展望と
今後の医師確保対策」

医師確保対策における病院の人事戦略を探る～

Part 1
奈良県立医科大学　公衆衛生学講座　教授
今村　知明氏

Part 2
公益財団法人　大原記念倉敷中央医療機構　倉敷中央病院　副院長
救命救急センター　センター長／総合診療科　主任部長
人材開発センター　センター長
福岡　敏雄氏

Part 3
エムスリーキャリア株式会社　医師キャリア事業部
常勤紹介グループ
高浦　大輔氏
エムスリーキャリア株式会社　事業開発部
中川　加菜氏

Part 4
社会医療法人杏嶺会　人事部部長
前田　昌亮氏

Part 5
社会福祉法人 岡山博愛会
事務局長
三宅謙太郎氏

Part 6
医療法人社団永生会
理事長補佐　在宅統括部長
中村　哲生氏

29年度に医師需給は均衡 それ以後は供給過剰に

厚生労働省が2年に1度実施している「医師・歯科医師・薬剤師統計」の調査結果によると、我が国の全国の届出医師数は20年12月31日時点で33万9623人に上り、毎年3500～4000人ずつ増加している。ただ、医師の地域・診療科偏在は未だ解消されず、各医療機関は医師確保に奔走しているのが実情だ。

医師の確保・偏在対策を巡っては、国を挙げてこれまで▽医学部での地域枠の設定▽都道府県別の研修医募集定員の上限設定▽都道府県別・診療科別の専攻医採用数の上限設定▽医師少数区域経験認定医師制度の創設▽医師偏在指標による医師確保計画の策定▽外来医療計画の策定―などに取り組んできた。

例えば、医学部入学定員は08年以降、地域枠や研究医枠など臨時定員数を段階的に増やしてきたこともあり、今年度の総定員数は9384人（地域枠961人と研究医枠27人を含む）にまで増加している。来年度も19年度の総定員数（9420人）を上限とし、当面は医師数の供給数の確保が見込まれる。

厚労省の「医師需給分科会」は、昨年2月7日付の「第5次中間とりまとめ」の中で、将来の医師需給に関して「29年頃に均衡し、その後も医師数は増加を続ける一方で、人口減少に伴い将来的には医師需要が減少局面になるため、医師の増加のペースについては見直しが必要」と提起している。一方で「医師の地域偏在・診療科偏在は依然として存在する」とも指摘し、偏在対策に向けた一層の取り組みの実施を提言している。

次期医療確保計画を策定 「多数区域」から「少数区域」へ

医師の地域偏在を巡っては、都市部に医師が集中し、地方では少ない傾向が依然として続いている。国が算定する医師偏在指標（3次医療圏・2次医療圏ごとに地域の医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成などを踏まえて医師の多寡を統一的・客観的に示す指標。指標の上位33・3％を医師多数地域、下位33・3％を医師少数地域として区分）に基づく3次医療圏の偏在状況を見ると、医師が多いのは東京都、京都府、福岡県などで、岩手県、新潟県、青森県などは少ない。2次医療圏では、例えば首都圏1都3県の場合、東京都中央部（医師偏在指標789・8）が

特集

「我が国の医師数の将来 どうなる病院の

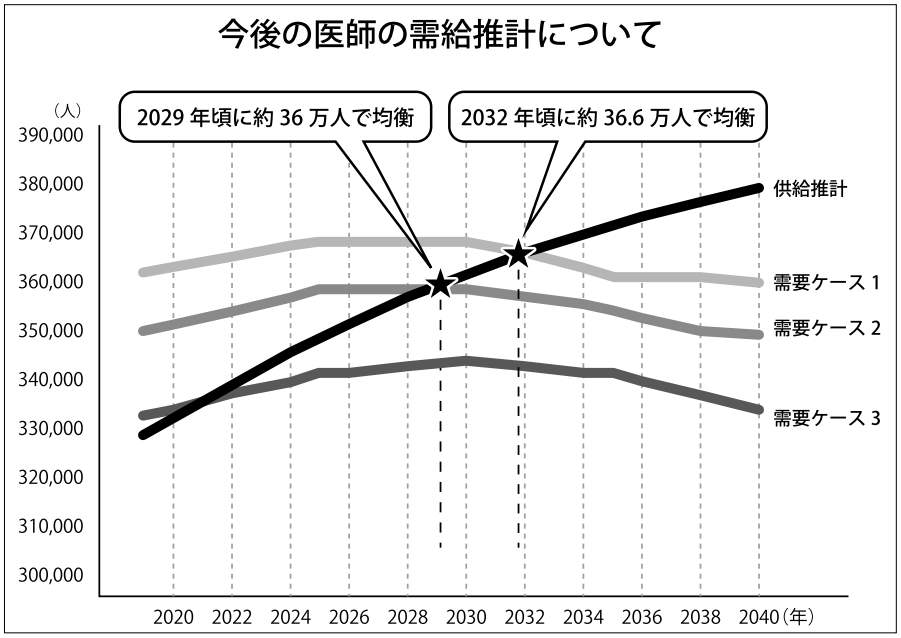
～施行直前の「医師の働き方改革」の最新動向と困難を極める

OECD（経済協力開発機構）加盟国38カ国の国民1000人当たりの医師数を比べると、オーストリアの5.5人が最も多く、次いでノルウェー（5.2人）、ドイツ（4.5人）が続き、我が国の医師数は2.6人と下位に位置する。一方で、厚生労働省は2029年頃に医師需給が約36万人で均衡し、それ以後は医師の供給過剰になると見通している。そうした状況下、現場では医師の地域偏在や診療科偏在は未だ解消されず、各医療機関は医師確保に苦心惨憺している。さらに来年度から始まる「医師の働き方改革」によって市中病院での医師不足に拍車を掛けないかが懸念されるところだ。

そこで、「Visionと戦略」9月号特集では、医育機関、臨床研修病院、医師等紹介会社、急性期、回復期、在宅医療それぞれに特長を持つ医療機関を取材し、我が国の医療提供体制の構築を左右する医師不足の実態や、各医療機関での医師確保に向けた人事戦略、「医師の働き方改革」が及ぼす影響などを探った。

最多で、東京都島しょ（大島町等、131・6、数値はいずれも暫定値）が最も少なく、約6倍の開きがある。こうした地域偏在の解消に向け、各都道府県は来年度を開始年度とする第8次医療計画・医師確保計画の策定作業に入っている。「医師多数区域」から「医師少数区域」への医師の流れをいかに促進するかが大きな課題だ。

一方、来年4月1日から医師に対する時間外労働の上限規制の適用が始まる。これに伴い、大学病院が宿日直許可を取得していない医療機関で当直勤務をしている医師に対して残業時間を抑えるために外勤の禁止を出す可能性もある。実施まで残り7カ月余りに迫る中、各医療機関には医師確保に向けた早急な対策の実施が急がれる。



■供給推計　今後の医学部定員を 2020 年度の 9,330 人として推計。
※性年齢階級別に異なる勤務時間を考慮するため、全体の平均勤務時間と性年齢階級別の勤務時間の比を仕事率とし、仕事量換算した。
■需要推計　労働時間、業務の効率化、受療率等、一定の幅を持って推計を行った。
・ケース 1（労働時間を週 55 時間に制限等≒年間 720 時間の時間外・休日労働に相当）
・ケース 2（労働時間を週 60 時間に制限等≒年間 960 時間の時間外・休日労働に相当）
・ケース 3（労働時間を週 78.75 時間に制限等≒年間 1860 時間の時間外・休日労働に相当）
図表：厚生労働省「第 35 回医師需給分科会」資料を基に編集部作成

働き方改革「大変なことが起きる」大学病院の医師へ外勤禁止命令も女性が働きやすい職場環境づくり

来年4月以降に対策が十分でない現場で大変なことが起きる――。2024年度より施行される「医師の働き方改革」を受け、現場では大混乱が発生し、医療提供の崩壊を危惧しているのが、奈良県立医科大学公衆衛生学講座教授の今村知明氏だ。我が国の医師確保における偏在問題や医師養成の動向、働き方改革による現場への影響と対策などについて話を聞いた。

奈良県立医科大学
公衆衛生学講座　教授
今村 知明 氏
Imamura Tomoaki

■我が国の全国の届出「医師数」は2020年12月31日現在で339623人に上り、29年頃に医師需給が均衡すると推計されています。我が国の医師数の国際的な比較と医師の地域偏在、診療科別の過不足を巡る問題についてどのように捉えていますか。

今村　「OECD Health Statistics 2022」によると、日本の医師数は人口1000人当たり2・6人とされ、OECD（経済協力開発機構）加盟国38カ国の中で、依然として少ないと認識しています。例えば、最も多いのがオーストリアで5・5人、次いでノルウェー（5・2人）、ドイツ（4・5人）が続き、フランスは3・2人、イギリスは3・0人、アメリカは2・7人となっています。

これから日本の総人口は減少していきますので、人口当たりの医師数は上昇していきますが、高齢化に伴う病者数は増えるため、病者当たりの医師数は減少していきます。そのような難しい構造の中で、現時点で医師数は減らすわけにはいかないと考えています。

医師の地域偏在については、医師が都会に集中していることから、都市部に専攻医のシーリングをかけることで地方に医師を回そうとしています。しかし専攻医を都市部で取得したいという医師が非常に多く、専攻医のシーリングの継続と撤廃というせめぎ合いを繰り広げている状態です。

医師の診療科偏在に関しては、以前より診療科別の過不足の問題が取り上げられていますが、現実的には効果的な施策を講じることができていないと認識しています。ただ、緊急医師確保枠に指名されているところでは、医師が従来に比べ確実に増えていて、産婦人科、小児科、救急などの偏在は徐々に是正されてきています。しかし、偏在が完全に解消されたわけではありません。

一方、分娩件数は劇的に減少しています。今年1月1日現在の20歳の人口は117万人ですが、22年の出生数は77万人にまで減少しています。このトレンドが続くと、20年後には50万人台になると予測されています。現時点で産婦人科、小児科の医師が不足していることは間違いありませんが、医師の養成には10年を要するので、10年後にどうかというと別の問題となります。産婦人科、小児科の医師不足と子どもの減少の関係をどう扱うかは難しいところがあります。

■20年の「医師・歯科医師・薬剤師統計」調査の結果によると、医師の平均年齢は全体で50・5歳と10年間で1・4歳上がり、特に診療所は60・2歳と高齢化が進んでいます。地域での医師の高齢化に伴う医師不足の現状と今後の影響をどのように見通されていますか。

今村　医師の高齢化に関しては、医師が不足している中で高齢化に伴うリタイアにより、医師不足の問題をさらに悪化の方向に傾ける要因になっています。例えば、産婦人科、小児科を目指す医師は増えてきましたが、地域でクリニックを開業するまでの年齢には達していないため、医師の高齢化をうまく補う状態になっていないのが現状です。

■医育機関における医師養成の動向や海外から我が国の医師を目指す動きについて教えてください。また今後の医師需給についてはどのように予測されていますか。

今村　大学医学部の入学定員に関しては、緊急医師確保枠の廃止を巡る議論もありましたが、時期尚早という結論に至り、最終的には緊急医師確保枠や地域枠、地元出身者枠などを継続することが決まりました。来年度の医学部総定員数も昨年度までと同様に19年度の９４２０人を上限としています。向こう８年ぐらいは全国レベルで新たな医師が毎年３５００～４０００人ずつ増加することが予測されます。

また、海外医学部を卒業し、日本の事前試験を受けて、その通過後に医師国家試験を受験するという医師も増えてきています。東ヨーロッパの大学が日本人の学生誘致に積極的に取り組んでいます。特にハンガリーの大学を卒業して日本で医師になっている人が増えていると実感しています。

医師のリタイアなどを踏まえると、実働では毎年２０００～３０００人ずつ増えていくという流れになります。新たに誕生する医師が都会ばかりに集中しないようにすることですね。

■第８次医療計画には、各都道府県における医師確保計画の策定が盛り込まれていますが、そのポイントを教えてください。

今村　厚生労働省は今年３月31日に医療計画に関する医政局長通知を発出しました。この中で医師確保計画の策定に当たり、医師偏在指標の算定式を見直すとともに、医師数について医師が多い地域は高い目標を定めず、少ない地域は高い目標を設定して、医師が多い地域から少ない地域に配置されるような取り組みを推進しています。

また医学部入学者に占める女性の割合が３～４割に増える中、妊娠中の支援や子育て支援に関して個々の医療機関の取り組みだけではなく、地域の医療関係者、都道府県、市区町村などが連携し、産科と小児科に限らず全診療科を対象に、地域の実情に応じた取り組みなどを求めています。

■貴校における医学教育の特長や医学生の変化などがありましたらお聞かせください。

今村　当校医学部医学科の入学試験は、後期試験を重視しています。前期試験、後期試験の募集人数はそれぞれ22人、53人で、23年度の倍率はそれぞれ10・2倍（志願者数＝２２４人）、18・8倍（９９７人）と高くなっています。偏差値もかなり上昇し、東京大学理科三類、京都大学医学部に次ぐ全国で３番目にランキングしています。入学者の層も以前に比べて大きく変わってきています。

■我が国の近年の医学教育や医師国家試験についてはどのような変化がありますか。

今村　日本では米国の医学教育を標準教育と位置付けて、臨床教育を重視し始めています。臨床教育の単位数が増加し、４年生の半ばからＣＢＴ・ＯＳＣＥの共用試験を受けて、６年生の前半まで臨床実習を行います。例えば、臨床実習では２週間で全診療科を回り主な診療科を３カ月間で回るという方法と、１週間で全診療科を回り１カ月ずつのスパンで多くの診療科を回る方法など各大学で異なります。実習を含む臨床教育の期間が以前に比べ１年増えている状況です。

一方、哲学、数学、物理などの一般教養や、基礎医学、教養医学の単位数が減少しています。１年生の終わりから人体解剖学の学習も始まるなど、医学教育の開始がかなり前倒しされています。

医師国家試験については、試験期間が３日から２日に短縮され、問題数も５５０題から４００題へ減少しました。問題数が減った分、ムラのある試験勉強をすると不合格になる可能性が高くなっています。

合格率は、全体で90％前後の横ばいで推移し、新卒者が95％ぐらいで、既卒者が60％前後です。各大学は合格率90％以上で順位を競い合っていて、１人、２人の合格者数の増減で昨年は１位でも今年は40位以下と順位の入れ替わりが激しくなっています。近年は大学ごとの留年率や、医学部６年間の教育を経てストレートで医師国家試験に合格した人の割合なども公表するようになってきています。

■卒後医師臨床研修制度の現状と今後の在り方についてはどのように捉

えていますか。

今村　卒後医師臨床研修制度は、うまく運用できていると思います。大学医学部を卒業して2年間は研修医としてある程度の給料をもらいながら働くという仕組みが根付いています。7割以上の医師が大学病院以外の外部の臨床研修病院で2年間勤務した後、大学に戻ってくるという流れが多くなっています。

■我が国で少子化が加速する中、大学医学部の入学志願者数はどのように変化していますか。

今村　大学医学部の入学志願者数は、約20年前は毎年6、7万人ほどでしたが、15年前から5年前には毎年12、13万人に増え、現在は毎年10万人ぐらいだと思います。少子化の流れの中にありますが、医師への志望思考は高止まっているという印象です。特に不景気の時ほど医師を志望する人が増える傾向にあります。今後も景気が良くならないかぎり医師を目指す人の動向に大きな変化はないと予測しています。

■文部科学省は今年5月に「今後の医学教育の在り方に関する検討会」を設置し、今村先生は同検討会委員を務められていますが、どのような議論が焦点になっているのでしょうか。

今村　検討会は、将来における日本の医学・医療ニーズに対応し、今後の医学教育の在り方に関する専門的事項について調査研究を行うのが目的です。検討事項としては▽学部と大学院における医学教育の改善・充実▽医学部臨時定員を含む医師養成の在り方▽大学病院における教育研究環境の充実▽その他―を取り上げています。

その中で、来年4月1日に施行される医師の働き方改革に対する大学病院の対応が最大のテーマになっています。今年7月12日に開かれた第3回会合では、全国医学部長病院長会議、日本病院会、日本医療法人協会から、それぞれ大学病院における医師の働き方に関する調査研究、大学病院の在り方などについて意見を聞いており、この問題の難しさを痛感しています。

■来年4月1日に迫る「医師の働き方改革」の施行まで残り8カ月余りとなりましたが、現場の対応状況についてどのように受け止めていますか。

今村　各病院、グループ病院などが対策を講じ、落ち着いてきたと言っていますが、来年4月以降に現場で大変なことが起きると危惧しています。大学病院だけのことであれば、医師の働き方改革はクリアできるでしょう。しかし医師の残業時間が多いのは、大学病院の医師が外部の病院で働いているからです。医師の残業時間で最も多いのが当直です。週1回の当直をしていたら、週14時間の残業時間で、年間では７００時間を超えます。2週に1回の当直でも週7時間の残業時間となり、年間で３５０時間以上になります。

一般病院が労働基準監督署より宿日直許可を取得していれば、当直は残業時間にカウントされないので、残業時間が年９６０時間、年１８６０時間を超える人は劇的に減少するでしょう。しかし宿日直許可を取得していなければ、来年4月以降、大学病院の医師が一般病院で当直勤務を行うことはできなくなるでしょう。今後、一般病院で宿日直許可を取得できない、もしくは宿日直許可の取得が遅れたところは大変なことになると不安を抱いています。

特に救急病院が宿日直許可を取得できない場合、医師を増員しなければいけません。例えば、大学病院の場合、約40人の医師が当直しています。宿日直許可が取得できず、勤務となれば、医師の休みも考えると約60人の医師を増やさなければいけないです。中規模の病院の場合、宿日直許可を取得できなければ、新たに3、4人の医師を増やさなければいけなくなり、全国的にかなりの医師不足が起こります。

一方、ＩＣＵ（集中治療室）で宿日直許可を取得できたという話も聞いています。労働基準監督署は医療崩壊にならないように、医療提供を維持するためＩＣＵにも宿日直許可をやむを得ず出したと思います。しかし当直にはならないようなところで暫定的に許可することは本来の制度の趣旨に反します。どちらにしても行き詰まっている状況にあります。

■大学病院による医師の外勤対応はどのように変わりますか。

今村　大学病院は宿日直許可を取得していない一般病院への医師の

外勤禁止命令を出す可能性があると思います。そうすれば、大学病院での医師の働き方改革の問題は解決します。しかし一般病院に医師が回らなくなり、地域の医療提供は崩壊しますし、大学病院の医師も外勤による収入が減少します。仮に医師が大学病院から給料の高い病院へ移ることになれば、大学病院も医師が不足し、医療提供が崩壊するという自滅的な結果になりかねません。そうなれば、大混乱が起きるのではないかと危惧しています。

■来年4月1日の施行までの間に、病院はどのような対策を講じるべきですか。

今村　まず宿日直許可をどれだけ取得できるかが焦点になると思います。これから大学病院は医師の労務管理を徹底し、外部の病院での残業時間を正確に把握することになるでしょう。宿日直許可を取得できず、残業時間として取り扱った場合に、年960時間、年1860時間を超える人がどれだけいるのかを調査することになります。まず1860時間を超える人の外勤禁止命令から始まるのではないでしょうか。大学病院の救急の医師は従来の当直ではなく、勤務扱いになるため、外部の病院で働けなくなり、収入が減少するという事態が起きるのではないかと思われます。

■地方の国公立病院や民間病院では医師確保に困難を極めています。また人材紹介会社への多額な紹介料の負担は病院経営に少なからず影響を与えていますが、この現状をどのように受け止めていますか。

今村　初期臨床研修、後期臨床研修で人気の高い病院には医師がたくさん集まり、その病院で全員を雇用できないという状況があります。医者の中には無給でもいいので、研修を依頼するような状況があります。それに対して医師が不足している病院では、医師の給料を上げたり、紹介してもらったりして集めていますが、そのような理由で集まった人の定着はあまり良くなくて、より一層困っているという状態だと思います。それは制度的な問題なのか、病院としての努力、人気の問題なのか、難しい面があります。

ただ全体的に言えることは、若い先生は専門医を取得したいので、専門医を取得できる病院の診療科はそれほど困っていないという実態があります。このため、指導医がいるかどうかがキーポイントになると思います。例えば、皮膚科の指導医が在籍している病院であれば、大学病院もたすき掛けで医師を送りたいという発想になります。

病院経営上、各分野の指導医をどれだけ確保できるかが大きなキーポイントになっています。指導医数が大学病院の医局から送ってもらえる医師数と相関するという状態です。そこは明暗がはっきり分かれているところですね。

■医師を確保するための人事戦略がありましたらお聞かせください。また成果を挙げている好事例がありましたらご紹介ください。

今村　大きな病院であれば、臨床研修病院の指定を受けるような熱心な体制が必要です。後期研修医を受け入れるとなれば、病院としてのサポートがないと難しく、後期研修医をどう集めるかということと連動してきます。若い医師の場合、休暇を取得しやすいのかなど病院の福利厚生を必ずチェックしています。また臨床現場で女性医師が増えているので、例えば、女性用当直室はあるのか、当直室のそばにあるトイレは男女で分かれているのかなど、病院側の努力として対応しなければいけないことがあります。出産、育児などの場面で女性が働きやすい職場の環境づくりは、病院にとって重要なテーマとなります。

中小病院の場合、医師確保には病院長や理事長の熱意が大きく寄与します。地域で頼りにされている病院は、医師の確保にも成功しています。経営陣の姿勢が一番大きいと思います。

研修医を安全に最前線に立たせ フィードバックで成長を導く

常勤医師562名の倉敷中央病院（1172床、37診療科）には毎年、研修医が20～30名入ってくる。育成方針はスーパーマンよりもチームメンバーをつくり、20年後にどんな状況になっても国民の要請に応えられる医師を輩出すること。大学病院と民間病院の双方で研修制度改革を主導した福岡氏に研修のあり方を聞いた。

公益財団法人　大原記念倉敷中央医療機構
倉敷中央病院　副院長
救命救急センター　センター長
総合診療科　主任部長
人材開発センター　センター長

福岡 敏雄 氏
Fukuoka Toshio

■福岡センター長のご経歴を紹介していただけますか。

福岡　大阪大学医学部の卒業生ですが、当院では大阪大学出身の医師はきわめて少数です。私は卒業後に入局をせず、大阪大学病院で1年目は泌尿器科、2年目はICU、3年目は大阪府立病院麻酔科で研修を受けました。集中治療医を目指し当院の循環器内科を紹介されました。大学のICUの上司と、科の主任部長が高校の同級生だったことがきっかけです。「集中治療をやりたいと思っています。循環器内科医になるつもりはないですが3年勉強させてください」と申し出て採用されました。

その後、その上司が名古屋大学病院でICUを立ち上げることになり1992年に合流しました。ICUを立ち上げ、救急を立て直し、1999年の卒後臨床研修センターの設立にも参画しました。

ただ、10年経過した頃から自分は一般病院に向いていると感じるようになり、2006年に当院に再就職しました。当時は当院の研修希望者が減少傾向でした。公募制の研修制度を始めた当初は多くの希望者がいましたが、研修制度を整える病院が増えたことで競争力を失いつつありました。病院側から「まず救急研修を立て直してほしい」と言われ、毎朝毎夕、研修医とカンファレンスを開き、一緒に診療を行って、研修医にいろいろな仕事を任せられる仕組みを作りました。

■2004年に始まった臨床研修医制度が約20年経過しました。どのように評価されますか。

福岡　すばらしい効果があったと感じます。その効果は医学教育全体に及びました。開始後、様々な意見を受けながら見直しと推進がなされ、卒前医学教育も専門医制度もどんどん整えられてきました。国民や社会に与えたメリットは大きいと思います。

ちゃんとした医師をちゃんと育てることに重点が移っていき、大学では問診や診察の評価を実技試験で行うようになり、評価された医学生のベッドサイドラーニングの時間はどんどん増えていきました。私が関わった名古屋大学の授業改革でも、シミュレーターを使った蘇生教育が開始され、一方的な授業から症例中心のチュートリアルなど、かなりダイナミックに変えました。準備状態が全く変わったのです。卒業した時点でとりあえず診療ができるようになりました。しかも標準的に教えられ、標準的な卒後研修を受けるので、現場の医師教育の負担は減っています。

かつては、担当教員が自分の専門領域だけを教える例も散見されましたが、コアカリキュラムで教育内容が標準化されました。同じように医師を育てる仕組みに向かったのです。

■臨床研修医制度はそれほどすばらしい評価を得ているのですか。

福岡　私のような見解を持つ医師は少ないかもしれません。この変革期に民間病院と大学と双方の教育研修制度作りに深く関わったことが、メリットの実感につながっています。この両者の経験を活かし、この病院で大学と遜色ない研修の実現を目指し、ほぼ全ての専門研修が可能な充実した研修環境を整備してきました。

■課題はありますか？

福岡　あります。卒前教育が充実したことで、臨床研修1年目の内容は大学でも学んでいるのではないのかと

いう疑問も出てくるでしょう。そうであれば臨床研修をもっと専門的な内容にシフトするとか、研修領域の拡充や期間の短縮を検討するべきではないかとか、いろいろな意見が出てくると思います。

ここで目指さなければならないのは、若い医師が20年後にどんな状況になっても国民や社会の要請に応えるプロであり続けられる、という点です。ここをクリアできるかどうかが、医師教育で重要な目標になります。この視点に立てば、時代や周囲の要請に気づき幅広く対応できる医師の養成に取り組むことが正しい方向と思います。

「今の研修制度はなっていない」と批判する人もいます。特に、私のような年配の医師は自分の専門知識や経験など自分のモノサシで若い医師を評価しがちです。これでは、どこまでいっても若い医師の能力は足りないと思えてしまいます。このような意見は独りよがりになりがちです。患者さんへのやさしさや思いやりを持った行動という点では、明らかに以前よりもレベルが上がっています。

■病院の力は医師数という意見についてはどうお考えでしょうか。

福岡　その通りだと思います。この病院の医師数は、２００４年ぐらいから急速に伸びました。当院には１９９０年の頃から「このままでは医師確保が難しくなる」という危機感があり、90年代後半に当時の医学教育学会の重鎮を呼び自前で指導医養成講座を開催し当時の病院幹部や診療科の中堅医師が参加しました。そして「これをやらないと病院がなくなる。研修医を受け入れる病院になろう」という具体的な目標が定まり、そこから病院が一致して研修医の指導体制を準備し、２００１年から公募を始めたのです。

それ以来毎年20～30名の研修医を集め、次にその研修医たちのために専門研修体制を整え、今の基盤ができたのです。

■医師が集まるのは差別化された研修を行っているからではないでしょうか。

福岡　当院で評判が良いのは救急研修です。昨年は総合診療科の評価が一番高かったのですが、それを除けば毎年高い評価をもらっています。研修で今の学生が求めているのは知識よりフィードバックです。「今診た患者さんにはこうしたほうがいい」ということを教えてほしいのです。即時・的確にフィードバックするには現場に指導医・上級医がいる必要があります。この仕組みづくりがキモ中のキモです。今、救急では現場で必ず指導医を後ろに配置するとか、研修医が相談する担当医を決めているとか、ふり返りを必ず行うとか、細かい仕組みを作り込んでいます。こうした仕組みの基本は私の入職前に作られていました。

うちの病院の医師にはスーパーマンもいます。でもスーパーマンを作るよりもチームメンバーを作る方が長期的には価値が高いと感じています。常勤医が５６０名もいる以上、お互いが調和的に仕事をしなければいけないことに注意を払っています。

■研修医にとって貴院の魅力は何だと認識されていますか。

福岡　安全に最前線に立てることだと思います。いきなり最前線には立たせず、たくさんの階段を用意しています。しかも現場では指導医がバックアップして、何かあった時にはきちんとフィードバックしています。そしてなるべく任せていきます。成長意欲の高い研修医にとっては良い環境だと思います。ただ規模が大きいため、改善すべき点にもたくさん気づくので、毎年工夫しています。

■研修医の受け入れに医師の働き方改革は関連があるのですか。

福岡　研修医の3～4割は女性ですし、医師になって身を粉にして働いてもよいと考えている人はほんのわずかです。身体を壊すことなく、働きながら成長できる環境を提供しなければ研修医から選ばれないでしょう。うちの病院は4～5年前から救急研修はシフト制を導入し救急当直をなくしました。長時間労働を防いでいます。

■中小民間病院は医師確保に苦労している上に、働き方改革に対応できないと医局から医師を派遣されなくなるという不安を持っています。助言をいただけますか。

福岡　周囲を見ても中小病院で医師を確保できている病院はあります。中小病院と括ることが問題を見えにくくしているのではないでしょうか。当院と中小病院では確保したい医師像も数も全く違うので参考になりにくいと思いますが、同じ規模・似た背景で採用できている病院と採用できていない病院は何が違うのかを見ることがヒントになると思います。

医師歴10年目以降に医局離れ 独自のキャリア形成に進む

医師数、地域偏在、診療科別過不足、医師の高齢化問題、2040年に向けた医師の需給見通し、あるいは医師の働き方改革などについて、俯瞰的に把握できる立場にあるのが医師転職エージェントである。医師の転職動向や、働き方改革はどんな現状にあるのか。大手エージェントのエムスリーキャリアの担当者に実態を聞いた。

エムスリーキャリア株式会社
事業開発部
中川 加菜 氏
Nakagawa Kana

エムスリーキャリア株式会社
医師キャリア事業部
常勤紹介グループ
高浦 大輔 氏
Takaura Daisuke

■お二人のご経歴と御社の概要や活動内容について教えてください。

高浦　エムスリーグループの最大の事業はメディカルプラットフォームの運営で、国内では医師の90%をカバーしています。グループ内でキャリア事業を所管しているのが当社で、主たる顧客は、医療機関、調剤薬局、ドラッグストア。基幹事業は医師と薬剤師の紹介です。近年は医療機関や調剤薬局向けのサービスを提供する事業も拡大しています。

私はIT企業でレセプトオンライン化や電子カルテ普及など公共事業のインフラ整備に従事したのち、10年前に当社に入社しました。以来、医師の紹介と医療機関の採用支援を担当してきました。

中川　2022年3月に入社し、それ以前は通信業界で13年働いていました。入社以降は医療機関向け採用ツールの開発を経て、働き方改革について月10回主催するセミナー講師や相談窓口を担当しています。

■日本の医師数、地域偏在、診療科別過不足、医師の高齢化問題、2040年に向けた医師の需給見通しなどについて、どのような見解をお持ちでしょうか。

高浦　現状、日本では医師1人が人口400人弱をカバーしていて、2040年にはカバー数は330人に減る見込みですが、高齢化率が上昇するので、医師の業務量が減るわけではありません。

現在の見通しでは、医師の需給バランスは2040年になっても変わらないと思います。数字の上では医師数は必要数を満たしますが、高齢化などの社会背景によって医療が必要とされる形が変わると考えます。仮に地域偏在が継続した場合、地方では住民の点在を背景に病院がカバーするエリアが拡大します。限られた医師数で広範囲を訪問診療することが求められてくるでしょう。

診療科別過不足も一定継続すると考えています。例えば周産期を診る医師が少ないという偏在問題は、先を見越してキャリアを考える医師が多いので、少子化で周産期医療が縮小していくことの裏返しではないかと思います。したがって将来の予測に基づく診療科の過不足は、前倒しで起きてくる可能性があります。今後を見据えた場合、高齢者医療を担当する医師の需要はより高まるはずです。

■医師の高齢化問題はどのようにご覧になっていますか。

高浦　私どものお客様の病院でも、地域の開業医が高齢化して閉院するので、地域のために外来を継続しなければならないという話を聞きます。今後は、日進月歩する高度医療は若手中堅の医師が中心となり、地域のゼネラルな医療は高齢医師が担う構図になっていくのではないでしょうか。医師のキャリアを考える上でゼネラルな医療提供する能力をどう身に付けるかが重要です。

■医師不足に対して、医師の養成数は妥当な水準なのでしょうか。

高浦　医学の定員は先を見越して設

定されているでしょうから、養成数に過不足はないと思います。ただ、医師不足の解消に繋がるかは別です。例えば地域枠は9年以上従事が要件で、それ以降は個々のキャリアを積む医師も多いためコントロールが難しいことが予想されます。2024年に備えて、養成数とその後のキャリアをセットで考えられるかが重要になります。

■医師にとっても医療機関にとっても医師転職エージェントの存在はきわめて重要です。業界の動向について教えてください。

高浦　今申し上げたように医師になって10年以降、キャリア検討で転職エージェントの活用が増えてきます。国内における転職エージェントの動向については、いわゆる大手と呼ばれる会社は変わっていませんが、なかには非常勤医師が中心だったエージェントが常勤医師に力を入れ始めたり、医師以外の医療機関専門エージェントが医師にまで領域を広げたりする例はあるようです。

この数年で大きく変わったのは、医師の働き方の多様性です。新専門医制度プログラムを修了した後、大学医局に残らず、自分の道を歩む傾向が強くなり、起業する医師も増えています。我々が考えている以上に、医師は多様な道を選択しています。

臨床なら、これまでの急性期か開業かそれ以外ではなく、地域包括ケアや回復期リハビリテーション、在宅医療あるいは自由診療や企業勤務も選択肢です。

■国内の医師転職エージェントで最大級といわれる御社の特徴についてお聞かせください。

高浦　最大級の所以である紹介数では、常勤・非常勤・スポットなどの雇用形態に対応し、全国規模で全診療科と各年齢層をカバーするなど、他よりも多くの数に対応しています。数が増えるとマッチングが複雑になりますが、複雑さに対応するための専門性とオペレーションを持っていることが、実績を裏付けていると思います。

■御社に登録する医師の勤務先病院を設置主体別に見た場合、何か特徴はありますか。

高浦　大学医局所属が大半です。医局人事から離れる時の相談先のひとつとして、当社が存在していると考えられます。その次に多いのが急性期総合病院で、よりゼネラルな医療に勤務を変えるとか、回復期・慢性期・在宅などへのフェイズに変えるとか、そうしたタイミングで活用していただいています。

さらに近年は、若手医師の転職意欲の高まりを感じています。相談をいただくのは専攻医プログラム後が多いため、一つの場所で長くキャリア形成する考えが変わりつつあるかもしれません。

■上手なエージェント活用方法について医療機関への助言がありましたらお願いします。

高浦　件数を多く扱っているエージェントを活用されるのがよいと思います。数が多ければ早めの採用や求める要件に合致する医師の採用にも対応できます。次に自院にない採用ノウハウや情報などの事例を得られることも、エージェントを活用する利点に挙げられます。

■医師の働き方改革の影響をどのように展望されていますか。御社の対応がありましたら教えてください。

中川　やっと大半の医療機関が働き方改革に向き合わなければならないと気付き始めました。国や自治体から改革の重要性が周知されていなかったと感じています。セミナーを主催していると「こんなに対応しなければならないのか?」「これをどう解釈すればよいのか?」など情報が偏在し、医療機関がスムーズに対応できない環境にあると感じられます。

複数の病院をかかえるグループ法人は各病院の事例を組み合わせて対策を進めていますが、それ以外はスムーズに進んでいませんし、対策が的外れだったり、過不足があったりする事例が散見されます。私たちは医療機関に日々接しているので、啓発が責務だと認識しています。

一方、医師は医療機関よりも改革の重要性に気付いていません。労働時間の削減を示していない病院が多いので、医師は働き方改革という言葉は知っていても、その重要性を体感していないのです。2024年4月以降、自分たちは労働者であることに気付き、適正に対価が払われているかに改めて関心を持つようになることは避けられません。病院にとっては大きな課題です。

人事部30名で採用マーケティング 医局と紹介会社を頼らず独自に採用

大学医局も人材紹介会社も頼らず、自前の採用体制を確立した杏嶺会。医師の自己実現欲求を満たせる職場環境を整え、30名の人事部員が、科学的な採用プロセス管理によりピンポイントで候補者を開拓している。稀有な採用手法を開発したヘッドハンター出身の前田氏に医師確保策を聞いた。

社会医療法人杏嶺会
人事部部長
前田 昌亮 氏
Maeda Masaaki

■前田部長のご経歴と杏嶺会と一宮西病院の概要を教えてください。

前田　2001年に同志社大学商学部を卒業後、キーエンスで5年間営業職に従事したのち、インテリジェンス（現パーソル）で転職者向けキャリアドバイザーとして2000名近くの転職者を担当、新規開拓営業も経験した後、ヘッドハンティング会社で人材スカウトに従事しました。杏嶺会に入ったのは2013年です。

杏嶺会が運営する医療機関の病床数は、基幹病院である一宮西病院（801床）を含めて約1500床。愛知県では上位10病院に入る病床数です。一宮西病院の職員数は1761名で、診療科は、内科、脳神経内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、小児科、外科、整形外科、救急科など35診療科で、救急搬送台数10897件、手術件数7780件、平均在院日数8・4日の病院です。

一宮西病院はもともと150床規模の病院でしたが、私が入職した時は270床でした。ここまで増床できた理由は、市町村合併で一宮市の公的病院が一時的に4病院に増え、民間移譲の案が出たことや、他医療機関の閉院等で病床枠が発生し、一宮西病院は病床数を確保しました。非常に珍しいケースで、運が良かったと言えるでしょう。

■通常は、医師と看護師の採用が追いつかないので、ここまでの病床枠に対して手上げしたくても、できないのではないでしょうか。

前田　杏嶺会は人事部を設置していたので、病床数と医療機能に応じて医師を採用できる体制がありました。民間移譲の条件は職員の雇用継続でした。移譲されたのちは退職を選ばれる方もいますが、人事部が採用に動いて退職者の穴をカバーできました。

この流れの中で、私は人事部以外に管理職として地域連携室、医事課、経営企画室を兼務していますが、地域連携室を通して収集したマーケット情報を人事戦略に活かせています。この部門間連携は杏嶺会の強みのひとつです。

病院が真に地域に役に立つ存在になるには、大学医局に頼らず独自に医師を採用できる体制が欠かせないと感じています。

■日本の医師数の過不足、地域偏在、医師の需給見通しなどについてご意見をお聞かせください。

前田　日本の医師数は飽和状態という意見もありますが、間違いなく地域偏在が起きています。東京と大阪は医師が足りているでしょうが、愛知県は全く足りていません。大学医局の現状をみると、医局に入局しない医師が増えています。この10年で医局に対する考え方が劇的に変わりましたが、多くの医師が博士号よりも専門医資格の取得に関心を移していることも、要因のひとつかもしれません。

この10年で一宮西病院の常勤医は6倍に増えて現在は200名弱です。臨床をやりたい医師が民間病院に移りますが、症例が多いことや設備投資に積極的な病院に飛び込んできます。医師は他の職業に比べて自己実現欲求が非常に高いので、採用で口説くキーワードは「キャリアの実現」で、これに見合う報酬対価を用意することが必須かなと思います。

各診療科に指導医をしっかりと配置して、専門医育成プログラムを整備すれば若い医師は集まってきます。しかも外科は聖路加国際病院と連携するなど私どもよりも歴史のある著名な病院と連携していますが、この連携

も広報活動に反映させています。これらが、一宮西病院に常勤医が集まってきている要因でしょう。

■病院経営の特徴をお聞かせ下さい。

前田　三次救急指定をめざし、ガン拠点病院の申請も今年9月に行います。一宮市では病床数、医師数、救急搬送件数、症例数が最多の病院です。ただ、端的に杏嶺会の特徴は何かと言えば「救急医療でもがん医療でも患者様は絶対に断らない」「法人のいろいろなリソースを使って在宅にきっちりと戻す」を追求していることです。これを司る医師は形成外科と耳鼻科を除けば大学医局に依拠せず、9割以上の医師は独自に採用しました。

■常勤医師の平均年齢は何歳でしょうか。

前田　常勤医師の年齢は20～40代が主軸で、40代の部長・副院長もいます。800床の病院で40代の副院長はあまり聞きません。卒業年次に応じて役職に起用するのではなく、その役職にふさわしいかどうかで起用していますが、この人事方針は全ての職種に適用しています。

■貴院が医師確保に成功している要因について更に詳しくご説明いただけますか。

前田　第一に、人事部が組織化されていること。部員は30名弱で、このうち医師の採用に携わる部員は、医学生のマッチング担当が2名、後期研修医採用担当が1名、後期研修以降の採用が7名です。ここまで採用担当者を揃えているのは、医師の採用にはすごく時間がかかるからで、その要因は、主治医として患者様を担当していることや、医局からの退局が簡単にできないことです。候補者にアプローチして1年近くかけないと転職できません。さらに情報収集のために、診療科ごとに採用担当をつけています。

第二に、私が前職で学んだヘッドハンティングの理論を活用していること。どうすれば自己実現欲求をかなえてあげられるかという観点で採用活動を行っています。医師採用に苦労している病院は、医師が次のキャリアに何を求めているかを分析できていません。

それから人生設計に向けて、今の病院よりも少し給与を上げることです。医師は高給取りですが、高級車や高額な自宅の購入、子どもを医学部に入れるための教育費など家庭内のキャッシュフローが決して良いとは感じません。

もちろん医局人事とは対照的であるという比較をして、候補者にプレゼンテーションをしています。

第三に、各病院の情報収集です。病床規模、臨床内容、専門医の卒業年次などを公開データから収集すると、どの病院に採用候補者がいるかが絞り込めます。そして、その病院に知り合いがいるかを、当院の医師やメーカーなどのチャネルで聞いて、どのような医師なのか、患者様からの評価はどうなのかなどを調べて、間違いのない医師をピックアップしてアプローチしています。

さらに営業会社のように、紹介件数やアプローチ件数は週次・月次で目標管理をしています。その結果、今月は何名の候補者と面会できて、何割の確率で一宮西病院に見学に来て、その何割を採用できるかも過去のデータから分析しています。

第四に、受け入れるための環境整備について、経営陣の意識が柔軟であること。院長が採用活動に同行してくれます。設備投資についても費用対効果分析は行いますが、その検証ができれば迅速に投資します。医師の自己実現欲求のためには杓子定規に考えるような風土はありません。

■人材紹介会社は活用していますか。

前田　あらゆるリソースを活用するという方針で人材紹介会社を活用していますが、利用率は採用人数の10％ぐらいで、相当低いと思います。直接のスカウトのほうが、スペックに合致する医師を採用しやすいので、紹介会社に頼らず自律的な採用のできる組織体を作ってきました。

■医局にも紹介会社にも頼らずに採用できているのは、前田部長がヘッドハンティング会社で仕事をされた経験が大きいのでしょうね。

前田　大きいと思います。ヘッドハンティング会社から病院に移って最初に気づいたのは、医療業界が閉鎖的な業界であることです。自由に新病院を開設できないだけでなく、医師の人事権を大学医局が握って、医師が自分のキャリアを自分で描けないという不思議さを感じました。病院も制度に守られていて競い合っていません。

それゆえに自分たちの病院が少し変われば、ものすごい差別化になると思いました。他の病院も採用力を少し高めれば、一気に形勢を逆転できるでしょう。人事担当者には目標達成の指向性が不可欠なので、医療業界以外の営業経験者が適しています。MRは医師の言いなりになってしまい、対等になれないマインドが身についているので適していないと感じます。

医師平均年齢が63歳から47歳へ 有給取得、残業ゼロで採用強化

「あの病院で働きたい」という評判が医師の間に広がる岡山博愛会病院（171床／内科、消化器内科、循環器内科、リウマチ科、腎臓内科、呼吸器内科、リハビリテーション科、精神科）は、地方の病院が直面する医師確保難とは一線を画す。評判を呼んでいるのは有給休暇の取得や勤務時間など生活と両立できる就業環境にある。あえて働き方改革を行う必要がないという。

社会福祉法人 岡山博愛会
事務局長
三宅謙太郎 氏
Miyake Kentaro

■三宅事務局長のご経歴と岡山博愛会の概要や地域医療活動について教えてください。

三宅　金融機関勤務を経て2000年に医療業界に入職しました。入職後は最初から本部勤務ではなく、1年間程度は介護・医療の1スタッフとして現場を経験しています。私の最近のトピックスとしては、岡山県県北の人口減少地域で民間病院同士の経営統合を手がけています。M&Aのコンサルティング会社に依頼すると莫大な報酬がかかるので、「三宅さんに動いてもらうのが早いね」とお声をかけていただき、行政折衝も私が行い、県の補助金や厚労省の支援金が交付されることになりました。地域医療連携推進法人のスキームは時間がかかるので、統合を選択しました。

■日本の医師数の国際比較と地域偏在、診療科別過不足、医師の高齢化、医師の需給見通しについてご意見を聞かせてください。

三宅　日本は病院数が多いので資源としての医師が分散しています。民間病院の場合、医師をデパートのように総合的に雇用するのではなく、病院ごとに機能分化をさせたほうがよいと思います。全ての診療科の医師を揃えようとすると上手くいかないので、当院のように内科に重点を置いて揃えるという方針も一つの方法と考えます。

偏在については、整形外科医が過剰な県もあります。岡山県は脳外科医が不足し、開業医の高齢化によって内科医も減少傾向で、私どものエリアでも廃業する開業医が出てきています。かかりつけ医が24時間365日診療する体制の構築が議論されていますが、お年を召された開業医にはなかなか大変です。岡山県では県北の開業医がどんどん高齢化し、医師になったお子さんも継がない傾向にあります。

そうした地域の病院では外科系の病院であっても内科医が全ての患者を担当せざるを得ず、疲弊してしまうという弊害が発生しています。

■厚生労働省は2029年以降に医師数が過剰になると需給見通しを出していますが、この見通しについてどうご覧になりますか。

三宅　人口が減っていくので医師数は過剰になっていくと思います。ただ、育児休暇に入っている女性医師もいるので、半ば引退している高齢の医師も含めて実際に現場で稼働している医師がどれぐらいいるのか、その把握は難しいでしょう。

岡山県の場合、医療資源が岡山市と倉敷市に集中し過ぎているという問題があります。分散すればよいのですが、多くの医師の意見を聞くと、子育てのために都市部に住む必要があるという事情があるのです。過疎地を含め地方の医師不足はますます進むと思います。

■岡山博愛会病院は病院改革の大きな目玉として、医局の若返りと医師確保で成果を築きました。取り組みの実際と成功要因を教えていただけますか。

三宅　現在の常勤医師は15名で、うち女性が5名です。常勤医師の平均年齢は2015年に63・2歳でしたが、2023年に47・4歳に若返りました。まず私が当院に入職する際、院長と今後の病院のあり方を議論して、内科医の雇用を中心に据える方針を固めました。「内科中心の回復期で　岡山で中心的な病院を目指す」整形外科や脳外科の患者さんも内科疾患を持っているため、内科の診療を経ずに帰すことは危険なので内科医を雇用しようと。そして院長と私が365日、内科医を探し続けたのです。この8年間で約20名を採用しました。今年も4月に30歳の呼吸器内科医が入職し、8月には40代の整形外科医が入職し、10月には40代の糖尿病専門医が入職します。現在の年

齢別医師数は30代4名、40代5名、50代3名、60代1名、70代2名（理事長を含む）となっています。

内科医を増員した結果、どの医師も有給休暇や長期休暇が自由に取れるようになり、働き方改革が不要になりました。さらに主治医制ですがバックアップ2人体制なので、どちらが休んでも診療に不都合が生じていません。医師の退勤時間は午後5時と5時30分に分けていますが、緊急入院や急性増悪患者がいなければ10分後には退勤していらっしゃいます。

回診を午前中にシフトしたことも勤務時間の短縮につながりました。午後に回診するとコメディカルへのオーダーも午後に出すので、看護師、臨床検査技師、薬剤師の業務が後ろ倒しになってしまいますが、午前中にシフトした結果、コメディカルの残業時間は短時間です。その一方で、非常勤医師を午前中の外来に配置して、午後の外来には常勤医を配置しています。

■内科医の集中配置によって患者の動向に変化はありましたか。

三宅　現在、年間の退院患者数は1200名で、40～50％の患者さんが自宅に帰っています。その方々が外来で診療を受けて、悪化したら入院するというパターンが定着しつつあります。以前は外来からの入院はほぼゼロでした。

■どのようなルートで医師を採用しているのでしょうか。

三宅　働きやすさが評判を呼んでいるようで、声をかけると入職を希望されます。エージェントも内科医の紹介は真っ先に当院に紹介してくださるようです。医局派遣はほとんど受けていません。当院の院長を頼って、当院で働きたいと申し出てくる医師もいます。それとエージェント経由です。それから院長は年賀状に「うちで働きませんか?」と添え書きしています（笑）。医局に頼っても、医局は拠点病院への派遣に重点を置いていて民間病院にまで派遣する余力がないので、やはり汗をかいて採用活動に取り組むことが大切ではないでしょうか。

採用候補者として当院を見学した医師は、大体採用につながっています。職場の雰囲気が明るいことや、医局に若い医師が多いので働きやすいと思ってもらえること、それと休暇を取りやすいこと、オンコールと当直がないことなどが魅力のようです。

■口コミの効果は大きいと思います。

三宅　医師の間で「岡山博愛会は働きやすい」という評判が広がっていることが、大きく影響しているのではないでしょうか。仮に「あの病院はブラックだ!」という評判が広がったら、まず就職してもらえません。

■給与水準もかなり高いのではないでしょうか。

三宅　いえ、当院の給与は世間相場で、決して高くはないと思います。医師が求めるのは報酬だけではありません。1週間休んで家族と過ごす時間を確保できるとか、働き方も重要視しています。そもそも勤務時間が5時までの医師が、不測の事態がない限り軒並み定時10分後には帰るという病院は珍しいでしょう?

女性医師の間でも「産休を取りやすい」「育休を丸々1年取れる」という評判が広まっているようなので、当院への就職を希望する方が増えてくるのではないでしょうか。実際、子育て中の女性医師は4時には帰宅できるなど非常に働きやすい職場だと思います。4時以降は男性医師がカバーする体制を整えています。

■エージェントへの支払いは負担になりませんか?

三宅　仲介手数料は医師の年俸の25～30％ですが、医師は病院のエンジンです。強力な馬力を持つ医師集団が増収に貢献していただいていますので十分にペイしていると思います。コメディカルにはエンジンの出力に合わせて仕事をして、医師の期待に応えられるような部署になっていくようにと話しています。

■2024年度のトリプル改定について、どのように予想していますか。

三宅　かかりつけ医機能を強化するにはクリニックの医師だけでは無理だと思います。医師は縦社会なので、若い勤務医にとって、先輩の開業医には頼みにくいのです。我々のような中小病院がかかりつけ医体制をバックアップしないと対応できないので、医療DXによる情報連携を進めています。現場での活用法を検討する勉強会も開いています。

診療報酬改定では「リハ、栄養、口腔」の一体的な取り組みが評価される流れにあるようです。当院にとってはまさに診療報酬が後からついてきたというイメージです。当院では1年ほど前からAeE（楽しく食べて元気になろう）システムが稼働しています。現在5名の歯科衛生士を雇用していますが、歯科衛生士の大半は歯科クリニックに勤務していて口腔ケアには関わっていないので、病院の歯科衛生士の獲り合いが展開されると思います。

これからは口腔ケアや栄養管理が重視されることを医師が話していましたし、どの文献にも書いてあったので、当院は改定を待たずに早くから対応を進めていました。改定が決まってから手を打つのでは遅いのです。すでに方向性が示されているので、当院では診療報酬改定の勉強会は現在まで3回開いて検討を進めています。

採用活動にスピードと計画性 当たり前のことを当たり前に 都会、地方それぞれ「宝の山」

医療法人社団永生会は、在宅医療事業において短期間で登録患者数が2000人を超える急成長を遂げるとともに、在宅医療に携わる多くの医師の確保に成功している。同法人の在宅医療事業を担当し、年間平均30～40人の医師の採用面接を行う理事長補佐・在宅統括部長の中村哲生氏に、医師確保の現状と課題、募集活動、働き方改革と今後の展望などを聞いた。

医療法人社団永生会
理事長補佐　在宅統括部長
中村 哲生 氏
Nakamura Tetsuo

■貴法人における在宅医療事業の取り組みと在籍医師数について教えてください。

中村　当法人で在宅医療を展開しているのは、永生クリニック、クリニック0（ゼロ）、南多摩病院、クリニックグリーングラス、グリーングラス南大沢クリニックの5カ所です。在宅患者数は計2800人程になります。

当法人全体の医師数は45人で、うち常勤医師は16人です。在宅医療を展開している5カ所では、クリニックグリーングラスの常勤医師は7人、非常勤を含む診療科別では形成外科と精神科が各3人、循環器、皮膚科、眼科、耳鼻科が各2人です。グリーングラス南大沢の常勤医師は4人で、非常勤を含むと眼科が3人、神経内科、整形外科、形成外科、泌尿器科、耳鼻科、皮膚科が各2人、精神科が1人です。南多摩病院、永生クリニック、クリニック0は常勤医師がそれぞれ2人、1人、1人となります。

■我が国における医師の偏在問題や高齢化、今後の需給見通しについては、どのように捉えていますか。

中村　東京など都市部では医師が集まっているが、地方は医師確保に苦労されているようで地域偏在があります。ご高齢の先生方が多いのではないでしょうか。医師会の開業医の平均年齢は70歳を超えていると聞いています。医師が50代で開業して、20年、30年経過している診療所がたくさんありますね。

医師の需給に関しては、2040年までは高齢者人口の増加に伴い、医療需要が増え続けるので、医師不足は変わらないと思います。さらに病院以外の働き場所も増えています。自由診療も考慮すると、医師数が余ることはないと予測しています。

■貴法人が開業している東京都八王子市の人口や高齢化、医療需要と供給の状況はいかがでしょうか。

中村　八王子市の人口は、今年3月末日現在で約56万人に上り、一昨年前より減少傾向に転じています。一方、65歳以上の高齢者人口は40年まで増え続けると予測されています。

働き手の問題は医療介護に限らず、ホテル業界も飲食業界も人手不足にあり、外国人に頼らざるを得ない状況になっています。今後、このスピードは今以上に速くなり、そのスピードに付いていけるのかを心配しています。

もう一つは、医療介護以外の業種の人件費がどんどん高騰しています。一方、医療介護分野の人件費は診療・介護報酬改定を踏まえた対応になります。このため、医療介護業界は他業種と比べてスピード感で負けています。むしろ医療介護業界の人材が他業種へと流れている現状があり、一番脅威に感じています。ただ逆に言えば、人材を雇用できるノウハウを持っている医療機関は強いということになります。老人ホームもしかりですが、働き手がいなくてユニットをひとつ閉鎖するケースも出てきています。ハードのキャパシティーはあっても、人が足りないという事態が現実的に起きています。

■貴法人の在宅医療は短期間に登録患者数が2000人を超える急成長を遂げられましたが、在宅医療に従事する多くの医師をどのように確保されたのですか。

中村　当法人がなぜ確保できたのかということではないと思います。他

の医療法人はなぜ医師が集まらないのかという理由について、実はよく分かっているのではないでしょうか。その一つとして「他所と比べて給料が安い」ということもあるでしょう。

お勤めになる人が職場を探す時に何を条件として決めるのかを考えることです。例えば、給料、休暇、夜間往診の手当て、オンコールの対応状況などが想定されますが、他の法人と比べて圧倒的に良くする必要はないと思います。当法人の場合、給料は他の法人と比べても大きな差はありません。しかし医師数が多いので、他所に比べてオンコールの回数が少ないというのは特長の一つです。また長期を含めて休暇は職場で調整して自由に取得できますし、夜間・深夜の往診は時間帯別に手当てを支給し、死亡診断書の発行にも手当てが付きます。業務の対価として当たり前のものを当たり前に支払い、当たり前のことを行うということだけです。

医師の働き方改革が言われていますが、自分のところの売りは何かという話です。休暇をしっかり取得できたり、手当てをきちんと支給できる仕組みをいち早く作れるかどうかも大事なことだと思います。医師が来てくれるかどうかは勤務している医師の「口コミ」の部分が大きく、働きやすいと思えば、友人の医師に紹介してくれます。

■医師募集では、具体的にどのような方法を活用されていますか。

中村 医師の採用は、人材紹介会社、医局訪問、職員からの紹介がそれぞれ3分の1になります。一般の企業が当たり前に行っていることが、医療法人ではできていないケースが多いと思います。例えば、人材紹介会社であれば、1社ではなくて30社から40社を活用して、いつ、どこに情報を掲載したかをリスト化します。広告媒体であれば、どのような内容を掲載したか、また大学病院ではどこの診療科の局長と面会したのかなどを記録して管理することです。このような当たり前のことを行うだけで、他所との差別化になると考えています。

■中村部長は、これまで多くの在宅医の採用面接を経験されていますね。常勤医師を採用する際のポイントがありましたらお聞かせください。

中村 医師の面接人数は年間平均30～40人です。30年近く担当しているので、延べ1000人を超えているでしょう。

常勤医師の採用募集では、計画性が大事だと思います。例えば、求職者が4月の就職を希望する場合、前年の8、9月頃から就職活動を開始し、現在の職場に迷惑が掛からないように準備して退職します。ですから、1、2月に求人募集を出しても、良い医師はほとんど採用できないと考えています。良い医師がどうしたら来てくれるのかは、募集時期のタイミングもあると思います。良い医師は計画性を持って就職活動を行っています。当法人の場合、良い医師がいれば、少し過剰でも余計に採用しています。良い医師は患者さんを集めてくれますから、収支も大丈夫です。

■来年4月1日に施行される「医師の働き方改革」の実施まで残り8カ月余りとなりましたが、現場の医師確保への影響やその対策がありましたら教えてください。

中村 最も影響が出てくるのは、大学病院ですよね。働き方改革により、医師の引き揚げがどうなるのか、市中病院は戦々恐々としていると思います。また離島やへき地はどうなるのかも気になるところです。医師獲得の勝ち組、負け組が一層明白になってくるかもしれません。医師不足の中で対策を打てない医療法人は、内部崩壊が起きてしまうのではないかと心配しています。

■今後の医師確保に向けたビジョンと戦略がありましたらお聞かせください。

中村 地方の現場に行くと「地方だから医師がいない」という声をよく聞きます。しかし、東京からすれば、地方ほど「宝の山」です。地方では給料が安くて東京で働きたいという医師はたくさんいます。また子どもの教育に関連して上京を準備している人もいて、地方にはそういう医師が多くいます。

一方、地方にとっては東京が「宝の山」です。例えば、地元出身地へのUターンを考えている人もいれば、地方への移住を希望するIターンを考えている人もいます。現在はオンラインの活用により、北海道であろうが、九州であろうが、面接をどこでも行うことができます。自分たちの地域に限定して探していれば、絶好のチャンスを逃しかねません。全国に求人募集の情報を広く流して、面接希望者の地元まで足を運ぶぐらいの行動が必要になっています。