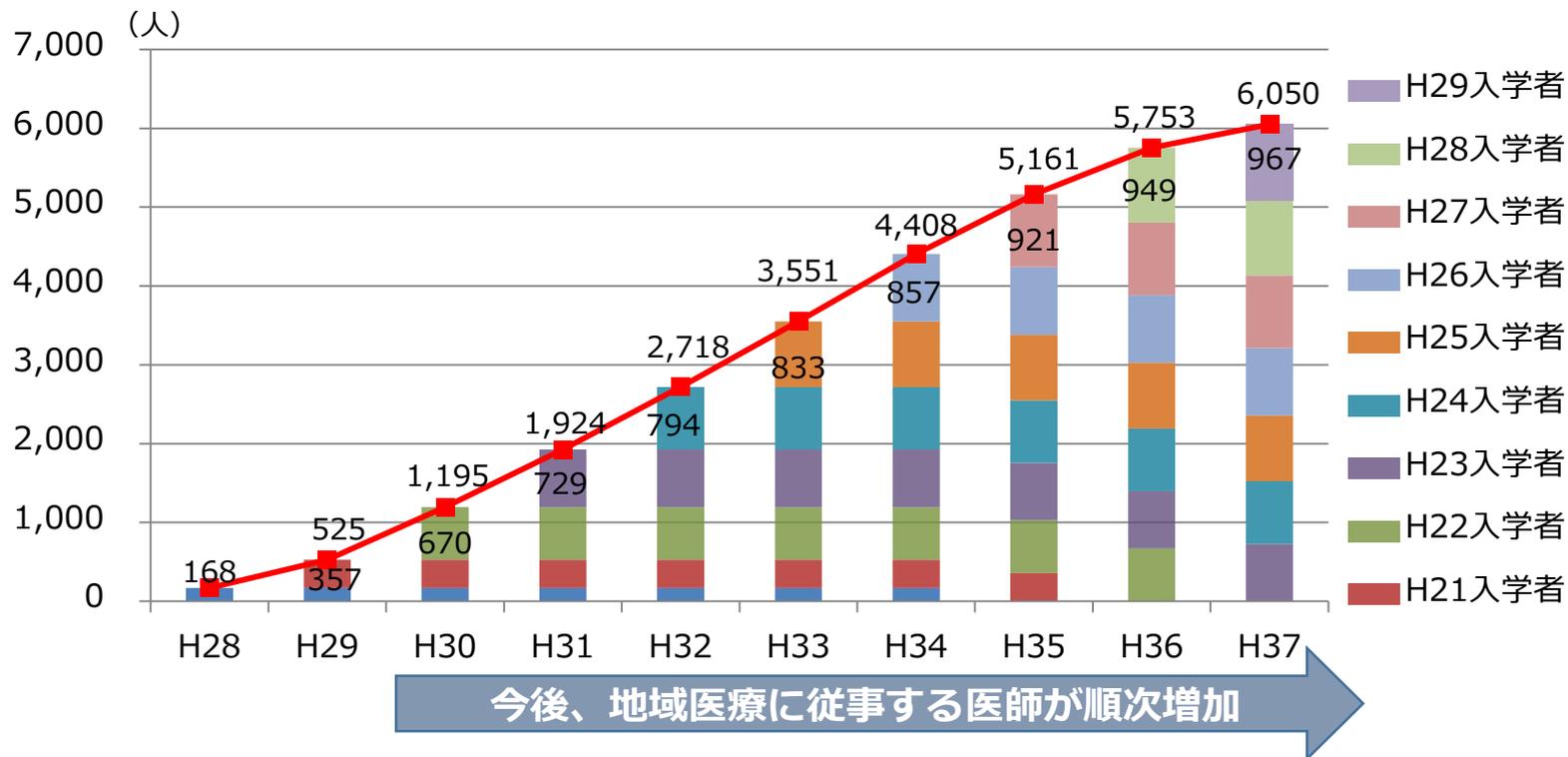
○地域医療介護総合確保基金等を活用した奨学金の**貸与見込者数2491人、貸与見込額約54億円**（平成28年度） 出典 厚生労働省調べ

平成28年度以降、新たな医師として地域医療等へ貢献

地域枠等医師数の推移

- 平成20年度以降に医学部の臨時定員増による地域枠等で入学した医師が順次卒業し、平成28年度以降、臨床研修を終え、地域医療に従事し始めている。
- 今後、臨床研修を修了した地域枠等医師がさらに増加し、地域医療支援センターが派遣調整を行うことができる医師の増加が見込まれる。

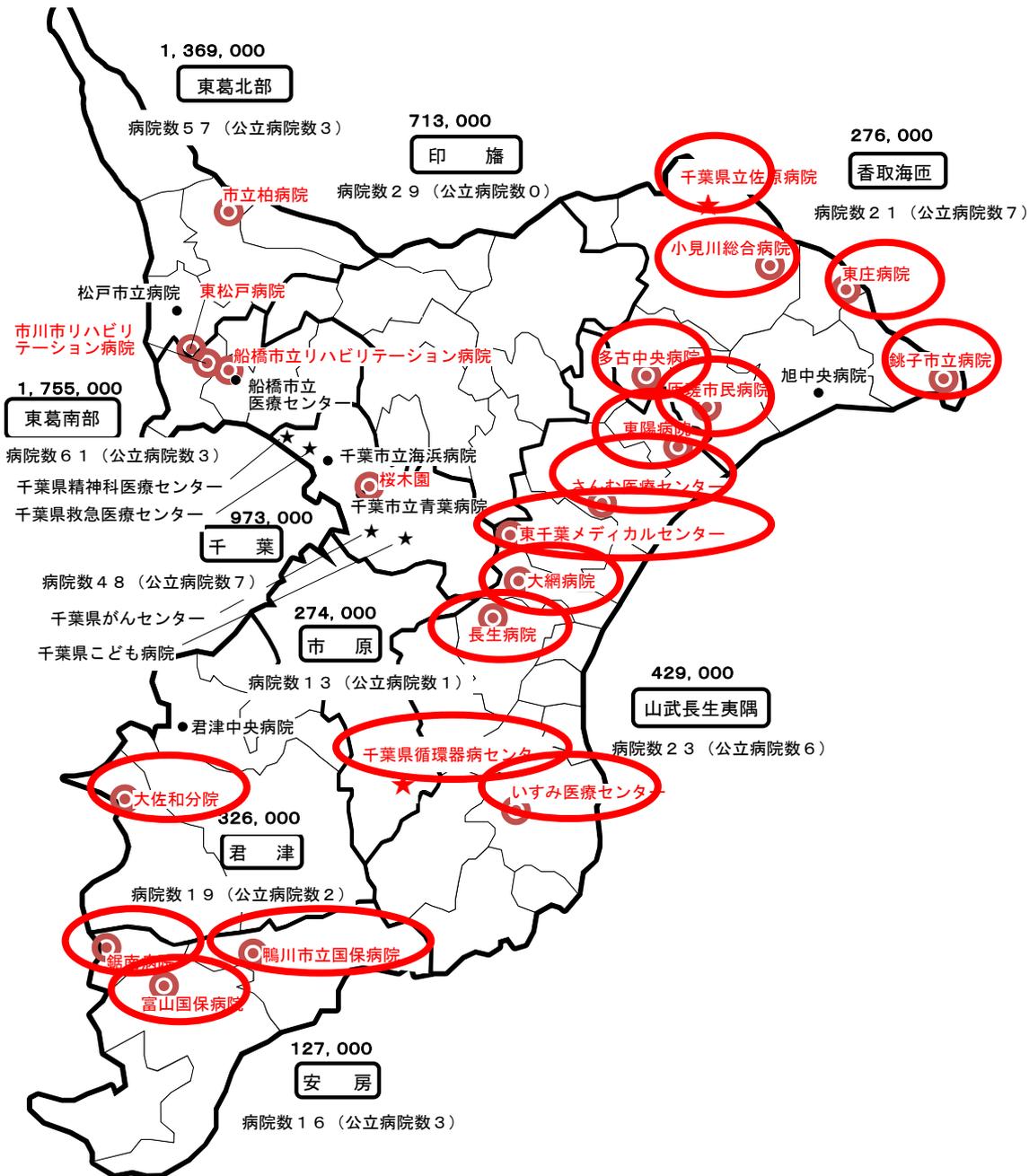
臨床研修を修了した地域枠等医師数の推移（各年度累積）



※ 医師数の算出に当たっては、「新医師確保総合対策」、「緊急医師確保対策」及び「平成22年度以降の地域の医師確保のための入学定員増」による医学部定員を対象としている。また、地域医療に従事する義務年限を卒業後9年目までと仮定し、義務年限終了以後は累積人数から除外している。また、留年・中途離脱等は考慮していない。

地域A群（17病院）規模

300床以上	さんむ医療センター 銚子市立病院 東千葉メディカルセンター
200床以上	県立佐原病院 千葉県循環器病センター
100床以上	国保多古中央病院 小見川総合病院 匝瑳市民病院 東陽病院 公立長生病院 いすみ医療センター
99床以下	東庄病院 国保大網病院 鋸南病院 富山国保病院 鴨川市立国保病院 君津中央病院大佐和分院



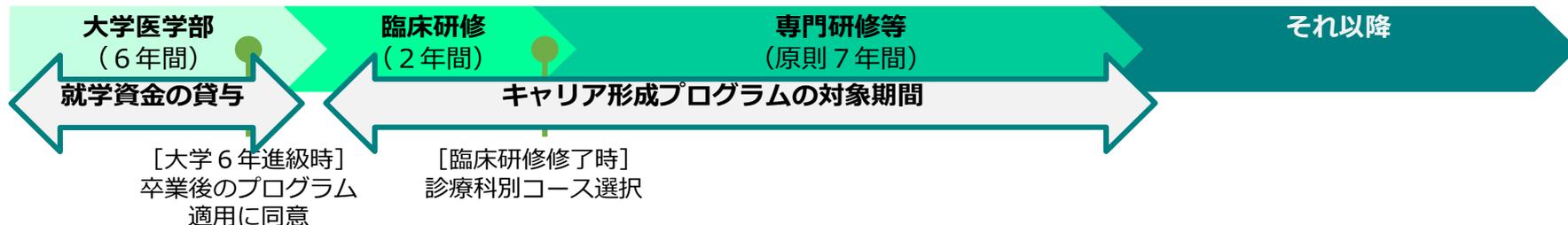
許可病床数：平成29年4月1日時点

医師修学資金制度の課題（吉村まとめ）

- ①日本国憲法上の「**職業選択の自由**」に抵触しない範囲で「**運用**」する必要性
⇒医師賃金の相場と比し**貸付金が多**くなく、容易に**制度からの離脱**する
- ②医師の**キャリア**と地域での**医療提供の両立が時に困難**
⇒**診療科の選択制限**は医師から不評
⇒制度だけでは、地域の求める医師の**持続的供給**が実現困難
- ③医師個人の「**資質**」「**意欲**」にばらつき
⇒個々の医師の特性をどのような評価・調整するか
- ④医師あたり「**15年間**」の追跡を要する
⇒「**個人**」への持続的な支援に都道府県が不慣れ
- ⑤**制度がやや複雑**で、周到な周知や説明が必要

個々の医師に「**一歩踏み込んだ介入**」が必要

キャリア形成プログラムの全体像



新プログラム

- 県内の臨床研修病院で2年の研修終了後、県内病院で7年
- ただし、地域A群又は地域B群で通算4年以上、うち地域A群で通算2年以上勤務

旧プログラム

- 臨床研修修了後、「地域の病院」、専門(後期)研修プログラムを有する県内病院のいずれかで7年(ただし、臨床研修を県外で行った場合は9年)
- ただし、通算3年以上は「地域の病院」群で勤務

政策医療分野プログラム(新規策定)

- 県内の臨床研修病院で2年の研修終了後、政策医療分野プログラムの診療科別コースを選択した場合に限り、次の条件を満たす場合、キャリア形成プログラムを満了
 - ・ 政策医療分野群で7年
 - ・ ただし、基本領域の専門医取得のための最低限の期間に限り政策医療分野群以外の医療機関群での勤務を政策医療分野群での勤務として算定

千葉県は2019年度に柔軟な制度設計を実施

大学医局とも連携し100種類以上の「診療科別コース」の策定

診療科別コース選択及びキャリア形成プラン作成の流れ

臨床研修2年目（秋～冬）

専門研修

地域の病院へ

①県から提示される複数の診療科別コースの中から、希望のコースを1つ選択します。

②選択したコースの管理者（診療科別コース管理者）と相談して、自分のキャリア形成プランを作成します。

③キャリア形成プランに沿って専門研修を開始します。

④診療科別コース管理者のサポートを受けながら、地域の医療機関で勤務を行います。

キャリア形成プログラム満了

診療科別コース

診療科別コース管理者

キャリア形成プラン

診療科別コース管理者

私は、小児科医を目指しながら学位も取得できる〇〇病院の小児科コースを選びました！

診療科別コース管理者と研修先や大学院に行く時期を相談して、自分のプランを作成しました！

プランがあれば勤務の見通しが立てられて安心ですね。不安なことは診療科別コース管理者に相談してみよう。

いつでもご相談ください。

専門医に関する議論の背景

専門医の質

- ・各学会が、自律的に独自の方針で専門医制度を設け、運用。
- ・学会の認定基準が統一されておらず、専門医の質の担保に懸念。

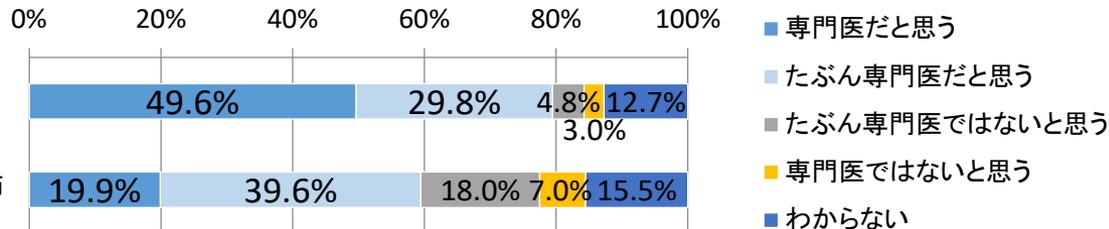
求められる専門医像

- ・専門医としての能力について、医師と国民との間に捉え方のギャップが存在。
- ・現在の専門医制度は国民にとって分かりやすい仕組みになっていない。

<イメージする専門医像>

テレビなどで取り上げられているスーパードクター

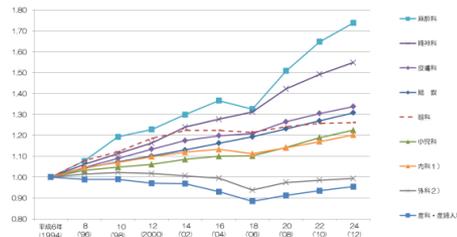
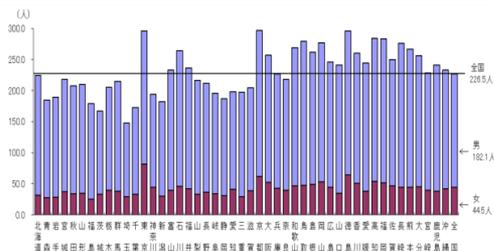
診療所(医院・クリニック)から紹介された医療機関の医師



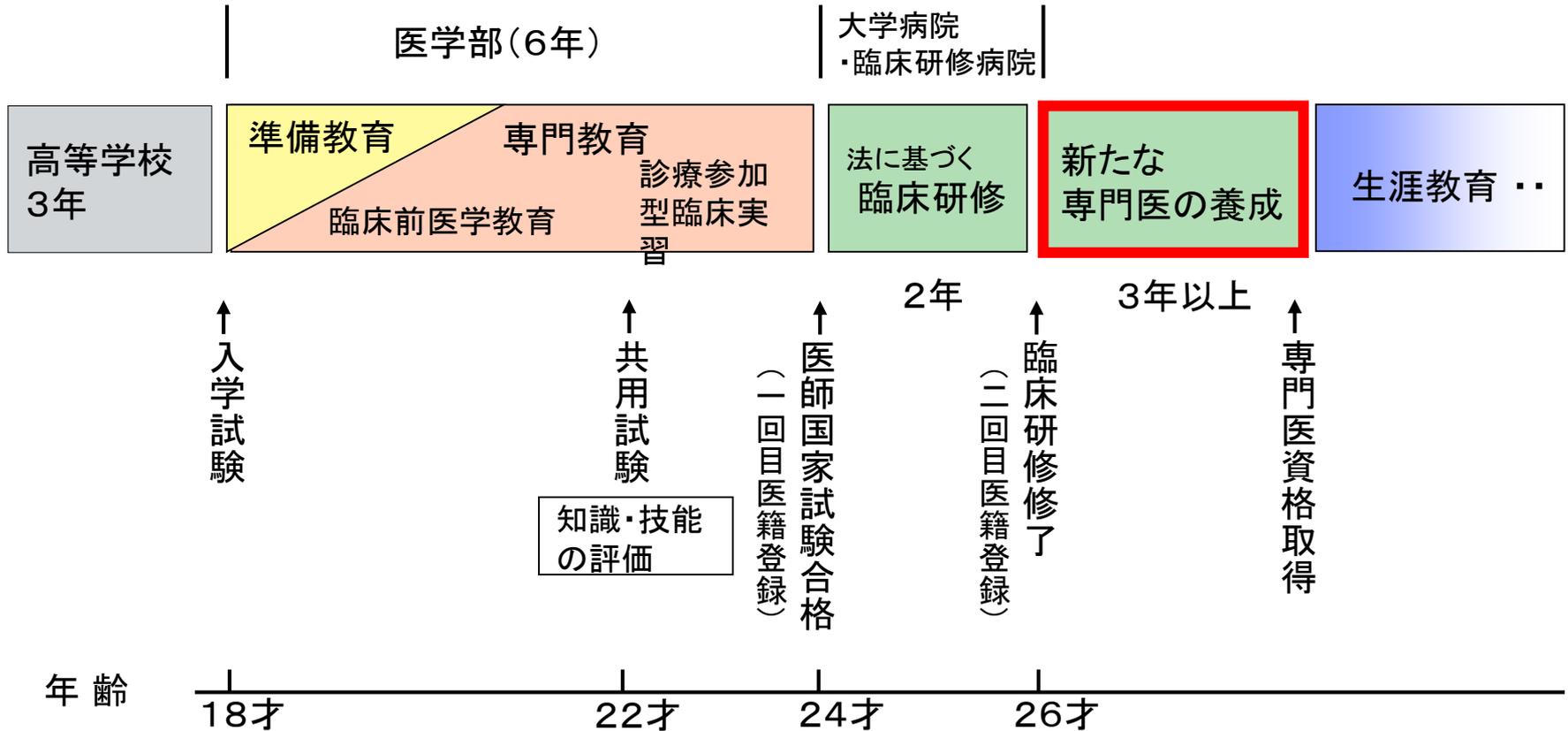
出典: (社)日本専門医制評価・認定機構「専門医に関する意識調査」調査報告書

地域医療との関係

- ・医師の地域偏在・診療科偏在は近年の医療を巡る重要な課題。



新たな専門医の養成について



「臨床研修」に関する医師法・医療法の改正

(制度)

区分	新制度
臨床研修	<ul style="list-style-type: none">・診療に従事しようとする医師は、2年以上、医学を履修する課程を置く大学に附属する病院又は厚生労働大臣の指定する病院において、<u>臨床研修を受けなければならない</u>。 <p>(医師法第16条の2)</p>
専念規定	<ul style="list-style-type: none">・臨床研修を受けている医師は、臨床研修に専念し、その資質の向上を図るように努めなければならない。 <p>(医師法第16条の3)</p>
修了時の 手続等	<ul style="list-style-type: none">・厚生労働大臣は、第一六条の二第一項の規定による臨床研修を修了した者について、その申請により臨床研修を修了した旨を医籍に登録する。・厚生労働大臣は前項の登録をしたときは、臨床研修修了登録証を交付する。 <p>(医師法第16条の4)</p>
診療所の 開設	<ul style="list-style-type: none">・<u>臨床研修修了医師でない者が診療所を開設しようとするときは、開設地の都道府県知事等の許可を受けなければならない</u>。 <p>(医療法第7条)</p>
病院等の 管理	<ul style="list-style-type: none">・病院又は診療所の開設者は、その病院又は診療所が医業をなすものである場合は<u>臨床研修修了医師に、これを管理させなければならない</u>。(医療法第10条)

実質的な「開業制限」がされている

海外の専門医制度について①

	日本 (今後の方向性)	アメリカ	フランス
法令等の位置づけ	特になし	特になし (民間の第三者組織)	法律
実施主体	各学会 (日本専門医機構)	<ul style="list-style-type: none"> • ABMS: 専門医制度と専門医の認定 • ACGME: 研修施設とプログラムの評価・認定 	<ul style="list-style-type: none"> • 国: 全国選抜試験を実施 ※成績順に専門診療科を選択
組織運営のための 経済的背景(財源)	各学会 (国、日本専門医機構)	<ul style="list-style-type: none"> ➢ ABMS: 国(研究費の形)、所属学会、専門医認定料から約560万ドルの収入(2008年) ➢ ACGME: 研修プログラム認定料として約3,000万ドル(2008年)、政府(Medicare)から、レジデントに給与として年間27億ドル、認定教育病院に対して57億ドル 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 国の事業 (医学部4年目から支給される給与は病院から支給されるが、原資は社会保障費)
専門医配置の調整 診療科の定員等	特になし	行っていない。 経済的インセンティブを付与することによって対応しており、ある程度の効果を上げている。	全国選抜試験で専門診療科毎の定員あり

ABMS (American Board of Medical Specialty), ACGME(Accreditation Council for Graduate Medical Education), NHS(National Health Service) GMC(General Medical Council), PMETB(Post graduate Medical Education and Training Board), CCT (Certificate of Completion of Training)

(出典) 第6回専門医の在り方に関する検討会(平成24年3月8日) 八木聡明 参考人 提出資料を参考に医政局医事課作成

- 専門医の領域は、基本領域の専門医を取得した上でサブスペシャリティ領域の専門医を取得する**二段階制を基本**とする。
- 専門医の認定は、経験症例数等の活動実績を要件とし、また、生涯にわたって標準的な医療を提供するため、専門医取得後の更新の際にも、**各領域の活動実績を要件**とする。
- 広告制度（医師の専門性に関する資格名等の広告）を見直し、基本的に、第三者機関が認定する**専門医を広告可能**とする。

新たな専門医制度の基本設計

サブスペシャリティ領域（29 領域）

消化器病、循環器、呼吸器、血液、内分泌代謝、糖尿病、腎臓、肝臓、アレルギー、感染症、老年病、神経内科、消化器外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科、リウマチ、小児循環器、小児神経、小児血液・がん、周産期、婦人科腫瘍、生殖医療、頭頸部がん、放射線治療、放射線診断、手外科、脊椎脊髄外科、集中治療

基本領域（19 領域）

内科	小児科	皮膚科	精神科	外科	整形外科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	泌尿器科	脳神経外科	放射線科	麻酔科	病理	臨床検査	救急科	形成外科	リハビリテーション科	総合診療
----	-----	-----	-----	----	------	------	----	-------	------	-------	------	-----	----	------	-----	------	------------	------

医師・歯科医師・薬剤師調査に基づく医師の分類（イメージ）

- 医師・歯科医師・薬剤師調査（医師法第6条第3項の規定に基づく届出による調査）に基づく医師の分類とその割合は以下のとおりになる。
- なお、青色部分は、一般的に労働者に該当し得ると考えられるものである。

診療所	病院（大学病院等除く）	大学病院等	老健施設	その他
開設者又は法人の代表 71,888人 (22.5%)	開設者又は法人の代表 5,149人 (1.6%)	臨床系の 教官又は教員 28,318人 (8.9%)	開設者又は 法人の代表 373人 (0.1%)	左記以外 の者 7,727人 (2.4%)
勤務者 30,569人 (9.6%)	勤務者 141,966人 (44.4%)	臨床系の その他勤務者等 26,869人 (8.4%)	勤務者 2,973人 (0.9%)	
		臨床系以外の 勤務者等 3,631人 (1.1%)		

青色部分の合計 242,053人

注1) ただし、必ずしも全員が労働者に該当するわけではない。

注2) 労働者に該当しても、労働基準法第41条第2号に定める管理監督者に該当する場合は、労働基準法第4章等で定める労働時間等に関する規定の適用除外となる。

※ 平成28年12月31日時点（医師総数は319,480人）

医師の労働時間規制

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か月まで

(原則)
1 か月45時間
1 年360時間

※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

B：地域医療確保暫定
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・後期研修医が、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：医籍登録後の臨床従事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
※本人の発意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

A水準：960時間
原則は720時間/年

B水準：1860時間
将来的にはA水準へ

医師の時間外労働規制：2024年度開始

通常予見される時間外労働
一般労働者と同じ月 45 時間・年 360 時間

A水準
年間960_{時間}

臨時的な必要がある場合

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。

B水準
年間1860_{時間}

地域医療確保暫定特例水準

「5疾病・5事業」:がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患の「5疾病」、救急医療、災害時における医療、へき地の医療、**周産期医療**及び小児医療の「5事業」

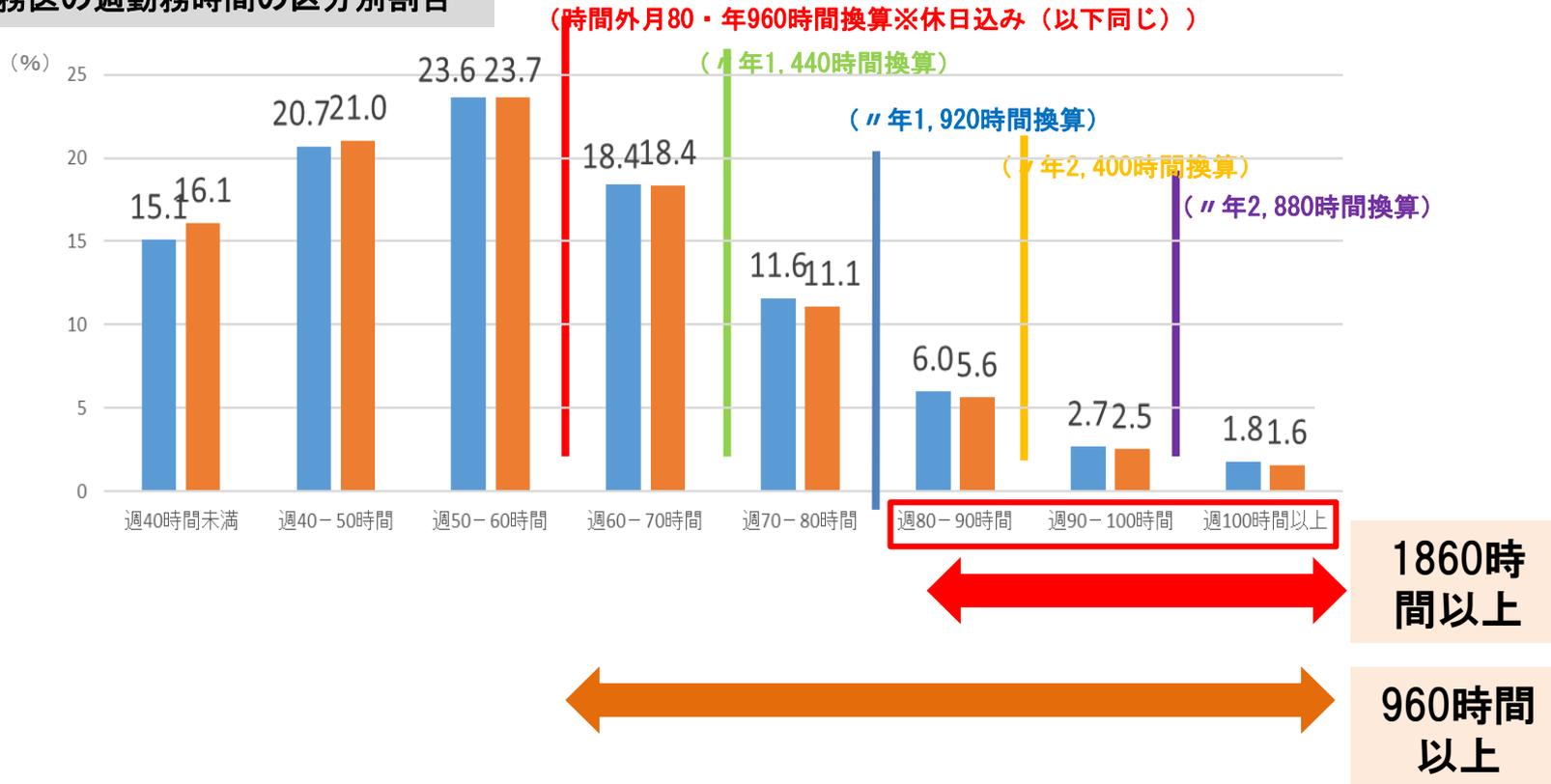
2035年度末終了年限

C水準
年間1860_{時間}

初期研修医及び後期研修医、様々な症例を経験することが医師としての基礎的な技能や能力の修得に必要不可欠である場合など

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

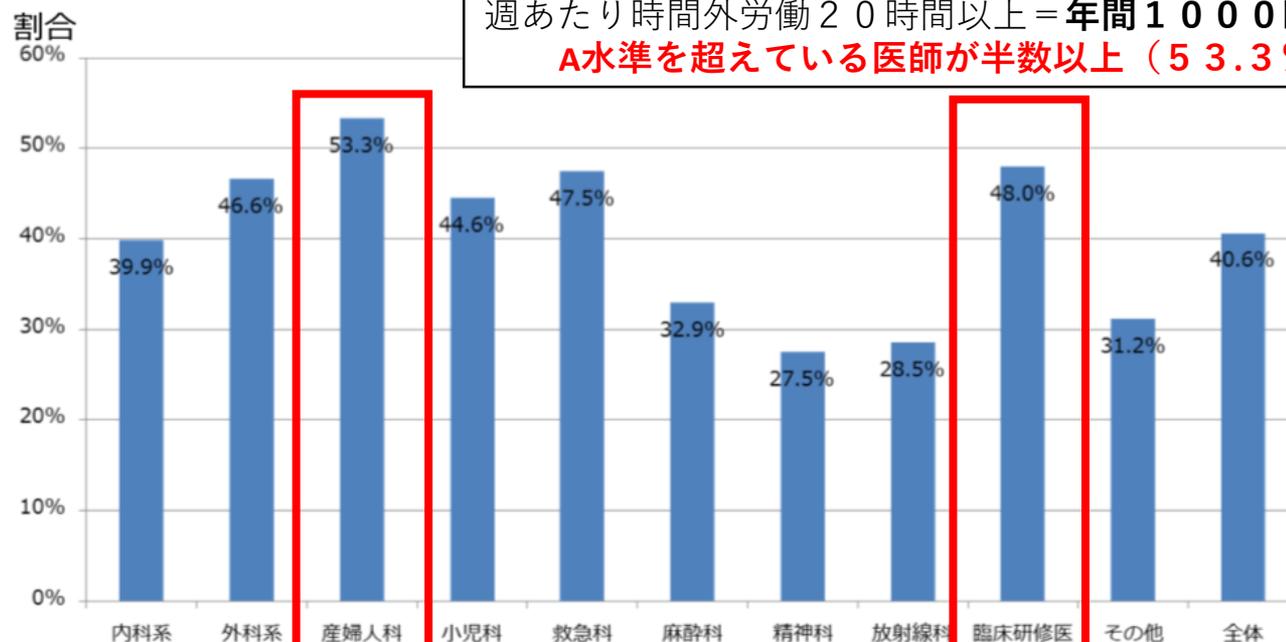


「上位10%」 = 残業時間・年間1,904時間

960時間を超えている医師の割合

週当たり勤務時間60時間以上の病院常勤医師の診療科別割合

- 診療科別週当たり勤務時間60時間以上の割合で見ると、診療科間で2倍近くの差が生じる。
- 診療科別週当たり勤務時間60時間以上の割合は、産婦人科で約53%、臨床研修医48%、救急科約48%、外科系約47%と半数程度である。



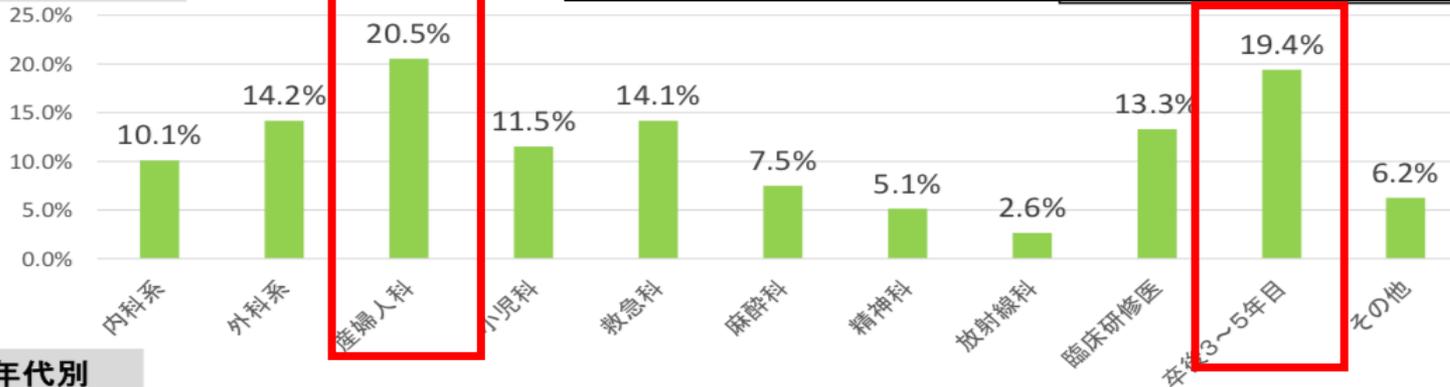
週あたり時間外労働20時間以上 = 年間1000時間以上
A水準を超えている医師が半数以上 (53.3%)

1860時間を超える医師の割合

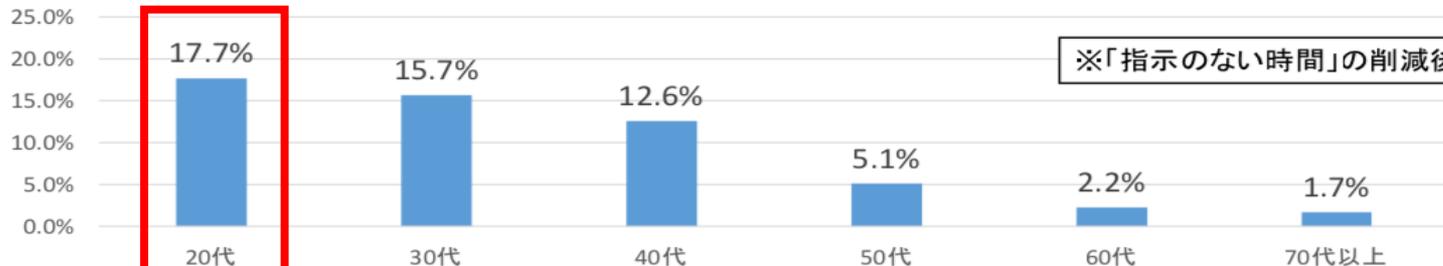
週勤務時間が地域医療確保暫定特例水準を超える医師の割合

1. 診療科別

B水準を超えている医師が20%以上（20.5%）



2. 年代別



※「指示のない時間」の削減後

※1 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、「医師の勤務実態及び働き方の意向に関する調査」における個票の診療外時間より「指示のない時間」を削減した。

※2 「卒後3~5年目」に含まれる医師については、「臨床研修医」以外の各診療科に含まれる医師と重複。

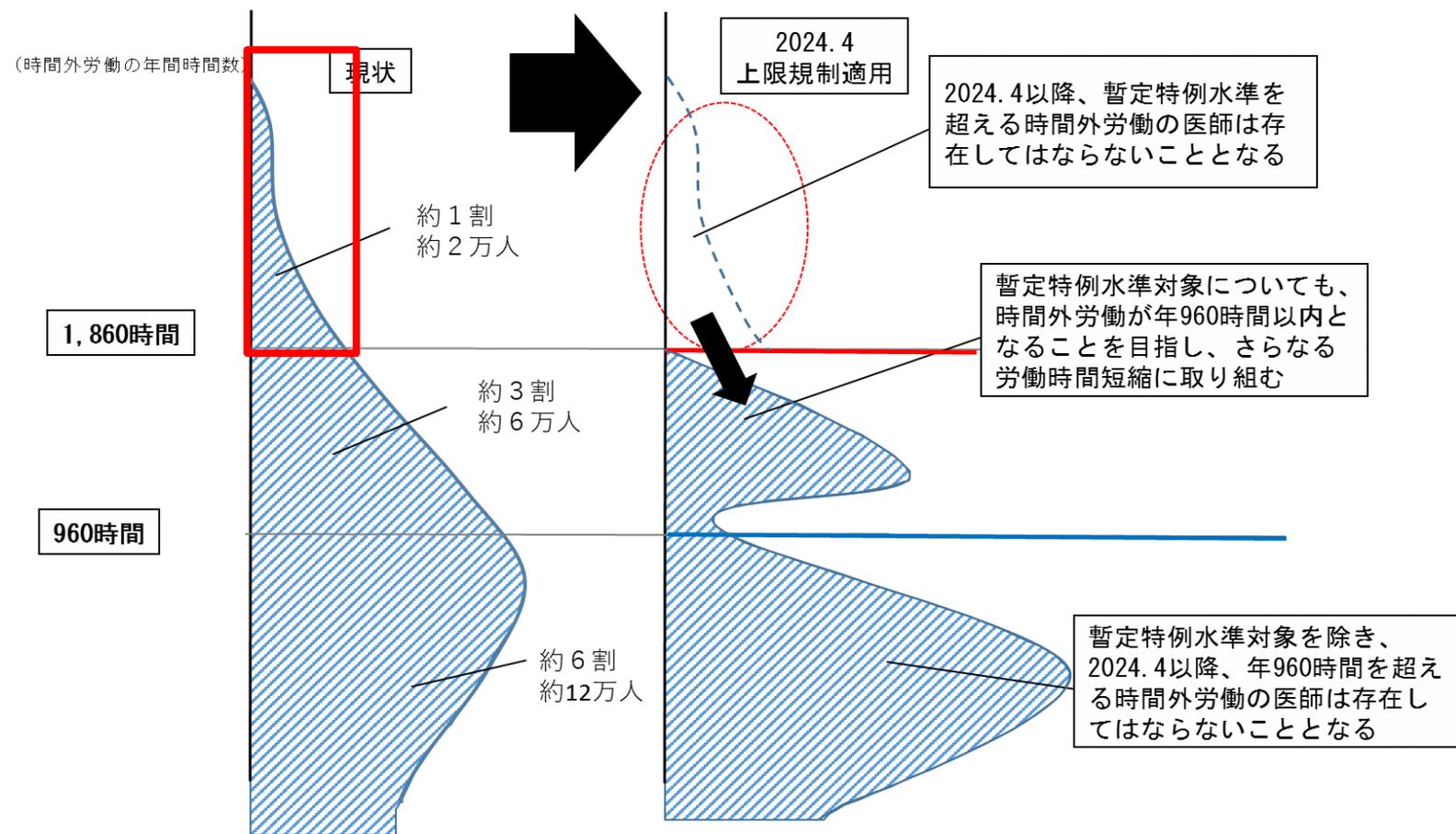
2024年4月とその後に向けた改革のイメージ②

第20回 医師の働き方改革に関する検討会
平成31年3月13日

資料2

- 2024.4以降、地域医療確保暫定特例水準・集中的技能向上水準を超える時間外労働の医師は存在してはならないこととなり、地域医療確保暫定特例水準対象の医師についても、時間外労働が年960時間以内となるよう労働時間短縮に取り組んでいく。

病院勤務医の働き方の変化のイメージ ※集中的技能向上水準の対象業務を除く



医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取り組み：6項目

取り組み	内容
時間外労働時間管理の適正に向けた取組	まずは、 <u>医師の在院時間を把握</u>
36協定等の自己点検	<u>36協定で定めた内容と勤務実態が合っているかを確認</u>
既存の <u>産業保健の仕組み</u> の活用	<u>衛生委員会等</u> を活用して長時間労働者の対応方策を検討
タスク・シフティング(業務の移管)の推進	医師が診療に集中できるように可能な業務は <u>他職種に移管</u>
<u>女性医師等</u> に対する支援	多様な勤務形態を受け入れ、 <u>時間等の制約のある医師</u> が働きやすい環境を整備
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	医師の勤務状況に応じて労働時間短縮に向けた様々な取組みを検討・導入

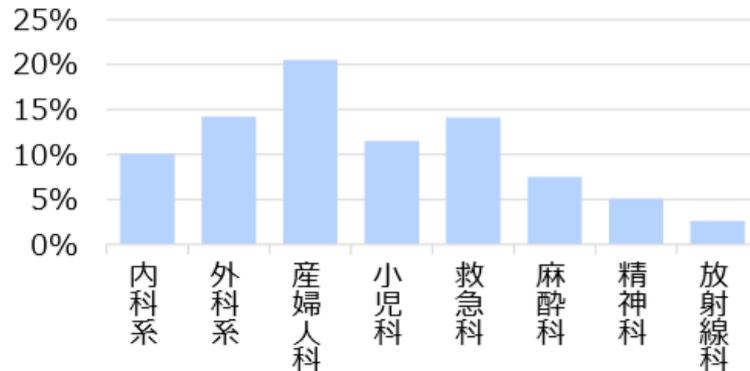
6項目への対応は必須

医師の働き方改革への対応

【論点】

- 働き方改革については、2024年度から医師にも時間外労働上限規制が適用され、原則として年960時間（週勤務時間60時間相当）、やむを得ない限られた場合であっても年1,860時間（週勤務時間約80時間相当）以内とされることが見込まれている。
- 医師の働き方改革を支援するために、追加的な人件費等に係る診療報酬の増額を求める声もあるが、
 - ・ 病院勤務医の中でも診療科や病院の種別によって時間外労働の状況に大きなバラツキがあり、
 - ・ 例えば、タスク・シフティングであれば、医師の超過勤務が削減される中、必ずしも追加的なコストが生じるわけではない。

◆ 週勤務時間が約80時間相当を超える病院勤務医の割合

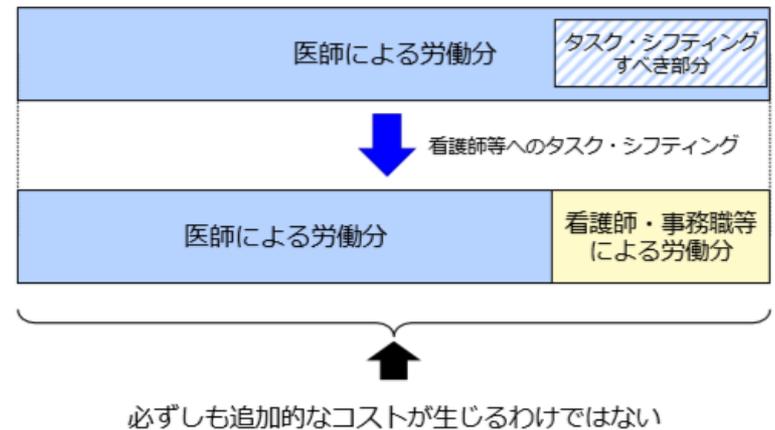


◆ 年間の時間外勤務時間が1,860時間を超えると推定される医師がいる病院の割合

病院全体	大学病院	救命救急機能を有する病院	400床以上の病院
27%	88%	84%	71%

（上記2点の出典）医師の働き方改革に関する検討会 報告書（2019.03.28）

◆ タスク・シフティングを行った場合のイメージ



◆ 地域医療介護総合確保基金における標準事業例

- ・ 各医療機関の勤務環境改善や再就業促進の取組への支援
- ・ 産科・救急・小児等の不足している診療科の医師確保支援
- ・ 休日・夜間の小児救急医療体制の整備 等

【改革の方向性】（案）

- 医師の働き方改革に当たっては、地域医療構想の推進などによる医療提供体制の効率化を進めることが前提。
- 必要に応じて地域医療介護総合確保基金を有効に活用して支援を行うことが基本。タスク・シフティング等の政策的な支援は必要であるが、全体として労働コストが増加しないようにすべきであり、安易に患者負担・保険者負担を生じさせることは避けるべき。

まとめ 医師確保と大学の役割

- ①「三位一体改革」のうち2つは「人材管理改革」
- ②「大学医局」と「医療制度」のハイブリッドを作り上げられるか
- ③行政・大学医局・病院双方の理解と、「人」を大切にする制度設計

各主体が連携・一体的に動いてゆく必要がある

再掲：医師偏在指標：都道府県・2次医療圏別

		都道府県		二次保健医療圏								
		全国	千葉県	千葉	東葛南部	東葛北部	印旛	香取海匝	山武長生 夷隅	安房	君津	市原
医師 偏在 指標	全体	238.6	199.9	267.7	192.2	192.7	181.3	176.9	119.3	267.4	161.0	192.9
	(順位)		(38)	(52)	(132)	(129)	(162)	(176)	(320)	(53)	(226)	(127)
	産科	12.8	11.0	14.1	9.9	9.1	12.0	9.4	10.7	21.6	11.2	11.4
	(順位)		(33)	(81)	(167)	(197)	(116)	(185)	(147)	(22)	(134)	(129)
	小児科	106.2	84.5	110.5	70.6	71.9	94.2	116.1	63.6	127.9	52.8	89.4
	(順位)		(44)	(97)	(264)	(260)	(177)	(78)	(286)	(45)	(298)	(190)

課題

- ①千葉県全体： 全診療科・産科・小児科の医師が少ない
- ②山長夷： 全診療科・小児科の医師が少ない
- ③君津： 全診療科・小児科の医師が少ない
- ④東葛南部： 小児科の医師が少ない
- ⑤東葛北部： 産科・小児科の医師が少ない

ミッション①：

「千葉県の医師不足地域に医師を増やす方策は？」

- 1) 千葉県の医師数増加・偏在対策を進める上で
重要な関係者を挙げ、
役割・予測される意見を考えよう
- 2) 課題解決のために必要な追加情報は何だろう？

解答例：①-1 重要な関係者

医師修学資金制度の受給者

医師派遣元となる大学医局（教授・医局長）

NPO法人千葉医師研修支援ネットワーク

派遣先医療機関の理事長・病院長・診療科長・事務長

千葉県 医療整備課・健康福祉政策課

自治医科大学千葉県人会

県医師会等の関係団体

市町村首長、県知事

地方議員

地域住民・市民・患者団体

各関係学会の意向（専門家の合意） など

解答例：①-2 必要な情報

- 各地域に建つ医療機関の診療内容・提供状況
- 各大学医局の県内関連病院と派遣人数の一覧
- 県内の診療科別の専攻医動向
- 医師修学資金受給者の意向
- 自治医大生の意向
- 各地域の医療機関を受診している患者の病名・状態
- 各地域の医療需要の現状と予測
- 各地域の医療提供者の背景（年齢・専門領域など）・意向
- 各地域の病院の経営状況

など

ミッション②：

「千葉県の医師不足地域に医師を増やす方策は？」

1) 千葉県の医師数増加・偏在対策はどうしたらいいか？

例) 修学資金制度・専門医制度の改善、病院の再編統合
総合診療医の育成活用、情報通信技術（ICT）の活用

2) 実施・関与する人を特定してみよう！ 具体的に誰が何を行えばいいのか？

解答例：②-1 医師偏在対策

【医師を配置する・誘導する】

医師修学資金制度の改善

専門医制度の改善

医局・基幹病院の医師派遣機能の強化

地域別・病院別の専門医の定員を定める

地域別の診療報酬の傾斜：不足地域での診療報酬↑

【少ない医師で提供できる】

病院の再編統合、集約化 ※第3講参照

総合診療医の育成活用

クリニックの集約化・ワンストップの実現

巡回バス、タクシー券の配布

情報通信技術（ICT）の活用：オンライン診療実施

医学部卒前教育の充実

健康相談の充実：医療の需要を抑える など