

## 勤務医委員会答申

勤務医の参画を促すための地域医師会活動について

平成30年5月

日本医師会勤務医委員会



平成30年5月

日本医師会  
会長 横 倉 義 武 殿

勤務医委員会  
委員長 泉 良 平

### 勤務医委員会答申

勤務医委員会は、平成28年11月4日の第1回委員会において、貴職から「勤務医の参画を促すための地域医師会活動について」との諮問を受けました。

これを受けて、委員会では2年間にわたり鋭意検討を続け、ここに委員会の見解を答申に取りまとめましたので、報告いたします。

## 勤務医委員会

委員長	泉 良 平	富山県医師会副会長／富山市病院事業管理者
副委員長	望 月 泉	岩手県医師会常任理事／八幡平市病院事業管理者
委員	伊 藤 健 一	愛知県医師会理事／蒲郡市民病院名誉院長
〃	植 山 直 人	医療生協さいたま行田協立診療所所長／ 全国医師ユニオン代表
〃	大久保 ゆかり	東京医科大学医師会副会長／ 東京医科大学皮膚科学分野教授
〃	落 合 和 彦	東京都医師会理事／東京慈恵会医科大学客員教授 (平成 29 年 7 月 18 日から)
〃	金 丸 吉 昌	宮城県医師会常任理事／ 美郷町地域包括医療局総院長
〃	木 下 郁 夫	長崎県医師会常任理事／ 日本赤十字社 長崎原爆病院副院長
〃	清 水 信 義	岡山県医師会副会長／淳風会健康管理センター長
〃	友 安 茂	前東京都医師会理事／昭和大学客員教授 (平成 29 年 7 月 17 日まで)
〃	橋 本 省	宮城県医師会常任理事／ 国立病院機構仙台医療センター院長
〃	福 田 寛 二	大阪府医師会理事／ 近畿大学医学部リハビリテーション医学教授
〃	藤 井 美 穂	北海道医師会常任理事／ 時計台記念病院女性総合診療センター長
〃	藤 野 隆 之	福岡県医師会理事／ 地方独立行政法人大牟田市立病院副院長
〃	間 瀬 憲多朗	茨城県医師会常任理事／ ひたちなか総合病院外科主任医長

(委員：五十音順)

# 目 次

はじめに .....	1
I 勤務医委員会活動について .....	2
II 提言 .....	3
1. 医師の働き方改革についての継続的な取り組み 3	
1) 取り組みの必要性と課題 3	
2) 方法としてのブロック医師会を中心としたフレームワークの活用 4	
3) 働き方改革が及ぼす日本医師会組織率への影響の把握と対策 4	
4) 各学会との協力・共同について 5	
5) 日本医学会総会での医師の働き方改革に関するシンポジウムの開催 6	
6) 地域医師会役員への勤務医の登用と活躍の場の提供 6	
2. 大学医師会の現状の把握と対応策 6	
3. 日本医師会理事（勤務医枠）と勤務医委員会との定期的な 懇談を介しての地域医師会勤務医活動の活性化 8	
4. 若手医師の医師会活動への参画推進 9	
1) 日本医師会における医学生、研修医など若手医師との活動 9	
2) 都道府県医師会勤務医部会・若手医師専門委員会 10	
5. 会費、会員の待遇など 11	
6. 医師資格証の利用 11	
7. 勤務医の一層の参画を促すための取り組み 12	
1) 都道府県医師会役員への勤務医のさらなる登用 12	
2) 日本医師会勤務医部会の創設 13	
3) 郡市区等医師会での勤務医活動の活性化 13	
おわりに .....	15
参考資料	
「医師の働き方改革」による影響についての調査結果の概要 .....	17



## はじめに

平成 27 年の第 6 次医療法改正によって、医療界に地域医療構想や医療事故調査制度などが導入され、少子化及び超高齢化が進む日本の医療の継続、国民皆保険の持続性に関する様々な取り組みがなされている。これに加えて、医師の働き方改革についての検討や、新専門医制度の開始など、勤務医が決して座視できない改革が進んでいる。これらのことについて、勤務医は個人の関心や行動のみではなく、医師会活動などを介して自らの意見を行動で表現することが必要となっている。そのためにも、勤務医が主体的に地域医師会の活動に加わることを求められる。

したがって、若い医師を含めて、多くの勤務医が今こそ地域医師会にその活動の場を求め、主体的に参加し、**professional autonomy**のもと、自らの医師としての生き方を考え、また国民の健康について深く思料し、活動することが必要である。それらのことを含め、勤務医が地域医師会活動に加わることについての具体的な行動の提案を含めて答申としたい。

## I 勤務医委員会活動について

今期の勤務医委員会では、会長諮問「勤務医の参画を促すための地域医師会活動」について、7回にわたり検討を行った。また、委員会終了後には、委員5名から成るワーキンググループを開催し、委員会での議論を整理すること等を通じて、その審議充実を図った。

検討に当たっては、前期委員会同様、勤務医が広く参集する場においてその理解と協力を得るために、「全国医師会勤務医部会連絡協議会」や「都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会」との連動性を意識した運営を行った。

また、本委員会委員長及び副委員長を含む4名が、会内の「医師の働き方検討委員会」に委員として参画（同委員会の副委員長を勤務医委員会委員長が務めた）し、同委員会の審議充実を通じて、日本医師会の「医師の働き方改革」に関する取り組みに資するよう努めた。

そのなかでは、各ブロック医師会の推薦を受けて勤務医委員会に参画している委員を通じて、勤務医の立場から、地域医療を守る視点で調査を実施（参考資料）し、その結果の概要を「医師の働き方検討委員会」に報告した。

なお、同調査は、前期委員会で提言した、「勤務医の意見集約のためのフレームワーク構築とブロック体制作り」の試行的な取り組みでもあり、各ブロック医師会の推薦を受けて参画している委員を中心に、各ブロック医師会における一層の取り組みの推進が期待される。

さらに、本委員会では、日医ニュース「勤務医のページ」の企画・立案、全国医師会勤務医部会連絡協議会プログラム案への意見具申、都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会プログラム案の作成等も行った。

前期の本委員会答申で提言した、全国医師会勤務医部会連絡協議会の翌日に「ブロック代表者会議」を行うことについては、平成29年度の同協議会の翌日、北海道医師会主催、同医師会勤務医部会若手医師専門委員会企画・運営による「勤務医交流会－医師の働き方を考える－」の開催として実現し、多くの若手医師の意見等を聞くことができた。組織強化の観点からも、こうした取り組みが各地域の自発的活動として継続的に開催されることが望まれる。

## II 提言

勤務医の参画を促すための地域医師会活動を活性化していくためには、勤務医のさらなる医師会への入会を通じて医師会組織の強化を図ることが必要である。それは、より多くの医師が団結するなかで、医師会が医療政策の決定に大きな力を発揮し、医療を適切な方向に導くことが、医師にとっても、国民にとっても重要であるという認識に基づくものである。

そのため、地域医師会には、それぞれの特色を活かしながら、勤務医が医師会活動に参画できる環境を整備し、勤務医の視点をより一層踏まえた会務の運営に努めていくことが期待される。

すでに日本医師会では、勤務医を支えるための様々な取り組みや支援を行っているが、今後、勤務医の一層の医師会活動への参画を促すために必要と思われる具体的な取り組みを、以下提言する。

### 1. 医師の働き方改革についての継続的な取り組み

#### 1) 取り組みの必要性と課題

医師の働き方改革はまさに勤務医の問題であり、今後、本委員会の最も重要な課題の一つとなると考えられる。現在、国は厚生労働省に検討会を設け議論を進めており、日本医師会もこれに対応して会内に検討会を設け議論を進めている。そして来年春には、結論が得られると考えられるが、現状では勤務医のワークライフバランスを守る取り組みと地域医療を守る活動を両立することは困難であり、これを実行し成果を上げるには特段の努力と時間が必要であると考えられる。

したがって、勤務医委員会は、医師の働き方改革が適切に進められるよう、地域医師会と協力しながら様々な取り組みを行う必要がある。

具体的には医療勤務環境改善支援センターの強化と活用の促進に関して、各都道府県医師会が中心となり積極的に運用することが望まれる。そもそも医療勤務環境改善支援センターは日本医師会が提案し実現した制度であるが、不十分な予算や体制の不備等で医師の勤務環境の改善に関してはほとんど実績を出せずにいるものが大半である。この点に関しては日本医師会の「医師の働き方検討委員会」においても分析・検討が行われ「勤務環境改善に有効と考えられる策」及び「支援センター活

性化の方策」が提案されている。今年4月に発表された日本医師会「医師の働き方検討委員会答申」を参考に、各都道府県医師会の勤務医部会等で議論を行い実情にあった取り組みを早急に進めることが求められている。

また、地域医療を守り、救急医療を守るためには地域医師会の様々な取り組みや援助が必要となる。これらは、医師会における勤務医活動の活性化と不可分であり、本委員会として実態の把握、先進例などの情報発信、また進捗状況の調査と必要な改善策の提案などを継続的に行う必要がある。

## 2) 方法としてのブロック医師会を中心としたフレームワークの活用

本委員会は、前回の答申において日本医師会の強化のためにブロック医師会を中心とした意見集約のフレームワークの活用を提案した。そして今期は、医師の働き方改革に関して、各ブロック医師会より推薦を受けて参画している委員を通じて勤務医の意見集約を行った。今回の調査では、働き方改革による地域医療の崩壊等、多くの不安や懸念が示されるに止まったが、今後、これからの具体的対応を議論する場が必要となる。その議論の場を構築する役割を本委員会も担う必要がある。

今後、このようなブロック医師会を中心としたフレームワークを強化し勤務医活動の基本的なシステムとして活用していくことが求められる。特に医師の働き方に関しては、医療勤務環境改善支援センターの実態や医師の働き方の変化、地域医療の実情等を定期的に調査する必要がある。

## 3) 働き方改革が及ぼす日本医師会組織率への影響の把握と対策

勤務医の組織率の向上は、本委員会にとって極めて重要な課題であり、継続的にこれを把握し対策を立てる必要がある。

働き方改革は、勤務医の組織率に一定の影響を与えられられる。とりわけ、研修医の日本医師会への入会は、働き方改革に対する日本医師会の立場を医学生や研修医がどのように受け取るかによって大きく変化する可能性がある。特に、1年目の研修医の入会状況と、会費無料が終了する3年目の医師の医師会員としての継続状況は各地域医師会単位

での的確に把握することが求められるが、本委員会としても全国の状況をしっかりと把握しなければならない。また、必要に応じて研修医の日本医師会に対する見方や要望に関する調査等を行い、専攻医についても日本医師会医師賠償責任保険への加入促進など様々な対策を講じる必要があると考えられる。

#### 4) 各学会との協力・共同について

医師の働き方は、各診療科をはじめ役職、年齢、性別、地域性、病院の規模などによって大きく異なると考えられる。これまで医師の地域偏在に関しては一定の議論が行われ、地域枠などの措置が取られているが、診療科の偏在に関しては、解消の対策は取られていない。

働き方改革と診療科の偏在は大きく関係すると考えられるが、この点についての実態が不明である。このような状況の下で、**professional autonomy** の点からも、日本医師会がイニシアティブをもって各診療科の実態や意見を集約し、提案を行うことが求められていると考えられる。

具体的には、まず、日本医師会が各学会に対して医師の働き方に関する調査を行うことが必要であると考えられる。また、各学会との共同のシンポジウムの開催や、学会単位でのシンポジウムの開催を要請することも有効であろう。ここでの留意点は、シンポジウムには若手医師や女性医師にも参加してもらい、これらの医師の意見が適切に反映されるようにすることである。

本委員会としては、後で述べる日本医学会総会における医師の働き方改革に関するシンポジウムの開催を執行部に求めているが、多くの学会が働き方に関するシンポジウムを開催し、議論が深まることが重要である。また、日本医師会としては各学会から寄せられた意見やシンポジウムで発言された内容を会内の「医師の働き方検討委員会」の議論に反映させることはもちろん、重要性が高いものを『日医ニュース』に掲載したり、全国医師会勤務医部会連絡協議会や都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会等で紹介することを検討すべきである。

これらの活動を継続的に行い、医師の働き方改革と地域医療を守る活動を両立させることに貢献することが求められている。

## 5) 日本医学会総会での医師の働き方改革に関するシンポジウムの開催

平成 24・25 年度の本委員会答申を受けて、「第 29 回 日本医学会総会 2015 関西」では、本委員会の企画によるセッション「勤務医と地域医療連携」が実現し、多くの医師が参加し好評を得た。

「第 30 回 日本医学会総会 2019 中部」においても、本委員会の企画として、医師の働き方改革に関するシンポジウムを開催することが望ましい。そして、日本医師会の立場を明らかにするとともに様々な立場の医師の声を聴き、この問題に関する議論を深めることに貢献していきたいと考える。

医師の働き方改革に関しては、改革が進み特別な対応が必要でなくなるまでは、このような取り組みを継続的に行う必要がある。

## 6) 地域医師会役員への勤務医の登用と活躍の場の提供

先に述べたとおり、医師の働き方を考えるためには、地域性にも十分に配慮する必要がある。地域医師会には、各地域の病院レベルでの働き方改革に応じたきめ細やかな対応や病診連携をさらに強めることが望まれる。

そのために、地域医師会は地域の現状や病院の実態を熟知する勤務医を地域医師会役員として登用し力を発揮してもらうべきであろう。

また、働き方改革によって一定の時間的な余裕ができた勤務医で、地域医療に貢献するモチベーションを持つ医師に対して、積極的に医師会活動への参加を促すことが課題となると考えられる。さらに、医師会活動に参加する勤務医のリーダー的な医師に関しては、積極的に役員に迎え、地域医師会をさらに強化することが求められている。

## 2. 大学医師会の現状の把握と対応策

「平成 29 年度勤務医会員数・勤務医部会設立状況等調査」によると、平成 29 年 11 月 1 日現在、65 の大学医師会が設立されている。

一方、日本医師会医師会組織強化検討委員会が実施した「大学医師会に係る現況調査(平成 29 年 11 月)」では、専属の職員がないとの回答(「大学職員が兼務」と「いない」の合計)が 55.1%にも上っている。

その理由については、「人件費の負担が大きい」「専属の職員を置くま

での業務量はない」との回答がそれぞれ 53.1%と最も多かった。

また、「医師会組織強化の視点から、日本医師会に要望する事項」に対する回答では、「勤務医の労働環境改善の取り組み強化」が 58.6%と最も多く、「医師会活動の意義・メリットの明確化」が 50.0%、「勤務医の意見が反映できる体制づくり」が 48.3%と続いた。

日本医師会としては、これらの現状や要望に基づき、大学医師会への支援を検討する必要があるが、すでに課題の解決に向けて取り組みを進めているものも多い。そうした取り組みをさらに深化させていくとともに、その成果を大学医師会に対してより一層周知していくことも重要である。

他方、大学医師会に多くの勤務医が所属する都道府県に目を向けると、たとえば、長崎県医師会では、長崎大学医師会に入会している勤務医に関しては、県内で他の勤務地に移動しても、新たな入退会の手続きを要しないという運用を行っており、勤務医の入会・定着に効果を上げている。

医師会としては大学医師会と連携を深めることによって、研修医の入会が促進できるものと思われる。大学医師会への援助としては卒業生への記念品贈呈、研修医の自己学習ツールの補助、研究者への助成金補助、県内の学会への寄付、大学医師会の要望や質問を行政に伝達、保育サポート整備などアイデア次第でいろいろな取り組みができる。また、勤務医へ医師会の活動を積極的に発信すべきである。医師国保、医師信用組合、医療紛争処理は当然のことで、個人の資格習得のための種々の講習会の実施や援助（産業医、認知症サポート医、難病指定医など）、日医医学図書館の利用（最近文献コピーの入手が困難になっている）、生涯教育協力講座の開催、医師資格証などについても宣伝が十分とはいえない。医師会に入会しない医師はほとんど「メリットがない」「何をしているのか分からない」「入会してもしなくても変わらない」などを理由に挙げることが多い。しかし、上記のように医師会が勤務医に提供している活動は多く、これらについて勤務医に広く宣伝、啓発すべきである。

各地域において状況は異なるにせよ、日本医師会や都道府県医師会が、大学医師会の活動費用の援助を含めた必要な支援を行うなかで、こうした取り組みを全国に広げていくことも重要であると考えられる。

### 3. 日本医師会理事（勤務医枠）と勤務医委員会との定期的な懇談を介しての地域医師会勤務医活動の活性化

日本医師会は平成 26 年 4 月に定款改正を行い、勤務医と女性医師の登用に向けて理事定数を 2 名増員した。これまでの勤務医枠理事の活動に目を向けると、日本医師会理事会に出席して勤務医の立場から発言し、また、本委員会や医師の働き方検討委員会での議論に積極的に参加し、その役割を十分に果たしているといえる。今後、勤務医の声をより広く日本医師会会務に反映していくためには、その活動の幅をさらに広げていくための工夫が必要である。そこで、今後、日本医師会及び勤務医枠の理事が取り組むべき具体案として、以下の 4 点を挙げる。

#### ① ブロック医師会選出の本委員会委員との協働による地域医師会活動の活性化

地域医師会勤務医の活動を活性化するため、ブロック医師会での医療の地域性や医師会が抱える問題などを検証し、勤務医枠理事は、ブロック医師会選出の本委員会委員と協働して、ブロック内の医師会勤務医との懇談会（医師会活動報告などの講演を含む）を開催し（1～2 回／年）、医師会活動における問題点を提起し、また組織率向上のための活動を行う。

#### ② ブロック医師会での「勤務医（特別）委員会」の開催の支援

中部医師会連合では、過去数回「勤務医特別委員会」が開催され、勤務医に係る問題や医療事故調査制度、専門医制度などについて審議され、その内容が中部医師会連合委員総会にて発表され、委員総会記録に残されている。今年度は、中国四国医師会連合でも、勤務医に係る委員会が発足すると仄聞する。

これらの勤務医に係る問題を協議する（特別）委員会を、各ブロック医師会で常在委員会として開催することを日本医師会が支援し、その結果を広報することによって、地域医師会活動の活性化を促す。

※ これら①②の活動などを通して、勤務医枠の理事のみならず本委員会委員がより積極的にブロック内医師会での活動に参加し、活性化に寄与する。また、都道府県医師会長への働きかけを通じて、勤務医活動への理解を求める。

③ 郡市区等医師会での勤務医役員との懇談

都道府県医師会の勤務医担当役員とともに、まずは、都道府県庁所在地医師会役員との懇談会（スケジュール管理の上で、2年間で12カ所程度）を行い、地域医師会活動の活性化を図る。その他、東京・大阪・愛知・福岡などの医師数の多い地域での懇談を行う。

④ 日本医師会委員会への日本医師会理事としての参加

勤務医に係る日本医師会委員会への参加が許可され、その委員会審議の内容について、本委員会にて報告・説明を行う。（本委員会と男女共同参画委員会、医療安全対策委員会、地域医療対策委員会、産業保健委員会などとの協働が考慮されるべきではないか。）

#### 4. 若手医師の医師会活動への参画推進

##### 1) 日本医師会における医学生、研修医など若手医師との活動

日本医師会では、女性医師バンクの創設とともに、平成18年から「女子医学生、研修医等をサポートするための会（現・医学生、研修医等をサポートするための会）」を開催する一方、「男女共同参画フォーラム」を担当都道府県医師会の協力の下で開催する等、女性医師の能力を現場で発揮できるように多くの取り組みをしてきた。平成24年からは「2020.30 推進懇話会」を開催し、現在の「地域における女性医師支援懇談会」につなぎ、地域で活躍する女性医師の発掘を全国的に展開してきた。また、行政も女性医師支援相談窓口事業の補助金を準備し、人的資源である女性医師の地域医療への貢献を推進してきた。10年以上が経過した現在、このような取り組みは、女性のみならず、すべての医学生、研修医を対象にした支援へと拡大された。そして今、医師の働き方改革の議論の下、医師のキャリア形成と地域医療の融合を目的に活動の切り口が転換してきた。

女性医師支援相談窓口事業は、ライフイベントを前にキャリアを何とか継続していきたいと相談に来る若い医師たちと接する現場の窓口である。このモチベーションの高い相談者を医師会活動参加につなげている医師会がある。北海道医師会では、窓口を利用しキャリア継続した成功経験を後輩につなぎながら、「2020.30 推進懇話会」や「医学生、研修医等をサポートするための会」の参加者とともに、医師会活動に参加す

る多くの若手医師が育ってきた。

また、都道府県医師会、郡市区等医師会では、医師のキャリア形成についての懇談会が広く開催され、地域によっては大学と連携を取りながら活動が盛んである。この活動の中から今後医師会活動に参画する医師を育成していく契機としてほしい。

日本医師会では、JMA-JDN（日本医師会ジュニアドクターズネットワーク）の役員が全国で活躍しており、IFMSA-Japan（国際医学生連盟日本）を通して医学生との連携も図られている。是非このような若手医師、医学生の団体と連携を一層推進しながら、若い視点から医師会活動を活性化していただきたい。

## 2) 都道府県医師会勤務医部会・若手医師専門委員会

勤務医部会内に若手医師の委員会を設置し、連携する方向で動き始めている都道府県医師会がある。

北海道医師会では、平成 28 年に勤務医部会の部会内委員会として若手医師専門委員会を創設し、ともに臨床を支えている若手医師の視点を拾い上げ、勤務医の課題解決に取り組んでいる。北海道は勤務医比率が 7 割を超え、全国最高率でありながら、医師会加入率が低いのが実情である。地域偏在の課題に加え、北海道全域の面積、冬期間の救急搬送など喫緊の課題ではあるが、解決が難しい。これらの課題を共有し、地域医療を担うために必要な地域への働きかけなどを、若手医師たちが発信し始めた。若手医師専門委員会では、委員長に日本医師会男女共同参画委員会委員、JMA-JDN のメンバーに委員を委嘱し、北海道医師会勤務医部会と合同で会議を開催、勤務医部会報告書にも執筆を担当してもらっている。

また、世代を越えた勤務医間の交流会を推進するために、平成 29 年度全国医師会勤務医部会連絡協議会（担当：北海道医師会）の翌日には、北海道医師会の主催による「勤務医交流会」が開催された。これは、全国から勤務医が集まる同協議会の開催に合わせて初めて開催されたものであり、企画段階からすべての進行を若手医師専門委員会に任せて実現した。医師のキャリア形成、医師の働き方、医師を受け入れる地域に求められるものなどのいくつかをテーマにあげ、参加者の世代間ギャップ

を乗り越えながら盛会裏に開催できたことは、間違いなく若手委員のステップアップにつながったことと思われる。この勤務医交流会を今後も継続的に開催していくことで、勤務医の役割と意識改革を広げていくことが望まれる。

## 5. 会費、会員の待遇など

平成 24・25 年度の本委員会答申でも述べられているが、勤務医は各学会に入会し、その会費を支払っている。また、医師会会費は、郡市区等医師会、都道府県医師会に加えて、日本医師会会費を支払う仕組みとなっており、その負担は勤務医にとって軽いものではない。その点、日本医師会の尽力により、平成 30 年度より、日本医師会医師賠償責任保険の保険料引き下げに伴う日本医師会会費が改定（引き下げ）されたことは高く評価したい。

個々の医師会への入会メリットに目を向ければ、近年では、勤務医個人に対する訴訟も増加するなかで、勤務医に対する日医医賠責保険の恩恵は極めて大きいといえる。また、安心できる老後のために、金利設定が有利で利便性の高い日本医師会年金も、勤務医への大きな支援の一つになるだろう。

勤務医の参画を促すための地域医師会活動を推進するためには、勤務医にとって有意義な事業のさらなる充実と、医師資格証の活用等も視野に入れた入退会・異動手続きの簡素化が必要であり、今後一層の議論が求められるところである。

同時に、医師会の組織強化に向けては、医師会入会の窓口となる郡市区等医師会の意識啓発と積極的な取り組みの推進が期待される。

## 6. 医師資格証の利用

医師資格証〔HPKI（Healthcare Public Key Infrastructure）カード〕とは医師資格を証明する電子的な証明書を格納した日本医師会の電子認証センターが発行している IC カードであり、①身分証としての利用、②IT 上での利用（電子署名、本人認証）が可能である。身分証としての利用は、医療機関での医師採用時には医師免許証の原本確認が必要とされているが、医師資格証の提示により医師資格の確認が可能となった（平成 29 年 12 月 18 日付け医政医発 1218 第 1 号）。IT 上での利用としては、コンピ

ュータで紹介状、診断書、主治医意見書、電子処方せんなど医師の署名・捺印が必要な文書の作成や、今後 IT を利用した地域医療連携時などのネットワークを通じての本人確認、医師会の生涯教育制度、認定医制度、かかりつけ医機能研修制度等、各種研修会の出欠管理等が可能である。

勤務医にとっての医師資格証利用としては、まず勤務先の移動時に本人の医師資格確認のための利用があげられる。医師資格証の券面には、氏名（漢字、ローマ字）、生年月日、医籍登録番号、日医会員 ID 番号（日医会員の場合）と有効期限が記載されており、移動の多い勤務医にとって医師会異動時にも、本人確認が簡便にできるため、手続きの簡素化が図れることが考えられる。今後専門医などの情報の登録が可能になれば様々な場面での利用が考えられる。例えば、新しい専門医制度においては専門医の認定または更新に必要な「共通講習」の受講は必修であり、これらの講習会が各都道府県医師会でも実施されているが、各都道府県医師会・郡市区等医師会が導入を進めている「医師資格証向け出欠管理システム」を活用すれば、コンピュータ上での講習会受講時の本人確認、受講管理が可能となると思われる。

医師資格証の利用料は日本医師会員は無料であり、若手医師の医師会への入会に関しては日本医師会で会費減免措置が取られたことから、勤務医の医師会への入会を促し、医師資格証の取得を推進することは、医師会及び若手医師を中心とした勤務医にとって重要であると考えられる。

## 7. 勤務医の一層の参画を促すための取り組み

### 1) 都道府県医師会役員への勤務医のさらなる登用

「平成 29 年度勤務医会員数・勤務医部会設立状況等調査」によると、都道府県医師会役員における、勤務医の割合は 21.3% である。都道府県医師会における勤務医の構成割合が 52.9% であることを考えれば、各地域により事情は異なるにせよ、各都道府県医師会における勤務医のより積極的な役員の登用が望まれる。

また、昨今の医療制度の改正等を見ても、医師会活動において勤務医が活躍する場は広がっており、むしろ勤務医こそが担うべき事業も増大している。たとえば、平成 27 年 10 月より開始した医療事故調査制度は、医療事故が発生した医療機関において院内調査を行い、その調査報告を

医療事故調査・支援センターが収集・分析することで、再発防止につなげ、医療の安全を確保するための仕組みであるが、同制度に果たす勤務医の役割は極めて大きいものとする。

前期の本委員会答申では、「日本医師会として医師会のために積極的に活動する勤務医を育成すると同時に、地域医師会で勤務医の登用を積極的に進める必要がある」との提言がなされているが、勤務医が都道府県医師会役員として活躍することが、勤務医の医師会活動の裾野を広げ、ひいては、勤務医の医師会入会にもつながっていくものとする。

## 2) 日本医師会勤務医部会の創設

日本医師会には勤務医委員会があり勤務医に係る諸問題を検討している。勤務医委員会の委員は全国8ブロック医師会からの選出と会長が直接指名する数名で成り立っている。勤務医部会のある都道府県医師会は27、勤務医委員会の設置されている都道府県医師会は27で、ほぼすべての都道府県医師会に勤務医部会、勤務医委員会、あるいはその両方が設置されていることになる。

現在の本委員会の活動で、目的は達することができるものと考えは十分に承知している。日本医師会勤務医部会創設を願う大きな理由は、都道府県医師会にすべて勤務医部会が設立されることになり、その代表が日本医師会勤務医部会構成員となり、地域医師会、ブロック医師会単位での勤務医部会活動が活性化されることである。地域医師会活動により多くの勤務医の参画が叶えば、地域医療連携のさらなる強化となり、地域医療の一層の充実を期待できる。重要なのは地域医師会活動に参画する勤務医の声を、日本医師会の会務にしっかりと反映していくことであると思う。

## 3) 郡市区等医師会での勤務医活動の活性化

病院勤務医にとって最も身近な医師会組織は郡市区等医師会である。病院完結型医療から地域完結型医療を目指すためにはそれぞれ顔の見える医療連携を構築することが極めて重要であり、当該医療圏で診療に従事している医師と直接顔を合わせる機会を多く作ることが重要であるといえる。また地域医療支援病院の要件である紹介率、逆紹介率向上には、

地域医師会の先生方との連携は必須である。

各地域においては、地域医師会等に診療科ごとの医会等があり、病院医師が参加し講演するような研修会等も多々ある。こうした活動に参加することにより良好な連携を進めることができる。地域医療構想は構想区域ごとに地域医療構想調整会議にて検討されており、地域包括ケアシステムを構築する医療介護連携にも地域医師会の関与が大きい。また、学校医部会等での活動も地域貢献に重要で、学校保健事業・委員会への参加及び学校医として勤務医会員の活躍が期待されている。

病院勤務医が地域医師会に加入して活動する必要性は大きく、極めて大事である。

## おわりに

「勤務医の参画を促すための地域医師会活動について」の諮問を受け委員会で熱心に検討し、さらにワーキンググループを開催し、委員会での議論を整理・審議充実を図り答申をまとめた。勤務医の参画を促すための地域医師会活動を活性化していくためには、勤務医のさらなる医師会への入会を通じて医師会組織の強化を図ることが必要である。同時に地域医師会活動に参画する勤務医の声を、日本医師会の会務にしっかりと反映していただきたい。今回、医師の働き方改革についての取り組みにも大きなページを費やした。医師の働き方改革はまさに勤務医の問題であり、本委員会は、医師の働き方改革が適切に進められるよう、地域医師会と協力しながら様々な意見を述べていく必要がある。また、本委員会は日本医師会勤務医幹事と協働することによって、フレームワークで集約した意見を日本医師会執行部に具申し実現していくことが求められる。さらに若手医師の医師会活動への参画推進、医師資格証の利用についても項を立て提言した。

今回の答申は、医師になったら当然のように医師会に加入、団結するなかで、医師会が医療政策の決定に大きな力を発揮し、医療を適切な方向に導くことを求めている。医師の矜持をもって、勤務医が日本の医療のために働く場所を医師会で得るべきである。



## 「医師の働き方改革」による影響についての調査結果の概要

日本医師会勤務医委員会では、「医師の働き方改革」に関する検討を進めていくに当たり、「勤務医の健康と地域医療を守る」視点から、地域医師会の意見を集約することが重要と考え、平成29年9月、「医師の働き方改革」による影響についての調査を実施した。

調査に当たっては、本委員会にて調査票（案）を作成し、各ブロック医師会より推薦を受けて本委員会に参画している委員が、同案を基に、各ブロック所属の都道府県医師会（依頼先、依頼方法等は各ブロック医師会により異なる）に調査への協力を依頼し、47都道府県医師会中46都道府県医師会より回答を得た。

なお、本調査は、本委員会に参画する委員を通じて、それぞれのチャンネルで協力依頼を行っていることから、都道府県医師会からの公式な回答のみならず、被依頼者個人の見解としての回答等も含まれる。

### 1. 時間外労働時間を制限することによる地域医療への影響

#### 1) 救急医療への影響

- 医師の労働時間制限は救急医療に最も大きな影響を与える。
- 急性期医療の病院の当直をすべて交代制勤務にするには、医師の偏在を解消する等の医師の増員が必要である。
- 医師の増員ができなければ救急患者の受け入れ困難や制限が生じたり、医療の質の低下が生じることになる。
- 救急救命センターでは、循環器内科、心臓血管外科、整形外科等、もともと繁忙な領域の医師が必要とされる医療を提供できなくなる。
- 小児科センター病院や周産期センターでは人員不足が深刻になり、周産期センターの維持が困難になる。
- 大学病院は急病センター等に医師を派遣しているが、派遣を制限せざるを得なくなる。
- 地方での医師確保は困難であるが、仮に確保できても人件費の増大で医療機関の経営が成り立たない。場合によっては、救急医療の中止となる事態も想定される。
- 現実に二次救急を担っているのは中小病院が多いが、これらの医療機関の縮小や閉鎖が危惧される。その場合、基幹病院へ患者が集中し、基幹病院の医師の負担増が危惧される。
- 救急医の養成が急務であるが、新しい専門医制度では難しい。
- 一人当たりの医師にかかる勤務中の負担が増加し、救急医療に携わることをやめる医師が増える。（すでに地方で起きている現象であり、これが加速する）
- 医師確保のために集約化が不可欠となるが、医師や患者が一極集中した場合に、その地域社会が耐えられるか危ぶまれる。

## 2) 外来診療の縮小などの病院機能の低下

- 時間外診療を行っている医療機関では、時間外診療を縮小せざる得なくなる。
- 外来の縮小やベッドの削減を強いられる可能性が大きい。
- 勤務医の多くは当直を担当しているので、労働時間制限をした場合、通常の診療時間を制限しなければならなくなる。
- 当直翌日の勤務がなくなれば外来診療は減ることになる。
- 勤務医は病棟主治医の業務、手術、検査、カンファレンス、院内諸委員会などの業務もあり、外来診療の縮小を余儀なくされる。
- 休診日や夜間の勤務が生じた場合、それに応じた休日を平日の昼間に設定しなければならず、本来の診療時間における患者の受け入れに影響が出る。
- 専門外を診たくない医師が増加しており、時間外での外来はより縮小や制限されると想定される。
- 外来の縮小は、病院の収益減やそれによる機能低下につながる。
- 大学病院は現在、外来診療を縮小する方向性であり、影響は少ない。（逆に外来を縮小できないとの意見もある）
- 大規模の病院は総合デパートの体制から脱却し、入院医療に特化すべき。中小病院はむしろ外来部門の充実が重要である。
- 医師の少ない診療科では、休診日を設ける必要が出てくる。
- 外来患者が診療を受けられない事態が発生し得る。また、患者の利便性の低下につながる。
- 地域住民の理解が重要で、十分な説明がなければ信頼の低下を招く。

## 3) 高度医療への影響・長時間手術など

- 手術の途中で術者が交代することは現実的ではない、患者や家族も納得できないと思う。また手術の翌日に執刀医が来ないのは医療安全上危険である。
- 高度医療を提供できる医師の数は限られているので、手術数が減少する。能力のある医師を増やさなければならない。
- 高度医療を担う医師はそれに特化させる必要があり、外来や当直を免除する必要がある。外来・病棟を担う医師と分ける必要がある。
- 患者数や手術数など診療できる範囲に制限がかかる可能性がある。
- 医師の業務の優先順位を考えると高度医療は後回しになる可能性がある。
- 手術時間を短縮しようとする精神的な圧迫も考えられ、医療事故のリスク増大が懸念される。
- 心臓血管外科や脳外科などは、夜間緊急手術が頻回にあるため、日中の高度手術ができなくなる。
- 循環器内科は拘束時間が長く、時間外の緊急カテーテル治療が困難となる。
- 長時間手術は可能だと思うが、術後の管理の医師が不足し困難である。
- 高度医療は大学病院が担っており、県内病院からの医師の引き上げが必要とな

る。

- 高度医療機関の集約、マンパワーの集中が必要となる。
- 医師を増やすことで一人当たりの時間外労働を減らすしかない。
- 大幅な医師増員と交代制勤務の導入しかないが、これには診療報酬の手当てが必要である。
- 外科医の確保のみならず、麻酔科医や放射線科医も増やす必要がある。
- 医師のみならず医療スタッフの増員が必要である。

#### 4) (院内での) 研修時間への影響

- 多くの病院では、時間内は直接診療に係る医療行為が行われ、その他の研修(サマリーの作成、カンファレンス、抄読会、画像診断研修、病理研修、文献検索等)は時間外での実施が多いが、これができなくなると医療の質が低下する。
- 医療安全と感染症をはじめとして、医療制度、医療倫理、がん、栄養、褥瘡などの様々な研修が必要であり、これらは時間外に開催されているため、病院機能が弱体化しかねない。
- 研修医が時間外労働をしないと救急や様々な症例のあらゆる事態に対処する臨床能力が低下する。
- 研修を労働とみなせば、残業手当としての人件費が増大する。
- 報告される表面上の研修時間は減っても実際の研修時間は変わらず、悪影響として改善の指標を失うことになる。
- 教職員研修は時間外に行われていることが多く、病院機能の低下につながる可能性が高い。
- 他職種とともに行う研修は時間内でよいが、専門性の高い研修は勤務時間外で対応すべきである。
- 時間外労働の制限は、医師としての研修時間の確保には良い影響を及ぼすと考えられる。
- 日中に研修を集中させると、診療やその他の業務に影響が出る。
- 研修を時間内で終わらせようとするので良い面もある。
- 調整が可能なため、影響はないと考える。
- ほとんどの院内研修を時間内に行うようにしているが、なかなか参加が難しい状況である。
- 業務としての研修と自己研鑽のための研修を見極める方法が難しい。これは大学の基礎研究においても同様である。
- 院内の研修が何を指すのか分からない。研修も労働時間としてみなすのであれば、何らかの指針が必要となる。
- 医師教育のための指導医によるカンファレンスは勤務の一環であり、研修時間を奪うことになる。
- 指導医の労働時間が制限されれば、臨床実施研修の時間が縮小される。

- すでに制限をかけており現状と変わらない見込みである。

## 5) へき地診療への影響

- 医師不足の地域が多く、夜間休日の時間外診療、産科・救急医療などが立ち行かなくなる恐れがある。医師不足と経営の悪化が問題である。
- 地域に医師が一人しかいない状況では医療が成り立たなくなる。
- 時間外の診療拒否が起きるため応招義務の問題が生じ、崩壊してしまう。
- へき地医療は医療圏の中核病院が担っているが、医師派遣に支障が出るので、縮小または廃止となる可能性が大きい。
- へき地の医療機関では、臨床研修制度における「地域医療研修」という役割を担っているが、これらの機能も失われる。
- へき地診療は単独の医師で行われることが多く、早朝、夜間、休日の急患にも対応しなくてはならない。現在のへき地診療は成り立たなくなり、複数の医師のチーム制の構築が必要となる。
- 医師会（A①会員）が行っているへき地診療所の応援診療は、時間外労働時間にカウントされないため、影響はないと思われる。
- へき地ごとの差異も考えられ、地域に合わせた柔軟な考え方が必要である。
- 外部の非常勤医を確保せざるを得ず、割高な賃金と旅費で病院経営を圧迫する。
- 遠隔診療がさらに推進され、特定行為を行う看護師の需要が増えると考えられる。

## 6) 研修医への教育

- 十分な研修時間が取れずに、研修医の質が低下する危険性がある。
- 日常診療が優先となり、教育時間は減少すると考えられる。
- 研修医の就労時間は制限が設けられているので、就労時間内の教育に及ぼす影響は少ないと考えられる。
- 時間外労働を黙認する院長を労基署に告発する者がおり、すでに、研修医に対して時間外労働を病院が課することは困難となっている。
- 診療科により大きく異なると考えられる。
- 病院の規模が小さいほど研修教育への弊害が大きくなることが予想される。
- 研修医への指導が不十分となり、指導医が複数いない研修病院では研修医の募集が減少する。
- 専門医を取るために必要な症例不足や、実地医家となるために時間がかかることが懸念される。
- 教育に携わる指導医のマンパワーが不足しているため、時間内に実行できるか不安がある。
- 専門研修は専攻医も指導医とほぼ同等の責務を負うことを考えると、研修制度と時間外労働を併せて考える根拠がない。

※ その他、「4）（院内での）研修時間への影響」と同様の意見が多い。

## 7) その他

- 大都市の病院にさらに医師が集中し、地方では医療の過疎化が一層進むことが懸念される。
- 医師の取り合いの促進が危惧される。
- 労基署の臨検は社会情勢を無視しており、救急医療の崩壊、医療への影響が大きく、国家レベルでの対応を考えるべきである。
- 研修後に時間外の拘束が少ないマイナー科に進む割合が増えているが、このことが地域の医療崩壊に関連している。時間外労働の制限はこの現状に良い影響をもたらすと考えられる。
- 今後の医師数の増加程度と時間外労働の制限のバランスの問題になると考える。患者側の過度な診療要求が減少すれば、着地点はあり得る。
- 救急医療・高度医療を効率的に担える体制を二次医療圏で構築する必要がある。
- 大学病院の医師の多くが教職員であり、教育指導の時間をどのように扱うのか明確にする必要がある。
- 保険審査医や産業医、校医、介護審査委員会委員の確保が難しくなる。
- 医師の少ない中小病院は、医療供給体制の確保が困難になり、経営そのものに打撃を受ける。
- 必要な医師を確保する必要があるが、医師の報酬が大きく変化する可能性もあることを念頭に置く必要がある。
- 勤務医の時間外労働が制限されれば、医師会活動に参加する勤務医が増える可能性もある。
- 専門医制度の今後が危ぶまれる。
- 地域医療構想や地域包括ケアシステムを実現することが一層困難になる。

## 2. 地域医療を守る視点から、医師の働き方に関連して、地域で取り組んでいる方策、労働時間短縮による医療への影響を軽減するための方策、具体的な地域医療連携などの取り組み等

### 1) 救急体制

- 基幹病院に他の医療機関の医師が出向して、一定時間当番をしている。
- 自治体の夜間急患診療所に医師会員が交代で当番している。これにより二次救急への集中を防いでいる。
- 医師会が医師会立急患センターを作ったり、輪番制をひいて 365 日体制で一次救急に取り組んでいる。しかし、高齢化のため参加できる医師が減少している。
- 救急体制を維持するために高額のスポンサー医師を依頼して回さざるを得ない地域がある。
- 救急子ども相談電話（#8000）、大人救急相談電話（#7111）により救急受診

の適正化を行っている。

- かかりつけ医を持つことにより重症化を防ぐことを県民に啓発している。
- 大学病院の外科系、内科系より総合診療部へ医師を出向させ、救急医療体制を維持している。
- 各科当直を廃止し、内科系・外科系当直とすることで当直回数を減らしている。
- 救急隊と連携を密にすることによって、三次救急に特化できるよう協力体制を構築している。
- ICT を活用した救急搬送システムを稼働させ、救急搬送の効率化を図っている。

## 2) 病院外診療への診療所医師の協力

- 診療所医師が空き時間に、大学病院や市立病院など公的病院の専門外来を担当している。
  - 内視鏡検査・治療に診療所医師も参加している。
  - 複数の病院で診療参加型病診連携を行っている。
  - 診療所医師が、かかりつけ医機能を理解し、基幹病院からの逆紹介患者を積極的に受け入れている。
  - 外来医が不足する場合は、診療科ごとに OB/OG の医師に個別に協力を依頼している。
  - 非常勤診療医師として大学退職後も外来診療を担っている。
  - 病院外来に診療所の医師が協力することは、病院における専門外来の質を落とす。診療所医師と大病院とは役割分担すべきである。
  - 連携パス等を利用した病診連携をさらに進める必要がある。
- ※ あまり行われていないという回答が多かった。

## 3) 病院入院診療への診療所医師の協力

- オープン病院システムを施行している病院もあるが現実には運営されていない。
  - 医師会病院のすべてのベッドがオープン型であり、入院患者の 70～80%の主治医は診療所医師である。急変時には専属の勤務医が対応する。
  - 入院患者が在宅に移行する際、病院で開催する退院前カンファレンスに参加し連携を行っている。
- ※ ほとんど行われていないとの回答が多数を占めている。

## 4) 医師不足の地域への医師の派遣等の事業

- 医師会と都道府県病院協会が主体となり、医師確保が困難な医療機関に医師を派遣する事業を行っている。
- 都道府県協議会において、地域枠出身医師を地方へ派遣する事業を行っている。
- 県が設置する地域医療支援センターに大学とともに医師会が参加し、若手医師のキャリア形成を支援している。

- へき地医療支援センターが設置されており、へき地診療所に医師の派遣が実施されている。
- へき地医療支援病院が指定されており、へき地療所に医師の派遣が実施されている。
- へき地医療支援拠点病院からの医師派遣による巡回診療で、診療所の維持存続に努めている。
- 大学病院が寄付講座によりへき地医療を支援している。
- 地域医療機関の医師が支援を行う場合は、医療審議会部会の承認等一定の手続きを経ることにより、地域的な了解を得る仕組みを構築している。
- 大学病院や基幹病院が、山間部で一人勤務をしている医師の休暇取得時の代診応援を行っている。
- 県の事業として、修学援助金貸与を受けた医師の医師不足地域への派遣が行われている。
- 医師不足の地域は多く、派遣が可能な医師数が足りていない。
- ネットワークを利用した遠隔画像診断サービスを地域病院に行っている。

## 5) その他

- 県は、医療勤務環境改善支援センターを県医師会に委託し、勤務環境改善マネジメントシステムの導入促進や相談支援を実施している。
- 院内保育所の保育士の人件費の助成や働きやすい職場環境のための意識醸成、相談体制整備を行っている。
- 科によっては過剰な科もあり、必要な科に必要な医師を分配する必要がある。
- 勤務医に対し、労働基準法、時間外勤務の削減方法について研修を実施している。
- 在宅や施設での看取りがわずかに増えているが、これが増えれば病院勤務医の負担は軽減する。
- 不要な受診行動を控える教育が必要である。
- 地域の小児科医が救急外来に出務して、病院の若い小児科医の指導に当たっている地域がある。
- 多くの民間病院では、短時間労働の医師が多くいるのが現状ではないか。

## 3. 医師の働き方を改善するための取り組み

### 1) チーム医療

- 多職種が参加したチーム医療は、医療の質の向上と診療報酬の加算に寄与しているが、医師の業務が必ずしも減るということではない。
- チーム医療は、医療の質の向上、医療安全、医療の効率性による医師の負担軽減につながることを期待されている。
- 多職種協働でチーム医療を行っており、他職種の協力は得ているが、医師不足

は否めない。

- 医師が増えなければチーム医療はできない。一人診療科ではチームを組むこと自体が困難である。
- 様々なチーム医療が存在するが、これが働き方改革に有効に結びつくような印象がない。
- 糖尿病やアレルギー等の疾患特異性の研修を行ったメディカルスタッフの配置や特定看護師などの設置は必要であるが、診療報酬上の位置づけが必要である。
- チーム医療はもちろん大切であるが、専門医が多すぎプライマリ医師が少ない。
- チーム医療は責任の所在が分かりにくくなるほか、働き方に個人差が出る。
- 一人の医師の責任過重を回避するにはチーム医療が必須と考えられる。
- チーム医療は不可欠となっている。医師、看護師、コメディカルのレベルアップの努力が必要であり、それが、結果的に医師の負担軽減につながる。
- クリニカルパスを用いたチーム医療に取り組んでいる病院では、指示はパスによって包括的になされ、医師の負担は軽減されている。

## 2) 交代制勤務

- 医師が不足している地域が多く、交代制勤務を運用できる施設は少ない。
- 大学病院救急部や高度救命センターでは、二交代制を取っている。
- 当直を準夜帯は時間外労働、深夜帯は宿直として、当直明けを休みとしている医療機関がある。
- 当直明けは休める体制を前提にした医師需給予測、地域偏在解消が急がれる。
- 交代制勤務は質が一定した多数の医師が必要となり、地方の医療機関では導入は困難である。
- 平成 26 年度の診療報酬改定から、交代制勤務の導入を申請要件とした診療報酬の上乗せが開始されたが、取得は困難である。
- 絶対数が不足している医師不足のもとでは困難である。
- ER や ICU では交代制勤務となっている。
- 2017 年 4 月よりシフト制を開始した。1 週間の労働時間は 37.5 時間とし、時間外勤務の上限を 40 時間未満として厳守するよう指導している。シフト勤務表とタイムカードをもとに時間外診療時間を算出している。重傷を扱わない診療科の医師の当直回数や時間外勤務は減少している。
- 当直翌日の勤務は早退ないし休日とし、少なくともデューティーはなくすべきである。
- チームでの主治医制や複数主治医制が前提となるため、最終的な責任の所在について規定を設ける必要がある。

## 3) 複数主治医制

- 都道府県医師会として複数主治医制を推進している。医師が少ない施設におい

て勤務医の負担軽減につながるため、導入している施設は多い。また、一人医師の診療科であっても、他診療科医師と協力しながら負担軽減を図っている。

- 外科系を中心に複数主治医制、グループ主治医制が取り入れられている。内科系は完全主治医制の診療科もあり、土日夜間も患者の状態によっては主治医が呼ばれることになる。
- いまだに主治医にこだわる患者が多く、患者や家族の意識改革が必要である。
- 大いに進めるべきであると考えるが、チーム医療と同様に医師数の充足が必要であり、現状では困難である。
- 医師数の不足、責任の分散、担当患者の増加による医療安全上の問題が生じる。
- 考え方の違い、相性、序列性があるため必ずしもうまくいかないことが多い。
- 治療方針と情報の共有ならびに医療の質の確保が課題である。
- 複数の医師で患者の情報が共有されるため、見落としやミスなども予防できると考えられる。
- 休みは取りやすくなるが、一人の医師が把握しなければならない患者数が増えるため、医師不足の地方では環境改善に結びつくとは考えにくい。

#### 4) タスクシフティング

- 医療勤務環境改善支援センターと協力して、メディカルクラークの導入を推進している。
- 特定行為を行う看護師制度（ナース・プラクティショナー制度）を進めるべきである。
- 看護師への業務移譲は実質的に困難になりつつあり、再検討が必要である。
- 安易にタスクシフティングをしないほうがよいと考える。あくまで、医師の指導、監督が必要であり、その方法を議論すべきである。
- 安全性など多くの課題があり、慎重に議論すべきである。
- 地域包括ケアシステムのボトムアップには必須である。
- 診療結果の責任回避を法制化しなければ実現不可能である。
- メディカルアシスタントの育成と雇用を推奨する。
- WHO では次のことを宣言している。「タスクシフティングを医療人員不足の最終的な解決策としないこと」「政府はタスクシフティングを費用削減の方法と見なさないこと」。したがって、医師不足を前提とした議論は成り立たない。
- 看護師も不足という状況で移譲ができないのではないか。
- 医療の質が低下する業務と低下しない業務を整理する必要がある。
- 医師が本来業務に専念できるようにすべきである。
- 教育と財政上の仕組みが必要である。

#### 5) 短時間勤務制度

- 都道府県内で、短時間勤務制度の適用を受けている医師は約 10%であった。

- 育児短時間勤務制度は有用である。
- 医療機関によっては、勤務時間の組み方は一律ではなく本人が決めることも可能となっている。ただし、半日勤務は給与も半額になる。
- 育児・介護休業法にある育児のための所定労働時間短縮の措置を、3歳未満の子を養育する場合から、10歳程度に引き上げるべきである。
- 地方では夢のまた夢のような話としか考えられない。
- 不可能である。現場の不公平感が出ると、モチベーションが下がり有効ではない。
- 外来診療では問題ないが、病棟勤務ではうまくいっておらず、負担軽減に役立っていない。
- ガンや病気を抱えながら勤務する医師が増えているので、制度を広げる必要がある。
- 給与面での正規雇用は可能でも、福利厚生面での正規雇用はあまり進んでいない。
- 男女に限らず、希望する場合、勤務医の負担軽減を前提に考慮してもよいと考える。
- 県が短時間労働を補充するための代替医師の雇用にかかる人権費を補助する制度を実施している。
- 完全な休職を減らすことが可能となることから、多くの中核病院で採用されている。
- 通常勤務医の時間外労働が増えるなど、不満が募り、離職者が増えると思われる。給与など待遇面では大きな差をつけるべきである。

## 6) 女性医師の活用

- 女性医師支援相談窓口では、女性医師の復職を推進し、特に医師の不足する地域医療の支援を担う勤務を勧めている。
- 再研修・再就業支援に取り組んでいるが、何より上司・同僚などの理解が必要である。
- 女性医師の活用は、今後の医師の負担軽減、医師不足の対策に対して不可欠だと考える。
- 県医師会では県と連携して、「保育サポーターバンク」事業を行い支援している。
- 絶対に必要であるが、経済的な問題でなかなか実現困難である。
- 同時にキャリア形成ができる研修システムの構築が必要である。
- 結婚や分娩で1年以上現場を離れることを望むようでは、女性医師の働き方は制限せざるを得ない。少なくとも半年で職場復帰する覚悟がないと男性医師と同じ土俵には上がれないと覚悟すべきである。
- 研究サポートを行っており、女性医師が診療、研究を継続できるよう努めている。

- 院内保育所・病児保育の設置、当直の免除、ワークライフバランスへの配慮等を行っている。
- 県医師会内に「ワークライフバランス推進委員会」を設置し、県ならびに大学にある「女性医師支援センター」とも協働している。
- 都道府県内の基幹病院では院内保育所の設置が89%、病児保育室の設置は53%、短時間勤務制度の導入は92%であった。
- 女性医師の勤務時間は20歳台から40歳台では男性に比べて短い、50歳台以降では差がなくなる。育児中の学習機会の確保、就業継続・復帰支援等が重要である。
- 女性医師の積極的な雇用は、経営的にデメリットではなく、むしろメリットが大きいとの報告がなされている。

## 7) その他

- 多くの地域で医師の高齢化が進み、夜間救急の対応力が低下している。医師の増員や二次、三次病院から若手を派遣できるシステムが必要になっている。
- 「5) 短時間勤務制度」や「6) 女性医師の活用」は医師の診療科目による偏在とも密接に絡むため、医学生レベルでの啓発が必要である。
- 現在、医局内の働き方の見える化を目指し、実態調査中である。今後は医局内の業務担当表を簡単に作成できるよう、閉鎖的 SNS を用いたアプリを開発すること等を通じて、長時間労働を削減し、有給休暇を取得しやすい環境を構築する予定である。
- 産科、小児科、救急科など、24時間365日診療を行っている医師に対し、何らかのインセンティブを図る必要があり、診療報酬の抜本的な見直しが必要である。
- 勤務医の働き方の改善の必要性を自覚しているが、経営が苦しいため外来患者を増やす努力をしている。勤務医の過重労働によって経営が成り立っていること自体が異常である。
- 病児保育整備を進めるためには、予算措置が必要である。
- 国民一人ひとりが己の生き方、死に方について明確な考えを持つことができるような、国民的な運動を展開する必要がある。
- 診療科の偏在の解消には、診療報酬で部門間に大きな差をつける必要がある。
- 病院の外来の診療報酬が診療所の外来より安いと、患者をかかりつけ医に返せない事態が起きている。
- 大学病院の脳外科では遠隔医療により、脳外科医がいない病院での適切な指示を出すことが可能になり、仕事量の軽減につながっている。

#### 4. 医師の負担軽減のための住民への啓発活動

##### 【実際の活動】

- 住民自身による活動として、時間外受診は医師の負担になることについて、病院職員と市民団体、一般町民による意見交換会が実施された。また、病院の実情を知ってもらい、病院を支えるために町民ができることについて、情報発信が行われた。
- 県立病院では、地域医療を守る会が発足しており、住民への啓発や行政への提案・要望などを行っている。
- 市民公開講座、在宅医療出前講座、各病院による講演会等を行い、地域住民の啓発に努めている。（医師の勤務実態、適切な救急外来受診、複数主治医制、地域包括ケアシステムなど）
- かかりつけ医をもってもらうためのキャンペーンを実施している。
- 各公的救急病院の救急医療担当者が作成した終末期医療のパンフレットを、市の施設等に配布している。終末期患者の救急医療からの離脱は、結果的に救急医療を本来の姿にさせる一助と期待されている。
- ポスター、冊子などを医療機関に配布し、患者さんの理解も促している。県からの委託事業として、医師・看護師のバックアップのもと、小児救急の電話相談（#8000）の運営を行い、小児救急 0.5 次を目指している。
- 小児救急の電話相談（#8000）などを、県が主導して行っている。
- 適切な救急病院の受診方法について、テレビやラジオ CM を通じて啓発している。
- 毎月 2 回、10 分ほどのラジオ番組を放送し、救急医療、小児医療、在宅、健診など様々な分野について県民を啓発している。
- 時間外、休日の軽症患者の急患は、地区医師会の急患診療所に受診してもらうように勧奨し、急性期病院へのコンビニ受診を減らす広報を行っている。
- 医師会、小児科医会等で救急診療に対する住民への啓発活動を行っている。
- 救急車の適正利用、在宅医療のすすめ、認知症について啓発している。
- 二次輪番病院の夜間救急業務削減に向け、コンビニ受診を控えること等について市民便りで啓発活動を行っており、一定の成果が現れている。
- 三次救急を担う公立病院が長時間労働の是正勧告を受けたため、地域の医療機関からの紹介は控えていたところ、市民から苦情や質問の問い合わせが市へ寄せられたが、「是正勧告を受けたこと」「救急搬送や救急医療利用の適正化のお願い」「紹介状が必要なこと」等を市報へ掲載し、問い合わせがなくなった。
- 救急受診に関してはトリアージを行って緊急性が低い場合、診療所や昼間の一般外来に誘導することで、30%のウォークイン患者が減少した病院がある。ゲートキーパーに責任がのしかかるので、医師会や市町と相談しながら慎重に仕組みを作る必要がある。
- 再診患者数を減少させ医師の過重労働の軽減を図るには、地域医師会との連携を強化し、逆紹介を増やす必要がある。そのため、個々の患者さんに病院機能を説

明し逆紹介への理解を求めている。また、年に数回行われる公開講座等を利用し、二人主治医制（かかりつけ医と病院）について啓発を行っている。

#### 【意見・要望等】

- 行政がフォーラムを定期開催するなどして、地域住民へ医療知識を広報することが必要である。
- 医師会員も地道に地域に出向き、地域医療構想や地域包括ケアシステム等について分かりやすく丁寧に説明することが重要と考える。
- どのような医療機能を持った病院を受診したらよいか判断できるような教育・啓発活動が必要である。
- 医療の現状を理解し、感情的な医師・患者関係ではなく、客観的な視点で医療を見られるような啓発活動が必要である。
- 国の住民に対する啓発が全く足りないと思う。それは自治体も同じである。医療制度の変更の周知を医師会や病院任せにしてもらっては多忙な現場はかなわない。
- 救急医療の問題点の一つに「コンビニ受診」がある。「#7119」の周知をさらに徹底させることが肝要である。救急の意味を啓発するとともに、一次救急はかかりつけ医に行ってもらえれば勤務医の負担は軽減されると思われる。
- 県では小児救急電話相談の仕組みがあるが、高齢者でも同様の制度の検討をお願いしたい。
- 夜間、休日受診が増えているので、救急疾患でない場合は平日昼間の受診を勧めてほしい。
- 本院の救急外来受診者を見る限り、その多くは救急患者ではなく、本来通常の外来に受診すべき患者である。このことが救急の本来業務を阻害している。受診者個人への啓発だけでは効果が少ない。救急外来受診の適応につきしっかり啓発してほしい。
- 不要不急の時間外受診をなるべく控えるようメディア等で周知徹底することが必要である。
- 近いから、緊急だからと二次救急病院にウォークインする患者が見受けられる。病院機能の説明をしても納得せず、苦情となり、医療提供するうえでのモチベーションが非常に低下することが度々ある。
- 旅行、宿泊客の軽傷での救急車利用が多いので、タクシーや旅館の車等での来院をお願いしたい。
- 高度急性期、急性期、回復期、慢性期といった病床機能を理解し、病状にあった病院の受診と、安定期には速やかな転院に協力してもらうことが必要である。
- 患者さんの情報を地域の医師と共有できるシステムが確立されれば、患者さんも安心して逆紹介を受け入れてくれると思う。
- 病院の機能が医師不足によって制限される状況が生まれて初めて地域住民に意識が芽生え、受診抑制が意味をなす。これは公的・公立の医療体制にのみ存在する

議論である。これらの啓発活動は行政が行うべきことであり、医療提供側が行えばその真意は理解され難いと考える。

- 地域別の活動も必要であるが、全国的な展開も必要、重要と考える。また、行政主導で共同して活動すべきである。
- 医師が多忙な理由は、国民一人当たりの年間受診回数の多さによるものに他ならない。この事実を広く国民に知らしめ、過剰検査、過剰診療にならないよう、システム作り、意識改革を行う必要がある。
- かかりつけ医の重要性が認識されておらず、大病院志向が強い。医療機関の役割分担、機能分化に、地域住民の十分な理解が得られていないことを感じている。
- 地域医療全般に都市部のような医療供給体制が構築できないことを、地域住民に理解してもらい、期待に添えないこともあると知ってもらう必要がある。
- 医療は絶対的なものでないことについて、家族も含めて勉強しなくてはならない。
- 条例などの形で「公共財である医療を守り育てること」が市民の義務であることを明記するべきではないか。

## 5. その他（日本医師会勤務医委員会への意見等）

### 【日本医師会勤務医委員会への意見等】

- 勤務医が責任をもって働く環境が整えられるよう、取り組みを強化してほしい。医師の働き方改革は、地域医療を守る視点で進めてほしい。
- 日本医師会勤務医委員会が答申で提言したフレームワークの構築を全国的に拡大し、勤務医の過重労働に対する対策の充実を目指してほしい。
- 日本医師会勤務医委員会が積極的にこの問題にかかわる必要がある。そのためには、各都道府県医師会において医師会長の理解を得ることが不可欠となるが、このことについて日本医師会として委員会を含めての活動が必要である。
- 経営者側のみではなく、研修医、医学生を含めて若い医師の意見をどうやれば集めることができるかをまず議論しなければいけないのではないかと考える。
- 特に地方において、医師不足が深刻化し、時間外労働時間がさらに増加する可能性からみて、日本医師会勤務医委員会の構成は、勤務医に関わる問題で活躍する地方の医師・女性医師から選出してもらいたいと考える。

### 【地域医療、労働時間、医師数など】

- 地域の中核病院をしっかりと守っていくような配慮をお願いしたい。
- 地域に複数ある病院が、同じような機能（7：1 急性期病棟）を持ち、競合している背景があるため、もっと病院間の機能分担を進めるべきである。
- 大学病院における看取り医療を軽減できる対策をとってほしい。
- 医師、診療科の地域偏在は深刻である。積極的にこれらに対して支援・協力してほしい。このままだと消滅医療圏となってしまう状態である。
- 医師の補充や適正な配置等の根本的な問題が解決されない限り、時間外労働時間

- を制限することにより、地方の医療すべてに大きな影響が出ることは必至である。
- 医師数全体は増加しているにもかかわらず地方には必要とされる診療科の医師が非常に少ない。これからの地域医療構想を考えるうえでも、この点からの日本医師会の取り組み、働きかけをお願いしたい。
  - 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を十分に機能させていくための財政支援等について、行政への積極的な働きかけをお願いしたい。
  - 新たな専門医の仕組みが、地方での医師不足を助長することがないように切にお願いしたい。
  - 慣例的な当直業務は修正されず、当直医は疲労困憊の状態である。日本医師会は医師の適正配置を本格的に考える時期に来ていると思うべきである。
  - 勤務医の関心事の一つは自分の働き方の評価である。医師という特殊な能力が十分に評価される時間外労働時間の制限が行われるよう取り組んでほしい。
  - 人員の増加なしに時間外勤務を縮小することは現実的ではない。大学病院として地域のニーズに応えるためには、特定機能病院としての診療に専念できるように医療の分担を明確にし、住民も含めて地域ぐるみで考える必要がある。
  - それぞれの地域の抱える問題もあり、一律に医師の時間外労働を規制するだけでは解決しないと思う。
  - 現在の医療レベルを保ちつつ医師の負担を軽減するためには、病院の医師数を増やす必要があり、財政的な負担を解決する方策を考えないと実施は難しいと思う。
  - 医師の働き方を勤務時間で論じると、当然、時間当たりの医師数は現状より減ることになり、相対的医師不足をもたらすことになる。
  - 医師不足の現状では雇用が困難だけでなく、財政的にも私的病院にとって大変な出費で経営が困難になる。医療関係職種の時間外労働に関しては特別職種として認めてもらうように交渉してほしい。
  - 医師の超過勤務時間数が、他職種に比べて多いのは、医師に求められている業務量が、まだ医師数に比べて過剰であることの証拠であると考えられる。
  - 医師の時間外労働を容認できるくらいに減らすには、現状からどのくらい増員せねばならないのか、計算して発表することはできないか。
  - 応招義務のためにすべての患者を診ることと、医師の勤務時間を短縮することは矛盾していると思う。医師としての使命とどのように両立していくべきか。
  - 医師のできることは限られており、「良い医療」と「いつでも誰でも受けられる医療」は両立できないのではないかと考える。

#### 【教育・啓発】

- 超高齢社会に対処できるような市民教育・啓発活動を頻回に地域住民に行うとともに、地域包括ケアシステムが良好に機能するよう、医療・介護に経済的な面も含め、行政より働きかけてほしい。
- 国民が病院完結型、大病院志向に慣れ親しんでおり、病院の機能分化や地域医療

- 構想の医療体制に馴染めていない現状に鑑み、積極的な啓発活動を行ってほしい。
- 医療機能分化や医療制度についての説明を現場の医療者に任せるのではなく、国として積極的に啓発願いたい。
  - 地域包括ケアシステムの推進等、医療の効率化により、病院機能が低下することなく時間外労働時間の短縮、医師の負担軽減は可能と考える。そのためには医療従事者のみならず、住民への十分な広報活動が重要だと思う。
  - かかりつけ医は積極的に患者に接してほしい。夜間、休日はすべて救急病院任せの病院、診療所が多過ぎる。二次救急、三次救急の適応や情報提供のあり方などの研修を通して啓発してほしい。

#### 【検討の方向性等】

- 日常の診療や救急・当直業務を行っている、地方の中小病院の医師など、一般の医師を主人公にした議論をしてほしい。
- 勤務時間の上限設定のみに議論が終始するのではなく、それを取り巻く救急医療システム、医師の偏在、経営的にはこれ以上人件費の負担増は難しいことなどの様々な課題があることを十分に認識し、多角的な議論をしてほしい。
- 時間外労働、応招義務、医師数、医師偏在、専門医制度は互いに関連した事項であり、そのことを常に念頭に置いて、広く、深く検討してほしい。
- 救急病院と慢性期（回復期含）とでは体制が違うので、区別して考えるほうがよいのではないか。
- 「医師の診療拒否を認めない」という法律の概念から改正しないと、今後、救急患者のたらい回しや様々な場面で訴訟が生じるのではないか。法的整備もした上で、検討していただくことを強く望む。
- 「当直」と「夜間勤務」の区別について、訴訟問題に発展することもあるため、明確な線引きが必要である。
- 医師の勤務時間の定義が曖昧で、施設や地域ごとに解釈が定まっていないように思う。国、厚生労働省、日本医師会が率先して、医師の勤務時間はこうであるというモデルを、速やかに示してほしい。
- 救急医療を維持するために、開業医の当直支援制度も検討してほしい。特に、夜間・休日診療所の充実を望む。
- 医師への負担軽減策が、医療界の混乱を招いている。代替方法を示してから、実施してほしい。
- 時間外労働の制約と医師の応招義務、学会の発表、研究・教育に充てる時間が労働時間とは別なのかなどの核心的な問題について、厚労省の委員会、日本医師会の委員会がどのように議論を進めているのか、随時情報提供してほしい。

#### 【その他】

- チーム医療に移行し、医師の負担軽減につながることを期待するものの、十分な

情報共有のもとで責任の所在を明らかにし診療に当たる必要がある。

- 男性中心の勤務形態は、女性医師の活躍の場を制限するとともに、男性医師の負担を増大させる。将来の医療提供体制の確保のためには、性別に左右されない勤務体制を構築しなければならない。
- 医師数を増やし、収入が減っても構わないとする意識が持てなければ、勤務医は一部の医師の良心に甘えて、より良い医療の提供が減少すると思う。医師に実力があり、信頼を得ることが「良医」の基準であると提言してほしい。
- 医療は、人の命に関わる崇高な職業であるという医師の矜持をもって、「医師は労働者である」という前提は断じて受け入れることはできない。
- 日本医療機能評価機構の病院機能評価解説集に記載されている「チームの医師全員が主治医である状態は責任の所在が明確だとはいえない」の文言を削除してほしい。
- 昨今の無痛分娩事故に対するマスコミ各社の報道が、産科希望の学生に影響を及ぼしている。無痛分娩のリスクは別次元で語られるべきもので、日本医師会としてストップをかけてほしい。
- 医師の働き方についての精緻な調査をする場合、次の点に留意してほしい。〔①調査対象は仕事に裁量権のない若い医師に絞る、②属性別にサンプルする、③仕事量のみでなく休息や睡眠時間もカウントする〕

## 調 査 票 (案)

医師会名： \_\_\_\_\_

回 答 者： (役職) \_\_\_\_\_

(氏名) \_\_\_\_\_

1. 時間外労働時間を制限することによる医療への影響についてお伺いします。  
次の1)～7)について、それぞれ影響が出ると思われる内容を具体的にお書きください。

1) 救急医療への影響

2) 外来診療の縮小などの病院機能の低下

3) 高度医療への影響・長時間手術など

4) (院内での) 研修時間への影響

--

5) へき地診療への影響

--

6) 研修医への教育

--

7) その他

各地域医師会において懸念される影響について、上記の項目以外にもご意見があればお書きください。

--

2. 地域医療を守る視点から、医師の働き方に関連して、地域で取り組まれている方策や、労働時間短縮による医療への影響を軽減するための方策、または具体的な地域医療連携などの取り組みなどについてお伺いします。

1) 救急体制についての取り組み

例) 医師会が一次救急に取り組んでいる。(医師会の救急センターなどの開設)

--

2) 病院外来診療への診療所医師の協力

例) 専門外来への協力

--

3) 病院入院診療への診療所医師の協力

例) 病院当直の代行

--

4) 医師不足の地域への医師の派遣等の事業(現状や今後の予定について)

例) 地域枠出身の若手医師が医師不足地域への派遣により、地域診療義務を果たす場合等の経費支援を活用予定。(厚労省来年度概算要求事項)

--

5) その他

--

3. 医師の働き方を改善するための取り組みについてお伺いします。

次の1)～7)について、貴会の考えやご意見をお書きください。また、貴会における（または貴会で把握している）具体的な取り組み事例があればお書きください。

1) チーム医療

--

2) 勤務交代制

--

3) 複数主治医制

--

4) タスクシフティング

--

5) 短時間勤務制度

--

6) 女性医師の活用

--

7) その他

--

4. 医師の負担軽減のための住民への啓発活動について、具体例がありましたらお書きください。

--

5. その他、日本医師会勤務医委員会へのご意見等があればお知らせください。

--

<ご協力ありがとうございました。>