

医師の働き方改革とポスト地域医療構想

田中 與念子

社会福祉士、基礎経済科学研究所所員

Yoneko TANAKA Reforming Physicians Working Conditions and Future of the Regional Healthcare System

はじめに

2024年4月1日、医師の働き方改革が始まった。

テレビ等でも外来診療の一部休診や地方の医師不足等が伝えられている¹⁾。

2023年10月、日本弁護士連合会は「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」をしている。その中で「医師は他職種に抜き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。「このような厚生労働省の認識にもかかわらず、・・・一般の業種の労働者の時間外労働の上限である年720時間等とは異なる時間外労働の上限(休日労働の時間と合わせて年960時間以下、月100時間未満、特例として年1860時間以下)が設定されている。医師の働き方改革を進めるとしながら、なおも過労死ラインを超える時間外労働を容認している」、「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」。「医療従事者の労働時間を8時間、勤務間隔は11時間とするなど、条約・勧告等の国際基準に合わせた国内法を整備・改善すべきである」としている。

働き方改革が始まった現状と今後のあり方について考えてみたい。

1. 医師の働き方改革の現状

1-1. 医師の働き方改革始動期

医師の働き方改革始動期の状況はどうであろうか。

医師の働き方改革の推進に関する検討会(以下、検討会)では「診療体制縮小の見込みは457医療機関(7326医療機関中、6.2%)。この内、132施設が自院の診療体制縮小による地域医療提供体制へ影響がある。248施設が不明。49施設

が医師の引き揚げによる診療体制への縮小が見込まれる²⁾としている。

四病院団体協議会の調査では「約9割の病院が宿日直の許可を取得・約1割の病院で、医師派遣の中止・削減があった・『診療体制の縮小など何らかの影響が生じている、または生じる可能性』については約4割が影響が生じている、または生じる可能性がある」と回答」「『常勤医不足により今後の日当直体制の維持が難しいため、診療所化を予定』などの意見も寄せられ³⁾たという。

特例水準を申請するのは483病院にとどまっている。「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かと思ったきっかけは、多くの医師がB、C水準を適用しなければならぬ。もしくは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。・・・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、・・・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⁴⁾」、「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。実態と調査との間に乖離がないか留意する必要がある⁵⁾」等の意見が検討会で出ている。

1-2. 過労死防止大綱にみる

医師の過労死労災認定の状況

令和6年度版過労死防止大綱の労災事案分析によると、脳・心臓疾患における労働時間以外の負荷要因をみると拘束時間の長い勤務、勤務間インターバルが短い勤務がそれぞれ24件(24.7%)、不規則な勤務・交替勤務・深夜勤務が21件(21.6%)などである。医師労働にぴったりとあてはまる。今年度の大綱の重点業種等に医療従

事者があげられ、労災支給決定(認定)の内、精神障害事案の分析がされている。医師は2016年度から2020年度の5年間の総数は21件であり、近年増加傾向である。初期臨床研修医が5件(16.1%)、後期臨床研修医が9件(29.0%)、初期・後期臨床研修医以外が17件(54.8%)認定されている。医師の死亡事案では、初期臨床研修医が3件(23.1%)、後期臨床研修医が4件(30.8%)、初期・後期臨床研修医以外が6件(46.2%)である。臨床研修医は医師の働き方改革でもC水準(時間外労働上限1860時間)に位置づけることができる。働き方改革の争点のひとつ自己研鑽の問題もあり、「研修」のあり方も考えなければならない。

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か

宿日直許可は、宿直や日直勤務について、労働基準監督署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であり、労働基準法で定められている。厚生労働省は「ほとんど労働する必要がない勤務」を一般的な基準としている。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。

宿日直許可件数は2020年144件、2021年233件、2022年1369件、2023年は5173件と急増している。「明らかに、これまでは宿日直許可が下りなかった事例で、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、許可が下りなかったICU(集中治療室)でも、ここ2、3年では下りている」⁶⁾。検討会の資料を見ると「600床以上800床未満の高度急性期が中心で三次救急を行っている病院で宿日直許可がおりている。その病院の17時から翌9時までの16時間の患者対応の調査がされている。医師一人あたり平均患者対応時間は271.4分～368.6分。最大患者対応時間は620～770分」。これで宿日直許可がおりている現状がある。全国医師ユニオン等が行った勤務医労働実態調査でも「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」という。

2-1. 隠れ宿日直

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。2023年11月8日、隠れ宿日直問題は国会厚生労働委員会でも論戦があった。議員は「労基署の担当者に業務日誌を見せると、救急車の受け入れ数がちょっと多い、もっと診療時間を短くしてくださいと指摘され、診療時間から検査結果待ち時間を除き、救急車が少ない季節を選んで日誌を提出すると許可がおりた・・・申請に当たっての調査で、宿日直中の業務も急患対応以外は書かないでくれという指示があった、・・・実態を反映しない報告をせよという話がごろごろある」⁷⁾と追及したが、武見厚生労働大臣は「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」⁷⁾と答弁した。「病院の宿日直業務は、仮眠時間中も患者の診療・治療を行うことが想定され・・・労働からの解放が保障されているとは到底言えない。・・・救急病院などの急性期病院で働く医師に宿日直許可を認めることはそもそも間違いだ・・・この間の最高裁の判決に照らしても到底認めるわけにいかないものだ」⁷⁾と追及した。

2-2. 逆流する「働き方改革」

この論戦で話された事例は、都内大学病院で勤務していた50代男性医師が2018年11月、くも膜下出血を発症し、現在も入院中の医師の事例である。

「電子カルテ等から請求人(男性医師側)は発症前6か月間のうち5か月間の時間外労働は月200時間越として、2019年10月に労災申請。ところが、労基署は宿直時間(午後5時15分～翌朝午前8時30分の計15時間15分)のうち所定仮眠時間(6時間)を労働時間から除外、平均月70時間15分にとどまると判断し、棄却した」⁸⁾、「労基署段階では、時間外労働約70時間と認定したものの、その他の負荷を否定し、業務外決定。その審査請求において、審査官決定書で突然、宿直勤務(17時15分から翌朝8時30分までの15時

間15分)の全てを労働時間ではないとし、結果として時間外労働時間を約45時間とした。ちなみに、宿直勤務1回につき、病院側も約9時間15分の労働時間は認めていた⁹⁾。

「この大学病院は宿日直許可を受けていた。…宿日直許可を得ている場合でも…労働時間かどうかは、あくまでも実態に基づいて決まる⁸⁾」、「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…刑法には謙抑制という原則がある。灰色なのに、病院の使用者に刑事罰を科してはいけなくなり、労基署の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ている⁸⁾と 弁護士蟹江鬼太郎氏は言う。全国医師ユニオン代表の植山直人氏は「少なくとも急性期病院の医師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⁸⁾と」言う。

2-3. 宿日直許可取得後も実態を調査し、労基署に突き付けよう

労働基準局は「宿日直許可取得後の適切な労務管理のために」という文書を出している。それによれば宿日直業務に関するSTEP1の宿日直業務チェックリスト①では宿日直の人数、回数、時間帯、手当、就寝設備、チェックリスト②では宿日直業務の態様で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かしていないか。(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)。STEP2宿日直業務の勤務環境改善に向けたチェックリストでは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。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う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)を行っているか等を挙げている。

まずは、労働組合などでこれらの実態を克明に調査し、労働基準局に突き付けていくことが重要ではないだろうか。

3. 働き方改革の争点のひとつ「自己研鑽」

厚生労働省は「医師の研鑽の適切な理解のために」で「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」を言い、「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は労働時間に該当しないとする場合があります。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」としている。

3-1. 専攻医の過労自殺

2022年5月、神戸の医療機関に勤務する専攻医が過労自殺した。遺族が労災申請をし、西宮労働基準監督署は2023年6月、極度の長時間労働により精神障害を発症し自殺したとして労災認定した。「死亡直前の1か月の時間外労働は207時間50分で、3か月平均でも185時間を超えていた。いずれも国が定める精神障害の労災認定基準(月160時間以上、3か月平均月100時間以上)を大幅に上回っている¹⁰⁾。100日連続勤務していたこともわかった。2023年「8月、病院は遺族に説明もしないまま記者会見を開いた。…(院長)『労基署の場合は(タイムカードの)打刻の時間を中心に時間を推定しているんだと思いますけど、病院として過重な労働を負荷していたという認識はございません』…長時間病院にいたことを認めたが、2022年4月に残業していたのは30

時間30分だと主張した」¹¹⁾。認定された時間外労働について、院長は、「高度な専門性を身に着けるための『自己研鑽』や睡眠時間などが含まれている」¹²⁾とした。「一方で、労基署が認定した労働時間に基づき、遺族に未払い残業代を支払ったという」¹³⁾。本人が「病院に申告した時間外労働はわずか7時間」¹⁴⁾だった。

2023年「12月、労使協定で定められて上限(1か月あたり95時間)を超える時間外労働をさせたとして、運営法人と院長らが労働基準法違反容疑で書類送検された」¹⁵⁾。今、遺族は病院を運営する公益財団法人「甲南会」と院長に対し損害賠償を求めて提訴している。この裁判では、業務と自主的な自己研鑽、それぞれに対する認識が主な争点となっている。「兄は『弟は内科専攻医だったので、内科専門医を取らないといけない。専門医を取るには学会発表が必要であり、そのための準備は業務だと思う。上司とのやり取りで、学会発表に向けた資料を作成していたというメールも残っている』…弁護士も『学会発表については、彼が志願してやったわけではなく、上司からやるようにと指示があった。新人が『やりません』と言えるはずもなく、やらざるを得ないことも分かっているはずだ。…『他の過労死事例においても学会発表は直接的および間接的に病院業務に資するという点で、業務と評価した判例もある。学会発表の準備は自己研鑽の名のもとに業務でないという理論は通用しない』」¹⁶⁾。遺族は『『病院は息子が亡くなる前から労働基準監督署の指導を受け、ほかの医師が労働環境の改善を訴えていた』…病院側の主張については、適切な労働時間管理ができていなかったことを正当化しようと躍起になっていると感じた。この裁判を通じて医師の過労死をなくすために社会に一石を投じたい」¹⁷⁾と話している。

「研修医や専攻医ら若手医師の過労自殺は後を絶たない。16年1月には新潟市民病院で当時37歳の女性研修医が自殺。15年7月にも東京都内で30歳代の男性研修医が自殺し、いずれも労災認定された。…川人博弁護士は『若手医師は仕事に不慣れなのに業務量が多く、上司に業務過多を主張できないケースも多い。自己研さんと労働の境界はあいまいで、…規制が導入さ

れても、骨抜きにされる可能性がある』としている」¹⁸⁾。

日進月歩する医療にあって医師の研鑽は国民の命を守っていく上でも重要なことである。個々の医療機関の判断に半ば任せるのではなく、国策として位置づけをするべきと考える。まして「研修」を目的とする研修医、専攻医にとっては当たり前とも言えることである。

4. 医療機関の現状と改革事例

4-1. 保健所主導で調整会議を行っている

中規模病院の事例

T病院は、414床(一般病床361床、回復期45床、感染病床8床)、常勤医は105名。2次救急指定医療施設で、救急車応需は年約4700件。2024年4月以降は、変形労働制を導入してA水準を目指している。小児科、産婦人科に加えて外科系も当直体制に困難を抱えている。

小児科では当直可能医師は5名。小児科では当直時間帯に2016年までは年間13000人受診されていたが、2017年からは23時以降は救急車のみに対応にし、年7000人となっている。週1回当直と月1回日直が入ると日勤業務がうまくまわせない。5~6名の小児科医で毎日当直を組むことは不可能である。対策として当直日の数削減、深夜帯の宿直許可、非常勤当直医の採用なども考えられる。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。まず、地域医療機関で協力して救急を守ることを考えなければならない。High Volume Center化、夜間こども救急センター設置など、長期的な視点から考慮しなければならない。

T病院の事例は全国の多くの病院が抱えている現状ではないかと考えられる

4-2. 救急搬送困難解決、無医地区をなくす

若手医師を獲得する 新病院建設

2030年度広島駅北側に1000床規模の病院が誕生する。県立広島病院とJR広島病院、中電病院、広島がん高精度放射線治療センターの統合及び舟入市民病院の小児診療機能と土谷総合病院の小児循環器診療機能を集約する。

広島県の抱えている問題点をみると、「無医地

区が多い。2019年時点で59地区、北海道に次いで全国2位」「救急搬送困難事例が多い」「症例が集積されておらず、若手医師にとって魅力的な環境が整っていない」といった課題が指摘されている。これらの課題をもう少し深掘りしてみる。県立病院は712床だが、既に50年を超える建物もあり、老朽化、立て替え問題をかかえている。敷地が広くないので、現地立て替えは難しい状況もある。JR広島病院は275床、中電病院は248床と小規模であり、人材の集積に不安がある。また、一部医療機能の集約を図る舟入市民病院は156床、土谷総合病院も384床である。

広島県における2020年の救急搬送状況を見る。初診時の傷病程度が重症または死亡の救急搬送患者のうち、「現場滞在時間30分以上」が広島県7.8%、広島市消防局管内(以下、広島市)9.7%で全国平均6.1%を上回る。小児についても広島県4.4%、広島市5.2%で、全国平均3.7%を上回る。病院が多い広島市内であっても、救急患者の搬送先となる医療機関が初回で決定する割合は全国平均より低く広島市77.6%、全国平均82.9%である。診療科別では整形外科、外科などで1回決定率が低い。重症(長期入院)以上傷病者の広島県における受け入れに至らなかった理由をみると処置困難42.8%、手術中、患者対応中16.1%、ベッド満床12.0%である。小児についても処置困難47.4%、手術中、患者対応中12.3%、専門外12.3%である。救急受け入れには改善が求められている現状がある。

20～30歳代の病院勤務医師数を見ると、2002年と2020年増減対比で、全国平均は111.5%、医師数は9545人増加しているのにも関わらず、広島県は92.9%であり、医師数は140人減少している。今後、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、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。規模が小さい地域の医療機関では症例数が少なく、大規模な拠点病院として整備されると、医師がより多くの症例を経験できるため、全国から若手医師を集めることができる。「症例が集積し、チーム医療を実践している病院は治療成績が良い傾向がある」と言われている。広島大学等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るとしている。また、統合後の県立広島病院の跡地などの再編の影響が予想される地域では、『地域懇話会』を設けて意見も聞いている。県立広島病院と新病院の距離は約5kmある。地域住民からは新病院に直行できるようにアクセスの整備をしてほしい。何らかの医療機能は残してほしい等の意見が出ている。統廃合をすれば、交通の便など不利益な地域も出てくる。そういった地域への手当も考えているようである。

救急医療の改善、若手医師の定着、無医地区への手当、中山間地域の医療提供体制の維持に。そして中国地方の拠点病院としての飛躍、医師の働き方改革の好事例となることを期待したいと思う。

今、全国の医療機関では医師が足りない、元々足りないのに医師の働き方改革で更に足りない。病院建物の老朽化や人口減少、高齢化への対応等様々な問題が山積している。医療機関の再編も進んでいる。私は医療が公共的なインフラであること、公共インフラとしての医療を守っていくという視点に立った再編が必要ではないかと考える。医療機関の再編にあたっての課題として1.再編までの組織体制、2.経営形態をどうするのか、3.財務的な課題、4.地元への理解の浸透一移転元住民におけるアクセス不安の解消や跡地利用、5.再編後の運用課題等が考えられる。このいずれにおいても広島の新病院建設は示唆的であると思われる。

4-3. 京都洛西ニュータウンの医療 行政の力の差が歴然とする・・・

京都市西京区にある洛西ニュータウンは、京都市が初めて行った大規模開発で1976年から入居が始まった。計画人口は4万人であるが、現在は2万2千人となっている。2021年京都市の高齢化率は28.4%だが、洛西支所管内の高齢化率は43%を超えている。

この地域に1982年、洛西ニュータウン病院が関西医大附属洛西ニュータウン病院としてオープンした。2006年にS病院グループを経営するS氏

に経営移譲され、2013年に個人病院から正式に法人化され今日に至っている。関西医大と京都市は包括連携協定を結び、地代も無料で契約している。経営移譲が行われた後も地代の無償は続いた。

しかし、途中から地代が2000万円、更に値上げをして現在は4000万円の地代を洛西ニュータウン病院は支払うに至っている。医師の確保や病院経営に大変になってきたS病院グループは、西京区に有するS病院(139床)と洛西ニュータウン病院(184床)、洛西S病院(215床)の一部を統合して3年後に隣市に新築オープンの手配であるという情報が市民に寄せられている。

京都府の二次医療圏で京都市乙訓の地域は医師数の多い地域とされている。しかし、その中でも医師数やベッド数には地域的偏りがある。

2019年病院等の状況(人口10万人当たり)

	西京区	京都市
病院数(箇所)	4.6	6.9
(全国平均6.6病院)		
病院病床数(床)	1024.1	1538.9
(全国平均1212.1床)		

西京区にはS病院グループ3病院以外にはK病院(545床)とM病院(188床)、N病院(199床)のみとなる。いずれも西京区本省管内であり、洛西地域には洛西S病院がどれだけベッドを残すか?というところになり、総合病院と救急病院はなくなることになる。私は洛西に住み、洛西をよくするために諸活動を行い、医療問題にも関わっている。洛西医療をよくする会では、労働組合等からも洛西ニュータウン病院がなくなるといった情報を2年前から得て運動を開始している。

京都市と3度話し合いを持っているが、「S病院グループが移転を発表していない」ということで市は一步も動いていない。会と市の話し合いにおいても市は医療のおかれている困難な状況をまったく理解していないと思われる発言を繰り返している。高齢化率43%を超える地域で市民の命と暮らしをどのように守っていくのか議論が必要である。

これからの時代を考える上で高齢者救急も重要なポイントになる。例えば、休日夜間急患診

療所を作る、病院が移転した後の交通アクセスをどうするのかといった検討が必要ではないかと思われる。

行政が問題に真摯に向かう姿勢が必要であり、行政の力が市民の医療、命に直結している事例である。

5. ポスト地域医療構想

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きた。高齢者人口は2040年頃にピークを迎えると考えられている。このため2040年頃までを見据えた「ポスト医療構想」作成をしていくことになる。

2024年度中に作成議論が取りまとめられ、2025年度に国が「ポスト地域医療構想作成に向けたガイドライン」を作成し、2026年度に各都道府県で「ポスト地域医療構想」を作成。第8次医療計画(2024年～2029年)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。

5-1. 構想区域をどう考えるか

「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、・・・2次医療圏そのものの見直し議論も必要¹⁹⁾」、「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¹⁹⁾」との声がある。

「県庁所在地に基幹病院などの医療機関が集中し、県庁所在地を有する二次医療圏とその他の二次医療圏で有する医療資源に大きな相違がみられ・・・特定機能病院の診療圏は広域であり、・・・当該二次医療圏外からの受診者が多くみられる。・・・二次医療圏での医療のあり方についての検討²⁰⁾」が必要、「集約化の名目で病院を統合・・・軽症患者が巨大病院にいくしかなく・・・高齢者が急増するこれからの地域医療・・・地域包括ケアには2次救急が不可欠で、・・・小回りの利く病院が必要だ²¹⁾」との声もある。急性期医療

も広域型と地域型を考える必要があり、その連携も必要である。

5-2. 地域医療介護構想

今後、医療・介護の複合的ニーズを有する85歳以上人口が急増する。85歳以上の要介護認定率は57.7%(2022年9月末)になる。2020年から2040年にかけて85歳以上の救急搬送は75%増加し、在宅医療需要は62%増加することが見込まれている。入院、外来、在宅、かかりつけ医機能、訪問看護、介護サービスなどを一体的に考えていく必要があり、地域医療構想を地域医療介護構想と捉えて考えていく必要がある。

高齢の救急搬送患者を受け入れ、急性期治療を行うとともに、リハビリ・栄養補給等を積極的に行い、早期に在宅復帰を促す病床・病棟の拡充が求められている。在宅を中心に入退院を繰り返し最後は看取りを支える医療が必要であり、かかりつけ医の確保、在宅医療の強化、介護との連携強化は重要な観点となる。

介護サービスは多くが「市町村単位」で、外来医療や在宅医療はより狭い「日常生活圏」で設定されている。介護保険費用も増大する中、要介護1、2を市町村の総合事業化する財務省案も浮上している。行政の役割も益々重要になっている。医療を市民の大事なインフラ整備と考へ創っていく必要がある。医療を街づくりの一環として新たな地域医療構想に地域住民の参画を促していかなければならない。

5-3. 地域医療調整会議の更なる進化を

地域医療調整会議は2023年3月末に「合意・検証済」医療機関が60%、病床単位では76%である。「合意・検証済」医療機関が80%を超える都道府県が16府県に対し、「合意・検証済」「協議・検証中」の割合が50%に満たない都道府県が9県ある。取り組みに差が生じている。また、これまでの地域医療構想が病床に着目した議論をしてきたために、医療機関の役割分担・連携の推進につながりにくく、将来のあるべき医療提供体制の実現に向けた議論が十分になされたとは言いがたい現状にある。検証済みの地域でも更なる検証が必要である。今後もバージョンアップを医療機

関、行政、市民と共にされなければならない。

5-4. 医療人材の育成と大学と地域とのかかわり

医療人材確保では2023年全国知事会が「地域の実情に十分配慮した上で、医師需給推計を再度検証すること。…大学が主体的に地域と連携して医師の育成及び医師不足の地域・診療科への医師派遣に取り組むよう…地域に必要な医師が十分確保されるまで医学部臨時定員増を延長」²²⁾することなどを提言している。

広島大学と広島県は連携会議を設けている。「広島県の医療の高度化(人材育成)と地域医療の確保を協議する。あわせて、県内全体の医療機能の強化について協議する」²³⁾。大学と行政の連携に市民の参画も得た取り組みが必要である。

おわりに

医師の働き方改革は始まったばかりである。この間、タスクシフト・シェア等確かに進んできた側面はある。しかし、医師の当直の宿直への置き換えで「隠れ宿直」が指摘され、「自己研鑽」の名の下に研鑽が業務との引きはがしも行われている。

「医師は『実際は宿直中に緊急手術や緊急内視鏡など(許可対象ではない)処置をしていますが』…ほとんど休めなかった宿直でも休息だったとみなされ、…翌日も通常業務に入って予定した手術をこなし、帰宅できるのは夜という生活が続いている…本来、宿直中に手術などの通常業務をすれば病院に届け出て労働時間として取り扱ってもらうよう厚労省が定めている。…(病院に)届け出ていない。…経営上の影響も大きい。…宿直中の通常業務を届ければ、…日中に予定していた手術ができなくなり、患者に影響が及ぶ恐れもある」²⁴⁾。こんな医師が今も多くいると推察される。「多くの病院が経営難に陥っている点を無視した地域医療構想はありえない」²⁵⁾という指摘もある。医師の働き方改革の遂行のためには、看護師をはじめとする医療従事者の増員や医療DX推進等も必要であり、診療報酬の改善等も必然である。一方、高齢化の下、財源問題は厳しさを増し、高齢者の自己負担割合の増加等の問題にも直面している。

医師の働き方改革もポスト地域医療構想も市民の命と健康を守る議論と市民参画抜きには進まない。今こそ国民的議論でこれからの医療を創っていかなければならない。

注

1. 「医師の働き方改革の影響」 羽鳥慎一モーニングショー 2024年5月31日・6月12日
2. 厚生労働省「第19回 医師の働き方改革の推進に関する検討会」資料2 令和6年3月14日
3. 「病院の約9割、宿日直許可を取得、四病院調査レポート」2024年4月4日 土谷純一(m3. Com編集部)
4. 厚生労働省「第19回医師の働き方改革の推進に関する検討会」議事録
5. Gem Med 2023年10月13日 医師働き方改革推進検討会
6. 毎日新聞 2024年3月30日
7. 日本共産党宮本徹ホームページ 2023年11月8日 厚生労働委員会「隠れ宿日直」追及
8. 「医師の働き方、悪化の方向に」全国医師ユニオンシンポ 2023年11月26日 橋本佳子(m3.com編集長)
9. 過労死防止学会記念講演「過労死研究のこれまでとこれから」弁護士・経済学士 川人博 2024年8月31日
10. 読売オンライン 2024年8月17日
11. MBSNEWS 2024年2月3日
12. 産経ニュース 2023年8月17日
13. 読売新聞オンライン 2023年8月17日
14. .YAHOO! ニュース qテレNEWS 2024年2月2日
15. ラジオ関西西トピックス ラジトピ 2024年4月23日
16. 「専攻医の過労自殺、遺族は『病院長と病院』に怒り レポート」2023年8月18日 千葉雄登(m3.com編集部)
17. NHK兵庫県 神戸医師自殺遺族が賠償求める裁判 病院側争う姿勢大阪地裁 2024年4月22日
18. 読売新聞オンライン 2023年8月17日
19. Gem Medポスト地域医療構想 2024年3月22日

20. 全日本病院協会 地域医療構想に関する提言 2024年3月16日
21. 全日本病院協会 ポストコロナ時代の地域医療構想 2022年11月1日号HTML版全日病ニュース
22. 全国知事会「2040年を見据えた医療・介護提供体制の構築に向けた提言」令和6年8月1日
23. 厚生労働省 第2回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ「広島県の地域医療構想の取組について」令和3年12月3日
24. 朝日新聞 2023年10月25日 「医師の働き方改革『隠れ宿日直』」
25. Gem Med 2024年6月24日 新地域構想検討会

参考資料

1. 厚生労働省 令和6年度版 過労死防止大綱
2. 「第9回 医師の働き方改革の推進に関する検討会」平成30年9月3日
3. 勤務医労働実態調査2022 勤務医労働実態調査2022実行委員会 2022年10月21日
4. 厚生労働省労働基準局「宿日直許可取得後の適切な管理のために」
5. 厚生労働省「医師の研鑽の適切な管理のために」
6. 「JAとりで総合医療センターにおける医師の働き方改革」JAとりで総合医療センター病院長 富滿弘之
7. 広島県「高度医療・人材育成拠点基本構想」令和4(2022)年11月
8. 「県立広島、JR広島、中電病院が2030年度に統合へ スペシャル企画」2023年10月17日橋本佳子(m3. Com編集長)
9. 厚生労働省「令和元年(2019)年 医療施設(動態)調査・病院報告の概況」
10. 厚生労働省「第7回新たな地域医療構想に関する検討会」資料1 令和6年8月26日
11. 厚生労働省「第8回新たな地域医療構想等に関する検討会」資料1 令和6年9月6日
12. 厚生労働省・第12回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ「地域医療構想調整会議における検討状況の調査報告」令和5年5月25日

English Abstract:

On April 1, 2024, physician workstyle reforms were implemented. Unlike the general overtime cap of 720 hours per year applied to other industries, the new regulations establish specific overtime limits for physicians, including a combined total of overtime and holiday work of no more than 960 hours per year, less than 100 hours per month, and, under exceptional circumstances, up to 1,860 hours per year. While these reforms ostensibly aim to improve physicians' working conditions, they still allow overtime exceeding the threshold linked to karoshi (death from overwork).

A key issue within these reforms is the treatment of on-call and overnight shifts. In practice, there are

cases of "hidden on-call shifts," where work performed during such periods is not officially recognized as working hours. Additionally, there is ongoing debate surrounding activities categorized as "self-improvement" and how they are addressed under the new framework.

As Japan approaches 2025, when the baby boomer generation will all be 75 years or older, efforts have been underway to differentiate and integrate medical functions while advancing the establishment of regional comprehensive care systems. The elderly population is expected to peak around 2040. With an eye toward this period, a "post-regional healthcare vision" is set to be formulated. These physician workstyle reforms and the post-regional healthcare vision aim to serve as a foundation for national discussions to safeguard the lives and health of citizens.