

**過労死防止学会分科会報告2024年9月23日**

# **医師の働き方改革とポスト地域医療構想**

**社会福祉士**

**基礎経済科学研究所所員**

**過労死防止学会会員**

**田中與念子**

# はじめに

- **2024年4月1日 医師の働き方改革がはじまった。**
- **医師の働き方ガイド 厚生労働省** 第19回医師の働き方改革推進に関する検討会 参考資料1

## 労働時間には上限があります

- 所定労働時間(原則として週40時間以内)が決められています。
- 所定労働時間を超える労働(時間外労働)を行うには、労働者の代表と医療機関との間で上限時間に関する協定を締結する必要があり、その範囲で行う必要があります。(通称『36(サブロク)協定』)

※労働時間とは、使用者の指揮命令下に置かれている時間と定義されています。所定労働時間外の研鑽は、上司等から指示されたものや、しないと院内ルールでのペナルティがあるなど職場で不利益になるものは、労働時間とみなされます。

※使用者とは、労働条件の決定、労務管理、業務における指揮命令などを行う立場にある人であり、院長に限りません。

※宿日直の業務については、労働密度が低く、十分に休めるようなものに限り、労働基準監督署から「宿日直許可」を受ければ、労働時間規制における労働時間には含まれません。

## 労働時間の上限は医療機関ごとに異なります

- 時間外・休日労働の上限時間は、医療機関ごとに異なります。
- 副業・兼業先の労働時間も通算した上での時間外・休日労働の上限は、年960時間または年1,860時間です。
- 勤務先の医療機関にどの水準が適用されているか知っておきましょう。

時間外・休日労働の  
上限時間



自院での適用水準	副業・兼業先での適用水準	あなたの 年の上限時間
A水準	A水準	
A水準	連携B・B・C水準	1,860時間
連携B・B・C水準	A水準	
連携B・B・C水準	連携B・B・C水準	

※原則の適用水準はA水準であり、最も多くの病院に適用されています。  
地域医療の確保のために長時間労働が必要な場合の適用水準：連携B・B水準  
技能の修練のためにやむを得ず長時間労働が必要な場合の適用水準：C水準

## 医師の健康を守るルールがあります

- 医療機関は、以下の措置を必ず行います。
  - ▶ 月100時間以上の時間外・休日労働を行う場合には、原則として100時間に達する前に面接指導を行います。面接指導で健康状態を確認し、必要な配慮を行います。
- 連携B・B・C水準が適用される医師には更に以下の措置を必ず行います。
  - ▶ 過度な長時間の連続勤務とならないよう、勤務間インターバルを設けます。

※勤務間インターバルとは、勤務と勤務の間の休息の時間のことです。

→ 24時間のうち9時間、あるいは46時間のうち18時間のインターバルを設ける必要があります。  
この時間に緊急の業務が生じた場合は、後から代償休息を取る必要があります。

→ 医療機関は、A水準の適用医師についても、勤務間インターバルを確保するよう努めています。

詳細は「医療を未来につなぐために  
～マンガでわかる医師の働き方改革～」を参照



## **日弁連 人権としての「医療へのアクセス」が保障される社会の実現化を目指す決議 (2023年10月)より抜粋**

- ・ 医師は他職種に抜きこんでた長時間労働の実態にあり、日本の医療が医師の自己犠牲的な長時間労働により支えられてきた危機的な状況にある。**
- ・ 医師数の抑制**
- ・ 医学部の定員抑制**

**1982年及び1997年に、医療費抑制策として医学部の定員抑制が閣議決定された。・2008年の閣議決定において増員方針となったが、・人口当たりの医学部卒業生数(人口10万人当たり7.1人)はOECD加盟国36か国の中で最も少ない。**

## 医師不足の現状

- ・ **2020年12月31日現在、全国の届け出「医師数」は33万9623人(人口10万人対269.2人)である。人口当たりの医師数(人口1000人当たり2.5人)はOECD加盟国38か国の中で33位。OECD平均は、3.6人であり、OECD平均並みの医師数には約13万人足りない。・過労死ラインの月平均80時間を超える時間外労働(休日労働を含む)の勤務医が約8万人に上る・**
- ・ **医師一人当たりの診察回数(5011回/年)はOECD加盟国33か国中3番目に多い。OECD平均は2122回/年**

# 医師の働き方改革の影響

2024年5月31日羽鳥慎一モーニングショー

- ・ 外来診療の一部休診

岐阜県市立恵那病院

2024年4月から土曜日(午前)の外来診療を休診

土曜日の外来診療患者約90人を平日に振り分け

- ・ 地方の医師不足

大学病院が地域の病院に勤務医を派遣することで地域医療を支えてきたが、派遣医師を引きあげる

救急対応で救急車を断ることもあった。(茨城県病院勤務医内科)

一時入院受け入れ休止 宮城県石巻市立牡鹿病院

2024年4月から一時入院受け入れ休止 入院中の患者も転院させた。大学病院等の医療機関が医師を派遣できなくなったため。5月7日から入院受け入れ再開

**・宿直時間が休憩扱いのなる一働き方改革逆、働き方改悪である。  
産婦人科医30代、救急救命士40代働くモチベーションが下がる**

**・産婦人科医30代**

**急患対応や回診は勤務だが、**

**カルテ確認、論文作成、仮眠一休憩**

**\*宿日直許可の問題**

**現場にいったら勤務だ。**

## 医師不足の実態

### 外科医不足・・

2024年6月12日羽鳥慎一モーニングショー

- ・ 病院に搬送したくても「手術できる医師がない」と断られることは頻繁にある。隣の市まで1時間かけて搬送することもある。  
(救急救命士)
- ・ 腸閉塞にないかけしていると診断されたが、医師が足りず他の患者さんの手術を優先され、1週間痛み止めで我慢した。(70代)
- ・ 膝の手術を1月に予定していたが、担当医が辞めてしまい中止になった。代わりの医師はいないと言われ、転院して4月に手術できた。  
(60代)

\* こういったことは今後も増える。

- ・ **島根県済生会江津総合病院**

**外科医の退職が相次ぎ、医師の確保の見通しが立たず外科を2022年末に閉鎖した。**

**脳神経外科は常勤で医師退職、非常勤医師の体制になり、週1回の外来診療のみになった。手術の必要な患者の受け入れはできない。**

**医師不足に加えて、医師の高齢化も進んでいる。地域の医療ニーズに応えることが困難になっている。近隣の病院との連携に努めているが、他の病院も医師不足医師派遣が難しい状況**

**\* 地方はより厳しい状況がある。**

## **外科医不足 外科医半減・・**

- ・外科医を志す医師も減っている。新しく外科のプログラムを専攻した医師は・・**

**46都道府県で**

**5名以下 13県**

**0名という県もある。**

**10名以下の県が半数以上**

## 外科医の推移

- ・ **2002年 2万3868人** (医師全体に占める割合 **9.6%**)
- ・ **2022年 1万2775人** ( **3.9%**)

**\* 20年で約1万人減少**

### 理由

**勤務時間が長い**

**他の科に比べ、一人前になるまで時間がかかる**

**給与が勤務量に見合っていない**

**医療訴訟のリスクが高い**

・ **都道府県医師数(2022年)**

東京	4万8578人	山梨	2148人
大阪	2万6518人	福井	2132人
神奈川	2万1421人	鳥取	1878人

- ・ **人口1000人当たり 日本2.6人(37か国の中で29位)**  
**OECD平均 3.4人**

・ **全国の医療施設(2022年)**

病院	8156施設(前年比49施設減)
診療所	10万5182施設( 890施設増)



# 1. 医師の働き方改革の現状

# 第19回 医師の働き方改革の推進に関する検討会 2024年3月14日 報告書から

## 診療体制

医師の働き方改革で4月から診療体制縮小の見込みは  
457医療機関(7326医療機関中、6.2%)  
見込みなしと回答した医療機関数 6869

### この内

132施設「自院の診療体制縮小より地域医療提供体制へ影響が出る」

248施設「地域医療提供体制への影響が見通しきれない」

49施設「医師の引き揚げが生じ、診療体制の縮小が見込まれる」

## **特例水準・申請をするのは483病院（2024年3月14日）**

- **全都道府県で申し込みがあり、東京都51件、大阪府31件、千葉、福岡両県28件。最少は秋田県等9県は2件**
- **議論・当初は1500件ぐらいを想定していた。**
- **「私は実際に普通の勤務医として働いている立場として、本当にこれだけ少なくて大丈夫かなという思いもあるのです。実際には、働き方改革のこの制度をつくろうと思ったきっかけは、多くの医師がB,C水準を超えているという前提で議論が始まってきたと理解しております。そう考えると、もちろんタスクシフトシェアほかの対策によって進んできた部分は前向きに取られているのですが、本当に地域医療のためにBが必要な人、本当にCが必要な人、これは若手のためというところが十分に行き届いているかということを改めて今後議論していく、ウオッチしていく必要があると考えています。」(2024年3月14日の議事録より)**

**1860時間相当超見込み  
医師数1 医療機関1 (7918医療機関中)**

- ・ **時間外・休日労働時間が年1920時間を超える医師割合  
H28調査 9.7%、R1調査 8.5%、R4調査 3.6%  
と減少はしてきていた。**

**(第18回医師の働き方改革の推進に関する検討会 R5年10月12日 資料2)**

**2023年6~7月対象調査 515人 (2022年7~8月対象調査913人)  
2024年4月 83人見込み (2023年10月13日)**

**医師の労働実態を正確に見る必要がある・・**

**実態と調査の間に乖離がないか・・と懸念の声がある・・**

- **「勤務医の労働実態がそれほど急激に変わるとは思えない。実態と調査結果との間に乖離がないか留意する必要がある。一部病院では臨床カンファレンスは「業務と認めない」（自己研鑽扱い）などの運用がなされていると聞く。実態を正確に見る必要がある。（鈴木委員）**
- **「勤務医の自己研鑽について、あいかたを今一度検討する必要があるのではないか（森正樹構成員）**
- **「各病院で正確に労働時間を把握することになり、また、外科では「手術前の合同カンファレンス」症例を限定するなど、診療科ごとの工夫も進んでいる」東海大学副学長、医学部長）**

## **2. 働き方改革の争点のひとつ、 医師の宿日直許可はどうなっているのか？**

# 宿日直許可

- 宿直や日直勤務について、労基署長の監督を受けることで労働時間の規制から外れる仕組み。労働基準法で定められている。
- 厚労省は「ほとんど労働する必要がない勤務」を一般的な許可基準としている。特に医師の場合は具体的に「特殊な対応を必要としない軽度または短時間の業務に限る」かつ「夜間に十分な睡眠が取りえるもの」との条件を示した。
- 軽度な業務の例として、少数の軽症患者やかかりつけの患者に対応するため、問診や診療にあたる業務を挙げている。

# 宿日直許可件数

- **2020年**            **144件**
- **2021年**            **233件**
- **2022年**            **1369件**

**宿日直許可の急増は何を意味するのか？**

- **ある社会保険労務士は**
- **「業務の実態がとても寝当直とは言えない状況でも、宿日直許可が下りてしまっている」**
- **医療に特化した「医療労務アドバイザー」として、医療機関の労働相談を受けてきた。「派遣元の病院から宿日直許可を取るよう求められ『宿日直許可を取らないと、派遣している医師を引きあげる』と言われた病院も複数あった」**

- **こうした中で、この労務士は労基署の中の変化に気づき、問題意識が膨らんでいったという。**
- **「あきらかに、これまでは宿日直許可が下いなかった事例で、許可されている実態がある。業務実態から言って『寝当直』はあり得ず、許可が下いなかったICU(集中治療室)でも、ここ2, 3年では下いている。」** (毎日新聞2024年3月30日)

# 平日時間外の患者対応状況(病院ごと①)

各調査対象病院における、各調査対象日の当直体制と、17時から翌9時までの16時間(960分)の患者対応状況は次のとおり。(病院ごとに、医療機能、稼働病床数順に表示)

No.	病院概要							宿日直許可	日付	医師数	合計患者対応件数	医師1人当たり平均患者対応件数	最小患者対応件数	最大患者対応件数	医師1人当たり平均患者対応時間(分)	最小患者対応時間(分)	最大患者対応時間(分)
	二次医療圏人口	稼働病床数	病床機能	三次救急	二次救急	小児救急医療センター	総合・地域周産期母子医療センター										
1	50万人以上 100万人未満	600床以上 800床未満	高度急性期 が中心	○	○	×	×	あり	7月30日	14	207	14.8	2	29	320.0	20	720
									7月31日	14	220	15.7	0	31	368.6	0	710
									8月1日	7	77	11.0	1	26	335.7	10	620
									8月2日	14	185	13.2	3	27	343.6	60	770
									8月3日	7	47	6.7	4	11	271.4	40	680
2	30万人以上 50万人未満	800床以上 1,000床未満	急性期が中 心で、高度 急性期あり	○	○	○	○	なし	7月30日	17	165	9.7	0	20	342.4	0	880
									7月31日	18	135	7.5	0	19	282.2	0	600
									8月1日	18	180	10.0	0	24	322.2	0	830
									8月2日	17	151	8.9	1	23	395.9	40	770
									8月3日	16	139	8.7	0	29	391.3	0	870
3	100万人以上 300万人未満	400床以上 600床未満	急性期が中 心で、高度 急性期あり	×	○	×	×	あり	7月30日	4	38	9.5	2	17	335.0	120	550
									7月31日	5	29	5.8	4	8	274.0	120	460
									8月1日	5	44	8.8	0	16	352.0	0	570
									8月2日	5	40	8.0	4	13	318.0	100	470
									8月3日	5	39	7.8	5	12	248.0	80	400
4	50万人以上 100万人未満	400床以上 600床未満	急性期が中 心で、高度 急性期あり	○	×	×	○	なし	7月30日	11	80	7.3	2	12	326.4	90	720
									7月31日	11	115	10.5	0	24	370.0	0	680
									8月1日	11	66	6.0	0	17	204.5	0	660
									8月2日	11	68	6.2	1	18	238.2	10	540
									8月3日	11	89	8.1	1	20	295.5	10	660
5	300万人以上	200床以上 400床未満	急性期が中 心で、高度 急性期あり	×	×	×	×	なし	7月30日	4	15	3.8	0	9	162.5	0	370
									7月31日	4	22	5.5	0	13	150.0	0	330
									8月1日	4	31	7.8	3	19	247.5	60	590
									8月2日	4	20	5.0	0	9	152.5	0	260
									8月3日	4	24	6.0	0	19	167.5	0	470
6	100万人以上 300万人未満	200床以上 400床未満	急性期が中 心で、高度 急性期あり	×	○	×	×	なし	7月30日	3	10	3.3	0	8	223.3	0	530
									7月31日	3	14	4.7	0	12	250.0	0	660
									8月1日	3	10	3.3	1	6	430.0	10	320
									8月2日	3	9	3.0	0	7	700.0	0	640
									8月3日	3	15	5.0	1	10	740.0	50	540

※非常勤医師についても実人数として計上

医師の勤務実態について  
(宿日直、自己研鑽を中心とした整理・分析)

第9回医師の働き方改革に関する検討会

資料4 平成30年9月3日

# 平日時間外の患者対応状況(病院ごと②)

No.	病院概要							宿日直 許可	日付	医師数	合計患者 対応件数	医師1人当 たり平均患 者対応件数	最小患者 対応件数	最大患者 対応件数	医師1人当 たり平均患 者対応時間 (分)	最小患者 対応時間 (分)	最大患者 対応時間 (分)
	二次医療圏 人口	稼働病床数	病床機能	三次救急	二次救急	小児救 急医療 センター	総合・地 域周産期 母子医療 センター										
7	30万人以上 50万人未満	100床以上 200床未満	急性期が中 心で、高度 急性期あり	×	○	×	×	あり	7月30日	2	33	16.5	13	20	590.0	570	610
									7月31日	3	14	4.7	2	6	346.7	20	510
									8月1日	2	22	11.0	6	16	415.0	370	460
									8月2日	2	24	12.0	9	15	420.0	390	450
									8月3日	2	19	9.5	7	12	415.0	390	440
8	100万人以上 300万人未満	200床以上 400床未満	急性期のみ	×	○	×	×	なし	7月30日	2	18	9.0	9	9	315.0	300	330
									7月31日	2	25	12.5	11	14	565.0	540	590
									8月1日	2	28	14.0	14	14	295.0	260	330
									8月2日	2	27	13.5	12	15	405.0	390	420
									8月3日	2	18	9.0	9	9	225.0	170	280
9	50万人以上 100万人未満	100床以上 200床未満	急性期のみ	×	○	×	×	なし	7月30日	2	18	9.0	3	15	370.0	80	660
									7月31日	1	2	2.0	2	2	250.0	250	250
									8月1日	1	2	2.0	2	2	110.0	110	110
									8月2日	1	4	4.0	4	4	150.0	150	150
									8月3日	2	17	8.5	7	10	375.0	320	430
10	10万人以上 30万人未満	100床以上 200床未満	急性期のみ	×	○	×	×	あり	7月30日	2	21	10.5	2	19	315.0	80	550
									7月31日	2	8	4.0	1	7	115.0	110	120
									8月1日	2	9	4.5	3	6	155.0	20	290
									8月2日	2	6	3.0	0	6	245.0	0	490
									8月3日	2	10	5.0	1	9	215.0	40	390
11	10万人以上 30万人未満	200床以上 400床未満	急性期が中 心で、回復 期・慢性期 あり	×	○	×	×	なし	7月30日	3	10	3.3	0	6	86.7	0	190
									7月31日	3	14	4.7	0	8	156.7	0	270
									8月1日	3	15	5.0	0	11	156.7	0	290
									8月2日	3	14	4.7	0	8	153.3	0	270
									8月3日	3	15	5.0	0	9	170.0	0	340
12	10万人以上 30万人未満	100床以上 200床未満	急性期が中 心で、回復 期・慢性期 あり	×	×	×	×	なし	7月30日	1	12	12.0	12	12	170.0	170	170
									7月31日	1	5	5.0	5	5	110.0	110	110
									8月1日	1	5	5.0	5	5	130.0	130	130
									8月2日	1	9	9.0	9	9	240.0	240	240
									8月3日	1	6	6.0	6	6	110.0	110	110

※非常勤医師についても実人数として計上

# 平日時間外の患者対応状況(病院ごと③)

No.	病院概要							宿日直許可	日付	医師数	合計患者対応件数	医師1人当たり平均患者対応件数	最小患者対応件数	最大患者対応件数	医師1人当たり平均患者対応時間(分)	最小患者対応時間(分)	最大患者対応時間(分)
	二次医療圏人口	稼働病床数	病床機能	三次救急	二次救急	小児救急医療センター	総合・地域周産期母子医療センター										
13	100万人以上 300万人未満	100床未満	急性期が中心で、回復期・慢性期あり	×	○	×	×	あり	7月30日	1	2	2.0	2	2	250.0	250	250
									7月31日	1	3	3.0	3	3	110.0	110	110
									8月1日	1	5	5.0	5	5	210.0	210	210
									8月2日	1	3	3.0	3	3	70.0	70	70
									8月3日	1	1	1.0	1	1	70.0	70	70
14	50万人以上 100万人未満	100床未満	急性期が中心で、回復期・慢性期あり	×	○	×	×	なし	7月30日	1	0	0.0	0	0	0.0	0	0
									7月31日	1	0	0.0	0	0	0.0	0	0
									8月1日	1	2	2.0	2	2	130.0	130	130
									8月2日	1	1	1.0	1	1	60.0	60	60
									8月3日	1	3	3.0	3	3	90.0	90	90
15	30万人以上 50万人未満	100床未満	急性期が中心で、回復期・慢性期あり	×	○	×	×	なし	7月30日	1	0	0.0	0	0	0.0	0	0
									7月31日	1	0	0.0	0	0	0.0	0	0
									8月1日	1	1	1.0	1	1	20.0	20	20
									8月2日	1	8	8.0	8	8	160.0	160	160
									8月3日	1	0	0.0	0	0	0.0	0	0
16	10万人以上 30万人未満	100床未満	急性期が中心で、回復期・慢性期あり	×	×	×	×	あり	7月30日	1	6	6.0	6	6	160.0	160	160
									7月31日	1	1	1.0	1	1	20.0	20	20
									8月1日	1	1	1.0	1	1	30.0	30	30
									8月2日	1	0	0.0	0	0	0.0	0	0
									8月3日	1	7	7.0	7	7	200.0	200	200
17	10万人以上 30万人未満	100床未満	急性期が中心で、回復期・慢性期あり	×	○	×	×	なし	7月30日	1	3	3.0	3	3	100.0	100	100
									7月31日	1	4	4.0	4	4	90.0	90	90
									8月1日	1	2	2.0	2	2	100.0	100	100
									8月2日	1	3	3.0	3	3	120.0	120	120
									8月3日	1	2	2.0	2	2	110.0	110	110
18	50万人以上 100万人未満	200床以上 400床未満	回復期が中心	×	○	×	×	あり	7月30日	3	3	1.0	0	3	10.0	0	30
									7月31日	3	3	1.0	0	3	6.7	0	20
									8月1日	3	5	1.7	0	4	13.3	0	30
									8月2日	1	3	3.0	3	3	30.0	30	30
									8月3日	2	1	0.5	0	1	5.0	0	10
19	50万人以上 100万人未満	100床以上 200床未満	回復期が中心	×	○	×	×	あり	7月30日	1	1	1.0	1	1	10.0	10	10
									7月31日	1	1	1.0	1	1	30.0	30	30
									8月1日	1	2	2.0	2	2	30.0	30	30
									8月2日	1	2	2.0	2	2	30.0	30	30
									8月3日	1	2	2.0	2	2	80.0	80	80

※非常勤医師についても実人数として計上

# 全国自治体病院協議会定例記者会見

## 2023年7月13日

- ・ 宿日直許可の取得が進んでいるが、4分の1近くの病院が取得していない。改めて宿日直許可取得を各病院に呼びかける。……………今後「取得が困難な病院」への対応が重要なポイントになってくる。
- ・ 宿日直許可を得れるかどうかは「大学病院からの医師派遣」にも大きく関係してきます。「今のままでは、大学病院からの派遣医師引き揚げが行われる」危険性があると竹中副会長らは言う。

# **全国医師ユニオン調査(2022年有効回答 7558人)**

- ・ほとんど通常業務をしない「寝当直」は19.9%  
残りの約8割は、宿直でも日勤帯と同じか、少ない程度の業務**

# 全国医師ユニオン

- 厚労省は、夜間の診療が常態化している医療機関に対して、宿直許可を認めるなどの指導を行っている。
- (1時間に5人程度の診察を行っても、宿日直許可をとってもよいとの指導があった。)
- しかも、この宿日直時間を勤務間インターバルに当ててよいとしている。
- 「休息時間」とは、労働からの解放が完全に保障されている時間であり、その自由利用の原則が労基法において定められている。
- 勤務間インターバルは「休息時間」であり、「休憩時間」と同様に、勤務から解放され自由な利用が保障されるべきである。管理監督者の指揮命令下で診察を行うことを義務付けられている宿日直時間を勤務間インターバルに当てることは許されない。
- 全国医師ユニオンは現場の医師から強い怒りの声が寄せられており、誤った指導を止めることを求める声明発表と厚労省への要請文提出、記者会見を行った。

# 急患26人診療、2人みとり・でも休息扱い 宿日直の「特例」急拡大

## 2023年9月17日 朝日新聞デジタル

朝日新聞デジタル > 記事

時時刻刻

### 急患26人診療、2人みとり…でも休息扱い 宿日直の「特例」急拡大

枝松佑樹 2023年9月17日 19時30分



✉ f X B! ...  
List 20



「宿日直許可がおりた後も、寝直のときは毎回多くの救急患者を診ている」と話す男性医師=8月、枝松佑樹撮影

医師が宿直や日直をしても、労働時間とみなさない特例が医療現場に広がっています。来年4月からの「医師の働き方改革」に逆行しかねない動きですが、国や病院も後押ししています。なぜなのか、現場から伝えます。

#### 働き方改革「逆行」の特例、医療現場で拡大 国や病院の事情が後押し→

酷暑が続いていた8月上旬の夕方、東日本にある救急病院（約300床）に勤める40代の男性医師は、もう一人の医師と翌朝9時までの宿直に入った。

午後8時前、尿管結石の合併症で腎臓に炎症を起こした高齢女性が救急車で運ばれて来た。敗血症 性ショックを起こす恐れがあった。

すぐ専門治療が必要と判断し、近くの病院3カ所に1時間かけて電話したが、「夜なので医

師を呼び出せない」と受け入れを断られた。

女性に問診、血液や尿の検査、抗生剤の点滴、尿道カテーテルなどの処置をして入院してもらい、夜中は2～3回様子を見に行った。翌朝、泌尿器科がある病院に転院するのを見届けた。

午前0時前、急性アルコール中毒で意識のない若い男性が搬送されてきた。午前2時前に来たのは、ほかで受け入れを9回断られたという熱中症の中年男性だった。

朝までに受け入れた救急患者は計26人。男性医師は「夜間の救急では一人として手を抜ける患者などいない」と話す。

#### 死亡診断書を書き、病棟を見回り…でも「休息時間」に

合間を縫って、病棟の約300人の入院患者も見回った。2人の末期がん患者をみとり、家族を呼んで説明し、死亡診断書を書いた。

午前4時前に仮眠室に入り、起きたのが午前7時。睡眠は3時間だった。

ところが、この宿直は一定の手当が出るものの、病院から労働時間ではなく、「休息時間」とみなされた。男性医師は翌日も休めず、夜まで通常診療をこなした。

これらが可能になったのは、この病院が今年に入り、労働基準監督署から「宿日直許可」を得たからだ。

許可があれば、夜間や土日、入院患者の急変や外来患者に対応するため医師が待機する「宿直」や「日直」について、特例的に労働時間としてみなさなくてもよくなる。

来年4月から「医師の働き方改革」が始まり、時間外労働が原則年960時間（月80時間相当）に罰則付きで規制されるのを前に、いま多くの病院が宿日直許可を申請している。

地域の病院は人手不足のため、宿日直は主に地元の大学病院から派遣される医師が担っている。時間外労働の上限は、大学病院と派遣先での労働時間を合計した上で適用される。

許可がない病院では宿日直の時間すべてが労働時間とみなされるため、大学病院は上限超えを心配し、派遣医師を引き上げる動きがある。各病院は宿直を回せなくなり、救急や出産の対応が止まってしまう事態を避けようとして許可を申請している。

#### 厚労省も促進の「宿日直許可」、浮上した二つの課題

地域医療の崩壊を防ぎたい厚生労働省も、病院に宿日直許可の申請を促している。労基署による許可は2021年が233件、22年が1369件と約6倍に急増した。

ただ、宿日直許可をめぐる、二つの課題が浮上している。

厚生労働省の基準では、許可には「軽度または短時間の業務」「十分な睡眠がとれる」などの条件を満たす必要があるが、表現があいまいなため、厳密には基準に該当しないような病院も許可されることがある。

また、許可の取得後でも、宿日直中に通常業務が発生すれば、病院は労働時間として扱い、時間相応の手当も支払わなければならないが、適切に運用していないケースがある。

これらが原因で、実際には働いているのに労働時間とみなされない「隠れ宿日直」が存在すると専門家は指摘する。

男性医師は訴える。

「労基署は病院の実態をよく把握せずに許可したのではないかと。長時間労働の医師が患者を治療すれば、事故も起きかねない。働き方改革に逆行している」

◇

「医師の働き方改革」をめぐる動きを今後も報じていきます。「派遣医師の引き上げ」「宿日直」「自己研鑽（けんさん）」などに関する情報を [kenko@asahi.com](mailto:kenko@asahi.com) へお寄せください。（枝松佑樹）

# 医師の働き方改革に逆行しかねない動き・・・ 医療現場で拡大か？！

- 厚労省の基準では、許可には「軽度または短時間」の業務、「十分な睡眠がとれる」などの条件を満たす必要があるが、表現があいまいなため、厳密には基準に該当しないような病院も許可されることがある。
- また、許可の取得後でも、宿日直中に通常業務が発生すれば、病院は労働時間として扱い、時間相応の手当も支払わなければならないが、適切に運用していないケースがある。
- これらが原因で、実際には働いているのに労働時間とみなされない「隠れ宿日直」が存在すると専門家は指摘する。
- 「労基署は病院の実態をよく把握せずに許可したのではないか。長時間労働の医師が患者を治療すれば、事故も起きかねない。働き方改革に逆行している。」

# 宿日直許可取得後の適切な労務管理のために

## 労働基準局 監督課 労働条件政策課 労働時間特別対策室

### 2024年3月29日

## STEP01 宿日直業務に関するチェックリスト①

**許可事例**

断続的な宿直又は日直勤務許可書 第〇〇〇号  
 ※診療科を限定した許可である場合もあります。 令和 5年 4月 1日  
 この点についてもご確認をお願いします。

事業の名称  
 所在地  
 代表者職氏名

殿  
 労働基準監督署長 印

令和 5年 4月 1日 付けをもって申請のあった断続的な宿直又は日直の勤務については、下記の附款を附して許可する。  
 なお、この附款に反した場合には、許可を取り消すことがある。

記

1 1回の勤務に従事する者は次のとおりとする。  
 宿直 1人以内  
 日直 1人以内

2 1人の従事回数は次の回数をこえないこと。  
 宿直 週1回  
 日直 月1回

3 勤務の開始及び終了の時刻は、それぞれ次のとおりとすること。  
 宿直 開始 午後 9時 00分より前に勤務につかせないこと。  
 終了 午前 8時 00分より後に勤務につかせないこと。  
 日直 開始 時 分より前に勤務につかせないこと。  
 終了 時 分より後に勤務につかせないこと。

4 1回の宿直又は日直の手当額は ● 円以上とすること。  
 なお、この金額については、将来においても、宿直又は日直の勤務につくことの前定されている同種の労働者に対して支払われている賃金の1人1日平均額の3分の1を下回らないようにすること。

5 通常の労働に従事させる等許可した勤務の態様と異なる勤務に従事させないこと。

6 宿直の勤務につかせる場合は、就寝のための設備を設けること。

以下の「宿日直許可書への適合状況」についてご確認ください。  
 チェックがつかない項目があれば、宿日直許可の効果が発生していない可能性があります。宿日直業務について見直しを行ってください。

- 宿日直の人数**
    - 1回の宿日直業務に、許可された人数を超える数の医師を就かせていないか。
  - 宿日直の回数**
    - 1人の医師が宿日直業務に就く回数が、許可を上回るものとなっていないか。
  - 宿日直の時間帯**
    - 許可した開始時間前又は終了時間後に、宿日直業務に就かせていないか。
  - 宿日直の手当**
    - 許可した金額以上の宿日直手当を支払っているか。
    - 宿日直業務に就く医師に変更があった場合、都度宿日直手当の金額に不足がないか確認しているか。
  - 就寝設備**
    - 就寝設備は引き続き備わっているか。
- 宿日直許可書への適合状況

# STEP01 宿日直業務に関するチェックリスト②

## 許可事例

### 断続的な宿直又は日直勤務許可書

※診療科を限定した許可である場合もあります。 第 〇〇〇 号  
この点についてもご確認をお願いします。 令和 5 年 4 月 1 日

事業の名称  
所在地  
代表者職氏名

殿

労働基準監督署長 印

令和 5 年 4 月 1 日 付けをもって申請のあった断続的な宿直又は日直の勤務については、下記の附款を附して許可する。  
なお、この附款に反した場合には、許可を取り消すことがある。

記

(中略)

5 通常の労働に従事させる等許可した勤務の態様と異なる勤務に従事させないこと。

6 宿直の勤務につかせる場合は、就寝のための設備を設けること。

以下の「宿日直許可書への適合状況」についてご確認ください。  
チェックがつかない項目があれば、宿日直許可の効果が発生していない可能性があります。宿日直業務について見直しを行ってください。

## 宿日直業務の態様

- 宿日直業務の時間帯に、**本来業務**である診療やその準備行為、後処理（電子カルテの確認等）を行うことが**常態化していないか**（あっても稀か）。
- 突発的な事故による応急患者の診療又は入院、患者の死亡、出産等への対応の頻度が、許可申請時点から相当程度増加していないか。**（新たに救急病院の指定を受けたなど許可申請時点から事情の変更はないか。）

宿日直許可書への適合状況

上の2つが  の場合でも

やむを得ず  
宿日直の時間帯に突発的な診療等の  
通常業務を行った場合には...

- その時間を把握しているか。
- その時間について、別途賃金（必要な割増賃金を含む）を支払っているか。  
※支払っていない場合、労働基準法違反になります。

# STEP02 宿日直業務の勤務環境改善に向けたチェックリスト

- 医師は、宿直明けの業務負担軽減や、宿直明けを休みとする取組により、満足度が向上するという調査結果があります（P9）。
- 宿日直許可取得後も、医師の宿日直業務の勤務環境改善に向けた取組を進めましょう。
- 副業・兼業先で宿日直業務に従事する場合があります。医師からの自己申告等に基づき、副業・兼業先の勤務実態も確認できる体制を確保しましょう。

## 院内の勤務環境改善の取組

- 宿日直許可書の内容や宿日直許可中の業務態様が、宿日直を行う医師と一緒に働く他のスタッフ等にも共有されているか。
- 仮眠室の整備など、宿日直中に十分な休憩や睡眠を確保できるような環境整備を行っているか。
- タスク・シフト／シェアを進めるなど、宿日直中の医師の業務量削減に努めているか。
- 通常業務が発生した場合の連絡体制（オンコール医師など）を確保しておくなど、宿日直許可のある宿日直に従事する医師が通常と同態様の業務に従事しなくてよいように努めているか。
- 宿日直明けの勤務者への配慮（連続当直をしない、当直明けの日勤をいれない等）を行っているか。



## 副業・兼業先

- 副業・兼業先で医師が宿日直業務に就いている場合、副業・兼業先の宿日直許可書の内容の確認に努めているか。
- 副業・兼業先で宿日直の時間帯に突発的に診療等の通常業務を行った時間を確認するため、副業・兼業を行っている医師本人からの自己申告等による確認を行う体制を構築しているか。



※ 副業・兼業先とは、複数の勤務先で勤務する医師について、自院以外の全ての勤務先を指します。  
例えば、医師の派遣を受け入れている医療機関にとっては、派遣元の医療機関が副業・兼業先となります。

# 過去の裁判事例

## 奈良県立病院産科医師事件(2013年2月12日最高裁上告不受理決定により、2010年11月16日大阪高裁判決が確定)

令和元年7月1日 厚生労働省労働基準局

「医師、看護師等の宿日直許可基準について」より

### 奈良県立病院産科医師事件

(平成25年2月12日最高裁上告不受理決定により、平成22年11月16日大阪高裁判決が確定)

- 産科医の宿日直勤務について、通常の労働時間内勤務と同等の労働が行われており、断続的な労働（労働基準法41条3号）に該当しないとして、休日・夜間の宿日直勤務全体が労働時間に当たるとされた事例。
- 「病室の定時巡回、少数の要注意患者の定時検脈など、軽度又は短時間の業務のみが行われている場合には、労働基準法41条3号の断続的業務たる宿日直として取り扱い、病院の医師等が行う付随的日直業務を許可してきたこと」等の労働行政の扱いは、医療機関における宿日直勤務が労基法41条3号の断続的業務に当たるかどうかを判断する基準として相当なものといえるとされた。
- 本件の宿日直勤務については、通常の労働に従事させるなど、許可した業務の態様と異なる勤務に従事させないこと等の条件のもとに、労働基準監督署長から許可を受けていたが、当該許可は、「本来、取り消されるべきものであった」とされ、労働基準監督署は平成22年5月産婦人科医の宿日直勤務は違法な時間外労働に当たる上、割増賃金も支払っていないとして、病院を運営する奈良県を労働基準法違反容疑で検察庁に書類送検している。
- 本件原告の産科医2人は、平成16～17年に、210回・213回の宿日直勤務をこなし、1人は計56時間連続して勤務したケースもあった。分娩件数の6割以上が宿日直時間帯で、約半数が異常分娩であった。宿日直勤務時間中に通常業務に従事した時間の割合は実際は1番原告らが主張する4割に近いものであった。
- 産婦人科の当直医は、内規により、入院患者の正常分娩、異常分娩（手術を含む）及び分娩、手術を除く処置全般、家族への説明、電話対応等の処置を行うべきことが予定・要請されていたのみならず、病院に搬送される周産期患者に対して適切な処置を行うべきことが、当然予定・要請されていた。上記の各処置は、いずれも産婦人科医としての通常業務そのものというべきであり、産婦人科当直医の宿日直勤務は、労働密度が薄く、精神的肉体的負担も小さい病室の定時巡回、少数の要注意患者の定時検脈など、軽度又は短時間の業務であるなどとは到底いえない、とされた。
- これらを踏まえ、「宿日直勤務が、労働基準法41条3号所定の断続的労働であるとは認められず、上記勤務は1番被告（病院長）の業務命令に基づく宿日直業務であり、その全体について1番被告（病院長）の指揮命令下にある労働基準法上の労働時間というべきであるから、1番被告は、1番原告らに対し、その従事した宿日直勤務時間の全部について、労働基準法37条1項が定める割増賃金を支払う義務がある」とされた。

# 医師宿直 労災提訴へ

くも膜下出血で寝たきりの状態になり過重労働で労災申請する。宿直を労働時間から除外され労災が認められなかった50代の男性医師が、近く労災認定を求めて国を提訴する。男性への取材で判明した。男性側は厚生労働省の労働基準審査会に再審査を再請求していたが、審査会は宿直をほぼ労働時間と認めず、1月に請求を棄却していた。

東京都内の大学病院の緩和ケア病棟検査室に勤務する50代の男性医師が、宿直時間を含んだ労働時間外に、くも膜下出血を発症し、寝たきりの状態になり、過重労働で労災申請する。宿直を労働時間から除外され、労災が認められなかった。男性側は厚生労働省の労働基準審査会に再審査を再請求していたが、審査会は宿直をほぼ労働時間と認めず、1月に請求を棄却していた。

## くも膜下出血 寝たきり

のうち、患者のみより対応に当たった日の4時間15分は労働時間と認められた。

## 勤務医むしばむ特例「許可」

労災申請を巡って集約になったのは、4月に発覚した「医師の働き方改革」を目前に申請が殺到している。「必要時間」下での業務の取り扱いは、男性医師の宿直労働時間と認めなかった。その理由として挙げたのが、「宿直許可」という特例。再審査でもその判断をおおむね認認した。

宿直許可というのは、宿直や日勤勤務について、労基準法の許可を受けなくても労働時間の規制から外れる仕組みだ。労基準法では、どんな業務をやらせれば許可されるかが、原則として定められている。宿直は「宿直許可」を一般の許可基準として、特別な対応を必要とする。特に、医師の場合には、体系的に特殊な対応を必要とする。

ほかにはカルテを取り扱ったり、半ば機械を主とするなど、時間(1分)なども認められたが、1回の宿直の15時間15分のうち労働時間として加算されたのは1時間未満だった。その結果、発症前3月の時間外労働は月50時間前後に上った。宿直時間大は労働時間と認められた。

としない軽度または中等度の業務に限定する。宿直は「宿直許可」に十分な睡眠が取り得るもの」との条件を示した。軽度な業務の例として、少数の軽症患者やかかりつけの患者に対応するため、問診や診察にあたる業務を挙げている。この宿直許可は、4月1日から実施される医師の働き方改革を前に、駆け込み申請が急増していた。

宿直許可は、男性医師の宿直労働時間と認めなかった。その理由として挙げたのが、「宿直許可」という特例。再審査でもその判断をおおむね認認した。宿直許可というのは、宿直や日勤勤務について、労基準法の許可を受けなくても労働時間の規制から外れる仕組みだ。労基準法では、どんな業務をやらせれば許可されるかが、原則として定められている。宿直は「宿直許可」を一般の許可基準として、特別な対応を必要とする。特に、医師の場合には、体系的に特殊な対応を必要とする。

# 「過労死ライン」 労働局認めず

男性側は宿直を労働時間外労働と認めるよう主張していた。パソコンに残る記録などから、発症前の1ヶ月6カ月の時間外労働は月4日程度の間隔を空けて、毎月1回、10〜15時間程度であり、月8時間とされる「過労死ライン」を超えていたためだ。

	01	02	03	04	05	06
07	15:48	15:23	13:22	宿直(宿直)		
08	10:27	9:48	15:18			
09	4:09	4:09	17:43			
10	7:13	8:27				
11	13:59	12:14	15:15	宿直(宿直)		
12	8:45	8:45				
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
49						
50						
51						
52						
53						
54						
55						
56						
57						
58						
59						
60						
61						
62						
63						
64						
65						
66						
67						
68						
69						
70						
71						
72						
73						
74						
75						
76						
77						
78						
79						
80						
81						
82						
83						
84						
85						
86						
87						
88						
89						
90						
91						
92						
93						
94						
95						
96						
97						
98						
99						
100						

男性側は宿直を労働時間外労働と認めるよう主張していた。パソコンに残る記録などから、発症前の1ヶ月6カ月の時間外労働は月4日程度の間隔を空けて、毎月1回、10〜15時間程度であり、月8時間とされる「過労死ライン」を超えていたためだ。

# 隠れ宿日直問題、国会でも論戦

# 2023年11月8日 厚生労働委員会

## 医師宿日直国会論戦

- **武見大臣** 医療機関における宿日直許可については、特殊の措置を必要としない軽度、短時間の業務、夜間に十分な睡眠が取りえる業務など、宿日直許可基準に適合しているものに限って労働基準監督署が許可の判断を行っております。許可基準に適合しなければ許可することはなく、全ての病院について改めて確認することは考えておりません。
- **鈴木政府参考人** どの医療機関がこういう実態にあるということが申告等でございましたら、個別に、労働基準監督署がそこに立ち入りまして、いろいろな調査を行っている・・
- **議員** ちゃんと指揮命令系統の下にあって・・医師の働き方改革をやろうという話になって、なぜこんな事態が、宿日直許可の乱発というのが起きる事態になったのか

## **病院で宿直中に死亡対応しても「労働時間0」 宿日直許可が問題となっている事例**

- **2018年11月 都内大学病院勤務50代男性医師  
くも膜下出血発症、現在も入院中  
発症前6か月間の内、時間外労働は月200時間超え**
- **2019年10月 労災申請  
労基署は宿直時間(17時15分~翌日8時30分)の内、所定仮眠時間を労働時間から除外し、平均70時間15分にとどまると判断し、棄却した。**
- **請求人は不服として「審査請求」したところ、労働者災害補償保険審査官はさらに厳しい判断で棄却した。**
- **宿日直時間の全てを「常態としてほとんど労働する必要のない勤務」として除外、発症前3か月の時間外労働を平均46時間45分と判断した。**

- ・ **現在、再審査請求中**
- ・ **全国医師ユニオン代表 植山直人氏**

**宿日直許可については、大星ビル管理事件の最高裁判決で「仮眠時間は全体として労働からの解放が保障されているとは言えず、労働契約上の役務の提供が義務付けられていると評価することができる」などとされていることから、「少なくとも急性期病院の医師は宿直業務は常に患者の急変や救急患者に対応することを義務付けられている。最高裁の判例によれば睡眠時間も含めて労働時間であるため、睡眠を取れることを理由に宿直許可を認めることは、最高裁の判例に反している。**

・ **弁護士蟹江鬼太郎氏**

**宿日直許可を得ているため、その時間を全て労働時間外とした労働者災害補償保険審査官の決定は誤りだと指摘**

**労働時間かどうかは、あくまで実態に基づいて客観的に決まる。就業規則などに「仮眠6時間」と定めても関係ない。**

**実作業に従事していなくとも、労働時間足りえる。**

**労働からの解放が保障されていない場合は、労働時間**

**\* そもそも労基署の宿日直許可を得させない。許可を得ても、あきらめずに監視または断続的労働にあたるかどうかを検討することが必要**

**本末転倒だが、働き方改革で上限規制がかけられ、違反した場合の罰則規定が入って以降、労災認定の基準が厳しくなってきた。**

**違反した場合に使用者に罰則が科せられる医師の時間外労働の上限規制は2024年度からだが、既にその傾向が見られる。**

**刑法には謙抑性という原則がある。灰色なのに、病院の使用者に刑事罰を科してはいけなるとなり、労基署担当官らが労働時間の認定を厳しく行うようになってきていると感じる。**

### **3、 医師の働き方改革の争点のひとつ 自己研鑽**

## 医師の研鑽と労働時間

厚生労働省「医師の研鑽の適切な理解のために」

- 医師の研鑽とは、診療等の本来業務の傍ら、医師の自らの知識の獲得や技能の向上を図るために行う学習、研究等のこと
- 労働時間に該当するかどうかは、「使用者の指揮命令下に置かれているかどうか」で判断され、所定労働時間内に行う研鑽は労働時間に該当しますが、所定労働時間外に行う研鑽については、労働時間に該当する場合としない場合があります。
- 労働時間に該当する本来業務や研鑽なのか、労働時間に該当しない研鑽なのかを明確にし、個々の医師について適切な労働時間管理をしていくためには、各医療機関で労働時間に該当するかどうかを明確にするための手続きが重要になります。

## 労働と研鑽の区分け

2023年2月28日時点

- ・ 区分けを文書で明確化している **41.9%**  
(前回調査**29.6%**から**12.3%**増)
- 現在検討中 **32.3%** (同**30.6%**から**1.7%**増)
- 検討していない **24.4%** (同**13.8%**減)

## **26歳医師自殺、両親が病院側を提訴 「業務」と「自己研鑽」の線引きが争点**

- **2020年4月～甲南医療センターで研修医として働きはじめ、**
- **2022年4月～消化器内科の専門医をめざす「専攻医」として勤務**
- **主に救急患者を治療する一方、専門医の資格取得に必要な学会発表の準備にも追われた。**
- **両親が労災申請し、西宮労働基準監督署が調査**
- **死亡直前1か月の時間外労働は207時間50分**
- **約100日間の連続勤務**
- **国が精神障害の労災認定の目安とする「月160時間」を上回り、労災とされた。遺族の刑事告訴を受け、甲南会と院長らを労働基準法違反容疑で書類送検**

- 病院は過重労働を否定、院長は「自己研鑽」の言葉を繰り返した。
- 長時間病院にいたことは認めたが、2022年4月に実際に残業していたのは30時間30分だとした。労基署が認めた200時間とはかけ離れたものだ。
- 病院の内部文書
- 2021年5月、別の内科の専攻医5人が病院幹部に過重労働を訴え、業務改善要望
- 「4月の専攻医の平均残業時間は凡そ100時間を超えていたと考えられます。検査漏れも多くなってきており、このままでは患者さんの命に係ると考えられるので業務緩和をよろしくお願いいたします。」
- 専攻医らは同じ文書で院長に掛け合ったが、院長が対策をとった形跡はなく、労働環境は変わらなかったという。

・テレビの取材

**2023年8月 甲南会理事長**

**「病院として過重な労働を負荷したという認識は持ってございません」  
というが、**

**取材に応じた複数の元専攻医たちは、病院側から業務時間を調整するよう“圧力”があったと証言した。**

**起訴状によると、亡くなる直前の時間外労働は労基署は207時間と認定していますが、申告したのはわずか7時間でした。**

# 過労自殺26歳専攻医の兄、 神戸市議会福祉環境委員会(2023年10月18日)で口頭陳述

「死亡1か月前は月207時間の時間外労働があったが、その大部分は無給だった。『若手医師をコストのかからない都合のいい『単なる労働力』として扱ったからこそ、このような過労自殺が生じたのではないか。』医療従事者の労務管理をないがしろにすれば、医療従事者らの健康だけでなく、患者の生命・健康にも危険が及ぶ。』」

神戸市は現時点では保健所の役割に含まれていないというが、2024年4月施行の改正医療法では、保健所が医療監視を通じて、医師の時間外労働等に関する実態を把握し、指導を行う方針が示されている。

「市には権限がない」というが、市もよそ事ではない、市民病院の実態も報告した。

神戸市立医療センター中央病院の労働実態 労基署から3回、2017年度には75人、2019年は1人が「36協定」超えであり、2021年には出退勤時間と自己申告による時間外労働との乖離があるとの理由から、是正勧告を受けた。時間外労働が年960時間を超える医師は、2019年度は220人(医師全体の約38%)、2022年度には142人(同約24%)

## **4 改革事例 · ·**

# 改革事例 第15回 医師の働き方改革の推進に関する検討会参考資料4 令和3年9月15日

## 労務管理 客観的な労働時間管理システムの導入

- **東京大学附属病院**  
医師向けの勤怠管理システムを導入  
位置情報によって「業務」、「自己研鑽」が結びついており、勤務時間管理の詳細化を測った
- **北海道 名寄市立総合病院**  
ICカードによる打刻と勤怠管理システム導入  
個人のスマートフォンやPCから自身の出退勤状況・時間外勤務内容の把握・確認が可能となり時間外勤務の見える化等により一元的な管理が可能に

## **時間外の申請手続きの明確化**

- ・ **済生会横浜市東部病院**

**実態に即した労働時間管理する。管理部門、各診療科責任者、  
個々の医師がそれぞれの責任と義務分担**

## **自己研鑽の労働時間該当性の整理**

- ・ **岡山大学**

**「労働時間管理のためのガイドライン（医師・歯科医師偏）」  
の作成し、2019年4月から運用開始**

**ガイドライン運用開始に伴い、人件費増加。業務改善が必要な  
課題について明確化**

## **変形労働時間制・シフト制の導入**

- **聖路加国際病院**

**毎月月末までに翌月の勤務予定表作成し、1か月の期間を単位としてその期間内を平均すると1週間の法定労働時間を超えない範囲に労働時間をおさめる1か月単位の変形労働時間制及びシフト制を導入した。**

## **チーム制の導入**

- ・ **九州がんセンター**

**診療科ごとの複数・チーム主治医制、休日当番制の確立を実施するため、各診療科へのヒアリングの実施、医療機関の診療体制としてトッフダウンによる方針を決定し、実施**

## **病院総合医の配置**

- **済生会熊本病院**

**病棟に包括診療医を配置し、包括的な病棟マネジメントを実施。**

**包括診療医は主治医と連携し、かつ他職種協働のチーム医療を推進・管理する要となっている。**

**処方オーダーが午前にシフトし、医師、夜勤薬剤師、夜勤看護師の業務負担が軽減。医師・コメディカルの働きやすさが向上した。**

## **病病連携・病診連携**

### **・朝日野総合病院**

**地域包括ケアの推進に寄与することを目的に「熊本市北区医療介護福祉ネットワーク研究会」創設、開催。研究会を通じて、当直医師派遣先の病院を広げ、調整が行いやすくなった。**

### **・済生会江津総合病院**

**済生会、江津医師会、能美医院の3法人で地域医療連携推進法人「クロスアポイントメントシステム」を基本とした医師相互交流、病院と診療所の両施設で診療にあたるシステム構築。共同研修、医療機器の共同利用、病床の解放等を行った。**

## 病病連携・病診連携

### ・若草第一病院

一般外来の一部廃止、17時～19時の一般患者外来廃止、かかりつけ医との定期的な研修会の開催。渉外担当者による登録医、開業医訪問。

逆紹介率 約70% ⇒ 98.4%

紹介率 約50% ⇒ 61.7%

### ・公立森町病院

町内にある6診療所と月1回定期的に会合を持つ。平成18年度から週1回18時から22時まで診療所の医師も救急外来業務に参加

## 病状説明の勤務時間内実施と患者・家族への周知徹底

### ・長崎大学病院

県内の医療機関が連携して、患者の病状説明等は、診療時間内に原則実施する方針に

医師アンケート 本取り組み「効果あり」43.8%

本取り組みに関して患者やご家族から苦情受けたことがない 93.8%

## **患者相談窓口の設置**

- ・ **神奈川県立がんセンター病院**

**医療者と患者家族間の対話推進を目的とし、医療コーディネーターを  
専属配置**

**相談苦情対応検討会は予防的な取り組みも。チーム対応が明確化**

## 研修医の学習環境の向上

- ・ 関東労災病院

研修医から「日当直による長時間労働によって、ミスの遠因となっている」とインシデントレポートが提出された。

変形労働時間制により日当直を所定労働として管理するようにした。

命令時間外に研修医が居残ることを希望する場合は、「自主的研修申告書」にて記録を残す仕組み構築した。

## 子育て中医師のキャリア形成支援

- ・ 筑波大学附属病院

専任のキャリアコーディネーター配置し、個別に研修支援プログラムを作成

キャリアアップ支援を受けた医師の8割以上がフルタイム勤務に復帰している。

- ・ 岡山大学病院

女性医師のための働き方改革及びキャリア支援等のために病院内にダイバーシティ推進センターを設置した。

離職時期は92%が10年以内、ただし50%が1年未満で復職。  
従来の定員外増員として「女性支援枠(現在キャリア支援枠)」の設立

## **ICT活用**

### **電子カルテによる省力化**

- ・ **宇治徳洲会病院**

**患者のバイタル等のデータが瞬時に電子カルテシステムに反映されるスポットチェックモニター導入**

- ・ **横須賀共済病院**

**音声入力できる電子カルテの開発とNFC(近距離無線通信技術)によるバイタルサインチェックにより、手入力をAI・ICTにタスクシフトしている。**

# **ICT活用 AI問診の活用**

## **・長野中央病院**

**AI問診のタブレット端末を患者が操作し、問診を実施。問診結果は、自然な医療言語に変換され、医師や看護師のパソコン画面へ出力され、それぞれが修正したうえで、カルテに確定保存。**

**これを機に、問診業務を看護師から事務職担当へ変更  
問診待ち時間減少にも成功**

# **ICT活用 情報共有ツールの活用**

## **・ 姫野病院**

**業務の効率化を目的としてチャット機能を有するアプリケーション導入**

**通話が必要最低限に抑えられ、通話による拘束がなくなることで、急ぎでない業務によって手を止められることがなくなり、業務の効率化に繋がった。**

**会議前に会議の課題や内容を周知することにより、会議時間が短縮され、会議の時間を超過することがなくなった。**

## **5 医療機関のおかれている現状と改革の必要性**

# ① JAといで総合医療センターにおける医師の働き方改革 JA といで総合医療センター病院長報告より

- ・ 概要
- ・ **414床(一般361床、回復期45床、感染8床)**
- ・ **入院患者数 約120000人/年**
- ・ **外来患者数 約320000人/年**
- ・ **2次救急指定医療施設 第一種感染症指定医療機関**
- ・ **救急車応需 約4700件/年(walk-in約17000人)**
- ・ **手術数 約2500件/年**
- ・ **常勤医数 105名(含研修医)**
- ・ **\* 2024年4月からA水準の医療機関になる。**

# JAといで総合医療センター

## 当直可能医師

	救急患者数
内科系……………33名	9500人/年
外科系……………18名	4700人/年
小児科……………5名	7000人/年
産婦人科…………6名	500人/年
研修医……………18名(内科系、外科系で1人ずつ当直)	

\* 小児科は2017年から23時以降は救急車のみ対応

(~2016年 13000人/年)

\* 小児科と産婦人科は大学から非常勤で当直医派遣協力(週1~1.5回)

## **JAといで総合医療センター**

### **・宿直問題**

**現在はシフトと当直手当(買上げ)で処理している。宿直申請予定週1回当直と月1回日直が入ると、週3~4日のウイークデーの日勤業務ができない。(研修にならないし、収支も悪化する)**

**保健所主導で小児救急の調整会議を行っているが、結論は得れていない。**

**中規模病院が大病院同様の勤務体系をとるのは無理があるため、High Volume Center化、夜間こども救急センター設置(含開業医協力)等長期的視点からの考慮を**

## ② 広島新病院の設置に向けた医療機関の再編・連携

### ・新病院の役割

高度急性期医療機能

医療人材育成機能

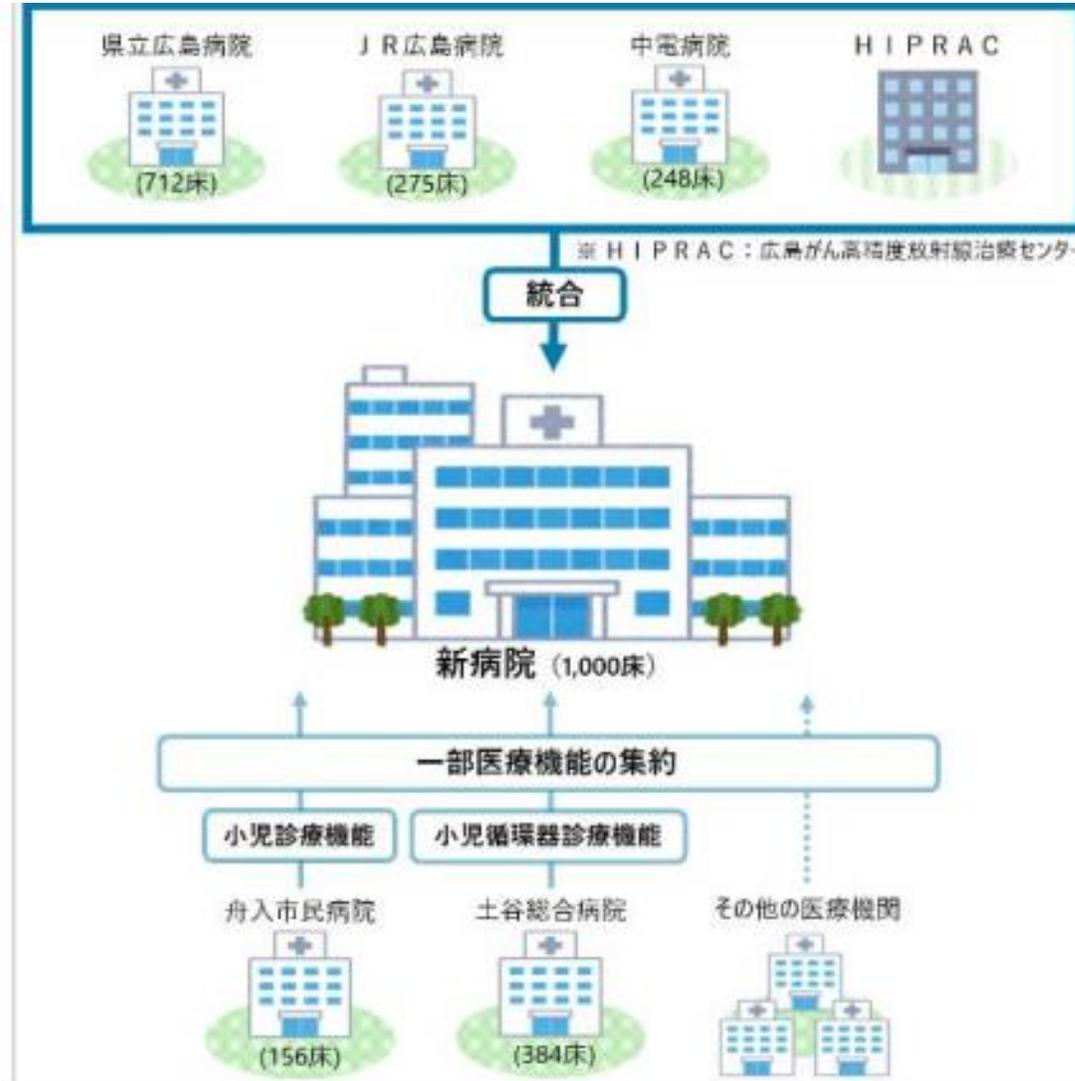
広島県の医療提供体制を支える機能・広島大学と連携した中山間地域の医療機関に  
対する医療人材の派遣・循環の仕組みを構築することにより、中山間地域の医療提供体制の維持に努  
めます。

総病床数 1000床

一般病床 950床（重症系病床130床）

精神科病床（児童・思春期病床含む）50床

# 広島新病院医療再編イメージ図



広島県における救急搬送状況  
高度医療人材育成拠点ビジョン  
2022年3月

広島県地域保健対策協議会  
保健医療問題検討委員会

政令指定都市を持つ道府県における  
医療機関受け入れ状況  
重症以上 2019年

区 分	受入れ件数	受入照会 4 回以上		現場滞在時間30分以上	
		件数	構成比	件数	構成比
全 国	456,973	11,067	2.4%	23,790	5.2%
北海道	21,775	407	1.9%	1,093	5.0%
宮城県	9,932	355	3.6%	778	7.8%
埼玉県	24,345	1,095	4.5%	3,190	13.1%
千葉県	19,307	962	5.0%	2,232	11.6%
東京都	44,919	1,807	4.0%	2,349	5.2%
神奈川県	33,755	481	1.4%	2,819	8.4%
新潟県	11,498	451	3.9%	770	6.7%
静岡県	10,768	173	1.6%	502	4.7%
愛知県	18,657	61	0.3%	191	1.0%
京都府	7,878	110	1.4%	260	3.3%
大阪府	15,577	460	3.0%	702	4.5%
兵庫県	15,616	355	2.3%	789	5.1%
岡山県	10,189	295	2.9%	345	3.4%
広島県	10,861	330	3.0%	820	7.5%
福岡県	11,620	141	1.2%	157	1.4%
熊本県	7,809	109	1.4%	204	2.6%

\*初診時の傷病程度が重症(3週間以上の入院加療)又は死亡

## 政令指定都市を持つ道府県等 における医療機関受入れ状況

小児 2019年

区 分	受入れ件数	受入照会 4 回以上		現場滞在時間30分以上	
		件数	構成比	件数	構成比
全 国	388,617	6,702	1.7%	11,532	3.0%
北海道	12,216	206	1.7%	381	3.1%
宮城県	6,062	199	3.3%	279	4.6%
埼玉県	23,483	481	2.0%	1,479	6.3%
千葉県	20,916	486	2.3%	1,024	4.9%
東京都	50,147	1,137	2.3%	2,064	4.1%
神奈川県	35,184	317	0.9%	1,253	3.6%
新潟県	5,074	183	3.6%	249	4.9%
静岡県	9,008	119	1.3%	227	2.5%
愛知県	22,340	94	0.4%	167	0.7%
京都府	7,654	58	0.8%	105	1.4%
大阪府	39,991	1,165	2.9%	1,271	3.2%
兵庫県	19,506	263	1.3%	436	2.2%
岡山県	5,223	117	2.2%	80	1.5%
広島県	7,148	158	2.2%	275	3.8%
福岡県	15,529	160	1.0%	162	1.0%
熊本県	4,771	80	1.7%	55	1.2%

\*15歳未満の傷病者

## 広島県における受け入れに至らなかった理由(重症(長期入院)以上傷病者)

理 由	重症以上		小 児	
		照会11回以上		照会11回以上
手術中、患者対応中	629	4	286	5
ベッド満床	494	8	31	3
処置困難	1,255	35	704	15
専門外	251	17	287	1
医師不在	121	5	150	1
初診（かかりつけ医なし）	109	0	0	0
理由不明、その他	756	30	355	1
合計	3,615	99	1,813	26

※「手術中、患者対応中」…手術中、重症(長期入院)患者対応などにより手が離せない

「処置困難」…傷病者の症状に対処する設備、資器材がない。手術スタッフ不足、人手不足、手に負えない

「専門外」…専門処置が必要であるが、専門医が不在

広島県  
高度医療・人材育成拠点基本構想  
2022年11月

広島県

救急搬送状況

重症又は死亡患者の救急搬送  
受入状況 2020年

図表 11 重症又は死亡患者\*の救急搬送受入状況

[東京都及び政令指定都市を有する都道府県 2020年]<sup>11</sup>

(件, %)

区 分	受入れ件数	受入れ照会4回以上		現場滞在時間 30 分以上	
		件数	構成比	件数	構成比
全 国	440,136	12,998	3.0%	26,807	6.1%
北 海 道	20,703	481	2.3%	1,211	5.8%
宮 城 県	9,194	350	3.8%	830	9.0%
埼 玉 県	23,872	1,189	5.0%	3,347	14.0%
千 葉 県	18,018	872	4.8%	2,246	12.5%
東 京 都	42,225	3,276	7.8%	3,388	8.0%
神 奈 川 県	32,609	700	2.1%	3,501	10.7%
新 潟 県	11,112	422	3.8%	721	6.5%
静 岡 県	10,429	143	1.4%	577	5.5%
愛 知 県	18,736	63	0.3%	202	1.1%
京 都 府	7,748	105	1.4%	267	3.4%
大 阪 府	15,595	707	4.5%	821	5.3%
兵 庫 県	15,424	486	3.2%	952	6.2%
岡 山 県	9,847	356	3.6%	386	3.9%
広 島 県	10,510	282	2.7%	822	7.8%
広島市消防局管内	4,427	138	3.1%	431	9.7%
福 岡 県	11,568	203	1.8%	197	1.7%
熊 本 県	7,341	4	0.1%	90	1.2%

※ 初発時の傷病程度が重症（3週間以上の入院加療）又は死亡

## 現場滞在時間30分以上の 推移(重症以上)

図表 12 現場滞在時間30分以上の推移(重症以上※) [全国及び広島県]<sup>12</sup> (件, %)

区 分		2015年	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年
全 国	件数	22,379	22,104	22,620	23,643	23,790	26,807
	構成比	5.2%	5.0%	5.0%	5.1%	5.2%	6.1%
広島県	件数	776	735	719	818	820	822
	構成比	7.7%	7.4%	7.0%	7.4%	7.5%	7.8%
広島市消防局 管内	件数	466	418	416	477	427	431
	構成比	12.1%	10.6%	10.2%	10.2%	9.4%	9.7%

※ 初診時の傷病程度が重症(3週間以上の入院加療)又は死亡

図表 13 小児<sup>\*</sup>の救急搬送受入状況  
 [東京都及び政令指定都市を有する都道府県、2020年]<sup>13</sup> (件、%)

区 分	受入れ件数	受入れ照会4回以上		現場滞在時間30分以上	
		件数	構成比	件数	構成比
全 国	258,705	4,977	1.9%	9,680	3.7%
北 海 道	7,735	150	1.9%	336	4.3%
宮 城 県	4,021	116	2.9%	236	5.9%
埼 玉 県	15,213	359	2.4%	1,197	7.9%
千 葉 県	13,794	333	2.4%	843	6.1%
東 京 都	32,758	1,131	3.5%	1,895	5.8%
神 奈 川 県	23,522	302	1.3%	1,098	4.7%
新 潟 県	3,285	132	4.0%	162	4.9%
静 岡 県	5,781	69	1.2%	206	3.6%
愛 知 県	14,855	88	0.6%	139	0.9%
京 都 府	5,206	56	1.1%	118	2.3%
大 阪 府	26,126	758	2.9%	953	3.6%
兵 庫 県	13,088	218	1.7%	379	2.9%
岡 山 県	3,692	95	2.6%	58	1.6%
広 島 県	5,148	100	1.9%	224	4.4%
広島市消防局管内	2,760	58	2.1%	143	5.2%
福 岡 県	10,548	112	1.1%	123	1.2%
熊 本 県	3,866	7	0.2%	44	1.1%

※ 15歳未満の傷病者

## 小児の救急搬送受入状況 2020年

## 現場滞在時間30分以上の 推移(小児)

図表 14 現場滞在時間30分以上の推移(小児\*) [全国及び広島県]<sup>14</sup> (件, %)

区 分		2015年	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年
全 国	件 数	12,039	12,237	11,515	11,494	11,532	9,680
	構成比	3.4%	3.2%	3.1%	3.1	3.0%	3.7%
広島県	件 数	276	292	267	233	275	224
	構成比	3.9%	4.1%	3.8%	3.4%	3.8%	4.4%
広島市消防局 管内	件 数	197	209	154	150	157	143
	構成比	5.4%	5.6%	4.4%	4.1%	4.3%	5.2%

※15歳未満の傷病者

## 救急搬送患者の受け入れ に至らなかった理由

(重症以上傷病者)広島県  
2020年

図表 15 救急搬送患者の受け入れに至らなかった理由  
(重症以上傷病者) [広島県, 2020年]<sup>15</sup>

(件, %)

理由	重症以上 (構成比)		小児 (構成比)	
手術中, 患者対応中	510	(16.1%)	161	(12.3%)
ベッド満床	379	(12.0%)	13	(1.0%)
処置困難	1,353	(42.8%)	623	(47.4%)
専門外	208	(6.6%)	161	(12.3%)
医師不在	103	(3.3%)	82	(6.2%)
初診 (かかりつけ医なし)	14	(0.4%)	3	(0.2%)
理由不明, その他	595	(18.8%)	271	(20.6%)
合計	3,162	(100.0%)	1,314	(100.0%)

※「手術中, 患者対応中」…手術中, 重症(長期入院)患者対応などにより手が離せない

「処置困難」…傷病者の症状に対処する設備, 資器がない, 手術スタッフ不足, 人手不足, 手に負えない

「専門外」…専門処置が必要であるが, 専門医が不在

広島県  
高度医療・人材育成拠点基本構想  
2022年11月

広島県

病院勤務医師数の推移  
(都道府県別)

図表 20 病院勤務医師数の推移[都道府県別]<sup>20</sup>

区 分	2002 年		2020 年		増減 2020年-2002年		
	医師数	平均年齢	医師数	平均年齢	医師数	増加率	順位
千葉県	5,383	41.7	9,005	44.5	3,622	167.3%	1
埼玉県	5,123	43.1	8,355	45.3	3,232	163.1%	2
沖縄県	1,773	41.6	2,780	45.4	1,007	156.8%	3
神奈川県	8,754	40.8	13,106	43.0	4,352	149.7%	4
東京都	19,423	40.5	29,052	42.4	9,629	149.6%	5
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
全国計	159,131	41.7	216,474	45.1	57,343	136.0%	—
↓							↓
広島県	3,806	42.0	4,689	46.3	883	123.2%	32
広島市	1,796	40.8	2,345	44.5	549	130.6%	—

## 20～30歳代の病院勤務 医師数の推移(都道府県 別)

図表 21 20～30 歳代の病院勤務医師数の推移[都道府県別]<sup>21</sup>

区 分	2002 年	2020 年	増減 2020 年-2002 年		
	医師数	医師数	医師数	増加率	順位
埼玉県	2,406	3,453	1,047	143.5%	1
千葉県	2,782	3,972	1,190	142.8%	2
東京都	10,939	14,748	3,809	134.8%	3
神奈川県	4,831	6,317	1,486	130.8%	4
兵庫県	3,195	4,109	914	128.6%	5
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
全国計	82,912	92,457	9,545	111.5%	—
↓					↓
広島県	1,960	1,820	▲ 140	92.9%	30
広島市	997	1,039	42	104.2%	—

- **「2002年から2020年までの20～30歳代の病院勤務医師数の推移をみると、全国計では増加しているが、広島県は140人減少**
- **広島県総医師数減少に加え、2033年には4人に1人が65歳以上となり、今後、世代交代が進まない場合には、現状の医療提供体制が維持できなくなることが懸念される。」**
- **こういった事情もこの新病院構想の背景にはある。**
- **新病院構想のメリット、デメリット等を地域住民も含めて話し合いを持っていくことが必要であると思われる。**

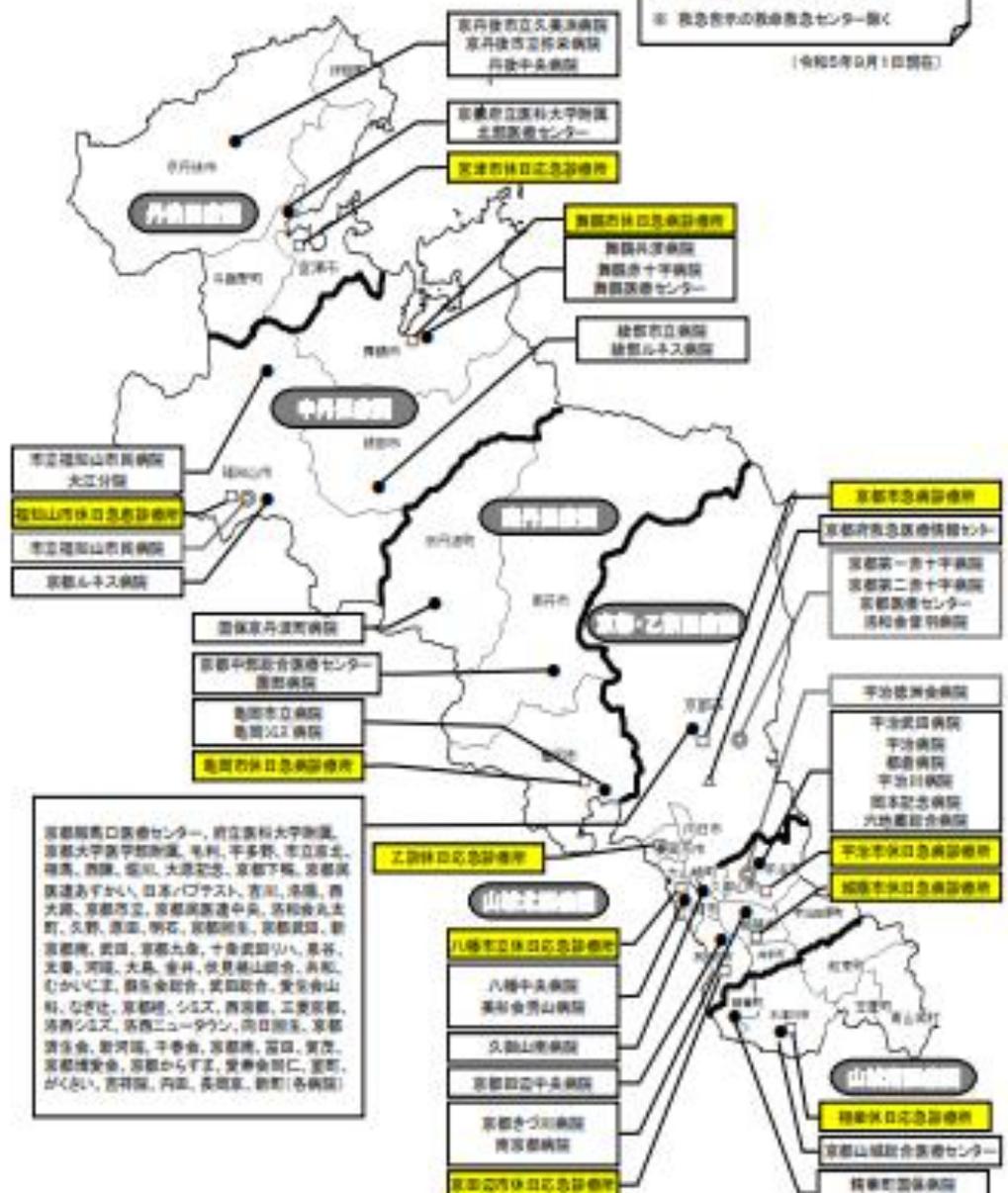
### ③ 洛西地域を考えるにあたって 第二次医療圏 京都・乙訓地域はどんな地域か・・・

- ・ 総人口 約161万7千人(2020年)、面積861 km<sup>2</sup>、  
人口密度1878人/km<sup>2</sup> 大都市型二次医療圏  
高齢化率 28.2%(2020年)  
75歳以上人口 2010年17万人、2040年29.7万人(2010年推定)
- ・ 大学病院、高機能病院や地域の基幹病院が複数あり、急性期医療の提供  
能力が高く、京都全域より患者が集まってくる医療圏  
療養病床、回復期病床は全国平均レベル
- ・ 総高齢者施設ベッド数は、18938床(75歳以上1000人当たり偏差値  
46)と全国平均レベルをやや下回る。介護保険ベッドは全国平均レベルを  
上回るが、高齢者住宅系は全国平均レベルを下回る。

# 京都府救急医療体制図

- 凡例
- …救急センター(二次)(16病院)
  - …救急センター・救急病院(二次)(40病院)
  - …休日救急センター(二次)(11箇所)
  - △…救急医療情報センター(1箇所)
  - ※ 救急車中の救命救急センターへ行く

(令和5年9月1日現在)



## ・介護需要の予測

### ・2021年

京都市の高齢化率 **28.4%**

西京区の高齢化率**28.6%**だが

西京区の中でも洛西支所管内は約**43%**(**2022年**)人口**21700**人、今後は後期高齢者の割合も増えていくことになる。

京丹後市**38.2%**、綾部市**39.0%**(**2020年**)

### ③京都市洛西地域、ニュータウンにおける医療 二次医療圏で捉えきれない・・・

- ・京都市西京区 洛西は1976年に京都市のはじめてのニュータウンとして入居が開始した。
- ・開発規模 約260ヘクタール
- ・計画人口 約4万人
- ・計画戸数 10900戸
- ・現在の人口 約21700人
- ・現在の世帯数 9895世帯
- ・京都市南西部にある西山断層崖の麓で小畑川が南に向かって流れる標高70mから約130mの西山丘陵地と呼ばれる丘陵地に立地している。

**・当初謳っていた市内中心部と結ぶ地下鉄が40年以上たった今も来ず、今は西京基本計画で循環鉄道の予定**

**入居開始から30年も経たない内に人口が減少に転じ、今も人口減少が続く。団塊の世代が多数住み、高齢化率43%以上という京都市の中でも突出した地域である。**

**1980年には京都市立芸術大学が洛西に。西山文化を担うという役割を持って移転してきた。1982年京都市と包括連携協定を結び関西医大附属洛西ニュータウン病院も開設。**

**2023年芸大は、交通の便が悪いことを表の理由にし、京都駅前に移転。2006年、関西医大附属洛西ニュータウン病院は、経営移譲し、洛西ニュータウン病院になる。2027年には隣の市に移転予定。**

**二次医療圏では京都・乙訓医療圏でひとつだが...**

**病院等の状況(平成31年)**

**人口10万人当たりの病院、病床数**

	<b>西京区</b>	<b>京都市</b>
<b>病院数 (箇所)</b>	<b>4.6</b>	<b>6.9</b>
<b>病院病床数 (床)</b>	<b>1024.1</b>	<b>1538.9</b>
<b>一般診療所 (箇所)</b>	<b>73.5</b>	<b>107.6</b>
<b>一般診療所病床数 (床)</b>	<b>4.6</b>	<b>26.6</b>
<b>歯科診療所 (箇所)</b>	<b>43.7</b>	<b>56.2</b>

# 病院の役割と今後について(Bブロック) 令和4年度第1回京都市地域医療構想調整会議にて実施決定した各病院あて調査集計結果 (令和4年10月実施)

## 病院の役割と今後について〔Bブロック〕

※令和4年度第1回京都市地域医療構想調整会議にて実施決定した各病院あて調査集計結果 (令和4年10月実施)

医療機関名 (法人名等省略)  ※一般病床又は療養病床を有する病院 ※機能別病床数の順(高度急性期から)	向感染 加対策	Bブロック														新興感染症対応に おける役割				備考			
		機能別病床数(令和4年7月1日時点) ※休床除く					積極的に取り組む病院機能(抜粋)																
		高度 急性期	急性期	回復期 (地域 急性期)	慢性期	計	脳血管疾患			心疾患		救急		在宅医療			補足	陽性 受入	疑似 症	療養 支援	診療 検査 機関	介護施設 等への 移行 (予定)	補足
							急性 期	回復 期	維持 期	急性 期	回復 期	搬送患者 受入件数	在宅 医療	訪問 診療等 (あんしん 病院 登録件数)	在宅 医療	在宅 医療							
京都大学医学部附属病院	●	706	360		1056	●			●	○	○	5,000以上				特定機能病院	●					精神(60床)、結核(15床)	
京都府立医科大学附属病院	●	596	139		735	●			●	○	○	5,000以上				特定機能病院	●					精神(118床)、結核(54床)	
1 京都桂病院	●	396	149		545	●			●	○	○	5,000以上		▲		地域医療支援病院	●					結核(12床)	
2 三菱京都病院	●	14	141	33	188				●	○	○	1,000~4,999		▲	129		※		△				
3 京都市民連中央病院	●	12	275	124	411		○	△		○	○	5,000以上		○	906				△				
4 宇多野病院	●		105	275	380	●	○	△			○	300~999			42			※					
5 シミズ病院	○	22	117		139	●	○	△		○	○	1,000~4,999		▲	71		○	▲	△				
6 洛西ニュータウン病院	○		108	30	46	184		○	△	●	○	300~999			27		●	※	※	△			
7 西京都病院	○		40		159	199		○			○	300~999	●	▲	32		●			△			
8 内田病院	○			63	63						▲	100~299		▲	19		●		※	△			
9 洛西シミズ病院	▲		84	131	215			△			○	1,000~4,999		○	32				▲	△			
10 泉谷病院 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">調査未回答</span>	▲		71		71			△			○	99以下			7				▲	△			
11 河端病院			50		50						○	300~999			93				▲	△			
12 太秦病院			45		45						○	100~299		▲	133								
13 京都市立京北病院			38		38			△			○	1,000~4,999	●		208				▲	※			
14 身原病院			29		29																	産科・婦人科等を標榜	
15 高雄病院					113	113		△							24						60		
16 嵯峨野病院					60	60									7				※	△	120		
17 京都ならびがおか病院					48	48			△						7				▲			精神(329床)	

感染対策向上加算：●加算1、○加算2、△加算3

脳血管疾患：●急性期、○回復期、△維持期を担う病院 (京都府保健医療計画及び京都府循環器病対策推進計画に記載)

心疾患：●急性期、○回復期を担う病院 (京都府保健医療計画及び京都府循環器病対策推進計画に記載)

救急：●救命救急センター(三次救急)、○救急告示(二次救急)、▲輪番制病院(二次救急)、搬送患者受入件数：令和3年度情報(救急医療提供体制の現況調査(99件以下、100~299件、300~999件、1000~4999件、5000件以上))

在宅医療：●在宅支病等=「在宅療養支援病院」、○後方支援=「在宅療養後方支援病院」、▲訪問診療等=「在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料」及び「在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料」、登録数：あんしん病院=在宅療養あんしん病院の登録病院

新興感染症対応における役割：●陽性受入、○疑似症(陽性疑いの患者)、▲療養支援(感染症からの回復患者受入)、△診療検査医療機関、※今後対応可能な役割

・ **西京区管内**

**洛西ニュータウン病院(急性期108, 回復期30, 慢性期46、  
計184床。救急搬送患者300~999)が閉院**

**シミズ病院(高度急性期22, 急性期117、  
計139床。救急搬送1000~4999) が閉院、**

**洛西シミズ病院(急性期84, 慢性期131, 計215床。  
救急搬送1000~4999)が規模縮小**

**\* 洛西地域から、救急病院は無くなる。シミズ病院グループで隣市に病床数を減らし  
て、3年後に新病院オープン予定**

**\* 洛西ニュータウン病院については京都市と包括連携協定があるはず・・・しかし、京都  
市は洛西ニュータウン病院が閉院を正式発表していないことをいいことに市民に知らぬ  
ふり続けている。(2024年9月27日洛西の医療をよくする会と京都市と話し合いの  
予定)**

- **西京区内の他病院**
- **京都桂病院(高度急性期396, 急性期149、計545。救急搬送受け入れ5000以上)**
- **三菱京都病院(高度急性期14, 急性期141, 回復期33、計188)**
- **救急搬送受け入れ1000~4999)**
- **西京都病院(急性期40, 慢性期159、計199。救急搬送受け入れ300~999)**
- **上記全て桂地区。洛西地域には他にはない。**
- **Bブロックとされる他の病院とは桂川を隔てている。**

**向日回生病院(向日市) 210床(一般110床、療養48床、  
介護医療院52床)**

**長岡京病院(長岡京市) 一般病床97床**

**新河端病院(長岡京市) 一般病院99床**

**京都済生会病院(長岡京市)288床(高度急性期12床、  
急性期233床、回復期43床(個室率46%))**

**千春会病院(長岡京市)地域包括病棟60床、透析25床**

**吉祥院病院(京都市南区)一般病床44床**

**京都府救急医療体制図に記載されている**

**乙訓地域の病院を見ると……**

**洛西ニュータウンに近い病院は向日回生病院、**

**吉祥院病院(京都市南区)を見る……**

## 6 ポスト地域医療構想

## **ポスト2025年の医療・介護提供体制**

- ・ 団塊の世代が全て75歳以上になる2025年に向けて、医療機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築が進められていた。**
- ・ 今後、医療・介護のお複合的ニーズを有する85歳以上人口が急増し、また、高齢者の単独世帯も増加していく。**
- ・ 85歳以上人口は2035年頃まで一貫して増加していく**
- ・ 2040年頃に高齢者人口がピークを迎える見込み**
- ・ 高齢者人口は高止まりしたままだが、生産年齢人口が急激に減少していく**
- ・ 医療提供体制の新たな設計図を作成する必要がある。**

- **2040年頃までを見据えたポスト地域医療構想論議を**  
**2024年3月からスタート**  
**2024年中に取りまとめ**  
**2025年度 国「ポスト地域医療構想作成に向けたガイドライン」**  
**を策定**  
**2026年度 各都道府県で「ポスト地域医療構想」を作成**  
**2027年度 第8次医療計画(2024~2029年度)の中間**  
**見直しにあたる2027年度から「ポスト地域医療構想に向けた**  
**医療提供体制改革」をスタートさせる。**

# 社会保障審議会・医療部会 2024年3月21日

## ・2040年に向けた主な課題

「2025年の病床必要量」に、見込み病床数は近づいているが、「構  
想区域ごと、機能ごとに乖離」

外来や在宅医療等を含めた、医療提供体制全体の議論が不十分  
かかいつけ医機能の確保、在宅医療の強化、介護との連携強化  
都市部と過疎地等で、地域ごとに人口変動の状況が異なる。地域  
で必要な医療提供体制の確保

- 「**地域医療構想**」ではなく、「**地域医療介護構想**」とすべき
- 「**在宅医療や慢性期医療を考える際に重要な軸となるのが高齢者救急である。そうした点も勘案した検討を進めるべき**」
- 「**入院医療では2次医療圏がベースとなろうが、高度医療や感染症対応などでは『より広域での対応』を考える必要がある。一方、在宅や外来では『より狭い区域での構想』を検討しなければならない。**
- 「**在宅医療や医療・介護連携を考える際には、市町村単位、さらに小さなエリアでの対応も検討しなければならない**」
- 「**現在の地域医療構想では、構想区域を2次医療圏ベースとしている。しかし、2次医療圏には『人口数万人』規模のところから『人口200万人超』規模のところまであり、同じ考えで対応することは困難・・・2次医療圏そのものの見直しも必要ではないか**」
- **構想区域問題・・・「県的能力格差」**

## ・地域医療構想

高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能を「再検討すべき」との指摘もある。

「急性期とは何か、回復期とは何かを再定義しなおす必要がある。といわけ回復期機能はわかりにくい」

「回復期と急性期では、医療内容に実は大きな差はなく、回復期では『高齢者の内科系疾患を中心に少ない医師で対応している』状況が見えてきている。各病棟の機能の実態を丁寧に見ていく必要がある」

「病床機能報告制度上の機能(高度急性期、急性期、回復期、慢性期等)と入院料との紐づけをどう考えるのかを再度考えるべき」

## おわりに

- **2024年4月からの医師の働き方改革で、地域医療、といわけ救急医療などへのしわ寄せ(救急体制の縮小など)が生じていると聞く。ポスト地域医療構想の検討にあたっては、医師の働き方改革で地域医療にどういった影響・課題が生じているのかも含めて検討すべきと思われる。**
- **医療の働き方改革の為の診療報酬の改定をはじめ、関連する財源問題も考えなければならない。**
- **介護保険は介護度1, 2は市町村事業に移行も財務省で検討されている。一方、岸田政権の少子化対策の財源に介護利用料2割負担の対象拡大等も狙われており、医療・介護・福祉の制度全般についても目くばせした運動も求められている。**