平成24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

「新しい医療の姿　－勤務医の明日－」

●期日：平成24年10月６日(土)

●会場：松山全日空ホテル
本館４階　ダイヤモンドボールルーム

●主催：日本医師会

●担当：愛媛県医師会

平成二十四年度　全国医師会勤務医部会連絡協議会　報告書

主催　日本医師会　　担当　愛媛県医師会

《表紙写真》

表紙の写真は盛夏の松山城天守閣です。

松山城の大天守は三重三階地下一階の層塔型天守で、黒船来航の翌年落成した江戸時代最後の完全な城郭建築です。そして、「現存12天守」の中で唯一、築城主として瓦には葵の御紋が付されています。さらに、大天守、小天守、隅櫓を廊下で互いに結び、武備に徹したこの天守建造物群は、わが国の代表的な連立式城郭といわれています。また、大天守の標高は約161mあることになり、「現存12天守」の平山城の中では最も高い城郭です。

協議会会場の全日空ホテルから「松山城へ向かうロープウェイのりば」までは徒歩にて５～６分程の道のりです。（その後、ロープウェイ３分またはリフト６分、降車後天守閣まで徒歩10分）

天候に恵まれましたら、西日本最高峰の石鎚山（1,982m）や瀬戸内海に浮かぶ島々、また日本一細長い半島である佐田岬までご覧になることもできる眺望を誇る城山に是非お立ち寄りください。

使用機材：NIKON F3 Carl Zeiss Planar T＊ 85mm　F1.4　ZF

目　　次

開　催　要　綱 …… 1

次　　第 …… 2

開　　会

主 催 者 挨 拶 …… 8

担 当 県 挨 拶 …… 10

来　賓　祝　辞 …… 11

特 別 講 演 1

「地域に寄り添う医療政策の実現に向けて」 …… 13

特 別 講 演 2

「勤務医の処遇改善における課題と解決策案」 …… 25

報　　告

「日本医師会勤務医委員会報告」 …… 41

次期担当県挨拶 …… 47

シンポジウム１

「女性医師支援とその問題点」 …… 51

シンポジウム２

「医療コンフリクト・マネージメントの活用」 …… 79

シンポジウム３

「救急医療体制維持の工夫」 …… 105

総合ディスカッション …… 125

愛媛宣言採択 …… 139

閉　　会 …… 143

参加者数一覧 …… 147

協議会風景

開会式

日本医師会長　横倉　義武　先生

愛媛大学医学部附属病院
総合臨床研修センター長・教授
高田　清式　先生

愛媛大学大学院病態情報内科学大学院生医員
飯尾千春子　先生

愛媛県医師会長　久野　梧郎　先生

岡山県医師会長　丹羽　国泰　先生

早稲田大学大学院法務研究科教授
和田　仁孝　先生

愛媛県医師会常任理事　今川俊一郎　先生

独立行政法人国立がん研究センター名誉総長・
山形大学学長特別補佐・山形大学医学部
脳神経外科教授　嘉山　孝正　先生

日本医師会勤務医委員会委員長
泉　良平　先生

愛媛県立中央病院救命救急センター長
濱見　原　先生

愛媛県八幡浜保健所長　武方　誠二　先生

愛媛県医師会常任理事　佐藤　博彦　先生

愛媛県医師会理事　今井　淳子　先生

日本医師会常任理事　小森　貴　先生

総合ディスカッション

平成24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

「新しい医療の姿　ー勤務医の明日ー」

1．開催日時　　平成24年10月６日(土)　９：45～17：00

2．会　　場　　松山全日空ホテル
愛媛県松山市一番町３丁目２－１
ＴＥＬ　089－933－5511

3．主　　催　　日本医師会
東京都文京区本駒込２丁目28－16
ＴＥＬ　03－3946－2121

4．担　　当　　愛媛県医師会
愛媛県松山市三番町４丁目５－３
ＴＥＬ　089－943－7582

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

◇**日　時**　　平成24年10月６日㈯　９時45分から
◇**会　場**　　松山全日空ホテル　４階ダイヤモンドボールルーム
◇**主　催**　　日 本 医 師 会
◇**担　当**　　愛媛県医師会

メインテーマ
『新しい医療の姿　ー勤務医の明日ー』

総合司会：愛媛県医師会常任理事　　佐藤　博彦

【日程】

９：15～９：45　受　付

９：45～　　開会式

開　　会　　愛媛県医師会副会長　　中島　俊明
挨　　拶　　日本医師会長　　横倉　義武
　　愛媛県医師会長　　久野　梧郎
来賓祝辞　　愛媛県知事　　中村　時広
　　松山市長　　野志　克仁

10：05～10：55　特別講演１
「地域に寄り添う医療政策の実現に向けて」
日本医師会長　　横倉　義武
座長：愛媛県医師会長　　久野　梧郎

10：55～11：45　特別講演２
「勤務医の処遇改善における課題と解決策案」
独立行政法人国立がん研究センター名誉総長
山形大学学長特別補佐／山形大学医学部脳神経外科教授　　嘉山　孝正
座長：愛媛県医師会副会長　　中島　俊明

11：45～12：00　報　告
「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

12：00～12：05　次期担当県挨拶　　岡山県医師会長　　丹羽　国泰

12：05～13：00　昼食・休憩

13：00～14：00　シンポジウム１
「女性医師支援とその問題点」
座長：愛媛県医師会常任理事　　今井　洋子
１．愛媛県の女性医師問題－アンケート調査結果と愛媛県内の取組み－
愛媛県医師会理事　　今井　淳子
２．愛媛大学医学部マドンナ・ドクター養成プロジェクトの紹介
愛媛大学医学部附属病院総合臨床研修センター長･教授　　高田　清式
３．女性医師からの声
愛媛大学大学院病態情報内科学大学院生医員　　飯尾千春子

（休憩　　14：00～14：10）

14：10～15：10　シンポジウム２
「医療コンフリクト・マネージメントの活用」
座長：愛媛県医師会勤務医部会副部会長　　北條　禎久
１．医療コンフリクト・マネージメントとは：
医療メディエーションの活用
早稲田大学大学院法務研究科教授　　和田　仁孝
２．愛媛県医師会の取組み
愛媛県医師会常任理事　　今川俊一郎

（休憩　　15：10～15：20）

15：20～16：20　シンポジウム３
「救急医療体制維持の工夫」
座長：愛媛県医師会勤務医部会副部会長　　梶原　伸介
１．都市部の救急体制－松山医療圏の救急医療輪番制の歴史と現状－
愛媛県立中央病院救命救急センター長　　濱見　　原
２．遠隔地の救急体制
－八幡浜・大洲圏域の救急医療体制の現状と
地域医療再生計画による取組み－
愛媛県八幡浜保健所長　　武方　誠二

シンポジウム終了後〈総合ディスカッション〉

司会：愛媛県医師会常任理事　　佐藤　博彦
コメンテーター：日本医師会常任理事　　小森　　貴

16：50～16：55　愛媛宣言採択　　愛媛県医師会常任理事　　佐藤　博彦

17：00　　閉　会　　愛媛県医師会副会長　　中島　俊明

18：00～19：30　懇親会
アトラクション
司会：愛媛県医師会常任理事　　今井　洋子
挨　拶　　日本医師会長　　横倉　義武
　　愛媛県医師会長　　久野　梧郎
乾　杯　　岡山県医師会長　　丹羽　国泰
閉　会　　愛媛県医師会副会長　　羽鳥　重明

開　　会　　9：45～10：05

総合司会　愛媛県医師会常任理事　**佐　藤　博　彦**

開　　会　愛媛県医師会副会長　**中　島　俊　明**

主催者挨拶　日本医師会長　**横　倉　義　武**

担当県挨拶　愛媛県医師会長　**久　野　梧　郎**

来 賓 祝 辞　愛媛県知事　**中　村　時　広**

松山市長　**野　志　克　仁**

開　　会

総合司会

愛媛県医師会常任理事　**佐　藤　博　彦**

皆様、おはようございます。ただいまから平成24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。本日の司会を務めさせていただきます愛媛県医師会常任理事の佐藤でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、次第に従いまして、まず愛媛県医師会副会長、中島俊明より開会の辞を申し上げます。

開　　会

愛媛県医師会副会長　**中　島　俊　明**

皆さん、おはようございます。

ただいまご紹介いただきました愛媛県医師会副会長の中島でございます。

平成24年度全国医師会勤務医部会連絡協議会の開会に当たり、一言ごあいさつ申し上げます。

本日、ご出席いただきました来賓の方々並びに全国からお集まりいただきました勤務医部の先生方、ようこそ道後温泉と俳句王国の松山においでいただきました。心より歓迎申し上げます。

今回は、メインテーマ「新しい医療の姿――勤務医の明日――」という題に沿いまして、特別講演２題、シンポジウム３題を用意させていただきました。シンポジウムが終わった後、総合のディスカッションを用意させていただいております。ぜひ皆さん方には活発なご討議とご意見を賜りまして、この会が実り多いものになりますことを祈念いたしまして、開会のごあいさつとさせていただきます。

本日はよろしくお願い申し上げます。

主催者挨拶

日本医師会長　**横　倉　義　武**

皆さん、おはようございます。ご紹介いただきました日本医師会の横倉でございます。平成24年度の全国医師会勤務医部会連絡協議会の開会に当たりまして、主催者を代表して一言ごあいさつを申し上げます。

本日は、早朝から大変お忙しい中を全国から多くの先生方にご参加をいただきましたことに心から御礼を申し上げます。

この連絡協議会は、今年度で33回目の開催を迎えることとなりました。昭和56年発足をいたしましたが、その当初は勤務医の先生方のご努力、ご尽力によりまして、勤務医部会を有する医師会の持ち回りで開催をしていただいておりました。平成３年度以降は日本医師会が主催し、開催県の医師会に協議会の実施・運営をご担当いただく現在の方式となっております。

近年の協議会では、ご担当いただいた県名を冠した宣言として、勤務医の就労環境の改善や男女共同参画の推進、さらに国の医療政策の改善等に関する力強いメッセージが採択をされてきました。この宣言は、日本医師会が政府をはじめ関係各所に対し、勤務医の取り巻く現状を改善するための政策提言を行う際の大きな力となってまいりました。これもひとえに都道府県医師会をはじめとし、また、勤務医部会関係者のご熱意のたまものであると心から感謝を申し上げます。

さて、今回、愛媛県医師会のご担当で企画していただきました本協議会のメインテーマは、「新しい医療の姿――勤務医の明日――」であります。

私は、現在の社会の状況を踏まえ、新しい医療を実現していくために最も必要なことは、「地域医療の再興」であると考えております。地域医療の再興のためには、各地域の医療現場の実情を詳細に受けとめ、エビデンスのある提言として国政に反映させていくことが必要です。そして、現場の実情を理解されているのは、ここにお集まりいただいている医療の第一線の現場に携わっている皆様にほかならないわけであります。

医療は、国民生活に欠くことのできない社会的共通資本であり、その土台には、国民すべてが平等に必要な医療が受けられる、世界に誇れる国民皆保険制度があります。これを維持し、後世に伝えていくためには、皆様が仕事にやりがいを持って健康的に生活できるワークライフバランス実現に向けての処遇改善や健康支援、また急増しています女性医師が勤務しやすい環境整備をより一層推進していくことが求められると思っております。また、医師がそれぞれの個性と能力を最大限に発揮できる環境を整備していくことは、医療の質と安全を担保し、結果として国民の利益につながるということを国民に理解してもらうための努力も必要であろうと思います。これらの日本医師会が取り組むべき課題を達成するためには、すべての医療関係者が勤務形態、性別などあらゆる立場を超え、一丸となって取り組まなければなりません。

現在、日本医師会の組織率はやや伸び悩んでおります。特に、今後増加してくる若い医師に医師会を身近に感じてもらうことが重要であると考え、医学生や研修医に対する働きかけなどを積極的に進めておりますが、組織力強化には各都道府県医師会をはじめとする各地の勤務医会、勤務医部会の活動がそのかなめとなることは言うまでもありません。

今期の日本医師会勤務医委員会においては、勤務医の組織率向上に向けた具体的方策ということでご検討をいただいておりますが、勤務医の皆様のご意見をより医療政策に反映できるよう、勤務医を代表する方が医師会の意思決定の場に参画できるような仕組みも含め、皆様が積極的に医師会に加入されますよう、今後さまざまな取り組みを展開してまいりたいと思いますので、何とぞ皆様のご理解、ご協力を賜りますようよろしくお願いを申し上げます。

本日の協議会では多くの成果が得られますことを主催者として祈念しますとともに、本年度の協議会の開催に係る準備・運営のすべてをご担当いただきました愛媛県医師会、久野梧郎会長をはじめとする役職員の皆様に衷心より御礼を申し上げます。

松山は、ご案内のとおり、『坂の上の雲』が最近有名になりました。その中で、正岡子規が「秋空より高くそびえる天守閣」というような歌を歌ったり、さまざまなところに正岡子規や、『坂の上の雲』で活躍された秋山兄弟の史跡があろうかと思います。今日の協議会でしっかりとご議論いただき、そしてまた、松山のさまざまな史跡を訪ねる機会を持てますことをお祈りいたしまして、主催者としてのあいさつとさせていただきます。

今日はありがとうございます。よろしくお願いします。

担当県挨拶

愛媛県医師会長　**久　野　梧　郎**

おはようございます。担当県愛媛の医師会長を務めます久野でございます。

本日は、全国各地から多数の皆様が初秋の松山にご来市いただきまして、本当にありがとうございます。心よりご歓迎を申し上げたいと思います。

また、本日は多忙な中、県行政あるいは市行政の方からご来賓をいただきまして、ありがとうございます。

昨年、富山の会に参加をさせていただきまして、非常に充実したまとまった会でございましたが、これを見習って、その直後から準備を始めたわけでございます。本日司会をしております佐藤常任理事が中心になって進めていただきました。いろいろ手落ちもあろうと思いますけれども、皆様方のご協力を得まして、実り多い会にしたいと思っております。

先ほどから、少しダブりますけれども、メインテーマは「新しい医療の姿――勤務医の明日――」といたしました。プログラムを少し見ていただきますと、先ほど横倉会長が申されましたように、特別講演１、「地域に寄り添う医療政策の実現に向けて」、会長の持論をお話しいただけるものと思っております。特別講演２は、昨年に続きまして、嘉山先生に「勤務医の処遇改善における課題と解決策案」といたしまして、昨年の続編としてもう少し踏み込んだお話がいただけるものと期待をしております。その後、泉先生の報告を例年のとおりいただきますが、シンポジウムは、女性医師問題、それから、医事紛争予防といいますか、対策としてのコンフリクト・マネジメントの問題、そして救急医療と、この３つを取り上げさせていただきました。話題は愛媛県の皆様で提供致しますが、それを材料にいたしまして、皆様方の活発なご議論をいただきたいと思います。

最後に、愛媛宣言は、今もお話ありましたけれども、本日は案を出させていただいております。それに対しまして、皆様方のご意見をちょうだいして、最終的には日本医師会の委員会のほうで決定をしていただく、こういう手はずに今回はさせていただきたいと思っております。

松山は、今日、明日と、秋祭りでございます。お昼ごろを過ぎますと、この町の中で子供みこしとか、大人みこしが祭りばやしにのって練り歩いている、そういった状況でございますので、時間を見つけて、あるいは明日の朝、けんかみこしもございますので、そのあたりもまたご覧いただいたらありがたいかなと思います。

先ほど横倉会長から地元の説明もしていただきました。本当にありがとうございました。今日１日が実りあるものになりますことを祈念いたしまして、ごあいさつといたします。

来賓祝辞

愛媛県知事　**中　村　時　広**

代読　愛媛県副知事　**長谷川　淳　二**

平成24年度全国医師会勤務医部会連絡協議会がここ愛媛、松山で盛大に開催されますことをお喜び申し上げますとともに、横倉会長をはじめ日本医師会の皆様、全国各地からご来県の勤務医部会の皆様を心から歓迎を申し上げます。皆様方には日ごろから医療現場の第一線において昼夜を問わずご尽力を賜っており、深く敬意を表します。

さて、全国的に医師の不足や診療科、地域間の偏在が大きな問題となる中で、愛媛県におきましても、僻地や小児、周産期、救急などといった地域に不可欠な医療の確保が困難になっておるなど、極めて厳しい状況に直面しております。

このため、本県では、地元愛媛大学と連携し、奨学金制度や寄附講座を設けまして、地域医療を担う医師の養成に取り組みますとともに、救急医の処遇改善に努めます医療機関への財政的な支援や、出産、育児などによる離職後の再就業に不安を抱えておられる女性医師に対する相談窓口の設置など、勤務医の厳しい勤務環境の改善に向けて、可能な限りの施策を推進しているところでございます。こうした施策の推進に当たりましては、久野会長をはじめとする愛媛県医師会の方から多大なご協力を賜っており、この場をおかりして、心から感謝を申し上げます。

このような中、本日、地域医療の最前線でご活躍いただいております皆様方が一堂に会し、勤務医を取り巻くさまざまな課題について、講演やシンポジウムを通じ情報交換を密にし、地域医療の将来ビジョンの共有を図られますことは、まことに意義深いものと存じます。どうか皆様方におかれましては、引き続き患者の視点に立った安全安心で質の高い医療が受けられる体制の構築に向けましてご尽力をいただきますとともに、地域医療確保への取り組みになお一層のお力添えを賜りますようお願い申し上げます。

なお、ご来県の皆様にはせっかくの機会でございますので、ただいま久野会長からご紹介ございましたように、今、この松山では秋祭りが真っ最中でございます。短い時間とは思いますが、行楽の秋を迎えた伊予路を十分に堪能していただければ幸いに存じます。

結びに、全国医師会勤務医部会のますますのご発展とご出席の皆様方のご健勝、ご活躍を心より祈念申し上げまして、祝辞といたします。

平成24年10月６日、愛媛県知事、中村時広。代読でございます。本日はまことにおめでとうございます。

開　　会

来賓祝辞

松山市長　**野　志　克　仁**
代読　松山市副市長　**遠　藤　美　武**

祝辞。平成24年度全国医師会勤務医部会連絡協議会が開催されるに当たり、一言ごあいさつを申し上げます。

本日は、本会が愛媛松山でこのように盛大に開催されますことをお祝い申し上げますとともに、全国各地からお越しいただきました皆様方を心から歓迎申し上げます。

本市では、10年前に小児救急医療を拡充し、初期救急としての松山市急患医療センターの小児科を翌朝午前８時まで延長し、２次救急も小児救急医療支援病院の体制が整備できたことにより、365日24時間いつでもすべての小児救急患者の受け入れができる体制となりました。これも県医師会、市医師会を中心とし、勤務医と開業医の方々がまさに地域一丸となって団結し、ご協力いただいているおかげであり、改めて厚くお礼を申し上げます。

本日の連絡協議会では、「新しい医療の姿――勤務医の明日――」をメインテーマに、講演やシンポジウムなどたくさんのプログラムが予定されていると伺っております。地域医療を取り巻くさまざまな問題がありますが、未来へ向かうご議論をいただき、市民の安心安全につながることを期待いたしております。

松山市におきましては、「だんだん松山プロジェクト」と申しまして、松山の言葉で「だんだん」は「ありがとう」という言葉でございますが、松山のいろんな紹介を全国にしていきたい、このような取り組みを進めております。どうか皆様におかれましても、この松山に滞在されるのを機に、松山のいろんなことをまた味わっていただければ幸いに存じます。

結びになりましたが、本日の協議会が皆様の明日につながる協議会となることをご期待申し上げ、ご参加の皆様の今後ますますのご活躍、ご健勝を祈念申し上げまして、お祝いの言葉といたします。

特別講演 1

10：05～10：55

「地域に寄り添う医療政策の実現に向けて」

講師：日本医師会長　**横　倉　義　武**

座長：愛媛県医師会長　**久　野　梧　郎**

特別講演１

座　　長

愛媛県医師会長　**久　野　梧　郎**

それでは､特別講演１を早速始めたいと思います。

「地域に寄り添う医療政策の実現に向けて」、日本医師会、横倉会長による、先ほどからも出ておりますが、地域医療の再興ということが一番大切であるというご持論でございます。

恒例でございますので、13ページに載っておりますことで会長のご紹介をしたいと思います。

昭和44年に久留米大学のご卒業で、講師を経られまして、平成２年に医療法人ヨコクラ病院の院長に就任されております。その後、福岡県医師会の理事、会長、そして日本医師会の副会長を経て、今期から日本医師会の会長ということでございます。

それでは、先生、よろしくどうぞお願いします。

講　師

日本医師会長　**横　倉　義　武**

久野先生、ありがとうございます。また、今日は多くの先生方、ご出席を賜りましたことに心から感謝を申し上げます。

ちょうど４月から半年がたちました。本当にさまざまな問題が山積をしている中ですので、１日の経過する時間がものすごく早く、まだ１カ月しか経っていないような思いでありますが、既に半年が経ったのかなと思っております。

さて、今日は、「地域に寄り添う医療政策の実現に向けて」というお話をさせていただきます。

本日の講演内容については、お手元にもレジメが配ってありますので、ご参考にしていただきながら、この４点についてお話をさせていただきます。

まず、「はじめに」でありますが、私は、この「継続と改革」、そして「地域から国へ」という２つのスローガンを掲げました。この意味を少し説明をさせていただきますが、継続とは何かと申しますと、当然これは、我が国は昭和36年に国民皆保険体制ができて50年を過ぎ、51年目を迎え、今、いろんなほころびが出ています。しかしながら、この国民皆保険というあり方、特に公的医療保険で行ってきたということは、これはまだしっかりと継続していかなければいけないだろうと思っております。

そして、この改革と書いたところは、当然ながら、時代に応じて医療の提供体制は変化をしてまいります。特に今後、高齢化率が急速に伸び、いわゆる「団塊の世代」と言われた昭和22年生まれの人たちが今年65歳を迎えました。あと10年すると、75歳の後期高齢者と言われる世代に入ってきます。この75歳、70歳前後を転機として、さまざまな疾病が起きてくることは、皆さんよくご存知のことかと思います。

特にこの昭和22年以降、「団塊の世代」と言われた人の多くが地方から、いわゆるエネルギー革命等々によって集団就職で東京や京阪神、名古屋を中心とした中京地域、もしくは各それぞれの都道府県でも県庁所在地周辺に非常に多く大移動をしてきました。そして、そのまま高齢化をしてきているという現実がございます。

このような超高齢社会の中での医療提供のあり方については、我々医療に携わる人間がしっかりと国民に安心できるというメッセージを出していくべきであり、そうした改革が必要であろうと思っています。

それと、「地域から国へ」というのは、今まで、当然ながら人口の動態については、国が予測をしてさまざまな改革案を出してきました。しかし、この改革案がいわゆる中央で考える改革案を主体としているために、それぞれの地域においては大きなギャップが出てきています。本来、地域医療という１つの政策をつくるときには、それぞれの地域の実態に応じた政策をつくり、そして、それを国に反映させていくということが必要であろうということで、この２つの大きなテーマを掲げて、今、日本医師会の会務を執行しているところでございます。

我々日本医師会は、あくまでも国民の健康と生命を守る専門家集団であります。これは、この医師会という集団の１つのしっかりとした目標というか、理念を我々はもう一遍再認識していく必要があるだろうと思っております。

昨年の東日本大震災のときに多くの会員の先生方にご協力いただき、震災に遭われた方々の支援に大変大きな力を発揮していただきました。そのような何か大きな災害が起きたときに、機動力を発揮できるような医師会の体制にしておく必要があろうかと思うところであります。

さて、「地域医療の再興」といいますと、やはり、地域医療は、それぞれの地域で必要とされる医療を適切に提供していく仕組みが重要だろうと思っています。国の方針や計画を都道府県の医療政策にいかに落とし込むかというトップダウンではなくて、都道府県の実態に基づいたボトムアップの計画をつくっていくべきであると思います。それにより、国民にとっても医療提供者にとっても望ましい医療体制の構築ができるのではないかと思っています。

そして、医療体制の構築に当たっては、ITを利用した地域の医療連携が非常に重要であります。我々は、ITの医療の利用のときには、どうしても個人個人の健康情報の流出に気をつけ、そして、それに対する注意喚起を常にしているわけでありますが、同時に、連携に対しては、非常に大事なツールであるということも認識しておく必要があろうかと思います。

そして、国民皆保険の堅持というのが大前提でありますし、営利を目的とした医療への参入は、地域医療の崩壊に導くものであろうという考えのもとで対応する必要があろうかと思っております。

この資料の右下にある黄色い本、これは『医療の質――谷間を超えて21世紀システムへ』という本であります。この本は、米国の医療の質委員会／医学研究所が書かれたものでありますけれども、これは、先生方もよくご存知だと思います。インスチュード・オブ・メディスンというところのレポートが1999年に出ました。医療過誤で亡くなる患者さんが年間に４万4,000人から９万8,000人ぐらいいるんだという、これは後で検証すれば１つの大きな誇張の数字であったわけでありますが、これをもとに、医療安全というものに対する取り組みがいかに重要かということを喧伝をしたレポートでもありました。1999年ですから、20世紀の末にそういう問題提起をされ、そして、2003年にこの本が出版をされたわけであります。

この中で、医療の安全をどう構築していくかということで、前書きに「より高い質の医療システムは、現行の医療システムを単に強化・補強するだけでは実現できないと考えている」、「それは、システム自体の改革があってはじめて可能なものである」ということ。そして、「むしろ、現在の医療システムに内在するエラー誘発要因の発現を食い止めているのが、医師、看護師、その他のスタッフの意欲、努力、責任感なのである」、「より安全で質の高い医療を望むのであれば、医療システムを医療サービスの運営と臨床プロセスをサポートする情報技術の活用を含めて再設計する必要がある」と書かれています。このとき、クリントン大統領の命令でさまざまな医療安全の取り組みが行われ、さまざまな試算が行われました。米国でもいわゆる国民総医療費の0.1％の金額が医療安全には必要でないかという提言がこのときされたわけであります。

さて、我々は、常に医療の質の向上ということにも目を配り、そして、気を配らなければなりません。この地域医療の再興と質の向上というものを考えた場合に、さまざまな要件があります。

１つには医療技術。現在もさまざまな新しい技術が開発され、導入され、そして、それが公的医療保険の中での保険償還の対象にしていかなければいけないということがありますし、同時に、教育・研修の仕組みづくり。今、それぞれの専門医のあり方をどうするかという議論が行われておりますけれども、そうした中での初期研修や専門研修、生涯教育についてどう取り組むかということがあります。

そして、それらを規定する法令や制度があります。この法令や制度も、そのときそのときの時代に沿ったよりよい方向に変えていく努力が必要になり、そして、もちろん財源も重要なものであります。同時に、我々医師と医師集団である医師会にとりまして

は、きちんとした倫理観を常日頃持っておく必要があろうかと思います。

今、日本医師会の綱領検討委員会というもの、仮称でありますが、日本医師会綱領の策定について、ご検討をいただいております。野中東京都医師会長に委員長となっていただいて、ひょっとすれば国民への約束というような文言でもいいのかなと思っております。我々もしくは医師個人としての倫理は持っておりますが､医師会という集団としての､しっかりとしたメッセージを社会に対して出していくべきではないかと思っております。

そして、それらが個々の医療機関の中において、医師のプロフェッショナル・オートノミーや医療関係職種の職業意識や責任感に基づく研さん、医療従事そして連携、医療安全への取り組みというものが相まって、地域医療というのは質を上げていくのではないかと思っております。

結果的には、このような取り組みが患者さんの生命・健康を守ることになり、そして、住民の医療に対する満足度や信頼感につながってくることになります。我々は、今から高齢社会の中で、国民にいかに安全を安心できるということを言えるかということだろうと思っております。

それともう１つは、冒頭にも申し上げましたが、高齢化の課題というものがございます。

高齢化になると、何が問題か。それぞれの地域における将来の人口構成と、性・年齢に応じた有病率をもとにさまざまな予測ができます。現在、地方から大都会の医療機関に通院をしている人たちも、あと10年を経過すれば、通院するだけの体力や財力がなくなってくることから通院そのものが難しくなります。東京の中心部の医療機関に通っているからということで、東京周辺の県ではかなり人口当たりの医師数等が少ない地域があります。そうした地域の医療整備をしていかないと、長距離移動が困難になったとき、どうするかという問題も考えておかなければなりません。

さらに、予測される医療ニーズをもとに、それぞれの地域連携を議論し、構築していかなければなりません。すなわち、郡市区医師会とそれぞれの自治体、また、都道府県医師会とそれぞれの都道府県の行政がしっかりと10年後を見据えた議論をしていく必要があります。日本医師会はそれらを集約しながら、国と交渉していく必要があろうかと思っております。

高齢化については、既にご案内のとおりでございますが、今2012年は、いわゆる65歳から74歳の人口と75歳以上の人口はほぼ拮抗したところにございます。しかしながら、これが2025年になりますと75歳以上の人口が急に増えてまいります。この74歳ぐらいまでであれば、通院にしても移動することができますが、75歳以上になってくると、なかなかその移動手段が厳しいということになりますし、有病率も高くなってきます。こういうときにそれぞれの地域がどう考えていくかということをそれぞれの各都道府県もしくは各医療圏ごとでしっかりと把握する必要があろうかと思っております。

私は、日本医師会の１つの仕事と思っておりますが、こうした将来の人口予測に基づく分析を全国47都道府県の各２次医療圏ごとに、日医総研と国際医療福祉大学の高橋泰教授との共同研究でやっと分析が終わりました。それぞれの各圏に早晩、今月以内には送れると思いますが、そうした分析結果をご参考にしていただきながら、次の地域医療保健計画に反映をさせていただければと思っているところでございます。

地域医療の再興と質の向上とは、切れ目のない医療体制の維持、発展、地域の医療ニーズの見きわめ、医療機能の役割分担と連携、住民・患者の医療へのアクセスの堅持、医師や看護職員等の生涯教育であり、地域の実情に応じた体制づくりのために、それぞれの医師会の役割が非常に重要になってくると思いますし、こうした対応はある意味では医師会しかできないのかなという思いもあります。

日本医師会の役割につきましては、１つには、地域にとって自由度の高い制度設計への支援をすることで、医療計画が全国47都道府県全く同じ計画であろうはずがないわけであります。１つの方向性を国が決めて、あとはそれぞれの都道府県で連携の問題はその地域に合った連携をつくっていいんだというように持っていかなければならないと思っております。そうしたバックアップを日医総研等々でしていこうということで、先ほど申し上げましたような分析が１つでき上がったということになります。

また、医療行政は、日本の場合、主に都道府県が担当いたしますので、都道府県医師会がそのカウンター・パートナーになってまいります。日本は、医療機関の開設主体や経営主体が多様であり、また、保健、医療、介護にはさまざまな職種の関係者がかかわっております。これを全体的に取りまとめるのは、１つの団体ではなかなか難しい面があります。やはり、都道府県医師会しかこれをまとめる、もしくは、いろんな話し合いをする場はつくれないのではないかと思っております。

いわゆる情報機能とかインテリジェンス機能としての日本医師会でありますが、ご案内のような、患者を取り巻く医療環境の時間的変化の把握、こうしたものは今、年齢、階級別に大体発症率もわかるわけでありますから、それらの問題を把握し、そして、同時に、それに対する医療提供の体制等、それぞれの地域が抱える医療問題の把握ができます。医療資源がどこにあるか、また、専門医師はどういうところに分布しているかを分析することで、解決すべき項目の抽出や順位づけができるわけでありますので、それを医療政策へ反映させ、そしてまた、時代が必要とする医師の育成へのサジェスチョンをしていくということが重要であろうと思っております。

このように、それぞれの地域でいろいろな問題がございます。この地域の特性による問題については、地域の主体性を生かした解決策をそれぞれの地域が行ってもらう必要があるわけですが、これを日本医師会としては支援することが重要であろうと思っています。

そしてまた、地域特性による問題の中で、重複してさまざまな問題が出てきます。多くの地域が抱える問題については、中央で解決する必要がありますので、これは日本医師会が頑張らなければいけないと思っております。

先日も、インフルエンザ等々の予防接種をそれぞれの事業所に行って行うという場合には、巡回診療に当たると。巡回診療を行える機関は、医療法人など、いわゆる法人でないといけないという通知が東京都内の保健所の所長名で出ました。もとをたどってみれば、厚労省からそれに間違えるような通知が出ていたわけでありますが、それが実行されると、会社の産業医をしながら、その会社の社員の健康を守るために予防接種を打つと、それも会社の利便性もあって、会社に行って、社員に打つということがなかなかできなくなるわけであります。これらについて、今日担当で来ております小森常任理事が厚労省といろいろ話し合いをして、それぞれの診療所でも会社に出向いて接種してよろしいという省令に変えてもらいました。

こうした多くの地域が抱える問題で共通する問題については、医師会で解決していかなければならないと思っております。

そういうことで、医師会を中心とした地域連携づくりが重要であるということが載っておりますが。その中で特に３番目に書いてあるかかりつけ医機能の推進ということですが、これは20年来、日本医師会は、国民の皆さん、かかりつけ医を持ちましょうと働きかけています。これを徹底をするということが１つの医療ネットワークのもとになるものを構築するのではないかと思っております。

医師会が地域連携に果たすべき役割というものがさまざまありますので､日本医師会､地域医師会みんなが協力をして、国民のための医療という立場で努力をしていければと思っているところであります。

さて、来年の４月から各都道府県では地域医療計画がスタートします。前回の改定のとき以降、医療連携ということが非常に重要視されてきました。前回は、４疾病５事業という形でのそれぞれの地域連

携をつくってもらいたいと政府から言われたわけであります。今回は、これに精神疾患が入って、５疾病５事業になりました。この５疾病５事業の連携の体制をそれぞれの都道府県でつくっていかなければいけないわけですが、今までこの過去５年間の４疾病５事業のときの問題点は、それぞれの県によって違いますので、しっかり検証をしていただき、そして、次の５年間へつなげていただきたいと思います。

その中で、都道府県医師会や郡市区医師会がどう関与しているかということを、しっかり見ていただきたいと思っています。医師会の関与がなければ、地域全体の取り組みに広がらないわけであります。がんの連携事業にしても、脳卒中の連携事業にしても、いわゆる急性期病院とか専門病院が連携のパスをおつくりになるわけでありますが、そうなってくると、地域のかかりつけ医の医師、そしてまた、リハビリから在宅医療につながるという面での連携になりにくいわけですね。どうしても点の連携になって、そこから漏れてくる地域が出てまいります。そういう意味では、医師会が関与をして、一緒になってつくっていくということが重要であろうと思います。

地域の急性期から在宅の療養まで、地域の医療機関が関与できる機能というものを医師会が主体的に構築していくべきだろうと思いますので、まず、今までの計画を見直し、そして、新しい計画へとつなげていきたいと思っております。

そういう意味で、この在宅医療が高齢社会の非常に重要な位置づけをされているところであります。

厚生労働省は、平成23年度から在宅医療連携拠点事業というものをスタートしています。これは、点ではなく、面としての連携ということで、ネットワークづくりを推奨しているわけでありますが、あくまでも患者さんのQOLの向上や医療・介護の機能分担のための在宅医療であるべきで、単に在院日数短縮や病床削減という目的のために行うものではないということをしっかり把握しておく必要があると思っております。

そして、同時に、地方と都市部の違い、在宅だけを目的にするのではなく、施設も在宅も両方必要だという考え方のもとで行っていくべきであろうと思います。

そして、今、介護施設の終末期患者の救急搬送のあり方が問題になってまいりました。介護施設でみていて、急変し、心肺停止になったという人を、救命センターに連れていくべきかどうかということで、それぞれの地域の医療機関で十分ではなかろうかという問題があるわけです。

こうした問題も含めて、終末期のあり方というのも高齢社会になりますととても重要になってまいりますので、地域医師会でそういう終末期の方を、どういうところに救急搬送するかということについても取り組みが必要であります。本来、介護施設の中には医師が健康管理ということで配置されている施設もあるわけですので、そこで定期的に管理をし、病気で亡くなった場合には、警察の介入は必要ないという、通知も新たに再確認ということで出していただいたところでありますが、そういうことを含めて地域でお願いをしたいと思います。

そして、国のほうも在宅医療連携において、医師会という組織の協力がなければできないということにだんだん気づいてまいりました。この在宅拠点事業のお願いをしたい役割の中に、郡市区医師会が取り上げられております。また、都道府県医師会に対しても、在宅医療・介護連携においてお願いしたい役割が示され、要求されているわけであります。

しかしながら、一方で、実際、地域の先生方の在宅医療についてどのような行動をとっておられるかということを今年の４月の診療報酬改定後に調査いたしました。具体的には、この４月の診療報酬改定で強化型在宅支援診療所という新しいカテゴリーができましたが、それへの取り組みをしてある医療機関、そうでない医療機関でどのような緊急往診をしているかについてお聞きをしたものであります。

確かに強化型の在宅支援診療所もしくは連携強化型の診療所も在宅緊急往診をしっかりしてあるわけですけれども、何も届け出をしていない診療所も結構３割近くは緊急往診の要請におこたえになっているということで、診療報酬の点数の設定の基準づくりのあり方についての１つの指標になるのかなという思いがございます。また、在宅看取りを行っている医療機関として、どういうところがあるかということも調査を行っているところであります。

そして、問題は連携のところでありますが、実は、連携によって強化型在宅支援診療所の届け出ができるようになったわけですが、近隣に医療機関があるけれども、頼みにくいというような回答が３割ございました。また、近隣の医療機関が在宅医療を行っているか不明であるという回答が２割を超えていました。これは、やはり、地域医師会がもっとこのあたりの情報を提供し、そしてまた、連携の音頭をとらなければいけないのではないかという調査結果であると思っております。

平成25年度は、全市町村でこのような在宅医療の充実強化が行われるわけであります。いわゆる病気の急変時の対応強化や、薬物療法の提供体制の強化、小児期の在宅医療の提供体制の強化等々が挙げられて、それに見合うような連携をつくってほしいと言われているわけであります。

25年度は全市町村ということですので、そういうことに協力をしながら、そして、在宅の場合は、必ずその在宅の患者さんが悪化をしたときのバックアップとしての病院の入院機能というものが重要になってまいりますので、是非こういうところで診療所の先生方と勤務医の先生方の連携を強めていただきたいと思います。そのための支援を私ども医師会としても一生懸命やっていきたいという思いであります。

今年度は、全国で105カ所、この在宅医療連携拠点事業が行われています。この中国・四国地方では、県によって非常にばらつきがございまして、この愛媛県は、４カ所のこういう拠点事業、モデル事業でされているということであります。

このように、在宅医療にかかわらず、さまざまなところで多様な関係者や職種間の協力が重要になってまいりますが、医師会を中心とした地域連携づくりとしては、既に糖尿病の対策推進会議が全国的に今各職種間の連携で行われております。そして、この後、ご講演をされる嘉山教授にリードしていただきました東日本大震災の対策の被災者健康支援連絡協議会、これも日本のいろいろな医療職が協力して今取り組んでおり、こういうものが将来にわたって重要になってまいりますし、今から日本中、こうした対応をしていかなければならない時期になってきたと思っております。

さて、「地域医療にかかわる最近の検討」でありますが、こういう医療法にかかわる問題については、社会保障審議会で検討が行われております。一昨年の10月から病床の区分、いわゆる超急性期から急性期、リハビリ、そして在宅へというような医療区分をどうするかという議論や、特定機能病院のあり方や地域医療支援病院のあり方、また医療法人のあり方等々についての審議が行われています。

その中で、医療提供体制の改革に関する意見ということでは、２つの作業グループができ、１つは急性期医療に関する作業グループであります。ここで急性期病棟の登録制と、もしくは認定したいという国の方針が出ました。

しかしながら、今、診療報酬上でほぼ急性期と言われるような診療報酬ができ上がりつつあります。さらにここで医療法で規定をすることが今必要なのかどうかですが、実態はどうなっているかを調査してからやるべきではないかということで、一応調査を今度するような方向で話し合いができてきたところであります。

また、一方で、地域医療支援病院が急速に増えております。本来、地域医療支援病院の役割、いわゆる紹介率80％以上ということがございました。そういうものが今、なし崩しになっているので、このあたりをもう一遍見直すべきではないかということが議論されております。医療計画の見直し等に関する検討会も、先ほど申しましたような議論のもとで連

携についてのさまざまな意見がまとまって、今、都道府県でお願いをしているということであります。

日本医師会では、将来、高齢者の人口が増えた場合には、必要病床数は現状よりも増やさないと対応できないのではないかということを以前から提言をしているところでありますが、実は、この後に介護療養病床の廃止が予定されています。経過措置で今ずっと延びておりますが、2018年にその経過措置が切れるので、そのときにどうするかということが問題になります。

高齢人口が一番増えると言われている2025年までに、あと２回の診療報酬と介護報酬の同時改定があります。そういう中で、次の制度改革に必要な法案が次々に改定をされてきます。そのときにどのような対応をしていくのが国民にとって一番いいのかという観点から、議論をしていかなければいけないと思っております。

「地域医療の再興」についてでありますが、地域医療の再興と質の向上には、この報酬の同時改定だけではなく、医療介護の全体を見据えた姿勢が重要であるということで、１つには財源の確保、また、関連制度の改革、そして、急性期だけではなく予防から在宅と、切れ目のない医療・介護の提供がそれぞれの地域でできるような体制をつくることです。そのためには、国民の相談相手としてのかかりつけ医が非常に重要になってまいりますし、在宅医療は、地域の医師会が指導的に行うことで、点ではなく、面で提供できるのではないかと思っております。

さて、８月に社会保障・税の一体改革が成立をいたしました。我々の医療保険制度改革の案でありますが、できるだけすべての国民が同じ医療を受けられる制度を、変えるべきではないということです。そして、すべての国民が支払い能力に応じて公平な負担をする必要があり、そしてまた、将来にわたって持続可能性のある制度にしていきましょうという基本理念のもとで、いろいろと政策提言しております。

現在、市町村国民健康保険が非常に財政的に厳しくなっています。まずはこれを都道府県単位ぐらいに広げることによって、負担と給付のバランスを少しとっていくべきだと思います。昨年のシンポジウムでは、都道府県単位でも少し負担と給付のバランスがとりにくいので、ブロック単位ぐらいまで広げるべきではないかという提案もされたわけでありますが、そうしたものを見据えながら、主張していくべきではないかということであります。

そして、この社会保障・税の一体改革の大綱に基づいて、厚生労働省がこういう４つのテーマを提案してまいりました。それに対する日医の対応については、そこに書いているとおりでございますので、いろいろなところで今、担当の役員も話をしておりますので、ご存知のことと思いますので、このあたりは少し割愛をさせていただきます。

この社会保障制度改革推進法等の中で、消費税の増税分の使途については、私どもは、社会保障にすべて充当してほしいと申しておりますが、野田総理大臣に、昨日、午前中お会いしてまいりましたけれども、やはり、社会保障は国民の一番大事なポイントであるので、増収分は還元すべきであると述べておられました。また、もう１つ、消費税の引き上げについては、控除対象外消費税の解消ということが問題になりますので、これは、日本医師会としては税制要望で常に要求をしているところであります。

今日、今村聡副会長が来ておりますので、もし、このことについてのご質問があれば、今村先生、三上先生にお聞きいただければと思っています。そして、国民皆保険は堅持をしていくべきであり、経済力によって受けられる医療に格差が生じる医療の営利産業化には断固として反対をするという立場をとっております。

今後、この社会保障、具体的にどうするかということについては、社会保障制度改革、国民会議の審議で進められる予定であり、日本医師会としては、まず、地域医療の代表としてこの国民会議の中に参画をさせてほしいと強く要望しているところであります。担当の副総理は、利益団体の１つである医師会を入れるわけにはいかんというような発言をしたとマスコミで報じられておりますけれども、私どもは、利益団体とは思っておりません。我々は、国民の健康を守る立場からしか発言したことがないという自負がありますので、また、その旨を強く今言っているところであります。

時間がなくなってまいりましたので、あと、医師不足の件は先生方はよくご存知と思います。今、入学定数を1,366人増やしていただきました。そして、このまま推移をすると、2025年には人口1,000人当たりの医師数はＧ７平均まで伸びてくるということでありますが、問題なのは、この医師の人口当たりの数が、非常に西高東低であるということで、このあたりをどう解決するかが１つ大きな課題になってくると思います。

私どもは、臨床研修制度の基本的な方向性ということでは、いわゆる研修希望者数と全国の臨床研修医の募集定員数がおおむね一致させるということで、大都市への集中を少し避けられないかということを主張しているわけであります。もう１つは、今、職業紹介を受けて医師の就業場所を選んでいる方が3,000人とか5,000人とか言われておりますが、この方たちの中には、自分の卒業大学にも全く連絡がなく、学会にも入らないという方がだんだん増えてきています。やはり、きちんと自分の根というものはしっかり持ってもらっておいたほうがよいのではないかということで、いろいろなところで研修される場合は、必ず自分の卒業した大学の研修センターを通じて研修先を探してほしいと、もしくは、研修先に連絡をとってもらいたいという提案をしているところでございます。一応、国の対応としては、地域医療支援センターということで今各都道府県で医師会と大学といろんな協議し、県行政とで協議していただいております。

実は、平成23年度でかなり実績が上がってまいりました。ですから、各大学につくる研修センターとこういう地域医療支援センターの役割等を一緒にしながら、医師の配置といいますか、無医地区をできるだけ少なくする努力が必要かと思っております。

その他、「診療科の偏在」については、刑事罰に問われることのないような仕組みづくりが非常に重要になってまいります。平成20年に大綱案が出て、この大綱案に幾つか問題があったということで、議論がストップをしておりましたが、昨年の６月に検討委員会からの意見をいただいて、今、担当のほうでさまざまな団体、学会と協議を続けて、日医案をほぼ作成をして全郡市区医師会までお送りし、また、各学会にもお送りして、意見を求めているところであります。早急にこうした考えを整備することによって、外科系に進む医師が少ないという現状が改善されるような仕組みづくりが必要であろうと思っております。

ワークライフバランスについては、今日、メインテーマとしてさまざまな議論がされます。日本医師会もいろいろな取り組みを今しているということでありますので、後ほどこれはご議論をしていただければと思います。

この一昨年つくられた「勤務医の健康を守る病院７カ条」、「医師が元気に働くための７カ条」というものを利用していただいて、そして、職場環境改善につなげていただきたいと思っている次第であります。

また、「女性医師の勤務環境の現況に関する調査」でも、平成21年３月にこのような内容を述べさせていただいて、そしてまた、学生、医学生や臨床研修医に、医師会のことを理解していただきたいということで、今年の４月からの「ドクタラーゼ」という雑誌を全医学部の学生に配布しました。今日もお手元の資料の中に入っていると思いますけれども、やはり、医師会という組織をみんなに理解していただいて、できるだけ多くの医師、できればすべての医師が医師会に結集して、国民のための医療を提供するという形を進めていくのが一番いいのではなかろうかと思っております。

日本医師会は、「国民と共に歩む専門家集団としての医師会」を目指し、そして、世界に冠たる国民

特別講演１

皆保険の堅持を主軸に、国民の視点に立った多角的な事業を展開して、真に国民に求められる医療提供体制の実現に向けて、これからも努力をいたします。ぜひ先生方、一緒に努力していただきますことをお願いして、講演を終わらせていただきます。

どうもありがとうございました。

（久野座長）

ありがとうございました。

継続と改革という、地域特性が大切、そういったキーワードで、多方面にわたってお話をいただいたわけでございますが、組織率と今最後におっしゃいました。これは、力をやはり与えてあげなければ、物事が積極的に進まないという面もあろうと思います。勤務医の先生方、また、開業医の皆様が力を合わせて、そういう状況が今必要なんじゃないかというふうに思います。

今回、お触れにはなりませんでしたが、日医の理事会に勤務医の部会の代表の方お１人がオブザーバーとして参加できるというふうなことになっております。横倉会長のご英断だと思っております。今後とも地道に、積極的に、国民のための医療を守り、改革する先頭に立たれてご努力されることを期待いたしまして、御礼の言葉といたしたいと思います。よろしくお願いいたします。

特別講演２　10：55～11：45

「勤務医の処遇改善における課題と解決策案」

講師：独立行政法人国立がん研究センター名誉総長
山形大学学長特別補佐／山形大学医学部脳神経外科教授
嘉　山　孝　正

座長：愛媛県医師会副会長　**中　島　俊　明**

特別講演２

座　　長

愛媛県医師会副会長　**中　島　俊　明**

それでは早速、特別講演２、「勤務医の処遇改善における課題と解決策案」を始めさせていただきます。

初めに、講師の先生をご紹介いたします。

本日、ご講演いただきますのは、独立行政法人国立がん研究センター名誉総長、山形大学学長特別補佐、医学部脳神経外科教授であられます嘉山孝正先生でございます。

先生は、昨年に引き続いてのご講演であり、皆さんよくご存知だと思いますが、恒例により略歴を簡単にご紹介させていただきます。

先生は、1975年に東北大学医学部を卒業され、脳神経外科教室に入局されました。1978年に、ドイツの Justus Liebig 大学に入学され、1983年に国立仙台病院脳卒中センターを経て、1990年、東北大学医学部講師になられました。山形大学助教授を経て、1996年に山形大学医学部教授になられ、病院長、医学部長を歴任され、2010年には国立がん研究センター理事長になられました。そこで大変な改革を実施されたわけですが、今年４月に退任され、山形大学学長特別補佐を併任され､現在に至っております。

受賞歴、学会社会活動は、あまりに多いため、省略させていただきます。

なお、３年前より中央社会保険医療協議会委員をされておられます。

それでは、嘉山先生、よろしくお願いいたします。

講　　師
独立行政法人国立がん研究センター名誉総長
山形大学学長特別補佐／山形大学医学部脳神経外科教授
嘉　山　孝　正

中島先生、ご丁寧なご紹介をありがとうございました。

それから、今年は主催者の横倉日本医師会長、愛媛県医師会長の久野先生と佐藤先生には、本当に御礼申し上げます。昨年度もこの会でお話しする機会をいただきましたので、今日もいらしていると思うんですが、富山県医師会長の岩城先生にも、それから、日本医師会の勤務医部会の泉先生に感謝を申し上げます。

それでは、時間が押していますので、昨年度と大幅な変更はないんですけれども、スライドは大部分変えてきました。

今日お話しするのは、まず、勤務医の処遇改善をするためには、こういうことも頭に入れておかないと、先ほど横倉先生がほとんど、この１番、２番はお話になってしまったので、しゃべることがなくなっちゃったんですけど、こういう社会環境を知らないで部分的に取り上げてもしょうがないので、こういうことをちょっとお話しさせていただいてから、最後の５番の勤務医の処遇改善というところをお話しさせていただきます。

まず、日本の医療の現況なんですが、これは私何度も言っているんですけれども、病院長になったときに、WHO を調べて、メディアはまだ１行も日本の医療が世界一なんて書いたことがないんですね。しょうがないので、がんセンターも今年がちょうど50周年でありまして、国民皆保険と同じなんですよ。その年にできたんですね。今日、今からお話しするのは、その50周年に当たりまして、今年の１月11日に御所に参りまして、陛下と皇后陛下にご進講させていただきましたので、そのときのデータですから、これは本当はメディアに書いてほしいんですね、このデータは。そのデータを使わせていただきます。

もちろん、OECD、我々のつくったデータというよりは、世界の WHO のデータですけれども、まず日本の現況ですね。これは、2000年版を昔出しましたが、これが今。ここががんですけれども、これはＡランクです。Ｃが肺があるんですけれども、これは多分肺炎ということで、最後亡くなるときに、みんな大往生を肺炎しているのかなという感じがしますけれども。あと１つだけ、Ｄが、ここが大きな問題なんですけども。そのほかは部門では全部Ａで、トータルでも日本の医療は世界トップレベルです。

これをどうもメディアがなぜはき違えるのかというのを考えたんですけれども、最近わかってきました。

もう１つは、世界の今の死因のトップは、日本のようにがんじゃないんです。血管病なんですね。心臓と脳卒中合わせた血管病が世界の死因です。日本はがんが１位なんですけれども、両方合わせてもまだがんのほうが死亡は高いんですね。それはなぜかといいますと、当たり前の話で、先ほど横倉会長がお話しになったように、高齢者が多いからです。要するに、年とればみんながんになるんですよ。したがって、２人に１人はがんになってくるというのが日本の現状で、アフリカを入れた世界では血管病だということです。そのことは、日本の特徴としてあるんですね。

平均寿命は、こんなに違いますから、アメリカと日本とはですね。これが如実にがんがなぜ日本が一番多いのかという理由になるんですね。

ここからが陛下が「はあー」とおっしゃったんですが、大腸がんの５年生存率、これは我々が幾ら言っても、これはエビデンスですから、除けないんですけれども、圧倒的に日本のほうが５年生存が高いんですよ。

ただ、乳がんだけが、やっぱり、ちょっと低いんですね。これは、多分フリーアクセスで、どの病院にも日本人はフリーにかかれるので、したがって、そのときに見つけるんですよ。

早期発見、検診のことを言うと、検診は要らないというふうに言ったんですね、乳がん以外は。それはなぜかというと、日常医療の中でやっちゃっているんですね、日本人は。ですから、もちろん健康な人を検査するよりは、何かおなかが痛いとかそういうことを言った人を検査したほうが、それは絶対見つかる率が高いに決まっているので、ですから、世界でトップなんですよ。がんが早期発見ということで、こういうふうになっているんだと思うんです。子宮頸がんにおいても、５年生存は日本がトップです。

これは全がん協の、また来月、全がん協に呼ばれているのでしゃべりますけれども、全部のがんでも、これはステージ別です、ステージがよければ、70％以上の人が５年生存なんですね、今は。したがって、２人に１人ががんになるけれども、２人に１人が治る、キュアしちゃうという、これが日本のデータです。ですから、もちろん、食道とか肝臓とか肺、この辺はまだまだなんですけれども、それでもステージがよければ、５年予後が70％超しているというのが日本の現状だと思います。

あと、日本の医療は、死亡率が最も低いんです。例えば、これは、大野病院がなぜ問題になったかというと、やはり、１万人に１人が亡くなるかどうかだという時代なんですね、日本は。産科、婦人科の先生方が頑張って。ですから、１人でも死ぬと、すごく目立つんですよね。そこまでトップになっちゃったからなんですね。ほかの国は、全然、例えば妊娠で、低いところもあるんですけれども、日本は世界のトップですね。乳児にしても、がんにしても、死亡率が低いんです。

あと、損失生存可能年数といって、病気になった場合、どのくらいか。でも、日本は世界で、この赤いところがトップのところですね。全部トップのところです。少し、循環器と呼吸器のところがありますけれども、それでも世界にそんなに遜色はないということで、こういうデータは出ているんですよね。それをメディアがちゃんと言わない。この辺がやっぱり、今度日本医師会が、先ほどのお話を伺っていても、日本医師会がこんなに変わったのかというぐらいに変わりましたので、横倉先生になってから変わったので、我々としても、これは日本医師会の大きな役割ではないかなと思うんですね。

課題は、では何だろうということですね。これは先ほどお話ししたＤです。これは、やっぱり、日本医師会がこれからいろんなことを言っていくとお話しされたんですけれども、国民から信頼を得ない限り、なかなか難しいと思うんですね。

これはどういうことかというと、今のＤというのは、健康と感じる人の割合なんです。これは世界で最低。あれだけの世界最高の医療をやられている国民が、自分たちは健康でないと感じるんですよ。ねじれ国会じゃないですけど、要するにエビデンスは５年生存が高いのにもかかわらず、自分たちはとんでもない、低い医療を受けている、健康でないというふうに感じちゃっていることが、特に全成人でわずか32％しかヘルシーだと思っていないんですね。65歳以上の人は、わずか５人に１人しか健康でないと思っているんですね。

これはダイレクトではないんですけれども、やっぱり、ほかの国は、あんなに平均寿命が短い国でも、65歳以上４人に３人が我々は健康だと言っているわけですから、この辺は社会文化をきちっとしていかないと、我々としてはまた信用を失ってくるということになると思います。

結局、患者様なんて言ったところから日本の医療は崩壊し始めたわけで、患者様なんてことは絶対に言ってはいけません。この前もうちの薬剤師がそういうことを言ったので、山形大学では張り出すところに患者様にというような、患者さんで十分だと思いますね。患者様と言ったほうが、かえって患者さんにとっても不利だと思いますね。

患者さんが一般に、メディアもそうなんですけれども、評価できる事物というのは、受付が親切だとか、医師が十分に説明する、看護師さんがすぐ来てくれる、食事がおいしいとか、薬が待たされない。これはアメニティーなんですね、結局。これは、昨年度、タイのメディカルツーリズムをやっている病院を見てきましたけれども、きれいなコンシェルジュがいて、きれいな看護師さんが多くて、これ全部こうこうで、事務官がすごく多いと。お金をそこにかけているんですね。ただ、医療レベルは、全然低いです。

それで、やっぱり、大切なんですけども、これはもちろん大切です。これは患者さんが直接わかる。でも、エンドポイントではないんですね。この辺を、やっぱり、我々がメディアにうまく言わないと、日本の医療は最低だと。ここで大体文句がつきますから。

それで、先ほどメディアも含めて、国民も含めて、なぜ違うか。アメリカのほうがずっとすごいかと思っているかというと、アメリカは16位ですから。やっぱり、日常医療は圧勝なんですね。開業の先生から始まって、急性期まで、全部トータルして日本の医療を見た場合には、これ、世界１位なんですよ。ところが、先進医療になった場合には、お金が全然違いますからね、研究費から何から。そこに投じる国家としての国策としてやっていくので、一気にそこにお金を入れますから。ただ、これは、例えば留置場で囚人の人が取引として、そういうのがあったかどうかわかりませんが、例えばの話ですけど、骨盤の骨を全部人工骨に入れかえる研究をすると、素材をつくるからと、そういうのもアメリカでは可能なんですね、社会制度で。ところが、日本でそんなことをやったら、人体実験ですからね。そんなことできないですよ。ですから、これは社会制度、文化と、あとお金ですね。あるいは、考えてみれば、すごくリスクが高くて、日常医療じゃないですから、まだパイロット的なんですよ。これをメディアが非常におもしろがって取り上げるので、日本のほうが遅れていると一見思っちゃうんですね。

ところが、先生方もご存知だと思いますが、外務省のホームページに行くと、アメリカで病気になったら、その場でやらなきゃいけない病気以外は、すぐに日本に帰ってきなさいとちゃんと書いてありますから。それはエビデンスです。ですから、外務省はわかっているんですね、向こうで病気をしたら大変だということは。それから、お金のこともあるし、それから、日常医療のレベルがすごいところととんでもないところの差がすごく大きいんですね、アメリカは。こういうことをよく国民に日本医師会が言うべきだと思います。

これが10年前です。10年前は、日本は、トータルでも１位だったんですけど、アメリカは15位だったんです。それがこの10年間でアメリカは下がっているんですね、トータルで。こういうこともまた日本人は知らない。これは WHO のデータですから、こういうことを、やっぱり、きちっと、いろんな今外交問題もありますけど、我々がプレゼントしなきゃいけないと思うんですね、国民に。

それから、こういうような世界一の医療レベルで、日常医療は世界一なんですけど、１ベッド当たりの、先ほど横倉会長もお話しになったんですけど、医者の数は旧帝国でこれぐらいで、旧六がこのくらいで、何だかわかりませんが、旧六よりも新設医大のほうが多いんですけど、私大学が旧帝国ぐらいいますね。ただし、ほかの欧米ではこれだけの、断然多い数がいるわけです。看護師さんにしても、大体４倍、５倍は欧米はいるわけですね。ですから、この辺がアメニティーと間違えているんじゃないかと思うんですね、十分に話してくれるとか、お薬をすぐに持ってきてくれるとか、看護師さんを呼べばすぐ来るとかですね。それでレベルが高い、つまりコンフォタブル、アメニティーですね、それで評価をしている。事務職員に至っては、テキサスの M. D. アンダーソン、これ、ちょっと見てください。けたが違うんですよ。けたが違うぐらいいるわけですね。ですから、こういうのに取り巻かれてやっている医療は、アメニティーがよくなるんです、ただ単に。ただし、医療レベルではないということは、よく天皇陛下と皇后陛下にお話ししましたので、これは日本医師会はどんどん言っていただきたいですね。

やっぱり、今、課題というふうにさっき出しましたけど、医療者と国民、患者双方が医療をはぐくむ社会の創成がまだできていないんだと思うんですね。これは、対立軸をすぐつくりたがっているいろんなメディアがいるからだというふうに思います。これを、今日、コンフリクトで ADR の和田先生がいらっしゃいますけど、その辺をメディエートする、これを日本医師会がやるべきだと思うんですね。我々ではなかなかできませんので。

今度は医療費です。これは、高齢にもかかわらず、日本の低水準ですね。ここに書いてありますように、医療需要が高まって、必然的に、これは先ほど横倉先生もお話しになりましたが、国際的に見て、日本は高齢化が最も進み、このままの医療費の推移は低く、財政投入が過少であると。医療費の伸びを低く抑えたのだと。これは当然のことで、医療費も前からお話ししていますけれども、最低なんですね。

公的総医療費も低水準で、つまり税金が投入されていないんですよ。今度の改定の0. 0004でしたっけね。あれは数億円なんですね、税金、実際の生水は。ですから、国は税金をほとんど今回医療に、今度の改定では、我々も中医協委員なので残念ですけれども、これをもう一度中医協で、時の政府と関係なく医療費を決められる組織にしないと、また、政治的にやられてしまうんじゃないかと。

本来は、社会の、自衛隊と同じ、教育と、この３本柱は、時の政府と関係なく、独立して置いておかなければいけないものではないかと私は思っています。

１人当たりの総医療費ももちろんずば抜けて日本は低いわけですね。これで成績を残しているということを。社会保障給付費も、主因はほとんど、これが増えている増えていると言うんですけど、実際は医療は、この社会保障の全体から見ると、昔は43％もあったのが、実は31％に減っているんですよ。増えているのは何かというと、年金ですね、一番大きいのは。もちろんここは人口が増えてきたので。あと福祉というのが増えていて、医療費は、社会保障全体から見ると、パーセンテージで言えば減っているということを認識しなければいけないと思うんですね。何かあれば、医療費を減らそうと思う、メディアも含めて。

大体先生方もお気づきでしょうけれども、医療事故の数が出るのは、大体が改定直前なんですよ。病院機能評価機構が日本の医療界が今年は21万件医療のヒヤリ・ハットがあったなんて出すのは、大体９月か10月に出すんですね。ちょうど改定のちょっと前にね。ああいうふうな誘導するような報道を平気でやるということを私は、やっぱり、見逃してはいけないと思います。

あとは、科学技術も投資も、これは日本がずっと横ばいになって、これで東京大学はよく今年頑張ってまたベストテンに入ったと思いますよ。また、戻しましたけどね。東大の世界順位が。中国の科学技術にかけているお金はこんなですからね。日本は全然それに、つまり、３本柱の教育と医療にお金をかけてないんですよ、ということをやっぱり知っておかないといけない。こういう環境の中で勤務医のあり方を考えなきゃいけないですね。

あと、病院と診療所の損益の分岐点、つまり、赤字になっているか黒字になっているかは、これも実は危険水域で、この辺も皆さんはよく知っておかないと。つまり、電機産業なんていうのは、大体３割がもうかっちゃってるんですね。ところが、医療では大体4. 9％の余裕しかないんですよ。ですから、これはちょっとなると、キャッシュフローであれになって、最近開業の先生が病院を畳んだとか、そう

いうのがあるのは、これだけしか利幅率がないんですよ。ほかの産業は、サービス業にしても、運輸業にしても、製造業にしても、電機にしても、これだけ、ちょっとサービス業は低いですけど、そのほかは余裕を持って利益幅を持っているんですね。したがって、こういうこともきちっと数字を、エビデンスをもって訴えていかなきゃいけないということですね。

大学です。先生方は、よく私が私立大学の先生方とお話しすると、国立大学はいいよね、全部国がやってくれるからと。とんでもない話で、東京大学は679億円の借金があるんですよ、今でも。これは何の借金かというと、医学部を持っている大学だけです。なぜかというと、工学部であるとか理学部は、全部お国が税金でもちろん建ててくれるんですけど、利益が出るだろうという病院を持っているところは、全部建物は、機械も全部実は、９割は自分で払っているんです。ですから、こんな変な国はないので。

例えば愛媛は、愛媛大学は、これは工学部とかそんなん関係ないんですよ。医学部附属病院の借金なんです。179億円あるんですよ。今でも。これをみんな働いて、病院の利益から返しているんです。実は、27年ぐらいです。27年ぐらいで返しているんです。ですから、こんな変な国はなくて、お国の建物を公務員が働いた金で建てているんですね、この国は。国立大学の病院だけは。こういう状況の中で、大学もあるということをご理解願いたいと思います。

ですから、僕はこれちょっと数えられないんですけれども、多分１兆円ぐらいだと思います。国立病院は１兆円の借金がある。これを持たされたまま、実は法人化に入ったんです。ですから、今度の、今国会がとまっちゃっていて、あれがとまると大変なことになる。なぜかというと、キャッシュフローがアウトになると、今、不渡り手形が回りますと、法人ですから、ただの株式会社と同じ扱いになりますから、大学がつぶれちゃうと、国立大学がつぶれちゃうということになりかねないですね。これを返せなくなって、大変だということになります。

独立法人化前はどういうことをやっていたかというと、これは全部補助金でやったんですよ。これは東大のことですね。これはまず借金していないころです。再開発してないころだったので、借金少ないんですけど、これは大体こんなもので、全部補助金でやられていたんですね。ですから、医師会の一部の先生方には、今度は大学ばっかりだ、大学ばっかりだというふうに中医協で私言われるんですけれども、そうではないんです。こういう現状があったので、そのままでいけば、大学はつぶれるということで、中医協に入ってあれだけやっている。

附属病院の交付金も大幅に減らされました。法人になって、御飯とみそ汁とおかずが３品ぐらいあったやつが、おかずは１品ぐらいしかない。そのおかずも最近ではなくなっちゃって。山形大学は今、附属病院のほうの交付金はゼロです。ゼロにしました。ゼロでやっていったほうが自由度がきくので。今そういうふうな時代です。

あとは公立病院もそうですね。公立病院も県からこれだけの交付金をぶち込まないとやっていけないんですね。公立は、いろいろな労働問題がありまして、事務系は県から来ている職員ですね。あと、看護師さんは典型的な公務員の姿でいっちゃいますので、なかなか首にできないと。首にできないというか、働いても働かなくても同じ給料、あるいは、どんどん上がっていくという体制をとっていますので、今、一番公立病院が遅れていると思います、こういう点では。

こういう中にあって、つまり、勤務医はどうするかですね。中医協で私がやったことは、こういう状況の中でやったので、同じ今日本医師会の推薦、鈴木先生から嘉山先生が入って、大学ばっかり、と言うので、こういう現状があったからなんですよ。それまで本当に大赤字だったんですよ。ご覧になっておわかりのようにね。あのままでいったら、法人になれば終わりですから。

2009年の政権交代で、我々もマニフェスト、大学も評価しました。評価したんですけれども、今は全然違うことを言っているので、民主党というのは大変だなと思っていますけれども、少なくとも年2,200億の抑制はとめました。とめたわけです。でも、これは、その前の舛添大臣のときにこの方針は出ていたわけなので、流れがそういうふうになってきたのかなというふうに思っています。

それから、中医協でやることは、勤務医の先生方、あるいは開業の先生方も含めて、やっぱり、今までの中医協というのは、大体パッチワーク型の補助金政策による行政裁量権の拡大だったんですね、やっていることは。ですから、これを徹底した情報開示をして、コストを計算して、労働業務の対価として医療費を支払うということを私は何度も主張しています、今でも。

もちろん病院の経営というのは、地方に行けば患者さんは少なくて、ただの労働対価ではなくて、自衛隊が戦争しなくても給料もらっているのと同じように、地方によっては病院が患者さんが来なくてもやっていけるようにしないと、これは社会保障ですから、そういうところのあれはしなくてはいけませんけれども、基本的には労働対価として、その原理をちゃんとつくるというのが、医療費のきれいな国民が納得しやすい制度だと思うんですね。

アメリカは、それをやっているわけです。アメリカは、幾らかかりましたよというのをオペレーティングコストとキャピタルコストで、日本はキャピタルコストなんて全然認めていないので、開業の先生方が幾らかかっても、これは全然自己負担でやりなさいということですね。すると、足りなくなるので、また、パッチワークじゃないけど、ばんそうこう張りでそこにちょっと厚くしたりですね。ですから、経済実態調査なんていうのを中医協でやっているんですけど、あれは本当にばからしいと思うんですね、実際は。本当は業務内容一個一個に労働対価にすれば、今の若い人たちが勤務医を続けるに当たっても、自分の労働がちゃんと認められているということが一番大事なことなので、そういうことが医療費の制度設計をするときには大事な考えではないかと思います。

基本的なプリンシプルの確立をすれば、私の労働はこうなんだねということがわかれば、やっぱり、医療者の自立、自浄作用が働きますし、納得感が生まれるんですよ。納得感が生まれない以上、先ほどお話しした日本医師会が国民に信頼を得るなんてできないですよ、絶対に。ですから、医療費は納得感。両方の納得感ですね。医療者もやりがいと。若手が成長すると。それで、医師の偏在、科の偏在にも役に立つということになります。

これはちょっといいでしょう。

例えば頭蓋内脳腫瘍の摘出手術、これは、こんなちっちゃい脳腫瘍でも、こんなとんでもないやつで、こんなに人数かかるやつでも、同じ値段だったので、これは、やっぱり、難しい順に、外保連が言ったような難易度で手術点数を決めますよというふうに今回変えたわけですね。それを大学にばっかり、大学にばっかりというのは、鈴木先生そうおっしゃるんですけど、そうじゃなくて、こういう理由がちゃんとあって、これだったら納得されると思うんですよ。これで書いたわけですね。

高難易度の手術料の大幅な、これはすべて原理原則、プリンシプルは、情報開示と納得できるような設定にしたということです。ただ、これは勤務医にダイレクトに行かないですね。なぜかというと、ドクターフィーは、アメリカはこう行くんですけど、個人にですね。日本の場合は、支払いが病院に行きますので、それは法律を変えない限り無理なんですね。ドクターフィーという制度をつくるのは。ですから、この辺は法律を変えるかどうかは別にしても、それを変えなくてもできると思うんですね。

日本型ドクターフィーというのを私は考えているんですけれども、結局、１対全員で、あとの人はみんな反対だったので、私だけだったんですけど。これは継続審議になったので、今後またきちっと議論になると思いますが。ただし、ここには病院の経営者の方が多いんじゃないかと、勤務医といっても多いんじゃないかと思うんですが、病院が具体的な取

り組み内容や目標達成年次等を入れた勤務医の待遇計画をつくり、達成状況を地方厚生局に報告することというのがついているので、本当は個人的に給料を上げるとかいうのもできるんですけど、実際はあんまりこれを厚生局がチェックしていないようなんですね。ですから、これは中医協でどれぐらいチェックしたのかを聞くつもりでいますけれども。ですから、勤務医の先生方にもダイレクトに行くような形に少しはしたんですけれども、まだ十分ではない。

これは去年も聞いたかもしれませんが、日本医療の課題として、診療報酬と物価、給与。これは、先生方に知っておいてほしいわけです。診療報酬は物価、給与と相関すべきであるというのは正しいか。これは全然正しくないんですよ。物価はこんなに上がっているんですよ。最近ちょっと下がって、デフレですけど。これは医療費ですからね。全然相関していないですよ。医療費はずっとこの30年ぐらい抑制されたということです。

それから、社会保障費とイノベーション力がどうかということなんですけど、社会保障費が増えると、国力が落ちると言うわけでね、財界が特に。これは全くのうそで、シンガポールとかそういうイノベーション力が高いところは、社会保障費もすごく高いんですね。ですから、安心した社会というのは、イノベーション力を生むんだよということを国民に日本医師会がちゃんと言ってほしいんですね。

それから、開業の先生方がもうけている、もうけていると。昨日もエムスリーから勤務医の収入と開業医の収入が出ていて、開業医の先生方がすごく高いというのが出ていましたけれども、開業医の先生方はずっと変わってないんですよ。これだけしかないんですよ。ですから、これをこっちへ持っていっても、この分配を変えても、そんな大きな問題ではないんですね。開業の先生の数字は、こういうエビデンスですから。こういうことを中医協でどんどん始めたわけです、私が入ってからですね。すると、厚生省のお役人も何も言わなくなっちゃうんですね、数字で出されるので。これを本当は日医総研等々がどんどんやるべきだったんですけど、ただ、経営のことだけを日医総研がやってきたので、僕はだめだと思うんですね。昔ですよ。今じゃないですよ、今村先生。

日本の患者負担率は高いということも、これも目くらましなんですよ。つまり、病院で払うお金が、あるいは、薬局へ行って払うお金が高く見えるので、高いようなんですけれども、実際は全然高くないんですね。

これは、今度消費税が上がっちゃったので、上がる法律が通りましたので、あれなんですけど、もともと国民負担率は日本は全然払ってないということですね。それは、何も個人だけではなくて、税という中で払ってないんですね。

それから、こういう中で、例えば本当はこういうことも日本医師会はやるべきなんですね。例えば心臓発作の治療に1.8万ドルかかったとしても、生き延びれば、新たに14万ドルも生み出しているんだよと。今、対費用効果のことを僕が言い出したので、中医協で始まりました。それは、例えばがんワクチンを１本100万のやつを本当に国民全員使うべきなのかどうかということを議論しようということをまず出そうと、情報を。それを使うかどうかは別にして、対費用効果というのは大事ですから。例えば重受診にしても、重受診は高過ぎるという人もいるんですけれども、実は２日しか入院しないので、全部トータルして、この前計算したんですけど、安くなっちゃうんですね。

ですから、こういうのを何か感覚だけで、エモーションだけで日本人というのは空気だとかそういうのでやりたがるんですけれども、こういう数字をきちっと出していけば、対費用効果でも私は絶対負けないと思いますよ。だって、日本人があれだけ長期間生きているんだし、エンドポイントが勝っているんですから、海外に。ですから、出せば、絶対に勝ちだと思います。ですから、こういうことも含めて、日本医師会はこれから出していきたい。希望なんですけれどもね。

日本では、国民皆保険、低水準の医療費の中で世界一の医療レベルを達成している。しかしながら、質の高さとコストの低さという矛盾ですね。これを相応のコストが不可欠である。これは、税や保険料が低くて、税は今度上がりましたので、それを本当にこの３大柱、つまり、教育、健康、防衛、これに使っていただければ、本当にいいんじゃないかと思っています。

ちょっと教育のお話をします。これからの勤務医の先生方がいかに大変かと。これも去年ちょっと話したかもしれませんが。日本の教育劣化、医学教育の劣化は目を覆わんばかりですね。ただし、日本の医学、医療を支えてきたのは、先ほどから出ているように、お金ではないんですね。やっぱり人なんですよ。日本の医師が、すべての医師、医学者が優秀だったんですね。それは、とりもなおさず先輩が後輩を教えてという屋根瓦式の教育でやってきたからです。アメリカは、レジデント教育までスーパーですよ。だけど、その後は、競争相手ですからね。教授が２億、10億取るのを絶対教えませんから。ですから、例えば助教授の手術に教授が横についていて教えてやるなんていう姿は、アメリカではあり得ないんですよ。コンペテションなんですからね。ですから、日本の医療がなぜいいかというと、全部自分の技術を下に教えてきたからですね、ずっと。

屋根瓦式。ですから、今、総合医等々ありますけれども、やはり、僕は１本柱を持って、そして、ほかのものを持ったほうがいいのではないかと。つまり、すごい１本は深く掘ったこともあるという医者が、総合医になったときに、例えばほかに深いところがあるんじゃないかというと、すぐに専門家に送れますよね。そういう文化があるのは日本だけじゃないかと思うんですね。そうでないところは、こうやって自分のマニュアルだけでやってしまうと。アメリカの医療みたいにですね。それで、16位のレベルになっちゃうんじゃないかと思います。もちろん、アメリカのトップレベルはすごいと思いますよ。ただし、それはすごいお金がかかっている。

本当は今日、この話をするつもりはないんですけれども、やっぱり、大学入試がああいうふうな64年間同じような暗記物を中心でやってきちゃったので、官僚の能力も昔と比べればかなり落ちている。いろんなところでそれは見えるわけですね。今度、東電のことでもずっとわかるわけで、大学入試の試験内容を何とか変えない限り、私は、この日本はだめなんじゃないかと思うんですね。

これは、なぜ大学入試かというと、入試を変えると、その下は全部それに従うんですよ、実は。簡単に変えられるんですね。小学校、中学校の問題を変えようとか、教育内容を変えようとしても、なかなか難しいんですけれども、大学入試を変えるだけで、大きく教えることは変わると思います。したがって、ここを変えればいいんですけれども、なかなか変えないですね。

１つの例を示しますと、ゆとり教育でどういうことが起きたかというと、２けたの、ここに書いてあるように、これは京都大学の西村先生の本ですけれども、２けたの整数の加法と減法、これが小学校２年生に移行しちゃったわけですね。つまり、どんどん先延ばししたんですよ。どういうことが起きたかというと、こういう普通の計算、せいぜい小学校、中学校だと思いますけれども、これは慶応の経済学部の１年生に出された数学ならぬ算数なんですね。このくらいまで今落ち込んでいます。先生もご存知のように、経済学は線形代数ができないとほとんど解けませんので、経済学部というのは数学をやるのが普通なんですけれども、こういう問題から教えていかないと今はもうだめなぐらいに落ちているんですね。

例えば750グラムは何キロであるというのは、これもできないんですよ、全員。皆さんわかります、750グラムは何キログラムであるかわからないんですよ。こういう今、大学生がいっぱいいるということです。こういうのが今、医学部にも来始めているんですね。

なぜかというと、我々の時代は、大体私が団塊の

世代の一番最後で、まだ3,000人の医学部の学生で、大学もそんなになかったころなんですけれども、そのころは大体750人に１人、医者になったのは。今は大体百二、三十人に１人なります。ですから、それだけでも大変なんですけれども、教育もこういうふうに、小中高で教えている教育がここまで落ちている。こういう中でやらなきゃいけないですね。こういう普通の計算は、大学院全体で58％、東京の私大だとここまで落ちているということですね。これはエビデンスなので、どうしようもないと思いますね。今少し変わってきています。

あとは医学教育ですね。医学教育も、本来であれば大学、国家試験なんかどこでやってもいいんですけど、どうせ初めてなんですから、全部。こういうふうにだんだんと屋根瓦式で我々は伸びてきたわけですね、先輩に教えられながら。新臨床研修制度を導入の背景は、全部、時代的にはこういうことです。横浜市大の患者取り違いから医療界をがんがんたたき出したわけですね。本当に日本のメディアというのは、全部右へ倣えですから。これを見ていて、異常なぐらいにそのときわかるんですね、だれかがやっているなというのは。それに乗って、全部メディアは書きますから。杏林のとか、こういうので医療界が発言できないようにしておいて、この制度を持ってきたわけですね。これは強制だったわけです。

このときの言いぐさが、プライマリ・ケアじゃないんですよ、こんなの、例えば手術中にプライマリ・ケアでこんな手術なんかするわけないし。プライマリ・ケアができたからといって、割りばし事件が起きなかったわけではないし。プライマリ・ケアができたからって、人間を取り違えるわけではないんですよ。プライマリ・ケアができたからって、医療事故は全部おさまっていないんです。それとは別個のカテゴリーの医療事故ですから。それをプライマリ・ケアができないんだ、プライマリ・ケアができないと。また、医学界もすごく思考停止で、そうだ、そうだというので、みんなこれに走っちゃったんですね。プライマリ・ケアというのはトリートメントじゃないんですよ。トリートメントとケアは違いますからね。そのプライマリ・ケアを卒後臨床研修制度にやらないといけないんだと。

これでもって、何が起きたかというと、やっぱり、モラルハザードですよ、簡単に言えば。僕らが医師になったときは、当時５万円しかもらえなかったです。研究費がなかったのでしょうがないんですよ。当時、科研費なんかほとんどないですから、昭和50年といったら。昭和50年はないですよ。ほとんど、東大ぐらいにしか科研費は多分落ちてなかったはずです、あの時代は。ほかは全部、みんなが働いてきた金でプールして、それで犬買ったり、ネズミ買ったりしていた時代ですよね。５万円でした。ずっと５万です。助手になるまで５万円ですね。お金のことなんて考えなかったんですね。なぜかというと、先ほど言ったように、700人から800人に１人しか医者がいなかったし、将来は絶対、そんな変なことにならないというふうに確信があったので、勉強とかそういうことで十分だったんですね。

ところが、今の若い人は、さっき言ったように、百何人に１人ですから、みんなこれからどうなるんだろうと。この20年間は、うちの娘なんて言ってますけれども、お父さん、私が生まれてから経済的に日本がよかったところなんて１回も新聞で見たことないと。全部萎縮経済ですね。萎縮社会ですよね。ですから、やっぱり、目の前の、そういう社会的な問題もあるんだと思いますね。そこにこれを入れてしまったんですね。そうしたら、今、大学でも30万払っています。卒業すぐですよ。秋田のそれこそ農協病院へ行けば50万、60万、１年生でもらえちゃうと。モラルハザードにならないわけがないんですよ。大学戻ったときに、何でこんな安いんだというので、経済的なことで、とんでもないことになるわけですね。

実は、僕は、こういうことが一番の危機だと思っています。ローマの滅亡じゃないですけれども、ほとんど、ローマを歴史的に見た場合に、滅亡するのは内部崩壊です。日本の教育も、昔の師範学校のときのきちっとした先生方の教育と、今の先生方の何が違うかというと、最後に言いますけれども、自分がプロフェッショナルの、先ほど横倉会長がおっしゃった、自分がプロであるということを捨てたときです。我々が労働者だと言った瞬間に、その業務が全部朽ちるんです。内部崩壊を起こすんですよ。これもまさにそれをやろうとしたわけですね。

私は、そのころから、10年近く前ですけれども、病院長をやったときに、これをやったらパンドラの箱をあけるよと。地域医療が崩壊するということを03年に言ったんですね。まさにそのとおりになったんですね。科の偏在も起きたんです。今、脳外科なんて全然来る人いなくなっちゃいましたからね。

今、一番新しいデータをお話ししますと、内科、外科が減っています、今。増えたのは小児科、産婦人科は増えました。これは世論の後押しと、学会の頑張りだと思いますけど。あと、脳外科はもちろん減っています。そういうふうに科の偏在を絶対起こすよと、あと、地域医療が崩壊すると言ったとおりになったんですけれども、だれも責任とってくれないんですよね。本当にね。モラルをもとに戻すのは大変だと思います。

ですから、東大の大学院の行った数が、ゼロですからね。藤巻先生には申しわけないが、東京大学みたいにお金をかけているところは、研究してもらわないと困るんですよ。このぐらいに卒後研修をやっちゃったために、研究者は全然いなくなっちゃった。これは日本の危機だと思いますね。今のところはまだいいんですけど。

アメリカは、これはアメリカのジョンズホプキンスの。全部ダイレクトですから、ダイレクトに。例えばアメリカのマッチングというのは、いつもお話していますように、ハーバード出身者がカリフォルニアで脳外科を勉強したいと、こういうのは卒業すぐのマッチングで、日本みたいな卒後研修制度はないんですよ、全然。ですから、アメリカがいい、いいと言っている人たちは、何でこういうことを言わないのかよくわからないんですけれども。本当はアメリカはよくないと思っていても、アメリカがいい、いいということで、自分の存在証明をしているのかもしれませんけれども。

ですから、私が今も言っていたんですが、この２年間のこんなプライマリ・ケアのみやっていく、トリートを教えているわけではないですからね。ですから、卒業したらば、こっちへ行ってもいいですよ。専門へ行ってもいいし、行政官へ行っても、こういうふうにもとに戻してほしいんですね。これを卒後研修を残してもいいですけれども、ただ自由にしてほしいんですよ。

これをやっちゃったから、日本のあれがモラルハザードになったんですね。だから、教育システムは日本が最下位です。この国は、こういうことになっている。ここから、ちょっと時間がないので、省略しますけれども。

これは、大学教授の給料袋です。いいですか。これは、41万です。こっちが額面ですから、この辺があるので。これも大学教授なんですけど。これが私ですね。これが、もうちょっと若い教授なんですけれども。これは山形の給料袋です。これはまだいいほうなんです。これは減らされた後ですよ、減らされた後。これは秋田大学の前々病院長の給料袋です。33万円ですよ。何が山形大学と違うのかというと、全然手当がついてないんですよ。つまり、手術をやっても、何にもつけてないので、秋田大学なんかに教授になる人は絶対いなくなりますよ、このままだと。こんな違うんですから。50歳の医学部教授で、60歳の、こんな違うんですから。これ、ちょっと給料袋を貸してくれないと言ったら、喜んで貸してくれました。

これは、私の弟子です。要するに市立病院なんですけど、100万ですよね。これでは、これはちょっとあまりにも、憲法違反ぐらいの格差ですよね。教授が泣いちゃいますよね。こういうのですからね。

あと、退職金問題です。これはうちのある医局員なんですけれども、ここでぶつぶつぶつぶつと。これ、ばさばさ切っちゃったんですね。あっち行って

くれ、あっち行ってこいと。全部切られちゃうんですよ。地域医療だなんて言いながら、地域医療を担えなんて我々に言っておきながら、退職金全部ぶっつぶす気でやっているんですよね。これを計算しました。全部エビデンスでやりますから、407万の差があるんですね。ですから、もうちょっとなると思います、実際は。彼は結構早く大学に戻ったので、教授になっちゃったんで。もっと大きい差になると思いますね。この辺も国民に、日本医師会がちゃんと言ってください。お願いしますね。

ですから、もはや一流企業の社員以下なんですよ。要するに生涯賃金で見ると。これは、医者が意外とわかってないんですよ。自分たちはちょっといい生活をしているなと思ったら大きな間違いで、僕の湘南高校の同級生なんて、もう定年しているのがいるんですけれども、彼らはセカンドハウスを持って、悠々自適ですよ。医者はちょっとお人よし過ぎると思います。

この辺はもう抜かします。あと数分しかないので。

これだけ働いているんですね。これだけ働いている。ただ、これも、もっと詳しく今調べているんですけれども、働いている勤務医と、働いていない勤務医の差もすごいんです。この辺は、病院経営者がうまくやらないと、本当に燃え尽きちゃうので、それを今分析して、どういうふうな配置にしたらいいのかというのを、それはいずれ出しますけれども。

勤務医の処遇改善なんですけれども、うちはどういうことをやっているかというと、管理当直から電話も出ちゃいけないというので、では１万円でいいやということで。そのかわり、その人が何回でも呼ばれれば、これは納得するという意味でやったんですよ。例えば一晩のうちに10回呼ばれると。そしたら、１回について、呼ばれたらば１回5,000円で、６回だったら３万と。ですから、普通の当直日は高くなると。そのかわり、ほとんど寝ているだけの人は１万円でやってちょうだいねと。ですから、少ない原資の中でやるとしたら、このぐらいしかできないんですね。これは2006年からやりましたので、大学としては日本で最初にやったわけです。これは、中身は随分変わっていて、もっと高いお金になっていると思います。

あと、技術料は３万5,000円、これは私が学部長のときなんですけれども、今は７万点以上の手術に全部出すと。例えば分娩につくんですね。これは出しました。したがって、例えば執刀医、12分の５とか、こういう割合を決めて、出しますと、先ほどの秋田と山形の差が出るんですね、ああいうふうに手当で。そのくらいのことはやってあげないと、今はどうしようもないと思います。

どのくらいあるかというと、せいぜい、全部の中で15％ぐらいしか３万5,000円とか７万5,000円というのはないんですよ。ですから、そんな大した額ではないということですね。大した額ではなくても、モチベーションは上がるということです。

技術料の平均は、大体１件当たり５万弱ですね。３万5,000点のやつは１件当たり６万ぐらいですけど、大した額じゃない。医療費の全体でいえば0.2％ぐらい。これを全国にですね。こういうのを払わない大学がこういうふうに残業不払いとか、こんなふうにやられるんですけれども、ちゃんと払ってやれば、別に大した金じゃないということを病院経営者はわかってほしいんですね。これは年間で推計しますと503億です。ですから、勤務医に、山形大学と同じようなやり方をやって、つまり、秋田大学の教授と山形大学の教授があれだけ差があると、33万と50万の差があると。それは、このくらいのお金で賄えるということなんですね。ですから、大したお金じゃない。うちは外科系も内科系も小児科も全部こういうことをやったので、どんどん入ってくれるようになったんです。

それから、あとは、これは女性のところでいきたいと思うんですけれども、女性、特に外科系なんですけれども、外科系で女性の新入会員がすごく増えています。このスライドにありますように。あと、キャリアパスをやるときに、女性は、育児があって、これは無理解だと、一番は無理解なんです。要するに保育所とかそういうのは何とか都会ではあるとしても、本当に今、大学では80大学のうち、１校以外は全部保育所をつくりましたので、ただ24時間というのは少なくて、24時間は数校しか、10校ぐらいだったと思いますが、やっています。この無理解が一番女性にとっては嫌になっちゃうことだと思うんですね。

外科系だと、こういうふうな、女性の場合にはこの４つの問題があるわけですね。こういうのをどうするかというと、もちろん保育所を、山形は24時間でやっています。院長ができることは、やっぱり、24時間なんです。24時間ということは、呼び出しがいつあっても大丈夫なんですね。ですから、安心だと。だから、夜中でも子供を病院に連れてきておけるということですね。当直室が男女を問わずやっていますから、すごく汚いと。それから、これも山形の問題なんですけれども、夜になると、事務がばんと切っちゃうなんていうのもあったので、こういうくだらないのもその土地に合わせてちゃんとやったほうがいいと思うんです。冷暖房を夜になると切っちゃうというところがあるらしいですね。

あと、ソフトの整備としては短時間正規雇用。つまり、女性が今でも山形には仙台から１時間かけてバスで外来だけやりに来ている女性の産婦人科の先生がいますけれども、その先生を正規雇用にしないと、すごく同僚に悪いという気持ちになるんだそうです。したがって、正規雇用で、私は今育児をしているから、ちゃんと院長が認めているから、正規なんですよとなると、そういう心の負担がなくなるんだそうで、この辺を、やっぱり、院長はやるべきだと思うんですね。これは理解と権利であると、女性の、女性医師の。これを、病院長はやっぱり認めないとだめなんですね。従来は、これは個人の頑張りでやっていたんですよ。本当は権利であり、我々が理解してあげないと、女性医師がちゃんと伸びられないんですね。

１番はこれなんです。女性だからとか、だから女性医師はとか、病院長が言っちゃいけないんです。言わせないということ。これは、病院長が自分の妻だとか妹、母親だと思えば、女性医師がですよ、女性医師のキャリアパスを援助するのは当たり前なので、この辺は、やっぱり、ものの考え方をきちっと下の者にトップが言わないと、女性は大変だと思います。

あとは、これはちょっとおもしろいんですけれども、勤務医が欧米並みの勤務時間にもしなっちゃったら、41万9,000人が診療不可能患者になっちゃうんですね。ですから、欧米並みにタッチといって、アメリカのERなんか見ていると５時で帰りますけど、ああいうことをやっちゃったら、本当は医療じゃなくなるんですね。

あと、こういうことがあるわけですね。よく勉強しています。あとは、私は今、昔はここだけしか見ていなかったんですけれども、やっぱり、開業の先生が全部これをやらないと、これから介護の時代になった場合、あるいは在宅医療の、開業の先生方と一緒にやっていかなければ、どうしてもできませんので、ここが詰まっちゃうと、ここも詰まっちゃうんですよ、全部、大学が。ですから、ここが全部一体化になってやらないと、絶対無理だと思います。

これは、部下になったら厳しそうと思う医師ということで、35歳以上の医者が投票するんですが、僕がここに入っているんですよ。えらい迷惑なんですけど。ただ、幕内さんとか門脇君も入っているので、いいかなと思うんですけど。

あと、「Cadetto」というのは、これですね。最新号なんですけれども。これは日経メディカルなんですけれども。厚生労働大臣、僕はこの人が一番いいと思います。今までつきあった中で。僕が石原慎太郎さんと小泉純一郎さんの間に挟まっているんですけれども。

あと、先生方、最後です、これ。今、中医協では、こういうふうな勤務医、７：１の勤務、つまり急性期ということ。こういうふうになると思うんですね。こうなったときに、どういうふうに働き方が違うかというと、従来のような本当の急性期じゃない急性

期を入れている病院では、お金が出ないということです。ちゃんと急性期の病院にしか急性期のお金が出なくなる。ということは、みんなで助け合って勤務医をやっていかないと、楽している勤務医はこれから厳しくなると思います。そういうふうなお金の配分を中医協では考えています。

ただし、我々がこんなことばっかり言って、やっぱり、時間を売る労働者になったときに、医療の萎縮というか堕落が始まってくるんじゃないかと思うんですね。ですから、この辺のバランスを、私はお金のことを今日は言ったり、時間のことを言ったりしましたけれども、ただし、それだけで医療というのは成り立たないと思うんです。ですから、やっぱり、プロフェッショナルとしてバランスよく、大部分の先生方は、今日いらしている先生方は指導者でしょうから、そのバランスを部下の、働き過ぎて、死んじゃったなんて、亡くなっちゃったなんていうお医者さんもいますから、そうではなくて、その辺のバランスをやりながら、こういう環境も整えていくということが、具体的な、一番いいフィージビリティーの高い方法だというふうに思います。

ご清聴どうもありがとうございました。

（中島座長）

嘉山先生、ありがとうございました。

時間があれば、質問をお受けしようと思っていたんですが、ちょっと時間がなくなってしまいました。非常に医療の問題点を我々と違ういろんな新しい角度でもってメスを入れられて、データで示されるものですから、非常にわかりやすくて、感銘いたしました。嘉山先生には、これからも体に十分気をつけられまして、そして、医療界の改革のリーダーとしてこれからもご活躍いただくことを期待しております。

どうもありがとうございました。

報　　告　11：45〜12：00

「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

ご紹介いただきました泉でございます。大分時間が遅れているようですが、少しはしょった形でやらせていただきたいと思います。

既に各医師会にお届けしていますけれども、平成22年、23年度の勤務医委員会の答申についてお話をさせていただきます。

今年の２月に、先の会長であります原中先生にこの「全ての医師の協働にかかる勤務医の役割」ということで、答申をいたしました。

この答申の内容については、まず、協働がなぜできないのかということから始めて、答申を行っておりますけれども、その中に、やはり先ほどから話がありますが、厳しい労働の状況があるということ。

それから、社会的、潜在的偏見に根差す問題、これはいわゆる「ガラスの天井」と言われるものであります。

さらに、社会参加をしようとする意欲の低下がある。これは、先ほどお話がありましたが、戦後教育、あるいは過去10数年間で激変した医療制度の結果ではないかというふうに思います。

もう１つ、やはり、勤務医が医師会に求めている、言うならば、医師会の勤務医への細かいネットワークが必要であるということを答申いたしました。

実際には、協働が期待され、求められる場としては、昨年３月の東日本大震災で多くの勤務医あるいはそのほかの医師を含めた、開業医を含めた方々がJMATをはじめとして多く協働に加わったという事実があるということを、今回のこの協働について、大変大きなキーポイントになったのではないかというふうに思っております。

また、当然でありますけれども、刑事訴追されないような診療関連死、あるいは医療事故調査委員会について、勤務医が主体的に参加することによって、協働がなされていく。

それから、医療コンフリクトマネジメント、今日のテーマでもありますけれども、患者と医療者間のトラブルに対して、医療メディエーターの果たす役割が必要である。

さらに、終末期医療、地域医療連携、医学教育と医療技術の向上、医療への信頼感の醸成等について答申いたしました。

実際に、では協働への道はどういうふうになされるかという話で、まず１つには、勤務医あるいはすべての医師が社会参加できる環境をつくるべきである。その中には、ワークライフバランス、キャリアアップの形成、それから、多くの医師が勤務医として働き続けられるシステムの構築が要るということを申しました。

これも先ほどとダブりますけれども、社会的・潜在的偏見をなくす。特に女性医師のキャリア形成と昇進に関しての「Equal Opportunity」と「Equal Treatment」ということの推進を挙げました。

これが一番大きな問題として多くの議論を行いましたけれども、日本医師会のあり方をめぐって、組織体制を改革を期待したいということです。医師会に何を我々は期待するかというと、それは、医師会が我々を守ってくれると、そういうことがなくてはならないと思います。

そして、ここが今回の答申でも大変話題になりま

したけれども、医師会改革が必要であって、それに対して、勤務医にとって相変わらず医師会は疑念の対象であるという非常に強い言葉をこの答申の中に入れさせていただきました。

代議員制度、会長選挙、日本医師会理事の勤務医枠や大学病院の医師枠の検討が必要である。それから、さらには、勤務医委員会、勤務医部会がこれまで以上に日本医師会の中で働くことが望ましいということであります。

協働するには何が必要かということでありますけれども、勤務医の積極的な医師会への加入、医師会広報活動の再考も求めました。

結局、やはり、勤務医が勤務医として生きがいを持って働き続け、日本医師会の中で活躍できること、それが求められると考えております。

最後ですが、「おわりに」ということで、日本医師会は勤務医に多くの情報を与え、また、勤務医自身も医師会内で行動し発言することが必要である。人口減少時代、低経済成長の中で、すべての医師が強固に協働し、国民に継続可能な医療を提供する道を模索すべきであるというふうに答申いたしました。

私が委員長になりましてから、勤務医委員会は、やはり、行動する委員会でなければならないと思ってやってまいりました。まだ不十分なところが多々ありますけれども、その中で勤務医委員会の総意として、２月に先の原中会長に、日本医師会理事の勤務医枠の創設についての要望書を提出いたしました。

勤務医の視点から医師会活動への提言を行い、もって勤務医の医師会活動への主体的な活動を促すために、勤務医が日本医師会理事として活動することが必要であるということの要望書を、その当時の担当の副会長でありました横倉先生、それから、三上常任理事と一緒に原中会長にお渡しいたしました。

４月から、現時点、６月ですけれども、平成24年・25年度日本医師会勤務医委員会への諮問が行われました。これは、横倉会長が手を入れられた諮問の内容ですが、「勤務医の組織率向上に向けた具体的方策」というものです。これが出てきた理由について、少しご説明させていただきます。

これが今回の勤務医委員会の委員で、５名が新しく加わっております。

これは医師会の資料ですけれども、日本医師会の会員総数と加入率の推移がここに書いてございます。ご覧いただきますように、1947年には75.1％の加入率でありましたが、2007年には56.2％、そして、見ていただくように、会員総数が全く増えない、昨年２月には、ついに減少に至ったという事実がございます。これでは、日本医師会の力はますます衰えていくばかりではないでしょうか。

「日本医師会の勤務医会員数および構成割合」を見ます。見ていただきますように、2009年、2011年とほとんど勤務医の会員数は増えておりません。にもかかわらず、実は構成割合は47％あります。全体として日本医師会の会員数が増えてないその大きな理由は、勤務医もそうでありますけれども、開業医の先生方の組織率も落ちているということであります。特に勤務医の組織率が落ちていることは憂慮すべき問題であります。

これは女性医師の医師数と日本医師会の加入率です。女性医師がどんどん増えてきていますが、残念ながら、加入率はどんどん下がっているという現実があります。

非常に小さくて見にくい表で恐縮ですけれども、実は、都道府県において加入率に差があります。一番高いのは鹿児島です。鹿児島が95％、その次は長崎の79％。愛媛県、これが76％ですね。それから、大阪が71％、新潟が70％で、実は50％以下、私がいます富山県も50％以下ですけれども、50％以下のところが大変多くなっているということで、この勤務医をいかに日本医師会に組織化できるか、組織化するかということがこれからの日本医師会の力を、そして勤務医の力を医療に反映するために必要であるということから、こういうふうな諮問がなされました。

先ほどお話がありましたけれども、今年の４月の代議員会で、今回、日本医師会の勤務医委員会の委員になっていただいています橋本先生が代表質問をされたときに、会長が答弁されました。そのときの答弁としては、理事会にオブザーバーという形で勤務医を加えたいということでございました。それが９月18日の理事会から行われております。私は出られませんでしたが、副委員長の望月先生に出ていただきました。

オブザーバー参加ですので、それが果たしてどの程度力を持つかわかりませんけれども、これからも勤務医委員会は、もっと情報を多く皆さんに提供して、そして、日本の勤務医の待遇改善、日本の医療の質の向上、そして日本医師会の改革にというと大変おこがましいですけれども、力を傾注してまいりたいというふうに思っております。そのためには、皆さんのご協力が必要であることは言うまでもありませんので、ここに、そのことについてのご協力を求めて、報告といたします。

ありがとうございました。

次期担当県挨拶　12：00～12：05

挨拶：岡山県医師会長　**丹　羽　国　泰**

挨　　拶

岡山県医師会長　丹　羽　国　泰

失礼いたします。ただいまご紹介をいただきました岡山県医師会長の丹羽でございます。

来年度、平成25年度の全国医師会勤務医部会連絡協議会は、岡山県医師会が担当させていただきまして、来年の11月９日、土曜日でございますが、11月９日にホテルグランヴィア岡山で開催をさせていただきます。全国の医師の約半数は勤務医であり、これからも勤務医の比率がますます増えてくると思っております。勤務医の力は大きく、その勤務医の存在なしには今の医療は成り立ちません。日本の医療をより高度に、より安全に推進していくためには、国民の安心、安全、健康を守るための医療政策を進めていくためには、勤務医の医師会加入は必須の条件であります。岡山県は、勤務医の加入率が50％に及びませんが、一昨年、岡山大学医師会ができましたので、勤務医の医師会加入を積極的に進めていき、全国平均を超えていきたいと思っております。そして、ますます増加していく勤務医が十分に力を発揮できますように、処遇の改善は大切であります。特に女性医師の増加が顕著になってきますから、彼女らが働きやすい環境の整備は、喫緊の問題であります。同時に、開業医と勤務医の役割分担と協調は、これからの医療を進めていく上に大変重要なポイントになります。来年のテーマは、仮称でありますが、「日本再生に向けた勤務医の協働」としました。変更があるかもわかりませんが、このテーマを中心に、活発な議論ができますことを期待しております。日本医師会勤務医部会の委員であり、岡山県医師会の副会長であります清水先生が中心となりまして、今、鋭意に準備しております。皆様方の期待に沿うことができるように、頑張ってまいりたいと思っております。

この協議会のプログラムの裏表紙にご案内をしておりますが、岡山は「晴れの国」であります。11月は秋晴れのさわやかな季節で、紅葉も美しく、また、食欲の秋でもあり、瀬戸内の魚も美味しく、ぜひ岡山での大会に参加して、備前岡山の秋を堪能していただきたいと思います。多数の方々が来られますことを期待しております。

最後になりましたが、本日ご参集の先生方のますますのご健康とご活躍と、そしてこの勤務医部会のますますの発展を祈念しまして、ごあいさつとさせていただきます。

シンポジウム１　13：00～14：00

「女性医師支援とその問題点」

座長：愛媛県医師会常任理事　今　井　洋　子

１．愛媛県の女性医師問題
－アンケート調査結果と愛媛県内の取組み－

愛媛県医師会理事　今　井　淳　子

２．愛媛大学医学部マドンナ・ドクター養成プロジェクトの紹介

愛媛大学医学部附属病院総合臨床研修センター長・教授
高　田　清　式

３．女性医師からの声

愛媛大学大学院病態情報内科学大学院生医員　飯　尾　千春子

シンポジウム１

座　　長

愛媛県医師会常任理事　今　井　洋　子

それでは、シンポジウム１を開始いたします。「女性医師支援とその問題点」と題しております。座長を務めさせていただきます愛媛県医師会の常任理事今井洋子と申します。よろしくお願いいたします。

医師不足が深刻な問題になっております今日、医師国家試験の合格者が３割を超えて女性であるという事実を考えると、女性医師が頑張らなければ、今の医療は成り立っていきません。男性医師の過重労働にもつながります。

女性医師というのは、男性と違って、仕事以外に、妊娠・出産・育児という仕事がございます。また、一度仕事を離れますと、再び職場に戻るということは大変な困難が伴っております。

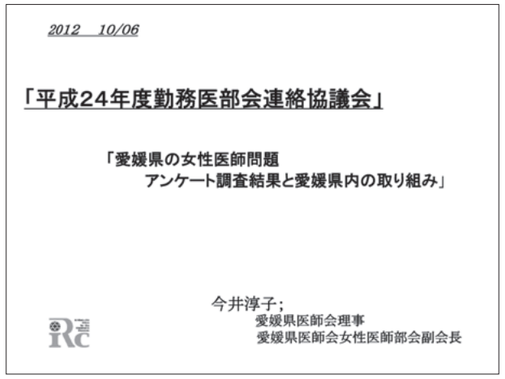
愛媛大学では、24年度に１年から６年までの平均女子学生数は36.3％です。一番多いのは３年生で48.7％が女性です。研修医も43.7％が女性医師です。女性医師が働き続けることができる環境をつくるということが大切です。

本日は、３人のシンポジストの先生方のお話を予定いたしております。

まず、「愛媛県の女性医師問題――アンケート調査結果と愛媛県内の取組み――」と題しまして、一番町リウマチクリニック医院長、愛媛県女性医師部会副会長、愛媛県医師会理事、今井淳子先生です。お願いいたします。

１．愛媛県の女性医師問題
－アンケート調査結果と愛媛県内の取組み－

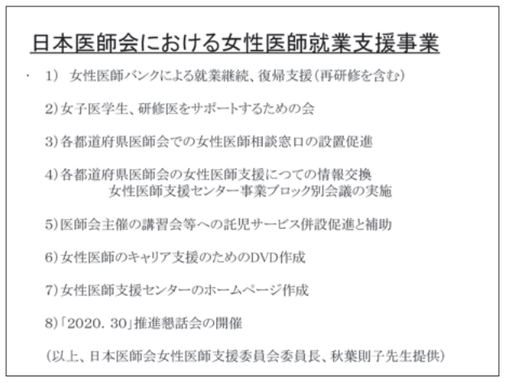
愛媛県医師会理事　今　井　淳　子


2012　10/06

「平成24年度勤務医部会連絡協議会」

「愛媛県の女性医師問題
アンケート調査結果と愛媛県内の取り組み」

今井淳子；
愛媛県医師会理事
愛媛県医師会女性医師部会副会長


日本医師会における女性医師就業支援事業

- 1）女性医師バンクによる就業継続、復帰支援（再研修を含む）
- 2）女子医学生、研修医をサポートするための会
- 3）各都道府県医師会での女性医師相談窓口の設置促進
- 4）各都道府県医師会の女性医師支援につての情報交換
  女性医師支援センター事業ブロック別会議の実施
- 5）医師会主催の講習会等への託児サービス併設促進と補助
- 6）女性医師のキャリア支援のためのDVD作成
- 7）女性医師支援センターのホームページ作成
- 8）「2020. 30」推進懇話会の開催

（以上、日本医師会女性医師支援委員会委員長、秋葉則子先生提供）

今井洋子先生、ご紹介ありがとうございました。

今日、私に与えられたテーマは、「愛媛県の女性医師問題――アンケート調査結果と愛媛県内の取り組み――」というタイトルです。それについて、お話を申し上げます。

日本医師会が私たちの県医師会の活動のベース、バックボーンとなっておりますので、まずそれについて、先に概観をお話しさせていただきます。日本医師会からたくさんの先生方がお見えになっていますので、今さらと思われるかもしれませんが、一応ご説明させていただきます。

日本医師会における女性医師の就業支援事業の平成23年度の事業内容の概観を、秋葉則子先生にお借

りしまして、このように出させていただいております。

女性医師バンクによる就業継続、復帰支援。これは、再研修も含みます。

女子医学生、研修医をサポートするための会。全国の都道府県医師会で行われる会のバックでサポートしていただいております。

各都道府県医師会での女性医師相談窓口の設置促進。これは、いろいろなサポートを日本医師会からいただく場合に、窓口となる貴重な存在です。愛媛県でもやっと昨年度にこれがスタートいたしましたが、まだ周知が足りないので、活性化しておりませんが、これから活用しようと頑張っております。

各都道府県の医師会の女性医師支援事業について、全国をブロックに分けまして、ブロック別会議を年１回行い、情報交換が行われております。

医師会主催の講習会等への託児サービス併設促進と補助も行われております。そして、DVD を作成し、ホームページを作成されております。

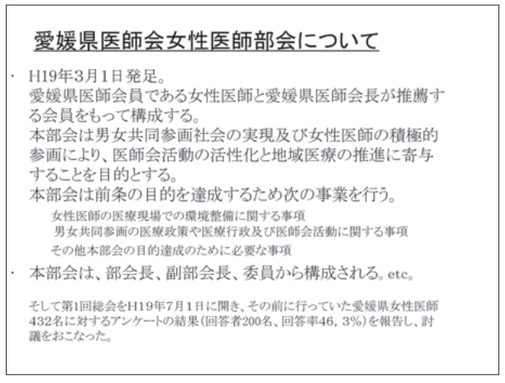
また、いわゆる「2020. 30」推進懇話会の開催が行われまして、2020年までに主要な日本医師会の委員会の役員の３割の先生を女性医師にしてもらいたいという、その推進のための懇話会であります。これは、男女共同参画の方針とも合致していると思わ

れます。

日本医師会女性医師支援センター

https://www.jmawdbk.med.or.jp/app/PZZ000.MAIN

日本医師会の女性医師支援センターのホームページは、これでアクセスできますので、詳細をお知りになりたい方は、どうぞアクセスなさってください。ちなみに、愛媛県医師会のホームページからもこれにアクセスできます。ご利用ください。


愛媛県医師会女性医師部会について

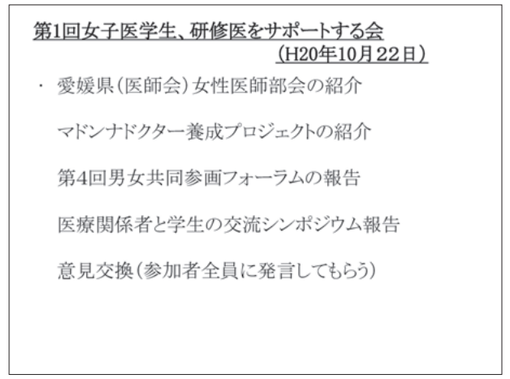
- H19年3月1日発足。
  愛媛県医師会員である女性医師と愛媛県医師会長が推薦する会員をもって構成する。
  本部会は男女共同参画社会の実現及び女性医師の積極的参画により、医師会活動の活性化と地域医療の推進に寄与することを目的とする。
  本部会は前条の目的を達成するため次の事業を行う。
  女性医師の医療現場での環境整備に関する事項
  男女共同参画の医療政策や医療行政及び医師会活動に関する事項
  その他本部会の目的達成のために必要な事項
- 本部会は、部会長、副部会長、委員から構成される。etc。

そして第1回総会をH19年7月1日に開き、その前に行っていた愛媛県女性医師432名に対するアンケートの結果（回答者200名、回答率46．3%）を報告し、討議をおこなった。

さて、本題に入りますけれども、愛媛県医師会では、平成19年３月１日に、女性医師部会を発足させました。そして、愛媛県医師会員であって女性医師と愛媛県医師会長が推薦する会員をもって構成され、目的としては、男女共同参画社会の実現及び女性医師の積極的な参画によって、医師会活動の活性化と地域医療の推進に寄与することを目的としております。

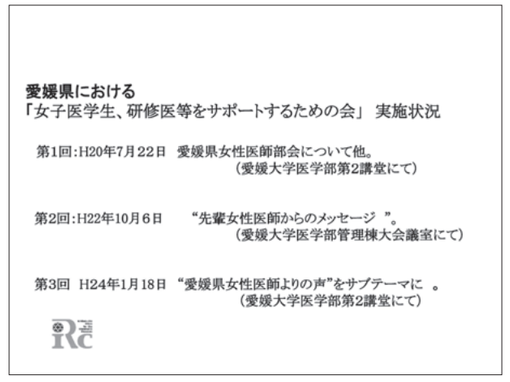
本部会は、前条の目的を達するために、いろいろな活動を以下のように行います。

そして、第１回総会を平成19年７月１日に開きまして、その前に行っていた愛媛県女性医師432名に対する職場環境についてのアンケートの結果をご報告いたしました。


第1回女子医学生、研修医をサポートする会
（H20年10月22日）

- 愛媛県（医師会）女性医師部会の紹介
- マドンナドクター養成プロジェクトの紹介
- 第4回男女共同参画フォーラムの報告
- 医療関係者と学生の交流シンポジウム報告
- 意見交換（参加者全員に発言してもらう）

第１回の女子医学生、研修医をサポートする会も10月22日に開きまして、以上のような活動内容の紹介、愛媛大学で行われておりますマドンナドクター養成プロジェクトのご紹介、第４回男女共同参画フォーラムの報告その他を行い、皆さんとフランクに意見交換をして、このような組織があって心強いという参加者からのご発言をいただいております。


愛媛県における
「女子医学生、研修医等をサポートするための会」 実施状況

第1回：H20年7月22日　愛媛県女性医師部会について他。
（愛媛大学医学部第2講堂にて）

第2回：H22年10月6日　“先輩女性医師からのメッセージ”。
（愛媛大学医学部管理棟大会議室にて）

第3回　H24年1月18日　“愛媛県女性医師よりの声”をサブテーマに。
（愛媛大学医学部第2講堂にて）

愛媛県におきましては、第２回、第３回も１年ごとに行いまして、先輩女性医師からの伝言、それから愛媛県女性医師からの正直な声という事を提唱しまして、ディスカッションを行いました。

そのほかに、医療関係者と学生の交流シンポジウムを行ったり、それから、病院開設者、病院長との懇談会を開いて、各立場の先生方のご理解をいただくように努力いたしました。

愛媛県医師会女性医師部会が行った第１回目の女

Cf） 医療関係者と学生の交流シンポジウム

（生きがいのある日々のために―仕事と結婚―）

H20年7月13日

女性医師、医学生、看護師、看護学生によるシンポジウムを行い活発な討論を行った。

先輩と語ろう、と銘打って、医師グループ、看護師グループに分かれ、それぞれのテーブルに、先輩医師、研修医、医学生と、年代別に配置し、質問をしやすいようにし、グループディスカッションを行った。

（このやり方は具体的にいろいろ悩みを相談しやすく好評を博した。）

愛媛県医師会女性医師部会が行った第1回目の女性医師の勤務環境についてのアンケート

実施時期：平成19年5月

対象：愛媛県内の女性医師

回答者数：200名

回収率：46．3%

性医師の勤務環境についてのアンケートの結果です。平成19年５月に行い、432名の愛媛県内の女性医師にお送りいたしました。回答者数が200名、回収率は46.3%でした。アンケート回答者からの率直な意見といたしましては、42名の先生方から記述式で詳しいお返事をいただきました。その中で、肯定的な意見が15名に見られました。

回答者の率直な意見として、女性医師が働くこと

回答者の率直な意見（1）---肯定的な意見

女性医師が働く事への理解が深まっており、隔世の感がある。女性が働き易い環境は男性にとっても働き易いはず。

妊娠、出産に際し女性医師が生き生きと働ける職場環境を整えてほしい。

育児休暇は取らなかったが、授乳時間、育児時間をもらえて子供との時間が持ててよかった。また、子供を持つ事は仕事に大変プラスになった。

無理なく女性医師が活用され、育児、介護中も業務量を調整できれば、生涯仕事を続ける事が出来る。医師会として取り組んでくれてうれしい。

夫が父親の役割を果たしたいと思ってくれているので、男性の育児休暇があれば子育てが円滑に行くと思う。

子育てと仕事の両立は悩みが多いが仕事の充実感があるので頑張れる。

複数の女性医師が交代で勤務し数人で一人前の仕事が出来る体制作りをお願いしたい。

止む無く休職中ですがそんな時期にも自由に意見が言える機会が欲しい。

復職時の再研修も是非出来るような体制をお願いしたい。

への理解が深まってきており、隔世の感がある。女性が働きやすい環境は、男性にとっても働きやすいはずである。

妊娠、出産に際し、女性医師が生き生きと働ける職場環境をぜひ整えてほしい。

育児休暇は取らなかったけれども、子供を持つことは仕事に大変プラスになった。

無理なく女性医師が活用され、育児、介護中も業務量を調整していただければ、生涯仕事を続けることができる。医師会として取り組んでくれてうれしい。

夫が父親の役割を果たしたいと思ってくれているので、男性の育児休暇があれば、子育てが円滑にいくと思う。

子育てと仕事の両立は、悩みが多いが、仕事の充実感があるので、頑張れる。

複数の女性医師が交代で勤務し、数人で１人前の仕事ができる体制づくりをぜひお願いしたい。

やむなく休職中だけれども、そんな時期でも自由に意見が言えるような機会が欲しい。また、復職時の再研修もぜひできるような体制をお願いしたい。

医師になったことを後悔したことはなく、毎日充実している。ただ、現実としては、妊娠を希望しているけれども、治療にも通えない現実がある。

黙って働いているだけでは、事態は変わらないし、声を上げることが大切である。

子育てと仕事の両立のための公的支援、設備の充実、多様な働き方が認められる社会、医師の勤務時

回答者の率直な意見（2）---肯定的な意見

・黙って働いているだけでは事態は変わらない。声をあげる事が重要。

・医師になったことを後悔した事はなく、毎日充実している。ただ、妊娠希望しているけれども治療にも通えない現実はある。

子育てと仕事の両立のための公的支援、設備の充実。多様な働き方が認められる社会。医師の勤務時間の削減、再チャレンジのための研修制度の充実が望ましい。

職場のトップリーダーの意識改革が、今、最も重要だとおもいます。

間の削減、再チャレンジのための研修制度の充実が望ましい。

職場のトップリーダーの意識改革が今最も重要だと思います、というふうな意見もありました。

医師になってよかったと思うか？

N=200

はい	157名	78．5%
いいえ	4名	2．0%
どちらとも言えない	32名	16．0%

医師になってよかったと思いますかと最後に設問しましたところ、イエスというお答えを78.5%のドクターにいただき、非常に働きたいという気持ちが伝わってまいりました。

愛媛県は、ご存知のように、天皇陛下がいらっしゃらない島であって、横に広く、南端から西端、そして東端、かなりの距離があります。日赤、県立中央病院や市民病院、愛媛大学医学部附属病院などの基幹病院は、主に中央部にあり、宇和島市立病院は南部にあります。ほかに四国中央市の近く新居浜市にも住友別子病院などの病院があります。

これらの病院で働いているドクターたちが県中央部の病院で設備が整ったところで研修することは、不可能ではありませんが、実際には困難だと思いま

す。それらの補助ができないかということをずっと考えてやってまいりました。

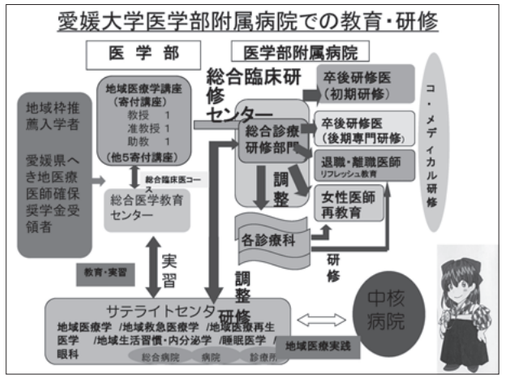
女性医師のキャリア支援プログラムの実施

愛媛大学医学部では女性医師の離職を防ぎ、復職を積極的に支援することによって地域医療に貢献できる医師を確保する目的で、女性医師キャリア支援プログラム「地域のマドンナ・ドクター養成プロジェクト」を平成19年度から実施している。

（平成20年度から3名（皮膚科、眼科、小児科）実施中）

（愛媛大学医学部、高田教授により提供）

愛媛大学医学部附属病院での教育・研修



愛媛大学では、女性医師のキャリア支援プログラムをいろいろ着々と実行されまして、もちろん託児所も院内に整備され、24時間の保育が週３回はできるようにしていらっしゃいます。病児保育所もできており、拡充されております。このような詳細は次の高田先生の講演に出てまいりますので、後でお聞

女性医師に対するアンケート

実施時期：平成２３年９月
対象　　：愛媛県内の女性医師　４９２名
回答者数：５６名
回収率　：１１、３％

きください。

そして、女性医師に対する第２回アンケートを行いましたときが平成23年９月です。愛媛県内の女性医師492名を対象にして、回答者数が56名。回収率が11.3％と極端に減りました。ある程度ハードの面が充足されたということもあるかもしれないけれども､影の声では､返信用の封筒と切手を入れてなかったから低かったんじゃないかというお声もいただきましたので、次回からは気をつけてやろうと思っております。

夫、パートナーに望むことは

	YES	NO
自分で出来ることは自分でする、自分の身の廻りのことは自分でする	52	0
自分も単なる協力者ではなく、育児の当事者と考えている	48	5
頼まれなくても手伝う(ゴミ捨て、掃除、洗濯、洗濯物をたたむ、買い物をする、食事のあと片付け、風呂を洗う、子供の入浴、遊び相手になる、宿題を見てやる)	49	3

その内容ですが、前回のアンケートのときに夫・パートナーに望む声という赤裸々な、切実な問題がありまして、それを参考に今回集約しました。多少「ん？」と違和感をお感じになる方もいらっしゃると思いますが、一応ご覧になってください。

具体的には、自分でできることは自分でする、自分の身の周りのことは自分でする。自分を単なる協力者ではなく、育児の当事者と考えている。頼まれ

	YES	NO
休日に子供、妻をおいて独りで遊びに行ってしまうことはない	37	13
家族が忙しくしていても独りTVを見たりすることがない	39	11
育児は専ら母親がすべきという考えをもってはいない	39	9
子供が小さいうち(3歳まで)は母親が育てるべきという3歳児神話を信奉していない	40	8

なくても手伝う。ごみ捨てとか掃除とか洗濯、洗濯物を畳む、買い物をする、食事の後片づけをする、ふろを洗う、子供の入浴、遊び相手になる、宿題を見てやる等々です。

休日に子供や妻を置いて１人で遊びに行ってしまうようなことはない。家族が忙しくしていても１人でテレビを見ていたりすることはない。育児は専ら母親がすべきだという考えを持ってはいない。子供が小さいうち、３歳までは母親が育てるべきだという３歳児神話を信奉していない。

	YES	NO
子育てと仕事の両立をめざして頑張っている妻の立場に立って自分の親族に協力を依頼　できる	39	9
妻の相談相手になれる、パートナーが辛い思いでいる事を理解している	46	5
職業上の理由などで家事育児に協力出来ないのならやり方に文句を言うのは控える	46	3

子育てと仕事の両立を目指して頑張っている妻の立場に立って、自分の親族にあるときは協力を依頼できる。妻の相談相手になれる。パートナーがつらい思いでいることを理解している。職業上の理由などで家事育児に協力できないのなら、やり方に文句を言うのは控える、などの意見が出ておりますが、これらを設問にしましたところ、８割方が肯定的なご意見をいただいております。もし、条件が整えれ

ば、仕事をしたい、パートナーの協力が欲しいという切実な思いが伝わってまいりました。

今回のアンケートの集計結果概観

女性医師の就業支援の問題点が改めて浮き彫りになった。
前回のアンケート以後、愛媛県でも愛媛大学のマドンナクラブ発足を始め、多くの支援策が打ち出され、再就業研修の実施、院内保育所の充実など驚くべき早さで実行されてきている。松山赤十字病院、県立中央病院、他の病院でも時間短縮勤務の実行がなされており働きやすい環境で就業できるようになっており、利用者も増えている。
女性医師の自己努力での解決方法も工夫され、パートナー、男性医師、同僚、上司への要望と同時に本人たちも広い視野でよく考えていて、ワークライフバランスの確保のために努力している様子が伺われる。
今後は、さらなる公的な変革も望まれる現状となっている。
愛媛県医師会でも、今年度、女性医師就業支援窓口を設置し、活動を開始しているが、まず、十分に広報活動を行い周知徹底を図り、特に県の周辺部で奮闘されている女性医師の方たちの就業支援に注力していきたい。

今回のアンケートの集計結果の概観ですが、女性医師の就業支援の問題点が改めて浮き彫りになりました。前回のアンケート以後、愛媛県でも愛媛大学のマドンナクラブ発足をはじめ多くの支援策が打ち出され、再就業研修の実施、院内保育所の充実など驚くべき早さで実行されてきています。松山赤十字病院、県立中央病院、松山市民病院、愛媛病院、宇和島市立病院など、時間短縮の実行などもされており､働きやすい環境で就業できるようになっており、利用者も増えています。

女性医師の自己努力での解決方法も工夫され、パートナー、男性医師、同僚、上司への要望と同時に、本人たちも広い視野でよく考えていて、ワークライフバランスの確保のために非常に努力している様子がうかがわれました。

先ほど申し上げたように、愛媛県はこのように横に長いのですが、現在はエックスハイウエイが延伸しまして、宇和島市まではハイウエイが通っております。したがって、研修も県中央部でできないわけではないんですが、現実小さい子供を持っていると難しいと思います。

そこで、各地域の基幹病院でどのような体制で就業支援をバックアップしていただいているかを今年の７月の状態でチェックさせていただきました。

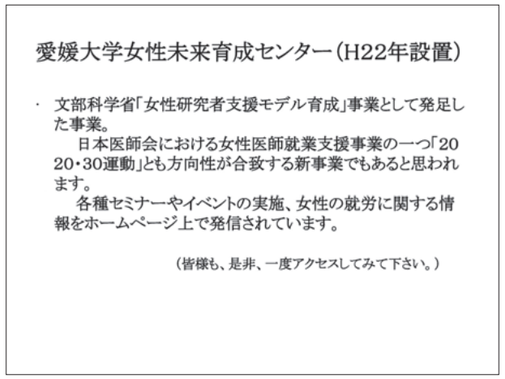
院内託児所の設置ができているのは、ほぼすべての病院です｡病児保育所の併設はちょっと難しくて、

愛媛県内主要病院の就労支援の実際

病院	A	B	C	D	E	F
院内託児所の設置	○	○	○	○	○	○
病児保育所の併設	○	×	×	○	×	×
当直、日直、オンコール免除	○	○	○	○	○	○
産休の取得可能	○	○	○	○	○	○
育児休暇の取得可能	○	○	○	○	○	○
フレックスタイム制度の導入	○	○	○	○	○	○
正規短時間雇用制度の導入	○	○	○	○	※	○

まだ半数です。当直、日直、オンコール免除というのは、建前としては全部オッケーなんですが、やはり、医局員の数が少なかったり、いろいろな事情で言い出しかねるというお声も聞こえました。産休の取得可能、育児休暇の取得可能は、ほぼ満たされています。フレックスタイム制度の導入も面談の上でという条件がついておりますが、ほぼすべての病院で一応は可能となっております。ただ、これも医局員の数が少なかったり､代医がいなかったりすると、言えないというお声もありました。正規短時間雇用制度の導入は、面接の上でという病院以外は、どの病院でもクリアできておりますけれども、これは男女共同参画法案の改変により、ほぼ法律で義務づけられる事態になりましたので、早期の実現が望ましいと思います。

さらに愛媛大学女性未来育成センターという事業が平成22年に設置されており、女性研究者支援モデル育成事業として文科省からの事業の一環だそうで



す。これは日本医師会における女性医師就業支援事業の１つ、「2020.30」運動と共通の方向性だと思います。女性研究者の育成がうまくいきますように祈っております。実際には、各種セミナーやイベントの実施などは、ホームページをご覧になったら読んでいただけると思います。

私たち女性医師は、生涯学習としての大切な仕事を持っており､子供が社会からの大切な預かり物で、その育児にも全精力を傾けます。この両立は困難を伴うけれども、社会の理解を求めながら、ぜひやり遂げたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

ご清聴ありがとうございました。

（今井（洋）座長）

今井先生、ありがとうございました。

愛媛は田舎でございますけれども、これぐらいは一生懸命頑張っております。どうぞよろしくお願いいたします。

座　　長

愛媛県医師会常任理事　**今　井　洋　子**

続きまして､「愛媛大学医学部マドンナ・ドクター養成プロジェクトの紹介」と題しまして、お話があります。このプロジェクトの命名は、松山を題材にした夏目漱石の『坊っちゃん』という小説がございます。その中に「マドンナ」というのが出てまいりまして、それから命名なさったそうでございます。

愛媛大学医学部総合臨床研修センター教授、高田清式先生です。お願いいたします。

２．愛媛大学医学部マドンナ・ドクター養成プロジェクトの紹介

愛媛大学医学部附属病院総合臨床研修センター長・教授　**高　田　清　式**

愛媛大学医学部の高田清式と申します。よろしくお願いいたします。

ここに写っている写真は、愛媛大学医学部附属病院の全容でございます。隣がゆるキャラといいますか、マドンナ・ドクターの漫画といいますか、ちなみに今治のバリィさんが今全国１位ですけれども、これは、うちの愛媛大学のマドンナ・ドクターのキャラクターです。女性医師を、頑張って勇気づけようというキャラクターです。

愛媛大学で自慢できる特徴を全国の先生方が来られているので、お話ししますと、１つはボランティアです。病院ボランティアの数が全国ナンバーワンです。足の不自由な人とかいろいろな人に対してサポートしてくれるボランティアの方が全国で一番多い病院です。お接待の町、愛媛県です。

あともう１つが、病院の食事が、実は愛媛大学の食事はホテル会社と契約していまして、毎日焼きたてのパンが来るような、いわゆるホテルの食事に準じた食事が入院中はとれます。月に２回ぐらいバイキング料理なんかも行っております。そういうとこ

本日のご紹介内容

①愛媛大学での教育、新医師臨床研修制度、女性学生・医師について
②女性医師ー再教育　復職プロジェクト2008アンケートの結果
③マドンナ・ドクタープロジェクトの現況
④当院の女性の福利厚生（託児所・休憩場所）

ろも愛媛大学の自慢でございます。

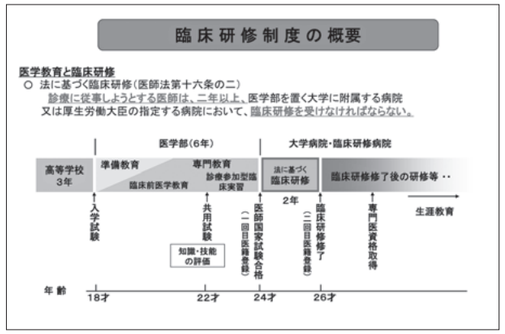
今日、私が話させていただくのは、愛媛大学での教育、新医師臨床研修制度、女性学生・医師に対することと、女性医師再教育の話、さらにマドンナ・ドクタープロジェクトの話、および、女性医師の福利厚生の当病院の取り組みの紹介をさせていただきたいと思います。

1981年3月医学部3期生卒業式

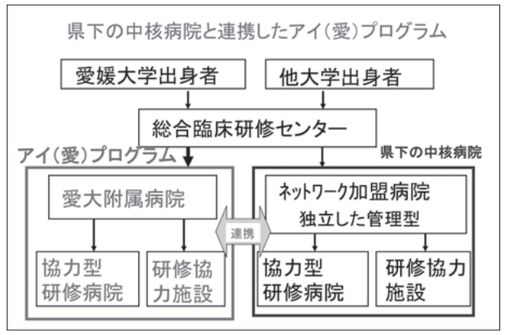
卒業83人中女性7名

これは、私、愛媛大学医学部の３期生でございまして、昭和56年に医学部を卒業しましたが、そのときは83名が卒業して、そのうち、前に並んでいる女性７名が女子卒業生でございます。83名のうちの７名しか女性医師がいなかったというのが現状でございます。この矢印は私です。すいません。

これが一般的な医師の経歴です。左側から右へ年齢を示しますが、入学試験が18歳で高校から大学に入学しまして、それから今は、ご存知だと思いますが、４年生前後に共用試験というのがこの真ん中あたりにあります。コンピューターを使った医学知識をみるテストとか、OSCE といいまして、診察手技の実技試験を行った後に、病棟実習を行いまして、



医師国家試験に合格、その後、赤枠のところですが、臨床研修を２年間行った後に、いわゆる専門教育あるいは後期研修という言い方をしております、専門研修を行うというのが今の流れでございます。



ちなみに、この初期研修に関しまして、愛媛大学は、真ん中に書いてある総合臨床研修センター、私はここの責任者でございますが、愛媛大学の出身者並びに愛媛県の高校を卒業して他の県の大学に行かれた先生方を集めて、総合臨床研修センターの形で運営しまして、左側のところの赤の「アイ（愛）プログラム」というのは、愛媛大学の愛媛の愛をとってアイ、それと、研修医に愛をもって接するという意味で、アイ（愛）プログラムと名づけております。愛媛大学附属病院を中心に基幹型として、いろんな病院で研修してもらうという主旨です。

それ以外に、今日お越しのいろいろの愛媛県内の中核的な病院として県立病院、赤十字病院、松山市民病院、宇和島市立病院、済生会病院等あるんですけれども、それらの病院が県下で同じように臨床研修病院として活躍していただいております。

それらを両方、真ん中に書いているように連携しながら、愛媛県全体で「チーム愛媛」として研修医を育てていこうというのが今の私どもの愛媛大学のコンセプトでございまして、卒業生のうち多くは、愛媛大学だけではなくて、県内の多くの病院でも臨床研修を行っております。もちろん、他府県の大学から帰ってきていただいた学生さん、あるいは、特に他府県から帰ってくると同時に奥様ないしは旦那様を連れて帰っていただいた方とかも一緒に入ってもらって研修を行っております。

アイ（愛）プログラム

１年目：内科６ヶ月
　　救急部門（麻酔科含む）３ヶ月
　　選択必修（産科・小児・精神・外科・麻酔）
　　各１ヶ月以上　外科（脳外科、整形外科、泌尿器科含）

２年目：地域医療１ヶ月以上
　　選択科～１１ヶ月

自由選択の期間が多くなった

愛媛大学のプログラム、研修医に愛をもって接するということで、アイ（愛）プログラムと名づけております。１年目は内科６カ月、救急３カ月、選択必修等ですが、先ほど朝の部でありましたが、ここの選択必修で産科、小児科、精神科、外科、麻酔科から選ぶということになっています。しかしながら、外科が必須から外れまして、選択必修から選択した場合、例えば精神科と産科を選んだ場合には、あまり外科をしないことになりますし、うちの工夫としては、外科にはメジャーの外科以外に脳外科、整形、泌尿器等も入れて外科研修を推進して勉強してもらうようにしております。２年目は、どこの病院でも同様でしょうが、選択が11カ月ございますので、かなり自由に選択ができるというのが一般のシステムでございます。

このスライドが３年前のオリエンテーションですが、見ていただいてわかるように、女性医師が、女性の研修医がかなり多いということでございます。３分の１以上が女性の研修医でございます。

平成21年度新研修医　オリエンテーション

これがもちろん女性医師等も含めて、多くの研修医がシミュレータを使って実習しているところですが、このスライドをお出しした理由は、実は、うちの愛媛大学の特徴としてもう１つは、シミュレータの教育が充実しているということでございます。日本で数台しかないような機器等で、できるだけ若手医師を臨床に即した、日本でも屈指の臨床医を育てたいというのが私のコンセプトでございまして、多くのシミュレータを使ってのトレーニングを実行しております。

それに加えて、私どもは、大阪の府立救急病院に

女性医師も救急専門病院で研修する

出向することも推奨しておりまして、ここに書いていますが、大阪の救急病院に女性医師も結構希望され救急専門病院で３ないし６カ月、２年間の研修の間に行かせております。

右下のほうに示しました、真ん中のドクターは向こうの病院で指導していただいている愛媛大学の卒業生でOBでございますが、その横で２人おられる女性が研修医の２年目でございます。こういう形で３ないし６カ月、救急の専門に特化した、救急だけをするような病院で結構女性医師の方が年間に３、４名行かれます。このように、女性の医師も実践的にかなり活躍していただいているのを少しご紹介させていただきました。

愛媛大帰学率（卒業し、医師になった数で換算）

平成18年度：
全国　＝ 51.2%
四国全体 ＝ 30.2%
愛媛大学
後期研修（入局者数）41人／新規医師91人 ＝ 45.1%
後期研修（大学在籍）26人／91人 ＝ 28.5%

愛媛大学では帰学率は45%前後

平成19年度：
全国　＝ 52.0%
四国全体 ＝ 23.3%
愛媛大学
後期研修（入局者数）42人／新規医師93人 ＝ 45.2%
後期研修（大学在籍）30人／93人 ＝ 32.3%

２年間でこのような形で研修医が終わって、研修修了証明書をもらうんですけれども、このスライドを見てもらったらわかりますように、３分の１以上が女性の研修医でございます。これが今の研修の現状でございます。ここで話が変わりますが、愛媛大学の帰学率といいまして、これは各大学ごとに出している数字なのですが、卒業して各大学の３年目の医師になった数で計算します。つまり、100人卒業して、愛媛大学で入局といいますか、３年目以降働いてくれている比率ですね。全国的には、例えば平成18年度でいえば51%。実は、四国全体はかなり悪くて平均30.2%なのです。愛媛大学は、計算しますと、これは卒業したのが、例えば100人卒業して、愛媛大学の卒業生が30人、それから他大学から帰ってきたのが10名とすると、合わせた40名というのが帰学率になります。つまり、愛媛大学だけではなくて、いろんな大学から帰ってきた人を含めた数、入局者ということになりますが、それが45.1%です。そのうちの15人は県内の病院等で３年目以降も働いたりしますので、大学在籍は28.5%、19年度も同様に45%、大学におられるのが30人で32.3%というような数字でございます。それでも愛媛大学は帰学率が45%ぐらいで、全国平均より悪いです。四国全体が悪いのですが、なかなか愛媛も苦戦しているのが現状でございます。

臨床研修修了者の帰学率向上の方法

①自大学の初期研修プログラムに、研修医を留めさせる。
　＊魅力あるプログラムを形成する
②『専門研修案内』を作製し、県内外の全卒業生に送付する
③研修医情報交換会を年に2回行い、愛媛大学に関連した病院の研修医にも参加を呼びかける。
④関連病院との良好な関係を作り、研修医が大学と関連を持ちやすいようにしておく。
⑤女性医師の働く環境の整備（マドンナ・ドクター養成プロジェクト）

では、どうしたらいいのかということで、つまりこの帰学率を上げるためにどうしようかという方法で、①から⑤まで計画がございまして、①は自大学の、うちの研修プログラムを魅力あるプログラムにするということです。これは先ほど申しましたが、救急病院を研修に入れたりとか、いろんなバリエーションを持たせたプログラムをつくっているということです。２番目に、大学全体の「専門研修案内」という冊子をつくって、全愛媛大学卒業生に配布しております。それから、３番目には、先ほどありましたように、県内の病院と大学病院で、いろいろな病院で研修医がおりますので、情報交換会等を行い、お互いの研修医同士で意見交換等を大学等の宣伝も兼ねて行うということです。それから、大事なこととして、先生方、今日県内の多くの病院も来てもらっていますが、関連病院との良好な関係をつくって、研修医が大学と関連病院とで関係を持って働きやすいようにしておくということです。

大事なことはもう１つ、３分の１以上が女性なので、女性医師の働く環境を整備すること、これが一番のポイントと思って実行しております。

愛媛大学医学部の医学生の男女
男子学生410名、女子学生236名 37%が女性

1年		2年		3年		4年		5年		6年		計	
男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
70	39	75	40	60	57	74	32	68	31	61	37	410	236

（平成24年5月現在）

8%が女性

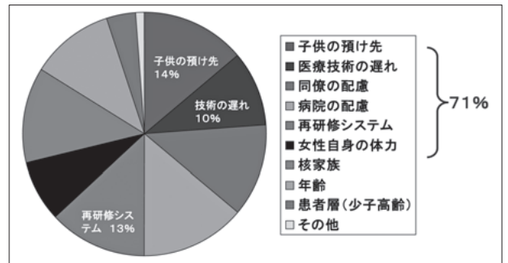
1年		2年		3年		4年		5年		6年		計	
男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
85	15	99	5	73	10	96	7	72	8	84	3	509	48

（昭和53年5月現在）

県下の医療を維持するために

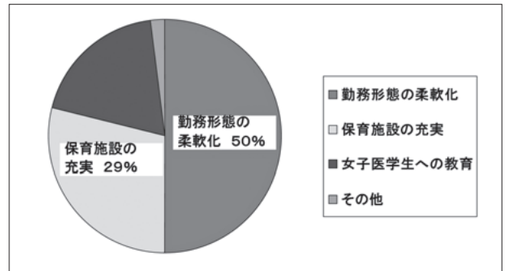
女性の働きやすい環境を設けることが緊急性の高い課題である！

実は、先ほど座長の今井先生から言われましたように、愛媛大学医学部の卒業生は、下の表が、私が４年生の時のなのですが、昭和53年現在で、大体女性の比率は平均８%でした。男性509人、女性48人ということで、８%です。現在は、上の表ですが、平成24年５月現在で１年、２年、３年等、６年間合わせますと、男410名、女236名で、特に３年生は男性60名、女性57名というふうにほぼ半々ぐらいのような割合で、女子学生が昔よりはかなり増えているということで、37%が女性だというのが今の現状でございます。このような現状を踏まえて、女性をいかに働きやすくするかということがすごく大事なことだと考えております。県下の医療を維持するために、女性の働きやすい環境を設けることが緊急性の高い課題であるということで考えております。



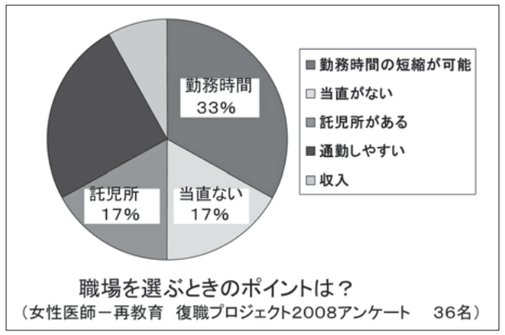
職務継続の問題点は何ですか
（女性医師ー再教育　復職プロジェクト2008アンケート　36名）

先ほど今井先生が県内の女性医師等にアンケートを示されましたが、別のアンケートでも同じような結果です。何が問題点かということですが、子供の預け先が14%、技術の遅れが10%、同僚の配置、病院の配慮等以外に再研修システムが５番目に来ていることです。これらを合わせますと計71%ということで、これらが問題点だということが2008年の女性医師の復職プロジェクトアンケートでもございました。



どんな取り組みが必要ですか
（女性医師ー再教育　復職プロジェクト2008アンケート　36名）

その場合に、どんな取り組みが必要かということですが、半分の50%が、勤務形態の柔軟化、それから、次に保育施設の充実というふうなことが言われています。それから、青いところが女子医学生への教育ということで、３分の１以上が女子学生ということで、このような点が大事だということでございます。



職場を選ぶときのポイントは？
（女性医師ー再教育　復職プロジェクト2008アンケート　36名）

女性医師の職場について

問題点として、子供の預け先、職場での配慮、医療技術の遅れ・再教育が挙げられる

➡ 職場を選ぶポイントには、勤務形態（時間短縮・当直）、託児所が大きい。

⇨ 時間制・託児所の整備が愛媛大学医学部附属病院でも必要

医師の働き方（医師会誌女性医師コーナーから）

広島県医師会女性医師部会委員　日　下　美　穂

少子高齢化で医療を必要とする老人が増える一方、医師数は減り、しかもこれからは医師の約3分の1を女性医師が占める時代がやってくる。

その女性医師が、今までどおり、子育てで現場を離れてしまうと深刻な医師不足になることが必至だからだ。

能力や働ける時間や環境に合わせた多様な働き方が出来れば、適材適所に人材が配置できて、働きたいのに働けなかった医師には仕事があり、働きすぎの医師には少しは人間らしいゆとりのある生活が営めるようなワークシェアができるのではないか。

愛媛大学医学部附属病院の医師数

平成24年1月現在臨床診療科の医師数（基礎講座を除く）

	常勤医師（助教以上）	非常勤医師（医員・研修医）
男性医師	225	107
女性医師	30	62

非常勤（若い）医師では女性の比率が増加している（37%）

全国国立大学病院平均　21．8%

では、どうしたら勤務可能かということで、その職場を選ぶときにどういうポイントがありますかということですが、勤務時間の短縮が可能かどうか、当直がないかどうか、託児所があるかどうかが重要です。これも先ほどの今井先生のアンケートと同様かと思います。結局、結論として、女性医師の職場については、問題点として、子供の預け先、職場での配慮、医療技術の遅れ・再教育等が挙げられています。すなわち、職場を選ぶポイントとしては、勤務形態、託児所が大きなポイントです。そのために、時間制、託児所等の整備が私どもの病院でも必要だということになると思います。

別のこのようなコメントがございまして、医師会の雑誌で、女性医師のコーナーで、広島県の女性医師の方から、赤で示しているとおりですが、「医師の３分の１以上を女性医師が占める時代がやってくる」、まさにそれが来つつあるわけです。さらに赤い字のところで、「能力や働ける時間や環境に合わせた多様な働き方が出来れば」、女性も働きやすくなるんじゃないかということが書かれております。

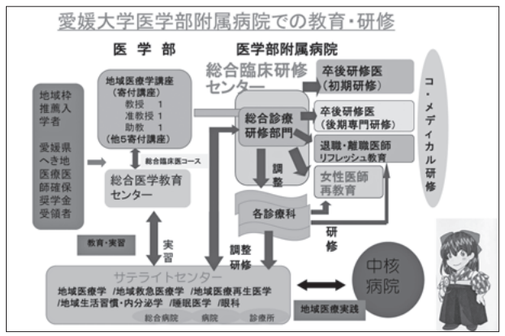
実は、愛媛大学医学部の医師の数ですけれども、常勤医師というのが助教以上です。それから、右側が非常勤の医師の数で、男性医師、女性医師と分けますと、常勤医師の場合、225対30ですが、非常勤の場合107対62です。これらを全部計算しますと３分の１程度になりまして、特に非常勤の女性医師では107対62、37％が女性医師だということで、これは全国の国立大学の平均の21％をはるか上回っています。愛媛大学は結構女性医師に優しく働きやすいということがこれでわかっていただけるかと思うのですが、実際、女性医師の数はかなり多いという状態でございます。

女性キャリアということで、支援プログラムの実施ということで、女性医師の離職を防いで、復職を積極的に支援する、地域医療に貢献できる医師を確保するということで、女性医師キャリア支援プログラム、地域のマドンナ・ドクター養成プロジェクトを立ち上げました。マドンナという名前は、先ほど座長の今井先生から紹介ありましたように、『坊っちゃん』のマドンナに由来しております。平成20年

女性医師のキャリア支援プログラムの実施

女性医師の離職を防ぎ、復職を積極的に支援することによって地域医療に貢献できる医師を確保する目的で、女性医師キャリア支援プログラム「地域のマドンナ・ドクター養成プロジェクト」を平成19年度から実施している。

（平成20年度から3名（皮膚科、眼科、小児科）実施中）



これが先ほどございました、今井先生からも言われました図ですが、右半分のところが附属病院でして、特に総合臨床研修センター、私どものセンターがここにございまして、総合診療研修部門を担当しまして、先ほどありました初期研修から始まり、後期研修、そして離職・退職者のリフレッシュ教育、女性医師の再教育等、これらを踏まえたことを実行しております。それ以外にコメディカルの研修のことも行っていますので、医師以外も含めて、総合という名前をつけております。

各診療科でこのシステムでお願いしながら、女性教育をしっかりしまして、さらにある程度力をつけ、あるいは、子供さんのほうも主に自宅で大丈夫、あるいは、病院によっては託児所がしっかりしている等でありましたら、中核病院等で地域医療の実践のために育ててもらうという形をとっております。

ここに示したパンフレットにもございますが、女性マドンナ、赤ちゃんを産んで、ここに示していま

すように、職場に復帰したい、あるいは、子供がかわいい、同僚に迷惑をかけたくない、あるいは、家族に迷惑をかけたくなくて、何とか医師としてまた働き続けたい等の希望がございまして、希望に応じた勤務体制の支援等を行いまして、知識、技術を戻すこと、それから、託児所等の生活のリズムを上手につくってあげることで、マドンナ・ドクターになってもらうというシステムであり、これは今回、愛媛県の医師会、女性医師会にもサポートしてもらって、さらには、総合臨床研修センター等もサポートしながら女性医師として立派に育てていこうというプログラムでございます。

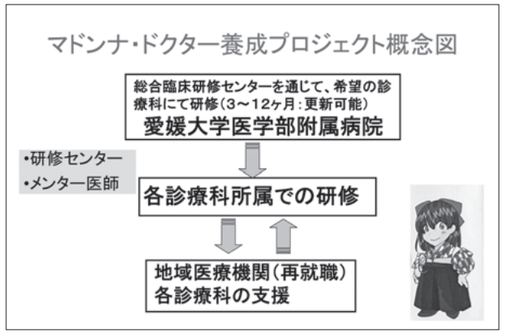
マドンナ・ドクター養成プロジェクトは、先ほどございましたように、復職を積極的に支援して、愛媛県の医師会の女性医師部会と連携して、女性医師に対してサポートをしていくという主旨です。院内保育の設置、それから、復帰に向けた研修中の女性医師のメンター、これは先輩女性医師を配置していますが、それぞれマン・ツー・マンで指導していただくことにしております。メンター医師、女性先輩

『地域のマドンナ・ドクター養成プロジェクト』

目的：女性医師の離職を防ぎ、復職を積極的に支援することによって地域医療に貢献できる医師を確保する（平成19年度から実施）。

方法：愛媛県医師会女性医師部会とも連携し、様々な理由で一旦離職した女性医師の段階的な復職を支援する研修を、附属病院・総合臨床研修センターがコアとなって提供する。

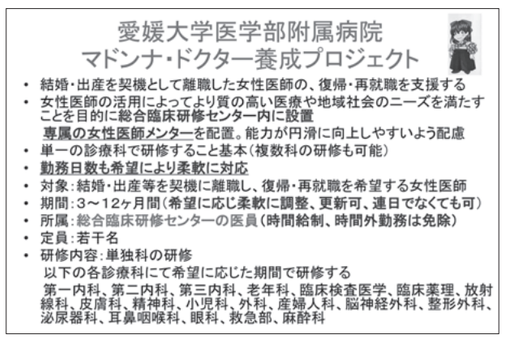
資源：① 院内の保育所（平成19年4月に開設）
② 復職に向けた研修中の女性医師をメンターが支援（上級医師や学外の医師）

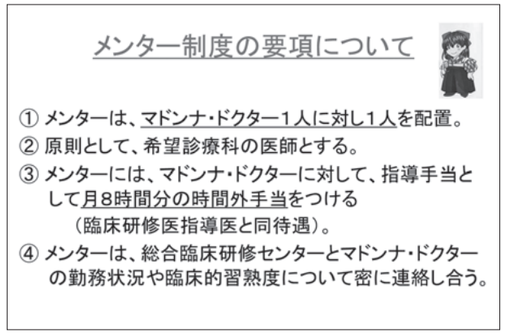


医師と私ども研修センターとの協力でさまざまな診療科で研修してもらって、さらに各病院にて育てていってもらおうと考えております。

メンターですが、メンターの方は、もちろん奉仕ではなくて、研修医の指導のときもしていますが、メンターを正規の職責として、円滑に臨床研修できるようにしてもらっています。それと、時間的なことは、各医局の員ではなくて、研修センターの医員として所属し、時間給制にして、当直は免除という形で、私どもの部下にして、所属させてもらって、いろんな診療科で研修してもらうということにしております。

メンター制度自体のメンターは、女性先輩医師にも８時間分の時間外手当をつけております。時間外手当で８時間というと、大体３万円から４万円ぐらいのものですが、各メンターにも給料を渡しております。これは、実は臨床研修医で、一般の初期研修の１年目、２年目の研修医に対しても、指導してもらった医師に対しては８時間の時間外手当をつけております。それと同様に、３年目、４年目、５年目、





６年目の女性医師に対するメンターに対しても、一応時間外手当をつけて、大したお金ではないかもしれませんが、手当として自覚をもってメンターをしてもらうために支払っております。

これがパンフットでございますが、キャッチフレーズは「私たちといっしょに」と、先輩医師と一緒に頑張っていきましょうということで、３つ折りのパンフレットを女子医学生、研修医、それから女性医師等に配布しております。先ほどのマドンナドクターの絵がこれにもキャラクターとして示してあります。

愛媛大学医学部附属病院における
マドンナドクター・リフレッシュ医師の在籍数

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度
マドンナドクター	3（小児科・眼科・皮膚科）	4（小児科・眼科・皮膚科）	3（小児科・眼科・皮膚科）	2（産婦人科・皮膚科）	3（内科・産婦人科・皮膚科）
リフレッシュ研修ドクター	0	1（内科）	0	0 小児科・眼科医師は一般病院に復職	0

実際にうちのマドンナ・ドクターですが、平成20年度から始まりまして、大体３、４名ぐらいの程度で毎年入れかわりながら、２年間とか３年間等の継続等もありますが、実行しております。小児科や眼科医師は一般病院に復職をしています。

それ以外に、リフレッシュということで、しばらく女性の方で医者をしていなかった方が復帰して、内科を研修している、今、普通のその診療科の医員としてなっている先生もおられます。マドンナ・ドクター、プラスそのようなリフレッシュ等もうちの窓口で行っております。

これが「あいあいキッズ」という、大学病院の敷地内にある託児所ですが、このたび増築しました。生後８週から預かってもらうということと、病児保育可能ということで、週２回から、今後３回にする予定ですが、夜間保育も可能だということが特徴です。病気の子供も預かっていただけるということです。それと、幼稚園のバスもここに乗り入れてきますので、ここに預けておいて、幼稚園に行って、また幼稚園から帰ってきて、夜になったら、お母さんが子供を連れて帰るという体制もできています。

ここにはナースも子供が預けれますので、これによって看護師等も離職が減りました。看護師さんも結構働きやすくなりました。

もう１つのポイントは、職員福利棟といって、女性医師や男性医師が憩える場所も３年程前につくりました。こういう建物です。病院のすぐ横にあります。男性の部屋は畳が敷いてあって、田舎の宿屋みたいな感じにして、田舎の宿屋でごろ寝をするよう

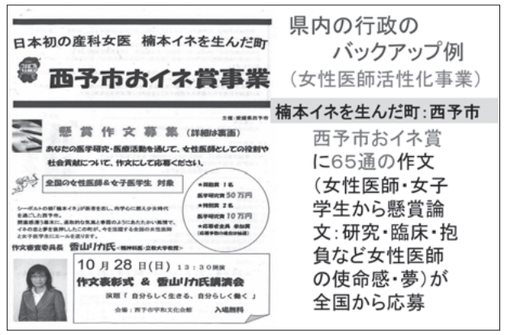
な感じのところで、囲碁とか、テレビが置いてあります。女性医師の場合は、パウダーコーナーとか、

ゆっくり休む部屋がございまして、特にマドンナドクターの方に関しては、高級ないすのあるところをつくっております。隣に保健師と産業医等が接している部屋で、体調が悪いときにすぐ相談できるようにもしております。

それと、先ほど座長の今井先生も言われましたが、女子医学生と医師の会ということで、年に２回、うちのマドンナサロンという名前をつけていますが、医学生と先輩医師とがミーティングをするということを年に２回開催しております。大学病院は働きやすい職場であることをぜひ理解していただこうということで、集まってお茶を飲みながら話をするという会でございます。

それともう１つ、愛媛大学の女性医師部会が病院長とお話をする機会を毎年行っております。若い女性医師の働きやすい環境にするために、病院長を交えて意見交換を行っております。

それから、もう１つは、これが今年のスライドですが、愛媛県の女性医師部会とのミーティングということで、年に１回ないし２回開催していただいております会でございます。女性医師、それから女子医学生が集まって、県医師会からも来ていただきます。今日のスライドは、先ほどの講演された今井先生のお話を聞いているところですが、このような形でミーティングを積極的に女子医学生、女性医師に対して行っております。病院長も必ず出席されております。



もう１つ、ここで他県から愛媛県に来ていただいた先生方に、今日参考までにということでお示ししますが、行政のほうも、県内の行政も女性医師に対しては積極的に働きかけていこうということで、こういう事業をやっておられます。実は、「オランダおイネ」といいまして、楠本イネというのはシーボルトの娘さんですが、これは日本で初めての産科の女性の医者でして、二宮敬作さんのところに行って修業したということで、西予市で修業して、立派な女性医師になったわけです。その西予市が、西予市おイネ賞というのをつくりまして、ここに書いていますとおり、女性医師や女子学生から懸賞論文、研究や臨床あるいは抱負とか、女性医師の使命感とか夢とかを400字詰め原稿用紙５枚以上、2,000字以上の原稿を書いて応募するわけです。賞金は50万円と10万円とございます。香山リカさんが審査員でやっていますが、これを毎年これから募集するということで、今年初めて行いましたところ、全国から65通作文がありまして、愛媛大学からも10通ぐらい出しましたけれども、全国からこういう形で募集があったイベントで、行政のほうも女性医師を盛り立てていこうという試みの一つです。特に、先ほど言いましたように、西予市というのは、楠本イネさんの町ですので、女性医師、学生にエールを送っているというのをここでご紹介させていただきます。

まとめ

①新医師臨床研修制度、女性学生・医師について、愛媛大学の過去と現状を紹介した。現在当大学での女性医師は37％である。
②マドンナ・ドクタープロジェクトの現況を紹介した。
③託児所・女性医師の休憩場所など当院の福利・厚生面を紹介した。
④女性医師（男性も）の働きやすい環境の整備がスタッフの増加にも関わってくると考える。

まとめです。臨床研修制度、女性医師について、愛媛大学の過去と現状を紹介しました。現在、当大学での女性医師は37％ということで、かなり多い数でございます。

マドンナ・ドクタープロジェクトの現況を紹介させていただきまして、託児所、女性医師の休憩所などの当院の福利施設を示させてもらいました。

女性医師、これは男性も含めて、働きやすい環境の整備が、今後のスタッフの増加にもかかわってきて、特に愛媛県ではこういう形で女性医師をできるだけバックアップしていきたいと考えております。

以上です。どうもご清聴ありがとうございました。

（今井（洋）座長）

高田先生、ありがとうございました。

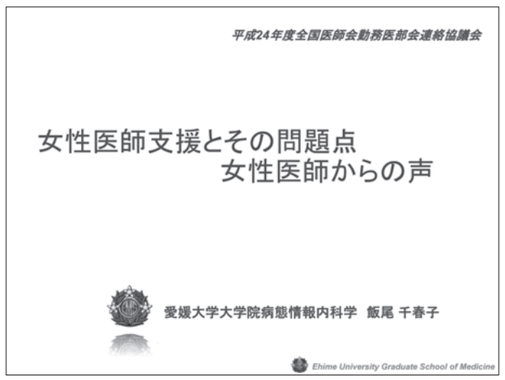
座　　長

愛媛県医師会常任理事　**今　井　洋　子**

続きまして、「女性医師の声」と題しましてのお話でございます。医師不足が課題ですが、愛媛県の医師を増やすのには、１つの方法として、愛媛県出身の男性の医師がよその県の女性の医師と結婚して連れてきたら、１が２になる、反対に、女性医師がよその県の男性を連れてきたら、やはり、１が２になるということでございまして、その典型的な方をご紹介いたします。愛媛大学大学院病態情報内科大学院生、新進気鋭の勤務医でいらっしゃいまして、大学院生として、一児の母として仕事に、育児にご活躍の飯尾千春子先生です。先生は、愛媛県出身でなく、ご主人に連れられてきた先生でございます。よろしくお願いいたします。

３．女性医師からの声

愛媛大学大学院病態情報内科学大学院生医員　**飯　尾　千春子**

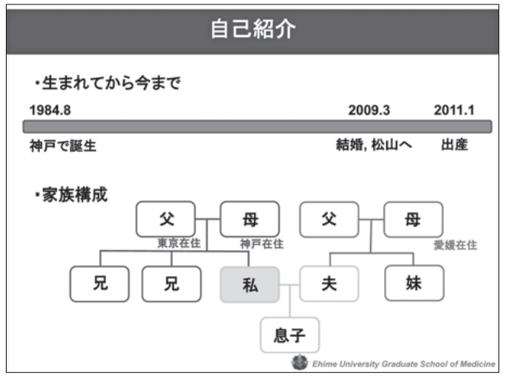


今井先生、ご紹介ありがとうございました。愛媛大学大学院病態情報内科学の飯尾千春子です。

今まで２人の先生からお話がありましたけれども、私、ケースプレゼンテーションのような感じで、私が日々どういうふうに働いているのか、また、私

が働く中で感じている問題点とかそういったものをお話しさせていただこうと思います。

まず、自己紹介ですけれども、私は1984年に神戸で生まれました。大学卒業と同時に、結婚して松山へやってまいりました。初期研修が終わる、２年目の研修医のときに出産いたしまして、2011年４月に



は職場に復帰をさせていただいております。２年目の研修医のときには、もちろん高田教授に非常にお世話になりまして、妊娠、出産、無事に経験して、職場に復帰しております。

家族構成ですけれども、後でキーになるので、あえて出しているんですけれども、今、私の両親は離れて住んでいて、主人のほうは一応愛媛県内で在住しているという感じです。

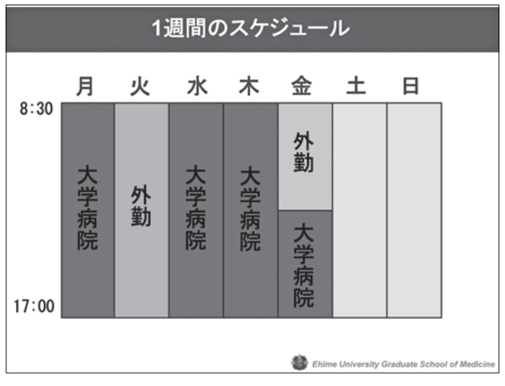
私が働いている愛媛大学医学部附属病院についてご紹介いたしますけれども、病床数は626床、医師数については、先ほど高田教授からもお話がありましたけれども、私、昨日電話で問い合わせをして聞いてみました。医師免許を持っている人で女性の人数を教えてくださいということで、教えていただきまして、非常勤で女性の占める割合が多いなというふうに私感じました。

アクセスですけれども、松山市の南東、東温市というところに愛媛大学附属病院が建っております。こちらからでしたら、車で約30分ぐらいで到着します。

私の医局の話ですけれども、病態情報内科学、旧第二内科ですけれども、腎、高血圧、呼吸器、循環器の３つの医局です。真ん中に檜垣教授がいらっしゃいまして、私はここに座っております。

私、先ほど３つありますというふうに申し上げたんですけれども、私は循環器内科の専攻医として所属しています。こちら、カテ室でみんなで撮った写真ですけれども、ここに私がおります。

１週間のスケジュールについてざっくりと書いております。私は、去年の４月から大学院に入学しておりますので、1.5日外勤の時間を与えられていて、1.5日は外勤に行っているんですけれども、それ以外は大学病院に勤務をしています。大学院生と申し上げているんですけれども、私は臨床研究をしているので、基本的に臨床、病棟の患者さんも持ちながら勤務をしているということです。一応、救急とい



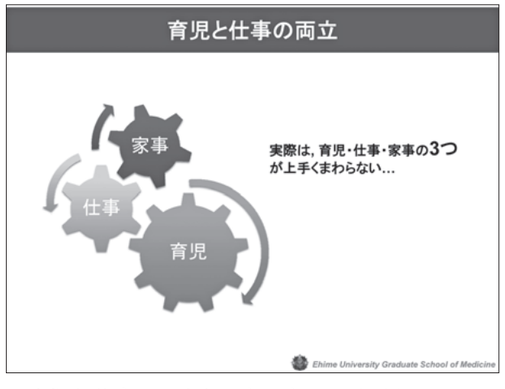
うか、夜中のオンコールとかは免除で、当直とかも免除していただいています。土日についてですけれども、自分の患者さんを診に行けるときは診に行くんですけれども、やっぱり、主人も同業者ですので、なかなか土日に診に行けないというときもあります。

１日のタイムスケジュールもちょっと詳しく書いてみました。同一人物なんですけれども、時系列が違うので､同一人物に見えなかもしれないんですが、大体６時半ぐらいに朝起きます。朝御飯を食べて、大体８時ぐらいには出勤をします。その間も出勤して、院内保育園に預けて、息子を迎えに行って、大体夕方の５時半ぐらいに帰宅して、夕食の支度をしながら、おふろを沸かしながら、いろいろ準備して、御飯を食べて、おふろに入れて、息子と絵本を読んだり、遊んだりしながら、９時ごろには子供を寝かしつけるというような生活をしています。

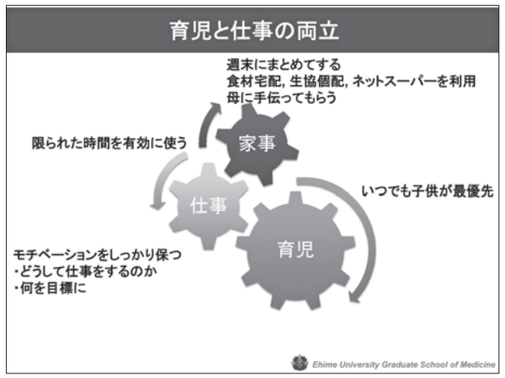
先ほど高田先生からもお話がありましたけれども、私も院内保育園、あいあいキッズに子供を預けております。昨日、電話で問い合わせたところ、今現在、入所人数は68名、ゼロ歳から、未就学児なので６歳児まで68名いるような状況で、来年からは学童の子も受け入れるということで増築を完了しているところです。

こうした感じで日常、働きながら、自分の症例に関して国内学会で発表させてもらったり、このとき

は息子同伴で、地元の神戸だったということもあって、連れて行って、学会発表したり、今年の夏はドイツのほうで行われた学会にも出席をさせていただきました。その際は、さすがに息子は置いていきました。



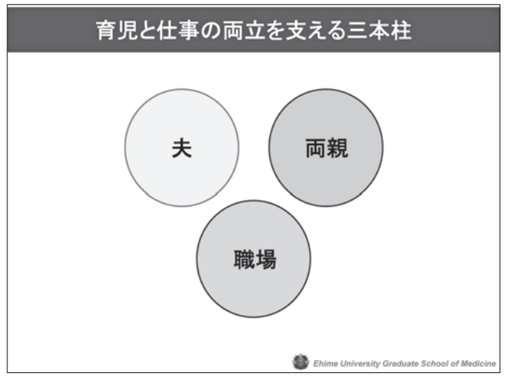
育児と仕事の両立というふうによく言われるんですけれども、実際は、家庭のこと、育児、仕事、家事の３つがうまく回らないとどうにもならないと。うまく回らないといけないということなんですけれども。



私自身、どういうふうにそれを解決しているかというスライドなんですけれども、育児、これが大きさとして一番大きく占めているんですけれども、やっぱり、いつでも子供が最優先という気持ちを持って仕事に臨んでいます。仕事に関しては、モチベーションをしっかり保つということですね。どうして仕事をしているのか、何のために仕事をしているのかという気持ちがないと、子供を預けて仕事をしている意味というか､そういったことがないので、常に自分に対してそういったことを問いかけながら、あとは小さい目標ですけれども、例えば学会発表もそうですし、小さな目標を日々達成しながら、仕事をしています。

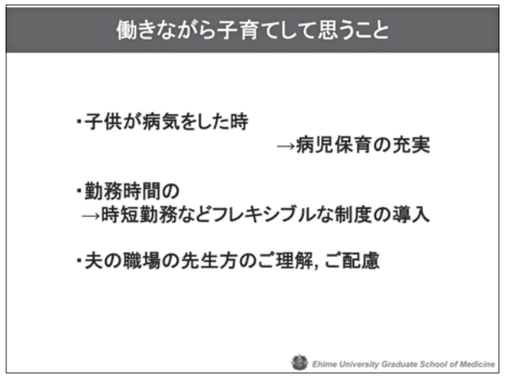
家事についてですけれども、たまりがちな家事なんですけれども､週末にまとめてするとか､あと日々の御飯の準備がすごく負担なんですけれども、食材の宅配とか、あとは生協の個配とか、いろんなものを利用しています。あとは母、実家の母に神戸から来てもらって、何と神戸から隔週で来てもらっているんですけれども、母に手伝ってもらうというような方法をとっています。

あと、家事と仕事に関しては、本当に時間が限られているので、そういった限られた時間をどういうふうに使うかというのも常に考えながら、タイムスケジュールを常に自分で考えながら動くようにはしています。



私が思う育児と仕事の両立を支える３本柱ですけれども､夫、両親、キーパーソンは母ですけれども、職場と３つあるというふうに思うんですが、やっぱり、一番身近で常に一緒にいる夫が一番理解を持って支えてもらわないと、厳しいかなというふうに日々思います。

働きながら子育てして思うことですけれども、やはり、子供が病気をしたときというのは、私もいつも仕事を続ける者のピンチだというふうに感じます。何か仕事を続けられないんじゃないだろうか、



子供が病気になって､治るのも早いんですけれども、悪くなるのも早いので、やっぱり、子供が病気をしたときはすごく心配をして、こういうことが繰り返し起こると、働けないんじゃないかという危機感に常にさらされるんですけれども。

病児保育の充実ですね。病気をしたときでも、基本はやっぱり母親が見てあげられるというのが一番大事だと思うんですけれども、そういったことができないような場合は、そういった病児保育が利用できるというのがあれば､心の支えというか､安心しながら働けると思うので、そういったものを充実する必要があるんじゃないかなというふうに思います。

あとは、勤務時間のことですけれども、時短勤務などフレキシブルな制度を導入していただいて、病院自体がここからここまでという時短勤務を具体的に導入してもらって、あとは個人個人でフレキシブルに対応できるようなことがあれば、利用しやすいんじゃないかなというふうに思います。

あと、この３点目なんですけれども、夫の職場の先生方のご理解、ご配慮ですね。私の夫も同業者でして、外科系で働いているんですけれども、やっぱり、飲み会の誘いとかが多くて、主人もなかなか断れなくて、これでも２分の１は断っているんやみたいな感じで家で言われるんですけれども、先生方も妻が働いている、女医に限らず、妻が仕事を持っているような男性医師、男性の部下に対しては、断れる余裕というかすき間を持って飲み会にも誘っていただいたらというふうに私思いますので、その点よろしくお願いいたします。

最後になりましたけれども、私がここで今日こんなふうに話していられるのも、今、お家ではうちの主人が子供を見ています。あと、平日、日中は同じ医局の先生に支えていただきながら、子供が病気のときは､子供は病気をするものだからと言いながら、休むことも快く許してくれる先生方、あとは、やっぱり、医局の一番の上司である教授ですね。うちの第二内科の教授は檜垣實男先生ですけれども、非常に理解のある先生で、女性の医師を全力で支えてあげるというふうに、やっぱり、トップの先生がそういうふうに言ってくださっているので、非常に心強いと思いながら、日々働いております。そういった方々に感謝させていただきながら、終わりたいと思います。

宣伝なんですけれども、愛媛、循環器とグーグルで入れると、１番上にうちの医局のホームページが来ますので、どんな医局かなとかいうようなことがあれば､ぜひご覧になっていただいたらと思います。

以上です。ありがとうございました。

（今井（洋）座長）

どうもありがとうございました。

お３人の先生方、貴重なご意見をありがとうございました｡所定の時間は２時までででございますので、ちょっと余裕ができましたが、これにてシンポジウム１を終わらせていただきます。

どうもご清聴ありがとうございました。

（佐藤総合司会）

シンポジストの今井淳子先生、高田先生、飯尾先生、ありがとうございました。これをもちまして、シンポジウム１を終了します。

シンポジウム２　14：10〜15：10

「医療コンフリクト・マネージメントの活用」

座長：愛媛県医師会勤務医部会副部会長　**北　條　禎　久**

１．医療コンフリクト・マネージメントとは：医療メディエーションの活用

早稲田大学大学院法務研究科教授　**和　田　仁　孝**

２．愛媛県医師会の取組み

愛媛県医師会常任理事　**今　川　俊一郎**

シンポジウム２

座　　長

愛媛県医師会勤務医部会副部会長　**北　條　禎　久**

それでは、シンポジウム２「医療コンフリクト・マネージメントの活用」を始めさせていただきます。

座長は、医師会勤務医部会の北條が務めさせていただきます。

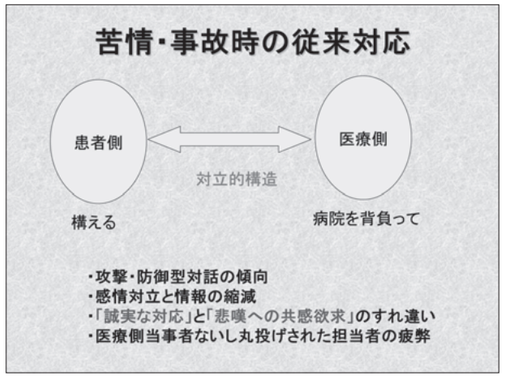
我々は、患者によくなってもらいたいという思いで仕事をしていながら、時にその思いが通じず、衝突や対立、紛争となるような場面があります。その問題解決のために、１つに裁判がありますけれども、一たび裁判となれば、多大な時間と労力が必要になります。また、裁判で結論が出ても、必ずしもお互い満足がいく結果とはならないのが現状であります。そのような対立、衝突、紛争を解決することは、我々医療人にとって重要な問題の１つです。

このシンポジウムでは、お２人の先生にご講演いただきますが、最初に、「医療コンフリクト・マネージメントとは」の演題でご講演をいただく早稲田大学大学院法務研究科の和田仁孝教授は、５年前より愛媛県医師会が医療事故紛争を少なくするために始めた研究会で、コンフリクト・マネジメントとして医療メディエーションを現場に定着する活動を最初から指導していただきまして、また、平成15年からは日本医療機能評価機構での医療メディエーター養成プログラムの開発や運用にかかわっておられ、平成20年の日本学術会議からの医療事故をめぐる統合的紛争解決システムの整備に向けてという院内医療メディエーターの配置やADRについての提言を院長としてまとめられ、その他、日本医療メディエーター協会や日本医療コンフリクト・マネジメント学会活動を通じて、医療事故紛争を少なくするために、日々ご尽力いただいている先生です。

それでは、和田先生、よろしくお願いいたします。

１．医療コンフリクト・マネージメントとは：医療メディエーションの活用

早稲田大学大学院法務研究科教授　和　田　仁　孝



ありがとうございます。

早稲田大学の和田でございます。私のほうで40分か45分ぐらい、時間をいただいておりますので、コンフリクト・マネジメント、実質的には医療メディエーションの考え方についてお話したいと思います。レジメにあります後半のほうは、資料的なデータでもございますし、まだ、この概念になじみのない先生方もいらっしゃるかと思いますので、前半のほうを少し重点的にお話しさせていただきたいと思います。

事故の後の対応ですとか、あるいは、患者さんが何かクレームを言ってきたとき、あるいは、インシデントが発生したとき、そういうときの従来の対応

と比較すると非常にわかりやすいと思うんですが、まず、従来は、患者さん側がいろいろ感情的になって訴えてくることに対して、医療側はどなたかが、ケースによっては医療安全管理者であったり、ドクター自身であったり、あるいは事務の方であったり、対応するわけですけれども、二項対立の構造で通常はやっていたと思うんですね。

ところが、こういう場合のコミュニケーションというのは、通常のコミュニケーションとは全く状況が違います。患者さんのほうは感情的になっています。感情的になったとき、人間は、自分が本当に求めていること自体が、見えなくなるんですね。そして、怒りが表に出てきて、怒りの表現を表層的に出してしまう。医療側としては、それを聞きますから、当然防御的になってしまう。こうなると、コミュニケーションが非常に貧困になります。

今、中国と日本とか、韓国と日本もそうだと思うんですけれども、コンフリクト状況では、情報が非常に少ないですね。非常に狭い情報だけで、それをステレオタイプ化して、そして、最悪の場合には相手の人格のせいにしていきます。患者さんのほうは、怒ってくるときは、この先生は冷たい先生だ、この病院はとんでもない病院だというふうに、病院の性質あるいは医療者の性格のせいにしていくわけですね。

医療側も同じです。この患者はクレーマーじゃないか、これはわがままな患者だなというふうに、その人のパーソナリティーのせいにしていきますね。しかし、こういうコンフリクト状況も、実は、より深いところに根を張っていることがございます。

二項対立構造だと、患者さんも当然怒ってきます、医療側は当然防御に入ってしまう。こうなると、どんどん情報が歪み、貧困化して、誤解が生じて、エスカレートしていくと、こういう負のスパイラルに入ってしまいがちです。

今のように感情対立になって、情報が非常に縮減する。昔と違って、今は、例えば事故の後の説明など医療側が非常に丁寧に誠実に対応しようとされると思うんですね。ところが、誠実に結果はこうでしたということを言っても、患者さん側はなかなか納得してくれない。何が足りないのでしょうか。

例えば、真相を知りたいというようなことをよく患者さんがおっしゃいます。医療側とすれば、医学的なことを検証し、事故の発生した経緯を分析し、その結果をきちっと説明する。これが真相だろうと。

ところが、患者さんの側の求めている真相というのは、もっと情緒的なものなんですね。感情的なものです。亡くなった人は最後に、どんな表情をしたのか、どんな声を出したのか。そのときに先生がどんな思いで接してくれたのかというふうな、いわば医療安全的に、あるいは、医学的には外側のことなんですけれども、そういうところを求めていて、それが真相という言葉の中に含まれているわけですね。そこがちょっとずれてくると、さっき言ったように、感情的になっていますから、そんなことばっかり言って、向き合ってくれないみたいになって、エスカレートしていってしまうわけです。

医療側も医療安全管理者であれ、医事課の職員であれ、丸投げされて、患者さんと対応していると、負のエネルギーを正面から浴びるわけですから、この方も非常に疲弊していってしまう。

病院側としては、当然患者さんにわかってもらう説明をして、これは合併症なんだ、あるいは、これは病院としてはそういう理不尽な要求には対応できないんだといって説明して理解してもらうことは必要なんですけれども、しかし、それでは、怒って感情的になっている人は、余計にエスカレートするわけですね。

そこで、メディエーションというのは何かというと、これを３者構造にしようというふうなことです。コミュニケーションのモデル、例えば事故後の説明のモデル、あるいは、クレーム対応のモデル、さらに言えば、日常対応のモデルとしても使えるものだと思っています。

まず、メディエーターという役割を担った人は、従来と大きく違うのは、病院を背負わない立場で患者さんと接するということです。つまり、病院としては、これはこういうことなんです、病院としてはそれはできません等の発言はしません。例えば患者さんの言うことが医学的にはあり得ないような主張をしていたとしても、メディエーターになった人は、医学的にはそんなことはありませんというようなことも一切言いません。ただ、受けとめてあげるんですね。

受けとめるというのは、コミュニケーションの中で非常に重要な、感情的混乱から落ちついてもらうために重要なことなんですけれども、その見解に同調することではもちろんありません。その人の、不愉快に思った気持ち、あるいは悲嘆、そういう気持ちを受けとめてあげる。特に事故のときとか、クレームのときでもそうですけれども、患者さんは、怒りで表現して、ものすごく攻撃的になっていますけれども、その怒りの向こうには必ず強い悲嘆があったり、あるいは、これからの生活への不安があったり、あるいは、何か満たされない思いがあって、そういう形で表象しているんですね。そこをうまく受けとめてあげる。怒りじゃなくて、その奥にあるものを受けとめてあげると、怒っている人も、そういう受けとめ方をしてくれる人があらわれれば、少し落ちついてきます。落ちついてくると、かーっとなっていろいろ売り言葉買い言葉で、主治医かえろとか

言っていても、本当はその主治医をかえることがこの人の目的ではないというようなことが自分でも見えてくるんですね。

実は、患者さんもいろいろなことを怒ったときには言いますけれども、本当に求めていることは何なのか、あるいは、背景にどんな事情があるのか。病院から見たら、何かわがままな患者に見えるけれども、実は、過去に何か誤薬をされた経験があったりして、非常に過敏になっているだけかもしれない。あるいは、家族の関係の中でいろいろ問題を抱えているかもしれない。そういうことが見えてくると、最初は、わがままな、クレーマーじゃないかと思っていたのが、この人はそんな経験をしていたり、そんな背景を今抱えているんだな、大変だな、そういうことなら何か別の形で手助けできることはないだろうかと、医療者の方はまじめだから、そういうふうに見えてくると思うんです。認知が変わっていきます。

そのためには、メディエーターはまず患者さんを受けとめて、落ちついてもらって、そこからいろいろ患者さんの背景の情報を対話の中で引き出していきます。これは、メディエーターからすれば情報収集ですが、患者さん側からすれば聞いてくれる人に語ることで、自分の怒りのモードからだんだん落ちついたモードになって、自分の本当の問題は何なのかというのを語りながら見つけていく。簡易なカウンセリングのようなものです。

それと、もう１つ忘れていけないのは、次にメディエーターは、今度は医療側と１対１で対話をします。事故の場合法律でいえば患者さんが被害者で、医療者は加害者という位置づけになるんですけれども、でも、医療者だって事故を起こそうと思って起こす人はないですから、傷ついているわけですね。現場に戻れない、中には自殺する人もいます。おそらく患者さんのほうはまだ表にばっと怒りを出せるけれども、医療者のほうは、事故にかかわった人は、それもできなくて、自分の中に抱え込んでいくんですね。

だから、メディエーションの考え方は、患者さんに対応して、いい気持ちになってもらうということだけでなくて、医療者も救わないといけない。これがメディエーションの大きな発想のポイントです。

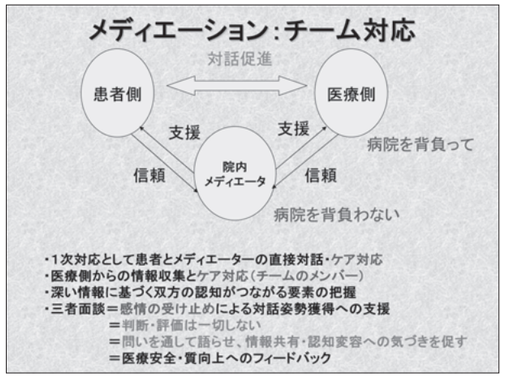
医療者のほうも大変です。事故が起こった、あるいは、クレームを向けられた、何かインシデントがあった。背景にはいろんな言い分があったり、いろんな事情が重なっていたり、いろんなことがあるんです。それをメディエーターはケアマインドで受けとめて聞いていきます。そうすると、両方から、背景にあるいろんな事情だとか、背景の問題、情報がいろいろ集まってくるわけですね。そういうふうにしていきます。

そういう深い情報が見えてくると、何だ、それだったら別に主治医かえるとかしなくても、あるいは、病院をかわるとかそんなことを言わなくても、ここの部分に患者さんの求めがあるんだったら、それに対して、医療者がいくらでも別の形で安心させてあげることもできると。いろんなつなぎ方、解決の仕方、乗り越えの仕方が見えてくるんですね。

だから、患者さんが言う表面の要求、たとえば主治医を変えるにはどう返答するかと考えたら、これは、イエスと言うわけにはいかないし、ノーと言ったら患者さんは怒ります。そんなときには、問題そのものを置いておいて、より深い情報を集めていったら、つながる部分が見えてきます。

ところが、そうはいっても、メディエーターが答えとなる解決策を自分から言ってもだめなんですね。メディエーターが調べました、こういうことでしたと言ったら、途端に病院側を背負って対応したことになりますから、患者さんはそこで、何だおまえはみたいにまたなってしまいます。信頼を裏切ることになります。

そこで、重要なことは、評価、判断をメディエーターは一切しないという点です。両方から深い情報を聞いた後で、三角形の対話の場をつくります。主役は、あくまでも患者さん側と医療者側。これは小さなケースだったら、医療者本人が出ていただくのが一番いいと思いますし、大きなケースだったら、医療安全管理者が出るとか、患者側と病院側、この２人が主役です。メディエーターは一切意見を言ったり、提案をしたり、しません。

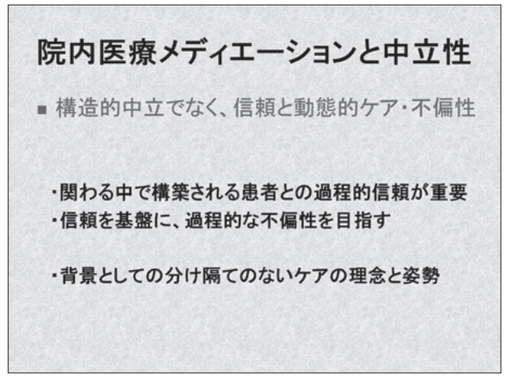


メディエーターは、深い情報をある程度わかっていますから、うまく質問を投げかけて、こういうことをこの患者さんに語ってもらえば、先生も理解するんじゃないか。医療者のほうにも、こういうことを語ってもらえば、患者さんの認識も変わるんじゃないかと考えて語らせていきます。患者さんが例えば先生はいつも２、３分ぐらいしか診てくれない、ちゃんと診てくれないんだと怒っていても、実は、先生は背景で検査データをじっくり見て、外国の文献まで読んで対応しているかもしれない。そういうことをこの場で語ってもらうんですね。二項対立の形で、直接患者さんに実は背景でちゃんと見ているんだと言っても、言いわけするなと言われてしまうんですが、これが第３の人がいて、この第３の人がちょっと落ちつかせながら、質問を投げて、その質問に先生が答えるという形になると、言いわけじゃなくて、１つの情報として伝わってくるんです。第３の人、つまりメディエーターがいるというのは、そういうコミュニケーションの流れの意味自体を変える大きな影響力があります。そういう形で３者構造を生かしていくというのが、メディエーションということになります。

第３の位置で、病院を背負わないといっても、結局病院の職員だから、そんなの信用してもらえないじゃないか。もちろん、これはよく受ける質問です。では、例えば第三者機関をつくって、愛媛県でも、あるいは全国でもいいんですけれども、メディエーター派遣センターみたいなものをつくってそれで対応すればいいか、そういうシステムも僕はあっていいと思いますけれども、現実にはうまく機能をしないかもしれません。事故が起こってすぐ、そのときすぐにかかわることがとても大事なんですね。

メディエーターセンターに申請して、１週間後にメディエーターが来てくれると。その１週間、そんな悠長なことをやっている間に患者さんのほうはどんどん不信の塊になっていくわけですね。それを食いとめるためには、まず、即座に対応する。火事と一緒です。初期消火が一番簡単だし、しかも効果がある。だから、それができるのは、院内にいる人なんですね。このタイミングの問題が院内メディエーターの１つのメリットです。また、その病院のシステムを、院内の職員ですから、よくわかっています。全部わかっています。それから、患者さんの診療経過についても、当然すぐにアクセスできます。いろんなことを頭に置いてやれるから、適切なかかわりができるわけですね。

それに対して外から来たメディエーターというのは、確かに中立なんです。構造上、中立です。構造的な中立性もありますけれども、状況がよくわからない中で、一言ぽっと言ったことが、どっちかに寄っているというふうに思われたら、その時点で一気に信頼をなくして、全くワークしなくなります。



医療メディエーターの行動規範

■ 患者＝医療者の直接対話の支援（ケア）

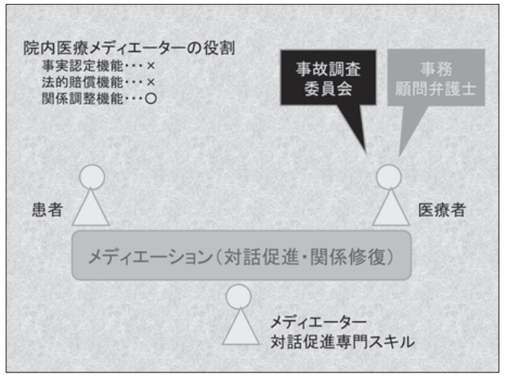
自身の意見・見解の表明は一切行わない

・原因説明・事実認定などは一切、行わない
・病院改善策の提案などは、一切、行わない
・法的評価、賠償提示などは一切、行わない

偏らない位置を維持

＊問いを立て、質問を通して深い情報共有へ支援
＊ケア、エンパワーと認知変容の促進

僕は、この構造上の中立性ないし、第三者機関の中立性というのは､幻想にすぎないと思っています。動かない限り、中立性はあるんです。動いた途端、その構造上の中立性というのは多分ガラガラと揺さぶられていってしまう。裁判がいい例です。裁判所は中立です。けど、１つ１つの医療事故の判例を見て、医療側がこれは不当だと言ったり、患者さんが不当だと言ったり、両方が不当だと言ったりするんですね。何もしない限り中立なんですが、動いた途端に実質的中立への評価を受けることになります。



それに対して､院内のメディエーターというのは、これは中立性も何もありません。最初から院内の職員ですから、患者さんから見れば、ゼロ以上、マイナスなんですね。そこから始まりますけれども、メディエーションの研修を受けて、スキルとマインドを身につけて、患者さんに対応する。メディエーターがやるのは、患者さんの表面の怒りとかその奥にある思いを受けとめながら、怒りとか要求には反応しないで、奥でこの人は本当は何を求めているんだろうというところをうまく把握していくわけです。そういう聞き方をしていく中で、だんだん患者さんのほうも、この人は私の言うことを聞いてくれると認知してくれるようになります。

それは間違っていますよと、医学的にはそんなことはありません、といったことをメディエーターは一切言いません。受けとめていくだけです。この人は聞いてくれる、病院の人だけれども、この人は違うというので、信頼関係ができていきます。

そんなふうにうまくいくのかと思われると思うんですが、今、医療メディエーターの認定を受けた人が2,000人を超えています。全国のいろんな現場で活躍している方がいるんですけれども、患者さんとの間で信頼関係をつくれないという悩みはほとんど聞かないです。余程パーソナリティー的に問題のある患者さんは別ですけれども、通常の患者さんとはそうやって受けとめて聞いていけば、話がきちんとできるようになってくる。

むしろ、悩みは、患者さんとは話せるようになって、場をつくったのに、ドクターのほうが全然協力してくれないというのが現実的には大きな障害になっています。だから、患者さんに中立性がないのに信頼してもらえるんだろうかという問いに対しては、信頼してもらえると言っていいかと思います。

逆に病院寄りになるんじゃないかというふうに言う人もいるんですけれども、実際は、院内のメディエーターだからこそ､もし医療側が､例えばドクターが急に怒り出したりした場合があったとしたら、とめられるんですね。第三者機関から来た人がそんなことを言ったら、このドクターは余計に怒って、席を立ってしまいますけれども、院内のメディエーターはそれを抑えることができます。逆に院内の職員だからこそ、医療側を抑えるということも可能なんじゃないかなと思います。

職員であるということは大きな問題になりません。中立性というと、ちょっと語弊があるかもしれません。不偏性、偏りのなさとかいうふうな言い方をするんですが、患者さんだけではなく、医療者に対してもケアをしていくということが、メディエーターの姿勢です。

その偏らない位置を維持するために、メディエーターが、してはいけないこと。これが自分の意見を言うということです。例えば、事故原因の説明、事故調査委員会が行われて、こういう結果になりましたということをメディエーターが患者に伝えるようなことは一切してはいけません｡管理者から見れば、メディエーターにそんなことをさせてはだめなんです。それから、病院の改善策なども言わせません。法的なことは、当然それは言わせません。こういうことは、全部病院側を代表して、背負って出る人が話せばいいことで、メディエーターは常に安全地帯に置いておいてやることが大事なんですね。

話し合いの場では、患者さんといろいろ対立する場面も出てくるかもしれない｡でも､メディエーターはこの外にいて、問いを投げかけるだけ、コミュニケーションの支援をするだけの人ですから、争いそうになったら、もっと別の情報を語ってもらえるような問いを投げて、ちょっとナビゲートしたりする程度のことです。

メディエーターは常に安全地帯にいて、そうすると、もし患者さんが席を立って、怒って帰っても再びつなぐことができます。患者さんの話を聞くと、そういうとき､実は患者さんも困っているんですね。病院のほうとはもう話し合いできないと言って、席を立ったけれども、ではこれからどうしたらいいんだろうと。アメリカと違って、日本人は裁判をやりたいとか思う人はあまりいませんから、できれば戻りたいのです。ところが、こぶしを振り上げた以上、戻れない。でも、メディエーターがいれば、まだコンタクトできるわけですね。病院とはちょっと異質な存在としてつながっていられる。だから、ちょうど戦争している国が中立国を介してコミュニケーションをするようなものですね。そういう意味で、メディエーターは安全地帯に置いておいてあげる。

メディエーターは自分の意見を一切言わない。では、何をするのかというと、さっき言ったように、問いをうまく投げかけてやる。いろんな深い情報をある程度把握していますから、患者さんの認知が変わるように､「先生、実は背景でそんなに一生懸命やってくれていたんだ」､「先生はそんなに忙しい環境の中で仕事をしていたんだ」､そうした認知変容につながる患者さんの知らない情報、それを語らせていくわけですね。問いを投げかけて。先生この辺はどうなんでしょうと。

あるいは、亡くなったようなケースだと、最期の手術室の中の場面は、患者さんは見てないわけですから、見てないことは、マイナスに、ネガティブに、イメージがつくられていきます。見えない手術室の中でどれだけ一生懸命医療者が命を救おうと頑張って動いたのか､そのことを語ってもらうわけですね。そうすると、見えてなかった情報が見えてくれば、患者さんとしても少しは不信感が膨らんでいくのを抑えることもできるかと思います。そのようなことをメディエーターとしてはやっていくわけです。

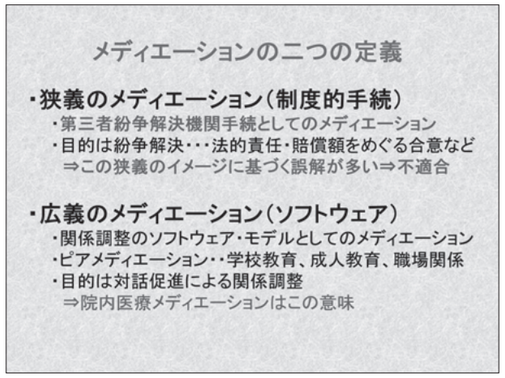
原因究明の機能とか法的賠償の機能、これは事故調査委員会をやったり、事務や顧問弁護士さんもいらっしゃる、そこで患者さんにお話をしていただければいいわけですが、ただ、患者さんのほうが不信の塊になっていると、聞く耳を持ってくれないわけですね。ですから、そうならないように、土台のところをつくっておくというのがメディエーターの非常に重要な役割であろうかと思います。

それから、しばしば、この医療メディエーションというのは大きな誤解、批判を受けることがありました。特に法律家の先生方から非常に強い批判を受けたりしてきました。これは全くの誤解に基づいています。

メディエーションは､外国では､英米圏を中心に､社会の本当に隅々まで広がって、浸透して、使われている日常的な人間関係の調整、対話、あるいはコンフリクトの調整のためのモデルととらえられています。その中の一部が、法律の領域でも使われるわ

けですね。

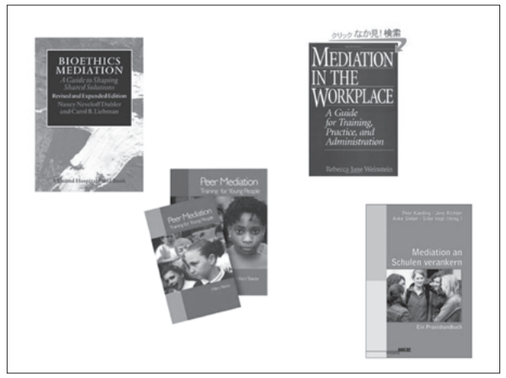
ですから、例えばアメリカだと、ワシントン.D.Cとかメリーランド州なんかは、医療事故訴訟が起こされたら、すぐに裁判手続を始めないんですね。裁判所の中で、まず、患者さん側と病院側とで話し合いをする。メディエーションをするというふうに法的に定めています。あるいは、裁判所の外にそういう機関があったりします。



ところが、こういう法律的な紛争を解決する場合は、間に入るのは当然弁護士とか裁判官ですから、話し合う内容は、法的責任はどうなのか、賠償額はどうするのかというようなことをやるわけですね。日本でいえば裁判所の調停のようなものです。これもメディエーションと呼ばれるので。法律家や弁護士の先生方は、このイメージに基づいて誤解されていると思います。

実は、それはごく一部にすぎなくて、メディエーションというものは、もっと社会の各層で広く使われています。これは英米圏ですね。ピアメディエーションというんですが、アメリカやイギリスでは、小学生とか中学生が学校でメディエーションを勉強するんですね。子供向けのテキストとかもいっぱいあります。それから、お父さん、お母さんが子供との接し方を学ぶ、成人教育でやっていたり、あるいは、管理職が部下の人間関係を調整するのに、職場で管理職のスキルとして勉強していたり、本当にさまざまな形で活用され教育されています。対話を促進する、対話促進・関係調整のモデルですから、どこでも使えるわけです。

そういうモデルを院内に応用しようというのが僕の言っている医療メディエーションであって、法律的な、裁判官や弁護士がやるようなことを院内でやるなんていったら、それは僕でも反対しますけれども、決してそんなものではないということです。



これはテキスト、アメリカの本なんですが、アマゾンで見ればいろいろ出てきます。それから、ユーチューブでピアメディエーションとかで検索すれば、子供がメディエーションを勉強している動画とかいっぱい出てきますから、簡単にそれは証明できます。

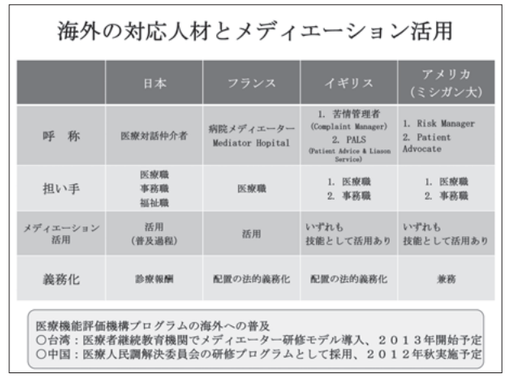
例えば、左上の本ですが、これは医療の現場で使われているテキストなんですが、バイオエシックスメディエーションといって、生命倫理の問題とか、あるいは､終末期の意思決定､ここにメディエーションを使おうというモデルが今アメリカでは提唱されて、ペンシルバニア大学なんかではそういう人材養成もやっています。

下側は、子供のテキストですね。上はメディエーション・イン・ザ・ワークプレイスといって組織内の管理者のスキルとしてのテキストです。例えばロンドンのNHSの病院なんかは、職員のメンタルヘルスに関わる、カウンセラーの人がメディエーションのスキルを持っていて、職員間の人間関係の問題についてメディエーションをやったりもしています。右下は、これはドイツ語の本で、これはドイツでもそういう子供向けの教育がされていたりするわけですね。だから、決して法律的なものではないということをご理解いただきたいと思います。

それから、外国ではそんなことをやっているところはないと言われる人がいらっしゃるんですが、決してそんなことはないです。これはミシガン大学、ご承知のように、医療安全とかで新しいモデルをつくって、有名な、先進的な病院です。アメリカでは事故が起こっても医療者は全然出ない、謝らない、というのが普通だったんですけれども、きちんと医療者が対応して、共感の表明もして、RCAとかで分析してというようなモデルをつくってから、ミシガン大学関連病院では訴訟の件数が格段に減ったと、この下の論文に書いてあります。

男の方がブースマンさんといって、もともと医療側、病院側の弁護士だったんですけれども、裁判しても患者も救われないし、病院も大変だし、こんなんじゃだめだなと思っていたと。僕と意気投合したんですが。それで、そんなことを言っていたら、ミシガン大学から、では初期対応のプログラムをつくってくれと言われて、２年の約束でミシガンに来て、そして、そのまま10年になるとおっしゃっていました。今も弁護士ですけれども、ミシガンのこの初期対応プログラムをつくった人ですね。

そこで話を聞くと、実は、ミシガン大学ではリスクマネジャー、関連病院全体で23名のリスクマネジャーがいて、全員がメディエーションの勉強をしている、研修を受講済みで、これは必修にしているんだということでした。事故が起こった直後にリスクマネジャーがメディエーター役として、事故後の説明があまり感情的に過度に対立したりしないように、深い情報をうまくお互い相互に理解し合えるようなそういうモデルとして使っているということでした。



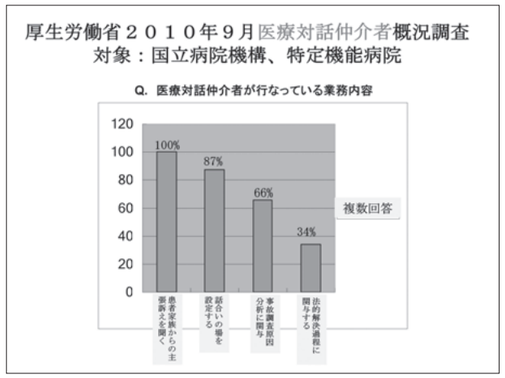
	日本	フランス	イギリス	アメリカ（ミシガン大）
呼　称	医療対話仲介者	病院メディエーター Mediator Hopital	1. 苦情管理者 (Complaint Manager) 2. PALS (Patient Advice & Liason Service)	1. Risk Manager 2. Patient Advocate
担い手	医療職 事務職 福祉職	医療職	1. 医療職 2. 事務職	1. 医療職 2. 事務職
メディエーション活用	活用（普及過程）	活用	いずれも技能として活用あり	いずれも技能として活用あり
義務化	診療報酬	配置の法的義務化	配置の法的義務化	兼務

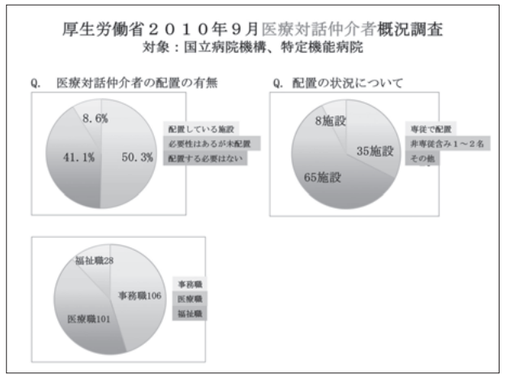
あと、外国を見ると、アメリカは右端ですけれども、ペイシャント・アドボケートが普及しています。これは日本の患者相談窓口に近いものですけれども、全米病院協会の中の彼らの組織が主導して、メディエーションを必須のスキルとして勉強しています。

それから､フランスですけれども､病院メディエーターを病院の中に必ず配置しないといけないと2002年の法律で決めています。現役のお医者さん、もしくは、リタイヤしたお医者さんがそういう役目でその病院にいるというふうな形でやっているようです。

こんなふうに､外国でも着実に活用されています。現在、台湾とか中国からも注目をされていて、台湾では医療メディエーションの教育がすでに少しずつ始まっています。台湾で医療崩壊という本を書いたお医者さんが、今僕のところに勉強しに来られています。中国も、実は山西省が招いてくれて、そこでやる予定だったんですが、今の状況で延期になってしまいました。

ここからは、データのご説明ということになりますけれども、まず、厚生労働省が2010年に、民主党のマニフェストにあった呼び名は、医療対話仲介者





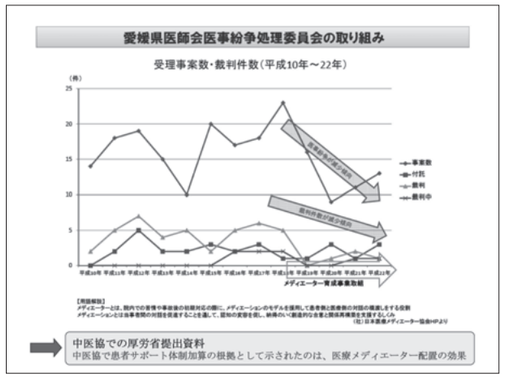
（メディエーター）ですね。この医療対話仲介者というので調査をやっています。その後、医療対話推進者に名称は変わっています。国立病院機構と特定機能病院で、医療対話仲介者がどんな仕事をしているんだということで見ると、やはり、患者側から訴えを聞くと、深いところまで受けとめて聞いていくというようなことをまずやる。話し合いの場を設定する。そして、これは事故調査とかにも関与する。

これは、患者さんの話をじっくり聞いていくと、この方が何を知りたいかというようなことがいろいろ見えてきます。例えばインシデントやアクシデントに関して、そのことに関してだけではなくて、それまでの病院の対応で、ここで問題があったとか、あそこでこうだと、こういうことを知りたいんだと、いろんなことを言ってくれます。それを例えば事故調査のところに組み込むわけですね。患者さんはこんなことを知りたいと思っていますよと、この点も問題にしていますよと。そうすると、もちろん医学的、医療的な検証というのはきっちりやった上で、患者さんが知りたい情報も付加していけば、患者目線から見たときの事故調査のクオリティーも多分上がると思うんですね。そういうことにかかわっている。

それから、これは僕たちはあんまり推奨はしていないんですけれども、法的解決過程に関与する。我々が指導してるのは、メディエーターは法的なことにまでかかわらない。基本的には、法的な知識がないわけですから。そして、間でつなぐ役割だけですから、そういうところにとどめなさい、とどめてください、人間関係を調整して、できるだけ病院あるいはドクターと患者さんの間に信頼関係、不信感があまり大きくならないように、そこがポイントなんですね。だから、あまり法的なことまで入っていかない。ところが、では後は賠償の問題を病院側と話し合いますという段階までいったときに、患者さん側が求めるんですね。あのメディエーターの人にも一緒にいてもらってください。そういうようなことでかかわるということもあるようです。

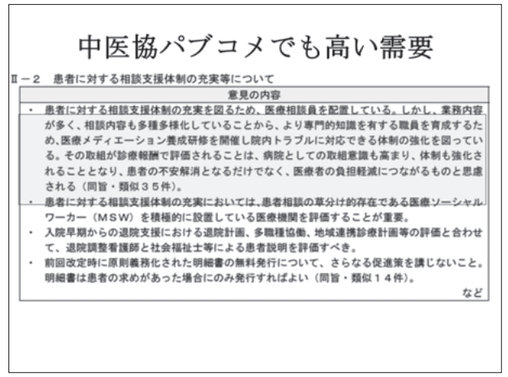
今、医療側の視点でお話をしてきましたけれども、患者さん側から見ても、病院に対して話し合いに行くのは、ものすごく不安なことだと思うんですね。緊張もします。そして、だからこそ、逆にハリネズミのようになるわけですね。でも、そこに話を聞いてくれて、いろんなことを手助けしてくれると思う人がそこにいるだけで、患者さんのほうも少しほっとして、少しはよろいが脱げるわけです。そこからどんどんいい対話をナビゲートしていくわけですけれども、そういうような効果、患者さんにとってのメディエーターの存在意義も重要だというふうに思っています。

これは僕も驚いたんですけれども、回答はこうなっていたということで、配置している施設というのが50％というんですね。専従で配置も35％。本当かなと思ったんですけれども、回答はそういうことです。



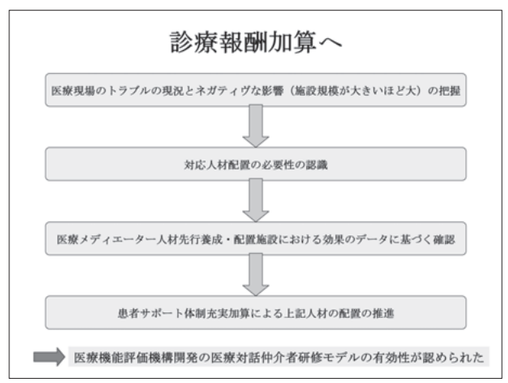
これは愛媛県医師会のデータです。医師会関係で、後でリストを出しますけれども、愛媛県医師会は、最初のころからこれに着目していただいて、ずっと研修をやらせてもらいました。今年が５年目なんですけれども、年間４回ぐらい研修をやって、毎年100人以上の愛媛県の医療者の方にメディエーターのスキル、マインドを理解してもらう。さっきも言ったように、対話のモデルですので、別に事故にかかわる人だけではなくて、例えば日常の病棟の業務で、患者さんからのちっちゃなクレームだとか、あるいは、クレームの予防のためだとか、インフォームドコンセントの場面とか、いろんな場面で間に入って対話を促進するということに活用できるので、そういう意味もあって、かなり幅広くやっていただきました。

５年やった結果、これは厚生労働省が出した資料、中医協に出していた資料ですけれども、医療紛争がその配置を始めてから減少してきているというデータです。



それから、これは、社会保険協会連合会、全社連のほうも愛媛県と同じように、病院グループとして年に３、４回やっていたんですけれども、こちらも同じように少し減ってきたというふうな傾向、これも厚労省の資料です。

中医協で今のようなデータが出て、これに実は今年から診療報酬がつくことになりました。患者サポート体制充実加算というので、入院初日に70点と

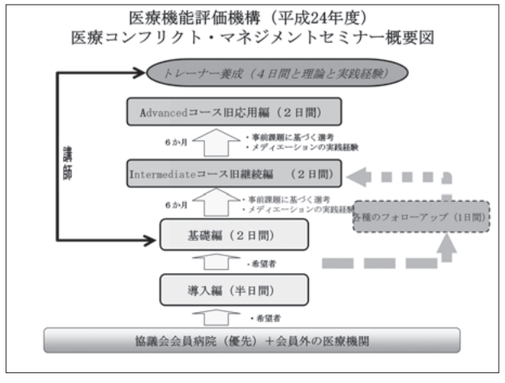


いうのがつくことになりました。配置してちゃんとシステムを整えていることが条件ですね。パブコメでもこういうのが出ています。中医協で山形大学の嘉山先生に結構いろいろご尽力いただいて、サポートしていただいたんですけれども。

厚労省は、医療現場のトラブルの現況、ネガティブな影響についての調査もそれの前にしているんですけれども、施設規模が大きいと、トラブルが多い。それだけ高度なこともやるからだと思うんですけれども。そして、人材がやっぱり必要だというようなことを厚労省としても認識していたんだと思います。そして、愛媛県医師会が医療メディエーター研修を先行してやっていただいたおかげで、そういうデータを示すこともできて、これに対して、加算しましょうというふうなことになってきているということでございます。

この養成の取り組みですけれども、最初にどこが始めたかというと、日本医療機能評価機構です。日

医療メディエーター養成の取り組み



日本医療機能評価機構・医療メディエーター協会プログラムの特徴

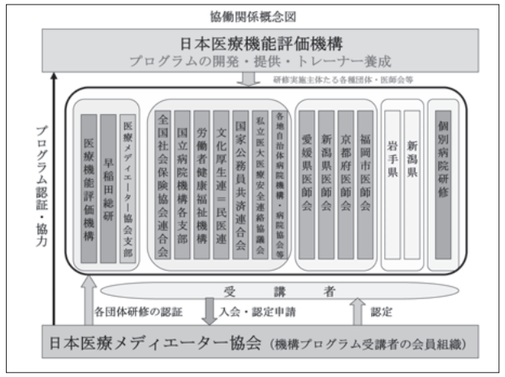
少人数教育	受講者は３０名以内の少人数教育
参加型教育	ロールプレイ、グループワーク中心
詳細な指導	講師対受講者比率は１：１５以下
トレーナー要件	１００時間以上の訓練を受けた現役医療者
統合的カリキュラム	導入（半日）→基礎（２日間）→フォローアップ（１～２日間） →Intermediate（２日間）→Advanced（２日間） →トレーナー養成（４日間）

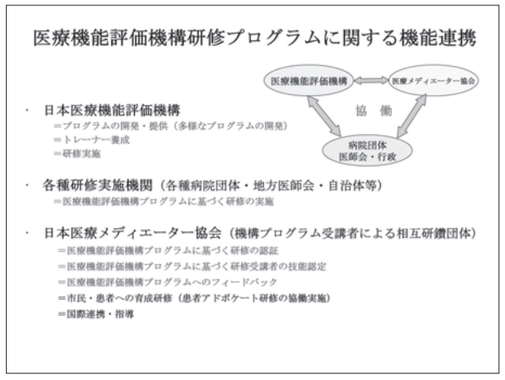
本医療機能評価機構で、私のほうにプログラムをつくってほしいという要請がありまして、今、山形大学にいます中西君と僕とでプログラムをつくりました。医療機能評価機構ではプログラムもかなり体系的になってきています。

ロールプレイとかやるものですから、１回に30人ぐらいしか受講できないんですね。30名が限界で、30名以下ということでやっています。ほとんどグループワークが中心で、ロールプレイを何回かやっていただくというふうな形です。法や倫理、安全との関わり、組織運営などもそこに含まれています。

指導も、講師は必ず２名以上、少なくとも１対15、そして､多くのケースでは､ファシリテーターといって、既に勉強した人に手伝ってもらう非常にぜいたくな形で行っています。愛媛県の場合は、たくさん勉強した人がいらっしゃるので、ロールプレイのときには、各チームに１人ついていただいて、見ていただくというふうな形で、かなり濃密にやっています。しかも、トレーナーは、さっきの体系的なシステム全体をやって、かつ教育実習みたいなことまでやって、100時間以上の訓練を受けた現場の医療者です。ドクター、ナース、それから事務職も含めてですけれども、実際に患者対応をいろいろされてきているような経験を持った方にトレーナーになっていただいています。

現在では、医療機能評価機構のプログラムに基づいていろんな組織でこの研修をやっていただいている。メディエーター協会というのができていて、こ





医師会における医療メディエーター養成

・愛媛県医師会　平成２０年度より
・新潟県医師会　平成２２年度より
・京都府医師会　平成２２年度より
・福岡市医師会　平成２３年度より

こでその受講した人の技能認定をするという構成が完成しております。

医師会については、愛媛県医師会がずっとやっていただいているほかに､新潟県医師会も22年度から、こちらも年に２回ぐらい毎年やっています。京都府の医師会も同じように始めまして、現在もやっているということです。福岡市の医師会、ここは県ではなくて、市なんですけれども、これも昨年から始め

て、そして、５年ぐらい続けたいということで、現在一応５カ年計画でやろうということで。各地の医師会でもこういう取り組みが始まっているということです（2013年より石川県医師会でも実施予定)。

メディエーションについて、事故のようなことを大体念頭に置いてご説明しましたけれども、本当に小さな日常の患者対応の中にも生かせることが多いものですから、そういう意味では、決して事故対応する人の研修ということではなくて、もっと幅広く医療者の患者対応の１つの素養として勉強していただくというようなことも念頭に置いているということでございます。

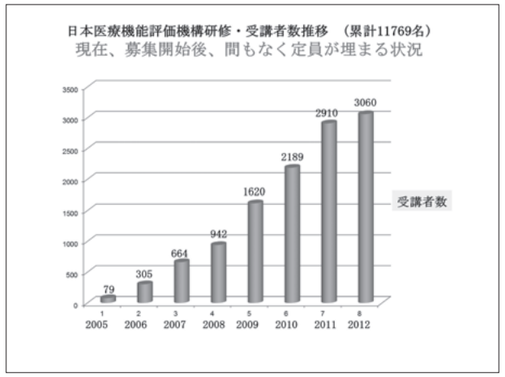
これは、全体でやっているところのリストです。

現在､どんどん受講者の数は増えているんですが、今ボトルネックになっているのは、トレーナー、要するに我々のほうの供給体制のキャパシティーの限界がありまして、年間100回ぐらい、3,000人養成であっぷあっぷというような状況です。実は、２週間

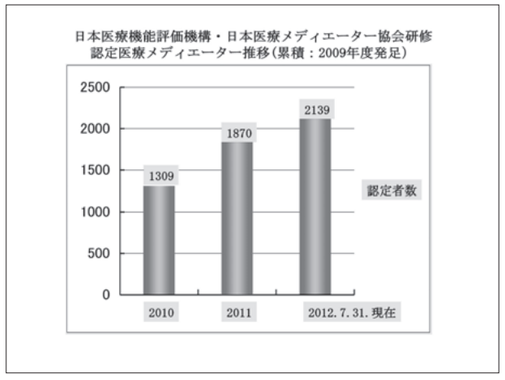
日本医療機能評価機構・医療メディエーター協会プログラム
認定対象研修実施組織・団体

公募型研修	病院団体等	各地医師会	自治体	個別施設	
日本医療機能評価機構	全国社会保険協会連合会	愛媛県医師会	岩手県	北海道大学附属病院 仙台医療センター	北海道大野病院 阪総合病院
早稲田総研インターナショナル	国立病院機構九州 国立病院機構中京北陸 国立病院機構北海道・東北	京都府医師会	新潟県	竹田総合病院 虎ノ門病院	武蔵野赤十字病院 東京厚生年金病院
日本医療メディエーター協会	国家公務員共済連合会	新潟県医師会		千葉旭病院 北里大学病院	東所沢病院 湘南鎌倉病院
	労働者健康福祉機構	福岡市医師会		静岡県立こども病院 聖路加病院	松本市立病院 相澤病院
	全国文化厚生農業共同組合連合会			新潟県立がんセンター 名古屋第一赤十字病院	新潟県立中央病院 名古屋医療センター
	全日本民医連			名古屋第二赤十字病院 岐阜市民病院	静岡市立病院 川谷農協総合病院
	私立医大医療安全連絡協議会（東京）			富山市民病院 国立循環器病センター	福井総合病院 大阪警察病院
	静岡県病院協会			和歌山県立医大病院 済生会滋賀県立病院	奈良県立医大病院 松原総合病院
	大阪府立病院機構			岡山県立病院 島根県立中央病院	鳥取県立中央病院 宮崎潤和会病院
	神奈川県立病院機構			琉球大学附属病院 中頭病院	沖縄協同病院 ハートライフ病院
	戸田中央医科グループ				

医療メディエーター養成の実績

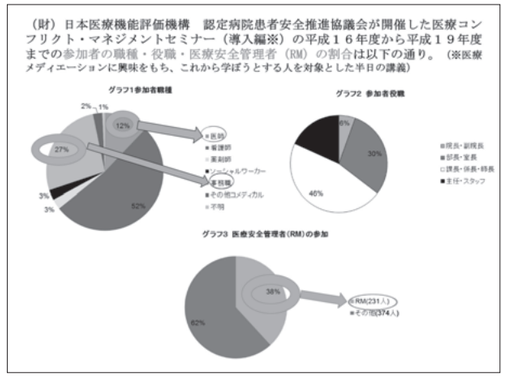


ほど前に、愛媛の医師会でやらせていただいたんですが、そのときも30名の募集に60名応募があって、もう１回何とかやれないだろうかというようなことになっています。医療機能評価機構でも大体募集を開始して、５分ぐらいで全部満杯になってしまうというような状況が続いているようなところです。



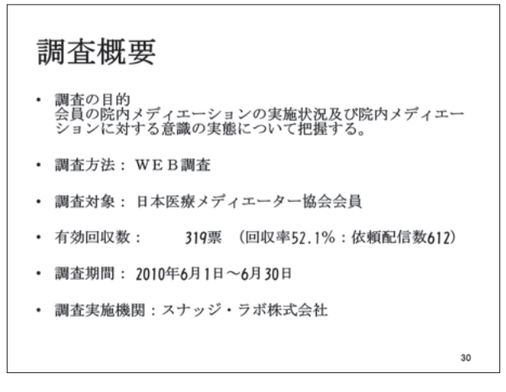
これは、認定を受けた人の数で、今2,000を超えています（４月現在2,600名）。

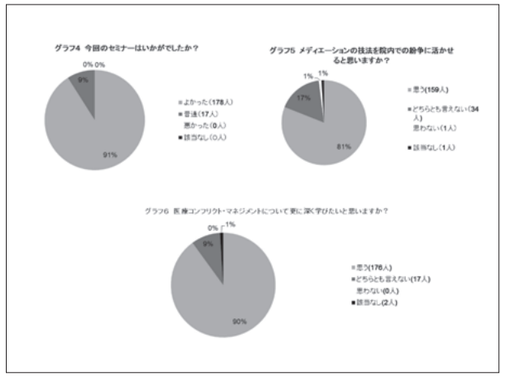
どういう人が受けているかですけれども、お医者さんは、職種的にメディエーターには向かないんです。本人の適性ではなくて、職種的に。医療の最終責任者ですし、医学的な知識も豊富であるので、メディエーターをやっても、意見を求められたりするので、どちらかというと、あまり向かないかもしれません。けれども、メディエーションの研修を受けていただくと、メディエーションのマインドを理解していただいて、病院側として出たときにも、メディエーターの役割をわかって、非常にスムーズに連携

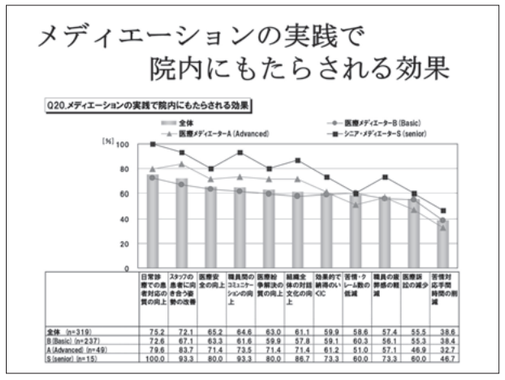


ができるので､いいかなというふうに思っています。結構、お医者さんで受講していただいた中には、院長先生とか副院長先生とか、案外管理職が多いんですね。一番マジョリティーはナースの方。平均年齢は大体50近いと思います。やっぱり、いろんな経験をされた方のほうがこういうことには向いているかなということもあります。

これは、メディエーターに対して行った調査なん







ですが、これはセミナーの評価で、基本的な高評価を得ているということですね。

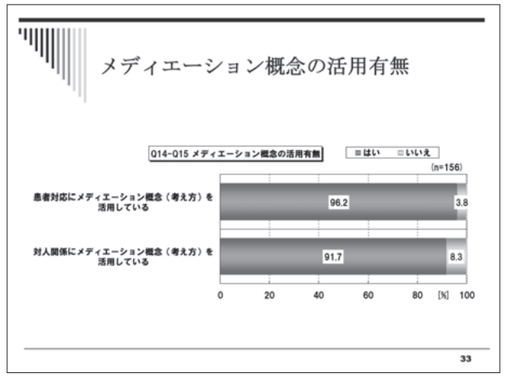
実際に、では病院の中でこれを勉強したことでどういうプラスの効果があったかということなんですが、左から高い順に並べています。そうすると、日常診療での患者対応の質が向上した。それから、スタッフの患者に向き合う姿勢の改善につながった。つまり、メディエーターの研修というのは、ある意味スキルというよりも、それを通してマインドを学ぶようなところがあって、メディエーションの発想法とか考え方を身につけていると、患者さんが言う表面の言い方に軽々に反応することをしないで対応できる。ちょっと落ちつきができて、自分が今やっていることは、メディエーションの理屈でいえば、ここの段階をやっているんだ、患者さんがこう言ったのはこういう心理レベルなんだと、ちょっと客観視できるんですね。そうすると、患者対応がゆとりを持ってできるようになる。それは、また、患者さんからも評価を受けることになると思います。

次にお話される愛媛県医師会理事の今川先生ですけれども、非常に印象的だったことばがあります。メディエーションの研修を受けて、何が変わりましたかというと、「私が変わった」とおっしゃったんですね。そういうようなことがあるのではないかと思います。愛媛県では、ちなみに久野会長も研修を受けていただいて、ロールプレイをやっていただいたり、本当に積極的に取り組んでいただきました。

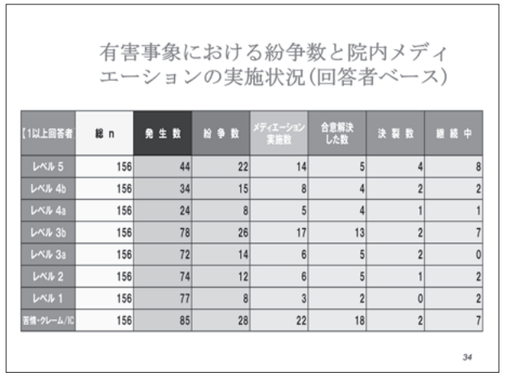
３番目が、医療安全の向上ですね。実は、メディエーションというのは、ある意味クレームとか事故に対するチーム対応なんですね。これまでは、だれかに丸投げをして、あなたが責任を持って対応しなさい。ところが、メディエーションでは、病院側として説明に出る人、間をつなぐメディエーター役の人、そして、その背景でいろいろ分析する人、チームを組んでやっていくということなので、職員間の風通しが非常によくなる。日常の場面でもそういうことになっていって、クレームが、むしろポジティブに医療スタッフ間のコミュニケーション改善に役立って、それがまた医療安全にいい影響を及ぼすというふうな効果があるというのが３つ目です。

それから、４つ目は、職員間のコミュニケーションが向上した。

５番目に、やっと紛争解決が出ているんですね。ですから、メディエーションが、非常に多元的な効用を持っているということの１つのデータかなと思います。

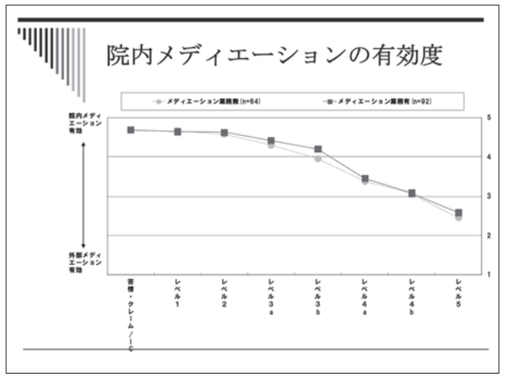


これもそうなんですけれども、メディエーションの概念を患者対応に利用していますかと。これは、別にクレームのときだけではなくて、日常でほとんどの人が活用しているということです。今日は時間がありませんので説明しませんが、IPI 分析といって、患者さんの表層の主張と背景の不可視のニーズを構造的に理解するアプローチを学びます。患者の表面の言い方をデータとしてとらえながら、背景で何を本当に求めているかの分析をしていくような発想法ですが、そういうものは日常でも使えるわけですね。そういうような形で使っていただいているということです。

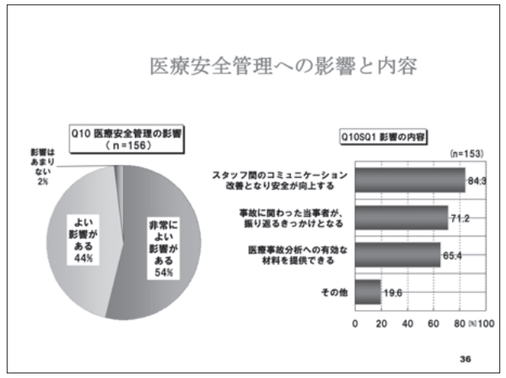


【1以上回答者】	総 n	発生数	紛争数	メディエーション実施数	合意解決した数	決裂数	継続中
レベル 5	156	44	22	14	5	4	8
レベル 4b	156	34	15	8	4	2	2
レベル 4a	156	24	8	5	4	1	1
レベル 3b	156	78	26	17	13	2	7
レベル 3a	156	72	14	6	5	2	0
レベル 2	156	74	12	6	5	1	2
レベル 1	156	77	8	3	2	0	2
苦情・クレーム/IC	156	85	28	22	18	2	7

これは、事故のケースですけれども、ここでもメディエーションを実施している。重いケースだと、かなり必要があるということなのかもしれません。

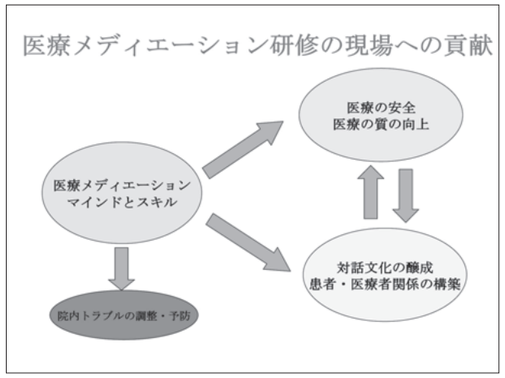


ただ、有効度ということになっていくと、レベル５の非常に重篤なケースであればあるほど、メディエーションがどこまでうまくできるかというのは、評価としては当然、これは当たり前のことですが、難しくなってきます。逆に言えば、比較的軽目のものはメディエーション対応で簡単に終わっていくと。だから、そういうのがこじれておかしくなるということはないので、重いものは、法的なことも含めて対応が必要なので、メディエーションのできる範囲は対話のベースをつくるということでいいのかなと思っています。



先ほどの医療安全への影響ですけれども、非常によい影響がある、よい影響があると。やっぱり、安全につながっていくということがデータでも出てきます。右側を見ていただくと、スタッフ間のコミュニケーションが改善したことが安全につながっていって、あるいは、事故にかかわった当事者が振り返るきっかけとなる。これはチーム対応なので、事故の当事者も、あまりにトラウマになっているときは出せませんけれども、そうでなければ、できるだけ一緒に話し合いに出てもらうようにすると、振り返りのきっかけにもなるというようなことが挙げられています。

こんなふうに、医療メディエーションのマインドとスキルの醸成というのは、１つは、下側の院内トラブルの調整・予防が１つありますけれども、それだけではなくて、医療の安全あるいは医療の質の向上にも貢献します。患者目線から見て、こういうところを押さえてくれれば安心だということが、患者目線で対話をする中で見えてくるので、医療安全へフィードバックできる、今までの RCA だとか、シェル分析だとかを補うプラスアルファーの何か、安全だけではなくて、安心にとって何がキーなのかというようなことが、対話の中で見えてきます。ナラティブ・ベィスド・セーフティ・マネジメントという考え方を、今少し整理をしているところです。



こんなふうにして、患者、医療者関係だけでなく、医療者間の関係も含めて、その組織の中に対話文化が広がっていくというようなことになればいいのかなと思っています。

まとめです。このように、メディエーター研修の効果については、幾つかのデータが既にあって、現場では評価されて、実績もあると言っていいかと思います。

さらに、２番目は、トラブル対応だけではなく、医療安全や質の改善、そういうことも含めて、一定の効果があるということを認められている。

３番目は、海外でも同じようにメディエーションのようなマインドとスキルを医療の現場で活用するという例が幾つもありますし、アジアを中心にそういうものが日本が発信して広がっていく動きの中にあるということ。

そして、患者対応のための医療者が備えるべき素養を育てる教育プログラムとしては、充実したものをメディエーション研修は整えているんじゃないかと思っております。

以上、非常に雑駁でしたけれども、メディエーションとはどういうものか、コンフリクト・マネジメントのコアにあるメディエーションとはどういうものかという説明と、その概況についてお話をさせていただきました。

どうもご清聴ありがとうございました。

（北條座長）

和田先生、ありがとうございました。

座　　長

愛媛県医師会勤務医部会副部会長　**北　條　禎　久**

それでは、このシンポジウム、２人目のシンポジストですけれども、和田先生とともに、愛媛県医師会で医療メディエーションを積極的に取り入れる活動をしていただいております常任理事の今川俊一郎先生です。

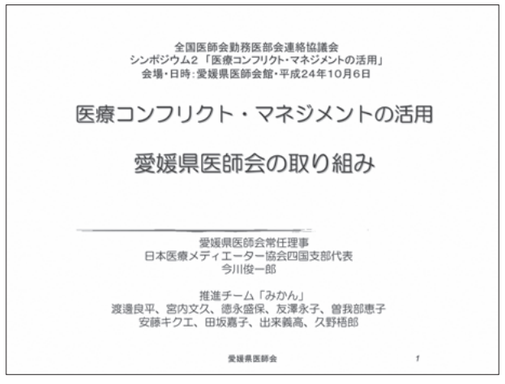
先生は、医療メディエーター協会の役員もしておられます。今回は、愛媛県医師会での取り組みについて発表していただきます。

ご略歴は、冊子の45ページに書いてありますので、省略させていただきます。

それでは、今川先生、よろしくお願いいたします。

２．愛媛県医師会の取組み

愛媛県医師会常任理事　**今　川　俊一郎**



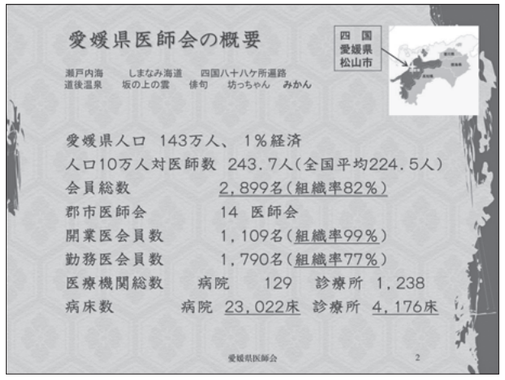
愛媛県医師会の今川でございます。

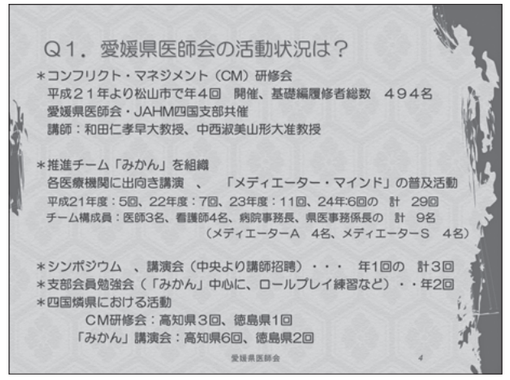
和田先生から詳しい医療メディエーションのお話をしていただきましたので、私のほうからは、愛媛県医師会のこの５年間の取り組みについて、具体的にお話ししたいと思います。

まず、愛媛県の概況ですけれども、瀬戸内海、しまなみ海道に代表されるように、道後温泉、俳句、またミカンの名産地であります。

愛媛県の人口は143万人、全国の100分の１。経済規模も100分の１ですから、１％経済と言われております。人口10万人単位医師数では243.7人、全国平均よりはやや多い感じであります。

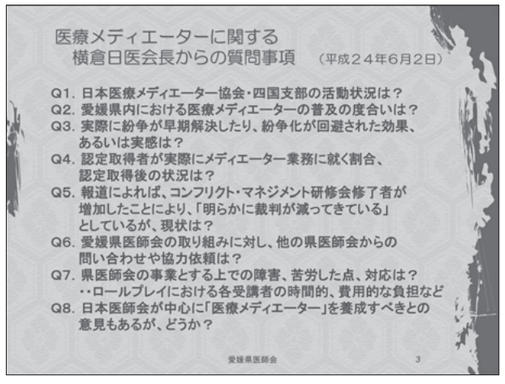
先ほどからのお話ですけれども、愛媛県が自慢できるのは、全国の都道府県の中で一番医療メディエーターが多い県であります。郡市の医師会は、東





西に細長いですから、14の郡市医師会があります。開業会員は1,100名、勤務医部会員が1,790名。両方とも組織率が非常によろしいです。地方の医師会といたしまして、やはり、会員総数においても組織率がいいし、勤務医の方の組織率も非常によろしいようであります。

それから、最後に、病床数を書いてありますけれども、病院が２万3,000床、診療所が4,000床、両方合わせまして２万7,000床。ここのところの数字を割り算いたしまして、私たちの目標は50床に１人のメディエーターをつくろうという形で事業を始めております。



今年の６月に、中・四国医師会連合が松山市で開かれまして、そのときに横倉会長が松山市にいらっしゃいました。そのときに、日医の方から、愛媛県の事業説明をするようにということで質問状をいただきまして、このような質問をいただいております。今日のお話は、この質問に１つ１つ答える形でお話を進めていきたいと思います。

まず、愛媛県医師会の活動状況ですけれども、１番、コンフリクト・マネジメント研修会を平成21年から松山市におきまして年４回、定期的に開催しております。これは、基礎編の講習でありまして、現在、494名の講習履修者を出しております。これは、愛媛県医師会と日本メディエーター協会四国支部が共催して行っておりまして、講師は先ほどご講演いただきました和田先生と、山形大学の中西先生お２人に来ていただいております。

このコンフリクト・マネジメントは、愛媛県医師会の事業として行っておりますけれども、もう１つ、２番目の推進チーム「みかん」というのを組織いたしまして、これは、各病院に出向いたしまして、そこで病院の一般職員に対してメディエーターマインドというか、そういうものを普及するための講演会であります。これも平均月１回の割合で出ていっております。

チームの構成員は、医師３名、看護師４名、病院事務長、県医師会事務係長の計９名で、この中には、メディエーターＡ４名、これはアドバンスですから、応用編を修了した人です。メディエーターＳ、シニアトレーナーですから、これはメディエーターを教育することができる人が４名。こういう形でやっております。

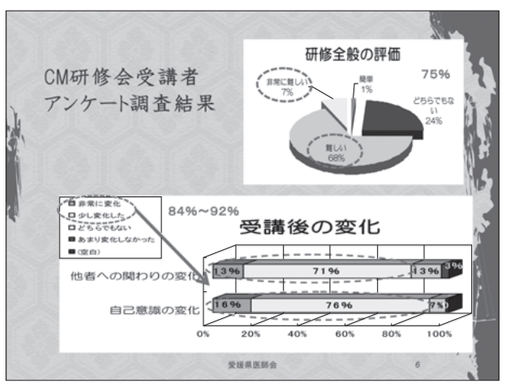
年に１回のシンポジウム、また、講習を受けられた履修者に対して、勉強会もやっております。

それから、四国支部という形にしておりますのは、

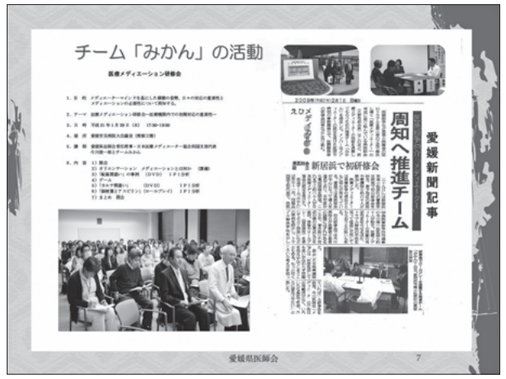
四国隣県の活動に対しまして動く場合、例えば高知県や徳島県における研修会とか、「みかん」の講演会をする場合には、チーム「みかん」という形で出向しております。

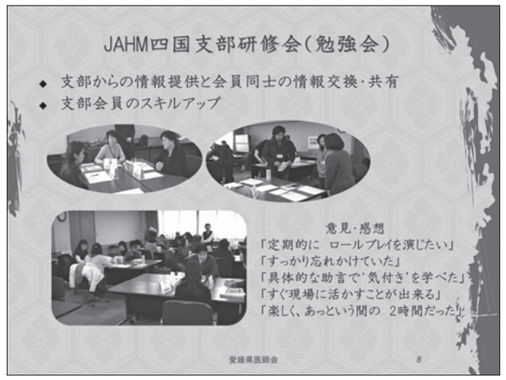
これは、愛媛県医師会のコンフリクト・マネジメント研修会の風景であります。和田先生や中西先生もロールプレイを実演してくれていますし、久野会長も実際にロールプレイをしています。「みかん」のメンバーもこの中から育ってきています。

講演のところでは、基礎編、導入編はこういう形で講義をしますし、丸２日間やるわけですから、30人の受講生が途中でゲームのようなアイスブレークなんかも挟みます。「みかん」のメンバーがこういう形でところどころでロールプレイのわきについたり、ゲームをしたりとか、ファシリテーターとして参加しております。



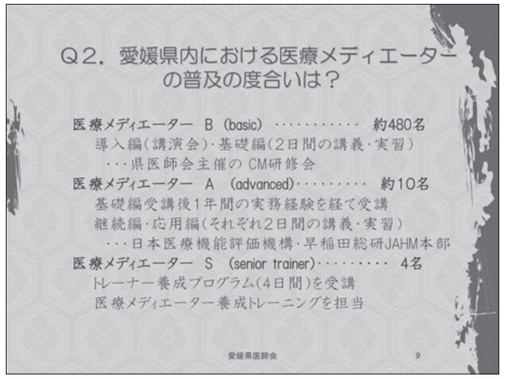
CM 研修会ですけれども、やはり、２日間はかなりハードな内容でありまして、75％の方は、２日間の研修はかなり難しかったという方が多い。しかし、他人へのかかわりとか、自分の意識の変化に関しましては、85％から90％の人が変化したと評価しております。

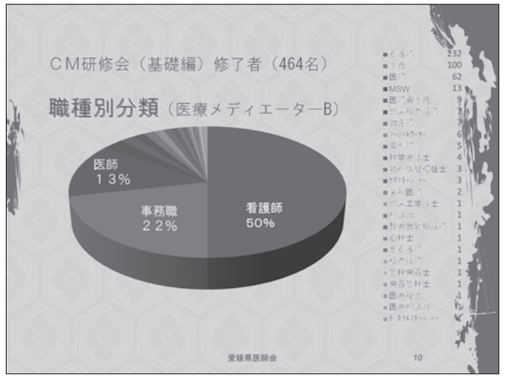




これは、チーム「みかん」の活動の最初のときでありますけれども、病院に、これでできますのは系統的な講義ではありませんけれども、２時間、我々が前で実演するものですから、一度に病院の職員、あらゆる職種の病院の職員が50人から100人集まったところで、みんなにメディエーションのマインドを周知するような形です。こういうような形で我々が実際のロールプレイを実演したりもしています。

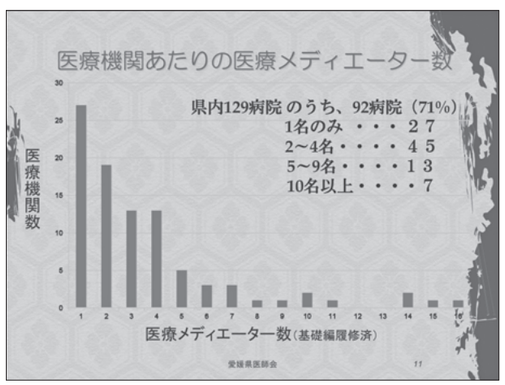
これは、講習を受けた人を野放しにしてしまいますと、やはり、こういうふうな形で忘れてしまいますし、病院の中にそんなにたくさんメディエーターがいるわけではありませんから、情報交換も難しいものですから、県の医師会が年に２回、支部の会員に対しまして、こういうふうなロールプレイの機会をつくったり、情報交換をやっております。

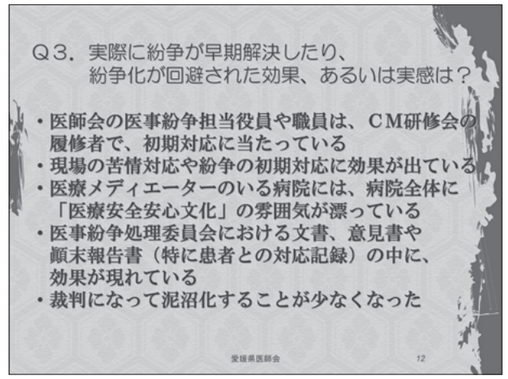




県内における医療メディエーターの普及の度合いですけれども、基礎編修了者は480名、アドバンス、応用編修了者が10名、シニアトレーナーが４名います。職種分類は、先ほどの和田先生のご報告と同じように、半数は看護師、４分の１は事務職、13％が医師という形になっております。

１医療機関当たりのメディエーターの数ですけれども、県内129の病院のうち、92の病院には１人以上のメディエーターが存在しております。これはグラフですけれども、１つの病院にここでは10人の講習履修者がいるわけですけれども、必ずしも500床だから10人いるというわけではなくて、70床の病院でも10人もいるところもあります。このあたりは、大学病院や日赤病院です。



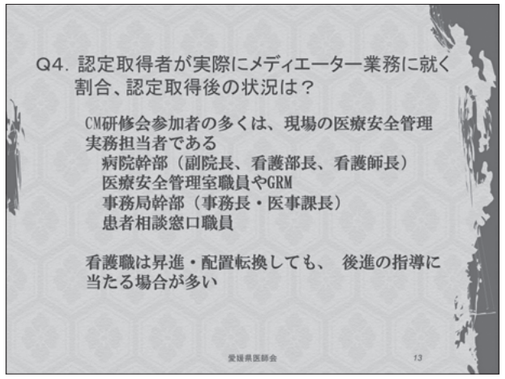


それで、紛争が早期解決されたりとか回避された、そういうところの実感ですけれども、実際に愛媛県医師会の第１回の CM 研修会は、郡市の医事紛争担当理事及び事務長さんに強制的に集まってもらって講習会をいたしました。ですから、医事紛争が起きたときの初期対応は、医師会としてはそこが当たることになっております。

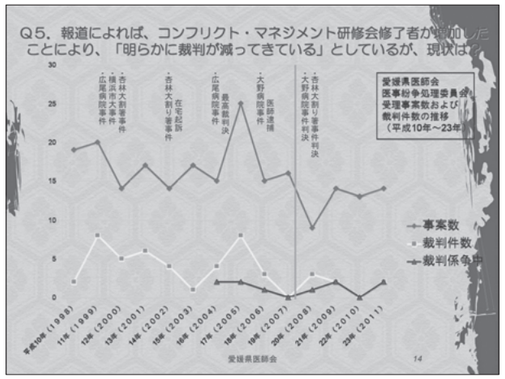
それから、先ほどからお話がありますように、医療現場の苦情対応とか紛争の初期対応に、やはり、効果が出てきております。結局、医療メディエーターのいる病院は、病院全体として、医療安全安心文化の雰囲気がただよっているという形がいたします。

実際の紛争になりまして、紛争委員会に上がってくる関係書類の中、例えば顛末報告書などの中で、患者さんとのやりとりのテープレコーダーの記録なんかを見ますと、非常にメディエーターの対応がよく手にとるようにわかります。実際に裁判になって、泥沼化することは減ってきております。

それから、メディエーター業務に就く割合またはその習得の状況ですけれども、CM 研修会の参加者は、ほとんどは医療現場の医療安全管理実務担当者

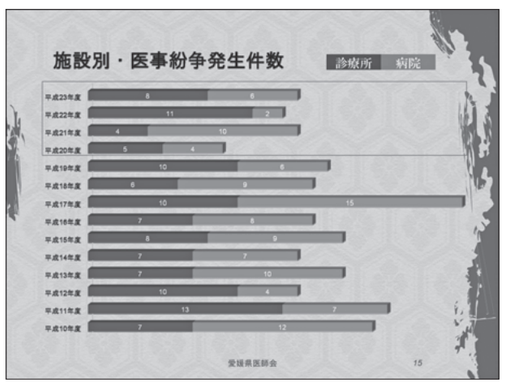


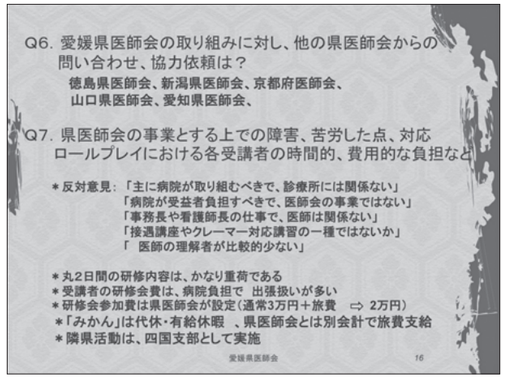
であります。病院の幹部、副院長、看護部長、看護師長、GRM、事務局の事務長、医事課長、そのような方が多くが受講されております。



これは、先ほどの和田先生のお見せしましたグラフですけれども、確かに裁判は減ってきております。それから、この緑の線、ここから愛媛県医師会は医療メディエーターの養成を始めております。

これは、診療所と病院で発生件数をやっておりま





すけれども、20年度以降、やはり、病院のほうは発生件数が減ってきております。

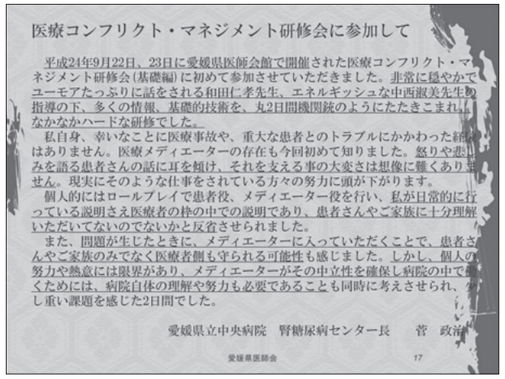
それから、他の県医師会からの問い合わせですけれども、徳島県、新潟県、京都府、山口県、愛知県などから問い合わせがありました。

それから、事業をする上で障害になった点ですけれども、これは、やはり、こういうメディエーターを置くとかいうのは、病院の仕事であって、診療所は関係ないし、医師会がする事業ではないんじゃないか、病院が受益者負担で自分でやればいいのではないかというようなご意見がありました。それからまた、これは事務長さんや看護師長さんの仕事であって、医者は関係ないんだとかいうようなこともありますし、また、接遇講座やクレーマー対応の講座と誤解されまして、わりとそのあたりの障害が多かったように思います。

ですが、私たちの始まりは、医療のバッシングが強かったあの時期に、愛媛県全体の医事紛争を減したり、裁判事例を減したいというところで、愛媛県医師会が着手しております。

丸２日間の研修内容は非常にハードでありますけれども、受講者自体は、病院のほうから負担で出張扱いが多いようでありますし、愛媛県自体がやっておりますので､受講料も少し安く設定しております。

最後に、この９月22、23日、２日間、愛媛県医師会館で開催しましたコンフリクト・マネジメントに参加されました松山市内の基幹病院の先生の感想文を本人の許可を得て載せていただきます。



ちょっと読ませていただきます。

医療コンフリクト・マネジメント研修会に参加して。

平成24年９月22、23日に愛媛県医師会館で開催された医療コンフリクト・マネジメント研修会（基礎編）に初めて参加させていただきました。非常に穏やかでユーモアたっぷりに話をされる和田仁孝先生、エネルギッシュな中西淑美先生の指導の下、多くの情報、基礎的技術をまる２日間、機関銃のようにたたきこまれ、なかなかハードな研修でした。

私自身、幸いなことに医療事故や、重大な患者とのトラブルにかかわった経験はありません。医療メディエーターの存在も今回初めて知りました。怒りや悲しみを語る患者さんの話に耳を傾け、それを支える事の大変さは想像に難くありません。現実にそのような仕事をされている方々の努力に頭が下がります。個人的にはロールプレイで患者役、メディエーター役を行い、私が日常的に行っている説明さえ医療者の枠の中での説明であり、患者さんやご家族に十分理解いただいていないのではないかと反省させられました。また、問題が生じたときに、メディエーターに入っていただくことで、患者さんやご家族のみでなく医療者側も守られる可能性を感じました。しかし、個人の努力や熱意には限界があり、メディエーターがその中立性を確保し病院の中で働くためには、病院自体の理解や努力も必要であることを同時に考えさせられ、少し重い課題を感じた２日間でした。

これは、県立中央病院の菅先生の手記です。

四国支部のは、ずっとブログに載せておりますので、インターネットで参照していただければと思います。

以上でございます。

（北條座長）

今川先生、ありがとうございました。

和田先生、今川先生はお忙しいと思いますけれども、健康に留意されて、ますますご指導していただいたらと思います。

これで、このシンポジウムを終わらせていただきます。ありがとうございました。

シンポジウム３　15：20～16：20

「救急医療体制維持の工夫」

座長：愛媛県医師会勤務医部会副部会長　**梶　原　伸　介**

１．都市部の救急体制
－松山医療圏の救急医療輪番制の歴史と現状－

愛媛県立中央病院救命救急センター長　**濱　見　　原**

２．遠隔地の救急体制
－八幡浜・大洲圏域の救急医療体制の現状と地域医療再生計画による取組み－

愛媛県八幡浜保健所長　**武　方　誠　二**

シンポジウム３

座　　長

愛媛県医師会勤務医部会副部会長　**梶　原　伸　介**

皆さん、お疲れのことと思います。最後のシンポジウムですけども、私、愛媛県医師会の勤務医部会の副部会長をしている梶原です。市立宇和島病院で院長をしています。我々の施設でも救急をやって、大変苦労しながらやっているわけです。多分、全国の皆さん、いろんな思いを抱えてやっていらっしゃると思います。今日は、一応松山、都市部というか、松山圏域の話と、あとは、ちょっと離れた、医者が少なくなって大変苦労されていた経緯を話していただいて、いろんな思いが出てくるとは思います。ただ、なかなか解決策というのは簡単には見つからないと思いますので、現況の報告という形になるかと思います。

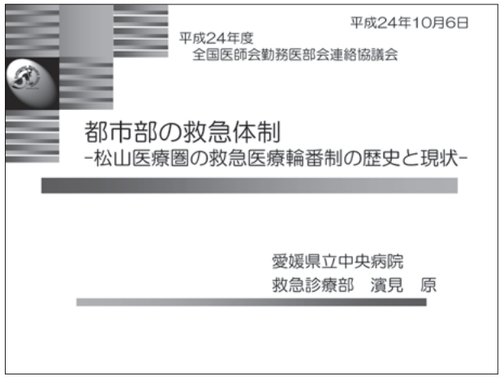
それでは、一番最初に、愛媛県立中央病院の救命救急センター長の濱見先生、よろしくお願いします。

濱見先生の略歴は51ページを見ていただいたらと思います。

それでは、よろしくお願いします。

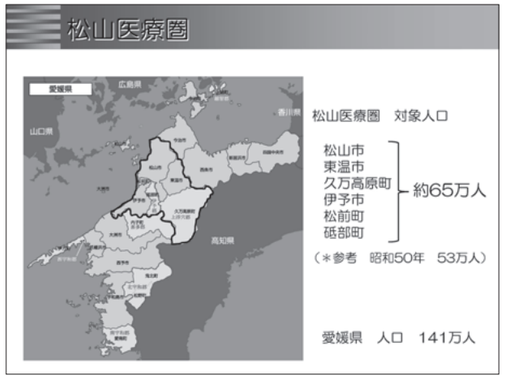
１．都市部の救急体制
－松山医療圏の救急医療輪番制の歴史と現状－

愛媛県立中央病院救命救急センター長　**濱　見　　原**



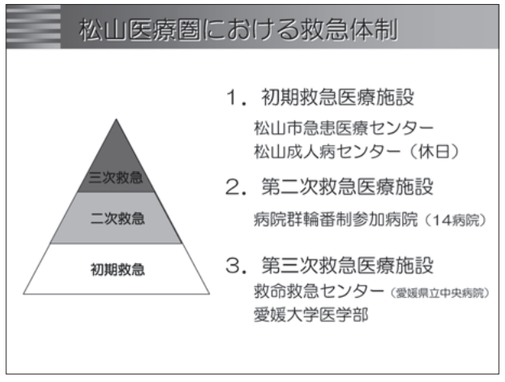
愛媛県立中央病院救命センターの濱見と申します。よろしくお願いします。

今日は、松山医療圏の救急医療輪番制度の歴史と



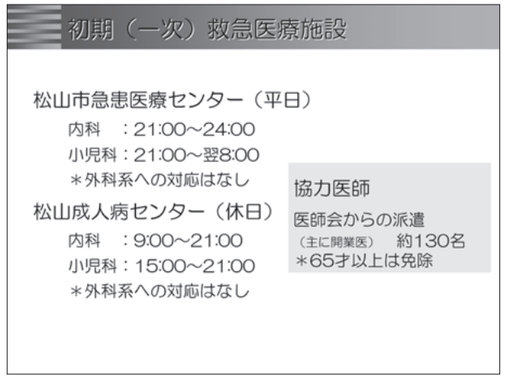
現状を紹介させていただきます。

松山医療圏は、愛媛県の一応中央部にありまして、大体真ん中、中央ですね。医療圏の対象人口は約65万人。昭和50年は53万人でしたから、ざっと10万人ほど増加しております。愛媛県の人口が約140万で、愛媛県の約半分が松山医療圏に在住していることになります。

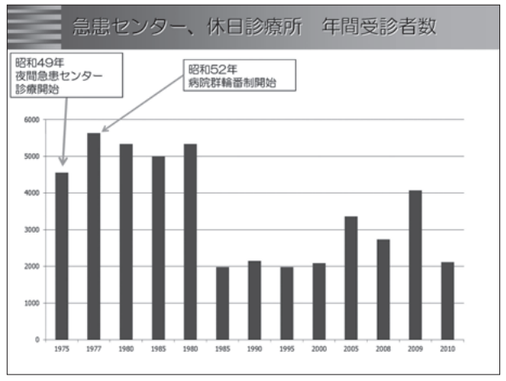


医療体制は、いわゆるピラミッド型でございまして、初期、二次、三次という形をとっております。松山は、初期は急患医療センター及び休日診療所、二次に関しましては、病院群輪番制をひいております。三次は、愛媛県立中央病院救命救急センターと愛媛大学医学部のピラミッドで構成しております。

初期に関しましては急患センターで診ておりまして、内科系が夜の21時から24時までで、外科系はありません。協力医師は、主に医師会の開業医の先生でございます。約130名おられまして、65歳以上は免除らしいです。開業医の先生は、65歳が来るのを



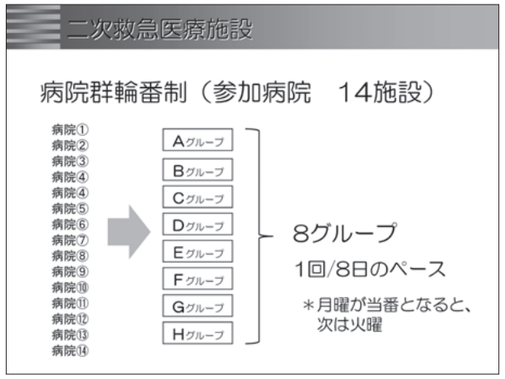
楽しみにしていると聞いております。報酬は、あんまり大きな声で言えないんですけれども、３時間で４万円前後ということらしいです。



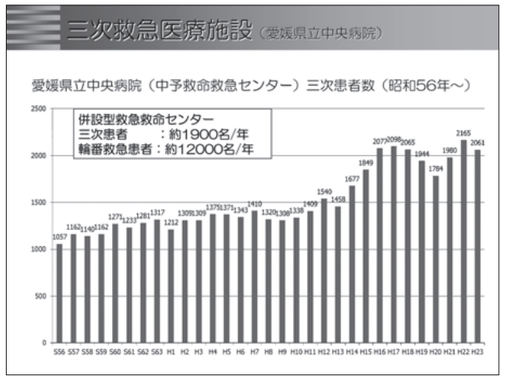
急患センターの年間受診者数ですけれども、昭和49年に急患医療センターが診療を開始した、1975年、昭和49年は年間4,500人ぐらい。昭和52年から松山圏でも病院群輪番制が開始され、しばらくは急患センターも患者さんが多かったようです。ここ数年はどんどん減っていきまして、年間2,000人から3,000人というのが急患センターの受診状況でございます。

いわゆる二次のほうは病院群輪番制をひいております。参加病院は14病院。14病院をＡグループからＨグループの８つに分けております。８日に１回のペースで、月曜日に当番になりますと、次は火曜日という形をとっております。

三次に関しましては２つあります。愛媛県立中央病院、三次搬送患者が年間約1,800人。愛媛大学医



学部もあり、こちらは松山から少し離れているため、約300人が年間に収容されております。



これは当院の三次の患者数のデータですけれども、当院は、救命センターに加えて、松山圏の輪番制にも参加しております。三次患者は、先ほど申しましたように、年間1,800人。輪番日、いわゆる救急日に来られるのが年間１万2,000人ぐらい。病院病床は845床でございます。

救命センターが開設されたのが昭和56年で、昭和56年の来院患者が約1,000人、今が2,000人弱ということになっております。

松山圏救急医療体制の経緯①

	松山市	備考
昭和37年	松山市に初めて救急車が1台配置された	
昭和39年		救急告示制度
昭和40年	10病院で救急活動を開始	
昭和41年	YS11　松山空港沖墜落事故	
昭和42年	救急病院日程表（10病院7組ABCDEFGの形ができた）	
昭和43年	松山成人病センター施工 松山市急患診療業務開始（松山市休日診療所　開始）	
昭和47年	松山救急医療対策協議会　発足	
昭和49年	内科、小児科患者が増加したため、 松山市が夜間急患センターで診療開始	
昭和52年	10病院による病院群輪番制 一次救急：休日夜間救急診療事業+在宅当番医制事業 二次救急：病院群輪番制病院 三次救急：救命救急センター	厚生省が救急医療体制を強化

松山圏救急医療体制の経緯②

	松山市	備考
昭和54年	松山市医師会救急医療対策協議会　発足	
昭和56年	愛媛県立中央病院救命救急センター　落成	
昭和60年	松山市救急指定医療機関協議会　発足	第1次医療法改正
昭和63年	14病院	
平成3年		救命救急士制度の創設
平成4年		第2次医療法改正
平成5年	松山市に救急救命士が誕生	
平成9年	18病院	
平成10年		第3次医療法改正
平成12年		第4次医療法改正
平成14年	17病院	
平成18年	14病院	第5次医療法改正

これは救急体制の経緯ですけれども、簡単に紹介しますと、昭和37年に松山市に初めて救急車が配備されております。昭和39年に救急告知制度が通達され、昭和40年に10病院で救急活動を開始しております。昭和41年には松山で航空機事故がありまして、YS11が墜落しております。この時に、松山市の医師会の先生方がかなり亡くなられたと聞いております。

昭和42年に現在の原型とも言うべき救急病院の日程表が決まっております。10病院７組でスタートしております。

その後、いろいろ協議会等が発足しまして、昭和49年に先ほど紹介しました急患センターであるとか、休日診療所が診療を開始しました。昭和52年に厚生省が救急医療体制を整理しまして、いわゆる初

期、二次、三次という体制をとったため、10病院による輪番制が廃止されました。

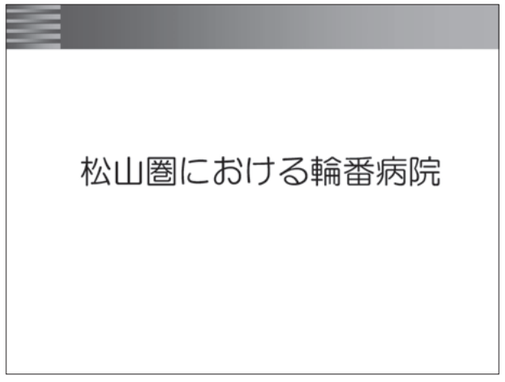
その後、昭和56年、当院といいますか、愛媛県立中央病院に救命救急センターが落成しております。

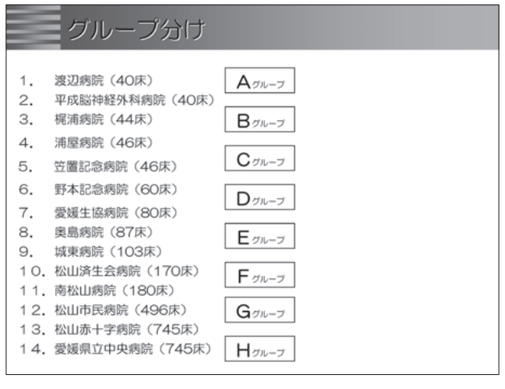
その後、昭和63年は、輪番病院が14病院、そこから徐々に増えまして、平成９年には18病院、平成14年には17に減りまして、平成18年から14病院に減っております。

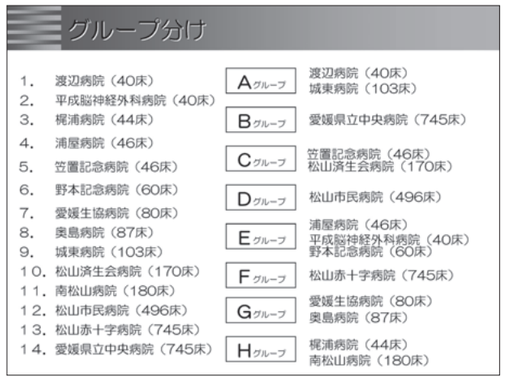
その間､平成３年に救命士制度が創設されまして、平成５年に松山市で初めて救急救命士が誕生しております。

今日は輪番制の話なので、松山圏における輪番病院の紹介をもう少し詳しく説明したいと思います。

これは、松山市の輪番に参加していただいている14病院です。これを８つのグループに分けます。例えば、１番の病院と９番の病院で１つのグループとなり、14番の病院は大きな病院なので１つのグループとみなします。グループの中に参加している病院







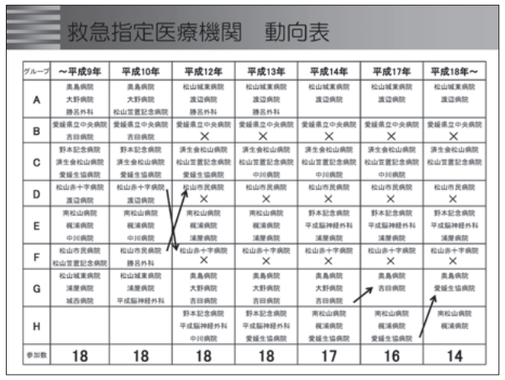
が、１つの病院のところもありますし、２つの病院のところもあります。３つでやっているグループもあります。

グループを決めるルールとして、基本的にはそのグループ内に整形外科と脳外科が混じるようなグループ構成にしたと聞いております。

グループ	～平成9年	平成10年	平成12年	平成13年	平成14年	平成17年	平成18年～
A	奥島病院 大野病院 勝呂外科	奥島病院 大野病院 松山笠置記念病院	松山城東病院 渡辺病院 勝呂外科	松山城東病院 渡辺病院 勝呂外科	松山城東病院 渡辺病院	松山城東病院 渡辺病院	松山城東病院 渡辺病院
B	愛媛県立中央病院 吉田病院	愛媛県立中央病院 吉田病院	愛媛県立中央病院 ×	愛媛県立中央病院 ×	愛媛県立中央病院 ×	愛媛県立中央病院 ×	愛媛県立中央病院 ×
C	野本記念病院 済生会松山病院 愛媛生協病院	野本記念病院 済生会松山病院 愛媛生協病院	済生会松山病院 松山笠置記念病院 愛媛生協病院	済生会松山病院 松山笠置記念病院 中川病院	済生会松山病院 松山笠置記念病院 中川病院	済生会松山病院 松山笠置記念病院 中川病院	済生会松山病院 松山笠置記念病院
D	松山赤十字病院 渡辺病院	松山赤十字病院 渡辺病院	松山市民病院 ×	松山市民病院 ×	松山市民病院 ×	松山市民病院 ×	松山市民病院 ×
E	南松山病院 梶浦病院 中川病院	南松山病院 梶浦病院 中川病院	南松山病院 梶浦病院 浦屋病院	南松山病院 梶浦病院 浦屋病院	野本記念病院 平成脳神経外科 浦屋病院	野本記念病院 平成脳神経外科 浦屋病院	野本記念病院 平成脳神経外科 浦屋病院
F	松山市民病院 松山笠置記念病院	松山市民病院 勝呂外科	松山赤十字病院 ×	松山赤十字病院 ×	松山赤十字病院 ×	松山赤十字病院 ×	松山赤十字病院 ×
G	松山城東病院 浦屋病院 城西病院	松山城東病院 浦屋病院 平成脳神経外科	奥島病院 大野病院 吉田病院	奥島病院 大野病院 吉田病院	奥島病院 大野病院 吉田病院	奥島病院 吉田病院	奥島病院 愛媛生協病院
H			野本記念病院 平成脳神経外科 中川病院	野本記念病院 平成脳神経外科 愛媛生協病院	南松山病院 梶浦病院 愛媛生協病院	南松山病院 梶浦病院 愛媛生協病院	南松山病院 梶浦病院
参加数	18	18	18	18	17	16	14

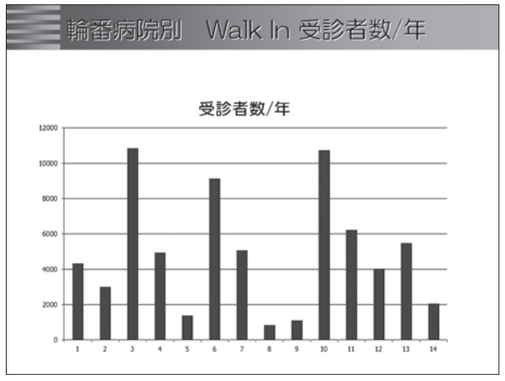
ちょっと見にくいですけれども、これが平成９年からの動向です。平成９年は18病院ですね。平成12年に少し組みかえが変わりました。ＢグループとＤグループとＦグループは、２つあった病院が１つになっております。これらの３つの病院は大きな病院で、大きな病院とペアを組みますと、もう１つの病院には患者さんが来ないという現象が起こりました。その結果、愛媛県立中央病院、市民病院、赤十字病院は１つでやってゆこうということになりました。

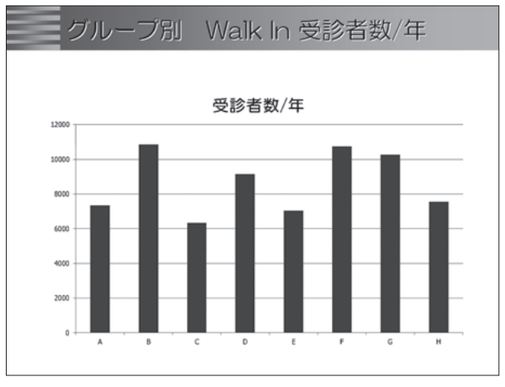
それに伴い若干の変更が起こり、赤字で示す４つの病院が輪番を辞退されました。平成14年には18病



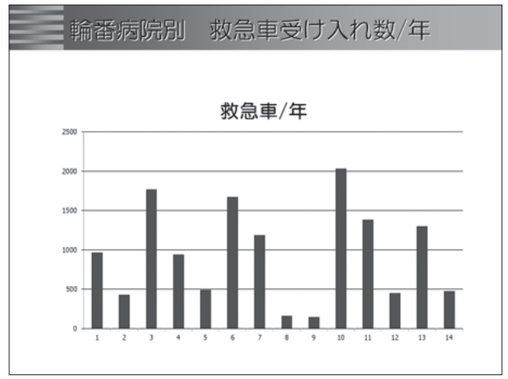
院が17病院に減り、平成17年にはまた１つ減って、16病院。現在14病院でやっております。

患者数ですけれども、14の病院別の患者数は、スライドに示しますように、かなり病院間で差があります。年間1,000弱のところから、１万を超えている病院まで、病院間でかなり受診者数に差があります。これをＡからＨまでのグループに分けてみてみますと､グループ間の差は小さいことがわかります。

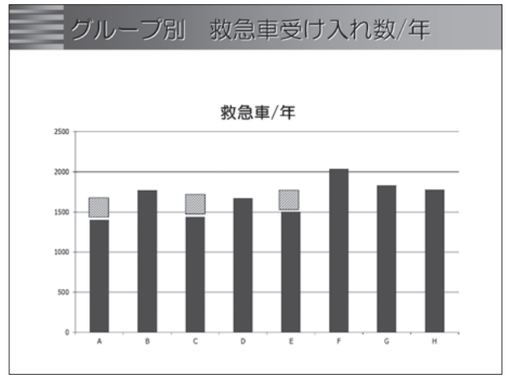




もう少し詳しく見ると、Ａ、Ｃ、Ｅグループが少なく､Ｂ・Ｄ・Ｆグループが多いことがわかります。どういうことかといいますと、ＢとＤとＦは、いわゆる大きな病院です。県立中央病院であるとか、市民病院、赤十字病院。大きな病院が輪番の日は受診患者数が多い傾向にあり、患者さん自身が病院を選んでいるようです。大病院志向という意識の顕れかもしれません。



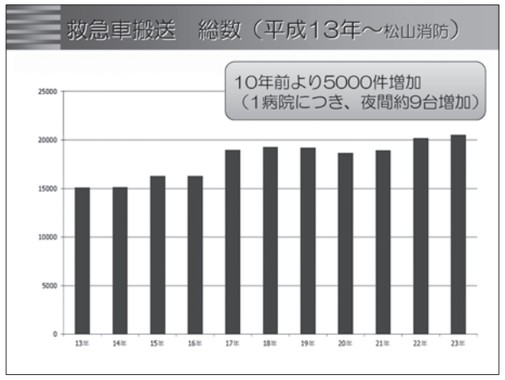
これは救急車の受け入れ状況です。やはり同じように、救急車の受け入れに関しましても病院間で差があります。１年間で100台強のところから2,000台まで、病院間ではかなり差があります。



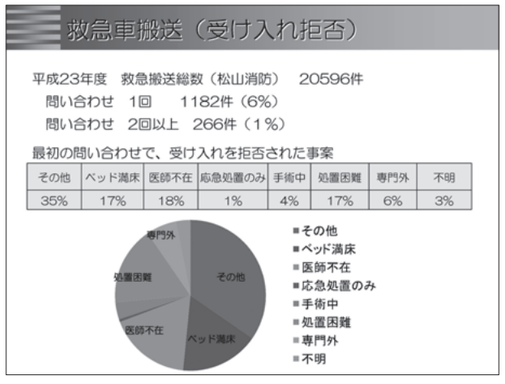
しかし、グループごとに見てみますと、大きな差はありません。先ほど少なかったＡ、Ｄ、Ｅグループの救急車の受け入れは、他のグループに比較すると少ない傾向にあります。

もう少し詳しく見てみますと、救急要請の数自体は毎日大きな変化はないと思いますので、受け入れ

の少ないＡ・Ｄ・Ｅグループが担当の日には、救急車はどこかへ搬送しているはずです。ではどこへ搬送しているかというと、実は三次の救命センターへ搬送しています。スライドの斜線の部分は、救命センターへ搬送された軽症者ということになります。

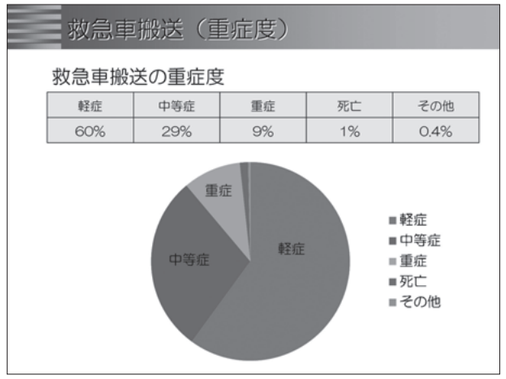


これは救急車の総数です。平成13年から10年間で5,000件ほど増加しています。１病院で見てみますと、夜間の救急車が10年間で９台増えた計算になります。



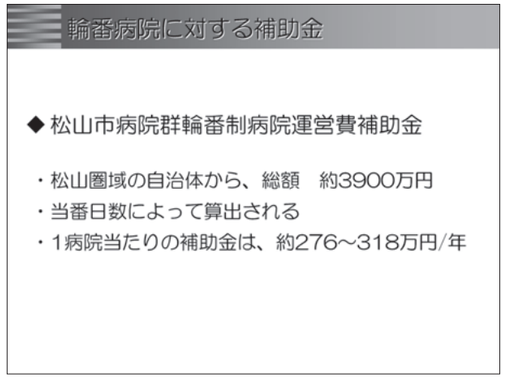
救急車の受け入れ拒否のデータですけれども、松山圏は輪番制をひいておりますので、拒否率は全国でも上位にランクされております。２回以上問い合わせをしたのは１％以下です。ただ、断った理由には、ベッド満床、手術中、処置困難、専門外などが多く、中には医師不在というのもあり、明確な理由はわかりづらいものでした。

実際には「何となく大変そうだから」とか「今は混んでいるので他の病院へ行ってもらおう」という



理由で断っているのが現状かと思っております。

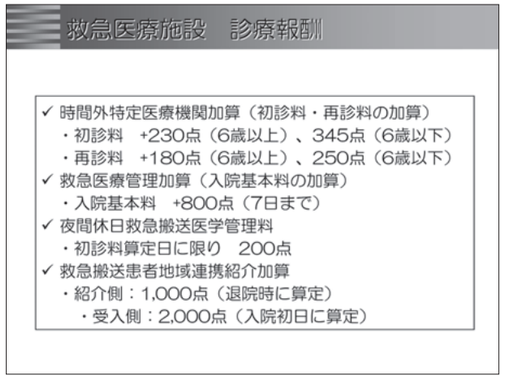
重症度に関しましては、軽症が６割以上で、全国平均が５割強だったと思いますので、松山圏は少し軽症者が多い傾向にあると言えます。

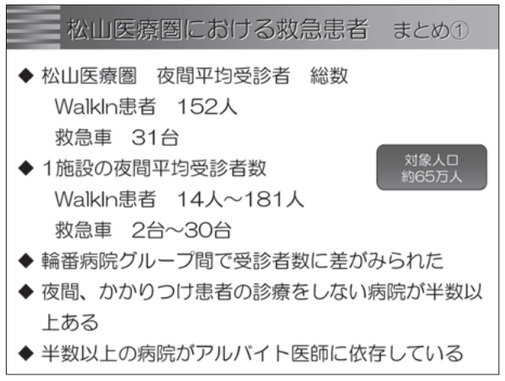


補助金の話ですけれども、輪番病院に対する補助金です。松山圏域の自治体から総額3,900万、当番の日数によって算出されております。そうしますと、１つの病院当たり年間の補助金は約300万円。１病院につき１日７万円前後の補助金が、というか、７万円しかといいますか、７万円程度の補助金が支払われております。

診療報酬も若干改正がありまして、いろんな加算がつくようになっております。行政が関与すべきところを、保険機構に「投げた」感もあります。

まとめますと、松山圏全体で１日に来る救急患者は、ウオークインが150人、救急車は30台となります。１つの病院で見てみますと、病院間格差があり、ウオークインが14人から181人。救急車は２台から



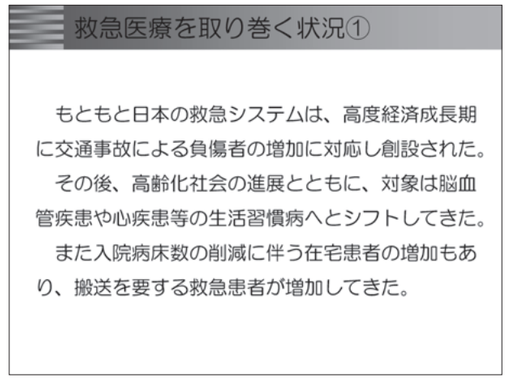


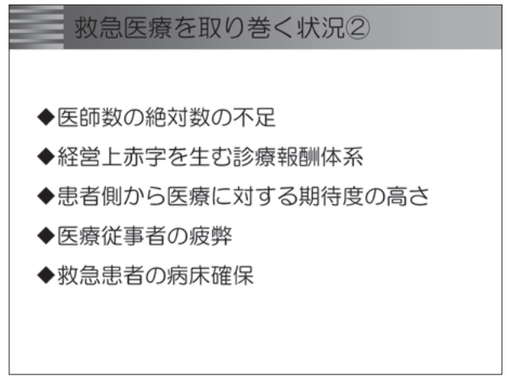
30台となります。

「かかりつけ患者の診療」の件ですが、この輪番に参加している病院の中で、かかりつけの患者さんを診ない病院が半数以上ありました。ですから、他院のかかりつけ患者を輪番病院が診療することも多々あると思います。

アルバイト医師の件です。これはどこの地域も同じなのかもしれませんが、半数以上が大学からのアルバイトの医師に依存しておりました。

元来救急の制度自体は高度成長時代に交通事故対応で整備されたシステムでありました。その後、高齢化社会、あるいは、脳血管障害や生活習慣病への対応など、医療自体が変化してきましたので、救急医療を取り巻く状況も大きく変わってきています。入院病床の削減であったり、在宅患者の増加もありまして、救急患者自体が増えております。このような状況の中で、松山圏は体制を変えずにやってきたわけですが、徐々にしわ寄せが来ているというのが

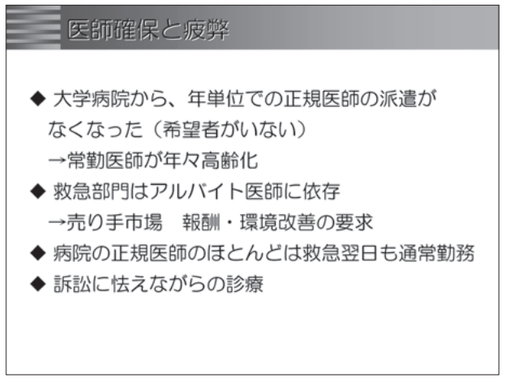




現状です。

救急医療の課題を数個あげてみます。これは多分皆様も感じられていることと思いますが、医師数の絶対数の不足、救急では採算が取れない。患者の医療に対する期待度が高い、救急で頑張っている先生方の疲弊などがあるかと思います。病床数の確保も難しく、慢性期の入院患者をどのように在宅あるいは福祉に繋げてゆくかという問題とも関係してきます。

輪番病院いわゆる二次病院では、常勤医師の確保は大変難しくなってきております。以前輪番病院では、大学から１年とか２年とか３年とか、短期間で常勤医師が派遣されておりました。臨床研修制度の影響もあると思うのですが、医局から数年単位で派遣される常勤医師はほとんどいません。大学の医局員自体が減っていることもあるのですが、輪番病院への希望者もいないようです。輪番病院の常勤医の先生は徐々に高齢化していっており、体力的にもき



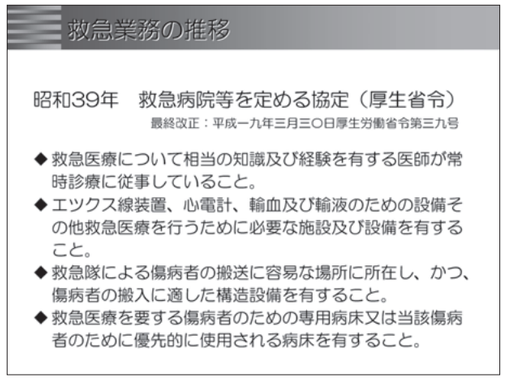
びしい診療を強いられているのが現状です。

そういう状況の中で、アルバイト医師への依存度が高くなり、アルバイト医師の売り手市場となってきます。こうなりますと、「報酬をもう少し上げて下さい」とか「診療には必ず看護師を付けて下さい」あるいは「朝７時30分までには大学へ戻ります」などの要望も出てきます。

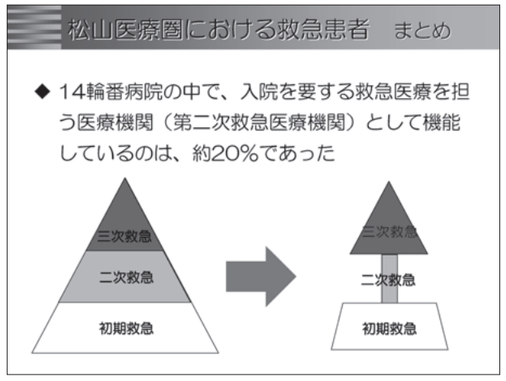
輪番病院では８時半の攻防というのがありまして、午前８時くらいから受け入れの制限をすることもあります。８時過ぎに厄介な症例を受け入れると、救急当番の体制を撤収する時間が、10時を過ぎてしまうことがしばしばあるからです。厄介な症例は次の輪番病院へ任そうという発想です。次の輪番病院は受け入れ体制が整っていないので当然受け入れを拒否します。救急隊は搬送先がなくなり、救命センターへ搬送を依頼してくることもあります。

その他、訴訟におびえながらの診療。これは常勤医師、アルバイト医師に係わらず、救急診療に携わる医師ほとんどが感じていることだと思います。

これは、救急病院に求められる医療水準です。昭和39年に救急病院等を定める協定というのが出ております。厚生省から出ておりますけれども、ちょっと読み上げますと、救急医療について相当の知識及び経験を有する医師が常時診療に従事していること、エックス線装置、心電計、輸血及び輸液のための設備、その他救急医療を行うための必要な施設及び整備を有すること、救急隊による傷病者の搬送に容易な場所に所在し、かつ、傷病者の搬入に適した

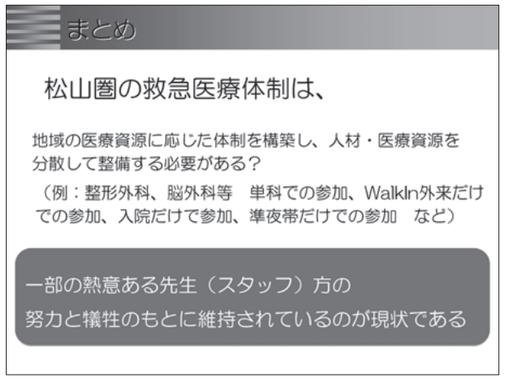


構造設備を有すること、救急医療を要する傷病者のための専用病床または当該傷病者のために優先的に使用される病床を有することとなっています。



これらの条件を満たすのは結構厳しいです。実際、救命センターでさえ、この条件を満たしている救命センターはたくさんないかもしれません。松山圏はどうかといいますと、14病院の中で、入院を要する救急医療を担う医療機関、いわゆる二次救急医療機関として機能しているのは20％以下です。ということは、ピラミッドが今はこういうキノコのような形になっているというのが現状です。

やはり、救急体制を抜本的に見直す時期が来ているのではないかと思います。現在の松山医療圏が持っているチカラ（医療資源）を再評価し、そのハードだけではなく人材も含めた医療資源を医療需要に応じて再配分するという作業になるのかもしれません。例えば、整形外科だけでの救急への参加、あるいはウオークインだけでの参加、入院だけでの参



加、準夜帯のみの参加のような形体を考えても良いような気がします。

いろいろと問題はありますが、現在の救急体制は、一部の熱意ある先生方の努力と犠牲のもとに維持されていることは間違いありません。

ご清聴ありがとうございました。

（梶原座長）

どうも、濱見先生、ありがとうございました。

座　　長

愛媛県医師会勤務医部会副部会長　**梶　原　伸　介**

それでは、ディスカッションは最後のほうにいろいろありますので、次は、八幡浜・大洲圏域のことについて。

愛媛県も、松山というのは県庁所在地で人が多くて、医者もたくさんおるんですけれども、八幡浜・大洲圏域、ちょっと離れたところで、宇和島よりちょっと北にあるんですけれども、中核となる病院の内科の先生たちが少なくなって、非常に苦労されています。それで、行政の立場で武方先生にいろいろご苦労なさったと思います、そのお話をしていただきたいと思います。

２．遠隔地の救急体制
－八幡浜・大洲圏域の救急医療体制の現状と地域医療再生計画による取組み－

愛媛県八幡浜保健所長　**武　方　誠　二**

どうもありがとうございます。

愛媛県八幡浜保健所長の武方と申します。本日は、このシンポジウムにお呼びをいただきまして、まことにありがとうございます。

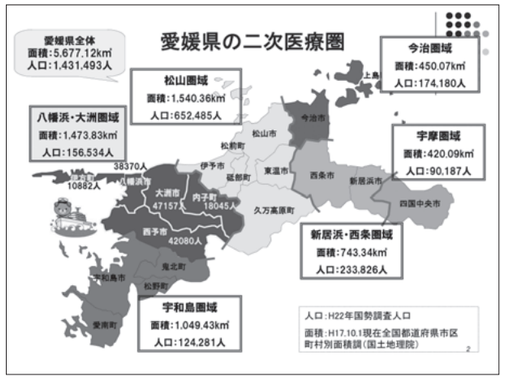
私は行政の医者で、皆さん方とはちょっと毛色が違うということなんですけれども、私がこの席でしゃべらせていただく理由は、２つあると思います。

八幡浜保健所は、八幡浜・大洲圏域という２次医療圏域にあります。当圏域は、平成21年度に地域医療再生計画の認定を受けて、22年度から計画に基づいて、各種事業を実施しております。計画の策定、事業の実施状況の確認、地域医療の確保方策等について、協議、検討するために、八幡浜・大洲圏域医療対策協議会というのを開催しておりますけれども、保健所がその事務局となっているということが

１つ。もう１つは、圏域の状況を偏りなく話すには、私が一番適当であろうというふうなことだろうと思います。

そういうことで、医療現場での具体的な工夫の話にはならないことをまずお断りいたしまして、話のほうに入らせていただきます。

これ、愛媛県のイメージキャラクターになっております「みきゃん」というやつです。これ、いろんなバージョンがまたこの後のスライドで出てきますので、そこにも注目していただければと思います。



愛媛県の２次医療圏の設定ですが、このように６つの医療圏域があります。ちなみに、高田先生の話でちらっと出てきたバリィさんですが、去年のゆるキャラグランプリ第２位、今年はトップを独走しておりますが、ここがバリィさんのふるさとの今治ということになります。八幡浜・大洲圏域というのは、ここの圏域というふうなことになります。

八幡浜・大洲圏域は、八幡浜市、伊方町、大洲市、内子町、西予市の３市２町で構成されております。人口は、約16万人、面積は、松山圏域に続いて２番目の広さになっております。市町の人口は書いてあるとおりです。また、高齢化率は、愛媛県が26.3％というのに対して、八幡浜・大洲圏域は33％という高齢化先進地域というふうなことにもなっております。

御多分に漏れず、平成16年の研修医制度改革以降、圏域内の医師数が減少をしております。これは県内の病院勤務医の常勤医の年次推移というふうなことになりますが、この計のところを見ていただきます

■病院勤務医の状況

○県内144病院の平成22年時点の常勤医師数は1,913人
（10月1日時点　病院報告データ）

○病院勤務医の合計数は、概ね増加しているが、八幡浜・大洲圏域では減少している。

二次医療圏	病院数	17年	18年	19年	20年	21年	22年
宇摩	9	87	83	86	80	74	72
新居浜・西条	22	305	301	287	273	276	272
今治	30	194	183	188	185	187	192
松山	53	983	978	1,002	1,025	1,067	1,108
八幡浜・大洲	17	143	139	130	117	115	113
宇和島	13	161	165	163	155	158	156
計	144	1,873	1,849	1,856	1,835	1,877	1,913

と、県内の常勤医師数というのは減っておりません。圏域ごとでちょっと差が出ております。松山は多少増えている。今治と宇和島はあまり変わっていないというふうな状況です。減っているのは、宇摩圏域、新居浜・西条圏域、これは東のほうの圏域ですけれども、それと、私のところの八幡浜・大洲圏域が減っているというふうな状況で、県内でも医師の偏在が進んでいるというふうなところにあります。

そして、これが管内の２次救急輪番病院の常勤医師の数ですけれども、年々減少をしております。特に、八幡浜・大洲圏域では、この下の内科医師数のほうが減少しているのがちょっと特徴的に問題というふうなところにあります。

管内の医療体制ですけれども、圏域内は黄色の八西地区、これは八幡浜市と伊方町で構成される八西地区というのと、緑の大洲喜多地区、これは大洲市と内子町で形成されております。西予地区、これは西予市単独、この３つの地区に大きく分けられてお

ります。医師会にもそれぞれ３つありまして、それぞれの地区ごとに救急体制が構築されています。

救急告示医療機関における常勤医師数の状況

病院名			17.4.1		19.4.1		20.4.1		23.4.1		24.5.1					
		入院患者数※	医師	内科	医師	内科	医師	内科	医師	内科	医師	内科	40未満	40代	50代	60～
輪番病院	A 病院	165	38	12	37	10	29	6	24	5	22	4	1	1	2	
	B 病院	94	14	6	15	6	15	5	12	4	12	4			2	2
	C 病院	83	5	1	6	2	6	2	4	0	5	1			1	
	D 診療所				1		1		1		1					
	E 病院	183	14	7	13	5	14	5	13	5	13	5		1	3	1
	F 病院	99	9	4	6	3	6	3	7	4	7	4	3		1	
	G 病院	90	8	4	6	4	6	3	5	3	5	2	1	1		
協力病院	H 病院	88	6	4	5	4	5	4	7	5	7	5		2	1	2
	I 病院	114	14	6	8	5	10	7	11	9	8	7	5		2	
合計			108	44	97	39	92	35	84	35	80	32	10	5	12	5

※ 入院患者数は平成24年4～7月の月末入院患者数の平均

２次救急の救急告示病院ですけれども、ＡからＩまでが救急告示病院で、二重丸がついているのが輪番の病院というふうなことになります。ＡからＧまでが輪番病院というふうなことになります。この７医療機関なんですけれども、１つ診療所が入っています。６病院、１診療所が２次救急輪番の医療機関ということで、Ｈ病院とＩ病院は、救急告示病院として２次救急に協力している、輪番に協力しているという病院です。

特徴的なのは、診療所が２次救急の医療機関として入っているということです。ちなみに、ここに伊方原発があります。ここのＡ病院が初期被曝医療機関ということになっております。

管内の救急告示医療機関別の常勤医師数、内科医師数の推移と内科医の年代別の人員です。個人情報なのかなということで、配付資料にはこの年代のほうを抜いてあります。地区別に色分けをしておりますけれども、一番左側の入院患者数という数字なんですけれども､これは下にも書いてありますとおり、平成24年４月から７月の月末入院患者数の平均になっております。許可病床数は、これよりかなり多いところもあるんですけれども、現状の医師、看護師、コメディカル等の体制で、実質どれぐらい動いているかという数になっております。

先ほどのデータのとおり、おおむね減少しているんですけれども、特にＡ病院ですね。全体の医師数と内科の常勤医師数を比べております。平成17年と比べたら、Ａ病院につきましては、内科医師数が３分の１に激減しているという状況です。

医師の年齢を見ていただくと、50歳以上が結構多くおられます。医師の高齢化も進んでいて、救急医療の逼迫を強めているということが見てとれます。ここのＡ病院、Ｆ病院、Ｇ病院に若手医師がおりますけれども、これは自治医大の卒業生が入っているところです。このＩ病院についてですが、Ｉ病院は循環器の専門病院として救急にも対応していただいております。若い医師が多いんですけれども、循環器内科の医師ということでなっております。

こんな中でも、もちろん常勤医師だけでは救急を含めての対応が困難なため、大学からの非常勤医師の応援はもちろん、開業医さんに救急の応援をしていただいている病院もあり、何とか地域医療の破綻を来さないように、また、医師が燃え尽きないように、各医療機関で医師確保に努めております。

八幡浜･大洲圏域の初期救急医療体制（H21年度）

		八幡浜・西宇和	大洲・喜多	西予
通常の初期救急	担当	八幡浜地区休日夜間急患センター	在宅当番制	在宅当番制
	平日	20：00～23：00	－	－
	日･祝	9：00～18：00	8：00～18：00	8：00～18：00
小児救急	担当	在宅当番制 【広域】		
	日・祝	9：00～18：00		

さて、救急医療の体制ですけれども、平成21年度の体制を紹介します。

まず、初期救急医療体制ですけれども、八西地区というのは、八幡浜地区の休日・夜間急患センターというのがあって、医師会の先生方が初期救急を対応していただいております。大洲喜多地区、西予地区は、在宅当番制はありますけれども、その他は輪番担当病院が初期救急も担っておりました。

この下に小児救急を特別に書いてあるんですけれども、小児救急については、平成20年６月から管内小児科の開業医さんが日曜・祝祭日・年末年始の初期救急について、輪番制を構築していただいております。この体制を検討、継続していくための協議会の事務局も保健所が持っており、通常、年に１度、医療機関と行政の話し合いの場を持っています。このときの２次救急の担当病院というのは、管内には八幡浜市のＡ病院しか小児科医が常勤している病院がございませんので、そこに対応をしていただいているということになります。

八幡浜･大洲圏域の2次救急医療体制（H21年度）

	八幡浜・西宇和	大洲・喜多	西予
月	A 病院	B 病院	F・G 病院 1日交代で担当
火			
水	（受入れ休止）	C 病院	
木	A 病院	D 診療所	
金		E 病院	
土	（受入れ休止）		
日	A 病院		

⇩

H 病院、I 病院が救急告示病院として二次救急に協力

続いて、２次救急医療体制ですけれども、八西地区につきましては、Ａ病院が１年365日の対応をしておりました。内科医師数の激減によって、２次救急体制が維持できなくなりました。地区内には、他に救急告示医療機関がなく、また、地区を超えた圏域内の他の医療機関も今以上の負担はできないとの見解で、平成20年６月から週５日体制というふうなことになって、２日については、隣の圏域に搬送するという状況でした。この体制については、平成22年５月まで継続することになります。

大洲喜多地区と西予地区、両方とも平日や夜間は１次救急も対応しているわけですけれども、大洲喜多地区は１診療所を含む４医療機関での輪番体制です。輪番には入っていないものの、ほかに２病院、先ほど言ったところではＨ病院、Ｉ病院としていますが、救急告示病院として協力をしております。西予地区は、２病院が交代で１日置きに担当するというかなり厳しい体制です。

救急医療体制の問題点を整理すると、八西地区は今述べたとおりで、大洲喜多地区をまとめると、平日・夜間については１次救急体制がないということ。そして、診療所が２次救急を担わざるを得ない状況にあるということ。西予地区も１次救急体制がなくて、２病院が隔日で救急対応をしていること。大洲喜多そして西予地区につきましても、問題を抱えながら、何とか救急体制を維持していたということになります。

これは、2009年当時の地元新聞の報道です。Ａ病院が医師が激減して、２次救急に関して週２日受け入れ休止というのを前にしての地元説明会の様子です。結構、地区を公民館単位だったと思いますが、きめ細かく院長、副院長などが回りまして、説明をしておりました。そして、このとき、いろんな記事が載りました。こんな記事も載って、救急医療のピンチというのが盛んに報道されました。

八幡浜・大洲圏域医療対策協議会

【目的】
八幡浜・大洲圏域における地域医療の課題を明確にし、地域医療の確保方策等について協議・検討するため、八幡浜・大洲圏域医療対策協議会（以下「協議会」という）を設置する。（H21.6設置）

【委員】
圏域内各医師会長・副市（町）長・消防長・救急告示病院長・住民代表・県八幡浜支局長・八幡浜保健所長
（２８名）
他に、愛媛大学医学部長がオブザーバー兼委員として参画

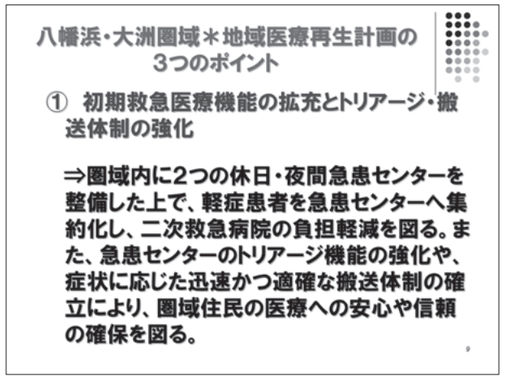
【地域医療再生計画】
八幡浜・大洲圏域の地域医療再生計画に対し、国から平成２２年１月に２５億円の基金の交付決定を受け、平成２２年度から計画に盛り込まれている各種事業に着手。

このようなことから、平成20年度から保健所が調整役になって圏域内完結の救急医療体制を検討していましたが､早急には解決策は見出せませんでした。平成21年度に入って、八幡浜・大洲圏域医療対策協議会というのを設置して､継続検討していたところ、地域医療再生基金の話が舞いおりてきました。当初は総額100億円の事業計画､夢多き計画を立てておったようですけれども、政権交代で大幅な減額になって、25億円の基金というふうなことになりました。また、計画を立てる期間についても非常に短くて、実質３カ月くらいで計画を立てなさいというふうな状況でした。そういう意味で、協議会のメンバーの

皆さんも一致団結して医療を建て直すために、これにこのように自分たちが取り組もうというような意識が熟成される期間としては不十分だったろうというふうに思われます。

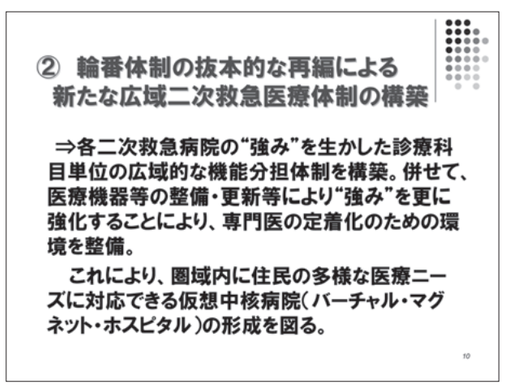
このときの報道ですけれども、医療再生計画での不安点。再生計画ができて、それを受けてのこういう不安があるというような報道がされております。

私は、この計画がスタートする平成22年４月に八幡浜保健所に配属になりました。だから、計画策定段階ではかかわっていないということであります。

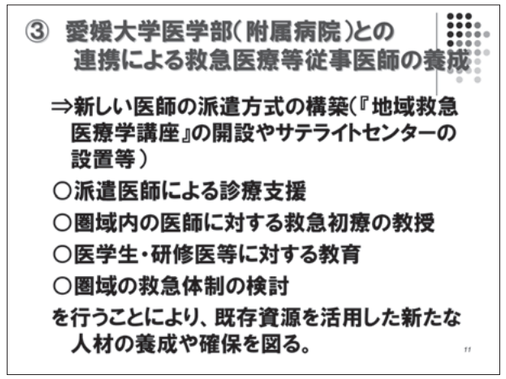


そんなこんなでできた圏域の医療再生計画には、３つのポイントが盛り込まれています。

１つ目は、初期救急医療機関の拡充とトリアージ搬送体制の強化ということで、計画ではやや具体的に、下のような黒で書いてあるようなことが書かれています。



２つ目の輪番体制の抜本的な再編による新たな広域２次救急医療体制の構築。これをつらつらと読んでいただくと、仮想中核病院、バーチャル・マグネット・ホスピタルなんてすごい格好いい言葉がありますけれども、地域の病院全体を１つの巨大な医療機関とみなして救急対応を考えていくという構想だろうというふうに解釈をされます。



そして、３つ目は、愛媛大学医学部との連携による救急医療等従事医師の養成ということです。

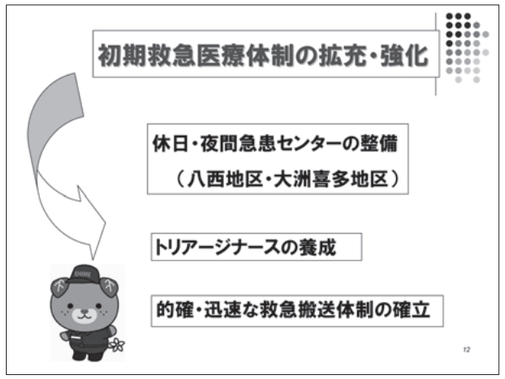
全体像、個別の事業を図にあらわしたものがこれですけれども、小さくて見にくいので、それぞれ大きくしていきますと、まず、初期救急医療体制の拡充・強化ということで、１つ目に休日・夜間急患センターの整備ということで、平成21年時点で初期救急体制が休日当番制だけであった大洲喜多地区に新たに急患センターを整備するというものです。

西予地区に関しましては、開業医さんの数も少なく、医師会の先生方の協力は困難ということで、計画には上がっておりません。

八西地区については、既にセンターがありますけれども、病院とともに建てかえをするということで、ここの整備の中に上げています。

大洲喜多地区については、医師会のご協力によって、大洲市が休日・夜間急患センターを建設して、医師会が運営をするという形で平成23年12月にオープンをしております。これがチラシです。

診療科目は内科に絞って、診療時間は八西地区と同じく平日の午後８時から11時、休日は午前９時から午後６時ということになります。利用実績は、平日の夜間は数名ですけれども、休日は10人以上が利用をしております。啓発の効果も加わってか、２次救急医療機関の救急患者数、特にウオークインの患者さんが大洲喜多地区では昨年度と比較して減少しております。それにつきまして、輪番病院の先生方からも評価をいただいておるところです。

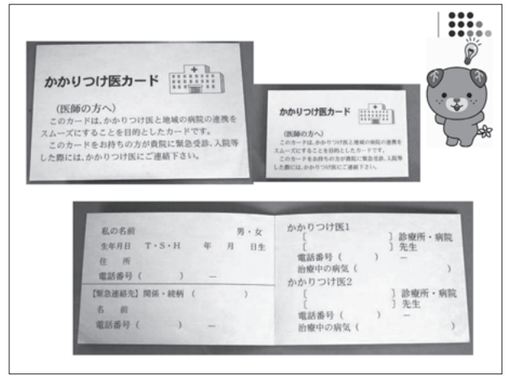


次のトリアージナースの養成というやつなんですけれども、計画の中では養成をして、休日・夜間急患センター等に配置するというふうなことを書いているんですけれども、現実的には看護師さんの能力向上のための１つの手段というふうに考えて行っています。

具体的には、救急看護認定看護師の養成や県外研修参加への助成という金銭的な支援事業、それと、救急専門医、救急看護認定看護師を講師として管内の看護師さんを対象にして、トリアージナース養成研修会を保健所の建物庁舎で開催するというソフト事業を行っています。何分県外への研修というふうなことになると、非常に出にくい。松山に行くのにも、診療所等の看護師さんは出にくいということもあり、地元でこういうような研修を行うという事業です。

管内には、基金事業が始まる前に、お１人認定看護師取得者がいたのですが、この基金事業で新たに３人の救急看護認定看護師が誕生をしています。

適切な受診行動の定着化で、まず、かかりつけ医カードの普及・定着ということなんですけれども、愛媛県では平成20年度から県民に対して医療機関や救急車の適切な利用を心得てもらうため、愛媛の救急医療を守る147万人の県民運動、略して愛救147運動と書いてありますけれども、最初、147だったんですけれども、平成22年の国勢調査で人口が減りましたので、143万人ということで、愛救143運動というふうな名称に変わっております。これを推進しております。



この運動の重点推進モデル事業と位置づけて、かかりつけ医制度の普及・定着のために、かかりつけ医カードの普及を行っております。かかりつけ医の名前や連絡先、治療中の病気などを記載したものを住民の方に日常的に携帯してもらう取り組みです。

これがカードの実物です。こちらが名刺大のもので、こちらがそれよりもやや大きいもの。名刺大のものについては、財布や定期入れとかに入れておいてもらって、こちらは、通常持っているバッグとかに入れてもらえばいいかなというふうなことで、２バージョンつくっております。中身については、これぐらいのもので、内容的には、非常にシンプル、必要最低限な情報を書くというふうなことにしております。

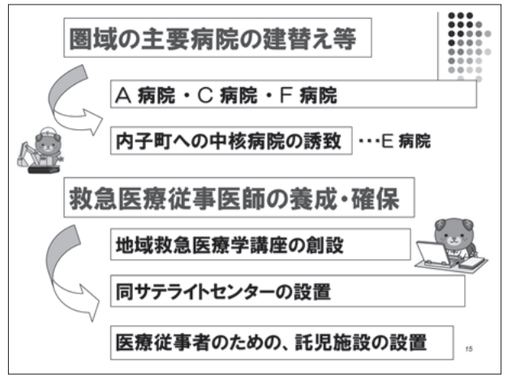
これによって、住民の皆さんみずからが健康や医療への関心を高めてもらうとともに、救急搬送時に消防や２次救急医療機関がかかりつけ医と早くコンタクトをとれるようにすることによって、搬送や医療者の負担軽減につながることを期待しております。「カードを使ってくださいね」とばらまいただけでは、なかなか使ってくれないだろうというふうなことで、昨年度からモデル地域を設定して、住民

の方や地域の医療機関の先生方に説明をしながら、徐々に普及を図っているところです。

次の住民懇話会の開催というやつですけれども、住民懇話会は、地域の医療、特に救急医療が逼迫していることを住民の皆さんに認識していただくため、実際に救急医療を担当していただいているドクター、地区消防、保健所からの説明会を開催しています。管内５市町で自治会長や公民館長、各種団体の会合等、住民への周知に効果的な会で時間をとっていただけるものをピックアップしてもらって、実施をしております。また、市町独自でも機会をとらえて救急医療の現況を説明するとともに、このようなチラシ、チラシはこちら側になりますが、左半分になりますが、チラシを配布して、自分たちができることということを啓蒙、周知をしています。

自分たちにできることとして、この右側に書いてあるように、身近で相談できるかかりつけ医を持ちましょう。休日夜間の診療は救急患者のためにやります。緊急性のない救急車の利用はやめましょう。受診は昼間に。早目の受診をしてください。あと、病気やけがに備えて薬の常備をしましょう。ふだんから健康管理に気をつけましょう。お医者さんに感謝の気持ちを伝えましょう。ここが大切で、一言先生にありがとうございましたということを言ってくださいねというふうなことを強く言っています。

次が、圏域の主要病院の建てかえということになりますけれども、八西地区のＡ病院、西予地区のＦ病院、これが今年度着工をされます。大洲喜多地区

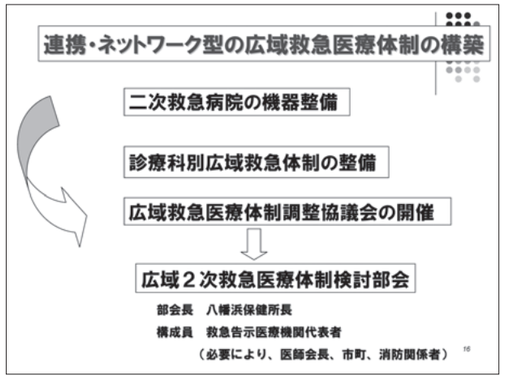


のＣ病院は現在、スクラップ・アンド・ビルドで建てかえ中です。Ｅ病院については、大洲市から内子町に場所を移して昨年末に開院をしております。これら建てかえの助成については、医療再生基金が入っているところと耐震化整備事業費が入っているところがあります。

通常、保健所だと、短期間にこんなにたくさんの病院の建てかえが発生することはありませんので、担当はそれで結構どったんばったんしています。

地域救急医療学講座については、平成22年４月にＡ病院内にサテライトセンターが開設されました。４人の医師が非常勤で診療支援を行っています。直接支援だけではなくて、愛媛大学医学部の学生の実習受け入れ、また、臨床研修医の獲得を行っていますけれども、愛媛大学の卒業生もなかなかこのＡ病院に研修に来てくれる希望者、希望してくれるドクターがおりません。今のところ、学生の実習の受け入れ、そして、今後卒業してくる地域枠のドクターの獲得への道をつけているというふうなところです。仕組みをつくっているというところです。

次、連携・ネットワーク型の広域救急医療体制の構築ということで、救急指定医療機関の専門性や診断能力を高めるための機器整備の助成というのを行っております。次に、広域救急医療体制の構築では、医療対策協議会の分科会として、この下にある広域２次救急医療体制検討部会というのを設置して、新たな体制の検討を行っています。部会長は、事の成り行き上、私がやらせていただいております。



この会自体なんですけれども、構成員については、基本的には管内の救急告示医療機関の代表者に集まってもらうということで、クローズの会、記者も入れない、市町等の行政も入れないというふうなことで、話しにくいからということで、先生方の希望でそういうふうなクローズの会にしております。必要によって、医師会の代表者や市町、消防関係にも参加していただくことにしています。

広域体制を検討するに当たって、圏域全体を対象にするのかという問題がまず出てきたんですけれども、西予地区は初期救急の体制ができず、従来のままで、また、以前から隣の圏域の病院との連携がとれているため、そこにおられる梶原先生ところの市立宇和島なんですけれども、新たにつくる枠組みには入りがたいということで、八西地区と大洲喜多地区での新たな輪番体制の検討を行うことにしました。

診療科別の広域救急医療体制とか、バーチャル・マグネット・ホスピタルなどと今まで書いていますが、確かに虚血性心疾患を中心とするカテ対応の循環器、そして、脳出血オペ対応の脳外科、脳梗塞のTPA 対応、圏域内に標榜病院が１カ所しかない小児科等については、救急隊の判断によって担当病院へというシステムづくりは考えられますが、一般の救急に関して、それ以上に診療科を分けて対応病院を決めていくというのは困難で、また、専門とするドクターは逆に休めなくなるという医師負担の軽減とは逆方向に向かってしまうということもあって、結果的には内科、外科が切り離すことができない、大枠の輪番医療機関を決めてやらないとだめだろうということになりました。

この中で、先ほど濱見先生のほうで説明のあった松山のようなやり方はどうだろうということでも検討はしたんですけれども、やはり、それは無理だろうということで、通常の広域体制をとろうというふうなことになっています。

基本的には、２つの地区を同一地域というふうに考えて、２次救急輪番体制を組み直すことによって双方の負担を少しでも減らす、お互いに休める日を多くするというコンセプトだったんですが、それぞれの地域、医療機関の事情もあって、なかなか話が進展しませんでした。

やり方として、事務局で幾つかの案を用意して、実現性を検討していただくという形で始めたんですけれども、現状でかなりしんどい思いをしている状況で、体制を変えていくことに全員一致で賛同していただくことも難しいものです。結果的には、個別に医療機関に相談やらお願いをしていきながら、少し実現性がありそうな案を作成して、会を開催するという形式にしました。

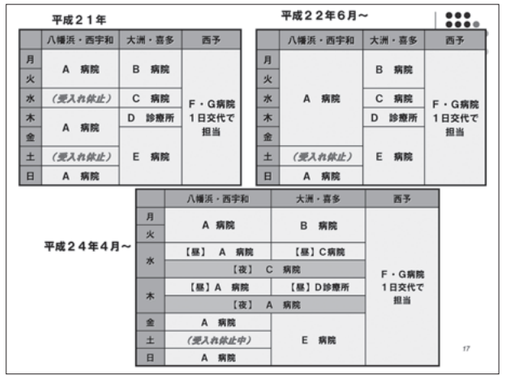
そして、でき上がった今年４月からの救急体制です。

初期救急については、大洲喜多地区の休日・夜間急患センターができて、ここの初期救急が埋まったというふうなことです。２次救急につきましては、この下が24年４月からの体制ということになります。水曜日と木曜日の夜だけを広域、お互いに１つの病院だけでどちらの地域の患者さんも診ましょうねということで、１、１の痛み分けというか、同様の負担というふうなことで体制を組みました。しかし、土曜日の受け入れ休止というのは、この土曜日の受け入れ休止を何とか解消しようというふうなことだったんですけれども、結果的に受け入れは休止のままというふうな状況です。

何とか平成22年６月から土曜日だけ受け入れ休止になっているんですけれども、それと同じ状態、休止が広がらないという状態で何とか体制を組めたわ

けですけれども、当面、年度ごとに見直しをかけるということにしておりまして、今年度の状況を見ながら、来年度の体制を検討中、まさに今検討中のところです。

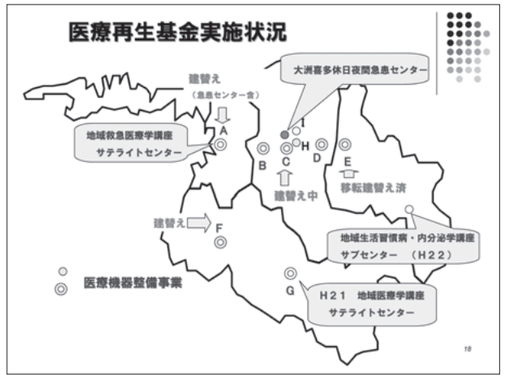
これが現在までの医療再生基金事業のハード面のまとめということになります。



まず、急患センター、八西地区のＡ病院については地域救急医療学講座サテライトセンターが入りました。急患センターも含んでの建てかえをする予定です。新たにできたのが大洲喜多の休日・夜間急患センター。医療機器整備についても、それぞれの病院が医療機器の整備をしていますよということです。

管内市町では、医師確保のために、基金事業以外でも取り組みをしています。西予市では、平成21年にＧ病院に地域医療学講座のサテライトセンターを設置して、内子町では平成22年にここの診療所、内子町というのは２つの町が合併しているんですけれども、旧の山にあった町の診療所なんですけれども、ここの診療所に地域生活習慣病・内分泌学講座サブセンターを設置して、大学からの医療支援を受けています。

最後に、こんな絵をかいてみました。私たちが目指すところは、住民の健康づくり、健康維持です。そのために、医療、介護、健康増進、疾病予防に関して、それぞれ関係機関が連携、協力をして、それぞれの役割を果たしています。医療に関して、今大切なことは、救急を含めた医療体制の維持。その維持するための地域連携。もう１つ、疾病管理、重症



化予防の疾病管理ということだと思います。あくまでこれらをやっていただくのは、医療機関の先生方というふうなことです。あくまでプレーヤーは医療機関の先生方。行政は、サポート役でしかありません。市町のサポート、そして、保健所のサポートというふうなことになります。プレーヤーがいい状態でプレーできるように努力していくのがサポーターの役割というふうなことになります。我々も、そして住民も、よきサポーターであらねばならないというふうに思っています。愛媛県は、まだこれから先、５年くらい厳しい状況が続くものと予想されております。何とかここをしのぎ切れるようにサポートしていきたいと思っておりますので、今後ともよろしくお願いいたします。

以上で私の発表を終わらせていただきます。ご清聴ありがとうございました。

（梶原座長）

どうもありがとうございました。

（佐藤総合司会）

シンポジストの濱見先生、武方先生、ありがとうございました。

これをもちましてシンポジウム３を終了いたします。

総合ディスカッション

司会：愛媛県医師会常任理事　**佐　藤　博　彦**

コメンテーター：日本医師会常任理事　**小　森　　貴**

コメンテーター

日本医師会常任理事　小　森　　貴

皆様、こんにちは。そして、お疲れさまでございます。

日本医師会の勤務医担当、小森と申します。よろしくお願いいたします。

シンポジウム１では、女性医師支援とその問題点として、今井先生の座長のもと、３つの演題を拝聴いたしました。

今井淳子先生からは、「愛媛県の女性医師の問題――アンケート調査結果と愛媛県内の取組み――」ということでお話をいただきましたが、特に最初の部分で、日本医師会におけます女性医師就業支援事業等について､大変詳細にご報告をいただきました。女性医師支援センター事業についても、担当ということでございます。改めて御礼を申し上げたいというふうに思います。

愛媛県医師会におかれましては、平成19年に女性医師部会を設立され、平成19年５月、そして昨年９月に女性医師に対するアンケート調査をされた結果について、お話をいただきました。

私が大変感心をいたしましたのは、愛媛県内主要６病院の中で、１病院は面接によりということでございましたけれども、その他の５病院、面接を含めますと、すべての病院が正規短時間雇用制度を導入していらっしゃるということでございます。このことについては、病院に対します入院基本料の加算ということも日本医師会として懸命に努力した成果ではございますが、このように県内の主要病院がすべて導入しておられるというのは、あるいは愛媛県が唯一ではないかなというふうに思っておりまして、久野会長そのほかここにお集まりの先生方の大変なご努力のたまものではないかなというふうに感心をして、お聞きをしたところでございます。

日本医師会といたしましても、女性医師問題につきましては、最も大切な課題であるととらえており

まして、今後も先生方のさまざまなご意見を取り入れてまいりたいと思いますので、よろしくお願いを申し上げたいと思います。

引き続きまして、高田清式先生から愛媛大学医学部のマドンナ・ドクター養成プロジェクトについてご講演を賜りました。女性医師が愛媛大学では37％ということでございまして、我が国において最も女性医師が多い大学の１つではないかと思っております。

女性医師の問題については、さまざまな観点からさまざまなご意見があるわけでございますけれども、私は、患者さんが50％女性であるということである以上、ある意味、最も寄り添う仕事である医師というのも、最終的には50％は女性であるべきだというふうに思っておりますし、このすばらしい仕事に女性の方々がたくさん進出してくださるということは、私ども男性医師にとっても大変ありがたい事象であるというふうに思っております。

とはいえ、結婚、妊娠、出産、そして育児という、特に出産、妊娠というのは女性にしかでき得ない、人類にとって最も根源的な営みでございます。そのことに対しまして、男性医師がどのようにそれをサポートしていくかということが、強く求められているというふうに思います。その間、職場を離れた先生方がもとの職場に復帰をされる、しかも完全な形

で復帰をするという事業は、私ども日本医師会としてもお世話をさせていただいているところでございますけれども、このマドンナ・ドクター養成プロジェクトにおきましては、毎年３名程度の先生方が実際にこの総合臨床研修センターの医員としてお勤めになられる過程の中で、ご自分の実力をまた戻されていくというお話をされました。大変すばらしい試みであると思いますし、今後も一層このプロジェクトが進行されていくということを期待したいというふうに思います。

また、メンター、これは私は石川県におりまして、石川県におきましても、主要病院にメンターを配置いたしまして、その場でお願いをしたことは、メンターという仕事が病院にとっていかに大切な仕事であるかということをトップの方に理解していただくということでございます。ご発表によりますと、メンターの方につきましても、わずかということではございますが、臨床研修指導医と同程度の待遇をしておられるというような実質的なご発表がございましたことにつきましては、ぜひこれは全国的に広めるような形で私どもも大事にしていきたいなというふうに思いました。

それから、女性医師の声ということで、飯尾千春子先生からのご自身の日常の生活のことをご発表になられました。座長の先生からは、愛媛県に女性が、あるいはまた男性医師が、他県から女性医師それぞれ男性医師を引っ張って、１人を２人にするというような、本当にユーモアのあるごあいさつもございましたけれども、場合によりましては、これは高知県にとっては大変損失であるということでございまして、ここにも高知県の方がいらっしゃると思いますが、とんでもないということであったのかもしれません。

ただ、実際に、現場で今まさに子育てをしながら、この先生はＭ字ギャップをしっかり乗り越えられて、今すばらしい第一線の医師としてご活躍でございますけれども、そういった１つ１つの経験をみんなが共有していくということが大切だと思いますし、やはり、夫、両親、仕事と３つの柱というふうに表現をされましたけれども、その中で、やっぱり、ご主人というのは一番大きいものだろうと思います。あんなにすてきな先生が地元の神戸も捨て、高知も捨て、愛媛に来るというのは、愛媛の男性はどんなにすばらしいのかなと思って拝聴いたしましたけれども、その中で、トップの方の医師について強く訴えておられたことが大変印象に残っておりまして、旧第二内科の檜垣教授とおっしゃるんでしょうか、飯尾先生に対しまして、全力で支えるというふうにおっしゃられたということが、やはり、現在の飯尾先生の姿になっているのではないかなというふうに思っております。

日本医師会といたしましても、ちょっと違った観点でございますが、医師の職場環境改善にかかわりますワークショップであるとか、あるいは、トップマネジメントの方々にお集まりをいただきましての研修会ということを平成20年から開催をしてございます。本年は開催はいたしませんでしたけれども、またこういった会を通じまして、先生方とともに考えていく会にさせていただければと思っております。

シンポジウム２でございますが、「医療コンフリクト・マネージメントの活用」につきまして、北條先生を座長として、お２人の方のご発表を拝聴いたしました。

特に、まず、和田仁孝先生の「医療コンフリクト・マネジメントとは：医療メディエーションの活用」ということにつきまして、私は、この分野についてまだまだ本当に疎くて、初めて勉強させていただくという感じでございましたけれども、まさに患者と医療者は異なる認知フレームを有していること、患者側が真摯に求めている真実と、そして、医療側がこれも真摯に提供している真実との関係に実は齟齬がある。メディエーターは、一切ご自身の評価あるいは判断ということをせずに、語りを共感的に受けとめつつ、患者、医療者を第３の位置から支援するというお話をされました。医療というのは、もちろん患者さんのものであるかもしれませんが、とはいえ、医療者と患者さんが手を取り合って、協働して新しい道を探していく、そして、それを勝ち取っていく場であるとすれば、やはり、患者と医療者が対立関係であるということは極めて不幸なことであります。

今日拝聴した医療メディエーションの意義と現況につきましては、日本医師会といたしましても、平成22年に代議員会におきまして、新潟県医師会の堂前代議員から関東・甲信越ブロックの代表質問といたしまして、このことについてご質問をいただいております。まだまだ日本医師会といたしまして、現在、現時点では医療メディエーターの育成を本格的に行うという具体的な検討までは至っておりませんけれども、日本医師会が行っております医療安全推進事業者養成講座のテキストの中に、昨年度から医療メディエーターの役割という部分を追加させていただいたということでございます。

また、こういったことの中で、愛媛県医師会が平成20年、そして、愛媛県医師会の多分お働きがあったのではないかなと思いますが、新潟県医師会、京都府医師会、そして福岡市医師会が次々とそれぞれ独自に医療メディエーターの養成に積極的に取り組んでおられるという姿勢に改めて感銘を受けたわけでございますし、日本医師会といたしましても、今申し上げた医療メディエーターの養成等については、今後さらに真剣に検討してまいることをお話し申し上げたいというふうに思っております。

今川俊一郎先生は、愛媛県医師会が平成19年からお取り組みになりました愛媛県医師会独自の医療メディエーターの養成についてお話をいただきました。現在、実に基礎編の履修者が494名、また、アドバンストコースの修了者が10名、シニアトレーナーが４名もいらっしゃって、そしてアドバンストコース、シニアトレーナーの方が推進チーム「みかん」をつくって、そしてまた、県の中にさらに輪が広がっているというようなことを拝聴いたしました。

また、日本医療メディエーター協会の愛媛県支部ではなくて、中国支部ということを最初からお名乗りになって、中国、この四国全体に四国支部を名乗られて、四国全体に既にこれを広めていくんだという強い意思をお示しになられたことは、本当に感銘を受けたわけでございます。

また、今川先生のお取り組みに対しまして、先ほどの和田先生が何よりもこの医療メディエーターの育成に携わって、あるいはまた、医療メディエーターのお仕事に触れることによって、私自身が変わったというふうにお話になったことは、大変私も強い感銘を受けたわけでございます。

シンポジウム３でございますけれども、梶原伸介先生の座長のもとに、濱見先生、そして武方先生のそれぞれ松山市圏域、また、八幡浜・大洲圏域の救急医療の現状についてお話をちょうだいいたしました。

濱見先生は、松山医療圏の救急医療の歴史から始まりまして、さまざまなデータをもとに詳細な検討をされておられました。現在、救急車の１日当たり搬送が31台、そして、ウオークインが152人ということでございます。また、そういった現場が実は多くのアルバイト医師によって支えられているというようなことをご指摘になられました。

救急車の問題につきましては、現在、我が国におけます救急搬送の件数といいますのは、2011年の救急出動件数がおよそ570万件余りという現状でございます。年率0.6％ずつ上昇しておりまして、総務省消防庁の調べによりますと、2035年には全国で、今、申し上げましたように570万余りということでございますけれども、610万件に達するだろうというふうに予測をされております。その最大の要因は、85歳以上の方がこれから2035年にかけまして爆発的に増えていくということの中から、2010年には85歳以上の方の搬送が全国で65万件足らずでございましたけれども、これがおよそ2.5倍程度の173万件程度になるだろうというふうに予測されているところでございます。

こういうことを踏まえまして、日本医師会といたしましても、平成25年度予算に概算要求につきまし

ては、医政局に対しまして、救急勤務医支援事業及び産科医等育成確保支援事業における国庫補助金率の引き上げ等21項目について、この６月にも要求をしたところでございまして、少しでも先生方の意を引き取って、国に対して要求をしてまいりたいというふうに思います。

武方誠二先生は、「八幡浜・大洲圏域の救急医療体制の現状と地域医療再生計画による取り組み」についてお話をいただきました。当圏域におきましては、平成17年に勤務医師が143人であったところが22年には113人に激減したということの中から、２次救急が崩壊をしているという現状を、大変深刻な現状をお述べになられた上で、そのことに対する解決策を大変なご努力で模索をしておられたことについて、お話をいただいたというふうに思います。

特に、地域医療再生計画、国に出す計画ということについては、初期救急医機能の拡充、トリアージ搬送体制の強化、さらには輪番体制の抜本的な再編による新たな広域２次救急医療体制の構築、そして、愛媛大学医学部との連携による救急医療等従事医師の養成というような、言葉で書くとあたかもきれいごとでございますけれども、本当に現場では大変なご尽力、また、医師会の先生方、第２次救急の病院の先生方は本当に深刻なお悩みを１つ１つ改善しようと、大変なお苦しみであっただろうというふうに推察をしてございます。

私自身は、救急は日本医師会では担当ではございませんけれども、個人的に有床診でございましたので、県医師会長になるまでの15年間、少なくとも年に250日は、24時間患者を診てきたつもりでございますし、また、石川県も能登という大変限界集落に近づいている、大変広い圏域の中で、つい５年前に８万人いたのが、既に６万人を切ろうとしているというような地区を抱えているところでございます。先生方のお悩みは、私も石川県におりましたときに同じ悩みとして共有した感覚を持ってまいりましたが、この問題を解決するのがいかに難しいということも身をもって感じているところでございます。やはり、３次救急を支えるのは２次救急の充実にありますし、２次救急を支えるのはやはり初期救急体制によります。大変それぞれの先生方、ご尽力をいただいているわけでございますけれども、さらに一般の開業医師の方々の救急医療に対しますさらなる取り組みにこれから日本医師会としても全面的に取り組んでまいりたいというふうに思っております。

甚だ不十分なコメンテーターでございますけれども、今日の３つのシンポジウムをちょうだいいたしまして、愛媛県の先生方、そして、皆様方が本当にこの問題に対しまして、真摯に、そして本当に深く、また根源的に取り組んでおられる姿勢に心から感銘を受けて拝聴いたしました。また、日本医師会に持ち帰りまして、役員ともども、ともに考えて、さらによい医療提供体制を構築できますように、皆様のことについて、懸命な支援をしていただきたいというふうに思います。

どうもありがとうございました。

（佐藤総合司会）

小森先生、ありがとうございました。

【佐藤総合司会】 それでは、ディスカッションを始めさせていただきます。各シンポジウムでご講演いただきましたシンポジウムの先生方、ご登壇よろしくお願いいたします。

本日は、時間の関係もございまして、このような変形したディスカッションになりましたことをお詫びいたします。

３つのシンポジウムに対して、会場の皆様からご意見、ご質問をいただきたいと思います。発言される方は、お近くのマイクまでお進みいただき、所属とお名前を告げてから、ご発言願います。どうぞ。

【坂本】 秋田県の医師会の坂本でございます。

本当は、今日は愛媛まで来た理由は、勤務医の入会率が77％ということでお伺いしたかったのですが、実はもっと私にとっては大事な件がありますので、ぜひ大学の高田先生に、大学教授としての取り組みをお伺いしたいというふうに思います。

と申しますのは、実は秋田県の男性の医師数が現実減っているんですね。女性も合わせてはじめて幾らか上がっているんですが、男性が死ぬ率が多くてですね。いや実際減少しているんですよ。ということになりますと、40％を占める女性が、女性医師をいかにしてこのモチベーションというか、入学したときのモチベーション、外科医になりたいとかいろんなことをおっしゃっているんですね。ところが、６年間の間にいつの間にかその気力が別の方向に行っている。やはり、一番大事なのは、６年間という長い時間、大学の教授が40％を超える女子学生を相手にしているわけですから、根本的にこの教授の先生方が女子学生に対して、やはり、マインドコントロールというか、ちょっとおかしいんですが、とにかくそういうことを必死になって勉強していただかなきゃだめなんじゃないかという意味で、高田先生にぜひその点を、どれぐらい大学の教授が今そういうことに対して取り組んでいるのか、今日は勤務医委員会で、女性委員会でないんですけど、ぜひお伺いしたいと思って、発言。

【高田】 私、愛媛大学医学部の高田でございます。

先ほど先生言われましたように、女性医師、私どもも、やっぱり、３分の１以上、４割ぐらいが女子医学生でございます。取り組みとしては、これは入試のときから、もちろん、女子学生を別に排除するわけでもないし、公平に入れていますので、やっぱり、先ほど小森先生が言われたように、半分ぐらいが女子学生でもいいんじゃないかというぐらいの意見もありますけれども、実際、入学試験をやっていますと、女性医師のまじめな子がたくさん入ってきますし、医学生の４割ぐらいが女子学生です。

教育の仕方ですけれども、一番大事なことは、１つは、男女差別なくもちろん教育はしていますけれども、私どもの場合だったら、女子学生と女性医師と、それから県の女性医師部会とか協力して、何回かこういう、先ほども言いましたけれども、ミーティングみたいなものを積極的にやって、働けるんだよということですね。働いてもらわなかったら困るということを自覚していただくようにはしております。ただ、授業そのもので、なかなかできないので、今度、実は研修医と学生を集めて、女性医師の代表的な先輩方の全国的な女性医師を集めて講演会をしたりして、とりえあえず先生も言うように、いろんな形で先輩女性医師の姿を見せております。

【坂本】 私の言いたいのは、医学部教授の９割９分を占めている男子教授が今のような、先生のようなお考えを持っていろいろおやりになって、ぜひそうしていただきたいということを強く要望しておきます。

【高田】 ありがとうございます。

それと、うちの愛媛大学医学部附属病院の場合は、女性医師で講師クラスですけれども、今講師をしている女性医師がおられますけれども、その先生を副病院長格にしました。つまり、女性医師も積極的に偉くなっていくんだということをお見せするということと、それと、模範的な女性医師なので、それを病院の中枢のほうに据えるということを行っています。先生が言うように、４割が女性ということは無視できません。この方々が働かなかったら、ますま

す医師不足になりますので、特に地方では、秋田県もそうでしょうけども、愛媛県もそうですので、引き続き頑張っていきたいと思います。ありがとうございました。

【佐藤総合司会】 ありがとうございました。

そのほかございますでしょうか。どうぞ。

【藤巻】 東京から参りました藤巻でございます。今の高田先生のお言葉、大変心強く思いました。自分が３人の子供を育てて就業を継続することすら困難だった時代を考えますと、とてもいいと思うんですが、本当に女性医師がちゃんとリーダーシップをとれるような医師に育つことというのが、これから就労を続けることがだんだんできるようになった今、次の課題だと思っているんですね。

それで、ちょっと高田先生にこれも質問が集中して申しわけないんですけれども、飯尾先生のように大学院へ入るということも、これもすごくいい方法だと、キャリアをつくる意味でとってもいい方法なんですが、それ以外に、やはり、研究を継続することとか、留学であるとか、いろんなキャリアをつくって、それで将来リーダーシップをとれる姿になるために、そのほかに支援等ございましたら、教えていただきたいなと思います。

【高田】 愛媛大学全体でも、女性医師の研究者支援サポート事業がありまして、実は、愛媛大学医学部の場合、基礎研究をされている女性医師も３、４名おられます。その人たちが中心になって、基礎研究のほうも活性化しようということで、愛媛大学医学部を含めた全学部でのサポート事業も行っております。

それと、今回、私ども法医学の教授が女性の方に決まりました。実は、それもありまして、女子学生の中で、私も女性医師と法医学をやりたいという方もあらわれてきています。名取裕子のおかげかもしれませんけれども。そういうことで、先生が言うように、基礎の研究もはじめ、もちろん臨床も大事なことなのでやりたいと思います。さっき申しましたように、愛媛大学の附属病院では副病院長待遇に女性医師を今回抜擢していますし、できるだけ先生が言うように、女性医師にも活躍していただきたいという気持ちを持って、引き続きやっていきたいと思います。ありがとうございました。

【佐藤総合司会】 ありがとうございました。どうぞ。

【長谷川】 横浜市医師会から参りました長谷川と申します。

これから、特に医師数が減っているところで、活路を見出すというためには、１つは、患者側と医師側とうまくやっていかなくちゃいけないということで、メディエーションというものが非常に大事であると。そういった意味で、メディエーションを行うことによって、それが普及することによって、リアクティブにトラブルを早く解消するということよりも、おそらく目的としてはプロアクティブにその前の段階から起こさないようにするというようなことが大事なんじゃないかと思うんですが、そういった意味で、今川先生、実際にメディエーションを盛んに行われて、その辺の成果というのは上がっているのかどうなのかという点。

それから、あと、武方先生、非常に八幡浜地区で医師が不足して、いろいろ苦労しているということで、患者側に、医師にありがとうということを言おうというようなことで、おそらく住民にとって、医師数がこれだけ減って、非常に苦労しているということをあんまり認識に上がってないんじゃないかと思うんです。そういった点をメディアも含めて住民に啓蒙しながら、そういった活動というのはどのぐらい行われていて、また、その成果というのは上がってきているのかどうか、その２点をお願いいたします。

【佐藤総合司会】 では、今川先生からお願いします。

【今川】 確かに現場に行きまして、皆さんとお話しする段階で、要するに自分が種をまかない、紛争の芽を育てないようにしようというところから、皆さん心がけられますよね。結局、相手の気持ちをインタレストしろ、相手のどんな思いをしているんだろうかなと思って、１つ踏みとどまってお話を始めると、ちょっと違った見方で見えてくるんですね。そういう形で、当たりがやわらかくなったり、患者さんとのお話がスムーズにいく。これは和田先生の理論なんですけれども、それを体験します。

【佐藤総合司会】 武方先生、よろしくお願いします。

【武方】 どうもありがとうございます。

先ほどの発表の中で、大洲喜多地区の休日・夜間急患センターができて、ウオークインの患者が減ったというところがあったんですけれども、急患センターは平日、本当に数名で、土日で10人ちょいぐらいのところで推移しているんですけれども、それ以上に、やっぱり、患者さんが減っているんですね。だから、そこら辺のところは、22年度から本格的にやり始めたものなんですけれども、住民に対してのアピール、そして、市町も広報等でかなりアピールをされているので。小児救急なんかもすごく危ないというふうなことで、県としても、南予地区ですね、松山より向こう側の地区で、独自の予算を取って、救急医療に対する医療対策協議会であるとか、小児救急が危ないということでパンフレット等をつくったりとか、そういうふうな活動をかなりやっているので、住民の方も小児の医療に関しては自主組織ができたりとか、が出てきていますので、これはずっと地道にやり続けるしかないんだろうなと。中のかかりつけ医カード、ああいうものを広めながら、本当に我々としては地道にやるしかないのかなと思っております。

【長谷川】 ありがとうございます。住民の中にあって、気持ちよく働けるということが、新しい医師も集まってきて、非常に重要なキーワードだということは、兵庫県の柏原市民病院の例もいろいろありますし、これからこの方法が成功することを期待しています。ありがとうございました。

【佐藤総合司会】 ありがとうございました。どうぞ。

【橋本】 奈良県の橋本といいます。実は私、奈良県の県立、公的病院の病院長をやっているんですけども、奈良県はご存知のように断りの回数が多いことで、ワースト、全国１位か２位なんですけども、それで、行政のほうから、救急は断らないように診よと、そういう要請が非常に強いんですね。ところが、救急医療体制を充実させようと思うと、職員というのか、実際は内科医、うちは内科医が大体月四、五回当直するんですけども、やっぱり、ほとんど夜寝られない。明来る日は勤務、通常勤務をやらせているんですね。これが病院長として、やっぱり、医師の過重労働、非常に気になるところで、何とかして軽減させてやりたいということで、アルバイトをいろいろほかから探したんですけども、それも人はいない、来てくれないということで、あと、普通は朝から休ませたらいいんですが、実際はなかなか難しいので、昼からでも強制的に休ませてしないと、ちょっと無理なのかなと思うんですけれども、実際、そういうふうに言いますと、現場のほうは、「人いいひんのにどうやって、先生休んだら診療やめないけませんやんか」と、「制限しなあかん」ということを言われまして、病院長は非常に悩んでいます。救急医療体制を充実させるのと、逆に、させると医師の過重問題が起きてくるということで、この辺何か、いい工夫というか、ありましたら、教えていただきたいんですけどね。

【佐藤総合司会】 濱見先生、自院ではいかがでしょうか。

【濱見】 ありがとうございます。率直に申しますと、答えはありません。皆さん悩んでいるんだと思います。多分、医療の余力と患者のバランスだと思うんですけども、個人的には患者を減らすしかどうしようもないのかなとは思っています。実際、深夜帯に来る患者さんのほとんどは診療の要らない方ではあるんですよね。そのあたりも含めて考えないといけないんだろうとは思うんですけれども、多分全国の救急医療機関とか医療機関すべて同じ悩みを抱えていて、解決できなくて、今答えはないんじゃないかと思っております。

答えになりませんけども。

【橋本】 ただ、昼から休ませるとか、そういうことは考えておられるんでしょうか。

【濱見】 実は、我々は救急部があります。救命センターなので、救急部があって、救急専属医師がいます。救急専属医師は、一応シフトをひいていますので、朝から帰るとか、翌日の昼から帰るとか、そういうシステムが組めますけれども、救急の専属がいない病院で、それは多分できないと思うんですね。簡単に言えば、医師の絶対数の不足になるんですけども。そういう独自の診療、救急専従医師がいないと、そういうシフトもひきにくいんじゃないかと思います。

【橋本】 ありがとうございました。

【佐藤総合司会】 ありがとうございました。どうぞ。

【藤巻】 埼玉医科大学の脳神経科、藤巻と申します。飯尾先生に質問させていただこうと思いますが、その前に、先ほどの秋田県の先生に対して、今、医科大学の現場では、男性、女性、学生さんほとんど区別していないし、むしろ女性の学生さんをなるだけ、男性の場合はどっちかというと、わりと進路が決まっている人が多くて、女性のほうが少しいろいろあれもしようか、これもしようか迷っておられるので、何とか自分の科に来て頑張ってもらいたいという感じで誘っているのが現実ですが。飯尾先生に伺いたいのは、先生のとてもワークライフバランスは非常に、わりとしっかりしてやっていらっしゃると思うんですけれども、逆に、先生、５時半にお家へ帰られると、おそらく夕方のカンファランスとかそういうのはかなりサボるというか、出られない状況でいらっしゃると思うんですね。そうすると、それに対して、先生ご自身がどのように考えられているかということを少しお考えをお聞かせいただけますか。

【飯尾】 ご質問ありがとうございます。ご指摘のとおりでして、やはり、日中の明るい時間帯にカンファレンスをするというのは、やっぱり、非常に厳しくて、うちの循環器のカンファレンスも17時半からのカンファレンスです。私、子供がすごく小さいときは、それに出るのはちょっと控えていたんですけれども、今は子供が１歳９カ月になりましたので、ちょっと自分の母親が神戸から手伝いに来てくれているときは、５時半からのカンファレンスに、本当にこの９月からですけれども、出て、自分の症例以外の患者さんの勉強をさせてもらっているところです。

【藤巻】 先ほど、たまたまそこで勤務医委員をしております私の妻が聞いていましたが、やっぱり、キャリアアップのためには、毎日のことをこなすプラスアルファーをしていかないといけないと思うんですけど、そういうものがこれから提供できるかどうかというのは、実は我々に、大学人、あるいは上級の指導員に課せられた使命であり、その中で、時間の問題というのはすごく難しくて、解決策がないんですけど、先生のご意見をちょっと伺いたくて聞きました。

【飯尾】 ありがとうございました。

【佐藤総合司会】 どうぞ。

【上田】 今の問題にちょっと付随してなんですが、私、大阪府医師会の理事をしている上田でございまして、日本医師会のほうの勤務医委員会の委員でもありまして、本職は大阪市立大学の医学部の教授をしています。それで、今、５時半に帰宅するということで、カンファレンスに出られないということは、現状、子供を育てながら仕事をしている女性医師みんなが抱えている悩みだと思います。私自身も24年前から子供を育てながら大学でやってきたときに、それが一番の悩みでございまして、その状況が今でもまだ続いているということが残念ながら事実でございまして、だんだん改善はされてきていると思いますが、できるだけカンファレンスとかは５時前に開いていただくというような形で、急には難しいと思いますが、少しずつ変えていくというのが大変重要なんじゃないかなというふうに思います。欧米は、少なくとも既にカンファレンスとかそういう会議は、勤務中に開くというような形がポイントであるということで、勤務システムをそういうふうに変えてきていますので、おそらく急には難しいし、私自身も医師会の今いろんな仕事を６時からやったりはしているんですが、それは子供が大きくなってからできるのであって、子供が小さいときの医師が多い場合は、やはり、そういうようなことを多少配慮するというようなことをぜひこの勤務医の全国の協議会なんかで少しずつコンセンサスとして、少しずつ、時間がかかっても改善していくということにしていただければ大変ありがたいと思います。

【佐藤総合司会】 高田先生、何かコメントはございますか。

【高田】 私どもの託児所は８時まで預かれるようにしております。毎日ですね。だから、遅くまで預かれるんですけれども、やっぱり、子供さんの夕食のことがあるので、早目に帰られるんだと思うんですけども。一応、ほかのマドンナ・ドクターによっては、カンファレンスの日だけちょっと遅く、７時までおって、あとの日は５時半に帰るとかいう形にしている先生もおられます。一応それだけのものは用意しているけれども、やっぱり、子供さんは早く帰したいというのはありますし、また、先生が言うように、５時にはカンファレンスが終わるようにするのがベストかもしれませんね。

【佐藤総合司会】 ありがとうございます。飯尾先生の場合は、かなり環境もよろしい、お母様とか、もちろん旦那様のご理解があって。ただ、ケース・バイ・ケースで、すごくいろんな状況があるので、対応しなきゃいけないのかなという気がいたしました。

そのほか、どうぞ。

【櫻井】 宮城県の櫻井といいます。

和田先生にちょっとお伺いしたいんですけれども、コンフリクトという考え方ですね。これ、やはり、今川先生のお話も聞くように、南のほうでは相当浸透している。ところが、北のほうでは、先ほどコメントなさった小森先生が、あたかも初めて聞いた言葉だなというような発言をなさいましたけれども、私、独立行政法人の病院の出身なんですね。相当前から、専門官と称するコンフリクターがいましてね。専らその方が、結局はそのような苦情から何からすべての窓口というのか、中でやっていまして、そして、そこで解決されることが非常に多いんですね。医者のところまで来る前にですね。ですから、今川先生が南ではそういう組織ができているようなお話をなさっていますので、これから北のほうに向かって、その文化をどのような形で、先生の戦略があるのかお聞かせください。

【佐藤総合司会】 和田先生、お願いします。

【和田】 ありがとうございます。決して南だけではなくて、南は沖縄から、北は札幌、北海道まで、いろんなところでやっていただいたりしております。全国に支部もあったり、やっていただいているんですが、ただ、濃淡があるんですね。愛媛とか新潟とか、幾つかの県では非常に認知も高くて、参加していただいてというようなこともありますし、他方で、仙台も実は国立病院機構の東北・北海道ブロックでは研修をやっていまして、もう３年目ぐらいになりますけれども、やったりもしています。ですので、北、南というよりは全国的に、そうは言いましても、まだまだ認知も低いところもあるかと思いますので、いろんな形で今、研修を広げて努力していこうと。ただ、１つは、さっき申し上げましたけども、提供側の我々のキャパシティーがかなり限られたようなところもありまして、そこをこれからはトレーナーをもっと養成していくとかいうふうなことを努力していく必要があると思っております。

それから、これは今のお答えじゃなくて、僕、今までのお話を聞いていての感想なんですけれども、本当に医療者の方が、特に勤務医の先生方というのは、タコ部屋並みに働かされていると。本当に頭が下がるぐらいなんですけれども、おそらく患者さんの多くは、そういうことを全然知らないですね。まだ、やっぱり、認識がないと思います。ですから、例えばお医者さんというのは５時に診療が終わったら、家へ帰っているんだと当然のように思っていたり、その後、カンファレンスがあって何とか、そんなことも全く知らないですね。そういう大きなギャップがあります。そこが、何かトラブルが起こったときに、それをわからないまま、例えばお金で何とかまとめてしまうとかいうふうな、そういう質の

低い解決ではなくて、むしろそのときにこそ、医療者がどういう状況で働いているのか。僕は、メディエーションというのは患者さんに納得してもらうだけではなくて、医療者の状況というのをわかってもらういい機会でもあると思うんですね。ですから、そういう観点からもいろんな形でこういうのをぜひ広げていくように、私としても努力していきたいと思っております。

どうもありがとうございました。

【佐藤総合司会】 ありがとうございました。

では、あとお２人程、まず一番端の方からどうぞ。

【越智】 愛媛県立新居浜病院の越智と申します。自治医大の卒業です。武方先生にお伺いしたいんですが、全国会でローカルな話題に触れるのもどうかと思うんですが、同様の自治体ケースがあるかもしれないので、あえてお聞きしたいんですが、八幡浜のＡ病院さんが、週２日救急を閉じられたということで、これは県内でもショッキングな話だったんですけれども、医師会とか行政の方でその最後の手段に対して、何かしら講ずることはできなかったのかということで。といいますのが、当時、私が勤めておりました県立南宇和病院でも、そのＡ病院さんよりもはるかに少ない人数で、なおかつ、救急は保っておったと。その際に、南宇和郡医師会の開業医の先生方の協力もあって、週何回か、月何回か入っていただいて、それで救急を維持していったといういきさつが、今もそうなんですけれども。八幡浜地区の開業医の先生方は、さほど少なくないというふうに聞いておりまして、決して医療過疎地ではないというふうに伺っております。そういった背景も含めて、何かしら講ずることができなかったのか、また、今後、全国的に同じようなケースが出てきて、勤務医の先生はしんどいけれども、開業医の先生方の協力も得られないのかなと、そういったケースが出てきたときに、医師会ないし行政のほうで対応ができないのかなと思って、質問させていただきました。

【佐藤総合司会】 武方先生、お願いします。

【武方】 先生の言われることは、わかります。私が行く前の話ですので。そのときに、どういう状況でそういうふうになったのかということまで、詳しいところまでは知りませんけれども、それ以外に方法がなかったんだろうというふうには思います。ただ、そこで安易に自治医大生をというふうな話ではなくて、それまでにほかにできる方法はないか、また、自治医大を含めて、よりベターな方法を考えるというふうなことが必要だろうし、それも考えられたとは思うんですけれども、そこで最終的には自治医大の先生にお願いをしたというふうなことで、自治医大の先生方からしたら、Ａ病院というのは自治医大が行くのにそれほどふさわしいような病院ではないのではないかということを議論されたという経緯は聞いておりますが、ケース・バイ・ケースではないかと思っております。

【越智】 その自治医大生としてということでは、済みません、なくて、実際に南宇和郡医師会の先生方の協力を南宇和病院は得られているという状況があるので、八幡浜地区でそういう対応ができなかったのかなということが、一県民というか、医者として非常に感じたということです。

【佐藤総合司会】 中島先生、お願いします。

【中島】 すいません、八幡浜の医師会長をやっております中島でございます。

今、あの地区で医師会は何もしてなかったということで、開業医の先生方は、実際には１次のほうを急患センターに出て、みんな頑張っていただいております。それで、問題になっているのは、やはり、２次なんですよね。１次の開業医の先生方がやっている急患センターは、今は非常にスムーズにいっております。そして、実際に入院しなきゃならないような２次の患者さんに対する対応が、今言っているＡ病院の先生方がいなくなって対応できなくなった、そういう問題なんですね。だから、我々が病院に乗り込んでいって、助けるというところまではいけなかったんですが、会員として、実際に僕もアンケートをとってみたんですが、会員の開業会員は救急は嫌だと。平均年齢が約50ぐらいですね、今現在。

それでも、救急にはできるだけタッチしたくないというような、そういうアンケート結果でした。それで、市立病院まで上ってやるというような人はだれもおられなかったということなんです。よろしゅうございますでしょうか。

【佐藤総合司会】 中島先生、ありがとうございました。それでは、最後のご質問で、どうぞ。

【野坂】 鳥取から来ました野坂といいます。

嫌な質問で申しわけありません、救急に関係することなのです。先ほど奈良の先生がおっしゃったように、現場は、当直、次の日、やっぱり、同じような勤務状態で、同じように仕事をしている。これは各病院の努力しかないんでしょうけども、先ほどのお答えで、全国が抱えている問題で解決策はないと先生おっしゃったので、これはないのかなと、これは本当に数年間、うちの鳥取のほうもアンケートをとり、それなりにやると、やはり当直、救急は、先ほど八幡浜の医師会長さんも言われましたように、うちの病院もそうなんですけども、嫌だというよりも、とってあげたいけれどもとれないという状況。医師会長が言われた健康と生命を守る強い専門集団にするためには、逆に言えば、それを実践するドクターを守らなくちゃいけないので、医療経済的な問題とか医師の美徳とかいろいろ今までの慣例もあるんでしょうけれども、次の日、せめて、当直明けの休みという形を日本全国の勤務医の常識とするような形、今言われたように、４回もして、次の日休んだら営業できませんよという感じになっている状況が今後もやっぱり続くのかどうか。やっぱり、解決策はないのか。これって、勤務医部会をやっておると必ず出る問題で、ずっとペンディングしながら、来るんですけれども、何かないかと思って、再度質問させてもらいました。

【佐藤総合司会】 ありがとうございます。なかなか難しい問題ですが、濱見先生、いかがですか。

【濱見】 申しわけありません、いい答えはありませんけども、ただ、当院でも徐々に救急明けの翌日は、昼から帰れるような体制が整いつつあります。これはしつこく言い続けるしかなくて、病院の院長先生、副院長先生、あるいは管理者というあたりに、そういう意識を持っていただいて、帰るのは当たり前というふうなムードを病院で出していけば、徐々に右へ倣えで、できていくところもあるのかと思います。ですから、いわゆる我々の世代のドクターはみんな頑張って診療するんだというところを徐々に変えていく姿勢を上のほうから出せば、少しは変わってきたと思います。我々の病院が845床、ドクターは250ぐらいいるんですけども、以前は翌日帰るなんていうことはとても考えてなかったんですけども、一部麻酔科の先生が、オールナイトで手術がほとんどありますので、翌日昼から帰っていました。それに右へ倣えをしていって、我々救急部も翌日の昼から帰るようにしています。そういうところから、今度は研修医はできるだけ昼から帰そうというふうなことで、徐々に広がっていっていますので、地道にやれば、ある意味過半数を占めてしまえば、帰れるのが当たり前になってくるようなことが出てくるかもしれません。ちゃんとしたお答えになりませんけれども、そんなふうな感想を持っています。

【佐藤総合司会】 ありがとうございました。

まだまだご質問があると思いますが、そろそろ時間となりました。司会の不手際で多少時間がオーバーしておりますので、これで終わらせていただきたいと思います。

最後になりましたが、本日ご参加いただきました皆様にとって、この協議会の内容が何らかのご参考となりまして、勤務医の明日に向かって少しでも前進する手助けとなりましたら幸いでございます。

以上でシンポジウムを終わります。ありがとうございました。

愛媛宣言採択

16：50～16：55

愛媛県医師会常任理事　佐　藤　博　彦

愛媛宣言採択

愛媛県医師会常任理事　佐　藤　博　彦

それでは、協議会の最後に、愛媛宣言（案）を読み上げさせていただきます。

ここでお断りしておかなければならないのですが、本日の協議会のプログラムには、愛媛宣言採択とございます。しかし、本日の宣言文の内容につきましては、本協議会でご検討、ご討議いただいた内容、本日いただいたご意見も含めて、担当県である本会が後日まとめさせていただき、その後、日医勤務医委員会にてご検討いただいた後、公表するという流れをとらせていただきたく考えております。何とぞご了承ください。

それでは、私のほうから愛媛宣言（案）について読み上げます。冊子の赤い紙に書かれております。

愛媛宣言（案）

勤務医に関する問題として、劣悪な労働環境、絶対的な医師不足、勤務医の地域や診療科ごとの偏在化、医療の高度化・複雑化と情報の氾濫による医師－患者関係の変化などがあげられる。

しかし、これまで実施されてきた勤務医に関する政府の施策は、地域や医療機関それぞれにおいてその問題点が異なるため、勤務医個々にまでその効果が及んでいるとはいえない。

このような現状の中で、勤務医はそれぞれの地域で、その特性に合わせた方法を用い、すべての医療従事者、住民、行政とともに急性期から慢性期医療、そして介護を含めた医療を平時のみならず災害時においても支え続けている。

この状況を顧み、今後の医療の新たな展開に向けて、以下の宣言をする。

一、勤務医として、男性、女性の別なく、仕事と生活の調和がとれる労働環境の整備、さらに女性医師の潜在能力の発揮を可能とするような労働環境の実質的な推進を政府ならびに病院開設者に求める。

一、多忙な勤務医、あるいは高度先進医療を担う勤務医には、常に高いリスクが課せられているが、このリスクから勤務医を守るためには、勤務医の実質的な処遇改善による勤務医の増加、無過失補償制度のさらなる整備を政府に対して求める。

一、勤務医に関する問題の解決方法において、それぞれの地域が固有に持つ問題点に合致した施策が実施されるために、政府が地域医療の実態を示す統計を様々な角度から検討・把握することを求める。

平成24年10月６日

全国医師会勤務医部会連絡協議会・愛媛

以上でございます。

これにつきまして、何かご意見ございますでしょうか。現時点でこの内容でよろしゅうございますか。

ありがとうございます。それでは、この内容を現時点の案とさせていただきます。

それでは、最後に、愛媛県医師会副会長、中島俊明から、閉会の辞を申し上げます。

愛媛宣言採択

愛媛宣言

勤務医に関する問題として、劣悪な労働環境、絶対的な医師不足、勤務医の地域や診療科ごとの偏在化、医療の高度化・複雑化と情報の氾濫による医師－患者関係の変化などがあげられる。

しかし、これまで実施されてきた勤務医に関する政府の施策は、地域や医療機関それぞれにおいてその問題点が異なるため、勤務医個々にまでその効果が及んでいるとはいえない。

このような現状の中で、勤務医はそれぞれの地域で、その特性に合わせた方法を用い、すべての医療従事者、住民、行政とともに急性期から慢性期、そして介護を含めた医療を平時のみならず災害時においても支え続けている。

この状況を顧み、今後の医療の新たな展開に向けて、政府に対して以下の要望を宣言する。

一、勤務医として、男性、女性の別なく、仕事と生活の調和がとれる労働環境の整備、さらに女性医師の能力の発揮を可能とするような労働環境の実質的な推進。

一、医療には不確実性があるにもかかわらず、勤務医には常に高い要求が課せられており、そうした状況に立ち向かう勤務医を守るための、勤務医の実質的な処遇改善による勤務医数の増加とさらなる制度整備。

一、勤務医に関する問題の解決方法において、それぞれの地域が固有に持つ問題点に合致した施策が実施されるための、地域の医師会と協働した、地域医療の実態を示す統計の様々な角度からの検討と把握。

平成24年10月６日

全国医師会勤務医部会連絡協議会・愛媛

閉　　会　17：00

愛媛県医師会副会長　**中　島　俊　明**

閉　　会

閉　　会

愛媛県医師会副会長　**中　島　俊　明**

本日は、朝早くから夕方までお疲れさまでございました。皆様方の非常に熱心なご討議をいただきまして、非常に盛り上がった会になったのではないかというふうに思っております。この会を盛り上げていただきました、お帰りになられましたけれども、嘉山先生、並びにシンポジウムに参加いただきました講師の先生方、おかげさまをもちまして、滞りなく平成24年度全国医師会勤務医部会連絡協議会を終了することができました。まだまだいろいろ問題は残っておりますけれども、勤務医の先生方が明日に希望を持って仕事ができるようになる日が一日も早く来ることを祈りまして、閉会のあいさつといたします。

本日は、どうもありがとうございました。

（総合司会：佐藤理事）

ありがとうございました。

以上をもちまして、本日の全国医師会勤務医部会連絡協議会の日程はすべて終了いたしました。

不慣れな司会ではございましたが、皆様方のご協力によりつつがなく会を終えることができましたこと、厚く御礼申し上げます。まことにありがとうございました。

参加者数一覧

平成24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		
			協議会	懇親会	10/5	10/6	10/7
北海道・東北	北海道	北海道医師会	5	5	0	1	0
		札幌市医師会	5	5	3	2	0
		函館市医師会	2	2	0	1	0
		旭川市医師会	1	1	2	1	0
	青森県	青森県医師会	7	7	4	3	0
	岩手県	岩手県医師会	5	5	5	4	0
		盛岡市医師会	1	1	0	0	0
	宮城県	宮城県医師会	5	5	4	2	0
		仙台市医師会	5	5	0	0	0
	秋田県	秋田県医師会	2	2	1	1	0
	山形県	山形県医師会	7	9	7	6	0
	福島県	福島県医師会	2	2	2	1	0
関東・甲信越	茨城県	茨城県医師会	9	9	9	8	0
	栃木県	栃木県医師会	4	4	4	2	0
	群馬県	群馬県医師会	2	2	2	0	0
	埼玉県	埼玉県医師会	8	8	0	0	0
	千葉県	千葉県医師会	3	3	2	3	0
	東京都	東京都医師会	2	1	1	0	0
	神奈川県	神奈川県医師会	3	3	0	0	0
		横浜市医師会	9	9	6	7	0
		小田原医師会	1	1	0	0	0
		藤沢市医師会	1	2	0	2	0
	新潟県	新潟県医師会	3	3	3	3	3
	山梨県	山梨県医師会	1	2	2	2	0
	長野県	長野県医師会	3	3	3	3	0
中部	富山県	富山県医師会	4	4	3	4	0
		富山市医師会	1	1	0	1	0
	石川県	石川県医師会	3	3	1	3	0
	福井県	福井県医師会	2	1	2	1	0
	岐阜県	岐阜県医師会	4	4	4	4	0
	静岡県	静岡県医師会	4	4	4	4	0
	愛知県	愛知県医師会	5	2	5	2	0
	三重県	三重県医師会	1	1	1	0	0
		津地区医師会	1	0	3	3	0
近畿	滋賀県	滋賀県医師会	7	7	3	6	0
	京都府	京都府医師会	3	3	1	3	0
	大阪府	大阪府医師会	8	8	5	7	0
	兵庫県	兵庫県医師会	2	2	1	0	0
		神戸市医師会	2	0	2	1	0
		姫路市医師会	1	1	0	0	0
	奈良県	奈良県医師会	3	3	3	0	0
	和歌山県	和歌山県医師会	2	0	2	0	0
		和歌山市医師会	1	1	0	0	0
中国・四国	鳥取県	鳥取県医師会	2	2	1	1	0
		鳥取大学医学部医師会	1	1	1	1	0
		鳥取県西部医師会	2	0	0	0	0
	岡山県	岡山県医師会	6	6	6	5	0
		岡山市医師会	1	1	0	1	0
	島根県	島根県医師会	3	3	2	2	0
	広島県	広島県医師会	10	3	0	0	0
		広島市医師会	10	10	0	0	0
		広島市中区医師会	3	3	3	2	0
		福山市医師会	1	1	0	0	0
		安佐医師会	1	1	1	0	0
	山口県	山口県医師会	7	7	6	2	0
	徳島県	徳島県医師会	3	3	2	1	0
	香川県	香川県医師会	1	1	0	0	0
		香川大学医師会	1	1	0	0	0
		坂出市医師会	1	1	0	0	0
	愛媛県	愛媛県医師会	33	28	2	1	0
		新居浜市医師会	7	4	0	0	0
		今治市医師会	3	3	0	0	0
		東温市医師会	2	1	0	0	0
		松山市医師会	15	5	0	0	0
		伊予医師会	5	3	0	0	0
		喜多医師会	4	4	0	0	0
		西予市医師会	2	0	0	0	0
		宇和島医師会	12	2	0	0	0
		南宇和郡医師会	1	1	0	0	0
		愛媛大学医学部医師会	1	0	0	0	0
	高知県	高知市医師会	1	1	0	0	0
九州・沖縄	福岡県	福岡県医師会	11	11	6	8	0
		北九州市医師会	2	2	0	0	0
		福岡市医師会	1	2	0	2	0
		宗像医師会	1	1	1	0	0
		北九州市小倉医師会	1	1	0	0	0
		北九州八幡医師会	2	2	0	0	0
	佐賀県	佐賀県医師会	2	2	0	0	0
	長崎県	長崎県医師会	2	2	0	0	0
		長崎市医師会	3	3	3	3	0
		佐世保市医師会	2	2	2	2	0
	熊本県	熊本県医師会	2	2	0	0	0
		熊本市医師会	2	2	3	3	0
	大分県	大分県医師会	2	1	0	0	0
		大分市医師会	1	1	1	1	0
	宮崎県	宮崎県医師会	6	5	1	1	0
	鹿児島県	鹿児島県医師会	2	2	2	2	0
		鹿児島市医師会	2	2	2	2	0
	沖縄県	沖縄県医師会	4	4	0	2	0
	日本医師会	日本医師会	33	27	23	24	0
その他		行政等	16	1	0	0	0
計			386	315	168	157	3

平成24年度
全国医師会勤務医部会連絡協議会

発行　愛媛県医師会
〒790－8585　愛媛県松山市三番町４丁目５－３
ＴＥＬ　089－943－7582
印刷　セキ株式会社

懇親会風景

今村先生

丹羽先生

アトラクション

アトラクション

懇親会

閉会　羽鳥先生