

平成27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

「日本の国情から見た理想的な勤務医とその将来像
～地域医療充実へのロードマップ～」



- 期日:平成27年10月24日(土)
- 会場:秋田キャッスルホテル 4階 放光の間
- 主催:日本医師会
- 担当:秋田県医師会

秋田ぶき	内陸縦貫鉄道	
十和田湖	ハタハタ	なまはげ
西馬音内 盆踊り	康楽館	ゴジラ岩

【秋田ぶき】 秋田をはじめ東北地方に産するフキ。大形で、葉柄の高さは2メートルにも達する。江戸時代、秋田藩主の佐竹義和（義峯とも）は江戸でこの傘の代わりにもなるフキの自慢をしたところ、他の藩主から信じてもらえなかった。そこで、藩主の名誉のために、領民は山野を搜索して巨大フキを江戸に運び、藩主の名誉を回復したという。これによって、このフキが国中に知られることとなった。

【内陸縦貫鉄道】 秋田県角館駅から鷹巣駅までを結ぶ、秋田県の内陸部を南北に縦貫するローカル鉄道。沿線に広がる美しい自然は四季折々に変化し、「日本の原風景」と称されている。

【十和田湖】 青森県と秋田県にまたがる湖で、火山帯の陥没によってできたカルデラ湖。美しい藍色の湖面には、新緑や紅葉が映える神秘の湖である。

【ハタハタ】 秋田県の県魚。冬の雷が鳴る頃、沿岸の海藻に産卵するため群れになって押し寄せることから「鱚」、さらには、冬に向かって食べ物がなくなる季節に大量に現れるため、神の魚「鱚」とも称された。

【なまはげ】 なまはげが家に現れると、家の主人は料理やお酒などをなまはげに振る舞い、しっかりとおもてなしをする。

【西馬音内盆踊り】 およそ700年前に始まったとされる西馬音内盆踊りは、正応年間（1288～93）に源親という修行僧が蔵王権現（現在の西馬音内御嶽神社）を勧請し、ここの境内で豊年祈願として踊らせたものという説がある。昭和56年には、高い芸術性を有する民俗芸能として国の重要無形民俗文化財に指定された。

【康楽館】 明治43年に小坂鉦山の厚生施設として建てられた、日本最古級の芝居小屋。内部天井にはチューリップ型電灯や八角形の枠組みなど手の込んだ洋風建築となっているのに対し、栈敷や花道、切穴（すっぽん）、回り舞台など日本の伝統色も強く残した和洋折衷の建築物である。

【ゴジラ岩】 秋田県男鹿市潮瀬崎の岩礁地帯にあるゴジラ岩。夕陽に照らされたその姿は、海に向かって吠えているかのようである。

目 次

開 催 要 綱	1
次 第	2
開 会 式	5
開 会 の 辞	8
主催者挨拶	9
担当県挨拶	10
来 賓 祝 辞	11
特 別 講 演 I	
「私の医師としての歩み」	13
特 別 講 演 II	
「勤務医とチーム医療・地域医療の充実」	25
報 告	
「日本医師会勤務医委員会報告」	43
次期担当医師会挨拶	51
ランチョンセミナー	
「秋田県における医療組合運動の歴史」	55
報 告	
「秋田県医師会における勤務医部会設立の経緯」	73
シンポジウム I	
「ロードマップ I 医師会組織強化と勤務医」	79
シンポジウム II	
「ロードマップ II よりよい勤務環境とチーム医療」	105
シンポジウム III	
「ロードマップ III これからの理想的な勤務医のあり方と卒前・卒後教育の重要性」	139
あきた宣言採択	181
閉 会	185
参加者数一覧	189

協議会風景





平成27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

**「日本の国情から見た理想的な勤務医とその将来像
ー地域医療充実へのロードマップー」**

1. 開催日時 平成27年10月24日（土）10：00～17：25
2. 会 場 秋田キャッスルホテル
秋田市中通1－3－5
T E L 018－834－1141
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 秋田県医師会
秋田市千秋久保田町6－6
T E L 018－833－7401
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

メインテーマ

『日本の国情から見た理想的な勤務医とその将来像
ー地域医療充実へのロードマップー』

総合司会：秋田県医師会常任理事 小 泉 ひろみ

【日程】

9：00 受付開始

10：00～10：15 開会式

開 会
挨 拶

秋田県医師会勤務医部会長 羽 渕 友 則
日本医師会長 横 倉 義 武
秋田県医師会長 小山田 雍
秋田県副知事 堀 井 啓 一
秋田市市長 穂 積 志

来賓祝辞

10：15～10：45 特別講演Ⅰ

「私の医師としての歩み」

日本医師会長 横 倉 義 武
座長：秋田県医師会長 小山田 雍

10：50～11：35 特別講演Ⅱ

「勤務医とチーム医療・地域医療の充実」

昭和大学病院長 有 賀 徹
座長：秋田県医師会勤務医部会長 羽 渕 友 則

11：35～12：05 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

12：05～12：10 次期担当医師会挨拶

大阪府医師会長 伯 井 俊 明

12：10～ 昼 食

12：20～12：40 ランチョンセミナー

「秋田県における医療組合運動の歴史」

秋田県厚生連由利組合総合病院長 菊 地 顕 次
座長：秋田県厚生連大曲厚生医療センター院長 小野地 章 一

12：40～13：00 休 憩

13：00～13：10 報 告

「秋田県医師会における勤務医部会設立の経緯」

秋田県医師会副会長 坂 本 哲 也

13：10～14：30 シンポジウムⅠ「ロードマップⅠ 医師会組織強化と勤務医」

「個の時代の組織力アップ方策～利点で説くか、理念で説くか～」

相模原市医師会理事 小 松 幹一郎

「医師会のメリットー2つの視点ー」

石川県医師会理事 佐 原 博 之

コメンテーター：日本医師会副会長 今 村 聡

ディスカッション

座長：秋田県医師会副会長 西 成 忍

秋田県医師会常任理事 五十嵐 知 規

14：35～15：55 シンポジウムⅡ「ロードマップⅡ よりよい勤務環境とチーム医療」

「秋田の一病院における勤務医労働環境」

秋田赤十字病院長 小棚木 均

「外科系病棟への診療看護師（JNP）配属の成果」

国立病院機構東京医療センター統括診療部長 磯 部 陽

「効果的なチーム医療のための多職種連携を考察する」

聖隷浜松病院顧問 清 水 貴 子

コメンテーター：日本医師会常任理事 笠 井 英 夫

ディスカッション

座長：秋田県医師会勤務医部会副部長 皆 河 崇 志

秋田県医師会常任理事 小 玉 弘 之

16：00～17：20 シンポジウムⅢ「ロードマップⅢ これからの理想的な勤務医のあり方と 卒前・卒後教育の重要性」

「新専門医制度・国際認証時代を見据えて県内一体化したシームレスな教育の連鎖を
推進する勤務医の将来像ー医療アクセス世界一・日本におけるキャリア転換を見据え
た総合力ある各科専門医（将来のかかりつけ医）育成と教育力の必要性ー」

秋田大学大学院医学系研究科医学教育学講座教授 長谷川 仁 志

「あなたの専門はなんですか？ー在宅医療を進める急性期病院脳神経外科専門医の思う
理想的勤務医ー」

秋田県総合診療・家庭医研修センター副センター長 桑 原 直 行

「専門医による在宅医療」

秋田往診クリニック院長 市 原 利 晃

「ワークライフバランスを革新するキャリア教育の新展開」

秋田大学医学部総合地域医療推進学講座准教授 蓮 沼 直 子

コメンテーター：日本医師会常任理事 小 森 貴

ディスカッション

座長：秋田県医師会理事 小笠原 真 澄

秋田県医師会常任理事 鈴 木 明 文

秋田県医師会常任理事 小 泉 ひろみ

17：20～17：25 あきた宣言採択

17：25 閉 会

秋田県医師会勤務医部会副部長 小棚木 均

17：40 アトラクション1（竿燈）

18：20～19：45 懇親会

開 会

司会：秋田県医師会勤務医部会 榎 真美子

秋田県医師会勤務医部会長 羽 渕 友 則

挨 拶

日本医師会長 横 倉 義 武

秋田県医師会長 小山田 雍

乾 杯

大阪府医師会長 伯 井 俊 明

アトラクション2（わらび座）

閉 会

秋田県医師会勤務医部会副部長 皆 河 崇 志

開 会 式

10:00~10:15

総 合 司 会

秋田県医師会常任理事

小 泉 ひろみ

開 会 の 辞

秋田県医師会勤務医部会長

羽 渕 友 則

主 催 者 挨 拶

日本医師会長

横 倉 義 武

担当医師会挨拶

秋田県医師会長

小山田 雍

来 賓 祝 辞

秋田県副知事

堀 井 啓 一

秋田市長

穂 積 志

開 会 式



総合司会

秋田県医師会常任理事 小 泉 ひろみ

皆さま、おはようございます。ただいまから、平成27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、どうぞご登壇下さいますようお願いいたします。

私は、本日の司会を務めさせていただきます、秋田県医師会常任理事の小泉でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、次第に従いまして、秋田県医師会勤務医部会長の羽渕友則から開会の辞を申し上げます。



開会の辞

秋田県医師会勤務医部会長 羽 渕 友 則

皆さま、おはようございます。

昨日は素晴らしい晴天で、10月後半の秋田としては例外的なよい天気でありましたけれども、今日は本当に秋田らしい曇天になりました。これぞ秋田の秋という感じがします。非常に安心しております。

平成27年度全国医師会勤務医部会連絡協議会に、日本医師会長の横倉義武先生をはじめ、たくさんの先生方には遠方秋田までお越しいただきまして、ありがとうございます。私は、この7月から秋田県医師会勤務医部会会長を拝命しております秋田大学医学部附属病院長の羽渕友則です。よろしくお願い申し上げます。

この協議会のテーマは、「日本の国情から見た理想的な勤務医とその将来像～地域医療充実へのロードマップ～」です。まさしく勤務医がこれから直面していかなければならない問題をクローズアップしております。ご存知のように、秋田県は高齢化率が日本一で、すでに33.6%に達しています。おそらく15年後には40%を超えます。日本でもトップですし、もちろん世界でもトップです。今週のランセットに日本の高齢者医療のことが書かれていました。「世界をリードしていくべきだ」とのことでしたが、世界のお手本となるか、失敗談となるかはこれからことです。私はいつも学生や研修医には、「秋田の医療は高齢化という観点で世界のトップだから、これほど先進的な試みができるころはない」と言っています。このような直面する問題について、今ま

ではなかなか学生には興味を持っていただけませんが、最近の若い先生方や学生には徐々に興味を持っていただいております。

このような問題は、高齢化の問題だけではなく、がん診療、救急、脳疾患、それから専門医制度の問題もあります。これらについては勤務医と開業医、それからコミュニティがタイアップして対応していかなければなりません。しかし、私も含めた勤務医の先生方は、医局や学会のコミュニティで文句を言いますが、それを政策や立法、行政に上げていく手段がよくわかりません。今までは医局で声を上げ、疲れ果てて、結局は止めてしまうという構図がありました。よく考えますと、勤務医の意見を政治や行政に反映できるのは、医師会の力がすごく大きいのではないかと思いますし、医師会を介さないと上げることができません。

今日一日、長丁場になりますが、日本医師会長の横倉義武先生の特別講演「私の医師としての歩み」を、私も個人的に楽しみにしております。この講演の中に明日の方向性があるのではないかと思います。それから昭和大学病院長の有賀 徹先生の講演については、私も医療安全に携わっており、医療事故調査委員会の立ち上げには興味を持っておりますので、非常に楽しみにしております。是非、皆さま、活発なご討議をしていただき、充実した協議会となることを祈念してご挨拶とさせていただきます。

ありがとうございました。



主催者挨拶

日本医師会長 横 倉 義 武

皆さん、おはようございます。

平成27年度の全国医師会勤務医部会連絡協議会の開会に当たりまして、主催者として、一言ご挨拶を申し上げます。

このように、朝早くから会場が一杯になった開会式というのは、多くの学会等に出席しても、久しぶりの光景でございます。ありがとうございます。

はじめに、本年度の協議会の開催に係る準備や運営のすべてをご担当いただきました秋田県医師会の小山田雍会長をはじめ、秋田県医師会の役職員の皆様方に衷心より感謝を申し上げる次第でございます。

本協議会は、昭和56年の第1回開催以来、今年度で36回目を迎えることとなりました。

この間、本協議会の歴史を継承・発展させながら、医療における様々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、協議会の成果として「宣言」が採択されております。昨年度は、勤務医と地域医師会との協働による地域医療の再生に向けて、3項目から成る「かながわ宣言」をまとめたいただきました。この協議会で採択された宣言は、勤務医の先生方からの貴重なご提言として、関係大臣や関係国会議員にもお届けし、本会が政策提言を行う際の大きな力として活用させていただいております。これもひとえに、都道府県医師会をはじめ勤務医部会関係各位のご協力の賜物と、心より敬意を表する次第でございます。

さて、少子高齢化の進展や医療技術の高度化等に伴い、我が国の社会保障費が増加していくなかで、政府は財政健全化の名のもとに、その削減に向けた方針を示すなど、医療を巡る環境は厳しさを増しております。

医療を脅かすこうした動きを食い止め、国民に過不足なく適切な医療を提供していくためには、われわれ医療界の大同団結が不可欠であり、団結なくして、山積する課題の解決は困難であると考えております。

医療界が大同団結を図るには、より多くの医師が参画し、活動していくための基盤が必要です。そして、その役割を担うものが医師会であります。

私は、第2期目の日本医師会会長職の就任に当たり、三つの方針を掲げました。1つ目は「地域医療を支える」こと、2つ目は「将来の医療を考える」こと、そして3つ目が「医師会の組織力強化」でございます。

特に、「医師会の組織力強化」につきましては、秋田県医師会の小山田会長に委員長をお願いし、会内に新設した「医師会組織強化検討委員会」より、「臨床研修医の日本医師会会費無料化」についてのご提言を受け、本年度より実施したところでございます。本件については、全国すべての医師会が遍く実施することによって、より大きな実効力を伴うものと考えておりますので、この場をお借りして、皆様方のご協力をお願い申し上げます。

また、日本医師会では、すべての会員が等しく医師会会務に参画できる環境を整える観点から、平成26年4月に定款改正を行い、勤務医と女性医師を登用するため理事定数を2名増員いたしました。今期より、宮城県医師会の藤田直孝先生に、勤務医の立場から理事として、日本医師会の会務にご参画いただいているところであります。日本医師会は、今後とも、さまざまな立場の勤務医の意見や考えに耳を傾け、そうした意見等を踏まえながら会務を推進してまいります。そして、そのことが、本日の協議会のテーマでもあります、「日本の国情から見た理想的な勤務医とその将来像」を導くことにもつながると思いますので、皆様方のさらなるご支援を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となりますようご期待申し上げますとともに、ご参集の皆様方のご健勝を心より祈念いたしまして、ご挨拶とさせていただきます。

本日はどうぞ、よろしくお願い申し上げます。



担当県挨拶

秋田県医師会長 小山田 雍

おはようございます。秋田県医師会の小山田でございます。

平成27年度第36回全国医師会勤務医部会連絡協議会を秋田県医師会が担当して開催するにあたりまして、全国各県より多くの先生方のご参加をいただき、深く感謝と敬意を表しますとともに、心から歓迎をいたす次第であります。

また、先生方におかれましては、永年にわたる各地域における医療へのご貢献、そして医師会活動へのご尽力に対しまして、衷心より敬意と感謝の意を表します。

さて、秋田県では人口減少もあって、対人口10万の医師数は徐々に増加しているものの、県内医師の絶対数、とりわけ活躍盛りの30～40歳代の若い世代の医師の減少という深刻な状況があります。

他方、県内の勤務医数に注目しますと、全医師数ならびに県医師会会員数に占める割合は、いずれにおきましても5割を超えております。

このような実情の中、勤務医に係る課題解決への取り組み、また情報交換・共有のみならず情報発信の場として、そして医師会の組織強化の面におきましても勤務医部会の設置は必然的なことと考察いたしました。

そして2年前から、従来の委員会を発展させ、新たに勤務医部会の設置とともに、今回の全国医師会勤務医部会連絡協議会の開催担当も目標のひとつに掲げて具体的に取り組み、本年7月に勤務医部会設立に至りました。

これからは部会の設立趣旨に則り、部会員数の増加、組織の構築や内容の強化を進める一方で、病院の医師不足、労働環境の改善等に積極的に取り組んで、地域医療の発展、向上を目指して活動する所存でございます。

近年、勤務医の医師会入会が伸び悩んでいることは憂慮すべきことです。このことに対して、新医師との懇談会や、初期臨床研修医の会費免除、日医会費相当分を県医師会が助成する事業を行ってきました。

今年、日医が組織力の強化にあたって、初期臨床研修医会員の年会費を減免する決定をされたことは、入会に対して強い動機づけになるものと心から期待するものであります。

2025年問題に象徴されるように、秋田県は我国の少子高齢化と人口減少の先頭を歩んでおります。

このような未だ経験したことのない構造的変化に対応し、あるべき生活圏域を目指して、「地域医療構想」、「地域包括ケアシステム」の構築を推進するとともに、今回のシンポジウムのテーマの一つに取り上げた「これからの理想的な勤務医のあり方と卒前・卒後教育の重要性」についても広く意見を交えることができればと考えております。

皆様方の活発な議論を心からご期待申し上げ、また、ご指導を賜ってきた日本医師会ならびに関係各位に深甚なる感謝の意を表しまして挨拶と致します。

どうぞよろしくお願い申し上げます。



来賓祝辞

秋田県副知事 堀 井 啓 一

日本医師会の横倉会長様をはじめ、全国各地からこの秋田に、こうしておいでいただきましたことに対しまして、心から御礼を申し上げたいと思います。

日本が戦後、まさに目覚ましい復興を遂げることができたのは、いち早く国民皆保険医療制度を構築し、全国の遍くさまざまな地域で、レベルの高い医療を受けることができたことが、大きな復興の要因であったと私は考えております。

いま、地方創生ということで、全国の各地域において地域の維持・存続をかけて、さまざまな取り組みを行っておりますが、やはり、戦後の復興と同様に、それぞれの地域で、これからも安心して住民の方々が医療を受けられる体制を維持していくことが、基本になればいけないと思っております。これまでも秋田大学医学部附属病院をはじめ、県内の地域医療の中核を担っていただいているそれぞれの病院とともに、さまざまな取り組みを県としても進めさ

せていただいております。これは、私ども秋田のみならず、全国の各地域が同様の思いであると確信をいたしているところであります。

現在、策定を進めております地域医療構想につきましても、決してベッドの削減を優先することなく、各地域で過不足なく、そして質の高い医療をどのようにして確保していくのか、あるいは作っていくのかという観点に立って、この計画のあるいは構想の策定を進めたいと思っております。

何卒、本日ご参集の皆様には、これからも地域医療の確立に向けてさまざまな御尽力を頂戴したいと思っておりますし、本日のこの協議会がそうした観点に立って、実り多いものになりますように心からご祈念申し上げまして、一言、地元の感謝の言葉を述べさせていただきますと思います。

本日はおめでとうございました。



来賓祝辞

秋田市長 穂 積 志

皆さま、おはようございます。秋田市長の穂積志と申します。

今日は、平成27年度全国医師会勤務医部会連絡協議会が、このように大勢の皆さまに秋田にお越しいただき、また盛会に開会されましたことを心からお慶び申し上げ、また開催地の市長として大変ありがたく、光栄に存じておるところでございます。

秋田市には、市立秋田総合病院がございます。私は開設者として、本日お見えになっている小松眞史理事長をはじめ、伊藤誠司院長など勤務医の皆さんの働きぶりを見ますと、午前7時にはもう病院においでいただき、そこから入院患者さんのご容体等を診察されております。また、私も2年前にヘルニアで入院いたしました、その時には夕方7時30分頃、帰る時にご挨拶をしていただいております。まさしく12時間以上の勤務で、よく持つな、倒れはしないだろうかと、こんな思いをしておりました。

私ごとで恐縮ですが、私の兄弟、父が医者でした。私は医師ではありませんが、私の代で5代目になります。昔は上山藩の藩医でありまして、秋田に流れ着いて医者をしていましたが、よく私が幼少の

頃、同僚のお医者さんが亡くなると、「あれは患者さんに殺されたようなものだ」と父が言っておりました。当時医師は土日もなく働き続け、長者番付にお医者さんの名前が載っておりましたが、そういった中で医師は大変厳しい仕事だと考えて、私は政治家としての道を志したところもございます。兄2人は違いました。一時は開業医がいいのか、また勤務医がいいのか、という話も兄弟の中でありましたが、いまのお医者さんたちの働きぶりを見ると、患者さんの要望も多岐に渡りますし、コンプライアンスも非常に重要なものです。

普段、緊張なさって自律神経がビリビリの皆さんだと思います。いま、秋田はちょうど紅葉の季節、そして新米が出来ました。新米によるきりたんぼ、秋田のかやき、おいしいお酒もありますので、どうか会議の後は心を癒していただければと思います。

皆さまのますますのご健勝を祈念申し上げまして、粗辞ではございますが、お祝いの挨拶、感謝の挨拶にさせていただきます。

本日は誠にありがとうございました。

「私の医師としての歩み」

講師：日本医師会長 横 倉 義 武

座長：秋田県医師会長 小山田 雍



座 長

秋田県医師会長

小山田 雍

小山田でございます。

それでは、特別講演 I を始めたいと思います。本日の大会誌の15ページに横倉義武日本医師会会長の主たる略歴が載っておりますが、簡単にご紹介を申し上げます。昭和44年3月に久留米大学医学部をご卒業、昭和55年1月に同講師に着任されて、平成2年4月に医療法人弘恵会ヨコクラ病院院長、平成2年4月に社団法人福岡県医師会理事、平成14年4月同副会長、平成18年5月同会長、平成22年4月に社団法人日本医師会副会長、平成24年4月に公益社団法人日本医師会会長として現在に至られております。本日の演題は「私の医師としての歩み」でございます。横倉会長、どうぞよろしくお願いいたします。



「私の医師としての歩み」

日本医師会長 横 倉 義 武

いつもであれば日本医師会の医療政策について講演するところですが、そのような形ではなく、秋田県医師会の小山田会長と坂本副会長より私がどのような道を歩んできたかを話すようにということでありましたので、「私の医師としての歩み」というテーマでお話したいと思います。

本日の講演内容

1. 私の医師としての歩み
 - ① 大学病院での修練・研鑽
 - ② 医療法人 弘恵会 ヨコクラ病院
 - ③ 医師会活動への参画
2. 組織強化に係る日本医師会の取り組み
3. 日本医師会の主な会員サービス
4. 結びに

今日は「私の医師としての歩み」、そして組織強化の問題、医師会員への主な会員サービス、についてお話をさせていただきます。先ほど、羽渕部会長からも前半部分に興味があるというお話がありましたので、そこにウエイトを置きます。後半部分は、どちらかというと日本医師会の宣伝でございます。

1. 私の医師としての歩み



（昭和11年秋田県立第一中学校
卒業生アルバムより）

1963年
福岡県立修猷館高校卒業

久留米大学医学部入学

1961年 国民皆保険達成

（初診料）
甲表^{※1）} 18点
乙表 乙表1:5.4点/乙表2:5.0点
（再診料）
甲表 5点
乙表 乙表1:2.7点/乙表2:2.5点

1962年 制限診療の撤廃

1963年 診療報酬の地域差撤廃 （甲地、乙地^{※2）}廃止）

※1）診療報酬点数表の甲表、乙表
…主に病院が甲表、主に診療所が乙表を使用した。
※2）甲地、乙地
…主に都市部が甲地、それ以外の地域が乙地で、1944年から診療報酬に地域差が設けられていた。
乙表のうち、乙表1は甲地、乙表2は乙地の診療報酬が使用した。

スライド左上の顔写真は、私が17歳の時の写真です。高校の卒業アルバムの写真ですが、それと対比する形で、我が国の医療保険の流れについてお話をさせていただきます。私は1944年に生まれました。その1年前の1943年に日本の医療費の支払いが点数制度に変わりました。昭和18年、戦時中ではありますが、それまで我が国の医療保険は、主に組合健康保険でありました。そういうところは人頭割や定額単価方式という形での医療費の総枠制度で支払いが行われました。それが1943年から点数表が作られて、支払われるようになりました。私が大学に入る2年前、昭和36年ではありますが、1961年に国民皆保険が全国で、市町村国保がすべて出来上がって始まりました。この時の初診料には、甲表と乙表の2種類があります。甲表は主に病院、乙表は診療所が取っています。どちらかというと包括点数に近いのが甲表で、乙表は完全出来高払いということです。そして乙表は、甲地と乙地に分けられていました。甲地は主に都市部、乙地はそれ以外の地域で、1944年から診療報酬に地域差が設けられていました。乙表のうち、乙表1は甲地、乙表2は乙地の医療機関が使用しました。初診料は、大都市の出来高払いは54円、それ以外は50円でした。再診料は大都市27円、地方では25円でした。昭和25～26年、私が小学校の頃ですが、その当時、連発銃という音がするだけのおもちゃがありました。正月に連発銃を親に買って遊んで、弾が無くなって自分の小遣いで買ったのですが、その時、母親からこっぴどく怒られました。「あなたはその音を鳴らすことによって楽しんでいい。ただし、その連発銃はいくらするか」。当時30円くらいでしたが、「お父さんが一軒往診しても50円にしかない。それなのにあなたは鳴らすこと

を楽しんでいる。お金をもらうというのは大変なことなんだ」と言われて、それ以来、少しずつ医療の費用のあり方について目覚めたわけであります。

そして1962年に「制限診療の撤廃」が正式に行われました。国民皆保険は戦前からですが、保険医療では十分な医療が受けられないという時代が、我が国にもありました。保険診療の場合、手術をするにしても、高額な新規の抗生剤を使うにしても、保険者の了解を得なければ使えないという時代です。それが、昭和37年、1962年まで続いていました。日本医師会の戦いと言いますか、国民医療をしっかりと守っていくという戦いには、ひとつには国民皆保険を達成すること、すなわち誰でも、どこでも、いつでも保険証があれば平等に医療を受けられるということがあります。もうひとつは、医師が必要と認めた医療をしっかりと行うことによって、その行為に対して診療報酬が支払われるようにするために制限診療を撤廃することが、当時の政策の目的でした。そして、高校を卒業して大学に入学する時に、診療報酬の地域差が撤廃され、甲地と乙地、大都市と地方の点数の差がなくなりました。



そして久留米大学に入学しましたが、大学6年間のうち、はじめの5年間はラグビー漬けの毎日でした。ラグビー日本代表の五郎丸選手は私の近くの出身です。いまはヒーローになっておりますが、彼は福岡のちびっ子ラグビーをやっておりまして、佐賀工業高校に入学して花開き、そして早稲田大学に進学しました。福岡県はちびっ子ラグビーチームが盛んで、私のいる久留米市でも50年以上の歴史を持つ、

ちびっ子ラグビーのチームがあります。福岡市にも3～4のチームがありますし、北九州市にもそのくらいのチームがあり、その他、いろいろな地域にちびっ子ラグビーチームがあります。その中から選手が育ってきているわけですが、大学時代はラグビーに漬かり切っていたので、勉強らしい勉強は試験の前、1週間だけするという状況でした。当時は学生運動が医学部で燃え盛り出した頃ですが、その洗礼もあまり受けることなく卒業しました。写真の病院は現在のもので、当時はこんなきれいな病院ではありませんでした。



卒業して久留米大学第二外科に入局しました。第二外科教室は、主に心臓血管外科と肝胆膵外科をメインにしており、特に、心臓血管外科は当時、日本でも4～5番目くらいにあたる年間350～400症例の手術をしておりました。一番多かったのが東京女子医大、次が札幌医大、そして大阪大学、その次に手術が多かったわけです。手術をいかにうまくしていくか、そして術後管理をいかに上手にして死亡数を減らすかが大きな課題でした。スライド左上の写真は、私の1年目の診察風景を大学の写真部の方が撮ってくれたものです。

実は心臓の手術、いまでこそ、ほとんど患者さんに大きな負担はありませんが、それは入局した1969年の2年前に身体障害者福祉法が改正され、心臓の手術費の負担を国が担うことに決まったためです。子どもさんの手術を行うとなると、田舎では田んぼを売って手術料を捻出しなければならないという時代でありました。それが障害範囲の拡大があり、同

時に育成医療という制度がこの中で作られていきました。それで手術の費用が賄われるようになりました。しかし、まだまだ手術に使う血液の手配等の費用が十分ではなかったため、血液の確保が十分にできず、輸血をしてもらう人を集めるために家族の方と一緒に苦労しました。

そして卒業した年には、健康保険特例法が廃止され、患者一部負担金が本人は1割負担になりましたが、家族は3割負担でありました。同時に薬剤一部負担は廃止されました。昔は薬剤一部負担があり、この10年間の中でも、薬剤の負担を別途に取ったかどうかという議論が行われますが、国の財政とともに、保険の制度は移っていきます。そのような変化の時代に私どもはいたことになります。

1970年には、内科再診料が新設されました。特定疾患管理料につながっていったものです。外科系は処置や手術の点数が別途あるのに、内科の技術料が入らないということで、内科再診料が新設されました。そして1972年には手術料の大幅引き上げがあり、1973年には老人医療費無料化となりました。老人の医療費の問題が大きく膨らむひとつの原因がここにあります。また、いま中医協でも議論しておりますが、医薬分業の院外処方の問題、分業を進めるために1974年には、処方箋料の大幅な引き上げが行われました。

当時、ファローの四徴症等の複雑先天性心疾患、または弁置換も単弁置換はほぼ安全に行われていましたが、複数弁の置換手術、人工弁の置換手術をすると患者さんが起き上がれないと言いますか、周術期死亡率が2割くらい増えました。その多くが主治医制度で、主治医が管理をすることによって診ていたのですが、術後3日目、4日目、主治医が徹夜の連続になって疲れます。そうすると、患者さんも弱ってきて亡くなるというパターンが何例かありました。当時の教授から「術後の体制をどうするか」を考えるよう言われまして、女子医大の心臓血管研究所にお伺いしたところ、「術後のチームは独立したチームを作っています」という話を聞きました。主治医が疲弊すると同時に患者が亡くなる状況をなく

さなければならぬということで、術後の回復室勤務のチームを作りました。1チーム2名で24時間勤務、そのかわり3日に1回の24時間勤務です。24時間勤務した翌日はゆっくりと休んで、その翌日は、当時は無給医局員ですから、バイトに行ける日まで確保しました。それだけ外科に入局する医師が多かったので、チームを作れたという事情もあります。そのチームを3チーム作りました。大学に居ても生活が安定したという状況もありますが、リカバリーチームを3つ作りますと、それを統括するリカバリー室の主任が必要になります。私も主任をやりましたが、主任になるとほとんど休みが取れません。朝から手術をして、術後はチームに任せますけれども、毎日しっかりと管理をしていかなければならないというハードな生活をしていました。



そうした中で、1971年から72年にかけて私のボスのところにいたドイツ人医師から「心臓血管の手術があるので、できる人をドイツに送ってほしい」との依頼があり、「おまえ行ってこい」ということで1977年にドイツのデトモルト病院に行きました。この病院は、北西ドイツの人口10万弱の街にある病院ですが、その街には有名な音楽学校がありまして、チェリストのヨーヨー・マが在学していましたし、特にファゴットの優秀な教授がおりまして、日本の学生も50～60人おりました。この病院にいた間は、とても人間らしい生活ができました。朝から晩まで手術ばかりできる環境にありまして、術後管理はしなくてもよく、多くの手術の経験をすることができました。その間、日本の医療保険では、1978年に医

学医術の進歩が連続して、新しい医療技術が積極的に保険に導入されました。日本の経済は右肩上がりです、医療費に使う社会保険料も当然ながら右肩上がりになります。保険料収入も上がる、税金も上がるということです。ですから、保険医療としても進んだ時であらうと思います。1979年に帰国しまして、久留米大学で後輩の指導に当たりました。写真は留学先のスタッフです。ほとんどドイツ人ですが、1名だけ南米から来た人がいます。女性医師がおられますが、この方は、胆石の手術を500例くらいこなしたすごい方でした。



大牟田市の郊外に三池郡という地域があり、そこで私の父親が地域の病院を開業しておりました。写真のように全くの農村地域です。父親は教育関係の仕事もしておりましたので、あまり病院にいないことから、病院の経営が苦しい状況でした。母親から「あなた、このままで教授になれるのか」と言うので、「そればかりはわからない」と話したら、「うちの病院が潰れるから帰ってきなさい」と言われました。教授にその話をしましたら、「ちゃんと後継者を作れ」ということで、外に出向していた私の後輩を戻して、1年間一緒に仕事をしました。そして1983年に、病院に戻りました。

当時の医療保険制度を見ますと、1984年には、長期入院の是正を図るための通減制が導入されました。長期入院の是正の時期に入って参ります。そして、私の病院も高齢者の長期入院の患者さんが多かったのですが、街には受け皿となるものが何もありませんでした。そのため社会福祉法人を設立して、特別

1983年～	
1983年～ 医療法人 弘恵会 ヨコクラ病院	1984年 長期入院の是正を図るための通減制導入 → 病院での入院3～6か月までは109点だが、6か月を超えると99点に減額
1990年～ 医療法人 弘恵会 ヨコクラ病院 院長	1985年 再診料を病院・診療所に設定 医療法改正により、病床規制が導入
1997年～現在 医療法人 弘恵会 ヨコクラ病院 理事長・院長	1986年 紹介型病院で初診を行った場合の加算50点を新設

養護老人ホームを作り、そこに長期入院の患者さんに移ってもらい、その後、老人保健施設を作りました。1985年、再診料が病院・診療所に設定されました。この再診料で、病院の機能と診療所の機能を明確化しようとしたわけであります。これがまた元に戻ることになりますが、本来、かかりつけ医機能について考える時に、診療所の再診料を十分に勘案しておく必要があるとは思っております。同時に医療法の改正で地域医療計画がこの年に始まり、病床規制が導入されました。

この病院で地域医療に没頭しておりました。その時に、一度、嚢胞型の腫瘍形成型ですが、エコー等でどうしても悪性の疑いのある患者さんがおり、大学病院にお願いをして手術してもらいました。手術の結果も、病理の結果も、悪性の所見はなくて帰ってきたのですが、術後9ヶ月目に肝臓への転移がありました。6ヶ月まではわりと密なフォローをしておりましたが、6ヶ月が過ぎて少し元気になったので、子どもさんから「他の病院に行ってもいいか」と言われて「いいよ」と返答し、他の病院を受診したのは知っておりましたが、その間いろいろな治療を受けて、その後亡くなられました。その息子さんが東京におられて、ある日突然、東京弁護士会から簡易書留が届きました。「誤診で訴える」というお手紙をいただきました。たまたま、友人が東京で弁護士をしておりましたので、その弁護士のことを調べてもらったのですが、「これはおまえ、自分で頑張れ」ということになりまして、友人の弁護士に私が診療の経緯を報告しました。当時、メールがない

特別講演 I

時でしたから、FAXでのやりとりでしたが、そうすると我々が日常使う言葉が弁護士に言わせると「これは通用しない」と言うことでした。40数回のやりとりをしながら、いかに法律家に理解してもらうかということで苦労した覚えがあります。結果的には、東京弁護士会の医療部会で検討されて「医療的な誤診ではない」という結論になりました。患者さんの長男の説得を弁護士会からしていただいて、特にお咎めなしで済みました。このように「医療事故のあり方」について身を持って経験しました。



そして、医師会活動です。

1988年に私は大牟田医師会の監事になりました。それまで、私どもの町は大牟田市とは別の自治体で、約8件の診療所と私の病院という構成でした。「一番若いのがいろいろと世話をするのが当たり前だ」ということで、先輩から「ちょっと行ってこい」と言われ監事になりましたが、自治体が違うものですから、予防接種の料金の設定、行政交渉などを若い時からさせられたこともいろいろと勉強になりました。

そこで、地域の役員をしながら、1990年から福岡県医師会に理事として行きました。この頃、保険では在宅療養が初めて点数化されました。そして、1992年に特定機能病院と療養型病床群の制度化、1994年には診療報酬の甲乙表が一本化されました。県医師会の役員になってから、ずっと保険を担当しております。労災保険と医療保険です。現場の先生、特に労災指定医協会の先生から、福岡県は特掲料金という特別の料金が13項目ありまして、「それを堅持しろ」ということで厳しいご指導をいただくなど、非常に苦労しながら、労災の医療費のあり方、自賠責のあり方等について議論させていただきました。



そして2010年から日本医師会副会長になりました。2010年には病院と診療所の再診料が統一され、これによって診療所は再診料を3点引き下げられました。本来、病院の外来と診療所の外来は機能が違うから点数差をつけるということでしたが、私としてはこれはすべきではなかったと考えております。前回の改定で、消費税対応ということで少し差がついたということです。そして2012年、社会保障制度改革推進法が成立して「国民会議を作りなさい」と言うこととなり、2013年に社会保障制度改革国民会議の報告書が出て、現在の医療保険のあり方につながりました。以上が私の医師としての歩みと、その間に起きたいろいろな医療保険制度の変更や現制度へのかかわりであります。

次に組織強化です。

日本医師会の綱領を代議員会で決めていただきました。「日本医師会は何を目指す組織なのか」とい

2. 組織強化に係る日本医師会の取り組み



11

日本医師会綱領

日本医師会は、医師としての高い倫理観と使命感を礎に、人間の尊厳が大切にされる社会の実現を目指します。

1. 日本医師会は、国民の生涯にわたる健康で文化的な明るい生活を支えます。
2. 日本医師会は、国民とともに、安全・安心な医療提供体制を築きます。
3. 日本医師会は、医学・医療の発展と質の向上に寄与します。
4. 日本医師会は、国民の連帯と支え合いに基づく国民皆保険制度を守ります。

以上、誠実に実行することを約束します。

平成25年6月23日 第129回定例総会にて採択

14

うことを明確にする必要があります。医師の仕事は本来、国民の健康を守ることですから、医師会という組織が、それぞれの地域で地域住民の健康を守るという機能をより強めていく必要があると思います。そこで、この4項目を書きました。

会内委員会(平成26年6月～)

医療政策会議	新設委員会	医内規則・医業業務管理委員会(暫)
学術推進会議	臨床検査管理委員会	医師会医務行政推進委員会
生命倫理委員会	薬事保健委員会	医師会医務行政推進委員会
学術企画委員会	健康スナック医学委員会	医師会医務行政推進委員会
生涯学習推進委員会	環境保健委員会	医師会医務行政推進委員会
会員の研修・商賈向上委員会	学校保健委員会	医師会医務行政推進委員会
勤務医委員会	予防接種・感染症熱帯疫学対策委員会	医師会医務行政推進委員会
勤務医委員会臨床研修部会	母子保健検討委員会	医師会医務行政推進委員会
男女共同参画委員会	母体保護法等に関する検討委員会	医師会医務行政推進委員会
勤務医の健康支援に関する検討委員会	公衆衛生委員会	医師会医務行政推進委員会
定款・規程検討委員会	精神保健委員会	医師会医務行政推進委員会
医師会組織強化検討委員会(学術部会)	医業防衛委員会	医師会医務行政推進委員会
救急災害対策委員会	防災・自衛委員会	医師会医務行政推進委員会
臨床研修推進委員会	社会福祉・福祉推進検討委員会	医師会医務行政推進委員会
国民生活安全対策委員会	介護保険委員会	医師会医務行政推進委員会
地域医療対策委員会	医師会関係検討委員会	医師会医務行政推進委員会
医師会関係検討委員会	医療安全対策委員会	医師会医務行政推進委員会
新卒研修医定数検討委員会		医師会医務行政推進委員会
医師会共同利用施設検討委員会		医師会医務行政推進委員会

計49委員会

延べ約650名の委員が参画!

委員長: 小山田雅(秋田県医師会 会長)

16

会内委員会に医師会組織強化委員会を設置し、小山田秋田県医師会会長を委員長として、いろいろな調査をしながら提言をいただいています。

また、医師会として勤務医の労働環境に関するサ

医師会組織強化に向けた協力依頼

1. 郡市区等医師会 開業医会員に係る実態等調査 (平成27年7月)

郡市区等医師会レベルでは、積極的な勧誘を行わないなかでも、新規開業医の加入者数が退会者数を上回っているが、すべてが日本医師会まで加入していない。
→ 平成27年7月16日付(庶54)文書にて、都道府県医師会に本調査報告に併せ、三層すべての医師会に加入していない都道府県医師会、郡市区等医師会員に対する働きかけについて協力依頼を行った。

2. 都道府県医師会における組織強化に向けた取組状況調査 (平成27年10月)

①大学において都道府県医師会が担当する講義等の実施状況、②臨床研修医の会費無料化の実施状況、③三層すべてに入会していない会員への取組状況、について質問。
・大学のカリキュラムのなかに講義等をもつ都道府県医師会は24(51.1%)
・臨床研修医の会費無料化を実施している都道府県医師会は29(61.7%)
・実施予定11(23.4%)を合すると85.1%。
→ 平成27年10月7日付(庶104)文書にて、三層それぞれが主体的な取り組みを進める一方で、互恵に向けた有機的な連携が必要不可欠であることを指摘し、さらなる組織強化に向けた協力依頼を行った。

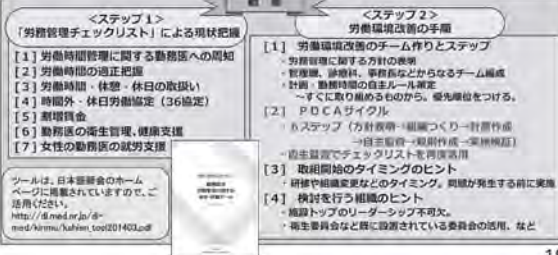
17

医師の健康支援を目指して 勤務医の労働環境に関する分析・改善ツール

ツールの制作経緯・ねらい

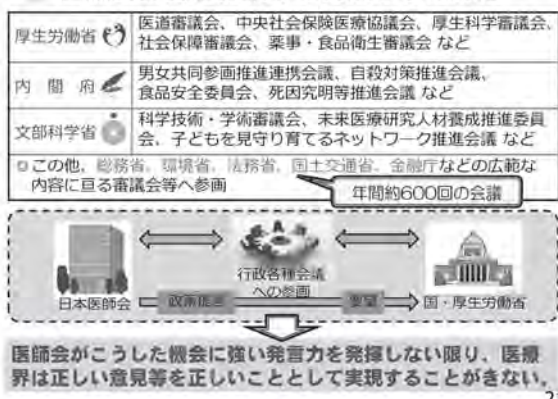
- ・地域や医療機関によって勤務医を取り巻く環境は異なり画一的な方法での解決は困難。
- ・勤務医の置かれている実態と労働法令との乖離が大きいという現状もある。

- ・法令をあくまで現状把握の指標として位置付け、勤務医の労働環境の改善につなげることがねらい
- ・管理職、人事労務担当の方々に作成。時間をかけずにできる取組も多く盛り込まれている



19

日本医師会の政策等を実現するために



21

ポートをしています。

日本医師会では厚生労働省、内閣府、文部科学省など、多くの省庁の審議会等に参画しておりますが、最近では経済産業省がヘルスの分野にさまざまな政策提言をしております。従来、経済産業省では医師会を入れると政策が進まないということで、医師会からの参加を拒絶しておりましたが、先日、大臣とも話をして「やはり、国民の健康を守るという取り組みについては、医師の意見を取り入れるべきだ」と

3. 日本医師会の主な会員サービス

年金事業
(医師年金)

医師資格証の発行
(日医電子認証センター)

医師賠償責任保険事業、
院内調査費用保険

ホテル会員
特別割引

無料再就業支援
(日医女性医師/バンク)

最新医学・医療情報提供
(日医HP、日医ニュース等)

医学書籍等の
文献複写サービス
(日医医学図書館)

生涯学習支援、日医Lib
(日医生涯教育制度)

日医Lib

23

日本医師会医師賠償責任保険

- 医師個人を対象とした保険である。(A会員になれば自動的に被保険者となり、1事故につき1億円まで補償)
- 各科の専門の医師をはじめ、医療の知識を持った弁護士、保険者などで構成された専門の調査・審査機関がある。
- 医師ができるだけ矢面に立つことなく紛争を解決できるよう、訴訟や示談などの交渉を代行する仕組みが整っている。

	日本医師会医師賠償責任保険	民間保険
医療紛争の検証	各科専門の医師、医療知識を持った弁護士等で組織する審査会が判断	保険会社が判断
紛争処理の方法	医師会が弁護士を手配	医師本人が対応。もしくは保険会社が弁護士を手配
入院や退院及び死後の特例措置	・ 入院や退院後、あるいは死に様でもサポートが受けられる ・ 適用期間は10年間	・ 上記のようなサポートのために別途保険契約を結ぶ必要がある(年17,000円程度) ・ 適用期間は5年間～10年間
保険料	会費に含まれる保険料相当額(年間) 33,000円(研修医)～63,000円(開業医)	基本保険料(医師数割・年間) 40,564円程度(研修医)～91,488円程度(有症状療所長)

21

日本医師会「医療事故調査費用保険」

- 趣旨
「医療事故調査制度」の下で、院内事故調査の実施に係る費用を保険で補償する
- 対象者
日医A①会員のうち全ての診療室と99床以下の病院の開設者及び管理者（対象会員は約77,800人）
- 保険金額、期間等
期間中500万円、平成27年10月1日から1年間、毎年更新
- 対象となる費用
院内事故調査に際して医療機関が支払った費用のうち当該医療機関が外部に支払ったもの（例：遺体の保管、搬送、AI、解剖、院内調査の外部委員に対する謝金、交通費 等）
- 保険契約の形態
日本医師会が保険契約者となり、対象となるA①会員を被保険者とする契約を保険会社と締結

25

1. 就業継続支援。再研修紹介

「日本医師会女性医師バンク」平成19年1月30日開設

☆ 会員・非会員を問わず利用できる（求人・求職共に無料）

☆ 現役医師のコーディネーターが、相談・マッチングにあたる

成立件数	平成27年9月末現在	4,231件
登録件数		求人累計 4,911件 求職累計 756人
再研修紹介(女性医師バンクの相談のなかで適宜)		18件

2. 「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」

➢ 平成26年度は24回開催。

➢ 開催に掛かる費用のうち、30万円を上限として、本会が負担。

3. 「医学生、研修医等をサポートするための会」

➢ 医学生や若い医師がキャリアを中断せずに就業を継続できるよう、講習会等を通じ、多様な医師像のモデルを提示する。

➢ 平成26年度は70回開催。

➢ 開催に掛かる費用のうち、30万円を上限として、本会が負担。

「医師資格証」とは、医師資格の電子証明書を格納したICカードです。日本医師会では、安全で安心して使えるIT基盤を実現するための、公開鍵基盤の枠組みを使った「日本医師会認証局」を運営し、医師資格の証明を行う「医師資格証」を発行しています。

申請（写真・氏名・資格番号を提出） → 審査（日本医師会認証局） → 発行（医師資格証）

医師資格証は、医師の個人情報を格納したICカードです。医師の個人情報は、医師資格証のICカードに格納されています。医師資格証は、医師の個人情報を格納したICカードです。医師の個人情報は、医師資格証のICカードに格納されています。

医師資格証の活用シーン

- 診療証**：診療時、医師資格証のICカードを読み取り、診療記録を自動的に作成します。
- 出社管理カード**：出社時、医師資格証のICカードを読み取り、出勤記録を自動的に作成します。
- 電子署名**：電子署名機能により、診療記録や処方箋の電子署名を行います。
- 職証（勤続カード）**：勤務先で医師資格証のICカードを読み取り、勤務記録を自動的に作成します。

医師資格証の取得方法と費用

医師資格証は、医師の個人情報を格納したICカードです。医師の個人情報は、医師資格証のICカードに格納されています。医師資格証の取得方法は、医師の個人情報を格納したICカードに格納されています。医師資格証の取得方法は、医師の個人情報を格納したICカードに格納されています。

日本医師会会員：5,400円（初年度原料）
非会員：10,800円

<http://www.jmaca.med.or.jp/>

– 22 –

日医Lib 日本医師会 e-Library

詳しくは、日医Lib公式サイト
<http://www.jmalib.med.or.jp/>をご参照ください

日医Libとは、日医雑誌をはじめ日本医学会発行の各種刊行物をスマートフォン、タブレットなどで読める電子書籍サービスです。

日医Libの特長

- 文字の大きさ、明るさを自分好みに
「ふた」と大きな文字で読みやすい。また、背景の明るさを調整することも可能。また、背景の色も、暖色系、寒色系など様々な色合いの中から選べます。
- 読み進めやすい「十字スクロール」
「十字スクロール」で、読み進めやすい。
- 「電子ブックマーク」で
読み進めやすい。
- 「電子ブックマーク」で
読み進めやすい。

日医Libのご利用には「日医会員ID」とは別に
日医Libユーザー登録が必要です
<http://jmalib.med.or.jp/>

1. 日医Libユーザー登録
2. 日医Libユーザー登録
3. ログイン

たくさん本を持ち帰れる
一冊にたくさん本を「電子ブックマーク」でスマートフォンやタブレットに入れて持ち帰ることができます。いつでも読むことができます。

簡単にすばやく探せる
読んでいる本の中から、お探しのページや章などを検索することができます。電子ブックマークで探せることもできます。

しおり・メモ・ハイライト
読んでいる本に、しおり・メモ・ハイライトを付けることができます。また、しおり・メモ・ハイライトを印刷することもできます。

28

和而不同
〈和して同ぜず〉

孔子『論語』より

31

医学図書館（日医会館地下1階）

約1,500タイトルの雑誌を含め、約91,000点の雑誌・単行本を揃えているほか、全国の医学図書館や大学附属図書館、国立国会図書館、海外の図書館とも連携してサービスの充実を図っており、多くの会員の利用に応えています。

◆「文献複写」「文献調査」「利用紹介状による他館利用」「図書貸出」などの各種サービスを提供している。

29

4. 結びに

ずっと、ずっと、このまちで過ごしていきたい。
「医療はまちづくり」。

かかりつけ医院
内科・小児科
外科・産科
皮膚科・泌尿科
耳鼻科・眼科
歯科・口腔科
理学療法科
作業療法科
言語聴覚科
放射線科
検査科
薬剤科
看護科
医療事務科
医療情報科
医療設備科
医療安全科
医療倫理科
医療法務科
医療経済科
医療経営科
医療政策科
医療教育科
医療研究科
医療開発科
医療革新科
医療未来科
医療創造科
医療共生科
医療共創科
医療共栄科
医療共進科
医療共栄科
医療共進科
医療共栄科
医療共進科

30

療が提供できるようにしていかなければならないと思います。

これは私のモットーですが「和而不同（和して同ぜず）」です。いろいろな意見を幅広く聴いて、そして本当にその真理、その方向性に間違いがないことであればしっかりとやっていく、ということでもあります。

ご清聴ありがとうございました。

「勤務医とチーム医療・地域医療の充実」

講師：昭和大学病院長 有賀 徹

座長：秋田県医師会勤務医部会長 羽 渕 友 則



座 長

秋田県医師会勤務医部会長

羽 渕 友 則

特別講演Ⅱに移りたいと思います。最初にご紹介させていただきましたように、特別講演Ⅱは「勤務医とチーム医療・地域医療の充実」という演題で、昭和大学病院長の有賀徹先生にお願いしています。プログラム21ページに有賀先生のご略歴と今日のフリーフィングが掲載されております。有賀先生は、全国医学部長・病院長会議では、いま問題になっている医療事故調査検討委員会の委員長をされております。我々勤務医の立場を代弁していただいて、あらぬ方向に行かないように杭を刺していただいたと理解しております。簡単に略歴を紹介させていただきますと、昭和51年に東京大学医学部を卒業され、最初、専門は脳神経外科に進まれまして、その後、昭和55年からは救急部に移られております。公立昭和病院脳神経外科主任医長、同救急部長になられまして、平成6年から昭和大学医学部教授、平成9年に同救急医学講座主任、平成23年から同病院長に就任されております。いろいろな役職を歴任されておりますし、現在もご活躍です。有賀先生よろしくお願いいたします。



「勤務医とチーム医療・地域医療の充実」

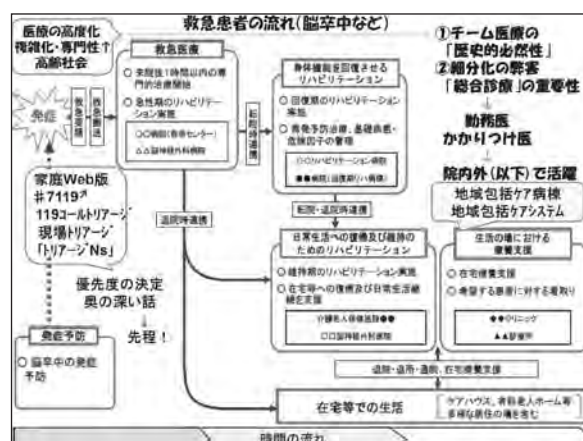
昭和大学病院長 有賀 徹

ただいまご紹介に預かりました昭和大学病院の有賀と申します。今日、いただきましたテーマは「勤務医とチーム医療・地域医療の充実」であります。大きなテーマが「日本の国情から見た理想的な勤務医とその将来像」ですので、部分部分でメインテーマとの関わりを持たせて発表したいと思っておりますので、よろしくお願い申し上げます。

いま、勤務医の立場と座長から話がありました。私たちは地域においては医療がないと生活できないということがありますが、その医療を遂行していく医師、勤務医にしろ、かかりつけ医にしろ、それらの医師たちが安心して医療ができないと話になりません。今日のテーマの基軸としては、勤務医の仕事が安心して行われる、そしてそれは勤務医の職務満足に連動します。もっと言いますと、先ほどの横倉先生の貴重なお話しにありましたように、勤務医は卒業してからある意味のキャリアパス、またはワークライフバランスをとって成長していくわけですが、そこで医師としての自分なりの自己実現というものがあります。それからチーム医療、病院におけるチーム医療または地域におけるチーム医療でもいいですし、病院を含めた地域医療全体の充実ということですが、同じ価値観で前に向かって進んでいく。このようなことをどう考えて行くのかということも含めて、今日の話を展開させていただきたいと思っております。

横倉先生の講演を聴きながら、自分自身のことを少し考えますと、私は、いまは昭和大学病院の医師会長であります。実は昭和大学に赴任する前、東京都医師会の傘下にあります小平市医師会の理事を8年くらいやっていました。そこから大学に行く時に「何でおまえ行くんだ」と随分言われましたが、そのようなことなども、僕自身の自己実現としての転

身だったのかなと思いつつ、この壇上に上がりました。ですから、地域医師会のパフォーマンスと病院の医師たちのパフォーマンスは、基本的に私の頭の中では十二分にシンクロナイズしているという話です。開会の辞で、勤務医がなかなか医師会の活動に云々というくだりがありましたが、私自身はそういう意味では、比較的恵まれた勤務医生活をしてきたと思ひ、地域の医師会の先生方には感謝しております。



まず、チーム医療の話を先にさせていただいて、そこから地域医療の話へと行きたいと思ひます。チーム医療と言ひしても、病院の中のチーム医療もありますし、地域もござひますので、病院の中に入る前にもある意味、救急隊を軸にした、ここにおられる方々にはメディカルコントロールという言葉が理解されていると思ひますけれども、そのような意味では地域と、病院と、それから病院からまた地域に戻るといふ全体像は、チーム医療という切り口で十分説明できると思ひます。「いままぜチーム医療か」という話がよくありますが、医療が高度化している、複雑化して専門性が高まっている、なおかつ高齢社会の患者は複数の医学的問題を抱えている、

または社会的な問題も少なからず背負っている、そのような方たちが増えてきています。多くの職種や多くの診療科がスクラムを組んで対応していこうという話があるのは歴史的な必然性です。逆に多くの診療科、特にある意味細分化が進みましたので、お年寄りが増えてきたと言う意味では総合診療の重要性もあって、かかりつけ医にしる、勤務医にしる、院内外で包括ケア病棟がどうだとか、地域包括ケアシステムがどうだということが今後は重要になっていくという話だと思います。いずれにしても、前頁のスライドのような救急患者の流れ、僕は救急医療にずっと取り組んでいましたが、そちらから見てもチーム医療はこのような位置づけだろうと思います。



もう少し詳しく見ていきますと、病院は確かに組織的な医療を展開します。言葉で言えば、チーム医療が幾重にも重なった、それが組織的な医療なのということです。上のスライドは、阪大の中島先生が厚労省の医療事故調査制度の施行に係る検討会で示されたものです。右側のComplex Systemが医療の実態そのものであると言うのです。ドクター、研修医、専攻医、ナース、薬剤師と多くのスタッフがいて、各々の機能がこの中で究極的には合理的な働きをしているということになります。その場その場においては十分に説明できているのか、できていないのかわからない。それぞれの機能そのものがそれなりにずっと存在して相互に作用しています。それが連結しているということになります。それが結果を予測することが容易かというとなかなか難しい。これが左側のLinear Systemと違います。という

ことで、私たちの産業はComplex Systemである、複雑系をなしているという話になります。このスライドにある右の写真は阪大の救急外来ですが、今日、ここにご参集の方たちは、大きな規模の病院におられる方もいるでしょうし、地域密着型の病院のところにいるかもしれませんし、場合によっては勤務医と言いながら、かかりつけの先生と全く同じようなことをやっているかもしれません。



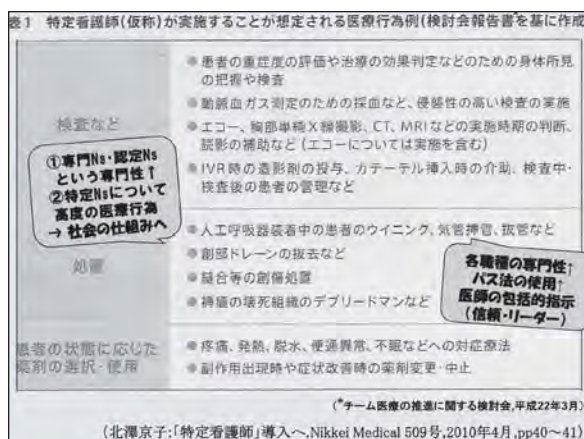
複雑系をなす病院のスライドを示しました。しかし、これからは地域包括ケア等と、地域においてもおそらくもう少し濃い、複雑なことがますます展開していく。ですから、上のスライド右半分も実は複雑系なんだろうと思います。これも今後、考察を進めていく必要があると思います。ということでこれ全体がチーム医療だという言い方もあります。

看護師		N=73
1. がん化学療法看護	35.5 (49.4%)	
2. がん性疼痛看護	23.9 (32.7%)	
3. 感染管理	44.1 (60.4%)	
4. がん放射線療法看護	3.3 (4.5%)	
5. 緩和ケア	38.4 (52.5%)	
6. 救急看護	30.9 (42.3%)	
7. 集中ケア	14.8 (20.3%)	
8. 手術看護	14.7 (20.1%)	
9. 小児救急看護	5.4 (7.4%)	
10. 新生児集中ケア	5.7 (7.8%)	
11. 摂食・嚥下障害看護	23.9 (32.7%)	
12. 透析看護	9.1 (12.5%)	
13. 糖尿病看護	21.2 (29.0%)	
14. 乳がん看護	4.7 (6.4%)	
15. 認知症看護	25.6 (35.1%)	
16. 脳卒中リハビリテーション看護	15.0 (20.6%)	
17. 皮膚・排泄ケア	21.3 (29.1%)	
18. 不妊看護	1.0 (1.4%)	
19. 訪問看護	18.2 (25.0%)	
20. その他	1.5	

なぜチーム医療かという、私が先ほど示しましたように歴史的な必然性があるという話よりも、まったく別の次元で平成21年に日本病院会がアンケートをしています。認定看護師さんの中から病院医師の

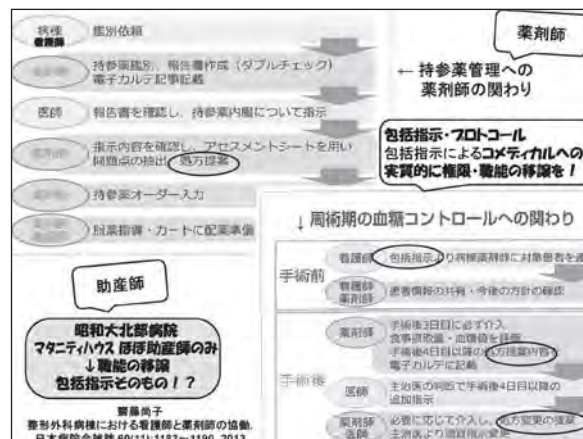
特別講演Ⅱ

望む分野を「5つ」選んでくださいという質問で、緩和ケア、がん化学療法看護、感染管理などの項目があります。この話はチーム医療の話にどうやら交わり合っていくようで、これは単純に「医師は忙しいので看護師にどうしてもらいたいのか」という話であり、「職能の移譲をすることがチーム医療か」という話になる。勿論、必ずしもそうではない、別の議論なんだろうとは思いますが、理念上としては、医療経済や社会全体、医師を含めた労働衛生環境といった全体の流れからみると、職能の移譲という問題はチーム医療とは切り離せないだろうと思います。

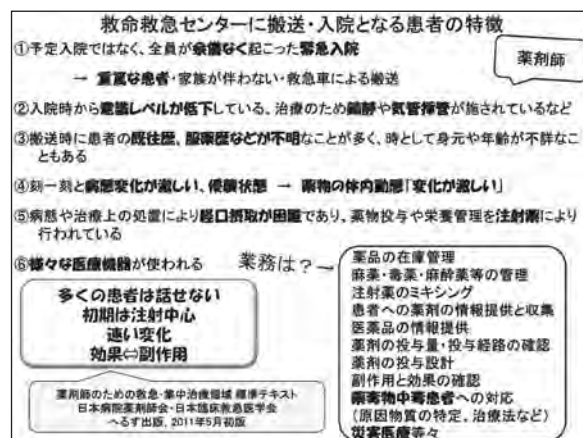


現にチーム医療の推進に関する検討会の中で議論されたことが2010年、いまから5年前の日経メディカルの記事が上のスライドです。要するにこのスライドにあるような仕事を行ってもらおうではないかという話がありました。当時から専門看護師や認定看護師はいました。そこで、特定看護師というジャンルは、要するに診療の補助という観点で看護師さん達に新たな仕事の展開を求めるものです。確かに小平市医師会の理事だった頃には、朝、手術場に入る時、脳外科の医師は2人しかいませんでしたから、「悪いけど、この患者のウィニングしておいてくれる」と頼むのです。「しょうがないわね」なんて言われながらもお願いして、午後3時とか4時に手術場から出てくると、確かに気管チューブは抜管されていて、「ご家族はどのように」と言ったら「もう説明しておきました」とこうです。ですから、当時から看護師の特定行為のようなことは行われていた

のですが、それを社会の仕組みとして取り組もうと、これがこれまでの流れであったと思います。

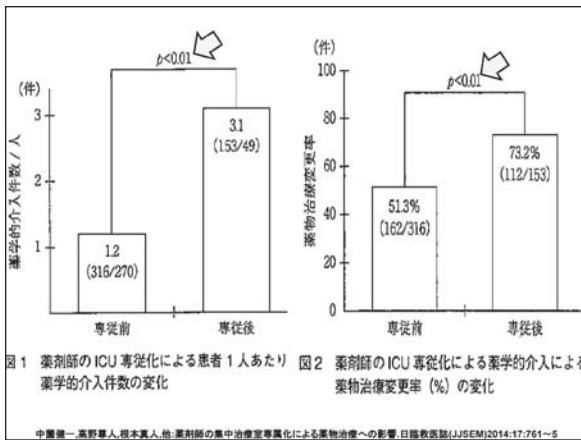


それとは別に、例えば薬剤師さんであれば、持参薬管理への薬剤師の関わりがあります。上のスライドは日本病院会雑誌からですが、今時の言葉で言えば包括的指示、すなわちプロトコールを使ってコメディカルへ実質的に権限・職能を移譲しています。このスライドの右下は周術期の血糖コントロールへの関わりです。薬剤師や看護師が上手にやっています。昭和大の北部病院ではマタニティハウスという、ほぼ助産師さんだけが仕事をしている病棟があります。これはある意味、包括的な指示を助産師さんに与えて、全体の流れを十中八九任せていくという特定行為そのものであるかのようです。薬剤師にしても他の職種にしても、そのようなことは実はいくらでもあります。



上のスライドは昭和大の救命救急センターを軸に作成したスライドです。薬剤師さんはこんなにたくさんの方々の仕事をしてきています。要するに医師がや

らなければならないこと、また少し気の利いた看護師さんがやらなければならないことを、薬剤師さんが薬剤師さんの立場で現場に入り込んで行なっています。救命救急センターですから、普通の病棟よりも少しややこしい患者さんが多いという中で頑張りますので、テキストを作ったり、日本臨床救急医学会と日本病院薬剤師会と一緒にこの分野における専門薬剤師を認定しましょうという話に発展するわけです。



その臨床救急医学会雑誌の中からの図です。薬剤師のICUへの専従化によって患者さん一人当たりへの介入が増えました。薬物治療の変更率も増えました。

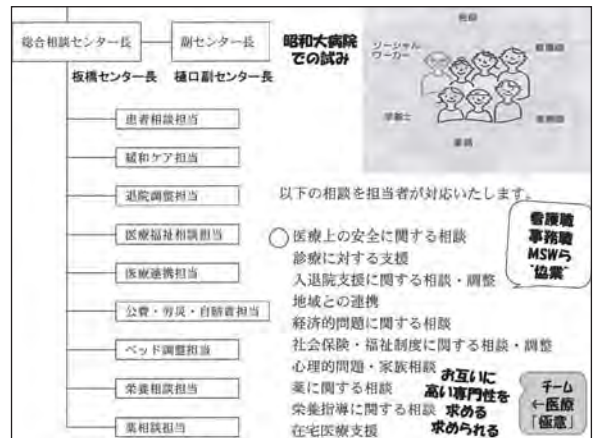
介入項目	介入件数		薬物治療変更率(%)		p値
	専従前	専従後	専従前	専従後	
①処方明確化と修正○	103	41	46 (44.7)	26 (61.0)	0.08
②相互作用と副作用のモニターと判定	40	17	28 (70.0)	13 (76.5)	0.75
③重症感染症の治療と予防○	37	18	19 (51.4)	15 (83.3)	0.04
④病態に応じた用量調節	32	15	20 (62.5)	15 (66.7)	0.78
⑤代替治療の提案	29	8	11 (37.9)	5 (62.5)	0.25
⑥予防投与の提案	26	15	16 (61.5)	12 (80.0)	0.30
⑦栄養評価と調整○	19	4	7 (36.8)	4 (100)	0.04
⑧科別変更と転科・調整○	17	13	5 (29.4)	12 (92.3)	<0.01
⑨その他	13	22	10 (76.9)	15 (72.7)	1.00
合計○	316	153	162 (51.3)	112 (73.2)	<0.01

※薬学的介入項目と介入後の薬物治療変更率

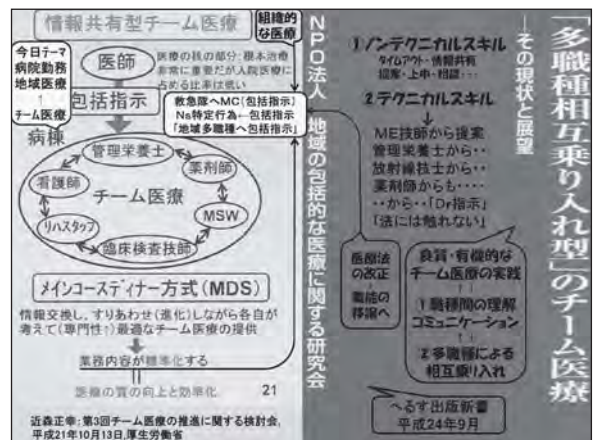
持病中止による有害事象の発現と再発抑制
薬物中毒に関する文献調査および薬理薬理の発現、対応療法、
過剰による薬物中毒などの情報提供
薬物治療法および薬理に必要不可欠な薬理

中野健一・高野真人・根本真人・他「薬剤師の集中治療室専従化による薬物治療への影響」日臨救医誌(JJSEM)2014;17:761-5

上のスライドの矢印にあるように感染症の予防、栄養学的な評価、その他について有意差までとはいきませんが、かなり意味のある統計学的な評価ができそうです。いずれにしても薬剤師さんたちが入り込んできて、そして一生懸命していただける仕事が沢山あります。



ただ、それは薬剤師さんが来たから出来るという問題ではありません。昭和大学病院の総合相談センターでは、スライドに書いてあるようなことを一気に“同じ場所”でやりましょうということで、看護師、事務員、医師、MSWらを含めてみんな一緒に仕事をしてもらうようにしました。僕の頭の中では、当時副院長でしたが、患者さんの利便性を高めることが一義的な目的でしたが、実際にやってみたら、スタッフがお互いに高い専門性を求めたり、求められたりするようになりました。これによって一人ひとりがパワフルになります。パワフルになっただけではなく上手にシンクロナイズーションしてくれるので、チーム医療としてはvery goodという話になります。お互いに高い専門性を求めるところが多分、チーム医療の極意なのではないかと思います。混ざった結果です。

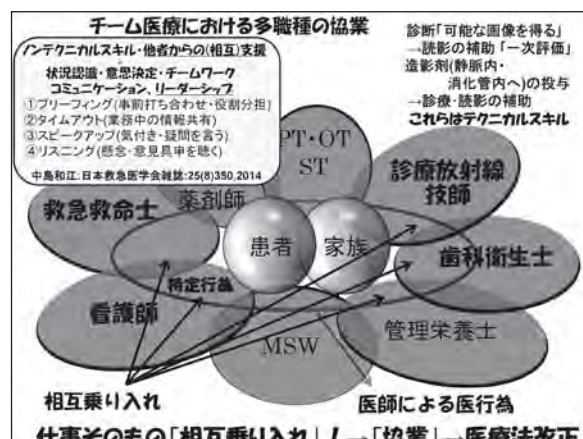


混ざる極意の延長線上に、もう一度しつこくお話しさせていただきますが、上のスライドの左側はチーム医療の推進に関する検討会で、近森先生が持つ

特別講演Ⅱ

てみえたスライドに筆者が加筆したものです。右側には昭和の大救命救急センターの中で、いろいろな職種が乗り入れながらやっていますよということを新書版で出したものです。近森病院の病棟においては、多職種の人たちが予め決められたルール、今時で言えばクリニカルパス等になりますが、包括的な指示の下に、仕事を展開します。病棟を地域に置き換えれば、おそらくこれからの地域医療とほとんど同じだと私は思います。病棟では業務内容が標準化されている状況でやりますので、場合によって効率化もできるようにという話になります。僕ら救急医は常に救急隊へのメディカルコントロールということで包括的な指示を救急隊に与えております。従って、救急救命士は除細動等をルールに従って行います。この間の厚労省の議論を経て、包括的な指示ということで、看護師の特定行為もこの秋から始まっていますので、場合によっては、包括的な指示を地域の多職種に行う、もちろん主治医が行うことによって、地域全体としてもそのようにして地域医療が展開していくのではないかと思います。右上のスライドの右側にテクニカルスキルと書いていますが、これはME技師がドクターに、管理栄養士がドクターに、放射線技師がドクターに、薬剤師がドクターに提案する。ということでドクターが形としては各々に指示をするということになりますが、法にふれない形で相互乗り入れが起っていることを示したものです。ですから、勤務医の方たちは、それぞれのパートナーと上手にやりとりすれば、法に触れない形で仕事を移譲していくことは十分にあるだろうと考えます。今回の医療法改正の中で、特定看護師の話、それから診療放射線技師などの話が出たのは、ある意味、現場でそのようなことが行われてきているし、将来、それが大事になるだろうということを示唆していると思います。

既に病院前救護において救命救急士は、医療法改正の前から心臓が止まる前にショックの状態では乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保のための輸液ができる、あるいは低血糖をチェックして、もし低血糖であればブドウ糖液を投与できますので、その意味で



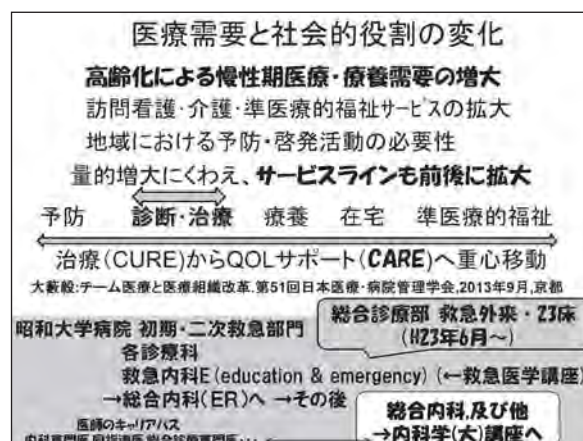
は救急救命士は看護師の職能を移譲されていたと考えることもできます。今回の看護師と、それから歯科衛生士、診療放射線技師の仕事は、職能の移譲ということで、医師からタスク・シフティングが起きています。ここにはありませんが、検査技師その他の職種にしても厚生労働大臣の職種は山ほどありますから、そのような方たちに職能の移譲が起きる、それは歴史的な必然性があるだろうと思います。仕事そのものを乗り入れしながら協業していくことによって、実態としてはこうなっているということです。つまり、ノンテクニカルスキルで、事前に打ち合わせをする、情報を共有する、疑問に思ったことを言う、意見の具申を聴く、これは当たり前といえども当たり前で、これすら出来ていないと問題です。これは必要条件です。このようなことでチーム医療ないしは地域医療の充実が少しずつ計られていく。状況についてのご説明は以上でございますが、もうちょっと根源的な話をしていきたいと思います。



それは、なぜ私たちがそれをやるのか、またはや

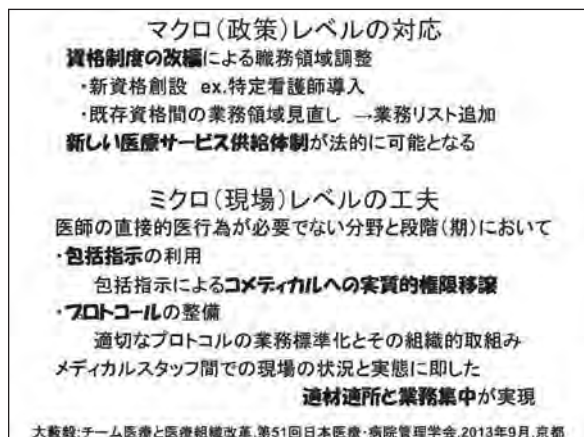
らなければならないのか、つまり高齢社会において私たちは何をやらなければならないのか、または何をすることが正しいのか、ということです。それを考える時の基本は、医療倫理や生命倫理の話になると思いますので、ちょっと辛気くさいのですがスライドに示します。これは「なぜチーム医療をやるのか」ということを日本病院会のシンポジウムで聞かれまして、その後、一生懸命考えてバージョンアップしたものです。倫理学の秋葉先生によると、生命倫理には2つの流れがあります。倫理学そのもので言えば、自律の原則、善行、無危害、正義の4つがありますが、臨床的に使うという観点でいくと、この2つの流れがわかりやすいと思います。どうわかりやすいのかというと、ひとつは戦後アメリカなどで発展したところの「個人主義的な」と秋葉先生が呼んでいる生命倫理です。つまり、個人の自己決定権が最高原理で、米国の弱者たる市民と強い政府との間で行われてきた公民権運動やニュールンベルグの裁判などでわかるように、人体実験の歴史や公民権運動の背景を持って、結局弱者たる患者の選択こそが最も重要なんだ、個人の自己決定権が最高、だから、僕らがインフォームドコンセントをするのは生命倫理的観点ではこの流れであります。もう一方、これは江戸時代からあると思いますが、「人格主義的な」生命倫理です。その人の存在そのもの、そもそも人の尊厳こそが最高原理である、だから、その人が選択するしない、善い悪いという問題ではなくて、どんな場合であっても治療しよう、きちんと生活につなげよう、ということです。いまの高齢社会では、きちんと何とかしてあげたいと思えば、あたりまえですが現在の医学を利用しよう、そうするとすごく進歩した医学の中に我々はいますので、チーム医療をやるのは当たり前、ですから「チーム医療をなぜやるのか」というのは、それは人格主義的な観点から人の尊厳こそが最高の原理なんだ、という職業倫理が展開していくということです。個人の容量を超えている、高齢者が増えてきたという話で必然的にそれを否めません。ついでに言いますと、勤務医も含めた全職員が理屈として連携する、つま

り「連携しないといけないよね」ということで、この気持ちを具現化しようと思えば理屈の上で「連携しなさい」ということになります。ただ、その結果として、ある意味共感を、シンパシーを共有するわけです。つまり、理屈と情動の世界を行ったり来たりしているわけです。この中で職務満足度、つまり共感という形で満足がいく、職務満足があれば、おそらく患者満足にもつながります。患者さんが満足して、私たちが満足しないという状況はありませんから、その意味では、患者さんが満足することになれば、話として個人主義的な観点と人格主義とは50:50でいいのですが、「チーム医療をなぜやるか」と言えばこういうことです。これら2つの観点を対比しながら議論する。個人の選択を最高原理とする、もうひとつは人の尊厳、自律の原則ということでいけば、患者の自律となるのでしょうし、医療者の自律という観点で考えてもわかりやすいかもしれません。人の尊厳を最高原理とするような、私たち医療者の生命倫理的な規範になると、その規範に忠実であろうとするところは我々医療者の自律です。

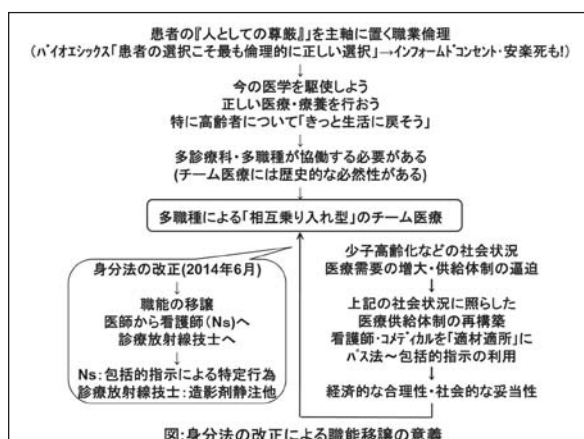


さて、社会一般の人たちがどのように言っているかという話をします。これは2013年の日本病院会による学術集会の中で、慶応大学の経済学の先生が言っていました。医療需要が変化して、サービスラインも変化しています。このためサービスそのものの展開の仕方が変わるだろうと言うことです。昭和大学病院で総合内科を作ったり、総合診療部を作ったり、総合内科と他の内科を一緒にして大内科学講座を作ったり、直近の議論で言えば、総合診療専門医

の話もこの筋というわけです。僕らの業界ではこのような動きがあるわけです。

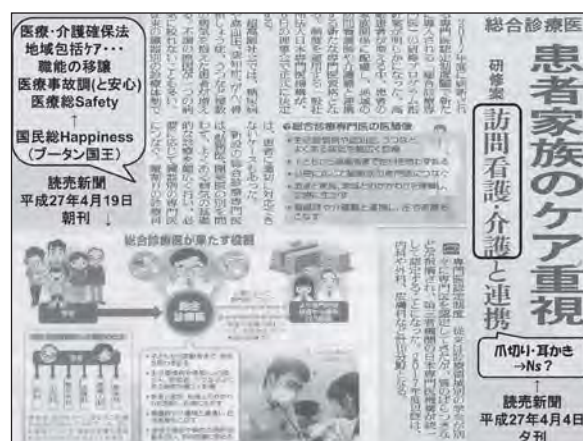


元に戻りますが、大蔵先生はマクロとしての政策レベルとしては、新しい医療サービスについての供給体制を法的に可能とするようにしなければならいだろうということでした。真正面から言えば、それは資格制度の改変による職務領域の調整をする話になるのですが、これはかなり大変だろうと思います。実質的に、今回の包括的指示の中にこっそり隠れていることもあるらしいのですが、いずれにしても現場レベルの工夫という意味では、包括的な指示を利用してコメディカルに実質的な権限を譲る、それはプロトコルを整備すると言うことができる。適材適所と業務集中を実現できます。



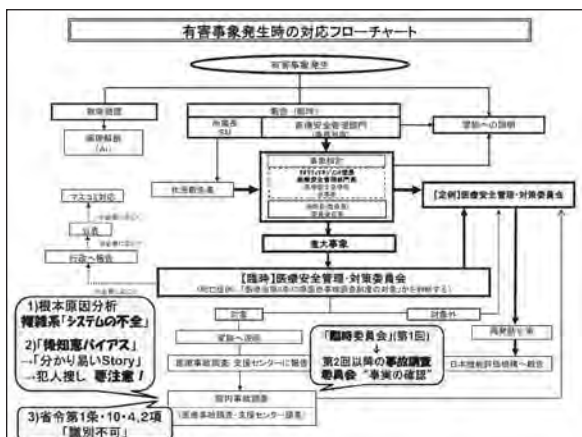
結局、多職種による「相互乗り入れ型」のチーム医療についての歴史的な必然性に関する部分は、いま僕がお話した、僕らの職業倫理的なセンスで進んでいきます。ただし、上のスライド右側に書いているように、社会の状況がそのようになっている、

ですから、需要が増大して、供給が逼迫しているという状況を鑑みて、経済的な合理性のある社会的な妥当性を担保する形で、これをどう調整するかと言えば、身分法を改正することになります。医療法の改正に伴う身分法、保助看法を変えれば看護師への、診療放射線技師法を変えれば診療放射線技師への職能の移譲が展開します。包括的指示という手段を使って特定行為を行うことで、これを許可するようにします。スライド上半分にあるように生命倫理的な形で僕らは考えてきましたが、下半分にあるように、社会の仕組みとして法的な秩序という観点で、中央政府がやらないといけないことをやってくれたということだと思います。



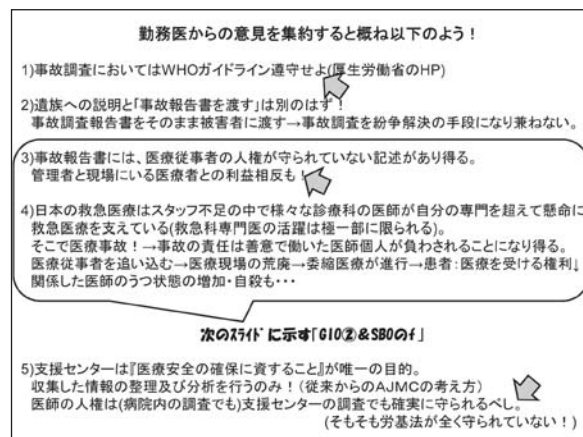
いわゆる医療・介護確保法という法律で、地域包括ケアの話や、今日これから話さなければならない勤務医の安全・安心の話もある。患者さんたちの安全・安心はよくわかりますが、僕たちの安全・安心もあるわけです。その意味で国民医療の総safetyを上げるという部分も、今回の中央政府の決定にしたがって粛々となされていくべきだろうと思います。医療総safetyというターミノロジーについては、ブータンの国王が国民総Happinessということをやったことがあって、新聞に掲載されたことを覚えておられますでしょうか。国民総生産ではなくて、私たちの国では国民総Happinessを考えると国王が言ったという話です。なるほどと、それを材料にして昭和の二次試験を作ったことがあります。

事故調に関連する話です。有害事象発生時の対応フローチャートを示します。昭和大学病院で作った

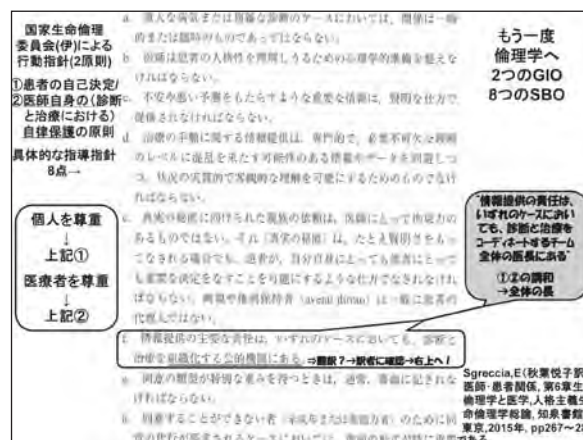


ものに加筆しました。昭和大病院では、何か「すわっ」ということがあれば、臨時の医療安全管理・対策委員会を開催いたします。臨時の委員会を開くということは、医療事故かどうかわかりませんから、これを臨時で開きます。臨時で開いて、もし医療事故だということであれば第2回目以降を事故調査委員会と名付けて、最初の臨時のものを第1回目とします。いずれにしても今回の法律の対象になればなっただけ報告します。ならなければならないので従前どおり日本機能評価機構に報告します。今日の話に直接関係はありませんが、もし事故調査をするのであれば、犯人探しをするような後知恵バイアスは避けなければなりません。後知恵バイアスを分かり易く説明しますと、例えば裁判の時の意見書は極めてわかりやすいストーリーにしてあり、バイアスそのものですから、あのような報告書ができると、あっという間にX君やY君がアウトという話になります。今回の法律では、そういった固有名詞については識別できないようにせよとなっております。これは匿名よりもきつい話なので、僕らの普段の言葉遣いからいうと連結不可能ということではないかなと思います。

勤務医から僕のところにメールが来ます。座長がおっしゃったように、全国医学部長・病院長会議で「徳俵に足をつけながら踏ん張れ」というような話もあります。そうすると「WHOのガイドラインを守れ」と言う話や「報告書を渡すのはあり得ない」などいろいろあります。医療従事者の人権が守られていないのではないかと、管理者と現場にいる医療者



との間で利益相反がある、萎縮医療が進行するなどあります。医師として地域で頑張っている時に、善意とはまったく相反するベクトルがグサッと心臓にささる。このようなことでは萎縮医療が進行して、そして結局誰も幸せにならない。多くの医師がうつ状態になってしまう、ということです。第三者機関は、「医療安全の確保に資すること」が唯一の目的なので、「絶対にそうだよな」と言ってほしいのですが、医者の人権は「そもそも労基法すら守られていないのに、医療事故において守られるのか心配だ」というのが切実というか、当たり前というか、なるほどなと感じる次第です。先ほどの祝辞で市長さんが「12時間勤務して大変ですね」とおっしゃいましたが、そもそも労基法が守られていない時に、この部分が守られるという話はないだろうということで、何とも辛いところです。



力ですのでこのようなルールがあります。(c)と(d)が患者のケアに関して、医療を行うすべての人を監督する、(d)はそのための適切なルール・手続きを保障する、つまり(c)と(d)はプロセスです。プロセスそのものを病院が組織として責任を負わなければなりません。一人ひとりのドクターやナースではないという言い方がこれです。今日は勤務医のことなので、勤務医について組織的な責任は管理者が持つことで、安心して医療を行うことが今後出来ていかなければなりません。スライドの点線から下は、医療事故調査制度で管理者にかなりの責任を持たせるような書きぶりになっていますが、いずれこれを直球勝負として私たちも議論するという時代が来るのではないかと想像いたします。

事故の収集・分析手法(Safety- I)からResilience engineering (Safety- II)への進化

「芳賀茂:安全文化についてもう一度考えてみる。大阪大学医学部付属病院中央リハビリテーション部:平成25年度医療安全能力向上のための効果的教育・トレーニングプログラムの開発ー医療安全学の構築と人材育成ー。医療安全へのレジリエンスアプローチ[インロダクション](平成25年度国公立大学附属病院医療安全セミナー報告書)。2015年3月31日,pp32~40」,その他から、Resilience engineering (Safety- II)等について論考する。

産業としては複雑系……

1)我々医療者には、例えばマニュアルに従うなどして日常的にこなす仕事以外にも、**緊急的な「外乱」**とも称すべき事態にしばしば遭遇する。これらには臨機応変に、脅威を予知したり的確に回避したりと、**柔軟な判断や調整**を行う。そのような作業の結果として、adverse eventとなることもあり得よう。**Resilientな!**

2)つまり、成功と失敗とは「紙一重」であり、そのような作業に当たる第一線と、組織医療の責任者である管理者(病院長)とは(患者・家族とも)、この意味で信頼し合い、**価値観を共有**せねばならない。

3)adverse eventとなればそれなりに、また成功事例となれば外乱を如何に調整できたかなどについて学習を進める必要がある。ここでは、**柔軟に判断**する。その結果を報告する。そしてそれから**学習し**不断に向上を試みることが求められる。

Resilience engineering ~Safety II

4)そして、上記の信頼と価値観のゆえに、患者・家族、管理者など関係者は、誰かを責めたり罰したりしないことがポイントである。**備えも医療の一環!** **勤務医の安心!**

5)以上により、医療事故は起こるもの(「紙一重」など)という前提から、また医療の質向上を目的とした事故調査と係争とは切り分ける必要のあることから、患者・家族への償いも必要に応じて(別途)求められる。

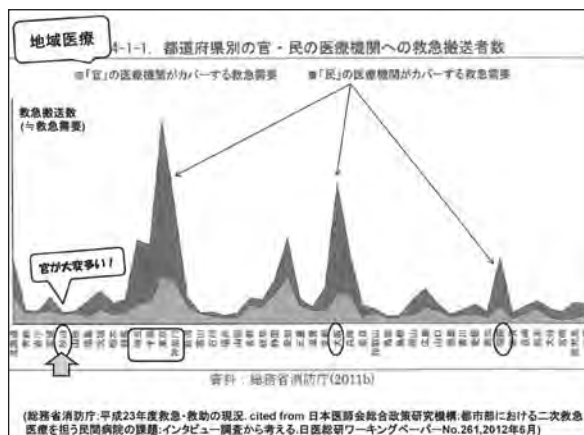
6)事故への対応を含めた**組織的な医療の構築**についてはこのように考える。**勤務医にとって安全・安心な医療**

チーム医療(倫・法)組織責任

チーム医療ないし組織的な医療のまとめ的な話を書きました。私たち医療者は、マニュアルに従うなどとして日常的にこなす仕事以外にも、緊急的な「外乱」とも称すべき事態にしばしば遭遇します。これらに臨機応変に、脅威を予知したり、的確に回避したり、柔軟な判断や調整を行わなければなりません。そのような作業の結果として、adverse eventになり得ることもあり得ます。我々が今病院でやっている事故調査制度はSafety- I です。ここで、Safety- II は、そうではなくて、もっと幅の広いネタがあるはずだという話です。adverse eventになることもあるだろうと、つまり成功と失敗は紙一重です。そのような作業に当たるのは第一線、つまり現場です。現場と組織医療の責任者である管理者とは、この意味で信頼し合い、価値観を共有しなければなりません。社

会という観点でいうと、患者、家族もそのような価値観を共有してもらわなければなりません。これはいまのところ難しいかもしれませんが、いずれにしても、成功と失敗は紙一重です。adverse eventになればそれなりに、また成功となればそれなりに如何に調整できたかについて学習を進める必要があります。柔軟に判断、結果を報告、それらを学習する、それらはadverse eventだけではなくて、成功事例でも勉強します。そのことをResilience engineering (Safety- II)と言います。このように不断に向上を試みることが求められます。ですから、信頼と価値観のゆえに患者・家族、管理者など関係者は、誰かを責めたり罰したりはしてはなりません。これが勤務医にとっては大事だろうと思います。以上によって医療事故は起こるもの、元々私は紙一重のこの観点で「起こるもの」と書くつもりはなかったのですが、病院で扱っているのは生物学ですので、そういう意味では不確実だろうと考えます。また、冒頭でお話ししました複雑系をなしているという病院医療の産業構造そのものが、場合によっては起こるものと言えましようし、あるいはある時起こるという観点で、備えも医療の一環と説明していました。今日、ここに来るための勉強の中で、Resilience engineeringのことを一生懸命勉強しますと、やはり紙一重だと、紙一重だから起こるものなんだという前提があるだろうと考えました。ですから、医療の向上を目的とした事故調査と係争とは切り離すことは、これはこれで当然ですが、備えも医療の一環で、勤務医は安心して仕事をしなければならない。医療の組織的な構築そのものに関しても、このような事故調査と係争とは切り離す必要があります。「切り離せ」と言っています。切り離した以上、患者・家族への償いも必要に応じて別途考えなければなりません。事故への対策も含めた組織的な医療の構築については、このように考えます。ということで、勤務医にとって安全・安心な医療、ないしチーム医療を倫理的、法的に考えればこうなるだろうというのが前半のまとめです。

後半の地域医療は、いままでお話ししたことのプ

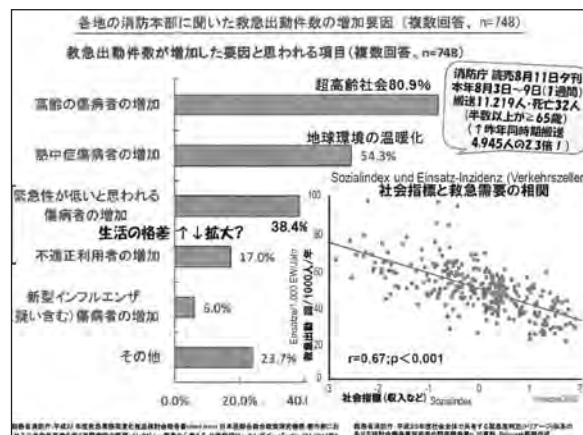


ラスアルファです。次のスライドは救急医療の需要について、日医総研のデータです。大都市部において、民のカバーするところは非常に多いです。東京圏、大阪、福岡などです。ここ秋田は、官のカバーするところが大変多いです。そういう意味では、ある意味、恵まれていると思われます。どちらかという、病院が潰れるのは民の方が多いからです。



これは東京消防庁のデータです、平成26年に至っては、全体の運んでいる患者さんの34.3%が75歳以上です。65歳以上は約50%です。下段は平成24年1~12月のデータで、平成23年に比べて患者さんの搬送は約1万件増えました。平成24年は、この1万件の中で、75歳以上が9987人です。もう毎年1万人ずつ増えています、東京では9割が75歳以上です。このような状況ですので、お年寄りのことを考えざるを得ません。

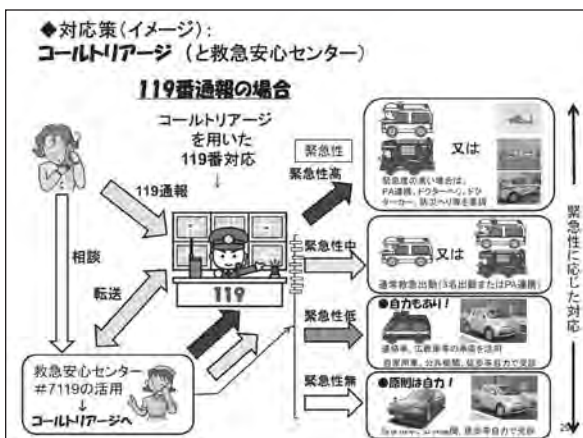
次も日医総研のデータです。搬送件数の増加について救急隊に聞きました。どうして増えたんでしょうかと。高齢者が増えました。熱中症が増えました。



これは地球環境の温暖化に伴い、夏のデータでは、去年に比べると実に2.3倍の熱中症患者を全国の救急隊が運んでいます。もうひとつは緊急性が低い、または不適正な利用が増えている、これはひょっとしたら生活の格差の拡大があって、それで増えているのかもしれませんが。日本にはそのようなデータはありませんが、右下の図はミュンヘンのデータです。1000人あたり年間何回使うか、左が60~80回、右が20~30回、少なく見繕っても倍違います。横軸右の裕福な人の方が半分で済んでいます。貧乏な人は、いざという状況になって沢山使っています。右側の裕福な人は、そうなる前に病院に行っていると思われます。このようなことで、生活の格差がこれから拡大する可能性があります。日本はまだよい方でしようが、このことは看過できません。熱中症もこれからどんどん増えます。不適正利用者もたくさん増えます。何が言いたいのかといいますと、私たちは需要の増大に対して、そのままそれを何とかするのではなくて、上手に優先度をつけてやらざるを得ないだろうということです。救急車の優先度の話をしますと「私は呼んでも連れて行ってもらえないのですか」という質問が返ってくる。そうではなく、「呼んでも来ないんです」という話です。

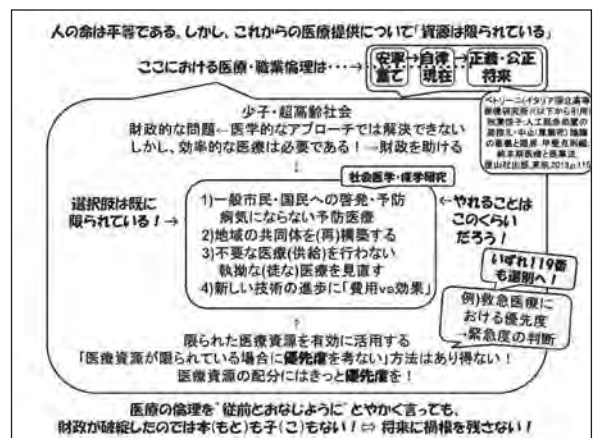
来ないと困るので、これは一般の方たちに次のスライドに示す受診ガイドを配布する、または東京で実施している電話相談をやってみるという話です。これらは東京都医師会の先生方と一緒にやっています。

電話相談においては「それなら今すぐ救急車が行きます」「いまから自分で行ってください」「それだ



ったら、いまから6時間くらいの余裕を見ていかれたらいかがですか」「今日は金曜日ですから、月曜日に受診して下さい」というふうに言います。米国では何時間も「診ません」という話もあるようで、救急外来から帰らなければならないこともあると聞きます。そのようなことはしませんが、いずれにしても緊急度に傾斜をつけて資源を配分します。119番通報について、横浜では投入する資源に差をつける(上のスライド右半分)方法で搬送しています。最初から「自分で行きなさい」と判断することが叶えば、119番通報でもトリアージができるだろうと思います。家庭でも、電話相談でも、119番でも、現場でも、病院の救急外来でも資源の傾斜配分をやっているという話です。

緊急度の判定については、社会全体で共有する、急ぐべきは急ぐ、待つべきは待つ、医療資源を傾斜的に配分する社会の構築をして救命率を上げると行政は言っているのですが、そんなのんきな話ではありません。とにかく資源は有限なので、どうやって



公平で公正な配分をするかということです。

なぜ、高齢社会において、私たちはこんなようなことをしなければならないのかということについての大事なポイント、今回のテーマを考える際の基軸となるような話を最後にしておきたいと思います。「人の命は平等だ」「でもこれからは資源が足りないのでどうするんだ」。結論から言うと、パターナリズムでごりごりのお医者さんはかつていたとしても「安寧」というのが基本です。いまは「自律」です。患者の自律、医療者の自律とお話しました。将来は「公正と正義」だと思います。これはスライドにあるイタリアの先生がこう言っています。先に引用した秋葉先生の著書にそのように書いてあります。少子高齢化社会で、財政的な問題があると横倉先生がおっしゃいました。でも、医学的なアプローチでは解決できないわけです。しかし、医療の側として効率的な医療は必要です。少なくともスライド1)～4)の程度しかできません。病気にならないようにする、地域の共同体を(再)構築する、これはかな

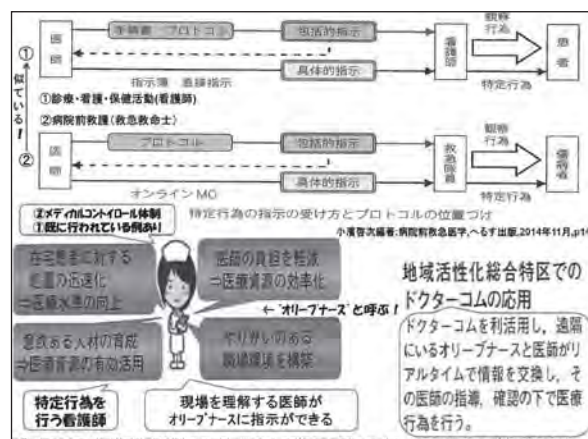
特別講演Ⅱ

り地域社会、高齢社会にとって重要なポイントです。そして、いたずらな医療というか、執拗な、無駄な医療をやめよう、費用対効果を考えようということなどです。加えて、限られた医療資源を有効に利用する場合に、優先度を考えるほかにはありません。資源の配分には優先度があります。

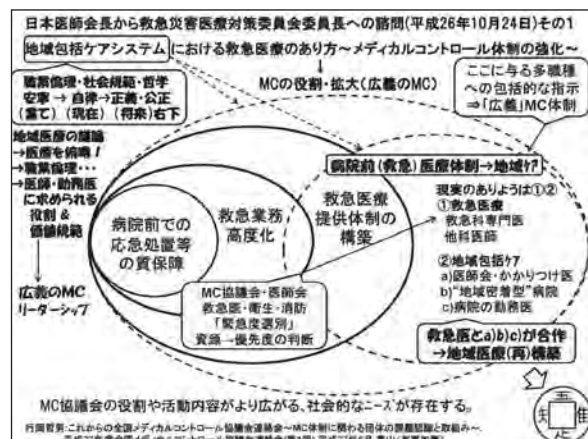
	プレモダニズム 医の倫理	モダニズム 生命倫理学	ポストモダニズム 延命倫理学
良い医	どの治療が、患者にとってより大きな善をもたらすか？	どの治療が、その価値と選択の自律において患者を尊重するか？	どの治療が、資源の活用を最良にし、満足した患者／依頼者を生み出すか？
理想的な医師	慈悲深いパターンリズム	民主主義的に分割された権限	道徳、科学、組織の「リーダーシップ」
良い患者	従順	参加者（インフォームド・コンセント）	公正に満足する依頼者
良い関係	治療同盟（医師と「その」患者）	パートナーシップ（専門職－利用者）	執事の任務（サービス提供者－顧客） 援助契約！機関／住民
決定する者	医師「科学と良心」において	医師と患者が共同で（合意に基づく決定）	管理責任者と共同して行う機関の指導（話し合い）
指導原理	安寧	自律	正義

この優先度については救急医療ではすでに始めていますが、優先度のことを一般的に考えると、先ほどのペトリーニ先生の表（スライド上）が参考になります。その昔、プレモダニズムの当時、理想的な医師は慈悲深いパターンリズムで、指導原理は安寧です。現在は、インフォームドコンセントとパートナーシップが重要となっていて、お互いが自律しています。これから先どうなるのか。これから先は、こんなものきなことは言ってられません。公正に満足する患者が良い患者です。何が公正かと言うと、資源の活用を最良にし、それに満足することが良い医療だと言っているのです。公正に資源を配分する、その指導原理は正義だと言うわけです。公正に資源を配分する正義、これがこれからの指導原理だと言うのです。この正義を具現化するの誰か。そのリーダーシップをとることができる医師が理想的な医師であると。これがこれから先もおそらく、ずっと重要な、大事な私たちの規範になるのではないかと思います。

この規範の部分が、ある程度共有されていれば、いろいろなことが順次理解されていく。救急救命士に対するメディカルコントロールと同じことが、看護師へのプロトコールを使った包括的な指示です。



このような話は、香川県ですでにやられています。オリブナースという看護師がいます。特区で医師が直接的に診察しないで、地域にいるオリブナースに全部行わせるものです。ですから、無診察で診療するという状況が起こっています。それは特区だからOKにしようということのようです。オリブナースに現場を理解する医師が指示することで、特定行為を行うことが可能となる。これも人的資源の配分という観点で理解できます。



日本医師会長から救急災害医療対策委員会委員長への諮問があります。地域包括ケアシステムにおける地域医療のあり方、MC体制等の強化、これについてどう考えますか、MC体制の中で処置基準の質を確保し、業務を高度化させ、そして医療の供給体制、つまりどこに運ぶかということまでやってきました。地域包括システムが破線の矢印の先のどちらの破線の○に向かうのか。結論的に言いますと、救急隊の運んでいる患者さんの3分の1以上が75歳以上、半分以上が65歳以上、そのような状況がどんどん進

展します。交通事故ではねられた、脳卒中のクモ膜下出血で運べという話は勿論残りますが、マジョリティとしては地域包括ケアシステムの中に、救急医療がおそらく包含されるのではないかというのが私の考え方です。もしそうだと、MCとは多職種への包括的な指示、つまり医師会の先生方、石井常任理事は広義のMCと言っていますが、広い意味で救急隊だけではなくて、看護師や薬剤師、その他もろもろの職種への包括的な指示という形で、この部分を考えます。そうすると救急医療もその中に入ってきます。そして地域において救急医療は行っていますが、地域包括ケアに関していうと、医師会、かかりつけ医、地域密着型の病院、病院の勤務医が一緒に取り組まなければなりません。救急医も勿論それに含まれます。そのようにして地域の医療を再構築していく。これがこれからの我が国の国情から見た状況ではないかと思います。地域医療を議論していくと、医療全体を俯瞰しなければなりません。これは医師会の得意技でもあります。職業倫理は先ほどお話の通りですから、私たちの役割や価値規範は広い意味でのMCをやる、公正な資源の配分という正義を具現化する。その意味において、リーダーシップを取らなければなりません。このことが、勤務医並びに医師会の先生方の合作の中で行われていくのだらうと思います。



そうはいいますが、チーム医療だけでうまくいくという話ではさらさらありません。このスライドは二次医療圏で東京が分割されたことを示すものです。東京都医師会と東京都庁の福祉保健局が5事業に関

して二次医療圏毎に考えろということから、「そんなことできるのか」と若干フリクションになって熱くなっております。東京都が12分割されたのは昭和60年です。私が公立昭和病院に行ったのは昭和59年ですから、これによって3つの医療圏に分割されました。そして、高度急性期、急性期、回復期、慢性期をそれぞれの医療圏で考えることに無理があります。「地域医療構想で東京をバラバラにしてはいけない」という論文を担当副会長が東京都医師会雑誌の直近の雑誌に書いています。こういうことがありますので、これから先、地域医療構想を議論する時に、やはり勤務医や医師会が行政と一緒に考えていかなければならないと思います。



勤務医の安心、自己実現を絶対に進行させようということで、地域医療の充実やチーム医療の話をしました。組織的医療のあり方とチーム医療の意義はおわかりいただいたと思います。今後の我が国においては、広い意味でのMCの体制を是非、具体的に実践していかなければなりません。そのリーダーシップをとるのが、今日の文脈で言えば勤務医、地域医師会、日本医師会、全体の団結だと思っています。以上、お話しを終わりたいと思います。

（羽淵座長）

有賀徹先生、本当におもしろい、先生の話された内容で一日ぐらい議論できると思います。最初はチーム医療の話から、生命倫理の話、地域医療の話と、今日のテーマを盛り込んでいただいたと思います。どうも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



それでは勤務医委員会の報告をさせていただきます。

平成24・25年度日本医師会勤務医委員会の「勤務医の組織率向上に向けた具体的方策」への答申で提案され実行された2つの方策

- ・ 日本医師会理事の勤務医枠：勤務医登用に
向けた日本医師会理事定数の増員の実現
- ・ 日本医学会総会への具体的な勤務医の参加

1

平成24・25年度にスライドのような答申がなされた中で、2つの方策が採用されました。日本医師会の役員の皆さま、執行部の皆さまの大変大きなご理解のおかげとっております。ひとつは先ほど会長がおっしゃいました「勤務医枠」、もうひとつは日本医学会総会への具体的な勤務医の参加ということでございます。これは答申をもっていった際に、横倉先生からやろうと即断していただきました。今でも鮮明に覚えております。

日本医学会への具体的な勤務医の参加
第29回日本医学会総会 2015 関西
特別企画2 勤務医と地域医療連携



特別企画2-1
東京都大学医師会と地区医師会の
地域医療連携 友安 茂(東京都医師会)

はじめに

地域包括ケア。専門医制度などを運用するにあたり大学病院医師と地区医師会医師の連携・連帯が重要であることは論をまたない。今までも、両医師会は学術講演会、交流会、懇親会を計画し、「顔のみえる連携・連帯」を築き上げてきている。しかし、その連携・連帯の深さを認識するのは難しい。

東京都医師会では、大学医師会と地区医師会の間で長年実施されている卒前臨床実習、早期体験実習、初期臨床研修制度についての実態、要望、改善点を調査することは、今後の両医師会の連携・連帯をより緊密にするうえに必要な事項の一つと考えている。今回、その調査を東京都医師会生涯教育委員会で行ったので報告する。

特別企画2
勤務医と地域医療連携
東京都大学医師会と
地区医師会や地域医療連携
報告
友安 茂
(東京都医師会/都立大学医学部)

特別企画2-2
連携が守る母と子—NMCSとOGCSの軌跡
船戸 正久(大阪府医師会)

連携が守る母と子—NMCSとOGCSの軌跡

NMCS: Neonatal Mutual Cooperative System (新生児診療相互援助システム) 1977年発足

OGCS: Obstetrical/Gynecological Mutual Cooperative System (産婦人科診療相互援助システム) 1987年発足

大阪府医師会 母産科医会委員会 委員長
NMCS 委員長
(大阪府産科総合センター 小児科) 船戸 正久

特別企画2
勤務医と地域医療連携
連携が守る母と子—NMCSとOGCSの軌跡
報告
船戸 正久
(大阪府小児科医療センター事務局長/大阪府産科総合センター)

特別企画2-3
地域医療・介護連携～中小病院の実践と役割
小野 剛(秋田県医師会)

まどめ～地域包括ケア構築にむけて～

多職種連携 医療従事者協働
多施設連携 住民との協働
地域連携 行政との協働

医療と介護の連携推進

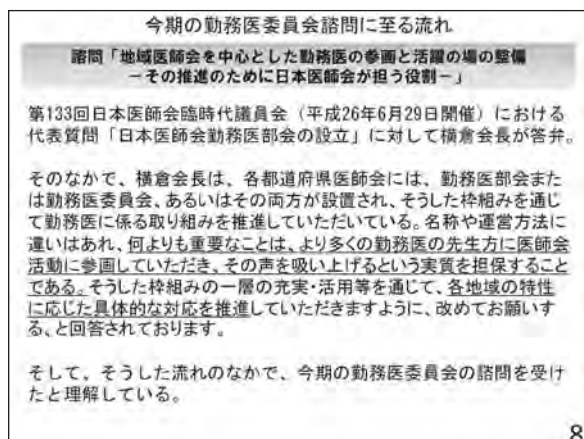
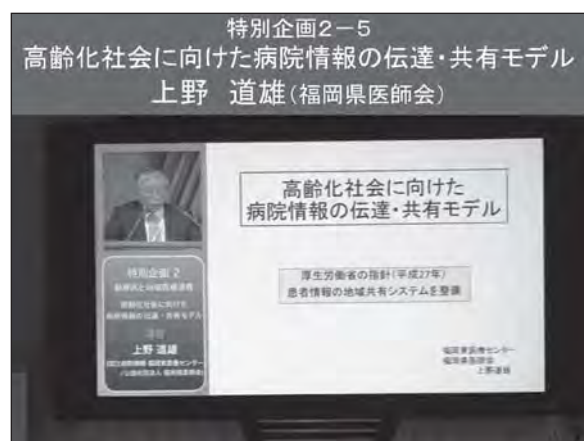
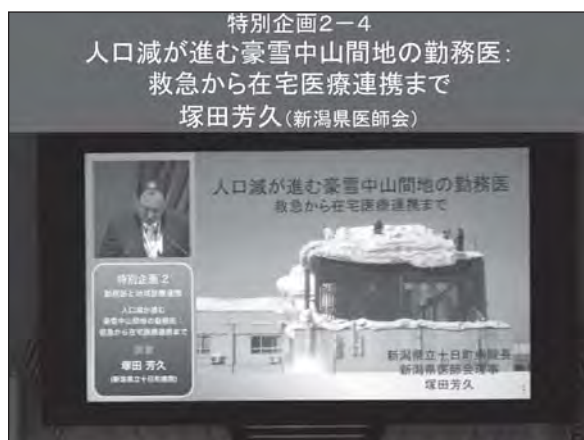
地域住民の生活の質(QOL)向上と地域の質(QOC)向上

地域包括ケアシステム構築

特別企画2
勤務医と地域医療連携
地域医療・介護連携～中小病院の実践と役割
報告
小野 剛
(秋田県医師会)

このような形で、日本医学会総会で特別企画として行うことができましたことについて感謝申し上げます。

ます。



今期の勤務医委員会諮問についてお話しさせていただきます。諮問は「地域医師会を中心とした勤務医の参画と活躍の場の整備—その推進のために日本医師会が担う役割—」です。これは平成26年6月の第133回日本医師会臨時代議員会で私が「日本医師会勤務医部会の設立」について質問したことにつきまして、横倉会長が「何よりも重要なことは、より多くの勤務医の先生方に医師会活動に参画していた

だき、その声を吸い上げるという実質を担保することである」と答弁されました。そのことについての諮問であると理解しております。

勤務医が医師会で行動するには①

医師会と勤務医

毎年8,000人を超える医師が誕生しているが、日本医師会会員数は増えない。勤務医の組織化が課題。勤務医が医師会内で意見を発する役割をだれが果たすのか。勤務医の意見を、どのように集約できるのか。なぜ、勤務医は医師会に興味を持たないのか。医師会の意思決定に勤務医が主体的に加われるならば、勤務医は医師会活動に興味を覚えるのではないのか。

『日医ニュース』勤務医のページ(H27.1.20号)より

9

これは、私が実際に書かせていただいた日医ニュースの勤務医のページからです。「毎年8000人を超える医師が誕生しているにもかかわらず、日本医師会の勤務医の組織化がまったく進まない。どうしてなのか。勤務医が医師会の意思決定に主体的に加わることができるならば、勤務医は医師会に入ってくるのではないのか」と書かせていただきました。

勤務医が医師会で行動するには②

地域医師会内での勤務医活動への支援

勤務医は医師の矜持を持って意見を表すべきである。地域医師会で、医療事故調査制度、地域医療構想などの具体的なテーマについて十分な時間とスタッフの下で、勤務医が意見を集約する場を設ける。それらの意見を医師会の各地域医師会ブロックでの議論を基にして、更に日医に収斂し、それらをもって日医の理事会で勤務医代表の理事が意見を述べる必要がある。日医が全ての医師の代表となるために、勤務医の具体的な意見集約の場と組織をつくる必要がある。それがかなうなら、勤務医は時間が許される限り、その議論に喜んで加わるのではないのか。

『日医ニュース』勤務医のページ(H27.1.20号)より

10

地域医師会の中での勤務医活動への支援を求めました。各地域医師会ブロックでの議論を基にして、それを日医に収斂するようにしたいと考えております。その前に郡市区医師会で意見を出していただきますけれども、それをブロックで議論をして、勤務医代表の理事が日本医師会の理事会でそれを伝えるということで、勤務医の具体的な意見集約の場と組織をつくることが重要ではないかということで申し上げました。

勤務医委員会(ワーキンググループ)における協議の経過 ①

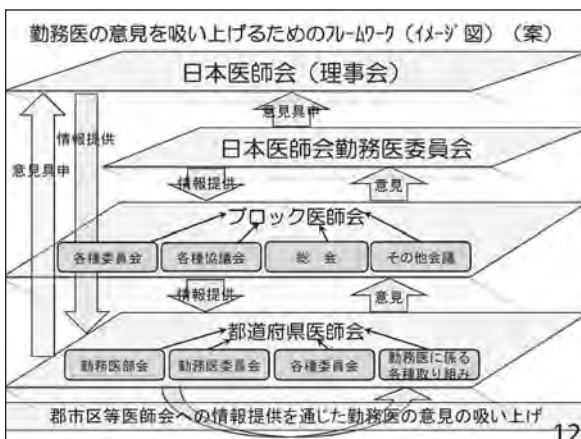
会長諮問

地域医師会を中心とした勤務医の参画と活躍の場の整備
—その推進のために日本医師会が担う役割—

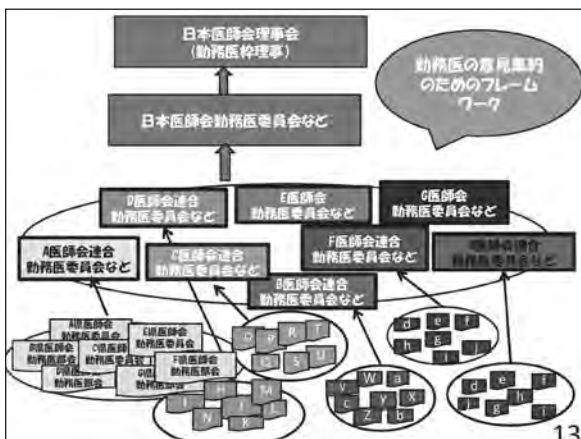
1. 「医師会内での勤務医活動をいかに担保し、活性化させるのか」について、勤務医委員会及び5名からなるワーキンググループ(WG)が、諮問に対する議論を行った。(6回の委員会審議と7回のWG)
2. 委員会では、地域医師会における勤務医の活動を活性化し、勤務医の意見等を日本医師会の会務に反映するために、勤務医の意見等を集約するための「フレームワーク」をつくることが提案され、その具現化に向けた取り組みなどについて主に議論を進めた。
3. 「フレームワーク」は、勤務医の様々な意見等を、郡市区等医師会、都道府県医師会、ブロック医師会とボトムアップで集約し、日本医師会(勤務医委員会などを想定)に伝えていくというイメージのものである。

11

これまで勤務医委員会で議論していましたが、それだけではなくてワーキンググループを設置して議論を進めなければならないと考え、設置しました。そして2番目に書いておりますけれども、地域医師会における勤務医の活動を活性化して、勤務医の意見等を日本医師会の会務に反映するために、勤務医の意見等を集約するための「フレームワーク」を作することを提案いたしました。ボトムアップで郡市区等医師会から都道府県医師会、それからブロック別、



12



13

そして日医という形です。

フレームワークのイメージ図です。このような形で都道府県医師会の意見をまとめて、さらにブロックでまとめたものを、例えば日本医師会勤務医委員会に伝え、それから勤務医の理事が日本医師会理事会で伝えるということが望ましいのではないかと思います。

平成27年度都道府県医師会勤務担当理事連絡協議会
於：日医会館小講堂 平成27年5月13日(水)

地域医師会を中心とした勤務医の参画と活躍の場の整備

こうした取り組みを進めるに当たり、平成27年度の都道府県医師会勤務担当理事連絡協議会では、各ブロックの推薦を受けて勤務医委員会に参画している委員より、各ブロック又は所属医師会における現況(勤務医の意見等をどのように集約しているのか)について報告を行った。

14

そのようなことを目的として、今年5月に平成27年度都道府県医師会勤務担当理事連絡協議会を開催いたしました。テーマは「地域医師会を中心とした勤務医の参画と活躍の場の整備」です。こうした取り組みを進めるにあたり、連絡協議会において各ブロックの推薦を受けて勤務医委員会に参画している委員より、各ブロックまたは所属医師会における現況について報告していただきました。

平成27年度 都道府県医師会 勤務医担当理事連絡協議会(H27.5.13)
各ブロックからの報告の概要 1/2

北海道ブロック

毎年2地区を対象に医師会役員を派遣し勤務医懇談会を開催。勤務医部会が地域医療の現況調査を基にした「北海道の勤務医の勤務環境改善のための提言」を紹介。同医師会と北海道(行政)とで設置している北海道総合医療協議会について説明。

東北ブロック

(1)医療事故調査制度、(2)医療勤務環境改善支援センター、(3)女性医師の参画、(4)専門医制度、(5)地域包括ケア、(6)地域医療構想について、同ブロックの各県医師会に対して実施したアンケート結果として、その取り組みと今後の課題等について紹介した。

東京ブロック

勤務医と開業医の議題を包含して理事会で討議し、その結果を地区医師会を通じて勤務医に周知。地区医師会長連絡協議会(月1回)、地区医師会理事会への訪問(月2、3回)を行い、意見交換等を行っている。紹介した。

関東甲信越ブロック

埼玉県医師会勤務医部会の取り組みを紹介、同県医師会理事を各都市医師会から1名ずつ選出すること等を通じて、意見を吸い上げる仕組みはできていると説明。更に、研修医の会費無料化についても検討しており、都市医師会にも働き掛けを行う予定であるとした。

『日医ニュース』(H27.6.20号)より

15

北海道と東京は1つの医師会ブロックですが、まったく事情が違います。さまざまな状況で、それぞれのブロックで同じような取り組みはできないということです。

平成27年度 都道府県医師会 勤務医担当理事連絡協議会 (H27.5.13) 各ブロックからの報告の概要 2/2 中部ブロック 中部医師会連合の取り組みとして、これまでに「勤務医特別委員会」を2回開催してきたことを紹介。平成27年度も同委員会の開催が決定しており、勤務医にかかる諸問題について検討し、中部医連総会で報告する予定。 近畿ブロック 近畿医師会連合の分科会や担当理事連絡協議会において意見交換等を行っている。大阪府医師会勤務医部会では、11地域のブロック委員会での活動を基礎に、常任委員会を年21回開催し、問題解決のための意見交換を活発に行っている。 中国四国ブロック 中国四国ブロックの各県医師会で行われている勤務医部会及び勤務医委員会の様々な活動内容について報告。また、岡山県医師会では「研修医登録会員制度」や「WELCOME研修医の会」等を通じて研修医の県医師会への入会を推奨していると説明した。 九州ブロック 九州ブロックの全県医師会に勤務医部会もしくは委員会が設置され、勤務医が理事等として参画していることを説明。研修医の段階から、いかに医師会に入会してもらうかが今後の課題であり、勤務医の就労環境の改善に向けた検討会の設置など、さまざまな取り組みを行っているとした。 『日医ニュース』(H27.6.20号)より	16
--	----

私は中部ブロックです。中部医師会連合では「勤務医特別委員会」を開催していただきました。その中で「フレームワーク」を作りつつあります。近畿はもとより大阪府医師会が大変素晴らしい活躍をしておられて、まさに私たちのお手本とすべき勤務医の組織化をしておりますけれども、その活動を広めていただきたいと考えます。中国四国ブロックしかり、九州ブロックについては金丸委員よりさまざまなアンケートの結果をいただきました。

フレームワークの実際と問題点 平成27年度 都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会での報告から ◆北海道や東京のように1つの都と道がブロックを構成しているところと、複数県でブロックが構成されているところでは、意見等の集約するための方法が異なる。ブロックごとの医療内容に大きな差がある。 ◆広域にわたる北海道や多くの医科大学がある東京、近畿、愛知県などでは、集約の方法に差が見られる ◆それぞれのブロックや各都道府県の特性に応じた意見集約等の方法を検討し、進めていただく必要がある。 ◆都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会での報告では、一部の医師会ブロック（中部ブロック）では、勤務医の意見集約等に関する具体的な取り組みが見られるが、全体としては、取り組みが進んでいるとは言えない。 ◆こうした現状からは、郡市区等医師会や都道府県医師会で勤務医の意見等集約に係る取り組みを作ることが肝要であり、そうした取り組みを進めていくなかで、ブロックや日本医師会に勤務医の意見等をボトムアップしていく道を探っていく必要があるのではないかと。	17
--	----

とは言いながら、やはり問題はあります。たくさん医科大学がある医師の多いところは、医師会も多いわけですが、そういうところで地域、ブロックにおいて差が見られます。画一的に同じような取り組みを行うことは難しいということです。それで、それぞれのブロックや各都道府県の特性に応じた意見集約の方法を検討していこうということになりました。

一例として中部医師会連合のお話をいたします。中部医師会連合はこれまでも社会保険、介護保険の

中部医師会連合勤務医特別委員会の活動① (フレームワークとしての役割) ・ 中部医師会連合常任委員会に富山県医師会馬瀬会長から、日本医師会勤務医委員会での日本医師会長諮問に関連して、具体的な勤務医の意見集約を図る方法として、「勤務医特別委員会」の設置が要望された。 ・ 8月・10月の2回にわたり委員会審議が、「医療事故調査制度」および「医療勤務環境改善支援センター」「勤務医の医師会加入策」について行われた。 ・ 多彩な意見を集約し、まとめた結果を中部医師会連合勤務医特別委員会報告として、11月に開催される中部医師会連合委員総会にて発表討論の予定。 ・ このよう、郡市区等医師会でのアンケートや議論を経て、ブロック医師会内でさらに議論を深めることにより意見の集約を行うことができると確信した。(意見集約のフレームワークとして有効) ・ この形態での意見集約を、日本全国8ブロック内に行い、その結果をもって日本医師会理事会にて「集約された勤務医の意見」として伝えることにより、勤務医の視点が医師会活動に反映される可能性が示された。	18
--	----

特別委員会を設置しております。そこにもうひとつ加えていただいて、勤務医特別委員会を作っていたくこととしました。中部医師会連合常任委員会にそれを認めていただきまして、2回委員会を開催した結果、さまざまな意見を集約することができました。医療事故調査制度、医療勤務環境改善支援センターなどについてアンケートを行いました。常任委員会から勤務医の医師会への加入策についても議論してほしいということでしたので、その議論の結果を基にして、それをブロックのひとつのフレームワークにできないかと考えました。

中部医師会連合勤務医特別委員会の活動② ・ ブロック内7県医師会に対して勤務医として議論すべきテーマをアンケート調査。(1)医療事故調査制度、(2)医療勤務環境改善支援センター、(3)地域包括ケアの3つの具体的なテーマを掲げ、「勤務医の意見集約のために各ブロックでどのような方法が取ることが可能か」を調査 ・ 各県郡市区等医師会への県医師会からのアンケート調査などを依頼 ・ アンケート調査などから1)院内医療事故調査制度、2)医療勤務環境改善支援センター、3)勤務医の医師会への加入策(中部医連常任委員からの提案)、の3点を議題とし、2回の委員会にて討議することとした	19
---	----

アンケートを行い、その中でどういう案件をしましょうかということです。各県医師会には、できれば郡市区の医師会の意見を集約していただくこととしました。あるいは、それが無理であればアンケート調査をしていただくこととしました。その結果を基にして2回の委員会を行いました。

第1回目は医療事故調査制度について議論しました。これについて2時間協議しましたが、本当にさ

中部医師会連合勤務医特別委員会の活動③
第1回勤務医特別委員会での討議内容

医療事故調査制度への不安と要望

- ・ 各県での準備状況の報告と愛知県の新規システムの説明、Aiシステムの現状などが報告された
- ・ 病院団体は事故調査報告書を遺族に渡すことを明言しているようだが、当事者一人に責任を負わせることが本制度の目的ではないことを勤務医と管理者が確認する必要がある
- ・ 罰則規定のない医療法の改定であるが、黙秘権や司法取引もなく、医師側への負担が大きい制度となっていないか
- ・ 病院の管理者が勤務医(当事者)を守ってくれなければ勤務医はどう対応することができるのか。フレームワークをつくるのであれば、管理者を除いた形で日本医師会がサポートできる体制の整備が必要ではないか
- ・ 前医と後医の問題：勤務医と開業医の連携と信頼が必要
- ・ 事故の責任を個人にしかねない
- ・ 医療事故調査を医師会、医療全体で共有し学習することは有意義であるが、患者側への説明責任を果たすためのシステムとしてやることへの大きな懸念がある

20

さまざまな意見がございまして、不安と要望がございました。特に、「当事者一人に責任を負わせることが本来の目的ではない」と有賀先生が先ほどおっしゃいましたが、「フレームワーク」を作るのであれば、管理者は勤務医を切り捨てかねないというところがあるので、管理者を除いた形で日本医師会がサポートできる体制が必要ではないかという意見等がありました。ある意味、勤務医がスケープゴードにされてしまうのではないかと、という思いからだと思います。それから前医と後医の問題があります。有床診療所、無床診療所から、当然病状の悪化によって病院に搬送されるべきですが、その場合に前医と後医、結局、開業医と勤務医の連携と信頼が必要であるということです。罰則規定のない医療法の改定ですが、黙秘権や司法取引もなく、医師側への負担が大きいのではないかなど、さまざまな意見がありました。

中部医師会連合勤務医特別委員会の活動④
第2回勤務医特別委員会での討議内容

医療勤務環境改善支援センター

- ・ 設置主体が行政や医師会などであり、その活動にかなりの差が見られる
- ・ 活動内容が十分ではなく、他の女性医師支援事業、看護師支援事業、地域医療支援センター事業(医師派遣事業)などとの一本化が望ましい
- ・ 医業経営コンサルタント事業と医療労務管理アドバイザー事業からなる事業であるが、相談件数は少なく、医療機関あるいは医療者への周知が不十分
- ・ 民間病院での経営状況悪化への懸念
- 勤務医の医師会加入策について
- ・ 研修医の医師会費無料化を行っている。勤務医医師会費は民間病院では病院が負担する例もあるが、公立病院では医師個人の負担
- ・ 医師会の政策決定に勤務医は関われるのか、医師会役員に勤務医が少ない
- ・ 2年の研修を修了したのちの対応、研修医が県外へ移動した際の医師会継続は困難
- ・ 病院管理者に勤務医の医師会活動への理解と時間の担保を求める
- ・ 大学医師会は機能しているのか
- ・ 大学医学部教授(会)たちの医師会活動への理解の促進
- ・ 医賠責、専門医制度への理解、医師会が医師を守る(医療事故調査制度)
- ・ 医師連盟と医師会の関連への懸念

21

第2回目は、医療勤務環境改善支援センターと勤務医の医師会加入策について話し合いました。センターについては、ほとんど動いていません。三重県

はよく動いていますが、とはいいながら予算が、例えば女性医師支援事業やナースバンクなどは縦割りで補助金が出ています。それらがまったく別々に動いているので、重複することもあるれば、足りないところもあります。やはり一本化していかなないと、全体に医療勤務環境を改善することにならないというような討議の内容でした。勤務医の医師会加入策については、医師会役員、特に都道府県医師会役員に勤務医が少ないこと、病院管理者に勤務医が医師会活動に出ることに理解を求めたい、医師会が医師を守る、というさまざまなことがありました。これをまとめて、11月に行われる中部医師会連合の委員総会で報告いたします。その時に横倉会長も来ていただけると伺っております。

勤務医委員会(ワーキンググループ)における協議の経過 ②

- 日医ニュース「勤務医のページ」の具体的な活用と執筆者の確認
- 広報委員会に依頼して、勤務医のページの改定を行った。勤務医のページを、日本医師会勤務医委員会での活動や方針を具体的に伝える手段としてゆくことが確認された
- 医療事故調査制度について、日本医師会医療安全対策委員会 上野道雄副委員長と、松原謙二副会長から、委員会または担当理事連絡協議会において説明を受け、質疑がなされた
- 医師会会費を無料にすることで入会した研修医を、研修修了となる2年後も医師会を退会することなく活動することを担保するための具体的なプログラムの作成の提案

22

これまでの勤務医委員会の協議の経過です。勤務医のページが日医ニュースにあるのをご存知かと思います。これまでは学術的なことも含めておりましたが、これからは勤務医委員会の活動内容をお知らせしていこうと考えております。研修医の医師会会費を無料にし、各都道府県医師会でも無料にしたところもあります。郡市区でも無料化しておりますが、その研修医が2年間が終わった後に、そのまま医師会に残ってくれるのかどうか、これはさまざまな問題があって、研修医が異動することも大きな問題です。そういうことについて2年後も医師会にしっかりと残って活動していただくためのプログラムを作ることを考えています。

それからブロックのフレームワークの中で、「ブロック医師会代表者会議(仮称)」も要望してい

勤務医委員会(ワーキンググループ)における今後の提案・検討事項

- 都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会、全国医師会勤務医部会連絡協議会のほかに、「ブロック医師会代表者会議（仮称）」を設立することを提言
- フレームワークによる勤務医の意見集約方法の確立
- 「勤務医の労働管理に関する分析・改善ツール」を日本医療機能評価機構の評価項目に入れることを提言
- 日本医師会による具体的な情報の提供と解析
- 1年に1回開催される「都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会」でより積極的な意見交換を行うために、分科会を行うこと、時間を延長することなどのプログラム素案の策定
- 日本医師会から、病院管理者（病院団体など）に勤務医の医師会活動への理解を求める
- 地域医師会役員に勤務医をより多く登用するための方策

23

たいと思います。フレームワークによる勤務医の意見集約の方法を確立したいと考えます。都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会については、年1回2時間程度で十分な議論が行われていないので、分科会などを行うことによって、しっかりと議論していただきたいと思います。

日本医師会 勤務医委員会 名簿

◎泉 良平	富山市病院事業管理者	富山県医師会副会長
○望月 泉	岩手県立病院病院長	岩手県医師会常任理事
植山直人	医療生協さいたま行田協立診療所所長	
大久保ゆかり	東京医科大学皮膚科学教室教授	東京医科大学医師会理事
岡部寛裕	平和リハビリテーション病院院長	北海道医師会常任理事
金沢和俊	金沢クリニック理事長	埼玉県医師会副会長
金丸吉昌	美郷町地域包括医療局総院長	宮崎県医師会常任理事
清水信義	労働者健康福祉機構岡山労災病院名誉院長	岡山県医師会副会長
下村嘉一	近畿大学医学部附属病院教授	大阪府医師会理事
鈴木 厚	川崎市立井田病院内科担当部長	
塚田芳久	新潟県立十日町病院病院長	新潟県医師会理事
友安 茂	昭和大学病院血液内科客員教授	東京都医師会理事
橋本 省	国立病院機構仙台医療センター副院長	宮城県医師会常任理事
澤巻わかえ	女子栄養大学教授	

◎＝委員長、○＝副委員長

役 員 : 今村副会長、笠井常任理事、小森常任理事

24

これが勤務医委員会の名簿です。

以上でご報告を終わります。ありがとうございました。

次期担当医師会挨拶

12:05~12:10

挨拶：大阪府医師会長 **伯 井 俊 明**



挨拶

大阪府医師会長 伯井俊明

こんにちは。

次期当番医師会、大阪府医師会の伯井でございます。

まず、はじめに本日の連絡協議会が、日本医師会をはじめ、担当県である秋田県医師会の皆さまほか関係者のご尽力により、このように盛大に開催されましたことを心よりお慶び申し上げます。

来年度は大阪府が担当させていただきます。日程につきましては、平成28年11月26日（土）・リーガロイヤルホテル大阪で開催の予定になっております。次回の連絡協議会でも、現在の日本の医療界におけるさまざまな課題に着目し、先生方のお知恵をお借りしながら、実りある会になりますよう、鋭意準備を進めてまいり所存でございます。我々大阪府医師会役職員一同、皆さまのご来阪を心よりお待ちしております。

さて、大阪は、太閤さんこと豊臣秀吉の時代から、天下の台所と呼ばれるように商人の町として発展し、今日に至っております。最近では経済が低迷し、大阪都構想の是非を巡る住民投票が実施されるなど、世間を騒がせているところでございます。また、「食の倒れの街」といわれるように、食文化やあるいはお笑いをはじめとする芸能文化も発展しております。折角の折ですので、ご来阪の際は、そういった大阪を是非体感していただきたいと思っております。11月となりますと肌寒くなり、年末に向けてお忙しい時期ではありますが、皆さまとこれからの勤務医部会の諸活動についてご議論できますことを、心から楽しみにしております。たくさんの先生方のご来阪をお待ちしております。

最後になりましたが、全国医師会勤務医部会連絡協議会の今後ますますのご発展と、ここにお集まり

の皆さま方のご健勝、ご活躍を祈念いたしまして、ご挨拶にさせていただきます。ありがとうございます。

第37回全国医師会勤務医部会連絡協議会

平成 28 年 11 月 26 日（土）・リーガロイヤルホテル大阪

勤務医部会発祥の地、大阪へいらっしやい

水利に恵まれた大阪は、5 世紀には「仁徳天皇陵」を始めとする古墳文化が栄えました。国際貿易の発達で、7 世紀に難波宮ができております。この周辺には天下統一の「大阪城」があり、文化の中心であったことが偲ばれます。秀吉お抱えの千利休により茶道が発展し、江戸時代には日本各地からの物流で商業が栄え、気取らない商人の文化として継承され続けました。自由な空気の中、蘭学者緒方洪庵は、1838 年医学教育の源流「適塾」を、大阪北浜に開校しました。16 世紀にも渡る歴史を経て、現在の医療環境においては、500 以上の病院と 8,000 を越える診療所が大阪府民の健康を支えております。

大阪府医師会勤務医部会は、昭和 48 年に全国に先駆けて発足し、平成 25 年にお陰様で設立 40 周年を迎えました。これは諸先輩方のご尽力の賜物であり、これからも歴史を受け継ぎながら、より一層の発展と部会員の立場を越えた組織活動を推進していきます。

勤務医部会発祥の地であるこの大阪で、平成 28 年度第 37 回全国医師会勤務医部会連絡協議会が開催されますことは、昭和 56 年の第 2 回連絡協議会以来、実に 35 年ぶりの開催となり、大変光栄なことであります。ぜひともこの協議会を通じまして患者さんの笑顔と健康を守るこれからの医療の歴史が生まれますことを願いつつ、たくさんの先生方のご来阪をお待ちしております。



昭和 48 年勤務医部会設立当時



平成 25 年に設立 40 周年を迎えました

「秋田県における医療組合運動の歴史」

講師：秋田県厚生連 由利組合総合病院長 **菊地 顕次**

座長：秋田県厚生連 大曲厚生医療センター院長 **小野地 章一**



座 長

秋田県厚生連 大曲厚生医療センター院長

小野地 章 一

それでは、ランチョンセミナーを始めたいと思います。進行を務めます小野地でございます。講師は由利組合総合病院院長の菊地顕次先生であります。略歴はプログラムの33ページに記載しておりますので、省略させていただきます。昨日、一昨日と秋田市で開催されました第64回日本農村医学会を先生は主催され、盛会裡に終了したばかりであります。

由利組合総合病院は、私どもの大曲厚生医療センターとともに、経営母体は秋田県厚生連であります。秋田県厚生連は秋田県で8つの病院を経営し、ひとつの病院の経営を委託しております。9病院で総ベッド数は3672床です。秋田県の有床診療所を含みます総ベッド数の31%、公立、公的病院に限りますと56%を占めております。救急搬送患者はほぼ50%を引き受けているような状況でありまして、かなり特殊な医療を行っている県ではないかと思っております。本日は「秋田県における医療組合運動の歴史」と題してお話しいただくわけですが、先ほどお話ししましたように、秋田県における特殊な医療状況を考えますと、秋田県の勤務医の歴史の半分を占めるようなお話になろうかと思います。

先生、よろしくお願い申し上げます。



「秋田県における医療組合運動の歴史」

秋田県厚生連 由利組合総合病院長 菊地 顕 次

ただいまご紹介いただきました秋田県厚生連由利組合総合病院の菊地でございます。早速、お話を始めさせていただきます。

かつて、医療組合と医師会との間には深い確執が存在したことは事実であります。本日はこうした客観的な史実も含めましてお話をさせていただくことを、予めご容赦いただきたいと思います。



西ドイツ・ワイツゼッカー大統領

過去に目を閉ざす者は、
結局のところ現在にも盲目となる



中国・巴金

過去を忘れない者だけが、
未来の主人公になることが出来る

過去にしっかりと眼を向けなければ、現在も未来も見えてこない、と多くの先人達は言っております。

本日お話する内容

- ・ 序 章 産業組合の誕生
- ・ 第1章 全国各地に起きた医療組合運動
- ・ 第2章 秋田県における医療組合運動
- ・ 第3章 医療組合病院から厚生連へ

本日お話しする内容であります。最初に産業組合についてお話をいたします。その後、医療組合運動の全国の状況、ついで秋田県での状況、最後に医療

組合を基盤に戦後に誕生いたしました秋田県厚生連について述べたいと思います。

序章(プロローグ)

産業組合の誕生

はじめに産業組合のお話でございます。産業組合とは、現在の農業協同組合や信用金庫などの母体となった組織のことです。



フリードリッヒ・ヴィルヘルム・ライファイゼン

- 1814年 ジーク河畔のハム村で出生
 - 1845年 ヴァイエルフッシュ村の村長
 - 1846年 バン組合を設立
 - 1848年 フラマーフェルト村の村長
 - 1849年 貧農救済組合を設立
 - 1852年 ヘッデスドルフ村の村長
 - 1854年 福祉組合を設立
 - 1864年 貸付信用組合を設立
 - 1865年 ヘッデスドルフ村の村長を辞職
 - 1872年 ライン農業協同組合銀行を設立
 - 1876年 農業中央貸付金庫(株)を設立
 - 1877年 農村協同組合代表者連盟を設立
 - 1888年 ヘッデスドルフ村で死去(73歳)
- “ドイツ農村信用組合の父”

このスライドの人物、フリードリッヒ・ライファイゼンのことをお話ししなければなりません。この人物は、ドイツ農村信用組合の父と呼ばれた方です。ドイツ南西部の小さな村々の村長を務めた人で、相互扶助の精神で貸付信用組合を創設し、当時、高利貸しの横暴で経済的に極めて困窮していた農民を支援した人物として知られております。「一人は万人

のために、万人は一人のために」と説いて、協同組合運動を推進しました。



ライファイゼン出会いセンター

国際協同組合年にあたる平成23年にライファイゼンの足跡を辿るためにドイツに行つてまいりました。これはライファイゼンが村長を務めた村で、現在、ライファイゼン出会いセンターとして、彼の執務した建物、あるいはその部屋が史跡として残されています。



背後に見えるのが、旧村役場の建物です。



ライファイゼンハウス(旧村役場)

これがライファイゼンハウスと呼ばれる旧村役場です。



一人は万人のために、万人は一人のために

その内部に入りますと、ドイツ語で「一人は万人のために、万人は一人のために」と書かれています。



パン焼き小屋

ある飢饉の年に政府から小麦粉が支給されました。それはお金との引き替えであるとの指令があったそうですが、ライファイゼン村長は政府の方針に反しまして、困窮した農民たちに後払いで小麦粉を配給したそうです。さらに、小麦粉を使ってパンを焼く



パン焼き室

小屋を建てて、農民たちに分け与えたということでございます。

内部には、実際にパンを焼いた窯が残っております。



空腹の子どもたちにパンを分け与える様子が、この像で象徴的に表現されております。



ライファイズンが活躍した19世紀後半のドイツに明治政府から派遣された人たちがおります。品川弥二郎と平田東助の2人の人物です。品川は吉田松陰の松下村塾で学んだ人で、現在、NHKの大河ドラマ「花燃ゆ」にも出てまいります。

品川と平田がその成立に心血を注いだのが産業組合法です。ドイツの協同組合のあり方を参考に、難産の末にやっと制定されたのが明治33年のことです。当初は、信用、購買、販売、生産の4つの経済事業を組合員の相互扶助の精神で行うことを趣旨としておりました。

大正8年に産業法が改正されまして、先ほどの生産組合を改めまして利用組合としました。この利用

産業組合法

- 公布・施行：
ドイツの「産業および経済組合法」を模範として立案、難産の末、明治33年(1900年)に制定された法律
- 設立趣旨：
「組合員の産業または経済の発達」を目的とし、信用、購買、販売、生産の4種類の経済事業を組合員の相互扶助の精神で行うことを趣旨としていた。
経済事業の種類に応じて、信用組合、購買組合、販売組合、生産組合などが設立された。

第4次産業法改正

(大正8年)

要 旨：

生産組合の名称を改めて利用組合とした。

従来生産組合の事業目的が、組合員の生産した物を加工し、または組合員に産業に必要な物を使用させることにあったのを、産業並びに経済に必要な設備を利用することが加えられた。

これによって、単に生産用設備だけでなく、消費経済用施設、例えば住宅、浴場、水道、自動車、公会堂、病院並びに医師、産婆なども利用の対象になった。

事業とは、組合員が個人では所有することができない生産、あるいは生活関連施設を共同で設置して利用するというもので、病院やあるいは医師、産婆なども利用の対象となりました。

4つの経済事業

信用：組合員からの貯金の受け入れ、生産や生活に必要な資金の貸付、為替の取り扱いなどの金融サービス

販売：組合員が生産した産物を共同で有利に販売する。

購買：組合員の生産に必要な資材、生活物資を共同購入して供給する。

利用：組合員が個人では持てない生産・生活関連施設を共同で設置し、利用する。

医療組合とは、産業組合法による医療利用組合を指しており、すなわち産業組合が経営する医療事業のことである。

従って、本日、お話しする医療組合とは、産業組合法による医療利用組合を指しております。

この産業法の改正によりまして、医療組合設立運動が全国各地で芽生えはじめます。

最初に出来ましたのが島根県の青原村です。無医

第 1 章

全国各地に起きた医療組合運動

産業組合と医療との関わり

- 産業組合医療利用事業兼営のはじまり
大正8年(1919年)に島根県鹿足郡青原村の青原信用購買販売利用組合が20坪たらずの診療所を開業医2名に委託して隔日の午後に診療したのがはじまりである。
- 単営の医療事業利用組合(組合病院)の創設
昭和3年(1930年)に青森市に有限責任利用組合東青病院として設立された。(現在の青森市民病院)
- 医療利用組合運動の勃興
賀川豊彦・新渡戸稲造らが東京に相互扶助による組合病院を設立する計画を立て、東京医療利用組合設立を申請した。

村だった青原村の信用購買販売利用組合が開業医に委託いたしまして、診療を始めたのが最初です。しかし、こうした産業組合による兼営の医療事業は経営難、それから医師会の反対運動、医師不足などでほとんどが廃止されました。次に医療事業を主な目的とする単営の組合病院が創設され、これが医療組合運動の発展のきっかけとなりました。その嚆矢となったのは、青森市に設立された利用組合東青病院です。さらに、この医療組合運動に弾みをつけたのが、賀川豊彦、新渡戸稲造らによる東京医療利用組合の設立運動でした。

いまお話しした産業組合による兼営の医療事業は、大正から昭和初期にかけまして続々と設立されましたが、その多くが閉鎖、廃止の運命を辿りました。これが医療組合の第1期と呼ばれる時代です。

昭和3年から青森県の東青病院を嚆矢としまして、医療事業を主たる目的とする単営の広区域医療利用組合病院が全国に続々と開設されていきます。この東青病院は、後にベッド数60床、医師数13名を擁す

医療事業兼営産業組合:医療組合の第1期時代

設立認可年・月	府県名	組 合 名	備 考
大正 8年11月	島 根	青原村信用購買販売利用組合	昭和 6年合併閉鎖
11年 4月	岡 山	船穂信用販売購買利用組合	昭和12年閉鎖
11年 5月	長 野	喬木信用販売購買利用組合	
12年 4月	愛 知	神野新田信用販売購買利用組合	昭和 3年廃止
12年12月	奈 良	免志院信用販売購買利用組合	大正15年閉鎖
13年 5月	兵 庫	伊保村信用販売購買利用組合	大正14年閉鎖
13年 6月	福 岡	久原信用販売購買利用組合	昭和 9年閉鎖
13年 8月	岡 山	国府村信用販売購買利用組合	個人医に譲渡
13年12月	島 根	秋鹿信用販売購買利用組合	
昭和 2年 5月	福 岡	大塚信用販売購買利用組合	
2年 8月	岡 山	福渡町信用販売購買利用組合	
2年 9月	広 島	川口村信用販売購買利用組合	昭和 8年廃止
3年 2月	愛 媛	家串信用販売購買利用組合	
3年11月	新 潟	胎内信用販売購買利用組合	

広区域医療利用組合病院:医療組合の第2期時代

事業開始年・月	府県名	組 合 病 院 名	備 考
昭和 3年 9月	青 森	利用組合東青病院	青森市1町10か村
4年 8月	高 知	高陵利用組合昭和病院	須崎町を含む25か町村
5年 4月	鳥 取	利用組合厚生病院	鳥取県1郡、岡山県1郡
6年 2月	青 森	購買利用組合津軽病院	弘前市を含む1市2郡
6年 3月	高 知	香長利用組合病院	香美郡、長岡郡
6年 7月	島 根	石西購買利用組合共存病院	美濃、足鹿2郡
7年 2月	秋 田	秋田医療購買利用組合病院	秋田市と31か町村
7年 6月	青 森	購買利用組合西北病院	青森県2郡
7年 6月	山 梨	共栄利用組合病院	中巨摩郡20か村
7年 9月	東 京	東京医療組合病院	東京全市・北多摩郡
7年10月	東 京	利用購買組合多摩相互病院	八王子市・府下3多摩郡
8年 2月	秋 田	山本郡医療購買利用組合病院	山本郡26か町村
8年 2月	秋 田	平鹿医療購買利用組合病院	平鹿郡36か町村
8年 4月	青 森	購買利用組合三八城病院	八戸市4町26か村
8年 8月	秋 田	由利医療購買利用組合病院	由利郡28町村

る産業組合経営の総合病院第1号となりました。当時は東北一と称されるほど、非常に立派な施設でございました。経営的にも安定し、発展の軌道に乗ることに成功しました。戦後、青森市に移管されることとなり、現在の青森市民病院となっております。この成功を機に、全国に広区域医療利用組合病院の設立が相次ぎまして、秋田県においても医療組合運動が幕を開けるきっかけとなりました。

東京医療利用組合設立

昭和 6年 2月	新渡戸稲造、賀川豊彦、木立義道、黒川泰一らによって計画
5月 2日	東京府知事に設立を申請
5月11日	神田の東京基督教青年会館で創立発起人会を開催 会長：新渡戸稲造、専務理事：賀川豊彦
日本医師会、東京医師会は東京医療利用組合の認可阻止に向けて猛烈な反対運動を展開	
東京医療利用組合側は、消費組合連合会、無産政党などが応援に立ち、活発な促進運動を展開	
昭和 7年 5月27日	東京府知事の認可

このような医療利用組合運動の全国的な広がり、

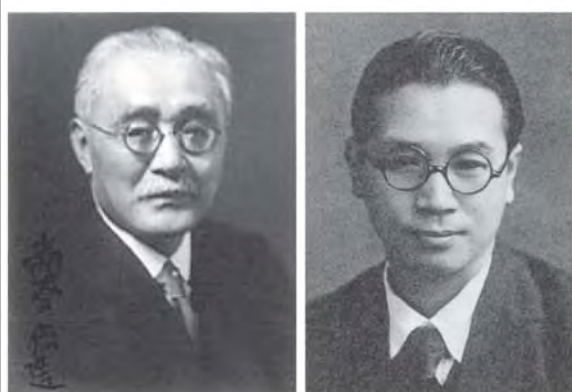
さらに影響を与えたのが、新渡戸稲造や賀川豊彦らを中心とする東京医療利用組合でした。この設立認可に対しまして、日本医師会、東京医師会は強力な反対運動を起こしましたので、なかなか実現できない状況が続いておりました。

東京府知事認可の裏話

～組合病院誕生危うしの中で起死回生の逆転打～

- 病院認可の決裁権をもつ、時の東京府知事の「藤沼庄平」が知事任期切れ最後の日の昭和7年5月27日、ボンと許可印を捺し、新ポストの警視總監へさっさと転じていった。
- 藤沼庄平は、新渡戸稲造が一高の校長であった時の教え子で、「小生は、新渡戸稲造・賀川豊彦両先生を尊敬し信頼いたし候」と、後日述懐している。

申請から1年が経過して、ようやく認可されることになりましたが、その時の裏話がこのスライドです。認可権限を持つ、当時の東京府知事の藤沼庄平が、空白の一日とでも申しましょうか、知事の任期の最後の日にボンと決裁の印を押したということになっております。実は、知事の藤沼という人物は、新渡戸稲造が旧制一高の校長であった時の教え子でございまして、新渡戸を大変に尊敬していたということです。



新渡戸 稲造

賀川 豊彦

新渡戸稲造は国際連盟の事務次長を務めるなど国際的にも活躍した人物として知られておりますし、一方の賀川は、神戸で貧民救済事業を積極的に行うなどキリスト教に根差した社会運動家でした。

昭和8年12月当時の東京医療組合の中野組合病院



中野組合病院落成(昭和8年12月)

の様子です。



現在の中野総合病院

これは現在の東京消費生活共同組合中野総合病院です。

第2章

秋田県における医療組合運動

第2章として秋田県における医療組合運動の歴史をお話いたします。

秋田県では、医療組合の母体となった組織は、「汎農民同盟」と「秋田消費組合」の2つです。

はじめに「汎農民同盟」ですが、これは堀井梁歩という人物が、アメリカ留学で体得した新思想を啓

1. 秋田医療組合の誕生前史

「汎農民同盟」と「秋田消費組合」



農民運動家・翻訳家
堀井梁歩

明治20年10月15日	秋田県旧仁井田村に出生
明治39年9月	旧制一高入学
明治40年8月	中退、帰郷し農業に従事 村役場書記を歴任 伊豆・釧路で模範農業習得
明治45年4月	渡英し農村調査
大正2年1月	米国ミズーリ州立農大入学 3年で退学、カリフォルニアで農業
大正4年9月	帰国 農民文学誌「筆と鎌」創刊 農場を開く
大正9年4月	農商務省海外実習派遣生として渡米 農民新生運動「金曜会」 「農民ホール」開設
大正12年	
大正13年	
昭和3年	「徳富蘆花全集」に参画 上京転居
昭和7年	韓国・京城郊外で養鶏業
昭和11年9月	総督府の図書館嘱託
昭和13年9月13日	胃がんのため他界(52歳)

発するために、鈴木真洲雄が世話人となって組織したものです。堀井梁歩は秋田に生まれまして、旧制秋田中学から旧制一高に進学いたしまして、その後、アメリカの農業に憧れて渡米いたしました。一時、ミズーリ州の農大に席を置きましたが、その後退学して、カリフォルニアに赴き、そこでアメリカの農業の実際を体得したといわれております。

汎農民同盟

「汎農民同盟」は、堀井梁歩がアメリカで体得してきた新思想で、党人、職業政治家を排しての農民独自の自衛組織を意味する。この思想の啓発のために梁歩を中心に鈴木真洲雄が世話役となり、この「汎農民同盟」が組織された。

農民が長年苦しんできた経済的状況は：

- ・高利資本(高利貸しの横行)
- ・市場組織の不正
- ・課税の不公平

であり、これに抵抗する思想運動として、その実践体として組織したのがこの同盟であった。

秋田市広小路の秋田ビルディング内にこの「農の思想」を伝導するため、同人たちの常置サロンともいべき「農民ホール」が大正13年に開設された。

秋田の近代の農の思想家である堀井梁歩に大変傾倒いたしまして、自らをその思想の実践のために、

実践運動家となったのが鈴木真洲雄です。鈴木は汎農民同盟を組織し、堀井梁歩の農の思想の啓発に努めて、やがて医療組合運動に没頭して、その指導者となっていきます。

秋田消費組合

農民ホールは、農民の幸福を目的として語り合う自由な雰囲気のある場所であり、藤椅子が数脚あるだけだった。

秋田ビル3階の農民ホール内に堀井梁歩を主発起人として大正15年4月1日に「農村消費組合会」が設立された。

同年の昭和元年になり、鈴木真洲雄らによって新たに「秋田消費組合」が設立され、6月21日に事業を開始した。サラリーマン、一般中産者の生活権擁護のための生活協同組合運動として発足した。

この秋田消費組合が母体となって、「秋田医療組合」が設立されることになった。

秋田県の医療組合の直接の母体となったのは鈴木が昭和元年6月に秋田市で事業を開始しました「秋田消費組合」です。



秋田消費組合(昭和8年) 前列中央が鈴木真洲雄

中央に座っているのが鈴木真洲雄です。

2. 当時の社会情勢・背景

金融恐慌

世界恐慌と農業恐慌

東北の凶作

農村医療問題

昭和初期の社会情勢や背景についても若干述べて

おきたいと思います。第一次世界大戦時の好景気から一転して不況になったところに、関東大震災が起きました。その処理のための震災手形が不良債権化して、銀行経営が非常に悪化します。社会全般に金融不安が広がってまいります。



昭和金融恐慌(1927年)：当時の取り付け騒ぎ

そうした折に、時の大蔵大臣の失言がもとで、中小銀行を中心に取り付け騒ぎがおきました。昭和2年のことです。



ニューヨーク・ウォール街の群衆
大恐慌により家を失い、流浪の身となった子供達
世界恐慌(1929年)

昭和4年にはニューヨークのウォール街で株価が大暴落いたします。ご存知のとおり世界恐慌が始まりました。当然のことながら、日本の経済にも深刻な打撃を与えることとなりました。

当時の秋田県における米の生産高と単価を示した表です。昭和5年には米価が暴落いたしまして、その翌年の昭和6年には東北・北海道が大凶作に見舞われました。とりわけ農民の惨状は筆舌に尽くしがたい状況となってまいりました。さらに昭和7年の不作、昭和9年に再びの大凶作と農村は追い打ちをかけられるようにして疲弊していきました。

秋田県米生産高単価調 (昭和元年～11年)

年次	生産高	反当収量	石当単価
昭和元年	1,919 (100)	1,859 (100)	39.79 (100)
2	1,903 (100)	1,841 (98)	35.93 (90)
3	2,143 (113)	2,054 (110)	30.93 (78)
4	2,047 (107)	1,955 (105)	27.75 (70)
5	2,313 (121)	2,111 (113)	17.93 (45)
6	1,770 (93)	1,624 (87)	18.26 (46)
7	1,877 (98)	1,725 (93)	19.87 (50)
8	2,222 (117)	2,095 (112)	20.58 (52)
9	1,523 (80)	1,437 (77)	26.37 (66)
10	1,786 (94)	1,678 (90)	28.21 (71)
11	1,949 (104)	1,826 (98)	30.01 (76)

(単位: 千石、石、円)

「秋田県農林水産統計表」より
()は昭和元年を100とする指数。水稲陸稲合計

秋田県婦女子出稼調 (昭和9. 8. 31現在)

種別	人員
芸妓	438
娼妓	876
酌婦	1,015
女給	804
女中・子守	3,898
女工	3,013
その他	1,138
計	11,182

(単位: 人)

「帝国農会調」

夜逃げ・親子心中・娘の身売り・青田売り・欠食児童・一家離散などの惨劇が繰り広げられた



戦前の東北の子供たち：女中・子守奉公

当時は、夜逃げ、親子心中、娘の身売り、青田刈り、欠食児童問題など、その実態がなまなましく報告されました。写真は女中や子守奉公に出て行く東北の女の子たちであります。

伊藤永之介作・「医者のある村」

「猿田(開業医)がこの村に来て開業する十年前までは、まだ自分たちのものであった田圃や山に、今は小作や山子になって働いている連中であつた。わづか十年足らずの間にこの部落の裏山の前の田は、たいてい部落の人々の手から、猿田の手に渡ってしまつてゐた。欧州戦争のあとの不況がようやく深刻さを加えていくうちに、ここへやって来た猿田は、それから後のますます苦しくなつていく農村の十年足らずの間に、しほりにしほつて、今では十数万(現在の数千万円)の財を蓄えていた。百姓は年々瘦せて行くのに、猿田は逆に太つていった。村に重い病人の多い理由の一つは、身になるものも食わずに、無理な働きをすることにあつた。重病になるとやむを得ず節季払いで猿田にかかるが、節季になつたからといって払えるわけはなかつた。猿田はそれを証文にして高利をつけ、何年目かには田や畑や山や、はては家屋敷までも取り上げた。猪戸の多くの人々は、数年前まで自分のものであつた山や田に、山子として小作人として猿田の鼻息をうかがいながら働かせてもらつていた。まんまと財産をまきあげられながら、今はその小作人や山子にも取りすがらなければならぬ弱みと縁故からお為こかしに診療所の逆宣伝を上げずにはいられない哀れな人々であつた。」

昭和10年頃、斎野金一郎が秋田総合病院の診療所で活動していた頃のことをモデルにした小説の一部

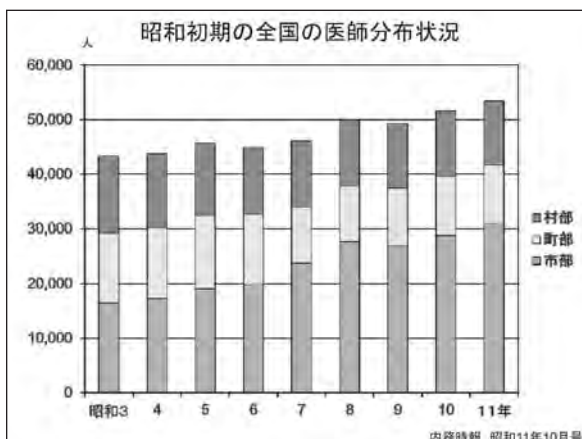
貧しい農村の状況が「医者のある村」という小説で表現されております。診察料が払えない農民に対して、猿田という開業医がそれを証文にして高利をつけ、何年目かにはその田や畑などを取り上げてどんどん裕福になっていくという話です。

高橋実作・「希望の生活」

「おのれの運命を嘲笑う気力もない程の微かな寂しさを頬にのこして、枯木のように死んでいった老人の姿を見たとき、私はあまりに情けない人の世の哀しさと宿命の怖ろしさを必々と感じないではいられなかった。そして—これは医学者としての職業意識からではあったが—病菌がその老人ばかりではなく、やがてはその納戸に同居している幼い子供たちのうえにまで伝染して行くのをみると、私は慄然として、思わず周囲を振り返ってみずにはいられなかった。・・・このお爺さんの隣りにやはり結核感染の濃厚な家族があった。もとは裕福だったらしく、この辺りでは珍しく大きな家屋だった。が障子は破れ放題に破れ、屋根は崩れ、家の廻りの樹木は売り払ったためか化け屋敷さながらの家であった。幾人も結核患者の発生している間に天理教にこり固まって、まったく財産を蕩尽してしまっていた。そして私の住ったときは、美しい、眼鼻立の整然とした娘が、骨と皮ばかりになって呻吟、歩く気力も失っていた。」

当時無医村であった村での活動記録にて、結核農家の悲惨な状態の描写

農民の問題は、経済的な困窮だけではなく、農民の健康が加速度的に悪化していったことです。これは結核農家の悲惨な状況を描写した「希望の生活」という小説の一節です。



この当時、全国の医師数は増加の一途にありましたが、増えるのは都市部ばかりで、町や村では数が減少してまいりました。経済力のない農村では、医師は開業しようとはしなかったわけであります。

3. 秋田医療組合の 設立認可申請の前後

次に秋田医療組合の設立認可申請の前後の話に移

同志の結集

- 秋田消費組合長：鈴木真洲雄
- 秋田市の開業医：石田謹吾（東京医療組合の石田友治の兄）
- 秋田県庁職員：農村の疲弊を憂い官職を賭して設立に協力
松岡平市：秋田県農務課長、のちに参議院議員
稀にみる勇敢な人物で、智謀にもすぐれ人情に厚い人柄
ポケットマネーを創立の費用に
西田近太郎：小作官
義侠心に厚い人柄
中島事務官・上村健太郎事務官
松岡と堅く提携

ります。

中心になったのは、先程来お話ししている秋田消費組合の鈴木真洲雄組合長でした。さらに東京医療組合に賀川の同僚で秋田市出身の牧師の石田友治という人物がおりました。その人の実兄で、秋田市で開業しておりました石田謹吾という開業医の先生がおりまして、その協力が得られました。認可された暁には、その石田医院を診療所にして診療を行おうと思っていたわけです。さらに県庁職員も医療組合設立を積極的に支援しました。官職を賭して協力を惜しまなかったといわれております。

設立認可申請書の提出とその後の運動

昭和6年10月17日 秋田医療組合設立認可申請書を県に提出

東京の場合と同じく、医師会の反対で許可が得られず

昭和6年11月末 最後の密議

松岡、西田、鈴木の3名が川反の料亭「濱の家」で密議をこらした。3人の決議は：

- ① 松岡は最後まで闘うが辞職する。
- ② 合法・非合法の作戦として

- 1) 午前0時に知事官舎に集合して徹夜の交渉を開始する。
- 2) 秋田市、郡部から200名の特攻隊を編成して赤チン等を塗って病人に扮し担架50台に乗せて「県庁を急襲する」。一切の責任は鈴木がとり、行動隊は鈴木員の指揮に一任する。
- 3) 西田は積極的に県庁内外の工作と組合員の了解を求める任務にあたる。

こうした懸命の陳情や示威運動の結果

昭和7年1月19日 設立認可の指令書が下付

昭和6年10月に医療組合設立認可申請書を県に提出いたしました。認可までには多くの困難があると予想しておりましたので、川反の料亭「濱乃家」、現在もごございますけれども、そこに3人が集まって密議をこらしました。結局、昭和7年1月に認可されました。

これは加入する組合員をできるだけ多く集めるために配った案内文です。昭和6年に出ておりまして、

秋田医療組合加入案内(昭和6年)

病気になって気楽に医者にかかれるのは、今の処お金のある人か、ずっと貧乏で心苦しい思いをしなが「施療証明」を買って医者にかかれる人かです。中間の勤労階級は、達者で働いているうちは兎に角暮らしておりますが、病気になって医者に払う金がないのが普通です。

こういう人達が少しずつ出資し合って組合組織で医者、看護婦を抱え、病院をたてて何時でも医療を受けられるようにするのが秋田医療組合です。

昨今のように不景気になって来れば来るほど、われわれの健康の保証が第一です。いまや東京、大阪は勿論のこと、この仕事はあちこちで起こっています。

- ◇ 出資は一口五円ですが毎月五十銭ずつ十カ月出せばよい
- ◇ 一日一割普通十銭です
- ◇ 入院料は一日一円。随料は実費
- ◇ 診察料は無料です
- ◇ 往診料は実費です
- ◇ 診療科目 内科、外科、小児科、レントゲン、産婆、訪問看護師
- ◇ 利益は勿論配当します
- ◇ 加入希望の方は秋田消費組合内秋田医療組合へ

一口5円です。いまのお金に換算すると2000円くらいだと思います。

4. 秋田医療組合の認可と 病院の開設



現在の秋田厚生医療センター

いよいよ秋田医療組合が認可され、病院が開設されました。



秋田医療利用組合診療所開院（昭和7年2月）

前列左から石田次郎、内科川村剛、内科喜多兵太郎、
その奥西田道太郎、外科加藤三九郎、北後医師橋本義雄、
その奥石田達雄、右端鈴木真洲雄

これは石田医院を診療所として、秋田医療組合が医療事業を開始した時の写真です。右端が組合長の鈴木真洲雄です。

院長の加藤三九郎は、もともとは東京医療組合の院長になる予定で名古屋から上京しておりました



加藤三九郎院長



齋藤眞教授(名古屋医大)

が、東京医療組合の設立認可が非常に遅れました。なかなか実現しないでいたところ、秋田医療組合が東京に先駆けて認可されたために秋田に赴任しました。右の人物は加藤の大学の恩師で、名古屋医大外科の齋藤眞教授です。この人は戦後の昭和23年に開催されました第1回日本脳神経外科研究会の会長を務めた方で、いわば日本脳神経外科学会の生みの親の一人でもあります。



新病院建設・移転：秋田医療組合病院（秋田市古川堀反町）
（昭和11年6月から秋田組合病院と呼称を変えた）

診療所開設後、患者さんが殺到いたしまして、まさに門前市をなす大盛況になりました。早期の病院建設が望まれるようになり、同年12月に新病院が完成しました。以後、秋田医療組合病院と呼ばれるようになりました。

秋田県における医療組合運動のその後です。

秋田医療組合病院の成功に刺激されまして、県内各地に医療組合設立の気運が一気に盛り上がりしました。昭和7年からわずか3年の間に医療組合病院が続々と開設されていきます。私たちの病院も昭和8年8月に開設されまして、今年で82年の歴史を刻ん

4. 秋田県における 医療組合運動のその後



現在の能代厚生医療センター

秋田県における医療組合運動のその後

- ・ 平鹿医療組合病院：現在の「平鹿総合病院」
昭和7年11月24日「有限責任平鹿医療購買利用組合」設立認可
昭和8年2月1日 横手町に病院開設
- ・ 山本郡医療組合病院：現在の「能代厚生医療センター」
昭和7年11月24日「有限責任山本郡医療購買利用組合」設立認可
昭和8年2月1日 能代港町に病院開設
- ・ 五城目医療組合病院：現在の「湖東厚生病院」
昭和8年5月15日「有限責任五城目医療購買利用組合」設立認可
昭和8年7月1日 五城目町に病院開設
- ・ 由利医療組合病院：現在の「由利組合総合病院」
昭和8年5月26日「有限責任由利医療購買利用組合」設立認可
昭和8年8月17日 本荘町東町に病院開設
- ・ 雄勝医療組合病院：現在の「雄勝中央病院」
昭和8年8月19日「有限責任雄勝医療購買利用組合」設立認可
昭和9年2月10日 湯沢町平清水町に病院開設
- ・ 仙北医療組合病院：現在の「大曲厚生医療センター」
昭和8年9月29日「有限責任仙北医療購買利用組合」設立認可
昭和9年9月1日 仙北郡花館村鍋倉に病院開設
- ・ 鹿角医療組合病院：現在の「かづの厚生病院」
昭和9年8月31日「有限責任鹿角医療購買利用組合」設立認可
昭和10年10月10日 花輪町に病院開設

5. 由利・本荘の状況



現在の由利組合総合病院

有限責任由利医療購買利用組合の設立

- ・ 由利郡における医療組合運動の始まり：昭和7年10月ころ
加藤伝一郎ならびに下川大内村有志らによる賛同者の獲得
- ・ 組合設立のための協議会開催：昭和7年11月30日
本荘公会堂に各町村長・産業組合員ら約50名が参集
組合の定款・総代会議事細則を提案・議決、理事11名、監事3名を選出
- ・ 組合創立事務所の設置：昭和7年12月16日
場所：本荘町美倉町、創立委員長：加藤伝一郎
- ・ 由利医療購買利用組合設立認可申請書の提出：昭和8年2月13日
秋田県知事「武部六蔵」宛
- ・ 組合の設立認可：昭和8年5月26日
- ・ 「公立病院」設置許可願の提出：昭和8年7月7日
- ・ 病院設置・使用の許可：昭和8年8月15日

であります。

賀川豊彦：「医療組合運動の発足とその状況」

「秋田の産業組合」誌 昭和11年11月号

「この秋田医療組合は、…患者は門前に殺到し…、この好成绩に刺激され秋田県下いたるところに、一斉に医療組合運動が蔓延し、…これまであちこちにくすぶっていた火の粉も、秋田に起こった一陣の北風に、またたく間に燎原の火と化し、今日のごとく全国に燃え広がるにいたったのである。…」

全県の普及のスピードは秋田県が全国一だったので、「秋田は医療組合の聖地である」と称された。

賀川豊彦は、秋田におこった、この医療組合運動を一陣の北風に例えまして、それまで全国にくすぶっていた火の粉が北風によって燎原の火と化し、全国に燃え広がったと表現しております。そして「秋田は医療組合の聖地である」と称されるようになりました。

さて、私どもの由利・本荘の状況について簡単に紹介いたします。

秋田医療組合における鈴木真洲雄と同様に、運動の核となる人物が存在いたします。組合長の加藤伝一郎という人物です。同様に組合創立事務所を創設し、認可申請書を県に提出して、認められて病院を設置することとなります。

由利医療購買利用組合設立許可申請書

今般産業組合法に依り有限責任由利医療購買利用組合を設立致し度候に付御許可相成度別紙関係書類相添此段申請候也

昭和八年二月十三日

由利医療購買利用組合
創立委員長 加藤伝一郎
外三千七百三十一名

秋田県知事 武部六蔵 殿

これは県知事宛に提出した設立認可申請書です。これはその時に同時に提出した理由書といわれるものです。こういうものを出して認可を得ました。この人物が加藤伝一郎組合長です。右は県知事か

茲に於いて大衆の医療の合理化を痛感し此種療院設立の速進を叫ぶ同志と謀り産業組合合法による医療諸貴利用組合を創設して広く賛同を求め相互小額の資金を積み立て組合病院を開設し低廉にして最も權威ある医療を施すと共に全郡大衆の保健衛生の完壁を期せんとするものなり。是れ即ち本組合療院を設立せんとするの所以なり



由利医療購買利用組合病院の開院

- ・ 越後谷産婦人科医院の買収・増築
- ・ 有限責任由利医療購買利用組合病院の竣工：昭和8年8月15日
- ・ 総代会による開業決定の最終議決：昭和8年8月16日
本荘公開堂に各町村選出の総代約150名が出席
- ・ 病院の実質開院：昭和8年8月17日
- ・ 病院開院式：昭和8年10月17日
本荘公会堂にて挙行
来賓：秋田県産業第一課長・和田課長
秋田県産業組合連合会・刈田会長
京都帝国大学医学部附属病院院長・岡林秀一教授
由利恵師会長・黒田利彦

秋田魁新報という地方紙の当時の記事です。組合



秋田魁新報 昭和8年10月17日より抜粋

由利医療組合病院開院（昭和8年）

京都帝大外科出身の八田捨二院長を含めて医師は5名足らずで、他に薬剤師が1名、産婆、看護師は14名内定したと言われております。

由利医療組合病院の職員

医 局

- ・ 院長:八田捨二(外科)
- ・ 内科:佐藤章吾ほか1名
- ・ 外科:北賀武光
- ・ 産婦人科:越後谷新蔵

薬剤師

- ・ 渡会忠次

産婆・看護婦

- ・ 14名内定



八田捨二院長



岡林秀一教授
京都帝国大学附属病院長・産婦人科教授



鳥潟隆三教授
京都帝国大学外科教授

左が京都帝大産婦人科の岡林秀一教授で、右がその同僚で外科の鳥潟隆三教授です。鳥潟教授は、たまたま秋田県の大館出身でおそらく岡林教授から院長人事などを依頼されたのではないかと考えております。



病院の平面図です。1階に内科、外科、産婦人科の診察室が並んでおります。2階は主に病室です。病床数は23床です。

開院から大東亜戦争終結までの歴史です。院長は

開院から大東亜戦争終結まで

・ 院長の変遷:

- 第2代 岡部 英一 昭和8年5月～昭和10年6月
- 第3代 飯田 権三郎 昭和10年7月～昭和12年
- 第4代 佐藤 肇 昭和12年～昭和16年
- 第5代 沢口 常助 昭和16年～昭和21年3月



岡部英一 飯田権三郎

・ 秋田医療組合連合会への併合問題 : 昭和13年末「自立更生の道」を選択



佐藤 肇 沢口常助

・ 医師不足問題

加藤佐一郎組合長・佐々木信次郎専務理事の努力

・ 経営主体の変遷

保証責任由利医療購買利用組合連合会に改組 : 昭和17年4月
秋田県信用販売購買利用組合連合会に統合 : 昭和18年11月「由利組合病院」
秋田県農業会に統合 : 昭和18年12月 医療組合時代に終止符

・ 地域内における他の医療機関建設の動き

秋田療養院 : 昭和10年6月
国立偏癱軍人秋田療養所 : 昭和14年10月

第2代以降は東北帝大に代わりまして、経営や医師不足の問題があっても、何とか自力で踏ん張ってきたようです。戦争になりますと、政治面での大政翼賛会と同様に農業関係の機関が一つの農業会組織に統合されまして、ここで医療組合の時代は終焉を迎えました。



由利組合病院の全員(昭和16年8月)
挿入写真右:加藤佐一郎組合長、左:佐藤肇院長

昭和16年当時の病院と職員です。

第 3 章

医療組合病院から厚生連へ

最後に終戦後の歴史をお話したいと思います。
終戦後、昭和22年に「農協法」が制定公布されま

終戦から農業会解散、そして農業協同組合の誕生

昭和20年 8月15日	ポツダム宣言受諾・大東亜戦争終結
昭和20年12月	GHQが「農地解放指令」を発令
昭和22年11月19日	「農業協同組合法」(農協法)の制定公布 「農協法制定に伴う農業団体の整理に関する法律」も公布
昭和23年 8月 2日	秋田県厚生農業協同組合連合会(厚生連)の設立
昭和23年 8月14日	秋田県農業会の法定解散
昭和23年 8月15日	秋田県厚生連の事業開始 農業会の医療施設を引き継ぎ、医療事業を再開
昭和23年10月25日	全国厚生文化農業協同組合連合会の設立 (全国厚生文化連、後の全国厚生連)

した。その翌年に秋田県厚生農業協同組合連合会、いわゆる秋田県厚生連が設立されまして、戦前の農業会の医療施設を引き継いで医療事業を再開しました。

「農業協同組合のいろは」

当時の農協に関する啓蒙宣伝資料のリーフレットで、昭和22年12月に全国農家配布用として作成されたもの

「明治33年に産業組合法が定められて以来戦争前まで、農村には産業組合がありました。これらは農民に協同の経験をあたえました。こんどつくられた新しい法律は、この産業組合の長所であった協同主義をとりもどすとともに、あなた方に日本の歴史の中で最もすぐれた新しい組合をつくる権利を与えています。」

これは戦後、農協法の制定によって、農業協同組合が設立される時に、その啓蒙宣伝に利用されたリーフレットです。産業組合の長所であった、協同主義を取り戻すことが書かれております。



現在の秋田県厚生連9病院のうち、8病院はいず

れもその起源を昭和初期の医療組合運動に遡ることができます。以来、80年以上の長きにわたり、秋田県の農村を背景に地域医療に専念し、農村の生活改善に献身的に努力してまいりました。



これが私どもの現在の病院です。

公的病院に占める厚生連の病床数割合

(平成26年5月)

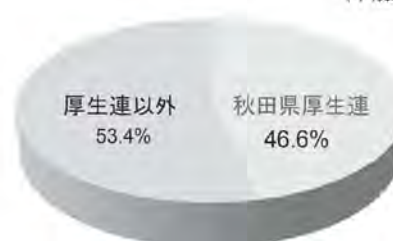


公的病院	厚生連	県	市町村	日赤	合計
病床数	3,672	584	1,704	494	6,456

先ほど、座長の小野地先生がお話しされましたが、県立中央病院のないわが秋田県では、公的病院に占める厚生連の病床数割合は、過半数を超えております。

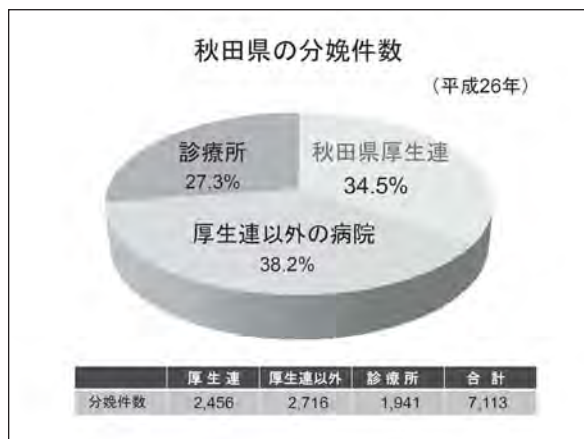
秋田県の救急搬送件数

(平成25年)



	厚生連	厚生連以外	合計
搬送件数	17,297	19,856	37,153

救急医療については、グループ内の8病院が24時間体制で対応しておりまして、救急搬送件数は全県で半数を占めるところとなっております。



さらに周産期医療、あるいは高度先進医療、災害医療なども含めまして、地域の医療を支える病院としての役割を担っています。

歴史をふまえた今日的厚生連ミッション

文化連情報2006年3月号 坂本 哲也

以上のように、厚生連病院はその誕生から現在に至るまで、他の公的病院と大きく異なり、行政などの他人から与えられて出来たものではなく、自分たちの為に自分たちが考え自分たちが動いてできたものである。

今回この稿を草するにあたり、各厚生連病院の少なからぬ歴史をかいま見たが、簡単に読み流す事はできなかった。医療利用組合の草創期、医師会との確執は根が深く、医療組合病院から厚生連病院に名前が変わった以降も、医療利用組合への怨念を抱く老医師が存在していたことは吾々も心にとめおかなければいけない事である。逆に中傷され援軍のないまま農村を去っていく医師の存在もあった。

しかし、それでもなお厚生連を消えさせないという情熱は幾多の荒波を乗り越えてきたのである。その情熱の根底に太く流れるのはヒューマニズムであり、しかも多くの汗ばかりでなく、幾多の尊い血まで流しながら組織が作られてきたことを、この歴史が明らかにしている。この組織を維持することの重要性を感じない訳にはいかない。

秋田県医師会副会長の坂本哲也先生の「歴史をふまえた今日的厚生連ミッション」と題する論文がございまして、それを少し引用させていただいて、私の話を終わらせていただきます。「医療組合を前身とする厚生連病院は、他の公的病院と大きく異なり、自分たちのために、自分たちが考え、自分たちが動いてできたものである。この厚生連を消えさせないという情熱は幾多の荒波を乗り越えてきたのであるが、その根底に太く流れるのはヒューマニズムであり、しかも多くの汗ばかりではなく、幾多の尊い血まで流しながら組織が作られてきたことを、この歴史が明らかにしている」。

以上でございます。ご清聴ありがとうございました

た。

(小野地座長)

菊地先生ありがとうございました。

先ほどの講演にもありましたが、厚生連病院は、昨年まで4つの病院が組合病院という名称でした。私の病院も大曲厚生医療センターではなく、昨年までは仙北組合総合病院と称していました。他の3病院は名称変更していますが、ただひとつだけ由利組合総合病院だけは、組合病院の名称は外さないというのが菊地先生の考え方です。もっとも秋田県の医療組合運動の志を継いでいるのは菊地先生だと思っています。今後ともご活躍をお願いいたします。

「秋田県医師会における勤務医部会設立の経緯」

秋田県医師会副会長 坂 本 哲 也



「秋田県医師会における勤務医部会設立の経緯」

秋田県医師会副会長 坂 本 哲 也

秋田県医師会の坂本でございます。

先ほど小山田会長にもお話しいただきましたように、この7月、秋田県医師会勤務医部会を設立いたしました。これまですでに設置されておる先輩県には、これからもご指導をよろしく申し上げますということを、また未設置県におきましては幾ばくかのご参考になればということで、ご報告をさせていただきます。



秋田県医師会の会員数の経過です。平成元年から現在に至るまでの経過を示しております。一番下のA会員は484名から605名とほとんど変わっておりませんが、その上の勤務医は564名から934名、その比率は約49%から現在の61%まで増加しております。平成16年、17年、新臨床研修医制度が導入された頃は大幅に減少しておりますが、最近は少しずつカバーしております。因みに秋田県の現在のトータルの医師数は2308人ということで、秋田県医師会への入会率は66.7%です。

秋田県医師会勤務医委員会では、昭和57年設立から現在に至るまでさまざまな調査活動を行ってきました。アンケート用紙を送って回収し、検討してきました昭和61年、平成15年、平成20年、平成25年の

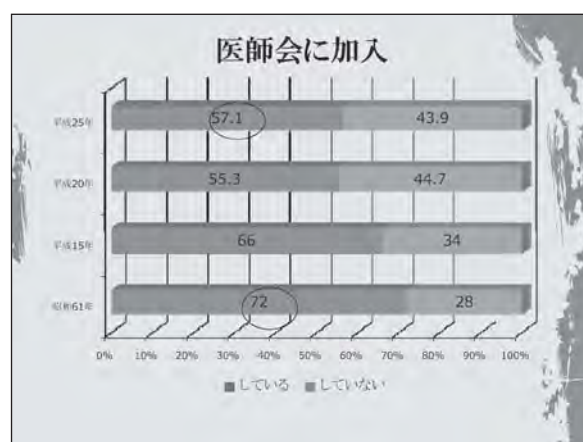
秋田県内勤務医環境調査

秋田県医師会勤務医委員会では、昭和57年設立当初から勤務医環境調査を行ってきました。

各医療機関勤務医にアンケート用紙を発送し、回収した。

平均回収率は40%。

昭和61年、平成15年、平成20年、平成25年を比較した。

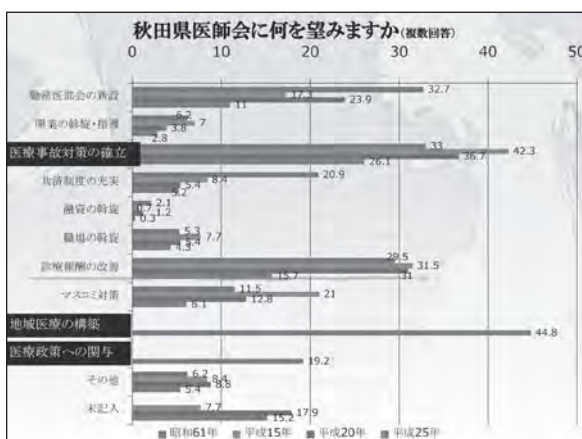
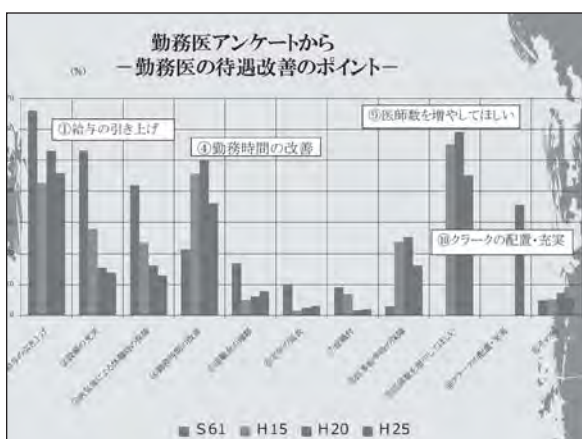
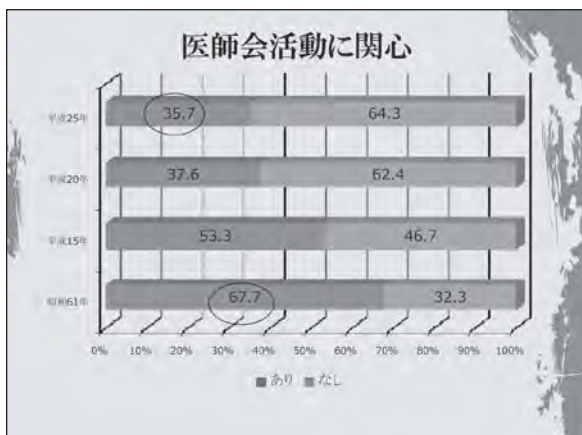


データを示します。

医師会に加入しているという回答は、昭和61年の72%から平成25年には57%になりました。医師会活動に関心があるという回答は、昭和61年67.7%から平成25年は35.7%と大幅に減少しています。

勤務医の待遇改善のポイントですが、「給与の引き上げ」、「勤務時間の改善」、「医師数を増やしてほしい」、「クラークの配置」など、まだまだ改善の余地があります。

秋田県医師会に何を望みますか、との問いには「医療事故対策の確立」、「地域医療の構築」、「医療政策への関与」、さらには「診療報酬の改善」というこ



とが医師会として行動してほしいということでした。

医師会になぜ加入しないかという問いには、「強制加入ではなく任意加入」、「医師会が何をしているのかわからない」、「先輩医師会員がそもそも懐疑的」、「忙しそうだ」などさまざまな加入しない理由があります。

また、秋田県医師会勤務医委員会はさまざまな活動をしているわけですが、特に大きな仕事として「勤務医労働環境改善のためのメディカルクラークの積

医師会に加入しない理由 (平成25年度調査より)

- ・強制加入ではなく任意加入
- ・医師会が何をしているのかわからない
- ・医師会活動についてわからない
- ・会費が高い
- ・会費が病院負担なら入会してもかまわない
- ・医師会に入らなくても医療活動ができる
- ・先輩医師会員がそもそも懐疑的
- ・仕組み・組織が不透明
- ・日医と政治の関わりがいやだ
- ・医師会の三層構造がわからない
- ・忙しそうだ

勤務医に対する秋田県医師会の取り組み

- ①勤務医委員会
→勤務医支援対策として
「勤務医労働環境改善のためにメディカルクラークの積極的導入と複数主治医制」
21年5月 アンケート調査
22年2月 報告会
22年10月 再調査
- ②女性医師委員会
- ③会員増強委員会
- ④新研修医歓迎会
- ⑤県医会長と病院勤務医懇談会
- ⑥初期臨床研修医の会費無料化
- ⑦医師会組織強化委員会(日本医師会)への協力
(小山田会長が委員長)

極的な導入と複数主治医制」をターゲットにいたしましてアンケート調査をし、そして報告会を開き、それを各病院にお願いして検証していきました。その他に女性医師委員会、会員増強委員会、新研修医歓迎会、県医会長と病院勤務医懇談会のほか、研修医の会費無料化、小山田会長が日本医師会の医師会組織強化委員会委員長になるというような取り組みが行われております。

勤務医部会を設立する理由です。医師会の加入率がどんどん減少し、そして医師会の活動に関心がない医師が非常に多くなり、そして3番目として、特に地域医療が崩壊寸前であることから、やはり勤務医への積極的なアプローチが必要です。勤務医の情報共有化と発信力の増強が必要であると考えました。

ところがもうひとつ緊急の事態が起きました。昭和45年に秋田大学が設置されて以来、順調に年間30～50人ずつ増えて参りました医師数が、平成22年から24年にかけて、18人減少いたしました。このような減少は、日本全国で3県しかないということがわ

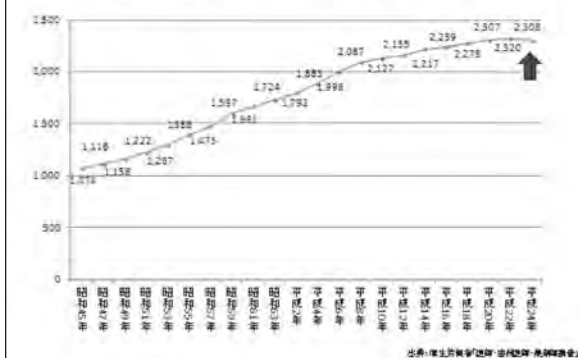
秋田県医師会が勤務医部会を設立する理由

- ・医師会入会率の減少
- ・組織強化の必要性
- ・医師不足による地域医療崩壊

勤務医への積極的アプローチ

- ・勤務医の情報共有化と発信力の増強

秋田県の医師数の推移



かりまして、関係者一同愕然としたわけであります。その後いろいろな取り組みを行いました。本当は今日、現在の医師数がどうなっているかを皆さんに公表したかったのですが、まだ厚労省から発表されておりません。しかしながら、実は新臨床研修医のマッチング数はここ3年ほど確実に増えており、去年から今年にかけては24人の大幅な増加を見ました。

委員会と部会の意味

委員会:ある役目を持った人たちがその目的のために集まり議論し行動する場

部会:その関係する職種の人たちが集い議論し、行動する場

委員会と部会の違いです。委員会は「ある役目を持った人たちがその目的のために集まり議論する」、

部会は「その関係する職種の人たちが集い議論し、行動する場」ですので、勤務医部会を設立しようということになりました。

勤務医部会設立経過

平成25年6月：第3回理事会で協議
 7月：第2回都市医師会長協議会・第4回理事会合同会議で協議
 8月：秋田県病院協会との懇談会で話題提供
 11月：第8回理事会で協議
 平成26年3月：第145回臨時代議員会事業計画で勤務医部会の設立に向け勤務医委員会を中心に検討を進める旨報告
 8月：勤務医委員会(設立準備委員会)
 今後の日程、規約等検討
 9月：第6回理事会(部会設立について承認)
 10月：第3回都市医師会長協議会(部会設立について説明)
 全国医師会勤務医部会連絡協議会(神奈川県)で次期開催県挨拶
 平成27年1月：日本医師会勤務医委員会でプログラム(案)説明
 3月：第147回臨時代議員会で定款改定
 7月：秋田県医師会勤務医部会設立総会

一昨年の6月に協議を始めて、関係団体との懇談、協議、そして去年の理事会、今年の代議員会で定款を改定し、7月に設立されました。

秋田県医師会勤務医部会規約のうち主なもの

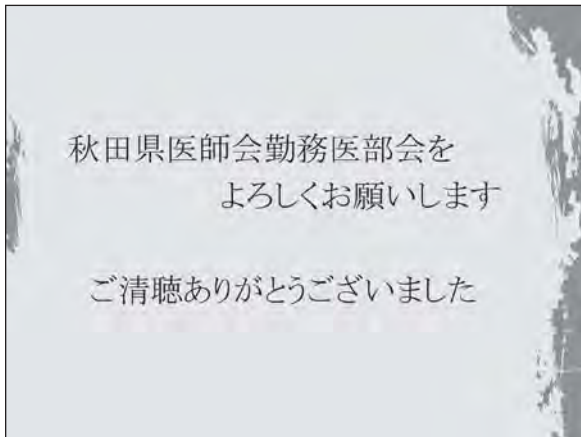
- 名 称:**秋田県医師会勤務医部会
事務所:一般社団法人秋田県医師会内に置く。
構 成:会員は秋田県医師会会員で(1)勤務医である者(2)(1)以外で入会を希望する者
目 的:県医師会の定款に則り勤務医として医療の進展に寄与するとともに、勤務環境の向上並びに会員相互の連携・親睦・福祉増進を図る。
事 業:(1)勤務医の地位向上・勤務環境の改善
 (2)勤務医の組織強化
 (3)勤務医の意見発表機会提供に関すること
 (4)地域医療の充実
 (5)生涯教育の充実

秋田県医師会勤務医部会規約のうち主なもの

- 役 員:**部会長1名 副部会長若干名 幹事原則15名以内
役員の選任:
 部会長は、県医師会理事会の承認を経て、県医師会会長が委嘱する。
 副部会長は、県医師会理事会の承認を経て、県医師会役員及び部会員の中から部会長が委嘱する。
 幹事は、県医師会理事会の承認を経て、都市医師会会長から推薦された者10名のほか、県医師会役員及び部会員の中から部会長が委嘱する。
会 議:幹事会及び総会とする。

部会の規約の主なものです。会員は秋田県医師会会員で(1)勤務医である者 (2)(1)以外で入会を希望する者としてしました。

そして、この部会長は秋田県医師会理事会の承認を経て、県医師会長が委嘱します。



時間の関係上、簡単にそして大事なところだけ述べてまいりましたが、我々の作りました秋田県医師会勤務医部会を今後ともいろいろな面でご指導、ご協力いただきたいと思います。

ご清聴ありがとうございました。

「ロードマップⅠ 医師会組織強化と勤務医」

座長：秋田県医師会副会長 **西 成 忍**

秋田県医師会常任理事 **五十嵐 知 規**

コメンテーター：日本医師会副会長 **今 村 聡**

「個の時代の組織力アップ方策～利点で説くか、理念で説くか～」

相模原市医師会理事

小松会病院長

小 松 幹一郎

「医師会のメリットー2つの視点ー」

石川県医師会理事

医療法人社団和泉会 さはらファミリークリニック院長

佐 原 博 之

シンポジウム I



座 長

秋田県医師会副会長

秋田県医師会常任理事

西 成 忍
五十嵐 知 規

西成座長

それでは、シンポジウム I を始めたいと思います。
テーマは「ロードマップ I 医師会組織強化と勤務医」、非常に大きなテーマですが、今大会の一番大事な部分になっております。コメンテーターは日本医師会副会長の今村聡先生にお願いしております。非常に時間が限られておりますので、大変失礼ですが、各演者の先生方の略歴につきましては、プログラムに掲載しております発表要旨の左側に記載されておりますので割愛させていただきます。

では、最初のシンポジストですが、相模原市医師会理事、小松会病院院長、小松幹一郎先生にお願いいたします。演題名は「個の時代の組織力アップ方策～利点で説くか、理念で説くか～」。

今日の最初のテーマとしては、非常に内容の深いものであります。小松先生、よろしくお願いいたします。



「個の時代の組織力アップ方策 ～利点で説くか、理念で説くか～」

相模原市医師会理事 小松会病院長 小松 幹一郎

皆さま、こんにちは。神奈川県相模原市から参りました小松と申します。いま非常に重要なテーマと座長の先生からご紹介いただきましたが、私が話題とさせていただくのは、勤務医の先生方をどのようにして医師会に入会していただくか、そのことについて私の思いつくものをまとめさせていただきました。

プロフィール

- ・勤務医 7.5年
千葉大神経内科医局・関連病院 急性期
- ・開業医(病院) 10年
小松会病院 院長 8年 慢性期
- ・院外活動
医師会加入歴 8年
相模原市医師会理事 6.5年
神奈川県・相模原市病院協会理事
日本医師会将来ビジョン委員会
＜環境が変われば考えも変わる＞

いま、時間の都合で略歴は省略と言うことでしたが、私の簡単なプロフィールだけ紹介させていただきます。千葉大学を卒業しまして、同大学の神経内科に入局しました。そして、千葉県の救急医療センター、鹿島労災病院などの急性期の病院で勤務医を7年半ほどさせていただいて、その間に神経内科の専門医を取得、また大学院では片頭痛をメインとして医学博士を取得いたしました。その後、神奈川県相模原市で父が開設いたしました小松会病院という療養型の402床の病院ですが、そちらに戻りまして、いま院長として慢性期の医療に関わる立場です。また医師会へは、多くの先生方と同じように、私も勤務医を辞めて地元に戻った際に入会したのですが、その後すぐに相模原市の前会長でありました黒澤先生からお声をかけていただきまして、医師会の理事

に加わらせていただきました。また、平成23年度には、日本医師会の将来ビジョン委員会にも参加させていただき、日本という立場で医師会活動を考えるという貴重な機会をいただき、またそれが非常に刺激になりました。やはり、医師とは言いましても、環境や立場が変わることで考え方が変わっていくものだと思います。ただ、その立場になってみないと気がつかないこと、知り得ないこともたくさんあると言えると思います。

私がお話する意義？

- ・42歳 医師として17.5年 医師会役員6.5年
- ・同期はほとんどが勤務医
- ・同期はほとんどが医師会未加入

同期よりは医師会活動に触れており
病院長として勤務医を雇用しており
医師会未加入の同期の意見が耳に入る

なぜ、私がここで多くの先生方を前にしてお話をするのか。意義としては、ひとつとしては私の年齢が言えると思います。42歳ということで、このフロアの先生方よりも若干若いのかなという気がします。また、大事なことは、私の同期はほとんどが勤務医ですし、一番脂が乗っている時期だと思いますが、当然、医師会にはほとんどの人間は加入していません。ですから、同期よりは医師会の活動に触れる機会があることと、病院長として勤務医を雇用しており、医師会に加入していない同期の意見が比較的に入って来やすい立場にあるということが、私が今日お話をすることの意義かと思います。

なぜ、医師会にとって組織力のアップが必要なの

なぜ組織力のアップが必要なのか？

- 日本医師会
医師を代表する団体としての存在感維持
⇒ 国・財界の医療(岩盤)に対する逆風への対峙
- 市区町村医師会
地域医療活動に協力するマンパワー獲得
⇒ 高齢化・在宅推進によりニーズ増大

放っておけばどんどん加入率は下がる？
開業しても入会しない医師が増加する？

でしょうか。まず、日本医師会の現在置かれている立場としては、国や財界の医療に対する逆風に対峙していくために、医師を代表する団体として存在感を維持していかなければならないという命題があります。また、地域医療活動に協力するマンパワーという意味で、医師会の活動に参加される先生が必要になると思います。高齢化、在宅推進によって地域医療に参加するニーズは増大しております。そして、「放っておけば医師会の加入率がどんどん下がる？」「開業しても入会しない医師が増加する？」と、クエスチョンをつけましたが、ほぼ現実問題として、そのような傾向がいまもあると思います。また、それを防ぐために日本医師会、都道府県医師会、郡市区医師会は、もうすでにさまざまな努力をされていると思います。

加入率の目標は？

- 100%を目指すのか？ 国民>会員
理念や利点ではなく、法や制度で拘束
資格認証団体(公的)
強制加入は反発多く、結束できない
- 70%を目指すのか？ 会員<国民
地域医療事業への参加協力
互助団体(私的)
あくまで自主的な任意加入の団体で

加入率の目標をどこにおくのか。これによって少し話が変わってくるのかなと思います。100%を目指す、例えば弁護士会のように100%を目指すことになりますと、これは利点や理念ではなくて、法や

制度で拘束していくしかないと思いますし、資格認証団体として法的な意義は高まると思います。ただし、これは私の個人的な感想ですが、強制加入は反発を多く招きますし、逆に100%になることによって結束力という点で、むしろ結束できないところもあるのではないかと思います。また、70%を目指す、2年ほど前に横倉会長が20万人をひとつの数字として目標にされるというご発言があったと思いますが、こういった70%という数字であれば、地域医療事業への参加を協力しながらあくまでも私的団体としての性格を残しながら、自主的な任意加入の団体として続けていけるのではないかと思います。

待ってはくれない医療界への逆風

- 診療報酬改定・介護報酬改定
- 地域医療構想
- 地域包括ケア
- 地域医療支援法人
- 病院リード
- 医療特区
- 医学部新設 医師の地域・診療科偏在
- 消費税問題
- 新専門医制度
- 医療事故調
診療所・病院・大学で利益相反する問題も..

いま医療界にとって、逆風と言えるさまざまな問題が国や行政から我々医療界に吹いております。このスライドに上げた多くの問題は、日本医師会だけではなく、地域医療構想や地域包括ケアなど地元の医師会にとっても無関心でいられる問題ではありません。また、このような問題に関しては、診療所の先生、病院の先生、大学病院の先生、さまざまな立場によって時に利益が相反するというか、思惑が異なる問題を孕んでおります。

その中で、日本医師会は逆風への対峙戦略、私が対峙戦略を話すのも偉そうな話ですが、とにかく数を大事にしていく、数は力になると思います。そして、医療界を結束していくことが何より日本医師会にとって大切なことだと思います。大同団結を目指していくことが何より大事だと思いますし、国は医療界の中で仲間割れをさせて、うまくまとまらないようにする戦略を多々とりますので、日本医師会が

日医 逆風への対峙戦略

- 数は力なり
- 病院団体・大学との大同団結
(医療界の結束)
国は仲間割れを狙う
- 他の職種団体と共闘できるか
薬剤師会
看護協会
介護職種団体との連携はできるか？

きちっと大同団結を率いていくことが大事だと思います。また、内容にもよりますが、他の職種団体として薬剤師会や看護協会、これからは介護職種団体とも多職種連携と同じように、国と対峙していくときに共闘していくことも必要になると思います。

組織力強化の必要性 地区医師会

- 地域医療活動への参加(マンパワー不足)
地域によっては開業医だけでは担いきれない
初期救急担当医
学校医
産業医
介護認定審査医
etc.

組織力の強化の点で、地区の医師会に関してですが、こちらはとにかく地域によっては開業医の先生だけでは担いきれない状態になっているところもあります。かなりマンパワー不足が深刻になっているところも多いと思います。初期の救急担当医、学校医、産業医、介護認定審査医など地域の医療において医師会の活動が必要とされる場面は多々あります。

そして勤務医の組織力アップということです。

まず、いろいろ考えてみる中で、最初に私は医師をどんな性格と言いますか、どんなものかなと考えてみました。医師は職人集団だと思っています。専門職としてあちこちに偉い先生がいらっしゃいますし、どの先生も非常に立派なことをおっしゃいます。偉い人が非常に多い、立派な人が非常に多い集団だ

勤務医組織力アップ対策

医師という職人集団

- 専門職としてあちこちに偉い人がたくさんいる
- 職人気質の頑固な自由人(意外と精神論は好き)
- 組織に属さなくても腕一本で生活できる
- 損得勘定抜きで患者の前では全力を尽くす
- 年代・性別・診療科・出身大学
雇用主 or 労働者
病院 or 診療所
医師会 or 学会 or 病院協会 or 大学 etc.
さまざまな対立要因をはらんでいる

と思いますし、その他に頑固な方も多いです。先生方は若い時に、厳しい医局で何日も病院に泊まり込むような生活をされてきた方も多いので、今でも精神論、根性論が好きな方もおられると思います。また、一匹狼が許されるという性格も多少ありまして、組織に属さなくても自分の腕一本で生活していけるところもあります。しかし、患者さんの前では損得抜きにして全力を尽くす、という精神は多くの医師が持っていると思います。年代や性別、診療科や出身大学、雇用している方かされている方か、病院なのか診療所なのか、また属しているのは医師会なのか、病院協会なのか、学会なのか、大学なのか、さまざまな属性が異なる職人集団ですので、中には多くの対立要因も孕んでいると言えます。

私の同期の医師の意見を少し載せました。「なんで入るの？、メリットあんの？」、これは多くの先生方がよく耳にする話題だと思います。「開業医の圧力団体でしょ？、病院にいる限り関係ないよね、患者の紹介の時にやたら高圧的で腹が立つ」。僕は

同期のつぶやき

- ・ 医師会？なんで入るの？メリットあんの？

千葉県在住 43歳男性 匿名希望

- ・ 開業医の圧力団体でしょ？病院にいる限り関係ないよね・・・患者の紹介でやたら高圧的で腹が立ったわ！ 神奈川県在住 41歳男性 Aさん
- ・ 医師会の女性医師支援？ドクターバンク？子育てと仕事の両立は地獄だったわ・・・

千葉県在住 41歳女性 2児の母親

42歳なので、神奈川県在住の41歳男性は私のことではありません。また、同期の女性医師ですが、「女性医師支援？、ドクターバンク？、そんなものは知らなかった。子育てと仕事の両立は非常に大変だった」。このような声もありました。

個の時代 新臨床研修医制度以後

- ・ 医局制度からの解放？
キャリア・スキルアップは自身の手で
都心・大病院志向
専門医志向？Dr.G志向？
- ・ 組織・団体に属するアレルギー
- ・ 「お医者さま」からの転落
患者から求められる要求の増加
患者から訴えられるリスクの出現
自分のキャリアは自分で作り
自分のリスクは自分で守る？

私はまだ医局制度があった平成10年の卒業です。ちょうど私が5年目、6年目くらいの時から新臨床研修制度が始まりました。これによって医局制度から解放される形になった医師も増えてきています。キャリアやスキルアップは自身の手でやっていたかなくてはならないという考え方をする人が増えましたし、当然、そのような傾向もあり、都心や大病院を志向する、もしくは専門医志向やDr.Gのようなスーパードクターを目指すという志向も出てきました。あとは世代的なこともあります。組織や団体というものに所属をして活動することに不慣れな世代です。そして、そのようなものにアレルギーを持っている世代です。そして、また昔からの「お医者さま」と呼ばれるような、患者さんから崇められることは

ほぼ経験としてなくなりました。患者さんから求められる要求は非常に増えてきておりますし、また下手をすると患者さんから訴えられることもあります。これは逆に、我々医師のマインドを萎縮させ過ぎてしまったとは思いますが、そのような萎縮も出現しております。いまの35歳以下の医師にとってみると、自分のキャリアを自分で作り、自分のリスクは自分で守っていかなければならないと思っている人も増えているようです。

従来の病院長の考え方

- ・ 院外活動に参加させるメリットは？
- ・ 報酬上の逆転現象が起こりえる
院内当直＜医師会の夜間診療(3時間)
- ・ 病院の考え方は現実的(供給側)
行政の考え方は理想的(需要側)
医師会が理想に傾きすぎると対立
- ・ 病院のメリットと、勤務医のメリットは必ずしも一致しない

従来の病院長の考え方として、医師会で勤務医の先生が活動することに関してメリットがあるのか？、これは病院長の立場としては、あまり感じていなかったことが多かったと思います。また、院内で当直をするより、例えば医師会の夜間診療に参加した方が報酬が多い、そうすると院内の当直をしなくなるので困る、そういった考え方をされることもありました。また、病院は医師を多く雇用しておりますが、供給をするサイドですので、行政が市民の立場に立っていろいろと言ってきた時に、できることとできないことが比較的是っきりしていました。時に医師会が行政側により過ぎると、病院として少し反発してしまうこともありました。病院のメリットと勤務医のメリットが必ずしも一致しないということがありました。

しかし、多くの先生方が感じていると思いますが、病院を取り巻く環境は大きく変化いたしました。病院完結型、自己完結から地域完結型へのパラダイムシフトが起きましたし、以前は、開業医の先生に頼まれて患者さんを入院させてあげるといった時代も

病院を取り巻く環境の変化

診療報酬上の評価として、平均在院日数や在宅復帰率だけでなく様々な加算は自院のみでは対応不能

- ・ 病院完結型から地域完結型へのパラダイムシフト
- ・ <患者を入院させてあげる>時代から
<患者を退院させるので診てもらおう>時代に
- ・ 病病連携・病診連携・地域支援を行わなければ生き残れない時代
- ・ 地域医療構想のもと、賢い選択と集中を行い棲み分けを考えていかなければならない時代

医師会との連携が必要不可欠の時代
勤務医の医師会加入率はアップできるチャンス

ありましたが、いまでは患者さんを早期に退院させるので、開業医の先生に診ていただく時代になってきております。病病連携だけではなく、病診連携や地域支援などを行わなければ医療機関としては生き残れない時代になってきております。また、地域医療構想の下、賢い選択と集中を行い、棲み分けを考えていかなければならない時代になっております。つまり、病院にとって医師会との連携は必要不可欠になっており、勤務医の医師会加入率は、逆にこうしたタイミングにおいてはアップできるチャンスではないかと考えます。

勤務医の三層構造

- ・ 管理職(院長・教授・部長) 50～
- ・ 中堅層(働き盛り・オーベン) 30～50
- ・ 研修医(医学生・ネーベン) ～30

管理職は義理?で医師会入会者も多い
中堅層の医師会に対する無知は深刻
研修医は中堅層の影響を強く受ける

勤務医を大きくわけますと、ひとつは管理職、院長や教授、部長といった先生方になると思います。逆に若い研修医の先生や医学生も含めて30歳以下の先生もいます。そして私と同期は、中堅層、働き盛りに該当します。管理職の先生の中には、医師会に入会した時は義理で入られたという方や、立場的ということで入会された方もいらっしゃると思います。一番危惧するのは、中堅層の先生方ははっきり

言えば忙しいし、医師会に興味がない、興味を持つ余裕もないということです。その中で批判的な意見を述べられる先生は、どちらかというと医師会活動を誤解されていたり、無知によるところが深刻だと思います。そして研修医や若手の医師にさまざまなアプローチを医師会として行っておりますが、研修医が一番影響を受けるのは中堅層、昔で言えばオーベンの影響を非常に強く受けましたので、その中堅層が医師会に対して理解がないとなかなか進んでいかないというか難しい部分もあると思います。

中堅層対策

- ・ 継続的な病診連携の場を医師会が主催
(現在は病院主催・病院紹介が主)
- ・ 医療制度や医師会活動などについて定期的な情報提供や勉強会を行い、勤務医を招待
- ・ JCのような団体の設立 医学部生の会
若手医師の会
理想は若手を医師会役員に積極的に登用

中堅層の対策については、素晴らしいアイデアがあるというよりは、思いついたことを書いてだけです。いま病診連携の場は、地域医療支援病院など立場的なこともあって病院が主催している会が主ですが、このようなことを医師会が主催していくことも大切だと思います。相模原市医師会でも3年ほど前から医師会が主催する病診連携の会を主催しております。それを続けていますと、勤務医の先生の参加も増えてきて、顔の見える連携が築けています。また、医療制度や医師会活動など普段触れる機会がないようなテーマについて定期的な情報提供や勉強会を行い、勤務医を招待することも必要ですし、青年会議所のような団体として医学部生の会や若手医師の会、私が日本医師会の将来ビジョン委員会というものに参加させていただいたように、こういった若い先生方に医療制度や医師会を理解し、協議する場を提供してあげるのが医師会の役割ではないかと思っています。理想は、若手を医師会役員に積極的に登用していくことですが、何も知らない状況でいきな

り役員にすると無知の中で若造のむちゃくちゃな意見になりますので、まずは将来ビジョン委員会などに若手の医師を入れていくのがよろしいかと思います。

若手対策

- 医学生との交流
- 研修医との交流
意識調査・意見交換
アンケートの実施・目安箱
facebookなどのSNSを活用
- 専門学会に医師会主催のシンポジウム
RSNやDOCTORASEなど実施中のものも多い
研修医会費無料化の後に、入会するのか？

若手対策については、非常に力を入れているところだと思います。スライドに書いていることはあちこちの医師会でなされていることですが、勤務医時代は自分の医局と自分の専門科のことしか、なかなか最初は興味がいかないものだというご意見もありました。そこで、逆に専門学会で医師会をテーマにしたシンポジウムを開いていく、そういうことでこういうセッションもあるんだなと、知ってもらえるように取り組んでいくのがひとつかなと思いました。また、研修医の会費の無料化が始まりましたが、これは2年後に研修医が研修医でなくなった時に、引き続き入会するかどうかということが非常に大切です。この取り組みが始まったと同時に、2年後に向けて積極的に動いていかなければならないと思います。

女性医師対策

- 育休からの復帰 出産前の急性期病院への復帰が多い
現状 精神的プレッシャー大
↓
気を使わないで段階的に復帰できる方法として
診療所の代診（週1回からOK）
療養病床や介護施設での勤務（残業ゼロ）
介護認定審査など地域医師会活動への参加
医師会立の保育所設立
地区の医師会が窓口・橋渡しに
もしくは女性医師バンクの活性化が必要
紹介手数料は有料に（タダより高いものはない）

また女性医師対策としては女性医師支援委員会がありますが、ここで私見を述べさせていただきますと、育休からの復帰のタイミングで出産前の急性期病院に戻る人が多いと思います。どうしてもキャリア途中で第一線から離れてしまうことに、不安を感じてしまうこともあって戻るのですが、傾向としては育児と仕事の両立に関して、かなり精神的なプレッシャーというか負担があると思います。気を使わないで段階的に復帰できる方法として、例えば診療所医師の代診、これであれば週1回でもできますし、療養病床や介護施設への勤務であれば残業はありません。また、医療機関への勤務が難しい段階でも介護認定審査などで地域医師会の活動に参加して関わっていくこともできます。医師の一生は長いので、目先の2年、3年で無理をするよりは、5年、10年の長いスパンで検討していくことも必要です。また、そういった時に地区の医師会が窓口、橋渡しになっていくのがよいと思います。

アプローチ注意事項

- 入会すると利点があるではなく
↓
入っていないとデメリットがある
と思われるような対策が有効か！？
- 上から目線ではなく、理念を共有し一緒に活動する仲間を勧誘する意識で
- 世代は違っても医師のマインドは不変であり
共通理解ができる部分は多い

アプローチというか接し方ですが、これは「何で医師会に入らないんだ」という上から目線ではなく、仲間を共有するというか、泥臭いようですが、部活の勧誘と同じような、一緒にやっていく仲間なんだということを思いながら関わっていくことが大事です。世代は違っても医師のマインドはあまり変わらないですし、共通理解できる部分は多いと思います。

まとめになります。以前よりはるかに病院は診療所との連携の重要性が高まり、医師会員と病院勤務医が触れあう機会は増えています。医局制度が崩壊し、医師は自身でキャリア形成する時代になってき

まとめ ①

- ・ 以前よりはるかに病院は診療所との連携の重要性が高まり、医師会員と病院勤務医が触れ合う機会は増えている
- ・ 医局・徒弟制度が崩壊し、医師は自身でキャリア形成する時代になってきた。組織・団体に属さない医師が増加している
- ・ 医師として患者のために全力を尽くすというマインドは世代をこえて不変である

蛇足 加入率アップ対策

お子さんが
医師になったら
医師会へ

ました。組織・団体に属さない医師も増加しております。ただ、医師として患者のために全力を尽くすというマインドは世代を超えてあまり変わらないと思います。

まとめ ②

- ・ 勤務医の組織力アップ対策は地道に継続していくしかない。
特に中堅と女性医師へのアプローチがカギ
- ・ 女性医師（出産後）に対する就労支援
- ・ 地域包括ケア時代の連携強化
（医師会主導）
- ・ JC（青年会議所）のような若手の組織の設立
- ・ 組織力強化で一番大切なのは活動に参加しない医師会員と入会しない開業医への対策

勤務医の組織力アップ対策に関しては、地道に継続していくしかないと思いますが、とにかく医師会がいろいろな場を提供していく、それを継続していく、それが何より大切です。そして、組織力強化で、今後一番大切になってくるのは、活動に参加しない医師会員や入会しない開業医へのアプローチになります。そのためにも中堅層の先生方に医師会活動をご理解いただき、開業した時に入会していただく、そのような方策が必要かと思います。

先生方の中にはお子さんが医師になられたという方も多くいらっしゃると思います。できることから地道に取り組むという意味で、お子さんが医師になったらすぐに医師会に入れていただく、それもひとつのアイデアかも知れません。蛇足でした。

どうもありがとうございました。



「医師会のメリットー2つの視点ー」

石川県医師会理事
医療法人社団和泉会 さはらファミリークリニック院長
佐 原 博 之

皆さん、こんにちは。私は石川県医師会理事の佐原です。本日は、石川県の能登半島、その真ん中にあります七尾というところから参りました。私は「医師会のメリットー2つの視点ー」ということでお話しをさせていただきます。本日はこのような機会を与えていただきまして、本当にありがとうございます。

第二次医師会将来ビジョン委員会 2012-2013年度



まず、私がここに立っている理由ですが、先ほどの小松先生の次の医師会将来ビジョン委員会の委員長をさせていただきました。この委員会は、全国8ブロックから30代、40代の委員15名が集められまして、秋田県からは長谷川仁志先生に委員として参加

2012-2013年度 日本医師会
医師会将来ビジョン委員会

会長諮問

**地域医療再興に向けた
医師及び医師会の役割**

していただきました。

横倉会長からいただいた諮問は、「地域医療再興に向けた医師及び医師会の役割」です。私たちはこの諮問につきまして9回の委員会を開きまして、ディスカッションを重ねて参りました。

札幌合宿



札幌で合宿を行ったことがありました。その時は横倉会長にも来ていただきまして、医師会の役員の先生方と膝をつき合わせていろいろお話をすることができました。本当に貴重な経験だったと思っています。

平成26年3月26日 横倉会長に答申を手交



そして平成26年3月26日に横倉会長に答申を手交させていただきました。この答申は、日本医師会の

ホームページのメンバーズルームからダウンロードできます。興味のある方は是非、ご覧いただきたいと思います。

医師会の大義 **国民の生命と健康を守ること**

その答申の最初のページの一行目に書いたのは、医師会の大義は「国民の生命と健康を守ること」であるということです。医師会が行っているすべての事業、郡市区医師会、都道府県医師会、日本医師会、すべての事業はこの大義の下で行われていると私たちは考えます。医師の責務は、患者の命と健康を守ることです。そのために各個人でスキルアップを目指して勉強していますが、医療は医療制度の中で行われています。よい医療制度は守らなければならないし、悪い制度が導入されるようであれば、それは阻止しなければなりません。それは個人ではできないので、組織としての対応が必要です。そのための医師会なんだということだと思います。

2006-2007年度 石川県医師会 医師会の在り方に関する検討委員会

各郡市区医師会から推薦された45歳以下の医師11名
県医師会の理事2名

会長諮問

2015年に医師、医師会はいかにあるべきか

そのようなお話をこれからしていきたいのですが、ちょっとここで時間を遡ります。2006年、石川県医師会で「医師会の在り方に関する検討委員会」

が設けられました。いま、日本医師会の常任理事をされている小森先生が石川県医師会の会長になられた時に、新しい取り組みとして始められた委員会です。各郡市区医師会から推薦された45歳以下の医師11名が集められました。私もこの委員の1人として参加いたしました。そして県医師会の理事2名がオブザーバーとして私たちの後見人という形で委員会に参加していただきました。小森会長からいただいた諮問は「2015年に医師、医師会はいかにあるべきか」でした。そして今年、2015年になりました。ちょっと感慨深いものがあります。

私たちが感じた、大きな疑問

私たちは何故、 医師会の事を知らないのか？

医師が、医療制度の問題や医師会について語り合う場が必要

私たちは集まって、いろいろ議論を始めました。そしてすぐに大きな疑問にぶちあたりました。「私たち医師会はどうするべきだ」、あるいは「医師会なんて必要なのか」、そういう議論もありました。その都度、「医師会はいろいろなことをやっている」ことを知りました。そして私たちが感じたのは「私たちは何故、医師会の事を知らないのか?」、10年前の話、私も本当にそうでした。私も父の跡を継いで15年前に田舎に戻り、それから医師会に入りました。それからしばらくして行われた委員会の中で議論している時にこのことを痛感いたしました。しかし、考えてみると、私たちは医師会について何かを教えていただいたわけではありませんし、医療問題について考える場もありませんでした。私たちはこの時の答申に「医師が、医療制度の問題や医師会について語り合う場が必要である」とまとめまして、小森会長に提出しました。

それから10年経ちます。名前は変わりましたが、

石川県医師会 医師会ビジョン委員会

各都市医師会から推薦された若手の医師22名
県医師会の若手理事

様々なステージの医師に、
医師会と現在の医療問題について伝え、
その上でディスカッションする

現在、石川県医師会では「医師会ビジョン委員会」という名前で、若手の委員会が続いております。現在は各都市医師会から推薦された若手の医師22名と県医師会の若手の理事で構成されています。人数が増えたのは、最初の何年間かメンバーがまったく固定してしまい、かといってまるっきりメンバーを替えてしまうと継続性がなくなってしまうためです。このため、郡市医師会には、この委員の経験のある先生を1名、そしてもう1名どなたか推薦してくだ

さいとお願いしています。現在、新しい委員長の下で活動していますが、私たちがこの委員会でやろうとしていることは、さまざまなステージの医師に医師会と現在の医療問題について伝え、その上でディスカッションするということです。

これは他県の医師会でも取り組まれていることだと思いますが、私たちが金沢大学の一年生に講義する時間をいただきまして、「医師会ビジョン委員会と語ろう」というテーマで講義を行っています。総論的に医師会ビジョン委員会からプレゼンをして、その後にグループディスカッションを行います。この講義をする前に、医師会で課題図書を購入して、それを無償で学生に渡して、そして読書感想文を書いていただいて、この講義に臨んでいます。昨年と一昨年は今村副会長と海堂尊さんの共著の「医療防衛－医師会なぜ戦うのか－」をお渡しして感想文を書いていただきました。今年は「沈みゆく大国アメリカ」という本を購入して配布し、読書感想文を書いていただいて、それに合わせてディスカッションを行いました。

金沢大学医学類 1年生講義



金沢大学医学類 1年生講義



金沢大学病院 研修医オリエンテーション



金沢大学病院、金沢医科大学病院、ともに研修医のオリエンテーションがあるのですが、その時に医師会ではこういうことをしている、というようなプレゼンをさせていただいております。

また、何らかの会を医師会で開催しても、勤務医の先生はなかなか参加していただけません。それで、一昨年と昨年の2年間をかけまして、総合病院の医局の訪問をしました。これは各地区に委員のメンバーがいるので、手分けをして医局会に参加をさせて

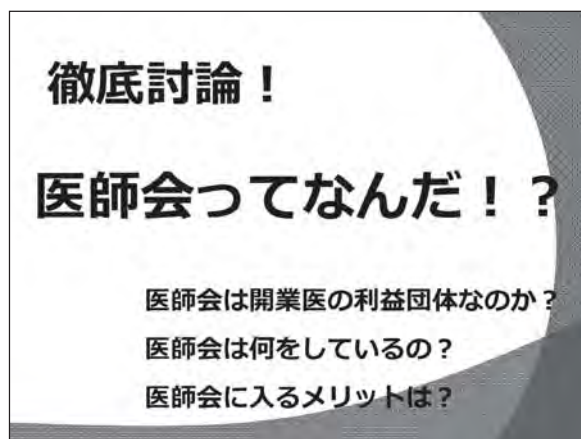


いただいて、「医師会ってなんだ」というテーマでお話をさせていただいております。

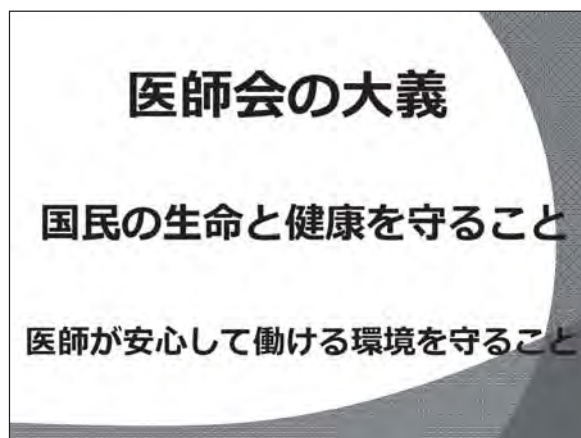


また、医師会ビジョン討論会ということをやっております。これはどなたが参加しても構いません。まず、医師会の問題、そして日本の医療の問題、いま直面している問題について、少し委員会側からプレゼンをさせていただき、少人数のグループワーク形式を行います。この中にはベテランの先生や勤務医の先生など、いろいろな先生に参加していただい

ております。



その時のお話を抜粋いたします。「徹底討論！医師会ってなんだ！？」ということで、医師会は開業医の利益団体なのか、医師会は何をしているのか、医師会に入るメリットはなにか、ということをお話しています。



その時に「医師会の大義」として「国民の生命と健康を守ること」、そのためにも「医師が安心して働ける環境を守ること」が必要であるとお話して

います。

日本医師会

会員数 165,955人



勤務医 81,952人
開業医 84,003人
平成25年12月1日現在

任意設立・任意加入

日本医師会は、会員数が16万5955人、勤務医が8万1952人、開業医が8万4003人という組織です。任意設立・任意加入の団体ですが、なぜ、このような制度になっているのかは意外と知られておりません。

日本医師会創設の歴史

1916年：大日本医師会設立
最初は開業医中心の団体

1923年：公法人 日本医師会設立
全医師強制加入

1941年：真珠湾攻撃
初代会長 北里柴三郎

1942年：官製・日本医師会に改組

1945年：終戦

1947年：新生 社団法人日本医師会誕生

GHQの命令で任意加入となった！

日本医師会の創設の歴史をお話いたします。1916年に大日本医師会が設立されました。最初は開業医中心の団体でした。初代会長は北里柴三郎先生です。1923年に公法人日本医師会が設立されました。この時に全医師強制加入の団体となりました。1941年に太平洋戦争が始まりまして、国家総動員法により、1942年に官製の日本医師会に改組されました。そして終戦を迎えまして1947年、新生の社団法人日本医師会、現在の日本医師会につながる医師会が誕生するわけですが、この時にGHQの命令で任意加入の団体になりました。当時の日本医師会の幹部は抵抗しましたが、認められずに医師会は任意設立・任意加入の団体となったという歴史があります。

昭和36年国民皆保険制度 施行前

医師会は必ずしも積極的でなかった

一理由一

① 保険診療の報酬単価が安かった

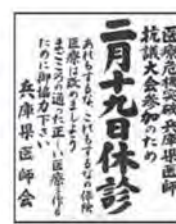
② 厳しい制限医療

虫垂炎の手術をするときには地域の社会保険事務所に電話で問い合わせて許可をもらわなくてはならなかった

昭和36年に国民皆保険制度が施行されますが、その施行前は医師会は必ずしも積極的ではありませんでした。理由は、午前中の横倉会長のお話にもありましたが、保険診療の報酬単価が安かったこと、厳しい制限医療があったということです。例えば、虫垂炎の手術をする時に、地域の社会保険事務所に電話で問い合わせをして許可をもらわないと手術をすることができませんでした。国は、この厳しい制限医療のまま国民皆保険制度をスタートさせようと思いました。

昭和36年2月19日 一斉休診

3月1日保険医総辞退の届け出提出を示唆



昭和36年2月19日、医師会は一斉休診を行いました。3月1日に保険医総辞退の届け出提出を示唆して、写真のようにデモ行進を行いました。因みにこの日は日曜日だったそうです。その当時は日曜日でも病院・診療所は開いているのが当たり前で、国にも効いたようです。

そして2月27日から28日、自民党3役と武見太郎会長が会談しまして、制限医療が緩和されます。かくして保険医総辞退は撤回され、昭和36年4月国民

2月27 - 28日
自民党3役と武見太郎会長が会談

制限医療緩和

保険医総辞退は撤回され、
昭和36年4月国民皆保険制度スタート！

皆保険制度がスタートします。

ところが、診療報酬が安い！

昭和46年7月1日 保険医総辞退

42都道府県
6,6000人が参加

辞退届の山を東京都副知事に手渡す
渡辺真言東京都医師会長



ところが「診療報酬が安い」ということで、昭和46年7月1日、本当に保険医総辞退を行いました。42都道府県、6万6000人の医師が参加したそうです。

政府との合意

7月28日 武見太郎会長と佐藤首相、斎藤厚相との会談で合意



昭和47年診療報酬改定 +13.7%

7月28日、武見太郎会長と佐藤首相、斎藤厚相との対談で合意が成立して、翌年の昭和47年の診療報酬改定は+13.7%だったそうです。現在の医療制度の礎を築かれた、その当時、そのようなことがあったということです。

武見太郎 元日本医師会長



1957～1982年 連続13期
日本医師会長を務めた

徹底した反官僚

喧嘩太郎

武見太郎元日本医師会長、伝説の医師会長ですが、25年間、連続13期、日本医師会長を務められました。徹底した反官僚で、「喧嘩太郎」の異名もあったと聞いております。非常にカリスマ性がある、先見の明がある、素晴らしい方だと聞いておりますし、非常に政治力が強かったのです。

武見太郎 元会長の背景



大久保 利通



吉田 茂

なぜ、このように政治力が強かったのかというと、実は武見太郎会長の背景には日本人なら誰でも知っている2人の歴史上の人物がいます。一人は大久保利通、一人は吉田茂です。

大久保利通の息子さんに牧野伸顕という方がいます。その方の長女の夫が吉田茂で、次女の娘の夫が武見太郎先生でした。ですから武見太郎先生から見ると、吉田茂は義理の叔父さんです。吉田茂が最初に総理大臣になった当時、まだ医師会長ではなかった武見太郎先生も、いろいろと裏で動いたと聞いております。そのような背景もあって、日本の医療がいまに至っています。

「国民の命と健康を守る」と言うと、やはり災害

武見太郎 元会長の背景



のような大規模災害になりますと、都道府県医師会レベルで何かしようとしても、どうすればよいかわかりません。その時に日本医師会が都道府県医師会に対して、担当地区を指定して派遣を要請しました。全国から1400チーム、医師2200名が参加しました。その際に特筆すべきは、職種を問わず、JMATチームが日本医師会の負担によって障害保険に加入され、これによって安全にJMATが活動したということがあります。まさに「国民の命と健康を守る」ための活動であったろうと思われます。

平成19年 能登半島地震

能登北部医師会を中心に石川県医師会が支援し、医療救護班連絡会を結成

議長：能登北部医師会 山岸会長



の時の対応が大事だと思います。平成19年に能登半島地震が起こりました。この際に、いろいろなボランティアの方が来るわけですが、それを統制する組織が必要であるということで、能登北部医師会を中心に石川県医師会が支援して医療救護班連絡会を結成しました。その時の議長は能登北部医師会の山岸会長で、当時、石川県医師会長であった小森先生がサポートされております。

平成23年東日本大震災 石川県医師会JMAT

- ・ 日本医師会が、都道府県医師会に対し担当地区を指定して派遣要請。
- ・ 全国から1400チームが参加（医師2,200名 総計6,239名）
- ・ 職種を問わず、日本医師会負担により障害保険加入



相馬市医療救護班連絡会
議長：相馬市医師会
杉本会長

そして、平成23年の東日本大震災が起きます。こ

地域医師会と行政の関わり

- ・ 健診事業（特定健診、後期高齢者健診、がん検診）
- ・ 予防注射
- ・ 休日当番医
- ・ 学校医
- ・ 警察医
- ・ 地域の防災計画
- ・ 介護保険
- ・ 障害者保健
- ・ 新型インフルエンザ対策 など多数

地域医師会と行政の関わりは、スライドに記載していること以外にもたくさんあると思います。行政にとって医療政策は、どの行政レベルであっても非常に大切なことであると思いますが、行政が医療政策を考える時に、素人ですから現場のことはよくわかりません。誰かに聞かなければなりません。一人一人の医師に聞いていられるわけがありませんので、どこかの団体と折衝しなければなりません。それを行っているのが地域医師会です。

福島県立大野病院事件の際、詳しい話は割愛させていただきますが、事件発生当初より、日医は福島県医師会、日本産婦人科学会、日本産婦人科医会などから情報を聴取し、現地に弁護士を派遣しております。

そして起訴されてから12日後の平成18年3月22日、記者会見で見解を発表しております。「産婦人科医の身体拘束は極めて残念である。日医として全面的にバックアップする」ことを公表しております。

このようないろいろな動きがありまして、無罪判

大野病院事件に対する日医の対応

- ◎ 事件発生当初より日医は福島県医師会、日本産婦人科学会、日本産婦人科医会などから情報を聴取。現地に弁護士を派遣。



日本にはすばらしいインフラがある

すべての地域に、郡市区医師会
すべての都道府県に、都道府県医師会がある

医師会があることが、すべての国民と
医師にとって大きなメリットである！

大野病院事件に対する日医の対応

平成18年 3月22日、日医の見解を発表
産婦人科医の身柄拘束は極めて残念
日医として全面的にバックアップする



2つの視点

- ・ 医師が医師会に入ることのメリット
- ・ 医師が医師会を持つことのメリット

国民の生命と健康を守るために
医師が安心して働ける環境を守るために

平成20年8月20日



決が出たことは皆さんご存知のとおりだと思います。

日本にはすばらしいインフラがあります。すべての地域に郡市区医師会があり、すべての都道府県に都道府県医師会があります。医師会があることが、すべての国民と医師にとって大きなメリットなのです。

是非、医師会のメリットを考える時には、2つの視点をもっていただきたいと思います。ひとつは医師が個人として医師会に入ることのメリット、これ

は賠償保険や年金などいろいろなメリットがあります。もうひとつの視点は医師が医師会を持つことのメリット、医師会があることによって、自分がいろいろな医療を行う上で守られていることも知っていただきたいと思います。すべては国民の命と健康を守るために、そして医師が安心して働ける環境を守るために、ということを勤務医の先生や研修医の先生、学生さんにもお伝えしながら石川県医師会としては取り組んでおります。

以上でございます。



総括コメント

日本医師会副会長 今村 聡

日本医師会副会長の今村でございます。コメンテーターとして、お二人のプレゼンテーションに感想を述べさせていただきます。

横倉執行部の3つの大きな方針のひとつが組織強化であります。「なぜ、組織強化が必要か」、これは地域医療を支えるひとつの方針、そして現在の地域医療ではなくて将来の日本の医療の継続性を考えると、日本医師会の組織が強化されなければならないということです。お二人の若い論客から素晴らしい提言をいただきました。今回このようなテーマでシンポジウムを設けていただきまして、小山田会長、坂本副会長はじめ秋田県医師会の先生方に御礼を申し上げたいと思います。

お二人のご指摘は、日本医師会の現状の認識と一致しております。特に小松先生のお話の中で「環境が変われば、考えが変わる」というのは私の胸に大変響きました。私も長い間大学の勤務医をしており、その当時は医師会というものはまったく頭の中にあいりませんでした。何をしているかも知りません。しかしながら、当番で地域の医師会に入り、そこでいろいろな活動をするうちに医師会の重要性がわかり、いまこのような立場で、この場で発言をさせていただいています。「医師会の活動が何か」ということを知っていただくことは、本当に大事だと改めて思っております。小松先生のお話の中に「医師は腕一本で」というお話がありました。確かに日本の医師は専門性が高く、自分の知識と自分の技術で、自分の診療が行えているとみんなこのように思っていますが、現実には、さまざまな法律や制度に守られていて、自分の技術や能力が発揮できているのです。多くの勤務医の先生はそこにあまり気がつかれていないというのが、自分の経験から言っても事実だと思えます。

そのような状況の中、佐原先生の発表ですばらしい取り組みだと思ったことは、日本医師会は待ちの姿勢で、上から「こうやってください」とお願いするだけですが、佐原先生はフットワークよく直接現場に行って、医師会の活動にご理解のない先生たちと意見交換をすることで医師会を理解していただく取り組みをしている、これは本当に素晴らしいことです。是非、他の地域でもこのような取り組みをしていただければと思いました。

中堅の先生方にご理解をいただけないという現実もある中で、ご理解いただくことですべてを解決できるとは、私どもは思っておりません。医学部の中で医学生との交流、そして研修医との交流、これはいま各都道府県でも取り組みをいただいているところであります。医学部の教育において、地域医療の充実と同時に医師会のこと、医師会が何をやっているかということについても、大学の授業の中でもお話ししていく機会をますます増やしていただければと改めて感じました。できるだけ医学部の学生が、地域医師会や都道府県医師会の役員の先生と交流できる場を増やしていただければと思っております。

その他、具体的な取り組みをお二人からいろいろご提案をいただきました。日本医師会としても早急にできそうなこともあるなと思いましたが、あるいは長期的な課題もいただいたと思っておりますので、引き続き、医師会組織強化委員会の中で何が具体的にできるのか、会長のご指示もいただきながら検討していきたいと思っております。

この後、また、お二人の先生方と意見交換の場を設けていただいているようですので、その場で引き続き議論できればと思っております。

ありがとうございました。



ディスカッション

五十嵐座長：今村先生ありがとうございました。それでは引き続きディスカッションに入りたいと思いますので、今村先生、小松先生、佐原先生、ご登壇をお願いいたします。

西成座長：では、ご登壇までの時間を利用して、フロアからご質問、ご意見ございませんでしょうか。

藤巻わかえ先生（日本医師会勤務医委員会）：医師会を知らないことが入らないきっかけだということは、私の年代でも友人に聞いたらそうでしたので、そのとおりだと思います。小松先生にご意見を伺いたいのですが、100%加入すると結束率があまりよくないのではないかとということが気になりました。いま医療政策等に対応していくためには、医師というグループの外との関わりを考えると100%結束が理想ではないかと思いますので、その心をお伺いしたいと思いました。

西成座長：ただいまの質問につきましては、3人の先生からそれぞれのご意見を伺いたいと思います。

小松先生：ご質問いただき、ありがとうございます。

私も、そのようなご意見をいただくことはあるかなと思っていました。なぜ、あのような書き方をしたかという、理想的に言えば、すべての医師が自分の意思で100%加入するのであれば結束できると思います。ただ、強制加入にしますと、現状で医師会を知る機会がない多くの勤務医の先生に入っていくのが強制加入、例えば保険医の資格でなどと何かで縛りつけて入っていくのであれば、それは結束できないということです。無理矢理入れら

れた集団は、そういう意味では比較的割れると思います。割れたところにも正論がありますので、結束できないと思います。究極的なゴールとしてはもちろん100%になることで、それを全否定しているわけではありません。

佐原先生：私も小松先生と同じ意見です。目指すのは100%ですが、いま60%くらいの加入率の段階で、それを論じても仕方がないと考えます。もう少し加入率が上がる仕組みを考えて行くべきだろうと考えて、私たちの医師会将来ビジョン委員会でも、ことある毎にこの問題について意見がありました。その中で私たちが思ったのは、「組織力の向上が目的であってはいけない」ということです。あくまでも「国民の命と健康を守る」という大義を果たすための手段として、結果的にそうあるべきだ、そのためには医師会のことを知ってもらって、その上で個人が医師会に入るメリットをわかりやすく、そして医師会に入ってよかったなと思うような取り組みをしてはどうかと思っております。私たちの答申では、2つの意見を入れました。ひとつは、ドイツは強制加入です。そのドイツの強制加入という制度があったらどうなるか、ドイツはこういう現状なんだということを各論でも書いていただきました。もうひとつは日本医師会のみに参加する方法です。いまは三層構造で順番に入っているわけですが、そのような制度を作ったらどうなるのか、その点についても答申で触れさせていただきました。

今村副会長：二人のおっしゃっていることは同じだと思います。要するに理想的には100%の医師が理念やメリットを理解していただいて全員加入するこ

とです。それを強制的に、例えば法に基づいて加入すると国家の管理の側面が強くなる、法改正で国家管理につながりやすいというリスクもあります。私も「強制加入しろ」と言ったのではなくて、「そういうことも考えられるでしょう。任意度の高いものから強制性の高いものまで、医師会の組織というのはどのようにして強化していくのか」と提言した瞬間に、メディアの中にスレッドが立ち「日本医師会の今村がけしからん。強制加入などということをはざいている」と書かれました。小松先生の言うような反発もあると思います。実は日本医事新報では、「医界の7つの争点」をテーマに、2年前に「医師の団体の構造改革」について、二人それぞれの立場で書きました。あたかも対立しているように読み取られるのですが、実は同じことを言っていて、できるだけ医師会を理解していただいて、みんなに入っていたかなければならないと思っております。カナダでは、任意加入でも90数%の先生が加入されているという事実があります。従って、医師会を理解していただく、メリットだけを強調することはよくないと思いますが、多くのメリットがあることも事実です。それを理解していただいて、できるだけ数字を上げていくことが大事だと思っています。他の専門職の団体で、医師会がかなり組織率が落ちたとはいえ6割近くある団体は、いまの個人主義的な傾向が強い中ではありません。これを6割から7割、日本医師会でお願いしているのは、少なくとも郡市区医師会では20万人入会していますので、その方が日本医師会にすべて加入していただくだけで、組織率は7割近くまで上がるという現実もございます。この点についても、本日お集まりの郡市区の先生、都道府県の先生にご理解をいただいて、一人でも多くの会員が日本医師会の会員にまで加入していただけるよう合わせてお願いしたいと思います。

藤巻先生：ありがとうございました。そういうことであればとてもよく理解できます。私も組織率をアップするのに3つ重要なことがあると思っています。ひとつはメリット、2つ目に理念を共有すること、

3つ目に仲間意識で、これは小松先生もおっしゃられていました。この3つをもって組織率100%を目指していきたいと思う次第です。

西成座長：ほかにフロアからご質問ございますか。

長谷川仁志先生（秋田県医師会）：秋田大学の長谷



川です。佐原先生と日本医師会将来ビジョン委員会ですと話し合いました。特に夜中にスカイプで、答申を出す前に話し合った頃を思い出して、非常に感

慨深いものがあります。私は小山田会長のお声がけで将来ビジョン委員会に行かせていただいたのですが、執行部の先生たちがこんなに国民の皆さんのことを思って活動していることを、そこに行くまで分かりませんでした。国民がよい医療を受けられるために医師会はどうあるべきか、という根幹について話し合っている場面に出会いました。医学部を卒業して、医師が99%国内で医療を行っている国は日本しかありません。そして、医療アクセス世界一と、こんなに優れた医療にかかりやすい国は日本しかありません。日本医師会が行ってきたことは、これだけ素晴らしいことでした。その現場で医療をする若い医師たちは、医師会に加入しないで医療を行っていくというのは、言い方が悪いかも知れませんが、それで人として医師として本当によいのかと問うことが今後必要になってくると思います。地域がいろいろと大変になって、病院の勤務医が地域医療を担わなければならない状況にもなっています。時代も変わってきていますし、横倉会長はじめ執行部の皆さんのそのような思いをもっと前面に出して、私たち県医師会や地域の医師会がそのような発言をしていかなければいけません。

西成座長：他に何かございませんか。

野坂仁愛先生（鳥取県西部医師会）：鳥取県西部医師会で勤務医部会の活動させていただいております野坂といいます。この10年、「勤務医部会を頑張れ」ということで、会長から皆さんと同じように若い先生をいかに医師会、県や地方がありますが、鳥取県西部医師会でも「いいからとにかく入れろ」ということで活動させていただきました。具体的な活動が必要だと思いつつ、「環境が変われば、考え方も変わる」とおっしゃるのですが、30代、40代、実際に勤務医の先生方が入会しようにも医師会に参加する時間がありません。わかっておられると思うのですが、活動する時間をどのように与えてあげるといふか、病院内の仕事で手一杯だという感じで、協議会を開催したり、若手を集めたりしつつも、やはり参加する時間がないということを前面に出してくることがあります。そのような時には、どのような形で参加させるようにしたらよろしいのでしょうか。

佐原先生：石川県医師会では、医師会ビジョン委員会を行っています。これは若手の医師に参加していただくのですが、その中には若手の勤務医の先生もいらっしゃいます。県医師会の理事をされている県立中央病院など大きな病院の院長先生にお願いして、「是非、若手の先生を出してください」とお願いして、郡市医師会を通じて推薦していただいております。できるところから始めるということです。また県立中央病院からは石川医報の編集検討委員会の委員も出していただいております。同じ先生ですが、そのように参加しやすいところから少しずつ誘って、裾野を広げていければと思います。

小松先生：確かに、いま先生がおっしゃったように



「現実的に医師会の中で役員の活動ができるのか」というと、実際にはなかなか難しいと私も思います。多くの病院の先生方、院長先生も「それは無理だろう」とおっしゃっている方も

多いだろうと思っています。ひとつのアイデアとしては、30代、40代の先生に専門的なジャンルの中で入口を作ってあげるというやり方です。あとは逆に医療制度や医師会活動という大きい方、これは専門性などは関係なく、すぐには効果がでないと思えますし、まったく効果がでないかも知れませんが、常に医師会としてそのようなことをアピールしていくことが必要だと思います。相模原市医師会も竹村会長になりまして、勤務医活動という担当を作っていただきました。これから佐原先生のような石川県医師会の取り組みをやりながら、そのような問題にぶつかっていきたいと考えております。

今村副会長：まさしくご質問のとおり、病院も院長先生等のご理解がなければ、なかなかいまの忙しい病院勤務の中で、勤務医の先生に医師会活動に参加していただくことは難しいと思います。役員、あるいは何らかの委員会の委員としてご参加していただくのかということでございますが、今回の開催医師会である大阪府は、大学や中核の病院に、府医師会として委員会に是非参加していただくように、人を出してほしい、その時間をとってあげてくださいとお願いしています。大阪の先生がいらっしゃるのに私が説明するのも何ですが、90%近い病院から理解をいただいて、委員を出して下さっているというお話を聞いています。すべての県医師会が、地元の中核病院に地域医療を守っていくため、医療連携のために、短時間であっても、月に1回、2時間であっても参加させてくださいとお願いをし、病院の関係者がそれを保障することが勤務医の先生が参加しやすくなる環境を作ることだと思っています。

野坂先生：確かに、この場に30代、40代の方が半分くらいくるようになるようになれば思いました。現実問題、30代、40代という一番入れたい方々が、出たいけれども出れないというのが現状です。ありがとうございました。

西成座長：ほかにありますか。

藤巻高光先生（日本医師会男女共同参画委員会）：
日本医師会で男女共同参画委員をしております埼玉医科大の藤巻と申します。佐原先生に伺いたいのですが、先ほどの医学生へのアプローチは大変すばらしいと思いました。実際に、医学生にアプローチするためには、各医学部教育の時間の限られた中で、時間を医学部からもらってこななければならないわけですが、どのようにアプローチしたのでしょうか。

佐原先生：ありがとうございます。金沢大学の1年生に対する教育は、数年前から始めておりますが、小森先生が会長の時代から地道に両大学に働きかけ、お話しする時間をいただいています。先日も石川県医師会の執行部と、両大学の執行部と、それぞれ懇談会を行いました。平素からいろいろとありがとうございますという話から、来年のオリエンテーションの時にも時間をとっていただきたい、あるいは今度は合同でやりたいということも膝をつき合わせてお話をさせていただきました。石川県は大学が2つありますが、その両方から石川県医師会の副会長を出していただいております。副会長を経験された先生が、院長先生になられると比較的医師会の活動についてご理解していただきやすいと思います。長年の先輩の先生方のご努力の結果と感謝しております。

藤巻先生：もう1点よろしいですか。それで実際に学生さんたちの反応、もちろん医師というものに対して1年生ですから何もわからないとは思いますが、理解の向上にはつながっているはずだと思います。そのアウトカムが見えてきているのか、きていないのか、この点についてはいかがでしょうか。

佐原先生：先ほどの取り組みを始めてから3年目ですが、その方々がどう感じているかということですね。1年生でよいのかという話もありますが、先生もおっしゃったように、医学教育の中でなかなか時間をとれないということもあります。別な形で学生さんと連携をとることも少し考えております。アウ

トカムについては、まだご報告できるような段階にはありません。申し訳ございません。

友安 茂先生（日本医師会勤務医委員会）：昭和大学医師会に所属し、東京都医師会の友安といいます。東京都医師会長は、東京都にある13大学すべてを回って講義をしています。その場合、医学部3年、4年の公衆衛生の時間を使う、卒前実習のオリエンテーションの時間、そういうところであれば大体90分の講義はどここの大学でもとれると言います。東京の13大学に講義を依頼しても問題は起こっておりません。アウトカムについては、まだまだ出ておりません。臨床研修医は各校300～600人が東京都医師会に入会しているのが現状です。

五十嵐座長：今回の参加者の中に気になる方がいらっしゃいまして、一言コメントをいただこうと思いますが、徳島大学医学部3年の庄野さんいらっしゃいますか。突然のご指名で申し訳ございません。今回、この場に参加された経緯、ここにおられる重鎮の先生方に対するご意見などを、学生ですから何言っても許されますから、是非、コメントをいただきたいと思います。



庄野千恵さん（徳島大学医学部）：突然のご指名ですごくびっくりしています。今年、徳島県で男女共同参画フォーラムが開催されました。そのフォーラムに参加させてもらった時に、秋田の坂本副会長とお話しさせていただいて、この会議のことを伺い、参加させてもらおうと思いました。私は元々医療系の大学院に行っておりまして、その後に医学部に入りました。今回、参加させていただいて、医師会の委員の先生方の活動などを勉強させてもらいに伺いました。

五十嵐座長：周りの同級生などは医師会について何

シンポジウム I

か話しておりますでしょうか。

庄野さん：たぶん、医師会のイメージも湧いていないと思います。日々、テストのことなどが気になっている状態だと思います。

五十嵐座長：ありがとうございました。一からアプローチすれば、庄野さんのような学生さんが全国に生まれてくるという好例だと思います。

この他、フロアからご発言ありませんでしょうか。

幸原晴彦先生（大阪府医師会）：来年開催いたします大阪府医師会から来ました副部会長の幸原と申します。勤務医部会に関して大阪府では、病院がメリットがあるような方向に一番始めに語りかけます。そうすると、病院はメリットがあるので、医師会の活動に参加することについては、かなり許容的になります。私の場合、週の半分は医師会に行って病院には居ませんが、管理などいろいろしているのに病院としては問題ありません。なぜかという、私はいま地域医療に取り組んでおりまして、非常に病院に還元しています。もちろんお金という形ではなくて、運営的な関係などの問題を解決するためにコミュニケーションしています。私自身もプレゼンテーションしています。そうすると病院側はもっと医師会に参加させた方がよいのではないかと、という発想を持つようになります。例えば、非常に論理的なことを行っても病院にとってはメリットがありません。大阪は実利的ですから、少なくとも病院のメリットになるようにお互いがwin winの関係でいくようにすると、かなり勤務医部会という組織が出来上がるという、ひとつの実例です。実際、私は大阪府医師会の医師会活動まで行っております。これは医師会側の全体の問題ではないかと思えます。どのような問題を話し合っていくか、しっかりしたテーマにしなければなりません。日本の10年後、20年後を考える崇高なテーマよりも、明日の経営が病院にとっては死活問題ですから、実利と全体をかみ合わせながら取り組むのが医師会の今後のやり方ではないかと

思います。また、来年皆さまとお会いしますので、よろしくお願いいたします。

川島 周先生（徳島県医師会）：徳島県医師会の川島と申します。先ほど、女子学生さんが出られたので、ちょっと黙っていたのかなと思っていたのですが、会長として一言申し上げたいと思います。徳島県は、常任理事は13人ですが、そのうち3人が公立病院の副院長です。そのようなことで自然に医師会と勤務医の先生との連携はできていると思います。また、3人が女性ですので、それで男女共同参画フォーラムを徳島県で開催しました。そこに学生の庄野さんが来られたのです。また私は徳島大学の臨床教授をしています。それで医学部5年生の学生とは面識があります。庄野さんは3年生ですが、5年生には一応は医師会の話をするようにしております。しかし、やはり若い人は医師会に入ってくれません。多少、自慢と反省と込めて、ご挨拶させていただきました。失礼いたしました。

西成座長：確かに、いろいろな意見がございますが、共通しているのは、先ほど、先生方がお話したように、医師会に対する間違った印象とかイメージです。マスコミを中心に作り上げた開業医の団体、圧力団体、政治団体、そのような明らかに間違っている報道により、国民、医師だけではなく国民もそう思ってしまうということです。それに対して、本当に二人の先生方、非常に努力していろいろな意見を提言していただきました。最後に先生方、まだ何か言い足りないことがあるでしょうか、一言ずつお願いいたします。

今村副会長：いま西成先生から圧力団体、政治団体というお話がありました。それを全面的に否定する必要はないと、個人的には思っております。誰のために圧力をかけるのか、誰のために政治的に活動するのか、ということだと思います。つまり、自分たちの利益のために圧力をかけ、政治力を使うと思われています。そうではなく、国民の医療を守るため

に私たちは正しくあるべきことを言い、そしてそれは政治的に働きかけないかぎり実現しないので、正しいメッセージをどのように理解していただけるかということは、私どものこれからの課題だと思っています。もう一点、佐原先生が私の本に触れていただいたので、ちょっとこのことも合わせて言わせていただきます。いまの勤務医の先生、個人的には非常に能力の高い優秀な方たちがたくさんいらっしゃって、いろいろなアイデア等をお持ちになっても、なかなかそれを個人の力で社会の制度にすると、実現することは大変困難だと思います。10年前、A i はArtificial Intelligence、人工知能の話だったのに、いまや法律の中で事故調査制度の中でA i、いわゆる死亡時画像診断が普通に出てくるようになりました。このことは個人が考えた提案を日本医師会が厚労省に働きかけ、国に対して働きかけて、制度として実現しました。これは10年以上かかっていますが、個人個人の能力のある先生たちの声を国の政策に反映できるのも、医師会のひとつの役割と思っていますので、そのことも改めて追加させていただきたいと思います。

小松先生：私は、先ほど言いたいことをほとんど言ってしまったのですが、制度的にも、いろいろと転換の時期、変革の時期を迎えています。特にいま、地域医療構想の問題と地域包括ケアの問題、考え方として一部の人が地域医療構想が病院の問題で、地域包括ケアは医師会と誤解をされている方がいらっしゃると思います。その両方の問題に、医師会が中心になって勤務医の先生方を巻き込みながら共にまとめていく、その場を提供していくことで医師会のプレゼンスが上がっていく、それは医師のためでもあるし、当然、国民の医療のためになると、私はそのように思っております。

佐原先生：私がこのように医師会の仕事をさせていただくようになって、本当にメリットだと感じているのは、今まさに私がここにいることだと思います。本当に全国のいろいろな先生方とお知り合いになれ

て、いろいろなお話をさせていただいて、そして自分自身いろいろと考えることができました。このようなことは郡市医師会に関われたところから始まっていますし、県医師会、日本医師会といろいろな流れがあることを、多くの方に知っていただきたいと思います。

実は石川県の医師会の加入率は非常に低くて、全国でも最低レベルを争っているのですが、だからこそ危機感を持っていろいろなことに取り組んで参りたいと思います。是非、私たちの方からこそ、いろいろと教えていただきたいと思いますので、今後ともよろしくお願いいたします。

五十嵐座長：時間もそろそろ無くなっているのですが、最後にこれだけは言っておきたいというご意見がありませんでしょうか。

山下博徳先生（北九州市小倉医師会）：小倉医師会で勤務医担当理事の山下と申します。先日、私の病院で初期臨床研修医の入会が無料だから入会してと言いました。皆さん無料だから入りましょうと。そしたら「入会するのは良いのですが、何が変わるんですか」と言われました。入会して、実際に生活が変わるかどうか、勤務状態が変わるかどうか、環境が変わるかどうか、それと、「勤務地が変わる時、辞められるんですか」と即言われました。会費がかかり始める時です。彼らは、学会にはメリットを感じていますし、郡市医師会にはメリットを感じています。地域の先生と関わることができますから。しかし、全体の医師会に対して何かメリットがあるかということです。学会や郡市医師会にもお金がかかるわけですが、ましてや全国の医師会にお金をかけるメリットがわかりません。その状況を教えていただきたいと思います。

今村副会長：毎回、そのご質問をいただきます。すぐに結果がでるメリットではない形でのメリットはたくさんあります。会長が時間がなくてご紹介できなかったさまざまな具体的なメリットがありますが、

それを先生方が全部ご理解されて、日医の役員のよう
に隅から隅まで日医のメリットをお話しいただく
のは、これは無理だと思います。いま日本医師会で、
わかりやすい冊子を用意しているところです。その
ようなものを利用していただいて、すぐにメリット
があるものはこういうもの、あるいは中長期的に会
員であることがいろいろな形で、先生のこれからの
環境を変えていく大きな力になるのだからというこ
とがご説明できる資料を用意させていただいており
ますので、しばらくお待ちいただければと思います。

関塚永一先生（埼玉県医師会）：埼玉県の勤務医部
会の副会長をやっております、国立埼玉病院の関
塚です。医師会がこれから地域包括ケアシステムに
積極的に参加していくことが、医師会にとって一番
のチャンスだと思います。先日も、地域ケア会議に
参加しますと、他職種の方々が一人ひとりの在宅の
患者さんについて真剣に話されていることに感動し
ます。そこに病院の医師と医師会の先生方が登場す
ることによって、地域の医療から介護まで、介護・
福祉系の人たちも入れて話し合うことが、地域包括
ケアシステムの原点になると思っています。我々勤
務医で循環器もやっているのですが、その時に介護
の方がお風呂の入れ方まで心配しているのですが、
勤務医はそこまでの指導をしていないのです。そこ
までやって、みんなで地域医療を見ていけば、勤務
医と診療所の先生方の垣根がとれてくるような気が
いたします。是非、地域ケア会議、我々和光市です
と地域コミュニティ会議と言いますが、まだそこへ
出ていない地区がありましたら、そこへ参加するこ
とが始まりだと思いますので、一言言わせていただ
きました。

西成座長：まだ、質問があると思いますが、時間
です。このセッションを終わりたいと思います。
3人の先生方ありがとうございました。

「ロードマップⅡ よりよい勤務環境とチーム医療」

座長：秋田県医師会勤務医部会副会長 皆 河 崇 志

秋 田 県 医 師 会 常 任 理 事 小 玉 弘 之

コーディネーター：日 本 医 師 会 常 任 理 事 笠 井 英 夫

「秋田の一病院における勤務医労働環境」

秋田赤十字病院長

小 棚 木 均

「外科系病棟への診療看護師（JNP）配属の成果」

国立病院機構東京医療センター 統括診療部長

磯 部 陽

「効果的なチーム医療のための多職種連携を考察する」

聖隷浜松病院顧問

清 水 貴 子

シンポジウムⅡ



座 長

秋田県医師会勤務医部会副部会長

秋田県医師会常任理事

皆 河 崇 志
小 玉 弘 之

皆河座長

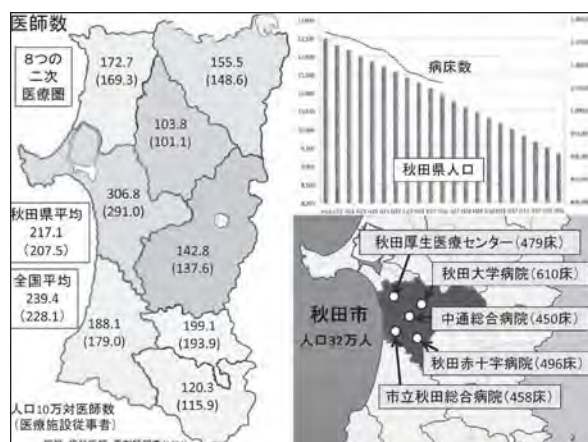
それではシンポジウムⅡをはじめさせていただきます。テーマは「ロードマップⅡ よりよい勤務環境とチーム医療」です。午前中の有賀先生の特別講演の内容に続く内容で、演題は3題、講演時間は各20分です。ディスカッションは最後にまとめて15分。ご略歴の紹介は省略させていただきます。最初の発表は、秋田赤十字病院長の小棚木均先生の「秋田の一病院における勤務医労働環境」です。



「秋田の一病院における勤務医労働環境」

秋田赤十字病院長 小棚木 均

それではよろしくお願いいたします。早速、発表させていただきます。



秋田県の地図です。8つの医療圏があります。各医療圏の人口10万対医師数と医療施設従事者数を書きました。医師数は、秋田市を中心とする医療圏以外は圧倒的に少なくなっています。秋田県の人口は、日本で一番高率で減少していきます。ベッド数もどんどん減っていきます。これからの秋田県の医療は、質は担保されますが、規模は縮小されるのが必然です。スライド右下に秋田市の地図を示しましたが、人口32万、この中に400床以上の病院が5病院、この中に私どもの病院もあります。



秋田赤十字病院は駅から車で15分の田園地帯にあり、広い敷地を誇っています。ドクターヘリが配備されています。



これは当院の4人部屋ですが、扇状に配置したベッドには各自の窓があって空が見える、そのような病室を作っております。院内にはアートがあって、癒しとやすらぎで表彰された経験があります。

秋田赤十字病院	
A、病床数：496床	
B、機関指定	
・地域医療支援病院 ・救命救急センター（第三次救急指定） ・総合周産期母子医療センター ・地域がん診療連携拠点病院 ・災害拠点病院	
C、入院基本料、加算等	
・一般病棟入院基本料7：1 ・医師事務作業補助体制加算25：1 ・急性期看護補助体制加算50：1 ・総合入院体制加算	
D、患者数等（H26年度）	
・外来：1日平均763人 ・入院：1日平均415人、病床利用率83.4%、平均在院日数12.6日 ・地域別患者割合 - 入外：秋田市（74%） - 病院からの紹介：秋田市以外（47%）	

ベッド数は496床です。地域医療支援病院、救命救急センター、総合周産期母子医療センター、地域がん診療連携拠点病院などに指定されています。外来数が1日平均763人、入院1日平均415人、病床利用率83.4%、これは昨年度の実績です。いまは80%

に届かない時もあります。平均在院日数12.6日、入外は秋田市が大部分ですが、病院から紹介される患者さんは秋田市以外が半数を占めます。規模からいきますと、全国のよくある中規模病院だと思いますが、秋田の中では中核として頑張っているつもりです。

エ、職員数

・病院全体

職種	常勤	非常勤	臨時他	計
医師	122	39	0	161(29)
その他	737	4	91	832

()内は女性医師

・33診療科と医師数

科名	常勤	科名	常勤	科名	常勤
消化器内科	13(4)	新生児科	4(1)	婦人科	3
呼吸器内科	4	消化器外科	9(1)	眼科	1
循環器内科	4	呼吸器外科	3	耳鼻咽喉科	2(1)
神経内科	4	心臓血管外科	4	放射線科	1
代謝内科	4(1)	乳腺外科	3(1)	麻酔科	2(1)
血液内科	2	整形外科	6	リハビリ科	1
腎臓内科	2	形成外科	2(1)	緩和ケア科	1
腫瘍内科	1	脳神経外科	2	救急部	2
総合診療科	1	皮膚科	1	健診部	4(2)
精神科	2	泌尿器科	4(1)	検査部	1
小児科	4(1)	産科	6(4)	病理診断科	1

職員数は、常勤医師は122名、非常勤39名、合わせて161名で、女性医師が29名です。その他の職員を含めると1000名を少し切るくらいです。診療科は33ですが、欠員の科があったり、一人科長の科があったり、情けないといえは情けないのですが、これが地域医療の現実です。

医師労働環境

1、当院の現状



そのような病院で働いている医師の労働環境の現状をお示しします。

まずは当直です。一晩に医師は8人泊まっています。病院管理が1、救命救急センターに内科系の上級医、外科系の上級医、研修医2年目、研修医1年目という4名を配置して、各ICUに1名ずつ泊まります。45歳未満では月に3回の当直です。翌日午

1) 当直

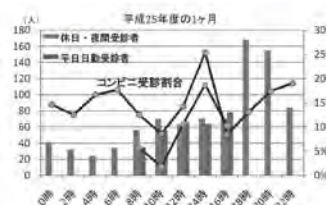
体制 医師(8名)

*45歳未満では月3回、当直翌日は「午後から帰宅可」と規定
a. 病院管理(1): 50歳以上
b. 救命救急センター 内科系(1)、外科系(1)、研修医2年次(1)、研修医1年次(1)
c. ICU(1)、NICU(1)、MFICU(1)
医師以外(5名)
薬剤師(1)、看護師長(1)、臨床検査技師(1)、放射線技師(1)、事務(1)

救命救急センター

1日平均(平成26年度) 患者数 44.9人、救急車搬送数 8.6件

	平日日勤	休日・夜間
担当医	救急部	各科
患者数	9.0	35.8
救急車数	2.8	5.8



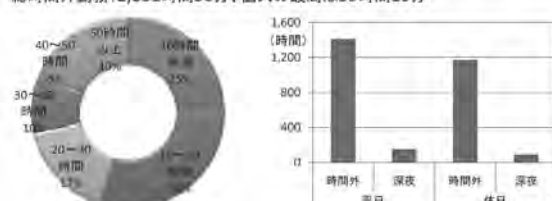
後からは帰っていいという一応の決まりはあります。病院管理当直は深夜は寝ることができますが、救命救急センターはそうはいきません。救急部の部員は2名しかおりません。そのため休日・夜間は各診療科の医師に担当してもらっています。その患者数と救急車数を示しますと、救急部の医師が診るより、各科の先生が自分の専門外のものを診ていることが圧倒的に多いです。命に関わるような患者さんを夜中でも診るのは医者は厭わないです。ただし、その中にコンビニ受診があると、疲れが倍増します。平成25年度の1ヶ月間にコンビニ受診がどれくらいあるか調査しました。コンビニ受診かどうかの判断は診た医師が判断しています。そうすると10%、20%、時間帯もちょっと凸凹がありますが、ほとんど変わりません。これを何とかしなければ当直の医師の疲れはとれないということで「コンビニ受診抑制検討委員会」を作りました。一応対策を掲げて実行しましたが有効性はなしです。

2) 時間外(超過)勤務

- ・院長を除き、自己申告制の時間外勤務手当を支給
- ・医師の時間外手当の総額1,800~2,000万円/月
- ・100時間超の場合は毎月の衛生委員会で協議

<平成27年8月医師時間外勤務>

総時間外勤務: 2,831時間50分、個人の最高は99時間15分



時間外労働です。院長を除き、自己申告制の時間

シンポジウムⅡ

外勤務手当が支給されます。1ヶ月の総額で医師には1800～2000万円の時間外手当を支払っています。今年8月の時間外勤務総時間数が2831時間、50時間以上働いている医師は10%おりました。どの時間帯に申告が多いかと言いますと、平日の時間外が一番多いですが、休日の時間外も多く、深夜もある程度あります。これに関しては後ほどまた説明します。

医師労働環境

3) 女性医師に対して

- ・現在、女性医師専用の休憩室があるが、次年度に休憩室が拡張されシャワー・ルーム、仮眠ベッドが設置される
- ・平成29年から院内保育所が開所

4) コ・メディカルの確保

- ・看護大学学生への奨学金貸与
- ・看護助手の待遇改善(常勤職員へ)



女性医師に対しては、当然、子どもさんを育てている間は当直は免除です。女性医師の休憩室を作っており、今度、新しく院内保育所を開所して、女性のシャワー室、仮眠ベッドを設置します。医師の労働を減らすには、コ・メディカルの確保も大事ですので、看護学生への奨学金貸与、看護助手を常勤職員にするなどの策を立てております。

当院におけるチーム医療

1) 診療科内のチーム医療

2) 病院内のチーム医療

3) 地域を巻き込んだチーム医療



チーム医療です。個人的にですが、診療科内、病院内、地域を巻き込んだチーム医療があると考えます。

このスライドは診療科内のチーム医療です。私は消化器外科医で、医師は9名おります。同じ病棟に

1) 診療科内のチーム医療

消化器外科 医師数: 9名

病棟回診当番表(日中)

病棟	月	火	水	木	金
8日慢性期チーム 7日・他病棟	吉美・山形 工藤	吉川・升田 小棚木	吉美・升田 ・大内	里吉・山形 小棚木	澤田・里吉 工藤
8日急性期チーム ICU・NICU	吉川・里吉 升田	吉美・里吉 工藤・山形	吉川・山形 小棚木	吉美・工藤 澤田・升田	小棚木・升田 山形

診療科内の全患者を把握

夜間当番表

月	火	水	木	金	土	日
		1	2	3	4	5
		工藤	升田	小棚木	小棚木	小棚木
		吉美	澤田	吉美	大内	澤田
6	7	8	9	10	11	12
小棚木	工藤	升田	小棚木	升田	工藤	山形
澤田	吉川	澤田	吉川	澤田	大内	澤田

夜間の終末期患者の看取りは当番医が行う

“主治医制の中のチーム医療”

も慢性期と急性期の患者がおり、看護単位で2チームあります。それを交互に回診して、自分の診療科の全患者の状態を把握します。夜の当番は2人体制と決まっていますので、終末期患者の看取りでは主治医は出て来ません。患者の状態を把握している夜間の当番医が看取りを行って、仕事のオンとオフをしっかりとるようにしています。主治医制の中のチーム医療と言わせていただきます。

2) 病院内のチーム医療

院内チームと構成員数

()内は研修医数

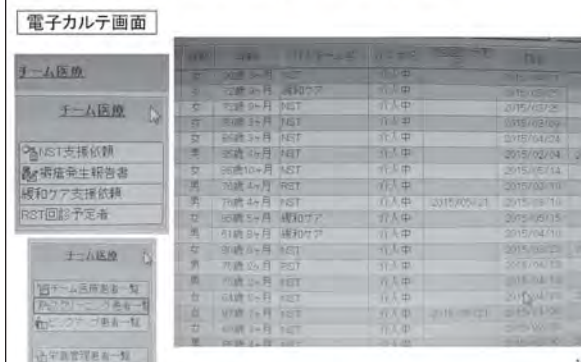
No	チーム名	医師	看護師	コ・メディカル	事務、他	計
1	医療安全	8(2)	7	8	2	25
2	院内感染対策:ICT	9(2)	8	8	1	26
3	緩和ケア	4	14	8	1	27
4	糖尿病サポート:DMST	4	9	9	0	22
5	栄養管理サポート:NST	5	5	12	1	23
6	HIV/AIDS診療	1	7	4	2	14
7	呼吸ケアサポート:RST	3	6	7	1	17
8	褥瘡管理	2	6	4	1	13
9	メンタルサポート	5(1)	3	4	2	14
10	患者サポート	1	2	1	2	6

病院内のチーム医療としてはICT、NST、RSTなど10のチームが活動しています。医師、看護師、コ・メディカル、事務員、各職種を配置して、研修医も参加してもらっています。

電子カルテを撮影しました。チーム医療を依頼したければ、「依頼」のボタンを押して書き込むと、患者さんの一覧が出てきます。「NSTが介入しています」、「緩和が介入しています」、「何月何日、次に回診する予定です」という一覧です。

地域を巻き込んだチーム医療、地域連携パスはどこでも行われていると思います。救急医療について、

2) 病院内のチーム医療



3) 地域を巻き込んだチーム医療

地域連携パス

- ・がん地域連携クリティカルパス
- ・糖尿病ネットワーク: 糖尿病連携手帳
- ・脳卒中地域連携クリティカルパス

救急医療

秋田県には「救急車のたらい回し」は存在しない

県内外医療施設への医師応援派遣

- ・可及的に派遣する
- ・10病院、3診療所へ応援
- ・派遣診療科: 代謝内科、神経内科、消化器内科、腫瘍内科、消化器外科、乳腺外科、整形外科、形成外科

秋田県には救急車のたらい回しは存在しません。限られた医師の中で、顔が見える中で行われています。みんな相手側の素性がわかりますので、救急車のたらい回しは存在しません。私どもの病院は少し医師数が多いので、可及的に足りないところへ応援を出すようにして、秋田県全体の医療レベルに貢献したいと考えております。

医師労働環境

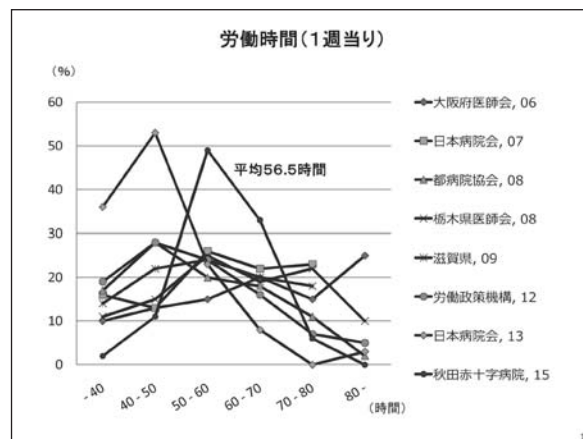
2、当院医師へのアンケート調査

- ・本年7月に全医師に配布
- ・回答者数 112名
- ・回収率 92%



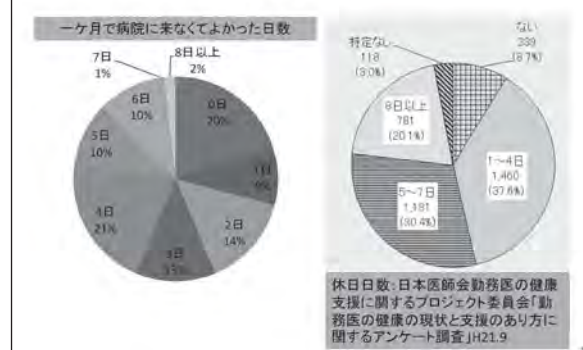
そのような労働環境を、当院医師はどのように見ているかアンケート調査をしました。今年の7月で

す。全医師に配布して、6～7割戻ってきたらよいと思っていたら、92%の回収率でした。私はこの数字に大変感激しております。



労働時間です。私どもの病院の医師の平均労働時間は、1週間当たり56.5時間でした。過去のデータと比べてみましたが、少し昔のデータでは、すぐ帰る方から、ずっと残る方まで横ばいだったのですが、最近の調査では少しピークができるようです。私どもの病院のピークは2013年の日本病院会の調査よりやや長時間で、スライドのようなデータでした。

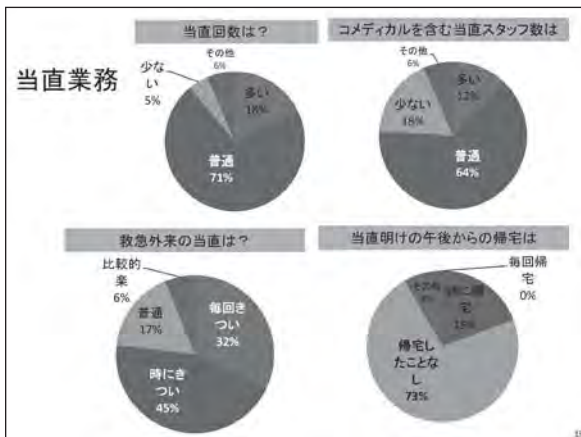
休日の取得



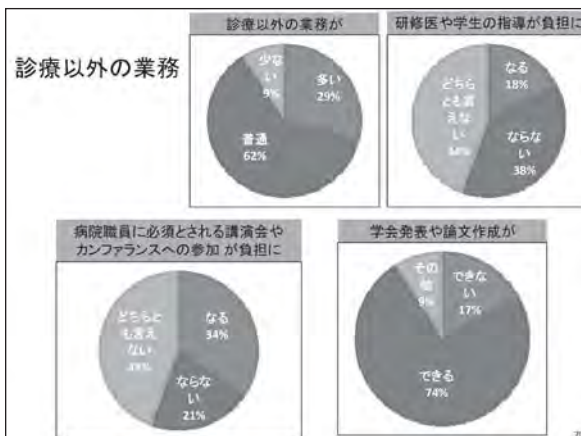
勤務医がどれだけ休んでいるかです。休日の定義がしっかりしていません。休日に患者さんを診に来ても、労働時間に見なされないという判例もありますので、今回のアンケートは「1ヶ月で病院に来なくてよかった日は何日ありましたか。完全なオフの日は何日ありますか」と聞きました。そうしましたら「月に4回、週1回の割合もとれない」というのが60%くらいになっておりました。右は平成21年度の日本医師会のデータですが、定義が違うので何と

シンポジウムⅡ

もいよいがないのですが、単純に比較すると当院医師は休んでないというイメージです。

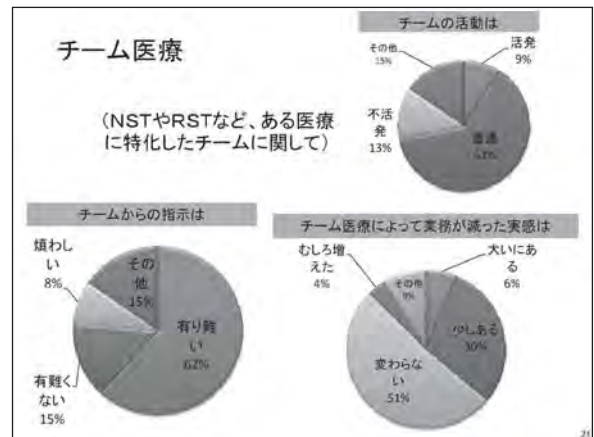


当直回数は「3回は普通でしょう」と回答したのが7割です。コメディカルを含む当直スタッフ数は「普通」が64%。救急外来の当直は、「毎回きつい」、「時にきつい」と圧倒的にきついと回答した医師が多く、しかも、「その翌日に出ていますか」との問いには、「帰宅したことなし」が7割以上でした。

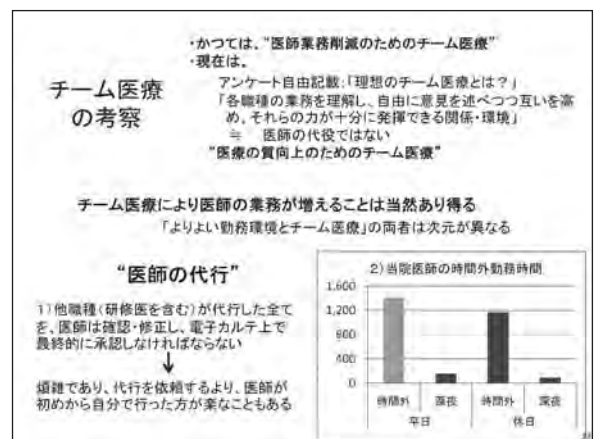


診療以外の業務です。診療以外の業務が「多い」と回答したのは3割でした。研修医や学生への指導が負担に、「なる」が18%、「ならない」が38%でした。私の個人的見解としては、当院の先生方は、大学病院の研究、教育、診療のうち、研究、教育がきらいで、臨床一本槍ということで赴任した先生が多いと考えていました。そのため指導が負担になるが多いと思ったのですが、思ったより少ないのが意外でした。病院職員に必須とされる講演会やカンファレンスの参加が負担に「なる」は3割、「ならない」は2割でした。そのように忙しい中で、学会発表や

論文作成ができますかとの問いには、「できる」が74%でした。

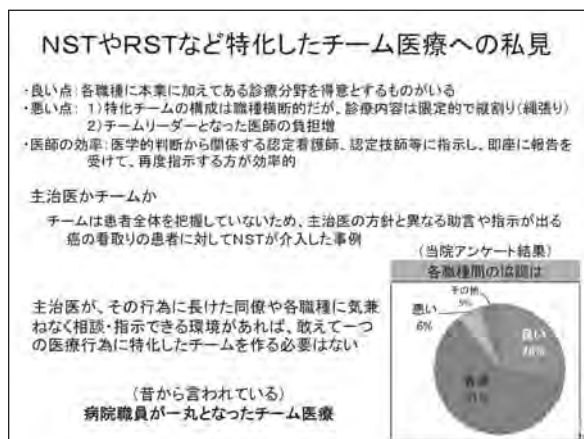


チーム医療のお話をします。このアンケートはNSTやRSTなど、ある医療に特化したチームについての評価です。チームの活動が「普通」と答えたのが6割、「活発」、「不活発」がそれぞれ10%くらいでした。特化したチームからの指示は「有り難い」が6割でした。「有り難くない」、「煩わしい」という医師も23%おりました。そのチームからの指示があって業務量が減りましたかとの問いには「減った」が36%、半分は「変わらない」と回答しました。



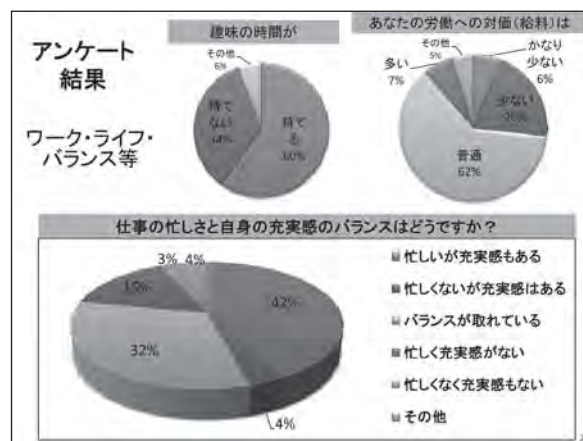
私見を交えた考察をさせていただきます。かつては、医師業務削減のためのチーム医療、はじめの頃はそうのように言われたのではないかと思います。アンケート自由記載に「理想のチーム医療とは」を書いてもらったのですが、「各職種の業務を理解し、自由に意見を述べつつ互いを高め、それらの力が十分に発揮できる関係・環境」という答えが圧倒的に多くありました。チーム医療は医師の代役ではあり

ません。医療の質向上のためのチーム医療が現在の認識だと思えます。従って、チーム医療によって医師の業務が増えることは当然あり得ます。主催者には申し訳ありませんが、今日のシンポジウムは「よりよい勤務環境とチーム医療」というテーマですが、私は多分、両者は次元が異なっていると思います。医師の代行に関して思うことを述べます。他職種が代行した全てに関して、医師は最終の指令者です。それを確認・修正して、電子カルテ上で承認しなければなりません。このような操作が求められます。ものすごく面倒です。1ヶ月で数百くらいの承認依頼が来ます。これはなかなか大変です。2つ目は、先ほど出した時間外勤務に関する表ですが、チーム医療が順調に行われて、効率よくなれば平日はもう少し勤務時間が少なく帰れる可能性はあります。深夜、時間外をチーム医療でカバーできるか？これをカバーするには医師の2交代制を考えなければ医師の時間外が減ることはありません。ただし、医師不足の秋田県において、医師の2交代制は夢のまた夢であります。



NSTやRSTなど特化したチーム医療への個人的な意見です。よい点としては、各職種に自分の本業に加えてある診療分野を得意とするものがある、これは大変よいと思えます。ただし、特化したチームの構成は、職種は横断的ですが、診療内容は限定的で縦割りのため、縄張り意識が生じます。人工呼吸器にはRST以外に触るなということが発生する懸念があります。2つ目の悪い点としては、チームリーダーには当然医師がなるとは思いますが、その医

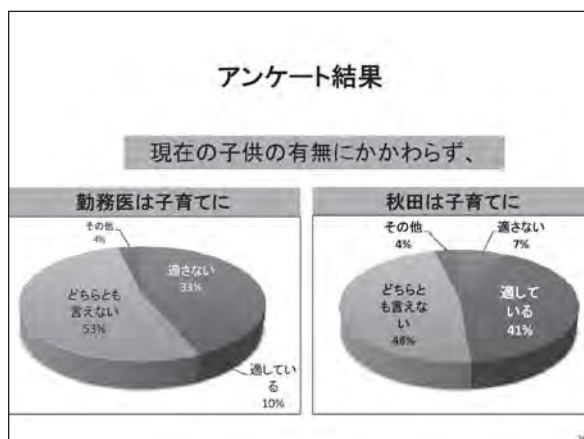
師の負担は増加します。効率ということから考えれば、チームに依頼するよりは、医師が関係する認定看護師、認定技師、認定薬剤師等に「ちょっと診てきて」と直接指示して、返答をもらって再度指示した方が効率的で、さっきみたいな電子カルテの何とかチームや支援というのは、私自身は非効率だと思っています。主治医かチームか？チームは当然主治医に比べて患者全体を把握しておりません。主治医の治療方針と異なる助言や指示がでます。癌の看取りの患者に対して、NSTが介入した事例が実際にありました。主治医が、チームではなくて、その行為に長けた同僚がいますので、その同僚や各職種に気兼ねなく相談・指示できる環境があれば、敢えて特化したチームを作る必要はないのではないかと考えます。昔から言われている病院職員が一丸となったチーム医療、これが本当のチーム医療ではないかと私自身は考えます。今回のアンケートで、各職種間の協調はどうですかという問いに「よい」は28%、「悪い」は6%、「普通」が61%でした。この「悪い」がなくなって、「よい」の割合が増えれば、よい病院一丸のチーム医療ができるのではないかと考えます。これは大病院には通用しない、私どもの中規模病院だから言えるのかも知れません。



アンケートに戻ります。ワーク・ライフ・バランス。趣味の時間が持てますかという問いには「何とか持てる」、「持つようにしている」と書いていました。労働への対価については「少ない」が26%、「普通」が62%と妥協してくれていました。仕事の忙しさと自身の充実感のバランスはどうかという問

シンポジウムⅡ

いに対しては、「忙しいが充実感がある」が42%、「忙しくはないけれども充実感はある」が4%、「仕事の忙しさと充実感のバランスがとれている」は32%、圧倒的に多くの先生方がバランスを保ちつつ仕事をしておりました。



アンケートの最後に、現在の子供の有無にかかわらず、勤務医は子育てにどうですかと尋ねたところ、「適さない」と答えたのは33%、「適している」は10%、「どちらとも言えない」が53%でした。それに比べて秋田は子育てに適していますかとの問いには、「適している」が41%でした。秋田出身の私としては、ありがたい回答が返ってきました。

**地方の勤務医の労働環境は、
過酷であり自己犠牲を強いられている**

それでも、
使命感を持ち、
充実感を保ち、
地域に愛着を持って
医療を継続させている

地域医療を支える
すべての職員に
感謝



最後です。地方の勤務医の労働環境は過酷で、自己犠牲を強いられています。それでも、使命感を持ち、充実感を保ち、地域に愛着を持って、医療を継続させております。地域医療を支えるすべての職員に感謝します。「病院長として感謝している暇があったら、さっさと対策を練ろ」とおっしゃる方がいるかも知れませんが、全国に92ある赤十字の院長一

人が騒いだところで、赤十字のシステムは変わりません。まして、秋田は医師不足ですので、その中で何かしろと言われてもなかなかできません。今は「ただ職員に感謝する」ということを述べて私の発表を終わりたいと思います。



「外科系病棟への診療看護師(JNP) 配属の成果」

国立病院機構東京医療センター統括診療部長
磯 部 陽

よろしくお願いいたします。

大都市の基幹型の病院での現状について、ご報告させていただきます。

国立病院機構(NHO)における特定看護師

- ・日本版診療看護師(Japanese Nurse Practitioner: JNP)
- ・東京医療保健大学国立病院機構キャンパス(NHO本部に隣接)と提携
- ・大学院看護学研究科修士課程高度実践看護コースで養成(全日制2年)
- ・「特定行為に係る看護師の研修制度」研修機関指定(全21特定行為区分38特定行為)
- ・臨床経験5年以上の看護師を対象(ICU、救命救急センター、外科病棟、手術室勤務経験者等)
- ・クリティカル領域

国立病院機構(NHO)では、全国で140近くの施設がございますが、そこでは特定看護師、いま話題になっておりますが、こちらを養成しております。どういうものかと言いますと、特に日本版の診療看護師、これをNHOでは、Japanese Nurse Practitioner、訳が正しいのかどうか分かりませんが、これを我々がJNPと称して、正式な名称として使っております。どのように育成しているかという点、東京医療保健大学の国立病院機構キャンパスと提携いたしました。そして、全日制の2年課程ですが、大学院の看護学研究科修士課程高度実践看護コースで勉強してもらってきています。現在、ここの大学院は、全21特定行為区分38特定行為の施設として指定されています。対象者は、臨床経験5年以上の看護師で、主に外科系、救命救急センター、外科系の手術室も含めて経験の高い方です。クリティカル領域と称していますが、慢性期は現在のところ対象としておりません。

これが東京医療保健大学大学院のホームページです。小さいのですが国立病院機構キャンパスと書か



れています。

東京医療保健大学国立病院機構キャンパス



これがその大学の正面です。この隣にあるのが我々の病院です。なぜ、こんなに近いかと言いますと、元々、当院の附属の看護学校でした。これがいろいろな経緯を経て、東京医療保健大学になりました。

NHO東京医療センターの概要

- ・東京都区西南部の急性期中核病院
- ・病床数 780
- ・入院患者数 662人、平均在院日数13.4日、1日外来患者数1587人*
- ・国立病院機構高度総合医療施設
- ・地域がん診療連携拠点病院
- ・日本医療機能評価機構認定病院
- ・地域医療支援病院
- ・臨床研修指定病院
- ・三次救急医療施設
- ・電子カルテ2006年導入



©2014 医療

シンポジウムⅡ

た。

実習場所としては、当院が一番数が多いのです。東京医療センターの概要は、病床数780の地域がん診療連携拠点病院で、三次救急医療施設、臨床研修指定病院でもあります。電子カルテを導入しております。

大学院で行っている講義・実習

- ・ 臨床推論(診断学・病態学・治療学)
- ・ 実習
 - － タスク・トレーニング
 - ・ 縫合・デブリ・挿管・CV・動脈穿刺
 - ・ エコー・人工呼吸管理
 - － ロールプレイ実習
 - ・ トリアージ・ICなど
 - － シナリオ・シミュレーション実習
 - ・ 初療・病棟急変など
- ・ 臨床実習



さて、大学院でどのような講義・教育を行っているのかと言いますと、2年課程ですので、1年目は講義・実習、臨床推論と称していますが、診断学、病態学、治療学と実習に力を入れています。タスク・トレーニングやロールプレイ等臨床実習につなげております。

講義(1年目)

- ・ 医学的知識・思考法の教育
 - － 解剖学
 - － 病態生理
 - － 診察術
 - － 診断学
 - － 臨床推論
 - － 臨床薬理学
 - － 治療学



1年目の講義の内容です。どちらかというと医学生の方の講義の項目にやや近いようなタイトルが並んでおります。

実際の自習の風景です。タスク・トレーニング、ロール・プレイ、シミュレーションと実践に主に力を入れた教育のプログラムとなっております。

さて、2年目になりますと、主に東京医療センター、そして災害医療センター等で臨床実習に入ります。救命救急センター6週間、外科5週間、総合内

実習

- ・ タスク・トレーニング
 - － 縫合
 - － デブリドメント
 - － 気管挿管・抜管
 - － 中心静脈路確保
 - － 動脈穿刺
 - － 創出血管理・圧迫止血
 - － エコー
- ・ ロールプレイ
 - － IC
 - － 救急外来トリアージ
- ・ シミュレーション
 - － 人工呼吸管理・ウィーニング
 - － 血管造影
 - － 統合演習
 - － 救急外来トリアージ



臨床実習(2年目)

NHO東京医療センター、災害医療センター等

- ・ 救命救急センター 6週間
- ・ 【循環器科(CCU)】 6週間
- ・ 外科 5週間
- ・ 総合内科 2週間
- ・ 麻酔科 1週間

- ・ 各科2名ずつローテート



科2週間、麻酔科1週間というプログラムを組みまして、各科2名ずつ、1学年10名くらいおりますので、ローテーションして初期臨床研修医と同じような研修プログラムで研修を行います。

院生1期生20名の実習配置表

院生名	救命救急センター	循環器科(CCU)	外科	総合内科	麻酔科
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

これが院生1期生の20名の実習配置表です。研修医のローテーション表と非常によく似ています。というか同じように作りました。

さて、このような研修が始まった時に、研修医の反応はどうだったと言いますと、まず「自分たちの出番が減るのではないか」でした。当院は、ご存知の方がいるかも知れませんが、マッチング率がかなり高位の臨床研修医が30名、1学年30名おります。

研修医の反応

- ・自分たちの出番が減る！
- ・NPの実習があると知っていたら、この病院には来なかった・・・

ですので、研修医にこんなことを言われるとちょっと困ってしまうというのがあります。「NPの実習があると知っていたら、この病院には応募しなかった」というような意見が当初ありました。

2011年春 診療科スタッフの反応(外科)

- ・患者への説明は？
- ・事故発生時の責任体制
- ・大学院(巡回)指導教官の連絡体制
- ・NP育成は病院としての業務か？
- ・医長が指導してほしい！
- ・実習のチャンスは研修医に与えたい・・・
- ・初期臨床研修医と同等の教育は無理！
- ・大学指導教官は、診療科の臨床現場を知らな過ぎる！

我々は消化器外科ですが、外科にも回ってきます。では、診療科スタッフの反応はどうだったのかと言いますと、「患者さんにどうやって説明するんだ」、「もし事故が起きたら誰が責任とるんだ」、「大学院の指導教官に連絡がつくのか」、あとは「NPの育成は病院としての業務か」、「俺たちではなく医長が担当してほしい」、「実習のチャンスは研修医に与えたい」という意見がありました。結果的に「初期臨床研修医と同等の教育は無理ではないか」、「大学指導教官はあまりに臨床の現場を知らなさ過ぎる」という議論がわき起こりました。

そこでいろいろと検討を続けました。これはNH Oの方針でもございましたので、何とかやらなければなりません。無理せず現実的に、可能なものに限定して、実習医行為の選択をしました。当時、203項目の医行為の候補がありましたので限定することとしました。医長が責任をとります。指導体制

診療科内での検討

- ・実習医行為の選択・・・無理せず現実的に可能なものに限定
- ・責任体制・・・医長
- ・指導体制・・・チーフレジデント
- ・病棟チームへの組み入れ・・・チームの一員として位置付け
- ・夜間・休日の呼び出し・・・希望あればOK
- ・すべてのカンファレンスに出席
- ・研修医教育との整合性

としては、チーフレジデントをとってもらい、病棟のチームに組み入れて、チームの一員として動いてもらうこととなりました。夜間・休日の呼びだしに関しては、希望があればOKとしました。5年以上の経験のある看護師さんですので、「夜も呼んでください」という方も多かったです。すべてのカンファレンスに出席、臨床研修医教育との整合性をとることで段々話がまとまりました。

外科実習プログラム

- ・2名5週間ずつ
- ・病棟チームに組み入れ
- ・受持ち手術患者決定(チーフレジデント)
- ・病棟実習
- ・手術参加
- ・カンファレンス参加. 大学院指導教官も臨席.
- ・カンファレンスでのプレゼンテーション(症例提示). 最終週. 症例レポート提出・・・病棟医長が指導
- ・真皮縫合実習. 初期臨床研修医と合同

外科の実習プログラムとしては、2名5週間ずつ、病棟チームに組み入れて、受け持ちの手術患者さんを決定、これはチームレジデントが決定します。実習や手術に参加してカンファレンス、カンファレンスには大学院の指導教官も臨席しております。そして実際にプレゼンテーションをしてもらったりして、最終的にはレポートを提出します。研修医の教育と非常に似ております。あとは実習として、外科系ですので、特に縫合実習等にも力を入れております。

実際に始めてみると、医長は臨床教授というタイトルをいただいております、この人たちの指導力が頼りです。重要性を認識しながらも、一部のスタッフの複雑な思いが残っております、粛々とスケ

実際には

- 医長達(臨床教授)の指導力が頼り
- 重要性を認識しながらも、一部のスタッフの複雑な思いを残し粛々とスケジュールを消化していった
- 院生のモチベーションの高さ、ベテラン看護師としてのキャリアが救い
- 結果的には初期臨床研修医が増えたような状況・・・指導側に余力がある診療科よりシステム化されていった

ジュールを消化していったという経過でした。院生となった第1期生のモチベーションは非常に高く、ベテランの看護師としてのキャリアが救いになりました。結果的には初期臨床研修医がさらに増えたような状況になりまして、指導側に余力のある診療科から順次システム化を重ねていきました。

救急初療中



実際の臨床風景です。救急初療中です。

病棟実習



病棟実習風景です。

真皮縫合ハンズオンセミナーでは、豚の皮膚を使っております。年3回、2時間コースで研修医と一緒にに行います。共通の認識を持ってもらうようにしております。

真皮縫合ハンズオンセミナー(年3回) 看護大学大学院生(NP)・研修医対象



手術(閉腹創の真皮縫合)



さらに手術に参加します。この写真は指導医の下で縫合の実習を行っているところです。元々手術室や外科の経験のある看護師さんでかなり技量は高く、モチベーションが高い方が多いので、医療としてはかなりのものでございました。

病棟行事にも参加(外科合同納涼会)



そして病棟の行事にも同じように参加してもらって、一体感を高めていきました。

これは今年の春ですが、大学院の卒業謝恩会に内科の医長が率いるバンドが友情出演しました。研修医が参加しております。かなり一体感が得られるようになってきています。

さて、卒後臨床研修が終わりますと、JNPとし

2015年春

大学院卒業謝恩会への友情出演



医長率いるバンドに研修医が参加

大学院卒後研修

- 平成24年度より厚労省の「看護師特定行為・業務試行事業」として開始
- 院生の多くは、出身NHO施設にJNPとして復職
- 東京医療センターの第1期生は3名
- 外科、総合内科、救命救急センターを1名ずつ4ヶ月毎にローテーション
- 統括診療部に所属。勤務体制は、超過勤務を含め看護師として管理

ンするというプログラムで、統括診療部に配属しました。勤務体制については、看護師でございますので、超過勤務を含めて看護師として管理します。二重の管理です。

て認定されます。これは3段階あります。まず、大学院修士課程の卒業、そして日本NP協議会の認定試験に合格、NHOの理事長が認定するというステップを踏みます。右下の写真は証書です。

これがJNPの着用するユニフォームです。

診療体制



そして、これが授与式です。第1期生が13名、このような形でセレモニーが行われました。

大学院の卒後研修です。平成24年度から始まりました厚労省の「看護師特定行為・業務試行事業」として開始しております。院生の多くは、出身のNHOの施設にJNPとして復職します。東京医療センターでは第1期生は3名です。外科、総合内科、救命救急センターを1名ずつ4ヶ月毎にローテーショ

実際の診療体制です。臨床研修医とほぼ同格で、レジデントの下について診療にあたります。

実際に保険にも入ってもらいます。JNPに特化した保険ができたようです。

研修プログラムです。オリエンテーションなどを経て、実際のカンファレンスやレジデントとの関係を細かく規程いたしました。医行為のチェック

診療看護師（特定行為・業務試行事業の参加者）のための 医療事故損害賠償保険の創設

- 看護師特定行為・業務試行事業に参加する診療看護師を対象とした医療事故損害賠償保険を創設。

補償額 1億円 4,920円/年

詳細については、別添の資料2を参照

（参考）

- 医師 補償額 1億円 40,660円/年
- 看護師 補償額 5千万円 2,710円/年

注：補償額は対人1事故当たりの額

外科研修プログラム

- ・ 中央でのオリエンテーション終了後、1名4ヶ月間ずつ
- ・ 病棟チームに組み入れ関係職種との調整実施
- ・ 受持手術患者決定（チーフレジデント、指導医）
- ・ 担当病棟での患者カルテ代行入力、指示
- ・ 受持患者の検査・処置等実施・手術参加及び介助
- ・ 受持患者の検査・処置・状況の説明、看護師への説明実施
- ・ 受持患者のファーストコール対応
- ・ 毎日のカンファレンス（看護含む）、手術前のカンファレンス参加
- ・ 研修医、レジデントと交流、医師の抄読会参加
- ・ カンファレンスでのプレゼンテーション（症例提示）
- ・ 医行為チェックリストに基づき毎日記録、業務を含めて記録
- ・ 退院時サマリー記録し、指導医長の指導を受ける。
- ・ 月一回実施項目チェック資料提出、業務施行事業に関する検討委員会に出席、発表、指導医長等の評価・指導を受ける
- ・ 指導医と当直を実施し、夜間の外科救急患者に対応 など

リスト、当時これは試行事業でしたので、毎日記録をして業務を含めて報告してもらいます。そして、月1回、検討委員会がございまして、こちらで管理部門と指導医長の評価を受けるというシステムで教育しています。

「看護師特定行為・業務試行事業の実施に関する検討委員会」を設置

- ・ 月に1回開催（出席者：委員12人、JNP3人）
- ・ JNPの1ヶ月間の研修状況報告、評価（個人の目標（含医行為）の達成状況、困ったこと、改善して欲しい点など）
- ・ 指導医長・出席者からの助言、コメント、評価
- ・ ヒアリングの確認
- ・ プロコールやバス作成に関する検討
- ・ 絶対的医行為に関する考えの統一
- ・ 指導医長および管理者からの問題点等の確認
- ・ 「チーム医療推進会議」等の動向の周知
- ・ 学会・研究会活動等の情報の共有
- ・ 議事録作成し幹部会議で報告、職員への周知 など

実際の委員会です。月1回開催します。実際にどんなことをやったかということをJNPから細かく報告してもらいまして、ヒヤリハットがなかったかどうか、指導医長からのコメントなどを記録しています。

始まって4ヶ月後の反応です。患者さんからは「とにかく説明が丁寧だ」、「医師よりも時間をかけてく

JNP活動開始後4ヶ月間の反応

- ＜患者さんからの反応＞
 - ・ 医師より時間をかけて丁寧な説明をして貰い良かった。
 - ・ 医師には忙しい中で細かいことを聞くのが悪い気がしていたが、気持ちよく話して貰えて助かった。
 - ・ 親切で良かった。
 - ・ このような職種があるなんて初めて知った。今後も頑張って欲しい。
- ＜看護部からの反応＞
 - ・ 医師に聞けない受け持ち患者さんの病状や使用の薬、今後の治療方針などについて、すぐに聞けてとても良い。
 - ・ 患者カンファレンスに入って意見交換時に自分達とは違い患者さんのことを良く知っているのすごい。
 - ・ 今までより医師への連絡等が早く取れる。
- ＜医師からの反応＞
 - ・ チームの一員として戦力になっていたのでとても助かっている。
 - ・ 電子カルテは実施したことを入力し、受け持ち患者はサマリーも代行入力しているので助かる。
 - ・ 1年間の業務試行事業の研修が終了すれば徐々に実戦力も伸びていくと思う。
 - ・ 本人の性格を良く知っているの信頼している。慎重であり、危ないことは絶対に1人では実施しないことが分かっているので安心していただける。
 - ・ 手術や外来の途中で呼ばれることが少なくなっている。

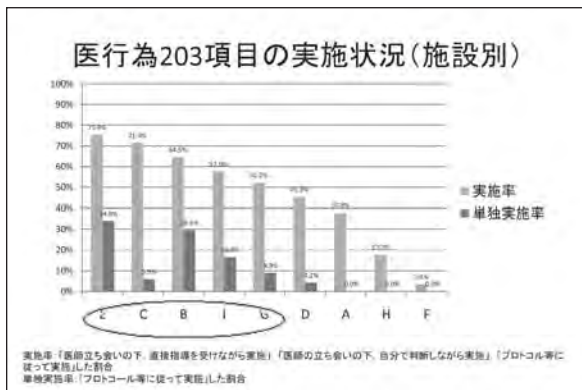
れてよかった」という好意的なコメントを多くいただきました。また、看護師からのコメントは、実際にはカンファレンスに入ってもらいますので「自分たちと違ったいろいろな知識を入れてくれる」、ということで「勉強にもなる」、「医師よりも早く連絡がつくようになった」という前向きなコメントもいただくようになりました。医師からの反応は、「チームの一員として戦力になっているので助かっている」。復職ですから、以前からよく知っている職員ですので、「とにかく信頼感がまずあった」ということと、「手術や外来の途中で呼ばれることが少なくなった」、間に入ってくれるという話と言われるようになりました。さて、これが本当なのかということを検証しなければなりません。

卒後研修を開始したJNP 13名がチーム医療の質の向上に どのように貢献できているかの検証

- 対象：JNP卒後研修を開始したNHO 9施設の管理者、指導医、看護師、メディカルスタッフおよびJNP計1761名とJNPが担当した患者・家族130名。
- 調査方法：無記名質問用紙による調査。
- 質問項目：教育プログラム概要、医行為203項目の実施状況、JNPに必要とされる能力（29問）、JNPの活動の質（19問）等。回答は4段階評価と自由記載。
- データ解析方法：潜在クラス分析、因子分析、テキスト分析等の手法で解析。
- 調査期間：平成25年1～3月（臨床研究中央倫理審査委員会1月承認）。

これは倫理委員会を通しまして、国立病院機構の協同研究として卒後研修が終わって1年目くらいの時に、大規模なアンケート調査を行いました。当時、JNPは13名、NHOの施設に勤務しておりましたので、その9施設の管理者、指導医、看護師、メディカルスタッフ、患者さん、そしてJNP自身からも無記名のアンケート調査を行いました。約1800名

近くになる大規模な調査でした。そして、それを外部機関に委託しまして、解析してもらうというシステムをとりました。



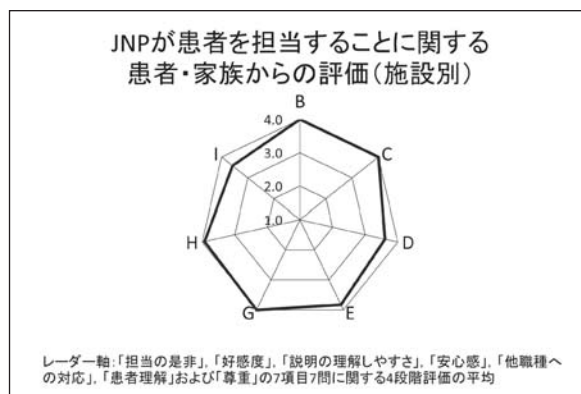
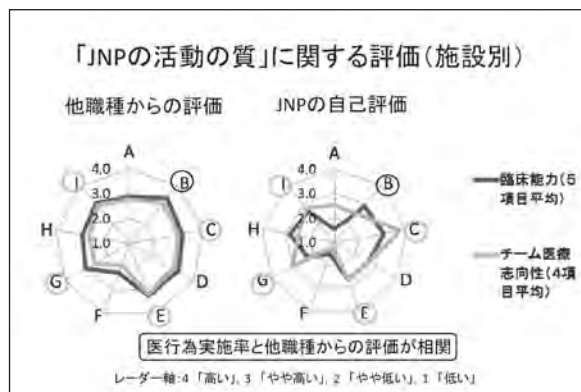
当時の203項目の医行為を実際に各施設、横軸が施設ですが、やらせたかどうかということです。これに関しては、各施設の考え、施設の責任者、院長先生のお考えで、かなり異なりました。かなり踏み込んでやらせる施設と、そうでない施設に分かれました。



自分たちの評価です。他職種からの評価がレーダーチャートの外側で、内側が自分たちの評価です。自分たちの評価が低くて、自分で自分を割と低く評価する傾向があります。言い換えれば、予想以上に他職種からは高く評価されていました。

医行為を特にやらせた施設に○印が付いていますが、この施設の評価は高い傾向です。個人の評価が高いから踏み込んで医行為をさせてもらえたのか、あるいは逆なのか、これは分かりませんでしたが、このような結果でした。

これが患者さんからの評価です。患者さんの評価はほぼどの施設も満点に近いような非常に高い評価



をいただきました。



そして、アンケートのすべての文言を事細かに解析いたしました。テキスト解析という手法ですが、浮き上がってきたJNPの価値は「医師に聞きづらいこと」、「橋渡しをしてほしい」といったようなキーワードでした。

こういった研修を経まして、いよいよ診療科に配属となります。2013年からJNPが診療科に配属となりました。外科に1名、脳神経外科、手術室各1名配属となっております。

外科のJNPのプロフィールです。外科病棟と手術室の勤務経験がございます。

外科系診療科への配属

- 2013年より卒後研修を終了したJNPが診療科に配属
- 2013年より外科に1名
- 2015年より脳神経外科、手術室に各1名

外科JNPのプロフィール

- 2003年 東京医療センター 外科・呼吸器外科病棟に入職
- 2007年 手術室に異動
- 2010年 東京医療保健大学大学院看護学研究科入学
- 2012年 同大学院卒業、東京医療センター復職(JNP)
- 2013年 外科配属

外科での診療体制



現在の診療体制です。卒後研修、卒前研修と少し違いまして、少し地位が上がったような感じです。

外科での診療体制



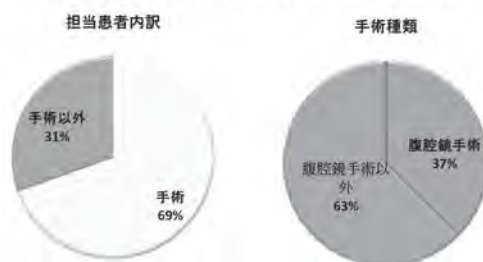
現在はこのあたりにいます。

外科JNPの活動



外科のJNPはこのような活動をしております。これはレジデントのスケジュールと全く同じになっています。ただ、病棟カンファレンスに出席することが付け加わっています。実際にこのように手術に入り、手が足りない時には、元々手術室の経験があるので閉創も指導医と一緒にを行います。

担当患者数 (2013年4月～2014年10月) 285例



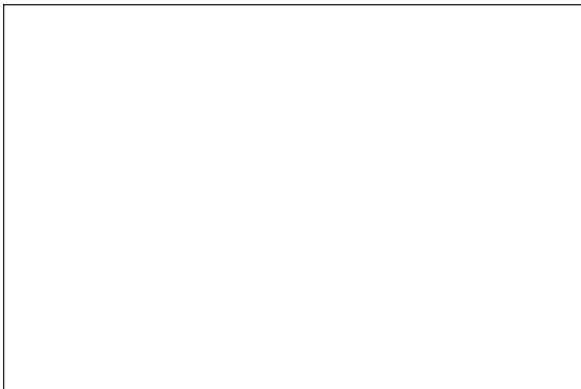
手術と手術以外の業務量は、左の円グラフのとおりです。特に腹腔鏡手術に関しても、かなり関わってくれています。

腹腔鏡手術トレーニングに参加して

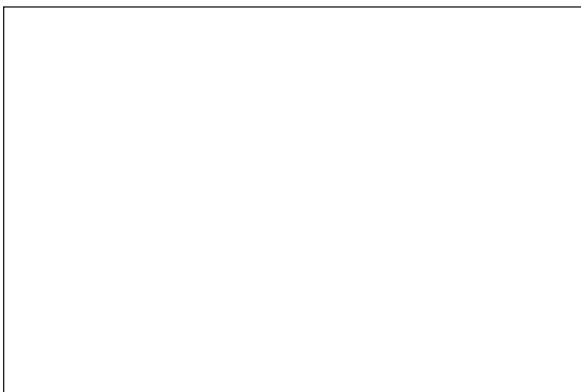
- ①手術の手順がわかる。先が読める。
- ②手術を行いやすい視野の展開・カメラ操作



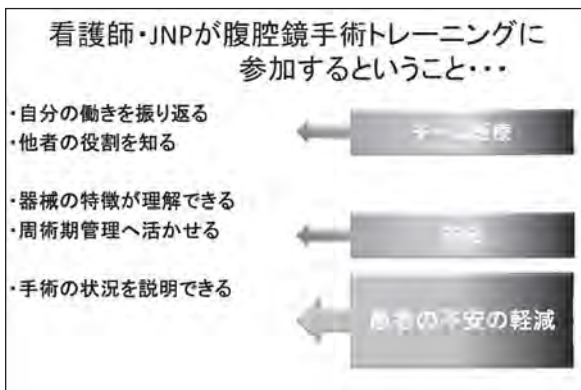
腹腔鏡手術のトレーニングも研修医、レジデントと機会があれば一緒に参加します。現在はスコピスト役割が非常に多くなっています。



実際の技量はどのくらいかということで、タイムトライアルをやってみました。これは鼠径ヘルニアの修復術ですが、実際に自分が術者になることはありません。研修医、レジデントと混じって実際にやってみますと、かなりの好タイムを出すことができます。レジデントの何人かよりも良い成績を出せるという技量があります。



このように表彰されるなど非常にモチベーションの高い方で、我々も助かっています。



自分自身をどのように評価しているかを見てみると、「チームとして他者の役割を知る」、外科系、特に手術に参加しますので「いろいろな器械の特徴

等が理解できる」、「周術期管理に活かせる」、手術の状況がよくわかりますので、病棟の看護師さんではわからないことも含めて「患者さんにも説明できて、不安が軽減できるのではないか」という評価でした。

腹腔鏡手術ビデオ検討会への参加



このようなビデオ検討会にも参加していただきます。残念ながら術者ではありませんので、少し距離感があります。一応、勉強の機会を持っています。

救命救急センター初療室での緊急開腹手術に参加



これは緊急手術です。たまたま救命救急センターの初療室で、そのまま緊急開腹しなければならない事態に陥ります。これは夕方、手術室ではまだ日勤の手術部が終わっておりませんでした。しかも心臓外科の大きな手術が突然始まってしまったということで人手がまったくありませんでした。穿孔性の腹膜炎でしたので、外科系のチームが「初療室で開腹する」というのですが、人手が足りないということでJNPがガウンを着て手伝ってくれました。よく見ると白衣の上にガウンを着ています。野戦病院みたいですが、正規のチームがこの後応援に駆けつけてくれて、それまでの繋ぎということもやってくれました。



学会でも発表して、広報活動もしていただいております。

外科におけるJNPの業務

- ・ 周術期の患者管理
- ・ 包交回診とその準備
- ・ オーダー(代行)入力
- ・ 手術参加(助手、内視鏡助手、閉創、緊急時の器械出し)
- ・ 造影等の検査、処置
- ・ 救急外来診療の補助
- ・ 患者へのICの補助
- ・ 看護師のカンファレンスへの参加 など

多忙な外科医の代行にとどまらず、「病棟を守る」役割が中心となりつつある

外科におけるJNPの業務を整理してみますと、実際に周術期の患者管理から回診とその準備、そしてオーダーの代行入力、手術への参加、特に内視鏡助手、小さな手術でしたら医師1人とJNPでやるのが緊急手術でもできます。閉創、緊急時の器械出しにもかかわってくれますし、検査に関してもよく手伝ってくれまして、救急外来の診療の補助もやってくれます。患者さんへのICも、医師ができない時には代わりにやってくれます。そしてJNP自身が一番重要だと考えているのが、カンファレンスへの参加だということです。多忙な外科医の代行にとどまらず、病棟を守ると言っているのですが、その役割が中心となりつつあるような印象を受けます。

さて、10月1日から新しい制度が始まりました。まだ、これが実際にどうなるかわかりませんが、これは厚労省のホームページからダウンロードできます。特定行為に関する研修制度が始まったということで広報されております。



特定行為に係る看護師の研修制度の概要 (制度の趣旨)

2025年に向けて、さらなる在宅医療等の推進を図っていくためには、個別に熟練した看護師のみでは不十分で、医師又は歯科医師の判断を待たずに、手順書により、一定の診療の補助(例えば脱水時の点滴(脱水の程度の判断と輸液による補正)など)を行う看護師を養成し、確保していく必要があります。

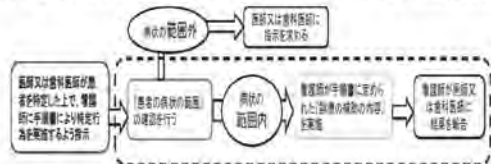
このため、その行為を特定し、手順書によりそれを実施する場合の研修制度を創設し、その内容を標準化することにより、今後の在宅医療等を支えていく看護師を計画的に養成していくことが、本制度創設の目的です。

厚生労働省ホームページより

このポイントをかいつまんでお話しいたしますと、2025年に向けて体制を整えなければならないので、いくつかの特定行為を指定されましたが、この特定行為を手順書によって実施する場合の研修制度を創設するのが、ひとつの制度としての根幹です。

このようなフローチャートに添って、あらかじめ決められた範囲であれば特定行為として行うことができます。ただし、但し書きがございます。現行と同様、医師または歯科医師の指示の下に手順書によらないで看護師が特定行為を行うことに制限は生じないということで、現状とあまり変わらないということです。

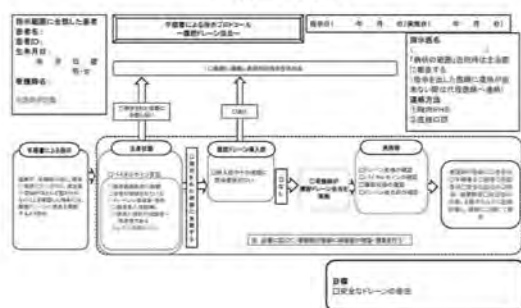
特定行為に係る看護師の研修制度の概要 (制度の対象となる場合の診療の補助行為実施の流れ)



現行と同様、医師又は歯科医師の指示の下に、手順書によらないで看護師が特定行為を行うことに制限は生じません。患者の病状や看護師の能力を勘案し、医師又は歯科医師が直接対応するか、どのような指示により看護師に診療の補助を行わせるかの判断は医師又は歯科医師が行うことに変わりはありません。

厚生労働省ホームページより

手順書の1例



これが当院の手順書の1例です。腹腔ドレーンの抜去です。いろいろと分岐点がございまして、何か問題があれば医師に相談します。必ず最後は医師に報告するような流れになっております。

JNP ～今後の展望～

- ・ 医師の視点と看護師の心をもつコーディネーターとして位置づける
- ・ 新制度に順応しつつ、医療チームのなかで必要とされる存在として育成
- ・ 地域への拡散
- ・ 質の高い教育・研修プログラムの提供
- ・モチベーションの維持

JNPの今後の展望です。医師の視点と看護師の心をもつコーディネーターとして位置づけられつつあります。新制度に順応しつつ、医療チームの中で必要とされる存在として育成していきたいと考えております。まだ、現在、都市部の大病院にしか配置されていないように思いますが、今後は地域への拡散も考えていきたいと思ひます。実際には、離島で活躍するJNPも地方の国立病院、機構の病院では

出始めていると聞いております。そして、質の高い教育を我々も提供していきます。そしてJNP自身のモチベーションを維持しなければならないと考えております。

JNP(1～4期生)の現在

- ・ NHO施設に62名が勤務
(東京医療保健大学大学院修了者56名)

- ・ 外科系JNP(NHO施設)
外科 5名
脳神経外科 2名
麻酔科、手術室 2名
呼吸器外科 1名

- ・ NHO外施設にNP(東京医療保健大学大学院修了者)として
脳神経外科1名
心臓血管外科1名
乳腺外科 1名



JNPの現状です。右は当院の公募のポスターです。現在、NHO施設に62名勤務しております。そして外科系のJNPは、NHO施設では10名、同級生がNHOの外の施設では、脳神経外科、心臓血管外科、乳腺外科に1名ずつ勤務しております、それぞれの施設で頑張っております。



彼らも非常に不安だと思います。時々情報交換をしているようで、卒業生が我々の病院にひょっこり現われまして、情報交換しております。お互いに行っていることを見ながら安心して帰って行きました。「外科NP踏ん張っています」と書いてありますが、実際にはかなりストレスもかかっているのではないかと思います。

まとめになります。先行き不透明な中で、志望者達の非常に高いモチベーションとNHOの強い指導力により開始された試みです。JNPの存在は、卒後研修とOJTを通じて、管理者、指導医等から患

まとめ

- JNP育成は、先行き不透明な状況の中で、志望者達の高いモチベーションとNHOの強い指導力により開始された。
- JNPの存在は、卒後研修、OJTを通じて、管理者、指導医、研修医、看護師等とともに患者からの支持が得られた。
- 外科系病棟におけるJNPは、患者を中心とし、多忙な外科医と病棟看護師を連携する役割を担っている。
- 特定行為の研修が国策として制度化された現在、JNPの存在意義は、特定行為の実施からチーム医療におけるキーパーソンに移行しつつある。

者さんに至るまで、広い範囲から指示を得られております。また、外科系病棟におけるJNPは、患者を中心として多忙な外科医と病棟看護師を連携する役割を担いつつあります。特定行為の研修が国策として制度化された現在、JNPの存在意義は特定行為の実施からチーム医療におけるキーパーソンに移行しつつあるのではないかと考えております。

以上でございます。ご清聴ありがとうございます。



「効果的なチーム医療のための 多職種連携を考察する」

聖隷浜松病院顧問 清水 貴子

ただいまご紹介いただきました、聖隷浜松病院の清水と申します。このような機会を与えてくださいました、関係諸先生方に感謝申し上げます。私に与えられたテーマは、チーム医療のために病院の中で多職種連携をどのように研修していただくか、について紹介するということでした。前半は午前中の有賀先生のお話にすこしかぶるところがありますが、少し説明をさせていただきます。後半に聖隷浜松病院で行った研修方法についてご紹介したいと思います。

チーム医療はなぜ大切か？

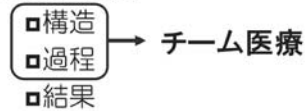
- 医療従事者にとって
 - 他の専門職の知識や技術を知る
 - 高度に複雑化した医療を分担できる
 - それぞれの職種が担当した情報を共有できる
 - 病期や病態により、担当量を調節できる
- 患者さんにとって・・・？
 - 各専門家から専門性の高い医療が提供される
 - より質の高い医療が受けられる
 - 満足度が高い

これは有賀先生に全部お話しいただいたことですが、復習しますとチーム医療がなぜ大切かというのは、医療従事者にとっては高度に複雑化した医療を病院内で分担できる、それぞれの職種が担当した情報を共有できる、病気や病態により担当量を調節できる、というメリットがあるからです。患者さんにとっては、各専門家から専門性の高い医療が提供されたり、より質の高い医療が受けられたり、満足度が高くなったり、ということが考えられます。

医療の質について考えますと、質の評価には、構造、過程、結果が知られていますが、私は構造と過程そのものがチーム医療なのではないかと考えてお

チーム医療の本質？

□ 質の評価



- 医療の質は、実はチーム力による
- チーム力は多職種連携の総合力

ります。構造や過程の総合力がチーム医療だとすれば、医療の質はチーム力によるものなので、チーム力は多職種連携の総合力なのではないかと考えています。

医療チームの定義

- アメリカ合衆国リハビリテーション医学会 1975年 年次大会
- 共通する価値観をもち、共通の目的に向けて働く、二人もしくは指令上の職種を異にする保険の専門家による集団
- 2003 白澤政和ら
 - 多職種による援助チームを編成、チーム構成員の知識・技能・経験を駆使して、共通の目標を達成するために、協働作業に取り組むことをチームアプローチ（チーム活動）という

医療チームには定義があります。そもそもはアメリカ合衆国リハビリテーション医学会1975年の年次大会で、医療チームが定義されました。「共通する価値観をもち、共通の目的に向けて働く、二人もしくは指令上の職種を異にする保険の専門家による集団」です。日本では2003年に白澤先生らにより「多職種による援助チームを編成、チーム構成員の知識・技能・経験を駆使して、共通の目標を達成するため

に、協働作業に取り組むことをチームアプローチという」と定義されています。

私は4月末まで聖隷浜松病院の常勤職員として勤務しておりましたが、744床で、常勤だけで1800人の職員がおりました。医師、歯科医師、看護部、診療技術部門、事務部門などの部署にわかれています。事務職以外の方たちは、実は全部ナショナル・ライセンスを持っている職種です。事務の中でも、ナショナル・ライセンスとはいわないまでも、いろいろな資格をお持ちの方たち、病院会計士などがあると思いますが、これだけたくさんのナショナル・ライセンスを持っている方たちが、1800人も働いている組織は他にはないだろうと思います。こういう方たちのそれぞれの専門性をチームの中でどのように活かすか、というのが大事なことです。

病院におけるチーム医療

- ・医療チームの特徴
 - 対象が、患者の心身における健康問題、心理社会問題など複雑かつ不安定・不確かである
 - 専門職の多様性、多様な価値観のためにコンフリクトが生じることがある
- ・成功要因
 - チームメンバーの自立性
 - チームの目標や使命の共有
 - 相互の信頼
 - 良好なコミュニケーション

そこで病院におけるチーム医療について少し考えてみたいと思います。特徴は、対象が患者さんの心身における健康問題、心理社会問題という複雑かつ不安定、不確かであるということです。専門職が多様であるために、それぞれが多様な価値観をもって、時にはコンフリクト、つまり価値観の衝突が生じることがあり得ます。これらの特徴を生かしてチーム医療が成功するためには、チームメンバーそれぞれが自立していること、チームの目標や使命が共有されていること、相互の信頼性があること、良好なコミュニケーションが得られること、などが要因として挙げられています。

多職種連携教育も定義されていて、英国専門職連携教育推進センター（CAIPE）では、患者中心

多職種連携教育の定義

- CAIPE 2002 (英国専門職連携教育推進センター)
(Centre For The Advancement Of Interprofessional Education)
- Interprofessional Educationの定義
"Interprofessional Education occurs when two or more professions learn with, from and about each other to improve collaboration and the quality of care."
(患者中心の医療のために、複数の領域の専門職が連携能力を高め、ケアサービスの質を改善するために、同じ場所で学び、お互いに学びあって、お互いを学ぶこと)

の医療のために複数の領域の専門職が連携能力を高め、ケアサービスの質を改善するために、同じ場所で学び、お互いに学びあって、お互いを学ぶこと、とされています。そのようにみんなが定義を考えるくらい、多職種連携は結構難しいものではないかと思えます。

2種類のチームアプローチ

- マルチ・ディシプリナリーアプローチ
multi-disciplinary approach
 - 多分野の専門家が各々の専門分野の範疇で診断や治療を行う
 - 各専門家が並列でそれぞれの専門分野における目標を設定する
- インター・ディシプリナリーアプローチ
inter-disciplinary approach
 - 他の専門職とのコミュニケーションに重点が置かれ、多職種による協働・連携を行う

現在、いくつかの多職種連携の在り方が考えられています。マルチ・ディシプリナリーアプローチ、ディシプリナリーとは英語とか数学とかの課目のことですが、各分野の専門家が各々の専門分野の範疇で診断や治療を行います。また各専門家が並列でそれぞれの専門分野における目標を設定します。これは現在の一般的なチーム医療のあり方で、各分野の専門家は知識を出し合って分担をする、ジグソーパズルのひとつひとつのピースを合わせるような感じです。これに対して近年、インター・ディシプリナリーアプローチが推進されていて、これはもっと他の専門職とのコミュニケーションに重点が置かれ、多職種により協働・連携を行うチームのあり方です。

メンバーは専門だけにとどまらず、専門同士がさらに連携することが求められます。最近の緩和ケア医療が良い例だと思います。

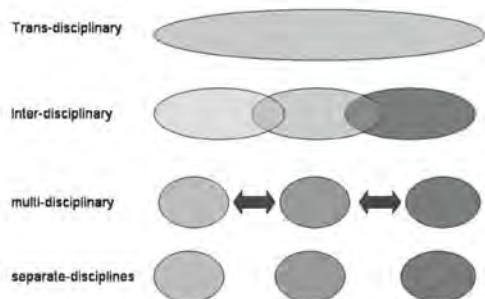
さらにトランス・ディシプレナリー

- 単にディシプリン（専門職）をこえるという形態的特徴のみならず、問題解決のために総合的・多角的にアプローチする活動様式
- 多職種による協働・連携に加えて、「role release（役割解放）」と呼ばれる、意図的に専門職間の役割を共有したり、交換したりする
- つまり相互に関わり合う連携
- ……例：地域包括ケア

8

今朝の有賀先生のお話や、あるいは磯部先生の特
定看護師さんもこれに入ると思いますが、昨今では
専門職を超える形態的な特徴のみならず、問題解決
のために総合的、多角的にアプローチをする活動様
式である、トランス・ディシプリナリーアプローチ
が提唱されています。多職種による協働・連携に加
えて「role release」、役割解放と訳されますが、意
図的に専門職間の役割を共有したり、交換したりす
る、あるいは相互に関わり合う連携、このようなア
プローチの仕方です。地域包括ケアなどが例だと思
います。

図にするとこんな感じ・・



以上の3つを図にするとスライドのようなイメ
ージです。当初専門職ひとつずつが、たとえば医師と
看護師と薬剤師とバラバラに働いていたものが、マ
ルチ・ディシプリナリーのように互いの専門家の知
識等を共有するようになり、そして一部が重複する

インター・ディシプリナリーに、さらにトランス・
ディシプリナリーと呼ばれる協働して仕事をする形
態に変化しています。

IPE (W)を阻む障壁

- 空間的
 - 職場・大学・学部間の物理的距離
- 時間的
 - 職場・学部・大学間のカリキュラム調節
 - 人数、研修（実習）時間
- 心理的
 - 職場の環境や文化の違い
 - 相互理解不足

10

成功例はたくさんあるかもしれませんが、実際に
はIPE (W)、多職種連携教育や多職種連携協働を阻
むいろいろな障壁があって、例えば空間的、実際の
物理的な空間、時間的、そして心理的、心理的障壁
が病院の中では一番大きいかもしれませんが、職場
の環境や文化の違いや相互理解不足によってうまく
いかないことが考えられると思います。

多職種連携教育(研修)の方法

- ・ 求められる姿勢や態度の伝達
 - 講義
 - 経験機会の提供 (on the Job Training)
 - カンファランス (NST・褥創・臨床倫理 等)
 - コンサルテーション
 - 廻診
- ・ “影” のカリキュラム
 - 指導者の背中・・・ロールモデル
 - 環境・文化

そのため多職種連携教育（研修）としていろい
ろな方法が考えられるようになりました。求められる
姿勢や態度の伝達としては、まず講義です。最近の
医学部では、看護学部と医学部と薬学部が、1年生
の時から一緒に講義や実習を行い、すでにそれがあ
たり前になっています。臨床研修が制度化されてい
る看護師や研修医は、そのようなスタイルが経験と
して与えられる (on the Job Training) が考えられる
かもしれません。カンファランスで、コンサルテー

ションや回診の機会に多職種連携を経験することがあるかもしれません。しかしながらもっとも大事で、もっとも難しいのは影のカリキュラムです。“背中をみて学べる”、ロールモデルの方たちが職場の中にいるかどうかなど、環境や文化がもっと大事なのではないかなと思います。「人は教えられたことよりも、そこでやられたようにやる」ということをよく申しますが、ここが一番重要です。そこで、研修医の教育・指導に携わっている者として、まず研修医を対象として次のような工夫をしてみましたので、それをご紹介します。

薬剤部・診療部多職種連携 ワークショップ2013

- ・参加者
 - 1年目臨床研修医
 - 1・2年目薬剤師
- ・コンフリクトが生じたシナリオを用いて
 - 個人での課題抽出
 - グループでの問題点の把握
 - シナリオの書き換え
 - ロールプレイ
- ・交流

12

まず2013年に薬剤師と医師の多職種連携ワークショップを開きました。参加者は1年目の臨床研修医と1・2年目の薬剤師さんです。薬剤師さんだけにした理由は、薬学部が6年制になって2年目だったので、研修医と年齢的にも近く経験が似ているためです。コンフリクトが生じたシナリオを用いたワークショップを行いました。

シナリオ

- ある患者さんのバンコマイシンのトラフ値が上昇している（19.2）ことが気になった薬剤師が、研修医に電話をかけました。
- 薬剤師：連日バンコマイシンが投与されており、急激な血中濃度の上昇が予想されます。この患者さんのバンコマイシンの投与設計をさせていただきませんか？
- 研修医：この患者さんの状態はとても悪くて、薬剤投与は上級医に確認していますので、大丈夫です。
- 薬剤師：…そうですか。

シナリオはスライドのごとくです。ある患者さん

のバンコマイシンのトラフ値が上昇していることについて、薬剤師さんが気になって研修医に電話をかける場面です。薬剤師さんは「連日バンコマイシンが投与されていて、急激な血中濃度の上昇が予想されるので、このバンコマイシンの投与設計を自分にさせてください」と研修医に話します。研修医は、「この患者さんの状態はとても悪いので上級医に相談しているから結構です」と電話を切ります。これは実際にあった事例ですが、このシナリオでまず参加者は個人で、この会話にどのような問題があるのかを考えます。次に数人のグループで、個人が抽出した問題点を共有し、さらにどんなやりとりをしたらこのチームの連携が図られるのか、効果的なチーム医療が得られる会話にするにはどうしたらよいかを相談し、シナリオを作り替えてグループごとにロールプレイで発表していただきました。

課題

- ・課題1
 - ケースのやりとりには、どのような問題があると思いますか？
 - 思いつく問題点を列記してください
- ・課題2
 - どのようなやり取りをしたら、チームの連携が図れると思いますか？効果的なチーム医療が得られる会話にシナリオを作り替えて下さい
 - 新しいシナリオでロールプレイをして下さい



ワークショップの詳細は、人材育成センター専任看護師が記事にしたものが「病院安全教育」という雑誌に掲載されています。研修医からは「薬剤師さんをお願いするという気持ちが大切」、「気持ちにゆとりをもつ」、「自分の知らないところを教えていただく」など、薬剤師さんからは「自分はトラフ値について勉強してきたわけだから、それをもっと自己主張してもよい」という意見が出てきました。

それを踏まえて、昨年度は看護師さんを加えて3職種で同じようにシナリオによる、個人とグループワークをしました。

シナリオをスライドに示します。慢性呼吸不全の患者さんの妻を交えた、退院調整カンファレンスの

多職種連携ワークショップ2014

参加者

- 看護師：4名
- 薬剤師：ファシリテーター 3名
WS参加 5名
- 研修医：1年目 16名
- 人材育成センター：看護師 2名

スケジュール：

- シナリオ提示
- 個人ワーク
- 課題2（グループワーク）
- 発表・まとめ・講義

課題

場面

「慢性呼吸不全症例のキーパーソンである妻を交えた退院調整カンファレンス」

- 症例：60日前感染をきっかけに低酸素状態に陥り入院した。入院が長期化したため退院希望があるが、在宅酸素が導入され、体動時の呼吸困難感が強く、主たる介護者である妻ともども、退院後の生活に不安を感じている

- 課題：退院にむけての多職種カンファレンスでのやり取りの問題点を把握し、改善すべき点を検討する

16

場面です。感染をきっかけに低酸素状態で入院し、呼吸困難が強くて退院に不安を感じているという設定です。

シナリオ

- 患者「家で苦しくなったときは、酸素を上げればいいですか？」
- 医師「酸素を上げればいいと言うものではありません。先生に見ていただいた方がよいですね。」
- 患者妻「近くの先生は往診が無理だとおっしゃいました。」
- 医師「退院までに探せばいいと思います。」
- ・
- 患者「体重は50何キロですが、どれくらいならいいですか？」
- 医師「今はむくみがあり、適切な体重を探しているところです。尿の量や呼吸状態もわかるのでこれからも測ってください。」
- 患者妻「体重は…？」
- ・
- 患者妻「便が出にくいみたいです。」
- 薬剤師「これまで飲んでいた薬（センナ製剤）は腸の働きを活発にするお薬ですが、追加になったお薬（酸化マグネシウム）は便を軟らかくするお薬です。」
- 患者妻「ご飯が食べられないからあんまり出るわけがないのに、おなかが張ってしょうがないみたいです。」
- 薬剤師「はい・・・。」

「患者さんがやや苦しそうで、酸素をどうすればよいか」と言っているのに、医師は「酸素を上げればいいというものではありません」。あるいは、「体重が50キロですが、どのくらいならいいですか」という問いにも「それも調節中です」。患者さんは「…」となりますし、「便が出にくい」と言っている時に、

薬剤師さんが便の調節をしていると言うのに対して、患者さんが「ご飯食べられないから、出るわけがない」と言っています。このように会話があまりかみ合っていないシナリオで、前年同様チームの中で患者さんが満足できるシナリオに変えていただくようにしました。

期待される成果

- ・医療人のプロフェッションとして、チームの中で相互の専門性を尊重できる
- ・メンバーの専門性を発揮しチーム力を高めるために、自分自身がなすべき行動指針が言える
- ・チームメンバーが、場面に応じてチームリーダーとなる

18

このようなワークショップで私たちは何を期待しているかというと、チームの中で相互の専門性を尊重できるようになるということです。メンバーの専門性を発揮しチーム力を高めるために、自分がなすべき行動指針を言えなければなりません。それからチームメンバーが場面に応じてチームリーダーになり、さらにリーダーは時と場合により変更もあり得ることを知っていただくことが重要です。例えば、薬の調節などは、多くの場合は医師がリーダーになるかも知れませんが、場合によっては看護師さんや薬剤師さんがリーダーになってもよいでしょうし、地域では実際ケアマネージャーさんが患者チームのリーダーになることもあると思います。場面によってチームリーダーが変更されてもよいということを参加者が理解していただけるといいかなと思います。

「オルフェウス・プロセス」として知られている組織形態があるのですが、これはオルフェウス室内管弦楽団から来ています。オルフェウス室内管弦楽団には指揮者がいませんが、曲のパート毎に指揮者つまりリーダーが入れ替わるといわれています。このような組織運営では、その仕事をしている人に権限をもたせる、自己責任を負わせる、役割を明確にする、リーダーシップを固定させない、平等なチー

オルフェウスプロセス

- ・ 21世紀の組織として注目
- ・ 「オルフェウス・プロセス」の8つの原則
 - その仕事をしている人に権限をもたせる
 - 自己責任を負わせる
 - 役割を明確にする
 - リーダーシップを固定させない
 - 平等なチームワークを育てる
 - 話の聞き方を学び、話し方を学ぶ
 - コンセンサスを形成する
 - 職務へのひたむきな献身

19

ムワークを育てる、話の聞き方を学び、話し方を学ぶ、コンセンサスを形成する、職務へのひたむきな献身、などが大事だと言われている、これが21世紀の組織として注目されています。「オルフェウス・プロセス」という本も出ていますので、興味のある方は参考にして下さい。おそらく朝、有賀先生がご紹介くださったこと、先ほどの東京医療センターのJNPの例などのごとく、これからの医療にはこういう考え方が求められるのではないかと思います。もちろんすべての医療行為に対して、医師は大事なキーパーソンでもありますし、ある意味では指示の出力だったり、最終確認の責任者だったりして、どうしても必要なことはありますが、その過程の中ではこのような考えがあってもよいのかなと思っています。

臨床倫理カンファランス

- 医療倫理問題検討委員会
- メンバー
 - 委員長 医師
 - 事務局 医療ソーシャルワーカー
 - メンバー 医師・看護師・放射線技師・臨床工学技士
事務・外部委員（保健所長）
- 活動内容



1. 個別の医療倫理問題検討
2. 院内啓発活動
3. 倫理委員会への報告や問題提起など

2つめの多職種連携研修の例です。私は聖隷浜松病院で倫理担当副院長として倫理問題検討委員会の委員長も務めていましたが、委員会主催の臨床倫理カンファランスを企画いたしました。委員会のメンバ

ーも、医師、看護師、放射線技師などの医療技術者、事務、外部委員として保健所長さんなど多職種なのですが、委員会主催で毎年、臨床倫理に対する勉強会をしたり、カンファランスをしたりしていました。2014年からは、すべての職種の代表者による臨床倫理討論会を実施していました。

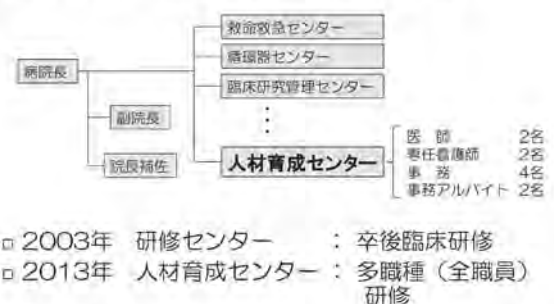
臨床倫理討論会

- ・ 全職種の代表によるグループワーク
- ・ 多様な価値観を共有
- ・ コンフリクトを解決する方策をグループで解決

21

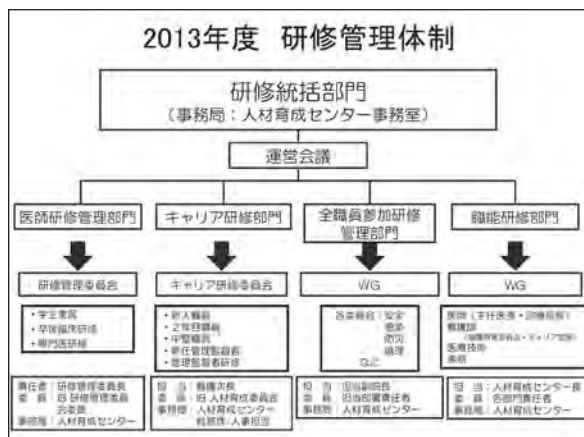
例えば、高齢者の胃瘻作成についてなど、毎回あるテーマにそって、多職種により形成された各グループで、臨床倫理問題について検討します。グループの中で、多様な意見や価値観を共有するようにしていただきました。

聖隷浜松病院人材育成センター

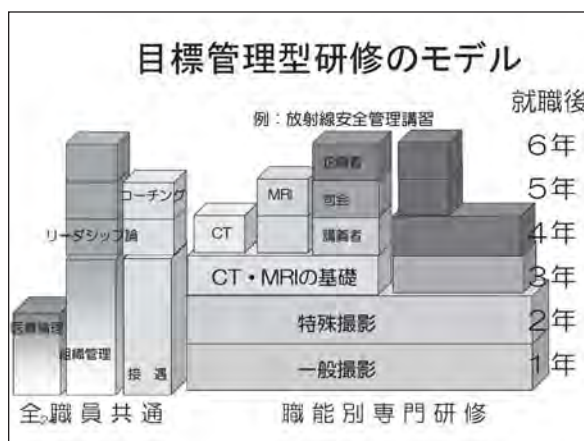


私が聖隷浜松病院で行っていた人材育成に関する組織体制について最後にお話しします。もともと2003年に研修センターができました。2004年からの卒後臨床研修必修化に先立って、その体制づくりをするために生まれた部署ですが、2013年に人材育成センターと名称を変更し、卒後臨床研修だけではなく全職員の研修を担当するようにいたしました。

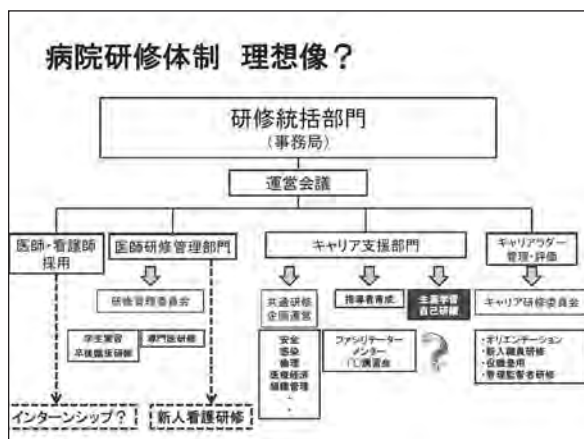
2013年度の聖隷浜松病院における研修管理体制を



示します。研修管理部門、キャリア研修部門、全職員参加型研修部門、職能研修部門にわかれて機能していました。



私が考える病院職員としての研修モデルを示します。このスライドは放射線技師を例としています。職能に関する部分はその部門が担当する必要がありますが、スライドの左側は全職員が共通して研修すべきと考えるテーマを示しています。



医療経済など他にももっとあるのではないかと思います

いますが、そうした全職員共通に必要なテーマを、病院の研修部門が担当するというような仕組みが、これからの病院には必要ではないかと思います。図の中に新人看護研修とありますが、これからはナース・プラクティショナーの研修なども必要かもしれません。最終的には、図の中にあります、すべての医療人として生涯学習、自己研鑽を誰がやるか、どうやってすすめるのか、という仕組み作りが一番大切な問題だと思っています。

今日は私が10年間、人材育成センターで実践してきました多職種連携のための研修方法をお話しさせていただきました。どうもありがとうございました。



総括コメント

日本医師会常任理事 笠井英夫

日本医師会の常任理事の笠井でございます。勤務医委員会を担当いたしております。秋田県医師会の先生方、今日お集まりいただいた先生方、またこれまで準備をしていただいた先生方、大変心から感謝いたします。

いま、3人の先生からいろいろなご提言をいただきました。先ほど発表のありました秋田赤十字病院の地域における現状、浜松における理想的な形などの間で、様々な現実の姿を見させていただきました。例えば、秋田におかれましては約500床の病院に900人の職員、700人の病床に1800人スタッフがいました。地域におきましては、まだまだ様々な実情があると思いますので、そのあたりを踏まえまして少し感じたことを述べさせていただきます。

病院の労働環境でございますが、このことについては秋田赤十字病院におかれまして、一人ひとりの個人の先生方の負担が少しでも軽くなるように、それが患者さんの医療の安全、適切な治療、良質な医療の提供につながることで頑張っておられます。にも関わらず、やはりそこで働く先生方は1週間で50時間、60時間の勤務をどうしてもせざるを得ないということでした。このあたりにつきまして、秋田を愛するためというモチベーションがあるからということですが、労働環境の改善は、やはり一番問題になります。診療提供体制の分離といいますか、連携の在り方について考えていかなければならないだろう、もう少し現実的に分離していかなければならないと思っております。そのあたりを含めてまして、医師の配置という問題も出てくると思います。このことについて日本医師会は、前者については、国の協議会等で意見を出しております、内部でも協議いたしております。後者につきましては、中川副会

長、釜范常任理事、そして全国の医学部長・病院長会議の先生方と議論を重ねていただいております。医師の教育支援センターを含め、適切な配置、専門科の在り方について協議が始まっておりますことを報告させていただきます。その成果が出るのがすぐとは申しませんが、着実に国民の医療が適切な方向に向かって進んでいることを報告させていただきます。

次のJNPにおいて、高度な急性期の中央ナショナルセンターでおやりになっている、看護師さんの特定行為のことでございます。抄録によりますと、これを10年間で10万人養成することを目標としているとお知らせいただきました。一方、地域の医療現場におきましては、医療は、例えば医師法、医療法、看護師法などいろいろな個別法によって管理されているのが事実です。その後の相互の整序があまりなされていないままに発足いたしましたし、拡大解釈や限定解釈等が行われております。相互間の整合ができにくくなっていると私どもは感じております。これらの検討が進めば、望ましい医療ができる、すなわち、医行為とは何かというアイデンティティーも含めまして、責任範囲もあると思いますが、そのあたりを少し明確にしなければなりません。それはどこですかということですが、教育でも何でも基本法がありますが、医療には基本法がなく、個別法だけが発達してきた経緯がございます。「医とは何か」という原点に返って、その検討も早急に進めないといけないという現状を教えてくださいまして、その結果を昨年度の報告として出させていただきました。この実現に向けては患者団体とも

話し合うことが必要でしょうし、場の調整を済ませ、理念法を作るように向かっていきたいと考えています。

最後の清水先生から、私どもの医療と言うのは医療関係者と患者さんの共同作業であるという、その究極の目的に向かってひとつのアートを成し遂げるには、こういう理論構築が必要なんだということを改めて整理をして教えていただきました。また、多職種の価値観、あるいはそれを共有する、多様性を容認する立場において良い医療を患者さんに提供することを改めてご示唆いただきました。それに対しては、いつも心して取り組んでまいります。ありがとうございました。



ディスカッション

小玉座長：それではディスカッションに移ります。笠井先生にもディスカッションに参加していただきます。小棚木先生、磯部先生、清水先生、ご登壇をお願いいたします。

それではフロアからのご意見、ご質問をお願いいたします。

野坂仁愛先生（鳥取県西部医師会）：鳥取県西部医師会で勤務医部会を担当しております野坂と言います。今日は小棚木先生、磯部先生、清水先生、笠井先生、ありがとうございました。小棚木先生に2点質問したいのですが、先ほど日赤での医療環境やチーム医療は、まさしく地域医療の中核病院が抱えている環境など、本当にそのとおりだと思いました。先ほどの医師会への参加とも関係があると思いますが、先生のところで30代、40代のお医者さんを「あなた行ってきてくださいね」と医師会の活動に指名して参加させることができるかという点です。

また、救急のことも同じように考えていますが、当直明けがきついというのは、すべての病院を同じようにというわけではないとしても、中核病院ではたぶん同じようにきついと感じられると思います。病院の方針として「午後からは帰しましょう」と決めるのですが、実際にはほとんどが帰れていません。3人の先生ともおっしゃったのですが、医者を守ることも医師会ですし、疲れた人が患者を診ることは国民の健康と安全を守るという医者としての責務からも外れてます。当直は救急医療の現状から一般医が診るのは仕方がないのですが、労働基準法などにとればまったく手がつけられないので、医師会主導で当直明けは休ませるということが可能かどうかという先生のお考えを教えてくださいたいと思

います。

小棚木先生：ありがとうございます。初めの質問の、若い先生を医師会に参加させるか、それは参加させたいと思います。地域に飛び込んでいかなければ、医療の実情はわかりませんので、参加してほしいと思います。医師会の会合は午後5時、6時の開始ですから、そこまでに何とか仕事を終えて、誰か他の医師が不在分をカバーすることになるのかも知れませんが、そのこと自体は異論がありません。

野坂先生：先生のところでは「あなた行ってください」ということは推奨できるということですか。

小棚木先生：推奨します。



2つめの救急の当直明けの医師の労働環境は難しいです。どうしても患者さんが第1であり、患者さんが来たら誰か診に行ってしまう話になってしまいます。

当直明けだからいなくていいという話ではありません。医師の数が十分にあれば、それは何とかカバーできるでしょうが、いまは自己犠牲に頼るしかない、私はそう思っています。

野坂先生：結局、医者になってから、休んでどうのこうのと自分の権利を主張するわけではないのですが、疲れた医者を働かせてということを見ると、やはり同じようなことが若い医師に伝わっていくというのが、実際、この10年間の勤務医部会の活動で、多くの病院が抱えていることでした。救急病院は、

その当直明けからまた働いているという状況を見ると、何とかならないかなと思いつつ、10年経ってしまいましたし、ここでも難しいということで進みません。医師会が勤務医を安全に、安心に守ってやるというのも個々の方針ですが、僕も10年間答えが出ていないので、危機的かなと思って質問させていただきました。

小玉座長：どなたか。どうぞ。

川島 周先生（徳島県医師会）：徳島県医師会の川



島と申します。私、特定看護師の件について聞かせていただくのが初めてでして、大変印象的でした。特定看護師、個人的には、あまり良い制度ではないと思ってお

りましたが、今日のお話をお聞きすると、かなり良い制度かなという気もしております。一説によりますと、アメリカの医師は30%ぐらいが元看護師だったということも聞いたことがあります。やはりいまの医学部には偏差値で入ってきて、うちの病院にも若い衆がぼつぼつ来るのですが、結構、エキセントリックな医師もおります。そのようなところでNPのような人に医学部の受験資格や学資入学をさせるなどの方法があっても良いような気がするのですが、そういう動きはありませんでしょうか。また、先生自身のお話をお聞かせいただいたらと思います。

磯部先生：ありがとうございます。私からお答えできるようなことではありませんが、聞くところによりますと外国では、医師と看護師はある段階までは同じような教育を受けているというシステムもあると聞いております。また、これは個人的な印象ですが、当初スタートした時から比べて、やはり皆さまのご意見をいただいたりして、少しずつ軌道修正しながら現実合うような形で進めていこうという流れになっておりますので、まさにこれから皆さんと

一緒に考えて行くということだと思います。

清水信義先生（日本医師会勤務医委員会）：今年の夏、アメリカで胸部外科の教授をしているドクターを岡山に呼びまして、ナース・プラクティショナーとフィジシャン・アシスタントの話を1時間ほど聴きました。我々の大学の出身者ですが、それなしにはアメリカの医療はできなくなったということです。フィジシャンズ・アシスタントは、胸部外科では開胸して、手術が終わったら閉めてくれます。そういうレベルになっています。例えば、その施設は、胸部外科医は5人いるのですが、6人目を増やす時に「医師は増やさなくてもいいけど、フィジシャン・アシスタントを増やそう」と、「それでもなお手術が遅れたらもう一人医師を増やそう」というレベルで手術をしています。教育は医学部の臨床教育のところを2年くらいで終わって、その資格を与えて、別の3年のコースを作るなどしています。磯部先生のお話を聞いていると、どうもナース・プラクティショナーか、フィジシャン・アシスタントの境界のような仕事を日本では行いそうです。両方の資格を同時に作るわけにはいきませんから、おそらくナース・プラクティショナーが少しずつフィジシャン・アシスタントの仕事もやっていく方向で進んでいくと思います。それから看護師さんから実際に医療のところに入ってくるのには、バックアップが非常に大切です。十分でない設備のない施設でするのは危険で、医療行為としてリスクがあることから、できれば500床以上の病院、特定機能病院、特定看護師という名前に結びつけるわけではありませんが、特



シンポジウムⅡ

定機能病院を実際の病院として、そのような人たちが働く場所にしてほしいと思います。急性期の病院にナース・プラクティショナーをしっかり養成して入れていただきたい。これから研修病院がどんどん手を上げてくるとは思いますが、日本医師会としても考えていただければありがたいと思います。この制度は、特に外科系には早く導入していただければと思います。岡山県にはまだ研修病院がありませんので、ちょっと不満です。ありがとうございました。

小玉座長：ただいまのご意見に、笠井常任理事から何かコメントをお願いいたします。

笠井常任理事：今日のお話は外科系の高度先進病院ということですが、国は、慢性期あるいは介護現場、地方の対応も、先ほど申しましたようにまだまだ必要になってくるとは思います。私どもも意見を具申してやっていきたいと思っています。どうぞよろしく願いいたします。

小玉座長：それでは最後の方をお願いします。

藤巻高光先生（日本医師会男女共同参画委員会）：



日本医師会男女共同参画委員会、埼玉医科大学の藤巻です。やはり同じ話になってしまうのですが、医師の養成がここ数年で1500名増えていて、更にどう

いう計算からか知りませんが、医学部をさらに2つ作ろうとしています。しかし、日本の人口は減っていくわけですから、単純に職能集団として考えると、医師の需給という意味では医者は余ってくるわけです。病院は給与が高い医者を雇うよりはナース・プラクティショナーを雇う方が安いわけですから、当然、そういう判断がなされると思いますので、いまの先生の話は非常に大事でしっかり議論していただきたいと思っています。アメリカの場合、いろいろな大

学で少ない医者ですごくたくさん手術をやっている、フィジシャン・アシスタントは確かに手助けになっているのかも知れませんが、日本との事情のちがいがあり、そういうバランスが問題だと思っています。

もうひとつは彼らのモチベーションです。いままぐくやる気のある若い人たちが入っていますが、彼らの20年後、30年後を考えた時に、自分たちはすくくやる気で一生懸命で、一つの病院の中ですごい経験を積んできている。実際には研修医よりは技術、知識も上かも知れない。ところが5年目くらいの自分よりよくわからない医師たちよりも、自分はベテランなのにその人たちより下にいる、と思うことになりえます。そういう意味では笠井先生がおっしゃるように、制度設計がきちんとされていないと思います。そこを何とかしていただきたいと思っています。

小玉座長：時間が参りました。最後に日本医師会の横倉会長が「和して同せず」ということをお話になりました。これがチーム医療の原点かなと感じながら聴きました。いろいろな問題がまだまだありますが、これからもこのテーマは議論が尽きないと思います。これでシンポジウムⅡを終了いたします。ご協力、ありがとうございました。

「ロードマップⅢ これからの理想的な勤務医の あり方と卒前・卒後教育の重要性」

座長：秋田県医師会理事 **小笠原 真 澄**

秋田県医師会常任理事 **鈴木 明 文**

コーディネーター：日本医師会常任理事 **小 森 貴**

「新専門医制度・国際認証時代を見据えて県内一体化したシームレスな教育の連鎖を推進する勤務医の将来像ー医療アクセス世界ー・日本におけるキャリア転換を見据えた総合力ある各科専門医（将来のかかりつけ医）育成と教育力の必要性ー」

秋田大学大学院医学系研究科医学教育学講座 教授

長谷川 仁 志

「あなたの専門はなんですか？ー在宅医療を進める急性期病院脳神経外科専門医の思う理想的勤務医ー」

秋田県総合診療・家庭医研修センター 副センター長

桑 原 直 行

「専門医による在宅医療」

秋田往診クリニック院長

市 原 利 晃

「ワークライフバランスを革新するキャリア教育の新展開」

秋田大学医学部総合地域医療推進学講座 准教授

蓮 沼 直 子

シンポジウムⅢ



座 長

秋田県医師会理事
秋田県医師会常任理事

小笠原 真 澄
鈴 木 明 文

小笠原座長

それでは、本日最後のシンポジウムⅢに入らせていただきます。テーマは「ロードマップⅢ これからの理想的な勤務医のあり方と卒前・卒後教育の重要性」です。ここは演者の先生がすべて秋田ということで、オール秋田、チーム秋田ということでいろいろなご発表をいただきたいと思います。まず最初は、秋田大学大学院医学系研究科医学教育学講座教授 長谷川仁志先生をお願いいたします。



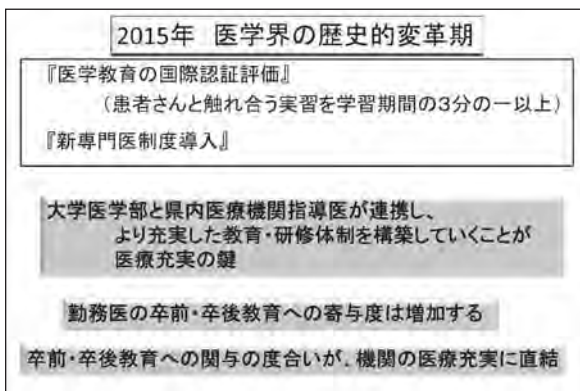
「新専門医制度・国際認証時代を見据えて県内一体化したシームレスな教育の連鎖を推進する勤務医の将来像ー医療アクセス世界一・日本におけるキャリア転換を見据えた総合力ある各科専門医(将来のかかりつけ医)育成と教育力の必要性ー」

秋田大学大学院医学系研究科医学教育学講座教授
長谷川 仁 志

皆さんこんにちは。秋田大学の長谷川です。今日はこのような機会をいただきまして、ありがとうございます。坂本副会長から、今日の流れのすべては最後は教育につながるの、最後は教育で締めようというご提案をいただきまして、喜んで参加させていただいた次第であります。

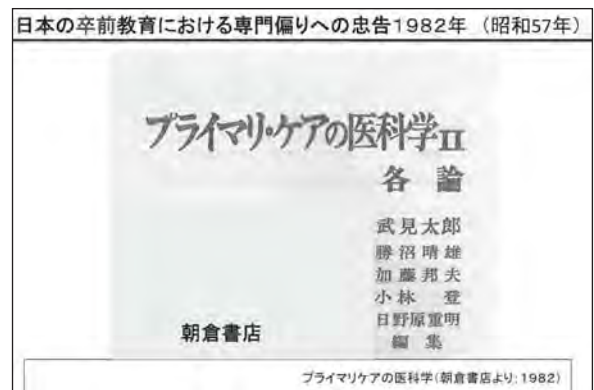


今日はこの4点について、いろいろな皆さんの意見を踏まえ、今後の教育をどう勤務医として考えて行くか、ということについて考えていければと思います。

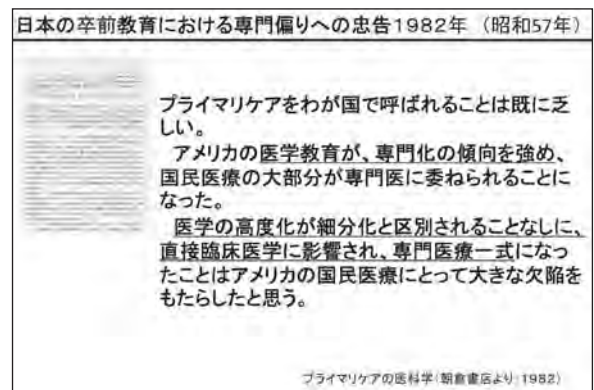


いま、医療界は歴史的変革期にあります。「患者さんと触れ合う実習を6年間の学習時間の3分の1にしましょう(74週程度はとりましょう)」という、医学教育の国際認証評価の時代にあるということです。

そして再来年から新専門医制度が導入されます。すなわち、大学医学部と県内医療機関の指導医の先生が連携して、より充実した教育研修体制を構築していくことがこれからの医療充実の鍵になります。勤務医の先生たち本当にお忙しいところ申し訳ないのですが、卒前・卒後教育への寄与度が増加してしまいう可能性はあります。ただ、それが今後のその機関の医療に直結するという意味もあります。

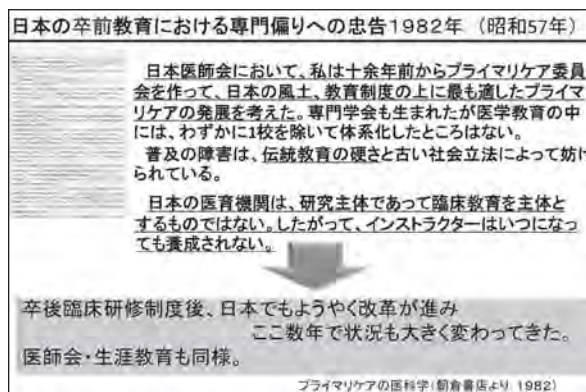


以前秋田大学の教育を作ってきた綿貫元学部長から資料をいただきました。「プライマリ・ケアの医科学」という武見先生や日野原先生が書いた1982年の教科書が出てきました。

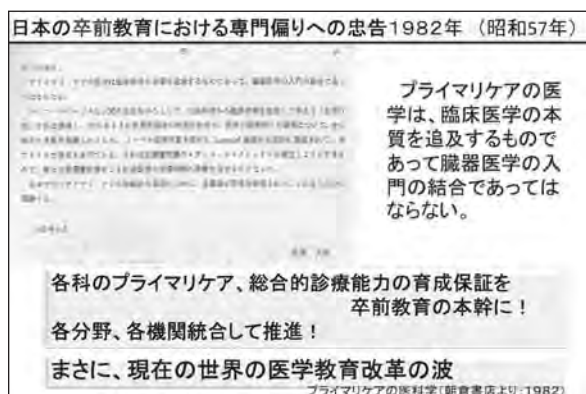


これは非常に感銘しましたので供覧したいのですが、33年前の段階で「アメリカの医学教育が専門化

の傾向を強めて問題になり、医学の高度化が臨床医学にまでそのまま影響して、専門医療が一式になってしまった」ということが問題視されています。

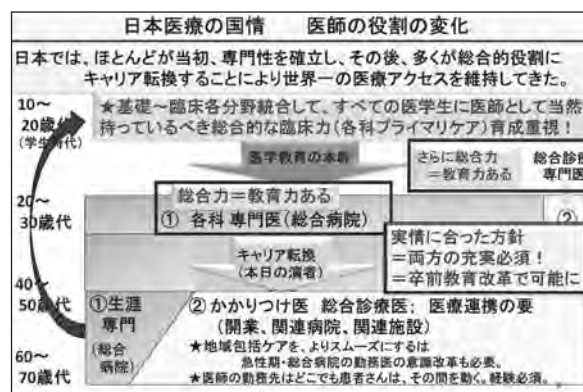


武見先生が序文に、「日本医師会でも、私は何年前前からプライマリ・ケア委員会を作って、この制度の上にもっとも適した発展を考えた。しかし、医局制度などの伝統教育の硬さがあって出来なかった。そして日本の医育機関は研究主体であって臨床教育を主体とするものではない」と記載されています。現在、私が武見先生にお答えしたいのは、「最近、卒後臨床研修が始まって、日本でもようやく改革が進んできて、ここ数年で状況も大きく変わってきた」ということです。医師会の生涯教育の場合を見ても皆さんご存知のとおりです。



プライマリ・ケアの医学は、臨床医学の本質を追究するものであって、臓器医学の入門の結合であってはならないということです。これからの卒前教育に関しては、各科のプライマリ・ケア、総合的な診療能力を基礎と臨床が一緒になって進めていく、これは世界の風潮がこうであって、日本でもこのような形で医学教育を変えていく必要があると言われて

います。



さて、日本では当初、ほとんど専門医を目指してきました。99.9%と言ってもいいでしょう。日本の国情、独特のことがあります。一つはほとんどが専門医を目指してきたことです。二つ目は、その専門医の皆さんがキャリア転換することによって、かかりつけ医、総合診療医、いわゆる医療連携の要の部分に転換することによって、世界の医療アクセスを維持して来たことです。日本の問題を解決するためには、総合診療専門医を今後増やさなければならぬのですが、急には増やせません。これまで卒業生の1%がここを目指してたところ、今年になって2%くらいになってきましたが、海外の総合診療医が1に対し全科の専門医が2というバランスになるには数十年以上かかります。ですから、総合診療医という部分と、各科の専門医の意識を変えなければなりません。どうしたらよいかというと、学生教育を世界的な基準に直さなければならないということです。基礎医学と臨床医学、各分野が統合して医学生に医師として当然持っているべき総合的な臨床能力、各科のプライマリ・ケアを重視していくことです。そして、その総合力の修得によって全人的「教育」ができるようになります。総合力、教育力がある各科の専門医、そしてさらに総合力、教育力がある総合診療専門医を育成していくことが日本の国情に合っていると考えられます。

さて、どのような勤務医がこれから必要なのでしょうか。世界の卒前教育、医学生にどのようなことを教える必要があるでしょうか。100%医師の普通免許を取得することに重点をおき、卒業時のパフォ

世界の卒前教育の意義(=ほぼ100%医師の普通免許取得)

Undergraduate Medical Education (UGME)

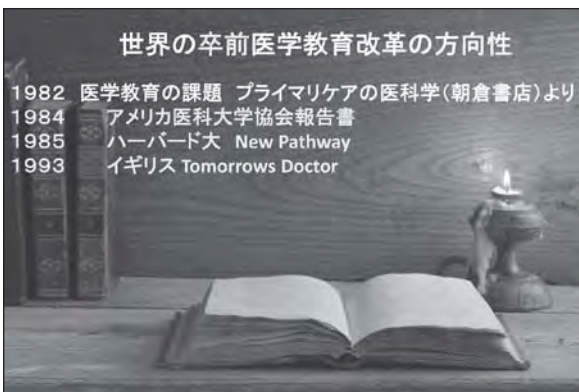
- The overall objective of the medical school curriculum at the University of California, San Diego is to instill graduates with the knowledge, skills, behaviors, and attitudes that will lead to their becoming capable, **compassionate physicians**.
- Through innovation, inspiration, enthusiasm, and collaboration, the UGME vision is to graduate competent, caring, **patient-centered physicians** by providing a diverse, high quality educational experience.

学生時代は、
将来、何科に進んでも大切な医師として当然の
総合的な診療能力・コミュニケーション能力 育成

ーマンス・レベルを、患者さんの期待に答えられるようなコミュニケーション力、総合診療力をつけるということになっています。学生時代は、将来何科に進んでも大切な、医師として当然の総合的な診療能力、コミュニケーション能力を育成することにシフトしなければいけないということです。

世界の卒前医学教育改革の方向性

1982 医学教育の課題 プライマリケアの医科学(朝倉書店)より
1984 アメリカ医科大学協会報告書
1985 ハーバード大 New Pathway
1993 イギリス Tomorrows Doctor



さて、世界の卒前医学教育の方向性です。先ほどの1982年の武見先生の本がありますが、その後、アメリカの医学報告書とハーバードのNew Pathwayや93年にイギリスのTomorrows Doctorという提言がなされました。

内容を選しゴールに向かって あらゆる分野が統合！
Integrate ! Unify ! (特に日本で遅れている。)

アメリカ医科大学協会報告書1984
リーダーは、学体系ならびに
職種の壁を外した教員共同体を
作り上げるべきである。
(American Association of
Medical Colleges 1984)
医学教育の理論と実践 徳原出版社 より引用



アメリカで30年前に出たこの報告書の中では、リ

ーダーは学体系ならびに職種の壁を外した教員共同体を作べきである、いわゆる基礎と臨床が一緒になって、症例ベースでしっかりとした臨床医を作るということが、提言されております。

ハーバード大 医学教育のNew Pathway 1985年

The New Pathway curriculum integrates the biological, social, behavioral, and clinical sciences over a four-year period. During the first two years, emphasis is placed on the biological sciences, which are closely correlated with the social and behavioral sciences. As the student progresses, the clinical sciences come to the fore, and the venue of education transfers from the School's Tosteson Medical Education Center (TMEC) to the multiple hospitals, clinics, and medical care facilities affiliated with the School.

The New Pathway curriculum 基本重視！
卒前教育では、良き臨床医育成のための
・生物、社会・医療行動科学、臨床医学の統合
・医学部と連携している診療所から、各種施設、
病院まで、教育の場は移る

ハーバードのNew Pathwayも基本重視です。卒前教育では良き臨床医育成のための社会・医療行動科学、臨床医学を統合して、大学のみならずいろいろな各種施設へ教育の場を移そうということが始まっています。

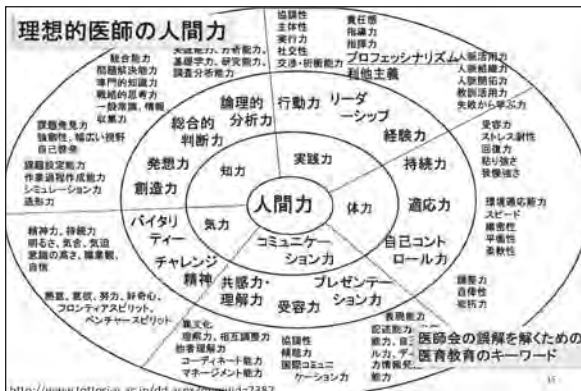
イギリス Tomorrows Doctor 1993～

カリキュラムの主な推奨事項

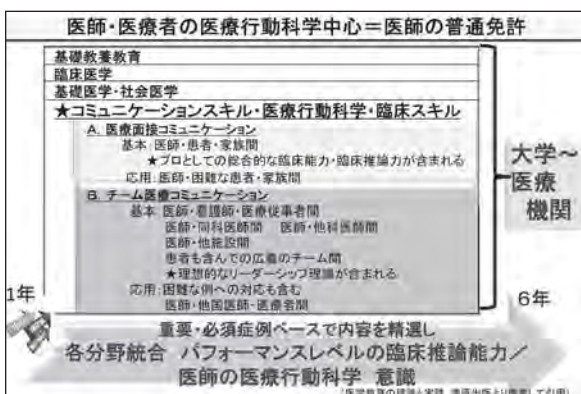
- ・社会が期待する態度、プロ意識
- ・コアカリ 内容を精選
- ・各分野目標に向かって統合
- ・必要な実践カスル
＝総合的な診療能力・臨床推論
- ・コミュニケーションスキル
- ・公共の健康、安全が目的の中心

イギリスのTomorrows Doctorも社会が期待する態度、プロ意識は第一だとしています。医師免許を取得するために重要な部分を精選し、症例ベースで基礎と臨床が統合し、総合的な診療能力と臨床推論、そして最も大事なコミュニケーションスキルを重視する必要があります。

理想的医師の人間力としては、実践力とコミュニケーション力、気力、体力、リーダーシップ、そして大事なのはプロ意識と利他主義です。これをしっかりと教え、医師会にどう入るべきなのか、利己主義、利益だけではなく、社会にどう還元するのか、プロとしてどう考えるか、ということをしつかりと

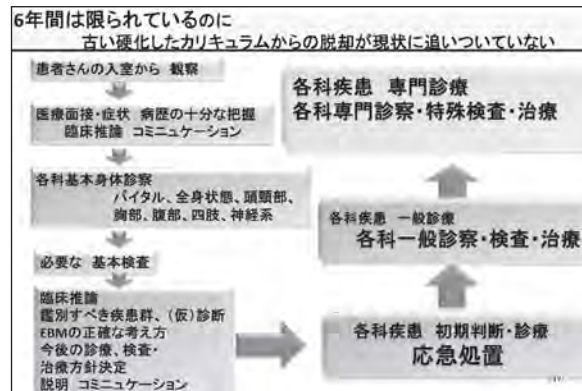


学生時代に教え込むことも、医師会への入会を増やすひとつの重要な要素ではないかと考えています。

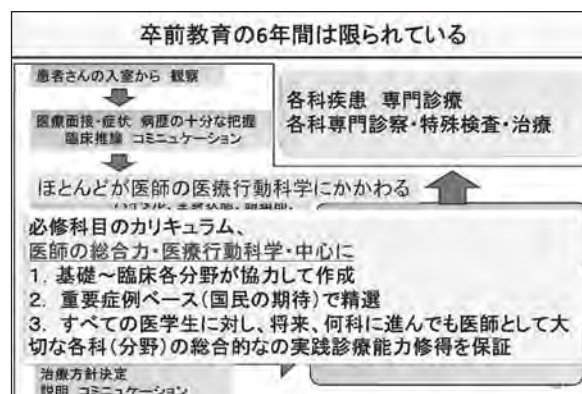


その観点から見ますと、医師がどのような行動をして、どのようなコミュニケーションをとるか、それは医療面接で患者さんにどう対応するか、社会にどう対応するか、そしてチームでどう対応するか、そのために基礎医学と臨床医学があります。ですから行動医療科学を達成するために基礎を学び、臨床を学ぶという考え方です。こういう考え方で持っていく必要がありますし、そのためには大学と県内のいろいろな医療機関が一緒になって教えていく必要があります。すなわち、重要・必須症例ベースで内容を精選し各分野が統合して、パフォーマンスレベルの臨床推論能力や医師の医療行動科学を意識して教えていくことになります。特に、入学直後の1年生は非常に重要と考えられます。

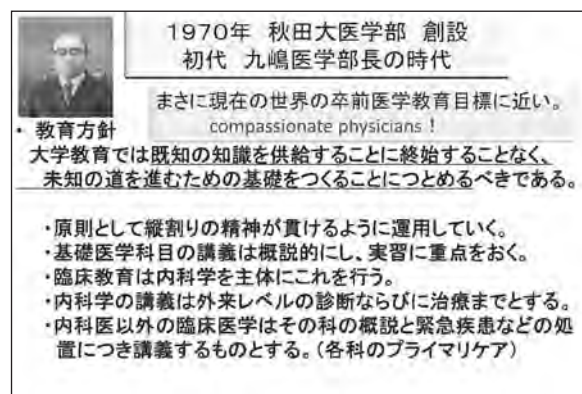
6年は限られています。患者さんが入室してから臨床推論し、一般診療を行って、必要に応じて専門に相談します。しかし、この30～40年間で、専門分野は非常に大きくなってしまっていて、しかも我々はダイレクトに専門に入りましたので専門の方は教



えられますが、医師として当然の総合的診療能力が崩れてしまったのが現在の状況です。このために卒後臨床研修が始まりました。



しかし卒後臨床研修でも教えるのは専門医ですから、専門研修の延長になっている部分もあります。したがって卒前教育から、医師として当然の基本的な診療能力中心に各科の先生が教えていく必要があります。もちろん医師免許をとるわけですから専門的なところも必ず必要ですが、何科に行っても大事なポイントを実践レベルで教えていくのが世界の風潮と考えていただければいいと思います。



さて、秋田大学は1970年に第1期生が入学しまし

シンポジウムⅢ

た。当時の九嶋医学部長は壮大な構想を掲げました。第1期生が11年生になる1975年に向けて準備をし、由利組合総合病院、市立秋田総合病院、秋田赤十字病院で約数週間の実習が始まっております。その後、アメリカの医学教育改革のいろいろなメッセージが出ていますので、かなり早い時期に取り組んでいたことになります。そして、その頃に知識を供給することに終始することなく、未知の道を進むための基礎を作る、まさにいまの全人教育を目指していました。原則として、縦割りも統合しましょう、基礎医学の講義は概説的に行いましょう、臨床医学は内科を主体に、いわゆる臨床推論ですが、何科にいても大事なきちんとした判断力をつけましょう、ということメッセージとして出しておりました。まさに現在の世界の卒前教育の目標に近い目標を立てていたことが、調べてみると分かりました。

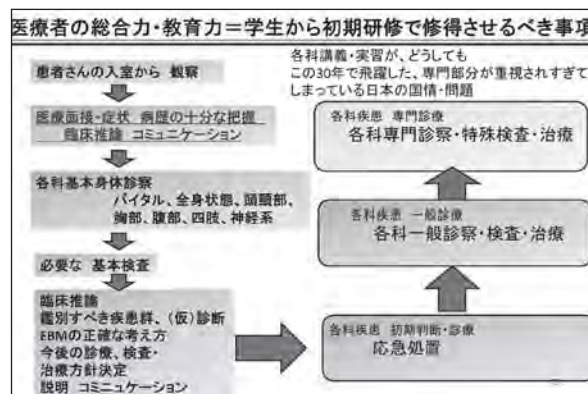


1976年に秋田赤十字病院、市立秋田総合病院、由利組合総合病院で6年生の数週間の実習が始まっております。その後、現在まで秋田県内は、この実習を広げる形で進んできました。

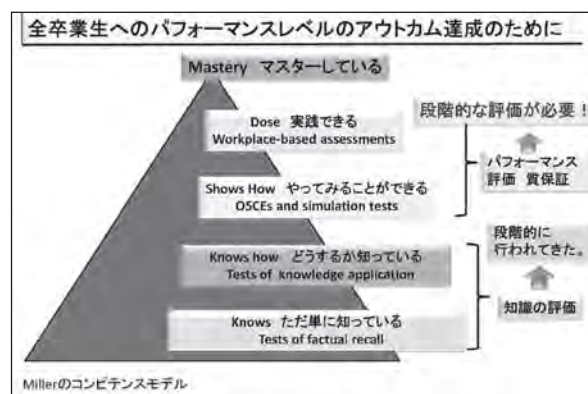


次に大学と県内医療機関、県医師会、多職種の指

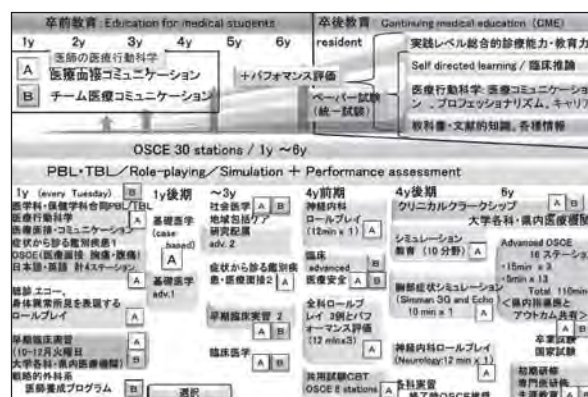
導者が一体化した秋田県の取り組みについてお話し
したいと思います。



先ほどもお話ししましたように、専門教育を低学年から行うのは不可能ですが、左側から行うのは1年生からできると判断しました。



現在必要なのは「やってみることができる」、そして「実践できる」というパフォーマンスの質の保証です。そのためにはペーパー試験であれば段階的に定期テストができるのですが、パフォーマンスを上げるためには、最後にだけパフォーマンス評価を設定してもダメで、1年生の頃から段階的な評価が必要と考えられます。

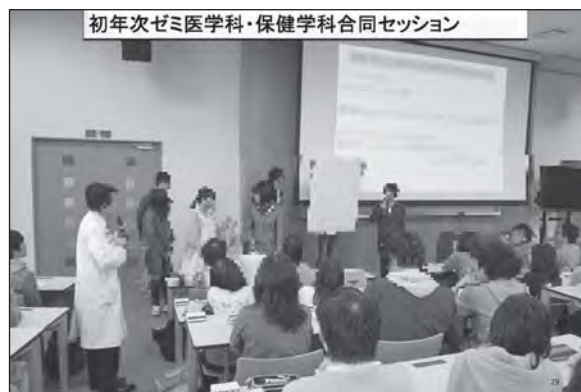


いまの秋田大学のカリキュラムです。知識とプロ意識、キャリア、自己学習、臨床推論能力を作るために1年生の毎週火曜日、入学直後から医療行動科学としての医療面接、コミュニケーション、そのパフォーマンス評価として7月と12月に胸痛と腹部痛の日本語と英語による医療面接OSCEを実施しております。今日もたくさんお世話になっている先生たちがいらしていますが、1年生の2学期には早期臨床実習として県内の研修病院を中心に実習させていただいております。そして1年生、3年生と進みまして、4年、5年となるのですが、ここでわかるようにOSCEが入って来て、そして4年生のOSCE、そしてAdvanced OSCEが15年前から16ステーションで始まり、トータル6年間で30ステーションのOSCEを実施しています。



実際に1年生だけ少し触れてみます。入学した次の週に、医学科と保健学科の合同セッションで混合チームになっていただいて、いわゆるコミュニケーションの大切さなどの部分のPBLを行います。そしてみんなの前で発表していただきます。

さらに医学科では、医療面接で大事なテクニック



初年次 医療面接 外来診療におけるコミュニケーションスキル	
1. オープニング	自己紹介、患者確認、アイスブレイキング open questionをうまく使って双方向性の信頼感を築いていく。
2. 共感的コミュニケーション	促しー共感、促しー要約『つらかったでしょう。』等。
3. 傾聴・情報収集	上記をおこないつつ、『何か思い当たるふしはありませんか？』と解釈モデルに迫る。
4. 説明・教育	専門用語は、可能な限り少なく。 患者の心理社会的問題を調整し診断、治療に必要なステップを患者がどのように選択して自己決定していくかを患者の立場から支援してあげる。
5. 情報の授受	症状の7特徴の聴取 診療の進展により徐々に自由な質問から閉じた質問への絞り込み。 (open to close question) 今後の方針決定にかかわる。
6. クロージング	ドアノブ question『他に何か気になっているところはありますか？』今後の予定、緊急時の対応。

現病歴確認必須事項
(初診時導入のオープン後、下記の必要な情報のために、適切なオープンクエッションの後、適宜、このようなクローズクエッションを配分して病歴を聴取する。)

OPQRSTUV	
Onset: 正確な時間と発症様式……『いつから？ どのように？ 痛みましたか？』	★★ 発症時の様子は非常に重要 急に始まった？ 徐々に？ 痛みの
Progression and Position: 経過と場所……『痛みの程度はどのように経過していますか？ どの痛みですか？』	『持続しますか？ どのくらい続きますか？』
Quality: 質……『どのような痛みですか？』	『何が痛みを悪化させますか？』
Radiation: 放散痛……『痛みがどこかほかの場所に広がったりしませんか？』	
Severity: 程度……『痛みによってどの程度日常生活が制限されるか？』	(★経過をみる、聞く場合など『痛みがない場合を0、これ以上ない痛みを10とすれば、今の痛みはどれくらいですか？』これは初診患者は答えにくいこと多い。)
Tolerance: 軽快因子……『何かすると痛みが和らぐことはないですか？』	
Unable to tolerate: 増悪因子……『何かすると痛みがひどくなることはありませんか？』	
Various symptoms: 随伴症状……『今回の痛みに関連して何かほかになる症状はありませんか？ 冷汗、めまい、眼前暗黒感 等』	

1年次4月～ 医療面接における鑑別ポイント・ピットホール PBL/TBL

医療面接力・臨床推論力・説明には患者さんの生命がかかっている。 A B

医療の不確実性＝コミュニケーション・医療行動科学の重要性

1年次医療面接 指定教科書 内科診断学 THE PATIENTS (H191009)

1学期 胸痛 2学期 腹痛

聞く技術 伝える技術 伝える技術の心

教科書・参考文献、検索法提示

PBL チームコミュニケーション A B

プレゼンテーション + TBL A B

医療面接コミュニケーション Role-playing + TBL A

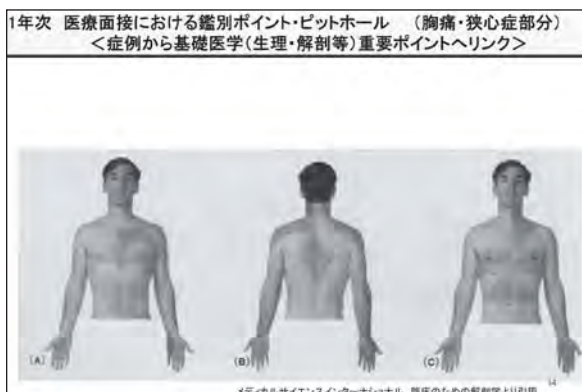
OSCE

を学習します。そしてOPQRSTUVという、どの科にいても必要な基本的な症状に対する対応、鑑別診断の学習を1年生から通年で毎週火曜日実施してお

シンポジウムⅢ

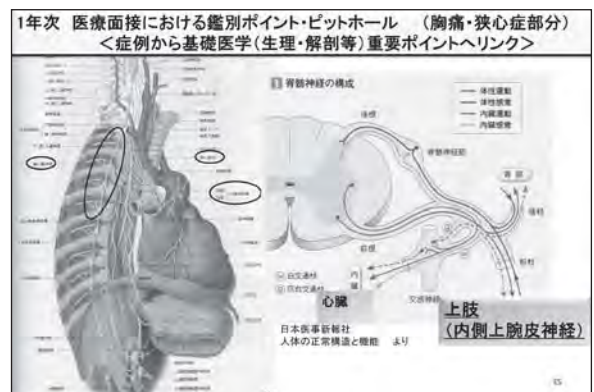
ります。1学期は胸痛、2学期は腹痛です。指定教科書、あるいは調べ方を提案して、チームで疾患を当ててその鑑別診断について考えていただきます。そしてみんなの前で病気と鑑別診断について発表会を行い、その後で医者役、患者役としてロールプレイをしております。そして、担当教員が定期的にみんなの前で修正しながら進めます。最後、OSCEというパフォーマンス評価を入れることによって、学生のモチベーションが変わることがわかってきました。

1年次 医療面接における鑑別ポイント・ビットホール PBL/TBL			
2. 胸痛を来す疾患		2. 胸痛を来す疾患	
労作性狭心症	11-560	胸膜炎	11-612
不安定狭心症	11-569	肺のう実、縦隔膜腫瘍	11-613
労作性狭心症	11-570	気胸、気胸性気胸	11-614
労作性狭心症	11-571	肺水腫	11-615
労作性狭心症	11-572	肋骨骨折、うく肋骨炎	11-617
労作性狭心症	11-573	肥厚性心臓病、食道スパズム	11-617
労作性狭心症	11-574	肺炎	11-618
労作性狭心症	11-575	肺がん	11-619
労作性狭心症	11-576	不安障害(過換気、パニック発作)	11-620
労作性狭心症	11-577		
労作性狭心症	11-578		
労作性狭心症	11-579		
労作性狭心症	11-580		
労作性狭心症	11-581		
労作性狭心症	11-582		
労作性狭心症	11-583		
労作性狭心症	11-584		
労作性狭心症	11-585		
労作性狭心症	11-586		
労作性狭心症	11-587		
労作性狭心症	11-588		
労作性狭心症	11-589		
労作性狭心症	11-590		
労作性狭心症	11-591		
労作性狭心症	11-592		
労作性狭心症	11-593		
労作性狭心症	11-594		
労作性狭心症	11-595		
労作性狭心症	11-596		
労作性狭心症	11-597		
労作性狭心症	11-598		
労作性狭心症	11-599		
労作性狭心症	11-600		
労作性狭心症	11-601		
労作性狭心症	11-602		
労作性狭心症	11-603		



胸痛の疾患は、もちろん胸の病気もありますが、むしろ消化管の疾患の方が多く胸痛を訴えます。そのようなことも当てますし、狭心痛は、首や肩に放散することがなぜ多いのかを学びます。

生理や解剖で実習する前に、「心臓の痛みを感じる交感神経は、このように幅広い脊髄に入っていくこと、そしてその中には、皮膚科から来る、肩から来る、皮膚の神経と同じルートを通りますので、心臓が苦しい時には放散痛も生じる、これを基礎と解剖の時に一緒に検討してみましよう、思い出してください。」というように基礎と臨床の統合を試みて



1年次 医療面接における鑑別ポイント・ビットホール PBL/TBL			
3. 腹痛を来す疾患		3. 腹痛を来す疾患	
胃炎、胃・十二指腸潰瘍	11-507	精巣捻転	11-533
胆嚢炎、胆管炎、胆石	11-508	胆石、胆のう炎	11-534
十二指腸潰瘍	11-509	肝臓、胃腸	11-535
十二指腸潰瘍	11-510	膵臓	11-536
十二指腸潰瘍	11-511	膵臓炎	11-537
十二指腸潰瘍	11-512	膵臓炎、膵臓癌	11-538
十二指腸潰瘍	11-513	膵臓炎、膵臓癌	11-539
十二指腸潰瘍	11-514	膵臓炎、膵臓癌	11-540
十二指腸潰瘍	11-515	膵臓炎、膵臓癌	11-541
十二指腸潰瘍	11-516	膵臓炎、膵臓癌	11-542
十二指腸潰瘍	11-517	膵臓炎、膵臓癌	11-543
十二指腸潰瘍	11-518	膵臓炎、膵臓癌	11-544
十二指腸潰瘍	11-519	膵臓炎、膵臓癌	11-545
十二指腸潰瘍	11-520	膵臓炎、膵臓癌	11-546
十二指腸潰瘍	11-521	膵臓炎、膵臓癌	11-547
十二指腸潰瘍	11-522	膵臓炎、膵臓癌	11-548
十二指腸潰瘍	11-523	膵臓炎、膵臓癌	11-549
十二指腸潰瘍	11-524	膵臓炎、膵臓癌	11-550
十二指腸潰瘍	11-525	膵臓炎、膵臓癌	11-551
十二指腸潰瘍	11-526	膵臓炎、膵臓癌	11-552
十二指腸潰瘍	11-527	膵臓炎、膵臓癌	11-553
十二指腸潰瘍	11-528	膵臓炎、膵臓癌	11-554
十二指腸潰瘍	11-529	膵臓炎、膵臓癌	11-555
十二指腸潰瘍	11-530	膵臓炎、膵臓癌	11-556
十二指腸潰瘍	11-531	膵臓炎、膵臓癌	11-557
十二指腸潰瘍	11-532	膵臓炎、膵臓癌	11-558
十二指腸潰瘍	11-533	膵臓炎、膵臓癌	11-559
十二指腸潰瘍	11-534	膵臓炎、膵臓癌	11-560
十二指腸潰瘍	11-535	膵臓炎、膵臓癌	11-561
十二指腸潰瘍	11-536	膵臓炎、膵臓癌	11-562
十二指腸潰瘍	11-537	膵臓炎、膵臓癌	11-563
十二指腸潰瘍	11-538	膵臓炎、膵臓癌	11-564
十二指腸潰瘍	11-539	膵臓炎、膵臓癌	11-565
十二指腸潰瘍	11-540	膵臓炎、膵臓癌	11-566
十二指腸潰瘍	11-541	膵臓炎、膵臓癌	11-567

おります。

腹痛に関しましては、薬剤性の腹痛、見逃してはいけない劇症1型糖尿病の腹痛、急性心筋梗塞、心筋炎、あるいは抗カルシウム血症も腹痛できます。このような症状が出ている患者さんに対して、これは医師免許を取得する人は必ず判断しなければならないことであります。



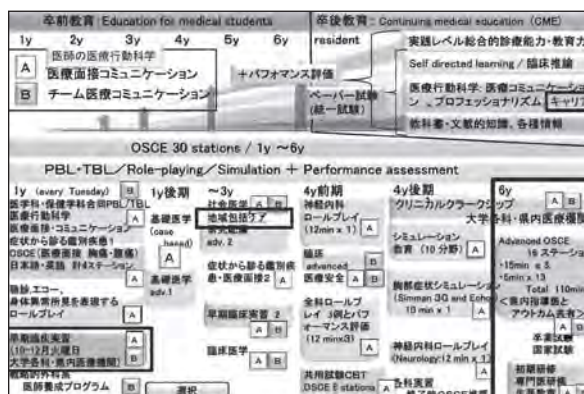
1年生の7月と12月には、模擬患者さんを相手に5分間トレーニングした医療面接についての鑑別診断を行います。

その翌週には、英語を話す患者さんに来ていただいて、英語でも鑑別診断を行います。全員行います。



ので、非常にモチベーションが上がります。

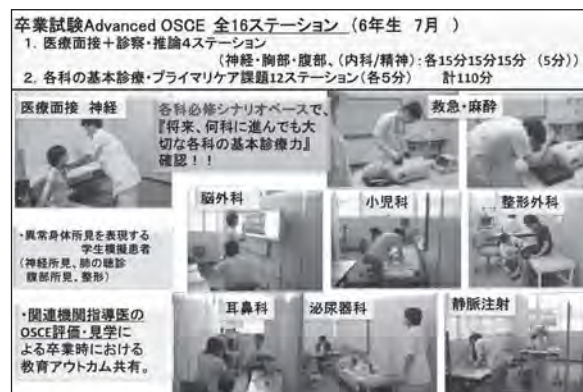
2学期は「医師の医療行動科学の重要性」ということで、お忙しい中、県内の医療機関の先生にお願いして、出いただける人数を確認しまして、そして毎週火曜日見ていただきます。



今日はこの後、実習や地域包括ケアの講義、それからキャリアの講義を一緒にやっていただいている先生方に発表していただきます。

最後に、Advanced OSCEについてお話しします。これは2001年から始まっている全科16ステーションのAdvanced OSCEです。

これが各科のプライマリ・ケアで、何科でも大



事な所見を必ずパフォーマンス・レベルで確認することを行っています。その際、学生指導でお世話になっている県内の各医療機関の先生たちにもこのOSCEを見ていただいて、卒業する時のアウトカムを共有し、1年生、3年生、5年生の実習の時にこのような形の教育を行うことも、毎年共有して、実習を充実させていくという試みを行っております。



最後に反省会を行って、来年度どのような実習が必要かということを検討することになります。



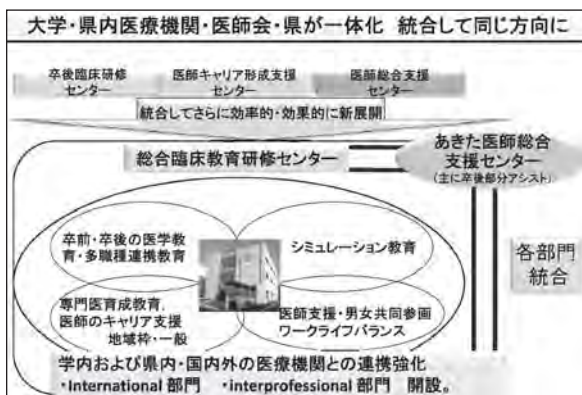
このような流れで昨年、非常にうれしいことがありました。第1回医学生のシムリンピック2014で、1年生からこのような流れで学習した6年生の学生

シンポジウムⅢ

3人が、全国優勝というすばらしい結果を残してくれました。非常に嬉しい結果として県全体で受け止められております。

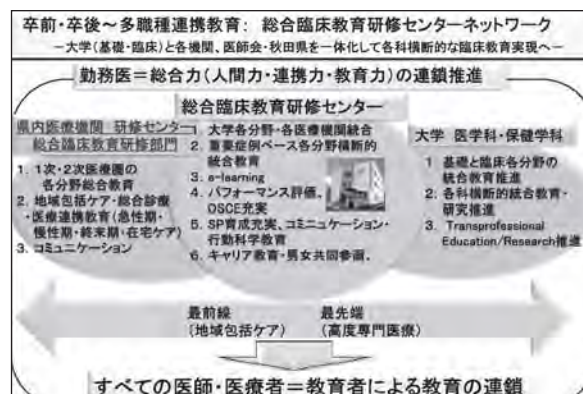


いよいよ来年から新専門医制度が始まります。今日はいろいろな分野の勤務医の先生がいらっやっていますが、専門医制度をどう展開していくか、各病院、各都道府県の医療の非常に重要なポイントになると思います。



秋田大学では羽渕病院長の下、総合臨床教育研修センターとしていくつかの部門を統合しました。目的が同じですので、卒前・卒後を一体化して、この流れを進めましょうという部門ができました。そし

て、さらに県からの委託で、あきた医師総合支援センターが開設され、連携して学生の卒前・卒後、多職種連携、シミュレーション教育、キャリア支援、ワークライフバランスについて進めていくという流れが出来てきております。学内および県内・国内外の医療機関の先生たち、あるいは多職種の皆さんと連携しますし、閉塞感を打破するために国外との連携、多職種との連携部門も開設して、なるべくこのような活性化を図っているところです。



総合臨床教育研修センターは、大学医学科・保健学科の各分野、それから県内のお世話になっている医療機関の研修センターの指導医の先生中心に、教育と研修をシームレスに展開すること、そして最前線から最先端までの医療をすべての医師、医療者を教育者にする教育的配慮ができるようにすることが医療充実への必須事項と考えております。多くの勤務医にこのような力が付けば、かなり連携がとれます。いろいろな問題で医師のコミュニケーション力、リーダーシップが医療にとって妨げになっている部分があります。ですから、もし医療機関で働くすべての医師にこのような力があれば、おそらく多くの問題は解決していくと考えています。

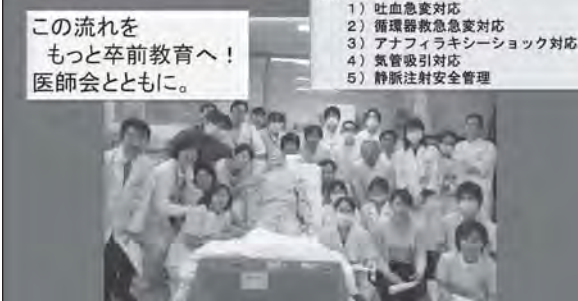
多職種では、病棟毎にいろいろな部分で必ず対応しなければいけないアナフィラキシーショックや循環器の急変、吐血対応等の実地が進められておりますし、看護や医療職の卒前教育も、パフォーマンスレベルを追求する海外のものに近づけていく必要があると思います。

県内の医療機関の先生にも利用していただいて、それぞれの病院で、それぞれの教育研修をなるべく

【中央放射線部 医師・放射線科技師・看護師・事務員】

各病棟子一ム (多職種)

- 1) 吐血急変対応
- 2) 循環器救急急変対応
- 3) アナフィラキシーショック対応
- 4) 気管吸引対応
- 5) 静脈注射安全管理



県内医療機関多職種連携 ハワイ大シミュレーションセミナー



世界と直結して
勤務医・総合力(人間力・連携力・教育力) 連鎖

していくことで、勤務医の総合力、人間力、教育力を連鎖していくことを進めています。

勤務医の総合力(人間力・連携力・教育力)

医師 (教育者)	看護師 (教育者)	理学・ 作業療法士 (教育者)	薬剤師 (教育者)	患者さん (教育者)	すべての 医療従事者 (教育者)	住民の皆さん (教育者)
-------------	--------------	-----------------------	--------------	---------------	------------------------	-----------------

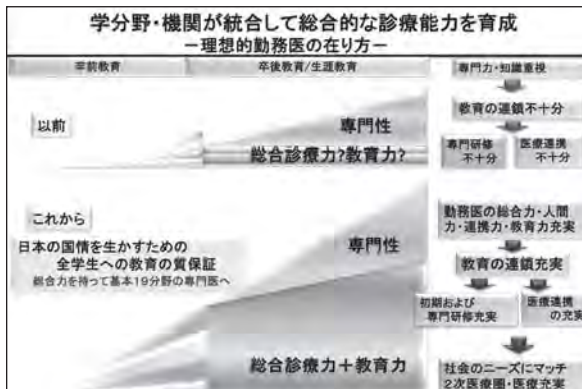


チーム医療を構成する各医療者の卒前教育のパフォーマンスレベル向上へ

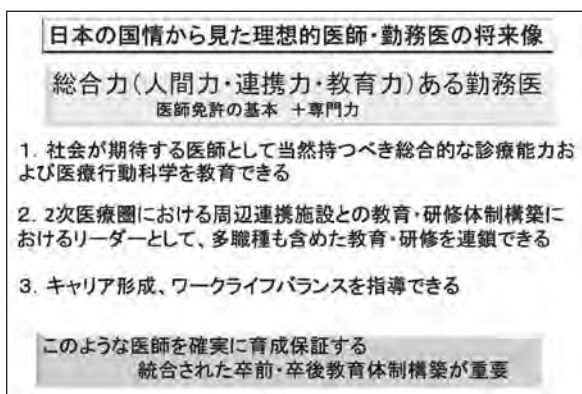
秋田県内2次医療圏と中核病院＝教育・研修の要



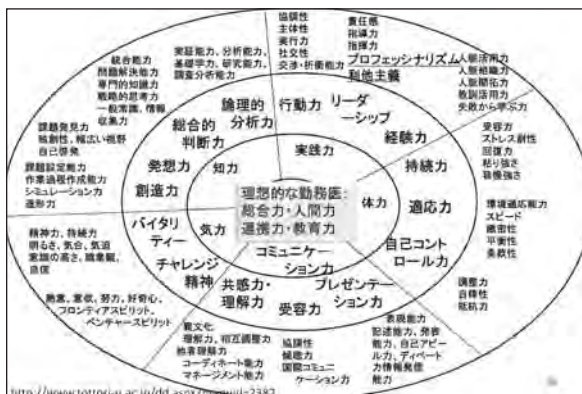
以前は、あまり総合力がないまま専門性を追求してきました。このために教育があまり連鎖ができず、研修が不十分で、医療連携が不十分でした。これから総合力を学生時代にしっかり付けて、さらにその上に専門性を追求する、そして勤務医に総合力、教育力が付きますと、その地域の教育、研修が充実



し、二次医療圏の医療を維持する方向に向くことになります。

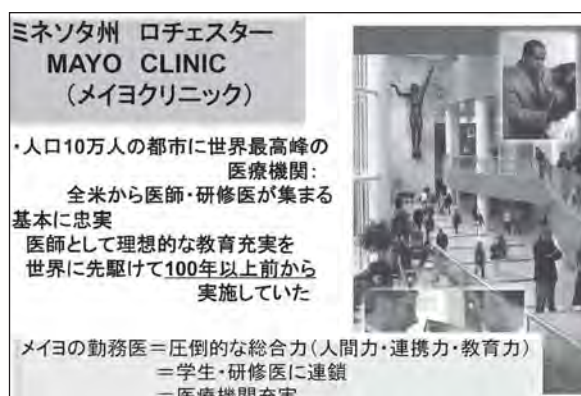
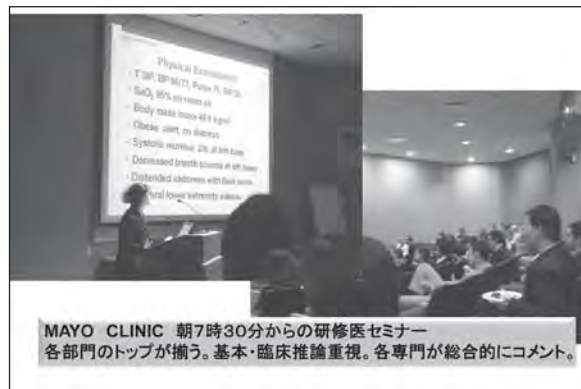


最後にまとめますと、社会が期待する医師として当然持つべき総合的な診療能力を教育できること、二次医療圏の周辺連携施設との教育・研修体制構築におけるリーダーに勤務医がこれからはなっていかなければなりません。そしてキャリア形成、ワークライフバランスを指導できるようになる必要があるということです。このような医師を確実に育成保証する統合された卒前・卒後教育が重要になってきます。

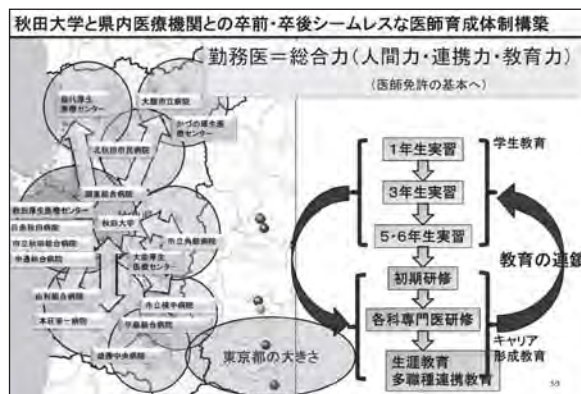


このような人間力を育てるということです。

メイヨークリニックでは150年以上前、教育を重



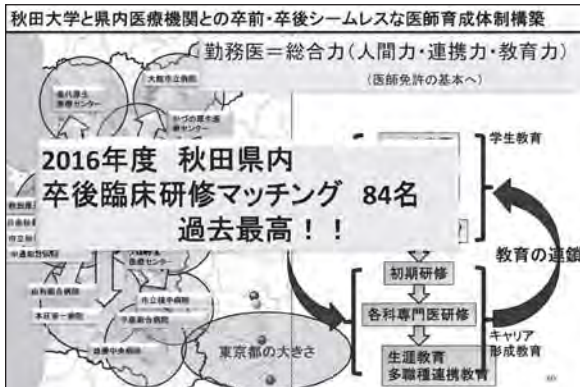
視することにより、地方都市に優れた医師や患者さんが集まってくることを証明してきました。医療の充実のためには、それぞれの医療機関が教育をどう考えて行くか、それをどう展開していくかを考えていく必要があると思います。



このような流れで卒前・卒後のシームレスな教育研修の充実を図ってまいりました。

今年、秋田県の卒後臨床研修マッチングが84名と過去最高を記録しました。これは関与する先生や関係者の皆様のご努力で、県全体で喜んでおります。

この流れは小山田会長をはじめとする秋田県医師会の皆様、関連病院協議会の皆様、秋田大学医学部、



御清聴ありがとうございました

秋田大学 学長
医学部長、病院長、全職員、
関連病院協議会の皆様
同窓会の皆様、模擬患者会の皆様、医学生、保健学科学生

秋田県医師会
秋田県健康福祉部 秋田県教育委員会
秋田県病院協会
秋田県臨床研修協議会
秋田県看護協会
秋田県薬剤師会

岐阜大学医学教育開発研究センター
国立大附属病院長会議
将来像実現化・教育部門プロジェクトチーム
日本医師会将来ビジョン委員会
全国地域医療教育協議会
慈恵医大英語教室
ネイティブ英語模擬患者会の皆様

・医療アクセス世界一
・医学部卒業後、99%国内で医師となる
このような国は日本しかない。
日本医師会の活動の最大の功績！
医師会の理念を考えると
入会は、医師の責務！

・日本医師会の社会活動の功績。
・新専門医制度・国際認証時代到来！！
・今こそ
各医師会が一体化して理想的勤務医の在り方・
育成をこれまで以上に熟考していく時期！
各医療圏維持のために！日本のために！

そしてすべての医療に関わる皆様の流れで作られて
いるものです。これで私の発表は終わります。ご清
聴ありがとうございました。



「あなたの専門はなんですか？－在宅医療を進める急性期病院脳神経外科専門医の思う理想的勤務医－」

秋田県総合診療・家庭医研修センター 副センター長

桑 原 直 行

この度は、このような機会を与えていただき、本当にありがとうございます。秋田の桑原です。私のお題は長谷川先生から長いのをいただきましたが、時間の関係で読みません。それでは早速始めさせていただきます。

脳神経外科専門医

正反対のキャリア転換？

脳疾患：後遺症率、死亡率が高い

リハビリテーション

緩和ケア、グリーフケア

発症させないことが重要

脳卒中などは基礎疾患、合併症も多く

全身管理が必要！

総合診療医 後遺症は0にはならない

生活がある

在宅医療専門医

私は脳神経外科専門医です。ただ、現在は総合診療医、そして在宅医療専門医として活動しております。そうしますと、「全く反対のキャリア転換をしたんだね」という人がいます。でも、私はそうは思っておりません。脳疾患は元々、後遺症率が高く、死亡率も高いです。ですからリハビリテーションも考えなければいけませんし、緩和ケア、グリーフケアも大事です。そして発症させないことが非常に重要なわけです。ということは、予防もしっかりやらないといけない。生活習慣病の管理や、脳ドックという検診も考えて行かなければなりません。さらに、脳卒中等は基礎疾患も多く、合併症も多いですから全身的な管理が必要です。つまり、元々、総合的に診ていたということです。ただ、いろいろなことをやっても残念ながら後遺症はゼロにはなりません。ただ、後遺症を持って、その後の生活をしなければいけない患者さんがいるわけです。ですから、在宅

医療も考えなければなりません。

キャリア転換ではない！

医師は 病ではなく ひとを診る
どんな専門医であろうが

総合診療、在宅医療マインドを
持つことは必然である
やるやらないは別として

ただ それだけでいいのだろうか？
すでに危機的状況！

私にとっては、実はキャリア転換ではありません。「医師は 病ではなく ひとを診る」というのは、これはどんな専門医であろうが必要なことだと思っております。総合診療、在宅医療マインドを持つことは必然です。ただ、最近、それだけでいいのだろうかと非常に悩んでいます。

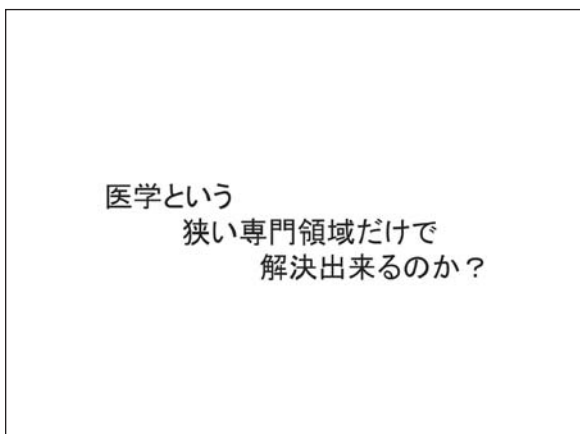
世の中は？（国情？）

世の中の状態は、非常に厳しい状況になっております。

国家財政が大赤字の中で、超少子、超高齢で、とんでもない問題がさまざま起きてきております。この問題に対して地域包括ケアシステムを構築し、地

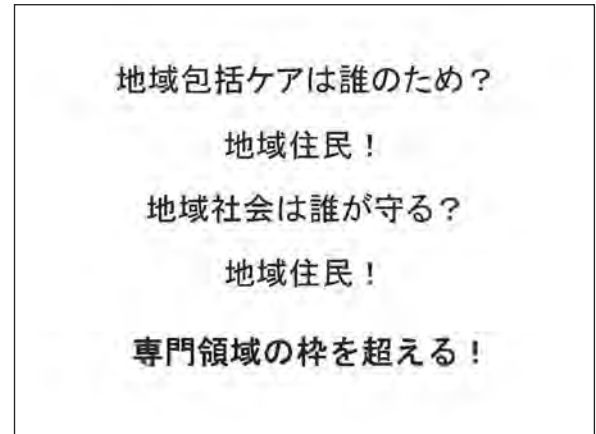


域毎に医療ビジョンを立てて乗り越えようとしています。地域包括ケアは、多職種の連携が重要だといわれております。ただ、私は、このお皿の部分が大事だと思います。本人、家族の選択と心構えです。これがもしなかったらどうなるのでしょうか。お皿がないと、お花を育てようと思って水をかけたらどうなりますか。下がびちゃびちゃに汚れてしまいます。ですから、意思決定や心構えが非常に重要なわけです。ところが連携に関しては、院内連携でさえ正直うまくできていない状況です。地域医療連携、医療・介護連携が押しつけだったり、丸投げになっている事実もあります。住民も病院が第一だったり、生も死も意識していない状況ですから、心構えさえ出来ていないわけです。



これは医学だけで解決出来る問題ではないと思います。

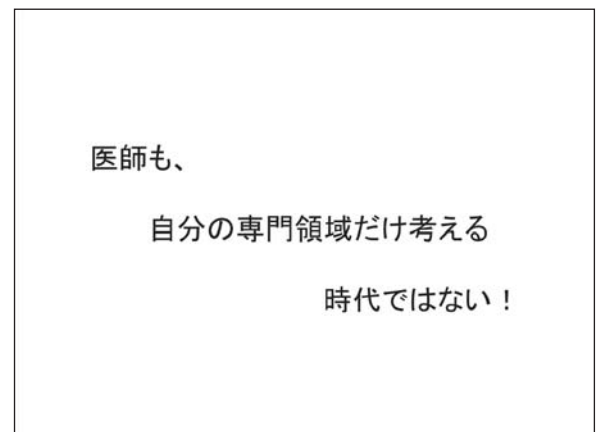
地域包括ケアは誰のためにあるのでしょうか。地域住民です。では、地域社会は誰が守るのでしょうか。国でしょうか、県でしょうか。やはり我々も含



む地域住民です。ですから、我々も専門領域の枠を超えなければならないのではないかと考えております。



秋田にはご当地ヒーロー、超人ネイガーがいます。職業は、悪いやつをやっつけることです。ところが、幸い秋田にはあまり悪いやつはいません。ですからこのように農業にも従事できて、おいしいあきたこまちを作ることが出来ます。そうなんです。役割はひとつではないのです。



ですから、私たちも自分の専門領域を超えなければなりません。

地域社会は誰が守る？

地域住民！ 無知の無知

だからこそ
transprofessional education

地域の医療・介護・社会の統合を目指し、
住民も含めて多職種で一緒に学び合う！

地域社会は誰が守るのか、地域住民です。でも、地域住民がわからないことがわからないくらい、わからないのです。ですから、我々と一緒に勉強することが重要になります。

TPEプロジェクト

医学モデルから生活モデルへの転換
その人が地域で より良く生きるために！

1. 退院支援、退院前カンファランス



患者・家族の
思いに寄り添った
意思決定支援

代理意思決定支援

そこで我々がやっていることをお話しいたします。退院支援・退院前カンファランスに重点を置いております。患者、家族により添った意思決定支援を多

TPEプロジェクト

1. 退院支援、退院前カンファランス 2. 多職種連携、ネットワーク構築



顔の見える
さらに腹の見える関係を

医師
看護師
歯科医師、薬剤師、ケアマネ
施設職員、弁護士、銀行員
メディア、行政

職種と一緒にやっております。

そして地域ではネットワークを作っていかなければなりませんので、秋田ならではの「呑みにケーション」の会を作って、顔の見える、さらに腹の見える関係を構築しております。

TPEプロジェクト

1. 退院支援、退院前カンファランス
2. 多職種連携、ネットワーク構築
3. 事例検討会運営など地域レベル向上



月1回ですが、勉強会も開いております。

TPEプロジェクト

1. 退院支援、退院前カンファランス
2. 多職種連携、ネットワーク構築
3. 事例検討会運営など地域レベル向上
4. 在宅ケアの意識を持った医療者育成



在宅ケアの意識を持った医療者も育成していかなければなりません。

在宅医療・介護は人間教育の場

- ・ 慈愛の心
- ・ ボランティア精神
- ・ 人間の生き様
- ・ 命の尊厳
- ・ 人間関係の大切さ
- ・ 死生観

医学知識だけで
医学生や医療系学生が
知らなくていいの？
いいの？

在宅医療、在宅ケアは、慈愛の心、ボランティア

精神、命の尊厳、死生観、このような人間教育の場だと思います。それを医学部の学生が知らなくていいのか、医学の知識だけで医者になっていいのかということです。

意識改革

1年、3年、5年、6年生の訪問診療同行

座学ではない！

在宅医療、総合診療を実地体験

コミュニケーション能力の重要性

多職種と連携することの意義

生きること、生活することを意識する

キュアとケアのバランス感覚

秋田大学と協力いたしまして訪問診療に同行してもらい、座学ではない、実際に学生に診察を体験してもらっています。それによって、コミュニケーション能力の重要性、多職種と連携すること、生きること、生活することが重要だということを意識してもらい、キュアとケアのバランス感覚に富んだ医療者を育成しようとしております。

ケアボランティア



さらに医学部の学生と介護施設でボランティアを開始しております。医学生が自らいろいろ考え、口腔体操、食事介助、フットケア、そしてレクリエーションを計画します。そして最後には日本在宅医学会で、学生が発表します。

研修医も含めまして、在宅の看取りまで含めたケア体制の向上をしなければなりません。

一番大切なのは、地域住民と一緒に学ぶことです。

TPEプロジェクト

1. 退院支援、退院前カンファランス
2. 多職種連携、ネットワーク構築
3. 事例検討会運営など地域レベル向上
4. 在宅ケアの意識を持った医療者育成
5. 在宅看取りまで含めたケア体制向上



TPEプロジェクト

1. 退院支援、退院前カンファランス
2. 多職種連携、ネットワーク構築
3. 事例検討会運営など地域レベル向上
4. 在宅ケアの意識を持った医療者育成
5. 在宅看取りまで含めたケア体制向上
6. 地域住民への啓発、研修会



このように寸劇を用いた研修会も行っております。

第18回総合診療カンファランス ワールドカフェ



秋田市福祉保健部長寿福祉課 斎藤氏



秋田の未来を考えよう！

我々は、ワールドカフェのように行政と一緒に多職種で集まって、地域の課題をあぶり出し、秋田の未来をよりよくするために考えております。

よりよく生きるためのまちづくり、文化創造を地域住民としてやっていかなければならないと考えております。

医師としての基本的な役割です。病気ではなくその「ひと」を診る、そしてそのひとの思いや歴史に

TPEプロジェクト

1. 退院支援、退院前カンファランス
2. 多職種連携、ネットワーク構築
3. 事例検討会運営など地域レベル向上
4. 在宅ケアの意識を持った医療者育成
5. 在宅看取りまで含めたケア体制向上
6. 地域住民への啓発、研修会
7. より良く生きるためのまちづくり

文化創造

地域住民としてやらなければならない！

医師も地域の歯車

医師としての基本的な役割

病気ではなく、その「ひと」を診る
そのひとの思いや歴史に鑑み
生きることに寄り添い、支える
生き抜いた集大成・死と向かい合う

地域住民のひとりとして

行動を起こす！
PDCAを実行

鑑み、生きることに寄り添い、支える、そして生き抜いた集大成としての死と向き合うことが必要だと思います。地域住民の一人として、プランだけではなく行動を起こし、PDCAサイクルをしっかりと回すことが重要だと思います。

理想の勤務医

知識だけのやぶ医師

にせ医師 傾聴、共感、寄り添い

患者に寄り添う やぶ医師

患者に寄り添い、支えようとする やぶ医師

患者に寄り添い、みんなで支える やぶ医師

地域に寄り添い、みんなで支える やぶ医師

地域住民としての役割を果たし、
より良いまちや文化を創っていく！

理想の勤務医を考えてみました。時々、巷ではニセ医者が出て参ります。ところが、地域住民は、結構この人たちを認めています。なぜか、やはりよく話を聴いてくれる、共感してくれる、寄り添ってく

れるということです。ということは、医学知識だけの医師ではダメだということです。我々は患者に寄り添うことが必要になってきます。ただ、寄り添うだけではなく、支えようと努力することです。ただし、一人の医師では、なかなか支えられるものではありませんので、多職種で支えていくことが必要です。最終的には、地域に寄り添い、地域にある医師会のような組織と一緒に地域を支えていく「やぶ医者」にならなければいけないということです。こうなると、たぶん地域住民は「やぶ」という言葉をとってくれると思います。地域住民としての役割を果たし、より良いまちや文化を創っていくことが非常に重要ではないかと思っています。

あなたの専門はなんですか？

わたしの専門は

秋田です！

+ 勝手に観光大使！

あなたの専門はなんですか。いろいろあって何を言えいいのか分かりませんが、最近、ひとつにまとめました。あなたの専門はなんですか。私の専門は秋田です。

ご清聴ありがとうございました。



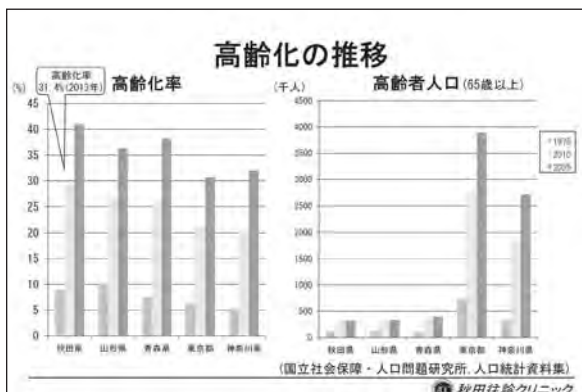
「専門医による在宅医療」

秋田往診クリニック理事長 市原利晃

秋田市で訪問診療に特化したクリニックを行っております市原です。よろしくお願い申し上げます。本日は、このような機会を与えていただきまして、誠にありがとうございます。

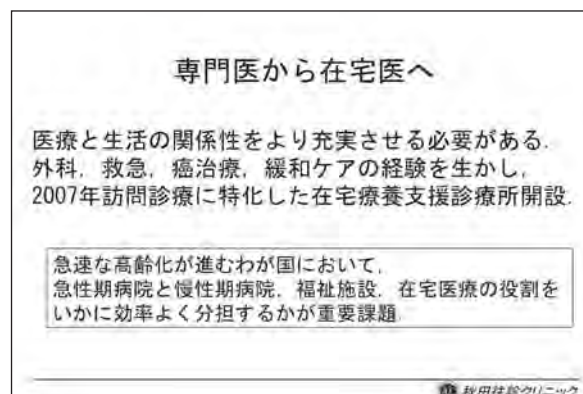


秋田市の人口、私が開業した時は33万人でしたが、いまは32万人に減ってきております。往診に特化したクリニックということで、医者は常勤3人で、外科が2人、内科が1人、その他に精神科の先生と眼科の先生、緩和ケアの先生に非常勤としてお手伝いいただいております。僕自身は消化器外科、外科の専門医、指導医としての経験を積んだ後に、在宅医療に移りました。開業したのが2007年で、9年目に入ったところです。



秋田県、山形県、青森県の高齢化率を表したグラフ

フです。よく皆さんもご覧になるかと思いますが、高齢化率、秋田県は日本一です。1975年、2010年、2035年のグラフで、東京都、神奈川県も一緒に出しております。すべて右肩上がりに増えてきております。しかし、これは各年度の人口にしますと、地方の高齢者は、ほとんど増えないことがわかります。都市では、高齢者自体は増えてきますが、地方では高齢者は増えません。なぜ、高齢化率が増えているのかというと、若者が減っていくという形です。



そのようなことで医療に期待されることは徐々に変わってくるのではないかと思います。元々、医療には命を延ばす治療を期待されますが、高齢者が多くなってくると、やはり治すだけでは難しくなってきます。そこでは病気と一緒に付き合いながら、生活を充実させていく必要があると思います。2007年に訪問診療に特化した診療所を開設しましたが、外科医として経験した外科、救急、癌治療、緩和ケアの経験を生かして治療に当たっております。急速な高齢化が進むわが国において、急性期病院と慢性期病院、福祉施設、在宅医療の役割をいかに効率よく分担していくかが、これからの課題になると思います。

在宅医療は、住民の皆様だけでなく、医療スタッ

臨床・研修・教育

在宅医療の啓蒙・地域連携の充実

- ・秋田市多職種連携チーム「At Home」
- ・毎月の事例検討会
- ・在宅医療相談外来
- ・卒前教育(秋田大学医学部 1・3年生への講義)

秋田住診クリニック

フにも十分にご理解いただけていない部分があるのではないかと考えております。そして、在宅医療もしくは地域連携に関しての啓蒙と充実を目標とすると、大事なのは臨床・研修・教育だと考えています。スライドの4つのことについて、これから説明させていただきます。

臨床・研修・教育

在宅医療の啓蒙・地域連携の充実

- ・秋田市多職種連携チーム「At Home」
- ・毎月の事例検討会
- ・在宅医療相談外来
- ・卒前教育(秋田大学医学部 1・3年生への講義)

秋田住診クリニック

まずは臨床と研修に当たるところです。桑原先生からもお話がありましたが、秋田市には多職種の連携チームがあり「At home」という名前がついています。それを核とした事例検討会を毎月行っております。

多職種連携チーム「At Home」

- ・メーリングリストに140人が登録
- ・研修会、カンファレンスなどを行い、気軽に相談できる機会が多職種が集まる。

↓

連携先に知ってる人がいる

||

報告、連絡、相談しやすい環境

秋田住診クリニック

多職種の連携チーム「At Home」はメーリングリ

ストに140名が登録しております。目標は研修会、カンファレンスなどで行って、気軽に相談できる機会を多職種で集まって作っていくことです。連絡先に知っている人がいますと、報告、連絡、相談しやすい環境になりますので、そういった環境をなるべく充実させていきたいと思っております。

事例検討会

毎月第3木曜日 19:00~20:00
秋田大学医学部保健学科
第一講義室

- ・毎回1例の事例をディスカッション
- ・ケアマネジャー、介護士、相談員、薬剤師、栄養士、看護師、医師等が参加
- ・2013年3月25日～、参加者50人程度

秋田住診クリニック

そのひとつの環境整備のきっかけになればよいと思うのが、事例検討会です。毎月第3木曜日の7時～8時と時間を決めて、大学の一室を借りて行っております。第3木曜日のこの時間に、この場所に来ると、何か勉強会をやっている、いろいろな人たちが集まっているという機会にしております。はじめは、医師、看護師、薬剤師から始まったのですが、いま一番多いのはケアマネジャーです。MSWや、最近は報道関係の方、行政の方、そして弁護士さんなどにも参加いただけるようになりました。40～50人くらいの参加者です。

臨床・研修・教育

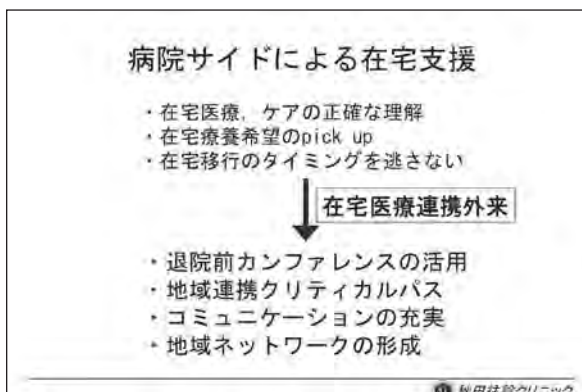
在宅医療の啓蒙・地域連携の充実

- ・秋田市多職種連携チーム「At Home」
- ・毎月の事例検討会
- ・在宅医療相談外来
- ・卒前教育(秋田大学医学部 1・3年生への講義)

秋田住診クリニック

臨床においても、在宅が注目され、そしてまた地域包括ケアがこれからの目玉であることは皆さんご理解いただいておりますが、「どこに相談したらいいのか」という相談があります。そこで、「在宅医

療相談外来」を設置いたしました。

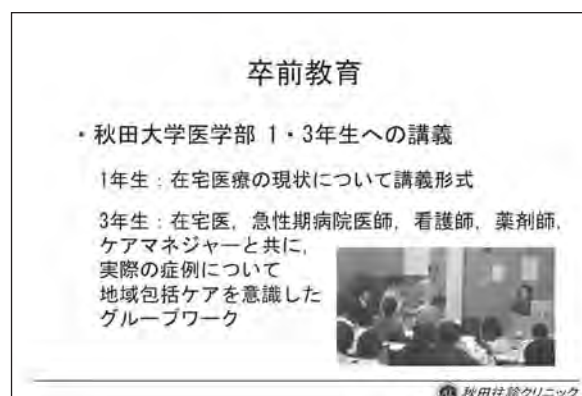
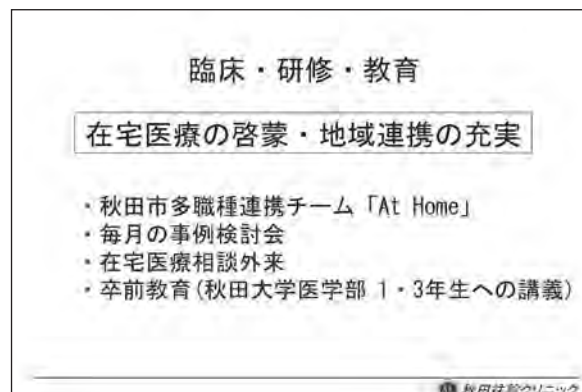


病院サイドによる在宅支援において、やはり在宅医療とケアを正確に理解していただくこと、在宅療養の希望をピックアップしていただき、そしてそのタイミングを逃さないでいただきたいと思います。そのためには退院前のカンファレンス、クリティカルパスなどを容易に相談できるコミュニケーション、ネットワークの形成がとても大事だと思います。しかし、その窓口がなかなかありませんでした。

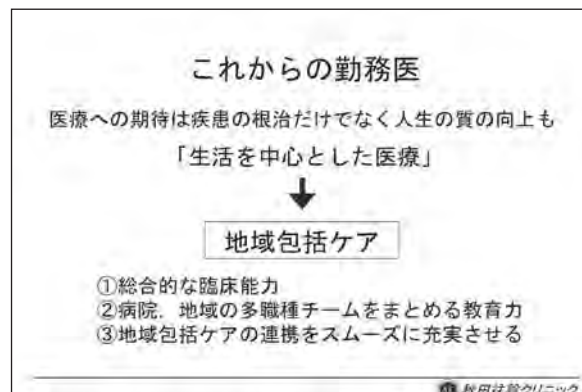


そこで在宅医療相談の外来を設置しました。具体的には、先ほどご講演いただきました長谷川先生のご協力で秋田大学医学部に、そして小棚木先生のご理解をいただいて秋田赤十字病院に在宅医療の外来を開いていただきました。非常勤の医師として、大学病院には月に1回、赤十字病院には月に2回、時期を決めて伺っております。患者さんのみならず、その病院の先生方にも在宅医療をご理解いただくきっかけになればと思っております。

次に教育です。在宅医療を医療スタッフの皆さんに知っていただくためには、医学部、あるいは看護学科の時から知っていただければよいと思います。



医学部の1年生と3年生に時間をいただいて講義をさせていただいております。1年生には、在宅医療の現状について講義形式で90分の時間をいただいております。3年生には、写真は講義の一部ですが、在宅医は私自身、それから急性期の病院医師は先ほどご講演いただいた桑原先生、訪問看護師、薬剤師、ケアマネジャーとともに、実際の症例について供覧後、学生からグループワークとその発表をしてもらっております。それを地域包括ケアを意識したグループワークとして、次にご講演いただく蓮沼先生に司会でまとめていただきました。



これからの勤務医の先生方、つまりは医療への地

域住民の期待は、疾患の根治はもちろん、人生の質の向上にもあるのではないかと思います。これが「生活を中心とした医療」につながり、その手段が地域包括ケアになるのではないかと思います。その充実には、総合的な臨床能力、病院と地域、多職種をまとめるような教育力、そして地域包括ケアの連携をスムーズに充実させることが必要になってくると思います。このようなことが充実できれば、生活を支えるための医療も充実していくのではないかと思います。



まとめです。地域包括ケアは、これからどんどん進んでいく高齢化社会での充実した人生を実現させる一つの対策です。その対策の構築には理想的な勤務医の育成のための教育研修が要になるのではないかと考えております。

ご清聴ありがとうございました。



「ワークライフバランスを革新する キャリア教育の新展開」

秋田大学医学部総合地域医療推進学講座准教授
蓮 沼 直 子

本日はこのような機会をいただき、ありがとうございます。

本日の内容

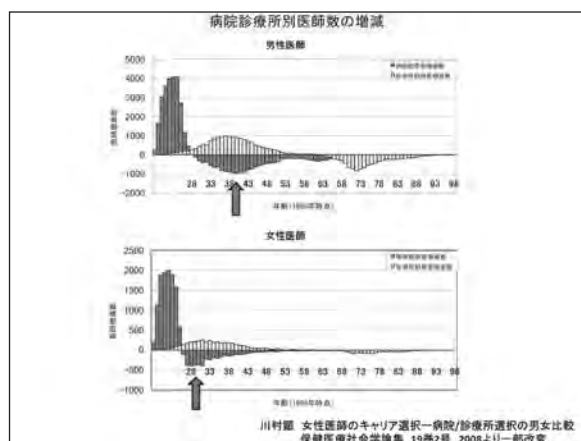
- ◆ 女性医師が指導医として活躍するために
- ◆ 秋田大学におけるキャリア教育
(卒前～卒後のキャリア支援)
- ◆ 男性医師のワークライフバランス

私は「ワークライフバランスを革新するキャリア教育の新展開」というタイトルをいただきましたので、女性医師が指導医として活躍するために、秋田大学におけるキャリア教育、そして最後に男性医師のワークライフバランスについても考えてみたいと思います。



これは女性医師数の推移です。右肩上がり、平成24年では19.7%となっています。

次のスライドは、筑波大学の川村先生の論文の図表をいただいて改編したものです。1998年の勤務先



別のデータ、そして2004年のデータと比較しました。上向きのグラフは増加、下向きのグラフは減少を示しています。そうしますと、1998年で38歳だった男性医師が6年後にこれだけ減っているというデータをグラフにしたものです。30代後半から病院勤務の医師が減ってきていて、前後して診療所勤務の医師数が増えてきています。ところが女性医師のグラフを見ると、ちょっと様相が変わってきます。病院勤務減少のピークが前にシフトしています。つまり、30代前半にはもう病院勤務者が減っています。そして、それと前後するような形でその上の診療所勤務の棒グラフがなだらかに上昇しているのがわかります。このデータは常勤医の数で比較していますので、女性医師の場合は、病院医師減少のピークと診療所医師増加のピークにずれがあり、この間に離職やパートなどが入っている可能性があります。

つまり、女性医師は男性医師より早く、30代前半で病院を退職していることが、このデータからわかります。そして、この30代が子育て期と一致していることから、子育てしながら病院で働き続けられない職場環境があるのではないか、ということを考察しています。

女性医師は男性より早く、30代で病院を退職している。(診療所勤務またはパート医になる。)

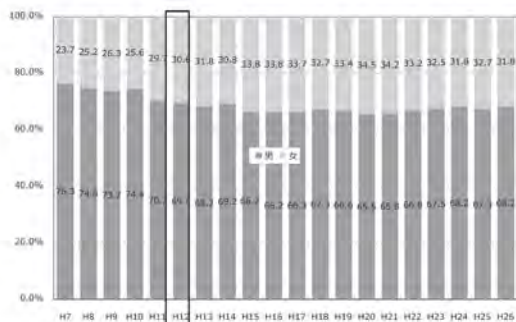


30代は子育て期と一致する。



子育てしながら働き続けられない職場環境??

医師国家試験合格者の男女比



医師国家試験合格者の男女比です。平成12年以降、女性医師の合格者比率は30%を超えてきています。平成12年からずっとです。そうしますと、平成12年に卒業した研修医は、もう40代になろうとしています。

10年以内に40代の指導医の1/3が女性医師に



女性医師が40代でも病院で勤務できないと、大学や基幹病院の指導医が足りなくなる！

つまり、もう10年以内に40代の指導医の3分の1が女性医師になるわけです。その意味では、女性医師が40代でも病院に勤務できないと、大学や基幹病院の指導医が足りなくなる危険性があります。

指導医の役割は？

(男女分け隔てなく)

臨床、教育、研究を遂行できる
次世代を担う人材を育成すること

多田弥生
平成27年度日本皮膚科学会リーダー養成ワークショップ プログラム・抄録集より一部改変

指導医は、臨床や研究、そして教育を遂行できる次世代を担う人材を育成する役割を持っています。

開業医も地域医療に貢献しており重要だが、次世代育成という観点からは、女性医師が病院で指導医として活躍できないと困る...

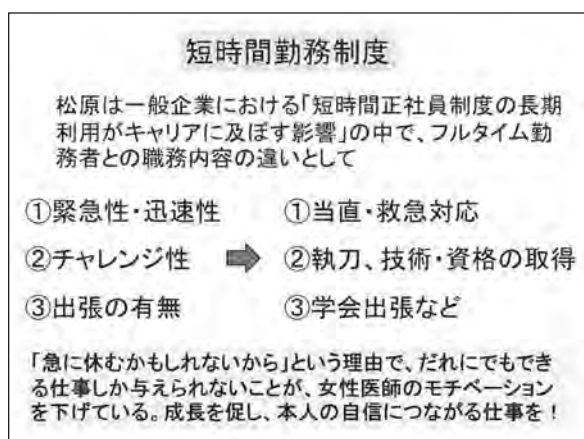
もちろん、開業医の先生も地域医療に貢献しており、重要なのですが、次世代育成という観点からは、女性医師が病院で指導医として活躍できないと次世代育成という意味で困ることがわかりました。

指導医として活躍するためには、子育てのためペースダウンしても様々な臨床経験をきちんと積んでいくことが必要。
育児支援とキャリア支援は別に考える！

例：外来業務、病棟業務、手術の執刀、周術期の管理、救急対応、当直時の他科との連携、他科からのコンサルトへの対応、患者からのクレーム対応...

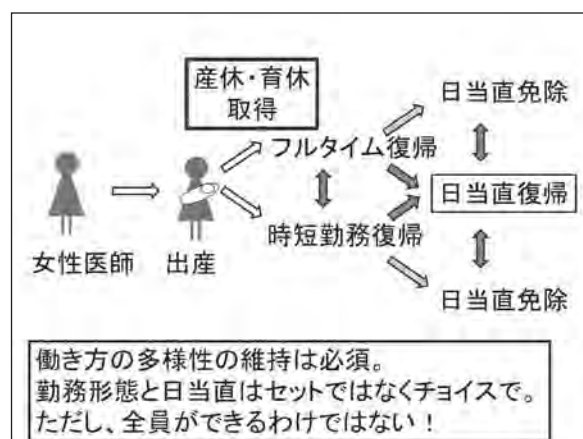
指導医として活躍するためには、子育てのためにペースダウンしたとしても、さまざまな臨床経験をきちんと積んでいく必要があります。つまり、すべ

での職種に必要な育児支援や、医師として一人前のプロとして後輩を育成するだけの実力をつけるためのキャリア支援は、別に考えなければなりません。当然、外来業務だけではなく病棟業務、外科系ですと手術の執刀や周術期の管理、救急対応、当直時の他科との連携や他科からのコンサルトへの対応、患者さんからのクレーム対応、このようなことを着実に経験していかなければ、自分が指導医になった時に、自身を持って後輩を指導して育成することができません。



短時間勤務制度は大学病院でもありますし、全国でたくさんの方がこれを利用して、勤務を継続されていると思います。私自身、3～4年間の離職を経て復帰する時には、この制度はありませんでしたので非常に苦労しました。全く同じように復帰するか、もしくは退職するか、という二者択一はもうなくなったと思います。そういった意味では非常に大事な制度ですが、やはり問題点も出て来ました。「東レ」の松原さんの論文では、一般企業における「短時間正社員制度の長期利用がキャリアに及ぼす影響」の中で、フルタイム勤務者との職務内容の違いについて、①緊急性・迅速性、②チャレンジ性、③出張の有無を上げました。これは医師に読み換えると、①当直・救急対応、②執刀、技術・資格の取得、③学会出張などが当てはまると思います。また、「急に休むかもしれないから」という理由で、誰にでもできる仕事しか与えられないということが、女性医師のモチベーションを下げています。私自身もそのような経験もしました。上司はその女性医師の成長を

促し、本人の自信につながる仕事を与えることが必要になります。もちろん、これは口で言うのは簡単ですが、非常に難しい面もあります。私も、離職から復帰した際、もう10年目になろうとしている時に、新人の先生と一緒に新患のシュライバーをしていました。そんなある時、教授に「アトピー外来をやってみなさい」と言われまして、それを任せていただいたことが、完全フルタイムに復帰して、病棟や当直に戻るきっかけになったと思っています。その意味では非常に大事なところだと思います。



女性医師が出産後、産休・育休を取得してフルタイムに戻る方、そして時短勤務で復帰する方がいると思います。それはどちらも「あり」だと思います。多様性の維持は非常に大事です。今は時短勤務の方、小さなお子さんのいる方は日当直免除になっていると思います。これは病院の救急当直は勤務時間に入るためできませんが、オンコール、当番などは短時間勤務の方でもできることがわかっています。特に、専門医取得以前にお子さんが生まれて、経験を積む機会を失うことは避けたいので、なるべく工夫をして、少しずつでもよいから何かしら経験を積む、そういったことのできるサポートが今後は必要になってきます。ですから勤務形態と日当直の有無はセットではなく、各自のチョイスで行っていく、ただし、こういったサポート体制が出来てきても、全員ができるわけではないことは、我々は肝に銘じなければなりません。

子育て中の女性医師が安心して働ける環境は、他の先生方すべての医師の安心につながります。介護

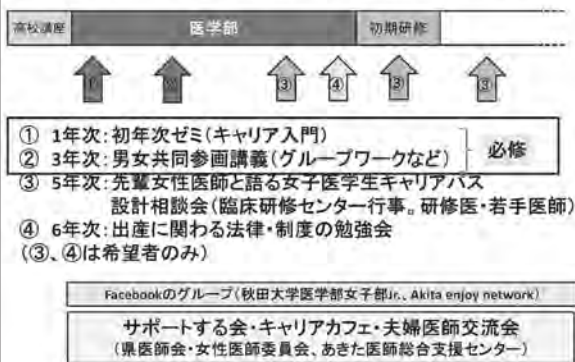
子育て中の女性医師が安心して働ける環境
＝介護中、病気の治療中、不妊治療中
すべての医師の安心につながる。
今後は時間制約のある医師が増える可能性が高い。

- ① 保育施設の充実(特に病児保育、延長保育)
- ② 本人のモチベーション、やりがい
- ③ 配偶者の理解、協力、働き方の工夫
- ④ 周囲の理解と協力(上司、同僚、患者、家族)

➡ 医学部におけるキャリア教育 } 重要
ワークライフバランスの理解 }

を含め今後は時間制約がある医師が増える可能性が高いと言われています。そういった中、保育施設の充実、特に病児保育、延長保育、そして本人のモチベーション、やりがい、配偶者の理解や協力、働き方の工夫、周囲の理解と協力、これは上司の方、同僚の方、患者さんや家族の方、そういったものが必要になってきます。そういった中で医学部におけるキャリア教育やワークライフバランスの理解が必要になってきます。男性は必ずしもパートナーにならなくても、一緒に働くわけです。その中で、どれだけそれを理解しているかということは、女性医師が働き続けるという面では重要だと考えています。

秋田大学におけるキャリア支援(卒前～卒後)



秋田大学においては、キャリア支援は高校生から始まっています。私と長谷川教授が県内の進学校に出向き、医学部のカリキュラムやキャリアパスについて講義をする機会があります。また、シミュレーションセンターに来ていただいて、医学生が指導する形で経験していただきます。それから秋田大学の特徴として、1年生と3年生で必ず全員の必修の講

義として、キャリアについて考える機会を持つことが上げられます。その他、5年次、6年次でも、女子学生の希望者にイベントを行っていますし、フェイスブックを使ったグループ、そして県医師会やあきた医師総合支援センターと共同でサポートする会、低学年から参加できるキャリアカフェ、女性医師支援だけではなく若手夫婦支援の一環ではじめている夫婦医師交流会などがあります。



必修カリキュラム 2009～

1年生のカリキュラムをご紹介します。これは2009年度から行われており、現在2コマで行われています。

初年次ゼミ 医療と男女共同参画のこれから 医学生のためのキャリア形成入門

1. 医学生～Dr.すごろく
2. 医学生としてのミッションとは??
3. キャリアアンカーって?
4. キャリア未来年表

初年次ゼミでは、医学生から卒後までのキャリアパスについてご紹介したり、医学生としてのミッションを考えるワークをしたり、キャリアアンカーという内的アンカーを考えるワークショップをしています。そしてキャリア未来年表を記載してもらっています。

これは「自分をよく知ろう」という考えです。学生時代はさまざまな経験を積んで価値観を育ててい



く時期です。自分のことをよく知って、どんな医師になりたいか、ということをたくさん考えていただくようにしています。

キャリア未来年表	
年号	2015 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35
年齢	
学年	1年 2年 3年 4年 5年 6年☆臨床研修
仕事	卒後10年
地域	秋田
プライベート ライフイベント 両親の年齢	
生涯学習 趣味	
経済 マネープラン その他	

夢を書く！

言葉にすることで意識化される！

これはキャリア未来年表です。秋田大学生なので、6年間秋田で、その後、卒業後10年くらいまでどこでどんなことをして活躍したいか、自分の結婚や出産、趣味、マネープランなど両親の年齢も含めてたくさんのことを書いてもらいます。ただし、強調しているのは、これは理想や夢を書くもので、計画表ではないということです。そしてその夢を言語化することで、意識化していくことを目標にしています。

3年生は、2010年から丸1日、5コマを使って行っております。午前中は大学医学部の解剖学の教授による総論、そして胸部外科の教授に医師の生活がどんなものかという講義を行っていただきます。その後、PBLのグループに分かれて、グループ討論を行います。

これは、シナリオの1例です。夫は部活の先輩で、卒後、秋田で結婚しました。子供も生まれましたが、



【タイムスケジュール】

8:50-10:10 総論
はじめに・蓮沼
プレアンケート
阿部 寛先生 女性医師支援総論
南谷佳弘先生 医師の生活
終了次第グループワークの説明
10:20-11:40 PBL グループ討論
昼休み
12:50-14:10 グループ発表・全体討論
14:20-17:10 学内外の先輩医師の体験談
まとめ 蓮沼直子
キャリア未来年表
ポストアンケート

Case4

夫は部活の先輩で、卒後秋田で結婚しました。子供も生まれ実家がお互い遠いため、協力しながら子育てと仕事の両立を目指しています。
自分は外科系のある診療科にすすみ、後期研修も順調で専門医を取得しました。さらに専門を深めるため、ある手術の技術を身に付け秋田大学で活躍したいと思っていた。そのことを上司に相談したところ、海外のスペシャリストを紹介してくれて、半年くらい勉強しにいった方がいいといってもらえました。
しかしまだ子供は3歳です。国外に長期間研修に行くことは想定していなかったのですが、若いうちに技術を身に付けたいとも思います。さて、どうしますか？

妻の海外留学

実家はお互い遠くにあります。外科系の専門医の女性医師です。さらに専門を深めるために、ある手術の技術を身につけ、秋田大学で活躍したいと思っていました。そのことを上司に相談したところ、海外のスペシャリストを紹介され、「半年くらい勉強しに行ってもいいよ」と言ってもらいました。でも、子供はまだ3歳です。国外に長期間研修に行くことは想定していなかったのですが、若いうちに技術を身につけたいとも思います。さて、どうしますか。

外科医の妻の海外留学のシナリオです。これを男女混合のグループで、ディスカッションしてプロダクトを作っていただきます。これは、このカップルの問題点を抽出し、そしてどうするかというこのカップルのチョイスについて3つ以上、ディスカッションしてグループで上げます。そしてさらにディスカッションし、自分たちはそのうちどれを選ぶのか、そしてその理由は何だろうか、ということのスライド3枚にまとめて提出してもらい、午後に発表してもらいます。因みに、このシナリオですと、まずこの女性医師は海外に行くことを諦めるべきか、もし行くと決めたら子どもは連れて行くのか、そして子どもを置いていくとしたら子どもは夫といるのか、実家に預けるのか、それとも家族全員で行くのか、さまざまなチョイスが出て来てきます。さまざまなディスカッションをして、いろいろな理由で、それぞれのチョイスをするわけです。発表の時には、私と午後の部で参加してくれるロールモデルの先生たちでディスカッションをしたり、自分の経験をお話ししたりしますが、当然、答え合わせはしません。いろいろな回答があるということを学んで、それぞれに意見があって、いろいろなことが起こる、ということ学んでいきます。秋田大学以外にもいくつかの大学で、このワークショップをやっているのですが、ある大学では初めてのチョイスが出て来ました。それは、そのスペシャリストを日本に呼ぼう、ということでした。これは、いままで何年もやっていますが初めて出てきた意見で、そうすれば私たちの仲間もみんながスキルアップできるという素晴らしい意見でした。当然、では半年間、向こうの病院はどうするの？という突っ込みはあるのですが、柔軟な学生の意見を聴きながら、いろいろな知恵を出し合うとさまざまなアイデアが出て、いろいろなことが出来るのではという経験ができました。

その他のシナリオとしては、朝の子どもの発熱のシナリオ、初期臨床研修中に出産したカップルの後期研修の進路について、それぞれシナリオを使って、3つのシナリオについてすべてのグループがディスカッションして、プロダクトを作って、昼休み前に

その他のシナリオ

1. 朝の子どもの発熱
2. 初期臨床研修中に出産したカップルの後期研修の進路

提出してもらいます。それを私が昼休み中に全部見て、どのグループがどれを発表するかを決めて、午後からグループ発表とその討論を行います。

【タイムスケジュール】

8:50-10:10 総論
はじめに・蓮沼
プレアンケート
阿部 寛先生 女性医師支援総論
南谷佳弘先生 医師の生活
終了次第グループワークの説明
10:20-11:40 PBL グループ討論
昼休み
12:50-14:10 グループ発表・全体討論
14:20-17:10 学内外の先輩医師の体験談
まとも 蓮沼直子
キャリア未来年表
ポストアンケート

それが終わりますと、学内外の先輩医師の体験談を聞く時間になります。

学内外の先輩医師の体験談

小児 : 岡崎三枝子先生 (子育てしながらのキャリア形成、専門分野のスキルアップ)
乳外科 : 伊藤亜樹先生 (女性外科医としてのステップアップ、勉強法)
平鹿総合病院循環器内科 : 深堀耕平先生 (育児取得の経験談)

外科系女性医師や男性医師になるべく入っていただく。

今年は3人の先生に来ていただきました。循環器小児科の岡崎先生の「子育てしながらのキャリア形成、専門分野のスキルアップ」、乳腺外科の伊藤先生の「女性外科医としてのステップアップ、勉強法」、

県内病院の循環器内科の深堀先生の「育休取得の経験談」です。毎年来ていただく先生もいれば、いろいろな事情で変わることもあるのですが、なるべく外科系の女性医師や男性医師にもお願いするようにしています。特に男性医師が学生の前で、キャリアではなく、ライフについて語ることは非常に少ないと思います。その意味で非常にインパクトがあります。この男性医師は育休を取りました。しかも2ヶ月取っています。このような男性医師の話を聞きますと、男子学生は必ず自分の妻が妊娠した時に自分はどうすべきだろうか、と考えます。そして、この話を聞いた女子学生は、自分の出産の際には夫にはどうしてもらおうかなと絶対頭に浮かぶはずです。見たことがないものは、チョイスにすら上がってきません。その意味で完璧なたった1人のロールモデルはいないので、多様性のあるたくさんのロールモデルを学生時代に見せることは、非常に大事だと思っています。



赤ちゃんをつれて話に来てくれる先生もいらっしゃいます。

アンケートを行いますと、男女混合のグループでディスカッションをした際に、異性だけではなく時には同性でも意見が違うということに気づきます。「男子学生を見直した」、「見損なった」などの意見が出てきます。そして、「全体討論を通してたったひとつの答えや正解ではなく、またいろいろな考え方があることを経験できた」、「将来の進路についても、なんだか諦めていたけれども、やりたいことをやるのではないかな」という意見も出てきました。

アンケート結果から

- ・ 男女混合のグループでディスカッションした際に、異性、時には同性でも、それぞれの意見の違いに気がついた。男子学生を見直したり、見損なったり。
- ・ 全体討論を通して、たった一つの答えや正解はなく、またいろいろな考え方があることを経験することができた。
- ・ 将来の進路についても、進みたい科をあきらめていたが、やりたいことをやるのではと思えた。

たった一つの
正解なんてない。



つまり、たったひとつの正解などないわけです。

5年生

女子学生希望者
昨年は73%が参加申し込み

5年生では、女子学生の希望者に行っているイベントをご紹介します。昨年は5年生の女子学生の73%が申し込みをしてくれました。

これは通称「ランチ会」と呼ばれている「先輩女性医師と語る女子医学生キャリアパス設計相談会」です。正式名称は固いのですが、要は平日のお昼休みに院内の女性の先生と5年生の女子学生が、少人数制で一緒にランチをとりながら1時間みっちり不

**先輩女性医師と語る女子医学生
キャリアパス設計相談会(通称ランチ会)**
卒後臨床研修センターとあきた医師総合支援センターの共催
少人数制で院内の女性医師とランチを取りながら将来
に対する不安を解消する。(5年次の2~3月)

事前アンケートにより、聞きたい
内容、参加してほしいDr.を調査
ランチタイムに各診療科の協力の
元に学生、医師の参加。
ランチタイムなので子育て中の
医師も参加しやすい。
少人数で話しやすい雰囲気
若手医師にとっても他科の医師
と知り合う貴重な機会。



不安を解消するために、たくさんのおしゃべりをする会です。これは事前アンケートで聞きたい内容や参加してほしいドクターを調査し、各診療科の絶大なご協力のもとに、学生や医師がランチタイムの12時から1時まで行っています。しかもランチタイムですから、女性医師も子供のお迎えの時間など気にせずに参加することができるわけです。少人数制で3回の日程に分けて行っていますので、非常に話やすく、学生が何を聞きたいか、事前に女性の参加の先生にはお伝えしていますので、最初から盛り上がっています。

ロールモデルやメンター
内と外に持つほうがいい。

-  同業と異業種
-  同じ病院、別の病院
-  同じ診療科、別の診療科

これは若手女性医師にとっても他科の先輩医師に知り合う貴重な機会になっていくことに気がつきました。私は皮膚科ですが、皮膚科にはたくさん女性医師がいます。しかし、中には大学病院で1人しかいない、数少ない女性医師しかいない科にとっては、他科でどのようにしているのか知りたい、いろいろなことを相談できる先輩医師がほしい、そういう方はたくさんいらっしゃいます。ここもひとつのロー

ルモデルやメンターと出会う場となります。ロールモデルはお手本のようなもの、メンターは相談相手と言われていると思いますが、近くだけではなく、外にも持つのが望ましいと思っています。私もたくさんのロールモデルやメンターの先生がいらっしゃいます。近くだけではなく、目から鱗の落ちるようなアドバイスを遠くからしてくれる先生も貴重なわけです。

**ロールモデルやメンターは
様々なシチュエーションごとに持ってもいい。**

-  研修医時代
-  研究
-  子育て期間

また、シチュエーションによってもニーズが変わりますから、研修医時代や研究している時、子育て期間、指導医になってから、それぞれ持ってもよいのかなと思っています。

男性医師のワークライフバランスは??
男性医師の価値観も多様化

育休をとる男性医師
子育てを理由に定時で帰る男性医師
子供の病気時に休む男性医師
妻の専門医取得をサポートしたい男性医師
も出てきている。

最後に男性医師のワークライフバランスについて考えてみたいと思います。男性医師の価値観も多様化しています。学生もそうです。当然、育休をとる男性医師もいます。子育てを理由に定時で帰ろうとしている男性医師、子供の病気の時に妻だけではなく自分も休もうという男性医師、また妻の専門医の取得をサポートしたいと考える男性医師、多くの価値観が出て来ています。



これからもいままでの女性医師の支援でよいのでしょうか。現在は同じ診療科で子育て中の女性医師がいて、それを男性医師もしくは子育て中ではない女性医師がサポートします。当直を替わるなど様々な形で行っていると思います。もちろん女性医師はそのおかげで仕事に復帰できるという面もあります。



でもサポートする医師はますます多忙になります。



そして、実はサポートする男性医師にも女性医師

の妻がいる、という視点が抜けています。



サポートする男性医師の妻は、夫がますます多忙になり、夫の協力が得られず思ったように働けないということが実際に起きています。そしてトータルで子育て中の女性医師はプラスになっていて、男性医師の妻である女性医師はマイナスになっています。男性医師はプラスマイナスゼロでしょうか。サポートする男性医師は大変疲弊しています。そして実際に起きているのは、この状態で、もし、妻の女性医師に二人目の妊娠が分かったらどうしますか。夫はとても当てにできません。そこで「実家に帰ろう」、そういう発想が出てくるのが自然な流れです。そうすると医師は2名減、人口は4名減になってしまいます。実際にそういうことが起きているわけです。二人目で大変だから夫の医師に早く帰ってあげなさいと言っても、一人目の時に自分一人で頑張ってしまう習慣がついてしまうと、そのような思考回路が出来て、夫を当てにするのではなくて実家を当てにするのが自然な流れかもしれません。しかし、実際

シンポジウムⅢ

に実家に戻ったら、ご両親の病気が発覚して、子育てと介護が同時におこってしまったという事例も実際にあります。また、妻の女性医師が専門医取るのにサポートしたいができないというジレンマ、そして子どもが小学校1年生に入るタイミングで単身赴任をしたくないというジレンマ、たくさんのジレンマを男性医師も抱えているわけです。ですから、男性医師を支援することが、間接的には女性医師の支援になることもご理解いただく必要があると思います。



つまり、こう考えてみますと、これまでの支援の仕方では、若手の女性医師はどんどん増えてきていますから、根本的な解決にはなっていないのではないかと考えるようになりました。もちろん祖父母のサポートが得られる方だけが活躍できるというのはおかしいですし、県外出身の医学生もたくさんいる、若手医師もたくさんいる、折角ここまで来たのですから、もっとキャリアを積んで活躍してほしいと思います。



夫である男性医師が、もし月に1回でも2回でも早く帰ることができれば、もしかしたら当番ができるかもしれない。この場合、24時間保育があっても、なくてもあまり関係ありません。なぜかという、24時間保育園は病児保育ではありませんから、当直で預ける夕方に熱を出したら預かってもらえません。その時には、やはり病児保育は夜間はやっていませんので、家族が頼りになってしまうわけです。夫が当てにならないと「実家へ」というのは当たり前なわけで、そうしなくて済むようにするには、やはり「夫」がキーパーソンになると思います。



夫から協力が得られると、サポートする男性医師も余裕が出来て、自分の妻にも協力ができる可能性があります。



家族との時間が増えれば、ワークライフバランスの向上も考えられます。小室淑恵さんによると、ワークライフシナジーと最近言うようです。相乗効果を持たせる、そのような流れを作っていくことが重要だと思っています。

今後進むべき方向性

- ・個人や診療科の問題でなく、地域全体の問題として考える。
- ・すべての医師がやりがいを持ち、輝ける働き方を考える。
- ・医療クランクなど診療支援体制も同時に整える。

今後は、個人や診療科の問題ではなく地域全体で考える必要がありますし、すべての医師がやりがいを持ち、輝ける働き方を考える必要があります。しかし、それだけではなく医療クランク等の診療支援体制も同時に整えていかなければ、早く帰ると言っても難しい面があるのではないのでしょうか。

サポートをする側が知っておきたいこと

- ➡ **・個別な事情を把握することが重要。**
- ・すべての人に一律に適應できるサポートはない。
 - ・事情は変化する。
(できるようになる、できなくなる可能性)

サポートする側は、個別な事情を把握することが重要です。すべての人に一律に適應できるサポートはありません。そして事情は変化します。いま、出来る方が急に出来なくなるかも知れないし、でもいままで出来なかった方が出来るようになることもあるわけです。そういったことを個別に対応して、少し背中を押してあげたり、サポートすることが重要だと思っています。

10年後も継続できる支援が必要です。

すべての医師がやりがいをもって、成長できる働き方を選択できるような環境づくりを秋田で実現していきたいと思っています。皆さまのご協力も是非、お願いしたいと思います。

10年後も継続できる支援を！

すべての医師がやりがいをもって、成長できる働き方を選択できる。
その環境づくりを秋田で実現していきたい！

以上です。ありがとうございました。



総括コメント

日本医師会常任理事

小 森 貴

非常に素晴らしい講演で何の言葉もございません。時間も押しておりますので、私のコメントは本当に短くして、フロアの先生方とご発表なされた4人の先生方のディスカッションに時間を取りたいと思います。

長谷川先生には、いつもご指導をいただいております。

お二人の先生は、それぞれの専門を持って、そして地域を支える、キャリア転換ではない、ということを確認しておっしゃいました。そして、「私の専門は秋田です。」と、秋田の医師数が若干減って大変だと言われましたが、秋田に住んでいらっしゃる2300名の医師がご専門が秋田なんだというお話でした。そして長谷川先生がそれを支え、そして女性医師を蓮沼先生が支えるということでございますので、全国に先んじた秋田モデルを今日は教えていただいたと思って拝聴いたしました。

残された時間、ディスカッションに譲りたいと思いますので、私の拙いコメントは終わらせていただきます。

本当に素晴らしいご講演、ありがとうございます。



ディスカッション

鈴木座長：小森先生、ご配慮ありがとうございます。

それでは演者の皆さん、どうぞご登壇ください。

時刻ですが、5分間余裕をいただきまして、終りを午後5時25分にさせていただきます。それでは、オープン・ザ・ディスカッションですが、大変具体的な発表が続きましたので、お聞きになりたいことがいろいろとあると思います。

どうぞ。

金丸吉昌先生（日本医師会勤務医委員会）：宮崎県



医師会の金丸と申します。今日は、本当に素晴らしいご発表を聞かせていただきました。どの先生も見事に圧巻で、非常

に感銘を受けたところですが、長谷川先生にご質問いたします。

先生がおっしゃられるように、卒前の教育がまさに鍵だということで、見事にそこの中身をわかりやすく説明していただきました。皆さん、大学をあげて、あるいは県全体、医師会あげて取り組まれている姿が、今回のマッチング数にあったのかなと思いました。そこは本当に全国、全県が是非、目指したいと思って聴いていたのではないのでしょうか。ところが、ひとつだけ分からないのは、大学で教育にあたる先生方の教育、教官といいますか教諭といいますか、その部分にも相当御苦勞があって、その結果として、大学一丸となったのかなと思いました。目指す姿は全国の大学がそのようにあってほしいし、私自身も共感しました。清水先生の聖隷浜松病院もまさにオルフェウス・プロセス、そのあたりとトー

タルの話はそこに直結するのではないかと思ったので、そのような御苦勞があつてこうなったのか、また全国の大学がどのような進捗状況にあるかを、もし分かれば教えていただきたいと思います。

長谷川先生：ありがとうございます。先生のおっしゃるとおり、これは目標でプログラムというか企画が走りをはじめましたけれども、現実的には、全部の科で、全部統合して進んでいるわけではありません。今日もたくさんの科の教授がいらっしゃっていますが、それぞれの中で、よい部門を見習っていただいて、徐々に始まっていく段階であり、今日示したのは最終目標であります。ただ、そこを変える時に一番大事な、変えやすいところが1年生でしたので、1年生の入学直後に医師としての基盤、コミュニケーション能力も含めた展開を持つてくることは、ちょっと工夫するとできます。各大学で話す機会をいただいたり、見学もどんどんオープンにしていますので見ていただくようにしています。まだ、先生がおっしゃるような形になるには、今日お集まりの先生たちと一緒に、5年、10年かけて変えていく必要があると思います。あれは最終目標の話です。ありがとうございます。

鈴木座長：他にございませんか。どうぞ。

藤巻わかえ先生（日本医師会勤務医委員会）：東京から来ました藤巻でございます。大変素晴らしい教育と、その後のサポートについてお伺いしたのですが、私は研究医が減ってきていることに、非常に危機感を抱いております。その点について秋田大学における研究医への教育や、その後のサポート、特に



これから新専門医制度が始まりますので、女性医師にとってはそれを取得して維持することが大変になります。そうすると、その一方で研究医の方がおろそかにな

っていくのではないかと考えておりますので、お伺いしたいと思います。

長谷川先生：これもいろいろところで質問が出ます。1年生の時にあれだけモチベーションを上げて、人間力を高める取り組みをしますと、それだけで自分の学習効果に興味ができます。もしこれをやっていた場合と、やっていない場合を比べてどちらが研究医が増えるかと言われたら、前者の方がしっかりした研究医が増えると思います。したがって、必修講義は国民の皆さんの期待に応えられるような展開にするべきです。ただし、それでは、先生がおっしゃるような部分が足りなくなります。選択講義を深く研究するようなマインドをつけるようバランスをとるようにしています。医師として当然のモチベーションを上げれば、よい研究者も増えます。実際に1年生の時にモチベーションが上がれば、2年生の研究配属後も2年、3年、4年、5年と研究室で研究している方も出て来ています。やはり1年生の時から医師としてプロ意識をつけモチベーションを上げることが、よい研究医を増やすことにもつながると思います。ですから、日本は必修科目と選択科目の明確化をしないとはいけません。

蓮沼先生：女性の研究のサポートに関しては、医学部だけではなく、秋田大学全体で女性研究者支援というプロジェクトが進行しております。その中で、女性の研究者に対しましては研究補助員をつけるというサポートが、すでに何年か前から行われていきます。そのようにサポートを受けながら研究を続けるという方がいますし、そのような方の表彰などでモチベーションを上げる事業も進んでいるところです。研究補助員をつけることも、実際の離職を減ら

すという意味では、有効であるというデータもでていたと思います。

鈴木座長：他にご質問は。

藤巻高光先生（日本医師会男女共同参画委員会）：埼玉医科大学の藤巻でございます。実際は、84名がマッチしたということですが、そのうち秋田大学は16名です。ということは県内の各病院にマッチしているのだと思いますが、2つ質問があります。それはやはり秋田医療圏に限られていないかということと、84名は実際には秋田大学の卒業の方なのか、それとも外からも戻ってきているのか、素晴らしい記録だと思うので、その流れを教えていただきたいと思います。

長谷川先生：今回の研修医は、1年生から県内医療機関における実習でお世話になってきた学年です。それは秋田県に残すために教育しているわけではなくて、第一の目的は「よい医師をどうやって県内の先生たちと育てるか」であることをまず確認しておきたいと思います。それで、今回は84名のうち秋田大学出身者は60名です。20名が近隣の大学、それから東京、関東、関西からも来てくれております。東北地区のみならず、九州、関東、関西からも数名ずつ来てくださるような病院の取り組みが始まってきております。低学年から常に学生が毎年実習に来ることによって、常にそのような教育、あるいは研修を考える体制にプラスに働いているのではないかと思います。それは、私はコーディネーターですが、大学、あるいは県内の医療機関の先生たちのご努力でこのような結果があるということを最後に確認しておきたいと思います。

藤巻先生：市部に固まっておられませんか。

長谷川先生：秋田市内が多いのですが、それでも県北、県南の方も比較的フルマッチングが出て来ていて、そういう意味では今回は非常にバランスが

良かったと思います。この流れかどうかはわかりませんが、そういう展開にあるということです。

鈴木座長：他にいかがですか。どうぞ。



羽瀨友則先生（秋田県医師会勤務医部会長）：秋田大学の羽瀨です。秋田大学は女性の学生が40%を超えて、今度、専門医制度が始まりますが、そうすると2年プラス4年、大概4年ですが、そうすると6年、先ほどの年齢から見ると30くらいです。僕が危惧するのは、女性にとって、専門医をとらないといけないというストレスがますます大きくなってきていると思います。その間、子どもさんが出来ると専門医が取得できるかどうか。それからこの間から僕がよく問題にしている、専門医プログラムで病院を異動しろというプログラムが入っていながら、そこで妊娠がわかると育児休暇がとれなくなります。1年働くことになるので、それはもっと酷い状況になります。そういったあたりは蓮沼先生はどうしたらよいと思いますか。

蓮沼先生：ありがとうございます。これから非常に重要になってくる問題です。若い世代は異動の多い時代で、その中で特に非常勤になってしまいますと、1年間の継続勤務が育休の取得の要件になりますので、現在も大学病院で育休がとれないかもしれないという事態が数年前から起きています。それは制度を変えつつ、女性の活躍を推進しておきながら、育休が取れないというのは問題です。特に医師の場合

は病院に就職するケースが殆どなく、循環型の研修をしながら1人前になっていくという前提があります。それを鑑みて、きちんとした制度を確立していくことがとても重要です。そのために出産を待ちなさいと言うのは、そこまで口出しすることではないと思いますし、出産や育児の経験をすることは、患者さんに良い医療を提供し還元できるのではないかと思います。どんどん出産できるような環境の整備は、大病院や個々の病院だけではなくて、それぞれ地域で、もしくは日本全体で必要です。循環型の研修をしながらも出産して、育休をとって、そしてきちんと復帰をしてキャリアを積んでいくケース、ロールモデルを作りながら、それらをたくさん学生に見せることにより、「できる」という確たる自信を持って卒業していただきたいと思っています。

羽瀨先生：私もそれが心配でした。小森先生、専門医制度が立ち上がり、「あらま」という感じで今年の卒業生から対象になってしまいます。その人たちが出産する時に、プログラムはもうこれからこれですと言われても、それでは対応が不充分だと思います。是非、そのあたりについて対策を考えていただきたいと思っています。

小森常任理事：ありがとうございます。日本専門医機構の理事もしておりますので、お答えしたいと思います。基本的には、蓮沼先生のお答えのとおりです。蓮沼先生に代表されるような、輝く女性医師が毎年30%、誕生してまいります。そのような方々が、先ほどのご発表にあったように、それぞれの立場で次の世代を指導する立場になります。このすばらしい能力を失ったら、絶対にいけないということは、日本専門医機構の中でもずっとお話しして参りました。ようやく、考え方は共通した認識になってきていると思っています。女性という立場で桃井真理子先生と、森下英理子先生にさまざまなプログラムを見ていただいて、これからもそれぞれの学会、領域でもご検討いただきたいと思います。秋田における、あるいは全国の研究室でもご検討いただきたいと思います。

すが、蓮沼先生のご発表にあったようにペースダウンをしたキャリアアップ・パスそれが決して損ではなくて、蓮沼先生がいみじくもおっしゃったように、その間に出産をする、育児をする、そういう方々こそが、むしろ心豊かに患者さんに寄り添って良い医療ができる、それをみんなが認め合うという世界をこれから作っていく必要があると思います。ただ先生がご指摘になったことが、現実起こってしまうととんでもないことだと思いますので、日本医師会としても専門医機構の中の議論、先生のご意見を拝聴して運営してまいりたいと思います。

鈴木座長：どうぞ。

鹿島直子先生（日本医師会女性医師支援委員会）：女性医師支援委員会の鹿島と申します。私は鹿児島県医師会で女性医師の支援に取り組んでおりますが、保育園の問題は大きいと思います。あまり当てにならないのかな、というようなことも蓮沼先生はおっしゃいましたけれども、臨床現場のワークライフバランスという意味では、ちょっとだけクランクの数が増えて参りましたので、これはかなり良い取り組みであるし、もっと利用する方法を考えていかなければならないと思います。また、新専門医制度におきましてはOJT（On the Job Training）、いわゆるペーパードライバーは許されない、これは最初の専門医3年間についてはあまり今までと変わらないと思いますが、次の更新の時に非常に大きな壁となります。ここでもう少し公的なサポートが必要です。ペーパードライバーが許されない更新、いままでは学会出席等で単位を取ることで更新ができたわけですが、いま何が彼女たちを一番サポートするかというと、短時間勤務の中での実績がカウントされるような体制と、もうひとつが保育園だと思います。保育園の問題は、病院で働く人たち全体の問題であって、医師だけではないと思います。特に、看護師のキャリア継続ができない病院は質の担保、安心・安全の担保が確保されませんので、大変なことだと思います。長い前置きをしましたが、秋田大学の保育

園の状況はどうなっているのでしょうか。時間設定その他、それから秋田大学の研修医、医局の先生方が研修で出ていかれる場合の保育や、秋田県のそれぞれの病院の保育園の状況についてアクションを起こしていらっしゃいますでしょうか。それをお聞きしたいと思います。

蓮沼先生：秋田大学に関しましては、現在、敷地内に秋田大学の保育園がありまして、平日の午後8時まで、延長保育が午後10時まで行っています。それとちょっと離れみたいな形で、病児保育園が数年前から稼働しております。院内保育園も素晴らしいのですが、問題点はあって、その病院に勤務している方のためのものなので、若手の先生はお子さんが生まれてから小学校に入るまで、ずっと同じ病院ということはほとんどありませんから、その間の転勤にともなって転園する必要があります。院内保育園に預けていたけれども、転勤先にないとなると、また一から探さなければなりません。また、戻る時に満員で、年度内の転入が難しいことになると、それで人事が凍結してしまうこともありうる訳です。大阪では医師会主導で、院内保育園をオープン化したというお話を聞いて、非常に素晴らしいと思いました。そこに勤務していなくても、自宅から近い院内保育園を利用できるということになるとお子さんの負担が非常に少ないので素晴らしいと思います。院内保育園に関しては、秋田県医師会で県内の全病院に、女性医師の勤務に関わるアンケートを毎年行っておりまして、その中で院内保育園や病児保育があるかどうかなどを調査して、それを毎年ホームページで公開しております。先ほど秋田赤十字病院の小棚木院長からも発表がありましたが、院内保育を作っていくという病院が増えてきました。院内保育園のある研修病院が増えてきますと、院内保育園同士でも引っ越しを伴う場合は、お子さんも一緒に異動できます。ただ、人数の問題、特に若手が多い大学などは空きがないことがあるという意味で問題はあります。

鹿島先生：大学だけではなくて、先生方が異動されるところの保育園の充実も素晴らしいと思います。因みに鹿児島県では、病児、学童保育、幼稚園のお帰り後保育までしている病院があります。本当に素晴らしいと思ったのですが、ちなみに秋田大学では、大学の方から保育園に年間どれくらいの補助を持ち出していっちゃいますか。できればお聞きしたいと思います。

蓮沼先生：わからないので、後ほど、お知らせしたいと思います。24時間保育に関しては、私はいらなと言ったのではなくて、それがあるから当直できるでしょうという意識になってしまうとよくないのではないかと考えております。

鹿島先生：それはよくないですね。意見は一緒です。

鈴木座長：時間が参りました。秋田は幸せです。すごいリーダーがいます。ただ、このリーダーの皆さんをバーンアウトさせないように、組織立ったサポートが必要ですし、管理者・開設者の皆様のご理解が大変重要だと思います。

これでこのセッションを終わります。どうもありがとうございました。



あきた宣言採択

17:25~17:30

秋田県医師会常任理事 小 泉 ひろみ



あきた宣言採択

秋田県医師会常任理事

小 泉 ひろみ

それではあきた宣言を採択いたしたいと思います。

この宣言案は10月9日に開催されました日本医師会勤務医委員会において、事前にご意見をいただきました。それではあきた宣言案を読み上げます。

あきた宣言(案)

医療崩壊が叫ばれて久しいが、勤務医をめぐる諸問題がその要因になっていることが広く社会に認められるようになった。医療崩壊をくい止め、地域医療を充実させ、住民が安心して暮らせる社会をつくるには勤務医問題の解決が不可欠である。そのためには何よりも勤務医が果たす役割が重要で、勤務医の積極的大同団結がまず必要である。日本における最大の医師組織である日本医師会がその中心的役割を担うのは必然であり、より一層の組織強化が求められる。

また、現代の医療においては、よりよい勤務環境を構築する上でも、多職種との連携によるチーム医療の推進がより一層求められる。

医学においては新たな知見が日々加わり、医師に求められる知識、技術は広く高度になる一方である。医師は常にその修得に努めなければならない。そのためには充実した卒前・卒後教育が重要である。そして、われわれ勤務医は、自己の研鑽とともに、後進の指導にも努めなければならない。

われわれは、理想的な勤務医であることを目指し、地域医療を充実させる使命を果たすことを誓い、次のとおり宣言する。

一、われわれは、勤務医の不足・偏在、労働環境の改善を図るための施策を行うことを国に求める。

一、われわれは、勤務医問題を解決するため、団結して行動する。

一、われわれは、多職種との連携によるチーム医療を推進する。

一、われわれは、卒前・卒後教育を充実したものとし、自己の研鑽と後進の指導に努める。

平成27年10月24日

全国医師会勤務医部会連絡協議会・秋田

以上でございます。あきた宣言を原案どおり採択するということで拍手をいただいたと思います。ありがとうございました。

閉 会

17:30

秋田県医師会勤務医部会副部会長 小棚木 均



閉会の辞

秋田県医師会勤務医部会副部長

小 棚 木 均

今日は長時間にわたり、大変お疲れ様でした。今日のこの会が皆様の参考になり、記憶に残る会になれば、私どもも幸いです。

これを持ちまして平成27年度全国医師会勤務医部会連絡協議会を終了いたします。ありがとうございました。

参加者数一覧

平成27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・所属	参加人数	ブロック	都道府県	医師会・所属	参加人数
北海道・東北	北海道	北海道医師会	4	近畿	滋賀県	滋賀県医師会	4
		札幌市医師会	5		京都府	京都府医師会	4
		函館市医師会	2		大阪府	大阪府医師会	7
		旭川市医師会	2		兵庫県	兵庫県医師会	1
	青森県	青森県医師会	12			神戸市医師会	2
		青森市医師会	1				姫路市医師会
		岩手県	弘前市医師会	5	奈良県	奈良県医師会	2
	岩手県医師会		7	和歌山県	和歌山県医師会	2	
	宮城県		宮城県医師会	4	中国・四国	鳥取県	鳥取県医師会
		仙台市医師会	5	鳥取県西部医師会			2
		気仙沼市医師会	1	島根県		島根県医師会	6
	秋田県	秋田県医師会	27	岡山県		岡山県医師会	3
		大館北秋田医師会	5	広島県		広島県医師会	7
		能代市山本郡医師会	5			広島市医師会	10
		男鹿南秋潟上医師会	4			広島市中区医師会	2
		秋田市医師会	10			呉市医師会	1
		秋田大学医師会	2			福山市医師会	1
		由利本荘医師会	2			安佐医師会	1
		大曲仙北医師会	4	山口県		山口県医師会	9
		横手市医師会	4	徳島県		徳島県医師会	2
		湯沢市雄勝郡医師会	1			徳島大学医学部医学科	1
		大館市立総合病院	2	香川県		香川県医師会	2
		中通総合病院	1			坂出市医師会	1
		平鹿総合病院	1	愛媛県		愛媛県医師会	2
		秋田大学医学部附属病院	1	高知県		高知県医師会	2
		山形県	山形県医師会			10	高知市医師会
	福島県	福島県医師会	6	九州・沖縄	福岡県	福岡県医師会	6
関東・甲信越	茨城県	茨城県医師会	8			北九州市医師会	2
	栃木県	栃木県医師会	4			北九州市小倉医師会	3
	群馬県	群馬県医師会	2			北九州市八幡医師会	1
	埼玉県	埼玉県医師会	8			福岡市医師会	1
	千葉県	千葉県医師会	2			筑紫医師会	1
	東京都	東京都医師会	2			粕屋医師会	1
	神奈川県	神奈川県医師会	7			宗像医師会	1
		横浜市医師会	6			大牟田医師会	2
		小田原医師会	1		佐賀県	佐賀県医師会	2
		相模原市医師会	1		長崎県	長崎県医師会	2
	横須賀市医師会	1	長崎市医師会			2	
	佐世保市医師会	3					
	新潟県	新潟県医師会	1		熊本県	熊本県医師会	2
		新潟市医師会	1			熊本市医師会	2
山梨県	山梨県医師会	1	大分県		大分県医師会	1	
長野県	長野県医師会	3			大分市医師会	1	
中部	富山県	富山県医師会	1		宮崎県	宮崎県医師会	7
	石川県	石川県医師会	3			鹿児島県	鹿児島県医師会
		金沢市医師会	1		鹿児島市医師会		2
	福井県	福井県医師会	1	沖縄県	沖縄県医師会	3	
	岐阜県	岐阜県医師会	4		小計	330	
	静岡県	静岡県医師会	2	日本医師会	32		
	愛知県	愛知県医師会	7	講師・シンポジスト	11		
	三重県	三重県医師会	1	その他	2		
津地区医師会		2	合計	375			

懇親会風景





平成27年度
全国医師会勤務医部会連絡協議会

発行 秋田県医師会

〒010-0874 秋田県秋田市千秋久保田町 6 - 6

秋田県総合保健センター 4階

TEL : 018-833-7401

印刷 株式会社フロム・エー