

公益社団法人全国自治体病院協議会 意見参考人ヒアリング資料



医師の働き方改革について

— 会員病院へのアンケート調査から —

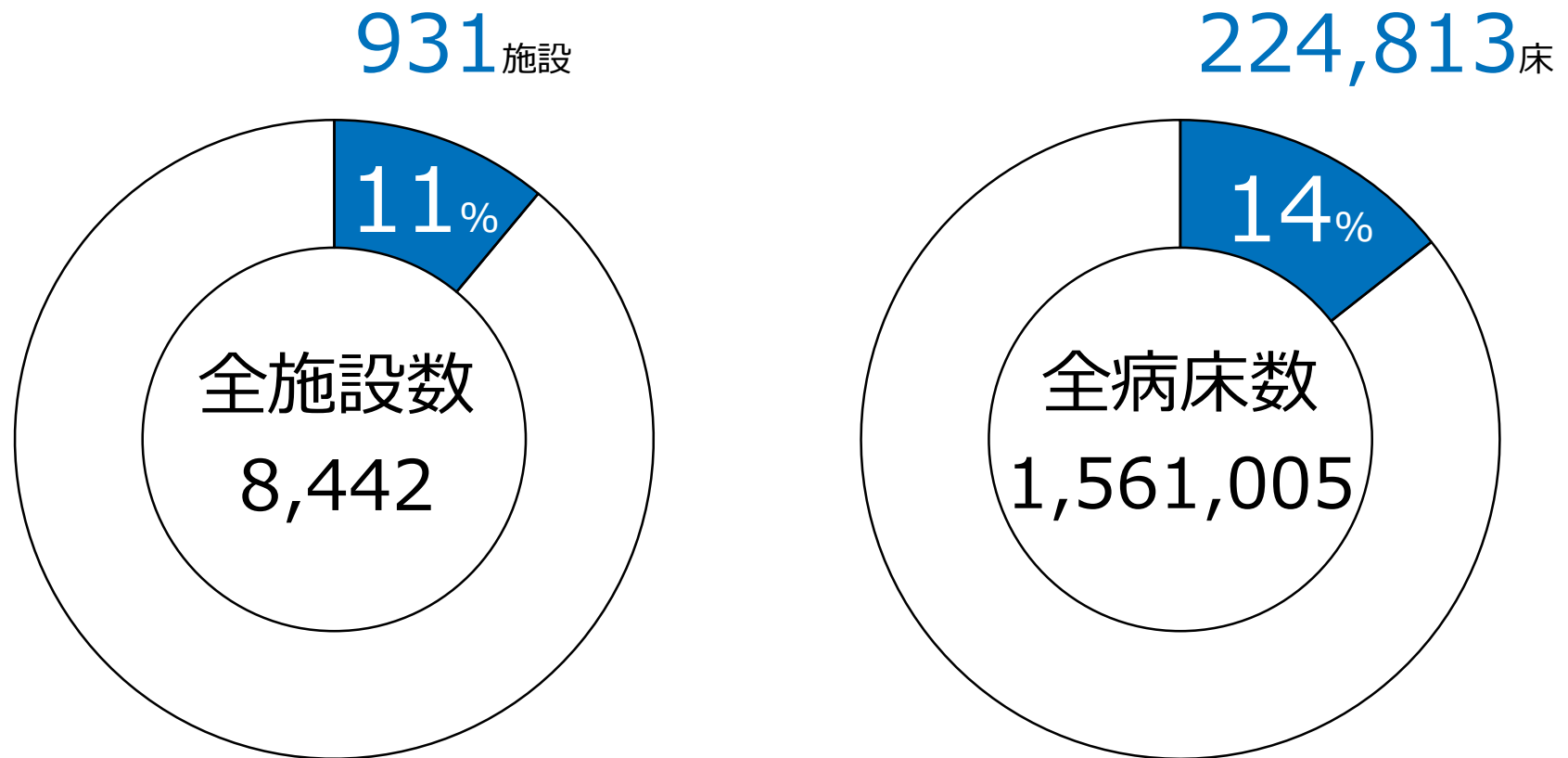
公益社団法人 全国自治体病院協議会 会長
赤穂市民病院 名誉院長
邊見 公雄

自治体病院の特徴

地域医療の最後の砦として、都市部からへき地に至るさまざまな地域において、行政機関、他の医療機関、介護施設等と連携し、地域に必要な医療を公平・公正に提供し、住民の生命と健康を守り、地域の健全な発展に貢献することを使命としています。

また、一般診療はもとより、がん医療、精神科医療、救急医療、へき地医療、災害医療、周産期医療、小児医療のほか、医療従事者の養成等を行うなど、地域医療の確保及び医療水準の向上に大きな役割を担っています。

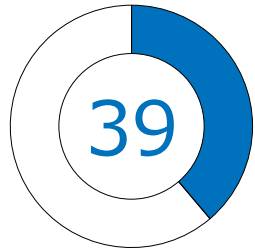
自治体病院の割合



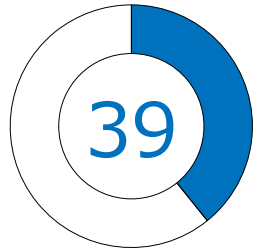
指定医療機関等における当協議会の会員病院の割合

単位：%

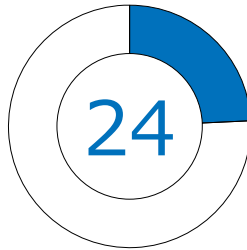
都道府県がん診療
連携拠点病院



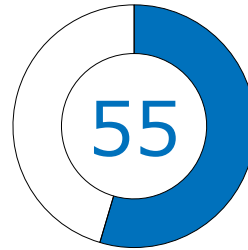
地域がん診療
連携拠点病院



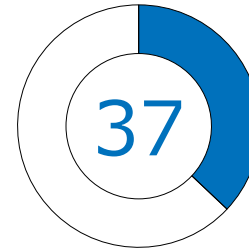
精神科救急
入院料認可施設



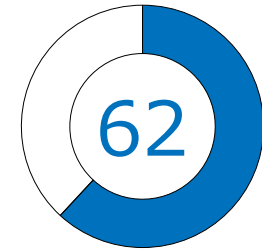
心神喪失者等医療観察法の
指定入院医療機関



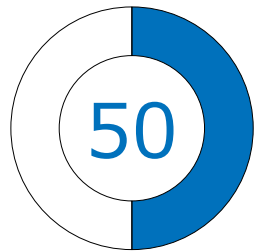
救命救急センター



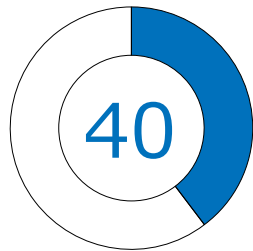
へき地医療拠点病院



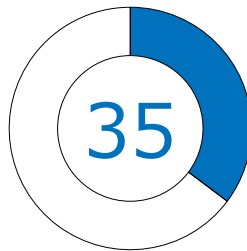
基幹災害拠点病院



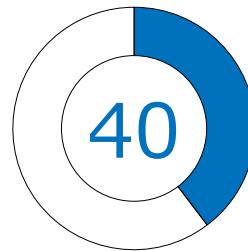
地域災害拠点病院



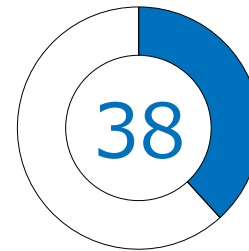
総合周産期
母子医療センター



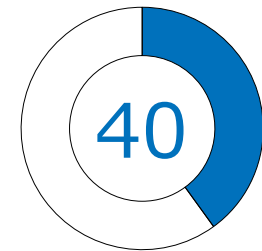
地域周産期
母子医療センター



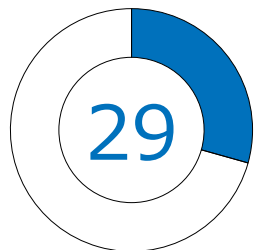
小児救急医療
拠点病院



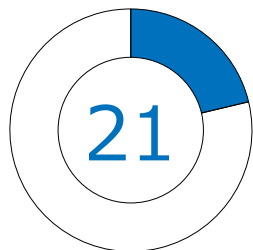
小児がん拠点病院



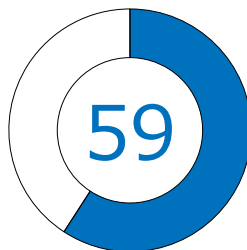
基幹型臨床研修病院



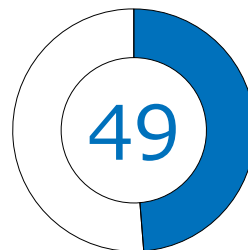
協力型臨床研修病院



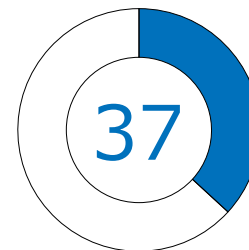
第一種感染症
指定医療機関



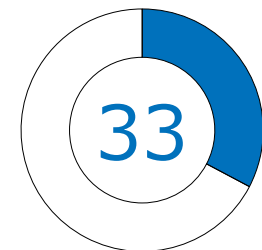
第二種感染症
指定医療機関



エイズ治療拠点病院



地域医療支援病院



出典：厚生労働省等のデータを基に作成

医師の働き方の実態及び 労務管理等に関するアンケート調査について

調査時期：平成29年7月～8月

調査対象：879会員病院（うち回答数437病院、回答率49.7%）

- 医師の時間外労働の実態
- 罰則付き時間外労働規制が適用される場合の診療体制への影響 等

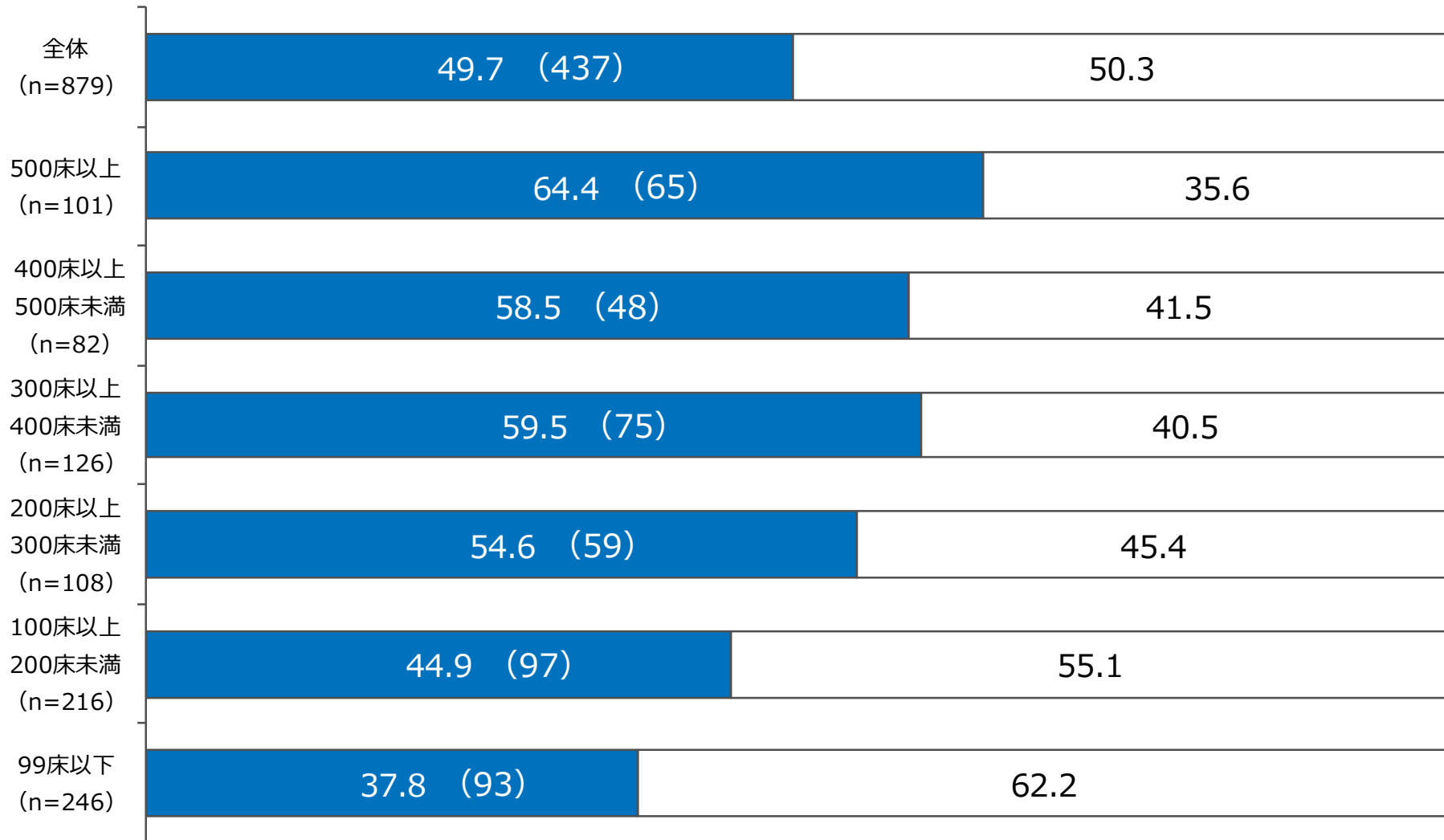


調査結果のポイント

病床規模に比例して医師の時間外勤務が長期化する実態等や医師の地域偏在、診療科偏在の問題解決が先送りされたままでの時間外労働の上限規制の適用は、医療提供体制の縮小等による患者サービスの低下など地域医療の崩壊を招く可能性を危惧する声が多く寄せられた。

病床規模別の回答状況

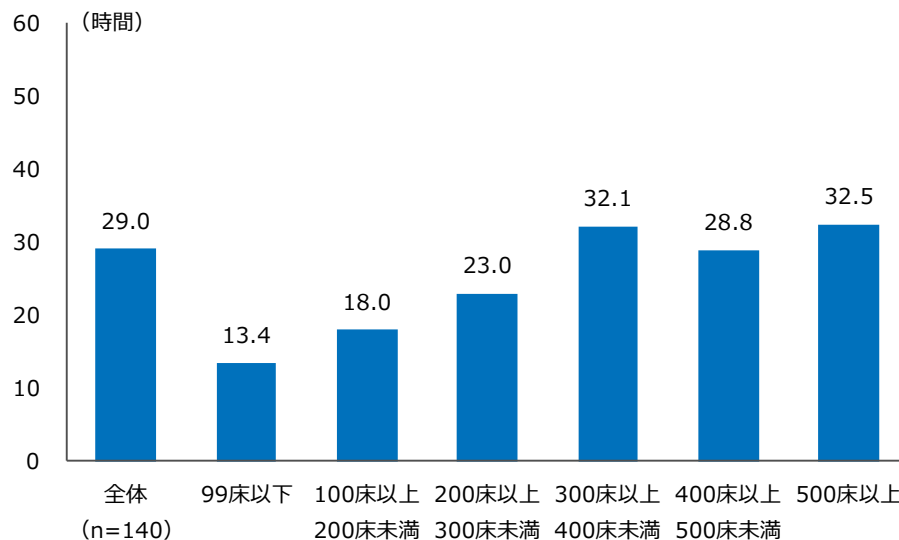
単位：%、（ ）内の数値は回答数を示す



初期臨床研修医における 時間外勤務の平均時間数

- 初期臨床研修医の1ヶ月あたりの時間外勤務の平均時間数は29.0時間（最長47.7時間）。病床規模に比例して時間外勤務が多くなっている。これは、大規模病院が高度急性期医療を担っているなど、病床機能や医療提供体制の違いによるものと考えられる。

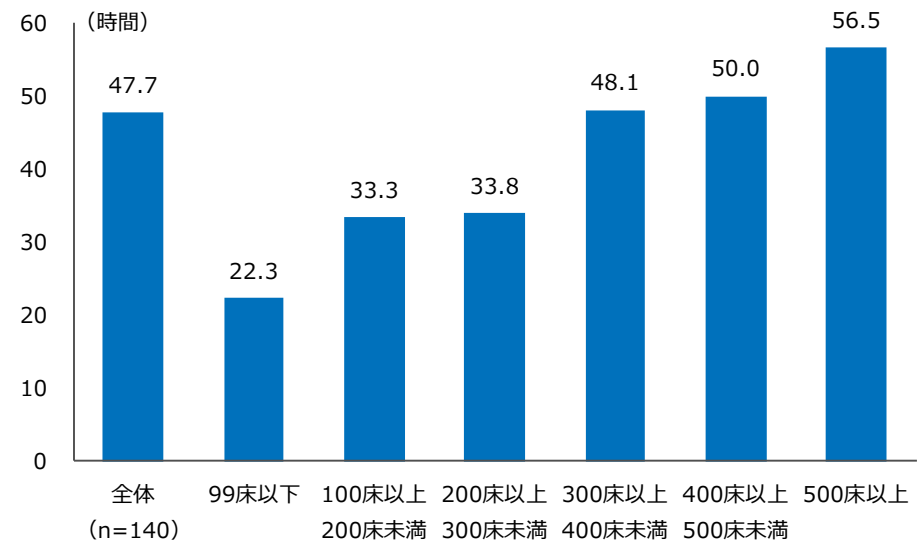
1ヶ月の平均時間数



【時間外勤務について】

本調査では、時間外勤務手当を支給された勤務時間を時間外勤務時間と定義しているため、その他の手当等で支給されている場合の時間数は把握できていないことに留意（以下、同じ）

最長※の1ヶ月の平均時間数

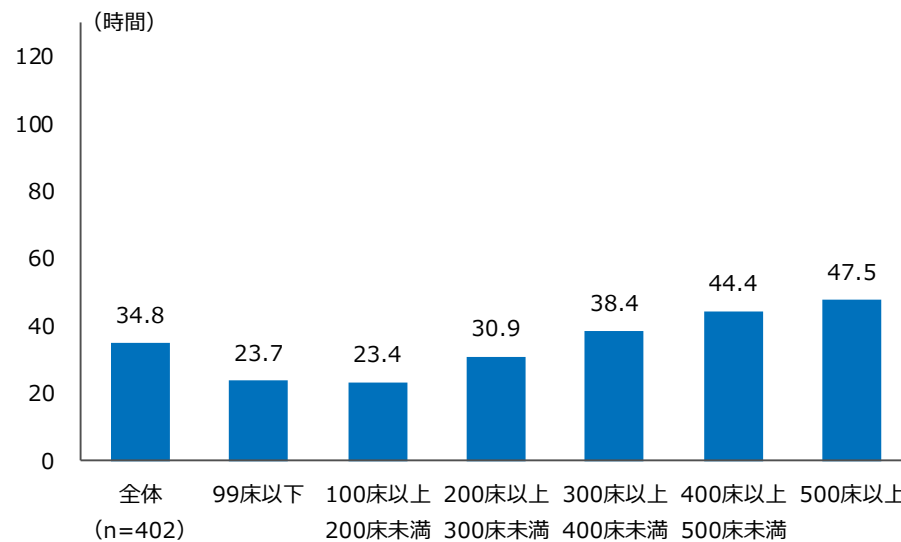


※ 最長は、平成28年度において最も時間外勤務が長かった初期臨床研修医の1ヶ月あたりの平均時間数

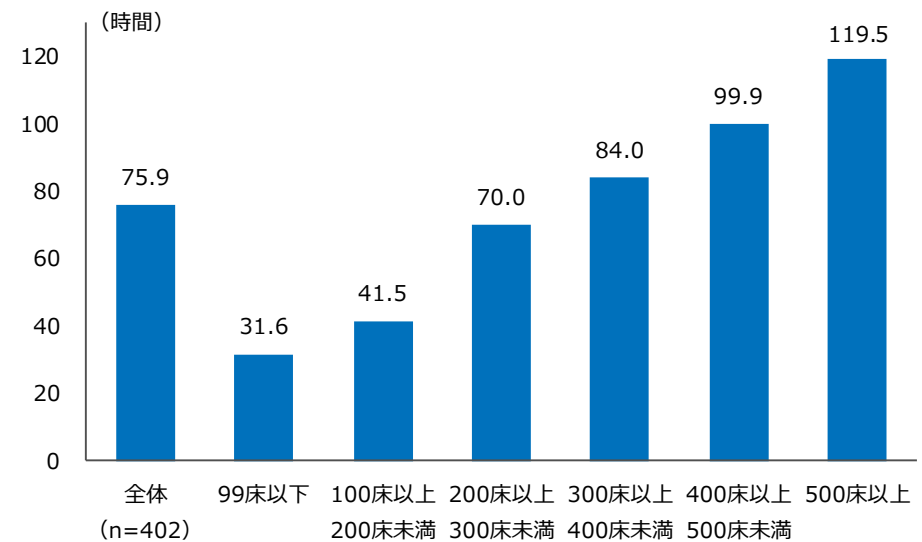
非管理職医師における 時間外勤務の平均時間数

- 非管理職医師の1ヶ月あたりの時間外勤務の平均時間数は34.8時間（最長75.9時間）。病床規模に比例して時間外勤務が多くなっている。これは、大規模病院が高度急性期医療を担っているなど、病床機能や医療提供体制の違いによるものと考えられる。

1ヶ月の平均時間数



最長※の1ヶ月の平均時間数



【非管理職医師について】

本調査では、非管理職医師を常勤医師（初期臨床研修医を除き、後期臨床研修医を含む）のうち「時間外勤務手当の支給対象となる者」と定義した

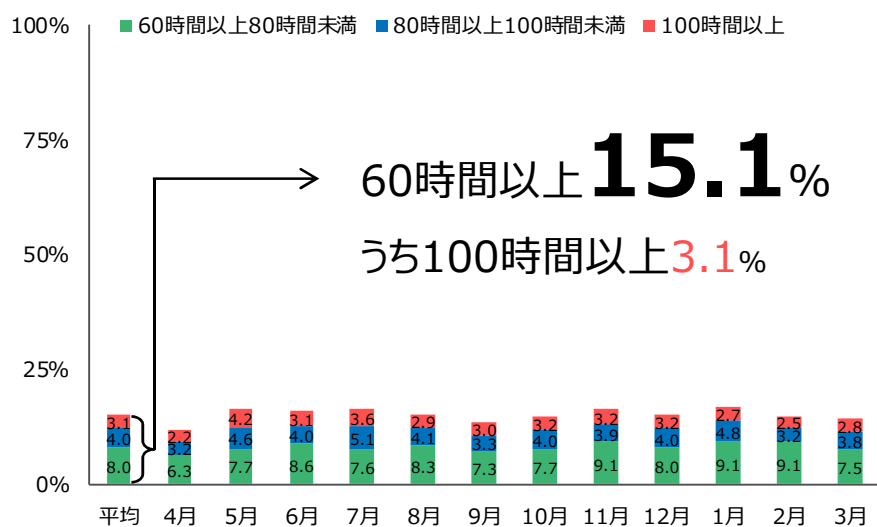
※ 最長は、平成28年度において最も時間外勤務が長かった非管理職医師の1ヶ月あたりの平均時間数

時間外勤務の 時間数別の医師数の割合

- 時間外勤務60時間以上の医師の割合は、初期臨床研修医が15.1%（うち100時間以上は3.1%）、非管理職医師が28.3%（うち100時間以上6.6%）となっている。

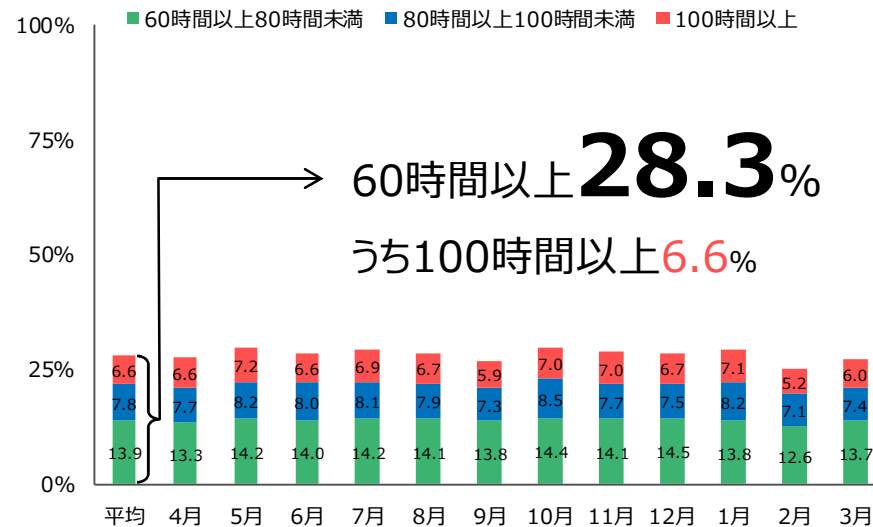
初期臨床研修医

対象医師数 2,273人



非管理職医師

対象医師数 13,098人



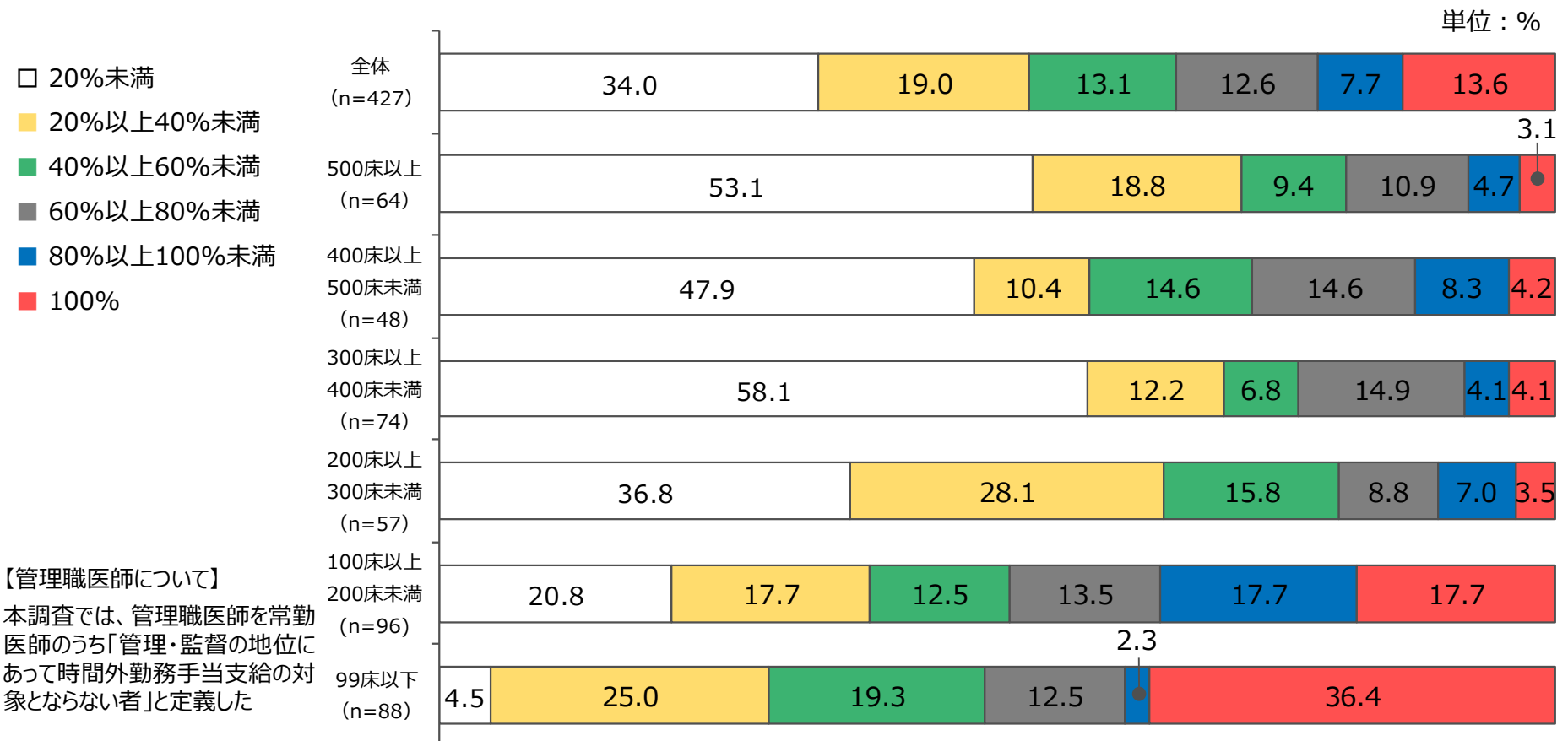
時間外勤務60時間以上の 非管理職医師の診療科

- 医師が不足している診療科や夜間の呼び出しが多い診療科などが時間外勤務時間が長くなると考えられる。

	60時間以上 80時間未満	回答数	80時間以上 100時間未満	回答数	100時間以上	回答数
①	整形外科	143	整形外科	112	整形外科	106
②	外科	133	外科	103	外科	94
③	小児科	119	循環器内科	84	循環器内科	94
④	循環器内科	117	小児科	81	脳神経外科	76
⑤	内科	105	内科	80	小児科	76
⑥	脳神経外科	104	脳神経外科	74	内科	69
⑦	泌尿器科	92	消化器内科	72	消化器内科	68
⑧	産婦人科	91	産婦人科	63	産婦人科	58
⑨	消化器内科	89	泌尿器科	57	心臓血管外科	58
⑩	麻酔科	76	心臓血管外科	54	泌尿器科	58

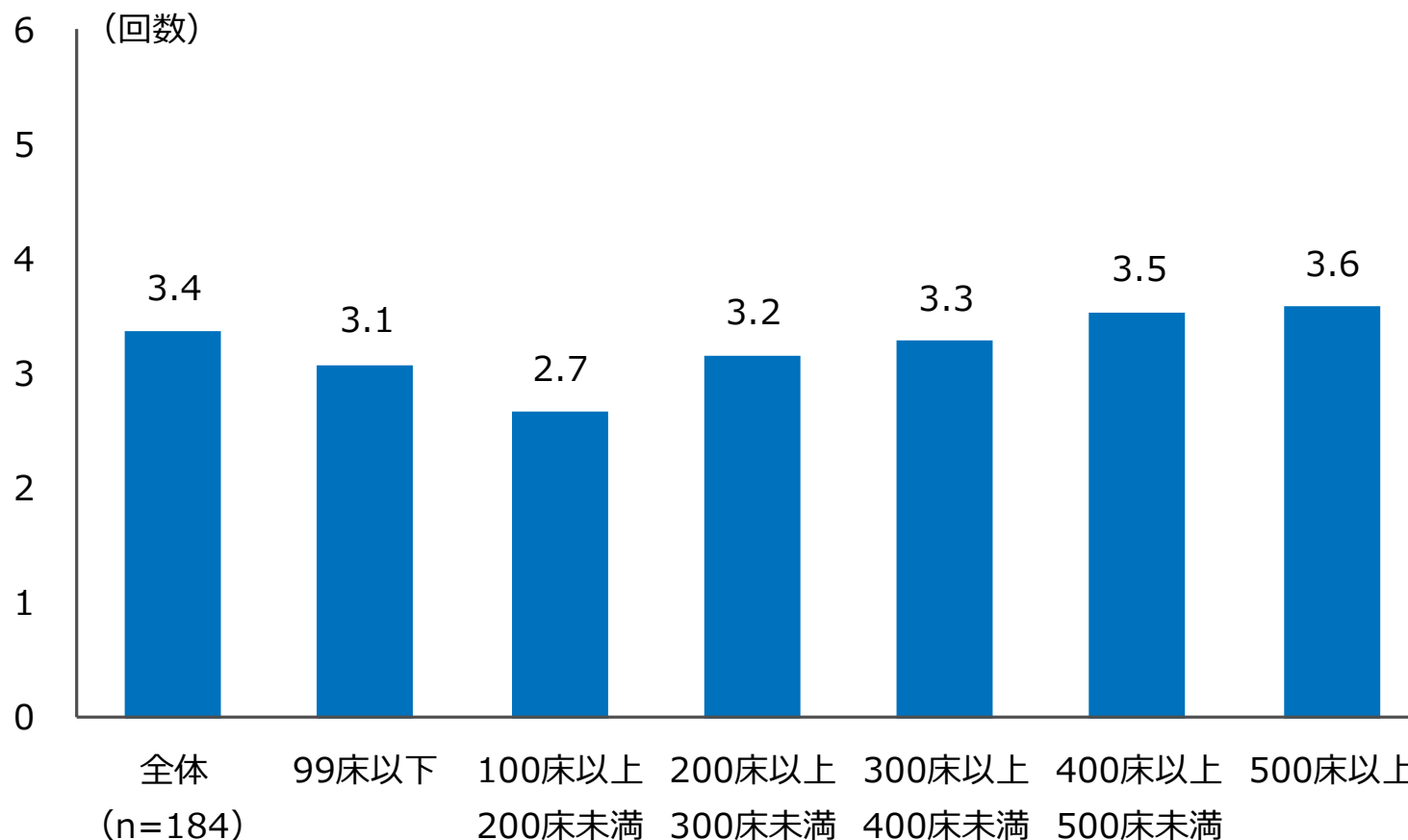
常勤医師に占める管理職の割合

○ 常勤医師に占める管理職の割合は、200床未満の病院において管理職医師が占める割合多くなっている。



初期臨床研修医における 平均当直（宿日直）回数

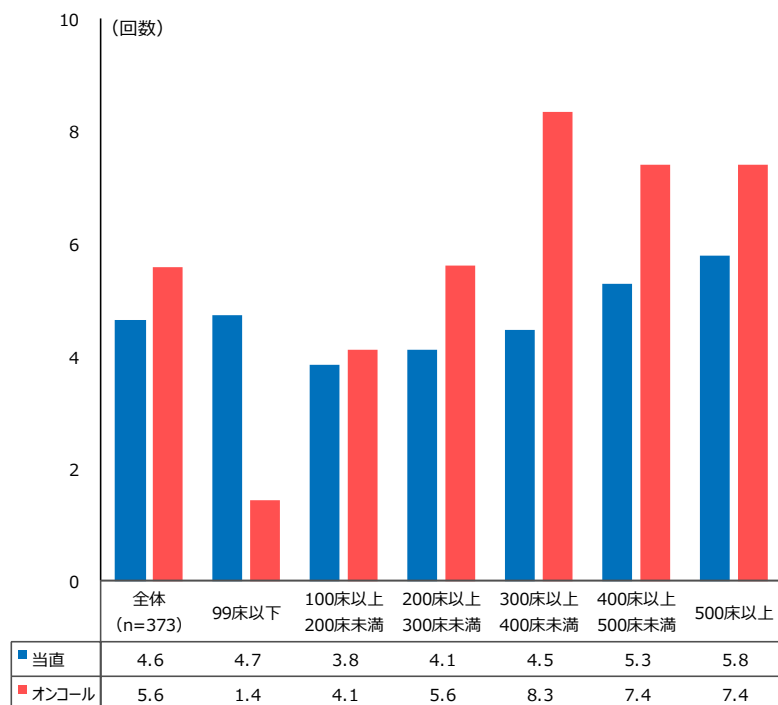
- 初期臨床研修医の1ヶ月あたりの平均当直（宿日直）回数は、全体で3.4回となっている。



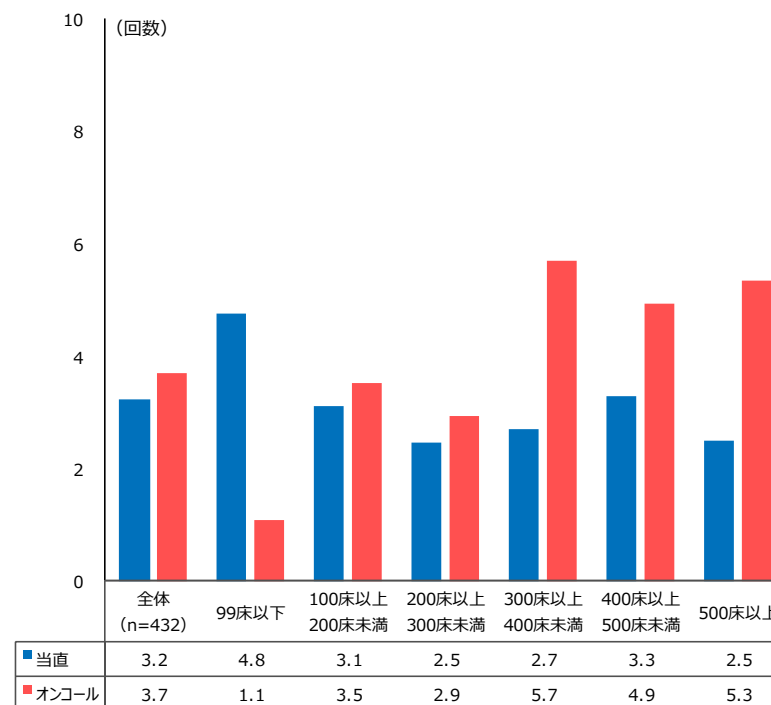
非管理職医師・管理職医師における 当直（宿日直）・オンコールの平均回数

- 非管理職医師の1ヶ月あたりの平均当直（宿日直）回数は4.6回、オンコールは5.6回。管理職医師の1ヶ月あたりの平均当直（宿日直）回数は3.2回、オンコールは3.7回となっている。

非管理職医師



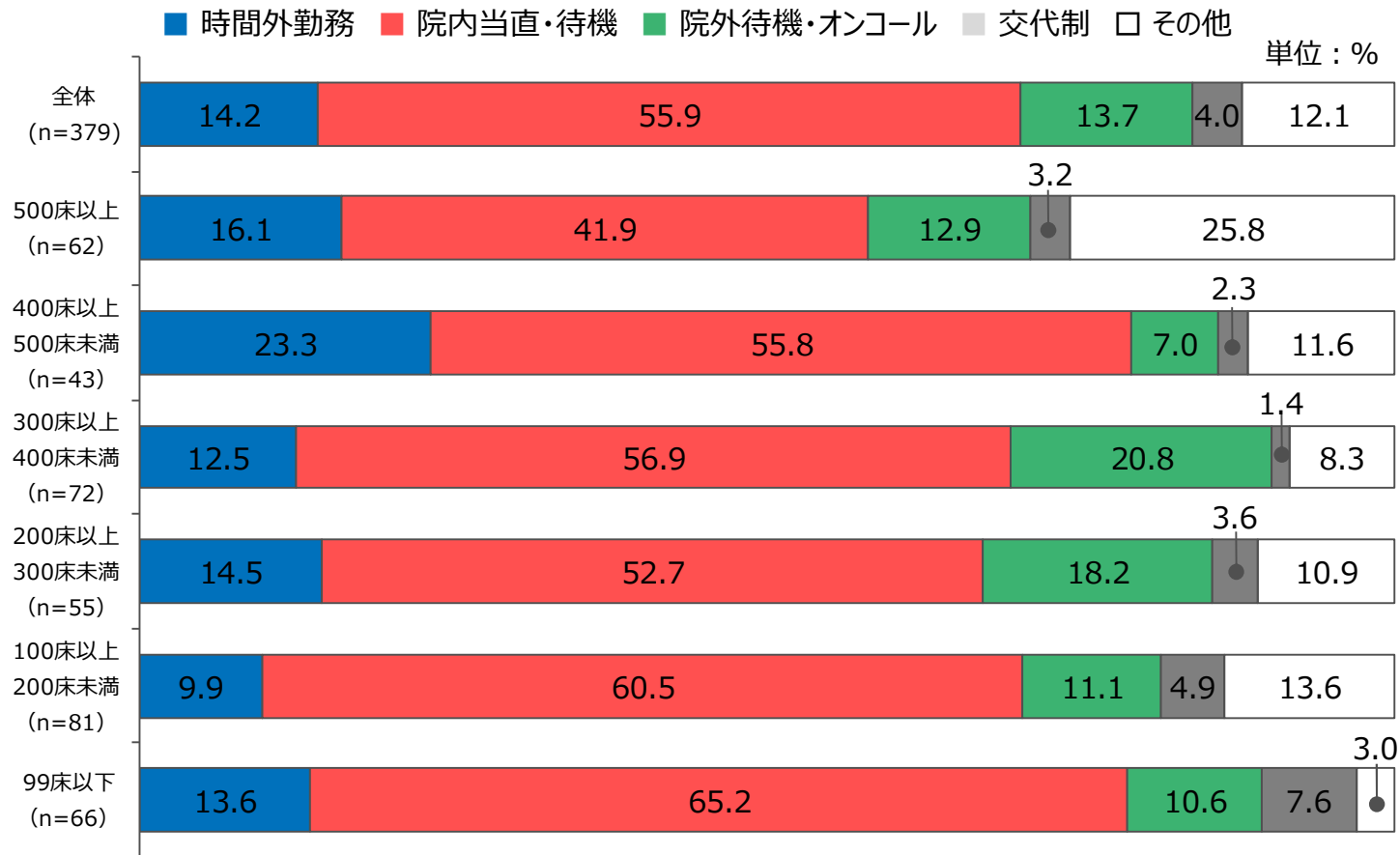
管理職医師



※ オンコールは、院内のオンコールも含んだ回答がある

夜間・休日の緊急対応における勤務体系 (非管理職医師)

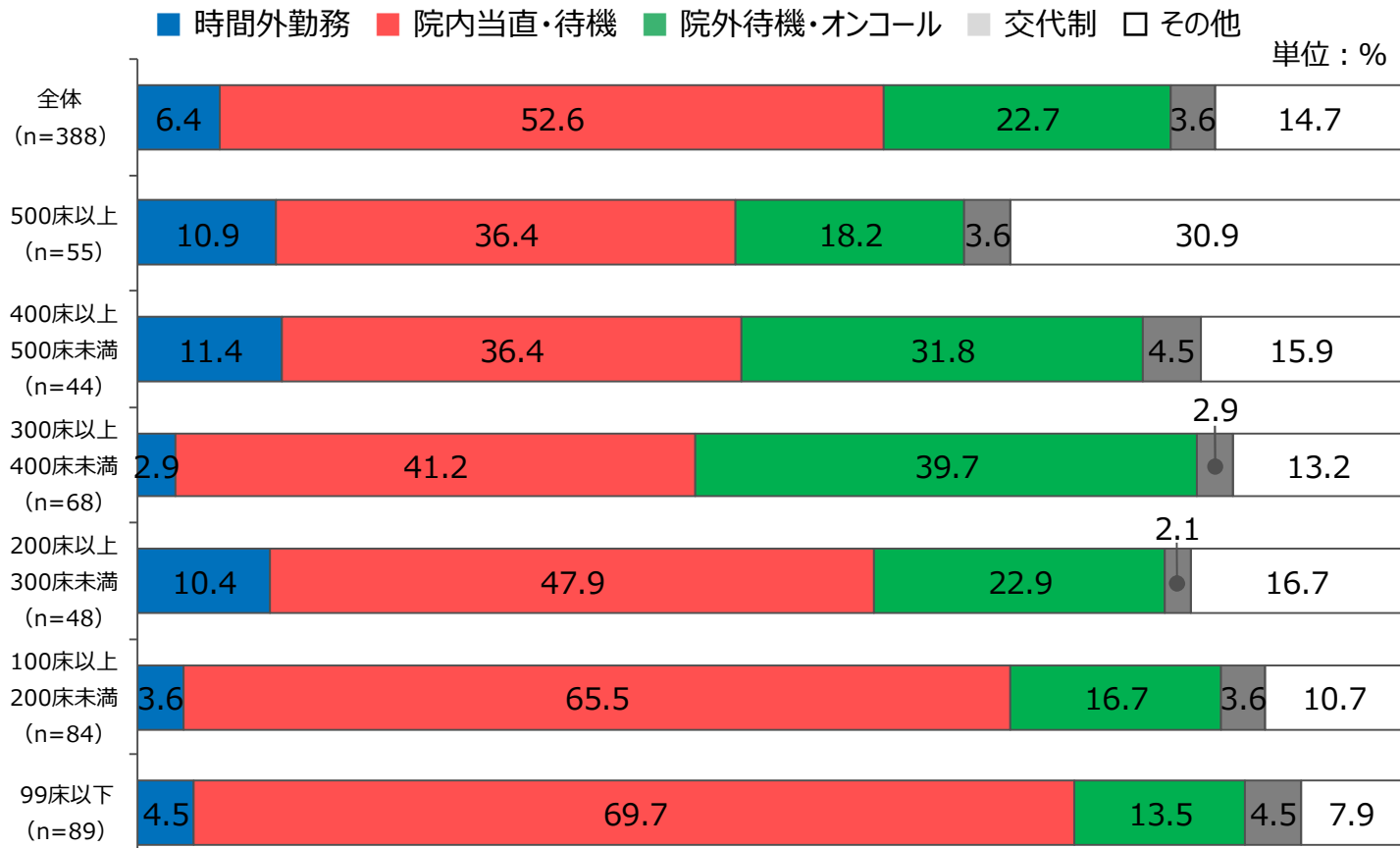
○ 非管理職医師の夜間・休日の緊急対応における勤務体系は、院内当直・待機が全体で55.9%と最も多く、病床規模が小さくなるほどその割合が概ね高い傾向にある。



※「その他」→ オンコール+実働時間は時間外勤務 など

夜間・休日の緊急対応における勤務体系 (管理職医師)

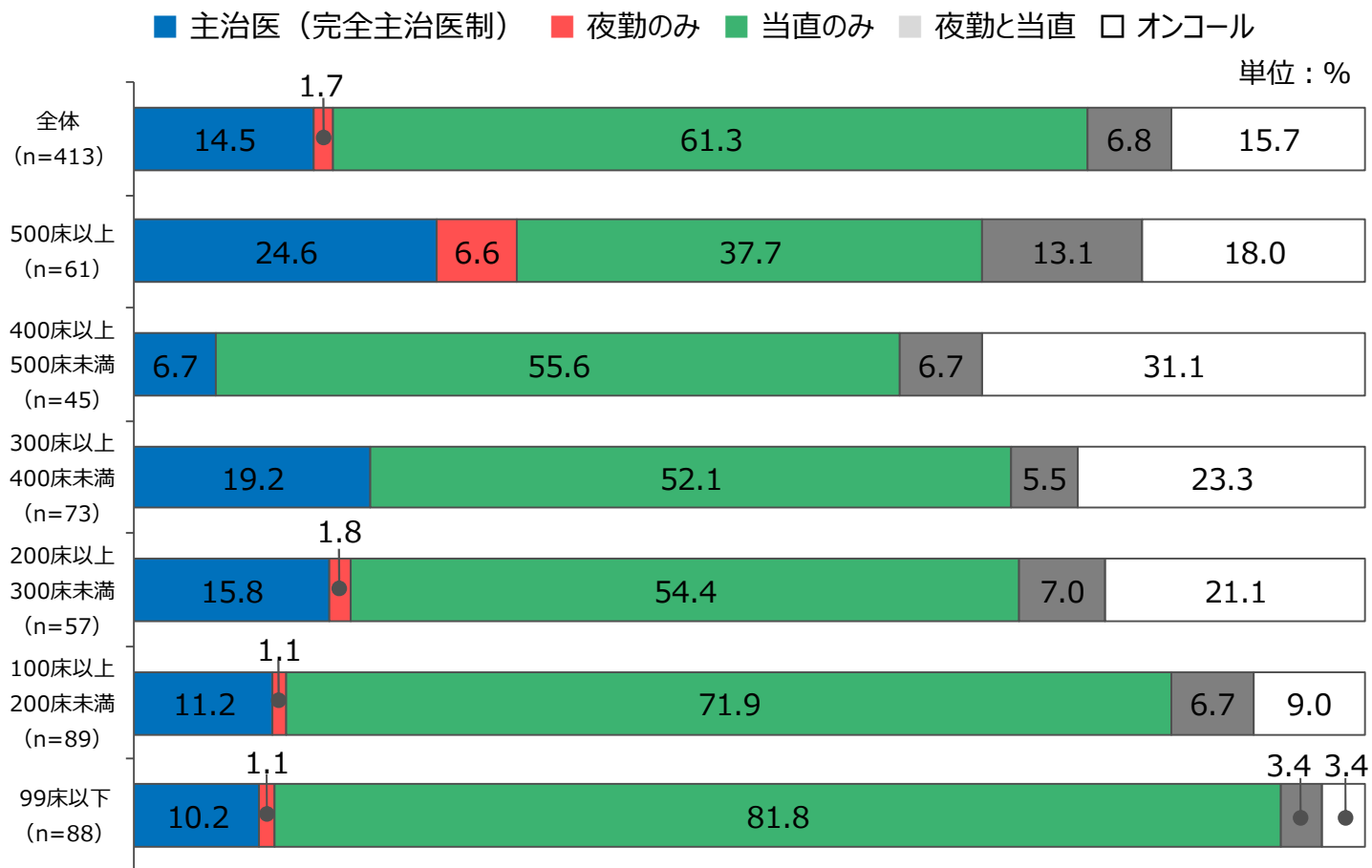
○ 管理職医師の夜間・休日の緊急対応における勤務体系は、院内当直・待機が全体で52.6%と最も多く、病床規模が小さくなるほどその割合が高い傾向にある。



※「その他」→ 管理職は緊急対応なし など

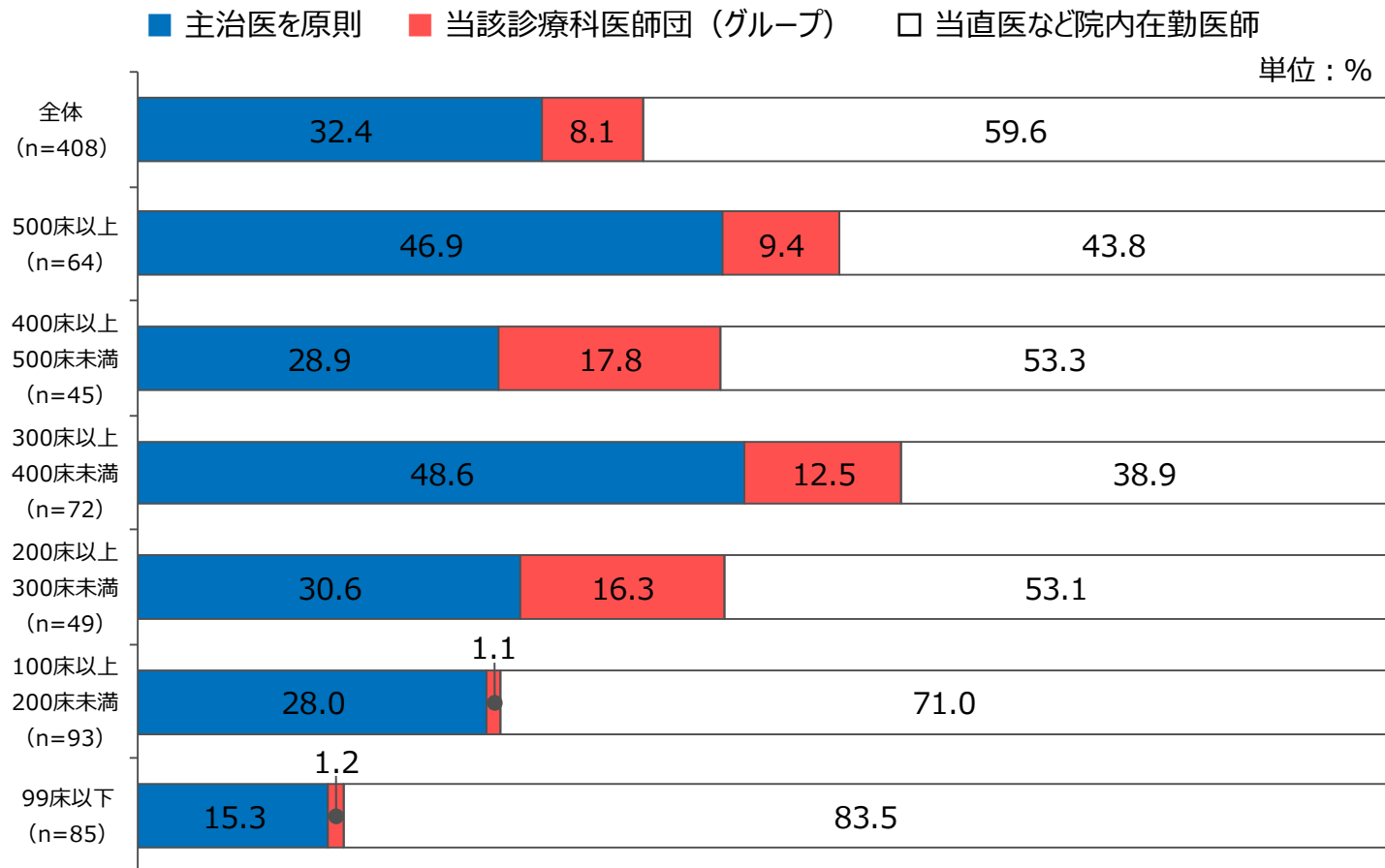
夜間における入院患者の対応状況

- 夜間における入院患者の対応は、当直のみが全体で61.3%と最も多く、病床規模が小さくなるほどその割合が概ね高い傾向にある。



時間外臨終対応

- 時間外臨終対応は、当直医など院内在勤医師が全体で59.6.%と最も多く、病床規模が小さくなるほどその割合が概ね高い傾向にある。
- 200床以上の病院で主治医を原則とする割合が概ね高い傾向にある。



労働基準法の範囲内※で稼働させた 場合における診療体制への影響 (200床未満)

※ 政府が予定している罰則付きの時間外労働
規制の年間720時間の範囲内

医療体制の縮小等

- 救急患者受け入れ態勢が心配になります。
- 有床診療所化。
- 2次救急体制の縮小、在宅訪問診療数の縮小。
- 1次救急施設の取り下げ。また、急性期医療病床を慢性期病床へ変更が必要。
- 病棟の閉鎖、救急車の受け入れ制限。
 - ① 総合診療内科（内科）で10%相当の患者制限が必要と考えられる。
 - ② 消化器内科で10%相当の患者制限が必要と考えられる。
- 病床20%減、外来患者数については影響なし。
- 夜間・休日の当直を振替休日とした場合、外来及び入院診療の1割程度の規模縮小となる。
- 診療科によっては、大幅な規模縮小が必要と考えられる。

医師の増員（地域偏在、診療科偏在）

- 現状を維持するためには、医師数を増員させる必要がある。
- 週1回ペースの宿直応援医師を1人増やす必要がある。
- 現状を維持するためには、医師数を少なくとも2人は増やす必要がある。
- 常勤医師の増員。
- 現状を維持するためには、非常勤医師数を増やす必要がある。
- 現状を維持するためには、3人程度の医師数を増やす必要がある。
- 現状を維持するためには、医師数を2人増員する必要があると考える。
- 労働時間の実態としては、緊急対応や手術の延長等が多く、診療科によって時間外労働の時間に差が見られる。現状を維持するためには医師3人強（40%）増やす必要がある。
- 当院では、すべての常勤医師が管理職のため、時間外勤務手当の対象時間数は把握していないが、病棟管理に必要な時間を鑑みると、現在の診療レベルを維持するためには、10～20%の医師数の増員が必要と見込まれる。
- 前提として宿日直医師の勤務について、事実上、労働基準監督署が言う宿日直の状態を維持するのは難しく、これを時間外労働時間や休日の確保をして現状を維持するとなると4人程度増員の必要があると思われる。

その他

- 医師は、本来の診療以外にも、適切な病院運営を行うための様々な課題について協議する場に必要不可欠である。特に200床未満の小規模病院にとっては病院運営そのものが立ち行かなくなる可能性もあると考える。

労働基準法の範囲内※で稼働させた 場合における診療体制への影響 (200床以上)

医療体制の縮小等

- 救急診療体制を維持できない。
- 診療科によっては患者数を大幅に減らす必要がある。しかし、経営が成り立たなくなる。
- 相当な診療規模の縮小が必要と考えられる。
- 臨時・緊急手術、時間外診療の対応が2～3割程度縮小する。
- 2割程度。特に地域医療に資している「外勤」を縮小せざるを得ない。
- 週5日間行っている外来を週3日などに減らさなければならない可能性があります。
- 病床数においては3～4割程度の削減が必要と考えられる。
- 入院患者数の抑制。
- 時間外における病棟の診療やオンコール勤務が立ち行かなくなる恐れがある。
- 2次救急業務の維持が困難。
- 労働時間で換算すると、3.07%の診療規模縮小となる。
- 手術件数の縮小→現行は4,000件／年であるが、その1/2程度。
- 救急医療、周産期医療の制限、緊急時手術等の制限、過疎地域医療の制限等。
- 救急業務を減少させる。
- 救命救急患者受入の大幅な削減、時間外診療の大幅な削減。
- 入院・外来・救急機能の縮小、地域病院・診療所への診療支援活動の縮小。

医療体制の縮小等

- 救急外来の対応が困難になる。
- 【病床削減】消化器内科5床、循環器内科5床 計10床の削減。
- 【外来縮小】全体で3%の外来患者の縮小。
- 深夜帯の診療制限が必要と考える。
- 10%減。
- 診療科によるが、診療規模縮小の最も必要な科が3/4程度になると見込まれる。
- 救急外来の受入制限（特に夜間）。
- 脳神経外科、外科、呼吸器内科、消化器内科にて5%程度の診療制限が必要となる。
- 救急病院返上、診療科を選別し総合病院も返上等が考えられる。
- 夜間・休日の救急対応の制限。
- 平日の業務が多忙であり、4割程度の診療規模縮小が必要と考える。
- 診療科にもよるが、一人あたり年間1,800時間を超える時間外勤務を行っている科もあることから、概ね2割～3割程度の診療規模縮小を余儀なくされる恐れがある（具体的な縮小方法は未検討）。
- 時間外が多いのは明らかに外科系および救急系の診療科です。外科、整形外科、心臓血管外科、麻酔科、救急科、総合診療科などです。そのため時間外の問題がクリアできなければ正確なシミュレーションはしていませんが、手術も救急も3割程度ほど減じる必要があるのではと危惧します。時間外勤務が特に多い心臓外科は受け入れを半分にすることがあるかもしれません。いずれにせよ手術、救急の受け入れを一部断る必要があります。
- 24時間365日の救急応需体制を見直し、平日昼間＋可能な範囲で平日夜間及び休日の救急体制とする。
- 現状を維持するため、年間720時間を超えた医師の所属する産婦人科、小児科、病理診断科において、医師の増員が必要である。救急受入日数の減、手術件数の減が予想される。
- 内科系の入院患者数を半減する必要がある。また、当直を勤務として、外来診療日数も減らす必要がある。

- 労働基準監督署の「当直」とは、状態としてほとんど労働する必要がない勤務のみ認めるものであるため、現在の宿日直医師による時間外の救急診療体制では、当直として認められない。との見解である。時間外の宿日直医師を当直体制から、交代制勤務を導入した場合、新たに医師6人体制のチームが必要となる。医師増員による人件費の負担増と、医師不足により医師の確保は困難であり、時間外・休日の救急医療が成り立たなくなる。
- 全ての診療科で診療規模の縮小が必要な状況になると思われる。特に、消化器内科、循環器科、小児科、外科、形成外科、泌尿器科、産婦人科、麻酔科、緩和医療科にあっては、現在の診療規模の半分程度の縮小が必要と思われる。
- 労働基準法の範囲内で稼働するには救急診療の大幅な縮小が必要になると思われるが、自治体病院として救急を縮小することは考えられないため、当院の場合、一部の診療科(心臓血管外科)に2人の増員が必要になると考えられる。
- 平成28年度の管理職以外の医師1人あたりの年間平均時間外労働時間は約800時間であるため、労働基準法の範囲内(720時間)に時間外労働時間を収めて稼働させるためには、10%の診療規模縮小が必要と考えられる。
- 労働基準法の範囲内である年間720時間の勤務の場合、当院では医師の人員が8人不足することになり現在の診療体制で稼働することができない。医師が不足している診療科については、休診せざるを得ない。
- 一概に言及することは難しいが、少なくとも小児救急と産婦人科に関しては、医師全員が時間外勤務を当直業務に傾注したとしても法定の範囲内に納まらない。改善を強制されると周産期医療の24時間診療体制は維持が困難になる。
- ①救急の当直体制を縮小、または宿直オンコール対応にすること。それに応じて、現在ほど救急の受け入れができないことから、受け入れ制限を実施すること。②外来時間についての見直し(診察時間の縮小) ③夜間の手術ができなくなる。日常の診療にも影響が出る。
- 当院では小児救急医療を24時間365日実施しており、小児科医が週2回当直に入る場合があるため、小児科の宿日直勤務は労働基準監督署から「断続的な宿直又は日直勤務許可」を得られておらず、宿日直時も時間外労働となり、720時間を超えてしまうため、24時間365日小児救急医療が実施できなくなる。
- 複数の診療科で、時間外の診療規模を現在の3分の2程度に縮小する必要があると考えられる。

医療体制の縮小等

- 当院は、当該医療圏域における中核病院として、時間外であっても他の病院や医院からの救急患者や重篤患者を受け入れるとともに、周産期医療や超急性期脳梗塞患者にも対応しているが、これらの患者受入に支障が生じると考える。
- 平成28年度の各診療科の平均時間外労働を基に積算すると内科41%・循環器内科33%・整形外科25%・消化器外科24%・脳神経外科17%・泌尿器科15%・麻酔科25%・放射線診断科47%の診療縮小が必要となります。
- 一概に何割縮小との検証はできていないが、救命救急センター業務の2割減少や救命救急入院料・特定集中治療室管理料に係る医業収益低下に伴う医業収支悪化が予測される。
- 当院は、二次・三次救急医療を担う病院とされているが、休日・時間外における救急医療については、医師の当直体制により実施しており、当直する医師が院内に待機している時間を勤務時間と見なすこととされた場合には、所定の時間外勤務時間の枠内に収めることは不可能であるため、休日・時間外の救急業務は実施できなくなるものと考える。
- 小児科医、脳神経外科医による24時間救急を行っているが常駐中止、それ以外の診療科でも常駐からオンコール体制への切り替え。救急対応できる診療科の削減。救急外来患者の受診抑制。
- 時間外勤務の分析によると、病棟業務で50%超、夜間・休日の救急対応で20%を占めているため、病棟の縮小と救急受入体制の縮小が必要になると考えられる。縮小規模の範囲までは検証できていないため不明。
- 直近実績で小児科が平均91時間/月、消化器内科が平均76時間/月の時間外勤務を行なっていることから、所定時間外での対応を2～3割減してゆかざるを得ないと考えられます。
- 時間外勤務の時間数のみで数値を出すと、消化器内科及び消化器外科にて概ね3割の縮小が必要となる。
- 現在、時間外労働の年間限度時間について、消化器内科、循環器内科、脳神経外科及び眼科部門の診療は1,050時間、その他の診療部門を864時間としているため、それに応じた診療規模縮小又は増員が必要。
- 現在「当直」としている時間も勤務（時間外）とするならば、救命救急センターの休日夜間対応、小児科・産科の休日夜間対応ができなくなると見込まれる。
- 長時間の時間外勤務者が所属する診療科を中心に、診療規模縮小等の措置を講じる可能性はある。

医師の増員（地域偏在、診療科偏在）

- 常勤医が1人または少ない診療科においては、影響あり。程度は不明。
- 時間外労働が多い診療科については、医師2人を増員する必要がある。
- 現状を維持するための医師数を9人増やす必要がある。
- 【医師の増員】8人の増員。
- 時間外勤務が比較的多い5診療科（神経内科、外科、整形外科、脳神経外科、泌尿器科）には医師を増員する必要が生じると考えられることから、5人程度（20%程度）の増員が必要になると考えられる。
- 高度・専門医療を担う県立病院として現状を維持するためには、医師数を6人（循環器内科2人、呼吸器内科1人、心臓外科1人、血管外科1人、脳神経外科1人）増やす必要がある。
- 医師7人の増員が必要。
- 病床数、患者数等、現状を維持する為には、医師数を最低5人（7%）程度増やす必要がある。
- 年間720時間を超えた時間外労働をしている医師の業務を一律1.2人分とした場合、現状を維持するため医師数を5人程度増やす必要がある。
- 全体として6,252時間以上の時間外勤務を減じなくてはならず、診療科によっては現状を維持するため、現体制の倍以上の人材確保が必要である。
- 休日・夜間救急の取り止め、あるいは現状を維持するため医師数を7人程度増やす必要があると考える。

その他

- 現状では大きな影響はないと思われるが、現在救急24時間化の導入を検討しており、導入した場合に向けて勤務体制と適正人員の精査が必要と思われる。
- 宿直時間帯を全て勤務時間として扱われることになれば、変形労働時間制を導入せざるを得ず、その際は、医師が3人の診療科では外来体制は3人→1人となる。
- 中堅以上であれば自らの采配で診療規模縮小可能と思うが、若手や実力を伴わない医師の場合、規模縮小は難しいと思う。割当病床数の20%カット及びその範囲内での診療ができる体制。必ず時間外対応は必要になるので縮小は無理。日当直の救急外来診療の負担が減ることを期待したい。当地域の脳神経外科医は当院にしかいないため規模縮小は不可能。外来を2/3程度に抑える。

医師の働き方改革に関する全自病協の考え

現在行われている医師の働き方改革に関する検討に際しては、下記の事項にも十分留意し、医師に対する時間外労働の上限規制の適用が地域医療の崩壊を招くことにならないよう、慎重な検討が必要。



検討に際しての留意事項

1. 医師の「応召義務」と「労働量規制」との関係について、十分な議論と整理が不可欠であること。
2. 医師の労働の特殊性として、実際の業務時間と使用者の指示によらない自己研鑽時間が混在しており、その明確な区分が困難であること。
3. 時間外労働規制を医師の診療科偏在、地域偏在、病院機能の違い等を考慮せずに適用すれば、救急医療、周産期医療、休日夜間診療など地域医療に大きな負の影響が生じる。医師の労働量の議論のみならず、医師の需給バランスからの議論も同時進行させていく必要があります。現状では、時間外労働規制の課題をクリアするための医師等の増員は、実現が困難であること。
4. 医師の勤務負担軽減を図るための一つの例として、一人主治医制を見直すことが考えられるが、その実現には社会全体、つまり国民や患者、家族の理解の浸透が不可欠であること。このためには、義務教育等で医療に関する項目を増やし、水や空気のように考えられている国民皆保険の危機的現状の認識の共有が必要である。

自己研鑽や学会の事前準備に伴う 時間外（超過）勤務手当の支給に関する考え方 － 会員病院の事例 －

自己研鑽のための勉強や自発的な研修は超過勤務手当の支給対象になるのか

業務命令を受けずに自己研鑽のために職場で参考書籍を読んで勉強する時間や、自発的な研修に参加する時間については、超過勤務手当の支給対象とはなりません。

ただし、暗に参加するよう強制がある場合や、不参加に対して何らかの不利益がある場合は、実質的に業務命令によるものと考えられ、支給対象となる場合があります。

学会の事前準備に要する時間は超過勤務手当の支給対象になるのか

その学会派遣が、病院業務に直接関連するものとして所属長からの業務命令に基づくものである場合には、そのことに伴う事前準備に要する時間についても業務上の必要によるものと認められることから、超過勤務手当の支給となります。

ただし、病院業務に直接関連しないものであって、所属長からの業務命令によらず、職員が自発的に参加する学会や、職員の将来的なスキル（キャリア）アップにつながるものとして旅費の支給のみを認めて参加させる学会の事前準備の場合は、原則として超過勤務手当の支給とはなりません。

【病院の業務に直接関連すると考えられる例】

- 病院の診療報酬又は施設基準の上位取得等のため、各種認定医等を取得又は継続させる目的で派遣させる学会の事前準備の場合
- 病院又は地域の直近の課題（地域医療連携等）に対応するために派遣される学会の事前準備の場合
- その他、病院運営の必要性を総合的に勘案し、病院長が病院業務に直接関連するものと認めて参加させる場合の事前準備

病院・診療所の管理者要件について

参考2

現状

- 1 医師の地域偏在は30年来の問題であるが、有効な対策が講じられることなく、現在に至っており都市部とそれ以外の地域の医療提供体制の格差は拡大し続けている。
- 2 医師数は都道府県により大きく異なり、人口10万人当たり、最多308人から最少153人と格差は約2倍。さらに高齢化や可住地面積、交通事情等を考慮すると地方ほど医師不足は危機的状況。
- 3 都道府県において、それぞれ医師確保対策、地域偏在対策を行っているものの、都道府県間の偏在是正については、全国レベルでの対策が必要。併せて、都道府県でも全国的な対策と一体となった施策が必要。

なぜ地域偏在の解消が必要なのか。

- 1 居住している地域に関わらず、一定の基準に基づき保険料を負担している(国民皆保険)が、医師不足等により同じ医療サービスを受けることができない(国民非皆医療)。
- 2 医療は高齢者や子供をはじめ住民にとって安心して地域での生活をするために最も必要な施設かつサービスであり、医療提供体制が十分でない地域では安心した生活ができず、衰退していく。
- 3 医師が不足している都道府県内での地域偏在の解消は、少ない医療資源の中での調整均衡にすぎず、根本的な解消ではない。

管理者要件の導入に係る経緯

- 平成18.11 全自病協、自治体病院開設者協議会要望、以降継続要望
- 平成27.12 日本医師会・全国医学部長病院長会議にて緊急提言
- 平成28.6 医師医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会にて中間報告
- 平成29.9 地域医療を守る病院協議会提言(全自病協、JA厚生連、国診協、日慢協、地域包括ケア病棟協会)

地域偏在対策に係る現行の取組み

- 医学部における地域枠制度
- 地域医療支援センターの設置
- 医療勤務環境改善センターの設置
- 医師養成奨学金制度 など

現行の取組み

- 医学部における地域枠制度
- 地域医療支援センターの設置
- 医療勤務環境改善センターの設置
- 医師養成奨学金制度 など

+

新たな取組み

- | | |
|--------------------------------------|-------------------|
| <国> | <都道府県> |
| ・一定期間医師不足地域で勤務する仕組み
(都道府県の取組みを支援) | ・受入体制、キャリア支援体制の整備 |
| ・法整備 | ・勤務地の調整 |

全国レベルでの医師の地域偏在の解消に向けたイメージ

- 各都道府県の医師不足地域における受入人数、診療科、期間等をもとに募集や受入人数の調整は**全都道府県で組織する協議会**で実施。

全都道府県で組織する協議会

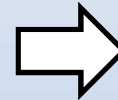
- ① 各都道府県における医師不足の状況、全国的偏在度合等を調査・分析し、各都道府県への派遣人数、診療科、期間等を決定する。
- ② 応募する医師に対し募集を行う。
- ④ 応募する医師に対し本人の意向を踏まえ、派遣する都道府県を決定する。



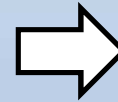
医師

- ③ 登録(希望する都道府県など)。

①



④



都道府県

各都道府県は、受入体制、キャリア形成支援体制を整備。

- ⑤ 各都道府県は、本人、医療機関等の意向等を基に勤務地を決定する。

できるだけ本人の意向を反映させ、勤務地等を調整するとともに、その後のキャリア形成に資する体制を整える。



医療機関

- ⑥ 受入れ、キャリア支援の実施。

医師の働き方改革に関する課題

労働の定義（労働時間、生涯学習）

- 労働時間を何で認定？
→ タイムカード、電子カルテ、自己申告、上司の命令書
- 自己研鑽や学会は患者のための勉強か？

応召義務

- 免除範囲に超過勤務を入れるのは可能か？

主治医制

- 病院が主治医群
→ 当直医やグループ制に社会の理解が不可欠