

平成25年度

全国医師会勤務医部会連絡協議会 報告書

メインテーマ

「勤務医の実態とその環境改善－全医師の協働にむけて」



- 期日：平成25年11月9日(土) 10時から
- 会場：ホテルグランヴィア岡山
4階「フェニックス」
- 主催：日本医師会
- 担当：岡山県医師会

《表紙写真》

岡山県は、全国で最も晴れの日が多く「晴れの国岡山」として親しまれています。豊かな自然、温暖な気候で災害が少なく住みやすい県と言われ、中国・四国地方の交通の要衝として発展しています。

表紙の写真後楽園は、約300年前に岡山藩主・池田綱政（いけだつなまさ）によって造営された元禄文化を代表する庭園で、総面積133,000平方メートル（東京ドームの約3倍）あり、歩きながら移り変わる景色を眺めることができるよう工夫された回遊式の大名庭園です。国の特別名勝に指定され「日本三名園」の一つです。

また、右奥の岡山城は、宇喜多秀家（うきたひでいえ）が築城した西国屈指の名城で、三重六階からなる天守閣と不等辺五角形の天守台は、安土城天守閣を模したのではないかとされています。外観が黒漆塗の下見板が特徴で別名「烏城（うじょう）」と呼ばれています。

目 次

開 催 要 綱	1
次 第	2
開 会	
主 催 者 挨 拶	9
担 当 県 挨 拶	11
来 賓 祝 辞	12
特 別 講 演 1	
「日本医師会の直面する課題」	15
特 別 講 演 2	
「日本の医療をめぐる課題：チーム医療を中心に」	29
報 告	
「日本医師会勤務医委員会報告」	39
次期担当県挨拶	45
パネルディスカッション	
「様々な勤務医の実態とその環境改善を目指して」	49
フ ォ ー ラ ム	
「岡山からの発信―地域医療人の育成」	97
岡 山 宣 言 採 択	145
閉 会	149
参加者数一覧	153

協議会風景



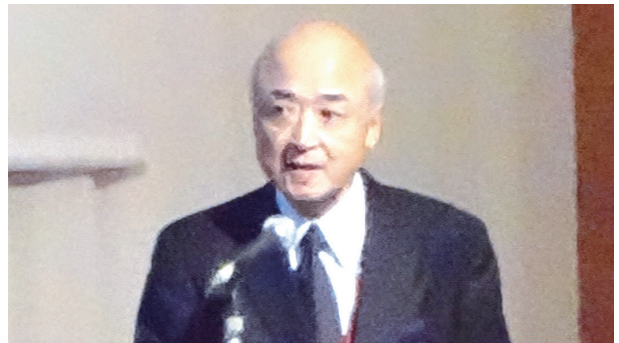
日本医師会副会長
今村 聡 先生



岡山県医師会長
石川 紘 先生



神奈川県医師会長
大久保 吉修 先生



日本医師会勤務医委員会委員長
泉 良平 先生



日本医師会常任理事
小森 貢 先生



自治医科大学学長
永井 良三 先生



岡山大学病院医療情報部・経営戦略支援部教授
合地 明 先生



独立行政法人国立病院機構岡山医療センター副院長
佐藤 利雄 先生



公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構
倉敷中央病院糖尿病内科主任部長
松岡 孝 先生



総合病院岡山市立市民病院副院長
今城 健二 先生



社会医療法人緑壮会金田病院理事長
金田 道弘 先生



岡山大学医学教育リノベーションセンター准教授
山根 正修 先生



岡山医師研修支援機構
糸島 達也 先生



岡山大学大学院医歯薬学総合研究科
地域医療人材育成講座教授
佐藤 勝 先生



岡山大学大学院医歯薬学総合研究科
医療人キャリアセンター MUSCAT センター長
片岡 仁美 先生



岡山県医師会理事
神崎 寛子 先生

平成25年度全国医師会勤務医部会連絡協議会
開 催 要 綱

メインテーマ

「勤務医の実態とその環境改善－全医師の協働にむけて」

1. 開催日時 平成25年11月 9 日(土) 10：00～17：20
2. 会 場 ホテルグランヴィア岡山
岡山市北区駅元町 1 － 5
T E L 086－234－7000
3. 主 催 日本医師会
東京都文京区本駒込 2 丁目28－16
T E L 03－3946－2121
4. 担 当 岡山県医師会
岡山市中区古京町 1 － 1 －10
T E L 086－272－3225
5. 参 加 者 全国医師会勤務医部会関係者及び医師会員とその関係者、行政

平成25年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

◇日 時 平成25年11月9日(土) 10時から
◇会 場 ホテルグランヴィア岡山 4階「フェニックス」
◇主 催 日本医師会
◇担 当 岡山県医師会

メインテーマ

『勤務医の実態とその環境改善－全医師の協働にむけて』

総合司会：岡山県医師会理事 山本 博道

【日程】

9：00～10：00 受 付

10：00～10：20 開会式

開 会
挨 拶

来賓祝辞

岡山県医師会勤務医部会長
日本医師会会長
岡山県医師会会長
岡山県知事
岡山市長

清水 信義
横倉 義武
石川 紘
伊原木隆太
大森 雅夫

10：20～11：00 特別講演1

「日本医師会の直面する課題」

日本医師会副会長
座長：岡山県医師会会長

今村 聡
石川 紘

11：00～12：00 特別講演2

「日本の医療をめぐる課題：チーム医療を中心に」

自治医科大学 学長
座長 岡山県医師会副会長

永井 良三
清水 信義

12：00～12：15 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

12：15～12：20 次期担当県挨拶

神奈川県医師会会長

大久保吉修

12：20～13：10 昼食・休憩

13：10～15：00 パネルディスカッション

「様々な勤務医の実態とその環境改善を目指して」

座長：岡山県医師会理事
岡山県医師会理事

山本 和秀
中島 豊爾

1. 大学病院における勤務医の実態－大学病院から－

岡山大学病院医療情報部・経営戦略支援部教授

合地 明

2. 国立病院機構における勤務医の実態～岡山医療センターでの現状と取り組みを踏まえて～－公的病院から－

独立行政法人国立病院機構岡山医療センター副院長 佐藤 利雄

3. 勤務医の光と影～勤務医は何を求め、病院はどう応えるべきか－大規模私的病院から－

公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構

倉敷中央病院糖尿病内科主任部長 松岡 孝

4. 岡山市立市民病院における勤務医の実態とその環境改善に対する取り組み－自治体病院から－

総合病院岡山市立市民病院副院長 今城 健二

5. 人口過疎地における取り組み－山間部の中小病院から－

社会医療法人緑社会 金田病院理事長 金田 道弘

6. 質疑応答

7. 総括コメント

日本医師会常任理事 小森 貴

15：00～15：15 休 憩

15：15～17：10 フォーラム

「岡山からの発信－地域医療人の育成」

座長：岡山県医師会副会長 糸島 達也

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科長 谷本 光音

1. 日本の医療を飛躍させる医師育成プランのグランドデザイン

岡山大学医学教育リノベーションセンター准教授 山根 正修

2. 良い医師をみんなで育てる

岡山医師研修支援機構 理事長 糸島 達也

3. 地域医療におけるヒトの育成

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科

地域医療人材育成講座教授 佐藤 勝

4. 女性がいきいきと働き地域貢献を果たす仕組みづくり

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科

医療人キャリアセンターMUSCAT センター長 片岡 仁美

5. 岡山県医師会の活動

岡山県医師会理事 神崎 寛子

6. 質疑応答

7. 総括コメント

日本医師会常任理事 小森 貴

17：10 岡山宣言採択

岡山県医師会副会長 清水 信義

17：20 閉 会

岡山県医師会副会長 糸島 達也

18：00～19：30 懇親会

挨拶

司会：岡山県医師会理事 神崎 寛子

日本医師会長 横倉 義武

岡山県医師会長 石川 紘

神奈川県医師会長 大久保吉修

乾 杯

アトラクション

閉 会

岡山県医師会理事 江澤 和彦

開 会

10 : 00 ~ 10 : 20

総合司会 岡山県医師会理事 山 本 博 道

開 会 岡山県医師会勤務医部会長 清 水 信 義

主催者挨拶 日本医師会長 横 倉 義 武

担当県挨拶 岡山県医師会長 石 川 紘

来賓祝辞 岡山県知事 伊原木 隆 太

岡山市長 大 森 雅 夫

総合司会

岡山県医師会理事

山 本 博 道

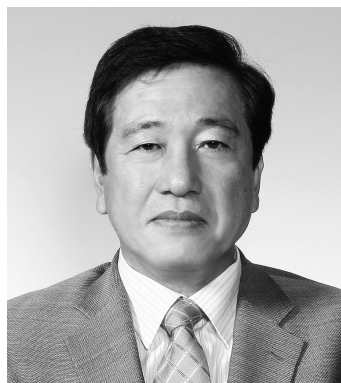
おはようございます。朝からお忙しい中をお集まりくださりまして、まことにありがとうございます。

それでは、ただいまから平成25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。

ご来賓の方々、どうぞ、ご登壇のほどをよろしくお願いいたします。

私、本日の司会をさせていただきます岡山県医師会理事の山本でございます。不慣れなので何かと失敗するかもしれませんが、ご容赦のほどをよろしくお願いいたします。

それでは、式次第に従いまして、まず岡山県医師会勤務医部会長の清水信義から開会のご挨拶をさせていただきます。よろしくお願いいたします。



開 会

岡山県医師会勤務医部会長

清 水 信 義

本日は、平成25年度全国医師会勤務医部会連絡協議会に、このようにたくさんの方お集まりいただきまして、まことにありがとうございます。岡山県の医師会の勤務医部会を担当しております清水でございます。

毎年各地で開かれますこの勤務医部会の連絡協議会では、その折々の非常に重要なテーマを取り上げて議論してありますが、今年度は我々のこの会では、そのメインテーマを「勤務医の実態とその環境改善－全医師の協働にむけて－」とさせていただきます。

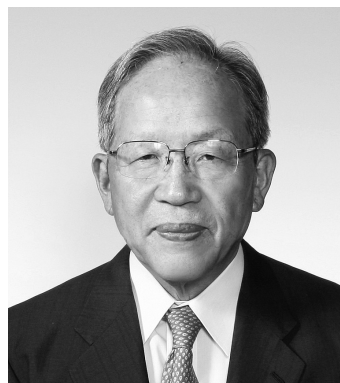
診療科による医師の偏在、それから地域の医師の不足、このようなものは病院の勤務医の不足というものが非常に大きな要因になっているのではないかと考えました。勤務医の環境を改善することで、よくすることで、病院に医師を確保し、そして地域医療あるいは診療科の偏在の解消に向けて努力していくのも、一つの大きな役割と存じます。

このメインテーマのもとで、今回は特別講演、今村聡副会長の日本医師会の講演に続きまして、自治医科大学学長の永井良三先生に、厚生労働省のチーム医療の検討部会の委員長をなさっていますので、今回は「日本の医療をめぐる課題－チーム医療を中心に」ということで、ご講演を賜ることにいたします。

そして、シンポジウムとフォーラムを設けさせていただきました。

シンポジウムとしましては、「様々な勤務医の実態とその環境改善を目指して」というテーマで、6人のそれぞれ立場の違う勤務医の先生方に、その実態をお話ししていただき、課題を述べていただきたいと思います。

それから、フォーラムにおきましては、「岡山からの発信」ということで、岡山は多くの医療人を育成するプログラムを持っています。特に全国的にも



有名なプログラム、多種のプログラムを持っておりまして、地域医療から先端医療までの医療人の育成ということをやっております。勤務医を育てる一つの大きな方法、システムであります。このことをそれぞれの先生方に紹介していただくという、この2つの大きなシンポジウムとフォーラムというものを構成させていただきました。

それぞれの演者の先生方には、夏頃からいろいろご無理をお願いして、多くの資料を用意していただいたりしております。恐らくすばらしいご講演がいただけると思いますので、是非ご期待いただきたいと思います。

この大会が、勤務医の環境改善、勤務医の実態を世の中に知っていただくいい機会になればと思いますので、是非よろしく願いいたします。この会が実り大きな会になりますよう、よろしく願いを申し上げます。

それでは、これをもちまして開会とさせていただきます。よろしくお願いします。

主催者挨拶

日本医師会副会長

今 村 聡

皆様、おはようございます。日本医師会で副会長を務めております今村でございます。主催者を代表してご挨拶を申し上げますが、本日は平成25年度全国医師会勤務医部会連絡協議会の開催に当たりまして、大変お忙しい中、早朝より全国からこのように多数ご参加いただきましたことを、厚く御礼申し上げます。

また、この会の開催に当たりまして、準備、そして運営に当たっていただきました岡山県医師会の石川会長、そして清水副会長にも厚く御礼を申し上げます。

本来でありますれば、主催者であります日本医師会の横倉会長が直接皆様にご挨拶申し上げるところでございますけれども、公務でどうしても伺うことができないということで、挨拶を預かってまいりました。大変恐縮ではございますけれども、挨拶を代読させていただきたいと思っております。

平成25年度全国医師会勤務医部会連絡協議会の開催に当たり、主催者を代表して一言ご挨拶を申し上げます。

初めに、本年度の協議会の開催にかかわる準備、運営の全てをご担当いただきました岡山県医師会の石川会長、清水信義副会長初め役職員の皆様方に衷心より感謝を申し上げます。

本協議会は、昭和56年の第1回開催以来、今年度で34回目を迎えることになりました。発足当初は、勤務医の先生方のご尽力により勤務医部会を有する医師会の持ち回りで開催されておりましたが、平成3年度以降は日本医師会が主催し、開催県医師会に協議会の実施、運営をご担当いただく現在の形式となっております。

この間、本協議会の歴史を支えてこられた先達の思いを継承、発展させながら、医療におけるさまざまな問題点や課題を勤務医の立場からご議論いただき、近年では協議会における議論の成果として、各



宣言が採択されております。

昨年度の愛媛宣言では、男性、女性の別なく、勤務医が仕事と生活の調和がとれる労働環境の整備推進等、3項目の要望をまとめていただきました。

本協議会で採択された各宣言は、勤務医の先生方からの貴重なご提言として関係大臣及び関係国会議員にもお届けをし、本会が勤務医に係る政策提言を行う際の大きな力として活用をさせていただいております。これもひとえに都道府県医師会を始め勤務医部会関係各位のご協力のたまものと心より敬意を表する次第であります。

現在の医療界には、医師不足、医師の地域偏在や診療科の偏在にかかわる問題、医学教育や臨床研修制度のあり方、医療事故調査制度等、喫緊の課題が山積しております。これら問題の解決に向けては、全ての医師が参加して活動を推進していくための基盤が必要であり、その基盤としての役割を担うものこそが医師会であると考えております。

そうした思いから、日本医師会は本年4月1日に公益社団法人へと移行し、移行後初となる6月開催の代議員会では、全ての医師の団結に向けた旗印となるよう、日本医師会綱領を採択いただきました。

本綱領は、我が国の宝である国民皆保険を基盤に、時流に流されることのない日本医師会の基本姿勢を国民との約束という形で示したものであります。

今後、本綱領を広く周知、活用していく中で、会員間のさらなる結束強化と未加入医師への加入呼びかけを積極的に行ってまいります。あわせて、日本医師会が真に我が国全ての医師を代表する団体として、あらゆる勤務形態や専門領域からのご意見等をより迅速かつ的確に会務や施策に反映できるよう、組織のあり方についても見直しを行ってまいります。

既に昨年度から、本会勤務医委員会委員長に理事会へご参画いただいておりますが、これらの取り組みを始め日本医師会における公益的活動の進化推進に向けては、勤務医の先生方のご協力が必要不可欠でありますので、より一層のご理解とご支援を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

結びに、本日の協議会が実り多きものになるとともに、ご参集の皆様方のご健勝と今後ますますのご活躍を衷心よりお祈り申し上げ、挨拶の言葉といたします。

平成25年11月9日、日本医師会会長横倉義武。

本日は長時間の会となりますけれども、よろしくお願い申し上げます。

担当県挨拶

岡山県医師会長

石 川 紘

担当県を代表して岡山県医師会長の石川 紘が挨拶を申し上げます。先にご挨拶されたお二方が十分な内容のお話をされたので、私は或るエピソードを交えた柔らかいお話をさせていただきます。

一昨日、私と同年齢で著明なジャーナリストの講話が倉敷市のさる大病院で開催されましたが、この方はがんに長い間、冒されておりまして、都内の超有名病院で専ら治療されているそうです。処が腸管の内視鏡検査の前処置で2リットルの下剤を混じた水を2時間かけて飲むとのことで、これ自身辛かったそうですが、それに加えてその後何回もトイレに駆け込むわけですが、同時に5人が別々の部屋で同じ検査を行うとかで、2つのトイレを5人で奪い合いをしたそうです。本邦を代表する病院ともあろうものが患者の苦痛に無頓着だと憤慨しておりました。

本日は丸一日を掛けて、医師不足とか偏在とか種々熱い議論が展開されますが、どうかこのジャーナリストの眼、地域住民の眼を十分意識した上で討論をお願い致します。私は一零細開業医ですが、両副会長が大病院の院長を経験しており、今回の協議会の実行委員として全てスタンバイして貰いました。本日のカリキュラムも申分ないものと自負致しております。

更に協議会の華と致しまして、答申とも云うべき岡山宣言が最後に提唱されますが、どうか「て・に・お・は」もどきでケチ等付けないよう何卒、短時間で賛同して頂けたら幸いです。

本日の協議会が勤務医の皆様方の明るい未来を確約できるような意義ある集会にならんことを期待し、又、ご参会の皆様の今後の益々のご活躍とご健勝を祈念してご挨拶と致します。



来賓祝辞

岡山県知事 伊原木 隆 太
代読 岡山県副知事 木 幡 太 浩

ようこそ晴れの国岡山においでくださいました。

本日、県知事の伊原木隆太は出席ができませんので、私がかわりまして皆様を心から歓迎申し上げますとともに、この全国医師会勤務医部会の連絡協議会が盛大に開催されますことをお喜び申し上げたいと存じます。

今日はいまひとつすっきりしない天気なんです。岡山県は晴れの国ということを標榜しております。晴れの日に恵まれた果物などの産物や、高い文化といったものが自慢です。

しかし、ほかにも岡山県、自慢があります。それは、安全・安心な地域だということであります。地震や台風などの災害も非常に少ないですし、それから非常に安心できる医療があるということを、我々自慢に思っております。最近はその安全・安心を目当てに、移住者の方が増えていることを、非常に我々はありがたいなと思っております。

県では、これまで県内どこでも誰でもいつでも、安心して良質なかつ先進的な医療を受けられる体制を目指してやってまいりまして、おかげさまで現在のような体制になったこと、改めまして皆様方に御礼申し上げたいと思います。

これは私の対外的にPRする名刺なんです。その裏に「安心できる医療体制」というものを1つのセールスポイントにしまして、皆様に訴えているところでございます。

皆様ご承知のように、疾病構造の変化や少子高齢化に伴いまして、救急医療・先進医療、さらには医療連携に非常に大きな期待があります。また、若手医師の育成・女性医師の復帰といった課題もあるかと思っております。勤務医の皆様方、非常に大変な環境に置かれているかとは思いますが、皆様方に対する期待というのはますます大きくなっているのではないかと思います。

我々行政のほうも、勤務医の環境改善にも十分努力しながら、今後とも医療体制の充実に努めてまい



りたいと思っております。

この機会ですので、若干県のPRをさせていただきますと、岡山市の部分は後ほど岡山市さんのほうからお話いただけたと思いますが、岡山県、例えば倉敷ですと美観地区があったり、私の着ているスーツ、ジーンズの生地なんですけれども、岡山県の児島は日本のジーンズの発祥の地で、皆さん、ジーンズなども楽しめるものが岡山県内に発見できるんじゃないかなと思います。

県北の山のほうに行きますと、西の軽井沢とも言われる蒜山高原や、今美作の国1300年ということをやっております。いわゆる温泉も美作三湯という古くからの温泉もございます。

さらには、幻のお酒と言われる雄町米のお酒、これは是非召し上がっていただきたいなと思います。岡山市だけじゃない岡山県なんて言うと、何かどこか隣の県のキャッチコピーをもじったような感じになりますが、是非岡山県を堪能していただいて、皆さん、ふだん疲れた心と体をゆっくりと癒やしていただければと思います。

皆様方の日頃の献身的なご尽力に改めて感謝と敬意を申し上げますとともに、今後ますますのご健勝、ご発展を祈念申し上げまして、私の祝辞とさせていただきます。本日はまことにおめでとうございました。

来賓祝辞

岡山市長 大 森 雅 夫
代読 岡山市副市長 金 谷 裕 弘

皆様、ようこそ岡山においでいただきました。本協議会のご盛会、心からお祝い申し上げます。

市長の大森雅夫は、本日海外出張しております。私のほうでかわりにご挨拶をさせていただきたいと存じます。

まずは、ここにおいでの皆様方、日頃から住民、国民の生命、健康に、大変ご貢献いただいておりますことを、心からお礼を申し上げたいと思います。と同時に、今日のテーマにもございますように、勤務医の皆様方には非常に厳しい勤務環境に置かれておられる、その中で住民の方々の健康のためにご尽力いただいておりますことを、心から感謝申し上げます。

岡山県は2つの医学部がございまして、岡山市は政令市というレベルで申しますと、人口に対しての医師の皆様の人数というのは非常に上位に属しているという状況でございます。

やはり市民、住民の皆さんが健康にそして安心して暮らしていくためには、いつでも医療にかかれるという体制というのが非常に重要でございまして、そういった中におきまして勤務医の皆様方の日夜をたがわぬご労苦に対しまして心から敬意を表したいと思っております。

岡山市、今医療の部分、地域医療、これは全国の大きな課題でございますけれども、在宅医療、あるいはその中で訪問診療と、一生懸命できるような体制づくりを進めております。従来、それこそ何十年前は結構往診というふうな形が多かったわけですが、最近はそういった形はなかなか少ない。大病院から、急性期から亜急性期、慢性期、そしてまたリハビリ系と、そういったもののつながりとなる体制が、また今大きな課題になっており、最終的にはその地域、家庭にどうやって帰っていくか。場合によっては介護等の施設とどうつないでいくか。そういったつながりが、非常に大きな課題で、私どもそういった体制をしっかりと構築をいたしまして、他地域のモデルになりたいと、岡山市として目指し



ております。

そういった中におきまして、勤務医の皆様方、本当に大変な勤務環境でございますけれども、その日々のご尽力に感謝いたしますとともに、本日の研修で十分なる成果をどうぞ上げていただければと思います。

私、たまたま2年前には厚生労働省にありまして、介護保険の担当をしておったんですが、6年に1回の診療報酬と介護報酬の同時改定ということで、12月31日までおつき合いをさせていただいたわけですが、その中におきましても、やはり勤務医の皆様方の処遇改善、環境改善が大きな課題になっていたというふうに記憶をしております。

なかなかまだまだ厳しい状況であると思いますけれども、皆様方にこれからもますますご尽力いただきまして、日本の将来、そしてまた地域の健康、医療に対して、ご健闘・ご活躍いただければと思っています。

先ほど木幡副知事が岡山市内の部分は残していただいたので、ご紹介させていただきますと、岡山市内は一番有名なのは日本三大名園の一つである後楽園や岡山城、烏城、その他には吉備路、吉備の古墳、そういったものもございまして。岡山の歴史をも是非感じていただければと思います。

改めて勤務医の皆様のご尽力に感謝申し上げます。どうぞ本日はおめでとうございました。

「日本医師会の直面する課題」

講師：日本医師会副会長 今 村 聡

座長：岡山県医師会長 石 川 紘

座 長

岡山県医師会長

石 川 紘

第1席は特別講演「日本医師会の直面する課題」と題しまして、日本医師会副会長の今村聡先生にご講演頂きますが、略歴はお手元の冊子に掲載されておりますので、時間の都合上、割愛させていただきます。先生の日医での担当は総務・財務・会員福祉・産業保健・勤務医・スポーツ医と多岐に亘っておりまして実にエネルギーにこなされておられます。

平成18年に日医常任理事に就任されまして、その後6年と云う短期間で既に副会長と云うスピード出世を達せられた先生です。

本日の講演内容の内、地域医療の再興に向けた医療提供体制につきましては、岡山県の病床の偏在、勤務医の偏在状況、更には岡山県医師会研修医会員登録制度とか、われわれよりも詳しく勉強されているようで、あらためて私自身も知見を広めさせていただきます。それでは宜しくお願い致します。



講 師

日本医師会副会長 今 村 聡

改めまして、おはようございます。ただいまご紹介いただきました今村でございます。石川先生、本当にご丁寧なご紹介、ありがとうございました。

今、石川先生のご紹介にもございましたように、私、日本医師会で今産業保健、そして勤務医等の担当もさせていただいております。

本日は現在の日本医師会の取り組み、そして今国がどのような方向性で、勤務医のことを考えているか、また、それについてのお願いというような形でお話をさせていただければと思います。

今日の内容は、横倉会長が日頃申し上げているように地域医療の再興ということで、それに向けた医療提供体制ということ。

また、医療界が直面しているさまざまな課題が、たくさんあります。これはメニューを書いただけでいっぱいになってしまって、その項目を挙げるだけで1時間終わってしまうぐらいの課題があると思っています。この課題を解決するためには、多くの全ての医師が医師会活動に参加をして、この問題に取り組んでいただく必要があるということで、勤務医の先生方のお力をいただくということが本当に大事だというふうに思っています。

それから、現在の日本医師会の勤務医支援の方針とその具体的な取り組みを、改めてご紹介させていただきたいと思っています。

実は昨日、私、この岡山に伺う前に、社会保障審議会医療部会というところに出てまいりました。その座長というのが、私の後にご講演される永井先生なんですけれども、こういった大きな国の審議会ではどういう議論がされるかというと、いつもトップダウンの議論になります。あるいは、斉一性ということで、全国押しなべて同じような制度を日本の中につくるということになるわけです。

例えば予防接種だとか検診、がん検診というような、本来国が日本中あまねく同じような制度でやっ



ていただかなければいけないもの、そういう意味でこういった斉一性というのは大変大事なものだと思っておりますが、地域医療に関しては、後ほどお話するように、さまざまな地域の実情というのが全く異なっています。そういう中で、やはりボトムアップの視点、現場の視点をもっと国の政策に反映する、あるいは現場に自主的な取り組みを行えるような仕組みの構築というものが必要になる。

今の医療のさまざまな課題を解決していく場合には、トップダウンの視点とボトムアップの視点、この両者がなければうまく機能しないというふうに医師会では考えています。

従来の国の政策の今申し上げたようなトップダウンの限界というのは、地域の医療機関の規模・機能の偏在、あるいは医療関係者の偏在、住民の高齢化率、疾病構造の差異というものがあるということがございます。

先ほど石川会長からもご紹介いただきましたけど、岡山の勉強ということで、詳しく勉強したわけではないんですが、せっかく岡山での話なので、データをちょっとご紹介させていただきます。岡山県の総病床数、これは全国の病床の偏在ということで10万人当たりの病床数を比べてみると、偏差値は56です。

また実はこれは岡山県内でも恐らく、それぞれの地域によって相当病床数に差があると、こういうこ

とになるわけです。

全国的に見ていただいても日本中相当大的な差がある。同様に病院勤務医の偏在というのもございます。岡山県の病院勤務医の全国的な偏差値は55になります。

総人口と75歳以上の人口の増減率、これは2010年から25年後の2035年を想定したものです。全国平均は59%、岡山県は41%、高齢化率は全国平均に対して、23%に対して25%となります。

実は、先ほど申し上げましたように岡山の中にもいろんな地域があります。例えば県南の東部には岡山大学がある。県南西部には、川崎医大と大学病院に匹敵する規模を持つ倉敷中央病院があります。また、岡山県内の中でも、少し過疎地というんですか高梁、新見、真庭、津山、英田、こういった山間部もあります。こういったところを横軸に総人口率、そして縦軸に75歳以上の増減率を見ると、同じ岡山県内であっても、人口自体は減ってくるけれども、高齢化が非常にこれから急速に進展してくる。これは都市部に多い。逆に総人口もうんと減ってくるけれども、高齢化率も減ってくるのはこの地域、地方になるということで、これは日医総研のワーキングペーパーのデータに基づいて、こういう分析をしているわけです。

実は、日本医師会、こういった地域の実情に応じた医療提供体制をつくっていかねばいけないと、やはりきちんとした実態把握に基づく、エビデンスに基づいた医療の提供体制の構築をしなければいけないということを申し上げています。

ここに在宅医療だけ、1つ取り上げているんですけど、これは社会保障国民会議の中で、会長のかわりに陪席ということで私が参加させていただいたときに、ちょっと触れさせていただいた意見です。例えば今、国は在宅医療、在宅医療と言っています。私の地域、東京の都市部23区になりますが、そもそもその自分の区内で在宅医療を提供している医療機関が何軒あって、そして何人の在宅医療を診ているか、こういった種類の在宅の患者さんを診ているかというデータは、医師会で実は持っていません。

これは、2025年に向かってますます高齢化して在宅医療が増えていく中で、それぞれの先生が一体どれほど在宅医療を取り組めるキャパシティーがあるのか。私も今はこんな仕事をしていますから、在宅医療の患者は1人か2人しか診てないんですけども、一番多いときは40人ぐらいの在宅医療の患者さんを診ていました。これから10年先、どれぐらい診られるかという、多分なかなか今以上に増やすことは難しいのではないかと考えています。

あるいは、新規の開業の先生たちが、これから在宅医療を積極的に行っていきたいと。そういうキャパシティーがこれからどれだけあるのか。地域の高齢化によって、私の区の中でどれだけの在宅医療のニーズが増えてくるかという、提供側と、あるいは必要とされる方たちの患者さんたち、住民の方たちのニーズのマッチングということ、その地域ごとにしっかりとやっていかない限り、幾ら口で在宅医療の推進だと言ってもうまく機能しないというふうに思っています。

それから、日本医師会が今申し上げているのは、かかりつけ医機能強化と地域医師会の役割ということです。

さて、日本医師会の中に地域医療情報システム、JMAPというものをホームページ上にアップしております。こういうものがあるということ、本当に恐縮ですけどご存じの先生、ちょっと手を挙げていただけますでしょうか。

ほとんどもう1%以下ですね。今申し上げたような、地域の事情というものについて、かなり詳細にデータを出しています。それは、施設情報だけではなくて、地域の情報ということで、例えばどれだけ高齢者がいるのか、小児の人口、高齢者の人口。それは現在だけではなくて将来推計も踏まえて出しています。

これ見ていただくと、本当にいろいろなページがあるので、1ページだけ岡山の例をお示ししたいと思います。

例えば病院、老人保健施設、それから療養、精神、結核、感染症等の病床の数、医師の数、看護師

特別講演 1

の数、国勢調査人口、将来推計人口ということで2010年から2035年まで、そして15歳未満人口から64歳までの人口、高齢者の人口も出てきます。都道府県別の全国集計のほか、二次医療圏別、市町村別の集計も可能になっています。検索をかけると全部出てくる。例えば集計項目の一つを医師数として、もう一つの項目を近い将来の推計人口を選んで2035年の将来の推計人口と対比していろいろなことを検討することができるわけです。もちろん完璧なデータではありませんけれども、今自分で医療を行っていただいている地域の状況が、市町村別で出てくるということになります。

今、地域包括ケアということで、国から都道府県、さらに市町村というところまで、医療、介護の提供体制というものがブレイクダウンして落ちてきています。その中で、県内単位での、先ほど冒頭申し上げたようなデータだけで議論していると、やはり緻密な体制というのはできないということです。是非とも活用をしていただいて、ご意見をいただいで、バージョンアップにつなげていきたいというふうに考えております。

次に、日本医師会かかりつけ医のことを申し上げます。

社会保障制度改革国民会議の報告書の中にございますようにかかりつけ医の役割が改めて重要になる。介護と医療のニーズをあわせ持つ高齢者を地域で見えていく。自宅だけではなくさまざまな施設で暮らしていけるようになるためにはかかりつけ医が大事だと。フリーアクセスの基本を守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点から、緩やかなゲートキーパー機能の導入が必要になる。

大病院の外来は紹介患者を中心として、一般的な外来受診はかかりつけ医に相談することを基本とするシステムの構築ということが、国の方向性として出されているわけです。

日本医師会のほうでかかりつけ医の機能というのは四病院団体協議会とで定義をしているんですが、その中身を見てみると、1つは診療の能力です。高

齢者が増えてくる。高齢者は1人で複数の疾病を持っている。多数の疾病を持っている高齢者をできるだけ1人の先生が診療、あるいは相談体制をもって、必要な医療についてはしっかりと専門医療につなげるというような、そういった診療能力が必要であらうということです。

診療とは別に地域で、私も実際診療所を運営して、患者さんを、地域の住民を診ている中で、診療だけではやはりないわけです。さまざまな社会的な機能がある。介護保険の意見書、各認定審査会に行く。あるいはさまざまな高齢者だけではなくて、お子様も含めて学校医であるとか、予防接種であるとか、検診業務であるとか、社会的な機能に対応できる能力も必要になる。こういった診療の能力と社会的な機能を持っている人がかかりつけ医であると。ただし、これは専門的な医療を行っておられるような先生も、社会的な機能を持っていたいていいる方も、それはかかりつけ医になる。これは決して、こういった能力を持っている人だけをかかりつけ医と言っているわけではない。ですから、これはイコールではないということになります。専門家の多い都市部では、総合的診療能力はネットワークの中で対応していくということも必要になってくると思っています。

切れ目のない医療・介護の提供につきましては、かかりつけ医が日常の診療、疾病の早期発見、重症化予防、適切な初期対応、専門医の紹介、症状改善後の受け入れを行う。そして、訪問看護、訪問介護、服薬指導、薬剤師等、さまざまな多職種との連携を行う。また、それを支えるのが地域の医師会であるというイメージです。

かかりつけ医は、それでは簡単にできてくるのかというと、そうではありません。今までは、私も含めて大病院にいて、専門性を持って開業したわけです。それで、このことはすごく大事なことで、小森先生、今日ここにいらっしゃいますけど、しっかりと専門性を柱として、地域でこのかかりつけ医になるということは非常に大事だと。私も麻酔科という極めて特殊な診療科にいて、自分としては集中

治療室にも10年ぐらいたったものですから、いろんな患者さんを診ていました。地域で開業しても何とかやっていけるんだらうという、非常に甘い考えの中で開業して、今まで来る中で本当に多くの患者さんを通して自分も勉強させていただいて、総合的な診療能力を身につけたというふうに思っております。これからはやはり医学部教育から生涯にわたってかかりつけ医としての機能を強化していく必要がある。医学部教育からの見直しが大事だろうと。知識偏重ではなく患者さん中心に、早期から患者さんと接して、これは学部から早い時期から患者さんと接する機会を設けてコミュニケーションスキルを身につける。実際の患者さんの疾病から基礎医学、臨床医学を学んでいく。いきなりこういう基礎医学から入るのではなくて、実際の患者さんの疾病を通してこういった教育をする。日常診療上よく診る。病態・疾患を中心に学ぶ。そして、医学部時代に一定の総合診療能力を一旦身につけるといえることが必要であろうということです。そのためには国家試験のあり方についても見直していかなければいけないし、研修制度、そして専門医養成、かかりつけ医教育ということです。

日本医師会としては、生涯教育制度を是非とも活用をしていく必要もあろうかと思えますし、私が、これは自分の思いが入っているわけですけど、開業するときに、一定の総合診療能力を身につける再研修が受けられれば非常にいいのではないかというふうに思っています。

こういったかかりつけ医機能を評価していきましようという話は、今診療報酬、中医協の中でも議論されていて、これから細部には詰められていくと思いますけれども、こういった評価を、人頭払い制度のような仕組みにつなげることは、日本医師会としては反対しています。

それから、住民に対する予防、保健、介護、福祉等に関する社会的な機能の評価もきちんとしていただかなければいけないのではないかと考えています。

こういったかかりつけ医を支える地域医師会の役

割というのは、これからますます重要になってくるというふうに考えています。かかりつけ医を支える役割としての地域医師会の機能、そして多職種連携のコーディネーション、病診連携のコーディネーション。これは例えば、いろいろな多職種が地域の中で、意見交換をしましょうと言ったときに、地元でもそうなのですが、医師会が訪問看護ステーションを持っています。その訪問看護ステーションが今区内に30あるのですけれども、それを集めて意見交換をやりようといったときに、何であなたのところから呼ばなくてはならないのという苦情が来ました。しかしながら、医師会が訪問看護の皆さん、全部集まって意見交換をしましょうと、あるいは介護の方たちも加わってください、ケアマネジャーも加わってくださいという形で声をかけると、皆さん集まっていただけ。行政も参加していただける。やはり地域の中で多職種をコーディネートする役割というのは、地域の医師会にある。それから、病診連携コーディネーション、例えば高齢者に対してかかりつけ医と専門医の二人主治医制というのをとおられるようなところが、全国を見ると見受けられます。日常診療と、あるいは予防接種や健診など健康維持はかかりつけ医が行って、専門医は1年に1度のような定期的な専門的評価を行う。こういった病診連携のコーディネーションも、個人の先生が、個人の病院の先生との一対一の連携の中でこういうことを構築するということではなくて、地域の医師会がこういうことの仕組みをつくっていかなければなかなかうまく進まない、面として広がらないというふうに思います。

あるいは、在宅医療の調整や初期救急、休日・夜間診療の運営ということも、医師会の役割だというふうに思っています。

よく行政の絵に出てくる今後の地域包括ケア、医療・介護の提供体制とまちづくりは厚労省のつくっているものとよく似ているんですけど、よく見ると1点違っているのは、地域医師会というところです。残念ながら厚労省のポンチ絵には、地域医師会という言葉が出てきません。地域医師会の役割は大

特別講演 1

大変大事ですので、是非ともご協力くださいと言っても、実際にこの絵がその地域までおりてきたときに、そこに医師会という言葉がなければ、どうしてもその存在そのものが重きを置かれないという傾向にあります。したがって、もちろん全ての中心というのは患者にあり、これは提供体制なのでこういう絵になっているわけですけど、やはり医師会の役割というのは非常に大きいですよ。地域包括支援センターがこれから地域包括ケアの中で大変大きな役割を担っていく。そういうところと医師会が協働する、あるいは地域医師会こそがこの地域包括支援センターを運営していくというような意味で、地域医師会のこれからの医療・介護の提供体制、地域包括ケアの中の役割というものは非常に大きくなるということで、この絵をかかせていただいています。

医師会を中心とした専門医、多職種連携の推進ですが、私は日本医師会の中で糖尿病対策を担当しています。今糖尿病対策推進会議というのが設けられていて、国レベルでやって、そして都道府県レベルでもつくっていただいています。それで、この会議は本当にほとんど全ての職種が入っていただいています。したがって、こういう形で既に仕組みはできているので、あとはそれぞれ地域でどう機能させていただくかということでもありますけれども、1つの医療連携の非常によいモデルになるというふうに思っています。一般の糖尿病のように今日本の中で物すごく数が増えている疾病、どこでも当たり前のように、どの先生も何科の先生であっても糖尿病の患者さんを診るという世の中の状況の中で、かかりつけ医の医師と、例えば眼科などの専門診療科、そして病院の糖尿病専門医との連携、さまざまなコメディカルが入っていただく。こういった仕組みというものをどれだけきちんと地域医師会が構築しているかということでもあります。

次の文言は、ちょっとこれは日医というよりも、先ほど申し上げた社会保障国民会議の中で出た意見の中で、こういうことをちょっと私が申し上げてしまったので書いてあります。非常に過激な話なので、余りにしないでいただきたいんですが、強制

配置みたいな話が国民会議で出たときに、そもそも昔医師会がそれぞれの地域で、この科の先生はもうこの地域には要らないですよというようなお話をした時期に、任意加入である団体がそういった医師の配置等について言うのは独占禁止法の違反になるというようなお話で、それはできなくなっている。したがって、きちんとこういった今の診療科、あるいは医師の偏在解消策として、例えば保険診療を行う医師は、地域医師会あるいはその都道府県医師会に加入することを要件にして、その中できちんと医師会、そして行政、住民等が話し合っ、それぞれの地域にどういった医療機能が必要かというようなことも検討がされてもいいのではないかなというようなことを申し上げたので、こういう役割について、地域医師会は将来的にはこういうことも行っていくというようなこともあり得るのかなということで、ちょっと書かせていただきました。

また、医師会の自浄作用の強化や生涯教育、開業前教育の強化ということは、地域医師会の担う機能の一つだというふうに思っています。

さまざまな医療界が直面する課題を解決するためには、本当に勤務医の先生たちが医師会に加入を是非していただいて、医師会の中で活動していただければ本当にありがたいということで、平成24年・25年度の日本医師会勤務医委員会の会長諮問は、「勤務医の組織率向上に向けた具体的な方策」ということです。今日勤務医委員会の先生にもご参加いただいているわけですが、泉委員長先生、望月副委員長先生初め多くの先生方に、本当にお忙しい中、ご検討をいただいているという状況にあります。

これについては、後ほど泉先生のほうからご報告をいただけるというふうに思っております。

こういった委員会としての取り組みとは別に、日本医師会として組織強化に向けて具体的な検討をしていこうということで、日本医師会の勤務医担当理事連絡協議会でお話し申し上げました。組織強化、多くの先生に、これは勤務医に限らず開業医も含めてそうなんですが、加入していただくためにどう

いったことが大事なのか、そもそもどういう方向性で何をを目指すかということが決まらなと議論が錯綜するということで、こういった整理をして、今会内で担当役員と事務局の中で、いろいろな検討をさせていただいています。非常に任意度が高いものから強制度が高いものまで、様々な取り組みがあるわけです。そもそもメリット論の話から始まりまして、法的な根拠を持つ強制加入組織への改組というような話まで、段階がいろいろあります。どういうところで組織強化を図るかという、日医としての方向性を来年の、今の執行部中に一応方向性についてはある程度決めて、方向性が決まった後は、多くの都道府県医師会の役員、あるいは関係者等にも入っていただきながら、その取り組みも進めていきたいというふうに思っています。

この組織力強化に向けた検討事項の実現の可能性と効果予測ということで、今申し上げたいいろいろな各段階を、実現の可能性あるいは準備期間、定款あるいは法改正の必要性ですね。それからアウトカムまでの予測というような分類をして、検討をさせていただいています。

次に、日本医師会の勤務医支援の方針と具体的な取り組みの方策ということで、これは日本医師会だけではなくて、今後の国の方向性も含めてお話をさせていただきたいと思います。

日本医師会としては、とにかく勤務医の先生たちの労働環境の改善というのは非常に重要であると。もちろんお金を増やせ、医者を増やせということとは、一番根本に当然あるわけで、そのことの努力をしないということではありませんけれども、今ある、今できる仕組みをきちんと機能させることで着実に実行する視点も重要ではないかということで、産業保健や女性医師支援、あるいは医療連携の中の取り組みということで、何ができるかということを進めているところです。

日本医師会の中では勤務医に係る委員会ということで、さまざまな委員会を開催させていただいています。

委員会がたくさんあれば何か機能するという話で

もないので、いかに有機的に機能させるかという話と、それぞれの委員会で決まったことをいかに実行というか、実現させるかという視点のほうが大事だというふうに思っております。私も平成20年に産業保健の立場から、勤務医の先生方の健康支援について、これは外国では医師会が医師、これは勤務医に限らず医師の健康支援は医師会の仕事だということで、いろいろな取り組みをされているということで、そもそも医師が健康でなければ国民に安全・安心な医療は提供できないという視点で、いかに勤務医の先生たちが健康に働いていただけるかというための「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会」を立ち上げて、さまざまな検討をさせていただきました。

このことをあえてここでご紹介申し上げますのは、これからの国の方向性の中で、これらの委員会の取り組みというものが取り入れられて、相当に大きな動きが出てくるからです。こういう方向にあるんだというご理解と、県医師会が県と連携をして取り組みをしていただくという必要性があるので、お願いをさせていただきたいということでお話を申し上げます。

この協議会で出された「愛媛宣言」であります。勤務医としての仕事と生活の調和がとれる労働環境の整備、女性医師の能力を発揮する労働環境の推進、そして医療の不確実性があるということで勤務医を守るための制度の整備、それからそれぞれの地域において、医師会と協働したさまざまな、先ほど申し上げた統計のさまざまな角度から検討と把握。まさしくここに書かれている、そのエビデンスに基づいて検討してくださいということであります。

実は、この「愛媛宣言」というのは、厚生労働省が新たな取り組みをしている説明の文書にそのまま入っています。つまりこの協議会が出される宣言というのは、単に自分たちがここで出してここで自己完結して終わっているのではなくて、きちんと国の政策の中に反映されるような状況になっているということをご理解をいただければと思います。した

特別講演 1

がって、「岡山宣言」についても、大変大きな意味があるというふうに思っています。

話を戻させていただいて、この勤務医の健康支援と労働環境ということで、ここで何をやってきたかという、健康の現状です。働き方のアンケートというのは数多くありますが、健康の現状を調べました。1万人を調べて、有効回答率40%です。このことについても、今まで何度もお話ししていますが、本当にメンタルを含めて、心身の不調を訴える先生が非常に多かった。結構衝撃的なデータだったと思います。

いろいろなリーフレットもつくりました。健康相談も行いました。これは何かやりましたという感じになっているのですが、より実効性の高いものとして、職場改善ワークショップ研修会を都道府県医師会あるいは学会等で開いていただきました。この輪をどんどん今広げています。

さらに、今行っているのは、勤務医の労働時間のガイドラインの検討ということで、「勤務医の労務管理に関する分析・改善ツール～勤務医の健康支援を目指して～」というものをつくりました。

私は日医の産業保健担当役員になったときに、「産業保健で最も遅れているのは医療現場じゃないですか。医師がみんな産業医になって、何万人も産業医がいるのに、一番産業保健から取り残されているのは、医療現場だから、何とかその医療現場で産業保健の仕組みをうんと強化して、働く環境を改善できないのか」という話を申し上げたら、当時はちょっと待てと。医師会の会員は経営者もいっぱいいるんだと。労働者たる勤務医の先生たちのことばかり言っていると、これは病院経営にも関わることだから、おまえは口走るなという話ですね。

その当時はそういう話すら外に向かって日医がやるということではできなかった。しかしながら今は、こういった相当踏み込んだ話まで日本医師会が提言できる状況になってきているということで、世の中も変わってきているし、日本医師会そのものもいろいろな変わり方をしているというご理解をいただければと思います。

この分析・改善ツールで大事なことは、法令の遵守を目的としているわけではないということです。ですけど、日本は法治国家ですから、少なくともこういう法律があるんですよということを知らないで医療を行うということは、これはまずいでしょう。よく労働基準監督署が現場の医療機関に行ったときに、いろいろな追徴のお金を払わされたり、指導を受けるところで、厚生省と労働省が一緒になっているのに、厳しい医療がわかっている厚生省と取り締まりの官庁の労働省が一緒になって、相矛盾していることをやるのはおかしいと、こういう話が当然あるわけです。しかし、監督署あるいは基準局の話を聞くと、何でも取り締まりをしているつもりは全くないんですと。だけれども、最低限の法律があることを知らないで病院の管理者が病院の運営をしているのは、さすがにそれはまずいんじゃないですかと。一生懸命努力していると、こういうことをやらなければいけないんだけど、現状がなかなか厳しいから、一生懸命努力しているけどできないんですと言っているようなところまで無用に取り締まるつもりはありませんと、こういうふうにおっしゃっておられます。したがって私たちは、まずは自分たちの病院がどういう状況にあるのか。法律はこういう状況であると、自分たちの状況はこうなんだということを把握していただいた上で、まず自らの病院で何ができるかを考えていただきたいということで、こういうことに取り組んだということです。

厚生労働省は、医療分野の「雇用の質」向上プロジェクトチームの報告を受けて、この中にこのツールを活用するということになっています。

ツールについて簡単にご紹介しておきますけれども、7つの分野にわたって、なるべく現場で簡単にできるようにということで、全部で35のチェック項目を設けて、まず自分の医療機関の現状を把握していただく。そして、病院そのものが自分たちの病院を働きやすい雇用環境がいい形、なるべくお医者さん、看護師さんがやめない、定着していただけるような組織づくりをしましょうということで、トップが表明していただいて、組織をつくって計画をつ

くっていただく。そして、それが本当にうまくいったかどうかをPDCAサイクルで見ますと、こういう仕組みになっています。

この労務管理のチェックリストについては、労働時間管理に関する勤務医への周知、労働時間の適正把握、労働時間・休憩・休日の取り扱い、時間外・休日労働協定、割り増し賃金、勤務医の衛生管理、健康支援、女性の勤務医の就労支援と、この7つの項目について、1つの項目について5つずつチェックが入っています。

例えば「労働時間管理に関する勤務医への周知」で、就業規則を作成して職員に周知していますかという項目があります。はい、いいえ、わからない。これは周知することになっています。なっていることがわからないとか、いいえという、それはちょっとまずいので、周知はしてくださいと、こういう話です。

それから明示義務。労働条件は全ての職員に対して明示をしていますかと。雇入れの際には、使用者は職員に対して賃金、労働時間などの労働条件を必ず明示しなければならないと、こういうことになっている。だから、そもそもやるべきことができるかどうか。書面交付、労使協定の周知、勤務表の周知と、こういうことがあります。

それから、6番目の勤務医の衛生管理、健康支援については、衛生管理者、産業医を選任しているかどうか、そして安全衛生管理体制では、衛生委員会が月1回以上開催されているかどうかということもあります。

それから、女性勤務医の就労支援については、妊産婦の時間外労働、それから女性勤務医から請求があった場合には当直・日直勤務を免除しているかどうか。産前産後休業についての処遇についても決まっています。

これとは別に、もともと厚生労働省の中で看護師の勤務環境の改善ということで、医政局、労働基準局、職業安定局、保険局、雇用均等・児童家庭局、こういうものが全部集まって、看護師のいわゆる就労環境について改善を図るためのチームというもの

ができました。そのときに、病院団体や日本医師会は、看護師のことも大事だけれども、医師もそれは非常に厳しい環境で働いているので、そのことをきちんと取り上げてほしいということで、今は医療機関で働く全ての人の雇用の質の向上マネジメントシステムということになっている。その中で日本医師会の勤務環境改善のための検討成果との連携ということが明示をされていて、先ほどのチェックリスト等も活用すると、こういう話になってきているわけです。

ここからが、お願いと今の現状になっているということです。これは実は平成26年、ですから来年は補助事業として都道府県の中に県1カ所、医療勤務環境改善支援センター（仮称）というものを設置してもらうということになっています。これは平成26年度です。予算は全部で800万ですが、労働基準局から100%、10分の10お金が出ます。医政局から県に対して2分の1ということで、400万の2分の1の200万が出ます。したがって、県が200万予算化すると、この事業ができる。

ここで何をするかというと、これはお金の出どころは別々なんですけれども、このセンターが社会保険労務士や医業経営コンサルタントなどを、依頼のあった病院に無料で派遣して、さまざまな病院の改善のための取り組みを支援してくれるというものです。当初これは、労働基準監督署に置くという話でした。私のほうから労働基準監督署に置いたら、必ずそれは取り締まりのための仕組みに使うんだらうということで、あらぬ反発を招くことになる。だから、民間にやらせてほしいという話になりました。したがって、この医療勤務環境改善支援センターというのは、都道府県が実施をしてもいいのですが、都道府県から県内の医療団体、これは医師会や看護協会や病院団体、どこでも手を挙げたら受けられることになっています。ですから、是非これは医師会で実施をしていただきたいと思います。

なぜかという、平成26年は予算事業ですが、平成27年度、社会保障審議会医療部会でも出ていますが、医療法の改正になります。医療法の改正になる

特別講演 1

と、平成27年から法律の中で各都道府県の中でこのセンターを設置するということになります。したがって、今予算事業の間は、うちの県はやりたくないからやらないという話は、当然あり得るわけですが、平成27年から法律に明記されるということになれば、やはりこれは行政としてはやらざるを得ないということになります。したがって、これは県内の医療機関の働きやすさ、雇用の環境を改善するためには、県がこの事業に手を挙げるべきだということを働きかけていただきたいと思います。1年間だけは予算事業になりますが、その次からは医療法に位置づけられる事業ということになるということになります。

もう一つ大事なことは、これは具体的に何をやるかということ、先ほど申し上げたような医療関係団体、社会保険労務士、コンサルタントが病院に行って、労務管理のアドバイス、医療経営のアドバイス、診療報酬。実は診療報酬の中に、勤務医の働き方の環境改善のために、本当にさまざまな点数がいっぱいついています。勤務環境の改善という計画を厚生局に提出することによって、その点数が認められているというものがあわけです。そういうことをどこまで活用されているかというのを、病院ごとによく理解していただき、きちんとした取り組みをすることによって病院経営が改善する。そして、病院経営がよくなることによって、待遇が改善し、働いている人たちの定着率が高まるという、こういう構図になるわけです。こういった診療報酬や組織マネジメントについてもアドバイスをしてもらえという仕組みになります。

もう一つ大事なことは、そんなことを言ったら、そもそも医師不足なんだから、中でできることは限界があるでしょうと。看護師不足なんだから限界があるでしょうと、こういう話になります。これは、実は今回の医療法の改正の中で、キャリア形成支援と医師の地域偏在、診療科偏在の解消等のために、都道府県の中に地域医療支援センターを設けるということもあわせて出てきます。これは、例えばこの地域医療支援センター機能は、公益法人等にも

委託する、ですから医師会も入るわけです。都道府県医師会が地域医療支援センターと医療勤務環境改善支援センターを同時に持つことによって何が起るかということ、例えばある病院から、うちの病院は非常に厳しい環境にあるから、ちょっと見てくれないかといったときに、いろいろな工夫をしたと、診療報酬のことも検討した、そして労務管理もいろいろやってみたと。だけど、どうしてもここは医師が1人いないと、やはり機能しないんだということがわかる。そうすると、同じ県内にある、県の医師会が設けている地域医療支援センターというのは医師派遣の機能を持つというセンターでありますから、ではこの病院に医師を1人優先的に派遣しましょうということが可能になる。つまり単純に大変大変だと言っているだけではなくて、その解消する機能を2つの視点で持てる。この環境改善と地域医療支援センターというものを同時に持つことによってできる。ですから私は県医師会が今こういう方向にあるということをご理解いただいて、積極的にご検討いただければありがたいというふうに思っているところです。

ここにありますように、医療勤務環境改善支援センターと地域医療支援センターということです。積極的な関与していただいて、一体的な改善についてご尽力をいただければと思います。

時間も限られていますので、簡単に申し上げます。これは、勤務医の先生に医師会の活動に入っていただくためには、今ここにお見えのような立派な勤務医の先生ばかりではなくて、本当に研修医から支援していこうと。昨日も小森先生等が岡山県内の研修医のための会を持って、意見交換をいたしました。これは実は岡山県医師会の先生からのご提案で、もっと研修医を支援しろという話があって、その中でこういうものを今つくらせていただいています。日本医師会の臨床研修医支援ネットワークです。登録するだけで本当にさまざまな日本医師会のサービスを提供しますということです。

ただ、今日日本医師会には研修医の有料会員もありますので、ここは整理をして、研修医については本

当に費用もなく、会費もなく、全員会員になっていただくというような方策等についても、ご提言をいただいているところなので、前向きに検討していきたいというふうに思っています。

これは岡山県医師会の研修医会員登録制度ということです。入会金・年会費無料です。岡山県医師会独自にこうやっていただいている。また、日本医師会臨床研修医支援ネットワークへの登録者数が125名というのは、全国の都道府県医師会の中で1番です。一番登録者数が多い県医師会です。本当に岡山県医師会、一生懸命取り組んでいただいていることに改めて御礼申し上げたいと思います。

それから、これもよく知っていただいていると思いますが、医学生向けの無料情報誌「ドクターゼ」、年間4回発行しています。これについても当初は、なかなか周知が十分でなかったんですが、最近は多くの県医師会のほうで、大学の講義等でお話をしていただいたり、さまざまな形で全ての学生に、この雑誌が配られるということでお取り組みをいただいています。本当にこれは時間をかけて、内容も充実しているものですので、是非ともご活用いただければというふうに思っています。

それから、最後になりますけれども、女性医師に対する支援ということで、女性医師バンク、今こういった実情、現状にあります。

それから、「女性医師の勤務環境の整備に関する病院長、病院開設者・管理者等への講習会」というものも開催させていただいています。これは3年間で81回開催して、一旦休止になっておりましたけれども、またこれを再開をしているという状況にあります。

また、若い女性医師、医学生の働きかけということで、特にキャリアモデルの提示等、「医学生、研修医等をサポートするための会」、女性医師のキャリア支援のDVD、多分ここにお集まりの先生方のこの中で、このDVDを直接ご覧になった方はどのぐらいいらっしゃるかわかりませんが、是非ともご活用いただければと思います。

また、「女性医師の多様な働き方を支援する」と

いう冊子も、大変よくできています。是非とも1度、まだご覧になってない先生がいらっしゃれば見ていただければと思っています。

大変長くなりましたけれども、何のために医師会が組織を強化するのかと。これは医療環境、国民によい医療を提供するためには、医師会がやはりいろんな形で組織が強化されなければならない。あるいは、お医者さんが働きやすい環境をつくっていくと、それを実現するためにも全ての医師の意見が反映する仕組みが必要だということで、組織強化ということを行っています。言葉だけがひとり歩きすると大変誤解を招きそうな感じなんですけれども、そこはよくご理解いただいて、そして勤務医の支援については、今できることを一歩ずつ着実に実行ということを申し上げております。

先ほど申し上げたような、国の新たな施策もございます。日本医師会も努力をしてみたいと思いますが、是非とも、都道府県医師会においても、先ほどのような取り組みについてかかわっていただくことをご検討いただくことをお願い申し上げまして、結びとさせていただきます。

長時間にわたって、ご清聴ありがとうございました。

(石川座長)

詳しく、しかも内容が濃く、丁寧なご講演有難うございました。

時間の都合上、十分な謝辞を尽くせませんが、岡山県の地域医療再興力の評価に始まりまして、午後からのパネルディスカッション、フォーラムに対する基調講演とも云うべき有益なご講演、多々ご示唆も頂きまして誠に有難うございました。

オールマイティな先生の今後の益々のご活躍とわれわれへのご指導をお願い致しまして御礼の挨拶に替えさせていただきます。

「日本の医療をめぐる課題：チーム医療を中心に」

講師：自治医科大学 学長 永 井 良 三

座長：岡山県医師会副会長 清 水 信 義

座 長

岡山県医師会副会長

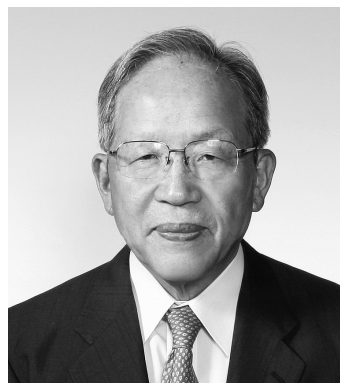
清 水 信 義

それでは、早速特別講演の2を拝聴したいと思います。

永井良三先生、自治医科大学の学長でございますけど、そのご経歴につきましては、抄録のところに詳しく記載してございますので、省略させていただきます。

ただ、東京大学の大学病院の病院長をされていたとき、大変東京大学の大学病院を改革されたということで有名な先生でございます。その後、自治医科大学に行かれましては、今厚労省、政府のいろいろな審議会や委員会のほとんどの座長、委員長をなさっています。医療関係の審議会、委員会のことをよくご存じだということで、今回「日本の医療をめぐる課題－チーム医療を中心に」ということでご講演をいただくことにいたしました。

永井先生、ご紹介を手短にさせていただきますけど、よろしくお願いいたします。



講 師

自治医科大学 学長

永 井 良 三

ご紹介ありがとうございました。また、本日、この勤務医部会連絡協議会にお招きいただきまして、まことにありがとうございます。既に今村先生から、日本の医療全体をめぐる課題についてご紹介いただきましたので、私はチーム医療を中心にお話をしたいと思います。

勤務医が多忙で労働環境が悪いということは、よく知られていますが、背景には、高齢化と医療技術の進歩があります。少し古いデータですが、1996年から2005年の間に全身麻酔が12万件から16万件、悪性腫瘍の手術が3万件から3万6,000、腹腔鏡下の手術が6,000から1万2,000件、さらに内視鏡下の手術、経皮的経管冠動脈形成術等、大きく状況が変わっています。

そうした中で、勤務医の時間外労働が問題視されています。例えば、当直は、電話をとるまでで、診療したらそれは夜勤であるといわれています。今年の2月の最高裁判決で、現在の当直は時間外労働であるという判断がされました。

日本の医療提供体制は、広く薄く配置されています。とくにベッド数が諸外国に比べて多く、在院日数が長い。日本の事情に応じた医療提供体制の構築が求められます。しかし、それはアメリカやヨーロッパと同じにするわけではありません。

特に高度急性期医療に、十分な医療資源の投入がされていません。どのように高度急性期、急性期、回復期、慢性期と分担していくのか、真剣に考えないといけない状況です。

岡山県でも少し山間部では連携する病院もないという状況です。機能分担と連携の推進は大都会での議論であるということを認識する必要があります。県の2番目、3番目の町では、急性期から慢性期、さらに介護まで一体化した運営をしていかないといけない。

機能分担と連携は最終的な形であって、これを制



御するシステムが必要です。いろいろな要因が絡みますので、そのプロセスをどうするかが大事です。しかしそれはまだ見えていません。

医療機関が機能分担した場合、患者は病院を移動しなければなりません。本当に患者が納得して移動するかどうか、患者にとってもインセンティブが必要です。

平成25年夏の社会保障改革国民会議の報告書にも書かれていますが、日本の医療問題の特徴は、アメリカのような市場原理でもなく、ヨーロッパのような政府主導の体制でもない。ヨーロッパの病院はほとんど公的ですので、政府の強制力が働きやすい。

日本の公的病院はベッド数で22%、病院数で14%です。このため厚労省の通知一本で動くわけではありません。つまり、日本の医療は、アメリカ型でもヨーロッパ型でもないことを、共通認識として持つておかないといけない。日本は互助の国ですから、日本の制度の中で、共存共栄が可能な制度を模索する必要があります。大事なものは、お互いの立場を尊重して、時間がかかっても膝をつき合わせて、相談しながら解決していくことです。

これがうまくいかない場合ですが、ほとんどの方は市場原理を否定していますから、結局政府の強制力が強くなると思います。したがって医療者の自律性が、次第に侵食されるのではないかと懸念されます。

ただ、共存共栄と言っても、困難があります。特に病床の機能分担と連携は、地域によって事情が異なります。それぞれの地域のさまざまな立場の医療者、住民、行政が一緒になって考えていかないと方向が見えません。

地域医療ビジョンの策定も、当然重要です。ビジョンがしっかりできたところに、基金が配分されます。こうした大きな変革の中で、今日のテーマの医療職種の職務見直しが取り上げられています。

医師が足りないことは事実です。もっと医師数を増やすべきだと思います。しかし、気をつけないといけないのは、医師数を増やせば医師不足が解決するかという問題です。例えば、アメリカに比べて外科医数は1.3倍、脳外科医が約4倍、心臓外科医が3倍、整形外科医が1.7倍です。医師1人当たりの手術件数は、胸部外科医は3分の1、脳外科医は25分の1です。外科医を支えるシステムに問題があるのではないかと考えられます。

東大の脳外科の先生の調査ですと、専門医を取得後、大体25年ぐらいで半分の方は月に1件以下の手術数となります。若いときと異なり、ある年齢に達すると手術はさほど行っていないようです。果たして人材育成のシステムとして適当なのかを考える必要があります。

現場の医師はピラミッド型の年齢構成になっています。若い医師は、周術期の管理に追われています。これを担当する医療者を補強すれば、人材の有効活用やキャリア形成が可能になります。

チーム医療は医療現場の分担と連携の話でもあります。チーム医療ができていないと、若い勤務医がすべての仕事を担当しないといけないという状況になります。しかし、一つ一つの行為の責任と権限をある程度明確にしないと、チーム医療はできません。保助看法に規定される看護師の職務ですが、第5条に「療養上の世話と診療の補助」とされています。この「診療の補助」の位置づけを明確にしなければなりません。

歴史的経緯から、日本の看護師業務は「療養上の世話」に重点が置かれていたように思われます。古

くは静脈注射の問題がありました。昭和26年の旧厚生省事務局長通知では、静脈注射は看護婦の業務の範囲外であるとされています。しかし、現場では実践されていました。大学病院では、静脈採血も看護師の仕事ではないと言われた医師は多いと思います。ところが平成14年、厚労省の医政局通知で、静脈注射は「診療の補助行為」として取り扱うことになりました。通知一本で変わるので、現場の実情を常に訴えていくということが重要です。

保助看法37条には、「保健師、助産師、看護師又は准看護師は、主治の医師又は歯科医師の指示があった場合を除くほか、診療機械を使用し、医薬品を授与し、医薬品について指示をしその他医師又は歯科医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずるおそれのある行為をしてはならない。ただし、臨時応急の手当をし、又は助産師がへその緒を切り、浣腸を施し、その他助産師の業務に当然に付随する行為をする場合は、この限りでない」とあります。「主治医の医師または歯科医師の指示があった場合を除く」という点に曖昧さがあります。いずれにしても、医師の指示が診療の補助行為の前提になります。看護師が全く独立して診療の補助をすることはできないということ、これは今後も変わらないと思いますし、チーム医療の議論の前提になります。

一方、医師法17条には、「医師でなければ医業をなしてはならない」とあり、医師以外の医行為を禁止しています。しかしながら現実には、医行為とは何かが明らかではありません。先ほどの静脈注射のように時代とともに変化します。現実には医行為にはグレーゾーンが存在します。またそれがないと地域医療は成り立たない状況があります。

米国のようにすべきとは思いますが、参考にはなります。例えば、米国の地域医療ではオステオパシストという医師が4万人以上いるそうです。フィジシャンアシスタント（PA）やナースプラクティショナー（NP）がかなり広範囲の、いわゆる医行為を行っています。コロンビア大学メディカルセンター心臓外科では外科医が6人、フェローが5人、PAが30人で、年間の心臓手術症例数が1,500件で

特別講演 2

す。日本の大学病院の心臓外科の師数はほぼ同様ですが、300から400件の手術数です。米国の医療は市場原理ですから背景が大きく異なりますので、気をつけないといけませんが、日本でも外科医の役割の一部を他の職種が担うという仕組みは考えていかなければなりません。

PAとNPについては、カリフォルニア州で調査したことがあります。PA制度は、医師の監督・指示のもとに手術助手などを担当します。大学院レベルの教育であり、教育を受けるのに出身学部は問わないようです。修士課程を経て、医科大学及び連携病院で約26カ月の課程があります。1,000時間の講義、ローテーションが2,000時間ということです。さらに、2年ごとの生涯教育を受け、6年ごとに再試験があります。先ほどのコロンビア大学に留学した方の話を聞きますと、術前検査の確認、サマリー、同意書の取得、開胸や閉胸、バイパス用の下肢静脈の内視鏡的採取、胸腔ドレーンの挿入、ドナーの心臓摘出など、かなり踏み込んだ行為を行っているとのこと。これは日本ではとても無理と思いますが、こうした状況を知っておく必要があります。

ナースプラクティショナー (NP) も医師の監督のもとに医療行為を行うライセンスされた医療専門職です。PAと同じように州法や病院ごとの規則があり、看護系大学院で教育を受けます。PAは医師の指導の下で仕事をしますが、NPは看護師の指導を受けることが多いようでした。またNPは、主に看護師資格者が原則2年間、フルタイムでなければ3年間のNP修士大学院での教育を受けます。講義が約500時間、専門的な教育と病院でのローテーションが500から700時間です。さらに、5年に1回の免許更新と150単位の生涯教育、また勤務実績の証明が必要ですが、更新試験はないということでした。

こうしたことを背景にして、チーム医療の推進に関する検討会が、平成21年8月から約10カ月間、合計11回開催され、特定看護師という制度の新設を提案しました。

現在は、特定看護師という名称は看護師の新たな

資格創設になるということで、これを用いず、国家資格も創設しないことになりました。そこで議論は特定行為の内容と研修制度の構築に移りました。チーム医療の推進のためには、各医療スタッフの専門性の向上と役割拡大、連携補完の推進が必要であり、そのための法的整備が求められます。看護師が自主的に判断し、実施可能な行為の拡大が必要ということです。

実は、従来もこれらの医療行為は診療の補助の範囲内で行われていたのですが、中には明らかに法的に微妙な行為が多数含まれていました。これまでの解釈は、医師の具体的指示のなかで行われていたということで理解されていますが、医師がつききりであればできない行為です。今回議論されているのは、チーム医療の中で、包括的指示という新しい概念で医師が指示をする点です。指示のあり方以外にも、看護師が受けるべき教育については大きな問題です。またそうした教育を受けない場合は、具体的指示で従来どおりに実施することとなり、やや複雑になります。これについてはさらに議論される予定です。

米国のNPは、相当程度、自立して診療行為を行いますので、当初案の特定看護師とは異なる概念です。米国と同様のシステムを直ちに導入するのは余りにも急ぎ過ぎですから、NP制度については今回のチーム医療の議論には含まれないことになりました。

看護師以外の医療スタッフ、すなわち薬剤師、助産師、リハビリ関係職種、管理栄養士、医療クラーク、介護職員、それぞれにいろいろな課題を抱えています。看護師については保助看法で診療の補助が明記されているのですが、他の職種については、職務内容はかなり限定的です。それでも安全を優先しつつ、職務の拡大を考えることは重要です。

認定のあり方も議論が必要です。誰が認定するか、届出は学会、看護協会、医師会、厚労省などの案がありましたが、厚労省への届け出で進んでいます。

法改正が不要な静脈注射のような例はたくさんあ

り、平成22年に若干の拡大が行われました。例えば薬剤師による積極的な処方提案、薬学的な管理、血中濃度のモニタリングに基づく薬剤の変更提案、プロトコルに基づく薬剤の変更提案、臨床工学技士による喀痰の吸引、動脈留置カテーテルからの採血、リハビリテーション関係職種による喀痰吸引などについては、すでに通知により緩和されています。メディカルソーシャルワーカーや医療クラークについても積極的なチーム医療への参加が検討されています。

診療放射線技師による造影剤の血管内投与に関する業務、あるいは下部消化管検査に関する業務などは法改正が必要になるということで、慎重に議論されています。

現在、現場で困っている問題は、検診車における放射線撮影です。全国で千台以上が日々稼働しているといわれていますが、医師が同乗しないとけないことになっています。検査技師のみで撮影をすると違法ということで、多くの県で検診業務が滞っています。これについては、緩和を求める声が多くあります。しかし法律改正が必要ですので、まず実態調査や調査研究をした上で検討することになりました。現在、厚労省の研究班が調査しており、その結論を得てから、改めて議論される予定です。

そうした状況の中で、平成24年度から特定能力養成調査試行事業が、看護系大学や国立病院機構等で始まりました。2年課程の調査試行事業だけでなく、短期の課程もあります。修了生は、医療現場における業務試行事業のもとに、幾つかの病院で実務についています。

九州大学の富永隆治先生からいただいたスライドを紹介いたします。これは厚生労働省の調査研究班「新しいチーム医療体制確立のためのメディカルスタッフの現状と連携に関する包括的調査研究班」(班長田林暁一先生)が福岡県日本医師会会員を対象として「医療の分業化」に関するアンケートを平成23年に実施した結果です。まだ特定看護師の概念がはっきり定まっていない時点での調査ですので、結果を文言どおりに受けとめることは難しいと思いま

すが、特定診療師が医師の監視のもと、医師と連絡をとりながら医療行為を行うことについて、福岡県医師会A会員の賛成は44%、B会員は60%でした。手術の際に、特定診療師が助手を務めることについても、半数近くの医師が賛成です。術前の手術説明については賛成がやや少なく、反対が多くありました。術後管理は半数が賛成でした。このように、現場では積極的な意見が多いという結果でした。無論、調査を行う地区やアンケートのとり方によって結果は異なると思いますが、大変参考になるデータです。看護師の単独関与を認めているわけではないが、医師と看護師の中間職種の導入には賛成である、簡単な行為については容認する、患者への説明は医師が行うというまとめでした。

平成24年には社会保障・税の一体改革大綱がまとめられ、病床機能の分化、在宅医療の推進、医師確保対策、チーム医療の推進、高度な知識判断が必要な一定の行為を行う看護師の能力を認証する仕組みの導入などが謳われました。問題は、医行為の定義と現実の医療現場の状況です。医行為には、絶対的な医行為から一般の医療行為の間に、ボーダーゾーンがあります。地域医療の現場で看護師が行っている仕事の中には、多くのグレーゾーンに入る行為があります。これを整理し、あり方や教育研修のシステムを考える必要があります。そうした行為には技術的な難易度と判断の難易度がありますが、簡単に整理できるわけではありません。

現実の状況も調査されました。厚労省研究班と日本医師会が調査し、多少数字は違いますが、傾向は同一です。医師の回答によると、動脈ラインの確保は、研究班調査では2%、医師会の調査でも3%程度の看護師が行っていました。インターベンションの動脈穿刺、動脈穿刺による採血、あるいは胸腔ドレーンの抜去なども看護師により行われています。何らかの教育は受けていると思いますが、それが適切なかわかりません。僻地へ行くと看護師からいろいろ教えてもらいます。その看護師の技術は以前勤務していた医師から教えられ、適切な技術や考え方が伝えられているかわかりません。そのため、標

特別講演 2

準化され体系だった教育が必要です。ここに医療行為のグレーゾーンの問題があります。これらの行為のリストアップが進められ、現在、41技術が検討されています。

チーム医療推進会議のもとには、二つのワーキンググループがあります。一つはチーム医療の推進方策検討ワーキンググループ（座長は虎ノ門病院山口徹院長）で、看護師以外の仕事について見直しをしています。もう一つの看護業務検討ワーキンググループ（座長は昭和大学有賀徹教授）は看護師の教育研修について検討しており、報告書がまとめられています。

看護師以外の職種の問題としては、薬剤師の調剤業務があります。在宅医療では、薬剤師が患者の家で薬剤の調整をすることができません。薬剤師が調剤をするのは、原則として薬局に限るということで、患者の家を訪問して服薬指導しているときに、必要な変更ができませんので、これも改正が必要です。

服薬指導についても見直しの方向で、検討しています。例えば薬がたくさん残っていることに薬剤師が気づいた場合、医師、歯科医師へ疑義照会を行った上で調剤量の変更をすることも可能になります。また、医師が訪問診療を行い、薬剤が必要だが処方箋を交付するにもファクスがない、そのため事前に処方内容を提示できないことがあります。緊急時において、患家で調剤を行わざるを得ない状況に対応できるよう、薬剤師法のなかで調剤の取り扱いを見直そうということです。さらに外用薬の使い方も服薬指導の一環とするなど、課題がたくさん出てきました。

診療放射線技師についても、抜針、下部消化管検査における肛門からのカテーテル挿入、あるいは造影剤の注入、画像誘導放射線治療に関する業務などが、議論に上がっています。これらについては法改正と教育の見直しが必要です。

臨床検査技師の問題も議論されています。採血は本来業務ではないそうです。血液を検体として検査する場合、必要ならば採血をしてよいという位置づ

けです。また、医師の具体的指示のもとに拭い液等の微生物検査用検体採取を、検査技師が行えるようにすることなどが議論されています。

医療で行われる行為は、医師しかできない行為もあれば、看護師が主に実施している行為もあります。本来は医師が行うべき行為の中で、現実には一部の看護師が行っている行為を特定行為とし、研修を受けた看護師は包括的な指示で実施できるようにする。一方、研修を受けていない場合は、具体的指示で同じ行為を行えるようにするというところで議論されてきました。具体的にどの行為をリストアップするか、またどのように実施の指示するかについては、今後も議論が必要です。

実際のイメージは、まず医師が診察をします。そのときに、そろそろ胸腔ドレナージや腹腔ドレナージの抜去が可能という判断をしたとします。これを自ら行うのが適切と判断したら自分で実施します。研修を受けた特定の看護師であれば可能と考えた場合は、その看護師に指示します。看護師は自分で実施することが可能と考えた場合は、自ら実施し、その結果を医師に報告します。研修を受けていない看護師には具体的に指示をして、付き添いながら実施します。こうした具体的指示による実施についても何らかの教育が必要とされています。これまで現場で行われていた医行為は、この枠組みに基づいていたと整理されています。

問題は、包括的指示のあり方です。排液の性状や流出量の変化がほとんど見られないことを確認した場合、看護師がその腹腔ドレーンを抜去してよいという指示を出しておく、状況を見て看護師実施できると判断したときに実施することが出来るようになります。

現場ではいくつかのステップに分けることができます。まず医師が、当該行為は包括的指示で可能かどうかという判断をします。その指示を受けて、看護師は自分で実施できるか判断する。できない場合には、できないことを医師に報告し、医師が実施する。あるいは、医師の具体的指示のもとに協働して実施する。看護師が自分で実施可能と確認した場合

は、看護師が実施し、その後の経過を医師に報告する。こうした特定行為を包括的指示に基づいて実施するには研修が必要となります。

最近では具体的指示と包括的指示という分類を除くべきとする意見もあり、まだ議論は続いています。今後、現場で混乱しないように配慮して制度設計を進めていこうとしています。医療事故が起こった場合についても、検討が必要です。看護師が技術的に未熟であると認識しながら実施したのであれば、看護師の責任が大きいと思います。しかし医療事故の責任は一概には決められない部分があり、事例ごとに検討をする必要があります。

もう一つの論点は、研修終了をどこで管理するかです。現在の案は看護師籍に登録するということになっています。学会や協会が管理するのでは不確実という意見があり、看護師籍に登録するのが最も確実であるという意見です。どの行為について研修が終了したかを看護師籍に記入するという案が示されていますが、これは新しい国家資格になるという理由で、反対意見もあります。

具体的にどのような行為をどのように分類して研修を受けていただくかですが、呼吸器関連、経口・経鼻・気管挿管チューブの管理、などについて A,B,C などで区分する案が議論されています。人工呼吸療法に関する行為、動脈血液ガス分析関連、あるいは循環器関連、ペースメーカー、バルーン・ポンピング、ドレーン管理、創傷管理、循環動態の薬剤の管理、血糖コントロール、栄養水分管理にかかわる薬剤調整などの行為をセットとして、研修を受けていただくという案です。同時に病態生理学や解剖学も学んでいただきます。どのような教育内容か、何時間必要か、どこまで教えるかなどが、これから審議会で決められるはずです。

実習は診療機関等で行います。大学病院でしたら、講義と実習の両方を行うことが可能ですが、地域の病院では、大学病院や中核病院で講義を受け、地域病院を実習施設として実習を行うことになると思います。研修機関は厚労省が指定をし、研修機関が修了証を発行し、それを厚労省が何らかの形で管

理することになると思います。

解剖学や生理学などの基礎学習はコースごとでも、共通で講義を受ける形でもよいと思います。細かい点についてはコースに合った授業内容を組んでいただきます。

専門看護師や認定看護師との連携も議論となっています。今回の研修制度は専門看護師や認定看護師とは異なるものですが、専門看護師・認定看護師の教育の延長として一体化することも可能です。大学院課程には研究者コースがありますが、専門・認定看護師教育を拡張して、特定行為にかかわる指定研修を行うことも可能です。研究者としての教育、認定看護師、専門看護師のコース、そして特定行為の指定研修、こういうコースを組み合わせることによって、大学院教育の充実発展ができると期待しています。

現在、様々な議論が行われています。全員の意見が一致しているわけではありませんので、まだ流動的です。主な論点は、現在挙げられている行為は危険なので、一切、研修の対象とすべきでないという意見、その一方で、看護師の補助行為として理解できるので、研修は必要でないという意見、さらに、現実に行われている以上、正規の教育研修を受けた看護師が行うという3つの考え方に分かれます。今後、研修終了者と非終了者に分かれたときにどのような影響が現場に現れるのか、事前によく検討することになりますが、あまり厳しい区分けをすると、これまで実施していたことができなくなるという懸念もあります。看護師籍への登録も、その意味から注意する必要がありますが、何らかの形で国が研修の終了状況を管理することは必要と思います。

こうした様々な意見がありますが、この制度は少しでも前に進める必要があります。最初にお話ししたように、日本の医療提供体制は市場原理でもなく、政府の通知一本で動くわけでもありません。お互いの立場を尊重しながら、いかに現実的な体制をつくっていくかが重要であり、目前の問題解決のための建設的議論が必要です。正解があるわけではないのですから、一歩ずつ問題を解決していく努力が

特別講演 2

求められます。現場の先生方に置かれましても、さまざまな取り組みをお願いしたいと思います。

(清水座長)

永井先生、本当にありがとうございました。お忙しい中、ご講演を賜り、大変感謝しております。我が国の医療の現状、バックグラウンドをお話しいただいた上で、今チーム医療がどのほうに向かっているか。やはり勤務医の大きな関心の一つです。今この勤務医の中で看護師の医療行為、あるいはチーム医療がどのように進んでいくかというのは、病院に勤務している医師にとっては大きな関心事だと思います。その点を現状、あるいは審議されている過程を詳しくお話しいただいたということで、勤務医の人たちにとってもある程度進んでいる方向がわかって、不安が解消されたといいますか、いい方向に進むのではないかという期待感も持てるというような状況ではないかと思います。

いずれにしても先生、大変有益なお話を賜りましてありがとうございました。厚く御礼申し上げます。ありがとうございました。

「日本医師会勤務医委員会報告」

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

それでは、報告させていただきます。

前半の部分と後半の部分、少し内容が異なります。後半は私の思いも入っておりますことをご了解いただいておりますと思っております。

勤務医委員会では、「勤務医の組織率向上に向けた具体的方策」についての会長諮問、男女共同参画委員会との合同委員会、郡市区等医師会へのアンケート調査、勤務医座談会、都道府県医師会の担当理事との連絡協議会、勤務医の組織率向上に向けての資料作成等々についての検討をしております。これ以外にも、診療関連死であるとか専門医制度についての検討もしております。今日は「勤務医の組織率向上に向けた具体的方策」についての会長諮問、郡市区等医師会へのアンケート調査、座談会、勤務医の組織率向上に向けての資料の4点についてご説明させていただきたいと思っております。

会長諮問の理由ですが、近年、日本医師会の組織率がどんどんどんどん下がっているという事実がございます。勤務医についても、頭打ちであって、その構成割合も減ってきているという事実があります。年間8,000人を超える新しい医師が生まれている中で、なぜこういうことが起きているのかということになります。現実的に学会の会員数を見ますと、日本内科学会、あるいは小児科学会、皮膚科、整形、産婦人科、一時期外科も問題になりましたけれども、こちらは確実に学会員数が増えていて、新しく生まれてきている医師たちはその中で組織化されていると、ある意味では組織化されているということになるかと思います。

そんな中で、やはり具体的にこれから日本医師会の組織率を上げて、日本医師会が発信する意見を国民に届けるためにはということで、具体的な対策の諮問がありました。

そのことにつきまして、このたび郡市区等の医師会の先生方に調査表を送らせていただきました。こ



れは「勤務医の組織率向上に向けた具体的方策について」ということで、実に89.1%の医師会からご回答をいただきました。大変ありがとうございました。その内容を少しご紹介させていただきます。

勤務医の入会促進ですけれども、これについては関心がある、やや関心があるを入れますと80%以上ということで、勤務医が医師会に入るということについては大変必要であり、重要であると、関心があるというふうなご意見が多く認められました。

その促進に関心がある理由としましては、やはり地域医療連携を促進することが必要であり、そのためには勤務医の入会が必要である。もちろんその医師会の会員数を確保するため、特に地域へ行きますと、もう医師会員数が、郡の医師会で例えば30人、40人しかいないような医師会もございますので、そこで勤務医に入っていただくことによって医師会の力を高めることができる。それから、勤務医の意見等を会務に反映させるためというのもございますし、それから、学校保健、地域保健について、やはり協力が必要であり、そういう協力がなければ、これから医師会の会務がやっていけないというようなご意見もございました。

それで、入会促進に向けた取り組みはしていっていらっしゃいますかということですが、6割程度の医師会でその取り組みが行われております。

その内容は、研修会、医師会役員に選任する、そ

れから入会金を減免する等々があります。

じゃあ、なぜ勤務医は医師会に入会しないんだという話になりますと、やはり医師会活動に無理解・無関心、それからメリットがないということになります。それから、時間がとれないということと、医師会から十分なアクセス、アプローチが不足しているのじゃないかというふうな話がありました。

じゃあ、どういうふうにすれば改善、入会していただけるのでしょうかのお話をしますと、やはり医師会活動が十分に勤務医に伝わっていない。そういう広報を十分に強化していくことが必要である。これは実は勤務医委員会でも十分に議論されているところです。それから、医療や政策に係るさまざまな情報提供の充実が要るだろうということと、それから医賠責保険や医師年金などの会員サービス充実、あるいはそれをしっかりとお示ししていくことが必要だろうと。それから、半ば強制的に入会する仕組みがというふうなご意見もございました。

それから、2年に1回、勤務医座談会を行っています。この内容は、日医ニュースに掲載されておりますので、是非ご覧いただきたいと思います。私と常任理事の小森先生が対応させていただきまして、5名の方に来ていただきまして、中には研修3年目、4年目というドクターもいらっしゃいました。

まず、何を求めるかということでしたけれども、やはり個人の力ではどうにもならないということがあるんだと、そのことを医師会としてしっかり対応していただきたい。それから、今日のお話にもありますけれども、勤務医の就労改善、それから医師でなくてもできる仕事を多職種に渡してほしいというふうな意見もございました。

それから、勤務医は医師会活動を知っているのか。まず、余り知らないということなんですね。それから、これから後でまた申し上げますけれども、勤務医の先生方にこれから医師会の活動、あるいは入会の促進をしていただくわけですが、そのときには是非双方向での話し合い、議論をしていただくことを求める。一方的に医師会の先生方が病院に来られ

て叫んでいっても、何にも役に立たないということを非常に辛らつに申されました。

それから、医師会は勤務医を守れるのかということですが、やはり医療過誤について、そういう制度についての医師会のサポートを求めるということでもございました。

これはこれからの、来年度か再来年度になるかもしれませんが、そういう医師会入会促進の資料として、何か我々にお手伝いできないかということで、医師会と行政、学会や大学、それから医療機関や医療に携わる多職種の団体との密接な連携をつくっていききたいというふうに思っております。結局地域の医師会がというふうになっているのか。カウンターパートナーとして意見を、あるいは計画を出している。あるいは多職種との協力もしているし、それから啓発、生涯教育をやっているということの、こういう仕組みをつくって皆さんにご提供していきたいと思います。

先ほど今村副会長がお話しされたことですが、勤務医に関係する種々の委員会の連携をいまいちつくって、それを皆さんに活用していただければというふうに思っております。

それで、勤務医の組織的な医師会活動への参加、これは、ここからは私の全くの私心ですので、多分問題になるかと思いますが、まずはより多くの勤務医の皆さんに、地域医師会活動の役員として参加していただきたい。そのためには参加を呼びかける、入会促進活動。それから、現在実は全ての都道府県医師会に勤務医部会はありません。この勤務医部会を設立していただいて、医療政策の提言をしていただく、具体的な活動を行う。そして、勤務医組織率はすごくこれから問題になりますから、日本医師会内に勤務医部会を設立していくことが必要じゃないか。これは、実は私の全く勝手な意見ですが、部会長、副部会長をして、そしてその方々が日本医師会の理事として活躍していただく。あるいは、日本医師会代議員会に勤務医が参加する。それがなければ日本医師会そのものが、これから全ての医師の意見を代表することにならないというふうに

思います。

設置状況ですが、ここに書いてありますように、部会があるところと、部会及び委員会両方があるところがありまして、それ以外は委員会のみです。この委員会のみの県の先生方には、この勤務医部会の設立について、是非ご検討いただきたいというふうに思います。

それから、これが都道府県医師会役員に占める勤務医の割合ですが、30%以上が11県です。それ以外のところをご覧くださいと、大変少ない勤務医しか役員になっていない。ゼロというところも残念ながらございます。

それから、日本医師会代議員に占める勤務医の割合も低くて、30%以上になると本当に数えるほどしかないということです。こういうことについて、一方的に求めるのではなくて、我々が主体的に、医師会に参加していく中でこういうことが進められていくものだというふうに、私は思っております。

これは、大学医師会のことをちょっと書かせていただきました。これもこれから医師会の組織率を上げる上で必要じゃないかと思いましたので、調査させていただきましたけれども、設置がない県については設置を是非ご検討いただきたいと思います。

それで、勤務医の組織率を向上するのに必要なものは何かというと、勤務医に対する地道な入会の呼びかけしかございません。是非皆さんの地域で始めていただきたいというふうに思います。

それから、医師会活動への興味を持つ勤務医を増やす。大変難しいですけども、これも是非、まずは医師会活動をしてもらうということが必要なんではないかなと思います。

日本医師会、それから会内委員会への多くの勤務医の参加を求める。その場合には、その委員会に時間をとられますので、そのために参加可能な勤務医を確保するとともに、参加への意欲を持つ勤務医、その参加しやすい環境づくりをお願いしたいと思っております。

時間がないので、早口でご説明いたしましたけれ

ども、都道府県医師会員が実際に医師会に加入している状況についてです。90%以上の都道府県医師会員が日医にも加入している県が半分近くあって四国や九州は多く加入していただいておりますが、実は一部では50%に満たない県も少ないけれどある。そういった意味で、郡市あるいは都道府県医師会に勤務医は加入するんだけれども、そこからもう一歩進んで、日本医師会になかなか加入していかないという事実があります。これはこれからの課題ではないかなと思っています。

こちらが現在の勤務医委員会の名簿です。来年の2月、3月に向けて答申をつくっていきたいというふうに思っています。少し乱暴な答申をつくらせていただきたいなと思っておりますし、そのために、後のほうは私の勝手な思いでさせていただいて、実はこれは私の報告なので、勤務医委員会の報告ではないかもしれませんが、お話しさせていただきました。

大変時間がないということで、短い時間で早口で申し上げましたけれども、以上で勤務医委員会の報告とさせていただきます。ありがとうございます。

次期担当県挨拶

12 : 15～12 : 20

神奈川県医師会長 **大久保 吉 修**

挨拶

神奈川県医師会長

大久保 吉 修

次期当番県の神奈川県医師会の大久保でございます。

本勤務医部会連絡協議会、本日は岡山県医師会が担当され、盛大に挙行されたことを、まずお喜び申し上げます。

さてこの協議会は、皆さんご存じのとおり昭和56年に第1回は福岡市の医師会が担当して行われまして、神奈川県におきましては昭和63年に第9回協議会を開催しております。このときは、神奈川県にはまだ勤務医部会がございませんでしたので、横浜市医師会が担当いたしました。

神奈川県医師会でも勤務医部会ができ、この次の35回協議会は神奈川県医師会が担当することになりました。非常に光栄に思っております。

次回の日時に関しましては、来年の10月25日の土曜日に横浜市で開催するように計画しております。会場といたしましては、横浜のベイシェラトンホテルに設定いたしました。ここは横浜駅の駅前でございますし、新幹線にも便利ないいところでございますので、非常に足場がいいんじゃないかと、そのように思っております。

会場の特色と次の会の宣伝をさせていただきますけれども、横浜市は、関東地区の方は皆さんご存じだと思いますけど、1週間に2回ぐらいはNHKの夜の天気予報のときに、みなとみらいの夜景が映りますけど、非常に夜景のきれいなところでございます。そういう意味で、近未来都市空間として今建設中の港地区のそばのホテルを会場にいたしました。

次に、懇親会について、早速懇親会の宣伝というものもちょっとおかしゅうございますけど、何か変わったことはないか。変わったことといったら変ですが、酒屋さんです。何で酒屋さんが出たかということでございますけど、ここの酒屋さんの社長さんは、2人とも勤務医部会の会員でございまして、ご夫婦で勤務医部会に参加いたしております。



それで、その傍ら、文政元年から酒屋さんをやっているということでございます。文政元年と言いますと伊能忠敬（いのうただたか）が日本地図の完成を目前に没した年です。酒屋といいましても、酒から地ビールまでつくっていますけどね。そのお酒の名前がいいんですね。盛升（さかります）というんです。お店なんかを開店するときにここのお酒を贈るんですね、さかりますようにって。それで、変わっているのは、ここから酒屋の宣伝になっちゃうとちょっと困るんですけど、2升瓶の酒があるんですよ。普通お酒って1升瓶でしょう。なぜ2升瓶があるかって、ますます盛りますというんで、縁起物として神奈川ではよく使っている酒屋なんですけど、中身もいいお酒でございまして、平成14年、平成15年に全国の新酒の鑑評会では受賞いたしているところでございます。

この人が会員で社長さんで開業医ということになります。内科の先生でございます。酒屋さんの御曹子でございました。

それからあと、ここの酒屋さんは地元だけでなく、かの有名な箱根の富士屋ホテルのビールもここから出ているということになっております。

それから、神奈川県は酒だけじゃございませんで、あと、マグロがありまして、青森の大間のマグロは全国的に有名でございますけど、三浦のマグロも有名でございます。当日は、産地をちゃんと限定

次期担当県挨拶

いたしまして、ミナミマグロを出さないで三浦のマグロを出す予定でございます。マグロの解体ショーをやります。

そういうわけございまして、勤務医部会連絡協議会のあいさつにはふさわしくないことを延々と述べましたが、是非来年も神奈川、横浜、どちらでも結構でございます。神奈川も横浜も似たようなものでございますので、是非おいでいただきたいと、そのように思っております。

では、来年もまたお会いできるように期待いたしまして、挨拶とさせていただきます。どうもありがとうございました。

「様々な勤務医の実態とその環境改善を目指して」

座長：岡山県医師会理事 山 本 和 秀
岡山県医師会理事 中 島 豊 爾

1. 大学病院における勤務医の実態

－大学病院から－

岡山大学病院医療情報部・経営戦略支援部教授 合 地 明

2. 国立病院機構における勤務医の実態～岡山医療センターでの現状と取り組みを踏まえて～

－公的病院から－

独立行政法人国立病院機構岡山医療センター副院長 佐 藤 利 雄

3. 勤務医の光と影～勤務医は何を求め、病院はどう応えるべきか

－大規模私的病院から－

公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構
倉敷中央病院糖尿病内科主任部長 松 岡 孝

4. 岡山市立市民病院における勤務医の実態とその環境改善に対する取り組み

－自治体病院から－

総合病院岡山市立市民病院副院長 今 城 健 二

5. 人口過疎地における取り組み

－山間部の中小病院から－

社会医療法人緑社会 金田病院理事長 金 田 道 弘

パネルディスカッション

座 長

岡山県医師会理事

山 本 和 秀

ただいまからパネルディスカッションを始めたいと思います。司会は私山本と中島が担当させていただきます。本協議会のメインテーマは「勤務医の実態とその環境改善」ということですが、勤務医と一概に言いましても、いろんな形態がございます。ということで「さまざまな勤務医の実態とその環境改善を目指して」というタイトルのパネルディスカッションにしております。

演者の先生方のご略歴は配布の冊子に書いておりますので、紹介は簡単にさせていただきます。

それでは、最初の3題は私が司会させていただきます。そして、その残りの2題と、総合討論を中島先生にお願いする予定にしております。どうぞよろしくお願いいたします。

では、第1席でございますが、「大学病院における勤務医の実態」について、岡山大学病院の合地明先生、よろしくお願いいたします。



1. 大学病院における勤務医の実態 ー大学病院からー

岡山大学病院医療情報部・経営戦略支援部教授

合 地 明

岡山大学病院医師会の合地と申します。よろしく
お願いします。本日、このような機会を与えていた
だきました関係者の皆さん方に御礼を申し上げます。
本来、大学病院でアンケートを実施して、勤務
医の生の声をとりたいんですけど、時間の関係
でそこまでできなかったのが、人事からいただいた
データをご披露しながら、私見を交えてご報告させ
ていただきたいと思います。



岡山大学病院における勤務医の実態

岡山大学病院
医療情報部 経営戦略支援部
合地 明

約400名のデータをもとに報告させていただきます。

病院の概要はスライドの通りで、昨年度紹介率
57.1%、逆紹介率50.1%でした。この数字というの
は、あと医師の業務に大きく影響してくるというこ
とが、皆さん方も想定していただけるだろうと思っ
てます。

岡山大学病院における勤務医の処遇の現状

大学病院の特性: 独法化、臨床・研究・教育

- ・ 人員の確保
 - ー 定員制
 - ー 人材確保と人材供給
- ・ 給与面
 - ー 準公務員
 - ー 教育職
- ・ 労働時間
 - ー 研究活動は正規の勤務時間外

病 院 概 要

岡山大学病院	
病床数	計863床 (一般: 813床/精神: 34/感染: 2床)
医療従事者数	2,439人 (医師数: 564人)
病床稼働率	87.9%
平均在院日数	14.6日
外来患者数	608,261人
入院診療単価	78,270円
外来診療単価	11,973円
紹介率	57.1%
逆紹介率	50.1%
手術件数	10,612件
緊急時間外手術件数	558件
臓器移植件数(肝・肺・腎)	52件
臓器移植件数(骨髄)	59件
外来化学療法症患者数	8,948人
放射線科医による 撮影レポート作成率	CT: 95%, MRI: 97%, 核医学検査: 99%
災害発生までに搬送率	10例以上適用した クリニカルパスの数
	84本



2

これは岡山大学の概要です。医療従事者は
2,500、医師は564ということで、かなり多いと思わ
れるかもしれませんが、この医師は病院籍と学部
籍、それからレジデント等を含んでおります。した
がって、本日ここに上げさせてもらったのは病院籍

大学病院の処遇の現状について報告します。大学
病院の特性というのは、臨床、研究、教育の3本柱
ですが特に国立大学においては、平成14年以降の独
法化ということと、それから臨床研修、改革(卒後
臨床研修制の導入)がキーワードでこれが勤務医の
処遇問題においても非常に重要なウエートを占めて
きてます。もちろん、勤務時間の中において研究時
間というのは含まれてません。そういうこともあつ

て、一般の勤務医の状況とは違うということは、皆さん方、ご理解いただけるんじゃないかなと思ってます。

現在、人員の確保が重要課題です。ただ、そのはざまのハザードとして定員制というのがあります。さらに、近隣の中規模病院の組織改革や大学病院の附属病院ができるとかということで、人材が流出していったる現状もあります。それから、給与面では準公務員ということ、教育職であるということ、労働時間は、さっき言いましたように、研究活動は正規の勤務時間外業務というようなことが大きな課題として挙げられてきます。

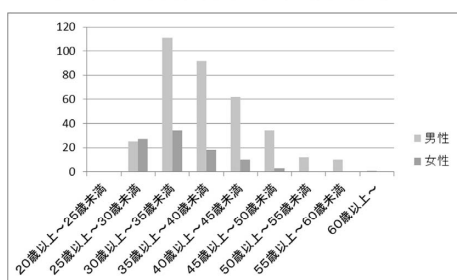
医療施設に従事する医師数

表2 施設の種別・年齢階級別にみた医療施設に従事する医師数

平成22(2010)年12月31日現在

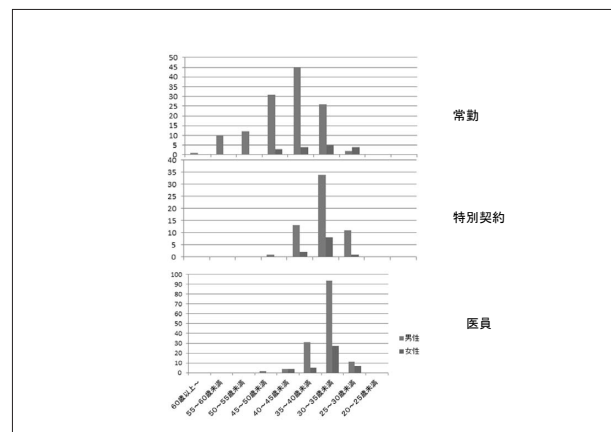
	病院・診療所の計		計		病院		診療所	
	医師数 (人)	構成割合 (%)	医師数 (人)	構成割合 (%)	医師数 (人)	構成割合 (%)	医師数 (人)	構成割合 (%)
総数	280,431	100.0	189,966	100.0	132,409	100.0	49,557	100.0
29歳以下	26,213	9.3	28,014	14.4	16,112	12.2	9,902	20.4
30～39歳	64,497	23.0	58,571	32.4	36,853	27.8	21,718	44.7
40～49歳	68,064	24.3	46,256	25.6	35,403	26.7	10,853	22.4
50～59歳	61,791	22.0	30,464	16.8	25,713	19.4	4,751	9.8
60～69歳	33,217	11.8	12,941	7.2	11,681	8.8	1,260	2.6
70歳以上	25,649	9.5	6,720	3.7	6,647	5.0	73	0.2
平均年齢	46.6歳		43.3歳		45.2歳		38.1歳	

医師(病院籍)の年齢分布



医療機関施設における厚生労働省の平成22年のデータです。医育期間、附属病院の年齢別の頻度を示しています。一般病院に比べて、勤務医の割合についてみると、医育期間では50代を超えたら、急激に減ってくるというのは、もう皆さんの共通認識だろうと思います。50歳から59歳は、約10%です。ところが、中堅のそういう年代、岡大病院でいうと、

50歳以上は5%しかいません。ということは、人材育成の面からも大きな問題になってきています。中堅どころの役割というのが、通常の勤務においては特に30代から45歳ぐらいの間の年齢の人にウエートがかかってくるというのが、現状かと思ってます。



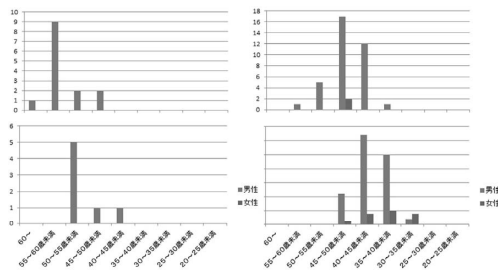
当然、見ていただいてわかりますように、常勤の医師は、先ほど来言ってますように定員ということで、常勤者は約250名ぐらいになっております。こういう形で、病院勤務医の年齢は、ほぼ30代から40代のところに限られてる。それと、実際に動いていただいている特別契約の人とか医員の人のというのは、30代の前半という年齢構成になってます。

職種別の年齢構成ということで、これ、教授職とか准教授とかということで上げてます。ここで見ていただきたいのは、常勤医師、特に教授職というものを平成23年以降どんどん増やしていったります。これは人材確保のために、大学の意図的な施策という格好でやっていっております。どうしても、人材流出を阻むために優秀な人材を残しておきたいという目的で、病院教授職というものを増やしていったるという状況です。トータルの数を見ていただいたらわかると思います、実質的な定員というのは、常勤の定員145前後ということで、変わらないわけですね。この中で、どうやって身分保障のある職員を確保していくかということが、今、喫緊の課題になってるのであります。

上位職に配置することによって、人材流出の防止を図ろうというような格好で、現在いろいろ工夫がなされていってるわけです。人材確保の一つとして

パネルディスカッション

職種別年齢構成



常勤医師の職位別年次推移

職名	年 月 日			平成19年4月1日			平成20年4月1日			平成21年4月1日			平成22年4月1日		
	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計
教授	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	3	0	3
准教授	11	0	11	10	0	10	11	0	11	12	0	12	12	0	12
講師	30	0	30	40	0	40	30	1	31	39	0	39	39	0	39
助教	87	8	95	83	13	96	85	10	95	81	12	93	81	12	93
合計	137	8	145	134	13	147	135	11	146	134	13	147	134	13	147

平成23年4月1日			平成24年4月1日			平成25年4月1日			平成25年10月1日		
10	0	10	14	0	14	14	0	14	14	0	14
7	0	7	6	0	6	8	0	8	7	0	7
39	0	39	40	0	40	38	2	40	36	2	38
80	14	94	77	9	86	71	12	83	70	14	84
136	14	150	137	9	146	131	14	145	127	16	143

人材確保(1) 上位職配置

- ・常勤職員の定数固定

⇨人材流出防止

病院教授会の創設と病院教授配置について。

一億年医師への保護と高度医療のさらなるレベルアップを目指す。

○石尾裕利 氏、田口博之 氏、小林典之 氏。

1) 岡山大学病院
 連絡先 e-mail : shio-h@adm.okayama-u.ac.jp

2) 【背景】

大学病院は、国の時代には国立大学設置法(施行規則第14条)に基づき学部附属病院として設置されており、教員人事は医学部教授会における専断事項とされていた。運営費交付金を含む大学全体の収入の内、病院収入は約40%を占めているにもかかわらず、教授、准教授は医学部もしくは大学病院のため、病院としての意思の教員人事はできなかった。

また、医学部・医学部附属病院の専断は、平成16年度当初197名で、内訳は教授28名、准教授1名、講師61名、助教122名であり、93%が講師以下というアンバランスな配置状況であった。

は、寄附講座の開設とかというふうなこともあります。

とはいえ、それぞれの医局のほうにおいて人員が配置できないというのでは困るということで、特別契約医師という格好で配置しています。

当然、助教クラスの医師がこういう形で配置されてるわけです。これもやはり平成23年以降、大幅に増加傾向にはあります。特別契約職員ということで、基本的には5年という雇用年限規制がかかって

るという状況なんですけど、彼らが医療現場において大きな戦力になって、頑張っていってもらえるというのが現状です。

人材確保(2) 寄附講座開設

- ・常勤職員の定数固定

⇨人材流出防止

講座名	講座開設	講座開設	講座開設
産科婦人科100周年記念講座	産科婦人科100周年記念講座	産科婦人科100周年記念講座	産科婦人科100周年記念講座
産科婦人科100周年記念講座	産科婦人科100周年記念講座	産科婦人科100周年記念講座	産科婦人科100周年記念講座
産科婦人科100周年記念講座	産科婦人科100周年記念講座	産科婦人科100周年記念講座	産科婦人科100周年記念講座
産科婦人科100周年記念講座	産科婦人科100周年記念講座	産科婦人科100周年記念講座	産科婦人科100周年記念講座
産科婦人科100周年記念講座	産科婦人科100周年記念講座	産科婦人科100周年記念講座	産科婦人科100周年記念講座
産科婦人科100周年記念講座	産科婦人科100周年記念講座	産科婦人科100周年記念講座	産科婦人科100周年記念講座
産科婦人科100周年記念講座	産科婦人科100周年記念講座	産科婦人科100周年記念講座	産科婦人科100周年記念講座
産科婦人科100周年記念講座	産科婦人科100周年記念講座	産科婦人科100周年記念講座	産科婦人科100周年記念講座
産科婦人科100周年記念講座	産科婦人科100周年記念講座	産科婦人科100周年記念講座	産科婦人科100周年記念講座

特別契約医師の職位別年次推移

職名	年 月 日			平成19年4月1日			平成20年4月1日			平成21年4月1日			平成22年4月1日		
	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計
教授	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
准教授	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
講師	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
助教	0	0	0	5	1	6	13	1	14	17	3	20	17	3	20
合計	0	0	0	5	1	6	13	1	14	17	3	20	17	3	20

平成23年4月1日			平成24年4月1日			平成25年4月1日			平成25年10月1日		
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
35	7	42	46	6	52	57	11	68	58	11	69
35	7	42	46	6	52	58	11	69	59	11	70

平成23年度以降 特別契約職員としての助教採用

医員の年次推移

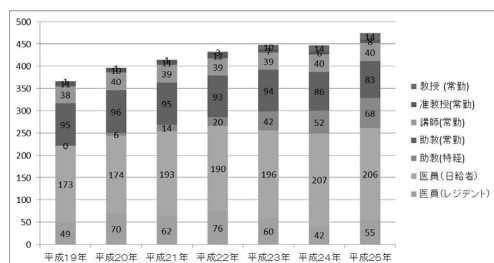
職名	年 月 日			平成19年4月1日			平成20年4月1日			平成21年4月1日			平成22年4月1日		
	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計
医員(日給者)	133	40	173	144	30	174	140	53	193	143	47	190	143	47	190
医員(シブシブ)	34	15	49	46	24	70	43	19	62	52	24	76	52	24	76
合計	167	55	222	190	54	244	183	72	255	195	71	266	195	71	266

平成23年4月1日			平成24年4月1日			平成25年4月1日			平成25年10月1日		
146	50	196	143	64	207	145	61	206	142	43	185
46	14	60	23	19	42	29	26	55	19	22	41
192	64	256	166	83	249	174	87	261	161	65	226

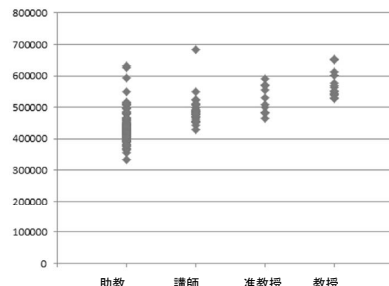
医員の年次推移というのは、ほぼ変わらない状況で、ここも定員がほぼ決まっていますので、もうどうしようもない状況です。人数、雇用人員を確保するためには、特別契約職員という身分が不安定な状況の中でやってもらうよりほかはないという形です。

病院籍の数の推移を見ても、徐々に教授職

医師数(病院籍)



職種別給与総支給額(月額)



などは増えてきているという、上位職へのシフトを行っていますけど、全体的な医師数の増加を助けるのは、先ほど来言ってますような特別契約職員の医員とかの増加が担っているという状況です。

職位別の平均月収 (H25. 9)

	平均給与支給額	振込額(手取り)平均	平均年齢
教授	572,042	340,565	54.4
准教授	525,102	337,392	48.2
講師	487,494	300,603	45.6
助教	432,254	276,681	39.2

※病院籍教員のみ集計

	平均給与支給額	振込額(手取り)平均
40歳平均給与額	442,096	284,586

岡山大学就業規則、給与規則

第2条 法人の職員の区分及び職種は、次の各号に掲げるとおりとする。

一 常勤職員

イ 一般職員

事務職員、技術職員、図書職員、技能職員、労務職員

ロ 教育職員

教授、准教授、講師、助教、助手、教頭、主幹教諭、教諭、養護教諭、栄養教諭

ハ 医療職員

医療技術職員、看護職員

二 再雇用職員（第20条の規定により再雇用された職員をいう。）

三 非常勤職員

事務補佐員、技術補佐員、技能補佐員、臨時用職員、非常勤講師、非常勤研究員、

ティーチング・アシスタント、リサーチ・アシスタント、医員、医員（レジデント）、

医員（研修医）、学校医、学校歯科医、学校薬剤師、実習補助教員

四 契約職員

外国人研究員、特別契約職員

（昇給）

第9条 職員の昇給は、1月1日に、岡山大学自己評価規則（平成16年岡大規則第22

号。以下「自己評価規則」という。）に基づく教員活動評価の給与査定結果又は職員勤

務評価の結果及び同日前1年間におけるその者の勤務状況に応じて、行うものとする。

2 前項の規定により職員を昇給させるか否か及び昇給させる場合の昇給の号俸数は、4

号俸（次の各号に掲げる職員にあっては、3号俸）とすることを標準として別に定める

岡山大学の就業規則、給与規則を示します。岡山宣言の中にも書かれてますが、法人職員ということで教育職員になっております。教授、准教授、講師、助教など病院籍であっても、これらは教育職員となっています。この規則の中に医療職員という名目もあるんですけど、これは医療技術者、看護職員というだけで、医師は全て教育職という形になっております。

後ほど出しますが、教育活動に関する自己評価をおこない、それを昇給の対象にしますよというふうな制度も設けられていってます。

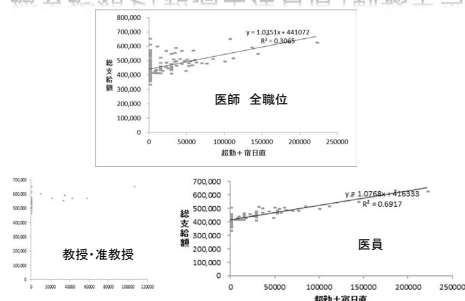
これが本年9月の月額の総支給額です。こういう教授職、准教授、講師、助教という格好で上げてますが、中でも教授に匹敵するような額の金額をいただいている助教もいます。

職位別の平均月収、平成25年9月度の状況ですけど、平均支給額はそれぞれの職位により、大体5万円刻みというような状況であります。したがって、年収は、15倍ぐらいと考えられます。40歳の平均を示すということなんで、大体月収44万円という格好になるかと思います。

先ほど言った、結構、助教でも高い額をもらっている人がいるというのは、超過勤務とか宿日直でその総支給額を得ることで、教授、准教授の場合にはほとんど横ばいで。したがって、ここにも大きな問題が出てきます。上位職位を得られた方々は、もうほとんど当日直から外れ、その負担が特別契約職員や助教などのほうに来てる可能性があると思います。

そういうことで、超勤、夜間・休日などの時間外勤務状況を、人数割合だけ出しました。やはり助教のほうにウエートがかかっているというふうな状況があります。当直明けの勤務に関しまして、一部診療科では行われてるんですけど、大半の診療科ではこ

総支給額と(超過+宿日直)勤務手当



収入保証のための兼業規定

- (兼業の承認)
- 第8条 職員(部局の長を除く。)に係る次の各号に掲げる兼業の承認は、当該部局(本部等を除く。)の長が行うものとする。
- 一 勤務時間外に無報酬で従事する兼業(国立大学法人岡山大学職員兼業規程(平成16年岡大規程第12号。以下「兼業規程」という。)第3条第1号に定める営利企業兼業を除く。)
 - 二 学校教育法(昭和22年法律第26号)に定める学校、専修学校又は各種学校の非常勤講師に従事する兼業(前号に該当するものを除く。)
 - 三 医療法(昭和23年法律第205号)に定める医療提供施設の非常勤医師(歯科医師を含む。)であって、報酬の年額が250万円未満のものに従事する兼業(第1号に該当するものを除く。)
 - 四 兼業規程第7条第1項第3号へに定める職に従事する兼業(第1号に該当するものを除く。)

国立大学法人岡山大学の人事に関する権限の委任等に関する規程

時間外勤務 当直明け勤務

	人数	超過25	超過100	超過125	超過150	超過160	休日給
教授	14	0	0	2	1	0	1
准教授	11	0	0	3	0	0	1
講師	37	2	0	4	2	0	4
助教	153	6	0	14	12	1	12

夜間、休日勤務

当直明け勤務:
一部診療科で配慮されているが病院全体では?

当直のオンコール体制:
重症者を抱える病棟では困難

岡山大学教員自己評価表

これは実施されていないのが現状です。さらに、当直のオンコール体制ということで、重症患者の少ない診療科は比較的そういうことができるんですけど、重症を抱えてるところでは、それはもう不可能であるということです。それから、オンコール体制の中で、岡山県地域医療連携ネットワークの一部を使って、放射線科などのようにオンコールで読影体制を組むとかというような格好のこともなされてます。

一方で収入確保のための兼業規定というのがあります。医療提供施設に非常勤ということで、250万円未満であれば行っているという制度です。

岡山大学では教員の自己評価がおこなわれています。教員自己評価ということで教育研究等の、地域貢献とか、そういうものを自己評価することによって、これらで昇給の対象になってくるということです。

次に岡山大学病院における医師業務負担軽減の取り組みの現状についてです。医師事務補助者の導入ということなんですけど、皆さん方ご存じないかも

岡山大学病院における医師業務負担軽減の取り組み

- 医師事務作業補助者の導入
 - ー 特定機能病院においては保険点数化されていない。
 - ー 全国の大学病院に先駆けて導入
 - 現在、病棟のみならず外来にも 約60名
 - ー 医師の声『不十分 さらなる増員を』
- 救急患者受入れ
 - ー 原則二次、三次救急
 - ー コンビニ受診
 - ・ 特別料金設定

しれませんが、特定機能病院においては、これ、保険点数化されていません。全部持ち出しです。岡大病院ではとりあえず大学病院、他の大学病院に先駆けて、病棟、外来に今60人動員していますが、まだ足りないというような状況です。それから、救急患者の受け入れに関しても、原則2次、3次を主にということで。コンビニ受診抑制のために特別料金の設定をしたりとかというような対策をやっている現状です。こういうことによって、当直の業務

地域医療のための人材育成の取組み

- 研修医教育
- 女性医師復職支援

を見たら、若手医師は大学病院離れをするんじゃないだろうかというような格好のこと。それから、教育研究で疲弊する中堅医師はそれぞれの医療機関に出たりとかということで、人材流出。医師の適正配置の基準というのは一体何なんだろうかということで、一番、医師不足に本当は困ってるのは大学病院と考えています。564というかなりの数があるなと見て見られた方もいらっしゃるかもしれませんが、定員制度の中医師不足は大学病院にありというのが現状かなという気がしてます。

ご清聴ありがとうございました。

(山本座長)

合地先生、どうもありがとうございました。

大学病院という、ちょっと特殊な形態の勤務医ということにはなろうかと思います。かなり厳しい環境に置かれてる。ただ、その中で、岡山大学は随分努力されて、特別契約職員というのを随分増やされて、そういうことで少しでも若い先生の待遇を改善されてるということを発表していただきました。

先生、どうもありがとうございました。また後ほど、総合討論したいと思います。

座 長

岡山県医師会理事

山 本 和 秀

続きまして、第2席でございますが、国立病院機構における勤務医の実態ということで、岡山の国立医療センターの副院長の佐藤先生、よろしくお願いいたします。



2. 国立病院機構における勤務医の実態～岡山医療センターでの現状と取り組みを踏まえて～ －公的病院から－

独立行政法人国立病院機構岡山医療センター副院長

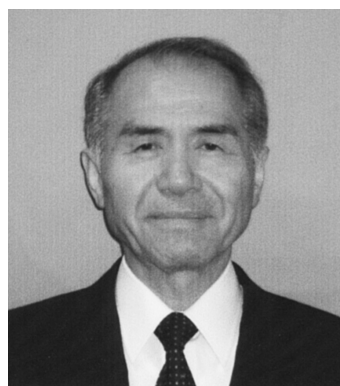
佐 藤 利 雄

パネルディスカッション
「様々な勤務医の実態とその環境改善を目指して」

国立病院機構における勤務医の実態

－ 岡山医療センターでの現状と取り組みを踏まえて －
(－公的病院から－)

国立病院機構岡山医療センター
佐藤利雄



続きまして、公的病院の立場としまして、我々の病院での勤務実態と課題についてお話ししたいと思います。公的病院の立場についてご理解いただけるような、このような場を与えていただきまして感謝申し上げます。

我々が属しております国立病院機構は、日本最大の医療グループです。全国で143病院ありまして、

医師数は約6,000人です。平成16年に独立行政法人となりましたが、一般病院ではありますが、公務員型の体制の中で仕事しております。この143の中のうち、57病院が一般病院ですが、残りの86病院は旧療養所を中心としたセーフティーネット病床を有する病院です。いろいろな条件が違う中で全国同じ給与体系、労働時間体制で、機構本部が全体を調整しています。我々の病院の外観を示しています。

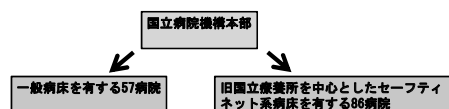


国立病院機構病院の特徴

日本最大の医療グループである国立病院機構（平成25年1月1日現在）

- ・病院数：143病院
- ・病床数：55,335床
- ・職員数：55,534人
- ・医師数：約 6,000人

平成16年に独立行政法人となったが、公務員型（みなし公務員）



全国同じ給与体系、労働時間体制で、機構本部が全体を調整



労働環境

医師数 197名 常勤 105名、非常勤 92名
レジデント 28名
専修医 24名
初期臨床研修医 28名

勤務時間 常勤医師 38.75時間/週 非常勤医師 32.00時間/週
時間外勤務（給与反映平均時間） 常勤医師 25.1時間/月 非常勤医師 32.0時間/月

平均収入（年収） 常勤医師（40歳） 1,405 万円
非常勤医師 605 万円
初期研修医 365 万円

国立病院機構岡山医療センター



岡山医療センターの概要

- DPC II 群病院 -

26診療科： 609床（2013/4/1より501床で稼働）
職員総数：1,188名
医師数：197名
平均在院日数：11.4 日
入院日当点：8,174 点
外来日当点：2,186 点
新入院患者数：15,320 名/年
外来患者数：215,373 名/年
病床稼働率：94.9 %
紹介率：57.4 %
逆紹介率：76.3 %
手術件数：6,636 件/年
救急患者延べ数：27,241 名/年（74.6名/日）
救急車搬入：2,854 件/年（7.8件/日）
救急入院患者数：4,794 名/年（13名/日）

病院の概要ですが、609床で26診療科あります。診療の特徴としては、短い在院日数、それから日当点が高くないこと、それから病床稼働率もかなり高い。病診連携の率もかなり高いと思います。手術件数も多い、典型的な急性病院です。

医師に関する労働環境ですが、医師数は197名おりまして、常勤医師は105名、非常勤医師が92名です。この非常勤のうち、レジデントが28名、専修医・後期研修医が24名、それから初期研修医が28

名などです。

勤務時間は、これも国立病院全体で均一ですけども、1週間当たり常勤医師は38.75時間、非常勤医師は32時間です。

1月当たりの時間外勤務です。常勤医師は25時間で、非常勤医師が32時間です。ただ、我々の病院での今年の労使協定は、常勤医師は45時間まで、それから非常勤医師は40時間までです。月1回、労働安全衛生委員会がありまして、過剰労働にならないようにというブレーキがかかっております。

それから、今回の発表で各病院の給与を出そうと言われまして、調べました。常勤医師は40歳で、年収で表しましたが、1,405万円でした。非常勤医師は605万円で、研修医は365万円でした。



労働環境

公務員型の労働条件
・独立行政法人組織（公務員型）であり、国家公務員に準ずる労働条件で、業務上の制約が多い。自由度が少ない
・レジデント制度が残り、若い医師は身分・収入が不安定

給与について
・全国一律の給与体系で相対的に低収入
・非常勤医師は他院の医師ほどの収入を得るためには兼業が必要？

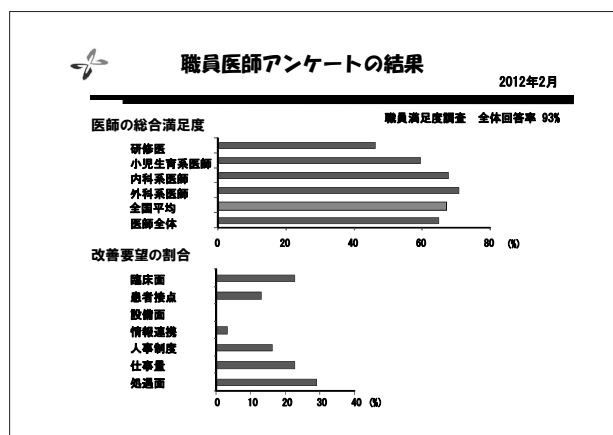
みなし公務員としての諸規制
・講演会などの飲食の制限
・講師に対する謝礼、交通費の制限
・研究会参加への交通費支援の制限
・時間内の公的院外業務は、院内勤務として相殺

労働環境を総論的にまとめますと、公務員型の独立行政法人であって、国家公務員に準ずる労働条件で、業務上の制約が多くて自由度が少ないという状況です。そして、レジデント制度が残り、若い医師は身分・収入が不安定。給与につきましては全国一

パネルディスカッション

律の給与体系で、相対的に低収入であって、特に非常勤医師は他の病院ほどの収入を得るためには兼業も必要である。

公務員としての諸規制ということで、研究会に行くにしても、いろいろなことをするに当たっても、国立病院の職員だけではいろいろなものから条件が外されるということで、いつも嫌な思いはしております。



これは、昨年2月、職員の満足度調査が行われました。そのときの医師の部分のところだけの抜粋の総論です。医師の総合満足度に関しまして、我々のところは65%で、全国平均の69%よりもやや低い状況です。診療科別では、見ていただくような形で、やはり研修医の先生は満足度が少ないという状況がありました。

逆に、問題点としての改善の要望の割合ということですが、処遇面、仕事量、臨床面、人事制度という順でした。不安定な非常勤職員の処遇とか、それに仕事量が多いとか、給与の問題が、改善の要望にもあらわれていると思いました。

それから、話が変わりますが、今度は公的病院として国家的な危機管理への迅速な対応が求められるということで、これは国立病院機構が実施した具体的な例です。東日本大震災のときにも、我々の病院もこういう形で、医療班とか放射線科の医師を派遣したりしております。それから、2009年のあのパンデミックになったインフルエンザのときには、検疫業務とか、それから半年以内でワクチンをつくったと思いますが、その安全性を国立病院の職員で検討



国家的な危機管理への迅速な対応

医療の社会貢献として国家的な危機管理への迅速な貢献が求められている。
国立病院機構が実施した具体例

- ・東日本大震災：災害支援
 - ①災害医療チーム(DMAT)： 34班(約160名)
 - ②医療班等： 127班(約1,020名)
 - ③放射線スクリーニング活動： 11班(約50名)
 - ④心のケアチーム： 73班(約290名)
- ・新型インフルエンザ対策
 - ①厚生労働省の要請に基づき、全国の検査所等に対し、55病院から医師237名を派遣 当院は、岡山空港の検疫業務
 - ②新型インフルエンザワクチンの有効性・安全性を検証する治験臨床研究を、厚生労働省の要請で迅速に実施

免疫原性に関する臨床試験	200名	4病院(平成21年9～10月)
安全性の研究	職員 22,112名	67病院(平成21年10月)

しようという治験がありまして。たしか3カ月以内ぐらいで全部終わったと思います。我々の病院も9割以上の職員がこれに参加しました。

それから、国立病院機構の中には、一般病院にはまれであります、臨床研究部が独立してありまして、臨床研究の業務も求められます。研究活動はポイント化されまして、研究のポイントと治験のポイント、これを足したもので点数化されまして、病院でまとめて本部に報告して、こういうふうにな国の国立病院の中のランキング、比較されるという状況です。このような形で業務として我々に求められます。



臨床研究の業務

一般病院には稀な臨床研究部があり、臨床研究の業務も求められる。

臨床研究活動のポイント数

- ・国立病院機構ネットワーク研究+医師主導EBM研究+厚生労働科学研究等のポイント数化
- ・臨床治験症例のポイント数化

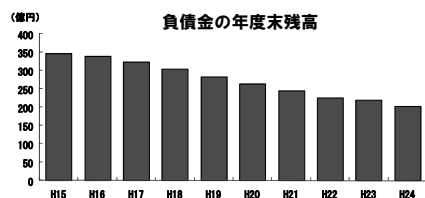
臨床研究活動実績の獲得ポイント(平成24年度実績) (143病院)

1 大阪医療センター	センター	5113.914
2 京都医療センター	センター	4117.988
3 九州医療センター	センター	4090.886
4 名古屋医療センター	センター	3940.612
5 相模原病院	センター	3807.995
6 東京医療センター	センター	3748.024
7 東海医療センター	センター	2795.092
8 四国がんセンター	センター	2676.538
9 九州がんセンター	センター	2474.584
10 近畿中央肺病医療センター	センター	2054.736
11 災害医療センター	臨床研究部	1814.746
12 岡山医療センター	臨床研究部	1586.160
13 岡山医療センター	臨床研究部	1546.000
14 仙台医療センター	臨床研究部	1525.522

それから、国立病院は昔は国からお金が出るからいいだろうと言われていましたが、平成16年に独立行政法人になってからは、国からの資金援助は基本的にありません。むしろ、旧国立病院時代の重投資の返済を今義務づけられております。我々の病院は、350億円のできたものですが、実は当時でも本当は半分以下の値段でできたものが、バブル

独立採算で、経営管理を厳しく指導されている

- ・平成16年、独立行政法人化の後は、国・行政からの資金援助なし
- ・旧国立病院の時代の重投資(350億円)の返済を義務付けられている。
- ・年間約20億円の返済義務あり。



の頃のすごい設計で、すごく高い病院となりました。毎年20億円の返済をしながら、運営してきました。これを返しながら、なおかつ黒字経営をするという努力をしています。そういった意味でも、かなり業務の絞り込み、効率化を要求されております。

ということで、公的病院として、一般の診療に加えて行政上の診療の役割に応える義務があるため、労働環境の内容に無理が生じていると思います。高度医療の提供と医療による社会貢献が医師のモチ

現状と課題のまとめ

公的病院として、一般診療に加え行政上の診療役割とそれに答える義務がある為、労働の環境・内容に無理が生じている。

高度医療の提供と医療による社会貢献が医師のモチベーションの基である。しかし医師としての基本的倫理観、使命感だけに頼っている現状でよいのかという課題がある。

労働環境の改善に向けた取り組み

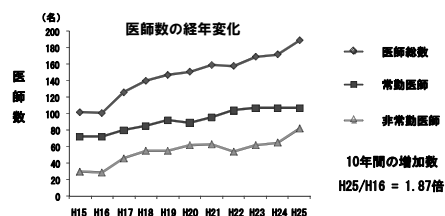
- ・業務負担の軽減
- ・適正な評価と報酬
- ・キャリアアップの支援 等

ベーションの根本ですけども、医師にとっての基本的倫理観とか使命感だけに頼っている現状でよいのかという課題があります。

次に、取り組みのほうですけども、大きくは業務負担の軽減と適正な評価と報酬、キャリアアップの支援ということになると思います。

医師数の増員による業務負担の軽減

- ・採用人員枠の緩和：独立行政法人化以前に比べると医師数ほぼ1.87倍
- ・平成16年度から新臨床研修制度が開始となり、初期研修医と後期研修医が増えたことも医師数増加の一要因である。
- ・医師不足に対する、研修医確保の強化



まず、業務の改善として、医師数の増員による業務負担の軽減ということで、旧国立病院時代には厳しい定員規制がありましたが、独立行政化後には採用枠が緩和されました。見ていただきますように、この年に独立行政法人化になりましたが、その後はこのような形で常勤、非常勤とも増えてきております。特に、初期研修医制度が同じときに始まりましたので、医師の増加には、我々にとっては都合がよかったと思います。ただ、医師が増えても、医療の進歩、DPCとか入院期間の短縮とか、いろいろな業務が増えていますので、数が増えた割には楽になっている感はないのが現場です。

当院で実施してます負担軽減策ですが、医師事務

医師の負担軽減

当院で実施中の負担軽減策

- ・医師事務作業補助者の配置：15:1
- ・医師業務の多職種への分担：看護師、薬剤師、MEなど
- ・救急医療に対する時間外選定療養費実施
- ・外来業務の軽減
 - ・地域医療支援病院となり、地域の医療機関との連携：(紹介率40%以上、逆紹介率60%以上)
 - ・初診における選定療養費加算
- ・短時間正規雇用の医師の活用：子育て中の女性医師
- ・予定手術の術者の前日当直禁止
- ・当直翌日の半日勤務

作業補助者の配置15対1、これが医師業務の軽減に非常に大きく寄与しています。あとは、医師業務の他職種への分担とか、それから救急医療に対する時間外選定療養費でコンビニ受診を防いで疲弊を防ぐとか、外来業務を軽減して地域に逆紹介していくことなどを実施しています。それから、育児短時間勤務、これは子育て中の女性医師がかなり使っています。

業績評価制度の実施ですが、平成20年4月に国立病院機構の常勤職員に業績評価制度が導入されました。業務遂行能力と実績等を点数化して、このような5段階に分けて、そしてこれが給与の上昇につながるシステムができました。一気にはなかなかいきませんが、少しずつ皆さん、努力目標をつくって、少しずつ実感できてるような状況になっております。



業績評価制度の実施

平成20年4月に一般職員を含む全ての常勤職員への業績評価制度が導入された。

業績評価の配点

業務遂行能力評価点 (10点～50点) + 業務実績評価点 (10点～50点) = 評価点の合計 (20点～100点)

区 分	目標達成状況の5段階区分				
	1	2	3	4	5
低い目標の得点	40点	30点	20点	10点	10点
標準的な目標の得点	50点	40点	30点	20点	10点
高い目標の得点	50点	50点	40点	30点	20点

合計評価点数 100～91 90～71 70～51 50～31 30～20 (概略)

評価の区分 A A B C D

業績評価制度の導入により、努力目標以上を達成できれば昇給に繋がるシステムが少しずつ実現している。



医師のキャリアアップ支援、人材育成

高度医療、技術習得を目指す医師を満足させる機会の提供
診療内容の充実が最重要。急性期高度医療を展開することにより高度な診療・技術習得の機会の提供をしている。(DPG II群)

医師育成キャリア支援室の体制 (当院独自)
有志医師による、研修医募集、初期研修医の研修システム運用、相談役等の業務を担う。

大規模な研修用シミュレーションセンターの整備 (当院独自)
スキルアップ・ラボ：診療技術研修
ホスピタルスタジオ：横断的テーマの研修





それから、医師のキャリアアップ支援、人材育成としましては、やはり医師にとっては診療内容の充実が最も病院に引きつけられるものだと思っております。

ますので、仕事の内容の充実を重視しています。高度医療、技術習得を目指す医師に満足をしてもらえるような形の診療提供ということを考えております。

さらに、当院独自のものとしましては、医師育成キャリア支援室というのをつくりまして、有志の医師による研修医をサポートするシステムもできております。それから、大規模なシミュレーションセンターも作っています。

また、国立病院機構としましては、「良質な医師を育てる研修」として、全国でこのような形のものを展開しております。我々、岡山では小児疾患、循環器疾患、呼吸器疾患に関する研修をしており、全国の機構病院から若い人が集まっています。



医師育成のための研修

良質な医師を育てる研修

平成24年度 実施研修一覧 (国立病院機構)

- ・救急初療診療能力パワーアップセミナー (札幌)
- ・神経・筋 (神経内科) 入門研修 (埼玉)
- ・神経・筋 (神経内科) 診療アドバンス研修 (金沢)
- ・神経・筋 (神経内科) 診療スキルアップ研修 (小田原)
- ・救急シミュレーション指導者育成セミナー (東京)
- ・一般医に求められるコミュニケーションスキル研修会 (静岡)
- ・腹腔鏡セミナー① (東京)
- ・腹腔鏡セミナー② (静岡)
- ・初期診療トライアル研修 (大阪)
- ・重症心身障害児 (者) 医療に関する研修 (京都)
- ・小児疾患に関する研修会 (岡山)
- ・循環器疾患に関する研修会 (岡山)
- ・呼吸器疾患に関する研修会 (岡山)
- ・CV挿入シミュレーターを使った実践研修 (福岡)
- ・膠原病・リウマチセミナー (別府)



医師育成のための派遣制度

国内

- ・国立病院機構内フェローシップ：6か月 (国立病院機構)

海外

- ・国立病院機構海外留学制度：2か月 (国立病院機構)
- ・ロサンゼルスVeterans Affairs Hospital
- ・医師海外留学奨励奨学金：1～2年間 (当院独自)
- ・デンマーク、オーストラリア、カナダ、アメリカなど
- ・東南アジアへの国際医療支援 (当院独自)





ロサンゼルスVA病院 ミャンマー

それから、医師育成のための派遣制度ですけども、今年から国立病院機構内でフェローシップ (国内留学) が始まりまして、私たちのところからも1名参加してます。それから、海外研修は、平成18年からアメリカに留学する制度ができて、我々の



臨床研究の推進

臨床研究の推進により医師を学術的に満足させる機会の提供
平成24年度実績

研究の件数	
国立病院機構ネットワーク協同研究	28件
医師主導EBM研究	1件
厚生労働科学研究	6件
国立高度専門医療センター等研究	1件
論文	
英文	31編
和文	68編
学会発表	
海外	26題
国内	487題
治験項目の件数	16件

ところからも4名、既に参加しております。

病院独自のものとしましては、医師の海外留学のときに補助をする基金というものが院内にありまして、留学のお手伝いをしています。東南アジアへの国際医療支援、ボランティアで行く人たちには活動していただきながら育成につなげていくようにしています。

それから、臨床研究の推進ですけれども、研究という重い仕事があるという話もしましたが、逆に考えますと、臨床研究をすることによって医師が学術的に満足でき、キャリアアップにつながるということにもなります。臨床研究部がまとめてくれて、我々のところでもこのような臨床研究と治験をやっております。



女性医師支援、子育て支援

仕事と子育ての両立支援プログラム (国立病院機構)

- ・産前休暇：産前6週間
- ・産後休暇：産後8週間
- ・勤務の制限：深夜勤務、時間外勤務、休日勤務の免除
- ・育児休業：3歳に達するまで育児休業、常勤のみ
- ・育児短時間勤務制度：小学校就学時まで、常勤のみ
- ・院内保育所：
 - 新病棟1階に80名定員の保育所を整備
 - 夜間保育、休日保育、延長保育あり
 - 病児保育あり



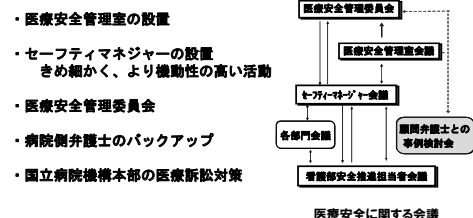
それから、女性医師支援、子育て支援ですけれども、国立病院機構の仕事と子育ての両立支援プログラムというのがありまして、それに準じて我々もやっております。特に、育児の短時間勤務制度と、それから大きな保育所を院内につくっております



医療安全対策

医療安全対策の充実による医療トラブルへの負担軽減

原則、病院が医療トラブルの対応窓口になる



が、これらの利用が当院では特徴的です。

それから、医療安全対策の充実による負担軽減についてです。私はリスクマネージャーをやっておりますが、医師にとって、患者さんからのクレームが多い診療の中で、医療安全が確保されないと安心して働けないという、現場が今あると思います。これにつきましても、病院が医療のトラブルの窓口となり、担当医がほとんど出ることはずなないということまでやっております。医療安全管理室を作り、リスクマネージャー等が、よりきめの細かい、機動性の高い活動をやっております。さらに、弁護士のバックアップ、それから機構本部の訴訟専門家の相談窓口とか、いろいろなシステムにより、安心して診療できるような体制を準備しております。



取り組みのまとめ

公的病院である当院での労働環境の改善への取り組みとしては、報酬の改善、医師の業務負担の軽減、医師のキャリアアップのための支援、臨床研究の支援、働く女性医師への支援、医療安全対策など、様々な職場環境の改善策を実施している。

その取り組みは、当院独自に可能な取り組みと国立病院機構全体の取り組みの両者を織り交ぜて実践している。

現在までに労働環境の改善は少しずつ進んでいるとはいえ、当院のような公的病院の勤務医には、安定した雇用と実績に見合った報酬という大きな課題がまだ残っており、今後さらなる取り組みの継続が必要である。

以上、我々のやっている取り組みをご紹介します。見ていただきましたように、国立病院機構は、本部がすることと我々独自でやることを織り交ぜながら実践しております。現在までに、労働環境の改善は少しずつですが進んでるとはいえ、当院のよう

な公的病院の勤務医には、先ほど見ていただきました安定した雇用、これと実績に見合った報酬という大きな根本的な問題がまだ残っております。今後のさらなる取り組みの継続が必要と考えております。

以上です。

(山本座長)

佐藤先生、どうもありがとうございました。非常にお忙しい病院で、皆さんがすごく頑張っておられるというのがよくわかりました。

ただ、独法化されてからは、じゃあもう、医師の定員に関して言いますと、増やそうと思ったら幾らでも増やせるということになるわけですか。

(佐藤)

院長が判断することになります。

(山本座長)

そうですね。それは大学病院と随分違うところで、大学病院はむしろ定員削減の方向でされてるところで、非常に厳しいところがあるかなと思っておりました。

はい、先生、どうもありがとうございました。

座 長

岡山県医師会理事

山 本 和 秀

それでは、第3席のほうに移りたいと思います。
第3席は「勤務医の光と影－勤務医は何を求め、病院はどう応えるべきか－大規模私的病院から」ということで、倉敷中央病院の松岡先生、よろしくお願いいたします。



3. 勤務医の光と影～勤務医は何を求め、病院はどう応えるべきか －大規模私的病院から－

公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構
倉敷中央病院糖尿病内科主任部長

松 岡 孝

平成25年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

「様々な勤務医の実態とその環境改善を目指して」

勤務医の光と影
～勤務医は何を求め、病院はどう応えるべきか～
－大規模私的病院から－



平成25年11月9日(土)
ホテルグランヴィア岡山

倉敷中央病院
松岡 孝



倉敷中央病院の松岡と申します。よろしくお願いいたします。本日、私は大規模私的病院の代表ということで講演させていただきますが、このような機会を与えていただきました会長の清水先生、それから座長の山本先生、中島先生に厚く御礼申し上げます。

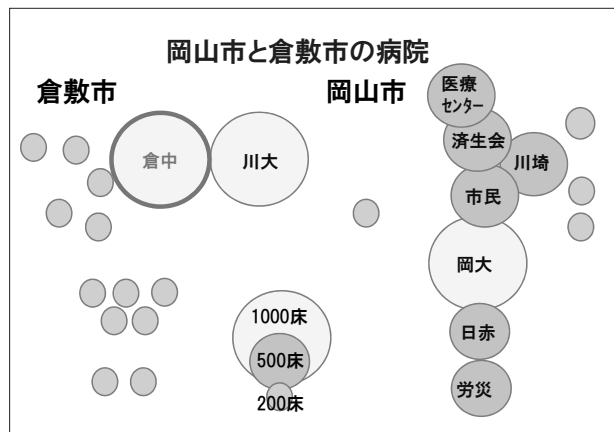
今日は全国から先生方がお集まりになっているの

で、岡山県について簡単に説明させていただきます。岡山は「晴れの国岡山」と言われるように晴れの日が多く、特に県南は降雨量が少ないにもかかわらず、岡山県には吉井川、旭川、高梁川という一級河川が3つもあるため水不足にもなり難く、また台風とか地震の被害も少ない県でございます。要するに、岡山は災害が極めて少なく住みやすい県であります。その反面、助け合いの精神に乏しいのではない

かという意見もあります。



岡山市と倉敷市の病院	
岡山市 岡山医療センター 岡山済生会病院 川崎医大付属川崎病院 岡山市民病院 岡山大学病院 岡山赤十字病院 岡山労災病院 榊原病院 重井研究所付属病院 岡山協立病院 岡山旭東病院 健康づくり財団付属病院 岡山中央病院	倉敷市 川崎医大付属病院 倉敷中央病院 倉敷成人病センター 倉敷第一病院 しげい病院 倉敷記念病院 倉敷平成病院 倉敷中央病院リバーサイド病院 水島中央病院 水島協立病院 水島第一病院 玉島中央病院 倉敷市立児島市民病院 児島中央病院



岡山県は正方形の県であり、津山市には津山中央病院という中核病院がありますが、岡山市と倉敷市を中心とする県南部に医療が集中しています。岡山市は1,000床クラスの岡大病院以外に岡山市中心部の南北わずか14kmの間に500床クラスの病院が6つほどあり、その他200床クラスの病院も含めて全ての病院が急性期医療を行っていますので、急性期医療後の受け皿となる（言い方はよくありません

が）後方病院が非常に少ない状況です。それとは好対照に、倉敷市は川大と倉中が1,000床クラスで、500床クラスの病院はなくて200床クラスの病院が数多くあり、急性期はもちろん亜急性期や回復期も担当して下さるので、当院が超急性期医療に特化した地域中核病院として効率よく成り立っているのだと思っています。

創設の理念

大原 孫三郎



- ・治療本位の病院
- ・病院くさくない明るい病院
- ・東洋一の理想的な病院

病院全景(1923年創設当時)

病床数	83床	診療科	7科
医師数	24人	看護師数	31人



倉敷中央病院の概要



病床数	1161床
職員数	3230人（平成25年4月）
医師	449人、看護師 1306人、薬剤師 92人
標榜診療科	31科

平成24年度の実績

新入院患者数	29,111人、単価:75,067円
平均在院日数	12.2日
外来患者数(1日)	2,719人、単価:22,143円
救急患者数	63,659人
救急搬送数	7,978件、46.9%が入院
手術件数	11,644件
紹介率	70.5%、逆紹介率97.5%

基本理念

1. 患者本位の医療
2. 全人医療
3. 高度先進医療

折角の機会なので当院の沿革と概要について少しだけ述べさせていただきます。治療本位の病院、病院臭

パネルディスカッション

くなく明るい病院で、しかも目標は東洋一の理想的な病院をつくらうという理念に基づいて、大原孫三郎によって倉敷中央病院は1923年、今から90年前に創設されました。当時は、病床数83床、診療科7科、医師24人、看護師31人という状況下でスタートしましたが、現在は病床数1,161床、標榜診療科13科、職員3,230人、医師449人、看護師1,306人、薬剤師92人となり、昨年度の平均在院日数12.2日、紹介率70.5%、逆紹介97.5%と、地域中核病院としての重要な役割を担っております。病院の全景もこのように変わりました。



病院全景(現在)

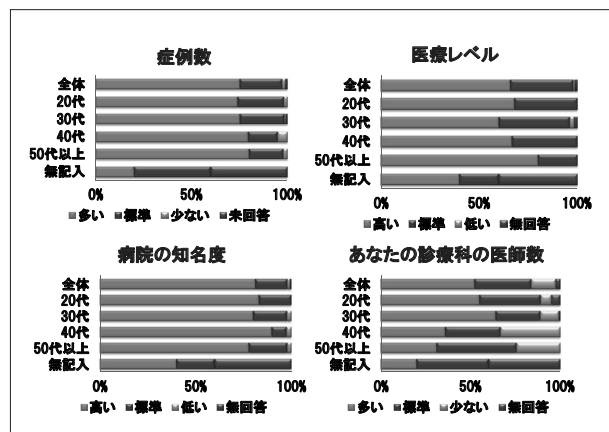
アンケートによる実態調査

全医師を対象にアンケート調査を行った
回収率75.8%

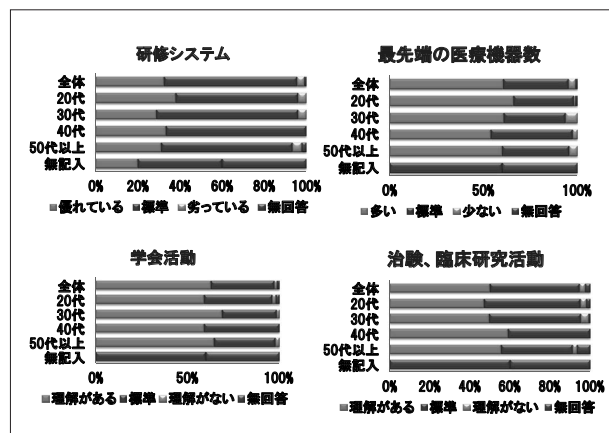
医師の人員構成

男性 347人(77.3%)、女性 102人(22.7%)、計 449人
初期研修 後期研修 医員 副医長 医長 部長以上
59 132 69 39 39 111(人)
13.1 29.4 15.4 8.7 8.7 24.7 (%)

今回、当院における勤務医の実態を知るために、全医師を対象としてアンケート調査を行いました。回収率が75.8%ですから、449人のうち320～330人の医師から回答がありました。当院は女医の占める割合は大体2割ぐらいです。スライドにアンケート結果を示していますが、全体、20歳代、30歳代、40歳代、50歳以上に分けて、年代ごとに比較しております。

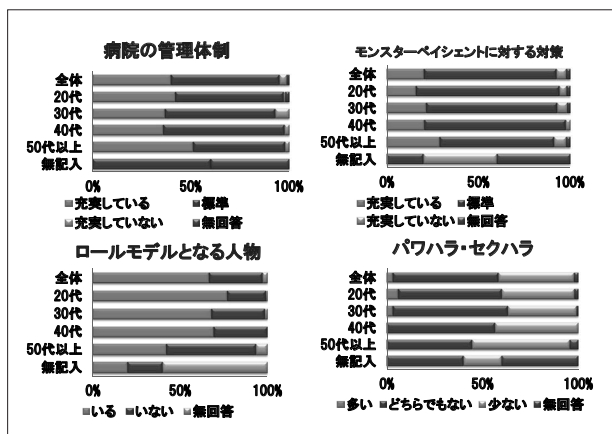


- ① 病院に対するイメージについてですが、症例数は多い、医療レベルは高い、病院の知名度も高いと、大多数の医師が答えていました。
- ② 自分の属する診療科の医師数については、40歳の医師は少し少ないと思っているようですが、他の年代はまずまずと思っているようでした。

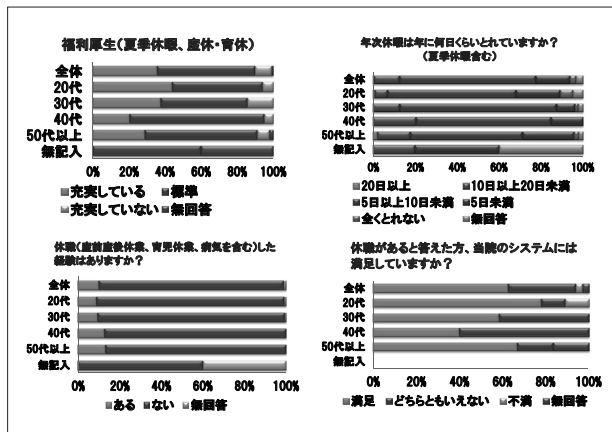


- ③ 研修システムについては、優れていると感じているのは3割ぐらいですが、劣っているという意見はごく少数でした。
- ④ 最先端の医療機器が導入できているかについては、6割ぐらいがそう思うとの回答でした。
- ⑤ 当院は公立病院ではありませんが、臨床研究センターも充実しており、学会活動、治験・臨床研究に対して理解があると答えた医師は半数を超えており、劣っている・理解がないと考えた医師は極少数でした。
- ⑥ 患者の暴言・暴力、モンスターパシエント、この言葉は使用すべきではないかもしれません

が、当院には防災管理課という部門があり、警察のOBが就職してくださっているためか、そういう患者についての対応が充実していると思っているのは2割ぐらいですが、充実していないと思ってる医師は少ないようです。

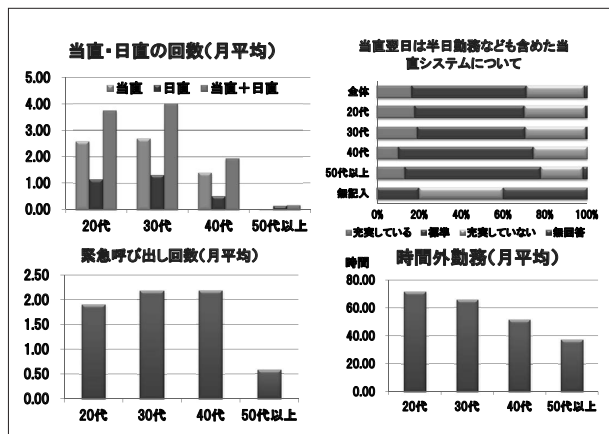
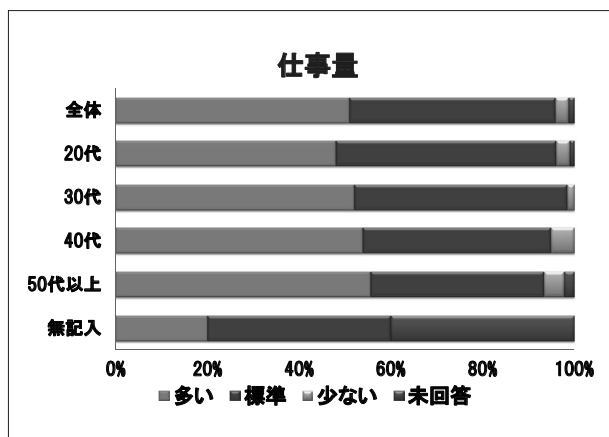


- ⑦ ロールモデルとなる人物がいるかどうか。いないと答えたのは少数で、約7割の医師はロールモデルとなる人物がいると答えていました。
- ⑧ 勤務の過酷さも重要ですが、精神的なパワハラ・セクハラも非常に重要です。パワハラ・セクハラが多いと答えたのは、若い医師に少数いますが、極少数にとどまっています。少ないと答えた医師は、3割～4割近くでした。



- ⑨ 福利厚生については、充実していると答えた医師が3割～4割で、充実していないという回答は少数にとどまりました。年次休暇、これは夏休みを含めてですが、何日くらいとれているのかという質問に対して、20日以上は50歳以上に少しかけています。10日以上20日未満、つまり2

週間ぐらい休んでいる人もいますが、5日以上10日未満、約1週間休暇をとっている医師がほとんどのようです。もちろん5日未満の医師もいます。それから、休職、産休・育休、病気を含めて、休業届けを出して休んだことがありますかという質問に対して「ある」と答えた医師は少数例でした。休職経験があると答えた医師に対して、当院の休業システムについて満足していますかという質問をしたところ6割ぐらいが満足しているという回答で、不満と答えた医師は非常に少なかったようです。

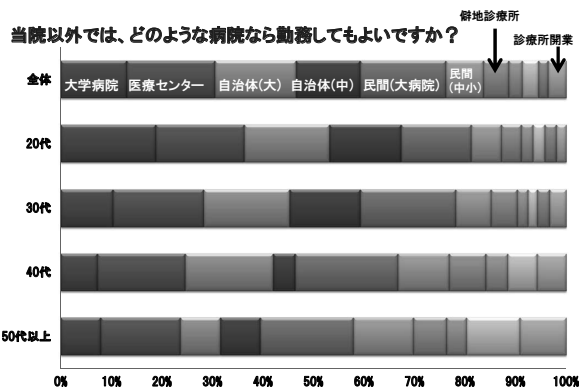
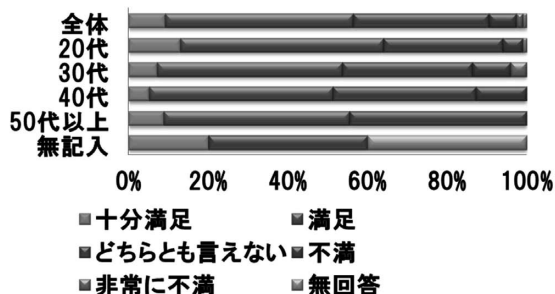


- ⑩ トータルで仕事量はどう感じているかという質問に関しては、約半数がやはり仕事量が多いと答えていました。当直、日直回数については、20歳代、30歳代が大体月に4回ぐらいで。40歳代は2回、50歳以上はほとんどしていないという結果でした。当院も、当直の翌日は半日勤務など、過重労働にならないよう色々システムを考えてやっていますが、システムが充実してい

パネルディスカッション

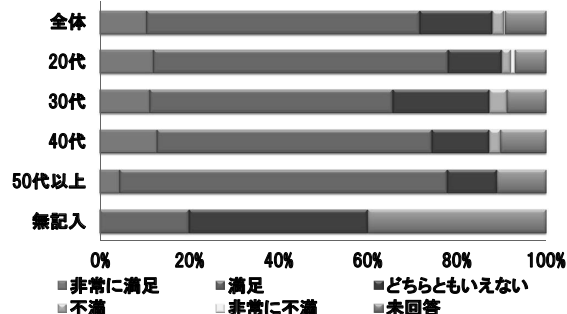
ると答えた医師はわずかで、このくらいは当然と考えている医師が多かったようです。反対に、充実してないと考えている医師も2割～3割いるようでした。次に、緊急呼び出しの回数については20歳代～40歳代で月平均2回、時間外勤務については、20歳代が一番多くて月70時間、続いて30歳代が60時間、40歳代が50時間、50歳以上は40時間弱でした。

給与について満足していますか？



- ⑪ 給与については他院と比べて多いか少ないかは別として、満足度は、「満足」と「十分満足」を合わせると6割近い医師が満足していると答え、不満と答えた医師は少ないようでした。
- ⑫ 当院以外に勤務してもよいと思う病院はどこかという質問では、当然ながら若い医者は大学病院が多かったのですが、若い医師の中には僻地の診療所とか、若くても開業の希望もあり、当院でしっかり診療技術を身につけた後、僻地の診療所や地域医療を助けてくれればと思います。

あなたは当院に満足していますか？



- ⑬ 全体を通しての当院への満足度は、「非常に満足」と「満足」を合わせると、7割以上の医師が満足と答え、「不満」と「非常に不満」は少数でした。ただし、男女、年代、診療科を記入するアンケートでしたので、全て答えると人物が特定される危険性があり、そのため無記入者も少なからずみられました。無記入者は、不満に思っている医師と考えるべきと思いますが、そうすると結果が少し変わってくる可能性があります。

改善して欲しい点

- ① 雑用が多い
- ② 各種書類が多い
- ③ 麻酔科医の定数割れ
- ④ 救急医療体制の見直し
- ⑤ 当直回数の多さ
- ⑥ 診療の主体がシニア中心で指導体制が不十分
- ⑦ 中堅医師(30歳代)の確保
- ⑧ 時間外勤務ありきの環境と時間外申請の制限
- ⑨ 診療科による仕事量の温度差
- ⑩ 業績・実績に応じた給与体系の確立
- ⑪ 大病院故の他科との連携の希薄さ
- ⑫ 女子専用当直室がない
- ⑬ 電子カルテの改善

- ⑭ 病院に対して改善して欲しい点を自由に書いてもらいましたが、上級の医師では、雑用が非常に多い、医師の記載が必要な書類が多いという指摘がありました。若い医師、特に30歳代では救急の忙しさ、当直の多さを指摘する意見が多くみられ、30歳代が非常に忙しいという実態が窺えます。
- ⑮ 勤務改善に対して当院の取り組みでは、医師業務に関しては「ワークライフ・バランス検討委

員会」にて、勤務軽減、処遇改善、医師の不足部署に対する医師の補充とか、医師の事務作業の補助者の配置・育成、産業医の面接、医療秘書の育成などを検討しています。女医に対しては「女性医師の働きやすい環境づくり委員会」があり、全職種によって構成されている院友会の中に「よろず相談部会」があり、ここでは、全職種からの不満、不平を吸い上げて、上層部に報告するシステムが機能しています。

勤務改善への当院の取り組み

①医師ワークライフバランス検討委員会

医師の勤務負担軽減、処遇改善
医師不足部署に対する医師補充
医師事務作業補助者の配置・育成
日当直状況、時間外勤務状況の検討
産業医による面接指導
医療秘書の育成など

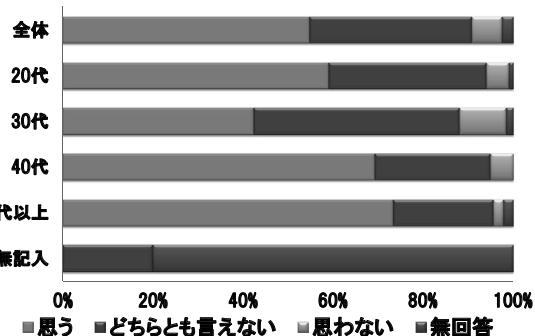
定期的に会議を開催し、各事項についての検討、実施計画の策定を行って、医師の勤務改善に努めている。

②女性医師の働きやすい環境づくり委員会

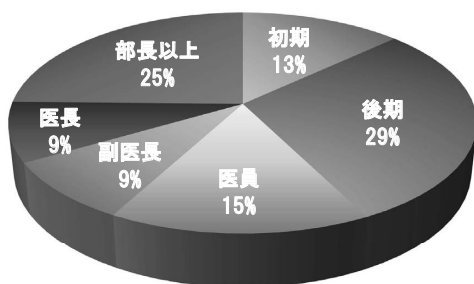
③よろず相談部会(全職種により構成されている院友会の一部会)

医師も例外ではなく各職種から自由に意見を出しあい、病院へ要望を提出し、改善に努めている。

今後とも当院に勤務したいと思いますか？



医師の専門職階と人員



今後の更なる取り組み

- ①30歳代(医員、副医長、医長)の過重労働の軽減
- ②当直システムの見直し
- ③時間外勤務の削減
- ④医師事務作業補助者の増員

- ⑩ 今後とも当院に勤務したいと思いますかという質問に対しては、全体で約半数、特に40歳以上では8割弱が勤務したいと答えていますが、やはり30歳代では勤務したいと答えた医師が少なく、30歳代の医師への大きな負担が当院の影の部分かと思っています。当院の医師の分布は、初期研修医(卒後2年まで)13%、後期研修医29%、副医長9%、医長が9%、部長以上が25%であり、約60%を占める後期研修医、医員、副医長、医長が30歳代であり、ここに大きな負担がかかっている訳です。この30歳代の優秀な医師が疲弊しないように、当院の小笠原院長は、当直システムをさらに見直すように、時間外勤務をいかに削減できるか、非常に前向きに努力されています。

11月14日 世界糖尿病デー

岡山城

JR岡山駅前



私は糖尿病専門医であり、少し宣伝させて頂きますと、来週の11月14日が世界糖尿病デーで、岡山城がブルーにライトアップされ、本日の会場であるグランヴィアホテルに隣接するスクエアビルにもブ

ルーサーがこのような映し出されます。ブルーに因んで青いバラを紹介させて頂くと、青いバラは昔から作ることができなかったのですが、サントリーが開発し市場に出るようになりました。不可能が実現できたということで、このブルーローズの花言葉は「夢叶う」になりました。今回、清水会長のもとに岡山宣言が打ち出されましたが、岡山宣言が実現するように、写真ではありますが、ブルーローズを岡山宣言に供えたいと思います。どうもご清聴ありがとうございました。



(山本座長)

松岡先生、どうもありがとうございました。非常にすばらしい病院で、先生が「勤務医の光と影」って書いて、「影」が何かなという、聞いててよくわからないぐらい、影のない病院のように思えました。すばらしいご講演ありがとうございました。

それでは、司会をかわります。

座 長

岡山県医師会理事

中 島 豊 爾

ここまで、非常に学問的に進んでまいりましたが、中島が司会いたしますので、ここからはむちゃくちゃになります。

ただいまの松岡先生の発表を聞いていまして、この倉敷中央病院は岡山一の病院、世界一の病院だなというふうに思ったわけですけど…。ここの副理事長は相田さんというんですけど、この人は私の病院の理事もしてもらっております。彼なら、こういう病院をつくるだろうな、と思った次第です。

では、第4席に入りたいと思います。「岡山市立市民病院における勤務医の実態とその環境改善に対する取り組み－自治体病院から」ということで、副院長の今城健二先生、よろしくお願いします。



4. 岡山市立市民病院における勤務医の実態とその環境改善に対する取り組み —自治体病院から—

総合病院岡山市立市民病院副院長

今 城 健 二

岡山市立市民病院における勤務医の実態とその環境改善に対する取り組み ～自治体病院から～



岡山市立市民病院
副院長
血液・腫瘍センター長
今城 健二

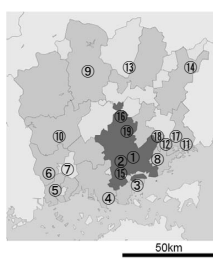
2013/11/09 平成25年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

1

お願いします。まず、この場を与えていただきました石川会長、それから清水副会長に深謝いたします。

先ほど、岡山県の医療費が3分の1近く行ってる大病院の発表でしたので、もうちょっと市内で苦戦してる病院の実態をお話したいと思います。

岡山県内の自治体病院



①総合病院岡山市立市民病院	405床
②岡山県精神医療センター	252
③総合病院玉野市立玉野市民病院	199
④倉敷市立児島市民病院	198
⑤笠岡市立市民病院	194
⑥井原市立井原市民病院	180
⑦矢掛町国民健康保険病院	117
⑧瀬戸内市立瀬戸内市民病院	110
⑨真庭市国民健康保険温泉温泉病院	105
⑩高梁市国民健康保険成羽病院	96
⑪備前市国民健康保険市立日生病院	92
⑫備前市国民健康保険市立備前病院	90
⑬総野町国民健康保険病院	88
⑭美作市立大原病院	80
⑮岡山市立せのお病院	60
⑯岡山市久米南町組合立国民健康保険福渡病院	60
⑰赤松市立赤松市民病院	50
⑱赤松市立赤松市民病院	50
⑲国立病院機構岡山市立金川病院	30

2013/11/09 平成25年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

2

これは、岡山県に、自治体病院からということで、どれぐらい病院があるかといいますと、ここに書いてある19病院が自治体病院の枠の中で開設しているところであります。今、座長をしていただきます中島先生のほうは、精神科の研修のほうでとてもお世話になっておりますし、それから、これ、湯



原温泉病院ですけど、当院の後期研修医が毎週お世話になっております。それから、県北の14番、もう本当に兵庫県境に近いんですが大原病院があります。それから、せのお病院、福渡病院、このあたりは当院の医師がお邪魔して、一緒に仕事をしているところであります。

基本的に、自治体病院は比較的小中病院が多くて、皆さん、それぞれの形で苦勞してまして、今日、私がお話しする内容は恐らく自治体病院としての何の代表にもなってないと思いますけども、それなりの努力をしてる部分をお見せしたいと思います。

それで、これは、岡山市の自治体病院としてある

岡山市内の自治体病院



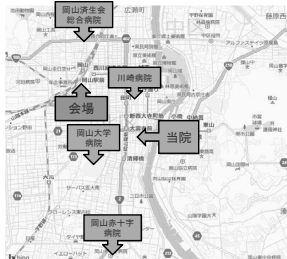
人口と世帯
713,212人
岡山県毎月流動人口調査
(2013年9月1日)
310,279世帯
(2013年9月末)

①総合病院岡山市立市民病院	405床
②岡山県精神医療センター	252
③岡山市立せのお病院	60
④岡山市久米南町組合立国民健康保険福渡病院	60
⑤国立病院機構岡山市立金川病院	30

2013/11/09 平成25年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

3

岡山市中心部で病院過密地帯



岡山大学病院	807床
川崎病院	749床
岡山済生会総合病院	553床
岡山赤十字病院	500床

岡山市立市民病院	405床
一般病床	387床
結核病床	12床
感染症病床	6床

2013/11/09 平成25年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

4

のは、この5病院であります。大体、人口が9月の初めて71万人程度の市であります。政令指定都市であります。先ほど松岡先生もお話しされましたが、岡山市は本当に激戦区でありまして、これは3km圏内の現況です。今、当院は北区にあって、今日の会場というと、岡山駅前になりますけど、岡大病院は大体ここから歩いて10分ちょっとぐらいですね。ここに807床の病院があって、北隣の川崎病院が749床、それから済生会病院553床、赤十字病院500床の



日本における医療崩壊

■背景と課題

医療政策・医療行政上の課題

1990年以降の医療政策抑制政策、医療費抑制政策により、医師不足に陥った病院勤務医が、医療費抑制政策を背景とした病院経営悪化のために過剰な労働

医療安全に対する意識の社会的課題

医療の不確実性を管理するためのリスク、医療の一方のリスク、患者と医師の対立を管理

医師がリスクの大きい病院の勤務を辞めていく傾向があることと関係があることとを「立ち上がり型サボタージュ」

職場の社会的課題

制度上の「ひずみ」が具体的な社会問題として現れたのが、2007年頃からのいわゆる急激な減少の「たらい回し」

高齢者の医療ニーズの急増、新病院建設にかかった債務、医療制度改正による診療報酬減少に伴う医療収入減少等により

病院の経営危機、制度、自主事業

内科系、外科系など特定の専門科の負担も大きく集約困難

■医療政策課題

医師不足を克服、医療政策により支えられている医療は、厚生労働省・財務省・マスコミの思いつきにより医療政策を失った

ままであり、多くの手技は経済的に立たないまま放置され、外科系の医師はその経済状況のため、年々減り続けている。

医師不足

医師不足が社会問題化されることになるが、厚労省は医師確保法、2009年6月「医学部定員削減」閣議決定の見直しとともに、

医師養成数の増加へと政策転換になったが、医師養成には少なくとも10年かかるため、勤務医の労働環境は改善されない。

初期臨床研修医の確保

従来、大学病院は集まった研修医を教育した後人事権を把握している系列の地方の基幹病院に半強制的に派遣し、本意

ながら派遣された医師が住みながら地域医療を支えていた。2004年度からの初期臨床研修義務化が実施され、大学病院は、

研修医は派遣、系列の地方の病院に派遣している医師を確保し、新たに医師を半強制的に派遣することも出来なくなった。

地方の基幹病院では医師が足りなくなり、集約化が進むことになり病院によっては特定の診療科を閉鎖せざるを得なくなった。

初期臨床研修義務化に伴い、様々な診療科の現場に入り、その現場の現実を体験、適宜労働がみられる診療科や医師リスク

の低い診療科、2011の低い診療科を避けるようになった。

2013/11/09 平成25年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

5

病院でありますけども、当院が一番ミニチュアサイズで405床で、かなり挟まれて頑張ってるということになります。

少し切り口を変えまして、皆さん、ウィキペディアを使われると思うんですけど、たまたま医療崩壊というキーワードで見ました。そうすると、日本における医療崩壊とあるんですが、これを、ずっと眺めてみますと、背景と解説がありますが、このあたりも病院勤務医の話、それから社会が勤務医に非常に要求が強いであるとか、医療制度や診療報酬、医師不足、それから初期臨床研修、これはもう、勤務医の問題ばかりが並んでるわけですね。後半に行きましてもやはり、今ちょうど求められてること、これは普通の人々が一般にこういうところを見れば、こういう問題が出てくるという形で書いてあります。医療過誤や、福島の子婦人科の問題とかいろいろありましたけれども、一方で、この最後に少しだけあるのが、小児科を守る会というのが兵庫県にはありまして、こちらは地区と一体になって小児科が潰れないように頑張ってる。こういうことが書いてありました。

病院勤務医の負担軽減に対する体制

- 医師・看護師等の業務分担
- 医師事務作業補助者の配置
- 短時間正規雇用の医師の活用
- 地域の他の医療機関との連携体制
- 交代勤務制の導入
- 外来縮小の取り組み
- 予定手術の術者の当直、夜勤に対する配慮

- 勤務時間(平均週43.25時間、残業4.5時間)
- 連続当直を行わない勤務シフト(平均月当たり当直回数2.3回)
- 当直翌日の通常勤務に係る配慮
- 業務の量や内容を把握した上で、特定の個人に業務が集中しないような勤務体系の策定

- 職員等に対する周知
- 役割分担推進のための委員会又は会議
- 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画について、第三者評価の有無

2013/11/09 平成25年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

7

さて、また話を戻しまして、病院の勤務医の負担軽減に対する体制ということで、ご存じの先生方はわかると思いますが、これはDPC病院の届け出についてでありまして、その中に実はこういう項目があるんですね。医師、看護師の業務分担、それから医師事務作業補助者の配置、短時間正規雇用、地域のほかの病院との連携、交代制勤務、外来縮小、予定手術の術者の当直夜勤に対する配慮、こういうことが

パネルディスカッション

本当にできてるのかということになります。

勤務時間は、当院の平均では、週当たり43.25時間、残業が4.5時間ぐらいが平均です。連続当直がない勤務シフトということで、当直回数は平均して2.3回ぐらいになっております。それから、翌日の通常勤務に係る配慮とかですね、こういったことを書いております。

平成26年4月に地方独立法人
平成27年5月に新築移転



ハード面での改善

- 敷地面積 18,584 m² (約2.2倍)
- 建物概要 (病院本体)
- ・建築面積 約7,000 m²
- ・延床面積 約33,000 m² (約1.5倍)
- ・階数 地上8階、塔屋1階、地下なし
- ・構造種別 SRC一部S造 (基礎免震構造)
- ・最高高さ 約36.85m

2013/11/09 平成25年度全国医師会総務部会連絡協議会

なかなか、働きやすさというのを考えたときに、ハードの問題とソフト的な問題を考えなければいけないと思います。今これは、現状の病院でありまして、これが玄関で、何とも古くなった病院というのがわかると思うんですが、こちらは今建設中でありまして、約1年後には躯体は完成して、1年半後のゴールデンウィークに引っ越し予定です。敷地面積は約2.2倍で、延べ床面積1.5倍になって、県内では初めて免震構造を入れた病院という形で生まれ変わります。このあたりで、ハード面については、働きにくさというのはかなり解消されるのではないかと考えております。

寄付講座(地域医療学講座)の設置

【目的】
岡山地域の地域医療に関する研究・教育を行い、その研究成果の普及と人材の養成により、最適な地域医療体制の構築に寄与する。

【寄付講座の名称】
岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 地域医療学講座

【研究・教育内容】
(1)岡山地域における地域医療ネットワークの構築に関する研究
(2)ER型救急システムの構築に関する研究
(3)救急医、総合医など地域医療を担う医師等の養成及び研修プログラムの開発

【設置期間】
平成22年4月1日から平成26年3月31日(4年間)⇒3年間の延長

【寄付金の額】
総額 1億3,600万円(年額3,400万円×4年間)

2013/11/09 平成25年度全国医師会総務部会連絡協議会

病院自体の取り組みで、ほかの病院の先生方と全く違うことを今目指しているのは、大学病院との連携であります。

まず、これが平成22年4月から稼働しましたのですが、大学病院の中に岡山市から総額1億3,600万円の寄附を行い寄附講座を設置していただきました。4年間ですね。この最大の目標は、ER型救急システムというのが岡山にできるかということが研究題材でありまして、救急にうまく対応しないと勤務医の働きやすさは解消されないということで、その改善も含めて行っております。一応、今年度終わりますが、延長の方針で、さらに3年間続くことが決まっております。

連携大学院(実践総合診療学)の開設

- 岡山市と岡山大学は、岡山市立市民病院と岡山大学院医歯薬学総合研究科との間で、教育研究活動の一層の充実を図り、相互の研究交流を促進し、その成果を学術及び科学技術の発展に資することを目的として、「学生の教育・研究に関する協定」を締結しました。
- 本協定に基づき岡山大学院医歯薬学総合研究科の博士課程において、実践総合診療学の連携講座を平成26年4月に設置します。

2013/11/09 平成25年度全国医師会総務部会連絡協議会

それからもう一つは、この連携大学院ですね。こちらは、実践総合診療学という名前なんですが、岡山大学病院と市との間で契約が済みまして、実践総合診療学の講座が来年4月から稼働します。こちらは市民病院の中で研究していただいて、博士号を大学から授与していただくということで、連携大学院を始めるということになります。

これで何が得られるかということなんですが、1つは自院の研修医、それから大学からの研修医の教育の場を是非とも提供したいということと、それで救急医療を強固に行うこと。それから、連携大学院のほうは、この救命救急だけで救急は済むわけじゃなくて、約10倍の患者さんがウオークインで来ますので、こちらの対応が悪いと救急が成り立たないということもありますので、この実践総合診療学を代表とするような総合診療の場が強くないといけないと

岡山大学病院との提携で実現するもの

- 平成21年度より救急医学講座の助力によりER型救急の確立のため寄附講座を開設した。これにより負担感の強かった救急の医療現場で救急専門医と協力して、自らの研修医・大学からの研修医の教育を行いながら救急医療を強固に行う体制が整ってきた。
- 平成26年度より連携大学院として実践総合診療学講座を設置する。救急搬入のみならず、walk-inの症例に対しても対応が向上することになった。病院のシステムの構築、若手医師の教育を通じて、職員のモチベーションを維持・改善し、診療の質を上げつつ無理のない運営を目指している。

2013/11/09 平成22年度全国医師会助産師会連絡協議会

11

救急に力を入れている病院なのですが、救急センターとして、400床レベルの病院でどれぐらいできたかということについてです。これは日勤の体制です。内科系、外科系、それぞれ当番がいて、今、教育していますので、この岡大の研修生が2人ぐらいはいつもいてくれるような状態です。それから、救急学講座のほうから救急医を指導教官として来ていただいていますので、月曜日から土曜日まではこういう形で準夜帯までカバーできます。あと、深夜帯は病院のほうの指導医が当たるということになっております。

これは、研修医は、では、我々の病院で何をしてる、どういう配置になってるかということなんですが、一番上の帯のところが当院採用の研修医、2年目ですね。それから、この下が1年目の研修医。この3番目の帯が、岡大病院からの、いわゆるたすきがけ研修で、主に内科中心にいられてる人が多いん

ですが、救急研修もされてます。それから、その下ですね、今年の初期研修1年目の先生方ですね。オリエンテーションが終わった後に、今年は救急の、3カ月のうち2カ月来られてますので、約17名来られてます。このような配置で、後で片岡先生がお話になられると思いますが、救急の研修をして帰っていただくということになります。

[illegible]

日直表不働日

11月1日(金)	大賀
11月2日(土)	大賀 丹山 今城
11月3日(日)	大賀 丹山 篠塚
11月4日(月)	丹山 篠塚 今城
11月5日(火)	中村 多賀
11月6日(水)	本宮 太田 本多 中村 多賀
11月7日(木)	本多
11月8日(金)	三波 大山
11月9日(土)	三波 大山 関村 今城
11月10日(日)	本宮 三波 大山 丹山 多賀
11月11日(月)	丹山 多賀
11月12日(火)	多賀
11月13日(水)	三波 多賀
11月14日(木)	三波
11月15日(金)	塩見 丹山
11月16日(土)	塩見 丹山 関村
11月17日(日)	塩見 丹山 関村
11月18日(月)	山口
11月19日(火)	山口
11月20日(水)	本宮 北畠 大賀 本多 中村 篠塚 多賀
11月21日(木)	北畠 大賀 本多 中村 丹山 篠塚 多賀 関村
11月22日(金)	大賀 本多 篠塚 塩見
11月23日(土)	関
11月24日(日)	関
11月25日(月)	山口 丹山 関村 塩見
11月26日(火)	山口 関村 塩見 関村
11月27日(水)	山口

電子メール、メモ、口頭届出等で
日直不可能な日を把握

↓

あらかじめ当番に当てない

2013/11/09
平成25年度全国医師会事務部長会連絡会議
14

[illegible]

さて、当直というのは寝るのが前提でありまして、起きて救急患者を診せると業務ということに

なります。それはどの病院も、当直という言葉で一番負担をかけてるところだと思うんですね、勤務医の先生方に。少しシフトのつくり方で工夫をしてる部分をお話しします。

大体、私のところに電子メールかメモか口頭、何れの形でも受けますが、このスライドは、内科医だけなんですけど、この日に絶対に当直を当てないという希望が来ます。あらかじめ当直に当てない。それから、こちらは翌日の勤務に配慮ができてるかということなんですけど、これは内科のメンバーに、例えばこの先生では、翌日 duty がある日は絶対に当てない、それから外来のある前の日は、このような表をつくって、あらかじめ当てないという形にしております。

完成後の日当直シフト			
当直医	当直医	当直医	当直医
1. 山田 (内科)	2. 山田 (内科)	3. 山田 (内科)	4. 山田 (内科)
5. 山田 (内科)	6. 山田 (内科)	7. 山田 (内科)	8. 山田 (内科)
9. 山田 (内科)	10. 山田 (内科)	11. 山田 (内科)	12. 山田 (内科)
13. 山田 (内科)	14. 山田 (内科)	15. 山田 (内科)	16. 山田 (内科)
17. 山田 (内科)	18. 山田 (内科)	19. 山田 (内科)	20. 山田 (内科)
21. 山田 (内科)	22. 山田 (内科)	23. 山田 (内科)	24. 山田 (内科)
25. 山田 (内科)	26. 山田 (内科)	27. 山田 (内科)	28. 山田 (内科)
29. 山田 (内科)	30. 山田 (内科)	31. 山田 (内科)	32. 山田 (内科)
33. 山田 (内科)	34. 山田 (内科)	35. 山田 (内科)	36. 山田 (内科)
37. 山田 (内科)	38. 山田 (内科)	39. 山田 (内科)	40. 山田 (内科)
41. 山田 (内科)	42. 山田 (内科)	43. 山田 (内科)	44. 山田 (内科)
45. 山田 (内科)	46. 山田 (内科)	47. 山田 (内科)	48. 山田 (内科)
49. 山田 (内科)	50. 山田 (内科)	51. 山田 (内科)	52. 山田 (内科)
53. 山田 (内科)	54. 山田 (内科)	55. 山田 (内科)	56. 山田 (内科)
57. 山田 (内科)	58. 山田 (内科)	59. 山田 (内科)	60. 山田 (内科)
61. 山田 (内科)	62. 山田 (内科)	63. 山田 (内科)	64. 山田 (内科)
65. 山田 (内科)	66. 山田 (内科)	67. 山田 (内科)	68. 山田 (内科)
69. 山田 (内科)	70. 山田 (内科)	71. 山田 (内科)	72. 山田 (内科)
73. 山田 (内科)	74. 山田 (内科)	75. 山田 (内科)	76. 山田 (内科)
77. 山田 (内科)	78. 山田 (内科)	79. 山田 (内科)	80. 山田 (内科)
81. 山田 (内科)	82. 山田 (内科)	83. 山田 (内科)	84. 山田 (内科)
85. 山田 (内科)	86. 山田 (内科)	87. 山田 (内科)	88. 山田 (内科)
89. 山田 (内科)	90. 山田 (内科)	91. 山田 (内科)	92. 山田 (内科)
93. 山田 (内科)	94. 山田 (内科)	95. 山田 (内科)	96. 山田 (内科)
97. 山田 (内科)	98. 山田 (内科)	99. 山田 (内科)	100. 山田 (内科)

研修医1~2名が
上級医の指導を
受けながら日当直
業務に当たる

これらのことを配慮すると、結果としてこちらのような形になります。括弧の中は研修医でありまして、あとは後期研修あるいは常勤医がシフトして、必ずセットで救急が進んでいくような形にしております。



みなさんを守ります

警察OBを5名採用
8:30~2:00をカバー



2013/11/09 平成25年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

18

それから、やはり市民病院ということで、問題患者というか、声が大きい患者、それから暴力まがいのことがある患者ということになりますので、倉敷中央病院と同じように警察のOBを5名採用させてもらってます。これで日勤帯と、深夜の2時まで当院を守っていただけてます。最近、かなり病院が静かになって、さすがに警察OBの威力を感じております。

これは、県内で初めてだと思いますが、銀行の窓口カウンターと一緒にですね、間に合わない問題があれば、このボタンを押せば、そのまま数分でパトカーが来るような仕組みにしております。実際、入れた月は、月に6回も押したことがありまして、非常に大変でしたけど、最近ほとんど稼働してないので、それは先ほどのOBさんの努力によって、達成されてると思います。

さて、自治体病院でどれぐらいの処遇になってるか、お話しします。

医師の勤務時間	
■出勤時間: 8時30分	■退勤時間: 17時15分
平均勤務時間: 週43.25時間 平均残業時間: 週4.5時間	
■当直勤務: 当直とは寝ているのが原則 実態は夜間業務として勤務	
当直回数: 平均2.3回/月	
■定例会議・委員会: 原則勤務時間内開催	

2013/11/09 平成25年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

19

出勤時間と退勤時間は8時半から17時15分なんで

すけども、先ほどの表の平均で、週に43.25時間程度勤務していただいているということで、残業時間は週当たり4.5時間ぐらいになってると思います。先ほどお話ししたように、当直とは寝ているのが原則で、働かせると夜間業務ということになりますので、これをどう解決するかは課題が少し残っております。でも、実際の当直回数は平均で1人当たり月2.3回になっておりまして、あとできるだけ早く帰っていただくために、定例会議、委員会というのは、これは夕方に押すことが多いと思うんですけど、原則勤務時間内に終わらせるようにという強い指示を出しておりまして、長期にわたらないようにしております。

これは清水先生からは是非出すようにというご指示のもとに出しましたが、層別化をしまして、市役所であります、職位がこの審議監次長級という名前がついており、病院の役職は右側のほうで見ただけです。私どものいる階層はかなり支給額が下がってきているということになります。40歳平均ぐらいで見ますと、この副部長クラスになるんですが、ここが一番手厚くもらっているということになります。

次に、レジデント、後期研修医ですね、こちらのほうは大体759万6,000円になっていますが、これは病院の支給額でありまして、これに湯原温泉病院とか大原病院という県北、中山間地域に行かれる先生方は年間百数十万円のプラスがありますので、900ぐらいではないかと思います。初期研修の先生方はそういうわけにはいきませんが、一応総支給額の平均

は470万円ぐらいになってると思います。

さて、逆転現象とか、何がそうなるのかという内訳をお話しします。

これが、基本給であります、こちらはマックスで59万9,900円。それから、初任給調整手当、実は国立がんセンターや循環器病センターが安過ぎるということで、報酬が上がったことがあります。そのときに、初任給調整手当に10万円加算がつけました。先ほどの副部長クラスの先生方はこの初任給調整手当という名の手当が急に30万円を超えて厚くなったということ、あと宿日直は1回当たり1万円プラスされて3万8,000円となっております。それから、時間外手当ですが、最近はそんなに極端な例はなくなったんですけど、外科系の手術を夜間にされますと、結構高くなりますね。これはマックスの1時間当たりの単価は7,090円ですが、通常は大体三、四千円ぐらいでされてると思います。平日の延長に当たる部分が100分の120を支給されます。それから、夜間は100分の150。勤務不要日とか休日は通常の時間で135%分が支給されまして、夜中は160%分。このような支給になりまして、先ほどの逆転現象が起こるということになります。

あと、こちらは業務量の格差を何で評価するか難しいんですが、手取り早い金額だけ、今日お見せします。この血液内科と糖尿病内分泌、大体人数は一緒ぐらいですが、血液がどうしても金額が出てしまいますので、これぐらいの差がありますね。だから、これが憲法で許されない10倍と思うかどうかは別にして、糖尿病の先生方が仕事をしてないわけじゃないんですけど、やはりお金が病院に入りやすい入りにくいというのはあります。ただし、これで実際のドクター1人当たりの持ち患者数は、糖尿病／内分泌はどうしても二、三人ぐらいですね、血液内科は15人を超えて持つようになりますので、明らかに業務量が差があって、急患等は同じ回数をこなしているということもありますので。今後、応分の業務量って何なのかというのは、病院としては考えないといけないかなと思っております。

さて、時間制限がありますので、まとめたいとこ

年間支給額における主な変動要因

明細項目	支給額
基本給	～599,900円
初任給調整手当	～306,000
宿日直手当	～38,000
時間外勤務手当	～7,091
平日	125/100、150/100
勤務不要日	135/100、160/100
休日勤務	135/100

ろです。

業務量格差(平成25年4～9月)

	医師数	入院	外来
消化器内科	5	175,450,305	44,968,432
循環器内科	2	103,167,589	17,045,832
肝臓内科	4	128,391,768	52,648,548
糖尿病/内分泌	7	79,121,822	51,447,915
呼吸器内科	3	95,974,934	10,314,580
血液内科	6	697,843,524	163,425,441
その他		55,162,958	8,278,752

2013/11/09 平成25年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

22

ま と め

- 病院の老朽化による環境の悪化・新築移転で解消
- 不適切な業務分担による負担
 - 医師・看護師等の業務分担:薬剤師による抗がん剤の調剤など
 - 医師事務作業補助者の配置:25対1
- 短時間正規雇用の医師の活用:健診センター業務の分離
- 地域の他の医療機関との連携体制:岡山大学、医師会、地域連携等
- 寄附講座
- 連携大学院
- 勤務シフトの工夫
 - 交代勤務制の導入
 - 予定手術の術者の当直、夜勤に対する配慮
- 外来縮小:新築移転に向けて逆紹介の増加
- 問題患者対策:警察OBの配置
- 待遇の改善:地方独立行政法人化
- 業務量不均衡の是正

- 勤務環境改善の実績が残せることが何よりも重要
- できないのは管理職の怠慢

2013/11/09 平成25年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

23

ハードについては新築移転で解消しようと、実際にもう建築が始まっております。

それから、先ほどの業務分担ですね、薬剤師は割と市内では早く抗がん剤の調剤をしてくれるようになりました。あと、医師の作業補助は25対1で、これはもう少し多くてもいいと思います。

それから、短時間正規雇用、これは女医さんが3人、健診センターで働いてもらっています。常勤医が健診センターを健診もやるという状況は回避できるようになったんですが、この先生方は、子育て中の時間です。基本的に、ご本人さんの働きたい時間設定、出勤時間もご本人の出でこれる時間という設定で働いてもらっています。

それから、ほかの医療機関との連携、特に岡山大学病院に本当に今お世話になっておりまして、寄附講座、連携大学院を含め、たくさんの研修医の先生方に参加してもらっております。あと、私は今立場上は市の医師会の理事もさせてもらっていますので、

地域の連携をどんどん強めております。

それから、勤務シフトは先ほどのスライドのようにやっていますということなんですが、日曜日の夜は準夜帯と深夜帯で実は当番を切っています。月曜日の朝、非常に不機嫌な顔をしていただきたくないというのもあって、行っています。救急センターは、今3交代勤務になってます。ですから、やはり当直と夜間業務というのは、将来的には切り離していける体制をつくらなきゃいけないんじゃないかと思っております。それから、翌日に作業がある先生方には配慮するということになります。

外来の縮小ですが、実は病院が3kmぐらい移転して動きますので、医療圏が変わるということで、これから先、逆紹介の嵐になるのではないかと思いますので、心機一転、また考えたいと思います。

それから、問題患者対策は、警察OBということですよ。

待遇は、来年の4月に非公務員型の地方独立行政法人になります。こちらのほうは、ドクターの待遇は原給保証ということで、先ほどお見せしたような待遇でそのまま移行する予定であります。

それから、業務不均衡の是正は、もう少しこれは課題で残っているということでもあります。

最後は、勤務環境改善について、今お話ししたことは、最近の5年間で変えていったことあります。シフトの問題についても、管理職の入り口はシフトが組めるかどうかと世の中で言われておりますので、さらに出来るいいものをつくりたいと思いますが、もしできないのであれば、管理職の怠慢とか管理職仕事をしてないというような、そら耳が聞こえないように頑張っていきたいと思っております。

以上です。ご清聴ありがとうございました。

(中島座長)

どうも、今城先生、ありがとうございました。

職員の給与は、県よりも市のほうが高いなと思いましたが、それは内輪の話でございますので、全体には関係ございません。やはり寄附講座をつくり、連携大学院をつくったというところが、非常に大き

な違いだと思いますね。最近どんどん変わってきて、来年には独法化されるというところも大きな点かと思います。

座 長

岡山県医師会理事

中 島 豊 爾

それでは次に、「人口過疎地における取り組み」ということで、さきほども図が出ましたが、地図上で県北に位置する病院で、金田病院の理事長、金田道弘先生にお願いしたいと思います。



5. 人口過疎地における取り組み —山間部の中小病院から—

社会医療法人緑社会 金田病院理事長

金 田 道 弘

♡ ようこそ晴れの国・岡山へ ♡

人口過疎地における取り組み —山間地の中小病院から—

社会医療法人 緑社会 金田病院
金田 道弘



金田です。よろしくお願いいたします。

これが当院の写真ですが、ベッド数172床のケアミックス病院、D P C病院であります。

これが岡山県内の医療圏と500床以上の大病院があります。岡山県内には5つ医療圏があります。右下の県南東部保健医療圏、約人口90万人。倉敷市を中心とした県南西部医療圏、これが70万人ぐらいで

しょうか。それから、右上の津山・英田医療圏、人口19万人。隣の、私どもがあります真庭保健医療圏が人口5万人。左上の高梁・新見医療圏が、人口が約6万8,000人ぐらいだと考えます。地図の中の太線は高速道路網であります。ご覧のように、3つの医療圏には大病院がありますが、真庭と高梁・新見には500床以上の大病院はありません。

岡山県内の医療圏とD P C対象病院を示します。



岡山県内の指定地方公共機関(内医療機関)

(平成25年7月29日現在)



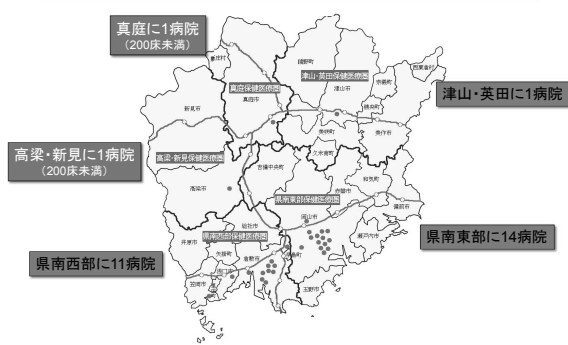
岡山県内の医療圏と500床以上の大病院



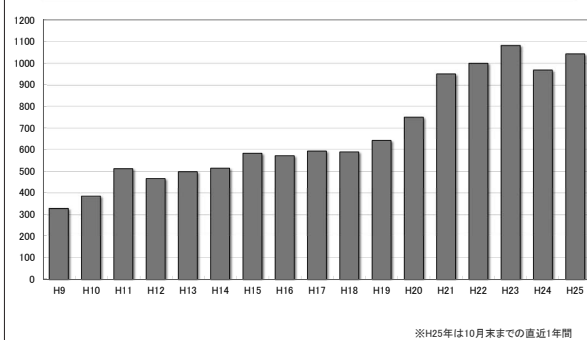
私共の病院の理念

私たちは
医療を通して
社会に貢献します

岡山県内の医療圏とDPC対象病院



消防署救急車による年間受入患者数の推移



同じく、県南東部、西部に集中しておりまして、津山・英田には津山中央病院1つ、そして真庭、高梁・新見には200床未満のDPC病院が1つずつあります。真庭の医療圏にあるのが私どもの金田病院で、高梁市にあるのが高梁中央病院であります。

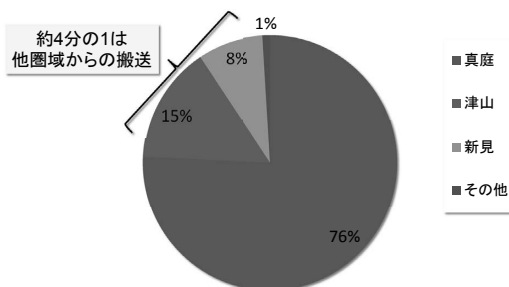
岡山県内の指定地方公共機関のうち、医療機関を示します。岡山県内8カ所が指定されましたが、岡山県南東部に3病院、県南西部に2病院、県北には津山中央病院と当院とやはり高梁中央病院でありま

す。

私どもの病院の理念。私たちは医療を通して社会に貢献します。

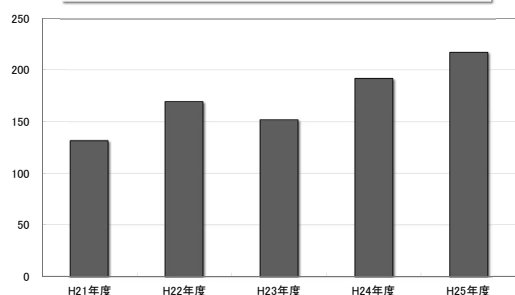
消防署救急車による年間受け入れ患者数の推移でありますが、この15年間に約3倍に増加いたしました。平成23年に1,100台に近くなりましたが、ここでちょっと息切れをいたしまして、平成24年少し減って、また当直体制を工夫して、また復活しつつあるというところであります。

消防圏域別救急搬送割合



消防圏域別救急搬送割合であります。私どもの医療圏から来られる救急車が76%、すなわち約4分の1は津山・英田、あるいは新見からの他圏域からの搬送であります。そこに我々の役割があると考えております。

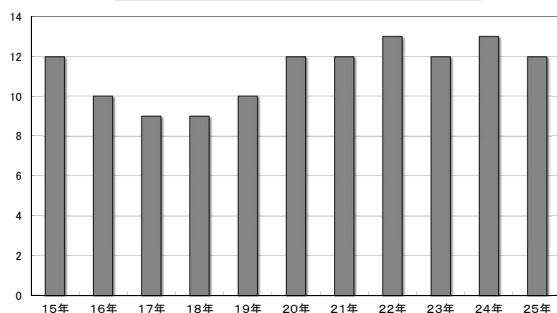
全身麻酔手術件数の年次推移



※H25年度は10月末までの直近1年間

全身麻酔の手術件数は、この5年間で約倍に増えております。

常勤医師数の年次推移



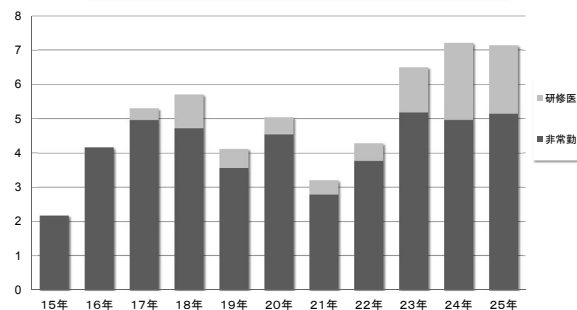
これが常勤医師数の年次推移であります。平成15年に12人でありましたが、卒後臨床研修制度が始

まって、あれあれという間に9人になりまして、非常に慌てました。後ほど出てまいります。この平成17年、平成18年ぐらいに非常勤医師を一生懸命集めました。平成22年に一瞬、14人まで行きましたが、その後、12、13、今年の1月から12人になっております。非常に厳しい状況が続いております。

院内での環境改善の工夫①

非常勤医師の応援

非常勤医師常勤換算数の推移
(地域医療研修医師を含む)



院内での環境改善の工夫を申し上げます。

まず1つ目、非常勤医師の応援であります。非常勤医師常勤換算数の推移、地域医療研修医師を含みます。先ほどお話しした平成17年、平成18年ぐらいに常勤医師が減ったときに、非常勤医師が増えたのと、また研修医の2年目の地域医療研修が始まりました。特に、近年は年間約20名の研修医が1カ月単位で来ておりまして、非常に助けになっておりますし、病院の雰囲気明るくなっております。一番多いときには4名の研修医が同時に来ていたこともありました。

これは先月ですね。学生です。岡山大学の医学部の3年生の学生が、昨年の夏休みを利用して地域医



院内での環境改善の工夫②

当直体制の工夫



11月分 日直・当直予定表

日	曜	記	内科系	外科系	小児科	当日直	副当直	院内	22時	院外
1	金									
2	土	午後休診								
3	日	休診日								
4	月	休診日								
5	火	火災								
6	水									
7	木									
8	金	午後休診								
9	土	内科外科当番日								
10	日									
11	月	火災								
12	火									
13	水									
14	木									
15	金	午後休診								
16	土	外科当番日								
17	日									
18	月	火災								
19	火									
20	水									
21	木									
22	金	外科当番日								
23	土	休診日								
24	日									
25	月	火災								
26	火									
27	水									
28	木									
29	金	午後休診								
30	土									

○ 常勤医師
● 非常勤医師



療体験実習に1週間参りました。真ん中の学生が地域枠の学生であって、こういう人たちが将来我々の力になってくれるものと、大変期待をしているところでもあります。

院内での環境改善の工夫、その2であります。当直体制の工夫を申し上げます。

これが今月の当院の日直当直予定表の生のものです。丸が常勤医師、黒丸が非常勤医師であります。非常勤医師の応援は大変ありがたいものであ

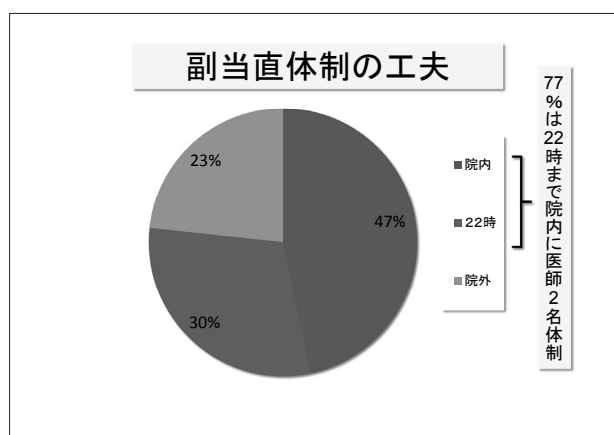
ります。日直のところに小児科とありますが、これは内科外科当番医のときに小児科、子供さんが大分来られて、小児科は標榜してしていないんですが、内科の医師から、是非小児科医を1日だけ、自分たちが探すから、雇ってほしいということで、日勤帯だけ来ていただいております。

右側の当直・副当直のところではありますが、以前は当直1人で、あとは呼び出しでありました。ところが、増え続ける救急車にも対応するために、副当直をつくりました。さらに、医局と協議しまして、院内に泊まった場合には当直医と同じ手当を出す、22時までいてくれれば約半分出す、院外だったら院外待機手当を出すということで、この3通りで毎月希望を募っております。

大きい丸で囲った部分は実は私自身であります。今月、当直、日直を5回行います。ちなみに、医師ごとに救急車の応需率を実は出したんですが、12人の常勤のうち、私を含めてこの1年間、今年になって、4名は100%応需していました。



これ、左が医局長、右が医局秘書であります、当直体制を希望をそれぞれ聞いて、調整を一生懸命してくれてるところであります。



副当直体制の工夫は、先ほどお話ししたとおりで、院内に副当直、内科が当直であれば副当直は外科系になるようにして、その逆だったら逆にしてるんですけども。院内におられるか、22時まで院内かということで、77%は22時まで、内科系と外科系の医師が2名いるという体制が築けました。なぜな

院内での環境改善の工夫—③

医局秘書2名の常駐

ら、夜間の救急来院のうち、22時までが7割を超えて来られるということがわかったからであります。疲弊を防ぎ、効率的に救急を受け入れる仕組みを考えました。



院内での環境改善の工夫の3番目であります。医局秘書、女性の秘書2名の常駐であります。右の2人が医局秘書であります。前の3人は研修医と学生です、川崎医大の5年生の実習生であります。年間今、研修医が約20名、実習生が1週間単位で年間20名来ております。毎月歓送迎会を行っておりまして、医局秘書も出てくれまして、恒例の行事となっております。

院内での環境改善の工夫—④

医師1人の診療科の応援体制

院内での環境改善の工夫の4番目であります。医師1人の診療科の応援体制です。これは実は整形外科であります、整形外科、年間手術が270件程度ありまして、1人でありますので。しかも、土曜日の勤務はありません。そこで、例えば日曜日に骨折、大腿骨頸部骨折なんかの方が来られれば、外科系の医師がそれに対応して、電話で整形外科の医師

に連絡をとって、牽引したり術前の準備をして、日程もほぼ決めてもらって、内科の医師が翌日の月曜日の午前中までに、整形外科の手術の方は100%、内科医師が自動的に診察するようにいたしました。ですから、月曜日の午前中に整形外科の医師が来たときには、もう既にデータも揃って、牽引もしてあって、その午後、緊急の手術になっても対応できるような体制をしております。また、術後の管理も内科医師が積極的にかかわるようにしております。また、私自身も、土日の医師がいない週末に必ず整形外科を全員を病棟回診して、カルテの記載もしております。

次の工夫について申し上げます。

院内での環境改善の工夫⑤

医師不在情報の共有

医師等不在情報の共有

		院内不在情報						時点
曜日	月	火	水	木	金	土		
月/日	11/4	11/5	11/6	11/7	11/8	11/9		
管理	院長					×		
	事務長					×		
看護	看護部長					×		
	三村				×			
医局	遠藤				×	×		
	木下							
内科	中城							
	近藤	×				×		
外科	早瀬							
	水島							
内科	海野							
	鎌尾							
内科	鎌永			×				
	久野							

5番目の工夫ですね。これは医師不在情報の共有であります。すなわち、医師あるいは幹部の職員がいつ、理由はどうであれ、いつ院内にいないのかということを、時間も含めて院内に情報共有しております。これは非常に歓迎されております。

それから、院内での環境改善の工夫の6つ目で

院内での環境改善の工夫⑥

医局会・幹部会・経営管理会議 の 緊密な連携

ります。医局会、幹部会、経営管理会議の緊密な連携。医局会は毎週行っております。幹部会は毎朝行っております。経営管理会議は幹部会と同じメンバーで、月に1回、拡大理事会として行っております。医局会で例えば出た提案事項がありますと、翌朝の幹部会ですぐに決定して、すぐにゴーサインを出します。その次の経営管理会議で決議をするというふうにしております。



これが医局会の風景であります。向こうに見えるのが事務長と看護部長であります。研修医や学生も一緒におります。また、右の隅にいますのが医局秘書で、議事録をとっております。

院内での環境改善の工夫の7つ目であります。病院の管理栄養士が管理し、院内調理をする職員職がこれは昼食でありますけれども全職員の食事を病院でつくっております。また、希望者には朝食や夕食もつくっております。実は、当院はずっとこれをしておりまして、職員が患者食もチェックしてるということで、非常においしい病院として地元では好評を

病院の管理栄養士が管理し
院内調理する職員食
(希望者には朝食・夕食も)

いただいております。実は、近くの病院の話を先日聞いたんですが、今までずっと院内で調理してたものをお弁当にして外注にしたと、昼御飯をですね。そしたら、職員のコレステロール値が上がってきたということを聞いておりまして、やはり管理栄養士が管理する病院食というのは環境改善の工夫に相当するなと思いました。



食堂は今工事中で、これは臨時のホールを使った食堂であります。

真庭市内各病院の
当直医師の診療科情報の
共有

地域での環境改善の工夫を少し申し上げます。

金田病院					平成25.11.1	
11月分診療 当番予定表						
日	曜	診	科	名	出	席
1	日	休	休	休	休	休
2	月	当	内科	内科 堀内	内科 堀内	
3	火	当	外科	外科 堀内	外科 堀内	
4	水	日	内科 堀内	内科 堀内	内科 堀内	日 直 8:30~17:30
5	木	日	内科 堀内	内科 堀内	内科 堀内	土曜日直 12:30~17:30
6	金	当	外科 堀内	外科 堀内	外科 堀内	
7	土	当	外科 堀内	外科 堀内	外科 堀内	出 直 17:30~17:30
8	日	当	外科 堀内	外科 堀内	外科 堀内	
9	月	当	内科 堀内	内科 堀内	内科 堀内	
10	火	当	内科 堀内	内科 堀内	内科 堀内	
11	水	当	内科 堀内	内科 堀内	内科 堀内	
12	木	当	内科 堀内	内科 堀内	内科 堀内	
13	金	当	外科 堀内	外科 堀内	外科 堀内	
14	土	当	外科 堀内	外科 堀内	外科 堀内	
15	日	当	外科 堀内	外科 堀内	外科 堀内	
16	月	当	外科 堀内	外科 堀内	外科 堀内	
17	火	当	外科 堀内	外科 堀内	外科 堀内	
18	水	当	外科 堀内	外科 堀内	外科 堀内	
19	木	当	外科 堀内	外科 堀内	外科 堀内	
20	金	当	外科 堀内	外科 堀内	外科 堀内	
21	土	当	外科 堀内	外科 堀内	外科 堀内	
22	日	当	外科 堀内	外科 堀内	外科 堀内	
23	月	当	外科 堀内	外科 堀内	外科 堀内	
24	火	当	外科 堀内	外科 堀内	外科 堀内	
25	水	当	外科 堀内	外科 堀内	外科 堀内	
26	木	当	外科 堀内	外科 堀内	外科 堀内	
27	金	当	外科 堀内	外科 堀内	外科 堀内	
28	土	当	外科 堀内	外科 堀内	外科 堀内	
29	日	当	外科 堀内	外科 堀内	外科 堀内	
30	月	当	外科 堀内	外科 堀内	外科 堀内	
31	火	当	外科 堀内	外科 堀内	外科 堀内	

その1であります。真庭市内の各病院の当直医師の診療科情報の共有を行っております。これは当院の診療科の情報であります。副当直は脳外科が全部入っておりますけれども、超急性期脳卒中の認定を受けておりますので、1年間ずっと、脳外科医に関しましては副当直手当を出して、常に対応できるようにしております。

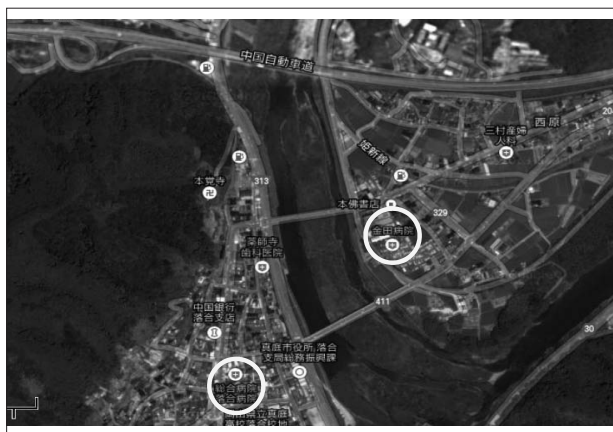
[illegible]

これは当院のすぐ近くにあります落合病院の日直当直予定表であります。この当直予定表を、真庭市内の病院のものを全てまとめまして、そのまとめた情報を各病院と医師会にも届けるとともに、真庭と近隣の消防本部にファクスで届けております。常に救急外来にも、ほかの病院の予定、今日は何科が当直されてるかというのがわかるので、圏域外に医師が乗って搬送せずに、圏域内でご当地医療ができる仕組みを考えたところであります。

地域での環境改善の工夫の2つ目です。すぐ近くの落合病院との連携、競争から協調へ。

地域での環境改善の工夫②

すぐ近くの落合病院との連携 ～競争から協調へ～



これが当院であります。旭川を隔てまして、これが落合病院。落合病院は173床、当院が172床、当院が62年、落合病院が七十何年かで、10年ほど先輩であります。かつては川中島と言われて、戦っておりました。しかし、実は今からもう14年ぐらい前になります。これではもう将来はないと、傷つけ合ったらお互いに沈むということに気がつきまして。

一番最初は、実はちょっとおもしろいことをしましてですね、敵同士と思っていた病院の院長が黙って、誰にも何にも言わずに、昼御飯をぽんと入れかわって食べたんですよ。職員食堂で、あるとき、敵の院長がそこにいます。前もって言うと、1つ特別にお弁当と院内食準備しないとイケない、それをせずに黙って入れかわって、それが14年前ぐらいでありました。

それから、真庭の、実は3病院長会というのを作りまして、今までに123回しております。先ほど、安全の話もありましたけれども、その3病院長会には、市長とか副市長とか医師会長とか、場合に

よっては保健所長とか、銀行の支店長とか、それから実は警察署長もよく来ておられまして、死体検案の依頼があると、すぐ警察署長の顔が浮かんで、断れない体制になっております。

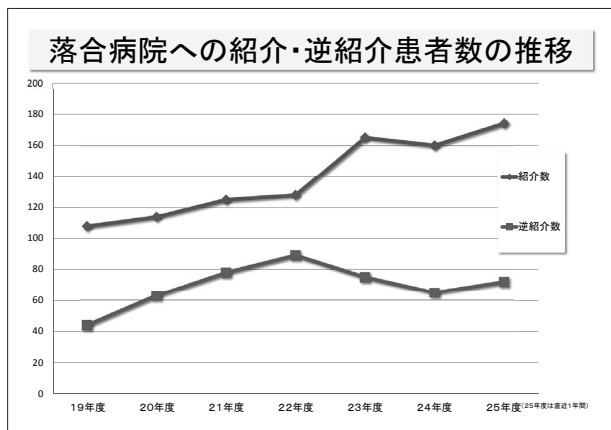


これは落合病院・金田病院連携推進協議会、さらに、この両病院、すぐ目の前の両病院が連携しようということで、4年前から2カ月に1回、2時間、交互の病院で話し合いをしました。今週もいたしました。今まで22回開催しております。

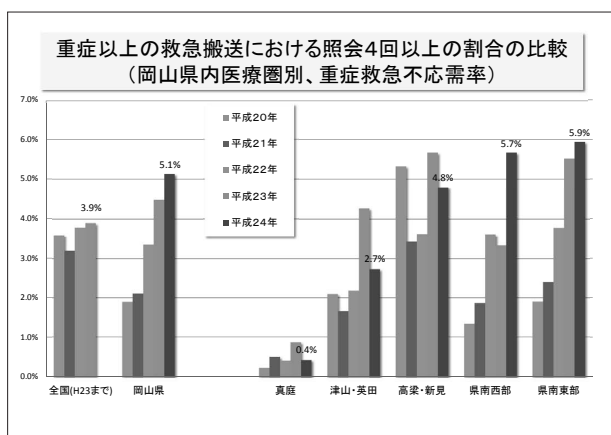
外来診療日割表		金田病院 11月外来診療	
A面		B面	
※ 休日・夜間診療は、当院の救急外来で対応いたします。 ※ 休日・夜間診療は、当院の救急外来で対応いたします。 ※ 休日・夜間診療は、当院の救急外来で対応いたします。		※ 休日・夜間診療は、当院の救急外来で対応いたします。 ※ 休日・夜間診療は、当院の救急外来で対応いたします。 ※ 休日・夜間診療は、当院の救急外来で対応いたします。	

そこでできたのが、これです。両病院の診療、外来診療日割りを裏表でつくりました。かつて敵だった病院が裏表診療表をつくるんですね。これは我々、これは当然、こんなことをしないと生き残るはずないよねという話でつくったんですが、実はこれが大変、全国からいろいろと注目をいただいております。

これで何が起こったかということ、実は今回初めてデータを出しました。上が金田病院から落合病院への紹介患者数、右肩上がりであります。両院の

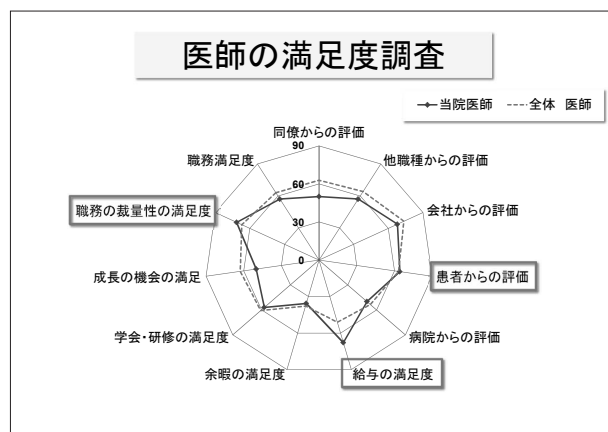


外来診療表をつくったのが平成21年の秋ぐらいだったと思うんですが、落合病院はそれをつくってからちょっと紹介がやや足踏みしているのが気がりてありますけれども。ちなみに、外来患者数は落合病院も広報しておりますので、見てみましたところ、当院は直近が一番、外来患者数が増えております。落合病院は平成19年度がピークであって、その辺のこともあるかもわかりません。当院に来られた方も、落合病院のほうがいい場合には紹介をしているということもあります。



これは重症以上の救急搬送における照会4回以上の割合の比較であります。岡山県内医療圏別の、いわゆる重症救急の不応需率、悪い言葉で言うと、たらい回し率といいますでしょうか、そういうものを岡山県からデータをいただいて、当院でグラフ化したものであります。左が全国、平成23年までで重症救急のたらい回し率が3.9%、岡山県はだんだん上昇してまして5.1%。右側、一番右が県南東部、大病院が一番多いんでありますが、5.9%、そ

の左の県南西部が5.7%、大病院のない高梁・新見が4.8%、大病院は津山中央病院しかない津山・英田医療圏が2.7%、そして大病院が一つもない真庭医療圏は0.4%ということで、毎年1番であります。



医師の満足度調査であります。これは実は、産業医大の松田晋哉先生からご依頼いただきまして、教室の先生が来られて、我々と関係なしに独自にされたもののデータであります。点線が全体医師、多数の病院のデータをまとめられたもので、当院が実線であります。すなわち、給与の満足度が平均よりも高い。それから、職務の裁量性の満足度が高い、それから患者からの評価が高いということになっております。

これは糸島理事長のNPO岡山研修支援機構で地域医療部会といいまして、毎月、もう86回、岡山大学で開いておりますが、中小病院が6人から始まって、今はもう毎月40人から50人来られてます。この中には、弁護士もいれば、テレビ局の人もあるし、岡大の教授もたくさん来てくださってます。

さて、社会保障制度改革国民会議報告書には、日本の医療の一番の問題は制御機構がないままの医療提供体制であるとして書いてあります。ニーズと提供体制のミスマッチが起こっているというふうに書かれています。地域の実情に応じた医療提供体制の再構築が必要であると。そのためには、ネットワーク化が必要であります。そのためには、競争より協調が必要であるというふうに書いてあります。医療提供体制の構造的な改革をすることにより、努力しただけ皆が報われ、幸福になれるシステムの構築というふ



NPO岡山医師研修支援機構
地域医療部会(毎月・86回開催)

うに書いてあります。これ、昨日、再確認をいたしまして、そのとおりの文章が書いてあります。その結果、医療者の就労環境の改善につながることはないかと考えます。やはり個々の病院の環境の改善とともに、医療提供体制の再構築があって初めて、これがなし遂げられるんじゃないかという思いは、この報告書を見ていたしました。

これは昨年の当院のスローガンであります。地域協働安心医療のシステムづくり。61というのは、昨

社会保障制度改革国民会議報告書

日本の医療の一番の問題は
制御機構がないままの医療提供体制



ニーズと提供体制のミスマッチ

社会保障制度改革国民会議報告書

地域の実情に応じた
医療提供体制の再構築



ネットワーク化が必要



競争より協調が必要

社会保障制度改革国民会議報告書

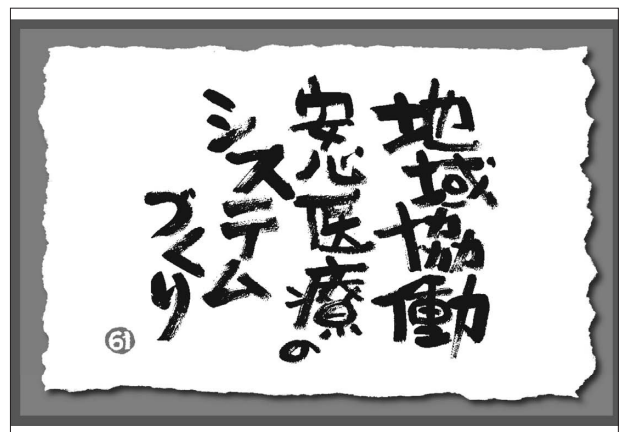
医療提供体制の構造的な改革



努力しただけ皆が報われ
幸福になれるシステムの構築



《医療者の就労環境の改善》



岡山県医師会員の
「協調」の素晴らしさが
形になった日

～平成25年11月4日・岡山県医師会産業医研修会～

年が61年目、今年が62年目であります。真庭は大変温かい人が多くて、おかげさまで62年間、医療訴訟が一件もないというのが、ありがたいなと思ってます。

岡山県医師会員の協調のすばらしさが形になった日、11月4日、岡山県医師会産業医研修会であります。おうちエクササイズの練習を医師会員全員でしております。今度は左に向いてと言うと、協調して、全員が左に向かれます。ちなみに、左の1番前



の席に、みんな左向いてるけども、1人だけ右に向いてる方がおられます。この方は、日医の今村副会長であります。

ご清聴、まことにありがとうございました。

(中島座長)

非常にうまくいっている過疎地域の医療ということですね。確かにたらいまわし率というのは病院がたくさんあるところほど起こりやすいんですよね。県北でそれをやったら患者さんは死んでしまいますので、そういうことが起こらないというのがそのまま出た結果ではないかと思います。

どうもありがとうございました。

【中島座長】 フロアのほうからご質問、それからご意見、おありの方、どうぞ手を挙げてください。どうぞ。

【野坂】 鳥取県西部医師会から参りました野坂といいます。米子市内の病院で、外科に勤務しております。

医師の業務改善というところでの質問なんですけども、皆様のご発表を聞かせていただきまして、各病院の先生方が業務改善に対して非常に努力されてるのをお聞きしまして、感銘しております。ただ、私どもの勤務医部会での話の中で必ず問題になってくるのが、各病院の努力にはなるんだと思うんですけども、当直明けの問題です。先ほど、最初に永井先生がおっしゃいましたけども、あくまでも当直は法的には病院内の電話番号なんですけども、現実は今言われましたように夜間診療、いわゆる時間外診療、救急診療がほとんどです。次の日の休みとか、勤務の体制なんですけども、佐藤先生のところ、松岡先生のところ、半日勤務で帰す。それから、今城先生のところはシフトを決めて、ほとんど休みにっているような感じがしました。

そこで質問なんですけども、佐藤先生のところ、松岡先生のところでの半日勤務の施行率というか、全員が本当に半日で帰っておられるのか。松岡先生のところの30代の満足度で、あれが、次の日が半日全部帰っておられて、もし休みまでとれたら、あの満足度はもっと上がるんじゃないかなと思ったりしました。今城先生のところの体制は、どの先生があれだけの細かいシフト表を決めておられるのかを質問させていただきたいと思います。

【中島座長】 3人の先生へのご質問ということですね。

当直業務というのは、業務の中で非常に疲労感の強いものでございますので、そのことについて1つ、処遇改善という点からお答えいただきたいと思います。

席順から行ったら、佐藤先生からですね。

【佐藤】 我々のところも、院内に周知しています。実際は、ICUとか産婦人科とかは積極的な姿勢で

すが、外科とか内科では進めてはいますが、やはり業務があるからということで、つつい仕事をして帰ってしまうという実態はあります。ですから、総論としてはお示ししましたけども、診療科単位で、それができている科と、もう少しまだできてない科があります。

【中島座長】 どうぞ、松岡先生。

【松岡】 先生に質問していただいて、どのくらいの頻度で当直翌日の午後休暇をとっているのか、アンケートにすればよかったなと反省しております。私も正直言って、何%の医師が当直翌日の午後休暇をとっているかは把握しておりません。診療科によっても違いはありますが、半日で帰っている医師はもちろんいます。例えば、糖尿病内科の若い医師は帰っているようです。全体では、2割から3割の医師は帰っていると思うのですが、正確な数は把握しておりません。

私が以前勤務していた岡山市の総合病院では、当直の時に入院させた内科系の患者は特別な専門的治療が必要な場合は除きますが、それ以外は全て当直医が主治医になっていました。ところが、当院では、当直の時診察した患者が入院となっても、その夜はユニット当直医が加療を行い、翌日も当直医が主治医にはなりません。専門科の入院になるか、翌日、一般内科として、主治医の当たる順番が決まっていて、当直医以外の医師が主治医に当たるシステムになっています。ですから、当直の翌日は、昨晚診た患者さんをそのまま主治医となって診ることはないので、当院のシステムでは午後から帰宅できやすいという利点があります。

【中島座長】 じゃ、今城先生。

【今城】 はい。私どものところは、実は翌日結構、3人に2人ぐらいは、まだ勤務を夕方まで続けておりまして。本当は帰っていただいたらいいんですけど、1つは、午後からの帰らなかった分は時間外手当が支給されるルールになってること。あと、実は2.3回の平均回数で、これはほかの病院並みに4回にすると、3交代が組めると思うんですね。ですけど、その場合には業務になってしまうと、手当の部

分で不利が生じるというのがあって。いつでもできるようには組めるんですけど、そこまで皆さんが希望されてない不可思議な現象もあるというか、そういう部分もあります。

ちなみに、シフト表は全部私が一元管理して、私がつくってます。実際には、逆に分担してつくと非常にづくりにくいので、それもあるかなと思います。ただし、ちょっと副院長業務に差しさわるので、年が変わると優秀な医局秘書が来ることになってますので、ある程度移管しようかなとは思っております。

【野坂】 ありがとうございます。質問させていたいたのは、さっき泉先生もおっしゃったように、今の当直明けの休み、病院の努力だと思うんですけども、精神的に肉体的にもつらい状況で次の日も、患者の安全が一番なんですけども、それを守っている若い、一番やる気のあるドクターを守ってやるのが、この会じゃないかなと思いましたが、それを、もしよければ、この会からでも発信していただければ、先ほど泉先生がおっしゃった、医師会はどうしてやるんだよ、勤務医のために頑張ってるんだよというのがわかっていくと、またそれなりに勤務医も、医師会って頑張ってるんだな、これに入ってみようかなというのもあるんじゃないかなと思って、質問させていただきました。ありがとうございます。

【中島座長】 当直について具体的な提言なり、何かしたらいいんじゃないかというご意見ですね。それは多分、泉先生がしてくださるんじゃないかなと思ってますけれど。

岡山宣言にも入っていますね。

ほかに、ごく短く質問して、短く答えられるようなものはありませんか。

どうぞ。

【藤巻】 東京から来ました勤務医の藤巻ですけれども、岡山大学の合地先生にお伺いしたいなと思うんですけれども。女性医師ということで、いろいろな取り組み、岡大でもなされてると思うんですが、なかなか女性医師は日本全国どこの医育機関でも、教

授であるとか、そういったところへは人数が非常に少ない。そういったことの要因は、岡山大学では具体的にはどのようなところにあると考えてらっしゃるか、またその改善策ってどうしたらいいか、教えていただきたいなと思います。

【中島座長】 合地先生、よろしく。

【合地】 すみません。この件に関しては、片岡先生、答えていただけますか。具体的に担当されてるんで、彼女のほうが答えやすいだろうと思います。

【藤巻】 次に片岡先生の発表があったので、そのときかなと思ったんですけども、勤務医の環境改善ということに関しますと、当事者が立場に行かないと、なかなか意見を言えないという事情があるので、それでご質問させていただきました。

【中島座長】 じゃあ、これは次のフォーラムでのディスカッションに、このことを踏まえて片岡先生にもお話しいただこうと思います。よろしくお願いします。

パネルディスカッション

座 長

岡山県医師会理事

中 島 豊 爾

ちょうど2時55分になりました。コメンテーターの小森貴先生をお願いします。時間がもし3時を過ぎたら、小森先生の責任ですけど、どうかよろしくをお願いします。



総括コメント

日本医師会常任理事

小 森 貴

ありがとうございました。本当に、それぞれのお立場で懸命に、勤務医師の方々のモチベーションを保つためのご努力をしておられることに、まずもって感銘を受けました。

ただ、給与面からしますと、まず一番の問題は、大学病院に勤務しておられる方々が教育職というままになっておりまして、日本医師会、従来から医療職、さらには一歩踏み込んで、特定機能病院たる大学病院の方々の給与体系は別途設定すべきだということを主張しておりますが、これは実現させなければならぬというふうに強く思いました。それから、大学病院は特に、今は交付金が年々削減をされているということの中での構造的な問題がございます。このこともあわせて、強く強調してまいりたいと思っております。

それから、佐藤先生のところで、全般的に少しずつ進んでいるんだというふうに言われて、ほっとし



ながらお聞きをいたしましたけれども、みなし公務員としての諸規制の問題、それからあくまで残業についても、これは大学も一緒ですが、給与反映平均時間ということで、実際には教育、あるいはまた研究ということで、それ以外にも反映されない実態がたくさんあると思います。そのことが実際に反映されるような体制にするためには、それだけのお金が投入されないといけないということが一番大事だと

思っております。

勤務医担当といたしましては、明年度の診療報酬改定については、勤務医師の職場環境改善に対する対策はまだまだ不十分だと思います。そのことを重点課題の頭にするべきだということを、日本医師会の方針としてもしっかり反映されるように、最大限の努力をしていかなければならないというふう感じて、お聞きをしておりました。

それから、松岡先生のご発表の中で、これが実態なのではないかと思いますが、20代は70時間、30代は60時間、時間外の労働をしておられる。恐らく、松岡先生のところは、そのまま評価しておられるのだと思いますが、これが本当の実態だと思います。とすれば、やはりこれは、明らかな過重労働であります。これが医療の現場だというふうなことを改めて感じましたけれども、極めて満足度が高いということで、会場がどよめいた。一体どうしたら、このように満足されるのだろうか、見習わなければならない点が多数あると思ってお聞きしておりました。また、ロールモデルとなる人物が70%はいるというようなこと、年次休暇について、まだまだ不十分といえども、1週間はしっかりとっておられるというような実態もお聞きしております。

今城先生の市民病院については、副院長ご自身、勤務環境改善、実績を残せないのは、ひとえに管理職の怠慢だというふうに言い切っておられましたので、大変すばらしい管理職を持っておられるというふうにも感じたところでございます。

また、金田先生は地域の病院として、地域を診る、そして地域の住民の方々に安心を与えるという観点から、すぐ隣にある落合病院と非常に協力をされている。こうした協力は、ある日職員食堂に行ったら、武田軍の中に隣の病院長である上杉謙信が一人黙って食事をしてるということから始まったと。こういう環境をつくった上で、「競争より協調」ということが、これから極めて大事なんだろうというふうに思います。

(中島座長)

ありがとうございました。小森先生からのコメントをいただきました。

今日は本当に、中身の濃い議論をいただきました。給与とか当直とか、さまざまな問題ございますけれど、やはり上司からきちんとした評価をしてもらっているかどうか、患者さんと住民から評価をもらっているかどうかというところに、我々の生きがいがあるわけですね。生きがいがないければ、幾ら給料が高くても、そんな病院はやめてしまうんですね。というようなことは、もうみんな、よくわかっていらっしゃると思います。

今日はこれで終わりたいと思います。ありがとうございました。

「岡山からの発信－地域医療人の育成」

座長：岡山県医師会副会長 糸 島 達 也
 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科長 谷 本 光 音

1. 日本の医療を飛躍させる医師育成プランのグランドデザイン
 岡山大学医学教育リノベーションセンター准教授 山 根 正 修

2. 良い医師をみんなで育てる
 岡山医師研修支援機構 理事長 糸 島 達 也

3. 地域医療におけるヒトの育成
 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 地域医療人材育成講座教授 佐 藤 勝

4. 女性がいきいきと働き地域貢献を果たす仕組みづくり
 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 医療人キャリアセンター MUSCAT センター長 片 岡 仁 美

5. 岡山県医師会の活動
 岡山県医師会理事 神 崎 寛 子

座 長

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科長

谷 本 光 音

それでは、本日の最終セッション、フォーラム「岡山からの発信－地域医療人の育成」というテーマで、これから進めさせていただきます。私、ただいまご紹介いただきました岡山大学の谷本でございます。岡山医師会の理事の糸島先生と一緒に座長をさせていただきます。

このフォーラムというのは、さっきのパネルディスカッションと何が違うのかを、少しひもといえますと、フォーラムというのは最終的にいろんな意見を持ち寄って、そしてディスカッションをした後に何か決めるのがフォーラムだということでございます。まさにこの直後に、このフォーラムが終了しますと、岡山宣言の案が提案されます。それに向けて、特に岡山県では地域上げて医療人育成に積極的に取り組んでいる、そういう地域でございまして、その特徴をこの宣言の中にできるだけ盛り込みたいという、そういう意気込みがあるフォーラムかと思えます。

前半の3題は私が、後半の2題は糸島先生に司会をしていただき、そして最終ディスカッションに移っていきたいと思っております。ご協力のほど、よろしくお願いいたします。

それではまず、第1番目のご講演ですが、「日本の医療を飛躍させる医師育成プランのグランドデザイン」という非常に壮大なテーマで、岡山大学の医学教育リノベーションセンターの准教授であります山根先生にご講演をいただきます。山根先生、よろしくお願いいたします。



1. 日本の医療を飛躍させる医師育成プランのグランドデザイン

岡山大学医学教育リノベーションセンター准教授

山 根 正 修



よろしくお願いします。岡山大学医学教育リノベーションセンター、バックグラウンドは呼吸器外科をやっております山根と申します。

日本の医療を飛躍させる、ちょっと壮大なタイトルですが、ちょっと考えたんですけど、これが実現すれば医療は飛躍するんじゃないかなというような期待のもとにプレゼンテーションをつくりましたので、よろしくお願いします。



現在の岡山大学医学部の臨床実習の様子の動画ですが、ちょっと場違いな感じがするかもしれませんが、大分大学を去って時間がたつ方が多いと思いますので。これを30秒ぐらいでまとめますけれど、昔とはちょっと違う感じかなというのを恐らく感じていただけるかと思います。今は参加型実習と



いうのが進んでまして、先ほどドレーンを抜けるか抜けないかというのが午前中の話にありましたけど、学生に抜いてもらうようにしてます。ある程度、患者さんに説明してもらったり、採血だったりというのは、担当の学生がするような形です。

全身麻酔なので、その準備、尿道カテーテルを抜いたり、挿管したり、Aラインをとったり、末梢をとったりというのも学生の仕事ということになります。簡単な手術の補助ということですが、開胸・閉胸したり、先ほどの胸腔鏡の手術の補助というのも学生が積極的にしています。この外科研修の初めは、この5年生というのが岡山大学では進んでおります。カンファレンスではこういったオリエンテーションすることによって能力もつきますし、P H S、今全学年、去年から配付しておりまして、例えば紹介など初診の患者さんが来たら看護師さんから直接連絡が来て、病歴をとって担当医に報告すると、こういうような流れになっております。大分一昔前とは違う実習、これはもうほとんど研修なんですけど、こういうようなことをしております。

古くから徒弟制と言われるような長期間、年単位ですよね、見て盗む、背を見て育つというのが特に外科の中では言われてたんですけど、そこになかなかプログラムというのは難しく、初期臨床研修制度になって、場合によっては1カ月単位でもうぐる

れてまして、その中にはこういったような体験、これは教育に関する部分なんですけど、学生に対する医師の試験問題を作成したり、臨床実習あるいは研修制度に学生研修医を指導するとポイントになるとか、そういうような規定が組み込まれています。

一般目標

頻度の高い疾病と傷害、それらの予防、保健と福祉など、健康にかかわる幅広い問題について、わが国の医療体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的視点から提供できる医師としての態度、知識、技術を身につける。

I. 医療専門職としての使命 アセスメント

1. 専門職としての使命感 アセスメント

- 専門職としての医師の役割を説明できる。
- 患者にとっての最善の利益を説明できる。
- 自らの能力の限界を知ったうえで、患者にとって最適な医療を行うことができる。
- 医療と健康増進の対象は個人と集団であることに配慮できる。

2. 継続的な学習と臨床能力の保持 アセスメント

- 自らの診療を振り返りながら学習を継続することができる。
- 他者の評価を受け入れ、自らの診療能力の向上を図ることができる。
- 後進の育成に積極的に関わることができる。
- 他の医師に助言を与えることができる。

3. 公平・公正な医療 アセスメント

- 医療の公平性に配慮できる。
- 公正性と医療資源の有効性を考慮したうえでの適切な医療について、患者に説明できる。

II. 全人的視点 アセスメント

1. 医療倫理 アセスメント

- 医療における倫理原則とその歴史的背景を説明できる。
- 患者の権利について説明できる。
- インフォームドコンセントを実践できる。
- 生殖医療、脳死および臓器移植、終末期医療をめぐる倫理的課題について説明できる。
- 新薬の開発プロセスや臨床研究に係る倫理的課題について説明できる。

2. 医師－患者関係とコミュニケーション アセスメント

- 医師－患者関係とコミュニケーションの重要性を述べることができる。
- 医師－患者関係の類型を説明できる。
- 医師と患者に特有な契約関係を説明できる。
- 傾聴的・共感的態度をとることができる。
- 患者・家族などにとってわかりやすい説明ができる。
- 臨床上の意思決定を患者・家族などと協議して行うことができる。

3. 心理社会的アプローチ アセスメント

- 患者のプロフィールを把握できる。

その中の目標では、一般目標として、健康に係る我が国の医療人の中で、適切な初期態度、必要に応じた継続医療を全人的視点から提供できる医師として、「態度、知識、機能、技術を身につける」と、

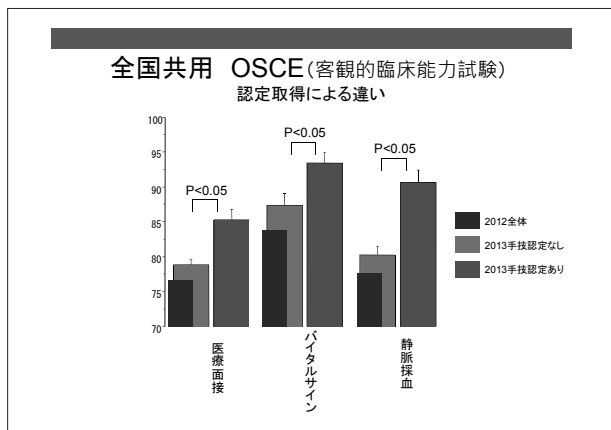
ここでも態度というような言葉が入っております。その中に行動目標というのがこの医師会の中で定められてますが、そこでプロフェッショナリズムに関するところを拾ってみると、ここに専門職としての使命感というところが項目として挙げられてまして、医療倫理の中では昨今このCOI、利益相反というのが非常に言われてますが、ここの部分も文言として入っているところには、じゃあここはどういうふうにして教育されるかというのが非常に今重要なところじゃないかなというふうに思います。



岡山・香川のローカルテレビなんですけれど、岡山大学の教育が特集で10分間ぐらい組まれたので、ちょっとご紹介します。10分といっても2分ぐらいに省略をしています。

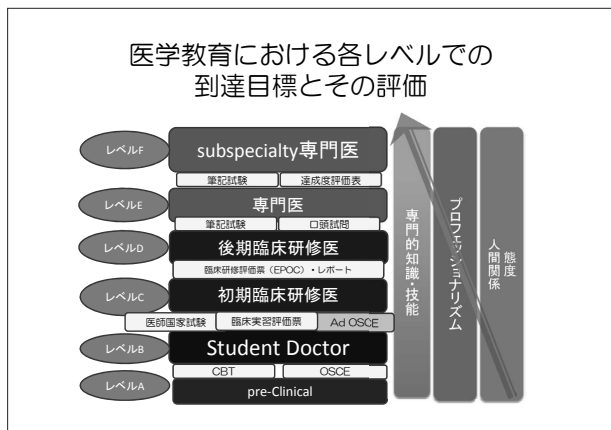
これ午前中に永井先生の講演の中で、看護師の研修を受けたら採血ができるとかというようなシールを張ったらわかりやすいのにねというような話がちょっとありましたけど、ちょっとよく似てるなと思いましたけど、去年から思いついて、臨床手技の認定シールで6種類つくりまして、学生にわかるように名札につけるようなシールをつくりました。

先ほどの臨床の手技認定シールというのは去年から作成したというふうに申し上げましたが、オスキー（OSCE）といって今4年生から5年生に上がるときに、全国共用で客観的臨床能力試験というのをを行っています。4年生から5年生に上がるときに、例えば去年の全体がブルーで、今年の手技認定シールを導入したのがグリーンと赤なんですけど、赤が手技認定ありですけど、手技を認定させるよう



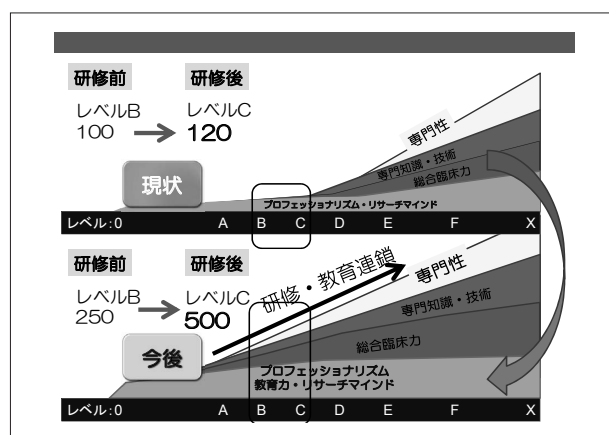
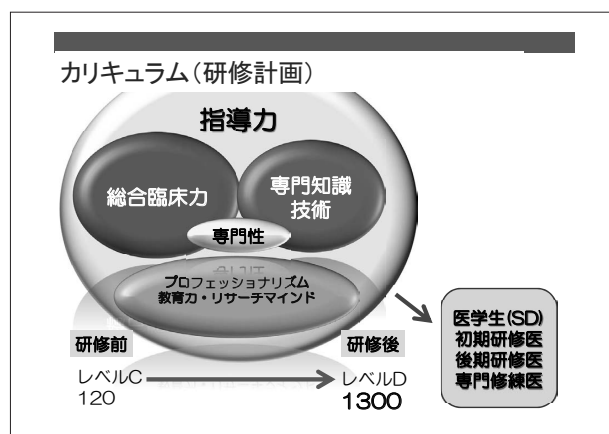
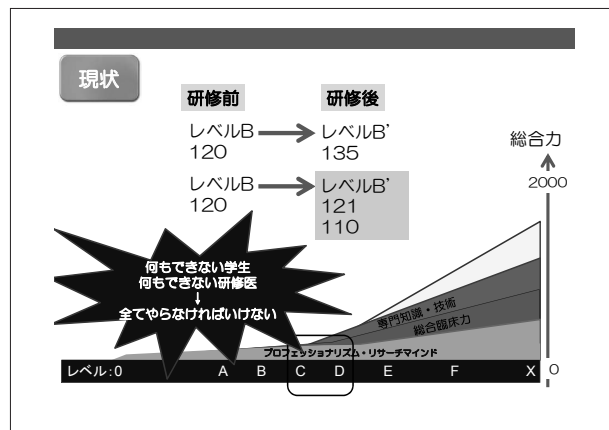
なトレーニングをさせると、認定された学生は優位にパフォーマンスが高いということがわかってます。

プレクリニカル・クラークシップと書いてあるレベルAが実習に上がる前なんですけど、実習に上がる前のうちにトレーニングをさせて、CBT、OSCEに備えるというようなことで、スチューデントドクターではもうしっかり学生は患者さんのベッドサイドで学習させる。そこでプロフェッショナリズムというのを徐々に体现して、教育をさせていかなければいけないというふうに考えてます。



これ生涯教育で必要なプロフェッショナリズム、人間関係の形成や態度ですね、それから専門的な知識、技能というのは一生勉強していかなくちゃいけないんですけど、そのシフトがやはり若い段階ほど、こういった人間関係、プロフェッショナリズムというのを重要視して教育していく必要があるんじゃないかなというふうに思います。

これをその右に横軸で示したグラフですが、やは



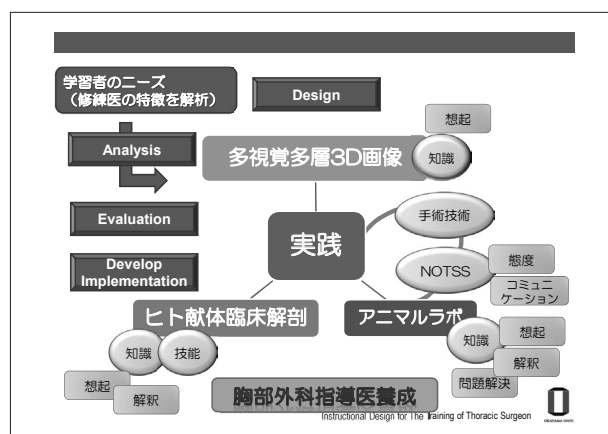
りこのカリキュラムをしっかりしないと、研修を回ってもなかなかレベルが上がらないので、1週間でも回ったら、レベルが120から135に上げるぐらいのカリキュラムをつくるというのが、今後指導体制に対しては必要じゃないかなというふうに思います。

例えば、2年間どこかの病院に回って専門医を目指す場合は、その指導者というのは専門性の高いところだけではなく、ゼネラリストとしても指導しないといけないし、やはり自分がロールモデルと

なってプロフェッショナルリズムというのも教えていけないといけないと思います。こういう知識、技術だけではなく、総合臨床力とプロフェッショナルリズム、教育力というのをを持った指導医というのがいる病院というのが、非常によい研修病院じゃないかなというふうに思います。そうすることによって、レベルの高い学生が研修に行ったとき、そのままレベルの高い指導体制で右肩上がりの医師としての総合力がどんどんついていくというのが、今のプランじゃないかなというように僕も考えてます。

そういった人たちが、例えば50代、60代で臨床の第一線から、Xと書いてますけど、そういった人た

でもらうかというのを研修にそれぞれ示します。その中でやはりエバリュエーションするのが教育の中では必ず必要で、自己評価を振り返って、その2日間の研修の中でもどれぐらいできたかというのを振り返ることが非常に重要です。



アニマルラボにおける手術トレーニング研修の到達目標

GIO（一般目標）：胸部外科医としてアニマルラボを通してメディカルスタッフらと紳士的に接し、知識、技能、態度を向上させて自分に補足が必要な技量に気づく。

SBOs（到達目標）：

- 1. 知識**：
 - 想起：胸腔内解剖、手術手順が分かる。
 - 解釈：位置関係から特に注意を要する箇所が分かる。
 - 問題解決：血管損傷を避けるための方法が分かる。
- 2. 技能**：
 - 呼吸器外科手術を身に付ける。（VATS、血管剥離、吻合）
 - 安全で正確、迅速な手術を配慮できる。
- 3. 態度**：
 - 研修を通して胸部外科医として他の参加者、施設スタッフと礼節ある態度で接することができる。
 - 手術中のコミュニケーションに配慮ができる。
 - 動物に対する礼節**

Instructional Design for The Training of Thoracic Surgeon



ONE Week Surgical Training Program (Thoracic Surgery)

- 1. 知識**：
 - 手術に必要な解剖が分かる、手術手順が事前に学習できる
 - 手術適応がわかる、手術記録作成ができる
 - 肺移植後急性期の標準治療が理解できる
- 2. 態度**：
 - 指導医、担当患者、メディカルスタッフとのコミュニケーション
 - 学生に適切に指導を行うことができる。
- 3. 技能**：
 - 基本外科手術（主要血管の末梢側の結紮ができる、糸切が適切にできる、開胸が行える）
 - カンファレンスで適切に症例のプレゼンテーションができる
- 4. 評価**：現行の実習用評価票を使用する。

・* 肺移植などのEmergencyの場合はコールします。

Instructional Design for The Training of Thoracic Surgeon



シミュレーション研修後の自己評価

- 1. 知識**
 - 手術に必要な基本解剖・呼吸循環生理の理解（良くできた・できた・ふつう・不足）
 - 損傷を注意すべき構造物（良くできた・できた・ふつう・不足）
 - 損傷を回避する方法の理解（良くできた・できた・ふつう・不足）
- 2. 技能**
 - 開胸、開胸（良くできた・できた・ふつう・不足）
 - 肺葉切除（良くできた・できた・ふつう・不足）
 - 迅速さ、正確さ（良くできた・できた・ふつう・不足）
 - 複雑な手術を経験（良くできた・できた・ふつう・不足）
- 3. 態度**
 - 受講者とコミュニケーション（良くできた・できた・ふつう・不足）
 - 指導医とのコミュニケーション（良くできた・できた・ふつう・不足）
 - 他の施設スタッフとのコミュニケーション（良くできた・できた・ふつう・不足）
 - 研修を通して倫理的な態度（良くできた・できた・ふつう・不足）
 - 献体動物への配慮（良くできた・できた・ふつう・不足）

Instructional Design for The Training of Thoracic Surgeon



ちが今教育職が不足しているという教育病院に、教育レベルの高いポジションとして、教育の責任者としてかかわっていくのがいいんじゃないかなというふうに考えてます。例えば、これ2日コース、外科ではよく豚を使ったトレーニングというのはしてますけど、そういうところでも2日間の中でどのような知識、技能、態度をつける、目標として学ん

これは、例えば僕が胸部外科なんで、胸部外科の先ほどの2日間のコースも含めたプランの例なんですけれども、結局はいろんな解剖、画像を見たりとかで知識を得ますが、最終的には実践、手術のときにどれぐらいのレベルが上がっていくかというのが必要です。ただ、その手術技術だけではなくて、NOTSSと書いてある、ノンテクニカルスキルズというのが今非常に重要視されてまして、手術中の技術だけでなく、お互いのコミュニケーション、チームワークのコミュニケーションを上げることによって、手術の合併症を防ぐというようなデータも今は出てます。

こういうのをきちんと指導できる指導医の養成というのは、今後は我々にとっては非常に重要じゃな

いかなというふうに考えてます。こういうデザインをして、またそのデザインがよかったかどうかというのを分析し、評価、発展させていくのを、これをインストラクションデザインというらしいですが、こういうことを指導者側は教育として勉強していかなきゃいけないんじゃないかなと思います。

ONE Week Surgical Training Program (Thoracic Surgery)				
Mon	Tue	Wed	Thu	Fri
8:00 開講式・特別講義	カンファレンス、自己紹介	研修業務	研修業務	研修業務
9:00	教授団挨拶・プレゼン	研修業務	研修業務	研修業務
10:00 Thoracic Surgery Operation (Assistant)	Thoracic Surgery Operation (Assistant)	Thoracic Surgery Operation (Assistant)	Thoracic Surgery Operation (Assistant)	Thoracic Surgery Operation (Assistant)
11:00 Thoracic Surgery Operation (Assistant)	Thoracic Surgery Operation (Assistant)	Thoracic Surgery Operation (Assistant)	Thoracic Surgery Operation (Assistant)	Thoracic Surgery Operation (Assistant)
12:00	Thoracic Surgery Operation (Assistant)	Thoracic Surgery Operation (Assistant)	Thoracic Surgery Operation (Assistant)	Thoracic Surgery Operation (Assistant)
13:00 Pediatric Surgery Operation (Assistant)	Thoracic Surgery Operation (Assistant)	Thoracic Surgery Operation (Assistant)	Thoracic Surgery Operation (Assistant)	Thoracic Surgery Operation (Assistant)
14:00	Thoracic Surgery Operation (Assistant)	Thoracic Surgery Operation (Assistant)	Thoracic Surgery Operation (Assistant)	Thoracic Surgery Operation (Assistant)
15:00 Thoracic Surgery Operation (Assistant)	Thoracic Surgery Operation (Assistant)	Thoracic Surgery Operation (Assistant)	Thoracic Surgery Operation (Assistant)	Thoracic Surgery Operation (Assistant)
16:00	Thoracic Surgery Operation (Assistant)	Thoracic Surgery Operation (Assistant)	Thoracic Surgery Operation (Assistant)	Thoracic Surgery Operation (Assistant)
17:00	Thoracic Surgery Operation (Assistant)	Thoracic Surgery Operation (Assistant)	Thoracic Surgery Operation (Assistant)	Thoracic Surgery Operation (Assistant)
18:00 Thoracic Surgery Operation (Assistant)	Thoracic Surgery Operation (Assistant)	Thoracic Surgery Operation (Assistant)	Thoracic Surgery Operation (Assistant)	Thoracic Surgery Operation (Assistant)
19:00	Thoracic Surgery Operation (Assistant)	Thoracic Surgery Operation (Assistant)	Thoracic Surgery Operation (Assistant)	Thoracic Surgery Operation (Assistant)

例えば、某病院から1週間研修医見学に行っているという連絡が来ましたが、1週間いるんだったら、ある程度のトレーニングコース、プログラムをつくることができます。1週間で到達できるだけの研修医の目標を定めてやることは重要です。我々、肺移植してるので、土日とか肺移植があった場合はエマージェンシーの場合で考慮しますということなどは出してます。1週間でのどのようなスケジュールでエバリュエーションしていくかというのは、もう事前にセッティングしておきます。

そういう評価表をつくってやっていくのが一番いいんですけど、今、今年の春から運用している外科の自己評価表です。全部で50項目ある一部を示し

臨床実習自己評価票 (Student Doctor)				
項目	A	B	C	D
1. 研修医としての役割	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている
2. 研修医としての役割	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている
3. 研修医としての役割	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている
4. 研修医としての役割	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている
5. 研修医としての役割	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている
6. 研修医としての役割	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている
7. 研修医としての役割	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている
8. 研修医としての役割	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている
9. 研修医としての役割	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている
10. 研修医としての役割	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている
11. 研修医としての役割	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている
12. 研修医としての役割	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている
13. 研修医としての役割	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている
14. 研修医としての役割	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている
15. 研修医としての役割	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている
16. 研修医としての役割	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている
17. 研修医としての役割	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている
18. 研修医としての役割	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている
19. 研修医としての役割	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている
20. 研修医としての役割	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている
21. 研修医としての役割	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている
22. 研修医としての役割	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている
23. 研修医としての役割	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている
24. 研修医としての役割	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている
25. 研修医としての役割	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている
26. 研修医としての役割	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている
27. 研修医としての役割	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている
28. 研修医としての役割	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている
29. 研修医としての役割	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている
30. 研修医としての役割	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている
31. 研修医としての役割	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている
32. 研修医としての役割	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている
33. 研修医としての役割	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている
34. 研修医としての役割	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている
35. 研修医としての役割	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている
36. 研修医としての役割	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている
37. 研修医としての役割	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている
38. 研修医としての役割	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている
39. 研修医としての役割	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている
40. 研修医としての役割	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている
41. 研修医としての役割	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている
42. 研修医としての役割	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている
43. 研修医としての役割	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている
44. 研修医としての役割	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている
45. 研修医としての役割	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている
46. 研修医としての役割	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている
47. 研修医としての役割	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている
48. 研修医としての役割	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている
49. 研修医としての役割	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている
50. 研修医としての役割	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている	研修医としての役割を十分に果たしている

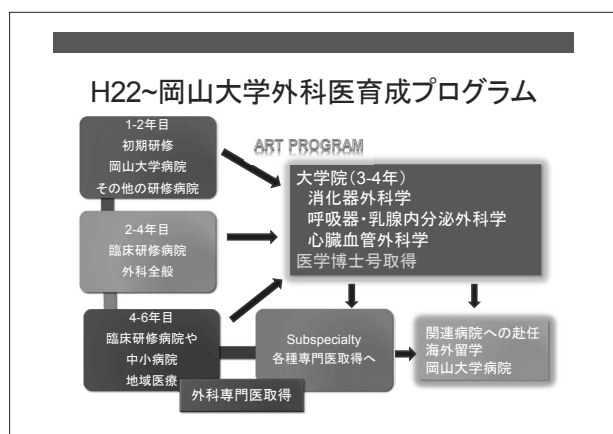
循環器専門医研修カリキュラム				
達成度評価表				
達成項目	達成	達成	達成	達成
A	達成	達成	達成	達成
B	達成	達成	達成	達成
C	達成	達成	達成	達成
D	達成	達成	達成	達成
研修項目	達成	達成	達成	達成
1. 身体所見 (聴診等)	A	達成	達成	達成
2. X線診断	A	達成	達成	達成
a. 胸部単純X線撮影	A	達成	達成	達成
b. 心電図	B	達成	達成	達成
1) 心房・心室造影	B	達成	達成	達成
2) 大動脈造影	B	達成	達成	達成
3) 冠動脈造影	B	達成	達成	達成
c. 造影剤 (computerized tomography)	B	達成	達成	達成
3. 心臓	A	達成	達成	達成
a. 肺動脈圧・心臓	A	達成	達成	達成

てますが、例えば看護師さんとも連携がとれるようなコミュニケーション能力をどんどんやっていくとか、PHSで連絡するとか、あるいは手術のときは縫合・結節ができる、そういう手技のところから同意書を取得できるであるとか、いろんなことがそれぞれ細かく入っています。こういう評価表は、例えばサブスペシャリティーの循環器内科専門医のところでは既に応用されてまして、循環器内科の中では専門修練医がこのシートを持って、自分で自己評価でできたかどうかというのを一つずつ、これ本当はもう何百項目あるんですけど、これチェックして、指導者側がチェックして、これを最終的に提出して、循環器専門医の試験に応募するような形になっているんじゃないかなというふうに思います。

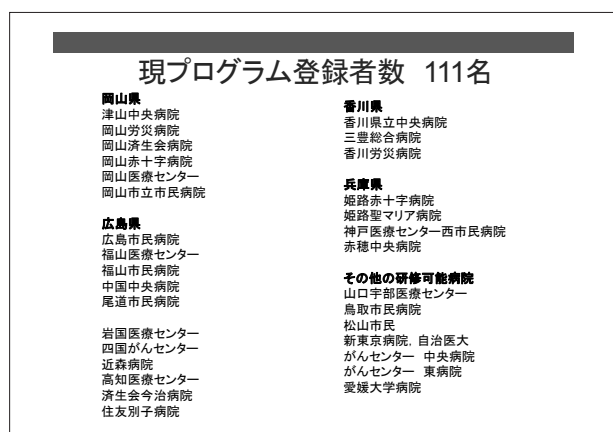


最終的に指導医としては、本人の臨床能力だけではなく、高い倫理性の持ったプロフェッショナリズムというのも必要で、教育力、臨床力、研究力、先ほ

どから病院管理の話もありますけど、管理力というのもどうしても医師には必要じゃないかなと思います。このようなバランスのとれた指導医の養成というのが、今後は必要になってくるんじゃないかなと思います。



僕、外科なので外科の現在のプログラムを紹介しますが、平成22年から3教室合同で、岡山大学外科医の育成プログラムというのを開始しました。大体10年ぐらひはもうすばっとコースを示せることができるんです。基本的にはこれはキャリアプランということで、プランニングができます。その中にも地域医療というのが今後は必須で、半年から1年、ローテーションするよにというのを今後考えていかなければいけないと思います。



平成22年から立ち上げたプログラムに今111名います。現在行ってる中四国を中心とした関連病院と岡山大学病院に彼らが今研修しているわけですけども、今思うと、その2年間その病院行った、3年間行ったといっても、彼らがどの程度の指導を受

外科系指導医養成講習会—2014

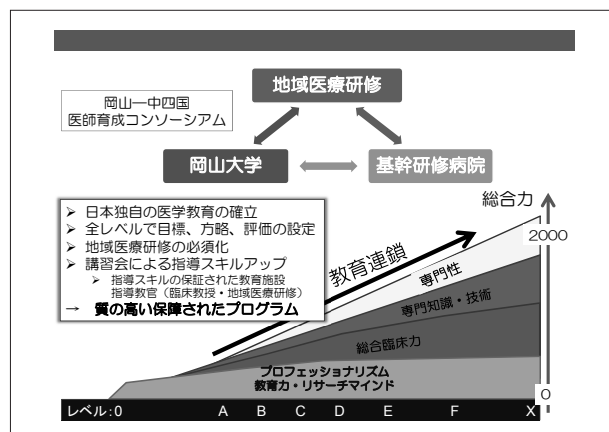
1. 効果的なカリキュラムデザイン
 2. 外科系医師の倫理的態度の獲得
・ Professionalism identity formation
 3. 手術室での効果的な指導法
 4. NOTSS (non technical skills) の重要性
 5. メンタルケア (Significant Event Analysis)
 6. 外科嫌い学習者への対応
 7. シミュレーター周術期急変シナリオで指導評価
- ・ 内科系指導医
 - ・ 地域医療指導医
 - ・ 麻酔・救急指導医
 - ・ 小児・産婦人科指導医

Instructional Design for The Training of Thoracic Surgeon



けているかというのは、やはり今後はプログラムの中でコントロールしていかなくちゃいけないと思います。そのために来年から計画してるのは、外科系のそういった指導医を集めて、養成講習会というのを2日間コースでやっていかなくちゃいけないんじゃないかなと今計画してます。

先ほど言ったカリキュラムをちゃんとデザインしてもらうにはどうしたらいいか、あるいは外科系医師のプロフェッショナリズムというのはどういうふうに獲得していくか、手術室での指導法、独特の雰囲気の中でいかに効果的な指導をするかというのを今後我々は指導スキルをアップしていかなくちゃいけない。あるいは、メンタルケアであるとかというのを考えてます。こういったことは内科系指導医であるとか地域医療、先ほど地域医療に研修医が duty で行くようになるんですけど、そういった地域医療へ行った先の指導医は、ちゃんとこういうことを目標を立てて指導して、エバリュエーションしてもらえるかということをやっているかなくちゃいけない。こ



れは日本でまだ一回も試みがされてないんですけど、小児科学会だけは唯一小児科の指導医コースとして17.5時間の養成コースを行ってます。

岡山大学の外科の先ほどの話もそうなんですけど、岡山大学中心として地域医療の病院それから基幹の研修病院、3つ合わせて、1つの病院ではなかなかすばらしい医師の形成というのは生涯教育できていけないので、こういった3つの関係でうまくコンソーシアムとしてプログラムを作成し、それぞれのカリキュラムもつくっていくというのが必要じゃないかなと思います。そうすると、地域医療の研修を必須化させることによって地域医療も潤いますし、講習会によってそれぞれの指導者のスキルもアップさせる。そういうことで、今後、専門医制度というのはどんどん変わっていきますが、そこにマッチしたような質の高いプログラムというのが作成できるんじゃないかなというふうに考えます。

最後になりますが、質の高い医師の育成カリキュラムというのは、一つの施設というのはなかなか難しいことなので、大学、地域、基幹研修病院、先ほどの岡山大学の外科の集まりの施設が全部で110施設ありますが、そういった多くの施設、地域医療も含めた施設で医師を育成していくというようなプログラムというのは、大学を中心につくっていかなくちゃいけないんじゃないかなというふうに思います。その中でも指導医養成講習会というのを義務化し、特に今提言してるのが、今岡山大学にはかなり臨床教授というのが認定されてるんですが、臨床教授でも今後は認定制にして、こういった講習会を受

けて、実際に指導できる人たちを臨床教授として認定していく必要があるんじゃないかなというふうに今考えております。

そういったこととか、このカリキュラムというのは短期間で総合力を向上させるというのが目的なので、こういった考えは指導、女性の復職支援であるとか、あるいはメディカルスタッフですね、医師じゃなくてもメディカルスタッフに短期間の研修でどれぐらい効果を出すかという考え方にも結びつきます。そういったことは信頼できる専門医の養成や社会のニーズに対応し、最終的には患者の安全性の向上に寄与することと考えてます。

はい、以上です。ご清聴ありがとうございました。

(谷本座長)

山根先生、どうもありがとうございました。大学を中心にこの医学教育改革が非常に進んでいるという実態を、このご発表を通じて感じられたのではないかと思います。恐らくこの会場におみえのどの先生も、こういう教育は受けてこなかった。そういう新しい教育を今の医学生は受け始めているということ、そういうことが非常によくわかるご講演だったと思いますが、また山根先生に後でご登場いただいて、いろいろご質問を受けたいというふうに思います。ありがとうございました。

質の高い医師育成カリキュラム (ISD)

- ・ 大学—地域医療—基幹研修病院から成るコンソーシアムによる（地域医療の充実と専門医制に対応）医師育成プログラム確立
- ・ 指導医養成講習会を義務化し拡充させる
- ・ 短期間で総合力を向上させるカリキュラム
 - ・ 女性医師復職支援
 - ・ 新規採用メディカルスタッフ
 - ・ 家庭内教育でも応用
- ・ 信頼できる専門医養成
- ・ 社会のニーズに対応
- ・ 患者安全性の向上

目標設定と評価
カリキュラム作成、ID
成人教育論
コーチング
メンタルケア
コミュニケーション能力
プレゼンテーション能力
知識・技能・態度

座 長

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科長

谷 本 光 音

引き続きまして、糸島先生からはNPO法人岡山医師研修支援機構の理事長として、これは岡山地区で非常にユニークな、関連施設と一緒にあって医師を育てようという取り組みを10年ほど前から行っておられます。現在その取り組みがどういうところまで到達しているかということについて、糸島先生からご講演をいただきます。糸島先生、よろしくお願いいたします。



2. 良い医師をみんなで育てる

岡山医師研修支援機構 理事長

糸 島 達 也



NPO法人岡山医師研修支援機構の理事長をしております糸島です。よろしくお願いします。

本日は、「良い医師をみんなで育てる」をご紹介しますと思います。

早いもので、岡山県医師会が発足してもうすぐ100年のときが過ぎようとしています。私たちはこれまで多くの先輩方の岡山県医療に対する熱い思いをしっかりと受け継ぎ、日本医師会の皆様とも連携しながら、さまざまな取り組みを行ってまいりまし



た。その結果、岡山県の医療は医師確保や医療水準の維持において、全国の中でも比較的恵まれた状況が続けることができているのではないかと思います。このことは、岡山県の一医師として、とても誇らしいことだと考えています。

しかし、残念なことに、思ったほどよい方向へと大きく変えることができなかったこともあるように思われます。それが医療人材育成のシステムづくりではないでしょうか。ただ、この問題は岡山県に限らず、全国の医療現場でも同じ状況だと考えます。



これまで私たちはさまざまな医療技術そしてそのノウハウを、徒弟制度というマンツーマンのいわば閉鎖された人間関係の中で継承してきました。もちろんこの究極のクローズドコミュニケーションが作り出す医療人材育成環境によって、多くの傑出した医師たちが輩出されてきたことは紛れもない事実ですし、今でもその有効性は多くの皆さんが感じていることと思われます。

しかし、この100年間に世界が目撃した医療に関

するさまざまな革新は、それらを伝達・教育する方法として必ずしも徒弟制度だけが適しているのではないということも、多くの皆さんが同じく感じ始めているのではないのでしょうか。医療の幅、深さや構造が大きく変化したことによって、医療の人材育成はもはやこの制度だけでカバーすることができなくなってしまった。すなわち、もう一人では育てられないということではないのでしょうか。現在、私が理事長を務めているNPO法人岡山医師研修支援機構



当機構の主な事業

1. 就職支援事業
2. 広報活動事業
3. 教育支援事業



は、8年前の2006年に医療人材育成の思いを共有する162の医療機関と大学病院などの医育機関が協力し発足いたしました。2009年からは岡山県の委託事業も加わり、現在では参加医療機関も168施設に増え、ますます幅広く医療人材の育成と生涯キャリアの支援に取り組んでおります。

当機構の主な活動には、1、就職支援事業としてマッチングプラザ、初期・後期研修プログラムのほか、転職、復職などに関するさまざまな情報を会員に提供しています。2、広報活動事業として、会員施設紹介や機構の活動に関する諸情報をホームページやフェイスブックを通じて広く世界に発信しています。3、教育支援事業として、医師、医学生だけでなく、医療人全体の人材育成に関する各種プログラムを実施するなどがあります。これらの活動を支えているのが、機構に参加した施設全体で共有している人材育成への思いであり、それがまさに「みんなで育てる」なのであります。



『みんな』で育てる
ための戦略とは？

3つの共有

場
人
学び

では、どうすればこの思いを達成することができるのでしょうか。私たちが立てた戦略は、場・人・学び、この3つの共有作戦であります。

まずは、環境や経験を同じくする皆さんが一堂に集まり、情報交換等を通じて気持ちを通じ合うことができる場を提供するプロジェクトです。

これは私たちがマッチングプラザと呼んでいる、主に医学生、研修医のための病院合同説明会の模様です。毎年5月に行われており、今年は76の施設と約250名の医学生や研修医が参加して、活発な情報の共有が行われました。こちらは、岡山県医師会主催

のWELCOME研修医の会で、当機構がイベントを担当させていただいたときの模様です。施設は違えど80人以上の新人研修医の皆さんが一堂に会し、まさに同じ釜の飯を食う的な体験を共有しました。

2つ目の戦略は、さまざまな職場そして職種の皆さんが思いを共有できる空間を提供する、人の共有プロジェクトです。



総務・企画・地域医療委員会（年2回）



こちらは年2回の総務企画地域医療合同委員会の模様です。広く大学、医療機関等から集まった委員

の皆さんが、当機構がこれから向かうべき方向性について、毎回真剣にディスカッションしてください。こういった価値観やアイデアの共有が、人材育成の大きな方向性を形づくる上で、とても大切なプロセスだと考えています。また、岡山県医師会の女医部会が主催するドクターズ キャリアカフェのお手伝いもさせていただいています。このような医師と医学生との活発な交流を通して、医療人として働くことの喜び、そして悩みといった大変重要な経験値の共有が行われます。



さらに、こちらは先ほどもご紹介していただきましたが、毎月第1水曜日に岡大の鹿田キャンパスで開催されている地域医療部会の模様です。ご覧のように中小病院長、行政、放送、マスコミ、大学関係者、看護協会、薬剤師協会など、多彩な職種、職場の皆さんが集まってくださり、よりよい地域医療のあり方について、さまざまな知識の共有と活発な意見交換を和気あいあいと行っています。この地域医療部会は、県下の病院の連携と経営の向上のみなら

ず、医学生や研修医の教育実習になくてはならない存在になっています。

そして最後、3つ目の戦略は、当機構が最も力を入れている、教育で医療人をつなぐ学びの共有プロジェクトです。



毎年夏休みの期間を利用し、医学生の地域医療体験実習や、多職種交流の促進を目指した瀬戸内海を航行する診療船「済生丸」でのフィールドワークを開催しています。また、年2回、各研修病院の皆さんにご協力をいただきながら、研修医のための各種教育セミナーを行ったり、研修医の技術向上を目的とした臨床実技のコンテストを岡山大学病院卒後臨床研修センターと共催で行っています。さらに、当機構では2人の副事務局長を中心とした、ハワイ大学医学部との教育を通じた交流も積極的に行っています。

夏休み期間中に開催される医学生向け教育セミナーでは、当機構から派遣された医学生たちが、医学教育を楽しく学びながら、全国の仲間とともに異

岡山医師研修セミナー（年2回）



文化交流も体験し、一回り大きく成長して帰ってきます。さらに、指導者教育活動の一環として、岡山県医師会、岡山大学並びに近隣の医療機関と合同で、ハワイ大学医学部での指導者研修も行っています。また、国内の指導者教育活動をさらに推進するために岡山大学と協力し、全国から多職種の皆さんにご参加いただける講習会の開催も積極的に行っています。

こうした当機構の活動を世界に宣伝するために、ホームページやフェイスブックページを作成し、積

研修医OSCE
Okayama Cup 2013
Jan.26th (Sat.)



指導者向けハワイ大学医療教育講習会
2013.1.7-9, SimTiki, Hawaii



ハワイ大学医学部
指導医・医学生研修プログラム（各2名）



MaP Sim - マネジメントとプログラムの学習者講習会
2013.8.9-10, MUSCAT CUBE, Okayama



医学生向けハワイ大学医学教育セミナー
2013.8.11-15, SimTiki, Hawaii

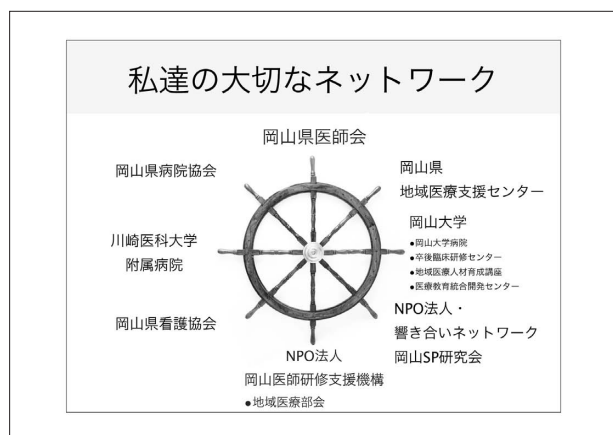


Web戦略

- ホームページ
- Facebookページ
- アプリ開発 (iNST)



極的な情報発信に努めています。また、医療人キャリア支援の一環として、栄養療法アプリ、INSTを開発、無料配布しています。こちらはアップルのiTunesアップルストアにおいて無料ダウンロードできますので、是非ご利用ください。先日、当機構は無料職業紹介の認可を取得しました。それに伴い、ホームページ上での医師求人システムを構築し、会員施設に無料で開放しています。今後は退職される、あるいは退職を予定している医師の皆さんに向けた再就職情報の提供サービスも行っていきます。



最後に皆様に申し上げたいことは、このような我々NPO岡山医師研修支援機構の活動も、決して一人ではなし得ないということでもあります。やはりここに挙げさせていただいたような、岡山県医師会、岡山県地域医療支援センター、岡山大学、NPO法人、響き合いネットワーク、岡山県病院協会、川崎医科大学、岡山県看護協会など、多くの皆様とのネットワークがあったからこそ、全てのプロジェ

クトが一つにつながってきたのだと心から感謝申し上げる次第です。私たちの医療人材育成システムを進化させる取り組みは、まだまだ始まったばかりです。今後とも当機構の活動にご理解とご協力をいただきますよう、よろしくお願い申し上げます。ご清聴ありがとうございました。



(谷本座長)

まさしくネットワークで医療人を育てるという、そういうコンセプトのもとでこの医師研修支援機構が中心となって活躍していただいている、これは岡山の地域での医療人育成の一つの大きな特徴でございます。糸島先生にはその理事長として全体の音頭をとっていただいて、先頭に立って活躍をしていただいています。日頃から大変感謝しております。ご質問を希望される方、見えると思いますが、後ほど必ずディスカッションをさせていただきますので、よろしくお願いいたします。糸島先生、ありがとうございました。

座 長

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科長

谷 本 光 音

引き続きまして、先ほど岡山県からの委託事業というお話がございましたが、地域医療再生の一環として、岡山県から寄附講座をいただき、そしてその活動の中心を担っておられる地域医療人材育成講座教授、佐藤先生から「地域医療におけるヒトの育成」というテーマでお話をいただきます。佐藤先生、よろしくお願いします。



3. 地域医療におけるヒトの育成

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科
地域医療人材育成講座教授

佐 藤 勝

H25年度 全国医師会勤務医部会連絡協議会 平成25年11月9日 (岡山)

フォーラム

『岡山からの発信—地域医療人の育成』

地域医療におけるヒトの育成

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科地域医療人材育成講座
哲西町診療所

佐 藤 勝



お願いします。岡山大学の佐藤です。本日はお招きいただきましてありがとうございます。それでは、よろしくお願いします。

「地域枠という義務があるから仕方なく地域に赴く」のではなく、「地域医療は地域枠の彼らに任せておけばよい」のではなく、多くの医師が「魅力ややりがいを感じながら自ら進んで地域に赴く」ことを期待しています。

当講座は次演者の片岡先生とともに、「地域で学

地域医療体験実習

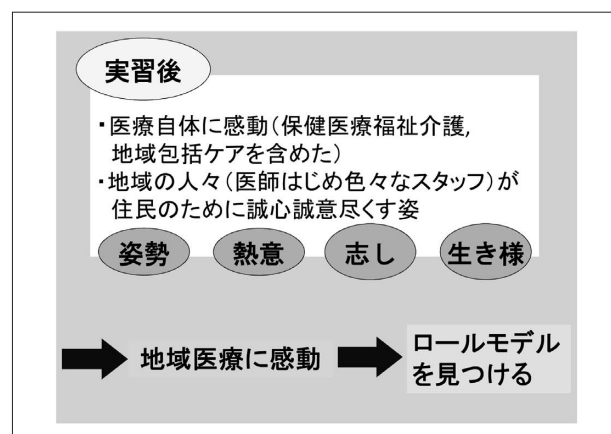
- 1年 : 1W×2回
 - 3年 : 1W
 - 4年 : 1W
 - 5年 : 3日～1W(離島実習)
 - 5年～6年: 1W
- (選択臨床実習の中で)
- 【・2年生 : 1W(H26年度予定)】

必修

ぶ、地域で育つ、地域を支える」という基本理念のもと、地域立脚型の教育に力を入れています。地域医療実習を入学後早期の一年次より一、二週間ずつしっかりと、在学中複数回、来年度より2年生を含めた全学年対象とし、一部必修化で、現在三、四年生で120人全員を一週間ずつ出しています。また、5年生では離島実習も実施するなど、地域医療機関の皆様に協力を仰ぎながら実施しています。地域の実情を知るため、保健・福祉・介護や市町村行政の方々、さらに地域住民との触れ合いの場も設けていただくなど、たくさんの地域資源を動員してもらいながら医学生を育てています。



実は、入学してすぐ1年生全員を、十一、二人ずつ10回に分けてワークショップ形式で授業を行っていますが、その中でほとんどの学生が「目の前で困っている人の何とか力になりたい」という純粋な思いで医師への道を選んでいることがわかります。これはまさに地域医療そのものだと思います、1年生からすぐに地域へ出し、地域のロールモデルに早く会わせることが大切と考えています。他大学では一から二日実習が多い中、1年生で一、二週間出すと、学生側も受け入れ側も最初は、医療を知らないこの時期に「何で?」「一週間も?」「長い」と戸惑いがあります。学生は初日大変緊張していますが、徐々に慣れていきます。そのうち、院長やスタッフの地域に対する一生懸命で真摯な姿に触れたり、食事会などを通していろいろ語ってもらい、生きざまに触れることにより、上辺だけでなく本質まで見えてくるようになります。



実習中はウェブ学習管理システムで講座教員からも毎日コメントを行い、実習施設の指導医とともに双方向のフィードバックを行っています。実習後、地域の医療自体に感動していることもさることながら、地域の人々が地域や住民のために誠心誠意尽くされている姿、その姿勢や熱意、志や生きざまに多くの学生は感銘を受け、「いつでもどんなことでも相談に乗る医療」を実践する地域の先生方に、自身の理想とするロールモデルを見出したのだと思います。また、多職種の方々と信頼しながら一緒に地域医療をつくり上げ、さらに地域住民とよい地域を築き上げていくことに接し、そのすばらしさを知り、地域医療のイメージを覆された多くの学生が感想を述べるなど、地域医療マインドの醸成につながっています。

五、六年生にある臨床実習に出る前に、全学生に地域医療を体験してもらうことに意義を感じています。仮に専門医に進むとしても、地域医療マインドを身につけ、入学当初の気持ちを忘れず専門医に

なってもらいたいと思っています。実習から帰ってきた彼らの顔は精悍な顔つきに変わっています。生き生きと目を輝かせながら、地域での実習について楽しそうに話してくれます。本当にたくさんのことを学んで、吸収して帰ってきます。彼らの成長を肌で感じることができます。

今年の1年生は30人近くも夏休みを削って参加してくれました。厳しい受験が終わり、初めての夏休み、皆、高校の同級生と遊びたい夏休み。ほかの授業に勝つことはできても、夏休みにこの実習が勝つことは難しいなあなんて思いながらも、「本当に楽しかったか？目をつむって手を挙げて」というと、全員が手を挙げました。「じゃあ、その感動を未参加の同級生全員へ伝え学年全体で共有しよう」というと、「地域医療シンポジウム」を自ら企画し、学生の手で開催しました。授業を3時間好きなように使っていいよと伝えましたところ、プログラムやポスター作成、当日の発表や司会はもとより、受付、照明、撮影、さらにはアンケート実施に至るまで、学生自らが企画・運営しました。

たくさんの実習施設の先生方も参加いただき、コメントももらいました。楽しく伝えようとするため、途中でじゃんけん大会やクイズ大会もありましたが、教員である私たちが学生に伝えることも大切ですが、学生自身が学生に伝えることで臨場感が増し、学生全体の地域医療への理解が深まりました。また、教養中心の1年生の時点で医師になる目的意識が明確化し、勉学意欲が向上した学生も増えました。また、複数大学間交流も手がけ、「医学生が考える地域医療とは」と題した医学生中心のフォーラムを開催したり、地域枠学生（岡大と広岡岡山県枠）・自治医大学生合同セミナーを開催し、将来一緒に働く学生たちが地域医療現場を見たり、グループワークなどを通し、互いの現状や将来の期待や不安なども共有しています。

さらに、当大学医学科のみならず、歯、薬、看護、臨床検査、放射線技師ほか、法、経、文、教育、工、農、他大学のリハビリ、介護、福祉など、さまざまな領域の学生が地域に集まりワークショッ

プを開催、卒業後、地域医療の現場に出てから、必要に迫られ慌てて多職種連携を意識するのではなく、学生時代からその大切さを理解するのとともに、地域医療の仲間づくりにもつながっています。



また、大学内では実習のほか、各学年での講義や大学院講義、地域医療実践セミナーを開催、講義や実習などで地域医療に触れた後、魅力を感じ地域枠に新たに加わる医学生も出てきました。また、月一回の地域枠学生ミーティングや個人面談、各病院の指導医や県や大学関係者そして市町村長も集まり、ワークショップを開催し、地域医療のキャリアパスについて真剣に考えました。

県知事と地域枠学生を始めとする医学生の懇談会では、医学生から地域医療実習で得た貴重な体験などを報告し、知事から地域医療への期待のこもった熱いメッセージをもらい、医学生のモチベーションになっています。平成24年には中四国地域医療フォーラムを主催し、大学教員、県庁職員ほか学生も参加し、意見交換をしました。入学前教育では、小・中高生に対し、キッズスクール、「ひらめき☆サイエンス」、高大連携プログラム、オープンキャンパスなどを通し、地域枠学生にも協力してもらいながら、医療のおもしろさや地域医療の魅力を次世代に伝えています。

また、研修医の地域医療教育の支援や、片岡先生がこの後話されますが、女性医療人支援、特に出張ミーティングで、女性医師の働く姿、その頑張りを地域住民にも知ってもらっています。生涯教育支援も、各種講演会やシミュレーション教育を地域出張

でも行っています。岡山県地域医療センターと協力し、地域で働くキャリアプランを提案したり、NPO岡山医師研修支援機構、特に地域医療部会と協力し、生涯教育にも務めています。また、私は現在も哲西町診療所（現岡山県新見市）において医学生（今までに現場で80名）や看護学生（300名）、小・中高生、地域住民などへの教育や研修にも携わっています。中でも、初期臨床研修医（64名）の教育には力を入れています。

医学生の研修スケジュールは、ホームステイを始め、地域住民や保健・福祉・介護や行政に触れることに重点を置いているので、赤の多職種、住民関係の実習が多いのに対し、研修医にはできることは全てやってもらう実践型研修としているので、黄色が

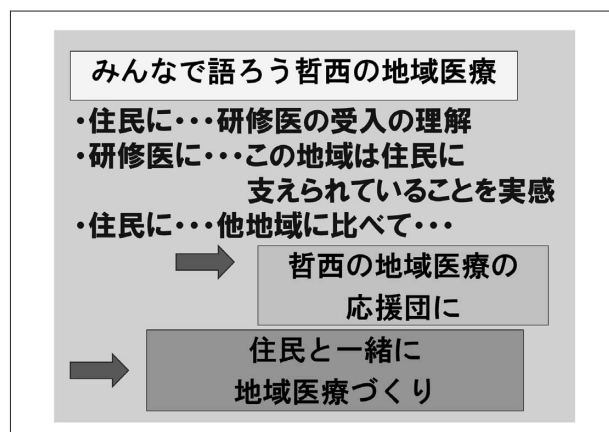
医学生スケジュール					
医療 福祉 保健 多職種・住民					
	月	火	水	木	金
午前	朝礼 腹部Echo 新見市長、副市長と面談 診療所案内	講義 市民福祉課長補佐 哲西支局長 市民福祉課長 保健師	診療所待合で血圧測定 哲西診療 ビデオ、ラジオ（哲西町紹介）	診療所待合で交流 胃内視鏡 保健師と住民訪問	診療所待合で血圧測定 特養ホーム施設長演義 ディサービスセンター実習 母子クラブ
午後	地区健康教室 きらめき広場施設案内 市内案内（小中学校など） 診療所カンファ	講義 元町長 ケアマネージャー 名所視察	訪問診療 大腸カメラ見学 所長講義 （地域包括ケアについて）	産業基 訪問診療 新聞社の取材 地域ケア会議 所長講義 （地域包括ケアについて）	カルテカンファ 診療見学 研修会（市長をテーマにバーベキューの準備しながら）
夜	懇話会（懇親との） 急患対応	ホームステイ （住民宅）	ホームステイ （住民宅）		懇話会（診療所スタッフと） 懇話会（元町長と）

研修医スケジュール					
医療 福祉 保健 多職種・住民					
	月	火	水	木	金
午前	施設案内 外来 Xp、CT撮影	講義 哲西支局長 市民福祉課長 保健師	外来 G I F トリガーポイント注射 4時 専任職Echo	外来 腹部Echo 専任職Echo	急患対応 主治医意見書 学会同行
午後	地区健康講座 予防接種 地域視察	講義 市長 副市長 元町長 特養ホーム施設長 ケアマネージャー 特養ホームの診察	産業基 訪問診療 心臓Echo CT撮影 地域ケア会議	C F 心臓Echo CT撮影 地域ケア会議	学校医視診 講義 所長 看護師 緊急往診
夜	カルテカンファ Xpカンファ CTカンファ	カルテカンファ Xpカンファ 精な症例検討 急患対応 懇話会（元町長と）	カルテカンファ Xpカンファ CTカンファ みんなで語ろう哲西の地域医療	カルテカンファ Xpカンファ 内視鏡カンファ 精な症例検討 院内勉強会（講師）	カルテカンファ Xpカンファ 研修会（哲西所属職員・診療所スタッフと）

医療ですが医療が多くなっています。もちろん胃カメラ・大腸カメラや全身の超音波なども全員に経験してもらっています。レビューとして、指導医の負担にはなりますが、毎晩2時間、その日の全カルテを振り返る症例検討会を実施。市長を初め、保健師

やケアマネジャーなどの講義や懇話会、住民との語る会を織り交ぜるなど、地域資源をフル活用し、指導しています。

住民が集まって、「みんなで語ろう、哲西の地域医療」という会の中で、研修医報告会を開催し、自身の学んだことや感想を始め、「他地域から見た哲西町」についても語ってもらっています。住民からは、「これからも頑張って」「また哲西に帰ってきてね」など激励も受け、住民からも温かく育ててもらっています。この会は住民に研修医の受け入れを理解してもらうのと同時に、研修医に「この地域は住民に支えられている」ことを実感してもらう狙いがあります。また、住民はとにかく他地域と比べることはないので、改めて哲西町の取り組みに感動され、応援団になってくれます。



住民と腹を割って話し合うことで、今後も住民と一緒に協力して、よりよい地域医療をつくっていきましょうという意思統一する機会にもなっています。患者住民が花や手作りの土鈴を持ってきて、診療所内

を自分の家のように飾ってくれます。自分たちの診療所として診療所をよくしようと盛り立てようとしてくれます。本来はスタッフの仕事ですが。都会では、患者はこのクリニックが嫌なら隣のクリニックへ行く人がいます。しかし、僻地では医者も医療機関も選ぶことはできない。嫌でもそこしかない中で行動です。診療所スタッフが患者住民を支えているつもりが、反対に住民から支えてもらっていることに気づかされる瞬間でした。これらも研修医に感じてもらっています。

研修後感想(へき地診療所について・主に診療)

- どんな環境(へき地)であれ熱意・信念を持ち診療する大切さ
- 手を抜かないこと、誠実であることの大切さ
- 患者の一言を大切にする姿勢。僅かな変化も見逃さずすぐ対応する大切さ
- 専門にとらわれず総合的に診る重要性(背景・生活も診る)
- 病院には届かない小さな声も大切なニーズである
- いつでも何でも診ることはハードだが、住民が安心して暮らすことができ、住民が本当に信頼を寄せている
- 責任感を学んだ
- 10年後に罹る疾患を考え早期発見に努めている
- Dr. がこの人を何十年も診ていくんだという強い意志

- 早期癌を見つける所とは思わなかったのでびっくり
- 最先端機器を導入しスタッフも整い医療レベルは大病院と差がない。もしくはそれ以上
- 患者を症例、疾患としてでなく人として見えるようになった
- 「どこに住んでいても同レベルの医療を」を合い言葉にポリシーをもち予防・治療・再発予防すべてに取り組んでいる
- 「診療所だから医療レベルが低くていい。新しいより良い医療を受けられないのは仕方ない」それは間違い
- かかりつけ医の理想的な形をみた
- 相手(送る先)の立場に立った紹介状の書き方が学べた
- 送る側が患者をどう思うかで紹介するのが知れた
- 毎日、全カルテをひっくり返し診療をフィードバックし丁寧に教えてもらい医学知識スキルも上達

研修医は研修満足度について、ほとんど大変よいと答え、全員がそれまでイメージしていた診療所との違いに驚いていました。感想として、「病院に届かない小さな声も大切なニーズ」、「いつでも何でも診ることはハードだが、住民が本当に信頼を寄せている」、「この人を何十年も診ていくんだという強い意志」、「医療レベルは大病院と差がない。もしくはそれ以上」。

地域包括ケアについては、「ドクターの、“僕の仲

研修後感想(地域包括ケアについて)

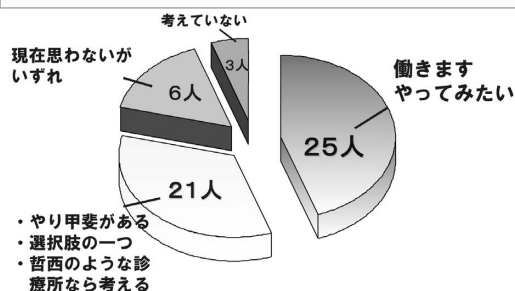
- 医者のできることはこんなにも多いのかと驚いた
- 医師一人では何もできない
- まずDr.自ら進んで地域に溶け込むことが最も大切
- 住民のため様々な職のスタッフ連携は必須(対等な関係)
- 保健福祉介護スタッフからの情報が早く、すぐ連絡しあえるネットワークの良さ
- 日常のちょっとした事や生活のこと、お金のことも診てくれる
- 患者さんの幸福とは何かと考えた時、お金の事(例えば、特別障害者手当などの適応になるかなど)も考えてあげることも重要
- Dr.の「僕の仲間達に相談すればきっと解決できる」との言葉が印象的



間たちに相談すれば、きっと解決できる”の言葉が印象的、「この地域みんなでこの場所を守っていくという皆の思い」、まちづくり、魅力、やりがいについては「包括ケアが町に活気を起こす」、「皆が同じ方向を向いて一体感を感じながらまちをつくり上げることの責任、魅力、楽しさ」、「地域医療とは医療者の頑張りだけではなく住民の協力があってこそ成り立つもの」、「住民が信頼を寄せ、その信頼から住民が医師を守ろう、育てようという温かい気持ち

- 多くの学生に体験を希望
- スタッフ皆が「この場所で働きたい」だから「この地域を皆で良くしていきたい」という思いを持っている
- スタッフが信頼しあい生き生きと高い理想と誇りをもち働いている
- 皆が同じ方向を向いて一体感を感じながら、まちをつくりあげることの責任、魅力、素直らしさ、楽しさ
- 地域医療とは医療者の頑張りだけでなく住民の協力があってこそ成り立つものだ
- いつでも何でも診ることはハードだが住民が安心して暮らすことができ、住民が本当に信頼を寄せている。その信頼から住民が医師を守ろう・育てていこうという気持ちが芽生え、相互の信頼関係が深まる。
- 地域医療は面白い、楽しい
- 地域医療はとてもし甲斐のある医療
- 人間社会の一員としての医師像が新鮮
- 医師としてだけでなく社会人として成長し人間として幅を広げてくれた
- こんな素晴らしい所で働けたらと何度も思ったことか

研修医(55人)へのアンケート 「将来、診療所で働いてみたいと思いませんか？」



が芽生え、相互の信頼関係は深まる」、「社会人としても成長し、人間として幅を広げてくれた」、「こんなすばらしいところで働けたと何度思ったことか」と答えてくれました。

研修後、「将来診療所で働きたいか」の問いに、大半が働く、働いてみたい。やりがいがあり選択肢の一つ、哲西のような診療所なら働く」と答え、研修後、診療所勤務を望む者が増えました。地域包括ケアをベースとして、多職種や住民などの地域資源をフル活用し、熱意を持って研修医を教育することにより、「地域医療」への理解が深まり、当初地域医療を目標としない研修医に対しても効果があり、地域医療マインドを培うことになりました。また、看護学生の1日実習でも、実習前、診療所勤務志望が2名だったのが、実習後、何と82%が将来診療所で働きたいと答えてくれました。

今後地域医療マインドを培った医療従事者が増え、その中から実際に地域医療を志す者が増えることに期待が持てるようになりました。実際7年前に1カ月間研修に来てくれた鈴木医師が、3年前、茨木の病院から再度来てくれて、現在医師2名体制でやっています。このように研修した地域に再赴任することが、全国でも見られるようになっています。

地域医療以外の分野へ行っただとしても
「へき地医療、地域包括ケアはすばらしい」と
彼らがここの見聞を同僚や後進へ伝えてくれ
**一人でも多くの優秀な医師がへき地医療に
関心を持つことを期待**

- ・へき地医療、地域医療の評価を上げてくれるものと信じながら
- ・後進に優秀な人材が集まってくるものと信じながら

→ 全ての若い医師に力を込めて思いを伝えたい

しかし、多くは地域医療以外の分野に進むでしょうが、他の分野へ行っただとしても「地域医療はすばらしい」と彼らが地域での見聞を同僚や後身に伝え、一人でも多くの優秀な医師が地域医療に関心を持ってくれることを期待しています。それが世間で評価の低いと思われる僻地医療、地域医療の評価を上

げてくれるものと信じながら、そして、評価が少しでも上がれば、後身に優秀な人材が集まってくれるものと信じて、全ての若い人々に力を込めて思いを伝えていますし、今後も伝えていきたいと思っています。

地域医療の確保、充実に向けて大切なこと

誰かを糾弾することではない

- ・現状、問題点をしっかり認識・受け止めること
- ・自分自身の問題と考え、当事者意識を持ち問題解決に臨むこと

現在、全国各地で、「地域の病院から医師がいなくなった、医師が確保できない、病院の経営がうまくいかない、地域医療が崩壊した…」との声が聞かれます。その一方では、「医師を派遣しない大学が悪い、国や県、市町村に策が感じられない…」などという声も上がっています。今、地域医療の確保・充実へ向けて、まず大切なことは、誰かを糾弾することではなく、また医師の供給側の問題だけにするのではなく、医療関係者そして行政、さらには住民一人一人が、地域医療とそれを取り巻く環境はどうなっているのか、その現状と問題点をしっかり認識し、まずは受けとめることが大切だと思います。さらに、住民一人一人が自分自身の問題と考え、当事者意識を持ち、問題解決へ向けて臨むことが必要と思われます。

新見市地域医療研修会(平成20年3月16日)

住民700人が参加

特別講演：高久史磨先生(日本医学会会長)

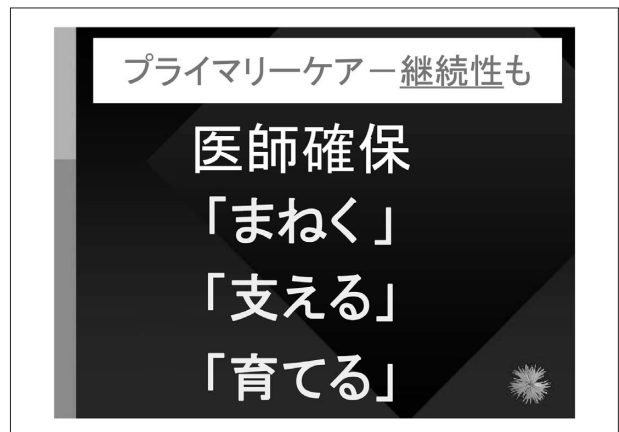


実は、新見市でも平成19年から約2年間、救急指

定病院がない県内唯一の地域になってしまいました。これに対し、地域医療研修会を企画し、特別講演を日本医学会長高久史麿先生にお願いし、700人の住民が集まりました。パネルディスカッションでは、私がコーディネーターを務め、医師が減っている新見市の現状を知り、皆で考えました。①婦人会会長は、救急指定病院がなくなり住民として不安であること、また自ら栄養委員の長もされ、自ら自分たちの健康活動をしている報告を。②救急指定病院の看板をおろさざるを得なかった院長には、医師が減り、院長自身が週4日の当直をし、寝ずの診療に限界を感じ、倒れそうな激務であり、やむを得なかったこと。③小児医療を守る会の会長さんから、1万4,000人の署名を集め、新見に小児科医を迎え、その後、会員が月1回集まり勉強会をし、「このような症状なら夜間、小児科医に受診しなくても翌日かかればよい」などの勉強会をし、来てくれた小児科医を疲弊させないような活動の報告を。実際に来てくれた小児科医は、「いい町だ」と言って長くいてくださいます。住民が地域医療を守り、支えるすばらしいケースです。④市長には市の方向性について。⑤私のほうからは医師を「招く」だけではなく、行政や住民も「支え」たり、「育てる」ことを提言しました。これは後に話します。

従来、行政や住民は、「自分たちは、医療には無知だから」といって、医療関係者に「お任せ」状態にしていた「地域医療づくり」は、今や医療関係者だけで推し進めても限界です。住民も積極的に参加し、さらに行政、医療関係者がともに手を取り合って、輪を広げながら地域医療づくりを推し進めていけば、それが生活と密着した「まちづくり」、「地域づくり」に直結し、ひいては地域の活性化、そしてきっと魅力あるまちづくりにつながっていくものと考えます。このようなピンチも、みんなで話し合うことにより、「今後この町をどのようにするのか」と地域づくりの機運が高まっていき、皆で「まちづくり」を協働するチャンスになるかもしれません。ここに地域医療再生のヒントがあるのだと考えます。国・県レベルの支援策も当然必要ですが、まず

は地域自体で、皆で真剣に地域医療をめぐる現状と課題を明らかにした上で、限りある社会、医療資源の中で、どのようにして地域医療の確保・充実を図るべきかが大切だと考えます。



このような地域医療タウンミーティングでは、県の医療計画でも重要性を言われるようになり、岡山県各地でなされ始めています。プライマリーケアでは、継続性の重要性もよく語られますが、僻地医療の継続性を担保をするための永遠の課題であると思われる医師確保については、「招く」だけではなく、「支える」、「育てる」というコンセプトも大切になるでしょう。僻地を支える医師は地元出身もおられますが、よそから来た医師が多いです。行政は医師を「招く」ことは従前からよくなされていますが、招聘した医師を「支える」こと、さらに医師を「育てる」ことを、今までの僻地を持つ自治体では余りしてこなかったかもしれません。

医師を招聘した後、行政は医師に遠慮もあると思われるかもしれませんが、「お任せ」といってその地域の医療を医師に任せきりで余りコミュニケーションがとれていなかったため、よそから招聘した医師が孤立したり、またその家族、特に奥さんも友達がいなく寂しい思いをしたのではないかと思います。同じ地域医療を守る仲間の一員として、行政もよそ者である医師を、そしてその家族も一緒に巻き込み「協働」し、地域医療づくりをしていくことが大切だと思います。そして、それがもう一年でも二年でも長く「ここにしよう」と医師が思うようになれば、しめたものです。行政や住民と一緒に地域医療を「支え

る」、そして来てくれた医師を「支える」ことも大切でしょう。

例えば、夜中1時に高熱の患者を診て、風邪だった。医師は起こされ、また眠れないなあと思って、「このやろう」なんて思っている、患者から、「ありがとう。先生、助かったよ」と言われると、「そんなことないよ」と言う自分がいます。人間あまのじゃくなのかもしれませんが。ある町では「診て当然」という感じで、「医師はそれくらいいい給料をもらってるんだろう」、「医師は倫理観があるんだろう」と言われながら診るようになると、さすがに医師も疲れてくるでしょう。医師も聖人君子ではない、生身の人間ですから。「ありがとう」と言ってくれる町か、「診て当然」と言われる町か、どちらで医師は働きたいか。考えてみれば、地域住民が地域医療を「守り」、「支える」大きなファクターであると思われます。

「育てる」という点では、医学生や研修医などを迎え、育てることのほか、哲西では学校授業、職場体験や年一回行われる健康福祉まつりでの診療所探検隊などで、小・中高生など地元の子供たちを「育て」、診療所や医療を身近に感じてもらい、地元の医療に興味を持ってもらっています。内視鏡でつぼの中にあるおもちゃを見せたり、「ケロちゃん救出大作戦!!」と称し、実際にカメラを操作してもらい、つぼに落ちたケロちゃんを鉗子で救出しています。哲西診太郎君が紙を食べたとのことで、カメラと鉗子で紙を取り出します。CT室では、「はてなボックス」の中身を当ててもらいます。アンパンマ

ンなど、当たると歓声が上がります。

高価な医療機器を使い、ある意味不謹慎ですが、「いつもの診療所と違い、楽しく過ごせた」、「CTなど都会に負けないすごい機械があった」と好評を得ています。以前に無医町になった苦い経験から、永続的に哲西の医療が守られるように、この中からいずれ地元に戻り、地元の医療を支えてくれたらという願いも込めて一緒に楽しんでいます。というのも、哲西でも過去40年間で6人位の医者を輩出していますが、実際には地元へ帰っておらず、哲西を支えているのは他県出身の医師であること、また仮に一人の医師が二、三十年いたとしても、引退の時期には行政はまた医者探しをしなければならないからです。僻地医療の課題の解決には、住民・行政・医療関係者の3者の協働と、医師を「招く」だけでなく、「支える」・「育てる」コンセプトが重要なポイントと考えます。

◆へき地医療の課題の解決

・住民,行政,医療関係者
の三者の協働

・医師を「招く」「支える」「育てる」



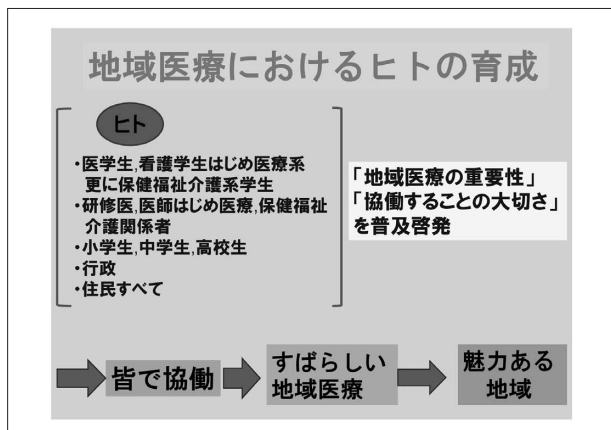
診療所探検隊を通して・・・

子供達だけでなく、若い親の世代に
診療所、医療を身近に感じてもらう。

以前無医町
になった苦い
経験から

診療所探検隊の子供達が大きくなって
いずれ地元に戻り地元の医療を
支えてもらいたい。

最後に、地域医療実習を受け入れてくださった医療機関からは、実習受け入れ前には、「どう育てようか」、「どう接すればいいのか」など戸惑いがあったことも聞きましたが、実習を受け入れることにより、「病院全体で育てようという雰囲気が醸成できた」、「希望に満ちた若い学生が来ることにより病院内が活性化した」と言われるようになるなど、地域医療の教育や普及にたくさんの方々にかかわってもらい、いろいろな切り口で多くの人々に地域医療に触れて知ってもらうことにより、地域医療を支え、育てていこうとする仲間づくり、環境づくりにもつながっていると感じています。



生、ありがとうございます。

それでは、ここで司会のほうを糸島先生におかわりします。先生、よろしくお願いします。

将来の担い手である若い医学生、研修医など、地域全体で熱意を持って育てることと、彼らが地域に残る、あるいは戻ってきたいと思える地域全体の温かい支え（仲間づくり、環境づくり）こそが、地域医療再生の大きな鍵となるのでしょうか、その礎を地域の人々と一緒に築き始めていることを実感しています。「地域医療におけるヒトの育成」という大変大きな演題を清水先生から任され、少し気が重く、萎縮し、緊張しましたが、この「ヒト」とは医学生、研修医、看護学生など若い医療関係者や保健・福祉・介護関係者はもちろん、小・中高生、さらには行政そして住民、全てであり、「地域医療の重要性」と「協働することの大切さ」を理解してもらえるよう全てのヒトへ普及啓発していかなければならないと考えています。ご清聴ありがとうございました。

（谷本座長）

佐藤先生、ありがとうございました。

佐藤先生には、哲西町診療所の医師として、また同時に寄附講座の岡山大学の地域枠の学生の教育に当たる教授として活躍をしていただいています。その実践の中、実際に先生が感じられたことから、今日は非常に強いメッセージを皆さんにいただいたかと思います。医療を育てることは、地域全体を活性化することだという、そういうお話のその骨子が非常に伝わってまいりましたし、先生自身がそれを体現しているという、そういう存在であるということも含めて、大変すばらしいご講演でした。佐藤先

座 長

岡山県医師会副会長

糸 島 達 也

それでは、第4席ですが、岡山大学大学院医歯薬学総合研究科で、先ほどの佐藤先生と同じく地域医療人材育成講座の教授で活躍されていると同時に、医療人キャリアセンターMUSCATセンター長として活躍をされておられます片岡先生にお話をさせていただきたいと思います。「女性がいきいきと働き地域貢献を果たす仕組みづくり」について、お願いいたします。

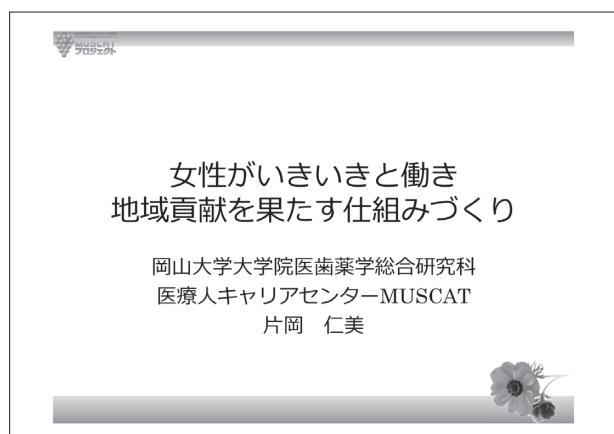


4. 女性がいきいきと働き地域貢献を果たす仕組みづくり

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科
医療人キャリアセンターMUSCAT センター長

片 岡 仁 美

ただいまご紹介をいただきました岡山大学医療人キャリアセンターMUSCATの片岡と申します。



このたびは大変貴重な発表の機会をいただきまして、関係の先生方、皆様に厚く御礼を申し上げます。また、大変お忙しいところ、岡山にお越しになってくださりまして、まことにありがとうございます。私の発表ですが、このようにまず女性医師の現況、また岡山大学病院の取り組み、県内各組織と

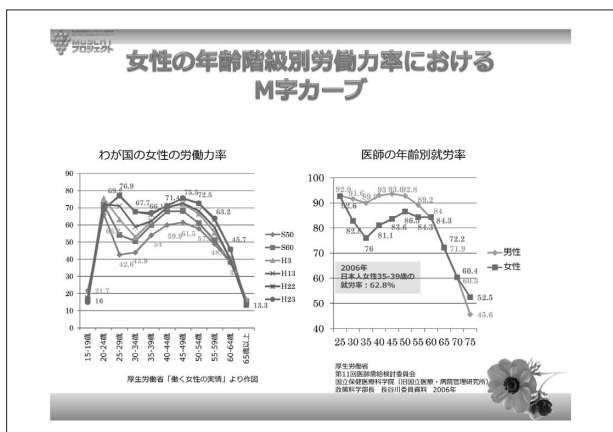
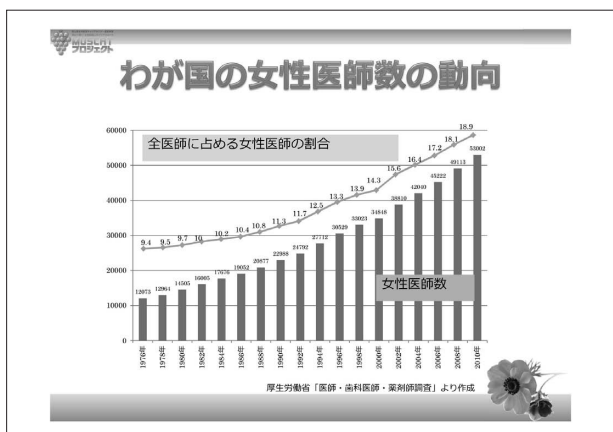


の連携、地域貢献を目指して、そして最後に今後の展望ということで進めてまいりたいと思います。

まず、女性医師の現況です。

こちらは非常によく出てくるデータですが、我が国の女性医師の数というのは、このように右肩上がりに増え続けておりまして、特に若い世代での女性医師割合が多く20代で30%、また20代、30代含めるとほぼ50%という割合でございます。

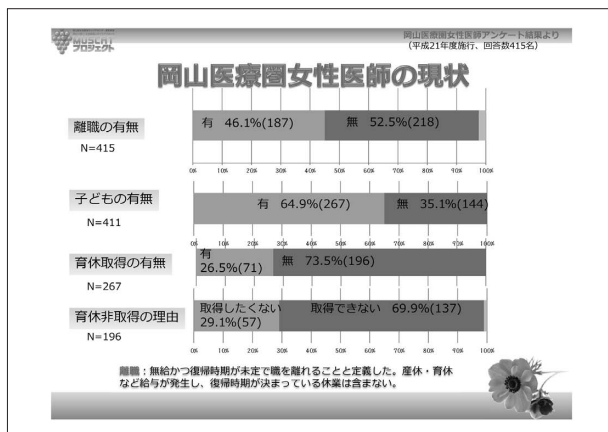
こちらも多く出される図ですが、我が国の



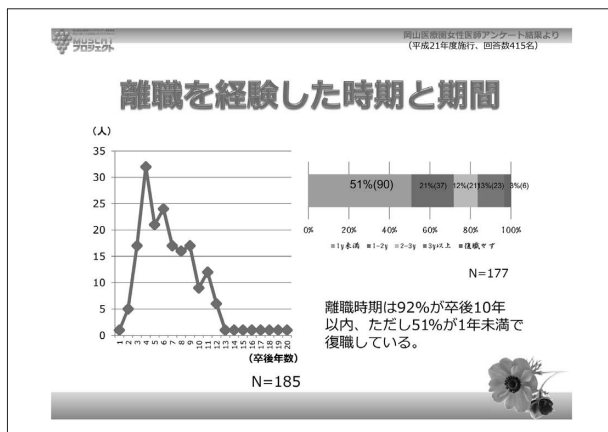
女性の労働力率、このように年度別に提示されておりますが、平成23年におきましても、30代でちょうど出産、育児の時期に一旦就職した方が職を離れるということがデータとして出ております。こちら2006年のデータですけれども、これは医師においても同じ傾向が見られまして、日本人の女性医師、このように低のところでは就業率が76%に下がるということが示されております。2006年時点で日本人女性全部の35歳から39歳の就労率が62.8%ですから、

女性医師の場合はそれよりも健闘しているとも言えますが、やはり出産、育児と就業の継続、両立というのが難しいことも一方と言えるのではないのでしょうか。

こちら、我々が調査しました岡山医療圏女性医師の現状になります。



離職をしたことがありますかということでお聞きしたところ、離職をしたことがある医師は46.1%ということになります。ここでの離職、定義によって非常にデータが大きく異なる場所ですので、離職については細かく定義をいたしました。無給かつ復帰時期が未定で職を離れることと定義をしました。産休、育休など給与が発生したり、復帰時期が決まっている休業を含まずということでお聞きしたところ、46.1%の方が離職を経験しております。



こちら岡山医療圏女性医師の現状ということで、岡山大学卒業生、また岡山大学病院に入局された方約1,400名にアンケートをお送りして、回答が415名のデータの解析になります。子供の有無は有

が64.9%、子供がある人のうち、育休取得された方が26.5%、育休をとらなかった理由は、取得できないが約70%という結果でございました。離職を経験した時期と期間、予想どおりの結果ではありましたが、約92%が卒後10年以内で離職をされているという結果になりました。ただし、51%の方が1年以内で復職をされており、完全に職を離れて戻ってこない方というのは非常にわずかというデータになっております。

**岡山県医師会女医部会が調査
女性医師育休取得わずか24%病院69%「当直ある」**

岡山県医師会女医部会が、女性医師と病院を対象に行った初めての調査で、こんな勤務実態が明らかになった。女性医師が仕事と育児を両立させる難しさが浮き彫りになっており、地方の医師不足解消の面から、妊娠後援や育児支援が急務となっているという。アンケートは岡山、倉敷市を中心とした県内516人の女性医師と、180の病院を対象に実施。179人、87病院から回答があった。

- ✓ 子どものいる119人の女性医師のうち、育児休業を取得したのは29人でわずか24%。厚生労働省が2006年度に調べた全業種の平均育児休業取得率88.5%の3分の1以下だった。
- ✓ 夜間・休日の当直については、69%の病院が子どものいる女性医師でも「ある」と回答。緊急時の呼び出しなどがある病院も66%に上った。

2007年12月17日掲載 山陽新聞より

こちらは岡山県医師会女医部会が2007年に調査されたもので、地元の新聞に取り上げられましたけれども、女性医師の育休取得率がわずか24%というデータになります。これは同時期の全業種の平均育児休業取得率が88.5%という中でのデータですから、非常に低いと言わざるを得ないかと思います。また、女性医師とそれから病院側の両方にアンケートをとっていただいておりますけれども、病院側のご回答としても、69%の病院が子供のいる女性医師でも緊急の呼び出し、当直などがあるという回答になってございます。

2007年の現状をお伝えしましたが、医療現場における医師や看護師の不足がこのように非常にクローズアップされてきたのは、そんなに昔からということでは恐らくなかったと思います。こちら Kishi 先生らの論文ですけれども、日経テレコン21を利用し、朝日、毎日、読売、産経、日経新聞の図中のキーワードで検索をして、全記事に対するこれらのキーワードの出現頻度をグラフ化したものです。このように2004年ぐらいから突如非常に増えて

いるキーワードが医師不足ということになります。医療現場における医師不足、看護師不足にはさまざまな要因がありまして、一つの原因に絞ることはもちろんできません。しかし、2000年を超えてから急速に注目をされてきた問題ではないかというふうに思われます。そして、医療現場における医師や看護師の不足を背景に、女性医師や看護師の離職防止や復職支援が一層注目されるようになったという現状があると思います。

医療現場における医師・看護師不足

日経テレコン21を利用し、「朝日新聞」「毎日新聞」「読売新聞」「産経新聞」「日本経済新聞」を図中のキーワードで検索。全記事に対するこれらのキーワードの出現頻度をグラフ化

医療現場における医師・看護師不足を背景に女性医師
看護師の離職防止・復職支援が一層注目されるように

Kishi et al. Risk Management and Healthcare Policy, 2010

**女性医師の離職対策が医師不足への
解決手段になると感じますか？**

■ 解決手段になると思う
■ 多少は解決手段となる
■ 解決手段になるとは思わない
■ わからない（無回答）

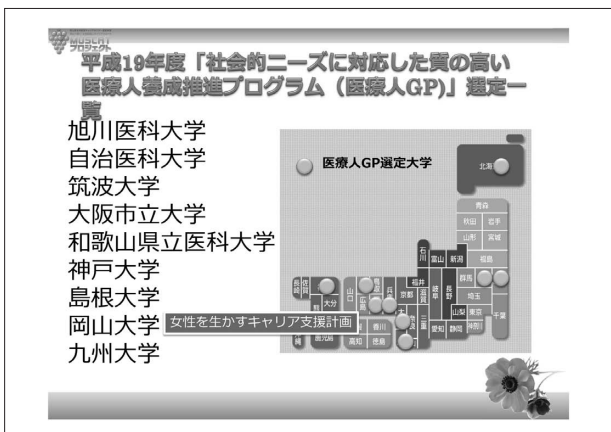
コメント	回答数
女性医師の数が減ってきているので、離職防止は絶対数を増やす	62
家庭や子育て等を両立できる勤務環境整備が必要	22
不足している診療科にはもとより女性医師が少ないので偏在は解決されない	8
女性医師の離職が医師不足の一番の原因ではない	4
子育てをとおそかにしてはいけない	4

岡山大学4年生95名、川崎医科大学4年生115名。回収率66%

2011年岡山大学・川崎医科大学医学生アンケート
岡山県医師会女医部会・岡山大学キャリアセンター

こちらは2011年、岡山大学また川崎医科大学の医学生に対し、岡山県医師会女医部会と我々キャリアセンターの協働でアンケートを行ったものです。女性医師の離職対策が医師不足への解決手段になると感じますかという問いに関しては、70%が解決手段になると思うという回答で、多少はなると思うを含めると約85%でした。学生にもこういった話題はかなり身近なこととして捉えられているというふうに考えます。

このような時代背景の中、平成19年度文部科学省



の社会的ニーズに対応した質の高い医療人養成推進プログラム、通称医療人GPに採択をされて、我々岡山大学では女性医師支援を始めてまいりました。医療人GPに関しましては、社会的に取り組むべき課題に対して毎年違うテーマが挙げられまして、それに対するプロジェクトを応募するというものでしたが、平成19年の課題が「女性医師・看護師の離職防止・復職支援」でした。ここに挙げた9つの大学が採択をされまして、同時に取り組みをスタートしたということになります。我々「女性を生かすキャリア支援計画」と題して取り組みを開始しました。

これから岡山大学病院の取り組みについてお伝えしたいと思います。



平成19年から3年間、医療人GPに採択された活動を行いました。この時点で私は30代前半で、まさに育児とそれから仕事の両立ということに直面する世代でもありましたので、自分の周りの先輩、後輩、多くの方にヒアリングを行って、自分たち自身に何が必要か、どうすればずっと働いていけるか、

生き生きと働けるか、意見を集めました。その上で「離職防止のプロジェクト」と「復職支援のプロジェクト」という2本柱の取り組みを考えました。



離職防止に関しましては、先輩から後輩へ知識や経験を伝えるということで、支え合うことによって離職を防止する、支え合うことによって臨床の現場にとどまる、そういうことを求めた活動になります。このときに思ったこととして、やはり女性支援というと、どうしても育児支援ということに偏りがちになるのはいたし方ないと思いますけれども、女性医師全体を考えた中で、今現在育児中という方の割合はそんなに多いものではなく、私は関係ないというふうに思わずに誰でも参加できて、参加して何かメリットが得られる、そういうみんなのための取り組みが欲しいなと思って、こういった活動を始めました。

ウェブを使って手軽に先輩、後輩の中で相談や意見を交換できるシステムと、それから実際に顔を合わせて生の声を後輩へ伝えるという取り組みを行っ

**平成20年度より岡山大学病院に
女性支援枠を導入**

- ・ 時短、当直・オンコール免除、週1-3勤務などの柔軟な勤務体系の確立
(女性支援枠→復帰支援枠→キャリア支援枠)
- ・ 大学病院に37名・地域の病院に5名が復職
(H20-21年度までの累積)
- ・ 地域の協力医療機関48施設



柔軟な勤務体制確立の軌跡

平成20年度女性支援枠として開始。
当初の定員は5名。時短、直置・オンコール免除、週1-3勤務など柔軟な勤務体系を徐々に確立。



岡山大学病院 復帰支援制度 （インテグレーション・アプローチ）




平成22年度より復帰支援制度として規約が制定される。
利用人数が常勤換算約20名に決定。
女性だけでなく男性も対象に。
出産・育児だけでなく介護も利用対象者に。



岡山大学病院 一員のキャリアアップを目標として～

キャリア支援制度のご案内



平成24年度よりキャリア支援制度へ。
利用期間を子ども1名につき3年間とする。
コーディネーター面談・B-ポートフォリオの導入。




柔軟な勤務体系確立について少し経緯を述べます。まず平成20年度女性支援枠として開始しました。そして、平成22年度より復帰支援制度として、院内で規約が制定されました。利用人数が確定したということ、また女性だけでなく男性も対象に、出産育児だけではなくて介護も利用対象者ということになりました。そして、平成24年度よりキャリア支援制度というふうに名前が変わっております。名前だけでなく何が変わったかという、利用期間を子ども1人につき3年間に定めた点です。最初は特に制限がなく子供が小学校を卒業するまでということだけが決まっていたのですが、利用希望者が非常に多いということもありますし、また利用者のキャリアアップということを考えて、キャリア支援の3年間はスタートアップの期間と考えて、その間にその次の働き方をしっかり考えてビジョンを固めていくというふうな、そういう使い方をしていただくということを考えております。

[illegible]

学内でキャリア支援制度の周知度あるいは有用性についてどうかということをアンケートをとっておりますけれども、キャリア支援制度についての周知度は、よく知っている、何となく知っているを含めると約90%でした。有用性はどうかということに関

して、上司の方は約90%、それから同僚も約80数%の方が有用であるというふうに評価をいただいております。

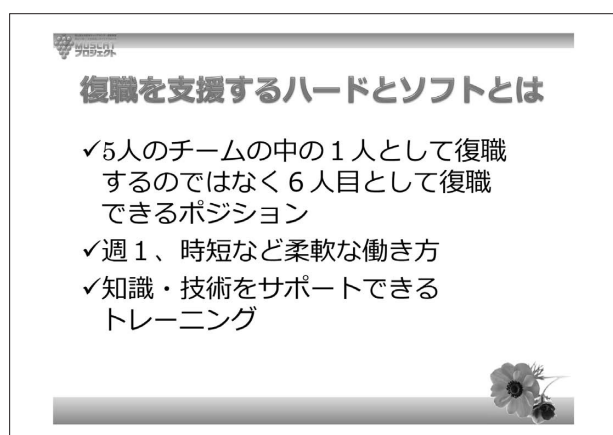
また、こういった柔軟な働き方以外に、やはり実際に戻るときの手技的なことも不安であるという意見もたくさんありましたので、チーム医療のシミュレーショントレーニングを行っております。こちらは個人のスキルトレーニングではなくて、看護師・医師のチームによるチーム医療のシミュレーションによる復職支援ということをコンセプトにしています。復職を支援するハードとソフトということで我々考えたのは、やはり5人のチームの中の一人として復職するのではなく、6人目として復職できるポジションが非常に重要ではないかということです。柔軟な働き方で最初のステップが小さくてもいいから、その後ステップアップしていけばいいのではないか、また技術や知識のサポートも重要というふうに考えております。また、非常に院内で需要が大きかった病児保育のほうも開設をすることに至り



ました。

次に、県内各組織との連携について述べたいと思います。

このように文部科学省のプロジェクトとして3年間の取り組みをさせていただきましたけれども、大変幸いなことに岡山県から地域医療再生計画の中での委託事業ということで、平成22年から現在に至るまでこの事業を継続させていただくという、支援をいただくことになりました。そして、新たにMUS



岡山県内女性医師支援の連携

岡山県内女性医師支援の連携

岡山大学医学生キャリアセンター

- ・ 同協会・医局のネットワーク
- ・ 後継プログラム の充実
- ・ 定期的な情報交換

岡山県医師会

- ・ 女医部会を組織化
- ・ 女性医師バンク
- ・ 強みを生かした相互協力

岡山県病院協会

- ・ 県下病院 加入率99.4%のネットワーク
- ・ 強みを生かした相互協力

岡山県保健福祉部

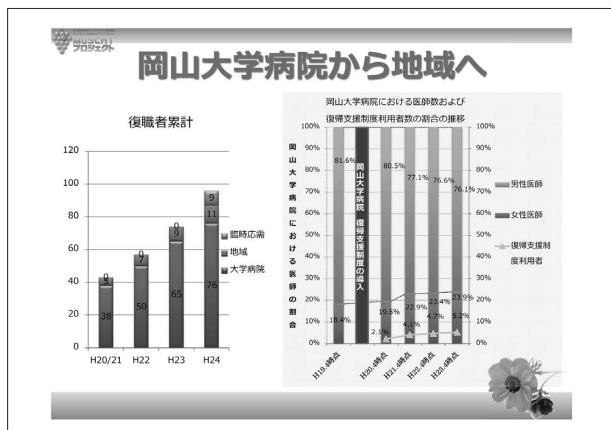
- ・ 岡山県医師会環境対策事業の一環として
- ・ 強みを生かした相互協力

岡山県女性医師等支援委員会(平成22年9月発足)
→勤務医等環境整備事業関係者会議

岡山県医師会理事
岡山県拍当者
女医部長
岡山県病院協会
岡山大学



— 129 —

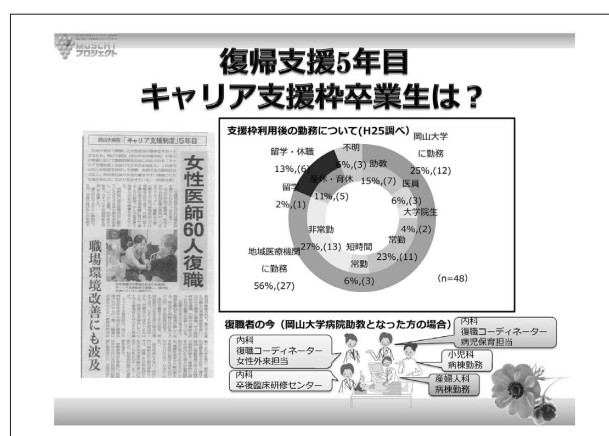


ということもさせていただいております。

また、さらに地域貢献を目指した活動ということで少しお話ししたいと思います。

先ほど復職者の合計ということで、合計88名が現在復職という形になっておりますけれども、このように数は少ないながらも地域の病院に直に復職される方の人数も少しずつ増えております。また、大学病院での復職を経て地域の病院、診療所に復職される方は約60%です。また、これはちょっと復職とは違うんですけれども、臨時応需と書いておりますが、例えば急に産休、育休の先生が出た、あるいは誰かが病気になったということで、キャリアセンターのほうに誰かいませんかというふうなお話が最近いただくことが多くなって、そうすると復職している女性医師の方の中から手を挙げてくださる方というのが最近増えてきておりまして、そういったデータもちょっとお示しました。

こちら岡山大学病院全体の医師数のパーセンテージなんですけれども、活動を始める前、女性医師のパーセンテージ、18.4%でしたけれども、平成23年時点で23.9%、そのうち復帰支援制度の利用者が平成23年度には5.2%ということで、女性医師のパーセンテージも増えているという状況があります。また、先ほど経験と知識を伝えてネットワークをつくるという活動についてご紹介しましたけれども、現在は大学内ではなくて、岡山県内の地域に飛び出していくということで、さまざまな地域でこのようなシミュレーショントレーニングあるいはミーティングということをさせていただいております。



最後に、今後の展望を述べたいと思います。

現在女性支援に取り組みまして5年目を迎えております。キャリア支援制度の卒業生もどんどん出始めておりまして、彼らがどのように活躍しているかということのを少し一旦ご紹介したいと思います。

平成20年に復職された先生ですが、大学病院の病棟勤務を経て、平成24年より在宅診療専門のクリニックで常勤として活躍されております。また、この先生は、翌年からキャリアセンターの助教になり、現在復職コーディネーター、キャリアセンターの副センター長として、この活動の中心を担ってくださっています。また、こちらの先生も、平成24年から当講座の助教、また女性外来の担当もされています。平成21年に復職された先生は卒後臨床研修センターで活躍をされていますし、また病児保育ルームの担当医を経て、小児科の助教になった先生もいらっしゃいます。

こういうわけで、復帰医師の中で助教になった医師は現在のところ5名ですけれども、今後のステッ

プアップが皆さん期待されます。岡山大学医学部の女性教授や准教授は、まだ今は数が少ないんですけれども、これから裾野が広がって、そういった人数が増えていけばいいなと思っています。こういった形で戻ってきた人がさらに下の世代を支えるという屋根瓦式のサポートが、現実化しているのが非常にいいことではないかと思っています。実際に戻ってきてコーディネーターになった先生が、これから復職しようとする人をコーディネーターとしてともに歩みながら支えるといった活動をしてくださっています。

屋根瓦式サポートについては、先ほど今城先生から研修医のことについても岡大との連携のお話をいただきました。大変市民病院の先生にお世話になっておりますけれども、復職された先生の1人は卒後臨床研修センターの教員として今度は研修医を支えています。研修医にも女性は多く、研修中に結婚や育児を経験する方もおられます。女性研修医にとってロールモデルが身近に居ることは非常に励みになります。こういう形で下の世代を支えるということ

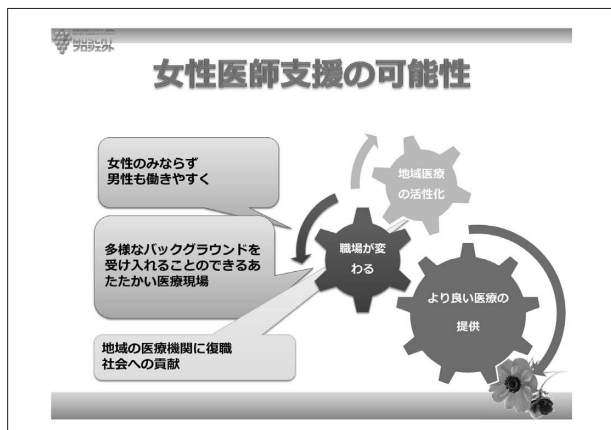
を復職した女性医師が頑張ってくださっているのは素晴らしいことだと思います。

我々の今後の活動としましては、ジェネラリスト育成プロジェクトに今年度から取り組んでおります。というのも、高度な専門分野を専門としていた先生で、復職を機にもっとジェネラルをしたい、あるいは地域医療をしたい、そういうふうにおっしゃる方が少なくはないということに気がついたからです。こういったジェネラリストの育成ということにも取り組んでおります。

またそれから、今後男女にかかわらず介護は非常に大きな課題にもなってきますし、重要な点だと思っておりますので、ケアを考えるセミナーということも始めております。また、女性医師が増えてきたということで、女性の患者さんに貢献したいという思いから、女性外来の開設も行いました。

最後にまとめです。

女性医療人の支援の可能性ということで、やはり当然女性だけの問題ではなく、女性だけでなく男性



もみんなが働きやすくということが必要ですし、こういったことが可能になった場合に、恐らく多様なバックグラウンドを受け入れることができる温かい医療現場になるのではないかとこのように考えます。そしてまた、実際に地域の医療機関に復職することで、ダイレクトに社会への貢献ということも果たせるということで、非常にさまざまな可能性を持っていますし、やはり最終的なアウトカムとして、患者さんによりよい医療の提供ができる、そこを目指して進んでいきたいというふうに思っております。ご清聴いただき、まことにありがとうございました。

(糸島座長)

片岡先生、どうもありがとうございました。本当に先生のすばらしいご活躍は岡山県の誇りだと思います。どうもありがとうございました。

座 長

岡山県医師会副会長

糸 島 達 也

引き続きまして、第5席の「岡山県医師会の活動」を岡山県医師会理事の神崎寛子理事にお願いしたいと思います。先生は岡山県の医師会の会計を務めながら、いろいろとアイデアを出してくださる、かけがえのない女性理事です。どうぞよろしくお願いいたします。



5. 岡山県医師会の活動

岡山県医師会理事

神 崎 寛 子



私は岡山県医師会の次世代育成、女性医師支援、男女共同参画の微力ながら頑張っております活動をご紹介します。岡山県医師会の神崎でございます。皆様どうも岡山へいらしていただきまして、ありがとうございます。

私どもは研修医に地域医療の重要性と我が国の医療制度に対する理解を深めてもらおうと、平成23年4月1日より岡山県医師会研修医登録会員制度を設置いたしました。この制度では、岡山県医師会報の送付であるとか、岡山県医師会会員専用ホームペー



ジや日本医師会生涯教育講座の受講資格などを許可をいたしました。岡山県医師会で主催をいたします各種講演会の案内を提供しております。また、研修医等の若い世代のドクターに向けたレターの発行であるとか、医療倫理保険診療医事訴訟等に関する講演会を計画しております。また、日本医師会臨床研修医支援ネットワークへの登録も積極的に進めております。

平成23年に開設しましたが、この年は広報が十分にできませんでしたので、登録者数は25人とどまっておりましたけれども、平成24年、平成25年と

岡山県医師会研修医登録会員制度



**岡山県医師会
研修医登録会員制度**

対 象	内 容
入会金・年会費	■ 無料
利用期間	■ 臨床研修期間中

利用可能なサービス

- 岡山県医師会報を無料送付
- 岡山県医師会会報市町村ホームページの閲覧
- 日本医師会生涯学習資金奨励資格
- 研修リーダー「Good Doctor」選付
- 医師会主催各種研修会への参加
- 研修施設、研修医、医師会などとの研修医向け研修会開催
- 日本医師会臨床研修医支援ネットワーク登録

年度	23年度	24年度	25年度
全科医数	25	67	62
研修医数	159	187	152

(研修医数: 医師臨床研修マッチング資料よりマッチ会数)



これは当日の裏方であります、私どもの役員でございます。臨床研修を開始するに当たりまして、いま一度医師としての基本である医療倫理と男女共同参画にスポットライトを当てましてプログラムを企画いたしました。まず、清水副会長が日本医師会のテキストに沿い、医師としての職業倫理のガイダンスを行い、その後、岡山大学生命倫理医学講座の栗屋教授に「医療倫理－利益相反　自己利益と倫理的義務の衝突」という演題でご講演いただきました。最後に、私どものいたしました「男性にとっての男女共同参画」に関する意識調査の結果を報告し、男女共同参画について考えてもらいました。以上で第一部を終了いたしまして、研修医が楽しみにしておりました第2部のレセプションに移りました。

[illegible][illegible]

平成25年度 WELCOME研修医の会



5

— 134 —

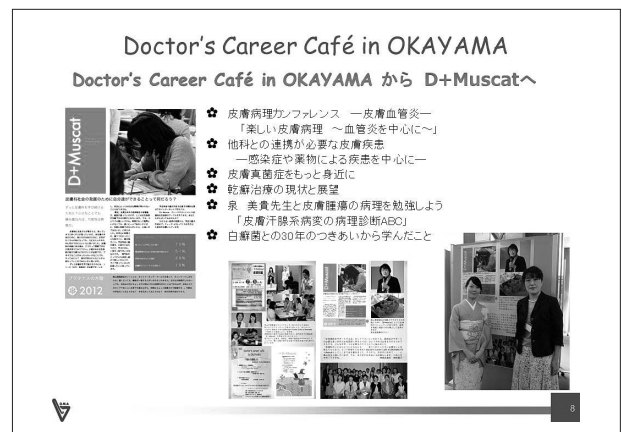
病院の枠を超えた歓談が進む中、病院ごとに研修医に挨拶をしてもらいました。人数の多い施設、少ない施設、女性の多い施設、男性しかいない施設とさまざまですが、今頃はそれぞれの県内の施設で研修に励んでいてくれることと思います。



女性医師の支援活動は、平成21年に女性医師相談窓口事業の委託を岡山県より受け、女性医師相談窓口と女性医師バンクを開設いたしました。保育支援事業としては、岡山県内の保育関連施設のデータベースを作成し、ホームページ上で公開しております。また、医師会の主催の講習会での託児の設置を行っております。ホームページより申し込みができるようになっております。この事業に関しましては、日本医師会の援助をいただいております。また、各学会での地方会などでは託児が設置されませんので、こうした際に利用ができるようにと、岡山駅の東口に近いビルにある託児施設と委託契約を結び、利用できるようにいたしております。本日もこの会のために利用してくださっている方がいらっしゃるということを事務局より聞いております。

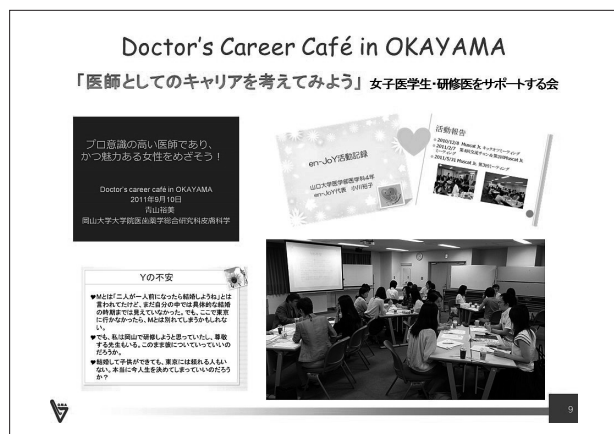


研修医に対する事業とともに力を入れております、キャリア支援事業です。岡山大学医療人キャリアセンターMUSCATAや岡山医師研修支援機構の協力で行っております。ドクターズキャリアカフェ in OKAYAMAは、20から30人程度で集まって勉強するとともに、語り合おうという企画をしております。そのうちの一つのテーマは、「子連れでも勉強しよう」です。皮膚科編と産婦人科編を企画をしております。講演は日常診療に役立つテーマを選ぶ、企画は子育て中の女性医師自身に立ててもらい、私どもはサポートに徹するで、最後に子育てや両立に関するフリートークを加えるという条件で企画をしてもらっております。



皮膚科は、皮膚病理の勉強会を企画をされました。産婦人科は、産科と婦人科のそれぞれの日常診療に役立つテーマを選んで、レクチャーが行われました。仲間からの呼びかけということで、離職中の女性医師も子連れで集まり、託児は日頃になく賑わっておりました。ドクターズキャリアカフェも単発ではもったいないなと思っていましたところ、皮膚科で岡山大学病院の復職支援枠を利用している女性医師が中心となって、「D+Muscat」という勉強会を企画するようになりました。彼女たちが次のリーダーになってくれるようにという思いを持ってサポートしてきましたが、実現しつつあるように思って喜んでおります。第1回目のキャリアカフェから、このように6回の企画が行われました。先日、私の所属しておりました岡山大学皮膚科学教室の開講100周年記念式典が行われましたが、その

際に教室の活動の発表ということで、彼女たちがこの1年半ほどの活動をポスターにしてくれました。そのときに製作者の一人との記念撮影です。記念式典のおもてなしということで着物姿で映っておりますが、れっきとした皮膚科の女医さんであります。



キャリアカフェはさまざまな方向からキャリア支援をしていこうと考えておりますので、結婚、出産を心配して将来どうしようかと悩んでいる医学生に、医師としてのキャリアを考えてもらおう企画を立てております。「プロ意識の高い医師であり、かつ魅力ある女性を目指そう」という演題で岡山大学皮膚科の青山准教授に講演をいただき、また山口大学的女子医学生のグループ「e-n-J o Y」と岡山大学の「MUSCAT Jr.」のジョイント、最後にグループディスカッションとして仮想の女子医学生Yの「彼について、彼の故郷で研修するかどうか」という悩みに、どのようなアドバイスを送るかということをしてディスカッションいたしました。結論はテーブルごとにさまざまでありましたが、ディスカッション自体は非常に盛り上がりました。



最後は、男女共同参画について考えてもらおうと企画したものを紹介いたします。

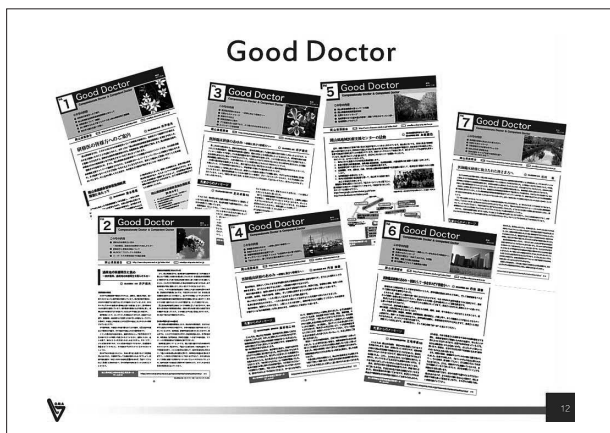
「職場・家庭での男女共同参画」というテーマで、岡山県精神医療センター理事長でもある本会の中島理事に講演をいただき、続いて先ほど「WEL COME 研修医の会」でも紹介いたしました「男性にとっての男女共同参画」意識調査、これは岡山県内の女性医師とそのパートナーに送ったアンケートをもとにまとめたものなんですけれども、これの報告と、また先ほど片岡先生にも少しご紹介いただいたんですけれども、学生に行いましたアンケートの中で、同じ職場に育児のために時短勤務などの体制を選んだ女性医師がいたらどう思うかという項目の回答をもとに、ディスカッションをいたしました。

広報活動の一部を紹介させていただきます。

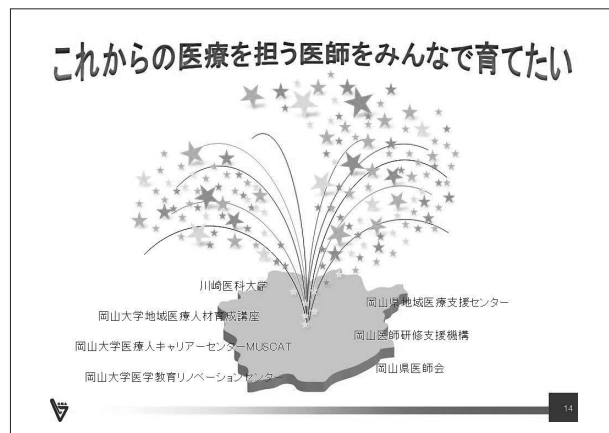


岡山県医師会女医部会では、広報誌、女医部会報を発行しておりますが、その中にシリーズ「女性医師支援 病院での取り組み」というものがありまして、そこに院内の病院長の先生方より寄稿いただいております。このたび10回目を迎えましたので一冊にまとめ、若い世代のドクターに配付していくつもりにしております。また、研修医や若い世代のドクター向けのレター「Good Doctor」も発行しております。本会役員によるレクチャー、キャリアカフェの講演録などを掲載しています。岡山県医師会研修医登録会員制度のご案内、岡山県医師会入会案内、その他、ご紹介いたしました印刷物をお手元にお配りしておりますので、お帰りになってお

目通しいただければと思います。



た。



最後に、インターネットを利用した広報活動として、岡山県医師会独自のソーシャル・ネットワーキング・サービス「プラタナスの木陰」を紹介させていただきます。

ヒポクラテスがコス島のプラタナスの木陰で弟子に教えを説いたという故事より、ここで先輩から後輩への知識の伝達が行われればという思いを込めて名づけました。現在まだ本格運用ができていないんですけれども、先ほど紹介いたしました皮膚科の女性医師たち「D+MUSCAT」が利用して、情報交換などを行っております。

岡山県医師会では、さきに発表されました岡山医師研修支援機構、岡山大学地域医療人材育成講座、岡山大学医療人キャリアセンターMUSCAT、岡山大学医学教育リノベーションセンター、そして川崎医科大学、岡山県地域医療支援センターと協働で、これからの医療を担う医師たちを育てていきたいと思っております。ご清聴ありがとうございます。

(糸島座長)

神崎先生、ありがとうございました。

全体を通じて、岡山県はお互いがよく連携がとれているなというふうに思われたのではないかと思います。

【糸島座長】 時間があと20分ほど用意されております。質問あるいはコメントのある方は手を挙げていただけますでしょうか。

お願いいたします。

【藤巻】 埼玉医科大学の脳神経外科、本日は同僚者として来ております藤巻と申します。

片岡先生に伺いたいのですが、先ほどいろいろなキャリアを積まれた方が一旦休職した後で、総合医を目指される方が多いとおっしゃっておられました。これは、実は外科の科長としてはかなり聞きずてならない事態でございまして、もちろん先ほどの佐藤先生のようなすごい方がいて、地域医療に目覚められるということもあるのかもしれませんが、逆に自分でたがをはめてしまっていないかと。要するに子供がいるからその範囲内でできなきゃいけないからというようなことが、ひょっとしてないのかということが気になりますし、あるいは先ほどちょっとおっしゃられましたが、育休、産休に關しましては、やはり育児中の方は当直免除などの希望を聞いておられるのは女性に対してだけでございまして、男性はなぜ育児中だったら当直免除にならないのかという疑問もあるわけでございまして、その辺も含めて片岡先生に一言いただきたいと存じます。

【糸島座長】 片岡先生、お願いします。

【片岡】 ご質問いただき、ありがとうございます。

先ほど2つ目のご質問から先にお答えしますが、このキャリア支援枠に關しましては、現在男性のほうにもオープンになっています。当直・オンコールは免除というより自分で選べるという、そういう形になっているので、産婦人科などでは皆さん当直等されています。男性は利用に關しましては、今までのところ1名しか手が挙がらなくて、実績1名という現状がございまして。その方も制度は利用されたけれども、当直の免除などは利用はされなかったという状況でございまして。

またそれから、高度専門科からジェネラルに転向する方が少なくはないというふうに申し上げましたが、具体的には、整形外科、耳鼻科、皮膚科、小

児科などから内科へ、といった事例はあります。もしご自分の最初に目指した進路でずっと続けることができたなら、それが望ましいことかもしれないですが、その方のキャリアが完全に途絶えてしまうより、別の道ということを求めてられるのであれば、それに対する受け皿があつていいのではないかというふうには思っております。また、育児で社会との関わりが増えることでよりジェネラルな患者さんとの距離の近い医療に目が向いた、という意見もありました。

ただ、今復職をされている世代で一番人数が多いのが30代半ばぐらいの方です。その世代は新医師臨床研修制度前の方たちですので、学生のときに進路を決めて飛び込んで、それで実際にいろいろ家庭との両立ということで困難をきわめたという経験のもとで、ということもあり得ると思います。現在の研修制度のように実際に医師になって、初期研修を経て、そして進路を決めるというキャリアパスであれば、復職を契機とした進路変更というのは、もしかすると減ってくる可能性もあるのではないかというふうには類推いたします。

【藤巻】 ご自分たちで多少やはり困難を感じて移っておられる方もいるということですね。

【片岡】 やはり特に外科系の場合、オペをずっとやっていくということが難しいということで、内科を目指された方というのは実際いらっしゃいます。

【藤巻】 はい、その辺は我々指導する側も考えなきゃいけない問題だと思いました。ありがとうございます。

【片岡】 ありがとうございます。

【谷本座長】 今の点に關しては、外科系ということで、山根先生、何か一言ありますか。ライフロングエデュケーションに關してのご質問と捉えて、外科系で、そういう女性の方が見えた場合に、将来的に今の外科の教育の枠の中でどうするのか。

【山根】 外科系のくくりはいろいろあると思うんですけど、僕らでいう外科というのは6診療科あります。特に女性の場合は乳腺、甲状腺外科を志望される方が多くて、外科的な側面よりはオンコロジス

ト的な、内科的な仕事結構多いこともあります。それぞれジェネラル・サージェリーという1階建てがあって、2階建て部分のところにあるので、その2階建ての部分の人たちがキャリアの関係、女性的な問題で制限があった場合に、そういうジェネラル・サージェリーとか、甲状腺的なところに進むというのがあるかもしれません。初めからそちらに行く人も多いんですけど、消化器外科であったとしても、そういう乳腺が変わるというようなことも可能なので、多分その辺がほかの科とは外科系は、違うのかなと思います。

【谷本座長】 はい、ありがとうございました。

どうぞ。

【賀来】 勝田郡医師会のほうのクリニックで勤務医をしています賀来と申します。

クリニックに実習に来られる学生さんですとか、セミナーで学生さん相手に勉強会させていただく機会があるんですけども、その中で学生さんたちの声を聞くと、医師としての技能だけではなくて、今後地域でどう生きるのかということに対して、迷いとか不安を持ってるケースが多々あります。山根先生のご講演でありましたように、医師のキャリアとしては他施設をローテしていく、もうその構造がありますので、勤務自体が途中で必ず雇用が途絶していくという構造があるので、特に女性のライフイベントに対応しづらいという構造的欠陥があるんじゃないかなというふうにはちょっと思ってます。

医師としての技能を高める仕組みですとか、合同病院説明会ですとか、そういうワークキャリアの支援の仕組みは今どんどん整ってはいると思うんですけども、一方で自分でキャリアをどう切り開いていくのか、どう生きていくのかというようなキャリア理論に基づいた本質的なキャリア教育というのは、不十分のように学生さんと話ししてて思うようなことがあります。実質的な地域医療人を育成するに当たりまして、生涯教育、医学教育における講義のキャリア教育の現状や今後の予定について、もしお話を伺わせていただければなと思ひまして、ご質問させていただきました。よろしくお願いします。

【谷本座長】 はい、ありがとうございます。

これはどなたに主に。

【賀来】 全般的に。いろんな立場の方からいろんな意見をお聞きしたいと思いました。

【谷本座長】 それでは、地域の教育ということを少し触れられた山根先生、そして佐藤先生にお答えいただくことでよろしいでしょうか。

では、山根先生。

【山根】 ありがとうございます。

まず、学生向けのキャリアの教育ということ自体は、多分カリキュラムには入っていないので、恐らく学生が指導医と接したときに、個別に話をするような形が今のところ一番大きい。でも、先生おっしゃるとおり、キャリアのことについては、学生に系統だって教えるプログラムのようなものを大学でやっていく必要があるかなというのは思います。

地域に関しては、初めは初期研修、後期研修の大部分がほとんど大きな病院、外科医が20人いるような大病院であることを望む人が多いんですけど、その後、外科の1階建ての部分のジェネラル・サージェリーと専門医がとれた後は、外科医が例えば2人しかいないとか、中規模以下の病院で、ある程度自分の責任を持ってやれるような立場というような研修を経験しないと、やはり外科医のステップアップとしては不十分だということで話をしていくと、ほとんどの研修医が一度はそういう地域の小さい病院で働いてみたいということがあります。そういうような機会を必ず設けるチャンスというのは与えようかなと思ってます。

女性に関しては、途中で結婚、出産、育児というようなことがありますと、一番対応できるのは、片岡先生が言われたような大学のプランに乗るのが一番です。恐らく僕らの外科でも2人ぐらいお世話になって、そこで育児をしながら、できる範囲内のところでステップアップしながら復職をしていくような形をとる女性がいるんじゃないかなというふうに思います。

【谷本座長】 今岡山大学では研修を保障しようとしているのが、外科のほうは外科のマネジメントセ

ンターというところが一括化して、その1個の医局がここ、ここということをするわけじゃなくて、少なくとも卒後5年とか7年とかの間は、外科医として必要な研修に関しては、マネジメントセンターが一括してキャリアプランをつくるという、そういうような方向で検討されているということですね。

それから、佐藤先生。

【佐藤】 はい、非常に難しい問題だと思いますけれども、地域医療にキャリアを積むということは、私は自治医大の卒業ですけども、今までの全国での地域医療というのは県からの「派遣」という考え方でやってきていましたが、これからは、「育てる」「教育する」というキャリアプランをつくるという考え方になってきてますね。県も含めて関係団体全てで、市町村長さんはじめ、全ての人たち、大学関係者もですけども、地域の病院関係者、いろんな人たちでワークショップ等で話しあい彼らを本当にどういうふうに育てていくかということを考えています。

もちろん地域に行っても内科の専門医、平成29年からどうなるかはわかりませんが、専門医を希望すれば地域に行ってもとれるようなことを、我々は彼らに提示していく必要があるし、そういうふうに整備してる最中です。そういうようなことはもちろん大切なんですけれども、やはり与えられるだけのキャリアというんじゃなくて、先ほどおっしゃったような自分が切り開く、学生自身あるいは研修医自身が切り開くキャリアということでは、我々も1年生に入ったときに、キャリア教育を小グループでやります。

片岡先生と一緒に授業、グループワークをするわけですけども、キャリアというのは、ある人が言ってる言葉なんですけども、「やりたいこと」と、それから「できること」と、それから「やるべきこと」に規定されているそうです。やはり5年生、6年生になってやりたい科ができ、それに向け、できるように一生懸命やるようになる。でも、社会に出ると、地域に出ると、やるべきことで動かされる。この科のオペはできます、治療はできます、内視鏡

はできますということで提供しますが、それでは十分じゃない。耳鼻科や産婦人科やいろんなことがやって来ます。

もっと言えば、介護の相談、手すりのこと、おむつのこと、お金のこと、嫁姑の問題、いろんな問題が……18才のときには目の前の人を断らないというような気持ちで（医学科へ）入ってきてます。目を輝かせて入ってきます。案外とそれって「やるべきこと」なのかなと。「やるべきこと」をやったら、案外とありがたいと言われる。例えば、そういうことをきちっと学部の中のときの教育からしっかり、もちろん技術やスキルのことも大切なんですけども、同時にそういうような教育を我々は「地域医療マインド」と称して、そういった教育に今取り組んでいる最中でありま

す。

【谷本座長】 はい、ありがとうございました。

熱いうちからいろいろたたき込んでおこうという、そういうご返事だったと思います。次の方どうぞ手短に、すみません。

【城間】 沖縄県医師会から参りました城間と申します。私自身が勤務しているのも市中病院で初期研修医12人、それから外科の研修医もいるんですけども、外科に関して質問します。一病院でやはり育てるというのはなかなか難しく、本日の山根先生の講演聞いたら、非常にすばらしいシステムだなと思ったんですけども、岡大のそのシステムで、例えば市中病院でそれぞれ研修医を採用してる病院との関係、連携してる病院の、例えば当然病院側からこういう外科医が欲しいとか、いろいろあると思うんですけども、どういうシステムでそれぞれの研修医がローテーションしていくんでしょうか。あるいは、市中病院のそこで採用してる研修医との関係はどういうふうになってるか教えてください。

【谷本座長】 山根先生、お願いします。

【山根】 まず、特にその研修病院が交互で3年間なら3年間の後期研修医とってる場合はもう3年間フィックスされて、その後期研修医が僕らのプログラムに入っていない場合は全くノータッチというこ

とになります。僕らのプログラムに入った、登録してる研修医たちは、毎年夏から秋にかけて、来年の春の要望というか希望を聞いて、次の春から研修したい病院、そのままそこに継続、もう一年行くのか、次は例えば医療センター系だったら、次、日赤に行ったりとか市民病院に行くとかそういうことを、いろんな情報を得ながら、その情報も僕らが提供しますが、その中で来春からはここに行きたいという希望をききます。この病院は心臓血管外科が強いとか消化器外科強い、いろんな病院がありますから、トータルで見て、5年間たったら大体平均的に経験が積めるようなところを管理してます。希望をまず吸い上げて、蓋をあけて、ある程度もう次の病院同士の調整というのを入れるのが僕らの仕事なんです。

あと、情報を彼らに与えるということです。今データにしていってるのが、何年目の研修医、1年間いたら何の手術を執刀を何例した、助手を何例した、そういうのも全部蓄積していってます。人が欲しいからといってたくさん研修医をとり過ぎると、一人一人の症例数が少なくなるので、やはり適正な研修医数というのも必ず必要です。今後、今もう111名超えたので、今後ちょっとマッチングスタイル的に我々の病院は外科の研修医が何名欲しいというのを出してもらって、ほかの研修医は、じゃあ次の来年の春から何々病院に行きたいというのも希望を聞こうという感じで考えてます。

例えば、あとは組み合わせで、松山だったら四国がんセンターに僕らは前から研修に行ってるんですけど、あそこはがんセンターなんで、心臓血管外科のケースがないんですよね。今年から心臓血管外科は、松山市内ごと、愛媛大学の心臓血管外科教室と協定を結びまして、そこで数カ月間の心臓血管外科医のトレーニングと四国がんセンターの研修医も受けられるというような、そういうような組み合わせも今つくっています。いろんなフレキシブルに経験が偏らないように、彼らの希望とキャリアに関しては考えてやっていってます。

【城間】 主には、じゃあ研修医の希望を中心に、そ

ういうローテーションを組んでるというようなシステムですか。

【山根】 そうです。だから、今のところ、まだ欲しいという数のほうがかなり多いので、まだゼロの研修病院もありますし、ある程度満たされた研修病院とのその差はあります。

【谷本座長】 そういうのをできるだけ公開して、マッチングをして決めていこうということで、一本化して今行っている、これからやっていく、そういう方向性でございしますが、ご質問ありがとうございます。

伊藤先生、申し訳ありません、手短に。

【伊藤】 愛知県医師会の伊藤と申しますけども、片岡先生にちょっと質問をお願いします。

システムとして管理しておられて、うらやましい限りなんですが、実は今先生のおっしゃったように、復職はほとんど大学ですよ。そうすると、例えば県北のようなところの地方の病院に女性医師が復職できることが、このシステムで可能かどうか。結局僕も市民病院を自治体として管理していて、問題は地方のほうに女性が来てくれるのはやはり独身時代だけで、子供が生まれる、もしくは子育てになると、やはり市中のほうに帰りたいということで、ほとんどそのシステムが完備してあっても動かないんですね。ですから、県北のほうで、そういうことが可能かどうかをちょっと教えていただきたいです。

【片岡】 ご質問ありがとうございます。

確かに大学病院でプロジェクトをスタートしたということもあって、我々できるだけ全県でということを考えておりますけれども、現状では確かに大学への復帰が多いということは、ご指摘のとおりだと思います。我々今考えておりますのは、やはりキャリアセンターのオフィスが岡大にあるというのも、そこに復職が多い理由であろうとも思っております。サテライトという形で県北地域でこういった役割を担ってくださる女性医師、実は今1人、候補者の方いらっしゃるんですけども、そういう方に少し中心になっていただくことで、また県北で同様の

取り組みができたらいいなというふうを考えております。

【伊藤】 すみません、追加ですけど、県のほうはどうか北部のほうは、多分救急の心配や、医者が足りないという希望があると思うので、そのあたりを、新しいことがわかりましたら教えてください。

【谷本座長】 ありがとうございます。

もうほとんど時間がいっぱいになってしまいました。ありがとうございました。最後に、後でまた懇親会のところでもディスカッションできるかと思えますのでよろしくお願いします。本日は本当にありがとうございました。

座 長

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科長

谷 本 光 音

最後に、コメントを小森先生からいただきたいと思います。よろしくお願いします。



総括コメント

日本医師会常任理事

小 森 貴

与えられた時間が2分ということであります。岡山県は本当にさまざまな、学部教育から専門医研修まで、医学教育に大変熱心、また男女共同参画についても大変熱心に取り組まれています。とはいえ、さまざまな問題点もご指摘になられたとおりというふうに思います。私は女性医師の担当ですのであえて申し上げますけれども、女性医師の方々に本当に100%あるいは200%の形で復帰していただくということが必要だと思ってますし、日本医師会としては、つい先日、全国80大学のジェンダーイクオリティーの担当の方々にお集まりをいただきました。250名、大変多くの方々にお集まりをいただいて、その情報を共有できますように日本医師会の女性支援センター事業のホームページに掲載をしております。

また、全国のさまざまな取り組みについて、ブロック別会議また全国の協議会、そういった記録等について、どんどんアーカイブスを増やしてっております。そういった取り組みは本当にいろいろなところで、しかも加速度的に進歩しておりますの



で、是非みんなで共有していただきたいと思います。女性医師の方々の持っていらっしゃる才能が、本当に長いスパンで考えて100%発揮できるような体制、それはやはり男性医師にとっても素晴らしい世界であるでしょうし、日本の医療、特に勤務医の先生方の環境の改善に極めて重要なキーポイントだというふうに思っております。

今日は素晴らしいお話をお聞きをして、日本医師会にも大変勉強になりました。いろいろな多くの声をこれからもまた是非結集をしていただきたいと思いますし、私どもにまたご指導いただきますように

お願いを申し上げたいと思います。2分10秒を過ぎました。これで終わらせていただきます。

(谷本座長)

本日は、フォーラムにご参加いただきました先生方に非常に貴重なプレゼンテーションをいただきまして、ありがとうございました。教育というのは教えることじゃなくて、その人の持っているものを引き出すことだ、まさに今日のご講演の中で、それぞれの地域の中でそういった試みが非常に広範に行われていくこと、それこそがやはりいい医療人を育成することだということをつくづく感じた次第です。本当にありがとうございました。

これで、フォーラムを終えたいと思います。ご協力ありがとうございました。

(司会)

ありがとうございました。

これをもちましてフォーラム終了とさせていただきます。

岡山県医師会副会長 清 水 信 義

岡山宣言採択

岡山県医師会副会長

清水信義

朝10時から長時間にわたりまして、皆様、特別講演2題、それからパネルディスカッション、フォーラム、大変熱心なご協議をいただき、ありがとうございました。それぞれの本当に演者の方々、熱の入ったご講演で、深く感銘を受けました。

岡山宣言でございますが、実はそれぞれの演者の方々にお願いしまして、自分の講演されたところのポイントをいただきました。それをまとめて、岡山宣言とさせていただきました。できるだけつながるようなことは考えましたが、フォーラムのところは1つちょっと外れた形になります。しかし、これは全部まとめて、岡山宣言として採択していただきたいと思います。

それでは、読ませていただきます。

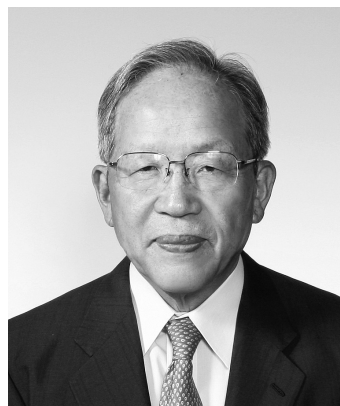
岡山宣言、現在はまだ案でございます。

岡山宣言

診療科による医師の偏在や地域での医師不足は、勤務医の不足によるところが大きい。診療報酬による勤務医の負担軽減など、国としての勤務医の環境改善の施策も進められているが、それにも拘わらず勤務医の置かれている状況は依然として厳しい。

現状では、長時間の時間外勤務や、日勤に次ぐ当直そして翌日勤務などの過酷な状況があり、また大学病院では医師は教員として雇用され医療職として処遇されていない。さらに、勤務医が医師本来の業務に専念できるチーム医療が進まず、現政権下で最も重要視されている施策としての女性の活用についても、増加する女性医師の就労支援のための諸施策は十分でない。そして、これからの医療を担う勤務医は、幅広く多様なプログラムで育成して行かなければならない。

勤務医の環境改善により、多くの医師を医



療機関に確保し、我が国の疲弊した医療を正常化することは、急性期医療のみならず医療体制全般の改善に大きく貢献し、勤務医と開業医との協働も一層進むものとする。

国はこのような実態を良く理解し、その環境改善に努めるよう次のことを強く要望する。

- 一、労働基準法を遵守できる医師の勤務体制の整備
- 一、教育職である大学病院医師の医療職化
- 一、多職種との協働により医師業務に専念できるチーム医療の推進
- 一、女性医師の増加に対応した男女共同参画の推進と就労支援
- 一、多様なプログラムでこれからの医療を担う医師をみんなで育てる

平成25年11月9日

全国医師会勤務医部会連絡協議会・岡山

この5項目の要求をしたいと思います。

勤務医委員会、その他いろいろな方々のご意見を聞きまして、このような案が作成されました。是非この席でご採択をお願いいたします。拍手をもってご採択をお願いいたします。(拍手)

ありがとうございます。それではこれでメディアに発表とさせていただきます。

本日は長時間ありがとうございました。

閉 会

17 : 20

岡山県医師会副会長 糸 島 達 也

閉 会

岡山県医師会副会長

糸 島 達 也

皆様、お疲れさまでした。今回の連絡協議会は、ここにありますように「勤務医の実態とその環境改善－全医師の協働にむけて」ということでまとめさせていただきましたが、午前中には今村副会長様・永井学長様のご講演、それから午後には岡山県の取り組みをパネルとフォーラムでさせていただきました。ご満足していただけたでしょうか。どうもありがとうございます。先ほど採択していただきました岡山宣言が皆様に実行できますように、あと一年間頑張りたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。これからの岡山での懇親会をお楽しみくださいますよう、それではこれで閉会にさせていただきます。ありがとうございました。



参加者数一覧

平成25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	11/ 8	11/ 9	11/10
北海道・東北	北海道	北海道医師会	4	4	1	2	
		札幌市医師会	3	3			
		江別医師会	1				
		函館市医師会	2	2			
		釧路市医師会	1				
	青森県	青森県医師会	9	9	4	3	
		岩手県医師会	5	5	2	3	
	岩手県	盛岡市医師会	1				
		宮城県医師会	2	2		1	
		仙台市医師会	4	4			
	宮城県	石巻市医師会	1	2		2	
		秋田県医師会	2	3	3	3	
		山形県医師会	4	4	3	4	
	福島県	福島県医師会	2	2	2	2	
関東・甲信越	茨城県	茨城県医師会	7	7	7	7	
		栃木県医師会	5	4	4	3	
	群馬県	群馬県医師会	2	2	2	1	
		埼玉県医師会	6	6			
	千葉県	千葉県医師会	2	2	1	2	
		東京都医師会	1				
	東京都	東京大学医師会	1				
		神奈川県医師会	14	14	12	13	
		横浜市医師会	6	6	6	6	
		小田原医師会	1				
		足柄山医師会	2		2	2	
	新潟県	新潟県医師会	3	3	4	4	
		山梨県医師会	1	2	2	2	2
	長野県	長野県医師会	4	4	4	4	
		富山県医師会	1				
	中部	石川県医師会	4	2	1		
		福井県医師会	1	1			
		岐阜県医師会	4	4	2	4	
		静岡県医師会	3	3			
		愛知県医師会	6	3			
	三重県	三重県医師会	2	1	1		
		津地区医師会	1	2	2	2	
	近畿	滋賀県医師会	7	7			
		京都府医師会	5	4	2	1	
		大阪府医師会	7	7		1	
		兵庫県医師会	2	1			
		神戸市医師会	1	1			
	奈良県	姫路市医師会	1				
		奈良県医師会	2	2			
	和歌山県	和歌山県医師会	3	3		2	
		和歌山市医師会	1				
中国・四国	鳥取県	鳥取県医師会	2	2		1	
		鳥取県東部医師会	1	1			
		鳥取県中部医師会	1	1	1	1	
		鳥取県西部医師会	1				
	島根県	島根県医師会	4	4	2	2	
		岡山県医師会	34	29			
	岡山県	岡山市医師会	9	7			
		西大寺医師会	3	2			
		倉敷医師会	4	2			
		児島医師会	1	1			
		玉島医師会	2	2			
		津山市医師会	4	3			
		玉野市医師会	2	2			
		笠岡医師会	1	1			
		井原医師会	3	2			
		吉備医師会	1				
		高梁医師会	1	1			
		新見医師会	5	2			
		御津医師会	3	3			
		赤磐医師会	1	1			
		都窪医師会	1				
		浅口医師会	2	2			
		真庭市医師会	2	1			
		苫田郡医師会	1	1			
		勝田郡医師会	1	1			
		岡山大学医師会	9	3			
	広島県	広島県医師会	8	8			
		広島市医師会	8	8			
		広島市中区医師会	8	8			
		福山市医師会	1				
	山口県	安佐医師会	1	1			
		山口県医師会	8	8			
	徳島県	徳島県医師会	3	3	1		
		香川県医師会	2	1			
	香川県	坂出市医師会	1	1			
		愛媛県医師会	1	1			
	愛媛県	松山市医師会	1	1			
		高知市医師会	2	1		1	
	高知県	福岡県医師会	7	7		1	
九州・沖縄	福岡県	北九州市医師会	2	2	2		
		福岡市医師会	1	1			
		北九州市小倉医師会	2	2			
		北九州八幡医師会	1	1			
		大牟田医師会	1	1	1	1	
		粕屋医師会	1	1			
	佐賀県	佐賀県医師会	2	3			
		長崎県医師会	4	2	1		
	長崎県	佐世保市医師会	2	4	2	4	
		熊本県医師会	3	3			
	熊本県	熊本市医師会	4	4	1	4	
		大分県医師会	2	2			
	大分県	大分市医師会	1				
		宮崎県医師会	8	7	4	4	
	鹿児島県	鹿児島県医師会	2	2		2	
		鹿児島市医師会	2	2	2	2	
	沖縄県	沖縄県医師会	4	4	1	2	
		日本医師会	26	23	16	16	
	日本医師会	講師	10	9			
		行政等	5	1			
	その他		19	19			
		計	399	346	103	115	2

平成25年度
全国医師会勤務医部会連絡協議会

発行 岡山県医師会

〒703-8278 岡山県岡山市中区古京町
1丁目1番10-602号

T E L 086-272-3225

印刷 友野印刷株式会社

懇親会風景



今村先生



大久保先生



アトラクション 1



アトラクション 2



懇親会



閉会 江澤先生