

東都医発第915号  
令和元年6月25日

東京都地域医療対策協議会 御中

公益社団法人

東京都医師会

会長 尾崎 治 夫



病院委員会答申の送付について

平素は本会事業につきまして格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、標記委員会では、会長諮問「働き方改革を視野に入れた医師偏在の是正計画について」について、鋭意検討を重ねてきたところであります。

昨年10月、中間答申を送付させていただいたところですが、このたび答申書が完成いたしましたので、ご参考までに2部送付いたします。

つきましては、貴会におかれましてもご査収の程よろしくお願い申し上げます。

(公社)東京都医師会 地域医療課

TEL : 03-3294-8836 (直通)

FAX : 03-3292-7097

E-mail : byouin@tokyo.med.or.jp

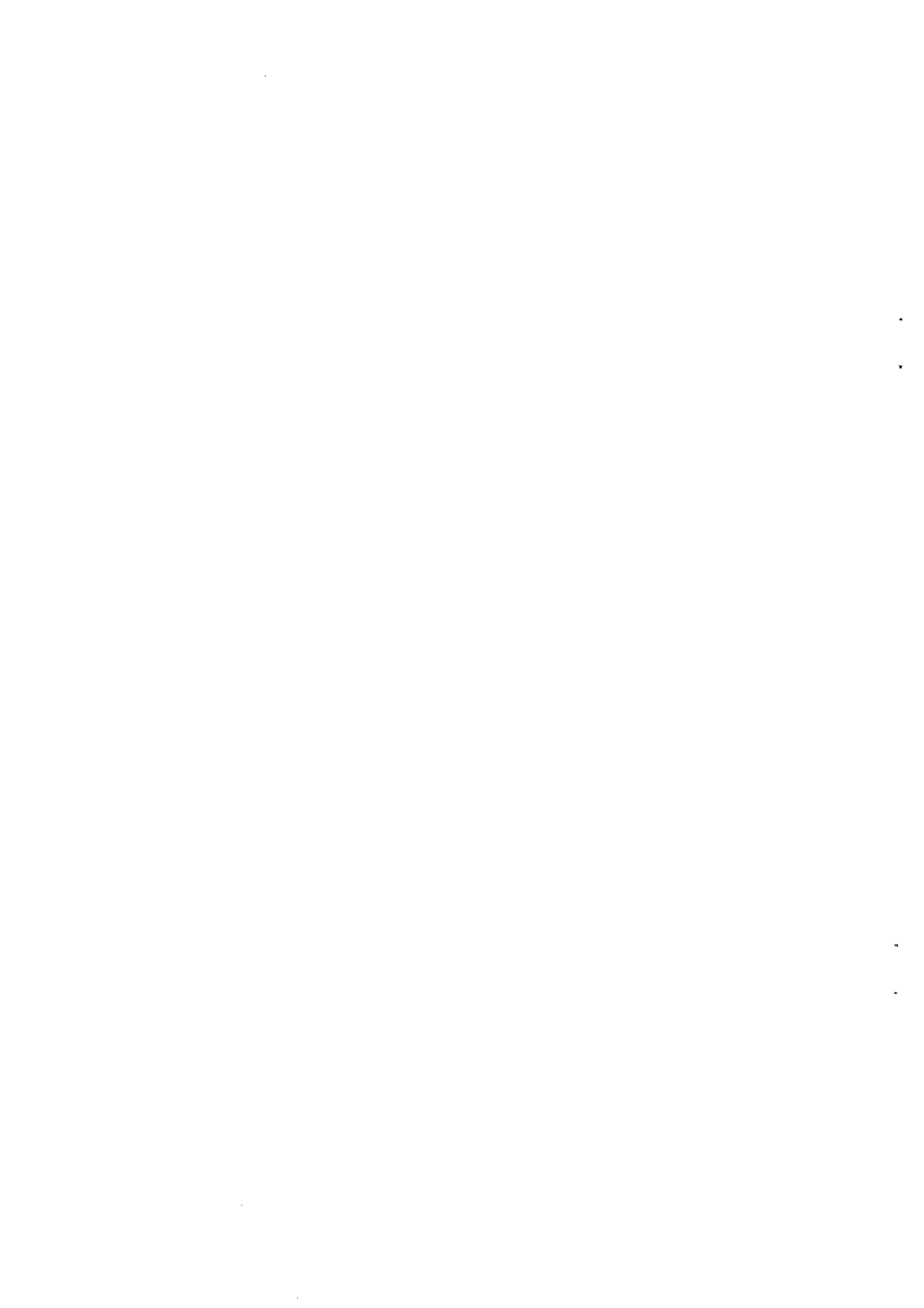


働き方改革を視野に入れた医師偏在の是正計画について

(答 申)

令和元年（2019年）6月

東京都医師会病院委員会



## 病院委員会委員

役名	氏名	所 属
委員長	河原和夫	東京医科歯科大
副委員長	尾形逸郎	杉並区
委員	猪口雄二	江東区
〃	竹川勝治	江東区
〃	木村厚	荒川区
〃	小泉和雄	足立区
〃	太田重久	足立区
〃	長谷川修	葛飾区
〃	高野研一郎	蒲田区
〃	泉裕之	板橋区
〃	山口武兼	板橋区
〃	石田武彦	西多摩市
〃	進藤晃一	西多摩市
〃	塚本幸史	調布市
〃	野村西泉	三鷹市
〃	池中直己	町慶市
副会長	猪口正孝	
理事	新井悟	
理事	土谷明男	

# 病院委員会答申一覧

(昭和42年3月～令和元年6月)

年月	事項	正・副委員長
昭和42年 3月	東京都医師会内に於ける病院の在り方について	委員長:大塚 文郎(杉並区) 副 #:野村 秋守(北多摩)
43年 3月	医療制度の抜本改正についての具体的方策(第一次答申)	委員長:木村 政良(蒲田) 副 #:大久保正一(日大)
43年 3月	" (第二次答申)	委員長:木村 政良(蒲田) 副 #:大久保正一(日大)
44年 6月	都立病院オープン化の具体策について	委員長:木村 政良(蒲田) 副 #:大久保正一(日大)
45年12月	都立産院の在り方に関する答申	委員長:木村 政良(蒲田) 副 #:大久保正一(日大)
46年 3月	「消防法改正に伴う病院・有床診療所に対する整備費の助成」について	委員長:木村 政良(蒲田) 副 #:大久保正一(日大)
46年 6月	再開発に伴う江東地区の医療施設について(中間答申)	委員長:木村 政良(蒲田) 副 #:大久保正一(日大)
46年10月	多摩ニュータウンの完成にいたるまでの医療計画並びに完成時における医療構想について	委員長:木村 政良(蒲田) 副 #:大久保正一(日大)
49年 2月	週休2日制に対する医療機関の在り方について	委員長:木村 政良(蒲田) 副 #:一盛 彌(江戸川区)
51年 5月	東京都における医療体制の整備のうち各都立病院の整備とそのうけもつ役割について	委員長:木村 政良(蒲田) 副 #:一盛 彌(江戸川区)
53年 5月	病院の防火対策について	委員長:木村 政良(蒲田) 副 #:川内 拓郎(豊島区)
54年 3月	私的病院(有床診療所を含む)の在り方	委員長:木村 政良(蒲田) 副 #:川内 拓郎(豊島区)
60年 2月	地域医療計画と病院機能	委員長:一盛 彌(江戸川区) 副 #:中村 司(新宿区)
60年11月	中間施設の諸問題について一特に東京都における中間施設の在り方について一	委員長:菊田 能敬(中野区) 副 #:中村 司(新宿区)
61年 7月	医療圏の設定と病床数について(中間答申)	委員長:菊田 能敬(中野区) 副 #:中村 司(新宿区)
62年 3月	医療圏の設定と病床数について一特に東京都の三次医療圏はいかにあるべきか一	委員長:菊田 能敬(中野区) 副 #:中村 司(新宿区)
62年12月	老人保健施設及び老人病院のあり方について一特に老人保健施設の運営基準と東京都における老人病院・特別養護老人ホームとの比較一	委員長:中村 司(新宿区) 副 #:阿部 士良(北多摩)
平成 元年 1月	地域特性を生かした病診連携の具体策について	委員長:中村 司(新宿区) 副 #:阿部 士良(北多摩)
3年 3月	東京都における病・病連携のあり方について一特に老人医療問題の視点から一(答申)	委員長:中村 司(新宿区) 副 #:阿部 士良(北多摩)
5年 2月	東京都における民間病院のあり方について(答申)	委員長:阿部 士良(北多摩) 副 #:木村 佑介(蒲田)
7年 3月	東京都における民間病院のあり方について一その2一(答申)	委員長:神尾 友和(神田) 副 #:天本 宏(多摩市)
9年 3月	東京都における民間病院のあり方について一その3一(答申)	委員長:神尾 友和(神田) 副 #:岸本 晃男(江戸川区)
11年 3月	東京都における病院の医療について一その現況と今後のあり方一(答申)	委員長:岸本 晃男(江戸川区) 副 #:小泉 和雄(足立区)
13年 3月	21世紀における都内病院のあり方について一少子高齢化のすすむ中で一(答申)	委員長:岸本 晃男(江戸川区) 副 #:小泉 和雄(足立区)
15年 3月	東京都における医療・福祉の連携の在り方を求めて一私的中小病院の連携に関する実態調査一	委員長:岸本 晃男(江戸川区) 副 #:野村 幸史(三鷹市)
17年 3月	都内病院の地域特性(答申)	委員長:岸本 晃男(江戸川区) 副 #:野村 幸史(三鷹市)
19年 3月	東京都におけるあるべき医療計画について一さらにきめの細かい医療連携をめざして一	委員長:中西 泉(町田市) 副 #:野村 幸史(三鷹市)
21年 3月	これからの地域連携の試みについて(意見)	委員長:中西 泉(町田市) 副 #:野村 幸史(三鷹市)
23年 3月	これからの地域連携の試みについて(2)	委員長:中西 泉(町田市) 副 #:野村 幸史(三鷹市)
25年 3月	高齢社会の地域医療における病院の役割について	委員長:中西 泉(町田市) 副 #:野村 幸史(三鷹市)
27年 3月	1. 病床機能報告制度による地域医療構想に基づく病床再編のあり方について 2. 医療と介護の連携による地域包括ケアシステム構築のために a. 乗り越えなくてはならない壁と解決方法 b. 在宅医療に必要な基盤整備 c. 病院救急車を利用した高齢者救急搬送支援体制の構築について	委員長:野村 幸史(三鷹市) 副 #:尾形 逸郎(杉並区)
29年 6月	東京都地域医療構想の構築に向けた「事業推進区域」のあり方について 1. 疾病についての医療提供体制の観点から 2. 病床機能別の医療提供体制の観点から 3. 地域包括ケアシステム構築における医療提供体制の観点から	委員長:野村 幸史(三鷹市) 副 #:尾形 逸郎(杉並区)
令和 元年 6月	働き方改革を視野に入れた医師備在の是正計画について	委員長:河原 和夫(東京医科大学) 副 #:尾形 逸郎(杉並区)

# 目 次

	ページ
はじめに . . . . .	1
第1章 東京の医療の特性と働き方改革が医療に及ぼす影響 について . . . . .	2
第2章 専門医制度と医師需給について . . . . .	5
第3章 総合医の養成について . . . . .	8
第4章 あるべき医師の「働き方改革」について . . . . .	10
おわりに . . . . .	14





## はじめに

長時間労働の是正、多様で柔軟な働き方の実現、雇用形態にかかわらず公正な待遇の確保等のために労働者がそれぞれの事情に応じた多様な働き方を選択できる社会を実現する働き方改革が提唱されている。

なかでも医師については、長時間労働の是正が課題となっている。一方、労働時間の是正と医師法に定める応召義務との調整や医療施設の医師確保への影響等に関する議論は十分に行われていない。厚生労働省に「医師の働き方改革に関する検討会」が設置され、中間的な論点整理および医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組についての検討が行われているところである。さらに、新専門医制度も医療機関の医師確保に影響を与える因子である。

そもそも、医師の働き方改革は勤務時間の問題のみではなく、前述の法律以前の医師の倫理的規範として位置づけられる応召義務との調整のほか、地域医療構想、専門医教育・養成、医療の質確保、医師需給、医療機関の経営や医師確保計画などにも大きく関連する事柄である。すなわち、医師は専門医志向が強く、規制のない科目選択、加えて定数が決められておらず、専門医等に偏りが見られるなど医師偏在の一つの要因となっている。

医療計画や地域医療構想、在宅医療、地域包括ケアシステムを安定的に推進するには、地域医療に重要な使命を担っている地域の医療機関が安定した基盤に立って医療活動を推進することが不可欠である。

国においては医師の働き方改革に関する検討会で、2019年3月28日に報告書が出された。それによると2024年4月から適用する医師の時間外労働の上限は、一般労働者と同じく月45時間・年360時間とされた。しかし、当面は医師需給のギャップを十分に解消できないため、地域医療の確保の観点から「地域医療確保暫定特例水準」が設けられた。これによると臨時的な必要がある場合、延長することができる時間数の上限は、1年あたり1,860時間とされた。

今後、どのようにして地域医療を継続しつつ各医療機関が医師確保と労働時間の短縮をさせていくか、併せて検討会報告書の内容の妥当性に関しては、我々が検討しなければならぬ新たな課題となった。

この答申書は、昨年9月にまとめた中間答申にその後の働き方改革の議論の行方や本委員会のその後の議論の結果を踏まえて加筆したものである。むろん、本答申に書かれていない課題も多々あることは承知している。今後の検討課題としたい。

医師の働き方を巡って拙速な労働形態の決定は、医療現場の崩壊にも繋がる。ここは冷静に時間をかけた丁寧な議論が必要である。

国および東京都に対しては、医師にとり真に働き方改革となり、併せて医療の質の向上と医師偏在の是正、医療機関が安定的基盤に立脚した活動ができる体制の整備や政策の立案、事業の実施が望まれる。

# 第1章 東京の医療の特性と働き方改革が医療に及ぼす影響について

## 1. 現状

全国的な医師の偏在とそれを解消すべきとの指摘がなされて久しい。東京都の場合、医師の供給源である大学病院が13病院ある。しかもそこで働く若い医師が多いのが特徴である。

一見すると他の道府県に比べて恵まれているように映るが、居住人口の多さに加えて全国から流入する患者数も多い。それら多くの患者の日常診療を行うための医療施設の数が多く、しかも大都市型の医療施設として高度急性期から慢性期に至るさまざまな医療需要に応えなければならないために、診療を支える医師も多く求められる。現に東京都の医療施設では、非常勤の宿日直医の確保も容易ではないが、それにも比して常勤医の確保がさらに困難になっている。これは、以前、無給の医局員も含めて比較的多くの医師を抱えていた大学病院の医局が、厳格な医師の定数管理に移行したため、比較的若い医師については、宿日直を担当する医師として地域の医療機関に派遣できるものの、常勤の医師として派遣できる余力を失ったことなどによる。また、新専門医制度により大学病院からの医師派遣も専門医取得に資するように、地域の基幹病院へ派遣されるという流れが形成されつつあるためである。

このように、地域の医療機関にとって医師確保の困難さが一層顕在化してきたのは、新専門医制度により医師を供給する大学病院医局が構造変化せざるをえなかったところが大きい。

こうした全般的な医師確保の困難さに加えて、東京都では医師の施設間および診療科間の偏在が大きな問題となっており、同じく働き方改革や新専門医制度などにより格差が拡大しようとしている。特に療養病床や精神病床の大半は23区以外に立地し、これらの病院では医師の確保が一段と難しくなっている。

多い流入患者人口や東京都民の本格的な高齢化を考慮すると東京都の医療機関の患者需要はますます増大していく。

東京都の医療需要が増大しているにもかかわらず、宿日直医や常勤医が確保できないために、都民生活にとって必要な救急医療を中心に地域医療が崩壊するという最悪の事態も現実のものとなりつつある。また、基準を超えた時間外労働のために労働基準監督署から指導され、救急医療から撤退する医療機関も出てきている。

働き方改革をはじめとして医療政策の中には、地域の病院の医師確保のみならず医療機関の経営にも大きな影響を及ぼすものがある。ひいては安定的な地域医療の継続と都民の健康水準の維持に好ましくない事態を招くことになるだろう。

厚生労働省で行われている「医師の働き方改革」の議論は、働き方については多くの記載があるものの「医療現場の実態」については、十分な審議がされていない。働き方改革を進める上で、日常の医療を遂行するために医療現場がいかなる課題を抱えている

かを十分に認識していない。

以下に、早急に解決すべき課題と現時点で考えられる対応方策について示している。

## 2. 課題

(1) 医師の労働の定義と勤務時間との関係を明確にする必要がある。

- ・ 1日の労働時間を線引きする場合、地域や診療科ごとに異なる。
- ・ 手術見学は、グループとして行う場合は業務で、個人で見学する・自分で見ておきたい場合は自己研鑽とする意見があるが、境界がはっきりしない。
- ・ 同じく、業務連携、地域連携、文献検索などについてもはっきりしない。
- ・ 医師の勤務時間に関するグレーゾーンの扱いは、それぞれ関係者の考え方が異なる。
- ・ 救急部の医師については、救急車が来ない場合も労働時間に入れると、救急医療が成り立たない。同様に、訪問看護ステーションのオンコールも業務になる。
- ・ 分娩はいつになるかわからないとなると、時間外ばかりになる。
- ・ 東京都ではないが、過疎地の医療機関は1人や少数の医師で対応している。応召義務等により必ず対応しなければならないとなると、時間外労働が増加する。
- ・ 労働時間の問題は、医師の地域・診療科偏在や医師教育の問題も絡んでいる。
- ・ 厚生労働省の「医師の働き方改革に関する検討会」は、2018年2月に「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」、2019年3月に「医師の働き方改革に関する検討会報告書」を取りまとめた。現在までの検討会の議論は、医師の働き方については行われているものの医療現場の実態に関しては、あまり行われていない。実態解析は、自己分析に委ねられている。

(2) 医師確保について

- ・ 働き方改革により、常勤医は言うに及ばず宿日直医さえも確保できない事態も予想される。
- ・ 医師不足を補うために休日・全夜間診療事業を輪番制に戻すことも考えられるが、救急患者が3倍などになれば対応できない。全夜間対応することはむずかしい。
- ・ 大学病院は、派遣先の医療機関での勤務時間と自院での勤務時間を連結して考えることになる。今後、大学病院としては短い時間の勤務にて、報酬が高い医療機関に派遣する可能性がある。大学病院から地域の医療機関に対する医師の供給量が低下すれば、医師の雇用単価が上昇し、医療機関の経営を圧迫することになる。
- ・ 医師の労働時間を大学病院が把握し、アルバイトを制限する可能性がある。こうなれば、給与が上昇し病院経営を圧迫する（例：3時間で1日分の給与を要求など）。
- ・ 厚生労働省の報告書では、Task Shifting や Task Sharing を行うべきと書かれているが、その具体的内容が示されていない。Shift や Share する相手の人員も少なくなっている現状も考慮し、実効性を有する内容を提示すべきである。
- ・ 労働基準法は、現代社会に対応していない不完全なものである。工場労働者を保護

するところからスタートした法であり医師という職種に合わない。

- ・ 医師は一般の勤労者と異なり、職場環境に不満があれば、ほぼ同じ処遇条件で容易に転職することができる。従って、上司からの圧力で長時間労働が強いられることよりも、患者のために自主的に対応していると考えられる。
- ・ 複数主治医制を布いたとしても、島しょ部などの過疎地などではそれすらできない。
- ・ 23区は急性期医療の需要が高いため、急性期対応を充実するとともに、今後の住民の高齢化に対処するための慢性期医療の充実とそれを支える医師の確保が必要である。

### 3. 対応策

働き方改革の議論の中で労働の量だけが問題視されているが、大切なのは次の世代を育てるということと医療の質を確保していくことである。教育と医療の質をいかに維持し向上させていくかについて、東京の医療特性も踏まえて働き方改革と一体化した議論を行う仕組みを構築する必要がある。

そのほかの対応策は、『第4章 あるべき医師の「働き方改革」について』に記載している。

## 第2章 専門医制度と医師需給について

### 1. 現状

これまで専門医は各学会が資格認定の要件を定め、その要件が具備されれば「専門医」としての資格が付与されてきた。学会による独自の認定から第三者機関による認定を行うことで、認定基準の客観化を図り専門医としての資質を担保することを目的として「日本専門医機構」が設立された。

新制度では、大学病院を中心に医師が集まるようになることと、専門医資格の更新のために、医師が地域の医療機関に安定的に勤務しづらい状況が生じることが指摘されている。

大学病院を主体として専門医資格の取得のために必要な基幹病院等を結んだネットワークが形成され、医師の移動はこのネットワークの中で行われようとしている。ネットワークから逸脱した医療機関には、大学病院から医師が供給されることがますます困難となり、民間の人材紹介会社を頼らざるを得なくなり、医療経営の圧迫要因ともなっている。

現在でも急性期医療が展開されている東京都 23 区と、主として慢性期医療が行われている多摩地域では、実施されている医療内容や求められる医師像、地理的環境などが異なっている。特に慢性期中心の医療を行い、大学病院との物理的距離がある多摩地域は上記のネットワークから逸脱することが危惧される。

このように新専門医制度が実施されることにより、医師キャリアの形成過程にも変化が生じ、併せて多摩地域の医療機関の医師需給バランスが大きく崩れて地域医療の円滑な遂行に支障を来すとともに医療機関の経営にも多大なる影響を与えられらる。

### 2. 課題

- ・ 新しい専門医制度の最大の課題は、医師が大学病院のように高度に専門分化した診療体制の下で診療するように養成されていることにある。
- ・ 基幹病院より地域の病院に派遣される形になっているが、専門医として活躍しにくい病院は、対象から除外される。
- ・ 専門医制度の導入により、中小の病院は専攻医の確保がむずかしくなる。外科系専門医の更新要件には手術件数や多様な症例数の経験があり、中小病院はこれらの要件を満たすことがむずかしい。
- ・ 専門医の資格を持っている医師も、更新要件を満たすため、週 1 回大学病院などにおいて無償で手術しているケースもある。今後、こうした医師も地域の病院から離れ、大学病院等の大規模施設に完全に移ることも考えられる。

- ・ 専門医制度と医師確保、地域医療構想、医療機関の経営の問題は、対内的にも対外的にも密接にリンクしている。
- ・ 専門医研修の受け入れ総件数は多いが、内科や外科が少ない。これらの診療科の専門医が少なければ、地域医療支援センターに派遣できる専門医が少なくなる。
- ・ 専門医機構は、「全国津々浦々の病院に勤めても更新できるように」と言っているが、学会は異なる。学会の認定病院ならばよいが、それ以外の病院は大変である。
- ・ 労働時間管理により、若い医師はパートができなくなる。そして生活ができなくなる。
- ・ 副業が認められても本業の勤務時間に含めて管理されることになると、民間病院では宿日直が組めなくなる。
- ・ 診療科間の医師の偏在は、新専門医制度とも密接に関係している。
- ・ 医師の養成過程の偏在が需給の偏在を招いている。
- ・ 総合医と専門医のバランスが保たれていない。
- ・ 大学病院には医師が多い。専攻医も多い。また、診療報酬は高いが給与は低い。
- ・ 大学が労働時間を管理するので、大学の医師が地域の医療機関に出ることが難しくなっている。
- ・ 次世代の医師をどのように養成するか議論が不十分である。
- ・ 専攻医の養成の偏在が生じている。
- ・ 大学に頼りすぎると、地域医療支援センターも混乱に陥る可能性がある。
- ・ 多摩地域は都内の大学病院との距離も遠く、医療機関は主として慢性期医療を提供しているため、専門医資格取得のためのネットワークから外れる可能性が高い。大学病院との関係強化の工夫が必要である。

### 3. 対応策

専門医制度と今後都道府県で策定が予定されている医師確保計画とは密接に関係することから、医師確保計画は、専門医の養成過程（診療科ごとの養成数など）と医療施設への配分（派遣）過程（専門医や総合医の医療機関ごとの必要数や担うべき役割など）を含めて一体的・具体的に実効性を伴った計画として策定する必要がある。その際、診療所についても同様の配慮が必要である。

総合医については医学部を卒業して間もない医師を養成する場合は時間を要する。既に専門医資格を有している者の“Second Career”形成の一環として総合医を位置づけることも必要である。

大学病院で専門医研修のプログラムに登録し実践する専攻医が多数を占めるものと思われるが、地域医療の需要に応じて大学病院から地域の医療機関に安定的・継続的に人材供給が行われる仕組みを早急に構築すべきである。大学も各診療科のバランスや関連病院への派遣も考えて専門医の養成を行うべきである。特に新専門医制度により若い医師が10年くらいは大学にいななければならないとしても、その間に地域にも出ていけ

るような制度を構築すべきである。また、大学からの派遣により民間病院等で1～2年間常勤として働いてもらうケースについては、専門医取得のために決められたプログラムに沿った症例・手技を経験しないといけないので、それが経験できないような病院には派遣しないということになることも考えられる。専門医の資格更新が、多くの医療機関で可能な体制にすることは、地域の医療機関が専門医を確保するための一助となる。

専門医機構は各学会に対し、地域の医療機関でも専門医資格の取得や更新ができるように指針を示している。しかし専門医資格の中には、取得も更新もある程度大きな基幹病院でないと取れないものがある。この点についても改善すべきである。

わが国では、研修目標達成のための計画を具体的に毎日の日課・毎月のプログラムに落とし込むというプロセスを欠いたまま行ってきた。また、大学病院に勤務する医師にとっては研修と研究者の養成とがセットになっている。大学では研究者の養成が優先されるので、多くの時間を研究に費やすこととなり、実質的に臨床能力が劣ることになる。本質的には、研修制度のあり方を見直さない限りこの問題は解決しない。

すでに述べたが、医師確保計画は、専門医制度と医師の供給量が計画の成否を握っている病床機能の種別化を目指す地域医療構想、医療機関の経営の問題などに密接に関わっている。これらに配慮した計画を策定しなければならない。

## 第3章 総合医の養成について

### 1. 現状

在宅医療および地域医療構想、地域包括ケアシステムの展開を視野に入れると総合医が地域において不可欠である。加えて地域の医療機関では、専門医ではなく総合医が担う医療が求められている。しかし、専門医制度の枠組みの一環として大学病院等の大規模病院で総合医を養成する動きがある。大学病院は専門医中心の医療が行われており、総合医の活躍の場はむしろ地域の医療機関であると考えられる。地域において、総合医の確保と必要な医療への総合医の配分の在り方が問われている。

### 2. 課題

- ・ 総合医と専門医の役割は、病院機能や規模、地域で異なるが、個々の課題の検討が十分に行われていない。また、総合医と専門医の量的および質的バランスが保たれていない。専門医と総合医の養成と必要なところへの配置について考えなければならない。
- ・ 総合医を養成することを謳っている大学が見られるが、専門医中心の医療を行っている大学では、総合医を養成する環境が整っていない。
- ・ 地域医療の現場で必要なのは総合医であるが、その養成および確保システムが整っていない。地域の医療機関で、総合医の養成や訓練、さらに家庭医療学を修得できる体制整備も必要である。
- ・ 大学医学部でも総合医を標榜する講座には、学生等が集まらない。

### 3. 対応策

地域では外来や救急医療、そして在宅医療をこなす総合医が求められていることから、大学偏重ではない総合医養成システムを作る必要がある。医療機関が連携して総合医を養成するのも一法である。現に、独立行政法人地域医療機能推進機構（JCHO）は、自分たちで「総合医」を養成しようとしている。

総合医が増加し、総合医が代替することができる可能性が大きい救急医療件数が増えれば、専門医の数は今ほど必要ではない。こうした観点からも総合医の育成を考えるべきである。

同様に東京都の中小規模の病院に勤務している外科系の専門医資格を有する医師にとって、自らの専門性を発揮する機会が少なくなっている。こうしたときに地域で必要な総合医へのキャリアチェンジを手助けすることは、大規模病院と中小病院との医療機能の分化を手助けし地域での総合医確保に大きく貢献する。



中小規模の病院を主体とする地域の医療機関では、日常診療を常勤の総合医と大学病院等から派遣される宿日直を担当する専門医により行う形態も一考に値する。また、これは地域医療構想の推進や医師確保の効率性という観点から働き方改革にも寄与する。

このように、地域の医療機関は、キャリアチェンジの機会を提供することが可能である。

地域の医療機関での勤務についてもプログラム認定を行うなど、医師のキャリアチェンジに寄与することも働き方改革に直結する事項である。同時にそれは、医療機関の診療内容や機能分化にも繋がっていく。

#### 今後求められる具体的な試み

東京都の地域医療を担う医療機関で働く医師は、総合診療医に求められる“包括性”、“連携性”、“患者中心性”、“近接性”および“継続性”の5つの機能を具備している。地域において総合診療医を育てるには最もふさわしい場である。

そこで、都内の医学部・医科大学で総合診療科等を設置しているところと地域の医療機関の間の連携体制の構築を目指している。

ただ、新しい総合医の育成を待つのみでは、急速に進行する高齢化に対応することは困難なことが予想され、現在、かかりつけ医として地域医療を支えている開業医の方々と協同していくことが望まれる。かかりつけ医は総合医と似たような役割を担うことが望まれるものの、総合医の資格が議論される余り、身が引けるとの話もある。かかりつけ医が総合医と同様に活躍できるよう、必要な事項をカリキュラムとして整備していくことも必要と考える。

このように、大学病院中心の総合診療医の育成はすでに開始されているが実を結んでいないとは言えない状況である。求められ、目指す医師の臨床の場として市中の開業医、民間病院での研修に道を開くべきである。これに呼応して東京都医師会並びに地区医師会、病院団体などの積極的関与が求められる。

## 第4章 あるべき医師の「働き方改革」について

### 1. 現状

本来は、医師の偏在を解消してからの働き方改革であるべきであるが、今般の労働基準法改正で、罰則（刑事罰）付きの時間外労働の上限規制が設けられた。これにより未払い残業代の支払いリスクが増大するとともに医師の労災リスクも増大するものと思われる。加えて、医療機関では必要な医師が確保できず、賃金も上昇する可能性があることから、医師の働き方改革は、医療機関の経営リスクも高めるという事態も惹起する。また、今回の働き方改革の議論においては、「パワーハラスメント」「メンタルヘルス」対策とも関連することとなった。

改正前の法規制では、法第36条第2項により「労働時間の延長」については36協定を結ぶことになっている。法定40時間を超える場合、協定が必要である。しかし特別条項により「時間外労働の上限の絶対的基準」がなく、特別条項をつければ労働時間は青天井であるという実態があった。これは医師を含む労働者の健康保護の観点から問題であり、36協定が無意味となっていたと言っても過言ではない。今回の法改正では、破った場合罰則が付くことになり、この特別条項にキャップが付いた。このように時間外労働時間は変わらなくとも罰則が付き、医師等の労働者の健康保護のためには有益であると評価できる。しかし、医療現場の実態を考慮せず、単に労働時間という量的な観点から医療の領域にも働き方改革の概念を一方向的に押し付けようとする、唯でさえ医療人材の慢性的な不足に悩む医療現場に大混乱を来すことになる。特に医師が確保しにくい中小の病院が総崩れになれば、最も不利益を被るのは地域住民である。また、医師の時間外労働は奉仕的な無報酬により行われていると言ってもよい。診療報酬の裏づけがないまま、医師の実質的な労働となっている。

医師の働き方改革に関する検討会（2019年3月15日）では、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）は、医師についても一般労働者と同等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）とされた。また、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時間とされた。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、連続勤務時間制限や勤務間インターバル等の追加的健康確保措置を努力義務として課すこととなった。

しかし2024年4月までには、医師需給のギャップを十分に解消できないことから、地域医療の確保の観点から「地域医療確保暫定特例水準」が設けられた。これによると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について

は、1,860 時間とされた。

働き方改革は医師の教育改革と絡めて対策を講じる必要がある。しかし昨今の医師教育を垣間見ると、研修医が指導医等より早く帰宅することも珍しいことではないが、将来を担う医師の資質の低下が危惧される。次世代の優秀な医師を養成するためには、自己研鑽などの時間を含めて労働時間をもう一度考える必要がある。なお、医師に限らず労働者全体においても、フルタイムで働く人のうち自己研鑽に 1 日 15 分以上使った人の割合は低下しており、スキルを身につけるための自己投資の時間が乏しくなっているとの報告もある（2018 年 5 月 10 日 “日本経済新聞”）。

今の研修医に対する教育と管理について、管理者は勤務時間と給与のことに重点を置き過ぎである。勤務時間管理を行うことは、医師の健康管理にも繋がる好ましいことであるが、厳格な管理を行うと救急、産科、へき地医療などに対応できない現実もある。手術等についても自己研鑽（手技を習う）と労働の両面がある。こうした医療場面をどのように考えるかと言うことも問われている。

これら諸課題を解決するための医師に関する働き方改革については、より深化した議論が求められている。

## 2. 課題

- ・ 施策としての働き方改革の有効性、実効性などの議論が不十分である。また、患者や地域住民が安心して医療を享受し、しかも医療機関が安全な医療を継続的に提供するという観点から十分に議論されていない。
- ・ 東京都に限らず、へき地など医師が少ないところに、どのように経済的インセンティブを付けて働き方改革と両立していくか、十分な議論が行われていない。
- ・ 働き方ばかりを議論し、医療現場や過疎地の医療を見ていない。どうすればうまく行くかを考える必要がある。
- ・ 外科医は依然増加していない。どの科でも自由に選べる状況はよくない。
- ・ 病院が医師を集めることは困難である。また、医師の給与アップが病院経営を圧迫する。
- ・ 医師が大学病院に多く偏在しているものの必要なときに派遣してもらえない。
- ・ 宿日直医を派遣してもらえない。時間管理を行う大学も出てきている。
- ・ 働き方改革の議論では、労働時間のことは話し合われているが、密接に関係する「給与」のことや「診療報酬」のことが話題にならない。
- ・ 宿日直業務の全面的な見直しやシフト制を布くことも必要であるが、病院の機能が低下する。日本中でこれを行うと破滅する。
- ・ 2024 年 4 月以降を視野に入れて地域医療を継続しつつ各医療機関が医師確保と労働時間を短縮させていく方策について検討する必要がある。
- ・ 検討会報告書の内容の妥当性について検討しなければならない。

### 3. 対応策

科目別、地域別、医療施設別の医師の必要数を算定し、必要なところに医師が充足される実行力を伴った医師確保計画が策定されなければならない。また、地域医療構想の対象を診療所まで広げ、病床の種別化の議論のみならず、病院・診療所併せて目指すべき医療機能及び働き方改革に応じた医師の確保と適正配置を考えるべきである。

医師確保計画を作成するにあたり、国は診療科別の流出入を加味した形での不足・充足を出すことを考えている。東京都の23区に若い医師が集まるのは合目的的であり、必ずしも診療のみに従事しているものではない。東京都全域では人口10万人あたりの医師数が全国平均より高いが多摩地域は低い。一方、区部には40歳代未満の医師が集中している。そうした中で、医師の数だけを計画の目的にすると論点がずれてしまう。従って、東京都の実情に合致した医師確保計画を策定しなければならない。

医師の労働の定義および業務範囲（本来業務と自己研鑽の区分など）を明確にする必要がある。労働時間、業務内容、給与をはっきりさせる。医師の勤務実態にあった労働の位置づけが必要である。こういう医療は行わなくて良いと明示していただきたい。医療の取捨選択が必要かもしれない。「労働時間」「業務量（業務内容）」「給与」のそれぞれの優先順位を決めた対策が必要である。いずれにしても就業規則をはっきりして管理しなければならない。

次世代の医師の養成を考えると、働き方改革は医師の教育改革と絡める必要がある。医療界の質の低下は、最終的に国民に跳ね返ってくる。米国では、研修医や専門医の労働時間は、ACGME（米国卒後医学教育認定評議会）等が管理していることも参考にすべき事例である。

若い医師の研修にどのくらいの時間が必要か考えると、週40時間で達成することは困難である。専門医機構や学会で、研修の到達目標から考えて教育に必要な時間を算定して研修内容を決めるべきである。健康も維持しながらきちんと研修をこなせるようなプログラムを取り入れる必要がある。まず、働き方改革より先にこの問題を解決すべきである。

「働き方改革」では、医師は「裁量労働制」および「高度プロフェッショナル制度（\*省令で規定する）」の対象ではないが、医師については何らかの制度を創設する必要がある。たとえば、日勤は一般労働者、休日・夜間は裁量が大きいので高度プロフェッショナル（高度プロフェッショナルを一部適用）というように区分して解釈することも検討してみる。

何を以って医師が「労働」に従事しているかを定義することも必要である。場合によっては医師を対象にしたアンケート調査を行い労働の定義を明確にする必要がある。

既に行われた調査でも、学会参加に関しては上司から発表を命じられたときは業務と考えるが、自ら進んで行う場合は自己研鑽とする意見が多かった。労働時間については、上限規制すべきではないという意見や上限を考慮すべきとの意見が見られた。

勤務形態であるが、全夜間は厳しいので宿日直にしておいて、何かあれば業務として

給与を支払える仕組みも考えるべきである。また、複数主治医制や責任の引き継ぎを伴う Task Shifting の導入も検討すべきである。

医師個人の業務を見ると、医師が対応すべきものが多く、しかも最終的に医師の責任となる事項が多い。これらの業務軽減のために事務作業補助を増やすことは有用である。さらに特定看護師、救急救命士、薬剤師などとも役割分担を考えていかねばならない。

大学病院からの医師派遣が叶わない場合、民間の派遣事業者に頼る場合があるが、病院収益の 1%強を人材派遣会社に支払っている。今年は消費税が 2%上昇するが、これらを勘案すると医療機関の経営を圧迫する事態が同時に進行していると言えよう。

診療報酬と医師の労働時間や報酬がリンクしていないことも問題で、これらをリンクさせる必要がある。

医師の労働時間短縮や医師が十分に確保できない事態が、地域医療に及ぼす影響を可視化して具体的な論点整理と解決のための対策を講じる必要がある（見える化する）。なお、影響が考えられる領域としては、「1. 救急医療」「2. 外来診療（規模の縮小などによる病院機能の低下）」「3. 高度医療（長時間手術の増加など）」「4. へき地医療」「5. 研修時間と研修医教育」「6. 経営（職員増員による経営の圧迫）」などである。

地域医療支援センターと大学病院との連携が制度化されるが、多摩地域の医療機関の意見や需要を踏まえて、医師が各医療機関に派遣される実効性がある体制を構築すべきである。

地域医療構想やその原資となる地域医療介護総合確保基金を活用して人材確保に努めるべきである。

医療機関の役割分担も考慮しなければならない。大学病院等の大規模施設においても、すべての診療科を 24 時間オープンにする必要性も改めて検討しなければならない。

「働き方改革」を論じるに当たっては、関連する委員会である、東京都医師会の「救急委員会」「地域医療推進委員会」「勤務医委員会（現在休会中）」との意見の調整や共同行動も必要である。

また、働き方改革を行うに当たっては、女性医師が勤務しやすい環境整備が必要であることは言うに及ばない。

## おわりに

国民の総意である皆保険制度を受けて、医療の「量」の確保が図られてきた。しかし、働き方改革を受けて、量の削減も検討していかなければならない。保障の範囲を再考し、仕事量を減らすことも検討する必要がある。国としてビジョンを持って医療体制を決め、医療関係者が都民にとって必要な医療を、余裕を持って提供できるような社会に変えていかなければならない。そのためには、都民の医療や働き方改革に対する理解を求める努力も怠ってはならない。



