



令和元年度福岡県医師会勤務医部会・ 男女共同参画部会合同研修会

テーマ『医師の偏在対策と働き方改革を考える』

令和2年2月8日（土） ホテルニューオータニ博多



「医師の働き方改革と 医師の偏在対策への対応」

日本医師会常任理事 釜范 敏氏



働き方改革、医師偏在解消、医療機能分化・連携、地域包括ケア、健康寿命の延伸、これらのバランスをとることが非常に大事です。国は地域医療構想と医師の働き方改革と医師の偏在解消を三位一体で取り組むということですが、それぞれが大きな課題を抱えており、一つ一つ解決に導いていこうというのが日本医師会の方針であります。

医師の働き方改革への対応につきましては、2024年の3月末までに体制を整えて、4月から類型に分けて医師の健康保持をしっかりとやりながら業務も滞りなく行うところを狙っていくわけです。今後の課題としては、B水準の評価機能、C水準の審査組織の在り方が議論になってまいります。それから、タスクシフト、タスクシェアと、医師の副業・兼業に大きな論点があります。

タスクシフト・シェアを検討をする中で、医師事務作業補助者の手当てを行うことが必要ですが、なかなか現実には難しいという中で、医療関係職種にタスクシフト・シェアをしていただいて、医師の働き方改革に資する医師の負担軽減が狙いです。一方で、現行の法制では実施できない項目の中で、要件を整えることで少しでもタスクシフト・シェアが進む領域はないだろうかということを検討しています。

日本医師会の基本的な考え方は、国民にとって安全な医療を守るため、医師によるメディカルコントロールのもとで業務を行うことが原則であるということ、新たな職種を創設するのではなく、既に認められている業務の周知の徹底、並びにそれらが実践されていない場合の着実な検証を実行すべきであり、AI等ICTの活用はぜひ必要であると考えています。検討の場としては、救急災害医療提供体制等のあり方に関する検討会で救急救命士の業務の拡大が検討されており、これらの議論を踏まえて、労働政策審議会等で検討するということとなります。

地域医療の継続性と医師の健康への配慮が基本理念ですが、この医師の働き方の改革を行った結果、医療提供体制がどうなるかということに対するシミュレーション、予測について、十分な検討がなされているとは言えない状況であり、この改革が進められた結果、医療提供に非常に差し障りが出てくるということでは、

国民にとってゆゆしき事態であります。

財政的な支援としては、診療報酬本体部分の0.55%アップのうちの0.08%が、救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応であり、この分の診療報酬として公費126億円程度が充当され、地域医療介護総合確保基金として公費143億円程度となりました。

また、副業・兼業についてですが、この副業・兼業がないと地域医療が成り立っていないということは明らかであり、医療機関に対する緊急のアンケート調査からも、非常に大きな懸念は宿日直体制が維持困難ということで、医療法上の宿日直規定を遵守できなくなるというのが79.9%です。派遣医師が引き上げられるという懸念が63%、これによって医師の人員配置基準を満たさなくなるという懸念が大きいという状況です。副業・兼業については、この議論をあまり性急に進めることは国民にとってもよくないということは明らかであり、現状をしっかりと把握し医療提供体制への影響を慎重に見きわめながらやっていくことで合意をしております。

医師の偏在への対応ですが、2028年に医師の需給が均衡するというマクロの推計がある中で、医師偏在指標や外来偏在指標が示されており、それらの指標は不完全なものであることを十分注意しながら議論をしなければいけないと考えております。

卒後臨床研修の定員の上限について少し触れますと、臨床研修医の定員を希望者の1.1倍ぐらいまで下げてきたわけで、それをさらに1.05まで下げるという方針ですが、あまり急激な変更はハレーションを起こしてくるということも心配されますので、そこは慎重にやるべきだと考えております。

現在、全世代型社会保障検討会議が行われておりますが、メンバーに医療関係者が入っておらず、医師会、歯科医師会、薬剤師会がきちんと提言をし、議論の方向が間違わないようにということをお願いしているところであります。その中で、後期高齢者の自己負担の割合を収入に応じて増やすことについては、日本医師会も同意をしているところです。それから、大病院の患者集中を防ぎ、かかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大ということは、受診時定額負担—どこでも受診した場合に一定のワンコインを払うという、それとは全く別のものであり、外来の機能が分化している現状では、特定機能病院、400床以上の地域医療支援病院を紹介状なしで受診した場合の定額負担を拡大するという議論であります。これについては、外来機能が分化できるころについて行っていくという原則を守っていかなければならないと思います。

(2) 勤務医のつどい

「久留米大学 地域医療に おける役割と現状」

久留米大学医学部整形外科

教授 志波 直人氏



久留米大学は創立92年で、整形外科の医局は日本で11番目、87年前に開講となりました。現在は、特定機能病院、高度救命救急、がん拠点病院で、分院では、整形外科・関節外科センター、スポーツ整形、リハビリセンター、総合診療科、糖尿病センター、フットケアセンターを機能分化しています。

久留米医療圏の特徴ですが、救急患者の各地から病院収容までの時間が最短で、しかも全ての年齢層において最短であり、これはもちろん大学病院だけではなく、ほかの病院や関連の医療施設とともに救急医療、医療全体の体制を整えてきた結果であり、久留米市が誇れる医療体制であると思います。2025プランで国が発表したデータから、久留米は高度急性期で自己完結率が低い、要するに、流入も流出も多いということになります。これを流入だけで見ると、自己完結率が久留米医療圏内からで60%、残りの25%が県内のほかの医療区域、そして15%が県外から高度急性期の患者さんを受け入れており、久留米大学病院の医療圏はほぼ100万人が対象となっています。また、久留米大学が大学以外に派遣している常勤の医師数は大学病院で勤務する医師とほぼ同数であり、ともに地域医療に従事しているという状況です。

さて、三位一体の医療改革の中で、地域医療構想、医師偏在についてお話しします。

地域医療構想の策定は、いわゆる2次医療圏ごとに分けて機能区分として高度急性期、急性期、回復期、慢性期に分けるということになります。そして、福岡県は13の区域がそれぞれ構想を策定します。大学病院は高度急性期に当たりますが、必要病床数と実際の病床数には現在のところ300ぐらい過剰であるという判断がなされています。また、厚労省は外来機能についても、地域医療構想調整会議で審議をするようにとしています。

さて、医師偏在の解消対策として、専攻医のシーリングが始まりました。2018年度、東京、神奈川、愛知、大阪、福岡の5都道府県で専攻医が集中しており、ここに集中しないようにしようということでスタートしました。しかし、今年度に入って、整形外

科では東京都、大阪府、愛知県等がシーリングから外れ、福岡県だけがシーリング府県の中に入っています。当時の都市部の集中を解消するという言葉がなくなっていきなりこの案が出ました。最終案は、例えば整形外科では35の通常枠でプラス8地域連携のプログラムをつくりなさいと。その8のうちの2つが地域限定の連携で、医師が少ない東北地域と連携で組みなさいという指示が出ました。

今般の医療法改正で、医師の確保の権限というのが都道府県に移譲されました。ですから、県そのものの数の縛りがあるものの、個々の県の偏在をどうするかは各県に任せられています。あと、三師調査では医師の数が多いとなっておりますが、大学病院の基礎系とか大学院の数とか、そういうのをやはり削除して臨床で働くドクターの数だけを明記すべきではないかと考えます。そして、医学部1校当たりの人口を見ると、福岡県は4大学で人口510万人ですので全国的に見ると医学部過剰ではなく、1校当たりの人口は平均的なものであるということが言えます。

そして、特定機能病院は、通常の2倍程度の医師が最低基準で、医師の配置基準の半数以上がいずれかの専門医という基準を満たそうとすると、医師の数が多くなってしまうということです。

研修修了後の進路で希望を見てみると内科が多く、外科がかなり減っています。進路を決めた理由は、やはり興味とかやりがいとか、診療科の雰囲気というのが多いです。この辺がポイントです。若い独身の医師が多いからか、ワーク・ライフ・バランス、労働環境、勤務地、収入はそこまで理由ではありません。

就職予定大学生が入社先を選んだ主な理由を見ても、自分の成長が期待できるというのが断トツで、年収とか知名度は非常に低いことを考えると、収入や知名度、ブランドよりもやりがいのところで働ける、働きたいというのが一番の希望です。これは我々大学の人間は肝に銘じて取り組まなければいけないところではないかと考えています。

最後に、久留米大学は2次医療圏を超えた広域から高度急性期を受け入れております。高度医療の実践とともに、大学病院勤務と同数の医師を地域に派遣して広域地域医療を担当しています。シーリングの効果が見られなかったというデータも公表されており、これからどうなるか、まだ不透明なところもありますが、我々大学がすべきことは、若い研修医や専攻医を引きつけるような魅力のある大学にしなければならないということだと思います。

ということでした。

全職員に対して時間外勤務の実態調査の実施と時間外勤務と認定されたものに対するの支払い、過去の労働時間が適切に把握されていなかった原因の分析と、具体的な改善策の指導がありました。

その対応ですが、まず副院長を委員長とした人事制度の関連検討委員会をつくり、法人全体の人事制度に関連した問題について検討を始めております。それから、病院運営審議会を月2回行っております。また、安全衛生法に基づいて安全衛生委員会を月1回行っており、ここで医師を中心とした長時間労働対策を検討して実施するようにしました。患者家族への病状説明等については平日の17時まで、主治医がいない場合は主治医以外が対応することにしましたが、ご家族がどうしても17時以降の説明を求められるので、なかなかこれは実行されていないという現状です。

それから、今回の診療報酬改定で、働き方改革が当然求められますが、複数主治医制の導入はしっかり記憶にとどめておいていただければと思います。

「聖マリア病院 医師の働き方改革」

聖マリア病院病院長 島 弘志氏



聖マリア病院は、標榜診療科が41あり、医師205名、歯科医師7名、初期臨床研修医40名で、全職員数252名です。平均入院患者数が約700人位で、平均在日数は12.75日、救急車の搬送件数が年間1万1,000台位、大体久留米消防署の救急車のうち、半数以上が当院に運ばれてくるというような状況です。

実は、労働基準監督署の立ち入り検査がありました。そして、2年前の2月に文書による是正勧告と指導を受けました。

まず、是正勧告の内容ですが、三六協定はもちろん結んでいましたが、それ以上に働かせている、三六協定の中に謳っていない休日労働をさせている、監督官が調査した医師、研修医について、時間外、深夜労働に対する割り増しが足りないのでは是正しなさい

ともに語ろう、ともに考えよう、ともに行動しよう

また、各科診療部長に対して、時間外勤務については管理者の指示に基づく者が必ず許可承認をして時間外勤務は行わせるように通知を行っています。ただ、管理者が自分の部下を24時間監視するわけにもいかず、時間外を申告してくると、結局はハンコを押さざるを得ないということでした。それから、学会発表とか自己学習については、これは時間外勤務の対象とならないということをあわせて通知を行いました。

適切な時間外勤務申請のための判断基準を作成し、上司の命令が文書として残るもの以外は、本人が幾ら何時間働いたといっても時間外としては認められません、これもなかなかそう簡単にはいきません。それで、これはオリジナルでポスターをつくって、病院の中に掲示して、管理職、それから職員へ周知を行っています。

その他、産業医の面談は、単月でも100時間以上の時間外勤務を行った場合、3カ月連続で80時間以上になっている場合も行うようにし、交代勤務への体制変更を検討するために、各診療科の部長にヒアリングを行って、交代制勤務を導入した場合のシミュレーションを行いました。

こういう体制を変えることのメリットとしては、深夜勤務後はフリーとなるため十分な休息がとれる、精神的・身体的負担が少なくなると集中力が維持されて事故防止につながる、患者に対する接遇が改善されるということがありますが、デメリットとして、日勤帯に医師が少なくなる、夜勤手当が、当直手当に比べて低く、ここをどうするかというのは非常に大きな問題でした。結局は、救急の患者さんの受入れは規制せず、平日の日勤帯の一般外来を縮小せざるを得なくなりました。

今後の労働時間の適切な時間管理としては、終業をシステムへの打刻時間、各病棟への打刻機の設置、分娩手当等の特定勤務手当については、これは別に法に抵触していないということで、2カ月に1回払うということで解決しております。

「働き方改革の中での 女性医師支援」

九州大学きらめきプロジェクト キャリア支援センター
副センター長 橋本 晶子氏



男性医師を含めた働き方改革の中でこそ、女性医師も活躍できる時代であり、本日、このような会でお話しする機会を戴きましたことを感謝申し上げます。

ご存じのとおり、我が国では医師の20%が女性です。女性医師が20%と言う国は先進的OECD諸国の中では低い方であり福祉国家である北欧諸国、イギリス、ドイツ、フランスなどでは既に40%を超える女性医師が活躍しています。また、診療科で見ると女性医師は、皮膚科、麻酔科、眼科、産婦人科、小児科と言った診療科に偏在している状況が見られます。医師数もOECD平均数の69%と低い方に位置します。一方、日本の医療費は超高齢社会と共に上昇を続けており、我が国では低医療費政策のもとで少ない人的資源でより多くの診療に対応している現状が見られます。

2006年の調査では、研修医に相当する年代の週の平均労働時間は男女ともに80時間前後、75歳頃で40時間でした。もはや現役医師を退こうとする年齢で労働基準法で決められた労働時間に落ち着くという過剰な長時間労働が課されてきました。その当時でも米国では小児科勤務医の週あたり平均労働時間は男性52時間、女性44時間であり、働き方改革の面では米国の制度から何か学ぶと

それから、体制を変えた後に、実際どういう結果になったかというのを調べており、部長、中堅スタッフの仕事量が増加したとか、要するに若手の人たちが夜勤をしているので、その分自分たちが大変になったとかいう話等がいろいろ出ておりますが、これには物理的に対応できる部分とそうじゃない部分があるということをよくよく理解したところです。

診療報酬で対応ができるところは対応したいということで、ICTを使って画像診断とか病理診断とかいったところはきちんと対応できるようになりました。

入院患者さんに関しましては、むしろ少し増えており、手術もむしろ増えるというようなことが起こっております。ですから、一般外来を減らすことによって、大きな影響があるのではないかと思います。むしろ効率よく働くことによって入院患者さんの数とか手術の件数とかは増えてきているという状況になっております。今は、看護師の特定行為研修や勤務間インターバル、連続勤務規制、時間外の削減、同一労働同一賃金、定年年齢延長を検討しているところです。

まとめとして、夜勤体制にしたことにより、医師の在院時間の短縮は出来てきており、若干の負担軽減とはなっております。夜勤+時間外勤務という体制にした為に、時間外勤務が増加しており、通常の日勤帯の削減を各診療科にお願いしています。

今回の対応は、夜間救急医療体制の維持を一番に考え、日勤帯の外来の一部縮小を実行したのですが、各診療科の医師との話し合いの中で、夜間救急医療体制は、維持するべきだとの意見が大勢を占め、聖マリア病院が、地域医療体制を支えているとの各医師の自負が確認され、非常に心強く感じられました。

今後は、各診療科の勤務状況の確認を継続して行い、業務効率化、タスクシェアリング、タスクシフティング、医師の人員確保等を並行して行う必要があると考えております。

ころが有るのではないかと思います。

その後、10年を経て2016年に同様の調査が行われました。少し平均労働時間は短くなっておりますが、週平均60時間以上の長時間労働は続いており、大学病院では診療外の教育や研究に費やす時間が上乗せされるために70時間を越えています。女性が子育てをしながら大学病院で働くのは厳しい状況が見られます。

また、離職率についてみますと、結婚後、育児時期に相当する卒後12年目、凡そ38歳頃、離職率が最大の24%となり、その後、徐々に回復し60歳以降は男性と同等の経過をたどっています。ただ、女性医師は離職後、専門医などの専門性を持った医師としては復帰できていないというのがこれまでの現状です。このように、日本では質の高い医療を過重労働の医師が支え、結婚した女性医師の一部は妊娠・育児で離職している現実があります。

そこで、2006年頃より政府は女性医師の復職支援策を打ち出し、今では医師全体の働き方改革を推進しています。男性医師も含めて長時間労働が改善されると、男性医師が共に家事・育児を担う余裕ができ女性医師支援に繋がると考えられます。即ち男性の職場での長時間労働の一部を家庭での役割分担にシフトさせ、女性の家庭内労働を職場での活躍にシフトできれば、男女がともにキャリアをもって働き続けるための解決策に繋がると考えられます。

九州大学病院では2007年、国の施策に応じて女性医療人を支援する「きらめきプロジェクト」を開始しました。目指すところは全医療人の働きやすい環境整備です。まずは、様々な理由で非常勤務を希望する人材を公募もしくは医局長からの紹介で受け入

(4) 勤務医のつどい

れ、医局人事枠に上乘せして自分の専門性を伸ばせる診療科で外来診療や検査業務ができる制度をつくりました。キャンパス内に学内保育園もつくり非常勤でも勤務できる環境を整え、啓発講演会や毎月のミーティングでスタッフのモチベーションを維持してゆく活動をつづけています。

利用が多いのは出産・育児による若い女性医師ですが、親の介護の時間も作りながら大学での研究や診療を続けるために男性医師の利用もでてまいりました。業績があれば特任准教授や講師などの称号が付与された学術研究員という身分なので科学研究費の取得も可能です。利用期間は原則3年間、事情があれば5年までの延長が可能です。必ず、専門性をもって常勤職に復帰することを前提で利用してもらっています。この間に専門医の取得や更新、学位取得という成果も出ています。トップの意識改革にも繋がり、ほとんどの女性医師が不本意に結婚・育児で大学を去ることはなくなりました。

2019年11月には、これまでの実績が認められて、初期研修、後期研修、その後、様々な理由でワーク・ライフバランスを維持するための3番目の研修としてキャリア継続研修という視点から恒久的な組織として措置していただき、しばらくは恒久的組織としての存続が認められました。

これからは、働き方改革のもと、医療関係者全体がしなやかなワーク・ライフ・バランスを保ちながら、自分なりの人生設計とバランスを取っていくことが必要ですし、女性医療人だけでなく全医療人の支援に繋がるという事を医療関係者だけでなく、広く国

民の皆様、特に患者の方々に理解していただくことも大切ではないかと思えます。

これからは男女にかかわらず医師という職業の特殊性・倫理性も維持しながら、労働を効率化する努力をし、女性もキャリアを続けることを可能にする必要があります。そのために肝腎なことは、働き方改革で産み出された時間を、女性医師を伴侶としてもつ男性は家庭に還元し共に家事・育児を担う事であり、それが真なる働き方改革に通じると思えます。女性も常勤職ではたらく事ができますし、女性医師の能力を十分に社会に生かすことができ、我が国としても大きな成果が得られます。

これが当たり前となっている先進諸国があるわけですから、決して日本でもできないことはないと思っております。



勤務医交流会を開催

～医師の診療科偏在・医師の地域偏在について～

研修会と同日の2月8日に、勤務医交流会を開催した。

本交流会は、県内の若手医師の忌憚のない意見を本県における医師確保対策の提言に役立てようと勤務医部会委員会で企画したものである。

1グループ7名（ファシリテーター1名、医学生2名、研修医2名、中堅医師2名）で構成し、4グループでそれぞれディスカッションを行った。

最後に、総括ファシリテーターの平川勝之勤務医部会委員会副委員長の進行で、各グループから、医師の診療科・地域の偏在について現状、原因、問題点、解決策等について発表があり、医療現場で日々感じていることや将来への希望について率直な意見が聞かれた。主な意見を掲載する。

○医師の診療科偏在について（A・Bグループで議論）

・診療科偏在には①外部環境（世の中）が大きく変わってきてい

ること、②学生・研修医は仕事中心の生活が当然ではなく、個々の価値観を重要視するようになってきていること、③医療の仕事内容自体が変わってきていることが影響していると思われる。

・診療科偏在でも、地域偏在でも医師が少ないところに人を呼び込むには、（待遇や専門医資格の取れる制度などを含めて）行きたくなるような環境を整えることが優先であり、シーリングという枠だけ作ってそこへ投げ込むのは順番が逆ではないかと思う。

○医師の地域偏在について（C、Dグループで議論）

・学生時代に地域医療についてしっかり教育することが地方の医療機関への勤務を促す。地方では研修医が少ないので経験できる症例が多く、指導医から密着して指導を受けることができ、手技などいろいろなことをさせてもらえる、専門に限らず広く学べることなどがメリットとなっている。

・将来開業を考えている医師は、まず地域医療を学ぶことで患者さんとの密接な医療を習得できると思う。

・地方で病院の統廃合ができなくても医療圏の中で補完しあって、専門診療科の揃った一つの総合病院として稼働できるようなシステムを作れば、地域偏在の解消にも繋がると思う。



ともに語ろう、ともに考えよう、ともに行動しよう