



2024年3月7日放送

医師の働き方改革と地域医療構想

自治医科大学 地域医療学センター 地域医療政策部門
教授 小池 創一

この番組をお聞きの皆様は、「医師の働き方改革」や「地域医療構想」という言葉について、お聞きになったことがある方も多いと思います。しかしながら、これらが実際にどのようなものなのか、両者はどんな関係にあるか、という点については詳しくは知らない、という方もいらっしゃるかもしれません。

実はこの2つは、相互に深い関係にあり、今後の医療提供体制を考える上でなくてはならないものです。そこで、本日は、医師の働き方改革と地域医療構想の概要について、両者の関係を含めてお話させていただきます。

(医師の働き方改革)

2024年4月から医師の働き方改革がいよいよ本格化する、といった報道を耳にされる方も多いと思います。

日本の医療は医師の長時間労働により支えられてきました。医師も勤務時間が長くなるほど、医療事故やヒヤリ・ハットの経験割合は高くなり、パフォーマンスの低下や燃え尽きのリスクとも関連することが知られています。寝不足になると、作業能力や反応が低下することは、皆さんも実感としてご経験があるのではないのでしょうか。

今後、高齢者人口の増加に伴い、医療ニーズが変化してゆきます。医療の高度化・複雑化はさらに進んでゆくでしょう。少子化・人口減少も加速してゆき、医療の担い手も減ってゆくことが見込まれます。

もし、医師がこれまでと同じ働き方を続けていたら、一体どうなるでしょう。医療の持続可能性があやうくなってしまいます。

そこで、医師が健康に働き続けることのできる環境を整備し、医療の質の向上や安全確保を図り、持続可能な医療提供体制を維持していくことをめざした、医師の働き方改革に向け

た動きが本格化しています。

この中でも 2024 年 4 月から始まる医師の時間外労働の上限規制という言葉をよく聞かれると思います。まずこの点についてお話したいと思います。

今年 4 月から、診療に従事する勤務医の年間の時間外労働の上限が設定されることになりました。通常の診療に従事する勤務医の年間時間外労働の上限を A 水準といい、年間 960 時間が上限となります。地域医療の確保のために自院内で長時間労働が必要な医師については B 水準、医師の派遣を通して地域医療提供体制の維持に必要な役割を担う医療機関で、副業や兼業先での労働時間と通算すると年間 960 時間を超える場合は連携 B 水準、臨床研修医や専攻医の研修には C-1 水準、専攻医を終えた医師がさらに高度な技能の修得する際には C-2 水準が設定され、B・C 水準については年間時間外労働の上限が 1860 時間とされました。同時に、長時間労働者の面接指導による健康状態の確認、連続勤務時間の制限、1 日の勤務終了後、翌日の勤務開始までの間に、一定時間以上の休息時間をとる、勤務時間インターバル規制による休息時間の確保についても定められました。

A 水準の 960 時間がどう定められたかご存じでしょうか。これは、脳・心臓疾患の労災認定基準の際の時間外労働の水準である月平均 80 時間以下を考慮し、年間で 80×12 となる 960 時間となったものです。一方、B・C 水準の 1860 時間は、厚生労働科学研究班が行った医師の勤務実態調査で、当時の勤務時間が長い方から約 1 割に相当する部分を、まずは解消する必要があるといった議論等を踏まえ設定された水準とされています。それゆえ B 水準は 2035 年度末まで、C 水準は将来の解消が求められているのです。

医師の働き方改革は、時間外労働の規制だけではありません。そもそも、上限であって、上限まで働くことが前提の制度でもありません。ただ、働き方がそのまま、時間だけが短くなってしまうと、提供される医療の総量が減り、質も低下する恐れがあります。医療提供の質を落とさないためには、医師の生産性を上げるとともに、医師が医師でなければできない仕事に集中できる環境整備が不可欠です。

生産性を上げる方法には、医療 DX、医療のデジタルトランスフォーメーションによる業務の効率化や、医師が医師でなければできない仕事に集中できるよう、別の医療専門職等との役割分担を進めるタスクシフト／タスクシェアがあります。労務管理や業務の見直しまで含めて一体として推進してこそ、真の医師の働き方改革が可能となるのです。

(地域医療構想)

さて、みなさんは、地域医療構想という言葉をお聞きになったことはありますか。公的病院の統廃合をひき起こしたとする報道や、医療機関が急性期病床に偏っていて、長期療養患者の受け皿になるような医療機関との間で患者の流れが悪くなっている、中央が細くなったワイングラスのような形の医療提供体制を解消するための計画、として紹介されることが多いと思いますが、これをもう少し詳しくみてゆきましょう。

都道府県は医療提供体制の在り方や方向性について6年計画の医療計画を定めています。地域医療構想は医療計画と一体として定められるもので、各構想区域の2025年の医療需要や必要病床数について、高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4つの医療機能に分けて推計、現在の状況と今後の方向性が見える化しつつ、各地域におかれた「地域医療構想調整会議」で、病床の機能分化・連携に向けた協議を行い、望ましい医療提供体制を整備してゆこうとする取組です。

ここ数年は、医療機関や都道府県が新型コロナウイルス感染症対応を最優先に対応する中、地域医療構想調整会議の開催回数も低調と言わざるを得ない時期がありました。しかし新型コロナの感染症法上の位置付けが5類に移行したことに伴い、再び議論が活発化しています。令和4年度の病床機能報告を見ても、病床機能の必要量との乖離率は、2015年に5.0%の超過であったものが2022年度は0.7%の超過にまで縮小してきています。

地域医療構想の目標年の2025年はいよいよ目前に迫っています。しかしながら今後も人口構造の変化、すなわち若年層の急速な減少と、高齢者人口の増加、その後の減少といった社会の変化への備えが必要です。さらにコロナ禍で顕在化した医療提供体制の課題への対応も不可欠です。

地域医療構想の今後を読み解く上でポイントなるのは、昨年5月の全世代型社会保障構築会議の「議論の中間整理」です。そこでは、病院のみならず“かかりつけ医機能や在宅医療等を対象に取込む”こと、生産年齢人口の減少が加速していく”2040年“に向け地域医療構想をバージョンアップすることが必要“と記載されており、今後の動向が注目されます。

(医師の働き方改革と地域医療構想)

ここで、医師の働き方改革と地域医療構想の関係についても触れておきたいと思います。これでの話の中に、いずれも「人口構造の変化」がキーワードとしてでてきたことに、皆さんもお気づきのことと思います。

どこにいても必要な医療を最適な形で受け続けるためには3つのこと、すなわち、地域医療構想の実現を通じた医療機関の機能分担、医師・医療従事者の働き方改革を通じた質が高く安全で効率的な医療の提供、そして、忘れてはいけないのが医師の偏在対策、この3つの施策を一体的に進めてゆくことこそが大切なのです。

(おわりに)

以上、本日は地域医療提供体制の中でも特に重要な課題である。「医師の働き方改革と地域医療構想」についてお話してまいりました。

日本は今、歴史的な転換点にあります。これまでの人口増が基本の社会を人口減が前提の社会に切り替えてゆく、大変な作業です。これまでは、欧米の後をついてゆくことで対応できました。しかし、少子高齢化・人口減少のスピードは他国を上回っており、これからはどこにもお手本がない中、日本が自ら考え、道を切り拓いてゆくことが求められているのです。

最近頻発する大規模な自然災害でも明らかになっているように、社会のインフラは実は非常に脆弱になっています。医療もしかりです。医療制度の改革は待ったなしです。

今後は、患者さんの側もこれまでも全く同じ、というわけにはゆかなくなってゆくかもしれません。複数の医師が交代で診療することは働き方改革や安全安心な医療を提供のために不可欠ですが、いつも同じ医師に診てもらえるわけでなくなる可能性がでてきます。医療機関の集約化は医療の質の向上につながりますが、これまでよりも遠い医療機関に通う必要が生じることもあるかもしれません。

ただ、今の医療は改革なしにはもう持続不可能になりつつあります。無理に無理を重ねて維持しているシステムは、一度歯車が狂えば、一気に破綻し、復活させることが極めて難しくなります。

着実に起こる社会構造の変化にどう備え、新たな時代に適した体制をどう構築してゆくのか。患者一人一人とともに、医療従事者の暮らしと健康をどう守ってゆくのか。国や県といった行政だけではなく、医療機関、医療従事者、そして患者さん一人一人が考えてゆくことが、今、求められているのではないのでしょうか。