

## 平成 30 年度都道府県医師会 勤務医担当理事連絡協議会



理事 城間 寛



去る5月16日(水)日本医師会館において標記協議会が開催された。協議会では、先般、北海道で開催された全国医師会勤務医部会連絡協議会について報告があり、続いて、次期担当県の長崎県医師会より開催の概要について説明があった。その後、「医師の働き方改革」並びに、「新たな専門医の仕組み」をテーマに協議が行われた。会の概要について下記のとおり報告する。

### 会長挨拶

横倉義武日本医師会長より、概ね下記のとおり挨拶が述べられた。

本日は、平成30年度都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会にご出席いただき、感謝申し上げます。また、先般、北海道医師会の担当により開催された平成29年度全国医師会勤務医部会連絡協議会では、各都道府県より、多数の先生方にご参加を賜り感謝を申し上げます。

本日は「医師の働き方改革」および、「新たな専門医の仕組み」についてご議論をいただく。どちらの議題も勤務医の先生方に重要なテーマである。十分にご議論いただき、協議内容を各都道府県医師会の先生方に情報共有いただきたい。日本医師会としても、本日の議論を参考として今後の会務運営にも反映していきたい。

医師の働き方改革は、「地域医療の継続性」と「勤務する医師の健康への配慮」をいかに両立させるかが議論の要件となっている。すでにご案内のとおり、日本医師会では、会内に医師の働き方検討委員会を設置し、先月、報告書がまとめられた。その報告書をもとに、医療界が主体的に医師の働き方を検討し、その意見を集約した。医師の働き方検討会議では、医療関係団体および、若手の勤務医に参画いただき、さらに検討している。

新たな専門医は、昨年4月からスタートする予定であったが、地域医療への混乱が懸念され

ることから1年延期された。その間、専門医機構において様々な問題を解決していただき、本年4月からスタートしたが、現場の先生方からは不満、不安、ご意見をいただいている。日本医師会としては、問題点は、その都度改善していただきたいと専門医機構へ申し入れている。この新たな専門医の仕組みは、専門医の質の向上と同時に、国民に分かりやすい専門医のあり方が一つの大きなテーマである。また、専門医機構の運営においては、公平性・透明性が求められる。日本医師会としても注視していく。

本日の議題ではないが、日本医師会では超高齢社会を迎えた我が国において、患者の終末期にどのように寄り添うか、これまで以上に大きな課題となると認識していることから、パンフレット「終末期医療アドバンス・ケア・プランニング(ACP)から考える」を作成した。是非ご一読いただくとともに、周知にもご協力いただきたい。

**議 事  
報 告**

**全国医師会勤務医部会連絡協議会について**

**(1) 平成 29 年度報告 (北海道医師会)**

藤井美穂北海道医師会常任理事より、平成29年度全国医師会勤務医部会連絡協議会について、概ね下記のとおり報告があった。

去る10月21日(土)、札幌グランドホテルにおいて「地域社会をつなぐ明日の医療を考えると一次世代を担う勤務医の未来創成のために」をメインテーマに協議会を開催した。全国より400名近くご参加いただきこの場を借りて感謝申し上げる。

午前の部では、横倉義武日本医師会長による特別講演Ⅰ「世界に羽ばたく日本の医療」、大島一博内閣府大臣官房審議官による特別講演Ⅱ「人口減少時代の医療提供」、泉良平日本医師会勤務委員会委員長より「日本医師会勤務医委員会報告」、蒔本恭長崎県医師会長より次期担当県挨拶が行われた。

午後の部では、島田保久日本医史学会功労会員・北海道医史学研究会代表幹事によるランチョンセミナー「蝦夷地の医事と医人」、続いて、シンポジウムⅠ「地域の現状とその対応」、シンポジウムⅡ「地域社会をつなぐ新たな挑戦」、シンポジウムⅢ「次世代を担う若手医師の意識」が行われた。

また、協議会の総意の下、「一、医師の働き方改革の議論が、地域医療を守り、地域格差是正につながる仕組みの構築の上になされることを求める」、「一、勤務医が多様な働き方を選択・実現できるよう、世代間ギャップを相互に理解し、就労環境を改善する」、「一、医師としての自らの職務を自覚し、いきがいを感じながら働き続けられる環境の整備に努める」、以上3点を明記し、勤務医が医師としてのモチベーションを保ち、地域医療を発展させ、自らの人生も豊かにすべく「ほっかいどう宣言」が満場一致で採択された。

**(2) 平成 30 年度担当医師会挨拶(長崎県医師会)**

木下郁夫長崎県医師会常任理事より、平成30年度全国医師会勤務医部会連絡協議会について、概ね下記のとおり案内があった。

今回は、平成30年11月3日(土)ホテルニュー長崎において、「明日の勤務医の働き方を考える～西洋医学発祥の地長崎からの提言～」をテーマに開催する。多くの参加をお待ちしている。

**協 議**

**(1) 医師の働き方改革—国と日本医師会の取り組み—**

市川朝洋日本医師会常任理事より、医師の働き方改革—国と日本医師会の取り組み—について、概ね下記のとおり説明が行われた。

今村副会長、私(市川常任理事)が参画する厚生労働省の「医師の働き方改革に関する検討会」では、新たな医師の働き方を踏まえた医師に対する時間外労働規制の具体的な在り方、医師の勤務環境改善等について検討が行われている。

去る1月15日に第6回の検討会が開催され、「中間的な論点整理」と「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」の素案が提出され、2月に取りまとめられた。その後も検討会は議論を続け、平成30年度中に最終的な結論を得ることになっている。

中間的な論点整理は、これまでの検討会の議論において出された意見として「なぜ今医師の働き方改革が必要なのか」、「医師の勤務実態の分析状況と今後の検討に関する論点」、「勤務環境改善に関する取組の現状と今後の方向性に関する論点」、「経営管理の観点に関する論点」、「時間外労働規制の在り方についての今後の検討に関する論点」、「関係者の役割に関する論点」の6項目が挙げられた。

医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組は、検討会で明らかとなった医師の長時間労働の実態を踏まえ「医師の労働時間管理の適正化に向けた取組」、「36協定の自己点検」、「既存の産業保健の仕組みの活用」、「タスク・シフティング（業務の移管）の推進」、「女性医師等に対する支援」、「医療機関の状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取組」が挙げられ、各医療機関ができることから自主的に取り組んでいただきたい項目をまとめたものとなっている。

松本吉郎日本医師会常任理事より、会長諮問「医師の勤務環境改善のための具体的方策—地域医療体制を踏まえた勤務医の健康確保策を中心に—」に対して検討結果を取りまとめた「医師の働き方検討委員会答申」について、概ね下記のとおり説明が行われた。

答申は、「勤務医の労務管理・ワークライフバランス実現」、「勤務医の労働安全衛生の充実」、「地域医療を守る」、「医師会の役割」で構成され、「医師の働き方に関する都道府県医師会アンケート報告書」等が参考資料として添付されている。

勤務医の健康支援のために、医療機関経営者は、現行の労働基準法や労働安全衛生法を再確

認し、勤務環境改善に取り組むことが必要である。現行の労働安全衛生関連の法令は医師の働き方の実態に合わないが、法令を遵守することが困難であっても、法令がある以上、それを勤務医の勤務環境を改善するための指標・手がかりと捉え、その趣旨に沿った取り組みをしなければならない。

地域医療を守るためには「医療の質」を持続的に担保する自己研鑽、キャリア形成が必要であるが、診療業務や自己研鑽により医師に過度な負担がかからないように対処すべきである。「医療の提供量」は、医師以外でできる業務をタスクシフトにより、医師の労働時間を短くする等工夫が必要である。

医師の働き方改革では「地域医療の継続性」と「医師の健康への配慮」を両立させることが重要である。

<意見・要望等>

【質問】

◇A県

1. 医師の労働について

「患者のために」という高い理念を持って、医師も人間であり、長時間労働により健康を害したり、過労死に至る可能性もある。また、家庭を犠牲にすることも大いにある。これは女性医師、男性医師問わず重要な問題である。この観点から、当直翌日の勤務については、夜間でもひっきりなしに救急患者が訪れるような病院であれば、医療事故にも繋がりがねないため、翌日は休みにすべきであると考えます。

一方、医師という特殊な職業上、勤務時間を画一的に決めるのは問題である。医師は生涯に亘り勉強が必要である。タイムカードできっちり管理されると、患者のデータを確認しながらの勉強が制限される。タイムカードでの厳密な管理の導入は、かえって医療の遂行を妨げる。自己研鑽のための勉強と、診療、研修の区別をどのようにするかが課題である。その意味で、本改革を「医師」全般の一般論として検討する

には、無理がある。少なくとも研修医や専門医等は、臨床労働そのものが研修であり勉強となるので、これを管理するのは難しい。

2. 医師の偏在と労働環境について

群馬の中山間過疎地では、医師不足も長時間労働に拍車をかける要因である。都市集中型ではなく、人口当たりの医師の均等な分布が進むことに期待したい。ただ、医師を増やすことは人件費の増加にもつながるので、診療報酬面で都市部より過疎地を優遇することにより医師の分布の変化が現れると考える。

3. タスクシフティングについて

採血や注射等の処置の移管は、既に行われているところもあり、わかりやすいと思われるが、説明や指導等、患者のコミュニケーションが必要になるところは、医療事故や紛争の原因になる可能性があり、慎重に行うべきである。

また、特定行為研修修了看護師の導入を推進して、看護師にこの制度の促進を広めることも必要である、看護師の中には、大学院修了が要件の「専門看護師」や「認定看護師」への傾倒がみられる。世間が必要としている資格の推進を行って、タスクシフティングを広げることが重要である。

【回答】

◆日本医師会

長時間労働の是正は、健康を守る上で不可分であるが、地域医療に影響がないよう双方を両立させることが必要である。長時間勤務の取り扱いはご指摘のとおり医療安全の面から重要である。宿日直は、現行の制度自体が医師の働き方が実態にあっておらず、抜本的な見直しが必要であると答申で言及している。

自己研鑽については、都道府県医師会長にご回答いただいたアンケート調査のとおり、医師の活動において、自己研鑽か、業務か、判断が分かれている。答申では自己研鑽と業務は一体不可分という医師の特殊性を踏まえ、医療界総意のもとで医師の自己研鑽に関する労働時間の考え方を整理してガイドラインを作成し、それ

をもとに各医療機関でルールを定め、運用することを提言している。

医師の偏在対策については、今国会で審議されている医療法及び医師法の一部を改正する法律案において、医師過少地域等で一定期間勤務した医師を厚生労働大臣が評価認定する仕組みや、地域医療支援センターと医療勤務環境改善支援センターの相互連携の義務化等が盛り込まれている。こうした仕組みを踏まえ、地域の実情に応じて柔軟に対応できるように日本医師会としても医師偏在の対処に向け意見を申し入れている。診療報酬を都市部より過疎地を優遇してはどうかという提案をいただいたが、診療報酬に差をつけると一物二価となり、同じ医療を受けても過疎地の患者が負担増となる問題が生じる。現在、財務省が社会保障の抑制策として都道府県ごとの診療報酬の設定を盛り込む提案をしている。これに対して日本医師会は、医療は社会全体で均一に維持され、誰もが等しく自益されるような公共的なサービスであると同時に、社会的共通資本であり、地域によって隔たりなく、全国で一律であるべきと一貫して反対している。診療報酬が医師への直接的な補助を考えていく必要がある。

特定看護師については、育成に時間を要するが、現時点でできることから医師の負担軽減を進めたい。

【質問】

◇B 県

医師が看護師とタスクシフティングやタスクシェアリングを行う場合、どこまで看護師に権限を与えるべきなのか、点滴や導尿を看護師の自己判断で行うことを是とするのか。また、看護師が医師の指示のもとに CT 撮影のオーダーが可能か。

どこまでが時間外勤務なのか明確な基準がない。医師が病院内で学会準備や論文の作成を行う場合、当院では自己研鑽として、時間外勤務の範疇外としているがよいか。

また、待機時においては、実際に診療に当たった場合、時間外手当のほかに、1時間以上診療した場合には待機手当が支給されるが、単に自宅待機のみであった場合には費用は発生しないがよいか。

**【回答】**

**◆日本医師会**

タスクシフティングについては、医師でなくても対応できる業務を、医師が行っている現状がある。平成19年と22年に厚生労働省から、医療関係職種との役割分担チーム医療推進に関する通知が発出されている。先般、医師の働き方改革に関する検討会が取りまとめた緊急的な取組において、原則として、医師以外の職種が実施するよう求めている内容は、初診時の予診、検査手順・入院・薬の説明、服薬指導、静脈採決、静脈注射、静脈ライン確保、尿道カテーテルの留置、診断書等の代行入力、患者の移動となっている。質問の「点滴や導尿を看護師の自己判断で行うことを是とするのか」は、タスクシフティングに対する基本的な考え方として、患者への医療安全を最優先し、あくまで医師の判断に基づく診療の補助であることが重要である。したがって、医師以外が自己判断で行うことは想定していない。「看護師が医師の指示のもとにCT撮影のオーダーが可能か」については、医師の指示のもとに行われる場合、可能である。医師は本来の業務に専念できるように、他の職種が実施可能なものは、他の職に任せチーム医療を推進していくことが重要である。しかし、タスクシフティングによって、患者への医療安全が損なわれることがあってはならない。

医師の自己研鑽については、医師の働き方改革検討委員会の答申にあるように、現時点で、医療勤務環境改善支援センターの社労士や、各地域の労基署に相談のうえ進めることも可能である。ただし、この際、使用者の指揮命令下で行われるものであるかという観点を逸脱しないこと、管理者が一方的にさせるのではなく、勤務医と話し合い双方が合意できる仕組みを構築すること等が重要である。また、待機時につい

ては、病院の指示に基づかない対応は、労働とはみなされない。病院の指示に基づき、呼び出しに応じて診療を行った場合は業務として認められる余地がある。この点は、基準が必ずしも明確でない。今後の検討課題の一つである。質問にある待機手当については法令で定められているものではない。医療機関が個別に対応するものと考えている。

**【質問】**

**◇C県**

医師の勤務環境を改善するためには、働き方改革は必要であるが、医師が不足している地域では、医師増員または診療制限の選択しかない。タスクシフティング、タスクシェアリング、あるいはインターバル制をとるにしても、ある程度の医師数が確保されないと実現は不可能である。

人口減少傾向にあるわが国で、医師数は増加しているにも関わらず、地方では医師不足が深刻で、山口県では45歳未満の医師数は平成10年と28年を比較すると441名減少している。

国民の理解のもと、地方で働く医師及び救急や外科、産婦人科等の時間外労働が多い科の医師に診療報酬上のインセンティブをつける等、具体的な対策をとっていただきたい。

**【回答】**

**◆日本医師会**

ご指摘のとおり、医師の増員、診療制限、タスクシフティング、タスクシェアリングが考えられる。医師の確保については、プロフェッショナルオートノミーに基づいた医師配置が求められる。また、診療制限は、あくまでコンビニ受診の抑制が目的であり、重篤な患者が医師にかからないという事態を起こさないように一定のプロセスを経て住民の理解、協力を得ながら進めることが重要である。

平成30年度の診療報酬改定では、医療資源の少ない地域における加算等の要件について、病床数の要件が一部緩和された。また、小児科、産婦人科、その他専門性の高い特定領域では、手術3日以上、かつ、週24時間以上の勤務を

行っている複数の非常勤職員を組み合わせさせた常勤換算が可能となる。地方や一部診療科への診療報酬上の動きがある。インセンティブや、財政的な措置が必要と考えている。

## (2) 新たな専門医の仕組み

日本医師会松原謙二副会長より、各都道府県の専攻医プログラム別の採用状況数について報告があった。

平成 29 年 10 月より 1 次登録、12 月より 2 次登録、平成 30 年 2 月より 3 次登録が行われ、採用者数及び登録者数の合計は 8,378 人となった。

都市部への集中を抑制する観点から、5 都府県（東京、神奈川、愛知、大阪、福岡）については、採用者数が過去 5 年の専攻医採用実績の平均値を超えないこととしている。現時点における、5 都府県の領域別の採用者数の合計は、いずれも過去 5 年の専攻医採用実績の平均値を超えておらず、都市部への集中は抑制されたと考えている。

また、上記の採用者数及び登録者数の合計の 8,378 人について、登録時の都道府県と専門研修の基幹施設の都道府県の対応を比較すると、専攻医は全国から東京に集中したのではなく、従前から連携のある都道府県間で所属を移したと考えられる。

今後、地域医療への影響等について改善する必要がある場合は、検討会、理事会等で審議を行い改善するよう申し入れたい。

### <意見・要望等>

#### 【質問】

##### ◇ D 県

新専門医制度で、人口の 10.9% を占める東京に 21.7% の専攻医が集中することが明らかになり、偏在問題を解決しない限り、地方の医療は崩壊する。

##### ◇ E 県

1. 本年度から新専門医制度は紆余曲折ありながら開始されたが、順調な船出とは言い難い。専門医の質を担保する目的は当然ながら、地域包括ケアを厚生行政の中心におい

ている施策上、この専門医がどのように地域包括ケアにかかわるのかの議論を置き去りにして進み出したことは問題ではないか。当然のことであるが、地域包括ケアの医師の中心は診療所を運営する開業医である。開業医は専門医制度に対してどのように向き合えばよいか。働き方改革とともにこの専門医制度が病院勤務医の動向を大きく左右すると同時に、開業医は一般診療を前提に専門医としてやっていけるかは疑問である。開業医を目指すにはどの専門医を選択すべきか、お答えいただきたい。

2. 病院団体が、病院における総合診療専門医制度あるいは公衆衛生専門医制度を構築するという現状は、現在の新専門医制度の不完全さを示すと考えるが、今後どのような方向性をすみ分けするのかご教示いただきたい。
3. 内科を選択した医師が例年と比べ少ない。内科専門医の定員枠が残っているながら、第三次募集をしてはいけない理由として納得し難い。なぜ定数を満たすことが許されなかったのか。

#### 【回答】

##### ◆日本医師会

1. 開業医は GP (General Practitioner) で、勤務医は専門医という国もある。日本は極めて特殊で、専門医を取得後に開業医し、かかりつけ医となる。自分の専門領域を診ながら、地域において患者を全人的に診ている。日本医師会では、今までの専門性を持ちながら、かかりつけ医として地域において全人的な医療を行うことを推進していきたい。
2. これは専門医ではない。名称は病院総合医で、病院が求める総合医を育成するものである。
3. 一次募集、二次募集には志願せず、空いている大都市の三次募集だけ志願した方が多数いた。専門医機構の理事会で協議した結果、これは認められないという結論となった。ご理解いただきたい。

## 印象記

理事 城間 寛

平成 30 年 5 月 16 日、日本医師会館にて、都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会が開催されました。

まず横倉義武日本医師会長より挨拶の後、昨年度の連絡協議会の主催者であった北海道医師会より、藤井美穂常任理事が開催内容についての報告と参加者へのお礼が述べられた。次に平成 30 年度の担当医師会である長崎県医師会の木下郁夫常任理事より連絡協議会への参加のお願いが述べられた。

今回の担当理事連絡協議会では大きく二つのテーマが協議されました。その第 1 番目のテーマは「医師の働き方改革」です。いろいろな職場で過労死や過労自殺が起こった時に、その職場の労働環境などがクローズアップされますが、医療界も例外ではなく、過労自殺などが起こる環境の改革が求められています。そしてその改革は、もう待ったなしの状態です。これまでに厚生労働省の「医師の働き方改革に関する検討会」に日本医師会の今村副会長や市川常任理事も参加して検討会が進められ、「緊急的な取り組み」もすでに報告され、平成 30 年度中に最終的な結論が出るようになってきているようなので、注目してその結果を待ちたいと思います。これまでの日本の医療は、特に救急医療に関しては医師のボランティア的精神、あるいは自己犠牲的な精神に基づいて成り立っていると言わざるをえませんでした。しかし、今後はこのような仕組みでは駄目だと言う事を突き付けられています。多くの問題点についての議論は数多く挙がりました。沖縄県内でも「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取り組みに関する病院長等との懇談会」などでも数多く出ましたが、離島の救急病院では医師の時間外労働の削減は救急医療の崩壊につながることや、生涯学習を必要とする医師という職業に、時間外勤務と自己研鑽の区別が困難な事など、多くの問題を含んだ作業が現在進行中なので、検討会の結論が出た時点で再度、実施可能なところから実行していくという作業になっていくと思います。

次に 2 番目のテーマは「新たな専門医の仕組み」でした。このテーマについては日本医師会の松原謙二副会長より詳細な報告がありました。賛否両論、紆余曲折もあってようやく今年からスタートした新専門医制度だが、結果的にはやはり専攻医の地域偏在や診療科偏在を解決できていない状態になっています。新専門医制度の 1 期生 8,409 人のうち 21.7% が東京で研修することになっていることに対して、多くの医師会から懸念や改善についての方策が質問された。今回の新専門医制度では、施設基準のハードルが上がり、初期臨床研修病院であっても基幹病院とはなれず、後期研修医を採用できなくなる医療機関が多いことも問題点として挙げられている。さらに専門医の資格取得を念頭に初期臨床研修病院を選ぶことが想定されるため、基幹施設になれない地方の病院は、これまで研修医を十分に育成していた病院であったとしても研修医が確保出来なくなる事態も十分に考えられる。沖縄県もその様なパターンにならないために、沖縄県全体で、新専門医制度の魅力あるプログラム作りが急務である。