

# 令和4年度 都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会

と き 令和4年5月27日（金）14:00～16:00

ところ Web会議

[報告: 常任理事 中村 洋]

## 会長挨拶

日本医師会長 中川俊男 医師の働き方改革については、日医は本年4月に医療機関勤務環境評価センターの指定を受けたが、今後ともコロナの状況を踏まえ、医師の健康への配慮と地域医療の両立性を図るべくしっかりと取り組む。

もう一つの課題である勤務医の意見集約について、勤務医委員会への諮問をお願いし、去る5月12日に答申書をいただいたところである。勤務医の意見要望は必ずしも方向性を同じくするものではないが、それら多くの意見を汲み取る仕組みが日医には必要であるとの提言がなされている。本提言を真摯に受け止め、引き続き、さまざまな勤務医の先生方のご意見等を幅広くお伺いする。

## 全国医師会勤務医部会連絡協議会について

令和4年度担当医師会である愛知県医師会の浦田理事より、標記連絡協議会の開催について説明があった。全国から多くの先生方が集まり、活発な議論が行われることに期待感を示された。

開催日 令和4年10月15日（土）10:00～

開催場所 ANA クラウンプラザホテル

グランコート名古屋

メインテーマ 「医療新時代を切り開く勤務医の矜持～コロナを克（こ）えて～」

## 協議

(1) コロナ禍での勤務医の働く環境課題の整理と、今後のポストコロナ・ウィズコロナ時代を見据えた勤務医の働き方改革

香川県医師会副会長/日本医師会勤務医委員会委員/

香川県済生会病院院長 若林 久男

ポストコロナ・ウィズコロナ時代を見据えた勤務医の働き方を考察するにあたり、これまでの厚

労省等の資料からコロナ禍前の医療環境について再確認するとともに、コロナ禍で病院勤務医の医療現場で何を経験し、何が課題であったかを振り返り、その混乱の中で得られた議論や作り上げたシステムを加えた現在の医療体制を検証する。

コロナ禍で作り上げた現在の体制は、勤務医の働く環境に大きく影響を及ぼしている。勤務医が主役である医師の働き方改革や地域医療構想など、現在進行中の医療制度改革の方向性を踏まえて、ポストコロナ・ウィズコロナ時代の勤務医の働く環境について展望する。

コロナ禍を含めた災害の特性について、今回の新型コロナウイルス感染者は一国内で均一分布をしながら発生するのではなく、地域的不均一性をもって現象した。また、地域ごとの産業や社会構造の特性により被害の出方が違った。一国レベルでの地域的不均等性の下層に都道府県内での地域的不均等性があり、さらにその下層に位置する市町村の内部にも不均等性があった。

すなわち、勤務医についても所属する病院の地域性や地域での機能、同じ病院でも診療科や職位・役割により今回のコロナ禍での負担や課題が異なる。

コロナ禍前の日本の医療の方向性は、2019年4月の第66回社会保障審議会医療部会の資料によると、コロナ禍以前からわが国の医療提供体制は、地域における機能分化・連携が進んでいない多くの病院がいくつもの機能を持つために、医療資源が分散し非効率となり、医療の質の担保が難しく、また、勤務医が極めて多忙で、健康・生命に不安が生じており、医療現場の疲弊が医療安全の面でも課題である。地域、診療科において、医療従事者の配置に極めて大きな偏在があることが指摘された。

2040年の医療提供体制の構築に向けて、地域医療構想の実現（2025年まで）、医師の働き方改革（医師の時間外労働に対する上限規制は2024年～）、医師偏在対策（偏在是正の目標年：2036年）を三位一体改革として推進する方向性が示された。そして、進まない地域医療構想会議に業を煮やし、2019年9月26日に公立・公的424病院が公表され、大変物議をかもした。

確かに病院の役割や立ち位置の再興を促されることになったが、このような医療施策の取組み進行中に新型コロナウイルス感染症が発表された。2020年1月28日、北海道で初めて新型コロナウイルス患者が確認され、2月3日、ダイヤモンドプリンセス号の検疫開始というところが初めてあったが、大きな災害としての新型コロナウイルス感染症の対応を求められることになった。

新型コロナウイルス感染症の対応で多数の圧倒的な不足に直面した。新しいウイルスはどのようなものなのか、どのように対応すればよいか、治療法は何なのか全く情報がない。未知の相手にただ、不安と混乱があった。マスク、PPE（个人防护服）、検査キットが不足し、ゴミ袋からPPEを手作りし、マスクの再利用なども行われた。また、特に地方では感染症に対応できる人材が少なく、PPEの着脱にさえ精通したものが少なかった。中小病院では呼吸器内科医や対応する医療者の頭数自体が足りず人材が不足した。そして、そもそも病院の構造が感染症対応になっておらず、コロナ患者を受け入れるスペースがなく、ゾーニングもできない、陰圧装置もないという構造上の問題があった。

その後は、国や地方行政からさまざまな形での補助金の支援が開始され、病院の機能や構造を整えとともに、物資の供給にも目処がついてきた。コロナ診療にあたる医療従事者への手当部分についても配慮ができるようになり、短期間のうちに現在に至る病院の体制整備がなされた。

感染症に対する対応の情報は、行政・日医・さまざまな学会からの情報、臨床経験のある先生方のお話、あるいは時にはマスコミ報道の情報など、断片的でもとにかく可能な限り情報を集めて対応し、勉強してきた。

地域や病院内でも日医からの情報などを基にいろいろな研修会・勉強会を開催し、情報の収集と提供に尽力してきた。当初の圧倒的な不足から、とにかくいろいろなものや情報をかき集めながら現在のハード・ソフトの両面から医療提供体制をなんとか形作ってきたが、今後も当面の間、機能しなければいけない、もしくは半永続的になってきたようにも思える。

そして、地域の中でも大きな混乱に直面した。保健所を中心とする行政の過重な負担はご存じのとおりであるが、地域の中で患者さんの差配など、どこがコントロールタワーなのかが不明確であった。動静が全くとれず、隣の病院ですら何をしているのかわからないなど、地域の中での情報のやりとりが全くできず、役割分担もできなかった。そして、日々変わっていく対応方針に右往左往していた。また、役割分担ができていないため、患者さんが集中する医療機関では一般診療や救急車の受け入れ制限等を経験した。

当初はG-MISやHER-SYS等の行政からのシステムには混乱を伴った。こうした混乱の中、全国各地で行政と医療機関、在宅や療養施設を含む情報のITネットワークが構築され、既存のシステムを使用するところもあれば新しく使いやすいシステムを導入するところもあった。そして、コロナ医療において、地域での行政と病院同士の見える化が進み、病院の役割分担が明確にされた。それまで曖昧であった医療連携や病院の地域の役割分担が、コロナ対応については急速に形づくられ、現在も全国各地で機能しているところである。

しかし、地域によっては患者数の急増など、どうしても対応が難しく、入院できずに自宅で亡くなる患者さんが相次いだことから、医療崩壊という言葉が声高に使われるようになり、マスコミを中心に上げられた。すなわち、病床数が世界一多く、比較的感染者数が少ない日本で、なぜ、病床逼迫や医療崩壊という事態になったのか、さまざまな分析や議論がなされた。そもそも医療提供体制が異なるので、病床の定義も異なる日本の一般病床には、本来の急性期病床以外の回復期や慢性的機能の病床もカウントされているため、病床数の単純な国際比較はできない。

また、実際にコロナ患者さんを受け入れている公立・公的等・民間別の分析、病床規模ごとの分析、地域ごとの解析も行われた。民間病院が矢面に立たされたことなど記憶に新しいところである。

そうした解析の結果、日本の医療提供体制は実態として、医療機能の役割分担との連携の不備により医療機能は分散し、病床当たりの医師数が少なく、一人の医師が多く病床を担当することで医師の負担が過重となり、診療密度も低くなる。これらは、コロナ前から指摘された日本の医療の構造的課題を再度浮彫りにするものであった。

さて、医療者をめぐる課題として、風評被害や差別の経験、特定の病院や診療科の医師・看護師の負担の偏重から疲弊やメンタル失調、バーンアウトが問題となった。負担の偏重については、患者さんの増加に伴い、その他の診療科への協力の依頼など、各病院で工夫されてきたが、感染力の強い相手だけに、誰でもというわけにはいかなかった。また、医療スタッフの元々の不足に加え、オミクロン株では職員の出勤ができないという医療機能の低下などを経験し、職員の確保が課題となった。

バーンアウトをはじめとするメンタル失調については、昨年の本協議会で東京都保険医療公社荏原病院の木村先生は、当時、重点医療機関の勤務医は多重なストレスがかかっており、バーンアウトの尺度が上昇していることを指摘された。また、聖路加国際病院の松尾先生は、当時のコロナ診療にあたる医師のバーンアウトの有病率は31%であると発表された。もちろん、社会的影響の大きいコロナ診療におけるストレスは、通常の過重な時間外労働におけるストレスとは質的にも全く異なると思うが、今後取組む医師の働き方改革の中での過重労働医師にもこうしたバーンアウトがみられることが知られており、今回の経験が今後の参考になる。

実際、勤務医の時間外労働時間がどうなったのか、平成28年の調査と令和元年の調査を対比すると、1,860時間を超えると推定される医師がいる時間外の割合は減少し、労働時間の短縮が図られていることが分かる。

また昨年、慶應義塾大学の斐先生が公表した医

師の働き方改革の地域医療への影響に関する調査報告では、医師たちの主観ではあるが、特に、新型コロナウイルス感染症の影響で仕事量が増えたと感じる連携B水準、B水準、C水準の医師が、一定の頻度でいることが推察された。また、別の解析では、第3波の折には、調査した大学病院の勤務医の10.5%～23.3%の医師が、1,860時間を超えた時間外労働に従事したとの報告がなされている。

ただ、コロナ禍では患者さんの受診抑制という特異な現象を引き起こした。病院の入院患者数はコロナ禍で減少し、未だにその数字はコロナ前には戻っていない。したがって、コロナ禍で特定の病院や診療科の先生たちには過重な負担がかかってきた一方で、受診抑制等でそれほど負担が増えていない診療科もあり、少しデコボコ感があることが分かる。全体としての評価が大変難しいところがあり、今後の検証が必要である。

そして、コロナ禍を契機としたIT活用の急速な進展は世界を変えた。医療の世界でもITを活用した地域での多職種ミーティングや会議、学会、研修会もほとんどがWeb参加の併用となった。院内の会議でさえWeb参加ができる時代となり、AIの活用なども含めたITの活用の進展は、勤務医の働く環境にも大きく影響を及ぼした。この動きは今後もさらに進展し、同時に患者さんの医療に対する価値観も大きく変わっていくと考えられる。

まだコロナが収束しているわけではないが、既に医療行政は、新しい方向性を目指して再び動き出している。

現在、第8次医療計画策定に向けての議論が動き始めており、感染対策を加えた5疾患6事業となることはご存じのことであろう。第8次医療計画の策定を進める方向性において、コロナによるところの地域医療の課題、すなわち医療機能の分化や、地域連携の重要性、適切な役割分担の重要性が明らかになったことを踏まえ、コロナ感染症対応とともに、質の高い効率的、効果的な医療提供体制の構築が重要であること、一方で人口減少、高齢化は着実に進むため、医師の働き方改革とともに地域医療構想の着実な推進が必要であると謳われている。

地域医療構想の中長期的な取組みとして、病床削減を含めた医療の効率化を目指す地域医療構想と、短期的に医療需要が増す感染対応の折り合いが難しいと言われている。感染拡大時に必要なスペース、物資を平時にどのように確保するかが課題となる。

次の感染拡大に向けた安心確保のための取組みの一つとして、令和3年11月に示された新型コロナウイルス感染症対策本部の資料では、病床の確保や臨時的医療施設を整備するとともに医療人材の確保や配置調整を担う体制の確保が謳われており、機動的な人材の配置の可能性が期待され、現在、活動が始まっている。

また、これまでの感染拡大時の対応として、令和2年11月に示された第28回地域医療構想に関するワーキンググループの資料によると、新型コロナウイルス感染症の病床確保にあたり、感染状況に応じて、新型コロナウイルス感染症以外の通常医療の稼働病床を一時的に休止し、感染防止のためのゾーニングの実施やマンパワー配置の工夫により、新型コロナ病床に転用するとともに、臨時的医療施設等を活用することで対応が行われた。

すなわち、感染拡大時には一般病床を削り、対応病床を増加することが、今後の医療計画の中で、機動的な病床運用として推奨されていくのかもしれない。

つまり、平時と非常時対応の両立のスイッチの入れ替えが期待されるが、いずれの場合においても、病院の機能分化と連携がますます求められることは間違いない。連携に伴い、病床数や病院数のスリム化を進める方向であった地域医療構想と病床や人員の余力を求められる感染対策との両立が課題である。

平時から余力を見ておく余裕は実際難しいので、おそらく行政の司令塔機能の強化の下に、スイッチの入れ替えが求められる。対応の両立には、病院や地域は病床の機動的な運用や人材の流動的配置が求められる。その場合、感染症以外の一般診療への配慮も必要であり、感染対応以外の勤務医の働く環境にも大きく影響を及ぼす。

また一方で、医師養成課程を通じた医師の偏在対策については、大学医学部入学時の地域枠の

設定、卒後臨床研修・応募時の対策、新専門医制度のシーリングなどの偏在対策が進められてきたが、医師の偏在解消の目標設定が2036年と言われる中、地方の現場では医師の偏在の是正が進み、医師が増えてきているという実感は全くない。

日本専門医機構が今年2月に発表した2022年専攻医募集数の採用数では、いわゆるメジャーといわれる内科と外科の採用数が減少に転じたことが報告され話題となった。シーリング等の制度、手段を使用してもなかなか偏在対策は実際難しく、今後の動向が気になるところである。

今後のウィズコロナもしくはポストコロナ時代の勤務医の働き方改革にも関係してくる課題として、コロナ禍で作り上げてきた連携システムを地域の一般的に診療における病院機能の分化と連携にどのように活用していくか、医師の地域や専門性の偏在がさらに浮き彫りになった医師の地域・専門性の偏在の解消、急速に進んだITのさらなる推進、特に地方における患者の受診抑制による減少の対応が挙げられる。

## まとめ

コロナ禍を経験し、今後も対応の継続が求められる現状で、医師の働き方改革や地域医療構想が進められる。医師の偏在対策の効果もまだ見えず、地方では医師が不足している。コロナ禍の収束が全く見通せない中、今後、病院の機能分化や役割分担がさらに進められると考えられ、その病院の役割や地域性、もしくは診療科や病院内での立場に応じて、勤務医の働き方における課題は現在よりも、より多様になってくると考えられる。

## (2) 全国における勤務医の意見集約に望まれること～全国8医師会ブロックにおける議論の活性化への提言～

鳥取県医師会会長／

日本医師会勤務医委員会委員長 渡辺 憲

今から約30年前の1992年、それまで30%台だった日医の全会員における勤務医会員の構成比率は40.9%と初めて40%台に達し、その後、急速な増加がみられ、10年後の2002年には47.4%まで増加した。その後、15年間は横ばいから僅か

ずつの増加にとどまっていたが、2017年以降、再び増加に転じ、2020年に50.1%と初めて過半数に達し、2021年には50.4%へ増加した。さらに、都道府県医師会においては、勤務医の比率が60%を超える道県は12を数えるに至っている。

令和2年2月に始まった新型コロナウイルス感染症の全国での急激な拡大は、全国各地の医療機関における病床の逼迫、医療崩壊が危惧されるほどの医療機関への大きな圧迫をもたらし、一時期、多くの勤務医の疲弊が限界に達していた。この状況について、昨年の本協議会において、今期の日医勤務医委員会の宮田 剛 委員及び木村 百合香 委員から、それぞれ岩手県及び東京都の状況について報告があった。また、医療法の改正に伴う医師の働き方改革の着実な推進は、今後2年弱の間に医療現場に求められる変革の方向性をはっきりと示している。

また、平成30年にスタートした新たな専門医制度は、国民から信頼される専門育成を目指した本来の目的とは別に医師の地域及び診療科における偏在を抑える仕組みが加わり、新たに専門医を目指す若い医師にとって多くの課題が出現している。

以上のように、勤務医を取り巻く多くの喫緊の課題について、勤務の幅広い立場で議論を行い、提言を行うことがかつてないほどに重要となっている。すなわち、勤務医の課題は、医療の根幹にかかわる大きなテーマとしてクローズアップされており、さらには医師会が勤務医と協働の下で取り組むべき、社会的にも極めてインパクトの大きなテーマとなっている。

各都道府県医師会及び郡市区等医師会の多くに勤務医部会・委員会が設けられているが、その中で、喫緊の課題等の情報共有及び課題解決についての議論が活発になされていることと拝察する。全国における勤務医委員会の活動については直近で、北海道医師会、福岡県医師会、岩手県医師会の報告書が届いており、その他多くの都道府県医師会・郡市区等医師会での委員会活動の結果が報告書等の形で医師会会務に反映されている。

一方で、従来、都道府県医師会及び郡市区等医師会の勤務医委員会における意見・提言が日医の医療政策に繋がるルートがやや細かったのではな

いかとも感じる。毎年開催される都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会、全国医師会勤務医部会連絡協議会、日本医師会勤務医委員会等を通じて、全国の勤務医の声を把握し、集約する努力がなされてきたが、勤務医のもつ課題の多様さ、奥の深さに十分に対応しきれていなかったのが現状である。

さらに、勤務医の意見の集約に際しては、年代・性別・勤務先における職責など立場の異なる勤務医が存在し、意見も一様でないことも少なくないことから、勤務医部会・委員会委員の構成の工夫が必要である。また、北海道医師会のように若手勤務医小委員会を勤務医委員会の下に設置するのも一法である。若手勤務医や多様な立場の勤務医が医師会活動に早くから参画することは将来の医師会及び地域医療を牽引していくリーダーの発掘・育成に繋がる。

次に、都道府県医師会、郡市区等医師会の勤務医部会、委員会で幅広い意見を集約し、それぞれ医師会の会務に繋げるとともに日本医師会代議員会、日本医師会勤務医委員会、全国医師会勤務医部会連絡協議会等で、ぜひ提言して繋げていきたいが、残念ながら会議の時間的な制約、会議の目的のミスマッチなどから議題選択の双方向のコミュニケーションが十分に行われるに至っていない。これらの課題については、今期の勤務医委員会で協議された勤務医の声をより効果的に日医の医療政策へ反映させるために、令和3年4月20日号の日医ニュース「勤務医のページ」で日本医師会、都道府県医師会との勤務医活動との有機的連携における当勤務医委員会の役割として提言を行った。

すなわち、都道府県医師会及び郡市区等医師会、勤務医部会委員会で議論し、ブラッシュアップした提言等、より地域の特性を反映した形でさらに議論を深め、集約して日医に届けるしくみとして、現在、全国の8医師会ブロックにまとまって運営されている医師会ブロック又は医師会連合に、勤務医を取り巻く医療環境の課題を継続的に協議する役割を持つ勤務医部会又は委員会をぜひ設置していただきたい。

ここで話し合った内容を集約して日医へ届け

ること、さらに日医から提起された課題について協議し、日医へ返すことで、日医における幅広い医療政策に繋がることが期待される。同時に各ブロックで協議した内容は各都道府県に持ち帰って、地元の会務にも大いに貢献できる。このような形で双方向にコミュニケーションを深めることが重要と考える。

一方、各ブロックからの提言を日医において集約する受け皿として、全国8医師会ブロックを統括する新たな組織を立ち上げる可能性もあるが、それよりもむしろ、現在既存の日本医師会勤務医委員会の役割を拡張することが現実的である。すなわち、当勤務医委員会は、従来の会長諮問について、2年間の幅広い協議のうえ答申書を作成し、日医の会務に繋げる従来の役割とともに全国各ブロックの議論を当該ブロック推薦の委員を通じて当勤務医委員会等に持ち寄り、総合的に協議を行うことで、各地域における勤務医の意見を幅広く集約して、迅速に日医の会務へ繋ぐ役割を担ってもらうことを提案する。

これまで述べてきた全国の勤務医の意見集約を行うプロセスのなかで、全国8医師会ブロックの役割を重視する考えは、かつて日本医師会勤務医委員会でも議論されていた。

平成26年度及び27年度日本医師会勤務医委員会の答申において、「勤務医の意見を医師会会務に反映させるため、各都道府県医師会で勤務医の意見を集約し、それを各ブロック医師会、日本医師会に上げていく仕組み（フレームワーク）作り」の議論がなされ、フレームワーク構築と全国8ブロックにおける体制作りを検討するため、先進事例として中部ブロック（中部医師会連合）における勤務医特別委員会の活動が紹介され、短期的にモデルとなるブロックを全国に3～4か所設定し、日本医師会勤務医委員会が支援すること、さらに中期的にはすべてのブロックでのフレームワーク構築を目指すことが提案された。

平成28年度に開催された都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会において、日本医師会勤務医委員会の泉委員長より次の具体的指針が提案されている。

全国8医師会ブロックにおいて、フレームワー

クが広がった後、「勤務医の意見等を吸いあげるためのフレームワーク」としてブロック代表者会議を設置する提言がなされている。その先進事例として、中部ブロック（中部医師会連合）の勤務医特別委員会の設立の経緯と活動内容が具体的に報告された。ただし、中部ブロックの勤務医特別委員会の設立は平成27年度、28年度で終了となり残念ながら全国に大きく広がるまでには至っていない。

現在、全国8医師会ブロックにおける勤務医部会や委員会の設置状況（令和4年4月30日）は次のとおりである。北海道ブロック（北海道医師会）は昭和61年11月に勤務医部会を設置、平成29年に部会内に若手医師専門委員会が設置されている。東京ブロック（東京都医師会）は、部会や委員会は未設置であるが、その他の関連常設委員会で勤務医における議題を協議している。部会・委員会を設置していないブロックは、東北ブロック（東北医師会連合会）、関東甲信越ブロック（関東甲信越ブロック医師会）、近畿ブロック（近畿医師会連合）、九州ブロック（九州医師会連合会）の4つである。中国四国ブロック（中国四国医師会連合）については、平成28年の各ブロック立ち上げの議論から、中国四国医師会連合総会での勤務医特別委員会（仮称）の提案があり、中国四国医師会連合常任委員会において勤務医委員会規約の制定を経て、令和元年9月に設立された。

全国各ブロックにおいて、今一度、勤務医部会・委員会の設立についてご協議いただきたい。

日本医師会勤務医委員会は、全国8医師会ブロックにおける勤務医の意見集約の受け皿になることで、日医及び都道府県医師会双方への「変化の触媒」となることができ、ひいては、勤務医全体のエンパワメントに資することができると思われる。

その後の意見交換では、医師の働き方改革など大きな課題について、全国8医師会ブロックでディスカッションできる場所を設けてほしい、日本医師会代議員会への勤務医登用促進を求めるといった意見があった。