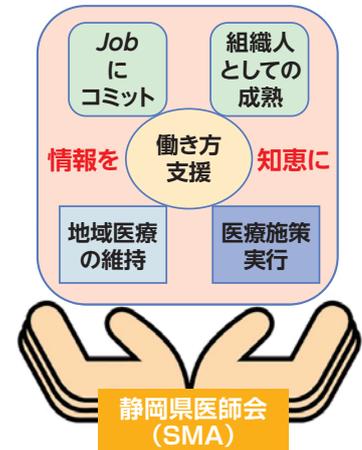


勤務医委員会 NEWS (静岡県医師会)

Vol. 6 (2019年4月号)

皆さま、こんにちは。平成最後の4月となりました。5月になると元号が「令和」へと変わります。これを機に世の中が少しでも明るく元気になってくれれば良いのですが、医療の世界にはあまり明るいニュースがなく、県医師会としても頭を悩ます毎日が続いています。

今回の勤務医ニュースでは、「医師偏在指標」と「医師の働き方改革」、「屋根瓦塾 in Shizuoka 2018 (第2回)」について取り上げたいと思います。



【医師偏在指標】

厚生労働省が主管する形で2015年12月に「医療従事者の需給に関する検討会」が設置されて3年4か月が経過しようとしています。地域医療構想の議論の中心は「病床の機能分化」や連携強化等にあります。肝心の医療従事者が確保できなければ何もできません。そういった意味でも非常に大事な検討会なのですが、2017年6月、2017年12月、2018年5月の「中間とりまとめ」を経て、2019年3月に「第4次中間とりまとめ」が医師需給分科会から報告・公表されました。今回の報告書は、2018年3月に成立した「医療法及び医師法の一部を改正する法律」の中で謳われている医師偏在対策の枠組みを定めていくものであり、2019年4月の同法施行に向けて作成されました。勤務医にとって、極めて重要な事項内容が網羅されていますので一定の理解は必要だと考えます。

その中で特に重要な事項は、「医師偏在指標」という用語とそれを基にして今年度以降に都道府県が策定する「医師確保計画」の具現化に向けた方向性です。従前、全国各地の医師数の目安としては「人口10万人当たりの医師数」が一般的に用いられてきました。それ自体には一応客観性もあり、静岡県としては、人口あたりの医師数が毎年下から4～5番目の都道府県として位置づけられていました。しかし、2015年度に地域医療構想を策定する段階で「患者居住地ベース」と「医療機関の所在地ベース」により医療需要が異なるということに気づいたことあるのでしょうか、医師の充足度（偏在度）評価にも、地域を越えた一般住民（患者）の流出入などの要素を踏まえた指標策定が必要だということで今回の「医師の偏在指標」の推計につながったものと考えます。現段階での指標結果（数値）には「精査中」とのコメントはあるものの、今後、この偏在指標を基にした医師確保対策が少しずつ進められていくことは間違いありません。

医師偏在指標の設定には、①医療ニーズ及び将来の人口・人口構成とそその変化、②患者の流出入、③へき地の地理的条件、④医師の性別・年齢分布、⑤医師偏在の単位（区域、診療科、入院/外来）の5要素が加味されています。詳細な推計手法等については実際の「中間とりまとめ」を見ていただければと思いますが、端的にポイントだけ説明すると、①では「性・年齢階級別の地域単位での標準化受療率」、②では「昼間人口からみる患者の流出入」、③では「二次医療圏内で局所的に医師が少ない『医師少数スポット』」、④では「性・年齢階級別の医師の平均労働時間」、⑤では「偏在単位として『区域』『入院・外来』『診療』」

に配慮（考慮）した推計手法となっています。

実際の都道府県（三次医療圏）単位での医師評価指標は下図のようになりますが、これだけを見ると、静岡県は「いつもの席」なのかと思わず頷いてしまいます。実際、全国の医師偏在指標の平均が238.3であるのに対して静岡県は191.1ということで、47都道府県中39位となります。ちなみに、今回の偏在指標では「上位33.3%」と「下位33.3%」を閾値とし3グループに分ける評価が行われ、静岡県は当然下位33.3%未満とはなりますが、医師少数三次医療圏として他の医師多数三次医療圏（都道府県）からの医師確保が（堂々と）行えるともとの先の「第4次中間とりまとめ」には記載されています。



都道府県単位での医師偏在指標

その一方で、この医師偏在指標には、二次医療圏単位で見ると興味深い内容（結果）が示されています。後掲の表にあるように、静岡県の医療関係者の認識は、二次医療圏単位での「人口10万人あたりの医師数」では、西部(257.8人)、熱海伊東(238.9人)、静岡(238.7人)が上位を占め、中東遠(148.5人)、富士(152.2人)、賀茂(162.6人)が下位を占めるというのが従前のものでした。ところが、今回の偏在指標では、賀茂(89.6)、熱海伊東(142)、富士(143.3)が医師少数区域として位置づけられ、中東遠(149.1)は相対的にランクがあがったかのような印象を受けます。その詳細な理由は不明ですが、一つには、熱海伊東の高齢化率が賀茂と同様に著しく高いことがあげられそうです。超高齢者は「標準化受療率」が低くなるものと考えますが、併せて、(ここでは資料を出していませんが)この地域の医師の高齢化傾向も気になります。医師の働き方が問われている昨今、高齢な医師は長時間働けないので実質医師不足と評価するのですが、現実として、高齢な医師がブラック企業のように長時間労働を強いられている現況も中央の関係者には分かってほしいところです。また、高齢化率が高い地域では、医療需要と介護需要の境界は案外不明瞭であり、安易に標準化受療率では評価できない気がします。

この医師偏在指標は、医師確保計画と同様に3年（初年度は4年）ごとに見直されるとのことですが、今回の推計手法には、肝心の医師数の把握において一部問題があることも指摘されています。実際、医師数の把握方法として使用される厚生労働省の「医師・歯科医師・薬剤師調査」ですが、2014年までは「医師のホームグラウンド（主たる勤務地）」のみでの医師数把握でした。2016年度からは「従たる従業地」も調査されるようになりましたが、その従事先（兼務先）での勤務日数などは加味されないもので推計されているこ

とには注意が必要です。特に、静岡県の東部地域は、関東に居住する医師のアルバイト先（兼務先）でもあることはよく知られています。私自身、「偏在」という問題をどう捉えて良いのか時に迷うことが時にありますが、患者の移動と同様に、医師（医療従事者）の移動にも配慮した各種指標の策定がなされるべきだと考えます。

いずれにせよ、今一番恐れていることは、こういった数字の「独り歩き」です。行政関係者はややもすると国から出された数字をそのまま「鵜呑み」にします。静岡県医師会の学識経験者として、今後の動向をしっかりと見守っていく必要があると考えています。

静岡県の二次医療圏単位での医師偏在指標と「人口10万人あたりの医師数」

	医師偏在指標	人口 (2015年)	医師数 (2017年)	10万人当たり医師数 (2017年)	高齢化率 (2015年)
賀茂	89.6	66438	108	162.6	41.8%
熱海伊東	142	105889	253	238.9	41.5%
駿東田方	202.9	657570	1366	207.7	27.3%
富士	143.3	379169	577	152.2	26.4%
静岡	213.1	704989	1683	238.7	28.6%
志太榛原	150.4	463011	800	172.8	28.3%
中東遠	149.1	465470	691	148.5	25.5%
西部	247.5	857769	2211	257.8	26.3%
全体	191.1	3700305	7689	207.8	27.8%

【医師の働き方改革】

2018年6月に成立した「働き方改革関連法案」が2019年4月から動き出しました。正直、現場の動きは案外ゆっくりしているように感じますが、医師の「時間外労働規制」以外の事項に関しては、今後、監視や指導等の対象になっていくことが十分予想されます。病院管理者にとっては悩ましく切ない問題を多く抱えたものとなっていますが、まずは、労働時間の客観的把握、有給休暇5日間の取得指導、月60時間超え残業の割増賃金率引き上げ、産業医・産業保健機能の強化、勤務間インターバル制度の導入促進など、出来るところから始めていくしかないでしょう。

ここでは、「医師の働き方改革に関する検討会」において、最後の最後まで議論が紛糾した「時間外労働上限規制」問題の最終報告（2019年3月28日）内容に関し簡単に触れておきます。具体的には、後掲図を参照していただければと思いますが、大きく「一般則」と「診療従事勤務医に2024年度以降に適用される水準（A水準）」、「地域医療確保暫定特例水準（B水準）」、「集中的技能向上水準（C水準）」の4グループに分けられます。労働基準法の中では、当然、通常的时间外労働として「月45時間以下・年360時間以下」が原則であるものの、医師の労働の特殊性を踏まえた5年後の基準として、臨時的な必要がある場合には「36協定の締結」を前提に「休日労働を含め『年960時間以下』」としたというのがA水準です。一方、それとは別に、医師不足の地域では、地域医療提供体制が充実するまで暫定的に長時間の時間外労働が必要となる可能性があることに配慮して定められたものがB水準、そして、研修医や専攻医など一定期間集中的に数多くの診療を行う可能性がある状況下に対して定められたものがC水準です。

最終的には厚生労働省「労働政策審議会」での判断で決定される法的基準のようですが、

どのような結末になるにせよ、先に触れた医師偏在指標などを基にした「医師確保計画」との関係がとても重要になるはずです。静岡県医師会（特に、勤務医委員会）では、県全体としての医師確保に向けた積極的な活動を今後展開していく予定です。現時点では計画段階なので詳細なご案内はできませんが、いわゆる「医師バンク」的なシステム導入等も検討しています。従って、県内の病院関係者とは、これから益々の連携強化を図っていきたいと思いますのでよろしくお願い申し上げます。

時間外労働上限規制の枠組み全体の整理						
一般則		診療従事勤務係 に2024年度以降 適用される水準 （医師、歯科医師、 獣医師、薬剤師、 看護師、助産師、 保健師、公衆衛生 職、保健師、保健 師、保健師）	地域医療確保 暫定特例水準 （医師、歯科医師、 獣医師、薬剤師、 看護師、助産師、 保健師、公衆衛生 職、保健師、保健 師、保健師）	集中的 技術向上水準 （医師、歯科医師、 獣医師、薬剤師、 看護師、助産師、 保健師、公衆衛生 職、保健師、保健 師、保健師）		
36協定で 締結できる 時間数の 上限	①通常の時間外労働 (休日労働を含まない)	月45時間以下・年360時間以下				左記の時間数は、 その時間までの 労働を強制する ものではなく、 労使間で合意し、 36協定を結ば なくてはならない 時間であることに留意
	②「臨時的な必要がある 場合」の上限	月100時間 未満	月100時間未満 (ただし一定の健康確保措置を行った場合には例外あり)			
	・月の時間外労働時間数 (休日労働を含む)	※①の月45時間を 超えることがで きる月数は年間 6か月以内				
	・年の時間外労働時間数 (休日労働を含む)		年960時間以下	年1,860時間以下	年1,860時間以下	
	・年の時間外労働時間数 (休日労働を含まない)	年720時間以下				
③36協定によっても超えられ ない時間外労働の上限時間 (休日労働を含む)	月100時間未満 複数月平均80時間 以下	月100時間未満 (ただし一定の健康 確保措置を行った場 合には例外あり)	月100時間未満 (ただし一定の健康 確保措置を行った場 合には例外あり)	月100時間未満 (ただし一定の健康 確保措置を行った場 合には例外あり)	月100時間未満 (ただし一定の健康 確保措置を行った場 合には例外あり)	

- 時間外労働及び休日労働は必要最小限にとどめるべきであることに、労使は十分留意。
- 36協定の労使協議の場を活用して、労働時間短縮策の話し合いを労使間で行う。
- 36協定上は、日・月・年単位での上限を定める必要あり
- 対象労働者の範囲や時間外労働を行う業務の種類等も、36協定上に規定する必要あり
- 「臨時的な必要がある場合」について規定する場合には、健康福祉を確保する措置を36協定に規定し、実施する必要あり
- 「地域医療確保暫定特例水準の適用」や、「月100時間以上の時間外労働」について規定する場合には、追加的健康確保措置について36協定に規定し、実施する必要あり

「医師の働き方改革に関する検討会」での「時間外労働上限規制」の枠組み

【屋根瓦塾 in Shizuoka 2018 (第2回)】

静岡県立総合病院（先端医学棟「メディカルスキルアップセンター」）において、2019年2月10日に「初期臨床研修医」を対象とした「第2回 屋根瓦塾 in Shizuoka 2018」を開催しました。具体的な内容等については、「静岡県医師会報（第1572号）」でも取り上げていますのでご一読いただければ幸いです。

今回のイベントリーダーは静岡県立総合病院メディカルスキルアップセンター長の三宅章公先生にお願いしましたが、静岡県立総合病院のみならず、静岡済生会総合病院、藤枝市立総合病院、静岡赤十字病院の関係者の皆さまには大変お世話になりました。この場を借りて御礼申し上げます。

今年度（2019年度）は東部・中部・西部の3か所での開催を予定しています。初回については9月15日（日）に浜松での開催を予定していますが、近日内に改めてご案内させていただきます。



「第2回 屋根瓦塾 in Shizuoka 2018」における集合写真

（文責：静岡県医師会理事・勤務医委員会委員 小林利彦）

* お問い合わせ先：静岡県医師会地域医療部事務局

電話：054-204-3310 Email：drsupport@jim.shizuoka.med.or.jp

