

講義内容①

2020年1月14日19:00-20:40
千葉医療政策公開セミナー入門編
@千葉大学医学部附属病院 セミナー室3

第4講：医師確保と大学の役割

吉村健佑 医師・医学博士・公衆衛生学修士
千葉大学病院 次世代医療構想センター長 特任教授・産業界

今日のテーマは医師確保と大学の役割ということで準備しました。

本セミナーの目的

①千葉県の医療の課題を解決するために、医療政策の重要ポイントについて理解し日々の業務・診療に生かす

②千葉県の地域医療構想・医師偏在対策を考える上で、基本的な知識と考え方を習得する

今日の目的はいつもどおりで、医療の課題を解決するために医療政策の重要ポイントを押さえます。半数強の方が行政に勤める方で、半数弱の方が診療現場の方ということで、お互いの経験や知識をぶつけ合いながらディスカッションをしてつくってスタイルを進めたいと思います。

本日のタイムテーブル

19:00-19:45
【講義編】
・大学医局の役割
・医師偏在対策
・医師の働き方改革

19:50-20:40
【グループワーク編】
医師偏在対策を進める方法を考える

前半の45分ぐらいは私が講義をさせていただきます。大学医局の役割や医師偏在対策の実際、そして医師の働き方改革が2024年に迫っていますが、具体的に何が起ころうかということ資料に基づいて紹介します。後半はいつもどおりグループワークをさせていただいて、医師偏在対策を進める方策をメンバーで考えてプレゼンするというスタイルを進めていきたいと思います。

【講義編】内容

①医局制度と「人」から見た医療制度改革
②医師偏在対策：医師修学資金制度の実際
③医師偏在対策：新専門医制度
④医師の働き方改革

講義編に入ります。内容は4つです。医局制度と「人」から見た医療制度改革という観点で総論をまとめ、その後、偏在対策を医師修学資金制度、そして新専門医制度の観点から見て、最後に働き方改革ということになります。

国民医療費 = 「単価」×「数量」

レセプト・DPCなどのデータの活用が必須！

①診療・薬剤単価のコントロール
→診療報酬改定・費用対効果の導入：保険局医療課

②提供数量のコントロール
(1)入院病床の機能分化と総数
→地域医療構想(医療法)：医政局 地域医療計画課
(2)主に外来・特定健診等
→医療費適正化計画(高確法)：保険局 医療費適正化対策推進室
(3)提供主体(医師・看護)の在り方
→新専門医制度・医師の働き方改革：医政局 医事課
→医師修学資金制度・地域枠：医政局 地域医療計画課・医事課

そして、国民医療費の抑制について少し触れましたが、その中でも、例えば医療費は単価掛ける数量と考えてみます。今日のテーマになりますが、提供主体、医師や看護職など医療専門職をどのように育成し配置すること、そしてそれらがどのような診療行為を行うかによって医療の提供体制を調整していくという考え方があります。その中身としては、例えば新専門医制度であったり医師の働き方改革であったり修学資金制度であったりという話が出てきます。

日本の医療制度：特徴4つ！

①国民皆保険
②フリーアクセス
③開業・標榜の自由
④民間医療機関中心の医療提供体制

このままでは維持困難。どう制限する？

さて、日本の医療制度の特徴を4つにまとめました。1番、2番と4番はこれまでの講義でお話しています。今日の重要なテーマは3番目です。日本の医師は開業・標榜の自由を原則としています。どこで開業しても、どこで地域で診療しても、ないしは何科を標榜しても良いというのを原則としていて、それを医師の自由として与えているわけなんです。ですので、この与えられた自由の中で偏在対策をする、ないしは診療場所や診療内容について介入していくというのがこの政策の

講義内容②

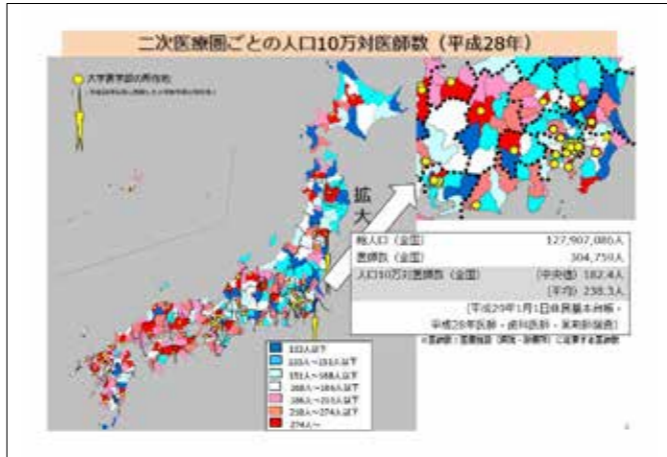
一番のポイントになります。原則は自由なのに、どうやって医師不足地域に医師を再配置するのは非常に知恵と工夫が必要な状況です。



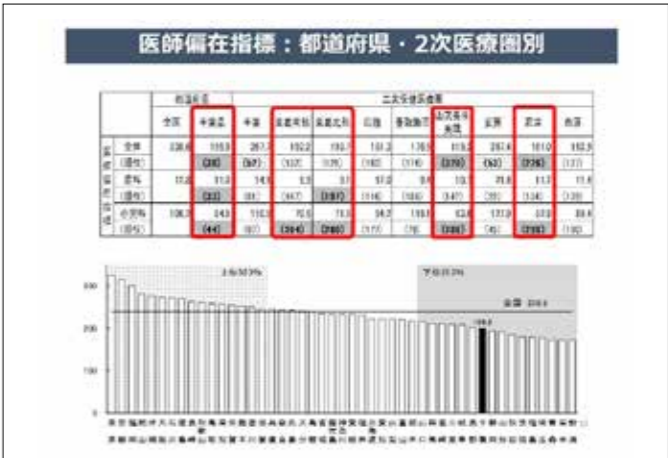
日本は医学部の定員増などもありまして、徐々に医師は増えていきます。そろそろOECDの平均の数値を超えてきて、医師の総数はやや過剰状態になるだろうというのが見て取れます。



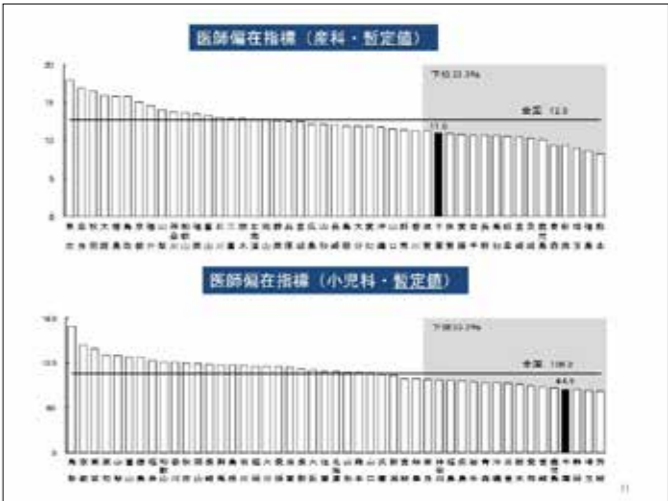
一方で、総数は増えてきたものの、都道府県別では偏在が大きくあります。偏在指標は人口に加えて、医師の流入や、その地域の年齢構成などを加味してつくられた数字ですが、1位である東京都と47位である岩手県を比べると、大体1.94倍の開きがあるのが分かっています。そして、千葉県は下から10番、37番のポジションにあり、医師少数県とされます。



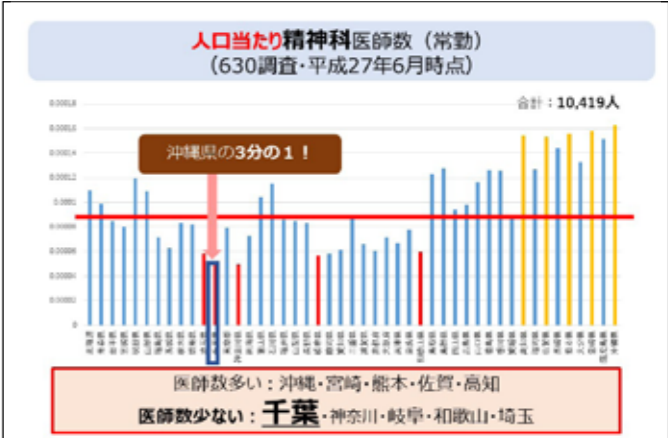
都道府県より、さらに掘り進むと二次医療圏別になります。二次医療圏は現在約330ありますが、その中でも多い少ないの差があります。赤い所は医師が多くて青い所は少ないですが、千葉県だけ見ても、赤い所と青い所が混在している状況で、このようにある程度、地域別に見ていく、さらに言うと実際の患者の移動範囲に沿ってみていくことが重要です。



これは千葉県の資料になります。偏在指標を示して、下のグラフは47都道府県を並べたときの千葉県の相対的な位置付けです。千葉県は全体の中でも偏在指標が下位に属します。そしてこれは診療科の中で、産科と小児科が特だされています。例えば産科ですと東葛北部の松戸や柏などの地域での、産科医師の数が偏在指標で見ると少ない。小児科で見ると、東葛南部、北部、そして山武長生夷隅ですとか君津の地域で少ないというのが出てきます。では、こういった地域にどうやって医師を配置したら良いだろうか、考える必要があります。



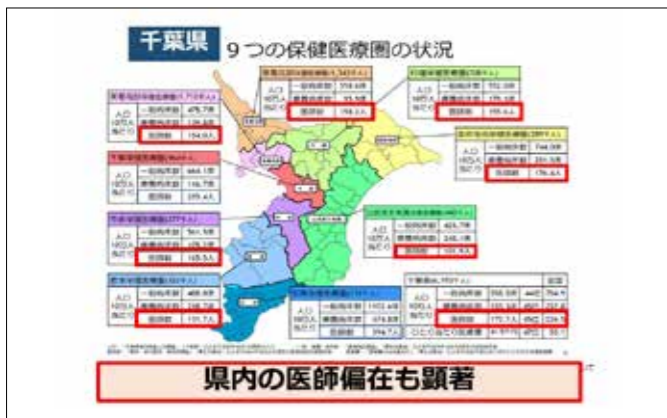
そして、偏在指標を都道府県で見ると、産科は下位3分の1で、もう少しで上位3分の2に入りますが、こういった位置付けです。そして、小児科はかなり平均を割り込んでいて、下から4番という状況で厳しいというのが、県全体で見た偏在指標の状況です。



ちなみに、私は精神科医ですが、例えば精神科で見ても、これも大きく偏在しています。10万人当たりの精神科医の数ですが、沖縄と千葉県を比べてみると、人口当たり千葉県は沖縄県の3分の1の医師の数で精神科診療を行っている状況です。なので、産科、小児

講義内容③

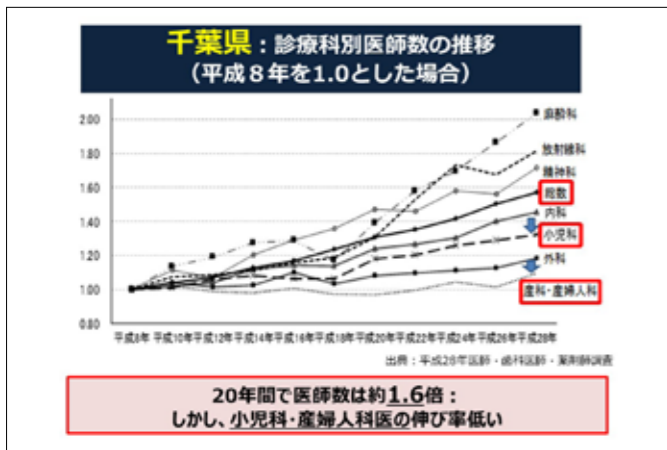
科に限らず、いろんな診療科でこういった偏在はある状況です。これほど大きな開きがあると、恐らく住んでいる場所によって受ける医療が変わってきってしまうというのが想像できます。



話を戻し、千葉県内の9つの保健医療圏の状況ですが、医師数だけ赤丸で囲んでいますけれども、前回紹介したとおり、東葛北部、東葛南部、千葉の医療圏は620万中400万人の人口を抱え、そして医師偏在指標も全体数としてはそこまで深刻な状況ではありません。



そして、全国での診療科の偏在です。医師は開業・標榜の自由がありますので何科を選んでも良いわけです。そうすると、平成6年を1.0とすると、平成28年の、ここ22年で医師の総数は大体1.38倍に増えていますけれども、その恩恵に浴したのが麻酔科、精神科、放射線科で、いわゆるマイナー科といわれるような診療科に医師が増加しました。



平成8年を1.0とした診療科別の指数です。総数で見ると、平成8年からですから約20年間で1.6倍弱に医師の数が増えました。20年で増えましたけれども、よく見ると、麻酔科、放射線科、精神科が増えているのは全国的な傾向と一緒にです。

Table: Chiba Prefecture: Medical Staff Security Evaluation Index (Draft). Columns: Item, Target Position, Current Status, Countermeasure.

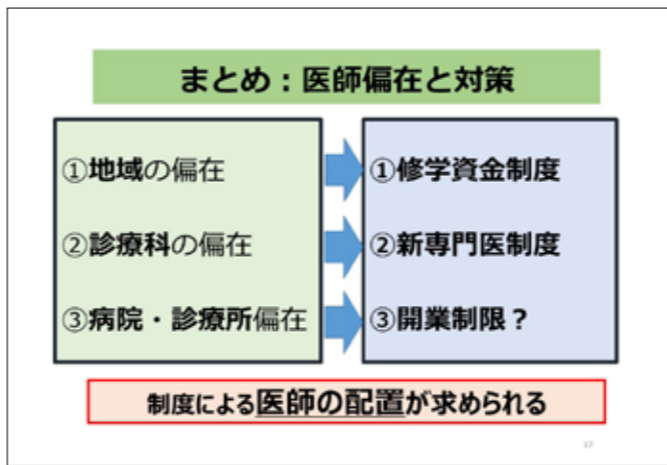
こういった状況を見ながら、千葉県庁のほうでも医師確保をどうにか進めていきたい、それをモニタリングして、政策を進めていく指標をつくりたいと、当然考えるわけです。

もう少し見ますと、例えば県内の専門研修基幹施設における専攻医(初期臨床研修を終えた医師)が診療科を選択して、県内で研鑽を積んでいこうという医師が令和元年で332名見られますが、これを増やしていこう。もう一つ上を見ますと、後で説明します医師学資金制度で、「地域A群病院」という特に医師の少ない地域に建つ病院で働いている医師の数を増やしていこうとしています。

Table: Chiba Prefecture: Medical Staff Security Evaluation Index (Draft). Columns: Item, Target Position, Current Status, Countermeasure.

評価指標で見ると、タスクシフトの推進やかかりつけ医の定着など、いろいろなものを県はモニタリングして偏在対策を進めています。その中で、分娩(ぶんべん)、1,000件当たりの医療施設従事者医師、これは何を見ているかという、1,000人の赤ちゃんが生まれたときに、生まれる件数に対して医療施設の従事者、産科・産婦人科の医師がどれくらい従事しているのかをモニタリングしているわけです。

講義内容④



ここまでのまとめをします。偏在といってもさまざまあり、1つ目は地域の偏在で、2つ目は診療科の偏在、3つ目は病院・診療所の偏在もあります。

今後、給与面や待遇面で、病院に勤めている医師のメリットが少なくなってきた場合、開業を希望する医師が増える可能性もあります。その背景には医師の働き方改革と関連してくるのではないかと思います。

Complex block titled '大学医局とは(吉村まとめ)' containing three numbered points about university hospital systems, including staff education and hospital management.

これまでは国や県が考えている医師確保の全体像ですが、ここから大学医局の話になります。ここから先はなかなか資料がありませんので、私のほうで作ってきました。そもそも大学の医局とは何か、臨床をやっている大学病院です。

は明文化されていない場合がほとんどです。通例、慣習といいますが、その都度話し合いによって決めているような組織です。以前は医学部卒業して、95%ぐらいの医師が何らかの大学の診療科別の医局に所属して、そのグループでトレーニングを受けていたが、現在は、8割ぐらいの医師ではないかという肌感覚です。

医局は所属する医師の人事について影響力を持っています。「関連病院」と称するものを、医局の下にぶら下げる形で勤務先を持つわけです。各医局はさまざまな関連病院を持っています。県内にも複数の病院を持ちますが、歴史的に県外の医療も一部担います。

Complex block titled '大学医局の役割(吉村まとめ)' containing three numbered points about the roles of university hospital systems, such as staff education and research.

では、大学医局がどういう役割を果たしているかをまとめました。1つ目は、医師という専門職の専門教育、そして生涯教育を担っています。医学部を出て、初期臨床研修を終えても、まったく一人前とはいえません。

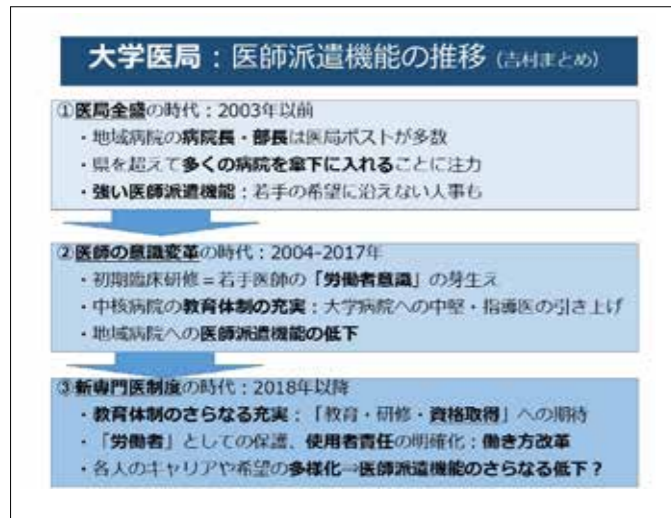
第4回医療政策セミナー

講義内容⑤

2年勉強してきなさい、ないしは他の場面で支援するから、1年間ぐらい希望しない地域や病院でも働いてきなさいということを行い、結果として地域医療を維持してきた経緯があります。しかし、医師のキャリアの多様化によって派遣機能は徐々に低下しているのが現状です。派遣機能の低下とは、簡単に言うと、私はこれがやりたい、でも医局はこうやれと言っている、では私は医局を辞めます、という医師が増えてきたり、そもそも医局に所属しない医師がそれなりの人数出てきたりしているのが現状です。

3つ目です。患者さん対象の臨床研究などをグループで実施することがあります。患者さんに参加協力をしながら医学研究を進めるわけですが、そのときには関連病院やグループが大きいほうが医学研究は進みやすいです。そのため、科学的な知見を集めるためにも、医局という専門職の集団は機能している状況です。

現時点では、こういった従来の状況に新たな制度を上乗せして、医師偏在を是正しようとしているわけです。なので、制度が単独であるわけではありません。大学医局との連携、ハイブリッドがどうしても必須である、今の医師修学資金制度は一部それが実現していますので、それは後で紹介しますが、こういった観点で医師確保を考えないと失敗してしまうのが現実だと思えます。



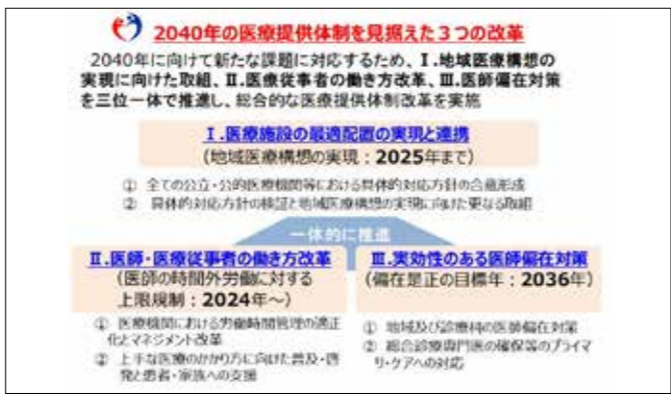
さて、こういった環境の中で、どのように派遣機能が推移してきたか、私見として紹介したいと思います。2003年以前を、あえて医局全盛の時代と呼んでみました。具体的には初期臨床研修制度導入前です。医学部6年間で卒業したら、いきなり診療科を選んでストレート研修を受けていた時代です。地域の病院は病院長、ないしは診療部長は医局が定めたポストで持っていて、それぞれトレーニングを受けた経験のあるベテラン先生がそこに座ることが多かった。現時点でも、千葉県郡部に存在する「地域A群病院」には多くの医局出身の先生方が病院長として勤めていらっしゃいます。次に、県を超えて多くの病院を傘下に入れることに注力と書いていますが、これはさまざまな診療科や医局によって温度差はあるものの、やはり医局の勢力を拡大していくと考える動きが多かった。人数を集め、大きなチームをつくる、それで診療先の選択幅を増やしていくことで、さらに大きな勢力となります。前述の通り、若手の希望に沿えないような人事も一時的にありますが、それによって医師不足の地域に医師を出すことができました。

その後、初期臨床研修制度が始まる時代になると、医師の意識変化が起ころうとしました。初期臨床研修制度は、それによって一気に医師がいなくなったという意見もありますが、私が思うのは、若手医師が労働者としての権利意識のようなものが芽生え始めたのだらうと思えます。2年間の初期臨床研修の間は医局に所属しません。各病院に雇われた臨床研修医として処遇を受け、入職前に給与などの待遇を提示されて、ではこれでいきたいと思いますと就職していくわけですが、2年間そういう経験をし、医師にも雇用契約というものがあるのだと、そして労働条件というものを確認するのが重要なことである意味での「社会人としてあたり前」の感覚が身に付きます。それを持った状態で、3年目に専攻医として医局に入ると、「労働条件の提示はないのですか」、「当直に対する報酬は出ないのですか」などの質問がどんどん出てくるわけです。そこで、若手の労働者意識の芽生えから各医局も取り扱いは配慮するようになったというのが2004年以降の時

代かと思えます。さらに、若手医師の医療教育体制を充実させる必要があります。そうでないと人が集まってきません。そのために結果として大学病院へ中堅や指導医の引き上げが一部で行われていて、地域医療で支えていた中堅がいなくなったというのがあるところも報告されています。または、地方の病院への医師派遣機能が低下します。若手医師から、その病院に行くと私はどのようなメリットがあるのか、どのようなトレーニングが受けられるのかと、正面切って聞かれると少し困ります。そういうものだから行ってくださいでは通用しなくなる時代が2004年ぐらいから出てきました。

3番目が新専門医制度の時代です。これが2018年から始まりました。さらにはこの傾向が高まることとなります。教育体制がさらなる充実をしていないと医局に医師が入ってこない。当たり前ですが、専門医の資格取得をきちんとサポートしてあげないと、その医局には人が来なくなります。そして、労働者として保護される、使用者責任を明確化される、これはまさに働き方改革の中で、個人の過重労働や労務管理、ないしは安全配慮などが厳しく問われます。

各人のキャリアや希望が多様化します。これにはさまざまな背景があって、例えば一因ですけれども、親の介護が必要になってきたり、女性の医師が相対的に増えてきたり、そういったことによってさまざまな個別の配慮が必要とされるような場面が増えてきました。そうすると、この地域に行くとなかなか離れるので行きませんが、都市部なら働けるけれども郡部は遠くて無理ですなど、個別の事情が非常に多く出てきて、派遣機能どころではなく、維持していくのが精いっぱいになってきます。ご意見があれば、後のグループワークなどで提示していただきたいですが、医局を取りまわす状況は以上になります。



こういった医局の派遣機能低下の中で、地域の医師確保を制度や補助金などを使いながら維持していくことが必要なわけです。これは厚生労働省の出した三位一体改革です。

地域医療構想の実現は点線で書いていますが、これも医師の配置や人事に関係してきます。仮に病院が集約されれば医師のポストがなくなります。病院2つが1つになれば、病院長は1人になるわけです。そうすると、そのポストの人はどうするのかという話が出てきます。また、医師偏在対策や働き方改革はむしろ人事管理の話ということで、3分の2、ないしは2.5は人事の問題ということになってくるわけです。

なので、三位一体改革をやろうとしたら、人をどのように動かすのか、これはとある医学部の教授に聞きましたけれども、「人事は万事だ」とおっしゃっていました。まさに、人事を動かすことが医療を動かすことであるとのことでした。これから、医師偏在対策を2つに分けて説明いたします。1つ目は医師修学資金制度です。



第4回医療政策セミナー

講義内容⑥

これは医師の配置に対して国と県が本格的に介入しようとした大きな事業です。どうやって介入しようとしたか、これはいわゆる自治医大方式と言われます。医学部の学生に1,200万円から1,500万円の修学資金を支給します。これは都道府県によってばらばらです。財源は国の医療介護総合確保基金で、もとを正すと消費税です。奨学金を渡し、その代わり9年間当該の県内で働く約束をします。

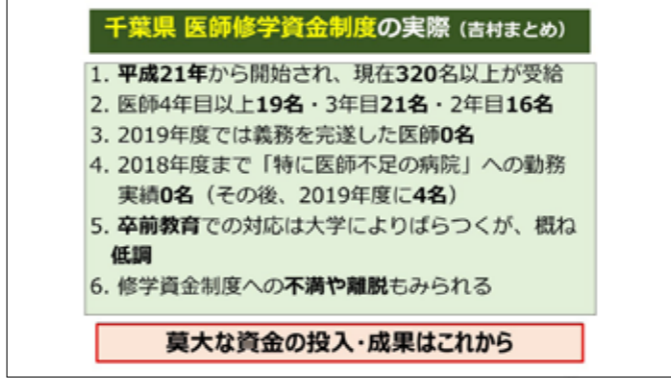


この制度利用者が、以前は少数でしたが、だんだん増えてきて、現在は医学部定員9,000人前後のうちの1,500人などのボリュームで修学資金生が増えてきています。千葉県も例外ではなく、今は380名ぐらい修学資金生がいて、将来千葉県内で働く約束をしている医師・医学生が生まれています。

そして、6年間受給したら、1.5倍の9年間、県内の医療機関で働いて、県内にいるだけではなく、特に医師が不足している地域に建つ「地域A群病院」で2年働くという約束の下、奨学金を付与するわけです。その方々は、9年間は、県内にいなくてはならないこととなります。今日の講義にも修学資金利用者がたくさん来ています。千葉県が大事に育てて育てる宝、ですね。その方々には、千葉県内で初期臨床研修を義務付けていますが、県内では臨床研修病院36個の病院があって、それぞれ良い研修をやっていますから、安心して県内で働こうというような情報を県から伝えたりしています。



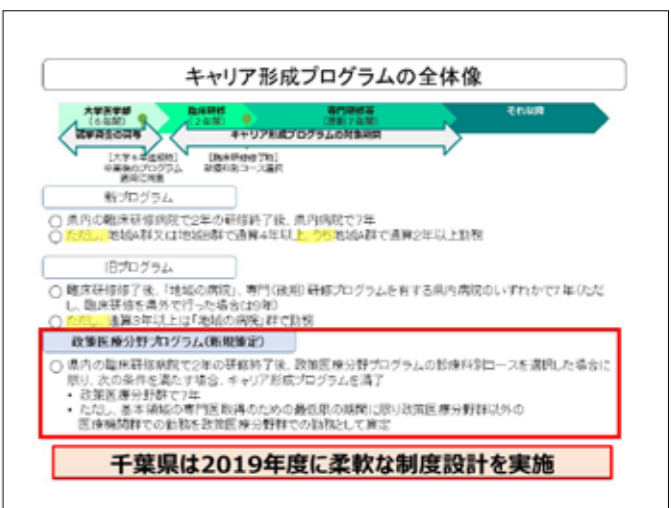
地域A群の病院を具体的に紹介して、それらの病院で2年間働きやすいように環境を整えたりしているわけです。



実際にどのようなことをやっているかという、これは私の千葉県で行っている、キャリアコーディネーターという仕事のまとめになりますが、平成21年、10年前から開始されて、現在320名で、今年60名がさらに加わって、いままでの約380名ですが、これがどんどん増えていきます。医師4年目以上の方々が19名、3年目が21名、初期臨床2年目の方が16名、この先生方がそろそろ地域で働く可能性のある方で、56名いらっしゃいます。この56名の方ほぼ全員と面談、ないしは電話でご相談して、今後の勤務について調整するのが私の仕事です。開始から終了まで、通常では6年間です9年間ですから15年です。これは非常に息の長い事業です。

特に医師不足の病院で勤務した実績は、2018年までは0でした。ただ、2019年は年度が上がってきたこともあって、4名ほど地域A群病院で働くことが実現しました。卒前教育で地域医療の教育を行っている大学はほとんどなくて、おおむね低調とでありその充実も課題です。あとは、修学資金制度への不満や離脱も、残念ながら見られていて、こういったルールの中で縛られるのだったら、私の人生やキャリアが損なわれてしまうかもしれないから辞めますという方がどうしても少数出てきます。その方々、一人一人にお会いして面談、慰留する仕事もしています。

項目⑤ですが、制度に対して、一部の大学教員から誤解を受け、大学医局人事の不当な県の介入だなど、最初に私も相当怒られました。



修学資金制度利用者が義務をきちんと果たせるように、さまざまな制度の介入も行っています。例えばこういった従来型の郡部病院での勤務を要する従来のプログラムに加え、「政策医療分野プログラム」というのが設計されました。具体的には、産科や救急科や新生児科を選択する人については、必ずしも医師不足地域に行かなくても良い、その代わり集約が行われている周産期母子医療センターなどできちんと7年間勤務してください、ということになります。救急科についてはこういった病院が指定されていて、これらで勤務することが、県全体の医療に貢献するというのが合意形成され、設置されました。



第4回医療政策セミナー

講義内容⑦

また、診療科別に、どこかの診療科に進んでもきちんと義務が果たせて、キャリアアップできるようなキャリア形成プログラムをつくりました。大学医局とも連携して、100種類以上の診療科別のコースをつくることができました。これらのコースを提示して、皆さんがちゃんとキャリアアップと義務を果たせると一件一件マッチングしていくわけです。この仕事を県で1年9か月やっています。かなり丁寧なマッチングをしていく必要がありますが、実は千葉県はこのような取組みを結構頑張っているんです、国の検討会にモデルケースとして出されたりしています。

また地域の各病院に修学資金生をバスで連れて行ったり、セミナーを開催している。いろいろな地域医療の情報を提供したり、千葉県で働く医師と仲良くチームをつかっていこうという雰囲気を作ったりしています。その結果、2019年は4名の受給者が地域の病院で働いているという状況で、2020年からも着々とそれが増えていく予定です。

修学資金制度：現場で実行したこと

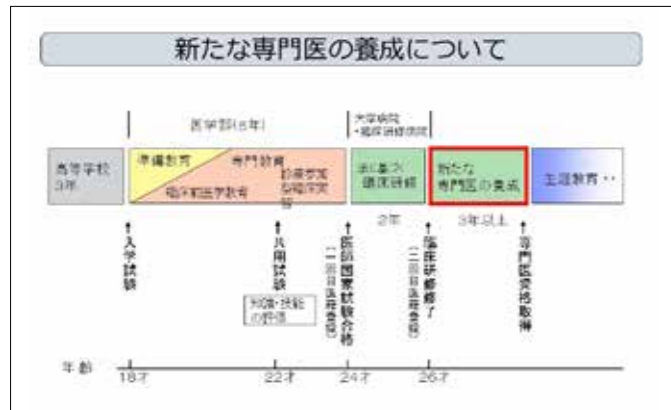
1. 受給者医師との「ほぼ」全員面談の実施
2. 医師全員分のキャリアプランを作成・申し合わせ
3. 各大学病院の診療科教員・医局長への制度説明
4. 柔軟な勤務要件の設定：政策医療分野の設定など
5. 地域医療セミナー・バスツアーの開催・継続
6. パンフレットの編集（作業中）
7. 医学部での卒前教育への働きかけ（協議中）

継続して実施する人材（医師）の確保が重要

今後、勤務医個人で言ったら、専門医資格の重要性が上がるのではないかと思います。専門医をきちんと取って、それが自分の領域の専門性を示し、今後は専門医資格を持っていなければならないという状況に突入しつつあります。



その専門医の話を少しさせてください。



専門医に関する議論については、もう既にお話したとおり、臨床研修を2年間、そして専門研修を3年から5年です。専門研修を受ける医師を専攻医と呼びますが、その専攻医を地域別、病院別に定員を定めて計画配置を行うというのが今の新専門医制度の役割の一つです。

「臨床研修」に関する医師法・医療法の改正

区分	新制度
臨床研修	医師法第16条の2 医師法第16条の2 医師法第16条の2
専攻医	医師法第16条の3 医師法第16条の3
専攻医の手続等	医師法第16条の4 医師法第16条の4
専攻医の職務	医師法第16条の5 医師法第16条の5
病院等の管理	医師法第10条 医師法第10条

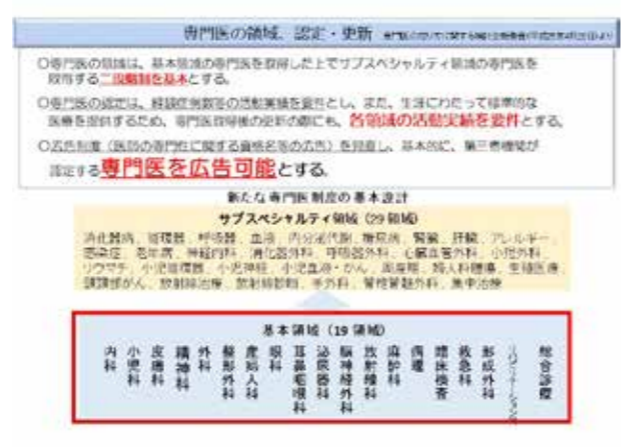
実質的な「開業制限」がされている

例えば、仮に医師が2年間の臨床研修を受けないとどうなるかご存じでしょうか。臨床研修を終了していない者が診療所を開設しようとすると、都道府県知事の許可を受けなければならない許可制となり、実質的に開業制限ということになってきます。なので、臨床研修を終了した医師はこれをしなければならぬと法律で定められているわけですが、今後は専門医制度も徐々にそういった規制の中に入る可能性があるのではないかと思います。

海外の専門医制度について①

	日本 (今後の方向性)	アメリカ	フランス
法令等の位置づけ	特になし (従来の医師法)	特になし (民間の第三者組織)	法律
実施主体	各学会 (日本専門医機構)	ABMS: 専門医制度と専門医の認定 ACGME: 研修施設とプログラムの評価・認定	国家試験機関と医師会
経済的負担 (費用)	各学会 (国・日本専門医機構) への負担	ABMS: 認定料 (研究費の助成)、所属学会、専門医認定料から約500万ドルの収入 (2008年) ACGME: 研修プログラム認定料として約1,000万ドル (2008年)、政府 (Medicare) から、レジデントに給与として年間270万ドル、認定教育機関に対して130万ドル	国の専業 (医学部4年目から支給される給与は確保から支給されるが、返済は社会保障費)
専門医配置の確保	特になし (診療科の定員等)	特になし	各学会が研修施設で専門医の定員あり

海外の専門医制度を見ると専門医の計画配置についてはすでに着手しており、例えばフランスなどは診療科と勤務先を医師が選ぶ際に、医師国家試験の成績などが加味されて診療科が決定されるという状況にあります。

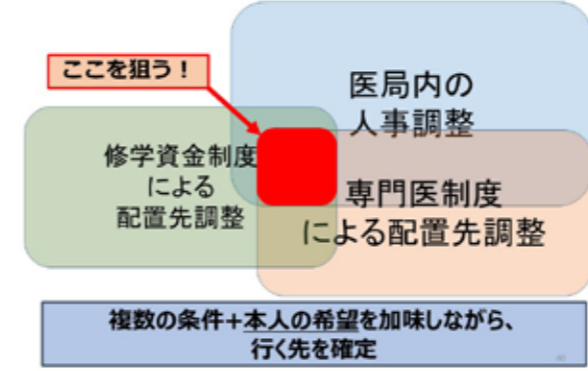


第4回医療政策セミナー

講義内容⑧

日本でも各医師は基本領域の19の診療科から選び、その中から自分のサブスペシャリティに進んでいくというコースが定められつつあります。そして各診療科の人数を都道府県別に上限を定め（シーリングという制度）、特定の診療科の医師の過剰地域ではこれ以上医師は置くべきではない、もっと優先されるべき土地があるということで調整が行われています。ちなみに、千葉県は全ての診療科でシーリングがかかっていませんので、東京都のシーリングが厳しければ厳しいほど、千葉県には医師が増えるだろうと予想されます。

医局長の悩み：「若手」医師配置の困難

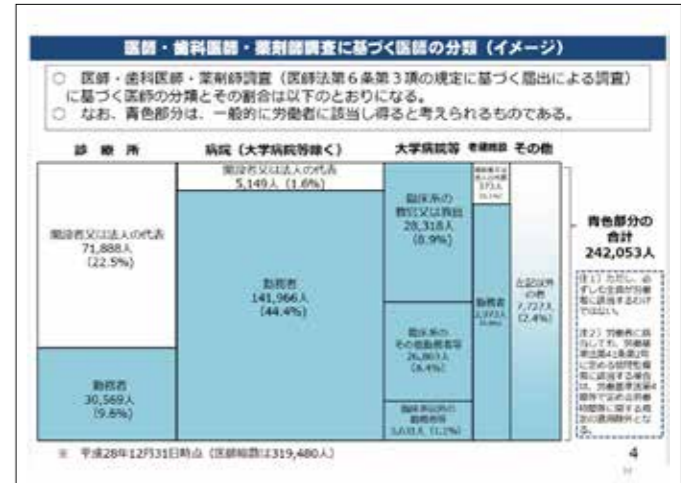


これはオリジナルで作ったスライドです。これまで医局により人事調整を従来は行っていたわけですが、それに加えて専門医制度が求める症例の経験や診療経験が厳しくなっています。さらに、修学資金生が今後増えてきますので、3つ目の網もかかまりまして、医局人事の動きの中で専門医制度も考えながら、かつ修学資金の求める病院に配置すると、人事を考える医局側は大変です。こういったさまざまな条件の中で配置を決めているのが現状になるかと思っています。複数の条件を提示して、かつ本人の希望や意向にも沿いながら行き先を確定しているということになるかと思うわけです。こういったざりざりの中で医師の配置をされているということになります。

働き方改革については、第5講、第6講で、産科、新生児科、小児科、救急科、具体的な働き方改革の影響のスライドを準備していますので、今日は概要だけさっと流してグループワークに入りましょう。



働き方改革は既に法案が成立して2018年7月に交付され、2019年4月には施行されています。ただ、医師だけはまだ施行されていません、猶予期間になっています。歯科医師はもう適用されていて、医師だけが2024年から適用になることが確定しています。



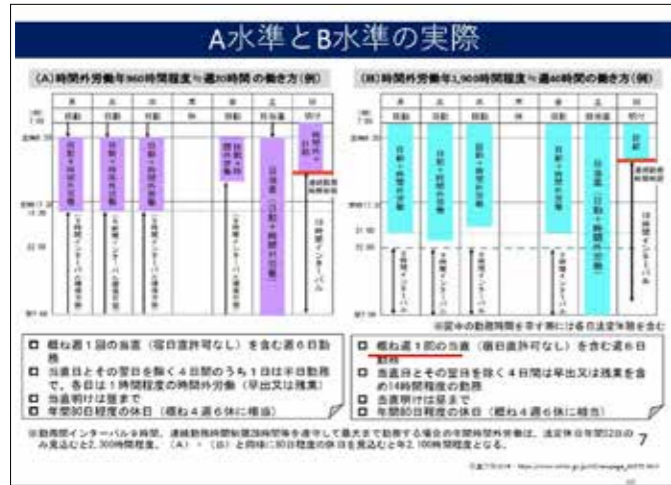
そもそも、医師の内働き方改革の適用になる人数はどの程度でしょうか。それは青で塗られた部分です。病院や大学病院の方はほぼ全員で、診療所の医師も勤務されている医師もいらっしゃるのですが、そこは労務管理されます。開設者は労働者ではありませんので労務管理の対象外です。なので、病院も院長や理事長などは対象外なので、彼ら自身は何時間残業しても原則として責は問われません。



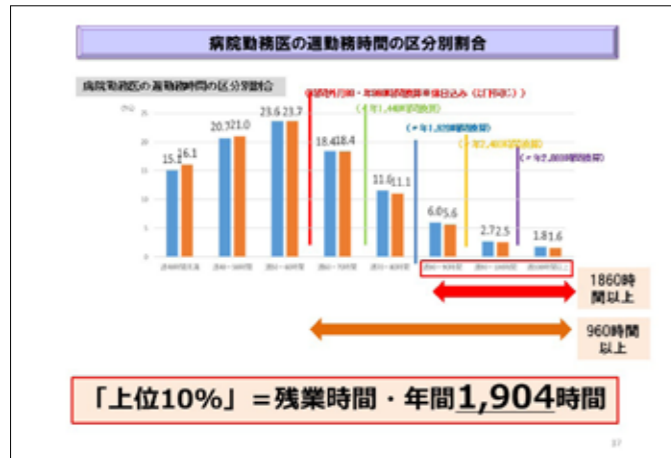
労働時間の規定については、2024年から適用となっても、これもまだ猶予期間です。最終的に、2036年には医師1人当たり年間960時間以下の残業にとどめないと決まっています。



これは労働法なので、結構厳しいです。労働基準監督署にいる逮捕権を持っている労働基準監督官が来ます。2024年からそういうことが医療現場で運用されることになりました。



これはモデルとなる960時間残業の日程ですが、これは医師から見ると結構楽といわれます。月80時間残業などはすぐについてしまうので分かりますが、もし興味があれば後で見てみてください。



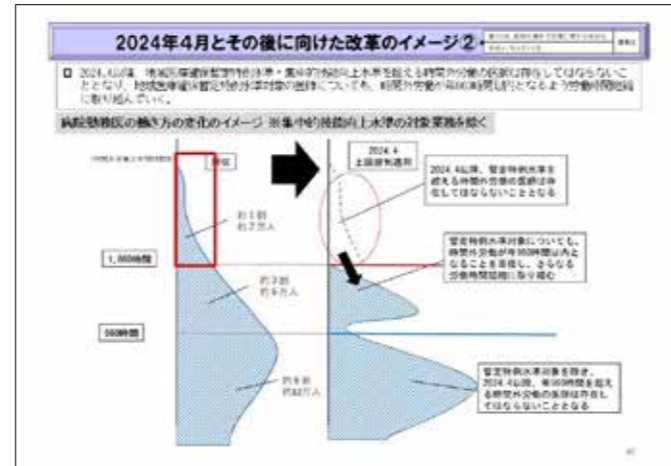
医師は残業時間が現行でもとても長いということ、上位 10%の医師は1,900時間の残業をされています。



960時間残業しているのは、もう4割に当たることが分かっていますから、例えば960時間を超えている医師は産婦人科で53%、臨床研修医で48%というのが調査で分かっています。



1,860時間を超える医師も産婦人科で2割、年代別の20代で17～18%が1,860時間の残業をされていることが分かっています。



こういった状況に対して、まずはこの1,860時間を0にしようというのが2024年までのノルマであり、そして960時間のラインまで全員下げようというのが2036年です。17年後というのは結構すぐに来ます。17年後はどうかというと、医師の労働力がさらに足りなくなります。



そして、働き方改革をすると労働時間が短縮すると同時に人件費が上がりますので、各病院は財源を要するわけですけれども、残念ながら財務省はお金を出す気がなさそうで、タスクシフティングなどで対応でき追加的なコストが生じるわけではないと、2019年11月の資料の中で言っています。厚生労働省はもう少し柔軟で、医療課が労務管理したら新たな診療補助の評価をするなど、この辺の議論もさらに整理が必要なのではないかと思っています。

まとめ 医師確保と大学の役割

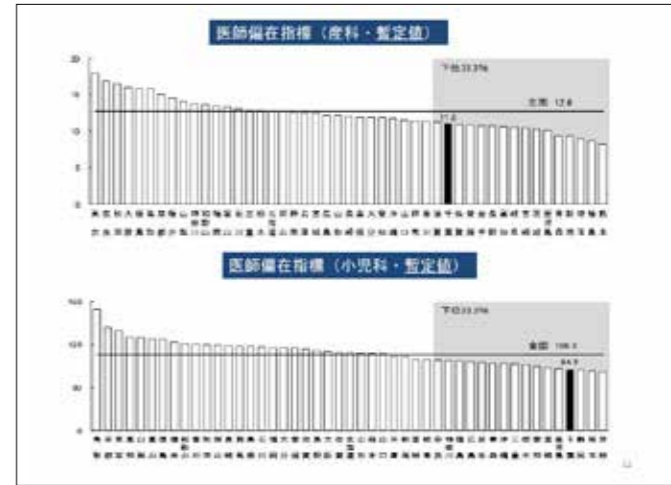
①「三位一体改革」のうち2つは「人材管理改革」
 ②「大学医局」と「医療制度」のハイブリッドを作り上げられるか
 ③行政・大学医局・病院双方の理解と、「人」を大切にできる制度設計

各主体が連携・一体的に動いてゆく必要がある

まとめです。今日の話は医師確保と大学の役割でした。グループワークで深掘りします。三位一体改革のうち2つは人事管理改革です。2点目は、大学医局と医療制度のハイブリッドをいかに作り上げるか。お互いが同じ目的のために動いていると考えて、そのようなルール、ないしは制度設計をどうするか。3点目は、行政、大学医局、病院の3方の理解と、そうした場合、働く人を大切にする制度設計をしないか、医師は「この診療科はやってもらえない」、場合によっては「千葉県ではやってもらえない」と言って立ち去ってしまうことになりかねません。なので、そこをどのように寄り添えるかという3つの視点が必要なのではないか、各主体が連携して一体的に動いていく必要があるのではないかという課題提示をしたところで、グループワークに入りたいと思います。

＜質疑応答＞
 小林：ふたば訪問クリニックの小林です。いつも熱心なご講義ありがとうございます。医師の偏在のところで質問ですが、地域の偏在、診療科の偏在と、クリニックと病院との偏在ということでご説明くださっています。クリニックのところでは、やはり待遇が良いからクリニックに流れる人がたくさんいる、その前のスライドでも、診療科によって偏在があり、いわゆる小児科や外科などは割に合わないといわれています。そのような人が足りなくて、割の良い所に人がたくさん行っているということも意識されていると思います。
 割が悪い所から割の良い所に行くのを制限だけにするというのは正直と申しますか。やはり頑張っている人が報われてこれからは頑張りたいと思えるように、診療所と病院とのギャップを埋めるなどの方向になったら良いと思っています。その辺りについてご意見を教えていただければと思います。
 吉村：小林先生、ありがとうございます。まさにおっしゃるとおりで、もともと置かれている環境や状況が過酷すぎて行かないなど、そこでもう少し割の良い所を選んで行きがちというのは理解できます。課題は、資源や人件費を再配分できるかです。小林先生も分かっています。それが、今、実際に収支を見越して各クリニックが経営をしていて、それを人雇いで、材料を準備して、家賃を払ってという状況で、では診療報酬を半分にカットして、こちらの病院側につけてあげようというところが、実際可能かという問題だと思います。利害がとても対立してしまいます。
 あと、診療科間でも同じことが言えるわけで、「お互いの譲り合い」のようなものをどうやってつくっていくかが、まさにこれからの合意形成のあり方だと思います。おっしゃるとおりで、余剰の所から集めて付け直すということはどうするか。全体のパイが増えない中で、それをどう配分するかが本質的だと思います。それをまさに今後、何か方策なり成功例なり事例なりを出していかなければいけないのではないかと、センターとしては考えています。

岡田：次世代医療構想センター小児科医の岡田です。そもそも論になってしまいますけれども、医師偏在指標という仕事も出てきそうなので確認しておきたいのですが、これはあくまで順番に並べただけです。つまり、どの数値が適正で、全体の医師数ももしかすると既に多い時代に入っているかもしれないという中で、どこまでが改善しなければいけないのかという点は診療科によって異なると思います。順番に並べただけで平均に線を引き、そこから下は良くないというふうな雰囲気を出してしまっていますが、本当にそうなのでしょか。



吉村：まさにそのとおりです。真の適正ラインはどこにあるのか？というところでね。平均よりもっと上にあるかもしれないし、もっと下にあるかもしれない。自分が厚生労働省のいる時にがずと考えましたけれども、要は医師がエビデンスベースの適切な診療を全員やることと仮定したら、医療需要に対してどの程度の供給量が必要かというモデル、エビデンス・ベースとガイドライン・ベースから労働力は算出できるかもしれません。しかし、計算はどうやたらいいかわからない。つまり、適正な医療をやったときの真に必要な医師数はどこか分かりません。これはあくまで予算の配分、資源配分の話の中で出てきた、多い少ないという話です。
 もしかしらな新生児科医であれば、計算できるかもしれません。新生児科の適正な業務量から1人当たり労働力を算出して、少ない多と判断できるかもしれませんが、小児科と混ぜてしまうとできません。これももう1つの論点だと思います。来週は岡田先生が講師ですので、新生児科についてはぜひ講義内容に入れてほしいですが、おっしゃる指摘はもっともだと思います。

新津：千葉大学精神科の新津と申します。この後の議論の内容を拝見したので、その前提といいますが、千葉県は医師が少ないです、要は全国の中で千葉県の医師を増やそうという議論、つまりそもそも千葉県を引っ張ってこなければいけないという課題について、県はどういう方針なのでしょうか。もし施策やデータなどを教えてもらえばと思います。



吉村：ご指摘のとおりで、まずは県全体に医師を呼び込む、そして県の中で偏在対策をするという2段階だと思います。1段階目のところについては、例えば指標が2つぐらいで、1つは初期臨床研修医の数です。徐々に増えてきていて、最近は大体毎年400名くらいです。もう一つは専攻医の数です。

講義内容⑪

千葉県：医師確保の評価指標（案）

項目	把握する単位	現状	把握方法
医療施設従事医師数		(H28) 医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生省)	
千葉県	県	11,843人	
千葉保健医療圏	医療圏	2,637人	
東葛南部保健医療圏		3,038人	
東葛北部保健医療圏		2,363人	
印旛保健医療圏		1,255人	
香取海浜保健医療圏		529人	
山武長生夷隅保健医療圏		496人	
安房保健医療圏		545人	
君津保健医療圏		491人	
市原保健医療圏		489人	
地域A群で自然する特字完全私立専攻	県	3.5人年 千葉県調査 (R1)	
県内専門研修施設に利用する専攻医員数	県	332人 日本専門医機構調査 (R1)	
労務的公平兼時間管理方法により医師の労働時間を把握している病院数	県	103病院 厚生労働省調査 (R1)	

今は332名と、先ほど出しましたけれども、これも徐々に増えていきます。昨年は270ぐらいということで、60人ぐらい増え、この指標では成果が見られています。

その次は偏在対策、定着を促すという段階だと思います。医師修学資金制度により、成果は出てきましたという言い方しかできません。

繰り返しますが、千葉県は全国下位3分の1にいるので、さらに県外から医師を呼び込むというのは必要な努力だろうと思います。

ミッション① 千葉県の医師不足地域に医師を増やす方法は？

1) 千葉県の医師数増加・偏在対策を進める上で重要な関係者を挙げ、役割・予測される意見を考えよう。

参加者の回答

- <大学病院>
 - 医学部長
 - 医局長
 - 医学生→自分のキャリアに関心、広い視野を持つ
 - 医学生の親→千葉県に貢献することを理解
 - 大学幹部
 - 大学教授
 - 千葉大学教授
- <医療機関>
 - 病院長 病院の事務→研修環境改善
 - 有名病院の診療科長→自分たちはやることやっている
 - 主要な病院の病院長
 - 公立病院長→使える医師が欲しい
 - 県内にある分院の本院
 - 地域の拠点病院
 - 病院事務
 - 研修プログラム 責任者
- <医師会>
 - 医師会
 - 医師修学資金制度利用者
- <医療従事者>
 - 医師本人
 - 医師の家族
 - 医師の子供、教育
 - 中堅フリーランス医
 - 地域の開業医
- <研修医>
 - 研修医(初)→どんなキャリアがあるのか？
 - 研修医(後)→どうすれば専門医を取れるのか？取るメリットは？
 - 研修医(初・後)→千葉県出身者のUターンしたい気持ち条件の悪いところには行きたくない/行って欲しくない待遇・住環境がいいところへ行きたい
- <患者>
 - 患者→どう医療が変わっていくのだろうか？
- <行政機関>
 - 厚生労働省
 - 県庁
 - 市町村
 - 中医協
- <議会>
 - 首長
 - 森田知事
 - 議員(県議)(市議)→地元への利益考慮
- <住民>
 - 住民→なんでも診てもらいたい
- <その他>
 - 世論マスコミ
 - 派遣会社

解答例：①-1 重要な関係者

- 医師修学資金制度の受給者
- 医師派遣元となる大学医局(教授・医局長)
- NPO法人千葉医師研修支援ネットワーク
- 派遣先医療機関の理事長・病院長・診療科長・事務長
- 千葉県医療整備課・健康福祉政策課
- 自治医科大学千葉県人会
- 県医師会等の関係団体
- 市町村首長、県知事
- 地方議員
- 地域住民・市民・患者団体
- 各関係学会の意向(専門家の合意) など

2) 課題解決のために必要な追加情報は何だろう？

参加者の回答

- <医療機関>
 - アクセス、所要時間
 - 交通状況
 - 地域のクリニック・病院などの配置状況
 - 資金
- <医局>
 - 医局の専門性、医療の性質
 - 医局の人間関係？どこにどの医局が派遣しているか
- <診療科の状況>
 - 不足している診療科
 - 偏在している診療科
 - 偏在を解決するため集まりにくい地域
 - 夜間対応できる医師
 - 指導医の有無
 - どの診療科を増やすべきか
 - どれだけ働いているのか時間数
 - 医師の診療科別パフォーマンス指標(標準)
- <労働環境>
 - 給与、手当
 - 医局員の処遇、症例数
 - 学会制度
 - 経験できる症例
 - 研修環境
 - コメディカルの状況
- <医師>
 - 医局派遣の実情
 - 誰がどこに何人行っているのか
 - 配分する医療資源
 - 医師の派遣元
 - 各医師の診療能力
 - 各病院の医師処遇
 - 派遣される医療機関の数 立地
 - 出身大学
- <患者>
 - 患者数の推移
 - 症例数
 - 疾病の状況
 - 患者数 人口分布
- <住民>
 - 地域別人口動態変化
- 地域住民 年齢別構成、人数と医師パフォーマンス(とのマッチング)
- 地域住民の年代別、疾病発現率(予測)
- <地域>
 - 地域の特色 人口 展望
 - 地理的状況
 - 県内での偏在地域
- <医療ニーズ>
 - 必要な医師数→労働時間を守るために
 - 必要な医療 クリニック or 病院
 - ニーズ 診療科の不足感
 - どんな病院の種類が必要なのか？
- <その他>
 - 印象的なエピソード
 - 国際医療福祉大学の動向

解答例：①-2 必要な情報

- 各地域に建つ医療機関の診療内容・提供状況
- 各大学医局の県内関連病院と派遣人数の一致
- 県内の診療科別の専攻医動向
- 医師修学資金受給者の意向
- 自治医大生の意向
- 各地域の医療機関を受診している患者の病名・状態
- 各地域の医療需要の現状と予測
- 各地域の医療提供者の背景(年寄専門領域など)・意向
- 各地域の病院の経営状況 など

ミッション② 千葉県の医師不足地域に医師を増やす方法は？

1) 千葉県の医師数増加・偏在対策にはどうしたらいいか？

例：修学資金制度・専門医制度の改善、病院の再編統合総合診療医の育成活用、情報通信技術(ICT)の活用

2) 実施・関与する人を特定してみよう！具体的に誰が何を行えばいいのか？

参加者の回答

- <環境の整備>
 - 家庭(子供)の教育(塾、保育園、小学校)施設の充実
 - 教育環境(学校・塾)
 - 保育施設の充実
 - 街作り 医師が住みたいと思えるように
 - 医師への環境の配慮 相談できる体制 他職種
 - 病院の場所 アクセス、通勤時間
 - 交通費の補助
- <待遇>
 - 給与改善
 - 働き方、処遇改善
- <行政・住民・議会>
 - 市民に理解を求める
 - かかり方を変える
 - 医療知識を習得する検定を行う
- <相互理解>
 - 医局間の人材交流→専攻医制度
 - 行政、議員と医局の交流
 - 行政→補助する 人材 社会的経済的インセンティブ
 - 行政頑張って！！
- <コメディカル>
 - コメディカルのマルチスキル
 - コメディカル含む他職種人材確保
 - 在宅医療の充実
 - 社会的経済的インセンティブ
- <修学資金制度・地域枠>
 - 修学資金 専門医制度
 - 修学資金制度コーディネーターの充実
 - 医師修学資金生の教育
 - ブランド化：研修制度充実
 - 地域枠の学生に総合医としての能力を身につけさせる
- <人材確保>
 - 千葉県の医師数増加
 - 家族を納得させる
- <人材派遣>
 - 助産師派遣
 - 診療科偏在の解消
 - 地域偏在の解消
 - 総合診療医によるゲートキーパー機能の強化
- <インセンティブ>
 - 不足している診療科に社会的経済的インセンティブ
 - インセンティブの付与
- <働き方>
 - 外来(ICT)→オンライン診療
 - タスクシフト
- <その他>
 - 総合診療科の専門医 地位確立
 - 吉村が議員へレクチャー
 - 人の呼び方
 - 生きがいを
 - 研究：データをそろえる、地域ならではのテーマ
 - 世論を盛り上げる！！
 - 科ごとの地域需要の分析
 - 千葉県”特区”NP 処方できる特定看護師の権限拡大

解答例：②-1 医師偏在対策

- 【医師を配置する・誘導する】
- 医師修学資金制度の改善
- 専門医制度の改善
- 医局・基幹病院の医師派遣機能の強化
- 地域別・病院別の専門医の定員を定める
- 地域別の診療報酬の傾斜：不足地域での診療報酬↑
- 【少ない医師で提供できる】
- 病院の再編統合、集約化※第3講参照
- 総合診療医の育成活用
- クリニックの集約化働・ワンストップの実現
- 巡回バス、タクシー券の配布
- 情報通信技術(ICT)の活用：オンライン診療実施
- 医学部卒前教育の充実
- 健康相談の充実：医療の需要を抑える など