

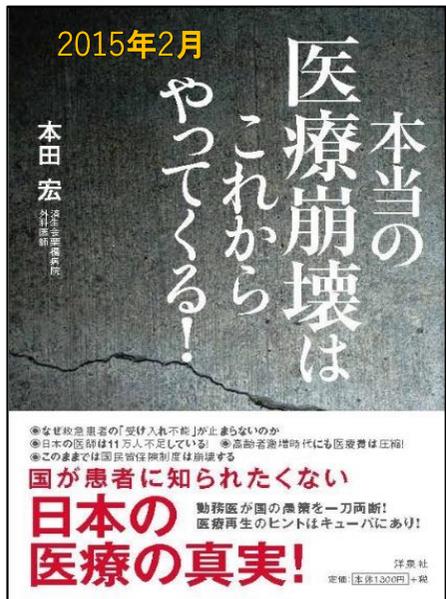
2021年3月24日厚生労働委員会参考人

23年度からの医学部定員削減の問題点

新型コロナにも多大な影響

医師不足・過重労働をどう改善する？

2021年3月24日 NPO法人医療制度研究会副理事長



2020年8月30日「噂の東京マガジン」TBS



「コロナ禍の医療現場」からの警鐘と提言

く 医 日
 い 療 本
 止 崩 の
 め 壊
 る を

2021年2月

日本を安心して
 生きられる国に
 するために

前埼玉県済生会
 栗橋病院院長補佐・医師
 本田宏
 取材・インタビュー
 和田秀子

コロナ禍で検査や病床が増えない理由は
 医師不足と国の医療費抑制政策！

泉町芳房

日本の人口1000人 あたりの医師数は、 G7最少	コロナで受け入れ不能 …200km救急搬送 北海道医療崩壊の現実	医学部定員削減 こんなときに 医師減らし	病院は地方で 貴重な 雇用を生む
---------------------------------	--	----------------------------	------------------------

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律案の概要

2

改正の趣旨

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進する観点から、医師の働き方改革、各医療関係職種の専門性の活用、地域の実情に応じた医療提供体制の確保を進めるため、長時間労働の医師に対し医療機関が講ずべき健康確保措置等の整備や地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組に対する支援の強化等の措置を講ずる。

改正の概要

< I. 医師の働き方改革 >

長時間労働の医師の労働時間短縮及び健康確保のための措置の整備等 (医療法)【令和6年4月1日に向け段階的に施行】

医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始(令和6年4月1日)に向け、次の措置を講じる。

- ・勤務する医師が長時間労働となる医療機関における医師労働時間短縮計画の作成
- ・地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関を都道府県知事が指定する制度の創設
- ・当該医療機関における健康確保措置(面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル規制等)の実施 等

< II. 各医療関係職種の専門性の活用 >

1. 医療関係職種の業務範囲の見直し (診療放射線技師法、臨床検査技師等に関する法律、臨床工学技士法、救急救命士法)【令和3年10月1日施行】

タスクシフト/シェアを推進し、医師の負担を軽減しつつ、医療関係職種がより専門性を活かせるよう、各職種の業務範囲の拡大等を行う。

2. 医師養成課程の見直し (医師法、歯科医師法)【①は令和7年4月1日/②は令和5年4月1日施行等】※歯科医師も同様の措置

①共用試験合格を医師国家試験の受験資格要件とし、②同試験に合格した医学生が臨床実習として医業を行うことができる旨を明確化。

< III. 地域の実情に応じた医療提供体制の確保 >

1. 新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に関する事項の医療計画への位置付け (医療法)【令和6年4月1日施行】

医療計画の記載事項に新興感染症等への対応に関する事項を追加する。

2. 地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組の支援 (地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律)【令和3年4月1日施行】

令和2年度に創設した「病床機能再編支援事業」を地域医療介護総合確保基金に位置付け、当該事業については国が全額を負担することとするほか、再編を行う医療機関に対する税制優遇措置を講じる。

3. 外来医療の機能の明確化・連携 (医療法)【令和4年4月1日施行】

医療機関に対し、医療資源を重点的に活用する外来等について報告を求める外来機能報告制度の創設等を行う。

< IV. その他 > 持ち分の定めのない医療法人への移行計画認定制度の延長【公布日施行】

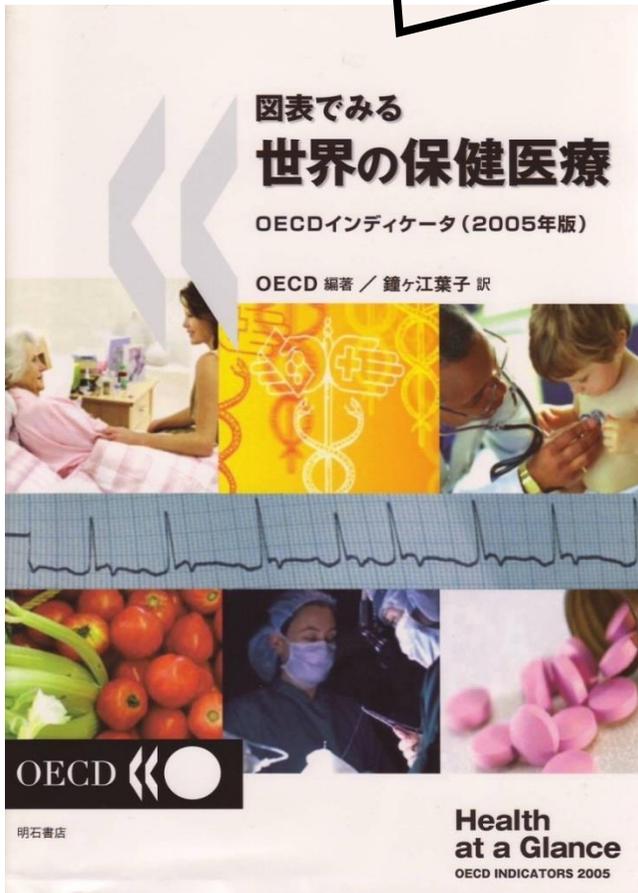
医学部定員を規制している国は少数派！

2005年OECDも懸念、日本の医師不足

保健医療資源の不足が一定の国々で問題化の可能性

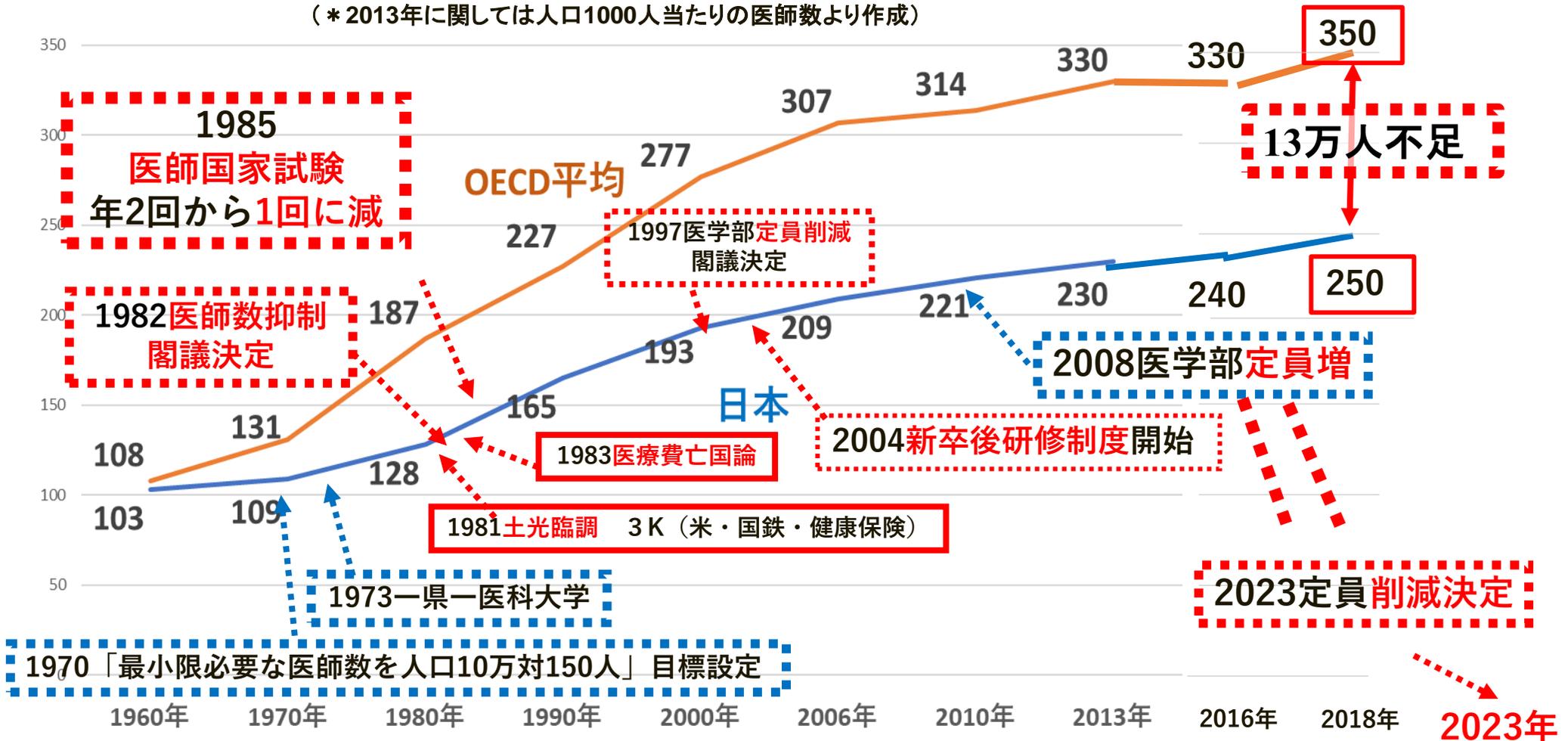
医師の不足が認められることは多くの国の重大な懸念である。診療医師の数、分布及び構成は、医業への参入規制、専門分野の選択、報酬その他の労働条件の側面、及び移住など多くの要因に影響される。2003年では、OECD加盟国間で1人あたり診療医師数に大きな違いがある。これはイタリアとギリシャの人口1000人あたり4人を超える高いものから、トルコ、メキシコ及び韓国の2人未満の低いものまで幅がある。1人あたり診療医師数はまた日本、カナダ、イギリス及びニュージーランドでも比較的低い。・後者の国々は伝統的に医科大学の入学数を規制している。

図表でみる世界の保健医療 P13 概要より



OECDと日本の医師数、日本は現在13万人医師不足 (人口10万人当りの医師数)

(* 2013年に関しては人口1000人当たりの医師数より作成)



勤務医の労働実態と働き方改革の方向性～医師のワークライフバランスと地域医療を守るために～
医療制度研究会 2018. 9. 15 全国医師ユニオン代表 植山直人氏を改編・追加

2021. 3. 24

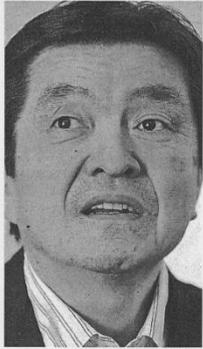
本田 宏

NPO法人医療制度研究会

新型コロナウイルス危機 10年前から感染症専門医不足 今も約1500人不足！

くらしの明日

私の社会保障論



—本田明浩撮影

院内感染の真因は要員不足

本田 宏 埼玉県済生会栗橋病院副院長

感染症は極めて普遍的に見られる疾病で、世界の年間死者数の3分の1を占める。日本感染症学会は08年、日本の300床規模以上の医療機関(約1500施設)には感染症専門医が常勤すべきで、専門医数は3000〜4000人程度が適正との見解をまとめた。しかし今年4月8日現在、その数は1015人で、日本看護協会が認定している感染管理看護師も1179人(今年7月現在)だけだ。

このため、地域の中核病院

帝京大病院は特殊例でない

帝京大病院は30日、多くの抗生剤が効かない多剤耐菌を院内感染の主な原因として、院内感染対策を強化して中核病院に「記者会見」で謝罪した。ヘッド数154床であるが、死亡と院内感染の因果関係が否定できないと発表。同病院の院内感染防止対策の

専従職員は、医師と看護師各1人しかおらず、病棟のホムページでは「今後感染対策に従事するスタッフの充任」と、職員への感染対策教育を徹底するとして、再発防止に全力を尽くす所存との決意が表明された。

さらに、同病院の保健所への報告の遅れや、監視作業の業務上過失致死の疑いがある病院関係者から事情を聴かれたことなどが報道された。

その後、アシネットが、今年10月以降、愛知県や東京都の世田谷、板橋区等の病院でも検出されていたことが判明した。今回の耐性菌問題

このため、地域の中核病院

このため、地域の中核病院

このため、地域の中核病院

新型コロナ危機

集中治療専門医も「2650人以上」不足

COVID-19 対策の「最後のとりで」

集中治療体制をいかにして再構築するか

interview 西田 修氏に聞く

藤田医科大学医学部麻酔・侵襲制御医学講座主任教授/
日本集中治療医学会理事長

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染拡大を機に、日本の集中治療体制の脆弱性が指摘された。来る第2波に向けて集中治療体制をいかにして再構築するか。日本医師会 COVID-19 有識者会議「COVID-19 集中治療体制にかかわるタスクフォース中間報告書」（2020年5月25日）¹⁾を踏まえ、同タスクフォース班長を務めた日本集中治療医学会理事長の西田修氏に聞いた。

—COVID-19の第1波を振り返って、今の心境からお聞かせください。

西田 欧米でみられたような最悪の事態に至らなかったことに、ひとまず安堵しています。感染爆発によって重症者数が集中治療のキャパシティを超え、本来なら助かるはずの命が次から次へと失われていくような状況を、日本はなんとか回避できました。それと同時に誇らしいのは、日本の

制の特徴をひと目で表現するならば、「治療のレベルは高いけれども、キャパシティに余裕がない」。キャパシティを超えた状態では、良好な治療成績は全く保証できないのです。

東京都の重症患者用ベッドは常に満床状態だった

—実際どれくらい「余裕がない」状

西田 行政が把握する以上に現実には深刻だったでしょう。厚労省は5月19日に初めて、重症患者の受け入れ先として各都道府県が確保した病床数を公表しました。それによれば、東京都は5月15日時点で400床を確保したことになっています。ところが、同時期にCRISISで申告された受け入れ可能病床数は185床にすぎません。CRISISによるカバー率が実際のICUベッド数の8割であることを考慮しても、230床程度にとどまる計算です。

—行政が把握する重症患者用ベッドと、実際の状況に乖離があった？

西田 国をもう一度みると、人工呼吸器装着症例が増加するにつれ、追われるように受け入れ可能数も増加している。行政に届け出たベッド数は確保したとしても、診療現場では受け入れに即座に応じられず、なんとかやりくり



●にしだ・おさむ氏

1986年名古屋市立大学卒業。名古屋市立大学、愛知厚生医療病院長集中治療部・麻酔科・手術部長を経て、2008年藤田医科大学麻酔・侵襲制御医学講座を創設（初代教授）。09年同大病院集中治療部を新設（部長兼務）、日本集中治療医学会理事長、日本急性血液浄化学会理事長、国際救急診療ガイドライン2016日本代表委員、日本救急血液浄化ガイドライン2016作成特別委員会委員長などを務める。本年6月、秋篠宮皇統即位祝賀下、「新型コロナウイルス感染症と集中治療」のご講演を行った。

西田修氏

藤田医科大学医学部麻酔・侵襲制御医学講座主任
教授 日本集中治療医学会理事長
週刊 医学界新聞 2020年7月20日

集中治療専門医育成システムの確立に向けて

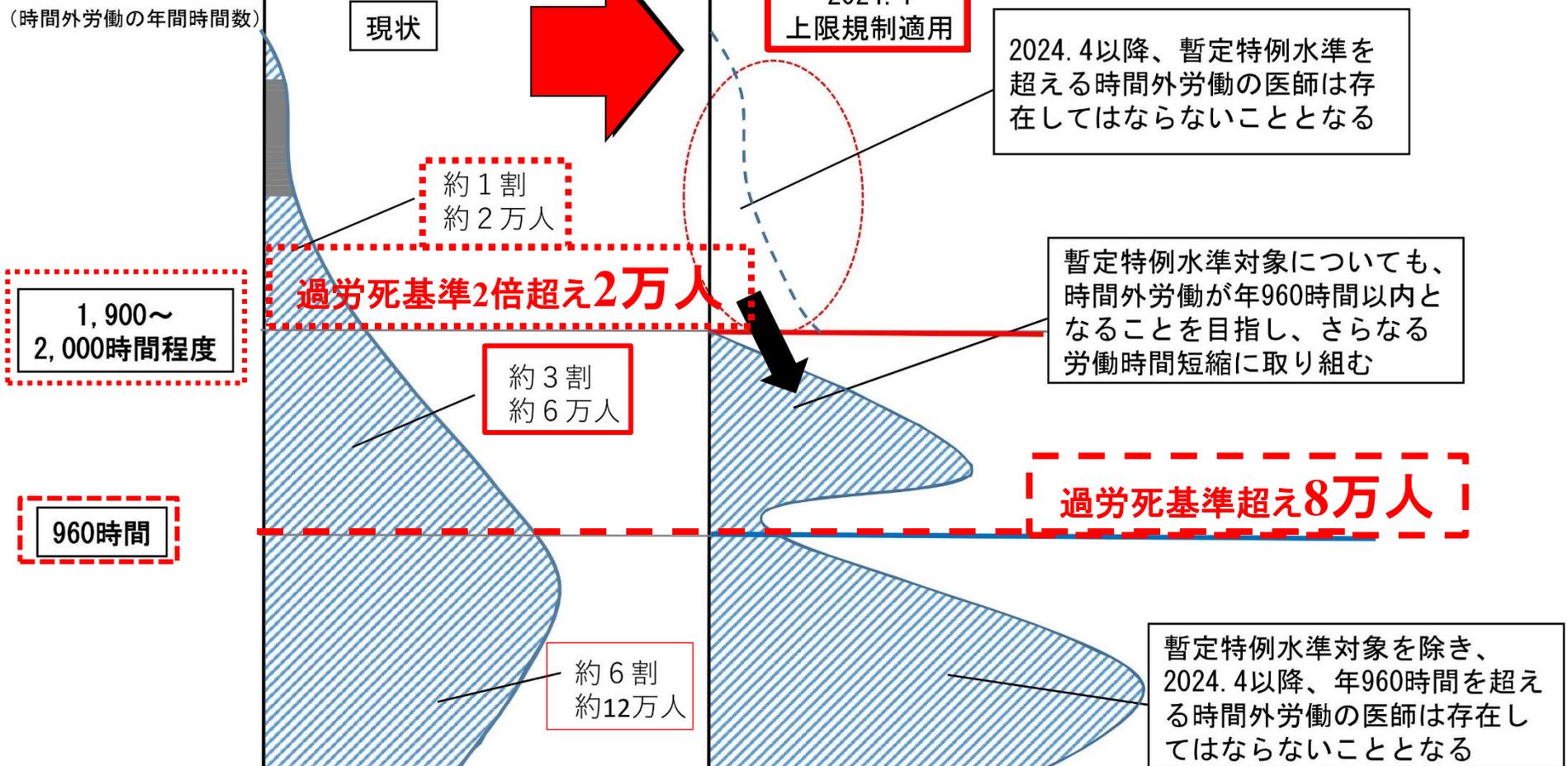
根本的な解決策は、集中治療専門医の数を増やすことです。

ドイツは人口8000万人に対して約8000人の集中治療医がいます。日本は1850人。他の先進国と比べても少なく、ICUとそれに準ずる1万7000床をカバーするには最低でも4500人は必要と試算されてます。

2024年4月とその後に向けた改革のイメージ②(案)

- 2024.4以降、暫定特例水準を超える時間外労働の医師は存在してはならないこととなり、暫定特例水準対象の医師についても、時間外労働が年960時間以内となるよう労働時間短縮に取り組んでいく。

病院勤務医の働き方の変化のイメージ



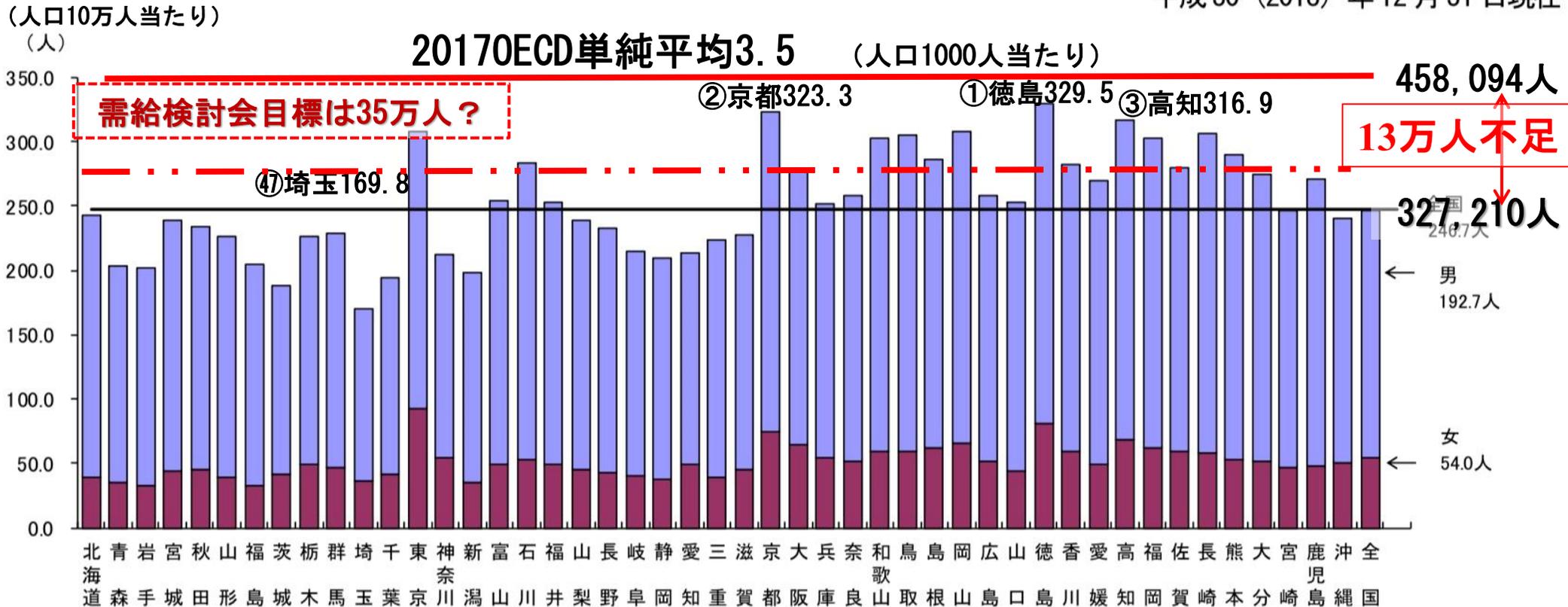
第16回医師の働き方改革に関する検討会(2019年1月11日)資料改編

OECD平均並みなら46万人で13万人医師不足

需給検討会目標は36万人??

図5 都道府県（従業地）別にみた医療施設に従事する人口10万対医師数
 （平成30（2018）年医師・歯科医師・薬剤師の概況 厚生労働省）

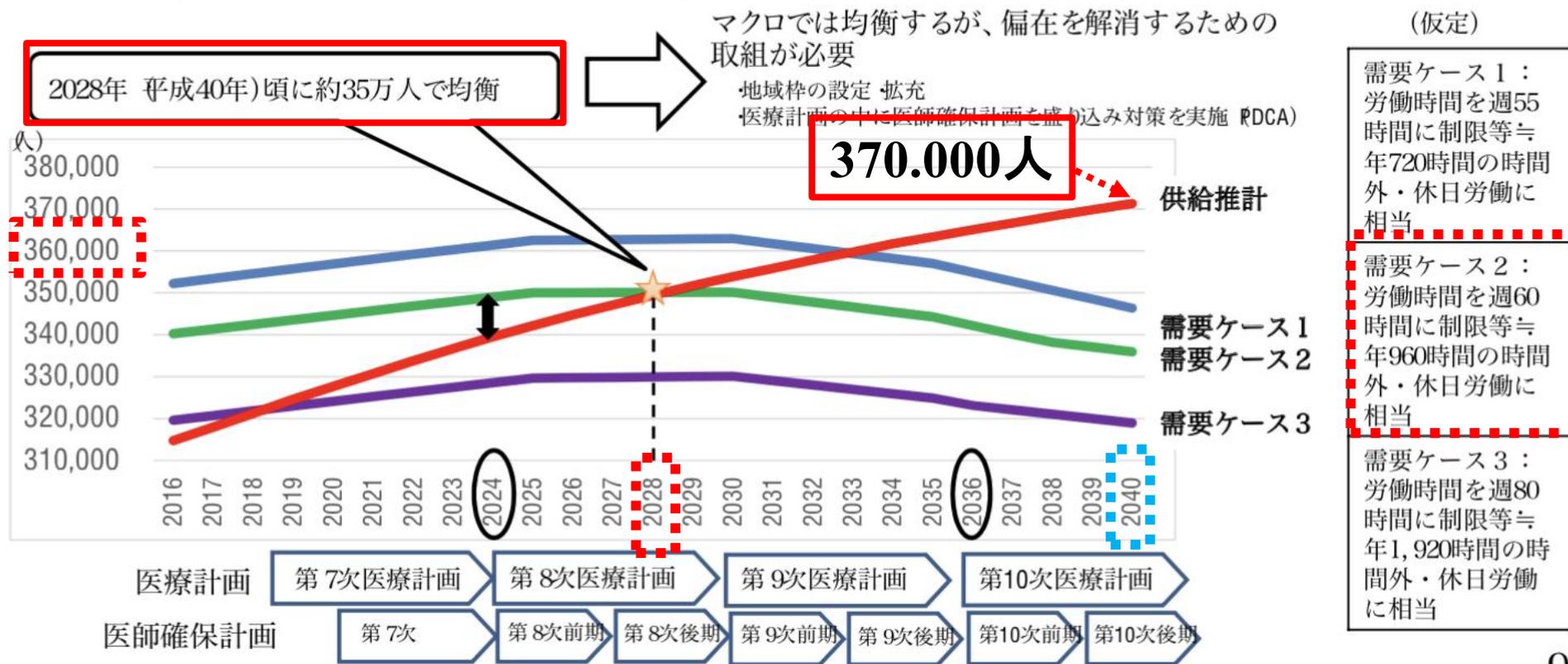
平成30（2018）年12月31日現在



地域医療確保暫定特例水準を設定する必要性① 医師需給との関係)

- 医療需要は、人口減少等を背景に、2030年以降にピークを迎え減少する見込み。医師需給は、労働時間を週60時間程度に制限する・7%のタスク・シフティングを実現する等の仮定をおく「需要ケース2」において、2028年頃に均衡すると推計されるが、この場合であっても2024年段階ではまだ約1万人の需給ギャップが存在。
- さらに、マクロで医師需給が均衡した後も、引き続き偏在を解消するための取組が必要であり、都道府県単位で偏在を解消する目標年は、2036年とされている（医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会において議論）。

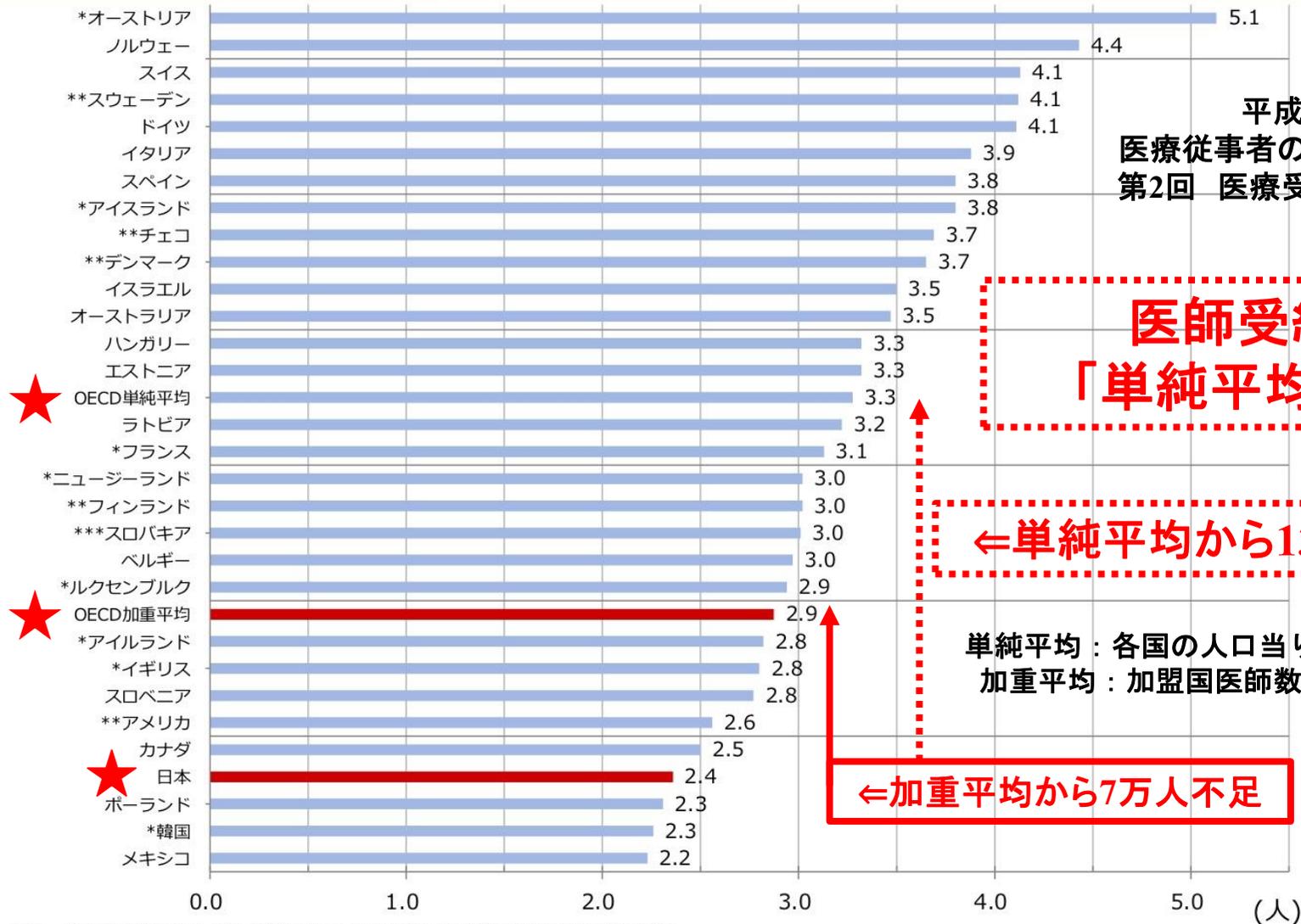
第17回医師の働き方改革に関する検討会(2019年1月21日資料を改編)



※医師確保計画は2020年、第7次医療計画に初めて盛り込まれる

OECD加盟国の人口1,000人当たり臨床医数 OECD Health Statistics 2016

平成28年2月4日
医療従事者の需給に関する検討会
第2回 医療受給分科会 参考資料



医師受給推計
「単純平均」無視？

←単純平均から13万人不足

←加重平均から7万人不足

単純平均：各国の人口当り医師数の和／加盟国数
加重平均：加盟国医師数の和／加盟国人口の和

注1 「OECD単純平均」とは、各国の人口1,000人当たり医師数の合計を国数で除した値。
 注2 「OECD加重平均」とは、加盟国の全医師数を加盟国の全人口（各国における医師数掲載年と同一年の人口）で除した数に1,000を乗じた値。
 注3 *の国は2015年のデータ、**の国は2013年のデータ、***の国は2007年のデータ、それ以外は2014年のデータ。
 注4 オーストラリア、フィンランド、アイルランド、イギリス、カナダは推計値。

図 2.2.1 人口 1,000 人当たり医師数

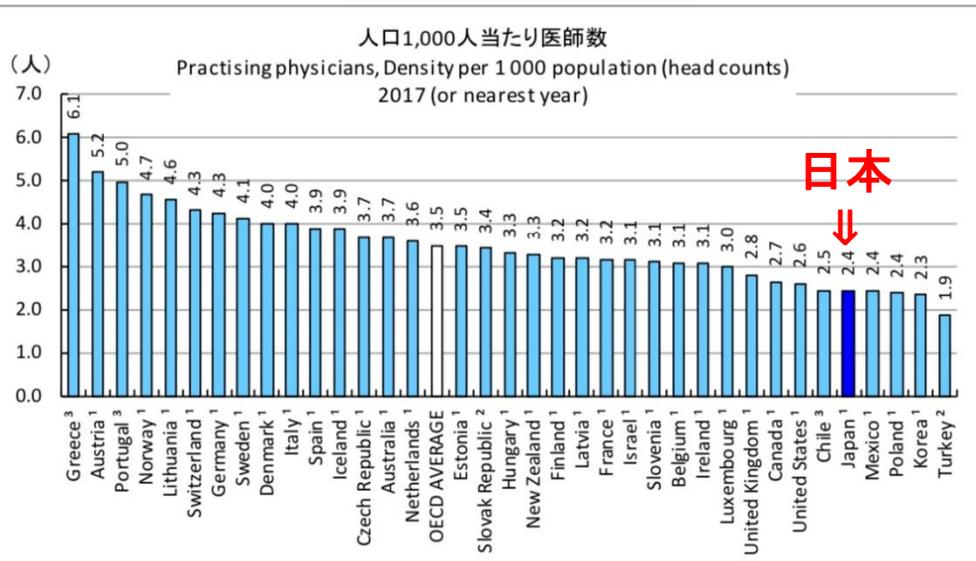


図 2.2.2 人口 1,000 人当たり医師数の推移

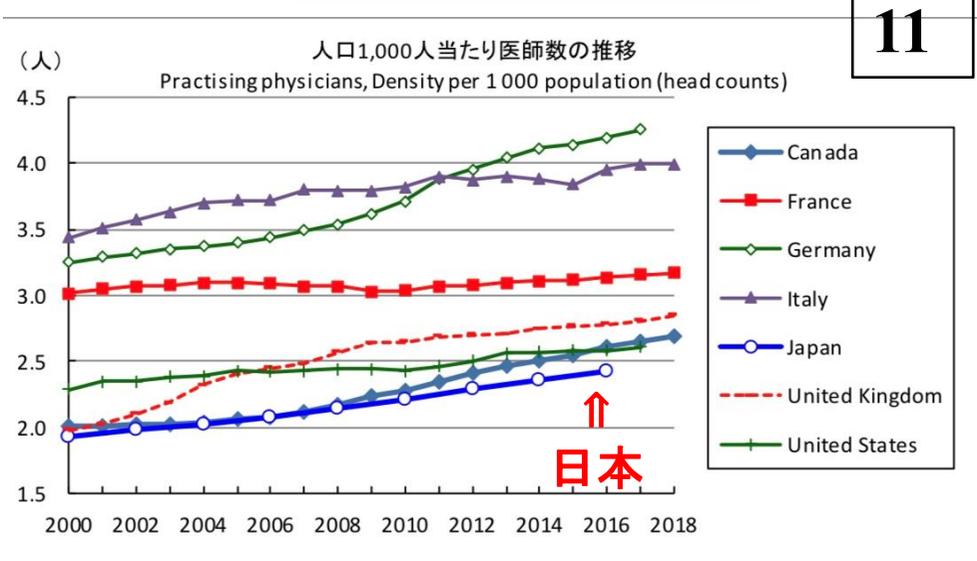


図 2.2.4 人口 10 万人当たり医学部卒業生

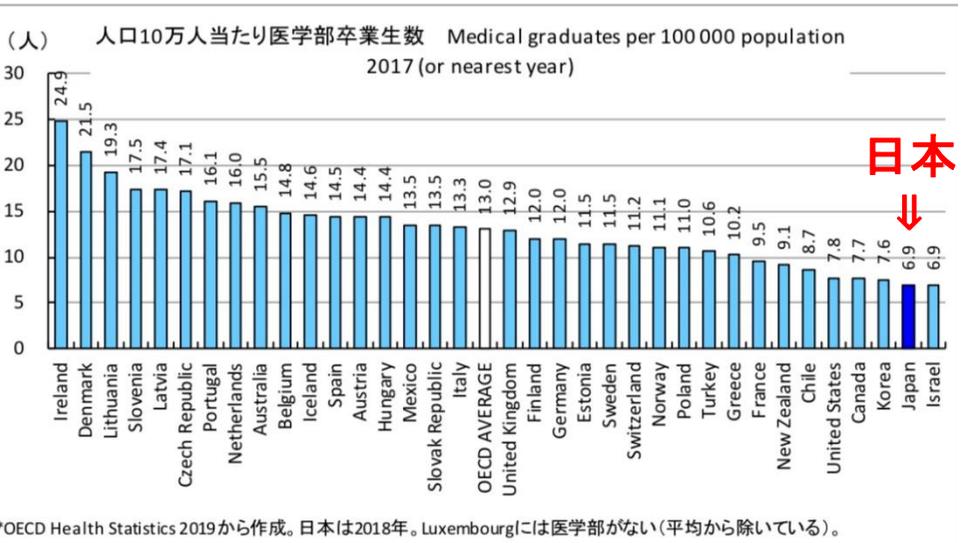
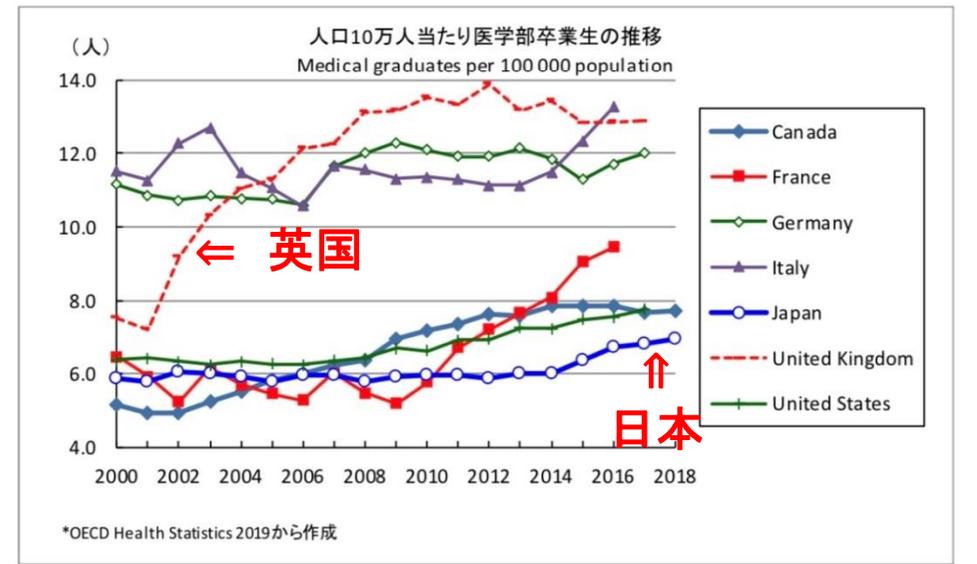


図 2.2.5 人口 10 万人当たり医学部卒業生の推移



*OECD Health Statistics 2019から作成。日本は2018年。Luxembourgには医学部がない(平均から除いている)。

*OECD Health Statistics 2019から作成

医師不足を放置すると？

12

- ① 感染症や大災害時の**医療崩壊**・**経済停滞**
- ② 医療機関閉鎖縮小→**医療空白地帯増大**
- ③ 患者**安全**・**医療の質低下**
- ④ 診療科・地域**偏在悪化**
- ⑤ 医学**研究停滞**
- ⑥ 医師の**過労死**・**過労自死**

「実効性あるタスクシフト」

フィジシャン・アシスタント (PA) 導入を (米国医療を支えるさまざまな職種)

IV Nurse OR Tech 呼吸器療法士



Physician Assistant (PA)
Nurse Practitioner (NP)

Case Manager

病棟秘書
(24時間勤務)



タスクシフト：PA導入を (米国医療を支えるさまざまな職種)

医療現場の労務管理に関する研究
－勤務医等の過重労働を中心に－

平成24年社労士総研研究プロジェクト報告書より

第3章 勤務医の負担軽減策として－医療補助職の可能性－

Some strategies for helping doctors that work in hospital:
the possibility of Non-Physician Clinicians

新型コロナウイルスとアメリカの看護労働

－Physician Assistantと上級看護師への緊急タスクシフトを中心に

早川佐知子 「いのちとくらし研究所報第71・72号合併号
2020年10月 87～95」

明治大学大学院経営学研究科博士後期課程

早川佐知子

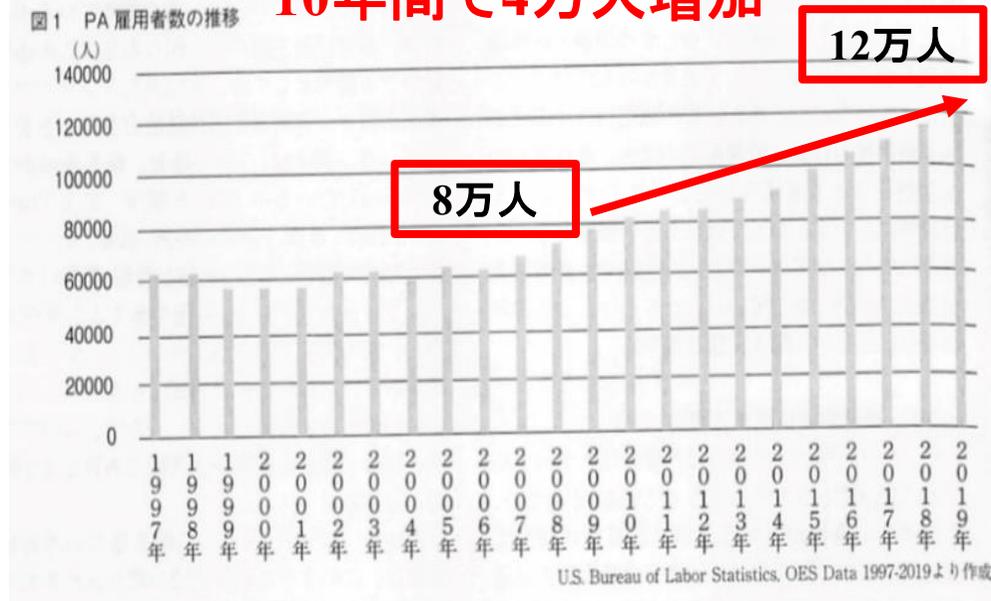
米国のPAは2008年に8万人

図表7 医療補助職と医師数および人口1,000人あたり医師数の比較

	PA 医師補助職数 (a)	特定看護師数 (b)	医師数 (c)	人口1000人当 たり 医師数 (c/1000)	人口1000人当 たりの医師+ 非医師診療従 事者数 (a+b+c/ 1000)
アメリカ	83,466	158,348	740,867	2.44	3.08
日本	0	0	274,992	2.15	2.15

(備考) OECD Health Report 2008, American Academy of PHYSICIAN ASSISTANTS
National Physician Assistant Census Report 2010, U.S. Department of Health and
Human Services Health Resources and Services Administration, *Registered Nurse
Population2008*より筆者作成.

米国のPA 10年間で4万人増加



タスクシフトの実際

(米国医療の実効性あるタスクシフト)

第3章 勤務医の負担軽減策として－医療補助職の可能性－

Some strategies for helping doctors that work in hospital: the possibility of Non-Physician Clinicians

図表5 病棟において医師補助職・特定看護師の担う職務

- 回診、検査の実施、診断、処置、オータリング、処方、評価、患者や他職種への助言
- 手術助手
- スタッフ、患者、家族への教育
- ガイドライン実施の促進活動
- 研究活動
- 医療の質を保證する活動のリーダー
- 退院計画の作成

(備考) Kleinpell et.al (2008) より筆者作成

明治大学大学院経営学研究科博士後期課程

早川佐知子

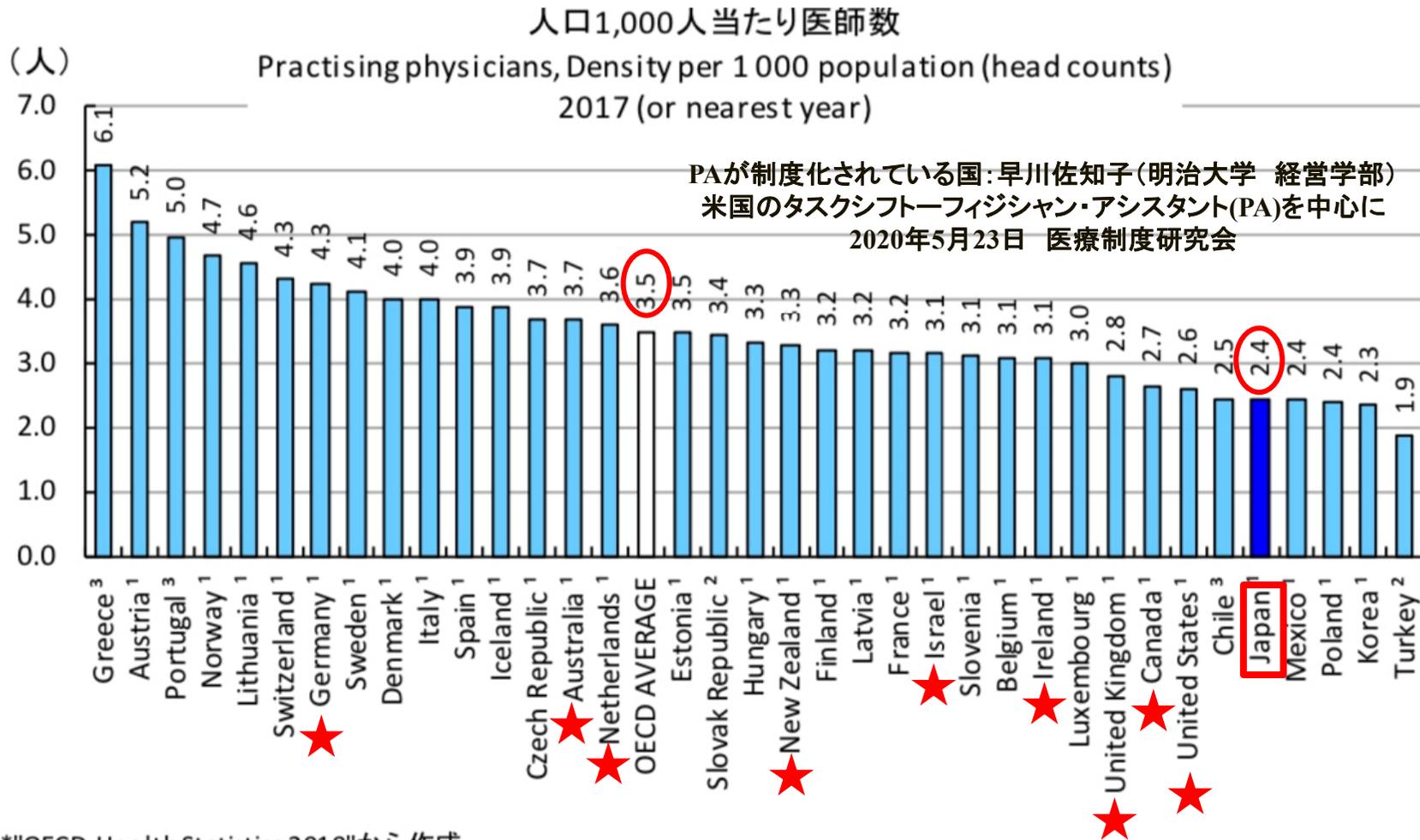
図表6 スタンフォード大学移植外科部門における分業体制

	外科医	研修医/医師補助職	その他
術前	術前サマリの確認 手術方針の決定	術前検査のオーダー 術前サマリの作成 手術説明、同意書作成・署名	
術中	執刀 手術サマリ作成	執刀までの準備 第一助手・第二助手	器械出し (Surgical Technician) 外回り業務 (看護師)
術後	患者・家族への説明 報告の確認 回診 病状経過報告 退院サマリの確認	術後集中治療室管理 病棟での管理、オーダー 外科医以外への相談 カルテ記入 退院サマリの作成	

(備考) 遠藤ら (2009)、p.726 より筆者作成

医療現場の労務管理に関する研究
一勤務医等の過重労働を中心に
一平成24年社労士総研研究プロジェクト報告書より

PAがすでに制度化されている国 ★



*"OECD Health Statistics 2019"から作成

1. Data refer to practising physicians. Practising physicians are defined as those providing care directly to patients.
2. Data refer to professionally active physicians. They include practising physicians plus other physicians working in the health sector as managers, educators, researchers, etc. (adding another 5-10% of doctors).
3. Data refer to all physicians who are licensed to practice.

図: 医療関連データの国際比較-OECD Health Statistics 2019
日医総研リサーチエッセイNo.77