

医学生の地域枠制度問題についての考察

～人権侵害と制度の背景及び求められる方向性に関する検討～

2022年2月21日

全国医師ユニオン代表 植山直人

目次

- 1, はじめに
- 2, 地域医療危機の背景と地域枠制度の設立
 - (1) 医師数抑制政策と新臨床研修制度
 - (2) 制度設立後の定員の増加と離脱者
- 3, 現在の地域枠制度の問題点
 - (1) 地域枠による医学部入学制度
 - (2) 地域枠離脱の原因
 - (3) 不利益を強要する圧力
 - (4) 情報の非対称性と説明義務違反
 - (5) 地域枠制度が引き起こす人権侵害
 - (6) 労働運動の歴史からみる退職の自由の重要性
 - (7) ハラスメントの実例
 - (8) 女性医師が抱える問題
- 4, 法的な問題等について
 - (1) 労基法違反
 - (2) 日本国憲法が定める人権への侵害
 - (3) 日本専門医機構の越権行為
- 5, 海外の医療過疎地問題に関する対応
- 6, 絶対的医師不足による地域医療の危機と国民皆保険の危機
 - (1) 絶対的な医師不足
 - (2) 地域の偏在と診療科の偏在
 - (3) 国民皆保険の危機
- 7, 医療界の人権意識の問題
 - (1) 医療団体の問題
 - (2) 医系技官が抱える問題
- 8, 求められる地域枠制度と地域医療を守る政策
 - (1) 地域医療を守る基本的な方向性
 - (2) 今すぐ改めるべき人権侵害等の問題
 - (3) 長期的な展望に立った抜本的改革
- 9, 終わりに

1、はじめに

近年、人権に関する問題が世界的な関心を集め、国の在り方そのものを評価する指標とされている。民主主義国家にとって人権を守ることは普遍的な価値とされているが、日本は人権意識が高い国とはみなされていない。このような現状の中で少なくない人たちが日本の人権意識を高める運動に尽力しており、政府も人権問題に取り組んでいる。しかし、医学教育や医師労働においては人権を侵害した制度が放置されてきた。この間、医学部入学において女性差別が組織的に行われていたことが表面化し、社会的な批判をあげたことは記憶に新しい。また、無給医問題という人権侵害が行われていたことは文科省の調査でも明らかになった。そして、最近では医学生地域枠制度において深刻な人権侵害が起きていることが明らかになってきている。

地域枠制度とは、僻地や医療過疎地域をはじめとする相対的に医師が不足し地域医療の継続が困難な地域の医師不足を解消することを目的として作られた制度である。このような地域で働く医師を医学生の時期から特別な枠組みで養成するために、奨学金等の制度や入学試験における特別枠を設けるなどの措置がとられている。本来であれば地域の実情に合った能力を持ち、やりがいを持って働く医師を養成することが求められるが、現状では高額な奨学金等と引き換えに長期間指定された地域の病院で働くことを強制する制度になっている。実際に明らかな違法と労基法に反する違法性が疑われる制度となっている。また、WHOは「遠隔地医療の提言」の中で「・人生イベントによる勤務を中断することを認める」としているがこれに反することが行われている。これらのことが地域枠で入学した学生の人権侵害を引き起こし医学生の不安や反発を招いている。日本の医療制度の不備を国や自治体は地域枠の医学生個人に対する人権侵害によって解決しようとしているが、これでは地域の医師不足の問題は解決しない。その点では国のあり方が問われる問題と言える。

2、地域医療危機の背景と地域枠制度の設立

(1) 医師数抑制政策と新臨床研修制度

ここで、地域枠制度が作られる経過について述べておく。国は医療費の増加を抑えるために医師数を抑制する閣議決定を2回行っている。1回目は1982年であり2回目は1997年である。これにより医師不足が深刻となり、医療現場で働く医師たちは極めて過酷な労働を強いられることになった。このために1990年代の後半から医師の過労死裁判が多発することになる。また労働条件が悪い病院などでは医師が大量に離職する事態も起きている。一方でこれとは別に新しい医師の研修制度が2004年から実施されることになった。厚労省の説明によれば「医師の臨床研修の必修化に当たっては、医師としての人格を涵養し、プライマリ・ケアの基本的な診療能力を修得するとともに、アルバイトせずに研修に専念できる環境を整備することを基本的な考え方として、制度を構築してきた」とされている。この制度自体はこれまでの医師の臨床研修の不備を改善することを目的としたものであったが、地方の大学病院の多くはしっかりとした研修体制を持っていなかったために、大都市の研修条件が良い病院で研修を受ける医師が増え地方の大学で研修する医師が大幅に少なくなることになった。大学病院にとって研修医は後継者であると同時に貴重な労働力である。地方の大学病院で研修を受ける医師が減ると大学病院の診療が回らなくなるため、大学は地方病院で働く大学所属医師の多くを大学病院に呼び戻す事態となった。このため、

医師不足に悩む地域の医師はさらに減少するという現象が引き起こされた。医療過疎地では医師不足により救急指定病院を返上したり、小児科や産科医療から撤退する病院が増え社会問題化した。そして2006年には医療崩壊という言葉がマスコミでも公然と使われるようになり大きな国民的問題に発展した。

このために国が出した「新医師確保総合対策」には「医学部における地域枠の拡充」という項目が設けられている。また、当時の舛添厚労大臣はこれまでの医師数抑制政策を改めて2008年から医師数を増員する政策をとることを強く推し進めた。(1)

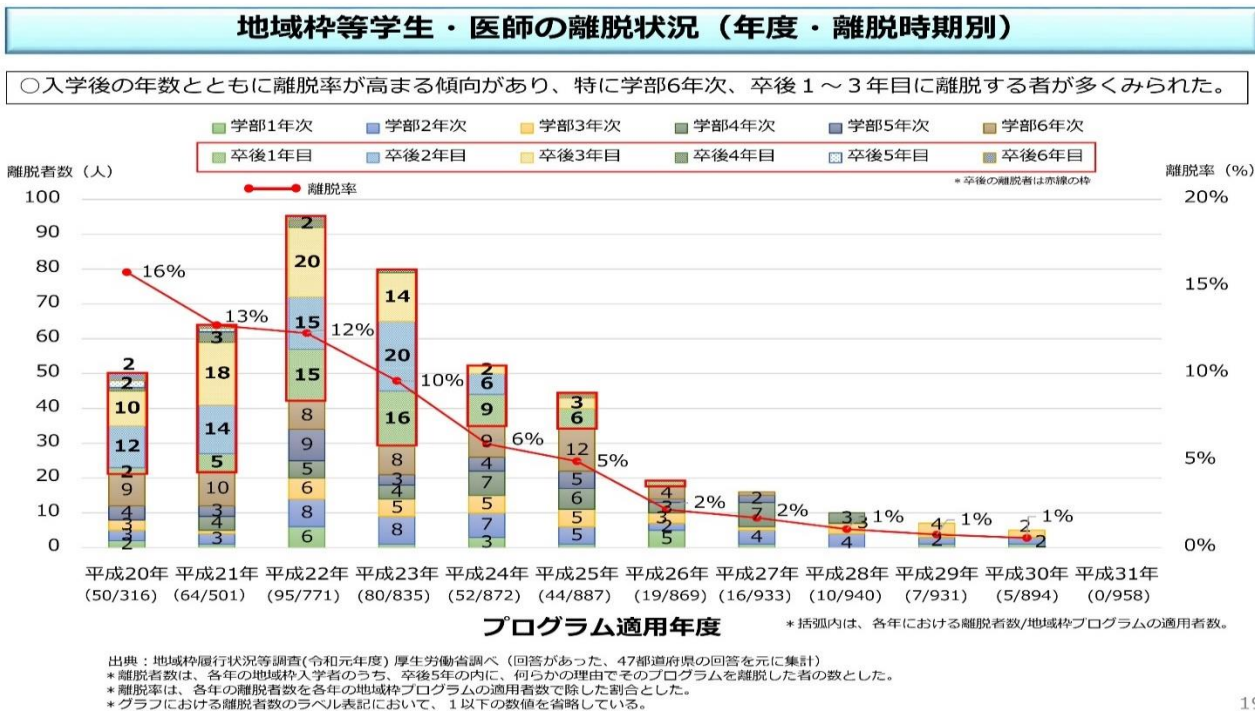
(2) 地域枠制度の定員の増加と離脱者

文科省の資料によれば地域枠の医学生は1997年(H9年)に11名いたことが確認できる。当初は微増にすぎなかったが、2006年に128名と初めて100名を超え、その後は確実に増加し2020年には1679名と全医学部定員の18.2%に増えている。

一方で地域枠制度は、各都道府県や各大学が独自に行う制度であり国の一律の基準は定められておらず緩やかな制度であった。このため地域枠で入学した後にこの制度から離脱する医師・医学生が少なからず存在した。(図-1) 卒後5年以内の離脱者は2008年(H20年)316名中50名(16%)、2009年は501名中64名(13%)となっていた。この離脱者に対して国や都道府県は問題視するようになり、過剰な対応を行うこととなる。このため2019年(H31)には離脱者は958名中0名となっている。地域枠を離脱する医師は様々な事情を持っている。中には留年や退学に加えて体調不良や死亡も含まれているが、それらの事情が全くなかったとは考えられない。むしろ個人が抱える事情を全て無視した国や都道府県・大学からの極めて強い圧力がかったことが原因であると考えられる。

常識的に考えれば高校3年生の時に考えていた進路が6年間の医学部在学中に考えが変わったり、健康や家族の問題等で事情が変わる学生が2割程度いることは大きな問題ではなくむしろ健全であると言えるであろう。これを許さない社会は異常と言える。

図-1 地域枠学生・医師の離脱状況



3、現在の地域枠制度の問題点

現在の地域枠制度の問題は、国や自治体や大学が地域枠で入学した医学生のモチベーションを高め地域で活躍できるように大切に育てるという課題に正面から取り組まずに、地域枠制度から離脱者を出さないことを目的とした歪な圧力をかけることに終始していることである。そのために、どんな手段を用いても地域枠の学生の離脱を許さないとする圧力が徐々に強められ、今日では違法な人権侵害を及ぼすに至っている。

(1) 医学部入学制度に関して

①医学部入学制度及び医学教育に関する問題

日本では、医学部への受験競争に勝つことが医学部入学の条件となっているが、欧米では大学卒業後に医学部へ入学する制度を持つ国が多い。これらの国では大学を優秀な成績で卒業し大学の推薦を受けてはじめて医学部に入学することができる。医師の適性を判断する上で、受験競争が十分ではないことは明らかであろう。本人にとっても大学で一定の学問を取め自分の適性を知った上で医師という職業を選択することが望ましく、大学医学部にとっても適切な入学選抜が行えると考えられているからである。本来であれば、このような根本的な点から日本の医師養成や医学教育に関して議論されるべきであるが、現在行われている地域枠制度は、入学選抜における医師としての適正の判断や医学教育を改善するための制度となっていない。地域の医師不足を強制力によるお礼奉公によって解決しようというもので、時代錯誤であり教育改革に逆行するものである。

②地域枠制度による医師の囲い込み問題

地域枠制度の問題点として指摘しておかなければならないものに地域枠の募集定員が挙げられる。例えば、札幌医大の令和 4 年度の入試の募集定員は 95 名であるがこの内の 42 名が地域枠となっている。これは定員の 44%に相当する。しかし、北海道大学の募集要項に地域枠の募集はみられない。また、全国で最も人口当たりの医師数が少ないのは埼玉県であるが、埼玉医科大学の入学定員は 130、そのうち地域枠は 19 名と 15%にすぎない。全国的な地域枠定員の平均が 18%程度であることから見れば札幌医科大学の地域枠定員は異常である。本当に必要な人数であるのか疑問である。このことから都道府県や大学が医師の囲い込みを意識的に行っている可能性があると言える。この地域枠定員が北海道庁による要請であるのか札幌医大独自の判断であるのかは不明であるが、その定員数に関して誰もが納得できる説明責任が果たされていない。地域枠制度は若い医師の人事権を都道府県や大学が持つことになるため、不当な権力や利権を生む可能性がある。日本の病院の 8 割は民間病院であり、医師不足の病院にとって医師の確保は経営に直結する問題である。長年にわたり大学は地方の病院に医師を派遣することにより、研究費を寄付させるなど不適切な資金を得ていた。医師の人事権を持つことは不当な利益を生む温床となりかねない。このため本来の目的と異なる意図によって地域枠の募集定員が引き上げられている可能性が危惧される。2004 年の新臨床研修制度は、大学医局による医師の支配力を大きく低下させたが、この復権に地域枠制度が利用されているとの指摘もみられる。地域枠の募集定員や医師の配置に関する説明責任は当然として、その計画や運用に関しても完全なガラス張りとする必要がある。

また、地域枠制度が都道府県による医師の奪い合いとならないように国が適切な基準を設ける等の対

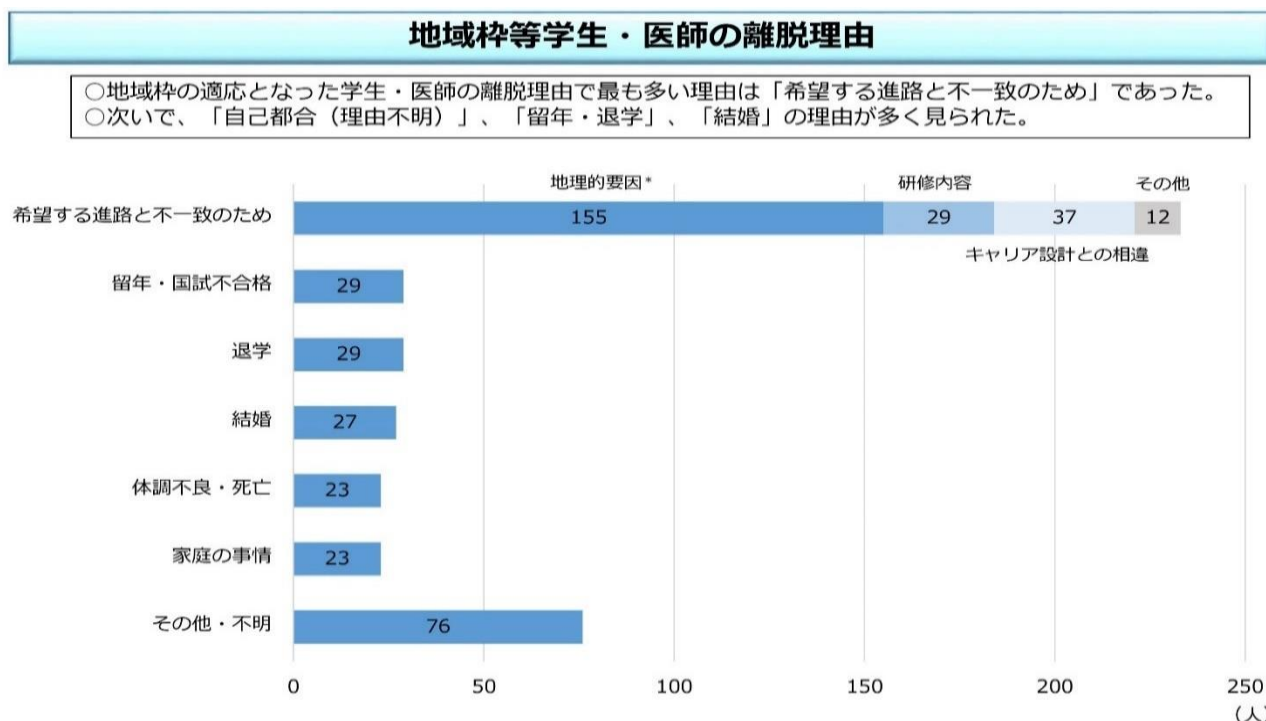
応を行う必要がある。

(2) 地域枠離脱の原因

ここで 地域枠を離脱する理由について考察することにする。厚労省の調査では、以下の理由が示されている。①希望する進路と不一致のため、②留年・国試不合格、③退学、④結婚、⑤体調不良・死亡、⑥家庭の事情、⑦その他・不明。(図-2)

ここで問題となるのは「希望する進路と不一致のため」であると考えられる。これに関しては一つの理由として入試における地域枠選択のミスマッチが大きいと考えられる。また、実態として医学部入学前と医学部卒業時では医学生が目指すキャリアは大きく変わっていることが多い。これは現実の医療現場を見て自分の適性やワーク・ライフ・バランス等を考慮して将来像を描くという過程を経た医学生の適切な判断によって行われていることであり、むしろ望ましいことである。これを道義に反するあるまじき行為として問題視すること自体が誤りであると言える。結局、不満を持ちながら強制された年月が過ぎるのを待ちわび、期間終了後に強制された地域を去る医師を作り出すことになってしまう。果たしてこれらの医師は病院や地域住民とは信頼関係を作ることができるのであろうか。海外には義務により過疎地で勤務した医師の定着率は低いとのデータもある。キャリアの変更を強制力によって拒絶することは地域住民にとっても医師や医学生にとっても不幸なことである。さらに、②留年・国試不合格、③退学、④結婚、⑤体調不良・死亡、⑥家庭の事情に関しては、入学以前には全く予想することができないことである。⑥家庭の事情に関しては内容が不明でありコメントはできないが、一人の医師の人生を左右するものであり丁寧に対応する必要がある。

図一2 地域枠学生等・医師の離脱理由



(3) 不利益を強要する圧力

離脱者を生まないために行われている主な方法としては以下の3点が挙げられる。

① 奨学金等を利用した経済的圧力

ほとんどの都道府県では地域枠で大学に入学すれば、該当する都道府県から奨学金等（貸与されるお金は修学資金など都道府県によって呼称が異なるため奨学金等と記載）を受けなければならないことになっている。この奨学金等は多くの場合利息が10%となっている。そして地域枠を離脱する場合には即時に一括して全額を返済しなければならない。奨学金等の利息が10%ということは常識ではあり得ない。日本学生支援機構の奨学金の利息は0.16%程度である。また、日本政策金融公庫の教育ローンの金利は1.66%である。学生にはこのような低金利の奨学金や教育ローンが用意されている。なぜ10%という異常な金利の奨学金等を強制的に地域枠の学生に受けさせるのかその理由は示されていないが、借金を負わせることを目的としているとしか考えられない。さらに、昨年、山梨県が離脱者に対して今後は違約金を求めるとした。しかし、労働基準法16条は「使用者は、労働契約の不履行について違約金を定め、又は損害賠償額を予定する契約をしてはならない。」と定めており違法である可能性が高い。医学生団体の全日本医学生自治会連合の調査によれば、山梨県では奨学金は月額13万円であり6年間の支給は936万円となっている。しかし、地域枠を離脱した場合の奨学金とその利息さらに違約金を加えた返済額は1778万円となる。実に元本の1.9倍を支払う必要がある。これは、無理やり借金をさせ、これに高い利息をかけて借金を増やし、その借金をかたに強制労働を強いる悪徳金融業者のやり方と何ら変わらない。また離脱した場合の奨学金の返済に関しては翌月に全額一括返済となっているが、どのような所得水準の家庭を念頭においているのであろうか。一般家庭の学生であれば一括返済は事実上不可能である。また、離脱理由に体調不良などが見られるが、病気で苦しむ学生や家族に鞭打つような制度を国や自治体を作るなど異常である。日本学生支援機構は奨学金の返済のシュミレーションを公表しているが返済期間は20年となっており、地域枠離脱時の奨学金の返済に関しても同様とすべきである。さらに、奨学金を受けることによる拘束期間は多くの場合9年間という長期間となっているが、常識的に奨学金の貸与期間を超える拘束などありえない。医学生をお金でがんじがらめに縛り付けるやり方は奨学金等の制度の本来の趣旨から全く外れたものとなっており、このような制度を医学教育に持ち込むことは極めて有害である。

以前から医療界では看護学生に奨学金を与えその見返りとしてお礼奉公をさせる慣習があったが、裁判では違法との判決もみられる。

② 初期研修を受けられなくする圧力

この点に関して厚労省は、離脱者に対して直接初期研修を受ける権利を取り上げることができないために地域枠の医師が他の都道府県の病院で研修を受けた場合、研修を受け入れた病院に対して研修補助金を減額するとしている。このために離脱した医師を受け入れる病院はない。卒業後に研修指定病院において初期研修を受けることは医師としての基本的な知識や技能を身につけるために必要不可欠であり、臨床医となるための義務である。従って、離脱すれば臨床医となることを諦めざるを得なくなってしまう。実際に、離脱するために奨学金を全額返済しながら、他県に研修を受け入れてくれる病院がないために離脱できなくなっている医師も存在する。これは医学部卒業時に離脱を考える医師への圧力と言える。

③ 専門医となることを許さない圧力

さらに、専門医制度を悪用した圧力について述べることにする。専門医になるためには日本専門医機

構と各学会が定めた専門医の研修を受け試験に合格する必要がある。この点を利用して地域枠を離脱した医師に専門医の資格を与えないという圧力がかけられている。

日本専門医機構は 2021 年 2 月 22 日付で、「専門研修制度における地域枠医師の取扱いと専門医の認定について」と題する告知を行っている。ここには「当機構を含む関係団体は医療提供体制の確保と影響に配慮した医師の研修を行うよう努めることが規定されております」として、「都道府県と同意されないまま、当該医師が地域枠として課せられた従事要件を履行せず専門研修を修了した場合、原則、専門医機構は当該医師を専門医として不認定とする」と明記している。

これは初期研修を終えた地域枠の医師に対する圧力である。医師のキャリア・アップの道を閉ざす極めて重大な権利の侵害が専門医制度を利用して行われている。

(4) 情報の非対象性と説明義務違反

学生にとって地域枠の選択は高校生の時期に行うことになるが、高校生は医師の研修の重要性やその内容に関して全く知識を持っていない。また、将来研修を受けたり勤務することになる病院の研修条件や労働条件について、具体的な説明を受けることなく 9 年間の拘束を受ける契約を行うことになる。さらに、進路指導を行う教師も研修や労働条件に関する知識は全くなく医学部受験の指導の一環として地域枠で受験をすることを勧めることになる。都道府県によっては研修が受けられる病院は限られているために地域が限定されると病院を選択することができない。病院によっては低賃金で研修医を雇用したり、過重労働が常態化するなど労働条件が極めて悪い病院がある。しかし、ワーク・ライフ・バランスや自分の体力を考慮することなくそのような病院で勤務することが強要されることになる。このような状態は情報の非対称性という点から極めて問題である。

さらに不利益に対する説明が契約書に記載されていないのみでなく、不利益が本人の了解なく一方的に追加される事態が起きているが、これは明らかに違法である。すでに述べたように日本専門医機構は都道府県が認めた離脱者以外には専門資格を与えないと公言している。現在地域枠となっている医師や学生はこのような説明は受けておらず契約書にもそのような記載はない。重大な不利益条項が記載されていない契約書など無効であると言えよう。そして、大学や都道府県はこのような問題に関する説明を行っておらず、その点では説明義務違反と言わざるを得ない。

また、地域枠制度は事実上の契約として将来を拘束するものであり、親は奨学金の保証人となることを求められている。もし地域枠制度が契約を前提とした制度であるとすれば、適切な判断を行うために医師の研修や法律に詳しい代理人の参加も当然認められるべきである。

このように適切な説明が行われていない事もあり、地域枠で入学した学生の一部が地域枠からの離脱を希望するものと考えられる。

(5) 地域枠制度が引き起こす人権侵害

これまで地域枠制度の問題点を指摘してきたが、ここでは地域枠制度がどのような人権侵害を引き起こしているのかについて述べることにする。

①職業選択の自由や退職の自由、移動の自由、出産・育児の自由の侵害

本来、日本国民は職業選択の自由や退職の自由の権利を有するが、事実上これが認められなくなっている。医学部の入学においては、将来的に医師となることを目指すものであるが、どのような医師になるかは想定されていない。また、医学部入学後に臨床医となることが適さないと判断すべき場合もあり得る。これには健康上の問題や医師の責任の重さに対するメンタリティや対人関係の不得意なども挙げられる。

医学生の中にはメンタルの問題を抱える者が少なくなくバーンアウトやメンタル不調、中には精神的な疾患を有する者もいる。精神的な問題やその他の身体的疾患、障害や体力等によっては、臨床医以外の医療に従事することが望ましい場合もありえる。しかし、地域枠の学生にはこれが許されていない。すでに述べたように医療過疎地の医療機関は限られているため、場合によっては自分に適した病院を選択する余地がない場合もあり得る。

医師の働き方改革においては例外的に過労死ラインの2倍の労働時間が認められる医療機関もある。このような医療機関で勤務することを事実上強制されることになりかねない。また、病院勤務医もさまざまな理由によって退職することがある。結婚はパートナーとの関係が重要であるため、居住地を限定されることにより別居しなければならないケースも出てくる。また出産や育児・子育て・介護なども居住地を選ぶ重要な問題であるが、これが制限されることになる。さらに健康状態によっては職場を変える必要が出てくる場合もあるが、その場合に適切な対応がとられるのか危惧される。2016年に公表された日本医師会の「勤務医の健康の現状と支援のあり方に関するアンケート調査報告書」によれば、「主観的健康観（健康でない・不健康）」が20.1%、「自殺や死を毎週/毎日具体的に考える」が3.6%、「抑うつ症状尺度 QIDS 中等度以上」が6.5%となっている。勤務医の健康障害は深刻であるが、地域枠であることが原因で適切な対応がとられない場合には、バーンアウトやメンタル障害をはじめ、最悪の場合には過労死・過労自死に発展する可能性も高まる。

実際、異なる都道府県の地域枠の学生が結婚する場合9年間の別居が強制されることになるが、この問題は現実には起きていると聞く。また、地域枠の学生が大学で将来の研修や勤務に関する面接を受けた際に義務である9年間の期間中は妊娠・出産は避けるべきであると言われたケースがあるとも聞く。医師の働き方改革関連法案の付帯決議には「出産・育児期の女性医師を始めとする子育て世代の医療従事者が、仕事と出産・子育てを両立できる働きやすい環境を整備する」と書かれているが、これに反するようなハラスメントが地域枠を理由に平然と行われていることになる。地域枠の学生・医師に対する人権侵害は深刻であるといえる。

②研修の自由の侵害

医学生にとって診療科の選択や研修を受ける病院の選択は極めて大きな問題である。すでに述べたように新臨床研修制度では自分に適した研修病院を全国各地から選択することができる。少しでも自分にあった研修を受けられる病院を選択する自由が与えられている。しかし、地域枠の医学生はこれらの選択が都道府県内に限定されることになる。

また、各研修病院は研修病院として選ばれる立場から研修内容や労働条件を向上させることを努力している。地域枠の医学生が強制力によって自動的に病院に入局するとなれば、研修内容を向上させたり労働条件を改善させる病院のインセンティブが低下することが危惧される。

③医師の働き方改革における例外的強制

現在、国は医師の働き方改革をすすめているが、これは医師のみに過労死ラインの約2倍の1860時間の時間外労働を認めるものである。この労働時間の上限規制には5年間の猶予措置が取られているが、各病院での働き方改革は遅々として進んでいない。そのため医療界からはこのままでは地域医療が崩壊するとして、長時間労働の罰則の開始を延期すべきであるとの要望が出されている。当然、そのような労働条件の悪い病院は若い医師たちに敬遠されるが、地域医療を守るためとして作られた地域枠制度は若い医師たちを強制力によって例外とされる医療機関に配置することが可能になる。働き方改革を守れな

い病院に人権を踏みにじってまで医師を供給する制度と言える。

(6) 労働運動の歴史からみた退職の自由の重要性

日本では、明治維新以降に急速な工業化が進行し労働者は過酷な労働を強いられていた。このため全国各地で労働争議が起こることになる。1880年代には鉱山や炭鉱などにおいて暴動が起きているが、明治期の労働争議の多くは職場を放棄して逃避したりして監督者に反省を求めたりするものであった。人権を守る法律や労働組合がない中では、施設から逃げることによって自己主張を行うよりほかに道はなかった。戦前の医療労働者の争議は60件確認できるとの研究があるが、最初の医療労働者の争議と考えられているものは1896年の日赤青森県支部の争議である。これは病院に不満を持つ看護師養成課程の2期生と3期生が事実上のストライキとして寮から逃げて一斉に帰郷してしまった事件と言われている。結局、看護学生たちは連れ戻され首謀者は退学処分や謹慎処分を受けることになったが、過酷な労働環境に置かれた者にとって、その場から逃げ出すことは昔から行われてきた人間としての最低限の抵抗である。

医師に関しては医師数抑制政策が進められる中で1990年代後半から医師の過労死裁判が数多くみられるようになり医師の過重労働が深刻となっていた。そして、医療崩壊という言葉が使われた2006年頃に、多くの病院で医師の集団退職がみられている。2006年の新聞には「赤字の男鹿みなど市民病院 医師の半数退職へ」や北秋田市米沢病院「同病院では常勤医13名中5人が3月いっぱい退職」などの記事がみられる。これが一部の地域だけでないことは2001年3月から2006年3月末までに全国で「430病院が救急指定を返上」しており、その内の6割の自治体が医師不足を理由として挙げているとの記事が示している。

医師の労働組合がないなかで、多くの医師が過酷な労働を強いられ解決の展望が持てない中で、追い詰められた医師たちが自らの命や健康・生活を守るために唯一の方法である退職という道を選んだと考えられる。

退職は意にそわない拘束や労働を強要される者にとって、自分を守るために認められている最低限の権利である。地域枠制度はこの退職の自由を奪うものである。

(7) 地域枠医学生へのハラスメント事例

地域枠の医学生は立場が弱く様々なハラスメントを受けている可能性があるが、以下に地域枠の医学生やその親が受けたハラスメントについての具体例を示しておく。

①親が病気になり離脱を申し入れた事例

大学担当者が本人に行った発言。「君は地域枠で入学しておいて卒業できないこともありうるとは考えなかったのか。社会人として責任を果たしていないことに関してはどう思うのか。奨学金を返しても地域枠で入った記録は消えない。道義的責任は消えない。いくら事情があってもルールは変えられない。親が年取ることでも予測できたはず、退学してもう一度入り直すくらいの考えを。不利益な扱うを受けるのも自己責任。大学としても擁護できない。そもそも奨学金を6年間借りるという約束で入学したんだ。それができないなら出て行ってってくれって話だ」。

②入学後話が違ふと離脱を申し入れた事例

大学の担当者が保護者へ行った発言。「医師の世界は狭い、裁判と退学覚悟で、99%辞められない、今はあなたのお子さんを指導していますが、今後は県と大学とお子さんは対峙することになりますよ。こんな人に入学してもらいたくなかった」、「医師の世界は狭いから約束を反故にしたレッテルが付いて回

る。絶対にやめられない。今なら私の胸のうちに収めていきますがそろそろ他にも言わないといけません」が。

大学の担当者が本人へ行った発言。「この条件で入学しておきながら、確約書にサインしたことの重みをどう思うか」、「辞められないけどもし本当に辞めたら君はどうなると思うか」、「目をつぶって行ってくれないか」。

ハラスメントを行っている大学担当者の人格にも問題があると言えるが、大学の担当者の何が何でも離脱させないとする姿勢は、担当者自身にも離脱を生まないように対応しなければならないとの圧力がかかっていることが推察される。現在のような人権をないがしろにした地域枠制度でなければ、このようなハラスメント自体が存在しなかったと考えられる。

(8) 女性医学生・医師が抱える問題

地域枠制度はとりわけ女性医師に大きな不利益をもたらすことになる。医師の職業は責任が重く、医師不足も深刻であることから長時間労働が常態化しており休みの取得も困難である。このような状態の中で出産や子育てを行うには、両親などの家族の協力や夜間保育や病児保育、ベビーシッター制度の活用などが必要となってくるが、出身地域で勤務しなければ両親の支援は見込めない。また、過疎地には夜間保育や病児保育の制度、ベビーシッターの業者などが存在しないため、これらを利用することはできない。

さらに出産・育児等の問題に加えて、この時期が専門医資格の習得と重なることから極めて深刻な問題を引き起こす。男性の育児や介護参加が求められる今日においては、育児や介護の問題は男性医師にとっても大きな問題であるが、現状として男性の育児や介護参加は進んでおらず、女性医師の負担は極めて大きい。

一方で、女性医師が抱える不利益はこれにとどまらない。それは結婚に関する問題である。恋愛や結婚は個人の問題とされ、地域枠制度がもたらす不利益との関係で語られることはほとんど無いが、地域枠を選択する女性受験生のために事実を語る必要がある。

現実の問題として、高学歴の女性が過疎地域でパートナーを見つけることはきわめて困難である。一般的に学生時代にパートナーを見つける女子医学生も少なくないが、地域枠制度によって9年もの長期間にわたり居住地を拘束されることは、パートナーを探す上で大きなハンディを負うことになる。パートナーには自分自身の将来設計やキャリア・アップが必要となるが、地域枠の女性との結婚はよほどの条件が整わない限り男性側の将来設計やキャリア・アップと相容れないことになる。場合によっては長期間の別居が前提となりかねないし、子供を設けることを大きく制限しなければならない。そのことは地域枠の女性医師にとって極めて深刻なデメリットである。地域枠の医師であるたに、パートナーとして選ばれにくくなる可能性が高いと言える。9年間にも及ぶ年季奉公を担った人間がどのようなハンディを負うことになるかしっかりと考える必要がある。もちろん、これは男性にとっても同様である。地域枠医学生というレッテルが、恋愛や結婚において差別を生むことになりかねない。この制度が長期的な居住地を拘束することにより恋愛や結婚というプライベートな問題に大きな不利益を与えていることは明らかであろう。

パートナーや結婚相手を探すことは個人的な問題であり行政が関わる問題ではないが、実態として極めて深刻なデメリットがあることは事実である。従って、この制度が持つ人権侵害として取り上げる必要がある。

4, 法的な問題等について

(1) 労基法違反について

すでに述べたように現在進められている地域枠制度はいくつかの点で労基法に違反していると考えられるが、ここでは労基法違反に関して考察を行っておく。

①第5条（強制労働の禁止）

「使用者は、暴行、脅迫、監禁その他精神的又は人体の自由を不当に拘束する手段によつて、労働者の意思に反して労働を強制してはならない。」と定められている。

地域枠の学生・医師は奨学金に対する高額の利息及び離脱時の一括返済、臨床医になるために必要な初期研修を受ける権利、さらに専門医資格を得る権利を奪われることによる不当な拘束を強要されている。

すでに述べたように、奨学金等に関しては、ほとんどの場合利息が10%となっているが、日本学生支援機構の奨学金の利息は0.16%程度であり、日本政策金融公庫の教育ローン（教育一般貸付）の金利は1.66%である。その他の公的な融資などを調べても利息が3%を超えるものを見出すことはできなかった。修学援助金等は奨学金ではなく一般の融資と考えても、行政の行う融資は利益を上げることを目的としたものではなく金利は物価上昇率等を考慮して決められるため、10%などと言う利息にはならない。地域枠学生の奨学金等における高利と一括返済の義務は「その他精神又は身体の自由を不当に拘束する手段」として利用されているものであると言わざるを得ない。初期研修を受けられなくなることも、専門医資格が与えられないことも不当に拘束する手段であることは明らかである。

②第14条（契約期間等）

「労働契約は、期間の定めのないものを除き、一定の事業の完了に必要な期間を定めるもののほかは、三年（次の各号のいずれかに該当する労働契約にあつては、五年）を超える期間について締結してはならない。」と定められている。ここで医師は「専門的な知識、技術又は経験」があるため5年となる。

多くの大学では都道府県が指定する地域での拘束を奨学金等の貸与を受ける6年の1.5倍の9年としている。これは明らかに労基法が定める契約期間の上限の5年を超えるものであり、5年を超えた拘束に関しては無効と考えられる。

③第16条（賠償予定の禁止）

「使用者は、労働契約の不履行について違約金を定め、又は損害賠償額を予定する契約をしてはならない。」と定められている。

すでに述べたように山梨県は地域枠の学生・医師の離脱に対して違約金を取るとしているが、これは明らかに違法と言える。また、奨学金に対する10%に及ぶ高い金利は、事実上の賠償金と考えられる。

上記の違法性に関しては、これまで司法の判断は示されていないが、今後、裁判に訴える地域枠の学生や医師が現れ司法判断がなされると考えられる。

(2) 日本国憲法が定める人権への侵害

日本国憲法において人権に関しては、以下のように定められている。

第11条 国民は、すべての基本的人権の享有を妨げられない。この憲法が国民に保障する基本的人権は、侵すことのできない永久の権利として、現在及び将来の国民に与へられる。

第14条 すべて国民は、法の下に平等であつて、人種、信条、性別、社会的身分又は門地により、政治的、経済的又は社会的関係において、差別されない。

第 22 条 何人も、公共の福祉に反しない限り、居住、移転及び職業選択の自由を有する。

第 25 条 すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。

② 国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。

医療界においては、地域住民に対して憲法 25 条を守ることを大義として、勤務医に対して憲法に反する働き方を強要する傾向が強いと言える。地域医療を守ることを理由として例外的に医師のみに長時間労働を認める法律を作ったり、若い医師を地域に拘束する制度を作ったりしているが、憲法は医師に対しても守らなければならない。今回の地域枠問題においては第 22 条に反していることは明らかであると考えられるが、立場の弱い高校生がターゲットにされ、医学部という閉鎖された特殊な環境で人権が侵害されていると言える。医療界の指導的な医師や大学職員に対して人権に関する教育やハラスメントに関する研修等を徹底することは喫緊の課題であると言える。

(3) 日本専門医機構の越権行為について

一般社団法人日本専門医機構の「専門医制度整備指針（第三版）」によれば、「専門医とは各専門領域において、国民に標準的で適切な診断・治療を提供できる医師である。」とされている。これらの専門医を育成するために、日本専門医機構と内科、外科、産婦人科、小児科学会など 19 の学会が医師法第 16 条により厚労省の省令で定められている。これらの各学会は①専門医育成プログラム基準の作成、② 専攻医募集と教育、③ 専門医認定・更新の審査、④研修プログラムの審査を行うとされている。一方、日本専門医機構は各学会の「各制度に助言・評価する機関」とされている。その業務内容は各専門医制度の「①標準化および質の担保、②検証、③ 専門医（更新車を含む）および研修プログラムの機構としての審査と認定を行う」とされている。なお基本理念としては「1.プロフェッショナルオートノミーに基づいた専門医の質を保証・維持できる制度であること 2.国民に信頼され、受診にあたり良い指標となる制度であること 3.専門医の資格が国民に広く認知される制度であること 4.医師の地域偏在等を助長することがないように、地域医療に十分配慮した制度であること」の 4 点が挙げられている。

先に述べたように日本専門医機構は 2021 年 2 月 22 日付で、「専門研修制度における地域枠医師の取扱いと専門医の認定について」と題する告知を突然おこなっている。ここには「日本専門医機構は専門医の認定と養成プログラムの評価・認定を統一的に行う中立的な第三者機関として設立され、医師法においては、当機構を含む関係団体は医療提供体制の確保と影響に配慮した医師の研修を行うよう努めることが規定されております」として、「都道府県と同意されないまま、当該医師が地域枠として課せられた従事要件を履行せず専門研修を修了した場合、原則、専門医機構は当該医師を専門医として不認定とする」と記載されている。専門医として不認定とすることは極めて重い罰則と言えるため、このことは離脱を考える地域枠医学生や医師に重大な精神的苦痛を与えている。

そもそも専門医機構は各学会の「各制度に助言・評価する機関」であり、専門研修を修了した専攻医を罰する権限などは持たない。「専門医制度整備指針（第三版）」にもそのような罰則に関する規定は全く記載されていない。すでに触れたように理念には「医師の地域偏在等を助長することがないように、地域医療に十分配慮した制度であること」と記載されているが、これに関しては「専門研修施設群の地理的範囲」において「地域医療に配慮」することや「専攻医登録数」において「地域の診療体制に配慮する」などが明記されている。厚労省令に定められた団体であれば法的な根拠を示すべきであるが法的な説明は全く行われていない。またどのような議論でこのような決定がなされたのか全く説明がなされていない。

医師にとって極めて重要な専門医の資格を与える権限を持つ組織であれば、権力を振りかざすようなことを行うべきではない。罰則にあたるような事案に関する議論であれば慎重であることはもちろん完全にガラス張りの議論で誰もが納得できるようにしなければならない。また、この決定は地域枠離脱者を一方的に悪人とすることが前提となっているが、すでに見てきたように地域枠制度自体に違法性があり、離脱に関しては人権を守りながら個別の事情を検討する必要があることは明らかである。さらに、離脱の問題に関しては都道府県に丸投げしているが、都道府県によって離脱者に対する対応は大きく異なっており、専門医資格の公平性が損なわれることになる。今後法的な争いが起きると考えられるが、都道府県側が敗訴する司法判断が下された場合に日本専門医機構は該当医師に専門医資格を与えなかった誤りについてどのような責任を取るのか明確にする必要がある。

いずれにしても、地域枠の離脱の問題と専門医資格は別の問題であり、日本専門医機構は越権行為をやめて各学会の「各制度に助言・評価する機関」に徹するべきである。

5、海外の地域医療を守る制度

医療過疎地の医師不足は日本だけの問題ではない。以前から世界的にも問題になっており WHO はこの問題に関して提言を出している。以下にその提言を引用しておく。

WHO の遠隔地医療提言 (2)

- ・ GP を派遣する (*GP とは総合診療医を指す)
- ・ 交代や代務の要員の確保
- ・ 生涯教育の機会を保障
- ・ 人生イベントによる勤務を中断することを認める
- ・ 子弟の教育機会に配慮
- ・ 都市部のセンター病院医師とは遠隔診療で相談に乗ってもらえること
- ・ 十分な給与を出すこと

上記は医師の人権に配慮されたものであり、先進国では地域枠制度を考えるうえでのコモンセンスであると考えられる。

ここでは主要な先進国である 米国、イギリス、フランス、ドイツ、オーストラリアについて述べることにする。まず、オーストラリアを除けば地域枠の入学制度はなく、イギリス、フランス、ドイツでは地方遠隔地派遣義務の制度はない。米国においては地域の医療機関にプライマリケア医として勤務することを条件に医学部在学中に奨学金を支給する制度があるが、卒業後に少なくとも 2 年、最長 4 年の勤務義務とされている。

オーストラリアでは医学部入学の約 25% が政府が定める遠隔地域医療過疎地で勤務する義務を持つ制度があるが、義務に関しては医学部卒業後 18 年以内に通算で 3 年間勤務することとされている。一方で、米国とオーストラリアにおいては義務を果たすことと専門医資格には何ら関連はない。

このことから、主要な先進国では、地域枠制度を持つ国は少なく、義務に関しても、長い医師の人生の中で短期のみ地域に貢献することを求める制度となっている。しかも日本で問題となるような初期研修を受けられなくなったり、専門医資格が取れなくなるような不利益はなく、医師の人権は守られていると言える。

6、絶対的医師不足による地域医療の危機と国民皆保険の危機

(1) 医師数抑制政策

日本においては多くの地域において医師不足が深刻であり、このことが地域医療の危機を生んでいる。これは医師の単なる地域偏在の問題ではなく医師の絶対的な不足が原因である。日本における医師数はOECD 諸国の中では最低レベルである。必要医師数は年々増加するがその原因は産業構造の変化である。第三次産業への転換においてはサービス業が中心となり、医療や介護さらに健康に関わる産業も大きく成長することになった。さらに今後はITやバイオ産業が急速に発展する中で健康産業や医療産業がさらに大きく発展し、医師の必要数も増えることになる。例えば東京都の救急車の出動件数は、1963年から2018年の55年間で8倍に増えており、癌の罹患数は1975年から2015年の40年間に4.4倍増えている。

しかし、政府は医療費を抑制することを目的に医師の養成数を抑制してきた。国は財政問題という狭い視点で医師の養成数を抑制しているため、この60年間で医師数は2.4倍しか増えていない。人口当たりの医師数は1960年代には日本もOECD平均とほぼ同様であったが、医師数抑制政策のために大きな開きができている。政府は1982と1997年に医師の養成数を抑制するとの閣議決定を行っている。2006年に医師不足を認め2008年からわずかな医師養成数の増員を行ったが、現在は再び医師養成数を減らすとの立場に立っている。

(2) 絶対的な医師不足と人権侵害

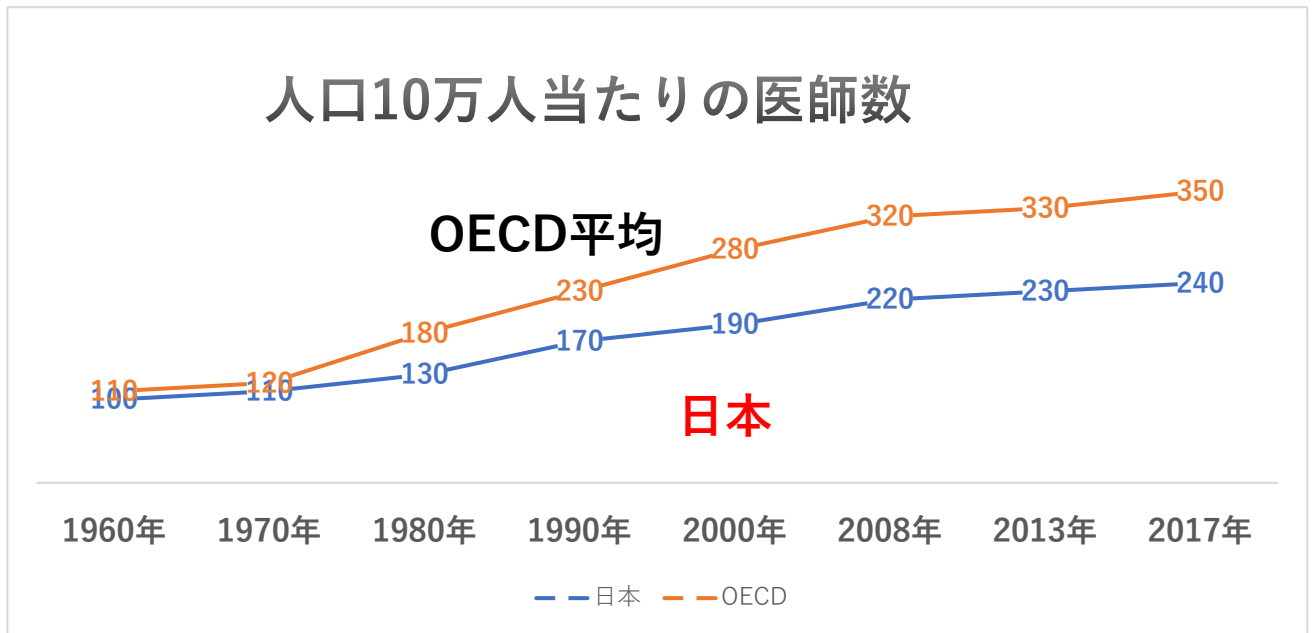
日本の人口当たりの医師数は2017年に人口1000人当たり2.4人であるが、OECDの平均は3.5人であり、日本がOECD平均に達するには約14万人医師を増やす必要がある。(図-3)しかし、政府は、今も医師数抑制政策をとっておりOECD諸国の中で医師養成数は最低であり、今後OECD加盟国との医師数の差は拡大するばかりで、医師不足はさらに深刻となる。(図-4)

多くの都道府県では医師を確保するために大きな努力を払っているが、絶対的な医師不足の中では全ての地域が十分な医師を確保することは不可能である。一般的には都市部の大病院には多くの医師がいて余裕があると思われるがちであるが、むしろ大学病院や高度医療機関のほうが長時間労働が顕著となっている。厚労省の調査では、病院勤務医の約4割が過労死ラインを超えて、約1割は過労死ラインの2倍を、約1.6%は過労死ラインの3倍を超えて働いている。(図-5)また大学病院の88%に過労死ラインの2倍を超える長時間労働を行っている医師が存在するとされている。東京においても人口当たりの医師数はOECD平均以下であり医師不足となっている。新型コロナウイルスの感染拡大では医師・看護師不足により脆弱な医療体制が崩壊し、本来は入院が必要な患者が医療を受けられずに自宅で亡くなる例が多発した。都市部や大学病院の医師不足も深刻であり、日本の医学論文数の国際的順位は年々下がっている。都市部の医師を医療過疎地に回せば済むという単純な発想では日本の医療は守れない。医師の過重労働をなくし医療安全が確保できる必要医師数を増員することと偏在対策を同時に行わなければ問題は解決しない。

現在の政策においては、医師数を抑制することにより医師不足が進行しているため、医師に過重労働をさせる必要があり、働き方改革において医師のみに過労死ラインの2倍の働かせることができる法律を作った。しかし、医師が長時間労働を嫌い2006年頃のように地方の長時間労働の例外を認める病院から逃げ出す可能性があるため、地域枠制度で病院を辞める自由を奪い逃げられなくする必要があったもの

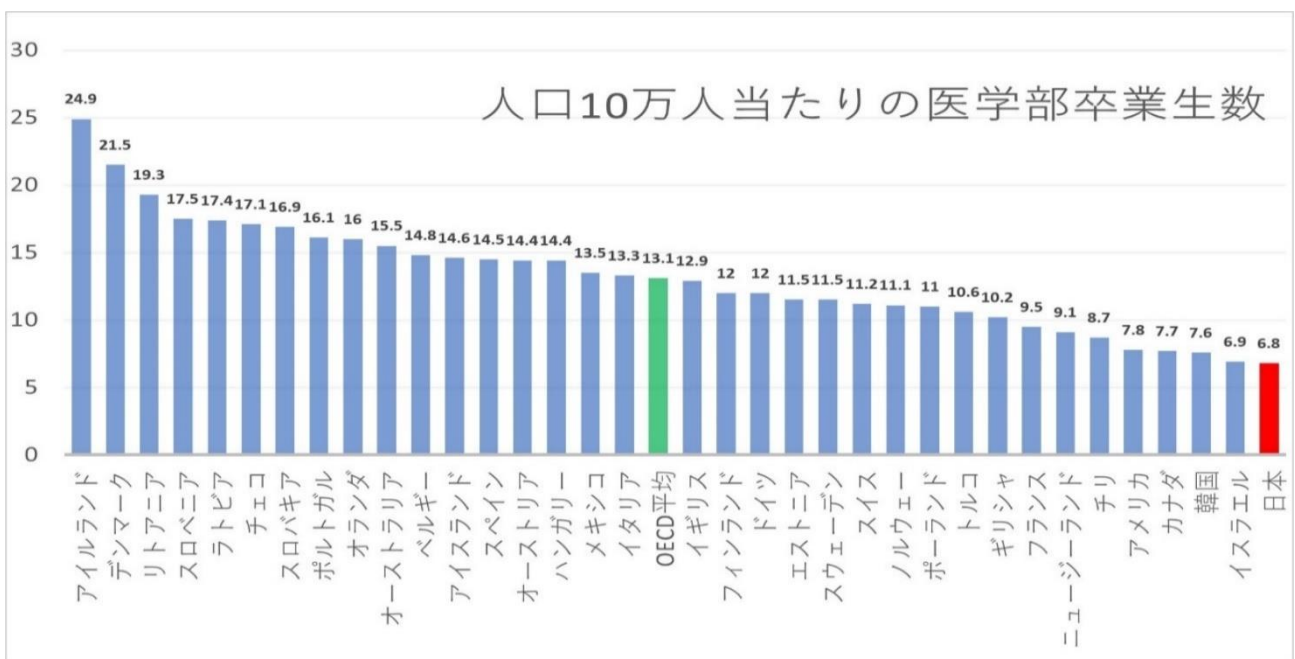
と考えるべきであろう。政策担当者がこの点を明確に意識しているのか、それとも目先の対応に追われ結果的にこのような制度が作られているのかは不明であるが、①医師数抑制政策と②医師の働き方改革における長時間労働の合法化、及び③地域枠制度における退職の自由の抑制は明らかに一体の政策と言える。

図一3 日本の医師数と OECD 平均医師数の増加の比較



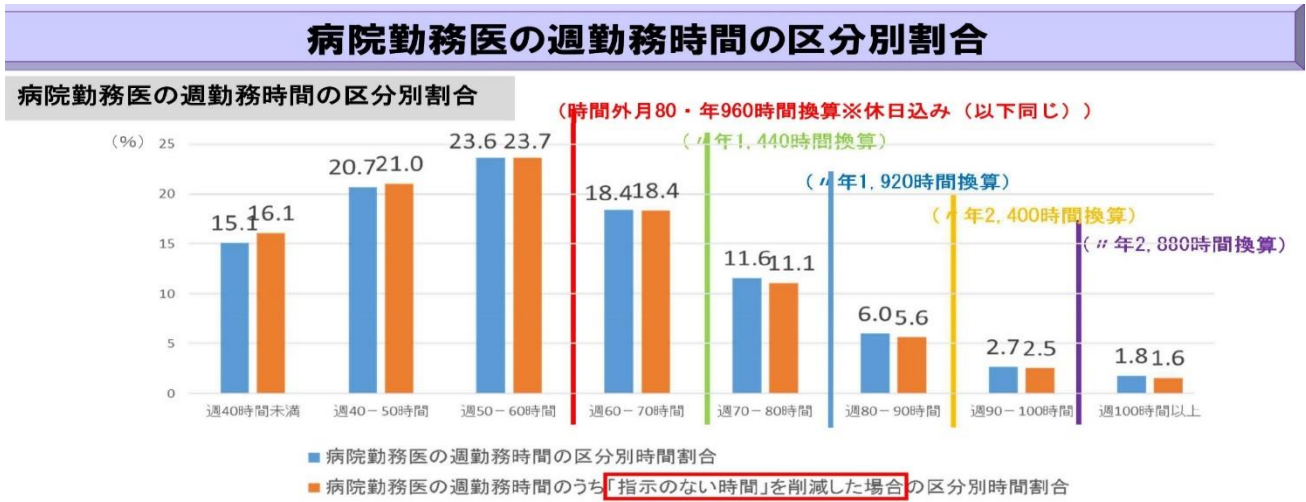
OECD データより作成

図一4 医学部卒業生数の国際比較



「図表で見る世界の保健医療 OECD インディケータ (2019年版)」より作成

図一 5 病院勤務医の週の労働時間



＜集計・推計の前提＞

病院勤務医の週勤務時間	「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「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班)結果をもとに医政局医療経営支援課で作成。病院勤務の常勤医師のみ。勤務時間は「診療時間」「診療外時間」「待機時間」の合計。
病院勤務医の週勤務時間のうち「指示のない時間」を削減した場合	「病院勤務医の勤務実態に関する研究」(平成29年度厚生労働行政推進調査事業費「病院勤務医の勤務実態に関する調査研究」研究班)の集計結果から、「診療外時間」(教育、研究、学習、研修等)における上司等からの指示(黙示的な指示を含む。)がない時間(調査票に「指示無」を記入)が4.4%であることを踏まえ、上記「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」における個票の診療外時間より削減した。



赤いグラフにおける分布の「上位10%」=年1,904時間

※1,860時間は、雇用管理の便宜上、12月で割り切れるきりのよい近似値としたもの。

第20回医師の働き方に関する検討会 資料

(3) 医師の地域偏在と診療科偏在

一方で高度な医療技術を身に付けるためには高度医療機関で研修を行うことが必要であるため、都市部に医師が集中する傾向があることは事実である。新卒医師の約9割は専門医資格を取ることを目指しているが、専門医資格を取るためには高度な医療機関で各学会によって決められた専門医研修を行わなければならない。また、専門医資格を修得した後もその資格を維持するためには専門的治療を行う医療機関で決められた数の症例を担当する必要があるために、長い期間を医療過疎地で過ごすことは困難となっている。

最近の若い医師たちは専門医資格の修得に加えて出産・育児・子育て・介護などのライフ・イベントがあるために労働条件に関する関心が高くなっている。診療科や病院を選択する際にワーク・ライフ・バランスが取れることを前提に診療科や病院を選択する医師が急速に増えている。このために長時間労働が当然とされている外科や産婦人科を選択する医師が相対的に減少している。このことは、労働条件の悪い医療過疎地の病院での勤務を希望する医師が減少する可能性を示唆しており、過疎地域の医療機関の労働条件改善は急務と言える。

(4) 国民皆保険制度の危機

地域によっては医療機関の撤退や集約化が進んでいる。一方、住民にとっては病気になっても医療機関にかかれない事態が進行している。国民皆保険制度は全ての国民が医療を受けられることを前提とした制度である。しかし保険料を払いながら医療機関がないことや専門の医師がいなかったために必要な医療を受けることができない事態が進行すれば国民皆保険制度が内部から切り崩されてしまう危険性がある。

医師の適切な配置の問題は地域住民にとっても極めて重要な問題であるだけでなく、国民皆保険制度の恩恵にあずかる全ての国民にとっても極めて重要な問題であり、国民皆保険制度を守るための国民的な議論が求められていると言える。しかし、医療従事者や国民が納得できるような議論はなく政策も医師不足の問題を抜本的に解決するのではなく、地域枠制度という人権侵害を伴う小手先の対応で一部の医師や医学生に矛盾を丸投げしているのが現状である。

7、医療界の人権意識の問題

ここで医療界では何故、人権を侵害する制度が作られるかについて考察しておく。地域枠問題は古くからの慣習としてあるのではなく 21 世紀に入って進められている制度であり、ここ数年で人権を侵害する政策が強められている。つまり、過去の過ちや悪い慣習が原因ではなく、今の医療界や政策担当者が人権侵害について気づいていないのか、または人権侵害と知りながら政策を進めているということである。この点は極めて重要な問題である。

(1) 医療界の問題

ここでの医療界とは日本医師会や病院団体等を指している。医師労働においては、長時間労働による過重労働が常態化しており過労死する医師も少なくない。これは医師は聖職者であり労働者ではないと考える医療界の特殊な意識による弊害である。現在の医療界には医師のワーク・ライフ・バランスを守ろうという考えは極めて希薄である。医療界の意見を構成する団体の役員は過重労働を勝ち抜いた男性医師がほとんどを占めている。人権意識の高さをはかる指標として国際的には女性の社会進出率が使われることが少なくないが、世界経済フォーラムが公表している「ジェンダー・ギャップ指数 2021」によれば日本は世界 156 カ国中 120 位と先進国最低レベルである。日本の管理的職業従事者における女性の割合は 13.0%（平成 28 年）と低く、政府は社会の指導的地位に占める女性の割合を 30%程度にする目標を掲げているが、医療界においては驚くほど低い比率となっている。日本医師会の執行部 28 名中女性は 2 名にすぎず 7.1%でしかない (3)。さらに、日本で最も大きな病院団体である日本病院会の公開されている役員名簿に女性は見当たらず 0%と考えられる。また、医学部長病院長会議の公開されている役員名簿にも女性は見当たらず 0%と推測される。自治体病院協議会の公開されている名簿では確認できる女性は 1 名のみであり女性比率 1.3%である (4)。ちなみに全国医師ユニオンの役員の女性比率は 33%となっている。人権意識は女性比率のみで測れるものではないが、この点での医療界の人権意識の希薄さは異常と言える。

このように既存の医療界は、その役員の女性比率で見ると、極めて人権意識が低い団体と言わざるを得ない。医療界を構成する多くの指導的な立場の医師は専業主婦を妻に持ち家事や育児や地域活動をほとんど行わない医師たちであることが推測される。しかも病院団体の役員は、当然、経営者や管理者である。このため、ワーク・ライフ・バランスという発想は生まれてこない。医療界の意見は女性医師や若手医師の意見を反映したものとは言えず、勤務医の人権を守る意識は希薄である。これを改善するには医療団体が役員の女性比 30%を目標としてこれに真摯に取り組むこと、また何よりも勤務医の声を代表する勤務医の労働組合が大きくなること及び労働組合が医療界の構成団体として認められることである。

(2) 厚労省医系技官の問題

医師の教育や労働問題に関しては明らかに異常な慣習が未だに残っている。例をあげれば①医師の過

重労働の問題、②女性差別の問題、③無給医の問題、④地域枠の問題、さらに⑤私立大学の高学費の問題等が挙げられる。そしてこれらの問題に関しては厚労省の医系技官が政策に大きく関わっているといえる。医療政策は医療に対する専門的な知識を必要とするために医師免許を持つ医系技官が大きな役割を果たすことは必要である。しかし、医系技官は国家公務員上級試験を受けることなくキャリア官僚となるために法律や行政に関する知識が乏しい。現在の医学部の教育においては、法律や社会学・倫理学などの人文系の教育はわずかであり、医学知識を詰め込む教育の下で医師が養成されており、人格者としての医師の養成という視点での教育を受けずに医師免許を得ることになる。さらに、非常識な医療現場で研修を受けるために、医療界の悪い慣習に染まって常識とかけ離れた感覚を持ってしまっている場合が多い。具体的には医師が長時間働くことを当然視する傾向があり、医学部の入学試験での女性差別を学生時代から感じていてもそれを違法とは考えていなかった者が多いと考えられる。無給医問題に関しても、自らの技能を高めたり研究を行うものであり無給であっても医師の世界ではある程度は仕方がないと考える者が少なくない。このため無給医問題をなくすための政策はとられておらず、この問題の解決の目処は立っていない。私学の学費問題に関しては、6年間の授業料は安い大学で2000万円程度、高い大学では4000万円を超えている。当然これらの大学には親が高額所得者でなければ入れない。高額所得者の子弟しか入学できない大学に一般大学と同様に国費が投入されていることは不合理である。必要なことは私立大学医学部への国費の投入をやめることではなく、国費が投入されている大学はすべての国民に同様に開かれたものでなければならないということである。私立大学であっても通常の収入の家庭の子供たちが入学対象者から外されることがあってはならないし、貧困家庭の子供たちが入学できない大学であってはならない。このような格差社会を肯定するような教育制度はなくす必要がある。高等教育の無償化が課題となっているが、公共性の高い医療を担う医師の養成において非常識な大学運営が延々と続けられているが、これを問題視し解決しようとする医系技官を見出すことはできない。近年、医学部入学における女性差別が明らかになりこれを撤廃する取り組みが進められているが、この同時期に地域枠制度が人権侵害を生む制度として作られていることに驚きを禁じ得ない。その原因の一つとして地域枠問題は異常な人権感覚を持つ医療界と医系技官によって作られているのではないかと危惧される。

医師養成や医師労働において人権侵害が蔓延している現状に鑑み厚労省は医系技官に対して、人権に関する法律の研修等を行い、医療政策に医療界の悪癖を持ち込まないようにする必要があると言える。また、医師に関する政策の策定にあたっては、人権問題に関するチェック体制を作ることが不可欠あり、厚労省の検討会の構成に関しても医師の労働組合の代表や人権問題の専門家等を必ず入れる必要がある。

8、求められる地域枠制度と地域医療を守る政策

これまで地域枠制度の問題点を見てきたが、現在の地域枠制度は人権侵害を前提にして一部の医学生に地域で働くことを強制する制度となっているため根本的に見直す必要がある。地域に求められる医師は強制力によって勤務する医師ではなく、地域医療にやりがいを持って活躍する医師である。このことはWHOもモチベーションを高めるためのカリキュラムの作成や地域での体験プログラムの重要性を指摘すると同時に医療専門家としての能力を高め仕事の満足度を保持する必要があるとしている。またWHOは「人生イベントによる勤務を中断することを認める」ことを求めている。従って地域枠制度に求められることは離脱者を生まないことではなく、適正の高い医師のモチベーションを高め地域の医療機

関に働きやすい環境を作り、多くの医師が長く働き続けられるようにして定着率を高めることである。しかし、多くの大学では持つペーションを高める取り組みは希薄であり、過疎地域で働く医師への支援は極めて不十分と言える。

現在の地域枠学生にとってのメリットは入試における特別枠と奨学金のみであり、医師となつてからのメリットはない。本来であれば地域枠のメリットは医師として成長できる研修での優遇や労働条件（ワーク・ライフ・バランス）であるべきであろう。具体的には希望する地元の医療機関で優先的に研修が受けられること、研修条件が一般の条件より優れていること。労働時間や休日の習得、出産・育児等での援助、また出産や育児等で休職した場合の復帰の支援、学会活動の保障や専門医資格を修得するにあつての支援などが挙げられる。そして、これらを都道府県や大学が協力して行うことが求められている。特に地域で求められている総合診療などの研修に対してしっかりとした支援を行うことが必要である。地域枠で入学することによって地元で安心して働き、ライフ・イベントにも対応できることも重要である。仮に健康障害となつても多様な勤務形態で働くことができることも必要である。これらが整えば地域枠をやめることで失うメリットの方が大きくなるのではないだろうか。

また 現状では地域枠の医師や医学生は各都道府県に拘束されているが地域医療を守ることは国全体の課題である。各都道府県が連携を強化し医療の困難な地域で働くことを前提として一定のルールの下で都道府県間の移動を認めることも必要であろう。医師不足は全国の問題であり個人を特定の都道府県に拘束する必要は全くない。医師養成においても、大学を卒業後に医学部編入できる制度を検討することなどが有益と考えられる。

上記は、私の個人的な問題意識である。これらを実際に政策化するには、WHO の提言や海外の先進的な取り組みを正面から受け止め、地域で働く医師や地域枠の医師・医学生の声を十分聞き、地域医療問題をしっかりと議論する検討会を立ち上げることが不可欠である。地域医療を守る問題はしっかりとした国民的議論を行ない長期的な展望を持って解決をはかっていく必要がある。現在、医師需給検討会で地域枠の問題が一定議論されているようであるが、地域枠問題をみる限り、医師数抑制政策を前提とした単なる数合わせの議論しか行われていないと言わざるを得ない。地域医療を担う医師像や求められる教育内容と教育体制、地域で働くことのモチベーションを高める方策やキャリア・アップの支援のあり方、地域の病院の労働条件の改善やワーク・ライフ・バランスを守るための支援方法などが、現場の医師の立場に立って総合的に議論される必要がある。これらの議論を医師需給検討会が担うことが困難であり、現実的ではない。

（１）地域医療を守る基本的な方向性

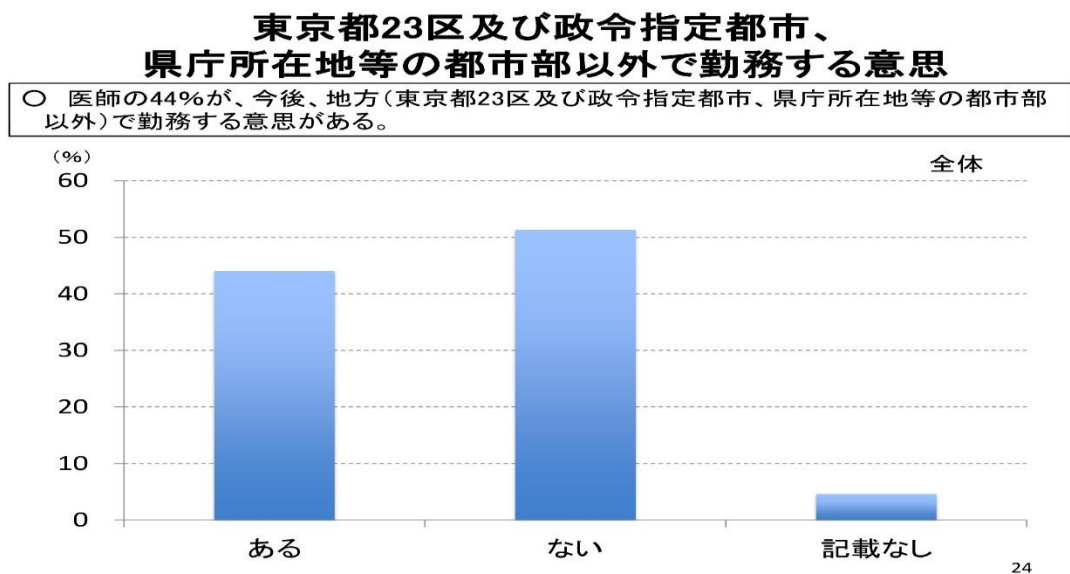
厚労省の「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成29年4月6日）によれば、都市部以外の地域で勤務する意思があると答えたものは44%存在する。（図-6）世代別では、20代が60%と最も多く、30代が52%、40代が48%、50代が51%となっている。一方、勤務する年数に関しては20代は2-4年間で最も多いが、30代・40代・50代は10年以上を希望する者が最も多くなっている。（図-7）これは、若い世代はキャリア・アップや子育ての問題から長期間過疎地で働くことが困難であることが原因であると推測される。ある程度キャリアを身に付け、子育て等の負担も少なくなった世代が腰を落ち着けて過疎地等の医療に貢献できるのではないだろうか。

過疎地等の地域の医師不足は、このような地域での勤務の意思がある勤務医たちが適切に配置できるシステムや環境を作ることが重要であり、20代では強制的に長期間拘束するのではなく短期間の貢献に

とどめ、キャリア・アップや出産子育て等を支援する必要があると考えられる。この点では日本と同様に医学部入学時に地域制度を持っているオーストラリアを参考とすべきであろう。オーストラリアの制度では、地域で働く義務年限は卒業後18年の間に3年間となっている。つまりいつ義務を果たすかは個人のキャリア・アップやライフ・イベントによって柔軟に選択できることになっている。このような制度であれば人権を侵害するようなことは起きないであろう。なお、若い時期に一定期間を医療過疎地で働いた経験を持つ医師が将来過疎地域で勤務する率は高いとのデータもみられる。

また、現在の地域医療対策としては勤務医に関する対策しか取られていないが、開業医の偏在は深刻であり、都市部への開業医の集中と過疎地での新規開業の減少が進行している。過疎地に開業医がいなければ軽症患者であっても全ての患者が病院に集中するため病院勤務医の労働は過酷となってしまう。開業医の適切な配置を進めるために現在の自由開業医制度を改め、開業医の偏在解消に関するルール作りを行うことが不可欠である。

図-6 地方で働く意思のある勤務医の比率



厚労省の「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」(平成29年4月6日)

図-7 世代別の地方で働く意志がある勤務年数

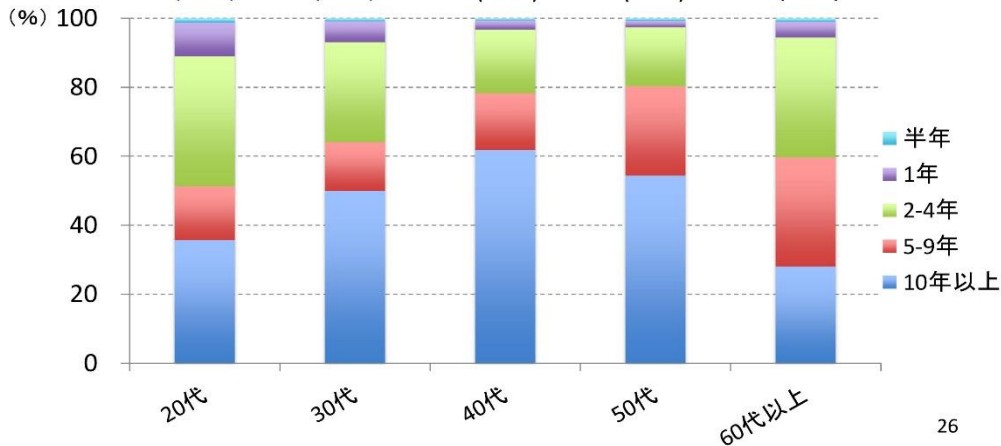
地方で何年勤務する意思があるか (勤務医のみ、年代別)

- 20代の勤務医のうち、60%が地方で勤務する意思があると回答。
- 地方で勤務する意思がある医師は、20代は2～4年を希望する割合が多く、30代以上は10年以上を希望する割合が高くなる。

意思ありと

回答した人数/

各年代全体の人数 (意思ありの割合)



26

厚労省の「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」(平成29年4月6日)

(2) 今すぐ改めるべき人権侵害等の問題

違法または違法が疑われるような制度、一般常識からかけ離れているような制度に関しては直ちに改善し、地域枠の医師・医学生の人権を守る必要がある。具体的には以下の点が挙げられる

- ①山梨県の違約金を取る制度をなくすこと、また全ての都道府県で違約金制度を作らないこと
- ②奨学金等の利息を日本学生支援機構と同様の0.16%に程度に引き下げること、また離脱時の奨学金等の返済期間も日本学生支援機構の奨学金返済期間と同様の20年程度とすること。
- ③新規の募集に関しては地域枠制度と奨学金等の制度を切り離すこと(奨学金等の制度は希望者のみを支援する制度とすること)
- ④拘束期間を最長でも有期雇用契約の上限である5年、可能な限り3年間以内に短縮することし、時期に関しては卒業後18年の間など幅を持たせること。
- ⑤人権に配慮して離脱の理由として認められる範囲を広げ、柔軟に対応すること
- ⑥都道府県間の地域枠医師の移動を一定のルールのもとに認めること
- ⑦受験生に対して地域枠制度の具体的かつ丁寧で分かりやすい説明を徹底すること。また、地域枠説明会に親や代理人の参加を認めること。
- ⑧誓約書に関してはすべての不利益と考えられる事態について明記し記載されていない不利益が生じた場合には各都道府県が責任を持って離脱者に不利益が生じないよう対応すること。
- ⑨地域医療に求められる知識や技能を身に着けるカリキュラムを策定し実施すること
- ⑩地域枠の医師を受け入れる病院に対しては労基法を遵守し適切な労働条件を守ることを求め、これを守らない病院は受け入れ病院としないこと。
- ⑪国は地域枠の実態に関する調査(ハラスメントに関する調査も含む)を各都道府県に対して速やか

に行い公表すること。また人権侵害が起こらないよう厚労省と文科省が協力してガイドラインを作成し各都道府県を指導すること。

(3) 長期的な展望に立った抜本的な改革

地域の医師不足を克服するために地域枠制度が作られることになったが、この制度は医師を増やす制度ではないために根本的な改革には結びつかない。従って医師増員と並行して地域の医師不足対策を進めなければ地域間での医師の奪い合いになってしまう。また、地域で働く医師の実状を適切に把握し、キャリア・アップや労働条件の改善・ワーク・ライフ・バランスの実現等に関する目標や方策を示し実践できなければ地方の医師不足の問題は解決しない。このため長期的な展望に立って以下の点を進めることが重要である。

① 医師養成数を OECD 諸国平均並みに増員し医師不足を解消すること

2008 年から日本の医師養成数はわずかに増員されたが、それでも現在の医師養成数は OECD 最低であり、今後さらに人口当たりの医師数の差は増大することになる。このことは国民が先進国の標準的な医療を受けることを困難にし、さらなる地域格差を生むことになりかねない。抜本的な医師不足の解消は避けて通ることはできない根本的な問題である。

② 医療過疎地の医師不足を解消するための検討会を開かれた形で設置し具体的な解決策を作ること 検討課題としては 以下のことが挙げられる

- ・ 医療過疎地の医師の労働に対する実態調査と労働条件の改善策
- ・ 医療過疎地の医師の研修やキャリア・アップ及び学会活動についての実態調査と改善策の策定
- ・ 医療過疎地の医師のワーク・ライフ・バランスを実現するための方策の策定
- ・ 医療過疎地の医療を若手・中堅・ベテラン医師によるチームやローテートを活用して支援するシステムの検討と策定
- ・ 自由開業医制の見直し（開業制度に偏在解消のルールを設け、医療過疎地での新規開業の促進策等の検討と策定）

なお検討会のメンバーとしては、大学関係者、医学教育の専門家、過疎地の病院管理者、過疎地で働く地域枠医師、若手医師・女性医師、専門医機構の役員、医師労組役員、自治体の首長、患者団体の代表等が必要である。

9, 終わりに

これまでに見てきたように 地域枠制度は医師不足の地域でやりがいをもって住民のために働く医師を養成する目的からかけ離れた制度となっている。それは経済的な締め付けや医師としてのキャリアを閉ざし不安をおおることで離脱者をなくそうとする国や自治体の過ちが原因である。このようなことは日本国憲法が定めた人権への侵害であり民主主義国家が行うことではない。また、医療界の悪癖を医学生に押し付けることは決して許されるべきことではない。このような制度が漫然と続けられれば地域枠学生とそれ以外の学生の間に差別や分断を持ち込むことにもなりかねない。さらに地域枠制度が拡大していけば、一般医師と地域枠医師という医師に関するダブルスタンダードが作られることになりかねない。

本来あるべき姿に戻すために、奨学金制度と地域枠制度は切り離すべきである。奨学金制度は能力ややる気があるにもかかわらず家庭の経済的な事情で医学部に入学できない学生を救うための制度である。

地域枠制度は学生の経済的な問題とはなんら関係ない問題であり、これを安易に結合させる発想から過ちが始まり、離脱者をゼロにすることが自己目的化したことにより人権侵害を生むことになったと言える。国や各都道府県はこれまでの対応を改め、地域枠問題に関する調査を地域枠の医師や学生の立場に立って誠実に行い、医療過疎地で働く医師のキャリア形成や労働条件に関する要望をしっかりと把握することが不可欠である。WHO は遠隔地医療の提言を出しているがこれを前提として地域の医療を守る医師養成及び医師のキャリア・アップやワーク・ライフ・バランスを守る取り組みについてしっかりとした議論を行ない、速やかに政策を立て実行することが必要である。

また、医療過疎地の問題の解決には若手医師だけではなく中堅やベテラン医師の力も必要である。すでに述べたように 地域で働くことを希望する医師は決して少なくない。このような中堅やベテランの医師の活用についても積極的に取り組むことが必要である。さらに、勤務医だけでなく開業医の偏在解消にも取り組む必要がある。

問題は地域で働くことのデメリットを減らすと同時に新しいメリットを作り出すことが求められており、個人の問題としてではなく都道府県と各大学がこのことに正面から取り組む必要がある。この点を進めて行けば特定の医師・医学生に困難な地域医療を負わせるという現在の地域枠制度は不要であろう。日本の将来に渡って求められる地域の医療制度に関してはワンパワーの面からもしっかりした国民的議論を行う必要がある。

参考資料

- (1) 「舛添メモ 厚労官僚との闘いの 752 日」 舛添要一 小学館
- (2) WHO の遠隔地医療提言
(Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention
Global policy recommendations)
https://www.who.int/hrh/retention/Executive_Summary_Recommendations_EN.pdf
- (3) 日本医師会役員の女性比率：会長 1 名、副会長 3 名、常任理事 10 名、理事 14 名の合計 28 名中に女性 は 2 名。2/28=7.1%
- (4) 全国自治体病院協議会役員の女性比率：会長 1 名、副会長 4 名、常任理事 17 名、理事 57 名の合計 79 名中に女性 は 1 名。1/79=1.3%