

平成 30・令和元年度

勤務医部会委員会答申

諮問「医師の診療科偏在と地域偏在を考える」

令和 2 年 4 月

公益社団法人福岡県医師会

勤務医部会委員会

令和2年4月30日

福岡県医師会

会長 松田 峻一良 様

勤務医部会委員会

委員長 吉田 正

答 申

勤務医部会委員会では、貴職からの諮問「医師の診療科偏在と地域偏在を考える」について鋭意検討してまいりました。

この度、委員会の見解を取りまとめましたので答申いたします。

勤務医部会委員会

委員長 吉田 正

副委員長 大淵美帆子

副委員長 平川 勝之

委員 伊東 裕幸

稲吉 康治

尾辻 豊

朔 啓二郎

定村 伸吾

志波 直人

須藤 信行

太崎 博美

寺坂 禮治

松隈 哲人

森田 茂樹

一宮 仁

藤野 隆之

山本 英彦

佐藤 薫

田中 眞紀

伊藤 重彦

(順不同)

目 次

1. はじめに	1
2. 偏在に関する現状と問題	
2－1 専門医制度の観点から	2
まとめ	6
2－2 働き方改革の観点から	9
まとめ	12
2－3 女性医師支援の観点から	14
まとめ	16
2－4 医局派遣、地域枠・地元出身枠等の観点から	19
まとめ	21
3. 若手医師の思い	23
勤務医交流会総括	27
4. おわりに	29

1. はじめに

「いつでも、どこでも、必要な時に、安全・安心の医療介護が受けられる」ことは、国民の最も切実な願いであると同時に、憲法で保障された日本国民の権利である。居住地域に関わらず、公平な医療を受けられるような仕組みを整えることが求められている。

ところが、医療を担う医師の数は、地域によって大きな偏りがあるのが現実である。この医師の地理的偏在の解消は、将来にわたり良質な医療がだれにも持続的に提供されていくために、きわめて重要な課題である。しかし問題解決の仕組みは未だ確立されていない。また医師の地域的偏在に加えて、わが国には特定の診療科の医師が特に不足しているという、診療科偏在の問題がある。

勤務医部会委員会では、医師会長からの諮問「医師の診療科偏在と地域偏在を考える」について県内の医学生、研修医、中堅医師と委員が務めたファシリテーターによるワークショップ形式の勤務医交流会を2回開催し、2年にわたり福岡県医師会勤務医部会委員会委員会で2つの課題について検討し提言を取りまとめたので答申する。

2. 偏在に関する現状と問題

2-1 専門医制度の観点から

偏在に関する現状と問題点について専門医制度の観点から、各委員の意見を掲載する。

地方大都市（北九州市）の市中病院の立場で意見を述べたい。北九州市地域の市中病院は、二次医療圏の範囲で考えると全ての疾患を網羅し、他地域からの流入も包含している。特定機能病院、DPC 特定病院、DPC 標準病院を擁し、救急システムや市内の交通網も整っていることから、地域医療という面では大きな問題はない。

一方、個々の病院としては、目指す機能に対して専門医が充足していないという声は良く耳にする。しかし、現在の不足は時と伴に変化し、今後、10年後の不足専門医は、内科や外科医であろうと予測されている。専門医制度は、科の偏在と地域偏在の双方の原因であり得、かつ解決策にもなり得る。専門医制度による大学医局での教育の役割増大を考えると福岡県4大学の科別連携による将来計画も含めた人員配置の話し合いの場が必要になってくると思われる。その実現については、県医師会勤務医部会の果たすべき役割は大きいと思われる。

研修先として都会の大きな病院に専攻医が集まる傾向が強い。さらにシーリングのため希望する地域での研修が困難となっている科もある。

地域医療のためには狭い専門分野を診る医師だけでなく、総合診療医のような幅広く患者を診る医師の育成を進めていく必要があるが、そのための現実的にはそのような道が魅力的なものである状況にはなっていない。現在学会などでも検討中のようなのだが、まずは明確なキャリアパスの構築が必要である。

各診療科（または専門医）の人数を医師全体の概ね何%ずつにするかの目安を試算し、専門医の数などの調整を行なう。

専門医制度により、専門医取得までの期間が長くなり、特に内科系・外科系医師が実践の場にててくるまで時間がかかるようになった。そのため、専門医を教育する施設はある程度医師確保がしやすくなった半面、地方の中小規模病院で教育施設ではないところへは、人員派遣が難しくなっている。総合診療専門医も応募する人数が少なく、過疎地域への勤務も期待できない。地域医療を支える一次医療や回復期、慢性期医療を提供する病院は、この制度の中では医師の確保がますます難しくなり、偏在を生む元となっている。その中で専門医を志望しない医師が、教育の枠からはずれ、十分な臨床経験を積まないまま医師不足地域で診療を行うケースが起りうる。あえて専門医を志向せずに医療を行う医師をも教育し医療レベルを担保してきた医局制度を否定するのであれば、それに代わる制度が必要ではないか？

また専門医制度自体が抱えるジレンマであるが、専門医としての一定のレベルを

維持することが、個人としてのキャリア形成に必ずしもプラスにならないことがある。専門医機構が医師派遣能力を有していない以上、専門医になっても活躍の場がないことがあることを十分認識するべきである。専門医だらけの状態が是とされるのは、医師過剰地域だけではないだろうか？医師不足地域では専門医より総合力をもつ医師が重宝され、これまでも地域医療を支える担い手であったはずである。地域で開業医を目指すのであれば、専門医より総合力、コミュニケーション能力、人間力が必要とされる。

福岡県は都道府県単位で見た医師偏在指標では医師過剰県であり、いくつかの診療科で専攻医数にシーリングがかかっているが、医師の数は二次医療圏ごとに見るとかなり偏在していて、大学所在地およびその近隣の医療圏と全国平均を下回る医療圏とに二極化している。専門医を目指す場合、症例が多く指導医にも恵まれた都市部の病院に専攻医は集中することになり偏在にさらに拍車がかかることが想像される。

専門医でいうと地方の二次医療を担う自治体病院で現在そして今後最も重要な専門医は総合診療医であると感じている。病院の規模にもよるが常勤医の一割程度は総合診療医が良いのでは考える。都市部でも高齢化がさらに進むと、入院需要として診療密度の高い患者は減少、診療密度の低い患者が増加し、軽症急性期の患者の入院をどうするかが課題になるという意見がある。こうした患者を診るために総合診療医の育成が重要になると思う。例えば、将来的に医院の継承などを含めて開業を考えている研修医には総合診療医専攻への誘導を行い、開業予定地の総合病院で勤務したのちに開業時には（診察料などで）何らかのインセンティブを付与するのも一案ではないか。

2020年度シーリング案で専門医機構から都道府県にシーリング枠の提示があり、福岡県ではこれを基に9診療科でのシーリングが地域医療対策協議会で審議され実施された。各プログラムでは過去の専攻医受け入れ実績からシーリングが実施され、専攻医数が少ないプログラム、県内医師過疎地域に連携施設の多いプログラムなどに一律の専攻医枠削減案が示された。福岡県において専攻医の都市部集中の縮図が存在しており、各プログラムの県内連携施設の状況と県内医師過疎地域の連携施設を持つプログラムを評価して各プログラムにおける専攻医の必要数を示すなど、国の施策に呼応して県内の専攻医の偏在を是正する福岡県医療対策協議会の役割が期待される。

現行の専門医制度では、多くの症例経験が求められるため、どうしても症例数の多い、都市部の大病院へ専攻医の応募が集まる傾向にある。また、特に内科や外科の専門医プログラムなどは、取得に時間がかかるうえに煩雑なため、内科医、外科医不足を助長している可能性がある。更に、医師の地域偏在対策の一環として、福

岡山県においては9つの診療科が、シーリングの対象となっているが、シーリングにかかった専攻医が他の医師不足地域のプログラムに参加する保障はなく、またシーリングについての当事者（専攻医）への周知も十分ではないと思われる。更にはシーリングにかかった場合、シーリングの対象となるプログラム毎の基準、根拠が曖昧であり、プログラムへの評価が正しくなかった場合には、かえって医師偏在が助長される恐れもある。全プログラムにおける連携（地域研修）プログラム設置の必須化や、医師不足地域のプログラムに参加した医師への付加的な資格の付与、経済的インセンティブの付与なども考慮されて良いかと思われる。

当院の初期研修を修了した者はH27年、28年、29年でそれぞれ28人、26人、26人だったが、研修終了後どの専門医制度に進んだかをみると内科が11人、9人、9人であったのに対し外科は1人、1人、3人に過ぎなかった。外科医の志望者が圧倒的に少なくまた救急を先行する研修医も皆無であり危機的な状況である。労務環境が厳しい診療科を選ぶ研修医が少ないことに関しては外科を必修とするなどのシステムの改変も必要であるが、究極のところその診療科の働き甲斐や将来の見通しをいかに伝えるかが重要であり、現場医師の研修医へのはたらきかけが最も重要であると考ええる。

また、その他下記のとおり様々なご意見をいただいた。

- ・医師の地域偏在、診療科偏在を改善するには、将来の適正な各診療科の専門医数に基づき、医師養成数とほぼ同数の専攻医募集定員を設定した上で、専攻医マッチングを行うべきと考える。福岡県は今年度のみならず来年度にも更なるシーリングがかけられているが、少ない定員数で勤務医の少ない地域（筑豊や京築等）に派遣するのは困難である。福岡県としてもっと積極的に地域偏在を改善するために、シーリングの設定などに関しても国に働きかけて欲しい。
- ・連携施設の拡充が不十分であり、講座として、また各専攻医として研修病院の選定に余地があまりない。
- ・外科専門医制度も含めて現在の専門医制度に関わる事務手続きの業務が多すぎる。大学ではそのほとんどの業務を医師が担当しており、これに要する業務時間が多く本来の診療業務に支障をきたしたり超過勤務の原因になっている。手続きの簡素化を含めて制度設計の改善を望む。産業医科大学のような卒業後に一定の義務を課す大学では、専門医制度との両立が困難で、本来は外科志望の学生も専門医制度の壁に突き当たってあきらめるケースも少なくない。このような点に配慮した、専門医定員のシーリング等について柔軟な運用を希望する。
- ・泌尿器科は、シーリング外されたのは正しいと思う。専門医制度ができてよい方向に向かっているか問われればその兆しはまだ全くない。
- ・皮膚科は、2020年度シーリングで福岡県11人になったが、女性医師が多く、産休、育休で基幹病院の常勤医師が充足していない。皮膚悪性腫瘍、重症薬疹、水

疱疹、重症熱傷はこれら基幹病院の皮膚科で入院してもらい、診察しており、福岡県皮膚科シーリングの枠を取り除くか、拡大を望む。

- ・整形外科は福岡県で新専門医プログラムにおいてシーリングがかかっている。シーリングが今後も継続してかかるようであれば、実際手術をするような施設（大学病院や地域の中核病院）の整形外科医が今後さらに減少して、特に地域の中核病院の整形外科医療は崩壊する可能性がある。
- ・眼科は、北九州市および近隣の自治体で眼科医が充足しているとは考えにくい、現在専門医制度機構による県全体としてのシーリングが厳しく制限が著しい。このため必要な勤務医を確保できておらず、現状のシステムが続くと地域医療を担うドクターの確保が極めて難しい状況となる。
- ・福岡県東部（苅田、行橋、豊前）に腎臓内科専門医が少ない印象がある。
- ・シーリングが 20 名（県内枠）で決定されてしまい、多くの精神病院が存在する北九州地区や筑豊地区での精神科医師不足が危惧される。
- ・新専門医制度では基幹病院が大学病院や地域の基幹病院であるため、救急専門医取得希望者が、大学病院や地域の基幹病院に集中する傾向がある。ただし、県内の大部分の救急救命センターでも救急専従医師や指導医が非常に限られ、十分な指導はできていないのが現状である。救急専門医が多数いる基幹病院で研修を積むとともに、一方、ある時期には、地方の救急症例を多数経験できる地方の中核病院での研修も必要である。救急科専門医志望者数も限られており、救急科においては、地域偏在の解決以前に十分な指導体制の確立が優先されるべきである。
- ・現在の産婦人科専門医研修プログラムでは地域医療研修さらに今後に強力なシーリングシステムが導入され、医療過疎地域での研修が推進されようとしている。しかし、未熟な若い医師こそ人口の多い症例が豊富にあるエリアで十分な経験を積む必要があると考える。そして専門医を取得したのちに医療過疎地域へ医療を提供するシステムを構築していくべきである。そのためには各診療科で義務化、あるいはお金で動かす以外にないと思う。
- ・福岡県内には小児科医の数が極端に少ない医療圏がいくつか存在するが、このような現状を無視して、福岡県は新専門医制度開始後 2 年間、「都市部 5 都府県」として小児科専攻医シーリングの対象となり、来年度も続くシーリングではさらに厳しい定数が課される予定である。また、専門医機構が定めたシーリングにおける小児科/内科の定数比は、福岡県では他の 4 都府県に比べて低い。これは、他の 4 都府県との比較において、当県では両科間でみても診療科偏在があることを示している。
- ・心臓血管外科を志す若手医師の減少と、心臓血管外科を辞めてしまう医師の増加により、心臓血管外科の専門医数は減少してきている。今後は専門医を志す専攻医の募集が問題となる。
- ・麻酔科においては専門医研修プログラム定員にシーリングが設けられているが、福岡市以外の地域ではプログラムに応募する医師の数も少なく、専門医不足も著明である。福岡市とそれ以外の地域でプログラム定員について別のシーリングを行う等

の検討が必要と考える。

<まとめ>

①大学病院より

1：偏在の原因と対策の方向性

診療科間偏在：診療科間の利害に直結する事柄であり、慎重な検討が必要である。福岡県の大学間で医師不足診療科が必ずしも一致する訳でもなかった。全国的なデータで、どの分野に医師が不足しているかが公表されている。また、厚労省の推計でどの診療科の医師不足がより早期に解消されるかも公表されている。対策の方向性としては、医学部学生や若手医師にこれらのデータを周知することと不足している診療科へのインセンティブを作ることだろうと思う。

地域偏在：「大学医局主導の地域への医師派遣」から新研修制度による「医師個人の勤務地域自由選択」への流れの中で地域偏在が悪化している。医師の地域偏在は、医師に限らず日本人全般が都市部に集中しつつあることの部分現象である。このままでは地域偏在は悪化こそすれ改善するとは考えにくい。「大学医局中心の医師派遣」への回帰や「他機関中心の医師不足地域への医師派遣」の確立は現状では考えにくい。医師不足地域への派遣や勤務へのインセンティブの充実が対策の方向性と思われる。

2：専門医制度と医師偏在

新専門医制度は「きちんとしたトレーニングを受け、きちんとした指導をして、質の高い専門医を育成する」を目指し実行している。豊富な症例を通してきちんとしたトレーニングを受けられる都市部の大きな施設に若手医師が集まりやすく、地方の中小規模病院には集まりにくく、地域偏在を悪化させる要因となる。このために不足地域へ医師を誘導するためには、制度的な改革・インセンティブが必要である。福岡県は医師過剰県であり、県単位でシーリングを受けているが、県内を地域で分類し、「医師不足地域」をシーリングからはずすよう県から働きかけていただきたい。また、現在のシーリング制度では、福岡県は「医師不足県」との連携プログラムが推奨されている。さらに「医師不足地域」との連携プログラムを推奨できるようになると地域偏在に良い効果が期待できる。若手専攻医へのインセンティブとして、「医師不足地域での診療実績」をより高く評価する制度（例えば医師不足地域での症例実績は20%増の症例数としてカウントする等）も効果があるかもしれない。医師不足地域の中堅指導医へのインセンティブも必要である。医師不足地域で常勤医として勤務し、若手専攻医を指導する一定期間あるいはその後のインセンティブを工夫したい。指導期間中の報酬を手厚くすることや研究費の付与、また指導後の海外留学助成や開業資金の低利貸し付けなど考えられる。医師不足地域で非常勤医として勤務し、若手専攻医を指導する場合のインセンティブも望まれる。例えば毎週月曜日朝8時から火曜日夜方5時まで医師不足地域でアルバイト勤務する場合に標準的な年間報酬が1000万円とする。病院は例えば500万円医師本人に支払い、500万円を医師所属の大学に寄

付する、県が200万円大学に寄付して、この700万円で大学は寄付助教のポジションを作って、その指導医は大学助教となる。これなどは専門医を取得した後の基礎研究室で学位研究を行う医師や助教ポジションに付けない医師には魅力があるだろう。このような非常勤の指導医が2名同じ病院に行けば、その病院で勤務する若手専攻医も十分な指導を受けることができる。これは、若手医師・指導医・医師不足地域派遣先病院・派遣元大学にそれぞれ利益がある。

地域偏在と誤解される現象として大学病院所在地域の医師数増加がある。確かに医師数はその地域で多いが、大学病院医師は教育・研究にも相当な時間を使うために他の病院の医師と同じ扱いはできない。大学病院医師が全体の時間の中でどの程度臨床に時間を使っているのか？データを基にした医師数算出が必要である。

偏在ではないが専門医制度の問題点を指摘する。専門医育成に指導側の事務仕事も含め多大な労力がかかり、全般的な医師不足を悪化させている。若手専攻医の実績や指導医の指導に過剰な条件を付けずに専門医育成をする方向になるよう県から専門医機構や学会に提言していただきたい。特に医師が不足している診療科の専門医制度の仕事軽減が望まれる。専門医育成による医師マンパワー不足は、若手医師が勤務する医師不足地域の病院で最も影響が大きい。

これも偏在ではない問題点である。卒業後の義務のある大学でシーリングが問題となっている。産業医科大学では、「産業医の育成」が使命である。このために「卒後3-6年目の一定期間を大学に勤務して産業医となるためのトレーニングを受けること」を卒業生に義務付けている。産業医となるためのトレーニングは産業医科大学以外では困難である。しかし、福岡県にかけられているシーリングは「産業医大の卒業生に福岡県以外で活動する」よう促す制度であり、義務を果たすことが困難となっている。同様の義務がある自治医大と防衛医大は地理的にシーリングがかかっておらず義務履行に問題ない。福岡県においては義務のある若手医師に義務が果たせるような専門医制度設計への要望を機構や国に要請することが望まれる。

診療科各論：総合診療専門医の新設は、医師不足地域で活躍できる人材を育成するのに中長期的には貢献しうる。しかし、現状では応募する人数が少なく、地域偏在を軽減できるとは期待できない。総合診療専門医へのインセンティブが必要である。大学病院が「地域医療・総合診療科教授（仮称）」や准教授・講師・助教ポジションを作った場合に公的な補助があるとポジション数が増えてより多くの医師が総合診療科を目指す流れができるかもしれない。

麻酔科へのシーリングは外科系全般へのシーリングと等しい。例えば脳外科医が不足しているという状況がありうる。脳外科医を増やすことが本筋ではある。しかし、脳外科医がいても麻酔科医がいなければ、脳外科診療不足は解消できない。麻酔科へのシーリングは外科診療全般の医師マンパワー不足を助長しうるのでリスクが大きい。ぜひ麻酔科へのシーリング撤廃を県から提言していただきたい。

若手専攻医や指導医が女性であった場合に、妊娠・出産・育児によるマンパワー不足が起こる。そのために女性医師が多い分野では、その分多めの定員枠が考慮される

必要がある。

②市中病院より

市中病院としては、基幹型の専門医制度を取り入れることができれば、最も若い戦力を得ることが出来る可能性がある。しかし、基準設定を満たすことは容易ではなく、例えば北九州市の 88 病院のうち大学を除くと基幹型プログラムを作成できたのは、5 病院の 15 プログラムのみである。また、実際に新後期研修医を得ているプログラムはもっと少なくなる。その意味では、専門医制度が市中病院医師の補充制度になるためには、大学の協力施設になっておくことが实际的であり、必須と考える。

また、特定の地域で、ある領域の医師を求めたい場合には、地域の病院への医師派遣を条件とした寄付講座や寄付ポジションを大学講座と契約する事が行われてきている。厚生労働省もこの制度を利用した 2020 年から総合診療科での体制作りを行っている。地域に密接に関連した病院が行政とタイアップして行える方策と考える。実際に、福岡県の 4 大学中でも既に行なわれている制度であり、今後の医師会勤務医委員会と連携した制度熟成を見守りたい。

2-2 働き方改革の観点から

偏在に関する現状と問題点について働き方改革の観点から、各委員の意見を掲載する。

医師の働き方改革には、医師個人、病院の意識改革と患者の意識改革が必要と考える。働き方改革の有効な手段である勤務時間帯制の導入について、複数主治医制や応召義務解釈などは、患者側の受容を必要とする。複数の医師の中から自分の主治医になったという勤務医への“私の主治医”感覚を少し薄めていく必要がある。パスなどを利用した“どの先生も同じ考え方で治療している”という患者への説明が、有効であろう。当院では、大規模科（小児科）で医師のシフト制の導入を行っている。ある程度の人数が必要であるが、働き方改革には、勤務時間の短縮など直接的な効果がある。人数が少ない科では、近隣の同程度病院との連携などによる勤務の強弱の設定が同様の効果が有るかもしれない。上記の大学間の人員配置と同様に、各郡市医師会勤務医部会が調整の役割を果たせるかもしれない。

時間外労働時間や年休取得の厳守を行った場合、職員を増やさない限り提供できる医療サービスは低下することが懸念される。特に救急を行っている各部署でどの程度のマンパワーが不足するかについてのデータが必要と思われる。

2016年の厚労省の調査では240分のうち17%が他業種で分担可能と言われており、医師の業務は他の医療職種へのタスクシフティングによりある程度カバーはできるかもしれないが、これで十分であるとは考えにくい。

国民に対して医師の働き方改革をもっと周知し、コンビニ受診の抑制、安易な救急車の利用などを抑制する必要がある。

当院では医師の労働時間は急性期病院に比べて短いと思われるが、少ない人数で効率の良い働き方をするための施策を検討している。主治医制ではあるが、主治医が休日や夜間に呼び出されることはない。平日にフレキシブルに休日をとる制度により、希望によりダブルワークも可能となっている。

当院では現状で月100時間を超える超過勤務を行なっている医師が複数いる。ただし、その勤務実態の把握は正確なものではなく、平日単身赴任（週末は家庭へ帰る）の医師が多い地方の公的病院では同じような問題があると思うが、病院にいる時間を全て時間外勤務としている場合もあるため、これから自己研鑽の基準の明確化を含め時間外実働時間の正確な把握を行おうという段階である。ただし現状として当直を含めた28時間以上の連続勤務が行われているので、複数主治医制の導入は必要と考える。

また選定療養費を上げる話があるようだが、現在日本で病院勤務医の勤務状態が

過酷なもので、診療科によっては過労死レベルとなっていることや、医療を守るためにかかりつけ医の必要性や救急車の利用方法を含め病院へのかかり方についての住民への啓蒙が行政からもっと行われるべきだと感じる。今のまま選定療養費が値上げされると病院が悪者扱いされることになりかねない。

2024 年からの実施に向け、国からの提言もあり、大学から各医療機関の出向について、どのように勤務時間へ反映させるか、自己研鑽をどのように捉えるかなど、対応に向けた取り組みを行うとともに、勤怠管理の着実な実施のため管理システムの導入を検討している。当直制度を見直して可能な診療科からオンコール体制とするなどの体制も整備中である。先行して改革に取り組んだ関連救急施設からは、労働時間削減に一定の効果はあったものの、未だ過剰労働の状態であり、研修医や専攻医から貴重な研修の機会が削減されたのではないかという声もあり、対応に迫られている。

医師の働き方改革に関する検討会においては、2024 年度以降、診療に従事する勤務医全員に、原則として、年 960 時間の時間外労働上限規制が適用される方向で議論が進んでいる。これを全ての病院、診療科で達成するのは非常な困難が予想される。まずは雇用（病院）側が出退勤状況を把握、分析した上で、それに応じた必要な医師数の確保が大前提である。その上で、シフト制の導入や、オンコール体制へのシフト、自己研鑽の基準の明確化などの対策が考慮される。但しこれらは、学びたい若い医師から貴重な経験の機会を取り上げる結果となる恐れがあったり、医師派遣などにおいて重大な支障を来したりする可能性を孕んでおり、慎重に対処していかなければならない問題である事は言うに及ばない。

「医師の働き方改革検討委員会」の答申とその後に引き続いて出された厚労省の通達を遵守する方向で対応してきた。当院では①夜勤制を導入し管理当直以外の医師の夜勤制とし夜勤の入りと明けの日勤は休日とした。現実的には休日を完全にとることが難しいので超過勤務で対応しているが、②診療業務の可視化・効率化をはかり超勤時間の縮減に努めている。具体的には週末や時間外診療の効率化（当番医師のみで病棟業務を行う）、チーム制や複数主治医制を導入、診療科長が労務時間を週単位で管理する、などの方策を実行している。今後、出退管理システムを導入する予定であるが、自己研鑽と労務の区分の基準などの整備が必要である。

【問題点】当院では脳、心臓、周産期の疾患に対し万全の体制をとるために管理当直を含めて 11 人の医師が夜間院内に待機している。研修医も含めて約 280 人の医師がいても対応できるかどうか、という状態なので通常の市中病院で働き方改革に対応した夜勤体制を敷くには対応の質（治療開始までの時間と内容）と量（診療科の数）を落とすか徹底した役割分担を行う必要があると考える。

また、その他下記のとおり様々なご意見をいただいた。

- ・仕事量が減らない限り労働時間の短縮は不可能。労働時間を守れば、現在のような患者さんの対応（救急対応、時間外診療、早期診断、治療）はできないことを患者側も理解してもらうことが必要だと思う。
- ・医師の働き方改革は本当に難しい。国に次の3つが求められると思う。1) 労働と自己研鑽のそれぞれの定義を国（労働基準局）が示す。2) 国民に医師が本当に大変なんだということを周知していただきたい。3) 具体的モデルを示して頂きたい。「これ以上働いてはいけない」というだけで「このようにすれば過剰に働く必要がなくなる」というモデル案を示して欲しい。
- ・時短勤務を受け入れやすい雰囲気になり、出産や育児を控えた女性医師が勤務しやすい勤務環境につながることを期待する。眼科は積極的に働き方改革に取り組み、範を示すのが良いが医師数の制限のために大変難しい状況である。
- ・休暇取得時に代医確保が困難な場合がある。
- ・初期研修医や修練医の働き方改革の一方で、従来は研修医・修練医が担当していた業務が指導医に回ってきて以前よりも過重労働となっている。医師でなければできない業務以外の業務を医師がすべてやらざるを得ない点が一番の問題で、働き方改革を進めるためには医師業務補助者の充実が望まれる。また、看護師の業務拡大など、医師業務を他の職種が担当可能とすることで、本当の意味での働き方改革につながると思う。また、医師法 19 条規定されている応召義務の緩和、つまり“正当な理由”、の範囲を拡大し、無茶な患者の要求に応える必要がないようにしていただきたい。
- ・大学病院に限れば、定時に帰る医師が増えた。同時に大学に残り、研究や自学する医師が激減したために、大学の研究レベルを継続するのが困難を極めている。
- ・救急診療は多数の病院が担っており、救急科スタッフが充実している施設は県内で2-3 施設ほどで非常に限られ、ほとんどの救急告知病院に救急科スタッフが不足している。そのため、2 交代制が導入できていない、救急医に大きな負担がかかっているなどの問題がある。働き方改革のためにも、より人材の集約化を進め、働き方改革、2 交代制の導入を推し進めるべきである。
- ・医師の勤務時間は一般社会のそれとはかけ離れていたのは昭和の時代からの事実であり、それを耐えうるボランティア精神を持った人で医療は支えられてきた。産婦人科では休日、夜間も関係なく緊急事態は発生し、それに対応していかなければ医療は成り立たない。劇的に産婦人科医が増員しない限り MFICU を抱えた施設では月 80 時間以内の時間外勤務は守れないと考える。
- ・医師の働き方改革のためには、患者の受診意識の改革が必須である。風邪薬、湿布等の外用薬は、病院処方を極力廃止して、薬局購入を徹底し、受診抑制を図る必要がある。
- ・大学病院のスタッフ医師などは診療・教育・研究を同時に行わなければならない一方で、給与も安く、外勤バイトによる収入も必要となる。その状況で教育・研究の

時間を確保するためには『自己研鑽』と称した肉体的・精神的犠牲が発生する。給与を増やすのが難しいのであれば、せめて非課税対象となる項目を増やすなどで調整をして欲しい。

- ・働き方改革に対応するためには医師数を増やす必要があるが、業務負担が大きい産科と小児科（新生児科を含む）ではその程度が大きくなることは明らかである。現状でも足りていない小児科医（新生児科医を含む）の養成に新専門医制度によるシーリングで制限を儲けることは働き方改革の推進に逆行するものである。
- ・心臓血管外科は高度な専門性が必要と考えられるので、急患手術や当直の人員が不足している施設が多く認められる。このような状況で働き方改革は困難と考える。
- ・麻酔科医は慢性的に不足しており、時間外労働時間も多い。また、元来、女性医師が多い診療科でもあり、時短の医師も多い。オンコール、当直が出来ない医師の割合も多い。中央診療科であり、手術時間や、手術予定日程等を麻酔科でコントロールすることが困難である。夏季休暇も定められた期間内で取得できる医師はわずかである。定例手術は、時間内に収まるスケジューリング、手術室の効率的運営などが今後ますます重要になると考える。

＜まとめ＞

厚労省は 2040 年に向け、地域医療構想、医師・医療従事者の働き方改革、医師偏在対策について、お互い密接な関連を有するとして「三位一体」で推進する方針を示した。今後の医師を含めた医療従事者数の増加、ICT、AI の医療界への急速な普及という内部環境の変化、少子高齢化と人口減少という外部環境の変化を考慮すれば、バランスの良い一体改革の推進は理想的と言える。ただし目線を現場に移すと、様々な地域特性と様々な病院機能の混在、人材供給源であるべき各地の大学医学部の機能不全など問題山積である。厚労省の理想論とはかなりの乖離を感じざるを得ない。

多くの医師の診療科選択は、研修医時代に行われる。一部の医師はもともとの信念に基づき診療科を選択しているが、一方で豊かなワークライフバランスを優先し診療科を選択する医師も多い。早く医師としての専門性が確立でき、時間拘束が少なく費用対効果の高い診療科を選択する医師も少なくない。また専門医制度の普及とともに、若手医師が、臨床経験を短時間で多く積むことのできる都市部に集中することは避けられない。生活環境の好みや家族生活の環境を理由に都市在住を望む医師も数多くいる。資格の更新や維持についても都市部の病院勤務が有利である。医師の診療科偏在や地域偏在は、このままではますます進行すると思われる。

もともと日本の医療経済は中央集権制で、診療報酬支払制度も中央統制下にあり、いわば社会主義的統制経済下にある。従って、医療経済を動かす医師集団が、自分の診療科や診療地域を自由に選択し標榜できると主張することに、そもそもの無理がある。現在、日本専門医機構では、後期研修における専攻医制度において数字の帳尻合わせをしているが、さらに医師そのものの診療科選択や勤務地域選択に制限を加える勇気を示してほしいと考える。

さて、医師偏在と働き方改革を考えるに当たり、県内の病院に医師の働き方改革の現状についてアンケートを実施した。その結果、病院の所在地や病院のサイズ・病院機能により事情が異なること、またそれと関連し、働き方改革に対する取り組みの量、質、時間にかかなりの温度差があることが判明した。また急性期病院ほど大改革を迫られていることも明らかとなった。

アンケートに対する具体的な回答は、

1. 病院組織における医師の働き方に対する意識改革を断行する。医師の時間外勤務の正確な把握、長時間労働の適正化、短時間・効率的労働の推奨を行う。
2. 住民への病院の利用についての啓蒙を行う。地域におけるかかりつけ医の役割拡大、24時間診療体制の確立が肝要。
3. 医師の時間外労働の該当・非該当に関する基準づくりに早く取り掛かる。
4. 脱主治医制、複数主治医制の導入、チーム医療のさらなる推進。
5. 大規模診療科では、出来るところからシフト制勤務の導入に踏み切る。
6. 医師不足に対し、近隣病院、大学病院との連携を県、郡市医師会が推進。などであった。

1. は働き方改革に着手するに当たって、現状打開のため医師や病院組織の意識改革の必要性に触れている。2. は病院における不十分なマンパワーの現状を院外にアピールし、地域の協力を求めたもの。3. 4. 5. は現状においても医師数さえ確保できれば今すぐできること。6. は今厚労省が意図する偏在解消策について述べている。いずれの意見も、大なり小なり医師の診療科偏在、地域偏在を主要因とする医師不足に基づくもので、その解消が医師の働き方改革のための基本的な条件であることが分かる。医師の偏在対策と医師の働き方改革は密接に関連しており車の両輪であることが認識させられた。

2-3 女性医師支援の観点から

偏在に関する現状と問題点について女性医師支援の観点から、各委員の意見を掲載する。

昨年の勤務医・男女参画合同研修会での女性医師の離職理由が、出産・子育てであり、その間女性医師の医師としての仕事に、子育てに要する時間がそのまま加算されているとの講演があった。済生会熊本病院で導入されている病棟専門医の考え方があり、「整形外科などの手術患者は、高齢化に伴い種々の内科疾患を抱えた患者群であることが多い。子育て中の女性医師が、その手術患者の病棟加療を病棟主治医として、日勤帯のみ診るシステム」が運用されている。子育て中の女性医師の日勤帯勤務により、整形外科医の時間外が減り、病棟からの指示催促がなくなり、良好な病棟運営になっているとの紹介だった。本来の専門を生かしながら総合内科医的な役割を担うことで新たな勉強にもなり、子育て後の診療にも生かせると思う。今後の女性医師支援のヒントになると思われる。

妊娠・出産、育児などのためキャリアを中断することが多いこと、都市部での勤務を男性よりも希望することが多いことなどが問題として挙げられる。妊娠などを経てもキャリアを何らかの形で継続できる仕組みをもっと充実させるべきであり、託児所の設置、男性医師も育休をとれるよう推進することなどが考えられる。

一時休職している女性医師の復職は大変期待しているし、女性の社会参加、地位向上を目指すためにも必須と考える。当院では夜間・休日の呼び出しがなく、家事・育児などで忙しい医師でもある程度働きやすいと思われる。また平日に休日を設けるなどして、土日ではできない諸処の仕事をその日にできるようにしている。希望すれば当直免除も可能である。また来年度から企業主導型託児所を設置し、育児支援を行う予定である

当院では最近女性医師の出産や子育てなどで対応が必要なケースを経験していない。院内保育所については看護師を含め他の職種の職場環境改善のために以前より話題にはなるが実現していない。今のところはケース・バイ・ケースでの対応になる。

「女性医師のキャリア支援」、「勤務医の働き方の見直し」、「医学教育へのキャリア教育の導入」を目標として、まず、実施可能な部署から、パート医師制度の設立に取り組んだ。平成28年度には「厚生労働省女性医師キャリア支援モデル普及推進事業」を受託し、医学生のキャリア教育の導入などを行った。学内保育所、病児保育も実施している。女性初期研修医、女性専攻医も30%を超え、さらに医学部女性入

学者の増加は顕著であり、全診療科を上げて女性医師が十分に活躍できる体制、柔軟な給与体制の確立が必須である。

当院では多くの女性医師が勤務しており、妊娠・出産などのライフイベント、仕事と家庭、子育ての両立は非常に重要な課題である。当院でも院内保育所の設置や休暇制度は実施している。まず大前提は同僚、上司、診療部長の理解であろう。その上で今後は働き方改革とリンクさせつつ、短時間勤務制度や複数主治医制、シフト勤務などの導入も考慮せねばならないであろう。

国立病院機構における産休や育休制度は看護師や検査技師においては極めて有効に利用されている。それを可能しているのはそれぞれの職種の人材のプールが大きいこと、施設間の転勤が流動的に行われていて産休育休に入る者の代替要員を容易に充当できる体制が整っているからである。一方医師においては、多施設からの応援を得ることが困難なため産休・育休中は通常より少ない人数で診療を行うか、あるいは夜勤免除の医師が増えるとそれをカバーする医師が過重に夜勤する必要がある。大学医局の人材のプールは初期研修制度の導入によりはじまった縮小傾向に歯止めがかからず、また今回の専攻医のシーリングが追い打ちをかけた。看護師や検査技師と同じように産休・育休制度を機能させるには、医師においても十分な人材のプールとそれを柔軟に運用するシステムが必要である。

また、その他下記のとおり様々なご意見をいただいた。

- ・女性医師、というようにひとくくりでは対応不可、それぞれの女性医師に応じた対応を心掛ける。
- ・女性医師の割合が少しずつ上がっているため、長い目で見れば徐々に改善されると思う。しかし、もっと目に見えて明らかな改善を目指すのであれば、「病院常勤医の3割、大学教授・准教授・講師・助教、それぞれ2割以上は女性枠とする」というような決まりを作るのが良い。あるいはその基準を超えるとメリットが発生する仕組みなど。女性は家の中で男性は家の外で働くという固定観念～宗教観のようなものが日本にはあると思う。
- ・眼科は、希望者に対して、当直勤務ではなく自宅待機でのオンコールを優先的に振り分けることで、家庭で過ごす時間を確保しやすいように対策している。
- ・以前より各外科系診療科への女性医師入局は増えているが、施設内でのバックアップ体制はソフト、ハードともに不十分と思われる。
- ・救急科は多くは交代勤務性であり、勤務時間が終われば帰宅可能であり、また、緊急呼び出しされることもほとんどない。そのため、女性医師に限らず、男性医師にとっても非常に働きやすい職場であり、現在も男性医師が就業前後に子供を保育園に送って行ったりピックアップをしている。また、県内でも全国でも救急医は不足しており、勤務地の選択に困ることはないため、配偶者の転勤にも柔軟に対応でき

ている。

- ・10年前からは産婦人科の半数以上が女性。専門医を取得前後に出産となる場合が多く、各施設にとって分娩、育休での戦線離脱は非常痛いものがある。また復帰後も分娩以前と同様な勤務ができないことが多く、原因としては病児保育施設が勤務病院内にないことがある。この24時間病児保育を施設内に備えることしか解決策はないと考える。
- ・女性医師の育児休暇中はその採用枠に新たに医師を雇用することができるが、女性医師が育休明けに時短勤務で復職した場合、時短分の職務を補おうとしても新たに医師を雇用することができない。時短勤務専用の採用枠を新設することで女性医師が育休明けに復職しやすくなると思われるが、福岡県ではこのような人事制度が普及していない。
- ・心臓血管外科医を志す女性医師は極めて少数であり、女性医師を支援する制度は確立していないのが現状である。
- ・麻酔科は女性医師が多く、産休・育休の取得、育休取得後の職場復帰に関してはバックアップ体制を以前から整えてきた。中央診療科のため自科で手術予定をコントロールすることが困難なため、外科系各科との協力体制構築が必須である。マンパワーの有効活用のため、女性医師が臨床の現場に長く留まることが可能な体制作りを全科協力のもと推進して行くことが必要である。
- ・呼吸器・胸部外科、リハビリテーション科、神経・精神科では取得しやすい環境づくりができるように配慮しているという回答があった。

<まとめ>

医師の地域偏在と女性医師支援（男女共同参画）の関連について、様々な女性医師と接してきた経験から具体的・現実的な例を挙げて意見を述べる。

最初に女性の特性と考えられることをあげてみたい。女性は職業や既婚・未婚に関わらずまず自分の身の安全を考える様に子供のときから教育されている。交通手段、社会的インフラが整備されなくて生活が不便で安全な住居がない地域を多くの女性は選ばない。それは男性が気楽に一人旅を出来る一方で女性はそれが難しいと誰もが思う感覚と同じである。

次に、医師（専門職）を志す女性の多くは仕事や他のことを通して自己実現しようとする自立心が強くまたその能力があるということも考慮しなくてはならない。多くの症例を経験出来早く自立した医師となるために有利であり、仕事以外でも自己実現の機会が多いのは間違いなく都市部である。

もう一つ大切な女性医師（医師以外の仕事をするすべての女性）が仕事を続けていく上での大きな課題である妊娠・出産、結婚をして家庭を持つことについて人生で遭遇すると考えられる順に沿って話を進める。

学生時代の交際相手と結婚が決まったが、マッチングで勤務地が離れないよう、多くの研修病院がある都市部に二人そろって希望を出す。

後期研修となり専門医を取るために選んだ病院に勤め始めたが、夫の転勤が決まり他県に赴任となった。夫と一緒に生活するためには赴任する県で改めて専門医が取得できる施設を探したが自分の科はすでに県単位のシーリングがかかっており赴任地では後期研修出来なくなる。

妊娠・出産について。妊娠中や子供が小さい一定期間の当直免除や産休・育休、施設内保育施設などの環境整備、働き方改革により進み始めたチーム医療、交替制勤務などはすべて人材が多い大規模施設がある都市部や大学などでしか実現出来ない。例えば、女性医師 30 歳代半ばで 10 年の経験で地方病院に一人医長として赴任したのち結婚・妊娠した場合、産休の代わりをしてくれる非常勤医や出産後子供を預ける場所が人口少数地域にはほぼない。人口減少地域の小～中規模医療施設ではチーム医療も当直免除も難しいであろう。

家庭を持った後では、医師の家庭の多くは教育に熱心であり子供の教育や受験準備が充実しているため都市部での生活を希望する。

女性医師はこの様なライフステージ、ライフイベントを理由に人口少数地域の医療機関は避ける傾向となる。また、子育てしながら非常勤医を続けると言う女性医師によく見られるライフスタイルも今後女性医師の増加によって非常勤の仕事も少なくなっていく。人口減少地域においてはなおさらである。

先日参加した日本医師会主催の男女共同参画フォーラムなどでは、医学生や若い女性医師から後期研修のことを考えて初期研修病院を選ぶ、後期研修の時期は結婚・出産など女性の大きなライフイベントが重なる時期なのに専門医制度に自分の人生を拘束されて何のための専門医制度なのか、専門医を取ることに意味があるのかという悲痛な意見も発せられた。専門医制度を構築した世代は若い医師の不安にきちんと答えるためにも、是非今後は医学生も含めた将来を担う若い人材と、これからの女性医学生と同じで比率で女性が入ったメンバーで将来の医療や専門医のあり方を検討してほしい。医師会についても同様である。

東京一極集中の大都市の考え方で医局制度から新研修医制度に変わって 15 年がたち、現在地域医療崩壊の危機をむかえている。以前の医局制度の中では過疎地(あえてこの言葉を使うが)へも期間限定や収入のインセンティブ、赴任する医師の家庭の状態まで管理者が考慮して医師を送り出して地域医療が維持されていた。家庭が維持できるように既婚の女性医師への配慮もあった。以前と同じような医局のあり方に戻すことは時間がたちすぎて不可能であるが、当時の考え方を参考に医師会としては個人の職業選択の自由や移動の自由を大きく妨げない範囲で今後の勤務医のあり方や開業医との連携による医師の地域偏在解消方なども模索してほしい。

一方、人口の少ない地域に医師や病床を貼り付けていくと言う考え方も再考の時期ではないかと思う。福岡県内ではいかに人口少数地域であっても車で一時間あれば中規模以上の医療機関は必ず存在する。医師会は行政に働きかけ医療機関と人口減少地域の患者とのアクセスの改善を提案し、患者が医療機関へ出向くアクセスの改善に加えて行政運営で定期的に人口減少地域を医療巡回する様な制度もあって良いのではな

いか。巡回診療の医師であれば非常勤で地域医療に参加できる女性医師などを活用することも可能である。また、そのような巡回医療に ITC や AI を利用した医療を積極的に取り入れて行く様に医師会が行政に地域医政として財政基盤を構築するよう要請する必要もあると考える。

さてここでまた具体的な女性医師の例に戻るが、出産後は産休明けから子供を預けてすぐに復帰する予定であったが夫が復職に反対し育休半年を取ってどうにか夫を説得して復職したが、一時そのことが原因で離婚寸前まで深刻な状態になった女性医師、卒後すぐに結婚し大学院に進み出産後帰郷。家は都市部であったため仕事が見つかり子供も預ける場所があり順調であったが夫の海外留学が決まり夫の留学期間中自分は子供と一緒に国内で生活するつもりであったが夫の家族から「一緒に行くのが当たり前」と言われ帰国後の仕事のあてもないまま退職となった女性医師もいた。

女性は仕事よりも家庭を優先すべき、子育ては女性が主体になるべきとの社会通念を前提とした男女共同参画ではなく、人口減少国としては今後男女、老若の区別なく元気な人は労働人口となること、独身であれば自立し、結婚すれば家庭は夫婦二人協力して守り、子供は家族と社会全体が育てていくという考え方と風土になるよう、男性主体で作りに上げてきた現在の日本社会に男性医師会員の協力のもと根気強く働きかけて啓発・醸成することが、医療界の女性医師支援のために今後ますます必要と思われる。

2-4 医局派遣、地域枠・地元出身枠等の観点から

偏在に関する現状と問題点について医局派遣、地域枠・地元出身枠等の観点から、各委員の意見を掲載する。

市中病院では、大学医局からの派遣と独自採用の医師が存在する。医局派遣でも長期になるとローテーションから外れ、定年まで勤める先生も多い。特に一人科の先生の採用は全か無かになりやすく、偏在（科を閉じる）に繋がりやすい。民間を通したリクルートも医局派遣の補填にはなるが、安定雇用になるかは問題が残る。北九州医師会勤務医部会として、初期研修医歓迎レセプション、勤務医医学研究助成制度、病院交流会などの催し物を通して、研修医の地域内定着や病院管理職交流を促進して、雇用確保に繋げる試みを行っている。

後期研修またはその終了時、かかりつけ医として開業する際、保険医登録時などに医師が不足している地域で1～2年程度の勤務することを義務付ける。その際、給与面での優遇や研修プログラムの充実を行なう。医師が不足している地域への医師派遣について医局への協力も要請する。

地域への定着率を考えると地域枠でなく、地元枠を強化する方が望ましい。可能なら地元枠を2次医療圏単位で設定する。

診療報酬を医師が不足している科や地域では手厚くし、その分、医師が充足している科や地域では引き下げる。

医局の派遣に頼っているのが実情であるが、当院は専門医教育研修病院ではないため、派遣が限定的となり、相当に厳しくなっている。非常勤医師も各大学から派遣で賄っているが、人件費がかさみ効率が悪化するため、地域病院の経営を圧迫する要因になっている。地域のニーズに応えるためにあえて赤字を計上しても非常勤に頼らざるをえない状況である。今後は専門医を目指さない医師や、産休・育休明けの医師などを一括管理して派遣してもらえるシステム作りをお願いしたい。地域医療の中で幅広い経験を積むことは、そういう医師にとっては決して不利益にはならないと思う。

また2次医療圏をベースに医師偏在指標を算定することに異議がある。地域包括ケアシステムでは地域住民の生活圏レベル、せいぜい中学校校区レベルで、ある程度の医療・福祉・介護を完結することが求められている。にもかかわらず、医師数を2次医療圏で算定することには矛盾がある。少なくとも市町村レベルで診療所や病院ベッド数を想定し、ニーズに見合った医師数を確保できるようにすべきである。また特定機能病院や大学病院など、教育・研究を担う病院の医師数まで算定すれば、それ以外の地域まで医療は届かない。特に500床以上の特定機能病院や大学病院などの医師数は計算式を別途にするべきと思う。

現実の医師確保は特に自治体病院を含め公的病院では都市部でもそれ以外でも90%以上が医局派遣によっていると思われる。福岡県では県をまたいで、例えば大分県の公的病院などに医師を多数派遣している医局もある。これは福岡県の特長事情とは思えないが、行政（厚労省）から出される医師偏在対策ではこうした現状について触れられていないことに疑問を感じる。今後県単位の地域医療対策協議会において二次医療圏ごとの医師確保対策も議論することになると思うが、医局派遣についてどのように盛り込むのかが全く見えてこない。一県一医学部の場合には医学部と地域医療対策協議会での間で議論がしやすいのかもしれないが・・・。

医師の地域偏在を解決するための政策技術は欧米では研究が進んでいてエビデンスレベルの高い順に、地元卒、次に（専門医制度の項でも触れた）総合医、3番目が1～2年の地域医療の経験であり、ここでいう地元卒は都道府県ではなく、高校学区や二次医療圏単位で卒を設けるべき、という意見もある。

（参考：権丈善一「ちょっと気になる医療と介護」）。

久留米大学では福岡県地域卒の学生を受け入れているが、地域卒学生においても一般入試と遜色ない学力を有する学生を選抜するため、年度によっては入学卒の総数を満たしていないことがある。学生生活を続ける中、学生が地域卒である自覚を継続するように定期的な会合を実施しているが、最も大きな問題は、地域卒で入学した学生が卒業後に久留米大学病院での初期臨床研修、さらには専門医プログラムへ希望しても参加できないことがあることである。地域卒の制度の趣旨からすると、久留米大学病院での卒後の初期研修、専攻医についても、地域卒卒業生の卒を別に確保するべきである。

福岡大学医学部では毎年10人を定員に地域卒推薦入試を実施している。これは学費給付や、奨学金給付、貸付などはしないもので、国からは恒常的定員10名の増加としてカウントされているので、義務の厳格化はない。本入試を合格、卒業した医師（地域専攻医）は、初期研修終了後、福岡大学病院の地域医療プログラムで3年間、研修することが義務づけられている。このプログラムは「Fukuoka University-ChiikiIryou Program」、FU-CHIPと称する。FU-CHIPでは、同プログラムに賛同して頂いた、地域医療への貢献が期待できる病院で病院群を形成している。地域専攻医はこのFU-CHIP参加病院いずれかにおいて、3年間、地域医療を意識した研修を行う。同プログラムで現在、2期目の地域専攻医が研修を行っている。本来、地域卒卒業生は総合診療医になることを義務付ける法律が必要かもしれない。

女性支援の項で述べたように、大学医局の医師派遣制度はわが国の医師供給を実質的に支えてきたが、人材のプールの大きさがその医師派遣機能を左右する。近年初期研修制度、最近では専攻医のシーリング制度などで医局の人材プールが減少し

続けている。とはいえ専門医の資格を得た後も多くの医師が医局の医師派遣制度を利用しており大学医局の医師派遣機能を軸にしていかにそれを有効に活用するかを検討することが今後の医師偏在化対策にとって最重要の課題だと考える。

また、その他下記のとおり様々なご意見をいただいた。

- ・責任をもって全体的、長期的に地域医療、医師派遣を考える機関がないと、地域医療の充実は難しく、現時点でそれができるところは医局しかない。臨床研修医制度の再評価、見直しが必要と感じる。
- ・医師が少ない地域や病院を県や国が指定して、それぞれ困窮度を付ける。困窮度の高いところに派遣された医師は、その病院からの給料以外にメリットを（県や国から）得る。メリットは給料の上乗せや留学のための奨学金など。例えば1200万円の年収になるのが相場だとして、実際の給料は800万円払う、差額の400万円に県や町が色をつけて奨学金として、翌年に提供する（税金が下がり、実質所得が増える）等のシステムを作ると効果があるのではと思う。
- ・眼科の現状として、総合病院から常勤医派遣のオファーが多いが、医局員の減少により対応出来てない。
- ・産業医科大学には特別な使命があり、また修学資金返済の義務がある。したがってシーリングによって産業医大プログラムに入れない、という事態になることがないように配慮していただきたい。
- ・多くの施設、大学で心臓血管外科の医師不足は深刻であり、また改善傾向は認められない。そのため、医師派遣等の困難な状況にある。

＜まとめ＞

医師派遣：「大学医局主導の地域への医師派遣」から「医師個人の勤務地域自由選択」への流れの中で地域偏在が悪化している。大学医局の医師派遣能力が低下する中で大学医局に代わる医師派遣機能を発揮する機関がない。また、大学医局は今でも医師派遣を行っているが、どの医療機関に派遣すれば最も効率よく地域偏在を解消できるか？情報が不足している。まずは医師不足地域の医師の実態（派遣から実質就職・大学からの派遣・大学以外からの独自採用等の医師分類状況や不足度など）が見えるデータを県が作成して、大学医局も含めて検討することが考えられる。医師が少ない地域や病院、さらに診療科まで県が指定して、それぞれ困窮度を付ける。困窮度の高いところへの派遣や勤務にインセンティブを作る。できるのはこれぐらいしかないだろうと思われる。現在でも県がこのような地域医療派遣を行った大学に寄付講座を提供している。これは素晴らしい取り組みである。この寄付講座制度は派遣された本人ではなく大学（派遣元の医局）に対するインセンティブであり、派遣された本人へのインセンティブ追加が望ましい。前述の報酬増加・留学助成や開業資金貸付等、工夫が可能と考える。また、医師不足地域への非常勤中堅医師派遣はハードルが低く、これにインセンティブを付けるとある程度の効果が期待できる。前述の寄付助教制度以

外にも工夫が可能と考える。単なるアルバイト報酬への公的資金の追加だけでも効果があるだろう。

派遣へのインセンティブではないが、勤務医の総数が増えると急性期診療のマンパワーが増える。北九州市医師会が行っているような勤務医医学研究助成制度は若手・中堅勤務医のモチベーションを上げている。もっと拡大することも可能ではないかと考える。

地域枠・地元出身医学部入学枠：医師の都市部偏在に対する取り組みとして、地域枠プログラムは一定の効果があるものと考えられる。但し、故意にプログラムの規定違反を生じる場合や、妊娠・出産などのライフイベントでプログラム規定の遵守が困難となる場合が想定される。また特に福岡大学の様に、奨学金貸与などがないプログラムでは、プログラム遵守に関する強制力がないなどの問題もある。更には地域枠プログラムを修了した医師が、そのまま当該地域や診療科に留まり続けるかも不透明であり、地域枠プログラムを継続していく上での今後の課題と言えるであろう。地域医療派遣と同様にインセンティブを設けるのも一つの案かもしれない。

地域枠には、大学毎に定める地域枠と、都道府県から奨学金が貸与される自治体を実施する地域枠がある。地域枠入学を実施する大学として、他学生と同等の学力水準確保に努めている。また、地域枠学生としての意識を高めるように、在学時に地域枠学生と教員との会合などを別に時間を設けて行っている。しかしながら、当該学生を送り出す側としてだけでなく、逆に専攻医を受ける側として苦慮することもあるのも事実である。全国的な地域枠学生の動向調査や、自治体での対応が検討・実施されているが、福岡県の地域枠として、同制度が県内の医師偏在や診療科偏在に資するように、今後も継続して運用する必要がある。

3. 若手医師の思い

平成 30 年度、令和元年度勤務医交流会において下記ルールで診療科偏在、地域偏在についてグループディスカッションを行った。主な意見、要旨をまとめる。

<ルール>

グループ構成

7 名（ファシリテーター、医学生 2 名、研修医 2 名、中堅医師 2 名）

平成 30 年度、令和元年度とも、A、B、C、D の 4 グループ。

総括ファシリテーター

平成 30 年度 福岡県医師会勤務医部会委員長 吉田 正

令和元年度 福岡県医師会勤務医部会副委員長 平川勝之

グラウンドルール

- ・進行は各グループのファシリテーターが行う。
- ・記録者（ポストイット記入者）、発表者を決定する。
- ・ファシリテーターは、学生・研修医の意見を first に進めていく。
- ・ディスカッションは 50 分（発表までのまとめ含む）
- ・出た意見は記録者がポストイットに記載し、模造紙に貼るなどし、グループの意見をまとめ、それをもとに発表を行う。
- ・発表は、A・B グループは「医師の診療科偏在」、C・D グループはテーマ「医師の地域偏在」とし、被発表グループには、テーマごとに追加意見を聞く。

進行方法

- ①icebreaking（自己紹介）名前・所属・診療科・現在興味のあること（医療に関して）など ※コーヒーやケーキ（セルフ）を準備しているので、気楽な雰囲気で行う。
- ②導入（ファシリテーターより、下記テーマの項目について質問、説明を交えて意見を引き出す）

平成 30 年度勤務医交流会のまとめ

1) 診療科偏在について(A、Bグループで議論)

専門医制度関連

- ・福岡県ではシーリングのため希望する診療科に進めなくなる。
- ・内科や外科ではいわゆる 2 階建て方式のためサブスペシャリティ領域の専門医を取得するまでに時間がかかることもあり、希望者が減っているのではないか。
- ・女性医師の場合、結婚や出産などのライフイベントが専門医資格取得のハードルとなることがあり、女性が働きやすく、専門医資格を取得しやすい診療科が人気となっている。それを改善するには、女性医師のための（期間にゆとりを持たせるなどした）研修プログラムを作るべきではないか。

医局制度について（地域偏在とも関連あり）

- ・そもそも入局する必要があるのだろうか。
- ・シーリングのため出身大学の希望する医局に入局できない。

医師会へ期待すること

- ・専門研修への（金銭的な）支援（小児科、産婦人科の北九州専門医レジデント制度のような）をして欲しい。
- ・医局に入局したくない人へのサポートをしてくれるシステムを医師会で作ってくれとありがたい。

その他

- ・人気のない診療科（例えば外科、小児科、産婦人科）ではリスクを含めた労力と給与対価を含めた待遇のバランス（コストパフォーマンス）が悪いと感じる。
- ・保険診療点数が必ずしも医師の労力に見合っていない。
- ・ジェネレーション・ギャップ（中堅医師と若手の間にも バブル世代とゆとり世代？）があり、個人差はあるものの、全体としてみた場合に若い医師の間では診療科の選択にあたって「仕事のやりがい」が必ずしも最優先ではなくなっている。これには生き方の多様性が背景にあり、ワーク・ライフ・バランスが重視されてきていることも影響している。
- ・ネットを利用することで、研修医間の情報共有が進み、進路選択の自由市場化が加速している。

2）地域偏在について（C、Dグループで議論）

都市部の病院と地方の病院の違い

都市部の病院（で研修・勤務すること）のメリット

- ・指導医の層が厚く、教育システムがしっかりしているイメージがある。
- ・専門分野の修練を積みやすい。
- ・将来定なことを考えると人脈形成がしやすい。
- ・ワーク・ライフ・バランスに関して QOL が高く、また生活もしやすい。

都市部の病院のデメリット

- ・専門診療科に細分化されているため一つの症例の経過を通して診ることがない。
- ・研修医の数が多いと埋もれてしまう。

地方の病院のメリット

- ・ファーストコンタクトから関わるため症例を通して疾患の経過を診ることができる。
- ・common disease を中心に幅広く症例を経験できる。
- ・指導医との距離が近く密に指導してもらえる。

地方の病院のデメリット

- ・指導医の数が少なく教育体制に不安を感じる。
- ・生活（特に家族がいる場合）の面で都市部より不便。

医学部での地域医療についての教育について

- ・大学では地域医療について体系的に学ぶ機会があまりない。

医学部の地域枠について

- ・地域枠における地元枠の拡充が必要（実際にそういう方向になっているようです）。

その他

- ・大学医局への入局者の減少により、地方の病院への医師派遣力が低下している。
- ・福岡県は県としては医師多数県であるが、二次医療圏別では偏在がある。国の議論は県単位の話までなので、これについては今後、地域医療構想とともに県で対策がなされるべき問題である。
- ・地域によっては開業医の高齢化、廃院に伴い本来二次医療を担うべき病院が一次医療までを行っている（これは若手医師にとって病院の魅力低下につながっているのでは）。

令和元年度勤務医交流会のまとめ

1) 診療科偏在について(A、Bグループで議論)

問題点

キーメッセージとして、時代が変わり昔は当たり前とされていたことが、これからの医療を担う若い世代にとっては当たり前でないということを理解して欲しい。診療科偏在には外部環境（世の中）が大きく変わってきていること、学生・研修医が大きく変わっていること、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。

専門医制度関連

- ・外科や小児科、産婦人科などは研修医や学生から見て夜間帯のオンコールが多いことなどからブラックという印象がある。
- ・内科では新専門医制度になって、専門医が取りにくくなった。
- ・（忙しくなく、専門医資格が取りやすいということで）消去法で進路を考えると診療科の偏在につながるのではないか。
- ・女性医師の場合、自身の子育てなどでワーク・ライフ・バランスの問題があり、シフト制などがあれば良いが、診療科によっては重症患者の担当になると大変。
- ・大学入試の時点ではなかった新専門医制度でこれまでより研修期間や研修施設選択の自由が制限され、またシーリングのために福岡県内では働けないといったことが後付けで決められていることに強い憤りを感じる。

医局制度について

- ・情報化が進み、各診療科の仕事の実情がわかるようになり、学生や研修医と診療科の医師（先輩）との間の情報の非対称性が解消されたことで医局という組織自体の（診療科に学生や研修医を誘導する）力が落ちてきている。

その他

- ・若い世代では昔のように医師は皆、患者さんのために仕事中心の生活をするのが当然というのではなく、個々の価値観を重要視するようになっている。
- ・医師を 24 時間拘束する主治医制が若い世代には受け入れにくく、そういう病院やそれを是とする組織（診療科や医局）が選ばれなくなっている。
- ・診療科の忙しさと待遇が合っていないと不条理さを感じる。

改善案

- ・シフト制を導入し、子育て中の人などには周りがサポートできるようにする。
- ・サポートする側の医師にも病院側が（給与などで）サポートできるようにする。
- ・タスクシフトにより医師の仕事の軽減を進め、病院に病児保育所を開設するなど病院側からのバックアップを行う。
- ・ブラックな印象を持たれている診療科は学生時代から大学病院などでポジティブ・キャンペーンを行う。
- ・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。

2) 地域偏在について（C、Dグループで議論）

問題点

- ・初期研修医は研修先として診療科が揃い、指導が充実した大きな総合病院を選ぶ傾向にあり、専攻医も専門医制度が変わることにより都市部にある病院に集中する傾向があり、そうした病院がない地方では医師確保がますます難しくなっている。
- ・他方、地方で働くのは学校で地域医療についてしっかり教育されたことがきっかけとなっていたり、研修医が少ないので経験できる症例が多かったり、指導医とより密着して指導を受けることができたり、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。
- ・都市部では勉強会の数も多く、交通の利便性などで生活もしやすく、同期の医師の数も多いことなどのメリットがあるため勤務を希望する医師が多い。
- ・東京などで子育てをする場合、地域によっては保育園に入れなかったりしているが、地方では入りやすい。
- ・福岡県は医師過剰県とされているが、その中でも地域偏在があり、福岡県で一括りにされているのは納得できない。
- ・専門医制度は地域偏在を解消させようとしているのか、それとも中央志向にしているのかよくわからない。
- ・内科のサブスペシャリティの専門医であっても地方の病院では一般内科医として勤務せざるを得ないことがあり、それが長期間になるとキャリア形成の上ではマイナス

となる。

- ・医局に属することのメリットとしては、研究がしっかりできる、将来が安定している、職を失うことがないところなどがあるが、医師派遣組織としての力は落ちてきている。

改善案

- ・開業医の子弟などで、将来開業を考えている医師は、まず一回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のではと思う。また、親が開業している地域の病院で勤務することで医院の継承がスムーズに行く。

- ・地方でも二次医療圏ごとに、拠点として専門医療が充実している病院が必要であり、大学や医師会といった大きな力で専門医を配分して欲しい。

- ・専門医を派遣する場合も単独ではなく、せめて2、3人のチームで（専門医の研修施設あるいは関連施設の認定が受けられるような形で）派遣して欲しい。

- ・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。

- ・地方で働いた方が待遇面でよくなる等、地方で働くことのメリット、プラス面を強調するような医師確保計画などの取り組みが必要。

交流会の総括

交流会では学生、研修医、中堅医師の忌憚のない意見を聞くことができた。2回の会を通じて、よく聞かれ、また多くの賛同を得られた意見を元にまとめた。

まず診療科偏在と地域偏在を生んでいる医師側の背景として、若い世代では医師ならばすべからず患者中心の生活をすべきだというような画一的な生き方が求められることには抵抗があり、多様性が認められて当然であるという考えがある。例えば医師としての実力をつけるため研修期間など若いうちは過重労働も厭わないという考え方の者もいる一方で、そうした時期であってもワーク・ライフ・バランスが重要と考える者の割合は明らかに増えている。

こうしたことから、診療科偏在については、外科や小児科、産婦人科などでは多忙であることや診療に関する訴訟のリスクなど診療科の実情が広く知られることでさらに敬遠されるようになり、ますます偏在に拍車がかかる状態になっている。また専門医制度が変わっていくことで資格取得のハードルが高くなったと感じられる内科も敬遠される傾向にあり、さらに福岡県ではシーリングがかかることも影響している可能性がある。増加している女性医師については結婚や出産といったライフイベントの時期が専門医資格取得のための研修時期と重なることが、診療科の選択に影響していると考えられる。

解決策としては、多忙で人気のない診療科には大学での教育や初期研修医の間に診療科の魅力をもっとアピールするような取り組みとともに何らかのインセンティブが必要という意見がよく聞かれた。また特定行為研修が始まった看護師などへのタスクシフトとともに医師の働き方としてのシフト制やチーム制（複数主治医制）を望む声もあった。この点は医師の働き方改革の議論の中でも注目されているが、長く一人主治医制が敷かれてきた現状があり、医療の受け手側にも（「私たちの主治医」から「私の主治医たち」への）意識改革が必要となる。

女性医師のキャリア形成へのサポートは様々な場での取り組みが必要であろう。例えば、家庭レベルで見ても一般社会では男性の育児休暇が認められているが、医師社会ではどうであろうか。女性医師のパートナーは男性医師である場合が多いが、同僚や後輩の男性医師が育児休暇を申請したと聞いたらどう感じるだろうか。今後はこういうことも生き方の多様性として覚悟しておかなければならないのかもしれない。また、病院・医局レベルではシフト制やチーム制などは女性医師のサポートとしても必要という意見があった。より高いレベルでは専門医資格取得を目指す場合、現状では女性医師への特別な配慮はなされていないが、女性医師が増加していることを考えると研修期間や研修地域（パートナーと同じ地域での研修を枠外で認めるなど）についての対応が必要と思われる。

地域偏在については医師臨床研修制度や専門医制度のいずれもが医師の都市志向を助長する傾向にある事が指摘された。しかし一方で、臨床研修医からは地方の病院の方が指導医との距離が近いことや、幅広い疾患を経験できること、疾患の経過全体をみることが出来ること、様々な手技を経験できることなど臨床経験を積む上で有利な面があるという意見があった。こうしたことから大学でも地域医療の重要性や魅力についての教育がもっとなされる必要があると思われる。

また専門医制度で福岡県は医師過剰県とされシーリングの対象となっているが、二次医療圏ごとに見ると偏在があり、シーリングを課すのであれば現状では医師少数県が対象とされている連携プログラムを県内の都市部と医師少数地域との間でも可能にするよう求めていくことも必要であろう。さらに将来開業を考えている若手医師には一定期間地方の病院での総合的な診療の研修を義務づける事なども考えられる。

大学医局の医師派遣能力が低下したことで起こった派遣医師の引き上げは都市部より地方で先行し、それ以降現在まで地方では中核病院であっても専門医の確保が困難となり、医療の地域格差を生んでいる。それを解決するための地方への医師派遣には何らかのインセンティブが必要という意見が多くあった。現在でも寄付講座などによる医師確保が行われているが、今後は地域医療対策協議会などによるよりきめ細やかな二次医療圏ごとの医師確保のための方策が求められる。その際には、派遣される医師自身に対するインセンティブとともに、地方であっても専門診療科の拠点を配置し、そうした拠点施設では医師のキャリア形成の面から、学会認定教育施設や関連施設などの資格を取得できるような人員・体制とすることが求められよう。

4. おわりに

勤務医部会委員会では、平成 30・令和元年度の 2 年間にわたり、「医師の診療科偏在と地域偏在を考える」をテーマに議論を行ってきた。また今期、新たな取り組みとして勤務医交流会を開催し、医学生・研修医・中堅医師とファシリテーターで構成されたグループディスカッションを行った。本答申にも記載しているが、地域偏在と診療科偏在について、彼らの率直な意見や提言を聞くことができた。

厚生労働省は、2040 年を展望した医療提供体制の改革において、2025 年までに三位一体の改革を着手するよう提唱している。そこでは「地域医療構想の実現等」、「医師や医療従事者の働き方改革の推進」、「実効性のある医師偏在対策の着実な推進」が求められている。少子高齢化を迎える我が国にとってとても重要な改革ではあるが、同時に地域に大きな支障が出ないようにしながら大胆な病床削減を行い、増え続ける医療費の削減を行うことも目的としているのは明らかである。すべての医療機関に関係した大変な作業になると思うが、何とんでもこれから医師になる学生や研修医の気持ち・やる気・夢や希望を重視しながら、地域の特性に応じたバランスのとれた改革を行うことが必要となってくる。本答申では様々な観点から議論を深めてきたが、シーリングや専門医制度、女性医師支援等々、根底には経済的な問題を有しているのは明らかであり、国による大胆な支援が求められる。

さて、本答申をまとめているのは 2020 年 3 月下旬で、全世界で新型コロナウイルスの感染拡大が大問題となっている。そして一部の国や地域では医療破綻を生じているようである。我が国では、初期の段階における水際対策に多少問題があったかもしれないが、その後の重症化防止に重点をおいた国の方針は正しかったように思う。国の方針に加えて、真面目で清潔好きな国民性、国民皆保険制度、医療水準の高さ等により、福岡県内において医療現場の大混乱はこれまでのところ発生していないようである。2040 年に向けた改革の推進により医療の需要と供給のバランスは国の理想に近づくかもしれない。しかしながら平時においてさえぎりぎりの医療供給能力では、いざというときには医療破綻してしまう。今こそ医療費亡国論から脱し、医療は国民の生命財産を守る大切な社会基盤であることを再認識すべきではないだろうか。