

厚生労働省医政局長
吉田 学 氏



《インタビュアー》
押淵 徹・国診協会長
(長崎県・国保平戸市民病院長)

医師の働き方改革の議論と 地域での総合診療専門医の役割



大詰めを迎える 医師の働き方改革の議論

押淵 本日は、大変お忙しい時間をいただきまして本当にありがとうございます。

吉田 こちらこそ、お世話になっています。

押淵 地域における地域包括ケアシステムのさらなる充実を図っていくためにも、私たち国診協も国の政策と歩調を合わせながら取り組んでいきたいと思っています。医師の働き方改革は5年の間にある程度の目標が立ったように思いますが、局長の考え方を話しいただけますでしょうか。

吉田 医師の働き方改革のうち、特に今話題になっている長時間労働の是正や時間外労働時間の規制については、医師を除く医療機関の関係者の方々には罰則付きの法定上限として新しいルールが2019年4月1日から適用されます。一方、医療機関における労働時間管理、働き方改革に向けたタスクシフト・タスクシェアというそれぞれの病院における業務のあり方の見直しについては、大至急取り組んでいただかなければいけない話だと思います。

医師については2024年4月まで法定上限の適用が猶予されていて、わが国の労働者に対するルール、いわ

ゆる一般則（一般の規則）と言われるルールとは別の、医療の特性に着目したルールをつくる形になっています。その議論を今、医師の働き方改革に関する検討会で精力的に進めていただいています、その大詰めを迎えている段階かと思います。

医師の働き方改革は 日本の医療がよくなるルールづくり

押淵 2024年までの延べ5年間の間にある程度、現場での医師の働き方改革の将来に向けての整備をしていくという考え方でいいのでしょうか。

吉田 そうです。検討会にお示ししている資料（「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」平成28年度厚生労働科学特別研究）にもあるとおり、病院勤務医の勤務時間を見ると、時間外労働が月80時間ラインを超えている方が約4割です。年に換算すると1,900~2,000時間を超えて働いている方が1割という実態があります。ただ、勤務している医師が、自分の労働時間すべてを仕事の時間として回答されていますが、厳密な意味では労働時間ではありません。たとえば、自己研鑽のために院内におられる時間も入っていると思われます。また、調査後、働き方改革が進んでいる医療機関においては、この時間は短くなっていると思われます。

今後、まずは医療機関の労働時間の管理、マネジメントをしっかりしていただく。同時に、一医療機関だけでは医師の働き方改革を行うには限界がありますので、患者さんの上手な医療のかかり方を見直していただくことや地域医療のあり方についても議論が必要だと思っています。また地域医療の中で、当該医療機関がどういう機能・位置づけにあるのかということも念頭に、法律の上限時間というルールを考えなければいけないと思っています。

いずれにしても、医師の健康な働き方と地域医療をどのように両立させていくのか、なかなか難しい課題ですが、この両立を図ることを考えながら、トータルで見れば「医師の働き方改革を通じて、患者さんにとっても日本の医療がよくなる」ルールづくりを検討会

において議論していただいているところです。

押淵 医療の質をさらに高めていくという観点から、医師の働き方改革もそこに目標を置いた政策を、これから先つくっていくというお話をうかがったように思います。

吉田 医師の働き方改革の議論をしていると、現在の医療政策や地域包括ケアの実現に向けて、既に取り組んでいる4つの課題があることがわかります。1つは地域医療構想の実現で、全国の地域で2025年の地域医療の形として病床機能、医療機関間の連携、場合によっては集約化を地域の皆さんでまず見える化をして、それについての話し合いを通じて実現していくプロジェクトが今進んでいます。2つ目は2018年に医師の偏在対策法をつくらせていただきました。医師不足や地域医療を守る観点から医師を必要としている声に対応するためには、地域や診療科の偏在を是正しなければなりません。3つ目が医師の働き方になります。これら3つはみんなつながっていて、現在一斉に地域で取り組んでいただいています。さらに4つ目は、トータルとして医療の質をどのように考えるのかということ念頭においた取り組みをしなければいけないと思っています。

押淵 よくわかりました。国の政策のあり方がきちんと歯車を合わせるようにして、全体的に進められていることが局長のお話の中でうかがうことができたと思っています。一方で、今後専門医制度の中で総合診療専門医がたくさん生まれてくれば、きっと今の課題の中の大きな役割を果たすものだという思いでいます。私ども国診協もいままで総合診療専門医の構築、普及や啓発に努めてまいりましたが、なかなか進まないところがあります。多分、それには150年も培われてきた専門医制度の中にもその姿がなかったため、若い医師たちにとっては、総合診療専門医とはどんな姿なのか明確に見えていないからだと思います。

初年度で183人、2年目で150人程度の応募であったという結果から見ると、まだまだ先行きが見通せないところがあるかと思っています。先ほどのお話にもあり

ましたように、この問題の解決策の一つには、やはり総合診療専門医が第一線で活躍をしていけば、大きく変わっていくものと期待しています。総合診療専門医の認識を国民にも新たに誕生してくる若い医師たちにも、どのように提示していけるものかということが、少し見通しが立たないところですが、何かお考えがございましたらお話していただけないでしょうか。

地域医療を取り組む国診協が 総合診療専門医の姿そのもの

吉田 専門医制度については関係者の方々の長い議論があって、1つ目はどのような仕掛けで専門医という認定の仕組みをつくるのか、2つ目はつくった後に、スペシャルティとしてどのような領域分野を整理して、それぞれの関係学会が中心になって質の担保・医療の高度化・専門性を向上することについて取り組めるのか、3つ目はカリキュラムやプログラムという養成課程において、どのような地域医療になるのかを学んでいただきながら専門性を高めることができるのかという、これら3つをどうするのか。そして、それぞれをどのようにスペシャルティごとの質の向上を学会の関係者の方々と図っていただくのか。その養成課程で地域医療も影響を及ぼさないことや地域医療にとってもその専門家の方が大事だということを、相互作用で行っていただくという3つの取り組みで、専門医機構を中心に1年間、慎重な議論を行って発足したところだと思っています。

課題は多いと思います。プロフェッショナルフリーダムオートノミーのもとでできた日本専門医機構に対して、2018年の法改正で厚生労働省からも意見を申し上げるという仕組みをつくらせていただきました。その中で、これから専門医制度の実態をよく見させていただきながら、関係者の方々の意見もうかがって、厚生労働省としてはきちんと機構に対しては意見も述べるということが基本だと思います。その上で今、押淵会長が言われたように総合診療専門医という分野については今後、大事な分野でありますし、地域医療とい

う観点からも期待するところが大きいと思っています。

われわれとしては、若い医師や学生一人ひとりの専攻であり希望であるので、総合診療専門医への流れはできていると思います。その流れを具体化し、強めていくために、ロールモデルとして取り組んでいる国診協や地域医療に先行している方々にきちんと形を示していただくことで、総合診療専門医が地域医療にかかわる姿が想像できれば、必ずや選ばれるものと思われまます。そういう好循環をつくっていくことが大切だと思っています。

押淵 局長のお考えには大変心強く思っております。実は総合診療専門医制度は、まだしっかりとした土台ができ上がっているわけではありません。とりあえず走り出しましたが、3年間の専攻医期間中にすべてがそこで完結するのではなく、専門医を獲得した後にさらにその方がどの地域で、どういう現場で仕事をするのかということに至ったとき、サブスペシャルティとしての質を上げていくことで、他のスペシャルティの学会ともこれから先も協議を進めていかなければならないと思っています。われわれ国診協や全自病協では、家庭医と病院総合医の中間的な役割をもつ地域包括ケア医を誕生させています。その医師たちが各地域で活躍するならば、地域包括ケアシステムそのものは、さらに充実していくと思います。

そういう意味で、若い医師たちが私どもの医療の現場に身を投じていただければ、2年か3年でサブスペシャルティは備わっていくものと思っています。しかし、そこまでにどのようにして誘導できるのかと常に思っています。地域包括ケアを充実させていく医師としての概念や目標は立てられても、それをどのようにしたら実現できるのかという部分がはっきりさせられていないということが、私どもが今じくじたる思いをしているところではあります。

地域で課題になっていることは、生活習慣病がベースにあることだと思います。その生活習慣病は予防・保健のレベルから医療・介護のレベルまで一貫した流れの中で、行われなければならないと思います。第一

INTERVIEW

INTERVIEW INTERVIEW INTERVIEW INTERVIEW INTERVIEW INTERVIEW INTERVIEW INTERVIEW

線の医師たちがしっかり予防活動に取り組めば、生活習慣病の重篤化は防げます。そのためには、総合診療専門医が予防保健事業にも参画していただければ、保健・医療・介護・福祉の一体的な事業が身を結ぶのではないかと考えています。

吉田 今、押淵会長が言われたお話で3つのことが言えると思います。1つは地域包括ケア医に込められている思いからすれば、従来の臓器をみる医療ではなく全人的かつ生活全体を捉えるという中において、多職種として物事を見ていくことだと思います。2つ目に予防という一人ひとりのライフヒストリーの中での物事の経過を考えたときに、今、厚生労働省では2040年という次のマイルストーンに向けて、政策を改めて考え直さなければいけないと考えています。具体的には、現役世代の急速なる縮小が起こる中で、2040年に向けて医療や介護というヒューマンサービスの生産性を上げることが課題になると同時に、全体の取り組みの中で健康寿命を延ばすために何ができるのかだと思います。

3つ目は専門医という資格制度について学会や関係者の方々が議論されて、総合診療専門医という形で基本領域の19分野の一つとして位置づけられました。それを関係者の間でどのように整理して見える化して、どのようなメッセージを送るのが課題だと思います。それは、専門医という資格の中での総合診療専門医のあり方をどう考えるかです。この3つが重要な視点で、それぞれつながっていると思いますので、国としてもきちんと整理しながらそれぞれの取り組みの中に落とし込んでいかなければいけないと思っています。

いのちをまもり、医療をまもる 国民プロジェクト宣言と「人生会議」

吉田 2つのことを新たに申し上げたいと思っています。1つは2018年に上手な医療のかかり方を広めるための懇談会を開催したことです。医療の専門家以外の方々にも幅広く集まっていただき議論いただきまして、「いのちをまもり、医療をまもる」国民プロジェクト宣言というアピールを出していただきました。地域医療

で毎日患者さんや住民の方々と接している国診協の皆さんにも、国民プロジェクト宣言を受けとめていただけるとありがたいと思います。

2つ目は本人の意思に沿った医療・ケアが行われるように、前もって本人が家族や医療・ケアチームと人生の最終段階における医療・ケアについて繰り返し話し合うプロセスのACP（アドバンス・ケア・プランニング）です。患者さん側の上手な医療のかかり方や医療との接し方の議論の一つとしてここ数年、医療関係者の方々では非常に熱心な議論があり、一定の方向性が固まっていると思います。しかし、国民の皆さんにとってはACPといわれても、よくわからないことと思います。そこで有識者の方々にお集まりいただき愛称を公募をしたところ、1,073件の応募の中から「人生会議」という名称に決定しました。国診協の皆さんには、「人生会議」という考え方や行動を広めていただけるとありがたいと思います。

押淵 それはわれわれ国診協の役割だと思いますので、会員施設に呼びかけていこうと思います。

吉田 よろしく願いいたします。

押淵 ご助言をいただきまして本当にありがとうございます。

吉田 人生の最終段階をどのように迎えるかはご本人の自己決定であり、その旨を明確にしておいていただくことが大切です。いよいよ最期の時を迎えると、ご家族の方や周りの方々が延命処置等の医療にかかわってくる実態もありますので、いわゆるエンディングノートのようなものにご本人の延命処置等の医療についての意思を明記していただいた上で、周りの方にもその考え方を共有していただくためには、さらに「人生会議」の議論が必要だということです。あわせて、PRをしていただければありがたいと思います。

押淵 ありがとうございます。局長からのお話を受けて、ますます国診協のこれからの方向性が定まったように思います。本日は本当にありがとうございました。

(インタビュー収録日：2019年2月6日)