

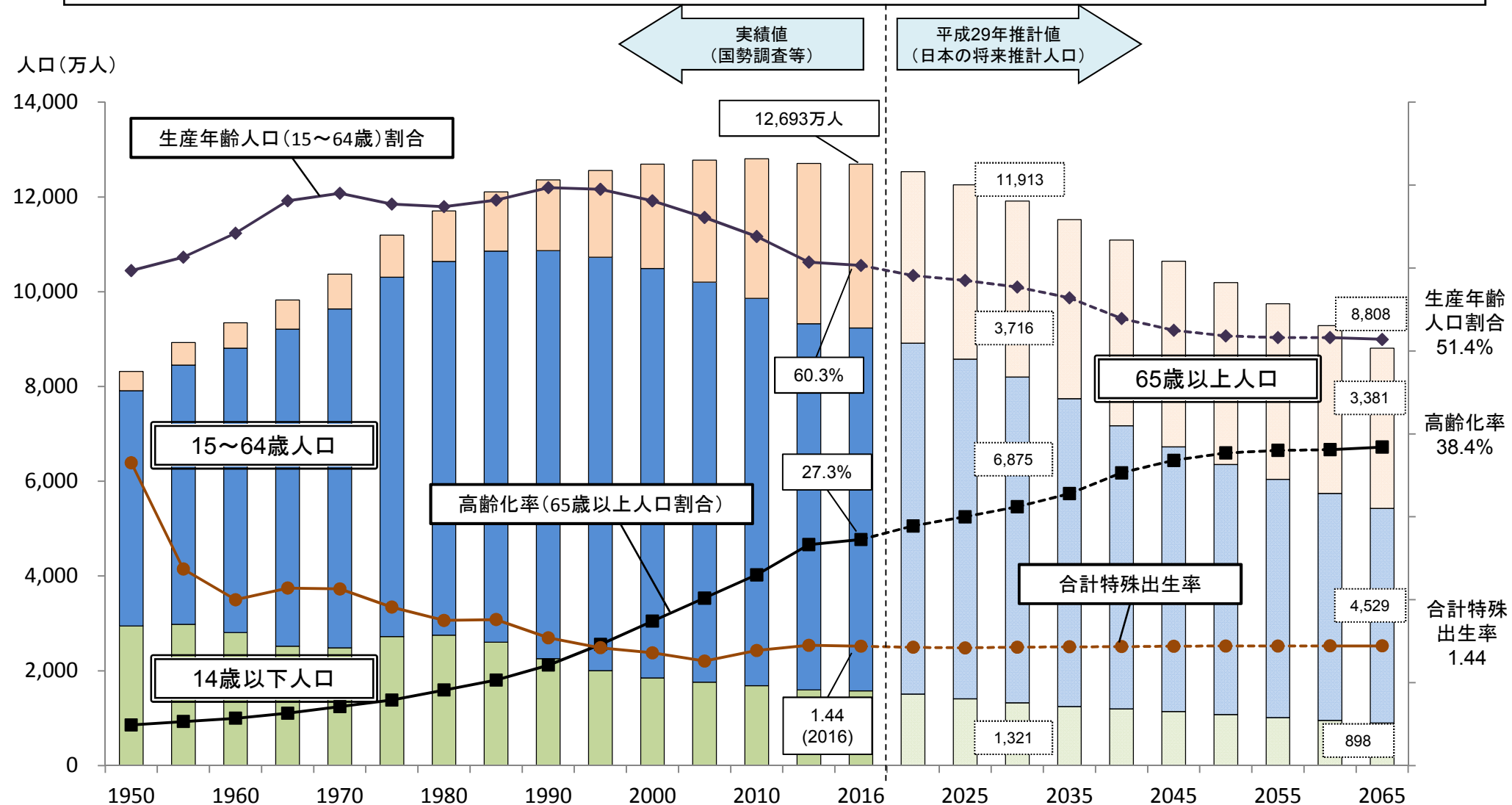
医療従事者の需給に関する検討会 第18回 医師需給分科会	資料3
平成30年3月23日	

医師の需給に関する背景

1. 医師の需給に関する 背景について

日本の人口の推移

○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2065年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。



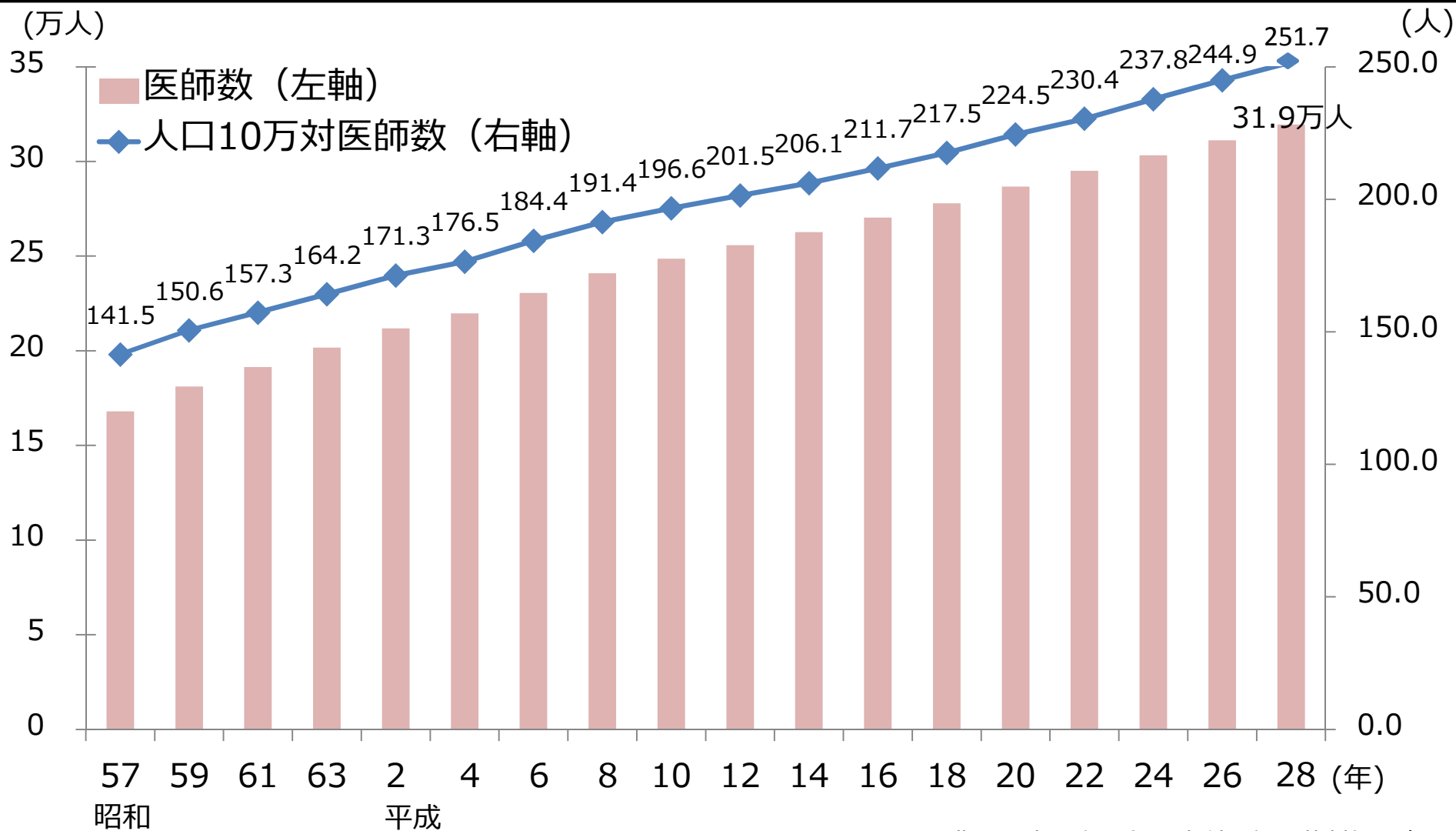
(出所) 2016年までの人口は総務省「人口推計」(各年10月1日現在)、高齢化率および生産年齢人口割合は2015年までは総務省「国勢調査」、2016年は総務省「人口推計」、2016年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」(※2015年までは確定値、2016年は概数)、2017年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計):出生中位・死亡中位推計」

人口10万対医師数の年次推移

○ 近年、死亡等を除いても、医師数は4,000人程度、毎年増加している。

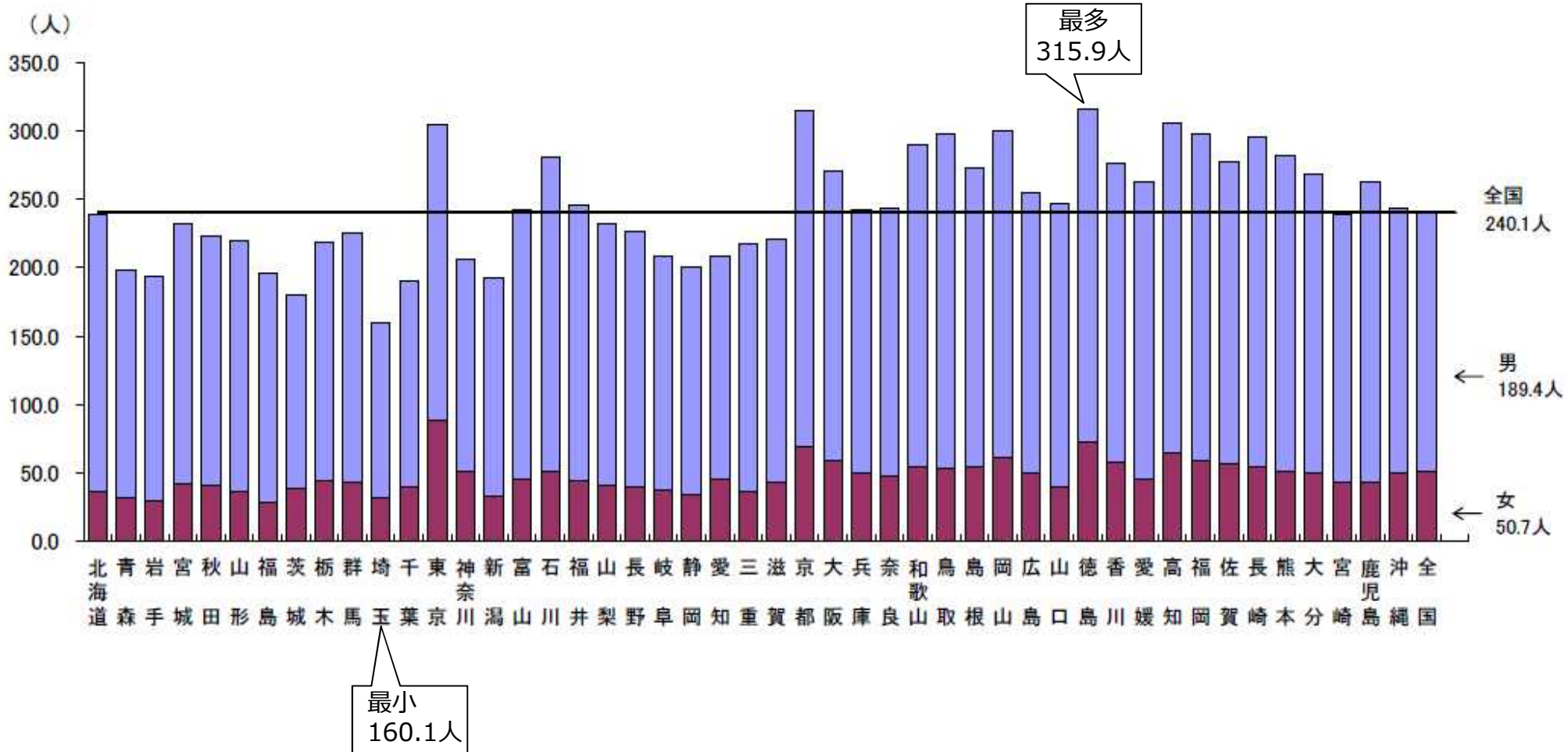
(医師数) 平成16年 27.0万人 → 平成28年 31.9万人

※医療施設に従事する医師数は 30.5万人



都道府県別にみた人口10万対医師数（平成28年）

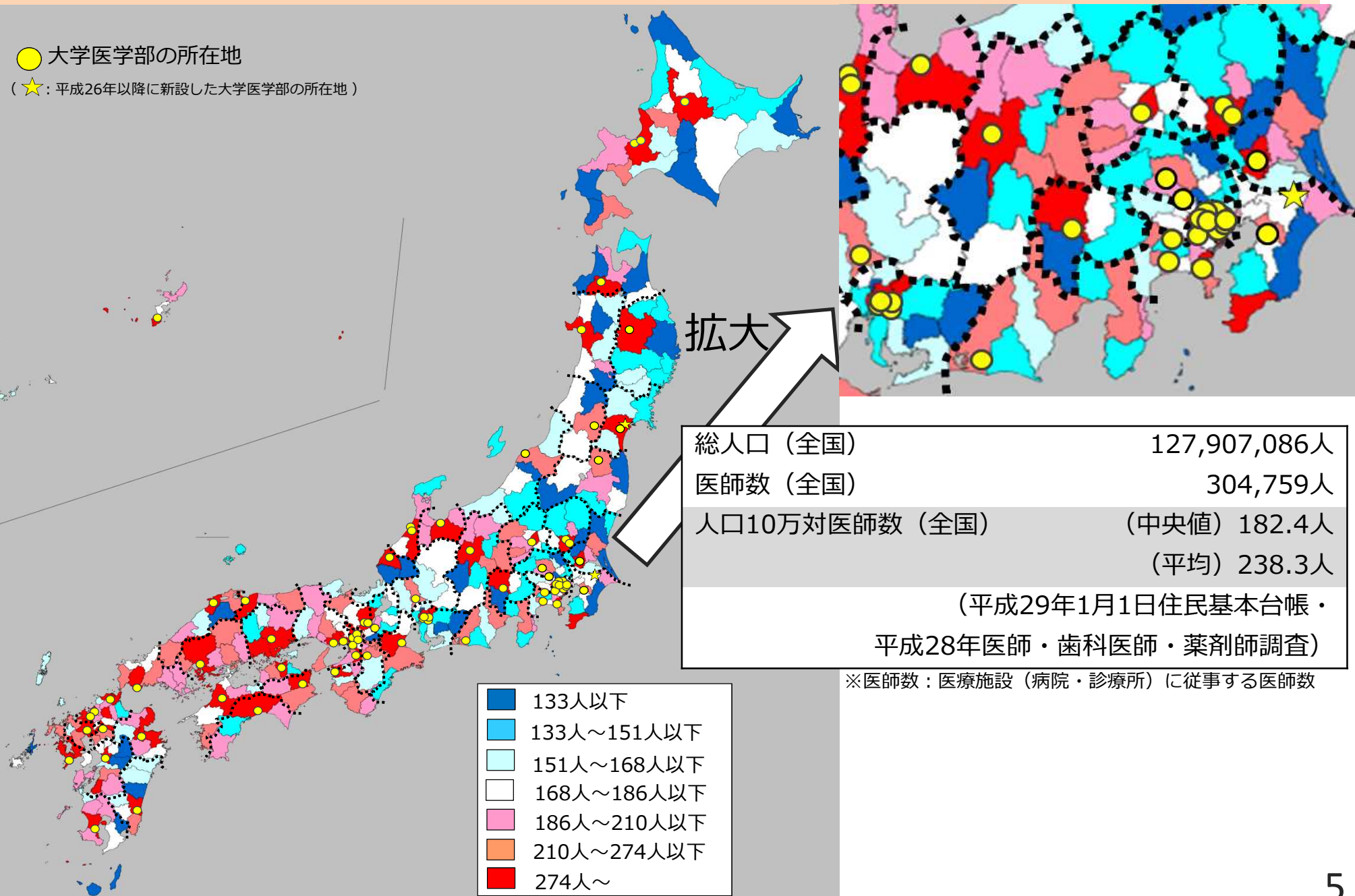
- 全国の医療施設（診療所・病院）に従事する「人口10万対医師数」は240.1人で、前回に比べ 6.5人増加している。
- 都道府県別では、徳島県が最も多く（315.9人）、埼玉県が最も少ない（160.1人）。



二次医療圏ごとの人口10万対医師数（平成28年）

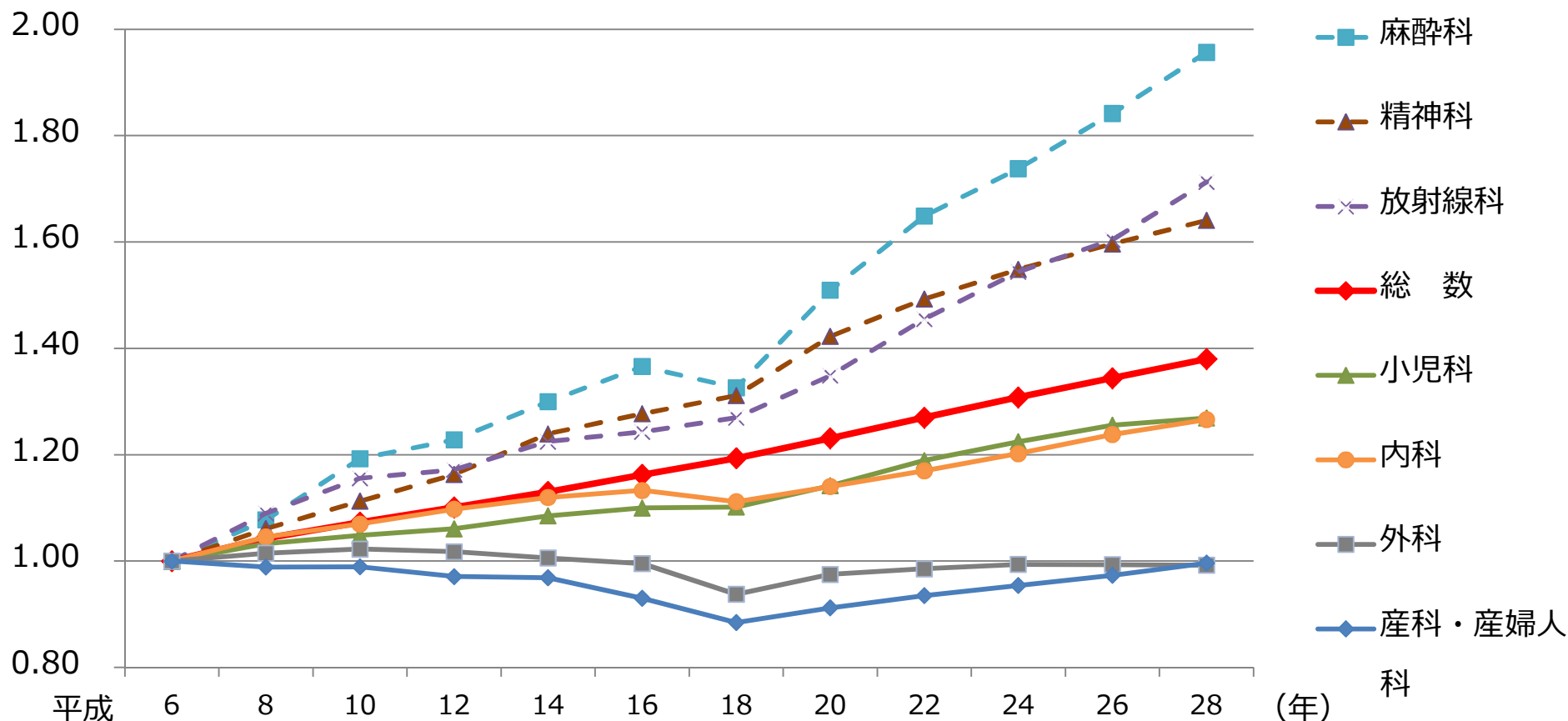
● 大学医学部の所在地

(★: 平成26年以降に新設した大学医学部の所在地)



診療科別医師数の推移（平成6年を1.0とした場合）

- 多くの診療科で医師は増加傾向にある。
- 減少傾向にあった産婦人科・外科においても、増加傾向に転じている。



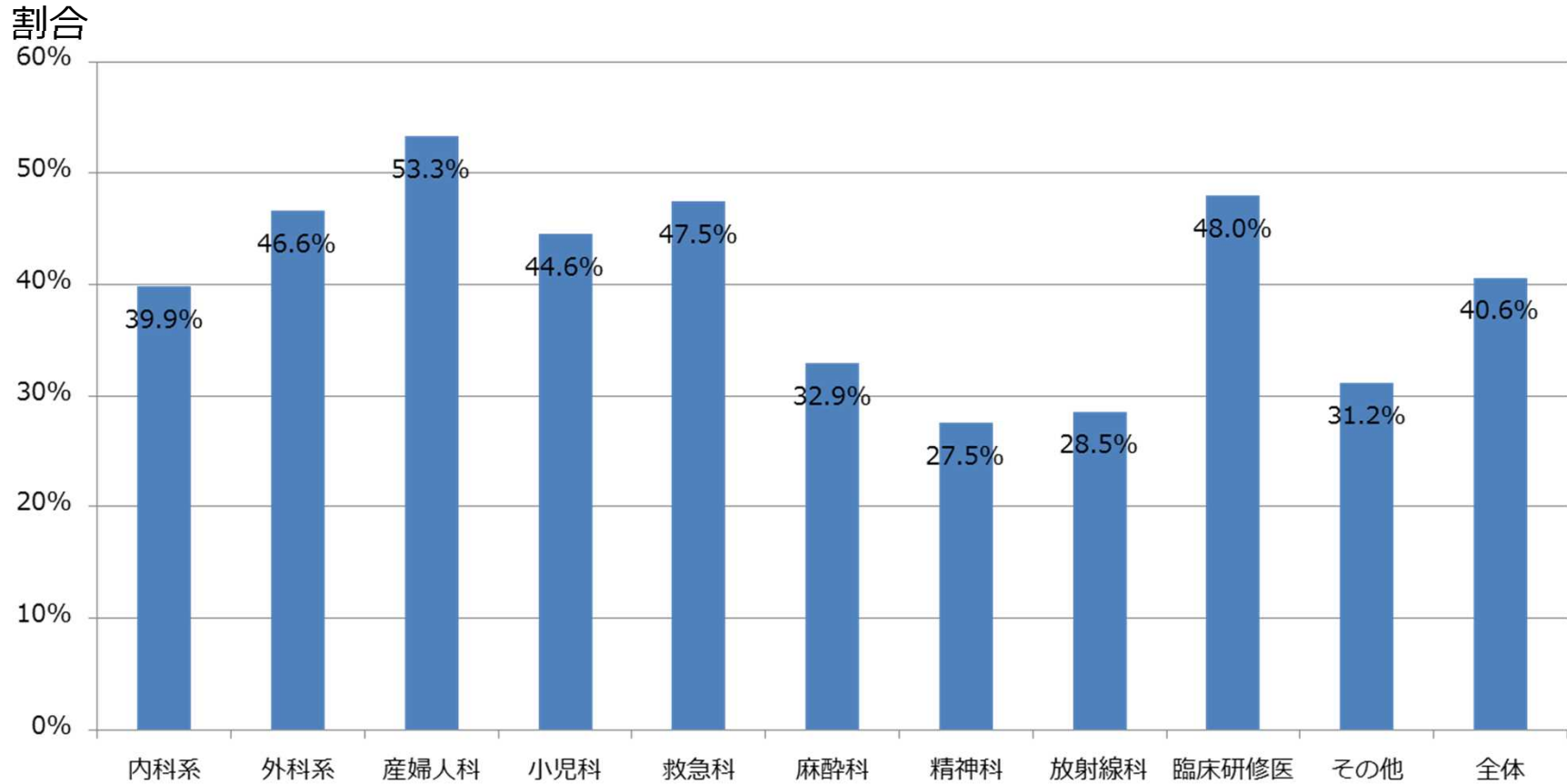
※内科・・・（平成8～18年）内科、呼吸器科、循環器科、消化器科（胃腸科）、神経内科、アレルギー科、リウマチ科、心療内科
 （平成20～28年）内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科

※外科・・・（平成6～18年）外科、呼吸器外科、心臓血管外科、気管食道科、こう門科、小児外科
 （平成20～28年）外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

※平成18年調査から「研修医」という項目が新設された

週当たり勤務時間60時間以上の病院常勤医師の診療科別割合

- 診療科別週当たり勤務時間60時間以上の割合で見ると、診療科間で2倍近くの差が生じる。
- 診療科別週当たり勤務時間60時間以上の割合は、産婦人科で約53%、臨床研修医48%、救急科約48%、外科系約47%と半数程度である。



※ 病院勤務の常勤医師のみ

※ 診療時間：外来診療、入院診療、在宅診療に従事した時間。 診療外時間：教育、研究・自己研修、会議・管理業務等に従事した時間。 待機時間：当直の時間（通常の勤務時間とは別に、院内に待機して応急患者に対して診療等の対応を行う時間。実際に患者に対して診療等の対応を行った時間は診療時間にあたる。）のうち診療時間及び診療外時間以外の時間。 勤務時間：診療時間、診療外時間、待機時間の合計（オンコールの待機時間は勤務時間から除外した。オンコールは、通常の勤務時間とは別に、院外に待機して応急患者に対して診療等の対応を行うこと）。

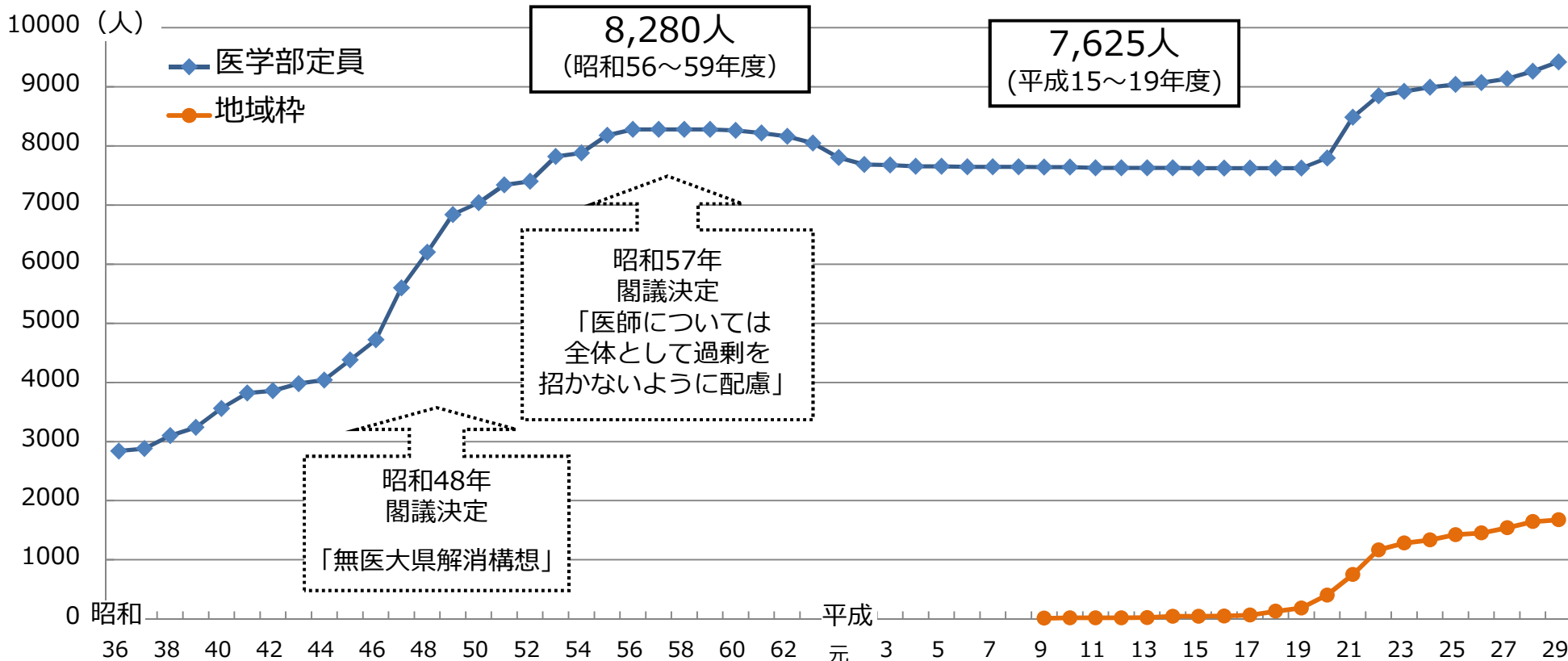
※ 「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）結果を基に医政局医事課で作成

医学部入学定員と地域枠の年次推移

- 平成20年度以降、**医学部の入学定員**を**過去最大規模**まで増員。
- 医学部定員に占める**地域枠***の数・割合も、**増加**してきている。

(平成19年度183人 (2.4%) →平成29年1676人 (17.8%))

地域枠*：地域医療に従事する医師を養成することを主たる目的とした学生を選抜する枠であり、奨学金の有無を問わない。



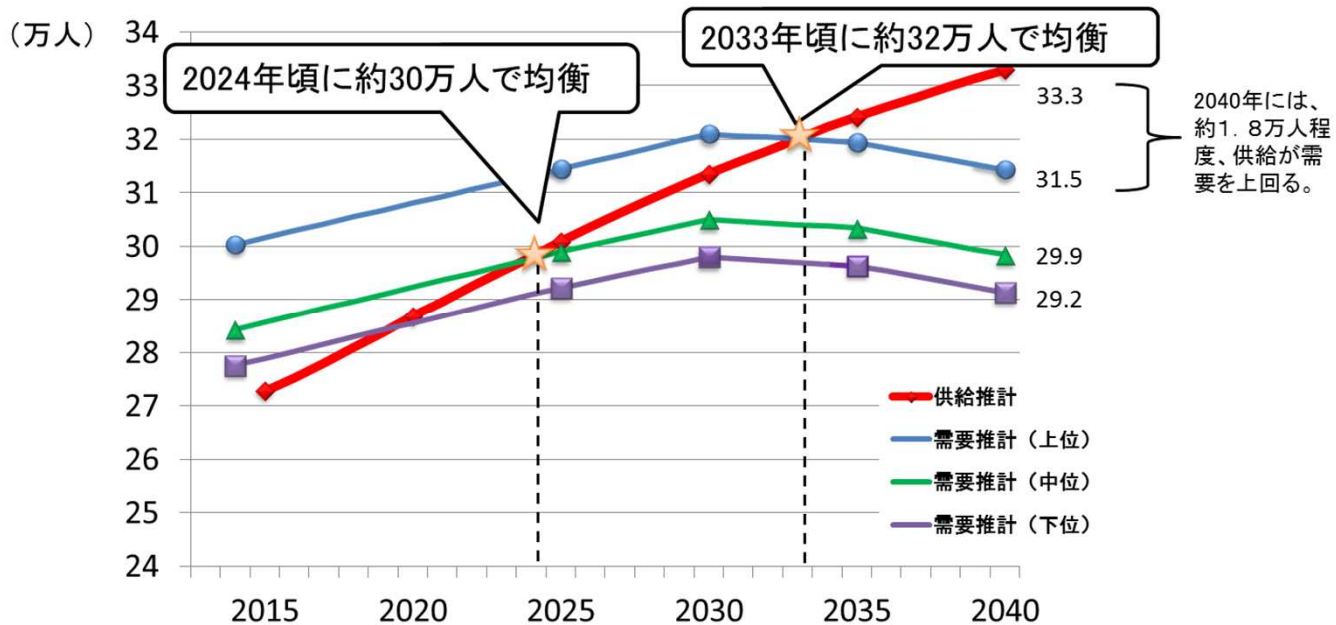
	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29
医学部定員	7625	7625	7625	7793	8486	8846	8923	8991	9041	9069	9134	9262	9420
地域枠	64	129	183	403	749	1141	1257	1309	1400	1427	1525	1617	1676
地域枠の割合	0.8%	1.7%	2.4%	5.2%	8.8%	12.9%	14.1%	14.6%	15.5%	15.7%	16.7%	17.5%	17.8%

地域枠の人数については、文部科学省医学教育課調べ

医師の需給推計の結果について（暫定）

平成28年3月30日 第4回
医師需給分科会 資料(改)

- 本推計は、平成20・21年度からの医学部定員増の臨時増の取扱いについて早急に結論を得るために行った暫定的な推計であり、今後、全国調査等を行った上で、より精緻な推計を行う。
- 需要推計においては、
 - ① 地域医療構想を踏まえて、高度急性期、急性期、回復期、慢性期といった病床の区分ごとに、必要医師数を見込む
 - ② 国際保健分野、製薬業界、大学の基礎研究等の臨床以外に従事する医師数について、世界最多水準や今後の増加を十分に見込む
 - ③ 医師の勤務時間の短縮を見込むなど、精緻に推計。
- ※1 国際保健分野（2025年；現状の約2倍、2040年；さらに20%増）、製薬業界（2025年；世界最多水準（対人口比）、2040年；さらに20%増）、大学の基礎研究（2025年；20%増）等
- ※2 上位推計では、高度急性期・急性期に従事する医師の労働時間（56.6時間）が、他の病院・診療所と同レベルの45.7時間まで改善すると見込んで推計。（中位推計では他の病院・診療所との労働時間の差が50%、下位推計では25%縮小するとして推計）
- 供給推計においては、今後の医学部定員については、平成28年度の9,262人が維持されるとして推計。
- ※3 女性医師、高齢医師、研修医については、それぞれ働き方等を考慮し、30～50歳代の男性医師を1とした場合に、女性医師0.8、高齢医師0.8、研修医1年目0.3、研修医2年目0.5として推計



医師需給分科会中間取りまとめにおける当面の医学部定員の基本的方針

年度	H19 (2007)	H20 (2008)	H21 (2009)	H22 (2010)	H23 (2011)	H24 (2012)	H25 (2013)	H26 (2014)	H27 (2015)	H28 (2016)	H29 (2017)	H30 (2018)	H31 (2019)	H32 (2020)	H33 (2021)
総入学定員	7,625	7,793	8,486	8,846	8,923	8,991	9,041	9,069	9,134	9,262					
平成31年度増員															
平成30年度増員															
平成29年度増員															
平成28年度増員【新成長戦略】 28人															
平成27年度増員【新成長戦略】 65人															
平成26年度増員【新成長戦略】 28人															
平成25年度増員【新成長戦略】 50人															
平成24年度増員【新成長戦略】 68人															
平成23年度増員【新成長戦略】 77人															
平成22年度増員 【経済財政改革の基本方針2009】 360人															
平成21年度増員 【緊急医師確保対策】 国公立大学 189人															
平成20年度増員 【緊急医師確保対策】 公立大学 23人															
平成20年度増員 【新医師確保総合対策】 105人															
平成21年度増員 【経済財政改革の基本方針2008】 504人															
平成20年度増員【緊急医師確保対策】 40人															
平成19年度定員 7,625人															
平成28年度医学部新設 100人 東北医科薬科大学															

平成29年度から31年度までの追加増員
→各都道府県からの追加増員の要望に対しては、これが本当に必要な増員であるかどうかについて、慎重に精査していく

平成20・21年度から29年度までの暫定増
→当面延長する

平成32年度以降の医師養成数
→今回の医師需給推計の結果や、これまでの医学部定員の暫定増の効果、今回の見直しによる医師偏在対策の効果等について可能な限り早期に検証を行い、平成22年度から31年度までの暫定増の取扱いも含め、結論を得る

①地域枠、②研究医枠、③歯学部振替枠の3つの枠組みによる、平成31年度までの臨時定員増 ※平成28年度時点で①592人、②40人、③44人

医師確保が必要な地域や診療科に医師を確保・配置するための、平成29年度までの臨時定員増 ※都府県ごとに最大5人まで、北海道は15人まで

医師不足県（青森、岩手、秋田、山形、福島、新潟、山梨、長野、岐阜、三重）及び自治医科大学における、平成29年度までの臨時定員増 ※最大10人まで

①大学が医師不足が深刻な地域や診療科の医師を確保するための実効ある取組（地域医療貢献策）を講ずることを前提とした恒久定員増
②歯科医師養成過程を有する私立大学が、歯科医師養成過程の入学定員を平成10年度比で10%を超えて削減する場合、教育上支障のない範囲での当該削減数分の恒久定員増

医師養成総数が少ない県（神奈川、和歌山）における恒久定員増 ※各県20人まで

※【】内の閣議決定等に基づき、医学部入学定員の増員を行ってきた。

- 平成18年の「医師の需給に関する検討会」において、
 - ・ 平成34年に需要と供給が均衡し、マクロ的には必要な医師数は供給されるが、これは短期的・中期的に、あるいは地域や診療科と言ったミクロの領域での需要が自然に満たされることを意味しない
 - ・ 医師の養成は中長期の期間を要するものであるが、医師数の地域間格差は必ずしも減少に向かっておらず、未だ医師が不足している県の大学医学部に対して、さらに実効性のある地域定着策の実施を前提として定員の暫定的な調整を検討する必要があるとされた。
- これを踏まえ、医師確保が必要な地域や診療科への従事を要件とする「地域枠」を中心に、平成20年度以降、医学部定員の暫定増等により1,637名の増員が図られ、平成28年度には、過去最高の9,262人の定員となった。
- また、医師の地域定着につながるよう、医師が勤務地や診療科を自由に選択するという自主性を尊重しつつ、キャリア支援、業務負担軽減等のインセンティブ付け等を推進する対策を実施してきた。
 - 【例】
 - ・ 診療報酬による小児・産科の評価、病院勤務医の負担軽減・処遇改善（平成20年～）
 - ・ 地域医療支援センターの設置（平成23年度から予算事業で実施、平成26年10月から法定化）
 - ・ 医療勤務環境改善支援センターの設置（平成26年10月～）
 - ・ 医療関係職種の業務範囲の見直し（看護師の特定行為研修制度）（平成27年10月～）等
- これにより、小児科や産婦人科の医師数の増加など、一定の改善が見られたが、地域の医師不足の指摘は根強い。
- 医学部定員の増加による医師数の全国的な増加を図ったとしても、医師の偏在対策が十分図られなければ、地域の医師不足の解消にはつながらない。
- このため、自主性を尊重した対策だけでなく、一定の規制を含めた対策を行っていく観点から、さらに強力な医師偏在対策について議論し、年内のとりまとめを目指す。

医師需給分科会 第2次中間取りまとめの概要①

2017年12月21日取りまとめ

今回講ずべき医師偏在対策の基本的考え方

今回取りまとめるべき医師偏在対策は、次の(1)から(4)までのような基本的な考え方に基づくものとする必要がある。

- (1) 医師偏在対策に有効な客観的データの整備
- (2) 都道府県が主体的・実効的に医師偏在対策を講じることができる体制の整備
- (3) 医師養成過程を通じた医師確保対策の充実
- (4) 医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進

具体的な医師偏在対策

基本的考え方に基づき、様々な立場の関係者から一定の合意が得られる範囲で取りまとめたもの。

(1) 都道府県における医師確保対策の実施対策の強化

①「医師確保計画」の策定

- 「医師確保計画」において、i)都道府県内における医師の確保方針、ii)医師偏在の度合いに応じた医師確保の目標、iii)目標の達成に向けた施策内容までの一連の方策を記載することを明確に法律上に位置づけるべき。(3年ごとに見直し)
- 医師偏在の度合いを示す指標**を設定すべき。
- 都道府県知事が、医師偏在の度合い等に応じて、「**医師少数区域(仮称)**」及び「**医師多数区域(仮称)**」を設定し、具体的な医師確保対策に結び付けて実行できることとすべき。

②地域医療対策協議会の実効性確保

- 地域医療対策協議会については、その**役割を明確化し、実効性を高める**ため、医師確保計画において定められた各種対策を具体的に実施するに当たって、関係者が協議・調整を行う協議機関と位置付けるべき。
- 構成員についても見直しを行い、改組を促すべき。

③効果的な医師派遣等の実施に向けた見直し

- 地域医療支援事務の**実効性を強化するための見直し**を行うべき。(大学医学部・大学病院との連携の下での実施、キャリア形成プログラムの策定徹底等)
- 医師情報データベースを早急に構築すべき。
- 医療勤務環境改善支援センターは、**地域医療支援センターと連携**することを法律上明記すべき。

(2) 医師養成過程を通じた地域における医師確保

①医学部

- 医師が少ない都道府県の知事が、管内の大学に対し、入学枠に**地元出身者枠の設定・増員を要請**することができる制度を法律上設けるべき。
- 医師が少ない都道府県において、**医師が多い都道府県の大学医学部にも、地域枠を設定**することができるようにすべき。

②臨床研修

- 臨床研修病院の指定及び募集定員の設定**は、都道府県が、地域医療対策協議会の意見を聴いた上で行うことができるようにすべき。
- 地域枠等の医師に対する臨床研修の選考については、一般のマッチングとは分けて実施することとすべき。
- 臨床研修医の募集定員上限は段階的に圧縮し、都道府県ごとの募集定員上限の算定方式については、改善を図るべき。

③専門研修

- 新専門医制度については、日本専門医機構等が国や地方自治体からの意見を踏まえる仕組みが担保されるよう、**国や都道府県から日本専門医機構等に対する要請等**の事項を法定すべき。
- 人口動態や疾病構造の変化を考慮した**診療科ごとに将来必要な医師数の見直し**を、国が情報提供すべき。

医師需給分科会 第2次中間取りまとめの概要②

(3) 地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

- ・ **外来医療機能の偏在・不足等の情報**を、新たに開業しようとしている医療関係者等が自主的な経営判断を行うに当たっての有益な情報として、**可視化**すべき。
- ・ 可視化する情報の内容について地域の医療関係者等と事前に協議等を行うこととすべき。
- ・ 充実が必要な外来機能や充足している外来機能に関する**外来医療機関間での機能分化・連携の方針等についても、併せて協議**を行い、地域ごとに方針決定できるようにするべき。(協議には、地域医療構想調整会議も活用)

(4) 医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進

① 医師個人に対する環境整備・インセンティブ

- ・ 医師が医師の少ない地域で勤務を行うに当たり、**不安を解消するための環境整備**を行うべき。(代診医派遣に対する支援、医師間の遠隔相談・診療等に対する支援、プライマリ・ケアの研修・指導体制の確保、医療機関等の兼任管理等)
- ・ 環境整備と併せて、医師少数区域等に所在する医療機関に一定期間以上勤務した医師を、**厚生労働大臣が認定する制度を創設**するべき。(必要な勤務期間、名称、普及方法等は別途検討)
- ・ 認定対象は、あらゆる世代のすべての医師とすべき。
- ・ 認定医師であることを広告可能事項に追加すべき。

(4) 医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進 (つづき)

- ② **医師派遣を支える医療機関等に対する経済的インセンティブ等**
 - ・ 医師派遣要請に応じて医師を送り出す**医療機関等について、経済的インセンティブ**が得られる仕組みを構築すべき。
 - ・ 地域医療支援病院については、その役割、機能、評価の在り方等を含めて、別途検討すべき。
 - ・ 地域医療支援センターにおいて、マッチング機能を担うこととすべき。
 - ・ 認定制度の創設を踏まえ、都道府県を越えての医師派遣を調整する仕組みについても、厚生労働省において検討を進めるべき。
- ③ **認定医師に対する一定の医療機関の管理者としての評価**
 - ・ 認定医師であることを**一定の医療機関の管理者に求められる基準**の一つとすべき
 - ・ 対象となる医療機関については、**まずは地域医療支援病院のうち、医師派遣・環境整備機能を有する病院**とし、今後、具体的な医療機関の在り方について検討すべき。
 - ・ 管理者として評価を行うのは、施行日以降に臨床研修を開始した認定医師に限るものとすべき。
 - ・ 管理者として必要なマネジメント能力、その研修の実施等について、別途検討を進めるべき。

将来に向けた課題

(1) 今回の医師偏在対策の効果の検証を踏まえた継続的な議論の必要性 (更なる議論が必要なもの)

- ・ 今回の医師偏在対策については、できるだけ速やかに施行し、施行後も速やかに、かつ定期的にその効果の検証を行うべき。
- ・ 検証の結果、十分な効果が生じていない場合には、下記①から③までを含め、更なる医師偏在対策について、早急に検討されるべき。
- ① 専門研修における診療科ごとの都道府県別定員設定
- ② 認定医師に対する一定の医療機関の管理者としての評価
- ③ 無床診療所の開設に対する新たな制度上の枠組みの導入

(2) 都道府県における医療行政能力の向上のための取組の必要性

- ・ 厚生労働省において、都道府県の人材育成が進むような適切な対応を検討すべき。

2. 医師の働き方改革との 関係について

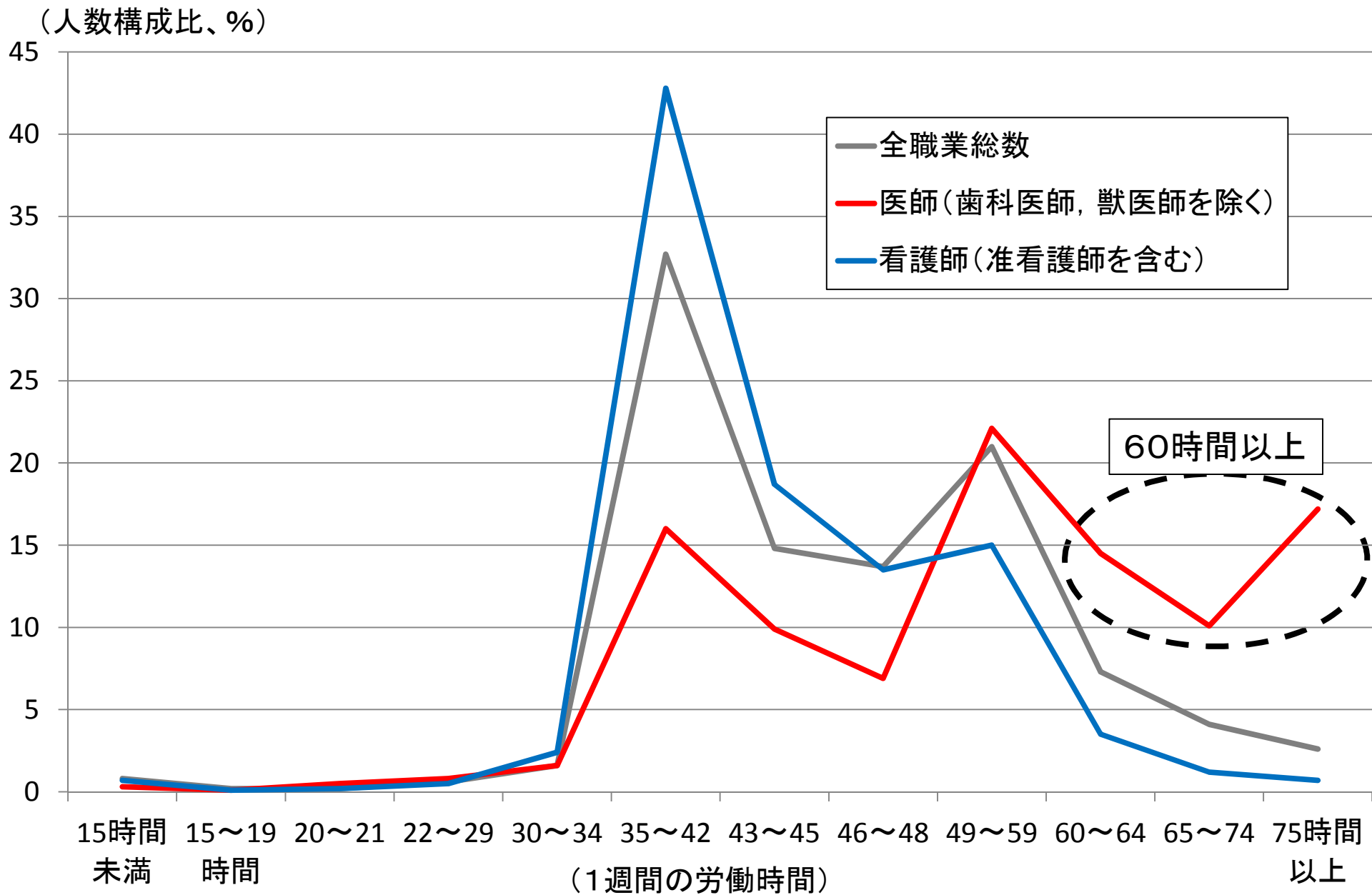
1週間の労働時間が週60時間を超える雇用者の割合

すべての雇用者(年間就業日数200日以上・正規職員)について、1週間の労働時間の実績を見ると、60時間を超える者が、雇用者全体の14%となっている。

これを職種別に見ると、**医師(41.8%)が最も高い割合**となっている。(次いで、自動車運転従事者(39.9%))

	計	管理的職業従事者	専門的・技術的職業従事者	研究者	医師(歯科医師、獣医師を除く)	看護師(准看護師を含む)	教員	事務従事者	販売従事者	サービス職業従事者	生活衛生サービス職業従事者	飲食物調理従事者	保安職業従事者	農林漁業従事者	生産工程従事者	輸送・機械運転従事者	自動車運転従事者	建設・採掘従事者	運搬・清掃・包装等従事者	分類不能の職業
1週間の労働時間が60時間超の雇用者の割合	14.0%	13.3%	13.7%	11.2%	41.8%	5.4%	23.6%	7.1%	20.0%	18.3%	35.1%	34.4%	18.5%	18.7%	10.4%	30.8%	39.9%	16.9%	15.0%	17.2%

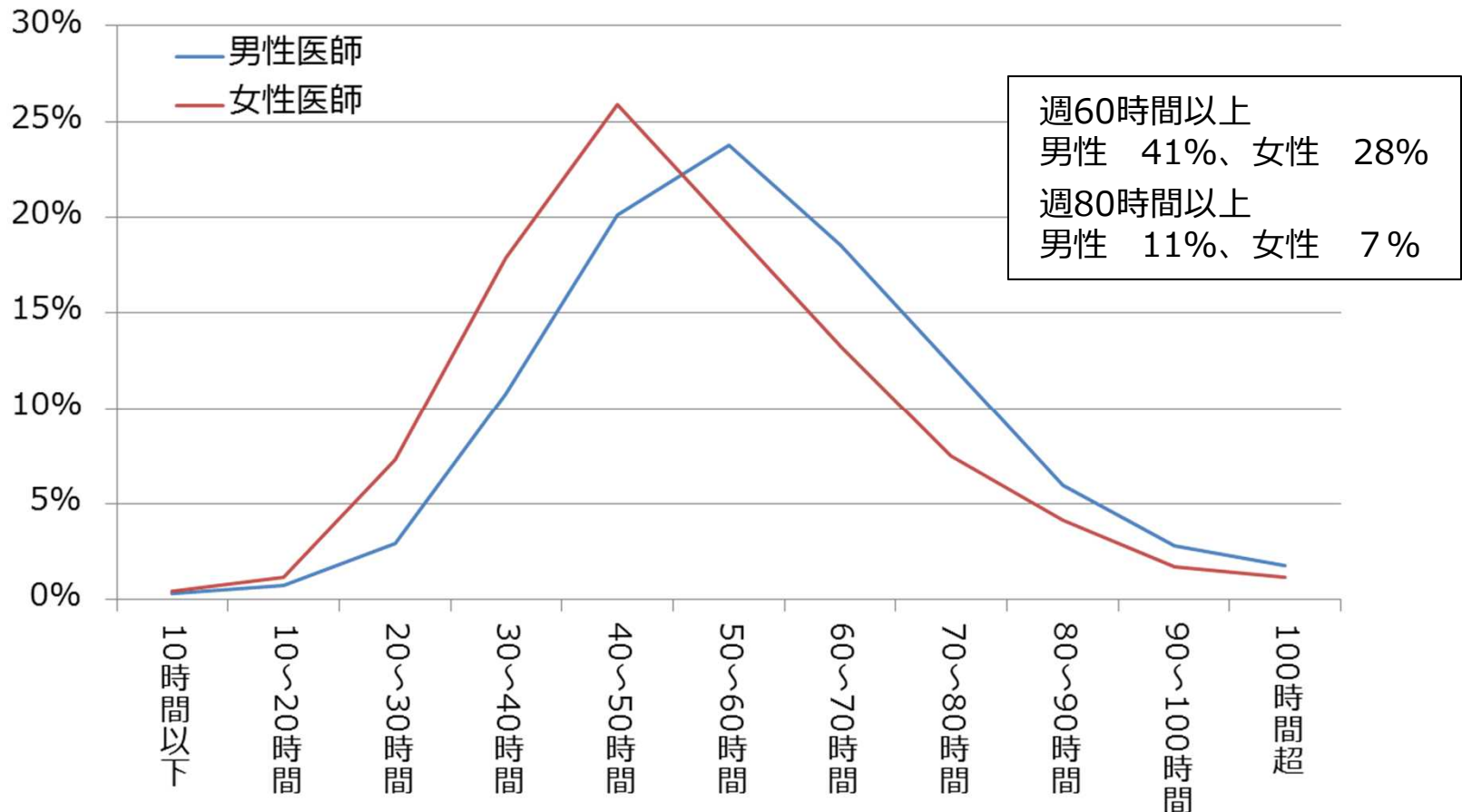
医師等の1週間の労働時間の分布



病院常勤勤務医の週当たり勤務時間の分布

○ 病院常勤勤務医の勤務時間（診療時間＋診療外時間＋当直の待機時間）は、男性は41%、女性は28%の医師が週60時間以上である。

※ 本資料では、当直の待機時間は勤務時間に含め、オンコールの待機時間は勤務時間から除外した。なお、当直の待機時間には、労働基準法上の労働時間に該当するものと該当しないものの両方が含まれていると考えられる。

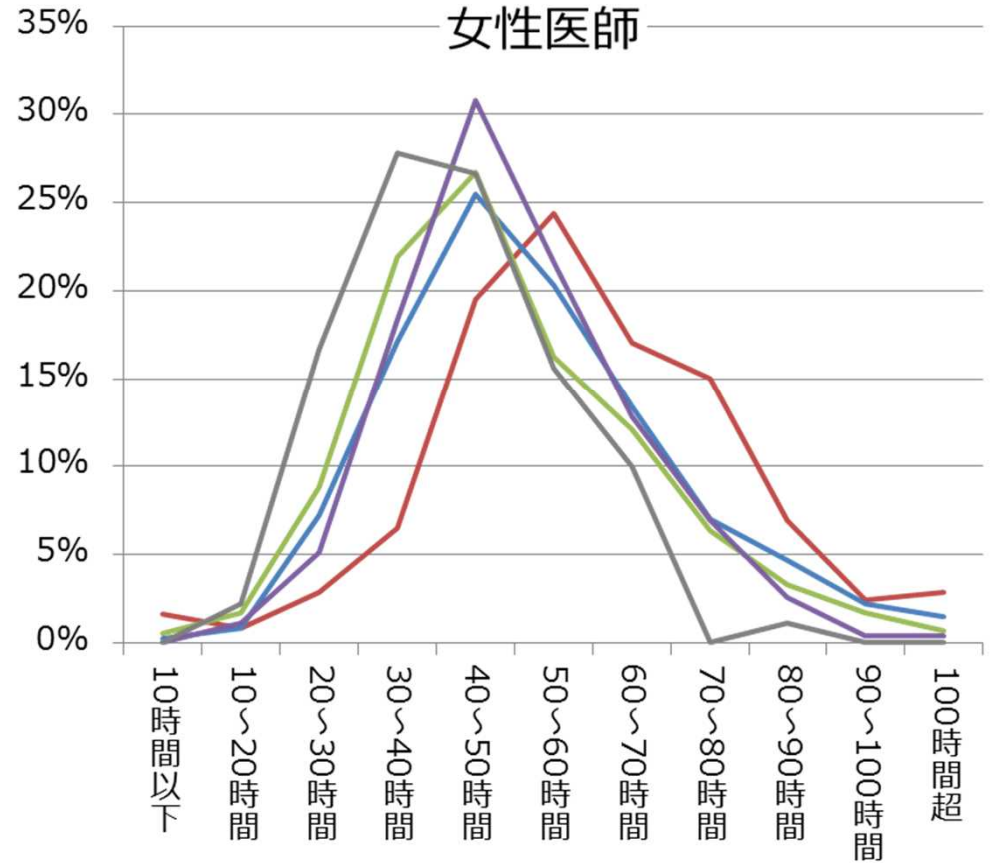
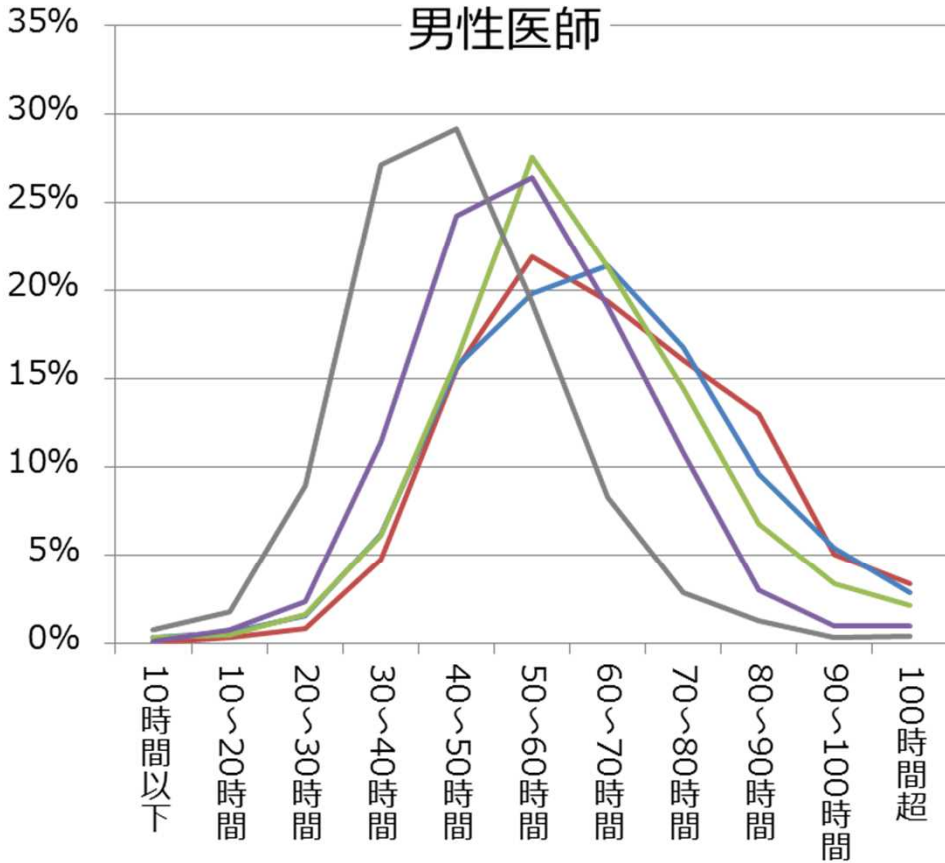


「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）結果を基に医政局医事課で作成

病院常勤勤務医の週当たり勤務時間 年代別分布

○ 男性医師は、20代は「50～60時間」にピークがあり、30代で「60～70時間」にピークが上がり、その後、徐々にピークが下がる。女性医師は、20代は「50～60時間」にピークがあり、30代～50代でピークがいったん下がり、60代でさらにピークが下がる。

— 20代 — 30代 — 40代 — 50代 — 60代以上



※ 本資料では、当直の待機時間は勤務時間を含め、オンコールの待機時間は勤務時間から除外した（勤務時間＝診療時間＋診療外時間＋当直の待機時間）。なお、当直の待機時間には、労働基準法上の労働時間に該当するものと該当しないものの両方が含まれていると考えられる。

「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）結果を基に医政局医事課で作成

「働き方改革実現会議」の概要

- ◎ 一億総活躍社会をひらく最大のチャレンジである「働き方改革」について、その実行計画の策定等に係る審議を行うもの。
- ◎ 総理自らを議長、働き方改革担当大臣・厚生労働大臣を議長代理として、関係大臣・有識者（労使双方の代表、専門的知見や現場での活動経験を有する者）が参加。

議長	長 安倍晋三	内閣総理大臣		
議長代理	加藤勝信	働き方改革担当大臣	塩崎恭久	厚生労働大臣
構成員	麻生太郎	副総理 兼 財務大臣	菅 義偉	内閣官房長官
	石原伸晃	経済再生担当大臣	松野博一	文部科学大臣
	世耕弘成	経済産業大臣	石井啓一	国土交通大臣

（有識者）

生稲晃子	女優
岩村正彦	東京大学大学院法学政治学研究科教授
大村功作	全国中小企業団体中央会会長
岡崎瑞穂	株式会社オーザック専務取締役
金丸恭文	フューチャー代表取締役会長兼社長グループCEO
神津里季生	日本労働組合総連合会会長
榊原定征	日本経済団体連合会会長
白河桃子	相模女子大学客員教授、少子化ジャーナリスト
新屋和代	りそなホールディングス執行役員 人材サービス部長
高橋 進	日本総合研究所理事長
武田洋子	三菱総合研究所政策・経済研究センター副センター長 チーフエコノミスト
田中弘樹	株式会社イトーヨーカ堂 執行役員 人事部長
樋口美雄	慶應義塾大学商学部教授
水町勇一郎	東京大学社会科学研究所教授
三村明夫	日本商工会議所会頭

1. 働く人の視点に立った働き方改革の意義

- (1) 経済社会の現状
- (2) 今後の取組の基本的考え方
- (3) 本プランの実行
 - (コンセンサスに基づくスピードと実行)
 - (ロードマップに基づく長期的かつ継続的な取組)
 - (フォローアップと施策の見直し)

2. 同一労働同一賃金など非正規雇用の処遇改善

- (1) 同一労働同一賃金の実効性を確保する法制度とガイドラインの整備(基本的考え方)
 - (同一労働同一賃金のガイドライン)
 - ① 基本給の均等・均衡待遇の確保
 - ② 各種手当の均等・均衡待遇の確保
 - ③ 福利厚生や教育訓練の均等・均衡待遇の確保
 - ④ 派遣労働者の取扱
- (法改正の方向性)
 - ① 労働者が司法判断を求める際の根拠となる規定の整備
 - ② 労働者に対する待遇に関する説明の義務化
 - ③ 行政による裁判外紛争解決手続の整備
 - ④ 派遣労働者に関する法整備
- (2) 法改正の施行に当たって

3. 賃金引上げと労働生産性向上

- (1) 企業への賃上げの働きかけや取引条件の改善
- (2) 生産性向上支援など賃上げしやすい環境の整備

4. 罰則付き時間外労働の上限規制の導入など長時間労働の是正

- (基本的考え方)
- (法改正の方向性)
- (時間外労働の上限規制)
- (パワーハラスメント対策、メンタルヘルス対策)
- (勤務間インターバル制度)
- (法施行までの準備期間の確保)

- (見直し)
- (現行制度の適用除外等の取扱)
- (事前に予測できない災害その他事項の取扱)
- (取引条件改善など業種ごとの取組の推進)
- (企業本社への監督指導等の強化)
- (意欲と能力ある労働者の自己実現の支援)

5. 柔軟な働き方がしやすい環境整備

- (1) 雇用型テレワークのガイドライン刷新と導入支援
- (2) 非雇用型テレワークのガイドライン刷新と働き手への支援
- (3) 副業・兼業の推進に向けたガイドラインや改定版モデル就業規則の策定

6. 女性・若者の人材育成など活躍しやすい環境整備

- (1) 女性のリカレント教育など個人の学び直しへの支援などの充実
- (2) 多様な女性活躍の推進
- (3) 就職氷河期世代や若者の活躍に向けた支援・環境整備

7. 病気の治療と仕事の両立

- (1) 会社の意識改革と受入れ体制の整備
- (2) トライアングル型支援などの推進
- (3) 労働者の健康確保のための産業医・産業保健機能の強化

8. 子育て・介護等と仕事の両立、障害者の就労

- (1) 子育て・介護と仕事の両立支援策の充実・活用促進(男性の育児・介護等への参加促進)
- (2) 障害者等の希望や能力を活かした就労支援の推進

9. 雇用吸収力、付加価値の高い産業への転職・再就職支援

- (1) 転職者の受入れ企業支援や転職者採用の拡大のための指針策定
- (2) 転職・再就職の拡大に向けた職業能力・職場情報の見える化

10. 誰にでもチャンスのある教育環境の整備

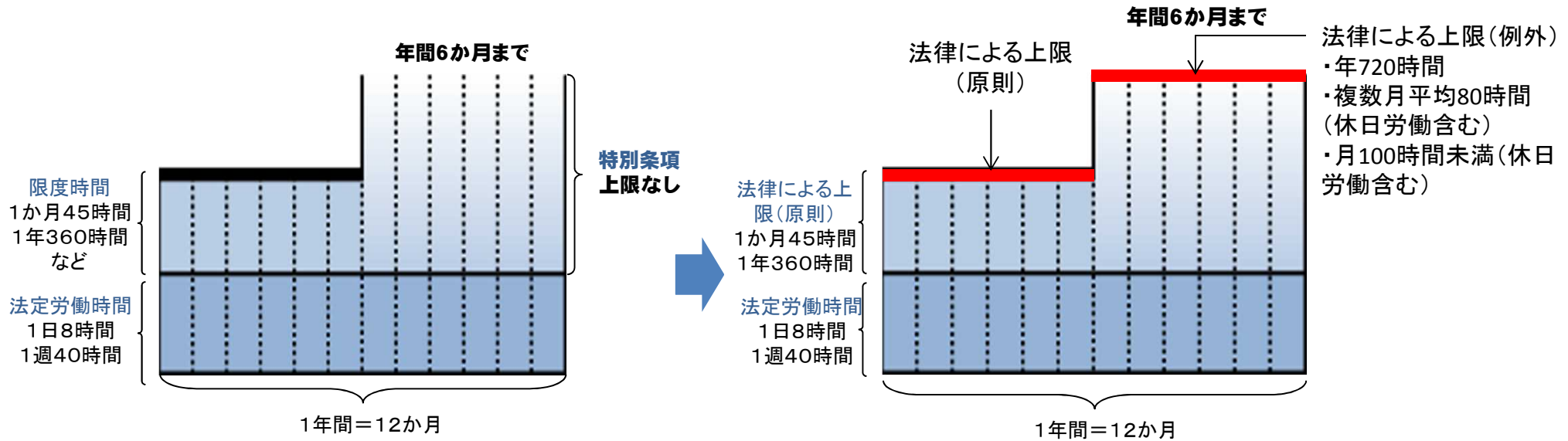
11. 高齢者の就業促進

12. 外国人材の受入れ

13. 10年先の未来を見据えたロードマップ

- (時間軸と指標を持った対応策の提示)
- (他の政府計画との連携)

「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律案要綱」について(抜粋)



自動車運転の業務	改正法施行5年後に、時間外労働の上限規制を適用。上限時間は、年960時間とし、将来的に一般則の適用を目指す。
建設事業	改正法施行5年後に、一般則を適用。(ただし、災害時における復旧・復興の事業については、1か月100時間未満・複数月80時間以内の要件は適用しない。この点についても、将来的に一般則の適用を目指す)。
医師	改正法施行5年後に、時間外労働の上限規制を適用。 具体的な上限時間等は省令で定めることとし、医療界の参加による検討の場において、規制の具体的あり方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得る。
鹿児島県及び沖縄県における砂糖製造業	改正法施行3年間は、1か月100時間未満・複数月80時間以内の要件は適用しない。(改正法施行3年後に、一般則を適用)
新技術・新商品等の研究開発業務	医師の面接指導(※)、代替休暇の付与等の健康確保措置を設けた上で、時間外労働の上限規制は適用しない。 ※時間外労働が一定時間を超える場合には、事業主は、その者に必ず医師による面接指導を受けさせなければならないこととする。(労働安全衛生法の改正)

(現行の適用除外等の取扱)

現行制度で適用除外となっているものの取り扱いについては、働く人の視点に立って働き方改革を進める方向性を共有したうえで、実態を踏まえて対応の在り方を検討する必要がある。

自動車の運転業務については、現行制度では限度基準告示の適用除外とされている。その特殊性を踏まえ、拘束時間の上限を定めた「自動車運転者の労働時間等の改善のための基準」で自動車運送事業者への監督を行っているが、限度基準告示の適用対象となっている他業種と比べて長時間労働が認められている。これに対し、今回は、罰則付きの時間外労働規制の適用除外とせず、改正法の一般則の施行期日の5年後に、年960時間(=月平均80時間)以内の規制を適用することとし、かつ、将来的には一般則の適用を目指す旨の規定を設けることとする。5年後の施行に向けて、荷主を含めた関係者で構成する協議会で労働時間の短縮策を検討するなど、長時間労働を是正するための環境整備を強力に推進する。

建設事業については、限度基準告示の適用除外とされている。これに対し、今回は、罰則付きの時間外労働規制の適用除外とせず、改正法の一般則の施行期日の5年後に、罰則付き上限規制の一般則を適用する(ただし、復旧・復興の場合については、単月で100時間未満、2か月ないし6か月の平均で80時間以内の条件は適用しない)。併せて、将来的には一般則の適用を目指す旨の規定を設けることとする。5年後の施行に向けて、発注者の理解と協力も得ながら、労働時間の段階的な短縮に向けた取組を強力に推進する。

医師については、時間外労働規制の対象とするが、医師法に基づく応召義務等の特殊性を踏まえた対応が必要である。具体的には、改正法の施行期日の5年後を目途に規制を適用することとし、医療界の参加の下で検討の場を設け、質の高い新たな医療と医療現場の新たな働き方の実現を目指し、2年後を目途に規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得る。

新技術、新商品等の研究開発の業務については、現行制度では適用除外とされている。これについては、専門的、科学的な知識、技術を有する者が従事する新技術、新商品等の研究開発の業務の特殊性が存在する。このため、医師による面接指導、代替休暇の付与など実効性のある健康確保措置を課すことを前提に、現行制度で対象となっている範囲を超えた職種に拡大することのないよう、その対象を明確化した上で適用除外とする。

「医師の働き方改革に関する検討会」について

- ◆ 働き方改革実行計画(平成29年3月28日働き方改革実現会議決定)においては、長時間労働の是正のため、労働基準法を改正し、罰則付きの時間外労働の上限規制をはじめ法律で導入する方向性が示されている。
- ◆ この中で、医師については、医師法(昭和23年法律第201号)に基づく応召義務等の特殊性を踏まえた対応が必要であることから、時間外労働規制の対象とするものの、改正法の施行期日の5年後を目途に規制を適用することとし、具体的には、医療界の参加の下で検討の場を設け、2年後を目途に規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得るとされた。これを踏まえ、本検討会を開催するものである。

構成員

(計24名) (※五十音順)

赤星 昂己	東京医科歯科大学医学部附属病院 救命救急センター救急医
荒木 尚志	東京大学大学院法学政治学研究科教授
市川 朝洋	公益社団法人日本医師会常任理事
猪俣 武範	順天堂大学附属病院医師
今村 聡	公益社団法人日本医師会女性医師支援センター長
◎岩村 正彦	東京大学大学院法学政治学研究科教授
戎 初代	東京ベイ・浦安市川医療センター集中ケア認定看護師
岡留 健一郎	福岡県済生会福岡総合病院名誉院長
片岡 仁美	岡山大学医療人キャリアセンターMUSCATセンター長
工藤 豊	保健医療福祉労働組合協議会事務局次長
黒澤 一	東北大学環境・安全推進センター教授
渋谷 健司	東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学教室教授
島田 陽一	早稲田大学法学学術院教授
鶴田 憲一	全国衛生部長会会長
遠野 千尋	岩手県立久慈病院副院長
豊田 郁子	特定非営利法人架け橋理事長
中島 由美子	医療法人恒貴会 訪問看護ステーション愛美園所長
斐 英洙	ハイズ株式会社代表取締役社長
馬場 武彦	社会医療法人ペガサス理事長
福島 通子	塩原公認会計士事務所特定社会保険労務士
三島 千明	青葉アーバンクリニック総合診療医
村上 陽子	日本労働組合総連合会総合労働局長
森本 正宏	全日本自治団体労働組合総合労働局長
山本 修一	千葉大学医学部附属病院院長

◎:座長

本検討会の検討事項

- (1) 新たな医師の働き方を踏まえた医師に対する時間外労働規制の具体的な在り方
- (2) 医師の勤務環境改善策
- (3) その他

検討のスケジュール

- ◆第1回(平成29年8月2日) 医師の働き方改革について
- ◆第2回(平成29年9月21日) 労働時間法制等について
- ◆第3回(平成29年10月23日) 医師の勤務実態について
- ◆第4回(平成29年11月10日) 勤務環境改善策について
- ◆第5回(平成29年12月22日) 勤務医の健康確保等について
- ◆第6回(平成30年1月15日) 中間論点整理・緊急対策
(骨子案)について
- ◆第7回(平成30年2月16日) 中間論点整理・緊急対策について

「医師の働き方改革に関する検討会」における主な論点案

1. 医師の勤務実態の正確な把握と労働時間の捉え方

- 医師の勤務実態の精緻な把握
- 労働時間への該当性
- 宿直業務の扱い
- 自己研鑽（論文執筆や学会発表等）や研究活動の扱い

2. 勤務環境改善策

（1）診療業務の効率化等

- タスクシフティング（業務の移管）、タスクシェアリング（業務の共同化）の推進
- AIやICT、IoTを活用した効率化
- その他の勤務環境改善策（仕事と家庭の両立支援策等）の検討

（2）確保・推進策

- 医療機関の経営管理（労働時間管理等）の在り方、意識改革
- 勤務環境改善支援センターの機能強化、地域医療支援センター等との有機的連携
- 女性医師の活躍支援
- その他勤務環境改善のための財政面を含む支援の在り方

3. 関連して整理が必要な事項

- 時代やテクノロジーの変化を踏まえた、医師の応召義務の在り方
- 病院の機能（特に都市部を含む救急や産科）、医師の偏在、へき地医療等、適切な地域医療提供体制の確保との関係
- 医師の労働時間の適正化、医療の利用の仕方に関する国民の理解

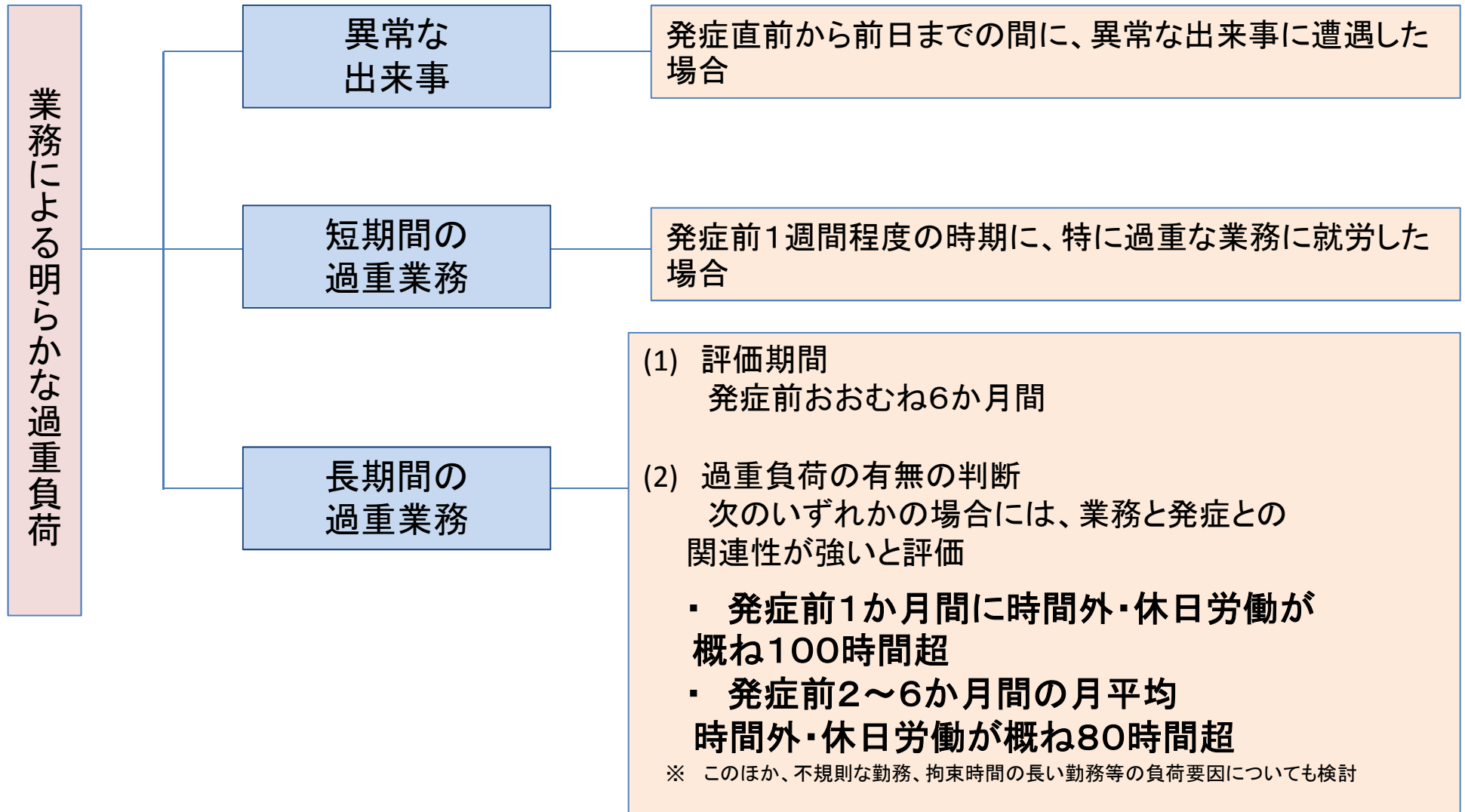
4. 時間外労働規制の在り方

- 時間外労働規制の上限の在り方
- 医療の質や安全性を確保する観点からの勤務の在り方
- 適切な健康確保措置（休息・健康診断等）の在り方

○ 以下、医師の働き方改革に関する検討会「中間的な論点整理」における時間外労働規制について、医師需給と関係が深いと考えられる箇所について抜粋

- ・ 医師についても、脳・心臓疾患の労災認定基準である1か月100時間、2～6か月の各月平均で80時間という時間外労働時間の水準を超えるような上限時間とすることは慎重であるべきではないか。
- ・ 宿日直等に係る実態を踏まえ、必要な医療ニーズに対応できる医療提供体制を維持できるような上限時間とすべきではないか。
- ・ 実態を踏まえつつも、現状の働き方をそのままに法律や制度を合わせるのではなく、現状を変えていくことや長時間労働をできるだけ短くする方向に向かうことを前提に議論すべきではないか。
- ・ 米国の研修医に対する制度など諸外国における医師の労働時間規制の内容も参考にしつつ検討することが必要ではないか。
- ・ 医師の長時間労働の現状、医療機関の役割や診療科等ごとの多様性を踏まえて、時間外労働の上限時間を設定する必要があるのではないか。
- ・ 現状から大きくかけ離れた画一的な上限時間を設定することにより、地域の医療提供体制の崩壊を招くようなことはあってはならないのではないか（地方、都市部を問わず、救急医療、時間外診療、外来診療の縮小や、可能な手術件数の減少、医師派遣の制限とへき地医療の縮小・廃止等につながりかねない。）。

③脳・心臓疾患の労災認定基準 (平成13年12月12日付け労働基準局長通達)



2011 ACGME Duty hour standards(について)

週当たり最長労働時間	・平均週80時間(週88時間まで延長可)(四週間平均)※1
最長シフト時間(連続勤務時間)	・24時間以内が原則、引き継ぎ等により4時間まで延長可能※2
宿直勤務頻度	・3日に1回(四週間平均)※3
シフト間の最低休息時間(インターバル)	・8時間※4
院内夜間勤務の頻度	・連続6晩まで
強制的な非番の日	・週当たり1日(四週間平均)

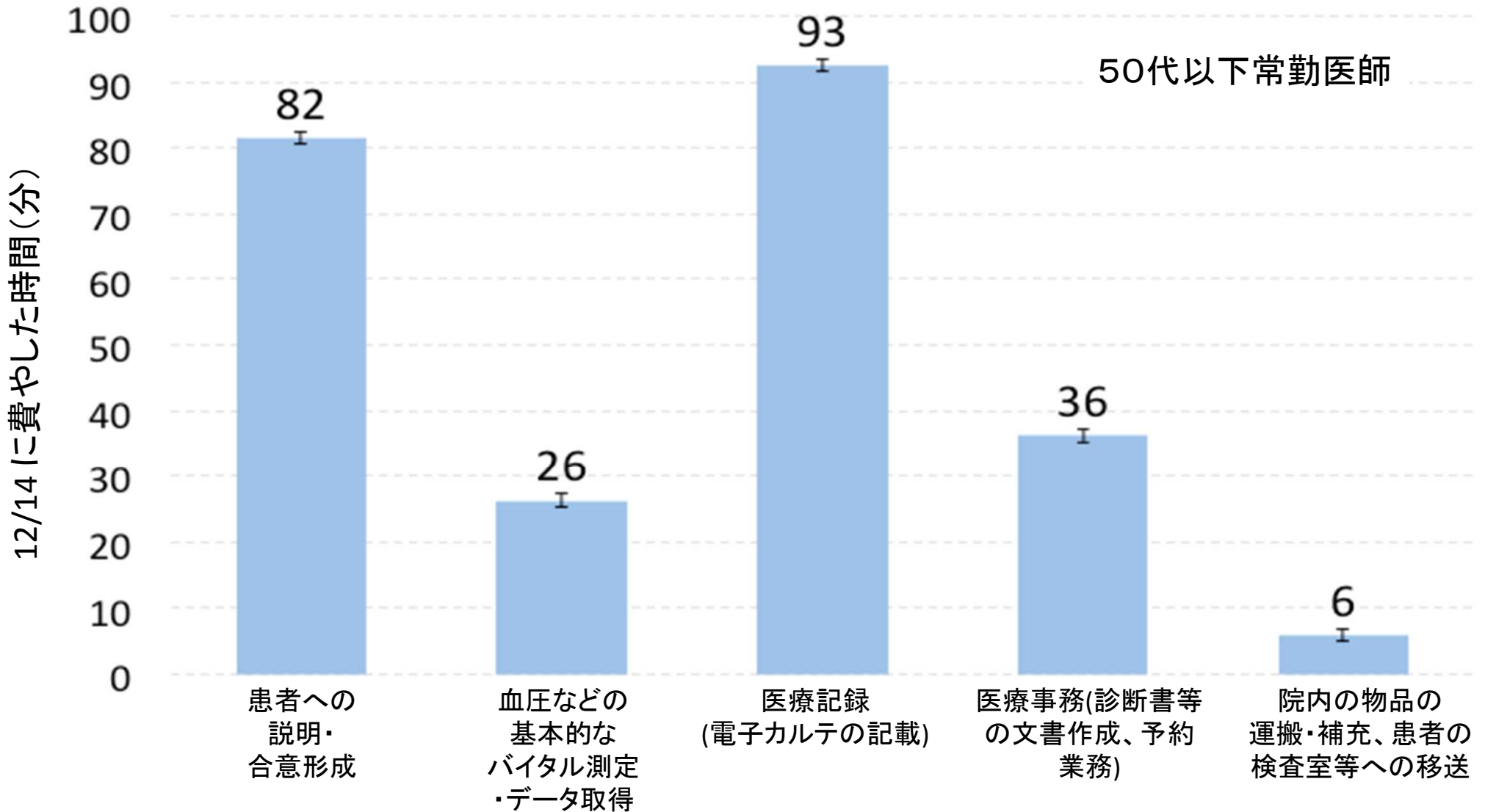
※1 レジデントにおいて、平均週80時間以上勤務した場合、人的事故・傷害、スタッフとの衝突が増加する傾向があるとの報告あり(Baldwin, 2003)

※2 1年目レジデントは16時間以内。2年目以上のレジデントは24時間以内が原則だが、引き継ぎ等により4時間まで延長可能。

※3 レジデントは、宿直の影響が一晩経過しても残るとの報告 (Arendt, 2010)、1日おきに宿直をしたレジデントは、宿直の頻度がそれ以下のレジデントと比較し、疲労とストレスが多かったとの報告あり (Rose, 2008)

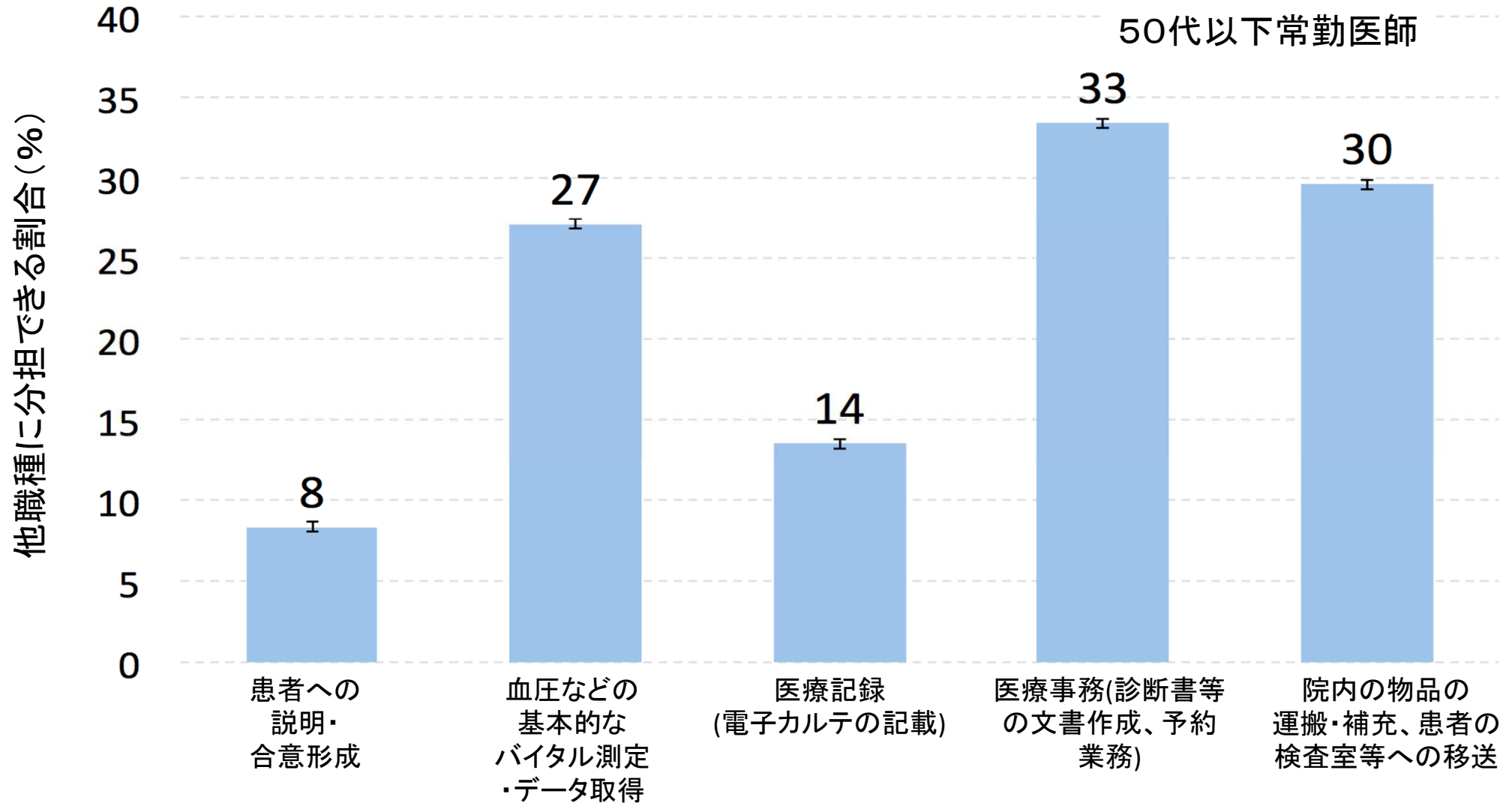
※4 レジデント最終年次は8時間以下も可能であるが、管理者による適切なモニタリングを行う必要あり。若年層の平均睡眠時間が8.2時間 (American Time Use Survey, Basner, 2007)、National Health Interviewの回答者の大半の睡眠時間が7-8時間(Luckhaupt, 2010)との報告あり。

他職種(看護師や事務職員等のコメディカル職種)との分担 (12月14日の1日に費やした時間(分))



他職種(看護師や事務職員等のコメディカル職種)との分担 (他職種に分担できる割合(%))

○ 1日で5つの業務に費やした平均約 240 分のうち、20%弱(約47分)が他業種に分担可能。

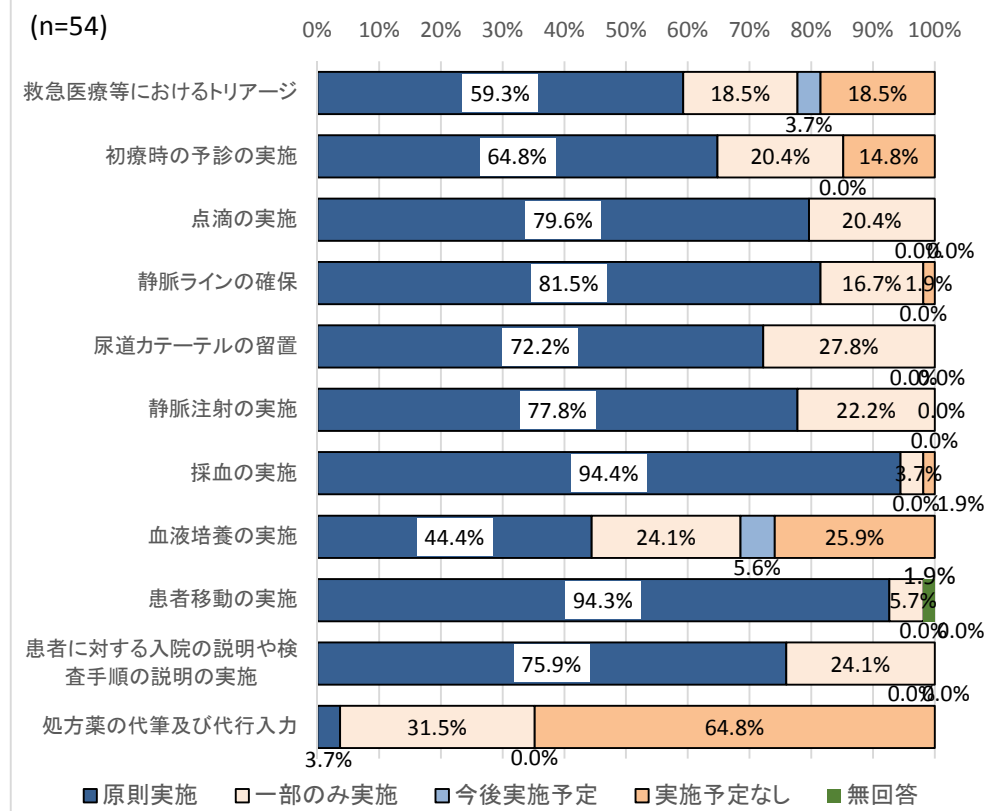
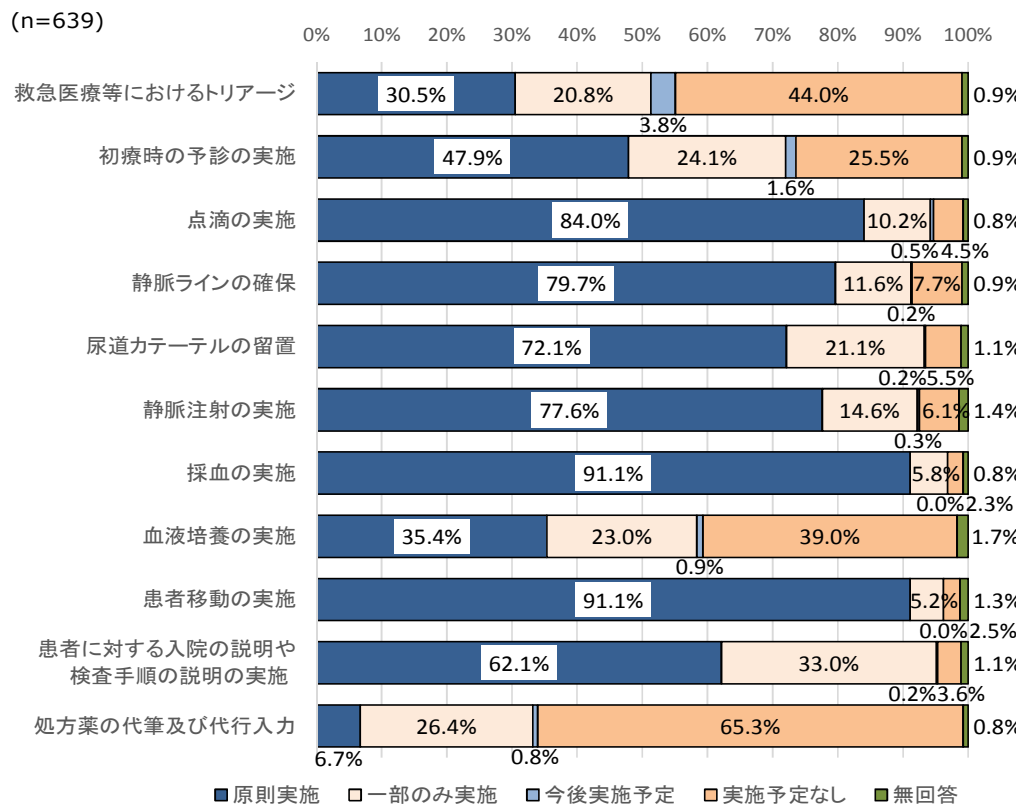


Ⅱ. 勤務環境改善の状況：効率的な医療提供体制に向けた取り組み【看護師等が行っている業務①】

- 点滴の実施、静脈ラインの確保、尿道カテーテルの留置及び静脈注射の実施は、原則実施の割合が72.1～84.0%。一部のみ実施も合わせた割合は90%以上。
- 特定看護師が勤務している施設では、更にタスク・シフティングが進んでいる場合が多い。

看護師等が行っている業務

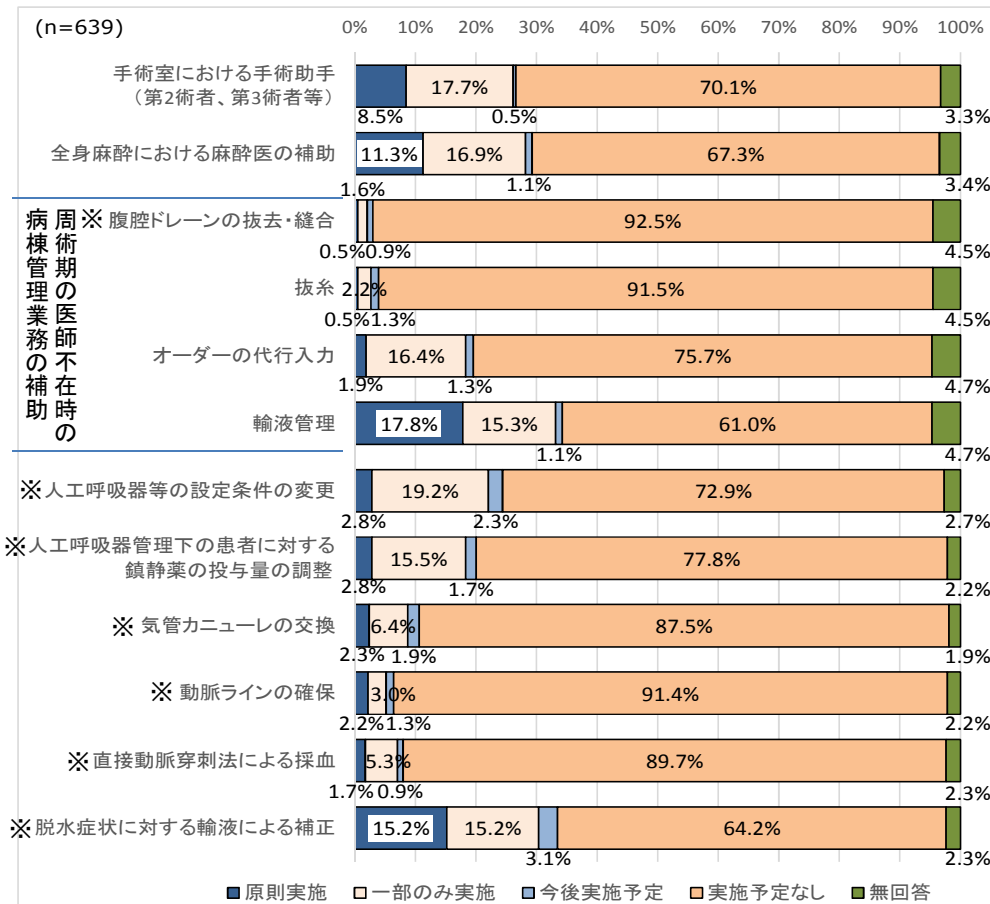
特定看護師の勤務している病院に限定
看護師等が行っている業務



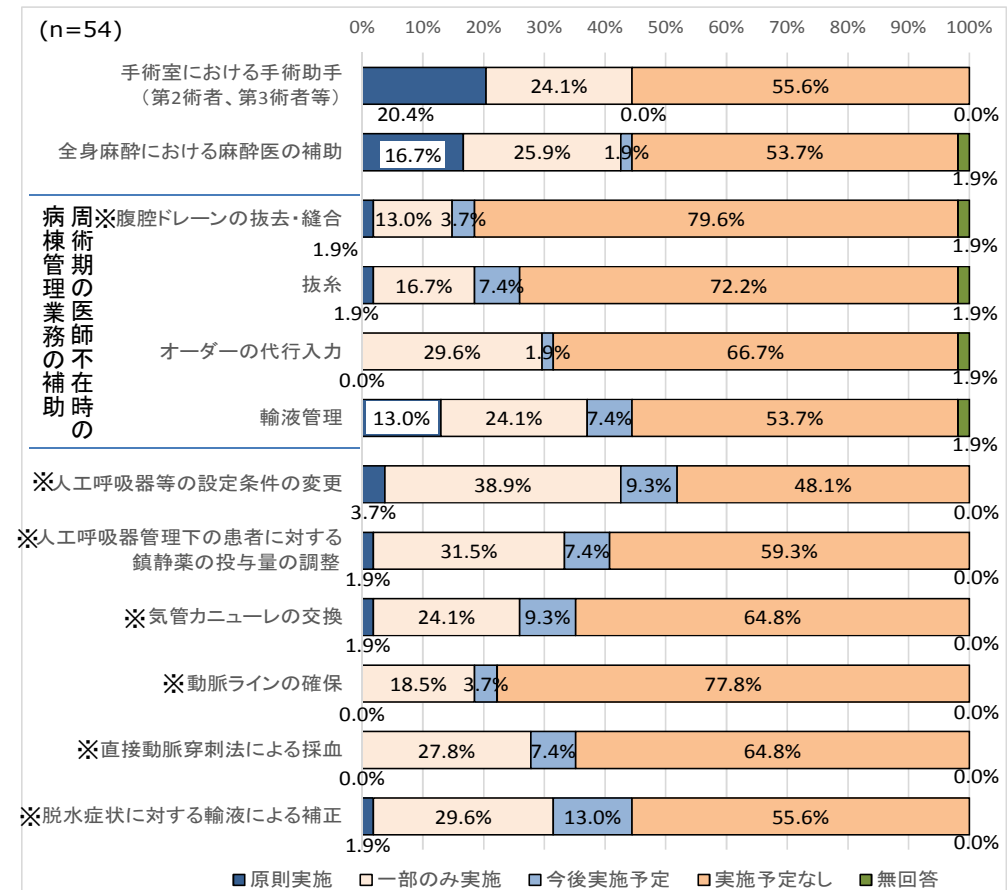
Ⅱ. 勤務環境改善の状況：効率的な医療提供体制に向けた取り組み【看護師等が行っている業務②】

- 特定行為については、原則実施は概ね10%以下。
- 特定看護師を採用している施設においては、特定行為の原則実施、一部のみ実施の合計の実施率は15~50%程度。

看護師等が行っている業務



特定看護師の勤務している病院に限定看護師等が行っている業務



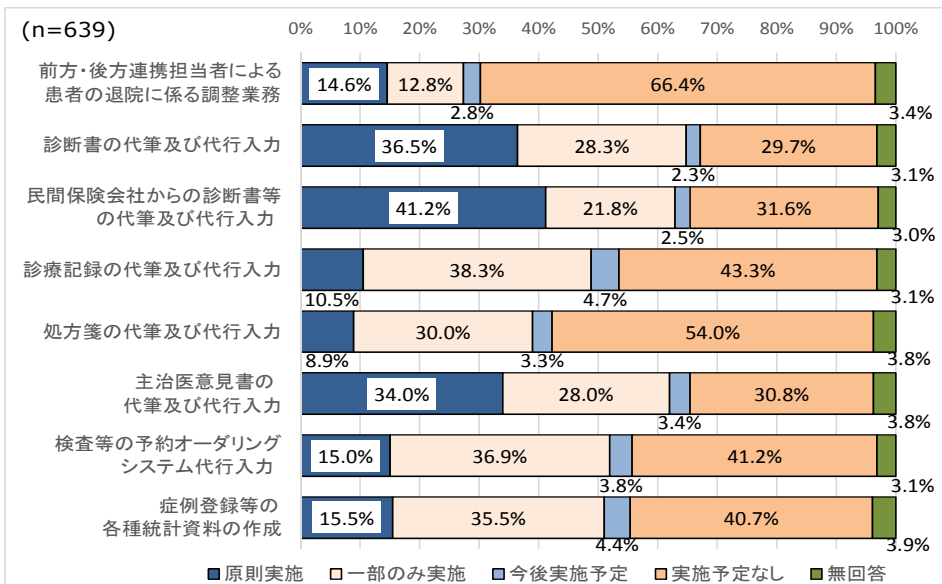
※特定行為

※出典：四病院団体協議会「医師の勤務環境改善策の取り組み状況についての緊急調査」

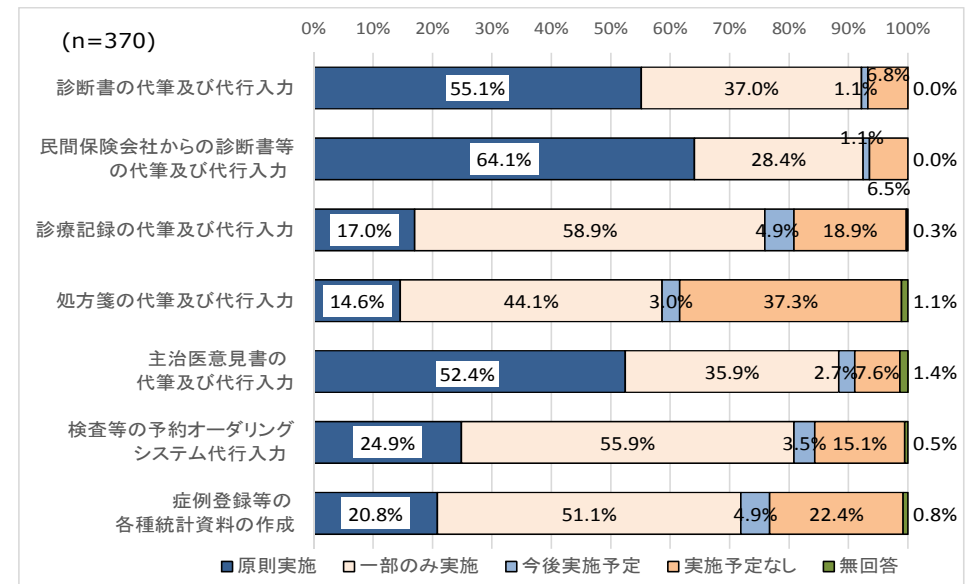
Ⅱ. 勤務環境改善の状況：効率的な医療提供体制に向けた取り組み【医師事務作業補助者等が行っている業務】

- 医師事務作業補助者を配置している施設では、診断書、民間保険会社からの診断書等及び主治医意見書の代筆及び代行入力等の業務は大半の施設で実施されている。

医師事務作業補助者が行っている業務



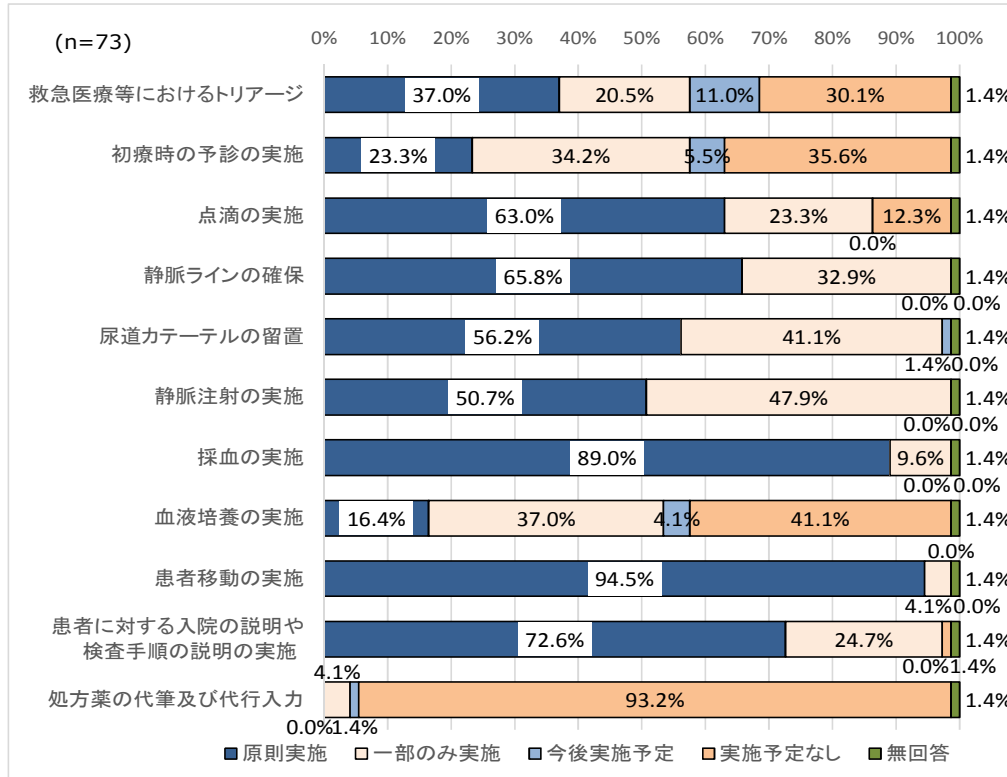
医師事務作業補助者が勤務している病院に限定
医師事務作業補助者が行っている業務



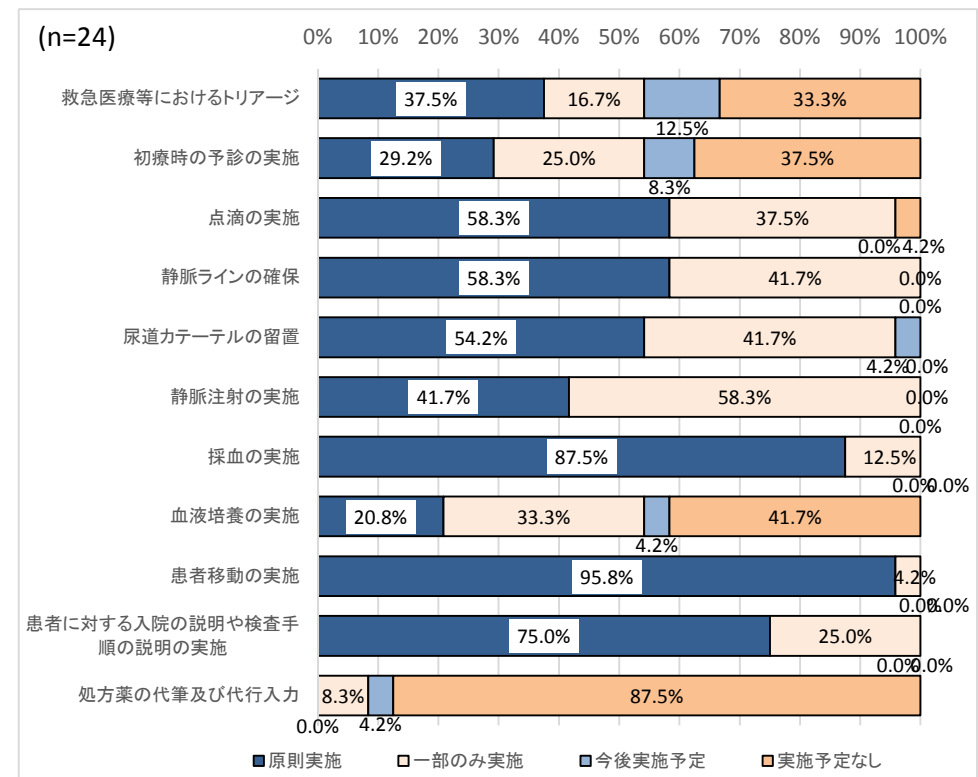
Ⅱ. 勤務環境改善の状況：効率的な医療提供体制に向けた取り組み【看護師等が行っている業務①】

- 点滴の実施、静脈ラインの確保、尿道カテーテルの留置及び静脈注射の実施は、原則実施の割合が50.7～65.8%。一部のみ実施も合わせた割合は85%以上。

看護師等が行っている業務



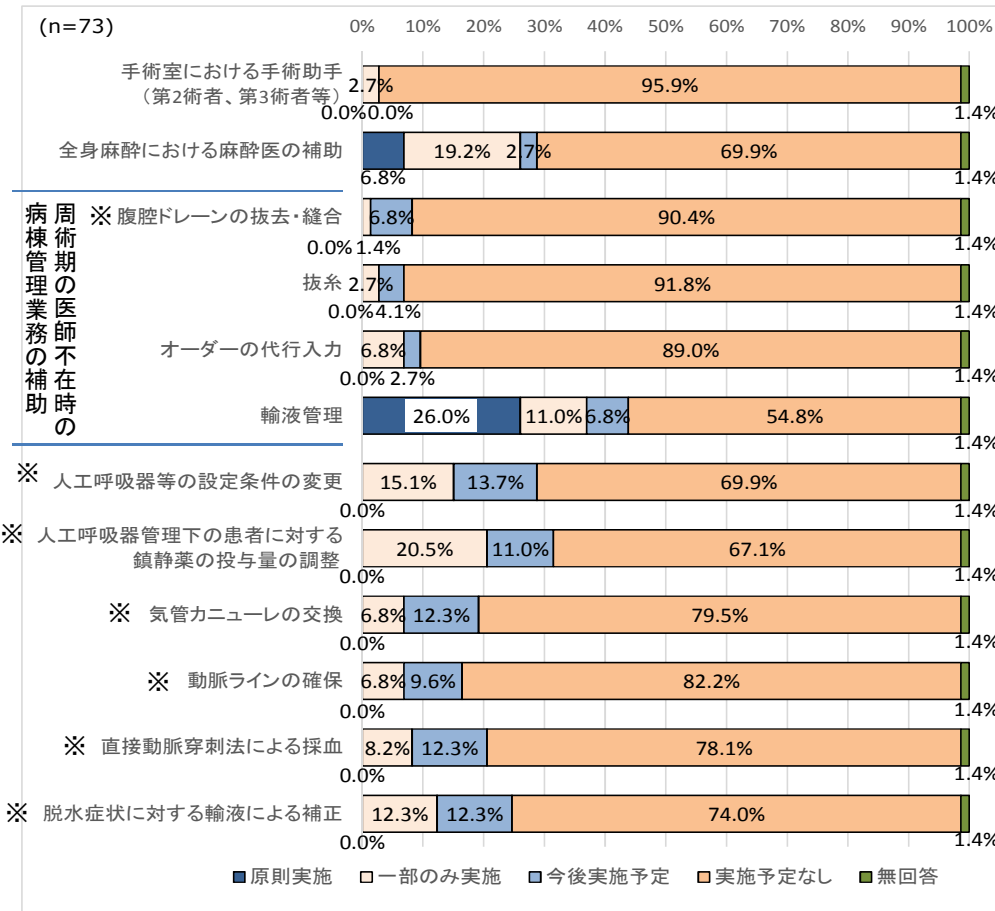
特定看護師の勤務している病院に限定看護師等が行っている業務



Ⅱ. 勤務環境改善の状況：効率的な医療提供体制に向けた取り組み【看護師等が行っている業務②】

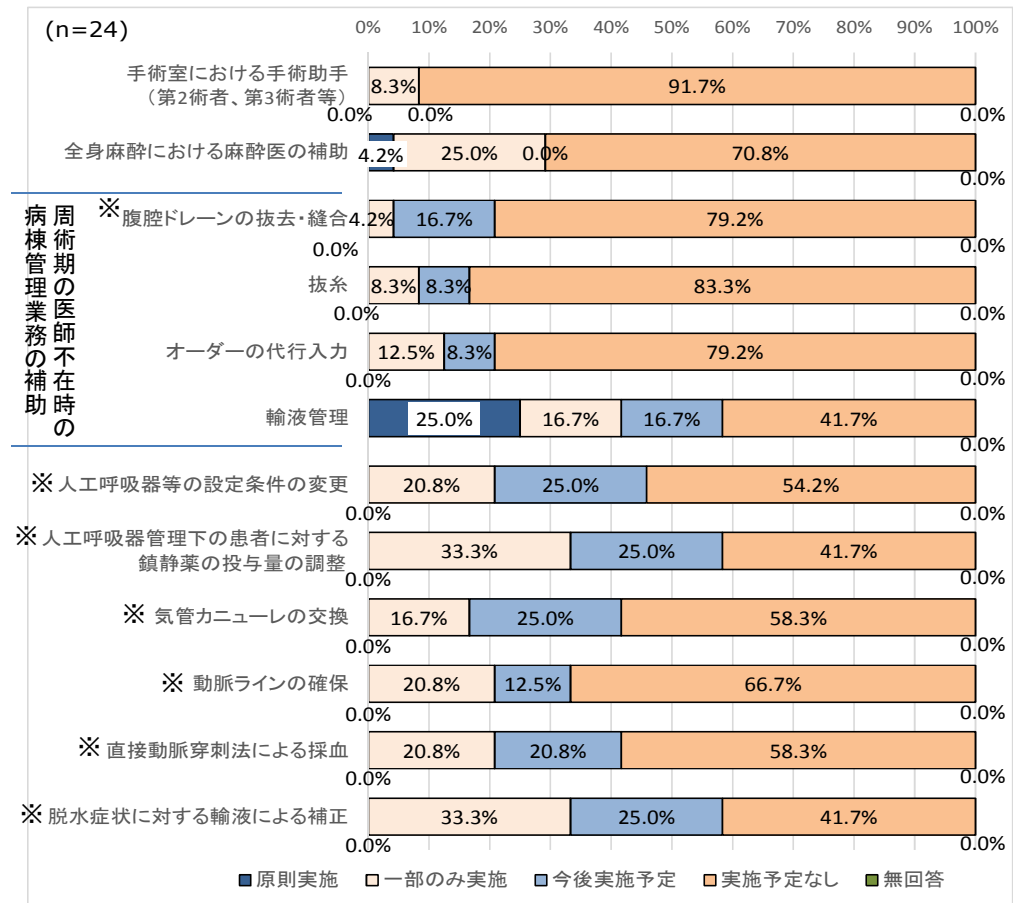
- 特定行為について、原則実施を行っている施設はほぼない。
- 特定看護師を採用している施設においては、特定行為等の原則実施、一部のみ実施の合計の実施率は概ね30%以下。

看護師等が行っている業務



※特定行為

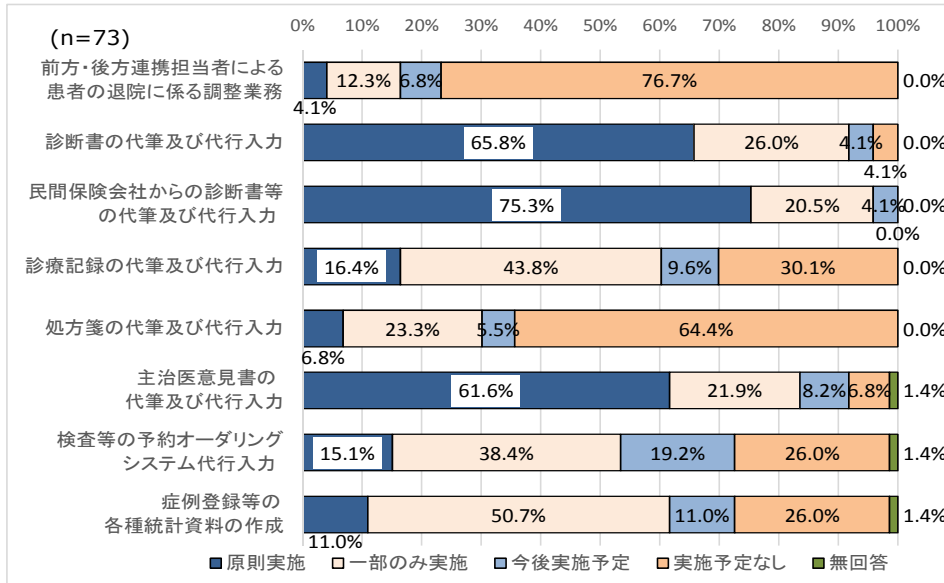
特定看護師の勤務している病院に限定
看護師等が行っている業務



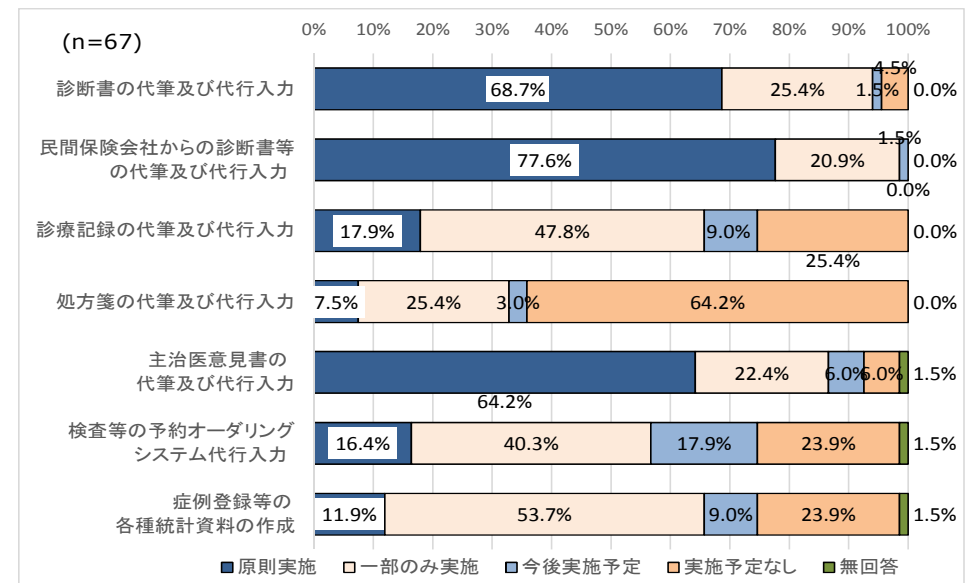
Ⅱ. 勤務環境改善の状況：効率的な医療提供体制に向けた取り組み【医師事務作業補助者等が行っている業務】

- 73施設中67施設で、医師事務作業補助者を配置している。
- 診断書、民間保険会社からの診断書等及び主治医意見書の代筆及び代行入力等の業務は大半の施設で実施されている。

医師事務作業補助者が行っている業務



医師事務作業補助者が勤務している病院の医師事務作業補助者が行っている業務

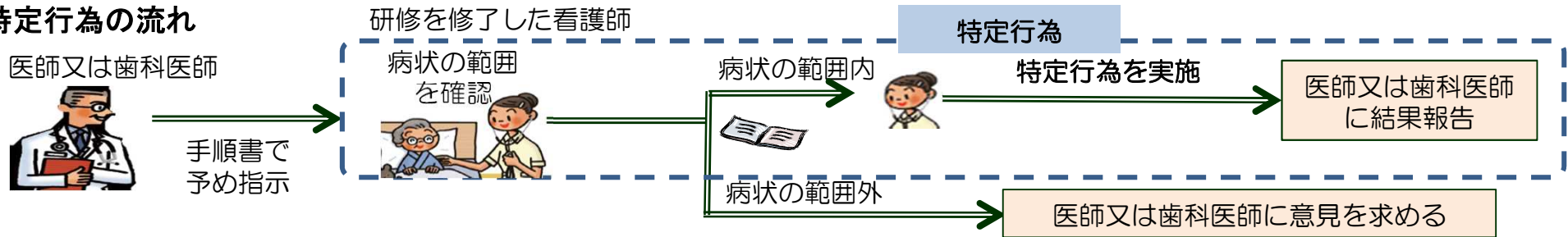


特定行為に係る看護師の研修制度の概要

1. 目的

- 2025年に向けて、さらなる在宅医療等の推進を図っていくためには、個別に熟練した看護師のみでは足りず、医師又は歯科医師の判断を待たずに、手順書により、一定の診療の補助を行う看護師を養成し、確保していく必要がある。
- このため、「地域における医療および介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」において、その行為を特定し、手順書によりそれを実施する場合の研修制度を創設し、その内容を標準化することにより、今後の在宅医療等を支えていく看護師を計画的に養成していく。

2. 特定行為の流れ



3. 特定行為研修の実施体制等

- 厚生労働大臣が指定する指定研修機関において、協力施設と連携して研修を実施
- 研修は講義、演習又は実習によって実施
- 看護師が就労しながら研修を受けられるよう、
 - ① 講義・演習は、eラーニング等通信による学習を可能としている
 - ② 実習は、受講者の所属する医療機関等(協力施設)で受けることを可能としている



4. 研修の内容

「共通科目」
全ての特定行為区分に共通するものの向上を図るための研修

共通科目の内容	時間数
臨床病態生理学(講義、演習)	45
臨床推論(講義、演習、実習)	45
フィジカルアセスメント(講義、演習、実習)	45
臨床薬理学(講義、演習)	45
疾病・臨床病態概論(講義、演習)	60
医療安全学(講義、演習、実習)	30
特定行為実践(講義、演習、実習)	45
合計	315

「区分別科目」
特定行為区分ごとに異なるものの向上を図るための研修

特定行為区分(例)	時間数
呼吸器(気道確保に係るもの)関連	22
創傷管理関連	72
創部ドレーン管理関連	15
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	36
感染に係る薬剤投与関連	63

※全ての科目で、講義・演習・実習又は講義・実習を行う
※1区分ごとに受講可能

看護師の特定行為研修の研修体制及び研修修了者の状況

看護師の特定行為研修を行う指定研修機関

大学院	8
大学・短大	9
大学病院	4
病院	28
医療関係団体等	5
総数	54機関（29都道府県）

（平成29年8月現在）

特定行為研修を修了した看護師の数等（就業場所別）

就業場所	修了者総数
病院	523
診療所	5
訪問看護ステーション	15
介護施設	8
その他	24
不明	8
総数	583名（46都道府県）

出典：看護課調べ（平成29年6月現在）

