

平成23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

「勤務医の働き方と生きがい(よりよい就労環境を求めて)」

- 期 日／平成23年10月29日(土)
- 会 場／ANAクラウンプラザホテル富山
3階「鳳の間」
- 主 催／日本医師会
- 担 当／富山県医師会

《表紙写真》

富山平野を中心に、立山連峰、飛騨山脈（日本アルプス）、富山湾に囲まれ、豊富な海の幸、山の幸が堪能できる富山県。

万葉の歌人、大伴家持がこよなく愛し、多くの歌が詠まれた「雨晴海岸」は県北西部に位置し、岩礁、白い砂浜、青松がつづく景勝地で、日本の渚百選に選ばれています。

富山湾越しに見る3,000m級の立山連峰は雄大で、四季それぞれに変化する眺めに訪れた人はおもわず息を呑むほどです。

浜辺には「義経岩」があり、源義経が奥州平泉へ向かう途中、俄雨が降り出したので、弁慶が岩を持ち上げ、その陰で雨宿りをして晴れるのを待ったという伝説があり、「雨晴」の由来となりました。

JR氷見線の線路がほぼ海岸線のすぐ横を通り、列車の撮影ポイントとして鉄道ファンに人気があり、青春18きっぷのポスターにも採用されています。

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	12
特 別 講 演 1	
「日本医師会の医療政策について」	17
特 別 講 演 2	
「勤務医の処遇改善」	29
次期担当県挨拶	43
報 告 1	
「日本医師会勤務医委員会報告」	47
報 告 2	
「東日本大震災－現地からの報告・被災地への医療支援－」	51
基 調 講 演	
「若い外科医の過重労働と改善のための方策」	63
パネルディスカッション	
「よりよい就労環境を求めて」	87
富山宣言採択	123
閉 会	127
参加者数一覧	131

協議会風景



開会式



日本医師会副会長 横倉 義武 先生



富山県医師会会長 岩城 勝英 先生



独立行政法人国立がん研究センター
理事長・総長・中央病院長
嘉山 孝正 先生



愛媛県医師会会長 久野 梧郎 先生



日本医師会勤務医委員会委員長 泉 良平 先生



日本医師会勤務医委員会副委員長 望月 泉 先生



九州大学大学院医学研究院循環器外科教授
富永 隆治 先生



日本医師会常任理事 三上 裕司 先生



パネルディスカッション

平成23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

「勤務医の働き方と生きがい
(よりよい就労環境を求めて)」

1. 開催日時 平成23年10月29日(土) 10:00~17:00
2. 会場 ANAクラウンプラザホテル富山
富山県富山市大手町2番3号
TEL 076-495-1111(代)
3. 主催 日本医師会
東京都文京区本駒込2丁目28番16号
TEL 03-3946-2121
4. 担当 富山県医師会
富山県富山市蛭川336番地
TEL 076-429-4466
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、行政

平成23年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

- ◇期 日 平成23年10月29日(土) 10時から
◇会 場 ANAクラウンプラザホテル富山 3階「鳳の間」
◇主 催 日本医師会
◇担 当 富山県医師会

メインテーマ

『勤務医の働き方と生きがい(よりよい就労環境を求めて)』

総合司会：富山県医師会理事 南 里 泰 弘

【日程】

9：00～10：00 受 付

10：00～

開 会 式

開 会
挨 拶

富山県医師会勤務医部会長 三 崎 拓 郎
日本医師会会長 原 中 勝 征
富山県医師会会長 岩 城 勝 英
富 山 県 知 事 石 井 隆 一
富 山 市 長 森 雅 志

来賓祝辞

10：20～11：05

特別講演 1

「日本医師会の医療政策について」

日本医師会副会長 横 倉 義 武
座長：富山県医師会会長 岩 城 勝 英

11：05～11：15

休 憩

11：15～12：00

特別講演 2

「勤務医の処遇改善」

独立行政法人国立がん研究センター理事長・総長・中央病院長 嘉 山 孝 正
座長：富山大学附属病院長 井 上 博

12：00～12：05

次期担当県挨拶

愛媛県医師会会長 久 野 梧 郎

12：05～13：00

昼食・休憩

13:00~13:10	報告 1 「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	泉 良 平
13:10~13:40	報告 2 「東日本大震災－現地からの報告・被災地への医療支援－」	日本医師会勤務医委員会副委員長 座長：日本医師会勤務医委員会委員長	望 月 泉 泉 良 平
13:40~14:30	基調講演 「若い外科医の過重労働と改善のための方策」	九州大学大学院医学研究院循環器外科教授 座長：富山県医師会勤務医部会長	富 永 隆 治 三 崎 拓 郎
14:30~14:40	休 憩		
14:40~16:50	パネルディスカッション 「よりよい就労環境を求めて」	座長：富山県医師会勤務医部会長 富山県医師会理事	三 崎 拓 郎 南 里 泰 弘
	①「大学病院の勤務環境と提案」	富山大学附属病院呼吸器一般外科診療教授	土 岐 善 紀
	②「地域の救急医療を維持するために～急性期病院における勤務環境の課題～」	富山県立中央病院内科部長	白 田 和 生
	③「医師の子育てを支援するための取り組み」	黒部市民病院耳鼻咽喉科部長	丸 山 裕美子
	④「医師の健康がよりよい医療に不可欠」	川人法律事務所・弁護士 コメンテーター：九州大学大学院医学研究院循環器外科教授 日本医師会常任理事	川 人 博 富 永 隆 治 三 上 裕 司
16:50~16:55	富山宣言採択	富山県医師会理事	南 里 泰 弘
17:00	閉 会	富山県医師会勤務医部会副部会長	遠 藤 俊 郎
18:00~19:30	懇 親 会 アトラクション「越中八尾おわら風の盆」	司会：富山県医師会理事 日本医師会会長 富山県医師会会長 愛媛県医師会会長 富山県医師会副会長	南 里 泰 弘 原 中 勝 征 岩 城 勝 英 久 野 梧 郎 笠 島 眞

開 会

10 : 00 ~ 10 : 20

総合司会 富山県医師会理事 南 里 泰 弘

開 会 富山県医師会勤務医部会長 三 崎 拓 郎

主催者挨拶 日本医師会副会長 横 倉 義 武

担当県挨拶 富山県医師会長 岩 城 勝 英

来賓祝辞 富 山 県 知 事 石 井 隆 一

富 山 市 長 森 雅 志

総合司会

富山県医師会理事 南 里 泰 弘

皆様おはようございます。ただいまから平成23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。本日、私司会を務めさせていただきます、富山県医師会理事の南里泰弘でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは式次第に従いまして、まず富山県医師会勤務医部会長の三崎拓郎から、開会の辞を申し上げます。



開 会

富山県医師会勤務医部会長 三 崎 拓 郎

おはようございます。ただいま御紹介いただきました、富山県医師会勤務医部会長の三崎拓郎です。本日は朝早くから、また遠方より越の国、越の国というのは3県にまたがっていますが、その中央の富山によくおいでいただきました。誠にありがとうございます。

今回はゲストとして独立行政法人の国立がん研究センターの嘉山総長、それから九州大学の循環器外科の富永教授、それからはじめての試みですが、過労死110番という運動を積極的にやっておられます川人弁護士、この3人の方をお呼びしましてご講演させていただきます。

加えて本年は東日本大震災が起こりましたので、現地の勤務医の活躍について関係者から報告させていただきます。



御出席の皆様におかれまして、ぜひ活発な意見交換を行いまして、この会が実りの多いものであることを期待いたします。

それでは平成23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。よろしくお願いいたします。

主催者挨拶

日本医師会副会長 横 倉 義 武

皆さんおはようございます。それではただいまから平成23年度の全国医師会勤務医部会連絡協議会の御挨拶をさせていただきます。

本日は大変お忙しい中を、石井隆一富山県知事、森雅志富山市長に御臨席を賜り、まことにありがとうございます。また、全国からこのように多くの先生方に御参加をいただきましたことに、重ねて御礼を申し上げます。

御挨拶の前に、本日、原中日本医師会長は、自らが会長を務めております日本学校保健会の全国学校保健学校医大会と開催が重なりましたために、副会長の私が会長挨拶を代読させていただきますことを、お許しをいただきたいと思っております。

それでは平成23年度の勤務医部会連絡協議会の開会にあたり、主催者を代表いたしまして一言御挨拶を申し上げます。

このたびの東日本大震災におきましては、日本全国の医師会ならびに医師の先生方から、JMATの派遣への御協力、あるいは義援金の寄付など、多大なる御支援、御協力を賜り、心より御礼を申し上げます。

去る7月15日に終了いたしましたJMATは、おかげさまで1,384ものチームを派遣することができました。日本医師会といたしましても、今後JMATⅡや被災者健康支援連絡協議会における多職種の医療関係団体との協働による支援等を通じて、より一層の取り組みを進めてまいりたいと考えておりますので、本日御参加の先生方におかれましても、格別の御理解と御協力をいただければと存じます。

さて、本連絡協議会は、勤務医の先生方の大変な御苦労と御尽力により、今年度で32回目の開催を迎えることとなりました。

近年の協議会では各宣言が採択され、本会が関係各所に政策提言を行う際の大きな力となっております。



す。これもひとえに、都道府県医師会をはじめ、勤務医部会関係者の御協力の賜物であると心より敬意を表する次第でございます。

政府の長年にわたる医療費抑制政策が、新医師臨床研修制度の導入、訴訟リスクなどと相俟って、地域・診療科による医師の偏在を加速しております。このような環境のもと、勤務医は過度な労働を強いられ、また地域の医療にも暗い影が落とされております。

こういった環境を打破し、より良い医療環境を構築していくためには、医療環境の改善を阻害する制度を見直していくとともに、診療報酬をはじめとする様々な財政支援が必要でございますが、そのためには、日本医師会会員の半数を超える勤務医の先生方のお力が必要であることは言うまでもありません。

また、医師が、医師としての力を最大限に発揮できる環境を整備していくことが、国民の利益につながるということを、国民にも理解してもらう必要がございますし、医師は、医師自身のワーク・ライフ・バランスを実現するためではなく、医療の質と安全を確保するという観点からこそ、就労環境の整備を推進していくことが必要でございます。

今回の震災に係る復興支援におきましては、勤務

医や開業医といった区分のない、全ての医師が被災地の医療を守る、あるいは被災者の生命・健康を守るために、一丸となって献身的な活動を行っておりますが、こういった活動の中に、まさに「医師としての本分」を強く再認識いたしました。今こそ全ての医師が、「国民の生命と生活を守る」という大局感を持って、大同団結することが肝要と存じます。

本年度のメインテーマ「勤務医の働き方と生きがい（よりよい就労環境を求めて）」は、そういった意味からも誠に時宜を得たものでありますので、本日の協議会で多くの成果を得られますことを主催者として祈念をいたします。

最後になりますが、本年度の協議会の開催にかかる準備・運営の全てを御担当いただきました、富山県医師会の岩城勝英会長、また日本医師会勤務医委員会の委員長をお務めの富山県医師会の副会長の泉良平先生をはじめ、役職員の皆様に衷心より感謝を申し上げて、御挨拶とさせていただきます。ありがとうございました。

担当県挨拶

富山県医師会長 岩 城 勝 英

皆さんおはようございます。富山県医師会の岩城でございます。先生方には遠路はるばる富山の方へようこそおいでくださいました。心から感謝を申し上げます。

平成23年度全国医師会勤務医部会連絡協議会の開催にあたりまして、担当県といたしまして歓迎の御挨拶を申し上げます。

また、本日は来賓といたしまして、御公務が大変御多忙の中ご出席いただきました、富山県知事石井隆一様、また富山市長森雅志様に、高所からでございますが、厚くお礼を申し上げます。誠にありがとうございます。

本日の協議会は、昭和56年に福岡市で第1回が開催されてから、今回で32回目となっております。歴史あるこの協議会を、このたび富山県の地で開催できますことを大変光栄に存じております。

さて、富山県では県医師会の担当役員をしておられました三崎部会長、泉副会長の御尽力によりまして、平成19年7月に勤務医部会を創立いたしました。以降毎年、著名な先生方をお招きいたしまして「医師不足」や「医療崩壊」を訴える市民公開シンポジウムを開催してまいりました。そして地域医療における勤務医の果たす重要性について、活発な啓発運動を行ってまいりました。現在富山県医師会の55%を勤務医の先生方が占めております。医師会活動における勤務医の先生方の協力は不可欠となっている状態でございます。

さて、21世紀に入り、医療の進歩、急速な高齢化社会の到来、財政問題等により、医療を取り巻く環境は急速に複雑に変化しております。そして国民の権利意識の高揚が相俟って、安全確保のための手順のコストが増加し、病状説明や文書作成・会議・電子カルテなどの操作などに膨大な時間がかかるようになっており、勤務医師の疲弊は極限にございます。



この問題は我が国の低医療費政策が基本的な要因ではありますが、指摘されております診療科目の偏在、地域偏在は若い世代の医師の意識の変化も理由の一つであると考えております。

解決するには大変難しい問題があるかと思いますが、現在は勤務医と開業医が国民医療の向上のために共生して事にあたらなければならない時代でございます。全ての医師の大同団結による大きな力が必要であれば、これらの問題を解決できないと思っております。

本日は特別講演において「勤務医の処遇改善」、そして「若い外科医の過重労働と改善のための方策」について御講演いただくことになっております。この協議会のメインテーマでございます「勤務医の働き方と生きがい（よりよい就労環境を求めて）」のもと、勤務医の明るい未来が展望できますように、労働環境がよりよい方向に改善されることを期待し、さらにパネルディスカッションにおきましては、「よりよい就労環境を求めて」をテーマにフロアの方々と熱い意見交換の場となりますよう、強く望んでおります。

各分野の方々に活発な議論をいただき、勤務医の大同団結に向けて、また就労環境の改善に向けて、

諸問題の解決に繋がればよいと考えております。

本日の協議会が勤務医の未来を示唆する有益な会
となりますことを祈念申し上げ、御参加の皆様方の
今後のますますの御発展、御健勝を祈念いたしまし
て、開会の挨拶とさせていただきます。

来賓祝辞

富山県知事 石井 隆 一

どうも皆さんおはようございます。大変さわやかな秋の日になりましたけれども、今日の良き日に全国医師会勤務医部会の連絡協議会が、県内はもちろんですけれども、全国各地から本当にたくさんの医師の皆さんがお集まりになって、こうして盛大に開催されますこと、心からお祝いを申し上げたいと思います。

また医師の皆様方には、常日頃地域医療の振興・充実のために、何かといろんな難しい課題がある中で、大変御尽力いただいておりますことを、心から感謝を申し上げたいと思います。

さて先ほどもお話が出ましたが、東日本大震災が発災しましてから、早くも8カ月近く経ちました。被災地の1日も早い復旧・復興のために、何と云っても中央政府にもっと、もっと頑張ってもらいたいと思っておりますけれども、私ども富山県も全国知事会などと連携しながら被災地の支援、また現在でも富山県内に被災地から500名近い人たちが避難されていますので、そうした皆さんの心身のケアも含めて、しっかり対応してまいりたいと思っております。

私も去る4月24日、ちょうど発災から40日目ほどでありましたが、福島の新潟にお見舞いと激励に行ってまいりました。田村市・いわき市の小学校に避難されている方々をお見舞いし、また富山県からJMATや医療救護班という形で、現地に行っている皆さんの激励もさせていただきましたけれども、その状況を見て改めて災害地の医療、地域医療の確保ということがいかに大切か、やはり医療というのは、当たり前ですけれども人間の命を守る、また社会の安定を図るための一番基礎的な大事なインフラだということを痛感いたしました。

そうした中で富山県から行ったお医者さんや看護師さん、保健師さんに、4日間現地で勤務し2日間



出入りという4泊6日で頑張ってくださいました。被災者の皆さんから、富山県から来たと言うと、いや富山県から来たお医者さん、ほかの地域からのお医者さんからもお世話になっているけれども、本当によく頑張ってくださいていると言っている、本当にも私目を通したところであります。これからはこうした医療をしっかり守る、そのためには医師の確保ということもやっていかなければいけないと思っております。

これも今お話がありましたけれども、臨床研修制度の導入などもありまして、全国的に医師の確保が大変難しくなっております。富山県でもその例外ではありませんで、特に産科、小児科、救急、麻酔など、そういった分野のお医者さんが不足がちなわけでございます。何とかしなければいけないということで、地元富山大学にもお願いをして、医学部の定員を増やしてもらったり、あるいは修学資金を思い切って増額をしたり、また医師会の皆さんにお願いをして、合同で若いお医者さんの関心を持ってもらうということで説明会をやったり、女性医師の勤務環境の改善をやったり等々いろいろ悩みまして、本県出身の医学生の方々に私から手紙を書いたりというようなこともやらせてもらいました。

この数年なかなか芽が出ませんでしたけれども、先般発表になりましたマッチングの結果では、今年は何とか募集定員100人に対して62人の応募がある、マッチング率62%となり、まだまだもちろん十分とは言えませんが、昨年よりも17ポイント上がったということで、少しはこれで展望が開けてきたなと思っているわけであります。

また富山県では県立中央病院にこの3月にMFICU、精神科のスーパー救急、またこの11月からNICUの大幅拡充、こんなこともやっておりますが、これをしっかりやるためにもお医者さんの確保ということが大事であります。

そうした最中に今日まさに勤務医部会の連絡協議会をこの富山で開催していただくわけであります。プログラムを拝見しますと目下の大変重要な課題について、いろいろと御講演をされましたり、ディスカッションをされるということでもありますので、大きな成果を挙げていただいて、そしてまた全国各地に戻っていただいて、地域の医療の充実向上、日本の医療がもっともっと輝くように、それぞれのお立場で御尽力いただければありがたいと思っております。

最後に蛇足になりますが、明日、五箇山のほうに行かれるとも聞いております。世界遺産の五箇山、ちょっと地味な印象もあるかもしれませんが、本当に素晴らしい、まさに世界文化遺産の指定を受けたその姿をしっかり守っております。五箇山の風情も、あるいは富山県の自然、歴史、文化も大いに楽しんでいただいて、富山県にいい印象を持っていただいでお帰りいただければありがたいと思っております。

いろいろ申し上げました。最後に今日お集まりの皆様のお1人おひとり、ますます御健勝で御発展いただきますように祈念いたしまして、お祝いの言葉にさせていただきます。どうもありがとうございます。

来賓祝辞

富山市長 森 雅 志

おはようございます。御紹介をいただきました富山市長でございます。

平成23年度全国医師会勤務医部会連絡協議会、本当にたくさんの方に当地にお集まりをいただき、盛会に開催をいただきましたことに、富山市民を代表いたしまして、心から歓迎を申し上げる次第でございます。おめでとうございます。

また先生方におかれましては、それぞれのお立場で日ごろから地域医療の充実に、まさに昼夜を問わず御尽力をいただき、心から深く敬意を表する次第でございます。

国民皆保険制度の中で我が国の医療制度は、誰もが安心して医療を受けることができるという意味では、世界の中でも突出した素晴らしい制度であり、高い医療水準が維持されていると思っております。

そうは申せ、先ほど来よりお話がございましたが、この水準を維持していくためにも、特に先生方にお仕事をしていただく態勢づくりということが、大変重要だと思っております。私どもの地域におきましても産科や小児科の先生方、あるいは僻地における診療のための医師不足といったようなことなど、大きな課題となっております。

さらにはコンビニ受診などと言われるような形で、二次救急に対しまして大変大きな負担が発生しておるようございまして、現場で取り組みいただいています先生方への負担というものも、大変大きな課題だと思っております。

こうした中、本年10月に富山市民病院に隣接する形で、富山市医師会急患センターを移転新築オープンさせていただきました。これまでの内科、小児科、外科に加えまして、新たに皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科を追加するなど、富山市医師会の先生方に大変御努力をいただくこととなりますが、しかしながら市民病院の医療設備と相俟って相乗効果が発揮できる



ものと思っております。

この急患センターの機能の充実といったことをきっかけにして、市民にしっかりと啓蒙を図りながら、初期救急患者をこちらでしっかりと受け入れることによって、二次救急の担当医療機関の負担を少しでも適正な形にしたい、あるいは軽減が図れるというようなこと等を期待しているところでございます。

そういう中で地域医療に関わります先生方が一堂に会していただきまして「勤務医の働き方と生きがい」をメインテーマに研鑽をお積みいただきますことは大変意義深いことと思っております。

本協議会が実りの多いものとして成果を出していただきますことを、心から期待を申し上げる次第でございます。

知事のほうからも御挨拶がございまして、富山の自然や文化を楽しんでくださいというお話がございましたが、私の方からも、ぜひお願いを申し上げる次第でございます。富山湾はマイナス1,000メートルに達します深海でございます。今日山々が見えております立山連峰は、標高3,000メートルでございますので、まさに水平距離40、50キロの中で4,000メートルの標高差があるという恵まれた地域でございます。

よく県外からおいでになった方々のコンベンションで、立山連峰を目に焼き付ける日まで滞在くださいと申し上げますが、残念ながら今日すっきりと姿を見せておりまして、残念というのは言い過ぎかもしれませんが、お時間のお許しになる限りお楽しみをいただければと思います。

またこのホテルの前も走っておりますが、次世代型のLRTが市内に2系統走っております。このホテルのフロントにもございますけれども、県外からおいでになった方は半額で乗れるチケットがそれぞれのホテルに置いてございますので、お時間を御利用いただいて御使用いただければ大変ありがたいと、思う次第でございます。

いずれにしましても自然や富山のまちづくりや、さらには市民の人情にも触れていただきますことを心から期待を申し上げ、また最後に本日御出席の皆様方お1人おひとりの御健勝と御活躍と、先ほど申し上げましたが重ねて本協議会の御盛會を祈念申し上げて、最後になりましたがお祝いの御挨拶とさせていただきます。おめでとうございます。

「日本医師会の医療政策について」

講師：日本医師会副会長 横倉 義 武

座長：富山県医師会長 岩城 勝 英

座 長

富山県医師会長 **岩 城 勝 英**

ただいまより特別講演をさせていただきます。特別講演 1 は日本医師会副会長の横倉義武先生をお迎えいたしまして日本医師会の医療政策についての演題で講演いただきます。恒例でございますので、横倉先生の御略歴を簡単に御紹介いたします。

先生は昭和44年3月に久留米大学を卒業後、昭和44年4月から昭和52年9月まで久留米大学医学部第2外科の助手として勤務されております。昭和52年10月から昭和54年10月まで、西ドイツデトモルト病院外科に留学されております。昭和55年1月から昭和58年3月まで久留米大学医学部講師に、昭和58年4月より医療法人弘恵会ヨコクラ病院に勤務されております。平成2年4月から現在まで同病院の院長に、また平成9年から理事長を兼任されております。

その他といたしまして、平成11年5月から平成14年4月まで中央社会保険医療協議会委員に就任されております。医師会関係の活動といたしましては、平成2年4月から平成10年3月まで福岡県医師会理事、平成10年4月から平成14年3月まで同医師会専務理事、平成14年4月から平成18年4月まで同医師会副会長に、平成14年4月から平成22年3月まで日本医師会代議員に、平成18年5月から平成22年4月まで福岡県医師会会長に就任されております。また平成22年4月から日本医師会副会長に就任されて、現在に至っております。

それでは横倉先生よろしく願いいたします。



講 師

日本医師会副会長 **横 倉 義 武**

どうも岩城先生御紹介ありがとうございます。
また今日こういう機会をお与えいただきまして、心から感謝を申し上げます。

日本医師会の医療政策という題にしましたのは、とにかく日々何か問題が起きているという今の日本の医療の状況から、こういう題にいたしましたし、一番初めにここに今日の内容ということで書いておりますけれども、1つには先ほど会長挨拶の中でもありましたように、今回の東日本大震災につきまして、先生方の本当に心からの御協力と言いますか、医師としてのオートノミーから、自らいろいろな活動をされたことに対して御礼を申し上げたいということでございます。

それでは始めさせていただきますが、東日本大震災のお話につきましては、この後勤務医委員会の副委員長の望月先生の方から詳しくございますでしょうが、簡単に申し上げます。今回の大震災は本当に大変な被害でございました。東北3県だけでもこれだけの被害、これ以外にも青森県、また茨城県、千葉県でも相当の被害が起きております。

そしてそれに伴う避難状況として、多くの方が被災地から被災地外へ避難をされたと、そういう厳しい状況の中でございました。こういう状況のあとで今度同時改定の話につながりますけれども、いろいろな問題が起きているということでもあります。

とにかくこの3県での医療機関の被災状況が、大変厳しいものであったということもございました。お亡くなりになった先生方もいらっしゃいますし、医療従事者の方も多く被災を受けられているという状況でございます。そういう中で本当に全国の先生方がしっかりと御支援を賜ったことというのは、これは本当に素晴らしいことでもございましたし、今後の日本のいろんな医療政策にも大きな影響を与えるのではないかと考えております。



私ども日本医師会としましては、被災直後から対策本部を立ち上げ、そして3月の15日に全国の医師会に医療支援の派遣のお願いをいたしました。私どもがお願いする前に既にいろんな関係の団体からの要請で、多くの医療者が被災地へ駆けつけたわけですが、私どもはJMATという新しい概念を、ちょうど前年度救急災害委員会から提唱を受けておりましたので、それに基づいて何らかのチーム活動をということにしておりましたが、1つの身分保障として傷害保険をかけることによって、その中に多くの人に入っていただきたいというお願いをいたしましたところ、医師のみならず日本薬剤師会の御協力や、看護協会の協力、そしてその他の様々な協力の元でこういう活動ができたわけでございます。

7月15日を持って災害対応の支援を一応完了し、そして現在は地域医療支援ということで、地域の小児の健診や予防接種、また心のケアチーム等々を、被災県の中のいわゆる被災に遭われていない内陸部の先生方が災害地へ出向いていただいて、支援をしていただくということも含めまして、現在こういう160チーム、またそれから今後ともチームが派遣されていくという状況でございます。

そしてこの中で一番の大きな1つの出来事と言い

ますか、今日このあと御講演を賜りますが、国立がんセンターの嘉山先生を中心として、被災者健康支援連絡協議会というのが立ち上がりました。これはいろいろな医療団体と大学の病院長、医学部長会議が中心となって始め、いろんな検討をしました。3月の発災直後からいろんなものが不足をしている、医師、人間も不足しているし、そして物資も不足している、ガソリンがない、そして高速道路が通れないという1つひとつの問題を、そのとき、そのとき政府にお願いをして解決をしていく中で、4月の22日に防災復興大臣はじめ内閣官房のほうから正式な依頼を受けて、この被災者健康支援連絡協議会を立ち上げたわけであります。

日本医師会の原中会長を代表として、そして三師会、また看護協会、病院団体等々の代表も加えまして、お声掛けをいたしましたところ、最終的に日本赤十字社も加盟をしていただいて、現在34団体がこの元で動いているということがございます。そして関係省庁の担当の責任者も会議に出席をして、いろいろと復興のために努力をしているというところでございます。

さて今年には国民皆保険制度ができてちょうど満50年になります。この国民皆保険、いわゆる公的医療保険による国民皆保険制度がしっかりとあるということのありがたさというのは、たぶん先輩、70歳代以上の先生方はよくおわかりでございますが、この公的皆保険がない時代の農村の医療の状況というのは、非常に悲惨なものでありました。

実は私は福岡県の南部の農村地域で、ちょうど終戦直後から父が診療所を始めましたので、その地域で育ちましたけれども、その当時は病気をしても医者にかかることができない、もしくは医者にかかるために大変な苦勞をその地域住民はしておりましたし、地域の医療機関にとっても大変な経済的困難の中で医療を展開するという状況が続いております。

昭和36年に市町村国保が全国の市町村で完備をし、そしてその中で皆保険制度ができたわけでありますが、やはり50年を経ちますとみんなあって当たり前

という感じ、空気みたいな感じになります。そういうふうな状況の中でいろんなほころびが出てまいりました。

日本の医療はこの皆保険制度があるということ、そして現物給付がされるということ、そしてまた誰でもどこでも診療を受けられるというフリーアクセスが確保されているという、非常に大きな特徴がございます。こういう特徴はなかなかよその国では見られないわけがございます。

そしてこの医療保険制度というのは、社会連帯型と言いますか、社会保険方式ということで、公助、共助、自助という3つで成り立っているわけでありますけれども、それぞれに財政的に非常に厳しい、公助の中では公的医療費は対GDPで先進国の中で最下位でありますし、というのは日本の国も今大きな借金を抱える経済状態であるということ、なかなかこれを上乗せすることはできにくいという状況、又保険料率はのちほどお話ししますが、保険者によってかなり差があるという状況、そして患者一部負担になっています自助は、いわゆる他の先進諸国と比べるとかなり高い金額になっているということでもあります。

国民医療費の財源別構成を見てみましても、昭和55年から現在までの間でも、結局家計の負担が徐々に広がって行って、国の負担、もしくは事業主負担というのは縮小していると、しかしながらこの事業主負担がなかなかできないということは何を生み出したかと言いますと、これはある意味では日本の自動車産業が世界に冠たる産業になった1つの原因は、こういう健康保険の費用負担が、他のアメリカのいわゆるGM等々の自動車会社に比べると少なかったと、そのために競争力がついて接近できたというのも1つの事実であろうと思っております。

そういう中でまだまだ日本の医療費は先進国の中では低い状況でありますけれども、この低い状況でありながら非常にすばらしいパフォーマンスを日本の医療は提供していると、これは何かと言いますと、やはり医療に携わる人たちの国民の健康を守るとい

う自分たちの使命感というものが、非常に大きいのではないかと思いますし、この使命感というのはやはり医療に携わるものとして、今後も永続をしなければいけない、しかしながらその使命感だけに頼っていると医療者の疲弊という問題が起きてまいりますので、そこにはしっかりとした就労環境をつくっていかなければいけないという状況だろうと思います。

患者一部負担は今問題になっております70歳から74歳の前期高齢者、原則は2割を今1割に下げしておりますが、再度2割に引き上げようというのが、社会保障審議会の医療保険部会で議論をされておりますが、それを含ましてもなかなか高い状況にあると、さらに受診時の定額負担制を導入するとどうなるかということの心配も、私どもがしているところでございます。

そういう中で前回22年度の診療報酬改定の影響と今後の課題ということで、少しお話をさせていただきます。実は2001年の小泉政権発足以来、非常に厳しい医療費抑制策を取られました。特に2006年の診療報酬改定では、従来にない3.16%のマイナス改定が行われ、そしてその翌年、次の2008年度も同様に、薬価の引き下げ分を全額医療費の中に戻すことはできなかったということでのマイナス改定が行われたと、そして2010年度の改定では、自民党政権から民主党政権に代わり、ものから人へというキャッチフレーズのもとで、やっとプラス改定になりました。

しかしながらプラス改定になったわけでありませけれども、いわゆる急性期とその他の医療費にはじめから枠を決められたと、10対1の枠を決められたということで、なかなか厳しい状況の中での改定であったと、しかしながら本当に久しぶりのプラス改定であったということは、少し医療の再建に光明が見られたものであろうかと思います。

さてこの地域医療が崩壊をしているということがずっと言われ続けてまいりました。本当にそれぞれの地域では非常に厳しい状況があるわけでありませけれども、その直接的な要因は、やはり診療報酬を

10年以上にわたって十分な手当てをしなかったということもございませし、間接的な要因としては、こういう抑制のための合理化ということでの平均在院日数の短縮化によって、急性期の医療機関からその次の医療機関に移動をしなければならない、しかしその整備が遅れているということ、また在宅医療の問題等々が残っているということ、さらには新医師臨床研修制度による医師偏在が非常に顕在化してきたということ、また受診抑制等々の間接的な要因を踏まえまして、様々な病院の閉鎖や病棟や診療科の休止がありましたし、そのために身近な医療機関が失われて受診ができなくなっているということでの国民皆保険制度、国民医療制度の危機が今もたらされているということでもあります。これをどう解決していくかというのが1つの問題であらうかと思ひます。

ここ10年間の診療報酬の手当ては、原則として急性期医療が非常に疲弊をしているということで、大きな病院に重点的に配分をしてきたということで、なおさら格差が広がったということでの、身近で入院できる病院が少なくなっているという現状もあらうかと思ひます。

そういう中での医療費の推移ではございませますが、ここにありませように本当になかなか対前年度比で大きなプラスはないと、ほぼ自然増の中で落ち着けばよかったですですが、それも落ち着いていないという状況が続いておひます。

昨年の改定の検証でございませけれども、病院医療費がどういふふうな変動をしたかということで、支払基金のデータを見てみませすと、病院の医療費はやはり急性期の手術料を引き上げたということが非常に大きかったということ、それにDPC、これはDPCの内部はなかなかわかりにくいわけでありませますが、実は今日一緒に私どもと来ておひます三上常任理事が、このDPCの委員会に出ておひますので、のちほど御質問があれば三上先生に直接聞いてもらうと、DPCはどういふふうな役割と言ひませるか、どういふふうにして点数設定しているかというのかわ

かるわけでありましたが、こういうことで変動しているわけでありまして。

しかしながらこの手術料も伸びているけれども、実は一昨日社会保障審議会の医療部会がございまして、自治体病院協議会の邊見先生が発言を求められて、自分たちの病院でやれる手術の手術料が上がっていないと、今度はぜひ上げてほしいという要望をされました。

のちほどお話があらうかと思いますが、外科医師が非常に不足をしている原因がそういうところにあるのではないかと、やはりしっかりとした技術を修練して、長時間の責任を負いながら手術をする部分については、十分な手当てをしていただきたいと思うわけでありまして。

一方で診療所の医療費の伸びは、主に初診料、再診料等々が、いわゆる数を増やすことでの増加しかないわけでありまして、しかしながら薬剤費での低下は、なかなかカバーできないという厳しい状況が続いているということでございます。

この病床規模で見ても、1日当たり入院医療費がやはり大病院で非常に大きな動きをしているということで、この差が非常に大きくなっていると、ワニの口が開いているというような表現をするわけでありまして、そういう状況が続いていると思います。そういうことで来年の改定では、もう少し中小の医療機関についての手当てが、ある程度必要ではないかという主張を私どもはしているというところがございます。

またDPCの導入によってかもしれません。大学病院の外来の医療費が非常に伸びている原因は何にあるかということも検証をしていかなければなりませんし、いわゆる勤務されている医師の疲弊の1つの大きな原因が、やはりこういう外来を偏重せざるを得ないような体系に1つあるのではないかということでも、指摘ができるのではないかと考えております。

そういうことで非常に2010年度の診療報酬改定は、大学病院を主として非常に大きな差が出た改定であ

ったということが言えるのではないかと考えております。そういうことで次回改定への課題ということで、やはり前回の改定で改善されなかった診療所、中小病院をはじめとする地域医療機関への十分な配慮が、今回の改定では必要ではないかということ、そしてまた大学病院である特定機能病院、そしてまた地域医療支援病院等のいわゆる役割の明確化をもう少ししてほしいと、特に外来の機能のあり方です。

やはり東京の大学病院のお話を聞くと、外来が1日に3,000人を超すという病院がいくつかあるということでございます。そのために勤務医の先生方、非常に疲弊をされるというお話もお聞きをすると、本当に外来のあり方というのはもう1回見直すことができるのかどうか、日本の医療の特性であるフリーアクセスというのが、医療にかかるフリーアクセスは十分担保しなければいけないわけでありまして、はじめからいわゆる発熱してすぐ大学病院の外来に行くというのがいいのかどうかということ、また慢性期に入っていわゆる経過を見ていく段階で、そういう大学病院でずっとフォローが必要なのかどうか、それとも少し身近な医療機関に御紹介をいただいてそこでフォローして、何かあったときにまた大学病院のほうに紹介をするというようなこと、いわゆる病院の機能のあり方というのをもう1回よく見る必要があるのではないかという思いがございます。

そういう次回改定の課題があらうかと思いますが、それとやはり在宅医療の充実という中で、地域における連携の仕組みをどうつくっていくかということが1つの課題であらうと考えております。そういうことで次回診療報酬の改定に向けては、やはりまだ医療費としては不十分であるということで、何とかプラス改定を望みたいということが1つ、そしてまた6年に1度の診療報酬と介護報酬の同時改定でありますので、医療と介護の連携の部分も、もう少し縦割りから地域で連携が組めるような対応が必要ではないか、その中では在宅医療の推進をうたわれまうので、在宅療養の支援というものが病院ではどう

いう役割が支援なのか、病院から直接在宅医療を行うという事を主張される方もいらっしゃいますけれども、病院の役割、在宅医療支援の役割と言うと、やはり在宅でいろいろと病状が変化したときに、それをちゃんとフォローできる、バックアップできる病院というのが必要ではないかと、こういう思いでございます。

そういう中で日本医師会では、社会保険診療報酬検討委員会の下に同時改定のプロジェクト委員会をつくり、その中で今いろいろと検討をしているということでございます。

それともう1つは実は東日本大震災が起きました。それで震災の時には、こういう大きな自然災害のときに、大きな診療報酬改定をするのはいかなものかということで、この5項目の申し入れをしたということは、もう既に御案内のとおりでございますが、これとの整合性はどうかという御意見をよく聞きます。

実はこの申し入れをする1つの考え方というのは、やはりこの改定の時期についてもう1回よく考えてほしいということを申し上げました。復興との兼ね合いの問題、またいろんな実態調査をする上で、先ほどありましたように、被災地から多くの方が移動をされている状況の中での実態調査が正確かどうかということ、そういうことでの時期の問題、そしてその実態調査での震災の影響を十分勘案してほしいということ、また前回改定でいわゆる急性期病院に非常にプラスに動くような改定でございましたので、その影響を勘案してほしいというようなこと、そういうことがベースにあったわけでありまして。

しかしながら震災から7カ月、8カ月経ってまいりました。随分と状況が安定してきたということで、次回の改定に向けての基本方針としては、やはり繰り返しになりますけれども、地域医療が危機的状況であるので、いわゆる急性期の大病院からあとの部分にも十分な手当てをしていただきたいということ、また被災地では患者、医療従事者が大きく移動しており、人員配置基準を維持できなくなってい

る医療機関が少なくないわけでありまして、当面の間そういう人員や施設の基準の問題については、大きな変更はしてほしくないということ、また必要な医療制度については、先ほど申しましたような地域医療支援病院や、特定機能病院の外来のあり方については考えてほしいということで、是正の14項目というのを先日発表したところでございます。

1つ目は前回の改定で診療所と病院の再診料を同一にするということになりました。その中で診療所の再診料を2点引き下げることになりましたので、そこを少し勘案してほしいと、かなり診療所のほうが疲弊の声があるものですから戻してほしいということ、また地域医療貢献加算のあり方についてももう1回考えていただけないかということ、それと2番目には同一医療機関での複数科受診時の診療科別の評価をちゃんとやってほしいということ、そして3番目には入院中の患者の他医療機関受診の取り扱いの見直し、これは包括の入院料の場合は30%しか残らないというような問題がございますので、そういう問題についての見直しをしてほしいと、4番目が有床診療所の入院基本料、5番目が療養病棟の入院基本料における、複数の疾患を合併している場合の医療区分をもう1回考えてほしいということ、6番目に療養病棟の入院基本料における認知機能障害加算の再評価をしてほしいということ、7番目に療養病棟の入院基本料の医療区分1の評価をもう1回見直してほしいということ、それと8番目に看護師さんたちの夜勤72時間ルールがございます。

これでこの婦長さんたちが非常に苦勞をしていると言いますか、なかなかクリアできないという問題がございますので、そこを少し本人が希望されて72時間以上したい看護師さんがおられた場合には、そこら辺は少し緩和していただいてもいいのではないかとお願いをしているところであります。

それと一般病棟の入院基本料の15対1が前回の改定で大幅に下がりましたので、それを少し戻してほ

しいというようなこと、また特定疾患療養管理料における病床区分を見直してほしいということ、また在宅療養支援診療所や病院、それ以外の届出をしていない医療機関でも、在宅医療を提供しておられる病院が相当ございます。そういうところの点数の格差を是正してほしいということ、また在宅ターミナルケア加算の見直しをお願いしたいということで、この14項目をお願いしているところであります。

さて直近の話題でございますが、社会保障・税一体改革、そしてまたTPPの問題がございます。その中で1番は受診時定額負担ということで、1回受診するたびに100円というような話が、今まだ言われております。これは高額医療費のあり方を見直す、その財源がないのでということでございますが、当然高額医療費の見直しについては、私どもは患者負担を軽減するというところで賛成でございます。

しかしながらその財源として他の患者さんが医療機関を受診するときに、定額の金額を払ってもらうということについては、いくつかの問題があるということで、この見直しを全国的にお願いするというところで、署名運動等をしているところでございます。厚生労働省は受診時定額負担については、定率負担に定額負担を加えた額を自己負担とするということで表現して、これは保険免責制とは違うということで説明をされているわけですが、かえって負担が大きくなっているような状況もあるということで、幾分問題があるということであります。

先ほども述べましたように、日本の公的医療保険の患者負担は非常に、わりと他の国の負担よりも高いということがございますので、これ以上患者負担を増加するというについては、受診抑制につながるということで、よくよく考えてほしいということをお願いしているところでございます。

本来はそれだけの財源が必要であれば、保険料を見直していただければいいわけですが、今一番高い協会けんぽの保険料率といくつかの共済保険等々の保険料率に相当の差がございます。それを公平化してはどうかということ、それと国民健康保険

の負荷限度額等々の上限を引き上げると、いわゆる高額所得者にもう少し負担を求めているかがかということ、そして将来的には私どもは公的医療保険の一本化を提案しているわけですが、それまでの間、保険料の見直しを通じて確保した財源によって、保険者の財政調整、特に財源基盤の弱い保険者を支援してはどうかということでございます。

これは被用者保険の保険者別の保険料率でありますけれども、この協会けんぽ今9.5%でございます。しかしながら組合健保の平均が7.926%、国家公務員共済は6.943%というふうに、私学共済の場合はさらに低いということで、やはり組合員の年齢構成によって随分保険料率が違うという問題がございますので、これを少し見直してほしいということと、高額所得者には応分の負担をとということで解決できるのではないかとことでの提案をしているところでございます。

さてここ10年は様々な規制改革の動きがございました。昨年新成長戦略が閣議決定されたときに、医療・介護・健康関連産業は日本の成長牽引産業だということが言われました。確かに雇用の面等で考えると、非常に大きな働きをしているのは事実でございます。そしてそのほかにも、医療法人と他の営利法人の役職員が兼務できるようにしてはどうかというようなことを言われたり、いろいろと規制改革の動きがあるわけでございます。

その規制改革の動きの中でこのTPPの問題が出ているということで、実際TPPはアメリカとあとはチリやニュージーランド、オーストラリア、そして東南アジア諸国の国々になるわけですが、経済力から考えればアメリカと日本で90%を超えるぐらいの経済力がありますので、結局日本にもっと市場開放を要求するのだらうということで推測できるわけですが、アメリカと日本の根本的な違いは、医療保険制度が根本から違うということでございます。

日本は公的医療保険制度で本当に国民はある意味非常に幸せな生活を送っているわけですが、

特別講演 1

アメリカは御案内のとおりお金がないとなかなか厳しい状況があると、そういう制度だけは日本には入れてほしくないということを、私どもは強くお願いをしているというところでございます。

このような動きが続いていきますと、どうしても自由価格でかつ高額な医療、いわゆる市場経済の医療が大きくなってくると、公的医療負担が縮小するというところで、所得によって受けられる医療に格差がある社会ができるのではないかと、そういう社会だけは我々がつくってはいけないのではないかと、いわゆる昭和36年の国民皆保険制度がスタートする前、お金がないと医療にかかれないう状況だけは、我が国がつくってはいけないという思いが強いわけであります。

さてちょうど時間がかかなり厳しいようでありますから、あとは医学部の入学定員であります。現在2006年度に比べますと1,200名以上の入学定員が増えております。これが100名定員の学校とすると12学校増えているということで、医学部を新設したほうがいいのかどうかという議論が今審議会ですべてありますが、今から医学部をつくってその入学生が第一線に出るのにやはり15年から20年かかる、15年から20年後に日本の人口は相当減ってまいります。

そのときに医学部をつくってしまうとやめてくださいというのはいえないわけです。ただ医学部の学生数を今増やしておりますが、それを減らすことはできるわけですから、そういうほうがいいのかどうかということも議論をしているところでございます。

そして初期臨床研修制度、これは本当に研修制度ができたおかげで、確かに医学教育や研修教育システムは飛躍的に発展をしているというところがございまして、しかしながら深刻な地域医療提供体制の問題が加速されたのも事実であります。そしてその一番の問題は、2の2番目に書いておりますが、同門会や学会などの組織と全く所属しない医師というのが、5,000人以上今若い医師にいますということ、何とかこういう人たちをやはりちゃんとしたトレーニングを受けて、そしてちゃんとした卒後のいろんな

ケアができるような仕組みにしていけないといけないのではないかと考えております。

そういう中で医学教育の見直しや専門医制度の見直しについて、いろんな提言を日本医師会、日本医学会と一緒に今しているところでございます。

それと医師の勤務生活環境の支援ということで、実はこの写真私が行っていた病院を昨年の正月に久しぶりに訪れたのですが、この病院の上から、ここに私宿舎をいただいて、この中に住んでいたのですが、そういうところではありますが、実は勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会というのを発足させて、こういう現状分析をして、そしてアンケートをとって、そのアンケートの結果いくつかの問題点があった、そこはお手元の資料にございますから見ていただきたいのですが、これを今日出席している今村聡常任理事が担当して、いろいろやっただきました。

そして報告書の結論としては、勤務医の先生方の就業環境や生活習慣に改善の余地があるということ、そして医師自身の意識改革も必要であるし、医療機関の組織的な取り組みが求められるということ、そういうことで産業医活動を活性化させることが必要であるということで、勤務医の健康を守る病院7カ条、そして医師が元気に働くための7カ条という2つの提言をしております。

たぶん先生方一度お目通しをいただいていると思いますけれども、ぜひ病院の経営者、自治体病院であれば当然自治体の長になるわけでありまして、そういう方々に御理解を求めていただきたいと思うわけでありまして。

そしてこれに基づきましていろんなワークショップ研修を今全国で行っていただいております。今年度はちょうど今徳島県が終わって今後11月に山口県、そして宮城、高知等々で行う予定にしているということでございます。

それともう1つの今仕事として労働時間のガイドラインを作ろうということで、これも今村聡先生を中心に委員会でも検討をさせていただいて、いろい

る具体的にしているところでもあります。

それともう1つ、やはり医師の生活の安定のためには、将来不安をなくさなければならないと、公的年金が68歳支給という声がだんだん聞こえ出しました。そういうときに公的年金の上乗せの年金を、日本医師会の医師年金というのでやっております。非常に有利な条件でございまして、いろんな会員の種別が変わっても継続できるというところがございしますので、ご利用をしていただければ、将来不安が解消できるのではないかという思いがあります。

さて今年の1月、前の勤務医委員会の委員長でありました池田俊彦先生がお亡くなりになりました。私は二十数年間医師会活動を通じて先生と一緒に仕事をしてまいりました。この「時流に流されないで」という本は先生の3冊目の著書でございます。その前文を私書かせていただきましたが、その先生とよく話していた中で、こういうことが先生の本当に言いたいことであつたのではないかと思っております。

それは医学医術の恩恵は、社会生活と遊離しては存在し得ないものです。そして医師会の存立使命は社会生活と医師とをつなぐ紐帯であつて、これにより医師のあり方や進み方が決められるものと考えます。すなわち医師は進んで医師会に加入することで、社会に対する医師としての責務を認識するとともに、医療の正当なる名誉と適正なる対価を、医師会活動を通じて保持していかなければなりません。そのためにも医師会員の融和団結を強固にしていくことが、団体的の自立的使命であると考えます、という言葉であらうと思っております。

どうも御静聴ありがとうございました。

(岩城座長)

横倉先生には御多忙中のところ、また遠路富山までお越しいただきまして、本当にありがとうございました。また特別講演をいただきまして、改めて感謝を申し上げたいと思います。東日本大震災の対応、日本の国民皆保険制度について、あるいは次回診療報酬改定等について、また今一番問題になっており

ます政府の社会保障の税一体改革の成案について、日本医師会の見解をお話いただきました。

また勤務医の就業環境、生活習慣の改善への取り組み等々、広範囲にわたり御講演をいただきました。誠にありがとうございました。先生には今後も健康に留意されまして、ぜひ日本の医療をよくするために頑張ってくださいと思っております。本日は本当にありがとうございました。

これで講演会を終わりますが、先生にもう一度温かい御拍手をお願いしたいと思います。

それではこれもちまして特別講演1を終わりたいと思います。どうもありがとうございました。

「勤務医の処遇改善」

講師：独立行政法人国立がん研究センター理事長・総長・中央病院長

嘉 山 孝 正

座長：富山大学附属病院長 井 上 博

座 長

富山大学附属病院長 井 上 博

富山大学の井上でございますが、特別講演2の座長を務めさせていただきます。講師の先生はがんセンターの理事長・総長・中央病院長の嘉山孝正先生でいらっしゃいます。嘉山先生は非常に御高名で、今日御参加の先生方はたぶん嘉山先生のことを御存知だと思いますし、1分でも多く嘉山先生の講演を拝聴したいと存じますので、嘉山先生の御略歴につきましては、お手元の小冊子を御覧いただきたいと思っております。

嘉山先生は新研修医制度等につきまして、非常に大学病院を守る立場から御発言をいただいて、全国の病院長会議、医学部長会議ではオピニオンリーダーのお1人、かつ顧問をお務めいただいていると思っております。今日はそういうお立場から「勤務医の処遇改善」ということで御講演を拝聴したいと思います。

昨今、非常に勤務医の処遇に多大な問題が生じて



おりますけれども、これをどう克服するかということについて、御提言をいただけるものと期待しているところでございます。

それでは嘉山先生どうぞよろしく願いいたします。

講 師

独立行政法人国立がん研究センター 嘉 山 孝 正
理事長・総長・中央病院長

井上先生、どうも御紹介ありがとうございます。それからあと私日本医師会主催の講演会に呼ばれたのは初めてでございますが、各都道府県の医師会の講演会には呼ばれたことがあるのですが、今日は横倉先生、それから三上先生、それから保坂先生、今村先生と、日本医師会の理事の先生方がいらして、ちょっと初めてなので戸惑っていて、少しスライドも直しましたけれども、それからあと県の医師会長の岩城先生、それからこの部会の会長の三崎先生とあと泉先生、それから富山大学の私の兄貴分にあたる富山大学学長の遠藤先生には、本当に感謝申し上げます。



特別講演 2

今、横倉先生が日本医師会のお話をされて、非常に従来の医師会と随分変わってきたなという感じが私自身はしています。特に横倉先生と先ほどの被災者健康支援連絡協議会でお付き合いをさせていただいてから、非常に人格者がいるのだなというようなことを思いました。

最近の日本医師会とは時々意見の違うこともありますが、みんなで、オールジャパンで日本の医療をよくしていこう、国民を守っていこうということです。

全国医学部長病院長会議も、もちろん国民皆保険、これは世界で最高の医療制度だということは、もう堅持するということは思っていますし、メディカルツーリズムというのも私のところに経産省の方が来ましたが、この前タイに行ってちょっと見てきましたけれども、タイのGDP、あるいはGNPはこのようです。

ですから経産省はそれを言うのをやめて、今では国際交流などという言葉に変えてきました。

ところで今日は遠藤先生、それから三崎、泉先生の御命令で、勤務医の処遇改善ということをお話させていただきますが、実はこういうことが大学で始まったのは、富山で国立大学医学部長病院長会議があって、6年か7年ぐらい前だと思います。

ですから私が学部長になって2期目ぐらいだったと思いますが、普通はそういう機会を与えてくれないのですが、そのときの富山の医学部長の先生に与えていただきまして、こういう話をしました。朝日新聞の平社員よりも大学の教授のほうが安いなど、そういう話を事実のエビデンスを使ってお話をしたのを覚えています。そこから大学もだんだん変わってきました。

そのときに唯一大学の医学部長で基礎研究者にもかかわらず私の発言に対して大賛成、たった1人手を挙げて賛成してくれたのが、東大の医学部長の広川先生でした。あとの先生方は基礎の先生が多かったせいか、下向いてみんな終わってしまっていました。何のことを言っているのかわからなかった、た

ぶんこんなに崩壊するとは思わなかったのでしょうか。

まず最初にいろいろなモチベーション、処遇改善というのはいろんな面がありますが、まずドクターフィーを私が中医協でお話をさせていただいたので、これがいいということではなくて、ちょっとその仕組みをお話します。

アメリカは御存知だと思います。それから今日私がスライドを持ってきたのは、先生方が実は富山だけだと思っていたのですが、全国からお集まりのようなので、このスライドを、今日本当は知事と市長さんいましたけれども、あの方達にレクチャーするときに使っていただきたいと思って持ってまいりました。ですから何度か同じものを見ている方もいらっしゃると思います。

アメリカはもうもちろん支払い側と支払いを受ける、これは外科医のことですけれども、こういうことも論じられることはアメリカでも以前はありませんでした。日本では元自医大の病院長の布施先生、心臓外科医だと思えますけれども、この先生が外科医のことを3K職場、これ2005年ですから6年前、皆さん6年前と言うとちょっと前だと思われかもしれませんが、実は6年前はまだ全然勤務医の処遇なんていうことは話題にもなっていませんでした。

この間の変化はすごく速いのです。医療事故等々こういうことを布施先生が新聞にお書きになりました。ちょうど6年前ですからこのころです。ですから皆さんやはり、特に外科医が気付きました。こういう日本の社会は変ではないかと、アメリカの場合は患者がいまして自己負担分を払って、あと病院にも払うと、医者はどういうふうにもらうかと言うと、医者は患者からも病院からももらいますけれども、ですからこれがドクターフィーというやつです。

それからもう1つは保険会社からもらうという、ですからいろいろと保険会社の制度がありますが、2つからもらえることができると、日本の勤務医というのは法律上給料としてしかもらえませんから、僕はドクターフィーらしきものというふうなことを提言しただけで、日本でやられるときはドク

ターフィーではありません。

これは支払い立てが2本立てで、ドクターフィーとホスピタルフィーが2つあると、これが勤務医の報酬です。ただ最近起きていることは、保険会社が支払い拒否をすごくしています。例えばアメリカの脳神経外科医、ニュージャージーですけれども、100人いた場合2人ぐらいしか病院から手術を許可させられません。でないとあとの98人は医療事故を起こしてしまって、かえって病院に損失を与えるから手術をしないでくれと言われて、ですからアメリカはすごく集中しているように見えるのです。

ただし日本の場合は屋根瓦式で教育していますから、1症例を10人分などそういうふうに勉強できるので、アメリカの外科医よりずっと日本の外科医のほうが腕はいいのですけれども、これはもう完全に医療過誤で訴訟を受けるように行動してしまったので自衛に走っていると、こういうことが今アメリカでも起きています。

ですからアメリカの医療制度は、医者にもよくないし、患者にもよくないということです。

それからもう1つ大きなアメリカと日本の医療の違いは、このオペレーティングコストというものとキャピタルコストというもの、この2つをきちんと分けていることです。ですから開業の先生方が自分の診療所をある土地に建てるというの、全部コストとして含んで計算するのです。日本の場合には六本木に建てようが北海道の山の中に建てようが、扱いは同じです。それで診療報酬というふうなことになっていますから、やはりこの辺アメリカは合理的だと言えば合理的ですが、こうなっているわけです。

病院の形状で経費にオペレーティングコストをちゃんと入れて、医師の人件費を技術料として計算して給料として出しています。

ところがあまりにもこのドクターフィーが1990年代に法外なものになりすぎて、州によって違う、医者によっても違う、これはちょっと困るということで、ハーバードが、この後出てきますけれども、中

医協でこれを出しましたけれども、要するにこの4つのポイントで見ようと、どのぐらい時間がかかるのか、それからあとテクニカルスキル、フィジカルエフォート、メンタルエフォート、これをどうやってやるかと言うと医者同士で、例えば私が耳鼻科の白内障の手術を見て、これは脳外科の手術と比べて難しい、イージーというのを判断できますから、でも要するに相対的に評価したのです。ですから我欲をやらないで、ちゃんと評価してくださいということで評価しています。

それで例えばこの中に精神科の先生がいらしたら申し訳ないのですが、婦人科でヒステレクトミーをやった場合や、精神科の医者が45分の患者とのコンサルテーションをした場合に、どのぐらい違うかと言うと、結論としては5倍弱違いますというような、こういうような技術料の数値化をしました。

今中医協では外保連が私にデータをくれましたので、一昨年改定で手術代はガッと上がりました。あれはどういうふうに出したかと言いますと、例えば肝臓移植の糸代だけで診療報酬の4割です。糸だけです。あと看護師の人件費や手術代や麻酔代は全然入らないで、糸代だけで4割です。ですから肝臓移植は、先生方も御存知のようにまだ大学病院でしかされていません。普通の虎の門でも見えてもやられていません。当たり前です。完全に不採算部門なわけです。

こういうのをこれから決めていこうというふうなことが私の考えです。ですからこれがアメリカのドクターフィーですけれども、ちょっと下がり気味で、ちょっと古いデータですけれども、大体平均5,000万がアメリカの脳外科医、心臓外科医が同じようなもの、やはりこれを見ますと、このほかにいっぱいありましたけれども、この下あたりに病理医というのが出てきます。つまり責任を問われる科はすごく高いということに、アメリカの医療ではなっています。

それで家庭医というのは一番安くて、この位です。ですから日本でジェネラルフィジシャン、日本の総

特別講演 2

合医というのは、何か例えば若いときに勤務医をやっていて、専門のすごいところまでいってから総合医になっているので、日本は強いのです。アメリカのジェネラルフィジシャンというのはほとんどマニュアル人間ですから、どういうことかと言うとケアはできますけれども、トリートはできません。そういう医者をつくっていいのかということです。

日本の医療というのはやはり何か1本自分が柱を持っていて総合医になっていくと、これが僕は世界最高だと思えます。だから反対にアメリカに教えてあげればいいのです。

病院からはこんなもので少ないのです。ですからドクターフィーがあまりにもアメリカは高すぎるのです。でも日本はあまりにもなさすぎる。技術料の相対評価はですから微量、これでやれますけれども、日本でも近い将来医療介護保険料が高騰し、診療報酬あたりに含めるかもしれないというふうに書きまされたけれども、私はこういうふうになってほしくありません。

こういう社会はやはり、もしかしたらアメリカ的になれば、私は脳外科なので今よりずっと高い5,000万がもらえるかもしれないのですけれども、絶対にやってはいけない制度だというふうに思っています。

それからここでちょっと勤務医へ、と言っても私は大学にいたので、自分の経験をちょっとお話させていただきます。診療報酬改定以前に山形大学でやった福利厚生のことについてちょっとお話しますと、これは例です。例えば私のがんセンターで職員へいろいろなことをやっているのと山形でやったのは全然違います。ただしプリンシプルの話です。プリンシプルというのは現場がどういうふうにいるのか、先ほど横倉会長が看護師の72時間夜勤、あれは現場は本当に困っているのに、師長も本人も困っているのに、日看協のお姉さんたちがあれをずっと堅持しようとするのです。

でも現場が一番大事なのです。ですから僕はがんセンターに行っても山形へ行っても、現場からの問

題を吸い上げて解決していくと、それが一番正しいのです。それで結果もいいのです。

山形で子育てと地域貢献というのをずっとやってきましたけれども、これは例えば東京には保育所はいらないというのがわかりました。がんセンターにももちろん必要な人がいるからつくりました。なぜかと言うと、東京はまさか子どもを抱っこして地下鉄に乗って来られないのです。おそらく子どもがつぶされてしまいます。ですからやはり住んでいるところの近くに保育所をつくらなければなりません。東京は病院につくっても意味がありません。

ところが山形は保育所がまずないのです。地下鉄に乗ってくるわけではなく車に乗せて来るので、院内に収容できる人数の保育所をつくらなければ駄目なのです。そういうことをやりました。

保育所は絶対に赤字になるのがわかっていたので、ファミリーマートを入れました。ファミリーマートはもう大黒字になるのは予測できたので、その代わり職員は1人もクビにしないで、ファミリーマートでトレーニングしてやってくれと言ったので、全然文句は出ませんでした。

そのお店のおばさんたちも、もうファミリーマートのきれいな服が着られるというので、喜んで頑張っているという、山形一売れているところです。それでここに入れたと、これは全部例です。こうやれということではなくて、その場所に合わせないと駄目です。

これは全国初の大学でのコンビニを入れたのですが、これはもうすごく、だってそれまでの店は先生方御存知のように、歴史のある大学は何か会というのがあって、そこが経営しているわけです。大福餅などそんなものを売って、いくら山形でも若い人は、誰もそんなものは食べません。山形でも学生は医学生と看護学生を入れて1,000人いますから、そういうところで、それもこのコンビニ、これは工事費も全部ただでやってもらったので、すごくラッキーでしたけれども、こういうことでいろいろなことを現場から考えて処遇改善していくのが一番いいとい

うふうに考えます。

トイレも蛾が入ってきて、こんなところに外国のお客さんが来たらもうどうしようもない、これはやったのはもう5年ぐらい前ですけれども、ここにウォシュレットも全部入れて、実は大したお金ではありません。どこかを削ればいい、今までの楽しかったところを削ってこういうのをやればいいわけです。

あと東大と京大しかやっていなかったアカデミックガウン、これを銀座三越から買いまして、これ全部今学生にこういうのを着せています。ですから先ほど富山の県知事さんが学生残りましたと言いましたけれども、私のがんセンターに行く前は学内に40人、それから中央大学、もちろん東北では一番です。今年のマッチングももう終わりましたけれども、東北ではまた一番です。大体50、60人残るといようなこと、こういうことを少しずつ形をつくってやっていったわけです。

これからはちょっとお金の話になるのですが、まず私の給料が教授になったとき手取り42万でした。46歳です。これでは普通やはりやっていけないです。私女房が幸いに働いているものですから、女房を養う必要がないと言うと女房は怒るのですけれども、いくら私に給料があっても養っている気分にはなってくださいと言われていますが、養う必要がないのでいろんな活動ができましたけれども、教授やこういう、まずあまりにもほかの業種と比べて安いので、6万などこういうのをやる、これをやることによってチーム医療が一気に進みました。

要するに俺は独立して教授様だという意識は一切捨ててくださいと、山形大学なら山形大学のグループ病院の科長であると、そのための6万円ですということで、科の壁を取り払ったわけです。あとオンコール制も当時は全然ありませんでしたけれども、そういうものもつくりました。

それからあと手術は3万、最初はこれで大赤字になったらどうしようとハラハラでした。その前の年の私が病院長のときに、東洋経済で山形大学の附属病院は、日本一足腰の強い附属病院で1位だったわ

けですから、大改革をして黒字にしましたけれども、だけでも黒字になった以上は職員に還元しようと、人に還元しようということをやりましたけれども、当時の3万5,000点以上の観血的な、ですから観血的ですから心臓内科もいいのです。

そういうものにはお金を1割払います。それをこうやって分けて、これだとするとオペレーターが12分の5、それから第一助手が12分の4、第二助手が12分の3、麻酔科が12分の5、ということで麻酔科ももらえるようになったので、非常に彼らもやったという気に、彼らに聞くとお金の問題ではないと、トップが、病院長が認めてくれていると、そういうのがうれしいのだと、夜までやっているわけです。

これを通したのは、私がんセンターに行ってもそうですが、全部書類を見ているのです。本当に今日内科の先生方がいらしたら申し訳ないのですが、内科の先生方のほうが講演が断然多いのです。あと外に行っているバイトの数も圧倒的に多いのです。外科も手術場にて全然行っていません。そういう書類を全部私は持っていましたから、内科の教授が来たらちょっと、クレームではないですけれども学部長室に来て、先生これは外科に有利なのではないかと、でもあなたこれでも全部トータルインカムはトントンだと、それよりは外科系がいなくなったら、内科だって心臓内科だって困るではないかと、そう言ったら全部OKしてくれました。それでこれらを通しました。

これが全国で最初の国立大学での要するに手当てです。こういうものを全部つくって、基礎も今度分娩手当てもつけました。分娩手当ては今までは5時以降でしたけれども、それではちょっとまずいというので、いつやってもつけると、これは危険手当と言うのです。これは大学でやったことです。

今度は診療報酬で何をやったかと言うと、これはすごく変わったわけです。これは社会保障費の削減からの転換を民主党のマニフェストを読むと明らかに書いてあったと、現在の総理大臣の野田氏は当時財務省の副大臣だったわけですが、カット、マイナ

特別講演 2

スであると改定の前にはっきり言ったわけです。

長妻、足立、仙石、鈴木、菅等々のこの人たちが言ってくれてプラス、先ほど横倉先生がおっしゃったように、本当に小さいのですけれども、プラスになったということは大きいのです。それからあとこういう、先ほど横倉先生がおっしゃったような最新医療や外来管理加算、こういうものの基本的な考え方をもう一度話し合おうという場に中医協はしました。厚生省が牛耳るような、厚生省が説明するような、我々がそれに応えるようなデータを持っていくというようなことをしました。エビデンス別の議論をしようということです。

もしもあのまま野田財務副大臣が言ったように、小泉政権と同じように2,200億削られたら、富山県では約1%ですから22億円の削減です。そうするとあのときの改定がなければ、富山にはプラスが4億円ありますからプラスマイナス26億円です。

そうするとたぶん100単位の病院がつぶれたと思います。なぜかと言うともうあの年がギリギリだったと思います。額の多少を持たせると増加の原則に変革したというのは、今度これはもうとんでもなく大きなことで、マイナスとプラスでは倍になりますから、ただこれはもう舛添さんのときからこういう流れはありました。

舛添大臣のときから、舛添さんがもう危機感を持っていました。ですから僕は自民党でも民主党でも全然なくて、舛添さんのときにこのビジョンの会に入りました。舛添さんがダイレクトに指名したのです。

ここでもう舛添さんが全部勤務医のことを、インセンティブやりましょうというようなことを言っているのです。それから医療費は絶対に上げなければ駄目だというようなことも言っています。介護のことも言っています。これは明治時代にたぶん初めて委員が自分で報告書を書いたのです。普通お役人が書くのですが、それをやめたのです。

あと当直勤務、今日は勤務医のことだけなのでこれを持ってきましたけれども、ここには開業医の先

生方のことも全部書きこんで、実はこれを実際にやっていたら、もうちょっとよくなっているのではないかと思うぐらいに、ここには書き込まれています。

大学病院のことはなぜ中医協でやったかと言うと、これはエコノミストから依頼が来たので、全部データを出しましたけれども、あの改定の前にこれを書いたものですが、8割がもう完全に赤字でした。国立大学が法人化になっていましたので、もしもキャッシュフローが赤字になれば、不渡り手形を出せば倒産です。今はそういう時代で、補助金など来ませんから、これは必死でやりました。

医師の技術料は、私が考えるのは、弁護士の相談料に相談する、こんなのをちょこちょこ変えてはいけなと思います。今度も1点変えた、2点変えたとやっていますけれども、こういう基本的なものは我々のプロフェッションとしてのもう当然の労働対価です。それを我々は主張していくべきだと思います。

それで私が常に中医協で言っているのはこれです。我々学生で医学部に入ります。すぐに開業する方もいらっしゃるでしょうけれども、それはもうエクセプションなので、普通は勤務医になって勤務医から開業するわけで、先ほど横倉先生が希望をなくしてはいけなと、つまりここもちゃんとやっていけなと、ここから流れが出ないのです。

ここがもう開業する人が誰もいなくなってしまうような環境になれば、これもアウトです。これで全部日本の医療は成り立っているのです。ですからどこかがつぶれても医療はワンセットです。1つでも崩れると医療全体が崩壊するというふうなことが大事なことです。それを分断させてはいけません。絶対分断させてはいけな、我々はやはりこう手を取り合って、オールジャパンで日本の医療を支えていく、今度の震災で日本の医療陣は、本当に僕は涙が出るぐらいにすばらしくやったと思います。

全く問題なかった、全く問題ないというのは言い過ぎかもしれませんが、ドクターフィーのことは、ただ中医協で19対1で反対だと言われました。だけ

どもこれは継続審議化になりましたので、継続審議が残っているのです、これがどういうふうになるかわかりません。今の法律では駄目です。法律を変えないと駄目です。

これは先ほどお話ししたので、ちょっと抜かしますけれども、日本では法律上米国のようなドクターフィーは無理であると、診療報酬で何ができるかと言うと、やはり医療行為の中で技術料を設定して、それを個人に還元するということができないのだと思います。

結果は先ほど横倉先生がおっしゃったように、大学はこれだけ上がりました。千葉と東大と医科歯科を見てみると4.8%、外来が1.4%増えた、ただこれは山形大学の場合には、例えば高血圧の患者さんだったら原因は腎臓が原因なのか、それとも本態性なのか、心臓そのものなのかということさえ診断すれば、あとお薬は開業の先生に全部任せると、大学病院は外来で儲けるのではないということは、私ははっきりと山形では言っています。

それを全国でやればああいうことは起きないと思いますし、もう1つはやはりDPCで在院期間が短くなっています。手間は同じにかかっているのに、勤務医がもう嫌になってしまうというのは、もう在院期間が短くても患者数は同じなので、検査から手術まで同じ手数をかけているのです。

ですから労働がすごく上がっているのです。ですから嫌になっているのです。ですからDPCを何とかあれを変えて、在院期間をあんなに制限することはないような制度にしないと、勤務医の労働環境は変わらないと思います。これだけ上がりました。これはもうわかっています。

厚生労働省が今上げたのは、邊見先生がもうちょっと中小病院の手術も上げろというふうにおっしゃいましたが、今回Eだけ、つまり難しさだけ上げました。難しいのとちょっとDぐらいは上げましたけれども、E1、E2だけ上げました。

ところが厚生労働省が今大学病院に何を言っているかと言うと、このE1、E2をどんどん外せと

言っているのです。要するに何とか手術がE1だけど、そのE1ではなくてDにしろなど、そういうようなことを言ってきて、要するにこれは外せということを書いてきています。

ただこれは外してしまうと、せっかく鼻血が止まったところが、また鼻血が出て死んでしまいます。ちょっとこれ面白いデータをお見せしますが、大学の名前を隠してありますけれども、手術件数に関係ありません。つまり手術件数に関係なく診療報酬に差が出ました。ですからすごい手術件数をやっている、あるいは私立の歴史のあるところでも低いところがあるし、あるいは高いところもある、ですからこれはその県の、例えば富山大学の附属病院が最後の砦で難しいことばかりやっていけば、そこは高いのです。だけでもほかにあればそれはそうでない、ですから実は大学病院は一律ではありません。

2番目はやはり従来補助金でやっていた、あと外形基準でやっていたのはもうやめてくれと、例えば600グラムの赤ちゃんを取り上げたら、それでお金を払ってほしいと、だから産婦人科は何人いなければ、そういうものの加算を認めないというのはやめてくれと、労働対価として払ってほしいということを書いて今言っています。

あとこれは今度また中医協の委員をあと2年やることになりましたが、私がこれ第1回目に出たときです。2年前の10月、このときに診療所の収入は勤務医の1.7倍だという資料が出ました。それを私はここで全くそんなことはないと否定したのです。ここに書いてあるように休業補償や退職金の積み立てなど、全然外していないと、それで1.7倍と言っているのは、これは国民を欺くデータであると、そういうことを発言していますので、その辺は私は大学だけではなくということ強調したいと思います。

それからあとは外保連がいろんなデータをきちんと入れてきたので、ですから今までは大変だ、大変だでは国民は動きません。ですからやはりエビデンスを出して、数字を出して、外保連がやってくれたので、今内保連が内科医の技術料、つまりちゃんと

特別講演 2

勉強して的確な検査、診断をすれば医療費は減るといようなものを出せば、中医協で反映できますので、それですれば内科医の技術料として上げることができるのです。それで国民は納得します。

ちょっともう時間がかかりないので、ずっと行っていきますと、ここからは先生方がお帰りになって、地元の代議士、ほとんど医療のことをわかりませんから、あるいは知事、市長さんに言ってほしいことですけれども、日本の医療と言った場合に、日本の医療の質は大体が患者満足度です。医療の中身ではありません。手術や診断能力ではありません。

食事がうまい、看護師の感じがいい、病院の施設が立派など、まるで帝国ホテルを目指しています。それでほとんど評価をしています。医師の知識や技術の評価は、日本は全くされていません。これはマスコミも同じです。医者も一見そのようなことをしてしまいます。実はところが世界1位だということを何度もこれを使っていますから、モタリティー・デュー・トゥー・キャンサーも含め日本はA評価です。

これはこの前タイに行ってきましたけれども、タイの大使館、この前テレビに洪水で出ていた小島さんすら、日本の医療のほうがタイより悪いと思っていてびっくりしたのですけれども、もうWHOがオーバーオールでも1位ですし、各死亡原因でも国益病だけがCですけれども、そのほかは全部Aです。アメリカはもうこんなひどい、惨憺たる結果です。

ですからアメリカの医療が世界一だと思うのは一部のお金持ちで、とんでもない病院で100人のうちの2人がやっている手術を見せているだけです。ですから私2週間前に日本脳神経外科学会の総会を横浜の国際会議場でやりましたけれども、外人はほとんど例年より呼ばないで、呼ぶ必要がもう脳外科などありません。

ただ残念なのはDです。国民は自分たちは健康ではないと思っているのです。世界一の医療を受けていて、国民はこれほど不幸な国はありません。世界一の医療を受けているのに、それを世界一自分た

ちは不幸だと思っている、こんな、これはですから私は文化だと思います。これを直さなければいけないというふうに思っています。

これを皆さん言ってほしいのです。ですからなぜ世界一の医学、医療制度を壊すのか、なぜ世界一の医学、医療制度の原因を検証しないのか、原因は我々の誠意とそれからフリーアクセスです。

横倉先生がおっしゃったどこでも誰でもいつでも受けられるこの制度が、世界一の医療水準にしているのです。これをなぜ教えてやらないのかと、もちろん直さなければいけないところはたくさんあります。例えば事務官はアメリカMDアンダーソンと日本の東大とでは100倍違いますから、そういう事務官をどんどん増やして医者仕事を減らすなど、そういう工夫はもう絶対に必要ですけれども、基本的なプリンスプルは絶対に世界一なのですから、なぜアメリカ人に教えてあげないのかということです。

それはもう日本人の本当に文化的弱点で、自分への自己喪失と、一部を除いた、一部と言っても本当は全員と書きたいのですけれども、マスメディアに全部と書くと叩かれてしまいますので、自虐報道のあれで、ですから我々国民へ今お話したような正確な情報を出すべきだと思います。

このまま社会負担が増大すれば日本社会の活力が失われる、このまま増えればと言われてきましたが、全然減額しても活力は今低下しています。

それから1県1大学で、近い将来医師過剰が憂えられると、もうこれ何十年経っていますか、20、30年経って医師が今足りないのです。ですからこれは全くのでたらめだったと、こういうことを我々は検証して、これはもう反省しないと駄目だと思います。

私は富山の学長の遠藤先生と同じ恩師に習いましたが、やはり企画、立案、実行、ここまではある程度できます。企画、立案、実行、思いつくことだけは誰でもできる、企画はなかなかできないですけれども、実行することはもっとできない、さらにお前から何やれと、恩師から何を教えられたかと言うと、企画、立案、実行、検証しると、検証してどこが悪

いかと反省しろと、そしてまた企画、立案、実行、検証、反省、これを繰り返していけば社会というのはベターライズするのです。

自分の責任を逃れるためにみんな逃げてきたから、こういうふうになっているのです。ですからこういうものから絶対に思考停止をやめて、積極的に進んでいったほうがいいと思います。診療報酬や物価指数を相関すべきであると今言っています。今正しいか言っています。これを見てください、これが物価です。だから世の中が好景気に沸いたとき、これ医療費です。こんなに差があるのです。

今ちょっと下がってきたからというので下げろと、何を言うのだと、自然増もあるのにです。こんな当たり前前の、小学生でもわかるような、それで私ずっと公務員をやってきたのですけれども、今度公務員給与も下げろと、我々バブルのときなど一銭ももらっていません。こういうことを平気であることを、皆さん覚えておいてください。これが物価です。普通の社会の給与と言ってもいいのですけれども、これが医療費です。これでは崩壊してくるのは当たり前です。ですからこの辺を大きく世間に言っていたきたいと思います。

それからイノベーション力です。これ社会保障費が増えると国力が落ちる、これも全くのでたらめ、これは社会保障費です。租税の大きいところ。これがイノベーション力です。シンガポール、スウェーデン、ルクセンブルグ、デンマーク、コリア、USAは6位です。日本は9位、だからイノベーション力とこれは一致していないということもよくマスコミは言いますが、そうではないのだと、社会が安定すれば人間は頑張れるし知恵も出せるというようなことを、やはり社会に言ってほしいです。

あとこれが最後、もう時間ですので、やはり日本の医学、医療を支えてきたのはものではなくて人なのです。すべての医師で医学者であるわけです。日本のまた高等教育費も、OECDの30カ国の中で下から3番目です。

ですから日本は本当は口では教育国、いい社会保

障をしている、社会保障ではなくて健康保障です。まったくのでたらめなのです。実は要するに日本の優秀な頭脳が我慢をして、我慢をして、ですから養老孟司さんのバカの壁という、本当の意味を御存知です。あの人は栄光学園から東大です。俺みたいないい頭脳をこの安月給で雇うと、国民は何なのだというのを彼は書いているだけなのです。僕は湘南高校なので、彼に山形に来てもらって一緒に話したことがありますけれども、今言ったようなことは直接は言いませんでしたけれども、実際日本人は余りにもそういうことをやり過ぎてきました。やはり国力が落ちてきたということだと思います。

日本の医療のもう1ついいのは、やはり屋根瓦式、先ほど5,000人ぐらいがフローティングの医者になっているというようなことが問題だと先生おっしゃいましたが、そのとおりで、やはり我々は人と人、恩師とメンターがいて、僕も今メンターはなくなりましたが、鈴木二郎先生が上から見ています、お前何をやっているのだというようなことを、いつも考えながら行動をしています。そういうのが日本の医療を支えてきたのです。

ただのレイバー、つまり労働者の医療者となったら、日本の医療レベルは絶対下がります。屋根瓦式というのは、何を言いたいかと言うと、先輩が後輩をずっと教えてきているのです。ですから日本の手術の腕は、外保連がきちんと出しましたけれども、胃がんであろうと何であらうと、アメリカなどよりずっといいのです。

症例数が少ないなどマスコミはすぐ言いますが、一例を3人、4人でみんなで教え合っているのです。ですから自分がまさにやったような頭に残るのです。ところがアメリカは白人がいて、黒人がいて、スパニッシュがいて、イタリアンがいて、いろんなのがいるから、全部コンペティショナーなのです。

自分がトップになればすごい収入ですから絶対に教えません。ですから教授や助教授が何をやっているかわからないのです。プロフェッサーとチェアマ

特別講演 2

ンの一番は、助教授など教えませんが、その助教授が駄目であればクビにするだけです。それが向こうのガバナンスです。

日本はずっと教えて、自分がどうなろうと言うよりは、それが伝統ですから屋根瓦で教えている、ですから症例数と関係ありません。日本脳神経外科学会は脳動脈瘤の手術件数は症例数と全く関係ないというデータを出しましたから、それからあとは専門性を持った診療所の医師がいるからこそ、すぐにこれは送ったほうがいい、送らないほうがいいなど、なぜかと言うと自分が一番高みを知っているからです。

内視鏡なら内視鏡をやっている先生が開業したとする、例えば内視鏡ですごいトップのところまで行っていると、そういう人が、トップがあるということがわかっているから送るのです。それがわからないでマニュアルだけだったら何もくれません。それが日本の医療を支えてきているということです。

世界の医学、医療が本質的にこのままでは崩壊してしまうと、やはり教育だと思います。やはり大学の入試問題を少子化で大学の教官が立ち退いてしまいました。ですから受験生確保のために5教科やらなくなったと、ですから5教科、英数国理社をやるのは当たり前で、それが無い限り医者というのは総合科学ですから、理解できるわけがありません。

山形大学は僕が学部長最後の仕事として5教科にしました。ただ仙台の予備校の講師が、これで山形大学の受験生はとんでもない変なのしか行かないと、とんでもなくないのです。後期は実は名古屋大学より上になってしまいました。なぜかと言うと、東大に落ちたのが、同じ5教科ですから受けにくるので。

ですからやはり我々はいわゆるパシフィズムに迎合しないで、きちんと言うべきことは言いながらすれば、この勤務医の処遇も自然と改善してくると私は思います。もっと時間があれば女性医師のことをやりたかったのですが、ちょっとあと2分しかないで、女性医師を言わないと藤巻先生の奥様に叱ら

れてしまうから、これだけはちょっと言っておきたいのです。

これは臨床外科学会に呼ばれてつくったスライドの1枚ですが、これ明石先生と言って乳がん専門のがんセンターの先生で、東大の出身です。その先生からちょっと先生女性医師のことをしゃべってくれと言われてしゃべったのですけれども、これが一番女性医師がいやなそうです。

女性だから、だから女性医師はこうなのだ、それからあと病院長が言わせない、こういうふうにしてほしいと、あとは言わない、言わせない、病院長が責任を持って自分の女房や姉妹、母親だと思って女性医師のキャリアパスを援助しろということが、私の女房も小児科なので、そういうことをわかっていますが、やはりこれなのです。

日本が男女雇用均等法、実は驚くことに私が大学を卒業した1975年なのです。でもその頃総合職などほとんどいなかったそうです。実は法律があっても全然社会の実態が動いていないと、私は実際脳外科なので、あまり女性を差別したことなど全然ないのですけれども、やはりそういうことを聞くとあるのかと、ですからここにいらっしゃる先生方は、かなり病院長のそういう責任者の方が多いと思うので、これだけは絶対にしないで、女性の医師が働ける、1つは女性だからと言うのは、女性と男性が何が違うと、子育てです。子どもを産むということです。

そのときに山形で何をやったかと言いますと、短時間正規雇用にしたのです。出られるだけやってもらっている、当直もやらなくていいと病院長が言うのです。病院長が女性医師に対して言わないと、何で女だから甘えて当直もやらないで、それで一丁前の正社員になって、常勤でということと言われるのが一番嫌なのです。それは当然のことだと思います。

ですから病院長が日本のために子どもを産んで、ちゃんと子育てしているのだから、常勤で当直はなくていいのだと、当直をもちろんできる女医さんだったらやってもかまいません。そういうことをはっきりと言うことが女性医師の処遇改善で一番です。

彼女たちはやはり一生懸命、これから福島医大などはたぶん女子学生が50%を超えています。ですから女性を大事にしない限り、やはり日本の医療は成り立ちませんので、もう完全に考えを改めるべきです。女だからなど、これが一番駄目だそうです。

これが最後のスライドだと思いますが、世界最低レベルの医療費と高等教育費で、なぜ世界一の医学、医療制度を壊すのだということです。これは先ほど言ったようにやはりこれです。ですから最終的にはやはり国民がこれを理解しないと、我々がいくらやっている、やっていると言っても駄目なので、やはり文化をつくっていかねば駄目だと思います。国民が医療を育成する社会をつくると、それは我々は、よくあるグループが、あるグループと言えば大体思いつくと思いますけれども、対立軸にするグループがあります。東京にいますけれども、そういう対立軸をすぐつくる、それではクリエイティブなことではできません。

ですから国民が医療を対立軸でなくてつくっていくという社会をつくれれば、この勤務医問題も解消できるし、今やはり我々があまりにもひどい、要するに評価され過ぎなので、そこが一番の問題だというふうに思っています。

ちょっと最後時間がなくてダラダラしましたけれども、御静聴どうもありがとうございました。

(井上座長)

嘉山節を十分堪能されたと思います。2時間あっても、3時間あっても足りないと思いますが、残念ですけれどもお時間ですので、これで嘉山先生の特別講演を終わりにしたいと思います。できれば御質問を受けたいところがございますけれども、少し時間が押していますので、これで終わりにしたいと思います。

嘉山先生におかれましては病院長学部長会議の顧問ということで、大所高所からいろいろ御意見を頂戴しているところではありますが、今後この方面で日本のオピニオンリーダーとして御活躍いただきます

ようお願い申し上げます。

先生どうもありがとうございました。

挨拶：愛媛県医師会長 久野 悟 郎

挨拶

愛媛県医師会長 久野 悟 郎

御紹介いただきました、愛媛県医師会の久野でございます。来年24年度愛媛県でお引き受けするということになりました。アナウンスを申し上げたいと思います。

平成24年10月6日、土曜日でございます。松山市全日空ホテルにおきまして、当協議会を開催させていただきたいと思います。メインテーマ、これは腹案はございますが、各方面と相談をさせていただきます、お知らせを申し上げたいと思います。

今日、嘉山先生のパンチの効いたお話を伺いまして、来年度もこの雰囲気をつなげてまいりたいというような感想でございます。

10月6日の松山は初秋であろうと思いますが、10月7日は秋祭りでございます。翌日たぶん遠路の方はお泊りいただけるとは思います、道後の付近では喧嘩神輿の鉢合わせがございまして、これはわりと面白い、時々死人も出て大変なのでありますが、面白いものでございます。そのあたりもお楽しみと言いますか、御期待をしていただきたらと思いますし、松山というところは、俳句の国でございます。子規は「春や昔15万石の城下かな」と読み、ほんわかとした雰囲気でございます。多数の皆様の御参集をいただきまして、また活発な御議論をいただきたいと思っております。

来年度はよろしく願いいたします。



「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 泉 良 平

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 泉 良 平

ただ今から日本医師会勤務医委員会の報告をさせていただきます。平成22、23年度の勤務医委員会に与えられました、日本医師会長からの諮問は、「全ての医師の協働に果たす勤務医の役割」です。

勤務医委員会の委員はこの14名で、私が委員長をしています。次の震災についての発表をされます望月先生が副委員長、新しく8名の委員が加わりました。担当役員は先ほど御講演いただきました横倉先生、それからあとでコメンテーターで出られる三上先生、今村聡先生、それから高杉先生、保坂各常任理事です。

勤務医委員会ではこの諮問に対する議論ももちろん行いますが、それ以外にもこの間勤務医に関わる問題が出てきたことについて、その都度議論をしております。大きな問題としては特定看護師制度、院内感染事例に対する警察の不当な捜査、訴訟やあるいは患者クレームに対応するための医療メディエーター養成とADR、先ほど横倉先生の御講演にもありましたが、メンタルヘルスケアを含めて勤務医の健康をどう守っていくのか、これは、今年はいくつかの県で行われましたが、来年度は勤務医委員会がより多くの都道府県の医師会で行っていただくようお願いしていこうと思っております。

最も多く時間を費やしましたのは、勤務医の視点からの医師会改革ということです。どういうふうな改革をしていけばいいのか、様々な意見が出ましたが、その内容の一部がこの諮問の答申に反映されてきているものと思っております。

さらに東京都で行われております医療訴訟でのカンファレンス鑑定の有用性、また日本医師会が医療事故調査制度についての提言骨子案をつくられましたので、それについての意見具申を行いました。

また活発に活動している大阪府医師会勤務医部会に学ぼうということでお話もいただきました。さら



に日本医師会が医師養成について提案をされましたので、そのことについても議論しました。

それから3月11日のございまして、日本医師会の震災対応、JMAT活動、岩手県の現況等についてお聞きし、様々な議論を深めてまいりました。

これからここにお示ししますが、答申内容の主な項目です。全ての医師が協働する、一致団結して日本の医療のために、国民の健康を守るために、全ての医師が団結し協働する必要がありますが、決してそうはなっていないのが現状であります。

なぜ協働することが難しいのか、それにはやはり厳しい労働の状況、勤務医だけではなく開業医も含めてですが、厳しい医師の労働の状況があるということ。女性医師だけではありませんが、社会的・潜在的偏見に根差す問題が依然として残っていること、医師が社会参加しようとする意欲がなぜ低迷するのか、医師会は本来、皆が集って信頼し団結する場として存在すべきです。

しかし勤務医は実は医師会の内容を十分に知りません。知らないと言うよりも、医師会は本当に勤務医に医師会の活動の重要性を知らせていないのではないか、日医のミッション・ビジョンについて明確に示していないのではないかと、そういうふうなこと

に対しても答申を行いたいと思っております。

実際に協働が期待され求められる場としては、あとでお話がありますが災害医療、東日本大震災での気づきというものがあるかと思えます。それからやはり医療安全・医療事故への対処、これが勤務医の働く意欲に影響するものであると思えます。診療関連死、医療事故調査委員会への積極的な勤務医の参加と、先ほど申し上げましたメディエーション、それから終末期医療についてこれから高齢化が進んで行く中で大きな問題を抱えていると思えます。そういうことについて協働が期待され、あるいは地域医療連携も然りであります。

医学教育と医療技術の向上がやはり必要であり、当然ですが十分な医学部の教育が、こういうコラボレーションということについてされているのかどうかということが、大変疑問であるということです。もちろんその結果として医療への信頼感を醸成しなければなりません。

では実際に協働への道はどのようなふうなものなのかということで、やはり社会参加できる環境をつくる、これには就労環境、労働環境、ワークライフバランスが含まれると思えます。それからまたもう一度戻って女性医師等々の問題を含めて、社会的・潜在的偏見をなくすということです。

どうしてもやはり全ての医師が協働するためには、医師会の態勢を改革していく必要があるのではないかと、先ほど申し上げました勤務医の視点からの医師会改革ということにつながるわけですが、特に日本医師会の在り方を巡ってということで、ここに十分に議論をし、答申を行いたいというふうに思っております。

やはり地区医師会への勤務医の積極的な参加を促進すること、それにはやはり医師会への期待がなければならぬ、それをどのようなふうにつくり上げていくのか、それから最もこれは最終的なゴールであるかもしれませんが、医師全員が医師会に加入すること、このことはやはり必要であり、そのためには医師会改革が必要であるというふうに答申い

たします。

勤務医委員会はこういうふうな諮問に対して答申をつくり、議論するだけではなくて、本日お集まりのこの勤務医部会も同様ですが、具体的にどう行動していくのかということが求められていると思えます。

そして協働するには何が必要なのか、最後に今日のテーマでもあります勤務医の生きがいということで答申を作成する予定としております。これが最後のスライドですが、2011年の勤務医会員数及び構成割合ですが、御覧のように医師が毎年増えている、新たな医師が増えているにも関わらず、勤務医の会員数は決してそうはなっておりません。従ってこれもその答申の中に述べさせていただきますけれども、勤務医がやはり医師会を知らないし、医師会を本当に必要としているのかということへの疑問があります。さて、勤務医委員会の議事録は日医ホームページに全て掲載されておりますので、ぜひお時間がありましたら御覧いただきたいと思います。

以上で勤務医委員会報告を終わります。ありがとうございました。

「東日本大震災 －現地からの報告・被災地への医療支援－」

講師：日本医師会勤務医委員会副委員長 望 月 泉

座長：日本医師会勤務医委員会委員長 泉 良 平

座 長

日本医師会勤務医委員会委員長 泉 良 平

それでは報告2としまして、「東日本大震災－現地からの報告・被災地への医療支援－」ということで、先ほど御紹介いたしました勤務医委員会の副委員長であります望月先生から御報告いただきます。

御略歴は31ページに書いてありますので、これを御覧いただくことにしまして、早速御報告いただきます。よろしくお願いたします。



講 師

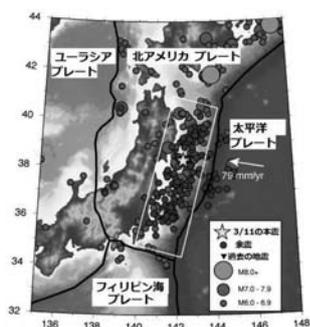
日本医師会勤務医委員会副委員長 望 月 泉

東日本大震災－現地からの報告・被災地への医療支援－

日本医師会勤務医委員会副委員長 望月泉



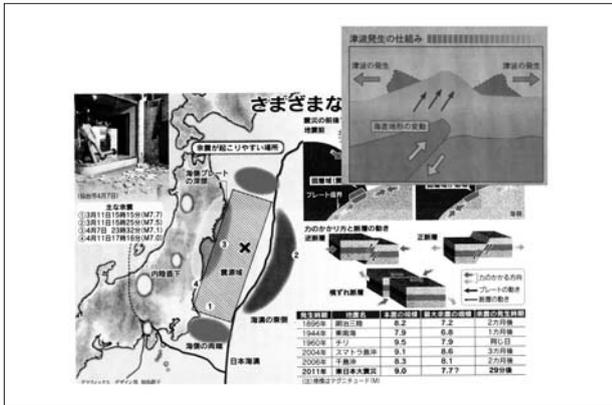
東北地方太平洋沖地震



発生時刻:3月11日
午後2時46分
震源:三陸沖
震源の深さ:約24km
地震の規模:Mw 9
最大震度:宮城県栗原市、
震度7。
断層型:逆断層型
地震の種類:太平洋プレートと北米プレートの境界が、宮城沖、岩手沖、福島沖と600kmにわたって崩壊し、6分間に及ぶ激しく長い地震。

よろしくお願いたします。私は岩手県医師会常任理事であり、岩手県立中央病院に勤務しております勤務医ですので、今日は被災地岩手県のお話ということになりますことをご了承ください。

東北地方太平洋沖地震、東日本大震災ですが、3月11日、午後2時46分の発災です。震源地は三陸沖で、マグニチュード9、きわめて大きな地震でした。



岩手県の津波の歴史

慶長三陸地震 1611年 M 8.1	最大波高 20m (田老町、大船渡市)
明治三陸地震 1896年 M 8.2~8.5	最大波高 38.2m (大船渡市)
昭和三陸地震 1933年 M 8.1	最大波高 28.7m (大船渡市)
チリ地震 1960年 M 8.5	最大波高 6.3m (宮古市)
東日本大震災 2011年 M 9.0	最大波高 40.5m (宮古市)

太平洋プレートと北アメリカプレートの境界が宮城、岩手、福島沖と約600キロにわたって崩壊し、6分間に及ぶ激しく長い地震でした。ビデオですが、岩手県の宮古市の状況です。『津波で壊滅的な被害を受けた宮古市』というタイトルにあるような大津波が大きな被害をもたらしました。

岩手県の津波の歴史は、古くは1611年慶長三陸地震がありまして、明治三陸地震、昭和三陸地震が1933年、チリ地震、それから今回の大震災と続きます。このように津波の歴史を見ますと、やはり多くの津波が岩手県には押し寄せてきているわけです。

昭和三陸地震 1933年3月3日 M 8.1

- 三陸沿岸の津波による被害は死者・行方不明者3064人、家屋の流失4034戸・倒壊1817戸・浸水4018戸。
- 「Union is Power」 協調・協力こそが力なり
- 岩手県沿岸が歴史的な災害に見舞われたのを受け、新渡戸稲造が郷里の青年に向け、揮毫されたメッセージ。



最大の波の高さが今回40mという記録ですが、昭和三陸地震も28.7mという記録があります。昭和三陸地震は1933年3月3日発災、マグニチュード8.1と言われております。岩手県の沿岸が歴史的な災害に見舞われましたのを受けまして、新渡戸稲造先生、この方は盛岡の出身で、「我太平洋の駆け足にならん」と言われて、国際連盟の事務次長、今の5,000円札が樋口一葉さんですけども、その前の5,000円札の顔になった方ですけども、この方がすぐに宮古にまいりまして、“Union is Power” という言葉を青年に向けて揮毫されております。協調・協力こそが力なりという言葉です。

岩手県

面積：四国4県とほぼ同じ
人口：約140万人

被災地域の人口
27万2,000人
(県全体の約20%)

死亡者 4,653名
行方不明者 1,778名
(9月1日現在)

岩手県は四国4県とほぼ同じ面積がありまして、人口は約140万、被災地域は三陸沿岸ですが27万2,000人、県全体の20%の人口が被災を受けました。9月1日現在、死者4,653名、行方不明者は1,778名という大きな被害でした。

暗い出来事が続いたなかで、明るい話題もありました。なでしこジャパンが女子ワールドカップで優勝しました。この選手は丸山選手、もう一人は岩清水梓選手、ディフェンダーです。この岩清水選手の御両親が盛岡出身ということがありまして、ともに歩もう東北の皆さんへというメッセージを出しております。

陸前高田市、私も発災してすぐに陸前高田に支援に向かいましたけれども、陸前高田市には日本百景の1つ高田松原というきれいな海岸と松林がありました。震災前の写真ですけども、この松がほとんど流されまして、最後にスライドを出しますけれど

も、1本だけ今松が残っている状況、その松もちょっと枯れそうですけれども、そういう状況です。

震災後の陸前高田市の空中写真ですが、高田松原という先ほどの松林がかつてあったのですが、現在は一本を除いて全部無くなりました。キャピタルホテル1000は歌手の千昌夫さんがつくったホテルですが、ここも建物の外観は残っていますけれども、全部波に飲み込まれました。市役所、市指定の避難所の市立体育館も同様に、津波の被災を受けました。市立体育館は多くの人々が避難しましたが、たった4名の方が助かったのみでした。

高田高校は少し高台にありましたが、外観は残りましたが、中は90%が流されました。県立高田病院は海から3キロぐらいのところであり、4階病室まで津波が来しました。

この写真は県立高田病院の上野先生が撮影しましたが、先生は卒後7年目の医師で、我々の病院で研修をしました。ちょうど震災日の3月11日、県立高田病院に勤務していました。彼は大学時代写真部ということで常にデジタルカメラをポケットに入れて持ち歩いており、この大津波を撮った写真です。今津波が高田松原を超えて近付いてくるところです。震災して50分ぐらい経ってからの津波ですが、かなりの勢いで、迫ってくるのがわかります。次の写真は4階の病室から撮っていますけれども、非常に近くまで波が来まして、まさに4階を超える瞬間まで写真を撮り続けて、看護師さんにとにかく早く逃げろとしかられ、屋上にやっと逃げたということがあります。

県立高田病院の職員は6名が亡くなり、多くの患者さんは自力で、またはかつぎあげて屋上に避難しましたが、避難出来ずに、亡くなられた患者さんもありました。避難した患者さん、職員は寒さに震えながら屋上で一晩を過ごしました。この写真は3月12日の早朝で、日が上り始めた瞬間です。寒空のなか、ビニールのゴミ袋などいろんなものを身にまといながら一晩を過ごして、ヘリコプターで救出されました。建物は残っているのですが、建物内部は2階、

3階ほとんど使えない状況になりました。ヘリコプターが来まして救護所まで避難していた人を搬送しました。

東北地方太平洋沖地震対策の主な対応

3月11日(金)

14:46 発災(東北地方太平洋沖地震)。停電、自家発電とする。

14:46 岩手県災害対策本部設置(本部長:達増知事)

14:52 自衛隊派遣要請

15:00 岩手県立中央病院災害対策本部設置。

当日の予定手術は中止。

15:30 岩手県医師会災害対策本部設置

17:20 岩手県から厚生省に対してDMAT派遣を要請

21:00 岩手県の災害対策会議

22:40 岩手県警本部から検案応援の件、正式に要請

盛岡市の状況です。3月11日発災後、すぐに停電となりました。ただちに岩手県災害対策本部が設置され、自衛隊の派遣要請、夕方には厚生労働省に対してDMATの派遣を要請しております。当日夜間には岩手県警から検案医応援の依頼要請がありました。

東北地方太平洋沖地震対策の主な対応

3月12日(土)

早朝 DMAT:30隊到着。被災地内の災害拠点病院の支援。赤タック少ない。

8:00 県医師会、県内の警察囃託医に要請。

4名確保⇒県警で対応開始

DMAT:60隊、昼には100隊となり、花巻空港にSCU

開設。広域医療搬送。千歳空港に6名搬送。

矢巾の消防学校にミニSCU開設。内陸の病院へ、ヘリ

搬送。

13:30 14郡市医師会の情報確認⇒10箇所確認、4箇所連絡取れず。気仙、釜石、宮古、久慈の情報収集⇒連絡全くとれず、情報なし

18:45 盛岡地域電気復旧。

翌日早朝、DMAT30隊到着し、被災地内の災害拠点病院に行きました。津波災害ですので赤タックは非常に少なく、黒タックか緑タックの状況でありました。DMATは昼には100隊になり、花巻空港にステーションケアユニット(SCU)を開設しまして、広域医療搬送の準備をいたしました。

被災地の医師会との連絡ですが、情報が非常に取りづらくて、全く連絡がつかないという状況が続きました。花巻空港に飛来しましたC130輸送機です。この中に医療団が乗り込んでいますが、広域搬送を行い、千歳空港まで6名、翌日は羽田空港に4名運

被災地医療

- 第1段階:救命救急医療
- 第2段階:避難所を中心とした救護、避難者の慢性疾患対応、健康管理
- 第3段階:地域への臨時診療所の整備
- 第4段階:基幹の拠点病院の再整備
- 第5段階:地域の復興、新しく再生された社会に合った医療の整備

びました。

第1段階:救命救急医療

- 今回の震災の特徴は、初期救急医療の時期が極めて短かった。当院に搬送された赤タック6名のみ。
- 岩手県内死者4,322人、行方不明者3,363人、負傷者165人(5月3日現在)と負傷者の数が少ない。死者(行方不明者)の数に比べ、負傷者の数が極端に少ないのが津波災害の特徴といえる。

震災直後の第1段階ですが、今回の震災の特徴は初期救急医療の時期は極めて短く、当院に搬送された赤タックの患者さんは6名のみでした。震災死者の92%が水死で、死者、行方不明者に比べて負傷者の数が極端に少ないのが津波災害の特徴と言えます。

第2段階:避難所を中心とした救護、避難者の慢性疾患対応、健康管理

- 津波により、慢性疾患患者の薬、お薬手帳診療などすべて消失。全く情報がないなかでの診療。(降圧剤、糖尿病、抗凝固剤など)
- DMAT → 医療支援チームとして、あるいはJMATとして、災害拠点病院支援と避難所の巡回診療。
- 避難所の感染対策(肺炎、インフルエンザ、尿路感染、ノロウイルスなど)。肺動脈血栓塞栓症の発生。
- 心のケア:保健所のチーム、現在49チーム

第2段階は、避難所を中心とした救護、避難者の慢性疾患対応、健康管理が中心になりました。津波により、慢性疾患の患者さんのお薬手帳、診療録など、全てが消失しまして、全く情報がない中での診療が開始となりました。降圧剤や糖尿病、抗凝固剤、

このときには薬のカラーの写真が載っている「医者にもらった薬がわかる本」を盛岡からこの地域に運びまして、それを患者さんに見せながら服用していた薬の名前を確認しました。

DMA Tは救命救急の期間は非常に短かったので、医療支援チーム、あるいはJMATとしての災害拠点病院支援と避難所の巡回診療をしていただきました。避難所の感染対策、肺動脈血栓塞栓症の予防などが必要になり、同時に心のケアも大切でした。

避難所の一場で、肺動脈血栓塞栓症予防のために体操をしています。3月19日、発災して1週間ちょっとですが、陸前高田市のコミュニティセンターに私も3日間泊まり込みで医療支援に行きました。ここにいますけれども、各地域の、三重県DMA T、千葉県DMA Tなどですが、必ず朝夕ミーティングをしてDMA T間、あるいはJMATがそのあと来てくれますけれども、ミーティングをしながら役割分担を調整しました。

第3段階:地域への仮設診療所の整備

- 現状は、第2段階(避難所を中心とした慢性期医療)と第3段階(地域への仮設診療所の整備)が混在して進行している。
- 瓦礫撤去にともなう外傷。破傷風の予防。
- 被災者が医療者であり、被災者が役場の職員として働いている。疲労感強い。
- 約350ヶ所の避難所に5万名近い人々が生活。避難所の拠点に仮設診療所の開設要。

第3段階は地域への仮設診療所の整備、だいぶ進んできております。そして瓦礫撤去に伴う外傷、破傷風の予防や、被災者が医療者であり、被災者が役場の職員として働いている状況で、疲労感が非常に強い状況が続きました。現在はすべての避難所は閉鎖され、仮設住宅で生活されています。

今後の展望は、町の再生がなければ医療の再生もないということで、高台地へ移転するための造成にはなかなかお金が出なくて、あと家を建てるのは自分で建てるなど、なかなかまだ支援のほうははっきりしないので、高台移転、新たなコミュニティ建設

今後の展望、町の再生

- 従来のような復興はむずかしい→21世紀型安全安心コミュニティの形成。町の再生がなければ医療の再生もない。
- 人々は津波で被災を受けた土地に戻りたくはない。→心理的に不安・資金がない。
- 津波が襲った海拔の低いところは国が買い上げ緑地+公共建造物とする。海岸の背後にある山を切り抜いて土地を造成し、住宅は高所に、漁のための納屋・物置は海岸近くに、高台に新たなコミュニティを建設。

計画は出てはいますけれども、まだ手つかずの状況です。

医療の再生や病院を集約、高機能を持たせ医師を手厚く配置というふうに書きましたけれども、元々この三陸沿岸地域を含め、岩手県全体が医師不足であり、診療科の偏在、診療科の閉鎖などが起きている地域ですので、今は医療支援に来てくれている医師、個人で1年間と来てくれている医師もおりますので、何とか診療機能が保っている状況であります。それから医療人材流出への対策など、いろいろな流された医療機器の再購入など、こういったものの融資などが問題になってきているということです。

岩手県医師会会員の状況(9月2日現在)

- ・死亡会員 5名 4医療機関
行方不明会員 1名 1医療機関
 - ・大きな被害のあった医療機関 54
(県病3 病院2 診療所49) 全壊19ヶ所
 - ・会員の意向調査(50名から回答)
- | | |
|---------|----|
| 廃業 | 7 |
| 自院で診療再開 | 19 |
| 仮設で診療再開 | 16 |
| 仮設診療準備中 | 2 |
| 仮設診療検討中 | 3 |
| 未定 | 3 |

岩手県医師会の状況を9月2日現在でまとめますと、死亡会員が5名、行方不明会員1名です。大きな被害のあった医療機関は54カ所で、県立病院3病院、その他病院が2、49の診療所が被害を受けました。うち19箇所は全壊でした。岩手県は県立病院が21ありまして、ほとんどの地域の拠点病院になっているわけですが、そのうち3つの県立病院が完全に流されまして全壊いたしました。会員の意向

調査をしましたところ、廃業予定の方は7名ということですが、もう既に診療再開、それから仮設で診療再開、準備中など、かなり多くの会員の方が診療に向けて頑張っている状況です。

岩手県立中央病院大震災への対応

- ・第1段階:入院患者および職員の安全確保と緊急のトリアージ・救急体制の確立
- ・第2段階:病院機能の復旧と三陸沿岸医療機関への支援およびトリアージ・救急体制の継続
- ・第3段階:被災した三陸沿岸医療機関、避難所への長期的な支援強化。

次に、私の勤務しています県立中央病院の震災対応を述べさせていただきます。3段階に分けてお話ししたいと思います。第1段階は、入院患者及び職員の安全確保と緊急のトリアージ・救急体制の確立、次の段階としましては、病院機能の復旧と三陸沿岸医療機関への支援及びトリアージ・救急体制の継続、第3段階は、今はもうこの第3段階に入っていますが、被災した三陸沿岸医療機関、避難所への長期的な支援の強化です。

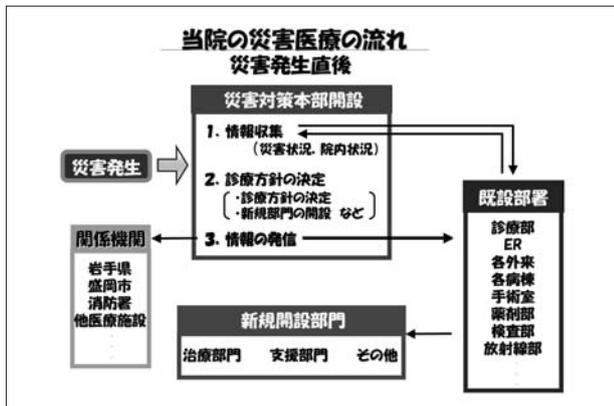
第1段階:入院患者および職員の安全確保と緊急のトリアージ・救急体制の確立

- 3月11日(金)14:46 発災(東北地方太平洋沖地震)。
停電、自家発電とする。玄関ホールにトリアージエリアを設置
岩手県立中央病院災害対策本部設置。以後3月28日まで朝・夕全職員集会、病棟、外来、すべての部署を点検。医局の本棚が崩れた程度。大きな被災がないことを確認。当日の予定手術は中止。
- 被災地からの受け入れ搬送(3月11~27日):
入院101名(宮古29、釜石24、山田18、大槌10など)
外来92名
- 震災関連手術件数:12件(整形8、産婦2、消外1、眼科1)
- 3月11~17日:災害関連・緊急手術のみ対応
18日~ :通常対応
- 重油供給:自家発電。暖房、給湯制限。

第1段階ですが、3月11日、14時46分発災です。停電になりまして、自家発電となりました。玄関ホールにトリアージエリアを設置しました。テレビは自家発電で見られましたので、非常に大きな災害が起こっているということがわかり、かなり多くの患者さんが押し寄せてくるのではないかと、全医局員泊まり込みの準備をしましたが、ほとんど

患者さんは来ませんでした。病院周囲に居住している地域住民が、周囲が真っ暗で病院だけ明かりがついていますので、地域住民の一部の方が病院の中に避難して、1階ホールに入り込んできました。建物自体、医局の本棚が崩れた程度で、大きな被災がないことは確認しました。なお当日の予定手術は中止といたしました。

被災地からの受け入れ搬送は、この15～6日間で、入院患者さん101名、宮古、釜石、山田、大槌と被災地から101名の患者さんを入院、お引き受けいたしました。被災地から外来を受診した患者さんは92名でした。この震災関連手術件数は12件で、内容は骨折の患者さんが8名、産婦人科の患者さんは帝王切開が1名、消化器外科の患者さんは被災地で腸閉塞を起こして緊急搬送され、当院で手術となりました。3月18日から通常対応しましたが、なかなか重油の供給が難しく、自家発電はぎりぎりで行っていました。暖房は制限して、多くの入院患者さんが寒い思いをしなければならなかった状況でありました。



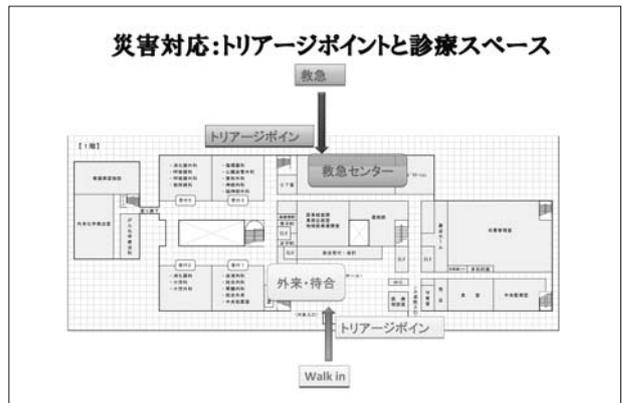
当院の災害医療の流れとしましては、災害発生直後は、災害対策本部を即座に院内に作りまして、情報の収集と診療方針の決定、それから情報の発信を行いました。

院内の状況ですけれども、アンジオ室、救急室のCT、MRIの使用が不可になりました。酸素備蓄は、火、金と液体酸素を搬入する日でしたので、震災当日は液体酸素が満タンになった日でしたので、4日間の備蓄があることが確認できました。滅菌・消毒機器の多くが使用不可になりました。

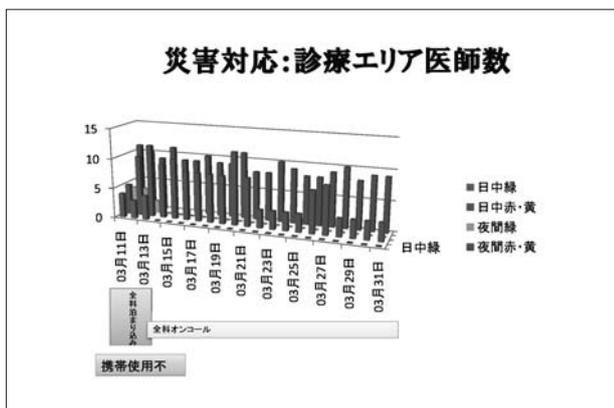
院内の状況 (診療機能)

- 在院者に負傷者なし
- 空床数: 70床
- 手術室: 3室使用可
- アンジオ室、CR(救急室)・CT・MRI使用不可
- 薬剤部・検査部: 一部を除き機能維持
- 人工呼吸器・人工透析装置使用可
- 給食の提供は2日間
- 酸素備蓄は4日間
- 滅菌・消毒機器の多くが使用不可

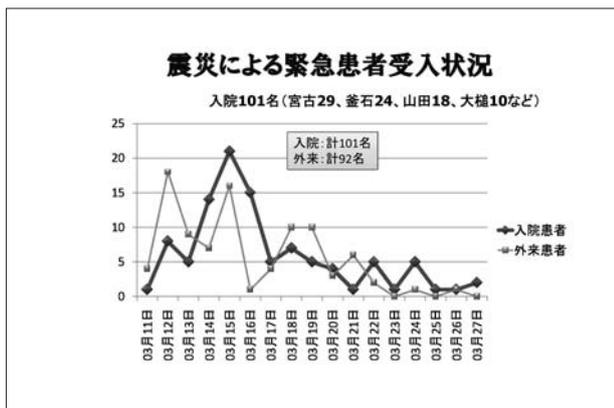
災害対策本部を1階の事務室の中に、日頃訓練しておりましたので、すぐに作りまして、このような白板、災害時院内状況一覧というのを用意しまして、入院患者さんの状況、可能な手術件数は何件か、血管造影はできないという状況がはっきりしました。それから透析は、1時間以内に2件は可能であることがわかりました。輸血製剤は院内に何本在庫があるか、血液製剤は調整センターが仙台にあり、運んでくる関係もありまして、道路の状況がよくわからないので、とりあえず院内在庫分がこれだけあるということがわかりました。問題はやはり自家発電の重油が1.5日しかもたないということがわかりまして、とにかくこの重油を運んでもらうのが非常に大変でしたけれども、何とかギリギリの状況で運んでもらいました。オートクレイブ停止などいろいろな院内の状況は把握しました。食材の備蓄は、入院患者さん用に2日分のみが用意できているとのことでした。当院は災害拠点病院ですけれども、他の災害拠点病院も同様と思いますが、せいぜい2日分程度の備蓄しかなく、職員用の備蓄はありませんでした。



トリアージポイントと診療スペースですが、救急センターには赤・黄色の患者さん、こちらから入って、従来どおり北側から入るのですけれども、正面玄関にトリアージポイントを設置しまして、ウォークインの患者さんをここでトリアージして診察するという体制にしましたけれども、患者さんはそんなに多くはありませんでした。



診察エリアの医師数です。全科泊まり込みになりましたけれども、携帯使用はできませんでしたので、家に帰ってしまうと連絡もつかないということで、この11、12、13と3日間は泊まり込み体制で行いましたけれども、そんなに多くの患者さん来院しませんでした。



この濃い色が入院患者さんの数で、外来患者さんも発災日は4人です。翌12日が土曜日で18名程度、日曜日、月曜日はもう10名ぐらいに減っております。あとは通常の診療体制に移っていくわけです。

岩手県の場合は、県立病院がほとんど2次医療圏の基幹病院となっており、県立病院間のネットワーク、情報交換がスムーズで、被災した三陸沿岸地域

の多くの患者さんが、陸路、あるいはヘリコプターを使って、被災を免れた内陸地域の病院に移送できました。

— 大震災による教訓 —
病院機能維持には自立的、自己完結的な備えが必要ではないか？

備蓄品：診療材料、医薬品、食料、燃料など
 --- SPD機能を最大限に生かしたシステム ---
 SPD備蓄能力の再考、主要業者との連携強化
 防災グッズ(感染アウトブレイクも考慮)
 院内待機職員にも配慮

備蓄量の設定：1週間以上(2~3週)の病院機能維持を想定？
 --- 院内と院外、Dモード対応？ ---

通信手段の確立：衛星電話などの無線通信システムの充実
 通手段の確保：ガソリンスタンドとの提携？
 緊急車両枠の拡大(証明書発行)と共同利用

このような大震災に備えた診療材料、医薬品、食料、燃料などの備蓄に関しては、可能であれば1週間程度の備蓄が必要との意見も出ましたが、今後の検討かと思えます。

実際問題ガソリンがなくて、多くの職員、特に遠方の職員は通勤が困難となり、外来科学療法室が30床ありますが、臨時的な宿泊室としました。米はありましたが栄養科が炊き出しをしていただきまして、おにぎりなどを院内に待機した職員には配ってなんとか凌ぎました。備蓄量は1週間以上とここに書きましたが、実際はそんなに備蓄できるわけがないので、このへんのところはまだ考えていかなければならないのかと思えます。

それから通信手段の問題がありました。非常に難しく、衛星携帯など、被災地とのやりとりは行いましたが、つながったり、つながらなかったりで、今後この通信手段は大きな問題で、対策が必要であると思えました。

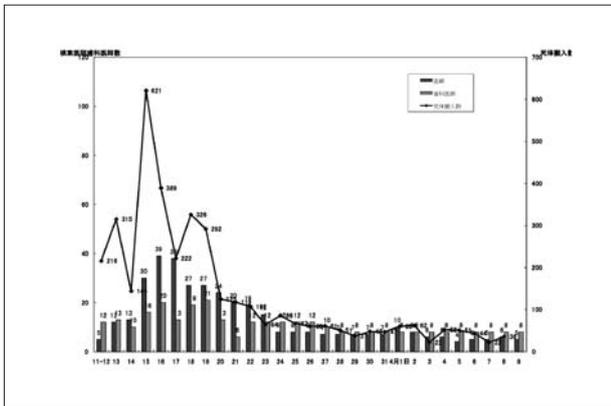
第2段階とは、病院機能の復旧と三陸沿岸医療機関への支援およびトリアージ・救急体制の継続ということで、DMAT、検案医、当院のDMATも2隊ありますが、ヘリに乗ったり、花巻空港に立ち上がったステージングケアユニット(SCU)に派遣になりました。

それとは別に検案医の派遣も重要で、医師5名が3月16日、その後医師2名体制でずっと3月、4月

**第2段階: 病院機能の復旧と三陸沿岸医療機
への支援およびトリアージ・救急体制の継続
(DMAT, 検案医派遣)**

- **DMAT:**
3月12日午前6時 救援ヘリへの搭乗 1名
Staging Care Unit (scu): 花巻空港、矢巾消防
学校に策定 2チーム
13～15日: 県立宮古病院 2チーム
- **検案医派遣: 医師5名(3月16日)**
医師2名(3月17, 18, 19, 22, 23, 26, 27,
29, 31, 4月8, 12) 計27名医師派遣

と派遣し、合計27名の医師が検案医として三陸沿岸被災地に派遣となりました。



遺体数と身元判明数のスライドですけれども、発災して11、12、13日、3月16日は1日で621体の遺体を確認されました。検視、検案を行うわけですが、まず警察官4名が遺体について検視を行って、その後我々が検案を行って遺体検案書を書くというふうな手順でした。いっぺんに620体というのは、なかなか1日でとても処理できる数ではありませんので、少しお待ちいただきながら、身元が判明しない方もどうしてもありまして、歯科の先生が菌形など御活躍されて、身元判明を行いながら検案していたという状況であります。

第3段階は、被災した三陸沿岸医療機関・避難所に長期的な支援強化ということで、災害拠点病院であります県立宮古病院、県立大船渡病院、特に宮古病院は非常に医師も不足しておりましたので、3月17日から医師5名、看護師3名、事務1名というチームを編成し、2泊3日、あるいは3泊4日で繰り返して4月、5月と医療支援を行いました。現在は

**第3段階: 被災した三陸沿岸医療機関・
避難所への長期的な支援強化。**

- ◆ 県立宮古病院: 16日 医師1名
3月17日～医師5、看護師3、事務1
21日～医師3、看護師3、事務1
4月2日～30日 医師2十週1回当直
- ◆ 陸前高田地区(米崎コミセン、広田小学校)
3月14、15日～ 医師2、看護師2
17日～ 医師4、看護師2
21日～ 医師3、看護師3
4月10日～ 医師2、看護師2
- ◆ 県立大船渡病院: 薬剤師1名

ひと月交代で医師を派遣しております。

陸前高田市には、先ほど言いました米崎のコミュニティセンターが避難所になっておりましたので、それから広田小学校、その他避難所に直接医師と看護師を、チームで派遣しました。私自身も発災直後の3月14日、19、20日とチームとして3日間、医療支援に行きました。3月16日深夜には、日本医師会からの医療支援物質が到着いたしまして、岩手県分は約3トンもいただき、被災地にすぐに搬送いたしまして、非常に助かりました。ありがとうございました。

岩手災害医療支援ネットワーク

- 避難所が多数で、広範囲にわたるため、岩手医大、県医師会、日赤、国立病院機構、医療局(県立病院)、岩手県の6つの機関が連携しながら、地域の災害医療ニーズに応じていく。
- 避難所への医療チームの派遣。地域医療機関への支援などを行う。
- 医療チームは長期にわたり支援可能であること。原則自己完結型であることを優先。

県の災害対策本部では3月20日、発災10日目から岩手災害医療支援ネットワークを設立いたしました。避難所が多数で広範囲にわたるため、岩手医科大学、県の医師会、日赤、国立病院機構、県立病院、岩手県の6つの機関が連携しながら、地域の災害医療ニーズに応じていくということで、ネットワークを設立しまして、避難所への医療チームの派遣や、地域医療機関への支援を行いました。

多くの各県から多くの医療チームが手上げしてい

ただきまして、長期にわたり支援可能であることと、原則自己完結型であることを優先して、医療チームに来ていただくようにいたしました。

本県における DMAT・JMATの活動状況

(9月5日現在)

- DMAT 128チーム
- JMAT 428チーム

発災後6カ月を経過し、今はもう7カ月となります。被災者は避難所から仮設住宅を中心とした生活に移行しております。震災で病院機能を失った県立の3つの病院、陸前高田、大槌、山田がそれぞれ仮設の診療所を開設しまして、保険診療を開始しました。医療チームによる巡回診療を中心とした医療提供から、検査機能や専門診療科へのニーズにも対応した医療を提供できる体制の整備を進めてきております。

「JMAT岩手」の立ち上げ

1. 郡市医師会長協議会で「JMAT岩手」の必要性を強調
2. 「JMAT岩手」の登録
3. 「派遣JMAT」の撤収を見据えて事前の現地視察
4. 「これからの正念場」の認識

「JMAT岩手」の立ち上げですが、郡市医師会長協議会で「JMAT岩手」の必要性を石川会長が強調されまして、登録、それから「派遣JMAT」の撤収を見据えて、事前の現地視察を行いまして、「これからの正念場」ということで、多くの派遣JMATが撤収された後に、岩手JMATということで、内陸部の医師会の会員が沿岸地域に支援に行くと、医師会ですから勤務医も開業医もなく、チームをつ

くっていております。



岩手県は内陸部を新幹線と高速道路が通っていて、国道4号線が支柱となっています。沿岸にはこの幹線から横に行く道路が肋骨というふうなイメージにあるということで、肋骨道路という言い方を、前からこれは行政がやっていたようですけども、今回これを肋骨支援と名前をつけました。盛岡周辺の医師会は山田、宮古市を中心に行き、花巻、北上医師会は釜石地域、奥州、一関医師会は気仙地域に行くと、こういうふうな横で行くような支援体制をつくりました。

「JMAT岩手」の陸前高田市支援

北上医師会
奥州市医師会
一関市医師会

水・木・土・日



「JMAT岩手」の陸前高田市支援ということで、岩手県医師会高田診療所、これは日赤が使っていたプレハブですけども、ここに岩手県医師会高田診療所をつくりまして、水・木・土・日と曜日限定で、午後の時間帯ですが、奥州、一関医師会を主体に医療支援を行っております。

県医師会長石川先生の写真です。岩手県医師会高田診療所を開設したことで、新聞にも掲載されました。



なかったもので、DMATがそのまま避難所の慢性医療の支援チームに入っていただきました。DMATは通常2泊3日で帰るのですが、次の支援チームが来ていただいたりして、災害拠点病院の支援であったり、避難所の支援ということでお世話になって、ありがとうございました。津波災害の特徴と思いますが、長期にわたる医療、介護支援が大事かと思えます。医療、介護、福祉などが共同でチームを編成し、また県単位での派遣チームの結成と訓練が必要と考えました。

高田松原に1本だけ残った1本松の写真です。復旧、復興のシンボルです。これから頑張っていこうという被災地の状況であります。御清聴ありがとうございました。

**本県における
DMAT・JMATの活動状況**

(9月5日現在)

- DMAT 128チーム
- JMAT 428チーム

本県におけるDMAT、JMATの活動状況ですが、DMAT128チーム、JMATが428チームと、非常に多くの全国からの支援をいただきました。本当にこの場を借りて、御礼を申し上げます。

おわりに

- 今回、“ノープレスオブリージュ”の精神で、多くの医師が協働して医療支援をおこなった。
- 大災害に対しては秩序をもった医療支援チームの派遣が必要で、災害の規模に応じた派遣を迅速に判断し、急性期、亜急性期、長期に対応する医療チームの編成が大事である。
- 医療、介護、福祉などが共同でチームを編成し、また県単位での派遣チームの結成と訓練が必要と考える。

終わりに、今回“ノープレスオブリージュ”の精神で、多くの医師が協働して医療支援を行いました。大災害に対しては秩序をもった医療支援チームの派遣が必要で、災害の規模に応じた派遣を迅速に判断して、急性期、亜急性期、長期に対応する医療チームの編成が大事であります。

今回の大震災では、急性期の災害医療はほとんど

「若い外科医の過重労働と改善のための方策」

講師：九州大学大学院医学研究院循環器外科教授 富永隆治

座長：富山県医師会勤務医部会長 三崎拓郎

座 長

富山県医師会勤務医部会長 三 崎 拓 郎

それでは、基調講演ですけれども、九州大学の循環器外科の富永隆治先生にお願いしてあります。富永先生は九州大学を卒業しまして、助手、講師、それから教授と順調に来られまして、その間に一度クリーブランドクリニックに留学。それから九州の国立病院機構九州医療センターに行っておられます。それ以外は全部大学にいたということです。

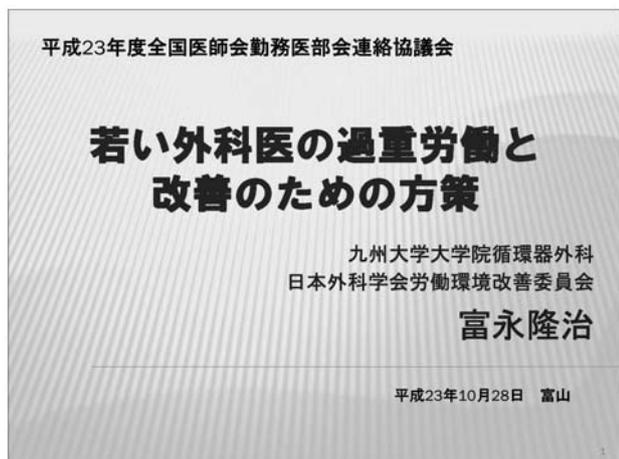
嘉山先生は脳外科医ですけれども、富永先生は心臓外科医で、一番きつくてみんな嫌になってしまっていて、絶滅危惧種でないかというような危惧を持っていますが、先生は胸部外科学会の関係、それから外科学会の関係で、同じようなことを委員会としてやっています。それでは、先生お願いいたします。



講 師

九州大学大学院医学研究院循環器外科教授 富 永 隆 治

ただ今御紹介に預かりました九州大学循環器外科の富永でございます。三崎先生、こういう立派な会に呼んでいただき、本当にありがとうございます。



今日どういう立場でお話するかということですが、



現在日本外科学会のほうで、労働環境改善委員会の担当理事でありまして、それから少し前まで日本胸部外科学会の処遇改善委員会という、名称は違いま

基調講演

すけれども、ほとんど内容は一緒にその担当理事をしていました。

このような立場から、若い外科医の過重労働の改善のための方策ということでお話させていただきます。自分自身は、多くの外科医がそうであったように、労働環境など意識したことなく働いてきましたが、自分の教室の若い人を改めて見ると、やはりもう本当にぼろ雑巾みたいになって働いているのです。外科に入る人は少なくなる一方ですから、これは何かしなければいけないと思って、この2つの学会の委員会でいろいろ仕事をさせていただきました。

MOSES' TEN (モーゼの十戒)
COMMANDMENTS(B.C.1250)

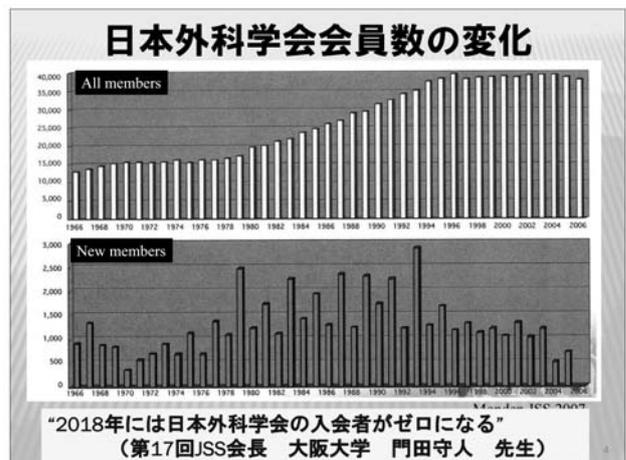
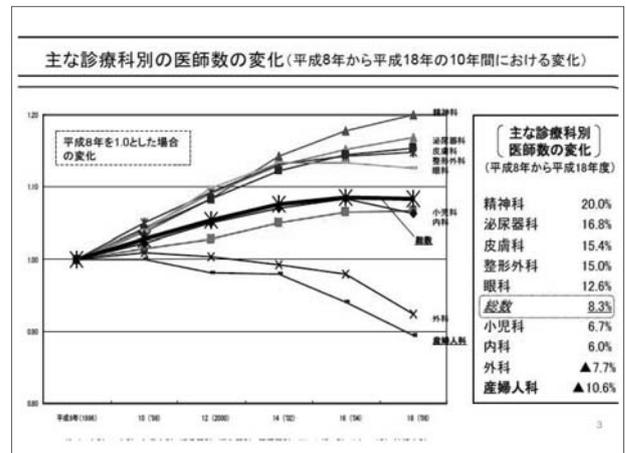
- ※ 1. You shall have no other gods before me
- ※ 2. You shall not make for yourself an idol
- ※ 3. Do not take the name of the Lord in vain
- ※ 4. Remember the Sabbath and keep it holy
「安息日を覚えよ、聖なる日とせよ」
- ※ 5. Honor your father and mother
- ※ 6. You shall not murder
- ※ 7. You shall not commit adultery
- ※ 8. You shall not steal
- ※ 9. You shall not bear false witness against your neighbor
- ※ 10. You shall not covet anything that belongs to your neighbor



外科医は充分休息を取っているか

これはモーゼの十戒、皆さんよく御存知だと思います。紀元前1250年ですから3000年以上前に作られています。この4番目に「Remember the Sabbath and keep it holy」、「安息日を覚えよ、聖なる日とせよ」と、要するに週1回は休みということがすでに言われているのであります。昔から休みは絶対必要であるということを言われながら、外科では本当に充分休息を取っているかということでもありますけれども、少なくとも日本では満足には取っていないというのが現状であります。

これは、診療科別の医師数の変化でございます。この太い黒線は医師総数の相対的変化ですが、平成8年度を1とした場合に平成18年度は8.3%増加しているのです。しかし外科はだんだん少なくなってきて、産婦人科もそうですけれども、10年間で-7.7%、外科医が減少しているということでもあります。



これは日本外科学会の会員数の変化でございますけれども、1996年ぐらいからずっと頭打ちでありまして、増えていないのです。他の学会は増えているところが多くございます。1番気がかりなところは、下段のグラフに示されているように新規参加者がだんだん減っているということでありまして、これは第17回日本外科学会で、門田会長のときですが、このままでは外科学会に入る人が2018年度にはゼロになるのではないかと会長講演されております。

それでこういう状況を鑑みて、日本外科学会としては、初めて平成19年に会員の労働環境調査というのを行いました。外科学会の歴史は100年以上ありますけれども、これが初めての会員の労働環境に関する調査でございました。

そのときにわかったのが、外科の志望者の減少の一番の原因はやはり労働時間が長いということ、それから他にも医療訴訟のリスクが高い、一人前になるのに時間がかかる、要するに先ほどの先生の報告

- ▶平成19年に、会員の労働環境調査を行った。外科志望者数減少の原因として、労働時間が長い、医療訴訟のリスクが高い等の意見が出された。
- ▶平成22年4月の診療報酬改定で外科医の待遇改善のため手術手技料が増額され、外科医の労働環境の改善が期待された。

もありましたけれども、3K、それから時々3K1Bと言いますけれども、3Kプラスお金のほうも、1Bというのは貧乏ということ、あまり収入もよくないではないかということでもあります。

それ以来、外科学会としても、いろいろなところに働きかけて、今回、平成22年4月の診療報酬改定で、外科医の待遇改善のためということで、手術手技料が増額されたわけでありまして。

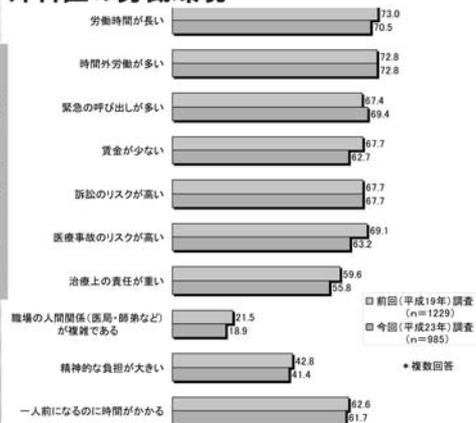
日本外科学会会員の労働環境に関するアンケートおよび診療報酬改定後の病院としての勤務医師労働環境改善方策に関するアンケート（平成23年3月）

社団法人日本外科学会
外科医労働環境改善委員会

これは我々にとっては非常にいいことで、手術手技料の増加によって、外科医の待遇改善もかなり良くなったのではないかと期待して、第2回目のアンケートを行ったわけでありまして。これが平成23年3月でございます。それから同時に今度診療報酬が上がりましたので、ではどのくらい病院として収入が増えたか、そしてその増えた分をどのくらい勤務医師の労働環境改善に使ったかということ、全国の外科関連の病院長を対象にアンケートをやったわけでありまして。

外科医の労働環境

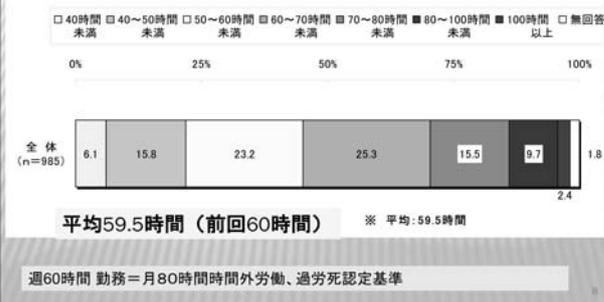
4年前と変わらない



このスライドは外科医の労働環境に関する意見を聞いたものですが、ちょっと見づらいと思うのですが、一番上は労働時間が長い、やはり時間外労働も多い、緊急が多い、賃金が少ない、リスクは高い、こういうのは全然4年前と変わらず、現場では、外科医はやはり不満に思っているわけでありまして、せっかく手術手技料を上げてもらったのですが、全然効果はなかったというのが実情でありました。

1週間当たりの勤務時間数（兼業・当直を除く）

図表1.14 最近3か月間での1週間当たり平均的勤務時間数（兼業・当直を除く）—全体—



これは1週間当たりの勤務時間数であります。兼業とアルバイトと当直も除いております。それで見ますと、平均59.5時間でございます。前回は60時間で、ほとんど誤差範囲でございます、変わっていないのです。

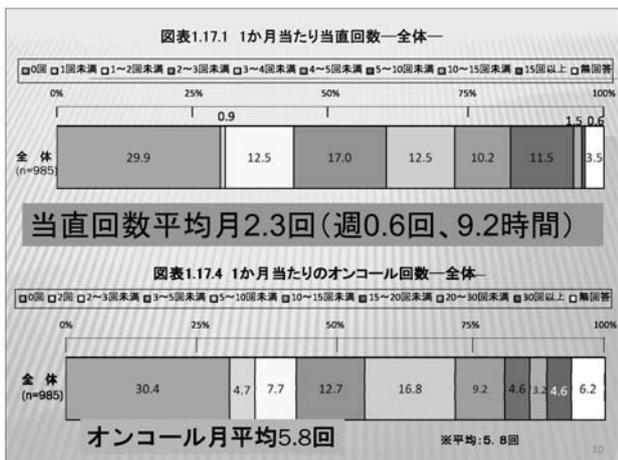
だから診療報酬が上がって収入が増えた、たぶん増えただろう、そしてそれにいろんな手当でもらって、勤務時間も減ったのではないかと期待してはいたけれども、そうではなくてほと

んど変わらない、しかもこの青いのからこちら側、右側が長いほうですけれども、これが60時間以上、ここになると70時間、80時間になるのですけれども、60時間の勤務というのは、週20時間の残業ですから、月で換算すると80時間ということになりまして、月80時間の時間外労働が2カ月以上続くと、過労死の認定基準に達するわけでありまして、ほとんど半数以上がその過労死の認定基準に入るわけでありまして、

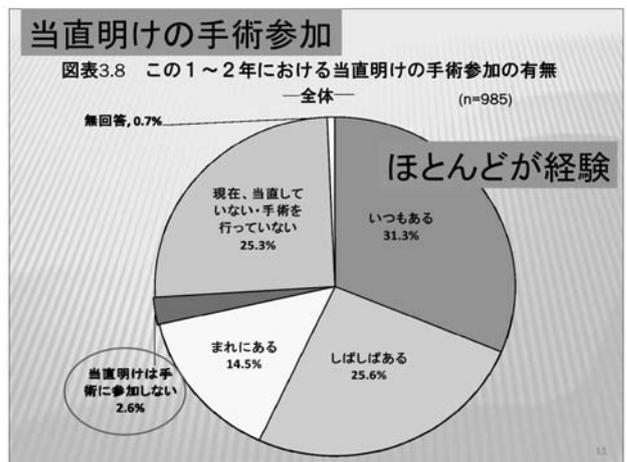


それからこれを年代別、年齢別に分けてみると、やはり若い人がよく働いています。先ほどのこの青いところからが週60時間以上でありますけれども、75%以上の人がここに入ってくる、もう100時間というところも10%、こういう非常に長い労働時間です。30代の人でもまた70%ぐらいは、そういう危険域に入っているわけですので。こういう悲惨な状況というのは、全然変わっていないということですので。

それから1か月当たりの当直回数を見ます

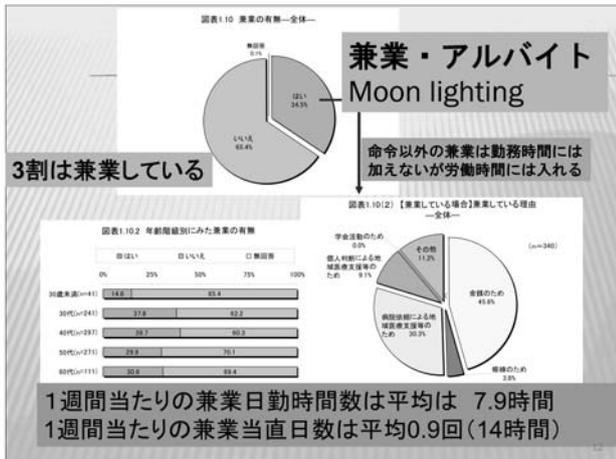


れども、これは月2.3回でございます。回答者の平均年齢は46歳でございますので、このくらいが実情を表しているかと思えます。それから、オンコールに関しても月平均5.8回と出ました。ただこれに関しては、診療所の先生方もここに入っているのです、診療所の先生方は、毎日がオンコールということになりますので、そういう方はここに30回以上というのがございます。少し多めに出るかもしれません。ですけれども、オンコール月平均4回以上はありというのは、確かなことだと思います。



それから当直明けの手術参加、これはいつも問題になるのです。この外科医の当直というのは、本当の意味の当直ではないのです。医療機関において、労働基準法における宿日直勤務として許可される業務は、常態としてほとんど労働する必要がない業務のみであり、夜間に十分な睡眠時間が確保されなければならないのです。外科当直では充分睡眠など取れないわけでありまして、寝ても2、3時間というところでもあります。こういう当直の後に手術に入らなくてはいけないというのがいつもあるというのが3分の1、しばしばあるというのは4分の1、当直明け、そういうような手術はないというのは、わずか2.6%です。あと4分の1の方は、そういう当直や手術はしていないという方もおられますので、考えてみるとほとんどがこの当直明けの手術に参加しているということですので。

それから、兼業、アルバイトでございますけれども、全体の3割の方、これは兼業しているとい



とでございます。その理由は金銭のためと地域医療支援という、この2つが大きな原因でございます。そして1週間当たりの兼業日勤の時間は7.9時間、1週間当たりの兼業当直日数は平均0.9回、1週間に1回ぐらい行くという人が多いということがございます。



それから年収でございます。これは前回、4年前より少しは多くなっていますが、ほとんど変わっていません。平均年齢46.7歳で1,538万円というのは、私は大学病院で勤務していますが、自分の感覚で言うと、ものすごく多いような気がいたしました。一番上が大学病院ですが、平均年収1,200万でございますけれども、大体私も1,100万円から1,200万円の間です。

これに関しては労働環境改善委員会でも、年収を、これはマスコミにも公開しなくては行けませんので、出すときに、これはいろいろ議論があるのではないかと、つまり医師は収入が多すぎるのではないかと

うことを批判されるのではないかとということで問題になりました。

確かにこの国立病院、診療所などはかなり高収入ですけれども、全体で見ても平均1,538万は高いのではないかと感じていました。ですがこれは全然高くないのです。実際にマスコミに出したときも、年収のことなど誰も質問しませんでした。それでいろいろ調べてみると、医師の給料はもう決して高い時代ではないのです。

医師の給料は決して高くない！

- × フジテレビ 1574万円(39.7歳)
- × TBS放送 1358万円(49.7歳)
- × 朝日放送 平均年収1318万円(40.9歳)
- × 福岡RKB毎日放送 1154万円(41.6歳)
- × 三菱商事 1334万円(42.6歳)
- × 住友商事 1290万円(41.7歳)
- × エーザイ 1093万円(42.1歳)
- × 武田薬品 1030万円(41.8歳)

マスコミ関係や商社なども高収入です。とくにフジテレビなどの放送関係、テレビでいろいろ番組をつくっていると思いますけれども、平均39.7歳で年収1,574万円、TBS放送などもいいですね。平均年齢は今回のアンケートと同じくらいですが1,358万円です。

福岡にもRKB毎日放送というのがあります。小さな放送会社ですけれども、平均41.6歳で1,154万ですから、私より20歳ぐらい若いのですけれども、私と同じぐらいの年収ということです。医師の給与は全然高くないのです。私もびっくりしたのですけれども、ですからこれはよく頭の中にインプットして、やはり要求するところは今から要求するべきではないかと、それから思うようになりました。

それから話は元に戻りますけれども、これは診療報酬の変化によって、どのくらい病院の収入が上がったかというデータです。平成22年4月、診療報酬が上がりましたので、半年間の実績額を出してもらったのですけれども、上が病院長の回答、下は日本



外科学会の事務連絡責任者というのが各病院にいますので、その責任者の回答ですけれども、ほとんど同じように12.5%ぐらいの増収になりました。これは外科の手術手技料だけではなくて、小児科のほうも上がりましたし、救急のほうも手当てがつかましたから、それらを含めて全体でやはりこのくらい上がったということでありませう。

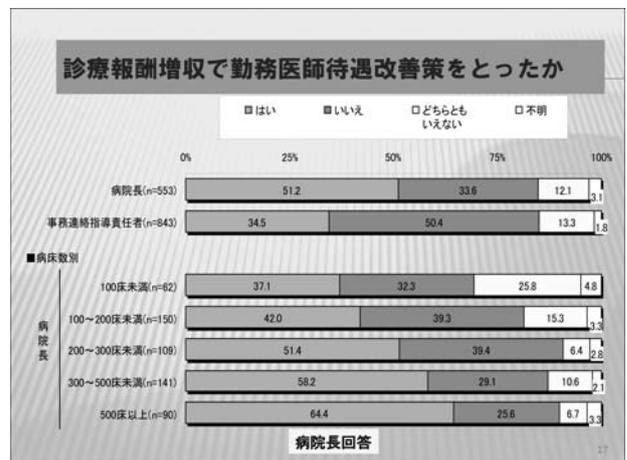
スライド下段は病床数別の結果です。ちょっと見づらいと思うのですが、これが100床未満、100から200、200から300というふうになっているのですが、大きい病院ほど、実際の金額はやはり多いということになります。ただ、パーセンテージは同じように12%ぐらいの増収になったということでもあります。



それからこれは外科学会の関連の診療科です。ですから消化器外科、肝胆膵外科、心臓外科、血管外科、呼吸器外科、乳腺外科など、そういう日本外科学会に所属している診療科だけの診療報酬額という

ものの変化を見ました。これでは手術手技料の増加を反映してやはり15.5%の増収になりました。病床別にみてもパーセンテージは変わりませんが、ただ実際の金額は先ほどと同じように、大きい病院ほど収入の増加があったということでもあります。

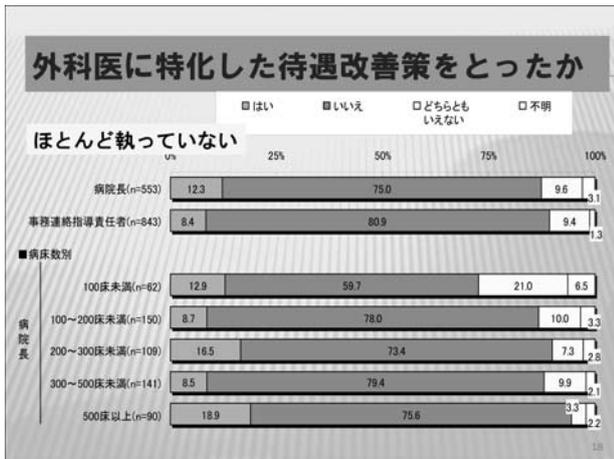
これをよく見てみると、やはり今回の改定では、区分がDとEの非常に難しい手術だけが集中的に上がったということを反映して、やはり100床未満の小さな中小の病院では、これはほとんど変わらないというようなどころもございました。



それで、この診療報酬が増収したのは間違いありません。ですので、勤務医師の待遇改善策をとったかというところでもあります。病院長の回答ではもう5割を超して何らかの待遇改善策をとったというのですけれども、よく頑張っていたと思います。ですけれども、外科学会の事務連絡責任者の回答では3割ぐらいしか待遇改善策をとってなかったという感じではないということでもございました。

下段は病床数別に、病院長の回答をプロットしたのですが、この青のところは改善策をとったということでもあります。大きい病院ほど改善策をとっていただいたというところでもあります。

ただ、外科医に特化した待遇改善策をとったかと言うと、これはもうほとんど10%弱ぐらいしかとっていただけないのです。これは病院長の立場から言えば、外科だけに特別に手当をつけることはできないということ、先ほどの嘉山先生のところにように手術手技料にやはりインセンティブをつけて、



そして個人にフィードバックするという、外科医のことを考えて仕組みを変えていただいたところは、これは全国でみても、ほんのいくつかの病院しかありません。嘉山先生の山形大学病院のほかに、佐賀大学病院でも同じようなことをしています。だからやろうと思えばできないこともないのではないかと思うのであります。外科だけではない、他の診療科もやはりきつい目にあっているというところで、理解はできるのですが、外科の労働環境改善委員会委員長としては、やはり外科に特化した方策を是非とっていただきたい、それは外科医が非常に苦しい立場にあるから手術手技料が上がったわけで、それを考えると、これは他の診療科の先生には申し訳ないけれども、やはりきちんと改善策をとっていただきたいというふうに思うわけであります。

アンケートまとめ

- ▶ 今回の診療報酬改定では大規模病院を中心に増収が見られ、多くの病院では勤務医の労働環境改善策を執った。
- ▶ しかし、外科医の待遇改善には結びついていない
- ▶ 相変わらず労働時間は異常に長く、責務は重く、外科医は必死で高いレベルの外科医療を支えている。

今回のアンケートのまとめでは、大規模病院を中心に増収が見られて、そして多くの病院では勤務医全体の労働環境の改善策をとっていただきました。

しかし外科医だけの待遇改善というのには、結びついていないわけであります。相変わらず労働時間は非常に長くて、責務は重くて、やはり外科医は必死で高いレベルの外科医療を支えているというのが現状でございました。

ご意見の一部

外科医の本当の労働環境をマスコミに積極的に公開すべきだと思います。一睡もせずに翌日朝から10時間を超える手術にはいるのが日常茶飯事で、一般の人たちがみたらびっくりするような、常識はずれのばかばかしい日常が、外科の世界では繰り広げられていることを、もっとアピールすべきだと思います。

それからたくさんの御意見をアンケートに書いていただいて、数百という外科の先生から御意見をいただいたのですけれども、一部を御紹介したいと思います。御意見を読みます。「外科は本当の労働環境をマスコミに積極的に公開すべきだと思います。一睡もせずに翌日朝から10時間を超える手術に入るのが日常茶飯事で、これは一般の人たちから見たらびっくりするような常識外れのばかばかしい日常というものが、外科の世界では繰り広げられています。このことをもっとアピールすべきだと思います。」というような意見、それから逆に、これはドイツに今おられる先生みたいですけれども、「ドイツで血管外科として働いていると、そんなに給料は高いわけ

ご意見の一部

私はドイツの一般病院で血管外科医として働いています。こちらでは一般勤務医の給料は高いわけではありませんが、他業種同様の勤務時間制限、休暇日数、時間外手当があります。休みを取る事、勤務時間が終了すれば帰宅する事が当然であり、病棟のシステムも勤務時間内に完結できるようになっています。

ではないけれども、他の医師以外の職種と同様の勤務時間の制限があって、休暇日数があって、時間外手当があって、休みをとることができる、勤務時間が終わればすぐ帰ることもできるという、これが当然であるようになってきている。」ということでありました。やりようによっては、ここまで完璧にはやれないかもしれませんが、近いことはできるのではないかというふうに思います。

医師の過重労働は、

- ①医療の安全性を損ない、医療の質の低下をもたらす
- ②医師の健康をむしばむ

このことをもっと強く社会に訴えるべき

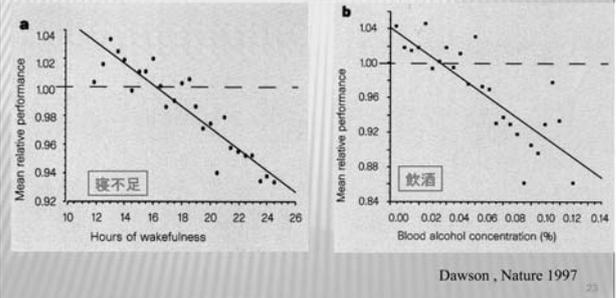
医師の過重労働というのは、やはり医療の安全性を損ない医療の質の低下をもたらすと、これはもう昔から言われていることですが、我々医師はこのことをもっと強く社会に訴えるべきだと思います。

あとから医師の健康ということもお話しますが、研修医が1人、2人過労死したところで新聞に数日載るだけで、あとは社会の人は全然振り向きもしないのです。だから医師の過重労働というのは、あなたたちに返ってきますということ、社会の皆さん、国民の医療の安全性というのが損なわれますということ、やはりもう一度強く、こちらの線から進めていく必要があると思います。是非医師会の先生方に頑張ってくださいと思います。

これは、疲労とアルコール摂取と作業効率の関係の論文です。その他にもたくさんの論文がございます。やはり寝不足、睡眠不足は、こちらの縦軸が効率ですけれども、効率がどんどん落ちていく、これは飲酒と同じような感じであるということになります。

疲労、アルコール摂取と作業効率

寝不足はアルコール摂取と同等に作業効率を下げる



酒を飲むのと同じように睡眠不足は、作業効率を下げるということがございます。先ほどの当直明けの手術参加というのも、あれもやはりみんなはつきりした事故になるのは、3%ぐらいだったと思うのですが、やはり手術の質が低下するということはほとんどみな訴えています。ですからこれは間違いないところであります。

LIBBY ZION AND THE BIRTH OF THE 405 (BELL)REGULATION リビー・ザイオン事件と405立法化

- 1984年ニューヨークの病院で女子学生ミス・ザイオンがレジデントの処方ミスで死亡した
- このレジデントは18時間以上寝ずに勤務し、いくつもの病棟を任されていた。しかも上級スタッフ医師の監督・相談は受けていなかった
- 大陪審はニューヨーク州のレジデント教育システムが悪いと報告。5つの特別勧告を行った。
- これが405条例につながった

睡眠不足が医療のレベルを下げるということ、ここに書いているのは、非常に有名な事件でございます。よく御存知の方もおられると思うのですが、1984年にニューヨークの教育病院でありますけれども、女子学生であるミス・ザイオンが、急な発熱で病院に運ばれてくるわけです。そしてそこでレジデントが診て、処方して、数日の内に亡くなってしまふわけでありまして。

そしてこの女の子のお父さんというのが、有名な新聞のコラムニストでありまして、これは何かおかしい、あんな元気な娘がなぜ死ぬのだ、真相究明が

必要だということ動き出すわけであり。弁護士を雇っていろいろ調べるわけ。

そうすると担当したレジデントというのは、18時間も寝ていないのです。そして1人でいくつもの病棟も担当させられていた、しかも上級の医師、スーパーバイズする人がいない、研修医が自分で考えてやるしかなかったという、そういう劣悪な状況の中で医療事故が起こった、これが問題だということになったわけです。

だからこのザイオンというのはシオンで、名前から言うと、たぶんジュウーイッシュ（ユダヤ人）ではないかと思うのですけれども、このお父さんはやはり偉いと思うのです。日本ではそのレジデントを責めて、病院を責めて、補償金をもらうだけでしょうけれども、そうではなくて、これを研修医の労働環境改善のための法律につなげていったわけです。

つまりこれが、405法案につながったわけです。ベルという人が一生懸命やったので、ベル法案とも

この事件を通してアメリカ国民および各医学教育機関は長すぎるレジデントの修練時間はかえって害になることを認識するようになった。睡眠不足は重大な医療事故に結びつくからである。

呼ばれています。大事なことはこの事件を通して、アメリカ国民及び医学教育機関は、長すぎるレジデントの修練時間というのは、かえって害になることを認識するようになったわけであり。睡眠不足は重大な医療事故に結び付くということが、はっきりわかったということでございます。

それでこの405条例というのは、ニューヨーク州が1989年、5年後ですけれども、こういう週80時間を超えない勤務時間、それから連続24時間を超えない勤務、あるいはここに書いてありますけれども、

405条例要旨 (ニューヨーク州1989年制定)

- × 週80時間を越えない勤務時間 **罰金と公表**
- × 連続24時間を越えない勤務
- × 通常勤務あるいはオンコールの後、8時間か16時間の休養時間を設ける
- × 最低週一回24時間の休日
- × 臨床現場でのレジデントの監督指導
- × 外科手術時は上級医師の監督と直接指導

過重労働の回避とレジデント指導体制の確立

週最低1回の24時間の休日を設けよと、それからもう1つは、このレジデントの監督指導をきちんとやるのだということ、ですから過重労働の回避と、レジデントの指導体制の確立をここでしっかり法令として決めたわけであり。

ですけれどもこれは、当時は全然こんなものを守る病院なんて1つもなかったそうでありました。ことごとく違反する病院ばかりであったということでもあります。ですけれどもじわじわとこの考えが浸透していくわけであり。

ACCREDITATION COUNCIL FOR GRADUATE MEDICAL EDUCATION (ACGME) 2003 REQUIREMENT (全米卒後教育認定委員会2003年規則)

- × 過去4週間の平均で週80時間を越えない勤務時間
- × 過去4週間の平均で7日に一回の休日
- × 日々の勤務時間の間に少なくとも10時間の休養
- × 過去4週間の平均で在宅夜オンコールは3日毎を越えない頻度とする
- × 連続勤務は24時間を越えない、ただし患者管理に必要な場合は6時間加えても良い

Violation に対しては研修病院指定取り消し

心臓血管外科専門医認定機構では2週に一回の休日、連続32時間までの勤務を施設認定要件とする動きあり

そしてこれはビジーなスライドで申し訳ないのですが、2003年のACGMEという全米の卒後教育認定委員会の規則で決まったのですけれども、この要するにレジデント、向こうのレジデントというのは、日本の後期研修医まで含むと思うのですけれども、レジデントプログラムの認定施設としての認定要件として、労働時間、労働環境というのを加えたわけであり。

過去4週間の平均で、週80時間を超えない勤務時間、それから平均で7日に1回の休み、それから連続の勤務は24時間を超えないと、ただし非常に患者さんが悪くてどうしようもない場合は、6時間を加えてもいいというような、こういう規制を加えたわけでありまして。そして規則違反に対しては、研修病院の指定を取り消すということ、こういうことまでやったわけでありまして。

実は、2年前に私も胸部外科学会で似たようなことを提案いたしまして、心臓血管外科専門医制度のほうに、これをどうかして組み入れてくれないだろうかということでも話しまして、心臓血管外科専門医認定機構では、ここまではいきませんが、2週に1回の休日、それから連続32時間までの勤務というのを施設認定要件とすることに今動いております。もしこれが実現すれば、日本の認定医制度というのは、根底から変わってくるのではないかとこのように思います。

※ 議会の要請を受けて、2007年、Institute of Medicine(IOM) of the National Academies 国立科学アカデミー 医学研究部門に委員会が作られた。ACGMEの見解を全面的に支持。実施のための経費として\$1.7 billion(17億ドル、約1400億円)を計上した。

それからこのACGMEの後を受けて、さらにIOM(Institute of Medicine)、国立科学アカデミー医学研究部門というところに、委員会がつくられまして、ACGMEの決定の是非を検討されたわけでありまして。そして結果として、このACGMEの見解を全面的に支持して、この実施のための予算もつけたということでございます。国を上げてやはり研修医の問題に取り組んだということでございます。

ヨーロッパではどうかと言うと、これはもっと厳しくて、最大労働時間は48時間が原則であります。

THE EU WORKING TIME DIRECTIVE 労働時間指令

EU：原則週48時間で米国より厳しい

×48 working hour week

<例外> 英国；56時間—48時間へ

仏国；36時間—サルコジ大統領は改正の方向

反対意見：レジデントの生活は改善するが労働力が不足する—勤務シフトが組めない

例外的に英国は58時間でございましたけれども、去年英国に行ったとき、もうすぐ48時間になるという話でございました。フランスでは36時間と、これはさすがに短くて、サルコジ大統領は、これは改善の方向に行くということを公約しているそうであります。

レジデントの勤務時間制限に対する反対意見

- × 患者管理の連続性の欠如 **大量の論文**
- × 外科医—患者の信頼関係の崩壊
- × レジデントのプロ意識欠如、患者至上主義の消滅
-American Board of Surgery 2009
- × 労働時間制限が外科治療の安全性向上につながるという証拠はない
- × レジデントの外科手術経験数に関しては不明
- × 状況に応じて勤務時間を変化させ難い
- × レジデントのQOLは改善か不変
-Am College of Surgeon 2009

Professionalism: strict and unlimited devotion to the care of patients.
Patient ownership: 主治医制, Primacy of patient welfare: 患者至上主義
Restrictive life style of Resident—concept of surgical residency by WS
Halsted, 1897

当然反対意見がございます。これはやはり研修が充分できない、労働力がとにかく不足するのだというようにございまして。反対意見は非常に大量に出ました。2009年には、American Board of Surgeryから、やはり患者管理の連続性の欠如、治療が途切れてしまうのではないかと、それから外科医と患者の信頼関係の崩壊です。レジデントのプロ意識が欠如する、患者至上主義、主治医制度こういったものが消滅してしまうという声明が出されました。それから、American College of Surgeonでも同じように反対意見が出されたわけでありまして。

ですがこの反対意見に対する反対の中で、非常に

Halstedの呪縛？から逃れる時ではないか

- Professionalism: strict and unlimited devotion to the care of patients. : 厳格な、無制限な患者への奉仕
 - Patient ownership: 主治医制,
 - Primacy of patient welfare:患者至上主義
 - Restrictive life style of Resident : 結婚も許されない住み込み生活
- concept of surgical residency by WS Halsted, 1897, Johns Hopkins univ. hosp.

外科医だけでなく患者さんもこれが当たり前と思っていないだろうか？

私がおもしろいと思ったのは、このハルステッドの呪縛からもう逃れる時ではなからうかという意見があります。先生方も私と同じだと思うのですけれども、医師というのはやはりプロフェッショナリズム、プロとして、厳格で無制限に患者さんへ奉仕するのが当たり前であるということ、それからペイシェントオーナーシップ、主治医制が当然で重要であるということです。

この患者は自分がずっと診るのだということ、そして先ほど申しました患者至上主義、患者さんが1番大事であるということでありまして、これは自分の家族なんか顧みないで、やはり患者さんのために仕事をするのが当たり前で、それで昔は、レジデントは結婚も許されていなかったみたいです。

こういうコンセプトと言うか、外科医はこうあるべきだというのは、1897年にハルステッドという人が、ジョンズ・ホプキンス大学で講演した、それが始まりだと言われています。彼はドイツで勉強して、アメリカに帰って、アメリカでそういう仕事をしたわけですが、日本も同じようにドイツから医学が来ていますから、同じような考え方でありまして、私も同じように教育されて参りました。先生方も、皆さんそうだと思うのですけれども、我々もこれは主治医が倒れるか、患者さんが死ぬかと、そういう局面というのはいくつも見てまいりました。自分の頭の中も、体の中にも染み込んでいますから、これから逃れてということは、いわゆるシフトワーカーとして、時間から時間で仕事をやるということ、な

かなか抵抗もあるのですけれども、でもそれを考え直す時期に来ているのかもしれませんが。若い人はそうでないについてこないです。

そして問題は外科医だけでなく、患者さんもこれが当たり前と思っていないだろうかというところでもあります。これが1番問題です。最近の風潮というものは自己の権利の主張ばかりで、どうしてもモンスターペイシェントというところにつながっていくのではないかというふうに思っています。

医師の過重労働は、

- ①医療の安全性を損ない、医療の質の低下をもたらす
- ②医師の健康をむしばむ

それから医師の過重労働は健康をむしばむと、これはもう当たり前でございます。全然私も知りませ

医師の勤務時間：日本の場合（1）

労働基準法
(昭和二十二年四月七日法律第四十九号)
第一章 総則
(労働条件の原則)
第一条 労働条件は、労働者が人たるに値する生活を営むための必要を充たすべきものでなければならない。

んでしたけれども、日本の労働基準法というのを今回委員長になっていろいろ読んでみますと、第1章第1条に労働条件は、労働者が人たるに値する生活を営むための必要を満たすべきものでなければならないと書いてございます。昔の法律はつまらんものもありますけれども、昭和22年のこれは、大変いいことを書いてあると思ったわけでありまして。

医師の勤務時間：日本の場合（２）

労働基準法

- 週40時間勤務
- 超過勤務（残業）は可能だが36協定を結ぶ必要
- 最大週15時間、月45時間
- 月100時間を越えると労働基準局から監査

レジデントの過労死裁判でレジデントは労働基準法で労働者と認定（最高裁2005）

医師は労働者であり労働基準法の適用を受ける

それから労働基準法では、週40時間の勤務で、残業は可能ですけれども、これは36協定を結ぶ必要があるという、この36協定というの、私も全然知りませんでした。学会の理事会でも、ほとんどこの36協定ということを知る人は少ないです。この中では、労働時間は超過勤務の限界、あるいは100時間を越えたら労働基準局から監査が入るといったことが書いてございます。

それからやはり医師は労働者であるかということですが、レジデントの過労死裁判では労働者と認定されていて、これは当たり前であります。医師は労働者であって、労働基準法の適用を受けるわけであります。

過労死（2001.12）

循環器疾患

月80時間超勤＝週60時間勤務
月100時間超勤＝週65時間勤務
睡眠時間最低5時間/日より算定

※発症前1か月間におおむね100時間又は発症前2か月間ないし6か月間にわたって、1か月当たりおおむね80時間を超える時間外労働（超勤）が認められる場合は、業務と発症との関連性が強いと評価できること

それから過労死の問題ですけれども、この過労死という社会的な言葉になりましたけれども、先ほど言いましたように、月80時間の超勤は週60時間の勤務でございますけれども、2か月から6か月にわたって80時間を超える場合は過労死と認定される、そ

れから1か月にわたって100時間を超えれば、それも過労死と認定されるのだということでございます。死因は脳や心臓の循環器系に限定されるようですが最近ではうつ病による過労自殺も含まれています。

当直制度

医療法第16条 医療を行う病院の管理者は、病院に医師を宿直させなければならない。（昭和25年）

労働基準局2002通達

- 労働基準法における宿日直勤務は、夜間休日において、電話対応、火災予防などのための巡視、非常事態が発生した時の連絡などにあたるとをさす。
- 医療機関において、労働基準法における宿日直勤務として許可される業務は、常態としてほとんど労働する必要がない業務のみであり、病室の定時巡回や少数の要注意患者の検脈、検温等の軽度または短時間の業務に限る。
- 夜間に十分な睡眠時間が確保されなければならない。
- 宿直勤務は、週1回、日直勤務は月1回を限度とすること。
- 手当は通常勤務の3分の1以上

**この条件を満たす当直は、外科では、あまりない
-実態に合わせて、時間外勤務とすべきはすべき**

それから今回いろいろまとめるに当たっては、非常に不思議に思ったのは、やはり当直制度であります。これは医療法第16条に、病院には医師を当直させねばならないというのが昭和25年に決まっていますけれども、2002年には労働基準局から通達があって、当直というのは、医療機関において、常態としてほとんど労働する必要がない業務のみであること、夜間に十分な睡眠時間が確保されなければならないということが書いてあります。こんな条件を満たす当直なんていうのは、外科ではあまりないのというか、ほとんどありません。ですから当直中に働いた分は時間外労働として手当を出すべきであります。病院に負担がかかるので大変だと思うのですけれども、実態に合わせて、きついところにはちゃんと手当を出すべきだと思うのです。そうでない、ゆっくり眠れるところは当直手当だけで充分だと思うのですけれども、大変だと思いますがここから目をそらしてはいけないと思います。去年大阪高裁で、産科の先生の当直がやはり残業と認められるようになりました。ああいう判例からも、外科もやはり大部分は超過勤務でないかと思います。

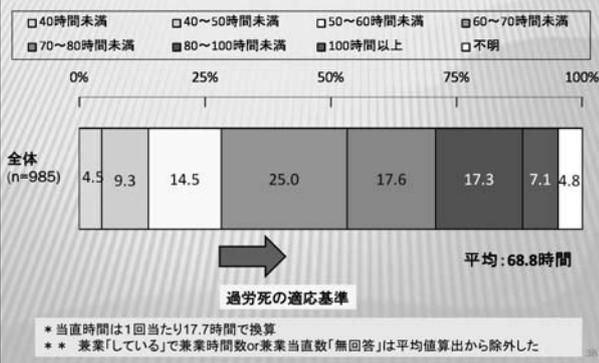
それから兼業、副業、このアルバイトについてですけれども、これもやはり労基法には、事業場を異なりする場合においても、労働時間を通算すると書

兼業、副業、アルバイト

- × 労基法第38条 労働時間は、事業場を異にする場合においても、労働時間に関する規定の適用については通算する。
- × ACGME全米卒後教育認定委員会でもはっきり労働時間と規定

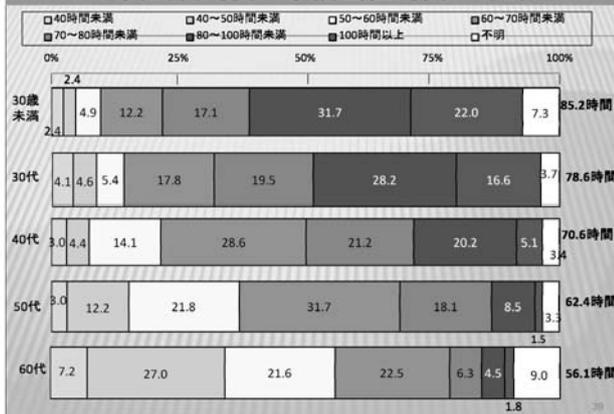
いています。それから先ほどACGMEでも全米でも同じように、これは労働時間と規定するべきであると書いてございます。

1週間日勤勤務時間+病院当直時間



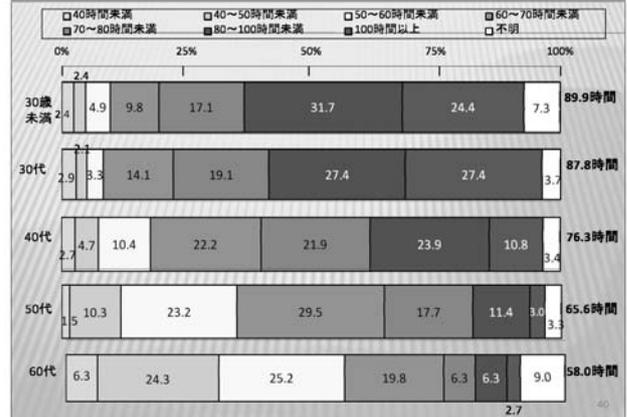
それで先ほどの外科学会のアンケートをもう一度見直しますと、1日の勤務時間というのに、当直を加えてやってみますと、もうほとんど、先ほどと同じように平均で75%以上が、過労死の適用基準に入ってしまうわけでございます。それからこれは年代

1週間勤務時間+病院当直時間 年齢別



別にみたものですが、若い人はもうほとんど90%ぐらいはそうであるし、60歳代でも半分以上の方が非常に危ない状態にあるのだということでございます。

総労働時間数（兼業・当直を含む）年齢別



それからこれは兼業、当直を含めた総労働時間数です。さらにこれはひどいということございました。

なぜ外科医はこんなに忙しいのか（1）

医療・保健を取り巻く環境の変化

1. 医療の受け手側の変化

- 疾病構造の変化
- 高齢社会の到来
- ニーズの多様化
(健康寿命の延伸、生活の質の重視)
- インフォームドコンセントやカルテ開示等患者側の要求が多くなった

なぜこんなに忙しいのだろうかというのを考えてみますと、やはり医療・保健を取り巻く環境の変化があるということ、疾病構造が変化し、特に大学病院などでは難しい症例ばかりです。高齢社会、そしてやはり患者さんの要求が多くなったというのも、1つ仕事が多くなった理由であるように思います。

それから一方、医療提供者側の変化としても、手術もやはり難しくなりました。時間もかかるようになった、それから先ほどのことと関係するのですが、やはり本来業務以外の仕事量が増えてきた。それから地域性、これは診療科間の医師の偏在もあ

なぜ外科医はこんなに忙しいのか（２）

2. 医療提供側の変化

- 医療の高度化、専門化
- 医師としての本来の業務以外の仕事量増加
- 医師の偏在（地域制、診療科間）
- 一方で病院の生産性向上が求められる

って、医師が少ないところは、本当に忙しい状態になる、しかも病院からは診療報酬を上げろと言われるわけです。

日本の外科医の週間タイムスタディー(西田 2009)



手術以外の仕事・雑用が多い

ですからこんなことで忙しくなったわけでありまして、外科医にとってみると、1週間当たりの、これは2009年に行った外科医の1週間のタイムスタディーの結果ですけれども、手術に入るのはこの青い部分だけなのです。赤いのが手術以外の医療仕事であります。こちらは雑用やら研究も含めるのですけれども、ほとんどが雑用で非常に多いということでもあります。

そこでやはり雑用というか、医行為も含めた雑用というか、簡単なのはやはり他の人に担ってもらって、外科医は外科医らしい仕事ができる、このためにやはりチーム医療というのが必要になってくるわけでございます。チームとして働くことで、外科医は手術に専念できるということでございます。

そして、それをうまくやっているのが欧米だとい

外科医の労働環境改善のための方策

→ チーム医療！

1. 医師の専門性の高い医療行為への専任
— 外科医は外科医らしい仕事を
2. 患者中心の医療体制の確立
— もっと患者のそばに
3. 医療の生産性向上
(病院経営、および医療成績)

欧米におけるチーム医療の現状：

日本と比較して多くの人数、様々な職種の医療関係者が医師と協働している。

うことで話を聞きまして、また海外に留学した先生方に聞いても、忙しいことは忙しいけれどもメリハリがきいて、休めるときは充分休めるという、そういう経験をされた方が大多数でございまして、では欧米を見に行こうということで、見に行ってみました。

日米の医療の分業化の比較（人/100床）

	米国	日本
医師	145 人	20 人
看護師	233	75
薬剤師	202	4
栄養士	34	2
ソーシャルワーカー	14	1
NP/PA	18	0
秘書(クラーク)	26	2
ボランティア	10	6
全職員	1154	150

(NP:ナースプラクティショナー、PA:フィジシャンアシスタント)
(外科関連協議会アンケート, 2007)

その前にやはり医療の分業化の比較ですけれども、米国では100床当たりの比較ですが、こんなにたく

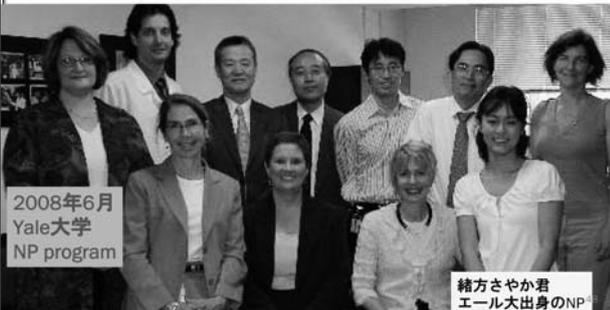
さんの人が働いています。特にまたこのNP（ナースプラクティショナー）、PA（フィジシャンアシスタント）というのが、そこで重要な役割を果たしているということで、これを中心にアメリカへ見に行つたわけでありませう。

平成20年度厚生労働科学研究費補助金（行政政策研究事業）
「新しいチーム医療体制確立のためのメディカルスタッフの現状と連携に関する包括的調査研究」
 （主任研究者：田林暁一東北大学心臓血管外科）
 （平成20-22年度）

兼松隆之（長崎大学消化器外科・第108回日本外科学会会長）
 富永隆治（九州大学心臓血管外科）
 前原正明（防衛医科大学校心臓血管外科）
 伊藤雅治（全国社会保険協会連合会理事長）
 （厚生労働省元医政局長）
 遠藤久夫（学習院大学医療経済学・中医協会長）
 西田 博（東京女子医科大学心臓血管外科）

これは平成20年度から22年度までの東北大学の田林先生を中心にした班研究のメンバーで、これはなかなかおもしろい組み合わせで、伊藤先生というのは前の厚労省の医政局長でありますし、遠藤先生というのは前の中医協の会長で、このときはまだ現役の会長でございましたけれども、一緒に班をつくって視察に行つたわけでありませう。

チーム医療維新－米国チーム医療事情視察記－
 西田 博¹、前原 正明²、富永 隆治³
 東京女子医科大学心臓血管外科¹、防衛医科大学校心臓血管外科²、九州大学心臓血管外科³
 特定非営利活動法人日本胸外科学会 胸外科北地区逸改善委員会（委員長：富永 隆治）
 医療分業化ワーキンググループ報告（グループ長：前原 正明）



2008年6月
Yale大学
NP program

緒方さやか君
エール大出身のNP⁴

最初に、2008年に、米国のイェール大学に行つてまいりました。NP養成のプログラムが走っているところでありまして、この緒方さやか君という子がイェール大学出身のNPで、すでに働いていましたけれども、いろいろ案内してくれました。

それから、ワシントンのPAのアメリカンアソシ

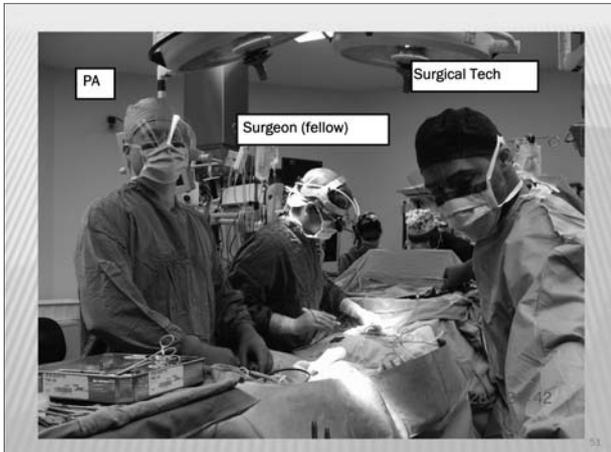


エーションですけれども、そこの本部に行つてまいりました。そこは新聞に載せてくれました。

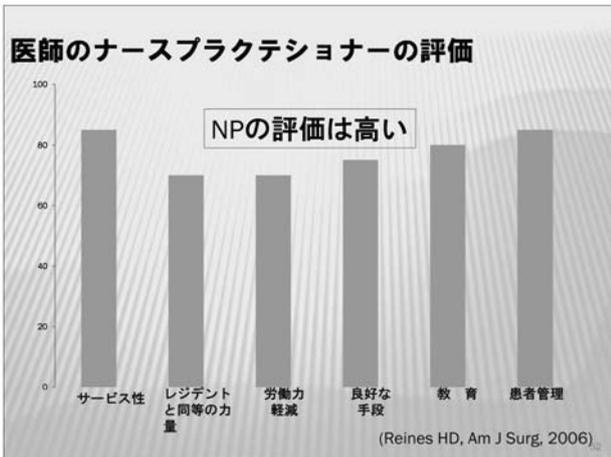


それから次の年はエモリー大学に参りました。これはエモリーのこの真ん中の女性とそのPA養成プログラムの責任者（director）でありますけれども、そこへ行ってPAですけれども、日本にどうしたら導入できるか、カリキュラムはどうかということを、いろいろ話を伺ってきました。

これはエモリーの手術場ですけれども、ここにも1人日本人でやはり向こうでPAの資格をとって頑張っている人がいて、一緒に話をしてきました。手術場もそうですけれども、外科医は1人か2人ぐらいで、後は静脈などをとったりするのはPAがとるし、もう1人ここでは、エモリーではサージカルテクニックという、もうちょっとPAよりもレベルが低い人みたいですが、そういう人たちもいましたし、麻酔医に至っては、麻酔医は1人のMDがラウンドして、あと何人か、実際にかけているのは

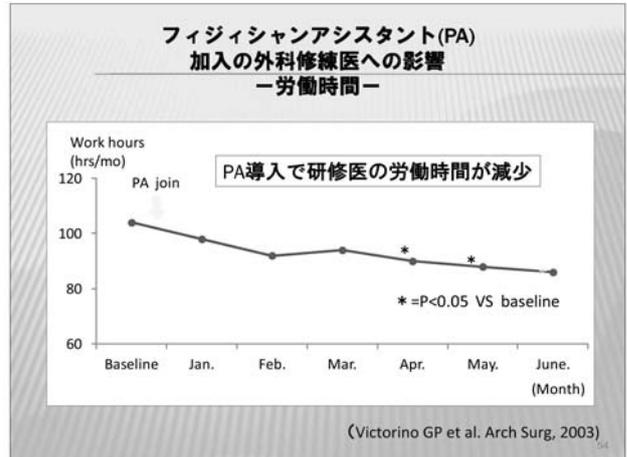
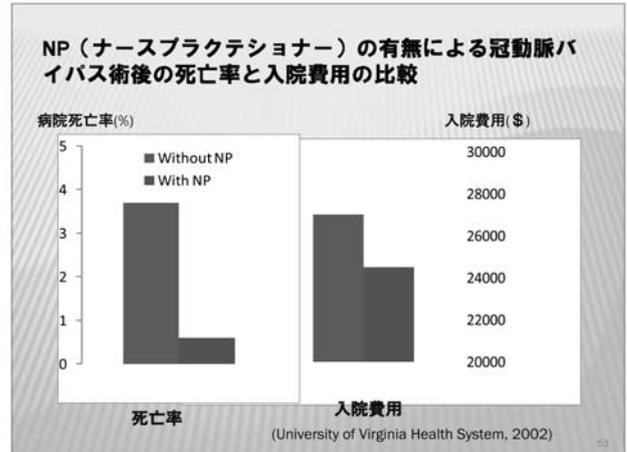


みなMDではなかったですね。たくさんの職種が麻酔科でもあるみたいであります。



そして、これはナースプラクティショナーの評価ですけれども、100点満点とすると70から80ぐらいで、非常にNP、ナースプラクティショナーの評価が高いということが伺われるわけであります。これはサービス性、患者さんに対してもサービスがいい、レジデントと同等の力があるというのが8割近く、全体の労働力を減ることができた、それから教育、患者管理に対してもいいというような評価でございました。

それからこれは冠動脈バイパス術後の死亡率と入院費用の比較です。NPがいると死亡率が下がって入院費用も減るとい、これはなかなか難しいところもあるのですが、そういうデータが非常に多いです。ですからやはり医師が自分のところに、自分の手足になるような人をつくるというのは非常に効率が良く、やりやすいのだということを表して



いるのではないかとというふうに思います。

これはもう一方、フィジシャンアシスタント、PAの非常にこれも評判良かったのですが、実際外科修練医への影響があるかということですが、やはりPA導入によって、どこの大学だったか忘れちゃったけれども、だんだん研修医の労働時間が下がってきます。向こうでもやはり1週間当たりかなり長時間働いていますけれども、それがだいぶ良くなった、週80時間に近づいたということでもあります。

これはコロンビア大学のメディカルセンターの例ですけれども、成人心臓外科の症例が1500例ございます。日本で一番多いのは1000例未満ぐらいなので、これは非常に大きなボリュームですけれども、外科医は6人、フェロー5人、PAが30人以上います。NPも含まれますけれども、実際に行ってみると、NPもPAもそんなに区分というのは難しいのですが、PAが非常によく働いていて、手術場でも働く、それからICUでも術後のケアをしているということ

コロンビア大メディカルセンター

成人心臓外科 ICU 21床、病床 30床以上 外科医：6人、フェロー：5人 PA：30人以上 (NP含む) 手術室 5人、ICU 6人、一般病床 7人 特定の外科医に専属で4人	約1500例
小児心臓外科 外科医：3人、フェロー：2人 PA：数人	約500~600例

“PAの臨床業務は日本の研修医や中級医とほぼ同じ内容”

です。

それから特定の外科医に専属で4人います。PAの場合は1対1か1対4まで、1人の医師に対して4人ぐらいまでいいのですけれども、そういうのをマンツーマンで教えながら育てていくというようなスタイルであります。ですからフィジシャンアシスタントの臨床業務というのは、日本で考えると研修医のレベルではないかというふうに思います。

NPとPA
(NP≒PA)
Same role

	医師との関係	特色(傾向)
NP 看護が ベース 14万人	Independent from physician	外来中心、田舎・地域医療、 primary care, Family (Home) doctorの役目、 慢性疾患、内科、予防・ケア
PA 医療職 7万人	Supervised by physician	入院中心、手術室、ICU、都市、 critical care, 急性疾患、外科、術後経過観察、治療

合計21万人 (日本の医師数約25万人/2004年)

我々もNPを導入すべきか、PAを導入すべきかということで、仲間内でいろいろ話したことがございます。ナースプラクティショナーというのは、ナースという言葉であるように看護がベースでありまして、アメリカは広く、いろいろな田舎もございまして、ドクターがいない所もある、そこでやはり看護師が主体的に治療もやるということから始まった用語であります。

ですから医師との関係に関してはインディペンデント、独立性が強いです。我々もPAの事務所の後

に、アメリカ看護協会というところに行ってきましたけれども、やはり彼女たちには圧倒されました。体が大きいだけではなく、どこでもああいう人たちは似たようなところがあると思うのですけれども、医者はいらん、65%の仕事は自分たちだけでできるのだというような独立心が非常に旺盛でありました。

ですから看護師さんというのは、我々にとって1番のパートナーであり、1番大好きで1番信頼もしているのですけれども、この辺だけはちょっと、人にもよるのでありましようが、かちんとくるところがありました。

NPは14万人で、その守備範囲は非常に広くて、地域医療、それからプライマリーケア、ファミリードクターの役目もしています。慢性疾患、内科や予防、本当に幅広くやっています。先ほどのイエール大学のNP、緒方さやかさんも、アダルトの女性の担当、専門というところでした。ナースプラクティショナーは原則的に単独で開業ができるというのがございます。現実的には単独で開業されている方は非常に少なく、内科医の先生と一緒にやってやるとか、これがほとんどみたいです。

一方PAのほうは医療職7万人ですけれども、だんだん増えてきています。先ほど申し上げましたように、これは医者に育ててもらおうというようなスタイルであります。元々は、ベトナム戦争の帰還衛生兵をどうするかということで始まった職種でありまして、そういった意味で医師に対する従属性、命令系統がしっかりしています。

今は手術場を中心にICUやクリティカルケアなどに、主に働いているというところでもありますけれども、我々の印象としては、やはりPA的なものを日本に導入したほうがいいのではないかというふうに思ったわけであります。

この視察旅行のまとめを書いていますが、ちょっと述べませんでしたけれども、米国の保険制度は日本の国民皆保険制度より、言い方がちょっとおかしいのですけれども、各段に劣っていました。先ほどのエモリーやイエールは、あれは光の部分で

視察旅行まとめ

- × 米国の保険制度は日本の国民皆保険制度より格段に劣っていた。
- × しかしながら、NP, PA制度を活用した医療の現場は効率性に優れ、外科医は外科医らしく手術に専念していた。
- × NPの守備範囲は広く、あらゆる分野で活躍。ただし、独立心が強い傾向が見受けられた
- × PAは医師への従属心が強く、共に働きやすい印象をうけたが、基本的には類似。

日本独自の中間職種mid-level providerの創出を

あって、少し田舎に行ってカウンティーホスピタルもちょっと見てきましたけれども、メディケア、メディケイドに入れない、非常に貧しい患者さんたちはどこにも行き場がない、そういう人たちをNPが中心で診ておりました。汚い病院で、ですからあれは日本にはないなと思いました。日本の患者さんは非常にハッピーだと思います。NP、PA制度を活用した医療の現場という、その光の部分は非常に効率性に優れて、外科医は外科医らしく、ビビッドに生き生きしていました。それで手術もたくさんやっています。しかし一方では陰もあったという事です。

先ほど話しましたNPとPAの範囲は全く同じでありました。やはりこれは日本独自の中間職種、mid-level providerの創出というものを早くやって、外科医の労働環境を改善しなくてはならないと、それしかないと思って帰ってきたわけであります。

医師と看護師の中間職種が必要か？一当時日本医師会は反対
福岡県日本医師会会員を対象とした「医療の分業化」に関するアンケート
 「新しいチーム医療体制確立のためのメディカルスタッフの現状と連携に関する包括的調査研究班(厚生労働科研)」

福岡県医師会会員の皆様ご協力ありがとうございました

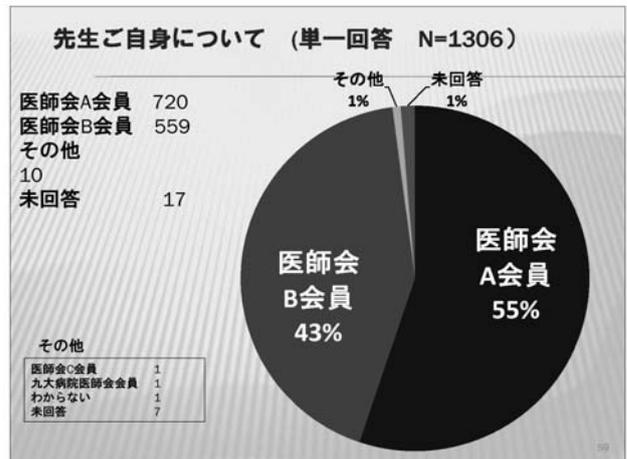
富永隆治、前原正明、西田博、遠藤久夫、伊藤雅治、兼松隆之、田林暁一(班長)、

平成23年3月施行：福岡県医師会会員7800人の半数地域別、A、B会員別に3900人に均等送付。30%の回答率

ところが日本医師会は反対でございまして、実際の現場の先生方はどうだろうかということで、福岡

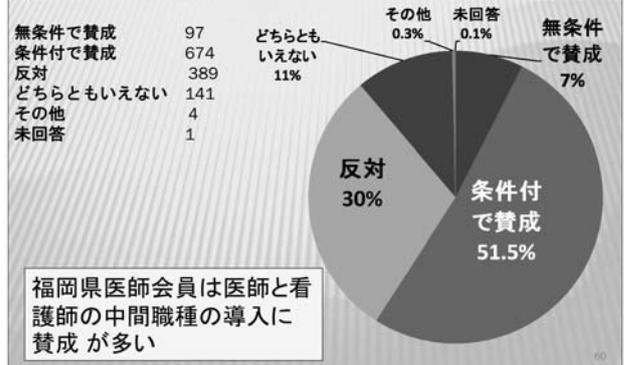
県日本医師会会員を対象としてアンケートをとりました。これは当時横倉先生が県医師会会長でしたけれども、お願いして、よしやってみろということで、御了解を得てやらせていただきました。

平成23年3月に、ちょっと時間がかかりましたけれどもやって、7,800人が福岡県医師会会員ですけれども、その半分3,900人に対してA会員(開業医)、B会員(勤務医)に分け、しかも地域別にそれぞれの医師会で分けて半分ずつ、全部半分になるようにして行いました。30%の回答率が得られました。この種のアンケートとしては、非常に高い回答率だと思います。



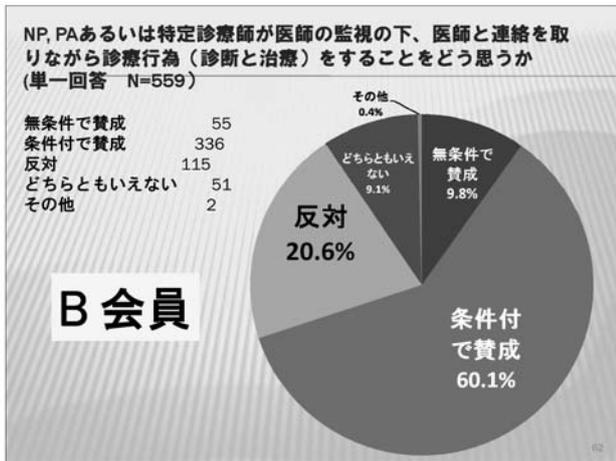
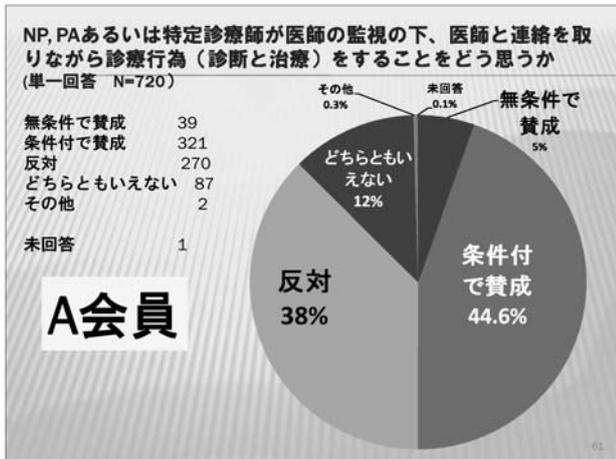
それでA会員、医師会会員の方がだいたい半数ずつでございました。それから答えですけれども、NP、

NP, PAあるいは特定診療師が医師の監視の下、医師と連絡を取りながら診療行為(診断と治療)をすることをどう思うか (単一回答 N=1306)

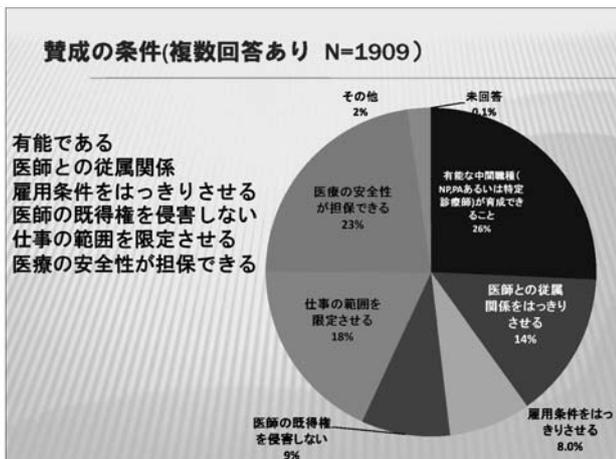


PAと中間の職種の人を導入するのに条件付きで賛成というのは51.5%、半数以上でございまして、反対を凌駕しておりました。

ではこれがA会員ではどうかというと、反対が

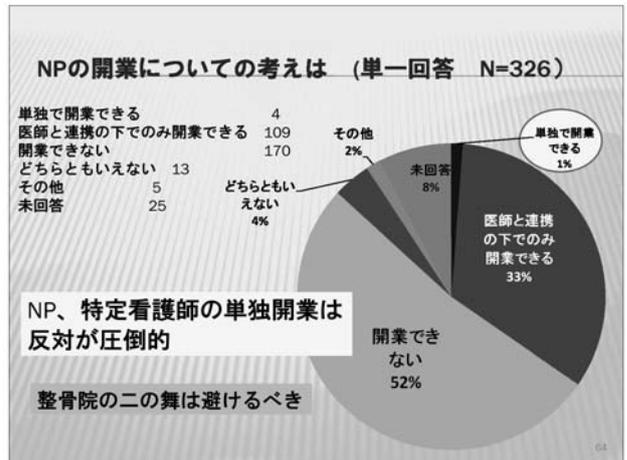


38%、賛成が45%で賛成が多い、B会員に至っては、20%対60%で圧倒的に賛成が多かったわけでありす。現場ではやはり何かしなくてははいけないという意見が強いことが、ここに反映されていると思えます。

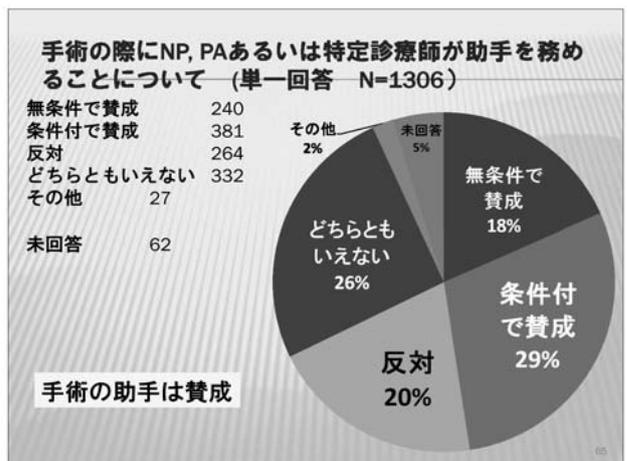


それから賛成の条件でありますけれども、これはやはり有能である、医療のレベルを下げては絶対いけない、医師との関係をはっきりさせなくてはいい

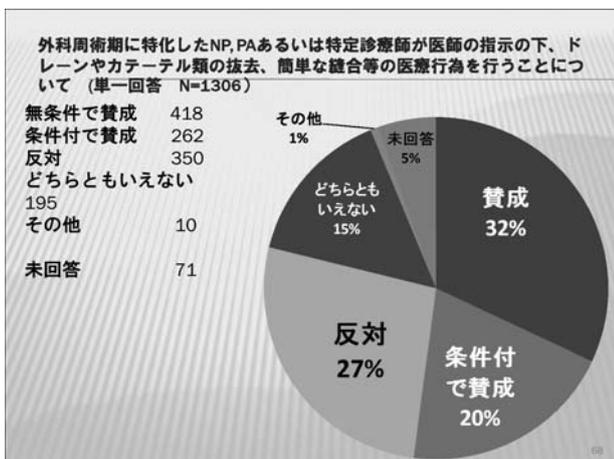
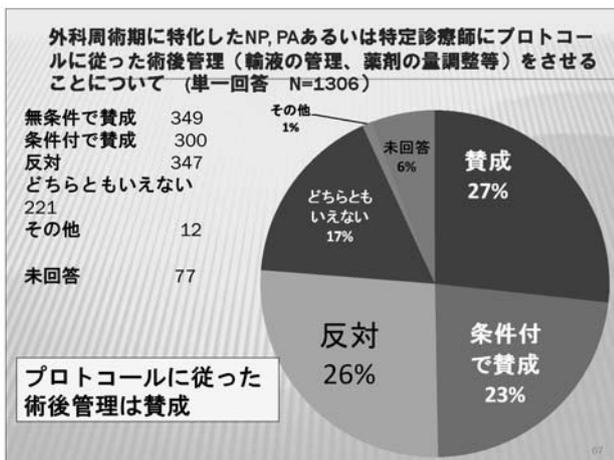
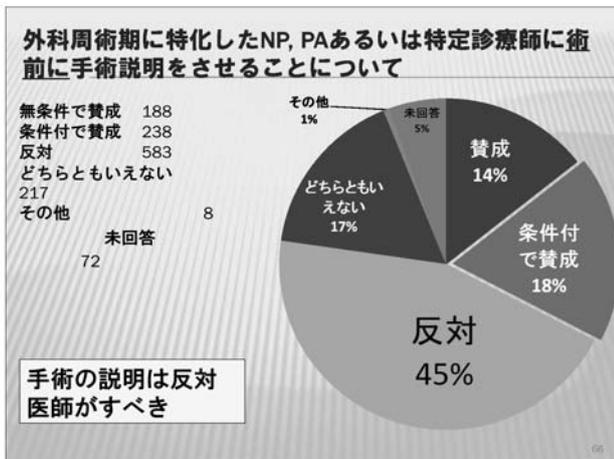
ない、医師の既得権を侵害してはいけない、仕事は限定させるべきであるというようなことがその条件であります。



そしてNPの開業については、先ほどこちょっと申しました。アメリカではやることができるのですけれども、やはり開業できないという人が52%。条件付き（医師との連携）ならできるという人が33%ですけれども、やはり反対が圧倒的であります。これはいろいろ聞いてみますと、整骨院の二の舞は絶対避けるべきだということで、あれは患者さんにとって、本当に幸せなことかどうかかわからないです。ああいうことを絶対やってはいけないということでございます。



それから手術の際にどのぐらいのことをさせるかということですが、手術の助手は賛成が多かった、それからただ手術の説明は、やはりこれは医師がすべきだろうというような意見として出ました。それから術後管理は、ちゃんとプロトコールに従



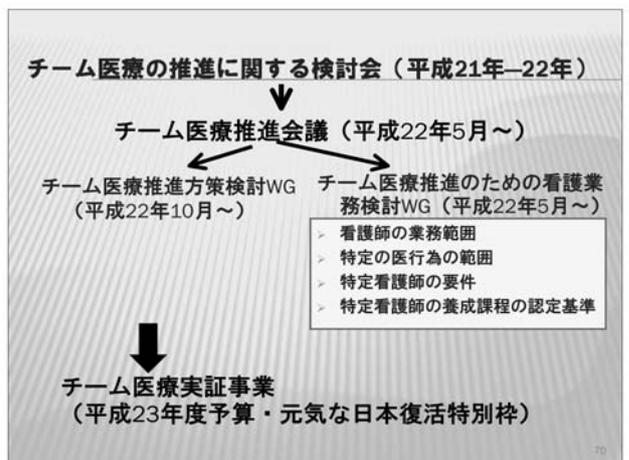
えば、やっていいのではないかということがございます。それから簡単な医行為、縫合やカテーテル抜去など、それも半数以上の方が賛成、やっていいのではないかということでもあります。

まとめですけれども、質が担保できて、医師との従属関係がはっきりすれば、この中間職種導入には賛成であるということ、現在の日本医師会執行部の意見とかなりずれがございますけれども、こうい

福岡県医師会アンケートまとめ

- 質が担保でき、医師との従属関係がはっきりすれば、医師と看護師の中間職種導入に賛成（日本医師会執行部と若干のずれあり）
- 単独開業は反対
- 外科手術の助手、術後管理、簡単な医行為は可能
- 患者への説明は医師がすべき

う現場の意見、先生の意見を聞いて、日本医師会としてきちんと考えていただきたいように思います。



それで現在、NP, PAは怎么样了かというのと特定看護師（仮称）という名前になっています。このチーム医療の推進に関する検討会というのが平成21年からありましたが、チーム医療推進会議に変わりました。それからチーム医療推進方策検討ワーキンググループと、チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループができ、今こちらのほうがよく働いていると思うのですが、ここで看護業務が、どこまでが看護師の業務で、どこからが医行為かということ、みんなで考えようということで、特定看護師の業務になる、いわゆるグレーゾーンというのがここで出されてきたわけでもあります。

それから特定看護師の要件や、認定基準をどうするかということが議論されて、平成23年度の予算から、もう既にチーム医療の実証事業に入っております。10いくつかの全国の看護系の大学が手を上げて、

そこでプログラムを走らせて、そして卒業した人をそれぞれの病院で役立つかどうかということまでみようというわけでございます。

特定看護師（仮称）の考え方—制度の骨子

- 看護師の臨床実践能力のうち医学的な部分を強化した看護師について、厚生労働大臣が公的に認証
- 認証を受けた看護師は幅広い医行為（診療の補助）を含めた看護業務を実施

認証の方法：

看護師、実務5年以上、2年あるいは8か月のカリキュラム終了

業務実例1：外傷患者 Xp, 血液検査の一次的評価、創部の処置：局麻、電気メス、縫合、切開排膿

実例2：在宅癌患者 オピオイド（麻薬）の投与量、用法調整
胃ロウ、腸ろうのチューブ、ボタン交換、腹クウ穿刺

この特定看護師の考え方ですけれども、今は、看護師の臨床実習能力の、医学的な部分を強化した看護婦について、厚生労働大臣が公的に認証すること、それから認証を受けた看護師は、幅広い医行為を含めた看護業務を実施することとされています。ですが、私にはこの看護業務という文言が非常に、何かおかしいのです。

この前、厚労省の医事課長の人からもらったのですけれども、看護師という名称は、やはりやめた方がいいのです。看護というのはケアですから治療には踏み込まない、だからやはり全く別の、特定診療師等の名前を付けた職種をつくるべきだと思うのです。

当然そこには看護師さんから全体の80%でも、90%でも入っているのですけれども、いわゆる今の看護というところから脱却しない限り、外科の我々が欲しい人はできないのです。日本医師会が弱くて、日本看護協会が強くてと、すみませんけれども、これ政治的な問題です。日本看護協会はやはり全国看護師130万人の内50%の組織率、65万人、日本医師会は27万人の内80%の組織率、17万人ですか、そういう人数の差です。これは圧倒的に日本看護協会が強くて、おそらくそのことがここに、こういう名前にも反映しているのではないかと思います。ただ実際は、認証の方法は実務5年ということ、それから2

年あるいは8か月のカリキュラムが終わった後に、認証しようではないかということ動いているのであります。実務で実例を書いていますけれども、外傷患者ではレントゲンをとって、血液所見を見て、そしてそこでどういう治療をするか判断する、そして簡単な局麻や電気メスで止血してもいい、縫合もしていいということでございます。一方この在宅がん患者に関しては、麻薬の投与量も調整していい、それから胃ろう、腸ろうのチューブ、ボタン交換、腹腔穿刺、こういうところまでやっていいのではないかということまで来ているようでございます。



これは日経新聞にこの前、10月23日に朝刊に出たものですが、この特定看護師がどんどん進んでいることを表しています。それまでは特定看護師と書いたら、必ず仮称という名前がついていましたけれども、ここでは消えておりました。厚労省としては、本格的にやはりこれをつくっていくことだろうと思います。でも最後の最後になっても、私はやはり、名は体を表しますから、看護師という名前は抜けたらいいと思うので、この意味からは横倉先生、是非頑張ってくださいと思います。

最後ですけれども、外科医の労働環境についてお話をいただきました。労働時間はやはり異常に長いのです。そして大半は50歳、60歳の方も含めて、過労死の認定基準に達しております。抜本的な方策としては、ナースプラクティショナー、フィジシャンアシスタント、あるいは特定看護師という仮称で

まとめ

- 外科医の労働時間は異常に長く、大半は過労死の認定基準に達する。抜本的対策として
- ① NP (Nurse practitioner)、PA (Physician assistant) 特定看護師(仮称)といった医師と看護師の中間職種を創設・養成し、術後管理をはじめ簡単な医行為を担ってもらう
- ② ただし、医療制度改革は医療に最も責任を有する医師が主体になって、医師が働きやすいシステムを作るべきである

すけれども、そういった医師と看護師の中間職種を創設して、養成して、やはり術後管理をはじめ簡単な医行為を担ってもらう、これが唯一の解決策ではないかというふうに思っています。

医師を増やしても、医師は楽なところにはいかない、そして外科医療現場が欲しいのは、術者クラスではないのです。術後管理をする人なのです。現実に卒後3年から10年目くらいまでの人は非常に欲しい病院が多いのですが、それ以上の40歳ぐらいになった外科医というのは、現実的にあまり必要ないのです。こういうことを鑑みると、やはり新しい職種をつくったほうがいいと思うのです。

そして1番今日言いたかったのは、こういう医療制度改革は、医療に最も責任を有する医師が主体になって、医師が働きやすいシステムをつくるべきであるということであります。我々以外の、たとえば厚労省の人が制度設計して、それがうまくいかなかったとき現場で、患者さんに対して誰が責任をとるかといえば、結局は我々医師であります。ですから我々が働きやすい、我々にとっていいシステムが、これが患者さんにとっていいシステムであります。ですからここだけは是非、今日は言いたくてやってきました。

以上でございます。ちょっと熱くなりましたけれども、御清聴ありがとうございました。

以上ご清聴ありがとうございました



九州大学病院

「よりよい就労環境を求めて」

座長：富山県医師会勤務医部会長 三崎 拓郎

座長：富山県医師会理事 南里 泰弘

① 「大学病院の勤務環境と提案」

富山大学附属病院呼吸器一般外科診療教授 土岐 善紀

② 「地域の救急医療を維持するために

～急性期病院における勤務環境の課題～」

富山県立中央病院内科部長 白田 和生

③ 「医師の子育てを支援するための取り組み」

黒部市民病院耳鼻咽喉科部長 丸山 裕美子

④ 「医師の健康がよりよい医療に不可欠」

川人法律事務所・弁護士 川人 博

コメンテーター：九州大学大学院医学研究院循環器外科教授 富永 隆治

日本医師会常任理事 三上 裕司

パネルディスカッション

座 長

富山県医師会理事 **南 里 泰 弘**

お待たせいたしました。それではパネルディスカッション、テーマは「よりよい就労環境を求めて」を行います。座長は富山県医師会勤務医部会長三崎拓郎先生と、私南里が務めさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

なお今回、パネラーの先生方4名にご講演いただき、その後コメンテーターといたしまして、先ほどの富永先生、それと日本医師会常任理事の三上先生にも加わっていただく予定であります。



座 長

富山県医師会勤務医部会長 **三 崎 拓 郎**

今若い外科医があぶないというお話でしたけれども、ここでは若い外科医と若い内科医とそれから女性医師と、それから先ほど御紹介しました弁護士の方と、この4人をパネラーとしてお迎えしています。

それでは外科の代表として、土岐先生お願いします。土岐先生は富山医科薬科大学に最初から外科医を希望してこられまして、助手をされて、今は診療教授をやっておられます。富山医科薬科大学は法人化になりまして、富山大学になっております。

では先生お願いします。



①「大学病院の勤務環境と提案」

富山大学附属病院呼吸器一般外科診療教授 土岐善紀



先生方こんにちは。富山大学病院で呼吸器外科を担当しております土岐と申します。嘉山先生と富永先生それぞれ大学病院としての立場、あるいは外科という勤務の立場からお話していただいたので、かなり重複する部分もあると思います。今日私と一緒にチームを組んでいる若い先生に、「実はもう医師会も勤務医部会を組織して、富山は革新的に将来の提言をして、君達の世代にもかかってくることだから一緒にどうだ、聞きに行ったらどうや」と言ったら、「先生それは時間外労働勤務に入っているのですかと、労働基準法超えますけれども」と言われて、あえなく断念しました。今日私に与えられた仕事は、大学病院の問題点、それから現状を把握して、今後にどのような提案をするかということ話すこと、

その深遠なるテーマに対して10分という時間が与えられましたので、早速お話ししていきたいと思えます。

先生方皆さんよく御存知のとおり、大学病院というところは、教育、研究、そして臨床と、この3本柱ですが、元々この教育や研究に関しては、ほとんど採算ベースで成り立つ分野ではありません。今後の日本、今後の人材ということに対して、教育と研究に関しては先行投資のようなものだと思っています。

大学病院の社会的役割

- 1. 医学教育・医療者育成
- 2. 基礎・臨床研究
- 3. 診療
(高度先進医療+不採算部門の担保)

+ 医療人材の供給



錦秋の称名滝

H23全国医師会勤務医部会大会

大学病院の社会的役割

・診療 (高度先進医療+不採算部門の担保)
高難度手術 (先天性心疾患、心臓血管外科、移植外科・・・)
小児がん治療、ハイリスク分娩・・・

胸腔鏡下肺がん手術：保険点数87000点
57000点 (2010年まで)
多職種人件費、消耗物品、減価消却器材

H23全国医師会勤務医部会大会

それに対して3つ目、唯一採算ベースに関わってくるのが診療、これが診療報酬になるわけですが、大学病院の使命としては、ほとんどが高難度治療、高度先進医療、それから不採算部門を担保

するところが大きな役割なので、診療においても決して儲かる分野ではないと、そういったものを大学病院、あるいはその公的な基幹病院は担保してきたという歴史がございます。例えば小児がん治療、ハイリスク分娩を含め、高難度手術、先天性疾患、心臓外科、移植外科というものをずっとやってきて、去年初めてプラス改定が出て、高難度手術の医療点数が上がりました。私が担っている肺がんの胸腔鏡手術においては、保険点数8万7,000点になりましたけれども、結局これだけで今後20年、30年進行する超高齢化社会に対応できるか、一時的な餌だけ与えられて、これで30年頑張ってくれたまえと言われても、やはりちょっと無理な部分があります。というのは昔みたいに医師1人、看護師1人でやっていった医療から、現在の外科などは、チーム医療つまり複数の外科医、麻酔科医、そして看護師を含めて多職種技能集団、こういった医師だけではなくてコメディカル、あるいはサブクリニカルの多職種技能集団、これだけの人数がかかわって、同じ値段でやったら分け前が当然すごく下がるに決まっています。それに対してこういった消耗品や減価償却の部材もありますので、とてもやはりこれだけで、目の餌だけで今後乗り切れないだろうというふうに思っています。

そういった出ていったものに対してこれで赤字を補填してもらっていました。2004年に584億円国が運営交付金として大学病院に補填されています。ところが聖域なき構造改革によって独立行政法人化と共に、大学病院も独立採算制をとりなさいと、それと引き換えにどんどんと運営交付金が減額されて、2007年の時点では207億円と、約3分の1まで減らされました。その結果2009年ベースでは国立大学法人の赤字は197億円を抱えて、これでさらにもっと高度化する医療に対応しなさいと、そうするとやはりこれはもう限界が見えている。全国970の公立病院の累積赤字も、2001年に1兆4,000億だったものが、2006年に1兆9,000万円と5年でこれだけ赤字が増えています。



そういった国立大学病院の赤字、医療の赤字はどうやって補填されていたかと言うと、運営交付金という形で交付されていました。移植医療や高難度手術は、出ていくものがすごく大きい医療ですから、

30代 外科専門医

	6	8	10	12	14	16	18	20	22
月	当直	手術			病棟処置/診察		会議	書類作成	
火		症例検討会	外来診察	検査	病状説明	当直			
水	当直	手術			病棟処置	治療検討会	原簿資料作成		
木		論文検討会	外来診察	出張病院での診療・手術		当直			
金	当直	病棟回診	授業	手術		手術検討会	病棟回診	資料作成	
土		病棟処置							
日		病棟処置			(1~2回/月の当直)				

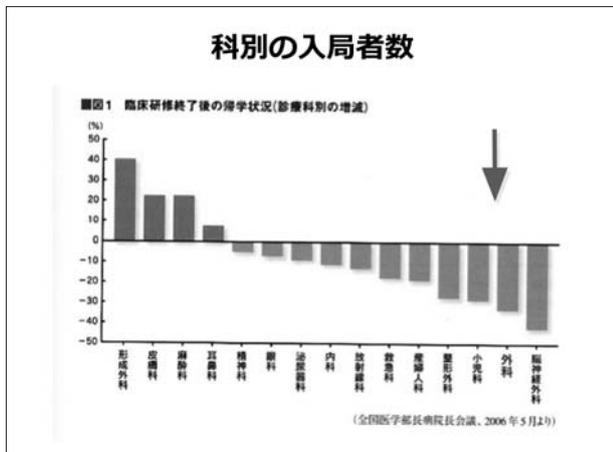
週当たりの勤務時間	
手術関連:	18時間
外来・病棟業務:	30時間
書類・会議:	14時間
当直:	52時間
計:	112時間

学内給与	300万
学外給与	200万
税込み	1250円/時間

一方、そういう医療環境の中で、私たち大学の外科勤務医が実際にどのくらい働いているかと言うと、これは私の医局の若手から中堅にかかる外科専門医ですけれども、黒で示してあるのが手術の時間、青で示してあるのが術後の管理であったり、病棟の処置や外来、黄色のものが会議、あるいは書類作成、それから学生の講義、授業のプリント作成、そういうデスクワークです。これらを全部合わせると、週当たりの勤務時間は1週間で大体112時間ぐらいです。私で大体100時間ぐらいです。この中には大学病院としての勤務時間と、外勤の時間も一緒にしてあります。にも関わらず、30代後半ですけれども、正規職員になれません。いわゆる大学では助教、講師など、そういったポストがありますけれども、そ

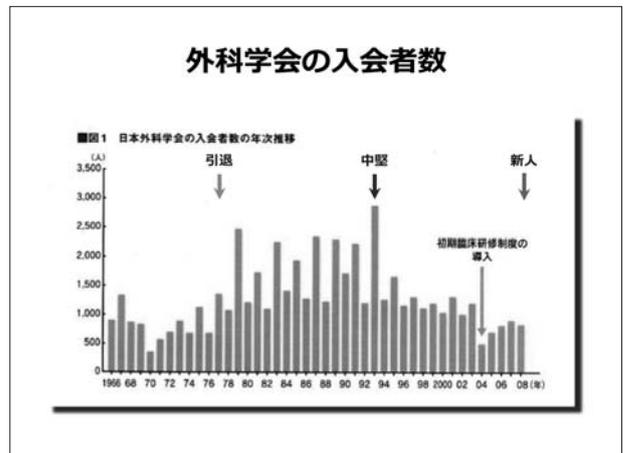
パネルディスカッション

れに入れない、非常にポストが少ない状況です。学内給与から300万、学外給与から200万、そうすると年収大体500万、これをこの勤務時間で割ると税込みで1,250円と、マクドナルドのお姉さんのちょっと高いぐらいなのです。これで背負うものがどれだけあるかということです。国立大学の外科の勤務医が厳しい状況であることはわかってもらえると思います。

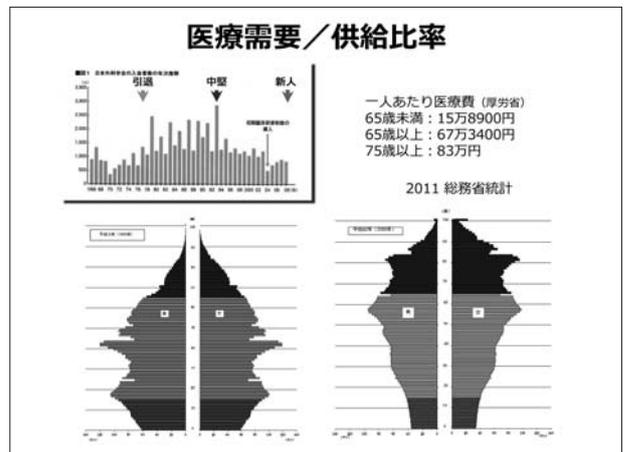


こういう状況を野放しにした結果どうなったかと言いますと、遠藤先生があとからお話されますけれども、科別の入局者数は脳神経外科がビリです。これは新臨床研修医制度が始まって8年経ちました。最初の2年が前期臨床研修医制度に伴っていろんなところで研修を積みます。その後3年目に従来私たちがやってきたような医局に入局すると、これが後期臨床研修。外科がワースト2位です。実は小児、あるいは周産期医療、そういったものが非常に崩壊が叫ばれていますけれども、実はそういったところは若干の回復の兆しが見えていて、それよりも後塵を拝するような状況になっています。

外科学会の入会者数をこの青の矢印、これ実は私の学年です。これが定年を迎えられる65歳の先生方、私の20年下、ちょうど今入局される先生がこの赤です。そうすると実は私の学年というのは外科学会の入会数が一番歴代で多いのですけれども、この20年間で右肩下がり、大体今はその3分の1ぐらいになっています。結局その外科医たちが、医療需要に対してどれだけ供給できるのかということ、やはり相



対比で考えるのが医療ですから、ここに人口ピラミッドをとってきました。



これは総務省の統計ですけれども、左が20年前の日本の人口ピラミッド、右が20年後の日本の人口ピラミッドです。これを見ると今日本では、65歳以上の人が医療費1人当たり67万使って65歳未満の4倍以上。75歳以上の人が83万使っています。つまり65歳以上の人たちが日本の医療費のほとんどを消費している、これはこれからも変わることがない比率だと思います。それでこのおよそ20年の累積の外科医で、この黒い部分の面積で表される65歳以上の人を支えてきていたのです。これだけの医療をやってきました。今度は20年経つと、これだけの数の外科医で、これだけの人たちの医療を支えていけなくなっていくということになる。外科医数がおよそ4割に減少し高齢者人口が約2倍に増加すると、概算で現在の4.8倍程度の手術や入院患者の診療にあたらなければならないことがわかりました。

パネルディスカッション

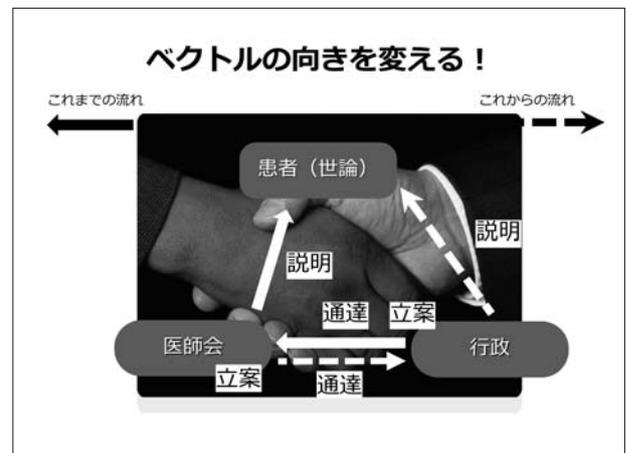
なもちろん意見があります。ただしそういった外部強制は長続きしないと思うのです。提案というのは実行可能で継続可能であることがやはり2大条件だと思っていますので、不足している医療の領域にお金を出せばいいだけの話ではないかと思うのです。つまりサラリーを上げれば、サラリーワークバランスと言いましたけれども、それを上げてあげれば自然に人はそちらへ流れていくと、今の日本はもう経済至上主義ですから、あまり議論で理想論を語ってああでもない、こうでもないと反故になるぐらいだったら、現実的なところから始めて修正していく型の現実型、修正型の政策をすることが医療ではやはり大事ではないかと思っています。

職務環境の問題 (salary / work balance)

- 過重労働であっても交代者がいない
- 労基法を遵守すると術後死亡率は悪化
- 環境が整うまでは手当で持ちこたえるしかない

職務環境に関しては過重労働であっても、現状では実際交代者はいません。実際代わってくれる人がいない、そうするとやはり診なくてはいけない、それを理想論的に9時、5時で帰るようになってしまうと、術後の合併症も増えますし、死亡率も成績も悪くなると思うのです。現場の医療者は徹底的にその患者さんに尽くすように頑張っています。そんなDNAを持った外科医に、ここで帰りなさいと言っても、交代者がいない場合はなかなか帰れません。では交代者がすぐ増えるかと言うと増えません。だから労働基準法云々ありますけれども、それが今は守れませんので、将来的に守れる環境ができるまでは、サラリーで持ちこたえていただくようにすることが、現実的ではないかというふうに思っています。さて、医師会の講演に来て医師会にあまり言うのと、

あとから怒られそうかもしれませんが、やはり医師会としてはどこを向いているのか立ち位置をブラさないでほしいということが1つ、それからやはり優秀なスポークスマンを持って、メディア戦略を上手にやらないといけないと思うのです。これまでは開業医の利益団体のように言われ続けて、今ようやく日本の医療が崩れそうになってきて、勤務医大会もこうやって開かれるようになって、勤務医のほうを向いてくれるようになった、けれども実際に向くべきはやはり患者。やはり医療を受ける、医療を必要とする人たちのところを向いて、政権によって右往左往するような立つ位置をブラさないでほしい。そして私たちの代弁者を、スポークスマンをやはりもたないといけない、私たちが自分たちの勤務環境を国民に語ると、医者は儲けて楽しんでいるのにさらに自分の利権をとというふうな反発をどうしても風で感じます。ですからそれを上手に代弁してもらおう、スポークスマンをやはり持つことと、メディア側と国家側と国民側と3つの方向にそれぞれ複数媒体を持ちたいと、そんなふうに考えています。



これまでは行政が医療政策を決めて、医療機関に通達を出し、こちらを患者さんに説明して、恨まれるのはこちらだった。そうではなくて私たちがシンクタンクとなって医療政策を決めて行政へ伝えて、行政が患者さんへ説明するという、逆のベクトルを向くように頑張る必要があると思います。

長くなりました。4つにまとめました。これ武田の家紋みたいになったので一応風林火山として、す

ま と め

- ❖ 現場からの素早い医療政策への働きかけ
- ❖ 立場による小異を捨てて静かに結束
- ❖ 不採算医療部門を衰退させない情熱
- ❖ 医療者としてのスタンスを崩さない



弥陀ヶ原

ばやく医療政策へ働きかけ、私たちは小異を捨てて、大同の公益のために静かに結束をして、そして情熱を持って、そして立ち位置を崩さないというふうな4つに、まとめました。どうもありがとうございました。

(南里座長) 土岐先生ありがとうございました。

② 「地域の救急医療を維持するために
～急性期病院における勤務環境の課題～」

富山県立中央病院内科部長 白田 和生

富山県立中央病院の白田です。私は救急医療の観点から現在の勤務医の就労環境などについて、お話しさせていただこうと思います。

図1は呉羽山から見た富山市の夜景です。中央右に明かりがついている建物が当院です。夜景としてはきれいな絵ですが、救急医療という立場で見るとまさに深い闇に包まれていく状況を表しているような気がしています。

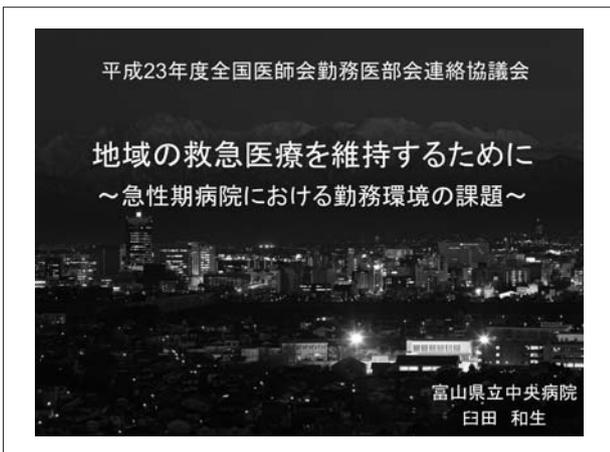


図1

図2は厚生労働省が出している人口10万人対医師数の年次推移のグラフですが、10年間で約4万人弱増えていることが示されています。しかしOECDの国際

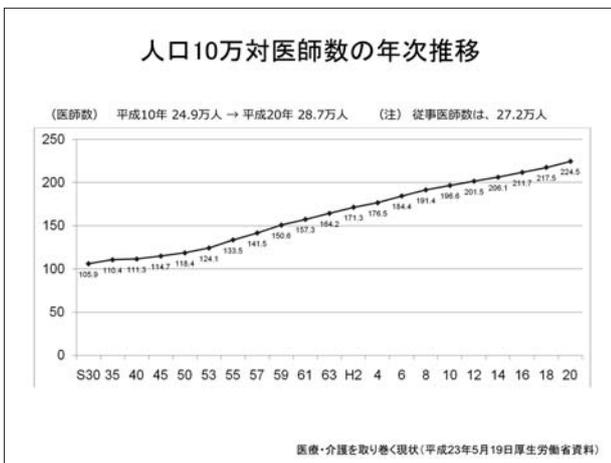


図2

比較(図3)では単純平均の3分の2であり、医師数が明らかに少ないことは厚生労働省自体が今年の報告書でも認めています。

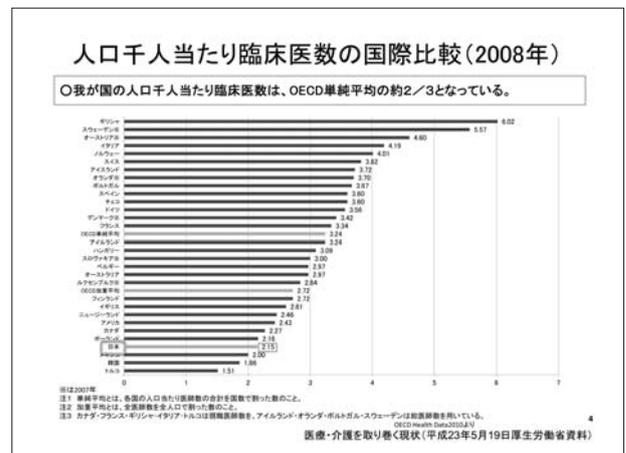


図3

では、救急医療がどのような状況であるか考えてみたいと思います。総務省消防庁の救急出動件数の統計(図4)によると、搬送人員の推移と重症度別変化はこの10年で約30%増加と、急増しています。しかしその大多数は、よく報道されているように軽症患者の増加で占められています。

救急医療の崩壊が、まさに医療崩壊と同義に位置付けられています。総務省消防庁では、照会回数4

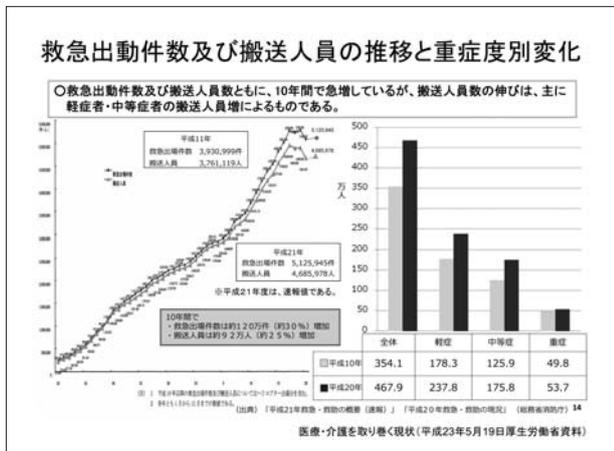


図 4

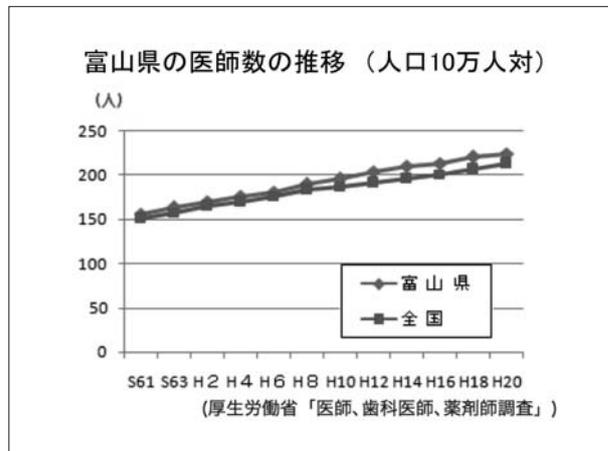


図 6

回以上、現場滞在時間30分以上の場合を搬送困難事例として統計をとっています。図5の色分けで見ると、近畿、関東方面など都市部では搬送困難事例が多数発生している、それに比べて地方では搬送困難事例は比較的不いと言われてきました。

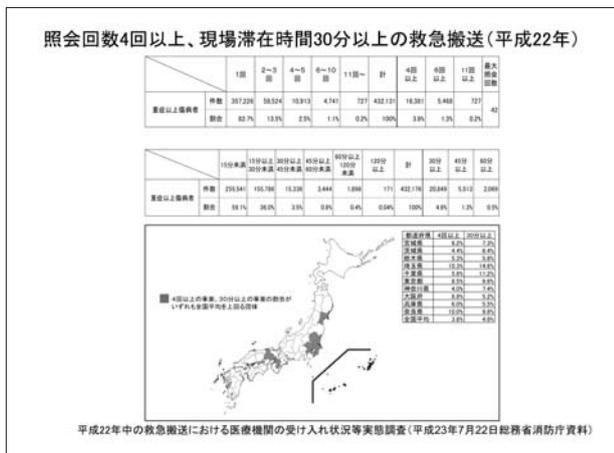


図 5

富山県の医師数の変化を図6に示します。全国平均に比べてわずかながら上回った状況ですが、富山医療圏における救急搬送件数は急増しています（図7）。この20年間で約2.5倍、富山市消防局の統計ではこのうち軽症例と考えられているのが半数以上を占めるといのが、現在の救急医療の現状です。

従来、富山県内では緊急搬送受け入れ困難事例は表面化していなかったわけですが、それは各医療圏の急性期病院の勤務医がかろうじて救急輪番体制を維持し、救急医療を支えていたという側面があります。

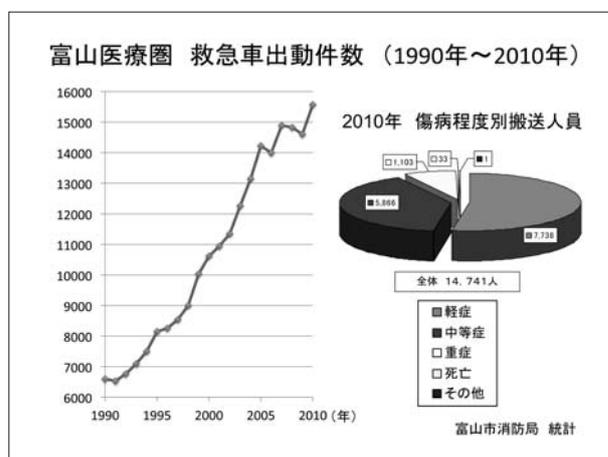


図 7

現在、その輪番体制が徐々に崩壊しつつあります。今年の1月に地元新聞に掲載された特集記事で、ある医療圏では1つの急性期病院以外は救急医療の維持がなかなか難しい状態になり、また別の医療圏でも輪番の対応が極めて困難な状況になってきている急性期病院があり、まさに綱渡りの状況であることが報道されました。

そのような中で残念な記事が出ました。今年の7月、三次救急患者にあたる患者さんが受け入れ拒否というような形で亡くなられたというような見出しで、大きく富山県内で取り上げられました。翌日のほとんどの新聞の論調は、病院側の体制不備を問うものが大部分でした。たらいまわしという言葉を使っている記事もありましたが、これは非常に不適切な言葉ではないかと私は思っています。何とか救急医療を維持したいという思いは、全ての医師が持つ

パネルディスカッション

ていると思います。1週間ほど経ちますと、報道としては慢性の医師不足が背景にあることを指摘した内容に変わってきた部分もありました。

では富山県内の医師が実際どのような状況にあるかということ、富山県医務課が調査して公表しています。全国的にも医師不足と言われている代表が小児科、産婦人科、麻酔科と言われているので、富山県でもこれらの診療科のデータしか出ていません(図8)。

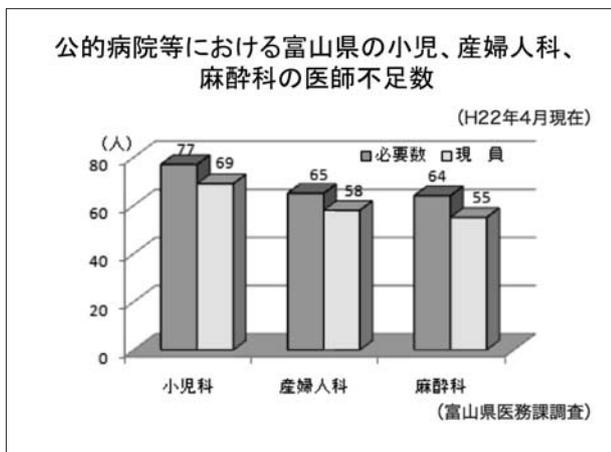


図8

ところが昨年厚労省が全国の医師不足の実態調査を行っています。図9は富山県内の有床医療機関における医師不足の状況です。内科系で105人、外科系で72人と、実際の救急医療を支えている主要な診療科での不足が多く、トータルとして291人医師不足であることが示されています。

振り返って、先ほどの救急搬送件数の伸びと医師

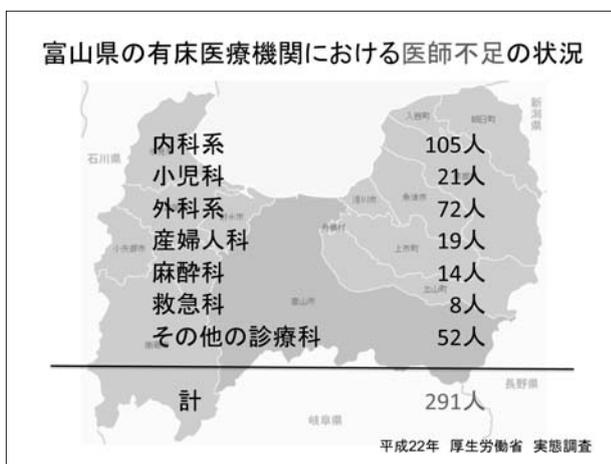


図9

数の伸びのグラフを、15年前を基準として比較してみると、救急車搬送件数は2倍近くになっていますが、医師はようやく1.2倍に増えただけで、この解離はますます大きくなっています(図10)。

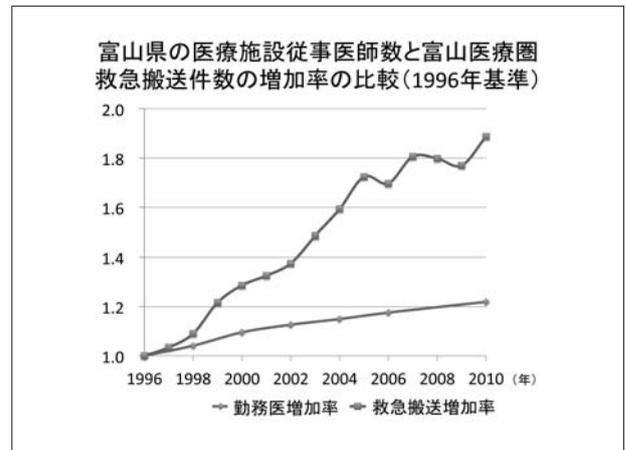


図10

図11は当院救命救急センターを受診された患者さんの転帰です。救急車で搬送された方の約半数は帰宅できる軽症患者、全受診患者は救急車搬送件数の約3倍となりますが、独歩で来院される患者さんの約3分の2はそのまま帰宅できる軽症患者であり、このような軽症患者数の増加が現場の疲労感をさらに増している状況にあります。

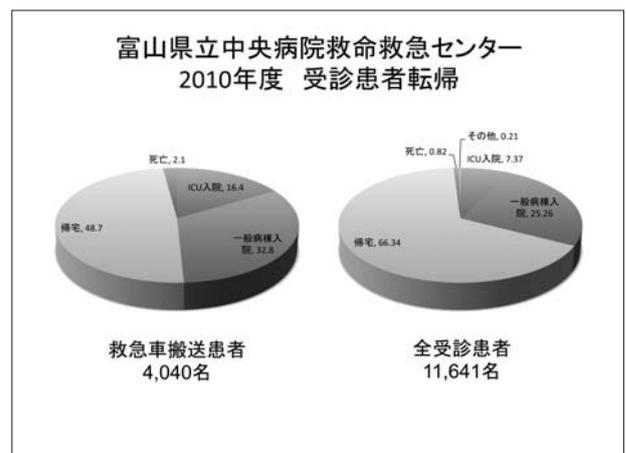


図11

富山県立中央病院の私が所属する内科循環器の医長以下の平均時間外勤務時間数は、今年上半期1人当たり約75時間でした(図12)。先ほどの富永先生のお話にもありましたように、2カ月から6カ月にわたって80時間を超える労働が認められる場合には、

業務と発症との関連性が強いとされています。80時間到達まで、あと1日10ミニッツということになります。

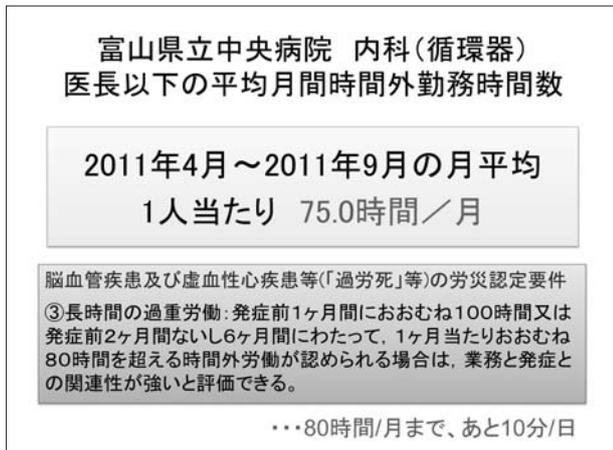


図12

図13は厚労省が定点観測して公表している毎月勤労統計調査です。日本人の労働時間は厚労省の公表では年々短くなっています。しかも昨年度の毎月勤労統計調査では、平均月間所定勤務外時間数は10時間でした。昨今の経済状況を考えますと、医療以外の業種においても、公表されない隠れた時間外労働は当然あると思いますが、政府が公表している所定勤務外時間数と比較する限り、我々はやはりもっと過剰勤務という現状を、声を大にしていくべきではないかと思えます。

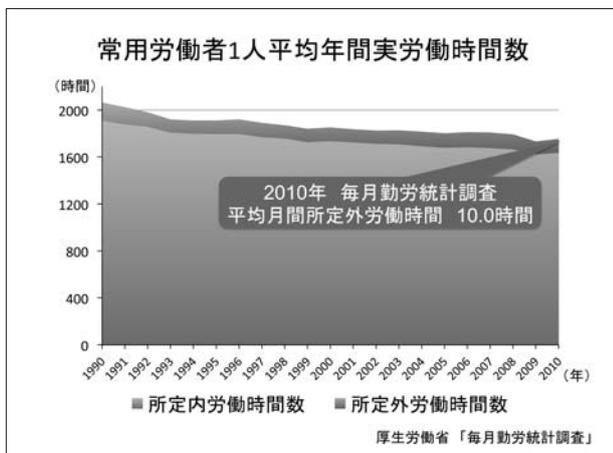


図13

我々が従事する循環器診療では、図14のように急性心筋梗塞の救急患者に対して緊急のカテーテル治療を行っています。閉塞した冠動脈をバルーンで広

げて再開通させる治療を24時間体制で行っているわけで、先週の日曜日の救急輪番日には1日6名の緊急カテーテル患者が搬送され、皆休みなく働いていました。



図14

このような救急患者の増加に加えて、医療の高度化が医師の勤務環境に大きく関わってきます。循環器領域では、カテーテル治療の件数が年々増加してきましたが、常勤医師数はずっと4人で、2年前にやっと1名増員された状況です(図15)。

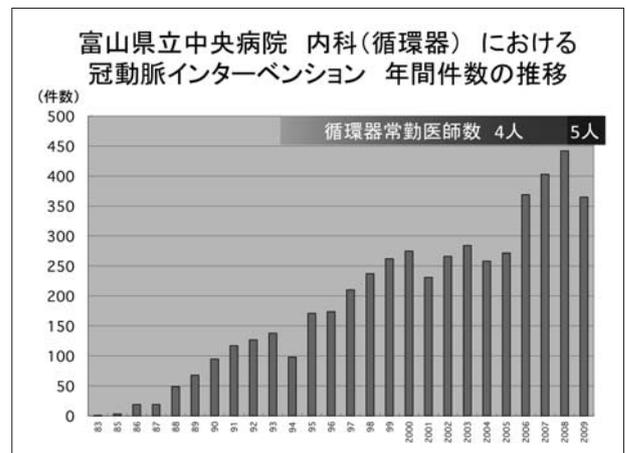


図15

医師定数に関わる問題として、自治体病院の医療職員の定数が自治体の職員定数条例により厳格に規定されていることが挙げられます。昨今の公務員数削減という方向性は、病院の医療職員の定数にも無関係ではなく、なかなか増員が認められないという背景があります。そのような状況の中でも救急患者は急増しています。救急医療を行い、医療の高度化

パネルディスカッション

に対しても日々対応していかなければいけないという状況で、常勤職員の疲弊がどんどん進んでいます。

今月の日本医師会雑誌に興味深い論文があり、その中で都道府県や政令指定都市が設置する200床以上の病院に対する労働基準監督署の是正勧告を平均の2倍以上受けた自治体が黒で示されています(図16)。北陸の3県は全部黒でしたが、勧告内容は、労働時間数に対する是正勧告、あるいは時間外、休日及び深夜の割増賃金に関する勧告などでした。ちょっと興味深いことにこの色分けは、最初に出た救急搬送の受け入れ困難の色分けと逆のパターンを示しています。ということは、地方の救急医療を担う医療機関の中核である公的病院が非常に厳しい勤務環境にも関わらず救急医療を維持するため頑張っている姿が見てとれるのではないかと思います。

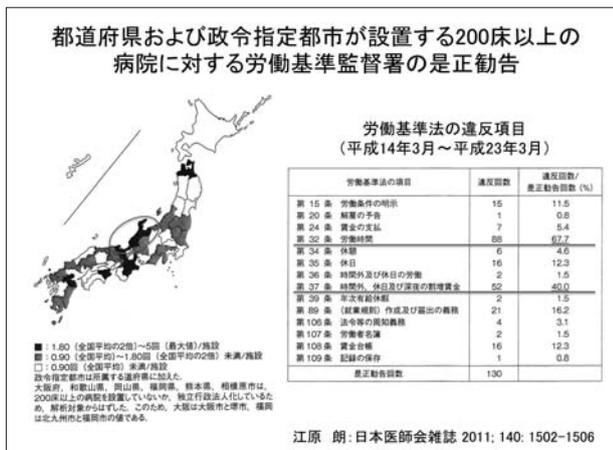


図16

当院の医師過重労働に対する現状の対策(図17)として、救急輪番勤務明けは原則休みとし、やむを得ず勤務が必要な場合は時間外勤務扱いという態勢をとりました。これによって連続勤務という弊害は一応解消されています。医療事務作業補助者(医療クラーク)は勤務医の負担軽減に必要な人員ですが、最大の15対1の配置まではまだまだ遠い道のりです。

勤務医の負担軽減策として、病診連携、病病連携による機能分化という問題があります。森富山市長から話がありました富山市医師会急患センター(図18)が2011年10月から業務を開始しました。現在、年間3万5,000人の一次救急患者がこちらを受診し

医師の過重労働に対する現状の対策

- 救急輪番勤務明けは原則休み。やむを得ず勤務が必要な場合は、時間外勤務扱い
- 医療事務作業補助者(医療クラーク)の設置(50:1の配置)
- 病診連携の推進: 病院と診療所の機能分化

図17

富山市医師会 急患センター

2011年10月1日 移転新築・業務開始



一次救急患者 35,000人/年 → → 50,000人/年

図18

ていますが、これを年間5万人に引き上げる目標とされています。急患センターで一次救急患者の受け入れを増やすことは、急性期病院の救急医療のバランスを考える上で非常に重要で、富山市医師会会員の先生方に敬意を表するところです。

富山県立中央病院では、救命救急センターの改修が進んでいます(図19)。救急車と直接来院患者の入口を分離し、救急処置室を高度化し、個室化することで倫理的配慮を行い、産科、小児科、精神科救急にも配慮する施設として整備が進んでいます。ただし医療者の充実についてはまだ不透明な状況です。

良質な救急医療と勤務医の負担軽減のためには(図20)、まず医師不足の解消が必要だと思いましたが、それに加え救急医療を担う医療機関に対する診療報酬での十分な評価が望まれます。それから富永先生のお話にもありましたが、特定看護師、トリアージ



図19

(南里座長) 白田先生ありがとうございました。

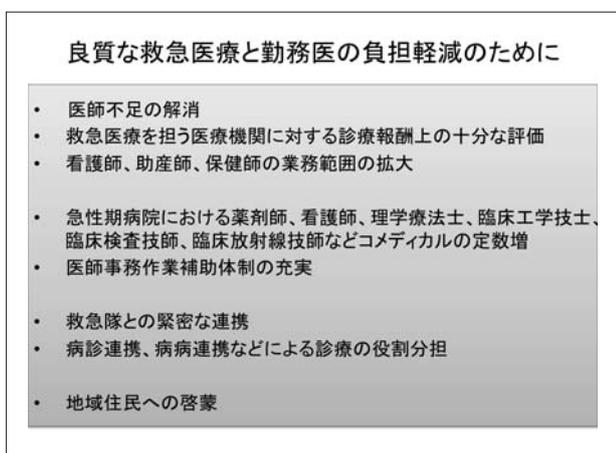


図20

看護師等も救急医療で議論されています。そのような看護師の業務範囲の拡大ができるかどうか、医師会とはこの辺はちょっと温度差があるのかもしれませんが。急性期病院におけるコメディカルの増員も必要で、医師だけを増やしても改善にはなりません。さらに、医師事務作業補助体制の充実、救急隊との緊密な連携、病診連携、病病連携など診療の役割分担を進めることも必要です。地域住民に対しては、安易な救急車の使用の自粛や、非日常的なことが起きた場合の対処法などについて、これは住民への啓蒙というより、学校教育の段階から何らかの手を打っていかねばいけないのではないかと考えます。

闇にのまれるような救急医療と勤務医環境ではなくて、今日の天気のような晴れわたった環境の中で、救急医療及び勤務医の就労環境が整備できたらということ望んでいます。

③ 「医師の子育てを支援するための取り組み」

黒部市民病院耳鼻咽喉科部長 丸山 裕美子

丸山と申します。まずこのような機会をいただきましたことに感謝を申し上げます。

医師不足につきまして、皆様御存知のところを大変恐縮ですが、臼田先生もおっしゃられましたとおり、2010年の厚労省での全国調査結果によりますと、今の病院では10人の医師が必要なところを、8.8人で対応しているということになります。医師不足と医師の疲弊が引き起こすこの循環に、とても不安を感じております。

当院は就労状況改善活動の1つとして、医師が子育てできる環境づくりを目指しています。2000年以後医師国家試験合格者の3割以上が女性であり、医師不足の一因として医師の子育てに関わる離職の問題が挙げられています。男女に関わらず仕事を学び打ち込みたい時期と、結婚や子育ての適齢期とが重なっております。

どうすればいいのか明確な答えが見えない中、基本に帰ってまず親になるということについて考えてみました。当然ながら皆様に御両親にあたられる方がいらっしゃいます。私は親になるということは自然なことだと感じていますし、私自身親になれたことは人生の恵みの1つだと感じています。社会的に少子高齢化がすすむ現状に不安も感じております。

ところが、親が医師である場合には親である医師にも、また医師を親に持つ子供やその家族にも様々な工夫が必要となることを経験しましたし、周囲の先生の悩みも多く聞きました。時期的に古くなり恐縮ですが、2006年当院の新居院長より女性医師の労働条件を明確化してほしいとのお話をいただきました。でも日夜努力しているのは全ての医師です。医師全体が働きやすくなれる環境を検討させていただきたいと思いました。

まず仕事と私生活のバランスについて、皆さんが実際にどのように感じておられるかを知りたいと思



い、アンケートを行いました。以下結果を御報告いたします。まず未婚の医師に結婚の希望についてお聞きしますと、男性はYesとNoにはっきり分かれている一方で、女性はしたくないと断言する方はいらっしゃいませんでした。次にお子さんの希望についてですが、男性は全員お子さんを希望する一方で、女性は複雑に意見が分かっていたのが印象的でした。

具体的な労働条件の項目について、個人の感情としてどのように感じますかとお聞きしてみました。先ほどの嘉山先生のお言葉にも励まされましたが、医師が妊娠した場合希望があれば妊娠中は当直免除という状況について、大多数の医師が肯定的であることが確認できました。出産後は希望があれば短期時間就労という勤務形態について、大多数が肯定し、そして反対意見はゼロであるという結果でした。これは私にとって大変勇気づけられるものでした。

調べてみますと日本には多くの法律があります。先ほどありました当直についても法で守られている権利です。ではこれらの法律を知っていたかどうかをお聞きしますと、既に知っておられたのはわずか半数の医師のみでした。これをどう思いますかという問いには、ほとんどが賛成していることがわかりました。

次に出産と産後1年間の対応についてです。出産後につきましては男性医師の認知度が大きく低下していますが、同じく肯定的な意見が大多数でした。次は育児についてです。育児については男性医師も対象となります。育児の法律については男女とも認知度が低い状態でしたが、やはり肯定的な意見が大多数でした。

アンケートにフリーコメント欄を設けましたところ、多くの医師より意見をいただきました。親になれたことの幸せを訴えられる方も多く、やめてしまうぐらいなら一時的状況をサポートして、これ以上医師不足に拍車をかけてほしくないという意見も多くいただきました。また男性医師からは自分も家族と夕食を食べたい、父親として子どもと向き合いたいという意見もいただきました。

皆様のお気持ちを確認できたことに勇気づけられて、子育て支援の院内内規に向けて動き出しました。これがその一部です。手元に資料がございますので、御希望の方はおっしゃってください。

富永先生もおっしゃっておられましたとおり、根本的には現行の素晴らしい日本の法律を、医師も気持ちよく主張できる環境さえあればいいと思われました。その中で当院での内規の特徴について挙げるとすれば、3点あるかと思います。まず1つ目はお子さんの年齢についてです。法律では未就学児とされていますが、年齢を小学生までのお子さんに拡大させていただきました。また御家族の病気についてもコメントしております。そして保育園や学校の親子行事などの参加について、医師が遠慮せずに参加したいと言える環境づくりを目指しました。

内規づくりに取り組んでおりました頃に、実は1人の女性医師の方が妊娠中の状態でした。11月に産休に入られまして、3カ月後に復帰、できる範囲から仕事を拡大し、徐々に仕事を完全復帰に至っておられます。現在その先生は、国内留学と大学での研修を終えられたのちに、お二人目を出産後完全復帰しておられます。

これはまた別の男性医師のお話です。奥様が第二

子のお子さんの妊娠中に入院することになりました。その医師は第一子の育児を担当しながら、核家族で奥様の第2子出産を迎えたいと考えました。そのために彼が希望したのは、拘束当番と当直を一時的に外してもらうことです。そして上司、同僚の先生、医療スタッフの皆さんの協力を得ることができ、お子さんも無事に誕生されました。

これはまた別のある女性研修医についてです。当院の職員と結婚し、今年の春に出産されました。周産期3カ月間の休職ののちに当直免除の形で復帰されました。さらにこの10月に旦那様、御家族、医療スタッフの協力を得て、短期のアメリカでの研修を終えて帰国しておられます。いずれの方につきましても、内規により、と申し上げるより、御本人の努力と周囲の方の理解があって実現したと感じています。

さてこの内規作成に加わったものとして、本当はとても不安だったことがあります。それは常に十分に仕事に心血を注いでおられる男性医師が、正直なところどのように感じておられるかということでした。アンケートを行って初めて先生方のお気持ちを知ることができ、大変うれしく思いました。その分この内規の根源には、皆様の温かい気持ちを感じています。内規の冒頭の部分に周囲の理解と協力、そして本人の努力が必要であること、悪用は許されないこと、各医師と周囲の状況に対して柔軟に対応することが明記されています。

富永先生もおっしゃっておられましたように、もう1つ感じますのは、医師が人として仕事と私生活をバランスよく保つこと、これは女性に限らず医師全体に関わる課題であると感じておりますし、長期的に安全で質の高い医療を行うためにも大切ではないかと思います。

しかし多くの課題を痛感する毎日です。医師不足が根底にあり、サポート体制をつくるのが困難な状況も多く経験いたします。また1人主治医制やチーム主治医制など、診療科ごとの特徴や、医師それぞれの状況の違いで対応に悩むこともあります。し

パネルディスカッション

かし一番悩みますのは、やはり全体的な医師不足、サポートしたくても多くの先生が常にギリギリの状況でいらっしゃるという現実だと感じています。皆様の御指導をいただけますよう、よろしくお願い申し上げます。

そのほかマタニティマークを使った、勤務中のマタニティバッジを作成したり、院内保育所などの活動も行っております。

以上当院での取り組みを紹介させていただきました。この取り組みが勤務医不足の中で何らかのヒントとなり、医療スタッフの皆様、支えてくださっている御家族の皆様、そしてかけがえのない子どもたちにとって、よい影響になってくれることを願っております。どうもありがとうございました。

(南里座長) 丸山先生ありがとうございました。

1

医師の子育てを支援するための取り組み

黒部市民病院耳鼻咽喉科：丸山裕美子

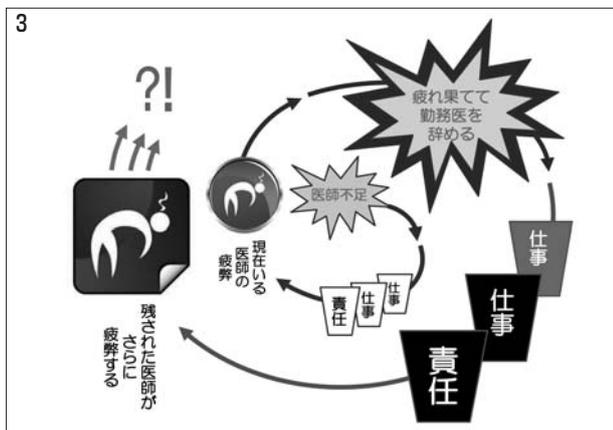
2011年10月29日 平成23年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

2

厚生労働省の全国調査

- 医師不足把握のための全国病院調査 (2010年9月発表, 全国8689医療機関対象, 回答率84.8%)
- 結果: 現在24,033人の医師不足
- 現在の1.14倍の医師が必要な状態

つまり、今の病院では本来なら10人の医師が必要なところを8.8人で対応していることになる



4

医師のワーク・ライフ・バランス

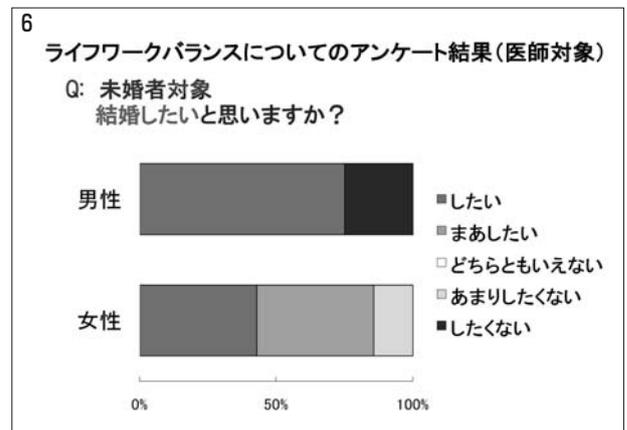
仕事を学び打ち込みたい頃 結婚・子育ての適齢期

- ◆ 医師の職務の大変さがわかるがゆえに、同僚に遠慮して無理をする
- ◆ 中途半端になるくらいならと、離職を選ぶ

5

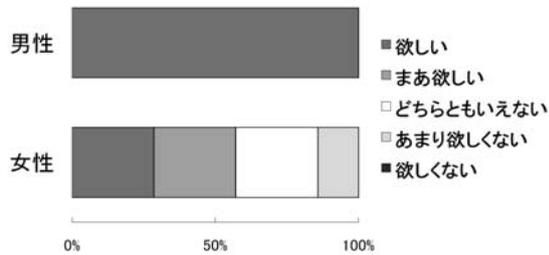
親になるということ

- 人はみんな父と母の間に生まれてきた。
- 親になること
 - ◇ 自然なこと
 - ◇ 自己にとっての、大いなる冒険と経験
 - ◇ 生命のリレー
- 少子高齢化の問題



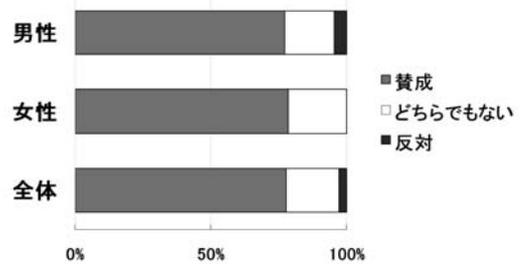
7

Q: 未婚者対象
子供は欲しいですか？



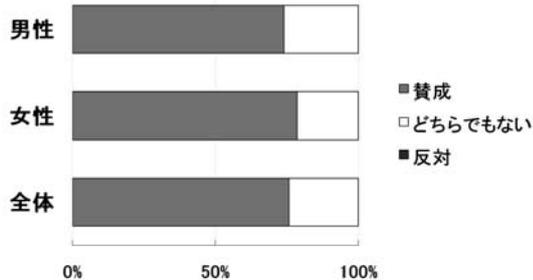
8

Q: 女性医師について どう感じますか？
「本人が希望した場合、妊娠中は当直免除」



9

Q: どう感じますか？
「出産後は希望があれば短時間勤務」



10

● 現行の法律について：妊娠対応

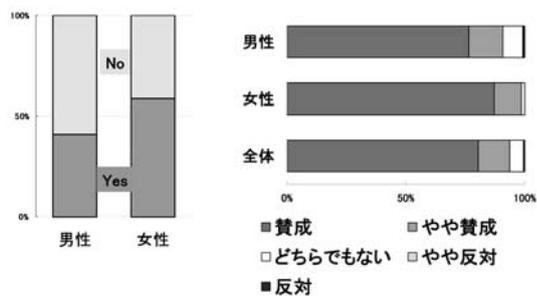
- ▶ 妊婦本人が希望する場合、妊婦健診(定期健診)に受診するために就業時間中に受診の時間を確保できる
- ▶ 妊娠中、体調が悪くなり医師などから何らかの指導を受けた場合には、事業主はその指導を守ることができるように勤務時間の短縮や休業などの適切な措置を行なう必要がある
- ▶ 妊婦本人より請求があった場合、時間外労働、休日労働、深夜業を免除する必要がある
- ▶ 軽易な仕事への配置転換の希望があった場合、配置転換を検討する必要がある
- ▶ 妊婦本人より希望があった場合、出産予定日の6週間前(双子の場合は14週間前)から休業をとらせる必要がある

11

● 現行の法律について：妊娠対応

Q1: 知っていた？

Q2: どう思う？



12

● 現行の法律について：出産と産後1年への対応

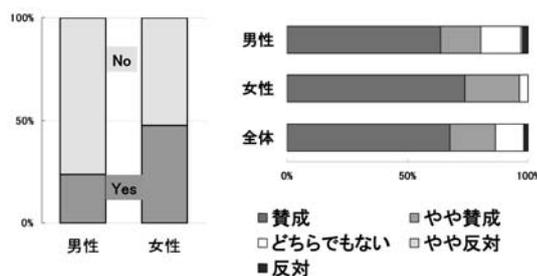
- ▶ 産後8週間は休業させる必要がある
- ▶ 産後6週を経過した女性労働者が希望し、医師が差し支えないと認めた業務については就業することができる
- ▶ 産後体調が悪くなった場合、医師などの指導がある場合にはその指導事項を守るための措置、勤務時間の短縮や休業などの措置を実施する必要がある
- ▶ 産婦健診のための時間を確保するように配慮する。有給か無給かは各社に任せる
- ▶ 女性労働者からの請求があれば時間外労働・休日労働・深夜業を免除する必要がある。
- ▶ 女性労働者から育児時間(1日2回各30分)の請求があれば認めなければならない

13

● 現行の法律について：出産と産後1年への対応

Q1: 知っていた？

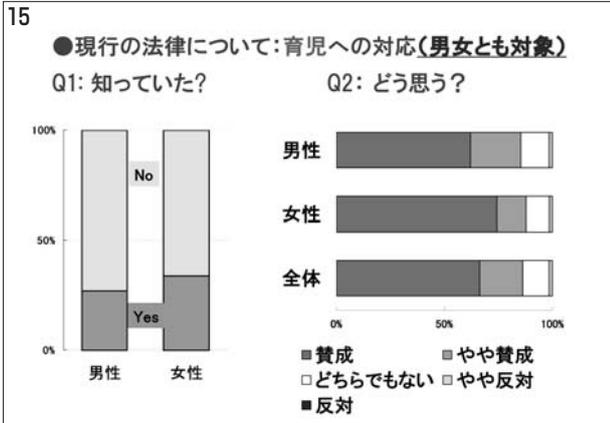
Q2: どう思う？



14

● 現行の法律について：育児への対応 (男女とも対象)

- ▶ 1歳未満の子を養育する男女労働者から申し出があった場合休業を取らせる必要があります。(保育園に入所できないなどの事情がある場合は1歳6ヶ月まで)業務の繁忙などを理由に休業を拒むことはできない(上記の対象外となる労働者は①勤続1年未満 ②配偶者や配偶者以外の親が子を養育できる労働者)
- ▶ 育児休暇の申し出をしたこと、また休業したことを理由とする解雇、その他の不利益な取り扱い(身分の変更、降格など)をすることは禁止されている
- ▶ 子供が3歳になるまで、仕事と育児を両立させるための措置(短時間勤務や時差出勤など)を会社で1つ以上定め、男女労働者から請求があれば認める必要がある
- ▶ 子供が小学校に就学するまでの間、男女労働者から請求があれば1ヶ月24時間、1年150時間をこえる時間外労働をさせることができない
- ▶ 子供が小学校に就学するまでの間、深夜において子を養育することができる同居の家族がいけない場合などの一定要件を満たした男女労働者から、請求があった場合、深夜業を制限しなければならない
- ▶ 子供が小学校に就学するまでの間、男女労働者から子供の病気や怪我の看護のための休暇の請求があった場合、1年間に5日まで認めなければならない



16 ●男女医師からのフリーコメント(一部抜粋)

◆多くの男女医師より
子どもをもって、本当によかったと思う。
子どもを持って知ったことはかけがえがない。
親になれて幸せだ。

◆複数の男女医師より
★誰かがやめてしまうより、一時的な状況ならサポート体制を整えて、これ以上医師不足に拍車をかけて欲しくない。

17 ●男女医師からのフリーコメント(一部抜粋)

◆複数の男女医師より
短時間勤務制などで医師の業務の一部をやってもらえたら、常勤の勤務医としての仕事に専念する時間や余裕ができると思う。

◆ある男性医師
★自分も夕食は家族としたいし、休日はゆっくり家族と過ごすことができる勤務環境であってほしい。
もっと父親として子どもと接したい。

18 内規作成にむけて

- 2006年8月
院内「子育て支援の会」立ち上げ
構成員： 男性医師1名、女性医師1名、看護部長1名、総務課員1名
- 2006年10月
院内「幹部会」で内規案の説明
内規制定の認可
- 2009年11月
内規更新

19 《医師の子育て支援に関する内規》
(一部抜粋)

- 本人が希望した場合、妊娠中は当直業務の免除や日常業務の軽減について法令などに従い適切な措置を行わなければならない。詳細については各部署で協議すること。
- 周産期の休業については法を遵守し本人の希望を尊重しなければならない。
- ◆ 1歳未満の子を養育する医師が希望した場合、法令などに従い休業をとらせなければならない。尚、配偶者や配偶者以外の親族が子を養育できる場合は対象外とする。

現行の法の遵守について
医師も主張できる地盤作り

20 内規作成中の不安と喜び

- 一番心配だったこと
アンケートや内規作成にむけて、担当者が一番心配していたのは、一緒に頑張って日々働いている男性医師の正直な感じ方や考え方でした。
- アンケートをとって初めて確認できたこと
多くの医師が女性医師への妊娠・出産時期の配慮について違和感や不快感などを抱いておらず、むしろ協力的に感じていることを知ることができた。

21 医師のワーク・ライフ・バランス

●医師が人として、仕事と自身の生活を両立できる就労環境を保つことができること

「女性医師問題」
というよりも
「すべての医師にとっての課題」

長期的かつ安全で質の高い医療のためにも重要

22 課題

- 全体的な医師不足、大学との連携
サポート体制をつくるのが困難な場合が多い
- 各科による特性、個人ごとの状況の違い
各科によって特性があり、個人ごとの状況も異なり、一律な対応は困難

一番悩む点：全体的な医師不足
すでにギリギリの状態

この活動が・・・

勤務医不足の現状の中で何らかのヒントとなり

- 医療スタッフのみなさま
- 支えて下さっているご家族のみなさま
- そして子供たちにとって、

よい影響となることを
切に願っています。

座 長

富山県医師会理事 **南 里 泰 弘**

それでは次に「医師の健康がよりよい医療に不可欠」という題で、川人法律事務所・弁護士の川人博先生にお願いしたいと思います。

川人先生は医師ではございませんので、簡単に御略歴を御紹介させていただきます。川人先生は昭和24年大阪府泉佐野市生まれでございます。東京大学経済学部を御卒業になりまして、昭和53年に東京弁護士会に弁護士登録をされておられます。平成4年から現在まで東京大学教養学部の「法と社会と人権」ゼミの講師として、また平成7年からは川人法律事務所を開設されております。

川人博先生は弁護士として「過労死110番」の活動に参加され、現在、過労死弁護団全国連絡会議幹事長であり、本といたしまして「壊れゆく医師たち」という、弁護士の先生からはちょっと違和感があるような本と思いますけれども、そういう本も出版されており、医師の過労死について非常に精通された先生であります。

勤務医の就労環境について弁護士の立場から、お話いただきたく、今回講演をお願いした次第であります。それでは川人先生、よろしくお願いたします。



④ 「医師の健康がよりよい医療に不可欠」

川人法律事務所・弁護士 川人 博

御紹介いただきました弁護士の川人と申します。私は父親が大学の医学部で研究をしたのちに開業医になりまして、医師の息子です。2つ上の兄も医師で、いとも医師で、姪も医師です。たまたま私のいところが心臓外科を担当しているのですけれども、先ほど御講演いただきました富永先生とも御知り合いだということをお伺いしました。普段そういう親戚、親族を含め医師の方々と様々な問題について話し合ったりあるいは相談を受けたり、あるいはアドバイスを受けたりとという境遇でございます。

今御紹介いただきましたが、1988年、23年前から「過労死110番」という活動を始めました。当時は1980年代後半のバブルの絶頂期の頃で、脳・心臓疾患で突然死亡するケースが増えていました。そういう時代に働く人たちの命と健康の問題について、全国の弁護士や医師の人たちと協力をしながら、市民相談を始めようということで行って来ました。

現在もその活動を続けておりまして、最近はどう病、あるいは自死の事案が相対的に増えてきているというのが実情です。開始した当時は銀行、証券などの金融機関の働き過ぎという問題が、大変大きなテーマだったのですが、この10年間ぐらいで見ますと、業種としてはシステムエンジニアの業界での健康問題や過労死の問題が、大変深刻になっていると思います。

そしてもう1つがいわゆる先生と言われる仕事をなさっている皆さんの健康問題です。具体的に言えば学校の先生と、医師の方々の健康問題、あるいは死亡に至ったケースの相談が増えております。

今日は弁護士という立場で、そういった様々な健康問題に関与してきた経験から、いくつかの点で問題提起をさせていただきたいと思います。

まず冒頭に短いニュースのDVDを見ていただけますでしょうか。簡単なものですがお願いします。



報道についてはいくつか御存知の方も多いかと思いますが、まず新聞記事に沿って、この約10年ぐらいの医師の過労死をめぐる、どのような労災の認定や、あるいは裁判の判断が行われたかということを紹介したいと思います。

お手許に私のレジメに続いて資料がホッチキスで留められているものがあるかと思いますが、出していればと思います。まず私が本格的に医師の方の過労死問題について調査をしたのは、山梨の産婦人科の方のケースでした。資料1で、山梨日々新聞の報道記事を参考に挙げましたけれども、これは甲府の病院で産婦人科の医師をなさっていた、当時30代半ばの中島先生が亡くなられた事件です。

急性心筋梗塞で、同僚が運転する車の中で倒れて亡くなったというケースでした。このケースでは調査をしたところ死亡直前の1カ月間の休日が2日だけで、全体の労働時間が1カ月の法定内労働時間である約160時間の倍以上の約370時間に上りました。直前1年間を見ると、大体1カ月に10回から13回の宿直を行っていて、56時間の連続勤務もあったということが明らかになりました。

労働基準監督署はこうした実態に基づいて、中島先生が医療という日常的に緊張が伴う特殊な業務に

パネルディスカッション

従事したことに加えて、先ほど申しましたような業務と宿直を繰り返して、過重な労働の結果死亡に至ったと判断しました。まだこの十数年前はこういう過労死の労災認定というのは、ほとんどなかったケースですが、あまりに過酷な実態が明らかになり、それが証明されて、労災との判断がされました。

この新聞記事には出ていないのですが、もう1つ重要な点に触れておきますと、彼が亡くなる数カ月前に実はこの病院で医療事故のトラブルがありました。中島先生御自身が担当した患者さんではなかったのですが、中島先生は産婦人科の責任的な立場にありました。その若い部下と言いますが、若い人が担当した患者さんに医療事故的なものがあり、その結果、患者さんや関係者の方から病院に対して、医療ミスではないかという意見が出たのです。そのことは地方紙にも報道されるということが、実は亡くなる何カ月前におこっていました。そういうことも精神的なストレスを増すという意味では、おそらく重要な要素になったのではないかと思います。

今からあといくつか一般的な事例を申し上げますが、やはり亡くなるまでに至るというケースは、長時間労働や深夜労働の問題とともに、こういった医療ミスなど、あるいは患者とのトラブルなどに伴う、強度のストレスの問題があり、それらが合わさっているというケースが多いと思います。

これは医師の方だけではなくて一般にそうですが、長時間労働というものに加えて、精神的なストレスが異常に増す様々なトラブルが日本社会にはあります。病院の現場にも様々とありますが、そういったことが加わる中で大変致命的な事態に至るといったことがあります。

その次のページは今日先ほどから御報告をずっといただいています、外科の方のケースです。日本の裁判所で研修医の方を除けば、本格的に医師の死亡を業務との関係を明確に認めたとという点では、これが初めてと言っていいケースです。

これは土浦の病院に勤務されていた当時29歳の外科の医師が自死に至りました。この方は、まだご結

婚されていなかったもので、お父さんがこれは労災ではないかということで、労働基準監督署に申請したところ、それが認められなかったため、その後裁判所で労働基準監督署の処分の取消を求める裁判を提起しました。裁判所は労働基準監督署の決定は誤りだということで、この新聞記事のように、彼が亡くなったのは極度の過労によるうつ病に陥って、その結果自死に至ったと、こういう判断をしました。

次のページをご覧ください。それが彼と同僚の方々との時間外労働を調査した結果の一覧表ですが、亡くなった方の場合は平成元年から平成4年にかけて、月100時間以上は当たり前で、200時間を超えるような月もたびたびあったということです。

ちなみに時間外手当は全部月80時間のところで区切られて支給されていて、公式記録としては月80時間の時間外労働という形で処理されていました。私も改めて外科医の勤務の大変さを実感したのですが、資料③-4は彼が自分で実際の仕事についてメモをしていたものです。12月も、12月1日から大晦日の12月31日まで働き詰めということで、2年数カ月この病院にいて大体休日が月に1回か2回程度、ゼロのこともたびたびあったということです。

確か第三次救急と言ったかと思えますけれども、最も重症の患者さん等もすべて受け入れる、高速道路などにも近い病院でしたので、宿直のときは文字通り一睡もできないような状況だったようです。そういう中で労災と認められました。

1点だけ申し上げますと、この当時はまだ今のように医師の過労死の問題というのが社会問題になっていませんでした。ただお父さんはどうしてもこれが納得できないということで、時効が5年ですが、亡くなってからちょうど5年経つ前の日に労働基準監督署に単独で行き、この申請をしたという経過がございました。

次の小児科の方のケースは、おそらく報道等でも御存知だと思いますので、詳しくは省略いたします。この小児科の中原先生の場合も同じように、宿直労働等が非常に大きなウェイトを占めたと考えていま

す。あと加えて私どものところには、看護師の方や助産師の方の相談も結構ございます。

医療従事者という意味では最近では理学療法士の方の過労死の労災認定もされていますけれども、病院で働いている医師以外の方々の過労死労災の認定というの、この間全国的にも出ておまして、その辺の問題も含めて医療界全体として考えていかなければならないだろうと思っています。

それで資料⑥-1、⑥-2に、大体この間の医師の方々の労災認定や裁判の判決などについて、文献から引用しておきましたので、参考にさせていただければと思います。

労働基準法の問題について、実は先ほど先生の方からかなり原則的な、労働基準法36条等の問題についてお話しがありました。資料⑦-1以下にこの問題についての資料を持ってまいりました。繰り返になりますが、一言で言えば労働基準法36条の原則はありますが、その例外としてつくられる時間外の労使協定というのは、大体現在は厚生労働省が月45時間を上限にするようにという通達を出しているわけです。

ところが医療現場の実態としては、月45時間を超えるのが医師の方々の場合はほぼ常態化しているという問題がまずあることと、さらに医師の方特有の問題として、労働基準法41条の条文にある、断続的な労働に従事する場合は、労働時間にはカウントしなくてもいいという例外規定があります。この例外規定をめぐって、果たして宿直というのは断続的な労働だから、労働時間にカウントしなくてもいいのかということが問題になるということです。

そしてこの問題については、最近の厚生労働省の考え方でいけば、ほぼ今の宿直の実態は、すべて労働時間にカウントすべきだということになると考えていただいてもよろしいかと思っています。

具体的には、資料⑦-4の平成14年11月28日通達というのがあり、この中で宿直、日直に関して、これは労働時間ではないとみなせるものは何かという説明があるわけです。それはほとんど労働する必要

のない勤務のみを認めるものであり、定時的巡視、緊急の文書、または電話の収受、非常事態に備えての待機等を目的とするものに限って許可するものです。だから通常の労働、つまりお医者さんの場合には診療ですが、外来の人に対する診療行為を通常のように行う場合は、そもそもそれは労働時間として本来カウントすべきだというのが、現在の厚生労働省の通達上の考え方です。

ただ実態は御存知のように多くの場合、宿直は労働時間には計算されません。これは法令の建前と実態が食い違っているということで引き続き問題になっているところです。そういう中でその資料⑦-5にありますように、奈良地裁である産婦人科の先生が、当直医が当直したものは全部時間外労働手当を払ってくださいという裁判を起こして、それで裁判所がそれを認めました。この事件はその後高等裁判所に行きましたけれども、高等裁判所でも認められました。

過重な労働という意味の長時間労働と、賃金を支払うべきかどうかという意味での長時間労働というのは、考える観点は少し違ってくるとは思いますが、こうした法律上の問題があるということについては、問題状況をぜひ関係者の方には御理解いただきたいと思っています。

私が今日特に法令上の問題で皆さんに一番問題提起をしたいと思ったのは、実はその次の資料⑧の医師法第19条の問題です。これについてお話をしたいと思うのです。

御存知のとおり医師たるものは、この医師法19条1項にある診療義務というものが課せられています。診療に従事する医師は診療治療の求めがあった場合には、正当な事由がなければこれを拒んではならないとされています。これが第19条1項のいわゆる応召義務と言われる問題です。

応ずるの応に召集の召です。召集の召というのは軍隊に召集するという召集の召が使われることが多いですが、漢字はどれを当てはめるかというのは人によってちょっと違います。いずれにしてもこの応

パネルディスカッション

召義務というものが、実は医師の過重労働や過労死の重要な背景にあると思っております。この問題について端的に言えば法律改正、あるいは医師法全体の法律改正も検討すべきだというのが、私の意見です。

と申しますのは、そもそもこの診療義務に関しては、元をたどると明治5年に最初の原型があり、もう19世紀の段階でこういう議論が始まったわけです。1874年に医師が診療を行うようにということが規定されたことに始まり、その後大正8年、1919年に旧医師法が施行され、ここにあるような診療義務について規定がより明確になっていくわけです。

戦前はこれに刑事罰則がついていました。戦後、本来であれば日本の法制度というのは、大日本帝国憲法から日本国憲法に変わった段階で、様々な法律をもっと一から考え直すべきだったのですが、相当数の法律について旧来のままの規定が引きずられているわけです。

この医師法の19条もその1つで、これは戦後罰則規定が外されただけで、それ以外は基本的に戦前のまま引き継がれたわけです。刑事罰則がなくなったというだけで、これはいわゆる医師の行政処分の対象にはなり得ると思います。

これがなぜ問題なのかというと、確かに医師の倫理的な問題として患者さんが来たのに、自分が今診療したくないから追い返すというのはいかがなものかという、そのレベルではよくわかりますけれども、現代日本の医師の方々が、果たしてそういう倫理的な意味で問題のある対応をしているか、あるいは過去にしてきたかという疑問があるからです。

むしろこの規定があるために非常に精神的にも縛られる。精神的に縛られると言うのは、患者から少々無理を言われてもそれに応えなければいけないと、それが医師の義務だという、ある意味では医師の意識がこういう法制度の規定によってより定着させられていると言いますか、強固なものにされていく。他方国民の側もこの条文を知っているかどうかは別にして、医師に対して少々無理を言っても聞

いてもらえるのだという、そういう意識状況を助長する背景になっていると思います。

私はこの規定を全廃するかどうかは別にして、少なくとも医師法にこの条文をそのまま載せるのであれば、別のところに医師の勤務環境が健康的なものでなければいけないと、そういうふうな勤務環境を国は整える義務、責務があると、そういったことを法律上きちんと入れるべきだと思うのです。

ですから医師が健康的な勤務環境のもとで働けるという、そういう規定があり、その上でこの19条も残るといっているのであれば、私はまだわかります。けれども、19条だけがそのまま残されていることが、結果としては医師の過剰な労働等を醸成していく法制的な根拠になっているというのが、私の意見です。

ちなみに御存知かと思うのですが、1955年に出された厚生省等の通達によれば、軽度の疲労というのはここにある正当な事由にはならないとはっきり書いてあります。よろしいですか。この正当な事由がなければ診療を拒んではならないとあります。

正当な事由というのはどういう場合かと言うと、お医者さんが病気で寝ているとき、あるいはそもそもいないなど、そういう場合を指しています。軽度の疲労などというのは、つまり少し疲れているのだというようなことは正当な理由ではないと、こういうことがはっきり書かれていますし、あるいは休診日である、勤務時間外、診療時間外だということも、そういうものは正当な事由にはならないと、解釈として厚生労働省がはっきり言っているわけです。

です。で単に医師側の意識の問題だけではなくて、こういった法制度上の問題が背景にあり、これを現代の医師会、医師の皆さん方がどういうふうにかかるといえるのかというのは、ぜひ御議論し検討いただきたいと、そのように思っております。

ちなみにもう1つ医師法21条もぜひもっと議論すべきだと思います。御存知のように異常死についての警察への届出義務です。これも法律学者の中でも、自己に不利益になるかもしれないものについて、国家権力である警察への届出義務を課すというのは、

憲法の黙秘権に違反するのではないかという議論がずっとあるわけです。

実際問題としてそのことで警察に摘発されたという例もあります。きちんと死因を明確にするという意味では、何も警察に直接行くのではなくてまず保健所に届ける、あるいはそういうことを調べる何らかの委員会がつくられていて、そこに届け出ればいいわけで、それを警察にまず届けるというのは、戦前の軍国主義の時代の何でもかんでも警察、内務省という時代の名残なわけです。それがいまだに21条として残っているということがあります。

福島医大で産婦人科の先生が帝王切開の医療事故で逮捕まで至りました。あのときにも実は医師法21条違反も問われています。こういうことは本来私はもっともっと見直すべきであると思います。それは決して医師の倫理という問題をおろそかにするというのではなく、逆に本当に健全で健康的な医療現場をつくっていくためにはどうしたらいいかということを考えていく上では、ぜひ医師法のこれらの規定の見直しも行っていたらいいと思っっている次第です。

最後に医学教育の問題について申し上げたいと思います。私は大学でゼミを持っていることもあって、医学に進む学生たちとも日常的に接しています。医学部教育では、もっと社会問題と言いますか、今日のこういう形で学会で議論されているようなテーマ、医療をめぐる様々な政策の問題、あるいは法律上の問題、医師の勤務条件の問題、こういったことも含めてもっと考えるような、そういう医学教育であってほしいと思います。

非常に覚えることが多くなっている現在の医療の世界では、なかなかカリキュラム上余裕がないという話も聞きますけれども、やはり学生時代から様々な角度から医療を取り巻く状況について勉強をするということをしなないとはいけません。いくら詳しい医学的知識を覚えても、いざ医師になって徹夜、徹夜で考える能力もなくなるような、そういうことでは決してよい医療は生まれません。そういう点

で現在の医学教育のあり方についても、ぜひ御議論いただけたらありがたいと思います。以上問題提起とします。どうもありがとうございました。

(南里座長) 川人先生ありがとうございました。

コメンテーター

日本医師会常任理事 三上裕司

勤務医担当の日本医師会の三上でございます。非常に幅広いいろいろな御意見をいただいたわけですが、いつものパネルディスカッションと全く様相が違っておまして、例年ですと常に成功事例のようなものを紹介いただいて、それをすごいですねというようなお話をすることが多いのですが、今日は問題提起という形でいろいろいただきました。

最初の富山大学の呼吸器外科の土岐先生につきましては、本当に熱い思いをぶつけていただきましたけれども、私も大学病院に対する運営費交付金が削られたことによって、大学自体が非常に苦しくなったことはそのとおりだと思いますし、小泉改革の罪の大きさというのは感じております。

DPCの係数を上げてもらいたいとか、財源としてたばこ税を上げるなど、私もそのように思っておりますけれども、ただ最初の富永先生のところとちょっとかぶるわけですが、医師のタスクシフトに当たるNPなどに関する問題については、医師会としては少し異論がございます。

富永先生のお話でもNPとPAと、それから特定看護師、そういったものが議論されているわけですが、基本的には業務独占を伴うようなタスクシフティングについては、医師会としては反対の立場をとっています。特にチーム医療という観点からいたしますと、やはり医師の指示のもとでチーム医療という形で、我々としてはPAを増やしていただくというのが一番いいのではないかと、NPというのは裁量権のある、いわゆる独占業務を持った形でありまして、現在特定看護師の議論がチーム医療の中でも沸騰しているわけですが、包括指示の範囲を増やすということになりますと、一種の業務独占であるということで、特定看護師についても日本医師会としては反対の立場をとっているところでございます。



従ってPAをやっていただく、あるいは専門看護師、あるいは認定看護師、あるいはエキスパートナースというようなものを、その医療機関において養成をしていただいて、様々な診療の補助をさせる、していただくというようなことで、医師の負担を軽減していくというのがいいのではないかと思います。

それからメディア戦略についても土岐先生から提案をいただきました。私たちもメディアについては重要視をいたしておまして、今年に入りましてからは、定期的に一般紙の記者に集まっております。なるべくメディアの方にも我々の考えを理解していただくということで、日本医師会が招待をして勉強会をさせていただいております。

また今日は外科系の先生方が多かったのですが、外科医の過重労働についてのお話を土岐先生、あるいは白田先生もお話をされました。22年改定で高難度の手術についての診療報酬上の評価が上がったということですが、これは当然のことですけれども、外科医の過重労働につきましては、手術そのものというよりは術後管理等、いわゆる手術以外のフォローに対する負担が大きいのではないかと、そのような思いますので、そちらのほ

うの評価も今後考えていく必要があるのではないかと考えております。

白田先生のところでは救急医療の報酬上の十分な評価がいるというようなお話がございました。ここでも看護師、保健師、助産師等の業務範囲の拡大ということで、少し業務独占に関する、あるいはタスクシフティングに関するお話がございましたけれども、微妙なところがございますので、業務独占を伴わない形でのお話というように我々としては考えております。

ただ救急医療で地域住民への啓発が必要だということはそのとおりでありまして、簡単なことで救急車を活用する、あるいは医師が過重労働であっても診るのが当然であるというふうな住民意識というのは、これから徐々に変えていく必要があるのではないかと考えます。

それから丸山先生のお話は、これは本当によかったと思いますけれども、昨日もこの協議会の前哨戦として富山県の臨床研修医部会というのを開催させていただきまして、黒部市民病院の研修医の先生も2人みえて、女性医師の方もいらっしゃいましたけれども、非常に働きやすい職場であるというようなことをおっしゃっていました。

私はこの5、6年ずっと勤務医を担当させていただいているのですが、最近本当にこういった男女共同、女性医師に関する意識改革というのが進んでいるというふうに感じております。これも今日我々と一緒に来ておりますが、男女共同担当の保坂先生が頑張っておられるおかげかも知れませんが、富山県もそういった意味では女性医師に対する短時間の勤務や、そういったことに対する理解が非常に進んでいるというふうに思いましたし、今日提案がありました1人主治医制の問題等を課題に挙げておられましたけれども、この問題につきましても、私も以前から、担当医制、あるいはチーム医療という形で、全体で診るということで、1人の医師が主治医として夜中にも必ず呼び出されるような、そういう状況がなければ勤務医の過重労働というのは回避される

のではないかとこのように考えておりました。

それから弁護士の方の川人先生のお話は、非常に幅広く御提案をいただきました。私は精神保健も担当いたしておりますが、自殺対策推進会議、内閣府にあるのですが、こちらのほうにも出ておりますけれども、最近若い勤務医の先生方でうつ病になる方が非常に目立っているというふうに感じております。

これは確かに応招義務の問題など、そういったことが背景にあるということは私もそのように思っています。これも住民のと言いますか、国民の意識の問題というのが大きいのではないかと、当然医師は非常に過労であっても診療するのが当然であるというふうに国民が考えているという、そういう社会的風潮があるということも感じております。

それから最後に、医師が健康であってこそ患者のための医療が実現すると最後に書いていただいております。医師の勤務環境の改善がよりよい医療に不可欠な課題と、最後にレジメに書いていただいているのですが、本当にそのとおりだというふうに思います。

それから医師法21条の異状死に対する警察への届出義務のことにつきましては、これは今現在事故調の問題で、我々のところでは高杉常任理事が担当いたしておりますので、私がここで余分なことを申し上げるとまた問題になりますので、その問題については控えさせていただきたいと思っております。以上でございます。

(三崎座長) 三上先生ありがとうございました。

【三崎座長】 それでは会場から御意見を伺います。必ず所属と名前を言ってください。それではまず富永先生に対しての御質問があればどうぞ。

【鈴木】 よろしいでしょうか。川崎から参りました鈴木と申します。富永先生ちょっと誤解を受けているところがあるのです。一番最後に一番大切なことをおっしゃられました。ナースプラクティショナーであれフィジシャンアシスタントであれ、医師の監視の下でと最後に言われました。

【富永】 医師の管理下ということですか。

【鈴木】 管理下の、責任の下で。

【富永】 はい、そうです。

【鈴木】 そうですよ、そうすると三上先生の考えと一致しているような気がするのです。いわゆる特定看護師など、医師のアンケート調査では、半分ぐらいがまあまあいいやというふうなデータだったと思いますけれども、ただ国民からすればそれが許されるかと言うと、許されないという感情があるのです。なぜかと言いますと、助産婦がいるでしょう。妊娠したら助産婦に全て任せますかということなのです。そういう人は少ないと思います。

医師の監視下、産婦人科の監視下の中で助産婦が働くならばいいだろうと思うのです。ですからやはり医師の監視下というのが必要になってくるのでは。

【三崎座長】 何かこれに関係しているのですか。はいどうぞ。

【津田】 福岡県の津田でございます。実はこの案件を、富永先生がアンケートの文章の内容をつくられるときに、これは誤解を、今先生がおっしゃったとおりなのです。富永先生の基本的な態度は、あのときに日医のアンケート調査と、それから厚生労働省の調査がありました。

大きな病院ではやはりそういうことを認めるという勤務医が多かった。ところが日医のアンケートではそうではないと書いている、これはもう何と言いますか、中小病院ではそういうことをしてもらわないと、医者が足りないから動かないという状況があってしてもらっていると、ところが大学ではいろん

なことがあって、何か資格がないとできないというふうな方々が多いものですから、ということが出てきたのだろうということで、基本的に三上先生と富永先生の考えは一緒なのです。

なので基本的なことをつくって、独自の判断でもらったら困るということ、富永先生があのととき話をした、これは誤解を受けたら大変だよねという話があったことを申し上げたいと思います。

【富永】 そうですね、基本的には医師の管理の下ということになります。それは当たり前と言いますか、しかし、だんだんと慣れてくればある程度任せでもいいのではないかとということです。

【鈴木】 伝統のデータを出されましたが、アメリカは何時間以上働いたら罰則があるのでしょうか。

【富永】 それはACGMEの話ですか。

【鈴木】 そうです。それでもしそれ以上働かせたら、結局病院が罰せられるわけです。

【富永】 そうです、ACGMEでは週80時間以上の勤務を長期間させると専門医の研修認定施設からははずすという処置をとっています。

【鈴木】 そうですよ、一般の勤務医はどうなのですか。外科医はアメリカでは、働いていいのですか。

【富永】 一般の勤務医までは、それはちょっと私もよく知りませんが、いろいろな規制はレジデントに関してです。若い専門医を目指す医師に関してです。

【鈴木】 ですから、それはもう日本の国の新しい研修医制度でも、そのぐらいのことは文章化されているのです。それはアメリカのマネをしてつくったわけですから。

【富永】 いや、日本である程度規制されているのは1年目、2年目までの研修医だけです。

【鈴木】 だから問題になっているのは、一般勤務医が、指導医が、非常な過労を受けているということが一番問題なのです。先生の場合はアメリカのレジデントのことしか述べていないのです。

【富永】 それ以上は先生、労働基準法があります。どこまできちんと守られているかは別にして。問題

になっているのは、先ほど言った若い医師だと、だから専門医をとるまでの、いわゆる1年目、2年目の初期研修医は先生おっしゃるとおりある程度守られてきました。ただそれ以降は全然守られていないのです。そこが問題なのです。

【三崎座長】 これに関して三上先生からご発言があります。

【三上】 今の方のNPとPAなどの話で、みんな同じことを言っているとおっしゃいましたけれども、これ本当に人によって考え方が違って、私もチーム医療の方策のワーキングに出ているのですが、そこにも心臓外科の先生がおられるのですけれども、その先生も同じようにPAとNPを、あるいは特定看護師を混同されておられて、いわゆる術後管理をNPにさせたいというふうな話で特定看護師をつくりたいとおっしゃっているのですが、一番違うのは医師の指示の下でなく裁量権があると、いわゆる業務独占があるのだということが全く理解されていないで議論されていることがあるのです

実際にはどの病院、あるいは大学病院なり高度先進的な医療をされているチーム、いわゆる外科チームにおられる看護師さんは、PAとして相当な部分までいわゆる医行為を診療の補助としてされているわけです。

それはエキスパートナースとして、そのチームの中で様々な高度な医行為をやっているわけですが、その方がいわゆる特定看護師という名称を持ったことで、どこでもできるというわけではありませんけれども、その辺のところ、厚生労働省は特定看護師は広く在宅医療から高度医療、手術に及ぶまで、特定看護師というのは様々なところで、医師の包括指示の中で自分の裁量でできるというようなことを言っていて、それは業務独占ではないというような考えをしているわけですが、その辺の考え方のずれがあるので、なかなか議論がかみ合っていないことがあります。

【三崎座長】 はい、ありがとうございます。それでは土岐先生のほうに移りますがよろしいでしょう

か。

【中野】 富山県の富山県立中央病院に勤めております中野と申しますけれども、今産婦人科医会の会長をさせていただいているので、産婦人科医の立場で、産婦人科医はみんな同じ意見を持っているわけではないのですけれども、私の意見を述べさせていただきたいのですが、お産が先ほどの方が言われましたけれども、助産師のところへどんどん行ってしまうのではないかという話がありました。これは全くそういうことは僕はないと思います。

なぜかと言いますと、助産師は正常な妊娠、正常な分娩は管理できるけれども、ちょっと異常性が入った場合は産科医が診なければいけないという、そういう職域が決められているわけです。

先ほどから出ているナースプラクティショナーは、基本的には今産婦人科の先生の一部の中で行われているのは、分娩のときの会陰切開や縫合も助産師がやってもいいという方向性で動いているわけです。

我々産婦人科医は、僕もそうですけれども、それはあくまで医師の職域であって、それを判断するのは医師がやるべきだろうという我々は意見を持っています。ですから開業助産師のところに妊婦さんが行くのはいいのですけれども、その辺のところはやはり顧問の産科医がやはり指示をして、監督下にあるべきだろうというのは私の意見です。ですから簡単にNPというのは導入すべきものではないと、僕は今産婦人科医の立場からするとそのように思っております。

ですから職域を今考えるにおいて、このNPという制度はやはり大きな問題なので、慎重に対応すべきではないかと思っております。以上です。

【三上】 今の先生の御意見、私も同じように、今日日本であります唯一のNPは助産師であるということなので、会陰切開のあとの縫合の話も出ておりますが、こういうのは非常に問題だと思います。助産師外来をされているところもありますけれども、それは基本的には産婦人科医と連携の下でということなのですが、分娩の途中で異常だと感じたときに、本

来離れている病院等に運ぶことが可能かどうかという事は非常に難しいのではないかと。ですから助産師外来は病院の中と言いますか、併設したところでこそ成り立つものだとどうしても思いますし、これは先ほどどなたか整骨院のようになるなど、いろいろNPの問題が出ておりましたけれども、やはり本当の意味で問題というのはこれから必ず起こってくるというように思っております。

【三崎座長】 はい、それでは土岐先生に対する意見がなければ次は臼田先生、循環器内科がひどい、救急医療がひどいという話でしたが、ご意見はございますか。

【三上】 臼田先生について少し追加して言わせていただきますが、救急当直に対する補助金というのが、いわゆる当直ということを時間外勤務だというふうになれば交付金を出しますと、国が2分の1で自治体、都道府県が2分の1だったと思うのですが、それについて臼田先生はどうですか。

【臼田】 いや、当院では当直のときの救急医療は、その時間分だけ時間外の対応で。

【三上】 補助金交付金が出ていると。

【臼田】 出ています。

【三崎座長】 それでは女性医師の問題について、保坂先生ご意見をお願いします。

【保坂】 日本医師会の保坂でございます。御指名でございますので、丸山先生のお話、大変すばらしかったと思っています。女性医師の問題というふうに関司会者の方、座長がおっしゃいましたけれども、女性医師の問題ではなくて医師全体の勤務環境の問題、医師全体のワークライフバランスの問題として、特に女性医師の出産育児に関しては、乳幼児期の育児に関しては、特別な手当をするべきだという考えで物事を進めておられるという、丸山先生のところの病院は大変すばらしいと思います。

これから日本全国にそういう考えでの支援が広がっていくことを、私たちも目指しておりますので、会場の皆様もどうぞよろしくお願いたします。

【三崎座長】 ここに女性医師がたくさんいますけれ

ども、他にご意見ございませんでしょうか。

【藤巻】 東京の藤巻でございます。私も丸山先生の方針というもの、女性医師のことを超えて医師全体ということ、とても賛同いたします。それで女性医師がこれからリーダーシップをとるような、キャリアアップしていかなければいけないという意味で、中に留学までされた先生がいたということは、非常に感動しました。

その一方で今の医療の現実を考えますと、私も自分の夫が脳外科医であって、どんどん入局が減っているというのを何年か、何十年か先にはもうなくなってしまうのではないかと思うような、そういう職種におりますので、夫がやはり女性医師のために、こんな女房を持っておりますので、非常に自分の部下である女性医師のことを考えて、最近も妊娠出産ということがありましたけれども、そういうときにかなり当直とかぶっている現実を考えますと、ちょっと微妙な気持ちもいたします。

それで丸山先生にお伺いしたいのですが、当直をメインとするなど、そういったときに具体的にどのような対策をとって、男性医師に負担がまわらないようにしたのか、その点だけちょっと教えてください。

【丸山】 御質問ありがとうございます。そこが最後のほうのスライドで出しました部分にもあたると思います。皆さんのお気持ちはあるのですけれども、既にギリギリの状態であらっしゃる中で、実際に日常診療や当直を回せるかどうかという問題につきあたります。医局との関連など色々なことが絡んでまいりますので、長期的展望にたつて、その御本人だけが孤立戦に入って頑張る、頑張る、ではもう100%しか要求されないのだったら辞めてしまうしかないというサイクルを改善できる方向に、まず規則をつくることよりも皆さんの認識を変えていただくことが大切だと感じていますし、その医師がいなくなることにより皆さんの負担がさらに増える全体のためになんとかしなくてはという考え方が、少しずつ浸透していったらいいと思っています。

今のところ先ほど研修医の先生の例については周りの研修医の先生同士でサポートしてくれていて、彼女も大変頑張り屋さんなので、もうすぐ当直も復帰したいというふうにおっしゃっておられる状況です。

そのほか当直のために大学から先生に来ていただいている科もあります。また病院として、医師についても短時間正職員制度をとり入れることが可能かどうかとも現在検討中の状態で、課題は山積みだと思っております。お答えにならず申し訳ありません。

【藤巻】 ありがとうございます。ぜひ頑張ってください。頑張りってこんな工夫ということがあったら、皆様に伝えていただきたくよろしく願いいたします。頑張ってください。

【丸山】 ありがとうございます。

【三崎座長】 はい、どうもありがとうございました。それでは富永先生と土岐先生、同じ胸部外科医ですが、お互いに何か支障ありませんか。改善すべき点など。土岐先生、何か時代が来るまで待つような話をしているし、これはますます疲弊するのではないかと思っています。

【土岐】 勤務医と一言に言っても、それぞれ自分の勤務形態によって、100人いれば100通りの勤務形態があると思うのです。それぞれ状況が違う中で、それぞれの立場の人がめいめいの主張で小さな利益を得ようとする、最終的に勤務医全体の大きな利益を失ってしまうということ、一番私は危惧しています。

それは勤務医だけの問題だけではなくて、例えば勤務医がいなくなれば開業医もやっていけないし、開業医がいなくなれば勤務医もやっていけない、医療という大きなパイの中で動いている多職種の人たちは、一蓮托生だという思いがあります。

ですからそれぞれの小異を捨てて全体が大きな公益を医師自身が、医療環境をよくするというエンドポイントに向かって、途中のマイルストーンを見誤らないようにしないといけないと思います。

私がたぶん大学病院としての立場を主張すればす

るほど、一般急性期病院ともやはり違ってくるし、急性期病院が急性期病院でしゃべりすぎると、今度慢性期病院とも変わってくると思うのです。自分の小利益を求め大きな視点を見失わないようにするという姿勢が必要だと思います。

【富永】 1ついいですか。先ほどから議論を聞いておりますけれども、結局今のままだと何も変わらないのです。結局何かを変えないと我々よくなると思うのです。ですから新しい職種でもやはりよその国でうまくいってれば、そういうのを導入したほうがいいのではないかと、しかも先ほどの実際の開業助産師など、いや市中病院では、名称独占、業務独占になるのではないかと話になってくると、医行為もおそらく普通の看護師さんにさせているということだと思っております。

だけどそれは法律としてちゃんと認められているのかということなのです。それだったらきちんとやったほうがいいのかと思うのです。やはり何かを変えないと我々の労働環境全体は変わらないのです。変えることに対してやはりそんなに臆病である必要はないのではないかと思います。

先ほどの産科の会陰切開にしても、何もしなくても今のままで産婦人科の労働環境がよくなる要因はあるのですか、ないでしょう。やはりどんどん医者が増えるわけでもない、もう本当にどんどん難しい出産が来てから、うちの病院でも朝から晩まで働いています。

何かしなければならぬということ、そういった意味ではもうちょっと怖がらないで、これは我々が決めていけばいいわけで、我々医師が決めていて、医療のレベルだけは落とさない、そこさえしっかりしておけば、絶対僕はうまくいくと思うのです。もし駄目ならまた変えればいいことではないかと思うのです。ぜひそれを考えていただきたいと思っております。

【三上】 また申し上げますけれども、今現在の看護師さんが、いわゆる富永先生がおっしゃっているような医行為ができないかと言うと、できるというこ

ディスカッション

とです。現在でも診療の補助として医師の立ち会いの下で、指導の下で、現場でできるというふうに判断をされれば、今のアンケートの中でも相当なことまでやっております。

これは本来医師だけがやるべきことかというようなどころまで、1%、数%など、非常に低い頻度ですけれども、やっているところがあるということは、現在の法律の中でも診療の補助の範囲というのは決められていないので、医師の指導で医師ができるというふうに判断をすれば、どこまででもできるということになります。

これを例えば特定看護師なり、そういった新たな資格をつくって、この資格があればここまでできるとなれば、今までの看護師という資格だけではできないという、逆読みがされるということで、業務範囲が逆に制限されるということと、今、日看協あるいは厚生労働省が思っているNP、特定看護師は、独立開業を目指したものだというふうに考えておりますし、これは特に在宅医療あるいは生活習慣病等について、NPといったようなものを使って、非常に安い労働力で医療費を削減しようというような腹もあると考えておりますので、我々としては問題であると、チーム医療ということであれば、いわゆる独立開業ということであれば、逆行するというような話になりますので、チーム医療の方策あるいはチーム医療の看護業務の中でも反対をしているというのが、日本医師会の立場でございます。

【富永】 それではやはり矛盾があると思うのです。医行為をさせる、その医行為に対して安全性が担保できないといけないという意見が大多数で、みんな福岡県でもそうでした。今の先生の考え方だったら、看護師に皆、誰でも医行為をさせていいということになります。その医師がOKとすれば、どんなレベルの看護師でも医行為をさせていいということになってしまう、これはやはり歯止めが効かないし、医療事故が起こった時、国民に対して申し訳がきかないです。多分、30年以上前は、三上先生が言われるようなことがどこの病院でも行われて、レベルの低

い医療がされて事故も多発していたわけでありまして。ですがそれではいけないということで、医行為は医師がするという事になったはずですよ。

だからそういう医師が医行為をするというレベルを担保するには、きちんとしたシステムで、きちんとしたもの（特定看護師）をつくっていきましょうというのが我々の提案であって、先生の、日本医師会の考えには、ものすごい内部矛盾があるということでありまして。一方では医療のレベルの事を言いながら、一方では昔のひどい状態のままで良いという、はなはだ矛盾があると思うのです。

【三上】 今の話も非常に矛盾があるのですが、基本的にはこれ検討会議の中でも出ていますけれども、これは近森病院の近森先生がおっしゃっていますが、病院の中でエキスパートナースという、いわゆる資格を担保するためのシステムを病院の中でつくっておられます。

そこで経験年数がどこまで、このチームではこれだけ修練をすれば、ここまでさせるということを決めておられますし、在宅医療の方では川越先生という方が委員で出ておられますが、この方も経験年数によって包括指示の範囲を決めておられますので、それぞれ現場で決め、特定看護師という資格があれば何々できるということではなく、その資格があってもこの人のこのぐらいの技量であればできるというのを、現場の医師がそこで決めるということの基本にしているということでありまして。

【三崎座長】 何かまだわからないところもあるみたいですので、また時代の流れで決定してくるのではないのでしょうか。川人先生に対してご意見はございますでしょうか。

【鈴木】 先生スライドも、あとこの新聞も、これ中原先生のことですよ。厚生病院ですよ。これは医者をもう殺さないでというのは、この日にちを見ると一番最初の裁判です。そしてその次、その次のやつ負けているのではないのでしょうか。

【川人】 最終的には最高裁で和解で終了しましたので、勝ち負けという意味ではありません。

【鈴木】 わかりました。

【川人】 その新聞報道記事は労災かどうかの裁判で、それはそのまま確定したのです。それとはもう1つ別の裁判がありましたが、それは最高裁で和解が成立しましたので、それは勝ち負けがないということで、病院との関係でどちらが勝った、負けたかということではなくて、私の今日の話は労災についてでして、仕事が原因で亡くなられたという例として御紹介して、新聞記事も資料として添付したという、そういうことでございます。

【鈴木】 あと先生、第19条、21条について述べましたけれども、昭和23年の法律ですよね。ですからこれはもう時代に合わないわけです。そして富永先生が盛んに先ほど言っていますけれども、医師法も看護婦さんの法律も昭和二十何年であって、看護婦さんの法律には医師の指導の下で行うと書いてあるのです。ですから法律を改正しない限りは絶対にできないのです。

【藤巻】 埼玉医科大学の脳外科藤巻と申します。川人先生に教えていただきたいのですが、私第19条のこの最初の6文字、気がついておりませんで、診療に従事する医師とは書いてございますが、これはたぶん昭和30年時代では当然開業医さんを前提に考えて、要するに夜寝ていても、たたき起こされても診ろという意味だと思いますが、診療に従事するという文言は、例えば当直でもオンコールでもない医師が、勤務医が自宅にいるときに病院に来た患者のために、例えその前の晩、徹夜で手術をした後であっても、出て行って診なければいけないという、そういうニュアンスが今でもあるのでしょうか。

【川人】 戦前の正確な開業医と勤務医の割合はわかりませんが、開業医だけということは当初から念頭にないです。ですから今に比べて勤務医の割合がもうちょっと少なかったかもしれませんが、いずれにしても医師たる者とはという、医師個人に対して国家に対する義務として戦前に決められたということです。診療に従事しない医師について、そうですね、考えてみると必要があります。

【藤巻】 ここの文言はもう少し、我々医師は強調してもいいのではないかという気がいたしました。ありがとうございます。

【三崎座長】 はい、どうもありがとうございました。それではどうぞ。

【今村】 はい、日本医師会の今村と申します。勤務医の副担当でありますけれども、産業保健を担当しているので、ちょっと川人先生にお願いと言いますか、御要望を申し上げたいと思います。非常に幅広い法律の観点で、医師の勤務環境についてお話いただきましたけれども、一点労働安全衛生法のことを触れられなかったと思います。

日本医師会は今8万人を超える産業医を養成しており、私はその産業保健のサービスが最も行き届いていないのが医療現場だというふうに思っています。少なくとも50人以上の労働者がいる、これは看護師さんも含め勤務者がいると、ほとんどの病院がそういうところだと思いますけれども、本来衛生委員会を設置しなければいけない、作業環境、いわゆる皆さんが働く環境の管理をきちんと管理しなければいけないという法律的な枠組みがあるにもかかわらず、残念ながら病院の経営者の方、あるいは院長先生、あるいは産業医の先生方が、その認識がまだ十分でないというふうに考えております。

先生も今後またいろんな立場でお話いただくときに、そういった視点も加えてお話をいただければ大変ありがたいと思いますし、今日お集まりの先生の中にも、産業医の資格をお持ちの先生もたくさんいらっしゃると思いますので、ぜひ今非常に大きな枠組みの中でなかなかできないこともあります。今できる範囲の中でもそれぞれ病院の中で取り組めることは様々にあると思っておりますので、よろしくお願ひ申し上げたいと思います。以上です。

【三崎座長】 はい、ありがとうございます。

【川人】 ちょっと一点だけいいですか。おっしゃる点すごく大事なところで、実は私どもが今担当している案件で、病院の中の産業医の方というのが、実はたまたま病院の常勤の先生が、一応産業医と名前

ディスカッション

がついているという実態が相当多いというふうに思っています。その辺の御指摘だと思うのですが。

【今村】 おっしゃるとおりだと思います。つまり産業医の先生は産業医の資格をとるときに、御自分が何をしなければいけないか、本来わかった上で資格をとっておられるので、御自分が病院の中の医師であると同時に、病院の中の働いている人を守るという視点も常に考えていただきたいと、そういう意味で申しました。

【川人】 おっしゃるとおりだと思います。

【南里座長】 まだまだ議論は続くかと思えますけれども、時間がまいりましたので、このパネルのほうを三崎先生に簡単に締めくくっていただきたいと思えます。

【三崎座長】 就労環境を良くする秘策として午前中の嘉山先生、午後の富永先生何れもNPやPAの導入などをあげられました。川人先生は過労死、過重労働につながる応召義務の法改定を述べられました。今回は地元勤務医として大学病院の外科を代表し土岐先生、急性期循環器医療現場を代表し臼田先生、子育てを支援する面を代表し丸山先生に加わってもらいました。パネリストの方々には、各々の立場より、どうすれば勤務医の就労環境が良くなるかを論じてもらいました。各先生のご意見を参考にして、一刻も早く「生きがいを持って働ける環境」を実現できればと思います。どうも今日は有難うございました。

【南里座長】 どうもありがとうございました。これにてパネルディスカッションを終わらせていただきます。

富山県医師会理事 **南 里 泰 弘**

富山宣言採択

富山県医師会理事 **南 里 泰 弘**

それでは引き続き本日の勤務医部会連絡協議会の締めくくりといたしまして、富山宣言を採択いたしたいと思っております。それでは私のほうから富山宣言(案)を読み上げさせていただきます。スライドのほうよろしくお願いいたします。

富山宣言

地域医療・急性期医療などを担う勤務医の役割は日増しに高まっている。しかしながら、その就労環境の厳しさは旧態然としており、勤務医離れはとどまることなく、残された勤務医に更なる過重労働を強いる結果となっている。そのような状況にあっても、東日本大震災では勤務医は率先して医療活動に加わり多くの被災者に医療を提供してきた。医療は公共のものであるという認識を踏まえ、勤務医の疲弊をこれ以上に増やすことなく、個々の能力を遺憾なく発揮できるよう就労環境の改善に向けて次のことを宣言する。

- 一、勤務医は各々尊重し助け合い、医療活動のみではなく医政活動にも積極的に参加し、医療が崩壊の危機にあることを広く社会にアピールしていくこと。
- 一、我々医師は、より良いワークライフバランスを求めて、女性医師のエンパワーメントを促し、男女共同参画社会推進におけるリーダー的存在となること。
- 一、政府は医療費抑制策を改め、医師の養成・確保に真剣に取り組むこと。
- 一、政府・病院開設者は、勤務医が医師の使命感に基づいて過重労働を耐え忍んでいる現実を理解し、早急に就労環境の改善に着手すること。

平成23年10月29日

全国医師会勤務医部会連絡協議会・富山



以上です。ありがとうございます。拍手が起こったので、採択してよろしいでしょうか。

どうもありがとうございます。これにて富山宣言は完全に採択されました。

皆様どうもありがとうございました。これにて本日の全国医師会勤務医部会連絡協議会、富山大会の全日程を終了いたしました。最後に閉会の挨拶を富山県医師会勤務医部会副会長の遠藤俊郎から申し上げます。

閉 会

17 : 00

富山県医師会勤務医部会副部会長 遠 藤 俊 郎

閉 会

富山県医師会勤務医部会副部長 遠藤 俊 郎

富山の遠藤でございます。今日は全国からお集まりいただきました勤務医部会の先生方、御講演いただきました先生方、ありがとうございました。無事学術集会の部を終了することができました。

今日は様々な御講演をいただき御討議をいただきました。今、我々医療界が直面している、この勤務医部会が直面している様々な課題というのは、単に医療界だけの問題ではないと思っております。急速に変化している、世界的に変化している社会の縮図の1つ、一端であろうと思っております。

21世紀に入ってからものすごい世界、社会の変化が激しいです。逆にそれは進歩だと思っておりますが、これに対応しきれない我々がいるということで、なかなか全ての課題の解決にはなお時間を要するだろうというふうに思っております。大事なことはやはり我々が何をなすべきか明確な目標を見失うことなく、お互いの利害を排して何をなすべきか、1歩1歩前に進むことであろうというふうに思います。

まだまだ厳しい状況が続くとは思いますが、来年愛媛でお会いするまでに1歩でも我々の環境がよい方向へ、そして日本の、あるいは世界の社会環境がもっといい方向に進むように、我々医療も頑張ろうという元気がますます出るようになればと思います。

本日、これは中締めでしょうか。次また皆さんで意見の交換を大いにやっていただきたいと思います。今日はありがとうございました。



(総合司会：南里理事)

ありがとうございました。以上をもちまして本日のスケジュールは全て終了いたしました。不慣れな司会で不備も多かったことかと存じますが、皆様の御協力によりつつがなく会を終えることができました。厚く御礼を申し上げます。まことにありがとうございました。

参加者数一覧

平成23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	10/28	10/29	10/30	10/30	
北海道・東北	北海道	北海道医師会	6	6	0	0	0	1	
		札幌市医師会	4	6	3	2	0	0	
		函館市医師会	1	1	0	0	0	0	
		小樽市医師会	1	1	0	0	0	0	
		旭川市医師会	1	1	1	1	0	0	
		釧路市医師会	1	0	0	0	0	0	
	青森県	青森県医師会	9	10	2	7	0	0	
		青森市医師会	1	1	0	0	0	0	
	岩手県	岩手県医師会	5	6	5	5	0	0	
		盛岡市医師会	1	1	1	1		1	
	宮城県	宮城県医師会	5	5	4	4	0	0	
		仙台市医師会	4	4	4	4	0	0	
	秋田県	秋田県医師会	2	1	2	2	0	0	
	山形県	山形県医師会	4	5	5	5	0	0	
	福島県	福島県医師会	2	2	2	2	0	0	
	関東・甲信越	茨城県	茨城県医師会	5	5	5	5	0	0
			栃木県	栃木県医師会	5	4	6	2	0
群馬県		群馬県医師会	2	2	0	0	0	0	
埼玉県		埼玉県医師会	5	5	0	0	0	0	
千葉県		千葉県医師会	2	2	1	2	0	0	
東京都		東京都医師会	3	3	1	0	0	0	
		東邦大学医師会	1	0	0	0	0	0	
神奈川県		神奈川県医師会	10	10	9	9	0	0	
		横浜市医師会	7	7	6	6	0	6	
		川崎市医師会	1	1	0	1	0	0	
		小田原医師会	1	1	0	0	0	0	
新潟県		新潟県医師会	3	3	1	0	0	0	
山梨県		山梨県医師会	1	2	0	2	0	0	
長野県		長野県医師会	4	4	3	0	0	0	
中部		富山県	富山県医師会	13	13	1	2	0	2
			下新川郡医師会	4	2	0	0	0	0
			魚津市医師会	6	2	0	0	0	0
	滑川市医師会		6	1	0	0	0	0	
	中新川郡医師会		1	0	0	0	0	0	
	富山市医師会		89	62	0	0	0	0	
	射水市医師会		2	1	0	0	0	0	
	高岡市医師会		33	25	0	0	0	0	
	氷見市医師会		3	2	0	0	0	0	
	砺波医師会		1	0	0	0	0	0	
	小矢部市医師会	3	0	0	0	0	0		
	石川県	石川県医師会	9	8	0	0	0	0	
	福井県	福井県医師会	1	1	0	1	0	0	
	岐阜県	岐阜県医師会	5	6	5	6	0	0	
	静岡県	静岡県医師会	1	2	2	2	0	0	
	愛知県	愛知県医師会	6	4	0	0	0	0	
	三重県	三重県医師会	2	0	2	0	0	0	
津地区医師会	1	2	2	2	0	0			
近畿	滋賀県	滋賀県医師会	6	7	5	3	0	1	
	京都府	京都府医師会	4	4	3	1	0	0	
	大阪府	大阪府医師会	6	6	5	4	0	0	
	兵庫県	兵庫県医師会	1	0	1	0	0	0	
		神戸市医師会	2	1	2	1	0	0	
	姫路市医師会	1	1	1	1	0	0		
	奈良県	奈良県医師会	2	2	2	2	0	0	
	和歌山県	和歌山県医師会	2	0	2	0	0	0	
中国・四国	鳥取県	鳥取県医師会	2	1	1	0	0	0	
	岡山県	岡山県医師会	1	1	1	1	0	0	
	岡山市医師会	1	1	0	0	0	0		
	島根県	島根県医師会	5	5	4	4	0	0	
		広島県	広島県医師会	7	7	4	1	0	0
	広島市医師会	9	9	0	0	0	0		
	広島市中区医師会	2	2	2	2	0	0		
	呉市医師会	1	0	1	0	0	0		
	福山市医師会	1	1	0	0	0	0		
	安佐医師会	2	2	2	2	0	0		
	山口県	山口県医師会	6	7	7	6	0	4	
	徳島県	徳島県医師会	3	0	3	0	0	0	
	香川県	香川県医師会	1	0	1	0	0	0	
		香川大学医師会	1	1	0	0	0	0	
	坂出市医師会	1	1	0	0	0	0		
	愛媛県	愛媛県医師会	7	7	7	7	0	0	
	松山市医師会	1	1	1	1	0	0		
高知県	高知県医師会	1	1	0	0	0	0		
九州・沖縄	福岡県	福岡県医師会	6	6	4	4	0	3	
		北九州市医師会	2	2	2	2	0	0	
		福岡市医師会	2	1	0	0	0	0	
		粕屋医師会	1	1	0	0	0	0	
		宗像医師会	1	1	0	1	0	0	
		大牟田医師会	1	1	1	1	0	0	
		北九州市小倉医師会	2	2	1	1	0	0	
	佐賀県	佐賀県医師会	2	3	3	3	0	2	
		長崎県	2	2	0	0	0	0	
	長崎市	長崎市医師会	1	1	1	1	0	0	
		佐世保市医師会	2	1	1	2	0	0	
	熊本県	熊本県医師会	3	3	0	0	0	0	
		熊本市医師会	2	2	2	2	0	0	
	大分県	大分県医師会	1	1	0	1	0	0	
		大分市医師会	1	0	0	0	0	0	
	宮崎県	宮崎県医師会	9	10	0	3	0	1	
	鹿児島県	鹿児島県医師会	2	2	2	2	0	0	
鹿児島市医師会		2	2	1	1	0	0		
沖縄県	沖縄県医師会	4	4	0	4	0	0		
日本医師会	日本医師会	31	28	24	25	0	5		
講師		6	7	2	2				
行政		7	0	0	0	0	0		
その他		1	1	0	0	0	0		
合 計			450	379	172	164	0	27	

平成23年度
全国医師会勤務医部会連絡協議会報告書

発行 富山県医師会
〒939-8222 富山県富山市蜷川336番地
T E L 076-429-4466
印刷 北日本印刷株式会社

懇親会風景



三上先生



久野先生



アトラクション



懇親会



懇親会



閉会 笠島先生