

平成28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

「2025年問題と勤務医の役割」



- 期日:平成28年11月26日(土)
- 会場:リーガロイヤルホテル大阪  
タワーウイング3階「ロイヤルホール」
- 主催:日本医師会
- 担当:大阪府医師会

## ○大阪城

1583年（天正11年）に豊臣秀吉により築城され、「太閤はんのお城」として親しまれている。1614年（慶長19年）の大坂冬の陣で徳川家康により裸城にされ、その後の夏の陣で落城となった。その後、幾度となく火災や天災に見舞われ、修繕・改修を経て現在に至っている。

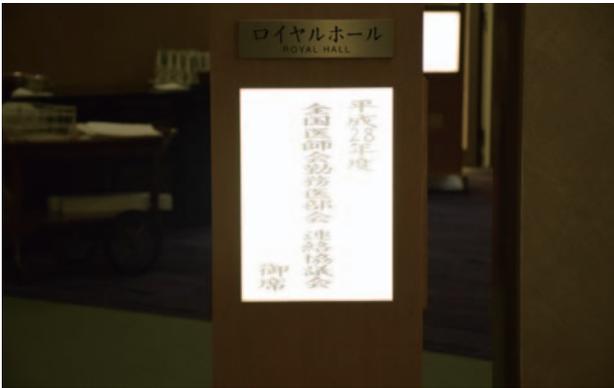
現在の所在地である大阪市中央区は、大阪府庁をはじめ、税務署、大阪府警察本部など行政の中核地となっている。また、2016年NHK大河ドラマ「真田丸」の舞台としても注目を集めた。

# 目 次

---

開 催 要 綱 .....	1
プ ロ グ ラ ム .....	2
開 会 式 .....	5
主催者挨拶 .....	8
担当県挨拶 .....	9
来賓挨拶 .....	11
特 別 公 演 I	
「地域包括ケアと病院の関連（あり方）について」 .....	13
特 別 公 演 II	
「地域医療構想について」 .....	23
報 告	
「日本医師会勤務医委員会報告」 .....	49
次期担当医師会挨拶 .....	59
報 告	
「大阪府医師会勤務医部会のこれまでの40年を紐解く」 .....	63
シンポジウム I	
「医療事故調査制度の動向」 .....	69
シンポジウム II	
「女性医師の働きやすい環境づくり」 .....	109
おおさか宣言採択 .....	149
閉 会 .....	153
参加者数一覧 .....	157

# 協議会風景







平成28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

「2025年問題と勤務医の役割」

1. 開催日時 平成28年11月26日（土）10：00～17：40
2. 会場 リーガロイヤルホテル大阪  
大阪府大阪市北区中之島5丁目3-68  
TEL：06-6448-1121
3. 主催 日本医師会  
東京都文京区本駒込2丁目28-16  
TEL：03-3946-2121
4. 担当 大阪府医師会  
大阪府大阪市天王寺区2丁目1-22  
TEL：06-6763-7000
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

『2025年問題と勤務医の役割』

総合司会：大阪府医師会勤務医部会副部会長 福田 寛 二

【日程】

9：00 受付開始

10：00～10：15 開会式

開 会  
挨 拶

大阪府医師会勤務医部会長 澤 芳 樹

日本医師会長 横 倉 義 武

大阪府医師会長 茂 松 茂 人

大阪府副知事 植 田 浩 剛

大阪市副市長 鍵 田 剛

来賓祝辞

10：20～10：50 特別講演 I

「地域包括ケアと病院の関連（あり方）について」

日本医師会長 横 倉 義 武

座長：大阪府医師会長 茂 松 茂 人

10：55～11：35 特別講演 II

「地域医療構想について」

厚生労働省保険局医療課長（前厚生労働省医政局地域医療計画課長） 迫 井 正 深

座長：大阪府医師会副会長 中 尾 正 俊

11：40～12：10 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

12：10～12：15 次期担当医師会挨拶

北海道医師会長 長 瀬 清

12：15～13：00 昼 食

13：00～13：15 報 告

「大阪府医師会 勤務医部会のこれまでの40年を紐解く」

大阪府医師会勤務医部会副部会長 中 島 康 夫

### 13:20~15:20 シンポジウムⅠ「医療事故調査制度の動向」

「医療事故調査制度の施行に係る検討会での課題 構成員として参加して」

浜松医科大学医学部 法学教授・弁護士 大 磯 義一郎

「マスコミの視点より」

日経BP 日経メディカル編集部 記者 満 武 里 奈

「医療安全へのレジリエンス・エンジニアリングの導入

～複雑系を前提としたシステミックアプローチ～」

大阪大学医学部附属病院 中央クオリティマネジメント部 教授・部長 中 島 和 江

コメンテーター： 日本医師会副会長 松 原 謙 二

日本医師会常任理事 市 川 朝 洋

ディスカッション

座長： 大阪府医師会副会長 高 井 康 之

：大阪府医師会勤務医部会常任委員 一 番 ヶ 瀬 明

### 15:30~17:30 シンポジウムⅡ「女性医師の働きやすい環境づくり」

大阪府医師会「女性医師支援プロジェクト-Gender Equality-」～オーバービュー

大阪府医師会勤務医部会 参与/森ノ宮医療大学 副学長 上 田 真喜子

「女性医師支援の経過、課題は乗り越えたか？」

箕面市立病院 院長 黒 川 英 司

「国立病院機構の変革」

大阪南医療センター 院長 齋 藤 正 伸

「大学病院の変革」

大阪医科大学衛生学・公衆衛生学 教授 玉 置 淳 子

「循環器勤務医夫妻の仕事と子育ての両立へのチャレンジ」

枚方公済病院 救急科部長 竹 中 洋 幸

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： 大阪府医師会副会長 加 納 康 至

：大阪府医師会勤務医部会参与 上 田 真喜子

### 17:35~17:40 おおさか宣言採択

大阪府医師会勤務医部会副部長 幸 原 晴 彦

### 17:40 閉 会

大阪府医師会勤務医部会部長 澤 芳 樹

### 18:00~19:30 懇親会【会 場：光琳の間】

司会：大阪府医師会勤務医部会副部長 福 田 寛 二

アトラクション

開 会 大阪府医師会勤務医部会顧問（初代副部長） 阿 部 源三郎

挨 拶 日本医師会長 横 倉 義 武

大阪府医師会長 茂 松 茂 人

乾 杯 北海道医師会長 長 瀬 清

閉 会 大阪府医師会勤務医部会顧問（初代部長） 橋 本 博









## 総合司会

大阪府医師会勤務医部会副部長

福 田 寛 二

---

皆さま、おはようございます。ただいまより平成28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。ご来賓のかたがた、どうぞご登壇いただきますようお願い申し上げます。

私は本日、総合司会を務めさせていただきます、大阪府医師会勤務医担当理事で勤務医部会副部長の福田でございます。どうぞ最後までよろしくようお願い申し上げます。



## 主催者挨拶

日本医師会長 横倉 義武

皆さんおはようございます。平成28年度全国医師会勤務医部会連絡協議会の開会に当たりまして、主催者を代表して一言ごあいさつを申し上げます。

初めに本年度の協議会の開催にかかる準備、運営の全てをご担当いただきました、大阪府医師会の茂松茂人会長をはじめ、大阪府医師会の役職員の皆さま方に衷心より感謝を申し上げます。

本協議会は昭和56年の第1回開催以来、今年度で37回目を迎えることになりました。大阪での開催は、第2回の協議会以来のことです。この間、医療にかかるさまざまな問題や課題を、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、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うとして、4項目からなる「あきた宣言」をまとめていただきました。本協議会が、勤務医を取り巻く諸課題に取り組み、日本全国に向けてメッセージを発信し続けていることは、誠に意義深いことであり、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たまものと、心から敬意を表する次第であります。

さて、少子高齢化や、都市部への人口集中が進む中、医療界におきましても団塊の世代が全て後期高齢者となる2025年を見据えた対応が迫られております。こうした変革の時代を乗り越え、住民に必要な医療、介護を過不足なく提供していくためには、より多くの国民にかかりつけ医を持っていただき、栄養、運動、療養上の指導や、必要な情報提供等を一体的に行っていくことが重要であります。そしてかかりつけ医を中心とした医療提供体制および地域包括ケアシステムをそれぞれの地域の実情に即した形で構築し、国民生活の安全と安心に寄与していくことが、医師会の果たすべき喫緊の課題であると考えております。そうした中、本日の協議会におきましては、「2025年問題と勤務医の役割」をメインテーマに、さまざまな視点からご議論が行われることと

思いますが、これは誠に時宜を得た大変重要なテーマであり、その成果に大いに期待を寄せているところであります。

また、今期の日本医師会勤務医委員会におきましては、「勤務医の参画を促すための地域医師会活動」についてご検討をいただいております。後ほど委員長の泉良平先生よりご報告があると思いますが、より多くの勤務医が医師会に入会し、活動していただくためのご提言をおまとめいただくようお願いしております。この根底には、各地域の実情を踏まえた地域での活動こそが、医師会活動の基本であり、それら取り組みの真摯なる積み重ねが、わが国の医療を世界トップレベルにまで押し上げた原動力になっているという思いがあるからであります。

そうした日本の優れた医療システムを世界に広く発信していきたいとの思いから、去る10月に開催されました世界医師会台北総会におきまして、次期世界医師会会長選挙に立候補し、ご選出をいただいたところであります。このことは日頃より、医師会活動にご理解・ご協力をいただいております、わが国全ての医師会員のご支援によるものと思っております。グローバル化が進展し、世界各地での考え方や取り組みが直接的に、または間接的に地球規模で大きな影響を及ぼす現代社会において、今後、世界医師会が果たすべき役割はますます大きくなってまいります。わが国全ての医師会員が大同団結する中で、わが国の医療、ひいては世界の医療をより良い方向に導いてまいりたいと考えております。

そのためにも日本医師会は、今後とも、さまざまな立場の勤務医の先生方の意見や考えに耳を傾けながら、会務を推進してまいりますので、皆さま方のさらなるご支援をよろしくお願い申し上げます。

結びになりますが、本日の協議会の盛会と皆さま方のご健勝を心より祈念いたしまして、冒頭のごあいさつとさせていただきます。本日はどうぞよろしく申し上げます。



## 担当医師会挨拶

大阪府医師会長 茂松 茂人

皆さま、おはようございます。大阪府医師会の茂松でございます。本日の連絡協議会が11月の開催になりまして、学会シーズンの非常に忙しい中でこれだけの先生がたに全国からお集まりをいただき、心から感謝を申し上げる次第でございます。

さて、平成28年度の全国医師会勤務医部会連絡協議会の主務を大阪府医師会が担当することになりました。これは実に35年ぶり、2回目ということでございます。大阪府医師会では、昭和48年から医師会の中に勤務医部会を設立いたしまして、勤務医の取り巻く環境改善といったことを中心にしてきたところでございます。そのことの報告につきましては、午後のセッションで本会勤務医部会の中島副部会長から報告をいただくことになっております。

さて、今年のメインテーマは「2025年問題と勤務医の役割」とさせていただきます。ご承知のとおり、日本は急激なスピードで少子高齢化が進んでおります。2025年には団塊の世代が全て75歳以上になり、そして65歳未満の現役世代が減少していくこととなりますので、今までにない環境になるとされております。例えば人口構成が変動し必要とされる医療機能が変換することが想定されても、医療を提供している私たちとしましては、増え続ける高齢者への急性増悪や災害対応に対応するためにも、やはり急性期の病床が必要であろうと考えるところでございます。今以上の医療需要に、しっかり耐えられるようなバランスのとれた医療提供体制を整えていきたいと思っております。

今でも地域によっては医師不足が解消されておられませんし、医師の勤務環境も改善しているとはいえません状況にあります。そのような勤務医がおかれていた厳しい状況の中で、今後、高齢者がどのように

増えていこうともしっかりと対応していかねばならず、われわれは地域包括ケア、地域医療構想といったものに対して、しっかり国民の目線で対応していかねばならないと思うところでございます。

国は、高齢社会を迎えるにあたって地域包括ケアシステムを打ち出してきております。病床を減らして比較的軽度な入院患者を在宅医療へ結びつけるのが狙いですが、患者さんが身体機能の低下を防ぐためにも自分で動いて、通院をされることが基本であります。そしていよいよ動けなくなった段階で、在宅医療ということになるのではないかと思います。そこまでしっかりとわれわれ開業医と病院の先生がたが一致団結して、患者さんを診ていかねばならないと思うところでございます。現在、病床機能の分化・連携ということで、急性期病床から回復期、慢性期の病床へと転換が進められております。しかし、これから高齢者が増えるに伴い、急性期の患者さんも増えるということになると、本当にそれでいいのかどうか、これは一つ議論していかねばならないのではないかと思います。

また、地域包括ケアシステムを推進することにつきましては、病院の先生がたと開業の先生がた、さらには施設との連携、これによって地域で連携をしていく体制づくりといったものを考えますと、今はどうも国民目線という視点がないように感じております。私どもは、国民の立場、視線に立った医療提供体制を作っていくかねばならないと考えるところでございます。

医療や介護を効率化して、国はどうしても社会保障費を抑えようとしております。社会保障・皆保険制度の維持ということから、どうしても抑制に向か

いがちですが、成熟した社会の中では、これからも高度経済成長は多分起こりません。その中で、いかに患者さんを地域で診ていくかということが非常に重要ではないかと考えるところがございます。医療というものは消費ではなく、投資と考えるべきであります。そういうことを先生がたと共に、一致団結して訴えていかねばならないと思っております。これから2025年、2030年に向けて、私たちが今まで経験したことのない世界が見えてくるのだらうと思っております。現在のところ、勤務医の長時間労働、そして過重労働によってなんとか医療が支えられているということは、否定はできないだらうと思っております。その中で、高齢者のかたがたに地域で過不足なく、医療、介護を提供できる体制を作っていかなければならないと考えております。

そして今、進んでおります新たな専門医の仕組みにつきましても、進みようによっては地域の医療を崩壊させるのではないかと危惧されるところがございます。しっかりと日本医師会を中心に、日本専門医機構と議論をしていただきたいと思っております。とにかく国民が適切な医療を受けられるためには医師の勤務環境、これはわれわれが作っていかなければならないと思っております。医療機関におきましても、女性医師が増えたことに伴い、柔軟な体制が必要で、妊娠・子育て支援を継続するといった環境づくりを急ぐべきであり、日本は少し遅れているということでございますので、しっかり構築してまいりたいと思っております。医療を取り巻く環境は、非常に厳しゅうございます。その中で、診療所の先生、そして、今日お集まりの勤務医の先生がたが一致団結し、患者さんのために過不足ない医療、介護の提供体制を作れるように頑張っていきたいと思っております。今日はまず地域包括ケアシステムについて、日本医師会の横倉義武会長から詳細な説明をいただき、次に厚生労働省の迫井正深先生から2018年の診療報酬と介護報酬の同時改定や地域医療構想についてお話をいただくことになっております。また、シンポジウムにおきましては、医療事故調査制度がスタートして1年が経過いたしました。現状の間

題点、課題を取り上げていただき、今後どういうふうに対応するかを議論いただきたいと思っております。また、女性医師の増加に伴い、女性医師支援の問題につきましても、医師みんなで考えながら、働きやすい環境を作っていかなければなりませんので議論をいただければと思っております。本日は勤務医に関わるこれらの諸課題につきましても、しっかりと議論、協議をいただき、今後の問題解決に向けて方向性を見出せばと考えております。

今日は本当に長時間になります。先生がたにご議論いただいて、今後の方向性を見据えていきたいと考えております。最後までどうぞよろしくお願い申し上げます。



## 来賓祝辞

大阪府副知事 植 田 浩

おはようございます。ご紹介いただきました副知事の植田でございます。このたびは、平成28年度全国医師会勤務医部会連絡協議会が第2回以来35年ぶりとお伺いしました、この大阪で盛大に開催されますことを心からお喜び申し上げたいという風に思います。ご紹介いただきましたように大変恐縮ながら、松井知事が他の公務の関係で出席ができません。私、知事から祝辞をお預かりしておりますので、ご披露させていただきたいという風に存じます。

(以下、知事祝辞代読)

「平成28年度全国医師会勤務医部会連絡協議会の開会に当たり、一言あいさつを申し上げます。皆さまにおかれましては、全国各地から大阪へお越しいただき、本日協議会が盛大に開催されますことに対しまして、お喜び申し上げますとともに、心から歓迎いたします。また日頃から地域医療の推進に取り組まれ、ご尽力されておりますことに深く敬意を表します。

今年は、4月には熊本地震、10月には鳥取地震と、大きな地震が2度も発生しました。被災した皆さまには心からお見舞い申し上げます。熊本地震では、発災当初より全国から多数の団体が駆け付け、さまざまな支援が行われました。特に勤務医の皆さまにおかれましては、JMATやDMATなどを通じた医療救護活動にご尽力され、多くの被災者にいち早く医療を提供されました。大いに感銘を受け、心強く感じた次第です。

さて、近年わが国の高齢化は急速に進展しており、2025年には3人に1人が65歳以上になると見込まれています。10年先を見据えた医療提供体制を構築するため、各都道府県において、地域医療構想が策定されておりますが、大阪府におきましても大阪府医師会のご協力をいただき、本年3月に地域医

療構想を策定したところです。大阪府においては、2025年の在宅医療の需要は、2013年と比較し、1.7倍になる見込みとなっております。こうした変化に対応するため、住まいをベースに医療、介護、福祉を含めたさまざまな生活支援サービスを提供する「地域包括ケアシステム」の実現が求められております。これは、市町村や都道府県が地域の特性に応じて作り上げていくものです。今後、在宅医療を推進していく中で、地域において病診、病病連携がさらに必要となり、皆さまのご協力が不可欠となります。こうした中、本協議会において、「2025年問題と勤務医の役割」をテーマに議論が深められることは誠に有意義であり、その成果がさまざまな取り組みに反映されることを大いに期待しております。

ところで、本日は全国から多くの皆さまがここ大阪へお集まりいただいております。ここで大阪の文化についても少し申し上げますと、今年のNHKドラマで注目されている真田丸跡は、大阪城の南、JR玉造駅近くにあります。また、地下鉄天満橋界隈、日本の医薬品産業発祥の地、道修町には、医薬品に関する展示施設が多数あり、ミュージアムストリートと呼ばれております。さらに近くには緒方洪庵が開いた適塾が残っています。ぜひ、この機会に大阪の歴史にも触れていただければと存じております。

結びに当たりまして、本協議会のご成功と、本日お集まりの皆さまのご健勝、ご活躍、そして全国の医師会の、ますますのご発展を祈念し、お祝いの言葉とさせていただきます。

平成28年11月26日 大阪府知事 松井 一郎

代読でございました。本日は誠にありがとうございました。



## 来賓祝辞

大阪府副市長 鍵田 剛

皆さまおはようございます。ただいまご紹介いただきました、大阪市の副市長の鍵田でございます。本日は連絡協議会がこのように盛大に開催されましたこと、心からお祝い申し上げます。市長の吉村が他の公務のため参れませんので、代わりまして祝辞を代読させていただきます。

「祝辞 本日は、平成28年度全国医師会勤務医部会連絡協議会が、ここ大阪で盛大に開催されましたことを心からお喜び申し上げますとともに、全国各地から大阪へお越しいただき、市民を代表して歓迎申し上げます。また皆様方におかれましては、国民の生命と健康を守るため、地域医療に献身的にご尽力をいただいております、心から敬意と感謝の意を表します。

今日、少子高齢化が急速に進展する中、高齢者等にとって住み慣れた地域で、適切な医療・介護等が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築が強く求められており、医師会の皆様方が果たされる役割はますます大きくなっております。こうした中、「2025年問題と勤務医の役割」をメインテーマに、全国の勤務医の皆様が一堂に会して、地域包括ケアや地域医療構想等について、講演や意見交換が行われますことは、誠に心強い限りであり、本協議会の開催にあたり大阪府医師会の茂松会長をはじめ、力を尽くされました皆様方に深く敬意を表する次第です。今後とも、医療の質の向上や安心安全な医療体制の構築に努められますとともに、公衆衛生の向上と社会福祉の増進に貢献いただきますようご期待申し上げます。

大阪市では、「全ての市民がすこやかでこころ豊かに生活できる活力あるまち・健康都市大阪」の実現に向け、「がん検診の推進」などの健康づくりの

取り組みや、「結核対策の推進」などの感染症予防対策の充実、また、在宅医療・介護連携の推進などに積極的に取り組んでおりますので、今後とも一層のお力添えを賜りますようお願い申し上げます。

結びになりますが、本日のこの協議会が実り多きものになりますよう、そして日本医師会、並びに全国医師会勤務医部会のますますのご発展と会員の皆様方のご健勝とご活躍を祈念いたしまして、お祝いの言葉とさせていただきます。

平成28年11月26日 大阪市長 吉村 洋文

代読でございました。本日は誠にありがとうございます。

## 「地域包括ケアと病院の関連（あり方）について」

講師：日本医師会長 横倉義武

座長：大阪府医師会長 茂松茂人





### 座 長

---

大阪府医師会長 茂 松 茂 人

---

それでは本会の口火を切っていただきたいと思  
います。まず、特別講演 I でございますが、これは日  
本医師会会長の横倉先生にお願いをいたしました。  
「地域包括ケアと病院の関連（あり方）について」  
でございます。

まず横倉先生のご略歴につきましては、冊子に載  
せておりますが、簡単に紹介をさせていただきます  
。1944年に福岡県にお生まれになっておられます。  
1969年には久留米大学医学部を卒業され、1977年か  
ら西ドイツミュンスター大学教育病院デトモルト病  
院外科に留学をされて、2年間外科医として研鑽を  
つまれてこられました。そして帰国後、久留米大学  
医学部講師、1990年からは横倉病院院長、1997年か  
らは同病院理事長に就任されておられます。そして  
2002年から福岡県医師会副会長、2006年から福岡県  
医師会会長、2010年からは日本医師会副会長として  
活躍され、2012年には19代目の日本医師会会長に就  
任され、現在3期目を迎えておられるところでござ  
います。去る10月に台北で開催された世界医師会総  
会で次期会長に当選されまして、今後は会長、前会  
長ということで、3年間世界医師会で活躍される  
ということでございます。

本日は地域医療、地域包括ケアにつきまして、詳  
細な説明をいただくということでございますので、  
まず横倉先生から口火を切っていただきたいと思  
います。それでは横倉会長、よろしく願い申し上げ  
ます。



## 「地域包括ケアと病院の関連(あり方)について」

日本医師会長 横倉 義武

茂松先生、座長をお務めいただき、また、ご紹介賜りましてありがとうございます。きょうは地域包括ケアと病院の関連、あり方についてお話をさせていただきます。今後の超高齢社会では、どのように医療が変わらざるを得ないかということでもあります。

### 地域包括ケアと病院の関連 (あり方)

- 日本は、すでに「超高齢社会」。  
各地で人口変動が起こり、医療の有り様も変わっていく。  
ICUなど高度急性期のニーズは減るが、回復期、在宅等のニーズは高まる。疾病の重症化予防、介護予防、健康増進も重要となる。
- 医療と介護が一体的に提供される体制をつくり、**医療機能の分化・連携と地域包括ケアシステム**を進めていかなければならない。
- 普段から地域の医師、診療所や他の病院との連携が、さらに不可欠となる。そのためには、勤務医にとっても医師会活動が重要となる。

1

既に日本は各地で少しずつ高齢化が進んでおりますが、これよりさらに進んでくるわけでありまして、医療のあり方にも影響を及ぼしてまいります。ICU等の高度急性期のニーズは徐々に減りますが、回復期や在宅等のニーズは高まり、疾病の重症化予防や、介護予防、健康増進が非常に重要になってくるだろうということでもあります。そして、医療と介護が一体的に提供される体制を作っていくということで、医療機能の分化・連携と地域包括ケアシステムをそれぞれの地域で作上げていかなければなりません。

この地域包括ケアシステムという言葉が使われたのは、ちょうど介護保険が始まる前、広島県御調町の町立病院の院長先生をされ、また御調町で医療と介護の、当時はまだ介護という言葉よりも福祉という言葉のほうが多かったですが、その連携の重要性

を述べられた山口先生という方です。介護保険がスタートして十数年たちましたが、スタートするときは非常にこの医療と介護の連携ということが強調されておりました。しかしその後、徐々に薄くなってきていたわけでもあります。しかしながら2025年に団塊の世代がすべて75歳以上になるということで、再度この地域包括ケアシステムをしっかり作り上げないと、今後の高齢化に対応できなくなるということであろうと思います。地域包括ケアシステムを進めていくためには、普段から地域の医師、また診療所や他の病院との連携がさらに不可欠でありますので、勤務医の先生方にとっても医師会活動を通じて、地域の他の医療機関の方々や、介護福祉の関係の人たちとの連携、顔の見える関係づくりが大事になってくると思います。

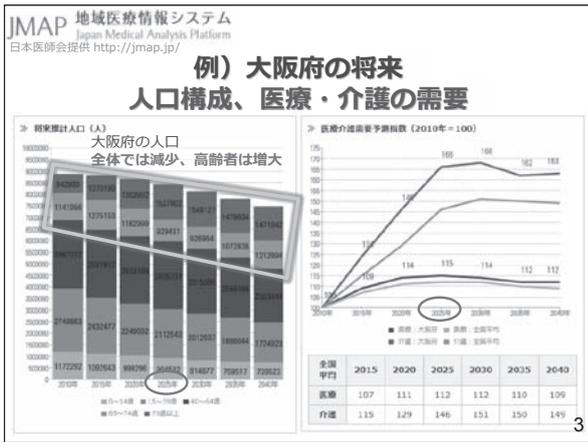
### 超高齢社会は、 病院医療・救急医療にも大きな影響

- 高齢患者、介護が必要な者の増大
  - ・高齢者世帯、介護施設（「サ高住」含む）からの救急搬送が増大。
  - ・救急隊の搬送先医療機関の選定が困難な事例の増加（認知症等）
  - ・救急医療後の転院先（“出口”）の確保が困難。
- 医師・看護職員の不足・偏在
- 都市部・地方の人口変化
  - 医療機関の縮小、撤退
  - ・今後は、都市部で高齢化が急速に進展
  - ・地方では、さらなる過疎化・人口減少 → 医療機能縮小

2

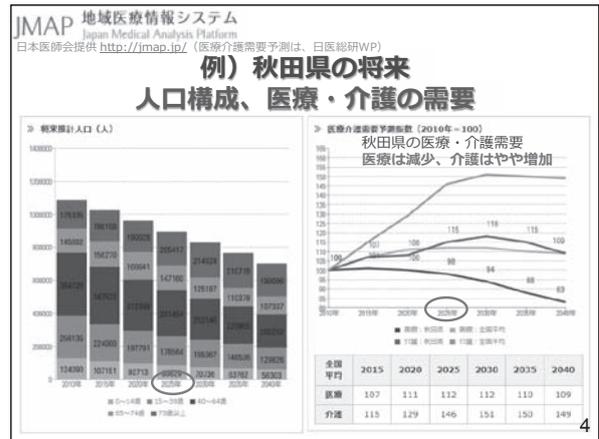
超高齢社会においては、高齢の患者さんや介護が必要な方が増大するわけでありまして、救急医療にも大きな影響がでてまいります。救急搬送については、既に現場でも多くが高齢者の搬送になっておりますので、非常に問題になっているということ、そして救急隊の搬送先医療機関の選定が困難な事例が増えているといわれております。また、急性期医

療後の転院先、特に救急搬入されて落ち着いた後の転院先の確保が非常に困難な状況が続いているということでもありますから、システム化していく必要があるということです。さらに、医師・看護職員の不足や偏在の問題もありますし、特に都市部や地方の人口変化は、かなり大きなものがあります。

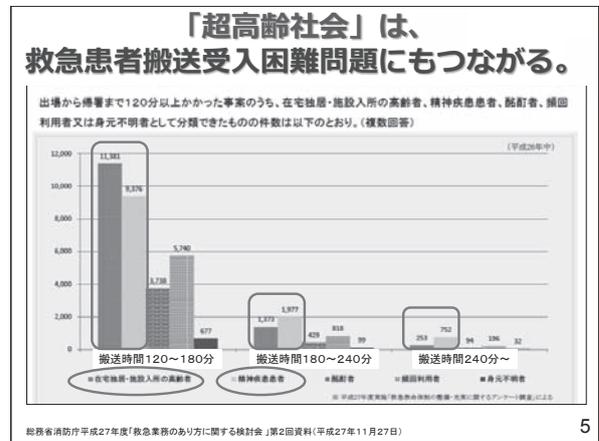


これは、大阪府の今後の将来の人口変化と、それに伴う医療・介護需要の予測値であります。日本医師会では3年前に地域医療情報システム (JMAP) というwebサイトを作りました。各都道府県の人口動態の変動、そしてまた人口変化から起こる疾病の発症予測に基づいた医療・介護需要予測などを内容とし、日医総研の協力の下で、それぞれの地域医療構想、地域医療計画を作る際に参考にしてもらうためのものです。大阪府は、ご覧のとおり現在900万人近い人口がいるわけですが、2025年には850万人ぐらいいまで徐々に下がって来ると。しかしながら、この線で描いた所、医療が青い線でありまして、赤い線が介護の需要予測であります。医療需要はまだ大阪は増えていくわけでありまして、介護需要も非常に増えてくるという状況であります。

一方で昨年、秋田県でこの全国医師会勤務医部会連絡協議会を開催しましたが、秋田県は今から非常に人口が減少してまいります。小玉会長は大変、今からもご苦労があらうかと思いますが、現在100万人を超えた人口が2025年には90万人を切ってくると推計されています。そして年齢別の人口構成で見ると、濃い赤が75歳以上、その下の薄い赤が65歳以上



であります。その部分がパーセンテージ的には非常に増えてまいります。そして濃いブルーが40歳から64歳であります。その下の15歳から39歳と合わせてもなかなか厳しい状況になってまいります。秋田県の場合は青い線が医療需要であります。医療需要は減少、介護はやや増加というふうになってまいります。全国においては、少しずつ人口の構成が違いますが、同じようなことが起きてくるわけでありまして。



また、超高齢社会は救急搬送患者の受け入れ困難の問題にもつながっております。現在救急隊が出勤から署に帰ってくるまで120分以上かかった事例の、どういう事例でそういうふうになったかということの消防庁の統計であります。1番時間がかかっているのが在宅独居の方、また施設入所の高齢者の方の救急受け入れ先がなかなか見つからないという問題がございます。そしてもう一つは、精神疾患を合併した方々、認知症の合併症で高度の認知症になった方の搬送先がなかなか見つからないということが

# 特別講演 I

あり、これらが徐々に今からより増えてくるだろうと思われまます。

**これからの医療体制**  
**地域医療構想による医療提供体制**

- “2025年”に向け、医療機関が病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）を報告し、都道府県が地域医療構想を策定。医療機関の自主的な選択により、各地の医療機能が次第に取れんされていくことを目指す。

**地域包括ケアシステムの構築**

- 高齢者が、なるべく住み慣れた地域で自立した日常生活を営むことができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援のサービスを包括的に確保。

かかりつけ医を中心とした医療と介護の一体的な提供・・・それから新たな街づくり

そうしたことから、これからの医療提供体制、地域医療構想によって、しっかりと病床の機能分類をやっていくということで、今、取り組んでいるところでございます。そして、地域包括ケアシステムの構築ということで、なるべく住み慣れた地域で充実した日常生活を営むことができるように、医療、介護、予防、住まい、生活支援のサービスを包括的に確保していく。そのためにも、かかりつけ医を中心とした医療と介護の一体的な提供、そしてまたそれに引き続く新たな街づくりが、必要になってまいります。

**地域包括ケアシステムとまちづくり**  
 医師、医療資源が少なく、高齢者が増加していく地域では、地域密着型の医療体制を整備していく必要があります。

**郡市区医師会**  
 市町村行政との連携、医師会共同利用施設の運営、医師の生涯教育、多職種連携、ICT、検診・（介護）予防活動、看護職の養成などを実施

郡市区医師会には、かかりつけ医機能を中心に医療・介護を見据えたまちづくりに重要な役割が期待される。

医療、介護、予防、住まい、生活支援

地域包括ケアシステム

日本医師会「地域医療対策委員会」報告書（平成26年3月）をもとに

地域包括ケアシステムと街づくりであります、医師や医療資源が少なく高齢者が増加している地域では、地域密着型の医療体制を整備していく必要があります。郡市区医師会はもともとが市町村行政との連携や、医師会共同利用施設の運営、また医師の生涯教育等々を実施しているわけですから、郡市区医師会には、かかりつけ医機能を中心に

医療・介護を見据えた街づくりに重要な役割が期待されるわけでありまます。

**医師会組織の強みを活かした地域医療の推進**

地域に密着 郡市区医師会

緊密な連携

都道府県医師会

緊密な連携

日本医師会

会員は、さまざまな診療科、専門性を持ち、多くは、地域住民のかかりつけ医

厚生労働省、都道府県庁、市区町村との協議、連携

ヨコの広がり 医師会は、全国各地に存在。全国をカバー

医師の生涯研修などを実施

医師会の組織というのは地域に密着した郡市区医師会の下で、会員にはさまざまな診療科や専門性を持って、多くは地域住民のかかりつけ医としての役割を担っていらっしゃるわけでありまます。それを都道府県医師会が緊密な連携によりバックアップして、全国的な政策に関わる問題は日本医師会と連絡の下で協議連携しております。

また、医師の生涯教育については、生涯研修プログラムに関する検討を、日医の委員会ですていただいで、それを提供していることから、医師会の強みはやはり全国すべての地域に組織があるということであり、それぞれの郡市区で地域に密着していることであろうと思ひまます。

**地域包括ケアシステムでも、医師会は行政のカウンターパート（在宅医療提供体制）**

日本医師会 厚生労働省

- 制度構築、財政措置
- 都道府県リーダーの養成
- 都道府県のバックアップ、相談・支援
- 地域の好事例紹介
- etc

都道府県医師会 都道府県行政

- 医療、介護事業計画作成（新たな基金）
- リーダーによる研修会実施
- 地域のバックアップ、相談・支援
- 取り組み報告
- etc

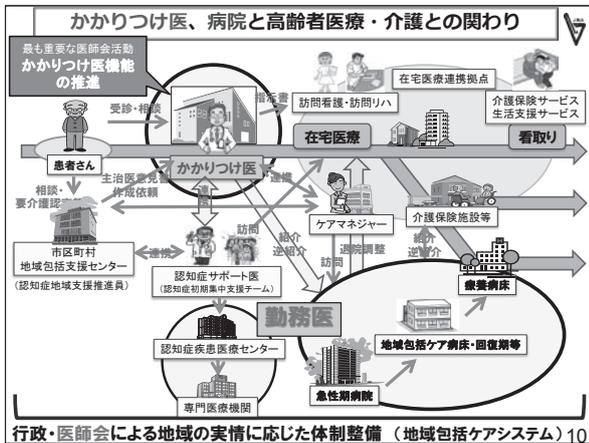
郡市区医師会 市町村行政

- 地域の実情に応じたシステム構築
- 多職種連携支援
- 現場のバックアップ、相談・支援
- 取り組み報告
- etc

報告・相談

地域包括ケアシステムでも、医師会は行政のカウンターパートになるわけでありまます。いろいろな制度設計は厚生労働省と日本医師会が行っていくわけでありまます、制度構築や財政措置、その中にさま

さまざまな市町村の問題、都道府県の問題というものを挙げていただいて、国とさまざまな協議をしているところでもあります。



かかりつけ医、病院と高齢者医療や介護との関わりです。これは模式的にそれぞれの地域における姿を示しております。高齢の患者さん、かかりつけ医に健康管理から、病気をしたときのいろいろな手当、在宅でみとられるまでというわけでありまして、途中で介護施設や療養病床に入ってしまうということがありますので、そこで勤務医の先生方との連携が非常に重要になってくるわけでありまして。特に、施設医療が高齢者の増加に伴いまして十分に対応できないという在宅医療になってまいりますので、在宅医療において勤務医の先生方と、かかりつけ医の連携が非常に重要になります。

医師会の最も重要な取組みは、かかりつけ医機能の推進  
**「かかりつけ医」とは**

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

〔医療提供体制のあり方 日本医師会・四病院団体協議会合同提言〕より  
(平成25年8月8日 日本医師会・四病院団体協議会)

- 地域医師会(〇〇市医師会)は、研修会の開催や、休日や夜間の救急医療体制を運営するなど、「かかりつけの医師」を支援している。

11

私もはこのかかりつけ医の定義付けを3年前に行いまして、「何でも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、

福祉を担う、総合的な能力を有する医師」と位置付けました。

**日医かかりつけ医機能研修制度**

【目的】  
今後のさらなる少子高齢社会を見据え、地域住民から信頼される「かかりつけ医機能」のあるべき姿を評価し、その能力を維持・向上するための研修を実施する。

【実施主体】  
本研修制度の実施を希望する都道府県医師会

【かかりつけ医機能】

1. 患者中心の医療の実践
2. 継続性を重視した医療の実践
3. チーム医療、多職種連携の実践
4. 社会的な保健・医療・介護・福祉活動の実践
5. 地域の特性に応じた医療の実践
6. 在宅医療の実践

平成28年4月より実施 12

そして、地域医師会ではさまざまな研修を通じて、かかりつけの医師を支援しているところがあります。今年の4月から日本医師会の、かかりつけ医機能研修制度がスタートいたしました。目的はスライドに書いてあるとおりであります。それぞれの都道府県医師会が実施主体となっていただくということで、プログラムは日医で開発したところがあります。このかかりつけ医機能が、どういうことを目指しているかについて、ここに6つ書いてあります。ある意味、医療を行う上では当然のことではありますが、その中で特に連携の実践です。患者中心の医療のマインドを持ってもらうことが重要であろうと思います。

**日医かかりつけ医機能研修制度**

【研修内容】

基本研修	応用研修	実地研修
<ul style="list-style-type: none"> <li>・日医生涯教育認定証の取得。</li> </ul> <p>日医生涯教育講座の3年間の単位数とカリキュラムコード数の合計で60以上を取得</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日医が行う中央研修、関連する他の研修会、および一定の要件を満たした都道府県医師会並びに都市医師会が主催する研修等の受講。</li> </ul> <p>規定の座学研修を10単位以上取得</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・社会的な保健・医療・介護・福祉活動、在宅医療、地域連携活動等の実践。</li> </ul> <p>規定の活動を2つ以上実施(10単位以上取得)</p>

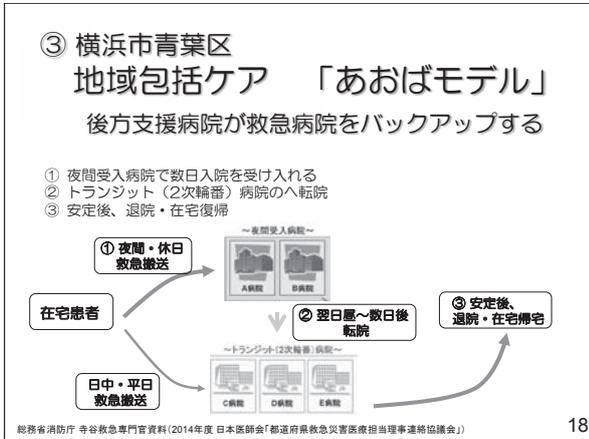
3年間で上記要件を満たした場合、都道府県医師会より修了証書または認定証の発行(有効期間3年)。

13

この機能研修制度は、基本研修、応用研修、実地研修に分かれておりまして、基本研修は日本医師会の生涯教育認定証を取得してもらうということ、また応用研修は、かかりつけ医機能研修ということで、

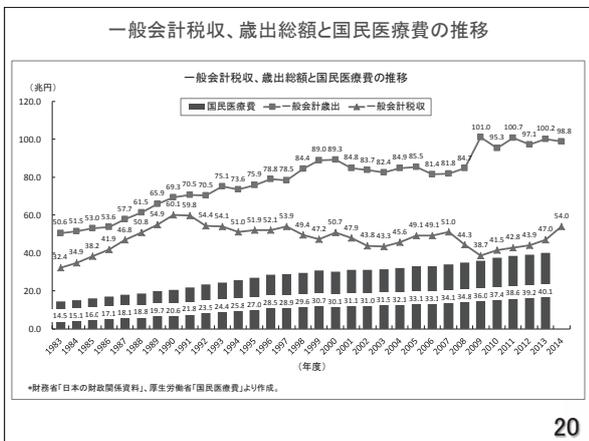


対応によって地域連携を進めているということであり  
ります。



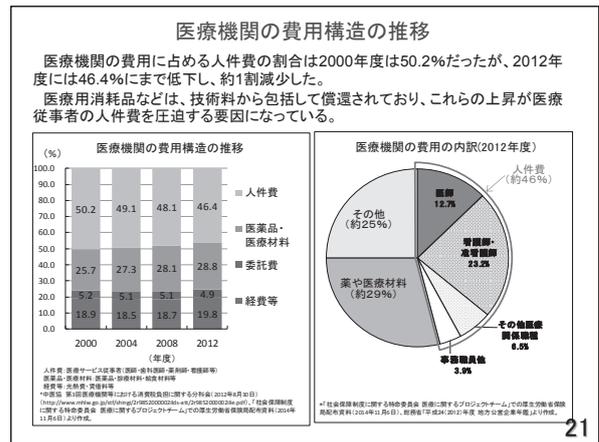
これは横浜市青葉区での地域包括ケアの「あおばモデル」ということで、後方支援病院が救急病院をバックアップするような体制を作っている。このように地域包括ケアを進めていく上で、さまざまな地域での取り組みが行われているわけでありす。

## 今後の我が国に必要な医療



後半の部分ですが、今後のわが国に必要な医療ということで、ご案内のとおり、今わが国は財

政的に非常に厳しいものがあることから、医療費の抑制が進んでいるところでありす。本来、国民に必要な医療を提供する財源については、しっかりと政府が用意をするのが当たり前であるわけですが、こういう状況が続いている状況でありす。



その医療費の中に問題があるわけでありまして、実はここに示されています人件費、この黄色い部分であります。2000年から2012年、医療機関の費用構造が変わってきています。本来医療は、人が人になす業でありますから、この人件費をしっかりと確保することが重要であります。2000年は50.2パーセントであったのが、2012年には46.4パーセントに下がっています。これは総医療費の中の割合であります。その分、医薬品や医療材料という部分が非常に増えているという状況であります。この配分をよく考えなければなりません。モノから人への財源の移管をしないといけないということで今、日本医師会としては、強く主張をしているところでありす。

社会保障費は、医療、介護等を中心に今後も増加することが見込まれる

→ 財政を緊縮しようとする立場から、成長戦略や規制緩和の名のもとに、保険給付範囲を狭める圧力が続く

**時代に即した改革**

持続可能な社会保障のために

財政主導ではなく、未曾有の少子高齢社会が進展し、人口が減少していく中で国民皆保険を堅持していくため、我々医療側から、過不足ない医療提供ができる適切な医療を提言。

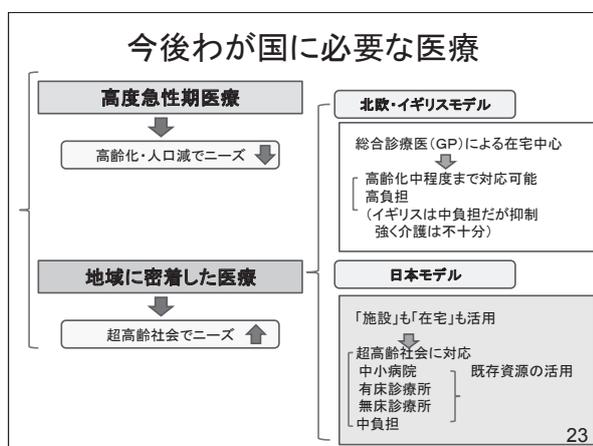
例えば

- ・生涯保健事業の体系化による健康寿命の延伸
- ・糖尿病のハイリスク群への早期介入による透析導入患者の減少
- ・COPD患者への適切な医療介入による在宅酸素療法導入患者の減少
- ・症状や患者特性に応じてコスト意識を持った処方診療ガイドラインに掲載する等学会活動の支援

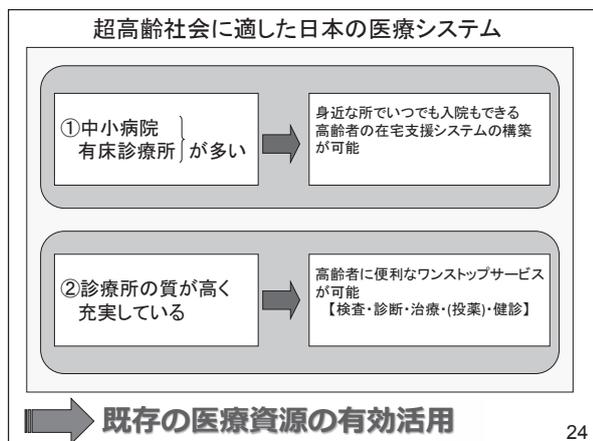
22

# 特別講演 I

今後とも高齢化に伴って社会保障費が増加してきますので、財政面からだけの抑制になりますと、とんでもないことが起きてくるわけでありまして。財政主導ではなくて、やはり、われわれ医療側からも過不足ない適切な医療ということ強く提言する必要があります。その一つとしては、生涯保健事業の体系化による健康寿命の延伸や、糖尿病のハイリスク群への早期介入による透析導入患者の減少であろうと思います。

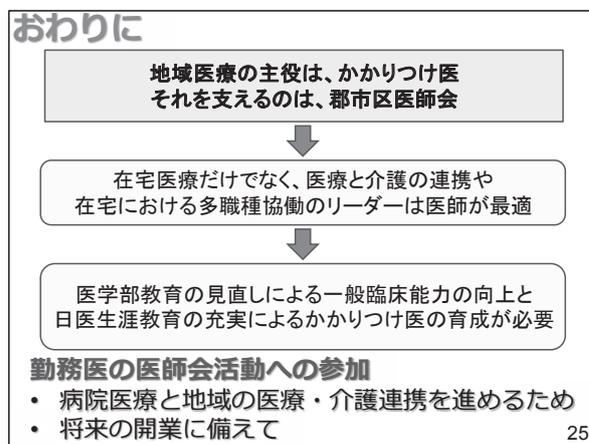


今後わが国に必要な医療としては、地域に密着した医療がより重要になってくるわけでありまして、特に超高齢社会ではニーズが増えてまいります。そういう中で、日本のモデルというのは、施設も在宅も活用しながら超高齢社会に対応しているところがあります。



超高齢社会に適した日本の医療システムですが、日本は中小病院や有床診療所が病院の約7割から8割を占めておりますので、こういう身近な所でいつでも入院できる高齢者の在宅支援システムの構築が

可能なわけでありまして。既存の医療資源を有効活用しながら、超高齢社会に対応していく必要があらうかと思っております。



地域医療の主役はかかりつけ医で、それを支えるのは郡市区医師会であります。そしてかかりつけ医をサポートしていただく地域密着型の病院の先生方、そしてまた高度な医療、高度な検査が必要な方をしっかりと地域でサポートしていただく病院の先生方、そういう全体の連携が非常に重要になっていくということであろうと思います。

ご清聴ありがとうございました。

## (茂松座長)

横倉会長どうもありがとうございました。日医のかかりつけ医機能研修制度のお話の中で、地域医療をしっかりと担うのは“かかりつけ医”であって、これは誰でもいいのだということでございますし、それと、病院で勤務されている先生がたとのコラボレーションが非常に重要であるとのことでございます。ほとんど在宅、時々入院といった言葉がございますが、それに則って、かかりつけ医と勤務医が連携を図っていくということで、患者さんの健康、命を守っていくことが地域包括ケアであろうと思っております。医療を中心に考えていくということでございます。特別講演では質疑はございませんので、これをもちまして終わりたいと思っておりますが、もう一度、横倉会長への拍手をよろしくお願い申し上げます。

## 「地域医療構想について」

講師：厚生労働省保険局医療課長 迫井正深  
(前厚生労働省医政局地域医療計画課長)

座長：大阪府医師会副会長 中尾正俊





### 座 長

---

大阪府医師会副会長 中 尾 正 俊

---

皆さんおはようございます。ただいまから、特別講演Ⅱを開催させていただきたいと思います。

現在、先ほど横倉会長からも地域包括ケアシステムと地域医療構想のことに関してのお話がありましたけれども、迫井先生は厚生省でずっとこの分野に関して引っ張ってこられている先生でございます。恒例に従いまして、ご略歴を述べさせていただきますと思います。平成元年に東京大学医学部をご卒業になりまして、東大病院、虎の門病院等で外科診療等に従事されておられました。平成4年から厚生労働省に入省され、保健局医療課、大臣官房国際課、大臣官房厚生科学課等に配属された後、平成7年から2年間、米国ハーバード大学公衆衛生大学院にご留学されておられます。平成18年からは広島県のほうに出向され、福祉保健部長としてご勤務され、平成21年に厚生労働省に戻ってこられました。平成24年、老健局の老人保健課長。このときに介護保険制度等の改正等に向けて頑張っておられました。平成27年からは医政局、地域医療計画課長として、地域医療計画および地域医療構想の策定に向けた準備等をされ、平成28年6月から、保健局医療課長としてご勤務されておられます。平成30年の介護報酬の改定および診療報酬の改定に向けて、非常に経験実績を積み重ねられている先生ですので、その点も含めてお話をさせていただけると思います。

では、「地域医療構想について」というテーマで、迫井先生よろしく願いいたします。



## 「地域医療構想について」

厚生労働省保険局医療課長（前厚生労働省医政局地域医療計画課長）

迫井 正深

### 地域医療構想がめざすもの

平成28年11月26日 全国医師会勤務医部会連絡協議会

厚生労働省保険局医療課長  
 （前厚生労働省医政局地域医療計画課長  
 元厚生労働省老健局老人保健課長）  
 迫井 正深

※【お断り】講演において演者が示す意見や見解は、講演資料の内容も含めて、演者個人によるものであり、必ずしも厚生労働省の公的な見解ではない内容が含まれています

ご紹介いただきました、現在保険局医療課で、医療課長を拝命しております迫井でございます。

このお話をいただいたときは、実は前職の医政局の地域医療計画課長をやっております、異動したときにどうしようかとご相談をしたら、引き続きぜひやってほしいという話でございました。きょうお話をする地域医療構想、それからもうちょっと申し上げますと、先ほど横倉会長が概念的なお話をいただきました地域包括ケアシステムの構築、これはその前の老健局の時代にやっておりましたが、合わせてこの二つの関係よく分からないとか、特に地域包括ケアシステムって、分かったようで分からな

いところがあるという話もよくお聞きしますので、きょうせっかくいただいたお時間を使って、そのことをまとめて概念的にお話をしたいと思っております。

医療政策全般を大きく整理して、課題を挙げますと、少子高齢化、それから社会保障の持続性、そして技術革新であります。私は今、実際は診療報酬を担当しておりますので、薬価の話とか本当はこっちの話も大事なんですが、きょうはこの話はしませんので、別の機会にということでございます。

### 1. 日本型高齢社会の到来

（人口の高齢化がもたらす社会への影響）

まずは、きょうのお話の地域包括ケアシステムと地域医療構想の背景となる、日本の高齢社会の到来、これは一番表紙に書いております。どうしても役所の資料だけだと分かりにくいので、安全運転ですと役所の資料そのままの説明なんですが、せっかくお時間いただいているので、私見を入れて解説しております。厚労省のホームページとか厚労省の見解なのかということにとらわれず、私見を交えながら分かりやすくご説明したいと思っておりますので、そのことはお断りしておきます。そういう意味で、例えば日本型というのは厚労省が言っているのではなく、日本の高齢化っていうのはどういうこと

### 最近の主な医療政策のアウトライン

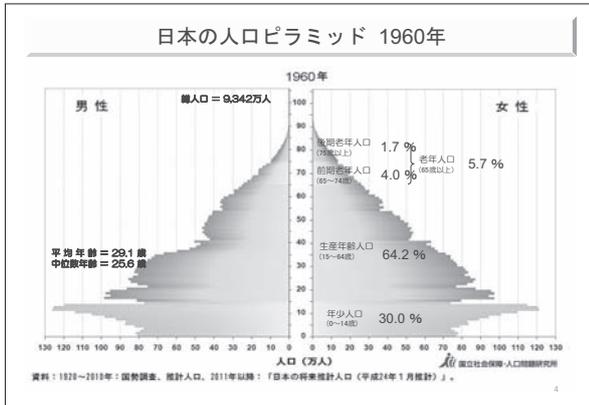
#### 医療を取り巻く状況・課題

- I. 日本型高齢社会の到来
  - ・急速な少子高齢化と人口減
  - ・地域で異なる高齢化の実相
- II. 社会保障の持続性確保
  - ・経済成長と財政健全化
  - ・医療費増加要因とその対応
- III. 技術革新と医療の高度化
  - ・高い効果で高額な技術
  - ・サービスの質向上と生産性

#### 対応する主な医療政策

- ① 地域包括ケアシステムの構築
  - ・生活視点を踏まえた医療への転換
  - ・介護や地域づくりとの連携
- ② 地域医療構想の策定と実現
  - ・地域の“あるべき医療の姿”を共有
  - ・地域医療関係者による調整で実現
  - ・体制整備のための資源確保
- ③ 医療サービスの適正評価
  - ・医療の必要性に応じた資源配置
  - ・高額医薬品の薬価の在り方
  - ・費用対効果評価の導入

なのかっていうことを考えていただこうと思って私が勝手に付けています。



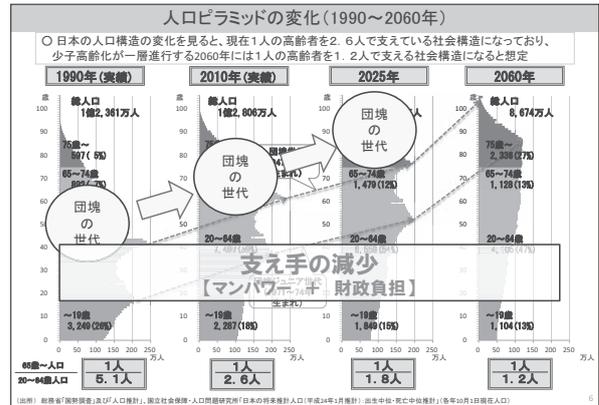
きょうドクターの方々が中心だと思いますが、この絵は、むしろ一般の方にお示しをすることにしてあります。人口ピラミッド、これは私が生まれたころであります。1960年です。誰がどう見てもピラミッドであります。特徴は何かって言うと、大きな労働力、真面目で勤勉な日本人が、ここ大阪もそうですし、東京もそうですが、これほどの社会を築き上げてこられた。逆にボリューム的にはお年寄りが少なかった。従って社会保障費をそんなに気にしないで、日本の発展に邁進できましたと、こういうことでもあります。

1960年~1980年：“人口ボーナス”

- ・大きい労働生産力
- ・小さい社会保障費

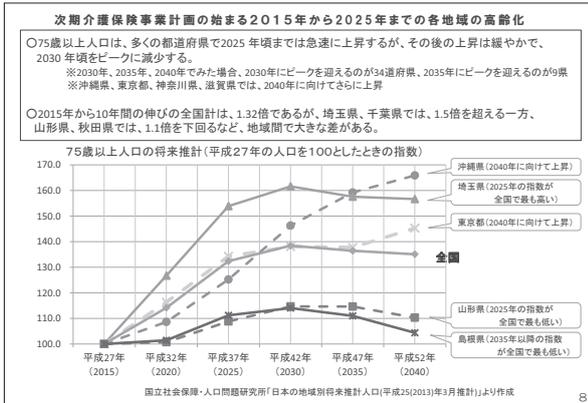
「高度経済成長」の原動力  
The Japanese Economic Miracle

しかし、実は、全てはここから始まった、ということなのです。すなわち、人口構成はいつまでもこのままではありません。そして今こうなっていますということです。そして2025年2030年にはこうなる。そしてやがて2060年にはこうなるということです。

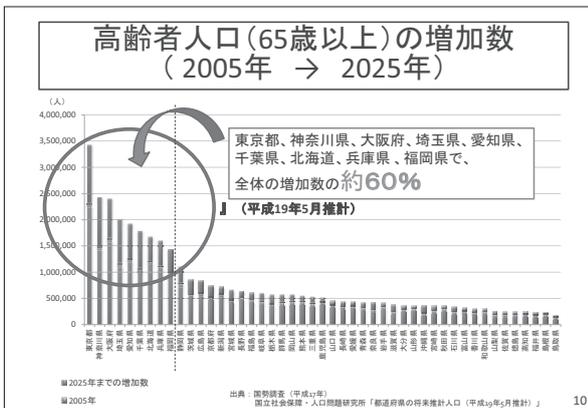


ビジュアル的に見ていただくと分かっていただける。特に一般の方にお話しておきたいのは、今どうして社会保障の問題にこんなに国を挙げて取り組むのか。もちろん財政政策が失敗したとか、厚労省の政策がうまく進んでいないといった指摘はあります。しかし、政策だけの問題ではなくて、日本社会全体で考えていかなきゃいけない。国家の成熟をどう社会で受け止めるんですかっていう話ですよってことを伝えないと、みんなで考えようねとはならない、そういう話であります。このようなことを1枚で語るとこうなるよねっていう図でありまして、団塊の世代がこう上がって行って、支える側はこうなる。これはマンパワーそれから財政の問題になりますと、こういう話であります。

もう一つ、今までの話はマクロ、オールジャパンの話であります。そこで、日本型とこう私が勝手に呼んでおりますのは、地域差を伴う高齢化の進展。これがいってみれば地域包括ケアシステム、地域医療構想、といった「地域」の名前を冠する施策になっているということでもあります。3枚お手元にチャートがあります。細かくはご説明する必要はありませんが、申し上げたいのは、地域によって、今から触れるであろう高齢化の振れ幅とスピードが違いますということです。都道府県別ですが2015年を100とし、全国平均も書いておりますが、例えばよく事例に出るのは埼玉県であります。埼玉県は、一気に高齢化が進んでいくわけであり、スピードからいうと、一番全国で早い段階。しかし、実はそれより振れ幅が大きいのは沖縄県であります。沖縄県はもっと大



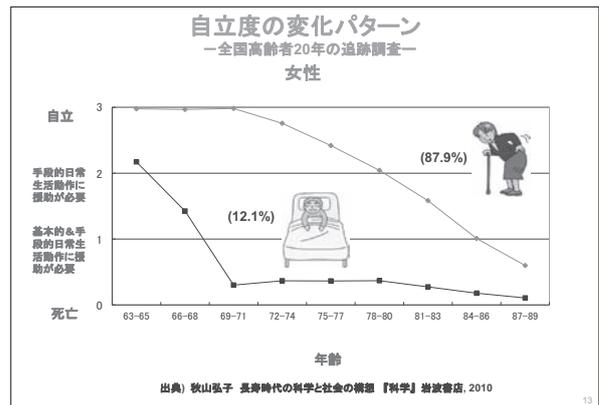
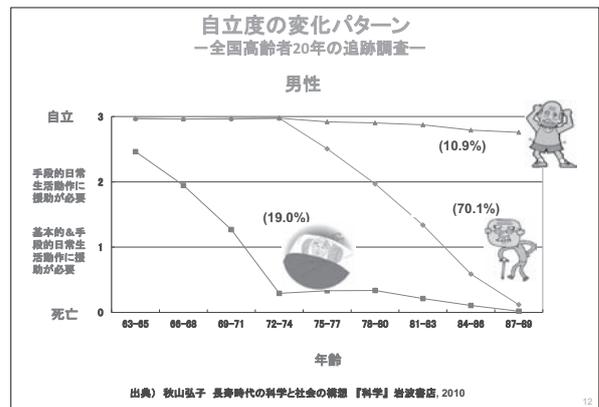
大きく振れるんですが、その時間差が大体10年、15年ありますので、地域によってスピードと大きさが違ってまいります。これは都道府県単位ですが、さらに、細かく言えば言うに及ばずで、市町村ごと、2次医療圏、当然それぞれの県の中には、県庁所在地がありますので、今のようなスピード感が違う、従って地域ごとに考えなければいけない、こういう話でございます。



それからもう一つ大きな特徴は、きょう大阪にお

邪魔しておりますけれども、大阪、東京をはじめとして、ボリューム的に、都市部において大きなボリュームで高齢者がどんと増えるということでありまして。これらのことも念頭にインフラ整備をしなければなりませんねという話で、地域によって異なる、つまりわが国の人口構成の変化というのは、マクロで見ると、2025年問題っていう話なのですが、政策的に現場の先生がたに見ていただく必要があるのは、地域によって違うんですよという話であります。

では、このような高齢社会が到来すると何が課題なのかということでありまして。これは何も医療・介護だけの問題ではなくって、製造業とか教育とかさまざまな分野でも課題があります。きょうは当然医療介護の話になるんですけども、高齢者のケアのニーズというものをやっぱり考える必要がありますよねということです。一般の方も含めて、何で75歳以上に注目するんですかとかそういった話をするときに、分かりやすいチャートがないかなと思ってずっと探して、見つけたのがこの秋山弘子先生とい

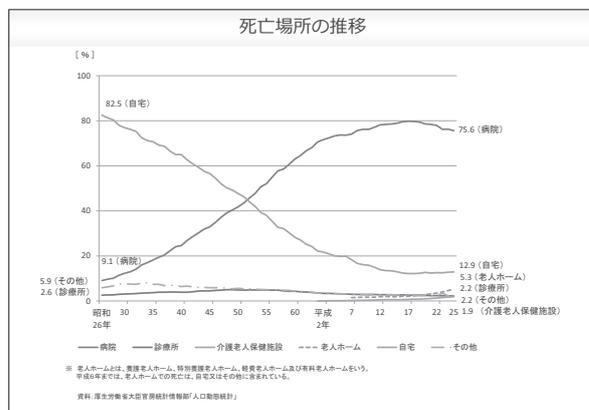


う東大の高齢社会総合研究機構の教授をやっておられます、ご本人から了解を得て拝借しています。論文もありますし、本もありますので、それはぜひ読んでいただければと思いますが、この男性と女性の二つのチャートが非常に分かりやすく、20年間の追跡調査、縦軸がスコア化していった自立度、横軸が年齢階層別の変化です。見ていただくと分かるんですけど、大体20パーセント前後の男性、女性は、病気なのか事故なのかなど原因は別として、少し早い段階から自立度が落ちます。しかし真ん中の赤いラインなんですけど、多くの方は75歳ぐらいからじわじわと自立度が落ちてくる。これが75歳以上の人口に大きくフォーカスを当てる一つのエビデンスという大げさですけども、数値的なものです。もちろん老年医学会さんをはじめ、さまざまな医学論文はあるんでしょうけれども、分かりやすいという意味では私は一番これが好きなので、使わせていただいています。ちなみに、話題ですが、男性と女性で一つだけ違うのは、男性には緑のラインで、10パーセントほど、なんぼ年とっても元気な人がいると。近所に、あのおじいちゃんだという人が必ずおられると思いますけども、そういう特徴があります。これは余談であります。

それで、今のようなケア、ニーズの変化とともに、もう一つ重要なのが、人生の最終段階のケアであります。年間のお亡くなりになる方の数、これが実は人生の最終段階に至る、長いか短いかの経過はありますが、定量的にケアのニーズを表すにはこの数字ということです。既に日本は人口減少局面に入っ



ていますが、高齢化が進行するスピードとの関係で、これは小学校の算数の世界ですけども、ピークは2040年にやってまいります。



そして、これはもうご案内のとおりで、かつて居宅でお看取りをしておりました。今はほとんど8割方、病院でお看取りをするもんだというふうに、特に若い人は思っている、思い込んでいるということでもあります。このようなケアのニーズの変化と増大をどういう体制を構築してくんのですかという話になります。

**日本の社会保障の歩み** (2012年・厚生労働白書より)

**【明治～第二次大戦】**  
 ■産業資本主義の発展⇒労働問題⇒工場法、健康保険法、国民健康保険法

**【第二次大戦後～高度経済成長】**  
 ■戦後民主主義(日本国憲法)⇒生活保護法、労働三法、国民皆保険・年金 ⇒ 老人医療費支給制度(「福祉元年」)

**【オイルショック～低成長経済・少子高齢化】**  
 ■特例公債(赤字国債)⇒財政再建・行政改革  
 ■グローバル経済⇒非正規雇用拡大(日本型雇用の揺らぎ)  
 ■介護需要増⇒介護保険制度  
 ■持続可能性の確保・負担と給付の見直し ⇒ 年金マクロ経済スライド、介護予防・施設食費居住費自己負担、高齢者医療制度 ⇒ 社会保障・税一体改革(「社会保障国民会議」)

これ見ていただいているのは、知識として、ということなんですけど、社会保障制度をこれまでどうやって構築してきたのか、歴史を見ますと、明治から第2次大戦までは黎明期でありまして、制度なるものほとんどない中で少しずつ作っていきましてということです。拡充期が高度成長、先ほど見ていただきました、人口ボーナスの力で、皆保険も含めて、構築をしていって完成をしていった、充実期であります。そしてこの肌色の下半分、これがいわゆ

# 特別講演Ⅱ

る調整期、高度成長経済からオイルショックはじめ、低成長の時代今日に至った経過です。いろんな政策課題、関連するもの並べています。いろんなことをやりました。介護保険もそうです。そして今、取り組んでいるのが社会保障と税の一体改革、この流れで今日の政策が組まれているということでございます。そのエッセンスは何かというのをこの後にまとめてますが、これは年表です。

社会保障・税一体改革の流れ	
<b>社会保障国民会議</b> (H20.11中間報告・最終報告) ○ 社会保障の「機能強化」に向けて、医療・介護・福祉サービス分野では、病床機能分化とネットワーク化、地域包括ケアなどについて、具体的な将来シミュレーションとともに提言。	
<b>平成24年社会保障・税一体改革 = 社会保障制度改革推進法</b> (自民・公明・民主の3党合意に基づく議員立法) ○ 社会保障改革の「基本的な考え方」、年金、医療、介護、少子化対策の4分野の「改革の基本方針」を明記。	
<b>社会保障制度改革国民会議</b> (会長=清原康 慶応義塾長) 報告書とりまとめ (H25.8.6) ○ 改革推進法により設置され、「少子化」「医療・介護」「年金」の各分野の改革の方向性を提言。 ○ 医療・介護制度改革については、医療・介護提供体制の改革と地域包括ケアシステムの構築、国民健康保険の財政運営の責任を都道府県が担うことなど医療保険制度の改革、難病対策の法制化などを提言。	
<b>いわゆる社会保障改革プログラム法</b> (H25.12.13公布・施行) ○ 社会保障4分野の請すべき改革の措置等について、スケジュール等を規定 ○ 社会保障制度改革推進法の設置	
<b>地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律</b> <b>(いわゆる医療介護総合確保推進法: H26.6.25公布)</b> 1. 医療機関の機能分化と連携: 病床機能報告制度の創設、都道府県地域医療構想(ビジョン)の策定<医療法> 2. 新基金創設と医療介護連携の基本方針策定 <医療・介護総合確保推進法> 3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化: 地域医療支援事業の見直し<介護保険法>	18

細かいことを見ていただきたいのではなく、今、社会保障と税の一体改革、つまり社会保障を充実しながら財源の確保を考え、そして、この年表の中には政権交代が2回挟まれています。これはやっぱり政策・政治の知恵だと思えますが、3党合意という形で政権交代が起こっても、社会保障政策の大きなトレンドはやはり着実に進めていくということで、消費税延期の問題ももちろんあるんですが、長いトレンドで見ていくと、やはり財源を確保しながら、社会保障の機能を強化していくんだ、ということをしっかり打ち出して、そのことを議論していただ

社会保障制度改革国民会議	
<b>医療・介護分野の改革</b> <b>社会保障制度改革国民会議報告書(抜粋)</b>	平成25年9月6日 社会保障制度改革国民会議
■ 急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしい医療を受けることができるよう、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに、受け皿となる地域の病床や在宅医療・在宅介護を充実させていく必要がある。この時、機能分化した病床機能にふさわしい設備人員体制を確保することが大切であり、病院のみならず地域の診療所をもネットワークに組み込み、医療資源として有効に活用していくことが必要となる。	
■ この地域包括ケアシステムは、介護保険制度の枠内では完結しない。例えば、介護ニーズと医療ニーズを併せ持つ高齢者を地域で確実に支えていくためには、訪問診療、訪問口腔ケア、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問薬剤指導などの在宅医療が、不可欠である。自宅だけでなく、高齢者住宅に居ても、グループホームや介護施設その他どこに暮らしていても必要な医療が確実に提供されるようにしなければならず、かかりつけ医の役割が改めて重要となる。そして、医療・介護サービスが地域の中で一体的に提供されるようにするためには、医療・介護のネットワーク化が必要であり、より具体的に言えば、医療・介護サービスの提供者間、提供者と行政間など様々な関係者間で生じる連携を誰がどのようにマネージしていくかが重要となる。	19

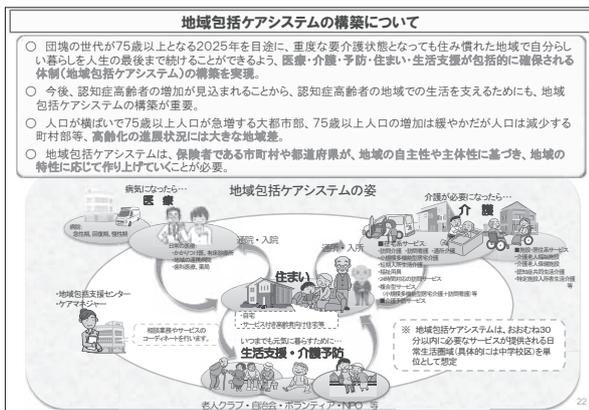
たのが、社会保障制度改革国民会議、その前身は社会保障国民会議ですが、お話ししましたとおり政権交代も挟んで、2度会議体を作って、しっかり報告書がまとめられています。その報告書の中身の抜粋がこれです。実際の報告書を読まれた方も多いと思います。少子化の問題とかさまざまなことに触れていますけれども、きょうメインとなるテーマ、地域包括ケアシステムと地域医療構想についての部分がここです。二つのパラ、上のほうは患者さんの状態に見合った病床で、資源を集中投入して、機能分化連携と、まさにこれが「地域医療構想」の話であり、その下の介護医療ニーズを併せ持つ高齢者、在宅医療、こういったものをネットワークでと、これがまさに「地域包括ケアシステムの構築」、こういったことを念頭に提言を受けて、こういう政策をやるべきであるという話であります。このことを受けて制度改正をしたのが、この長いんですけど、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための…」って、これ俗に“地域医療介護総合確保推進法”と呼んでます。

地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律の概要	
<b>趣旨</b> 高齢化する社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づき措置として、効率的かつ質の高い、医療介護体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するが、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う。	
<b>概要</b> 1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化(地域医療施設整備推進法等に関する法律) ① 都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業(病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等)のため、消費税増徴分を活用した新たな基金を都道府県に設置 ② 医療と介護の連携を強化するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定 ③ 推進における効果的かつ効率的な医療施設整備の推進(医療法増徴)	
2. 医療機関等が提供する医療・介護の連携強化(医療法増徴) ① 医療機関等が提供する医療・介護の連携強化(医療法増徴)等を含め、都道府県は、それをもとに地域医療構想(ビジョン)、(地域)の医療提供体制の将来のあるべき姿を、医療計画において策定 ② 医療施設支援を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け	
3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化(介護保険法増徴) ① 在宅医療・介護連携の推進などの地域支援事業の充実とあわせ、予防・介護(訪問介護・通所介護)を地域支援事業に施行し、多様化 ※地域支援事業: 介護保険財源で市町村が取り組む事業 ② 特別養護老人ホームについて、在宅での生活が困難な重度の要介護者を支える機能に重点化 ③ 認知症者の保険料軽減を拡充 ④ 一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引上げ(ただし、一般の世帯の月額上限は据え置き) ⑤ 低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加	
4. その他 ① 診療の補助のうちの特定行為を明確化し、それを手帳書により行う看護師の研修制度を新設 ② 医療事故に係る調停の仕組みを位置づけ ③ 医療法人社団と医療法人財団の合併、持分なし医療法人への移行促進策を措置 ④ 介護人材確保対策の検討(介護福祉士の資格取得方法見直し)の施行時期を27年度から28年度に延期	
<b>施行期日</b> 公布日。ただし、医療法関係は平成26年10月以降、介護保険法関係は平成27年4月以降など、順次施行。	20

中身的には、関連法全部まとめていますので、非常に多岐にわたって、本日この後お話もあるであろう医療安全の話でありますとか、特定看護師さんの話も含めて入っていますが、本日の話に関係するのは、ここの部分、2番目3番目であります。1番目は基金の創設、総合確保のための基金でありますので、関連はしてありますが、要は2と3、地域医療構想と地域包括ケアシステムの構築。この二つの柱で現在の医療と介護の体制整備、それからサービスの供

給や充実について、政策が組み立てられていっているということでございます。ここまでがバックグラウンドであります。きょう大体3倍速ぐらいで話をしていますので、ちょっと分かりにくいかもしれませんが、できるだけ体系的にお話をしたいなと思ってお話しております。

地域包括ケアシステムの構築、これは先ほどの横倉会長が大きな概念的なお話をさせていただいておまして、山口昇先生の話も出ておりますので、私としても話しやすいんですが、ここ2、3年この絵をわれわれとしては使いながら、地域包括ケアシステムについてお話をしてまいりました。



ちなみにきょうこの絵初めて見ましたっていう方どれぐらいおられますか？若干おられますか、分かりました。ありがとうございます。かなりの方がこの絵は見たことあるよというふうにおっしゃっていただける。では、どういう絵かと言いますと、真ん中に住まい、ご本人がおられて、地域の生活支援・介護予防があって、医療と介護がそれを支えていく、こういうイメージであります。しかしながらこの絵は、一見して分かったような気には多分なっていたかと思いますが、ほとんど解説がありません。ぐちゃぐちゃっといろいろ書いてあって、この絵をお見せして「地域包括ケアシステム構築推進」です、って言うのと、「迫井さん、じゃあ分かったけど、これから一体私たちはどうすればいいんですか？」と、あるいはこれ何が書いてあるのかよく分かりませんわと、こういう話になります。今から大体10分、15分ぐらいで今度は5倍速ぐらいだと思

いますけれども、ご説明をさせていただきたいと思っています。

**寝たきり老人ゼロ作戦**

- 昭和40年代の御調町はすでに高齢化がかなり進み、おまけに寝たきりが多かった。しかもその多くが、いわゆる“**つくられた寝たきり**”であった。
- **対応が適切でないためにつくり出されたもの**だったのである。これは御調町に限らず、**我が国の寝たきりの特徴**であり、欧米と大きく異なる点であった。
- 私たちはこの寝たきりを**なんとか防止しよう**と考え、**病院の医療を家庭の中まで持って行く**、いわゆる“**出前医療**”を始めた。今で言う**訪問看護**であり、**訪問リハビリ**である。  
※ 訪問診療・看護を昭和49年に開始

「実録 寝たきり老人ゼロ作戦」 山口昇 (2012)より 23

まず、「地域包括ケアシステム」っていうのは“医療と介護”という風にお話をするとおりに、医療サイドから見る視点と、介護サイドから見る視点と二つあります。まず「医療モデル」から見た地域包括ケアシステム、先ほどもお話ありました、山口昇先生の話です。公立みつぎ病院、広島県にあります。もうお話がありましたので、この言葉を最初に使われたというのは山口先生であります。似たような取り組みは、実は全国各地それなりにあるんです。これらの代表で山口先生ということなんですが、もとの発端である山口先生は、脳外科の先生でありまして、当時、青年山口医師、昭和40年ごろですけれども、手術をいっぱいやって、地域住民はさぞや元気になったろうと思っていたあるとき告げられました、「先生の患者さんは全部寝たきりですわ」と。そんなばかなんて調べてみたら事実寝たきりでしたと。ただ、これは今、茶化したようにお話をしましたが、当時は、例えば救急車が到着するまで患者さんにはみんな触っちゃいけない、みたいな概念が昔あったように、手術が終わったあと、みんなで大事に大事に床に寝かしてっていう、寝かせきり、これが普通だったわけですから、いってみれば手術はうまくいったけれども、実は居宅でずっと寝たきり、寝かせきりになって、皆さん寝たきりになりましたということに気付かれたということです。山口先生にしてみれば、これは自分にも責任があるということで、何をやらなきゃいけないかと考えた。先

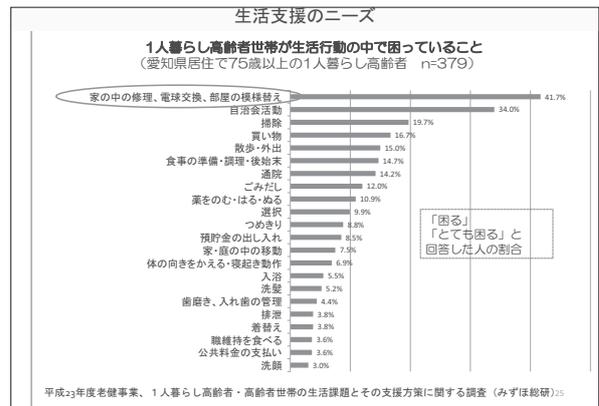
## 特別講演Ⅱ

ほど横倉会長もおっしゃいましたが当時介護なんてものはない、訪問サービスもない。ならば、自分がやると言って病院で出前始めました。そうすると、寝たきりが1人減り、2人減り、寝たきりがどんどん減って行って、最後に寝たきりが0になりました。これだ、というので提案されたのが『ねたきり老人ゼロ作戦』つまりゴールドプランと、こういう話なんです。このことを概念的にさっきの図でいうと、医療だけやっても駄目なんだと。必要なものを全部やらないと、やっぱり患者さんのためにならない。これが医療から見た、非常に分かりやすい話ですが、皆様には分かっていたかと思えます。

ところが、実はこのストーリーってというのは、必ずしも全てのケアニーズに応えきれてないということが分かります。それは何かということなんです。ここから「介護モデル」、「福祉モデル」と言われるものです。



何かということなんです。このチャートは要介護認定の認定数です。平成12年2000年に介護保険制度が創設され、今、大体600万人を超えています。帯グラフですが、上から要介護5、4、3、2、1、要支援2、1です。言いたいのは何かということ、圧倒的に要介護5、4が多いとか、圧倒的に要支援が多いんじゃないかと、一通り介護ニーズがばらけてますということ。それで、山口昇先生が念頭に置かれていたこと、あるいはきょう多くの先生がたが念頭に置かれているのは、医療と介護のニーズを併せ持つということ、どちらかという中重度の方が



念頭におかれています。しかしながら見ていただいたら分かるんですが、比較的軽い方、ある程度動ける方もおられます。この方々は、うまくしないと、重度化していくことになります。こういった方々に対してどうするのかという話が残るわけであり。そこで、そういった方々のニーズは何かということ、これも考えていただいたら分かるんですが、なんてことはない家の中の修理、あるいは部屋の模様替えみたいなことが、本当は普段からしたいんだけど、ちょっとおっくう、おっかなびっくり、こんなことになっているというわけです。こういうニーズにどう対応するのかとっていったときに、お金を出してプロフェッショナルサービスですか、という、昔は、核家族化する前、大家族、地域の助け合い、地域でやりましたねっていう話なんです。だからそれを地域力でやっていこうというのが福祉・介護サイドから見て地域包括ケアのアプローチなんです。

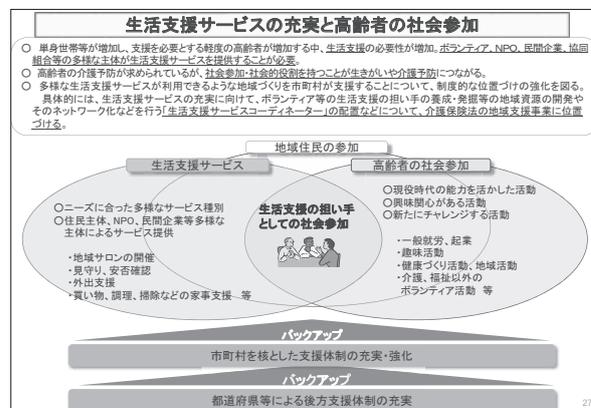
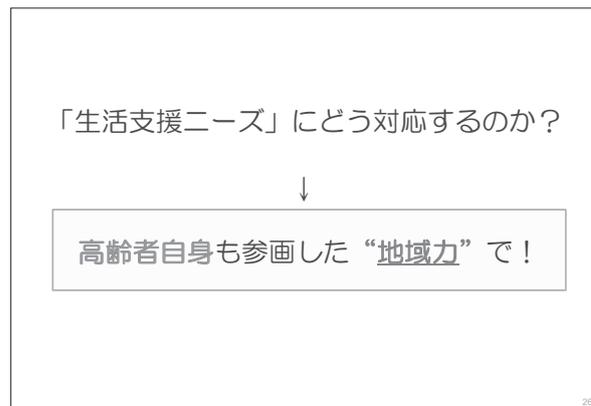
何枚か実際の風景を写真で見ていただけてますが、なんてことはない風景なのです。全国でうまくいっているといわれている介護予防の事業、モデル的な取組を、お邪魔をして見せていただいています。

例えば、これは大分の竹田市の事例ですけど、当たり前の話で、できる人ができることをみんなでやろうねっていうようなプログラム、これを市町村が音頭をとってやっています。風景は、こんな風景です。なんてことない、おじちゃん、おばちゃん、おじちゃん、おばあちゃんが、集まってくっちゃべってる、囲碁打ってるみたいな話です。なんてことは

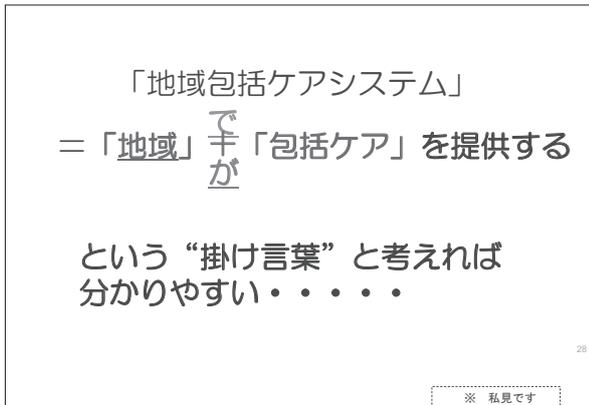
ない小学校の体育館で体操をやってる、おしゃべりしてる。おじいちゃん、おじちゃんが、引っ張り出されてなんてことない料理を作ってますという話です。きょう圧倒的に男性多いと思いますが、サラリーマンOBって本当に悲惨で、会社を引退されますとすることがないので、昼は高校野球、夜はプロ野球、ずっとテレビ見て引きこもり、みたいなことになっていきます。そうすると、どんどん自立度が落ちていくってということになるわけです。医師会の先生がたは地域との交流があるので、そういうことにはあんまりなりにくいと思いますが、本当に真面目で勤勉なサラリーマンのOBってというのは、私も含めてですけども、大変なことになります。それで、そういった人たちを引っ張り出すには、例えば料理を作ろうよ、というようなプログラムをやる。そうすると、地域との触れ合いが出来ていって、家から歩いて出るということになります。こういったことを市町村にやってほしいと、これが福祉サイドから見た地域包括ケアの重要な取組で、住民主体による介護予防の効果という話です。

今日は大阪でお話しているので、大東市のすごく有名なプログラムをご紹介します。何かって言うと、こういう地域住民を巻き込んだ住民主体の体操プログラム。さっき見ていただいたなんてことはない体操。なんてことはない体操を住民でやろうということをお大東市のPTさんが思いついてやり始めた。そういうことを取り組み始めたら、一気に要介護認定の割合が下がっていったということなんです。つまり、そういう住民主体のプログラムを実施することで、介護サービス医療サービス使わなくても自立度がある程度保てますということがエビデンスとしても出てきてるとということなんです。ですから、大東市のような例も含めて、全国でこういったことやってほしい。これが地域包括ケアシステム福祉サイド、介護サイドの話です。

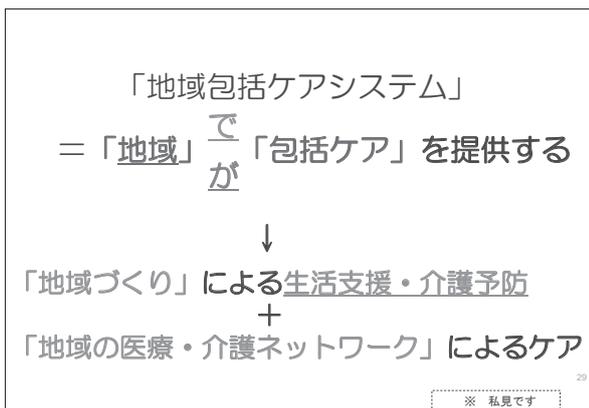
まとめると、こういう生活支援のニーズがある。高齢者自身にも参加してほしい。それはなぜかっていうと、さっき見ていただいたように、やっぱり引っ張り出されると、「自分も社会の役に立ってるんだ



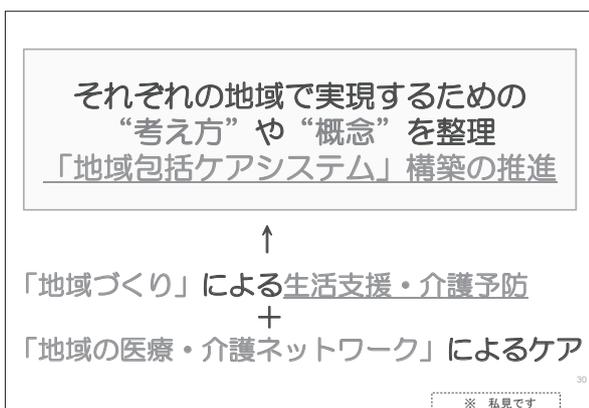
な」、みたいなところがあるわけで、そうするとその支えられるほうも助かるし、支える側も元気になるという、相乗効果があります、とこういう話なんでありませう。それを市町村がバックアップをして、これ国は書いてませんが、国も県もそれをさらにバックアップをしましょうと、こういうコンセプトです。これまで見ていただいたのをもう少し正確に書くと実は、医療だけじゃ駄目なんだってことなんですけど、医療などのプロフェッショナルサービスはどうしても地域づくりとか予防サイドにはなかなか広がっていきにくいところがあります。それを、地域住民主体で、市町村が意識してやってください、これがトータルで、地域包括ケアシステムになると、こういう話であります。これをいってみれば概念的に、これも私勝手に言ってるだけなんですけど、地域包括ケアシステムって一言で言うと、分かったような分かんないようなところがあるので、実は「地域」と「包括ケア」という二つの言葉を掛けた造語でありまして、その造語は実は「地域で」



という場所の意味と、「地域自身が」っていう、地域が主体のっていう、そういう意味が掛かってるんだねっていうふうに考えたほうが分かりやすいと、こういう話になります。



つまりさっき見ていただいたように、地域づくりによる、生活支援介護予防の部分と、プロフェッショナルサービスのネットワークの部分、この二つを掛けていて、この二つをやっぺいこうねと、こういう話であります。逆にいうと、こういうことがう



地域包括ケア研究会 報告書（平成22年3月）の要点

2025年に実現を目指すべき地域包括ケアシステムの姿

【サービス提供体制】

- 必要とされる多様なサービス(居場所の提供、権利擁護支援、生活支援、家事援助、身体介護、訪問診療・看護・リハビリテーションなど)を利用しながら、
- 住居の種別(施設、有料老人ホーム、高齢者住宅、自宅など)にかかわらず、おおむね30分以内(日常生活圏域)の住み慣れた地域で生活を継続することが可能

【役割分担】

- 医療や介護の専門職のほか、高齢者本人や住民によるボランティアといった自助や互助を担う者など、様々な人々が連携しつつ参画

まくいっている地域をいろいろ調べてみると、やっぱりそういうことだったんだねっていうことが分かって、考え方や概念を整理しようとなった。そして慶應大学の田中滋先生を中心に、こういった研究会を起こして、報告書を作っていただいて、地域包括ケアシステムっていうのはこういうことなんだねっていう概念を整理していただいた。

地域包括ケア研究会 報告書（平成22年3月）の要点

2025年に実現を目指すべき地域包括ケアシステムの姿

【サービス提供体制】

- 必要とされる多様なサービス(居場所の提供、権利擁護支援、生活支援、家事援助、身体介護、訪問診療・看護・リハビリテーションなど)を利用しながら、
- 住居の種別(施設、有料老人ホーム、高齢者住宅、自宅など)にかかわらず、おおむね30分以内(日常生活圏域)の住み慣れた地域で生活を継続することが可能

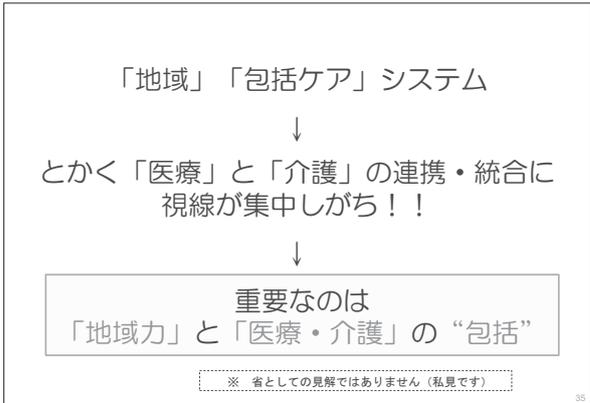
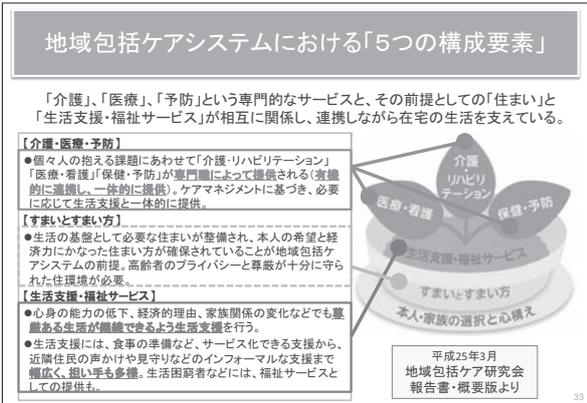
【役割分担】

- 医療や介護の専門職のほか、高齢者本人や住民によるボランティアといった自助や互助を担う者など、様々な人々が連携しつつ参画

地域で必要なサービスを提供  
 地域が必要なサービスを提供

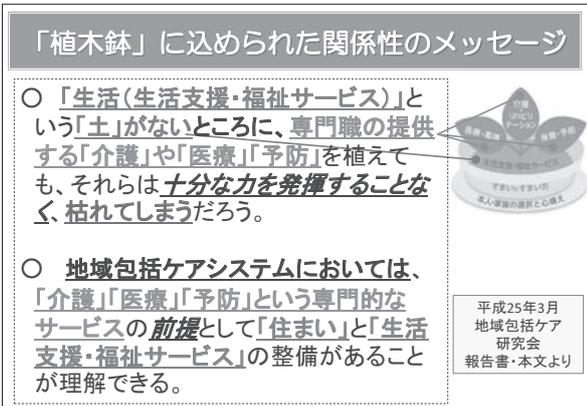
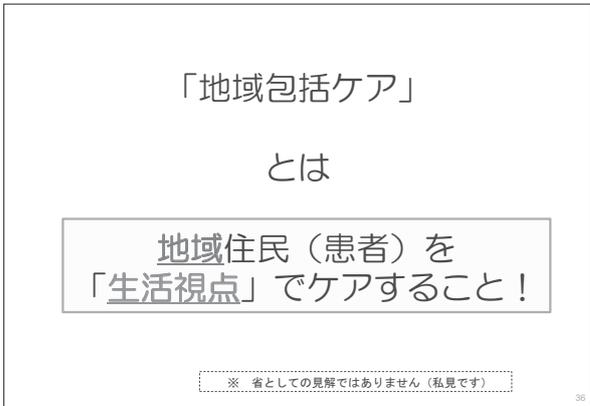
どんなサービスが必要か、それからどんな体制でやるのかっていうのは、さっき見ていただいたように地域で必要なサービスを提供するっていう部分と、地域自身が、自助、互助、こういったことが必要なんですよねっていう、その二つのパートできていると。こうして、いつもの“地域包括ケアシステムの構築について”先程の(22)絵ができましたっていう、こういう話なんです。

これでもかなりはしょってますが、これぐらいご説明をしないと、本当はこの絵がこういうふうなことを語ってるんですよっていうことにならないというふうに思います。さらに、最近、この植木鉢の



図っていうのを使うようになっていきます。ちなみに植木鉢の図って今まで見たことがあるって方はどれくらいおられますか？ありがとうございます。結構おられますね。実はこの植木鉢の図っていうのも、なぜ植木鉢に例えるのかっていうところはうまく伝わってなくて、葉っぱ、土、鉢がありますが、わざわざ植木鉢に例えている理由は、これ実は概要版ではこの絵と簡単な説明しかないんです。報告書本体を見ないと出てこないんです。きょうは抜粋してありますが、言いたいのは何かって言うと、実は「生活」という土がない所には葉っぱは育ちませんよねっていうことを伝えたかった。つまり、プロフェッショナルサービスはもちろん重要です、だけど「地域」のない所でいくらプロフェッショナルサービスを提供しても駄目なんだ。それを植木鉢に例えて伝えたかった。これが田中滋先生はじめ、有識者の願いであり、メッセージなんです。このことを強調するのは、きょうは医師会の先生方に対するお話なので、医療サイドから見て、どっち

かっていうとこのような地域サイドの話が抜けがちなので、こういうお話をしていますが、逆に、介護福祉サイドにお話しするときは逆のストーリーをお話するんですけども、そういう全体のバランスを取ってうまく提供することが地域包括ケアシステムの本質であり、結局は地域力と医療介護の包括であり、それからもっといえば、生活視点ということなんです。



生活視点をいかに、それぞれ医療、介護に持っていくのかっていうことが非常に重要なんです。ですからこの絵っていうのは、さっき見ていただいたようなこういうふうな構成になっていて、あえてこれちょっと模式的に書いているのですが、要はこれをちゃんとハーモニーとして、全体をしっかりと見て、トータルで提供していただきたいということをお願いしているのが地域包括ケアシステムであります。

ここまでご説明したことをストーリーとして書くこんなふうになってまして、日本型の高齢社会があって、大体こんなふうな話で地域で完結する、地

### 地域包括ケアシステム構築の背景

- 日本型高齢社会の到来と高齢者ケアニーズの変化
  - ⇒ 給付増 + 担い手減少 + 地域差
  - ⇒ “地域毎に” + “地域完結で” + “地域自身が”
- 地域包括ケアシステムの考え方
  - ⇒ 地域包括ケアシステム（「地域で」+「地域が」）
  - ・ 地域“で”必要とされるサービスを包括的に提供
  - ・ 必要とされるサービスを地域“が”包括的に提供

地域自身が、みたいな話があって、その地域包括ケアシステムっていうのを作っていこうねっていう、こういうストーリーということになります。

### 地域包括ケアシステム構築への課題

— 医療に“生活視点”を如何に導入するか —

↓

視野を広げる ⇒ 他施設・サービスとの連携  
(個々の“病院医療”だけでは完結しない)

課題の例

- ① 多職種連携の推進と人材育成  
(医療の視点と生活の視点)
- ② 生活ニーズ・生活環境への配慮  
(例) ・外来/入院時点からの退院支援  
・生活機能を意識した医療の提供

この地域包括ケアシステムの構築を推進するための課題でありますけれども、今お話をしましたとおり、特に医療については「生活」という視点をいかに入れていくのかが重要になってまいります。そうすると、例えば病院だけの話ではありませんねということになります。いろんな課題があります。が、これらの課題をまさに同時改定に向けて、医療と介護でレビューをして、それぞれの視点でしっかり対応をしていこうと、そういう議論になっていきます。ここまで地域包括ケアシステムのお話でした。

地域包括ケアシステムっていうのは今、見ていただきましたとおり、概念であって、考え方であって、具体的な地域での取組みは、あの絵をじっと見ても、分かりません。すなわち、“ご当地システム”としてそれぞれの地域で対応を考えてください、そ

### 地域包括ケアシステムと地域医療構想

「地域包括ケアシステム」= “概念”  
(考え方)

↓

各地域の医療・介護関係者に期待される  
**具体的な役割は見えてこない**

↓

どのような“ご当地システム”を創るのか  
地域で考えることが不可欠

それぞれの地域で、それぞれの地域の医療人の皆さんで考えてくださいと、こういう話になります。

それで、この絵を見ていただいて考えていただくと、いやいや迫井さんちょっと待ってくれという話なんです。何でかっていうと、この図では“ほこっ”と「医療」って簡単に書いてある。しかし、医療ってそんな単純なものではありません。ご案内のとおり、高度急性期から始まって、回復期もある、かかりつけ医の方もおられる、言ってみれば複雑系のシステムであります。

この図はかつて社会保障税一体改革のときの検討で使っていた図で、最近使わないんですが、私これ、説明しやすいので使わせていただいているんですけど、まさにこの右半分の概念的な地域包括ケアシステムってということだけでは、全体像として、医療についていうと、ご当地システムを作ってくださいといっても、そんな単純な話ではないということになります。

それを考えていただくためには、ポイントが二つありますということです。

※私見です

**ご当地システムでの医療・介護連携推進の進め方**  
(「ネットワーキング」)

**2つの局面に留意：圏域（エリア）と役割（機能）**

- ① 在宅医療を中心とした、**地域における医療・介護の地域完結型**在宅サービスとしての連携推進
- ② **急性期医療からの退院後（“川上”）**等と在宅医療・介護との**退院調整等による連携推進**  
(必ずしも**地域完結型**ではない)

それは、エリアの話と、機能、役割の話です。すなわち地域において、地域完結型をもちろん目指しますが、必ずしも医療はそういうふうにはいきませんということです。ですから、それぞれの地域に応じて考えていただくしかない。それともう一つは、そうなってくると、機能がどうなってるのか、それから川上、川下みたいな言い方はどうかとは思いますが、しかしながらやっぱり患者さんの流れがありますので、流れに応じてそれをしっかり切れ目のないようにつないでいく必要がありますということになります。

ですから、こういう概念的に地域完結というのは簡単ですし、それを目指すのはいいんですけども、やっぱり医療の専門家、医療の関係者にお願いをする以上は、こういった広い、広域連携も含めて考えていただく必要があります、これがまさに「地域医療構想」なんだ、ということです。ですから、地域包括ケアシステムっていうものを推進していくとすれば、地域医療構想とセットでやらないと意味を成し

ません、すなわち両輪なんですというのはいった趣旨であります。

### 3. 「地域医療構想」の考え方

地域医療構想の話ですけれども、理論的なお話しはこの後チャートを用意していますが、既にこの構想の、フレーム自体は1年半以上に示されているので、細かい技術的な話はきょうは割愛させていただいて、むしろ考え方、なぜ必要なのか、このことをお伝えしたいと思ってます。

**なぜ地域医療構想が必要なのか？ ①**

- 2025年とは団塊の世代が75才以上になる年
  - マクロでは医療・介護需要が増大
- 高齢者人口の増加には大きな地域差
  - 地域によっては高齢者人口の減少が既に開始
- 医療の機能に見合った資源の効果的かつ効率的な配置を促し、急性期から回復期、慢性期まで患者の状態に見合った病床で、より良質な医療サービスを受けられる体制の構築を目指すことが求められる

まず、なぜ地域医療構想が必要なのか。①これはさっきお話したことで、要するに日本型高齢社会の到来で、地域ごとにしっかりデザインしないと、ミスマッチになりますよねってことです。

1番お伝えしたいのは、ここから先の②なんですけど、先ほど人口構成の変化を見ていただいています。大きく分けると三つのフェーズになります。すなわち、今から当面高齢化は進みますので、高齢者のケアはさっき見たようにニーズは高まります。ですから、医療介護は成長産業ですよってこういわれます。ですが、やがてそれはフラットになり、そし

なぜ地域医療構想が必要なのか？ ②

● 地域ごとの選択(需要の変化への対応)

【資源投入(施設・設備への投資)の判断】

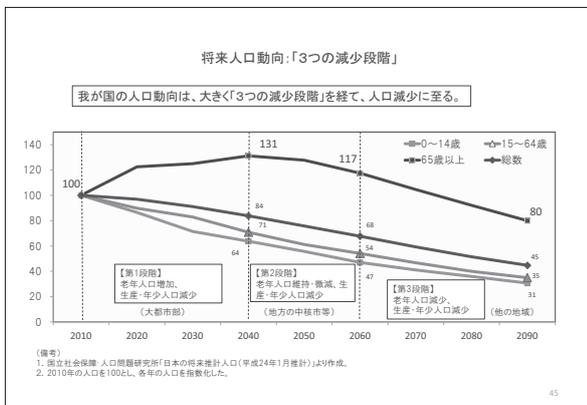
地域の医療需要の変化を見据えた**施設整備の在り方**を考える

→ 既存施設の耐用年数や減価償却も考慮

【法人運営の最適化と地域資源活用の最適化】

**法人運営最適化と地域(住民)資源活用最適化の両立**を目指す

→ 地域におけるアクセスも含めた総合的な視点が必要



て第3フェーズですが、高齢者自身もとうとう減っていく、これは人口構成の必然です。そうしますと、例えば病院、これは市町村の公立病院も含めてですが、病院っていうのは、大きいことはいいことだ、病床増やすことはいいことだ、地域に病院を建てることはいいことだ、大体そういうことが自明とされてきました。これは先生方というより地域住民が、イメージされているということなんです、考えていただきたいということは分かっていただけだと思うんですけど、病院を建てる、増床するっていうのは簡単な話ではありません。やはり30、40年かかって減価償却するものを、投資をして、回収して、運用していくということです。そうすると、相当長期のビジョンが必要です。今までは1番左側のような第1フェーズの拡大路線のイメージで、あまり考えなくても良かったかもしれませんが。しかし今からは、需要が大きく変わっていく、特に第3フェーズになっていったときに、大きな投資をしたのにも関わらず、回収や運営ができるのか、という話です。

ですから病床利用率は下がる、患者さんが減少していく、そういった中でどう考えていくんですかってことを考えますと、この②が私は最も重要だと思いますが、各法人ごと、各病院ごとで今まで考えてきました。しかし、地域ニーズっていうのは、ある程度見通しが立つようになりました。そうすると、地域のニーズの変化に呼応して、場合によっては撤退も含めて、最適化をするっていうことが求められていますということです。つまり、法人、施設最適と、地域最適を両立させてくださいという極めて難しいオペレーションをお願いせざるを得ない。これが現在の状況つまり時代認識であり、地域医療構想の最も重要なパートであります。ちなみに、医療介護で、こういった構造改革のお話をするのはすごく難しく、厳しく受け止められるのですが、他の産業は基本的にこういったことは今までやってきたんだというふうに思われています。つまり、急速な円高への対応もそう、それから労働人口や人件費の問題もそう、それから少子化することで、例えば教育分野もそうですが、それぞれ見通しを立てながら、苦しい苦しい、言ってみればリストラクチャリングをやってきましたということなんです。ですから、医療と介護もそういうことが求められているんですよっていう目で、他の産業の人たちは私たちを見ている。そういったこともぜひ私はお伝えしておきたいと思えますし、そういった、厳しい中で、地域医療構想をどう考えていくのかとこういう話なんだろうと思います。

なぜ地域医療構想が必要なのか？ ③

● データの共有と調整の必要性

【全国】

将来需要(予測)の把握による適切な政策立案

- ・総合確保指針などによる体制の整備
- ・医療人材の確保育成に係る関係制度の対応 など

【地域】 都道府県・2次医療圏

地域医療需給の将来推計(予測)の共有

- ・各医療機関(法人)が供給するサービス量の予測
- ・地域全体が供給するサービス量の予測

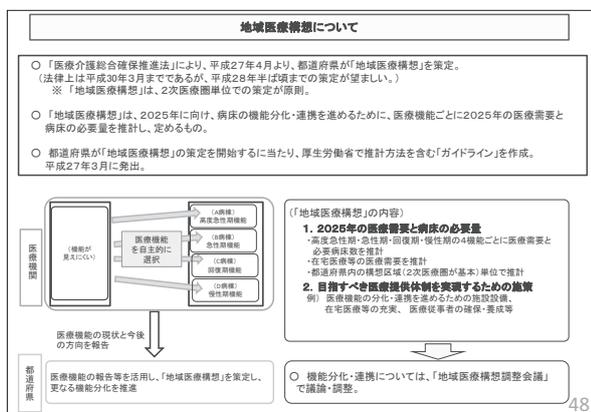
最適な地域医療資源配置の在り方の検討

- ・圏域(エリア)に係る役割分担(医療機能の調整を含む)

③は、こういったことが可能になった背景は何か

という、やはり圧倒的なエビデンス、データの共有であり、これはDPCをはじめ、さまざまな情報が共有できるようになったことです。これらの推計手法やデータの扱いについて議論があるのは分かります。ですが、特に人口推計は、言ってみればかなり予見可能な部分があります。そういったことをうまく活用して、やはりドクター中心に、議論していただきたいのです。医療の専門職ってというのは素晴らしいのと、いろんな方々から言われるのは何かっていうと、最初はあちらの病院はこうで、こちらの病院はこうですっていう話をする、最初は「え」って言って、ものすごく拒否反応を示されるんですが、次の日には、それをちゃんと分析して受け止めて、これは正しい、これは合っている、そして、分かった、じゃあこれをこういうふうに変えてやろうって一気に改善するというのを多くの方々から指摘をされます。医療の専門職の皆さんは、やっぱりエビデンス、サイエンスですから、データが共有できれば一気に物事が進むと、こういうことになります。そういったことが可能になったのは、このデータ共有、データの整備によるものだけということです。

ここから先は、もう大体、見ていただいている話でありますので、簡単にささっといいますが、じゃあどういうロジック、どういう政策なのかということ、ここに書いてありますけども、



医療機関を四つの機能に分けて、入院施設についていうと、将来像と、目指すべき方向性というのを都道府県ごとに、それから構想区域単位で考えてくださいと、こういうスキームです。これお手元の資

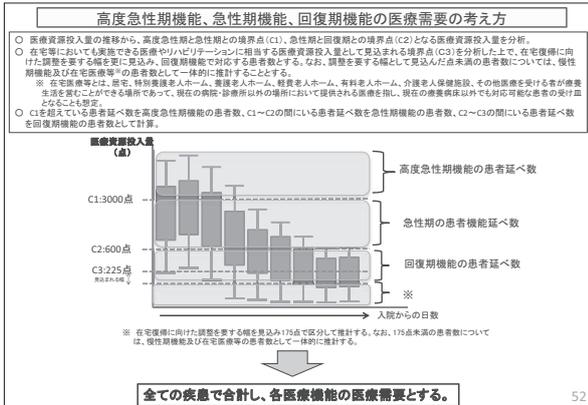
料では離れてますが、基本的にPDCAサイクルをイメージしています。ですから、地域医療構想は、医療計画の中に本来位置付けられているもので、医療計画を策定しながら、これをPDCAで回していくということなので、今、地域医療構想、今年度中に大体作っていただくことになってはいますが、作っておしまいでなくって、PDCAを回しながら、動かししていくということが基本ですということです。それぞれのパートで、重要な取り組みがあって、まず、必要病床数、これは理論の話なんですけども、どれぐらいの病床が地域で必要とされているのか、さっきのデータの話、このデータを使ってという、その考え方です。

**高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要の推計の考え方**

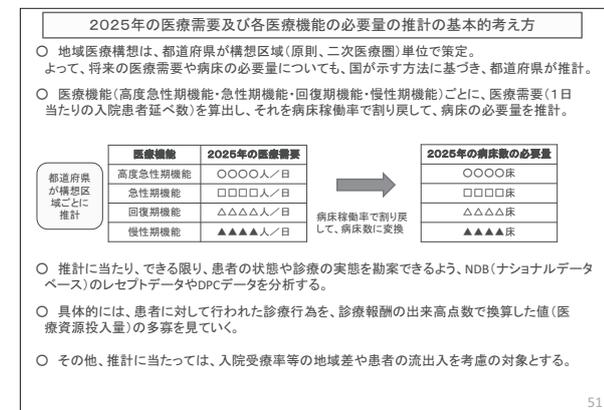
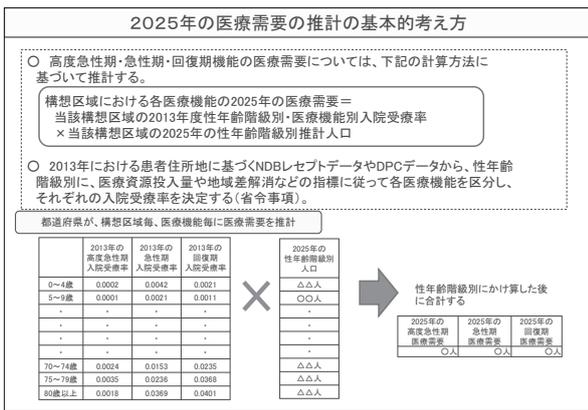
- ・高度急性期、急性期及び回復期については、  
- 構想区域における2025年の医療需要＝当該構想区域の2013年度性年齢階級別・医療機能別入院受療率×当該構想区域の2025年の性年齢階級別推計人口
- ・推計に当たり、できる限り、患者の状態や診療実態を勘案できるように、DPC病院の医療行為に関するDPCデータやNDBのレセプトデータを分析。
- ・具体的には、患者に対して行われた診療行為を、診療報酬の出来高点数で換算したものの（医療資源投入量）の多寡を観察。

49

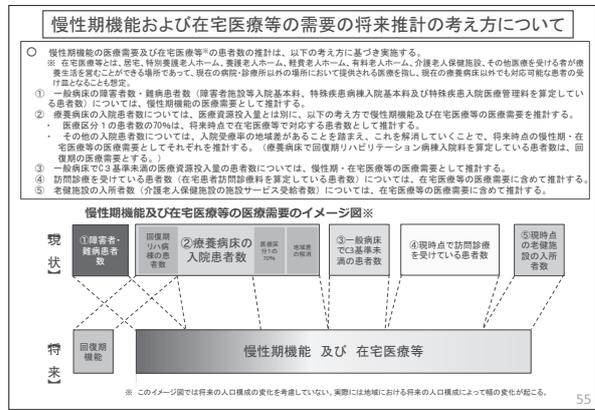
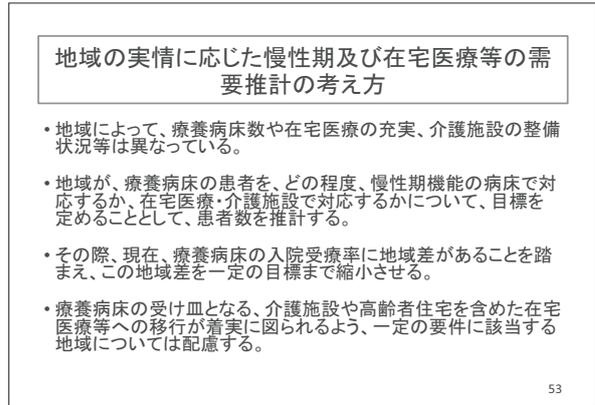
大きく4機能のうち、高度急性期、急性期、回復期は、言ってみれば出来高のレセプトをうまく活用することで、どんな病名、どんな疾患に対して、どんな治療、どんな薬、そういったことが分かるようになりました。従ってそれを、需要を計算することができるようになりましたと、簡単に言うとこのようなストーリーです。これも検討されたときにいろんな議論があった、ご指摘もあったのは私も分かっているつもりです。ですが、推計の細かな話よりも、そういうふうな入院患者さんの流れというものをおおよそ平均的に捉えると、これぐらいの医療資源の投入量が大体高度急性期、その次の急性期というふうな、あくまで数字を出すことに意味があるということで、個別の患者さんとか、個別の病院に当てはめてどうこうということではありません。地域の需要を導き出すための推計の方法として、今お話



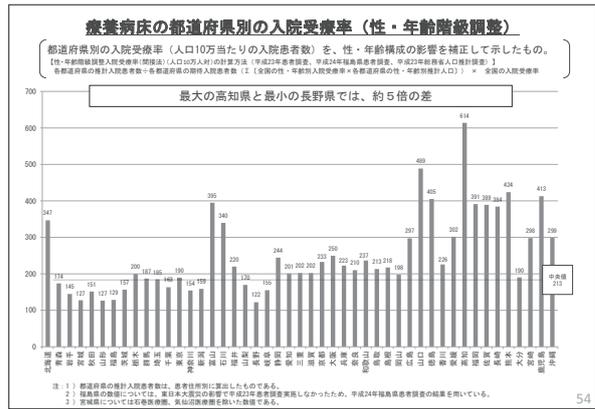
しましたとおり、それぞれのフェーズにある患者さんの数が、地域ごとに年齢階層別に出るわけですから、そうすると将来推計が出るので、将来の医療の需要としてはこれぐらいだねという数字がこれ単純計算で出ますよねということです。



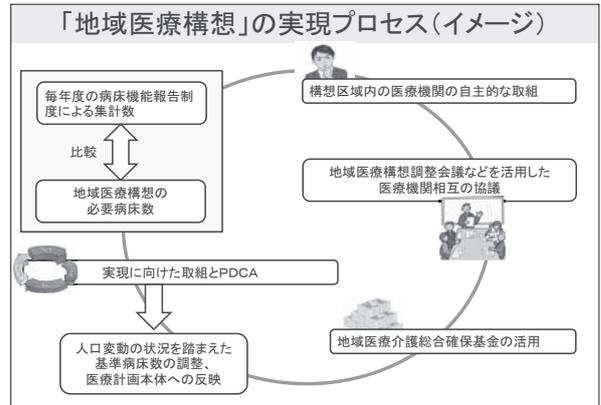
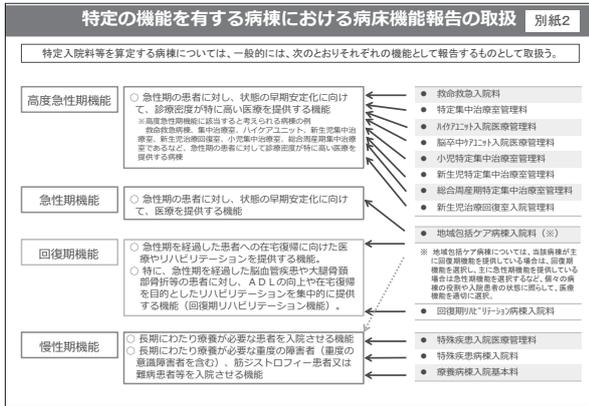
それを、病床に割り戻す、これもいろんなご指摘があるんですけども、一定の仮説で、病床利用率で割り戻せば、将来これぐらいの病床が相当する必要量ですよって数字が出ますと、こういう話



であります。ところが、慢性期についていうと、いわゆる包括報酬、丸めでございますので、病名に対してどういう診療行為かというのとは分かりません。ですので、ここの部分は大きくロジックが違います。これはまだまだいろいろ議論する余地がもちろんあるんですが、どういうことかっていうと、慢性期と言われていますが、療養病床、それから障害者医療の病床、それからそもそも病院以外の患者さん・利用者さん含めて、トータルで病床の性質を考えていくときに、地域ごとにこれらの病床の利用率が違うわ







位置付けで整理ができますという、そういう話であって、報酬をどう取るかみたいな話とはまた別の話なんですと、こういうことであります。

実際に数字を集計してみますとこんな感じですよということで、高度急性期、急性期、回復期、これはかつて、このワイングラス型と乳酸菌飲料型と、そういうふうなことを言っていました、しかしこれはあくまでイメージでありますので、今後はしっかりと定量的にこういったことを議論できるようになりましたと、こういうお話であります。こういったことをやっていながら、PDCAを回して行って、比較をすると、これがいろいろご指摘もあったのですが、言ってみれば病床削減ありきじゃないか、といったご指摘の契機になった図、これは内閣官房が作成したチャートなんでも、マクロで見ると、こういうことですよというこの図を簡単にご説明をしておきます。一番左側は医療施設調査で届け出の数字で、実際に報告いただいた数字がその隣です。ここにちょっとギャップがあるのは、実際に運用されていない休眠病床があるからこうなっているということです。さっき見ていただいたとおり、少しギャップがあって、将来像からすると、急性期はもう少し、需要としては減っていくということですよ

### 病床機能報告における病棟の情報の収集について

○病床機能報告における病棟の情報の収集について

- 平成28年度から、電子レセプトに病棟の情報(病棟コード)を記録。
- 医療の内容(手術件数等)に関する項目が病棟ごとに把握することが可能となった。

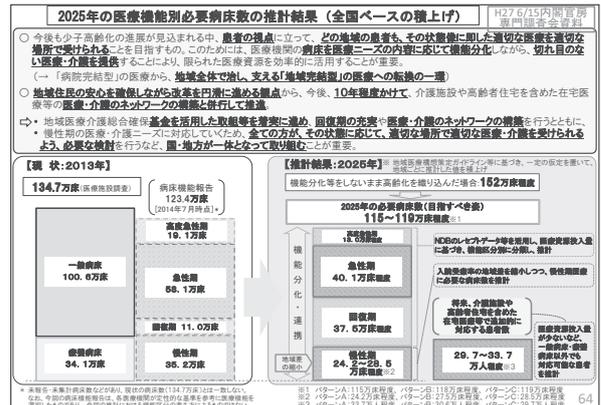
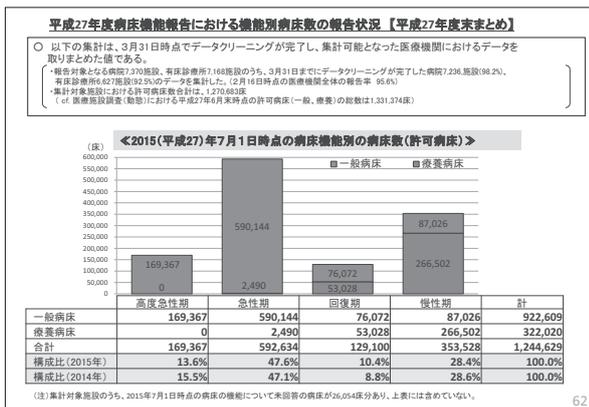
※ これらのデータを活用した分析等は、データの精査を行った上で、今後随時実施

○病床機能と病棟の情報(病棟コード)の対応表について(対応表イメージ)

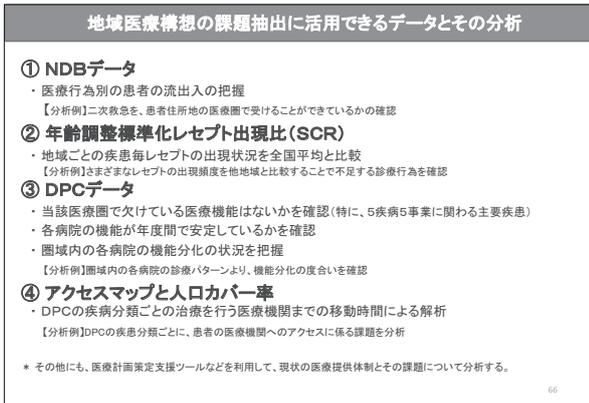
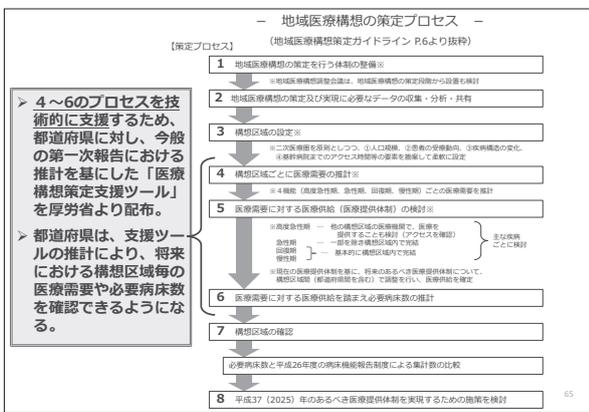
No.	病棟名	算定する機能	病棟コード
1	3階療養病棟	慢性期療養病棟01	190640001
2	3階西回復期ハイケア病棟	回復期療養病棟01	190630001
3	4階東地域包括ケア病棟	回復期療養病棟02	190630002
4	4階西病棟	急性期療養病棟01	190620001
5	5階東病棟	急性期療養病棟02	190620002
7	5階ICU病棟	高度急性期療養01	190610001

各医療機関が有する病棟名を記録  
6月診療・7月請求分の電子レセプトに記録した病棟コードを活用

データについていうと、病棟コードの整理もできるようになりましたので、主観的にどういうふうな機能を担っていきたいというお話と、実際にさっき見ていただいたさまざまなデータと突き合わせて今後、議論していくということが可能になってきますと、こういうご紹介です。

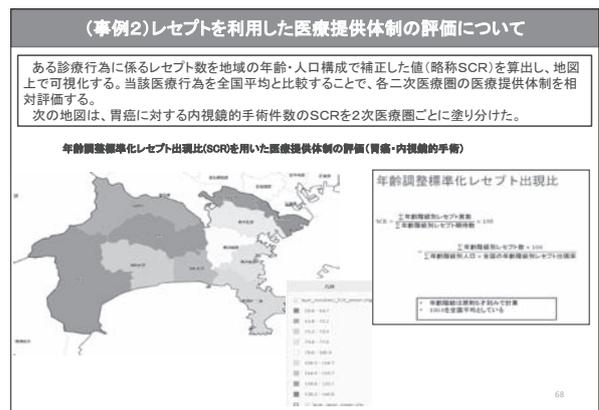
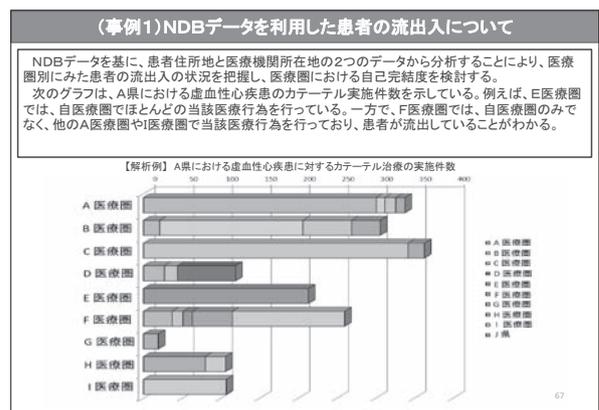


ね。逆に回復期っていうのはこんなふうに需要がさらに高まりますよね。これはマクロの集計で都道府県単位でもこういうチャートはあります。それでさっき見ていた慢性期についていうと、受け皿が整っていないのに、これを無理やりこうするんですという話ではなくって、将来の需要がこうなるということをお示しをして共有して、どうしますかっていうことを考えましょうね、PDCAで回しましょうっていうスキームであります。こういったことを行政もそうですし、医師会の先生方もお話をさせていただいたので、各地域ではかなり落ち着いた議論が進みつつあると理解をしておりますけれども、あくまで結論ありきではなく、結論、つまり病床数は後からついてくる話であって、それを将来需要と見比べながら、どうしていくんですかっていうことを考えていきましょう。これがさっきお話をした、リアリティーのある、地域の医療のデザインからすると、こんなふうなイメージですかねと、こういう話になります。

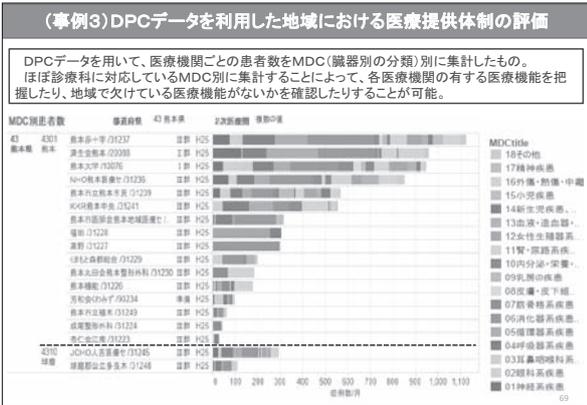


ここまでがエビデンスに基づき、実際に提供して

いただいて、ご議論いただくということですが、むしろ重要なのは、どういう協議をしていくのかと、こういうお話になります。残り時間がだいぶなくなってきてるんですが、これはもう既に、オープンになっていて、ガイドライン等でもお示しをしています。実際にご提供しているエビデンス、データにどんなものがあるのかってことですが、各都道府県に提供しているのはものすごくボリュームがありますし、もっと細かいと思います。典型的なものを触りて四つご紹介しているだけなんですけど、例えばナショナルデータベースを活用すると、こんなふうに医療圏ごとで完結しているかしてないかみたいなことがビジュアルに分かります。



これは高知の例ですけども、レセプトを使いますと、さまざまな診療行為がどれぐらいの頻度でということが分かります。そうすると、人口構成、例えば今、言ってみれば年齢構成補正する、平均余命みたいな概念とおなじように、年齢構成を補正したときにどれぐらいの頻度で出てくるのかって比べ



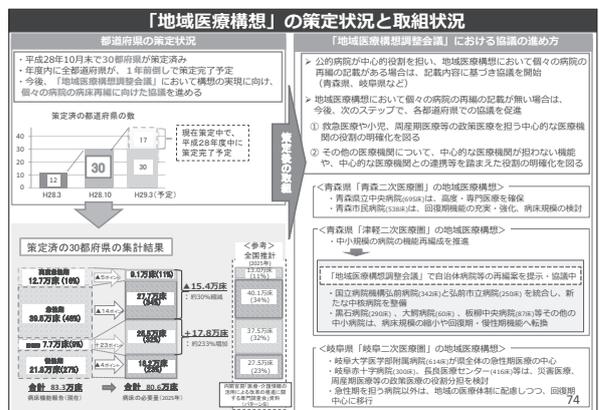
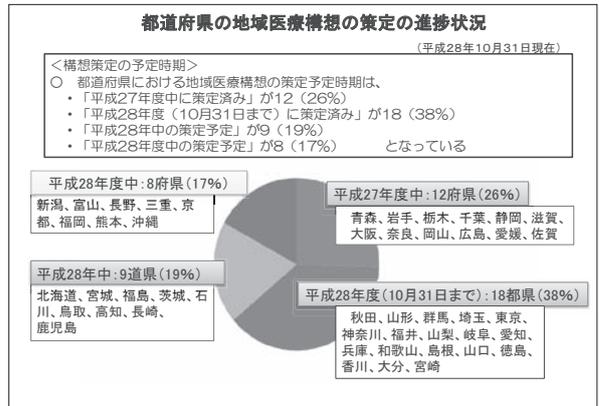
ますと、高齢化とか人口構成の違いを差し引いたとしても、例えば特定の診療行為がやたら多いとか、やたら少ないとか、そういったことが分かりますので、そういった現状を踏まえて、どういう体制を組んでいくべきなのかという議論ができますよね。これは有名な熊本市の例ですけども、病院ごとにどんな診療をやっておられるのかというの、これDPCのMDC分野別つまり診療科別の集計なのでですけども、現在どんな機能を担っているというのが一目で分かります。それを将来どうしていくのかということ、病院単位のエビデンスで検討する。それから、地域の救急、あるいは周産期もそうですけど、この例はくも膜下出血、それから動脈瘤破裂の医療へのアクセスですけども、これ千葉県の場合、30分以内に、やはりアクセスできることが望ましいというふうに考えるとすると、30分でアクセスできないよねって地域がビジュアルに分かります。これを地域医療としてどういうふうにデザインしていくのかということが論点であり、地域的な実情



を踏まえた形で議論をして頂くことになります。



これは近畿の例ですけども、関東もそうですし、他の地域もそうですけれども、隣接県との関係が非常に重要になってきますので、そういったことをさらに広げて、議論ができます。そんなふうな話でございます。



もう終了予定の時間になってしまっていますが、2、3分ほどいただきたいと思ひます。直近の状況どうなってますかというのを2、3枚お示しして

います。これは10月末の時点で、30都道府県が既に策定をしていますというものです。病床の内訳を見ますとこんな感じなんですけども、この左下にあるのは、さっきの4機能別に見ますとこんな感じです。この30都道府県、そして先ほどの47都道府県とマクロで見たときとそんなに差はなく、ほとんど同じになってますので、全国的に進行している所というのはそんなに偏りがあるようなデータではありませんよということです。この後都道府県の実例を出しています。

**青森県の地域医療構想の概要と津軽地域の記載について**

- 県全体では、約3,500床(平成26年病床機能報告集計数の約20%)が過剰となる一方で、回復期機能約2,800床(現在の約200%相当)が不足すると推計。
- 「地域で不足する医療機能」、「医療機能等の区域完結率及び医療需要」、「患者の受療動向」等について分析の上、地域医療構想を実現するための施策として、「自治体病院等の機能再編成の推進」と「介護施設等も含めた在宅医療の提供体制の整備」等を記載。

**構想区域の設定(6構想区域)**

**津軽地域の例**

津軽地域における2025年の必要病床数と在宅医療等の必要量

- 津軽地域では、合計で約1,200床が過剰となる一方で、回復期機能が約800床不足すると推計。

区分	平成28(2014)年における 機能別病床数(病床機能報告)	平成27(2025)年における 必要病床数
高度急性期	829床	318床
急性期	2,310床	1,110床
回復期	434床	1,244床
慢性期	530床	467床
病床計	4,391床	3,139床
在宅医療等の必要量	—	3,461人/日

**津軽地域の地域医療構想達成に向けたポイント(津軽地域の記載の抜粋)**

- 200~300床の中小規模の病院(国立病院機構弘前病院(242床)、弘前市立病院(250床)、黒石市国保黒石病院(280床))が併存しており、また、一部自治体病院の病床利用率の低率など、再編・ネットワーク化の検討が必要。
- 自治体病院等の機能分化・連携の方向性として、中核病院として、高度医療、専門医療、救急医療等を行う医療機関を整備し、その他の自治体病院の病床規模の縮小、回復期・慢性期への機能分化等を図るとともに、民間医療機関との役割分担と連携の明確化を行う。

較というのはある程度は必要かもしれませんが、あくまで、それぞれの地域でどう進めていただくのかっていうことに私は力点を置きたいと思っています。それで、最後のスライドに近づいていますが、今PDCAを見ていただいたようなことでうまく回っていくことを願っているわけですが、一応制度上はそれでうまくいかなかったときに行政の役割というのを定めていて、都道府県知事が最終的な調整の責務を担うというふうな立て付けになっているということでございます。

**地域医療構想の実現プロセス**

- まず、医療機関が「地域医療構想調整会議」で協議を行い、機能分化・連携を進める。都道府県は、地域医療介護総合確保基金を活用。
- 自主的な取組や協議だけでは、機能分化・連携が進まない場合には、医療法に定められた都道府県知事の役割を適切に発揮。

**STEP1 医療機関による自主的な取組と「地域医療構想調整会議」での協議**

- 病床機能報告制度等による現状と、地域医療構想の将来の必要病床数を比較し、どの機能の病床が不足しているかを検討。
- それを基に、医療機関が自主的に病床の機能転換。新たに、地域ごとの「地域医療構想調整会議」において、医療機関相互の協議を行い、機能分化・連携について議論・調整。

**STEP2 「地域医療介護総合確保基金」により支援**

都道府県は、「地域医療介護総合確保基金」を活用して、医療機関の機能分化・連携を支援。

- 病床機能の転換等に伴う施設整備・設備整備の補助等を実施。

**STEP3 都道府県知事による適切な役割の発揮**

都道府県知事は、医療法上の役割を適切に発揮し、機能分化・連携を推進。

**【医療法に定められている都道府県の権限】**

- 地域で既に過剰になっている医療機能に転換しようとする医療機関に対して、転換の中止の要請・勧告(民間医療機関)及び命令(公的医療機関)
- 医療機関に対して、不足している医療機能を担うよう、要請・勧告(民間医療機関)及び指示(公的医療機関)
- 新規開設の医療機関に対して、地域医療構想の達成に資する条件を付けて許可
- 稼働していない病床の削減を要請・勧告(民間医療機関)及び命令(公的医療機関)

※ ①～④の実例には、最速府県の医療審議会の意見を聞く等の手続きを終る必要がある。  
※ 勧告、命令、指示に従わない医療機関には、医療機関名の公表や地域医療支援病院の取組の取組等を行うことができる。

**岐阜県の地域医療構想の概要と構想区域の記載について**

- 県全体では、約3,300床(平成26年病床機能報告集計数の約18%)が過剰となる一方で、回復期機能が約3,600床(現在の約420%相当)不足すると推計。
- 圏域ごとに具体的な医療機関名を挙げて、担うべき機能を明示しつつ、地域医療構想調整会議で議論する内容を整理している。

**構想区域の設定(5構想区域)**

**岐阜地域の例**

岐阜地域における2025年の必要病床数と在宅医療等の必要量

- 岐阜地域では、約1,300床が過剰となる一方で、回復期機能が約1,800床不足すると推計。

区分	平成28(2014)年における 機能別病床数(病床機能報告)	平成27(2025)年における 必要病床数
高度急性期	1,778床	896床
急性期	3,492床	2,757床
回復期	638床	2,201床
慢性期	1,839床	1,247床
病床計	8,358床	7,074床
在宅医療等の必要量	—	10,155人/日

**岐阜地域の地域医療構想達成に向けたポイント(岐阜地域の記載の抜粋)**

- 将来の医療提供体制の見直しに当たっては、「適正な役割分担」、「病床規模の適性化」、「経営基盤の効率化」の3つの視点から取り組む。
- 岐阜大学医学部附属病院(614床)が県全体の急性期医療の中心を担い、岐阜赤十字病院(300床)、長良医療センター(415床)等は、災害医療、周産期医療の政策医療の役割分担を検討。
- 急性期を担う医療機関以外は、救急医療体制の確保に配慮した上で、回復期へ移行。
- 療養病床を有する医療機関については、病床稼働率や患者像を調査した上で、地域医療構想調整会議に分科会を設け、あり方について検討。

こういったことを、これは最近では、8月の末に行いました、地域医療構想を具体的にどういふふうで協議の場で議論してくのかっていうことを資料でお示しをしております、医療機関の役割分担、これを既存の医療機関と、今後、新たに出てくる医療機関、新規に参入する医療機関、既存の医療機関も大きく分けますと、公的な医療機関、比較的大きな規模の医療機関と、それ以外の医療機関とで、これらは当然地域ごとに違うわけなんですけども、位置付けを確認しながら、議論を進めていただけたらどうかというようなことをまとめているということでございます。

青森、それから岐阜、これは、具体的な医療機関の再編について言及されているということなので、少し、フェーズといいますか、より先行して具体化された政策提案をされているので、そういう意味でお示しをしています。なお、マスコミの方とか、別の立場の方は全国47比べたりそれぞれ平均がどうだっという話にはなるんですけど、あくまで当地システムの話なので、それぞれの地域でどう考えるのかということが基本だと思いますので、他県との比

**調整会議の役割を踏まえた議論する内容及び進め方の整理**

地域医療構想策定ガイドラインを踏まえ、調整会議の役割に応じて議論する内容及び進め方について、次のように整理することとはどうか。

**① 医療機能の役割分担**

1 構想区域における将来の医療提供体制を構築していくための方向性の共有  
 <公的医療機関等の役割の明確化>

(1) 将来の医療提供体制を構築していくための方向性を共有するため、まずは、病床規模が比較的大きい200床以上の病院であって、地域における救急医療や災害医療等を担う医療機関が、どのような役割を担うか明確にすることが必要。  
 その際、次の内容を踏まえ、調整会議の場で優先的に検討を進めることとはどうか。  
 ① 新公立病院改革ガイドラインに基づく公立病院改革  
 ② 公的医療機関等(※1)が担う医療機能  
 ③ 国立病院機構が策定する計画  
 ④ 地域医療支援病院及び特定機能病院が担う医療機能 など

また、必要に応じて、医療法第30条の16に規定される権限の行使も視野に入れ、各医療機関の役割の明確化を議論することとはどうか。

※1: 公的医療機関等 医療法第31条に定める公的医療機関(都道府県、市町村その他厚生労働大臣の定める者(地方独立行政法人、日本赤十字社、社会福祉法人財団法人等)、厚生労働省出資割合を50%以上の開設する医療機関)及び医療法第7条の2第1項と号から8号に掲げる者(共済組合、健康保険組合、地域医療機能推進機構等)が開設する医療機関

79

**調整会議の役割を踏まえた議論する内容及び進め方の整理**

**① 医療機能の役割分担**

1 構想区域における将来の医療提供体制を構築していくための方向性の共有  
 <上記以外の医療機関の役割の明確化>

(2) 上記の検討を行い方向性を共有した上で、比較的病床規模の小さい医療機関等については、これらの医療機関との連携や、これらの医療機関が担わない医療機能(例えば、重症心身障害児に対する医療等)や、地域が多様な医療ニーズを踏まえ、それぞれの役割を明確化することとはどうか。

<将来に病床機能の転換を予定している医療機関>

(3) 病床機能報告においては、6年後の病床機能も報告されていることから、将来に病床機能の転換を予定している医療機関についても、その転換の内容が地域医療構想の方向性と整合性のあるものとなっているか確認することが必要。

(4) このほか、地域の住民が望む医療へのかかり方等を聴取し、ニーズを把握することも必要。

(5) 上記の検討結果を踏まえて、構想区域ごとの将来の医療提供体制を構築していくための方向性を定め、関係者間で共有する。

80

**調整会議の役割を踏まえた議論する内容及び進め方の整理**

**① 医療機能の役割分担**

2 新規に地域医療に参入してくる医療機関や、増床を行い規模の拡大を行う医療機関等への対応

(1) 今後、高齢化が急速に進み、医療需要の増加が大きく見込まれる地域においては、増床等の整備の必要が生じる。この場合においても、共有した方向性を踏まえ、将来の医療提供体制を構築するために、医療法第7条第5項の行使も視野に入れ、今後必要となる医療機能を担うことを要請していく必要がある。

(2) また、新規に参入してくる医療機関に対しては、病院の開設の許可を待たず、調整会議への出席を求め、方向性を踏まえ、地域に必要な医療機能等について、理解を深めてもらうよう努める必要がある。

(3) この他、病床機能を転換する計画等が明らかとなった医療機関については、その方向性が地域医療構想と整合性のあるものとなっているか、適宜、検討する必要がある。

3 方向性を共有した上での病床機能分化・連携の推進

(1) 共有した方向性を踏まえ、各医療機関は将来の担うべき医療機能に向けた病床機能等の転換や、既存の機能の充足を図る。

(2) 進捗状況については、毎年の病床機能報告の結果を、構想区域の関係者間で共有し、方向性と明らかに異なる機能の転換等を行う医療機関については、医療法第30条の15の行使も視野に入れた対応の検討を行う。

81

**調整会議の役割を踏まえた議論する内容及び進め方の整理**

**② 病床機能分化・連携に向けた方策の検討**

1 将来の医療提供体制を実現するために必要な事項の検討  
 共有した方向性を踏まえ、地域における病床機能の分化・連携を図るにあたり、各医療機関がどの病床機能に今後機能転換するかを明確にするとともに、次のような事項についても検討する。  
 (明確化すべき事項の例)  
 ・ 不足又は充足すべき医療機能について、将来の医療需要の動向を見据え、整備すべきストラクチャー、マンパワー等の見込み  
 ・ より質の高い医療を提供するため、地域連携パス等にかかわる関係者間の役割など

2 実現するための方策の検討

(1) 各医療機関の有する医療資源を基に、対応が必要な事項について、ストラクチャーの共同利用や、連携によるマンパワーを補う方法等を検討  
 (検討内容の例)  
 ・ 回復期機能を担う医療機関における、PT・OT等の職種の確保  
 ・ 医療機能を転換する場合の看護職員等の計画的な雇用など

(2) 既存の医療資源だけでは対応できない事項については、財政的支援の必要性等を検討し、地域医療介護総合確保基金の都道府県計画への反映について検討

82

**【本日お伝えしたいこと】** ※私見です

I. 地域医療構想の背景

■ 地域によって“スピード”と“程度”が異なる高齢化への対応  
 ・ 地域の実情に応じた体制づくりが不可欠(社会保障制度改革国民会議)  
 ⇒ ① “地域”包括ケアシステム + ② “地域”医療構想 の両輪

■ 「地域包括ケアシステム」=医療・介護の体制整備と地域づくりの連携  
 ・ 必要なサービスを「地域」が主体的に、「地域」での提供体制を確保  
 ・ 医療の体制整備=地域に応じたエリア設定と中長期・戦略的な機能整備  
 ⇒ 「地域医療構想」の策定と実現が不可欠

II. 地域医療構想の策定と実現

■ 地域ごとの医療需要予測と想定される医療機能(現状と将来)の比較  
 ・ データに基づく推計と各病院の提供機能(主観+客観)の現状と将来像  
 ・ 医療需要予測を踏まえた地域医療の“あるべき姿”の共有

■ 地域医療の“あるべき姿”への体制転換に向けた対応(施策)の策定  
 ・ 既存インフラ(施設+人材)の活用を基本に必要な体制構築を模索  
 ・ 総合確保基金活用も含めた地域医療人の合意形成が基本  
 ・ 地域医療関係者との連携と将来展望に基づく行政の役割が重要

83

これ最後の資料、きょうお話したかったことのまとめなんです、大きく二つのブロックできょうお話をしました。地域医療構想の背景の部分、地域包括ケアシステムとの関係については、ぜひ全体像としてご理解いただけると、私としては今後の施策の展開についてもご理解いただきやすいと思いますし、やっぱりトータルで、日本の社会が直面する高齢化の問題に医療介護、特に医療はどう対応しようとしているのかということを知っていただけたらいいと思います。それから地域医療構想はそういう背景の中で今お話をしましたような位置付けで展開をされています。特にあるべき姿を共有するっていうことが大前提であり、最も重要な理念です。既存インフラをうまく活用する、活用って言葉がいいかっていうのはあるんですけども、既存インフラを中心に展開をしていき、それを地域医療人の合意形成により実現を目指すということです。それから赤字で書いていますが、行政の役割は非常に重要であります。それは都道府県の皆さんもそうですし、市町村の方々も含めて、しっかりそこは取り組んでいただきたいなということでございます。

非常に短い、3倍速、4倍速でちょっと分かりにくかったかもしれませんが、全体像の理解に力点を置いてお話をしました。ご参考になれば幸いです。ご清聴ありがとうございました。

(中尾座長)

迫井先生、どうもありがとうございました。地域包括ケアシステム、地域医療構想、それから病床機能報告制度等、恐らく2時間以上かかる講演内容を40分でお話ししていただきました。

まず、少子高齢化を迎えるにあたって、どのように地域包括ケアシステムを構築し、地域医療構想を実現していくのかということのお話をいただきました。

迫井先生の話、私は何回も聞いたことがあります。迫井先生は、なぜ地域医療構想が必要なのか、分かりにくい地域包括ケアシステムをあなたは説明できるようになりますというような感じでいつも話をお聞きしますが、なかなか先生がたも多分地元に戻られると、地域包括ケアシステムをきちんと説明できるか、あるいはなぜ地域医療構想が必要なのかというのを他の人に説明できるだろうかという部分があると思います。きょうのお話を、もう一度資料を確認されながら、地元で皆さんがたが発信していただければ、2025年に向けて将来のあるべき姿を、われわれと一緒にやっていけると思いますので、よろしくお願ひしたいと思います。

では迫井先生にもう一度拍手をよろしくお願ひしたいと思います。これで、特別講演Ⅱを終了させていただきます。



## 「日本医師会勤務医委員会報告」

日本医師会勤務医委員会委員長 泉 良 平





## 「日本医師会勤務医委員会報告」

日本医師会勤務医委員会委員長 泉 良 平

### 平成28年度 全国医師会勤務医部会連絡協議会 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  
富山県医師会副会長  
2016年11月26日 大阪市

ご紹介いただきました、日本医師会勤務医委員会委員長の、富山県医師会副会長であります泉です。本日の報告につきましては、お手元の資料にもございますように、今年の4月22日に日本医師会横倉会長に手交いたしました諮問の内容の報告と、これまでの勤務医委員会の活動の報告をもって、その任を全うしたいと思っております。

#### 平成26・27年度 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分野教授	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長	宮崎県医師会常任理事
清水信雄	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
下村高一	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	新潟県立新発田病院病院長	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
藤巻わかえ	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

これが平成26年、平成27年度の、日本医師会の勤務医委員会の名簿です。赤字で書いてあるのは女性、お二人が入っていらっしゃいます。こういう形で、約2年間にわたって、勤務医委員会で審議をしてまいりました。

#### 平成26・27年度 日本医師会 勤務医委員会 答申 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—

- I. 勤務医委員会活動について
- II. 提言
  1. 短期的な取り組み
    - 1) 勤務医の意見集約のためのフレームワーク構築とブロックの体制作り
    - 2) 勤務医委員会の構成
    - 3) 都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会のあり方
    - 4) 日本医療機能評価機構への申し入れ
    - 5) 研修医に対する勤務医委員会の取り組みの強化
    - 6) 日医ニュースを用いた広報活動の活性化
  2. 中期的な取り組み
    - 1) ブロック代表者会議の創設
    - 2) 日本医師会の他の委員会の活動内容の検証と協力関係の強化
  3. 長期的な取り組み
    - 1) 医師会役員に占める勤務医比率の向上
    - 2) 医師会の三層構造
4. 医師会での勤務医活動活性化における勤務医委員会の役割

今回のこの答申につきまして、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の担う役割ということで、諮問をいただきました。これは勤務医が主体的に医師会に加わって活動するためにはどういうふうにするか、いいのかと、そういうことについてのものであると思います。各地の医師会にこの答申をお送りしていますので、ぜひご一読いただければと思います。と、いいますのは、きょうご説明する部分とは別に、その背景について、その答申の中に資料として含まれておりますのでぜひご一読いただければと思います。内容を少しご説明させていただきます。

#### 平成26・27年度 日本医師会 勤務医委員会 答申 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—

地域の医師会がいかに組織づくりをしていくかという視点が重要 日本医師会の担う役割を明確に具体化する必要  
勤務医の意見を医師会会務に反映させるため、各都道府県医師会で勤務医の意見を集約し、それを各ブロック医師会、日本医師会に上げる仕組み(フレームワーク)を作る  
答申の作成だけでなく、行動する委員会になる  
医療事故調査制度、病床機能報告制度、地域医療構想、(新専門医制度)等の医療を巡る諸問題に、勤務医は傍観せず、目を向けて意見を述べるのが大切  
その際に医師会の存在が大きな支えになる  
日本医師会の担う役割について、その具体的な取り組みを短期的、中期的、長期的に項立てし提言

地域の医師会がいかに組織作りをしていくかという視点が重要でございます。日本医師会の担う役割を明確にするという意味で、勤務医が主体的にどういうふうに参加できるか、ある意味では勤務医の意見が、医師会の会務にどのように反映されるか、それがなされるならば、勤務医はこれからどんどん、医師会に加わっていくのではないかとということで、その意見を作り上げていく、日本医師会へ届けていくというフレームワークを作ることを、この答申の中では考えてみました。そしてこの委員会は、いつも委員が集まって議論するだけではなくて、実際に行動する委員会になっていかなきゃいけないということで、考えているところでございます。特に今、問題になって、きょうも、午後からシンポジウム組まれておりますけれども、医療事故調査制度であるとか、専門医制度について、勤務医は傍観しないで、しっかり目を向けて意見を述べる。決まったことに対して、不満、不服を言うだけではなくて、積極的に建設的な意見を出していくということが必要であるというふうに私は思っています。そういった意味で、この日本医師会の担う役割について、短期的、中期的、長期的に項建てをして、提言をいたしました。

平成26・27年度 日本医師会 勤務医委員会 答申

I 勤務医委員会活動について

勤務医委員会審議は  
「全国医師会勤務医部会連絡協議会」・「都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会」と連動  
平成27年度全国医師会勤務医部会連絡協議会  
「勤務医委員会報告」で、フレームワークに対する理解と協力を呼び掛けた  
平成27年度都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会では、ブロック医師会推薦委員8名による各ブロック医師会・都道府県医師会の医師会活動を現状報告  
日医ニュース「勤務医のページ」の企画・立案、  
全国医師会勤務医部会連絡協議会への意見具申  
「勤務医のページ」メイン記事は、情報発信の強化等を目的として、平成27年8月20日号よりリニューアル  
委員5名から成るワーキンググループミーティング

勤務医委員会は諮問に対する審議だけをしているわけではございません。実際に全国医師会勤務医部会連絡協議会、この場所で昨年は私が報告で、フレームワークに対する理解と協力を呼びかけたところ。それから都道府県医師会の勤務医担当理事連絡協議会におきましてはブロックから選出されて

います委員が、各ブロック、あるいは都道府県医師会での医師会活動を報告させていただきました。それからもう一つ、いかに情報を発信するかということが大事ですので、日本医師会の勤務医のページの企画について、積極的に関わっていきこうということでやっております。また、勤務医委員会を具体的により有効なものにするためにワーキンググループを作らせていただきました。それでは内容をご説明させていただきます。

平成26・27年度 日本医師会 勤務医委員会 答申

II 提言

1. 短期的な取り組み

1) 勤務医の意見集約のためのフレームワーク構築とブロックの体制作り

目的: 医師会での勤務医活動の活性化(主体的な医師会活動への参加と意識の向上)を図るため、勤務医の意見を集約し、これを日本医師会会務に反映させるフレームワークを作る。

方法: 郡市区等医師会・都道府県医師会で勤務医の意見を集約し、ブロック別に集約。さらに日本医師会勤務医委員会に意見を集約。日本医師会勤務医理事が日本医師会執行部へ具申するフレームワークを構築する。(フレームワーク先進例: 中部医師会連合勤務医特別委員会)

短期的にはモデルとなるブロックを3~4カ所設定し、日本医師会勤務医委員会が支援する。中期的にはすべてのブロックでのフレームワークの構築を目指す。また、日本医師会内にブロック代表による会議を創設する。

まず短期的な取り組みといたしまして、勤務医の意見を集約して、それを日本医師会に届けるというフレームワークを作りましょう。そのためにはどういうふうにすればいいのかということ議論いたしました。結果として、方法というところをご覧くださいますが、郡市区等医師会、これは大学医師会も入ります。都道府県医師会で勤務医の意見を集約して、それをブロック別に集約する。さらにそれを現状では日本医師会の勤務医委員会に集約して、それを日本医師会の勤務医理事、これはご存じだと思いますが、横倉先生のご英断で、日本医師会の理事に勤務医理事が作られましたが、その勤務医理事の理事が日本医師会執行部に具申するフレームワークを作ることが、一つの短期的な取り組みとして、申し上げておきます。実際に私が、中部医師会連合に出ています。この2年間にわたってこのフレームワークを作っていますので、いつか、このことについてはご報告をしたいと思っております。できればこの2年間の間にモデルとなるブロックを3ないし4カ所設定して、日本医師会、勤務医委員会が支援す

る。中期的には全てのブロックで、フレームワークを構築して、日本医師会に意見を具申する仕組みを作るということが一つの答申の内容です。

平成26・27年度 日本医師会 勤務医委員会 答申

**II 提言**

1. 短期的な取り組み

2) 勤務医委員会の構成

目的: 議論中心の勤務医委員会から具体的成果に貢献する委員会体制へのバージョンアップ。

方法: ①ブロック及び勤務医の多い都市圏から委員を選出する(8ブロック+ 首都圏・中京圏・関西圏・北九州圏)。また、勤務医に関わる問題で活躍する医師・女性医師を選出する。

②多くの課題に実効性の高い対応を行うために小委員会を設置する。また数名からなるワーキンググループが勤務医委員会活動を補助する。

③時間短縮とコスト削減のためにICT (Information and Communication Technology) やテレビ会議システムを活用する。

それから勤務医委員会の構成については、これから議論主体ではなくて、具体的成果に貢献する委員会にしなければいけないということで、これも実際に、後で申し上げますが、今期の勤務医委員会のメンバーに反映していただきましたが、勤務医の多い、都市圏から委員を選出する必要があるだろうということで、お願いをしております。それから実際にはこれからのことでありますけれども、小委員会を設けて、しっかりと議論していこうということも話し合いました。

平成26・27年度 日本医師会 勤務医委員会 答申

**II 提言**

1. 短期的な取り組み

3) 都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会のあり方

目的: 勤務医に関わる課題が山積し、勤務医の組織率向上が求められる現状に対応できる会議とする。

方法: 会議時間を3時間程度に延長。担当理事が勤務医でない場合でも勤務医が出席することを追求。

具体的には、医療事故調査制度や専門医制度など勤務医に係る課題について報告や意見交換を行い、組織強化としての研修医・中堅医師対策やブロックごとの懇談なども可能となる分科会を開催

明年5月の協議会において取り組みを図る予定

もう一つ短期的な取り組みとしましては、きょうのこの勤務医部会連絡協議会は、来年は北海道でなされるはずですが、そのときにまた別の取り組みをしたいと思います。来年の5月に、都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会が開かれますので、そこにぜひ皆さんおいでいただいて、さまざまなことを

議論したい。できればより成果の上がるような形での議論をしたいと思っております。5月の中旬辺りに考えておりますけれども、この間第1回の勤務医委員会が開催されましたが、医療事故調査制度、それから専門医制度について、勤務医に関わる大きな問題ですので、これについて意見交換を行ってというふうに考えております。

平成26・27年度 日本医師会 勤務医委員会 答申

**II 提言**

1. 短期的な取り組み

4) 日本医療機能評価機構への申し入れ

目的: 勤務環境改善が進まず、医療安全の点からも勤務医の不満がある。日本医師会は職能団体としてイニシアチブを発揮して、医師会の存在意義を示す。

方法: 「勤務医の健康支援に関する検討委員会」とともに、同委員会が作成した「勤務医の労務管理に関する分析・改善ツール」を医療機関の機能評価に組み入れることを、日本医療機能評価機構に要望する。

それからもう一つ、日本医療機能評価機構へ申し入れをしたい。先ほど勤務医の過重労働ということがありましたが、勤務医の健康支援に関する検討委員会が、日本医師会にあります。その委員会が作成されました勤務医の労務管理に関する分析改善ツールというのがありますが、これを実際に日本医療機能評価機構に要望をして、医療機関の機能評価に入れていただきたいということを要望する予定にしております。

**都道府県、郡市区等医師会における臨床研修医会費無料化(予定)**

	都道府県医師会	郡市区等医師会		都道府県医師会	郡市区等医師会
北海道	○	×	滋賀県	○	×
青森県	○	○	京都府	○	×
岩手県	○	○	大阪府	×	×
宮城県	○	×	兵庫県	○	×
秋田県	○	×	奈良県	×	×
山形県	○	×	和歌山県	○	×
福島県	○	×	鳥取県	○	○
茨城県	○	×	鳥根県	○	×
栃木県	○	×	岡山県	○	×
群馬県	○	×	広島県	○	×
埼玉県	○	×	山口県	○	×
千葉県	×	×	徳島県	○	×
東京都	○	×	香川県	○	×
神奈川県	×	×	愛媛県	○	×
新潟県	○	○	高知県	○	○
富山県	○	×	福岡県	○	○
石川県	○	○	佐賀県	○	×
福井県	○	×	長崎県	○	×
山梨県	×	×	熊本県	○	×
長野県	×	×	大分県	○	×
岐阜県	○	×	宮崎県	○	○
静岡県	○	×	鹿児島県	×	×
愛知県	○	×	沖縄県	○	×
三重県	○	×			

出典: 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結果報告(平成27年10月、日本医師会医師会組織強化検討委員会)

日本医師会の組織強化委員会で検討されたものですが、ほとんどの都道府県で、臨床研修医の会費が無料化になっております。

日本医師会における  
臨床研修医会員(A②(C)会員、C会員)の加入状況  
※日本医師会では、平成27年度より臨床研修医の会費無料化を実施

	平成26年12月1日	平成27年12月1日	増減 (平成27年12月1日) -(平成26年12月1日)
A②会員(C)	817人	846人	+29人
C会員	888人	1,576人	+688人
合計	1,705人	2,422人	+717人

<参考>  
平成20年度の医学部定員 7,793人      平成25年度の医学部定員 9,041人  
平成21年度の医学部定員 8,486人      平成26年度の医学部定員 9,069人  
平成22年度の医学部定員 8,846人      平成27年度の医学部定員 9,134人  
平成23年度の医学部定員 8,923人      平成28年度の医学部定員 9,262人  
平成24年度の医学部定員 8,991人

このスライドを見ていただきますと取り組みが始まっているにも関わらず、9000人を超える医学部の定員があって、8000人を超える医師が誕生し、研修医になっているはずなのですが、実際にはまだ十分にその研修医たちが医師会に入っていない、臨床研修医の会費を無料化したにも関わらず、入っていないという現状がございます。これはぜひ今日聞いていただいています皆さん、また病院のほうに戻らまして、研修医にそういう仕組みがあるということをごまかせませんが、仕組みがあるということをごまかせないで、お伝えいただきたいと思っております。

平成26・27年度 日本医師会 勤務医委員会 答申

**II 提言**  
1. 短期的な取り組み  
5) 研修医に対する勤務医委員会の取り組みの強化  
目的: 医師会費無料化によって研修医の入会が期待されるが、研修医の医師会会員としての活動や組織化、受け皿作りが進んでいない研修医修了後に研修医会員が医師会を退会する懸念 への対策

方法: 日本医師会勤務医委員会臨床研修医部会を、勤務医委員会が援助

- ① 臨床研修医部会委員の推薦
- ② 担当勤務医委員会委員が臨床研修医部会に参加
- ③ 臨床研修医部会は、全国医師会勤務医部会連絡協議会などで報告された研修医活動の先進例などを地域医師会へ発信
- ④ 研修医の労働や安全を含む診療環境や専門医制度に関する議論を深め研修医に発信
- ⑤ 臨床研修医部会が医師会活動の意義を検証し、全国の研修医に発信する。日本医師会が発行する『ドクターゼ』等を活用

勤務医といってもさまざま、研修医を中心とした若手医師、それから1番忙しい中堅層、それからきょうもいらっしゃるでしょうけど、それを統括する医師、こういうふうに分かれますが、その皆が、研修医に対する思いを一つにして、医師会に入れるということが必要だと思っております。実際に研修医が終わった時点でどうなるかということ、

会費は有料になります。医師会費の無料化によって研修医の入会は期待されますけども、これが研修終了しても、さらに医師会員として活動するため、組織化ということが必要になる。これがなければ、せっかく入った研修医が、逆に医師会に対して強い思いを持つことなく去っていきますので、そうならないようにということで、日本医師会の勤務医委員会としては、研修医部会に対して積極的に加わっていきましょう。そして、研修医の労働とか、安全を含む診療関係や専門医制度に関する議論を深めて、研修医に発信していきたいというふうに思っております。

平成26・27年度 日本医師会 勤務医委員会 答申

**II 提言**  
1. 短期的な取り組み  
6) 日医ニュースを用いた広報活動の活性化  
目的: 日本医師会が提案し実現した制度や現在の活動が日本医師会会員に十分に知られていない実情がある  
方法: 勤務医活動の活性化と医師会入会促進に資することを主目的とした編集方針

- ① 勤務医委員会の活動や目指す方向性を医師会員に発信し、同時に、勤務医に関する各委員会の情報発信のツールとする。
- ② 各地の先進例や特徴的な活動を紹介する場とする。
- ③ 勤務医にとって重要な問題に関する発信を行う。

中期的には、地域医師会にメールによる全医師会員への情報提供を要請する。

短期的な取り組みとして、日医ニュースを用いた、活性化がございます。来年掲載されます日医ニュースは、中部医師会連合での勤務医の意見を集約するフレームワークについて2回に分けて掲載させていただきますので、そのことについてご理解をいただきたいと思っております。

平成26・27年度 日本医師会 勤務医委員会 答申

**II 提言**  
2. 中期的な取り組み

- 1) ブロック代表者会議の創設  
先に述べたブロック強化を進めるために、ブロック代表者会議を開催する。
- 2) 日本医師会の他の委員会の活動内容の検証と協力関係の強化

中期的な取り組みとしては、ブロック代表者会議を作ること、それから日本医師会には大変多くの委

員会がありますけれども、その委員会で審議されている内容はわれわれ勤務医にとって大変大きな影響を与えるものがございしますが、そこについてわれわれは情報を得ることができませんので、勤務医委員会としてはそういうものについて、実際に活動内容を検証させていただいて、協力関係を強化するべきではないか。これは中期的な取り組みとして、入れました。

平成26・27年度 日本医師会 勤務医委員会 答申

## II 提言

### 3. 長期的な取り組み

#### 1) 医師会役員に占める勤務医比率の向上

日本医師会会員に占める勤務医は約半数であるが、勤務医の組織率向上が進めば勤務医の占める割合はさらに高まる。勤務医の日本医師会代議員に占める割合は10%程度であり、勤務医枠の理事は1名

長期的な課題として、日本医師会は医師会で積極的に活動する勤務医を育成し、地域医師会で勤務医の登用を積極的に進める必要

#### 2) 医師会の三層構造

意見集約のためのフレームワークが構築されることによって、三層構造の医師会(郡市区等・都道府県・日本医師会)活動が有機的に結ばれると期待

長期的には医師会員の勤務医比率を向上させること、そのためにはわれわれは積極的に医師会に加わって、活動しなきゃいけないわけですが、やはりこういうことも現実的に求めていかなければいけないだろうと思っています。そして、地域医師会でまず日本医師会はともかくとして、都道府県医師会、郡市区等医師会で、勤務医が役員として登用されることがなければ、勤務医の意見を医師会内で発信することできませんので、そういうことで思っております。3層構造ということは非常に大きな問題になっています。随分前から、3層構造について議論してまいりました。でも議論すればするほど、3層構造である郡市区と、都道府県、日本医師会というのはそれぞれが財産を持ち、定款を持つということで、それを一気に取り外すことは難しいと思いますので、逆にそのことについてそれを意識するならば、われわれは、この3層構造を逆手に取って、その中での意見を集約することで、これが有機的につながることを求めたいというふうに思っております。

平成26・27年度 日本医師会 勤務医委員会 答申

## II 提言

### 4. 医師会での勤務医活動活性化における勤務医委員会の役割

日本医師会勤務医委員会は、勤務医の視点から検証し、professional autonomyに基づき日本医師会強化のための活動を活性化することが必要

そして具体の行動を実行する勤務医委員会活動

勤務医の医師会への参加を求めるには、勤務医のモチベーションが上がる職責を医師会内で負わせるべき

勤務医が医師会に加わる時間的な余裕を持てる必要がある

日本医師会は地域医師会に対して勤務医を医師会役員に登用することを提案することが必要

地域医師会での勤務医の活動を活性化するための答申

提言の最後ですけども、この医師会での勤務医活動活性化におけるわれわれ勤務医委員会の役割としては、勤務医の視点から検証して、プロフェッショナルオートノミーに基づいて、日本医師会強化のための活動を活性化したいと、その具体の行動をするということで、これからやっていきたいというふうに思っております。

平成26・27年度 日本医師会 勤務医委員会 答申

## II 提言

### 4. 医師会での勤務医活動活性化における勤務医委員会の役割

地域医師会内での勤務医の参画がなされるためには、具体的方策が実行されることが必要であり、そのためには勤務医委員会は実行する委員会に変わることが必要

なぜ、勤務医自らが社会のために行動しないのか、行動の時間や資源を病院管理者になぜ要求しないのか、この部分に日本医師会はどう関われるのか。このことも、勤務医委員会が取り組む課題である。地域医師会での勤務医の活動を活性化するために、このことへの要望も含め答申とする。

それともう一つ重なりますけども、地域医師会に対して、勤務医を医師会役員に登用することを提案するという事を申し上げました。しゃべってるだけでは前に進みませんので、答申の中で自らに言い聞かせる形で実行する委員会に変わることが必要でありますし、これからまたこの2年間にわたって勤務医委員会は活動してまいりますけど、ぜひ皆さんと協働して活動していきたい。そのことによって地域医師会での勤務医の活動を活性化したいというふうに思っております。



---

委員総会のときに横倉先生に来ていただきましたのでそのときにお示ししたことがございます。われわれのやっていること、勤務医が、医師会の中に存在感を示すっていうことこそが、勤務医が医師会に加わり、日本の医療のために働くということにつながっていくんじゃないかなと思っております。あくまでも風呂敷は大きく、そしてやることはしっかりと歩を進めていきたいというふうに思っておりますので、これから皆さまがたのご支援とご協力いただきたいと思ひますし、またこれから皆さんと一緒に仕事してまいりたいと思ひております。

以上、簡単ですが勤務医委員会の報告とさせていただきます。ありがとうございました。



次期担当医師会挨拶

12:10 ~ 12:15

北海道医師会長 長瀬 清





### 挨拶

北海道医師会長 長瀬 清

皆さまこんにちは。ただいまご紹介をいただきました、来年度のこの会を担当させていただきます、北海道医師会会長の長瀬と申します。

昨日大阪へ来る前に、仕事があつて北海道の釧路へ行ってきました。釧路は、気温が大体マイナス4℃からマイナス8℃です。そこから大阪に来ましたら、非常に暖かくてコートもいらぬ、それぐらい気温差がある北海道で、来年この会を開催させていただくことになっております。あまり遅くなると寒くなりますし、雪にもなりますので、来年は10月21日の土曜日に行きたいと思っております。メインテーマは、「地域社会をつなぐ明日の医療を考えると一次世代を担う勤務医の未来創成のために」としてあります。

北海道は、「北海道」という名前がついてから、まだ150年しか経っておりません。明治2年に命名されました。松浦武四郎という三重県の方が、「北海道」と名前を付けたのです。この北海道のキャッチフレーズは、「その先の、道へ。北海道」です。その前は「試される大地」でした。本年3月26日に、北海道新幹線が開業しました。これは函館まで、まだ札幌までは開通しておりません。ですから、札幌に来られる時は、新千歳空港に飛行機で来ていただかなければなりません。

北海道には、未開のところが多くあります。ご存知のように世界自然遺産の知床は未開の地で、中に人が入れません。入っていくと、熊に出くわすことになります。そういう未開のところも、だんだん開発されてきています。それから、温暖化の影響もあり、今まで採れなかったような果物まで採れるようになりました。一番の驚きは、桃が北海道でなるようになったことです。

北海道は寒いところですが、一万年も前から人が住むようになったと言われております。縄文時代の遺跡が北見にあります。その北見には、3,000人から4,000人の人が住んでいたと言われております。その縄文時代から続縄文時代、それから擦文時代、それを経てオホーツク文化の時代、その後はアイヌが住んで、蝦夷と言われていました。

先ほどの日本医師会勤務医委員会の泉委員長の報告にもありましたが、北海道は勤務医の比率が79.4%と非常に高く、勤務医でない人が20%ぐらいです。そういうこともあつて、勤務医の方々の日本医師会の加入率が低く、会員数が非常に落ち込んでいます。一生懸命、勤務医の先生方をお誘いするよう努力をしています。一方、北海道の女性医師比率は、全国的にみて低い地域ではありますが、北海道医師会に入会し会員として活躍していただいている方の多くは勤務医会員でありますので、女性医師として、また勤務医としてそれぞれの立場からさまざまな視点での意見をいただき、それらの情報共有を可能とし、活躍をサポートしております。勤務医がいないと、北海道の地域医療が成り立たない状態になっております。

北海道には、いろいろ魅力があり果物や野菜など非常に新鮮で、魚介類、海藻類も豊富です。食べ物の自給率は、200%と言われるぐらいです。そういう北海道に是非来ていただいて、いろいろな議論をお願いしたいと思っております。

北海道は非常に広大な土地で、国土の22%もあります。ですから、少し行ったらすぐに医療を受けられるところではありません。そのため、救急医療が非常に問題となり、ドクターヘリが4機配備されています。通常、ドクターヘリは半径50km範囲で活

## 次期担当医師会挨拶

動しますが、北海道では100km範囲で活動しても全域をカバーできません。固定翼機（ジェット機）を使って搬送を行わないと間に合わないので、その早期導入を国に強く要望しているところです。

本会の担当を22年前に行い、次は2回目になります。北海道医師会が担当することになり、今、勤務医部会運営委員会と、今年度新たに立ちあげた若手医師専門委員会でプログラムなど具体的な検討を行っているところです。新しい試みとして、若手医師専門委員会の委員が中心となって、若手勤務医自らが企画・運営するシンポジウムの準備を進めております。

来年、雪が降らないうちに開催しますので、是非多くの先生方にご参加を賜り、地域で勤務されている先生方の果たすべき役割と、その責務やご苦労などご意見をいただき、地域医療の体制づくりについて考えたいと思っております。

周囲の先生をお誘いの上、多くの勤務医の先生方が北海道にお越しいただくようお願いを申し上げ、私のご挨拶とさせていただきます。どうもありがとうございました。



平成29年10月21日（土）・札幌グランドホテル

「大阪府医師会  
勤務医部会のこれまでの40年を紐解く」

大阪府医師会勤務医部会副部長 中 島 康 夫





## 「大阪府医師会 勤務医部会のこれまでの40年を紐解く」

大阪府医師会勤務医部会副部長 中 島 康 夫

### 大阪府医師会 勤務医部会の これまでの40年を紐解く

大阪府医師会 勤務医部会  
副部長 中島 康夫

先生がた、大阪の地へ足を運んでいただき、ありがとうございます。私は、大阪府医師会勤務医部会副部長の中島と申します。私どもの勤務医部会は昭和48年に設立され、今年で44年目に入りました。この間の歴史の一端を、紹介させていただきます。

平成25年7月13日（土）設立40周年式典開催



なお、これから私が紹介させていただきます内容は、平成25年に開催されました、当勤務医部会『設立40周年記念誌』を参考にし、その歴史を紹介させていただきます。

#### 勤務医部会設立へ向けた動き

- 昭和28年 大阪市勤務医師連絡会 結成
- 昭和34年 全国勤務医師連絡協議会 開催
- 昭和35年 大阪市東区医師会より  
大阪府医師会へ「建言書」を提出
- 昭和36年 大阪市役所医師会として大阪府医師会へ
- 昭和39年 大阪府医師会に「勤務医委員会」設置
- 昭和47年 勤務医部会設立準備懇談会
- 昭和48年 「設立趣意書」をもとに勤務医部会設立

設立のきっかけとなったのは、昭和28年に大阪市勤務医師連絡会が結成されたことでした。大阪府に勤務する医師の適正な待遇改善を求めてのものでした。例えば、その給与は大阪府に勤務した年数で決定され、医師歴は考慮されなかったとのこと。その後、待遇改善運動を展開し、国に対する働きかけを行うため、国立病院、国立療養所にも運動を広げ、多くの賛同を得て、近畿地方勤務医師連絡協議会が立ち上げられました。さらに、昭和34年、全国国立病院の組織化を進めるため、日本医学会総会に合わせて全国勤務医師連絡協議会が開かれました。その時点で、勤務医の全国医師会を設立するため、当時の武見太郎日本医師会長と面談したところ、強く否定されました。

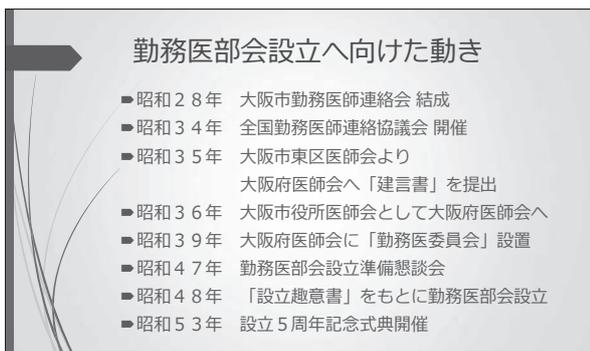
その後しばらく、全国的組織設立の機運は下火となりました。しかし、大阪市勤務医師会は地道な活動続け、昭和35年、大阪市東区医師会より大阪府医師会に対して、勤務医対策への抜本的措置を求める『建言書』が提出されました。そして、一度は大阪府医師会への入会を断られた大阪市勤務医師会は、昭和36年、大阪市役所医師会として大阪府医師会へ入会が認められました。昭和39年には大阪府医師会内に、会長諮問機関として勤務医委員会が設置されました。そして、昭和40年、第1回、群市区医師会勤務医担当理事連絡協議会が開催されました。しかしながら、昭和46年開催の勤務医委員会では、まだ機が熟していないとのことで、同年度内での勤務医部会結成は見送られました。昭和47年、大阪府医師会の理事の1人として大阪市役所医師会から、後の初代勤務医部会長となる橋本先生が就任されました。

同年9月に勤務医部会設立準備懇談会が開催さ

れ、出席者は78名でした。同年10月、第1回勤務医部会設立準備委員会が開催されました。さまざまな議論を経て、昭和48年2月、大阪府医師会臨時代議員会にて大阪府医師会勤務医部会設立が承認されました。



同年4月には『設立趣意書』が大阪府医師会長名で出されました。その一部を抜粋し、読み上げます。『国民は、種々の環境汚染におびえ、救急医療・辺地診療等、地域医療の確立や難病対策の発展を切望しております。このような社会的背景に立って、大阪府医師会はわが国医療制度の改善をめざし、福祉医療、救急医療、公害対策、学校保健、産業保険等を包含した地域医療システム化に積極的に取組む努力を重ねております。さらにこのような重点施策遂行の原動力となる勤務医、開業医が融和団結して医倫理の高揚と組織強化に真剣に取り組むことにより医師と医療に対する国民の信頼に応えんとしているのです。ここに於て勤務医部会を結成し大阪府医師会に勤務医の考え方や行動を充分反映せしめることを企図したのであります』。この、『設立趣意書』を基に、昭和48年7月7日に勤務医部会設立総会が開催されました。

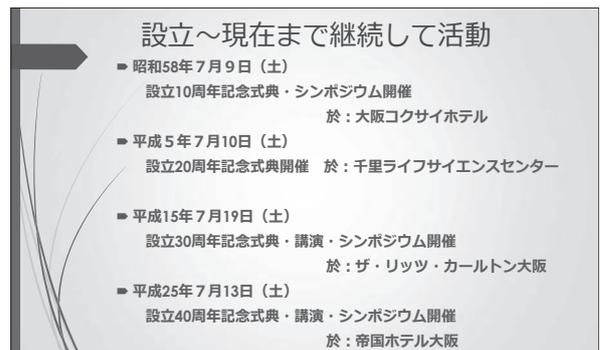


その後、昭和53年には勤務医部会設立5周年記念

式典が開催され、当時の日本医師会長、武見太郎先生より祝辞を頂戴しております。



先ほど述べましたように、昭和34年当時、勤務医部会設立に強く反対されていた日本医師会長から、約20年後には祝辞をいただきました。その原本は大阪府医師会の事務局に大切に保管されております。



その後も、勤務医部会活動を着実に進めました。昭和58年に設立10周年式典・シンポジウムを開催し、平成5年には設立20周年記念式典を開催。平成15年には設立30周年記念式典ならびに、講演・シンポジウムを開催し、平成25年には、冒頭述べました設立40周年記念式典を開催いたしました。



ここからは、現在の、当勤務医部会の構成を述べさせていただきます。平成28年3月31日現在、大阪府医師会の会員数は1万7,151名。そのうち勤務医

部会会員数は9,943名と過半数を超えております。



また、大阪府下には500以上の病院と8000を越える診療所がございます。これらの医療施設は11の2次医療圏、ブロックと呼称しております。に、分けられております。勤務医部会会員は勤務先ごとに、おのおののブロックに所属し、各ブロックごとに13名から24名のブロック委員を選出して、年に数回、各ブロック委員会を開催しております。

大阪府医師会 勤務医部会各種会合の開催頻度			
会 合 名	開催日	開催時間	
常任委員会 (年間22回)	第2・第4火曜日	17:00～18:00	
部会研修会 (昭和58年度より) ・平成27年度 (通算第54回) 『医療事故調査制度について』	年1回 H28.1.26 (火)	18:00～19:30	
ブロック合同懇談会 (昭和61年度より) ・平成27年度テーマ ○ 第1～4ブロック合同懇談会『医療事故調査制度について』 ○ 第5～7ブロック合同懇談会『病院組織力向上のために』 ○ 第8～11ブロック合同懇談会『医療事故調査制度について』	年3回 H28.2.17(水) H28.2.16(火) H28.3.1(火)	18:00～20:00	
在阪5大学医師会・2行政医師会との懇談会 (平成8年度より) ・平成26年度テーマ『新専門医制度』 ・平成27年度テーマ『医療事故調査制度・新専門医制度』	年1回 H26.12.4 (木) H27.11.5 (木)	18:00～21:00	
大阪府医師会役員と勤務医部会役員との懇談会 (平成20年度より) ・平成27年度テーマ 『医療事故調査制度開始にあたって～医師会の役割と医療機関での取り組みについて～』	年1回 H27.7.28(木)	18:00～20:00	

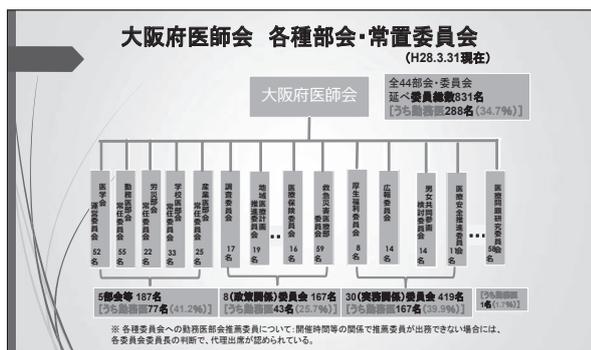
さらに、その中から、各ブロックごとに3名から5名の常任委員を選出し、年間22回の常任委員会を開催しております。会議内容は時々の諸問題。例えば、本日のシンポジウムで取り上げられた議題をディスカッションし、一定の結論が出た折には府医師会の理事会に提言し、あるいは各所属医療機関に持ち帰り、日常医療業務に反映しております。

ここで、当勤務医部会の常任委員会、ブロック委員会以外の活動状況を紹介させていただきます。最初に、女性医師支援プロジェクトへの協力ですが、本日午後のシンポジウムにて詳しく取り上げられておりますので、詳細はそちらにお任せいたします。2番目に当勤務医部会主催の研修会を、昭和58年より年に1、2回開催しております。スライドでは、昨年度のタイトル『医療事故調査制度について』を

表示しておりますが、日常診療に偏りがちな勤務医部会員の視野を広げることを目的としており、広範囲の分野からテーマを選んでおります。例えば、平成22年にはレッドクリフ、赤壁の戦いを歴史学者より講演していただき、平成23年には養殖マグロ成功までの苦労話を取り上げました。今年度は人工知能と医療に関して、日本IBMヘルスケア事業部ワトソン開発担当者よりご講演いただく予定です。3番目に、昭和61年よりブロック合同懇談会を年に3回開催しております。これは、11ブロックを大きく3グループに分け、年度によって統一テーマ、もしくはグループ別テーマを設定し、数名の演者に講演していただき、その後、総合討論しております。4番目に在阪5大学医師会役員と勤務医部会役員との懇談会を平成8年度以降、年1回開催しており、平成23年度からは2行政医師会役員として、大阪府庁・大阪府市役所医師会の役員も参加しております。5番目に、大阪府医師会役員と勤務医部会役員との懇談会を、平成20年度より年1回開催しております。内容は、医療に関わる諸問題について意見交換を行っております。



6番目に、平成25年より、大阪府医師会では新研修医ウェルカムパーティーを開催しております。目的は、大阪府内の新研修医が一同に会して親睦を深め、情報交換を行うとともに、新研修医が地域医療、医療連携を理解し、今後の医師生活の中で医師会に関心を持ってもらうことでした。大阪府内の大学附属病院や基幹型臨床研修病院に協力を呼び掛けており、本年、平成28年は新研修医約600名中275名の参加を得ました。



7番目に、大阪府医師会の各種部会常置委員会へ当勤務医部会役員が手分けして参画しております。本年は、22の委員会に24名参加しております。以上、大阪府医師会勤務医部会の歴史と活動を述べさせていただきました。当部会の発足した昭和48年、私は医学部6回生でした。今や、前期高齢者の仲間入りをしており、歴史を感じております。



さらに、当勤務医部会の歴史を感じさせる、輝かしい事実を紹介させていただきます。スライドは昭和48年、当勤務医部会発足当時の役員集合写真です。この橋本初代部会長、阿部初代副部会長の両先生がご健在でして、現在も顧問として年22回の常任委員会にご出席です。本日、夕方の懇親会では、当勤務医部会のレジェンドであるお二方がそれぞれ、開会の辞、閉会の辞を述べられます。会場の先生がた、ぜひ、ご出席のほどお願いします。勤務医部会活動を一生懸命やると、こんなにも健康寿命が得られるというエビデンスを、ご自身の目で確認していただければと存じます。ご清聴ありがとうございます。ありがとうございました。

## 「医療事故調査制度の動向」

座長：大阪府医師会副会長 **高井 康之**

大阪府医師会勤務医部会常任委員 **一番ヶ瀬 明**

コメンテーター：日本医師会副会長 **松原 謙二**

日本医師会常任理事 **市川 朝洋**

### 「医療事故調査制度の施行に係る検討会での課題 構成員として参加して」

浜松医科大学医学部 法学教授・弁護士

**大磯 義一郎**

### 「マスコミの視点より」

日経BP 日経メディカル編集部 記者

**満武 里奈**

### 「医療安全へのレジリエンス・エンジニアリングの導入

～複雑系を前提としたシステミックアプローチ～

大阪大学医学部附属病院 中央クオリティマネジメント部 教授・部長

**中島 和江**





### 座 長

大阪府医師会副会長

高井康之

大阪府医師会勤務医部会常任委員

一番ヶ瀬明

#### 一番ヶ瀬座長

今日は、このように全国からお集まりいただきありがとうございます。前半部の司会、進行を務めさせていただきます一番ヶ瀬と申します。これまで散々言われておりますように、事故調が開始して1年が過ぎ、まだ制度自体、運用やさまざまな点を含めて、まだまだの状況であるということは皆さま方も思っておられることだと思います。われわれ大阪府医師会では、45年前の1971年より、ほぼ隔年で『会員意見調査』を行っておりまして、この秋、直近の第23回会員意見調査を締め切ったばかりであり、今回初めて事故調の設問を設けております。そこで、診療所6,619、病院長509、勤務医9,259の母集団拡大集計から得られた、ざっとした数字をまずご紹介したいと思います。やはり病院長、勤務医は、概要は知っているとういう方が多いということが目立ちますし、診療所の先生は、3分の2の方が「不安である」、「よく分からない」というような回答を寄せられております。

しかしまだ、勤務医の先生は、4分の1がよく知らないと書かれているのが目立ちます。次に、心配なことは何ですかという設問であります。やはり一番目立ちますが、報告対象となるかどうかの判断、特に病院長の先生は6割近い人がこれを挙げられております。そして、訴訟や刑事事件につながるかということも、病院長の先生は5割以上が不安点として挙げられているわけです。それ以外の手続き上のことは、大体2割から3割というところがありました。このような混乱の原因の一つは、ご承知のように元の法律、そして厚労省の省令、通知、特にその具体的な内容を示しております通知のところが、さまざまな解釈ができるようになっておりまして。中央のセンターや、あるいは各ガイドライン

が、それぞれの解釈に従って解説しておられるために、現場ではさまざまな混乱が起こっていることは避けられないのではないかと考えてます。

そこで今日は、まず、この制度の成り立ちから関わってこられ、医師でありかつ弁護士でもあられる大磯義一郎先生に、これまでの経過からのさまざまな問題点や、本来求められている姿ということをお話ししていただきたいと考えております。なお、大磯先生のご経歴は、大会誌のほうに載っておりますので、そちらをご参照ください。それでは大磯先生、よろしく願いいたします。



## 「医療事故調査制度の施行に係る検討会での 課題 構成員として参加して」

浜松医科大学医学部 法学教授・弁護士 大磯 義一郎

### 医療事故調査制度の施行 に係る検討会での課題 ～構成員として参加して～

国立大学法人浜松医科大学医学部教授  
帝京大学医療情報システム研究センター客員教授  
日本医科大学医療管理学教室客員教授  
大磯 義一郎

ただ今ご紹介いただきました、浜松医大の大磯と申します。よろしくお願ひいたします。『医療事故調査制度の施行に係る検討会での課題、構成員として参加して』ということで、テーマを頂きました。私は、勤務医部会ができる昭和48年から2年後、昭和50年に生まれまして、医師になったのは平成11年です。24歳のときに医師になったんですけれども、この平成11年という年は都立広尾病院事件であったりとか、横浜市立の患者取り違い事件であったりとか、そういう世間の耳目を集めるような医療事故が発生した年でした。その後、いわゆる医療バッシングが激しく行われた時代に、私は研修医として勤務し始めました。この時代に私は、いろんな衝撃的な体験をしました。

大学時代の私の友人なんですけれども、研修医3年目のときに、PTCA中に冠動脈がラプチャーしてしまって、いわゆるカテ死の事例なんですけれども、それに対して業務上過失致死の疑いということで警察捜査が入りました。

やって来たのは、捜査一課の刑事です。捜査一課の刑事っていうのは、先生がたもご存じかもしれませぬけども、人が死んだときにやってくる刑事で、

### 医療事故当事者から見た 2000年代のわが国の医療事故処理 A医師の場合

- ❏ 研修医3年目。PTCA中に冠動脈破裂し死亡した事例。A医師は助手として参加。捜査一課の刑事が業務上過失致死罪の疑いとして病院に押し入ってきて現場検証。後日、術者全員警察署で取り調べを受ける。
- ❏ 捜査機関は約半年に及ぶ。その間、関与した医師は派遣先病院へ異動。A医師はそのまま医局を辞めることに。
- ❏ 最終結果としては、合併症であり過失はないとして不起訴処分となったが、A医師のキャリアパスは大きく変わった。

いかつい人たちです。そういう人たちが「おい、こちら」と言って脅してくるというような状況の中で、捜査機関での捜査っていうのは半年ぐらいに及んだんですけれども。その間、関与した医師は派遣先病院へ順次異動して行って、この3年目だった友人も、異動となり、結局、医局にいづらくなってしまって、医局を辞めてしまいました。検察の終局処分としては、単純な合併症であり、過失はないとして不起訴にはなったんですけれども、このA氏は、わずか3年目にして自身のキャリアパスが大きく変わってしまいました。

### B医師の場合

- ❏ 研修医2年目。手術中の突然の血圧低下。そのまま血圧が戻らず患者死亡。業務上過失致死の疑いで刑事捜査の対象となる。麻酔科研修医として、麻酔にあっていたB医師も取り調べを受けることに。
- ❏ 書類送検の段階で実名報道される。
- ❏ B医師は大学病院を退職し、しばらく臨床を離れることに。
- ❏ 刑事捜査の結果は、不起訴処分となった。

また、もう一人の友人は、研修医2年目で麻酔科

の女性医師だったんですけれども。術中に突然血圧が下がってしまったということで、迷走神経反射が分からないですけど、そのまま血圧が戻らず亡くなったという事例でした。こちらも業務上過失致死の疑いということで、警察捜査になったんです。

麻酔科研修医として麻酔にあたっていた友人のB氏も取り調べを受けました。この事例は書類送検の段階で実名報道されました。実名報道のインパクトというのは先生がたもよくご存じだと思うんですけれども、患者さんは、必ず主治医の名前をインターネットで検索します。いったんこういった実名報道がされると、その後もずっとそういった記事が残ってしまうということです。このB氏は大学病院を退職し、しばらく臨床を離れることになってしまいました。精神的なショックもあり、研修医2年目でもう臨床を続けられなくなってしまいました。刑事捜査自体の結果は、同じく不起訴ではあったんですけれども。こういった形で、若い医療スタッフが刑事訴追に巻き込まれて、人生を棒に振るといようなことが繰り返し起きていたのが、この2000年代前半なんです。

やっぱり、これではいかんだろうという思いがありまして、法曹資格を取って医療事故調査制度の検討会の構成員に最後させていただいたんですけれども。この構成員として参加して、つくづく感じた課題というのはこの3つです。

## 構成員として参加して 感じた課題

- ① 合意形成方法、意思決定の問題
- ② 科学としての医療安全
- ③ 忘れられている課題

## 課題① 合意形成方法、意思決定の問題

【問】医療政策に関する合意形成方法、意思決定はこれでいいのか？

【二つの方法論】

- ① 科学的真理探究型
- ② 利害調整型

←事故調に関する議論は、②で行われてきた。

順次、お話しをしていくんですけれども。まず一つ目が合意形成方法、意思決定の問題なんですけれども。本当に皆さんと、これは共有したいんですけれども、医療政策に関する合意形成方法、意思決定がそのような形でいいのかということなんです。あのような形って何かというと、合意形成であったり意思決定の方法っていうのは大きく大別すると2種類あって、一つが科学的真理探究型とか、二つ目が利害調整型。一応、ニックネーム付けたんですけれども、事故調に関する議論というのはいわゆる、利害調整型で合意形成というものがなされてきたわけです。

## ① 科学的真理探究型

科学的の方法を用いて真理を究明し、真理に従い意思決定

\* 勿論、真理は通常、暫定的であり、繰り返し検証され、陶冶されることは、当然である。

【方法】 科学的方法により調査、検証し、得られた結果に従い意思決定。

【構成員】 当該分野の専門家が中心（過半数）。監査のため、非専門家（識者）を少数入れることも可。

【利点】 科学的で正しい意思決定ができる

【課題】 誰かが損をするかも知れないがそれは関係がない。そのため利害関係者からメディア等を通じて誹謗中傷。

一つ目のパターンである科学的真理探究型っていうのは、非常に医師にとって親しみやすいのなんですけれども。科学的方法を用いて真理を究明し、真理に従い意思決定をするというような形で進んでいくということです。したがって、構成員としては当該分野の専門家が中心で、当然議論がなされるべきですし、もちろんチェックのために非専門家、いわゆる

識者といわれている人が少数はいても、それはそれで構わないだろうと。利点としては、科学的で正しい意思決定ができるということがある一方で、そういった正しいことをやると、誰かが損をすることがありますので、そういった利害関係者からメディア等を通じて誹謗中傷が行われる可能性があります。

## ② 利害調整型

- ☞ 利害関係者を一堂に集めて、利害調整を行い、合意形成。
- 【方法】利害関係者をすべて集めて、妥協点を模索
- 【構成員】当該分野に利害を有する者、団体。当該分野に専門性を有する必要はない。あまりに荒唐無稽とならないよう専門家を少数入れる。
- 【利点】自身が関与した合意形成のため、後々の不満が少ない
- 【課題】科学的には誤った結論で合意形成されがち  
政策としても中途半端で課題の解決にならないどころか、却って現場を混乱させることも

一方、利害調整型といわれるような合意形成というのは、いわゆる利害関係者を一堂に集めて利害調整を行い合意形成すると、全て集めて妥協点を模索するという事です。構成員としては、当該分野に利害を有するもの、団体を一堂に集めるわけです。問題なのは、当該分野に対して専門性を有する必要がないという点です。ただ、あまりに荒唐無稽とならないように、専門家を少数入れるというような構成になるだろう。この合意形成の利点は、自身に関与した合意形成のため、後々の不満が少ないだろうということはある一方で、問題としては科学的に誤った結論で合意形成がなされがちな点です。そもそも、利害関係者の意見を足して16で割るみたいなことをやりますので、政策としても中途半端で課題の解決にもならず、かえって現場を混乱させることもしばしばあるというのは、先生がたの胸の中に、いくつもそのようなパターンの政策決定が、思いあたると思います。

やっぱり医療政策決定っていうのは、国民の生命、健康を守ることが使命です。したがって、誤った政策決定を行ってしまうと、国民の生命、健康を損ねるわけです。いわゆる経済政策とか道路をどこ

## 医療政策決定はどうあるべきか？

- ☞ 国民の生命・健康を守ることが使命ではないのか？
- ☞ 誤った政策決定は、国民の生命、健康を損ねる。
- ☞ 経済政策や道路を造るといった配分の問題は、利害調整型が適するが、多くの医療政策で最も重要なのは、医学的に正しい結論を出すことではないのか？
- ←薬害エイズのトラウマ  
⇒現在の予防接種行政の混乱  
\* 医師数はどっちか？  
**科学的エビデンスに基づく厚労行政を！**

に造るとか、新幹線どう引くみたいな話は、これはあくまで利害調整型で決めていただくのは構わないとは思いますが。一方、多くの医療政策領域においては、最も重要なのは医学的に正しい結論を出すことなんじゃないかということなんです。厚労省においては薬害エイズのトラウマがあって、この利害調整型のモデルをあらゆる医療政策領域で取り入れてきた結果、いろんなゆがみが生じたというのは、先生がたもよくご承知おきのところだと思います。典型的には、HPVを始めとする予防接種行政なんかも、もうめっちゃくちゃな状態にあるのは先生がたもよくご存じだと思います。

私が繰り返し言ってるのは「科学的エビデンスに基づく厚労行政をやってください」ということです。医学的に誤ったことを堂々とやるというのは、やはり国民の生命、健康を損ねるのでやめていただきたいというようなことを繰り返し述べているところでございます。翻って、医療事故調査制度の施行に係る検討会議ってどんなメンバーでやったかという。まず、緑が医師です。赤が弁護士で青が法学者で、紫が医療事故被害者です。あと、オレンジになっているのが医師兼弁護士という、よく分からない立場の人なんですけれども。こういった人たちが一堂に会して検討会をしたんですが、注目すべきは、医療安全の専門家はただ一人しかいなかったんです。これを見ただけで、この検討会が何をやる議論の場だったのかというのは、もうその通りなんです。

その結果、検討会での議論というのは、利害関係

者によるポジショントークの連発であり、途中から誹謗中傷合戦、場外乱闘まで起きてしまって、私、巻き込まれたんですけども。で、肝心の医療安全というアウトカムを出すための議論はほとんどなし、あっても、誰も興味がないという惨たんたるありさまだったんです。ちなみにこれ、あくまで個人の感想ですので、客観的事実を述べるつもりはございません。本当にこれでいいのかというところを、もう一回、立ち返って考えていただけたらありがたいなというふうに思っております。

ちなみに、勤務医部会ということで、明日、実は東京で柳原病院事件、に関するシンポジウムをやるんですけども。勤務医部会の仕事として、やっぱり現場で困っている先生を助けてあげていただけたらうれしいなというふうに思っております。

個別の事案に関しては、これ、なかなか難しい問題がありますのでコメントの出し方、工夫がいるんですけど。少なくとも、一般論として、術後せん妄状態にある患者が「この人が触った」って言ったら、医師が逮捕、勾留されると。で、この先生、もう既に3カ月勾留されているんです。これはやっぱり避けなければいけないと、勤務医部会も、できればこういういったところにも手を差し伸べていただけるとありがたいなというふうに思っております。

### これまでの医療安全対策 (?) の問題点

- ☞ マスコミ等で報道された個別事例に対し、犯人探し（誰のせいにするか）を行い、当該医療従事者（多くは若い医療従事者）を犯人として、社会的誹謗中傷に晒させ、刑事責任、行政責任を負わせ、一件落着としていた。
- ☞ 一例報告として検討された再発防止策はFAXで送付されるだけで、実施されたか、その効果（有効性等）については一切検討を加えられない。  
⇒現場が安全になるわけがない！  
⇒科学としての医療安全へ

課題の2番目にいきましょう。科学としての医療安全の推進ですね。これまでの、わが国の医療安全対策の問題点というのは、いわゆるマスコミ等で報道された個別事例に対して、犯人探しをする。誰が悪いんだという犯人探しをして、当該医療従事者、

多くの場合は若い医療従事者を、犯人として社会的誹謗中傷にさらさせ、刑事責任、行政責任を負わせて、一件落着というような処理を繰り返してきたわけです。

また、その個別事例に対して、一例報告として検討された再発防止策はFAXで皆さんの病院に送られるんですけども。それが、現実には実施されたかとか、その再発防止策が有効であったのかといった効果検証は一切行われないうまま、放置というような状況でした。これで、現場は安全になるわけがないんです。当たり前の話です。とにかく、医療安全対策もしっかりと、安全はやっぱり科学ですので、サイエンスとしてやっていただきたいということです。

エビデンスレベル	
I	システマティック・レビュー/RCTメタアナリシス
II	1つ以上のランダム化比較試験
III	非ランダム化比較試験
IV	分析疫学的研究（コホート研究や症例対照研究）
V	記述研究（症例報告やケース・シリーズ）
VI	専門委員会や専門家個人の意見

エビデンスレベルとは、どの程度信頼できるエビデンスによって実証されているのかを示す指標で、I~VIの6段階に設定され、数字が小さい方が信頼度は高くなる

これは、当たり前の話ですけども、一例報告はエビデンスレベル5ですから。で、検討会で行われた議論というのはエビデンスレベル6どころか、非専門家ですのでエビデンスレベル7なんです。とにかくちゃんと、エビデンスレベルの高いエビデンスを積み上げて、現実には現場を安全にするというアウトカムを出していかなければいけないだろうと。そのためには、やはり、しっかりと科学的な手法を用いてやっていかなければいけないと。

実際、PDCAサイクル回して、本当にその再発防止策が現場を安全にしたのか。多分、この後、中島先生からお話あると思うんですけども。その場面だけ切り抜いた、安全対策というものは、実は総和として安全性を向上させないかもしれないという疑義があるわけですから、そういったところも実装し

て検証するという作業もやらなければいけないですし。

## 医療安全の目的

- ☑ 医療現場における**危険を減少**させること
- ☑ 医療現場における**安全性を向上**させること

⇒そのための方法論（PDCAサイクル）：**科学的手法**

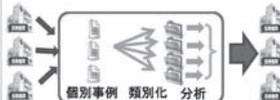
- ・過去に生じた医療事故を分析し、リスクを明らかにする。
- ←個々の事例に逐一对応するのではなく（一例報告）  
**事例を集積し、データベース化したものを対象**
- ・認められたリスクに対する**対応策を検討、導入する。**
- ・**導入された対応策の効果判定、改善。**

←エンドポイント例：**現実に同種事故が減少したか**

- × たくさん報告書を書いたか
- × たくさん改善策を挙げたか

## センターは個別事件に対する鑑定書作成機関ではない（ことにはなっている） 「科学としての医療安全」

- ☑ 報告された事例の**匿名化・一般化を行い、データベース化、類型化**するなどして、**類似事例を集積し、共通点・類似点を調べ、傾向や優先順位を勘案する。**
- ☑ **個別事例についての報告ではなく、集積した情報に対する分析に基づき、一般化・普遍化した報告を**すること。
- ☑ 医療機関の体制・規模等に配慮した**再発防止策の検討**を行うこと。
- ☑ 集積した情報に基づき、**個別事例としてではなく全体として得られた知見を繰り返し情報提供**する。
- ☑ 誤薬が多い医薬品の商品名 や表示の変更など、関係業界に対しての働きかけも行う。
- ☑ 再発防止策がどの程度医療機関に浸透し、適合しているか調査を行う。



その前提として、一例報告ではなくて、事例を集める必要がある。で、事例を集めると、どこに脆弱性があるかはっきり分かるんです。私の研究室では、日本で一番医療事故訴訟の判決文がストックされている研究室で、もう全部データベース化されていますので、一目瞭然なんです。よく話すのは、私、消化器内科をやっておりましたので、消化器疾患でいうと最も訴訟が多いのは肝細胞がんで、2番目に多いのが大腸がんで、3番目が胃がんで、4番目がイレウスなんです。で、肝細胞がんが全訴訟の25パーセントを占めて、肝細胞がんの訴訟、何が多いかというと、サーベイランスの問題なんです。

B型肝炎、C型肝炎とかの患者さんに対して、3カ月に1回腫瘍マーカー測って、半年に1回超音波をやらない結果、HCCが大きくなって見つかって手遅れになったと。そうすると裁判になって、8割原告が勝つんです。病院が8割負けると。もう少し

細かい分析をすると、サーベイランスの不備は非専門家にかかっているときに起きやすいんです。すなわち糖尿病の患者さんで、糖尿病でかかっているんですけども、Cプラスがあるという患者さんに対して適切な検査が行われないまま、HCCが大きくなって見つかったということです。

そういった対策を取っていくということ。で、しかも大切なことは、何度も言うように、提言しっ放しではなくて、検証するというところを大切にしなければいけないのであって。今、メディア等で議論されている、どれだけ報告書を書いたかとか、こなくだらない話をしても現場は1ミリも安全にならないというのは当然のお話でございます。それに関しましては検討会の中で私がずっと、てこでも動かないという形でやっておりましたので。通知の中にもそういった形で事例を集めて、全体として分析をして。で、個別事例としてではなくて、全体として繰り返し情報提供をするというような形になっているので。この制度自体が前に進んでいただけると、実際に10年後か分からない、15年後かも分からないけれども、現場が安全になってくれたら何よりだというふうに思っております。

## 認容・裁判上の和解金額から試算した 無過失補償制度

推定される年間総認容額：  
6,909,373,361円（データベースより）

推定される和解金総額：4,403,703,846円（平成26年度）

**総額：11,313,077,207円（推定）**

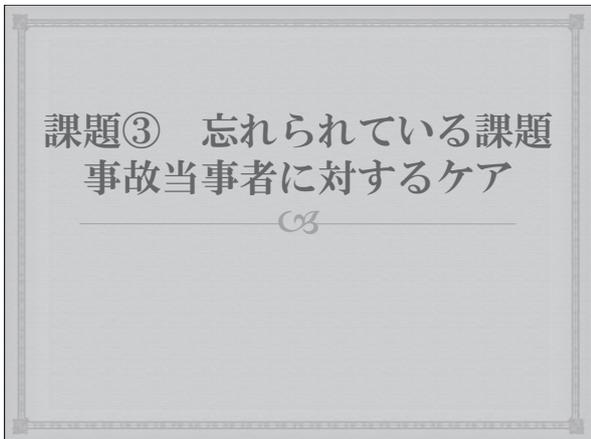


**外来1回あたり約3円  
入院1日あたり約12円**

ちなみに、先ほど、刑事が問題だという話をしたのですけど。刑事、確かに問題なんですけれども、刑法の条文変えるのはなかなかしんどい作業ですので、対応策としては、無過失補償制度の導入が一番早いですね。うちの研究室の、先ほど申し上げたデータベースで簡単に試算して、先週の医療の質・安全学会で発表したんですけれども。1年間で、判

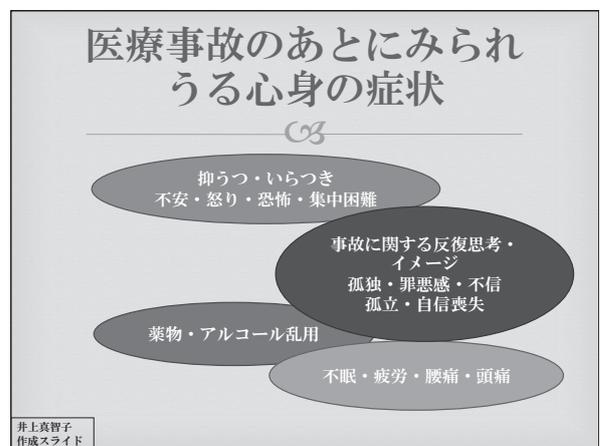
決で認容をされる額ってというのが、推計値が690億なんです。裁判上の和解金額の推計値が440億なんです。そうすると、年間の裁判上の和解および判決で、医療機関側が支払わなければいけない額は年間で113億円なんです。それを、外来患者数と入院1日単位で割ると、大体、外来1回当たり3円と、入院1日当たり12円の支払いができればペイできるんです。ただ、もちろんこれは裁判前の和解の額が入っていないということと、事務経費が入っていないので、そこ加えると、もうちょっと額が増えるだろうと思うんですけれども。

そんなに難しい額ではなくて、これ、現実にはできるんです。無過失補償制度が、わが国で導入されれば、刑事事件も自然と減るんです。自然と減るってというのは何かって言うと、弁護士が興味なくなるんです。医療訴訟に。そうすると、当然、告訴告発という議論も減ってくるという非常に分かりやすい話なんですけど、それが一番効果的だろうと思いますし。ぜひ、日本医師会さんのほうでやっていただけたらありがたいと思います。

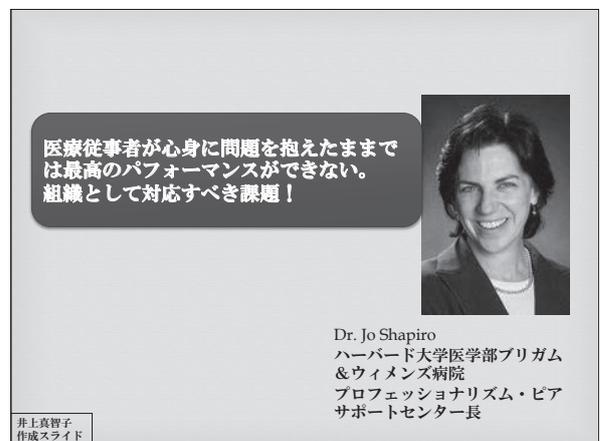


最後の話題で、忘れられている課題として、事故当事者に対するケアです。これを、ぜひ進めていただきたいと思います。

皆さんもご存じのとおり、事故当事者というのは、セカンド・ヴィクティムなんです。これBMJのペーパーですけど、同じようにアメリカでも2000年にこの議論、医療安全元年というのが起きたわけですけれども。そのときから、医療事故当事者のスタッフに対するケアというものが着実に積み重ねら



れているんです。わが国と違って。医療事故の後にみられ得る心身の症状として、抑うつ、いらつき、不安、怒り、恐怖、集中困難、事故に対する反復思考、イメージ、孤独、罪悪感、不審、孤立、自信喪失と、その結果、薬物やアルコールの乱用に至ったりとか、不眠、疲労、腰痛、頭痛などが起きるといふふうにされております。



これに対して、ハーバードのブリガムアンドウィメンズでは、医療従事者が心身に問題を抱えたまま

# シンポジウム I

では最高のパフォーマンスができない。組織として対応すべき課題であるというふうに述べまして、実際にアメリカではサポート体制が広がっていったと。

### 米国で広まるサポート体制

- 1999年 麻酔事故（薬剤アレルギー）  
→当事者間（患者、医師）交流・蔽し  
→医療機関の対応の冷たさ・情報断絶
- 2002年 患者当事者により Medically Induced Trauma Support Services (MITSS) 設立
- 2004年 プリガム&ウィメンズ病院にピアサポートチームのタスクフォース設置  
→多職種チーム結成・トレーニング  
→2006年～ピアサポート開始

医療スタッフ、EAP、ソーシャルワーク、臨床倫理部、チャプレン、患者対応部、リスクマネジメント部、精神科、MITSS

井上真智子  
作成スライド

アメリカでも1999年に麻酔事故、局麻剤を静注してした事例がありました。緊急手術して生き延びたのですけれども、その後で事故処理に関して、患者自身も傷ついたり、かつ、事故当事者も傷ついたりということで。この事例の事故当事者と患者が話し合って、2002年にMITSSと言われるケアの第三者組織ができました。それを受けて、2004年にプリガムアンドウィメンズでピア・サポート・チームのタスクフォースが設置されまして、多職種チームでトレーニングして、ピア・サポートが2006年から開始されているという状況にあるんです。

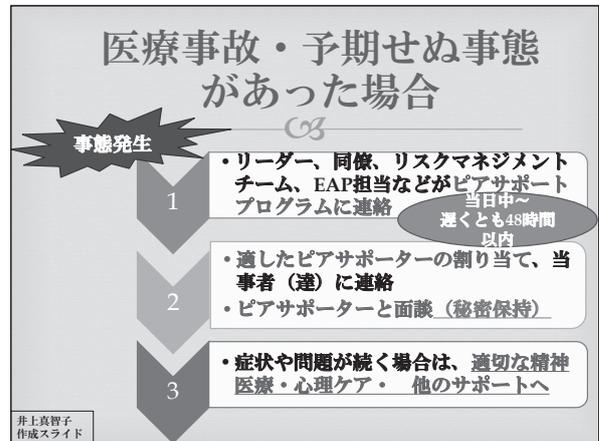
### Medically Induced Trauma Support Services (MITSS)



井上真智子  
作成スライド

で、このMITSS、第三者機関で、大切なのは医療者向けだけではなくて、同時に患者家族向けのケア、サポートをしていくということです。それに加え、医療機関に対してのシステム構築に関するサ

ポートであったりや同時に行っている組織でして、こういった組織がわが国には全くないというのが現状です。



ハーバード大学ではこういったものが行われているかといいますと、実際に医療事故、予期せぬ事態があった場合には、まずリーダーや同僚、リスク・マネジメント・チーム等がピア・サポート・プログラムに連絡をします。連絡を受けたピア・サポート・プログラムは、適したピア・サポーターを割り当てて、当事者に連絡、で、ピア・サポーターと面談、ここまでが当日中、遅くとも48時間以内に行うようにするというふうにされております。ピア・サポーターとの面談で重要なのは、やはり秘密保持です。ここのところも徹底していかなければいけないと。

その後、症状や問題が続く場合は、適切な精神医療、心理ケア等、他のサポートも当然受けることができるようになっていきます。

### 担当ピアサポーターの選択

- 侵襲性の高い診療科では専門が同じサポーターがよいことがある（例：外科）
- 同様の経験があり、境遇・心情を理解してもらえると乗り越えられる（例：訴訟）
- 他の診療科のサポーターの場合、評価や偏見にさらされないメリットがある（ジャッジしない）
- ケースバイケース、複数のサポーターも
- 若年の医師の場合、能力や業績を評価する立場にある上級の医師がサポーターとなることは避ける

「私もそのような経験をしました・・・」

BIDMC Peer Support PROGRAM

井上真智子  
作成スライド

ここはちょっと、テクニカルな問題なんですけれ

ども、ピア・サポーターを選択するときはどうしたらいいか。要は、同じ診療科の先生がいいのかとか、上司だったらちょっと話しづらいとか。また、医者は看護師に相談しづらいとか、心理的な問題があって。そういったいろんな問題があるので、それぞれ適したピア・サポーターというのを選択するのはいろいろ難しいところがありますよというお話です。

### ピアサポートプログラム

- ・ **ピアサポーターの役割**
  - ・ 研修：従業員支援プログラム（EAP）のトレーナーが実施
  - ・ 周囲で助けの必要な人を発見し、個別またはグループ面談
  - ・ 感情へのファーストエイド（初期対応）
  - ・ 心理反応の正当化、コーピング
  - ・ 起きたことの詳細や原因については話さない
- ・ **完全に秘密保持：記録は残さない**
  - ・ リスクマネジメント部門、保険会社も了解
  - ・ 自傷他害の恐れのある場合のみ報告



井上真智子  
作成スライド

大事なのは、ピア・サポート・プログラムです。このプログラムがどういったことをするのかということですが、まず研修を行ったりとか、大事なのは感情へのファースト・エイドです。初期対応。

当日中もしくは48時間以内に、ピア・サポートのトレーニングを受けたピア・サポーターが面談を行うというところが、やはり肝なんだろうというふうに思います。その中で、心理反応の正当化であったり、コーピングといったものを行う。起きたことの詳細、原因については聞かないとか、特にここ徹底してるのは、完全に秘密保持と、記録すら残さないということが徹底しているんです。それに関して、リスク・マネジメント部門も保険会社も了解していると。自傷、他害の恐れのある場合のみは、やむを得ず報告をしなければいけないんですけれども、原則的には徹底した秘密保持がなされるようになっていくと。

さらに、他のサポート・プログラムとして、ヘルスサービスです。医療を受けても、医療記録すら残さないんです。カルテすら書かないというぐらい秘

### 他のサポートプログラム

**医師のみ対象**

- ・ ヘルスサービス（3回まで）
- ・ 医療記録が残らない、保険チャージなし

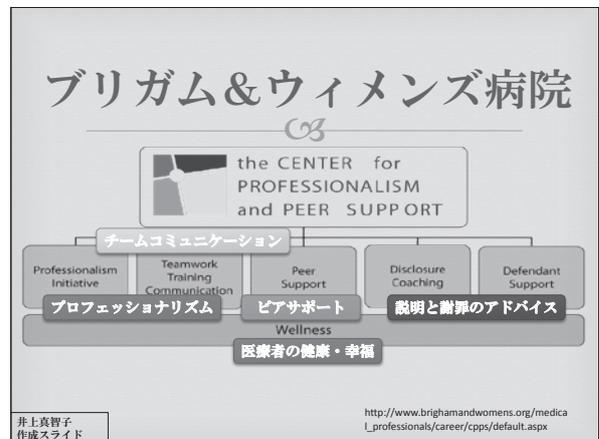
**全職種対象**

- ・ 従業員支援プログラム（EAP）
- ・ 職場環境調整：人材管理部門
- ・ スピリチュアルケア（牧師など）
- ・ 精神科専門看護師
- ・ ソーシャルワーク（心理社会的問題）

井上真智子  
作成スライド

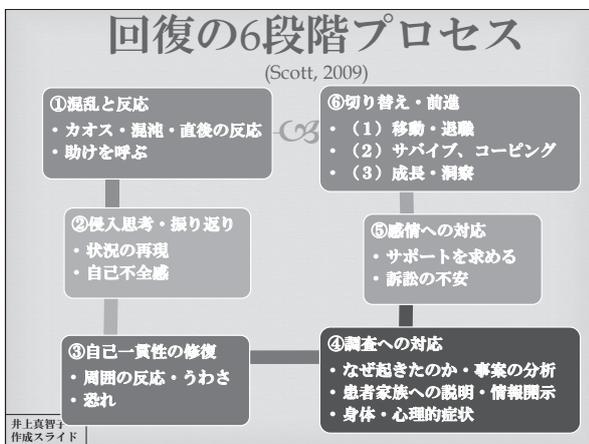
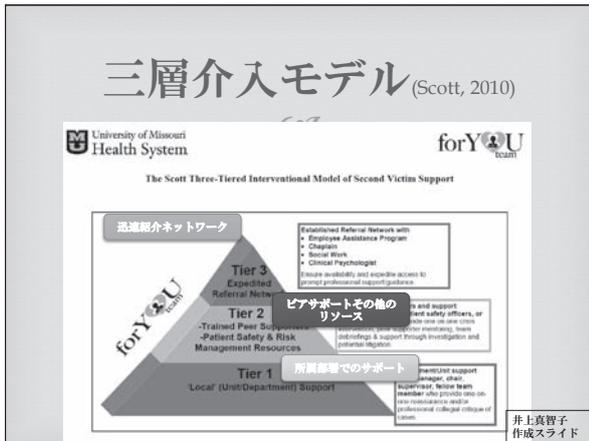
密保持を徹底しているんです。当然、保険チャージもなしで、全額病院負担でケアをするというようなことをしていると。

それに加え、従業員支援プログラムであったりとか、職場環境調査スピリチュアル・ケア、これはアメリカですから。で、精神科専門看護師、ソーシャルワーカーといった形で、院内だけでも多数のケア・サポート・プログラムを持っていると。



これが、ブリガムアンドウィメンズホスピタルの体制になっているんですけれども。これが、要は医療安全のチームの中で、こういったものをブロードにカバーしているというような状況にあると。わが国で、どこまでできているかということです。

これはまた違うモデルで、こういった考え方もあるということでご紹介ですけれども。回復の6段階プロセス。事故当時から時系列順にだんだん、混乱と反応から、侵入思考、振り返りが起きて、自己一貫性の修復、調査への対応もしなければいけなくて、そのたびに繰り返して反復してしまうと、感情



への対応、サポートを求める訴訟の不安。最終的に、残念ながら異動、退職してしまう場合もあるかもしれないですし、3番目のような形で、事故を糧に成長、洞察していくというパターンもあるかもしれないですし、その中間地点として、なんとか頑張ってサバイブしていくというようなアウトカムがあるというふうに言われております。

### 組織での体制構築ツールキット

Table 2. Toolkit Modules

Module	No. of Actions	Example	No. of References
Internal Culture of Safety	1	Organization's patient safety environment level of maturity	6
Organization Awareness	2	Just-in-time support for clinicians	7
Multi-Disciplinary Advisory Committee	6	Assess existing internal support resources (both formal and informal)	11
Leadership Buy-in	4	Soliciting administration approval and endorsement	12
Risk Management Considerations	5	Commitment to rapid disclosure	9
Policies, Procedures, and Practices	6	Formal and predictable crisis communication plan following a clinical event	8
Operational	23	Operational details for triggering clinician support	26
Staff Training	1	Potential educational topics/training requisites	2
Communication Plan	4	Educational efforts and marketing campaigns to internally advertise the availability of clinician support	10
Learning and Improvement Opportunities	3	Outcomes data suggestions Feedback from users of the support services	4

組織文化、意識啓発、多職種諮問委員会、トップリーダーへの働きかけ、リスク管理、方針・手続き・実践、運用、スタッフ教育、コミュニケーションプラン、学習・改善

アメリカにおいてでは、かれこれ10年近くこの働き、試みが続いておりますので、もうとっくにマ

ニユアル化もできておまして、組織での体制構築ツールキットなどもできています。要は日本に導入するときは、和訳するだけでできますということです。そういった医療事故当事者を、調査対象者であつたり被疑者という立場から、ケアの対象に切り替えていかなければいけない。特にヒューマン・アプローチからシステムエラーになったわけですから、調査対象として聞きたいことを聞いて、それで、はい、じゃあ、またねって言うのではなくて、初期からのケアというもの。要は、ケアの対象としての、医療事故当事者という考え方に切り替わっていただけたらありがたいなと思いますし、それができるようなサポート体制をつくっていくということが重要なんだろうというふうに思っております。

### 「勾留中に暴行死」 法医学者が奈良県警の警官告発

産経新聞2016.11.15

○ 平成22年2月、奈良県警に業務上過失致死容疑で逮捕され、県警桜井署で勾留中だった男性医師当時(54)が死亡したのは、**取り調べ時に警察官から暴行を受けたことが原因**だったとして、遺体の鑑定書を調べた岩手医大の出羽厚二教授(法医学)が15日、特別公務員暴行陵虐致死罪で、容疑者不詳のまま県警に刑事告発した。

○ 告発状によると、男性医師は22年2月14日～24日ごろ、**取り調べ時に警察官から頭部、胸部、足を殴打され、これが原因で発症した急性腎不全などの多臓器不全によって死亡した**としている。

○ 当時別の医師が行った**司法解剖では、死因は急性心筋梗塞と判断された**が、出羽教授は「**下肢に広範囲の皮下出血があり、打撲により生じたものだと考えられる**」と訴えている。

これはまた、余談です。これもびっくりしましたね。山本病院事件で、事故自体はちょっと、問題があるのですけれども。とは言え、21世紀の日本で医師が警察に殴り殺されるという事件が起きてしまったわけです。これも、やっぱり、現場の医療従事者はびっくりしますよね。そういったところに関しても、やっぱり勤務医部会ができることっていろいろあると思うんです。個々の医療従事者ではできないことがやはり組織ではできますので、こういったところに関しても、なんらかのコメントを出すっていうのは、現場の医師からすると、勤務医部会、日本医師会、頑張っているなっていうふう思うわけです。やっぱり、今の若い子たちは特に功利的な考え方が強いので、そこに加盟することでなんの得があるのか、なんの恩恵があるのかというのが

見える形にしないと、伝わりづらいところがあるので。医師会もやっぱり、勤務医を大事にしたいということであるならば、こういったものに関しても一つ一つ心を砕いているんだということを示すのは大切なんだろうというふうには思っております。

うに思っております。といったところで、ご清聴いただきありがとうございました。

## 結語

- ☞自身の友人の経験を契機に医療事故調査制度の施行に係る検討会に参加した。
- ☞本検討会における課題として以下の三つが挙げられる
  - ① 合意形成方法、意思決定の問題
  - ② 科学としての医療安全
  - ③ 医療事故当事者に対するケア
- ☞制度が適切に運用され、医療安全というアウトカムができることを切に願う。
- ☞同時に、医療事故当事者を「ケアの対象」としてサポートする体制づくりが急務である

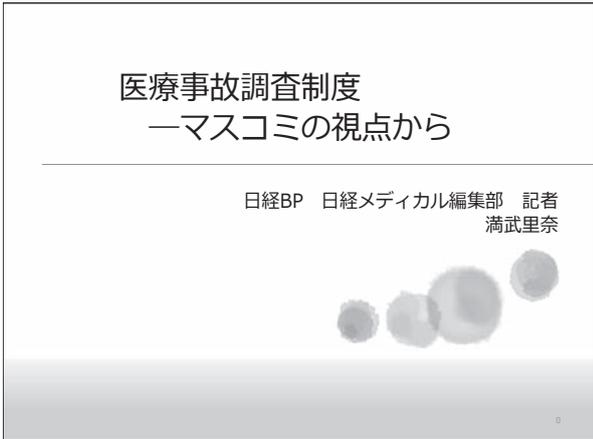
といったところで、おおむね時間になってきたので、この辺のところ。わが国における医療事故当事者に対するメンタルサポートの現状というところは先週、医療の質・安全学会で発表した内容なんですけれども、わが国でどれぐらいできているかということで。国立大学付属病院45施設にアンケート調査をした結果なんですけど、非常に分かりやすい話で。メンタルケア・サポート体制を施設として整備していますかというのと、42パーセントが整備していませんと言って。整備していると言った58パーセントに関しても、どこがサポートしていますかというのと、職員健康管理部門、産業医がやっていますということですけども。実態については皆さんもよくご存じのとおりだと思います。

こういったところのサポートというものが、わが国では残念ながら進んでいないのが現状であるというところですので、なんとか現場の困っているスタッフに手を差し伸べるようになっていただけたらありがたいと思いますし。翻って、医療安全事故調査という観点においては、やはり医療安全というアウトカムを出していかなければいけない。そのためには、しっかりと科学としての医療安全というものを積み上げていくということをやっていたら、10年後には、少しは現場は良くなるのかなというふ



# 「マスコミの視点より」

日経BP 日経メディカル編集部 記者 満武里奈



ご紹介いただき、ありがとうございます。日経メディカルで記者をしております満武と申します。私は専門家ではありませんが、医療事故調査制度を取材してきた一記者として思ったことなどを「マスコミの視点から」というお題でお話しさせていただければと思います。よろしくお願いたします。

ズ「どうする医療事故調制度」というお題で記事を書かせていただきました。

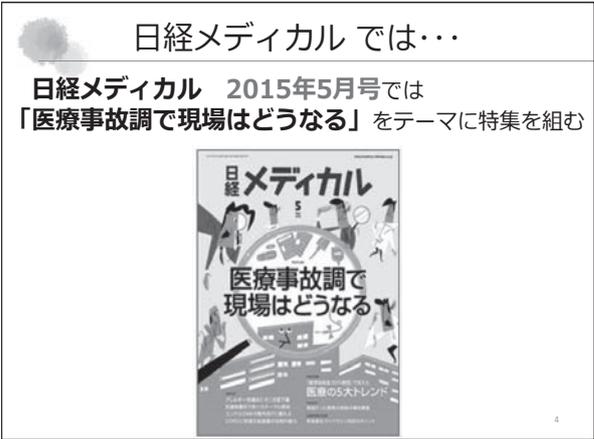
まず、「日経メディカル」をご存じでない先生方も多いかと思しますので、簡単に紹介させていただきます。「日経メディカル」は臨床医向けの媒体です。月1回、雑誌を発刊しています。およそ11万部です。あとはウェブサイトで、毎日ニュースやリポートなどを発信しています。会員数はおよそ56万人で、このうち医師の先生方が約14万人います。

制度が開始する半年前には、雑誌で「医療事故調で現場はどうなる」というテーマで特集を組ませていただきました。また、制度の開始時期には書籍を発刊したほか、緊急セミナーも開催させていただきました。本日緊急でご登壇されます松原謙二先生には、この書籍でご執筆をいただいたほか、セミナーでもご登壇いただきました。

こちらが、ウェブサイトの日経メディカル Onlineのトップページです。

さて、今日お話をさせていただきたいことは、この3点になります。まず、1つ目に「日経メディカル Online」で実施している読者アンケートの結果

日経メディカルで私は、いわゆる「医療・介護一括法案」が閣議決定された2014年の2月から医療事故調制度について取材を担当しております。その後、法案が可決・成立した際や、厚労省での検討会での議論などをニュースとして発信してきました。



その他には、有識者の先生方がどのようなお考えをお持ちかをインタビューさせていただき、シリー

日経メディカル では…

## 2015秋に緊急発刊

- 6団体分のガイドラインを収録、代表者が解説
- 2施設の院内調査手法を紹介
- 有識者インタビューなど



日経メディカル では…

## セミナーも緊急開催

「医療事故調査制度 対策セミナー」

- 基調講演 有賀 徹 先生
- 第三者機関の立場から 木村 壮介 先生

- 【ガイドライン・指針を出した支援団体の立場から】
- 全日本病院協会 西澤 寛俊 先生
  - 日本医療法人協会 小田原 良治 先生
  - 日本医師会 松原 謙二 先生
- 【これまでに院内調査を実施してきた立場から】
- 日本赤十字社 矢野 真 先生

から、臨床医の先生方が医療事故調査制度についてどのように思っているのかということをお話させていただければと思います。2つ目は、これは座長の一番ヶ瀬先生から宿題をいただいているのですが、「他のマスコミの声」をご紹介させていただきたいと思います。最後に、私が医療事故調の取材を通して思ったこと、感じたこと、悩んだことなどをお伝えできればと思います。

## お話ししたいこと

1. 臨床医は医療事故調査をどう思っているか  
—日経メディカルの読者アンケートから
2. 他のマスコミの声
3. 取材を通して思ったこと

ト結果からです。これまで、「日経メディカル Online」では4回ほど、医療事故調査制度に関するアンケートを行いました。最初のアンケートは制度開始の6カ月前、続いて制度開始直後の11月、制度開始半年後、そして制度開始1年後に実施しました。それぞれ、2週間ほどの期間でアンケートを実施しています。この間に、医師3000人ほどがそれぞれ回答した状況です。

## 1. 日経メディカルの読者アンケートから

### これまでに4回のアンケートを実施

- (a) 制度開始6カ月前 2015/4/6~4/12
- (b) 制度開始直後 2015/11/2~11/9
- (c) 制度開始6カ月後 2016/4/11~4/18
- (d) 制度開始1年後 2016/10/24~11/7

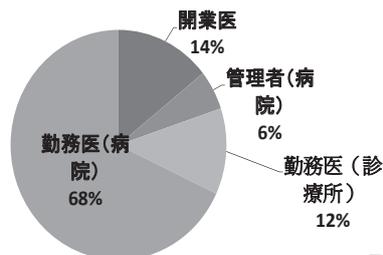
→2週間のアンケート期間に約3000人が回答

4回分の回答者プロフィールを全てお伝えすると時間がなくなってしまいます。4回分とも大体同じ傾向でしたので、4回目のデータをお伝えします。回答者の先生の7割が病院勤務医の先生でした。その他、開業医の先生が14%、診療所で勤務されている先生が12%というような状況です。年齢ですが、一番多かったのが50歳代の先生で約4割、40歳代が3割でした。アンケート結果のうち、特徴的なものをいくつか紹介させていただきたいと思います。

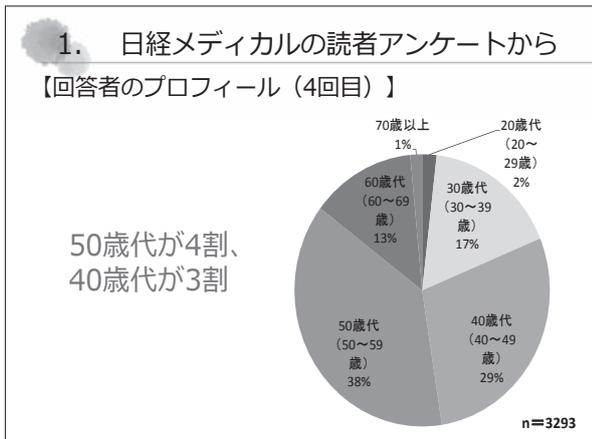
## 1. 日経メディカルの読者アンケートから

【回答者のプロフィール（4回目）】

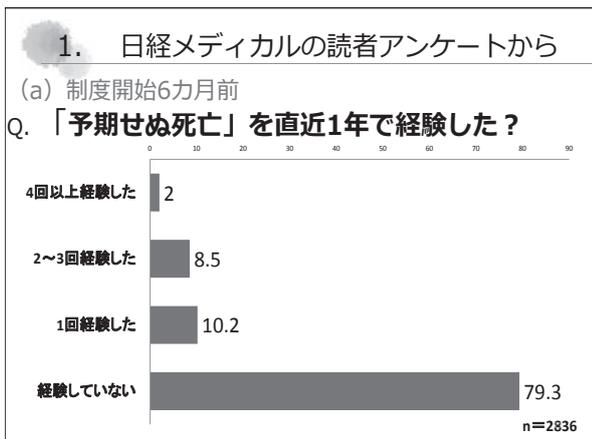
### 7割が病院勤務医



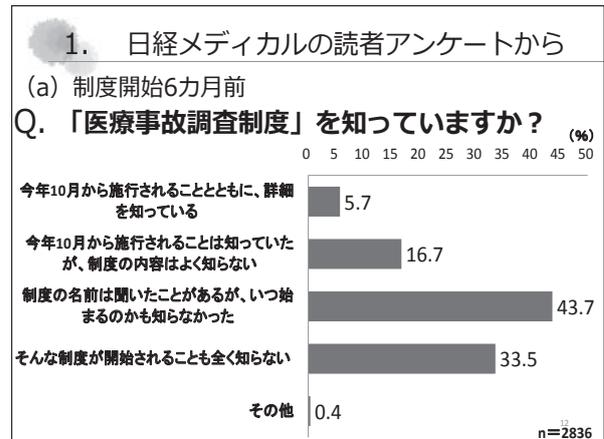
最初に、「日経メディカル Online」のアンケー



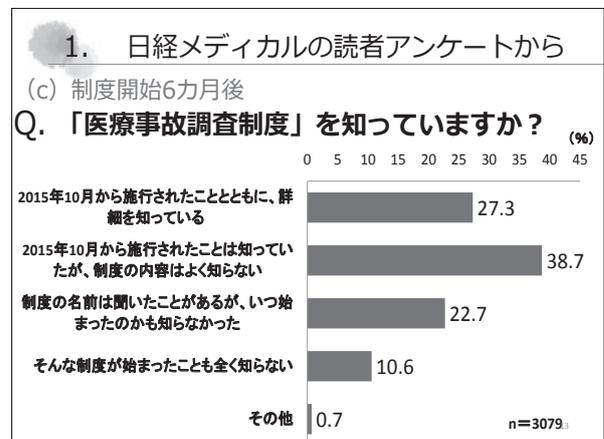
制度開始6カ月前に実施したアンケート結果です。予期せぬ死亡を直近1年で経験されたかを伺っています。その結果、およそ8割の先生方が「経験していない」と回答しました。逆に言えば、2割の方が直近1年に「予期せぬ死亡」を経験されているということが分かりました。



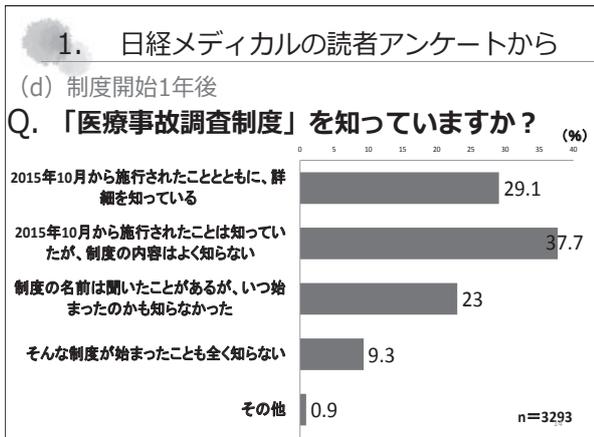
こちらも制度開始6カ月前のアンケート結果です。「今年10月から全ての医療機関を対象に『医療事故調査制度』が開始されます。この制度についてご存じでしょうか」と質問しました。この結果に非常に驚いたのですが、制度開始まであと半年という状況にもかかわらず、「今年10月から施行されることとともに、詳細も知っている」と回答された先生は5.7%しかいなくて、残りの9割ぐらいの方は制度の詳細をご存じないというような状況でした。また、7割の方は、半年後に制度がスタートすることも知らないという結果でした。



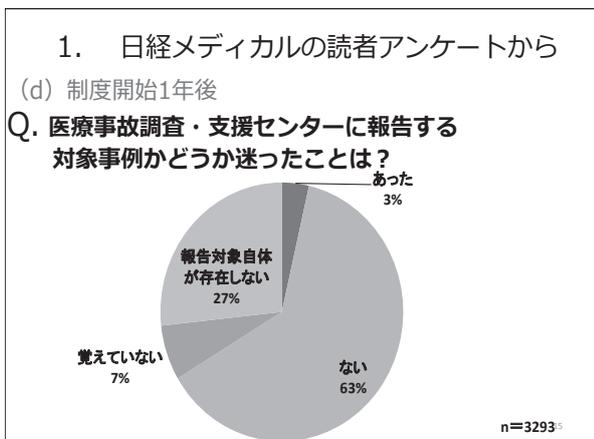
制度開始6カ月後と1年後にも同じことをアンケートで尋ねています。こちらは制度開始6カ月後の結果ですが、「2015年10月から施行されたこととともに、詳細を知っている」と回答された方は、3割ぐらいでした。制度開始6カ月前はこの項目は5.7%でしたので、制度開始から半年で3割にまで伸びたことが分かりました。しかし、制度の詳細をよく知らないという方がまだ7割もいらっしゃるということも分かりました。



こちらは1年後の結果です。もちろん「日経メディカル Online」のアンケートに回答した先生方というバイアスがあることを念頭に置いて聞いていただければと思いますが、依然として7割の方が制度の詳細をご存じでないという結果でした。このうち、3割ほどの先生方は、開始1年たっているけれども、制度が既にスタートしたことさえご存じないというような状況でした。

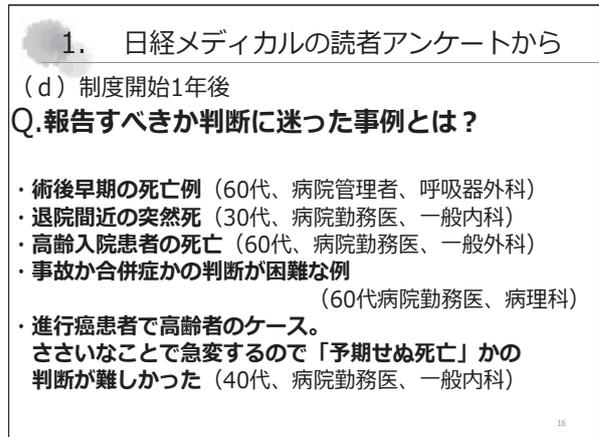


こちらも制度開始1年後に聞いたものです。「医療事故調査・支援センターに報告する対象事例かどうか迷ったことはありますか」と聞いたのですが「あった」と回答された方は3%で、「ない」や「覚えてない」と回答された方が7割で、「報告対象自体がご自身の担当する科で存在しない」という方が3割ほどでした。

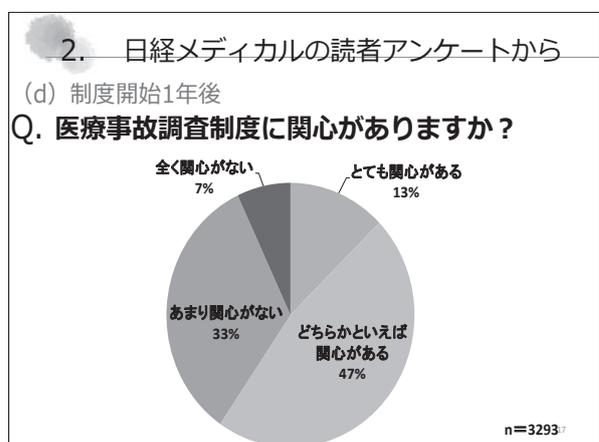


「報告すべきか判断に迷った事例」とはどういった事例なのかなと思ひまして、質問しました。こちらが結果です。多かったのが「術後早期の死亡例」「退院間近の突然死」「高齢入院患者の死亡」でした。あとは、「事故か合併症かの判断が非常に困難な例」「進行癌患者で高齢者のケース」といったような回答が比較的多かったです。

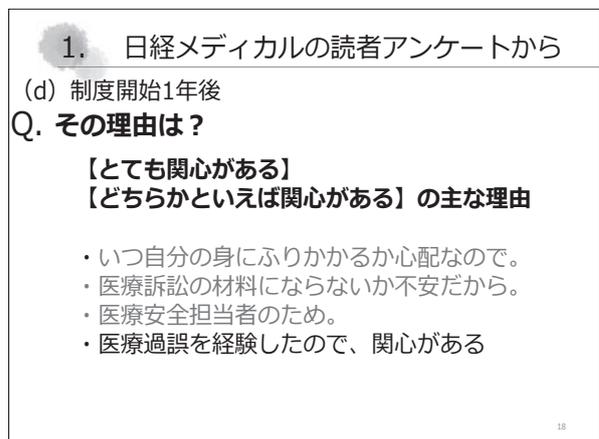
先ほどお見せした結果のとおり、制度をご存じでない先生方が非常に多かったので、率直に「医療事故調査制度に関心がありますか」と聞いてみました。意外だったのですが、「どちらかといえば関心がある」という方が意外に多く5割を占め、「とて



も関心がある」という方が1割ほどいました。



「とても関心がある」や「どちらかといえば関心がある」回答された先生の主な理由も尋ねています。その結果、大体こういった内容に集約されました。「いつ自分の身に降りかかるか分からないから心配」「医療訴訟の材料にならないか不安だから」という方が多かったです。あとは「医療安全担当者の方だから」ということで、関心を持ってらっしゃるという回答も非常に多かったです。



# シンポジウム I

逆に、「全く関心がない」「どちらかといえば関心がない」と回答された先生方の中で多かった理由は、「自分の科では『予期せぬ死亡』というものがそもそも起きないから」「忙しいのでそこまで考える余裕がない」でした。「そもそも管理者が全くやる気がない」や「裁判の材料にされるのが明らかだから協力したくない」というような回答もありました。

1. 日経メディカルの読者アンケートから  
(d) 制度開始1年後  
Q. その理由は？  
【全く関心がない】  
【どちらかといえば関心がない】の主な理由

- ・自分の科では「予期せぬ死亡」が起きないから。
- ・忙しいのでそこまで考える余裕がない。
- ・そもそも管理者が全くやる気がない。
- ・遺族の裁判の材料にされるのが明らかだから。法的に禁止事項として記載されなければ無理。

先ほど「裁判の材料にされるのが明らかだから」という回答がありましたが、それに関連し、勤務医の先生にのみ伺った質問項目もあります。「院内調査が行われた際に、病院は過度の責任を押し付けることなく、適切な対応を取ってくれると思うか」と尋ねたところ、「病院のことを信用しているし、自分の処遇についても適切な対応を取ってくれると思う」と回答された先生は3割で、残り7割は「どうなるかは分からない」や「管理者が、全ての責任を自分に押し付けてくるのではないかと不安である」と思っていることも分かりました。

1. 日経メディカルの読者アンケートから  
(d) 制度開始1年後 勤務医のみ  
Q. 院内調査が行われた際、病院は過度の責任を押しつけることなく、適切な対応を取ってくれると思う？

回答内容	割合 (%)
病院のことを信用しているし、自分の処遇についても適切な対応を取ってくれると思う	27.2
どうなるかはよく分からない	56.7
管理者が、全ての責任を自分に押し付けてくるのではないかと不安である	10.9
その他	5.2

n=2825

こちらは全ての回答者に聞いています。先ほどの質問項目に関連し、「院内事故調査報告書を渡すか否か」という議論がありますが、「遺族の求めに応じて院内報告書を渡すべきか」と質問しました。その結果、「遺族が報告書を求めた場合は渡すべきである」と回答された方は4割もいらっしゃいました。残りは、「説明を十分に行えば、報告書は渡さなくてもよい」という方が14%、「何とも言えない」という方が4割ほどを占めていて、どのように対応されるかで現場の医師たちが悩んでいるように感じました。

1. 日経メディカルの読者アンケートから  
(d) 制度開始1年後  
Q. 遺族の求めに応じて院内調査報告書を渡すべきか？

回答内容	割合 (%)
遺族が報告書を求めた場合は渡すべきである	40
説明を十分に行えば、報告書を渡さなくてもよい	14
何とも言えない	43
その他	3

n=3293

最後に、医療事故調査制度への悩みや不安を尋ねたところ、こういった意見が出てきました。「萎縮医療が進んでしまった」「報告対象の定義があいまい」「遺族が望まない場合でも報告し、医療事故調査を実施することでかえって遺族を混乱させてしまう可能性がある」「再発防止につなげるのであれば、調査は基本、『匿名』で行うべき」などです。2016年6月には省令改正が行われて、遺族がセンターに相談した際、遺族が希望したら病院に相談の事実を伝えるという形に変更されましたが、このように「遺族が介在することそのものが制度に破綻をきたしている」というようなご回答、「マスコミが医療について知りもせず、不幸な結果と患者からの意見だけで記事を書く姿勢に腹が立つ」といった意見もありました。

アンケート結果のまとめです。2割の方が予期せぬ死亡を経験されていたけれども、医療事故調査制度の詳細を知っている医師というは非常に限られて

## 1. 日経メディカルの読者アンケートから

(d) 制度開始1年後

### Q. 医療事故調査制度への悩みや不安は？

- ・萎縮医療が進んでしまった。
- ・報告対象の定義があいまい。
- ・遺族が望まない場合でも報告し、遺族を混乱させてしまう可能性がある。
- ・再発防止につなげるのであれば基本は「匿名」。
- ・遺族が介入することそのものが制度に破綻を来している。
- ・マスコミが医療について知りもせず、不幸な結果と患者側からの意見のみで記事を書く姿勢に腹が立つ。

22

いました。制度開始1年がたった時点で7割が制度の詳細を知らない状況でした。院内調査が行われた場合、7割の医師は自分がどういった処遇を受けるのか分からないと回答していて、不安を抱いているということが分かりました。

## 1. 日経メディカルの読者アンケートから

### 【結果のまとめ】

- ・2割の医師が直近1年間で「予期せぬ死亡」を経験
- ・医療事故調査制度を知っている医師は非常に限られている。
- ・開始1年時点で、7割が制度の詳細を知らない。
- ・「制度に関心がある」と回答した医師は、「明日が我が身」とご自身に関係のある制度と認識している医師、もしくは医療安全担当者だった。
- ・院内調査が行われた際、7割は「どうなるか分からない」「全ての責任を押しつけられるのでは」と不安を抱いている。
- ・「遺族が報告書を求めた場合は渡すべき」と考える医師は4割。

次に、宿題としていただいております「他のマスコミの声」をいくつかご紹介させていただきたいと思います。

一言で「マスコミ」といっても様々でして先生方が手に取られる一般紙、つまり国民向けの記事を書くマスコミもいれば、私が所属する「日経メディカル」のように医師の先生向けの記事を書く専門媒体もあります。

ただし、同じ媒体であっても、様々な意見があります。例えば同じ「日経メディカル編集部」の編集委員の三和護記者は、「刑事事件化する可能性がある以上は、医療者に『究明』に基づく説明責任を求めるのは到底無理。純粋な科学的究明を目指す調査制度にしていくためには刑事司法とのつながりを

絶ったものにしないといけないのではないか」と話しています。

これは同じ編集部のデスクの意見で、「現場の医師は、この制度を知らないのではないか」と言っていました。というのも、「制度開始から1年がたつのに『あってよかった』というような声聞こえてこない」と話しています。また「臨床医にとって、どのように役に立つ制度なのかというのが分からないのではないか」と指摘していました。

関連会社ということで、日本経済新聞社会部の前村聡記者にも意見を求めました。前村記者は、「冤罪を誘発する可能性があるのは『誤った報告書』であって、『いかに適切に医療事故調査を行う体制』を整えるのが重要」と話しています。また「一方で、『医療不信』から創設された経緯を考えると、『遺族に報告書を渡さない』など説明責任を果たそうとしないと、医療界への信頼を得られないのではないか」とも言っていました。

競合他社の記者にも医療事故調への率直なコメントを求めました。10年ほど厚労行政を取材する医療業界専門新聞のある記者は、「報告対象の定義が分かりにくい。この状態のまま運用し続けるのでは制度の意味がないのではないか」ということを言っていました。また、「『これは医療安全のための制度だ』と言って、国民からのアクセスを遠ざけてしまうと、かえって反発を生むのではないかと話しています。

また別の競合他社で、医療業界専門媒体の編集長にも聞いてみました。この方は、「報告する事例の範囲や、遺族への説明の仕方ばかりに時間を割いてしまい、再発防止の議論がほとんどなかったのが心配だ」「この制度が、本当に機能しているのかを判断するのは、報告数の多寡ではなく、報告書を基に有効な再発防止策につなげられるかだと考える」と話していました。

さて、座長の先生方からはもう1つ宿題をいただいています。「国民の声はどのようなか。国民は知っているのかという点についても分かる範囲で教えてほしい」とのことでしたので、可能な範囲

で情報収集するようにしました。私が日々、取材しているのは主に臨床医の先生方ですので、なかなか一般の方に取材することができないのですが、取材対象者の先生方に、「患者さんは知っていますか」というような形で伺うようにしました。その結果ですが、想像したとおりではありますが、「医療事故調査が国民に知られている」という声は全く聞こえてきませんでした。

一方で、国民が目にするものとしてはテレビ番組などがあるかと思うのですが、実は今から半年ほど前の2016年4月に、「ドクター調査班—医療事故の闇を暴け—」というドラマが放送されました。放送開始数カ月前にはこのドラマに関するニュースが流れていて、その記事を読むと「昨年10月に開始した医療事故の原因究明と再発防止を目的とした『医療事故調査制度』をテーマに、事故の背景に潜む闇を暴くヒューマン医療ミステリーで、一話完結型のオリジナル作品」と説明されていました。「これは医療事故調のことだ！」と思い、この番組のスタートをとっても楽しみに待っていました。ですが、始めてびっくりなのが、谷原章介演じるこの真ん中の男性医師役の人の決めゼリフが「命にうそをつくな」ということで…。これは全く事故調と関係ないドラマでした。ちなみにこちらのドラマを見ていた方はいらっしゃいますか。…誰もいませんね。このドラマは突っ込みどころ満載でして、興味がありましたらぜひ見てください。例えば、腹腔鏡手術で死亡事故が多発している病院にこの人たちがオペ看や患者に扮して病院に潜入し、患者がなぜ死亡したのかを医療事故調査するというようなストーリーでした。「オリジナル作品」と注記してはいるけれど、これを見た国民の中には「こういうことをやってくれる制度が始まったのか」と勘違いする人がいなかったかとやや心配になりました。ただ、不幸中の幸いと言いましょか。このドラマの視聴率が非常に低くて、確か5パーセント未満だったことがニュースになっていて、その後、このドラマのニュースは報じられないという状況でした。

さて、最後に、取材を通して思ったことを紹介さ

せていただきたいと思います。医療事故調査制度を取材させていただくようになったのは数年前からですが、当初、他の領域に比べて対立構造が非常に強く生じているという印象を持ちました。医師同士であったり、弁護士同士で互いを批判し合ったり、マスコミのことが嫌いな方が多かったりする印象でした。ただ、取材してみると皆さん、医療安全を実現したいという、とても強い思いを持っていて、同じ方向を向いていることを強く感じました。医療界全体で一致団結できれば、もっとすごい力を発揮していけるのではないかという思いを強く持つようになりました。

ただ、非常に残念なことに、臨床現場の先生方にとって重要な制度だと思い、医療事故調に関する記事を一生懸命書くのですが、編集部内でも「医療事故調の記事は読まれない」というふうによく言われてしまいます。実際に、いくら書いても他のトピックと比べて、本当に読まれていません。例えば同じ時期に、新制度へ移行することが検討されていた新専門医制度などに比べると、読者になかなか読んでいただけないことが取材する側としては悩みでした。先ほどのアンケートにあったとおり、やはりご自身の診療に関係がある制度だと感じている読者が少ないのかなというように感じています。ただ、読まれなかったとしても、医療者の先生方にとって必要な情報だと思っているので、今も取材を続けています。

制度開始からちょうど1年がたちましたので、またシリーズ「どうする医療事故調制度」を再開し、有識者の先生方にインタビューを続けています。今はまだ7、8人分しか記事が載っていないのですが、今後も十数人分を掲載させていただく予定です。

この取材の中で皆さんが間違えなく言うのが、「取りあえず、制度が開始して良かった」ということでした。皆さんこれについては同じように言うので、これは間違いなさそうということが取材の中で分かりました。

一方で、現場では混乱が起きているようです。例

えば、「医療過誤の有無で、報告するかしないかというのを判断している施設がある」「遺族がクレームをつけるから報告するという施設がある」という指摘もたくさん聞きました。

### 3. 取材を通して思ったこと

施行からちょうど1年経ったので…

#### シリーズ「どうする医療事故調制度」

- ・「取りあえず制度が開始してよかった」との声が大半。
- ・でも現場では混乱あり。  
→医療過誤の有無で判断している施設がある  
→そして遺族がクレームをつけるから報告する施設があるという指摘も…

31

これまでのインタビューを通し、私は医療事故調査制度について「日常診療の延長線で行う医療安全を向上させるための制度」だと理解していません。もちろん救急の方は難しいのですが、インフォームドコンセントの徹底を現場の先生方の全てに求める制度であるということです。また、管理者の先生や、医療安全担当者には「対象事例が発生した場合、必要に応じて院内調査をしてください」ということをお願いし、それとは別に「もし必要があったら別のスキームで患者さんや遺族に補償してください」と管理者に対応を求めるものだという理解をしています。先ほど申し上げたように、全ての医師がこの制度のことを正しく理解しておいたほうが良い制度だと私は思っています。

### 3. 取材を通して思ったこと

この制度は

「日常診療の延長線上で行う  
医療安全を向上させるための制度」

→「インフォームドコンセントの徹底を求める制度」  
(患者、医師の双方に覚悟を求めるもの)

+「必要に応じて院内調査をしてください」  
(管理者や医療安全担当者に対応を求めるもの)

+「必要に応じて  
別のスキームで補償するようにしてください」  
(管理者に対応を求めるもの)

という制度という理解

全日本病院協会会長の西澤寛俊先生もインタビューで指摘されているのですが、医療者というのはそもそも医療事故が起きた際に「二度と同じような事故を起こしたくない。再発防止につなげたい」というように思うものであって、今回の医療事故調査制度はこれまで医療者が自然に、そして自律的に行ってきた一連の医療安全の取り組みを制度化しただけのものだと説明されています。

### 3. 取材を通して思ったこと

西澤 寛俊先生（全日本病院協会会長）

医療者は「なぜ患者が死んだのか」と思い、「二度と同じ医療事故を起こしたくない、再発防止につなげたい」と思うもの。

これまでわれわれ医療者が自然に、そして自律的に行ってきた一連の医療安全の取り組みが制度化されただけのこと。

33

同じく、全国医学部長病院長会議で大学病院の医療事故対策委員会委員長を務めていらっしゃる有賀徹先生も、「これは医療環境を良くするための制度であって、医療の一貫にすぎない」「そもそも医療は不確実な事態が起こるリスクが高いため、日常診療で医療事故への備えを行うのは当たり前のこと」と説明されています。それだけではなく、「現場の医師というものは、うまくいった手術のことよりもうまくいかなかった手術を覚えているもの。だからこそ医療事故があった際は、後は管理者がしっかりと引き取り、臨床医には本業に専念してもらうことが大切で、管理者が頑張らなければいけない」というようにお話しされています。

ただ、こういった取材を行う中で、「制度の創設に関わった先生方と、臨床現場の先生との意識に大きな乖離があるのではないか」と感じるようになりました。例えば、救急医A氏は事故調に詳しい方で、「自分でいろいろと制度について調べたから知っているけれども、周りの医師は制度のことを正しく理解していない。周りの医師は皆、『責任追及』されると思ってしまったっているようだ」と言ってい

### 3. 取材を通して思ったこと

**有賀 徹 先生**

(全国医学部長病院長会議  
大学病院の医療事故対策委員会長)

「これは医療環境を良くするための制度」

「そもそも医療は不確実な事態が起こる  
リスクが高いため、  
日常診療で医療事故への備えを行うのは  
当たり前のこと。医療の一環に過ぎない」

34

### 現場の臨床医からは、こんな声も…

**麻酔科医B氏**

「センターに報告書を提出したがその後連絡が全  
くなく、調査が完了したのかどうか分からず、不  
安な時間を過ごした…」

→センターへの不満

37

### 3. 取材を通して思ったこと

**有賀 徹 先生**

(全国医学部長病院長会議  
大学病院の医療事故対策委員会長)

「現場の医師はうまくいった手術のことより、  
うまくいかなかった手術を覚えているもの」

「だからこそ医療事故があった際は、  
後は管理者がしっかりと引き取り、  
臨床医には本業に専念してもらうことが大切」

35

て、やはり現場では医療事故調がしっかりと理解されてない可能性があるということを指摘されていました。

### 現場の臨床医からは、こんな声も…

**救急医A氏**

「自分で調べたから知っているが、まわりの医師  
の多くは制度のことを正しく理解していない」

「どの医師もみな『責任追及』されると思ってし  
まっているようだ」

→現場では医療事故調がやはり  
しっかりと理解されていない可能性…

36

こちらは、実際にセンターに報告された施設の麻酔科医のB先生のコメントですが、「センターに報告書を提出したけれどもその後連絡が全くなくて、調査が完了したのかどうか分からなくて不安な時間を過ごした」とセンターへの不満や不安をお話いただきました。

### 現場の臨床医からは、こんな声も…

**病院長C氏**

「日常診療の延長で対応したいが、外部委員の予定  
をあわせるのは大変」→日常診療でやることの限界

「真摯に取り組んだが、遺族は最初から  
どう保障してくれるのかの一点ばり。報告書を目的  
外使用されるのではないか…」→訴訟への不安

「国民への周知を十分にしてほしい。『原因究  
明』の制度と勘違いされている」→行政への不満

38

こういった現場の先生方の悩みやご意見を伺うことで、有識者インタビューとの考え方との落差を感じ、板挟みというか、非常に考えさせられ、どうしたらよいのだろうと考えるようになりました。

思い起こしてみれば、これまでに報じられてきた医療事故は、例えば国際医療研究センターでの造影剤誤投与事件や東京女子医科大学のプロポフォル事件など、現場の医師の責任が問われたものが多かったように感じます。ですから、現場の先生方に「医療事故調査制度は訴訟と関係がない。心配するな」と言っても非常に無理があるのではないかというように、ふと思うようになりました。

3. 取材を通して思ったこと

思い起こせば  
これまでに報じられてきた医療事故は、  
現場の医師の責任が問われた事件ばかり・・・

そういった訴訟リスクだけではなく、そもそも臨床医の先生方には過重労働などの負担も掛かっています。

先ほどお伝えしたように、私は全ての臨床の先生方が医療事故調査制度を知っておいた方がよいと考え、記事を書いています。でも、ただ制度を正しく理解してもらいたいというスタンスだけでは、もしかしたら現場の先生方には負担感しか与えず、うまくいかないのではないかと思うようになりました。

3. 取材を通して思ったこと

訴訟リスクだけでなく、  
過重労働なども問題もある・・・

全ての医師が知っておいた方がよい制度

→しかし、  
制度を正しく理解してもらうという  
スタンスだけでは、負担感しか与えず、  
うまくいかないのかもしれない・・・

こちらは、まとめです。まずは、全ての臨床医の

先生に制度を正しく理解していただく必要があると感じています。その内容は勤務医の先生と、管理者の先生とで異なります。勤務医の先生には制度の趣旨を正しく理解していただいて、もちろん救急で運ばれた患者さんにはなかなか難しいのですが、できる限りインフォームドコンセントを徹底していただくことになります。それによって、日常診療がむしろ円滑になるのではないかと思います。一方、管理者の先生は、報告対象の判断を誤らないようにすることが大切です。具体的には、先ほどお伝えしたように、過失の有無ではないということ、遺族がクレームをつけているからという理由で、医療事故調査制度のスキームで報告しないということが大切だと思いました。また、補償が必要な場合というのは、事故調とは別のスキームで対応する必要があります。あとは、その先にあるものとしては、院内調査手法に注意をするということです。ご存じのとおり、医療事故調査制度を行う上ではヒューマンエラーではなくてシステムエラーに着目して調査することが求められていますので、そういったところに気を付けていただきたいです。ただ、システムエラーに着目した調査はすぐにできるようなものでないと思いますので、そのときには支援団体への相談が必要になるかと思います。その場合、判断に困っている先生方がどこに相談したらよいのかというようなのがすぐに分かるような体制作りが今、まさに進められているところだとは思いますが、そういった体制がやはり必要だと思いました。

まとめ

まずは全ての臨床医の先生に  
制度を正しく理解していただく必要

【勤務医】  
→制度の趣旨の理解+（可能な範囲にはなるが）ICの徹底

【管理者】  
→報告対象の判断を誤らない  
①過失の有無ではない②「遺族がクレーム」で使わない  
→補償が必要な場合は別のスキームで  
→院内調査手法に注意（システムエラーに着目）  
→判断に困っている管理者や医療安全担当者が、  
どこに相談したらよいのかすぐに分かるような体制作りを

その上で、より多くの医師にこの制度を受け入れ

てもらうためには、2017年の頭には発表されるといわれている、センターの示す再発防止策が非常に重要なのではないかなと思っています。再発防止策の内容次第ではありますが、責任追及の制度ではないのだなということを実感し、制度の意義を理解していただければ、しっかりと取り組んだ方がよい制度だと理解を得られるのではないかと思います。そういった点で、今後、センターが示す再発防止策の中身が非常に重要なのではないかと感じています。どの施設でも実行できるような再発防止策を示していただきたいと思っています。あとは、先ほど大磯先生もご指摘されていたと思うのですが、制度の趣旨から外れるような困った事案というのが発生した際に、団体や学会、医師会などが、「これは違うのではないか」というように声明を出していただくと、臨床医の先生方は非常に安心してこの制度に取り組めるのではないかと思います。

 <b>まとめ</b>
<u>その上でより多くの医師に</u> <u>この制度を受け入れてもらうためには・・・</u>
→センターの示す再発防止策に期待 ・意義を理解してもらえる可能性 ・責任追及ではないことを理解してもらえる可能性 →どの施設での実施可能な実効性のあるものを・・・

 <b>まとめ</b>
<u>その上でより多くの医師に</u> <u>この制度を受け入れてもらうためには・・・</u>
→制度の趣旨から外れるような困った事案が発生した際に 団体や学会などが声明を出してくれると 印象も違うのではないか

これは、有賀先生からいただいたスライドです。全国医学部長病院長会議が今年の9月にセンターに

対して申し入れを行っています。この6項目目で、医療事故調が、そういった係争の材料として使用されそうなときは、センターがそれ以上の調査を行うことや、報告書を遺族に渡すような、「今回の法に規定されるような作業を行われない」、つまり医療事故調をストップすることが必要なのではないかとこのことを申し入れされています。こういったことも今後、検討されたほうがいい課題の1つになるのかなというふうに感じています。

最後に、先ほど国民への周知も必要だというご意見を紹介させていただきましたが、次のステップとして、この制度の趣旨を医療者だけでなく国民にも正しく理解していただく必要が将来的にあるのかなと思っています。まだ日経メディカル Onlineにまだ記事は掲載していないのですが、死亡診断書にそういった制度の趣旨を記載するなどして周知するといったアイデアをお話ししていただいた先生もいて、私もその方法は有効かと思いました。

同時に、繰り返しになりますが、必要に応じて別のスキームで遺族への対応を検討することも大切です。

あとは、「医療事故調査制度」という制度の名前に改善の余地があるように感じます。というのも、大切な人が亡くなって悲嘆に暮れているところに、「医療事故」と言われてしまうと、遺族も「えっ、医療事故があったの？」と非常に驚いてしまうのだと思うのです。「医療事故」という単語を使用しているがために、医療者と国民の双方に要らぬ不安や誤解を与え、うまく運用されていない可能性があるのではないのでしょうか。今後、制度の名前を変える余地があるのではないかとこのように、取材する中で感じました。

## まとめ

### その先に、国民への周知も…

- この制度の趣旨を説明
- 「『死亡診断書』に記載もしくは一緒に渡す」というアイデアも（今後、記事掲載予定）
- 同時に、別スキームで遺族への対応を検討する
  
- 「医療事故調査」という名前を変更する？

46

最後に、これからも医療事故調査制度についてしっかりと取材させていただきたいと考えております。今日の講演の内容や、皆さんが思っらっしゃることなど何かおありになりましたら、ぜひ、日経メディカルの満武里奈（みつたけりな）までご意見やご情報をいただけたらと思います。どうかよろしくお願いいたします。ありがとうございました。

## 「医療安全へのレジリエンス・エンジニアリングの導入 ～複雑系を前提としたシステミックアプローチ～」



大阪大学医学部附属病院 中央クオリティマネジメント部 教授・部長

中 島 和 江

平成28年度全国医師会勤務医部会連絡協議会  
(2017年11月26日)

シンポジウム I 医療事故調査制度の動向

医療安全へのレジリエンス・エンジニアリングの導入  
～複雑適応系を前提としたシステミックアナリシス～

大阪大学医学部附属病院  
中央クオリティマネジメント部  
中島 和江

弾

©Kazue Nakajima 2016

本日はこのような機会を頂戴いたしまして、ありがとうございます。新しい安全へのアプローチである「レジリエンス・エンジニアリング」の概念と、このような物の見方にもとづいたシステミック分析の例をお話いたします。「レジリエンス」とは、システムの有する特性で、「弾力性のある」とか「柔軟な」という意味です。

### 1. 安全へのアプローチの歴史

その昔、良くないこと、例えばバストが大流行すると、人々はその原因を神のなせる業だと思ひ、対策として神に祈るという時代がありました。科学やテクノロジーの進歩に伴い、機械の故障に対して故障部分を修理し、ヒューマンエラーに対してはヒューマンファクターズアプローチ、すなわちソフトウェア、ハードウェア、環境、コミュニケーション面から安全な業務ができるようなサポートを行い、さらに組織の安全文化を醸成し安全重視の経営や説明責任を果たすといったことを行ってきました。しかし、ますます高度で複雑化する社会技術システムにおける安全を、祈る、修理する、ヒューマン・ファクターズ、安全文化を組み合わせるだけで

確保できるのかという限界があります。レジリエンス・エンジニアリングが登場した背景には、このような経緯があります。私自身もこれまで約20年間、医療安全の仕事をしてきましたが、従来型の手法を継続するだけでは、今後の医療安全の確保はできないと感じています。

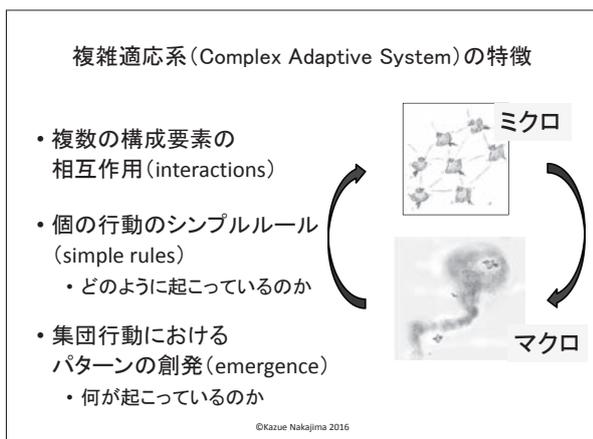
### 2. 複雑なシステム

複雑なシステムには二種類あります。一つはcomplicated systemと呼ばれるもので、例えば精巧な時計のように、パーツの機能を足し上げると全体の機能が説明できるシステムです。このようなシステムは基本的に独立した系で、設計通り動き、どこか故障しても修理すれば元通りに動きます。もう一つはcomplex system（複雑系）と呼ばれるダイナミックに変化し続けるシステムで、生命体、生態系、さらに医療をはじめとする社会技術システムはその代表です。これらはシステムを構成する要素（人々等）が学習し適応することから、複雑適応系と呼ばれます。例えば、病院の救急部門は、地域の救急体制や院内の他部門などと密に関係した開いた系です。ここでは、システムを構成する医療者らが、さまざまな外的、内的変動に対して、状況に合わせて調整を行うことで、日々の救命治療が機能しています。このようなシステムを、予め設計したとおりに動かすことは不可能であり、物事がうまくいく鍵は柔軟性にあります。レジリエンス・エンジニアリングは、このようなシステムを扱います。

### 3. 複雑適応系の特徴としての相互作用、創発、機能共鳴

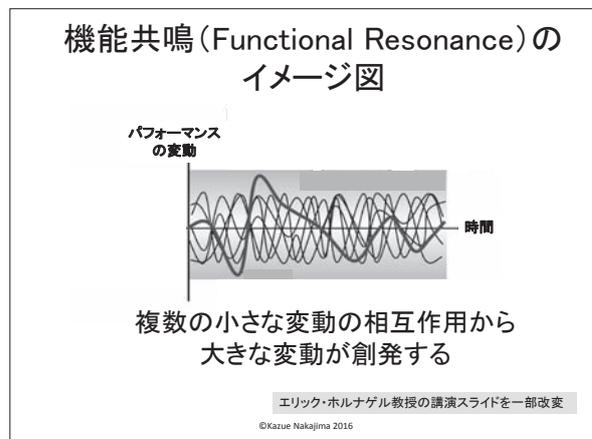
複雑適応系の特徴は、システムを構成している多

くの要素が、相互作用をしていることです。そして、この相互作用を通じて、システムを構成する個々の振る舞いからは想像できないような振る舞いが、集団（システム全体）に現れます。これは因果関係では説明できず、「創発（emergence）」と表現されます。また、集団の振る舞いからのフィードバックが、個々の行動に反映されます。例えば、ムクドリの大群は独特のパターンを形成して飛んでいます。これはリーダーの鳥が集団を引率しているのではなく、実は、それは鳥同士の相互関係に関するたった三つのルールから生ずることが知られています。そのルールとは、他の鳥に近づきすぎない、他の鳥から離れ過ぎない、群れの中心方向に飛ぶというものです。従って、複雑適応系を制御するためには、巨視的な挙動とそれを形成している個々の振る舞いの両方を把握し、理解することが必要になります。



医療というシステムは、常に外的および内的変動にさらされています。例えば、外的変動要因には、患者の高齢化、がん患者の増加、新医師臨床研修制度、新専門医制度、7:1看護体制、ジェネリック医薬品使用促進政策、テクノロジーの進歩などがあります。このような変動するシステムにおいて、常にリソース（情報、時間、マンパワー、道具）の制約のある中で、医療者は業務においてさまざまな調整を行い、日々、何とか仕事をやりとげています。これがシステムの柔軟性の源であると同時に、これらの小さな変動（調整）同士が機能共鳴することで、大きな変動（事故）になることがあると考えられています。言い換えると、成功と失敗は等価と見なす

ことができます。



相互作用により機能が共鳴するというのは、このようなイメージです。ロンドンのミレニアム・ブリッジが開通した日に、多くの人々が橋を渡りにやって来ました。人々が歩くと橋が揺れます。その揺れを感じて人々は自分の歩き方を調整するわけです。それが相互作用を通じて、みんながあたかも足並みをそろえたように、左、右、左、右と歩き方が同期をして、さらに橋の揺れと相まって大きな横揺れとなり、橋は一時期通行止めとなってしまったのです。

つまり、複雑適応系で物事をうまく行おうとすれば、相互作用に着目することと、システムを広く見ることが必要になります。これは従来型の医療安全へのアプローチになかった点です。

#### 4. Safety-IとSafety-II

従来型の安全管理手法と新しいものとの違いは次のような点です。これまでの安全へのアプローチ (Safety-Iと呼ぶ) では、安全とは事故のないことを目指し、失敗と成功の道筋は異なると考え、失敗事例から学び、複雑なシステムで起こったイベントを、事故に関係していそうなシステムの一部を取りあげて、構成要素（人々やテクノロジー等）に分解し、これらのパフォーマンスと結果を因果関係で説明し、対策を講じてきました。

一方、新しい安全へのアプローチであるレジリエンス・エンジニアリング (Safety-IIとも呼ぶ) では、外的・内的変動に対して柔軟に応答することができ

# シンポジウム I

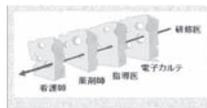
るシステムを目指します。複雑系科学の知見を踏まえ失敗と成功は等価とみなし、システムを広くみて、物事が「どのように」うまく行われているのかということを知り、うまくいくことを増やそうとするものです。誤解をしてはいけない点は、これは成功事例というイベントを扱うものではないということです。

## これまでの安全アプローチの特徴 (Safety-I)

Static System  
(静)

1. 事故ゼロを目指す
2. 失敗と成功の道筋は異なる
3. 失敗から学ぶ
4. システムの一部を切り取って「なぜ」を解明する

要素還元主義と因果関係  
(Reductionism & Causality)



©Kazuo Nakajima 2016

## 新しい安全へのアプローチの特徴 (Safety-II, レジリエンス・エンジニアリング)

Dynamic System  
(動)

1. レジリエントなシステムを目指す
2. 失敗と成功は等価
3. 普段行われていることから学ぶ
4. システムを広くみて、「どのように」を解明する



複雑系科学 (Complex Science)

©Kazuo Nakajima 2016

## 5. システミック分析

### (1) 従来型医療事故調査の限界

従来型の医療事故調査には、「調査の中で見つかるものは探しているものだけ」、「見つかったものだけ修理する」という限界が指摘されています。通常、結果を知ってから原因を考える時には、強力な後知恵バイアスが働きます。事故調査担当者が後知恵で「これが原因ではないか」と考え、事故の当事者にそのことについてヒアリングをして、その人が「そうです」と答えると、「やっぱり」ということで原因が特定されることとなります。

しかし、複雑適応系では事故はシステムの特定の要素から発生するのではなく、システム全体が事故の発生に関わっていると考えられています。これは先にのべた「成功と失敗は等価である」ということと同じ意味です。従って、個別のイベントを深く掘り下げる前に、システムを広く見て、普段どのように仕事が行われているのかを理解することが必要です。このような洞察に基づいた分析は、システミック分析と呼ばれます。

### (2) システミック分析の実例

具体例を一つご紹介します。これは、数年前にある急性期病院で発生した筋弛緩剤の誤投与事故で、私が外部調査委員として関わった事例です。病院が公表した事故調査報告書に記載されている範囲でご説明いたします。休日に状態が悪化した患者に対して、医師が「マキシピーム®」という第4世代セフェム系抗菌薬を臨時で処方オーダーしたのですが、薬剤師が誤って「マスキュレート®」という筋弛緩剤を払い出し、病棟では2人の看護師が医師の処方内容と届いた医薬品の一致を確認しましたが誤った薬であることに気づかず、患者に投与しました。

### ア) 普段どのように仕事が行われているのかを理解する

薬剤師と看護師による医薬品の不十分な確認が原因であり、確認徹底とトリプルチェックの導入で再発防止を図る、といった安易な分析と対策では問題は解決しません。システミック分析では、特定の事故がなぜ起こったのかを説明する前に、普段どのように仕事が行われているのかを明らかにします。つまり、日常臨床業務はどのような要因により変動し、それらの変動に対して人々がどのような調整を行い、またそれらの調整がどのように相互に関係しているのかについて着目します。

医薬品が患者に投与されるまでのシステムの安定性に影響を与える外的要因として、ジェネリック医薬品使用の促進政策があります。病院では先発医薬

品をできるだけ後発医薬品に切り替え、後発医薬品の供給が一時停止となれば、再び先発品に戻したり別の後発品に切り替えたりするなどの調整をしています。これらの調整は、薬剤部での薬剤取り揃えや医療者による医薬品の識別にも影響を与えます。規模の大きな病院では、安定的に供給され処方数の多い医薬品は、通常、ピッキングマシンという機械に充填され、人の手を介さずに正しい薬が取り出されるようになっています。しかし、採用医薬品が変更になり、薬品棚から手で取り揃えることが必要になると、エラーの入り込む余地が発生します。

入院患者の状態変化も、臨時の内服薬/注射薬オーダー件数の増加や調剤の優先順位の変更につながり、薬剤部における業務量や業務手順を変動させます。さらに、病棟等からの電話対応や薬剤部窓口での病棟スタッフへの薬剤手渡し業務（いわゆる窓口対応）は、調剤や調剤鑑査の業務に割り込んできます。例えば、臨時の内服薬/注射薬オーダーが多く入力されると、調剤及び調剤鑑査量が増加するだけにとどまらず、電話での調剤依頼、調剤状況確認、催促が増加します。薬剤師はマルチタスクを求められ、調剤や調剤鑑査はしばしば中断されるために、認知的なワークロードに相当な負荷がかかります。

平日と休日のマンパワーの違いも、調剤や調剤鑑査の品質を変動させる要因です。平日の日勤帯は注射薬、内服薬の調剤に関してそれぞれ薬剤師の複数名体制をとっている病院でも、休日の日勤帯になると各1名、合計2名体制になる病院は少なくありません。その人数でまかなえる業務量であればよいですが、それを超えるような状況も起こりえます。

蕎麦屋なら蕎麦が売り切れたら閉店し、飛行機なら満席になれば乗せてくれません。しかし医療では、今日は薬剤師が2人しかいないから処方箋100枚分しか調剤しませんとか、臨時の注射オーダーには対応できませんとか、ジェネリック医薬品が生産停止になったからこの薬はありませんなどということはありせん。限られたリソースの中で、さまざまな調整をし、患者さんのために必要となった仕事を何

とかすべてやりきるわけです。

#### イ) 事故の起こった日の状況

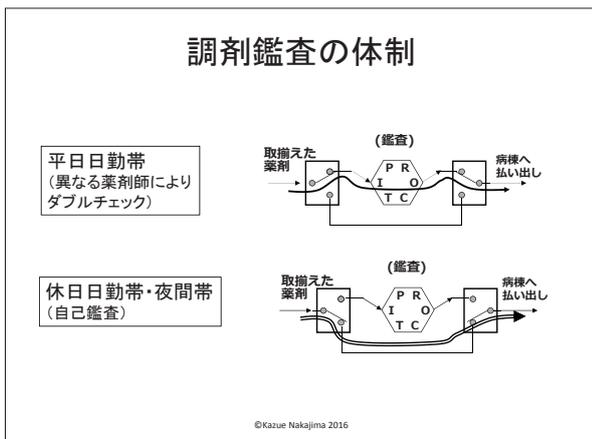
事故当時の状況についてです。患者に投与する予定だった先発品マキシピーム<sup>®</sup>は、この病院で以前採用されており、その後、ジェネリック医薬品であるセフェピム塩酸塩が採用されましたが、ある時セフェピム塩酸塩がオーストリア工場から出荷ができず再開のメドはたっていないという通知が製薬会社からあったことから、先発品のマキシピーム<sup>®</sup>が再び採用されていました。一時的な対応のつもりであったため、マキシピーム<sup>®</sup>はピッキングマシンに装填されず、薬剤師が薬品棚から手で取り出していました。

事故が起こったのは年末年始9連休の3日目の月曜日の午前中です。薬剤師は休日日勤2名体制で1名は内服薬担当、もう1名は注射薬担当でした。2人が朝出勤するとピッキングマシンから取り出された定期および臨時の注射薬の入った約200個のトレイ、普段よりはるかに多いトレイが山積みになっており、至急の調剤依頼の電話が病棟からひっきりなしにかかっている状態でした。午前中の早い時間帯には薬局内の5台の電話機がずっと鳴っていたそうです。当日処理した全処方箋枚数は通常の休日の1.4倍であり、注射薬に関しては1.8倍であったことが後の調査で明らかになっています。普段、業務が増加した時には、手の空いた方が他方を助けるという柔軟な対応をしていましたが、この日は内服薬の調剤も午前中の3時間に集中しており、互いにサポートできない状態でした。経験11ヵ月目の注射薬担当の薬剤師は、電話が鳴り続けるプレッシャーの中で、電話をとる度に業務が中断し、電話内容をふまえて業務の優先順位を変えながら、普段の休日の約2倍量の処方箋を調剤したのです。事故の被害者となられた患者さんの薬は、電話依頼から10分後に病棟に払い出されています。調剤エラーの背景には、マルチタスクと中断、心理的プレッシャー、一人の薬剤師が単位時間に処理できる業務量の超過があったと推察されます。この薬局ではキャパシティ

# シンポジウム I

を超える業務が生じた場合の明示的な応援要請の仕組みはなく、また、年末年始の連休期間の調剤量増加を想定した薬剤師増員もありませんでした。

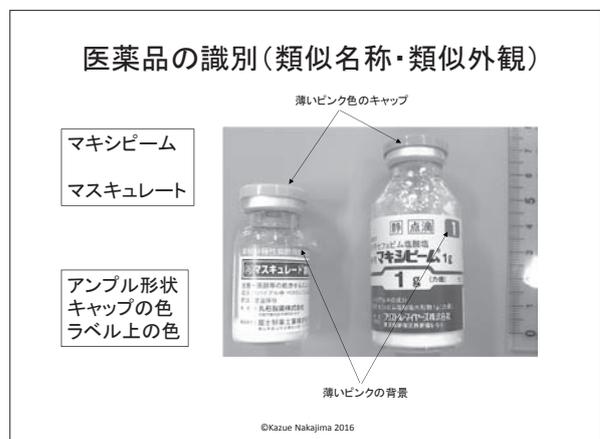
調剤鑑査は、通常、ある薬剤師が調剤した薬を、別の薬剤師が別途確認する仕組み（independent double check）です。この病院では、休日日勤帯は薬剤師が2人しかいないことから、自分で調剤したものは自分で鑑査するという「自己鑑査」が導入され、薬剤部のマニュアルにも記載されていました。この方法で、自分自身の調剤エラーを見つけるのは難しく、また、業務が非常に多忙になると、時間を置いて再度自分が調剤したものを確認するという業務自体を行うことが、事実上、不可能になります。つまり、平日はインディペンデント・ダブルチェックが行われているものの、休日になるとそのルートはバイパスされる仕組みになっていたのです。



マスキュレート®を誤って取り出し、間違いに気づかなかった背景には、薬剤の名称や外観の類似性等もあります。意図した薬は抗菌薬のマキシピーム®、誤ってとり出された薬は筋弛緩剤のマスキュレート®です。両者の名前は、マ、キ、一が共通で、その順番も似ています。後発医薬品の名称については、平成17年に厚生労働省医薬食品局審査管理課長名で、「医療用後発医薬品の承認申請にあたっての販売名の命名に関する留意事項について」という通知文が、また平成24年には厚生労働省医薬食品局審査管理課長および安全対策課長の2課長名で、「医療事故防止のための販売名変更に係る代替新規承認申請の取り扱いについて」という通知文が出されて

います。簡単に言うと、平成17年より以前に承認された後発医薬品でユニークな名称を付けているものについては、早期に一般名に変更することという内容です。平成23年の日本ジェネリック製薬協会名での「ジェネリック医薬品の販売名称の一般名称への変更について」の中では、名称変更の優先順位を決定する際に考慮する事項が記載されており、その中に「ハイリスク薬に分類されるジェネリック医薬品」があります。しかし、後発医薬品の筋弛緩剤マスキュレート®は、長年にわたってこのユニークな名称のままだったのです。

外観もよく似ていました。少しサイズは違うもののどちらも似た形状のアンプルで、ピンク色のキャップで、瓶のラベルにも一部ピンク色が使われています。平成15年の「厚生労働大臣医療事故対策緊急アピール」では、医薬品の外観の類似性評価のためのデータベース整備が謳われましたが、個別の有害事象に基づいた個別の対策や、一部の人間工学的研究にとどまっているのが現状です。先進諸国では、麻酔中に使用する薬剤シリンジラベルの色はISOに基づいた標準化がなされて、危険性を惹起するとともに他の薬と見間違えないような工夫がされています。それに従えば筋弛緩剤マスキュレート®は、キャップの色やラベルの一部には「赤」が使われることとなります。マスキュレート®のラベルの一部には、パステルカラーのピンクを背景に、白文字で非脱分極性麻酔用筋弛緩薬と書かれており、危険情報発信力は非常に弱いといえます。



また、ラベルの「毒」という文字も、アンプルが

小さいため、アンプルを正面視した時にラベルが後に回りこんでよく見えません。阪大病院の薬剤部では、マスキュレート®はわざわざビニール袋に入れて、その表面に「毒薬」と「要嚴重管理」という黒いシールを貼って危険情報発信力を高める工夫をしています。現場にひと手間をかけさせる必要のないアンプルやラベルデザインが望まれます。

病棟の薬剤を受け取った看護師も、この看護師が注射処方箋を声に出して読み上げ、これを聞いて薬剤を確認したもう一人の看護師も、間違った薬が届いていることに気づきませんでした。これは立教大学の芳賀繁教授のご著書の中からの例です。先生がた、これは東京の両国にある国技館の写真ですが、次に漢字（墨田区横綱一丁目）で住所を示しますので声に出して読んでみて下さい。「よこあみ」と書かれています、「よこづな」と見えた方も多いいと思います。我々の脳はこれまでの知識と経験に基づき、膨大な情報を瞬時に処理しています。これが脳における情報処理、判断の特性です。この病院では筋弛緩剤マスキュレート®は手術部、集中治療部、救急部の3つの部署にしか払い出しが認められておらず、一般病棟のこの2人の看護師はマスキュレート®を見たことがありませんでした。薬剤部にマスキュレート®の緊急払い出しの依頼電話をし、もうすぐマキシピーム®が上がってくると待ちかまえているところに、マではじまるピンクのキャップの薬が届いたことから、それをマキシピーム®だと判断してしまったわけです。

#### ウ) システムデザインの改善

病院というシステムは、さまざまな外的要因や内的要因によって常に変動しています。このような中で物事がうまく行われているのは、医療者らが状況にあわせて、いろいろなアナログ的調整を行っているからです。一方、これらの調整も変動であることから、このような変動をうまく制御しなければ、皆がよかれと思って行っていることで却って物事がうまくいかなくなる場合があります。変動するシステムをうまく制御するためには、システムデザイン

(設計) という視点が必要です。

本事例は、病院のシステムデザインという点では、大きく二つの問題が見られます。一つは、最悪の事態、つまり薬剤師2名体制という業務処理バッファがあまりない状況において、薬剤師の処理能力を超えるような調剤が生じた時の対策が講じられていなかったことです。もう一つは、平日に確保されている調剤鑑査が休日にはバイパスされており、エラーを含めた変動を吸収する機構が埋め込まれていなかったことです。

このようなシステムをどのように改善するかについてですが、薬剤師の増員や調剤業務の機械化はすぐにできる現実的な対策ではありません。そうではなく限られたリソースの中で柔軟に対応する方法を考えるということです。例えば、これまでの休日や連休中の調剤実績データ等に基づいた調剤量の想定を行って一過性の増員を図るとか、必要時に応援を求めることができる体制を導入するなどは、改善のオプションです。また、休日薬剤師2名体制でも、調剤鑑査を行えるような運用をしている薬剤部もあります。

一方、外的要因によりもたらされる変動を、各医療機関で制御するには限界があります。医薬品の識別問題はあらゆる医療機関のプラクティスに影響を与えます。この問題の改善は、厚生労働省のリーダーシップのもとで取り組むべき重要課題であり、そこには現場のコンテキストに関する深い理解と人間工学的知識が必要です。

#### 医療安全調査機構に期待すること

このセッションは「医療事故調査制度」がテーマなので、医療事故調査・支援センターである日本医療安全調査機構に対して期待することを述べたいと思います。もし、今回紹介したような事故調査報告書がどこかの医療機関から日本医療安全調査機構に提出された場合には、次のような対応を希望します。まず、現場に対しては自己点検を促してほしいと思います。例えば、調剤業務において安定動作マージンがシステムとして確保されているか、調剤

## シンポジウム I

---

鑑査が休日にバイパスモードになっていないか等です。また、関係学会や職能団体等の専門家に対しては、理想的な状況においてだけでなく、リソースに制約がある状況におけるグッドプラクティスを示し、現場に対してその共有を図るよう依頼してほしいと思います。さらに、厚生労働省と医薬品業界に対しては、医薬品の識別問題を先に示したような先進諸国と同等のレベルでの解決を行うよう提言していただきたいと思います。すなわち個々の病院や現場だけでなく、関係学会、職能団体、行政機関、関係業界までも巻き込むことが、複雑適応系を意識した解決法であると考えます。今の時代はオープン・イノベーションもオプションの1つです。

一方で、各病院で事故調査を行うときには、医療従事者のある特定の行為にスポットライトを当て、後方視的にその是非を評価するのではなく、システム全体を広く見て、システム制御や組織マネジメント等の観点で分析を行い、未来指向の対策を検討することが必要だと考えます。

おわりに

複雑適応系の代表は生命体です。「ゆらぎ」の研究でご高名な大阪大学の柳田敏雄教授は、「複雑なものを厳密に制御するには限界がある」、「生命科学のメインテーマは、システムの柔軟性・自律性のメカニズムを解明することにある」とおっしゃっています。ヘルスケアシステムも複雑適応系であることから、同様に、「安全科学のメインテーマは、社会技術システムの柔軟性・自律性のメカニズムを解明し、物事がどのように行われているのかという機構を解明し、うまくいくことを増やす」といえるのではないのでしょうか。国家レベルでの制度を未来指向の安全マネジメントにつなげるためには、レジリエンス・エンジニアリングという新しいアプローチが必要だと思います。



## 総括コメント

日本医師会副会長 松原謙二  
日本医師会常任理事 市川朝洋

市川常任理事：3人の先生方から、総論という概念でお話いただきましたものですから、今、日本医師会が、医療事故調査制度に対して取り組んでいることを少しお話させていただきます。先ほど、迫井先生からございましたように、6月に省令が変わりまして、この医療事故調査制度に関しましては支援団体が連絡協議会をつくって、それを各県ごとに置くことになりました。なぜそうなったかと申しますと、改正医療法の6条の第11に『病院等の管理者は、医学芸術に関する学術団体その他団体に対し、医療事故調査を行うために必要な支援を求めるものとする』と、要するに求めなくてはいけないというような文言になっております。

それに対して、支援団体というのがいくつかございますけれども、まだ均一的な部分ができていないということで、各都道府県の医師会が調整役となって連絡協議会をつくっていただき、少なくともその県における標準的な判断をしていただきたいと思えます。と申しますのは、支援団体の支援の内容に医療事故の判断に関する相談、これは届け出をするかしないかということ。それから助言、技術的支援等ございまして、これらに助言を与えるということがあるからでございます。ぜひ、各県、調整役として支援団体連絡協議会をつくっていただきたい、それが1点でございます。

それから、これは各地区からの要望でもございますけれども、医療事故調査制度を巡る情報提供です。医療事故調査支援センター、毎月相談受付や事故報告の件数を総数とブロックごとの数で公表していますが、都道府県ごとの数字は公表していません。各地区で取り組みを進めるにあたり、詳細な数値を求める声をお聞きしておりますが、この点に関

しましても各県別の数字について公表するように日本医師会としては、センターのほうに申し入れております。

ちなみに、10月にプレスリリースされました数字を申し上げますと、医療事故報告は35件、累積423件でございます。そのうち院内調査報告が22件、累積183件ですから、まだ実際に3分の1ぐらいしか報告が届いておりません。それから、相談件数、これが170件、累積が1,990件でございます。どのような相談相手だったか、要するに相手機関かと申しますと、医療機関が69件、遺族が88件、その他13件ということでございます。従いまして、現実的には遺族の方からの相談が多いということでありまして。それから、特に遺族からの求めに応じて、センターが医療機関にその内容を伝達したのが4件ございました。これが10月分です。各県ごとに、こういう情報がきちっと流れるように、日本医師会としてはセンターに申し入れていきたいと思っております。

それから最後になりますが、日本医師会では、医療事故調査制度に関する研修会を企画しております。と申しますのは、人材育成、すなわち教育研修は支援センターの重要な業務の一つであります。支援団体に委託することもできるということで、日本医師会では昨年、支援センターからの委託で行い、今年度も、まず医療機関向けトップセミナー。これは院長先生方に出ていただくということで、来年の1月から3月に全国7カ所で開催する予定です。定員は、1会場200名ぐらいを予定しております。

それからもう一つが、支援団体向け支援団体統括者セミナー。これは実際に現場で行っている方、支援団体の方々に各県の医師会の役員、基幹病院の医

## シンポジウム I

師、看護師が1名ずつ参加して、全15日間でやるという、そういうようなセミナーを企画しております。ぜひ各県、また、団体の先生方に参加していただきたいと思います。以上です。

**松原副会長：**一番最初の研究会の構成員から、厚生労働省で告示や通知を決める会の委員までさせていただきました。先ほど先生たちのご意見をお聞きして、思うところを少し述べたいと思います。まず、この医療事故調査制度という名前自体がよろしくない。これはやはり、将来変えていくべきだと思っています。ただ、この制度が始まったのは、先生方もご存じのように、東京女子医大や福島の事件があり、そしてその中で調査書を基にして、警察が介入して逮捕したということから始まっています。つまり、もともと医療事故が刑事事件になるんだということを、行動をもって警察が示し逮捕されたわけがあります。そこで、なんとかして、正当な医療行為を行っている医師が逮捕されることのないようにというところから、議論が始まったわけがあります。

しかし、私も医師は自然科学の中で生きております。自然科学の中ではエビデンスを積み上げて、それを証明すれば次のステップに行けて、それが正しいことになります。しかし、人文科学の世界では人の感情とか人の行動とか、そういったものがかなり大きな要素をもって、例えば事故で患者さんが亡くなったのはかわいそう、かわいそうだから誰かが悪い。また、行政は社会科学の世界でありますけれども、制度を作ればその制度に反したものがあれば罰するべきだと。そういった自然科学、社会科学、人文科学の集まったものが、医療事故調査制度を作る要素となったわけがあります。

私は最初から参加させていただいて、告示事項、それから通知事項について考えたわけがあります。先ほどのご指摘もありましたように、ほとんど自然科学の中で議論するのではなくて、弁護士さんがいる。しかも弁護士さんも医療側の弁護士さんと、患者さんの弁護士さんが混じっていました。さらにマ

スコミの方が入っていて、「国民はこういう目線で見ている」と発言をされるとけんけんがくがくの議論をしました。最後の最後は、この調査制度自体が崩壊するのではないかという危機感まで覚えたところでありました。

最終的に調節してこうなったので、自然科学の積み重ねのものではございません。しかし、医療というものを行う以上リスクがある、不確定性のものがある、その中でどうやって安全を確保していくかというのがこの法律の目的であります。しかし当初は、政治の世界からは適切な罰を与えろというような意見もあったわけでありまして。一番最初は医療事故ということから始まったわけでありまして、日本医師会としては自然科学の医学の世界でどうあるべきかというところに持って行って、医療の安全をどう確保していくのかというところに帰結して、この法律を作ったわけでありまして。

確かに、弁護士さんからすれば、何か過失があるから事故が起こり、過失をした者には罰を与えるべきだという国民感情に照らし合わせれば、罰を与えて当然であるという意見も多々ございました。しかし、実際に医療をやっている現場からすれば、同じような医療をやっている、結果が患者さんによって違うということは経験として良く理解しているところでもあります。同じようにやったのに何でというようなことも積み重ねながら、どこに問題があったかを検討し、そしてどう適切にするかということで、医師はさらに育っていくわけでありまして。その過程において、全て可罰的に考えられれば当然、仕事はできなくなります。今回の調査制度の中で、抜けていた視点があります。一番最初は院長と患者さんの関係からの議論でありましたが、当事者、つまり、実際に現場で働いている医師の視点が抜けていることに気が付きました。そして、ここに重点を当てねばならないということが分かってまいりました。大学病院の偉い先生たちが最初にお作りになるうとされたわけですけれども、その先生たちは病院の管理者として、国民に対してどういうふうに見えるか、あるいは見せるか、あるべきかということから、何

かあったら委員会をつくって全てを明らかにして、そして問題点があったら謝ると。しかしこのことで終わるのは管理者の仕事が終わるだけで、管理者自体は自分がやったわけではありませんから、隠したりすれば罰を与えられても明らかにすることにおいては褒められはすれ、罰は与えられることはありません。また患者さんからすれば、何かがおかしいから自分の親族が亡くなったと、何かがおかしいということは誰かが悪い、誰かが悪いのならば罰を与えるべきだと。

こういった中で、先ほど申し上げた、医療の安全に資するものを作らねばならないということでありました。最大に、作るときにもめたのが、まずどのようなものを対象にするかであります。医療に起因し予期できないもの、医療に起因するということはどういうことなのか。例えば、病院のトイレで転んで倒れて亡くなった場合に、これは誰が悪いんだと、ご飯を食べていて喉に詰まらせて亡くなった場合に、これも病院が悪いんだと、そういうようなことをおっしゃっている構成員もかなりいらっしゃいました。しかしよく考えてみますと、自宅で転んでも、自宅で喉に詰まらせても同じことが起きるわけでありまして。そうした自然に起きるものをどうやってガードするのか、そういった議論も多々ございました。

そういった議論の中で、やはりこれは医療に起因したものであろうという事が明らかになるような法令文は一体何なのか、そして誰が判断するのかということが非常に大きな要素でありました。さらに、予期せぬこととは一体何なんだろう、先生方もご存じのように、予期という言葉というのは、いままでの法律用語ではございません。予期ということが一体何を示すのだということの議論、予期した以上は何かしなければならぬのか。そういったときに、法律用語で予見という言葉がございます。予見という言葉は、先を見て分かっていたという事です。法律では予見したら起きなくする義務がございます。つまり、予見していたら義務があるということは必ず過失になります。

そういった話でなく、予見ではなく予期という単語に法律文を変えたのは、全く別の考えであるということを示すためであります。ところが、一体何が予期されたんだと、何パーセントなんだ、どういう病気なんだ、どの程度の状態なんだということの議論にはまり込んだときに、全く回答が出ませんでした。これ自体で3、4カ月議論しましたけれどもなかなか回答が出ないまま、最終的には、「それは全て厚生労働省が判断すればいいんだ」なんていう暴論も出たところであります。それでは違うだろうと、もっと現場に重点を置いて考えるにはどうしたらいいか。

実際のところ、私が厚生労働省の行政官と随分議論した結果、手続き論に徹しようと、こういうことをしてやったら丸で、こういうことをしてなかったらバツ。つまり、適応するかしないかについては、あくまでも外見的な手続きで行うと。パーセントではなく、外形的なもので決めるということで、先生方ご不満、多々あると思いますけれども、「カルテにきちっと書いたか」、「患者さんに説明したか」、あるいは「それが無い救急の場合には委員会を開いて、その中で客観的に見てどういう状態であったか」を検討して、そして決める。これが例えば、何パーセントの確率でとなりますと、非常に難しい話になります。パーセント論ではなく、手続き論に徹したのはそういった理由であります。

もう一つの大きな要素は、福島的事件も女子医大の事件も、なぜ警察が入り得たかという分析であります。なぜ警察が入り得たのか、つまり不十分な調査書に基づいて、女子医大はその担当した医師が悪いという結論を出しました。福島のと時も、もっと適切に対応できたという結論を出しました。その結論を基にして警察が入ることができて、そして逮捕され、そして裁判になった。そういった不十分なものが出ないようにするためにはどうしたらいいのかということから随分、私どもは考えました。不十分なものが出来れば、それは証拠となります。

実際に福島的事件を担当した刑事たちをよく知っている方と話をしました。東京特捜にいた方です。

## シンポジウム I

そのときに彼が思ったのは、先生方もこれまたご存じのように、21条というのは単なる罰金罰であります。罰金罰をもって、21条を理由にして提出していなかったということで、福島的事件はスタートしています。つまり、別件で逮捕して、その後で調査書に基づいて業務上過失致死だということで起訴したわけであります。

そういった別件逮捕が禁錮を目的としたような罰ではなくて、単なる行政罰および罰金罰に基づくものでしていること自体に大きなギャップがあって、これはうまくいかないと判断したそうです。彼らと話しますと、この「医療というのは非常に難しい」と、「難しいから、本来は医師たちに任せるべきだ」という意見が多々ございます。

そういったものに基づいて、私どもは今回、医療事故という名前は残りましたが、これを作って、医療界が安全を目指して適切にすることによって、刑事罰をまず適用しにくいような状態にいたします。最終的には、刑事罰が適用できないところに持っていきたいと思っておりますが、世の中から見ると、国民の皆さんがこれで大丈夫だと自分たちの安全は確保されるんだと、自分たちの親族の死は無駄ではなかったんだと。そこへ、確信されるころまで、一步一步この仕組みを使いながら証明していくことによって、さらにいい医療の状況をつくっていききたい、それが私どもの望みであります。

ただ、実際の問題を適用すると、何の妥協なんだというように見えますが、そのところは私ども、医療界が一丸となって一步一步この制度を使って、国民の皆さんにこれで医療は良くなる方向にあるんだということを示していきたい。そのための仕組みでございます。まだ十分なものではございません。21条もきちっとしておりません。ただ、一步一步、証明していくことによって、積み重ねていくことによって、より良い仕組みができるのではないかと、私どもは考えております。

先生方のお力をおもちまして、この制度をもっと成熟した、国民の皆さんがこの制度によって良かったと思えるように努力していきたいと思っておりますので、

ご協力をよろしくお願い申し上げます。私は、最初からこれを作らせていただいて、通知の一文一文までチェックしながらここまで来たところでございます。「数がかなり少ない」などと言われますが、気にしないでください。これは予算を多く取るために、最初に数を多く言っているだけでございます。実際にこれまで医療事故の調査をしている医療機能評価機構、私、そこの役員もしておりますが、そこでの件数を考えたら、この1年の数字というものは極めて妥当な数であります。これを積み重ねていくこと自体が、最終的により良い制度に結びつくと思しますので、よろしくようお願い申し上げますとさせていただきます。



## ディスカッション

**高井座長**：市川常任理事、松原副会長、ありがとうございます。それでは、会場の先生がたも加えてディスカッションしたいと思います。質問のある方はあらかじめマイクの近くに行かれて、質問の際はご所属とお名前をおっしゃっていただけてから質問に移っていただけて、どのシンポジスト、コメンテーターに対する質問かをおっしゃっていただければありがたいと思います。もし質問のある方がいれば、マイクの近くに行っておいていただければ幸いです。

では、どうぞ。

**長谷川先生（秋田県医師会）**：秋田県医師会の長谷川と申します。このような素晴らしい機会をいただけてありがとうございます。今回の最後、松原先生がおっしゃっていましたように、やはりこれは、全ては患者さん、安全のためなんですけれども、同時に将来の医師たちを守る制度になっていくものだとも思います。われわれはこのような事例を取り上げてもらって、それを未然に防ぐためにどう卒前卒後のシームレスな教育に本気で取り組むかというメッセージになります。実は日本の卒前教育においてその辺についてのパフォーマンスのレベルの質の保証というのが不十分な状況です。恐らく中島先生も、卒前卒後の教育や多職種連携教育において医師会としてどのように展開すべきか。予期しないリスクというものは、実はもっと医学的知識、あるいは対応を知っていればもっと予期できる部分も出てくるのではないのでしょうか。そのような部分のメッセージもかなり含んだ法律になるのではないかなというふうに考えております。

そこで、大磯先生と中島先生にお伺いしたいんで

すけれども、きょうの事例を見て、やはり今後、教育研修の場で、もっともっと日本で変えていかなければいけないという点はないでしょうか。例えば、海外の大学だと、ジェネリック医薬品の名前も全部学生たちの前で提示して、その辺のリスク整理の判断も実践レベルで修得させる大学もありますので。そういう部分について、今後の良い方向へ進む展開として、何かメッセージいただければと思います。

**高井座長**：では、大磯先生からコメントをいただけますか。

**大磯先生**：長谷川先生とは医学教育学会でいつもお会いしているんですけれども、医学教育という文脈の中では多分、各大学において、医学概論であったりとかPBL、ポリクリの前に、総合講義みたいな形で取り扱っているところなんだと思うんですけれど。多分、私のところもそうですけれども、個々が創意工夫でやっている、要はパッケージがないんです。それに関してはやはり中島先生のような専門家が一つ一つパッケージをして、教科書を作って標準化というものができていくと将来的にはいいのかなと、私は大学人ですのでそのように思っております。

**高井座長**：では、中島先生から教育の立場で。

**中島和江先生**：ご質問ありがとうございます。本日の私の話は、一人一人の医療者がある一定レベル以上の技量を身につけていても、複雑で変動するシステムの中では、皆がよかれと思って行ったことが悪い結果に終わることがあるため、それをどうやって制御しようかということでした。先生のご質問であ

## シンポジウム I

る卒前教育で個々の学生を立派な医師に育てるために、どのような教育を行うべきか、ということについてですが、まずは、医師になるために必要な知識・技術・態度をきちんと身に付けることです。医療安全に関しては、現在のモデル・コア・カリキュラムでは、インシデントが起こったら院内報告するとか、患者さんにきちんと説明、謝罪するなどわずかな内容しかありません。私は大阪大学や他大学で随分前から医学生をはじめ医療系学生に講義を行ってきました。その中では、ヒューマンファクターズの教育としてシリアス（デジタル）ゲームを用いた医薬品に関するヒューマンエラーの体験や、ノンテクニカルスキル教育として、人間の認知特性を体験できるクイズ、グループ対抗ゲーム、また動画教材による症例提示とそれに基づくグループディスカッション等、体験型教育に力を入れています。また、医療安全部門で一緒に仕事をしている若手外科系医師が、手術の進行をテクニカルスキルとノンテクニカルスキルを織り交ぜた講義を担当してくれていますが、学生には好評です。また、医療安全や慢性疾患管理における患者参加の重要性にも力を入れており、こちらは若手の内科系専門医らが演劇なども交えレクチャーを担当しています。学生が目をきらきらとさせて参加し、「そうだ！」と腑に落ちるような場を提供することが大切だと実感しています。WHOから2011年に患者安全カリキュラムガイド多職種版が発表されていますので、このようなものを参考にしながら、今後の患者安全教育を充実させることが必要だと思います。一方で、このような教育時期、内容、方法などを、全体として膨大な医学教育の中にどのように取り入れ、誰が担当するのかということは、技術的な問題ではありますが大きな課題です。

**長谷川先生：**これから認証評価でますます病院が教育現場になりますので、そこが中心だと、全ての教育は患者安全のためにあるんだ。そしてその分、医師は逆に萎縮せずにより良い医療を提供できる環境が整うんだと、ぜひそういうメッセージも同時に発信していただければと思いました。ありがとうございます

した。

**高井座長：**ありがとうございます。では、もう一人……。どうぞ。

**野坂先生（鳥取県医師会）：**鳥取県医師会の、勤務医部会の野坂といいます。よろしくお願ひします。きょうは貴重なご講演本当にありがとうございました。満武さんにちょっとお伺ひしたいんですけども。実際、先ほどの医療事故調査のこの方向性はもう医者側、その患者側にとっての医療安全という方向は本当ははっきり分かります。ただ、やっぱり現場として、本当に予期せぬ死が出たときには、医療側も患者さんも非常に不幸な事態。そこにおいて、今まで僕は外科をやっていますので、その時点で説明をし、病理解剖し、Aiをし、なんとか説明して納得していただくという形を取ってきました。

だけどやっぱり今までを乗り越え、事故調査という形になってきて、これは報告しないといけないなと。で、松原先生と最後には満武さんも言われた、「医療事故」という言葉で説明した後に、納得して帰った方をまた病院で、これは報告しなきゃいけないということで患者に言うと、やっぱり何かあったんだ、納得して帰ったのに、ということがあります。

ぜひ松原先生、満武さんもそうですねけれども、「事故」という言葉。僕は労災病院に勤めてまして、ある本部研修でもやはりこの言葉っていうのは本当に少し引っ掛かるものがあると。本当にいい制度なのに、そこになんか痛くもないところを掘り下げられるんじゃないかということがあったので、文言を変更することを希望したいと思いますし、松原先生には本当、喝采だったんです。僕自身、非常にいいこと言われたなと思っておりました。

それで、満武さんへの質問なんですけども、この制度の医療側、それから患者側、マスコミを使ってPR、分かるようなものが必要ですよと言われたんですけど、具体的な方法とかいうのは何かお考えかどうかお聞きしたいと思いました。

**高井座長**：満武さま、よろしくお願ひいたします。

**満武様**：はい。国民に周知すると言っても、病気になるいと医療のことに興味が湧かないという部分があるというご指摘を取材時にいただいたことがあります。その場に遭遇しないと皆さん、関心を持たないと。それは医師の先生方もそうであり、国民もそうであると思います。先ほど講演の最後の方で少し触れさせていただきましたが、国民に対して、死亡診断書を渡す際に「医療事故調査制度があり、もしかしたら今後、調査があるかもしれない」という趣旨を記載してアナウンスしていくことも有効かもしれません。

実際にセンター報告された病院の話によりますと、自分たちは制度の説明をしたのだけれども、「何か嘘をつかれているのではないか」と遺族側に疑念を持たれてしまったと言っています。そうではなく、死亡診断書を活用したり、一緒に1枚の説明の紙を渡すことで、国民にも制度のことを正しく知っていただく機会につながるのではないかと思います。もちろん、遺族や訴訟のための制度ではなく、医療安全を向上させるための制度なのですが、本日もご紹介したような現場での混乱が実際に起きていることを踏まえると、何かしらの対応が必要なのかなと感じます。

私たちマスコミとしてはこの制度の重要性を、引き続き一生懸命記事を書いて発信していくしかないとは思っているのですが、同時に、先ほどお伝えしたように、現場が大変で、疲弊してしまっている中で制度を押し付けるのだけでは難しいと思っています。年明けにセンターから示される再発防止策をきっかけに、何か医療側の団体などでも制度を周知するためのPRをしていただけると、私たちマスコミも取り上げやすいのかなというふうにも思いました。

**野坂先生**：ありがとうございました。そういうことを医師会が、また指導してもらって、いわゆる医療事故調査なんかも、現場のドクターが、特に勤務医なんかが、違うんだよね、これはもっと僕らを守る

ためなんだよねっていうのが全部分かるようになれば、先ほど大磯先生が言われた、勤務医部会や医師会が動いてくれたんだ、やっぱ医師会は勤務医のために頑張ってくれたんだ。これ、メリットじゃない？ということで入るかもしれませんので、ぜひよろしくお願ひします。

**高井座長**：はい、ありがとうございます。もう時間もきていますので、最後ということで、簡潔によろしくお願ひいたします。

**丹野先生（青森市医師会）**：青森市医師会の丹野と申します。松原先生から医療事故制度の目的は医療の安全を確保することにあるということでしたが、個人的には医療事故が刑事事件に発展した場合の医療者と司法との間のコンフリクトマネジメント（通常は医療者と患者側の関係性に用いられることが多い）にあるのではと考えています。例えば、事故調の介入のタイミングということに関し、どのように考えられているかということです。

異常死の解釈は病院管理者によって異なることが予想されますが、それが異常死かどうかしっかりと検証されないまま24時間以内に異常死として警察に届け出がされると、司法の見解が優先され、刑事事件に発展してしまうという非常に悲しい結末を迎えるケースが多いように感じていますが、そのような意味で、この制度の介入のタイミングについて、どのようにお考えになっているか教えていただきたいと思っています。

**高井座長**：では、大磯先生でよろしいでしょうか。

**大磯先生**：基本的に医療事故調査制度の来歴は先ほど松原先生がおっしゃられた通りです。現行制度としては、要するに紛争解決ではなく、医療安全のための制度としていますので、そこは切り離してやっていくことをまずは警察にも理解していただくというのが、僕は重要だと思っています。

ただ、実務上は私も複数のところで事故調査委員

## シンポジウム I

をやらせていただいておりますが、警察捜査が入ったのを見て、病院長が慌てて事故調とした事例もありました。事故調査制度に乗せると警察は一度、手を引きます。その後「報告書を警察に渡してくれ」みたいな形で言われることがあります。そこは原則的には切り離していかなければいけないところではありますが、現状のところ制度理解が統一されてないところにおいては、マネジメントとしてあり得るのかと言うと、現状としてはあるというところだと思います。

**丹野先生：**（司法と医療者との間の）調整役機能を持っているということによろしいでしょうか。

**大磯先生：**それは、はいとも、いいえとも、言いづらいです。

**高井座長：**松原先生、いかがでしょうか。

**松原副会長：**大変いいご指摘です。警察が入ってくる際には、患者さんのほうから「何かおかしい」といって申し出があったときに入るわけです。最終的に起訴するかどうするか、逮捕するというのは、やはり調査書、何かの書面、証拠がないと彼らは動けません。

今回の制度というのは院内の調査制度が第1段階、それから第三者機関の調査の結果が第2段階となっています。福島のとときも女子医大のとときも、第1段階の調査書が十分でなかったのが、警察が入ってくる一番の原因になったわけです。勤務医の先生たちが実際に医療者として行って、いや、絶対に違うんだと、そんな結論じゃないというときには実際に医療をした先生たちが違うというときの意見書を添付できるように告示事項を修正してあります。

これは非常に大きなことで、勝手に作られて勝手に出されるのではなくて、必ず見せてもらって実際に医療者が絶対違うというときには意見書を付けていただくことになっています。これが先ほど申し、病院長と患者さんだけの関係でこれを実行する

ということがおかしいというところの一つの回答であり、もし意見書が付いているのであれば、ぜひ管理者にお願いしたいのは、それをそのまま表に出すのではなくて、やはり第三者機構でもう一度オンライン化して、本当にどうなっていたかということ第三者の目で十分に検討した上で、第三者機構の書類を出していただきたい。そのためには、第1段階の院内の調査書に不備があったらたいへんな事になります。また、私が日医ニュースで申しましたように、訴訟に使われるためだったらこれは難しい問題があります。そういったときには目的外使用だからということで、簡単に渡していただきたくないと私は思っています。

そして、明確な調査書がなければ、検察は動きません。ただ、21条の問題があって、21条の報告をすると、これは事故なんだなということになります。そここのところ、日本医師会としては適切な形になるように、鋭意努力しているところでもあります。

最後に、もっと広告しろとおっしゃいましたけど、先ほど申しましたように、医療事故調査制度というのをテレビで大々的に広告すると、喜ぶのは弁護士さんだけです。それよりも、名前を変えて、時間がかかりますけれども、今の状態をきちっとやっていって、エビデンスを残して、そして実績を積んだ上でまず「医療の安全推進調査」と名前を変えたい。そして21条を変えたい。さらに、刑法上の加罰性があるところも変えていきたいと思っております。いっぺんにできませんので、申し訳ございませんけれども、先生がおっしゃられたことを十分に踏まえた上で、やってまいります。

**丹野先生：**ありがとうございます。

**高井座長：**ありがとうございました。少し時間もオーバーしてしまいましたが、できるだけこれは本来の医療安全につながるということを期待しまして、日本医師会のほうでも頑張っていただきたいと思っております。それでは、このシンポジウムを終わらせていただきます。どうもありがとうございました。

## 「女性医師の働きやすい環境づくり」

座長：大阪府医師会副会長 加納 康 至

大阪府医師会勤務医部会参与 上 田 真喜子

コメンテーター：日本医師会副会長 今 村 聡

### 大阪府医師会

#### 「女性医師支援プロジェクトーGender Equalityー」～オーバービュー

大阪府医師会勤務医部会 参与／森ノ宮医療大学 副学長

上 田 真喜子

#### 「女性医師支援の経過、課題は乗り越えたか？」

箕面市立病院 院長

黒 川 英 司

#### 「国立病院機構の変革」

大阪南医療センター 院長

齋 藤 正 伸

#### 「大学病院の変革」

大阪医科大学衛生学・公衆衛生学 教授

玉 置 淳 子

#### 「循環器勤務医夫妻の仕事と子育ての両立へのチャレンジ」

枚方公済病院 救急科部長

竹 中 洋 幸





### 座長

大阪府医師会副会長

加納 康至

大阪府医師会勤務医部会参与

上田 真喜子

#### 加納座長

大阪府医師会の副会長の加納でございます。どうぞよろしくお願いたします。それでは、シンポジウムのⅡ「女性医師の働きやすい環境づくり」を始めさせていただきます。平成28年度の全国医師会勤務医部会連絡協議会のシンポジウムに、私たちがこの話題を取り上げさせていただきましたのは、メインテーマであります「2025年問題と勤務医の役割」。その中で、勤務医の役割を担っていただく先生方のかなりの割合が女性だということです。現在でも医師国家試験の合格者の中で、女性比率が約30パーセントを超えていると言われております。今後ますます比率が増えると想像されます。大阪府医師会としましても、この問題に本日のシンポジストでもあり、私と一緒に後ほど座長を務めていただきます上田先生を中心に組み込んでまいりました。

そこで、本日のシンポジウムですが、まず上田先生から、現在取り組んでおりますプロジェクトをご紹介いただき、その後、自治体立病院、あるいは国立病院、それから私立大学病院の立場から、それぞれの体制や取り組み状況についてお話をいただきます。また、ご夫婦ともに循環器医としてご活躍されておられます先生の実体験につきましてもご紹介いただき、後の議論を進めていきたいと考えております。それでは、まず始めに大阪府医師会勤務医部会参与で、森ノ宮医療大学副学長の上田真喜子先生から、『大阪府医師会「女性医師支援プロジェクト-Gender Equality-」～オーバービュー』についてお話をいただきます。それでは上田先生どうぞよろしくお願いたします。



## 大阪府医師会「女性医師支援プロジェクト - Gender Equality -」～オーバービュー

大阪府医師会勤務医部会 参与/森ノ宮医療大学 副学長  
上田 真喜子

**大阪府医師会**  
**「女性医師支援プロジェクト**  
**-Gender Equality-」**  
**～オーバービュー**

大阪府医師会勤務医部会 参与  
森ノ宮医療大学 副学長

上田真喜子

ただ今ご紹介いただきました上田でございます。それでは早速、私どもの『大阪府医師会「女性医師支援プロジェクト-Gender Equality-」～オーバービュー』についてお話しさせていただきたいと思っております。

**医師育成の現状**

**卒業後の10年間(24歳～34歳)**

- 臨床医としての修練を積む
- 医学研究を推進する

---

大学病院や国公立の大病院では

- 研修医(制度上は有期雇用職員)
- 研究医(制度上は有期雇用職員)
- 大学院生

として勤務

皆さま、もう既にご存じのように、医師が医学部を卒業して、最初の10年間というのはキャリアを形成する際にとっても重要な期間なわけですが。勤務医としての修練を積むのはもちろんのこと、医学研究を推進するというのもまた重要な活動でございます。大学病院とか国立、あるいは公立の大病院では、この10年間の間は、例えば研修医とか研究医、ある

いは大学院生というような立場で勤務することが多いかと思っております。研修医、研究医は、毎日働かなければいけない常勤の医師ですが、制度上は有期雇用職員でございます。毎年の契約が必要でして、また、ボーナスなどもないという、比較的不安定な職位になっております。女性医師の場合、このような身分的に不安定な立場で、さらに妊娠、出産、子育てを経験することも多く、大変な場合は離退職に至ることになるわけです。

私自身、子どもを育てながら仕事を続けてまいりましたが、私の経験、あるいは私たちの世代の方たちの意見をまとめてみますと、保育所、院内にある場合は院内保育所ですが、そして病児保育、柔軟な勤務体制、これらを私どもは3点セットと呼んでおりますが、この3点セットがそろっていれば、非常に過酷な勤務の医師ではございますが、医師においても仕事と子育ての両立は可能であると、考えております。

**出産・育児との両立支援**

- (院内)保育所
- 病児保育
- 柔軟な勤務体制

} 三点セット

➡ 医師の仕事と子育てとの両立は可能！  
各病院や施設での取り組みが重要

しかし、この院内保育所、病児保育、柔軟な勤務体制については、それぞれ勤務している病院とか施設での取り組みがとて重要になるわけですが。私は平成22年から大阪府医師会の勤務医担当、および男

女共同参画担当の理事をさせていただきまして、そして、勤務医部会のご協力を得ながら『大阪府医師会「女性医師支援プロジェクト-Gender Equality-」』をスタートさせていただくことができました。その紹介をまずさせていただきたいと思います。



大阪府医師会 女性医師支援プロジェクト  
—Gender Equality—  
基本スキーム

大阪府医師会理事 上田真喜子

平成22年8月26日、大阪府医師会男女共同参画検討委員会承認

このプロジェクトは仕事と子育てとの両立支援、およびキャリア・アップ支援の二つからなっております。

「大阪府医師会 女性医師支援プロジェクト-Gender Equality-」の概要

1. 子育てとの両立支援

- 1) 子供を院内保育所あるいは近隣の保育所に預けることができるようにする。
- 2) 子供が病気の時は、院内病児保育所あるいは近隣の病児保育所に預けることができるようにする。(地域における病院・医院間の病児保育連携システムの構築が必要)
- 3) 子供が小さい時の一定期間は、残業免除、当直免除または回数軽減、短時間勤務などの、柔軟な就労形態を提供する。
- 4) 各地域毎に、若い女性医師の「仕事と子育てとの両立」に関する率直な意見や悩みを聞いたり、先輩医師(男女問わず)の経験やアドバイスを聞く交流会を定期的開催する。
- 5) 各地域ブロックのワーキンググループ(WG)を中心に、「女性医師の仕事と子育てとの両立」に関する問題点を挙げ、それらの解決策や支援策について検討する。また、各地域ブロックWGの企画・立案により、このような問題点や解決策・支援策などを紹介したり、職場意識啓発のためのシンポジウムやフォーラムを定期的開催する。

5

まず、子どもを院内保育所、あるいは近隣の保育所に預けることができるようにする。2番目は、子どもが病気のときは病児保育に預けることができるようにする。3番目は、子どもが小さいときの一定期間は、できるだけ柔軟な勤務体制、あるいは短時間勤務などの就労形態を提供する。いわゆるこの3点セットをまずは充実させる、ということです。

それから、若い女性医師が仕事を続ける際には、いろいろな悩みがまだまだあるかと思います。その場合には、先輩医師の意見を伺ったりアドバイスを聞いたりする交流会を定期的開催する。

それから、大阪府医師会勤務医部会には11の地域ブロックがあるわけですが、その地域ブロックごとに女性医師支援のワーキング・グループを立ち上げるということに致しました。地域ごとにいろんな特徴がございますので、それぞれの地域でまず何が一番課題として重要かとか、あるいはそれらの課題を解決するために、どのようにしたらいいかというのを、ワーキング・グループごとに相談して、それらを解決するためのシンポジウム、フォーラムなどを開くということ概要の中に盛り込ませていただきました。

2. キャリアアップの支援

- 1) 女性医師が今後、医学の教育・研究・診療において、男性医師と対等のキャリアアップができるように、育成策や支援策を提言し、その推進にあたる。
- 2) 大学や病院では、女性医師のキャリア形成と昇進に関して、

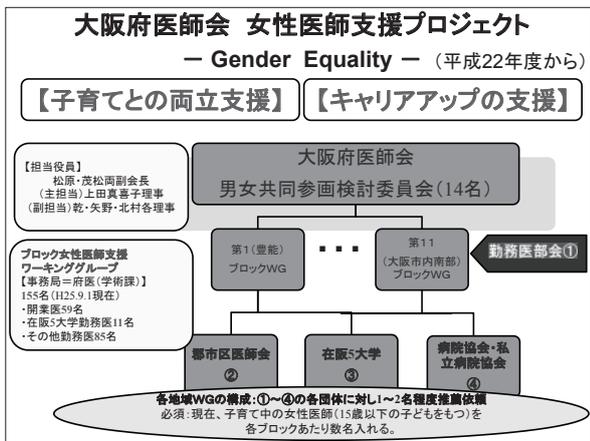
- ・Equal Opportunities (男性医師と同一の機会)
- ・Equal Treatment (男性医師と同一の評価・待遇)

を実行するように努める。

6

次にキャリア・アップ支援、これもとても重要なことです。まずは女性医師が働き続けるということが第一歩なんです、その次にやはりキャリアを形成していかないと、3割、4割いる女性医師が将来活躍するということにはつながりません。そのためには、まず男性医師と同一の機会を与えていただく、つまりイコール・オポチュニティー(Equal Opportunities)を与えていただく。そしてまた、評価、待遇の面でも男性医師と全く同じにさせていただく、つまりイコール・トリートメント(Equal Treatment)を行っていただく。この二つをともかくは実行していただきたいと、こういうようなことを概要の中に盛り込ませていただいたわけです。

それから、組織体としましては、大阪府医師会の中の男女共同参画検討委員会、この下に11の女性医師支援のワーキング・グループを作ったわけです。これは先ほどお話がございました大阪府医師会勤務医部会の11の地域ブロックと連動しております。そ



して、この勤務医部会から委員の推薦をいただきました。また、それぞれの地域の都市区医師会とも密接に協力していくことが重要ですので、都市区医師会の会長先生からご推薦いただいた方に委員に入ってくださいました。あるいは、大阪には5大学ございますが、5大学とも密接な連携が必要ですので、この5大学の医師会からも委員に入ってください、さらに、大阪府病院協会からも委員に入ってくださいました。

平成22年から始めましたが、当時、松原先生と茂松先生の、両先生が大阪府医師会の副会長でいらっしやって、さらに男女共同参画の担当役員でございましたので、松原先生、茂松先生にご指導をいただきました。それで、私が主担当の理事として、女性医師支援ワーキング・グループの活動を始めました。

【平成24～25年度】  
ブロック女性医師支援ワーキンググループ・メンバー数

ブロック	合計	都市区等医師会推薦	勤務医部会推薦	大阪府病院協会推薦	大阪府私立病院協会推薦	再掲(大学)
第1(豊能)ブロック	19	7	10	1	1	2
第2(三島)ブロック	13	5	8			1
第3(北河内)ブロック	19	10	9			3
第4(中河内)ブロック	12	6	6			
第5(南河内)ブロック	13	10	3			1
第6(堺)ブロック	8	2	4	1	1	
第7(泉州)ブロック	12	4	7	1		
第8(大阪府北部)ブロック	19	13	4	1	1	
第9(大阪府西部)ブロック	11	6	3	1	1	
第10(大阪府東部)ブロック	13	9	3	1		
第11(大阪府南部)ブロック	18	11	7			4
合計	157	83	64	6	4	11

例えばこの平成24年、25年度を例にとりますと、このような形でそれぞれの範ちゅうから委員の先生たちを推薦していただいて、委員数の合計は157名

でございました。それぞれの地域ブロックでのワーキング・グループ会議を年に数回、多いところだと年に4、5回ぐらい、あるいは少ないところでも年に2、3回は開催しました。

そして、何が課題なのかということをご地区ごとのワーキング・グループで検討していただき、その課題を解決したり、問題点を共有したり、あるいはみんなで解決策を探るために、それぞれの地域ブロック主催のシンポジウムを企画していただいたわけです。

大阪府医師会 女性医師支援ワーキンググループ  
シンポジウム開催状況（平成24年度）

第1(豊能)ブロック	平成24年10月27日(土) ANAクラウンプラザホテル大阪 Gender Equality のための女性医師支援の実践 Part 1 病院・病院管理者の取り組み
第3(北河内)ブロック	平成24年11月17日(土) リーガロイヤルホテル(大阪) よりよい女性医師支援をめざして Part 1 病院側の取り組み
第4(中河内)ブロック	平成25年1月19日(土) シェラトン都ホテル大阪 応援します、女性医師の子育てとキャリアアップ
第1(豊能)ブロック	平成25年2月9日(土) 千里阪急ホテル Gender Equalityのための女性医師支援の実践 Part 2 活躍する女性医師～her-storyを聴く～
第7(泉州)ブロック	平成25年2月16日(土) ホテル レイクアルスター アルザ泉大津 女性医師支援ー現況から今後に向けてー
第5(南河内)ブロック	平成25年2月23日(土) ホテルモントレ グラスマリア大阪 南河内が育む女性医師支援の歩み
第8(堺)ブロック	平成25年2月28日(木) ホテル・アゴラリー ジェンシー堺 女性医師がいそいそ働けるためのストラテジーを求めて Part2
第3(北河内)ブロック	平成25年3月2日(土) ANAクラウンプラザホテル大阪 よりよい女性医師支援をめざして Part2 子育て世代の女性医師の現状
第9(大阪府西部)ブロック	平成25年3月9日(土) ホテル ザ・リッツ・カールトン大阪 女性医師の笑顔のために ー育児保育を中心にー

大阪府医師会 女性医師支援ワーキンググループ  
シンポジウム開催状況（平成25年度）

第8(大阪府北部)ブロック	平成25年6月1日(土) リーガロイヤルホテル(大阪) 「女性医師支援の今…私達の病院での取り組みと今後の展望」 【平成24年度企画】
第10(大阪府東部)ブロック	平成25年6月22日(土) シェラトン都ホテル大阪 「子育て世代の医師が安心して働けるように 当院におけるーGender Equalityーの取り組み」 【平成24年度企画】
第11(大阪府南部)ブロック	平成26年1月18日(土) 大阪府医師会館 「民間病院における女性医師支援の現状と課題」
第2(三島)ブロック	平成26年1月25日(土) 大阪医科大学 「がんばる女性医師を応援します」
第1(豊能)ブロック 第3(北河内)ブロック ブロック合同	平成26年2月8日(土) ANAクラウンプラザホテル大阪 「医師会女性医師支援の今後に向けて」
第4(中河内)ブロック 第5(南河内)ブロック ブロック合同	平成26年2月15日(土) 天王寺都ホテル 「がんばる女性医師を応援します」
第8(大阪府北部)ブロック 第9(大阪府西部)ブロック 第10(大阪府東部)ブロック ブロック合同	平成26年2月22日(土) 大阪府医師会館 「女性医師復帰支援プログラムと代替医確保システムの構築を目指して」
第6(堺)ブロック 第7(泉州)ブロック ブロック合同	平成26年3月1日(土) ホテル・アゴラリー ジェンシー 堺 第1部(第6ブロック)「子育て世代の女性医師 JUST NOW」 第2部(第7ブロック)「お母さん世代から今あなたへ」

これが平成24年度の、それぞれの地域ブロックでのシンポジウムの一覧でございます。また、平成25年度などでも、このような形で、各ブロックでの院長、副院長の先生たちが、地域での基幹病院などを中心にプログラムを作って、シンポジウムを実行してくださいました。

このプロジェクトの結果についてご説明いたします。大阪府医師会内には基幹型の臨床研修病院が平成22年当時は70ございました。そして、2年ごとに

この調査をしてきておりますが、平成22年度、24年度、26年度の院内保育所、病児保育、短時間勤務のパーセンテージが、このようにずっと上昇してまいりました。

大阪府医師会女性医師支援プロジェクト — Gender Equality — の成果 (大阪府内) 70病院 基幹型臨床研修病院のアンケート結果						
	院内保育所		病児保育室		短時間勤務	
平成22年度 (平成22年10月実施)	48/70 病院	69%	16/70 病院	23%	31/70 病院	44%
		↓		↓		↓
平成24年度 (平成25年1月実施)	60/70 病院	86%	28/70 病院	40%	57/70 病院	81%
		↓		↓		↓
平成26年度 (平成27年1月実施)	62/70 病院	89%	34/70 病院	49%	58/70 病院	84%

今回の抄録に私が書かせていただいた平成26年度のデータでは、70病院のうち院内保育所設置が89パーセント、病児保育の設置が49パーセント、短時間勤務の導入が84パーセントでございました。そして、今年度の調査を10月に行いましたところ、院内保育所が89パーセント、病児保育は53パーセントと半分以上になり、そして短時間勤務は92パーセントでございました。

大阪府医師会女性医師支援プロジェクト — Gender Equality — の成果 (大阪府内) 70病院 基幹型臨床研修病院のアンケート結果						
	院内保育所		病児保育室		短時間勤務	
平成28年度 (平成28年10月実施)	62/70 病院	89%	37/70 病院	53%	64/70 病院	91%
(大阪府内) 72病院 基幹型臨床研修病院のアンケート結果						
	院内保育所		病児保育室		短時間勤務	
平成28年度 (平成28年10月実施)	64/72 病院	89%	38/72 病院	53%	66/72 病院	92%

この間、基幹型研修病院が2病院増えましたので、現在は72病院でございます。

この基幹型臨床研修病院の72病院で、女性医師の人たちが卒業後約10年間研修を受けるという場合が非常に多いわけで、そこで妊娠、出産、子育てなどもスタートさせることが多いということを考えますと、こういうふうに3点セットが充実してきている

ということは大変ありがたいことで、このことはそれぞれの基幹病院の院長先生、副院長先生はじめ、管理職の先生たちの御尽力のおかげと本当にありがたいことだと思っております。また、この女性医師支援プロジェクトの意義を伝達する際にも、大阪府医師会勤務医部会の、それぞれの地域ブロック委員会が、いろいろな進行状況を毎年毎年報告してくださっておりますので、そういうおかげもあってこのように年々、3点セットの整備が進んできたと考えられ、たいへんありがたいことだと思っております。

この3点セットが充実するという状況になってきて、大阪府内では女性医師の人が妊娠、出産が理由で退職する、などの声は、聞かれなくなりました。大抵はみんな部長や管理職の先生たちから、いつ戻ってくるんだというように言われて、産休や育休の相談をするということになってきており、そういうふうにムードが変わってきたということが本当にありがたいことだと思っております。

ただ、そうしますと、私たちの時代とは違ったことが起こってきます。私たちの時代は妊娠、出産というときに、ほとんどの女性医師は病院勤務を続けられなくなって辞めるということになっていたわけです。しかし、現在はそうではなく、女性医師が産休・育休の後、復帰するということになりました。産休・育休の間、ポストを維持しておかなければいけないわけです。そうしますとやはり、復帰するまでの間、他の先生たちがその1人いないところの仕事を埋めなきゃいけないので大変苦労なさるわけです。それで、産休・育休の間の代替の医師を見つけないと、しかし民間医局に頼むとすごく費用がかかるので、医師会の方でなんとか考えてほしいというような声がこの女性医師支援ワーキング・グループのほうに、いろんな病院から届くようになってきました。そこで、産休・育休中の代替医師を確保しなければいけないという、次の課題になったわけです。

これは特に、女性医師が多い診療科、例えば産婦人科などは最近入局者の大体7、8割が女性医師だ

## 産休・育休中の代替医師確保

女性医師の多い診療科・領域や  
緊急性・専門性の高い領域では  
特に重要。

というふうに伺っておりますが、そういう産婦人科とか、耳鼻科、眼科、皮膚科など、非常に女性医師が多い診療科では喫緊の課題でございます。あるいは、内科の中でも緊急性とか専門性が高い、例えば循環器内科などですと、他の内科の先生が代わることができませんので、代替医師の確保はたいへん重要です。それで、大阪府医師会としましては、「産休・育休中の代替医師を確保するための運用システムの検討」というものを始めたわけです。

今お話ししましたように、3点セットが充実すればするほど、この代替医師を確保するための運用システムが必要になります。

### 大阪府医師会女性医師支援プロジェクト — Gender Equality — 「産休・育休中の代替医師を確保するための運用システムの検討」

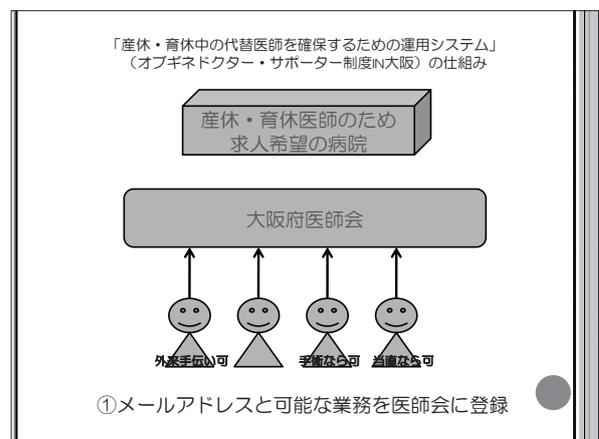
- **目的**  
女性医師支援の3点セット（「院内保育所」「病児保育室」「柔軟な勤務形態」）が充実すればするほど、産休・育休中の代替医師を確保するための運用システムが必要になる
- **診療科別の検討**  
まずは、定員が少なく、女性医師が多い診療科・領域（「産婦人科」、「耳鼻咽喉科」、「麻酔科」、「小児科」、「眼科」、「皮膚科」、および内科の中でも特に緊急性・専門性が高い「循環器内科」など）から、具体化を検討する
- **登録についての検討**  
定年退職された勤務医師などの登録を基本とし、開業医の先生方にも協力を依頼する
- **事務局機能の検討**  
大阪府医師会が担当する（医師無料職業紹介事業）

特に女性医師のパーセンテージの高い診療科として、産婦人科、耳鼻咽喉科、麻酔科、小児科、眼科、皮膚科など、あるいは内科の中でも緊急性、専門性の高い循環器内科などについて早急な検討が必要です。登録については、定年退職後の勤務医の先生たちの登録を基本にして、開業医の先生にもご協力をお願いしようということから検討を始めまし

た。事務局機能については、この大阪府内において、医師の無料職業紹介事業として認可されているのは大阪府医師会のみですので、大阪府医師会が担当することが適切であるということになりました。

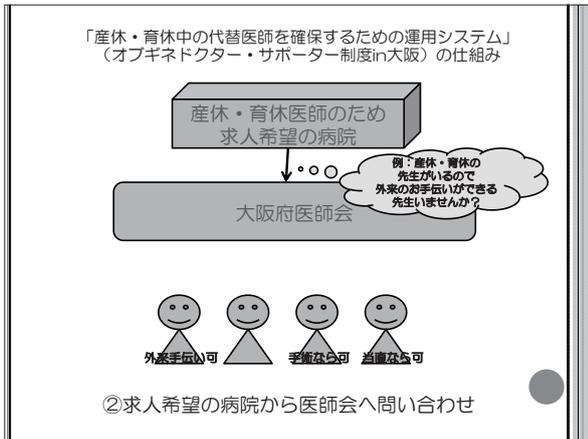
それで産婦人科と、次にお話する循環器内科のワーキング・グループを作ったわけです。やはり人事に関係することですので、大学の先生たちのご意見を伺いながら進めていくというのは必須でございます。そこで大阪府内の5大学の教授の先生たちにご協力をいただき、5大学からご推薦をいただいた先生たち、あるいは女性医師支援ワーキング・グループ、勤務医部会、産婦人科医会などからご推薦の先生たちに委員に入っていました。

大体、どのようなスキームを考えているのかということをご簡単に説明します。まずは、登録についてのアンケートを行いました。例えば産婦人科ですと、「オブギネドクター・サポーター制度・イン・大阪」と名付けているんですが、この運用システムに参加してもいいですよ、協力してもいいですよというような先生。例えばその中でも、外来だけはOKですよ、手術だけだったらOK、あるいは当直だけだったら可能ですよというような条件。あるいは週に1回だけだったらいいです、週に2、3回だけだったらいいです、そういうようないろんな条件についてお伺いして、その先生たちのメールアドレスと可能な業務というのを医師会に登録させていただきます。

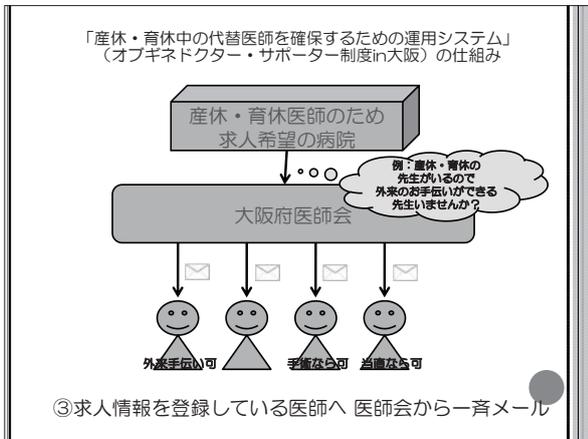


次の段階として、例えば、ある病院から産休・育休の先生がいらっしゃるのでも外来のお手伝いができる先生がいませんでしょうかということがありまし

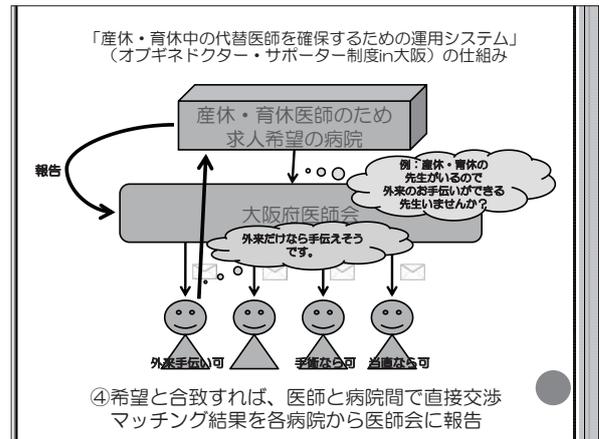
たら、大阪府医師会のほうに連絡をしていただきます。このように、産休・育休中の代替医師を希望している病院から大阪府医師会のほうに問い合わせをしていただきます。



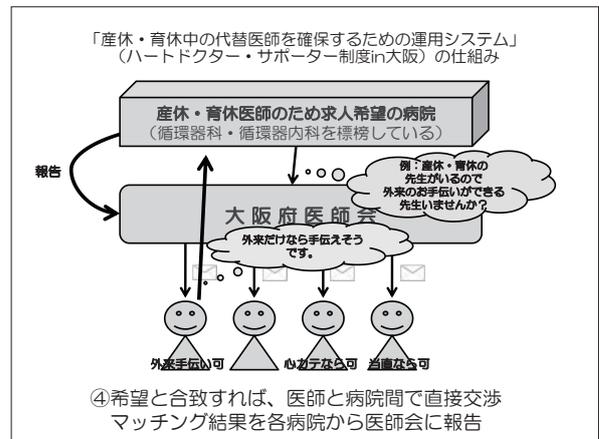
次に、登録している医師の先生たちに大阪府医師会のほうから一斉メールを行って、このような業務を希望されていらっしゃいますという連絡をもらいます。



それから、あとは登録していらっしゃる先生たちと病院との間で直接の交渉を行っていただきまして、それでもし条件が合ってマッチングが終了しましたら、その結果を各病院から医師会に報告していただくということになります。



循環器内科の産休・育休中の代替医師については同様のシステムですが、「ハート・ドクター・サポーター制度・イン・大阪」と名付けております。例えば心カテだけだったら協力できますよとか、外来だけだったら協力できますよ、という先生方に登録していただき、あとは産婦人科の代替医師システムと同様です。

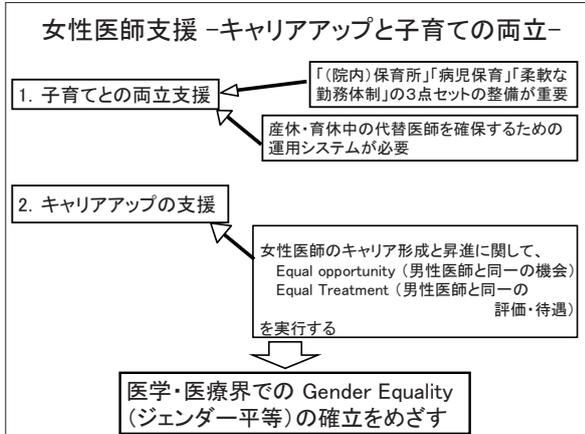


アンケートをしましたところ、現在までのところ、産婦人科のオブギネドクター・サポーター制度・イン・大阪では登録可能な産婦人科専門医は39名いらっしゃいます。循環器内科のハート・ドクター・サポーター制度・イン・大阪では、登録可能な循環器専門医が103名、条件付きの登録可能な循環器専門医が33名ということで、合計136名の方が協力してくださるということです。

大阪府医師会女性医師支援プロジェクト — Gender Equality —  
**「産休・育休中の代替医師を確保するための  
 運用システムの検討」**

- オブギネドクター・サポーター制度 in 大阪  
 登録可能な産婦人科専門医 39名
- ハートドクター・サポーター制度 in 大阪  
 登録可能な循環器専門医 103名  
 条件付き登録可能な循環器専門医 33名  
 計 136名

現在、これらのシステムの内規などの細部を詰めさせていただいております。それから大阪府医師会内のいろんな部署で検討していただいた後、このような「オブギネドクター・サポーター制度・イン・大阪」とか、「ハート・ドクター・サポーター制度・イン・大阪」のシステムを来年、開始することができれば非常にありがたいなと思っているところでございます。



この女性医師支援のキャリア・アップと子育ての両立ということでもまとめますと、まず、子育てとの両立をしながら、働き続けるということを進めていくためには、先ほどお話した3点セットが重要です。また、3点セットを確立すれば、今度は産休・育休中の代替医師の確保が重要で、女性医師が産休・育休のため休んでいる場合でも、その病院の残りの先生たちが困らないように、代替医師を確保するシステムが必要です。あと、キャリア・アップの支援におきましては、先ほどのイコール・オポチュニティー、イコール・トリートメント、これを実行

していただくということがとても重要だと思います。それが医学、医療界での、ジェンダー・イコリティ (Gender Equality) の確立を目指すということにつながると思います。

## 結語

- 各地域において、女性医師の育成・支援を進める場合、「医師会」が中心となって大学病院や地域中核病院との連携・協力をおこなうことが有効な方策と考えられる。

これが最後でございます。このような女性医師支援を推進する際に、私がとても重要だと思いますのは、医師会がそれぞれの地域において中心になって、それぞれの地域の大学病院とか、あるいは中核病院と連携、協力をして、いろんなシステムを作っていく、このことがとても有効ではないかと考えております。以上でございます。どうもご清聴ありがとうございました。



# 「女性医師支援の経過、課題は乗り越えたか？」

箕面市立病院 院長 黒川英司

## 女性医師支援の経過 課題は乗り越えたか？

箕面市立病院 病院長  
黒川英司

2016.11.26.全国医師会助産師部会

本日はこのようなシンポジウムに招いていただきまして、本当にありがとうございました。私は、豊能地区の一番最初のブロックの、この女性支援の会のときに呼んでいただき、恐らく、そのご縁でまた呼んでいただいたものではないかなと思っております。どうもありがとうございます。それでは、始めさせていただきます。一番最初に、この女性医師支援の経過というか、そのことについてやってきたこと。それからやってきた上で三つほどの課題がありましたので、それに対してどういうふうに行ったかということについて話をさせていただきます。

## 箕面市立病院の概要

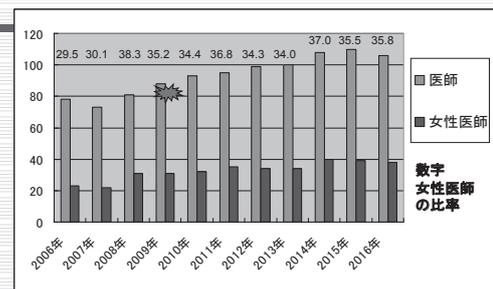
- 設立: 1981年(S56年)7月
- 病床数 317床(回復リハ病床50床)
- 診療科 21診療科
- 地域医療支援病院
- 大阪府がん診療拠点病院
- 地方公営企業法全部適用



箕面市立病院の概要ですけれども、大阪の北のほ

うに箕面市という所がありまして、その市の市立病院になります。設立は1981年7月で、35年を経過しています。病床数は317で、回復リハが50床、残りの267床が急性期病床ということになります。診療科は21で、地域医療支援病院と大阪府がん診療拠点病院の資格を取っております。2009年だったと思いますが、地方公営企業法の全部適用の基に運営しています。

## 医師数と女性医師



2007年を最低に徐々に増加、女性医師も増加 割合は35%前後

これは、医師数の2006年から今年までにかけての変化であります。2009年にこの爆発マークみたいなものがあると思いますけれども、この年に女性医師に対して待遇改善が極めて必要であるという一つの事件が起きたわけです。

## できごと

- 2009年麻酔科常勤医師が3名になる。  
全て女性医師で二人は子育て中  
子供の急病や学校行事への参加etcでフルタイム勤務は難しい状況が発生
- 麻酔医師の精神的肉体的ストレスが増加
- 緊急手術のみならず予定手術にも支障  
外科系医師のモチベーションの低下

派遣会社に  
緊急手術、オンコールを依頼

大学、関連施設などから  
アルバイト医師を採用

麻酔医師の確保

4日間勤務制度  
の採用

病児保育の早期設立

## シンポジウムⅡ

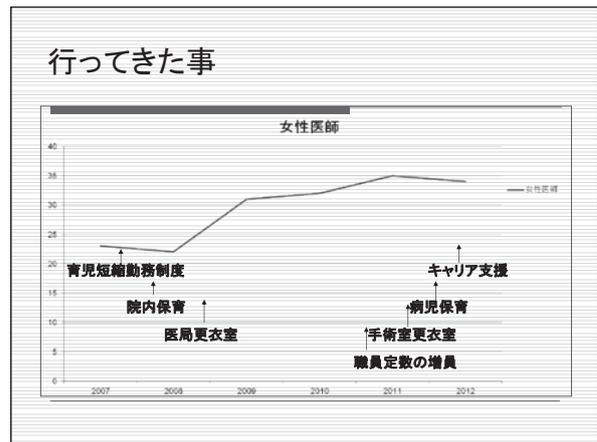
出来事としては、麻酔医の常勤医師が3名になったこと、その3名が全て女性医師で、2人は子育て中であるということです。当然子どもの急病とか学校行事への参加などで、フルタイム勤務が非常に難しいというような状況が発生してきて、病院としてはなんとか手術を行うために麻酔かけてもらいたいというような、無言の圧力みたいなものがあつたんかもしれません。そのことが、精神的、肉体的ストレスを増加させ、このままではこの女性の麻酔科の先生方も辞めてしまうんじゃないかと、こういう状況になってきました。当然、それとまた平行して、緊急手術のみならず予定手術にも支障をきたすということになって、外科系医師のモチベーションも低下し、病院としては非常にもう困った状況になったわけです。そして、麻酔科医師の確保をまずしましょうということで、いろんなところをお願いして医者を集めるわけです。それと同時に麻酔医の女医さんの勤務制度を、どういうふうな勤務制度にするか。4日間勤務制度も採用しよう。あるいは、このときの時点ではまだ病児保育がなかったので、早急に病児保育を造らなくちゃ駄目だということで、その活動を始めました。学んだこととしては、女性の医師の話にしっかりと耳を傾けて、仕事に専念できる労働環境の整備を行うことが重要であるということ。そのためには、やってきたことが5つほどあるわけです。

### 学んだこと行ってきたこと

- 学んだこと  
女性医師の話にしっかりと耳を傾け、仕事に専念できる労働環境の整備を行なうことが重要
- 行ってきたこと
- ①アメニティの整備(女性更衣室の増室、手術更衣室の拡張) 現在48個のロッカー
  - ②休暇取得の促進
  - ③労働時間の弾力的運用
  - ④キャリア支援
  - ⑤医師の増員
  - ⑥院内保育、病児保育

アメニティの整備。それまで狭かった女性更衣室を広げたこと。それと、手術更衣室ですが、外科系の女医さんもどんどん増えてきたわけであって、その拡張も行いました。一応、今48個のロッカー

が女性更衣室には置くことができるようになりました。あと、休暇取得の促進とか、先ほど言われたように、労働時間の弾力的運用、もう一つがキャリア支援。で、医師の増員、院内保育、病児保育を充実させると。で、行ってきたことを一連を見ていったら、こういう状況になるわけです。



このように、最初に、これはもともとある制度を有効に運用しつつ、それと同時に医者を増やそう、あるいは手術室の更衣室、病児保育をやりましょう、キャリア支援をやりましょうというようなことを次々とやってきました。

### 休暇取得の促進と労働時間の弾力的運用

※2012年度から現在までの実績

項目	延べ取得人数	内、現在取得中	取得基準
短時間勤務制度	5	1	週31時間勤務(勤務日数は週3~5日)非常勤
産前産後休暇	19	3	産前産後各8週間
育児休業	16	1	3歳まで休暇取得 休職
育児短時間勤務	4	1	週20~24時間勤務(勤務日数は週3~4日)3歳まで、状況により6歳まで
妊娠休暇	5	0	妊娠期間中、1時間の短縮勤務
育児休暇	9	0	1歳まで、1時間以内/日の短縮勤務
部分休業	10	4	小学校就学前まで2時間以内/日の短縮勤務

赤字は常勤医師

これが、先ほど上田先生のほうからもお話があり、いろんな施設でもやっていることと思うんですけども、短時間勤務制度とか産前、産後の休暇などを取得できる制度です。そして、延べですけれども、取得を取られた先生がたは68人になります。今現在、取得してくれている先生は10人おられます。基準は1日1時間勤務、短縮勤務とか、あるいは2時間以内の短縮勤務とか、さまざまな選択ができるよ

うになっています。

### キャリア支援と職員増員

#### □ キャリア支援

出産後消化管内視鏡検査への参加(2012年)  
2回/週 アルバイト雇用 院内保育所使用

#### □ 医師の増員

職員定数	2011年	定員数419名→475名
	2014年	定員数475名→530名
	2016年	職員数 517名
		医師110人 女性医師39人

もう一つがキャリア支援のことです。消化器内科の女医さんなんですけれども、出産後、何か身に付けてきた消化器内科の技術をもう少し活用したいとか、あるいは、このまましなくなって忘れてしまうのが不安であるというようなことで、週2回、2012年に来ていただいて、アルバイト雇用で内視鏡検査をやってもらっています。また、この先生には院内保育所を使ってもらっています。前回の発表のときにこの、医師を増員することも一つの課題であるということを言わせていただいたわけですが、2011年に定員を419名から475名に増やし、2014年にそれをまた増やしまして、475名を530名にしてもらいました。医師だけの定員を増やすというようなことは難しいので、職員全体の定員数を増やすという形でやらせていただいています。で、現在職員数は517名で、医師は110人、そのうち女性医師が39人いるということです。

### 院内保育(委託)

#### □ 初代院内保育ルーム「みらい」開設 (2007年5月)

院内金庫を改修:50㎡  
定員:18名(0~3歳児)

#### □ 隣接地に開設した認可保育所「紅葉夢 保育園」に移設 (2014年4月)

定員:20名(臨時含め最大25名)  
※現在11名(内、医師2名)利用

#### □ 保育条件

月~土 医師、看護師のみ対象  
基本保育時間 7時45分~19時  
延長保育時間 19時~21時  
24時間保育(火、金のみ)

◎現在まで9名の医師が利用



院内保育の保育は全部委託をお願いしております。

初代の院内保育ルームは病院の中を改修して、定員18名で、このように動き出したわけです。その後、隣接地って書いていますが、病院の敷地内のテニスコートがあった所に認可保育所「紅葉夢」という保育園を作るということになりまして、その枠の中の定員20名を院内保育として使わせていただくということになりました。定員は最大25名で、現在は看護師も含めてですが11名が利用しています。スライドを見てもらったら分かりますように、最初は狭苦しい所になっていたわけですが、このように広い運動場とか遊び道具とかあるような施設となり、多分、子どもたちにとっては非常に快適な環境に変わったんじゃないかなと思っています。保育条件は、医師、看護師で7時45分から19時まで、延長保育は21時までで、火、金のみ24時間保育をやっているという。現在まで9名の女医さんが利用してくれています。

### 病児保育(委託)

#### □ 病児保育ルーム 開設:2011年10月3日

場所:外来診察室を改修して使用

定員1~2名

(医師の子供 生後3ヶ月~小学3年生)

当日受付 8時~18時(月~金)

保育士常駐、看護師が午前午後に見回り

医師はERで診察

利用料 5000円



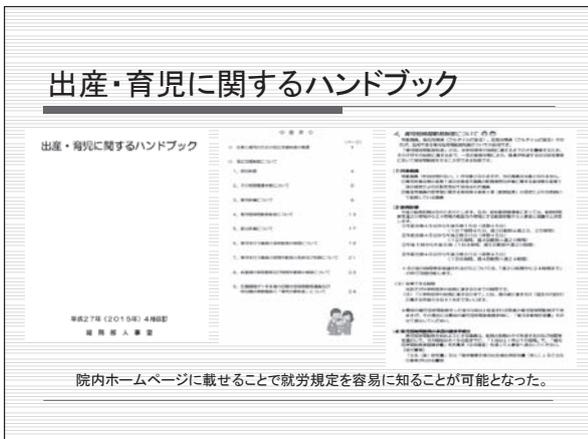
一方、病児保育なんですけれども、これは2011年10月に作り、外来診察室の中を改修して使用しています。定員は1~2名ということで、別々の部屋を作るような形でやっております。医師の子どもで生後3カ月から小学校3年まで、当日受付ということでもらっています。だから、朝になって子どもが熱出したというような状況の時に電話いただいて、それで保育士さんとか看護師さんに連絡して、そういった人員を確保してそこで預からせてもらうということになります。保育士は常駐で、看護師は午前、午後に見回りに来る。で、医者はERで診察してくれるというような形になります。利用料は5000円ということになっております。

## 残る課題

- 短縮時間勤務などの情報を周知して女性医師の就労意欲を高めること
- 女性医師の就労の特殊性に関して病院内でのコンセンサスを得る努力をして、精神的負担を与えない環境整備を行なうこと

それで、前回の報告の時に話した残る課題が、短縮時間勤務などの情報を周知して女性医師の就労意欲を高めること。もう一つが、女性医師の就労の特殊性に関して、病院内でのコンセンサスを得る努力をして、その女性医師のかたがたが精神的負担を感じない、女性の先生に負担を与えないような環境整備を行うこと、この二つが残されたテーマだと思っております。

## 出産・育児に関するハンドブック



そこで、女性医師には勤務形態がいろいろできるんですよというようなことを分かってもらうために、職員向けに『出産、育児に関するハンドブック』というのがあるわけなんです。それを院内のホームページに載せることとしました。女医さんでも男性の医者でもこういった勤務形態があるということを知ることができるわけです。いちいち事務に行って、フェース・トゥ・フェースで話をせず、こういったことが私はできるんだ、あるいはこういう勤務形態がルールで決まっているんだということを、女性医師だけじゃなしに男性医師にも分かってもらえるメリットがあると考えています。

## 女性医師支援検討会議

- 2013年4月発足
- 委員長 医務局長
- メンバー 女性医師数人と事務局員1名
- 毎月開催
- 議題 日常的に発生する諸問題を検討し、改善策などを提案、病院内に周知する

日当直の免除、院内保育や病児保育における問題、妊娠育児中の院内駐車場使用などの要望の受け皿として機能

それともう一つですけれども、これが2013年の4月に院内の委員会組織として、女性医師支援検討会議というのをつくりました。これは委員長が医務局長で、メンバーに女性医師数人、この中にはレジデントなんかも入ってもらっています。それで事務局員が1名、一応2カ月に1回と書いてあるんですけど、毎月やっているみたいです。議題としては日常的に発生する諸問題を検討して、改善策などを提案して病院内に周知するという。つまり、先ほど話がありましたように、日当直の免除とか、あるいは院内保育や病児保育に起こる問題、あるいは妊娠、育児中の院内駐車場の使用許可など。子どもさんを院内保育所に預けてまた帰ってくる時に、駐車場までの距離が遠いというのはつらいので、院内にある駐車場を使わせてもらいたいというようなことを要望として聞かせていただいて手配をすることができました。この女性医師支援検討会議っていうのが、これから先々、いろんな問題が起こったときにやっつけられる一つの組織として定着することを願っているところです。

## 補助金など(年間)

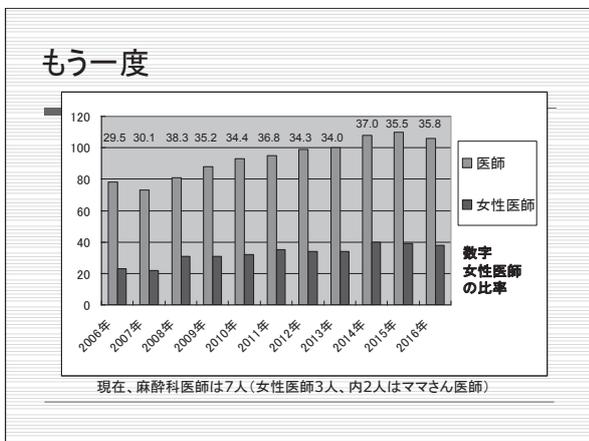
1. 大阪府女性医師等就労環境改善事業補助金  
宿日直の免除、短時間勤務による代替外来診療などが対象

2015年度 518万7千円

2. 院内保育、病児保育 補助金なし  
委託料(病児保育も含む) 2585万3千円  
保育料収入(病児保育も含む) 460万8千円  
収支差 ▲2124万5千円

お金のことなんですけれども、病院をこのように運営する上で、やはりかかるお金というのは出てきます。ただ、補助金などもあるわけで、今回、僕も初めて気が付いたんですけれども、大阪府から、女性医師など就労環境改善事業補助金という、補助金が出てるそうです。これは、その女性医師の宿直免除とか、先ほど上田先生から話があった代替外来診療などにかかった費用、そういったもののトータルして、その半分ということで、518万7000円を2015年度はいただくことができたとのことでした。

もう一つは、院内保育、病児保育です。これは、公立病院には補助金はないということで、それはもう前回報告したときからそのまま変わっていません。委託料として、病児保育も含めて2,585万で、保育料収入が460万ということで、収支差は2,124万、これは病院からの持ち出しということになっています。前回は1,200万程度だったんで、この4年間の間にこれだけのお金が病院からは出さなくなっていく状況になってきたということです。



これはもう一度、ざっと見てもらったらいと思いますが、結局医師は全体として少しずつ増えていて100人を超えるほどになりました。女性医師もある程度増えて、40人足らずですけれども増えてきております。その女医さん自身からいろんな問題を聞くことはあんまりなくなりました。現在、麻酔科医師は7人おります。その中で女性医師は3人で、うち2人はママさん医師で、非常にゆとりを持って勤務してもらっているのではないかと、僕自身は思っていますが、それは聞いてみないと分かりません。

## 最後に

女性医師が働きやすい職場環境整備は常時意見を聞きながら進めていくことが重要であり、女性医師支援検討会議などの組織作りを行い、そこからの提案に病院全体で積極的に対応して行くことが必要と考えている。

協力 曾我文久 医務局長、三宅浩之 事務局次長、  
大西雅仁 病院人事室長、田村信司 総長、重松 剛 事業管理者

最後になります。女性医師が働きやすい職場環境整備は、やろうとすれば、常時意見を聞きながら進めていくことが重要です。女性医師支援検討会議などの組織づくりを行って、そこからの提案に病院全体で積極的に対応していくことが必要と考えています。協力してもらったのは医務局長、事務局次長、あるいは人事室長の事務の方、総長それと事業管理者です。特に事業管理者の定員を増やしたり施設を造ったりすることへの理解が非常にあったということが、こういった話を進めていく上で大事なことでした。感謝しております。以上です。ご清聴ありがとうございました。



## 「国立病院機構の改革」

大阪南医療センター 院長 齋藤 正伸

### 女性医師の働きやすい環境づくり

#### 国立病院機構の改革

独立行政法人国立病院機構  
大阪南医療センター 院長  
齋藤 正伸

ご紹介いただきましてありがとうございます。また、本日はこのような機会を与えていただきまして感謝しております。国立病院機構大阪南医療センターの齋藤でございます。大阪南医療センターは、河内長野市にある470床の急性期病院で地域支援病院です。国立病院機構としては、ちょっと硬い話になって恐縮ですが、平成15年の『次世代育成支援対策推進法』ですとか、『女性活躍推進法』に基づいて、仕事と子育ての両立支援プログラムを策定してまいりました。

#### 国立病院機構としての取り組み

##### ① 第三期国立病院機構一般事業主行動計画 「仕事と子育ての両立支援プログラム」(平成28年4月)

- ・「次世代育成支援対策推進法」(平成15年)
- ・「女性活躍推進法(女性の職業生活における活躍の推進に関する法律)」(平成28年)に基づき計画

- 本プログラムを実施することによって、----を期待しています。
- ・仕事と子育てを両立していくことの重要性を認識
- ・次代を担う子どもたちが健やかに生まれ、育てられる環境が整備

このプログラムには、仕事と子育てを両立していくことの重要性を認識してもらうということと、次代を担う子どもたちが健やかに生まれ、育てられる環境を整備するという目的があります。国立病院機構では『ワーク・ライフ・バランス応援ガイドブック』というのを作り、職員に対して子育てのときの支援の方法を周知しています。これは皆さんもホー

ムページ上で、ご覧いただくことができます。

#### 国立病院機構としての取り組み

##### ② ワーク・ライフ・バランス応援ガイドブック(平成28年4月)

- ・仕事と子育て両立のための計画表(非公務員化後、常勤職員の例)
- 第1 女性職員の健康、安全及び福祉
- 第2 休暇制度
- 第3 育児休業・育児短時間勤務・育児時間・介護休業制度
- 第4 育児又は家族介護を行う職員の勤務
- 第5 共済組合等関係



本日は、主に常勤職員の例をお示ししますが、非常勤の職員も大きな差はありません。常勤職員というのは、主に卒後6年目以降の医師ということになります。もちろん事務職ですとか看護師さんも同じようなシステムで応援しております。このガイドブックは、第1章から第5章で形成されています。まず、第1章は『女性職員の健康、安全及び福祉』です。妊産婦の方の深夜、時間外、休日勤務を制限したり、妊娠中の保健指導とか、健康診査を受けるための通院のときに勤務を免除したり、あるいは業務軽減をしたり、休息、補食などの時間を取っていただいたりということが定められています。

#### 国立病院機構としての取り組み

##### ② ワーク・ライフ・バランス応援ガイドブック(平成28年4月)

- 第1 女性職員の健康、安全及び福祉(妊産婦;妊娠中、産後1年以内)
- ・妊産婦の深夜、時間外、休日勤務の制限
- ・妊産婦の保険指導、健康診査を受けるため通院⇒勤務免除
- ・妊産婦の業務軽減など
- ・妊娠中の休息・補食のための時間⇒勤務免除など

次に、産前6週、産後8週は休暇があります。男性に対しても、奥さんが出産されるときに、入退院等に付き添うということで2日間、あるいは小さい

お兄さん、お姉ちゃんがいらっしゃる所では、そのお兄ちゃんお姉ちゃんを養育するために5日間の休暇を取ることができます。

### 国立病院機構としての取り組み

② ワーク・ライフ・バランス応援ガイドブック（平成28年4月）

#### 第2 休暇制度

- ・産前（6週）・産後（8週）休暇
- ・男性のみ  
妻の出産に伴う休暇；入退院の付き添いなど2日  
育児参加のための休暇；出産した子、小学校入学前の子の養育のため5日

第3章は育児休業等ですが、育児休業は3歳まで取ることができます。男性も取得できます。給与はありませんけれども、雇用保険等から1歳までは育児休業給付金が支払われます。育児短時間勤務は小学校入学まで、これも男性でも取得できます。19時間25分から24時間35分というちょっと細かい時間設定になっていますけれども、ざっと言いますと、週4日間、1日5時間ぐらい働くか、あるいは週4日間、6時間ぐらい働くかということになります。勤務時間に比例した給与ということになります。

### 国立病院機構としての取り組み

② ワーク・ライフ・バランス応援ガイドブック（平成28年4月）

#### 第3 育児休業・育児短時間勤務・育児時間・介護休業制度

- ・育児休業；3歳まで。1か月前までに申し出。男性も。  
給与なし。雇用保険等から1歳までは育児休業給付金（180日目まで2/3、～1年1/2）  
労基法などでは1.5歳まで
- ・育児短時間勤務；小学校入学まで。男性も。  
週19時間25分から24時間35分  
（約5時間×4日～6時間×4日）  
勤務時間数に比例した給与  
労基法などでは3歳まで

次に、保育時間ですが、1歳まで取ることができます。1日2回、30分以内の休暇が与えられます。

### 国立病院機構としての取り組み

② ワーク・ライフ・バランス応援ガイドブック（平成28年4月）

#### 第3 育児休業・育児短時間勤務・育児時間・介護休業制度

- ・保育時間；1歳まで。  
授乳や保育園への送迎のため1日2回30分以内の休暇
- ・育児時間；小学校入学まで。勤務前あるいは後に1日2時間以内給与は減額

育児時間は1日2時間以内になっています。この分、給与は減額されてしまいます。

また、大阪南医療センターとしても、保育所を整備してまいりました。1973年から院内に保育所がございまして、昼間の時間帯、朝8時から夜6時、延長で7時までお子さんを預けていただくことができます。昨年からは病児保育を開始しまして、最大3人受け入れ可能で、保育室長が女性の小児科医師です。これは、院内保育所に通所していらっしゃる方でも、あらかじめ対象のお子さまがいらっしゃるということを登録していただくと、病気になったときに利用することができます。夜間保育もしていきたいんですけども、今後の検討課題で、今は実現してはいません。

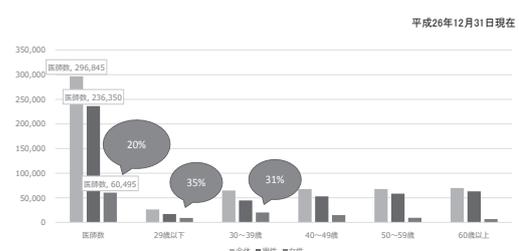
### 大阪南医療センターとしての取り組み

#### ③ 院内保育所の整備

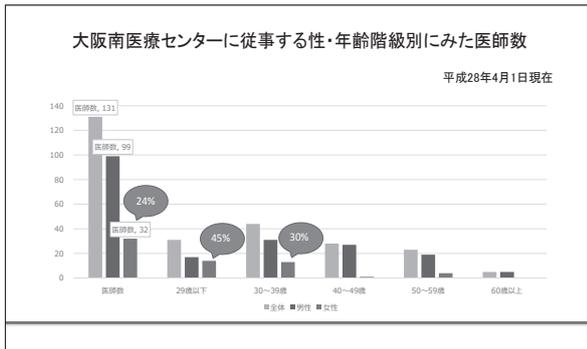
- ・昼間の保育；8時から18時（延長19時まで）、  
（敷地内） 現在利用者17人、うち医師1人
- ・病児保育； 27年12月から施行、8時30分から18時、  
（病棟） 最大3人受入、利用登録73人、実績月平均7人  
保育室長；女性小児科医師、看護師1名、保育士1名
- ・夜間保育； 今後の検討課題

大阪南医療センターにおける女性医師の現状と取り組みについてお示しします。先ほど、加納先生からもお話がありましたように、現在医師の約20パーセントは女性で、特に30歳代、あるいは20歳代の中では女性の医師の数は30パーセントを超えています。

医療施設に従事する性・年齢階級別にみた医師数(全国)



大阪南医療センターでも、現在24パーセントが女性医師です。30代では30パーセント、20代では45パーセントを女性が占めています。



休業等を取っている実績ですが、まず、育児休業取っていらっしゃる方3名、うち常勤2名、レジデント1名です。育児短縮勤務を取っておられる方が常勤で1名、育児時間を取っていらっしゃる方が1名で、これは業務の終わりに育児時間を2時間取っておられます。

### 大阪南医療センターの実績

- ・育児休業:3名  
常勤医師2名、レジデント1名
- ・育児短縮勤務:1名  
常勤医師1名
- ・育児時間:1名  
常勤医師1名  
勤務の終わりに育児時間2時間

この短時間勤務制度の利用状況ですけれども、消化器科のある女性の方に、これ以降いろんな体験をまとめてもらいました。制度を利用した経緯、現在の勤務状況、メリット、デメリットという順にまとめていただいております。

### 育児短時間勤務制度の利用状況について・・・消化器科 女性医師の場合

- ①制度を利用した経緯
- ②現在の勤務状況
- ③メリット・デメリット

この先生は卒後1年目に私どもの病院に勤務をしていただきまして、7年目に第1子を出産、産休、育休を取られて、7カ月後に復帰、育児短時間勤務を利用されています。9年目に第2子を出産されて、

また7カ月後に復帰して、同じように育児短時間勤務を利用されています。ご主人も循環器内科のお医者さんで、大学病院勤務でオンコール、当直等ご活躍されています。幼児がいるので、入院患者を含む時間外緊急対応が困難ということで、現場に迷惑を掛けたくないよう、この育児短時間勤務を取って、ご自身もぴったりの制度だというふうにおっしゃっていただいております。週4日間、6時間勤務をされています。

#### ①制度を利用した経緯・・・

- 卒後1年目4月 (初期研修時)より当院勤務
- 7年目6月 第1子出産、産休、育休
- 8年目1月 7か月後復帰、育児短時間勤務利用(医師第1号)
- 9年目9月 第2子出産、産休、育休
- 10年目4月 7か月後、復帰して現在に至る(子は5歳、3歳)
- ・夫も医師(循環器内科医)で大学病院勤務。オンコール、当直あり。
- ・幼児がいるので入院患者を含む時間外緊急対応が困難。職場に迷惑を掛けたくないよう、また科全体の診療が円滑に進む形で働きたい。
- ⇒育児短時間勤務がピッタリ!

受け持ちを持つと、夜、電話かかってきたり、残ったりしないといけないので、主に初診外来、内視鏡、超音波等その日のうちに仕事が終わるような業務を、これは科内で決めて分担されています。少しぐらい余裕があれば超過勤務もしていただいております。子どもの幼稚園、保育園の送迎、急病時の受診などは全てご自身がしていますとおっしゃっていました。

#### ②勤務状況

月・火・木・金曜日 9:00~15:30  
(週4日 6時間勤務)

一日で完結する仕事内容で、初診外来、内視鏡検査、腹部超音波検査など。検査や処置件数が多く人手が足りない日は超勤もします。子供の幼稚園・保育園の送迎、急病時の受診などは全て!私がしています。(夫は仕事)

メリット、デメリットですけれども、子育てをしながら勤務ができるシステムであると言っております。頑張れば、専門医資格も取れるよと。ただ、どうしても遠くの学会に行ったりすることは、子どもさんの体調のこととかが心配になってできないので、自己研鑽欲はちょっと下がってしまう。その辺はなかなかうまくいかない、デメリットじゃないかというふうなご指摘をいただいております。

### ③メリット・デメリット

・メリット・・・子育てしながら無理なく仕事ができる。(これに尽きます！) 私は出産後に専門医資格を3つ取得しただけですが、やる気さえあればキャリアアップも可能でしょう。

・デメリット・・・仕事に関しては、比較的機嫌よく働いており特になし。ただし仕事以外の時間は「母親」なので自己研鑽欲(研究会や遠方の学会参加)は低くなった。子が体調不良だとキャンセルしなければならぬため。

育児中の女性医師は時間がなくて、これからのキャリアをどう形成していくのかとか、なかなか先も見えないということですが、一方で育児中ではない医師は、分かっているけれども自分の仕事が増えるのは大変だなあというのが本音なんじゃないかと思います。職場全体がうまく回るためにはマンパワーの補充、あるいは当直可能な医師の日中業務の軽減や、当直をしたら次の日に半日休むとか、あるいは1日休むとか、あるいは報酬が変わるとか。そういうふうな考慮をしていただけたらというふうにご指摘をいただいています。

**\* 結果は・・・産休育休は普及しつつも職場体制はまだ発展途上。**

「時間もなく、先も見えない」育児中の女性医師。  
業務が増えて「わかってはいるが大変」な他の医師。

職場全体がうまく回るために必要なこととして;

- ①マンパワーの補充など、フォローする側の医師への対応
- ②当直可能な医師の日中業務の軽減や複数主治医制などの体制づくり、評価・報酬の考慮など実質的な効果のある施策が挙げられています。

ご本人は多様性が大事だと、育児支援などに対する本音と多様な働き方を実現するための方策について、リクルートメディカルキャリア社のアンケートからいくつか抜粋していただいております。

私事だけではつまらないので・・・

#### ダイバーシティ(Diversity 多様性)について

お台場のことではありません。

性差や生活状況の違いといった多様性を受け入れ、組織パフォーマンスを向上させるために必要な概念。企業ではすでに広まっており、医師国家試験合格者の3割が女性という今、医療機関においても重要になりつつあります、、、

勤務先で導入されている育児支援制度などに対する本音と多様な働き方を実現するための方策についてのアンケート結果を呈示します。

(出典:リクルートメディカルキャリア)

まず、育児中の女性医師の本音ですけれども、キャリア設計が難しいとか、研究や自己研鑽の時間がないということを感じておられる人は多くいらっしゃいます。職場に負い目を感じるということも、多くの育児中の女性医師は感じておられます。また、配偶者の理解と協力、これを挙げる方が一番多いですけれども、それ以外はやはり職場で環境整備できることが大半です。保育体制の確保ですとか、両立できる勤務形態の選択、職場の理解と協力というふうに職場での環境整備、あるいは教育というのが大事になってくるかと思います。一方で、育児中ではない医師の本音、これはまさに自分の仕事が増える、当直が増えるとか、残業が増える。あるいは、子供さんが急に熱を出したということでその先生が休んじゃうと、急に仕事が回ってくるという、まさに本音ですから、こういうことがアンケートでは挙げられています。

この先生は4年間を振り返って、まず配偶者が理解して協力体制にあることと、それと同時にお子さんを預かってくれるサポート体制。これは実家ということもあるでしょうけれども、やはり病院として保育所等、そういう環境整備をしていくことは必要であると思っています。ご本人は仕事に対する誠意、責任感を常に示す。短時間で帰っちゃうからというんじゃないで、常に仕事に対する誠意、責任感を示すということが大事だというふうにご自身が述べられています。

#### \* 4年間を振り返って・・・

子育てをしながら仕事をする。このことに対して十分に配偶者が理解し協力体制にあることが大前提です。また子供が病気の時に無条件で！預かってくれるサポート体制があることも重要。(実家が大活躍です！)病児保育やシッターもあります。それが母親には少なからず精神的負担がかかります。それから職場に仕事に対する誠意と責任感を示すこと。スタッフの方々の温かいご理解があればなお有難いことです。

一方、管理者、私のことなんですけれども。当然、育児中の先生がいらっしゃったら、その間、短縮時間、あるいは深夜時間外勤務を制限されていますから、育児をしていない医師の業務が増えていき

## シンポジウムⅡ

ます。なんとか医師を確保したいんですけど、先ほども上田先生からもいろんなシステムも紹介していただきましたけど、診療科によって違うかも分かりませんがなかなか医師を確保するのは困難です。特に育児休暇の1年だけ来て下さいなんて言うと、誰も来てくれないというのが実情です。育児中の医師がいない診療科でも、まだまだ医師が不足しているという現状もあります。

もう一つは国立病院機構の当直料、多分民間とは大きな格差があります。どうしても当直回数が増えると不平を言われてしまいます。国立病院機構でも、従来の年功序列制の給与と違って、業績評価が導入されてきましたけれども、基本的には賞与だけで、月々の給与は何号俸という形で支払われています。女性医師問題だけではなく、医師の給与をどうするか、どういうふうに評価していくべきかという根幹の問題もあります。負担増に対して、あるいはキャリア・アップに対しても、インセンティブをどう付けていったらいいかなという悩みもあります。一方では、国立病院だからできるんじゃないかというご批判も十分あろうかと認識しております。

### 管理者としての苦悩

- ・育児休暇中や育児短縮勤務中の医師がいる診療科の増員をしたいが、医師確保が困難。
- ・深夜・時間外勤務制限⇒育児中でない医師の業務負担増・育児中の女性医師の負い目に対し、増員で解決したい(当直翌日の休みなど)が、医師確保困難。
- ・国立病院機構の当直料と民間との格差
- ・業績評価制度は導入されたが、基本的に給与は〇級〇号俸
- ・負担増に対してもキャリアアップに対してもインセンティブがつけにくい。

最後になりますけれども、国立病院機構では仕事と子育ての両立支援プログラムに沿って、女性医師の働きやすい職場をつくる制度の設定を行ってきました。今後は、職員の意識改革などソフト面での環境整備が求められていると思います。どうぞご清聴ありがとうございました。

### まとめ

- ・国立病院機構では、仕事と子育ての両立支援プログラムに沿って、女性医師の働きやすい職場を作る制度設計を行ってきた。
- ・今後は職員の意識改革など、ソフト面での環境整備が求められている。



## 「大学病院の変革」

大阪医科大学衛生学・公衆衛生学 教授 玉置 淳子

### 大学病院の変革 (大阪医科大学において)

大阪医科大学衛生学公衆衛生学  
玉置淳子

よろしくお願いいたします。本日はシンポジストとしてお招きいただき、誠にありがとうございます。大阪医科大学衛生学、公衆衛生学の玉置でございます。よろしくお願いいたします。

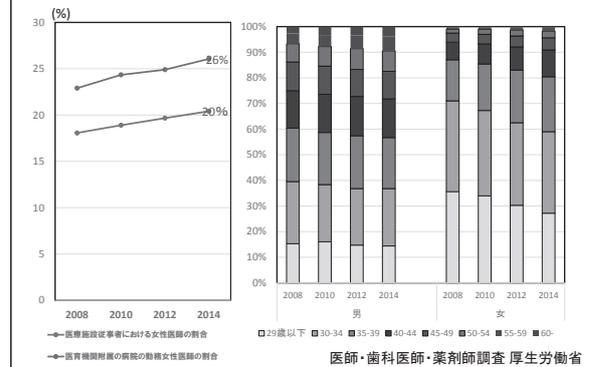
### 本日の内容

1. 女性医師数の最近の推移
2. 学内保育室について
3. 短時間正職員制度について
4. 女性医師復職・就労支援  
-医局内規定(眼科)の紹介

本日は、大阪医科大学の病院におけるご紹介を中心にお話しをさせていただきたいと思っております。最初に、女性医師数の最近の推移をお示ししまして、本大学病院における学内保育室、また、短時間正職員制度についてご紹介させていただき、その後に女性医師の復職就労支援として医局内の規定を眼科学講座が設けておりました、そのご紹介をするという形でお話しをさせていただきます。よろしくお願いいたします。

たします。

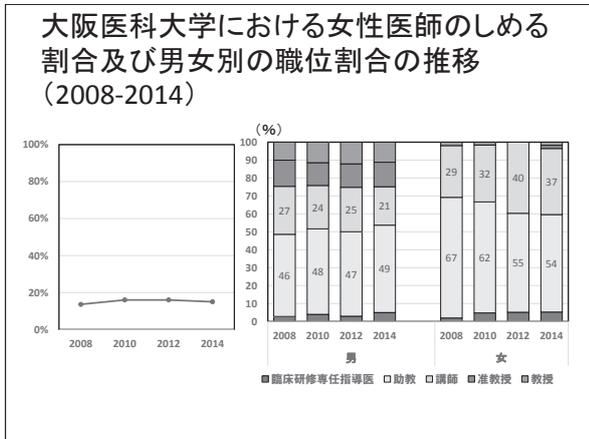
### 1. 我が国における女性医師割合と医育機関付属の病院における性別にみた年齢階級構成割合



これは、毎年12月に行われる医師調査、厚生労働省から出ているデータのごく最近のデータだけをまとめたものです。向かって左側の表が、下のほうのブルーの線が医療施設の病院、もしくは診療所に勤務している医師における女性の割合の推移を示しておりまして、上は医育機関の付属病院の女性医師の割合を示しております。直近の値、2014年ですけれども、医育機関のほうが女性医師の割合が多く、今26パーセントというデータで示されております。

向かって右側のグラフにお示ししましたのは、同じ厚労省の医師調査の結果でございますが、医育機関における性別に見た年齢階級の割合を示しております。直近の値を見ますと、男性ではほぼ年齢階級が2008年から2014年の間、大きな構成割合の変動はないかというふうには存じますが、女性のほうを見ますと、直近の値で見ても、下から若い年齢階級にしてあるんですが、ブルーで示している40歳未満の女性の割合が非常に多く、8割を占めている。男性が2014年で、6割弱でございますので、かなり医育機関の女性医師の割合が、若年層が多いという現状ということが厚労省のデータからも示されてあり

ます。



これは大阪医科大学における、女性医師数の占める割合でございます。左側にその推移を示していますが、2014年で約15パーセント程度、16から15パーセント程度の値でございます。右側に示しているのは職位別の性別で見た、職位別の割合の推移を示しています。女性は15パーセント程度を占めておりますが、男性で、下のほうの薄いグリーン。これが助教の割合で、ほぼ半数が助教で、この2008年からのごく短期間ではありますが、男性のほうを見ますと、助教の割合が若干多くなっているかなという印象がある程度というような傾向であり、大きく変わらないという傾向です。一方、女性医師のほうを見ますと、2008年からわずか6年程度ではありますが、本学においては講師の割合が2008年に3割から4割弱と、若干増加傾向が見られるというような推移であります。

## 2. 大阪医科大学病院における学内保育室

- 昭和45年(1970年)  
病棟の1室を利用して保育を開設。
- 昭和62年(1987年)  
預け入れ人数増加のため、病棟の1室から旧保育所へ移転。
- 看護部による管理であったため、看護職員のみが利用対象であった。

次に、大阪医科大学の、学内保育の取り組みについてのご説明させていただきます。1970年、

病棟の一室を利用して保育所が開設されまして、その後1987年に保育所という形で病棟の一室から移転されました。当時は、看護職員のみは利用可能であった状態であります。

## 女性医師の児童受け入れ

- 平成14年(2002年)～  
常勤女性医師の児童受け入れ開始。  
当初は定員45名中5名まで看護師以外の児童受け入れが開始となった。
- 平成21年(2009年)～  
週3日以上就労している契約職員、非常勤医師(レジデントや院生)の受け入れ開始。
- 平成27年(2015年)～  
男性医師の児童受け入れも開始

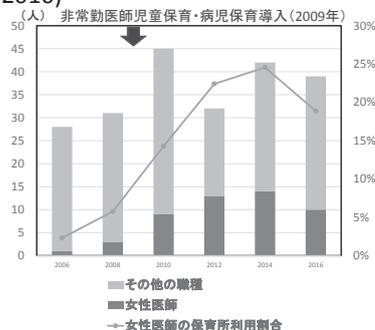
女性医師の児童受け入れは2002年から、まずは常勤の女性医師の、児童の受け入れから開始されています。ただ、当時は受け入れの制限がございまして、定員45名中5名までが女性医師の受け入れが可能、5名までがマックスで可能であったという状態でありました。2009年から、医師の関係でいきますと非常勤医師、レジデントや院生の受け入れも開始されました。2015年からは男性医師の受け入れも開始されております。

## 延長保育(2009年～)

- 延長保育 看護部管理時代にも準夜帯までの預かりに対応していた。
- 平成21年より事前の利用申し出により毎日、20時までの延長保育が開始。
- (前週の月曜日までに利用を申し出る。やむを得ない場合は前日16時までに申請が必要)

延長保育は、2009年から本大学病院では開始されています。事前の申し出をすることによりまして、夜8時までの延長保育が可能という体制で取り組んでいます。

### 大阪医科大学における学内保育室利用の女性 医師数および女性医師中の利用割合の推移 (2006-2016)



これは、本学における2006年からの、学内保育室利用の医師数、および女性医師の利用割合を示しているかをプロットしたものでございます。2009年に非常勤医師児童、病児保育の導入後、本学の女性医師に占める保育所利用の医師の割合が25パーセントに増えているという傾向が認められております。

### 児童受け入れの実際(2016年)

- 現在、定員45名中16名(男性医師6名)が医師の児童
- 医師の内訳
  - 常勤医師13名
  - レジデント1名
  - 大学院生2名
- 期間 産休明け(0歳)～3歳の年度末まで
- 通常時間 7時30分～17時30分

直近の児童の受け入れの実際ですけれども、2016年の状況は、定員45名中16名、約3割程度が医師でありまして、このうち6名、16名中6名は男性医師

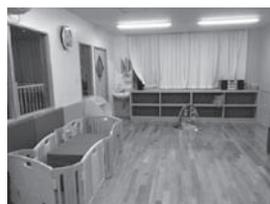
### 学内保育室の充実

- 平成26年に既存施設の老朽化により建て替えられ施設が充実した。



の児童を受け入れているという状況です。その医師の内訳ですが、多くは常勤医師が占めているという状況です。

乳児室



午睡室



1歳児室



2～3歳児室



フリースペース



授乳室



平成26年に施設が新しく造られて充実しております。乳児室とか、午後のお昼寝の時間のお部屋が確保されていて、児童の年齢ごとのルームが確保されています。また、授乳室なども確保されていて、児童のための環境整備が整っているという形になっています。また、2009年から始まった病児保育



ですが、今、定員は2名以内です。小児科を受診した後、保育が可能である児童を受け入れているという体制になっていまして、隔離室も設けられています。

### 病児保育

- 感染対策に注意し、病児を受け入れている。
- 病児保育は1日2名以内。小児科を受診し、保育に問題がないと診断されれば保育室に受け入れる。

保健室



隔離室



### 院内保育室

- 院内保育室に女性医師の児童の受け入れが可能となったことで、子との時間をより長く持つことができるようになった。
- また、制度や設備が整備されたことで、仕方なく預ける場所ではなく、安心して預けることができるようになった。

このように院内保育所ができたことによって、女性医師のほうがより長くお子さんと接触する時間が設けられるようになったと。また、安心して預けることができるようになったというような声が聞かれています。これは、本学の眼科の、講師の植木先生

のほうでこの情報をお作りいただきました。

### 3. 短時間正職員制度(2010年～)

- 平成22年4月より育児または介護を行う常勤女性の医師、歯科医師、助産師および看護師を対象に開始された制度。
- 条件を満たせば手続きを経て、他の職員より短い時間で正職員として勤務することを許可される。

本学では、2010年から短時間正職員制度が設けられております。これは、対象は育児、または介護を行う女性の職員、女性医師、歯科医師、助産師、看護師を対象に開始された制度であります。

### 申請の条件

- 育児または介護を行う女性の医師、歯科医師、助産師および看護師
- 育児とは同居する8歳未満の実子または養子の職員による育児が必要な状態。
- 介護とは職員の父母または義父母が要介護認定状態であり、職員の介護が必要な状態
- 上記を満たす場合に申請し、理事長の許可にて利用できる。

申請の要件としては、先ほど申し上げた方が対象で、育児とは同居していて8歳未満のお子さんが出て、育児しないといけない状態、もしくは、介護が必要な状態ということが申請の条件であります。

### 短時間正職員制度

- 週2日以上6日未満で平日6時間、土曜日3時間で週40時間を上限として勤務する。
- 本人が同意した時は日直、宿直も可能
- 所属部署定員の20%以内
- 短時間正職員は定員にカウントされない

事実上、部署内に1人増員となる。

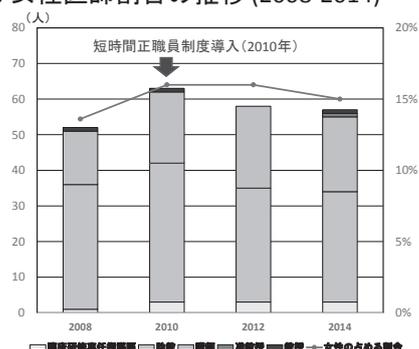
この短時間正職員制度は週40時間を上限として勤務するという制度でありまして、日直、宿直も可能であります。定員の2割以内がこの制度を利用できる形になっております。本学では、短時間正職員になっている場合は、その講座内でその分が定員にカウントされないというような制度になっているため、事実上、部署内に対応する人数分の増員が可能という形として設けられております。

### 短時間正職員制度

- 給与体制
- 本給×80%×(勤務時間／常勤勤務時間)有給休暇、賞与などもある。
- 昇給はないが年次有給休暇、住宅手当や通勤手当が支給される。
- 短時間正職員制度適応終了後は通常職員として雇用が継続される。

給与体系ですが、勤務時間に応じて、本給の8割の設定で給与が支給されます。また、短時間正職員制度の適応の終了の後には、通常職員として雇用が継続されるという仕組みでございます。

大阪医科大学における職位別女性医師数および女性医師割合の推移(2008-2014)



再度、本学における職位別の女性医師割合の推移を示しております。この短時間正職員制度は2010年に導入されて、その辺りから女性医師の占める割合が15パーセント以上になったという経緯がこの数からも見て取れます。

次に、個々の科の取り組みとして、眼科学講座の取り組みをちょっとご紹介させていただきます。眼

### 4. 個々の科の取り組み(眼科)

- 眼科の実際(平成28年度)
- 医局員 108名中女性医師57名
- 女性医師57名中47名は既婚者であり、44名は子供がいる。
- 女性医師 常勤 57名(産休中4名)  
非常勤 9名



科学は医局員が平成28年度で108名中、女性医師が57名、半数以上を占めている講座でありまして、そのうちの女性医師の47名が既婚者で、そのほとんど多くの方がお子さんがいらっしゃるという講座であります。女性医師のほとんどが常勤57名で、非常勤を含めると9名がいるという状況とのことです。

### 妊娠・出産に関する眼科医局内規定

#### 大学内では

- 妊娠した時点で当直業務は免除。
- 子供が3歳までは(希望があれば)当直業務は免除。

#### 出向病院では

- 産休中は復帰するのであれば医局から非常勤医師を派遣。
- 産休後育休を取得する場合、病院は退職することになるが産後1年まで育休中は医局への在籍を認める。

### 眼科における子育て支援

- 医局内規定を明記することで出産、子育ての予定が立てやすくなった。
- 復帰へのハードルを低くするために
- 育休中も希望があれば非常勤勤務を紹介し、大学外来のシュライバーをすることができる。
  - 教授、スタッフから定期的に教育メールが送られてくるので継続的に眼科知識に触れることができる。

こちらでは、医局内の規定を設けられています。大学内では、妊娠した時点で当直業務が行わなくて済むと、希望があれば子どもが3歳までは当直業務

## シンポジウムⅡ

をまた免除がされると。また、出先の病院では、産休中は、その後復帰するというのであれば、医局から非常勤医師を派遣し、産休、産後、産休後、育休を取得する場合はいったん病院を退職することになりますが、産後1年まで育休中は医局の在籍を認めるという医局内規定を設けておられます。これも植木先生にご提供いただいた内容であります。この医局内規定を明記することでライフ・プランの予定が立てやすくなったとのこと。

また、復職へのハードルを低くするために、育休中も大学の外来のシュライバーをすることができます。また、定期的に、復職支援ということで、教授やスタッフから定期的に教育メールが送られてくるということでもあります。

### 日本眼科医会、大阪府眼科医会による女性医師支援

#### 日本眼科医会では

- 日本眼科学会、臨床眼科学会では女性医師の雇用を援助するシンポジウムやセミナーなどが行われる。
- ほとんどの全国学会では無料の託児所が設置されている。

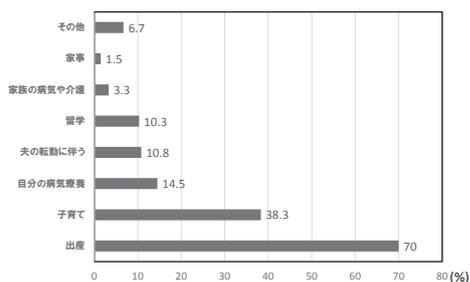
#### 大阪府眼科医会では

- 大阪府眼科医会主催の地方会では女性医師参加時の託児費用の補助がある。

参考ということで、挙げさせていただいておりますが、眼科に関連する学会のほうでは、女性医師の声を援助するシンポジウムセミナーなどが行われ、その際は無料の託児所が設けられて、大阪府の眼科医会で主催の地方会では女性医師参加時の、託児費

### 病院に勤務する女性医師における仕事を中断(休職)、離職した理由

(n=2931 複数回答)

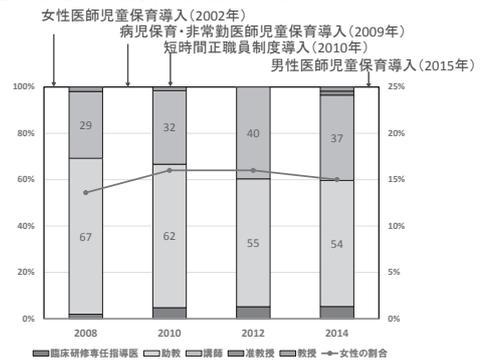


女性医師の勤務環境の現状に関する調査報告書 (H21年3月日本医師会) 調査票配布数15010 有効回答率49.7%

用の補助金があるということでもあります。

平成21年に日本医師会が調査されました『女性医師の勤務環境の現状に関する調査報告書』を引用させていただきます。対象が、病院に勤務する女性医師で、約半数の方の回収を得たという調査のようでございます。約3000名の方から複数回答、仕事の中断や、離職の複数回答を得た理由について調査したものでありまして、最も多い理由が一番下の出産。これが、回答者のうちの7割が出産で、その次に多いのが、約4割の子育てが仕事を中断、休職または離職した理由として挙げられているという形に報告がされています。

### 大阪医科大学における女性医師支援の取り組みと女性医師割合・職員構成割合の推移



大阪医科大学における、女性医師の取り組みと、女性医師の割合と職員割合の推移を示しておりますが、上のほうに青字で示しております。一番最初、2002年から女性医師の児童の保育の導入がされまして、その後2009年には病児保育や非常勤の医師の児童の受け入れがあつて、2010年に短時間の正職員の制度の導入が行われています。2010年から女性医師の占める割合が15パーセントを超えまして、また、2010年以降、講師の割合が増えている傾向がここから見て取れるかと存じます。2015年、男性医師の児童の受け入れも導入されまして、現在6名の男性医師が既に利用されているということで、このような取り組みの成果がこういう形で現れているのではないかとこのように思います。また、今後についても期待できるのではないかと考えております。

最後にこれは、上田先生にご提供いただいた情報でございます。大阪府内、5大学における院内保育

### 在阪5大学 院内保育・病児保育設置状況

在阪5大学	院内保育	病児保育	病児保育 定員	病児保育 設置年
大阪大学	あり	あり	3名	H27
大阪市立大学	あり	あり	4名	H20
大阪医科大学	あり	あり	2名	H21
関西医科大学	あり	あり	1名	H22
近畿大学	あり	—	—	—

と病児保育の設置の状況でございますが。府内の5大学は全て、院内保育所が設置されていると。また、そのうちの4大学におきましては、既に病児保育、最も当初から取り組んでいるのが、大阪市立大学さんが平成20年からですが、病児保育が設置されているという状況で。大阪府の大学病院におきましても、このように女性支援の取り組みが進んできているという状況でございます。

### 謝辞

本発表にあたり、森ノ宮医療大学 副学長・臨床検査学科長・教授 大阪市立大学 名誉教授 上田 真喜子先生、大阪医科大学三島南病院 病院長 後藤研三先生、大阪医科大学眼科学教室 講師 植木麻理先生、大阪医科大学総務部人事課 課長 中谷尚文様、三原英明様の多大なるご尽力をいただきました。この場をお借りし深謝申し上げます。

以上でございますが、最後にこの場をお借りしまして、発表に大変なご尽力をいただきました、上田先生、後藤先生。また、本学の眼科学の講師の植木麻里先生。また、職員数などを人事の方におまとめいただきましたので、皆さまの多大なるご尽力をいただいて発表させていただいております。この場をお借りしまして、お礼申し上げます。以上です。ご清聴ありがとうございました。



## 「循環器勤務医夫妻の仕事と子育ての 両立へのチャレンジ」

枚方公済病院 救急科部長 竹中 洋幸

### 循環器勤務医夫妻の 仕事と子育ての両立へのチャレンジ

枚方公済病院 心臓血管センター  
竹中 洋幸 ・ 竹中 琴重  
北口 勝司 ・ 野原 隆司

平成28年11月26日・全国医師会勤務医部会連絡協議会

上田先生、ご紹介ありがとうございます。このような立派な場で私が話をさせていただくのは非常に恐縮で、お恥ずかしいです。学術的な話が多い中、私生活を暴露しながらのざっくばらんなスライドばかりが出てくるので、非常に恐縮です。それから、僕が演者で私の嫁さんの名前、直接の上司の循環器部長北口の名前と、今の院長の野原の名前を挙げていますが、実は前院長の田中先生がこの会場に来られて、中でも非常にお世話になった方ですので本当は田中先生の名前を入れるべきだったと思いながら、申し訳ありません。この場で謝らせていただきます。

#### 私が今日ここに立っている理由

1. 夫婦2人とも循環器内科医で同等に仕事が多くて不規則。旦那も嫁さんも緊急含むカテーテルに入って当直も多い。
2. 3人も子供がいる。

いったいどんな生活してるの？  
子育てしながら2人同等に働くには  
何が必要か？

私が今ここに立っている理由です。私たち夫婦2人は循環器内科医で同等に仕事をしている、というか嫁さんのほうが多く仕事をしているぐらいなんです。忙しくて不規則です。旦那も嫁さんもカテーテル検査・治療に結構入っていて、当直も多くて、子どもが3人います。隣の寝屋川市に住んでいる小松病院の院長の一番ヶ瀬先生があつた夫婦どんな生活をしてるんやろうと、興味を持たれたところから私が引っ張り出された経緯があります。今日は単に興味本位で一体どんな生活してるんやということ聞いていただきながら、子育てしながら2人同等で働くには何が必要かということ、考える題材になればということでお話をさせていただきます。

#### わが家の紹介

父親：  
46才男性  
救急・循環器医師

母親：  
45才女性。  
循環器医師。

子供：3人  
高1男・中2男・小6男。  
5人暮らし。

ベビーシッターさん5人



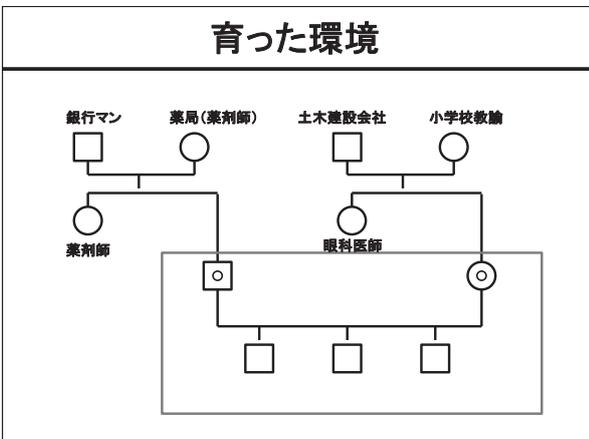
わが家の紹介をさせていただきます。これは、2年前に北アルプスの西穂高岳に行った時の写真でございます。私46歳の男性で嫁さんが45歳の女性で医学部の同級生でございます。2人とも循環器をベースにしながら仕事をしてきましたが、今僕は救急にシフトして仕事をさせてもらっています。子どもは3人いて全員男で、家族は5人暮らしになります。今50うん歳になられますベビー・シッターさんがいつも我が家に来ていただいて子どもの面倒を見

ていただいています。今も夫婦2人ともほぼフルタイムで仕事をしているという状況です。

### 夫婦2人の特徴

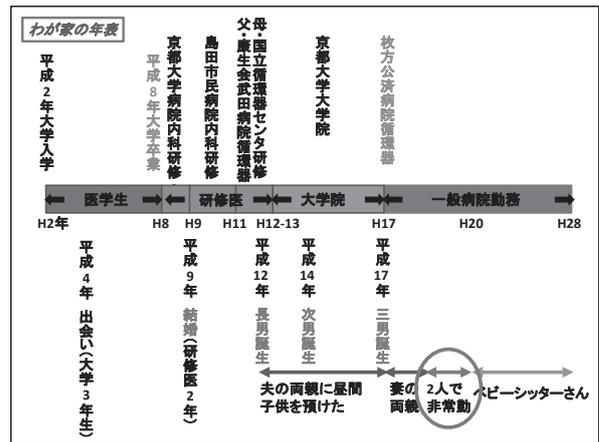
1. 嫁さんの方が仕事好き・仕事熱心である。
2. 2人は医学部の同級生 ⇒まったく 横並びの関係
3. 二人の趣味は全く合わないが価値観は似ている。  
大事にするもの…①子供②仕事③お互い  
二人ともこだわってやる趣味がない。
4. 旦那は多分あきらめの良い性格だと思う

夫婦2人の特徴を簡単にいくつか挙げて説明します。僕の嫁さんのほうが仕事好きで、仕事熱心です。2人は同級生で、全く横並びの関係だということところがポイントかもしれません。また、2人は、あまり趣味は合わないんですけれども、価値観は一致しているかなと思ってます。もちろん2人とも子ども産んで育てていこうという意志は初めから強かったですし、子どもを大事にしようということ、それから仕事も頑張るやろうということ、お互いのことはもう最後でいいやというような感覚です。あと、2人ともあんまりこだわってやる趣味がないので、取りあえず子育てを一生懸命しながら仕事も一生懸命やってということで暮らしています。そして多分、旦那は諦めが良い性格なんだと思います。



2人が育った環境も大事ななと思って出したスライドです。これが僕と嫁さんですが、2人とも両親ともにやっぱり仕事をしていたということです。昭

和の時代なんで、もちろん男性のほうが仕事をしっかりしながら、女性のほうは仕事しながらも家事のほとんどをしているという状況だったと思いますけれども、そういう環境で育ったということを紹介させていただきます。



この年表、ちょっと見にくくて申し訳ないです。時間が平成2年から現在まで左から右に流れております。下に自分達の家庭のプライベートなイベントが書いてあって、上は勤務のことをいろいろ書いてます。平成8年にわれわれ同級生で同時に卒業しまして、この頃は内科の研修を2人でしてたんですが、卒業後2年目で結婚しております。

その後、研修医の時代、もちろん仕事が本当に忙しくて、充実もしてて、ハラハラもしながら過ごした時期になりますが、結婚してから3年たって長男が誕生しております。それと同時にちょうど、大学院に戻って研究の活動をしようということで、2人は1年ずれているんですが、ともに大学院に戻っています。大体これは頭の中で予定してたんですが、その間に、長男、次男が誕生いたしました。大学院を出て、その後大学で研究していくか一般病院で臨床やっていくかというところで、2人とも臨床のほうをやっていきなという意思が強かったので、2人でそろって一般病院に出たんですが、ちょうどこのときに三男が誕生しています。三男が産まれると同時に一般病院の勤務が始まったという流れです。

大学院の間、長男・次男が産まれたころは、僕の両親に子どもを預けながら頑張るって、その後、一般病院に出てからは嫁さんの両親に近くにわざわざ来

## シンポジウムⅡ

ていただいて、子どもの面倒見てもらいながら、しばらく頑張っていました。しかし次にそれがかなわなくなって、一番大変な状況でした。本当に2人だけで子育てと仕事をした時期がありました。これはまた後で紹介させていただきますが、2人でずっと常勤では無理だったんで、2人とも常勤的非常勤という形で仕事をしながら、子育てもやりました。その後三男が幼稚園になるタイミングでベビー・シッターさんをお願いすることができてずっとその生活を今も続けています。

### 環境の工夫と恵まれた職場

1. 2人の職場が全く同じ部署  
⇒お互い仕事を頼み合える。
2. 車で10分のところに住んでいる。  
⇒緊急呼び出しも都合がつく
3. 強力なベビーシッターの存在。  
寝屋川のキリシタン  
⇒恵まれないわが子に愛の手を差し伸べて頂いている。  
家事はベビーシッターさんが多くをこなしてくれる。  
食事は嫁さんが作ってくれます。  
他は手が空いている方がやる。
4. 子供の非常時に旦那が仕事を抜けられる環境

かなり特殊な2人だと思います。一つは、2人の職場が全く同じことです。勤務した病院は同じで同じ循環器に所属していますので、全く同じ部署で互いに仕事を頼み合えるということです。子ども迎えに夕方帰らないかん、子どもの面倒見に行かなあかんいうときに、どっちかが他方に仕事を頼みつけて帰ってしまうことができるというようなことです。家は車で病院から10分の所に住んで、緊急呼び出しにもそれぞれ車を持って2台で対応しています。

それから、最終的に本当によく子どもたちを見ていただける、子どもも馴染んでくれているベビー・シッターさんがいたということです。この方、寝屋川のキリシタンの方なんですけど、恵まれないわが子に愛の手を差し伸べて頂いております。家事はベビー・シッターさんが来て、昼間に大体こなしてくれています。普段の食事は嫁さんか、ベビー・シッターさんが作ってくれます。他の家事は手が空いてるほうがやるんですが、嫁さんは仕事に一生

懸命なので、大体手が空いているのが僕なので、僕がやるということが多いと思います。こういう特別な環境だと思います。

あと、大事なことかなと思って四つ目に挙げていますが、子どもの非常時に旦那が仕事を抜けられるかどうか。最終的に繰り返しこの話をするんですけど、2人が仕事をするのにはこれがやっぱり大事やったのかなと思っております。

例えば、幼稚園に子どもが行ってて、熱を出したときに誰か迎えに行かなあかんということがよくありますよね。そういうときに、嫁さんが外来をしていて抜けられないときに、旦那が病棟うろうろしてたら、どっちが行くねんっていう話になったときに、僕が行ったほうが都合がいいんです。上司も「じゃあおまえが行けや」という形で僕が行かされるわけです。いずれにしても非常時の対応っていうのはやっぱり子どもは絶対ありますので、旦那のほうもうまく都合をつけながら、上司も理解しながら、どうするかっていうことになるんです。この辺が、全部女性にかかってきてしまうと、これは非常に辛いことになると思います。そういったのがうまく二分化されていて、彼女も仕事しやすかったんじゃないかなというふうに思っています。

### 12年前の光景(0・2・4才)



写真を何枚か。これ、12年前でちょうど三男が産まれたところです。僕が子どもに押しつぶされそうになっている姿が写っております。

これが2人で子育てしながら仕事したときの、16カ月間の生活を簡単にスライドにしたものです。ちょうど三男が2歳のとき、2、4、6歳のときで

## 2人で子育てしながら仕事をした16カ月

平成19年1月-平成20年4月  
2人とも常勤的非常勤として勤務。

出勤表:

嫁さん  旦那

月	火	水	木	金	土
外来	当直	当直	当直	当直	当直

主治医・・・10人くらいずつ。申し送りをして出勤中は  
2人分診療する。Max27人。

子供は2・4・6才・・・自宅・幼稚園・小学1年  
炊事・洗濯・幼稚園の送り迎え・行事の参加・習い事への行き来・買い物  
勉強を教える。

安心して子供を預ける人が確保できなかった時期

すね。このころうちの嫁さんの両親に子ども見てもらってたんですが、おばあちゃんが腰を痛められて調子を悪くしたんですね。みんなが本当に一生懸命、頑張ってたんですけども、やっぱりこのままじゃ無理だろうという判断をして、僕らだけで子育ても仕事もやろうということで、上司に相談を持って行って、組んでもらったのがこの勤務スタイルです。2人とも常勤的非常勤として勤務する形になるんですが。赤は嫁さん、月、水、木と仕事に行きます。青が僕で火、金、土と仕事に行きます。月曜日は嫁さんが仕事しながら僕が全員子ども見てるんです。火曜日は僕が逆に仕事に行く。外来と当直もやりながら1週間過ごします。

連日のときはこれ、水、木の間は必ず嫁さんは当直してくるんです。だから、水曜日の朝、嫁さんが仕事に行ったら木曜の夜までは帰ってこないんですけど、この間、僕が1人で子どもを見ています。こういうふうに完全に平等な形で勤務を組みました。主治医ですけど、それぞれが10人くらいずつ担当で持って、僕10人、嫁さん10人で合計20人くらいいるんですが。どっちかが病院にいて、どっちかがいませんので、お互いの患者さんを申し送りをして、出勤中は2人分診療しました。一時、本当めちゃくちゃ多くて、27人になってしまっただけで、25人を超えるともう誰が誰か分からなかったんで、25人は超えないように上司にお願いして調整してもらったこともあります。

家にいる間は、子どもが一番下が自宅、真ん中が幼稚園、一番上は小学校に行っているという状況

で、炊事、洗濯、幼稚園の送り迎え、行事の参加、これもいろいろありますね。幼稚園の遠足とか行かないといけないんですね。それがたまたま月曜日に当たったら、僕が行かなきゃいけない状況になりますね。あと、習い事も行かないかなあかんですね。買い物したり。僕自身の印象では、本当に何が大変やったかという、勉強教えるのが一番大変です。やっぱり親なんで、2、4、6歳、それなりにいろんなことを、できるようになってほしいなと思います。それこそ、習い事もさせて家でも勉強させるんですが、これが3人いっぺんにやることができないですから、なかなか難しかったです。

## 当時2人が心カテーテル検査に入った件数

	旦那	嫁さん
平成17年	305	287
平成18年	409	415
平成19年	208	288
平成20年	134	356
平成21年	139	273
平成22年	106	235

ちなみに、一応どれぐらい仕事していたのかというのをしなあかんと思って、今回、カテーテルに入っていた件数だけ調べて持ってきたんですけど。これがちょうど、赴任になった1年目です。1年間に300、400件ぐらい入っていました。さっきご紹介した2人で交代して曜日ごとの出勤と、家での生活を送っていた時期はちょうど3年目のこの辺になります。それでも、結構、遜色なく、それなりのペースで仕事はしてたと思います。こんな形で、ずっと同じように仕事を続けたということです。

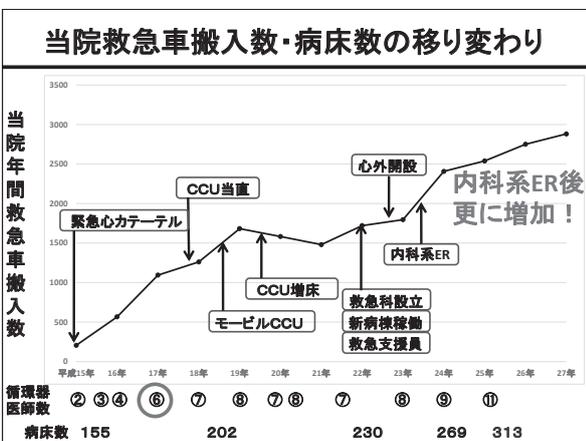
この写真が2、4、6歳なんで、ちょうど2人で勤務と家を行き来しながら交代で見てた時期の写真です。これ、髪の毛がぴーんと立ってます。「アトム」とか言って遊んでました。これ長男ですけども、ティラノサウルスのマネをしてるんですね。本当は動画があったらいいんですけども、指2本なんです。ティラノサウルス。ご存じですかね。結



構そっくりでした。最後の写真は、これはマクドナルドのプレイランドですね。よく3人を夕方連れて行って、適当に食べたい物買わせて1人でコーヒーを飲みながら過ごしていたのを思い出します。



これは4、6、8歳で、それぞれ大きくなってますが、この辺の間もずっと2人で見てた時代になります。



あと、うちの病院の仕事の紹介します。僕らは、この人数6のところ、ちょうど平成17年にこの病院

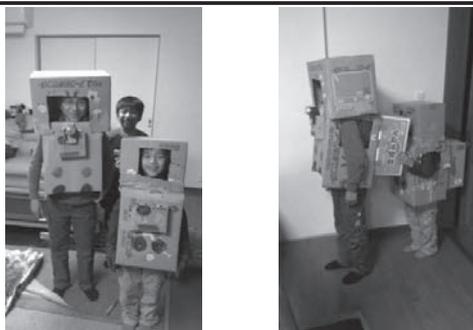
に赴任したんですが、枚方市にある枚方公済病院とって、国家公務員共済組合連合会の病院なんですけれども。もともと155床ぐらいの病院だったんですが、合併等もありまして最終的には313床まで大きくなってます。その間で救急車が年間200台から今、もう3000台までこの10年あまりで増えてきました。この間で、循環器科がいろんな制度・体制を整えながら、最終的に内科系のERというのをやって、患者さんをたくさん診るようになってます。今、ご存じのとおり高齢者の方がいろんな症状で救急車呼ばれるんですが、何科で診てもらったらいいか全然分からないので、取りあえず行き場に困っているというのがよくあると思います。そういった患者さんをできるだけ受け入れていこうということで、病院を挙げてやりだして、こんなことになってます。一応、私自身は救急のまとめ役をやっておりますので、かなりしんどい思いもしながら、取りあえず頑張っているということも話しておこうかなと思って出しています。



これは、ぱっと見てどなたかどこか分かるでしょうか。ちょうど今の季節、こんな感じなんでしょうか、ススキが咲いてますが、これは奈良の曾爾高原というところです。ここに連れて行ったときの写真です。これ、6、8、10歳。6年前の写真です。

これ、ダンボールでなんかの格好しています。これはちょうど『宇宙兄弟』がはやっていました。宇宙飛行士になりたいということで……。まあ、よう作ったなと思って撮った写真です。

### 4年前の光景(8・10・12才)



なりたいそうです。

### 最近のわが家の生活



朝 6 時 40 分 父起床  
朝 7 時 0 分 母子起床  
朝 7 時 45 分 父出勤  
朝 7 時 45 分 子供登校  
朝 8 時 10 分 母出勤

午後 15 時 ベビーシッターさん来家  
午後 15 時 17 時 小・中学生(下の 2 人)帰宅  
習い事(空手・水泳等)  
午後 18 時頃 長男帰宅  
午後 19・21 時 父帰宅・ベビーシッターさん帰宅  
午後 21・23 時 母帰宅

当直: 嫁さん 8 回・旦那 4 回/月

最近のわが家はどんな生活してるかですが、朝 6 時 40 分に僕が起きます。嫁さんは、ほっとっても起きないんですね、なかなか。で、7 時に、要するに僕が嫁さんと子どもを起こします。で、バタバタしながら 7 時 45 分に僕が行きます。救急科やってますので、夜中に入院になった患者さんをひと通り診て、この患者さんはどこの科の先生にお願いするかを全部割り振りしなければいけないので、それをしに早く行きます。子どももそれと同じぐらいに出て、嫁さんがちょっと遅れて後片付けをしながら出てきます。で、8 時半から病院スタートで、8 時 40 分からカンファレンスです。昼間は僕らは仕事に行き、子どもはそれぞれ学校に行き、ということになります。ベビー・シッターさんが、15 時に来てくれます。それから、ばたばたとそれぞれが帰って来ます。下の 2 人が帰って来て習い事とかも行ってらるんで、それも車に乗っけてもらいながら連れて行ってもらいます。それから、長男が 18 時ぐらいに帰ってきます。で、ちょっと早めに私のほうが帰

てきて、ベビー・シッターさんと引き継ぎをしてから嫁さんが最後に帰ってくる。大体、こんな感じの 1 日でございます。当直も入っています。僕は大体月 4 回、嫁さんは 4 回超えて入って常に頑張っております。

## まとめ

私達 2 人が同等に充実して仕事をできた理由

1. 嫁さんが旦那よりも仕事熱心である。

2 人の力関係

2. 旦那があきらめの良い性格である。

3. 仕事場が同じ。

4. いいベビーシッターさんに恵まれた。

環境の工夫

5. 家事も便利になった。  
全自動洗濯機・自動食器洗い機・即席食事がある！！

6. 理解のある上司・仕事場に恵まれた。

社会の問題

あと、まとめです。一つには 2 人の関係があると思います。僕たちは、本当に同等に充実して仕事をしてきたなというふうには思っています。嫁さんが旦那よりも仕事に熱心で、僕が諦めのいい性格。さっきお話ししたところですけども、これ、2 人の力関係です。ちょっと前のラジオ番組で言うてましたが、男女の力関係は出会った瞬間に決まってるそうです。なんか、物悲しくなりましたけれども、いまさらどうあがいても無理なのかなというふうにも思いましたが、そうやなあと聞いてました。

次、環境の問題ですね。仕事場が同じで、仕事を頼み合えるというのは本当にいい状況だったと思います。それとベビー・シッターさんがいて、あと家事も便利ですね。今もう全自動洗濯機に食器洗い機です。本当に便利です。ご飯もそうですね。生協の配達の方とかいろいろやれば、僕らいつまでも続けられないですけども、2、3 日頑張れたらなんとかなるんですね。そういう環境の工夫です。

それと、先ほどの仕事のシフトひいてくれたり、普段の仕事のやりくりも、やっぱり僕らの子育てとかその辺を一緒に理解してくれて、それをうまく段取りしてくれる上司、仕事場に恵まれたっていうのは大きいんですね。これは、本当は環境の問題にしてもいいんですけども、僕は社会的な問題に考え

## シンポジウムⅡ

てもらったらどうかかなと思っています。先ほどからの話でも各施設でいろんな制度や取り決めがあるとは思いますが、あとは現場で実際それを行えるのかどうかはその場の雰囲気だと思うんです。実際、制度があっても、それを利用している人がどれくらいいるのか、それを手を上げて頼めるような雰囲気、環境があるのかというのが大事かなと思います。

### 今年の光景(12・14・16才)



3男は受験勉強頑張ってます！

これ、今年ですけれども、三男は小学校6年生で一応受験する予定で、こなかったんです。僕が山登り好きなんで、上の2人を連れて、頑張って穂高岳登ってきたときの写真です。もう中2と高1になりますけど。結局、嫁さんよりも僕のほうが一緒にいる時間が長いので、仲良くやっているとは言わないんですが、取りあえず「一緒に行こうや」って言ったら付いてきてくれて、3人で山登ってきました。

### 結論

子育て女性医師が男性医師と同等に働く条件

1. 旦那に2人で協力して仕事と子育てをする意志がある
2. 信頼して子供を預けられる人を確保する
3. 子供の非常時に旦那が仕事を抜けさせてもらえる仕事環境

→ 女性に与える物理的なプレッシャーだけでなく精神的なプレッシャーの改善

これからは男性が子育てできる仕事環境作りが必須

言いたいことだけ最後さらにまとめますが、要するに、やっぱり子どもの非常時に旦那が仕事を抜けさせてもらえる仕事環境が大事かなと。さっきもお

話ししたように、2人で本当に均等に子育てを割り振ることができたら、やっぱり物理的な時間的なプレッシャーだけでなく、精神的に全然違うんだと思います。だから、まあ、これからですね。

この前、救急医学会に行ってたんですが、やはり男女参画の企画があって、そこで話しされてたんですが、今、女性医師の結婚のお相手さんは6割から8割がやっぱりお医者さんだという話をされています。そう思うとやっぱり男性医師が、子育てに積極的に参加できる仕事環境、雰囲気づくり、そして実際に子育てに参加できるかどうかが大変なんじゃないかと思っています。お話は以上です。どうもありがとうございました。



## 総括コメント

日本医師会副会長 今村 聡

日本医師会副会長の今村でございます。このシンポジウムの総括というか、まとめはほとんど座長のお話に尽きているとは思いますが、コメントーターとして、簡単にお話しさせていただきます。女性医師の働く環境の改善という前に、日本の社会の中で女性が活躍できるような状態になっているのかという大きな問題もございます。そうは言いつつも、医療現場では、病院によっては既に30パーセントが女性医師になっている。こうやってきょうの会場を見ましても、大部分が男性という状況でございます。なかなかこういう所にも女性の先生が参加できないような状況にあるのだと思っております。

この状況を改善するためには、横倉会長のご講演にもありましたけれども、医療の財源、特に人に対するきちんとした手当てであるとか、あるいは、医師の地域や診療科の偏在であるとか、新たな専門医の仕組みだとか、本当にさまざまな大きな課題がございます。そういう問題は問題として、やはり医療現場でまずやるべきこと、できることはきちんとやっっていこうというお話だと思います。

そういった中で最後、竹中先生がご自分では恵まれた、非常に特殊な状況だと謙虚にユーモアを交えてお話しになられました。まさしく、配偶者の理解がいかに大事なのかというお話だと思います。その他、市立病院、国立病院、大学病院、そして大阪府医師会の立場で、それぞれの現場の取り組みをお話いただきました。院内保育、病児保育、柔軟な勤務システム、そしてキャリア形成という、こういう大きな課題があるわけですが、きょうはトップの方、あるいは管理者の先生がお話しになられました。やはりそういった病院それぞれのトップの方、

管理者の方の意識改革が非常に重要であるということは、間違いなことだと思います。また、女性の医師の声をしっかり聞いて、きめ細かい取り組みをやっていかなければいけないという中で、上田先生からお話しがあったように、病院単独での取り組みといっても限界があります。地域の中で、さまざまに情報交換しながら課題を共有していくことが非常に大事だと、連携をしていくことが、とても大事だというふうに感じました。

また、女性医師の勤務環境を改善するということは結局、男性医師の勤務環境の改善にもつながり、そのことが日本の医療の質を高めていくことになる。そして、国民に良質な医療を提供することになるということは、まさしくそのとおりだと思っております。日本医師会も、勤務医の健康支援に関する検討委員会を設けまして、そこでの成果が今、都道府県に設置されている医療勤務環境改善支援センターで活用できるようになっております。ぜひとも、それぞれの都道府県医師会におかれましても、医療勤務環境改善支援センターと密接な連携を取りながら、女性医師が働きやすい環境をつくるためにご尽力いただければというふうに思っております。

きょう、皆さま方からいただきました貴重なご意見につきましては、私も日本医師会女性医師支援センターの、センター長を務めておりますので、国の制度改革に生かしてもらうためにも、きちんと発信していきたいと思っております。引き続き先生方のご支援をいただければと思っております。どうも、ありがとうございました。



### ディスカッション

**上田座長：**それでは、ディスカッションに移らせていただきますが、ちょっと準備がございます。その間にご質問の方、フロアからいらっしゃいましたら、どうぞ手を挙げていただければ大変ありがたいのですが、ご所属とお名前をおっしゃっていただければありがたいと思います。では、どうぞ。

**藤根先生（北海道医師会）：**はい。北海道の藤根と申します。私自身3人子どもがいて、年子の上2人をシングルで育てていた時に、親に預けて単身赴任をして2週にっぺんしか会えないということがありました。竹中先生のお話を大変楽しく聞かせていただきました。竹中先生の素晴らしいところは、協力とか理解とかではなく、彼が子育てを自分事としてとらえていることだと思います。私は、地元で他の職種の方がいらっしゃる男女共同参画の集まりにもよく行きますが、そこで、協力ではなく要するにお手伝いするという気持ちになられるのが非常に困る。そうではないよねって意見が、皆さんから出されます。子育てにまみれながら、それも仕事のうちとしてとらえて頑張ってるところが素晴らしいなと思いました。やっぱり、そういう姿勢が絶対に必要だと思います。

もう一つ、そういう私が他職種の所に行っても聞いてくるのは、お子さんのいない女性と、子育てをしている女性との間に深く広い溝があるということです。それをどう埋めていったら良いかが、必ず最後の問題点として残っているようです。それに対して、何をしたら良いかと言うと、全く対策も出ないで、沈黙のまま終わることがよくあります。そのことについて、いくら触れられていた方がいらっしゃいましたけど、どのように頑張ってる

しゃるのかが聞けるとうれしいと思います。

**上田座長：**ありがとうございました。まずは竹中先生にコメントをいただきましょうか。

**竹中先生：**すみません、恐縮です。褒められたのかどうなのか、よく分からないんですが。でも、状況が状況だったからこうなってしまったと言えば、それだけなんです。そうですね、子どもが嫌いじゃない、好きなんだろうね。子育てが好きなんだと思います。これは言うと言語弊があって良くないのかもしれないんですが、やっぱり男性の方には子育てに前向きな人と、そうではない人はやっぱりいるし。分かりやすく言うと、イケメンより育メンを選んでいただくところが大事になってくるのが現状かなとは思いますが。でも、若いかたがた、だいぶ雰囲気が変わってきて、本当に子育てとかに割と熱心という方も多いんじゃないかなと思います。

うちの職場には20代の、後期研修医の方とかおられますけれども、例えば子どもが熱で、奥さんも調子悪いというときに、うちの上司は、その辺は理解がよいので、「奥さん子どもが調子悪そうなら、きょうは、もう休めや」言うて、途中から帰らせてもらったりとか、そういうことはうちの職場では行われ始めています。ちょっとずつ変わってそういう意味ではいい雰囲気ができているんじゃないのかなと思っているんですけども。そんなことしか、言えないですけども。

**上田座長：**ありがとうございました。あと、お子さんがいらっしゃる女性といらっしゃる女性で、ちょっと溝があるということに関して、何かご意見

ございますでしょうか？ それでは、黒川先生と、齊藤先生に一言ずつ。そういうことにはどういうふうに対処したらよろしいでしょうか？

**黒川先生**：子どもさんのいない女性の先生が不公平感を持つというような話でしょうか。だとしたら、やっぱりそれはその人によるところがだいぶあります。今のところは、私の病院ではそれが大きな問題になってるようなことはありません。ただ、先ほども言いましたように、そういった雰囲気を感じるとかどうこういうのをくみ取る組織というか、先ほど言ったような委員会があって、そこでいろんな問題をフリーに話ができる場があるということが一つはガス抜きみたいになっている可能性はあるんじゃないかとも思っています。

**齊藤先生**：私どもの病院では、医師の間ではあまりそのような問題は表立っては見えないように思います。私がそう思っているだけかも知れません。ただ、漏れ聞くところでは、看護師さん等ではそういうことが問題になっていることもあるようです。どう対処と言われましても、これ、極めて難しいんですけれども。男性も含めて、まずどう評価していくかということに尽きるんですけれども。なかなか、先ほど職位の問題ですとか、あるいは給与の問題、これ、ある程度制度で固められていて、なかなか難しいところがあります。その辺、徐々にではありますけれども、改善していきたいと思っています。

もう一つは、少し的外れなお答えになるかも知りませんが、少なくとも、職場では愚痴のようなことは言わないというふうには、これは医師も含めて職員全体に周知しています。どうしてもそういうことを職場で言っちゃうというような風潮がありますので、あくまでも職場では社会人として発言していただきたいということは周知しております。

**上田座長**：ありがとうございました。よろしゅうございますか。

**藤根先生**：はい。私は黒川先生の病院のような、話し合う場が定期的にあるってことがすごく良いのだろうと思って聞かせていただいていた。できるだけ、うちの病院でも取り入れていけたら良いかなと思っています。あと、私事になりますが、うちの旦那は何にもできないんです。やっぱり50代になっちゃうと、ちょっと難しいと言うか、私の男を見る目が無いのだろうと思うのですけど。ぜひ、これからも頑張ってください。ありがとうございます。

**上田座長**：それでは他、ご質問等ございますでしょうか。どうぞ。

**山下先生（北九州市小倉医師会）**：はい、小倉医師会の山下と申します。きょうは有意義なシンポジウムを本当にありがとうございました。これからの病院というのは、女性医師を活用できないとだんだん衰退していくというのは分かっておりますし、そのために各病院はいろいろ取り組んでおります。今年度、当院の小児科医師は17名中10名が女性でした。小児外科医が4名いて、あわせて21名で、常勤単位で20名以上だったら小児医学管理料1が取れるのです。しかし、今年度はもう2人産休が出て、それが取れない状況となりました。女性医師が妊娠の報告に来たときどう言ったかということ、「すいません、妊娠してしまいました」です。2人ともそう言って来たんですよ。「そんなことないよ。いいことだよ」と言いつつ、一方で別な人格が「ええっ！」って感じでした。だから、1年間ぐらい管理料を取れないことを猶予とかしていただいたら、女性医師をすごく雇いやすいんです。

病院は管理料を取るために看護師さんも増員しているわけですから、いきなり産休が出た途端に経営的にはすごく打撃を受ける、そういうところを医師会の力でどうにかしていただきたいと思います。たとえば、産休、育休が何パーセントとか、何人以上出たら診療点数が上がるのかなったら、病院は女性医師を取り合いになるわけですよ。若い女性医師を

## シンポジウムⅡ

取り合いになると思います。産休が出た病院の管理者が「サンキュー！」って言うほど。そこは一病院とか、一地方自治体でできることじゃないです。で、ぜひとも医師会のほうで頑張ってください、女性医師を取り合うぐらいの環境整備をしていただいたら、産休や育休を取る精神的なストレスがない医療現場になっていくと思いますので、何卒よろしくをお願いします。

**上田座長：**今村副会長いかがでしょうか。

**今村副会長：**おっしゃるとおりだと思います。今、厚労省も『働き方改革』など、いろいろなことを言ってますけれども、医療現場でそういうこときちんとやろうとすると、コストがかかるということをしつかり言っていかななくてはならないと思います。先ほど、病児保育、病後児保育のところでも、病院があれだけの費用を持ち出して、赤字で運営しているということをもっと、われわれも国のほうに向かってしっかりと訴えていきたいと思っております。どうもありがとうございました。

**上田座長：**それでは、あと一つぐらいでしたらご質問をうけますが、どうぞ。

**千葉先生（八戸市医師会）：**青森県からまいりました。千葉と申します。上田先生のご発表にちょっと素朴な質問をさせていただきたいんですが、女性医師ご本人あるいは配偶者、あるいは医師の経営側の視点、いろんな視点があると思うんですが、大阪でいろんな女性医師支援の事業をやって、保育システムだとか、その3点セットを充実された結果、その結果の評価っていうのはどうなっているのかなと。素朴な、一番確実なのは、3点セットがないがために出産を諦めた女性医師が出産できるようになったということだとすると、例えば女性医師100人あたりの出産数とか、そういうものの推移っていうのは記録というかサーベイはされているんでしょうか。

**上田座長：**ありがとうございます。そこまでのサーベイはまだしておりません。ただ、私は昭和50年卒なんですが、私たちの時代ですと、妊娠を告げた途端、やっぱり病院を去らなければいけなかったんです。それが当時の常識的な病院側の対応でもあった。要するに経営する立場からですと、当時は、女性医師が産休になると、病院を辞めてもらって、代わりに医師に来てもらわないと病院経営上困るということが普通の判断でございました。しかし、現在では、このようなことは大阪府内においてはほぼなくなっております。ですから、現在は、勤務医として働き続ける女性医師のパーセンテージは、昔に比べて飛躍的に高くなっております。病院勤務を継続しながら、産休・育休を取って子育てをする女性医師の比率は、大阪府内においてすごく高くなっているという現状がございます。

何人産まれたかっていうようなところまで、詳細に調べるのは個人情報関係もあってなかなか難しいんじゃないかなと思います。しかし、今日では、勤務しながら、そして妊娠、出産をしながら仕事に復帰するというのが、いわば当たり前の女性医師の働き方になっていると思いますので、その点が非常に大きな改善点じゃないかなというふうに思っています。

**千葉先生：**ありがとうございます。やはり時代が変わってきていますと、受け取る側、本人たちの意識もだいぶ変わると思いますし思考も変わると思うので、なかなか単一の指標、あるいはインパクトのある数字だけでは、ものを言えないと思うんですけど。なにか、分かりやすいハードウエアとか、その環境、システムを整備したことで、確かに働きやすくなっていると、あるいは他の周りの地域よりも大阪が女性医師に優しいんだというインパクトのあるような、何かこう数字があれば見てみたいなと思いましたので。

**上田座長：**ありがとうございます。そういうサーベイはなかなかちょっと気が引けるところがございま

---

す。ただ、少なくとも大阪においては、昔に比べて格段に進歩しているということだけは私自身の実感、あるいは私たちの世代の実感としてあるということを経験させていたいただきたいと思います。ありがとうございました。

**千葉先生**：ありがとうございました。

**上田座長**：それでは、定刻の5時半になりましたので、まだまだ皆さまからのご質問はたくさんおありかと思えますけれども、このシンポジウムを終わりにさせていただきたいと存じます。本日は、本当に素晴らしいご発表を皆さまからいただきまして、この女性医師支援が女性医師だけのためではなく、男性医師支援にもつながる非常に重要なプロジェクトであるということを改めて確認させていただきました。本日お集まりの先生たちの地元でも女性医師支援、あるいは男性医師を含めた子育て世代の医師の支援がますます進展することを心から願っております。本日はどうもありがとうございました。



## おおさか宣言採択

17:35～17:40

大阪府医師会勤務医部会副部会長 幸原晴彦





## おおさか宣言採択

大阪府医師会勤務医部会副部長 幸原 晴彦

福田先生：これより、おおさか宣言を採択いただきたいと思っております。この宣言案は、本年11月4日に開催されました日本医師会勤務医委員会において、事前にご意見を頂いております。それでは、大阪府医師会勤務医部会副部長の幸原晴彦先生より、『おおさか宣言案』を読み上げていただきます。幸原先生よろしくお願いたします。

幸原先生

### おおさか宣言(案)

高齢化の進展に伴い、2025年以降は国民の医療需要が急激に変動する。国民の医療を守るためには、勤務医とかかりつけ医が連携する地域包括ケアの重要性が強調されており、勤務医とかかりつけ医のスムーズな病診連携、さらには医療と介護の連携が課題である。国民から信頼される医療を行うためには、医療の質の向上が不可欠であるが、実施後1年が経過した医療事故調査制度は、いまだ医師や国民に制度内容が十分に理解されているとはいえない。また、良質な医療を提供するためには、勤務医の就労環境の改善が必須であり、今後さらに増える女性医師への支援が求められる。さらに、2018年度から開始が予定される新たな専門医の仕組みでは医師の偏在が危惧されており、適正な地域医療を確保する観点に配慮した仕組みの構築が急務である。

このような状況を踏まえ、2025年に向けた医療提供体制の構築にあたり、勤務医が果たすべき役割を担うため、次のとおり宣言する。

- 一、2025年を見据えた入院医療と在宅医療における切れ目ない病診連携体制を構築する。
- 一、国民に理解される医療事故調査制度とするために、再発防止を目的とした制度の周知徹底を図り医療安全を確立する。
- 一、勤務医の就労環境を改善し、女性医師への支援体制をさらに充実させる。
- 一、地域医療に不都合を生じさせない新たな専門医の仕組みの構築を求める。

平成28年11月26日

全国医師会勤務医部会連絡協議会・大阪

以上です。

福田先生：ありがとうございました。この、おおさか宣言を原案どおり採択することにご賛同の方は拍手をお願いします。

(拍手)

福田先生：ありがとうございました。賛同多数により、おおさか宣言は採択されました。



閉 会

17 : 40

大阪府医師会勤務医部会部会長 澤 芳 樹





## 閉会の辞

大阪府医師会勤務医部会部会長 澤 芳 樹

---

先生方におかれましては、本当に長時間にわたりご参加いただき、また、午前中は横倉会長から地域包括ケアと、厚生労働省の迫井様からは地域医療につきまして。午後はシンポジウムといたしまして、医療事故調査制度の動向および女性医師の働きやすい環境づくりにつきましてご議論いただきまして、本当にありがとうございました。これほど、最後までたくさんの方にご参加いただき、また、素晴らしい実りある会を盛り上げていただき、われわれ主催者を代表しまして心より厚く御礼申し上げたいと思います。これをもちまして、『平成28年度全国医師会勤務医部会連絡協議会』を閉会とさせていただきます。本日は、どうもありがとうございました。



## 参加者数一覧



# 平成28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	10	近畿	兵庫県	兵庫県医師会	9	
		札幌市医師会	2			神戸市医師会	1	
		函館市医師会	2			養父市医師会	1	
		旭川市医師会	2		奈良県	奈良県医師会	8	
	青森県	青森県医師会	8		和歌山県	和歌山県医師会	3	
		青森市医師会	1			和歌山市医師会	1	
		八戸市医師会	3	鳥取県		鳥取県医師会	4	
	岩手県	岩手県医師会	4	島根県	島根県医師会	4		
		宮城県医師会	3	岡山県	岡山県医師会	4		
	宮城県	仙台市医師会	3	中国・四国	広島県	広島県医師会	8	
		気仙沼市医師会	2			広島市医師会	7	
		秋田県	秋田県医師会			5	広島市勤務医会	4
	山形県	山形県医師会	3			広島市中区医師会	3	
福島県		福島県医師会	2			福山市医師会	1	
関東・甲信越	茨城県	茨城県医師会	14			安芸地区医師会	1	
		栃木県	栃木県医師会		6	山口県	山口県医師会	6
	群馬県	群馬県医師会	2		徳島県	徳島県医師会	3	
	埼玉県	埼玉県医師会	10		香川県	香川県医師会	1	
	千葉県	千葉県医師会	3		愛媛県	愛媛県医師会	3	
		東京都	東京都医師会	2		松山市医師会	2	
	神奈川県	神奈川県	新宿区医師会	1	高知県	高知県医師会	3	
			神奈川県医師会	12		高知市医師会	2	
			横浜市医師会	10	九州・沖縄	福岡県	福岡県医師会	7
			横須賀市医師会	1			北九州市医師会	2
			小田原医師会	1			北九州市小倉医師会	2
		藤沢市医師会	1	福岡市医師会			2	
	新潟県	新潟県医師会	4	筑紫医師会			1	
	長野県	長野県医師会	4	粕屋医師会			1	
富山県		富山県医師会	1	宗像医師会			1	
中部	石川県	石川県医師会	6	直方鞍手医師会			1	
		金沢市医師会	1	大牟田医師会			1	
	福井県	福井県医師会	3	佐賀県			佐賀県医師会	2
	岐阜県	岐阜県医師会	6		佐賀市医師会	1		
	静岡県	静岡県医師会	3	長崎県	長崎県医師会	3		
	愛知県	愛知県医師会	7		長崎市医師会	1		
	三重県	三重県医師会	1	佐世保市医師会	2			
	近畿	滋賀県	滋賀県医師会	11	熊本県	熊本県医師会	2	
京都府		京都府医師会	6	熊本市医師会		2		
大阪府		大阪府医師会	51	大分県	大分県医師会	2		
		此花区医師会	1	宮崎県	宮崎県医師会	7		
		中央区東医師会	3	鹿児島県	鹿児島県医師会	2		
		天王寺区医師会	3		鹿児島市医師会	2		
		西淀川区医師会	1	沖縄県	沖縄県医師会	4		
		淀川区医師会	2		<b>小計</b>	<b>370</b>		
		城東区医師会	1	日本医師会	24			
		布施医師会	1	講師・シンポジスト	9			
		豊中市医師会	2	その他	9			
		池田市医師会	2	<b>合計</b>	<b>412</b>			
		吹田市医師会	4					
		河内医師会	4					
		寝屋川市医師会	1					
		大阪府庁医師会	1					

懇親会風景





平成28年度  
全国医師会勤務医部会連絡協議会

---

発行 大阪府医師会

〒543-8935 大阪市天王寺区上本町2丁目1番22号

TEL：06-6763-7000

印刷 西村印刷株式会社