

# 医育機関に勤務する医師の 従たる従事先に関する研究

テラウラ ヒロユキ コタニ カズヒコ コイケ ソウイチ  
寺裏 寛之\*1 小谷 和彦\*2 小池 創一\*3

**目的** 医師の偏在解消と労働環境の改善は喫緊の課題である。昨今、働き方改革関連法が成立し、医師の労働時間の上限規制が設けられた。病院で働く医師は、主たる従事先とは別に従たる従事先を有する場合がある。労働時間は主たる従事先と従たる従事先とで通算されるため、働き方改革により従たる従事先の就労環境に影響を与える可能性がある。医育機関は、教育の役割の他に地域医療の現場への医師供給の役割もあると考えられている。本研究では、病院または医育機関の医師の従たる従事先に関して実態を明らかにした。

**方法** 2018年の医師・歯科医師・薬剤師統計（3師統計）で病院に常勤し診療を主業務とする、臨床研修医を除いた医師（ $n = 157,426$ ）を対象とした。はじめに、対象者を医育機関の医師と医育機関以外の病院（以下、それ以外の病院）の医師とに分類し、従たる従事先を有する医師の属性や従たる従事先を保有する割合を比較した。次に全国の3次医療圏（都道府県単位）を各都道府県の医師確保計画にある医師偏在指標による分類に従って、医師多数県、医師中程度県、医師少数県の3つに分類し、主たる従事先と従たる従事先の医療圏に関して比較検討した。また、医師多数県の医育機関の医師が医師少数県を従たる従事先にした場合の主たる従事先と従たる従事先との都道府県の移動に関する図を作成した。

**結果** 従たる従事先を有する医師の割合は医育機関（44.9%）のほうがそれ以外の病院（11.5%）と比較して有意に高かった。主たる従事先が医師多数県で従たる従事先が医師少数県である医師の割合は、医育機関（17.1%）のほうがそれ以外の病院（9.8%）よりも高かった。医育機関の医師の従たる従事先が病院である割合はそれ以外の病院よりも高かった。すべての医師少数県は医師多数県に所在する医育機関の医師の従たる従事先であった。

**結論** 医育機関の医師は従たる従事先を有する割合がそれ以外の病院よりも高く、従たる従事先は病院である割合が高かった。医師多数県にある医育機関の医師は医師少数県を従たる従事先にすることで医師を供給する役割を担っていることが示唆された。

**キーワード** 医師偏在, 医育機関, 医師・歯科医師・薬剤師統計, 医師届出票, 従たる従事先

## I はじめに

医師は都市部に偏在している<sup>1)-3)</sup>。へき地は医師不足であり、その影響でへき地の住民にとっては受療機会が減少することや<sup>4)</sup>、医師にとっては勤務時間外の診療の応需による負担が

増大することが指摘されている<sup>5)</sup>。医師偏在の解消と医師の労働環境の改善は喫緊の課題である。

わが国の医師偏在対策の1つに医師確保計画がある<sup>6)7)</sup>。この計画は、2018年の「医療法及び医師法の一部を改正する法律」により、医師

\*1 自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門助教 \*2 同地域医療学部門教授 \*3 同地域医療政策部門教授

確保と医師偏在の是正に取り組むために、医療計画の一環として都道府県ごとに策定される。国のガイドラインに従って各都道府県は、各3次医療圏（都道府県単位）と各2次医療圏に対して医師確保に関する具体的な施策を策定し3年ごとに見直す<sup>6)</sup>。計画における医師偏在を測る指標には対象医療圏の医療需要や人口、医師の年齢層や性別が加味された医師偏在指標が用いられ<sup>6)7)</sup>、全国の3次医療圏は医師多数県（医師偏在指標の上位33.3%）、医師少数県（同指標の下位33.3%）に<sup>8)</sup>、2次医療圏も同様に医師多数区域（同指標の上位33.3%）、医師少数区域（同指標の下位33.3%）に設定された<sup>8)</sup>。医師確保計画では、医師少数県は医師多数県からの医師の確保を計画に含めることが可能である。

また、わが国の労働環境に関する対策の1つとして、「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律」（働き方改革関連法、平成30年法律71号）が整備され、勤務医の時間外・休日労働時間の上限に関する規制が設けられ、2024年4月に適用が開始される<sup>9)</sup>。病院に勤務する医師は、主たる従事先とは別に従たる従事先を有する場合がある。働き方改革関連法では、時間外・休日労働の上限は原則として年960時間であるが、大学病院のような医師の派遣を通じて、地域の医療提供体制を確保するために必要な役割を担う医療機関と認められた場合、従たる従事先の勤務時間と合わせて年1860時間の上限規制が適用される<sup>10)</sup>。

国が行っている全医師の主および従たる従事先に関する調査に、医師・歯科医師・薬剤師統計（以下、3師統計）がある<sup>11)</sup>。3師統計は、厚生労働省により2年ごとに行われ、医師は医師法により調査に参加して現況を報告することが義務づけられている。従たる従事先に関する詳しい設問は、2018年に初めて3師統計に含まれるようになった。3師統計の結果は一部公開されている<sup>12)</sup>。そこから2018年の全届出医師数と従たる従事先を保有した医師数から従たる従事先を保有する割合を算出すると20.3%であった<sup>12)</sup>。しかし、従たる従事先を有する医師の主

たる従事先に関する情報は公開されていないため医療機関ごとの保有割合は求められない。また、厚生労働省による病院を対象にした調査では、従たる従事先の労働時間を把握していると回答した大学病院は82のうち20病院と高くはなかった<sup>13)</sup>。これまでのわが国の従たる従事先に関する研究では、従たる従事先を有する割合は病院の常勤医の約6割、大学病院の常勤医の約9割であり<sup>14)</sup>、大学病院（10大学）の勤務医のうち時間外労働時間が年間1860時間を超えて労働した割合は23%であったという報告がある<sup>15)</sup>。また、1大学医学部の勤務医に関する報告では、従たる従事先を有する医師数は1,182人（母集団が不明のため全体に対する割合は算出されていない）で、従たる従事先は県外であった割合は34%であったという報告がある<sup>16)</sup>。東京都の52病院が回答した調査結果では、派遣期間が6カ月以上の医師の場合、約50%の医師が東京都外に派遣されていた報告がある<sup>17)</sup>。このように、わが国の従たる従事先に関する研究やデータは蓄積され始めた段階といえる。

全国にある82の大学病院は医育機関として医学または歯学教育を行うことや高度医療を提供する役割のほかに、その専門性を生かして自施設以外の医療機関で勤務することで地域医療を支える役割があると考えられている<sup>18)-20)</sup>。働き方改革により、医育機関の医師は労働時間を遵守しつつ地域医療の確保が求められる。本研究では、2018年の3師統計の結果を用いて、病院または医育機関に勤務する医師の従たる従事先の保有の実態を明らかにし、さらに医育機関の医師の従たる従事先における役割に関する考察を行った。

## Ⅱ 方 法

本研究は、2018年の3師統計の医師届出票に関する情報を用いて行った。医師届出票の情報について、厚生労働省に提供の申し出を行い、承諾（2021年9月29日 厚生労働省発医政0929第2号、2021年11月15日 厚生労働省発医政1115第1号）を受けた。情報の内容は、年齢、

性別，主たる施設・業務の種別，従たる施設・業務の種別，就業形態，主たる業務内容，従事する診療科名，主たる従事先市町村符号，従たる従事先市町村符号，資格数（医療法に基づいて広告可能とされている医師の専門性に関する資格および麻酔科標榜医の数<sup>21)</sup>），主たる従事先名，従たる従事先の1週間当たりの勤務日数，従たる従事先件数であった。

本研究の対象者は，病院に常勤し診療を主業務とする，臨床研修医を除いた医師にした（図1）。対象者の選定は，主業務の種別が医育機関である医師（医学部を有する大学またはその附属機関：臨床系の教官または教員，臨床系の大学院生，臨床系の勤務者で臨床系の教官または教員および臨床系の大学院生以外の者，臨床系以外の大学院生，臨床系以外の勤務者で臨床系以外の大学院生の者）あるいは病院である医師（医育機関附属の病院以外の病院：開設者または法人の代表者，勤務者）（n=211,876）を選択し，従事する診療科から臨床研修医を除外した。つづいて就業形態が常勤で主たる業務内

容が診療である医師を選択した。最後に従たる従事先の件数が不詳である医師を除外した。

医療圏の分類は，各都道府県の医師確保計画にある医師偏在指標による分類に従って，全国の3次医療圏（都道府県単位）を医師多数県，医師中程度県，医師少数県の3つに分けた<sup>8)</sup>。同様に，2次医療圏においても医師多数区域，医師中程度区域，医師少数区域の3つに分けた<sup>8)</sup>。

本研究では，まず，対象者を医育機関の医師と医育機関以外の病院（以下，それ以外の病院）の医師とに分類し，それぞれの医師の属性，従たる従事先を保有する割合の比較，従たる従事先を有する場合の主たる従事先の医療圏と従たる従事先の医療圏との関係に関する検討を行い，次に，医育機関で従たる従事先を有する医師を対象にし，主たる従事先が所在する3次医療圏と従たる従事先の所在する3次医療圏とが同じ（主-従たる従事先の間で3次医療圏を超えた移動がない）医師と都道府県が異なる（主-従たる従事先の間で3次医療圏を超えた移動がある）医師との属性の比較，従たる従事先の施設に関する検討を行った。また，医師多数県の医育機関の医師が医師少数県を従たる従事先にした場合について，主-従たる従事先の3次医療圏の移動に関する図を作成した。

集計の結果の医師数が10人未満に算出された場合は，<10と表記した。解析により得られた変数は，名義変数においては比率で表し，連続変数においては中央値（最小値-最大値）で表した。名義変数に対しては $\chi^2$ 検定を，連続変数に対してはMann-WhitneyのU検定をそれぞれ用いて検討した。 $\chi^2$ 検定において有意差を認めた場合は残差分析を行った。統計解析は，IBM SPSS version 27.0（IBM, Tokyo, Japan）を用いた。すべての検定において有意水準を5%とした。

本研究は，自治医科大学倫理審査委員会の承認を得て行った（2021年10月1日承認，臨大21-067）。

図1 対象者の選定

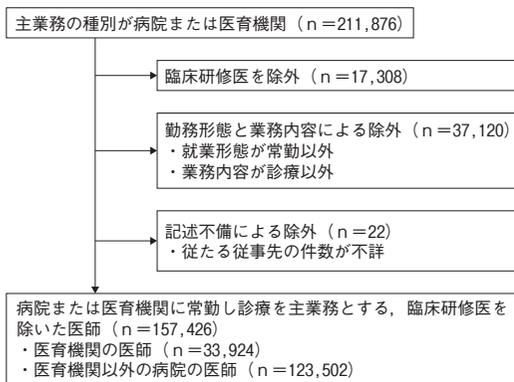


表1 勤務先別の医師の属性

	医育機関 (n=33,924)	それ以外の病院 (n=123,502)	P値
男性, n (%)	25 817(76.1)	99 962(80.9)	<0.001
年齢, 中央値(最小-最大)	39(26-83)	47(26-98)	<0.001
専門医の取得あり, n (%)	24 484(72.2)	84 609(68.5)	<0.001
従たる従事先あり, n (%)	15 243(44.9)	14 197(11.5)	<0.001
主たる従事先の3次医療圏			
医師多数県	16 283(48.0)	47 876(38.8)	<0.001
医師中程度県	9 653(28.5)	42 618(34.5)	
医師少数県	7 988(23.5)	33 008(26.7)	

注 P値：年齢はMann-WhitneyのU検定，それ以外は $\chi^2$ 検定。

### Ⅲ 結 果

本研究の分析対象となった医師数はn = 157,426であった。従たる従事先を有した医師数は29,440 (18.7%)であった。医育機関の医師数、それ以外の病院の医師数はそれぞれ33,924 (21.5%), 123,502 (78.5%)であった。うち、従たる従事先を有する医師数は医育機関で15,243 (44.9%), それ以外の病院で14,197 (11.5%)であった。

#### (1) 病院に勤務する医師の従たる従事先に関する検討

##### 1) 勤務先別の医師の属性の比較

勤務先別の医師の属性の比較を表1に示した。医育機関に勤務する医師はそれ以外の病院に勤務する医師と比較して、男性の割合(76.1%, 80.9%)と年齢の中央値(39歳, 47歳)において有意に低かった。専門医の取得割合(72.2%, 68.5%)は高かった。

##### 2) 従たる従事先を有する医師に限定した場合の医育機関の医師とそれ以外の病院の医師との比較

従たる従事先を有する医師に限定して、医育機関の医師とそれ以外の病院の医師との比較を行った(表2)。医育機関に勤務する医師の従たる従事先件数(2件, 1件)の中央値は大きかった。従たる従事先の種別をみると、従たる従事先が病院である割合(77.2%, 46.4%)は医育機関の医師において有意に高かった。また、従たる従事先が診療所である割合(19.2%,

表2 従たる従事先を有する医師の属性

	医育機関 (n = 15,243)	それ以外の病院 (n = 14,197)	P値
男性, n (%)	11 965(78.5)	11 724(82.6)	<0.001
年齢, 中央値(最小-最大)	39(26-76)	47(26-92)	<0.001
従たる従事先件数, 中央値(最小-最大)	2(1-80)	1(1-70)	<0.001
従たる従事先の1週間当たりの勤務日数, 中央値(最小-最大) <sup>1)</sup>	1.0(0.5-7.0)	1.0(0.5-7.0)	<0.001
専門医の取得あり, n (%)	10 994(72.1)	10 393(73.2)	0.039
従たる従事先の種別, n (%)			
診療所	2 927(19.2)	5 181(36.5)	<0.001
病院	11 771(77.2)	6 587(46.4)	
医育機関	303( 2.0)	1 339( 9.4)	
介護老人保健施設・介護医療院	28( 0.2)	562( 4.0)	
その他	214( 1.4)	528( 3.7)	
主たる従事先と従たる従事先との間に3次医療圏の移動のある医師, n (%)	3 780(24.8)	3 044(21.4)	<0.001

注 1) 有効回答数n = 26,880。  
2) 平均ランク: 医育機関13,779.3, それ以外の病院13,043.4。  
3) P値: 年齢, 従たる従事先件数, 従たる従事先の1週間当たりの勤務日数はMann-WhitneyのU検定, それ以外は $\chi^2$ 検定。

図2 主たる従事先の3次医療圏と従たる従事先の3次医療圏との関係

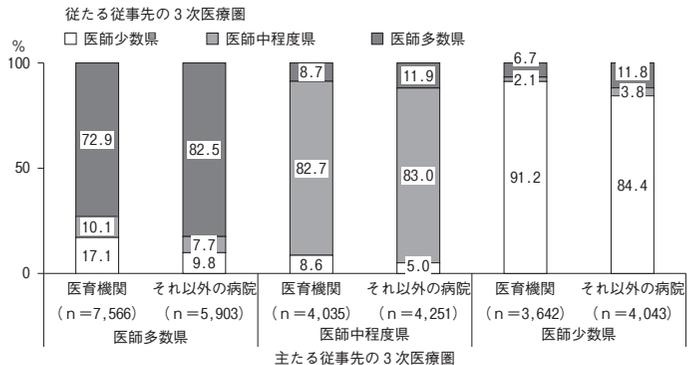


表3 主たる従事先と従たる従事先との間の3次医療圏の移動の有無別にみた医育機関の医師の属性

	3次医療圏間の移動あり (n = 3,780)	3次医療圏間の移動なし (n = 11,463)	P値
男性, n (%)	3 066(81.1)	8 899(77.6)	<0.001
年齢, 中央値(最小-最大)	40.0(26-76)	39.0(26-74)	0.003
従たる従事先件数, 中央値(最小-最大)	2.0(1-40)	2.0(1-80)	<0.001
従たる従事先の1週間当たりの勤務日数, 中央値(最小-最大) <sup>1)</sup>	1.0(0.5-7.0)	1.0(0.5-7.0)	<0.001
従たる従事先の種別, n (%)			
診療所	794(21.0)	2 133(18.6)	0.001
病院	2 880(76.2)	8 891(77.6)	
医育機関	60( 1.6)	243( 2.1)	
介護老人保健施設・介護医療院	<10( - )	23( 0.2)	
その他	41( 1.1)	173( 1.5)	
専門医の取得あり, n (%)	2 744(72.6)	8 250(72.0)	0.460
主たる従事先の3次医療圏			
医師多数県	2 383(63.0)	5 183(45.2)	<0.001
医師中程度県	715(18.9)	3 320(29.0)	
医師少数県	682(18.0)	2 960(25.8)	

注 1) 有効回答数n = 14,506。  
2) 平均ランク: 移動あり群8,002.1, 移動なし群7,003.8。  
3) P値: 年齢, 従たる従事先件数, 従たる従事先の1週間当たりの勤務日数はMann-WhitneyのU検定, それ以外は $\chi^2$ 検定。  
4) 医師数が10人未満に算出された場合は, <10と表記した。

36.5%)は、医育機関において有意に低かった。主-従たる従事先の間で3次医療圏を超えた移動があった医師の割合(24.8%, 21.4%)は、医育機関で有意に高かった。

表4 従たる従事先の3次医療圏と主たる従事先の3次医療圏との比較

	主たる従事先の3次医療圏n(%)		
	医師多数県 (n=2,383)	医師中程度県 (n=715)	医師少数県 (n=682)
従たる従事先			
医師多数県(n=927)	331(13.9)	352(49.2)	244(35.8)
診療所(n=243)	44(1.8)	100(14.0)	99(14.5)
病院(n=640)	281(11.8)	241(33.7)	118(17.3)
医育機関(n=24)	<10(-)	<10(-)	14(2.1)
介護老人保健施設・ 介護医療院(n<10)	<10(-)	<10(-)	<10(-)
その他(n=20)	<10(-)	<10(-)	13(1.9)
主たる従事先が隣接県	272(11.4)	335(46.9)	206(30.2)
医師中程度県(n=855)	761(31.9)	16(2.2)	78(11.4)
診療所(n=168)	144(6.0)	<10(-)	20(2.9)
病院(n=660)	593(24.9)	12(1.7)	55(8.1)
医育機関(n=12)	10(0.4)	<10(-)	<10(-)
介護老人保健施設・ 介護医療院(n<10)	<10(-)	<10(-)	<10(-)
その他(n=12)	11(0.5)	<10(-)	<10(-)
主たる従事先が隣接県	693(29.1)	<10(-)	26(3.8)
医師少数県(n=1,998)	1,291(54.2)	347(48.5)	360(52.8)
診療所(n=383)	270(11.3)	57(8.0)	56(8.2)
病院(n=1,580)	995(41.8)	284(39.7)	301(44.1)
医育機関(n=24)	17(0.7)	<10(-)	<10(-)
介護老人保健施設・ 介護医療院(n<10)	<10(-)	<10(-)	<10(-)
その他(n<10)	<10(-)	<10(-)	<10(-)
主たる従事先が隣接県	902(37.9)	205(28.7)	303(44.4)

注 1) 主たる従事先と従たる従事先の間で3次医療圏が異なる医師の場合。  
2) 医師数が10人未満に算出された場合は、<10と表記した。

表5 従たる従事先が所在する2次医療圏の分布

	従たる従事先の2次医療圏の内訳n(%)		
	医師多数区域	医師中程度区域	医師少数区域
従たる従事先			
医師多数県(n=5,183)	4,038(77.9)	794(15.3)	351(6.8)
診療所(n=1,108)	925(83.5)	118(10.6)	65(5.9)
病院(n=3,828)	2,880(75.2)	667(17.4)	281(7.3)
医育機関(n=123)	119(96.7)	<10(-)	<10(-)
介護老人保健施設・ 介護医療院(n=11)	<10(-)	<10(-)	<10(-)
その他(n=113)	106(93.8)	<10(-)	<10(-)
医師中程度県(n=3,320)	2,101(63.3)	965(29.1)	254(7.7)
診療所(n=546)	419(76.7)	113(20.7)	14(2.6)
病院(n=2,663)	1,581(59.4)	821(30.8)	261(9.8)
医育機関(n=70)	70(100.0)	-(-)	-(-)
介護老人保健施設・ 介護医療院(n<10)	<10(-)	<10(-)	<10(-)
その他(n=35)	26(74.3)	<10(-)	<10(-)
医師少数県(n=2,960)	1,171(39.6)	1,034(34.9)	755(25.5)
診療所(n=479)	185(38.6)	228(47.6)	66(13.8)
病院(n=2,400)	932(38.8)	793(33.0)	675(28.1)
医育機関(n=50)	37(74.0)	<10(-)	<10(-)
介護老人保健施設・ 介護医療院(n<10)	<10(-)	<10(-)	<10(-)
その他(n=25)	15(60.0)	<10(-)	<10(-)

注 1) 主たる従事先と従たる従事先の間で3次医療圏が同一である医師の場合。  
2) 医師数が10人未満に算出された場合は、<10と表記した。

3) 医師偏在指標による従たる従事先の医療圏の検討

主たる従事先の病院が所在する3次医療圏と従たる従事先が所在する3次医療圏との関係を図2に表した。主たる従事先が医師多数県で従たる従事先が医師少数県である医師の割合は、医育機関とそれ以外の病院でそれぞれ17.1%, 9.8%であり、医育機関で高かった。

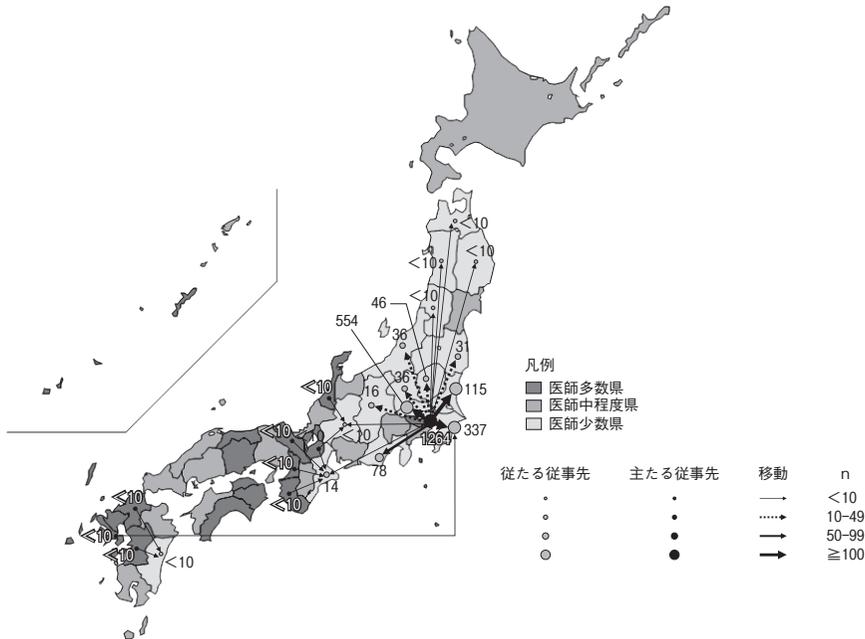
(2) 医育機関の医師の従たる従事先に関する検討

1) 主たる従事先の医療圏と従たる従事先の医療圏との関係

主-従たる従事先の間で3次医療圏を超えた移動があった医師の群と移動がなかった医師の群とで比較を行った(表3)。従たる従事先の医師の移動に関して、移動があった医師の群は、移動がなかった医師の群と比較して、医育機関である医師の割合(1.6%, 2.1%)は低く、診療所に勤務する割合(21.0%, 18.6%)は高かった。病院に勤務する医師の割合(76.2%, 77.6%)に有意な差は認められなかった。

3次医療圏の移動があった医師の主たる従事先の医療圏と従たる従事先の医療圏との関係を表4に示した。分類されたすべての3次医療圏(医師多数県, 医師中程度県, 医師少数県)の医師は、医師少数県に所在する病院を従たる従事先にする割合が最も高かった。3次医療圏間の移動がなかった医師の従たる従事先の2次医療圏を表5に示した。医師少数県において従たる従事先が医師少数区域の病院である医師の割合(28.1%)は、医師多数県(7.3%)や医師中程度県(9.8%)と比較して高かった。

図3 主たる従事先が医師多数県で従たる従事先が医師少数県である医療機関の医師の移動



注 1) 黒字の数字は従たる従事先のために多数県から少数県へ移動した医師数、白字の数字は少数県を従たる従事先にした医師数を表す。  
 2) 矢印の移動元と移動先は都道府県全体を表しており、従事先の医療機関ではないことに注意する。

2) 医師多数県に所在する医療機関の医師の医師少数県に所在する従たる従事先の実態  
 医師少数県を従たる従事先にする医師数は1,998人であった(表4)。そのうち、主たる従事先と従たる従事先との都道府県境が接している都道府県(隣接県)である場合の医師数は1,410人(70.6%)であった。

主たる従事先が所在する都道府県が医師多数県で従たる従事先の所在する都道府県が医師少数県である場合の医師(n=1,291, 表4)の都道府県間の移動を図3に表した。これらの医師のうち、主たる従事先と従たる従事先の都道府県が隣接県であった医師数はn=902(69.9%)であった(表4)。すべての医師少数県は医師多数県に所在する医療機関の医師の従たる従事先であった(図3)。都道府県間の移動人数は多い順に、東京都から埼玉県(n=554)、東京都から千葉県(n=336)、東京都から茨城県(n=115)であった。従たる従事先が東北地方にある都道府県であった医師は少なかった。医師多数県に所在する医療機関で医師少数県の

医療機関へ勤務する医師が認められなかった県は7つ(鳥取県、岡山県、徳島県、香川県、高知県、佐賀県、沖縄県)あった。

#### IV 考 察

##### (1) 病院医師の従たる従事先の保有

本研究では、病院に勤務する医師の従たる従事先の実態を明らかにした。従たる従事先を有する病院医師の割合は18.7%(表1)で、先行研究(大学病院勤務医は約9割、病院の常勤勤務医は約6割)<sup>14)</sup>よりも低かった。単純な比較はできないが、結果が異なった理由の1つに、調査時期の違いが影響した可能性がある。先行研究では、2019年8月の1カ月間における勤務状況の調査であったのに対し<sup>14)</sup>、医師届出票においては“今年度12月31日現在で雇用契約等のあるすべての従たる従事先”を回答することが求められる<sup>21)</sup>。このことは12月31日の時点まで雇用の期間が継続されている従事先について問われており、それまでに従たる従事先の勤務が

継続されない場合は、従たる従事先として回答されなかった可能性が考えられた。本結果は、病院の常勤医師の継続的に勤務していた従たる従事先を表していると考えられた。

海外の従たる従事先に関する報告をみると、例えば公的医療機関と民間の医療機関との兼業をしている割合は、ノルウェーの公立病院では男性の25%、女性の14%<sup>22)</sup>、イランのGeneral Practitioner (GP) は19%<sup>23)</sup>、ブラジルのある1つの州の公的医療機関の医師は54%<sup>24)</sup>であり、兼業の理由は収入の確保である場合が多いと報告されている<sup>22)25)</sup>。わが国の病院の役割の1つに地域への医療の提供があると考えられている<sup>18)-20)26)27)</sup>。わが国の病院医師が従たる従事先を有する理由は、収入のこともあるかもしれないが、医療機関においては大学医局と関連した支援やへき地における支援のような医師の派遣（診療応援）が含まれていると思われる<sup>26)27)</sup>。わが国の従たる従事先を有する背景は諸外国と異なる可能性があり、従たる従事先を有する理由については今後の研究が待たれる。

## (2) 医療機関の医師の主たる従事先の医療圏と従たる従事先の医療圏との関係

医師確保計画策定ガイドラインでは医師少数県は医師多数県からの医師の確保を可能にしている<sup>6)</sup>。本研究では主たる従事先が医師多数県である医療機関の医師の従たる従事先が医師少数県である場合に関して検証を行った。医師多数県に所在する医療機関の医師が医師少数県の医療機関を従たる従事先にしている割合は、それ以外の病院よりも高かった（図2）。また、すべての医師少数県は医師多数県に所在する医療機関の医師の従たる従事先になっていた（図3）。医療機関の医師は、専門医を有する割合が高く、その従たる従事先の多くは病院である場合が多かった（表2）ことから、従たる従事先の病院で専門的な診療を担っている実態を表していると考えられた。また、医療機関の医師は医師少数県に対して医師を供給する役割も担っていると考えられた。一方で、本結果において医師多数県にある医療機関の医師が、医師

少数県を従たる従事先にする場合、隣接県である場合が多かった（表4）。また、隣接県に医師少数県がない医師多数県の医療機関においては、医師少数県を従たる従事先にした医師はほとんどいなかった（図3）。従たる従事先に選択される医療機関は、移動の容易さや地理的条件が影響すると予想される。東北地方のように医師多数県が隣接していない場合、医師の確保は地理的に不利であると考えられた。医師確保計画策定ガイドラインにあるような医師少数県が多数県からの医師確保を検討する場合は、少数県と多数県とが隣接していない場合、移動距離や時間を考えると都道府県間の移動を頻回に要するような勤務形態での医師確保は困難であろう。今後、医師確保計画策を進めるにあたり医師多数県と隣接していない医師少数県に対しては、医師の供給元を医師多数県に限定されないような施策の検討の必要性が考えられた。

## (3) 働き方改革と従たる従事先

労働時間は主たる従事先と従たる従事先とで通算される。働き方改革による労働時間の上限規制により、主たる従事先の労働時間が長い場合は、従たる従事先の労働は制限される。このことで従たる従事先では医師の確保が困難になることが懸念される。医療機関の従たる従事先を有する医師の減少は、特に医師多数県からの受け入れ医師が多い医師少数県の医師確保に影響を及ぼす可能性がある。働き方改革を進めるにあたって、医師多数県の医師の労働時間の制限が影響して医師少数県の医師不足の問題が助長されないよう配慮が必要であると考えられた。

複数医師による診療は、医師の偏在や1人の医師に対する負担を軽減する方法の1つである<sup>28)29)</sup>。これには、1人の医師による診療よりも医師のワークライフバランスの確保がしやすく<sup>28)</sup>、診療の質の向上<sup>28)29)</sup>が期待される。特に医師少数県において、医療圏内の常勤医師のみで医師を確保することは困難であると予想され、複数医師による診療体制の構築が求められると考えられた。そのためにも従たる従事先を有する医師の存在が必要であると考えられる。また、

診療科別によって労働時間は異なることが知られており<sup>14)</sup>、診療科ごとに取り組み方の工夫も必要であろう。働き方改革の推進による医師のワークライフバランスの確保は重要である。一方で、この改革への取り組みが地域医療にどのような影響を及ぼすのか、今後の観察が必要である。

#### (4) 本研究の限界

本研究における限界をいくつか挙げる。第一に、従たる従事先を有する理由や勤務内容に関する調査は含まれていないことである。第二に、医師届出票の従たる従事先の勤務先に関する回答は、従たる勤務先を複数有していてもすべてを報告する欄が設けられていないため、医師少数県を従たる従事先にする医師数は本調査結果よりも増える可能性がある。第三に、例えば専攻医の研修派遣のような主たる従事先を長期に離れるようなことがあっても、従たる従事先として報告されていない可能性がある<sup>17)</sup>。このため、本結果で医師の従たる従事先を有する医師が認められなかった都道府県においても医師の供給がなされている可能性があることに注意が必要である。

## V 結 論

医育機関の医師は従たる従事先を有する割合がそれ以外の病院よりも高く、従たる従事先は病院施設である割合が高かった。医師多数県にある医育機関の医師は医師少数県を従たる従事先にすることで医師を供給する役割を担っていることが示唆された。

### 謝辞

本研究は、厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「医師確保計画を踏まえた効果的な医師偏在対策の推進についての政策研究（研究代表者：小池創一）」（20IA1001）を受けて実施した。

## 文 献

- 1) Matsumoto M, Inoue K, Bowman R, et al. Geographical distributions of physicians in Japan and US : Impact of healthcare system on physician dispersal pattern. *Health Policy* 2010 ; 96 : 255-61.
- 2) Matsumoto M, Inoue K, Farmer J, et al. Geographic distribution of primary care physicians in Japan and Britain. *Health Place* 2010 ; 16 : 164-6.
- 3) Tanihara S, Kobayashi Y, Une H, et al. Urbanization and physician maldistribution : a longitudinal study in Japan. *BMC Health Serv Res* 2011 ; 11 : 260.
- 4) Anticona Huaynate CF, Pajuelo Travezaño MJ, Correa M, et al. Diagnostics barriers and innovations in rural areas : insights from junior medical doctors on the frontlines of rural care in Peru. *BMC Health Serv Res* 2015 ; 15 : 454.
- 5) 今道英秋, 古城隆雄, 小谷和彦, 他. へき地に勤務する医師は本当に地域を離れることができないのか へき地勤務医師の労働時間について考える. *へき地・離島救急医療学会誌* 2018 ; 16 : 16-24.
- 6) 厚生労働省. 医師確保計画策定ガイドライン. 平成31年3月29日付 厚生労働省医政局地域医療計画課長, 厚生労働省医政局医事課長通知「医師確保計画策定ガイドライン及び外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドラインについて」(医政地発0329第3号 医政医発0329第6号)
- 7) 寺裏寛之, 中村晃久, 菅谷涼, 他. 医師確保計画における都道府県の医師少数スポットの概況. *自治医科大学紀要* 2022 ; 44 : 1-5.
- 8) 厚生労働省. 第35回医師需給文化会 参考資料3. (<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/00065196.pdf>) 2023.3.1.
- 9) 厚生労働省. 医師労働時間短縮計画作成ガイドライン. (<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000919910.pdf>) 2023.3.1.
- 10) 厚生労働省. 第10回 医師の働き方改革の推進に関する検討会 資料1. (<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000693029.pdf>) 2023.3.1.
- 11) 厚生労働省. 医師・歯科医師・薬剤師統計. (<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/33-20.html>) 2023.3.1.

- 12) 政府統計の総合窓口 (e-Stat). 平成30年医師・歯科医師・薬剤師統計. (<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450026&tstat=000001135683&tclass=000001135684>) 2023.3.1.
- 13) 厚生労働省. 第88回社会保障審議会医療部会 資料1 医師の働き方改革の施行に向けた準備状況調査 調査結果. (<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000945937.pdf>) 2023.3.1.
- 14) 厚生労働省. 第9回 医師の働き方改革の推進に関する検討会－医師の勤務実態について. (<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000677264.pdf>) 2023.3.1.
- 15) 厚生労働行政推進調査事業費補助金 (厚生労働科学特別研究事業), 研究代表者 裴英洙「医師の働き方改革の地域医療への影響に関する調査について」. 第12回医師の働き方改革の推進に関する検討会. 資料2-1. (<https://www.mhlw.go.jp/content/1080000/000794595.pdf>) 2023.3.1.
- 16) 勅使川早苗, 岩瀬敏秀, 金森達也, 他. 岡山大学勤務医師による非常勤勤務を通じた地域医療支援の現状調査. 岡山医学会雑誌 2015; 127: 13-7.
- 17) 山内和志, 田口健, 森脇睦子, 他. 東京都の医師の近隣県への派遣の状況に関する検討－2018年東京都が実施した調査に基づく分析－. 厚生指標 2021; 68: 1-8.
- 18) 小川彰. 地域医療における大学病院の役割. 医学のあゆみ 2009; 228: 254-8.
- 19) 中村敬彦. 民間紹介会社における医師派遣の考え方. 病院 2004; 63: 1004-6.
- 20) 尾野恭一. 大学病院から見たこれからの医局制度のあり方. 病院 2021; 80: 122-5.
- 21) 厚生労働省. 医師・歯科医師・薬剤師統計: 統計の概要. 平成30年 医師届出票. ([https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/33-20a\\_ishi.pdf](https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/33-20a_ishi.pdf)) 2023.3.1.
- 22) Johannessen KA, Hagen TP. Physicians' engagement in dual practices and the effects on labor supply in public hospitals: results from a register-based study. BMC Health Serv Res 2014; 14: 299.
- 23) Bayati M, Rashidian A, Zandian H, et al. Dual practice and multiple job holding among Iranian general practitioners: Rate and effective factors. Int J Health Plann Manage 2020; 35: 799-807.
- 24) Maciel RH, Santos JB, Sales TB, et al. Multiple job contracts of physicians in Ceará, Northeastern Brazil. Rev Saude Publica 2010; 44: 950-6.
- 25) Jan S, Bian Y, Jumpa M, et al. Dual job holding by public sector health professionals in highly resource-constrained settings: problem or solution? Bull World Health Organ 2005; 83: 771-6.
- 26) 猪飼周平. 日本における医師のキャリア 医局制度における日本の医師卒後教育の構造分析. 社会保障研究 2000; 36: 269-78.
- 27) 厚生労働省. 令和3年版厚生労働白書 資料編. (<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/20-2/dl/02.pdf>) 2023.3.1.
- 28) Zwiep T, Ahn SH, Brehaut J, et al. Group practice impacts on patients, physicians and healthcare systems: a scoping review. BMJ Open 2021; 11: e041579.
- 29) Damiani G, Silvestrini G, Federico B, et al. A systematic review on the effectiveness of group versus single-handed practice. Health Policy 2013; 113: 180-7.