

平成21年度 全国医師会勤務医部会連絡協議会 報告書

メインテーマ

「今こそ目指そう 医療崩壊から医療再生へ」



期 日：平成21年11月28日（土）
会 場：ホテル一畑 平安の間
主 催：日本医師会
担 当：島根県医師会

《表紙写真》

中国地方の北側に位置する島根県は、日本海の豊かな恵みと、大陸文化の交流により栄えてきました。東西に約230キロメートルという長い県土は、出雲、石見、隠岐という3つの地域からなり、それぞれに豊かな特色を持っています。

写真は宍道湖上より撮影した松江市街。宍道湖と中海を結び、松江市を2分する大橋川には西側から宍道湖大橋、松江大橋、新大橋、くにびき大橋、中海大橋が架けられている。写真左部は宍道湖大橋。

(撮影：島根県医師会長 田代 収)

目 次

開 催 要 綱	1
次 第	2
開 会	
主 催 者 挨 拶	8
担 当 県 挨 拶	10
来 賓 祝 辞	11
特 別 講 演 1	
「日本の医療を守るために ー今こそ医師の大同団結をー」	15
特 別 講 演 2	
「社会が医療に求めるもの」	31
次期担当県挨拶	47
報 告	
日本医師会勤務医委員会報告	51
報 告	
島根県医師会勤務医アンケート調査報告	63
特 別 講 演 3	
「 ^{いのち} 生命輝かそう日本の勤務医」ー低医療費政策を乗り越えてー (安全で快適な医療を目指す ^{いち} 一地方病院の試み)	85
シンポジウム	
「勤務医をめぐる諸問題」	121
島根宣言採択	181
閉 会	185
参加者数一覧	189

◆協議会風景



開 会 式



日本医師会長 唐澤 祥人 先生



島根県医師会長 田代 收 先生



会 場 風 景



名城大学教授・コンプライアンス研究センター長
郷原 信郎 先生

◆協議会風景



栃木県医師会長 高島三喜先生



日本医師会勤務医委員会委員長
池田 俊彦 先生



全国自治体病院協議会会長 邊見 公雄 先生



シンポジウム



日本医師会常任理事
三上 裕司 先生

平成21年度全国医師会勤務医部会連絡協議会 開催要綱

メインテーマ

「今こそ目指そう 医療崩壊から医療再生へ」

1. 開催日時 平成21年11月28日（土） 10:00～17:30
2. 会場 ホテル一畑 平安の間
島根県松江市千鳥町30
TEL 0852-22-0188
3. 主催 日本医師会
東京都文京区本駒込2丁目28番地16号
TEL 03-3946-2121
4. 担当 島根県医師会
島根県松江市袖師町1番31号
TEL 0852-21-3454
5. 参加者 全国医師会勤務医部会関係者及び医師会員とその関係者

◆平成21年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

日 時 平成21年11月28日（土） 10時～
場 所 ホテル一畑 平安の間
主 催 日本医師会
担 当 島根県医師会

メインテーマ 「今こそ目指そう 医療崩壊から医療再生へ」

総合司会 島根県医師会副会長 佐藤 充 男

受付 09:00～10:00

開 会 10:00

挨拶

来賓祝辞

島根県医師会副会長 沖田 瑛 一
日本医師会長 唐澤 祥 人
島根県医師会長 田代 收
島根県知事 溝口 善兵衛
松江市長 松浦 正 敬

特別講演1 10:20～11:05

「日本の医療を守るために ―今こそ医師の大同団結を―」

座 長 日本医師会長 唐澤 祥 人
島根県医師会副会長 加藤 哲 夫

～～～（休 憩）11:05～11:15 ～～～

特別講演2 11:15～12:05

「社会が医療に求めるもの」

名城大学教授・コンプライアンス研究センター長 郷原 信 郎
座 長 島根県医師会理事 益田 順 一

次期担当県挨拶 12:05～12:10

栃木県医師会長 高島 三 喜

～～～（昼 食）12:10～13:00 ～～～

報 告 13:00～13:30

「日本医師会勤務医委員会報告」

日本医師会勤務医委員会委員長 池田 俊 彦

報 告 13:30~13:50

「島根県医師会勤務医アンケート調査報告」

島根県医師会勤務医部会委員 峯 公 平

~~~~ (休 憩) 13:50~14:00 ~~~~

特別講演3 14:00~14:50

「<sup>いのち</sup>生命輝かそう日本の勤務医」

—低医療費政策を乗り越えて— (安全で快適な医療を目指す<sup>いち</sup>地方病院の試み)

全国自治体病院協議会会長 邊 見 公 雄

座 長 島根県医師会勤務医部会委員 武 田 博 士

~~~~ (休 憩) 14:50~15:00 ~~~~

シンポジウム 15:00~17:30

「勤務医をめぐる諸問題」

座 長 島根県医師会常任理事 錦 織 優

島根県医師会勤務医部会委員 河 野 龍之助

(1) 地域医療の立場から 国立病院機構浜田医療センター院長 日 野 理 彦

(2) 医育機関の立場から 島根大学医学部地域医療教育学講座教授 熊 倉 俊 一

(3) 女性医師の立場から 島根大学医学部放射線医学講座がん放射線治療教育学教授 内 田 伸 恵

(4) 県行政の立場から 島根県健康福祉部医療企画監 木 村 清 志

コメンテーター 日本医師会常任理事 三 上 裕 司

島根宣言採択 島根県医師会勤務医部会委員 岡 田 和 悟

閉 会 17:30 島根県医師会副会長 沖 田 瑛 一

~~~~ (休 憩) 17:30~18:00 ~~~~

懇 親 会 18:00~19:30

アトラクション

司 会 島根県医師会副会長 佐 藤 充 男

挨 拶 日本医師会長 唐 澤 祥 人

島根県医師会副会長 加 藤 哲 夫

乾 杯 栃木県医師会長 高 島 三 喜

閉 会 島根県医師会副会長 佐 藤 充 男

# 開 会

10 : 00~10 : 20

---

|       |                |        |
|-------|----------------|--------|
|       | 総合司会 島根県医師会副会長 | 佐藤 充 男 |
| 開 会   | 島根県医師会副会長      | 沖田 瑛 一 |
| 主催者挨拶 | 日本医師会長         | 唐澤 祥 人 |
| 担当県挨拶 | 島根県医師会長        | 田代 收   |
| 来賓祝辞  | 島根県知事          | 溝口 善兵衛 |
|       | 松江市長           | 松浦 正 敬 |

## ◆開 会

### 総合司会

島根県医師会副会長 佐藤 充 男

ただいまから平成21年度全国医師会勤務医部会連絡協議会の開会式を行います。

司会は、私、島根県医師会副会長の佐藤が務めさせていただきます。よろしく御協力をお願いいたします。

それでは、島根県医師会副会長、沖田瑛一より開会の言葉を申し上げます。



### 開 会

島根県医師会副会長 沖田 瑛 一

本日は、あいにくの天候でございますけれども、全国より早朝からこの松江市にお集まりいただき、ありがとうございました。

ただいまから平成21年度全国医師会勤務医部会連絡協議会を開催いたします。



## 主催者挨拶

日本医師会長 唐 澤 祥 人

ただいま紹介いただきました日本医師会長の唐澤でございます。

今日は、あいにくの雨模様となりましたが、しかし、雨に煙る穴道湖を見ながら、綺麗だなあと感じております。皆さんも同じ思いかと思えます。

平成21年度全国医師会勤務医部会連絡協議会の開会に当たり、主催者を代表いたしまして、一言ご挨拶申し上げます。

本連絡協議会は、おかげさまで今年度で30回目の開催を迎えることとなりました。昭和56年の発足当初は、勤務医の先生方の大変な御苦労、御尽力により、勤務医部会を有する医師会の持ち回りで開催されていましたが、平成3年度からは日本医師会が主催し、開催県医師会に協議会の実施、運営を御担当いただく現在の形式となっております。この間、病院勤務医と診療所医師の大同団結を目指し、病院勤務医の組織、役割、生涯教育、機能分化、さらには過重労働や女性医師の就労に関する諸問題など、多岐にわたる重要課題に取り組み、着実に成果を上げてまいりました。

また、近年では埼玉宣言、沖縄宣言、そして昨年度の千葉宣言といったメッセージが関係各方面にも発信され、本会が政府に対して政策提言を行う際の大きな力にもなっております。これもひとえに都道府県医師会を初め、勤務医部会関係者の御協力のたまものであると敬意を表する次第でございます。

さて、今夏の衆議院議員選挙によって民主党が政権与党となりました。本会は、これまでも国民が安心できる最善の医療を目指すという観点から、政府に対してさまざまな政策提言を行ってまいりましたが、政権与党の交代をもって、あるべき医療の姿が変わるわけではございません。今後も引き続き国民の幸せを支える医療であるために、自立した医療提



供体制の構築を目指し、政策提言を行ってまいりたいと考えております。

本日御出席の先生方も御承知のこととは存じますが、本会は会員の約半数が病院勤務医でございまして、病院勤務医や診療所医師といった区別のない、すべての医師を代表する団体でございます。そして、本協議会メインテーマの「今こそ目指そう 医療崩壊から医療再生へ」を実現するためには、まずは病院勤務医が安心して働ける医療環境を整えることが大切であり、そのためには診療報酬を初めとするさまざまな財政支援が必要であると認識しております。

病院勤務医、診療所医師が置かれる立場により、幾つかの問題においてはその認識がそれぞれ異なること自体はある意味当然のことではございますが、医療が直面しているこの重大局面においては、それぞれの立場を超えて十分に議論を重ね、互いに共通の認識を醸成し、医師会を中心に一丸となって対処することが不可欠でございます。本会といたしましても、病院勤務医支援を広報活動の主軸の一つとしてより明確化していくとともに、勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会が実施したアンケート調査、さらには同調査結果をもとに作成した「医師

が元気に働くための7カ条」、「勤務医の健康を守る  
病院7カ条」等を広く周知するなどして、さらなる  
病院勤務医の支援を促進していきたいと考えており  
ます。本日御出席の先生方におかれましては、本会  
の活動につきまして一層の御理解と御協力を賜りま  
すようお願い申し上げます。

結びに当たり、改めまして、ここに本年度の協議  
会の開催に係る準備、運営のすべてを御担当いた  
だきました島根県医師会の田代收会長先生を初め役職  
員の皆様に衷心より感謝申し上げますとともに、本  
日の協議会が実り多いものになりますように祈念い  
たしまして、また、本日御出席の皆様の一層の御健  
勝と御活躍を祈念いたしまして、簡単ですが、挨拶  
にかえさせていただきます。よろしく願いいたし  
ます。

## 担当県挨拶

島根県医師会長 田 代 收

平成21年度の全国医師会勤務医部会連絡協議会の開催に当たりまして、担当県といたしまして、歓迎のご挨拶を申し上げます。

本日の協議会は、30回目を迎えまして、このたび島根の地で開催できますことを大変光栄に存じております。

また、本日は来賓といたしまして御出席をいただきました島根県知事 溝口善兵衛様、また松江市長の松浦正敬様に、高所からではございますけれども、厚く御礼を申し上げます。ありがとうございました。

さて、島根県医師会では、平成4年度に勤務医構成率が49.9%となったのを機会に勤務医部会を設立いたしました。そして地域医療、地域医師会での勤務医の果たす重要性にかんがみまして、その啓発活動に努めてまいりました。現在は本会会員の55.2%を勤務医が占めております。医師会活動における勤務医の協力は不可欠となっております。また、勤務医が都市部の病院に多く流れる中で、本会では毎年、県内の1年次の研修医の先生方を対象にいたしまして、医の倫理、島根の地域医療、そして医師会活動等への理解を深めていただくための懇談会を開催いたしております。地域医療の充実に全力を挙げて取り組んでいるわけでございます。

国民の健康と生命を守る社会保障制度が、今、大きく揺らぎつつあります。本年度は政権交代もございました。診療報酬の適切な改正、レセプトオンライン請求の義務化等、医療政策基盤整備・再構築に向けた大変重要な年になります。

このような状況を踏まえまして、本協議会における特別講演では、日本医師会会長 唐澤祥人先生より「日本の医療を守るために一今こそ医師の大同団結を一」と題しまして、また名城大学教授・同コンプライアンス研究センター長の郷原信郎先生より



「社会が医療に求めるもの」と題しまして、また全国自治体病院協議会会長の邊見公雄先生より「生命(いのち)輝かそう日本の勤務医一低医療費政策を乗り越えて一」と題しまして、安全で快適な医療を目指す一地方病院での試みについての御講演をいただくことしております。

メインテーマの「今こそ目指そう 医療崩壊から医療再生へ」は、今まで語り尽くされてまいりました勤務医の置かれています昨今の厳しい現状を踏まえまして、勤務医にとって明るい光の見える協議会とするべく設定をいたしましたわけでございます。

また、シンポジウムでは「勤務医をめぐる諸問題」と題しまして、その具体的な取り組みに焦点を当て、各それぞれの立場からの発表、討論を行い、医療再生への道筋を見出せるよう企画いたしました。

本日の協議会が、勤務医の明るい未来を示唆することのできる有益な協議会になることを期待申し上げます。御参会の皆様のご今後益々の御活躍と御健勝を祈念いたしまして、挨拶といたします。

## 来賓祝辞

島根県知事 溝口 善兵衛

ご紹介いただきました、島根県知事の溝口でございます。

本日は、全国医師会勤務医部会の連絡協議会が、ここ島根、松江の地でこのように盛大に開かれますことを、心からお喜び申し上げます。また、全国各地から大勢の皆様がこの地においでいただき、地元の知事としまして心より歓迎を申し上げます。

島根県は、ご承知のように少子高齢化が全国で最も進んだ県でございます。島根県の中には、離島がありへき地があるわけですが、そこには元気な高齢者の方もたくさんおられるわけでございます。

へき地医療は、島根ではほとんど公的な医療機関によって提供されておりますが、そういうところが今、押し並べて医師不足という大きな問題に直面をしているわけでございます。

知事の仕事として取り組むべき課題はいろいろありますが、その中で地域医療の確保は最も重要な課題の一つでございます。この問題は、大抵の場合、緊急性を帯びて発生しております。知事になってすぐでしたが、隠岐の島で産婦人科の医師が足りなくなり、難しい出産は島ではなく本土の方に一ヶ月ぐらい前に行って、そこで出産をしなければならなくなったとか、あるいは、精神科のお医者さんが不足して精神科が維持できないという問題が出てきました。そうすると、患者さんを船で本土に連れてこなければならぬ。それはなかなか大変だということで、精神科のお医者さんを確保するために県も医師会と一緒に対応いたしました。また、県の西部では、圏域の拠点病院であってもお医者さんが不足して、産科を維持することが難しいということが起こりますし、さらに他の拠点病院においても外科を存続することが難しいという問題も起きました。



そのためどうやってお医者さんを確保するかといったようなことが大きな問題になります。そういう問題は、私のところまですぐ上がってきて、健康福祉部長などと相談し、対応するといったようなことでございます。

県におきましては、島根大学医学部、圏域の主要な病院、それから日赤などの公的病院等と協調し、相談しながらこうしたいろいろな問題に対応しているところであります。

初期臨床研修制度の導入が、やはり、こうした問題を起こしているように思います。かつては医局の体制でお医者さんを地域に派遣する仕組みがあったわけですが、そういうことがうまくできなくなり、それに代わる仕組みがまだ十分構築されていないような感じを、私どもは持つのでございます。流れがそういう風になっておりますので、県では奨学金を貸与してお医者さんに一定期間、県内でお勤めいただくというようなことをやっておりますが、やはり地域医療の確保のために公的な支援を、全国的に国が考えなければならない時期に入ったのではないかという風に感ずるのであります。

ちょっと長くなって恐縮でございますが、教育な

## ◆開 会

どでは40人学級というのがございますが、全国どこでも、生徒数が少なくても、学校はちゃんと公的な負担で存在しているのでありまして、先生の給与等も公的な負担がなされているわけでございます。

医療は、かつては、今のような厳しい医師不足といったことはなかったと思いますが、こういうことが起こるような状況になっておるわけでございます。行き届かないところに目を配るとというのが国の大きな役割でございますから、やはり国全体として考えていただきたいと、私どもも国に対して申し上げているわけでございます。ぜひ、皆様方、医師会におかれましても、そういう実態をよくお考えいただき、対応をご検討いただきたいと思うわけでございます。

本日は、医療の崩壊から医療の再生というテーマで議論がなされると聞いております。ぜひとも今回の議論が実りの多いものになりますよう期待をする次第でございます。

かたい話を申し上げてまいりましたが、島根は豊かな自然が残っております。それから古き良き文化がいろいろなところに残っております。出雲の地は日本の神話のふるさとと言われておりますように、いわば日本のルーツのようなどころがあるわけでございます。ぜひこの機会にこの地の歴史、文化、あるいはそういう豊かな自然の中で育まれております豊かな食材なども楽しまれまして、ぜひ今大会が皆様方にとりまして思い出深いものになりますようご期待を申し上げます。

皆様方のますますのご発展とご健勝をお祈り申し上げます。地元の知事としての歓迎のご挨拶いたします。

本日は、誠におめでとうございます。

## 来賓祝辞

松江市長 松浦正敬

地元の市長をしております松浦でございます。

今日は、勤務医の皆様方の本協議会をこの松江で開催をしていただき、そしてたくさんの皆様方が全国から御参加を賜りまして、誠にありがとうございます。松江市民を代表いたしまして、本当に感謝を申し上げる次第でございます。

今、知事さんの方から、勤務医の皆様方の実態等々につきましてお話があったわけでございます。私も市の最大の任務というのは、そこに住んでいる市民の皆さん方の安全・安心というものを守っていくということが、これが最大の使命なわけでございます。その中でも、皆さん方の命、健康というものを守っていくということは大変大事でございますので、私たちは4年ほど前でございますけれども、市立病院を新しく建て直したわけでございます。今日お見えになっております錦織院長さんを初めとして、今、この病院で大変頑張らせていただいているところでございます。この病院は、全部で27科目ございまして、そして470床を擁する地域の中核病院という役割を果たしているわけでございます。

今、それぞれの地域で病院の医師不足ということが言われているわけでございますが、私は、二、三年前までは、まさか松江のこの病院はそんなことはないだろうというふうに思っていたわけでございますけれども、最近では内科、それから脳神経外科、放射線科などにおきまして7名の医師が不足をしているというふうな状況になっております。幸い鳥取大学あるいは島根大学の医学部の方からのいろいろな御支援をいただきまして、何とかやっているわけでございますけれども、これも今後、ますます深刻な状況というのは松江においても同じような状況というのがあるということでございます。是非今日の協議会におきまして、皆様方にどうしたらこうした



医師不足、そうしたものを解消することが可能なのかということをお話の中でぜひ御議論をいただいで、私どもにできることをまた教えていただければ、アドバイスをいただければというふうに思っているところでございます。

この松江は、今、知事さんからもお話がございましたように、ちょうど開府400年祭ということをやっております。この松江の町ができて、お城を中心にした町でございますけれども、ちょうど400年たったわけでございます。400年前に堀尾吉晴という武将がこの松江のお城を築いて、5年間で築いたということでございますので、今、2007年から2011年にかけて5年間でございますけれども、5年間、400年祭ということをやっております。毎年、いろいろなイベント等々もやりながら、たくさんの皆様方にお楽しみをいただいておりますけれども、何とかいままでも松江の特徴というのはお茶の文化でございます。そして、そのお茶につきものの和菓子が大変有名なところでございます。ぜひ皆様方には、この会議の合間に松江の、いろんなところでお茶を召し上がることができます、ぜひお茶とお菓子を味わっていただきたいというふうに思います。

## ◆開 会

それから、松江の花は牡丹でございます。この牡丹は、年間200万本生産をしている、これは世界一の生産地でございますけれども、それに加えて、いつでも注文したときにその牡丹の花を咲かせることができるという技術を持っております。普通の牡丹は大体5月の連休頃に咲くわけでございますけれども、今のようなこういった冬の時代も、皆様方の誕生日とか、そうしたときに合わせて咲いた牡丹をお届けするということができるわけでございますので、ぜひ皆様方、また御注文をいただきたいというふうに思っております。

また、大変酒のおいしいところでもございますので、是非今日の夜でも町中に出ていただいて、松江の町を楽しんでいただければというふうに思っております。

皆様方の、今日、これからの大会が本当に実りの多いものになりますように御祈念申し上げまして、歓迎のご挨拶とさせていただきますと思います。

本日は、おめでとうございました。

「日本の医療を守るために ー今こそ医師の大同団結をー」

講師：日本医師会長 唐澤祥人

座長：島根県医師会副会長 加藤哲夫

## ◆特別講演 1

### 座 長

島根県医師会 副会長 加 藤 哲 夫

御紹介いただきました島根県医師会副会長の加藤哲夫と申します。特別講演1、唐澤会長の座長を務めさせていただきます。

それでは、ただいまより「日本の医療を守るために今こそ医師の大同団結を一」と題しまして、日本医師会会長、唐澤祥人先生より御講演をいただきます。

ここで、唐澤先生を御紹介させていただくところでございますが、唐澤会長を御存じでない方は、恐らくいらっしやらないと思います。また、協議会の大会誌に略歴を紹介しておりますので、略歴につきましても省略をさせていただきたいと思っております。

それでは、早速講演をお願いしたいと思います。



唐澤会長、よろしくお願いいたします。

### 講 師

日本医師会 会長 唐 澤 祥 人

私は、昭和43年に大学を出ました。当時は、大学紛争のさなか、44年が東大安田講堂事件でございまずので、その前の年ですから大変な時代でございました。私の勤務医歴とか、研究歴というのは、両方足しても10数年だと思います。昭和49年から医師会活動を手伝えということで、兄の遺志を継いで医師会活動を手伝ってまいりましたが、30数年たち、かような仕儀になりました。したがって、誠に僭越な言葉を発するかもしれませんが、やたら勤務医、勤務医と発するとか、大変失礼かと思いますが、私は自分が経験者ですからお許ししたいと思います。よろしくお願いいたします。

それでは、スライドを26枚用意いたしましたので、それに従いまして、時間に制限がございまずから少し早口になりますが、ご説明させていただきます。



まず、医療再生と申しますか、破壊された医療、あるいは医療崩壊という状況で、先ほど溝口知事様も、それから松浦市長様もおっしゃっておられましたが、市民病院というか、市立病院をおつくりになっ

# ◆特別講演 1

たと、誠に医師が不足しているということでございますので、島根県の実情をかいま見るということができました。今日は相当重要なメッセージが発せられるだろうと思っておりますし、この時間も重要だと思っておりますので、十分に緊張し、気合いを入れてお話を申し上げたいと思います。

それでは、スライドを進めてまいります。

最近の診療報酬改定の内容

最近の診療報酬改定の内容(医療費ベース)

|                  | 2002年度 | 2004年度 | 2006年度 | 2008年度 |
|------------------|--------|--------|--------|--------|
| 本体部分             | -1.3%  | 0.0%   | -1.36% | 0.38%  |
| 医科 <sup>※注</sup> | -1.3%  | 0.0%   | -1.50% | 0.42%  |
| 歯科               | -1.3%  | 0.0%   | -1.50% | 0.42%  |
| 調剤               | -1.3%  | 0.0%   | -0.60% | 0.17%  |
| 薬価・材料価格          | -1.4%  | -1.0%  | -1.8%  | -1.2%  |
| 薬価               | -1.3%  | -0.9%  | -1.6%  | -1.1%  |
| (薬価ベース)          | -6.3%  | -4.2%  | -6.7%  | -5.2%  |
| 材料               | -0.1%  | -0.1%  | -0.2%  | -0.1%  |
| 診療報酬全体           | -2.7%  | -1.05% | -3.16% | -0.82% |

※注)医師の技術料に相当する部分、医師の給与費だけではなく、すべての従事者の給与費、医療機器や設備コスト、事務経費などもカバーしている。

(スライド 1)

これは、実は西暦2000年以降、政府が行いました医療に対する医療政策、医療削減政策といいますが、財政優先の政策でありまして、このころは公共事業とか、こちら道路が立派になっておりますし、いろんなところでインフラストラクチャーの整備が進みました。しかし、その間、医療に対する目配りは非常に弱かったと思っております。

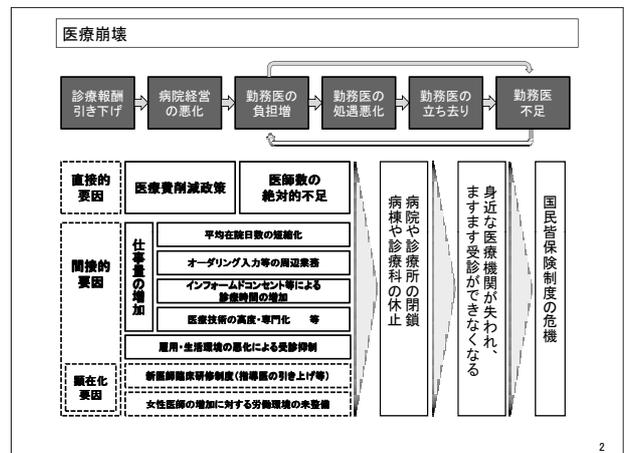
2002年、実は2.7%の医療費が削られましたし、それから2004年はプラマイ・ゼロなどと言っていますが、実はほとんど医療費が伸びていくのに合わさらないということですから、財源の手当てなしの中で放置された。それで次、2006年に、これはマイナス3.16%ということで、医療本体はマイナス1.36%の削減ということになりましたし、薬価と合わせて3.16という途方もない医療費が削られたわけでありまして。

こういう状況の中で、前回はどうかというと、本体がプラス0.38ですから、微々たるようなところで、恐らくこれは特別、医療費が毎年3%伸びるといって厚生労働省の試算もありますが、日本医師会も2%

から3%近く伸びると言っていますので、その中でこれくらいのは、もうほとんど医療費を拡充したとは言えません。しかも薬価、材料価格を削りましたから、トータルではマイナス0.82%でありました。

このような状況の中で我々は医療を遂行してきたわけですが、医療の現場にもものすごい負担をかけていると、医療機関も大変疲弊しているし、そこにいらっしゃる医療従事者、特に勤務医の先生、それから看護師さん、あるいはさまざまな医療専門職種の皆さんが大変な疲弊をしたということでありまして。そして、毎年2,200億円ずつ社会保障費増を削っていかうという話がありますが、これの6割以上が医療費でありますので、これも削減するということになりますと、自然増も削るということになりますので、相当ダメージが大きくなる。先に結論を申し上げますが、この医療費削減政策、これが今日の医療のこの疲弊を招いたと思っております。何としても財政出動をしなくてはなりません。これには我々、不退転の決意で対応しておりますが、なかなか今の不況状況とかいろんなことを言いつつ、不況が医療に関係あるかというような大命題もありますが、そういうことでなかなか進展いたしません。ぜひ先生方のお力添えを賜りたいと思っております。

次に参ります。



(スライド 2)

そこで、医療崩壊のあらましであります。なぜ医療崩壊が起こったのか。もう結論を申し上げました

からくどくど申し上げませんが、直接的にはもちろん、一番上の2列目にありますとおり医療費削減政策であります。それ以前に、もともと医師数が日本は少なかったということがあります。そこで、後で出てまいります。1960年ごろは諸外国と日本の医師数は人口1,000人対何人と、国民に対する医師の数は大体相拮抗していたように思いますが、その後、諸外国は医療の高度化、あるいはさまざまな医療需要の増加、それから国民の医療ニーズというようなことで医師を増やそうという政策をとっておられまして、英国の例を引くまでもありませんが、相当財政出動を行い、医師を増やし、そして備えた。その結果がついに、西暦2000年には外国は対人口1,000人で3人を超す、OECDの平均が3人を超している。日本はようやく2人を西暦2000年に超えたかどうかというところでありました。

次に間接的要因であります。これは、医療削減政策かどうかわかりませんが、とにかく医療の進歩で、そう入院期間は長くなくても大丈夫だというようなことが見込めたのかもしれませんが、とにかく平均在院日数を減らさなくては診療報酬が上がらないというような制度改正が行われ、それによりまして、恐らく現場ではものすごい負担がかかり始めたというふうに思います。しかも、それがいわゆる受け皿と申しますか、そういうのがない中で急性期医療なども無理やり進めると、どういうことが起きるかは、もう先生方も専門家ですからおわかりのとおり、大変に現場に疲弊を来たしたということでありました。

それから、高度化もよろしいのですが、電子カルテ、あるいはさまざまな医療技術の開発によりまして、検査に対してもオーダーリングシステムとか、薬剤のいわゆる処方についても、医師が全部行わなくてはならないというので、そういうシステムに対しての非常に負担が増えてきたということでありましょう。

それから、医療の中で、例のインフォームド・コンセントと申しますか、とにかく結果がうまくいっ

ても、言ったことと結果が違えば大変なことになるというような、何かいわゆる医師に対する見方も、大分世の中が変わってきたなという中での医療提供ですから、大変な思いをされているという時代になっていると思います。

それから、長く診療時間をかけられない。3時間待ちの3分診療などと悪口を言われますが、しかし、本当にその3分間でも凝縮した時間で医療を提供するという誠心誠意を込めた医療提供にもかかわらず、十分に評価されないというようなこともあります。

そこで、病院の先生方も、病院の経営側の先生方も努力したと。しかし、何としても医業経営財源、医療機関を維持していくための財源が少ないという中の医療提供ですから、どうしても医療従事者といえますか、そこで働いていらっしゃる方々には十分な手当ができない、新しい人材も投入できない、研修時間も十分にとれないということもあったと思います。それやこれやということで仕事量の増加、あるいは環境、雇用と言うと恐縮ですが、そういう環境が悪化してきたということになると思います。

それからもう一つは、新医師臨床研修制度が2004年4月に開始されました。これは、先ほど知事さんもおっしゃいましたけれども、従来は新人医師は大体大学の医局に入り、大学の医局から医局長、あるいは主任教授の意向のもとに、年限を切って派遣機関に出るというようなことがありましたから、大体大学にまず戻って、大学に残って、そして過ごすというのが常道でしたけれども、この新医師臨床研修が始まりましたらば、ほとんど市中病院へ出るということになりました。

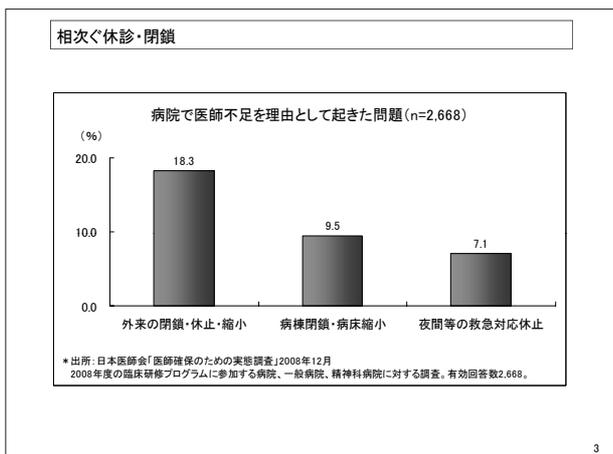
そこで、大学のもともとのありました人員不足に加えて、やはり研究体制、あるいは教育体制、もちろん診療体制もありますし、外来も機能を維持しなくてはならないという状況の中で、そのためにはどうしても実力のある先生方を揃えなくてはならない。ですから派遣先から呼び戻すというようなことが当然起こるわけでありまして、そうなりますと、今度は市中病院というか、派遣を受けていた病院が、実

# ◆特別講演 1

力のある中堅医師がいなくなってしまうという状況になりました。まさに悪循環が始まったということでもありますので、一番上の濃く囲った四角のところでございますように、勤務医の負担増、勤務医の処遇の悪化、勤務医の立ち去り、そして勤務医不足と、このような悪循環が始まったというふうに言われております。

そこで、これをどのように持っていか。医療費削減政策を改めるということがまず第一ですが、医師数の絶対数の不足を何とかこれも改善する。それから平均在院日数の短縮化のみにこだわらないということもあると思います。それから新医師臨床研修制度を今後どのようにしていくかというようなことで、さまざまな対策、問題点をどのようにしていくかというのが、これから読み取れると思います。

そういうことで、結局は国民皆保険制度が危機的状況になるということになってはいますが、実際は国民医療と申しますか、医療提供体制がもたなくなり、そして、それによって国民皆保険等を強力に維持していくシステムが壊れていきつつあるということになります。



(スライド 3)

これは、2,668医療機関からいただいたアンケートでございます。そうすると、各病院で外来の閉鎖・休止・縮小はどのくらいあったのかということ、そのうちの大体2割、18.3%ぐらいがこういうことが起こりました。それから真ん中ですが、9.5%、ほぼ1割が病棟閉鎖あるいは病床縮小を行っ

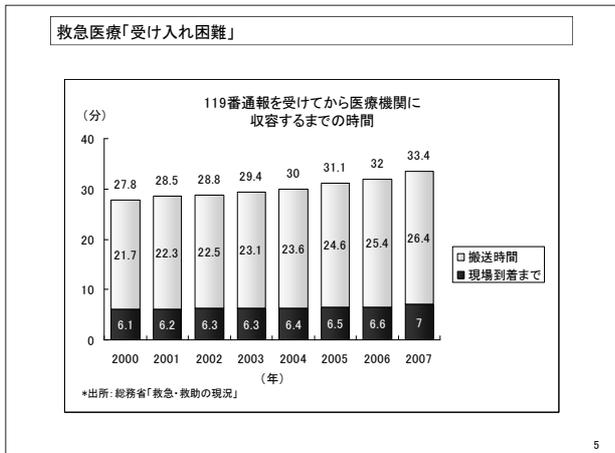
たと。これは2008年の日本医師会の「医師確保のための実態調査」のデータであります。これが2004年以来起こってきた現象というか、結果でありまして、先ほどもお話のとおりで、繰り返しになりますが、ご覧のとおりであります。

| 相次ぐ休診・閉鎖 |                     |
|----------|---------------------|
| 2007年    |                     |
| 1月       | 新潟県 新潟県立総合医療センター 休診 |
| 2月       | 新潟県 新潟県立総合医療センター 休診 |
| 3月       | 新潟県 新潟県立総合医療センター 休診 |
| 4月       | 新潟県 新潟県立総合医療センター 休診 |
| 5月       | 新潟県 新潟県立総合医療センター 休診 |
| 6月       | 新潟県 新潟県立総合医療センター 休診 |
| 7月       | 新潟県 新潟県立総合医療センター 休診 |
| 8月       | 新潟県 新潟県立総合医療センター 休診 |
| 9月       | 新潟県 新潟県立総合医療センター 休診 |
| 10月      | 新潟県 新潟県立総合医療センター 休診 |
| 11月      | 新潟県 新潟県立総合医療センター 休診 |
| 12月      | 新潟県 新潟県立総合医療センター 休診 |
| 2008年    |                     |
| 1月       | 新潟県 新潟県立総合医療センター 休診 |
| 2月       | 新潟県 新潟県立総合医療センター 休診 |
| 3月       | 新潟県 新潟県立総合医療センター 休診 |
| 4月       | 新潟県 新潟県立総合医療センター 休診 |
| 5月       | 新潟県 新潟県立総合医療センター 休診 |
| 6月       | 新潟県 新潟県立総合医療センター 休診 |
| 7月       | 新潟県 新潟県立総合医療センター 休診 |
| 8月       | 新潟県 新潟県立総合医療センター 休診 |
| 9月       | 新潟県 新潟県立総合医療センター 休診 |
| 10月      | 新潟県 新潟県立総合医療センター 休診 |
| 11月      | 新潟県 新潟県立総合医療センター 休診 |
| 12月      | 新潟県 新潟県立総合医療センター 休診 |

(スライド 4)

新聞に病棟が閉鎖した、あるいは診療科をやめた、あるいはもう病院が休止したというような報道がよく目立つようになりました。これは一部ですが、2007年の9月からの状況をまとめてあります。これは検索できるのです。日経テレコンというので、これは商業新聞になるのですが、病院の閉鎖、休止、休診をキーワードに、大手5紙で検索したところ、このようなものでありました。2008年、右側の一番下が2009年のものであります。これは9月までですから、その後どうなっているかということ、相変わらず報道が続いているので、それをまとめたものもありますが、そういうことを申し上げたいということですから、国民の皆さんも、これは医療が危なくなっているなというのを相当感じていらっしゃる、医療機関も相当疲弊しているという状況をお伝えしたかったのであります。

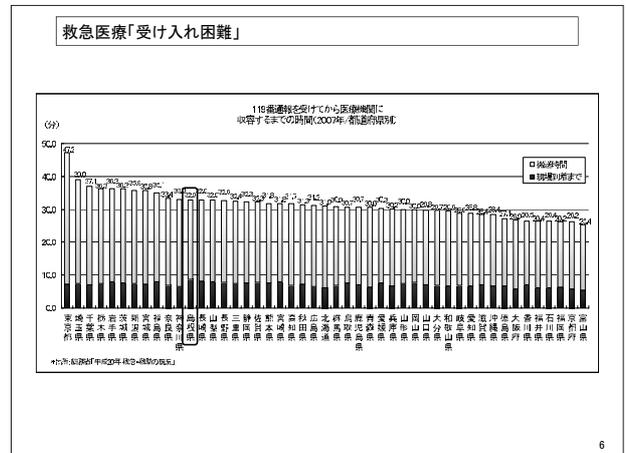
そこで、今度は医療崩壊の実態はどうなっているかということでもあります。



(スライド5)

これは、119番ということ、救急医療を受けようということをお願いしても、2000年ごろは、大体救急車が来て、病院に到達して、いわゆる搬送時間というのが27分ちょっと、28分弱でしょうか。2007年になりますと30分を超えたということです。2004年ぐらいから30分かかる。でも、119番後、救急車が現場に、現場と言うとなんですが、患者さんのところへ到達する時間は大体この間、6、7分で変わりません。これは御当地、島根県でもあんまり変わらない。しかし、そこから先が、病院に到達するまでが時間がかかるようになってきたということです。これは非常に受け入れる医療機関が少なくなってきた。メディカルコントロールというので患者さんの様子を実によくわかりますし、搬送しなくてはいけない病院もよくわかる。それを探すというようなことになるので、搬送先の病院がたくさんあれば、やっているかやっていないかとかいうような手間もかかるのは当たり前ですが、大都市圏はそういう状況もあるかもしれません。岩手県の先生がおっしゃっていましたが、いわゆる搬送先を探すほど、あるいはたらい回しにするほど病院はないよというようなことをおっしゃっていましたので、本当にないところで時間もかかるということもありますから、簡単にこれを見て判断してはいけませんが、救急車が来ても病院到達時間がますます延びてきているということです。これは2007年ですから、8年、9年と、大分いろいろ対策を打っていますが、厳しい状

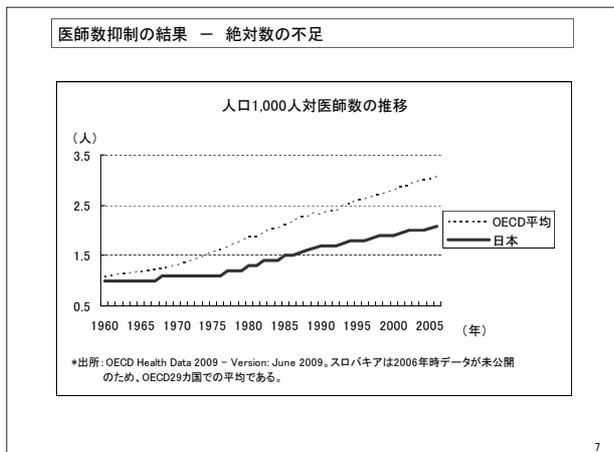
況にあるようであります。



(スライド6)

これは、全国の様子を見たものです。日本医師会館があるのは東京ですから、東京が一番左で恥ずかしいのでありますが、御当地島根県は左寄り四角で囲ませていただきました。それから一番右の方に富山県があります。いろいろな複雑なことがこれから読み取れると思いますが、ご覧のように、救急医療受け入れ困難というようなことが明確に、あちこちで起こってきているということをお示ししたいということでありまして、搬送時間と現場到着時間までの、これを何とか検討していこうと。ちなみに、島根県は平均32.9分ということであります。

6、7分で救急車が来て、その後、少なくとも10分以内に到達できるぐらいのことでないと、やはり救急医療と言えないのではないかなというふうに思いますが、こんなことが起こってきております。これをしっかりと我々も改善していかななくては、これを良い方向に持っていく努力が大事であります。



(スライド7)

これは、先ほど少しお話ししましたが、お医者さんが、1960年ごろの状況から、右の方に行きますと、日本はようやく2000年で1,000人当たり2人になりましたから、2005年でようやく2人をちょっと超えたと。2.1人というデータが出ています。ところが外国は、OECDは大体平均が3.1人、日本は2.1人という状況であります。こうなりますと、実はそれでは人口が10万人当たり200人ちょっと、では100万人だとどうなのだとか、2,000人になりますか、それから1,000万だと2万人、1億人だと20万人。今、お医者さんは27万人、医師免許を持っている人がいると言われておりますが、このように、実際に臨床医療を行っているという先生方はどのくらいいらっしゃるかというと、まだまだ、それは行政側にいる人もいるし、研究所にいる人もいるしということになりますと、十分に医療提供の中にいらっしゃるという先生方は非常に不足しているというふうに思います。こんなグラフがあります。OECD加盟各国の努力を、日本はほとんどそれを認識していないというか、同じ歩調でやろうと考えていなかったのだろうかと思っております。

これは、勤務医の皆さんの仕事量が増加したということで、どんなことなのだろうかということでもあります。まず、患者さん1人当たりの診療時間の増加、これは先ほど少しお話ししました。

それから、2つ目もご覧のとおり、介護保険以来、介護保険の主治医の意見書の記載というようなこと

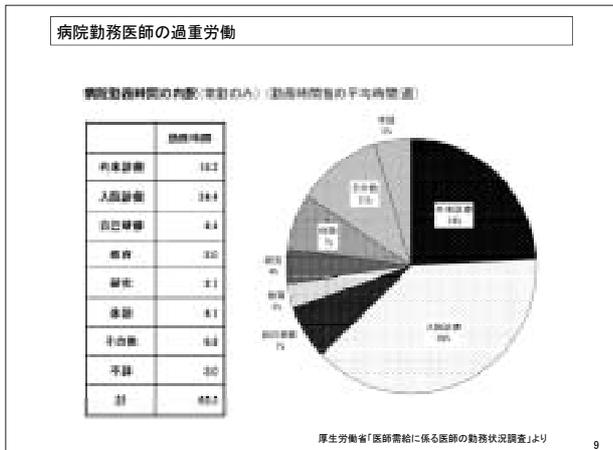
- 病院勤務医師の労働環境 - 仕事量の増加 -
- 患者一人当たりの診療時間の増加(インフォームド・コンセント等)
  - 医療周辺業務の増加(オーダーリング入力、入院医療計画書・退院療養計画書・介護保険主治医意見書等の文書作成)
  - 新医師臨床研修制度による研修医への指導
  - 宿日直後の通常勤務(長時間労働)
  - 患者の入院期間の短縮による診療密度の上昇
  - 医療技術の向上・新技術の出現
  - 専門医に診てもらいたいという患者側の要望
  - 医師の専門性の細分化による医師相互での診療依頼の増加 等

(スライド8)

も大変な負担になっているということでもありますし、新医師臨床研修制度による研修医の指導とか、あるいは宿日直後の通常勤務の悪循環でありますので、人手がないところで同じ医療のレベルを保とうとすれば、それぞれの先生方に負担がかかるということでもあります。くどくどお話ししなくても、もうお考えのとおりであります。

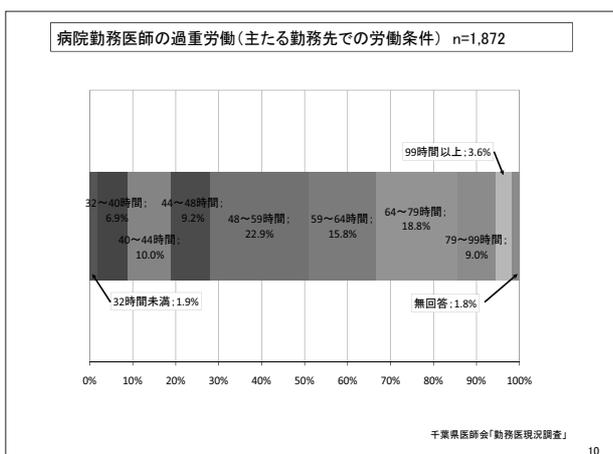
そして、やはり専門医に診てもらいたいという国民の皆さんの要望が多いということでもありますから、それには対応しなくてはならないということでもあります。医師は応召義務がありますし、それから非常に専門化していますから、他の専門家の先生と連携をとって調整しながら進めると。それぞれの専門家が勝手にやるわけにいかないということで、そういう調整といえますか、それは診療依頼もありますでしょうし、また受けることもあるでしょう。そういう中での非常に厳しい状況がだんだん増えてきたということでもあります。それから、まともに休憩とか休日がとれない、いつもオンコール状態だと。応召義務の話もありますが、こうしていても、いつ電話が来て呼び出されるかわからない。それが当直の時間帯も続くということになります。

細かいことは省きまして次に参ります。実情をこれから幾つかお話ししていきます。



(スライド9)

まず、病院勤務医師の過重労働であります。これは非常に内容がふえました。ご覧のように外来診療が15.3時間ということと、結局は63.3時間、このくらいの時間を1週間に勤務していますということでありまして、その間には、今少し申し上げましたけど、入院診療もあります。自分の研修時間は4.4時間あります。それから休憩時間が4.7時間と、本当に人間らしい生活はしていられない。少なくともゆったりと思案して本を読むなり研修するなり、時間をとって聞きたい研修の講座とか、そういうところへ行って勉強したいというようなことは、まず無理だというように感じられます。

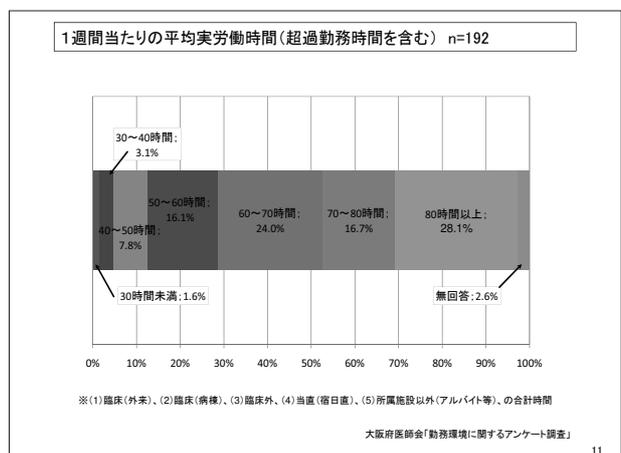


(スライド10)

これは、主たる勤務先での労働条件であります。これは千葉県医師会が発表した主たる勤務先での週平均の実労働時間。これは1,872人の先生方、そして医療機関は278施設から大変な努力をされて集め

たデータであります。

これを見ていただきますと、真ん中よりちょっと左ぐらいが、それでも48時間から勤めていらっしゃいます。一番左の方に32時間未満というのがありますが、1.9%。その右側が30時間から40時間でありまして、両方足しても5%前後であります。ひどいのは、一番右を見ますと79から99時間というのが9%もいらっしゃいますし、こういう状況の中でありまして、48時間以上59時間未満が最も多いという状況であります。64時間以上79時間が18.8%と、ものすごい長時間であります。

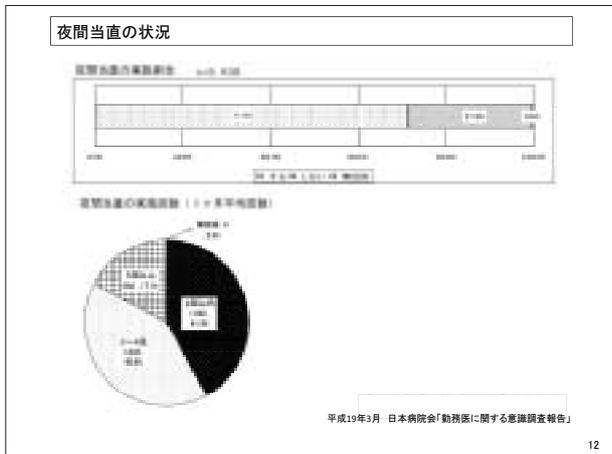


(スライド11)

もう一つお示しします。これは超過勤務時間を含んでの1週間当たり、これは大阪府医師会で、非会員の先生方を対象に調査されました。これも大変な難しい調査であったと思いますが、結局外来を診る、あるいは臨床診療に携わる、それから病棟の患者さんを診る、それから臨床以外の仕事をするというようなことで、所属施設以外の時間の過ごし方、それはアルバイトも含めた時間帯で、これは調査しておられます。当直、宿日直というようなことも当然入ってくるわけでありまして、これがごらんのように非常に厳しい。先ほどと同じであります。このグラフの真ん中より左の50時間以上働いているということでありまして、実は法定労働時間は1週間40時間以内という時間帯が一番左側にありまして、これは4.7%に過ぎませんので、ものすごい過重労働にさらされているという状況であります。

# ◆特別講演 1

そういう中で医療を提供されているのですから、これはもうやはり志と、それから本当に医療に頑張っていこうという誓いとか理念とか、そういうものがありありと見てとれますので、やはりお医者さんの意気は落ちてないと思います。こういう状況の中でどうするかということ政府も考えてほしい、日本医師会も当然取り組んでいきますけれども、ぜひ先生方から大きな声を発していただきたいというふうに思っております。



(スライド12)

これは、もう一つの現状です。夜間当直の状況がありますが、これも、夜間当直実施の割合は大体71.6%ぐらいが参加しているということですが、その夜間当直の実施回数が1ヶ月2回、これが41.8%、それから3~4回が40.8%、5回以上が17.1%に及ぶということになっております。ですから、本当に自分の時間をとれないで、しかもこの当直の後、この当直自体も忙しいはずですが、当直の後、今度はまた翌日の日勤に入るわけでありまして、そのまま日勤に入ると、診療科によっては、もう24時間、30時間か40時間睡眠なしということでもあります。

これは、実は勤務医の話だけではなくて、勤務医の話というのは、実は女性医師の諸問題も入っているということでもありますので、ちょっとこれは調べたものでありますが、女性医師の参加している部分ではありますが、小児科、それから産科、眼科、皮膚科、それから右の一番下、麻酔科と、こういうとこ

| 診療科   | 医師数    | 女性割合  | 診療科   | 医師数   | 女性割合  |
|-------|--------|-------|-------|-------|-------|
| 内科    | 31,096 | 18.4% | 呼吸器外科 | 1,242 | 4.8%  |
| 心療内科  | 327    | 23.2% | 心血管外科 | 2,539 | 3.8%  |
| 呼吸器科  | 3,615  | 16.1% | 小児外科  | 623   | 15.2% |
| 消化器科  | 7,487  | 12.7% | 産婦人科  | 5,361 | 29.1% |
| 循環器科  | 7,945  | 10.4% | 産科    | 322   | 35.4% |
| 小児科   | 8,228  | 32.5% | 婦人科   | 697   | 27.5% |
| 精神科   | 9,978  | 18.1% | 眼科    | 4,789 | 38.5% |
| 神経内科  | 3,150  | 19.9% | 耳鼻咽喉科 | 3,644 | 21.0% |
| 外科    | 16,738 | 5.1%  | 皮膚科   | 3,258 | 45.5% |
| 整形外科  | 11,853 | 4.3%  | 泌尿器科  | 4,573 | 4.1%  |
| 形成外科  | 1,548  | 22.5% | 放射線科  | 4,589 | 18.8% |
| 脳神経外科 | 5,377  | 4.1%  | 麻酔科   | 5,763 | 30.3% |

(スライド13)

ろで大体30%以上、女性の先生方が参加していらっしゃるわけでありまして。

| 診療科  | 平成6年   | 平成8年   | 平成10年  | 平成12年  | 平成14年  | 平成16年  | 平成18年 |
|------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|
| 産婦人科 | 11,039 | 10,847 | 10,916 | 10,585 | 10,618 | 10,163 | 9,592 |
| 小児科  | 7,714  | 7,919  | 8,022  | 8,158  | 8,429  | 8,393  | 8,228 |
| 麻酔科  | 179    | 242    | 270    | 308    | 339    | 399    | 446   |

(スライド14)

これは、もっと細かく見ますと、このうち3つの科を取り上げまして、産婦人科、小児科、麻酔科という状況で、平成6年から平成18年ぐらいまでの間にどうなっているか。産婦人科は、やはり減ってきているようでありまして。これは女性医師も当然参加していらっしゃるけども減ってきている。小児科は増えているということで、増えていると言えるほどかどうかわかりませんが、数字の上では上昇している。それから麻酔科につきましては、これは増えてはいますが、また細かい仕分けも大事だと思います。実際の医療の中で十分足りているかどうかという話になると、これはまた別の問題であります。こういう数値で調べますと、確かに増えてはいるということでもあります。

こういった診療科は夜間救急医療を初め、絶対的な医師不足が叫ばれている診療科でもありますので、女性医師支援を通じた医師全体の労働環境の早急なる改善が必要であるということですから、女性医師に着目しましたが、問題本体は、本来は全体の勤務医の労働環境の改善問題であるということを強調しておきたいと思えます。

日本医師会「女性医師の勤務環境の現況に関する調査」より

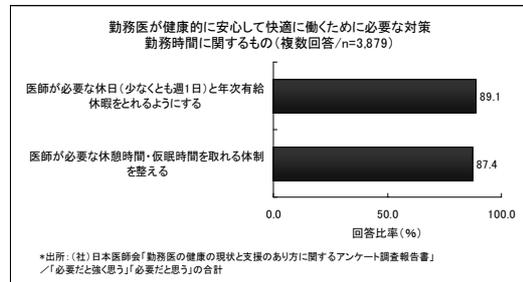
1. 実働勤務時間、宿日直回数、休日日数などから多くの女性勤務医師が過酷な勤務環境にある。
2. 勤務医全体の勤務環境が厳しい、医師の勤務・労働に関して法についての十分な理解がない、若い女性医師には非正規雇用が多い、などにより、出産・育児について、法の保護を十分に受けられていない。
3. 多くの女性医師が求めているのは医師全体の勤務環境の改善であり、そのための医療への財政投入（それによる医師不足の解消）、勤務医の身分の確立である。
4. 多くの女性医師は出産・育児を経ても働き続けられる環境の整備、又、一時休業せざるを得なかった場合の復帰支援を求めている。出産・育児についての支援策として、24時間・病児保育を併設した院内保育所の普及その他、様々な保育サービス利用に対する補助、及び学童保育の充実を求めている。

15

(スライド15)

日本医師会は、いろんなことを取り組んでおりますが、この「女性医師の勤務環境の現況に関する調査」は、文章にすると4項目になります。細かい字で恐縮ですが、ざっと見ていただくと、4番目をまず見てみたいのですが、やはり多くの女性医師は出産・育児を経ても働き続けられる環境の整備、また一時休業せざるを得なかった場合の復帰支援を求めているということでありまして、出産・育児についての支援策、それから24時間・病児保育を併設した院内保育所の普及など、幾つもの改善要望がありますが、それぞれはごもっともな話であります。ですから、今日お見受けしたところもやはり男性医師が多ございますが、こういうことを十分理解して、日ごろの医師会活動という面でも、そういう点を強調した活動が大事だと思っております。ましてや女性の先生方の御活動には大いに期待しているところであります。

日本医師会「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」  
医師の疲弊



16

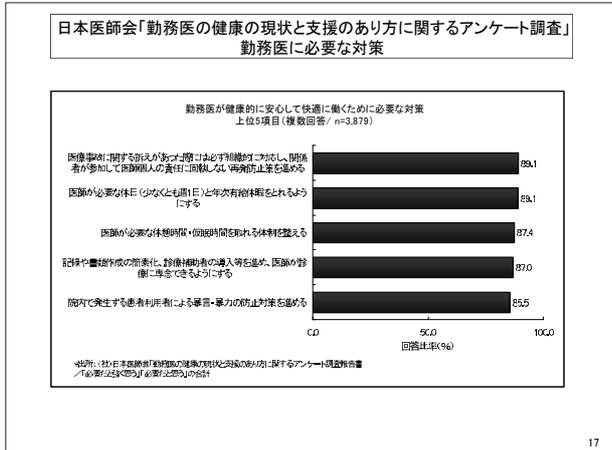
(スライド16)

これは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と書いてあります。実は日本医師会は最近、勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会をつくりました。そこでいろんなことを考えて、調べてみたり、対策を練ったりしております。そういうことで、調査の一つでは、勤務医の9割が健康的に安心して働くための、少なくとも週1回の休日と年次有給休暇が必要であると回答された方、ほとんどの医師が週1日休めない過酷な労働条件。週1日も休みがとれないという中で、しかも勤務時間が毎日毎日長いということでもあります。休憩時間と仮眠時間についても、勤務医の9割の先生が主張しておられます。オンコール状態で休むというのは無理でありまして、それは医師がいて、オンコール状態であれば、その時間帯は拘束されているわけで、どんなときにもすぐ目の前の、日本医師会のテレビCMでも携帯電話が鳴る、あるいはどなたか呼びに来るということでもありますから、そういうことから解放される時間が欲しいなど。

また、勤務医の5.7%は、これは嫌な話ですが、自殺や死について考えていた。ですから、これは精神科の先生方は、やはりうつ傾向になるというか、あるいは自殺に一步一步近づくとというのは、一般の労働者といいますが、勤労者よりも勤務医の方が率が高いということになるということをおっしゃった先生がいます。ですから、誠に厳しい状況に置かれているので、こういう状況で勤務医の先生方を置く

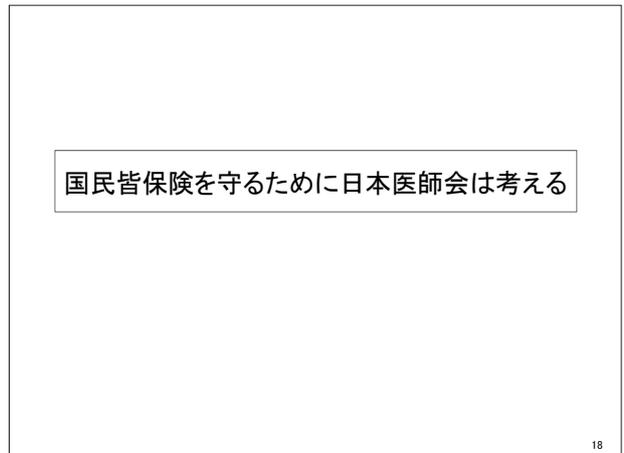
# ◆特別講演 1

という、そのまま何もしないというのは、我々日本医師会もそうですが、行政側も全く許されない話であります。



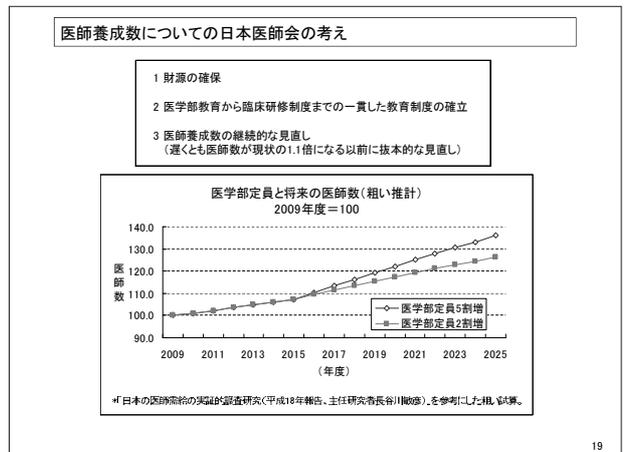
(スライド17)

これは全部85%を超えておりますが、字が小さくて見づらいかもしれませんが、医療事故に関する訴えがあった際には必ず組織的に対応してもらいたいというようなことでありまして、それから関係者が参加して、そして医師個人の責任に固執しない、そういう再発防止策を求めるといことが、一番多ございました。それから、一番下に書いてありますが、85%を超える方々が望んでいらっしゃるの、院内で発生する患者、利用者による暴言、暴力の防止策を進めてくださいということでもあります。これも、私も現場の細かい話、よく知っていますし、例を挙げれば切りがありませんが、のちほど、日本医師会の勤務医委員会の報告のなかで池田俊彦先生から、この結果を受けて作成された「医師が元気に働くための7カ条」、「勤務医の健康を守る病院7カ条」というものについて報告があり、この辺りのお話も伺えると思いますので、そちらにお譲りしたいと思います。いずれにしても勤務医の業務、勤務医を取り巻く環境が複雑化しているということでもありますので、勤務医の疲弊の要因になっているということでもあります。



(スライド18)

それから、御存じのように国民医療が危ないということは、国民皆保険制度が危ないということと同じであります。ですから、こういう意味で日本医師会は国民皆保険を守るために何を考えるかというふうなことを提言しております。



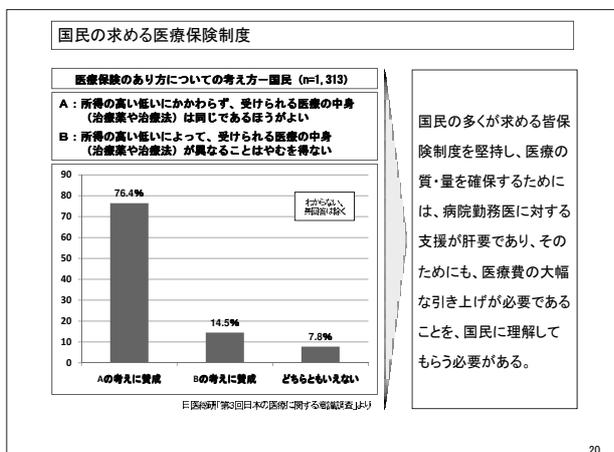
(スライド19)

これから申し上げたいことは、まず医師養成についての日本医師会の考えであります。それは一つ一つがつながってまいりませんが、これから取り組んでもらいたい、取り組んでいきたいことで、それはまず医療における財源の確保、それから医学部教育から臨床研修制度までの一貫した教育制度の確立、そして3番目に医師養成数の継続的な見直しであります。

下のグラフは、これから先の話であります、これは医学部定員が、今は8,486人です、これ1学年です、全国では。それが2010年度から医学

部定員を1.5倍の1万2,729人にするということであり、これが2016年でようやく医師数が現状の1.1倍、2020年にはようやく1.2倍になるという状況であります。そんなことで間に合うのかと思われると思います。そのとおりでありまして、医学部定員が1.2倍では、医師数は2017年でようやく1.1倍。ですから2020年に1.2倍になると推計されるということで、悠長な話であります。1.1倍にした、1.2倍にしたということではこんなものでありますから、今の状況に何かいいことがあるのかということではありますが、医学部定員を今からこのくらいに増やしたのでは、あまり効果がない。

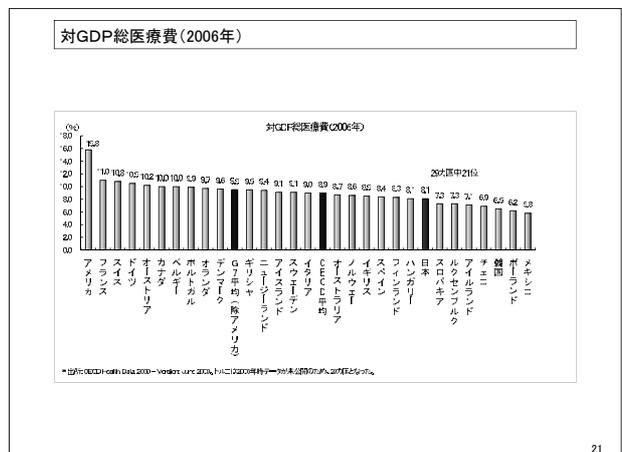
ですから、中・長期目標としては医師数を1.1倍から1.2倍にするには、医師養成数を、医学部定員数を1.2倍では、時間がかかり過ぎる。効果が現われない。ですから、少なくとも医師養成数を増やすならば、現状の1.5倍近いレベルに増員する必要があると日本医師会は考えております。私も自分が医者になって何とか役に立つようになったのが11、2年かかっていると思います。これは診療科にもよりますが、とても大学を卒業したからすぐというわけにはいきませんから、6年プラス何年ですから、10年かそこらはかかるということになります。卒業後、最低4、5年は頑張って勉強してもらいたいというふうに思います。



(スライド20)

このテーマは皆保険制度でありますから、もう一つ、国民の皆さんはどう思っているか。国民の皆さん

は何でもいと、お金は幾らかかってもいいから良い医療をと、素早く医療を受けたいと思っていらっしゃるかというと、実は国民の皆さんの76.4%の皆さんが所得の高い低いにかかわらず受けられる医療の中身は同じである方が良くとおっしゃっています。あの方は財産家だと、裕福な方だからと、私どもはどうも経済的に困窮しているからというようなことじゃなくて、みんな同じに受けたいと。ですから、国民の多くが求める皆保険制度を堅持すべきだと。ここでやはり国民の皆さんの意向を酌んだ方向性が認められます。そして、医療の質、量を確保するためには病院勤務医に対する支援が肝要であると。そのためには医療費の大幅な引き上げが必要であるということを国民の皆さんに理解していただくと。このままでは医療がもちません。ですから負担してくださいということを引きちと説明する必要があるというふうに思っております。



(スライド21)

これはもう見なれている表であります、右の方にあるのが今の日本の現状でして、OECD加盟国が29カ国の中で、21番目。一番左がアメリカですが、これが15.8%、対GDP比の医療費であります、例の「シッコ」という映画をごらんになったかもしれませんが、ああいう医療体制です。

これは2006年ですが、日本より下位の国は何らかの理由があるところが多いのですが、日本はこれほどに世界第2位の経済大国などと言われておりますし、GDPも非常に高い国でありまして、そしてし

## ◆特別講演 1

かもこの辺にいます。これは文教科学費というか、教育費も同じでありまして、非常に低いところにいる。日本はこういう国なのでありましょか。何で日本はこういう国なのでありましょか。国はよくお考えいただきたいと思っております。私どもはそれを改善するために、これから努力しなくてはならないと思っておりますが、実はOECD平均は対GDP比8.9%が平均であります。ですから、この8.9%に持っていくのには、今の現状の医療費を10%上げなくてはならない。それを削減しようというお話が出ておりますが、日本の国はこういう国かということ、腹立たしい限りであります。

国民皆保険を守るための日本医師会緊急提言

1. 診療報酬の大幅かつ全体的な引き上げにより、地域医療の崩壊を食い止める

**※ 病院勤務医の過重労働緩和は最優先課題である**

2. 患者一部負担割合を引き下げ、経済的理由による受診抑制を起こさない

22

(スライド22)

これが国民皆保険を守るための日本医師会の提言であります。これから先は、日本医師会は医療政策をつくる、そして提言する。実現のための戦略というのを組んでおりますが、その提言の一つであります。これは、まず診療報酬の大幅かつ全体的な引き上げにより地域医療の崩壊を食い止めるということと、それから病院勤務医の過重労働緩和が最優先であるというふうに考えております。それから、このような不況の時代、患者さんが、国民の皆さんがなかなか医療機関を受けにくい。ですから患者一部負担を引き下げましょと。そういうことで医療機関を受診して早く早期受診、早期治療ができるようにしましょということでありまして、身近な医療機関が健全に存続し、なおかつ国民が経済的負担を心配することなく、いつでも医療機関にかかる社会

を目指す、そこに戻さなくてはいけないということでもあります。

病院勤務医の負担軽減のために  
入院時医学管理加算の算定要件を見直すこと

2008年4月改定では、入院時医学管理加算の要件が見直され、外来の縮小など勤務医の負担軽減のための取り組みを行っている病院が評価されることになった。

しかし、これは、高度医療、救急医療が充実している大病院、地域の中核病院に対する評価であり、算定できる病院はきわめて限定的であった。地域で救急医療等に熱心に取り組む中小病院はほとんど算定できず、これらの病院の勤務医負担の軽減に何ら寄与していない。地域医療を支える中小病院も対象となるよう、算定要件を見直すべきである。

さらに言えば、入院基本料そのものを増やすことも並行して行うことが必要である。

23

(スライド23)

これは、幾つか病院勤務医の先生方を中心にした病院勤務医の負担軽減のためにどうするかというような提言であります。入院基本料というのが病院にはあります。この入院基本料を算定できない、あるいは何段階かありますが、これを是非強化する、増強してもらいたい、増やしてもらいたいということですから、上に書いてあるのが趣旨であります。病院勤務医の負担軽減のために入院時医学管理加算の算定要件を見直すこと。2008年4月の改定で、入院時医学管理加算の要件が見直され、外来の縮小など、勤務医の負担軽減のための取り組みを行っている病院が評価されるようになりましかつたけれども、この方向性が大事でありますので、現実をよく見て制度改革を行っていただきたい。むやみに医療費を削減するだけですと、完全にこれから医療は崩壊、破壊いたします。

病院勤務医の負担軽減のために  
医師事務作業補助体制加算の施設基準を見直すこと

2008年4月改定では、「医師事務作業補助体制加算」が新設され、  
医師の診療外業務の軽減に寄与するものと期待される。

しかし、現行は、医師事務作業補助者に6か月の研修が義務付けられているなど、施設基準のハードルが高く、比較的余裕のある病院でなければ、補助者の採用に踏み切りにくい。施設基準の見直しが必要である。

本来的には、勤務医そのものを増やすことが必要であり、その適正な評価が求められる。

24

(スライド24)

もう一つあります。病院勤務医の負担軽減のために医師事務作業補助体制加算の施設基準を見直してください。これはなかなか、いわば事務方ではありますが、事務方の補強について、医師事務作業補助者に6か月の研修が義務付けられている。6か月の研修に出して、そしてここに何とか勤務していただくというような、このハードルを越えていくのはやはり大変でございまして、どこでもできる話ではありません。この施設基準のハードルが高くて、余裕のある病院でなければ無理だと。余裕のある病院に対して点数を張りつけるという流れではなくて、やはり現実を見て、参加しやすい方向を、あるいは算定しやすい方向をつくってもらいたいと思います。これは算定してもらいたくないためにつくったハードルだと、そういうふうに関心取られても仕方がないと思います。私もそう思っております。

医療訴訟について

大野病院の判決以降、医療刑事事件は激減し、これに伴い、医療過誤を理由とする行政処分数も激減しているものの、いつまでもこの謙抑的な姿勢が続くとは限らない。

善意の医療提供者が不当に刑事罰を受けないためにも、現場の医師の意見をより多く取り入れるオープンな形で、医師の診療上の医療安全、医療事故への適切な対応が行われるよう、公平で公正な調査委員会の設置と医療安全を推進するシステム作りが必要である。

25

(スライド25)

それでは、医療訴訟についてはどうなっているかというと、これは今、例の福島県の大野病院の判決以来、大変に各界が、理解を示してくださいました。そこで医療刑事事件、医療訴訟、あるいはそれに関わるいろんなものが、医療訴訟と申しますか、刑事訴訟と申しますか、そういうのは非常に激減しております。これは恐らく周囲をご覧になってもわかると思います。これはやはり当局の謙抑的な姿勢があるというのも一つでありますし、医療機関も十分に注意して、安全・安心の医療に心がけているのだというふうに思います。ですから今後、善意の医療提供者が不当に刑事罰を受けないためにも、現場の医師の意見をより多く取り入れるオープンな形で医師の診療上の医療安全、医療事故への適切な対応が行われるよう、公平で公正な調査委員会の設置と医療安全を推進するシステムが必要であります。夏には政権交代が行われましたので、こちらの方にはまだ新与党はあまり取り組んでおりませんが、しかし、日本医師会はこれを言い続けておりますし、各司法当局も警察当局もそういう意向でありますので、これがいずれ着手されるであろうと。そのときに必ずこういう方向性が強化されると思いますので、先生方からも御支援賜りたいと思います。

医師の団結のために取り組むべき課題

1. 病院勤務医と診療所医師の接点をそれぞれの医師会で強化し、勤務医の医師会への参加を促すとともに、医療が直面している共通の課題解決のために、協働して取り組めるようなフレキシブルな会務の運営に努める。  
また、日医の活動をより透明化し、すべての国民に理解されるよう努力を継続する。
2. すべての医師、とりわけ女性医師を含む病院勤務医の労働環境の改善に最善の努力をばらい、働きやすい職場環境を構築するとともに、国民の医療への信頼を確保する。

26

(スライド26)

これが最後であります。医師の団結のために取り組むべき課題というのがあります。この2つを申し上げまして、私の今日の講演を終わりたいと思います。ご清聴ありがとうございました。

◆特別講演 1



「社会が医療に求めるもの」

講師：名城大学教授・コンプライアンス研究センター長

郷 原 信 郎

座長：島根県医師会理事

益 田 順 一

## ◆特別講演 2

### 座 長

島根県医師会 理事 益 田 順 一

それでは、特別講演に入らせていただきますが、今回の特別講演をお願いいたしました郷原信郎先生の御紹介を簡単に申し上げさせていただきますと思います。郷原先生は島根県松江市の御出身で、松江南高校を卒業されてから東京大学の理学部に進まれたということでございます。その後は、いろいろお考えがあって司法の領域に変わられて検事に任官され、東京、広島、あるいは有名な長崎地検などで御活躍をされております。その後、桐蔭横浜大学法科大学院、そして現在は名城大学の方で教鞭をとっておられますが、現在、日本の総務省の顧問もされている方でございます。

また、郷原先生は、テレビなどでも時々お見かけいたしますし、たくさん著書を書いておられまして、プログラムの中に幾つかの著書が書いてありますが、いろんな本屋さん売っております。「思考停止社会」とか「コンプライアンス」をキーワードになされておられまして、その中で今回「社会が医療に求めるもの」という本を先生御自身の御厚意で皆



さんに配らせていただきましたので、帰りの飛行機の中でも読んでいただければというふうに思います。

それでは、今回の郷原先生の御講演のテーマは、「社会が医療に求めるもの ～『チームの力』が医療を救う～」というタイトルでお願いしております。それでは、郷原先生、よろしくお願いいたします。

### 講 師

名城大学教授・コンプライアンス研究センター長 郷 原 信 郎

御紹介いただきました郷原です。よろしくお願いいたします。

御紹介にもありましたように、私はこの松江の出身でして、こうして全国から医師の方々がお集まりの場でお話ができることを大変光栄に思っております。

今日のテーマにしましたのが、「社会が医療に求めるもの」という言葉です。この後いろいろお話をしますように、私はコンプライアンスというものを社会の要請にこたえることというふうにとらえているような活動をしてまいりました。そういう観点からは、社会が医療に求めるものを考えるということが、すなわち医療の世界における真のコンプライアンス



## ◆特別講演 2

を考えるとということです。そういう観点から我々、医療の世界におけるコンプライアンスの問題をコンプライアンス研究センターでもいろいろ対象にしてみました。お手元にお配りしておりますこの本は、昨年春、我々の機関誌で医療の問題を取り上げたときにつくった本です。今日もこの本に書いていることを中心に、コンプライアンスを基本的にどう考えるのか、そしてそういうコンプライアンスの考え方を医療の世界にどう適用、応用していくのか、それから最近医療の世界で起きている具体的な問題をどう考えていくのかというような点を中心にお話をしていきたいと思っております。

**コンプライアンス = 法令遵守**  
**⇒ 誤り**

**「遵守」という言葉**  
**⇒ 思考停止**

**「遵守」の対象の拡大**  
**⇒ 「偽装」「隠蔽」「改ざん」「捏造」**

(スライド 1)

まず、コンプライアンスをある意味で生業にしている私の方からこういうことを申し上げるのとはばかられるのですが、最近、この世の中、決して良い方向に向かっていない、どうもおかしいと感じられている方が多いのではないかと思います。私は、そういう今の日本のこの世の中をおかしくしている最大の原因は、コンプライアンスだと思っています。コンプライアンスを誤ってとらえて、誤ったコンプライアンスを押しつけていく、そういう今の日本の社会が、私はある意味では病んでいるというふうに思っています。

その根本にあるのが、この言葉です。「コンプライアンス＝法令遵守」。この2つがイコールだという考え方、これがそもそも誤っているのだということを私はずっと以前から言い続けてきました。

このように言うと、そんなことは言われなくてもわかっている、コンプライアンスは法令遵守とイコールではないということを言われる人が多いのですが、多くの人が言っているこの2つがイコールではないということの意味は、このイコールが、イコールではなくて不等号だ、大なりだという意味です。コンプライアンスは法令遵守よりも大きい、法令だけを遵守しているのでは足りないのだと、法令以外のものも、規則も規範も基準も倫理も、あらゆるものを遵守しないとイケないのに、それを法令だけ遵守していれば良いというようなしみつたことを考えているからだめなのだと言われる場合がほとんどです。

私が言いたいのはそういうことではなくて、むしろこっちに問題がある。「遵守」という言葉の方に問題があるということです。この言葉、大体どういう意味で受け取られるかということ、いいから守れ、つべこべ言わずに守れ、こういう意味です。この言葉が出てくると、なぜそれを守らなくてはいけないのですかと質問をする動きが封じられます。なぜ守らなくてはいけないのかを考えることも、それをめぐって議論をすることもやめてしまいます。そういう作用を持ったこの「遵守」という言葉の方にこそ、思考停止という大きな弊害が生じているということです。

もちろん法令、規則、ルール、決めた以上は守らないとイケない、当たり前のことです。しかし、ルールを守らないとイケない、守ることによるメリットと、その一方で、ルールを守ることが自己目的化することによるデメリットの関係が問題です。そこで問題になるのが社会の変化の激しさです。変化に乏しい安定した世の中であれば、一旦ある場面で決めたことを、そのまま守っていれば済むという考え方でも、そんなに大きな不都合はありません。しかし、変化が激しくなればなるほど、単純に一度決めたものを守っているということだけでは、さまざまな問題に対して適切な対応ができません。

そして、そういう単純に守れ、遵守しろというよ

うな考え方の弊害が、実は法令とか規則とかというものの以外のところ、何でもかんでも守ればいいという遵守の対象の拡大によって、一層弊害が大きくなっているのではないかというのが、最近、私が痛切に感じていることです。

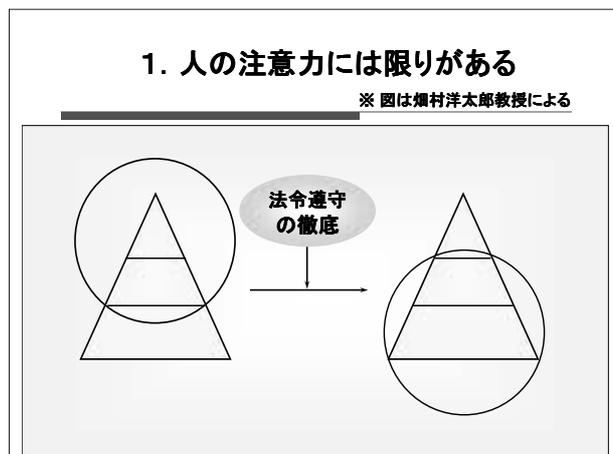
それが典型的に表れるのがこういう言葉です。「偽装」、「隠蔽」、「改ざん」、「捏造」。こういった言葉が出てくると、そういうことをやった組織、官庁も企業も病院も、すべて徹底的にたたかれるというのが最近の風潮です。しかし、よく考えてみると、これらの言葉は必ずしも法令違反を意味していません。しかし、無条件にこういうことをやるとされると、マスコミがそういうことをやると決めつけると、全く言いわけができない、弁解ができない、頭を下げていられないという状態になってしまうわけです。

私が今年の2月に出した「思考停止社会」という本の中で、その状況を水戸黄門の印籠にひれ伏す人々というのに例えてみました。印籠はなぜそういう、出てくるとひれ伏さないといけない、ははあと頭を下げないといけないということになるのかと。そのところは突き詰めて考えたらいけないのです。とにかく印籠が出てきた以上は頭を下げないといけないというのが、まさに遵守の世界、遵守の効果そのものです。

私は、この本の中で、世の中の風潮がいかに大きな問題を生じさせているかということ、いろんな具体的な例を挙げて説明してきました。もし何かマスコミの連中と議論することがあったら、この郷原の「思考停止社会」を読んだかということをお願いしたいと思います。逆印籠として使っていたきたいというのが私の願いです。

こういった世の中の状況の中で、人が仕事をするときに、どこに注意を向けるのかということについても大きな「遵守」という言葉による弊害が生じています。

この黄色い三角形は、人が仕事をするときに注意をしなければいけないことの全体像を示しています。



(スライド2)

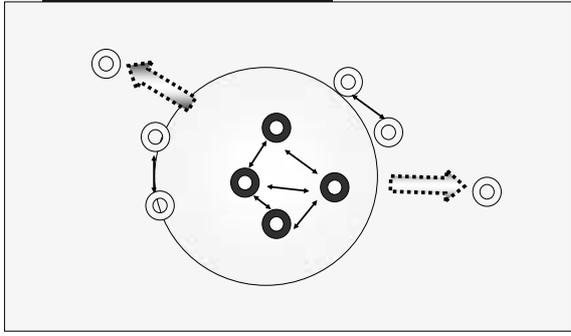
上の方が基本的なこと、根本的なこと、下の方が具体的なこと、細かいことです。正常な状態だと、人の注意は、この上の方、基本的なところ、根本的なところに向けられているはずです。その注意が具体的なところ、細かいところ、下の方にまで広がっているというのが正常な状態です。

ところが、最近のようにコンプライアンスだ法令遵守だということばかりうるさく言われると、どうしてもその注意が下の方に下の方に向いていってしまいます。何々法令、何々規則を守ったか守らなかったか、そちらの方にばかり関心が向いてしまう、注意が向いてしまう。そして、人が注意できる範囲というのは幾ら頑張ったところでそう変わりませんから、その結果、一番肝心な、この根本的なところ、基本的なところから注意が抜け落ちてしまいます。

こういう状態で何か問題が起きる。そうすると、どうしてもその問題を基本的、根本的なところにさかのぼって考えることができません。その場しのぎ、小手先で対応してしまう。それが結局、問題が何一つ解決していないのに解決したことになってしまっているということに繋がっています。改めて今自分達がやっていることはそもそも何を狙っているのか、何をしようとしていたのか、それが今、目の前で起きたこととの関係でどうなっていくのかということ、根本的に考え直し、そういったところに基づいてそれ以降の対応を考えていかなければ、発生した問題に対する適切な対応はできません。

## ◆特別講演 2

### 2. 日本社会における司法の機能



(スライド 3)

そして、今の日本の社会の混乱が生じている一つの大きな原因は、社会における人間と法令の関係が大きく変わりつつある。法令あるいは司法というものの社会における位置づけが変わっていることによる混乱ということが指摘できるのではないかと思います。

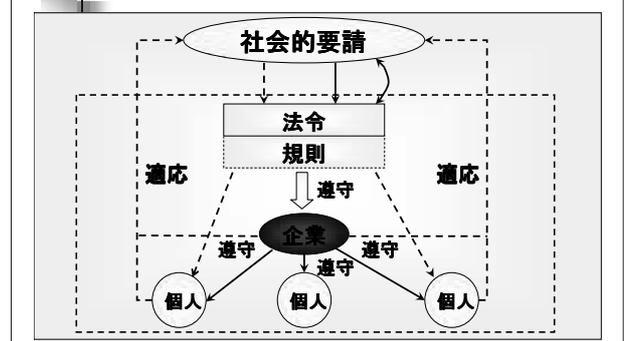
この円が社会全体だとしますと、日本の社会というのは、この社会の中心部でさまざまなトラブルの解決のために、法令や司法というのを中心的な問題の解決手段として使ってきた国ではありません。司法や法令というのは、どちらかというと社会の隅っこの方で、普通の人はやらないようなとんでもない行為をしでかした犯罪者を社会からボンとはじき飛ばす機能とか、普通の人はやらないようなとんでもない、煮ても焼いても食えないような争い事、感情的なトラブルとかいがみ合いのようなものをありがたく解決してくれる民事手法とか、いずれにしても司法や法令が解決してきた問題というのは、社会の中心部における市民生活とか経済活動というような領域のものではなくて、やはり特別なこと、特殊なことが司法的な解決の対象だったというのが日本の社会ではないかと思います。

アメリカの社会は反対に、この社会の中心部で法令を使いこなそうとします。この社会の中心部で法令が機能しています。そして、そのような機能を法令に持たせるために、司法に持たせるために膨大なコストをかけているというのがアメリカの国です。

そういう意味で、人間と法令の関係が非常に大きく違うということが言えると思います。

日本の場合は、法令というのは社会の周辺部分で、神棚に祭った伝家の宝刀のようなもので、一方、アメリカの社会では、法令、司法は社会の中心部で使いこなしていく文化包丁のようなものです。そういった大きな違いがもともとあったところに、この数年の間に日本の社会では何となく社会のアメリカ化、経済構造改革というような流れに乗って、司法や法令の世界がどんどんどんどん社会の中心部に攻め込んできました。今ではいろんな分野で、いろんなところでこの法令や司法にぶつからないと活動していくことができません。医療の世界も例外ではありません。

### 3. 社会的要請と法令遵守



(スライド 4)

そこで、法令に対してどうアプローチするのか、どう対応するのかということが問題になるのですが、日本では、司法や法令が社会の隅っこの方に単に象徴的に存在していただけの、そういう状況における法令へのアプローチ、遵守というアプローチからいまだに抜け出ることができません。ですから、実態と乖離した法令のようなものも、そのままみんなが遵守遵守ということを強いられているうちに、かえってそういう法令が独り歩きしてしまって、いろんなものを切り刻んでいるというのが最近のこの社会の状況です。

ここで改めて考えてみないといけないことは、そもそも法令、規則というのは何らかの社会的要請を

実現するために定められているということです。それを守ることが目的ではなくて、その背後にある社会の要請にこたえていくことが目的のはずです。ですから常にその背後にある社会的要請に目を向けながら法令、規則に対応、適応していかないといけない。そういったこの図のような構造を、常にコンプライアンスという言葉に関連して頭に入れておくことだと思います。

#### 4. コンプライアンスとは

**Compliance**  
⇒組織に向けられた社会的要請に  
しなやかに鋭敏に反応し目的を実現していくこと

- ★社会的要請に対する鋭敏さ  
(sensitivity)
- ★目的実現に向けての協働関係  
(collaboration)

(スライド5)

そういう観点から、私はコンプライアンスをこのように定義をしてきました。組織に関してコンプライアンスを考えると、コンプライアンスは、組織に向けられた社会的要請にしなやかに鋭敏に反応し目的を実現していくことととらえるべきだと思います。この「しなやかに」という言葉には、工学の分野におけるコンプライアンスの意味が込められています。物体のしなやかさという意味です。外からの力に対してしなやかに柔軟に反応して外からの要請にこたえる、そういう方向で動いていくことこそコンプライアンス、真のコンプライアンスだと思います。

そういう意味でコンプライアンスをとらえるとき、重要となる言葉が2つあります。2つのキーワードです。まず第1に、社会の要請に対する鋭敏さ「sensitivity (センシティブティ)」、そして第2に、社会の要請に対してセンシティブな人や組織がお互いに力を合わせていくこと「collaboration (コラボレーション)」です。

まず第1に必要なことは、その組織の構成員一人一人が社会の要請に対してセンシティブであることです。その個人のセンシティブティというものは、要するに自分のしている仕事但至少でも社会の役に立っててもらいたいと思う気持ちです。社会にその存在と活動を認められている組織に働く人たちは、私は基本的にみんなそういうセンシティブティを持ち合わせていると思います。とりわけ医療の世界に従事する方々は、そういうセンシティブティが高い方々だと思います。

しかし、問題は、そのセンシティブティの方向性です。社会が複雑、多様になればなるほど、そして社会がどんどん変化すればするほど、その方向性が問題になってきます。こたえるべき社会の要請がたくさんあります。そういう社会の要請にどうバランスよくこたえていくのかということに関して、方向性がいろいろあり得るわけです。その方向性が個人によってまちまち、ばらばらだと、せっかく個人個人は社会の要請にこたえていこうという強い気持ちを持っていても、それが組織全体としてのセンシティブティに繋がっていきません。そこで重要になるのが、どういう社会の要請に、どうこたえていくのかということについての共通認識です。そういうことについて組織内で共通認識が生まれることによって、構成員間の社会の要請にこたえる方向に関するコラボレーションが生まれます。そのコラボレーションを通して、組織は社会の要請にこたえていくパワーを獲得することができます。

この組織というのは、ある医療を実行するチーム、病院、そして最終的には医療の世界全体ということと考えることができるのではないかと思います。ここで考えるべきことは、どういう社会の要請に、どうバランスよくこたえていくのかという方向性について、しっかりとみんな共通認識を持つこと、それを社会の要請にこたえるパワーに繋げていくことだと思います。

**5. フルセット・コンプライアンスの  
基本的な考え方**

◎ 社会的要請に組織として  
どのように適応していくか  
⇒ フルセット・コンプライアンス

**【5要素】**

- ① 方針の明確化
- ② 組織の構築
- ③ 予防的コンプライアンス
- ④ 治療的コンプライアンス
- ⑤ 環境整備コンプライアンス

(スライド6)

そういう意味のコンプライアンスを実行していく、そのための具体的な要素、これを5つに整理したものの、私はそれをかねてからフルセット・コンプライアンスと呼んできました。

まず第1に、組織が社会からどんな要請を受けているのか、その社会の要請の中身を把握して、どういう社会の要請に、どうバランスよくこたえていくのかという方針を明確化しなければいけません。それがコンプライアンスの出発点です。そして、そのこたえていくべき社会の要請の中身が社会の変化に伴って変わっていきますから、方針もそれに応じて修正していかないといけない。常に的確にバランスよく社会の要請にこたえていく方針を確保していかなければいけないということです。

そして2番目に、そういう方針が実現できるような組織体制を構築する必要があります。さまざまな社会の要請にバランスよくこたえていけるような、バランスのとれた組織をつくっていくこと、それがコンプライアンスとしての組織の構築です。

そして3番目に、そのようにしてつくった組織がきちんと機能していく、機能していくことによって方針に反する行為を予防することもできます。

そして4番目に、そのようにして社会の要請にこたえていこうと思っても、それに反する事態が発生したり、それに反しているのではないかという疑いを受けたりという、そういう問題が発生します。そういう問題が発生したときに、それをどう解決し

ていくのか、そういった問題の再発をどうして防止していくのか、それが4番目の治療的コンプライアンスです。

そして最後に重要なのが、そういうコンプライアンスを実行していく、組織の活動を行っていく環境の問題です。幾ら組織の中でそういう、同じような方向で、同じような目的に取り組んでいこうという人たちの間でコンプライアンスをしっかりと徹底していこうと思っても、それを取り巻く環境にゆがみがある、環境に問題があるときには、うまくそれを実行していくことはできません。例えば制度にゆがみがある、制度に問題があるとか、その問題に関連する社会の構造に問題があったり、その分野でどういうことが行われているかということに関して社会が誤解をしていたり、マスコミのゆがみによってその誤解が一層激しくなったりというようなときには、幾らその組織の中で社会の要請にこたえていこうと思っても、それがなかなかうまくいきません。そういう問題がある場合には、そういう問題をしっかりと認識し、そういう環境的な問題を是正する努力をしていかなければいけません。それも含めてコンプライアンスの要素と考えていこうというのが、私が提唱しているフルセット・コンプライアンスという考え方の特徴です。5番目もあって、5番目の環境整備コンプライアンスも含めて考えるからこそ、初めてフルセットだというのが、このコンプライアンスの考え方です。

医療の世界に関しても、この環境のところに非常に問題があるということは、皆さん、もうかねてから痛感しておられるところではないかと思います。この問題を置いておいて、内部的にコンプライアンスだ、コンプライアンスだと言っている、全然問題が解決しないということは、皆さんは本当によく御存じだろーと思えます。

この5つのコンプライアンスの要素を前提にして、自分たちがどういうふうにして社会の要請にバランスよくこたえていくのかという具体的なやり方を考えていくこと、そして何か問題が起きたときには、

この5つの要素に照らして、今起きている問題はそれぞれの要素に関してどんな点に具体的な問題があるのかということから分析していくこと、それによって発生した問題を客観化することができます。問題の本質がどこにあるのかということをはっきりさせることができます。コンプライアンスへの取り組みは、そういう意味でこのフルセット・コンプライアンス的分析を行うことによって、やることの視界が開けてくるというのが、私がこれまで数年間、コンプライアンスのさまざまな問題に取り組んでく中で実感してきたことです。

そこで、このフルセット・コンプライアンスという考え方をベースにして、医療の世界の問題を考えてみたいと思います。

### 6. フルセット・コンプライアンスと医療

#### ① 医療に対する社会の要請

- ◎ 提供される医療の内容と質
- 医療の進歩と社会の変化
  - ▲ 過去
    - 延命、疼痛の緩和などに関して医療者が最大限の努力をすること
    - 資格を有する医師による医療が等しく提供されること
    - ⇒ 国民皆保険制度によって実現
  - ▲ 現在
    - 客観的に一定のレベルを上回る医療⇒さらに高度な医療
    - ⇒ 医療の質をめぐる情報の氾濫、医療機関の比較
    - ⇒ 医療の対価との関係
    - ※ 保険医療と自由診療 ⇒ 混合診療の是非
- 迅速な医療の提供・・・医療の進歩により救命の可能性が飛躍的に増大
- 延命のための医療
  - ※ 最大限の延命が患者、家族の要請か？
  - ⇒ 人口呼吸器取外しの是非

(スライド7)

まず第1の方針の明確化の前提として、医療の世界、これを全体的に組織と考えたときに、医療の世界に対する社会の要請というのは何だろうかということ。その点については、30年、40年前の社会と現在との間に大きな違いがあるということが言えるのではないかと思います。

昔は、医療に対する社会の要請というのは、基本的には延命とか疼痛を緩和することに関して医療者が最大限の努力をすることですし、そしてそれが資格を有する医師によって行われること、資格を有する医師による医療が国民全体に等しく提供されること、これが医療に対する社会の要請だったと思います。そういったことがきちんと実現できていれば、

国民は、ああ、ちゃんと医療が受けられた、資格を持ったお医者さんに診てもらって、その結果、病気がよくならなかった、自分の肉親が亡くなってしまった、それはそれで仕方がないことだと思ってきたのが昔の日本の世の中だと思います。そういう資格を有する医師による医療が等しく提供されるようにするために重要な制度として確保されてきたのが国民皆保険制度です。

ところが、最近の医療に対する社会の要請は大きく変わってきました。まず医療の質というのが物すごく重要な問題になってきたということです。客観的に一定のレベル以上の医療でなければ、国民は医療を受けたということについて満足をしません。そして、それだけではなくて、一定のレベルをさらに上回るような高度の医療を受けたいということを希望します。ですから、どこの病院に行けば、どこのお医者さんにかかればそういう高度な医療が受けられるかということについての情報がどんどんどんどんはららんしていくことになります。週刊誌などでは医療機関の比較が行われます。そのようにして医療の質についての選別がいろいろ行われるのですが、でも一方で、医療の対価というのは国民皆保険制度が変わっていませんから基本的に同じです。そこにマーケットメカニズム的には大きなゆがみが生じます。これを何とかしようという動きが出てきたのが、混合診療の是非をめぐる議論というのにつながっているのではないかと思います。

そして、医学がどんどん進歩したことによって、昔であればおよそ助かるわけもなかった命が、迅速に医療を提供することで救えるようになってきました。脳梗塞だとか脳出血の、昔だったら、もうそのままどうにもならないと思えるような患者だって、すぐに病院に運べれば何とかなる。交通事故で、もう本当に昔であれば即死と言われるようなけがでも、救急医療を施すことによって救命できるようになった。それは医療をめぐる状況の大きな変化だと思います。しかし、それが一方で、延命のための医療が植物人間という状態をもたらしてしまう場合もあり

ます。それは本人にとっても、あるいは家族にとっても、必ずしも希望するものではないという場合もあります。そうすると、そういう場面における医療に対する社会の要請が、家族の要請、本人の要請と逆に働く場合もある。それに応じてあげようとする行為が人工呼吸器取り外しによる殺人罪というようなことで表面化する場合もあります。

### 6. フルセット・コンプライアンスと医療

#### ① 医療に対する社会の要請

- ◎ 災害医療  
※ 一般の医療との質的相違  
「患者の運搬」ではなく医療者側の人的・物的ロジスティックが不可欠  
救命の可能性で医療の対象を選別
- ◎ 医療に関する情報提供と判断  
医療の内容の自己決定、そのための十分な情報の提供⇒患者側の当然の権利  
▲ 過去  
情報は医療者側が独占、患者側の判断の余地は限定的  
医療の結果が期待に反するものでも、原因に関する情報提供は行われない  
▲ 現在  
インフォームド・コンセント  
医療の結果に対する患者、家族への説明

(スライド 8)

そして、医療のすそ野がいろんなところに広がるにつれて、大きな災害とか事故が起きたときに行われる医療というのも、とりわけ阪神・淡路大震災などを契機に注目されるようになりました。こういう災害医療というのは、考えてみますと一般の医療とは大きく違うということが言えると思います。一般の医療であれば、医者のところ、病院にどうやって患者を連れていくのかという問題です。ところが災害時の医療というのは、患者がたくさんいる、けが人がたくさんいるところにどうやって医療者を連れていくのか、そして医療器材、薬剤をどうやって搬入するのかという問題です。人的・物的ロジスティックスが不可欠です。

そしてもう一つ重要な違いは、一般の医療では、救える命はできる限りの努力をして救う、そしてその命は差別しない、等しく取り扱うということが求められるのですが、災害医療においては、救命の可能性によって区別していくこと、医療の対象を選別していくことが最初から求められます。ある意味では災害医療というのは従来の医療の考え方と反対の

発想で対応しないとイケない医療だということが言えます。そういった医療に対しても、平時から大災害の発生に対して備えないとイケないというのも、広い意味の、大きな医療の世界に対する社会の要請でもあります。

そして、もう一つ重要な医療に対する社会の要請の変化は、医療に関する情報提供ということに関して社会が求めていることが大きく変わったということです。

本来、医療を受けるのは患者の側ですから、その内容をどういうものにするのか、どういう医療を受けるのかということに関しては自分自身が判断する、自己決定するということの権利があるのは、本来は当然のことだと思います。本来それに対する十分な情報提供が行われないとイケない。これも本来は当然のことなのですが、30年、40年前、昔は決してそのようには考えられなかったのではないかと思います。患者のそういう面での決定権は、基本的に自分がかかっている医師に全面的に委ねていて、その医師が判断してくれるとおりに医療を受ける、そういう医療を受けることについて全然文句も不満も唱えないというのがかつての患者だったと思います。そして、それは全面的な信頼の上で成り立っていますから、仮にその医師が施してくれた医療の結果が期待に反するものであっても、それはそれで納得する。なぜそうなってしまったのかということについての原因についての情報提供などは求めないというのがかつての医療の世界であったと思います。

しかし、ここが現在は大きく変わりました。本来の患者側の権利、自分の受ける医療の内容を自分で決定するということの重要性が、これは消費者の権利の確保という世の中の風潮と、これと軌を一にしていると考えていいと思うのですけれども、そういう患者側の権利が重視されるようになってきた。それに伴ってインフォームド・コンセントの重要性が強調されるようになりました。医療を施すときには、その医療の結果に対して、患者や家族に対して十分な説明をする、どういう医療を施すことによってど

うということが予想されるのかということについても十分な説明が求められるようになりました。そういう情報提供ということに関する状況の変化、これも医療に対する社会の要請の中身を大きく変えているということが言えるのではないかと思います。

## 6. フルセット・コンプライアンスと医療 ②組織体制

- ◎医療に対する複雑・多様な要請に応えられる医療の体制とは
  - 病院と診療所
    - 患者側の大病院、専門病院指向のため役割分担が不徹底
    - ⇒勤務医の過重労働
    - ※完全予約制外来と登録診療所との連携（聖路加国際病院）
  - 「かかりつけ医」による日常的医療の機能
    - ⇒若手医師の資質の問題
  - 専門職相互間の連携
    - ⇒人員の絶対的不足をカバー
    - 情報の共有、事務の合理化、業務の代替

（スライド9）

そして、コンプライアンスの要素の2番目の組織体制の問題です。医療の世界が、今お話ししたようなさまざまな複雑な社会の要請に対してこたえるために、全体としてどういう組織体制で臨んでいるのかということです。

大きな目で見ると、医療の組織体制というのは病院と診療所から成っているということです。重病患者とか非常に複雑困難な疾病については大病院、病院が医療を担当する、そして日常的な風邪とかちょっとしたけがとかいうようなものは、まず診療所で対応する、そういう役割分担のもとで医療の組織体制が構築されてきたというのが医療の基本的な組み立て、仕組みだと思えます。

ところが、それが最近の患者側の大病院・専門病院志向のために、この役割分担がなかなかうまくいなくなってきました。みんな大病院の方に患者が押し寄せていく。それによって勤務医の過重労働というような問題が発生し、そしてそれが医療を行う体制自体に大きな混乱を生じさせ、また一方で、社会のその問題に対する誤解によって患者のたらい回しがテレビなどで取り上げられて、社会から激しいバッシングを受けるということにもつながっている

わけです。

そういった問題に対して、組織の問題としてどう対応していくのか。例えば完全予約制の外来に変え、そしてその病院には登録診療所から患者を紹介してもらうというようなやり方を徹底していくというようなことも一部では試みられているようです。しかし、本来そういう病院と診療所との間の役割分担をきちんと行っていく、そういう組織体制を機能させていくためには、何といても日常的な疾病に対しては診療所の医師がかかりつけ医として患者側との十分な信頼関係で医療に当たっていくということが不可欠なのではないかと思います。それが本当に今の医療体制全体の中で期待できるのかということに対して、一部で疑問を呈している人もいます。

この本の中でも、聖路加病院の副院長のインタビューもしています。そういう若い医療者の教育のあり方、選別のあり方というものも考えていかないと、かかりつけ医としての、本当に患者側から信頼される医師というものの養成、育成が十分にできないのではないかと、そういう指摘は、ある意味ではこういう医療の組織体制全体にかかわる問題というふうに言ってもいいのかもしれません。

そして、もう一つ重要なことは、医療者側の、医療機関側の絶対的な体制の不足、人員の不足ということを何とかしてカバーしていかないといけないということです。これから医師の数を増やしていこうという話が今、政権がかわってから現実化してはいますけども、まだまだ医師の数が全体として足りない。医師だけではなくて看護師もそうです。医療従事者の数が全体として足りない中で、やはり専門職相互間で緊密な連携、協力を今まで以上に高めていくということが組織体制の問題として重要だろうと思います。そのためには、それぞれの職域というところに閉鎖的に閉じこめるのではなく、情報の共有、事務の合理化、業務の代替ということも進めていかないといけないのではないかと思います。

### 6. フルセット・コンプライアンスと医療 ③組織の機能を高める

#### ◎病院の組織の機能

※医療をめぐる問題の複雑化に伴い重要性が高まる

- ・救急外来での患者受入の可否の判断
  - ・事故、災害時における対応
  - ⇒緊急性が高い場面において適切さを欠く事例が多発
- 組織としての総合的判断の機能不全

#### ◎チームの力

ピラミッド型組織 ⇒ コラボレーション型組織

(スライド10)

そして、3番目の組織の機能の問題です。

組織という面で考えたときに、医療機関の中で、やはり組織として最も重要なのは病院だと思います。病院がさまざまな疾病、さまざまな患者に対する対応という面で、通常、社会の中で組織に期待される機能を十分に果たしているだろうか考えたときに、少なくとも私が日常的に対応している企業のコンプライアンスの問題とは大きな違いがあるような気がします。組織としての意思決定ではなくて、やはり医療の世界というのは個々の医師の意思決定が中心で、病院としては余り意思決定の機能は果たしていない。それが意味では医療という世界には適したやり方なのかもしれませんが、例えばそういう救急医療に対する対応とか、災害や事故というものに対する対応など、組織としての意思決定が重要な領域というのも最近では増えてきているのではないかと思います。

そして、先ほど申し上げた専門職相互間の関係というのが、昔は、安定した状況のもとではピラミッド型の上命下服の組織でよかったのだと思うのですが、状況がどんどん変化していく、そういう変化している状況に柔軟に対応しないといけないという状況になってくると、ピラミッド型組織から横のコラボレーションを中心とした組織に転換することを考えていかないといけないのではないかと思います。

### 6. フルセット・コンプライアンスと医療 ④発生した問題への対応

#### ◎医療過誤問題についての治療的コンプライアンスの困難性

##### ○事実の解明と原因の究明の複雑性

- ①医療に対する社会の要請が複雑  
客観的な医療行為の内容と質  
患者側との関係
- ②医療を行う組織体制が複雑  
チーム医療における責任の所在

##### ○医療事故に関する情報の提供

- ・医療事故に関する情報の秘匿と医師法21条「異状死の届け出」  
※何が「異状」か⇒「正常な医療」についての考え方
- ・医療の経過に関してカルテの隠ぺい、改ざん等の重大な問題  
⇒医療過誤をめぐる紛争
- ・インフォームドコンセントの実質化 ⇔ 「言い訳」的告知手続き

(スライド11)

そして、4番目の治療的コンプライアンス、何か問題が発生したときの対応の問題です。

ここで必要なことは、一般的にはフルセット・コンプライアンスの一つとしての治療的コンプライアンスで重要な3要素というのは、事実をまず解明する。何が起きたのかということをはっきりと、そして原因を究明すること。原因を究明することによって再発防止策を講じる。治療的コンプライアンスというのは、この3つの要素から成ります。

しかし、これを医療の世界で考えた場合に厄介なのは、まず問題が起きたとき、この問題というのは、大半は医療事故、医療過誤の問題です。医療事故、医療過誤の問題が発生したときに、事実関係を解明して原因を究明するということが必ずしも単純ではありません。なぜその問題が医療事故として大きなトラブルに発展したのか、なぜそれが訴訟だとか刑事事件だとかという問題になったのかということを考えてみると、それは単純に事実関係を明らかにして、その医療の内容を客観的に評価するだけではないかなかなか済まない問題です。そこには医療に対する社会の要請の複雑さという要因があるのではないかと思います。

先ほども言いましたように、社会の医療に対する要請の中身は、昔と今とでは大きく違ってきています。今では質というものを物すごく重視するようになりました。しかし、それでは医療事故、医療過誤というのが単純に医療の質だけで起きているかといっ

たら、決してそうではありません。

もう一つ重要なことは、患者、家族、場合によっては遺族との関係です。この関係がどこかで不信につながり、その関係がおかしくなったときに医療事故が訴訟問題に、そして刑事事件の問題に発展するということになります。そういう意味で、事実関係を明らかにして原因を究明するというのは、一般の企業不祥事などと比べると、はるかに複雑です。

そして、もう一つ特徴的なことは、医療の世界というのは多くの場合、最近の高度な医療はチームで行われるということです。そのチームの構成員の責任を一つ一つ明らかにしていくということは、医療の世界における要請の複雑さと相まって、ますますその医療をめぐるトラブルの解明を困難にします。

三、四年前に慈恵医大の青戸病院の前立腺がんの腹腔鏡手術で3人の医師が逮捕、起訴された事件がありましたけれども、私はあの事件の公判を、最初の方は担当しました。あの事件でも、執刀した3人の医師の問題、そしてそういう未経験の医師による、困難な手術を許可した診療部長の問題、そして、最終的にはあれは出血性のショックの問題でしたから、循環動態がしっかり把握されて適切に輸血が行われていたら、あのような結果は防げたかもしれない、そういう意味での麻酔医の問題。いろんな立場でその医療に関わっている人、個人個人の責任の問題が生じます。その中の誰が悪いのか、誰が責任を問われるべきなのかということをはっきりさせるのは、そんなに容易なことではありません。

そして、もう一つの医療事故に関する情報の提供の問題。これに関してここ数年、非常に大きな問題になってきているのが、医師法21条の異状死の届け出の問題です。

医師法21条では、異状死については、その医師が警察に届け出をしないといけないわけですが、問題は、何が異状死なのかという判断の問題です。これは昔と今の社会の医療に対する要請の変化に伴って、何が異状かということについての考え方も大きく変わっているということが言えるのではないかと

思います。

先ほども言いましたように、昔は資格のある医師に医療をしてもらうということ自体が社会の要請でした。ですから、そういう資格のある医師の管理下で、医療の中で亡くなったというのは異状ではなかったわけです。しかし、最近はそういう考え方とは異なる医師法21条の解釈が行われるようになりました。客観的に一定のレベル以上の医療じゃない、質の低い医療の結果、予想に反した、期待に反した結果が生じた場合には、それは異状だというような考え方がとられるようになってきたわけですね。それが医療過誤問題を刑事事件に発展させるケースを大幅にふやした原因の一つと言えるかもしれません。

そして、もう一つ先ほど言った患者、家族と医師との関係に関してトラブルの大きな原因になるのが、実質的なインフォームド・コンセントが確保されていないという場合です。

インフォームド・コンセントというのは、決して何かトラブルが生じたときに、何か予期しない結果になったときに言い訳をするためのものではありません。法令遵守的な発想で、単に手続が守られていればいい、そうすれば後で言い訳ができるという考え方でインフォームド・コンセントを行っている、結局それは後で、実質的な患者側の自己決定権が確保できなかったということで、それが医療をめぐるトラブルに発展します。そういう意味では、インフォームド・コンセントというものがどれだけ実質的に行われているかということも、医療過誤問題という医療をめぐる問題のプロセスにおいて重要なものと言えるのではないかと思います。

そこで、こういう治療的コンプライアンスの問題に関する重要な最近の事例として、福島県立大野病院の帝王切開死事件のことに触れてみたいと思います。

御存じのように、この事件というのは2004年に帝王切開の手術を受けた妊婦が大量出血によって死亡した問題です。これに関して翌年、県の医療事故調査委員会の報告書が公表されて医療ミスが指摘され

7. 福島県立大野病院帝王切開死事件

- ◎事件の経過
  - ・2004年12月 当時29歳の妊婦、帝王切開の手術を受け、大量出血により死亡
  - ・2005年3月 医療事故調査委員会報告書公表、医療ミス指摘→警察の捜査
  - ・2008年2月 執刀医、業務上過失致死罪、医師法21条違反で逮捕・起訴
  - ・2008年8月 執刀医に無罪判決（検察、控訴を断念）
- ◎検察官の主張
  - 被告人の過失
  - 癒着胎盤と認識した以上ただちに胎盤は離れ中止し子宮摘出手術に移行する義務
  - 死因は失血死、結果回避可能性あり
  - 医師法21条の「異状死」の届け出義務違反
  - 異状死＝「診療行為に関連した予期しない死亡、およびその疑いがあるもの」に該当。
- ※医療における医師の判断そのものについて過失の刑事責任が問われた事例
- ◎裁判所の判断
  - 死因は失血死、結果回避可能性あり
  - 胎盤剥離を継続した場合、剥離面から大量に出血、死亡の可能性は予見可能
  - 用手はく離を開始した後は、出血をしても胎盤はく離を完了させ、子宮の収縮を期待するとともに止血操作を行い、それでもコントロールできない大量出血の場合には子宮を摘出することが、臨床上の標準的な医療措置 ⇒被告人には結果回避義務がない
  - 医師法21条の届け出義務 ⇒過失のない医療行為によっても避けられなかった死亡は異常死ではない

(スライド12)

たことで警察の捜査が始まり、翌年、執刀医が業務上過失致死罪、今お話しした医師法21条違反ということで逮捕、起訴されました。しかし、結果的には、2008年の夏に執刀医に無罪判決が出ました。そして検察は控訴を断念した。完全に負けを認めたということです。

この事件は、ある意味で医師が典型的な医療行為である手術においてどのような判断をすべきだったのかという、医師の医療上の判断そのものを業務上過失致死罪でとらえたという、今までには余りなかったケースでした。検察官は、癒着胎盤と認識した、その段階で直ちに胎盤剥離を中止して子宮摘出手術に移行すべきであった。それをしなかったのが結局出血してしまった。直ちに手術に移行していたら結果が回避できたという主張をしました。しかし、裁判所は、確かに結果の回避の可能性はあったけれども、一般的に用手剥離を開始した後は、出血をしても胎盤を剥離し続ける、それを行いながら止血操作を行っていけば、通常はそういう結果は生じない。だから医師のやったことはそんなに基本的な義務に反しているとは言えないということで無罪判決を出したわけです。

この事件、社会的にも非常に注目されたのですが、私は刑事司法に長年携わってきた立場から言わせていただくと、一般的には被疑者を逮捕する、そして身柄を拘束してしまうというのは、捜査機関の側からすると、もうその人間の側には物を言わせないし、

世の中をこいつはとんでもない悪人だということを一斉にマスコミなどが書き立てるということによって批判、非難一色にしてしまっていて、その事件を解決してしまうという方向につながるんですが、この事件は、恐らく警察、検察の予想に反した展開だったと思います。反対の方向に世の中が動いたんですね。もし逮捕していなかったら、ここまで激しい社会的な反発はなかったと思いますけれども、この執刀医を逮捕したことによって、全国の病院の勤務医から、産婦人科の勤務医から、こんなことで逮捕されるようではやってられないという大変な反発が起きました。逆に捜査機関側に社会からの批判、非難が集中したことによって、裁判所もこの事件の判断に慎重にならざるを得なかったという面があります。そういう意味で、医療をめぐる刑事事件の動きに非常に大きな影響を与えた事件だと思います。

7. 福島県立大野病院帝王切開死事件

- ◎福島県の医療事故調査委員会報告書の指摘
  - 【手術スタッフ】 執刀医 産婦人科専門医1名  
 助手 外科医1名  
 麻酔医 麻酔科専門医  
 看護師 4名（のうち5名）
  - 【事故原因】  
 癒着胎盤剥離による出血性ショック ⇒（輸液が不足）⇒循環血液量が減少  
 ⇒心筋の虚血性変化による心室性不整脈 ⇒ 死亡
  - 【事故の要因】
    - 癒着胎盤の無理な剥離
    - 対応する医師の不足
    - 輸血対応の遅れ
 ※手術途中で、待機中の家族に説明すべきであった
  - 【今後の対策】
    - 前置胎盤の場合に、癒着胎盤を念頭に置いた十分な術前診断が必要
    - 高リスクの症例の手術、複数の産婦人科医による対応と十分な準備が必要
    - 医師間、医師・看護師間の十分な意思疎通、緊急時の助言等の相互協力 ⇒チーム医療の必要性

(スライド13)

ただ、それをまた別の面から考えてみたときに、先ほどから言っている医療のセンシティブティーとかコラボレーションという面で考えたとき、私は、全く私個人の考え方ですけれども、こういうとらえ方もできるのではないかという気がしています。

この福島県の医療事故調査委員会の報告書によると、このときの手術スタッフというのはこういう構成だったようです。執刀医の産婦人科医、そして助手の外科医、麻酔医、そして看護師が4名から5名。そしてこういう、先ほどからお話ししているような経過で、手術中の出血性ショックで患者が死亡して

しまったのですが、この事故の要因について、報告書はこういうような点を指摘しています。癒着胎盤の無理な剥離ということ、そういうことをやった際の対応する医師が不足していたこと、そしてその際、輸血対応が遅れたこと、そして本来そういうような問題が発生しているのだから、手術途中で待機中の家族に説明をすべきだったということも言っています。

私は、この例というのは、確かに医療の体制面での絶対的な不足というのもあったのだと思いますけれども、やはり途中で、出血性ショックになりかけた段階で輸血対応をもっと早くできなかったということに関しては、このチームの中におけるセンシティブティーとコラボレーションが不足していたということもあるのではないかと。そして重要なことは、この手術途中で待機中の家族のことを思い出して、家族に対してこの経過を説明するというを誰も思いつかなかったということも、このチームの力の不足というのがあったのではないかというようなことを、この問題に関して考えました。

先日、この話をある講演の場でしたところ、本もたくさん書かれている虎ノ門病院の小松医師が来ていらして、いや、私の考え方は、それはおかしいと、これは医療の体制の問題だと。そのチームの中で何とかできる問題ではないという御指摘をいただいたのですが、私は確かに全くそのとおりだと思うのですが、しかし、そういう限られたリソースの中でも、恐らく全国の病院でさまざまな医療がチームの力によって支えられているという現実があると思います。絶対的な体制不足という面では、もっともっといろんなところでいろんな問題が起きていてもおかしくないわけですが、それを支えているのは、やはりそのチームの中で、今、これまでお話ししてきたような医療に対する社会の要請をみんながしっかり認識して、こういった場面ではこういうことが重要なのではないかということに対してセンシティブに反応していくという努力が行われているということがあるのではないかと。そういうような努力をもっ

ともっと高めていくことが、チームの力によって今の医療をめぐる危機的な状況を救う力にもなるのではないかという気が、私は素人ながら、してなりません。そういう観点から、最後にこの本の主題にもしました「チームの力」ということを改めて考えてみたいと思います。

### 8. チームの力

◎ある人工心肺動静脈の回路取り付け間違いの事例  
若手執刀医が動脈側チューブと静脈側チューブの取り付け間違い  
指導医も気づかず

★臨床工学技士がモニターの数値の異常に気づき、人工心肺を停止  
⇒全員で回路を点検、ミスを発見  
危機回避の背景にチームの力

◎チームバスタの栄光（海堂尊氏の小説）  
バスタ心臓手術26連勝の栄光のバスタチーム  
視野狭窄のリーダー医を支えたのは、絶妙な組み合わせのチーム  
器械出しの看護師の交代で結束が崩れ、麻酔医の犯罪に

◎栄光のチーム長崎地検

(スライド14)

この本の47ページのところに、こういう事例を取り上げています。ある人工心肺動静脈の回路取り付け間違いの事例です。心臓手術をしようとしたときに、これは若手の執刀医を指導医が指導するという体制であったようなのですが、動脈側チューブと静脈側チューブの取りつけない間違いを犯した。それについて指導医も気がついていなかった。その間違いに気がついたのは臨床工学技士だった。モニターの数字が異常に低いことに気づいて、人工心肺を停止して、その原因をみんなで探したところ、この動静脈の回路の取り付け間違いが発見された。こういう事例が紹介されています。

これは危険学プロジェクトの医学についてのパネーションのディスカッションをやったときに取り上げられた一つの事例なのですが、この本の中のこのディスカッションでは、なぜこういう間違いが生じたのかとか、どうやったら発見できるのかというようなところが主として話し合われていますが、私は、ここでこの問題が大きな医療事故にならなかった一つの大きな要因は、チームの力だったのではないかと。そういうふうな思いです。

## ◆特別講演 2

先ほど言ったような、昔の医療職・専門職間のピラミッド型の構造のもとで、看護師は医師の指示どおりにやればいい、臨床工学技士も言われたとおりにやればいいというだけの組織であったら、このとき臨床工学技士がこの異常に気がついただろうか。そして仮に気がついたとしても、みんながそれに反応して、みんなでその原因を探すという行動につながったのだろうか。これは、ある意味では、このチームはそれぞれの専門職の役割をしっかりと認識して、お互いがコラボレーションをしていくというチームの力が機能していたからこそ、こういったことができたのではないか。もしこれが、チームの力がなかったときには、何か臨床工学技士がちょこっと言い出したときに、うるさい、そんなことは関係ないということを書いて、そのまま手術を続けていたかもしれない。そうすると、それが医療事故に発展し、患者が死亡してしまった。そうすると、今度は責任追及というのが始まっていきます。悪かったのは執刀医なのか、指導医なのか、あるいはモニターの数値の異常に気がつかなかった工学技士なのかというような不毛な責任追及の動きが始まって行って、結局それは将来的にそういうような医療事故を防止することにもつながらない、単にその医療の組織を崩壊

させていくことにつながるだけだと思います。ここでそういうチームが生きた力を持っていたことがこのチームを支え、そしてこのケースを、この失敗の経験を生かして、もっともっとすばらしいチームになったということが言えるのではないかと思います。

同じようなことを私はこの中に、対談でも登場してもらっている、海堂尊氏の「チーム・バチスタの栄光」の小説の中に出てくる栄光のバチスタチームの、問題を起こす前の、バチスタ手術26連勝中のチームが、いかに個人個人の個性をみんなが補い合っているチームをつくっていたかということ、それと、最後にここに収録しているのですけれども、私が長崎地検の当時に行った自民党長崎県連事件などの地方の地検での独自捜査を行ったときのチームの力というものの2つの比較で考えてみたというのが、最終的なこの本の主題です。是非この本の中から、そのチームの力というものの素晴らしさというのを改めて考えていただきたいと思います。

全くの素人ながらの私の個人的な考え方を述べさせていただきました。医療の世界が大変厳しい状況の中で、皆さんのこういった取り組みが実を結ぶことを心から祈念しております。御清聴ありがとうございました。



次期担当県挨拶

12:05~12:10

---

挨拶：栃木県医師会長

高 島 三 喜

## ◆次期担当県挨拶

### 挨拶

栃木県医師会 会長 高島 三喜

次期当番県を担当いたします栃木県医師会長の高島でございます。

きょうは、まず島根県の田代会長先生を初め役員の先生方、そして勤務医部会の先生方が大変に御尽力をされて、このように立派な協議会が開催されましたこと、心から敬意を表したいと思います。

かつて病院の勤務医という立場の方々は、本来、診療のみに専心すれば、それで済んでいた時代があったわけでありますが、今は時代が変わりまして、医療へのニーズも高まるにつれ、患者さんが病院に集中する、特に今、軽症例と思えるような方々までが病院に集中する、そのような結果、本来の病院医療、特に高度の医療、それがなかなか達成できない、そういう状態になっているわけでございます。勤務医が置かれております労働環境は、もはや病院経営者のいわゆる“さじかげん”といったものではとうてい改善できない、そういうレベルになってきているわけでございます。私たちが心身ともに健康で、そして医療に専心できるためには何をすればよいのか、それを次年度は皆さんと一緒に考える協議会にしたいと、このように考えております。

勤務医の問題は、今や社会的にも関心が寄せられ、行政の対応も大きく変化をしてきた、これは間違いございませんけれども、しかし、一方で、残念ながら実際に勤務医の先生方の待遇が本当に改善されたと、そういう実感に到達するにはまだまだ時間がかかる、それが現状かと思っております。いずれにしましても、これから1年かけまして、きょうの島根県のこの協議会に負けられないような会を是非つくり上げたいと、今、そのように考えているところでございます。

ところで、栃木県と申しますと、どうも西日本の方に聞きますと、なかなかその存在地が余りはつき



りしない、「どこにあるのか栃木県」と言われるようなところがありました。実際、これは歴代の県知事が就任早々、同じようなことを言っておりますので、まず間違いのないところではありますが、きょうの冊子の裏を返していただきますと、そこに日光東照宮の陽明門がございまして、日光とか塩原とか、そういうことを言い出しますと、ああ、あそこか、行ったことがある、そのように認識をしていただけたと思うわけでありますが、東京から、今や新幹線で50分。あっという間に簡単に来れるところでございます。その上台風とか洪水といった、いわゆる自然災害の非常に少ない、ある意味では住みやすいところでございます。県都の宇都宮は、このところ、ジャズの街だとかカクテルの街だとか、そういうことで一生懸命売り出しを図っておりますが、最近では専ら餃子の街としてかなり名を高めている状況でもございます。

次年度に関しましては、残念ながらこの場所のような風光明媚なところでやるわけにはいきませんが、宇都宮の真ん中のホテル東日本宇都宮というところで、22年の10月9日に開催をいたしたいと考えております。メインテーマは「地域医療再生～

## ◆次期担当県挨拶

地域の力、医師の団結～」ということで、シンポジウムが2つ、一つは医療再生への新しい取り組み、もう一つが今勤務医に求められる病診連携とは、ということで、しっかりとディスカッションをいたしたいと考えております。どうか来年も大勢の先生方が栃木県においでくださることを心から念願しまして、御紹介かたがたご挨拶にかえます。ありがとうございました。

「日本医師会勤務医委員会報告」

報告：日本医師会勤務医委員会委員長

池 田 俊 彦

日本医師会勤務医委員会報告

日本医師会勤務医委員会 委員長 池田俊彦

それでは、日本医師会の勤務医委員会の御報告をさせていただきます。

2年近くの話でございますし、逐一ということではございませんけれども、できる範囲で、お時間の許す限りで御報告したいと思います。

まず、本当は毎年話す話もありますので、はしょってと思えますけれども、毎年お見かけするお顔もあります、初めての方もあると思えますので、少し冗長ですけれども、始めたいと思えます。



勤務医委員会委員

(平成21年11月28日現在、50音順)  
(◎委員長 ○副委員長)

|       |                           |            |
|-------|---------------------------|------------|
| ◎池田俊彦 | 福岡市民病院名誉院長                | 福岡県医師会副会長  |
| ○渡辺 憲 | 明和会渡辺病院院長                 | 鳥取県医師会常任理事 |
| 泉 良平  | 富山市立富山市市民病院院長             | 富山県医師会副会長  |
| 大笹幸伸  | 大阪市立十三市民病院院長              | 大阪府医師会理事   |
| 鈴木 厚  | 川崎市立井田病院地域医療部長            |            |
| 相馬正義  | 日本大学医学部附属板橋病院総合内科教授       | 新潟県医師会理事   |
| 田中乙雄  | 新潟県立がんセンター新潟病院院長          | 沖縄県医師会理事   |
| 當銘正彦  | 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター副院長 | 島根県医師会常任理事 |
| 錦織 優  | 松江市民病院院長                  | 香川県医師会副会長  |
| 廣畑 衛  | 三豊総合病院組合保健医療福祉管理者         | 栃木県医師会常任理事 |
| 福田 健  | 獨協医科大学呼吸器・アレルギー・内科教授      |            |
| 藤巻わかえ | 女子栄養大学人間医科学研究室教授          | 北海道医師会副会長  |
| 本田 宏  | 埼玉県済生会栗橋病院副院長             | 岩手県医師会常任理事 |
| 三宅直樹  | 悠仁会羊ヶ丘病院顧問                |            |
| 望月 泉  | 岩手県立中央病院副院長               |            |

担当役員：宝住副会長、主務担当：三上常任理事、副担当：木下・今村(監)両常任理事

(スライド1)

この15人のメンバーが、今の委員会の委員でございます。担当役員は宝住副会長、主務担当の三上常任理事と、今日お見えの木下常任理事と今村常任理事でございます。

この日本医師会勤務医委員会の役割でございますけれども、まず会長から御諮問いただきました事項につきまして討議と答申書の作成をいたすのが主なことでございますけれども、実際には日医ニュースの「勤務医のページ」の企画とか、全国勤務医部会連絡協議会、今日の協議会ですね、これへの意見とか答申とか、また都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会の企画立案などございますし、その他いろいろ、我々の考えた問題について討議もいたしてお

日本医師会勤務医委員会の役割

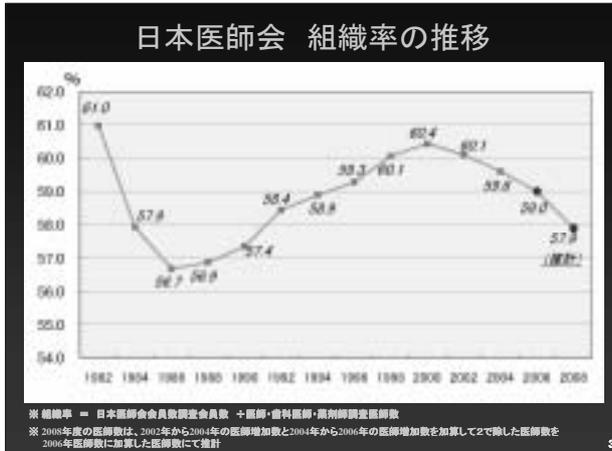
1. 会長諮問事項についての討議と答申書の作成
2. 日医ニュース「勤務医のページ」の企画編集
3. 全国勤務医部会連絡協議会への意見答申
4. 都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会の企画・立案
5. その他の問題の討議
6. 勤務医会員数・勤務医部会設立状況等調査
7. 勤務医座談会の実施
8. その他

(スライド2)

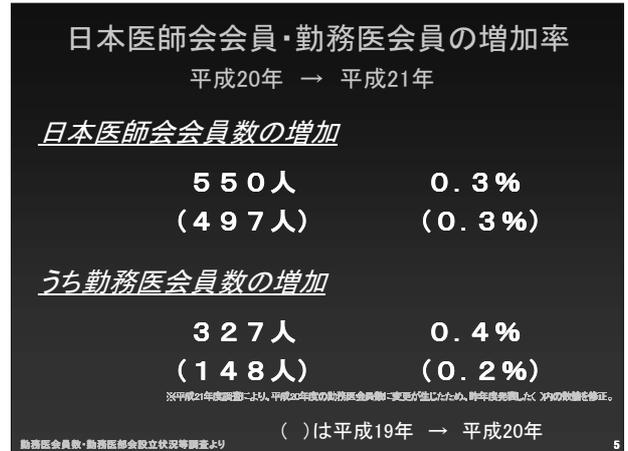
ります。また、勤務医会員数や勤務医部会の設立状況等の調査も行っておりますし、2年に1回は勤務医座談会の実施もいたしております。

まず、日本医師会の組織率の推移でございますけれども、一時期60%前後にありましたが、ちょっと超えておりましたけれども、ここまで下がってまいりました。前回、このときに変な危機感を持ちましたけれども、またどんどん下がっているというのが現状でございます。

日本医師会の勤務医の会員数でございますが、日本医師会の会員数は16万5,622人と。うち勤務医会



(スライド 3)



(スライド 5)

### 日本医師会・都道府県医師会の勤務医会員数 平成21年8月1日現在

| 項目         | 人数                       | 割合            |
|------------|--------------------------|---------------|
| 全医師数       | 277,927人 (平成18年度3師会調査より) |               |
| 日本医師会会員数   | 165,622人                 |               |
| うち勤務医会員数   | 77,698人                  | 46.9% (46.9%) |
| 都道府県医師会会員数 | 181,116人                 |               |
| うち勤務医会員数   | 92,191人                  | 50.9% (50.5%) |

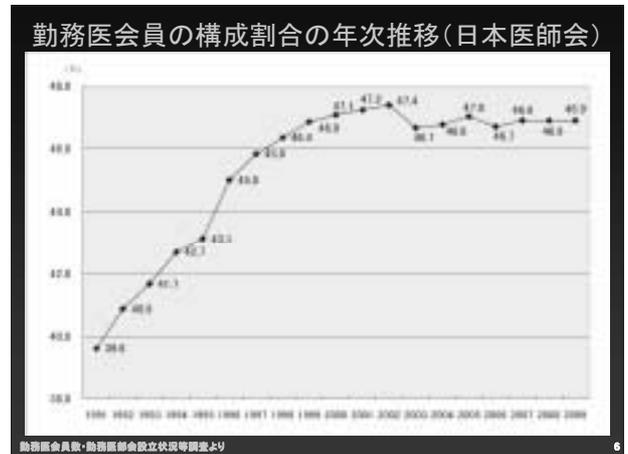
( )は平成20年8月1日現在

(スライド 4)

員数が7万7,000幾らで大体46.9%、これは前年度とあまり変わりません。都道府県の医師会の会員数は18万1,000人でございまして、勤務医の会員数が9万2,000人ということで、50.9%ということでございます。この差は、都道府県医師会には会員になっているけれども、日医には入っていないという会員がいるということでございます。

日本医師会の会員数がどう変化しているかといいますと、550人増えております、前年に比しまして。前年は497人増えたのですが、今度は550人と。大体500人前後増えていると。率にしますと0.3%の増加ということでございますが、うち勤務医の会員数の増加は0.4%、327人と。550人のうちの327人が勤務医の会員数の増加ということでございます。

勤務医会員の構成割合の年次推移を見ますと、こういう数字でございます。ここ数年、余り変わって



(スライド 6)

### 勤務医の医師会活動の参画状況 平成21年8月1日現在

| 項目        | 総数   | 勤務医  | %          |
|-----------|------|------|------------|
| 日本医師会 役員数 | 30人  | 1人   | 3.3%       |
| 代議員数      | 354人 | 35人  | 9.9% (9.6) |
| 会内委員会委員数  | 688人 | 187人 | 27.2%      |

※ 会内委員会委員数は、6月16日現在、日本医師会資料より計算

| 都道府県医師会 | 総数      | 勤務医    | %            |
|---------|---------|--------|--------------|
| 役員数     | 1,093人  | 209人   | 19.1% (18.5) |
| 代議員数    | 3,634人  | 571人   | 15.7% (15.0) |
| 委員数     | 15,388人 | 4,614人 | 30.0% (30.3) |

( )は平成20年8月1日現在

(スライド 7)

おりません。勤務医の医師会活動にどう参画しているかということ、こういう役員や代議員数、あるいは委員会の委員数ということで調べてみますと、日本医師会の役員は30人で、うち1人が勤務医でございまして

3.3%。代議員は非常に去年から増えまして、35人ということで9.9%になりました。委員会の委員数はこれだけで、勤務医が187人、27.2%、勤務医が入っているということです。

都道府県医師会におきましては、役員が約18.5%、代議員が15%、委員数が30%でございます。委員数だけでは何とか日医の中でも都道府県医師会の中でも同じ程度でございますけれども、代議員や役員の数で比べたら、日本医師会では非常に少ないということが言えると思います。特に代議員のことは、少ないことは非常に問題にいたしております。

### 都道府県医師会の勤務医部会設立状況

平成21年8月1日現在

|        |    |      |
|--------|----|------|
| 設立済み   | 29 | (29) |
| 設立予定   | 1  | (0)  |
| 設立予定無し | 17 | (18) |

( )は平成20年8月1日現在

(スライド8)

都道府県医師会の中の勤務医の部会の設立状況でございますけれども、これが去年の状況でございますが、今年は1つだけ設立予定が増えております。ただ、これ聞きますと、すぐにとということじゃなくて、予定はしておるけれども、いつになるかわからないという予定のようでございます。

大学医師会の設置状況でございますが、80大学中36の都道府県の中で61の大学医師会があるということで、これもここ数年、何にも変わっておりません。

先ほど問題にしました日本医師会の勤務医の代議員の数の問題でございますけれども、1999年ぐらいから見ますと、パーセントでこのくらい、人数でこのくらいでございますが、大体20人をちょっと超えるというところが一番多いところでございますけれども、ここが去年から30人台になりまして、10%近くになっておるといってございまして、

### 大学医師会の設置状況

平成21年8月1日現在

|         |                    |
|---------|--------------------|
| 設置都道府県数 | 36 (36)            |
| 大学医師会数  | 61 (61)<br>(80大学中) |

( )は平成20年8月1日現在

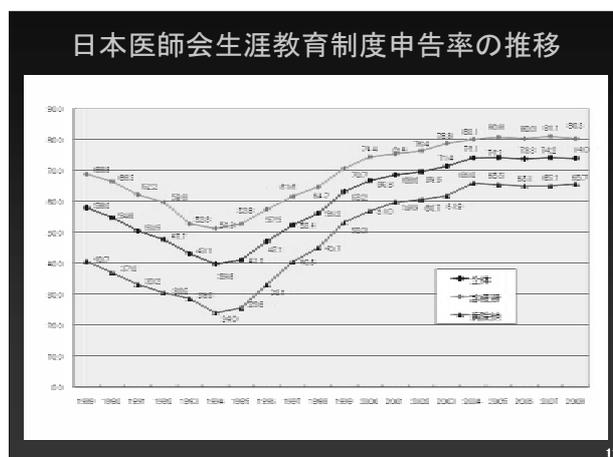
(スライド9)

### 日本医師会勤務医代議員数の推移

| 年度   | 代議員総数 | 勤務医数 | 構成割合(%) |
|------|-------|------|---------|
| 1999 | 315   | 20   | 6.3     |
| 2000 | 328   | 24   | 7.3     |
| 2001 | 328   | 21   | 6.4     |
| 2002 | 338   | 15   | 4.4     |
| 2003 | 338   | 19   | 5.6     |
| 2004 | 342   | 21   | 6.1     |
| 2005 | 342   | 21   | 6.1     |
| 2006 | 350   | 18   | 5.1     |
| 2007 | 350   | 20   | 5.7     |
| 2008 | 354   | 34   | 9.6     |
| 2009 | 354   | 35   | 9.9     |

(スライド10)

だまだということもございますけれども、一応はある数を確保しているということも言えると思います。



(スライド11)

生涯教育の申告率の推移でございますが、この一番上の赤が診療所の医師、真ん中が平均で、一番下側が病院の医師の申告率でございます。病院の申告

率がどうして診療所の申告率よりも落ちるのか、私には理解できませんけれども、少し幅がくっついてきたのかなという感じは持ちます。依然として全体を引き下げているのは、勤務医の申告率が低いためでございます。

日医ニュース「勤務医のページ」の企画

メイン記事のテーマ決定

| 掲載号       | タイトル                                | 執筆者                            |
|-----------|-------------------------------------|--------------------------------|
| 09.05.20号 | 医療クレーク導入は勤務医の過重労働軽減となるか             | 岩手県立中央病院副院長 望月 泉               |
| 09.06.20号 | 医療再生の具体策について                        | 健康保険組合連合会大阪中央病院顧問 平岡 諒         |
| 09.07.20号 | 医療改革に向けた3つの課題と勤務医部会の役割              | 日本福祉大学大学院医療・福祉マネジメント研究科長 近藤 克則 |
| 09.08.20号 | 将来の医療を病院の入院者から予測する                  | 済生会宇都宮病院長 中澤 堅次                |
| 09.09.20号 | 市民とともに取り組む地域の医療再生                   | 千葉県立東金病院長 平井 愛山                |
| 09.10.20号 | 勤務医座談会 Part 1 (今後4回にわたり座談会の模様を掲載予定) |                                |

(スライド12)

日医ニュースの「勤務医のページ」を企画しておりますけれども、今年は5月から10月まで、こういう状況でございます。こういうテーマを決めたり、執筆される方に依頼したりということが勤務医委員会の委員の仕事でもございます。

平成21年度都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会の企画・立案

テーマ：「医療再生へ進むべき道」と決定

【報告】

1. 全国医師会勤務医部会連絡協議会
2. 勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会活動報告

【協議】

1. 勤務医活動報告
  - ① 神奈川県 ② 山口県 ③ 福岡県
2. 意見交換(自由討議)

日医、各都道府県医師会からの提案事項等について意見交換

(スライド13)

今年の都道府県医師会の勤務医担当理事連絡協議会の企画立案でございますが、テーマを「医療再生へ進むべき道」というふうにいたしまして、御報告と、それから勤務医の活動報告を神奈川県と山口県と福岡県からすることになっておりますし、あとは意見交換を自由の討議でしますけれども、これには

幾つかの医師会から、もう既に質問や議題が提案されております。

全国医師会勤務医部会連絡協議会への意見具申

◆ プログラムについて

◆ 「島根宣言(案)」について

問題点：勤務医委員会と担当県の意見のすり合わせ困難

(スライド14)

この全国医師会勤務医部会連絡協議会のことでございますが、日本医師会の主催ということになっておりますが、担当県にお任せしていた時代がございます。日医の主催であれば勤務医委員会もある程度関与すべきではないかという御意見がたくさんございまして、関与はいたしておりますけれども、なかなか実際には十分な時間がとれませんので、一応プログラム、島根宣言についても当該県の意向を伺って、勤務医委員会である程度の意見を申し上げておるとことでございます。特に島根宣言については、かなりたくさん意見が出ましたので集約できませんで、生のまま、島根の方に委員会の意見を申し上げたところでございます。なかなか実際にはすり合わせは困難と言うべきだろうと思っております。

勤務医座談会出席者

|        |                                        |
|--------|----------------------------------------|
| 磯和 理貴  | (松江赤十字病院・部長)・呼吸器外科学                    |
| 黒木 洋美  | (麻生飯塚病院・部長)・リハビリテーション全般、内科分野           |
| 小林 裕子  | (信州大学医学部附属病院・医局員)・産婦人科                 |
| 多賀 紀一郎 | (済生会新潟第二病院・病院戦略企画室リーダー、手術部長、麻酔科部長)・麻酔科 |
| 知花 なおみ | (地方独立行政法人那覇市立病院・内科部長)・内科、呼吸器           |

(スライド15)

今年、勤務医の座談会をいたしました。若い方で、あんまり日常的には医師会とは関係の少ない人たちということで、こういうメンバーであります。地域的、あるいは病院の規模別、大学と一般の病院、あるいは公私というようなことで、この5人に来ていただきまして座談会をいたしました。

勤務医座談会のテーマ  
「勤務医が安心して医療を続けられるために」

1. 医師不足・偏在について
2. 医療安全について
3. 委縮診療について
4. 医師法21条問題について
5. 新医師臨床研修制度について
6. 医師の団結について

(スライド16)

テーマは、「勤務医が安心して医療を続けられるために」という主題でございまして、中身の質問は、こういうことをお話ししていただきました。例年と違うところは、今までは、私が医師不足についてお考えはと聞きますと、私の病院では余り不足はしていませんとか、いつも自分の病院が中心のお話ししかなかったのですが、今年はどういうわけか、日本全体で今問題にしているようなことが、逐一的確な表現でお話がいただけました。今月の、10月からですから20日号に4回続けてこの座談会の様子はお知らせしますので、お読みいただきたいというふうに思います。

ここで男女共同参画のことでお話ししましたら、女性の立場から、旦那が医者だったらいろいろ問題があるけれども、医者以外の人だったら余り問題はないというようなお話もございまして、何か勤務医は大変なのだということを改めて感じました。

これは勤務医委員会のことではございませんけれども、日本医師会の方で勤務医の健康支援に関する取り組みということで、こういうプロジェクトの委員会が設置されました。冒頭の唐澤会長の講演の中

日本医師会における勤務医の  
健康支援に関する取り組み

平成20年度  
勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会の設置

(スライド17)

でも一部ありましたけれども、私の方も少し資料をいただきましたので、簡単に概略だけを申し上げたいと思います。

勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会  
発足の背景

- ・勤務医の勤務条件や労働環境は想像を絶する
- ・勤務条件の影響で健康を害した医師が多数いる
- ・医師の健康確保は患者安全につながる
- ・医師の健康支援は医療再生に不可欠

※ 米、加、英では、医師会主導と政府の支援で取り組みが進んでいる。

(スライド18)

どうして、こうして勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会を日医がつくったかという背景を私なりにいただいた文章の中で読みますと、勤務医の勤務条件や労働環境が想像を絶するものであると。勤務条件の影響で健康を害した医師が多数いるということ、また医師の健康確保は患者の安全につながるということ、医師の健康支援は医療再生に不可欠であるということなどということが背景になってつくられたと。もう既にアメリカやカナダや英国では、医師会主導と政府の支援で取り組みが進んでおるといふふうに聞いております。

このプロジェクトの委員会でアンケートをとったことがあります、アンケートでは、大体1万人を

「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」の実施

①調査対象：日本医師会会員で勤務医(約75000人)から1万人を無作為抽出(男性3000人、女性2000人)

②調査期間：平成21年2月20日～3月6日

③回 答：4,055人 有効回答率40.6%  
【3,879人回答、176人回答に不同意】

(スライド19)

抽出して、そのうち男性が8,000人、女性が2,000人ということでアンケートを求めています。アンケートは、4,055人が回答されたということでございます。40%ぐらいですね。

勤務医の実状(アンケート調査結果から)

- 休日…2人に1人が月に4日以下
- 平均睡眠時間…6時間未満が41%
- 自宅待機…月に8日以上20%
- クレーム…2人に1人は半年以内に1回以上のクレームの経験あり
- 相談…2人に1人が自身の体調不良を他人に相談しない
- メンタル面のサポート
  - …9%の回答者が必要
  - 7%が自身を否定的に見る
  - 6%が1週間に数回以上死や自殺について考える

(スライド20)

その結果を改めて抽出しますと、平均睡眠時間が6時間未満が41%、4割は6時間未満しか寝ていないと。月に8日以上、全体の20%の方が自宅待機があるということです。2人に1人は半年以内に1回以上クレームを受けた経験があるということです。2人に1人が自身の体調不良を他人に相談しないと。メンタル面のサポートということで、9%の回答者が必要と考えている、7%が自身を否定的に見るといこと、6%が1週間に数回以上、死や自殺について考えるというような状況でございます。

勤務医がどんな健康支援を必要としているかというアクション項目を見ますと、休日や休息がとれる

勤務医が必要と考える健康支援アクション項目  
(アンケート調査結果から)

1. 休日、休息 が取れる体制の整備
2. トラブル等に対する組織的対応
3. 診療に専念できるようにする
4. 院内での暴言・暴力の防止対策
5. 女性医師の勤務継続支援のための対策

(スライド21)

体制の整備、トラブル等に対する組織的な対応、診療に専念できるようにするという、院内での暴言・暴力の防止対策、女性医師の勤務継続支援のための対策ということが、勤務医が必要と考えるアクション項目のようでございます。

医師が元気に働くための7カ条

1. 睡眠時間を十分確保しよう
2. 週に1日は休日をとろう
3. 頑張りすぎないようにしよう
4. 「うつ」は他人事ではありません
5. 体調が悪ければためらわず受診しよう
6. ストレスを健康的に発散しよう
7. 自分、そして家族やパートナーを大切にしよう

(スライド22)

今のお手元の中の資料にこの話は載っておりますけれども、一部抜粋しますと、「医師が元気に働くための7カ条」というのがございまして、睡眠時間を十分に確保しよう、週に1日は休日をとろう、頑張り過ぎないようにしよう、うつは他人事ではありません、体調が悪ければためらわずに受診しましょう、ストレスを健康的に発散しよう、自分自身、そして家族やパートナーを大切にしましょうという7カ条でございます。大変難しい話のような気がしますが、こういうことを日本医師会の方はつくっております。

## 勤務医の健康を守る病院7カ条

1. 医師の休息が、医師のためにも患者のためにも大事と考える病院
2. 挨拶や「ありがとう」などと笑顔で声をかけあえる病院
3. 暴力や不当なクレームを予防したり、組織として対応する病院
4. 医療過誤に組織として対応する病院
5. 診療に専念できるように配慮してくれる病院
6. 子育て・介護をしながらの仕事を応援してくれる病院
7. より快適な職場になるような工夫をしてくれる病院

23

(スライド23)

そのためには、勤務医が勤めておる病院が勤務医の健康を守るということで、こういう7カ条も必要ですよということでございます。医師の休息が医師のためにも患者のためにも大事と考える病院が良い、挨拶やありがとうなどと笑顔で声をかけ合える病院、暴力や不当なクレームを予防したり、組織として対応する病院がいい、そういう病院になろうという7カ条ですね。医療過誤に組織として対応する病院、診療に専念できるように配慮してくれる病院、子育て・介護をしながらの仕事を応援してくれる病院、より快適な職場になるように工夫をしている病院というように、病院にはこういう7カ条を守ってほしいと。勤務医は先ほど書いた7カ条をということでございます。



24

(スライド24)

結論としては、こういうことがございますということでございます。

## 勤務医の健康支援のための健康相談

1. E-mail 相談
2. 電話相談

### 医師の職場環境改善のワークショップ研修 (平成21年度日本医師会認定産業医制度生涯研修会)

- ・産業医を対象に、産業保健の役割、医師のメンタルヘルス支援のポイントについて解説
- ・「7カ条」などを活用したグループワークによるケーススタディを通して、勤務医の健康支援・労働環境改善の課題を整理し、行動計画を作成等

25

(スライド25)

勤務医の健康支援のための健康相談というのも、今のプロジェクト委員会の方でやっております。今、試行的でございますけれども、Eメール相談とか電話相談をしておりますし、そのほか医師の職場環境改善のワークショップ研修ということも、今年は計画をいたしております。これらのことは、お手元の資料の中に入っておりますので、後ほどご覧いただきたいというふうに思います。

## 諮 問

### 「医師の不足、偏在の是正を 図るための方策」

—勤務医の労働環境(過重労働)  
を改善するために—

26

(スライド26)

一番大事な我々の委員会の仕事の中の会長の諮問は、「医師の不足、偏在の是正を図るための方策—勤務医の労働環境(過重労働)を改善するために—」ということでございます。今、やっと大詰めに来たところでございまして、答申案ができつつございます。

答申の骨格は、医師数とは何かと、どんな医師数のことを言っているのかと。もうよぼよぼな医師の

## 答申の骨格

1. 医師数の問題
2. 医師不足について(現状、原因、対策)
3. 医師偏在について(実状、原因、対策)
4. 勤務医の労働環境について  
(過重労働の実態、原因、改善等)
5. 国民とともに考える視点から
6. 社会保障の視座

27

(スライド27)

数も入っているのかとか、本当に活動しておる医師の数なのかということで、国際比較の中でもそのことがどうなのかということの問題がございますし、医師の不足や偏在や勤務の労働環境について、実態と原因と改善策ということについて書いております。特に勤務医の視点からだけではなくて、国民とともに考える視点からも、このことを見ようという。また、社会保障という視座からも見ようということで、答申の素案は、大まかにはでき上がっておりまして、今から詰めに入る段階でございます。

## 医師不足

不足とは単なる不足感ではない  
共通認識としての物指しが必要  
医療提供体制をどのようにするか  
医療のニーズをどのようにみるか

28

(スライド28)

一般に医師不足を医師の不足感というふうに考えている人もあって、あんまり不足感はないよということもありますけども、本当にはどういうことなのか。共通認識としての物差しが必要ではないかと。医療提供体制をどのようにするのか、どういう医療をするのか、3分間診療でいいのか、もっとゆった

りした時間をかけるのかということによっても医師の不足は、数は問題になると思いますが、そういうことでの物差しをちゃんとつくろうと。また、患者さん側の医療のニーズをどのようにとらえるのかと。ニーズが増えれば、医師が同じでも不足になるわけでございますので、患者のニーズや医療提供体制も含めて、共通認識としての物差しをきちとした上で、医師不足はどうかということを考えてみようということをおもっております。

## 自由な討議

### 主な話題

- ・新医師臨床研修制度の問題  
(見直し問題を含めて)
- ・医師法21条関連の問題
- ・医師会のあり方

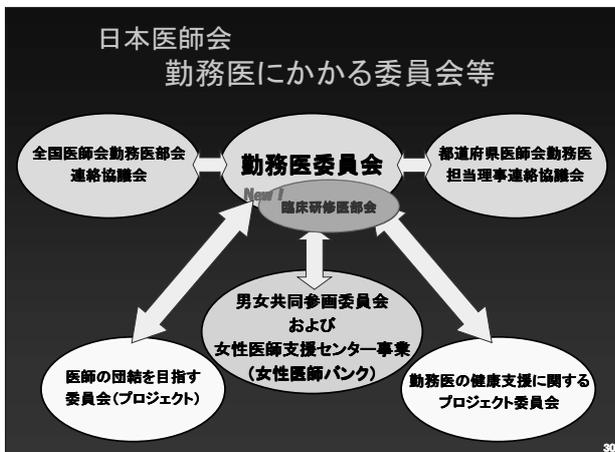
29

(スライド29)

自由な討議としては、去年も申し上げましたけれども、ちょうど新医師臨床研修制度の問題の見直しが始まったころでございましたので、こういう話題が委員会の中ではたくさん出ましたし、ちょうど21条問題の関連の問題についても議論がたくさんございました。最近には、医師会のあり方ということについて議論を進めていきたいというようなお話がございまして、この委員会の任期中に、このこともしっかりと議論してみたいというふうには思っております。

勤務医に係る委員会、勤務医委員会がここにございますが、勤務医部会連絡協議会、今日の協議会ですが、担当理事連絡協議会とか、勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会、医師の団結を目指す委員会とか男女共同参画委員会、女性医師支援センター事業、こういういろんな絡みがございまして、これ全体で勤務医の問題が取り上げられるということが大変重要な問題ではないかというふうにおも

おります。



(スライド30)

団結は必要

団結できる環境づくりが重要

(スライド31)

これは去年も申し上げましたけれども、やっぱり日本医師会に全医師が団結する必要があると。しかし、団結できる環境づくりが重要という意見がございます。今の医師会のままではなかなか団結がしにくいと、団結しやすい、求心力のある医師会になるべきではないかというふうに思っております。

今まで小異を捨てて大同とか、団結とか、いろんなことを言ってきましたけれども、同質なものによく群れるのですけども、少し質が違うと群れにくいということがございます。質が違うものでも一緒に頑張っていくという姿がございしますが、「共生」という言葉でございします。共生すべき必要があるのではないかというふうに思っています。

違いがあることを認め合いながら、危機意識を共有して強く固く団結し、医療の未来を切り拓こうと、

共生

(スライド32)

違いを認め合い

危機意識を共有し

強く、固く 団結し

医療の未来を切り拓こう

(スライド33)

崩壊を防ごうというふうに消極的でなくて、医療の未来を切り拓こうというふうに、私は今年は申し上げておきたいというふうに思います。

全医師が団結できる医師会を

目前の問題解決も必要だが

若い勤務医が

未来を託せる医療社会の構築

医師が

誇りと夢を持てる医療制度の確立

が最も重要

(スライド34)

全医師が団結できる医師会をというふうに思いますが、目前の問題解決も必要ですけれども、若い勤

務医が未来を託せる医療社会の構築のできる医師会に、あるいは医師が誇りと夢を持てる医療制度の確立をできる医師会にと、そういう医師会に変わらなければいけないのではないかというふうに思っております。



(スライド35)

今の医師会は、必ずしも私が考えるプロフェッションのアソシエーションになっていないというふうに思います。本当の意味でプロフェッションのアソシエーションになるためには、やっぱり何らかのチェンジが必要、新しい価値観で組織をつくるというイノベーションが必要だというふうに考えております。社会も患者さんも、すべてが変わってきたのに医師会だけがチェンジしないで、イノベーションしないで、今のままでいいとは思っていません。



(スライド36)

これは余り関係ありませんけど、私が尊敬している、ある先生からいただいたものですが、

「NON SIBI, SED OMNIBUS (自己のためならず、万人のために)」ということですが、勤務医のためだけではなくて、みんなのために何とかこの医師会も良い変革を遂げると、チェンジすると、イノベーションしようということを申し上げて、終わりにしたいと思います。ありがとうございました。

「島根県医師会勤務医アンケート調査報告」

報告：島根県医師会勤務医部会委員

泰

公

平

## 島根県医師会勤務医アンケート調査報告

島根県医師会勤務医部会委員 蔡 公平

それでは、勤務医のアンケート調査について御報告申し上げます。

黄色い冊子が届いていると思いますけれども、その中に今回のアンケート調査のことが書いてあります。後ろの方に、実際にどういうアンケートを出したかという、アンケートそのものが書いてあります。それに対する意見などを、私の方が少しプログラムの方に書いておきました。参考にしていただけたらと思います。

それから、自由意見というのが最後に書いてあります。これが結構おもしろい。忌憚のない意見が書いてありますので、それをまた見ていただけたらと思います。

では、始めたいと思います。20分、時間をいただいておりますね。

## 島根県

- ・人口 720,000人(全国46位)
- ・面積 6,700km<sup>2</sup> (全国19位)
- ・出生率 8.1(全国31位)
- ・死亡率 11.9(全国2位)
- ・高齢化率 28.5(全国2位)

(スライド1)

島根県です。人口が72万人。11月1日現在で72万45人ということでしたけれども、全国で46位ですね。面積、6,700平方キロメートル、全国19位。広い面積の中に少ない人間がいるということが言えますよ。出生率が8.1で全国31位、死亡率が11.9で全国2位となっています。これは、だから出生が少な



くて死亡が多いということになります。実際に年間約5,000人ぐらい減っていったということだったと思います。高齢化率が28.5と全国2位。これ、今まで1位だったのですけれども、ついこの間、秋田県に抜かれまして2位に落ちました。



(スライド2)

島根県はこういうふうになっています。東のほうの方は島根県ってどこやと言われてそうな気がするのですが、山陰地方のうち、こっち側に鳥取県があります。ここに広島県があって、山口県があって、こっちは日本海ですね。こんなに東から西まで随分

長い、細長い県です。人口は、この東の方に集中しています。松江、出雲あたりが多くて、だんだんと少なくなるという格好ですね。海岸沿いに9号線という国道が通っておりまして、その近くにぼつぼつと基幹病院といいますか、300床程度の病院が並んでいると。離島、隠岐島というのはこの上の方、北の方にあります。フェリーで2時間ぐらいかかるところですね、そこにこういう隠岐島という、人口が今1万5,000ぐらいまでに減りましたですかね、そういう島があって、それからこちらの方は中国山脈で中山間地になって、なかなか出てくるのが大変というような県です。

### アンケート調査

- ・県内56病院、勤務医1,223名中、742名(有効726名)の回答を得た。  
回答率 59.4%
- ・医師会会員は1,191名  
うち勤務医は657名  
医師会加入率は55.2%

(スライド3)

アンケート調査は、県内56病院、勤務医1,223名にアンケートを出しまして、742名から戻ってきたのですけれども、有効なるものは726名ということで、回答率が59.4%でした。ちなみに医師会の会員というのは1,191名で、うち勤務医が657名ということで、医師会の加入率は55.2%となっております。

アンケート調査の内容です。あなた自身とあなたの勤務環境について、あなたの主たる勤務先の労働条件について、医師会関係について、学会について、ライフプランと健康管理について、男女共同参画について、これは女性医師だけでなく、男性医師にも答えてもらっています。女性医師だけの問題ではないということからであります。それから臨床研修制度について、それから地域医療について、さらに病院管理者の立場についてということで、少し前回、

### アンケート内容

- I)あなた自身とあなたの勤務環境について
- II)あなたの主たる勤務先の労働条件について
- III)医師会関係について
- IV)学会について
- V)ライフプラン、健康管理について
- VI)男女共同参画について
- VII)臨床研修制度について
- VIII)地域医療について
- IX)病院管理者の立場について

(スライド4)

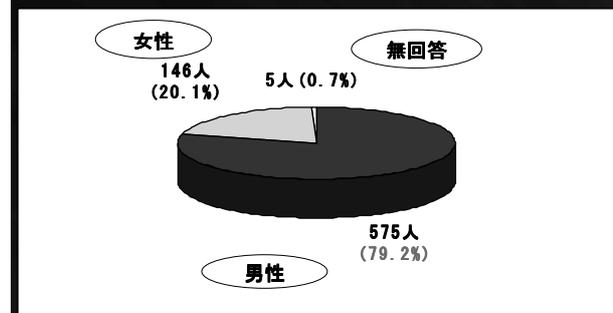
前々回のアンケートとは違ったところがあります。

### I)あなた自身と勤務環境について

(スライド5)

まず、1番のあなた自身と勤務環境についてというところです。

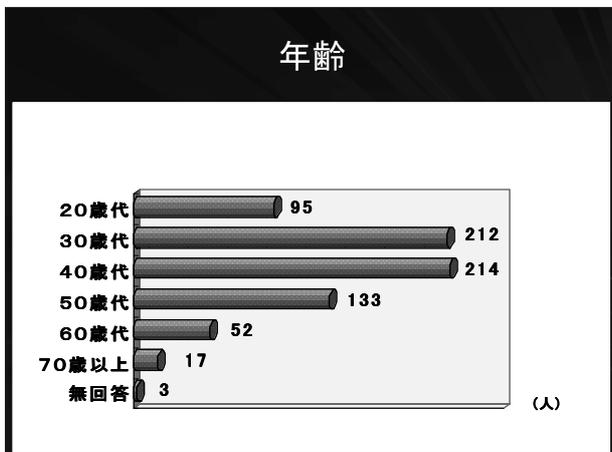
### 性別



(スライド6)

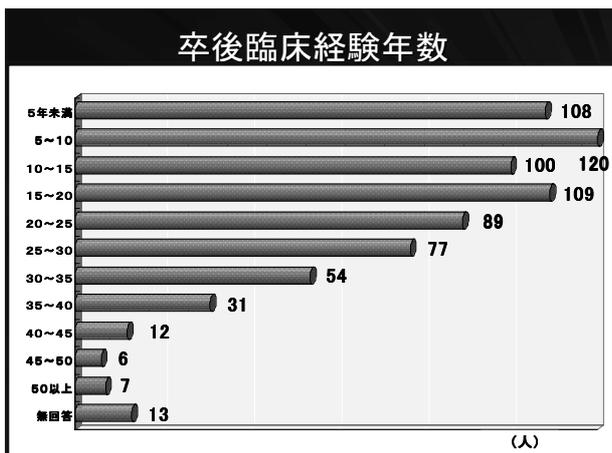
性別です。女性が2割を超えました。今までの沖縄、千葉ではまだ2割まで達していなかったのです

けども、当県では2割になっております。



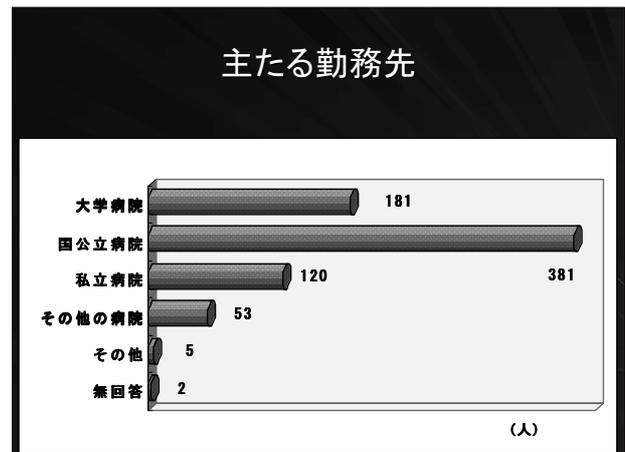
(スライド7)

年齢です。30代、40代が多い。これはあまり変わりありませんですね。



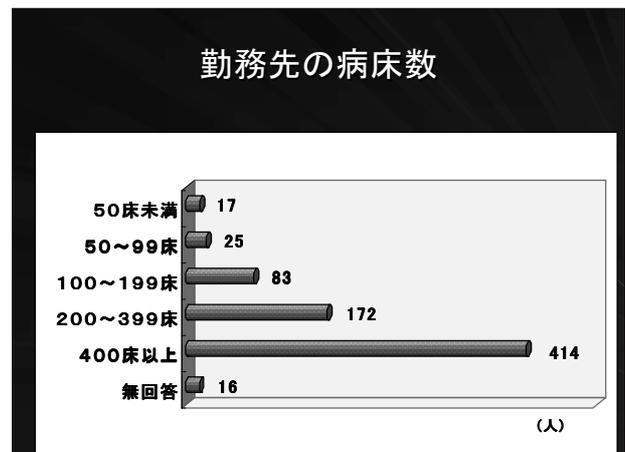
(スライド8)

卒後の臨床経験年数というのはこんなもので、ちょっと数が多くて見にくいと思いますけれども、若い人で経験のある方が、こんなもんだということでしょうか。これも他県とあまり変わりはないと思います。



(スライド9)

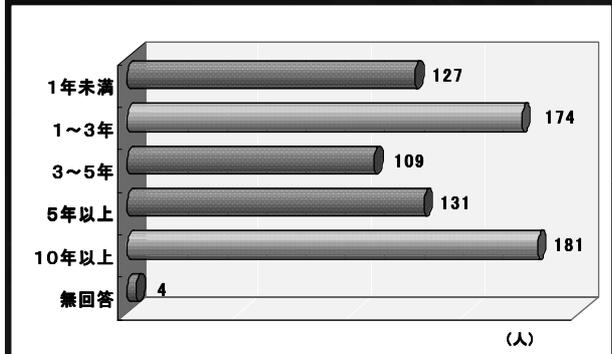
それから、主にどういう病院に勤めているのかということを知りたいところですが、大学病院が180人ぐらいです。国公立が多くて381ですか。私立の病院が少ない傾向にあります。これは各県のものとは比べましてもそういう傾向にあります。



(スライド10)

病床数です。主に200床から400床の間、それから400床以上のところにたくさんの医者が勤めているということになります。

### 勤務先の勤務年数



(スライド11)

勤務先の勤務年数。10年以上勤めておられる方も結構いらっしゃいます。若い人は、やはりよくかわるということでしょうか。

### I) あなた自身とあなたの勤務環境

#### まとめ

- ・男女比は8:2であり、女性医師が2割を越えた。年々女性医師が増えてきている。
- 女性医師の勤務体制に対して対策を考える必要あり。(男女共同参画の項)
- ・国公立・公的病院が多く、私立病院が少ない。
- ・人口の割に病院の病床数が多い。
- 多くの病院が急性期から亜急性期、回復期、さらに慢性期までの患者を診ているのではないか。

(スライド12)

結局まとめますと、男女比が8対2ということで、女性が2割を超えました。大学の学生さんの男女比を見ても、だんだん女性が増えてくる傾向にあります。そういう意味で、女性医師の勤務体制について対策を考える必要があるという、これは男女共同参画のところでももちろん出てきます。それから私立の病院が少ないということがちょっと特徴的かなというところ。それから人口の割に病院の病床数が多いです。だけれども、これは多くの病院が、基幹病院としてその病院しかありませんので、そういうところで急性期だけでなく、亜急性期、回復期、あるいは慢性期の部分まで診ているのではなかろうかと、そのためにはそれくらいの病床数が必要なの

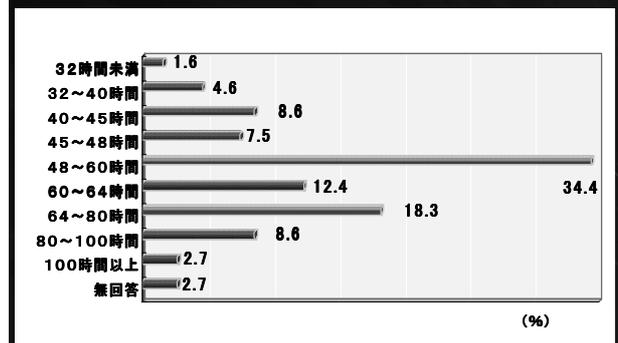
ではなかろうかと思います。

### II) 勤務先での労働条件について

(スライド13)

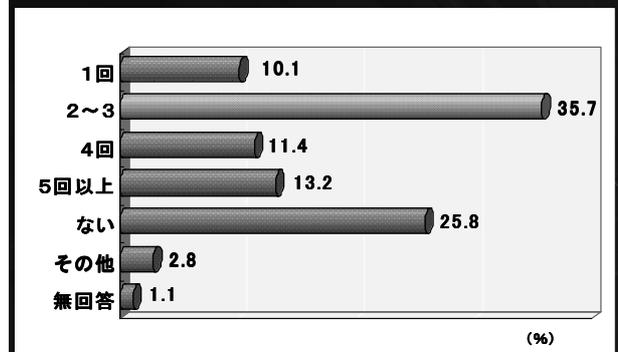
2番目、勤務先の労働条件についてであります。

### 実労働勤務時間



(スライド14)

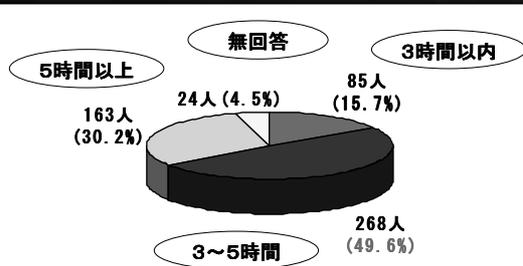
### 当直回数



(スライド15)

当直回数。2回から3回というのが多かったです。ないというのは、もう随分お年をとられて当直免除ということなのでしょう。

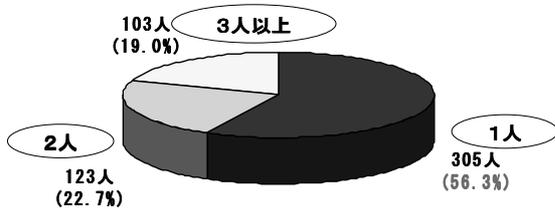
### 当直時の仮眠時間



(スライド16)

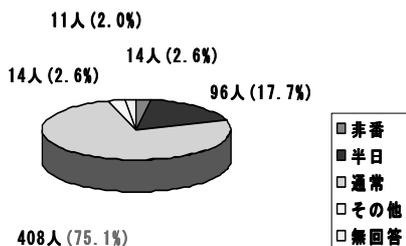
仮眠時間。3時間から5時間というのが半数ぐらい、3時間以内が15%ぐらいですか、5時間以上というのも30%。これが多いか少ないかということになりましょう。

### 日当直の体制



(スライド17)

### 当直明けの勤務

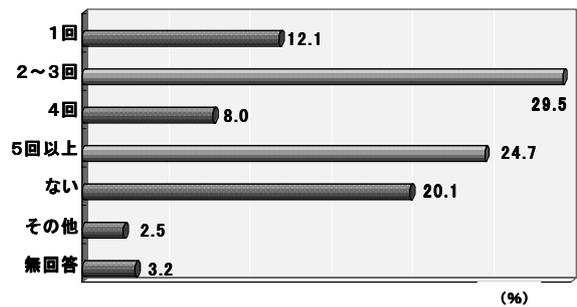


(スライド18)

当直明けの勤務です。ちょっとこれはわかりにく

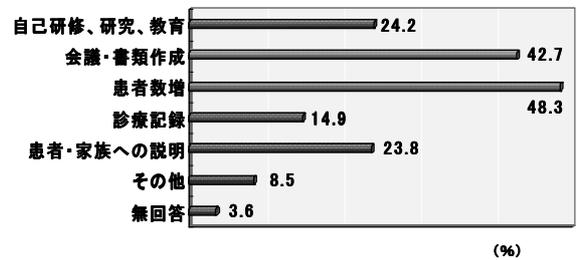
いですが、通常の勤務をしている者が75.1%、つまり休める状況にないということでもあります。当直明けで余裕があれば帰りなさいよと言ってはおりますが、なかなかそうはいかないということのようです。

### 緊急呼び出し



(スライド19)

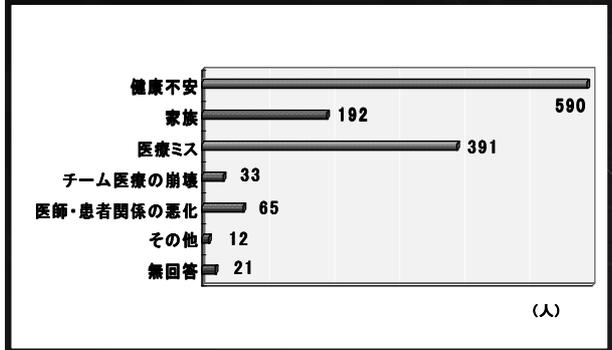
### 長時間勤務の要因



(スライド20)

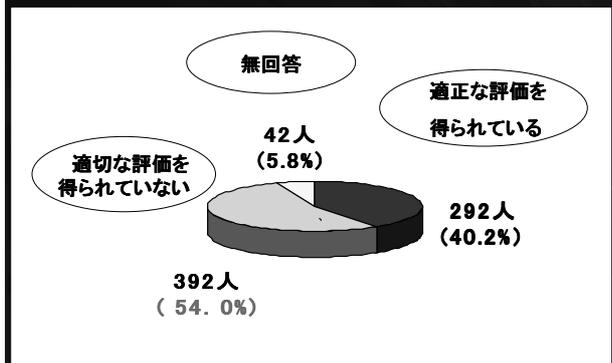
どうして長時間勤務になるのかというところですが、それを見てみますと、患者数が増えてきたというようなことですね。それから会議や書類の作成が多い。ほかにも患者や家族への説明というようなものが多くなっております。

### 長時間勤務の悪影響



(スライド21)

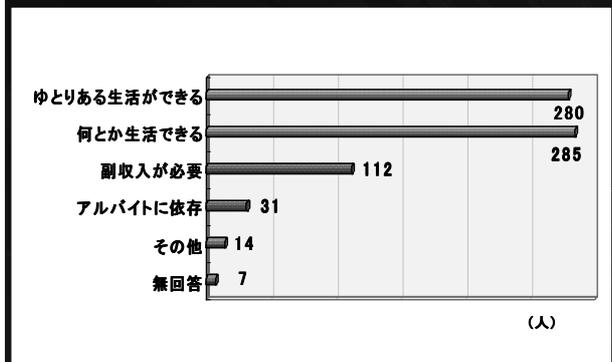
### 超過勤務に対する処遇



(スライド22)

超過勤務に対する処遇はどうかというと、適切な評価を得られていないというのが半数以上というようになっております。

### 年収

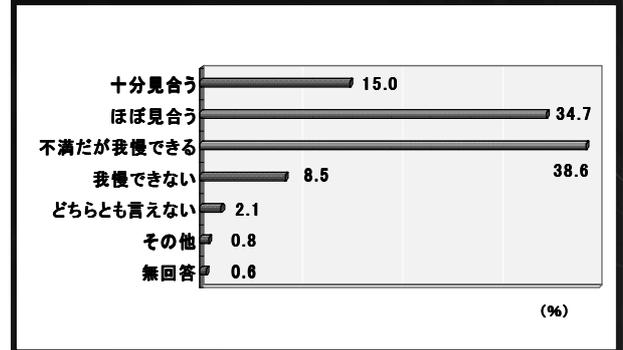


(スライド23)

年収。ゆとりある生活ができると、何とか生活できるというのが半数ですね。半数を超すぐらい。副

収入が必要であるというのと、アルバイトに依存しているというのがこれくらい、150人弱ぐらいあります。特にアルバイトに依存しなくてはならないというのは大学の先生方に多い。文科省はもっと大学の先生に給料を出せと言うべきだと思いますね。

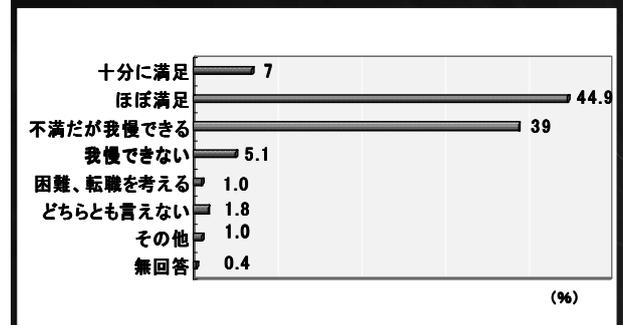
### 仕事内容や労働時間に見合う収入か



(スライド24)

仕事の内容や労働時間に見合う収入か。十分見合うというのもあるんですね、どんなところでしょうか。ほぼ見合うというところ、それから不満だが我慢できるというのが結構多い。我慢できないというのもあります。

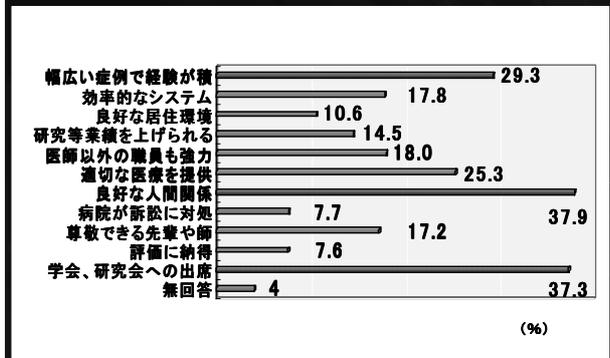
### 職場・仕事に満足しているか



(スライド25)

職場や仕事に満足しているのか。十分に満足というのが7%ですね。ほぼ満足と、不満けど何とか我慢してやっていますというのが大半であります。我慢できないというのが5%ぐらいで、もう開業したいということのようです。

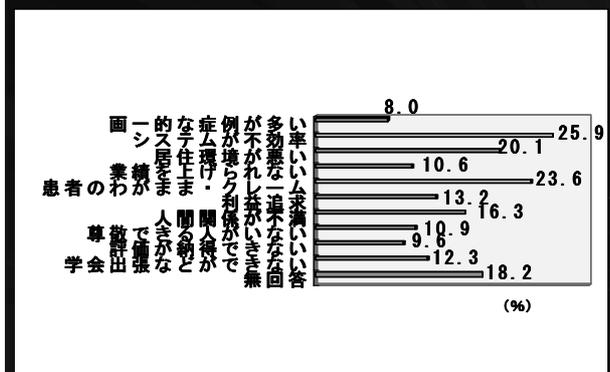
## どのような点に満足しているか



(スライド26)

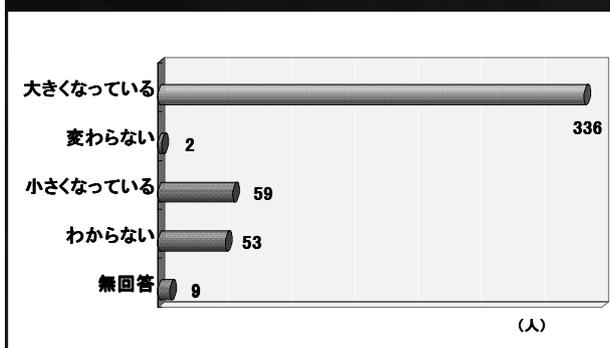
どういうところに満足しているのか。幅広い症例があって経験が積めるとか、職場の人間関係がよろしいとか、学会とか研究会に割と行けるというところに満足しているということのようでもあります。

## 不満な点



(スライド27)

## 負担をどう感じているか

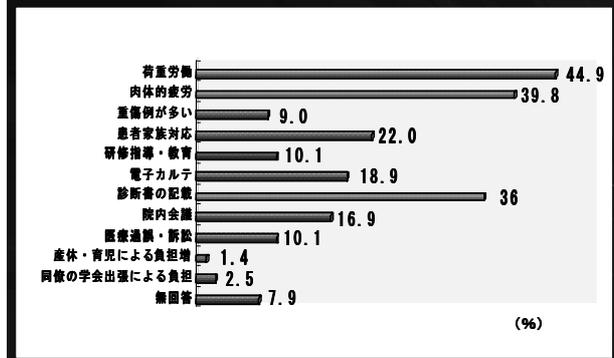


(スライド28)

負担をどう感じているのか。これはやっぱり大き

くなってきているというのが大半であります。

## どのような点が負担か



(スライド29)

どのような点が負担かといいますと、やっぱり過重労働ですね。それから、これはもちろんそれにつながるのだと思いますが、肉体的に疲労している。それとは別に診断書の記載がかなわんと。それから電子カルテなんかも嫌だというのがありますね。この辺のところは医療事務の補助業務の方が入れれば、少し減るかと思います。

## Ⅱ) 主たる勤務先の労働条件

### まとめ(1)

- 当直人員は一人、当直時の仮眠時間は3～5時間が約半数、当直明けは75%が通常勤務。
- ほとんどが超過勤務をしており、その理由は
  - ① 患者数の増加・診療内容の変化 48%
  - ② 書類作成や院内会議 42%
- その悪影響は ① 健康不安 83% ② 医療ミス 56%
- 半数が「適正な評価を得ていない。」

(スライド30)

当直人員は大体1人で、3時間から5時間ぐらいの仮眠ができる、それが半数ですね。当直明けは75%が通常勤務。ほとんどが超過勤務をしております、その理由が、患者数の増加や診療内容が変化してきた、書類作成が多いというようなことであります。その超過勤務の悪影響はといいますと、健康が不安であると、あるいは医療ミスを起こすのではないかとこのようなことがあります。半数がそういう

仕事に対して適正な評価を得ていないということでもあります。

## Ⅱ) 勤務先の条件

### まとめ(2)

- 年収は「副収入が必要でアルバイトをしている。」16%、多くが大学職員
- 職場・仕事に52%が満足、45%が不満
- 不満な点は「システムが不効率で時間がとられる」「患者のわがまま、クレームへの対応」
- 44%が「医師不足から負担が増加している」

(スライド31)

年収は、副収入が必要でアルバイトをしなくてはいけないというのは、これは大学の先生です。半数ぐらいが職場に満足している、半数が不満。不満な点は、システムが不効率、これは電子カルテのことでしょうか。患者のわがまま、クレームへの対応が大変だというようなことがあります。半分近くが医師不足から負担が増加しているということを言っております。

## 勤務先の条件

### まとめ

### 医師不足！

- 労働量の増加→疲弊
- 一人の当直体制→医療過誤の不安
- 当直回数増加→翌日も通常の勤務→疲弊
- 労働量に値する収入か→不満
- しかし、医師の仕事そのものには満足

(スライド32)

結局のところ、医師不足というのが一番出てくるわけですし、労働量が増えると疲れてくる。1人の当直では、また医療過誤が起ころはしないかと心配である。当直回数が増えますが、翌日もまた通常勤務ということですので、さらに疲れると。労働量に値する収入だろうかというところで、この

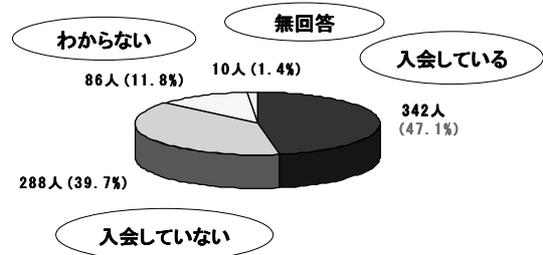
ところが不満になってくるわけですね。しかし、意外と自分の仕事に関しては満足しているところがあります。収入に対する不満も、それほど強いわけではありませんでした。

## Ⅲ) 医師会関係

(スライド33)

3 番目です、医師会の関係について。

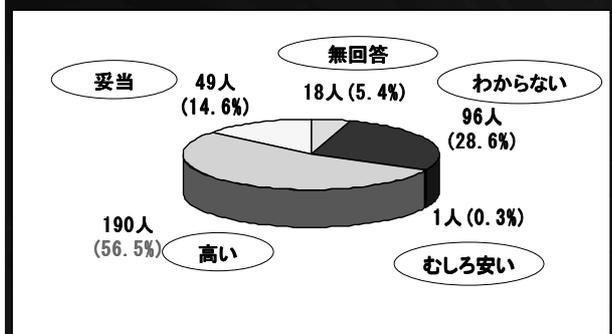
### 医師会への入会



(スライド34)

医師会への入会。47.1%が入会していると答えております。

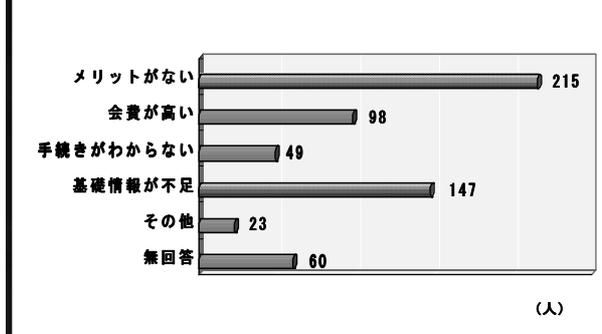
## 医師会費



(スライド35)

医師会費。56%以上の人が高いと。特に入会金も年会費も1万円以下だったら良いのにとというのが大半であります。

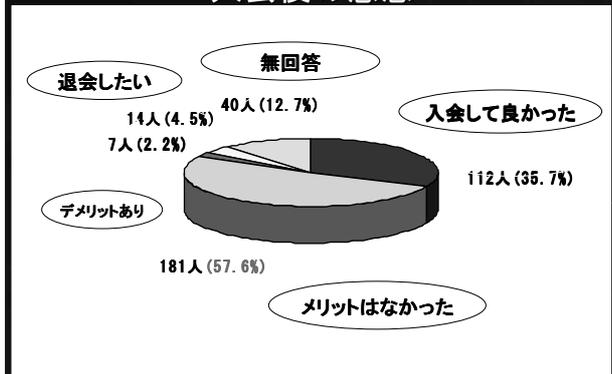
## 未入会の理由



(スライド37)

未入会の人の理由を聞きますと、メリットがないのではないかとということ、基礎情報が不足している。医師会ってどんなことをしているかよくわからないということでしょうか。そういうふうなことで入ってないという人がいるようです。

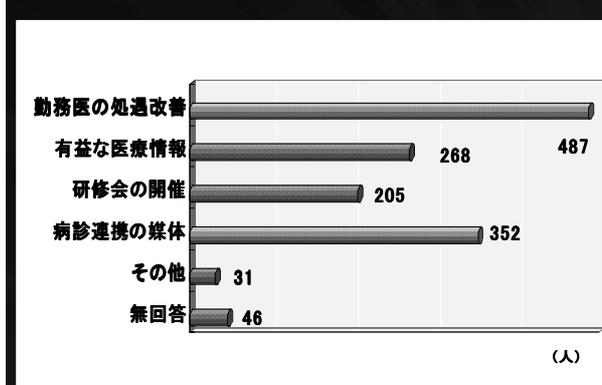
## 入会後の感想



(スライド36)

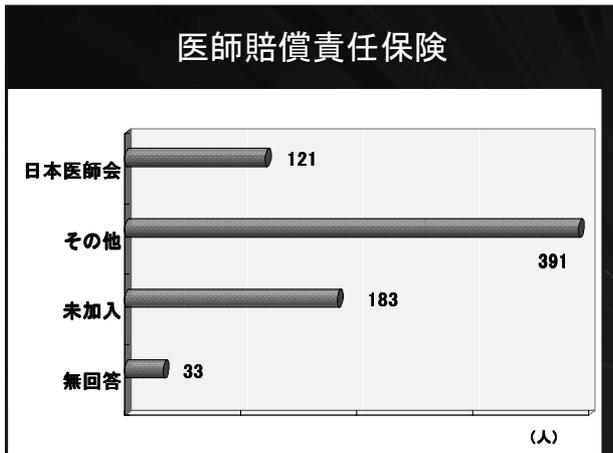
入会后、入会したけれどもどうなのですかと聞きますと、メリットはなかったというのが57%ですね。デメリットがあるという人も7人ほどいます。

## 医師会に期待するもの



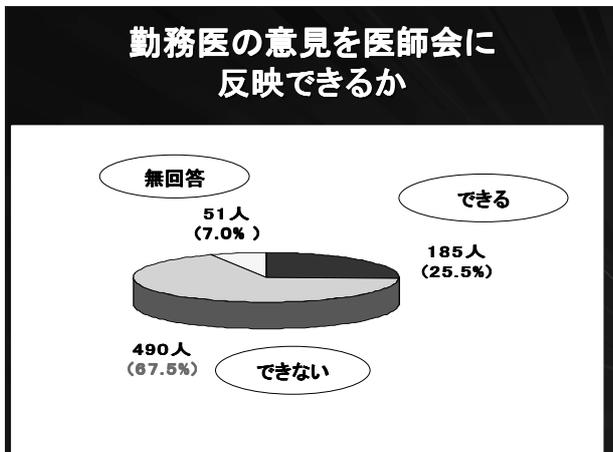
(スライド38)

医師会にどういことを期待するかということですが、勤務医の処遇改善、病診連携の媒体となつてほしいというようなことが多い。



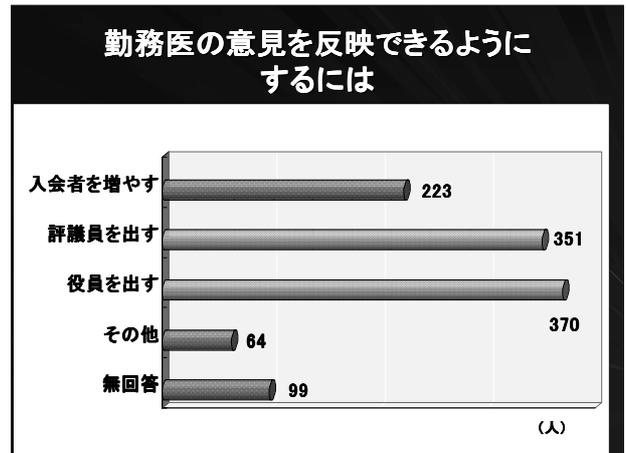
(スライド39)

医師賠償責任保険に入っていますか。日本医師会のものに入っている人は少ないですね。その他の分、つまり学会とか、そういうものの賠償責任保険に入っているの方がずっと多い。未加入の人もいます。これは、日赤は入会しなくてもよろしいと言っていますので、そういうのがあるのかもしれない。



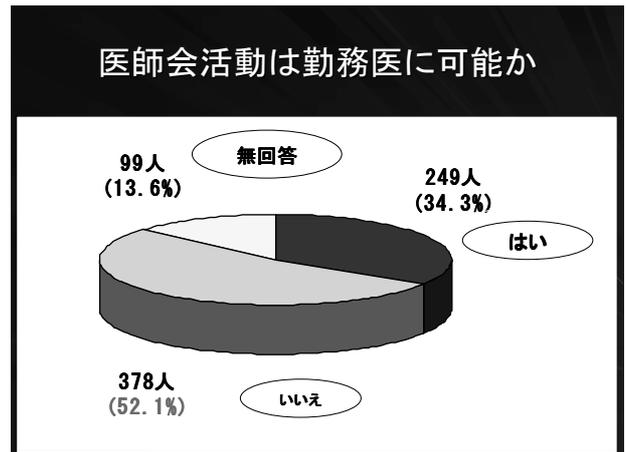
(スライド40)

勤務医の意見を医師会に反映できるか。67%の人ができないと悲観的であります。



(スライド41)

反映できるようにするにはどうすれば良いのでしょうかという設問には、評議員を出すとか役員を出すとか、そういうことの見解が多ございました。



(スライド42)

医師会活動は勤務医に可能か。半数ができませんと答えていますね。やはり忙しくて、なかなかそこまで余裕がありませんということでしょうか。

まとめますとこんなふうで、47%しか医師会に入っていないですね。会費が高い。入会後もメリットがない。積極的な活動、勤務医の待遇改善に対して活動してほしいという希望が多いようです。それから意見を医師会活動に反映できないので、それがいけません。そういうことから考えますと、これまでの医師会の勤務医に対する活動や広報を再考するべきではなかろうか、もっとやり方を考えるべきではなかろうかと思います。先ほど池田先生がおっしゃったように、少し考えておられるようですので、また変わっ

### Ⅲ) 医師会関係

- 医師会入会者は47%
  - 医師会費は高い
  - 入会後もメリットなし 61%
  - 勤務医の待遇改善に積極的な活動をして欲しい
  - 勤務医の意見を医師会活動に反映できない 67%
- これまでの医師会の勤務医に対する活動や広報を再考するべきでは？

(スライド43)

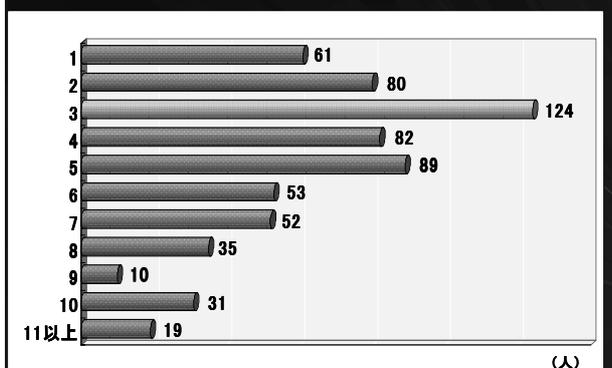
ていくのではないのでしょうか。

### Ⅳ) 学会について

(スライド44)

学会についてであります。

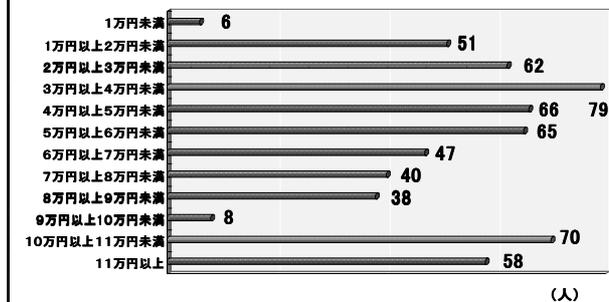
### 加入している学会数



(スライド45)

加入している学会数。3つぐらいのところに入っている人が多いですかね。中には11以上というすごい数に入っておられる方もいらっしゃいます。

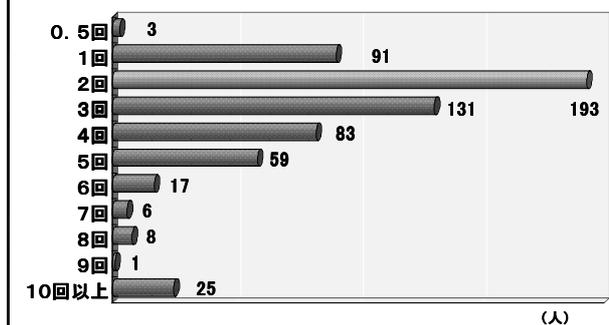
### 学会年会費



(スライド46)

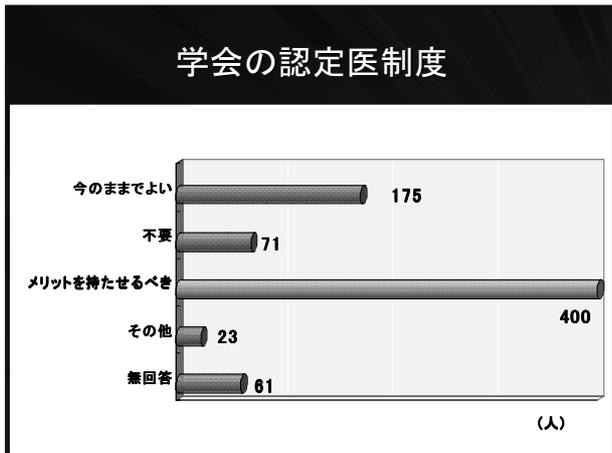
年会費です。3万～4万ぐらいのところが多いですが、10万円以上も払っている人がいらっしゃいますね。

### 学会参加回数



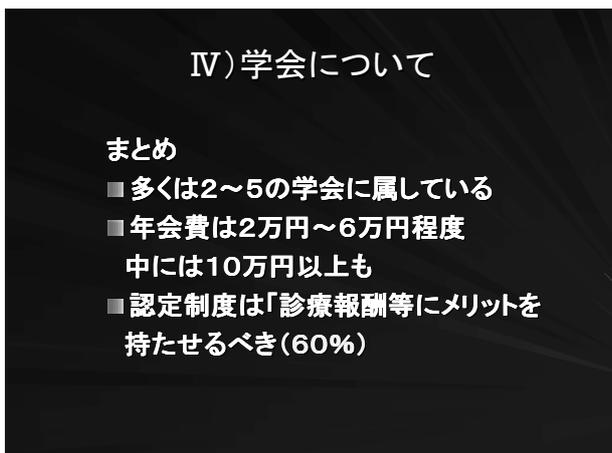
(スライド47)

学会にどれくらい参加できているのだろうということですが、2回ぐらいが多い。10回以上になると大分少なくなってきますね。



(スライド48)

認定医制度についてですが、何らメリットがないじゃないかという意見が多いようであります。



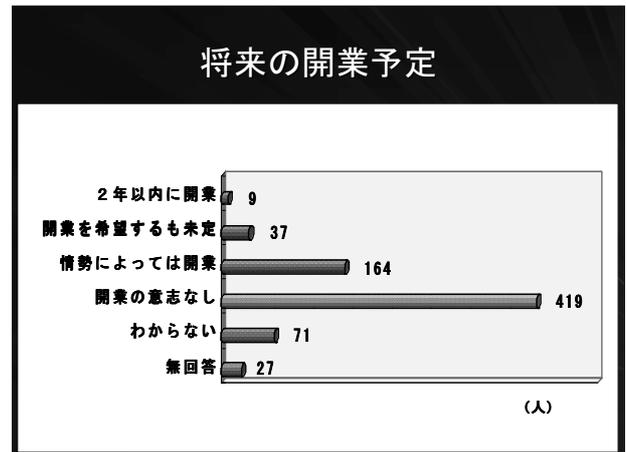
(スライド49)

まとめますと、多くは2～5の学会に属していて、年会費が2万～6万ぐらい、中には10万以上出している人もいます。認定制度は、診療報酬等にメリットを持たせるべきであるという意見が多いということです。



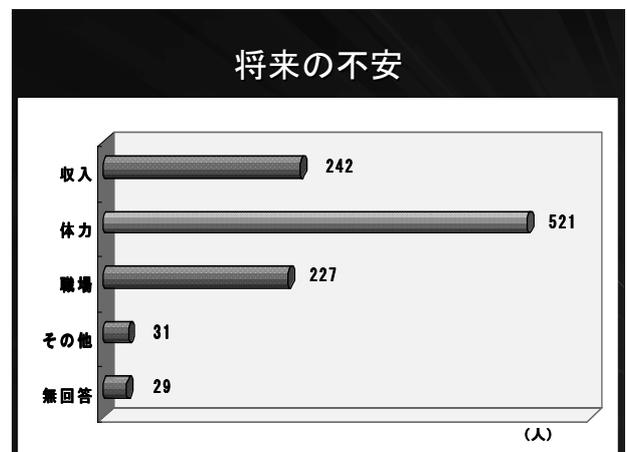
(スライド50)

ライフプランと健康管理というところであります。



(スライド51)

将来の開業予定はどうか。開業の意思なしというのが割とおられてまして、ちょっと安心しました。



(スライド52)

将来の不安。体力が一番多い。それから収入と職場の関係ということですね、それが同じぐらいあり

ますけど、体力に不安を持っているのが結構いるのだなあと。これはどういう人たちなのでしょうかね。もう疲れ果ててそう思っているのか、年とってそう思っているのか、どちらでしょうか。

## V) ライフプラン

まとめ

- 「60歳代まで働く」 50%
- 「将来も勤務医」 56%
- 「開業の意志なし」 60%
- 将来の不安は「体力」 75%、  
「収入」 35%

(スライド53)

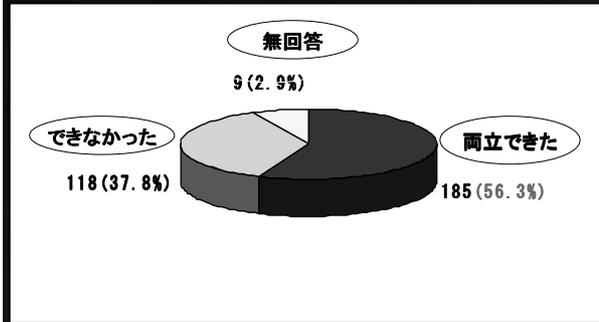
60歳ぐらいまで働くという人が50%。将来も勤務医というのが56%ですね。開業の意思なしが60%。将来の不安は、体力である75%、収入が35%というお話でした。

## VI) 男女共同参画

(スライド54)

男女共同参画に参ります。

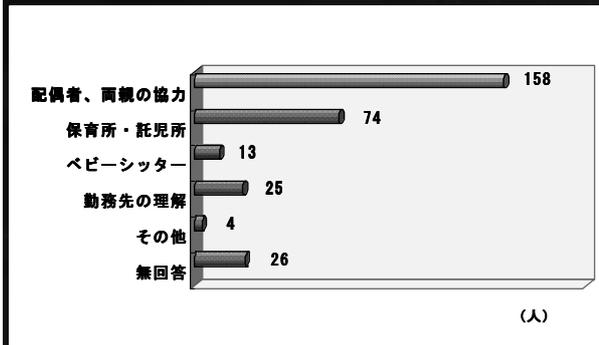
## 育児と仕事は両立できたか



(スライド55)

育児と仕事は両立できたかというところで、できたというのが56%ほどありました。

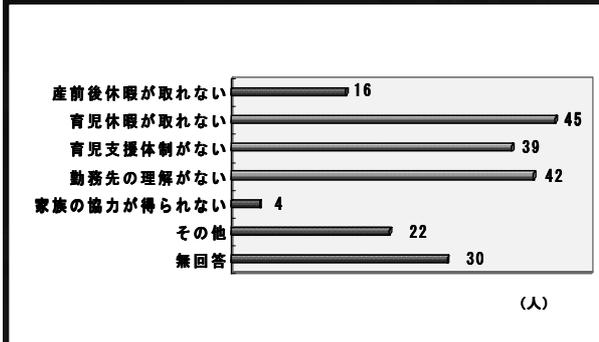
## 両立が可能であった理由



(スライド56)

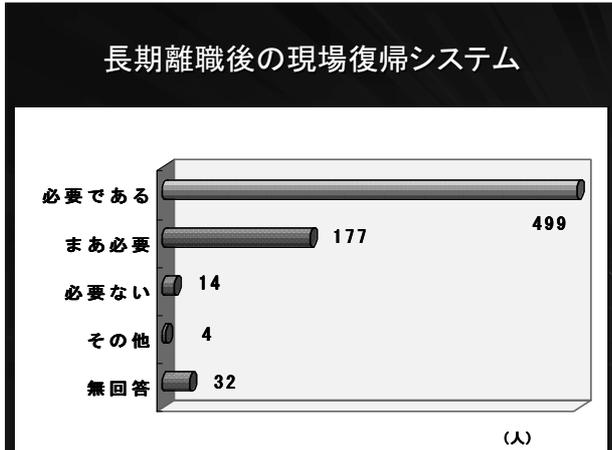
その理由は何でしょうかというと、配偶者や両親の協力ですと。それから保育所、託児所が使えましたというのもあります。

## 両立が不可能であった理由



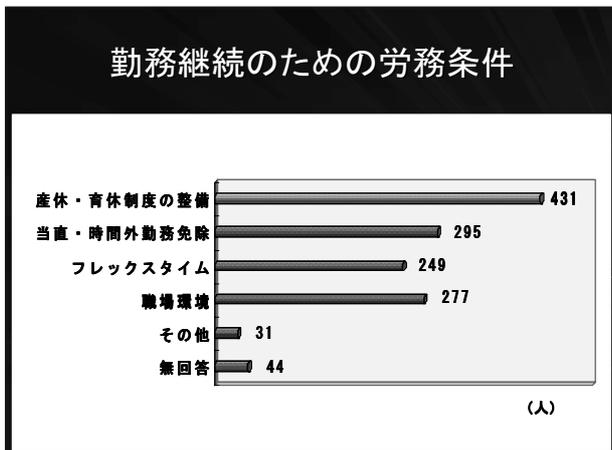
(スライド57)

不可能だったのはどうしてですかと聞きますと、育児休暇がとれない、育児支援体制がない。勤務先の理解がない、これはどういうことなのでしょうかね。そういう意見が多いということでした。



(スライド58)

長期離職後の現場復帰システムは必要でしょうか。大半が必要であるということですね。そうでないと、なかなか社会復帰ができませんということです。



(スライド59)

勤務継続のための労働条件はどんなのでしょうか。産休・育休制度の整備がまず第一。そのほか当直とか時間外勤務を免除してもらえませんかとか、フレックスタイム制にしてほしいとか、職場環境をもっとよくしてほしいというのが主な意見であります。

## VI) 男女共同参画

### まとめ

- 「育児の経験」は43%、「仕事との両立」は56%、両立できた理由は「配偶者や両親の協力」
- 両立できなかった理由は「育児休暇が取れない」「勤務先の理解が得られない」
- 69%が「長期離職後職場復帰システムが必要」
- 「職務継続のための労務条件」は「産休・育休制度の整備」「当直・時間外免除」

→根底には医師不足が最も大きな要因としてある。

(スライド60)

まとめますと、育児の経験は43%。仕事との両立が56%。両立できた理由は、配偶者や両親の協力があったからということです。両立できなかった理由は、育児休暇がとれない、勤務先の理解が得られないということでした。70%の人が長期離職後の職場復帰システムをきちんとしてほしいという要望ですね。職務継続のための労働条件は、産休・育休制度の整備、当直・時間外免除、フレックスタイムその他、そういうのが出ております。

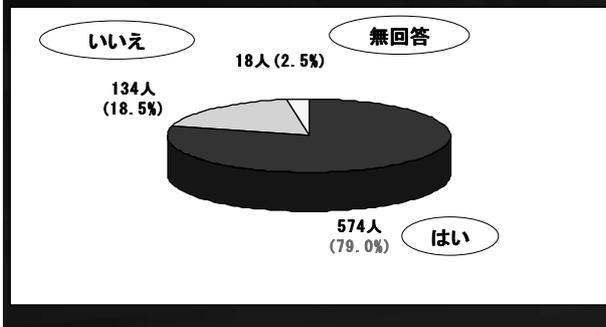
だけでも、結局のところ、医師が多ければ、そこまで無理して出てこなくてもという、復帰しなくてもということが言えるわけで、根底には、やはり医師不足が原因ではなからうかと思えます。

## VII) 臨床研修制度

(スライド61)

臨床研修制度についてであります。

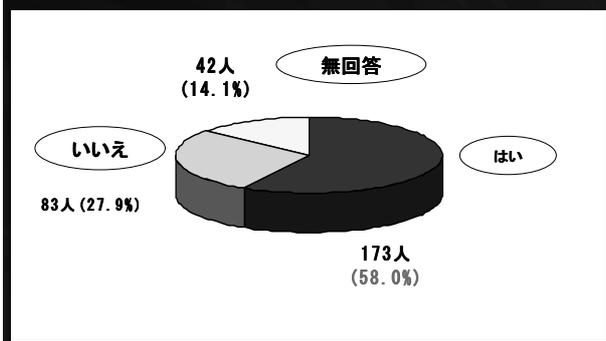
## 臨床研修病院ですか



(スライド62)

臨床研修病院でしょうか。79%、8割のところ、はいと答えております。

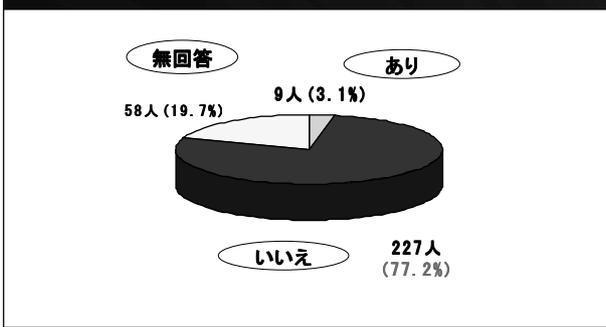
## 指導医の業務量は増加したか



(スライド63)

指導医に対して、業務量は増加しましたか。しましたというのが58%、いいえというのも30%近くあります。

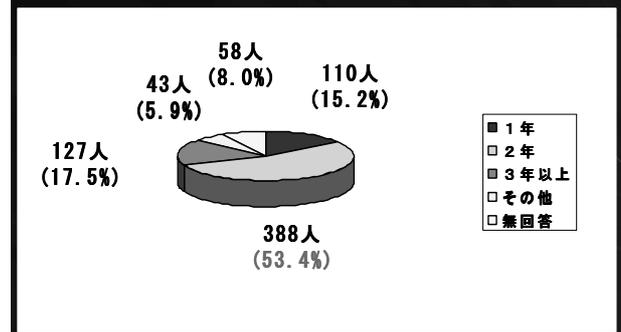
## 指導医に対する経済的保障



(スライド64)

指導医に対する経済的補償はありますか。いいえが77.2%ですね。どれも単に仕事がふえただけということのようです。

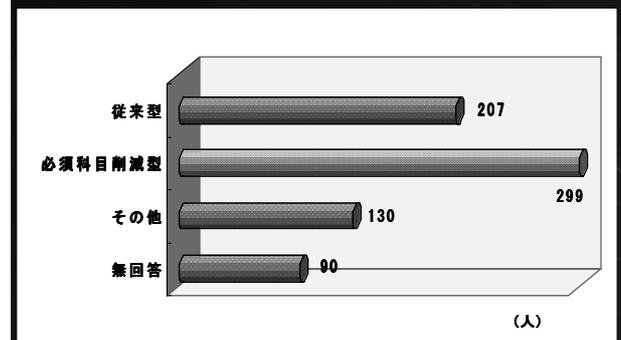
## どのくらいの研修期間がよいか



(スライド65)

どのくらいの研修期間が良いのですかという質問ですが、やはり2年というのが半数以上ですね。1年でもいいというのが15%ぐらいですので、3年以上というのも17%ほどあります。

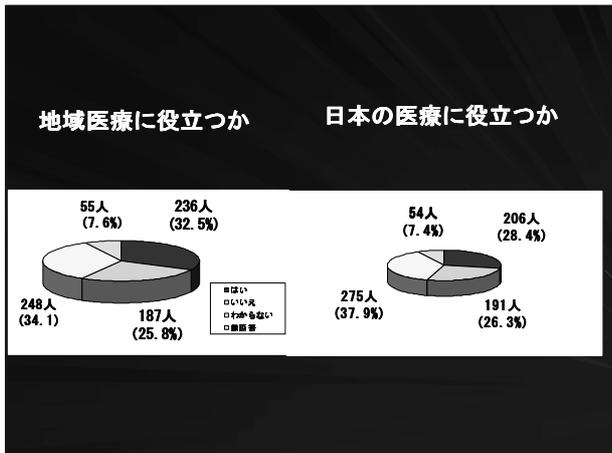
## どのプログラムがよいか



(スライド66)

どういいうプログラムが良いのでしょうか。今度の必須削減型プログラムを希望する人が多いのですが、従来型も結構あります。

2年の期間がよくて、必須科目削減型がいいとすると、2年間それでいくのかなあと、ちょっとよくわからない答えになっています。



(スライド67)

地域医療に役立つかと、日本の医療にこの研修制度が役立ちますかという設問ですけれども、はいというのが3割ぐらいですね。いいえというのも4分の1ぐらい、わからないという意見が多かったということでもあります。

### Ⅶ) 臨床研修制度

**まとめ**

- 79%が臨床研修病院に勤務
- 指導医の負担が増加した 58%
- 指導医の経済的保障なし 77%
- 研修期間は2年 53%、必須科目削減型プログラムを希望 41%
- 研修が地域医療に役立つ 33%
- 研修が日本の医療に役立つ 28%
- 研修が今の診療に役立っている 43%

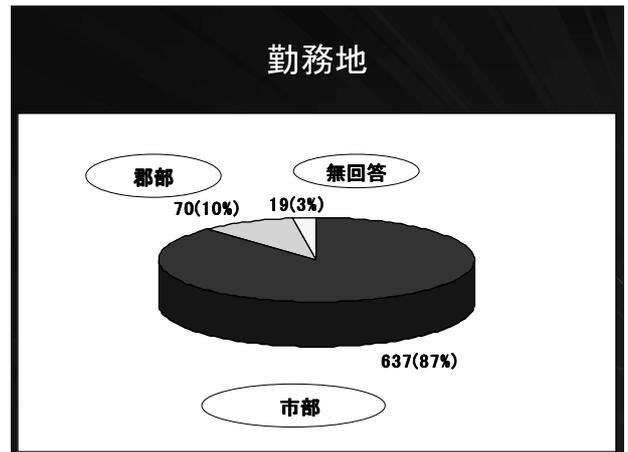
(スライド68)

これについてまとめますと、79%が臨床研修病院に勤務していて、指導医の負担が増加した。経済的保障はないにもかかわらず増加したということですね。それから研修期間は2年がいいが、必須削減型プログラムを希望するというのがあります。研修が地域医療に役立つか、30%。研修が日本の医療に役立つか、これも30%。研修が今の診療に役立っているが43%と、意外と低い数字だなという気がします。

## Ⅷ) 地域医療

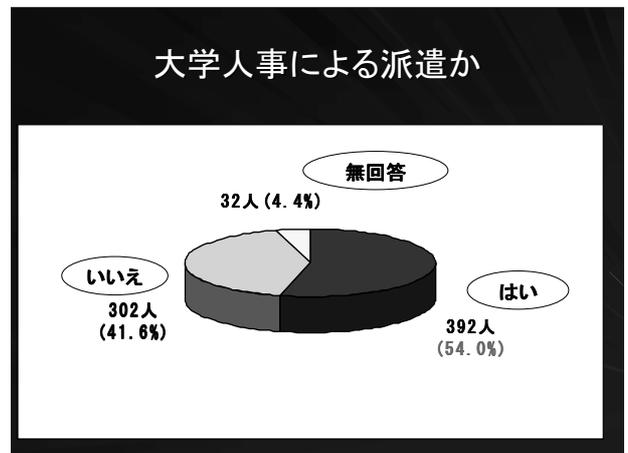
(スライド69)

地域医療に関してです。



(スライド70)

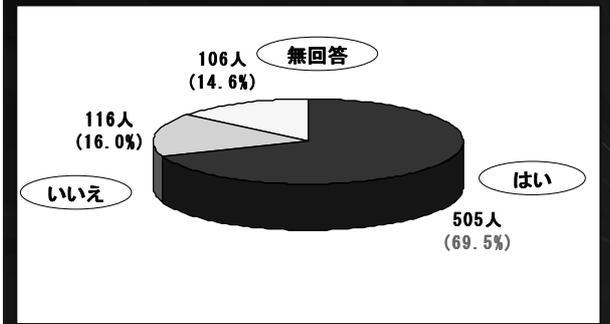
勤務地はどこですか。大半が市部、87%ですね。



(スライド71)

大学人事による派遣でしょうか。はいが54%。意外とそうでないというのもあるかなという気がします。

## 島根県で勤務医を続けるか



(スライド72)

島根県で勤務医を続けるのか。70%近くがはいと答えております。

## 区) 病院管理者の立場

(スライド74)

最後に、病院管理者の立場であります。

## Ⅷ) 地域医療

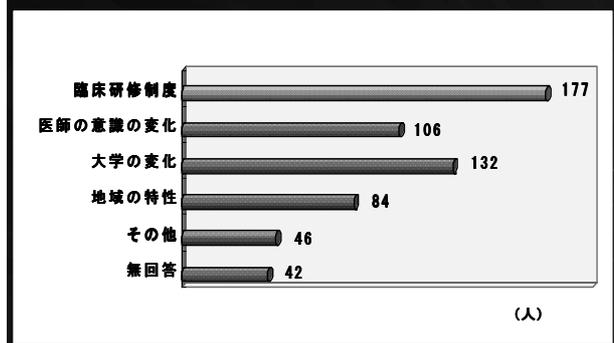
### まとめ

- 郡部の医師不足が顕著  
人口は少ないが病院は必要  
中山間地、離島をどうする？
- 出身大学は島根大学が約半数に達した
- 54%が「大学人事による派遣」
- 島根県で勤務医を続けるが70%

(スライド73)

地域医療のまとめですが、郡部の医師不足が顕著であります。人口は少ないけれども病院は必要ということで、中山間地や離島を、じゃあこれからどうするのですかということが問題になってきていますし、これからも問題になるでしょう。出身大学は、島根大学出身者が約半数に達しております。これは逆に他県から派遣されていたものが引き揚げられつつあるということを示しているのかもしれませんが。54%が大学人事による派遣である。島根県で勤務医を続けたいというのが70%ということの結果でした。

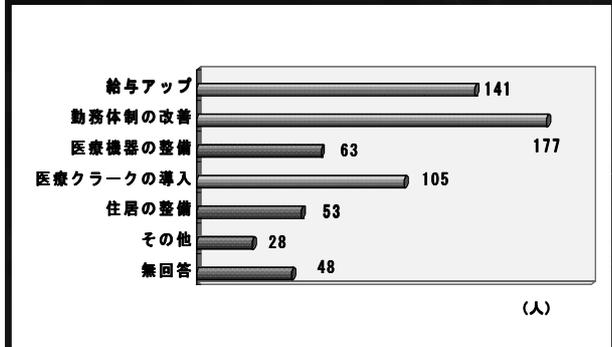
## 医療崩壊の原因



(スライド75)

医療崩壊の原因は何でしょうか。研修制度であるという答えが一番多かったのですが、その次に大学の変化、医師の意識の変化ということなんですけれども、この医師の意識の変化、大学の変化も研修制度と大きな関係があるのではないかと思いますので、多くの方が臨床研修制度が医療崩壊の原因となったのではなかろうかと考えていることがわかります。

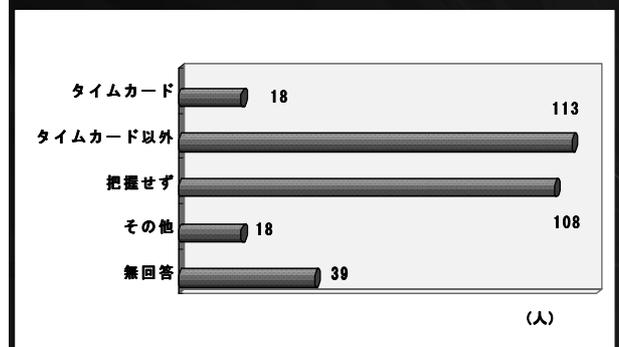
### 医師確保対策



(スライド76)

医師確保対策はどんなことをしていますか。給与アップですね、それから勤務体制の改善、医療クラークの導入、医療機器の整備といったところで、いろんなことを病院長は考えていると、実際にやっているということでもあります。

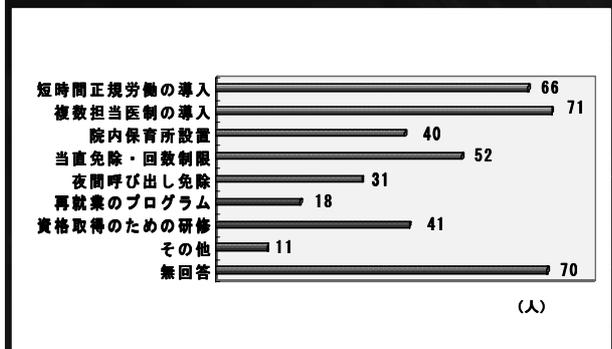
### 勤務時間の把握方法



(スライド78)

勤務時間の把握方法はどのようにしてやっていますか。タイムカードを使っているのは非常に少ないですね。タイムカード以外。これはどういうことなのでしょう。自己申告か、そういうことでしょうか。把握してないというのかなりたくさんあって、これは超過勤務手当と関係してきますので、なかなか難しい問題かなあと。病院長の立場からしますと、タイムカードで出勤と退勤のところをすべて勤務時間というふうに数えられてしまうと、なかなか困ったことになるなあと考えております。

### 医師確保対策として実施していること



(スライド77)

医師確保対策として実施していることは、短時間正規労働の導入が割と多いですね。複数担当医制の導入、これは、病院によってはそういうことをしているところもあるのですが、患者さん側からすると、何で私はこの先生に診てもらえないのかという不満も出てきたりして、なかなか難しいなあと考えております。ほかには当直免除・回数制限、この辺のところは女性医師のところでしょうか。それから院内保育所の設置ですね。それから、研修にしっかり出してほしいというようなことが言われていて、そういうことをやっているということですね。

### Ⅷ) 病院管理者の立場

- 医療崩壊の原因は  
「臨床研修制度」(74%)が決定的な引き金になったのは間違いない。
- 医師確保のために最も重視  
現状ではまだ「大学」(47%)に頼らざるを得ない。
- 医師確保対策  
「勤務体制の改善」(72%)「給与アップ」(57%)  
「医療クラークの導入」(42%)等色々工夫している。
- 「勤務体制の改善」では  
「複数担当医制の導入」(47%)「短時間労働の導入」(44%)  
「子育て支援(当直免除又は回数制限)」(34%)が主。

(スライド79)

まとめますと、医療崩壊の原因というのは臨床研修制度というのが多くて、これが引き金になったのは間違いないだろうと。医師確保のために最も重視しているのは、まだ大学に依存していると、大学に頼らざるを得ないところがたくさんあるということでもあります。医師確保対策として勤務体制の改善が

72%、給与アップ、医療クラークの導入等、いろいろ工夫しておられます。勤務体制の改善ということでは、複数の担当医制の導入、短時間労働の導入、子育て支援が主だと、こういったところでやっているということでもあります。

以上が今回のアンケート調査の結果であります。かなりの部分を省いたところがあります。時間的な都合で省いたところがありますので、この冊子を読んでいただいて、どういうことをみんな考えているのかということを見ていただいたらと思います。ぜひ自由意見のところを読んでいただきたいなど。前回は前々回のも読ませていただきましたが、このところに勤務医の本音がしっかり出ていると思います。以上です。どうもありがとうございました。

<sup>いのち</sup>  
「生命輝かそう日本の勤務医」

ー低医療費政策を乗り越えてー

(安全で快適な医療を目指す<sup>いち</sup>ー地方病院の試み)

講師：全国自治体病院協議会会長

邊 見 公 雄

座長：島根県医師会勤務医部会委員

武 田 博 士

座 長

島根県医師会 勤務医部会委員 武 田 博 士

恒例によりまして、講師の先生の御紹介でございますが、詳しい略歴、御職歴につきましては、細かく書いてございますので本を見ていただきたいと思っております。邊見先生のお人柄と申しますか、非常に思いやりにあふれた先生でありまして、また自分の思いもしっかり込められた講師紹介をいただいておりますので、ちょっとそれを御紹介させていただきます。

赤穂市民病院の名誉院長、邊見公雄。1944年、旧満州国、佳木斯（ジャムス）というところの陸軍病院にお生まれになっております。徳島県の三好郡に引き揚げ、そこで徳島県立城南高等学校を御卒業になり、1968年に京都大学医学部卒業となっております。京都大学の第二外科、血管外科、乳房などを専門にしておりましたけれど、そこへ研修医として入っておられます。それから大和高田市立病院って、これ奈良でございますが、そことか京都通信病院などで臨床実習を積み重ねられまして、1978年より赤穂市民病院の外科医長を務めておられます。1987年4月に病院長に御就任になって、現在に至っておられます。今年の4月に名誉院長就任となっております。



院是に「恕（おもいやり）」を掲げ、高度な医療と地域に根差したアットホームなケアの両立を実施している。現在、全国自治体病院協議会長、中央社会保険医療協議会委員、京大の外科交流センターというのがございますが、その相談役なども務めていただいております。邊見先生、よろしく願います。

講 師

全国自治体病院協議会会長 邊 見 公 雄

皆さん、改めまして、こんにちは。ただいま初級手話でごあいさつさせていただきました。初級ですので、ほとんど伝わっていないと思っておりますので、訳させていただきます。

皆さんですね、手のひらは太陽です。こう沈んでしまって、親指2人が会って挨拶しますと、「こんばんわ」ですね。日が出かけに会えば、「おはようございます」です。今、この辺でしょうかね。一応「こんにちは」。

私の名前、ネームプレートですね。名前は、片仮名の「へ」、手話もおちよげがありまして、お尻を指して「へ」なんていう人がおりますが、「ン」、「ミ」です。



## ◆特別講演 3

私の町は赤穂です。もう赤くありませんが、唇のルーージュ、「赤」、稲穂の「穂」、脈をとってます、「病」、建物、「院」の院長です。よろしくと申し上げます。

ただ、先ほど御紹介がありましたように、3月に辞めましたので名誉院長と言わないと職歴詐称になりますが、まだ「名誉」という手話を覚えておりませんので、こらえてください。

今日は、このような機会を与えていただきました、鳥根県医師会 田代会長 以下、関係者の皆さんに大変感謝申し上げます。それから、私が敬愛する先輩の、司会の労をとっていただいています武田先生、本当にありがとうございます。

今日、私がお話しさせていただくのは、やはり医療界って自己犠牲のできるボランティア精神の多い人がたくさんおるんですね。それなのに、IQもものすごい高いのに、何でこんなにいじめられて暗くなってるんだらうということで、少しエールを送りたいという意味でお話をさせていただきたいと思います。

先ほど私が手話でご挨拶させていただいたのは、当院にはボランティアが180人登録されております。それに加えて、追っかけ勝手連ボランティアといいましょうか、登録されてない人が100人ぐらいおります。

なぜ登録されてないかいうと、登録すると、今であれば新型インフルエンザ、以前であれば結核のツベルクリンとか、院内感染防止のための定期検診を年2回ぐらいやらなければならない。それから、個人情報保護ですね。公立病院は二重の守秘義務があります。公務員としての納税者に対する、ステークホルダーに対する守秘義務、あるいは医療職として病院に来られている方の守秘義務ですね。だから病院で起こったり見たり聞いたことは絶対外で言っちゃいけないよと言わないと、人口5万余りの小さな町ですので、ボランティアはどこに入ってもいいということにほぼなっていますので、病室へ入って、Aさんを見た。Aさん大分弱っているなど心の中で

思うだけだったらいいのですが、播州赤穂駅でAさん大分弱っとるぞ、年越せそうもないから年内に見舞いに行ったれやと言ったら、それが町じゅう広がってしまって、市民病院の守秘義務はどうなっているかという、私がまた議会で謝ったりしないといかんと。そういう講習会もしないといけないということで、なかなか難しいということで、それでしたら、私は菊を牛乳瓶に入れて医局のとこへ飾るだけというおばあちゃんとか、それからネフローゼの小児科の患者さんに将棋を教えに来てくれてるおじいちゃんとか、こういう人を皆、講習会に来んから言うてペケするというわけにいきませんので、排除の理論というのはよくないと思いますので、そういう人も入れると280人、盆と正月、クリスマスに歌だけ来るという人を入れれば300人ぐらいいるんですね。

そういう人たちに我々が、スタッフが何かお返しできるかなと考えておりましたら、西暦2000年が世界ボランティア年でした。それで、福祉会館で木曜日の6時半から8時半までしている手話教室に行きました。そして、木曜日の夜というのは医師会の理事会とか、こういうふうな院内外の研修会とか、土曜日と並んで特異日として、なかなか行けなかったのですが、出張で教えてくれたり、行った人が伝達講習してくれて、お情けで初級をとりました。

そうすると、病院の風景が変わりました。今まで来たこともないデフ・アンド・ダムの方、聾啞の方が来て私、消化器外科が専門、以前は乳腺、血管もやっていたのですが、消化器が主に、田舎へ行きますとそっちになりますので、そしておしり見せるんですね。そしたらステージ4、カリフラワー状の直腸がんですね、もうおしりからはみ出してきておると。かなり進行したようなもの。言葉が不自由なのと、場所が恥ずかしいので来れなかったと言うんですね。

私、これを考えて、医療界というのは、もう10年間のずうっと医療費抑制政策、あるいはマスコミのミスリード、患者さんからのモンスター・ペイシェントと言われるほどの過大な要望、もう踏んだり蹴ったりですが、まだ我々の努力によって救えるニッチ

なところもあるなあということで、手話でご挨拶させていただきました。皆さん方も、まだ完全に悪くなっているわけではなく、ここで踏ん張ることが大事じゃないかなあというふうに思っております。

一番初めに、中医協の最近の御報告をいたしたいと思えます。

中医協は、10月30日、新委員による第1回の総会が開かれました。そこに足立政務官が来られました。今度の委員の選任は私が決めましたとおっしゃいました。日本の医療の現状を反映する委員を選びましたと。だから、病院医療費が6割になったから病院3、診療所2にしましたと。診療所の委員は、地方の医師会から選びましたと。都市型医師会1名、農村型というのですかね、郡部医師会1名にしましたと。これは前者が安達秀樹先生で、後者が鈴木邦彦先生だと思えますが、そういうふうなことで、大学も大変なのだというので、大学から1人選びましたと。これは山形の嘉山孝正先生だと思えますが、ただ、御安心ください、皆、医師会員です。それから必ず週に1回は集まって3時間ぐらい打ち合わせをしております。そこへは歯科医師会、薬剤師会も来ていますし、山形大学なんかは医療政策学部のブレンみたいな人を連れてきて、後ろでばあっと資料を出したりデータを出したりしてやってくれていますので。今回は私、3期目なのですが、2連敗なんです。今回は勝てると思って、最後の死力と思っているのですが、昨夜は「刃傷松の廊下」を歌わせていただきましたが、今晚は軍歌を歌おうかと思っておりますが、戦いの場でございます。

ただ、自民党は不言不実行でした。民主党はどうも有言不実行のような感じがして、だんだんだんだん財務省に押されてきていますので、この辺のところも皆さんの御指導よろしきを得て切り抜けていきたいというふうに思っています。

私の町赤穂は、江戸へ行って、生きて帰ってきた人は、ほぼいないのです。大石内蔵助も四十七士も皆そうですからね。だから切腹覚悟でやっていますので、「生命（いのち）輝かそう日本の医療人」と

いう、実際は輝けない、先ほどからのお話を聞いていまして輝けないし、唐澤会長先生もおっしゃいましたように、いろんな問題点があります。ベゾンデルス勤務医としましては、勤務医のドイツ語を知らないの、ベゾンデルスだけです、これもおかしいですね。こういうことです。



(スライド1)

これは赤穂ですね。

#### 私の考え

- \* お医者様はいらっしゃいますか ……医師はどこでも医師であれ
- \* 下り線にも乗りましょう ……高取峠を越えさせない
- \* 貸し借りのない人生 ……取り引きしない
- \* エバー・チャレンジャー ……少しでも多く、少しでも早く
- \* ネガティブヒーローはもう作らない ……医療安全いろはカルタ
- \* 少子高齢化の枕詞か
- \* 死んでも満足していただける病院づくり ……ディズニーとヨタに学ぼう
- \* 癒しの環境
- \* 「人を見る(Nomo, Ichiro)」
- \* 「人を動かす(金、イデオロギー、情)」
- \* 「院長の孤独」……支えは職員と患者様
- \* 医療は大学病院レベル、人間関係は診療所のように
- \* 3H+α
- \* 1円の黒字
- \* 山古志村を減ぼすな
- \* 医療と教育は日本の2大基幹産業
- \* 病院こそ地域のコミュニティーセンター
- \* 医療機関と学校は昼ご飯が食べれる距離に
- \* 患者のQOL、スタッフのQOL、立ち去り型サボタージュ防止
- \* 開かれた病院づくり ……住民(患者、ボランティア等)参加

(スライド2)

これですね、こういうふうなことで私、いろいろやっています。医療と教育は日本の2大基幹産業だと。先ほどどなたかもおっしゃいましたけれども、この国は、江戸時代のときから、あるいは寺子屋の時代、あるいは明治維新以来、自分はどんなに貧しくても、子供たちには食わせ、着る物を着んとて子供たちに着せて、その子供たちの健康と成長を守って、その子たちにいい教育とよいしつけをしてきたから、こんな島国で、山と海に囲まれて、平地はほ

## ◆特別講演 3

とんどなくて、石油も石炭も鉄もほとんど地下資源ゼロに近い、乏しい国が、アメリカ合衆国やソビエトロシアと互角にやってこれたのは、この2つがあったからですね。この2つで、いい科学技術立国、それ以外、もう日本の生きる道は平成維新としてないわけですが、なぜこんな豊かな平成の時代に医療と教育をかなぐり捨てるのでしょうか。私たちは全くそれがわからないんですね。

「美しい国」なんていう首相がおりましたけど、あの方は銀座、六本木、大手町、霞が関、永田町だけが美しかったらいいと思っているのでしょうか。本当は隠岐島も山古志村も赤穂も奄美大島も夕張も銚子も松原も良くなかったらいかんと思います。かなりこの国の国是を間違った政策が、この10年間行われたと私は思っております。

医療機関と学校は、朝、早い朝御飯を食べたら遅い昼御飯が食べれるくらいの距離にないと、あんまり集約化、集約化といいますと、島根県は6,000分婉だそうですが、1,000分婉に1人というふうな日本産科学会の話をもそのままいきますと、ここは6しかお産のできる施設は要らなくていいと。そうすると、初産の人は大丈夫でしょうが、2回目、3回目になると子宮口は開きやすいですから、救急車の中での墜落産なんかいっぱい増えるだろうと私は危惧しております。



4

(スライド 3)

私、最近、患者さんのQOLはもう行き着いたと思っていますので、スタッフのQOL、「Quality Of

My Life」、ここへ「M」を入れてください。そういうのをやっております。

こういうふうな話を、今日させていただきたいと思えます。

### レジュメ I

- 日本の医療の評価
- 現況
- 何が崩壊しつつあるか
- 何がそうさせたか
- 中医協委員として判った事
- 市民100人に聞きました

5

(スライド 4)

### レジュメ II

- 勤務部会の再生
  1. 位置づけ
  2. メンバーの選考
  3. 公報のあり方
- 勤務医としての反省
- 薩長の下級武士
- 汗と涙を流す覚悟
- 医政は自己犠牲

6

(スライド 5)

こういうふうなお話をね。



7

(スライド 6)

これは、大石内蔵助さんのお家です。いまだに残っておりますし、主税さんの刀でつくった落書きもありますね。落書きというのはやっぱり日本の文化ですね。昔からあるみたい。



(スライド7)

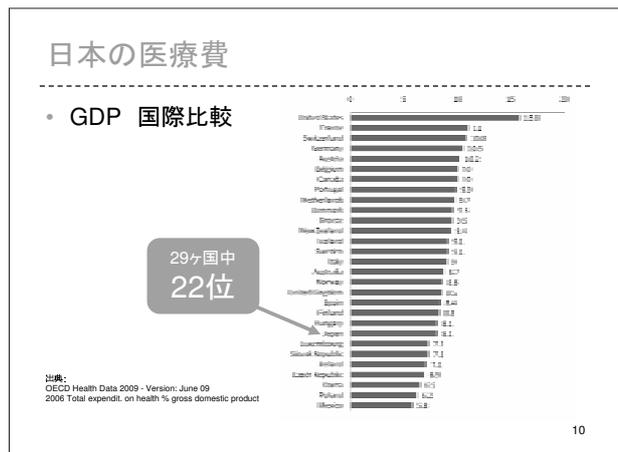
WHOの医療評価。ちょっと古くなるのですが、1997年に日本はコスト・パフォーマンス1位ですね、19カ国中、WHOで。これは少し古いので、この10年間の医療費抑制政策によって、これがずっと落ちたかと思って、何かいいデータはないかというんで調べました。



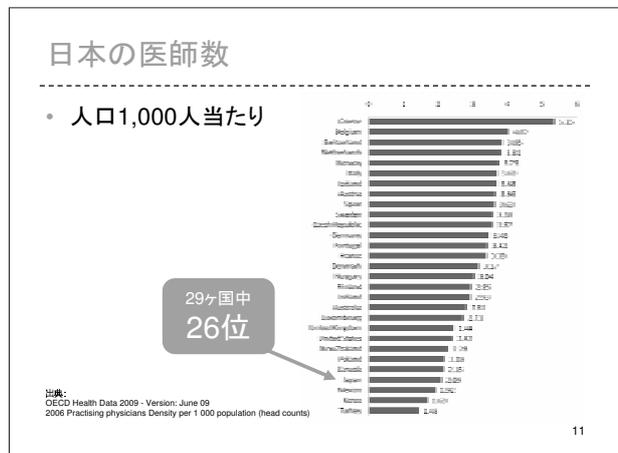
(スライド8)

カナダが今年出していました。オーバーオール・ヘルス・パフォーマンス・ランキング。やっぱりジャパン、1位ですね。格付ではAがずっと続いている、もう1位なのです。だから、こんなにいじめられて、めちゃくちゃされても、まだちゃんとした成績を上げておるのです。

私は、日本の医療人の素晴らしいところは、この間の外来管理加算の5分間ルール、あれによって何にも自分の診療スタイルを変えていないのです。5分間以内とって、5分間ルールでお金をもらっている人もいます。これは、おれはそんなのは認めないと言っとることだと思いますね。支払い側の方も、しまったと思っているんですね、これは。だれも、患者さんのアンケートも、7割の人が時間は意味がなかったと思っているわけですね。だから、診療報酬によって自分の診療スタイルが変わるほど、日本の医師は馬鹿じゃないということですね。だから、我々はいろいろ診療報酬をつけますけれども、最後は哲学とか、あとのシステムとか、そういうものを変えないといけないだろうというふうに思っております。



(スライド9)



(スライド10)

GDPは、唐澤先生のスライドでは21位でありま

## ◆特別講演 3

したが、今22位で、この間、嘉山先生の持ってきた論文によりますと、建物の費用とかなんかが抜けるんで、本当は抜かさないかんのが、よそが入ってないというので、本当は日本は29位だそうです。

医師は当然この辺ですね。あと、メキシコ、コリア、こういうふうなところ、トルコ。これに抜かれると、もう最下位の方へ行ってしまうというふうなことです。これはいつも本田先生がおっしゃっています。



(スライド11)

これは花岳寺といひまして、泉岳寺の本山です。

### 今何が崩れつつあるか

- 救急医療
  - 産科、小児科(特に周産期医療)
  - 手術関連診療科(ハイリスクローリターン)
  - 急性期病院医療
  - 大学病院医療
  - 基礎医学
  - 総合病院精神科(合併症精神病患者、自殺対策等)
- 地域医療

13

(スライド12)

今、何が崩れつつあるかというのは、まず救急医療ですね。これは、初めは田舎の方、奈良県とかでありましたが、最後は駒込、花のお江戸の真ん中で、都立病院も舞台になってしまった。合併症のある妊産婦が死亡というふうなこと。で、舩添さんとか石原慎太郎さんも慌てたというふうなところですね。

産科、小児科、周産期医療。先ほど郷原先生の犬野病院のお話もありましたが、こういうふうなところ。手術関連診療科。ハイリスク、ローリターンですね。青本を外国人のサーजनに見せると、クレージーと言うだけです。何にも評価はありません。余りにも安過ぎるんですね。急性期の病院医療。大学病院の医療。これは、医療と教育をないがしろにしてきた政策によって、こっちは医療、こっちは教育ですから、2つに関与する、この10年間で一番悪くなったのが教育と医療と治安だろうと思っていますが、その2つに絡んでくるから、ここがもう、特にDPCによって重症者だけになって余裕のない生活をしていますから、嘉山先生が昨日の中医協でレクミたいなのを25分ぐらいしましたけれども、大変ということで、日本の医療のトップランナーの一角を占める大学病院がもう大変と。研修医も、先輩たちを見といたら、あんなところへ行ってもしょうがないと、戻って来たくないというので、どんどんと悪くなって、研究と教育ができなくなって、診療だけに追われていると。運営費交付金はメリットシステムといって、患者を余計診て収入を上げたところの講座だけへ行くわけですね。だから本当に基礎医学というか、ちょっと基本的な、それから小児科とか歯科口腔外科なんかはどんどんと診察室が減ったり、デンタルチェアが減ったりしているわけです。基礎医学もいかにと。もう精神科もちょっと大変。

### 中医協委員として判った事

1. 中医協は三者構成
2. 公開審議
3. 他の医療専門職
4. 今まで取り残されてきた分野
  1. 入院医療
  2. 手術手技料
  3. 高侵襲検査手技料
  4. チーム医療
  5. 高度先進医療

14

(スライド13)

中医協のことを少し申し上げますが、中医協は三

者構成です。まず支払い側という方が健保連、連合、経団連、そういう方がおります。だから、こちらが北風作戦みたいに幾らお金を出せ出せ言っても、出す側の人のある程度の理解を得なくちゃいかんですね。だから、これは国会対策委員会的なところがありまして、相手の信頼感も要るわけですね。私、1期目はもう初出場でわかりませんでしたけども、2期、今度3期目になるとやはり、ただ、今度は相手の方も大分わかりましたのでなかなか難しいところがあるのですが、公益側委員などにも理解を得ないと、何ぼこっちが欲しい欲しい言っただって、それはやっぱりいけないと。相手の理解を得ることということも大事であると。

それから、公開審議です。何か中医協は密室だというふうなことを言っていますけど大間違いで、公開審議です。三者がおるから良いわけです。利害関係者の会議だと言うけど、どちらがつぶれても困るわけです。健康保険制度がつぶれても我々は困りませんし、医療提供体制がつぶれても患者側は困るわけですから、これは大事なことだと思うのですが、どうもそれを理解していない人が政界にもおると。それは与野党問わずおるということで、ちょっと困っております。他の医療専門職も専門委員としておりますので、看護協会とか。今度は臨床放射線技師会が入りましたね。

それから、これがちょっと今まで少し弱かったのではなかったかと、ちょっと日本医師会は内科・無床診療所医会的な要素が強かったのではないかと。だから入院医療、手術手技、高侵襲検査、チーム医療、高度先進医療、こういうものに目配りがなくて、これがかかり今回の医療崩壊の大きな部分を担っているのではないかと思います。

これは、まだ答えが出てないのです。私に来てる患者さんにこういうのを出そうと。というのは、マスコミなんかの報道を見ますと、日本医師会は悪者だというふうに田舎では思われているので、田舎のおじいちゃん、おばあちゃんに、私についてる看護師さんにこれを今配って回収中なのです。これを見

## 設問

1. 日本医師会を知っていますか？  
(ご存知ですか)
2. どんな印象ですか？  
好意的 非好意的 不明
3. なぜ好意的？
4. なぜ否定的？
5. 何を期待しますか？

15

(スライド14)

てから、今後私の、私はずうっと外来をやっています、火曜日。おなかを押さえながら、日本の医療費は安いのですよと、ドクハラになりそうぐらいやっています。皆やってくださいよ、絶対やらなくちゃいかんのです。みんないろいろ口で言うけれども、柔道整復師会なんかやっているのですよ、押さえながら、いろいろ。

## もし病院がなくなったら (勤務医が居なくなったら)

1. 診療所過当競争、全医師疲弊
2. 紹介する病院なくなり、自己完結型医療  
(本当のかかりつけ医?)
3. 若手医師の育成が困難に
4. 新技術の導入や医薬品、医療機器などの市場形成遅れる
5. 地方の生活インフラ崩壊
6. 混沌とする都市へ安装置置も崩壊

16

(スライド15)

病院がなくなったら困るのは患者さんだけじゃないのです。診療所の先生方も困るのです。みんなが開業したら過当競争になってライバルばかりになります。全医師が疲弊します。だからローマのタクシードライバーが医師であるというふうなものになってしまうかもわかりません。紹介する病院がなくなって、完全な自己完結型のかかりつけ医になります。だから、夜も昼も、手術も皆自分でしなければいかん。若手医師の育成が困難になりますし、新技術の

## ◆特別講演 3

導入や医薬品や医療機器などの市場形成が遅れます。創薬産業、あるいは機器も遅れますね。地方の生活インフラが崩壊しますし、町でも安定装置としての病院がなくなれば、これは大変なことになります。

### 医療界の五賊

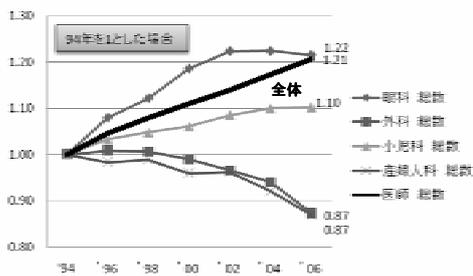
- 大日本帝国崩壊の5賊
  - 1. 陸軍のバカ
  - 2. 海軍のアホ
  - 3. 国会のボンクラ
  - 4. 官僚のマヌケ
  - 5. 新聞の腰抜け
- 国民は？

17

(スライド16)

医療界の五賊というのは何でしょうか。「大日本帝国崩壊の5賊」という本を読みました。陸軍のバカ、海軍のアホ、国会のボンクラ、官僚のマヌケ、新聞の腰抜けと。医療界はどうでしょうか。私は、この中に我々病院団体、学会も、日本医師会も、どこかに入っていると思っています。

### 診療科の偏在



出典：平成18年 医師・歯科医師・薬剤師調査

18

(スライド17)

これは診療科の偏在でございますけれども、これは、この0.87が産婦人科なんです。平成6年を1とした場合、産婦人科はこう減っているわけです。この青が0.86なのです。ちょっと間違っていますが、これが外科なんです。

この間、3年前でしようか、阪大の今、副学長、

そのときの附属病院長、外科の門田教授が、外科学会で会長講演としては異例の会長講演をしました。普通であれば、学会ですから外科学の自分の専門のことをお話するのですが、このままでは外科医が、西暦2020何年ですかに、もうゼロになるというカーブですね、それを四大紙に出しました。かなりのお金が必要というふうに聞いていますけれども、今年、四国で外科を志した人は、嘘かと思いましたが、1名だそうです。だから、そういうことが本当なんですね。

だから、今、40代の外科医が割とおりますので、30代の外科医がめちゃくちゃ減っていることに気づいていないのです。外科医は10年間一人前じゃないですから、一人前になったときに手術ができないということがわかってくると思うんですね、その方たちが40代になる頃に。だから、私は外科学会とかいろいろところで、江戸時代に戻るのかと、大きな手術は江戸か難波か長崎か京へ行けということになるだろうと中医協でも言わせていただきました。

### 人口10万人当たり医師数の分布(平成18年)



★ 暫定的医師養成増対象象(人口10万対200未満、ただし100平方km当たり医師数60以上を除く)(平成18年月段階)

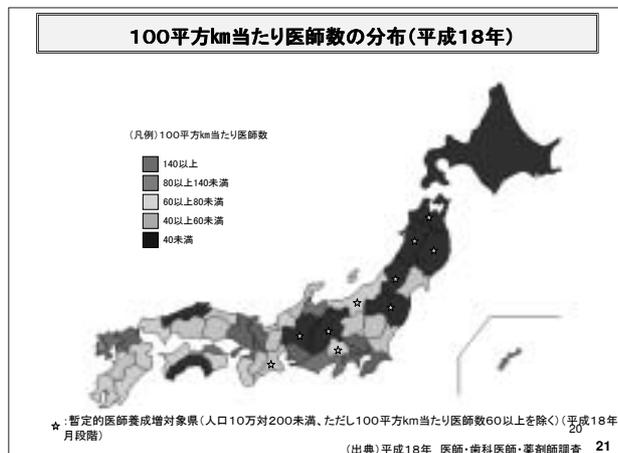
(出典)平成18年 医師・歯科医師・薬剤師調査 20

(スライド18)

手術の件数がある程度なければ診療報酬を100分の70と、3割カットすると。私はその日に外科学会に退会届を出しました。そんな馬鹿なことがあるかと。私の手術が国立がんセンターの研修医がやっている手術より100分の70の技術料しかもらえないのかと。これを守れない外科学会なんかにおっても仕方ないということで、私は当日、脱退届を出しまし

た。今、復帰していませんけれども、外科学会の特別講演にはいつも呼ばれております。

これは、そうですね、西高東低。



(スライド19)

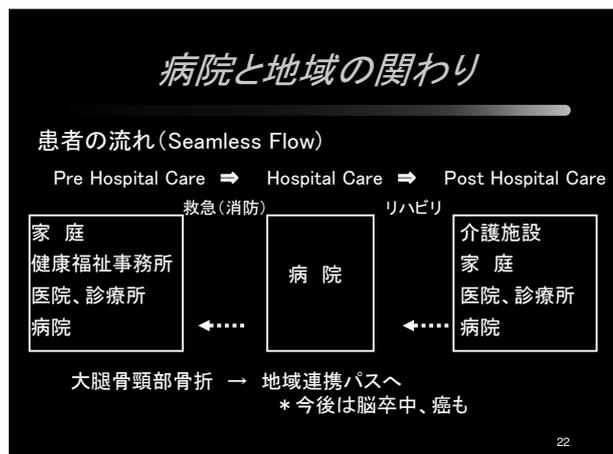
これも、これは何か薩長が勝ったから、上先生は、こっち東にはペナルティーとして医師をつくらなかったのだと言っていますけどね、何かそれは私はあまりわからないのですが、上先生の理論というのもすごいです。



(スライド20)

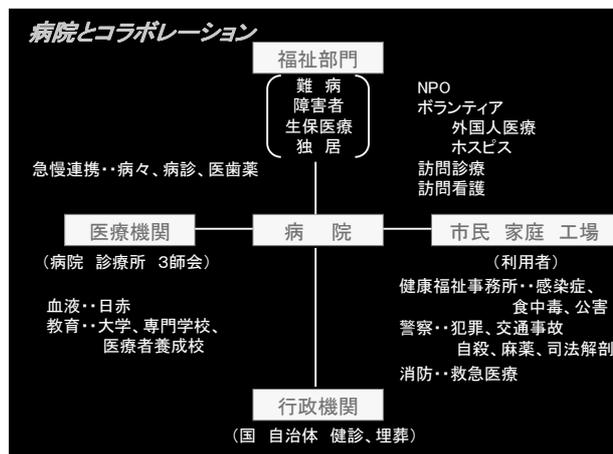
これは、大石神社です。

病院と地域のかかわりというのは、私はやっぱり救急、消防、リハビリ、地域連携バス。家庭や健康福祉事務所、医院、診療所、病院、皆さんの診療所、病院、他の病院と、こうくるくるくるくる、いい循環ができる、クリティカルパスですね、地域の。だから本当はこういう連携をつくっているのですから、急性期入院管理加算なんていうのはおかしいんです



(スライド21)

ね。あれは自己完結型の病院、総合型病院というのを否定しておきながら、総合型病院に点数をつけたわけですね。あれもおかしいと思うのですが、2,200億円削減というシャッポがありながらやっていますから、つけても算定要件と施設基準で全部切っていくわけですね。だから、私はあの課長通達というのは診療報酬の決定と同じに出してもらわないと、つけたということにならないと思うんです。



(スライド22)

病院は、こういうふうなことをしています。今は外国人医療とか、あるいは自殺、食中毒、故意の麻薬、多いですね。この間は、私の近くでは台風9号で20の方が生き埋めや溺死、まだ2人は行方不明ですけども、行政解剖18人とか、何かいろんなことが、血液行政とか、いろんな、移送まで関係します。大変忙しいです。

## ◆特別講演 3



(スライド23)

これは病診連携で、赤穂市ほか、市域の医師会と、早かごというか、すぐに、できるだけ早くに御返事とか、いろいろ逆紹介状とかを持って走るようにということで職員を叱咤激励しております。



(スライド24)



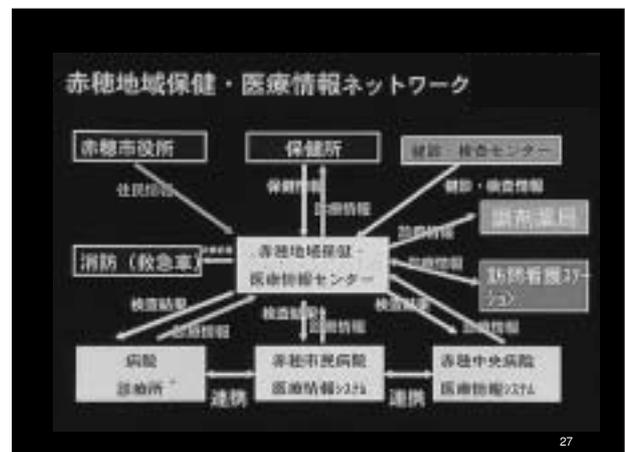
(スライド25)

病院はこういうところに、千種川の、こっちが赤

穂城でして、こっちが瀬戸内海です。

これは開放型病床で、これがうちの内科医です。(スライド25) こちらが町の診療所の先生です。1患者2主治医制を開いてます。オープンベッド10床です。この方はそろそろ退院だから、いつ退院するかという日を決めているわけですね。そうすると安心して帰れますし、平均在院日数も減りますし、また悪くなったらいつでも紹介してくれると。

この方は昨年の年末にうちの小児科部長を、副院長ですけど、燃え尽きでやめまして、若い先生がまた育児休暇をとりまして、もう年末年始の輪番制が組めなくなったときに来てくれて、やってくれました。この先生と、もう一人の小児科の先生がですね。この方は電子カルテがわからないのでと、自分のところであるというので、うちに来た患者をうちから送って診てくれました。だから病診連携は、うちの町はうまくいっている方だというふうに思っております。なお、余談ですけども、後任の小児科部長は松江赤十字病院から来ていただきました。



(スライド26)

これがうちの、いろいろやっていますね。この医療情報ネットワーク、これは旧郵政省の補助事業でもらったのですが、やっぱり個人情報保護というのが難しく、市役所の住民情報の方がちょっと破綻を来しまして、今、これ止まっています。やっぱりオンブズマンとか難しい人がおって、ここがちょっとペケされたみたいですね。



(スライド27)  
これは早かごです。

### 当院での取組み

- 五感にやさしい病院
- 病院らしくない病院(自宅のように)
- 住民参加の病院、開かれた病院
- 次世代を育てる病院
- 安全な医療を提供する病院

(スライド28)  
当院での試みを少し、お昼のお茶の時間になってきましたので、少し楽な、肩の力を抜いて聞いていただきたいと。

# 院 是 恕

生命輝かそう赤穂市民病院  
(封筒、はがき、パンフレット等に)

(スライド29)  
院是は「恕(おもいやり)」です。女の人が口移

しに子供に御飯を与えたり、女の人のお優しい口遣いで利用者に接してほしい、接遇ですね。女の又の心は困りますよ、女の又は。女の口の心ですよ。

それで、これは英語ではホスピタリティー、ホスピタルの語源ですね。梵語では、なんじが欲せざるところを他になすなかれ、なんじが欲するところを他になせと。物すごくいい言葉みたいですね。

京都大学の文学部の名誉教授が立ち寄ることがありまして、何か忠臣蔵の研究で。それで、邊見君は論語を随分お読みなんですねと言いましたから、いや、私は論語読まずの論語知らずですと言ったら、これは論語のテーマだよと、子貢という孔子の高弟が、孔子様、人生で一つだけ守っていたらいい言葉は何でしょうかと聞いたたら、恕かなと言ったそうですね。そんなにいい言葉なのです。私、知らずに使っていましたけれどね。

私なんか、もっと偉いなというのが、やっぱり孔子様は偉いですね。恕だろうかねと言ったんですね、恕かなって。僕なんかは恕なりって、すぐ研修医に言うような気がしますけどね。すばらしいなど。

「生命(いのち)輝かそう赤穂市民病院」というのをロゴにして、封筒、はがき、パンフレット等を書いていましたら、7年後に、よく似た言葉が出てきました。「生命膨らまそう第一製薬」です。私の方にプライオリティーがあるのですけどね。

### 基本理念

「よい医療を効率的に地域住民と共に！」

私達は、地域住民の健康増進のため、他の医療機関や保健福祉分野と力を併せ、地域中核病院として、当地域の医療を担うと共に、さらに高度な医療に対応できるよう努力します。

(スライド30)  
基本理念はこう。昨日までうちの病院、3回目の病院機能評価バージョン6を受けてたんですが、こ

### 行動指針

1. 使命  
生命の尊重と人間愛を基本とし、地域住民の健康と福祉を確保するために、専門職的で倫理的な医療を行うために最大限の努力をいたします。
2. 地域社会への貢献  
本院の医療機能を地域の医療体系に連携し、効率的な医療サービスを行い、保健福祉活動に進んで参加します。
3. 研修と教育  
医療従事者としての研修に励み、医療水準の向上と後進の教育に努めます。
4. 医療記録と守秘義務  
医療記録を完備し確実に管理すると共に、プライバシーの保護を厳守します。
5. 管理運営  
患者中心の医療を行い、かつ公立病院として地域社会に必須の病院として存続できるよう合理的な管理運営に努めます。
6. 市民参加  
開かれた病院を目指し、ボランティアや学生を進んで受け入れ、市民との交流を深めます。

(スライド31)

ういいうのが要りますね。

行動指針は、こうですね。



(スライド32)

これは病院。千種川といって西播随一の清流で、ここから500メートルぐらいが瀬戸内海なんですね。だからここ、干潟になりますし、淡水と海水がまじる汽水なので、いっぱい魚がおって、それを目がけて鳥が来るんですね。で、鳥害というか、こっちにふんをされたり、鳥インフルエンザとか、変なことになったらいけないので、うちの病院の木は、全部関西空港と同じ木を植えています。これは実がならない木です。ここで小魚とか貝を食べた鳥たちが、サラダ感覚でうちの木の実を食べに来たら困るからですね。だからそういうふうにしてるんですけどね。

窓をものすごい広くしました。これは、この間みたいに灯油が高いと非常に困るんですけども、私、こまい時、よう病氣しまして、「次郎物語」の土蔵

みたいところで寝かされていたんですね。昔はすりガラスか障子で、日に当たたらいけないと私の主治医の先生もおっしゃいまして、暗いところでじっとしておると、何か変な夢ばかり見て、谷へ落ちていく夢とか、どつかれとる夢とか、そんなのばかり見るわけです。これはいかんと思って、やっぱり外の動くもの、緑、あるいは水、そういうのが見えるところへ病院をつくらうと思って、ここへつきました。そうしますと、うちの市長は県庁からの天下りの人でして、山へつくれと言うのです。私は瀬戸内海国立公園のところにあるんやから、海と川のところへつくらう言うて。そしたら議会で、私が川と言ったら、市長は山と言うんですね。何か忠臣蔵の討ち入りじゃないかと、助役が、これは表門隊じゃないかと、訳のわからんことを言いましたけれどもね。

### リバーサイド



(スライド33)

彼の言うこともよくわかるんですね。潮風が来たら医療機器みたいな精密機器はさびてだめになるんちゃうとか、いろんなことを言うんですが、ほんなら神戸中央市民病院なんか、ポートアイランドの真ん中につくつとるじゃないですかと、いろいろ言ってますし、いっぱいあるんですけど、どうも市長はそんなことばかり言うてたんですけども、こういうふうなのをつくりました。

それで、窓をベッドより低くしています。寝たきり老人、がん患者、骨折の人でも外が見えるように

ですね。私がバードウォッチングの双眼鏡を貸して  
ます。私も外ばかり見て、あんまり回診のとき体  
を見ないので、先生、時には体も見てくださいとか  
言われますけど。

### キャッスルサイド



(スライド34)

これはキャッスルサイドですね。赤穂城。

### マウンテンサイド



(スライド35)

これはマウンテンサイド。これは赤字ですね。  
うちの病院はとうとうこの間から赤字になったの  
ですが、もともと赤字なんですね、「穂」はないん  
ですけど。昔は盆と正月とクリスマスだけライトア  
ップしていました。今は365日、11時50分ぐらいまで  
やっていますね。私、酒を飲んで方向感覚がなくな  
ったら、これを目当てに帰っています。私はこの辺に  
おりますのでね。これは市役所です。

### シーサイド



(スライド36)

これは小豆島ですね。

これが瀬戸内海で、この向こうに香川県東部、こっ  
ちに淡路島、それから徳島県、鳴門海峡。鳴門大橋  
もぴかぴか時々光りますね。中国人の留学生なんか  
が来ますと、この小川は何という小川ですか、この  
川は何という川ですかと言いますね。中国では、対  
岸が見える海なんてあり得んのですよ。川でも見え  
ないです、瀧江も黒竜江も。私、中国生まれです  
から、中国東北省へしょっちゅう中日友好で行きま  
すけれども、黒竜江なんか、真ん中にあるダマンスキー  
島、日本名、珍宝島ですが、中ソ国境の紛争のとき  
に争点になったところですが、四国と同じぐらいあ  
るんですよ、ダマンスキー島は。だから物すごいで  
す。

それともう一つ言っておきますが、先ほどから男  
女共同参画が出ましたけど、中国は女医さんが6割  
5分です。何の問題もないそうです。一人っ子とい  
うこともあるのですけれども、ちゃんとしたやっぱ  
り社会の体制ですね、昔の旧社会保障制度、社会主  
義国家ですから、女性医師に対する対応ができてい  
るんですね。びっくりしました。私、中国ではどう  
なっていますかと、日本では女性医師問題が大変な  
のですが言うたら、6割5分は女性ですが何の問題  
もありませんと、半年ぐらいだけ産休、育休とって、  
それ以外は全部普通に働いていますというふうなこ  
とでした。

デイルーム



(スライド37)

これはデイルームですね。



(スライド39)

ライトコート(光のある環境)



(スライド38)

これはライトコート。これは、建設費のときに総務省ともこうやって、建築単価が1平米何ぼというのが起債の条件にあって、これがちょっと問題になったのですが、真ん中を明るくしないと、私、変な夢ばかり見た記憶があるから明るい病院にしたいというふうに言ってこれをしたのですが、良かったと思います。今は認知症の方がくるくるくる回っていますから、ある意味ではよかったです。

これはアメニティホールですね。ここでいろいろボランティアをやってもらう。これを、これが邪魔だから取ったらどうかという人がおるんですが、これ取ったら、うちの病院、つぶれます。大黒柱です。7階建てですから。(スライド39)



(スライド40)

これは塩と歴史の博物館ですね。

ボランティアの皆さん

(スライド41)

ボランティアです。

## ボランティアの役割

1. 「癒し」の提供
  - ・人と人のかかわり⇒きめ細かいサービス
2. 「良好な診療・療養環境」づくりの手助け
3. 「架け橋」
  - ・病院と患者様・ご家族
  - ・病院と地域

43

(スライド42)

ボランティアは、やっぱり非常にいいです。私は、絶対医療界が立ち直るには市民との共生というか、市民に理解を得るような医療界にせんと、診療報酬も絶対上げてくれないだろうと思って、できるだけ開かれた病院づくりというのをしております。

## ボランティア活動の基本理念

- 市民による市民のための病院づくり
- 五感にやさしい病院づくり  
(視・聴・嗅(きゆう)・味・触)
- 地域に開かれた病院づくり

44

(スライド43)

これは市民の市民による市民のための病院づくりというのをモットーにしていますね。

11年前に、病院が1,200メートル下流へ移ったとき、だから竣工式というか、市民を集めて病院の開院の前の前夜祭みたいなのをしたのですが、そのとき1.2キロ下流へ行ったのだから、今だったら私、「Change, Yes We Can」と言えるんですけど、そのときはまだオバマさんおりませんでしたので、ゲティスバーグのリンカーンの「the government of the people, by the people, for the people」、市民の市民による市民のための、人民の人民による人民

のための政府というのをゲティスバーグで南北戦争の後で言いましたね。あれをもじって「the hospital of the citizen, by the citizen, for the citizen」と。市民病院は市民の皆さんの病院ですよ。院長や職員の病院ではありません。まして市長さんの病院ではありません。生かすも殺すもあなたの方ですよ。患者さんとして来てくれてもいいし、家族が職員として来てくれてもいいし、ボランティアでもいいですよ、お願いしますというふうなことでやっております。貧しいですから、できるだけいろんな人のお手伝いがないと、田舎の財政では大きな病院はやっていけませんので、こういうふうなことをやっております。



45

(スライド44)

これは、お正月に松竹梅のボランティアの籠谷照夫さんという方がくれてる、いつも、1週間に1つ変わるんですが、ここに書道クラブが「謹賀新年」といつも書いておるんですね、そのときの絵も入れて。

これ、数年前に情けないことが起こりました。鉢ごと盗まれました。義士のまち赤穂ですよ。主君のために命を惜しまないという義士のまち赤穂で、お正月に病院の中ですよ、ボランティアが植えている植木を鉢ごと盗んだんですよ。ちょっと花だけ盗むのやったらまだいいですけどね、鉢ごと。もう私、怒り狂いまして、この「謹賀新年」の横に「盗むな」って書いとけと言ったんですけども、それも正月やのにいかんというて……。

### ◆特別講演 3

しかし、備前焼のいい鉢だったらしくて、それ以来、もう鉢はぼろしか出さんと言ってますわ。だからあの鉢、どこかから出てこんかなあ、院長といつも言われるんですけど。



(スライド45)

これはさつき展。



(スライド46)

菊花展ですね。当然菊花賞のときは菊花展、皁月賞のときはさつき展になりますね。

これは季節の先取りですね。銀写会という65歳以上の写真クラブです。1月、2月に3月、4月の花を飾る。これは赤穂岬の桜、これは姫路城の桜。胃がんを治してあの桜を見に行こうという、病気と闘うファイティングスピリットですね。(スライド47、48)

神社仏閣、地藏さん、仏像は、いい被写体だけど、場所柄、置かないとか、いろんなことを言ってくれます。



(スライド47)



(スライド48)



(スライド49)

これは、どうも私みたい。絵手紙の倉野勝子さん。「笑顔は良性の感染症。伝染しますよ」。これは永六輔さんが、あの方は689トリオで、「こんにちは赤ちゃん」とか「上を向いて歩こう」とかの作詞家で有名ですが、もともとはお坊さんで、「大往生」とか

「死生学」というベストセラーも書いた人ですね。彼が親友の淀川長治さんに、あの「さいなら、さいなら、さいなら」の。彼の病室へ行ったときに、病室に入るときに、この病室へ入る人、笑って入ってきてくださいと書いてあったそうです。だからははははと笑って入っていったんです。そしたら君じゃないんだよと。だれに書いてるのですかって。ここのスタッフだと。ここのスタッフは、鬼のような形相で入ってきて、採血すると、脱兎のごとく駆けて出るというのです。

皆さんの病院、どうですか。今の医療費の人員配置なんかだったら、朝は大変なんですね。与薬、採血、点滴、配ぜん。今、どこの病院でも一つの病棟に数名は認知症の人がおりますね。さすがに小児科にはいませんけどね、それ以外は皆おりますわ。そしたら、昼、夜は家族が御飯の食事介助に来てくれるんですが、朝は間に合わないんですね。だから1人では、スタッフステーションで、3つぐらいこうやってますね。だから、そんなときに救急車が来たり死亡退院なんかあったら、もうめちゃくちゃですね。だから、私も7時過ぎには行かないようにしておるんです。行っていたら皿を渡されて、院長、手伝うてとか、わけわからんこと言われますからね。だから、そういうふうなので、しかし、これでは治る気がしないと言われたので、院長、婦長が集まって、一声かけ運動というのを始めたそうです。一声かけ運動、淀川さんのところで笑顔で、隣で脱兎や鬼に戻れませんから、病院じゅう笑顔が広がったと。それを聞いて私も、うちの病院も公立病院でお金はないですけど、笑顔は元手の要らないサービスですね、みんな笑顔で接しましょうと言ったら、みんながそうですねと言ってくれたので、これを飾っております。それを聞いたボランティアの人が、これを私にくれました。

これは、大正琴ですね。皆さん、大正琴というのは昭和生まれでも弾いていいんですよ。この人は昭和生まれですね。



(スライド50)



(スライド51)

これは双子の連弾。



(スライド52)

これは、江唐澄江さんという、ミラノで17年間おったソプラノ歌手。クリスマスコンサートです。

## ◆特別講演 3



(スライド53)

この方、知っていますか。樫本大進君ですね。赤穂ゆかりの人ですが、この間、ベルリンフィルのコンサートマスターになりましたね。ロン＝ティボー国際音楽コンクール最年少首席、五嶋みどりさんを1年以上抜きました。ここのお母さんが、うち、ここバルコニーなんですけど、ここには人を入れないでくださいと。何でですかいうたら、この子はけがしてもいいんですが、これを守ってくださいと。これが辻久子音楽財団貸与のストラディバリウスで4億6,000万というんですね。千住真理子さんのよりも5,000万高いと。うちは、ここへボブ・サップ級のガードマンを3人配置しましたね。



(スライド54)

ああいう人が1人おりますと、赤穂はにわかバイオリニストがわんさかわんさか出まして、下手くそやのに毎週のように来て、何か患者の健康を害しとんじやないかと思うんですけども、ただ、公立病

院というのは辛いところがありまして、患者を断っても怒られるんですが、ボランティアも断れないんですね。



(スライド55)

こういう人たちも来ます。



(スライド56)



(スライド57)

これは、赤穂郵便局の土井さんというマジシャン



(スライド58)

ですね、手品師。

これ、ハトのスーちゃんとかーちゃんもボランティアに登録されています。これは奥さんです。

とうとう息子たちも来始めまして、一家総出です。

彼の偉いところは、ボランティアでありながら、手品が終わると病棟へ上がって看護師さんから簡易保険を集めて帰ることです。すごいでしょう。マジシャンでしょう。



(スライド59)

こういう人たちが来ます。こういう人たちね、カントリーダンスというグループですが、院長先生、再来週はうちの娘のお茶会なんです。ぜひ来てくれないかとか、2回言われたら1回行かないかんからね、土日が全部この人たちにとられてしまうんです。



(スライド60)

その点、子供たちはおねだりしません。キャンディーか飴ちゃんやったら勝ちですから楽勝ですね。



(スライド61)

何か絵をかいてくれたりします。



(スライド62)

とうとう犬も来始めました。ドクタードッグです。

## ◆特別講演 3



(スライド63)

これがこの間死んだんですけどね、ネロという犬。ここにアラレちゃんという犬がおる。この2人が研修医ですね、研修医。この子は研修犬なんです。だから、院長は研修犬がちょっとかみついたりほえたりせんかと、この子たちが医療ミスを起こさないと、院長の気がかりの2人と1匹です。



(スライド64)

これ来てますね。

いろんな人が来ます。

これ、患者会ですね。やっぱり患者を人質にとるのが病院の一番のコンセプトですから、いろんな人と仲よくしています。

これ脳卒中友の会。声の不自由な人で、岬のところへ行って、ア、エ、イ、オ、ウとか、発音練習とかカラオケを波に向かって歌うと。これはうちの言語療法士の竹本愛ちゃんです。



(スライド65)

### 当院の患者会

- |       |            |
|-------|------------|
| さくら会  | (脳卒中友の会)   |
| ほほえみ会 | (乳がん友の会)   |
| つつじ会  | (HOT 在宅酸素) |
| 腎友会   | (透析)       |

67

(スライド66)

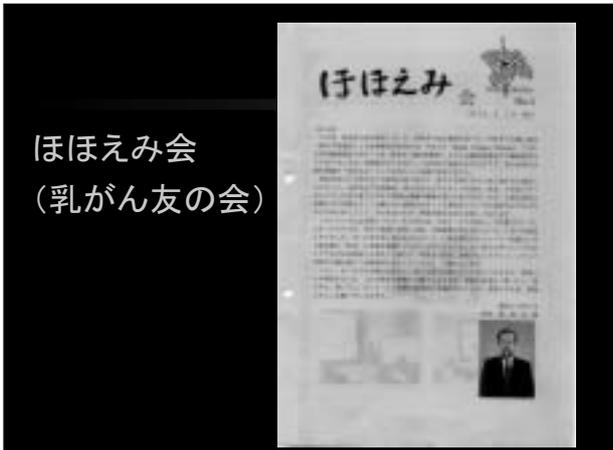


(スライド67)



(スライド68)

これは在宅酸素療法の会です。



(スライド69)



(スライド70)

これは乳がん友の会ですね。乳がん友の会というのは、どうも温泉へなかなか行けんそうですね。何かじろっと見られるというので、院長先生、一緒に温泉へ行ってくれませんかというので、マイクロバ

スを借り切って岡山県の湯郷温泉へ行っております。私は、実際は一緒に風呂に入っているわけではありません。隣の部屋でお酒を飲んでます。



(スライド71)



(スライド72)

これは、おもしろいですよ。糖尿病友の会のバイキングです。皆さん、バイキングって、何ぼ食べてもええと思うでしょう。ここに怖いお姉さんがおりまして、カロリー計算しているのです。バイキングで食べていけないなんていうのは、これいじめか、嘘つきか、何か詐欺でしょう。何かおもしろいんですけど、何が面白いのか、いつもいっぱい来ています。

これはきょう、篠崎文彦先生来られていますけど、前の会長の竹内正也先生、公私病院連盟ですね。フィリピン・メディカルミッション。この方は、フィリピンのその州の州知事さんですね。この方、ポリオです。フィリピンは不幸にして戦争に勝ったので農

## ◆特別講演 3

### フィリピン・メディカルミッション



2004.7.17-22

(スライド73)

地開放が行われません。秋になったらマニラに住んでいる昔の藤原氏とか橘氏とか菅原氏みたいな荘園地主が来て、収穫物を持っていくわけです。アロヨさんもマルコスさんもアキノさんもそうなんです。エストラダだけは映画俳優ですから荘園地主ではないですけど。だからみんな貧しいのです。これはまだ草履、靴がありますけど、昔は裸足とか草履がほとんどだったですね。だからマニラからでこぼこ道をバスで10時間ぐらい、うち、親父が軍医で、フィリピンで戦死していますので、罪滅ぼしということも兼ねて行っとなるわけです。

### トライやるウィーク



75

(スライド74)

これが一番好きなスライドです。兵庫県では、中学2年生が10月第4週に教室を離れ、テキストブックを離れ、ホワイトボードを離れて、自分のお父さん、お母さんの職場か、自分が将来行きたい職場へ行くと。トライやる・ウィークといいます。これ金

曜日の夜に赤ちゃんを抱かせました、別れ際に。そしたらこんなええ顔します。月曜日の朝に抱かすと、怖がって抱きません。みんなほとんどが一人っ子とか、弟だって、あんまり弟や妹はいないんですね。我々の時というたら、大体四、五人おったでしょう。三角ベースするとき、大体おんぶしているやつを下ろしたり、抱いてもろうてバッテリーボックスに入ったりしましたね。タッチしたら逃げられて、後ろのおんぶしとる子に当たって泣かれたりね、そういうことがあったのですが、今はそういうことはないんですね。私、こういう人たちを医療界へ引っ張るといのが公立病院の一つの役目じゃないかと思っています。

### 台風23号 災害医療派遣チーム



2004.10.22-24 但馬 養父市にて

76

(スライド75)

これは、こんなにもやってます。DMAT、災害医療ですね。郷原先生の話もありましたが、やっぱり災害医療は大事です。

### 介護老人保健施設



77

(スライド76)

## 介護老人保健施設

### クリスマス会



78

(スライド77)



81

(スライド80)

ンピックが東京へ来たとき、医療委員会の委員長をするという頑張っていたのですが、もう4年後、もう一回出るいうたら103歳、104歳、ものすごく長く生きないかんですね。

### 赤穂市民病院祭へ ようこそ



(スライド78)

もう時間が来ましたので、だあっと行ってください。ずうっと行ってください。

病院祭へは吉本も呼んでいます。

### 赤穂市民病院祭 姉妹病院



(スライド81)



(スライド79)

日野原先生、大学の先輩ですので呼んでいます、97歳でしゅんの人ですね、すごいです。今度、オリ

### 三次どんちゃん



83

(スライド82)

## ◆特別講演 3



(スライド83)



(スライド86)

AEDは5万3,000の赤穂市民に全部教えようと思っています。私が赤穂駅で倒れても助けてくれるようにしておきます。



(スライド84)



(スライド87)



(スライド85)

これは、ぼけ防止老人劇です。この人はぼけ役をやって、迫真の演技でしたが、とうとうぼけてきました。



(スライド88)



(スライド89)



(スライド92)



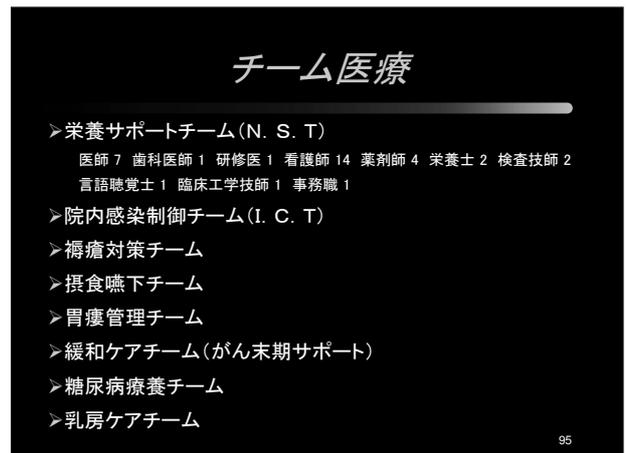
(スライド90)



(スライド93)



(スライド91)



(スライド94)

チーム医療もやっています。

## ◆特別講演 3



(スライド95)

矢の傷を、昔は、どこがどれかわかりませんが、医師、薬剤師、看護師で治していた。今は30種ですね。だから、ここが大分減ったのですが、まだここがクローズ・ド・サークルにならないんですね。これが医療紛争とかあるし、逆に言えばノーベル賞のチャンスもあるわけですね。



(スライド96)

私の下手な字で、「医」という字は、私の勝手な解釈では、矢の傷を3つの職種、どこが何かわかりませんが、医師、看護師、薬剤師で困って治すという意味です。今は30種以上の方々によって治すので、丸い医にしてみました。しかし、完全には閉じません。これは本人の気力、家族の支え、神仏の力、運などがあるためです。閉じてしまうといいですねと書いているのですが、私の真に言いたいことは、この余白にあります。よって、完全に閉じるまでは、当院で起こった一切の医療事故は全く責任を負いま

せんと、こう書きたいんですよ。

医療というのは不確かなんですよ。だから、敬遠してたら絶対ホームラン打たれないのです。速球投手の向こう傷が被ホームランなのです。三振をとりに行ったら打たれたら仕方ないんです。助けてやろうと思って、どんな救急車も断るなって私言っているのです。そして、ところが助からなかったら、人間関係ができてないから、京阪神から初詣に来とる人がうちの近くの国道で大けがして、うちへ来て、もう来たとき死んでるんですよ。それでもその娘さんやらは、こんなぼろの病院に来たから死んだのだと言わんばかりのことを言うわけです。本当であったら暗れ着で初もうでに行ってもいいような看護婦さんが、それに必死になって対応してるわけです。こういうのがちょっと日本はおかしいと思います。



(スライド97)



(スライド98)

## ICT ラウンド



100

(スライド99)

第7回  
赤穂市民病院学会  
平成17年9月17日



103

(スライド102)

## 褥瘡回診



101

(スライド100)



104

(スライド103)

## 公開講演会

岩崎 榮 (日本医大教授)  
大道 久 (日本大学医学部教授)  
南 裕子 (兵庫県立看護大学長)  
田中 紘一 (京都大学移植外科)  
守殿 貞夫 (神戸大学病院長)  
安井 博和 (但馬長寿の郷総長)  
小澤 和恵 (滋賀医大学長)  
鮎沢 純子 (九州大学助教授)  
辻本 好子 (コムル代表)

102

(スライド101)



105

(スライド104)

## ◆特別講演 3

### 医療安全いろはカルタの作成

- 全員参加(手作り)
- スキンシップ
- 娯楽性と教訓性、適時性
- ネガティブヒーローはもう作らない
- 他業種に対する焦り

106

(スライド105)



(スライド108)



(スライド106)



(スライド109)



(スライド107)



(スライド110)



(スライド111)



(スライド114)



(スライド112)



(スライド115)



(スライド113)



(スライド116)

## 医療崩壊いろはカルタ

医療安全いろはカルタにつづいて

き: 希少種に登録されそう、日本の産科  
 さ: サッチャーのつけ、ブレア返せず  
 く: クレーマー、増えてどんどん医療は縮む  
 う: 美し国、命の重さ22位  
 い: 医療費とどっちが高いパチンコ代

118

(スライド117)

最後に、我々、これ今、「医療崩壊いろはカルタ」ってつくっとるんです。「希少種に登録されそう、日本の産科」、「サッチャーのつけ、ブレア返せず」、「クレーマー、増えてどんどん医療は縮む」、「美し国、命の重さ22位」、「医療費とどっちが高いパチンコ代」。これはわかっていますね、パチンコ代は36兆円、医療費は34兆円ですね。今度スロットマシンが増えていますから、もっともっと増えると思いますね、ここは。

## 医療崩壊対策

- 低医療費政策の撤廃
- 医療側の国民への働きかけ
- 国民意識の向上
- 大学教育の変革

119

(スライド118)

これが一番いかんです。国民意識の向上というのをこれからはやらないかん。COMLの辻本さんなんかと話し合っ、ここをどうにかして、患者の権利だけでなしに患者の義務というのをどんどん広げていこうというふうに思っております。

私、日医執行部へ提言したいと思います。代議員に勤務医シェアを反映しないといけないと思います。

## 日医執行部への提言

1. 代議員に勤務医シェアを反映
2. キャビネット制の再考
3. 会長任期を3年又は4年に
4. Skype(TV会議)の導入
5. 医療政策への積極的参加(先義後利)
6. 自浄作用
7. 開かれた医師会(館も)

120

(スライド119)

キャビネット制は変えなくちゃいけないと思います。全部かわってしまうというのは、今の民主党が官僚を信頼しないのと同じです。負けた中にも勝海舟みたいな良い人はいるわけです。キャビネット制は良くないと思います。中医協は全部わかりました。私は後衛のつもりで行ったのに、知らん間に前衛になってしまいました。これは医療界として弱いと思います。ぜひ再考を願いたいと思います。会長任期は、2年は幾ら何でも短過ぎます。歯科医師会でも3年です。2年であれば改定のときに必ずリンクします。これは余りよくないです。それからテレビ会議を導入して、地方の意見をもっと入れてほしいと思います。それからやっぱり医療政策の方へ行かないかんですね。診療報酬ばかりでなく、先義後利、これは近江商人の言う、先に義があつて後で利が来ると、こういうふうにしないといけないんじゃないかと。自浄作用は、悪い医師がおつたら、それは進んで懲らしめなくてははいけません。開かれた医師会。医師会館も含めて、一般市民が入れるように、私が病院でやっているようなことを医師会も是非やっていたきたいというふうに思います。

会員にも、やはり働き過ぎてはいけないと思います。あんまり派手な生活をしてはいけないと思うんです。これはやっぱり、お医者さんは儲かっているとわれやすいですね。それから、地域社会へやっぱり復帰せないかんですね。あんまり江戸ばかり向かずに、地元で足のついた行動をせないかん。他

## 日医会員への提言

1. 働きすぎない、かつ地味な日常生活
2. 地域社会への回帰
3. 他職種への敬意
4. マスコミ対策
5. 名ばかりかかりつけ医にならない

121

(スライド120)

職種へやっぱり敬意をせないかんし、マスコミ対策ですね。それから9時-5時で、もう5時過ぎたら全然診ないというのは、携帯電話がもう普及しているわけですから、ファーストコールはやはり自分が受け付けないといけないというふうに思います。



122

(スライド121)

## 明るい萌芽

### サポーターとしての地域住民運動

- |                                 |                                       |
|---------------------------------|---------------------------------------|
| 1. 離島・隠岐の医療を考える会(島根県)           | 9. 山田病院と地域医療を守る会(岩手県)                 |
| 2. 地域医療を育てる会(東金市)               | 10. 『延岡市の地域医療を守る条例』(宮崎県)<br>★全国初      |
| 3. 西脇小児医療を守る会(兵庫県)              | 11. 三好病院を応援する会(徳島県)                   |
| 4. 兵庫県立柏原病院の小児科を守る会             | 12. 地域の医療を守る住民の会(秋田県)                 |
| 5. 市立病院は市立のままで充実させる市民の会(京都市)    | 13. 小児医療を考える会(熊本県・山鹿市)                |
| 6. 筑西市民病院を『公立』のまま存続させる市民の会(茨城県) | 14. 春日部市立病院の充実と小児科・産科の再開をめざす市民の会(埼玉県) |
| 7. 雲南病院を支えよう市民の会(島根県)           | 15. 有田をよくする会(佐賀県)                     |
| 8. 周桑病院を守り充実させる会(愛媛県)           |                                       |

増える寄付行為

123

(スライド122)

明るい芽生えを紹介して、終わりにしたいと思います。

これは、サポーターとしての医療を支える住民運動がいろいろ入ってきてると。ここ、島根県では離島・隠岐の医療を考える会という、門脇さんという県会議員を中心に行われて、早くからやっておられます。それから一番有名なのは、舛添さんも来ました兵庫県立柏原病院の小児科を守る会です。このお話を少しして、終わらせていただきたいと思います。

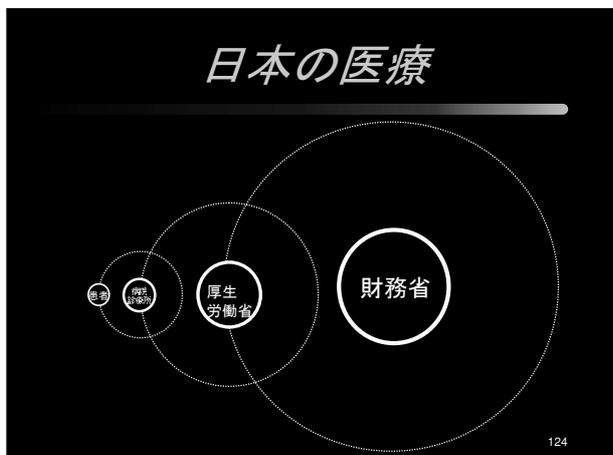
ある日の朝、小児科の外来で一人のお母さんが、ここの小児科の先生、いつも眠そうな顔をして、あんな先生、代えるか辞めさせて欲しいねえと言ってたそうです。そしたらその前を通りかかったお母さんが、あんな、何言うトン。あの先生は、うちの子のために昨夜一睡も寝んとやってくれてたんよ。あんな、一晩寝んと、そんな眠くない顔できる？と言ったんですね。そしたらその言った人も心ある人で、「そんなこと知らなかったわ。しかし、ほかの人も皆そう思うてるよ」と言って、実際は、そこはもう和久先生という1人だけになっていた、和久先生。院長が小児科だったんですが、もう忙しくて、実働1人。2人辞めて、4人から1人になっていたんですね。その和久先生も辞めようとしていたのです。しかし、そこにありがとうレターとか、あるいはコンビニ受診をやめましょうとか、人口3万ぐらいの町で5万以上の署名が集まって、意気に感じた和久先生は残ったわけです。辞めていた先生も1人戻ってきて、それが神戸新聞に出たものですから、派遣をしていた神戸大学の松尾教授も2人また送ったわけですね。それをまた見て、ブログか全国紙で、また東京の方から1人来たということで、今5人になっています。

だから、医者というのは非常に非常識な人が多いですから、給料なんかじゃないんですね。やりがいがあって、地域に求められたら、そこへ残るわけです。だから是非このような運動を各地区の皆さん方が音頭をとっていただいて、是非こういうことをせんでも医師が増えたらうまくいくと思うんですけど、

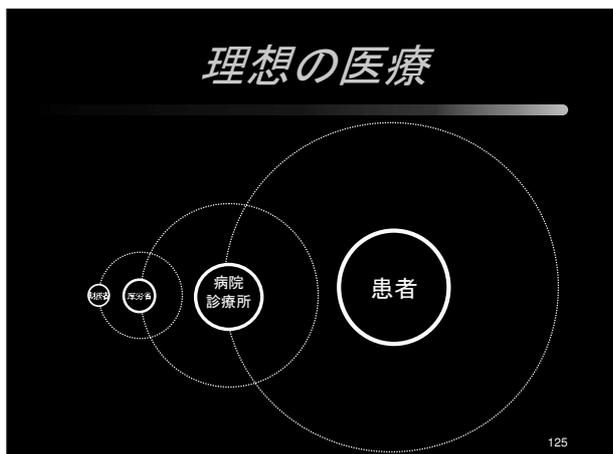
## ◆特別講演 3

やっぱりこういうふうなことで、しばらくそこにおる人を辞めさせないということも大事じゃないかと思っています。

それと、もう一ついいことは、最近、額の多寡ではありませんが、病院に増える寄附行為があります。これは、やっぱりドネーションというのは、キリスト教の場合は免罪符としてやりますが、日本はなかなか風土がありません。亡くなった人からもらえることが増えました。



(スライド123)



(スライド124)

亡くなった人からもらえるというのは、野球でいえばパーフェクトゲームですね。恐らく受け付けからお見送り、霊柩車に乗せるときまで態度が良かった、治療方針が間違わなかった、医療費もあんまり高いとは思わされなかったとか、いろんなことで良かったと思うんですね。私は、だからこういう死んでも満足できる病院をつかってほしいと職員に言っ

ておりましたので、亡くなった人からの寄附をいただくと、本当に嬉しくなります。そういうふうな医療環境が日本国全体に広がっていくことを願いまして、私のつたない講演とさせていただきます。御清聴ありがとうございました。



(スライド125)

【武田座長】 先生の本当に思いのこもった御講演をいただいたと思っていますけれど、もっともっと聞いていたいのですけれど、また懇親会を楽しみにしていただきまして、先生、懇親会はおられますですね。ぜひ続きを聞いていただきたいと思います。

先生は、先ほど赤穂の写真がいろいろ出ておりましたけれども、観光大使にもなっておられます。多種多能といえますか、多彩といえますか、そういったところであちこちから引っ張りだこだと思うのですけれど、医療が本道からそれないように、ぜひ邊見先生にはこれからもいろんな機会をとらえて頑張っ



(スライド126)

---

ていただきたいなあ。また、僕たちはますます期待をしたいなあというふうに思って、この特別講演3を締めくくりたいと思います。御清聴ありがとうございました。

**【遠見会長】**

どうもありがとうございました。

12月14日は赤穂の義士祭です。是非お暇な方は、どうぞよろしく。



座長：島根県医師会常任理事

錦 織 優

島根県医師会勤務医部会委員

河 野 龍之助

### (1) 地域医療の立場から

シンポジスト：国立病院機構浜田医療センター院長

日 野 理 彦

### (2) 医育機関の立場から

シンポジスト：島根大学医学部地域医療教育学講座教授

熊 倉 俊 一

### (3) 女性医師の立場から

シンポジスト：島根大学医学部放射線医学講座がん放射線治療教育学教授

内 田 伸 恵

### (4) 県行政の立場から

シンポジスト：島根県健康福祉部医療企画監

木 村 清 志

コメンテーター：日本医師会常任理事

三 上 裕 司

## ◆シンポジウム

### 座 長

島根県医師会常任理事 錦 織 優

それでは、ただいまから本日のシンポジウムを開催したいと思います。

本協議会のメインテーマは、「今こそ目指そう医療崩壊から医療再生へ」ということで、このためには、何よりも勤務医をめぐる諸問題の解決を図るべきだということで、4人の演者の方にそれぞれの立場から御講演をいただく予定にしております。

先ほど奈先生のアンケートにありましたように、この医療崩壊の原因を新医師臨床研修制度だと思っておられる方も多いようでございますが、やはりこれはあくまでも誘因であって、根本的には長年にわたる低医療費政策、あるいはだんだん劣悪になってくる勤務医の労働環境、あるいは女性医師のための勤務の環境整備の遅れなどなど、今朝、医師会長、唐澤先生がお示しになったさまざまな要因が原因ではないかというふうに思うわけでございます。

ただ、新しい研修制度が始まっているいろいろなことが起こって、現今の医療崩壊とも称すべき事態に至った経過というのは、パンドラの箱を開けたようだというふうに思ったわけでございます。パンドラの箱というのは、開けてはならない箱を開けたら、さまざまなものが飛び出してしまって、元へ戻らなくなったという御承知のギリシャ神話でございますが、一つだけ飛び出さずに残ったものがあつたと、それが希望だったということでございます。今日、4人の演者の方が御発表になるわけですが、その中に少し



でも将来の希望を見出したいと私は思うわけでございます。

本日のシンポジウムは、4人の演者に御講演いただいた後、壇上に上がっていただきまして、会場の皆様との質疑を行い、その後、相互討論をやり、コメントーターの三上先生には必要に応じて随時御発言いただきまして、最後にまとめていただくということにしたいと思います。

それでは、進行役を河野先生にお願いいたします。

### 座 長

島根県医師会勤務医部会委員 河 野 龍之助

それでは、進行役をさせていただきます河野です。どうぞよろしくお願いいたします。

4人の方からお話を伺いますが、最初は一般病院の院長からということで、お話を伺うことにいたしております。最初は日野理彦先生で、平成18年から島根県の西にあります浜田市の浜田医療センターの院長をなさっております。10月頃、新しい病院が建ちまして、ちょうど駅に直結しているという、非常に全国でもアクセスのよい病院をつくられました。その先生に、今、勤務医の状況を話していただくことにいたしました。

それから、約20分から25分ぐらいのお話をし、もし、是非とも質問したいということがありましたら一、二受けて、次の演者に行きたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

では、日野先生、よろしくお願いいたします。



### (1) 地域医療の立場から

国立病院機構浜田医療センター院長 日野理彦

浜田医療センターの日野でございます。よろしく  
お願いいたします。

「勤務医をめぐる諸問題 地域医療の立場から」  
というテーマをいただきました。今まで会長を初め  
として諸先生方がずっと述べてこられたことと、基  
本的にはかぶってしまう内容でございますけれども、  
私の立場からの話をさせていただきたいと思いを  
ます。

#### 21年11月現在、 勤務医が改善を求める主要課題

- 1 医療の進歩・社会の変化に対応した医療制度  
の見直し、それに伴う医師数増員と定員の見  
直し
- 2 待遇改善とそのため診療報酬改善
- 3 医療者・患者関係の改善
  - a 相互理解へ、説明努力から
  - b 医療事故対応のコンセンサス作り

(スライド1)

結論の方から先に述べたいと思います。勤務医が  
今、改善を求めている主要課題というのは、医療の  
進歩や社会の変化に対応した医療制度の見直しと、  
それに伴う医師数の増員と、それから定員というも  
のの見直しということでもあります。それから待遇改  
善と、そのため診療報酬の改善というのが必要だ  
ろうと思います。

それからもう一つ、医療者と患者との関係の改善  
であります。そのためには、私は相互理解という言  
葉を、ICのことを私は相互理解というふうに理解  
しておりますけれども、その相互理解のために、まず  
医師の側、あるいは医療の側から説明努力というの  
をしなければいけない。後で述べますけれども、説  
明努力というのが非常に今、負担になっています。  
勤務医にとっては負担になっているわけでありま



けども、これを除いて医療者と患者との関係の改善  
はあり得ないと思いますし、現在、この説明努力、  
あるいは説明能力のない医師ないし医療者というの  
は、基本的に半分能力が欠けているというふうに私  
は思っております。

それから、医療事故対応のコンセンサス、このコ  
ンセンサスづくりが今、遅れているというふうに思っ  
ております。これを進めていただきたいというのが  
私の今日の結論の一つでございます。先に申し上げ  
ました。

今の日本の勤務医の状況につきまして、埼玉、沖

#### I 日本の勤務医の状況

埼玉・沖縄・千葉及び島根のアンケート  
からわかる勤務医の悪い労働条件と意識

(スライド2)

## A 勤務医の過重労働と負担の内容

(スライド3)

### 結論1

勤務医は厳しい労働環境にある  
その内容は

- 1 過重労働＝仕事量の増加・長時間労働
- 2 患者対応に苦闘
- 3 県単位でみると地域差はなかった

(スライド4)

縄、千葉、今回の島根のアンケートからわかる勤務医の悪い労働条件というものを、主に意識調査の面もありますけれども、まとめてみました。

勤務条件についての結論であります。要するに勤務医は厳しい労働環境にあるということでありまして、その内容は過重労働であるということ。その中身はこういう長時間労働。この中のポイントの一つは、仕事量の増加、これは医療の内容が今までよりもずっと複雑になっているということ、それから高度な医療を要求されているということが含まれていると思います。それから患者の対応に苦闘しているということでありまして。それからこの調査結果は、県単位で見ますと地域差はほとんどございませんでした。

これが医師数でございますけれども、医師数の上位と下位。島根県と沖縄がこのあたりにあります。島

## 医師数（人口10万対） 18年厚労省資料

| 上位 |    |       | 下位 |     |       |
|----|----|-------|----|-----|-------|
| 1  | 京都 | 292.1 | 43 | 神奈川 | 178.3 |
| 2  | 徳島 | 291.1 | 44 | 静岡  | 177.2 |
| 3  | 東京 | 282.6 | 45 | 千葉  | 159.1 |
| 4  | 鳥取 | 281.1 | 46 | 茨城  | 155.1 |
| 5  | 福岡 | 278.3 | 47 | 埼玉  | 141.6 |
| 9  | 島根 | 263.1 |    |     |       |
| 24 | 沖縄 | 216.7 |    |     |       |

(スライド5)

根県は対人口10万人に対しましては非常に医師数が多いということになります。それから千葉と埼玉は非常に少ないという状況があります。こういう背景がありますが、その結果は、次を見ていただきたいと思います。

## 週平均労働時間

| 労働時間  | 埼玉   | 沖縄   |      | 千葉   | 島根      |
|-------|------|------|------|------|---------|
|       |      | 国公立  | 私立   |      |         |
| <48   |      | 14.5 | 32.7 | 28.0 | 28.2(%) |
| 48~59 |      | 18.4 | 21.0 | 22.9 | 30.0    |
| 59~64 | 40.8 | 18.4 | 10.1 | 15.8 | 12.3    |
| 64~79 |      | 23.3 | 19.2 | 18.8 | 18.5    |
| 79~99 |      | 18.0 | 10.3 | 9.0  | 7.3     |
| >99   |      | 5.7  | 4.0  | 3.6  | 1.7     |
| 無回答   |      | 0.7  | 0    | 1.8  | 2.1     |

(スライド6)

まず平均労働時間でありますけれども、50%以上の医師が平均59時間以上です。これは週休2日制の1日の労働時間にしますと、1日12時間以上働いている人がほとんどだということでありまして。勤務医が非常に長時間働いていることを示しております。

その長時間労働の要因でありますけれども、今までもずっと述べられましたように、患者数の増加、それから診療内容が変化をして増加しているということでありまして。それから会議や書類の作成が多い。患者への説明。この自己研修というのが島根県で多

## ◆シンポジウム

### 長時間労働の要因(%)

|          | 埼玉   | 沖縄   | 千葉   | 島根   |
|----------|------|------|------|------|
| ・患者数の増加  | 61.9 | 32.6 | 45.7 | 48.3 |
| ・診療内容の増加 |      |      |      |      |
| ・会議・書類作成 | 45.6 | 24.3 | 42.3 | 42.7 |
| ・患者への説明  | 29.5 | 12.3 | 23.8 | 23.8 |
| ・診療録作成   | 8.8  | 6.7  | 13.9 | 14.9 |
| ・自己研修    | 18.1 | 11.0 | 14.4 | 24.2 |
| ・その他     | 7.8  | 9.0  | 12.9 | 8.5  |
| ・無回答     | 4.3  | 4.1  | 5.4  | 3.6  |

(スライド7)

いのが目立ちます。

### 呼び出し回数(回数/月)

|      | 埼玉   | 沖縄 | 千葉   | 島根      |
|------|------|----|------|---------|
| 0(回) | 30.8 | 29 | 33.3 | 20.1(%) |
| 1    | 19.9 | 15 | 19.2 | 12.1    |
| 2~3  | 26.8 | 32 | 27.9 | 29.5    |
| 4    | 5.4  | 5  | 5.3  | 8.0     |
| >5   | 6.5  | 14 | 11.0 | 24.7    |
| その他  | 1.4  | 4  | 2.1  | 2.5     |
| 無回答  | 0.3  | 1  | 1.2  | 3.2     |

(スライド8)

呼び出し回数は、ゼロという方もありますが、かなり頻繁に呼び出されているということがわかります。

### 当直回数(回数/月)

| 回数  | 埼玉   | 沖縄   |      | 千葉   | 島根      |
|-----|------|------|------|------|---------|
|     |      | 男    | 女    |      |         |
| 0   | 33.1 | 22.0 | 31.0 | 27.5 | 25.8(%) |
| 1   | 10.2 | 3.0  | 3.0  | 8.4  | 10.1    |
| 2~3 | 23.8 | 17.0 | 13.0 | 29.8 | 35.7    |
| 4   | 13.4 | 24.0 | 14.0 | 14.5 | 11.4    |
| >5  | 16.1 | 32.0 | 36.0 | 17.3 | 13.2    |
| その他 | 3.0  | 2.0  | 2.0  | 1.8  | 2.8     |
| 無回答 | 0.3  | 0.6  | 1.0  | 0.9  | 1.1     |

(スライド9)

それから、当直回数です。大体2回から3回ぐら

いが多いのですけれども、5回以上という多い人もかなり、20%前後が5回以上の当直をしているわけでありませう。

### 休日(回数/月)

| 休日  | 埼玉   | 沖縄   |      | 千葉   | 島根     |
|-----|------|------|------|------|--------|
|     |      | 国公立  | 私立   |      |        |
| 4休  | 21.9 | 14.1 | 30.2 | 21.6 | 9.5(%) |
| 5休  | 5.7  | 2.1  | 7.1  | 7.7  | 3.0    |
| 6休  | 17.7 | 24.4 | 22.2 | 15.3 | 14.3   |
| 7休  | 3.2  | 2.1  | 2.4  | 4.3  | 3.2    |
| 8休  | 36.0 | 43.1 | 23.7 | 39.5 | 60.5   |
| その他 | 14.0 | 12.7 | 12.8 | 9.9  | 5.8    |
| 無回答 | 1.5  | 1.4  | 1.6  | 1.6  | 3.7    |

(スライド10)

休日の回数、これは4休のところは私立病院が多くて、公的病院は多くは8休になっているということがわかります。

### 勤務上の負担(1)

|                        | 埼玉   | 沖縄   | 千葉   | 島根      |
|------------------------|------|------|------|---------|
| ・医師不足による過重労働           | 43.2 | 40.4 | 39.3 | 45.0(%) |
| ・ストレス・肉体的疲労感           | 35.0 | 38.9 | 33.6 | 39.8    |
| ・診断書作成など臨床に付随する事務処理が多い | —    | —    | —    | 36.0    |
| ・ICなど患者・家族対応           | 27.3 | 23.8 | 27.1 | 22.0    |
| ・臨床研修に伴う業務増大           | 6.0  | 11.1 | 9.1  | 10.1    |
| ・IT化による業務増大            | 11.6 | 15.3 | 14.8 | 18.9    |
| ・院内会議への参加              | 25.4 | 21.1 | 17.9 | 16.9    |

(スライド11)

勤務上の負担についてでありますけれども、医師不足による過重労働と、それからストレス・肉体的疲労感、診断書作成並びに臨床に付随する事務的な処理、ICなど家族対応ということに多くの医師が負担を感じているということがわかります。

それから、患者の過剰な権利意識ということが埼玉、千葉で特に高く、沖縄、島根と比べると若干差があるというふうに思います。勤務医が負担を感じていることは事実であります。

## 勤務上の負担（2）

|                            | 埼玉   | 沖縄   | 千葉   | 島根       |
|----------------------------|------|------|------|----------|
| ・医療過誤訴訟の増加                 | 15.1 | 13.5 | 13.4 | 10.1 (%) |
| ・患者の過剰な権利意識                | 39.5 | 25.0 | 42.9 | 23.6     |
| ・治療・管理困難の重症例、高度医療を要する症例が多い | —    | —    | —    | 9.0      |
| ・病院経営悪化による利益追求             | 12.4 | 10.8 | —    | —        |
| ・産休・育休増加による負担              | 1.5  | 1.5  | 1.3  | 1.4      |
| ・同僚医師の学会出張・研究などで負担が増える     | —    | —    | 2.2  | 2.5      |
| ・無回答                       | 8.8  | 10.4 | 7.3  | 7.9      |

(スライド12)

## B 満足・不満足及び今後の進路

(スライド15)

## まとめ（1）

- 1 40～70%が週59時間（1日12時間）以上勤務
- 2 長時間勤務の要因
  - a 患者数の増加・診療内容の増加
  - b 会議・書類作成
  - c 患者への説明
- 3 呼び出し回数  
全体で月3回が多いが、島根県は回数が多い  
～主治医制が強いのか？
- 4 当直回数月4回以上は30～60%  
5回以上が沖縄で多い

(スライド13)

この過重労働についてのまとめとしましては、やはり長時間労働が大きな負担の原因になっておりますし、そしてその要因としては、先ほど述べたようなことであります。

## まとめ（2）

- 5 休日は月8休が最も多い  
私立病院は月4休が多い（？）
- 6 勤務上の負担の上位は
  - a 医師不足による過重労働
  - b ストレス・肉体的疲労感
  - c ICなど患者・家族対応
  - d 院内会議への参加
  - e 患者の過剰な権利意識

(スライド14)

さらに、その負担の内容はこういうような内容で、

## 結論2

勤務医は指導者・同僚がおり、幅広い臨床経験を積むことができ、学会・研究活動ができるなどの理由で満足度が高い。

(スライド16)

先ほど述べたとおりでございます。

それでは、勤務医が満足をしているのか不満足なのかというのを、先ほどのアンケートの御説明の中にもございましたけれども、それを各県ごとに見てみますと、結論としては、勤務医は指導者、同僚がおりますので、幅広い臨床経験を積むこともできるということ、それから学会、研究活動ができるなどということで、満足度は比較的高いということが言えます。一つの結論であります。

満足度についてであります。十分満足、ほぼ満足というのが40%から60%を占めていると。それは各県共通でございます。

勤務の上でどのような点に満足しているかということについては、人間関係がちゃんとあるとか、学会へ出られるとか、それからいい臨床経験を積めるとか、それから利益追求だけでなく、適切な医療

## ◆シンポジウム

### 勤務・仕事への満足度(%)

|                       | 埼玉   | 沖縄   |      | 千葉   | 島根   |
|-----------------------|------|------|------|------|------|
|                       |      | 国公立  | 私立   |      |      |
| ・十分満足                 | 3.5  | 4.2  | 9.4  | 4.3  | 7.0  |
| ・ほぼ満足                 | 41.6 | 36.7 | 53.0 | 45.7 | 44.9 |
| ・不満であるが我慢できる範囲である     | 43.8 | 48.8 | 29.7 | 40.0 | 39.0 |
| ・大いに不満<br>(我慢できない程不満) | 6.3  | 6.4  | 2.6  | 5.0  | 5.1  |
| ・転職を考えている             | —    | —    | —    | 1.0  | 1.0  |
| ・どちらともいえない            | 3.0  | 3.2  | 1.4  | 2.0  | 1.8  |
| ・その他                  | 0.7  | 0.4  | 0.7  | 0.4  | 1.0  |
| ・無回答                  | 1.1  | 0.4  | 0    | 1.4  | 0.4  |

(スライド17)

### 勤務の上でどのような点に満足していますか(上位5項目)

- 1 上司あるいは部下との人間関係が良好である：37.9%
- 2 学会出張、研究会への参加などがある程度思うようにできる：37.3%
- 3 急性期疾患が多く、軽症から重症まで幅広い症例があり、効率よく経験が積める：29.3%
- 4 利益追求だけでなく、適切な医療提供に病院も理解を示している：25.3%
- 5 医師以外の職員も協力して、患者のわがまま、クレームなどに対応する：18.0%

(スライド18)

をすることができるというようなことが挙げられています。それからクレームに対して医師だけ孤立するのではなく、病院が対応してくれるというようなことが上げられております。これは大事な要因だろうと思います。

### 勤務の上でどのような点に不満を感じていますか(上位5項目)

- 1 検査・治療等のシステムが非能率的で時間がとられる：25.9%
- 2 患者のわがまま・クレームなど、患者の過剰な権利意識への対応が必要：23.6%
- 3 居室・医師勤務室等の居住環境が悪い：20.1%
- 4 無回答：18.2%
- 5 上司あるいは部下との人間関係における不満・なやみ：16.3%
- 6 勤務先病院の経営悪化に伴い利益追求を強いられる：13.2%

(スライド19)

不満を感じている点というのは、先ほども述べられました。電子カルテなどなどでしょうか、システムが非能率的とされています。これもかなり主観的なものがあるだろうとは思いますが。それからクレームですね。それから住環境なども言われております。

### 仕事内容や労働時間に見合う収入を得ているか(%)

|              | 埼玉   | 沖縄   |      | 千葉   | 島根   |
|--------------|------|------|------|------|------|
|              |      | 国公立  | 私立   |      |      |
| ・充分に見合う      | 9.0  | 11.7 | 22.6 | 9.8  | 15.0 |
| ・ほぼ見合う       | 33.3 | 32.9 | 48.3 | 32.5 | 34.7 |
| ・不満だが我慢できる   | 41.4 | 45.2 | 22.6 | 40.7 | 38.6 |
| ・全く不満・我慢できない | 12.6 | 7.8  | 3.6  | 13.2 | 8.5  |
| ・どちらとも言えない   | 2.0  | 1.4  | 1.8  | 2.1  | 2.1  |
| ・その他         | 0.9  | 1.1  | 0.5  | 0.6  | 0.9  |
| ・無回答         | 0.6  | 0.5  | 0.5  | 1.1  | 0.6  |

(スライド20)

仕事の内容と労働時間に見合う収入を得ていますかということに對しましては、十分見合う、それからほぼ見合うというのがかなりの率がございます。半数近くは、40%から、場合によっては60%が収入はほぼ満足しているということになります。

### 将来手がけたい職務・勤務形態(%)

|         | 埼玉   | 沖縄   |      | 千葉   | 島根   |
|---------|------|------|------|------|------|
|         |      | 国公立  | 私立   |      |      |
| ・勤務医    | 49.7 | 28.0 | 34.3 | 54.5 | 55.9 |
| ・開業医    | 26.7 | 13.2 | 16.7 | 23.8 | 13.9 |
| ・研究医    | 5.4  | 2.0  | 2.2  | 6.8  | 5.2  |
| ・専門医    | 20.9 | 18.1 | 13.9 | 25.2 | 22.2 |
| ・かかりつけ医 | 7.9  | 7.9  | 6.6  | 7.3  | 6.7  |
| ・予防医学   | 7.3  | 8.7  | 7.6  | 6.0  | 5.1  |
| ・在宅医療   | 4.7  | 6.6  | 5.4  | 6.9  | 6.9  |
| ・緩和医療   | 4.2  | 6.1  | 6.4  | 5.1  | 4.1  |
| ・その他    | 6.2  | 7.4  | 4.1  | 3.3  | 4.1  |
| ・無回答    | 3.1  | 2.0  | 2.9  | 5.1  | 5.8  |
| ・行政職    | —    | —    | —    | 2.1  | 4.4  |

(スライド21)

将来手がけたい職務とか勤務形態につきましては、勤務医がいいという方が大体30%から50%を占めているということで、約半数の方は勤務医を続けていくという意思を持っておられるようです。これは各県共通でございます。

### 満足・不満足及び今後の進路に関するまとめ

- 1 勤務について、満足、ほぼ満足は40～60%
- 2 収入について、十分満足、ほぼ満足は40～60%
- 3 私立病院で、勤務の度、収入の満足度が高い
- 4 約半数が勤務医を続けると回答

#### 満足とする理由

- 1 学習・研修の機会がある
- 2 利益追求だけでなく適切な医療ができる
- 3 クレーム対応に病院が当たる

(スライド22)

その満足、不満足についてのまとめと進路についてのまとめは、先ほど述べましたように、問題はあっても多くの方は勤務医を続けていこうというふうに思っているということでもあります。

### 病院管理者がとった勤務条件改善の内容 (島根県のアンケートから)

#### 上位5項目

- 1 複数担当医制の導入
- 2 無回答
- 3 短時間正規労働の導入
- 4 子育て支援・当直免除または回数制限
- 5 専門医資格取得のための研修
- 6 子育て支援・院内保育施設設置

(スライド23)

そういう状況の中で、病院管理者がとった勤務条件改善のための内容であります。アンケートから見たものでありますが、複数担当医制とか短時間正規労働の導入、子育て支援とか、あるいは専門医資格を取るためのバックアップというようなことがあります。無回答というのが2番目に多いというのがちょっと、これは島根県でございます。少し考えなければいけないところだろうと思います。

今までお話をしましたのは島根県を含めた各県のアンケートに基づいた調査結果であります。これからお話をさせていただきますのは、島根県の西部地域といいまして、石見とも申しますが、医師の激

## II 医師激減地域の勤務医の状況

(スライド24)

減地域でございます。その状況について述べます。

#### 島根県地図



(スライド25)

医師がたくさんおります松江市と出雲市、ここを東部というわけですが、ここから西は西部と言われております。東部には医師がたくさんおりますが、西部には医師がいないという状況がございます。

島根県の人口は、20年の段階で72万5,000でございます。松江市、出雲市などでは人口は余り減少の比率は高くありませんが、西部地域は3%から4%台の減少で、これは3年間あります。たった3年間でそれだけの人口が減っている地域でございます。その地域は、東部と医療事情が全然違うということが言えます。

これは勤務医についての配置と減少状況であります。勤務医の医師数はこういうようになります。西部の医師が減った分が東部に増減でございます。西部の医師が減った分が東部に

## 島根県の人口減少（島根県資料）

|     | 17年     | 20年     | 増減数     | 減少率      |
|-----|---------|---------|---------|----------|
| 島根県 | 742,223 | 725,203 | -17,021 | -2.29(%) |
| 東部  |         |         |         |          |
| 松江市 | 196,603 | 194,927 | -1,676  | -0.85    |
| 出雲市 | 146,307 | 145,520 | -787    | -0.52    |
| 西部  |         |         |         |          |
| 大田市 | 40,703  | 39,088  | -1,615  | -3.97    |
| 江津市 | 27,774  | 26,481  | -1,293  | -4.66    |
| 浜田市 | 63,046  | 60,683  | -2,363  | -3.75    |
| 益田市 | 52,368  | 50,464  | -1,904  | -3.64    |

（スライド26）

## 結論3

島根県西部の医師激減地域では

勤務医にとって、医師としての条件は良くないが、地域及び地域医療機関では大切にされている。

（スライド28）

## 島根県の勤務医の配置と減少状況

|        | 地域拠点病院・公的病院（大学病院を除く） |              | 対人口10万（大学を含む）<br>（H18.12資料） |
|--------|----------------------|--------------|-----------------------------|
|        | 医師数                  | 増減<br>（対17年） |                             |
| 島根県東部  |                      |              |                             |
| 松江市医療圏 | 190名                 | +13名         | 247.1名                      |
| 出雲市医療圏 | 153                  | +16          | 425.4                       |
| 島根県西部  |                      |              |                             |
| 大田医療圏  | 44                   | -5           | 184.5                       |
| 浜田医療圏  | 78                   | -2           | 198.5                       |
| 益田医療圏  | 56                   | -20          | 221.1                       |

（島根県医療対策課資料）

（スライド27）

ふえている、要するにこれは引き揚げということでございます。再配置が行われたということで、西部地域の医師が東部へ移動したということになります。

しかし、大学があるところの医師数は、また特別に多いということが言えます。全国平均から比べましても、島根県西部は医師数が、絶対数が少ないということと言えます。

しかし、その島根県西部の医師に関する調査でわかったことがこれであります。勤務医にとって医師としての条件は決して良くないのですけれども、地域及び地域の医療機関では大切にされているということであります。

これが週平均労働時間で、東部と西部を比較したものでありますけれども、これを見ていただいたらわかりますように、東部の医師の方が労働時間ははるかに長いということがわかります。西部の方が短い

## 週平均労働時間(%)

|        | 東部   | 西部   |
|--------|------|------|
| <32    | 1.9  | 4.2  |
| 32~40  | 4.5  | 7.6  |
| 40~45  | 8.6  | 23.5 |
| 45~48  | 7.5  | 15.1 |
| 48~60  | 34.2 | 26.9 |
| 60~64  | 12.3 | 8.4  |
| 64~80  | 18.2 | 10.1 |
| 80~100 | 8.8  | 1.7  |
| >100   | 2.7  | 0    |
| 無回答    | 1.3  | 2.5  |

（スライド29）

ということが言えます。この背景には、診療所が含まれている比率が西部に多いということも若干関係あるかもしれません。

それから労働に見合った収入を得ていますかということにつきましても、やはり西部の方が若干比率が高くなっているということであります。それだけの収入を保障しているということであります。

職場の仕事に満足していますかということに對しましては、十分満足している、あるいはほぼ満足しているという比率が50%を超えておりますので、特に西部だから仕事に不満が大きいというわけではないということが言えます。

じゃあ、満足している理由は何でしょうかということですね。そうしますと、東部と西部とでちよつとずつ違いがあります。東部では、医師が多いところでは、幅広い臨床が経験できるという良さがあり

### 労働に見合った収入を得ていると思いますか(%)

|                | 東部   | 西部   |
|----------------|------|------|
| ・充分に見合う収入を得ている | 13.9 | 22.7 |
| ・ほぼ見合う収入を得ている  | 37.1 | 42.9 |
| ・不満であるが我慢できる範囲 | 41.1 | 29.4 |
| ・我慢できないほど不満    | 4.3  | 0    |
| ・どちらともいえない     | 2.4  | 2.5  |
| ・その他           | 0.5  | 1.7  |
| ・無回答           | 0.8  | 0.8  |

(スライド30)

### 現在の職場・仕事に満足していますか(%)

|                      | 東部   | 西部   |
|----------------------|------|------|
| ・充分満足している            | 6.9  | 10.9 |
| ・ほぼ満足している            | 48.8 | 46.2 |
| ・不満であるが我慢できる範囲       | 36.3 | 36.1 |
| ・我慢できないほど不満で転職を考えている | 3.7  | 3.4  |
| ・医師として活動困難で転職を考えている  | 0.8  | 0    |
| ・どちらともいえない           | 1.9  | 0    |
| ・その他                 | 1.1  | 2.5  |
| ・無回答                 | 0.5  | 0.8  |

(スライド31)

### 勤務の上で満足している点(1)

|                           | 東部   | 西部      |
|---------------------------|------|---------|
| ・急性期疾患が多く、幅広い症例を効率よく経験できる | 37.2 | 25.2(%) |
| ・検査、治療等のシステムが効率的          | 22.7 | 14.3    |
| ・住居、勤務室等の居住環境が良い          | 12.6 | 9.2     |
| ・研究発表、論文などの業績を上げる環境にある    | 8.0  | 1.7     |
| ・職員が協力して患者のわがまま、クレームに対応   | 17.9 | 28.6    |
| ・利益追求だけでなく、適切な医療に病院が理解を示す | 25.1 | 34.5    |

(スライド32)

ますし、西部の方ではクレーム対応などが病院全体として当たってくれるという良さがあります。西部の方に行きますと、やはり利益追求だけではなく、適切な医療をやりなさいという理解が示されているということが見えてきます。人間関係がよろしいと

### 勤務の上で満足している点(2)

|                        | 東部   | 西部      |
|------------------------|------|---------|
| ・上司・部下との人間関係が良好        | 41.6 | 37.8(%) |
| ・医療過誤・訴訟に病院が前面に出て対応    | 8.5  | 15.1    |
| ・目標となる先輩、尊敬できる人がいる     | 16.8 | 8.4     |
| ・職場での評価に納得             | 5.6  | 12.6    |
| ・学会・研究会にある程度思うように参加できる | 35.8 | 26.9    |
| ・無回答                   | 2.4  | 5.0     |

(スライド33)

いうのは東部も西部も余り変わらないですが、学会等に出やすいのはやはり東部ということになります。

### 勤務の上で不満な点(1)

|                         | 東部   | 西部      |
|-------------------------|------|---------|
| ・安定期・軽症患者が多く効率よく経験が積めない | 6.1  | 12.6(%) |
| ・検査・治療等のシステムが非能率的       | 19.3 | 19.3    |
| ・住居・勤務室などの居住環境が悪い       | 19.0 | 15.1    |
| ・研究発表・論文などの業績を挙げにくい     | 8.8  | 15.1    |
| ・患者のわがまま、クレームなどへの対応が必要  | 27.5 | 21.8    |
| ・利益追求を強いられる             | 13.6 | 10.1    |

(スライド34)

### 勤務の上で不満な点(2)

|                     | 東部   | 西部     |
|---------------------|------|--------|
| ・上司・部下との人間関係の悩み・不満  | 16.3 | 8.4(%) |
| ・目標となる先輩や尊敬できる人がいない | 8.0  | 12.6   |
| ・職場の評価が納得できない       | 8.0  | 2.5    |
| ・学会・研究会に思うように参加できない | 10.4 | 19.3   |
| ・無回答                | 20.1 | 23.5   |

(スライド35)

この不満な点は、それらの裏返しでございますので、反対の結果がこういうふうを示されております。

### 病院管理者の医師確保対策 (鳥根県のアンケートから)

#### 上位5項目

- 1 勤務体制の改善
- 2 給与アップ
- 3 医療クラークの導入
- 4 医療機器の整備
- 5 住居の整備

(スライド36)

病院管理者がとった医師確保対策であります。やはり勤務体制の改善、給与のアップ、医療クラークの導入、医療機器の整備、住居の整備が上位でした。今はこういうような診療及び生活の条件をよくするということになります。これに尽きるわけでありませ

### 医師激減地域の医師の状況のまとめ 特徴的な側面＝医師優遇策

#### A 良い側面

- 1 必ずしも労働時間が長くない
- 2 利益追求を要求されない
- 3 患者クレームに病院が対応する
- 4 収入は少なくない
- 5 評価されている

#### B 悪い側面

- 1 良い臨床経験を積めない
- 2 指導者・相談相手に恵まれない
- 3 学会・研究会へ出席回数が少ない
- 4 孤立感がある

(スライド37)

医師の激減地域、西部の医師の今までの調査をまとめたものでありますけれども、いい面とすれば、必ずしも労働時間は長くない、利益追求を要求されない、患者クレームに対しては病院全体が対応してくれる、収入も少なくはない、それから存在自体が評価されて大切にされるということが言われております。悪い面については、先ほど申しあげましたように学会などに出られない、いい臨床経験が積めない、指導者がいない、やはり孤立感があるというようなことになろうと思ひます。

### 人口と医師が減少する地域として、勤務医のための対応

- 1 地域医療に理解のある医師を育てる
  - ・地域枠推薦学生へ働きかける
  - ・学生の地域医療教育実習の充実
  - ・研修医の地域医療研修の充実
- 2 地域の医療レベルを高める努力
  - ・研修・学会へ出席できる環境作り
  - ・一人科長を解消
  - ・大学との人事交流
- 3 医療再編～地域の事情があるが、現実には進行

(スライド38)

人口も医師も減少する地域として、良い医師を確保して、ある程度高い診療レベルを維持しようとするために、良い勤務医を獲得しなければいけないわけですから。そのためにはやはり、基本的には大学の人事に依存することになります。地域の公的病院、ほとんどが公的病院であります。大学の人事に依存しています。しかし、大学の人事も非常に強制力が強いわけではありませので、地域医療に理解のある医師を育てることが大事であります。地域枠の学生、あるいは学生の実習、研修医の地域医療研修に力を入れていくということで、地域医療への理解を育てることが大事だろうと思ひております。

それから、地域の医療レベルを上げる努力というのも必要でありますので、研修、学会へ出席できる環境づくり、そういうことを工夫する必要があるだろうと思ひます。それから、1人医長制なり1人科長制などを解消する必要があるというふうに思ひます。

実際、人口がそれだけ減っていく地域でありますので、医療の再編というのがやはり念頭に置かれます。これは地域の事情がありますので、なかなかスムーズに進むわけでもないし、必ずしも良いわけではありませませんが、現実には進行しているというのが事実だろうと思ひます。

勤務医の勤務条件の改善の動きは今までもございました。平成19年に、これは自民党時代の政府・与

### Ⅲ 勤務医の勤務条件改善への動き

(スライド39)

#### 緊急医師確保対策（政府・与党案） 19. 5. 31

- 1 医師不足地域に対する国レベルの緊急医師派遣システムの構築 ×  
・・・（全く機能しなかった）
- 2 病院勤務医の過重労働を解消するための勤務環境の整備等 ○/×  
・・・（診療報酬上の医療事務補助者の配置は少ない）
- 3 女性医師等の働きやすい職場環境の整備 ×
- 4 研修医の都市への集中の是正のための臨床研修病院の定員の見直し等 ×  
・・・（大きな変化なし）
- 5 医療リスクにたいする支援体制の整備  
・・・産科無過失補償制度 ○ 医療事故対応 ×
- 6 医師不足地域や診療科で勤務する医師の養成の推進 ○  
・・・（しかし効果は数年後）

(スライド40)

党案で、医師の不足地域に対する国レベルの緊急医師派遣システムなどということをやりました。これは全く機能しませんでした。

2番目の過重労働を解消するための勤務環境の整備で医療事務補助者、これは一部導入されてはおります。

それから、女性医師が働きやすい職場環境の整備、これは一部の施設では成功していると言われておりますが、全国的にこれが定着しているとは、まだ言えません。

それから、研修医の都市への集中を是正するための定員の見直し、これは来年度、22年度から行われますけれども、余り大きな数の変化は見られておりません。

それから、医療リスクに対する支援体制の整備がありますが、産科の無過失補償制度、これについて

は対応されておりますけれども、医療事故対応では、医療事故調などの動きは全く、止まった状態になっています。

医師不足の地域や診療科で勤務する医師の養成が急務です。地域枠学生などの大学での採用枠が増えましたけれども、これの効果が出てくるまでには約10年を要するというので、なかなか即効性はないというのが今のところの状況かと思えます。

#### 日本医師会勤務医委員会 平成18・19年度勤務医委員会答申 第5次医療法改正における勤務医の課題

### Ⅲ 勤務医の不足ならびに過重労働の問題

1. 医師数の不足とその対応 ○/×
2. 地域による偏在とその対応 ×
3. 科による偏在とその対応 ×
4. 勤務医の過重労働とその対応 ○/×

(スライド41)

これは日本医師会が提言をした内容でありますけれども、やはり一部実現されたけれども、実現されていないところも多いということでもあります。

### 改めて、勤務医の現状認識

#### 結論

- 1 勤務医は厳しい労働環境にある
- 2 勤務医の半数以上は勤務医を続けたい
- 3 医師激減地域の勤務医の満足度は低くない

(スライド42)

改めて今まで述べました結論について繰り返します。勤務医の現状認識についてでありますけれども、勤務医は非常に厳しい労働環境にあるということと、それから勤務医の半数以上の人は、なおかつ勤務医を続けたいと思っているということ。それから我々が

## ◆シンポジウム

今仕事をしております医師激減地域の勤務医についても、必ずしも満足度は低くなくて、その地域がかなりの努力をして医療を支えていると、そういう状況にあるということでもあります。しかし、その医師激減地域の勤務医のバックアップをして地域の医療を守るというためには、まだまださまざまな努力が必要だろうと思います。

### 改めて、21年11月現在、 勤務医が改善を求める主要課題

- 1 医療の進歩・社会の変化に対応した医療制度の見直し、それに伴う医師数増員と定員の見直し
- 2 待遇改善とそのため診療報酬改善
- 3 医療者・患者関係の改善
  - a 相互理解へ、説明努力から
  - b 医療事故対応のコンセンサス作り

(スライド43)

改めて、私なりのまとめた、勤務医が改善を求める主要課題として、ここに上げさせていただきます。あえて今まで余り言われていなかったことで申し上げたいことは、やはり患者と医療者との間の関係の改善であります。相互理解をするために、医療者の側からも努力が必要だろうというふうに思っております。

今後の見通しについてであります。今は民主党政権でありまして、厚生労働省は産科、外科、救急、小児科等の再建に努力したいというふうなことを言っておりますし、勤務医の負担軽減をしたいというふうに言っております。中医協ないし中医協のDPC評価委員会などで救急入院評価だとか複雑性指数設定だとか、診療科別あるいは病院と診療所別の診療報酬の配分を変更したいというようなことが言われておりますけれども、医療全体が崩壊しつつあるとき、十分かどうかということは問題だと思っております。以上でございます。

### 今後の見通し (民主党政権)

厚生労働省

- 1 産科、外科、救急、小児医療の再建
- 2 勤務医の負担軽減

中医協・DPC評価委員会

- 1 救急入院評価
- 2 複雑性指数設定
- 3 診療科別あるいは病院・診療所別の配分変更など

(スライド44)

ありがとうございました。

**【河野座長】** どうも日野先生、ありがとうございました。

ただいまの発表の内容等につきまして、何か確認等、御質問がありましたらいただきたい。

**【本田】** 埼玉県済生会栗橋病院の本田です。どうも先生、ありがとうございました。

大変興味深いデータで、拝見しましたが、特に最後の民主党政権のというところで、どうも今、既に医療費を3%削減しようというような財務省からの話が出ておりますけれども、そこら辺は、先生はどういうふうにお感じでしょうか。

**【日野】** 医療費削減というのは、きょうの会の基調でもございますけれども、私はもちろん反対でございます。むしろもう少し医療費を、総額を増やしていただかないと医療は良くならないと思っております。

**【本田】** ありがとうございます。

実はちょっと1分だけ。実は私、今度、皆さん御存じだと思いますけれども、民主党で適正な医療費を考える議連というのができたんですね、110人ぐらい。急遽連絡がありまして、来週月曜日、4時から講演をしてくれということで、私頼まれたんですよ。来週月曜日、4時から議員さんに講演、100人ぐらいする予定なんですけれども、ぜひ良かったら、ここに皆さんのサインをいただきたいんですね。私、

---

ここに医療は命の安全保障、医療費をGDP比10%以上へというので、2枚、色紙をつくりまして、これを是非持っていきたいんです。もちろんいろんな事情で書きたくないという方は全然構わないんですけど、もしよろしかったら、どんどん回していただいて、ご署名をお願いいたします。

やっぱり全国の勤務医の声を届けないと、財務省に負けてるんですよ。ですから、是非皆さん、協力をお願いします。どうもありがとうございました。

**【河野座長】** どうも貴重な御意見をいただきまして、ありがとうございました。

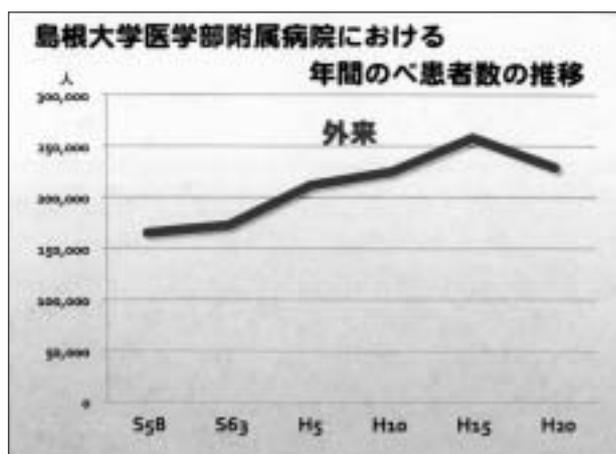
日野先生、どうもありがとうございました。

## ◆シンポジウム

### (2) 医育機関の立場から

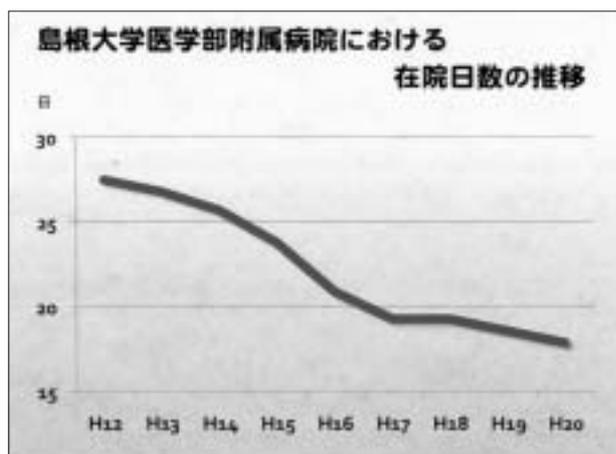
島根大学医学部地域医療教育学講座教授 熊倉俊一

島根大学の熊倉でございます。どうぞよろしくお願いたします。



(スライド1)

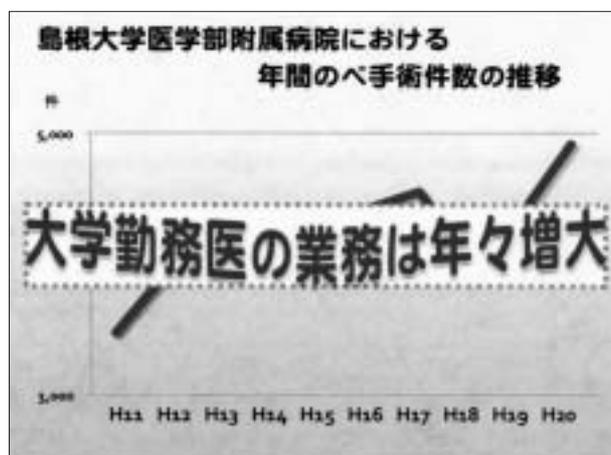
早速でございますが、ここに示しましたのは、島根大学医学部附属病院における年間の外来数の推移でございます。昭和58年からとっておりますが、全体的に右肩上がりになってございます。



(スライド2)

また、在院日数ですけれども、このように年々下がっているという結果でございます。

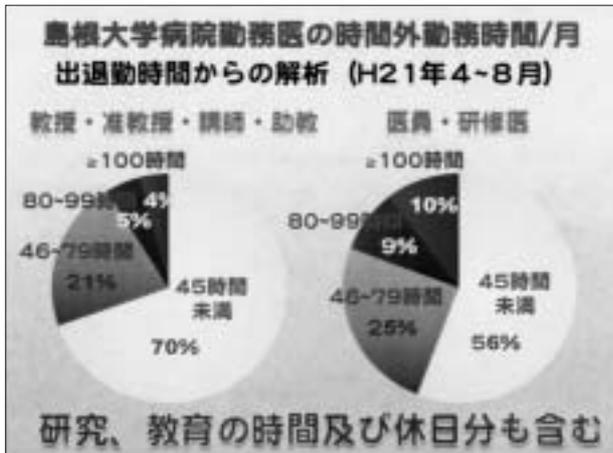
また、年間の手術の延べ数でございますが、教授選で教授が不在なため一時低下した時期があったんですが、こういうふうに右肩上がり伸びています。



(スライド3)

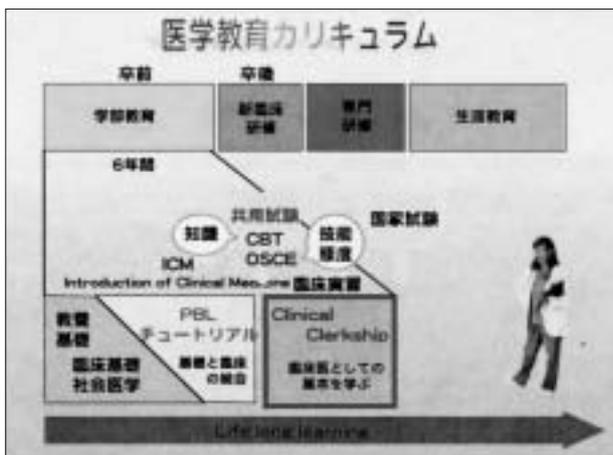
これだけ見ても、大学で働く勤務医の激務といえますか、忙しさというのうかがえるわけでございます。

このスライドは、勤務医の働いている時間を示したものです。けれども、うちの大学では、自分で出退室の時刻を申告しているわけでございますが、その中には自己の研究、教育、こういうふうな時間も入っています。それを月でどのくらい働いているか、まとめたものでございます。特に時間外勤務では、教授・准教授・講師等と比べまして、医員・研修医、若手の医師の方がどうも長く働いている、あるいは



(スライド4)

大学に長くいるという結果が出ているわけでございます。

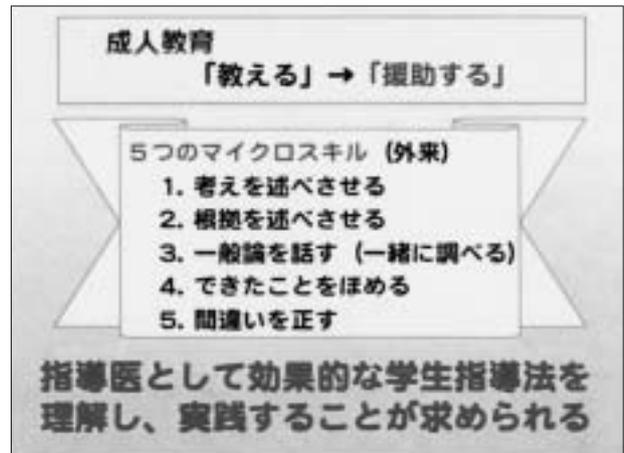


(スライド5)

大学の使命の一つとして、教育がございます。近年、この医学教育は、改革が進んでございます。大学の勤務医は、卒前の医学生の教育あるいは卒後の研修医の教育に携わるわけでございますが、特に学部の教育では、従来の講義だけでは、やはり知識しか身につかない、自分から問題を解決する能力はつかないということで、最近はPBL (Problem Based Learning)、チュートリアル、こういうのをやっております。これは小部屋で学生が小グループになって、そこにチューターとして指導医がつく。手間もかかるわけですが、そういうふうな教育を多くの大学で取り入れているわけでございます。

OSCE (オスキー)、これは態度や技能を見る試験でございますが、これもやはりどうしてもたくさん

の教員の数が必要になってくる。また、クリニカル・クラークシップであります。これは従来の見学型の臨床実習ではなくて、診療参加型の実習でありまして、チームの一員として臨床医学を学ぶものであります。こういうふうなことで、やはり指導医の教える形というものも変わってまいりました。

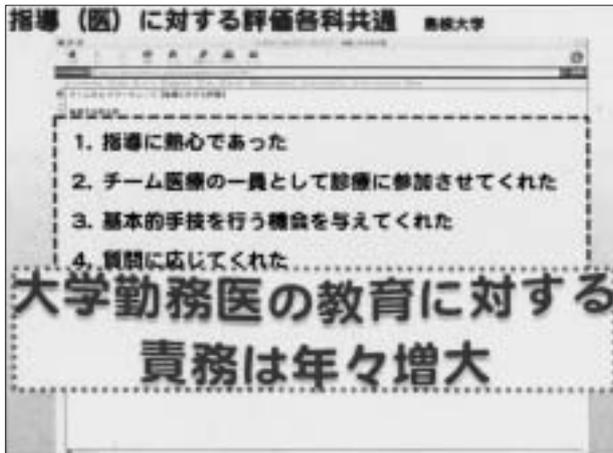


(スライド6)

成人教育ですので、教えるというよりも、こういう医師になりたい、こういうものになりたいということがあれば、そういうふうになれるように援助する、これが指導医としての役目であろうと言われております。コーチング技法というのが昨今の医学教育の中には取り入れられております。

以前であれば、若手の医師や学生が聞きにきて、十分でないことがあれば、もっと勉強してこいと言ってつっぱねることもあったかもしれませんが、最近言われているのは、まず自分の考えを述べてもらう。そして根拠はどうしてなのか述べてもらう。それで一般的なお話をして、あるいは一緒に調べたり、できたことを褒めてあげる。そして間違いを正す。こういうふうなプロセスが良いであろうというふうなことが言われておりました。種々の指導医講習会でも、こういうふうな指導方法を取り入れていくように話は進んでいるかと思っております。従いまして、指導医として効果的な学生指導法を理解して実践することが必要になってくるわけでございます。

# ◆シンポジウム



(スライド7)

これは、私どもの大学で、クリニカル・クラークシップでの評価システムですけれども、学生を指導医が評価する、また学生自身も自己評価をする、そして学生は指導医、あるいは指導に対しても評価する。ウェブを介して5段階のグレーディングスケールでやっておりますが、例えばここに示したのは、指導医に対して、指導に熱心であったかとか、質問に応じてくれたか等を評価する評価表です。こういうふうなことで指導医も評価されるということになっております。ですから、指導医あるいは大学勤務医の教育に対する責務というのは年々増大していると思います。これは、時間的には大変かもしれませんが、教育という面ではとても良いことだと思っているわけでございます。

**大学医学部教員数の日米格差**

医学部内科教官数 (2003年調査) 日野原重晴

| 米国           | 教授 | 准教授 | 助教授 | 講師  | 計     |
|--------------|----|-----|-----|-----|-------|
| 日本           | 教授 | 助教授 | 講師  | 助手  |       |
| 京都大学医学部      | 8  | 8   | 14  | 42  | 72    |
| 東京大学医学部      | 9  | 6   | 18  | 83  | 116   |
| 佐賀医科大学       | 5  | 4   | 5   | 23  | 37    |
| 旭川医科大学       | 3  | 2   | 7   | 18  | 30    |
| ハーバード大学      | 93 | 232 | 420 | 735 | 1,480 |
| ジョンズ・ホプキンス大学 | 66 | 53  | 141 | 166 | 426   |
| ミシガン州立大学     | 58 | 46  | 61  | 120 | 285   |

ボストンに見るアメリカの医学・看護学・医療事情の概況  
産科医学科誌 第2516号 2004年4月11日 医学書局

(スライド8)

しかしながら、少し古いデータなんですけど、日本の大学の教官はアメリカに比べて10倍ぐらい少ない

**教員一人当たりの英文論文数 (医歯薬系)**

| 1993     |      | 1999    |      | 2007    |      |
|----------|------|---------|------|---------|------|
| 大学名      | 生産率  | 大学名     | 生産率  | 大学名     | 生産率  |
| 1 九州大    | 0.94 | 1 京都医大  | 2.88 | 1 京都医大  | 2.45 |
| 2 鳥栖医大   | 0.75 | 2 慶大    | 2.33 | 2 東京医大  | 2.21 |
| 3 東北大    | 0.66 | 3 東京医大  | 1.85 | 3 慶大    | 1.70 |
| 4 大蔵大    | 0.55 | 4 富山医大  | 1.81 | 4 滋賀医大  | 1.49 |
| 5 岐阜大    | 0.55 | 5 鳥栖医大  | 1.38 | 5 岐阜医大  | 1.47 |
| 6 群馬大    | 0.53 | 6 京都府立大 | 1.34 | 6 京都府立大 | 1.34 |
| 7 徳州大    | 0.50 | 7 滋賀医大  | 1.33 | 7 東北医大  | 1.22 |
| 8 京都大    | 0.50 | 8 高松医大  | 1.32 | 8 東京医大  | 1.08 |
| 9 名古屋大   | 0.47 | 9 東京医大  | 1.27 | 9 神戸医大  | 0.95 |
| 10 京都府立大 | 0.47 | 10 大分医大 | 1.21 | 10 浜松医大 | 0.93 |

(スライド9)

というふうなことが言われているわけでございます。

また、大学の使命の一つとして研究があります。島根大学、以前は島根医科大学でございましたが、1993年は1人当たりの英文の論文の数は、九大に次いで2位だったんですね。これが1999年になると5位になり、今はもうずうっと下に落ちてしまいました。なかなか大学の研究のポテンシャルが落ちているんだと思います。

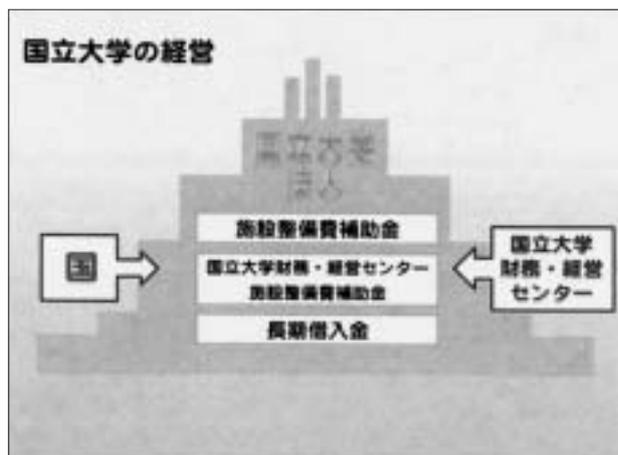
**世界における日本の臨床医学論文数**  
NEJM Lancet JAMA 高鳥章志郎ら

| 1993-97    |      | 1998-2002 |      | 2003-2007 |      |
|------------|------|-----------|------|-----------|------|
| 国名         | 論文数  | 国名        | 論文数  | 国名        | 論文数  |
| 1 米国       | 3314 | 米国        | 3695 | 米国        | 2677 |
| 2 イギリス     | 920  | イギリス      | 1484 | イギリス      | 873  |
| 3 カナダ      | 377  | カナダ       | 511  | カナダ       | 462  |
| 4 オランダ     | 277  | オランダ      | 502  | ドイツ       | 343  |
| 5 フランス     | 274  | フランス      | 432  | フランス      | 300  |
| 6 ドイツ      | 258  | ドイツ       | 410  | オランダ      | 294  |
| 7 イタリア     | 238  | イタリア      | 374  | イタリア      | 278  |
| 8 スイス      | 166  | スイス       | 282  | オーストラリア   | 260  |
| 9 オーストラリア  | 155  | オーストラリア   | 261  | スイス       | 252  |
| 10 スウェーデン  | 156  | スウェーデン    | 224  | ベルギー      | 177  |
| 11 スコットランド | 151  | スコットランド   | 218  | スウェーデン    | 166  |
| 12 日本      | 122  | 日本        | 183  | スコットランド   | 148  |
| 13 ベルギー    | 110  | デンマーク     | 158  | スペイン      | 141  |
| 14 デンマーク   | 98   | ベルギー      | 152  | デンマーク     | 138  |
| 15 スペイン    | 93   | スペイン      | 136  | 中国        | 102  |
| 16 フィンランド  | 88   | フィンランド    | 121  | ノルウェー     | 88   |
| 17 イスラエル   | 53   | オーストラリア   | 88   | フィンランド    | 78   |
| 18 オーストラリア | 50   | ノルウェー     | 68   | 日本        | 74   |
| 19 フェルイス   | 48   | イスラエル     | 78   | ブラジル      | 67   |
| 20 ノルウェー   | 40   | ニュージーランド  | 60   | ニュージーランド  | 67   |

(スライド10)

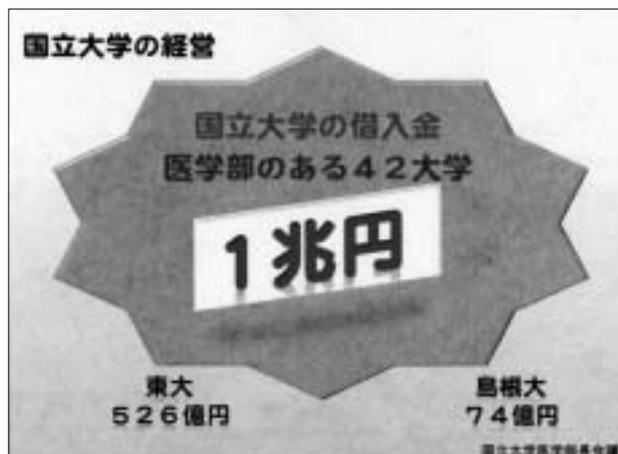
また、臨床医学研究のことではありますが、「The New England Journal of Medicine」、「The Lancet」、「JAMA」という有名な医学ジャーナルに、これに日本の論文がどのくらい載っているか。高鳥先生が調べた結果がでございます。1993年から97年ぐらいは、12位。その次、2002年ぐらいまでも12位だったんですが、最近は下がっている。そして中国にも抜かれてしまったということで、日本の臨床に関する医学

研究、これが少しダウンしているのではないかという  
ことで、これを危惧する先生もたくさんいるわけ  
でございます。



(スライド11)

大学について、もう一つ言わせていただきますと、  
やはり大学の経営、財政的なことも大きな問題で  
ございます。平成16年度から独法化になりましたが、  
大学の箱物といえますか、建物を建てたり、いろ  
ろなことでお金がかかります。それは国からお金を  
お借りする、そういう仕組みになっているわけ  
であります。



(スライド12)

これは医学部長・病院長会議でも示されたデー  
タでございますが、医科大学、国立は42ありま  
すが、全部でどうも1兆円ぐらい大学が借金  
しているという試算であるようでございま  
す。島根大学もこのぐらいの額ということ  
ですが、新病院が建って、もう少し増  
えているようでございます。



(スライド13)

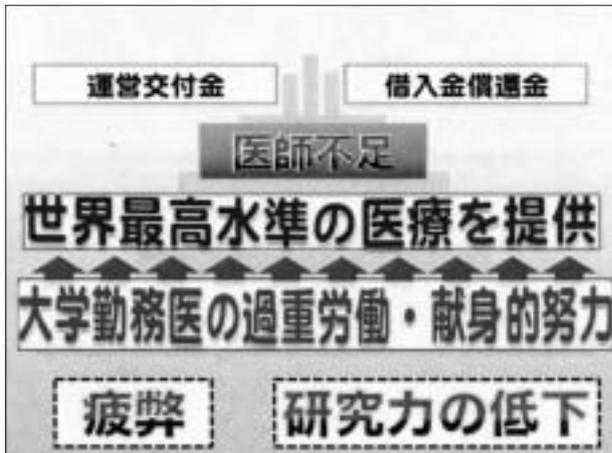
大学にいろいろなお金が入ったり出たりする仕  
組みですが、入るところでは授業料とか検定料と  
かあります。ただ、大きなのは附属病院の収入  
になってございます。あと国から来る運営費交  
付金でございます。出る方は、やっぱり人件費  
というのが5割ぐらい、それからいろいろ病  
院の経営とか薬を買ったり、教育、こうい  
うふうなことで出ていきます。

この運営費交付金でございますが、国から年  
々減らされている。ですから、大学はここ  
で増やそうというふうなこともありまして、  
各会議等でも在院日数、あるいは外来の患  
者数、会議とかにも出ていって収益を上げ  
ようというふうなことで頑張るしかない  
わけでございます。

借金を返すわけですが、調べますと1大学、  
年間10億から50億、一つの大学で返す  
ということになっているようでございま  
す。国のために、国民のために大学の勤  
務医は働いて、どうしてこの借金なんか  
を返すんだ、こんなことは日本でしかや  
っていないとおっしゃる先生もおられる  
わけでございます。

このように、大学あるいは大学病院は、運  
営費交付金も減ってくる、あるいは借金も  
返さないといけない、それと医師不足、  
こういうふうなところであえいでいるわけ  
ですね。しかしながら世界最高水準の医  
療を提供しております。これはきっと大  
学勤務医の献身的な努力、これがあるから  
だと思います。しかしながら、先ほども  
述べましたように、疲れている、ある  
いは研究がちょっと低下している、こう

## ◆シンポジウム



(スライド14)

いうふうな問題もその裏にあるわけでございます。

| 医師の平均給与月額                   |             |     |             |
|-----------------------------|-------------|-----|-------------|
| 第17回医療経済実態調査<br>中央社会保険医療協議会 |             |     |             |
|                             | 平均給与<br>月額① | 賞与② | (万円)<br>①+② |
| 一般病院 (勤務医)                  | 107         | 16  | 123         |
| 一般診療所 (開業医)                 | 207         | 1   | 208         |

※賞与は、月間外勤務手当、夜勤手当、通勤手当等を含む。賞与は、過去事業年度(1)の1/12の額

日医 個人立診療所開設者と勤務医の手取り  
年収の差

|        |        |
|--------|--------|
| 40~44歳 | 3百万円   |
| 45~50歳 | ほぼ同じ   |
| 50歳以上  | 2百万円以上 |

(スライド15)

大学教員、勤務医の給与はどうなっているのか。これはなかなかわからないところもあるんですが、開業医の先生と勤務医の先生の比較というのは幾つかデータがありまして、日医の解析の結果では、例えば開業医さんと勤務医の差は、言われているほどない、45から50歳は同じであるというふうなデータ解析も示されているところだと思います。

これは人事院のホームページに載っていたデータでございますが、例えば50歳ぐらいの医長だと、これは手当とかも入っておりますが、どうもこのくらいもらっているようなんですね。40ぐらいの医師になると100万円ぐらい出てるようなんですね。大学になりますと、軒並み下がっているんですが、これを見ると結構な額になっているなあと思っているわけでございます。

| 職種名   | 平均<br>年齢 | 平均給与月額<br>きまって支給する給与(円) |
|-------|----------|-------------------------|
| 病院長   | 61.3     | 1,486,715               |
| 医科長   | 49.4     | 1,290,762               |
| 医師    | 40.4     | 1,004,050               |
| 大学学長  | 67.2     | 1,052,980               |
| 大学教授  | 56.9     | 749,387                 |
| 大学准教授 | 46.5     | 599,441                 |
| 大学講師  | 41.7     | 513,784                 |
| 大学助教  | 37.0     | 479,121                 |

人事院 平成21年職種別民間給与実態調査  
時間外手当、通勤手当を含む

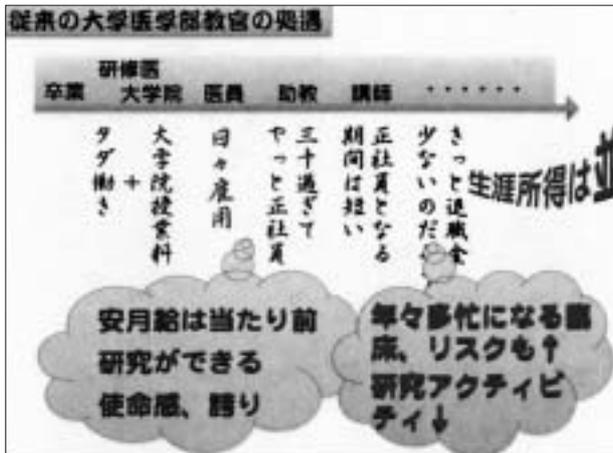
(スライド16)

| 国立大学法人各根拠大学職員給与規定 |         |         |         |         |         |
|-------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 教育職等給与表(一)        |         |         |         |         |         |
| 職員の級              | 勤 務     |         |         |         |         |
|                   | 1級      | 2級      | 3級      | 4級      | 5級      |
| 年齢                | 1級      | 2級      | 3級      | 4級      | 5級      |
| 1                 | 182,200 | 204,800 | 226,400 | 247,000 | 267,600 |
| 2                 | 184,200 | 206,800 | 228,400 | 249,000 | 269,600 |
| 3                 | 186,200 | 208,800 | 230,400 | 251,000 | 271,600 |
| 15                | 182,200 | 204,800 | 226,400 | 247,000 | 267,600 |
| 20                | 204,200 | 226,800 | 248,400 | 269,000 | 289,600 |
| 25                | 224,200 | 246,800 | 268,400 | 289,000 | 309,600 |
| 30                | 244,200 | 266,800 | 288,400 | 309,000 | 329,600 |
| 40                | 244,200 | 266,800 | 288,400 | 309,000 | 329,600 |
| 50                | 283,200 | 318,800 | 340,400 | 361,000 | 381,600 |
| 60                | 275,200 | 310,800 | 332,400 | 353,000 | 373,600 |
| 70                | 268,100 | 303,700 | 325,300 | 346,200 | 366,800 |
| 80                | 258,500 | 294,100 | 315,700 | 336,600 | 357,200 |
| 90                | 248,900 | 284,500 | 306,100 | 327,000 | 347,600 |
| 100               | 239,300 | 274,900 | 296,500 | 317,400 | 338,000 |
| 110               | 229,700 | 265,300 | 286,900 | 307,800 | 328,400 |
| 120               | 220,100 | 255,700 | 277,300 | 298,200 | 318,800 |
| 130               | 210,500 | 246,100 | 267,700 | 288,600 | 309,200 |
| 140               | 200,900 | 236,500 | 258,100 | 279,000 | 299,600 |
| 150               | 191,300 | 226,900 | 248,500 | 269,400 | 290,000 |

(スライド17)

これはホームページとかで見れると思いますが、人事院の勧告に沿った給与体系だと思いますが、こういうふうに大学の給与体系というのが決まっております。例えばこっちが教授になるわけなんですけど、どんなに教授でもらっても、基本給ですけれども、このくらいの額にしかならない。私はこのくらいなんですけど、それでいろいろ手当、住居手当とかがついても税金でがばっと引かれて、どうしても手取りは非常に寂しい額になっていると。助手とか、こちら辺になりますと、もっと厳しい状況になっている。これが現状だと思います。もちろんバイトのお金はここには入ってございません。

一昔前の大学医学部教官の処遇というのはどういうものであったか。私なんかもここなんですけれども、卒業して大学院に入る、あるいは研修ですけども、当時は大学院に入っても授業料を払わないとい



(スライド18)

けない。しかし、ただ働き。同じように働いてもただ働き。医員になっても日々雇用ですね。私どもの場合は月曜日から木曜日まで日当幾らで出ます。金曜日、土曜日来てもお金は出せません。そういうふうな厳しい状況でございました。30を過ぎてから、やっと助教になって正社員として雇われる。しかし、生涯を考えますと、スタートが遅いですから、生涯の所得は並みだろうと言われているわけです。

しかしながら、大学に勤めている人は安月給は当たり前だと、研究ができる、高度医療ができる、誇り、使命感というようなものがあってやっていたわけでございます。いい考え、悪い考えはあるかもしれませんが、昨今はやっぱり多忙になってリスクも上がって、研究のアクティビティーも下がってくる、こういうふうな問題もあって、総合的に考えないといけないかなと思ってる次第でございます。ここに関しましては、手当が国からつくようになりましたが、一過性にこの給料が安くなるというふうなところもあろうかと思えます。

これは全国の大学病院の正規の雇用の方ですね、恐らく助教以上、それから正規以外の方、これ半々ぐらいあるようなんですね。ですから、こちらの方の手当というのは十分ではないんじゃないかと思うわけでございます。

研修医に関しましては、国から出ます。島根大学の場合は月額このくらい出ていると。十分ではないかもしれませんが、見習いということもあるかもし



(スライド19)

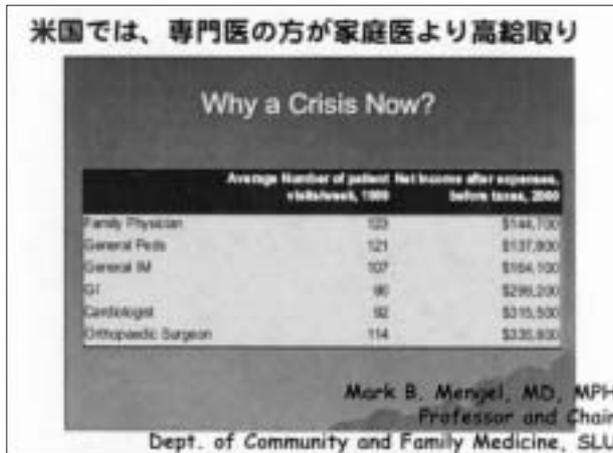


(スライド20)

れません。うちの大学の場合は、全国国立大学初ですけれども、医員にもこのくらいあげようということが病院長等が頑張られて決まりました。全国で初ということでございますが、一過性に研修医よりも安いという事態があったと思います。また、大学院生の処遇ということも大きな問題だと思います。

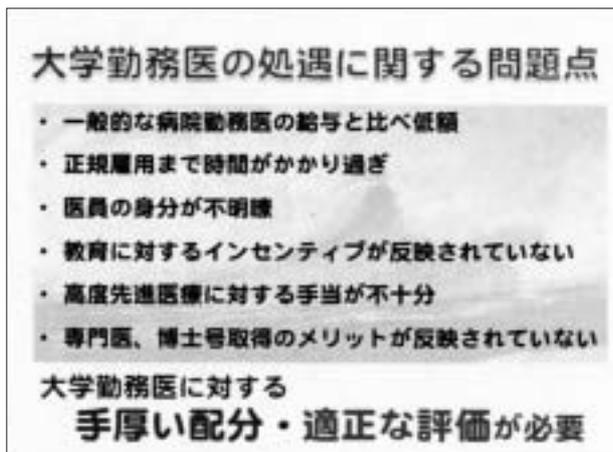
私どもはいろんな大学をちょっと見学させてもらっておりますが、セントルイスの大学に行ったとき、メンゲル先生からレクチャーを受けました。このときの話のスライドなんですけれども、米国では家庭医よりも専門医の方が給料が高いんですね。そういうふうなことになっておりまして、このときの話のポイントというのは、アメリカでは家庭医がむしろ、30年の歴史があるんですけど、減ってきてるんだと。専門医と比べて給料が下がってきてるということは今、アメリカでとても問題なんだということです。

## ◆シンポジウム



(スライド21)

日本ではこの専門医の、特に大学の専門医の給料というのはどうも評価されていないわけですが、もしかしたら日本の30年がこうなっているかもしれませんが、そういうことでございます。

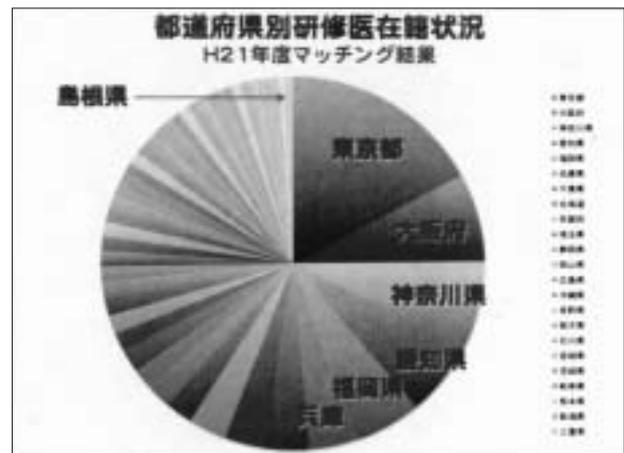


(スライド22)

大学勤務医の処遇に対する問題点を少しまとめてみますと、一般的な病院の勤務医の給与と比べて少ないだろうと、正規雇用まで時間がかかる、身分が不明瞭のところがある、医員ですね。それから教育を一生懸命やっているんだけど、多くの国立大学がそうだと思いますが、インセンティブが反映されていない、高度先進医療に対する手当が不十分、それから専門医を取ってもメリットが反映されていない。給与としてアップするわけではなく、少なくとも多くの大学はないと思います。やはり手当とか、あるいは手当までもなくても適正に評価してもらいたい、そういうふうな思いが大学にいる人には多いと

思います。

少しお金のことばかり、あんまり私、言いたくないんですけども。ちょっとこういうふうなことを言い忘れました。働いていて、人が少なくなる。一緒に働く人が増えてほしい。やっぱり人ですね。人をどうして増やすか、私どもの大学の取り組みを少し御紹介させていただきたいと思います。



(スライド23)

ここに示しましたのは、今年のマッチングの結果でございます。これは例年そうなんですが、都会に研修医がいる、研修医は都会にいるということがわかってございます。かわいい子には2年間ぐらい旅をさせてもいい、そのかわりその後帰ってきて欲しいと思うわけですが、行ってしまったらなかなか帰ってこない。

地域別臨床習研修修了者帰学状況

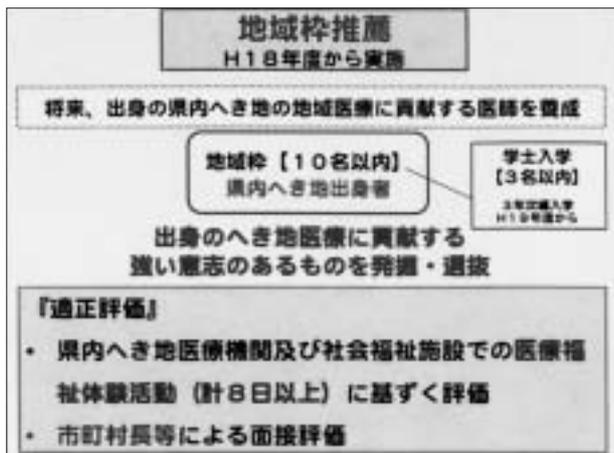
|     | H14年の<br>大学医学生 | H18年の<br>帰学者率 | H19年の<br>帰学者率 |
|-----|----------------|---------------|---------------|
| 北海道 | 76.4%          | 33.1%         | 38.7%         |
| 東北  | 63.0           | 30.1          | 31.1          |
| 関東  | 71.6           | 67.4          | 89.2          |
| 中部  | 66.4           | 41.4          | 35.1          |
| 近畿  | 74.1           | 53.1          | 41.1          |
| 中国  | 73.3           | 36.0          | 29.8          |
| 四国  | 74.0           | 30.2          | 23.3          |
| 九州  | 75.0           | 56.2          | 46.7          |
| 全国  | 71.4           | 50.6          | 52.0          |

全国医学研修医協議会

(スライド24)

これが帰学率でございますが、特に中国地方、昔はこのくらい帰ってきていたわけなんです、3割

も戻ってこない。中国地方は山陰と山陽とありますが、山陰の方は非常に厳しい。関東地方はどうもいいようですね。こういう状況の中で、どうしたら魅力的な教育をして、島根にも残ってもらえるか、これを地域の先生方と一緒に考えてやっているわけでございます。

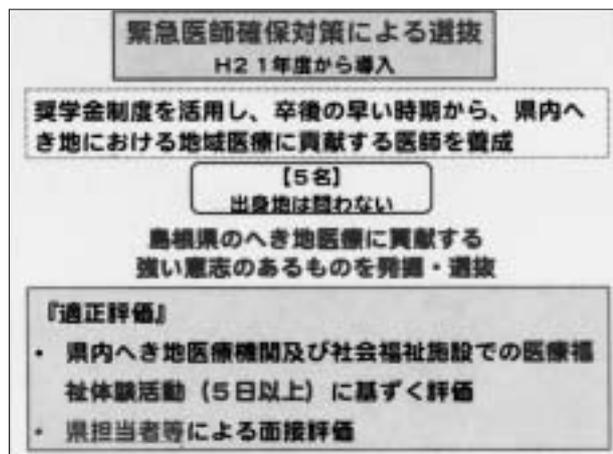


(スライド25)

その一つとしては、入学の前、あるいは入学のときからの取り組みでございまして、平成18年度から地域枠推薦入学をやってございます。当初5人でしたが、その次の年から10人、学士も始めております。出身の僻地医療に貢献する強い意思のある者を見つけてきて選抜しようと、松江、出雲以外の僻地のところから選んでいるものでございます。単に言葉だけで、「私、やります。」では信用できません。本当に適性があるのか、地域の先生方と一緒にこの適性を見ております。入学試験を受ける前に、地域の医療機関、河野先生や、先ほどの日野先生のところでもお世話になっておりますが、あるいは社会福祉施設で5日間と3日間以上の実習をする。そこで評価をしてもらう。また市長さん、村長さんにも面接をしてもらう。そういうふうなことも参考にして選んでいるわけでございます。

平成21年度の今年からは緊急医師確保対策枠入試が始まりました。5名であります、これもこういうふうな地域医療体験実習、それと第三者による評価ということもしているわけでございます。

日本だけではなくて、地域医療が非常に難しい、



(スライド26)



(スライド27)

医師が疲弊している、ショートエージ・オブ・ドクターがシビアなところというのはたくさんあるわけでございます。その中でもアメリカのシアトルにあるワシントン大学は地域医療が非常に成功しているとして認められているところでございます。

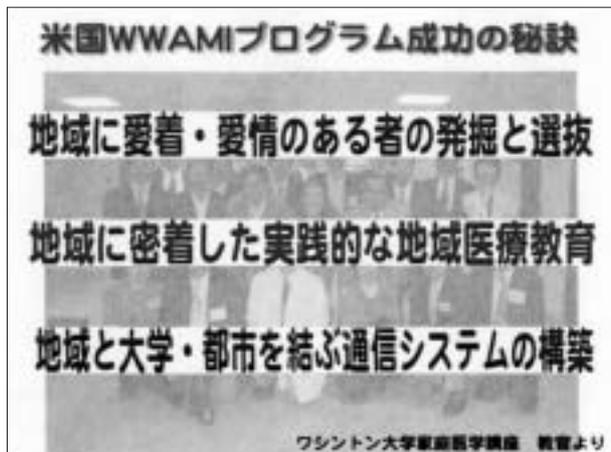
このシアトルですが、ここですね、ワシントン州。その周囲にアイダホ、モンタナ、ワイオミング、それから上の方にアラスカがあるんですが、ここで医学部があるのは、このワシントンだけなんです。医学生は、地域枠としてワシントン大学に入ってくる。そこで育てていく。この5つの州が協調した取り組みでございまして、30年の歴史のWWAMIプログラムと言っているわけでございます。

私どももここに何回かお邪魔させていただきました。これはWWAMIサイトのワイオミングで、私もこの診療所に行きましたが、こういう田舎の中なんで

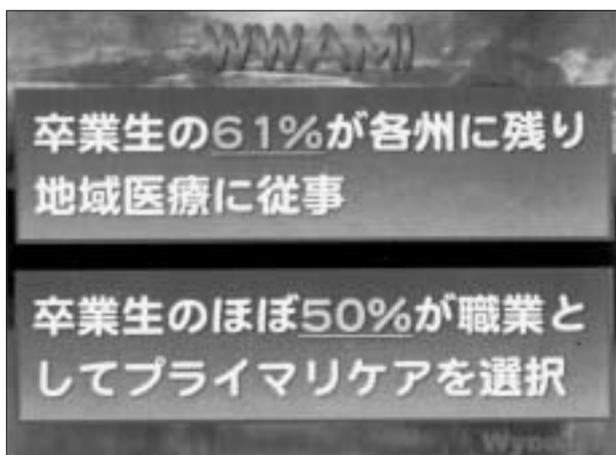
## ◆シンポジウム



(スライド28)



(スライド30)

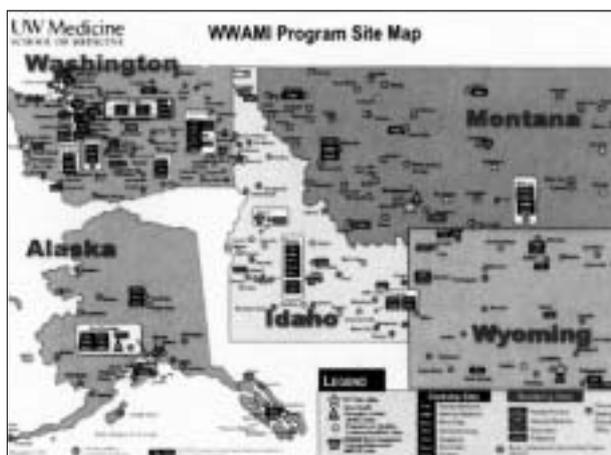


(スライド29)

すね。このWWAMIプログラムの成果というのは、6割がこの田舎の州に残る。そして50%がプライマリケアを選択していて、アメリカではプライマリケア、ランキングナンバーワンでございます。

どうしてこんな素晴らしい成績が得られるのか、そのノウハウを私どもは見に行きました。これはワシントン大学ファミリー・メディシンです。成功の秘訣は3つあると言っておりました。選抜の段階から、本当に地域に愛着、愛情のある者を見つけてきて選ぶんだよ、そして、選んで入学させるだけではない。入学してから地域に密着した実践的な地域医療をやらせてるんだよと。それと、どんなに田舎でもITを駆使して、都会と同じものがここにある、そういうふうなことでやってきてる、これが30年かかって得てきたことおっしゃっておりました。

これはアメリカのシアトルの大学のホームページ



(スライド31)

にあるわけですが、丸とか四角、これは研修、教育機関なんですね。先輩のところに1年生から行って、そこで学んでくる。地域に行って地域で学ぶ、そういうことをこの大学はやっております。

私ども、入学後から地域医療実習をやっているんですが、6年生になりまして、地域の先生方の大変な努力、御協力があって、今、6年生では3週間、学生が全員泊まり込みで地域に行って実習を行っています。松江、出雲以外ですね、僻地に行って学んでございます。



(スライド32)

往診に行ったり、地域の中に行ったり、地域の先生に触れる。大学だけで6年終わってしまうんじゃないかと、地域に行って地域を知る、そういうふうな教育をしております。

### 地域医療実習 学生の感想

- この病院のように**地域密着型の病院**があることで、**地元の方も安心して医療が受けられるし、毎日が健やかに暮らせるのだと思います。将来私も〇〇先生のように地域に、島根県民に貢献できる医師になりたい。**
- 隠岐を愛し、隠岐の住民を愛し、治療だけでなく人として関わっている先生方の姿をみて、目の覚めるような思いがしました。**

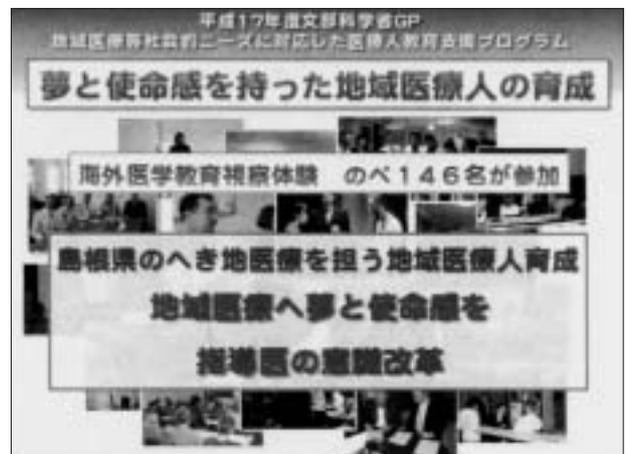
(スライド33)

- 患者さんにとってのよりよい医療の在り方を、医療関係者全員で日々考えておられるのを見て、とても感動しました。医療とはこうあるべきだ！と感じました。**
- 地域医療は、決して使命感だけではできない。〇〇院長らの實に楽しんで仕事しておられる様はとて新鮮で、「地域で生きる」ことを楽しむ姿勢こそが地域医療にだいじなのだと感じた。**

(スライド34)

二、三、学生さんの感想をちょっと供覧いたしま

すと、「この地域密着型の病院があって、地域の方も安心して医療が受けられるし、毎日が健やかに暮らせるんだと思います。」「将来、私も〇〇先生のように地域に、島根県民に貢献できる医師になりたい。」。あるいは、「隠岐を愛し、隠岐の住民を愛し、治療だけでなく人としてかかわっている先生方の姿を見て、目の覚める思いがいたしました。」。患者さんにとって、よりよい医療を提供している、日々、患者さんのために考えている、そういう姿を見てとても感動し、医療とはこうあるべきだと考えた。萎縮医療ということもあったんだけど、ここに来て信頼関係、初心をここでもう一度思い出した。「地域医療は使命感だけではなくて、やっぱり地域で生きることを楽しみながらやっていく、そういうことが大切なんではないか。」。みんなそれぞれ、100名が胸にいろんな思いを刻んで帰ってきてございます。中には、この地域医療実習を行った地域で初期臨床研修をする、そういうふうな者も出てきております。



(スライド35)

私たち、学生の教育ということをやっておりますが、学生だけではなくて、教える側も変わらなくては行けない。文科省から予算をいただいて、先ほどのWWAMI、あるいはメルボルン、アメリカの地域医療を一生懸命やっているところに見学に行って、そのノウハウを学んできました。教える方も変わろう、地域の先生も、その参加者の中にあります。指導医の意識改革を進めてまいりました。これは3年間続けましたが、延べ140人が参加することができ

## ◆シンポジウム

ました。



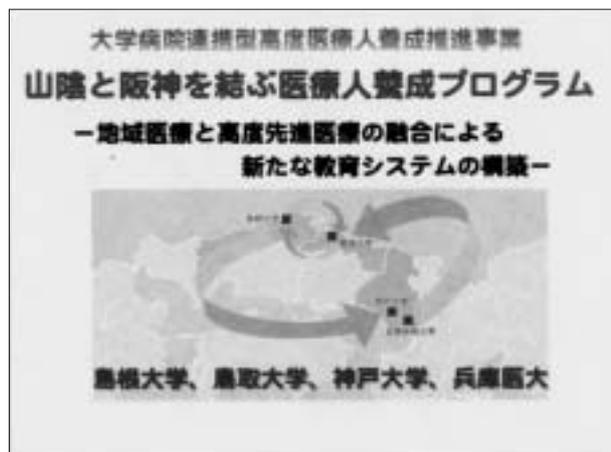
(スライド36)

このプログラムが終わった後も、この連携でメルボルン大学からシミュレーターの専門医の先生を呼んできました。研修医あるいは若手の医師の教育、学生の教育に携わってもらって、また地域の方にもお連れして、地域の病院でもこういうふうなことをやりました。



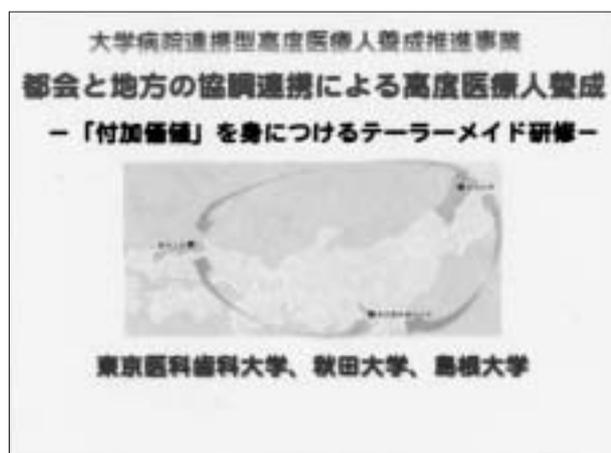
(スライド37)

また、アメリカから、コロラドからですけれども、専任の教育者を呼んで、若手の医師、学生の教育に携わってもらいました。これは医師、勤務医の教育、スキルアップにも大変有用であります。こういうふうな取り組みを田舎の地方大学でもやっているということを見ていただきたい。そして魅力的な教育を行っている、そういうふうなことで学生も残ってくれる、そういうふうなことを期待しているわけでございます。



(スライド38)

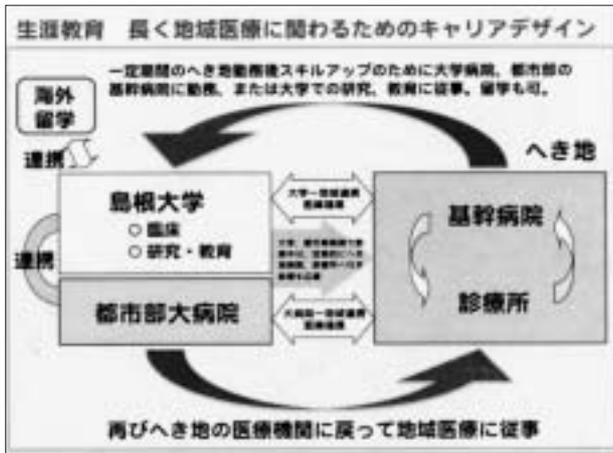
後期研修ですが、去年から新しい取り組みを始めました。一つの大学だけでは不得意なところ、得意なところがあります。不得意なところがあるならば、ほかの大学と連携して、一定期間、そこでトレーニングさせてほしい。これは「山陰と阪神を結ぶ医療人養成プログラム」、高度医療人養成事業と位置付けておりますが、陸続きの鳥大、神戸、兵庫医大と連携して行うプログラムでございます。



(スライド39)

もう一つは、東京の医科歯科ですね、これは初期研修で既に連携を始めていたわけですが、「都会と地方の協調連携による高度医療人養成」。こういうふうな連携で後期の若手の医師もスキルアップする、こういった取り組みを始めたわけでございます。

地域卒の学生も、将来医師となり地域に出てくるわけなんです。地域で地域医療に長く携わってもらいたい、といった思いがあります。例えば地域で



(スライド40)

ある一定期間トレーニングする。中にはずうっと地域でやりたいという人もいれば、ずうっと地域はしんどいという人もいると思うんですね。地域にいて、ある一定期間いた後、スキルアップするために大学、研究でもいいと思います、あるいは都市部の病院に行く、それでまたあるスキルをアップしたら戻ってくる、こういうふうな巡回型のキャリアデザイン、生涯教育を、今、地域の先生方、行政と一緒に考えているところでございます。



(スライド41)

地域に行ってパーンアウトしたり悩んだりして辞めてしまうと、これは困るわけですね。辞めないように、医局制度は今弱くなっております。その中で、地域へ行っている医師の心をつかんで、辞めないように、あるいは派遣元と連携を持ってくれる、地域で生々と医療に携わってくれるようにコーディネートする人が必要だと思っております。私ども、今年からで

すが、大学院のコースに地域医療支援コーディネーターコースというのを立ち上げました。ここに写っているのは3人ですが、元気な院生が4人入ってきてくれました。彼ら、彼女たちは今、地域に行って医療はどういうものか、行政に行ったり、若手の医師と会話して地域のニーズは何なのか、自分たちは何ができるのか、そういうふうなことを今学んでいるところです。数年したら社会に出てコーディネーターの役をやっていただけたらと思います。こういうふうなこともさせていただきます。

地域枠推薦入学生の年次推移予測

|         | H18年 | H19年 | H20年 | H21年 | H22年 | H23年 | H24年 | H25年 | H26年 | H27年 | H28年 | H29年 | H30年 |
|---------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 推薦枠数5年生 |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      | 3    |
| 推薦枠数4年生 |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      | 3    |
| 推薦枠数3年生 |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      | 3    | 9    |
| 推薦枠数2年生 |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      | 3    | 9    |
| 推薦枠数1年生 |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      | 3    | 9    |
| 推薦枠数2年生 |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      | 3    | 9    |
| 推薦枠数1年生 |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      | 3    | 9    |
| 6年生     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 5年生     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 4年生     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 3年生     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 2年生     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 1年生     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 合計      | 6    | 19   | 32   | 50   | 68   | 86   | 104  | 122  | 140  | 158  | 176  | 194  |      |

＊平成21年度からは、推薦枠確保推薦入学枠数を示す

(スライド42)

地域枠は、平成18年から始まりました。今、21年度になって一番上が学士で、5年生になっております。数年すると卒業してきます。それから5人、10人、20人近くがどんどん出てきます。例えばこのくらいになりますと100人近くが卒業しています。もし100人が、島根県の地域で働いてくれるとなると、これは大きな力になると思います。その予備軍の学生も100人ぐらいいるわけですね。やはり私どもはこの地域枠の学生を責任を持って育てる必要があると思います。本当にモチベーションの高い、いい子が多いと思います。勉強もできます。

これは、今年の春の交流会なんですが、私が、彼ら・彼女たちをフォローする任にありますが、今年は50人になりました。地域の先生方と協力して、住民の方の意見をいただいたり、地域で育てる、そういうふうなことを中心にやっていきたいと思っております。本日は大学、医育機関として、今、一生懸命、行っ

## ◆シンポジウム



(スライド43)

ている。取り組みを中心にお話しをさせていただきました。御静聴、どうもありがとうございました。

**【河野座長】** 熊倉先生、大学の現状、勤務の状況、研究の状況、そしてまた教育の状況、それから卒業後の研修の状況等、取り組み等を詳しく話をさせていただきましたが、何か講演の内容に御質問はありますか。

**【藤巻】** 2点確認をさせてください。埼玉医科大学の藤巻と申します。

一つは、先ほどの先生の御提示であられました地域枠でございますが、地域枠というのは、結局やっぱり地元のもともと入ってこられた方たちが地域枠で入ってきているのではないかという批判がございますよね。要するに本来であっても入ってこられるような方が地域枠で入ってきているのではないかという御批判もあるかと思いますが、実際にそういう方たちが全体の中での成績という意味ではどうかということをおひとつ教えていただきたいのと、もう1点は、先生のところは働きやすい病院の認証も受けておられまして、非常に先端的な取り組みをされていることはすごいなと思って、いつも拝見しているのですが、たしか昨年度の先生のところのマッチングの、自分のところの生徒さんがたしか30名ぐらいマッチングされておられまして、本年度も、ちょっと大学別の数字は出てないんですが、島根県はたしか30名ぐらいのマッチング率でして、先生方のこれ

らの取り組みが実際に実効を上げているというふうな感じを受けておられるかと、この2点について御教示いただけますか。

**【熊倉】** 最初の点であります。地域枠以外でも地元の方は入ってきます。ただ、この地域枠、あるいは緊急医師確保対策枠で入学する人は、より地域医療に対してモチベーションが高い。あれだけの実習をやるということはなかなかできないと思います。ですから、モチベーションの意味では、とても高い学生が入ってきていると思います。

あと、2点目の成績の点ですか。成績の点は、非常に優秀だと思います。一番下の方にいるという人は、全体的から見ますといたないと思いますし、全体から見ても、そんなに悪いところにいるわけではない結果になっております。これからいろいろ地域枠とか、あるいは学生の増員とかになってきますので、いろんな多様な学生が入ってくるかもしれません。先ほどちょっと教育のところでは言いましたが、コーチングとか、やっぱり教える方も、なりたいところ、目的があれば、それを達成できるように、私どもの指導・教育に対する姿勢もやっぱり変わってやっていかなくちゃいけないかなと思っている次第であります。

**【藤巻】** マッチング人数は増えてきているんでしょうか。

**【熊倉】** マッチングに関しては、やはり私どものデータから見ると、県内出身者と県外出身者では大分、県内出身者の方が残る率が高いんですね。数年前、今の卒業生というのはもう6年前ですが、当時はあんまりこういうふうなことを考えておりません。県内出身者というのは今、すごく底の状況です。2年後になりますと少し増えてきますので、効果がそのころ出てくるのではないかと思います。我々の取り組みをもししなければ、もっと下がっていたのではないかと考えております。

**【河野座長】** どうもありがとうございました。

では、熊倉先生、また後ほど討論に加わっていただきたいと思います。ありがとうございました。

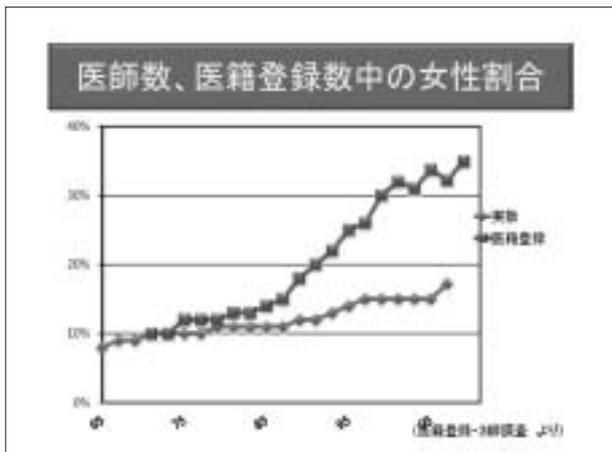
### (3) 女性医師の立場から

島根大学医学部放射線医学講座

がん放射線治療教育学教授 内田 伸 恵

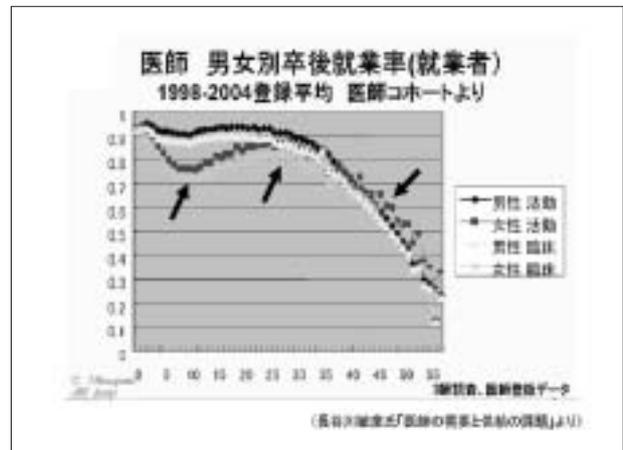
島根大学医学部がん放射線治療教育学の内田です。本日は、「女性医師の立場から」ということで、勤務医をめぐる諸問題についてお話しさせていただきます。

平成20年の4月に内閣府が女性の参画加速プログラムを発表しました。その中で、ワーク・ライフ・バランスの調和がとりにくく、女性の参画が遅れている職業として、医師と研究者、公務員が上げられています。そして、女性の参画をより進めるための支援策として、正規雇用・短時間勤務の推進、あるいは院内保育所などの育児支援、そして離職からの復帰支援などの提言がありました。日本の女性医師、そして島根県の女性医師がどのような現状であるか、そして我々がどのような対策を行っているかを御紹介させていただきます。



(スライド1)

これは日本の医師数、そして医籍登録者数中の女性割合です。青線が実数で、現在17.2%とされており、毎年大学を卒業して国家試験に合格して医籍登録する方の中で女性割合というのはどんどん増えていまして、現在34.2%です。予測ではもうすぐ全医師数中の女性割合が20%になり、30年後には30%になるであろうと予測されております。

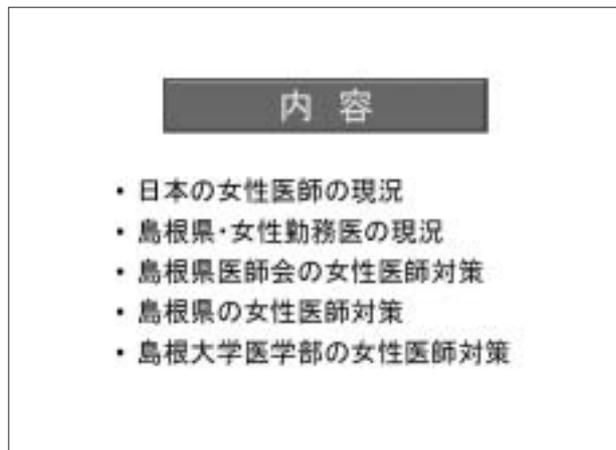


(スライド2)

これはよく紹介されるグラフです。横軸は、これは医師になってからの年数、縦軸は男女別の活動している比率です。男性は医師になって以後仕事を続けて、年齢とともにだんだん離職者がふえてくるということです。

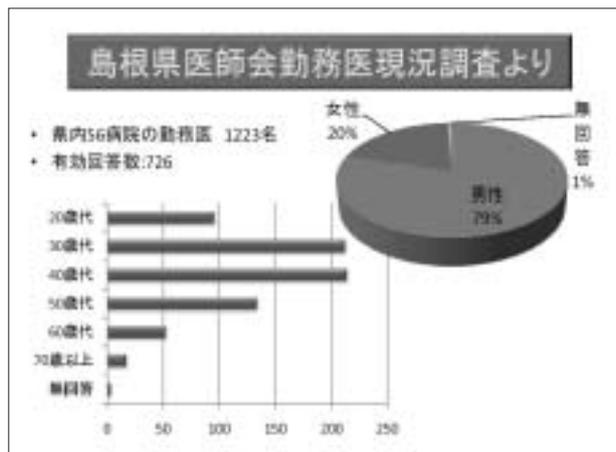
しかしながら、女性というのは、卒後5年目から10年目、ほかの職業でもよく言われておりますが、出産や育児に伴う離職がありまして、M字カーブを示している。そしてまた卒後25年ぐらいになって復帰していく。ですので、このM字カーブが今の医師不足の一つの要因となっていると言われております。

## ◆シンポジウム



(スライド3)

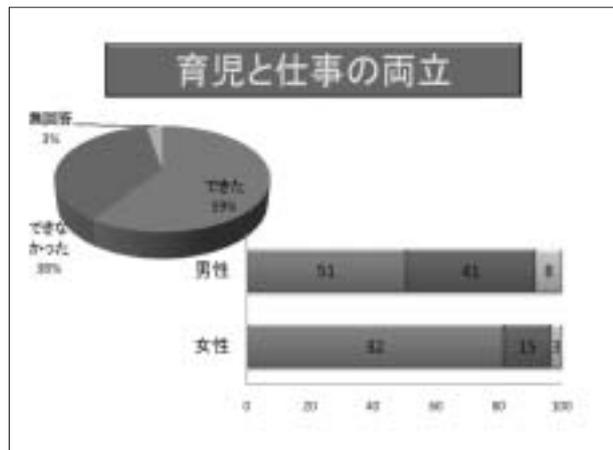
本日は日本の女性医師の現況、鳥根県の女性勤務医の現況、そして鳥根県医師会、鳥根県、鳥根大学医学部のそれぞれの女性医師対策について御紹介したいと思います。



(スライド4)

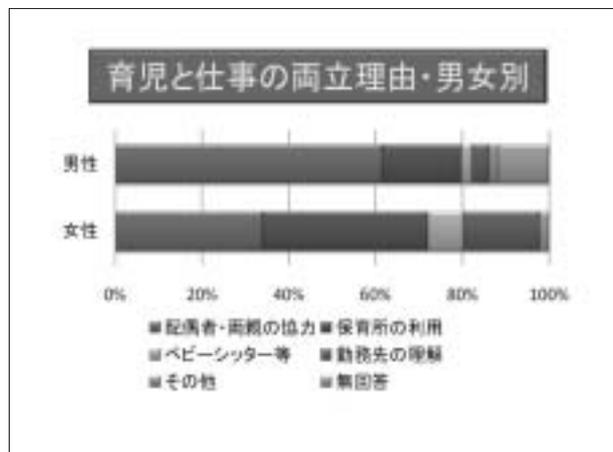
これは、先ほど鳥根県医師会勤務医現況調査の御報告がありましたが、その中の男女共同参画部分を抜粋して御紹介いたします。

回答者割合は、女性が20%、男性が80%です。



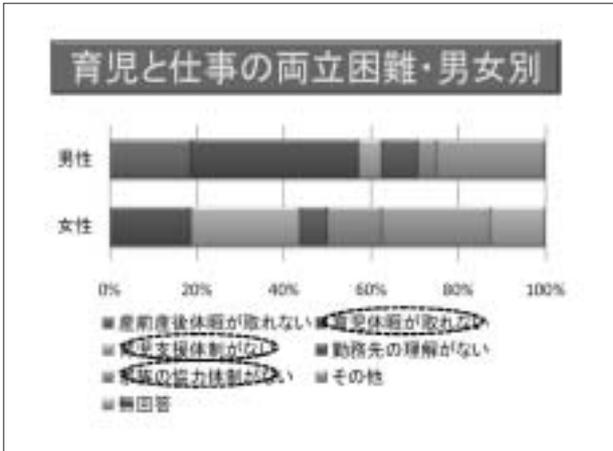
(スライド5)

育児と仕事が両立できたが、全体では60%の方ができたと言っております。この中で、これを男性、女性に分けますと、男性の半分の方は育児に参加できなかったと自省の意味を込めて回答していらっしゃる。女性が、80%の方が両立できた、15%の方はできなかったという回答です。



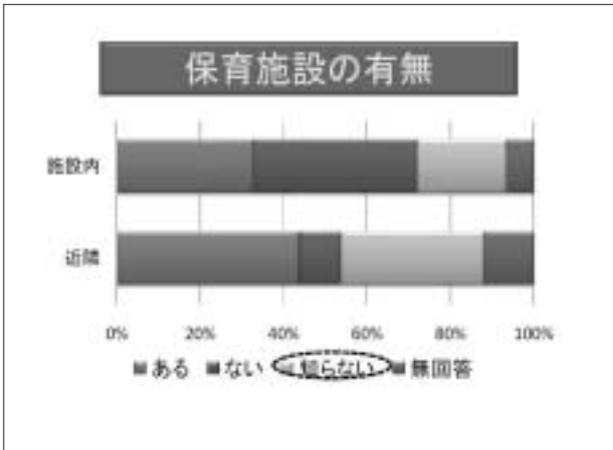
(スライド6)

育児と仕事の両立ができたと回答した人の理由ですが、男性と女性によって傾向が異なります。男性は結局配偶者が協力したから育児と両立できたということです。それに比べ女性は配偶者の協力よりも保育所の利用、それからベビーシッターの利用、勤務先の理解などで両立ができたという回答でした。



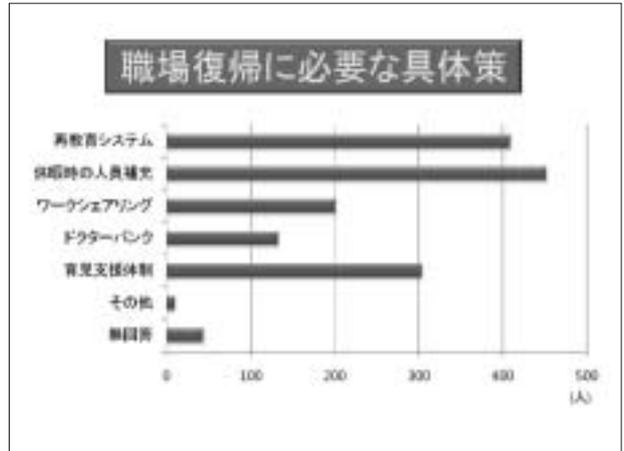
(スライド7)

育児と仕事の両立が困難であった人の理由について解析したものです。男性は自分が育児休暇がとれないから育児に参加できなかったという回答です。女性は育児支援体制が充実されていない、あるいは家族の協力体制がないなどの回答が多くみられます。



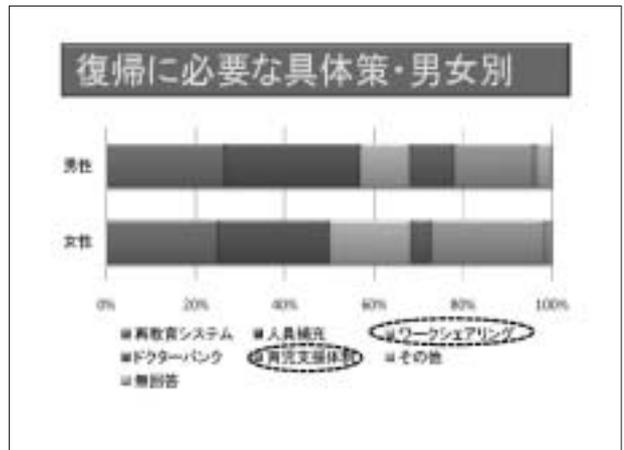
(スライド8)

各勤務先での保育施設の有無です。近隣にある方、それから施設内にある方がありますが、知らないという人が意外に多いことがわかりました。



(スライド9)

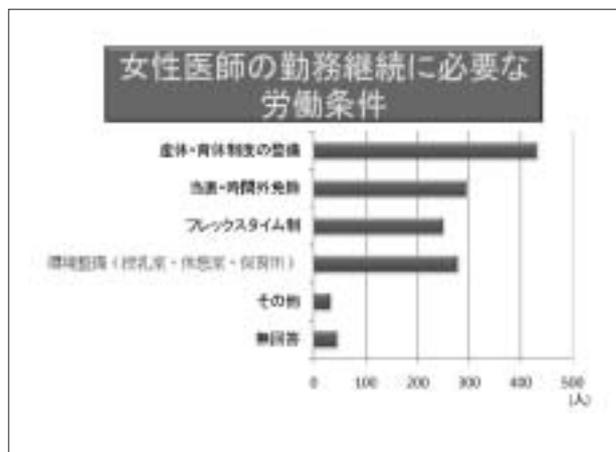
離職後の復帰支援に必要な具体策については、再教育システムや休暇時の人員補充などがあります。



(スライド10)

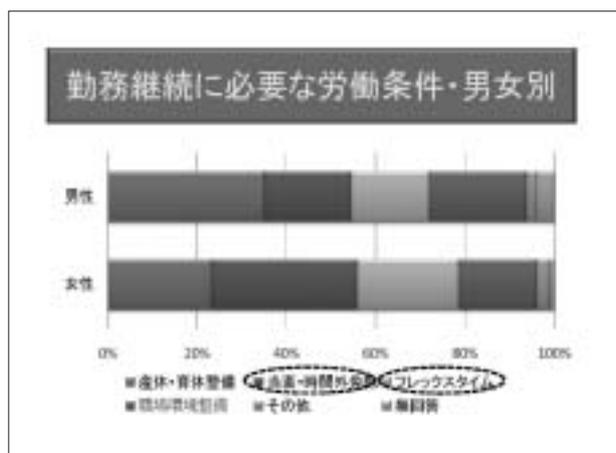
これを男女別に見ますと微妙に異なることがわかります。男性は人員補充が必要であると。女性から見ますとワークシェアリングや育児支援体制が大切だという意見です。このように、男性と女性によって必要とする支援が異なります。

## ◆シンポジウム



(スライド11)

女性医師が勤務継続するために必要な労働条件を問う設問では産休・育休制度の整備や当直・時間外免除が多く上げられています。



(スライド12)

これを男女別に見ますと、男性は産休・育休を整備が多いですが、女性では当直・時間外免除をしてほしい、あるいはフレックスタイム制を導入してほしい、など労働条件に関する希望がたくさん出ております。

島根県の勤務医現況調査からは育休を取得しにくい状況であるということがわかります。また柔軟な勤務体制の要望、これが女性医師から多く上げられています。このためには人員補充が必要ですし、根本的には医師不足の解消が必要であると考えられます。それから性別や年代別に必要とする支援の優先順位が異なることがわかります。よりきめ細かな支援対策が必要であると考えます。また支援策や院内

## 勤務医現況調査から見てきたこと

- 育休を取得しにくい  
⇒忙しい現場「休まれたら現場が困る」という風潮？
- 柔軟な勤務体制の要望  
⇒人員補充の必要⇒医師不足の解消必要
- 性別、年代により必要とする優先順位が異なる  
⇒きめ細かな支援策必要
- 情報提供の必要性

(スライド13)

保育所などについて知らないという回答が多く、情報提供の必要性も感じました。



(スライド14)

女性医師の支援を推進するには、このように病院、医師会、地方自治体、医療従事者、皆が協力して男女共同参画を推進してワーク・ライフ・バランスを改善していかなければいけないと考えます。

## 島根県医師会の女性医師支援

1. 日本医師会との連携
2. 男女共同参画委員会の設置 (H18年6月)
3. 女性医師実態調査 (H18年)
4. 「女性医師の勤務環境の整備に関する病院等の開設者・管理者等への講習会」(H18・19年)
5. 男女共同参画フォーラムの開催 (H18年～)

(スライド15)

島根県医師会の女性医師支援としては、もちろん日本医師会との連携がありますが、そのほかにも島根県医師会内に男女共同参画委員会が設置され、女性医師の勤務実態調査を行った。女性医師の勤務環境の整備に関する病院開設者や管理者への講習会や、男女共同参画フォーラムの開催があります。

## 島根県の女性医師支援(H21年度)

1. 病院内保育所運営事業 (国: 県: 医共体: 1/9/1/9/1/9) 4施設
2. 女性医師キャリア継続のための講演会 (H21年、主催: 島根大学 共催: 県)
3. 島根県女性医師復職研修事業 (国: 県=1/2-1/2)  
出産、育児及び離職後再就業する女性医師の研修受入病院  
復職研修を行うために必要な経費を補助  
H21年度要望なし
4. 女性医師等就労環境改善緊急対策事業(国補助金)  
育児と仕事を両立しつつ働きやすい職場環境づくりを推進するための支援  
例・育児中の医師等に対する時間外勤務の減免  
・育児中の医師等に対する相談窓口の設置等総合的に実施することが必要  
H21年度要望なし

(スライド16)

島根県も女性医師支援を行っています。病院内保育所の運営事業の補助、これが県内の4施設に実績があります。島根大学との共催で講演会、出産、育児に伴う離職後の再就業支援として、女性医師が病院に再就職した場合、その復職研修のための必要な経費を補助する制度、あるいは女性医師就労環境改善のための補助事業などがあります。今年度は、要望がなかったというお話でしたので、情報提供も必要と思いました。

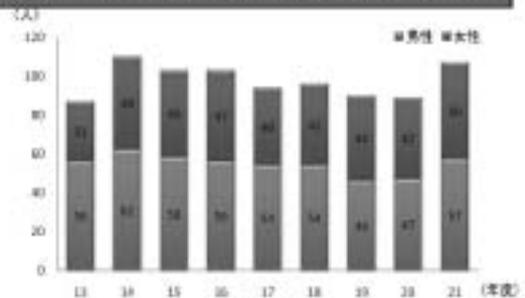


(スライド17)

次に、島根大学医学部では、いろいろな女性支援策をおこなっていますので紹介させていただきます。

キャンパス内の医学部会館の中に女性スタッフ支援室、院内保育所、病児・病後児保育などがあります。

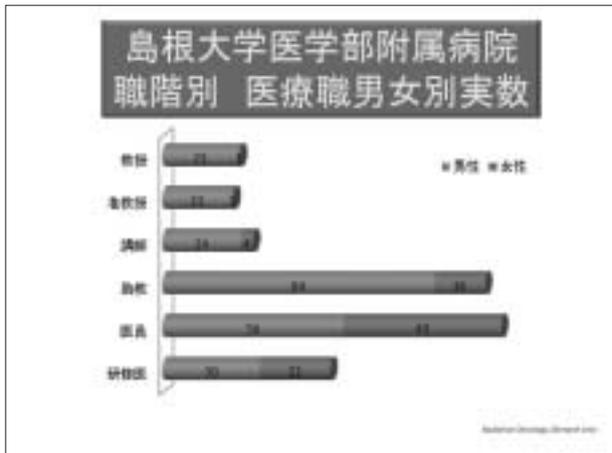
## 島根大学医学科卒業生の男女別人数推移



(スライド18)

島根大学の医学科卒業生の男女別推移は、毎年このように40～50%が女性です。恐らく東京女子医科大学に続いて、全国で2番目に女子学生の多い医学科であろうと思っております。先ほどの全国の医師国家試験の合格率34%に比べて、非常に女性が多い大学です。

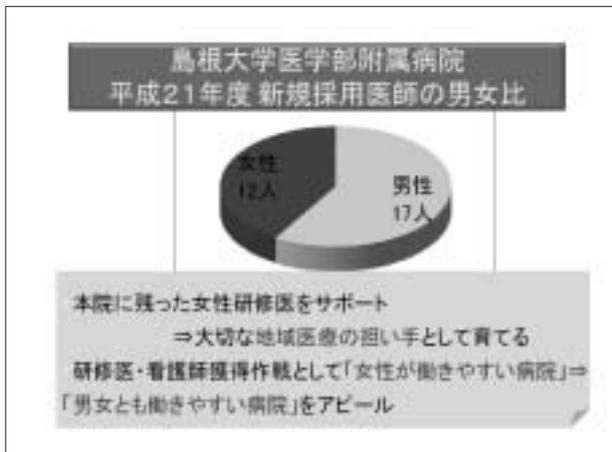
## ◆シンポジウム



(スライド19)

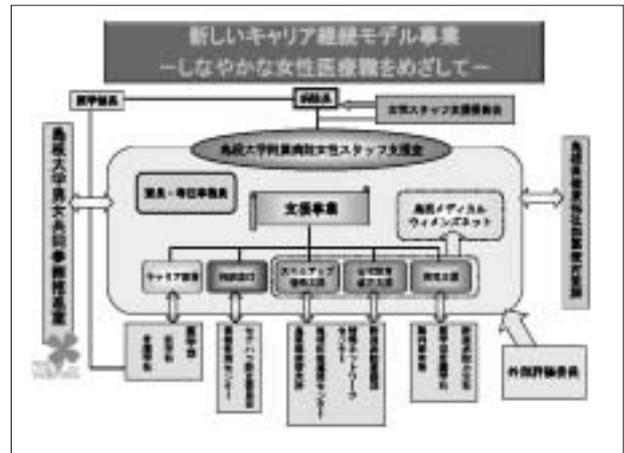
これは医学部の医師の男女別実数ですが、職階別ではやはり若い人に女性が多いです。病院職員中の女性割合が27%です。

先ほどの日本の医師中の女性医師割合に比べて女性が多い病院であるということがわかります。



(スライド20)

今年の新規採用医師中の女性割合も36%です。本院に残った女性研修医をきちんとサポートして、大切な地域医療の担い手として育てていく、そして男女とも働きやすい病院であるということをアピールしていくということが大切であると考えています。島根大学医学部附属病院は、全国の大学附属病院で初めて働きやすい病院機能評価の認証も受けています。



(スライド21)

平成19年度の文部科学省のgood practice「新しいキャリア継続モデル事業—しなやかな女性医療職をめざして—」が採択されて、モデル事業として女性支援策を行っています。病院長が女性スタッフ支援室の室長、私が副室長を拝命しています。

自身を振り返りますと、卒業後すぐに母校の放射線科に入局しました。卒後3年目と5年目で2人の娘を出産し夫の留学について渡米し2年間離職しました。アメリカでは専業主婦を体験しました。帰国後、現場復帰して大学院にも入学し、勉強もしたいし、核家族なので育児も自分でやる。しかし周りに身近な女性医師のロールモデルもいない状態でした。色々な人に助けられて育児と勉強を何とか続けることができました。後輩女性医師の支援が必要であると思いますし、やっていきたいと思っていますところです。



(スライド22)

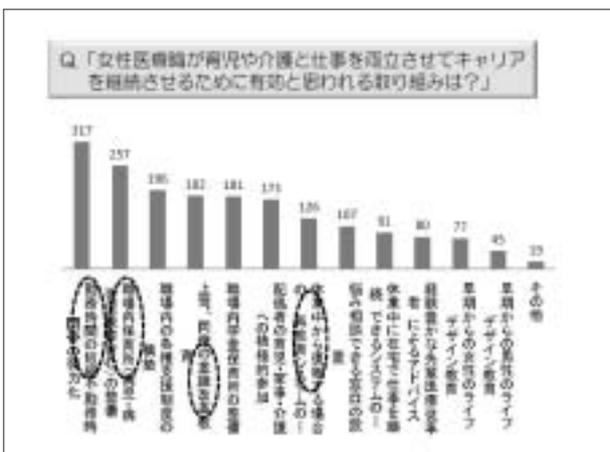
女性スタッフ支援室は5つの取組、キャリア教育、それから啓発活動、相談窓口、育児支援、スキルアップや復帰支援、在宅就労支援などを行っています。



(スライド23)

まず最初にホームページを立ち上げました。イベント案内、それから毎月メールマガジンを全職員に発行するなど情報発信をしています。

職員だけでなく、医学科、そして看護学科の学生に毎年アンケートをしています。学生アンケートも非常に面白い結果なのですが、今日は時間の関係上、御紹介することができません。ぜひ島根大学医学部の女性スタッフ支援室のホームページをご覧になっていただけたらと思います。



(スライド24)

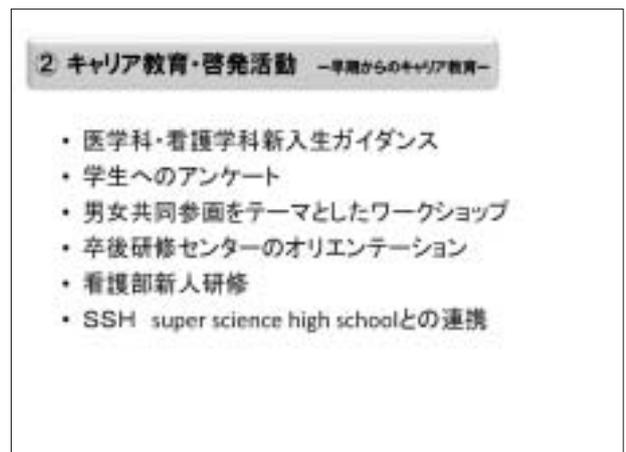
職員アンケートのうち女性医療職が育児や介護と仕事を両立させてキャリアを継続させるために有効と思われる取り組みについて問うた結果だけ紹介します。先程の島根県医師会の調査と同じく、勤務時

間の短縮、職場内保育所の整備、休業から復帰する場合の再教育システム、上司・同僚の意識改革などが上位にあがっています。



(スライド25)

女性スタッフ支援室では、啓発活動として講演会を開催しています。男性の意識改革も大切と考え、男性の育休を通じて考えるワーク・ライフ・バランス、という講演会も企画しました。世界女医会の会長先生をお招きして、講演会だけでなく、座談会を開催して、研修医や女子医学生が講師の先生と身近に懇談する場も設けております。



(スライド26)

医学部に入学したときから、将来自分が医師や看護師になって一生仕事を続けるというモチベーションを高めてもらうために早期からのキャリア教育が必要であると思っています。新入生のガイダンスで我々の取組を紹介する、学生へのアンケートをする、学生を対象としたワークショップを行う、卒後

## ◆シンポジウム

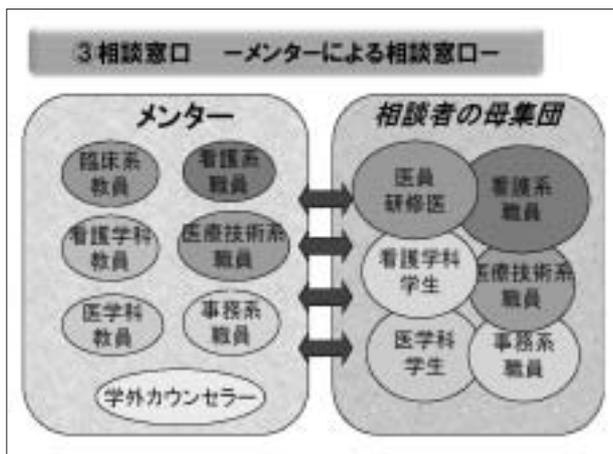
研修センターのオリエンテーションで講演する、看護部の新人研修で講演するなど、いろいろな機会に女性が生涯仕事を持って働き続けることについて考えさせる時間をつくっております。

また、県内のスーパーサイエンスハイスクール、理系女子高校生を対象に、将来、自分が医学部を目指したときに、自分のキャリアプランをどう考えるかをより早くから考えてもらう目的で、講演や、アンケートをおこなっています。



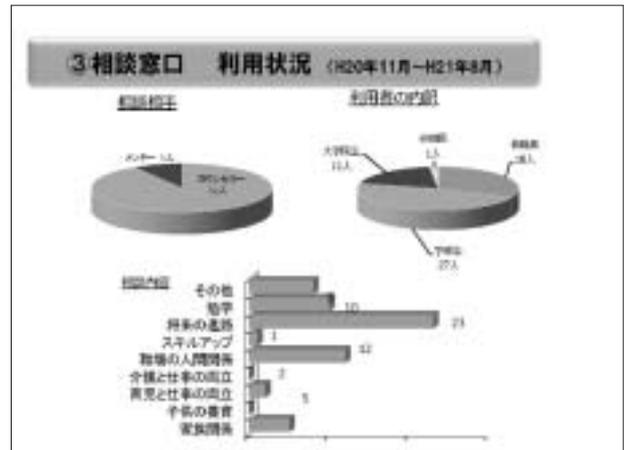
(スライド27)

次に相談窓口について紹介します。



(スライド28)

対象は医師だけではなく、医学部の教員、学生、事務系職員、すべてが相談者の母集団となります。これに対してそれぞれの領域の経験のある先輩にメンターとなっていていただいています。また学外の臨床心理士の先生にもカウンセリングを担当してもらっています。



(スライド29)

利用状況ですが、学生、教職員、大学院生からも相談を受けています。相談内容はこのように、仕事と育児の両立や将来の進路などについての相談が多いものです。



(スライド30)

もう一つの大きな柱は、育児支援です。平成18年に院内保育所を開設していただきました。今春増築して定員が50名となりました。現在、24時間保育開始に向けて検討をしているところです。

仕事と育児を両立する上で、ふだんは保育所に預けていても、子供が病気になったときが一番困ります。このため女性スタッフ支援室で病児・病後児保育を始めました。これは附属病院の小児科の協力を得て開始することができました。医学部の職員、学生はだれでも登録が可能です。現在、登録者数が61名です。院内保育所に通園しているお子さんだけでなく、通常は地域の保育所に行っているお子さんも



(スライド31)

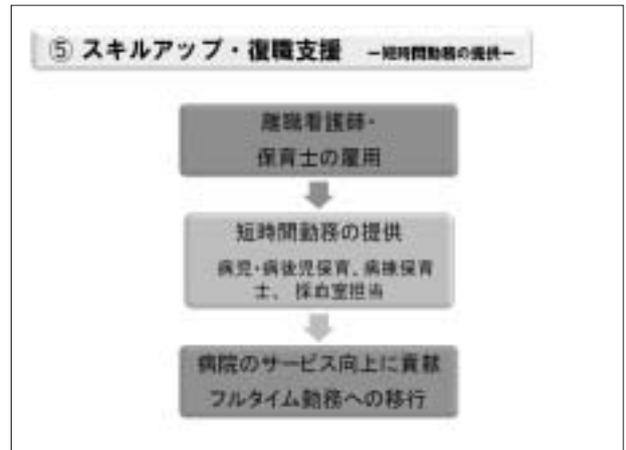
登録することが可能です。現在までの、のべ利用者数は213名です。



(スライド32)

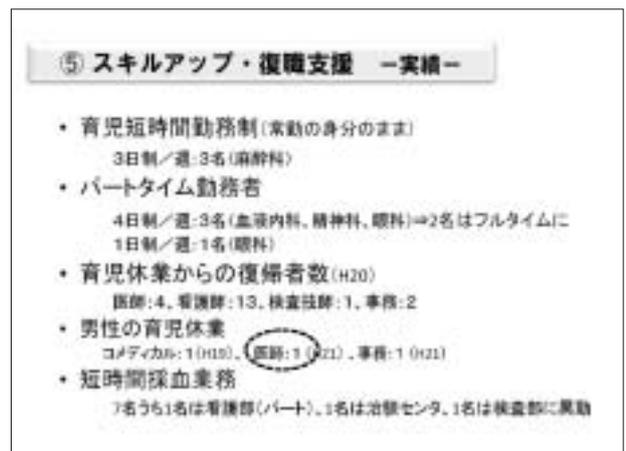
スキルアップや復職支援としては、看護師の復帰支援事業、これはインターネットを使った在宅学習システムで、自宅で学習プログラムを聴講していただく。それに加えて、看護学科で技術演習をしてコース終了としています。本コースを終了して看護部に復帰した人が数名います。

フレキシブルな勤務の提供や紹介もしています。女性支援室で離職看護師や保育士を雇用をして、短時間勤務の提供をしています。育児中、離職中の看護師さんが復帰するのに、最初から3交代制のフルタイム勤務というのは難しい場合も多いです。そこで病児・病後児保育の短時間シッター、小児科病棟の病棟保育士、あるいは中央採血室での短時間勤務などで、復帰へのステップとしてもらっています。



(スライド33)

これにより病院のサービス向上にも貢献するとともに、この中からフルタイム勤務に移行している方も出てきています。



(スライド34)

このほかの実績としては、育児期間中の短時間勤務制度利用者、パートタイム勤務者のうち2人がフルタイム勤務になった、育児休業からの復帰者数が医師が4名、看護師が13名ということです。今年初めて医学部の男性医師が育児休業を取得しました。これは、放射線治療科の医師ですが、なかなか男性医師が育児休業をとることは難しいと思いますが、彼は自分も、育児に参加したいとって短期間ですが育児休業をとりました。

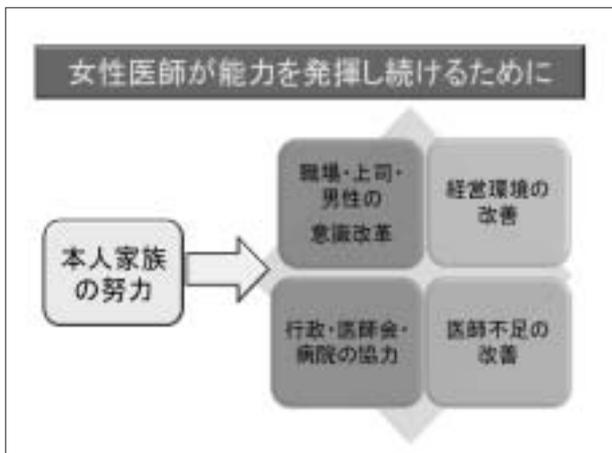
短時間採血業務の看護師7名のうち3名は、より長い勤務体制に異動しております。このように育児による離職からのスムーズな現場復帰を支援しています。

## ◆シンポジウム



(スライド35)

もう一つは、在宅での就労支援です。病理の診断と放射線の画像診断をインターネットシステムを用いた遠隔診断で行うシステムを構築しております。これにより地域の医療機関に常勤の放射線科医や病理診断医が不在の病院の医療支援にもなります。同時に育児休業中の女性医師が在宅で勤務を行う機会を提供しています。ただ、専門医取得前の若い女性が多いですので、作成したレポートを大学病院の教官が一度チェックして、その内容についてメールでやりとりしてディスカッションを行う。あるいは大学に来て画像について上級医と相談する。これらを通して育児休業中の仕事へのモチベーションを継続することができました。現在、放射線科の女性医師2名がこの遠隔読影システムを使って育児休業から、フルタイムでの大学病院勤務に復職しています。



(スライド36)

女性医師が生涯、能力を発揮し続けるために必要

なのは、本人と家族の努力だけではなく、これからは職場同僚や上司の意識改革、経営環境の改善、行政や医師会、病院の協力、医師不足の改善が必要であると私は思っています。



(スライド37)

以前は出産したらすぐ離職でした。あるいは育児と仕事の両立を個人の努力にまかせていました。今後は、男女ともにワーク・ライフ・バランスを保ちながら仕事も続けていける、勤務医の働き方もそういう時代が来ると良いと思っております。

以上です。御清聴ありがとうございました。

**【河野座長】** 内田先生、どうもありがとうございました。

いろいろな取り組みのもとで、実績もいろいろと出ていることを拝見させていただきました。大変感動しましたが、フロアの方から御意見がありましたら。

**【山本】** 福岡県飯塚医師会の山本と申します。どうもありがとうございます。

女性医師が働いて、学生の頃からそれに支援するということは、すごく良いことだと思うんですけども、相談を受けると、私は将来ずっと働きたいんですよと言われたときに、診療科は、この科とこの科はやっぱり敬遠した方がいいかなというようなことを言いがちになるかなと思うんですけど、それはいかがですか。

**【内田】** それはしておりません。

**【山本】** じゃあ、どの科に行っても、その後、好きなどころに行けということで、例えば救急部でも心臓血管外科でも脳外科でも好きなどころを選べと。

**【内田】** そのためには、やはり各医局の先生方の意識改革も大切であると思っております。ですので、今後は各医局の女性医師の支援体制というのもどれぐらい進んでいるかというのをアンケート調査をしてフィードバックする、そういう仕組みをつくらうと今検討中です。女性支援室の助言として、この科をやった方がいいんじゃないかということはいわないようにしています。よく考えて、一番勉強したい科を選ぶのが良いが、一生仕事を続けるためにはどういう条件が必要かということをよく考えてくださいと、そういうふうに説明しています。

**【山本】** もう一つ、復職の支援で、多分ちょっと出産してしばらくお休みになっていた女医さんがまたもとのところに戻りたいというときに、医学の進歩がすごいので、5年たったら私は浦島太郎だと。それで、難しいというときには、そこの診療科の先生が支援されるんですか、それともそこの支援のところでは何かプログラムをつくられるのかどうか。

**【内田】** 診療科によって診療内容が大きく異なりますので現在は各診療科が復帰の教育をすることになっています。現在、卒後研修センターの先生と相談しているのは、かなりブランクの長かった方は、卒後研修医の先生と一緒に各診療科をローテーションしていただくのが良いと考えています。実際、現在1人、20年ぐらいブランクがあった方が、もう一度医者をやりたいということで、卒後研修医の先生と同じように研修をしています。そういうのを私たちとしてもバックアップして、共同で臨床現場に復帰していただくという支援は行っております。

**【山本】** ありがとうございます。

**【藤巻】** 東京から参りました藤巻と申します。大変貴重な御講演、ありがとうございます。

幅広い活動を行っていて大変素晴らしいと思いました。これは私の感想になると思うのですが、教授が1人ということでした。先生が唯一の教授と

いうことになりますね。それで、やはり女性医師と、それから男性医師では問題のとらえ方が、アンケートからわかるように感想が違う。随分そこには深い溝が、夫婦であってもきっとあるんだろうと思います。

それで、そういったときにやはり教授である先生がこういったことを、いろんなことを提案されて、それを受けとめてくださる病院長の先生とか大学全体があって初めて成り立っていくことだと思うんですね。やっぱりそういった意見を反映できる場所に女性が立つということは大変重要なことかなと思っています。そういう意味で、これはいろんな病院であるとか、それから日本医師会もそうですけれども、やはり女性がきちんと意見を言えるような、意思決定の場に参加できるような体制を全体でとっていつて、この女性医師問題が取りざたされている時期ですから、是非これがさらに進展して、みんなが生き生きと働ける医療現場になるようにということを望んでおります。質問というよりは感想ですが、今日は大変ありがとうございました。

**【内田】** ありがとうございます。

**【河野座長】** どうもありがとうございました。

それじゃあもう一方、よろしく願いいたします。

**【保坂】** 日本医師会で女性支援センターをやっております保坂と申します。

今のお話をお聞きして、今の藤巻先生の御意見もそうだったんですけども、文部科学省の競争的資金の、GPの採択された大学の中で、たぶん先生のところが一番うまくいっているように感じています。それは、やはり内田先生がおられるからということと、もう一つはやはり学生が、女性が約半数であるという大学の特殊性があってこそのことだと思ってお聞きしました。

一つ気になりましたのは、その競争的資金は、今年度で終わりですよ。その先を、今のお話を聞いていますと、島根大学、病院長を初めとして非常に御理解があるので、たぶんこのまま継続できるのだろうと思いますが、その辺のことはどうなっている

## ◆シンポジウム

かということだけお聞きしたいと思います。

**【内田】** ありがとうございます。

今年度でこの文科省の資金が終わりますので、現在、今後の継続に関していろいろディスカッションをしています。

私たちが最初にこの計画を立てたときは、この3年間の補助事業の終了後は女性医療職支援の設立しようと考えていました。しかしながら、この3年間実績を積む中で、やはり医学部の事業としてすべての事業を継続していこうという方針になりつつあります。それはやはり医学部長、病院長の理解が大きいです。その方向で今は準備を進めております。

**【保坂】** ありがとうございます。島根大学の先生方もありがとうございます。

**【河野座長】** どうもありがとうございました。

では、内田先生、どうもありがとうございました。

ディスカッションのところで、またお話をいただきたいと思います。

#### (4) 県行政の立場から

島根県健康福祉部医療企画監 木村 清志

ただいま御紹介いただきました木村でございます。よろしくお願いたします。

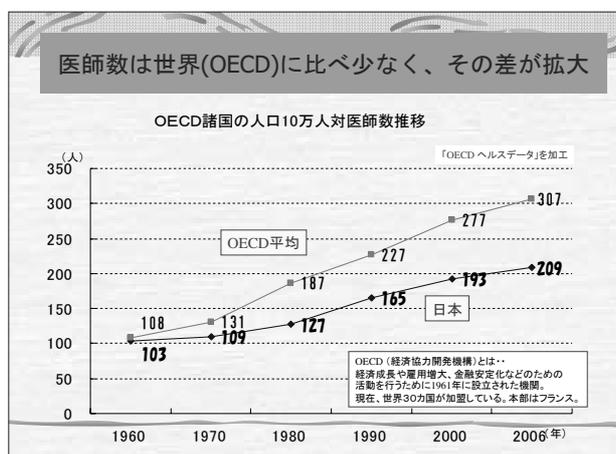
河野先生には、御丁寧に御紹介いただき、ありがとうございました。

それでは、余り時間がないようですので、始めたいと思います。



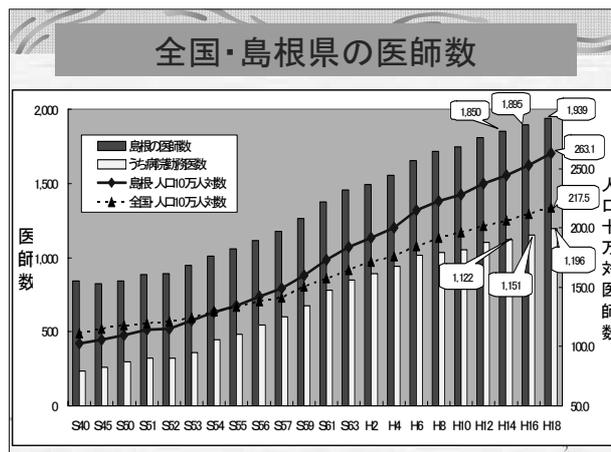
(スライド0)

私が使うスライド、同じようなものを前の先生方が使っておられましたので、前半は手早に終わろうと思っています。ちなみに、これはうちのマスコットキャラクター、種をまいて、若い医師、看護師が育ててくれるのを往診の途中でサボって見ているところと理解していただくとありがたいです。



(スライド1)

これも、もう既に出ておりますが、50年前には日本の10万人当たりの医師数は、OECD平均と同じぐらいであったものが、この50年間に、日本は約10万人対約200人、OECD平均では約300人、ここに今、民主党さんのおっしゃる医師数5割増しがあるんだと、その根拠になっていると思います。



(スライド2)

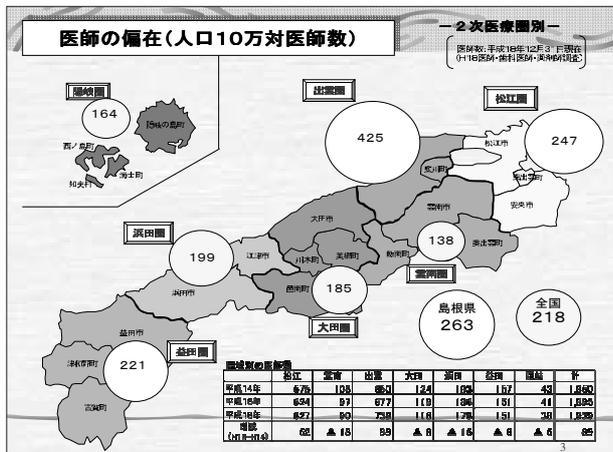
この棒グラフが島根県の医師数で、平成18年度までの全国調査の結果です。これを見ますと島根県の医師の絶対数、直近のところで18年、1,939人です。2,000人弱の医師数でございます。折れ線グラフは島根県の人口10万人対の医師数ですね。次に全国の

## ◆シンポジウム

10万人対。昭和50年に島根大学は島根医科大学として開学し、57年に1期生の先生方が卒業なさっています。その間に全国と島根県で人口当たりの医師数は逆転いたしております。

島根県の人口当たりの医師数は全国9位と多いのに、何でそんなに困っているのかとよく聞かれるわけですが、例えば、千葉県さんはたしか人口600万人のところに医学部が1つ。島根県は人口70万人のところに医学部が1つですので、人口の少ない県の人口当たりの医師数は、どうしても多く出ますと答えております。

それから、この棒グラフが、18年までの島根大学附属病院を含む病院勤務医師の数でございます。これも右肩上がりになっておりますね、18年まででございます。その18年まではというのがみそでございます。

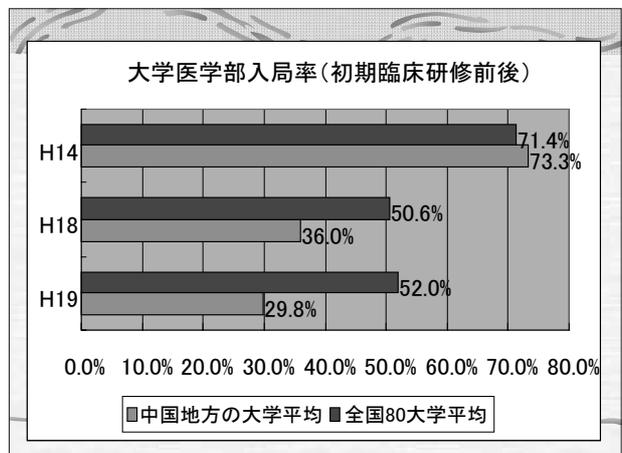


(スライド3)

この地図も何人かの先生方が、出しておられましたが、島根県は8市11町村で、医療圏でいいますと、松江医療圏、出雲医療圏等7医療圏となっております。松江医療圏は松江市、安来節の安来市、間に東出雲町がございます。それから出雲医療圏、出雲市が消えておりますが、出雲医療圏は出雲市と斐川町でございます。この2つの医療圏は、面積で、島根県の4分の1でございます。ここに県人口の6割住んでおられて、医者が7割住んでいます。医学部は出雲にございますが、お隣の鳥取大学医学部が安来の隣の米子にございますので、この松江、出雲の

ところは2つの医学部に挟まれていることになります。人口当たりの医師数というのが、出雲医療圏が大体全国の2倍、松江も全国を超えております。あと益田医療圏が、18年ではとんとんですが、あとの4医療圏は人口当たりの医師数は全国よりずっと少ないです。

右下に14、16、18年の医師の絶対数を出しております。島根県の医師数は18年までは増えているわけですが、増えているのは松江、出雲だけでございます。あとの5圏域は減っております。



(スライド4)

これもどなたかのお話しで出てきましたが、いわゆる医局に入局するドクターの割合というのが、初期臨床研修の前と後とで大きく違ってきています。全国でも中国地方でも、平成14年では大体7割の方が卒業すると医局に入った。それが初期臨床研修が終わって2年後から入局するわけですが、全国で大体20%下がって50%ぐらいになっておりますが、中国地方では19年には30%を切っているような状況です。

## 島根県内の病院勤務医師数の推移

県内の病院(島根大学医学部付属病院を除く)の常勤医師数

|           | 松江  | 雲南  | 出雲  | 大田 | 浜田  | 益田  | 隠岐 | 計   |
|-----------|-----|-----|-----|----|-----|-----|----|-----|
| H18       | 316 | 46  | 179 | 50 | 101 | 84  | 21 | 797 |
| H19       | 320 | 43  | 183 | 49 | 102 | 73  | 20 | 790 |
| H20       | 316 | 35  | 189 | 50 | 103 | 67  | 18 | 778 |
| H18→H19差引 | 4   | ▲3  | 4   | ▲1 | 1   | ▲11 | ▲1 | ▲7  |
| H19→H20差引 | ▲4  | ▲8  | 6   | 1  | 1   | ▲6  | ▲2 | ▲12 |
| H18→H20差引 | 0   | ▲11 | 10  | 0  | 2   | ▲17 | ▲3 | ▲19 |

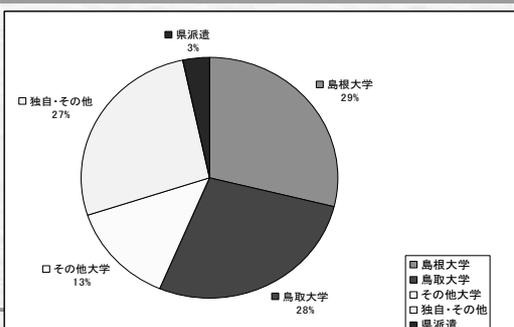
(島根県「勤務医師実態調査(毎年10月1日現在)」より)

5

(スライド5)

全国のデータはまだ20年が出ておりませんが、18年から県と大学が連携して、島根県内の病院に勤務する医師調査をしております。そういたしますと、18年にほぼ800人いた病院勤務医師が、1年間で7人減り、次の1年間で12人減っております。また、島根県の病院数は、島根大学附属病院を除きまして18年には60ございました。20年には56ですので、病院自体も4つ減っております。医師が2年間でおおよそ20人減っておりますから、大雑把に言えば病院勤務医師は1年で10人減ることになります。あくまでも18年までのデータでございますが、医師数としましては1年に20人増えている。年数にはちょっとずれがございますが、最近の2年間では、病院勤務医師に関しては年間大体10人減っている。内訳を見てもらいますと、益田、雲南で減っております、出雲が増えているという状況になっております。

## H20年県内病院勤務医師778人の出身医局



(スライド6)

平成20年の778人のドクターの出身医局を調べております。778人の出身医局としましては島根大学が29%、鳥取大学28%、その他大学13%で、島根県の病院勤務医師の大体7割の方が、かつての大学医局派遣のような形です。ですので、地域医療を維持していくためには、大学に頼らざるを得ない現状がございます。

## 医師不足の現状

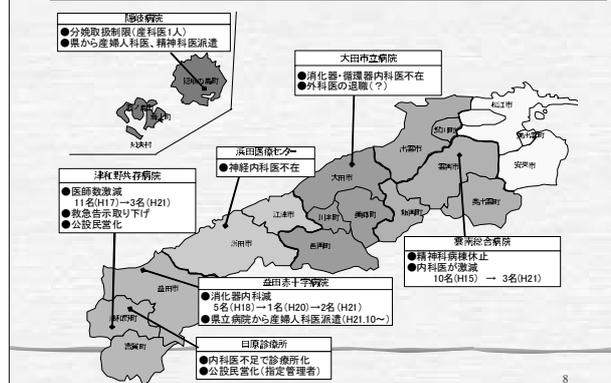
- ・ 地域的な偏在  
都市部に集中、いわゆるへき地にまばら
- ・ 診療科による偏在  
不足しがちな診療科:産科、麻酔科、小児科  
島根県では、精神科、外科、内科も
- ・ 女性医師の増加  
平成18年:約17%(全国)、約16%(島根県)  
平成21年の国試合格者のうちの女性:34.2%

7

(スライド7)

現状としましては、地域的な偏在が出ております。それから診療科による偏在。4、5年前に隠岐で産科医がいなくなり、分娩できなくなった時期が一時期ございましたが、いわゆる診療科による偏在。それから先ほども出ております女性医師の増加。この平成18年のデータは全国17%ですが、島根県においても16%。最近是国家試験の合格者のうちおおよそ3人に1人が女性です。

## 県内病院の医師不足状況(常勤医)



8

(スライド8)

隠岐では今、自治医大の卒業生を1人、産科医に

## ◆シンポジウム

育てまして、分娩取り扱い制限ありではございますが、何とか40~50件ぐらいの出産がなされておりまして。それから精神科医も、知事が申しましたように、県の方から派遣して、精神科の病棟も含めて医療が継続されております。

他の圏域でもさまざまなことが起こっておりますが、やはりどこでも一緒でしょうけれども、診療科や病棟の一時休止ですとか、それから、さらには救急医療の維持がなかなか難しいという状況が島根県においても起こってきております。



(スライド9)

その中で、この話も随分いろんな先生がされましたけども、かつて国は昭和56年から59年をピークにいたしまして、その後医学部の入学定員をずっと削減してまいりました。ようやく昨年少し戻し、今年には過去最高をさらに上回るだけの入学定員となり、今後さらに増えるように聞いております。



(スライド10)

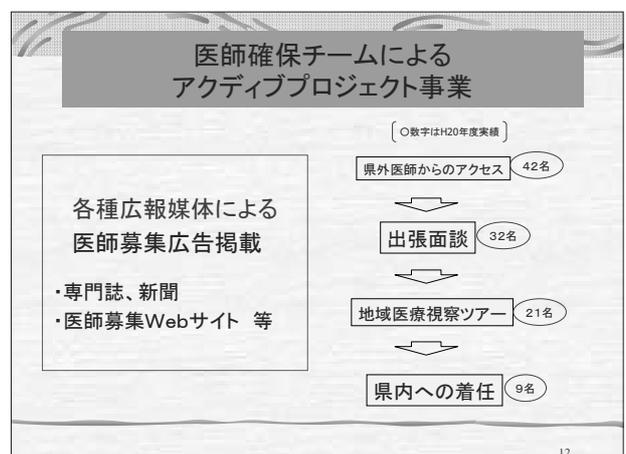
ただ、単に増えるだけでは、地域偏在でありますとか診療科偏在が解決するとは考えておりません。また医師が増えるまでにはしばらく時間もかかりますので、県といたしましては全国に先駆けて、医師を「呼ぶ」「育てる」「助ける」ということ、この3本柱で医師確保、地域医療支援をやってまいりました。

今日は特に「呼ぶ」「育てる」というところで、先生方にお話を聞いていただきたいと思います。もしも時間があれば「助ける」もお話します。

ちなみに、この医師確保対策室は平成18年度に新設され、私が4年間室長をやっております。現在、私を含めまして7人で動いておりますが、なかなかこれだけの人員を医師確保に充てているところは他にないと思います。それぐらい島根県は困っているということでございます。



(スライド11)



(スライド12)

「呼ぶ」ということでは、平成14年に赤ひげバンクというものをつくりました。当初は島根県にゆかりのある方、例えば県医師会にお願いし、他県にいらっしゃる子弟の方を紹介していただくとか、島根大学の医学部の卒業生さんの、他県にいらっしゃる人にアンケート調査を出したりして、そういったところから島根県にUターンしてくださるような方に私がお会いしていたのですが、人数的にそう多くの件数が出てまいりませんで、最近では専門誌や新聞、それからインターネット等にいろいろな記事を掲載させていただいております。島根県の現状を訴え、そして今の若い方には、辛いところです、医師が足りていないので、ぜひ来てくださいなんていうことを言っても全然来てもらえませんので、やっぱり何か夢のある楽しい話をしなきゃいけません。将来のビジョンを盛り込みながら、PRしております。

20年度のデータですが、県外医師からのアクセスが42件ありました。今の時代ですからメールでやりとりしたりして、結果的には32名の方と面談いたしております。何年も前から話している人もいますので、そういった人たちはここに入れてませんので、全員が新規です。地域医療視察ツアーというのは、例えばあるドクターが男性医師で、隠岐へ行きたいということになれば、奥さん、子供さんとともに、県の旅費で来ていただき、病院、医療機関を見てもらうのはもとより、生活環境を見てもらいます、学校だとか買い物場所だとか。そういった方々、去年は21名と書いておりますが、21組の方に来ていただきました。結果的にうまくマッチした方が9名いらっしゃいます。

| 医師確保実績 |      |       |    |    |    |    |    |    |
|--------|------|-------|----|----|----|----|----|----|
| 年度     | 確保人数 | 圏域別内訳 |    |    |    |    |    |    |
|        |      | 松江    | 雲南 | 出雲 | 大田 | 浜田 | 益田 | 隠岐 |
| H18    | 8    | 1     |    | 2  | 1  | 2  | 1  | 1  |
| H19    | 11   | 3     | 1  | 1  | 1  |    | 5  |    |
| H20    | 9    | 1     |    | 2  |    | 1  | 3  | 2  |
| 合計     | 28   | 5     | 1  | 5  | 2  | 3  | 9  | 3  |

(スライド13)

過去3年間のデータですが、昨年度は9名、18年8名、19年11名です。1年で大体10名の方に来ていただいております。この方々皆さんが必ずしも病院勤務じゃなくて、診療所もございしますが、この方々を加えても、1年間に大体10名近くの病院勤務医師が少なくなっているという現状がございします。

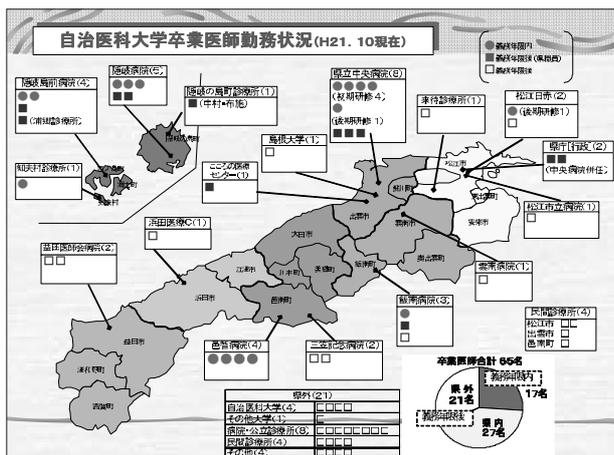
先生方はそうは思われなんでしょうけど、一部には、とにかく県がどんどん集めてきて困っているとところに分配する、そういうやり方をしてはどうだと言われますが、やはりドクター、いろいろな思いを持っていらっしゃいますので、どういう場所でどういう仕事がしたいかということがマッチしませんが、騙して連れてくるなんていうことはとてもできませんし、うまく誘導できたとしても長続きしないですね。ですから、やっぱり本人さんの気持ちをよく聞いて、本当はこっちの方が困っているからこっちに行って欲しいという自分の心は忘れて、本人の気持ちを重視してさしあげた方がうまくいくようございします。ですので、この実績は各圏域で多い少ないはございしますけれども、大体その先生方の希望に応じた結果でございします。

# ◆シンポジウム



(スライド14)

頑張っても頑張っても招聘できるのは1年間に大体10名ぐらいですので、やはり育てていくということも重要になってくるかと思えます。

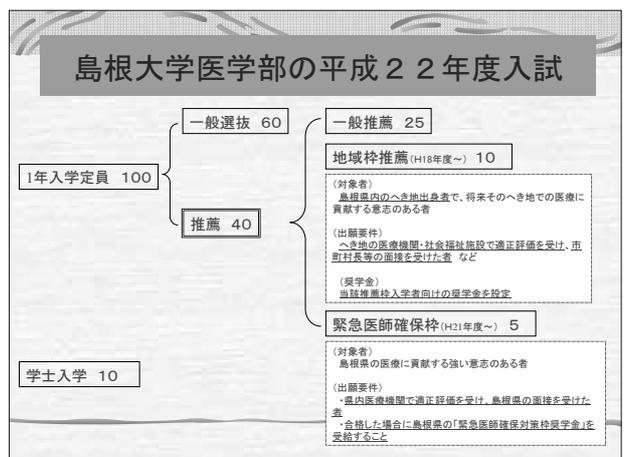


(スライド15)

これも熊倉先生が随分お話して下さったので簡単にはいくつもりですが、まずは私も卒業いたしております自治医科大学、御存じのように昭和47年に全国の47都道府県、当時は46都道府県ですが、共同出資で開設し運営している大学です。今、30数期生まで卒業しており、島根県の卒業医師数は65名です。2名お亡くなりになった方は除いております。義務年限内が17名、そして義務年限後の方が県内に27名、県外に21名いらっしゃいます。WWAMIの地元定着率が確か60%ぐらいだったんですけど、島根県の義務年限後の定着率は60%をちょっと切るぐらいのデータでございます。全国的には自治医大を卒業し、義務年限が終わっても自分の県に大体70%いらっしゃ

るということになっていて、うちの県は60%をちょっと割ってるもので、随分県議会等からもお叱りを受けて、もっと残せ、もっと残せと言われていました。

義務年限内の方に関しましては、この赤い丸ですけど、なかなか医師の確保しづらい隠岐でありますとか、広島県境の飯南、邑智病院に派遣いたしております。これも派遣基準を決めて、きちっとやっています。



(スライド16)

島根大学におきましては、来年度は入学定員が1年生で100名、3年からの学士さんが10名で、110名になります。推薦入学がその中の40名で、内訳は一般推薦25名、先ほど熊倉先生のお話であった地域枠推薦10名、それから緊急医師確保枠で5名ですね。この10名に関しては、我々が奨学金を7割ぐらいの方に貸しておりますが、その奨学金の義務によって返還免除規定、島根県内で働けばお金を返さなくて済むというような規定を持っています。緊急医師確保枠の方は、これには奨学金がついております。今年5名入っていただいて、今、2回目の試験中でございますが、私も全員面接をさせていただいたところでございます。皆さん、気持ちは重々に持っていますので、良い人がまた入学すると思

### 医学生のための奨学金 学年別貸与状況

| 制度名                   | H21<br>定員枠 | 医学生 |    |    |    |    |    | 医師 |      | 合計 |
|-----------------------|------------|-----|----|----|----|----|----|----|------|----|
|                       |            | 1年  | 2年 | 3年 | 4年 | 5年 | 6年 | 初期 | 3年以上 |    |
| 地域医療奨学金<br>(H14～)     | 20         | 14  | 17 | 15 | 14 | 7  | 2  | 4  | 3    | 76 |
| しまね医学生特別奨学金<br>(H18～) | 3          |     |    | 2  | 3  | 3  | 2  | 1  |      | 11 |
| 緊急医師確保対策奨学金<br>(H21～) | 5          | 5   |    |    |    |    |    |    |      | 5  |
| 合計                    | 28         | 19  | 17 | 17 | 17 | 10 | 4  | 5  | 3    | 92 |

(スライド17)

奨学金、これ細かくは話しませんが、医学生のための奨学金、卒業後、ある年数を島根県内で働いていただくことによって返還免除となっております。

平成14年から始め、3本持っております。地域枠の学生さんにもお貸ししているわけですが、トータル92名貸与者がおります。8名医師になっていらっしゃるんですけども、2名だけ、もう地域の病院で働いていただいております。来年4名、再来年以降、10名以上が卒業されますので、この方々にどれだけ定着してもらえるかというのが、これから我々のやるべきことだと考えております。

### 「育てる」 《研修医等定着特別対策事業(H17～)》

**【目的】**  
医学生及び研修医に対し、県内研修病院での研修を促すことにより、将来、島根県の地域医療を担う医師の県内定着を図る。

**【現状・問題点】**

- ◆H16年度から医師の初期臨床研修必修化（2年間）がスタートし、新卒医師は研修先として都市部の大病院を希望する傾向があり、県内の研修病院を希望する者が少ない状況。
- ◆県内で研修する医師が少なくなることは、将来の医師不足に拍車がかかることが懸念される。

**県内定着における初期・後期臨床研修医の確保が、将来の医師確保の大きな鍵となる**

(スライド18)

お金は貸しても、返すことができます。ちょっと戻りますが、奨学金の1つは、6年間借りて約750万。これがさらに授業料が入った別のもので1,000万ぐらいですので、返そうと思えばできないことはありません。やはり学生のうちからそういう人た

ちに地域医療教育等をしていかなければいけません。平成17年から、研修医等定着特別対策事業を開始いたしております。

#### 島根大学に委託実施(H20年度～)

- ◆医学生(ほとんども)、初期臨床研修医の研修(2年)、後期臨床研修医の研修(3年)を履修しているため、医学生や研修医の意向を反映した卒業履修が期待できる

#### 学生・研修医への働きかけ

- ◆**医学生実習・専攻実習と地域医療セミナー**  
地域医療への関心と理解を促すため、島根県医師会と連携し、地域医療実習(2年)を実施。  
【対象:医学生】
- ◆**初期・後期臨床研修医ガイダンス**  
研修の進捗状況や意向に基づき、研修医と研修医の定着促進を図る。  
【対象:研修医】
- ◆**研修医実習先確保とアンケート調査**  
研修医の実習先確保と、研修医の意向を把握するためのアンケート調査を実施。  
【対象:研修医】

#### 能力ある研修医確保づくり

- ◆**研修医プログラム開発推進委員会**  
研修医の能力開発(スキルアップ)及び臨床研修医の指導体制の確保を図るため、県内研修病院の連携を推進。  
【対象:研修病院】
- ◆**研修医定着特別対策委員会**  
研修医の定着促進を図るため、連携を図る。  
【対象:島根研修病院】
- ◆**地域医療実習推進委員会**  
島根大学と連携し、地域医療実習先確保の推進を図る。  
【対象:島根研修病院】

#### 県が実施

#### 高校生への働きかけ

- ◆**島根県医師会と連携したセミナー**  
医師の職業観や地域医療への関心、医師の働きかけや実習先確保について、医師会と連携し、医師を目指す生徒を支援する。  
【対象:高校生】
- ◆**夢実現進学チャレンジセミナー**  
医学部または理系の難関の大学を目指す高校2年生への進学支援を図る。  
【対象:学力上位の高校2年生】

#### プログラム作成支援

- ◆**研修医プログラム作成支援**  
研修医の能力開発を促すための研修プログラム作成を支援する。  
【対象:島根研修病院】

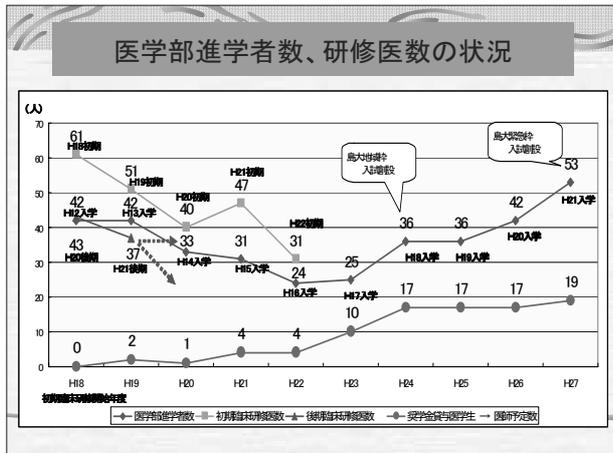
【アドバイザー】  
島根大学 医学部  
自治医科大学 梶井教授

(スライド19)

これは、学生さんや研修医への働きかけとして、臨床研修ガイダンス、それから研修医さんを集まっていたいただいて意見交換ですとかスキルアップ研修、そういったことをやっております。また、各病院、臨床研修病院に対しては、当初はプログラムをつくるための講習会ですとか、先々週でしたか、指導医講習会もしたところでございます。病院間の連絡会議等もやっております。昨年度からは、実効性を高めるために島根大学に委託事業としまして、島根大学を中心にやっていただき、我々がお手伝いする形をとらせていただいております。

それから最近、高校生への働きかけ、これはどちらでもやっていらっしゃると思いますけど、高校生さんの医療現場体験セミナー、河野先生の益田日赤とか、地域の医療機関で高校生さんに医師を目指す気持ちを高めるためにやっています。今年初めて夢実現進学チャレンジセミナーというんですけども、医学部または理系の難関の大学を目指す高校2年生に70人近く集まってもらって、3泊4日で勉強会です、その中に島根大学の協力を得まして、大学での医学実習等も行ったところでございます。

## ◆シンポジウム



(スライド20)

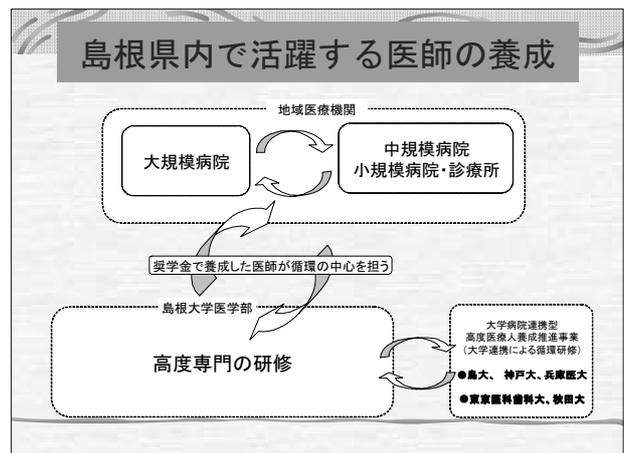
急にわけのわからないグラフが出てまいりましたが、先ほど熊倉先生のところで埼玉の先生から御質問があったわけですが、この青い線が過去10年間、島根県の高校から全国80の医学部にどれだけ入ったかという数でございます。平成12年に42名、その後も42名。その後ずっと下がってきております。24名、25名というのがあって、その後から島大の地域枠ができました。そして今年は緊急枠、最近ではずっと上がっておりまして、今年はこの10年間で最高の53名が入学いたしました。

次に、このオレンジ色ですが、このグラフは、その6年後のマッチ、島根県には大学病院を含めて10の研修病院がございますが、その10の研修病院に何人マッチしたかという数でございます。今年はいパーセンテージでいうと全国の最下位になってしまい、31名でございます。医学部入学者とマッチ数は平行しております。

さらに、その2年後、この人たちが後期研修医として島根県に何人残っているのか、これが平成20年の4月の時点で43名でございます。8年前に島根県の高校生が医学部に入った人数と非常に近い人数です。その次の年もやはり42名だったものが8年後には37名になっております。入れかわりがございますし、他県から来た方でずっと長く残ってくださっている方もあるわけですが、島根県の高校生がどれだけ医学部に入っていくかということが、後々、島根県の医師の数に近いデータになるんじゃないかなと。

そうすると、今年のマッチ31というのは、入学者が24でございますので、これは言いわけになるんですけども、もともと入学者が少ないんだからなかなかマッチしませんわねとって、心の中では泣きながら、顔は笑っておるところでございます。

この赤い線は、先ほどお見せいたしました3つの奨学金貸与の方たちが、いつ医者になるかというものをプロットいたしております。当然この青い線と赤い線は同一人物も含まれているわけですが、これからだんだん多く卒業してきますので、今後、この人たちが県内に定着して、医師が増えるという希望のような話といたしましうか、これからの夢を語るために作ったスライドでございます。



(スライド21)

熊倉先生のお話にも出てまいりましたが、やはり島根大学、鳥取大学等に入っただき、大規模病院、奨学金等の返還免除のためということもございますが、中規模、小規模、診療所を循環して、キャリアアップしていく仕組みを作っていくかやいけないのかなと。島根県で育ち、島根県にずっといて下さいと言いますと、なかなか若い人は嫌がりますので、外国へ行ったり、4大学連携、3大学連携で他県でも研修できるよということを学生さん、若い人たちに私はしょっちゅう話しているところでございます。

## 島根で働く医師を〈助ける〉

(スライド22)

大分時間がなくなってまいりましたので、「助ける」というところを簡潔にやっていきたいと思いません。

## 地域医療支援ブロック制度

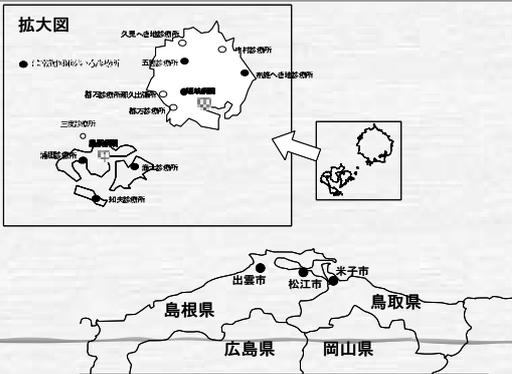
隠岐島後ブロック  
 隠岐島前ブロック  
 飯南ブロック  
 浜田ブロック

23

(スライド23)

ブロック制を隠岐を例に紹介したいと思います。

## 隠岐島の公立医療機関

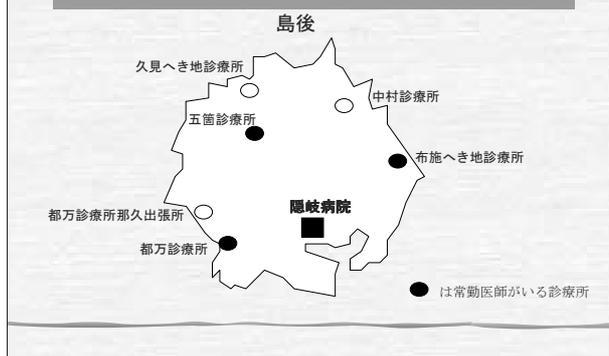


(スライド24)

4つ、人が住んでいる島がございます。島後と西

ノ島、中ノ島、知夫里島というんですけど、人口は2万3,000人ぐらいでございます。島根県と鳥取県の中間のところの北のあたり、大体50キロとか80キロの海上にあります。

## 島後地区の公立医療機関



(スライド25)

島後の医療機関は、150床の隠岐病院と、あと民間の診療所が何カ所ありますけども、公立の診療所には医師が3人です。

## 各診療所と隠岐病院との 医師相互連携

|          | 隠岐病院の<br>宿日直 | 宿日直以外の<br>診療支援 |
|----------|--------------|----------------|
| 中村・布施診療所 | 月2~3回        |                |
| 都万診療所    | 月2~3回        | 月2回手術※1        |
| 五箇診療所    | 月2~3回        |                |

※1 都万診療所医師が隠岐病院において手術をしている間は、隠岐病院から都万診療所へ代診医師を派遣している。

※2 各診療所医師の学会出張等の際には、できる限り隠岐病院から代診医師を派遣している。

(スライド26)

この医師たちが連携しているという話なんですけども、それぞれ母体は違います。これらの診療所は隠岐の島町の国保の診療所、隠岐病院は県も入った広域連合という母体でございます。ここの医師が入れかわって診療するわけですが、診療所は、今は一応時間外は閉めております。そのかわり、この診療所のドクターは、それぞれ月に何回か隠岐病院で当直をして下さる。そしてこの都万診療所は他県から来て下さった先生ですが、もともとが外科医であり

## ◆シンポジウム

ますので、月に2回程度、隠岐病院での手術。そのときには病院側からかわりの医師が診療所に行っておられます。



(スライド27)

次に県の防災ヘリを使った緊急搬送ですね。離島で急患が出た場合に、以前ですと、隠岐の医師と一緒に飛んでしまいますと、その後もう診療、全くできません。翌日も午前中、船で帰りますと、外来もできません。それを解消するために、本土側から医師が迎えに行き急患を搬送する仕組みを平成10年ごろからやっております。

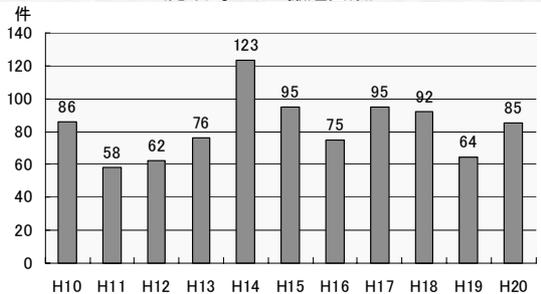


(スライド28)

これが県立中央病院の屋上ヘリポートでございます。搭乗する医師は県立中央病院の医師と松江赤十字病院の医師でございます。

## 島根県の救急搬送(防災ヘリ等)

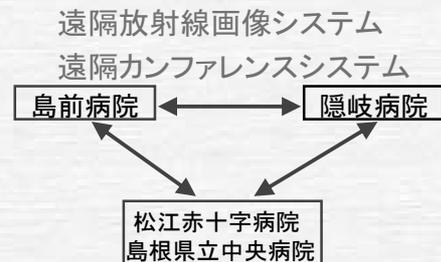
(隠岐島からの搬送回数)



(スライド29)

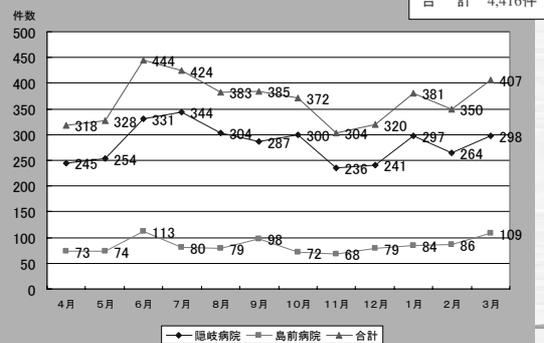
これは今のところ、基本的には隠岐に限定しております。今後、島根大学医学部の協力を得て、県西部にも拡大しようと考えております。大体件数は1年間に100件前後でございます。

## 隠岐島遠隔医療支援システム (H11年10月)



(スライド30)

平成20年度遠隔医療支援システム利用状況



(スライド31)

それから、遠隔医療支援ですね。隠岐病院が150

床、島前病院が44床で、CT、MRI、島前病院はCTだけですが、それらを全て本土側の放射線科の医師に読んでもらっております。

あわせて月に大体400件、年間4,000件ぐらいですね。こういったことによっても医療レベルを保てますし、不要な緊急搬送を減らすということにも役立っております。

## 代診医制度

2000(平成12年～)

へき地、離島等の公的医療機関に勤務する医師の休暇(学会出張、研修、産休、育休など)による不在を補うため、県立中央病院から代診医を派遣。

(スライド32)

## へき地代診医派遣の実績

| 年度 | 延べ日数 | 内訳    |    |    |     |       |      |     |
|----|------|-------|----|----|-----|-------|------|-----|
|    |      | 研修・出張 | 休暇 | 入院 | その他 | 産休・育休 | 産婦人科 | 精神科 |
| 12 | 41   | 23    | 13 | 5  | 0   | 0     | 0    | 0   |
| 13 | 115  | 25    | 16 | 0  | 0   | 74    | 0    | 0   |
| 14 | 95   | 9     | 68 | 3  | 15  | 0     | 0    | 0   |
| 15 | 87   | 39    | 13 | 0  | 35  | 0     | 0    | 0   |
| 16 | 146  | 8     | 10 | 22 | 92  | 14    | 0    | 0   |
| 17 | 338  | 67    | 17 | 0  | 22  | 0     | 232  | 0   |
| 18 | 544  | 1     | 13 | 0  | 141 | 153   | 236  | 0   |
| 19 | 70   | 0     | 24 | 0  | 46  | 0     | 0    | 0   |
| 20 | 280  | 0     | 25 | 33 | 72  | 0     | 0    | 150 |

(スライド33)

あと、代診医の制度も持っております。今週も私、県西部の方で代診をやっておりましたら、その日が休日当番でたくさん新型インフルの人を診させていただきました。

## 地域医療再生計画(案)

◆事業実施期間 H21年度～H25年度

◆事業計画

- 1 医師確保対策
- 2 医療用ヘリコプター
- 3 ITを活用した地域医療の支援
- 4 看護職員確保対策
- 5 がん予防・検診対策

(スライド34)

各県、今、地域医療再生計画を作っておられますが、我々のところでも1本25億、2本で50億を国に申請しているところでございます。その中でも医師確保対策、それから先ほどは防災ヘリの話をしましたが、医療用ヘリコプター、これはドクターヘリですね。病院間搬送だけじゃなくて、現場救急、それから例えば逆搬送といいまして、治療後の人を乗せることはできないかとか、そういった多目的利用もこれから国にはお願いするところでございます。

それぞれの拠点病院が、大体今、電子カルテになっておりますので、その電子カルテ同士を結び、患者さんの情報のやりとりがスムーズにいけばということも計画いたしております。

## 県内での地域医療を支える動き

- ☛ [隠岐] 「離島・隠岐の医療を考える会」
- ☛ [雲南] 「がんばれ雲南病院・市民の会」
- ☛ 「雲南病院を支えよう市民の会」
- ☛ [大田] 「大田市救急体制検討部会」
- ☛ [益田] 「益田の医療を守る市民の会」

(スライド35)

邊見先生にも出していただいたんですけども、各地で地域医療を支えるような動きが、隠岐、雲南、大田、益田等で起こっております。

## 今後の方向性

- 症例が多い都市部の大病院への医師の勤務志向は地域偏在の大きな要因の一つ。地域医療や過疎地での医療に熱意を持たせるような卒前卒後の医学教育が重要。
- 病院間での連携を強化し、お互いの役割分担などを検討しながら病院の機能分画を図る。これを行うに当たり、住民の理解が不可欠。

(スライド36)

どうしても若いドクターは大都市の、都会の大病院への勤務志向がございませうけれども、地域医療や過疎地での医療に熱意を持たすような卒前・卒後教育が非常に重要だと思っております。

それから、今、医師が減少していく中で、病院間での連携、役割分担、そういったことも大事だと思っております。医師を招聘する、そして育てていくとともに、機能分画、連携を図って、島根県の地域医療が、今、危機的な状況にあるわけですが、何とか乗り切り、充実の方向に向かえばと思っております。

## 結語

- 島根県の医師確保対策を紹介した。
- 医師確保等に関してわすかではあるが、成果が上がりつつある。
- 県内の地域医療の充実に向けて、今後もたゆまぬ努力を続ける。



【島根県健康福祉部医療対策課 医師確保対策室】  
TEL 0852-22-5251 FAX 0852-22-6040  
<http://www.pref.shimane.lg.jp/iryotaisaku/>  
【島根の医療】

(スライド37)

若干の成果は上げておりますけれども、医師が減っていくと地域では悲鳴が聞こえておりますので、今後も頑張っていこうと思っております。長くなりましたが、御清聴ありがとうございました。

【河野座長】 どうもありがとうございました。

【武田】 山形県医師会の武田と申します。

私は、山形県立中央病院の脳外科をやっているもので、先生の話、大変感動しました。

結局私たちも地域の偏在化というのがいろいろ問題になっていまして、それをどうやって是正するかというのは一つ大きな問題なんですけれども、やはりそこで一つ大事なものは行政ですね、県がしっかりとその辺を認識して、そしてちゃんと方向性を持って、そしてリーダーシップをとっていかないと、これからできないと思うんですけども、先生のように島根県ではしっかりとアイデアを持って働いている方がいらっしゃるから非常にいいと思うんですけども、先生が県の中で、言いにくいかもしれませんが、しっかりとそのアイデアを実現するような、サポートするシステムというのが県の中に、人的にも、システムの面でもいいんですけども、あるかどうかということと、そういうことを我々、山形県でもできればそういう形にしていきたいと思うんですけども、なかなかそういうサポートのシステムというのが、例えば3年で県のお役人さんは替わってしまいますよね。

【木村】 はい、そうですね。

【武田】 そういうところがやはり、サポーターとすると弱みといいますか、県の行政の弱みじゃないかと私は思うんですけども、その辺、島根県ではどうなってるか、ちょっと教えていただきたい。

【木村】 私は今、この仕事7年目になりまして、当初は一スタッフでございましたが、4年前に医療対策課の中に内室をつくっていただいて、そこで管理職になりました。今は医療企画監という名前で、これは課長と同等の肩書になって、2人課長のようになっています。私はいないことが多いので、今、議会でですけども、なかなか議会対応とかも、かつてやったことはあるんですけどできません。だから、僕のような立場の人間は、いわゆる課長だとか、その場になきゃいけないような仕事をさせてしまうと、難しいと思います。ですので、島根県が

こうやって困っているからお前好きに動け、と言ったらちょっと語弊があるかもしれませんが、課長級というポストをいただいて自由に動けると言うことが1点です。もう1点は、実は私がこういう立場になったのは、県立中央病院の当時の院長の提案でして、その院長は今、県立病院の事業管理者になっておられます。その病院事業管理者には、地域医療支援担当の参与になっていただきましたので、健康福祉部と病院局のトップが非常に良好な関係になっておりますし、小林病院長もいらっしゃいますけど、大学病院とも非常に良い連携を持っていますので、そういう意味では、私にとっては働きやすいような状況をつくっていただいております。

**【武田】** ありがとうございます。

先生方のような形でシステムをつくっていくのが一番いい形だと思いますので、先生もぜひ頑張ってくださいたいと思います。

**【木村】** ありがとうございます。

**【武田】** 私たちも、何かあったら教えていただきたいと思いますので、よろしくお願いします。

**【河野座長】** じゃあ、どうぞ、お願いします。

**【鈴木】** 川崎市立井田病院の鈴木と申します。どうもいろいろ教えてもらってありがとうございました。

私は、個人的なことなんですけども、自分で自分の年金が幾らかというのを市の当局に調べさせたことがあるんですよ。そうしたら17万幾らだったんですね。それで、後期高齢者医療制度というのは批判されてますよね。その批判の一つに年金からの天引きってありますよね。あれは年金が18万以上の人が天引きなんです。ですから私たちというか、私は天引きもされないほど低いんですよ。それで頭にきて、いや、島根でやるか、どこかでやってやろうかなと思って、長崎と島根の医者 of 給料を調べたのね。そしたら何だ、今よりも安いぞ。こういうのはやっぱり、モチベーションもいろいろあるんでしょうけども、財政的なものもあるんでしょうけども、いろいろそういう難しいものはあるんでしょうけども、奨

学金を返さなくてもいいとかね、いろいろもっと行政の方に頑張ってもらって、住民の命がかかっているわけですから、もう少し頑張って、地方も頑張ってほしい、国も頑張ってほしい、みんなでやっぱり患者さんを助ける意味で医療制度をきちんとさせていかなくちゃいけないんじゃないかなと、そう思います。

**【木村】** おっしゃるとおりだと思います。ありがとうございます。

**【河野座長】** ありがとうございます。

では、ここらで会場をちょっと変えたいと思います。また後ほど御意見をいただけたらと思っております。

じゃあ、シンポジストの4名と三上先生、ひとつよろしく願いいたします。

司会の不手際で、余り討論する時間がないのですが、皆さん方、ひとつ御協力のほどをよろしくお願いいたします。

### ディスカッション

**【河野座長】** 本来なら5時30分までですけれども、10分ほど延長させていただきまして、いろいろと皆さん方からの御意見をいただきたいと思っております。

最初に、コメンテーターの三上先生に全体的な今までの話の内容からひとつお話を、御意見をいただけたらと思っております。

三上先生、よろしく願いいたします。

#### (三上常任理事のコメント)

**【河野座長】** どうもありがとうございました。

各部門のお話をずっと聞けばいいんですけれども、時間もあんまりありませんので、全体を通じて御質問等、御意見をいただければと思います。ひとつ挙手をして発言していただきたいと思います。

**【武井】** 静岡県武井と申します。

全体の先生にお聞きしたいのですけれども、今日は余り浮き彫りにされなかったんですけれども、医師不足の人数がどうのこうのって、もうこれ、何年も前から言っていることで、改めてそれを言うわけじゃないんですけれども、その本質の中に、いわゆる専門医・認定医制度と、それから派遣機能という問題について御意見をお伺いしたいんですけれども、今、専門医制度というのが非常にいろんなところでたくさんありまして、しかもその訓練施設というものの認定、これがどんどんいろんなところで制限が加わっているんですね。そうしますと、今日見たような、例えば僻地部位にある病院に医師を派遣しようとしても、途中の過程にある先生ですと、要するに専門医訓練施設の途中の経過の人って、それはもう受験資格の中から落ちてきちゃうものですから、そういうためにそういうところへは行かないという、これが恐らく、例えば県内の中でも、松江と出雲に

は人は集まるけれども、それ以外のところには人が絶対に行かないという本質的な根本ではないかと僕は思うんですけれども、その辺のところはいかがお考えでしょうか。

**【河野座長】** じゃあどなたか、シンポジストの方。

**【日野】** 僻地と言われる島根県西部でありますけれども、私たちのところでも、この3年間に学会認定の研修施設を約3倍以上にしたと思います。それはどういうやり方をするかということ、一つは実際にいるドクターに研修に行ってもらって専門医を取って、あるいは指導医を取って認定施設になるということと、もう一つは、やはり大学の人事に依存をしていますから、そういう指導医の資格を持った人に来ていただくことによって認定施設になっていくということですね。それで、それによって研修医を集めるということが実際起きておりますので、先生がおっしゃるように認定施設が厳しくなっているということについて、特に外科系については、私も問題はあるとは思いますけれども、それなりの対応の仕方は、考えることはできるだろうと思います。決してそれが良いとは言っておりませんが、それなりに手の打ちようがあるというふうに思っております。

**【熊倉】** 専門医の問題というのは、恐らく今の日本の医療、あるいは医学、医学教育も含めて、大変大きな問題だと思います。これは各学会が認定しているわけですが、それだけでいいかとか、欧米と比べますと、日本の認定の仕方も多分違うと思います。先生のおっしゃったように、例えば地方で認定を受けられる教育機関でなければ、そこに人が確かなら行ってトレーニングできないという問題もあり、敬遠する可能性も出てきますので、そうではなくて、やっぱりそういうふうなところでも、例えば専門医の中でのプライマリー的なところが学べるというふうなことも含めて、少し交通整理をしていく必要が

あると考えます。これはすぐにはできないかと思いますが、全体でやはり議論していくべき問題であろうかなとは思っております。

**【河野座長】** どうもありがとうございました。

それでは、次の方、どうぞ。

**【三宅】** 大阪府の三宅です。

女性医師問題というのが討議されておりますけれども、今後、今現在、医療崩壊がどんどん進んでおる状態です。そして医師も今、ものすごい不足している中で女性医師がだんだん増えてくる。今までの女性医師問題の発言の中では、ほとんどが女性医師が働けるようにするためにどうするかということであったわけでありますが、妊娠、出産の間というのはどうしても代替を持たないとやっていけない。今、医師が過重労働でどんどん辞めていっている状況の中で、こういう今17.何%の女性医師がやがて34%になろうとしている、ここに対する対策というのが余りにもとれてない状態です。医師を増加するといっても、10年間は増加しないんです。その間に医療崩壊がどうなってくるのか。余りにもちょっと無関心過ぎるような気がするわけでありますが、直接的にこの17%からどんどん上がっていく今の現状を取り繕う方法というのがどこかにあるんでしょうか。それがなければ、これは非常に大きな問題になるということをお聞きしたい。皆さんにちょっとその対策があるかどうか、お聞きしたいと思います。

**【河野座長】** コメンテーターの三上先生、どうでしょうか。

**【三上常任理事】** 日医の勤務医担当として、三宅先生にお答えしたいと思います。これはなかなか非常に難しい状況です。今、いわゆる医学部の定員数を増やして、これから徐々に医師の養成を増やすにしても、当分時間がかかるわけで、すぐには増えないということになります。

従来は、いわゆる女性医師が育休、産休に入った場合には、大学人事の場合には、その病院に大学のいわゆる研究をしていて実際の臨床に携わっていない

医師が派遣されているというふうな状況がかなり多かったのではないかと。いわゆる大学が派遣事業というか、そういった形でやっていたというのが現状ですけれども、現在は大学にも人が少なくなってきたということ、それがなかなかうまくいかない。日本医師会としては、女性医師バンクを活用しようと思っているわけですが、これはまだまだ十分に活用されていないともいえますが、徐々に増えてきております。

ただ、今後は、あくまでも私見ですが、大学にやはり人が集まるような形に少しさせていただいて、いわゆる臨床に直接携わらない、フリーの医師と言ったらおかしいですけども、そういった形でプールできる状況の中で人材派遣をしばらくやっていただくということが必要ではないかと。非常に古い意見かもしれませんが、個人的にはそういうふう考えております。

**【三宅】** 大学にプールする人員はどこから集めるんですか。医師がいないんですよ、今。

**【三上常任理事】** 大学に、いわゆる若いドクターが帰るインセンティブをつくっていくというふうなことです。ですから今、専門医研修とか、そういったものが市中病院で結構いわゆる後期研修として行われているわけですが、大学でいわゆる後期研修が盛んに行われるようになれば、以前のような形で人材派遣機能が発揮できてるんじゃないかというふうに思います。

**【河野座長】** 数多くありますけど、それじゃあ。保坂 今のフロアからの御質問をお聞きしていますと、女性を医師にするのをやめろと言っているがごとく聞こえました。

今問題になっておりますのは、これから、今、若い女性医師が非常に増えておられて、その女性医師が継続して勤務を続けられるようにしなければ、医療崩壊はますます進むということをお聞きして、今、現場で働いている若い女性医師が継続していけるようにしましょうということをお話して、内田先生なんか非常にそれを

## ◆シンポジウム

熱心にやっていらっしゃるところでございます。手品のように、魔法のように医師がどこかからわいてくるということはあり得ないので、今、医学部の定員を増やしておりますけれども、そこまでの間、何とかみんなで協力してやっていこうじゃないかというしかないわけでございまして、そこで余り否定的なことは言っていたさくたくないと思います。

三上先生、今後ともよろしくお願ひします。

【河野座長】 本田先生、どうぞ。ひとつよろしく。

【本田】 それに関連して。

いや、だから私は前から医師が少ないと言ってきたんですよ。というのは、三上先生は基本的に関係ないんですけど、やっぱり医師会がつい最近まで医師の絶対数不足を認めなかったのは、結果的に物すごい罪が大きかったと思います、私は。人口当たり医師数が、世界の3分の2なんですね。しかも世界一の高齢化社会で、これから未曾有の高齢化社会になって医療需要が増えるのだから、私は最近メディアの人に、日本の医療というのは原爆が投下される二、三日前の日本みたいなものなのだよと説明しています。つまりそのぐらい厳しい状況になってしまったという正確な状況認識がまず必要なんですよ。そのぐらい酷い状況なんですね、今現在は。

それで私が提案しているのは、皆さまのおかげで195名のサインがいただけましたけれども、やはりちゃんと医療費を上げて、医師も増やしながら、やっぱりいい意味でチーム医療を推進するという観点で、ナース・プラクティショナー、フィジシャン・アシスタント、そういう人もきちんと導入して、業務分担も同時にしながらしないと、医師がいつまでもいろんな、電子カルテまで入力しながら医師を幾ら増やしても意味がないわけですから、みんなで心を合わせる。ただし、危機的な状況だということを対外的にも説明しないと、モンスター・ペーシェントが出てきたり、それこそコンビニ受診が出るわけですね。ですから、その危機的な状況だということをつまでも隠さないで、もう原爆が落ちる二、三日前なんだということをちゃんともっと我々が全部で、

「欲しがりません、勝つまでは」みたいな気持ちになってやらないと、とてももたないと、そう思っております。ですから、簡単にはできませんけれども、そのぐらい大変なんだという状況だけはきちんと一般の方に伝える、政治家の方に伝える。御協力、どうもありがとうございます。また頑張っております。

【河野座長】 貴重な御意見をありがとうございます。

もう一方、それじゃあ女性の方、お願いしたいと思ひます。

【中川】 大阪から来ました、日本医師会の男女共同参画の委員長をさせていただいております中川といいます。

先ほど内田先生が島根県でのアンケート調査をおっしゃられたときに、復職後の女性医師を支援するために何がいいのか、何が必要かというところで、女性医師はやはりフレックスタイムとか、そういう自分が仕事をしていくために何が必要かということが出てたと思うんです。それに対しまして男性医師は、やはり人員整備ということで、医師をゆとりのあるところで仕事をできるようにしないといけないということをおっしゃられたんですけども、それを考えてみますと、女性は働きたいということの意思が出て、男性は、女性が抜けたときに、それを誰かカバーする者が必要だということで、先ほど三宅先生がおっしゃったこととか、それをどうしたらいいのかということをお聞きしたいと思います。

今、本田先生も言われましたし、医師数は今すぐには増えません。そこで、どういう形でそれをカバーしていくかということで、私は女性医師の立場でということなんですけど、女性と男性が、男性医師が相対するというポジションではなくて、今日勤務医委員会の池田先生が言われましたけれども、共生ということ、お互いに今の難局を乗り越えるために一緒に協力していくということをしていただきたいと思います。

非常に限られた中での共生ということになります

ので難しいですけど、そのためにこういう会があるし、女性医師、男女共同参画の方もそういう会をもっておりますので、そういう形で皆さんが協力していただきたいなというように思いました。

【錦織座長】 どうもありがとうございました。

司会の不手際で時間がなくなってしまいました。ちょっとしり切れトンボでありますけれども、非常に危機的な状況にあるということで、あと島根宣言(案)の討議をしていただきまして、その後、懇親会に移ります。その場で、また引き続きいい知恵が出るように御討議いただきたいというふうに思います。

どうも御協力ありがとうございました。



### 勤務医をめぐる諸問題

コメンテーター：日本医師会 常任理事 三上裕司

日本医師会の三上でございます。今日は4人のシンポジストの先生方から非常に有意義なお話を伺いました。ありがとうございました。

全体を通じての感想というか、コメントを申し上げたいと思います。

島根県は、46番目とおっしゃっていましたが、日本でも非常に人口の少ない県として知られているわけで、どちらかというと地方の代表のようなところですけども、4人の先生方のお話を聞きますと、全体として、地方は地方で非常に頑張っておられるなど、やり方によってはなかなかうまくいくのではないかという印象を受けました。

最初に「地域医療の立場から」ということで、国立病院機構浜田医療センターの院長の日野先生のお話ですけども、ここではやはりいろんな問題があって、医師数を、医師不足に関してはやはり定員の見直しをしてほしいとか、あるいは診療報酬の面で改善してもらいたいとか、あるいは患者の関係を改善しなければならない、相互理解とか説明努力とか、そういったものが要るのではないかというお話がございました。

この中で、定員の見直しにつきましては、恐らく16対1を例えば10対1にしろというような話なのかもしれませんが、これは看護師の7対1看護が導入されたとき、偏在の顕在化というのが起こりまして、強い、大きな病院に看護師が流れて、民間の中小病院からかなり看護師が少なくなったということ、看護師の確保が難しくなったというふうなことがございますので、この定員の見直しについては、なかなか単純にはいかないのではないかというふうに考えました。

ただ、病院管理者のこういった医師不足に対する対応、医師の過重労働に対する対応につきましては、



2番に無回答が出てきたのはちょっと意外でしたけれども、一番多かったのが複数担当医制の導入であるということで、いわゆる勤務医の過重労働の軽減には、やはり主治医制を変えて担当医制、複数主治医制というか、複数担当医制の導入というのが必要であると。そのためには相当の勤務医を医療機関が抱える必要があり、それを担保できるような診療報酬の改定が要るのではないかというふうに考えました。

それから、島根県は非常に横に細長い県で、東部と西部が、全国でいいますと都市部と地方というふうな形で、東部が都市部、西部が地方という形なのですけれども、それぞれ良いところも悪いところもあって、結構勤務医の方々は満足度が高いというのか、将来的にもずっと勤務医をやり続けたいという方が多いということでした。それから忙しさについても、西部は西部でそれなりに勤務を楽しんでおられるというのか、満足されている部分があるので、やり方はいろいろあるのではないかと思います。

ただ、大学人事にほとんど頼っておられるということで、今後はやはり大学の役割というのが非常に大きいのではないかと。特に小さな医療機関につつま

しては1人科長という部分が多いのではないかと思います。1人科長では交代ができないという部分がありまして、いざというときに非常に負担が大きくなるので、これはぜひ解消していただきたいと思います。

それから、おもしろかったのは、勤務医が今不満であると感じている中に住環境が悪いというのがございました。これは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結果の中でも、いわゆる住環境とか勤務環境、部屋がきれいとか、おいしいものがすぐ食べれるとか、そういういろいろ環境を良くするということに対する希望が非常に多かったということです。これは是非やっていただきたいと思います。

それから、2番目の「医育機関の立場から」ということで、島根大学の熊倉先生のお話がありました。大学ということで、大学は大学の問題があるということなのですが、島根大学ではDPCが導入されているんだと思いますが、在院日数が短くなり、手術数が多くなって勤務医が非常に疲弊しているという話がありました。それから日本の大学の教官数は欧米に比べて10分の1ということで、そういった教育についても非常に手間がかかっていると。それに対する評価があまりないというようなこともございました。

現在、大学につきましては運営費交付金が徐々に、何%か毎年減らされて非常に苦しんでいるわけですが、その分、DPC等で手当てをしながら診療報酬、健康保険の、医療保険の費用からそれを賄っていかうということで、相当大学の方も無理をしているわけですね。こういったものは、診療報酬から教育費用を支払うというのは本来筋違いの話ではないかというふうに思いますので、私は運営費交付金の削減というのを是非やめていただければいいのかなと思いました。

それから、地域枠の問題が非常に興味深かったです。地域枠というのは非常に有効なんだなと思いました。特にアメリカのシアトルですか、WWAMIプ

ロジェクトというのを紹介していただきましたが、地域に愛情のある人であるとか、地域に密着した実践的な地域医療の教育をするというふうなことで、この地域枠というのは、やり方によってはこういう特に地方、過疎地等における医師の確保については非常に有効な手段ではないかと思います。

後で木村先生がお話しになりましたところでも、地域に残る人というのは、8年前に高校に入学した人が8年後の後期研修でも地元に残っているんだというふうな話がありましたし、地域枠は今後の医師確保については非常に大きなツールになるという感じがいたしました。

それから、新医師臨床研修制度が導入された際には、大学の医局の弊害を取り除くのだということで、大学の人材派遣機能をかなり制約する形になったわけですが、私としては、こういったものをある程度復活するような必要があるのではないかというふうに思います。

続いて、3番目に女性医師の立場から内田先生のお話がありました。この内田先生のお話は、特に先ほどフロアからも質問があったと思うんですけども、内田先生が女性医師でありながらこういった形の教授として陣頭で指揮をとっておられるということが、この島根における女性医師の参画について非常に効果を発揮している大きな要因ではないかと思いました。

それから、男性医師と女性医師、それぞれに育休とかいろんなことについて聞いておられますが、基本的にはやはり女性医師の意見を尊重しながら、今後やり方を進めていく必要があるんだろうとも思います。

それから、ここに書いてあります文科省の地域医療と社会的ニーズに対応した質の高い医療人養成推進プロジェクト、女性医師・看護師の臨床現場の定着及び復帰支援策、しなやかな女性医療職を目指してというのをやっておられるのですが、これは非常にいいことだろうと思いますが、このやり方も一定の規模の医療機関でないとなかなかできないという

## ◆シンポジウム

ことで、今後は先生がお話しになりましたネットワークづくりで、規模の小さいところも含めて、こういったことに参加できるようなシステムが必要ではないかというふうに思います。

それから、在宅就労支援で、先生は放射線の先生でございますけれども、遠隔画像診断システムでキャリアの継続のための、リハビリじゃないですけども、勉強を休みながらもできるというシステムをつくっておられます。こういったやり方というのは非常に良いかなと思いました。

それから、女性医師の多い診療科というのは、本日の午前中に、唐澤会長のパワーポイントで出ましたように、産科、小児科、それから麻酔科、皮膚科、眼科といったものですが、特に夜間の診療が必要となる産科でありますとか小児科でありますとか、あるいは緊急手術に対応しなければならない麻酔科の先生方は、女性医師が非常に増えているということで、逆に医師不足が顕在化するというようなことが起こっているのかもしれないので、そういった部分について、こういった内田先生のような試みというのは、今後、進められるべきであろうと思います。

それから、県行政の立場から最後に木村先生がお話しになりました。ここで「呼ぶ」「育てる」「助ける」という、この3つのやり方というのは非常におもしろいなと思いました。

特に、奨学金は高利にしてなるべく返してもらえないようにするというのは、なるほど、そういうやり方というのがあるんだなと感心いたしました。

それから、先ほど言いましたように、研修後、残る人たちはやはり出身県の方が多いということで、地域枠は、これから少し増やす方向で考えなければいけないかもしれないというふうに思います。

# 島根宣言採択

---

島根県医師会勤務医部会委員

岡田和悟

## ◆島根宣言採択

【総合司会（佐藤副会長）】 次に、島根宣言採択を行います。

本日の資料としまして、島根宣言、これは案でございますが、皆様にお配りしております。ちょっと硬い紙をお配りしております。

例年に倣いまして、対外広報の一環といたしまして、島根宣言の作成をいたしました。本会勤務医部会委員の岡田和悟から、宣言文を朗読いたします。

岡田先生、よろしくお願ひします。

なお、この本宣言案につきましては、日本医師会勤務医委員会の御助言をいただいて作成しておりますことを御報告いたします。

【岡田委員】 それでは、読ませていただきます。

【総合司会（佐藤副会長）】 どうもありがとうございます

### 島 根 宣 言

この度、政権交代が実現したが、新政権の今後の医療福祉政策は未だ不明である。これまでの医療制度改革により、地方では地域の基幹病院ですら医師不足が進行し、勤務医に対する負担が増大し、地域医療の崩壊が目前に迫っている。

従って、勤務医に対する施策が緊急に必要であり、我々は次のことを宣言する。

- 一、今までの医療費抑制政策を転換し、医療福祉への予算の増額を行うことを求める。
- 一、OECD平均水準になるまで医師の増員を行うことを求める。
- 一、これから増えてくる女性医師が働き続けられるような支援体制の整備を求める。
- 一、勤務医の待遇改善をはかり、勤務医を増やすことによって、地域医療を存続させることを求める。
- 一、大学病院と地域医療を担う病院、診療所等が連携し、良き地域医療医を育てる。
- 一、地域住民との十分な相互理解のもとに、安全で安心な医療を提供する。

平成21年11月28日

全国医師会勤務医部会連絡協議会・島根

ございました。

そこで、ただいまの宣言の朗読がございましたが、本日、この協議会でこの宣言を採択するということと、この宣言文の取り扱いは、この本会と日本医師会に一任するということを考えておりますが、それによろしゅうございますか。御賛同でしたら拍手をお願いいたします。

〔拍 手〕

【総合司会（佐藤副会長）】 ありがとうございます。

それでは、これで採択をさせていただきます。

この宣言文の取り扱いにつきましては、日本医師会と調整の上、進めていきますので、よろしくお願ひします。

以上をもちまして、本日の協議会を終了いたします。御協力ありがとうございます。

閉会に当たりまして、島根県医師会副会長の沖田瑛一より閉会のご挨拶を申し上げます。

閉 会

17 : 30

---

島根県医師会副会長

沖 田 瑛 一

## ◆閉 会

---

### 閉 会

---

島根県医師会副会長 沖 田 瑛 一

本日は、長時間にわたりまして熱心な御討議を賜り、お疲れさまでした。

以上をもちまして、平成21年度全国医師会勤務医部会連絡協議会を閉会いたします。どうも御協力ありがとうございました。



## 参加者数一覧

---

# 平成21年度全国医師会勤務医部会連絡協議会参加者数

| ブロック      | 都道府県    | 医師会     | 協議会参加者数 |     | 宿泊日数  |       | 観光    |       |
|-----------|---------|---------|---------|-----|-------|-------|-------|-------|
|           |         |         | 協議会     | 懇親会 | 11/27 | 11/28 | 11/28 | 11/29 |
| ①北海道・東北   | 北海道     | 北海道医師会  | 5       | 5   | 1     | 1     | 0     | 1     |
|           |         | 札幌市医師会  | 3       | 4   | 2     | 1     | 0     | 0     |
|           |         | 函館市医師会  | 2       | 2   | 1     | 1     | 0     | 1     |
|           |         | 小樽市医師会  | 1       | 2   | 0     | 2     | 0     | 0     |
|           |         | 渡島医師会   | 1       | 0   | 2     | 2     | 1     | 0     |
|           | 釧路市医師会  | 1       | 1       | 0   | 0     | 0     | 0     |       |
|           | 青森県     | 青森県医師会  | 7       | 6   | 6     | 7     | 0     | 0     |
|           |         | 岩手県医師会  | 3       | 3   | 3     | 3     | 0     | 0     |
|           |         | 宮城県医師会  | 3       | 3   | 3     | 2     | 0     | 0     |
|           | 秋田県     | 仙台市医師会  | 5       | 5   | 0     | 0     | 0     | 0     |
|           |         | 秋田県医師会  | 1       | 1   | 0     | 0     | 0     | 0     |
|           |         | 山形県医師会  | 5       | 5   | 5     | 5     | 0     | 0     |
| 福島県       | 福島県医師会  | 2       | 2       | 2   | 2     | 0     | 0     |       |
| ②関東・甲信越   | 茨城県     | 茨城県医師会  | 3       | 3   | 3     | 3     | 0     | 3     |
|           |         | 栃木県医師会  | 16      | 16  | 15    | 16    | 1     | 13    |
|           | 埼玉県     | 埼玉県医師会  | 4       | 4   | 0     | 0     | 0     | 0     |
|           |         | 千葉県医師会  | 1       | 0   | 1     | 0     | 0     | 0     |
|           | 東京都     | 東京都医師会  | 6       | 6   | 4     | 2     | 0     | 0     |
|           |         | 神奈川県医師会 | 8       | 8   | 7     | 8     | 0     | 0     |
|           | 神奈川県    | 横浜市医師会  | 7       | 7   | 7     | 7     | 0     | 0     |
|           |         | 藤沢市医師会  | 1       | 0   | 1     | 0     | 0     | 0     |
|           | 新潟県     | 新潟県医師会  | 3       | 3   | 3     | 3     | 0     | 0     |
|           | 山梨県     | 山梨県医師会  | 1       | 1   | 1     | 1     | 0     | 0     |
|           | 長野県     | 長野県医師会  | 3       | 3   | 3     | 3     | 0     | 0     |
|           | ③中部     | 富山県     | 富山県医師会  | 2   | 2     | 2     | 2     | 0     |
| 石川県       |         | 石川県医師会  | 5       | 2   | 5     | 2     | 0     | 0     |
| 福井県       |         | 福井県医師会  | 1       | 0   | 1     | 0     | 0     | 0     |
| 岐阜県       |         | 岐阜県医師会  | 5       | 5   | 4     | 5     | 0     | 0     |
| 静岡県       |         | 静岡県医師会  | 2       | 3   | 2     | 2     | 1     | 0     |
| 愛知県       |         | 愛知県医師会  | 4       | 3   | 4     | 3     | 0     | 1     |
| 三重県       |         | 三重県医師会  | 4       | 5   | 4     | 5     | 1     | 0     |
|           |         | 津地区医師会  | 1       | 1   | 3     | 3     | 0     | 0     |
| ④近畿       | 滋賀県     | 滋賀県医師会  | 8       | 8   | 6     | 4     | 0     | 0     |
|           | 京都府     | 京都府医師会  | 3       | 3   | 0     | 2     | 0     | 1     |
|           | 大阪府     | 大阪府医師会  | 8       | 8   | 8     | 5     | 0     | 0     |
|           |         | 兵庫県     | 兵庫県医師会  | 4   | 1     | 3     | 0     | 0     |
|           | 奈良県     | 奈良県医師会  | 1       | 1   | 1     | 1     | 0     | 0     |
|           | 和歌山県    | 和歌山県医師会 | 4       | 5   | 4     | 5     | 1     | 0     |
|           |         | 和歌山市医師会 | 2       | 0   | 2     | 0     | 0     | 0     |
| ⑤中国・四国    | 鳥取県     | 鳥取県医師会  | 2       | 1   | 0     | 0     | 0     | 0     |
|           |         | 島根県     | 島根県医師会  | 41  | 25    | 5     | 6     | 0     |
|           | 岡山県     | 岡山県医師会  | 6       | 6   | 0     | 5     | 0     | 0     |
|           |         | 岡山市医師会  | 1       | 2   | 0     | 0     | 0     | 0     |
|           | 広島県     | 広島県医師会  | 7       | 7   | 4     | 2     | 0     | 0     |
|           |         | 広島市医師会  | 8       | 8   | 7     | 0     | 0     | 0     |
|           |         | 福山市医師会  | 1       | 1   | 0     | 0     | 0     | 0     |
|           |         | 呉市医師会   | 2       | 0   | 0     | 2     | 0     | 0     |
|           | 安芸地区医師会 | 1       | 0       | 1   | 0     | 0     | 0     |       |
|           | 山口県     | 山口県医師会  | 5       | 5   | 4     | 5     | 0     | 0     |
|           | 徳島県     | 徳島県医師会  | 3       | 3   | 3     | 3     | 0     | 0     |
|           | 香川県     | 香川県医師会  | 4       | 4   | 2     | 0     | 0     | 0     |
|           | 愛媛県     | 愛媛県医師会  | 3       | 3   | 2     | 2     | 0     | 0     |
|           |         | 松山市医師会  | 1       | 2   | 2     | 2     | 1     | 0     |
|           | 高知県     | 高知県医師会  | 1       | 1   | 0     | 1     | 0     | 0     |
|           |         | 高知市医師会  | 2       | 2   | 0     | 2     | 0     | 0     |
|           | ⑥九州・沖縄  | 福岡県     | 福岡県医師会  | 4   | 3     | 1     | 3     | 0     |
| 北九州市医師会   |         |         | 1       | 1   | 1     | 1     | 0     | 0     |
| 福岡市医師会    |         |         | 1       | 1   | 1     | 1     | 0     | 0     |
| 宗像医師会     |         |         | 1       | 1   | 0     | 0     | 0     | 0     |
| 大牟田医師会    |         |         | 1       | 1   | 1     | 1     | 0     | 0     |
| 飯塚医師会     |         |         | 2       | 2   | 0     | 0     | 0     | 0     |
| 北九州市小倉医師会 |         | 2       | 2       | 0   | 2     | 0     | 0     |       |
| 佐賀県       |         | 佐賀県医師会  | 3       | 3   | 3     | 2     | 1     | 2     |
|           |         | 長崎県     | 2       | 2   | 2     | 2     | 0     | 0     |
| 長崎県       |         | 長崎市医師会  | 2       | 1   | 3     | 1     | 0     | 0     |
|           |         | 佐世保市医師会 | 2       | 1   | 1     | 1     | 0     | 0     |
| 熊本県       | 熊本県医師会  | 2       | 2       | 1   | 1     | 0     | 0     |       |
|           | 熊本市医師会  | 2       | 2       | 2   | 2     | 0     | 0     |       |
| 大分県       | 大分県医師会  | 2       | 2       | 1   | 1     | 0     | 0     |       |
|           | 大分市医師会  | 1       | 1       | 1   | 1     | 0     | 0     |       |
| 宮崎県       | 宮崎県医師会  | 8       | 10      | 4   | 5     | 0     | 0     |       |
| 鹿児島県      | 鹿児島県医師会 | 1       | 1       | 0   | 0     | 0     | 0     |       |
|           | 鹿児島市医師会 | 2       | 3       | 3   | 3     | 1     | 2     |       |
| 沖縄県       | 沖縄県医師会  | 3       | 3       | 0   | 0     | 0     | 0     |       |
| 日本医師会     | 日本医師会   | 30      | 31      | 26  | 27    | 2     | 9     |       |
| 計         |         |         | 307     | 280 | 200   | 192   | 10    | 36    |

---

平成 21 年度  
全国医師会勤務医部会連絡協議会報告書

発行 島根県医師会

〒690-8535 島根県松江市袖師町 1 番31号

TEL 0852-21-3454

印刷 有限会社 黒潮社

〒690-0841 島根県松江市向島町182-3

TEL 0852-21-3409

---

# ◆懇親会風景

