

—医師不足—
現状分析と改善への提言

令和元年 5 月
国立大学医学部長会議

はじめに

平成 16 年 4 月から必修化された医師の新臨床研修制度の導入により医師の偏在が発生し、地方の医師不足が深刻化・長期化している。この傾向は新専門医制度においても緩和されていないように見受けられる。また、診療科における偏りも深刻なものがあり日本の医療体制の維持に深刻な影響を与えている。

この状況は、地方自治体や地方の大学医学部、また都市圏の大学医学部においても、もはや看過できない深刻な状況となっており、大学医学部は地域への医師の派遣を含む地域医療における最後の砦としての責務を果たせなくなっている。国立大学医学部としても主体的に解決策を提案し、関係諸機関と協力して対策の実行にあたる必要があると考える。また、現状及び対策案について国民に広く理解してもらう必要もある。この度、その原因と対策をアンケートという形で全国立大学医学部に問い、その結果を国立大学医学部長会議として「一医師不足一現状分析と改善への提言」として纏めた。

基本姿勢

日本は国民皆保険制度の下、すべての国民に均一の医療支援が居住地域や収入によって偏ることなく提供されるという国際的にも稀有の医療体制を構築して来た。現在問題となっている地域医療に携わる医師の不足、診療科における医師偏在に関する対策も、これを基本姿勢として立案・実施されるべきものとする。

現状分析

医師不足の原因

医師の総数に関しては、既に充分であり偏在こそが医師不足の原因である。医師の偏在は、**地域における医師の偏在**と（労働強度の違いに基づく）**診療科における医師の偏在**の2つの現象より成る。

地域における医師偏在の原因

医師の地域的偏在は日本全体で考えると地方と都会、県単位で考えると県庁所在地と町村部、この両方で認められ、都会への、そして県庁所在地への医師の移動が発生している。

医師の偏在の原因に関しては以下のものが挙げられるが、これらは全て密接に関連している。

1. 地方と都市の生活格差
2. 若手医師の意識
3. 臨床研修制度の導入
4. 専門医制度の導入
5. 労働環境・給与格差

地方から東京などの都会エリアへの集中（東京一極集中）は、医師ならずとも日本全体としての傾向である。特にマスコミ等に育まれた若年者の意識として、ブランド志向、都会志向、田舎軽視が現在日本の特徴的意識と言える。若手医師においても同様の志向が見られるとともに、安定志向や入学者のバックグラウンドの均一化（都會有利）、つまり、都市部の生活者が入学者の多くを占めることも都會志向の原因として挙げられる。

町村部から県庁所在地への医師の集中では、家族の生活環境や親の介護の状況などが医師の田舎離れを促しているが、特に子供の教育環境という点で県庁所在地に居住地を求めたがる傾向は強いと思われる。

このような日本全体に都會への強力な集中モーメントが醸成されている状況下で臨床研修制度が開始され、全国規模のフリーマッチングが導入されたことにより、一気に医師の移動が開始された。平成22年の厚生労働科学特別研究事業（「臨床研修制度の導入が地域医療に与えた影響」 研究代表者 桐野高明）で既に明らかにされた如く、都市部への移動は初期研修医のみならず、3年目～6年目の医師にまで波及することとなった。大変残念なことに、臨床研修制度発足にあたって医師移動が予見されていたにも関わらず、定員設定等にカウンターバランスの考え方が導入されなかった。

医師の労働環境、給与の格差は特に医師を一般の職業の一つと見なし、ワークライフバランスを重視する若手医師の勤務地選択の重要な要因と考えられる。また、症例数や指導医などの自分自身のキャリアアップに関係することも勤務地選択の重要な判断材料となる。

臨床研修制度の導入に端を発した地方大学医学部の医師不足は、最後の砦として地域医療に多くの責任を果たしている大学病院の労働環境の悪化、共に働き、指導してくれるべき卒業後3～6年目の医師の減少を招き、これを敬遠する若手医師の離脱に拍車を掛け、さらに医療現場の労働環境の悪化を招くという悪循環に陥っている。また、大学病院で働く医師のモチベーション（やる気）を支えている大きな要素として「最先端の研究が出来る」ということがある。しかし、人員不足による疲弊は研究の時間確保を難しくし、これも悪循環の原動力となっている。

地方大学医学部のうち多くが地域医療、特に町村部における地域医療を支えている。上述1～5によって起こった地方大学病院の医師不足はそのまま、地方大学医学部の医師派遣能力の崩壊をもたらし、県庁所在地以外の医師不足・不在をもたらしていると結論される。

診療科における医師偏在の原因

診療科における医師の偏在は地域における医師偏在と相まって、診療科によっては医師不足が重大な問題となっている。

その原因として以下のものが挙げられる。

1. 仕事量・リスク（労働強度）と給与等のインセンティブの連動がない
2. 若手医師の意識

3. 男女の医師が等しく働く環境整備が不十分
4. 専門医制度における診療科の自由選択

診療科における医師偏在は診療科勤務の「しんどさ」{仕事量、拘束時間、リスク（重大な医療事故の確率+訴訟リスク）、死との関わり、所謂下積み期間の長さ、専門医取得・更新の難しさ等}と「給与体系」がリンクしていないことが大きな原因と考えられる。ワークライフバランスを重視し、安易で安定した生活を希求するとともに、死が苦手でリスク回避傾向の強い若手医師の意識も大いに関わりがあることは否定できない。卒業後、臨床研修中には将来の専門診療科を決めずに多くの診療科における「しんどさ」の実態を体験する。専門医制度では、診療科ごとの定員の設定がほぼ青天井であるため、自由に専門診療科を決めることになる。多くの医師が「しんどさ」を避ける専門診療科選択を行えば、診療科偏在の是正は難しくなる。

地域における医師偏在により医師不足になっている地方では、もともと母数が激減しているため、診療科における医師偏在も顕著になる。ここにおいても地域における医師の偏在と同様の悪循環が廻り始めている。診療科の医師偏在は特定診療科の「しんどさ」を悪化させ、「しんどさ」の悪化は診療科の医師の偏在を引き起こす。

現在、全医師に占める女性医師の割合は 20%程度であるが、今後増加していくことは自然な事である。女性医師がその実力を発揮できる労働環境や社会環境の整備・変革は医師不足解消への切り札となる。しかし、現状としては女性医師が十分に実力を発揮できる環境が整っているとは言えない。

大学が取るべき対策

全国の医学部・医科大学は「国民に良質の医療を提供できる医師」を養成すべく様々な取り組みを行って来た。良質の医師の養成のためには卒前・卒後の連続性を持った医師養成システムの実現が不可欠であるとの合意の下、継続的な医学教育改革を実行している。更に、国際基準に従った医学教育評価を行うために、日本医学教育評価機構（JACME）を平成 27 年に設立した。JACME は世界医学教育連盟（WFME）からも認証を受け、日本の医学教育を国際基準に則って実行し評価する体制が構築された。これに伴う教育改革として、例えば、卒前教育における臨床能力の涵養を重視し、卒業時に医師として活躍できるような診療能力獲得を目指し診療参加型の臨床実習（病院における実習）の充実を図ってきた。診療参加型の実習を国際基準に則って行うために、全国共通の共用試験の導入、スチューデントドクター制度の確立が行われ、指導医の育成にも取り組んでいる。しかし、一方で、このような卒前教育の重厚化は医学部および附属病院の教員・医師の負担を大幅に増やす結果にもなり、若手および中堅医師が極度に不足する大学では教員・医師の疲弊が顕著になってしまった。

以下、上述の教員・医師への負担増も踏まえて大学が努力すべき項目を示すが、勿論、行政からの財政的支援が不可欠である項目も少なくない。

地域における医師偏在対策

これまで大学医学部が果たしてきた地域医療の拠点としての役割を再確認し、医学部の医師派遣能力を向上させ、現状の悪循環を好循環に変える。

1. 地域枠を最大限活用する。
 - (ア) 国民の理解を得る（所謂アフターマティブ・アクション（地域枠学生への優遇措置）に対して）。
 - (イ) 義務的勤務と専門医研修プログラムとの整合性を実現する。
 - (ウ) (イ) も含めて地方行政機関・医師会との密接な連携を取る。
 - (エ) 地域枠学生・卒業生の離脱防止を徹底する。
 - 補) (ア) にも関連して、確実に、地域枠からの離脱を防ぐことのできる具体的方法を取ることが地域枠活用のために重要と考える。
2. 地域医療に貢献しつつも専門医研修を受けて専門医資格が獲得できる魅力ある教育プログラムを確立する。
 - (ア) 卒前・卒後の連続性を持った医師養成プログラム・キャリアパスを提示する。
 - (イ) 指導医を含む教育に携わる医師のポストを増設する。
 - (ウ) 医師少数地域とのローテイトを含む研修プログラムを立案する。
 - (エ) 地域の基幹病院との連携を密接にし、研修プログラムの充実とキャリアパスの明示による安心感の醸成を図る。
3. 労働環境の改善を急ぐ。
 - (ア) 不足診療科医師増員のための常勤ポストを新設する。
 - (イ) 託児所等を設置する。
 - (ウ) タスクシフティングによる勤務時間等の負担軽減を進める。
4. 医師少数地域に教育・研究拠点を形成する。
 - (ア) 拠点を中心にした医学生・医師の教育、地域への医師派遣を行う。
 - (イ) 医師少数地域でのコホート研究等の活性化など、拠点における勤務の魅力アップを図る。

診療科における医師偏在対策

1. 労働環境の改善を急ぐ。
 - (ア) 勤務強度に応じたインセンティブ的給与体系への変換を行う。
 - (イ) タスクシフティングによる勤務時間等の負担軽減を図る。
 - (ウ) 医療情報システムの改善・活用による医療安全の確保を進める。
2. 高度医療を行う大学病院医師の増員・給与の改善を進める。

3. 卒前教育において医師不足診療科の魅力をアピールする。

補) 特定診療科への差別的教育には反対意見もある。

文部科学省

厚生労働省 関係者各位

日本専門医機構

国立大学医学部長会議

7つの提言

医師の地域偏在および診療科偏在はすでに危機的状況に陥っていると認識される。すでに様々な悪循環が廻り始めているため、思い切ったカウンターバランス的対策が必要である。地域医療の要であった大学病院医師の不足が地域医療衰退の重要な要因であることは明らかであるため、大学病院勤務医師の処遇の改善、特に、労働強度の高い診療科の医師に対する処遇の改善が必要である。それと同時に国家試験改革を含む医師養成システムの改善が不可欠である。また今後の医師配置政策にあっては、エビデンスに基づいた配慮がなされるべきである。すべての国民に均一な医療支援を提供するためには、公共財とも言うべき医師の育成にあたって、大学のみではなく広く国民や行政に支援・協力を求めることが不可欠と考える。このような認識のもとに以下の確実な実施を提言するものである。

1. **医師数（地域・勤務形態、診療科）の把握と必要医師数の提示を行う。**（厚生労働省）
 - (ア) すべての施策立案の基本となる情報である医籍登録データ・研究者情報等を利用した確実な医師追跡・実態調査の実施とその公表を行う。
 - (イ) (ア) に基づく人口、カバー面積（医療へのアクセス時間、交通事情）、勤務形態、年齢構成を踏まえた適正医師数の算定を行う。

2. **大学病院を要とした地域医療支援体制を確立する。**（文部科学省、厚生労働省）
 - (ア) 大学医学部の地域への医師派遣能力向上を目指した法整備・財政支援を行う。
 - ① 交付金の増額
 - ② 医学部教員の定員削減を廃止し、増員への転換
 - ③ 大学病院の教員・医師へのインセンティブ付与
 - ④ 医師少数地域への医師派遣実績に基づく指導医増、労働環境の改善、診療報酬等におけるインセンティブの付与
 - ⑤ 研究を行える環境の整備などを通じた、大学の教員・医師のモチベーション（やる気）の維持・強化

3. **卒前・卒後（臨床研修・専門医プログラム）の連続性を持った医師養成システムを確立**

する。(文部科学省、厚生労働省、日本専門医機構)

参考) (1)、(2)、(3)

- (ア) 参加型臨床実習の実質化に向けた医学生が行う医行為の違法性阻却のための法整備を進める。
- (イ) 教育体制強化のための財政支援を行う。
- (ウ) 参加型臨床実習の学習成果が評価される医師国家試験への改革を進める。
- (エ) 専門医研修プログラムへのシームレスで効率的な接続が可能になるよう臨床研修の内容の弾力化・自由度のアップを図る。

4. 地域医療に配慮した臨床研修制度と専門医プログラム制度を確立する。(厚生労働省、日本専門医機構)

(ア) 臨床研修制度の抜本的改革

参考 (1)、(2)、(3)

(イ) 専門医制度の定員を見直す。

- ① 専門医研修プログラムにおいては、②の結論が出るまでは緊急措置として5都市における採用実績以下への定員削減(医師の移動実態と連動させる継続的調整—結果を見てフィードバックを掛ける)
- ② 提言1の医師数調査、必要医師数に基づく基本診療科専門医研修プログラムの定員設定

(ウ) 専門医取得・更新要件を見直す。

- ① 希少・特殊疾患の経験症例数に偏ることなく、Common diseaseを重視し、幅広い診療能力を涵養するという考えに基づいた教育プログラムの見直し
- ② アカデミックな実績の十分な評価

5. 大学病院への財政支援を行う。(文部科学省、厚生労働省)

- (ア) 労働強度が高く、リスクの大きな医師確保が難しい診療科の勤務医へのインセンティブ付与のための診療報酬改定を含む財政支援を行う。
- (イ) タスクシフティングの推進および医療安全を向上させるための電子カルテ・医療情報システム運用経費に配慮した診療報酬改定を含む財政支援を行う。

補) 労働強度、リスクの高さが診療科偏在の主因と考えられる。また、電子カルテなどの医療情報システムの進歩・高度化は医療安全の確保、リスクの軽減に欠くべからざるものであり、医療の質に直結する。

6. 大学病院医師の労働環境改善のための国民の意識改革を促す啓発・広報事業を実施する。(厚生労働省)

地域医療の最後の砦である大学病院の疲弊を防ぐため、大学病院の役割、所謂コンピ

ニ受診の防止、複数主治医制への理解、昼間の受診の推奨、患者・家族への説明時間の配慮等労働環境改善に益する事項の国民への啓発・広報を行う。

7. 大学病院において女性医師が活躍できるための環境整備のための支援を行うとともに、周囲の社会的環境を整えるため学校教育におけるジェンダー教育を強化し、更に国民への啓発・広報を行う。(文部科学省、厚生労働省)

環境整備としては、保育所・学童保育施設・更衣室等の整備、時間短縮労働・育児部分休業・宿日直の免除等の体制整備ならびにそれに係る人員配置等が考えられる。

参考

- (1) 国立大学医学部における医学教育の指針 ― 国立大学医学部長会議からの提言 ― 平成28年度版 (http://www.chnmsj.jp/granddesign_H28.pdf)
- (2) 卒前卒後のシームレスな医学教育を実現するための提言 日本医師会会長 横倉義武 全国医学部長病院長会議会長 新井 一 平成30年5月21日
- (3) 医学教育アクションプラン 全国医学部長病院長会議 医学教育委員会策定(平成29年 9月6日) 理事会承認(平成9月22日)