

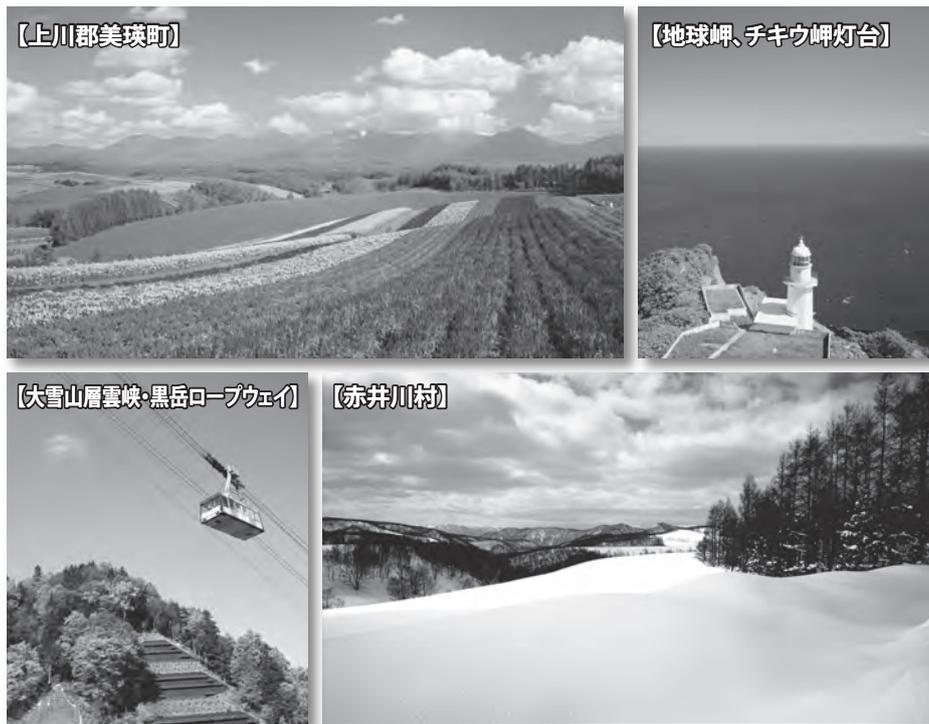
# 平成29年度 全国医師会勤務医部会連絡協議会 報告書

メインテーマ

地域社会をつなぐ明日の医療を考えるとき  
—次世代を担う勤務医の未来創成のために—



期 日：平成29年10月21日(土)  
会 場：札幌グランドホテル  
主 催：日本医師会  
担 当：北海道医師会



### 【上川郡美瑛町】

7ヘクタールもの敷地に花々が咲き誇る有名ガーデン。見晴らしの良い小高い丘の上にあり、美瑛らしい景観で季節の花を楽しむ。品種は約30種類。花苗がストライプ状に配置され、赤・黄・ピンク・白など色鮮やかなラインを大地に描く様子は感動の眺め。トラクターに引かれてのどかに走るノロッコ号で畑を巡ることもできる。園内では、もふもふのアルパカに会える牧場も大人気。バギーやスノーモービルなど、夏・冬ともにアトラクションも揃う。農園野菜の直売、地場産メニューのレストランなど、充実したグルメも人気だ。

### 【地球岬、チキウ岬灯台】

大正9年（1920年）4月1日に点灯されたチキウ岬灯台は、地球岬の突端、海拔130mの断崖の上にあり、灯台の光は約44kmの遠方まで届く。平成3年に完全自動化になり、翌年無線方位信号所を廃止した。一般的に灯台は冬の雪と判別するため、外壁には赤や黒の色が混じっており、チキウ岬灯台のような全体が白色の灯台は珍しく、上から見下ろせたり、下部が八角形の灯台という部分も珍しい。毎年、「海の日」の祝日などに、一般公開される。

名前の由来は、アイヌ語で「断崖」を意味する「チケブ」に由来し、「チケブ」から「チキウ」、そして「地球岬」となった。

### 【大雪山層雲峡・黒岳ロープウェイ】

「北海道の大屋根」と称される大雪山の秀峰、黒岳へ、標高670mの層雲峡温泉街から層雲峡・黒岳ロープウェイと黒岳ベアリフトを利用して、気軽に訪れることができる。黒岳七合目となるリフト降場は標高1520mで、エゾマツやダケカンバなどの森林浴を楽しめる。標高約2000mの黒岳頂上までは登山道が整備され、エゾノハクサンイチゲやウコンウツギなど可憐な高山植物が咲く中をトレッキングが楽しめる。山頂からは、北鎮岳中腹にできた雪渓の雄大な景観が望める。

### 【赤井川村】

北海道の南西部に位置し、周囲を札幌市、小樽市、余市町、仁木町、倶知安町、京極町に囲まれた緑豊かな地。村の総面積は280.09平方kmと広大だが、その8割が山林で占められている。赤井川村は、その四方を山々に囲まれた「カルデラ」状の地形をなしており、秋のよく晴れた朝には霧が盆地内にたまり、「雲の湖」が見られることがある。気象条件は盆地特有の内陸型気候で、冬の積雪は多く北海道内で有数の豪雪地帯である。夏は気温が上がるが、昼夜の寒暖の差が大きく、メロンやスイカ等多くの果菜類の栽培に適している。

# 目 次

---

|                       |     |
|-----------------------|-----|
| 協議会風景 .....           | 2   |
| 開催要綱 .....            | 5   |
| プログラム .....           | 6   |
| 開 会 式 .....           | 9   |
| 主催者挨拶 .....           | 13  |
| 担当医師会挨拶 .....         | 15  |
| 来賓挨拶 .....            | 16  |
| 特別講演 I                |     |
| 「世界に羽ばたく日本の医療」 .....  | 19  |
| 特別講演 II               |     |
| 「人口減少時代の医療提供」 .....   | 33  |
| 日本医師会勤務医委員会報告 .....   | 47  |
| 次期担当医師会挨拶 .....       | 57  |
| ランチョンセミナー             |     |
| 「蝦夷地の医事と医人」 .....     | 61  |
| シンポジウム I              |     |
| 「地域の現状とその対応」 .....    | 77  |
| シンポジウム II             |     |
| 「地域社会をつなぐ新たな挑戦」 ..... | 105 |
| シンポジウム III            |     |
| 「次世代を担う若手医師の意識」 ..... | 131 |
| 総 括 .....             | 155 |
| ほっかいどう宣言採択 .....      | 159 |
| 閉 会 .....             | 163 |
| 参加者数一覧 .....          | 167 |
| 懇親会風景 .....           | 170 |

# 協議会風景



正面玄関前



会場受付



総司会



主催者挨拶



講演講師(特別講演Ⅱ)



次期担当医師会挨拶



講演講師(ランチョンセミナー)



シンポジウム風景①



シンポジウム風景②



シンポジウム風景③



閉会の辞



託児室



平成29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

「地域社会をつなぐ明日の医療を考えるとき

— 一次世代を担う勤務医の未来創成のために —

1. 開催日時 平成29年10月21日（土）10：00～17：30
2. 会 場 札幌グランドホテル  
札幌市中央区北1条西4丁目  
TEL：011-261-3311
3. 主 催 日本医師会  
東京都文京区本駒込2丁目28-16
4. 担 当 北海道医師会  
札幌市中央区大通西6丁目6  
TEL：011-231-1432
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、研修医、行政

メインテーマ

『地域社会をつなぐ明日の医療を考えると  
－次世代を担う勤務医の未来創成のために－』

総合司会： 北海道医師会常任理事 藤 井 美 穂  
：北海道医師会勤務医部会運営委員会委員 村 下 十志文

【日程】

- 9：00 受付開始
- 10：00～10：20 開会式  
開会の辞 北海道医師会勤務医部会部会長 近 藤 真 章  
挨拶 日本医師会会長 横 倉 義 武  
来賓祝辞 北海道医師会会長 長 瀬 清  
北海道知事 高 橋 はるみ  
札幌市市長 秋 元 克 広
- 10：20～10：50 特別講演Ⅰ  
「世界に羽ばたく日本の医療」  
日本医師会会長 横 倉 義 武  
座長：北海道医師会会長 長 瀬 清
- 10：50～11：00 インタビューの動画  
「地域住民と医療を支える方たちの声」
- 11：00～11：40 特別講演Ⅱ  
「人口減少時代の医療提供」  
内閣府大臣官房審議官 大 島 一 博  
座長：北海道医師会副会長 深 澤 雅 則
- 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 長崎県医師会会長 蒔 本 恭
- 12：15～ 昼 食
- 12：20～12：50 ランチョンセミナー  
「蝦夷地の医事と医人」  
日本医史学会功労会員・北海道医史学研究会代表幹事 島 田 保 久  
座長：北海道医史学研究会会長 長 瀬 清
- 12：50～13：00 休 憩
- 13：00～14：10 シンポジウムⅠ「地域の現状とその対応」  
座長： 北海道医師会勤務医部会副会長 向 井 正 也  
北海道医師会勤務医部会運営委員会委員 橋 野 聡
1. 「人口減少時代の地域と医療～若者と女性活躍の可能性」  
一般社団法人北海道総合研究調査会理事長 五十嵐 智嘉子
2. 「地域医療の現況調査から～医師の高齢化と偏在」  
函館中央病院臨床顧問・  
北海道医師会勤務医部会運営委員会委員 山 田 豊

3. 「広域医療情報ネットワーク～メデイネットたんちょうの取り組み」

市立釧路総合病院副院長・

北海道医師会勤務医部会運営委員会委員 長谷川 直 人

4. ディスカッション（質疑応答）

コメンテーター：前北海道保健福祉部地域医療推進局

地域医療構想担当局長兼地域医療課長 大 竹 雄 二

14：25～15：35 シンポジウムⅡ「地域社会をつなぐ新たな挑戦」

座長： 北海道医師会勤務医部会副部長 目 黒 順 一

北海道医師会勤務医部会運営委員会委員 鈴 木 望

1. 「広域での医療格差を解消するために～ Medical Wingsの運用」

医療法人溪仁会手稲溪仁会病院救命救急センター  
センター長・救急科主任部長 奈 良 理

2. 「ゲノム情報が拓く新たな医療」

社会医療法人禎心会札幌禎心会病院総長・東京大学客員教授 今 井 浩 三

3. 「IBM Watson Healthと医療の世界」

日本IBM(株)IS&BD事業部Watson Health Solutions部長 溝 上 敏 文

4. ディスカッション（質疑応答）

コメンテーター：北海道保健福祉部地域医療推進局地域医療課医療参事 石 井 安 彦

15：50～17：00 シンポジウムⅢ「次世代を担う若手医師の意識」

座長： 北海道医師会勤務医部会若手医師専門委員会委員長 藤 根 美 穂

北海道医師会勤務医部会若手医師専門委員会副委員長 村 山 友 規

1. 「世代間ギャップの現況調査の結果から～指導医として伝えたいこと、若手が望むこと」

札幌徳洲会病院プライマリセンターセンター長・  
北海道医師会勤務医部会若手医師専門委員会委員 中 川 麗

2. 「世代間ギャップの現況調査の結果から～ジェンダーイクオリティに対する意識の違い」

旭川医科大学病院産科婦人科助教・  
北海道医師会勤務医部会若手医師専門委員会委員 上 田 寛 人

3. 「地域で働く明日のために

～地域枠医師に対する行政・大学からの視点と当事者たちの不安を見据えて～」

NTT東日本札幌病院泌尿器科・

北海道医師会勤務医部会若手医師専門委員会委員 西 田 幸 代

4. ディスカッション（質疑応答）

コメンテーター：北海道医師会副会長 小 熊 豊

17：00～17：20 総 括

コメンテーター：日本医師会常任理事 市 川 朝 洋

17：20～17：30 ほっかいどう宣言採択

北海道医師会勤務医部会運営委員会委員 鈴 木 雅 行

17：30 閉会の辞

北海道医師会副会長 藤 原 秀 俊

17：30～18：20

医師主導による医療機器開発のためのニーズ創出・

事業化支援セミナー・展示会【会 場：金枝の間】

18：20～19：45 懇親会【会 場：グランドホール】

司会：北海道医師会勤務医部会若手医師専門委員会委員 佐々木 彩 実

北海道医師会勤務医部会若手医師専門委員会委員 西 田 幸 代

北海道医師会勤務医部会若手医師専門委員会委員 西 田 幸 代

日本医師会会長 横 倉 義 武

北海道医師会会長 長 瀬 清

長崎県医師会会長 蒔 本 恭

アトラクション アイヌの伝統舞踊（国の重要無形民俗文化財）

閉 会 北海道医師会勤務医部会部会長 近 藤 真 章



## 開 会 式

10:00~10:20

総 合 司 会

北海道医師会常任理事 藤 井 美 穂  
(午前の部)

北海道医師会勤務医部会運営委員会委員 村 下 十志文  
(午後の部)

開 会 の 辞

北海道医師会勤務医部会部会長 近 藤 真 章

主 催 者 挨 拶

日本医師会会長 横 倉 義 武

担当医師会挨拶

北海道医師会会長 長 瀬 清

来 賓 祝 辞

北海道知事 高 橋 はるみ

札幌市市長 秋 元 克 広



## 開 会 式

---



### 総合司会

北海道医師会常任理事 藤 井 美 穂

---

皆さま、おはようございます。ただいまより平成29年度全国医師会勤務医部会連絡協議会の開会式を執り行います。

わたしたちは、司会の任を仰せつかりました、北海道医師会常任理事の藤井と北海道医師会勤務医部会運営委員の村下でございます。午前は私が務め、午後からは村下が務めさせていただきます。どうぞ最後までよろしくお願い致します。

本日は23年ぶりに北海道での開催となります。医療の地域偏在、医師の高齢化など全国共通の課題から、北海道ならではの特殊性などについて、本協議会のプログラムを組んだつもりです。また、雪に閉ざされる冬期間の受診の困難さや、広大な地域ならではの緊急搬送などについて、患者さんや救急隊など医療に携わる方達にお話しを伺い、構成いたしましたドキュメンタリー映像も作成いたしましたので、この後ご覧いただきたく用意しております。

なお、明日は北海道医師会勤務医部会若手医師専門委員会主催で、勤務医交流会の開催をいたします。奮ってご参加いただけましたなら幸いです。

それではご来賓の方々、どうぞご登壇くださいませよう願います。

先ず、北海道医師会勤務医部会部会長の近藤真章より開会の辞を申し上げます。

## 開 会 式

---



### 開会の辞

---

北海道医師会勤務医部会部会長 近 藤 真 章

おはようございます。部会長の近藤でございます。本日は台風接近の折、また選挙の投票日前日、秋も深まりました北の大地にお越しいただき、誠にありがとうございます。

ただ今より、「地域社会をつなぐ明日の医療を考えると次世代を担う勤務医の未来創成のために」とのテーマのもと、平成29年度全国医師会勤務医部会連絡協議会を開催させていただきます。

今日一日長丁場になりますが、終わった後には秋の味覚が待っていますのでよろしく願いいたします。



## 主催者挨拶

日本医師会会長 横倉義武

皆さんおはようございます。今日は爽やかな秋の晴天でありました。朝から大通公園を端から端まで歩きましたが、ちょうど紅葉が出てきて、それに朝日があたる素晴らしい景色を見ることができました。

さて、平成29年度全国医師会勤務医部会連絡協議会ですが、本日このように、高橋北海道知事、秋元札幌市長をお迎えして開催されました。今年度のこの協議会の開催に関わる準備をしていただきました、北海道医師会の長瀬清会長をはじめ、役職員の皆さまに衷心より感謝の意を申し上げる次第であります。

本協議会は昭和56年の第1回開催以来、今年度で38回目を迎えます。この間、勤務医のお立場からさまざまな問題についてご議論いただき、昨年度は勤務医が2025年に向けた医療提供体制の構築にあたって、果たすべき役割を担うための4項目をうたった「おおさか宣言」を採択いただきました。このように、この協議会が日本全国に向けてメッセージを発信し続けていくということは誠に意義深いものでありまして、都道府県医師会をはじめ、勤務医部会の関係各位のご協力に心より敬意を表する次第であります。

さて、ご高承の通り、来年度は診療報酬と介護報酬の同時改定、また障害福祉サービス等の報酬も改定されます。トリプル改定と言われるわけですが、同時に第7次医療計画と第7期介護保険事業（支援）計画も開始されるということでもあります。これらの計画をなぜ行なわなくてはならないのかということについては、本日ご出席の先生方はご高承の通りかと思いますが、人口構成が大きく変わっていくということで、従来の医療提供体制の在り方か

ら、わが国の人口構成に応じた医療提供に合わせていかななくてはならないということであろうかと思えます。ご案内の通り、日本は世界に類を見ない早さで高齢化が進展をしております、慢性疾患や複数の疾病を抱える患者さんが極めて増加してくることが予想されます。こうした状況に対応していくためには、各地域において急性期の医療から在宅医療、介護までを切れ目なく提供していく体制を構築して、患者さんの早期の社会復帰とともに高齢者の方々が住み慣れた地域において継続的に生活できるよう支援をしていくことが必要であります。そのためには、団塊の世代が75歳以上になる2025年から先の将来をも見据えた、より効率的で効果的な医療提供体制と地域包括ケアシステム構築の推進をしていくということが極めて重要であり、地域医療における勤務医の役割もますます大きくなるものと思えます。

一方、そうした取り組みを推進し、医療の安全と質を確保していくためには、医師の働き方についても特段の配慮が必要であります。現在、政府の働き方改革により、医師については2019年度末を目途に規制の具体的な在り方や労働時間の短縮等についての結論を得て、その適用については改正労働基準法施行後、5年間の猶予を設けて行うという見通しとなっております。日本医師会は医療の現場を熟知する医師自らが、この問題に係る議論をリードしていくことが極めて重要であるという認識から、日本医師会の会内に「医師の働き方検討委員会」を設置いたしました。そしてこの委員会の中に、勤務医委員会から、委員長の泉先生をはじめとする4人の先生方に入っていただいて、検討を重ねているところであります。また、国の委員会には、日医から、市川

## 開 会 式

---

常任理事が出席していますし、また、女性医師支援センターのセンター長の立場として副会長の今村聡を出席させているところでございます。なんとか地域医療と医師の働き方の在り方、それを両立して、地域医療に混乱をもたらすことなく、国民の皆さんに安心して医療を受けていただけるような体制を全国津々浦々につくりあげていかななくてはならないと、思っているところでございます。

今日は「地域社会をつなぐ明日の医療を考えると、きー次世代を担う勤務医の未来創成のためにー」というテーマになっております。働き方改革の成果も、この次世代を担う勤務医の未来創成との今回テーマにつながるものだと思っております。地域社会をつなぐ明日の医療を考える上でも重要な視点になって来るものと考えておりますし、そうした考え方に立って、日本医師会は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、今後とも会務の推進をして参る所存でございますので、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。

すでにご案内かと思いますが、先週の金曜日に私は世界医師会の会長に就任いたしました。その就任の挨拶で、今後の医療を担う若い世代の医師の先生方に、どのように世界医師会としてサポートしていくかというお話をさせていただいたところであります。世界中の医師が今、同じように働き方を含めたさまざまな課題に直面をしています。日本での経験を世界に発信し続けていくということが重要になるかと思っておりますので、さらなるご支援を重ねてお願い申し上げます。本日の協議会の冒頭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。



## 担当医師会挨拶

北海道医師会会長 長瀬 清

皆さん、おはようございます。ただいまご紹介にあずかりました、北海道医師会の会長をしております、長瀬と申します。平成29年度全国医師会勤務医部会連絡協議会の開催に当りまして一言ご挨拶申し上げます。

本日、このように多数の皆さまに全国各地よりお越しいただき開催できますことに感謝し、心より歓迎申し上げます。私どもの担当役職員は大変はりきりまして、今日を迎えております。勤務の先生方の問題は簡単に言い尽くせないほど多く、内容を設定するにあたり担当者は大変な苦労をいたしました。これから医療や医師会を背負って立つ若手医師に期待して、今回のテーマにいたしました。世界医師会会長になられたばかりの日本医師会横倉会長の特別講演をはじめ、盛りだくさんなプログラムになっております。講師、演者、座長を引き受けてくださった方々に感謝を申し上げます。

医師不足・偏在は相変わらず厳しく、勤務医の労働環境整備、新医師臨床研修制度や専門医制度についても問題が山積しています。一時頓挫している、医師の働き方の問題も決め方によっては地域医療に多大な影響を与えます。北海道では勤務医比率が高く、勤務医なしには医療は成り立ちません。医療計画や介護保険事業（支援）計画における地域包括ケアシステムの構築や、医療と介護の連携においても開業医、勤務医が一致団結していかなければ、これからの社会を乗り切ってはけません。今回の勤務医部会連絡協議会は極めて大切な位置にあると考えております。皆さまの貴重なご意見をいただき、今後に資していきたいと思っております。

また、新しい試みとして、明日、勤務医交流会を設定しております。若手医師と経験豊富な医師、そ

して医師を目指している学生・研修医の意見交換の場を設けました。

本日は長時間にわたりますが、よろしく願い申し上げます。少し寒くなりましたが、見ごろ食べごろの北海道を満喫してお帰りいただきたいと思えます。皆さまの今後のご健康とますますのご活躍をお祈りし、開会に当ってのご挨拶といたします。どうぞよろしくお願いいたします。



### 来賓祝辞

---

北海道知事 高 橋 はるみ

皆さま、おはようございます。ただいまご紹介をいただきました、地元北海道の知事をしております、高橋と申します。よろしくお願いたします。

平成29年度、今年度の全国医師会勤務医部会連絡協議会がここ北海道で開催されますことを心からお喜び申し上げますとともに、全国各地からご来道をされました皆さまを心からご歓迎申し上げます。日本医師会の横倉会長、北海道医師会の長瀬会長をはじめ、関係者の皆さま方には日ごろから北海道の地域医療の推進に多大なるご理解ご協力いただいておりますことに、改めて感謝を申し上る次第であります。本年7月にはメディカルウイングが全国初となる本格運航をここ北海道でさせていただいたところでもあります。広域分散型で医療資源が偏在する北海道において、道民の皆さま方に対し必要な医療を提供するための大変重要な仕組みだと認識をするものでありまして、ここに至るまで多大なるお力添えをいただいた横倉会長、長瀬会長をはじめ、医師会の皆さまに改めて御礼を申し上げる次第でございます。

さて、人口減少、少子高齢化が進む中、地域医療の確保はすべての地域にとって最重要課題であり、地域医療の担い手である若手医師の方々、女性医師の方々をはじめ、医療従事者の皆さま方が将来の展望を持ちながらご活躍をいただくことが何より重要と考えるものであります。こうした中、本日の協議会におきましては、次世代を担う若手医師の意識などに関するシンポジウムなどが行なわれるとお伺いをいたしているところであり、活発なご議論を通じ、地域医療のさらなる向上につながるよう大いに期待をさせていただくものであります。

われわれ道といたしましては、今後とも皆さま方

とさらに連携を深めながら、地域医療の充実に向けて取り組みを続けて参る所存でございますので、一層のお力添えを心からお願い申し上げます。

結びに本協議会のご成功と本日お集まりの皆さま方のご健勝ご活躍、そして日本医師会並びに全国医師会勤務医部会連絡協議会のますますのご発展を心からお祈りを申し上げ、地元知事としてのご挨拶とさせていただきます。ご盛会おめでとうございます。



## 来賓祝辞

札幌市市長 秋元克広

皆さん、おはようございます。ご紹介をいただきました、札幌市長の秋元克広でございます。本日は全国医師会勤務医部会連絡協議会をこのように盛大に開催されますことを、まずもって心からお喜び申し上げます。全国各地からお越しの皆さま方を心から歓迎申し上げる次第でございます。日本医師会横倉会長、北海道医師会会長瀬会長をはじめ、本日お集まりの皆さま方におきましては、日ごろからそれぞれの地域において、住民の生命と健康を守るため、医療の推進にご尽力いただいておりますことを心から感謝を申し上げたいと思います。

ご案内の通り、わが国の医療を取り巻く環境、情勢、かつて経験したことのない超高齢社会の本格的な到来を迎えることで、大きく変わろうとしているところでございます。今後も住み慣れた環境や自宅で安心して医療を受けられるサービスの充実など、それぞれの疾病に応じた医療を展開していく必要がこれまで以上に高まっているところでございます。そうした状況を踏まえまして、私ども札幌市といたしましても、市民が生涯を通じて、健康で安心して暮らせる社会の実現に向けて、さっぼろ医療計画2018の策定に現在取り組んでいるところでございます。この計画におきましては、地域医療提供体制の整備や市民の予防力向上などの基本目標を掲げておりますが、やはり市民が安心して暮らしていくために地域の医療機関の存在が不可欠でございます。今後とも、関係者の皆さま方のお力添えを賜りながら、地域の医療の充実に向けて邁進をしまいたいと思っておりますので、どうぞお力添えをお願い申し上げます。

本日は「次世代を担う勤務医の未来創成のために」というメインテーマのもと、講演やシンポジウムな

どが行なわれると伺ってございます。全国の勤務医の皆さんが一堂に会して、医療現場を取り巻くさまざまな課題について意見交換をされますことは、大変有意義な機会になると思われまします。このたびの協議会が医療の発展に大きく貢献していくことを心から願っているところでございます。

結びになりますが、本日のご盛會を心からお喜び申し上げますとともに、お集まりになりました皆さまのご健勝ご活躍を祈念申し上げまして、地元市長としてのご挨拶とさせていただきます。本日はご盛會、誠にありがとうございます。



## 「世界に羽ばたく日本の医療」

講師：日本医師会会長 **横 倉 義 武**

座長：北海道医師会会長 **長 瀬 清**



## 特別講演 I

---



座 長

北海道医師会会長 長 瀬 清

---

これから特別講演 I を行います。

講演は日本医師会横倉会長にお願いいたしました。

横倉会長のご経歴に関しましては、皆様よくご存知と思いますので、一分でも多くご講演をいただくため、私からは申し上げません、大会誌に掲載されておりますので、そちらをお目通しください。

横倉会長には、つい先日、10月11日シカゴで行われた世界医師会総会で会長にご就任になられております。

本日の演題は「世界に羽ばたく日本の医療」です。まさにタイムリーなテーマでお話いただくこととなりました。

帰国直後で大変お疲れと存じますが、よろしくお願いたします。



## 「世界に羽ばたく日本の医療」

日本医師会会長 横倉 義武

あらためましておはようございます。今日はこのような機会を与えていただき、長瀬会長には心より感謝申し上げます。演題は「世界に羽ばたく日本の医療」となっておりますが、日本の医療が世界に羽ばたくためには、日本の医療がしっかりしなくてはいけないということで、内容的には今の日本の医療、そして今後の医療がどうなるのかということを中心に話いたします。社会保障と経済成長という話と、

### 本日の講演内容

1. 社会保障と経済成長
2. 平成30年度同時改定に向けて
3. かかりつけ医を中心とした地域包括ケアシステムの構築・推進
4. 世界医師会会長就任を受けて

1

目の前に同時改定の話がでてまいりますのでその話と、今後の高齢化社会を乗り切るため、かかりつけ医を中心とした地域包括ケアシステムの構築・推進ということ、また世界医師会の会長就任を受けてという内容でございます。

### 1. 社会保障と経済成長



日本医師会治療促進センター「ちけんくん」

2

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

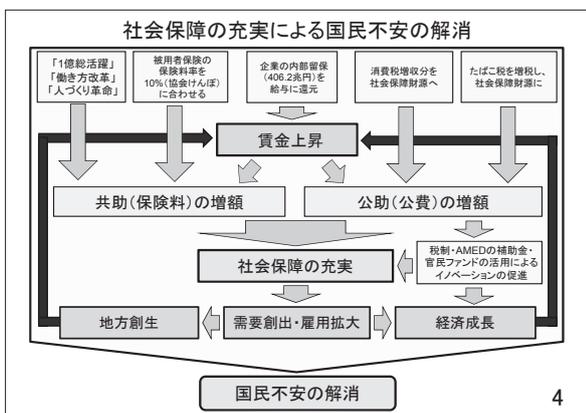
- ・生涯保健事業の体系化による健康寿命の延伸
- ・糖尿病のハイリスク群への早期介入による透折導入患者の減少
- ・COPD患者への適切な医療介入による在宅酸素療法導入患者の減少
- ・症状や患者特性に応じてコスト意識を持った処方診療ガイドラインに掲載する等学会活動の支援 等

3

ご案内の通り、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ます。先ほどもお話しましたが、団塊の世代が、いよいよ2025年には75歳以上になり、その後もまだまだ高齢社会は続いていくわけでありです。どのような高齢社会にするのかということが、喫緊の大きな課題だと思っております。実は日本だけの問題でなくて、アジアを中心に、今高齢社会が進みつつあります。ですから、すべての国で日本がこの問題をどのように乗り越えていくのかということに非常に注目しているのですが、高齢社会を乗り越えるための一つのキーポイントとしては、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを構築できているかどうかであることをお話してまいります。日本では昭和36年に国民皆保険体制ができました。これにより日本は安心して仕事ができる、いわゆる生活の基盤がしっかりとできあがったわけですが、そしてそれが、急速な経済成長につながったのだと思っています。しかしながら、高齢社会になっていって、それを支える若い人口が徐々に減っていくので、そういう時代にどのような社会保障を考えていくのかということでもあります。時代に即した改革はわれわれサイドからも主張していかなくてはな

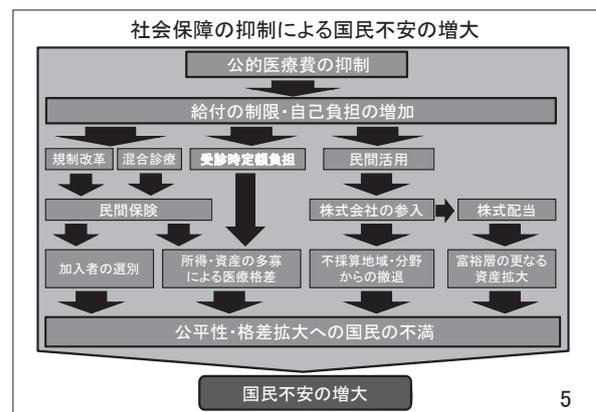
りません。ともすれば、財政主導という言葉で言われるように財務省や厚労省が中心として医療費の供給抑制をということが出るわけですが、やはり国民が必要とする医療・介護をどう維持するのか、そのためにはわれわれもコスト意識を持った医療提供にも臨んでいかななくてはならないと思っております。

私は昭和44年に医師になりました。その当時は、日本経済は右肩上がりでありますから、医療保険はある程度使える状態でありました。新しい機械、器材、私はずっと心臓血管外科の領域をしておりまして、ちょうど昭和45年から47年にかけて、循環血液を測る、もしくは循環動態を見るためのスワングantzカテーテルというものが開発されたときでありましたが、そのカテーテルをどんどん使っても、保険請求ができるからいいよという時代でありました。すべての患者さんにスワングantzを入れて、循環動態をチェックしながら、受動管理をしようということをしたわけですが、本当に必要な患者さんにそれらを使うことが本来は望ましかったのであらうと思っております。今、経済がどんどん成長する時代ではない、どちらかという経済は縮小傾向に入ってくると想定されますから、そういうときに医療提供側から国民の皆さんに将来必要な医療を継続してわれわれが受けられるためには、ある程度、ここに書いてあることが重要であるということも言っていかななくては いけません。一番はやはり健康な高齢者をつくっていくということが重要になるのではないかと思います。



社会保障の分野から考えますと、社会保障の充実

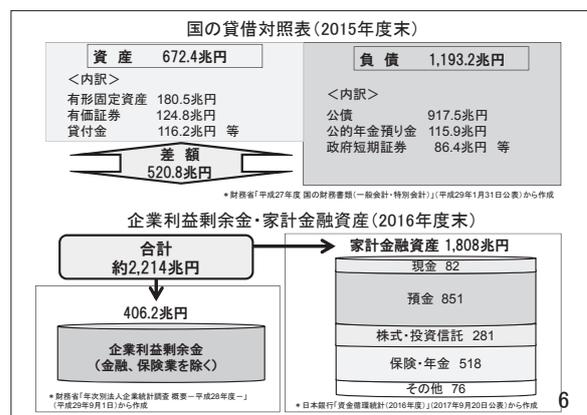
が国民不安の解消につながっていきます。そのためには経済が好循環で回るようにしなくてはならないということで、これは日本医師会でいろいろと考えたこととございます。一番上にいろいろと書いておりますが、一億総活躍や働き方改革、人づくり改革。そういうものを使って、社会参加をできるだけ多くの人ができるようにしていこうではないかということや、従来より主張しておりますが、被用者保険の保険料率を一定にする。一番今ポイントになるのは、企業の内部留保が406兆円余りありますから、その1%でもいいから賃金に回してほしいと思います。賃金が上昇すると、保険料率は一定ですから、保険料の金額は増える、税金も所得税が増えるわけありますから、そういうことで社会保障の充実に回せます。そうすると事業を通して雇用拡大に有効でありますから、経済成長や地方創成に回って好循環につながっていくと主張しております。ところが、日経新聞、これはどちらかという財界を代弁する新聞で、9月くらいから「砂上の安心網」というシリーズを書きました。私もインタビューを受けておりますが、今のような社会保障のあり方では日本の社会保障は壊れるということを彼らは主張している。彼らの主張を図にするとこういうことなんです。公的医療保険を抑制するべきだと。そのためには、給



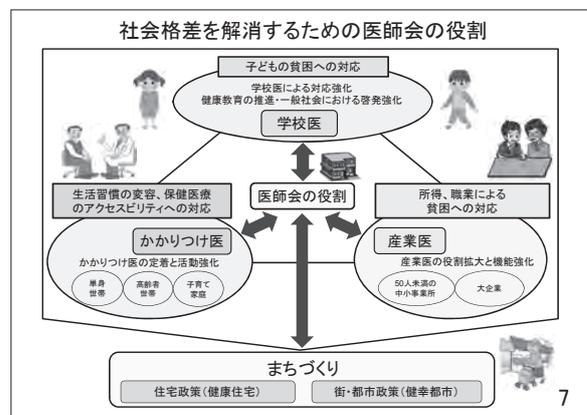
付を制限して、自己負担を増加させようということなんです。当然のことながら、給付の制限ということになると、新たな薬、新たな技術が開発されたときに、それを制限しよう、もしくは軽度医療といわれるような、風邪を引いた場合は自費で受けてもら

## 特別講演 I

うなどということもいわれています。給付の制限をするということになれば、当然のことながら何らかの形で経済的なカバーがいるということになり、民間医療保険を導入しなければならない。それが日経新聞の言いたいところなのでしょうが、この民間医療保険の導入については、テレビのコマーシャルなどでたくさん宣伝をしています。しかしながら、現在の日本の民間医療保険は、病気をしたときの現金給付です。病気をしたときの収入が減るので、保険に加入しておけばカバーしますよ、若しくは公的医療保険の足しになる部分を現金給付でカバーしましょうということですが、この民間医療保険が拡大して、現物給付していくことになると、公的医療保険の給付が抑制されて、民間保険に入っている人だけ、該当する医療を受けられるようになるかと思いません。当然のことながら、加入者も選別するだろう。また、所得や資産の多寡によって、医療の格差が国民の間に出てくることになる。その結果がどうということになるのかというと、公平性を損ない格差を拡大していくことになります。当然のことながら、国民の中には経済格差によっての医療格差が生じることに對する不満が出てきます。そうすると国民不安が増大することになりますから、こういうふうな社会保障のあり方だけは避けなければなりません。やはり、できれば好循環の明るい高齢社会をつくっていく必要がある。そのために大事なのは、一つには生涯保健事業の体系化により健康寿命を延ばして、高齢者になっても社会参加ができるような仕組み作りが必要ではないかと思っております。国全体の財政状況というと、確かに今国の借金が1,200兆円弱となってまいりました。大変な借金であるというのは事実であります。これを放置しておけば、国家の財政破綻を生むことは避けられないわけですが、国も金融資産をたくさん持っていますので、実際の差額としては520兆円程度であります。それでもやはり国債の発行残高が大きいわけであり、一方で企業には先ほどお話したように、利益剰余金が急速に増えています。国民の間でも将来不安があるから家計が金融資産として1,800兆円ほどを、



それぞれがなんらかの形で持っているということですから、できるだけ企業の利益剰余金を賃金に回していくということが重要ではないかと思っております。日本は社会の格差をできるだけ小さくしなくてははいけません。しかしながら、継続的に見ると格差が徐々に増大しています。この格差を何とか是正をしなくてははいけない。そのために、特に医師会の役割というの是非常重要的と思っております。



今、子どもの貧困ということがよくマスコミで喧伝されます。特に一人親で育てる子どもさんの生活は非常に厳しいという状況ではありますが、われわれはすべての小中学校に校医を派遣しています。学校医による子どもの貧困への早期発見、またそれへの適切な助言、解決への問題提起は、学校医としての役割の一つではないかと思えますし、産業医の先生方も医師会から中小企業には多く参加をさせていただいています。そういう中に、産業医の役割で所得、職業による貧困への対応ができるのではないかと。さらに一番は地域でかかりつけ医として活動している

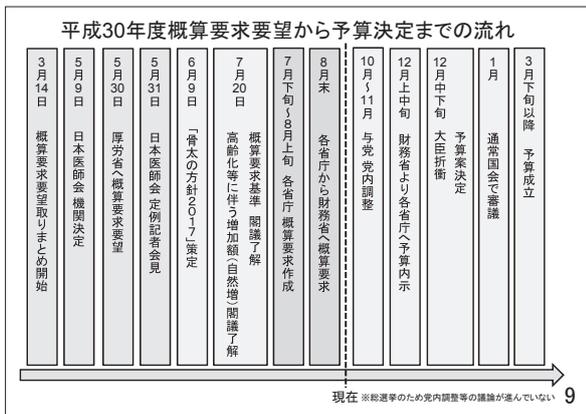
わけでありますから、かかりつけ医として活動している中で、それぞれの自分の患者さんの家庭状況を把握して、どういう改善策があるかということの問題提起していくことが、医師会の役割として今後非常に重要となってくると思います。こういったことを通じて、今日お見えになった知事や市長、行政に対してのさまざまな提言、住宅政策であれば健康住宅、健康都市をどうつくりあげていくのかということについて提言ができるのではないかと考えております。

**2. 平成30年度同時改定に向けて**



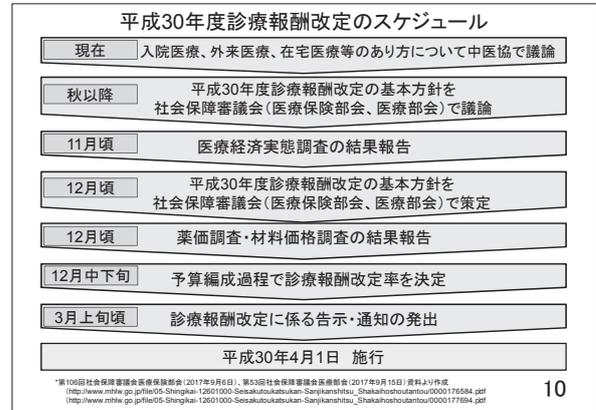
日本医師会油断促進センター「ちけんくん」

8



さて、来年の4月から同時改定になります。これが従来のタイムスケジュールであります。本来であれば9月から、さまざまな与党の党内調整に私どもも参画をして財源を医療費に確保できるような努力をしているところですが、たまたま今総選挙になりました。日曜日の結果がどういうふうになるにつれ、われわれとしては年末に医療費の財源をしっかりと確保していかなくてはならないわけです。そして、その医療費の財源を確保した後に、その配分を

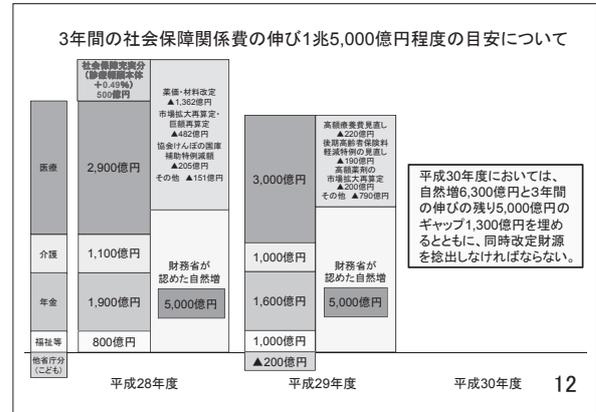
どうしていくかということではありますが、今、中医協でさまざまな課題についての検討をしています。



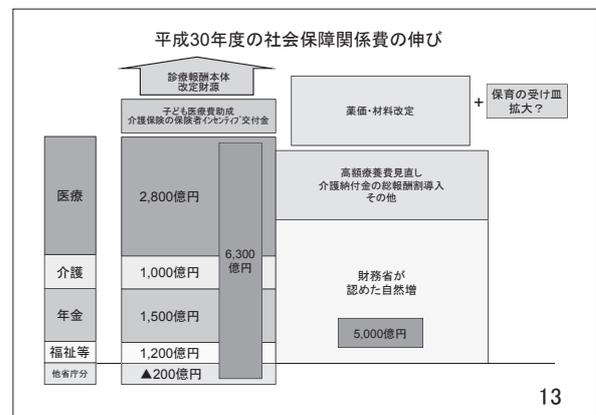
入院医療、外来医療、在宅医療とのあり方について議論をし、そしてまた、今回は同時改定ということで、療養病床のあり方についての議論、介護医療院という新しいカテゴリーのものもできるようになってきました。診療報酬の基本方針、社会保障審議会の中の医療保険部会と医療部会で議論し、ほぼ固まりつつあります。そして11月ころに医療経済実態調査の結果報告があり、従来からこの医療経済実態調査では医師が儲かり過ぎているという指摘がされております。今年がどういう報告となるのかまだ承知しておりませんが、実感としては各医療機関、特に急性期病院の経営状況については相当、悪化をしているという結果がでるのではないかと思います。そういった中で、診療報酬の基本方針を12月の頭には策定して、同時に薬価調査、材料価格調査の結果報告というのが出ます。これで予算の中でどのような配分を医療費に持ってくるかということ、今日は大島さんが後でお話をされますが、大島さんは厚生労働省、また内閣府で非常に現場の医療を理解しながら政策をつくってくれる優秀な官僚であります。彼の働きにも期待しているわけですが、そういうことで12月の天皇誕生日の前後に予算の方針が決まり、本体をプラスにするのか、マイナスにするのかということが決定されます。予算が決まった後に中医協で1月から2月にかけて各診療の項目についての配分をしていくということで、4月1日の施行になります。次期診療報酬改定の基本方針ということで、これ

| 次期診療報酬改定の基本方針   |   |
|---|---|
| <b>1. 改定に当たっての基本認識</b>  |   |
| ①   | 人生100年時代を見据えた社会の実現                              |
| ②   | どこに住んでいても適切な医療・介護を安心して受けられる社会の実現(地域包括ケアシステムの構築) |
| ③   | 制度の安定性・持続可能性の確保と医療・介護現場の新たな働き方の推進               |
| <b>2. 改定の基本的視点</b>  |   |
| ①   | 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進【重点課題】            |
| ②   | 新しいニーズにも対応できる安心・安全で質の高い医療の実現・充実                 |
| ③   | 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進                             |
| ④   | 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上                      |
| <small>*第107回社会保障審議会医療保険部会(2017年10月4日)、第54回社会保障審議会医療部会(2017年10月5日)資料より作成<br/> <a href="http://www.mhlw.go.jp/files/05-Shingikai-12601000-Sosakujokatsukan-Sanjikanshitsu_Shakahoshoutantou/0000175669.pdf">http://www.mhlw.go.jp/files/05-Shingikai-12601000-Sosakujokatsukan-Sanjikanshitsu_Shakahoshoutantou/0000175669.pdf</a><br/> <a href="http://www.mhlw.go.jp/files/05-Shingikai-12601000-Sosakujokatsukan-Sanjikanshitsu_Shakahoshoutantou/0000175681.pdf">http://www.mhlw.go.jp/files/05-Shingikai-12601000-Sosakujokatsukan-Sanjikanshitsu_Shakahoshoutantou/0000175681.pdf</a> </small> |   |
| 11  |   |

は先日医療保険部会と医療部会に出されたものですが、改定にあたっての基本認識としては、一つはやはり人生100年時代を見据えた社会の実現ということであり、さらにどこに住んでいても適切な医療・介護を安心して受けられる社会の実現、制度の安定性と持続可能性の確保と医療・介護現場の新たな働き方の推進ということが書かれます。今後の日本の大きな課題は国民皆保険を中心とする社会保険制度を継続させ得るかどうかというのが大きなポイントになってきます。改革の基本的な視点は地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進ということで、さまざまな地域医療計画が立てられつつありますが、各病院の病棟単位の機能分担ということで、高度急性期から療養期に至る、それぞれのものに対して、どう評価をしていくのか。そしてまた、それがどのような機能を選択しても運営できるような、報酬をどうつけていくのかということがポイントになってくるということでございます。それには新しいニーズに対応できる安心・安全で質の高い医療の実現・充実ということ、また医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進や、効率化・適正化を通じた制度の安定性、持続可能性の向上ということを言っているということでもあります。2015年の骨太方針で過去3年間の社会保障費の伸びが1兆5,000億円程度であったので、今後も3年間の社会保障関係の伸びを高齢化の伸びに伴う1兆5,000億円程度を目安にすると決められました。そこで2016年、2017年の予算ではさまざまな制度の変更をしながら、5,000億円前後に医療費や社会保障費の伸び



を抑えていったということでございます。いよいよ最終年度の30年度においても自然増が6,300億円程度と出されており、それと5,000億円のギャップが1,300億円程度ありますので、それをどうするのかということ、同時に改定で、私どもが主張しているのは、過去2年間で一般社会の人件費の最低賃金が2%引き上げられました。従って、人件費の2%の伸びは、診療報酬でも2%引き上げてもらわなくては困るということを主張しています。30年度の社会



保障関係費の伸びは、ここにありますように、医療で2,800、介護で1,000、年金が1,500、福祉が1,200ということで6,300億円が自然増として見込まれております。財務省が認めた自然増が5,000億円ですが、高額療養費の見直しや介護納付金の総報酬割という29年度に決められて、29年度中に導入されている分がありますので、その分が上乗せにできるという訳であります。さらには薬価、材料改定がどれだけ財源を生むのかということですが、それで何とか本体をプラスに持っていこうという努力





### 3. かかりつけ医を中心とした地域包括ケアシステムの構築・推進

ずっとあなたの町にも、かかりつけ医が、います。  
日本医師会のT-V-C-M

22

### 「地域密着型の中小病院・有床診療所」に期待されるもの

入院機能とかかりつけ医機能を持ち、地域包括ケアシステムの一角を担う。

- ・地域医療機能：それぞれの立場で、急性期、回復期や慢性期の機能を担う
- ・地域の医師会活動への参加：救急医療・生涯教育等や、他の地域の医療機関との役割分担・連携
- ・他の医療機関や地域の関係者との連携：高度・専門的な病院、公的医療機関等、消防(救急搬送)・介護・教育・福祉(保育)・市町村等の関係者との役割分担・連携

25

### 「かかりつけ医」とは(定義)

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」 2013年8月8日  
日本医師会・四病院団体協議会

23

### 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。

【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

24

### かかりつけ医を中心とした「切れ目のない医療・介護」の提供

患者・国民からの健康にかかわる幅広い問題

24

### 4. 世界医師会長就任を受けて

27

け医のバックアップには地域密着型の中小病院や有床診療所に期待するところが大きい訳でございます。そのために昨年度から日医かかりつけ医機能研修制度をスタートいたしました。毎年7,000~8,000人の先生方に受講していただいておりますので、これが通じての医療の在り方を改革していこうということでもあります。

今回の世界医師会ですが、ジュネーブ宣言という、ヒポクラテスの誓いを、1947年に世界医師会がスタートした時に、その当時の現代版に直した宣言があります。医師の基本的なあり方というこのジュネーブ宣言であります。それを初めて大幅な改定を行ないました。この改定の内容としては一つには時代に即した形ということで、働き方改革につながるような文言であります。私は最高水準の医療を提供するために、私自身の健康、安寧、および能力に

世界医師会における日本医師会の使命

横倉会長が2017年10月13日の世界医師会シカゴ総会式典において、アーティス・ホヴェン議長のもとに宣誓を行い、WMA会長メダルを授与され、第68代WMA会長に就任した。WMA会長の任期は2018年10月迄の1年間であり、その後、前会長を1年間務める。

これまで日本医師会からは私を含めて3人の会長が世界医師会会長に就任いたしました。私たち日本医師会は、日本の医師を代表する組織として、国民の健康を守るとともに、時には政府や与党と緊密に連携しながら日本の医療が正しい方向に進むための提言をしております。加盟医師会の中で、私たちのように国の医療政策自体に医師が関与し貢献するところは少ないと思われまふ。世界医師会に加盟する多くの医師会から日本医師会に対する高い評価は幸甚の至りでありまふ。



「2017年10月13日 世界医師会シカゴ総会「横倉義武会長 第68代世界医師会会長就任挨拶」より

28

専心する」という表現が入りました。良い医療を行なうためには医師自身が健康でないといけないということです。世界医師会の使命はさまざまな世界の

世界医師会の使命

世界は今、グローバル化の進展により、医療をとりまく問題も、国境を超えて大きく立ちはだかり、その解決手段として世界医師会が果たす役割は日に日に大きくなってきています。

世界医師会は、こうした困難を乗り越えて、広範囲な課題に取り組んでいかなければなりません。

それには世界中の医療関係者が緊密な連携を保つことが、益々重要になると考えまふ。

今後は世界医師会長として様々な国、地域の医療課題についてより真摯に耳を傾け、解決に向けた世界医師会の取り組みを加速させていきます。

「2017年10月13日 世界医師会シカゴ総会「横倉義武会長 第68代世界医師会会長就任挨拶」より

29

医療形態の中で、それぞれの国の国民が適切な医療を受けるように、そして医療提供する医師がしっかり仕事ができるような体制をつくれるようにすることであり、いろいろな国から日本の支援を望んでいます。先生方にもご協力いただきながら進めていきたいと思ひまふので、よろしくお願ひいたします。

おしまいになりますが、11月1日で語呂合わせになりますが、「いい医療の日」ということで記念日の登録をいたしました。11月1日は日本医師会の創立記念日でもあります。この創立記念日を国民の皆さんと医療について考える日にしたらどうかと思ひ「いい医療の日」ということで登録いたしましたので、ぜひ先生方も患者さんと医療の在り方について一緒に考えていただければと思ひまふところがございます。

ご清聴ありがとうございました。



日本記念日協会に登録されました！  
<http://www.kinenbi.gr.jp/>

30

なお、今年の11月1日は日本医師会創立70周年の節目にあたります。特に大きなセレモニーはいたしません、創立記念日は会員の先生はどなたでもおいでいただけるわけですし、日本医師会医学賞受賞者のすばらしい講演もございまふので、ぜひお見えいただければと思ひまふ。

(長瀬座長)

横倉会長どうもありがとうございました。

日本の医療は、医療制度、医療技術とともに世界から秀でたものと認められております。世界医師会の会長に選任されたのも、その故あつてのことと思ひまふ。

今直面して、直ちに取り組まなければならない種々の問題についてお話いただきました。

これからも世界の医療界で日本の存在をアピールし、認めさせるために、健康に留意されご活躍ください。医師会員総ての願ひです。

インタビュー動画

10:50~11:00

「地域住民と医療を支える方たちの声」



## 「人口減少時代の医療提供」

講師：内閣府大臣官房審議官 **大 島 一 博**

座長：北海道医師会副会長 **深 澤 雅 則**





### 座 長

---

北海道医師会副会長 深 澤 雅 則

---

副会長の深澤です。特別講演のⅡに入らせていただきます。

本日は「人口減少時代の医療提供」・講師は内閣府大臣官房審議官の大島一博様でございます。経歴につきましては大会誌に記載されておりますので、ご参考にしていただけたらと存じます。

北海道は非常に広大で都市部に人口が集中して過疎化が非常に進行しております。恐らく高齢化は想定内でしたが、少子化がこんなに急速に来ると思っておりませんでしたので、ちょうど講演内容がタイムリーではないかと思えます。

それでは大島様、よろしくお願いいたします。



### 「人口減少時代の医療提供」

内閣府大臣官房審議官（兼）内閣官房人生100年時代構想推進室次長

大島 一博

#### 人口減少時代の医療提供

平成29年10月21日  
内閣府大臣官房審議官  
(経済財政運営・経済社会システム担当)  
大島一博

内閣府の経済運営担当の審議官の大島と申します。よろしくお願いたします。もともとは厚生労働省の人間でありますので、社会保障にはずっと関わりをもってやってきました。今日は「人口減少時代の医療提供」ということで、簡単な答えはないのですが、そういう中で乗り切れる可能性はないかということで、いくつかの例をあげながらお話させていただきたいと思っております。よろしくお付き合いのほどお願いたします。

#### 医療政策の目標

「いい医療を公平にamahaneく提供すること」

→高齢社会に合った医療

→国民皆保険

医療政策の目標は何なのかということで、これは原点なので、常に思い返さないといけないと思いますが、いい医療を公平にamahaneく提供することだと

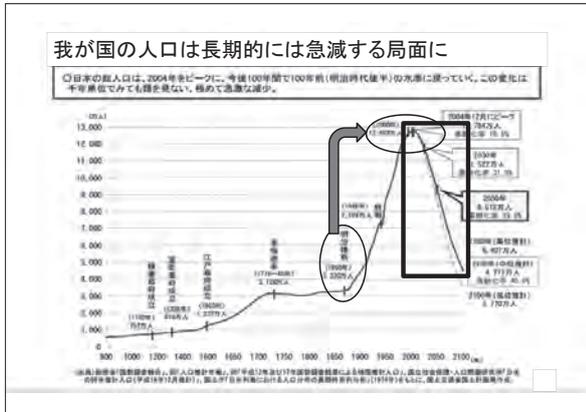
思っています。いい医療というのは高齢社会にあった医療、公平にamahaneくというのは国民皆保険。いい医療を公平にamahaneく提供するという原点を大切にしながら、どういった改革・見直しをやっていくのか。そういうことを考えていきます。考える前提

#### 時代の背景

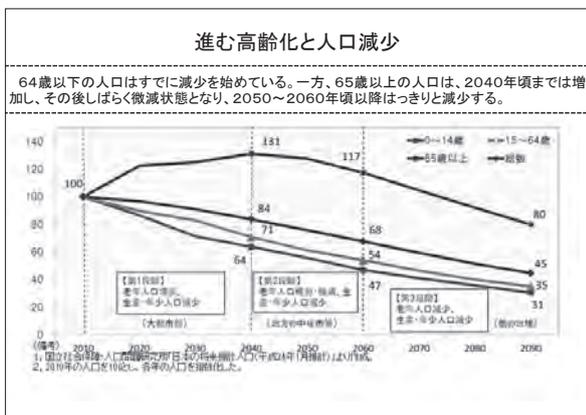
- 人口： 高齢化、人口減少
- 財政： 経済成長の鈍化  
財政赤字の累積

として時代の背景はどうか。人口が高齢化してきた、加えて減少してきたということで、いよいよ少子化が人口減少までたどりつきました。それから財政面では経済成長が鈍化した、赤字も累積したということで、一言でこれを言えば厳しいということになります。厳しいのですが、これを乗り切れるのかどうかというのは複雑な問題で、いろいろなプラスの要素や工夫もありますし、皆がこういう課題を認識して力を合わせれば、乗り切れる可能性は十分にあると思います。この議論は、まだ負担の天井がどこにくるのかわからないものですから、明確な形での議論は行なわれていませんが、いずれ天井・ピーク時を見据えた議論が始まるのではないかと予想します。

人口のピークは、データのとり方によって2004年とか2008年とか変わりますが、1億2,800万がピークで、それからは減少時代に入りまして、2100年には



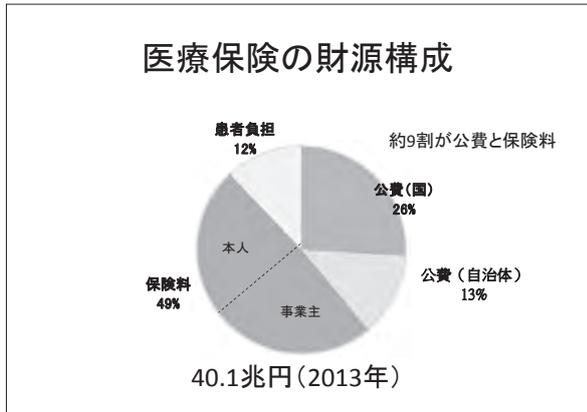
出生率が今のくらいであれば5,000万人くらいになる。急速に増えていた人口が急速に減るといふ、日本にとっては全く新しい局面に入りました。世界初のこともかもしれません。そういう中で、どういう問題が出てくるのか、どういう対処をしなければならないのか、手探りで臨むようなところがあります。10年、20年前はどちらかという人余り、仕事を増やさなくては行けない時代でした。ところがその後、団塊の世代が65歳を過ぎて定年となり、働き手が少なくなった。人口がピーク越えて下がり始めた実感が初めて出てきた。今はそういう時期ではないかと思えます。



もう少し細かく年齢階層ごとに見ると、0~14歳、15~64歳、65歳以上と3つに分けたデータがありますが、全ての階層が同じスピードで減り始めるのは2060年からです。若い世代も高齢の世代も減っていくので、2060年を過ぎると、ある意味バランスが取れていきます。2040年から2060年もだいたいバランスに近い状態です。一番左側の2010年から2040年

ですが、ここが最大の特色のあるところで人口が若い方が減りますが、65歳以上が増え続けるという特異な時期になります。つまりこの時期が一番難しい時期で、医療介護の需要が増える一方で、現役世代が減っていく、そういう時代です。2040年が一つの節目になると思います。高齢者数がほぼピークを迎えるこの時点をどういうふうに乗切れるのか。2019年の10月に消費税が10%に上がったとすれば、その次に向けた議論がはじまると思います。2007か2008年位から消費税の議論が活発化しましたが、そのときは2025年が一つの節目の年になっていました。これから消費税であるかどうかは別にして、中長期の議論をしていくとすれば次は2040年がそういう年になるであろうと思います。2025年は75歳以上が2,200万人になって、以降はだいたいその人口規模で安定化します。団塊の世代が全員75歳に到達するのが2025年です。2040年は第2次ベビーブームの団塊ジュニア世代が高齢者、すなわち65歳に到達する年であり、日本の高齢者総数がほぼピークとなります。今は2025年に向けて胸突き八丁のきつい坂を上っていますが、さらに、その坂をのぼったと思ったら2040年への坂があるわけです。それに向けた準備が相当できている分野もあります。年金制度です。2004年に大きな改正があり、長い期間を設定して安定化させるための方策が講じられています。徐々に年金の保険料率をあげていき、ある一定のところきたらあとは上げません。あとは給付の方で調整をするという仕組みになりました。毎年毎年上げる最後のタイミングは今年の9月でした。年金の保険料率は来年以降上がりません。したがって社会保障の負担を考えた場合に、残る中心は、医療と介護ということになります。長期のカレンダーの中でどういうことをやっていくのかを考えるべき時期にあると思います。

医療も介護も公的な保険制度があるので、本人負担はごく一部です。多くは公費と保険料でまかなわれています。公費と保険料を合わせるとだいたい9割、介護保険もそうです。税収や保険料収入は、景気経済との関係が大きい。経済力が親亀だとする



と、医療も介護も子亀の関係にあると言えます。親亀が安定すれば、子亀も安定するのですが、親亀がこけると、子亀もこけるということになります。この20年は親亀がこけた20年とっていいと思います。GDPが1997年に533兆円になり、ずっとそれを



20年間下回り続け、2016年にはじめて537兆円ということで1997年のGDPを上回りました。つまりこの20年間にはリーマンショックもありましたし、大震災もあり、親亀がこけたか、動きを弱めた20年でした。この厳しい20年の中で医療・介護はどうであったかという、医療は30兆円規模が40兆円規模になりました。介護はなかったのですが、介護保険ができて今では10兆円規模になりました。親亀がこけたにも関わらず子亀の方は、何とかこけずにやってきたというのがこの20年です。確かに医療も厳しかったわけですが、経済の散々たる状況に比べれば30兆から40兆までに伸びましたので、何とかぎりぎりの線は保ってこられた。この間、医療介護分野は、働く場を提供し、地域経済の重要な地位を占めるよ

うになりました。保険料率や税金を上げ、公費投入を増やすことによって医療・介護をニーズにあわせて拡大させてきたというのが、この20年だったと思います。これからの20年を考えたときに、できれば親亀がちゃんとしてほしい。政府目標の実質年2%、名目年3%の成長と書いてありますが、この政府目標を達成して欲しい。そうすると医療・介護もより安定します。そうは言いつつも、いろんなケースを想定し、仮に親亀があまり元気にならなくても、子亀がしっかりやっていけるという方策を同時に考えていく必要があると思います。

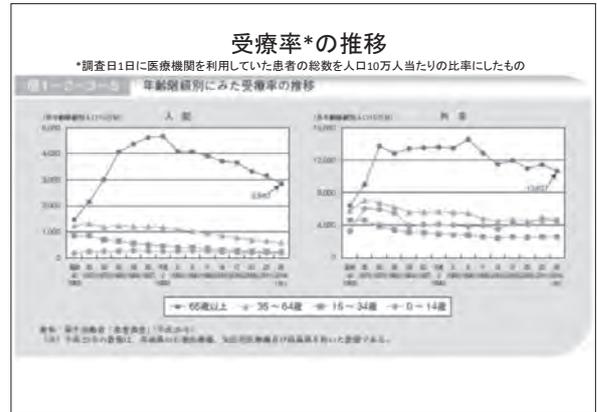
|        | 1995 (1995) | 1996 (1996) | 1997 (1997) | 1998 (1998) | 1999 (1999) | 2000 (2000) | 2001 (2001) | 2002 (2002) | 2003 (2003) | 2004 (2004) | 2005 (2005) | 2006 (2006) | 2007 (2007) | 2008 (2008) | 2009 (2009) | 2010 (2010) | 2011 (2011) | 2012 (2012) | 2013 (2013) | 2014 (2014) | 2015 (2015) | 2016 (2016) |
|--------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| ①国民医療費 | 6.1         | 4.5         | 4.5         | ▲1.8        | 3.2         | ▲0.5        | 1.9         | 1.8         | 3.2         | ▲0.0        | 3.0         | 2.0         | 3.4         | 3.9         | 3.1         | 1.6         | 2.2         | 1.9         | 3.8         |             |             |             |
| 国民所得   | 12.7        | 6.6         | 9.3         | ▲5.1        | 4.1         | 0.6         | ▲0.7        | ▲0.7        | 0.6         | ▲3.3        | 0.1         | 1.2         | 5.2         | 5.9         | 4.5         | 3.0         | 3.6         | 2.1         | 4.6         |             |             |             |
| ②GDP   | 7.2         | 8.6         | 1.8         | ▲0.8        | 0.8         | 0.2         | 0.5         | 0.7         | 0.8         | ▲4.6        | ▲3.2        | 1.4         | ▲1.3        | 0.0         | 1.7         | 1.5         | 2.1         |             |             |             |             |             |

①>②の場合、「保険料率のアップ」、「増税又は国債発行の増加」につながる。  
 ・①(国民医療費)は、今後どの程度伸びが必要なのか。  
 ・②(GDP)は、政府目標どおり、毎年3%伸びるのか

2000年から最近までの国民医療費の伸びとGDPの伸びの比較ですが、赤くなっているところがGDPよりも国民医療費が上回った年で、青は反対の年です。リーマンショックや大震災もありましたのでほとんどが赤の字になっております。赤い状態が続けば保険料率をアップしなくてはならない。あるいは増税、赤字国債の発行をしなくてはならないこととなります。

国民医療費が伸びた原因を要因分解したものがああります。まず高齢化の要因、人口減少の要因があります。以前は+1.5%位を占めていましたが、最近では人口減少も出始めて、+1%くらいに留まっています。仮に医療費が3%伸びたとしたら、以前は1.5%ほどの人口影響がありましたが、今は1%ほどにとどまっています。他方、「その他」の要因が2%を占めていまして、中身は医療の高度化と言われています。これが具体的になんであるのかということが一つのポイントになります。入院の下に医科

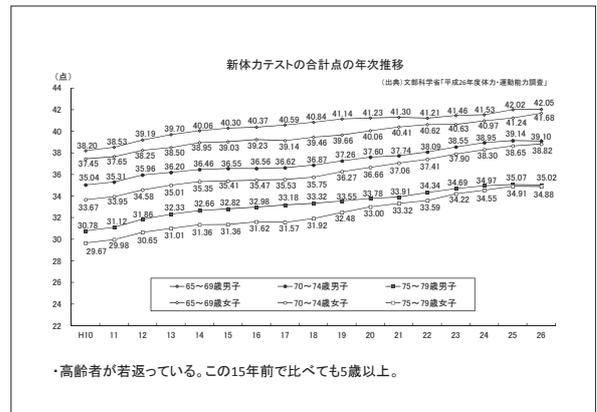
| 医療費の伸びの要因分解   |                  |                       |                  |                       |                  |                       |                  |                       |                  |                       |                  |                       |       |
|---|------------------|-----------------------|------------------|-----------------------|------------------|-----------------------|------------------|-----------------------|------------------|-----------------------|------------------|-----------------------|-------|
| <p>・高齢化・人口増減による影響は、近年は、年+1%程度。<br/>           ・「その他」による影響は、概ね年+1~+2%程度。<br/>           ・なお過去のデータでは、診療報酬改定率は、長期的に見ると、経済成長率の1/3に近い。</p> |                  |                       |                  |                       |                  |                       |                  |                       |                  |                       |                  |                       |       |
|   | 平成19年度<br>(2007) | 平成20年度<br>(2008)      | 平成21年度<br>(2009) | 平成22年度<br>(2010)      | 平成23年度<br>(2011) | 平成24年度<br>(2012)      | 平成25年度<br>(2013) | 平成26年度<br>(2014)      | 平成27年度<br>(2015) | 平成28年度<br>(2016)      | 平成29年度<br>(2017) |                       |       |
| 医療費の伸び率   | ① 1.9%           | 1.8%                  | 3.2%             | -0.0%                 | 3.0%             | 2.0%                  | 3.4%             | 3.9%                  | 3.1%             | 1.6%                  | 2.2%             | 1.9%                  | 3.8%  |
| 診療報酬改定<br>(診療報酬改定を除く)   | ②                | -1.0%                 |                  | -3.16%                |                  | -0.82%                |                  | 0.19%                 |                  | 0.004%                |                  | -1.20%                |       |
| 人口増の影響  | ③                | 0.1%                  | 0.1%             | 0.1%                  | 0.0%             | 0.0%                  | -0.1%            | 0.0%                  | -0.2%            | -0.2%                 | -0.2%            | -0.2%                 | -0.1% |
| 高齢化の影響  | ④                | 1.8%                  | 1.5%             | 1.8%                  | 1.3%             | 1.5%                  | 1.3%             | 1.4%                  | 1.6%             | 1.2%                  | 1.4%             | 1.3%                  | 1.2%  |
| 診療報酬改定のうち、<br>消費税増徴の影響  | ⑤                |                       |                  |                       |                  |                       |                  |                       |                  |                       |                  |                       | 1.30% |
| その他<br>(①-②-③-④-⑤)<br>・医療の高度化<br>・患者負担の軽減等  |                  | 0.2%                  | 1.2%             | 1.3%                  | 1.8%             | 1.5%                  | 1.5%             | 2.2%                  | 2.1%             | 2.1%                  | 0.4%             | 1.1%                  | 0.7%  |
| 制度改正  |                  | H19<br>国民健康保険<br>制度改正 |                  | H20<br>国民健康保険<br>制度改正 |                  | H21<br>国民健康保険<br>制度改正 |                  | H22<br>国民健康保険<br>制度改正 |                  | H23<br>国民健康保険<br>制度改正 |                  | H24<br>国民健康保険<br>制度改正 |       |



| 「その他」の内訳  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |
|---|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| 医療費の人口要因を除いた「その他」の要因による伸びを、入院・外来等の診療種別で見た場合、以下の通り。              |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |
|   | 平成21年度<br>(2009) | 平成22年度<br>(2010) | 平成23年度<br>(2011) | 平成24年度<br>(2012) | 平成25年度<br>(2013) | 平成26年度<br>(2014) | 平成27年度<br>(2015) |
| 医療費の伸びから人口増の影響<br>及び高齢化の影響を除いた分<br>(診療報酬改定、医療の高度化、<br>患者負担の軽減等) | 2.2%             | 2.3%             | 2.1%             | 0.4%             | 1.1%             | 0.7%             | 2.7%             |
| 医科入院  | 0.6%             | 1.6%             | 0.2%             | 0.4%             | -0.0%            | 0.1%             | 0.2%             |
| 医科入院外+調剤  | 1.6%             | 0.6%             | 1.7%             | 0.0%             | 1.1%             | 0.4%             | 2.4%             |
| うち、調剤   | 1.0%             | 0.6%             | 1.2%             | 0.0%             | 0.8%             | 0.2%             | 1.5%             |
| その他<br>歯科、訪問看護、療養費等   | -0.1%            | 0.1%             | 0.2%             | 0.0%             | 0.0%             | 0.2%             | 0.1%             |
| (再掲)診療報酬改定分   |                  | 0.19%            |                  | 0.004%           |                  | 0.10%            |                  |

(注)平成21年度～平成25年度については、国民医療費の診療種別別、年齢別人口10万人当たり医療費を元に推計。また、平成26年度及び平成27年度については、平成25年度の診療種別別、年齢別人口10万人当たり国民医療費と平成20年度及び平成27年度の年齢別人口を元に推計。  
 (出典) 第12回医療費報告書(平成28年9月15日)資料2-1

に診療報酬で誘導されていますので、このような傾向になるのは分かるのですが、外来も低下傾向にあります。原因について学問の世界でも分析してほしいと思っていますが、あまりよく分かっていないようです。薬の処方期間が延びたこともあるかもしれませんが、私は、一つには高齢者の若返りがあると思っています。



入院外+調剤、うち調剤とありますが、この調剤の奇数年度が比較的高い伸びになっています。診療報酬改定がない年の調剤費に伸びがあるということ。診療報酬の改定がある際は薬価が薬価改定でおさえられますので、多分この部分は新薬が毎年一定程度伸びていることによると思われる。ちなみに入院はどの年を見ても0.6、1.6、0.2、0.4、-0.0、0.1、0.2ということで、ほとんど横ばいに近い状態になっています。

ある一日に日本全体で何人が入院しているか、あるいは外来で何人受診したかを、人口10万人におき換えた数字を出す調査を3年に1度厚労省がやっています。この数字を受療率と呼んでいます。どの年齢層を見ても入院の受療率は下がっています。外来の受療率も2000年以降は減少傾向にあります。高齢化しているにもかかわらず、入院、外来ともに利用者が減ってきているということになります。入院の方は病床過剰地域でベッド数の総量規制が行われていますし、それから平均在院日数も短縮の方向

スポーツ庁が行なっている体力調査のデータですが、赤い線は75歳～79歳男女、青い線が70歳～74歳男女、緑の線が65歳～69歳男女となっていて、データが平成10年から取られています。平成10年が一番左で、直近のデータが平成26年です。赤の75歳～79歳の一番右の点数は35.02、34.88になっていますが、それを青いところの一番左と比較していただくと35.04と33.67となっております。男性は若干下回っていますが、女性は上回っており、男性もほぼ一緒と言ってよいと思います。同じように一番右の青いところは39.10、38.82で、それを一番左の緑と比較していただくと、38.20と37.45で、上回っており



いたま、成田、船橋、千葉という、ドーナツ状の都心の周辺地域はサラリーマンがマイホームやマンションを買った地域だと思いますが、こういった地域で、サラリーマンやその奥さんたちが今後75歳を迎えてくる。都市近郊における医療・介護の問題は、医療難民・介護難民が生じる事態を防がなくてはならないという意味で重要な課題です。

### 財政的な持続可能性を高める方法

A: 患者負担・保険給付範囲・診療報酬単価の見直し

B: 提供方法や提供内容の見直し

- ・ジェネリックの普及
- ・入院期間の短縮、在宅医療の促進(首都圏では必須)
- ・多剤服用対策 など

(C: 予防・健康管理、医療の質の向上)

こういう状況の中で、財政的な持続可能性、あるいは医療保険を持続可能とさせるためにはどのような方法があるのかということで、大きくABCの3つに分類しました。Aは患者負担を引き上げる、保険給付の範囲を狭くする、診療報酬単価を引き下げるといって、いわば直接的なやり方です。即効性があるって確実に効くが、ただし副作用が出てきます。痛みを伴うといっているかもしれません。患者の負担が増え、医療従事者の給料が減るという意味で、厳しい内容です。昭和50年～平成18年くらいまでは、昭和48年の老人医療費無料化から脱却するためにこの方法が中心となりました。平成18年以降、大きな患者負担の見直しは行われていません。高齢者の患者負担も定率の方式に戻り、一定の到達点に達したということだと思います。こうしたこともあり、このAの手法はかなり限定的になりました。これからはないとは思いますが、これだけを中心に据えることは難しくなっていると思います。最近ではむしろBやCが中心になっています。Bは提供方法や提供内容の見直しで即効性や確実性は一般的にAに比べれば劣りますが、ジェネリックの拡大のようにAに近い即効性や確実性があるものもあります。

内容によって変わってきます。ほかには入院期間の短縮や在宅医療の促進、多剤服用対策などがこの中に含まれますが、Aに比べると患者自身の辛さ、あるいは医療従事者の辛さは比較的少なく、今はこのBが対策の主流になりつつあると言っていいと思います。Cは予防健康管理や医療の質の向上です。確実性という点で根本的な所で議論があり、仮に予防健康づくりで寿命がのびたとしても、人生をトータルでみたときに果たして医療費は減るのかエビデンスがないのではないかと指摘があります。しかし、そこはやり方だと私は思います。どこをターゲットに、どういうやり方をやるかによって予防や健康管理が医療費の伸びを抑えるエビデンスが出るのではないかと。これは、先ほどの原点からいうと、いい医療そのものであり、このCには括弧をつけていますが、何としても取り組むべき課題でないかと考えています。

### 「経済・財政再生計画」

骨太方針2015(平成27年6月30日閣議決定)の一部

- ・計画期間は、2016年度～2020年度。
- ・2020年度PB(国・地方の基礎的財政収支)黒字化を目標とする。
- ・計画期間の当初3年間(2016～2018年度)を「集中改革期間」と位置付ける。
- ・社会保障費は、これまで3年間の伸び(1.5兆円)を継続していくことを目安。

↓ 1.5兆円÷3=5千億円

- ・夏段階での厚労省の要求増額と5千億円との差を、年末の予算編成過程で調整
- ・2015年年末、2016年年末とも

政府としては、骨太2015という全体方針の中で「経済財政再生計画」を位置づけ、2020年にプライマリーバランス(国と地方の基礎的財政収支)を黒字化するという目標を立てています。特に最初3年を集中期間と位置付けて、全体の中でも社会保障の伸びがダントツですので、この伸びを3年間1.5兆円にしていく。1年間で割ると5,000億円になります。一昨年、昨年とこの5,000億円までに社会保障の国費の伸びを圧縮しており、今年もそういう議論が今おこなわれているところであります。

今後具体的に検討すべき内容も掲げられていて、その中には先ほどの分類のAに該当するものもあり

**「経済・財政再生計画」の各論（医療関係）**

【今後の検討事項】

- ・ 外来時の定額負担について検討
- ・ 高額療養費制度や後期高齢者の窓口負担の在り方について検討
- ・ 後発医薬品の価格等を踏まえた特許の切れた先発医薬品の保険制度による評価の在り方（注：いわゆる参照価格制度）について検討など

ます。外来時の定額負担、高額療養費制度や後期高齢者の窓口負担のあり方の検討、あるいは参照価格制度などがこれに該当します。また、薬価に関して

**薬価制度の抜本改革に向けた基本方針  
（平成28年12月20日4大臣合意）**

- ・ 毎年薬価調査を行い、その結果に基づき薬価改定を行う。
- ・ 薬価調査自体の見直しを検討し、来年（平成29年）中に結論を得る。
- ・ 革新的新薬創出を促進するため、新薬創出・適応外薬解消等促進加算制度をゼロベースで抜本的に見直す。
- ・ 費用対効果評価を本格的に導入するため、組織・体制をはじめとする実施のあり方を検討し、来年（平成29年）中に結論を得る。

など

は別枠で、昨年4大臣合意というものがあり、この12月までに毎年改定、新薬の価格の付け方、費用対効果などについて、抜本的な見直しの答えを出すことになっています。こうした状況を踏まえながら、いい医療と財政維持の両立に向けて、国民の合意、納得を得られる解決方法は何だろうかということで、今日は5つあげていきたいと思います。

**解決方策**  
「いい医療」と財政維持の両立に向けて

**① 予防・健康づくり**

（ターゲット）

- ・ 中年の糖尿病予防、重症化予防
- ・ 高齢者のフレイル対策

（保険者・企業・市町村の取組みとの連携）

- ・ 医療保険者・・・「保険者機能」「データヘルス」
- ・ 企業・事業主・・・「健康経営」
- ・ 市町村・・・「健幸都市」

一番目は予防・健康づくりです。国民のためになるという政策の原点に立ち返る必要があることは先ほど申し上げました。ただしターゲットをしっかりと定めて、費用対効果の可能性を高めることが前提です。具体的には、中年の糖尿病の予防や重症化予防、高齢者についてはフレイルの対策です。前者については、これをターゲットにしていくとして、今、医療保険者、企業・事業主や市町村それぞれが積極的に取り組んでいこうとやる気になっています。医療保険者は「保険者機能」や「データヘルス」という名前、企業は「健康経営」という名前で呼んでいます。市町村も「健幸都市」という名前を付けています。特に医療保険者につきましては、来年度

**医療保険者へのインセンティブ**

| 〈現行（～平成29年度）〉   |   |                       |              |                     |                      |
|-----------------|---|-----------------------|--------------|---------------------|----------------------|
| 保険者種別           | 健康保険組合・共済組合   | 協会けんぽ                 | 国保（市町村）      | 国保組合                | 後期高齢者医療広域連合          |
| 手法              | 後期高齢者支援金の加算・減算制度  |                       |              |                     | なし                   |
| 指標              | 特定健診・保健指導の実施率   |                       |              |                     | なし                   |
| ↓ 大幅に拡充         |   |                       |              |                     |                      |
| 〈見直し後（平成30年度～）〉 |   |                       |              |                     |                      |
| 保険者種別           | 健康保険組合・共済組合   | 協会けんぽ                 | 国保（市町村）      | 国保組合                | 後期高齢者医療広域連合          |
| 手法              | 後期高齢者支援金の加算・減算制度の見直し  | 各支店の取組等を都道府県単位保険料率に反映 | 保険者努力支援制度を創設 | 各県連合の取組等を特別調整補助金に反映 | 各広域連合の取組等を特別調整交付金に反映 |
| 指標              | 保険者種別共通の項目を設定<br>各項目の具体的な基準や、保険者種別の特性を踏まえて追加する項目は、保険者種別毎に設定 |                       |              |                     |                      |

から予防・健康づくりの取り組みによって保険財政にプラス・マイナスの影響が出てくる仕組みが強化されます。これまでもそういう仕組みはありましたが、形だけの部分がありました。しかし来年度からは、本格的にはじまります。評価指標や点数も決まっており、健保組合や共済組合などの被用者

### 評価指標(健保組合、共済組合の場合)

1. 特定健診・保健指導の実施 75点
2. 要医療者への受診勧奨・糖尿病等の重症化予防 25点
3. 加入者へのわかりやすい情報提供、特定健診データの保険者間の連携・分析 16点
4. 後発医薬品の使用促進 22点
5. がん検診・歯科健診等(人間ドックによる実施を含む) 19点
6. 加入者に向けた健康づくりの働きかけ、個人へのインセンティブの提供 20点
7. 事業主との連携、被扶養者への健診・保健指導の働きかけ 23点  
/200点

24

保険ですと特定健診・特定保健指導の実施をどれくらいしているか、要医療者への受診勧奨や糖尿病の重症化度をどの程度やっているか、加入者へのわかりやすい情報提供、保険者間の連携をやっているか、後発医薬品の使用促進をやっているか、がん検診、歯科健診、個人へのインセンティブの提供、被用者保険特有の事業主との連携や被扶養者への健診の働きかけといったものが点数化されていて、やっているかどうかを評価し、後期高齢者医療への拠出金が増えたり、減ったりします。国保の場合は、加算・

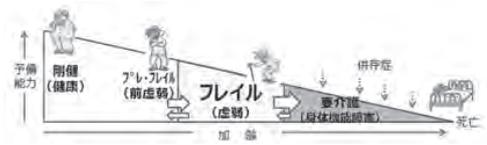
### 評価指標(国保の場合)

1. 特定健診 20点、保健指導 20点、メタボ減少率 20点
2. がん検診 10点、歯周疾患検診 10点
3. 重症化予防 40点
4. 個人へのインセンティブの提供 20点、わかりやすい情報提供 20点
5. 重複服薬者に対する取組 10点
6. 後発医薬品の促進の取組 15点、使用割合 40点(暫定15点)
7. 保険料の収納率 40点
8. 医療費等の分析 10点
9. 医療費通知 10点
10. 地域包括ケアへの参加 5点
11. 第三者求償 10点  
/300点(暫定275点)

25

減算ではなく国から1,000億円規模の交付金が市町村に来年度から配分されることになります。指標は、先ほどの被用者保険と1~6までは一緒です。7番からは国保特有の問題で保険料の収納率、医療費の分析、医療費通知、地域包括ケアシステムへの参加、交通事故などにおける第三者求償、そういうことをどれだけやっているのかを評価して、それに応じて交付金の配分が行なわれるようになります。

フレイルに関しては、虚弱段階で対応するという



(東京大学高齢社会総合研究機構・飯島勝矢: 作図)

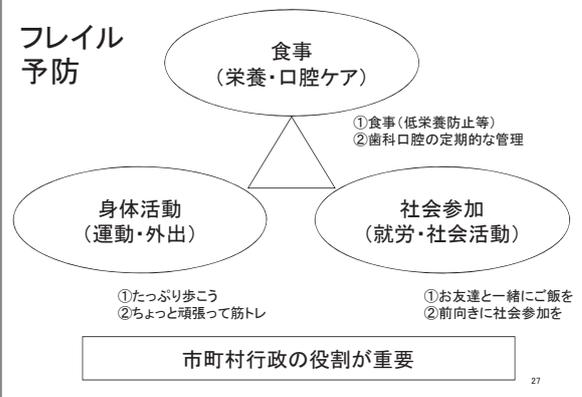
○高齢期のフレイル(虚弱)段階での進行防止が重要

○フレイルの前段階からの予防対策として身近な場での住民主体による運動活動や会食その他の多様な社会参加の機会を作ることも重要

○認知症にも効果

26

### フレイル 予防

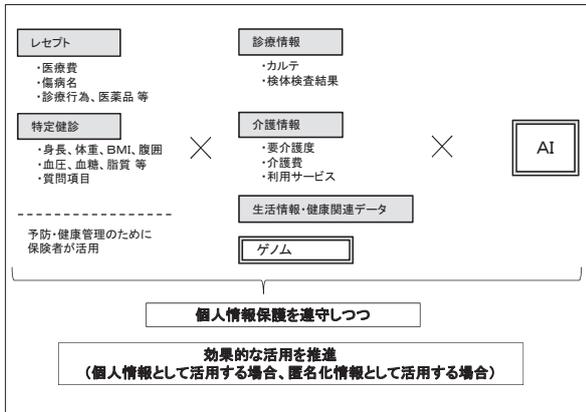


27

ことで認知症高齢者の増加も踏まえたものです。具体的な取り組みの柱は、食事と身体活動と社会参加です。食事は中高年のメタボとは逆で、低栄養防止。バランスよくたんぱく質をきちんと取ってもらおう。それと口腔ケア、それから身体活動については歩くということ、そして少しの筋トレ、社会参加は働ける方は就労、そうでない方も出かけていって交流をする社会活動、いわば生涯現役ということになります。こういう三本柱をやることによって、高齢者がより一層の健康度を保ち、認知症の予防にもなるであろうということにして、市町村行政の役割が重要となってまいります。また、都道府県から市町村の背中の後押しがあって動くということも多いと思います。高齢者が自分の存在する場をつくっていくということになります。

介護の方では、自立支援を重視したものに切り替えていこうという動きが出てきています。オムツをなるべくしない、寝たきりにしない、社会活動ができるようにするということを目標に置いた介護で





像ですが、レセプトや特定健診、あるいは介護情報は様式が統一化されていますので、トータルで保険者とか市町村が集めやすくなっています。それを個人の名前を外して、データとして活用する。こうした活用はずい分広がってきています。もう一つは個人情報として個人の名前を特定して使う場合です。この場合は個人の同意を得てから活用することになります。保険者が自分で持っているレセプトを個人の名前を特定して健康支援などに活用することはすでに行われていますが、今後可能性があるのは医療現場でレセプトを個人の名前を明らかにした形で活用できないかということでもあります。例えば、どの医療機関、どの薬局に行っても、レセプト上は1ヵ月遅れ2ヵ月遅れにはなりますが、保険者において一元化できますので、どういう薬剤が投薬されているのかという全体が分かります。問題は個人単位で集約したレセプト情報を診療の現場で医師等がどうやって安全に見れるようにできるのかという仕組みの構築であり、その際には患者の同意も必要になります。

一方、カルテや検体検査結果などの情報は、各病院が保管してかつ様式もバラバラですので、これを大量に集めて統計処理するというのは難しいです。ただ、今年の5月にそれを促進するための法律ができて、一定の加工事業者を国が認定して、そこで匿名化作業を安全にやっという仕組みができました。匿名化せずに個人情報として診療情報を使う場面としては、地域医療情報連携があります。全国250ほどの地域で中核病院を中心として診療所

等と情報流通ができるようになっていますが、そこでの課題は運営費をどのように確保するのかや、異なる地域間での連携をどうするのかといったことです。これについては、現時点で明確な答えは難しいですが、クラウドの活用や、情報を匿名化して研究機関等への提供によって利用料を確保するなどの検討がなされると思います。

世界的にも医療の情報を集めて、AIやゲノムと結びつけて、新しい研究や開発に結び付けたいという動きになっています。そのためには、正確で大量のデータが必要になる。日本はどうしていくのか。今は出遅れています。ただ、日本はレセプトとか、特定健診、介護情報など、皆保険の中で持っている独自のデータがありますので、これをうまく使えば、遅れも取り戻せる可能性があると考えています。

#### ④ 科学技術

- ・画期的な検査薬、治療薬が開発される可能性
- ・費用対効果の観点も重視

33

そして四つ目は科学技術です。オプジーボは高額な薬ですが、しかし効きます。これからのポイントはそこそこの価格で画期的に効く薬、この開発にあります。可能性はあると思います。例えば今は、一

The infographic '医療分野研究開発の成果例①(H27.4 AMED設立以降)' lists several achievements:
 

- ①オールジャパンでの医薬品創出:** Development of a new anti-cancer drug (H27.4 AMED). Includes details on the drug's mechanism and clinical trial progress.
- ②革新的創薬創出プロジェクト:** Development of a new drug for heart failure (H27.4 AMED). Includes details on the drug's mechanism and clinical trial progress.
- ③再生医療の高度化:** Development of a new drug for heart failure (H27.4 AMED). Includes details on the drug's mechanism and clinical trial progress.
- ④オールジャパンでの医療機器開発:** Development of a new medical device (H27.4 AMED). Includes details on the device's features and clinical trial progress.
- ⑤がん治療の新たな可能性:** Development of a new drug for cancer (H27.4 AMED). Includes details on the drug's mechanism and clinical trial progress.
- ⑥小児心臓病に対する再生医療等製品の開発:** Development of a new drug for pediatric heart disease (H27.4 AMED). Includes details on the drug's mechanism and clinical trial progress.
- ⑦疾病克服に向けたゲノム医療連携プロジェクト:** Development of a new drug for cancer (H27.4 AMED). Includes details on the drug's mechanism and clinical trial progress.
- ⑧日本2千人超の全ゲノム解析結果を公開:** Publication of genome analysis results for over 2,000 Japanese people (H27.4 AMED). Includes details on the project's goals and results.

34



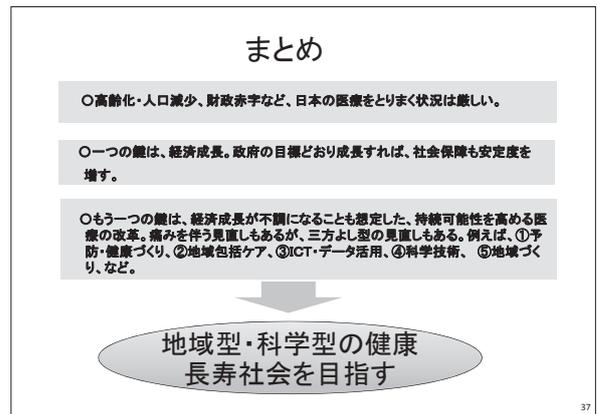
滴の血液でがんの早期発見ができるマーカーの開発がかなりの段階までできています。スクリーニングがこれによって行われますので、がんの早期発見の比率が高まると思います。その上で費用面がどうかということになります。医療費の効率化に資する医薬品、医療機器の開発に期待します。

**⑤ 地域づくり**

- ・本格的な高齢化社会  
→ 地域での暮らしの重要性が増す
- ・生活支援、予防・介護予防、健康づくり支援は必須  
→ 住民に身近な行政体(市町村)の責任大
  - 社会資源を活かす、盛り上げる
  - 外出先・交流の場づくり
  - 生涯現役の機会づくり  
= 「いい地域をつくる」
- ・医療介護の専門職団体(医師会等)との連携

最後は地域づくりです。本格的な超高齢化社会の中で、地域での暮らしの重要性が増します。人生100年時代になる可能性があります。60歳で仕事を辞めて30年、40年の暮らしがその後にあるわけです。第二の仕事の暮らしもありますが、地域の中での暮らしのウエイトが増してくると思います。それに伴って地域での生活支援サービスや予防など健康づくりの需要が高まると考えられます。身近な行政体である市町村にこうした分野での役割が期待されます。社会資源を活かしたり、盛り上げたり、外出先をつくったり、生涯現役の場所をつくる。いい地域をつくるということです。ただ、やはり市町村には実力の差があり、なかなか自分たちでやり切れない

ところもあると思います。都道府県が背中を押したり、あともう一つは医療介護の専門職団体、特に地域の医師会が市町村とタイアップしたり、市町村行政にアドバイスや協力することで、地域づくりの中で重要なプレイヤーになっていただけるのではないかと考えています。これが長寿社会を乗り切るための実に大切な基盤だと考えます。



最後にまとめになりますが、高齢化、人口減少、財政赤字など医療や介護を取り巻く状況は厳しいですが、一つの鍵は経済成長で、政府の目標通り成長すれば、社会保障の安定度が増します。ただし、経済成長が上手くいかない可能性もありますので、それも想定して、持続可能性を高めるための改革も必要になります。痛みを伴う見直しもあり得ますが、三方よし型の見直しである、予防健康づくり、地域包括ケア、ICTデータ活用、科学技術、地域づくりといった取り組みによって持続可能性を高める余地も大きい。地域型、科学型の健康長寿社会を目指すことによって2040年も乗り切れる社会をつくれる可能性があると思っています。

**(深澤座長)**

大島さんありがとうございました。フロアから質問があるかと存じますが、時間がオーバーしておりますので、こころ辺で勘弁していただきたいと存じます。

今後は国民も医療機関も困らないような政策をよろしく願いいたします。本日はどうもありがとうございました。

日本医師会勤務医委員会委員長 泉 良 平



## 報告

日本医師会勤務医委員会委員長 泉 良平



秋も深まり冬の気配が感じられるこの札幌で報告  
ができますこと、大変うれしく思います。

平成28・29年度 日本医師会 勤務医委員会 諮問及び名簿  
会長諮問「勤務医の参画を促すための地域医師会活動について」

|                |                          |              |
|----------------|--------------------------|--------------|
| ◎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★         | 岩手県立病院院長                 | 岩手県医師会常任理事   |
| 伊藤健一           | 釧路市立病院名誉院長               | 釧路県医師会理事     |
| 植山重一           | 医療生協さいたま市田代立診療所所長        | 行田市医師会理事     |
| 大久保伸かり         | 東京医科大学皮膚科学分野教授           | 東京医科大学医師会副会長 |
| 蓬合知彦★          | 東京慈恵会医科大学客員教授            | 東京都医師会理事     |
| (平成29年7月18日から) |                          |              |
| 木下都夫           | 長崎原爆病院神経内科部長             | 長崎県医師会常任理事   |
| 金丸吉昌★          | 美郷町地域包括医療局総務課長           | 宮崎県医師会常任理事   |
| 清水信雄★          | 淳風会健康管理センター長             | 岡山県医師会副会長    |
| 友安 茂★          | 昭和大学客員教授                 | 東京都医師会理事     |
| (平成29年7月17日まで) |                          |              |
| 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   |
| 藤井美穂★          | 時計台記念病院女性総合診療センター所長      | 北海道医師会常任理事   |
| 福田東二★          | 近畿大学医学部HIV・Hepatitis医学教授 | 大阪府医師会理事     |
| 藤野隆之           | 大牟田市立病院副院長               | 福岡県医師会理事     |
| 岡澤憲多朗★         | ひたちなか総合病院外科主任医長          | 茨城県医師会常任理事   |

◎=委員長、○=副委員長  
役員：今村副会長、市川常任理事、石川常任理事、温泉川常任理事、佐藤理事

28年、29年度の日本医師会の勤務医委員会の諮問  
につきましては、ここに書いてありますように、「勤  
務医の参画を促すための地域医師会活動について」  
ということでございます。14名の委員が任命されま  
した。このメンバーで会長諮問のみならずさまざま  
な活動しております。その活動内容についてご報告  
させていただきます。

まず5月10日に日本医師会館で都道府県医師会勤  
務医担当理事連絡協議会をさせていただきました。  
二つの協議をいたしました。一つは新たな専門医の

平成29年度 都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会

勤務医の抱える諸問題に関し、地域の実情を踏まえ、より実態に即した  
把握・検討等を行う

平成29年5月10日(金) 日本医師会館小講堂にて開催

<協議>

- 新たな専門医の仕組み
  - 例年どおり、都道府県医師会から意見等を募ったほか、  
本年度は、勤務医委員会としても、勤務医の視点から  
事前に質問内容を検討し、同協議会に提出。  
審議充実を図った。

議論の概要

- 女性医師のライフイベントや留学時の対応等
- ダブルボードの認定
- 医師会で実施する専門医「共通講習」(感染症対策・医療安全・  
医療倫理)について

平成29年度 都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会

新たな専門医の仕組み

- 女性医師のライフイベントへの対応等
- 研修カリキュラム制
 

各学会が定めた認定施設(基幹施設、連携施設など)における研修実績が評価される。専門医取得を希望  
する義務年限を有する医科大学卒業生、地域医療従事者や、**出産、育児等により休職・離職を選択した女  
性医師等**、介護、留学など、相当の合理的理由がある医師等であっても専門医の取得ができるよう、以下  
の場合には、研修プログラム制と同等の当該分野全般にわたる症例を経験し**専門医育成の教育レベルが  
保持されることを条件に柔軟な研修カリキュラム制による専門研修を行う等、柔軟に対応**を行う。

  - 卒業後に義務年限を有する医科大学卒業生において必要と考えられる場合
  - 地域医療に資することが明らかな場合
- その他、**出産、育児、介護、留学など、相当の合理的理由がある場合**  
専門医制度新整備指針(第二版)より抜粋

- ダブルボードの認定
 

**V. 本指針の運用について**

  - 本指針で示した各基本領域学会の認定プログラムにおける研修を修了し、当該基本領域学会の資格審  
査に合格し、**機構で認定され基本領域学会の専門医となったものが、その後、他の基本領域学会専門医資  
格を獲得する(ダブルボード)ことは認めない。**
  - ダブルボードの認定については、当該基本領域学会が協同して細則を定め、機構が認定する。
  - このほか、必要とされる運用細則を別途定める。  
専門医制度新整備指針(第二版)より抜粋

仕組みについて都道府県医師会から意見を募ったほ  
か、今年も勤務医委員会として事前に質問内容を検  
討して協議会に提出いたしました。概要としては、  
女性医師のライフイベントや留学時の対応等につい  
て、ダブルボードの認定、医師会で実施する専門医  
の共通講習についての議論がございました。ライフ  
イベントへの対応については、出産・育児等により、  
休職、離職を選択した女性医師については専門医育  
成の教育レベルが保持されることを条件に柔軟な研  
修カリキュラム制度による研修を行ないます。ダブ  
ルボードについてもさまざまな意見がございました  
けれども、機構で認定され、基本領域学会の専門医

# 日本医師会勤務医委員会報告

となったものが他の基本領域学会の専門医の資格を取得することは妨げないということでありませう。

平成29年度 都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会  
**新たな専門医の仕組み**

3. 医師会で実施する専門医「共通講習」

目的：  
新たな専門医の仕組みは、プロフェッショナル・オートノミーを原則として、医療関係者間でその仕組みを構築していく必要がある。日本専門医機構では、共通講習の目的として、「各領域の枠を超えた、医師として必要な知識や態度（人間性や社会性を含む）を扱う講習を受講する」として、その実施について定め、運営を開始している。  
日本専門医機構から日本医師会に対して、専門医共通講習実施の協力依頼があり、各都道府県医師会の協力のもと、講習会を実施し、いっそうの専門医の質の向上に寄与することとした。

専門医共通講習の内容：  
＜必修の共通講習＞  
①医療倫理、②感染症対策、③医療安全

＜任意の共通講習＞  
④医療事故・医事法制、⑤地域医療、⑥医療福祉制度、⑦医療経済（医療保険等）  
⑧臨床研究・臨床試験など

主催：  
原則として、都道府県医師会の主催とする。（日本医師会に事前申請）

出典：日医発第1261号（生125）文書より作成（平成29年3月22日）

次に共通講習について少しご説明させていただきます。学会等では共通講習に多くの医師が押し寄せて、十分な講習を受けることができないという話も聞いていますが、今回は日本専門医機構から日本医師会に対して専門医共通講習実施の協力依頼がございましたので、共通講習の医療倫理、感染症対策、医療安全について、あるいは任意の共通講習について、さまざまな条件がありますが、原則として都道府県医師会が主催する中で、日本医師会に事前に審査したものであるということがございますので、ぜひ各都道府県医師会でやっていただきたいと思ひます。

平成29年度 都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会

勤務医の抱える諸問題に関し、地域の実情を踏まえ、より実態に即した把握・検討等を行う  
平成29年5月10日（金） 日本医師会館小講堂にて開催

<協議>

2. 医療事故調査制度  
→ 日本医師会担当役員の出席を得、日本医師会が実施した、「医療事故調査制度における都道府県医師会の支援団体活動に関する実態調査」に関する説明を受けたうえで、協議を進めた。

次は医療事故調査制度について協議をいたしました。これは日本医師会の担当役員の出席をお願いいたしまして、日本医師会が実施いたしました「医療事故調査制度における都道府県医師会支援団体活動に関する実態調査」を基にして説明を受けて協議を

平成29年度 都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会  
**医療事故調査制度**

1. 日本医師会による医療事故調査制度における都道府県医師会の支援団体活動に関する実態調査報告（平成29年5月8日時点）

- 支援団体等連絡協議会はすべての都道府県で設置済み。
- 代表者や事務局は、ごく一部を除いて医師会の役員と事務局が当たっている。
- 自由記載欄には、「運営経費の問題」や「医療事故調査制度」というネーミングの問題が多く見受けられた。（日医として、名称を前向き響きを持つものに変えていくよう働きかけを行っている。）

※支援団体等連絡協議会運営事業  
医療事故調査等支援団体間の情報共有等を図るために設置される支援団体等連絡協議会の運営等に必要経費を支援するもので、日本医師会が国から委託を受けて実施している。予算額は92,269千円で、会議費、借料、専門家招聘に係る謝金・旅費、事務局員資金等を対象経費としている。

進めました。その内容ですけれども、協議会はすべての都道府県に設置されておりますけれども、ほとんどを医師会が担っています。自由記載欄では、運営経費の問題であるとか、医療事故調査制度というネーミングが時には大きな混乱をもたらすということで、これについての意見が多く出されました。日医としては、名称を前向きな響きをもつものへの改名を前向きに検討するというにいたしました。医療事故という言葉が大きなインパクトがありますので、そこでそういう議論をいたしました。支援団体等連絡協議会運営事業につきましては、先般、皆さまのお手元にも情報が伝わったかと存じますが、少々時間的に遅かったので扱いきれないのですが、9,000万円余りの予算が国から委託されていて、来年の3月まで使うことは難しいのですが、ぜひ活用していきたいと思ひます。割愛しますが、支援団体

2. 日本医師会による支援団体統括者セミナー  
（平成28年12月、平成29年2月）

- 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から研修業務の委託を受けて実施。
- 各都道府県医師会より3名（都道府県医師会担当役員、院内調査の支援を担う基幹病院などの代表者、地域の看護職の代表者）が1グループになり参加。
- 事前に提示した課題事例に基づき、グループワークにて、調査報告書の書き方など具体的な検討を行った。

統括者セミナーがすでに日本医師会で行なわれていまして、都道府県医師会からは3名の方が1グループになって参加していただいて、グループワークを

行ない、調査報告書の書き方等の具体的な検討をいたしました。例えば、委員長という資格を持つのも大変難しく、委員長の議論の方向によって随分事故調査に関わりますので、そういうことを含めてのこととございます。

### 勤務医座談会

- 全国から5名の医師が出席
- 医師の働き方
- 新たな専門医の仕組み
- 医療事故調査制度
- 医師会への期待




意見交換を行い、「日医ニュース」に3回にわたり掲載  
(平成29年9月20日号から)

8月4日には勤務医座談会を行ないました。本日シンポジウムを行なう中川先生も含めて5人の先生においでいただきまして、医師の働き方、新たな専門医の仕組み、医療事故調査制度、医師会への期待などについて3時間余りかけて議論いただきました。内容は日医ニュースの9月20日号から掲載されておりますので、お読みいただきたいと思っております。大変多くのご意見をいただきましたし、これからの勤務医が係わっていく医師会活動に大いに示唆をいただきました。ありがとうございました。

### 医師の働き方改革への勤務医委員会の協議と取り組みについて

- 日本医師会勤務医委員会は、「勤務医の健康と地域医療を守る」視点から、医師の働き方について積極的に関わり、地域医師会の意見を集約することが重要である
- 勤務医委員会として、日本医師会「医師の働き方検討委員会」へ積極的に関わる。
- 厚生労働省に設置された「医師の働き方改革に関する検討会」の日本医師会からの構成員である今村聡副会長・市川常任理事への提言

医師の働き方改革というのが大変大きなポイントになってきています。これについては、勤務医委員会は主体的に取り組んでいこうと。諮問に対する答申づくりももちろん大事ではありますが、これを座

視することはできないということで、日本医師会勤務医委員会は勤務医の健康と地域医療を守るという視点から、医師の働き方について積極的に関わっていく。そのためには地域医師会の意見を集約することが必要ではないかということです。もちろん日本医師会に設けられました、医師の働き方検討委員会に関わっておりますし、厚労省で設置された医師の働き方改革に関する検討会に今村副会長、市川常任理事が出てらっしゃいますので、そこへ提言していくということを勤務医委員会としては行なうべきと考えました。

### 医師の働き方検討委員会

- 働き方改革が議論されているなか、質の高い医療提供体制の維持と医師自身の健康確保を両立するような制度を検討することを目的として本委員会を設置。(委員計 13名)
- 日本医師会には医師の勤務環境改善についての成果やノウハウが蓄積されている。これを活かし、委員会で提言をまとめ、国の検討の場で日医の見解をしっかりと伝えていく。

**会長諮問**  
(平成29年6月21日)

国の検討会に先がけて  
検討開始  
今後、病院団体とも  
意見交換

**「医師の勤務環境改善のための具体的方策  
—地域医療体制を踏まえた勤務医の健康確保策を中心に—」**

出典：都道府県医師会協議会(H29.9.19)、松本吉郎常任理事説明資料

都道府県医師会協議会でご説明して下さった資料を拝借いたしました。ここに書いてある通り、医師の働き方検討委員会がつけられました。医師の勤務環境改善についての成果へのノウハウが蓄積されている。これを活かして、勤務医委員会や働き方検討委員会で提言をまとめるということとございます。国の検討会に先駆けて検討がはじまりました。6月21日には諮問をいただきまして、「医師の勤務環

### 医師の働き方検討委員会 委員(13名)

**(産業保健委員会委員から)**

|     |       |                             |
|-----|-------|-----------------------------|
| 委員長 | 相澤 好治 | 北里大学名誉教授                    |
|     | 中嶋 義文 | 三井記念病院精神科部長                 |
|     | 村上 剛久 | 社会保険労務士法人 迫田・村上リーゼンバーク代表社員  |
|     | 吉川 徹  | 労働安全衛生総合研究所 過労死等調査センター統括研究員 |

**(勤務医委員会委員から)**

|      |       |                                |
|------|-------|--------------------------------|
| 副委員長 | 泉 良平  | 富山県医師会副会長(富山市民病院 富山市病院事業管理者)   |
|      | 植山 直人 | 全国医師ユニオン代表(医療生協さいたま行田協立診療所所長)  |
|      | 藤井 美穂 | 北海道医師会常任理事(時計台記念病院女性総合診療センター長) |
|      | 望月 泉  | 岩手県医師会常任理事(岩手県立中央病院病院長)        |

**(本委員会に関連する公的審議会等の委員から)**

|  |       |   |
|--|-------|---|
|  | 木戸 道子 | 日本赤十字社医療センター第二産婦人科部長<br>(社会保険審議会医療部会委員)           |
|  | 城内 博  | 日本大学大学院理工学研究科教授<br>(労働政策審議会安全衛生分科会委員)             |
|  | 星 北斗  | 星総合病院理事長<br>(新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会構成員) |
|  | 山口 直人 | 東京女子医科大学衛生学公衆衛生学第二講座教授<br>(労働政策審議会安全衛生分科会委員)      |
|  | 小川 彰  | (岩手医科大学 理事長・学長) (10/27から参画予定)                     |

出典：都道府県医師会協議会(H29.9.19)、松本吉郎常任理事説明資料

環境改善のための具体的方策、地域医療体制を踏まえた勤務医の健康確保策を中心に」ということであります。委員としては13名で、勤務医委員会からは私を含めて4名が参加しております。すでに医療勤務

**医師の働き方の論点(平成29年5月10日 日本医師会定例会記者会見抜粋)**

**(1)今できる働き方改革、(2)将来の働き方改革、の二つに分けて考える必要がある。**

(1)については、「医療勤務環境改善支援センター」の周知と活用がまず挙げられるとし、「厚生労働省に対し、改めてこの事業の活性化を促したい」と述べるとともに、各都道府県の医療勤務環境改善支援センターについては、政府予算の拡充、日医で作成したツールの活用、「勤務医の健康支援のための15のアクション」への取り組みなどを進めよう改めて働き掛けを行っていく意向を示した。

また、個々の医療機関のみでは対応が困難な医師確保については、医師偏在の調整機能を担う「地域医療支援センター」が都道府県横断で医師の調整ができるよう、仕組みを工夫することも検討課題とした。

(2)については、「『今できる働き方改革』を行って勤務医の健康が確保された後に行われるべきものであり、その際には、質の高い医療提供体制の確保との両立が大前提である」と述べた上で、具体的には委員会の議論を待ちたいが、医師の倫理観、法律で規定された応召義務を背景とした医師という職業の特性を十分に考慮した制度とする必要があると指摘。

例えば、「時間外労働時間規制を仮に導入する場合、応召義務のある医師にどのような方が考えられるのか」「診療科間、病院機能、地域間の差をどう埋めるのか」などの他、「女性医師、高齢医師、研修医の扱い」「勤務間インターバル」「曜日重との兼ね合い」なども論点になるとした。

**6月21日に第1回、8月10日に第2回を開催。  
平成29年度末を目途に答申をまとめる予定**

出典：都道府県医師会長協議会(H29.9.19)、松本市常任理事説明資料

環境改善支援センターが都道府県に法令で定められて設置されていますが、それが十分に活用されているか、あるいは周知されているかというのが大変大きな問題であるかと思えます。日本医師会の勤務医の健康を守る委員会等から勤務医の健康支援のためのアクション等について非常に素晴らしい内容が示されているのですが、なかなかそれが皆さんに知れ渡っていないということがわかります。これも法令で決められていますが地域医療支援センターで各都道府県の医師の奪い合いになっても困りますので、そういった意味で、横断で医師の調整ができるような仕組みを工夫することも大事である。逆にさまざまなセンターがお互い連携してなくて機能していないということが大きな問題ではないかと思えます。応召義務というのが大きな問題になっておりますが、医師の特性を十分に考慮した制度にしなくてはいけませんし、さまざまな診療科間、あるいは病院機能の地域間の差をどういうふうにするのか。インターバルの問題もあります。3月を目途に答申をまとめる方向で、鋭意委員会が進められております。

そこで日本医師会勤務医委員会としましては、調査依頼ということをさせていただきました。アンケートという形で、先日、日本医師会から出ているものとは別に調査依頼をさせていただきました。労働時間の制限による地域医療への影響については、ぜ

## 「医師の働き方改革」による影響についての調査依頼

- ・政府は「働き方改革実行計画」を決定し、長時間労働の是正などの改革を進めることとなりました。
- ・日本医師会では、政府が設置する検討会の開催に先立ち、会内に「医師の働き方検討委員会」を設置し、日本医師会勤務医委員会より4名の委員が参画するなかで検討が進められていますが、とりわけ、労働時間の制限による地域医療への影響については、医師会としての集約した意見を、政府の検討会等で説明し、理解を求めることが肝要であると考えます。
- ・そのため、日本医師会勤務医委員会は、「勤務医の健康と地域医療を守る」視点から、医師の働き方について積極的に関わり、地域医師会の意見を集約することが重要であると考えます。
- ・すでに、日本医師会勤務医委員会では、都市区等医師会・都道府県医師会の勤務医の意見を各ブロック医師会に集約し、その意見を日本医師会に具申するというフレームワークの構築を提言しているところでありますが、全国の医師会勤務医部会あるいは勤務医委員会などで意見集約のフレームワークを駆使して、多くの意見を集約したいと考えています。

平成29年9月 日本医師会勤務医委員会

## 調査票の概要

1. 時間外労働時間を制限することによる医療への影響について
  - 1) 救急医療への影響
  - 2) 外来診療の縮小などの病院機能の低下
  - 3) 高度医療への影響・長時間手術など
  - 4) (院内での) 研修時間への影響
  - 5) へき地診療への影響
  - 6) 研修医への教育
  - 7) その他 各地域医師会において懸念される影響

ひ知っておく必要があります。医師会として勤務医として知っていく必要があります。医師の働き方について積極的に関わって、地域医師会の意見を集約することが重要であります。そして、全国の医師会、勤務医部会、あるいは勤務医委員会などで意見集約のフレームワークを駆使して多くの意見を集約したいと考えております。概要について簡単にご説明させていただきます。時間外労働時間を制限することで医療への影響についてお伺いしました。救急医療については、例えば24時間の救急体制で医師のシフト制がありますが、今、見合う医師の人員が救急医療を含めてありません。そうなれば受け入れの制限をしなければならないだろう。急性期病院での当直が交代勤務制となれば医師の増員が必要です。外来診療については、例えば当直明けの医師が翌日の診療をできない、時間外労働でできないとあれば、外来は行えません。その時に代替医師が確保できないのか。

3番目の高度医療、長時間手術についても同様で

す。鏡視下手術であるとか、さまざまな複雑な手術が増えてきている、あるいは検査も増えてきていますが、それについての時間的な要求がなくなってくる。それから高度医療を行なえる医師は限られています。限られた医師が上限となる労働時間で果たしてできるのか。それから研修時間についてですが、これは実は診療報酬などでも規定されていますが、医療安全、倫理、感染防止については、全職員に対する研修が義務付けられています。だいたいこれは時間外に1時間30分から40分程度で行われていますが、それがまずできなくなるのではないかと。6番の研修医の教育についても同じようにあります。へき地診療は24時間、365日、少ない人数の医師が行なっています。大変大きな影響があります。研修医の教育については指導医が研修医に対して指導しますが、その指導医の時間配分が難しくなります。地域医療を守る視点からこういうことについて実際に地域で取り組まれている方策はないでしょうか、これがわれわれの活動に影響しますので、お願いいたしました。

**2. 地域医療を守る視点から、医師の働き方に関連して、地域で取り組まれている方策や、労働時間短縮による医療への影響を軽減するための方策、または具体的な地域医療連携などの取り組みなどについて**

- 1) 救急体制についての取り組み
- 2) 病院外来診療への診療所医師の協力
- 3) 病院入院診療への診療所医師の協力
- 4) 医師不足の地域への医師の派遣等の事業  
(現状や今後の予定について)

救急医療体制については各地域の医師会が一次救急を担う、多くの休日診療等を行なっていますが、すべてというわけではありません。これはぜひ全国的にも、財政的な支援を含めても、一次救急体制をしっかりとすることによって、二次救急に係る勤務医の負担を減らすことが大事であります。2番の外来診療については小児科などの特定の診療科で行なわれていますが不十分です。3番についてはほとんど経験がないところでございます。4番については調

査票によりますと、秋田や茨城など4~5県でこういった派遣事業が行なわれています。決して十分ではないと言われております。それでどうすれば改善でき

**3. 医師の働き方を改善するための取り組みについて**

- 1) チーム医療
  - 2) 勤務交代制
  - 3) 複数主治医制
  - 4) タスクシフティング
  - 5) 短時間勤務制度
  - 6) 女性医師の活用
4. 医師の負担軽減のための住民への啓発活動
5. その他、日本医師会勤務医委員会へのご意見

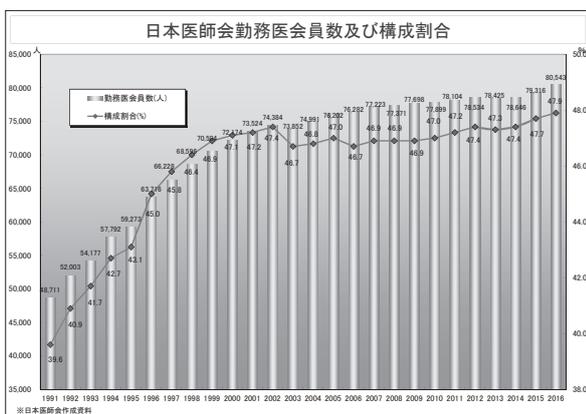
るのかということをご意見いただきました。他職種のチーム医療もありますし、医師のチーム医療もあります。勤務交代制についてはほとんど進んでいません。それは医師不足であるからだとということ報告がございました。複数主治医制については、大学病院や大規模病院での多くの医師が勤めている診療科では可能です。タスクシフティングについては、いくつかの県からナースプラクティショナーやフィジシャン・アシスタント、特定看護師等が必要であると述べられておりました。短時間勤務制度、女性医師の活用については、ぜひこれは活用を行うべきであって、例えば女性医師が短時間で勤務する場合についての制度も問題があります。私見ですが、例えば1週間に三つや四つの複数医療機関で働いている女性医師や男性医師もいらっしゃいます。そこで給与はいただきますが、福利厚生面で果たしてどうなのか。実際に福利厚生面では、医師会の保険に入らなくてはいけないなど、そういったことがあり、決して十分ではありません。それがこのことを妨げていると思います。負担軽減のための住民への啓発活動も十分ではございません。そのほか、日本医師会はもっとしっかりしてほしいという意見も多くございました。これらをまとめて整理して厚労省の検討会で発表していただきたいと思っています。これが答申骨子案です。医師という職業の特殊性・多様性、時間外労働時間の上限について、ライフワークバラ

# 日本医師会勤務医委員会報告

医師の働き方検討委員会の答申骨子案

1. 医師という職業の特殊性・多様性
2. 時間外労働時間の上限について
3. 勤務医のワーク・ライフ・バランスの実現  
(主に労働基準法との関わり)
4. 勤務医の労働安全衛生の充実  
(労働安全衛生法との関わり)
5. 地域医療を守る  
(医師法、地域医療構想との関わり)

ンス、労働安全衛生法、過労死があります。若い医師がこれ以上過労で命を落とす、これを続けていけば、今後若い人が医療に目を向けることが無くなるという危機感を持つべきだと思います。



5番の地域医療を守るは、われわれがしっかりと答申を作っていきたいと思っています。医師会の会員数は、2016年度は前年度より1,000人余り増えました。それは勤務医の確率、構成割合が増えていることにつながります。臨床研修医の会費無料化によ

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

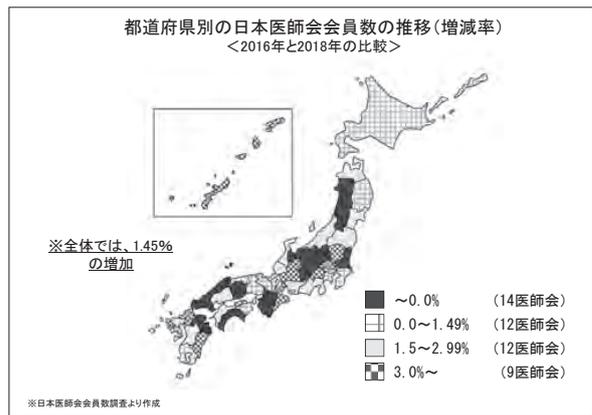
|         | 平成26年12月1日 | 平成27年12月1日 | 平成28年12月1日 | 増減<br>(平成28年12月1日)<br>-(平成26年12月1日) |
|---------|------------|------------|------------|-------------------------------------|
| A②会員(C) | 817人       | 846人       | 1,134人     | +317人                               |
| C会員     | 888人       | 1,576人     | 2,276人     | +1,388人                             |
| 合計      | 1,705人     | 2,422人     | 3,410人     | +1,705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 | 平成29年度の医学部定員 | 9,420人 |

※日本医師会会員数調査より作成

り1,705人増えましたが、医学部の定員が9,000人余りですので、まだまだ研修医が入ってきておりません。この表は私としては頭が痛いのですが、医師の



高齢化が原因ではないかと思っています。赤い部分が医師の減っているところですが、私の地元も減っておりますので、帰ったら言おうと思います。

**勤務医交流会** (主催：北海道医師会勤務医部会若手医師専門委員会)

日時：平成29年10月22日(日) 午前10時~

場所：札幌グランドホテル 東館3階「GINSEN」

**主な内容**

話題提供：「医師の働き方を考える」  
日本医師会常任理事 市川 朝洋

ワークショップ メインテーマ「勤務医の働き方」

- テーマ① 長時間労働の法対策
- テーマ② 多様な働き方と診療支援システム
- テーマ③ 医療現場の世代間ギャップと管理職の意識
- テーマ④ キャリア設計とワークライフバランス
- テーマ⑤ 医師として働くことの理想と現実

※ワークショップ後は、グループ発表・全体討論

先の答申で、せっかくこうして勤務医部会連絡協議会で集まるので、もう一日時間をつくって、そのとき必要なことを話し合う機会をつくってほしいと

いうことを答申いたしました。今回は北海道医師会の長瀬会長と藤井先生のお力をいただきまして、勤務医交流会が明日午前10時から、このホテルで行われます。100名近くの方が参加されると聞いて大変うれしく思いました。話題提供として市川先生から「医師の働き方を考える」をいただいて、あとはグループごとに長時間労働について、多様な働き方と診療支援システム、医療現場の世代間ギャップと管理職の意識。ギャップというのは実はどうしようもないほどありますが、これについても話し合います。それからキャリア設計とワークライフバランス。医師として働くことの理想と現実。この五つのテーマを話し合います。これによってワークショップを行い、グループ発表をしたいと思っております。

会長諮問(平成28・29年度 日本医師会 勤務医委員会)  
勤務医の参画を促すための地域医師会活動

- 医師の働き方改革への具体的な提言を介しての医師会活動への勤務医の理解
- 勤務医の意見集約のためのフレームワーク確立
- 地域医師会役員への勤務医の登用
- 大学医師会の活動支援
- 日本医師会への入会方法と勤務地変更などによる会員資格の具体的な改善

(勇気と志:医師会活動への参加)



最後になりますが、来年の6月にわれわれの委員会は終わりますので、4月頃までには答申を出したいと思っております。常日頃から答申だけでなく、行動する委員会ではなくてはならないと思ってここまでやって参りました。前回の調査票についてはほとんどの都道府県よりいただき大変感謝しております。働き方改革への具体的な提言を介して、医師会活動への勤務医の理解を求め。今ここでしっかりとしたことをわれわれができなければ、若手の医師が医師会にそっぽを向くことは必至です。間違った方向でないことをまず示していかななくてはならない。それから勤務医については、ぜひフレームワークをつくり意見を集約したい。それから勤務医を登用していただかなくては、医師会に勤務医の活動は広がりません。また委員会で話題になりましたが、大学医師会

は大変大事なはずですが、決してその活動が十分ではないところがあります。財政的、人的、医師会活動について、われわれ医師会が活動を支えて行かなくては、これは私の私見ですが、ぜひきちんとしていきたいと思っています。10年以上前からずっとやっていますが、勤務地が変わって、県が変わると、一度退会してまた入会しなくてはなりません。そういうことが意欲を削ぎますので、ぜひこのことについてもお願いしたいと思います。

勇気と志をもって、この写真にある方のように医師会活動への参加をしていただくことを呼び掛けまして、終わらせていただきます。



次期担当医師会挨拶

12:10~12:15

長崎県医師会会長 蒔 本 恭





### 挨拶

長崎県医師会会長 蒔本 恭

長崎県医師会の蒔本でございます。平成30年度の次期担当県医師会長として一言ご挨拶を申し上げます。はじめに、主催者である横倉義武日本医師会会長、ならびに本年度の協議会に関わる準備、運営すべてをご担当されている北海道医師会長瀬清会長をはじめ、役職員の皆さま方のご尽力によりこのように盛会に開催されておられますことに、深く敬意を表する次第でございます。私どもは来年の担当として、本日の協議会の運営を参考にさせていただきながら、準備を進めて参りたいと思います。

平成30年度全国医師会勤務医部会連絡協議会は、平成元年度に第10回協議会を開催以来、29年ぶりに長崎での開催になります。平成30年11月3日にメインテーマを「明日の勤務医の働き方を考える～西洋医学発祥の地長崎からの提言～」として、長崎駅に隣接されたホテルニュー長崎での開催を予定しております。

ご承知の通り、わが国は少子高齢化の進展に伴い、人材確保が重要な課題となっております。その中で、勤務医、特に女性医師の離職防止や復職を含めて、医師の働き方を考えていかなければなりません。長崎での連絡協議会では、勤務医や女性医師の働き方について考え、さまざまな議論をする中で、医師の働き方改革に対する対応や今後の医師不足対策のためになればと考えております。

さて、長崎は日本の最西端に位置し、古くから外国への玄関口として発展してきた港湾都市でございます。江戸時代には国内唯一の貿易港として、出島をつくり、オランダを中心としたヨーロッパから西洋医学を含めた多くの文化が入ってきております。外国からの文化の流輸入の影響や坂の多い街並みということから、日本国内の他都市とは違った景観が

見られます。また、独自の食文化として卓袱料理、中華料理、さらには周辺の海で獲れた活き魚料理もでございます。加えて平成27年には明治日本の産業革命遺産が世界文化遺産として登録され、併せて平成30年度に世界遺産の登録を目指しています長崎の教会群とキリスト教関連遺産がございます。また、長崎港を中心とした長崎の夜景は平成25年に香港、モナコとともに世界新三大夜景の一つとして選定されております。その他、多くの珍しい観光地もございます。ぜひ長崎での全国医師会勤務医部会連絡協議会にご参加いただけますようお願い申し上げます。ご挨拶とさせていただきます。どうぞお待ちいたしております。



## 「蝦夷地の医事と医人」

講師：日本医史学会功労会員 島田保久  
北海道医史学研究会代表幹事

座長：北海道医史学研究会会長 長瀬清





### 座 長

北海道医史学研究会会長 長 瀬 清

---

本日は、多くの皆様にご参加いただきありがとうございます。  
ございます。

北海道は、長い縄文文化、アイヌ文化等の時代を経て、明治2年に北海道と命名されてから150年となります。

明治以前の記録があまり残されていませんが、本日お話しいただく島田保久先生は明治以前から現代まで北海道の医療の歴史を研究されている方です。

先頃、北海道で活躍された医家の人名字彙を出版され好評を得ています。本日は、これまでの研究の一端をお話しいただきます。

貴重なお話です。ご傾聴よろしくお願ひいたします。

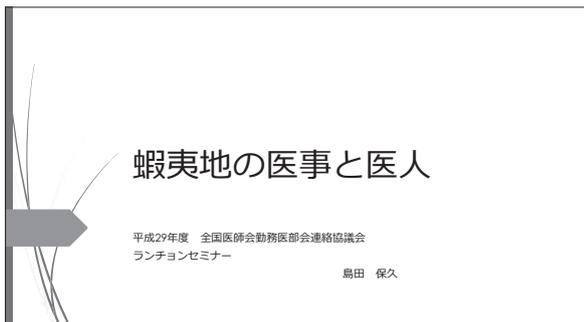
島田先生よろしくお願ひ申し上げます。



## 「蝦夷地の医事と医人」

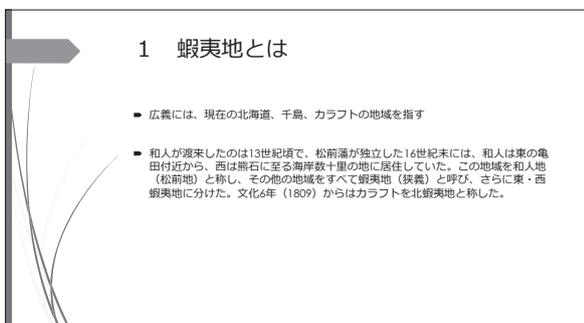
日本医史学会功労会員・北海道医史学研究会代表幹事

島田 保久

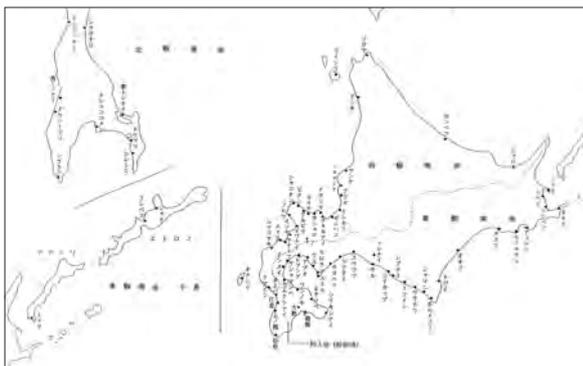


時間ですので本題に入ります。

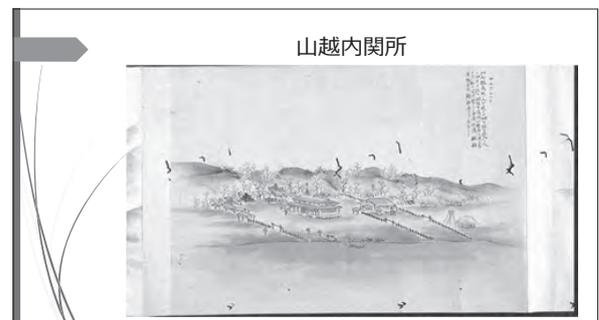
限られた時間ですので、12項目にしばり小冊子をお手元に配りました。これに基づいて話をすすめます。



蝦夷地とは北海道と千島、カラフトを指します。お配りした地図をご覧ください。古くから蝦夷地にはアイヌが住んでおりました。大きく上に西



蝦夷地、下の方に東蝦夷地と書いております。13世紀ころから和人が蝦夷地に渡り、松前を中心とした道南の地に移住しました。この地域を和人地あるいは松前地と言います。今でいう松前函館の地です。和人地を除いた地域がすべて蝦夷地です。西蝦夷地は日本海沿岸でここでは漁業が昔盛んでした。ニシンが一番獲れたのもこの地域です。東蝦夷地は太平洋側で、ここも漁業が盛んでしたが、それよりも千島への航路であり、大変重要な地域でした。文化6年からカラフトを北蝦夷地と呼ぶようになりました。



次に、松前藩はアイヌが居住している蝦夷地と和人地の境に関所を設けて往来を改めました。アイヌが和人地に入ることを禁じ、その逆に蝦夷地で和人が定住することは認められませんでした。例外として交易のための交流は認められていました。

## 2 松前藩とは

- 天正18年(1590)、蝦夷地は豊臣秀吉の幕下に参じ、蝦夷島主の称号をうけ慶長4年(1599)11月には大坂において徳川家康に稱し、氏を松前と改めることを許された。松前藩は松前慶広が初代藩主で、松前に藩庁を置いた。
- 松前藩が他藩と異なる点  
(1) 北辺の地であるため領内では米がとれず、無石の大名であった。  
(2) 蝦夷地には和人が移住する前からアイヌが居住していた。  
(3) 日本の北辺に位置しているので、ロシアや中国(清国)からの影響を受けた。

松前藩は16世紀に成立しております。ほかの藩との違いですが、一つは寒冷の地であったことです。米が収穫できないため、無石の大名であったことです。さらには古くからアイヌが住んでいたこと。それからもう一つは北限の地なので、ロシアの影響を受けました。これは先ほど申し上げましたが、蝦夷地の区分で千島・カラフトのことを考えると、よくわかると思います。道南の地には福山という台地が

福山城



福山風景



ありました。松前氏はここに城を築き、城下町としました。この福山とは松前のことです。

次に医史から見た、蝦夷地の時代区分ですが、蝦夷地の医史は松前藩が成立した16世紀末の豊臣秀吉から徳川家康に移った時代から明治元年までです。この間に大きな事件として、蝦夷地の択捉、国後、カラフトがロシアから攻撃を受けたということで、

## 3 医史からみた蝦夷地の時代区分

(松前藩成立後)

- ① 前松前藩時代  
天正18年(1590)から寛政11年(1799)まで、209年間。
- ② 前幕府直轄時代  
寛政11年(1799)から文政4年(1821)まで、23年間。
- ③ 後松前藩時代  
文政4年(1821)から安政元年(1854)まで、33年間。
- ④ 後幕府直轄時代  
安政元年(1854)から明治元年(1868)まで、14年間。

幕府は2回に渡り、松前藩から上地をしました。そして箱館奉行所を設けて直轄しました。これは閉鎖的な蝦夷地が一挙に開放されたことを意味しております。

## 4 医師の呼称(その1)

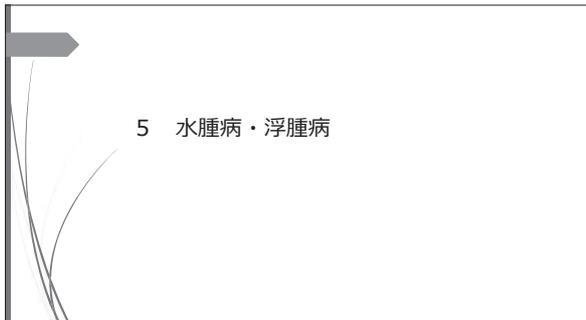
- ① 松前藩医  
身分は藩士と同格で、苗字、帯刀を許された。藩医の息子は藩費で遊学(京都など)した。
- ② 町医、民間医、開業医  
寛文9年(1669)には和入地に居住していた。のちに蝦夷地にも居住するようになった。
- ③ 御雇医師  
幕府の雇医師。箱館奉行所が東・西蝦夷地、北蝦夷地に派遣した。
- ④ 立入医師  
箱館奉行所の雇医師、奉行所の出入医師。
- ⑤ 在住医師  
幕府から箱館奉行所在任を命ぜられた医師。在住という役職があり、御雇医師より格が上であった。

## 4 医師の呼称(その2)

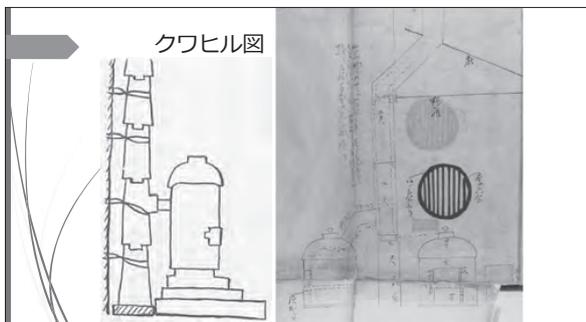
- ⑥ 陣屋詰医師  
直轄時代に幕府は東北諸藩に蝦夷地の警備を命じた。諸藩は勤番所(陣屋)を設けて、そこに詰めた医師。
- ⑦ 付添医師  
幕府は蝦夷地に採薬使を派遣した。一行の巡回に付き添った医師で主に松前藩医。
- ⑧ 会道医師、来道医師  
医療が目的ではなく、単に和入地、蝦夷地に足跡を残した医師。
- ⑨ 外国人医師  
安政元年(1854)に箱館開港が決定後、来港した外国人医師。西洋文化が持ち込まれ影響を与えた。

次に医師の呼称ですが、松前蝦夷地には身分の異なった医師が渡来し居住しました。一つは松前藩医、町医、開業医です。次に箱館奉行所が雇った、御雇医師、立入医師、そして在住医師、それから陣屋詰医師。ロシアが侵攻しましたので、幕府の命によって、東北諸藩が蝦夷地に出兵し、陣屋を築き、そこに詰めた医師です。幕府は蝦夷地の薬草ということで採薬使が度々来ております。それに付き添った医師が付添医師です。もう一つは箱館の開港によって来航した外国人医師です。

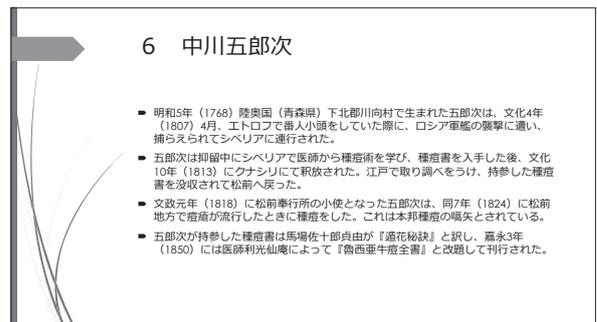
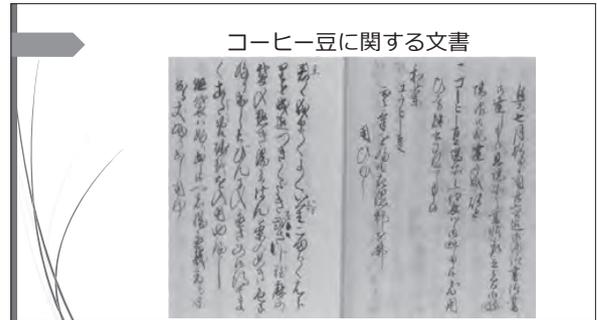
次に水腫病あるいは浮腫病ですが、蝦夷地の奥地



で越冬する和人の間で、原因不明の奇病で亡くなる方が非常に多かったのです。あるいは東北諸藩の兵士が蝦夷地に警備について多くの死者も出ております。その理由については、当時は厳寒の風土と陰湿な土地が、その主たる病因と考えられておりました。浮腫病の対策については、箱館奉行は頭を痛め、寒さと生鮮食料について配慮しております。一つは安政3年に武田斐三郎が公務でイギリス船に乗り込みました。船室でクワヒルを見て、それを写生しました。



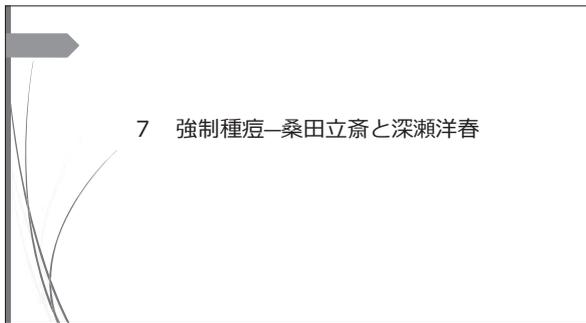
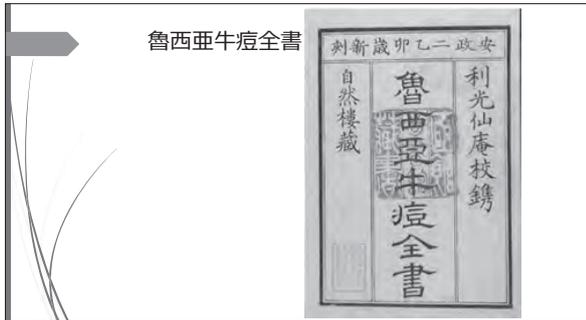
た。クワヒルとはオランダ語でカッペル、現在のストーブのことを意味します。それを見て、写生し持ち帰って、宗谷と箱館でこれをつくりました。これが日本で初めて実用化したストーブになります。万延元年に箱館奉行所では、コーヒー豆が浮腫病によく効くと聞き、外国船から購入して配りました。各勤番所に配った文書を見ますと、黒くなるまでよく煎り、細かくはらりとなるまでつき砕き、二匙ほど亜麻の袋に入れ、熱いお湯で番茶のような色に振り出し土瓶に入れておき、よく温め砂糖を入れ用う。袋は振り出してあげ置き、いくども味が出るだけ振り出して用いと書いてあります。どれだけ効いたかは別として、このような対策も用いられていました。



蝦夷地の医療で忘れてはならない人に、中川五郎次がいます。日本で初めての牛痘施行者とされており、文化4年にロシアの軍艦がエトロフ島を攻撃し、番人小頭だった五郎次を捕えてシベリアに連行しました。五郎次はシベリアで苦勞し、そのときに医師が種痘しているのを見て学んだんです。そして文化9年に択捉で釈放され、江戸で取り調べを受け、持参した種痘書を没収され松前に戻りました。文政7年に松前で天然痘が流行したときに五郎次が種痘しております。これは本邦初の牛痘種痘といわ



れていますが、これに対してはいろいろな議論がされています。没収された種痘書ですが、オランダ通詞の馬場佐十郎が「遁花秘訣」と題して訳しています。また、嘉永3年には医師の利光仙庵が「魯西亜牛痘全書」と改題をして刊行しております。



アイヌの中に和人が入りこむと、天然痘、梅毒、はしか、結核を持ち込みました。安政3年に奉行所の村垣淡路守が蝦夷地を巡視すると、アイヌに天然



次に、イヨマンテは映画や小説になっておりますが、もともとは厳粛な熊送りの儀式です。アイヌの日常生活はアイヌとカムイ、人と神との交流であります。狩猟の獲物は神から受けるもので子熊が獲れることはキムンカムイ（山の神）から子熊を託されたということで、子熊を丁寧に育てました。そして神のもとに返さなくてはいけないと。したがって厳粛に送り出しました。イヨマンテはアイヌの総合的に象徴する非常に大切な儀式です。次にオットセイですが、魚とともにアイヌの重要なタンパク源で、銚を打って獲りました。オットセイのペニス「タケリ」といって、徳川家康は強壯剤として「タケリ」を服用したいと、松前藩主に献上するよう命じました。そのほか、家康は朝鮮ニンジンなども服用したようです。

痘が流行し家族に死者がでると、家を焼き、山奥に逃げるなど人口が減っていることを知りました。そこで幕府に種痘医の派遣を要請しました。種痘医の一人として桑田立斎が渡来しました。坪井信道の日



種痘医 深瀬洋春



習堂の門人で、小児科医です。もう一人の深瀬洋春は、箱館の開業医の子どもで、竹内玄同、佐倉順天堂の門人です。安政4年から翌年にかけて、蝦夷地

8 種痘之図—塩田順庵

で巡回種痘を行ないました。アイヌは種痘をすると病をうつされるのではないかと山へ逃げました。地元の人たちを動員して山狩りしアイヌを集めたり、種痘をした者には褒美を取らせたりということで、本邦初の強制種痘が行われました。強制種痘は我が

種痘之図



国の予防医学実践の嚆矢とされております。これを記念して箱館の商人が蝦夷種痘之図を描かせました。そして在住医師の塩田順庵が讃を書いています。この種痘図は立齋が記念に写生し、さらに江戸で錦絵「公命蝦夷人種痘之図」として描かせております。塩田順庵という人は非常に優秀な人で、その子孫は明治に入っても活躍しております。

塩田順庵



9 箱館開港と外国人医師

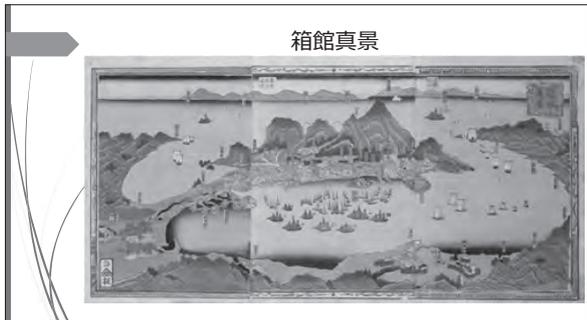
寛政10年頃の箱館



次に箱館の開港と外国人医師についてです。寛政10年の箱館では、浄玄寺、祢名寺、実行寺が出ておりますが、箱館が開港して安政5年2月にアメリカ人医師のベーツが来航しました。浄玄寺に滞在しました。9月にはロシア人医師のアルブレヒトが来航し、実行寺に滞在しました。当時は今と違い、ホテルなどがないので、外国人は一番施設

安政6年頃の箱館

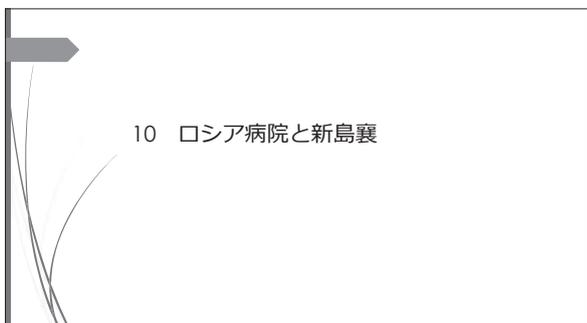
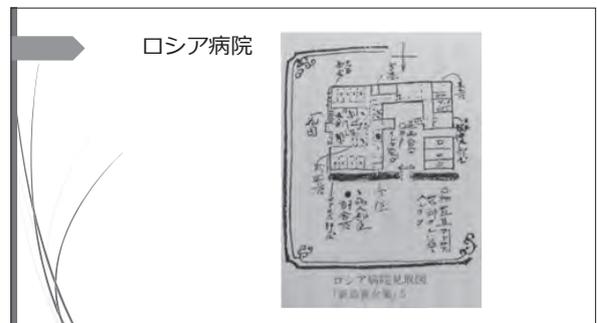




の整っていた寺に泊まりました。ベーツとアルブレヒトは箱館の住民を診療したいと、また住民からも西洋医にかかりたいと奉行所に申し出ております。奉行所としては人命に係わるので、奉行所の許可を受け、なおかつ浄玄寺と実行寺に限りて診療を認めるという苦肉の策を取りました。また、箱館の医師からも外国人医師から西洋医学を学びたいと申し出て、奉行所から許可が出ています。そういう意味では箱館は最先端をいく街だったと言えます。文久元年にニコライが箱館に来航しま



から、住民はがんがん寺と呼んだといわれています。



した。元治元年の4月には新島襄が武田斐三郎を頼って箱館に渡来しました。そしてニコライのもとに身を寄せ、互いに日本語と英語を教え合いました。ニコライはロシア正教会ハリストス聖堂を箱館に建てました。鐘ががんと鳴り響くこと

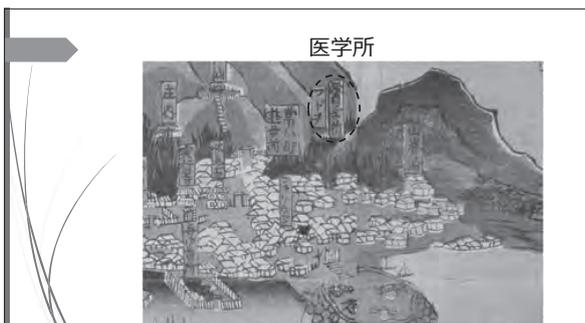
新島襄は眼を患って、ニコライの紹介でロシア病院を受診しております。新島襄はこのあと密航しましたが、女装をして外国船に乗り込みました。アメリカに滞在中に密航が友人間で話題となり、再現した写真であります。新島襄はアメリカでクラーク博士から化学を学んでいます。クラーク博士が札幌農学校を去った後、京都に立ち寄っているのですが、その時に教え子の新島と再会して、同志社大学の前身の英学校に寄付してアメリカに帰っております。

次は箱館医学所と栗本砲庵です。この人は非常に豪快で、来航したフランスの宣教師のカシオンからフランス語を学び、医師から文官になり、箱館奉行、外国奉行になり、フランスに渡っております。安政

11 箱館医学所と栗本匏庵



6年に箱館の医師は、当時本格的なロシア病院ができるのではという噂を耳にし、この匏庵と順庵から医学書の講義を受け、その謝礼金を積み立て、さらに奉行所から山の上町の土地を借りて、病院を建てようと計画を立て、文久元年に200坪の医学所兼病



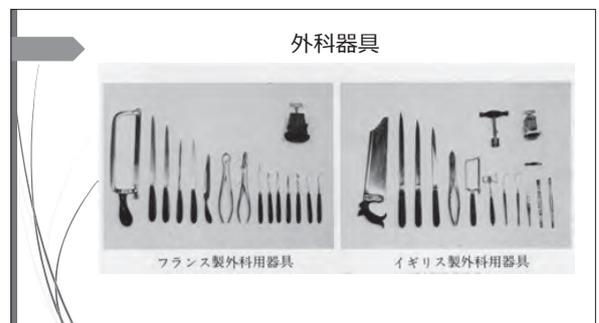
院が完成しました。江戸の医学所に準じ、5人の頭取と7人の世話役の当番医で運営することにしました。これが後の箱館病院であり、現在の市立函館病院の前身であります。北海道初の病院といわれています。

次に箱館病院と高松凌雲です。箱館戦争では、榎本軍が医学所兼病院を接管し、高松凌雲が請われて院長になりました。凌雲は文久元年に緒方洪庵の適塾に入っております。慶応元年に幕府の奥医師となり、慶応3年に15代将軍慶喜の弟の昭武が名代とな

12 箱館病院と高松凌雲



って、ヨーロッパに派遣され、それに随行いたしました。パリの市立病院で近代外科、西洋医学と赤十字精神を学びました。箱館戦争では凌雲は洋行中に



購入した、フランス、イギリスの外科器具を用いて、敵、味方関係なく治療をしました。

蝦夷地の医師は、多くの塾に入門して勉強しました。多紀元簡、吉益東同、香川修徳、萩野元凱、吉田長淑、華岡青洲、緒方洪庵、伊東玄朴、坪井信道、竹内玄同、佐藤泰然、秋田藩の斎藤養達のところに行っております。幕府の昌平校にも行っております。華岡青洲の春林軒は、和歌山でも遠いですね。山の中にあり、私が訪れた際、当時の人がよくここまで勉強しに来たなと感心して帰って来ましたが、当時の医師は非常に勉強熱心だったということがわかります。時間になりましたので終わります。ご清聴

ありがとうございました。



**(長瀬座長)**

島田先生、ご講演ありがとうございました。

北海道と命名されて150年ですが、それ以前に松前に和人が入ったのが関ヶ原の合戦ころとされていますから、北海道にも相当の歴史があります。

アイヌ時代、それ以前の縄文時代から1万から2万年になります。

北海道の極寒の地、北見市常呂に縄文人が当時3,000人から4,000人の集落を作っていたと推定される遺跡があります。

先生には、北海道と命名されたところに活躍していた医師についてお話をいただきました。時間制限のある中で、貴重なお話を賜りありがとうございました。

今後も引き続きご研究いただきたいと心から願いつつ、お礼の言葉といたします。



総合司会 北海道医師会勤務医部会運営委員会委員 村下 十志文

シンポジウムⅠ 「地域の現状とその対応」

シンポジウムⅡ 「地域社会をつなぐ新たな挑戦」

シンポジウムⅢ 「次世代を担う若手医師の意識」





### 総合司会

北海道医師会勤務医部会運営委員会委員 村 下 十志文

---

皆さま、これより午後の部をはじめます。午後からの司会は勤務医部会運営委員会委員の村下が担当いたします。よろしくお願いいたします。各シンポジウムの後にディスカッションを設けております。時間の許す限り質問を受け付けたいと思います。ご質問の際には、お近くのマイクまでお進みいただき、ご所属とお名前を言われた後にお願い申し上げます。

まずシンポジウムⅠの座長を務めますのは北海道医師会勤務医部会副部会長の向井正也先生、同じく運営委員の橋野聡先生です。コメンテーターは前北海道保健福祉部地域医療推進局地域医療構想担当局長兼地域医療課長の大竹雄二様をお願いしております。

それでは座長の先生、よろしくお願い申し上げます。



## 「地域の現状とその対応」

座長：北海道医師会勤務医部会副部長 **向 井 正 也**

北海道医師会勤務医部会運営委員会委員 **橋 野 聡**

コメンテーター：前北海道保健福祉部地域医療推進局  
地域医療構想担当局長兼地域医療課課長 **大 竹 雄 二**

## 「人口減少時代の地域と医療～若者と女性活躍の可能性」

一般社団法人北海道総合研究調査会理事長  
**五十嵐 智嘉子**

## 「地域医療の現況調査の結果から～医師の高齢化と偏在」

函館中央病院臨床顧問・北海道医師会勤務医部会運営委員会委員  
**山 田 豊**

## 「広域医療情報ネットワーク～メディネットたんちょうの取り組み」

市立釧路総合病院副院長・北海道医師会勤務医部会運営委員会委員  
**長谷川 直 人**





### 座 長

北海道医師会勤務医部会副部長 向 井 正 也

北海道医師会勤務医部会運営委員会委員 橋 野 聡

#### 向井座長

それではシンポジウム I「地域の現状とその対応」を開始いたします。座長は北海道医師会勤務医部会から橋野と私向井が務めさせていただきます。

それでは最初の演題でございますが、「人口減少時代の地域と医療～若者と女性活躍の可能性」という演題で、一般社団法人北海道総合研究調査会理事長の五十嵐智嘉子様をお願いしたいと思います。

五十嵐様、よろしく願いいたします。

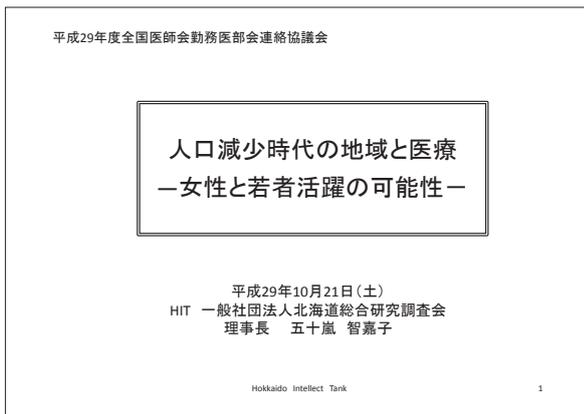


## 「人口減少時代の地域と医療

### ～若者と女性活躍の可能性～

一般社団法人北海道総合研究調査会理事長

五十嵐 智嘉子



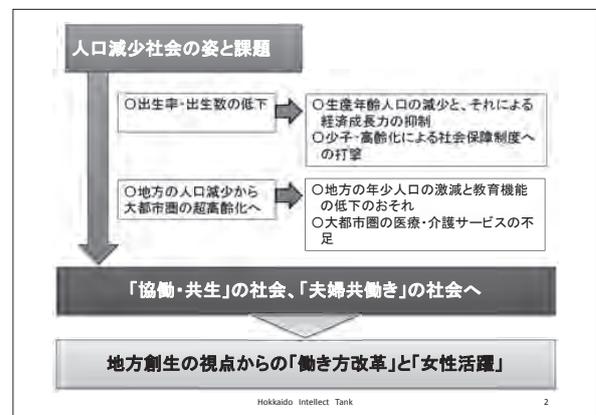
昨年8月までの2年間、内閣官房まち・ひと・しごと創生本部事務局に出向しており、そこで人口減少に対応するいくつかのプロジェクトに関わっていました。今日は、まず、人口減少時代についてどうとらえ、対処していくのかという視点からお話し、次に、この人口減少時代を乗り越える「働き方改革」や女性の活躍支援をどう進めていくのかという話をしたいと思います。私は、医療機関における医療関係者の働き方そのものを専門に調査・研究をしているわけではありませんが、一般論としてお話をさせていただき、医師や医療という枠組みを超えて産業間で知恵を共有するという観点からお話を聞いただければと思います。

#### ＜人口減少社会と地方創生の全体像＞

日本全体の人口減少は、出生数が減少し、死亡数が増加する自然減少によって進んでいます。しかし、多くの地方圏は、人口が東京圏や大都市に流出していることが大きな要因となっています。しかも、東京圏や大都市は地方に比べて一般的に出生率が低く、人口減少に拍車をかけています。従って、地方創生の基本的な目標は、人口の東京圏への一極集中の是正、地方での若者・女性のしごと創出、雇

用の確保です。しかし、そうした施策が功を奏したとしても人口は緩やかに減少しますので、人口減少時代にあったまちづくりの推進を目指すこととしています。

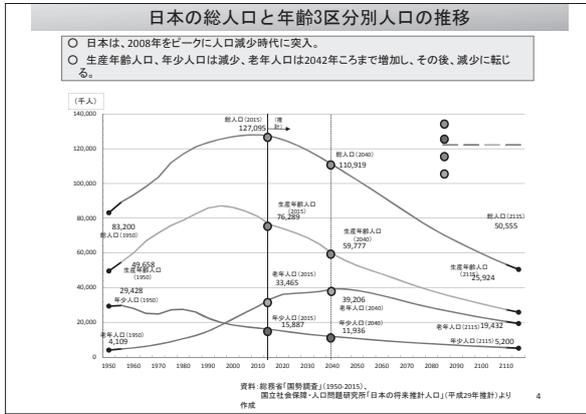
地域社会において人口減少にどう対応するか。「協働・共生」社会の構築であり、昭和の成功モデルであった成人男性、一家の大黒柱を働き手とする仕組みを見直し、「夫婦共働き」社会を築くことです。すなわち、男女ともに子育てをしながら、女性も働き続けることができる社会を作る時代に差しかかったのだと理解しています。



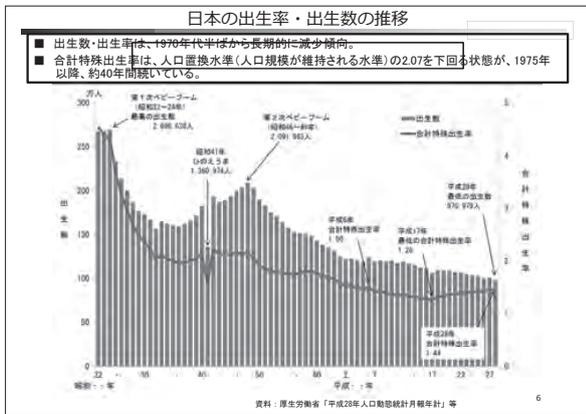
#### ＜人口減少のプロセスと地方創生における女性活躍の視点＞

国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、今後、日本の人口は急激に減少し、約100年後には、5,300万人程度になると推計されています。これは、明治の頃と同規模であり問題ない、という人もいますが、当時の高齢化率は5%そこそこであるのに対して、2100年の高齢化率は40%程度になります。勢いのある若い時代の人口5,000万人と衰退途上の5,000万人では、全く意味が異なっています。最も大きな課題は、年少人口が激減すること、生産年齢

人口が減少し、働き手がいなくなるという点です。

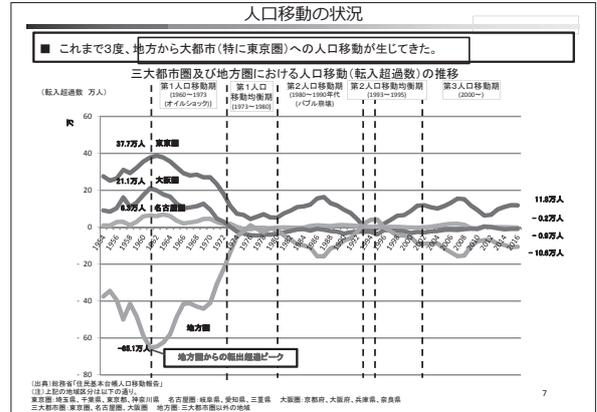


日本全体の人口減少は自然減少によるものであることを申し上げましたが、昨年は年間約130万人の方が亡くなり、100万人弱しか生まれていませんので、その差である30万人が減ったこととなります。もう少しすると、この差が50万人になり、100万人になりということになります。合計特殊出生率が2.07ないと人口が維持できません。現在は1.44とかなり下回っています。実は、今の日本の人口構造で



は、これを上昇させても出生数を増やすことはできず、人口の急減を緩和することが大きな課題と言えます。しかも出生数がある程度一定にして人口の定常化を図るには、何十年とかかります。

一方、地方にお住まいの方は実感していると思いますが、地方の人口減少は、もっと早くから進んでいます。北海道の市町村ベースでみると、昭和30年前後には人口のピークを迎えています。大きな要因は人口の転出です。次の図は、人口純移動を圏域別でみたものですが、高度成長の時代には、地方圏か



ら三大都市圏へ年間数十万人の人口が転出してまいりました。経済が低迷すると、人口移動も落ち着くようです。近年は東京が一人勝ちで、年間約12万人の転入超過であり、大阪、名古屋もマイナスに転じています。しかも、その多くが若者です。15~29歳の大

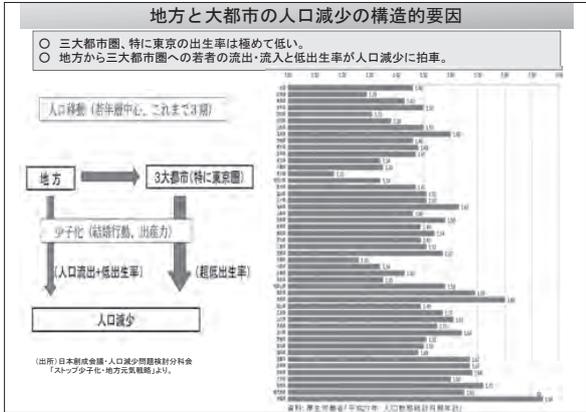


学入学時や就職時が圧倒的であり、東京圏に若者が集中しているという状況です。50歳~60歳位を超えると、地方に戻ってくるという方がいます。加えて、地方でも少子化が進んでいます。県別にみた合計特殊出生率では、最も高い沖縄県でも2を下回っており、ここ北海道は、下から2番目の1.27です。若者が転入する東京では1.17ということで超低出生率ですので、若者はいるのに子どもが生まれにくい状況です。

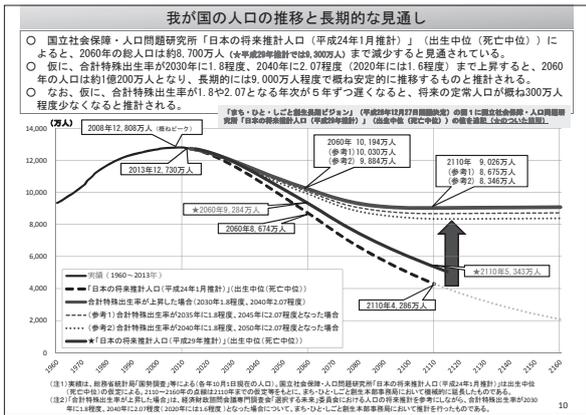
まとめますと、地方は、大都市圏特に東京圏への若者の転入超過が続くと同時に、出生数も減って人口減少が進んでおり、一方、大都市圏特に東京圏では超低出生率であり、人口減少に拍車をかけています。日本全体の人口は、こうして急速に減少に向か

# シンポジウム I

っている状況にあるのです。

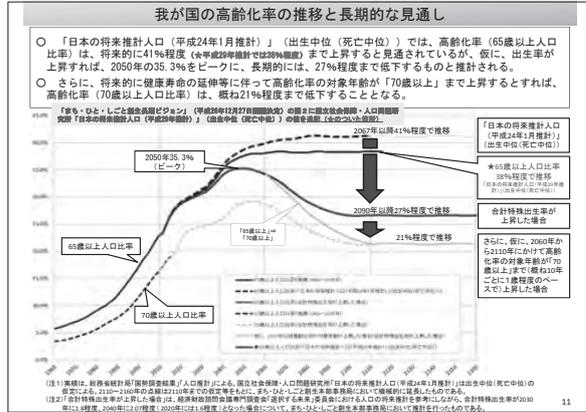


さて、出生数が減っている要因は、晩婚と晩産にあります。今の未婚の若者を対象としたアンケートによると、9割が「いずれは結婚するつもり」、結婚したら平均して2人の子どもがほしい、と回答しています。大まかに計算すると、 $0.9 \times 2$ で、出生率は1.8までに上昇することが期待されます。若者の希望がかなうとすれば到達される出生率という意味で、これを「国民希望出生率」と呼んでいます。若者のこうした希望がかなうだけでは人口は維持できませんので、希望がかなった後に、将来2.07程度に出生率が上昇すると仮定すると、ようやく人口減少に歯止めがかかります。その推計結果が下の図で

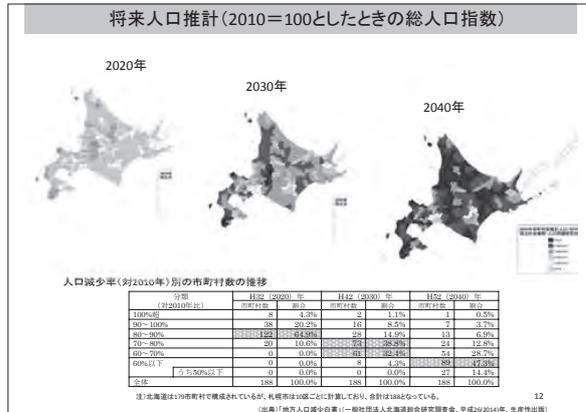


す。概ね2060年頃には1億人を維持でき、その後2090年頃に9,000万人でやっと安定的に推移するようになるだろう、との将来展望が出されました。さらに、その場合、高齢化率をみていくと、今のままでは、41%台で安定しますが、これが今の若者の希望がかなう、さらに2.07まで上昇すると、2090年頃

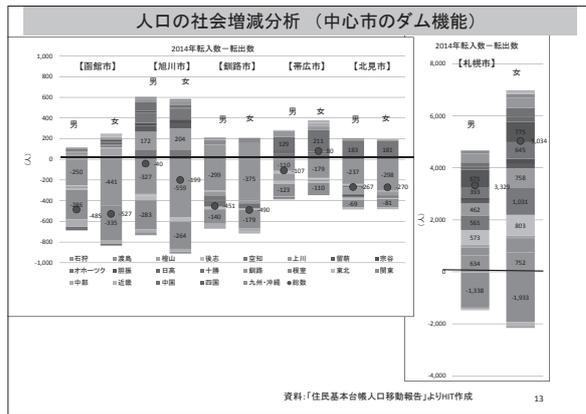
は27%になり、高齢者の定義を70歳にすると21%まで下がります。元気な高齢者が増え、若者の希望がかなえば、高齢化社会も風景が変わります。



北海道の中でも市町村によって人口減少の様相は異なっています。市町村別の2010年を100とした時に2040年にならぬのかを見ると、今の人口の6割ほどになる自治体が47%。特に日本海側、旧産炭地

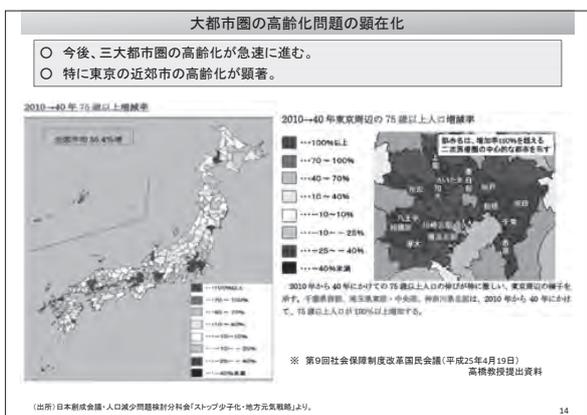


などが厳しい状況になっています。一つ考えておく必要があるのが、中心都市として



人口の流出の歯止めをかけられているのかどうかということ。函館市と釧路市は、周辺からの人口流入もなく、札幌圏や東京圏に流出していることが分ります。一方、札幌市は全道から人口を集めて東京圏へ人口を出しています。気になるのが女性の純移動です。実際の移動は男性の方が多ですが、純移動をみると女性の転出超過が大きい。地方の女性の就業状況をみると、医療・福祉、卸・小売というところが主であり、その他の仕事に就こうと思うと東京圏に出て行くことになるかと推測されます。

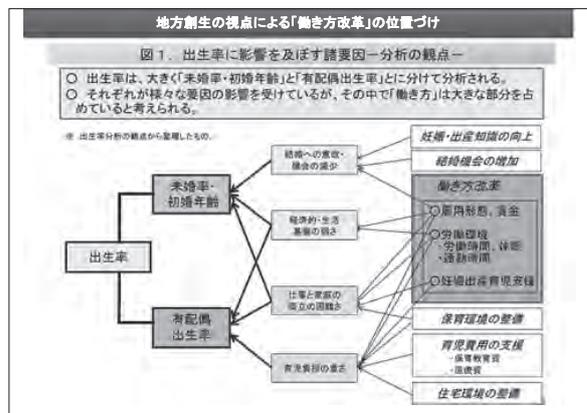
そして、今後大きな課題になるのが大都市圏における高齢化の進行です。これまで集めていた若者が



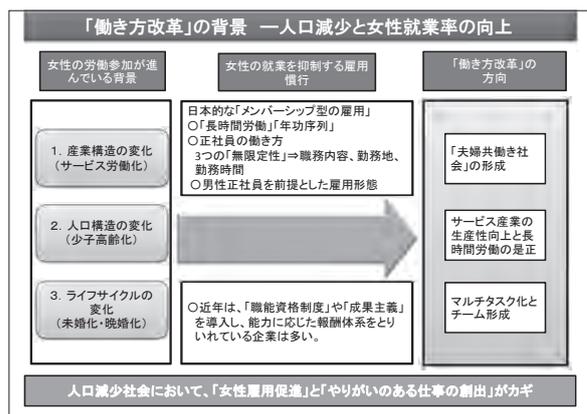
一気に高齢化し、転入する若者の数そのものが減っていきますので、急速に高齢化が進み、その中でも後期高齢者が増加することで医療や福祉サービスが逼迫することが想定されています。

### <地方創生と働き方改革>

さて、地方創生における「働き方改革」について、簡単に紹介します。出生率や出生を取り巻く環境は、地域によって異なっています。少子化対策は、国全体で推し進めるべき課題ですが、きめ細かい施策を届けるのは地方行政の役割でもあります。まず、出生率は、未婚率と有配偶出生率に分解することができます。日本は婚外子が1%以下で、結婚して、出産するというのが基本的なパターンです。結婚も出産も個人の意思決定ですが、女性や若者を取り巻く環境からのストレスが大きい。経済的な問題、家庭と仕事との両立の難しさ、育児負担の重さ、出産に対する職場や上司の無理解、なども含めて、



「働き方」が重要な意味を持ちます。人手不足に対応するため女性や高齢者の雇用促進や、長時間労働の是正が求められ、あらゆる面で生産性の向上や効率化が求められています。しかし、特にサービス産業においては、生産性を図る物差しが一定ではないため、どうしても長時間職場にいたほうが仕事をしているように見えたり、クライアントからの急な要望に対応することが常態化していたり、なかなか改善の兆しは見えません。しかし、長時間労働によって生産性を向上させているという成果は見当たらず、マルチタスクや効率化によって生産性が向上しているという成果報告はいくつかあります。



今後、人口構造の変化、ライフサイクルの変化などが進んできています。そのために働き方改革の全体的方向としては、夫婦共働き社会を形成していくということが必須です。成人男性が大黒柱として家族を守るという昭和の成功体験とは決別することが必要です。女性の社会進出が進んだといわれていますが、男性型社会の中に女性進出が進んでいるこ

# シンポジウム I

とでさまざまな弊害も発生しています。男性型社会の構造そのものを変えることが、今回の働き方改革の課題の一つだと考えています。

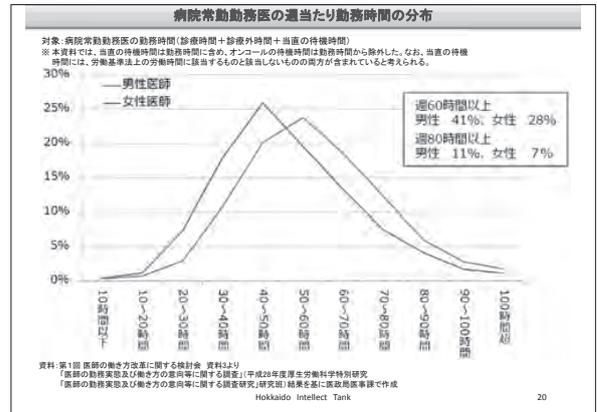
長時間労働についても、地域差があります。男性で25歳から39歳で週60時間以上働いている者の割合は、全国平均は18.8%ですが、札幌は28.8%です。



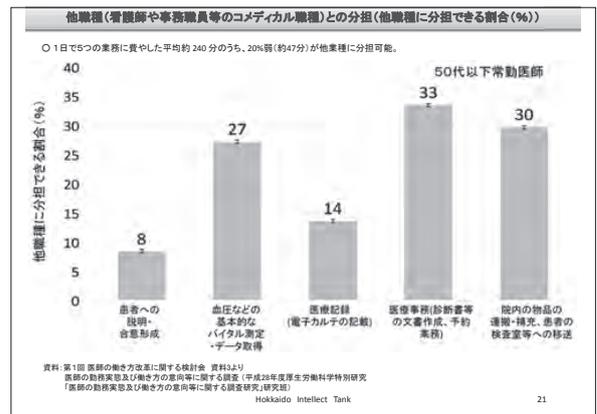
おそらく背景には、サービス産業の割合が高いことがあると思います。同様に、平成24年度の産業基本構造から医師の就業時間をみると、41%となっており、札幌市が高いとか言っている場合ではなく、非常に高い状況です。言うまでもなく、特に高度な対



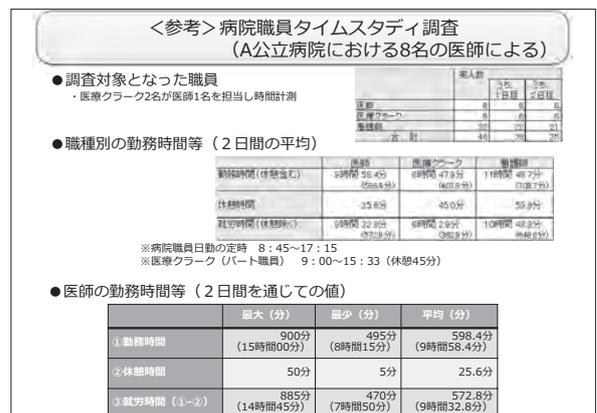
人サービス業(と言っても、叱られるかもしれませんが)では、供給と消費が同時に行われ、しかもニーズがいつでもどこでも発生するもので、単純に長時間労働の是正というふうにはいかないという背景があるでしょう。そして、男性医師と女性医師の勤務医の労働時間をみると、男性医師で週60時間以上労働が41%、女性も28%と非常に高い。一方、他の職業と分担できる割合をみてみると、全体では20



%弱ですが、医療事務や、物品の搬入、バイタルチェックなど看護師や医師事務作業補助者との連携によって医師以外ができる業務を他の職種が担う、という分担、事務職のマルチタスク化が求められるものと考えられます。



私どもは、ある公立病院で医療クラークの活用によって医師の業務軽減を図り、医師の定着につなげられないか、お手伝いをしているところです。1年目、すなわち医療クラークの作業がかなり限定され



ていた時期に行ったタイムスタディの結果をみると、医師の労働時間に占める業務の中で、医療クラークが担当可能な業務というのはだいたい50%もあるという結果になりました。

| 病院職員タイムスタディ調査の結果概要      |                          |                          |                 |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|
| ●医療クラークが実施可能な業務の実施時間    |                          |                          |                 |
| 【全体（職種別）】（1日あたり、2日間の平均） |                          |                          |                 |
|                         | 医療クラークが担当可能な業務の平均実施時間（分） | 平均就業時間に占める割合（%）          |                 |
| 医師                      | 288.31分                  | 50.34%                   |                 |
| 医療クラーク                  | 202.42分                  | 55.78%                   |                 |
| 看護師                     | 48.70分                   | 7.66%                    |                 |
| 【医師個別の状況】（2日間の平均）       |                          |                          |                 |
| 所属                      | 平均就業時間（分）                | 医療クラークが担当可能な業務の平均実施時間（分） | 平均就業時間に占める割合（%） |
| 医師1                     | 565.0                    | 256.5                    | 45.4%           |
| 医師2                     | 615.0                    | 406.5                    | 66.1%           |
| 医師3                     | 322.5                    | 211.5                    | 40.5%           |
| 医師4                     | 560.0                    | 306.0                    | 54.6%           |
| 医師5                     | 740.0                    | 317.0                    | 42.8%           |
| 医師6                     | 485.0                    | 329.0                    | 67.8%           |
| 医師7                     | 480.0                    | 142.5                    | 29.7%           |
| 医師8                     | 614.5                    | 337.5                    | 54.9%           |

### ＜女性の活躍支援＞

一般に、男性と女性とでは就職した後の意識が変わっていくと言われてしています。女性は最初に昇進意欲があったのに無くなった割合も高いのですが、通常1～2年働いてみて、昇進意欲が湧いた方もいます。意欲はなかったが湧いたという男性は35%ですが、女性が18%にとどまっています。女性の昇進意欲を

| 女性の活用  |        |         |         |         |         |       |
|--|--------|---------|---------|---------|---------|-------|
| ○入社後、3～5年後、男性にくらべて女性の昇進意欲の低下割合は高く、昇進意欲の上昇率は低い。             |        |         |         |         |         |       |
| ○男性のほうが、昇進希望の要因として「賃金が上がる」「家族に期待されている」ことをあげる割合が、女性にくらべて高い。 |        |         |         |         |         |       |
| 社会人になった頃の昇進意欲  | あり     | 男性      |         | 女性      |         |       |
|  |        | n       | 現在の昇進意欲 | n       | 現在の昇進意欲 |       |
|  | 611⇒   | 502     | 109     | 177⇒    | 99      | 78    |
|  | 100.0% | 82.2%   | 17.8%   | 100.0%  | 55.9%   | 44.1% |
| なし   | 男性     |         | 女性      |         |         |       |
|  | n      | 現在の昇進意欲 | n       | 現在の昇進意欲 |         |       |
| 851⇒   | 302    | 549     | 352⇒    | 84      | 268     |       |
| 100.0%   | 35.5%  | 64.5%   | 100.0%  | 18.2%   | 81.8%   |       |

資料「男女新入社員の仕事と能力開発に関する調査」(2013年～2015年、ワークライフ・バランス&多様な働き方推進プロジェクト)  
『女性活躍推進と人材活用』(東京大学出版会、2017年、佐藤博樹・武石恵美子編)より引用

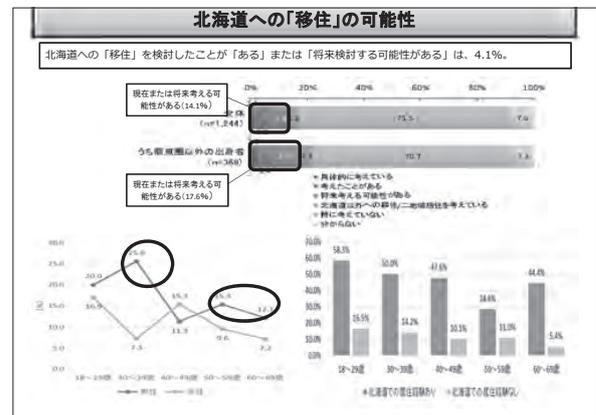
女性の働く意欲をその要因を追求し、改善することが必要  
⇒正規男性社員の雇用を前提とした雇用制度の見直し

そぐ要因としては、正規男性社員の雇用を前提とした雇用制度に女性が行動を合わせる、子育てをしている女性も同じように働かなくてはいけないという雇用制度に課題があるということを考えざるを得ないと思います。

### ＜若者チャレンジの支援＞

北海道は比較的若い人が移住したいという希望がある地域であります。東京圏に在住している人を対

象にしたアンケートでは、北海道への移住希望は14%ほどですが（これでも結構高い）、若い男性ですと25%と高くなります。さらに住んだことがある方



の移住希望は、50%を超えています。厚労省の調査によると、大都市以外での勤務を希望している方は全体の44%ということですが、20代では60%、30代では52%となっています。

### ＜個々の医療機関へのアウトリーチ支援＞

日本の人口減少は、まず生産年齢人口と年少人口減少を伴います。そのためあらゆる組織が従来の発想を改めて、仕事の仕方を見直し、ITやロボットを導入し、女性や若者にも働きがいと働きやすさを提供できるような職場づくりを目指すものと考えられます。医療機関においても、女性医師の出産後の職場復帰支援、若い医師の育成、ICTの活用、役割分担やいろいろなことが考えられると思いますが、肝心の個々の医療機関に届かなければ意味がありません。それぞれの医療機関においては、これまでのやり方や風土などいろいろなことがあると思いますので、全体の政策としての方向性と、それを具体化するときは個々の医療機関へのアウトリーチ、個々の女性、個々の若者へのアウトリーチというのが重要になってくると思います。

「地域医療の現況調査から

～医師の高齢化と偏在」

函館中央病院臨床顧問・北海道医師会勤務医部会運営委員会委員

山田 豊

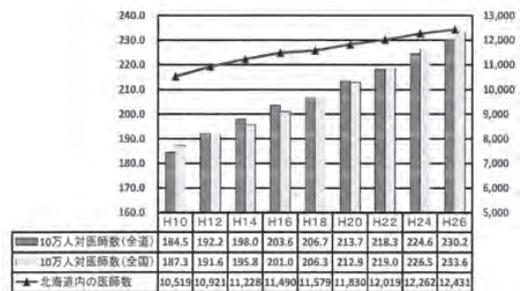


地域医療の現況調査の結果から  
～医師の高齢化と偏在～

函館中央病院 臨床顧問  
北海道医師会勤務医部会 運営委員  
山田 豊

医療施設に従事する医師数の推移

北海道地域医師連携支援センター 平成29年7月

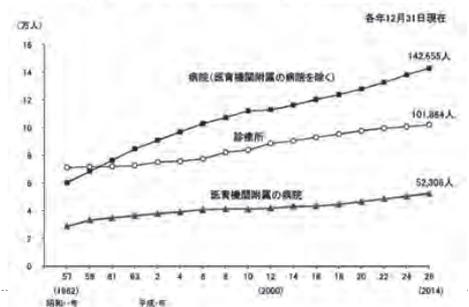


北海道医師会勤務医部会

- ▶ 1986年6月「勤務医に関する地域医療活動、生涯研修、福祉対策等に関し、会長の諮問に答え、併せて事業の推進を図ることを目的に設立
- ▶ 勤務医率が70%と全国一高い
- ▶ 医師不足・過重労働は悪化しているのではないかと
- ▶ 26年度、28年度に郵送でアンケート調査
  1. 医療機関へのクレーム問題
  2. 救急・時間外診療の実態
  3. 医師不足の実態と診療科の偏在
  4. 女性医師の勤務状況と地域医療への貢献
  5. 医師の高齢化
  6. 勤務医の労働管理

平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査の概況

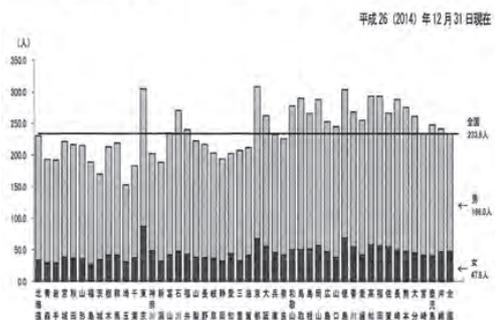
図1 施設の種別に応じた医療施設に従事する医師数の年次推移



北海道医師会の勤務医部会は1986年6月に発足し、31年となります。北海道は勤務医の率が70%と全国一高いところで、勤務医が大事な地域です。医師不足や過重労働が悪化しているという実感がございしますので、そのあたりの実態を調べようと、平成26年度と28年度のデータを検討しました。平成26年度の中には一部平成14年度のデータも入っています。このデータで医師不足と診療科の偏在、医師の高齢化についてお話させていただきたいと思えます。

これは全国と全道の10万人当たりの医師数の推移ですが、ほとんど全国と変わらず全道の10万人当

図5 都道府県(従来地)別に応じた医療施設に従事する人口10万対医師数



りの医師数は右肩上がりです。病院に従事する医師と診療所医師と医育機関附属病院に所属する医師は



# シンポジウム I

とんど変わっていません。50代以上でみると1.7倍に増えていて、元気な年寄りが活躍しているような状況になっています。

表3 研修指定病院群 常勤医師数比較

|                         | 20代  | 30代  | 40代  | 50代 | 60代以上 | 総数(名) |
|-------------------------|------|------|------|-----|-------|-------|
| 平成14年                   | 353  | 909  | 703  | 302 | 86    | 2353  |
| 平成26年                   | 409  | 829  | 806  | 536 | 169   | 2749  |
| 平成28年                   | 552  | 848  | 802  | 533 | 181   | 2916  |
| 増減率(倍)                  |      |      |      |     |       |       |
| 平成26/14年                | 1.2  | 0.9  | 1.1  | 1.8 | 2.0   | 1.2   |
| 平成28/14年                | 1.6  | 0.9  | 1.1  | 1.8 | 2.1   | 1.2   |
| 30代以下 40代以上 40代以下 50代以上 |      |      |      |     |       |       |
| 平成14年                   | 1262 | 1091 | 1965 | 388 |       |       |
| 平成26年                   | 1238 | 1511 | 2044 | 705 |       |       |
| 平成28年                   | 1400 | 1516 | 2202 | 714 |       |       |
| 増減率(倍)                  |      |      |      |     |       |       |
| 平成26/14年                | 1.0  | 1.4  | 1.0  | 1.8 |       |       |
| 平成28/14年                | 1.1  | 1.4  | 1.1  | 1.8 |       |       |

図3 研修指定病院群 常勤医師数比較

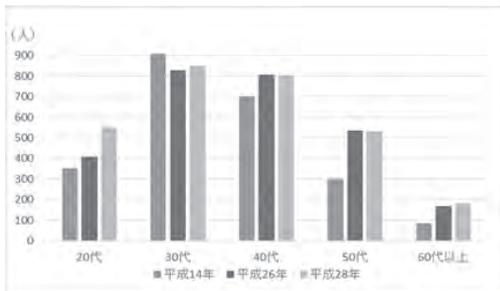
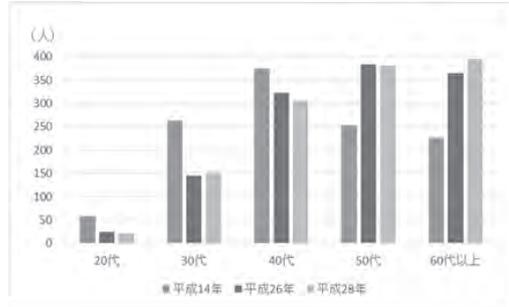


表4 研修指定病院以外 常勤医師数比較

|                         | 20代 | 30代  | 40代 | 50代 | 60代以上 | 総数(名) |
|-------------------------|-----|------|-----|-----|-------|-------|
| 平成14年                   | 58  | 263  | 375 | 252 | 226   | 1174  |
| 平成26年                   | 25  | 145  | 322 | 383 | 365   | 1240  |
| 平成28年                   | 22  | 152  | 306 | 380 | 395   | 1255  |
| 増減率(倍)                  |     |      |     |     |       |       |
| 平成28/14年                | 0.4 | 0.6  | 0.9 | 1.5 | 1.6   | 1.1   |
| 平成26/14年                | 0.4 | 0.6  | 0.8 | 1.5 | 1.8   | 1.1   |
| 30代以下 40代以上 40代以下 50代以上 |     |      |     |     |       |       |
| 平成14年                   | 321 | 853  | 896 | 478 |       |       |
| 平成26年                   | 170 | 1070 | 492 | 748 |       |       |
| 平成28年                   | 174 | 1081 | 480 | 775 |       |       |
| 増減率(倍)                  |     |      |     |     |       |       |
| 平成26/14年                | 0.5 | 1.3  | 0.7 | 1.6 |       |       |
| 平成28/14年                | 0.5 | 1.3  | 0.7 | 1.6 |       |       |

研修指定病院とそうではないグループでは差が出るのではないかと考え、データを取ってみましたが、指定病院ではこの3年間で20代は1.2倍～1.6倍に増えています。30代は微減、40代は微増、50代は1.8倍、60代は2.1倍まで増えていて、やはりメインは50代以上が増えています。研修指定病院以外は悲惨な状

図4 研修指定病院群以外 常勤医師数比較



況で、20代は58人しかいなかったのが、25人、22人と0.4倍に減っています。30代も0.6倍で、40代も微減、50代は1.5倍、60代が1.8倍まで増えているという形になります。40代以下は0.7倍に減って、50代以上が1.6倍に増えているという形で、より高齢化が進んでいます。

|           | 内科  | 小児科 | 外科  | 整形外科 | 脳神経外科 | 産婦人科 | 麻酔科 | その他 | 研修医 |
|-----------|-----|-----|-----|------|-------|------|-----|-----|-----|
| 札幌        | 655 | 74  | 279 | 187  | 90    | 93   | 128 | 782 | 140 |
| 中央(札幌を除く) | 81  | 7   | 10  | 32   | 10    | 2    | 11  | 37  | 11  |
| 道南        | 135 | 24  | 59  | 34   | 24    | 20   | 24  | 100 | 41  |
| 後志        | 53  | 4   | 23  | 11   | 7     | 1    | 6   | 29  | 6   |
| 日置        | 158 | 24  | 61  | 26   | 9     | 17   | 25  | 121 | 56  |
| 空知        | 93  | 14  | 32  | 20   | 7     | 5    | 14  | 63  | 25  |
| 旭川        | 193 | 44  | 69  | 42   | 23    | 27   | 43  | 238 | 73  |
| 道北(旭川を除く) | 84  | 18  | 34  | 15   | 7     | 13   | 7   | 38  | 17  |
| 北見        | 52  | 19  | 27  | 11   | 5     | 12   | 11  | 64  | 10  |
| 帯広・十勝     | 118 | 24  | 55  | 27   | 21    | 16   | 26  | 80  | 30  |
| 釧路・根室     | 75  | 18  | 39  | 27   | 17    | 17   | 13  | 68  | 13  |

平成26年度の地域別診療科の医師数

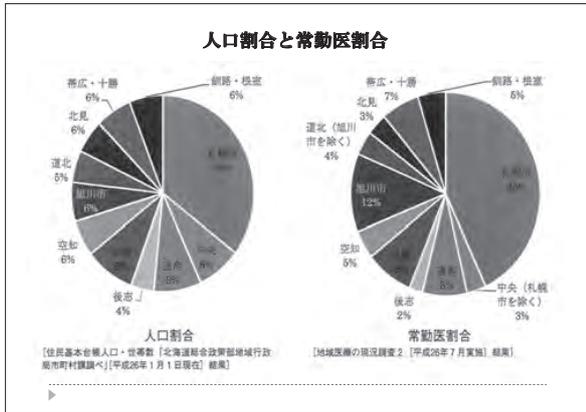
(地域医療の現状調査2 [平成26年7月実施] 結果)

|       | H14(n=297) | H26(n=297) | H26 |
|-------|------------|------------|-----|
| 内科    | 47         | 52         | 55  |
| 小児科   | 41         | 42         | 43  |
| 外科    | 45         | 49         | 51  |
| 整形外科  | 45         | 54         | 53  |
| 脳神経外科 | 43         | 52         | 51  |
| 産婦人科  | 44         | 53         | 54  |
| 麻酔科   | 48         | 55         | 56  |
| その他   | 54         | 49         | 62  |
| 研修医   | —          | 61         | 49  |

札幌および旭川で勤務する医師の総勤務医師数に占める割合

(地域医療の現状調査2 [平成26年7月実施] 結果)

次は偏在の問題ですが、平成26年の地域別、診療科別医師数ですが、予想通り札幌市と旭川市が多いです。平成14年と平成26年を比べて、札幌市と旭川



市に勤務する医師の総医師数に占める割合は、小児科は41%から42%と1%増えただけです。他の科はほとんど50%以上に増加しています。人口との関係もありますので、人口と常勤医の割合をみると、旭川市は6%、札幌市は35%で合わせて41%なのですが、常勤医は旭川市が12%、札幌市は43%ですから、合わせて55%で14%の乖離があるということで、やはり都市に偏在しています。平成14年度の地域別医師数調査ですが、14年度と26年度を比べると、小児

### 地域別各診療科の平成14年と26年の増減数

(地域医療の現況調査結果、平成26年7月実施) 297医療機関

|           | 内科  | 小児  | 外科  | 整外  | 脳外  | 産婦 | 麻酔  | その他 |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|----|-----|-----|
| 札幌        |     | -5  |     |     |     |    |     |     |
| 中央(札幌を除く) | 5   |     | -3  | -1  | -1  |    |     | -11 |
| 道南        |     |     | -1  |     |     |    |     | -8  |
| 後志        |     | -2  | -6  | -1  |     | -3 | -2  | -5  |
| 日胆        |     |     |     | -6  | -2  |    |     | -8  |
| 空知        | -1  | -2  |     |     | -2  | -5 | -1  | -7  |
| 旭川        |     |     |     |     | -1  | -2 |     |     |
| 道北(旭川を除く) | -13 | -10 | -7  | -4  | -1  | -3 | -1  | -14 |
| 北見        |     |     |     | -3  | -7  | -1 |     |     |
| 帯広・十勝     |     |     |     | -1  | -2  | -1 |     |     |
| 釧路・根室     | -2  | -12 | -26 | -13 | -10 | -6 | -11 | -58 |

### 釧路・根室地域の医師数の推移

(平成14年から平成26年 n=297)

|        | H14(n=297) | H26(n=297) | (人) |
|--------|------------|------------|-----|
| 内科医    | 70         | 68         | -2  |
| 小児科医   | 30         | 18         | -12 |
| 外科医    | 57         | 31         | -26 |
| 整形外科医  | 32         | 19         | -13 |
| 脳神経外科医 | 21         | 11         | -10 |
| 産婦人科医  | 23         | 17         | -6  |
| 麻酔科医   | 21         | 10         | -11 |

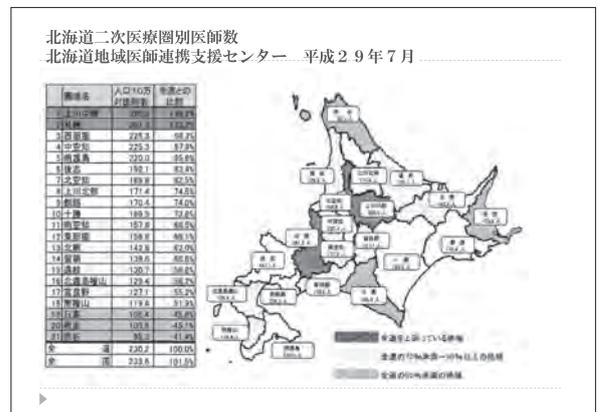
科、外科、整形、脳外科、産婦人科、麻酔科が軒並み減っています。特にひどいのが釧路・根室地域で激減しています。道北地方もかなり減っています。釧路・根室地域の医師数がどのくらい減っているのかというと、内科医は14年度と26年度と比べて2人減っているだけですが、小児科医は30人から18人で12人減っていて、外科医は57人から半減しています。整形も2/3くらいです。脳外科は半減、産婦人科は3/4、麻酔科も半減しています。もともとの人数が少ない中でこれだけ減っているということは、釧路・根室地域がかなりひどい状況であるということだと思います。平成26年度と28年度を比べたデータ

### 地区別医師の総数と割合

(n=272病院)

|           | 平成26年度(人) | 平成28年度(人) | 変化割合(%) |
|-----------|-----------|-----------|---------|
| 札幌        | 1,609     | 1,654     | 103%    |
| 中央(札幌を除く) | 108       | 99        | 91%     |
| 道南        | 412       | 387       | 86%     |
| 後志        | 64        | 66        | 96%     |
| 日胆        | 454       | 404       | 89%     |
| 空知        | 261       | 244       | 93%     |
| 旭川        | 656       | 632       | 96%     |
| 道北(旭川を除く) | 183       | 172       | 93%     |
| 北見        | 175       | 166       | 94%     |
| 帯広・十勝     | 359       | 351       | 97%     |
| 釧路・根室     | 263       | 255       | 96%     |

ですが、札幌市と旭川市は同様に多いですが、少し変わっています。札幌市の一極集中のようになっています。札幌市だけ103%になっていて、旭川市が86%、道南や日高・胆振は80%台に減っています。



二次医療圏別の人口10万人対医師数ですが、平成29年の7月末のデータですが、青い部分の上川中部と札幌のみ全道を上回っていますが、ピンクの日高、

# シンポジウム I

根室、宗谷地域は50%未満になっています。道内の卒業臨床研修医の状況ですが、医育大学に残った人、それから臨床研修病院に行った人、平成16年から28年までありますが、16年から新医師臨床研修医制度が始まり、このときは札幌医大、旭川医大、北大にある程度残ったのですが、それが徐々に減ってきて、特に旭川医大はひどいときは8人や10人程度しか残っていませんでした。旭川医大は道東・道北に派遣されていることが多いので、この状況でかなり地方からの医師の引き上げがおきたのではないかと思います。平成21年度からはある程度都市部での上限が設定されてきたので、少し戻ってきているのではないかと思います。こういう状況と考えています。へき地医療に従事しやすい医師ですが、WHO

へき地医療に従事しやすい医師  
2010年 WHO  
.....  
(日本医事新報「2016年10月29日号」).....

- ▶ 地方出身
- ▶ 総合診療医
- ▶ キャリア早期での地域医療を経験
- ▶ 地域医療の実情を反映したプログラムを卒業など

は2010年に地方出身の人や総合診療医の育成とか、キャリア早期での地域医療を経験するとか、地域医療の実情を反映したプログラムを卒業した人たちが地域に行きやすいということを行っています。慶応大学の権文善一先生はエビデンスベースでいくと偏

エビデンスベースでは偏在対策で打つべき政策は

- ▶ 地元出身の学生を医学部に入学させ
- ▶ 総合診療医(家庭)を育て
- ▶ 若いうちに僻地の医療現場に“留学”させる。

この3つを、「医学教育」「保険医登録」「管理者要件」の各段階にどう組み込んでいけるかが、制度設計の問題である。

慶応大学商学部 権文善一教授 (厚生省「医師需給分科会」構成員)  
(日本医事新報 No.4827 2016.10.29)

在対策で打つべき政策は3つだけだと言っています。地元出身の学生を医学部に入学させること、総合診療医を育てること、若いうちに僻地の医療現場に留学させること、この3つを「医学教育」「保険医登録」「管理者要件」の各段階にどう組み込んでいくのかは、制度設計の問題であるとおっしゃっていて、そうかもしれないと思っています。

**北海道の医師確保対策について**  
北海道地域医師連携支援センター 平成28年1月

【地域枠・貸付枠定員等の推移】 (単位:人)

| 区分   | ～H19 | H20 | H21 | H22 | H23 | H24 | H25 | H26 | H27～ |
|------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|
| 札幌医大 | 100  | 105 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110  |
| 地域枠  | 20   | 30  | 35  | 35  | 35  | 50  | 70  | 90  |      |
| 貸付枠  | -    | 10  | 15  | 15  | 15  | 15  | 15  | 15  |      |
| 旭川医大 | 100  | 100 | 112 | 122 | 122 | 122 | 122 | 122 | 122  |
| 地域枠  | -    | 15  | 50  | 55  | 55  | 55  | 55  | 55  | 55   |
| 貸付枠  | -    | -   | 17  | 17  | 17  | 17  | 17  | 17  | 17   |
| 北大   | 100  | 100 | 105 | 112 | 112 | 112 | 112 | 112 | 112  |
| 地域枠  | -    | -   | -   | -   | -   | -   | -   | -   | -    |
| 貸付枠  | -    | -   | -   | -   | -   | -   | -   | -   | -    |
| 合計   | 300  | 305 | 327 | 344 | 344 | 344 | 344 | 344 | 344  |
| 地域枠  | 20   | 45  | 85  | 90  | 90  | 105 | 125 | 145 |      |
| 貸付枠  | -    | 10  | 22  | 32  | 32  | 32  | 32  | 32  |      |

北海道での僻地対策の切り札になるのは地域枠だと言われています。札幌医大では定員が110人で最終的には90人が地域枠で、それから貸付枠が15人になっています。旭川医大は122人まで増えていて、地域枠は55人で、貸付枠が17人まで増えています。全道でいくと医学部定員が344人で、地域枠が145人、貸付枠が32人という状況になっています。



朝日新聞の2月11日の記事ですが、札幌医大の地域枠の1期生が後期研修で地方へ出たということで、彼も釧路の近くの白糠町出身ですが、こういった先生がたくさん育ってくれれば、釧路市、根室市など道東地方や稚内市など道北地方なんかもよくな

---

## ま と め

- ▶ 北海道内の勤務医の高齢化は明らか
- ▶ 北海道内中央部への勤務医の集中とその他の地域の勤務医の減少も明らかである。
- ▶ 上記2つの現象に加えて北海道の広域性、気象条件の厳しさが、医療へのアクセスの困難さをもたらしている。
- ▶ 地域枠(地元枠)を中心とした偏在対策が一番効果的と考える。

ってくれるといいなと思っています。

道内の勤務医の高齢化は明らかで、札幌の一極集中も明らかになっています。この二つの現象に加えて、北海道の広域性、気象条件の厳しさというのが、医療へのアクセスの困難さをもたらしています。地域枠の中でも、特に地元枠を中心とした偏在対策が一番効果的ではないかと思います。

「広域医療情報ネットワーク

～メディネットたんちょうの取り組み」

市立釧路総合病院副院長・北海道医師会勤務医部会運営委員会委員

長谷川 直人



広域地域医療情報ネットワークの取り組み  
(メディネットたんちょう)

北海道医師会勤務医部会  
(市立釧路総合病院)  
長谷川直人

北海道医師会勤務医部会

ひどい、悲惨だという釧路の方から現状を訴えに参りました。少ない医療資源を何とか利用しようということで、ネットワークについてお話いたします。

北海道における医師の偏在  
2次医療圏別医師数(H26)

| 圏域名    | 人口(万人)  | 医師数   | 医師/1万人 |
|--------|---------|-------|--------|
| 1 上川広域 | 220.5   | 1,381 | 6.27   |
| 2 内川広域 | 284.2   | 1,920 | 6.76   |
| 3 中川広域 | 226.1   | 1,872 | 8.28   |
| 4 中支広域 | 225.3   | 919   | 4.08   |
| 5 中支広域 | 220.0   | 952   | 4.33   |
| 6 支広域  | 128.1   | 334   | 2.61   |
| 7 支広域  | 103.8   | 302   | 2.91   |
| 8 上川広域 | 171.4   | 74    | 0.43   |
| 9 釧路圏  | 770.4   | 740   | 0.96   |
| 10 十勝圏 | 109.9   | 73    | 0.66   |
| 11 釧路圏 | 197.8   | 188   | 0.95   |
| 12 釧路圏 | 156.8   | 138   | 0.88   |
| 13 釧路圏 | 142.6   | 92    | 0.65   |
| 14 釧路圏 | 139.6   | 104   | 0.75   |
| 15 釧路圏 | 136.7   | 208   | 1.52   |
| 16 釧路圏 | 129.4   | 88    | 0.68   |
| 17 釧路圏 | 127.1   | 55    | 0.43   |
| 18 釧路圏 | 119.4   | 51    | 0.43   |
| 19 釧路圏 | 105.4   | 45    | 0.43   |
| 20 釧路圏 | 103.9   | 45    | 0.43   |
| 21 釧路圏 | 99.3    | 43    | 0.43   |
| 22 道   | 2,017.1 | 1,001 | 0.50   |
| 全      | 232.6   | 101   | 0.43   |

北海道医師会勤務医部会

これは先ほどもありました医師偏在の典型的な例ですが、釧路・根室の領域がわれわれの医療圏で、特に根室が悲惨な状態です。医療連携システムというのは、開示病院のデータを一元化した画面に表示して、それを閲覧病院が見るといふ、情報を一元化しようというシステムです。道内の医療連携システ

北海道の医療連携システム

- ID Link (NEC)
- AreaConnect (ファーストプレス)
- HumanBridge (富士通)

北海道医師会勤務医部会

ムで一番多いのが、NECのID-Linkというシステムを採用しているところで、これは道内くまなく、特に函館では力を入れています。あとはファーストプレスのAreaConnect、富士通のHumanBridgeといったシステムが採用されています。北大ではこの3システムをすべて導入して、全道の各病院とネットワークを構築しようという動きもでています。

地域医療連携システム 概念図

①高いセキュリティのネットワーク網 (IP-VPN・IP-SEC)  
②診療情報の共有・ファイルの交換

手帳内容まで把握されています！

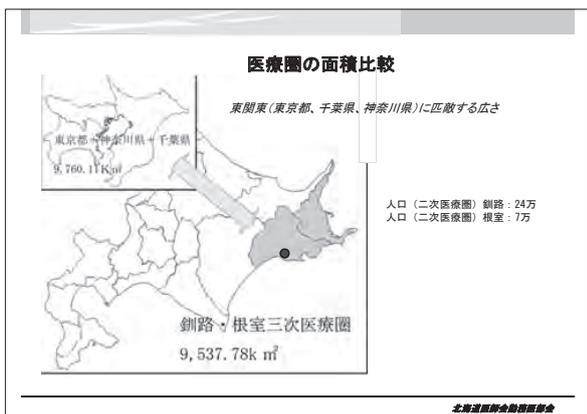
釧路を東京に当てはめると！

釧路市⇔札幌市  
直線距離250km  
東京⇔名古屋間に相当

釧路からの道路距離  
根室 124km  
釧路 161km

東京からの道路距離  
佐久 169km  
前橋 127km  
宇都宮 130km  
甲府 133km  
水戸 112km  
釧路 129km  
静岡 176km

釧路から札幌の直線距離が250kmで、これは東京から名古屋に相当する距離です。われわれの医療圏である羅臼・根室を円で囲むと、東京からだと長野県、群馬県、栃木県と周辺の県が入ってしまうほどの領域を形成しております。実際の面積ですが、

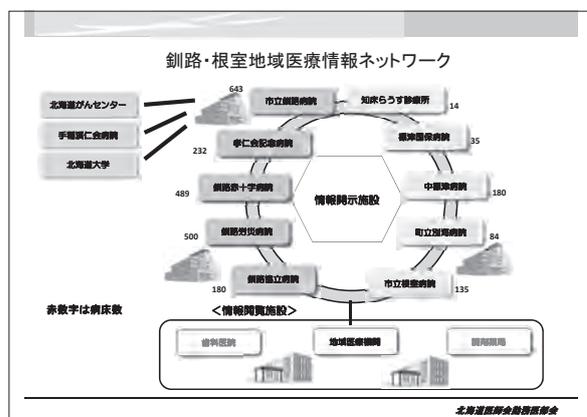


東京、神奈川、千葉を合わせた大きさがわれわれの医療圏に相当します。人口は30万人ほどですので、かなり過疎な状況ではあります。



開示施設の分布ですが、ほとんど釧路市に5つの

病院が集まっていて、北方領土を囲むように、知床、羅臼、根室という形で開示病院が存在しています。120km超の病院で釧路への通院をしますので、そういう感覚の距離感の受診を行なっています。当院の状況ですが、病床数は600余りで、一般病床が535、診療科は循環器内科、呼吸器内科外科、救急科というのは、この医療圏の中では当院のみということで、手術などの合併症を持つ患者さんはわれわれの病院で受診することになります。三次救急はわ

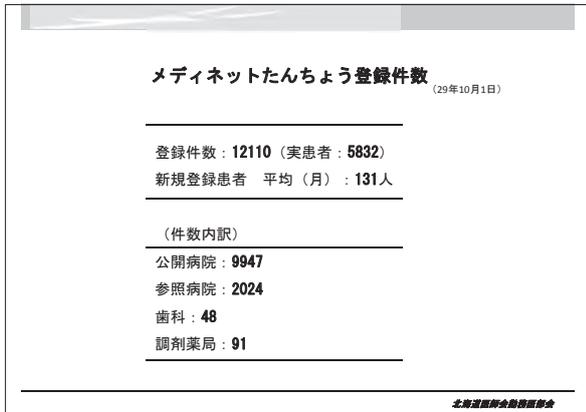


れわれの病院で行っている状況です。その割には常勤医が80人と、先ほど医師が偏在しているということで、相当過酷な状況でやっています。だいたい500床超えの病院が3病院あって、ここを中心にやっています。あとは周辺が180、130ですべて公開病院となっています。当院は札幌の北海道がんセンター、手稲溪仁会病院、北大病院と個別に同じネットワークのシステムを採用し、接続をいただいています。稼働実績ですが、登録件数は12,000件、患

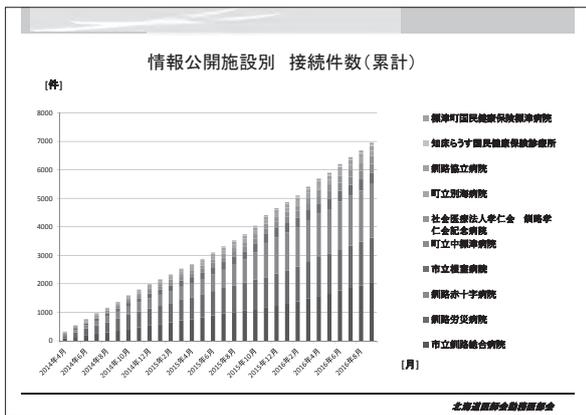


者数にして6,000人弱で、平均で月130人ほどの登録

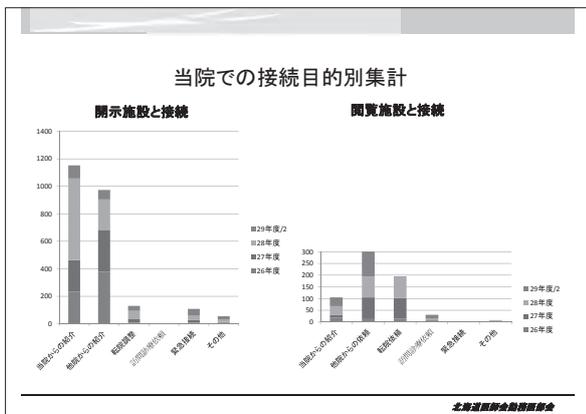
# シンポジウム I



は順調に進んでおります。圧倒的に病病連携が主体になっている地域ですので、公開病院の接続が圧倒

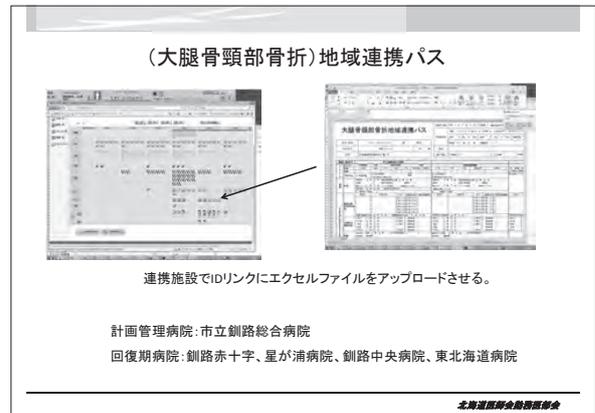


的に多いというのが状況です。順調に接続件数は伸びていますが、釧路市内の3病院の接続業績というのが現状です。当院での接続目的と開示施設と閲覧

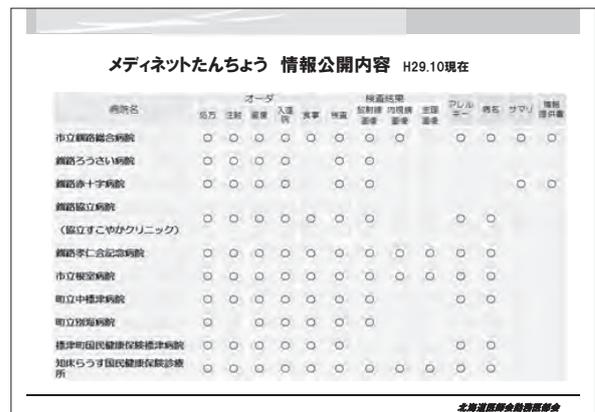


施設で分けてみますと、当院からの紹介とか他院からの紹介とか、診療情報提供の補助ツールとしてネットワークに情報をのせて使っていますとしています。ところが閲覧施設の方へは当院からの接続はあ

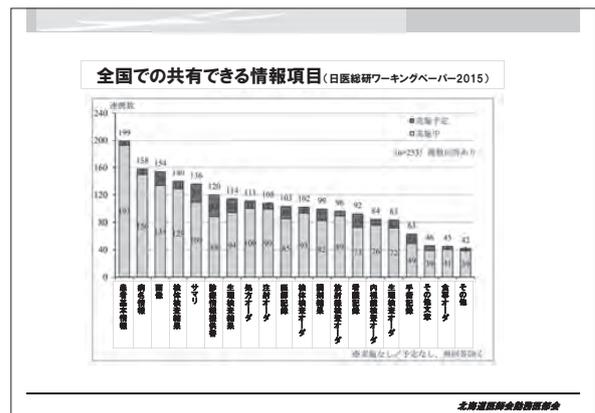
りませんが、他院からの要請で接続することがあります。開示施設は救急搬送などの案件で接続することがあります。地域連携パスの仕組みですが、共



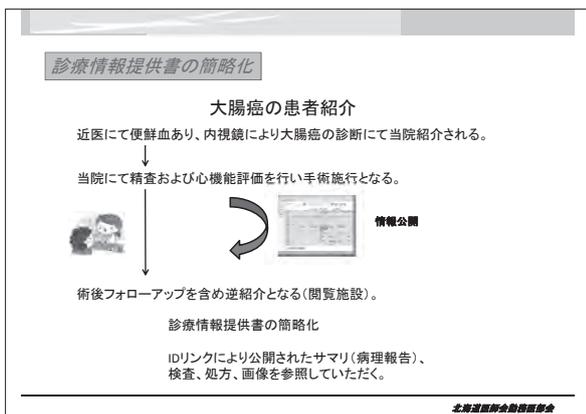
有ファイルにエクセル画面をどんどん追加してアップロードしていき、新しい連携の内容を載せていくという仕組みでやっております。公開情報について



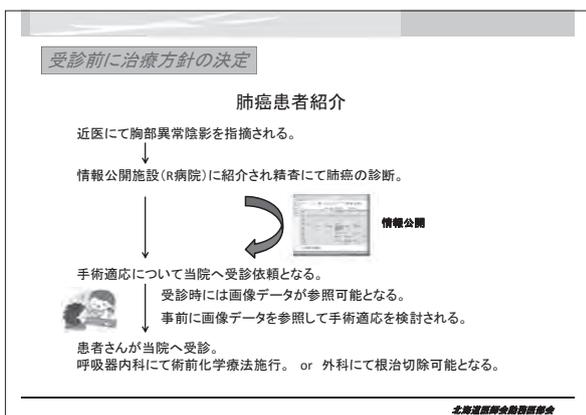
ですが、一般的な処方、注射、画像などが公開対象となっていますが、サマリー、情報提供書、医師の診療録の開示を目指しているのですが、なかなか同意が得られず進まない状況です。



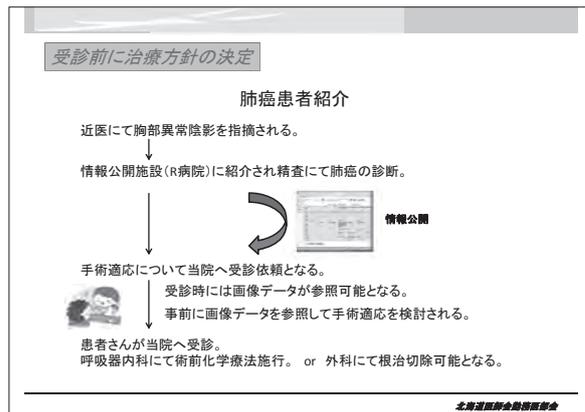
全国では意外と医師記録を公開しているというところが多く、わがネットワークでもぜひそちらの方を進めていきたいと思っております。



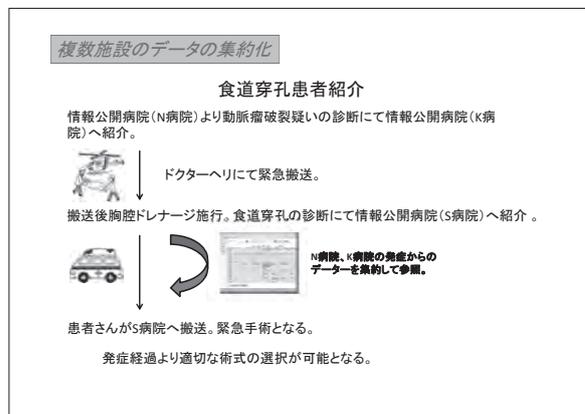
実際の症例でどのように使っているのかをご説明します。大腸がんの患者さんですが、近医で大腸がんと診断されて、当院で精査および心機能評価をし、手術治療を行いました。手術終了後、元の病院に逆紹介をするときに、共有情報ネットワークを補助ツールとして使っております。肺がんの患者さんで、



治療方針を決定したいということで、近くで胸部陰影を指摘されて、R病院に紹介されて、化学療法なのか、手術の治療なのかを事前に打診したいということで、情報公開を先に行って、治療方針をある程度決めてから、内科なのか外科に受診するのか決めるために使いました。救急に対する迅速性というこ

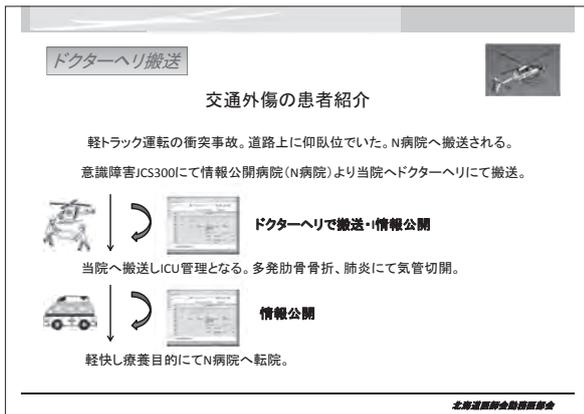


とで、腹膜炎患者さんですが、N病院から消化管穿孔の診断後、当院へ紹介。だいたい羅臼・根室地方から送られるときは搬送に2時間以上かかります。その移動時間の間にある程度情報をいただくと、腹膜炎なのか緊急性があるのかということ、画像とデータから判断できるということで、あらかじめ情報を公開してもらっています。緊急性のこともあれば、一過性のものもありますので、あらかじめ情報を得られるのは非常に重要なことです。もし手術が必需であれば、手術場から何からをすべて準備して迎え入れるという状況になっています。複数施設



のデータの集約化ですが、N病院で動脈瘤破裂の疑いがあり、K病院に紹介された。それはドクターへ

りて搬送される。K病院で胸腔ドレナージを行なったら食道穿孔の診断になりました。ということで2病院のデータを踏まえて、救急車で当院に搬送されました。複数の病院のデータを一元化してみることができ、緊急手術を行うことができました。ドク



ーヘリの搬送ですが、路上で交通事故にあって、ドクターヘリでN病院から当院へ搬送しました。当院で入院しまして、保存的加療で落ち着いたのですが、そのときは逆にN病院の方に逆紹介という形で、お互いに情報ツールとして活用しています。



今後の問題点ですが、開示情報をできるだけ多くしたいのですが、かなりお金がかかるということでなかなか進まない状況です。同意の取り方をどのようにするかということで、今は個別で必ず一人ひとりに同意を取っていますが、できれば掲示板のように包括同意でできないかということも検討されています。他施設のデータでそのまま手術していいのかということですが、画像が匿名化されてしまって、画像に名前がないという状況なので、実際に取り違

[1] 開示情報を今後どのような範囲にするか。  
 診療録、サマリ、診療情報提供書、病理、生理検査。  
 生理検査(心電図・ABI・肺動脈圧)：約250万  
 内視鏡レポート：約280万  
 病理レポート：約400万

[2] 同意の取り方をどのようにするか。  
 同意をとって接続作業を行う業務の煩雑さの問題。  
 個別に行っているが(個別同意)、掲示板、入院案内などに提示することで同意を得る(包括同意)を行うか。

[3] 他施設の診療データで治療を行えるか。  
 画像データなどに個人情報反映されないで、患者の取り違えの問題がある。  
 基本的には自施設データによる診療。

北海道医師会 医療情報委員会

えという事故もありました。時間がある場合は自施設で再検査を行った方がいいということです。院内

[4] 院外処方のために薬局への情報提供。  
 情報開示範囲をどこまで行うか。  
 ジェネリックなどの実際の処方情報を逆開示できないか。  
 病名・サマリ開示による服薬指導。

[5] 介護施設への情報提供は行えるか。  
 情報開示範囲をどこまで行うか。  
 メール機能(ノート)を利用した双方向の情報交換。

北海道医師会 医療情報委員会

処方のための薬局への情報提供ですが、これはまだはじめばかりですが、情報内容は血液検査と処方の方に絞っています。介護施設の情報提供を行えるかということで、このシステムにはメール機能があり、双方向の連絡機能があるのですが、なかなか介護施設との連携がとれていない状況です。



## 総括コメント

前北海道保健福祉部地域医療推進局  
地域医療構想担当局長兼地域医療課課長

大 竹 雄 二

3人の方に「地域の現状とその対応」というテーマのもとでお話をいただきました。五十嵐さんのような非常に大きい背景の話から、山田先生と長谷川先生からももう少し具体的な取り組みまでお話いただいて、まさに事務局の狙い通り、地域の現状とそれに対してどう対応していくのかという一貫した流れをお話いただいたと思います。

大事なポイントですが、私の視点からするとやはり地域に限らず、一番大きな課題は人口減少です。そうすると、地域医療をどう守っていくのかという話に加えて、そもそも地域を維持できるのかという話になってくると思います。

働き方改革と何度もいわれていますが、人口減少という大きな文脈のもとで働き方改革というものを考えなくてはならないと思っています。私は3月まで北海道庁でお世話になっておりましたが、今は厚生労働省で働き方改革全般、医師以外の一般の労働者を担当しております。働き方改革という話をしますと、一般企業の方はやはり、「うちではできない」とか、「なぜそんなことをしなくてはいけないのか」とか「仕事は減らないのに」という話であったり、「昔はこうやっていたんだ」という流れになりがちで、厚労省が面倒なことを言っているなど思われます。そうではなく、やはり人口減少が進む中で今のままでは働き手がなくなって成り立たなくなる。そうすると増々悪循環に陥ってしまうということかと思っていますので、それをどうするのか。働ける人には働いてもらうし、実際に働きたいと思っている人がいるということかと思っていますので、そういった方にいかに活躍してもらうのかということかかと思っています。そうするとネックになるのが長時間労働であり、今までのやり方だと働きたい人がいても働けないとい

うことかかと思っています。そういう人にいかに参加してもらうのかということです。

地域医療構想が現在各地で議論されているかと思いますが、今後、人口の変動が起こる中で医療のニーズがどうなるのか、それに対応していく中でベッドはどのくらい必要なのかということが議論されています。

北海道で議論していた中で一番ネックとなったのは病床を維持する働き手がいまませんよということでした。ベッド数にどうしてもとられがちなのですが、働き手の確保が大事なポイントなのだと思います。そのためにどうしていくのかという中で、一言で言うと、あらゆる手をうっていかざるを得ないということとして、ご紹介あったように、業務分担をしていくとか、タスクシフティングは少し時間がかかるのかもしれませんが、クランクをお願いできる部分はどんどん任せていくとか、あとはICTを活用して効率化を図っていくことも大事かかと思っています。極力「地域で一つの病院であるかのように」ということを私はお話をさせていただいておりましたが、医者の方々に働いてもらうためにできるだけ効率的な医療を達成していく必要があるというふうに思っています。

先ほど申し上げた通り、そもそも地域が維持できなくなってきているということがございます。そうすると医療をどうしていくのかを考えるうえで、やはり地域の住民の方々と議論していかざるを得ないのではないかと考えています。地域の人というのは医療の現状や医師の働き方の現状というのは全く知らないわけです。診療所の先生であればまだ顔が見えるのかもしれませんが、勤務医の先生であればなかなかそうはきません。病院へ行けば誰かが診てく

## シンポジウム I

---

れるだろうという感覚かと思います。地域の方との議論が必要になってくると思いますし、情報の発信というのがその前提として必要です。欲を言うと、さらにもう一步進めて具体的な対話というか、顔が見える関係というか、こんなふうに働いているんだという具体的な姿を見せていくことが大事なのではないかと思います。これは簡単ではないですし、非常に手間のかかることかと思います。ただでさえ忙しいのにそこまで手が回らないというのが現状だと思いますが、一方でそこまで踏み込んでいかないとなかなか働き方の理解は進んでいきません。やらないとますますジリ貧になってしまいます。救急医療のあり方は住民抜きにしては成り立たないと思いますので、地域との対話という話も、大きなポイントになると思っています。

## ディスカッション



**向井座長：**ここから総合討論に入っていきたいと思います。それではどうぞ。

**伊藤先生（愛知県医師会）：**地域枠の問題が愛知県でも問題になっているのですが、新聞でも旭川医大の地域枠の問題が掲載されていましたが、その辺についてコメントをいただきたい。

**山田先生：**定員5名の国際医療人枠を新設して、将来は医師過剰時代が来るので、地域枠を減らすというところでやられたのですが、遠軽辺りでは産婦人科の先生がいなくなり、東京のJ Rに中吊や週刊誌に広告を出して、やっと1人の産婦人科が来られ、分娩が再開できた。二次医療圏の中核病院なんですけど、そういうこともあり猛反発があって、北大は今までそういうことをやっていなかったのですが、旭川で減らした分を来年度から北大で5名地域枠を設けることで一件落ち着いたそうです。

**橋野座長：**私は北大出身ですので一応お伝えしようと思うのですが、一般入試で入る107名に対し、1年目にほかの奨学金と同様に地域枠を説明して申請していただくということで、枠を何名と決めることは今のところないと、事務方に確認しております。

**長谷川先生（横浜市医師会）：**函館も釧路も北大もそうですが、結局医師が足りないということです。その対応として、一つは一人ひとりの医師の守備圏を広げる、もう一つはネットワーク化して、一人ひとりの医師のキャリア形成、労務が悲惨な状況にならないようにすることだろうと思う。釧路は札

幌、旭川に次いで恵まれたところであると思うが、市立、労災、赤十字とデータの連携はお聞きした。一方救急体制の連携はいかがでしょう。おそらく広域として考えると池田、根室、阿寒というテリトリーをカバーしなくてはならないと想像する。ドクターのカバー、医師のローテーションとしてのネットワークに関する取り組みや努力はいかがでしょう。

**長谷川先生：**医療圏として釧路、根室の守備範囲になります。帯広や北見というところかなり距離的な問題がありなかなか難しい。

**長谷川先生（横浜市医師会）：**市内にある大きな病院での救急の協力体制はいかがでしょうか。

**長谷川先生：**それは輪番制でやっています。

**長谷川先生（横浜市医師会）：**地方に行きっぱなしになっている医師も周辺にいますけど、その辺りのカバーはどうでしょうか。

**長谷川先生：**診療科によっては出張で行ったりはしていますが、地域連携という形で、根室や羅臼などにはこちらから、全ての診療科ではないが補助診療という形で行くことはあります。

**長谷川先生（横浜市医師会）：**部分的に行っているけど系統的には行われていないということでしょうか。

**長谷川先生：**自分の病院で手一杯なので、なかなかそこまでは厳しい状況です。

## シンポジウム I

**植山先生（埼玉県医師会）**：一般的な問題でお聞きしたいのですが、私は日本医師会勤務医部会の委員をしておりまして、現在、医師の働き方検討委員会の委員でもあり、地域医療をいかに守るのかというところを担当しております。

偏在の問題が非常に大きく取り上げられていますが、この間、勤務医委員会で全国調査を行なったところ、どこも医者が足りないので働き方改革は無理だ、交代制勤務が組めない、労働時間を減らすと救急を撤退しなくてはならない、外来を大幅に減らさなくてはならないという意見がほとんどでした。極一部、救急医が多数いるところから影響を受けないとの回答はありましたが。そこで将来人口が減るので、医師数をどうするのかということなのですが、今のお話を聞いている限りでは、医師数を増やさないと厳しいのではないかと思います。偏在対策だけでやれるとお考えなのか。医者も高齢化が進んでいますので、医師自体も減っていく。医師を増やさなくてはならないとお考えなのか。どのようにお考えでしょうか。また地域の偏在はありますが、診療科の偏在で何か取り組みがあれば教えてください。

**長谷川先生**：医師数に関しては、人事は大学なのでお願いしてという形でやっていますが、実際に北海道の中でも釧路という地域はあまり来たがらない地域なんです。昔のような医局制度がある時代はそれなりに来ていましたが、最近は個人の主張のようなものが強いので、なかなか希望に沿わないのが現状です。診療科の偏在ですが、それも同様です。医局から派遣をしてくれない、むしろ撤退が多く、どんどん減っているのが現状です。

**坂本先生（秋田県医師会）**：山田先生のデータで勤務医の年代別に見ると30代がどんどん減っているということ、まさに今の状況についての特徴であると思います。われわれ秋田でやっても同様の結果です。ということは、30代のドクターが初期研修医から後期研修医になって、その後いわゆるポジションを得たときにいなくなる。どこにいなくなるのかと

いうと大都会に行ってしまうというのが大きな問題です。なぜいなくなるのかということを検討しましたが、二つあると思います。一つは年寄りがエスカレーター方式でどんどん各診療科の責任者となってしまって、若い人たちが責任を持てる立場にいない、なれないということ。もう一つは専門医制度などがあり、都会に行かないと仕事ができにくい。やはり一番大事なものは地域でなぜ30代の人がいなくなったのかをデータで追跡調査やいろいろなことをしてもらって分析をしていただきたいと思う。そういう意味でもしそういうデータがあれば見せていただきたいのですが、こういった話はミクロ的な話になりますので、後ほど山田先生には懇親会の席でも聞ければいいかなと思っております。

**川村先生（宗谷医師会）**：先ほどから地方のことについていろいろ出ていますが、ひとつ気になっているのが、専門医制度との組み合わせの問題です。私は産婦人科の医師ですが、専門医制度がどんどん進む中で、産婦人科でも相当高いレベルを要求されて、それを達成するために中堅どころのドクターの多くが、それをとれる指定施設まで行かざるを得なくなり、地方へはなかなか来ません。周産期の専門医制度ができる時に同じようなことを聞きましたが、この専門医というのは全員がなるべきなのでしょうか。それとも、指導的な立場の人が何人か地域にいればいいという専門医なのでしょうか。もし全員が取るのであれば、本当に全員が産科の専門医、婦人科の専門医、あるいは不妊症の専門医を持つ意味はあるのでしょうか。例えば私は地方にいますが、私は不妊症の教育は一切受けたことはございません。ただ、私しかいないので不妊症の治療も行なっております。地方の医療というのはそういう形だと思うのですが、そうなってくるとどんな専門医に意味があって、専門医を何人くらい配置すれば、この国の医療としていいデザインになるのかということは、実は国がわかっているなければならないことだと思います。例えば産科は何人、婦人科は何人、一般にある産婦人科の医者が何人くらいいれば、地方も含め

てどんな医療ができるのかという話ではないかと思  
います。そうなってくると今はただ、専門医制度だ  
けが突っ走っている中で、地方のことはわかりませ  
んというのは無責任すぎるのではないかと思いま  
す。山田先生のと専門医は検討していなかったと  
きだと思いますが、その辺のことはどうなのでしょう  
か。全員が専門医を持つべきなのでしょう。今の  
の医育機関ですと、皆そういう言い方になっている  
と思います。

**向井座長：**私ができる範囲でお答えします。今の新  
専門医制度については19の基本領域があります。当  
初専門医機構が発足したときには卒業者はなにがし  
かの専門医を取るべきであるとなっていたのです  
が、来年から始まるものについては、必ずしも必須  
ではないということになっています。今の流れから  
いうと、新しくこれから専門医を取ろうという先生  
は、前にそういう話がありましたので、なにがしか  
の専門医を取らざるを得ないのではないかと感じて  
いると思います。ただ、先生がおっしゃったように  
不妊症の専門医など、さらにサブスペシャリティの  
専門医だと話が違ってきますので、それはまた違う  
扱いになってくるのではと思います。基本領域につ  
いては、たぶんなにがしかを取らなければならない  
ような世の中の流れになると思います。

また、それに合わせて地域枠の卒業者が多くいま  
すが、その方たちが果たして専門医制度カリキュ  
ラムのある病院に行けるのかという問題もあります  
ので、その辺との整合性がどうなるのかが問題では  
ないかと私は思っています。

**大竹コメンテーター：**私も直接の担当ではないので  
すが、やはり基本的には地域医療に影響のないよう  
設計していくということかと思えます。ただし、非  
常に懸念の大きい分野だと思っておりますので、先  
生のようなご懸念をきちんと発信するというか、伝  
えていくということが大事なことで私は思ってい  
ます。どうしても、理想はこうだけれども、なか  
なか専門医を各地域にフルで揃えることはできな

いということも事実であると思えますので、ある意味、  
そういった線引きや妥協といったものをどこのレベ  
ルまでなら妥協できるか、どこのレベルまで集約し  
ていくのかということを考えていく必要があると思  
います。

**伊藤先生（愛知県医師会）：**大竹さんに質問した方  
が良いかもしれませんが、お答えづらいかもしま  
せんが、人口減少が大きな問題になっており、限界集  
落をどうするのかという話に近い話で、それに医療  
がどう関わるのかという問題でもあると思えます。  
医療があれば限界集落が抑えられるという議論があ  
りますが、逆に言うと限界集落に医療がすぎ込むだ  
けの余裕はもうなくて、なおかつそういう状況の中  
で、強制配置うんぬんという話が擲揄される現状の  
中で、いったいその部分は医療が関与すべきなの  
かどうか。私自身は、それは行政や政治が担う部分  
であると思えますが、もし医療をそこに位置づけて  
機能させるとすると、何らかの経済的な問題やポジ  
ショニングといったことが必要になってくるのでは  
ないかと思えます。それは国としてそういう考えが  
おありなのでしょう。

**大竹コメンテーター：**国を代表して説明するわけ  
ではないのですが、北海道で勤務していたときの経験  
も踏まえて申し上げると、基本的に各地域にいろ  
んな集落や市町村がありますが、あらゆる地域で専  
門的な医療を提供するとか、あらゆる集落に医師に  
いてもらうということが難しいということは間違い  
ないことです。現実、北海道であれば、徐々に医師  
の方が地域の中にいなくなって、医療が成り立た  
なくなっているというのが現実かと思えます。一  
方で、あらゆるところでハイレベルなものを維持す  
るのは無理だとしても、一定の圏域の中で守るべき  
ものは守っていかなくてはならないということだ  
と思っていまして、それがどの程度かということ  
はしっかり考えなくてはなりません。今日発表があ  
りましたが、釧路・根室という非常に大きいエ  
リアがありますが、せめてあそこの中では、しっ  
かり医療を

## シンポジウム I

守っていくという視点は大事だと思っています。あれ以上広がると、とても成り立たなくなるというのは明らかですので、釧路・根室という大きい圏域の中で高度医療を含めどう守っていくか。そして高度医療だけでなく、プライマリケアのような医療をどのくらいの単位で確保していくのかというところは、地域との対話も大事だと思いますが、医療界から発信していく必要があると思っています。どのレベルの医療がどういう単位で必要かというところはセットで考えていく必要があると、私個人は思っています。

**向井座長：**それに関連して、医師が半分以下になったようなところで、根室ですと10万人当たりで58人しかいないと、そういったところに関しては特区のような形にして、医師以外の人にある程度の役割を持たせて、ネットワークで医師に連絡を取って診療するという方策は考えられるのでしょうか。

**大竹コメンテーター：**先ほど、タスクシフティングのようなことはすぐには難しいのではというお話をしましたが、そこはまさに全国レベルというか、医療職の関係の方でしっかりと、どこまでは医師がやって、どこまでは看護師がやってというところはしっかり議論すべきところかと思えますし、現実に行っていると思います。もちろん、都会と地域で基準を変えるとというのは、考え方としてはあり得るのかもしれませんが、それが認められるかどうかは考えなければなりません。それが必要だとすれば、北海道なり、各地域から発信していくことが大事であると思います。

**幸原先生（大阪府医師会）：**大阪は都市としては東京二十三区、横浜に次いで第三番目くらいですが、皆さまの中では都会で、医師を吸い込む側だと思われていると思います。実は大阪の中では、かなり医師の偏在があって、救急の70%を中小病院が担っていますが、そこにほとんど医師がいかないという、釧路と同じことが大阪の中で起こっています。私も

いろいろ考察したんですが、医師が増えれば増えるほど都会の人口というのは、病院を養っていただけるほど収益が上げられる。例えば、地方から大阪に来られて、そこで就職をした。何人か患者さんを診れば、きちんと診療報酬がついていくと。問題は吸い込むという側もありますが、都会がそれだけ養えるだけの診療報酬を供給できるという点。非常に細分化しておりますので、それぞれに診療報酬がついていく。きちんとそれで成り立っていくというシステムに問題があるのではないかと思います。ある程度の供給でストップすれば、医師側もそこでは食べていけないので、当然地方に戻ります。実は都会の豊富な診療報酬ということで、かなり保持されているのではないかという感覚を持っています。実は大阪も被害者なんです。北海道だけの問題ではないことを理解いただきたいと思います。

**藤巻先生（埼玉県医師会）：**少しスキームが大きくなってきたので、ここでお話をしても良いのかと思います。話ししてみようと思います。

先ほど、植山先生が全体の医師数について、北海道だけでなく全国の医師数についておっしゃったと思うのですが、現実には過去10年間で卒業生が1,500人、医学校は15校も増えているわけで、まだ現実の医療の現場には出てきていません。まだ研修医、せいぜい初期・後期研修医です。彼らが現場に出て戦力となったときに、彼らの給料を果たして捻出できるのかということなんです。国全体の医療費はこれ以上膨らまないわけですから、しかも高齢者が増えて、高齢者への医療のニーズは増えるがそこへお金はかけられない。そうすると私たちは医者をもっとつくって、シフト制で一緒に働きたいけれども、その分給料は2/3でいいのかという話になってくるのですが、その辺について厚労省はどのようにお考えなのでしょうか。

**大竹コメンテーター：**重ねてですが、私が国を代表してお答えするわけにはなかなかいかないのですが、おっしゃるとおり医療費にかけられる枠は、今

---

日の午前に大島様からお話があったとおり、どうしても限界が出てきます。それを医療界の中でどう分配するのかということです。進め方によっては、給料が減っていくということも理屈としてはあり得ます。では、パイ全体を増やせるのかというと、経済状況にもよるといことだと思えます。ただ、そこは現実的な妥協点を見つけていく必要があると思っていて、ある程度しっかり医師の役割を果たす人にはそれなりの給料を出すということ。これはプロに対しての敬意として当たり前だと思います。一方で医師の方以外でもできる仕事を今やっているという現状もありますので、そこをうまく分担することで、給与水準を変えずにトータルのパイも増やさないということできないことはないのではと思うのですが、そこはまだやってみないとわからないところがあります。考え方としては、トータルのパイは変わらないから単純に減らしましょうという話ではないと思っています。工夫が必要であるというように思います。

**藤根先生（岩見沢市医師会）：**若手医師専門委員会の委員長を務めています。私は北海道自治体学会というところにも参加していて、2040年になると北海道の半数の自治体で人口が5,000人を切ることになるであろうといわれています。そういった弱い小さい自治体がたくさん増えてくるという状況になって、では自治体の人々が今、何をしようと思っているかということ、その人口を減らさないためにどうするのかということと、そこに住んでいらっしゃる人たちがどのように暮らせるようにしようかということを一生涯懸念考えています。インフラとか下水を維持することに汲々としている現状があり、医療まで興味がいかない。観光を振興しようとかそういうのは話題になるのですが、医療の方はほとんど自治体学会でも話題になりません。そういった状況です。

それから、子どもを親のところに置いて、赤平市という旧産炭地に赴任をしていたことがあります。が、単身赴任で2週間に1回しか子ども会えないという状況で仕事をしていたこともあります。もし私

が子どもを赤平に連れていくために何が必要だったかということ、子どもたちをみていてくれること、そして夜呼ばれても安心な状況、きちんとした家、いろいろありますが、地方ではそういったサービスを提供するだけの力もない。そういうところを考えないと、今産婦人科の40代以下はほとんど女性なので、うちの若手医師専門委員会の者からも遠方へ出張に出す、あるいは派遣するという話し合いの中では、女同士で大変怖い状況になっていると聞きます。派遣するのは女性かもしれない、そうすると子どももついて行くかもしれないということ視点においての支援をどうするのかということについて、医師会としてももう少し具体的に積極的に自治体に協力を仰ぐということが必要になってくると思います。



## 「地域社会をつなぐ新たな挑戦」

座長：北海道医師会勤務医部会副部長 **目黒順一**

北海道医師会勤務医部会運営委員会委員 **鈴木望**

コメンテーター：北海道保健福祉部地域医療推進局  
地域医療課医療参事 **石井安彦**

## 「広域での医療格差を解消するために～ Medical Wingsの運用」

医療法人溪仁会手稲溪仁会病院救命救急センターセンター長・救急科主任部長  
**奈良理**

## 「ゲノム情報が拓く新たな医療」

社会医療法人禎心会札幌禎心会病院総長・東京大学客員教授  
**今井浩三**

## 「IBM Watson Healthと医療の世界」

日本IBM(株)IS&BD事業部Watson Health Solutions 部長  
**溝上敏文**





### 座長

北海道医師会勤務医部会副部会長 目黒 順一

北海道医師会勤務医部会運営委員会委員 鈴木 望

#### 目黒座長

座長は私目黒と鈴木先生で務めさせていただきます。

前のシンポジウムで活発な議論がございました。深刻でかなり暗いお話もありましたけれども、このシンポジウムⅡでは、新たな挑戦ということで少し明るい話題にもなるかと期待しております。後ほど活発なご議論をお願いいたします。今日はお3方とコメンテーター1名のあわせて4名の方にお話しをお聞きしたいと存じます。

それでは最初のシンポジストをご紹介します。医療法人溪仁会手稲溪仁会病院救命救急センター、センター長・救急科主任部長の奈良理先生です。奈良先生には広域での医療格差を解消するために、メディカルウイングの運航ということで、お話を伺いたいと思います。

## 「広域での医療格差を解消するために ～ Medical Wingsの運用」



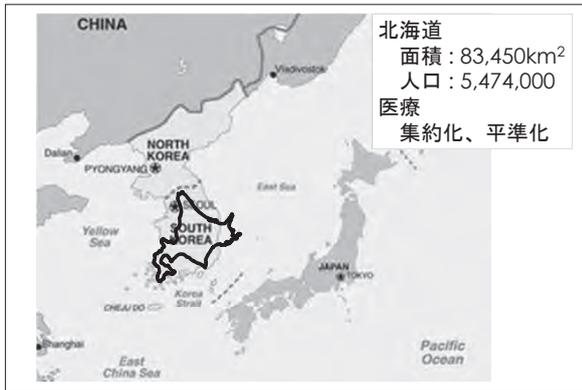
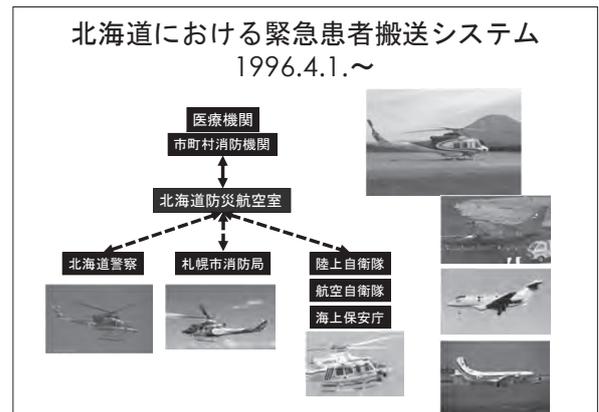
医療法人溪仁会手稲溪仁会病院救命救急センター  
センター長・救急科主任部長

奈良 理



私は今年7月30日から北海道で本格運航を開始した医療専用固定翼機の導入経緯についてお話したいと思います。

北海道の広大さは、他の演者の先生方がすでにお話になりましたが、そのために医療の集約化、平準化が求められています。北海道では救急医療の担い手としてドクターヘリが4機活動しており、それぞれ年間400から500件の緊急搬送を行なっています。北海道では、古くは1964年に第1回のヘリコプター搬送が行われた記録があります。1996年からは北海



道防災航空室が開設されたことによって、以下に示すようなシステムで北海道防災ヘリを主体とする緊急搬送が行われています。これは他機関連携を一元化したシステムで、防災ヘリが運航できない場合には、運航の可否を全ての機関に確認し、要請されることになっています。年間約100件の患者搬送が行われドクターヘリと並んで北海道の緊急患者搬送の担い手として全国的に高い評価を受けています。



しかし、従来のシステムは機体が捜索救助にも使われているため患者搬送専用ではなく、医療器材は基本的に持ち込みが原則で、要請側から搬送機体の選択もできません。緊急性が重要視されますが、緊急性の定義が明確ではない等の問題点もあります。また原則医師が搭乗しますが、搬送全体をコーディネートする専任医師は存在しません。唯一、自衛隊

## 従来のシステムの課題

- ・患者搬送専用の機体ではない。
- ・医療機器等の持込みが必要となる。
- ・搬送機関（機体）の選択ができない。
- ・緊急性が重要視されるが、その定義が明確でない。
- ・搬送をコーディネートする専任医師がいない。

## 自衛隊による航空搬送は 災害派遣に位置づけられる

- ・都道府県知事等からの要請が必要  
公共性、緊急性、非代替性
- ・航空自衛隊機動衛生ユニット搭載以外は搬送用の機体ではない



の機動衛生ユニットというものがあり、これはコンテナの中に手術室が入っているような仕組みで、このユニットがC130Hという大型の輸送機に搭載され搬送します。これは医療専用ですが、自衛隊による航空機搬送は災害派遣に位置づけられ、都道府県知事等からの要請が必要で、公共性、緊急性、非代替性が求められます。現在までの搬送実績は、ホームページによると30例ほどで、小児の補助循環症例の搬送が主となっています。

## Medical Wings™ メディカルウイング：医療優先固定翼機



Cessna 560 (Citation V)

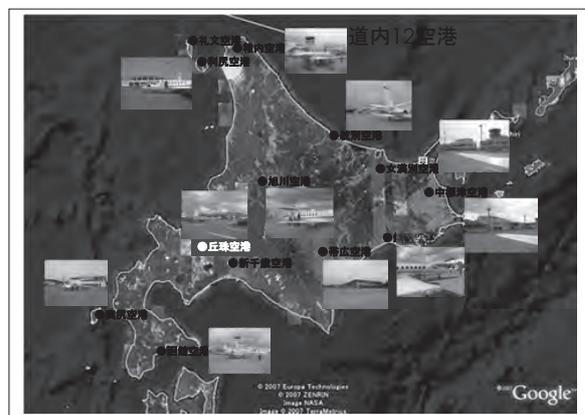
Beech 200 King Air

EMSキット：酸素、圧縮空気、吸引、電源、ストレッチャー

このような現状からわれわれは医療専用固定翼機が必要であると考え、メディカルウイングの導入活動を開始しました。メディカルウイングには医療用ユニットとして専用ストレッチャー、酸素、吸引、電源が装備されています。機体としてはジェット機とターボプロップ機がありますが、いずれの機体もユニットが搭載できます。医療機器として、人工呼



吸器、生体監視モニター、除細動器等を搭載しています。この機体で北海道の12空港を活用して運航を



計画しました。運航の依頼に関しましては、ドクターヘリと同じようなシステムで、運航管理者が依頼を受け、運航会社が運航についてのコーディネートを行なって、メディカルディレクターが要請元の医師と患者さんの状態や必要な資機材について検討し、搬送元病院から搬送先病院までの全搬送についてコーディネートするというシステムになっています。実際にフライトするのは航空機ですので、ドクターヘリでは機長と整備士ですが、航空機は機長と副操縦士、整備士が必要で、搭乗医師、看護師は搬

**Medical Wings™**  
メディカルウイング：運航システム

- ・ 運航管理者
- ・ 運航調整支援者
- ・ 機長
- ・ 副操縦士
- ・ 整備士
- ・ 整備補助
- ・ メディカルディレクター（MD）



**フライトクルー**

- ・ 機長、副操縦士、整備士
- ・ 医師士看護師士MD



送元（場合によっては搬送先）が原則ですが、必要に応じてわれわれが搭乗する場合があります。

**Medical Wings™ の研究運航**

- 第1回研究運航：民間企業の寄付
  - ・ 期間：2010年9月6日～2010年10月5日
- 第2回研究運航：新たな北海道地域医療再生計画
  - ・ 期間Ⅰ：2011年11月15日～2012年1月14日
  - ・ 期間Ⅱ：2012年6月1日～2013年1月31日
  - ・ 期間Ⅲ：2013年7月6日～2013年9月5日




航は延べ12ヵ月ですが、2011年の11月から2013年の9月5日まで行いました。ここで問題になったのが、ヘリコプターと違って固定翼機なので、冬期の運航も対応できるとわれわれは考えていたのですが、日本

**Medical Wings™ の研究運航**

- 第1回研究運航：民間企業の寄付
  - ・ 期間：2010年9月6日～2010年10月5日
- 第2回研究運航：新たな北海道地域医療再生計画
  - ・ 期間Ⅰ：2011年11月15日～2012年1月14日
  - ・ 期間Ⅱ：2012年6月1日～2013年1月31日
  - ・ 期間Ⅲ：2013年7月6日～2013年9月5日



第1回目の研究運航は企業からの寄付で1ヵ月間、2010年の9月6日から10月5日まで行いました。この間、要請件数は19件、患者搬送に関わったのは

**冬季運航の問題点-雪氷滑走路**



**【制限事項】**  
積雪深、横風、ブレーキングアクション




**第1回研究運航実績**  
(2010年9月6日～10月5日)



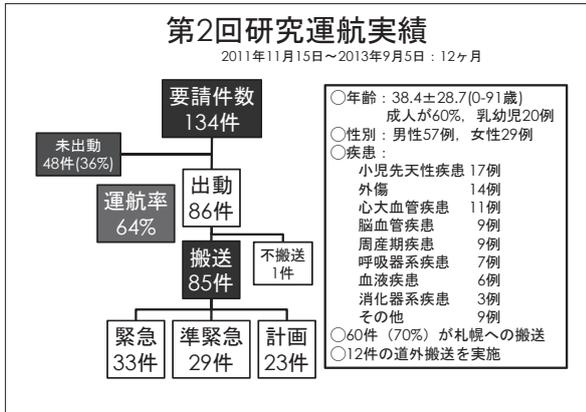
|             |            |            |
|-------------|------------|------------|
| 要請件数<br>19件 |            |            |
| 患者搬送<br>11件 | 医師搬送<br>4件 | 臓器搬送<br>4件 |
| 出動9件        | 出動3件       | 出動4件       |

◎患者搬送要請2件は、臓器搬送要請との重複要請のため未出動となった。  
 ◎医師搬送要請1件は、天候不良のため未出動となった。

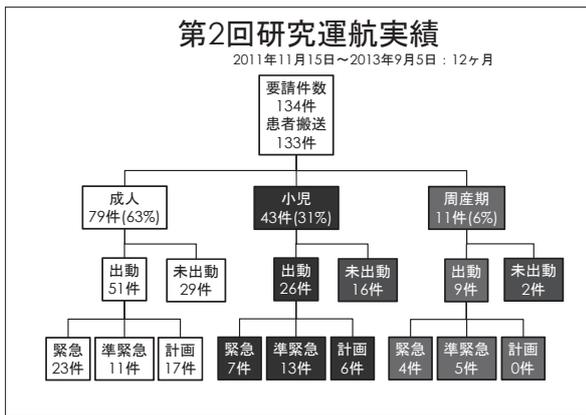
11件、実際に出動できたのは9件でした。このときは、医師搬送や臓器移植に関わる臓器搬送でも出動しました。その後、第2回の研究運航は新たな北海道地域医療再生計画ということで3年間、実際の運

ではあまりビジネスジェットの実績がなく、かなり厳しい航空規制があって、一般の旅客機が飛行している気象や滑走路の状況であっても、われわれの機体が飛行できないという状況がありました。そこで冬期間の研究運航に関して、運行会社に滑走路の制動距離等の調査をしていただき、日本国内でもレギュレーションについて一部緩和されました。

12ヵ月の研究運航期間で要請件数は134件でした。未出動は48件ありました。ほとんどが、運航開始当初の冬期間運航で、64%という低い運航率に関わっています。実際の出動は86件で、搬送できなかった症例が一例ありましたので、実際に搬送したのは85件ということになります。成人が約60%でした。乳幼児も20件含まれていて、疾患は多岐に渡っていましたが、70%が札幌市への搬送でした。また12件の



道外搬送も実施しました。搬送の区分としては、緊急、準緊急、計画というカテゴリーに分けて、それぞれ33件、29件、23件でした。要請件数を含め、年



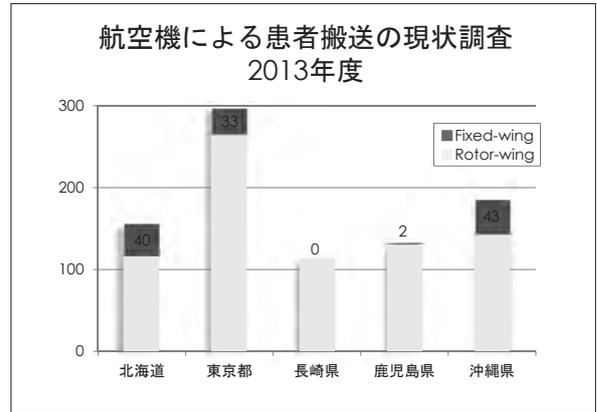
齢で分けてみますと、成人が多かったのですが、小児の要請は43件(31%)、周産期は11件(6%)と、比較的多くみられました。今までのシステムでは、緊急搬送が原則でした。搬送しなければならない患者さんの中には、必ずしも今日中に搬送する必要はありませんが、数日以内には根治的な手術や治療の

### 第2回研究運航実績

2011年11月15日～2013年9月5日：12ヶ月

| 出動区分                  | 判断基準   | 移送費有無                      |
|-----------------------|--|----------------------------|
| 緊急搬送<br>[Category A]  | 傷病者の状態等により一刻も早く搬送を必要とする患者搬送。   | 徴収なし                       |
| 準緊急搬送<br>[Category B] | 緊急搬送に準ずるが、空港の運用時間と関係機種の調整を含め、出動時間等の調整を許容できる患者搬送。                           | 徴収なし                       |
| 可判搬送<br>[Category C]  | 高度専門医療を必要とするが、医師の継続的な管理を必要とし、医療機先固定翼機で行ければ搬送が困難な患者の搬送。                     | 徴収なし                       |
| 医療搬送<br>[Category D]  | 緊急、高度専門医療を必要とする患者の発生により、医師、看護師等を搬送。(災害時等への協力を含む)                           | 徴収なし                       |
|                       | 社会的要項による地域中核医療機関への医療搬送も可能とするが、当該搬送については、北海道及び関係自治体等との協議に基づき決定される医療搬送。(非緊急) | 徴収あり<br>[要請主体との協議に基づき航空運賃] |

www.hokkaido.med.or.jp/hamn/



できる施設へ搬送しなければならない症例もありますので、緊急、準緊急、計画というようにカテゴリーを分けることによってニーズに柔軟に対応できると考えました。

### 2014年度 「本邦における固定翼機による救急医療活動の実態調査」 のアンケート結果

- ・全国の救急科専門施設 83施設からの回答
- Q 固定翼機による傷病者搬送は必要と思いますか？  
必要である 53 (64%)
- Q 固定翼機による傷病者搬送の問題点はどこにありますか？  
費用が高額になる 42 (79%)  
航空機の確保が困難である 33 (62%)  
その他  
同行する医療スタッフなど人的負担がかかる 6  
調整や手続きに手間と時間がかかる 4  
搬送経験がない 3  
資機材の確保や手配 2  
搬送医師の補償の問題 2

各救命救急センター等の施設にアンケートを行ったところ、固定翼機が必要であるという意見は6割くらいでありました。問題点は費用、それから航空機の確保、他に搭乗スタッフであるとか、手続きとか、経験がないとか、そういった意見がありました。

### 研究運航終了後の道内における 長距離搬送の実態

2013年9月1日～2016年9月30日

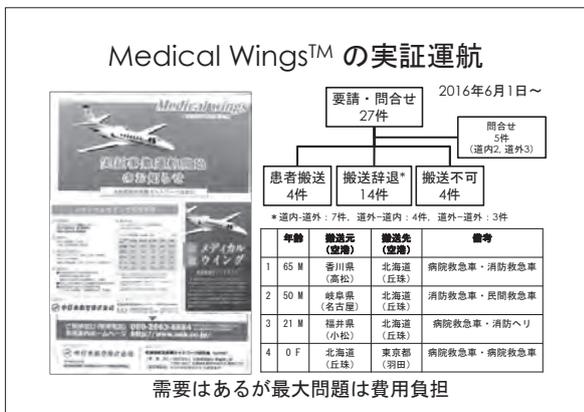
- 北海道 北海道防災航空室 367件
- 消防防災ヘリコプター「はまなす2号」 231件
- JCG 第一管区海上保安本部 28件
- 北海道警察航空隊 18件
- 石狩駐屯地 47件
- ③丘珠空港 札幌市消防局 消防航空隊 36件
- JASDF 航空自衛隊 26件

## シンポジウムⅡ

研究運航が終わってから、2016年9月までの3年間に北海道で行われていた長距離搬送を調べてみました。北海道防災航空室ではこの3年間に367件の搬送を行っていました。この中で、実際に固定翼



機を使った道外搬送は10件行われていて、道内での搬送の中で、固定翼機を使って搬送してもいいのではないかという症例は241件で、3年間で251例ほどのニーズがあると判断しました。



この期間、有償運航ということで、運航会社と協力して搬送を行いました。問い合わせの件数は27件ありましたが、患者搬送を行なったのは4件でした。最大の理由は費用の問題で、約300万円から500万円ほどかかるので、保険が適用できた場合の搬送しかありませんでした。

これは頸椎損傷の患者さんを人工呼吸器を装着して搬送している症例です。この間、横倉日本医師会会長、長瀬北海道医師会会長、目黒常任理事にもご協力をいただき、要望活動を行ってきました。各省庁に説明に行ったり、また北海道日本ハムファイ



本格運航に向けた要望活動等 (2016.4.14)



ターズの稲葉篤紀さんにはいろいろとご協力いただき、保育器も寄付していただきました。

### Medical Wings™ の本格運航

- 第1回研究運航：民間企業の寄付
  - ・期間：2010年9月6日～2010年10月5日
- 第2回研究運航：新たな北海道地域医療再生計画
  - ・期間Ⅰ：2011年11月15日～2012年1月14日
  - ・期間Ⅱ：2012年6月1日～2013年1月31日
  - ・期間Ⅲ：2013年7月6日～2013年9月5日
- 実証事業運航
  - ・期間：2016年6月1日～
- 北海道患者搬送固定翼機運航事業
  - ：平成29年度国庫補助事業の「へき地保健医療対策実施要綱」
  - ・期間：2017年7月30日～2018年3月31日

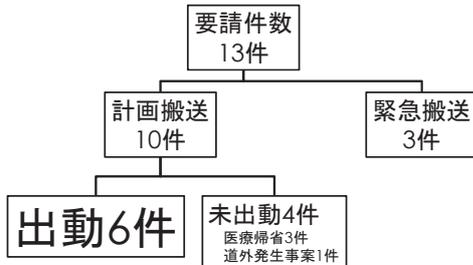
いろいろな方々のご協力によって、本年7月30日から本格運航が開始となりました。今回の予算については「へき地保健医療対策実施要綱」にメディカルジェットが書き込まれ、そこでの予算ということになります。運航に関して体制は同じで、統括医療機関は札幌医科大学附属病院にお願いして、私が所属している手稲溪仁会病院は医療に関する運航管理

北海道患者搬送固定翼機運航事業  
(Medical Wings™ メディカルウイング)

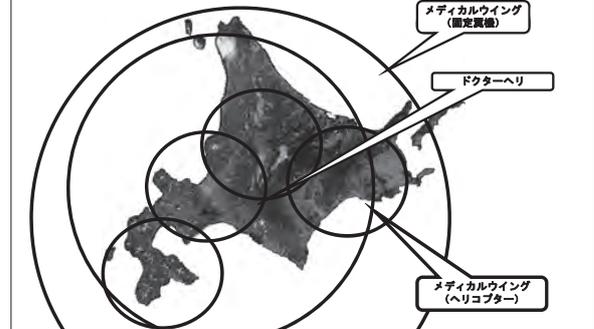
- 運航期間：2017年7月30日～2018年3月31日
- 搬送要請受付：午前8時45分～午後5時30分
- 運航時間：午前9時00分～午後5時を原則とする
- 統括医療機関：札幌医科大学付属病院
- 運航管理病院：手稲溪仁会病院
- 搬送担当運航会社：中日本航空
- 要請者：北海道内の医療機関で診療に従事している医師
- 対象患者：道内の医療機関に入院治療中の患者で  
次の基準をすべて満たしていること
  - ①当該地域の医療機関では提供できない高度・専門的医療を必要としていること
  - ②高度・専門医療機関へ転院して治療を受けることにより症状および生命・機能予後の改善が期待できること
  - ③搬送中に医師による継続的な医学管理を必要とすること
  - ④搬送環境（使用可能な医療機器、室内与圧等）や搬送時間等の制約により当該事業による搬送が適当であること
- 搬送要請先：メディカルウイング要請センター（札幌医科大学付属病院）  
TEL：0570-050-283 FAX：0120-002-078



北海道患者搬送固定翼機運航事業  
(Medical Wings™ メディカルウイング)  
2017年7月30日～10月20日

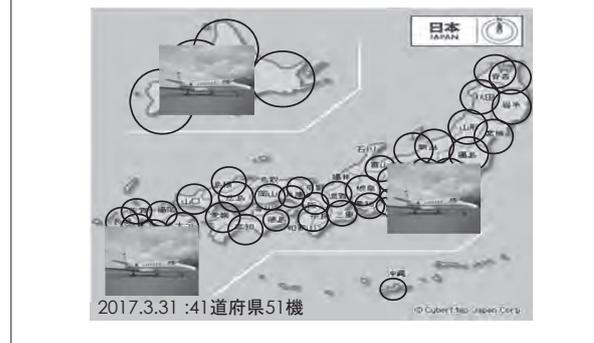


北海道から発信する新たな航空搬送システム  
Medical Wings™



を行なっています。緊急運航は対象外となっており、あくまでも計画的な運航のみとなっています。今日までに要請件数は13件ありました。このう

北海道から発信する新たな航空搬送システム  
Medical Wings™



北海道患者搬送固定翼機運航事業  
(Medical Wings™ メディカルウイング)  
2017年7月30日～10月20日

| 搬送元空港     | 年齢  | 傷病名    | 搬送先空港  | 飛行時間 | 搬送時間 | 病院→空港          | 備考              |
|-----------|-----|--------|--------|------|------|----------------|-----------------|
| 1 帯広市 帯広  | 新生児 | 先天性心疾患 | 札幌市 丘珠 | 0:35 | 1:58 | 消防救急車<br>消防救急車 | 保育器<br>要請元DR+MD |
| 2 稚内市 稚内  | 成人  | 循環器疾患  | 札幌市 丘珠 | 0:55 | 2:10 | 消防救急車<br>消防救急車 | 要請元NS+MD2       |
| 3 函館市 函館  | 成人  | 重度四肢外傷 | 札幌市 丘珠 | 0:45 | 2:06 | 消防救急車<br>消防救急車 |                 |
| 4 帯広市 帯広  | 成人  | 循環器疾患  | 札幌市 丘珠 | 0:45 | 2:08 | 消防救急車<br>消防救急車 | MD2のみ           |
| 5 稚内市 稚内  | 乳児  | 先天性心疾患 | 札幌市 丘珠 | 0:45 | 1:48 | 消防救急車<br>消防救急車 |                 |
| 6 北見市 女満別 | 成人  | 血液疾患   | 札幌市 丘珠 | 0:55 | 2:08 | 消防救急車<br>消防救急車 | 天候不良<br>(回転翼不可) |

ち10件は計画搬送で、6件に出動しています。緊急搬送の3件は、研究運航時の基準では実施できましたが、今回は予算の関係で実施できておりません。未出動の中には、今後の課題になると思うのですが、医療帰省というものが含まれていました。また道外発生事案というのも1件ありました。新生児1

件、乳児1件、成人4件です。道内搬送は、総搬送時間2時間以内で行なわれています。飛行機の搬送時間は50分前後です。地域の先生方の負担を軽減するという意味で、われわれだけで搬送した例、天候が悪くヘリコプターでは搬送ができない例というのもありました。

われわれが考えているのは、固定翼機だけをどんどんというのではなく、ドクターヘリ、消防防災ヘリコプター、メディカルウイング、これらを有効活

## シンポジウムⅡ

---

用するために、全てを統括するようなシステムが必要であると考えています。日本では現在51機のドクターヘリが運航しています。ドクターヘリ1機の運航費用は約2億円です。メディカルウイングは、ドクターヘリの倍の運航経費がかかるといわれています。しかし、ドクターヘリ51機に対して、恐らくメディカルウイングは全国で2機か3機程度で十分ではないかと考えています。私は救急医療しかやっていませんので、救急医の立場からの勝手な提案ではあると思いますが、0歳からご高齢の方まで、1人150円の負担で全国のドクターヘリとメディカルウイングが運航できると考えます。今回はメディカルウイングに関して、最初から携わっていたメディカルディレクターという立場で、お話をさせていただきました。

皆様のご協力で  
第一歩を踏出すことが出来ました。  
安全を第一に運航します。  
引続きよろしくお願い致します。





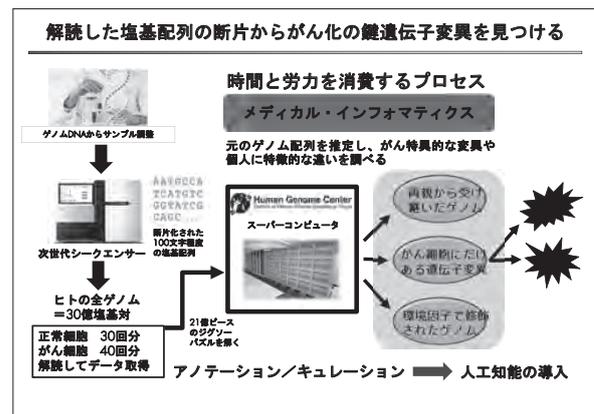
## 「ゲノム情報が拓く新たな医療」

社会医療法人 榎心会 札幌榎心会病院 総長・東京大学 客員教授

今井 浩三



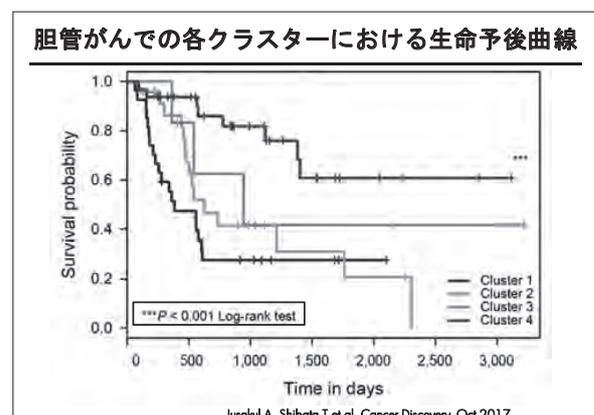
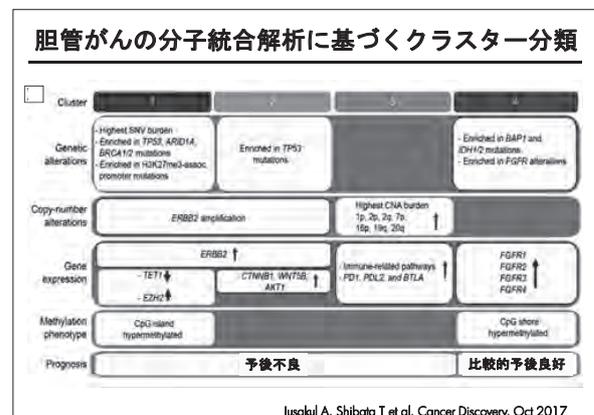
本日はこのような貴重な機会をいただき、関係の方々にお礼申し上げます。



結論的には、がんの場合ですと、がんだけにある遺伝子の変異を見つけるということが重要でござい

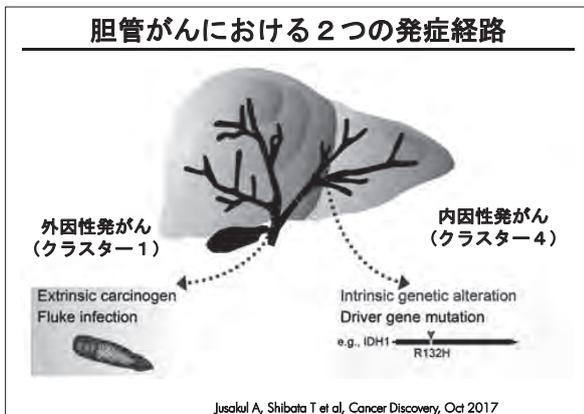


これは文科省が現在行っているプロジェクトなのですが、10年後の目指すべき社会像を見据えて、ビジョンを出しなさいということで、東京大学から、下にテーマが書いてありますが、「ヘルスビッグデータを用いた健康長寿イノベーション」ということで研究を進めております。本日のお話の中心になります、次世代のシーケンサーというゲノムを解析する機械、そしてスーパーコンピュータ、両方とも東京大学の医科研にありまして、それを使って行った仕事であります。

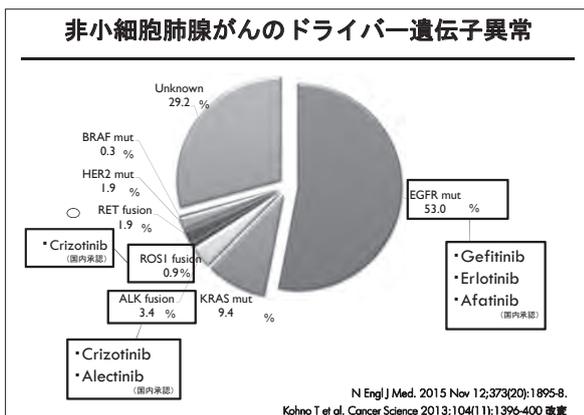


## シンポジウムⅡ

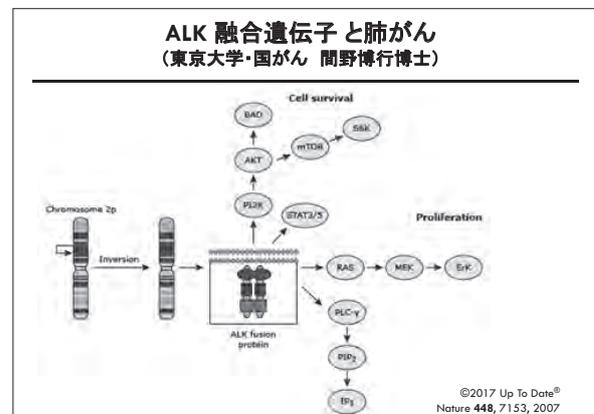
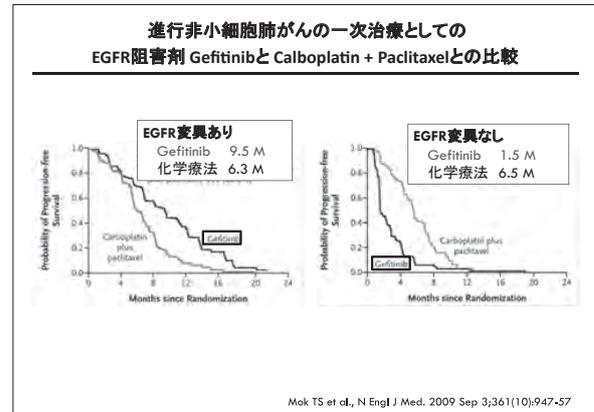
ます。例として胆管がんの話ですが、ごく最近、医科研の研究者（柴田教授ら）が、いろいろな変異があるということを見つけました。これが実は予後と関係するということで、クラスター4というのは良いが、一方1や2は悪いということがわかりました。実は胆管がんはご存知のように非常に難しいがんで、膵がんとともに5年生存率は非常に低いわけです。東南アジアに多いのですが、寄生虫によって起きる胆管がん、他の遺伝子異常から起こるものと2つのタイプが知られていて、圧倒的にクラスター



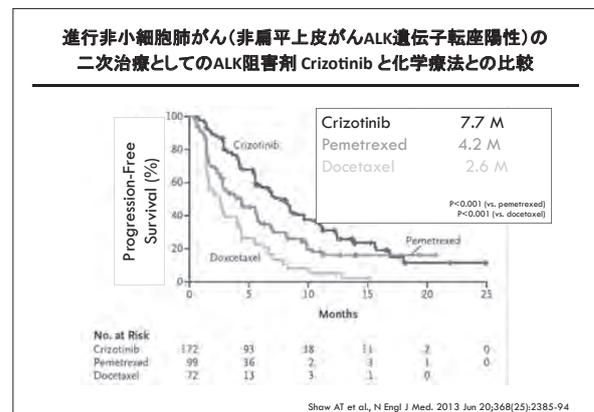
1の方の予後が悪いということがわかりましたので、やがて治療も変わってくるだろうと思います。



肺がんについて先生方はよくご存知だと思いますが、これまでの治療で肺がん（腺がん）のEGFレセプターは50%くらい変異があるのですが、これにはゲフェニティブという薬を使うと、従来の化学療養より成績がいいわけですね。ところが変異のない人に使うと逆に悪いということが分かってきて、遺伝子の変異と治療効果に対応があるということが

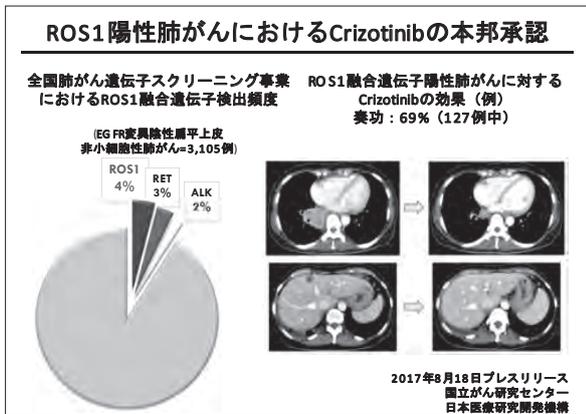
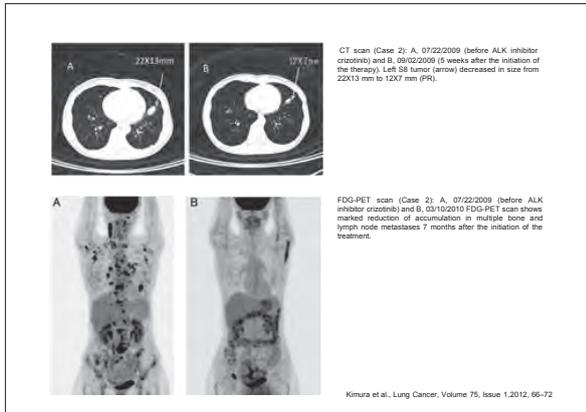


次第に明らかになってまいりました。その後、この間野博士らはALK融合タンパクを肺がんに見つけてきて、これは全肺がんの4%内外あるということがわかりました。すぐにお薬ができて、これを



使うと、非常によくするということが分かってまいりました。肺がんの4%であっても結構な人数の方に極めてよく効くというので、世界の研究者や臨床家を驚かせたわけでありました。

その後、ROS1という変異が見つかりました。こ



これは全国の3,000例に及ぶ肺がんの人達を解析して、その7割近くに薬が効くということがわかってきました。

ゲノムの話は非常にわかりづらくて申し訳ございません。これは私が学生の時に流行った映画で「ミ



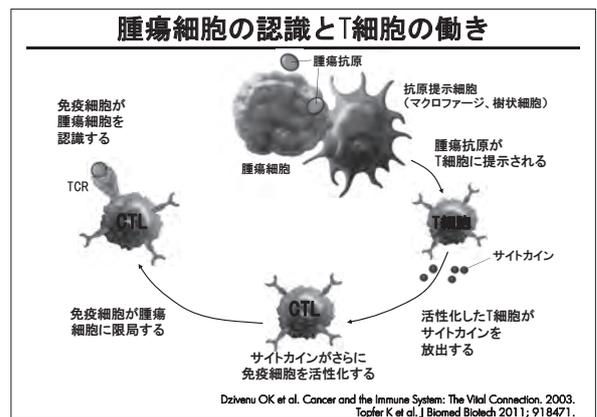
クロの決死圏」というのですが、体をどんどん小さくして行って、科学者の脳の中に入って行って治療するという映画でしたが、さすがに体は50年経っても小さくはできないのですが、アイデアとしてはこ

のように夢のある治療法が最近出てまいりました。

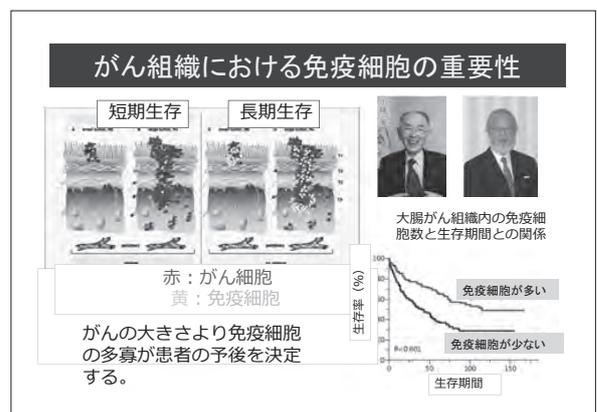
## がん免疫治療

### 免疫チェックポイント分子を標的とした治療

それはがんの免疫療法です。通常がんは遺伝子変異による新しい抗原を持っていますが、これをマク

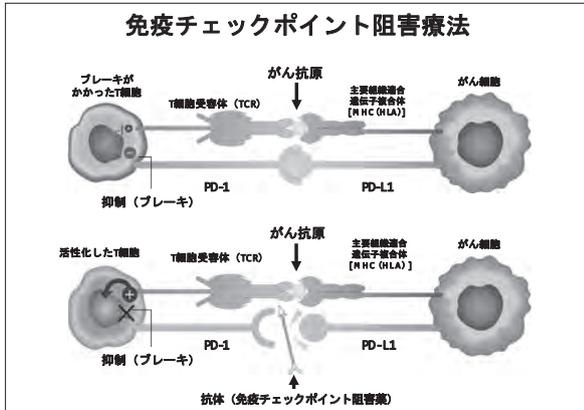


ロファージが見て、Tリンパ球を育てて、CTLという細胞ががん細胞をやっつけていると言われていました。それは私たちが院生や研究者のときから、北海道には、小林博先生や菊地浩吉先生など、極めて抜きん出てがん免疫の先達がおられ盛んに研究されて参りました。つまりスライドのような関係になる

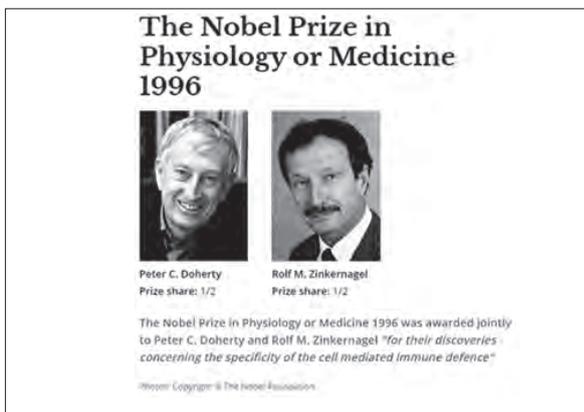


## シンポジウムⅡ

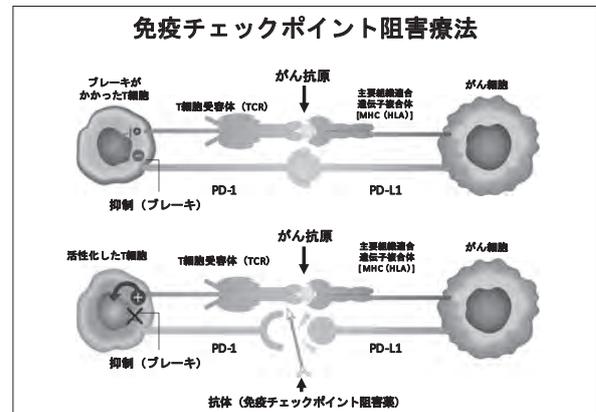
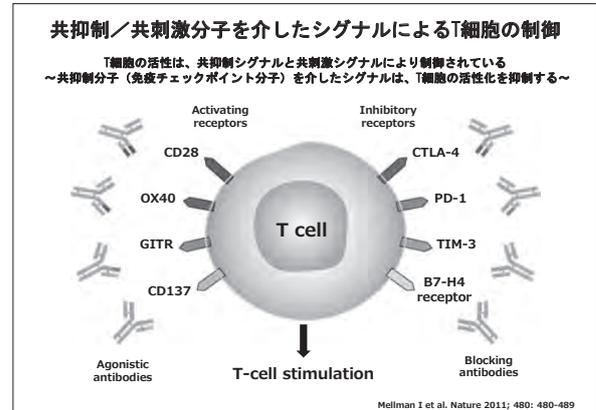
ことが分かっていました。これがなぜかということがごく最近明らかになりました。右ががん細胞で左



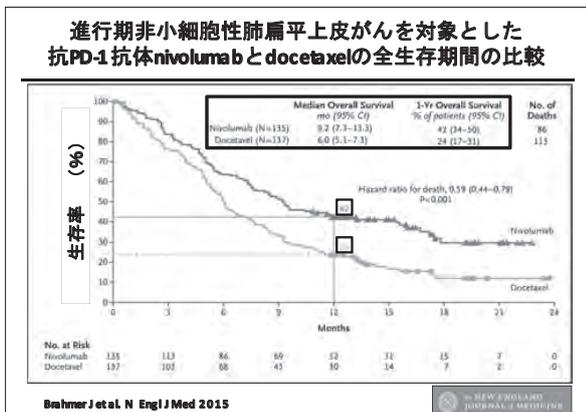
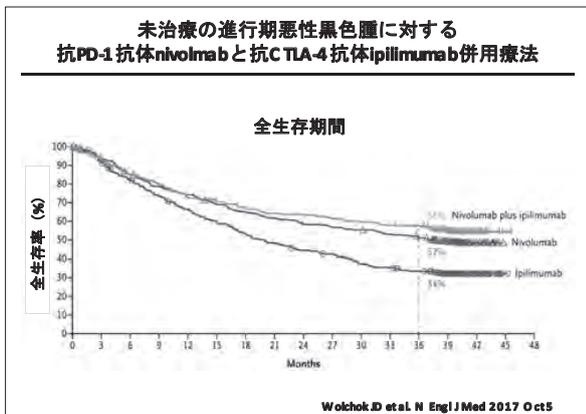
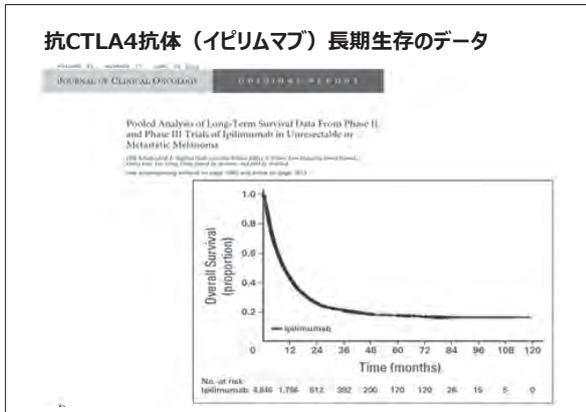
がT細胞なのですが、組織適合抗原というお皿に、がんから変異のあるものは、新しい抗原をここに出すんです。T細胞はそれを見つけて殺すという流れで考えていたのですが、ではどうしてがんはなくなるのかという疑問が出るのです。実はがんも死にたくないのです、PD-L1という分子を使って、ここにブレーキをかけていました。ところがそこにPD-1の抗体を投与して、ここを切ってやると、突然T細胞が活性化されてがん細胞を殺すという仕掛けになっています。前半のこのところはノーベル



賞になっていまして、ドハティとツィンカーナゲルという方が96年に受賞しています。T細胞の方には抑制のマーカーがあります。例えばPD-1は本庶先生が、CTLA-4はアメリカのアリソンという方が見つけました。これはPD-1を出していますが、ここに抗体を使うとT細胞は非常に良く殺すということが分かっています。どのくらい効くかと



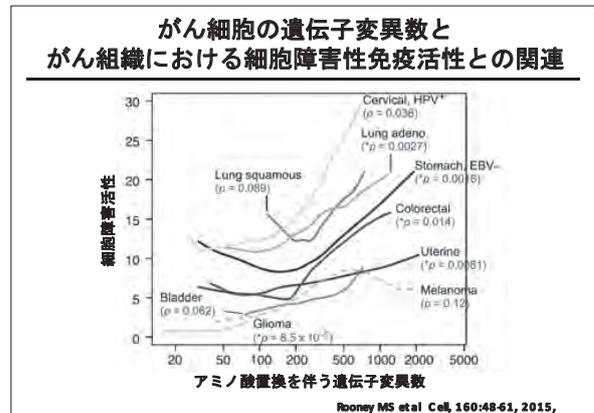
いと、悪性黒色腫という非常に難しい病気があるのですが、先ほどのCTLA-4の抗体を使うと、10年間で20%の方はほぼ再発がなく生存しています。さらに驚くべきことは、二つの抗体を合わせて使うと3年間で58%、6割近くの方が治ってきているということがわかってきました。先ほどまでのような機序は実際に体の中で働いていると分かってきました。少し前に戻りますと、肺がんは悪性黒色腫の次に保険収載されたのですが、このPD-1の抗体で良



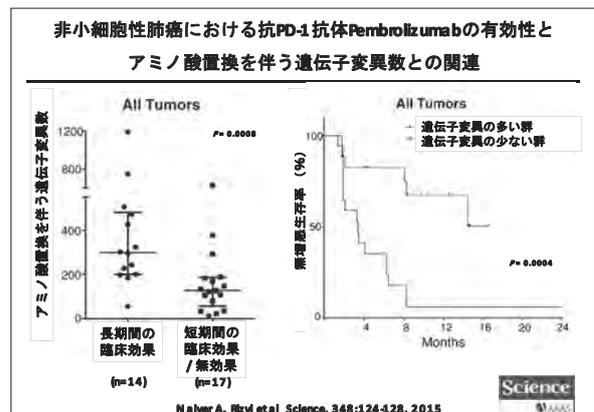
### 抗PD-1抗体の承認状況

|             | Nivolumab |    | Pembrolizumab |    |
|-------------|-----------|----|---------------|----|
|             | 日本        | 米国 | 日本            | 米国 |
| 悪性黒色腫       | ○         | ○  | ○             | ○  |
| 非小細胞肺癌      | ○         | ○  | ○             | ○  |
| 腎細胞がん       | ○         | ○  | ○             | ○  |
| 古典的ホジキンリンパ腫 | ○         | ○  | ○             | ○  |
| 頭頸部がん       | ○         | ○  | ○             | ○  |
| 尿路上皮がん      | ○         | ○  | ○             | ○  |
| MSI陽性大腸がん   | ○         | ○  | ○             | ○  |
| MSI陽性固形がん   | ○         | ○  | ○             | ○  |
| 胃がん         | ○         | ○  | ○             | ○  |

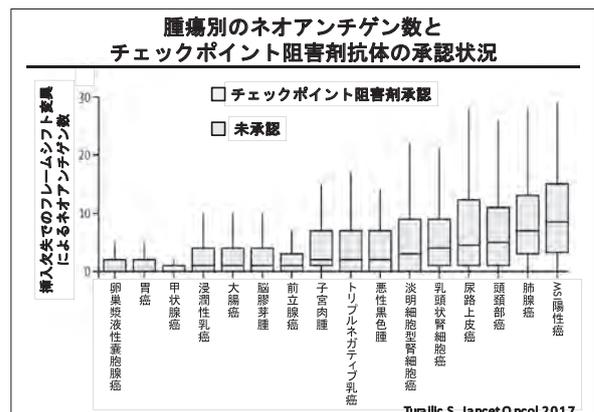
くなります。今はPD-1の一つの抗体、もうひとつはアメリカのものでこちらは日本の会社ですが、承認されています。

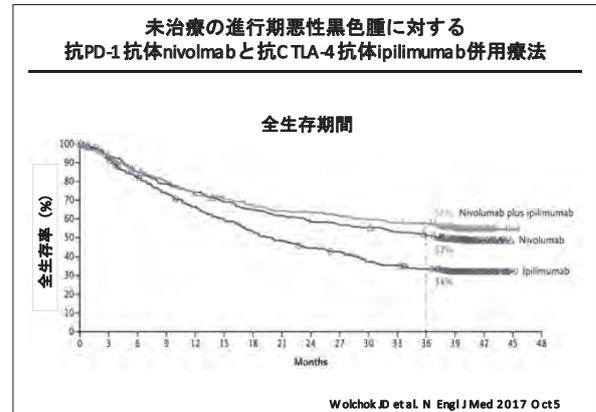
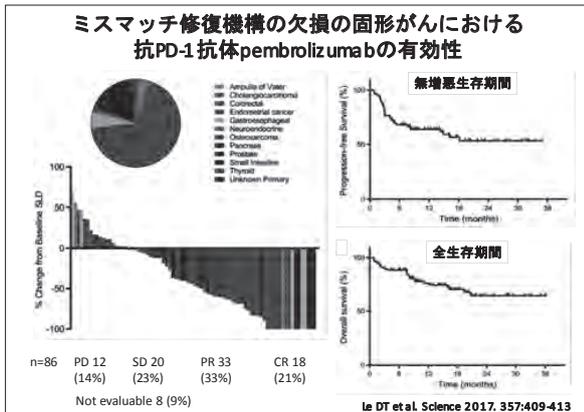


結局どうということかということをちょっとだけお話をさせていただきますと、がん細胞は確かに変異しますが、変異を起こせば起こすほどT細胞に殺され

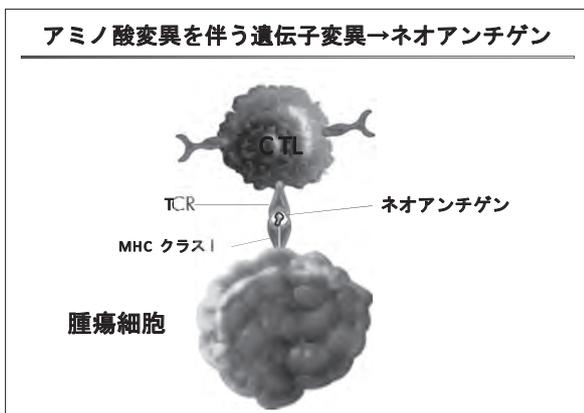


やすいということが分かりました。いろいろな研究者が参入してきて、変異があるほど効果があるということで、がんはやはり変な抗原を出して、T細胞はそれをありがたく殺していったということが分か



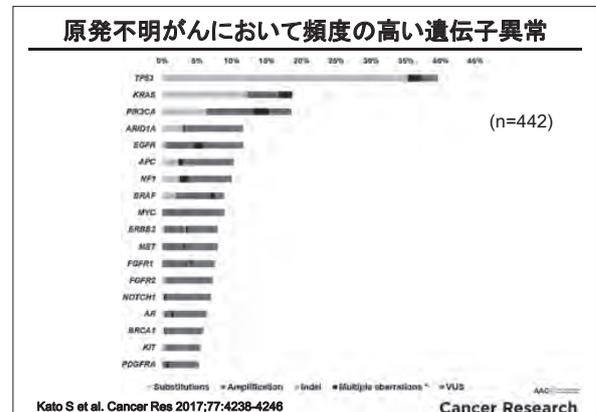


りました。そういう変異のあるものは、これを全体で見ると、抗PD-1抗体により大腸がんをはじめ、いろいろながんで良くなっていることが分かってきて、今年、アメリカのFDAは、こういう認め方をしたのは初めてらしいのですが、特殊な遺伝子異常を持ったがんはどんながんであっても、これに対する治療を認めるという通達を出して、これは日本でも恐らく認められると思います。



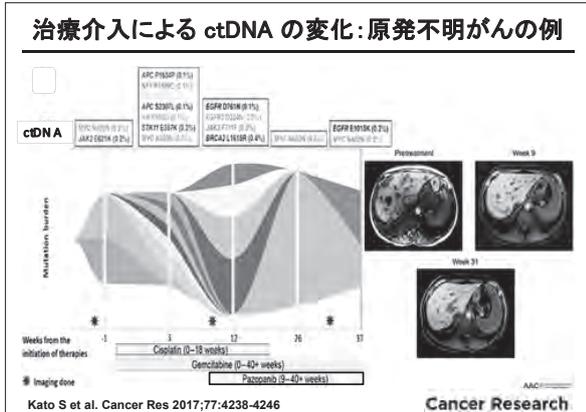
がん細胞がゲノム変異を伴って、ネオアンチゲン

を提示する。これをT細胞 (CTL) は目指して殺す。そのときにPD-1で普通は邪魔をされていたが、抗体を使うことによってこれが上手く働くということがわかってきました。従って、この2つの抗体を使ってよくなったという、これはがん免疫が臨床の間ではじめて効いたということでありまして、人間は小さくはなれませんが、T細胞はきちんと働いていたという意味で、私としては大変感動しているところでございます。



さらに進みまして、リキッドバイオプシー、血液を使うと遺伝子異常を見つけることができますので、このようなことがこれからどんどん進んでいきます。例えばこのがんの場合はいろいろな変異があって、薬を使うと遺伝子変異が変わっていきます。治療をすると治っていくということがわかってきて、やはり遺伝子変異に対応した薬を使っていく時代を迎えたということです。

これはサーキュレイティング腫瘍DNAというもので、こういうものも見られるようになってきまし



### 化学療法施行後の骨髄抑制遷延

次の化学療法までに要した日数

| JAISG AML201 寛解導入療法 |                                   | 後発日 |    |    |    |    |    |    |
|---------------------|-----------------------------------|-----|----|----|----|----|----|----|
| 薬剤                  | 用量                                | D1  | D2 | D3 | D4 | D5 | D6 | D7 |
| DR                  | 12 mg/m <sup>2</sup> (Dose 100%)  |     |    |    |    |    |    |    |
| Am-C                | 100 mg/m <sup>2</sup> (Dose 100%) |     |    |    |    |    |    |    |

35日間

| JAISG AML201 地固め療法 1コース目 |  | 後発日 |    |    |    |    |    |    |
|--------------------------|--|-----|----|----|----|----|----|----|
| 薬剤                       | 用量   | D1  | D2 | D3 | D4 | D5 | D6 | D7 |
| MIT                      | 7.0 mg/m <sup>2</sup> → 4.9 mg/m <sup>2</sup> (Dose 70%) |     |    |    |    |    |    |    |
| Am-C                     | 200 mg/m <sup>2</sup> → 140 mg/m <sup>2</sup> (Dose 70%) |     |    |    |    |    |    |    |

83日間

| JAISG AML201 地固め療法 2コース目 |  | 後発日 |    |    |    |    |    |    |
|--------------------------|--|-----|----|----|----|----|----|----|
| 薬剤                       | 用量   | D1  | D2 | D3 | D4 | D5 | D6 | D7 |
| DNR                      | 50 mg/m <sup>2</sup> → 35 mg/m <sup>2</sup> (Dose 70%)   |     |    |    |    |    |    |    |
| Am-C                     | 200 mg/m <sup>2</sup> → 140 mg/m <sup>2</sup> (Dose 70%) |     |    |    |    |    |    |    |

96日間

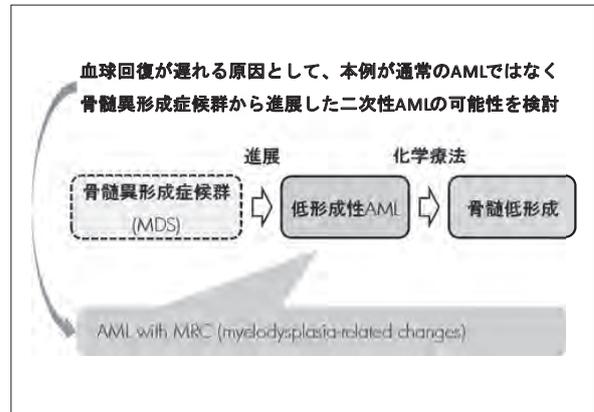
### パネルを利用した標的シーケンス

パネル=ヒトの全遺伝子(約25,000個)の中から選ばれた病気と関連する遺伝子の解析セット

Myeloid シークエンス・パネル

|        |          |       |          |       |
|--------|----------|-------|----------|-------|
| ABL1   | CERB1    | HRAS  | MYD88    | SF3B1 |
| ASXL1  | CSF3R    | IDH1  | N-O-TCH1 | SMC1A |
| ATRX   | CUX1     | IDH2  | NPM1     | SMC3  |
| BCOR   | DNMT3A   | IKZF1 | NRAS     | SRSF2 |
| BCOR1  | ETV6/TEL | JAK2  | PDGFRA   | STAG2 |
| BRAF   | EZH2     | JAK3  | PHF6     | TET2  |
| CAI1   | FBXW7    | KDM6A | PTEN     | TP53  |
| CBL    | FBX7     | KIT   | PTPN11   | U2AF1 |
| CBLB   | GATA1    | KRAS  | RAD21    | WT1   |
| CBLG   | GATA2    | MLL   | RUNX1    | ZRSR2 |
| CDKN2A | GNAS     | MPL   | SETBP1   |       |

- TruSight Myeloid シークエンス・パネル (Illumina社) 急性骨髄性白血病(AML)と骨髄異形成症候群(MDS)、骨髄増殖性腫瘍(MPN)で高頻度に変異が検出される54 遺伝子を標的とする
- TruSight One シークエンス・パネル (Illumina社) ヒトの病気と関連する4,800以上の遺伝子を標的とする
- 全エクソン・シーケン (WES)
- RNA-Seq



### 症例：65歳 女性

診断：急性骨髄性白血病(WHO分類 AML非特定型)

治療経過：AML治療の標準プロトコールに従って抗がん剤による化学療法を施行し寛解導入に成功

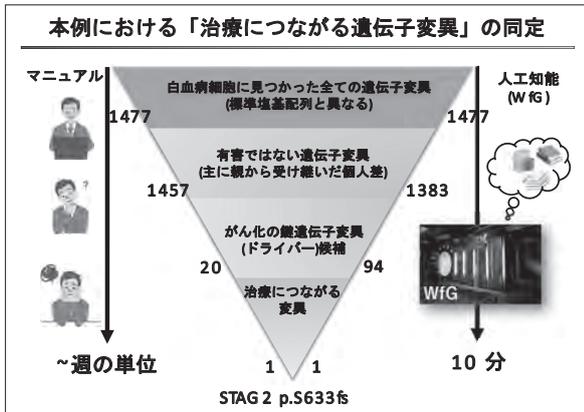
地固め療法へ移行したが、治療のたびに血球回復が遅延したため、感染症のリスクの高い地固め療法の継続は困難と判断。

### 初診時検体で二次性AMLに特徴的なSTAG2変異を検出

| 主要クローン     |          | 遺伝子    | 機能分類  | 病型特異性         |
|------------|----------|--------|-------|---------------|
| 変異アレル頻度(%) | アミノ酸変異   |        |       |               |
| 37         | p.S633fs | STAG2  | 細胞分裂  | Secondary AML |
| 29         | p.Y1187C | SMC3   | 細胞分裂  | AML, MDS, MPN |
| 17         | p.C1875Y | TET2   | エピゲノム |               |
| 25         | p.R132H  | IDH1   |       |               |
| 11         | p.G465D  | DNMT3A |       |               |
| 29         | p.S196P  | GATA2  | 転写制御  |               |

た。最後に臨床で実際に使われているゲノムパネルをお示ししますが、これは血液の病気でAMLのようなもので、パネルで行うことができます。65歳の女性は急性骨髄性白血病で非特定型というものでした。いろいろと薬を使っても、立ち上がりが悪い。例えば、決まったプロトコールを使うと35日間、83日間、96日間と血球の改善が認められるまでに非常に長い時間がかかるので、恐らくこれは普通のAMLではないということで、これが重要なこと

ろなのですが、医師がこれに気がきました。すなわち、二次性のAMLで恐らく骨髄異形成症候群から進展したものだだろうと推定いたしました。そしてゲノム解析をすると、このSTAG2という、まさにそういう病態に出やすい遺伝子異常を見つけました。そのときにいろいろな論文、いろいろなことから医師たちは探して行って、遺伝子の一つ同定するのに何週間かかかっていますが、このときに医科研にかかわっていますIBMワトソンという人工知能を使う

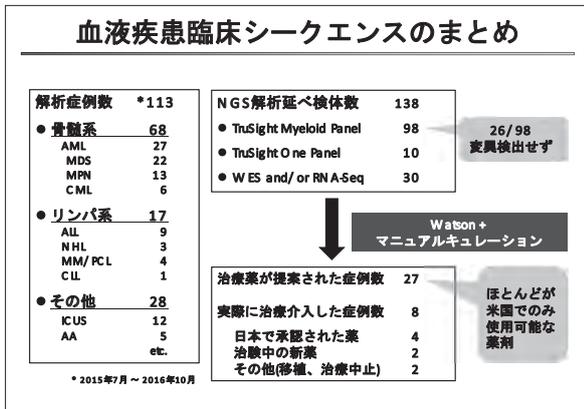


と10分でできてしまいました。担当の東條教授は自分たちで探すのもいいけれども、人工知能を上手く活用すると、もっと便利であるとお話されていますし、実際に薬を変えてメチル化阻害剤というのをを使うと、こんなに悪かった骨髄がこのように回復していくことがわかり、AMLのうちのSTAG 2と呼ば

どく診れる若手医師の育成が極めて重要であるということ強調したいと思います。

謝辞：札幌禎心会病院徳田禎久理事長、東京大学医科学研究所の宮野悟教授、東條有伸教授、安井 寛准教授に感謝いたします。

また、このような機会をお与えくださいました藤井美穂北海道医師会常任理事はじめ北海道医師会の皆様に感謝いたします。



れる遺伝子の変化が、根本の原因を作り出している二次性の白血病であるという診断ができた訳でございます。ここに至るまでには、やはり臨床家の目が極めて重要で、何かおかしいと分かる勤務医の皆さまの目ですね。これが実は一番のヒントで、そうなると人工知能も活用できる。東大医科研病院の例ですが、113例を解析して、治療薬が新たに提案されたのが27症例あり、実際に介入できたのは8例で、あとは日本に薬がないか、まだ使えないということで、まだ8例しかできておりませんが、やがてこういった時代が来るであろうと考えられています。私からのメッセージは、いずれは人工知能が使われますが、まだまだ医師の力の方が重要で、患者をする



## 「IBM Watson Healthと医療の世界」

日本IBM(株) I S & B D事業部 Watson Health Solutions部長

溝上敏文

本日はこのような場にお招きいただき、ありがとうございます。私の方からは、ワトソンヘルスという事業の成り立ち、具体的な内容について時間の許す限り紹介できればと思っております。

IBMには数千名の研究者が世界中におりまして、いろいろな研究を行なっています。2003年のヒトゲノム計画の完了を持って、ゲノム情報が読み解かれ、ライフサイエンスの問題はコンピュータの問題になったとして、こぞって研究者が研究をはじめました。ジョバディというクイズ番組でコンピュータが人間に勝ったというのがありました。それは単に通過点にすぎません。やはり循環器病やがんといったところを、IBM 1社だけではできないことを病院のお医者さんたちと一緒に切磋琢磨してソリューションを作り上げてきて、事業部を発足させて、事業化を果たしているというのが今の状況になります。

具体的には、がんオンコロジー、ゲノム医療、これはアメリカなので日本は関係ありませんが、製薬企業向けのソリューション、AI企業向けのソリューション、次世代のホスピタルシステムの開発、あとは医療画像を使った診断支援システムの開発。今開発中のものについてはあまり多くは語れませんが、本日はお医者さまの前ということですので、診断・支援系のお話をさせていただきたいと思えます。

医療の世界の人工知能というのは、IBM 1社ではできません。その土地の医療研究機関や医療機器の会社、製薬企業などと組んで開発をしているということになります。日本でも徐々にパートナーの数が増えてきました。その中でもがん関連のパートナーを抽出すると、これだけの数になりまして、ブロードさんとかイルミナさん、東大医科研、ニューヨークゲノムセンターなどと共業を経て、ワトソンフォ

ーオンコロジー、ゲノムミクス、クリニカルトリアルマッチング3つのソリューションを開発してきております。ニューヨークゲノムセンターでは東大医科研で使っていただいているワトソンフォーゲノムミクスを開発し、メモリアルスローン・ケタリングと一緒に作ったのはワトソンソフオーオンコロジーです。この2つのソリューションはアメリカのみならず、ヨーロッパやアジア諸国でもすでに使われつつあります。

最初に紹介するのが、ワトソンフォーゲノムミクスです。まさに厚労省ががんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会ということで今年の年初から議論を重ねて、がんのゲノム医療を世の中に実装していきこうという動きをしていますが、このがん知識データベースというのがありますが、ここにあたるシステムがワトソンフォーゲノムミクスになります。がん患者から Consent をもらって、イルミナのシーケンサーでゲノム情報を読み取って、それをスパコンで変異解析して、それががん細胞の場合は変異の数が1,000、10,000、100,000という単位でです。その一つひとつを、どれがドライバーミューテーションなのか、それが作用するパスウェイ上に効く薬剤があるのか、あるとすればそれがアップループされているのか、それとも臨床試験フェーズ1、2、3のどこかでやっているのか、そういったところを手作業で調べていた。それによって大病院でも中央判定委員会にかけられる患者さんの数というのは週に1~2名程度でした。そのボトルネックを解消するワトソンのシステムがワトソンフォーゲノムミクスになります。このVCFロブ2とっているのが、がん患者一人の遺伝子の変異情報です。コスミックやティージーエーとかディーブスニップとって

いるのが、がん研究で蓄積された知識です。研究者の方々が研究でアウトプットされた知識が公的なデータベースの中に保持されていて、それを見ながら、何がドライバーミューテーションかということを探っていきます。ドライバーミューテーションが判別できたら、効く薬があるかどうか、臨床試験の情報があるかどうかということ公的なデータベースを見ながらレポートにしていくといったようなことです。実際の画面イメージを紹介すると、このようにシルドプロットといいまして、22+生理染色体、どこにドライバーミューテーションの候補があったのか。これは実際の細胞の中等膜の中ですが、こういうパスウェイが特定されていてドライバーミューテーション、このギザギザの丸がドライバーミューテーションのかかった抗キナーゼとなっておりまして、顆粒のMTOR阻害剤等薬剤が5つほど開発されていることを示しておりまして、その中の一つのエベロリムスという薬剤がどのような機序で動くのかという情報や、最終的には患者さん1人から見つかった遺伝子の突然変異、変異一つひとつに対してアップループ薬剤がこれだけあり、臨床試験中のプログラムがこれだけあり、他のがん種の薬なのですが、メカニズムが同じで効く可能性があるかもしれないオフラベルの薬剤、こういったものが短時間に網羅的にアウトプットされるシステムになります。誰でも使いこなせるような簡単なシステム的设计になっています。

ワトソンフォーオンコロジーを紹介しますが、先ほどのワトソンフォーゲノムミクスは遺伝子の変異情報が入力でした。ワトソンフォーオンコロジーは電子カルテの情報を読んで解釈して、NCCAのガイドライン、各国のローカルのガイドラインに照らし合わせながら、治療方針の候補を検索し、その中でも最も重要なエビデンス情報が存在するものを上位にランキングして選ぶ。そういった形で治療方針の決定の支援をするというシステムになりました。昨年、プレストキサンシンポジウムがサンアントニオでありまして、そこでインドのマニタル病院の方が実際に使ってこうでしたという話をし

ゃいます。コンコダンススタディということで、人の判定とワトソンの判定が比べてみてどうだったのかというプレゼンテーションをされております。そのプレゼンテーションの内容がこのスライドなのですが、ダブルブラインドコンコダンススタディ、プレストキサントリートメントということで、キーのスライドを何枚か紹介しますと、初期のがん患者さんとワトソンの判定、転移したがん患者さんへのワトソンとお医者さんのコンコダンスの比較。この2段階で行なわれまして、結果を申し上げると、初期のがん患者さんに関しては8割のほどのコンコダンスがありましたが、転移してしまったようながん患者さんは半分ほどのコンコダンスしかなかったということで、これはおおむね良好な結果として会場では受け止められたと聞いております。やはり100%はあり得ないことで、最終的にはワトソンフォーゲノムミクスにしてもワトソンフォーオンコロジーにしても医師の判断が最終になります。ワトソンができることは、そこにいる患者さん一人ひとりに診る上で最新の医療研究であるとか、臨床試験であるとか、そこで大量の情報が世の中にあるわけですが、目の前にいる患者さんに関連性のある情報だけを抽出し、それをサマリーとして、お医者さんが判断できるように提示するといったところを目標としています。それによって多忙な医師の医療業務を助ける、治療の確度をあげていくというところに貢献できるのではないかと仮説を打ち立てて、努力をしているところでございます。

もう一つ、ワトソンフォーイメージングという、これは開発中のもので、あまり多くは語れませんが、医療機器の規制の範囲の話でして、FDAやPmdaなど、そういったところから認可を受けた形で提供していくものになりまして、これはまだ時間がかかりますが、読影の技師の方が医療画像を大量に見て仕事をし

---

ております。この画像はCTでしょうか、MRIでしょうか、ウルトラサウンドでしょうかというようなことの判別も、大量の医療画像があって、その答えがあればワトソンは学習して判定ができます。

もう一つは体の断面図、どこの断面図でしょうかといったことの判定も行なうことができます。この9つの画面が全てちがう名前を持っていることを教え込むこともできます。実際に98.8%の確率で判定することができたと発表されています。これは医療画像の機器から臓器を判別して色分けをして、大動脈に焦点をあてていくようなところの操作を表示しています。こういった画像をアナトミーセグメンテーションといいます。臓器別に分けて、大動脈を判別して、大動脈の半径を測ると膨れているところがあると。それが大動脈瘤ではという疑いになるという一連の操作が可能になるということになります。これは脳のアナトミーセグメンテーションで、人が手作業で判別したのと、コンピュータで判別したものと、ほぼ同等にできるよう訓練することができます。これは大動脈解離の判定になります。こちらが肺塞栓で、肺の中の血管のつまりを特定するようなシステムをトレーニングして開発している。こちらが、カルシウムスコアリングで、冠動脈の石灰化のところを、こういった画像を見てカルシウムスコアという石灰化の度合いを見ていくようなシステムといったものができる。非常に多くの医療画像系のアプリケーションの開発が可能です。

私からのメッセージとして、このように繊細な技術がどんどん発達してくれば人体から検出できるバイオロジックな情報というのが、どんどんあふれてきて、それが次世代の医療を形作っていくと思うのですが、そういうデータに圧倒されることなく、そのデータを使いこなす側に回って、医師の方々の助けになるようなシステムの開発をすることができればということを考えております。



### 総括コメント

北海道保健福祉部地域医療推進局地域医療課医療参事

石井安彦

道庁地域医療課の石井でございます。3人の先生方、貴重なお話、誠にありがとうございました。なかなか3つのテーマのお話を一つのセッションで聞ける機会はそうそうないと思います。空の話からゲノムの話、AIの話ということなのですが、これを今日のテーマである医療の格差是正、言い方をかえると標準的な医療を、いかに地域を含めて提供するかという観点で見ますと、3つともそれにつながるツールではないかと思いながらお話を伺ってりました。

このセッションのテーマが地域社会をつなぐ新たな挑戦ということになってございますので、つなぐという観点から見るとメディカルウイングは患者さんを最適な医療機関につなぐという役割でしょうし、ゲノム情報の活用につきましては、患者さんを最適な治療につないでいくということになるかと思えますし、AI治療に関しては患者さんの治療に関して、最適な情報につなぐといった、つなぐという共通点が3つともあると思いながら聞いていました。また、このつなぐということに関して、速やかにつなぐというものについても、この3つに共通するものではないかと思いながら伺ってりました。ただ、タイトルに新たな挑戦という書き方をされていらっしゃる、やはりこの新たなという言葉が入るということは、これから3つの技術のさらなる普及というものが必要であると思いながら伺ってらしまして、そのためにはどういったものが必要であるのかという観点で少し頭を悩ませていました。一つのキーワードとして標準化というものが、これからさらに必要となってくるのではないかと聞いておりました。

一つ目のメディカルウイングに関しては、奈良先

生からお話もありましたが、現状は緊急搬送ができないということで、実際に運んでらっしゃる症例をご提示いただきましたが、今後こういった症例、あるいはシチュエーションで有効なのかということ、さらに実績を積んでいただいて、より有効に活用できる適用をさらに決めていただくということが必要でしょうし、ゲノム情報やAIの活用については、活用するというのも大事ですが、さらによりよいものにしていくためには、これからさらにデータの収集といったものが必要になってくると思います。その際は先ほどのセッションでもお話にありましたが、電子カルテ等の標準的な様式の普及や、データを積み重ねていくといったようなことがキーとなるのかと思いながら聞いていました。

また、3人の先生方からもお話がありましたが、これら3つのものをツールとしてとらえてみますと、ゲノムやAI、特に若い先生たちはAIが出てきますと、自分たちの仕事が将来なくなるのではないかという人もいるようですが、決してそうでなく、こういったツールやシステムをどのように使っていくのかということは臨床医の先生方の感性にかかってくるのであろうと改めて感じましたので、この勤務医部会を通して、この次は若手のセッションということを知っていますので、そういった先生方にも引き続き、患者さんに向き合う先生方の感性を磨いていただくことが改めて重要となるとお話を伺って思いました。



## ディスカッション

**藤巻先生（埼玉県医師会）：**免疫チェックポイント阻害剤は、脳外科ではまだ治験の段階で実際使われてはいませんが、やめると腫瘍は効かなくなると考えてよろしいでしょうか。

**今井先生：**そこはまだ結論が出ていません。ずっと使っていたものを、このイピリムマブも悪性黒色腫に10年使っている訳です。それを止めたというステディは私が知る限りないと思います。いずれはそうなると思いますし、値段も高いのもっと合理的な方法があればそうなると思います。

**藤巻先生（埼玉県医師会）：**オートイミューンの副作用の問題ありますね。

**今井先生：**オートイミューンは非常にパーセンテージが低く、多分1%以下です。100人に1人が出るか出ないかであるので、それは多分ステロイドをはじめいろいろな薬がありますので、対応できると考えています。普通の抗がん剤より副作用が少なく効くというのが私の印象です。

**鈴木座長：**知識の集積から診断治療へということでAIの開かれた新しい世界を見せていただきました。ちなみにこの人工知能の名前はワトソン君でいいのでしょうか。

**溝上氏：**よく聞かれますが、いくつか説がありまして、IBMの創業者の名前がTJ・ワトソンからきたという話と、ホームズという主役を支えるワトソン君というのがあります。ワトソン&クリックのワトソンと私は答えたのですが、どうもそうではない

ようです。

**椿原先生（旭川市医師会）：**ワトソンのお話は、先日某所で聞きまして、私は精神科なのですが、精神科でも世界中すべての今までの医学情報を全部一瞬に集めて、僕らが所見を入れれば最適な薬を選んでくれそうなのですが、最終的に僕らが払うコスト、患者さんが払うコストはゼロになりそうでしょうか。

**溝上氏：**コストというのはワトソンのコストという意味でしょうか。

**椿原先生（旭川市医師会）：**クラウドのような形で、僕らがクライアントからワンクリックで情報を入れて、そうすると答えが返ってくるという形になると思うのですが、その時に僕らが使うお金、患者さんが払うお金は将来的にはゼロになりますか。絶対に使えるとは思いますが、あとはコストの問題だと思います。

**溝上氏：**コストを下げる努力は、当然のように行いますが、ただ、ゼロになるかといえばゼロにはならないと思います。適正な金額で、ビジネスが組めればとは思っています。

**椿原先生（旭川市医師会）：**多分インターネットに上がればゼロに近くなるとは思いますが。

**溝上氏：**インターネットも通信料やサーバーの費用とか、コストがかかっています。

川村先生（宗谷医師会）：今の3つのテーマですが、私の目からみると、地方でこれから起きてくる医師不足や地域の崩壊などを解決する手段を3つ提示していただいたのではないかと気が実はしております。2つ目、3つ目の件につきましてはやはり、そういう形で色々な検体などを出す、あるいは情報をやりとりすることによって、医師がいない、ないしは医師の負担が大きくなる場所に埋めていただけたと思いますし、患者さん自身の移送手段として航空機を使って、高速で移送できるということで、地方のいろいろな意味の負担も軽減できます。あるいは手段をいろいろとピュリファイすることによって、北海道あたり、あるいは地域医療が薄くなっている他の地域でも医師を補充するとは違う解決策で解決できるのだと思いました。

石井先生にお伺いしたいのですが、そういう方向での解釈があり得ると思うのですが、その点はいかがでしょう。

石井コメンテーター：実は私は道庁の中で医師確保の仕事も担当しております、その中で当然宗谷管内もそうですけれども、離島に自治医大を卒業した若い先生方が行かれるときに、何が困るかということ、常に医師不足の状態が資源が乏しい状態ではあるんですが、やはり、夜に困った症例が来て相談するようになった時、当然島の外の先生に相談しなくてはならないということですから、われわれもそういったことを見越して、先生であれば市立稚内病院などに行った先生を利尻などに派遣するというようなことをしたりして、稚内の先生に聞いてというネットワークをつくっております。これは確実に搬送が必要だと最初から疑ってかかる場合は、そういうことが比較的行き違いが低いようですが、そもそも搬送が必要かどうかというのを夜中の2時に迷った際には、同期でその科に行った先生に聞いてみるとか、なかなかそういった面が大変だと聞いておりました。

私も事前打ち合わせの際に溝上先生から画像診断の補助の話聞いた際に、もちろんそれだけですべて解決というようにはいかないと思いますが、そう

いったものも支えになるツールだと思いました。メディカルウイングに関しても、搬送手段が一つでも増えるというのは、ほかの搬送手段がさまざまな事情で使えないということなどもございますので、非常に有効なツールだと考えております。

ただ誤解しないでいただきたいのは、決してこれらのツールがあるから、今以上に地域の医師偏在について頑張らなくていいということは思っていませんし、付け加えさせてもらいますが、有効な手段であるとはとらえています。

渡邊先生（群馬県医師会）：溝上さんの講演を聞かせていただき、すごく進んだなど、AIというのはどちらかというと排他的に考えていたのですが、これからは使っていく方向でどうすれば良いかということを考えていきたいと思います。

誤解していたら申し訳ないのですが、メイケーションのところで、ペイシエントセーフティ（患者安全）が緑になっていたと思うんです。WHOは3番目にメイケーションセーフティとして、かなり患者安全のところでこれを取り組んでいると思うのですが、今後AIを使って患者安全をどういう形で進めていくのかということをお教えください。

溝上氏：ペイシエントセーフティに関しては製薬企業さんとの共同開発を進めています。欧米の方が先行していて、英語の世界のテキスト情報が主になってまいりますので、3社のメガファームとともに臨床実験をやりまして、うまくいったことを確認した上で、本格的な開発を進めて、来年にファーストリリースを出そうということなのですが、日本でも何とかやっていきたいと思っております、日本語化の話や、Pmdaさんとの話とか、今後は進めていくべきではと思っています。

渡邊先生（群馬県医師会）：薬をそのもののところでAIが関わろうという形なのでしょうか。

溝上氏：ペイシエントセーフティはファーマコビジ

ランスです。要した薬剤の副作用の検知のところのソリューションなんです。開発する薬のシステムとしては、ドラッグディスクバリーという創薬のAIのシステムがありまして、そこでアドバンスイベントを検知しやすいような工夫を多少は行っているが、まだ十分ではないので、今後も継続していきたいです。

**藤巻先生（埼玉県医師会）：**後二者のご発表はそのうちコストが下がってくると思いますが、一方横倉会長が世界医師会の会長になられたわけですが、世界的な面でいうと、発展途上国ではこんな高度な医療の恩恵に預かることもできない患者さんが病気で苦しんでおられます。日本はどうかというと、この後人口がどんどん減っていく中で、飛行機を飛ばすということはすごくお金のかかることで、それを果たして日本国民がサポートできるのか、いつまでも先進国のままでいられるのかということペシミスティックになってしまうのでありますが、その辺は行政としてどのようにお考えでしょうか。また、ガイドラインに沿って治療をと考えておられましたが、ガイドラインがひょっとしてワトソンくんが作っていく時代になっていくのではないかと気がしないのではないのですが、いかがでしょうか。

**溝上氏：**今はガイドラインをつくるというよりは、つくられたガイドラインにいかに沿った形で取り回せるかといったことに腐心しています。各国ガイドラインが違うので、ローカルルールをどうやって組み込んでいくのかというのは、非常に頭が痛いと言発側は言っています。

**藤巻先生（埼玉県医師会）：**将来的にはどうですか。

**溝上氏：**これからの技術の進展だと思いますが、今のところはないと思います。

**石井コメンテーター：**飛行機のコストの件でございますが、飛行機のコストはもちろんかかりますが、

これで何を運んでいるかということ、例えば道内搬送であれば札幌の医療機関でなければ対応できない疾患の患者さんを運んでいます。では飛行機を使わないとすると、実質的に陸路では搬送ができない、あるいはヘリの搬送にも耐えられないということになりますと、札幌と同等の機能を持つ病院を道内にもっと造れという話にシフトしてしまいます。そうするとより高コストになっていくであろうということ考えていますので、そのコストという面で見ると、やはり医療機関を新たに造るよりも、アクセスの改善という意味で、決して高コストではないと捉えています。

**藤巻先生（埼玉県医師会）：**例えば、オーストラリアというのは、あの広大な場所を飛行機でカバーして医療をしているのですから、そういう意味では先生の考えも成り立つのではと思う一方、そうは言っても大変失礼な言い方をすると補助金でやっていらっしゃるわけです。補助金がつかなければ成立しない話です。その辺はどうですか。

**石井コメンテーター：**どこまでの確にお答えできるか分かりませんが、北海道の地域特性として、大学病院までのアクセスにもものすごく陸路で時間がかかるという特性があります。ではメディカルウイングがなければ、ほかの方法で運べないのかとなると、ほかの方法で運べるかもしれません。しかし、それは例えて言えば救急車がない地域はトラックで患者さんを運びますかということと同様の話だと思っていますので、これがなければ絶対に患者さんを動かせないかということ、そうではない面も確かにあるかもしれませんが、ただこの時代に許される搬送の質を確保するという観点からすると、確かに自衛隊機でも飛べますが、かなり苦労している事例もあります。患者さんを乗せたまま、一回給油をしてまた飛び立つという事案もありますので、それが患者さんの予後にとって果たしていいのかということもございませぬ。もちろん補助金がなくなった場合どうするのかということもございませぬので、そうなら

## シンポジウムⅡ

---

ないように引き続き担当部局としては、予算要求に努めていくということになると思います。

**藤巻先生（埼玉県医師会）：**私としては反対しているわけではなく、自分としてはそちらの方がと思うのですが、それを国民がサポートしてくれるのかという心配でございます。

**鈴木座長：**今井先生に質問ですが、先刻新聞紙上でがんゲノム拠点病院が、そのうち決定されるということがあったものですから、地域というか地方の病院がどんな感じで関連していくのか、そこで働く勤務医がどのようなことをやっていけばいいのかということをお話いただきたいのですが。

**今井先生：**拠点病院は最初一桁でしたが、現在は12くらいを全国で考えているというのが現状です。12ではもちろん将来足りないわけございまして、もう少し増やしていく必要があると思います。

例えば北海道でいうと、12ですから、北海道で一つ、東北から一つという格好になると思いますが、みなさん、どう考えてもそういうところだからいいよねという、がんをやっている病院に落ち着くのではないかと思います。そこに情報を集約するというか、ゲノムのパネルを使って、できれば将来はAIを入れて、そこで解析するという形になれば、とりあえずはしのげると思います。だんだん患者さんも慣れ、現場の臨床医もなれると、多分コストも下がってくるのではないかと思います。

## 「次世代を担う若手医師の意識」

座長：北海道医師会勤務医部会  
若手医師専門委員会委員長 藤 根 美 穂

若手医師専門委員会副委員長 村 山 友 規

コメンテーター：北海道医師会副会長 小 熊 豊

### 「世代間ギャップの現況調査の結果から

#### ～指導医として伝えたいこと、若手が望むこと」

札幌徳洲会病院プライマリセンターセンター長  
北海道医師会勤務医部会若手医師専門委員会委員

中 川 麗

### 「世代間ギャップの現況調査の結果から

#### ～ジェンダーイクオリティに対する意識の違い」

旭川医科大学病院産科婦人科助教  
北海道医師会勤務医部会若手医師専門委員会委員

上 田 寛 人

### 「若手医師は地域枠をどうとらえているか」

NTT東日本札幌病院泌尿器科  
北海道医師会勤務医部会若手医師専門委員会委員

西 田 幸 代



### 座 長



北海道医師会勤務医部会若手医師専門委員会委員長

**藤 根 美 穂**

北海道医師会勤務医部会若手医師専門委員会副委員長

**村 山 友 規**

#### 藤根座長

それではシンポジウムⅢを始めさせていただきますと思います。シンポジウムⅢは、北海道医師会勤務医部会若手医師専門委員会が担当させていただきます。

座長は私、委員長で岩見沢市立総合病院小児科の藤根美穂と、副委員長で釧路赤十字病院精神科の村山友規が務めさせていただきます。どうぞよろしくお願い申し上げます。

このシンポジウムでは、今までのところ、上からどうするのかという話が多かったと思うんですけれども、下がどうしていきたいと思っているかということ、上手くアピールしていければいいかなと思っています。これまでのお話の中でもでてきました通り、少子化や都市部である札幌への一極集中ということで、ほかの都府県よりもかなり早く物事が進行している北海道において、私たちは独自のビジョンを持って、長期的な展望で取り組んで行くことが望まれると思います。

私たち勤務医部会若手医師専門委員会は北海道で医学を学ぶ医学生や仕事を始めた日の浅い、若い人たちの意見を集めて考え、地域や医師会全体に対して提案し、働きかけていくことを目的として活動しております。今回、全国医師会勤務医部会連絡協議会において、シンポジウムⅢを担当させていただきますにあたり、北海道内で働く勤務医に対し、勤務医部会全体とは別にアンケートを実施いたしました。目的は若手医師を含めた勤務医が働きやすく、生きやすい環境とは何か。仕事も生活も充実していくために、必要な条件やニーズは何かを調査・検討することでした。本日は、回収率は15%程度だったのですが、その調査の結果について、仕事の内容も立場

も異なる3人の若い委員から、それぞれの視点で分析し、発表させていただきます。

なお、ご質問につきましては、ここでは総括コメント後のディスカッションの場でお受けいたしたいと思いますので、よろしくお願いたします。

#### 村山座長

まずはじめは、札幌徳洲会病院プライマリセンター長の中川麗先生より「世代間ギャップの現況調査の結果から～指導医として伝えたいこと、若手が望むこと」としてお話いただきます。中川先生よろしくお願いたします。



### 「世代間ギャップの現況調査の結果から ～指導医として伝えたいこと、若手が望むこと」

札幌徳洲会病院プライマリセンターセンター長、  
北海道医師会勤務医部会若手医師専門委員会委員

中 川 麗

ご紹介ありがとうございます。そしてこのような貴重な機会、感謝いたします。アンケートの概要については先ほど説明いただきましたので、早速ですが本題に入らせてください。

まず卒後臨床研修医制度の変遷について振り返りたいと思います。1976年にインターン制度が創設されました。卒後1年以上の実地研修がなければ国家試験を受験することが難しい時代で、卒後1年は研修生として身分的、経済的な保証がない時代でした。その廃止に伴い、臨床研修医制度が設立されましたが、この時代は研修が努力規定にとどまっておりました。大きな変化は2004年の新医師臨床研修制度の導入の時期にあるかと思います。研修の必修化により、2年間の卒後臨床研修が行なわなければならない時代になりました。2018年には新専門医制度が導入される予定です。研修の必修化により、若手医師の処遇が明確となり、研修の内容自体が厳格に評価される時代となりました。そして、この制度を経験した医師が現在40歳を迎えようとしています。では、この40歳を境に、世代間にどのような変化、ギャップが生まれたのでしょうか。

まず労働についてです。週50時間以上の勤務をしている医師は、いずれの立場でも多く見受けられます。役職がない医師の負担は、やや軽い印象があると思いますが、それでも30%程度が50時間以上の勤務を行なっています。時間外勤務においても同様の結果でした。30%程度の医師が立場に関わらず、週15時間程度の時間外勤務をしています。しかし、数値としては表れにくい意識と環境の変化は感じられました。

休みの理由として上司に相談できる内容を聴取すると、40歳以上の医師に対し、40歳未満の医師の多

くが相談しやすいと回答しています。今回の調査で、労働においては以下のようなことが言えると思います。未だ勤務医の長時間労働や時間外の勤務は少なくありません。週50時間以上の勤務に加えて、週15時間以上の時間外勤務を担う医師も多く、特に役職者を中心に見られています。しかし、休みの理由について上司に相談できる内容が増えるなどの変化も垣間見られる結果でした。

さて教育についてはいかがでしょうか。実は私も40歳を迎えようとしています。はざまに立つ世代として、少しだけ私個人の感じたことをお話させていただこうと思います。初期研修を終了した時点で、正直不安になりました。何となく指導医の先生方が経験されてきた研修と私自身が研修した内容とがかなり異なるような印象を覚えましたし、私自身が歩いていく先に、先人の先生方のようにになれる未来があるのだろうかという不安がありました。この世代間でどのように文化传承されていくのかということに興味を持つようになりました。私個人はさまざまな育ち方をした指導医の先生を持つ環境で研修時代を過しました。医局が鍛えた先生方、へき地医療を支えた先生方、海外で研修し帰国された先生方、どの先生方も大切に育てていただきました。いわば、さまざまな文化の親を持つクォーターのような育ち方をしました。また、少しずつ欧米からの医学教育へ変化していく時代の変化も感じた研修時代でした。「お父さんとお母さんのどちらが好きですか」と聞かれても、答えることができないように、片親だけが日の当たるような時代の流れになかなか乗り切れない自分も感じていました。欧米と同じように日本の教育学というものも勉強してみたいと思い、入学したのが北海道大学の教育学部でした。修士論

文のテーマは「総合診療を担う医師の能力形成過程」としまして、総合診療という概念が輸入される以前に医師免許を取得されて、現在地域を支えられている先生方にインタビューさせていただきました。地域の求めに応えるように、日々の診療を重ねた先に至った総合診療というものがどういったものなのか、そこには日本社会独自が求める総合診療、その教育のヒント、そして私自身がその背中を追いかける道があるのかなと感じたからです。調査と称し、インタビューさせていただきましたが、実は迷子だった私としてはこの時にお会いした先生方にここまで導いていただいたように感じています。この場を借りて、当時私の手を引いてくださった先生方に感謝を申し上げたいと思います。

さて、先生方から伺った過去の臨床研修と今の研修がどのように違ったのでしょうか。インタビューの中で、勤務した病院組織の規模が、さまざまな成長の機会を与えてくれたと伺いました。特に初期臨床研修時代に中小規模の病院で働いたことが重要だったと話してくださる先生方が多かった印象です。病院の規模が小さいことで、全体を把握することができ、地域の暮らしを理解するべく市民の方々の生活にふれる機会にも多く恵まれたそうです。初診から入院診療、退院、外来フォローアップといった一連の流れを担当することで、全体像を把握して、その流れの中で疑問を見出し、勉強するという繰り返しをなされたそうです。流れで診療する機会を少しずつ増やしていき、言わば横塗をするように理解を深めていく毎日です。そして専門医研修として、若手時代に大規模な病院で勤務することもまた大切な時期でした。同じ処置や治療を反復することで研ぎ澄ませ、専門性を高めたことも貴重だったとも語ってくださいました。例えば、入院診療においてもさまざまなステップがあります。その一つのステップをくり返すことで熟達していく。いわば縦塗で知識を深めるような作業があったと言えるかもしれません。こうして横塗と縦塗をくり返しながら熟達し、守備範囲を広げ、医療を広く捉える視野を獲得できたのかもしれない。

そして、現在私たちはめまぐるしい変化の中にいます。労働環境を改善するべく、勤務時間の短縮が求められます。専門性が高まることで科は細分化しています。研修医は新医師臨床研修制度にのっとり、スーパーローテーションで毎月のように科を変え、研修到達目標のノルマをクリアしていかなければなりません。そんな中、現在の研修はこのように変化したとも言えないでしょうか。例えば肺炎の診療経過です。初療を行ない、内科で診断をし、重傷であった場合には集中治療室の協力を得ながら治療をし、外来でフォローアップしていく。さまざまな科の医師や部署が引き継ぎをしながら診療をしています。ローテーターの視点から見ると、救急部にいるときは初療を中心に行ない、集中治療科では重症化した場合の診療を学び、内科では入院や外来のある部を主体的に診療する経験を得るのかもしれない。このように現在は、それぞれの科を次々にローテーションすることで学び、そして後期研修で少しずつ興味のある分野を深めていくと言えるかもしれません。専攻できる科の制限なども受けながら、細かく縦に塗っていかなくてはならない時代ともいえるでしょう。また、毎月のように科を移るに加えて、勤務時間の制約もありますので、横塗も短く複数回くり返していくことが必要になったと思います。いわば、縦塗も横塗も難しい時代、点で塗るというような、新たな画風への挑戦ともいえるような時代なのかもしれません。

今回の世代間ギャップの現状調査において、このような時代に求められる上司とは一体どういう方なのか伺いました。女性の上司と男性の上司、それぞれに何を求めるのかが調査されましたが、結果は女性でも男性でも、さほど変わりありませんでした。変わったのは、研修医が圧倒的に指導力を重要視していることです。これまで以上に短期間、短時間で効率よく教育効果を得ることが求められる時代の影響でしょうか。

では、理想の指導医とはどういう人でしょうか。アンケートにて求められた指導医の資質についてです。注目すべきは医療における高いスキルでしょ

う。40歳以上ではそれを最も重要な資質とする医師が多かったのに対し、40歳未満で最も多かった答えは、思いやりと気づかひでした。享受すべき内容については両世代ともに思考力、問題解決能力を1位に、医療技術を2位にあげています。しかし、そのほかのプロフェッショナルリズムや態度など姿勢に関することは倍程度の差を持って圧倒的に熟練医師の方が重要だと考えているようです。若手医師はより知恵と技術を求め、熟練の医師は若手医師以上に姿勢についても享受することが重要だととらえているのかもしれませんが。

最後に指導方法についてです。指導医からの介入が望ましいと考える医師は両世代とも約20%程度でした。40歳以上では自発性を重要視しており、40歳未満では質問しやすい雰囲気を重要と考えているようです。このように研修医の自発性や質問を促す指導が理想的であるとされていますが、スーパーローテーションとして学びに来る研修医の半数は、あまり興味はないが必要なことは学びたいといった、冷静な感情を持っている可能性が高いという結果もありました。この様な環境下にとどのくらい自発性や質問を引き出していけるのか。今後、専門医研修制度も導入され、専攻しない科のローテーションはますます増えていきます。この変化はどのような影響を及ぼすのか引き続き調査が必要だと感じました。

教育についてまとめます。労働時間の短縮と研修制度の変化により、短時間に効率的に教育効果を生むことが求められており、教育手法自体の熟達に期待が寄せられる時代となりました。スキル以外の思考力や問題解決能力などの享受が世代を超えて重要視されていますが、姿勢についての伝授の重要性については世代間で認識に差がありました。指導方法としては、主体的に学べる環境が理想的であると両世代が求めています。将来専攻しない科をローテーションする研修生を指導する機会が増えていく影響がどう現われていくのか、引き続き調査が必要だと考えます。

このようにジェネレーション間に差はみられましたが、最後に恩師についての質問を紹介したいと思います。

います。恩師はいますかという間に20代も60%以上「はい」と答えています。一人の指導医と共に過ごす時間が短くなっていく中で、正直もっと少なくなるのではと考えていました。しかし、私自身が迷子になり救いを求めていった頃を思うと納得もできません。直接就職するかとか、後継者になるかということを超えて、そういう実質的な損得に関係なく無条件に受け入れて手を差伸べてくださった先生方に支えられました。言語化すらできない悩みや考えに根気強く付き合い、言葉を与えてくれた理解者にも恵まれました。私自身は北海道に育ててもらったと感じ、今働いています。医者としてのルーツのない迷子のように感じていた時期もあったのですが、今思い返せば、実はさまざまなバックグラウンドの恩師や理解者から愛情を注がれた幸せ者だと思います。今後、さまざまな制度の変化の中に、やはり迷子のような感覚を持つ若手世代が増えてくるかもしれません。彼らもまた私同様、北海道の大地で受け止められていると感じるような、そういう職場環境を作れるべく、私もその一助になりたいと思います。



## 「世代間ギャップの現況調査の結果から ～ジェンダーイクオリティに対する意識の違い」

旭川医科大学病院産科婦人科助教、  
北海道医師会勤務医部会若手医師専門部会委員

上田 寛人

### 世代間ギャップの現況調査の結果から ジェンダーイクオリティに対する意識の違い

旭川医科大学病院 産科婦人科  
若手医師専門委員会 委員  
上田 寛人

旭川医大産婦人科の上田と申します。ジェンダーイクオリティの専門家ではなく、こういった背景の者なのか、簡単に自己紹介させていただきます。私

### 自己紹介

- 2006年3月 旭川医科大学卒業（現在、卒後12年目）
- 2016年9月 旭川医科大学大学院修了
- 資格、専門医  
医学博士  
母体保護法指定医  
日本産科婦人科学会 産婦人科専門医、指導医  
日本周産期・新生児医学会 周産期専門医（母体・胎児）  
日本胎児心臓病学会 胎児心エコー認証医

など

は2006年に旭川医大を卒業しまして、現在卒後12年目、大学病院では中堅どころといった役回りです。産婦人科ですので、基本領域の専門医、指導医、サブスペシャリティとして周産期、産科をメインにしてやっております。私の勤務環境について簡単にご説明しますと、旭川医大産婦人科は教授を含めて18人おります。それなりの人数は揃っていると思っておりますが、大学病院特有のチーム制と申しますか、内容が細分化されておりまして、周産期、婦人科、

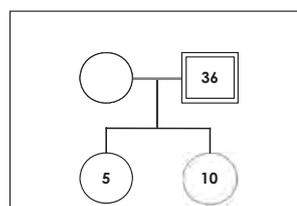
### 自己紹介

- 旭川医科大学病院所属の産婦人科医は18名（初期研修医は除く）。周産期、婦人科腫瘍、生殖・内分泌の3チーム制。
- そのうち周産期チームは6名（男性1名、女性5名）
- 産科チームで時間外勤務が可能なのは3名（男性1名、女性2名）

生殖・内分泌の3チーム分かれて通常業務を行っております。そのうち、周産期チーム・産科チームは6人で、男性医師は私一人であとは全員が女性です。そのような状況ですので、産科チームの中において、時間外勤務が可能というのは、実際はこの3人、うち女性医師の一人は研修が終わったばかりの先生ですので、かなりきわどい状況で大学の周産期医療を維持しているということでございます。ジェンダーイクオリティのテーマをやるにあたって、自分で調べていて申し訳ない気持ちでいっぱいですが、このような勤務状況でございますので、家庭環境というのはなかなかちょっと気の毒なことになっ

### 自己紹介

- 家族構成は妻（専業主婦）と子供二人（小学生、未就学児）



ていまして、家庭貢献というのはほとんどできておりません。私の妻は専業主婦ですので、家庭生活は全面的にお願いしているような状況です。妻から言わせると、私が何を語るんだと怒られそうな感じがしますが、いただいたテーマですのでお話をさせていただきます。

## 緒言

- ▶ 「女性が輝く社会」が国の最重要課題の一つと位置付けられているのは昨今広く知られるところである。
- ▶ 少子高齢化社会の到来に伴う労働人口の減少は、女性の職業生活における活躍の推進なくしては対応できない。

ここからが本題です。女性が輝く社会が国の最重要課題の一つであると位置づけられているのは昨今広く知られるところであります。少子高齢化社会の到来に伴う労働人口の減少は女性の職業生活における活躍の推進なくしては、対応できません。近年の

## 緒言

- ▶ 近年の医師国家試験合格者に占める女性の割合は30%以上で経過しており、診療科によっては若い世代で男女比の逆転が起きている。
- ▶ 男女間におけるジェンダーイコリティに対する意識の違いを認識し、相互理解を深めることで勤務医の労働環境改善を計る一助としたい。

医師国家試験合格者に占める女性の割合は30%以上で経過しております。診療科によっては若い世代で男女比の逆転がおきております。男女間のジェンダーイコリティの意識の違いを認識し、相互理解を深めることで、勤務医の労働環境の改善を図る一助としたいと考えております。方法ですが、先ほど座長の先生からアンケートの概要があったかと思いますが北海道勤務医部会若手医師専門委員会による世

## 方法

- ▶ 北海道医師会勤務医部会若手医師専門委員会による「世代間ギャップアンケート」のうち主に男女共同参画に関連する設問について検討した。

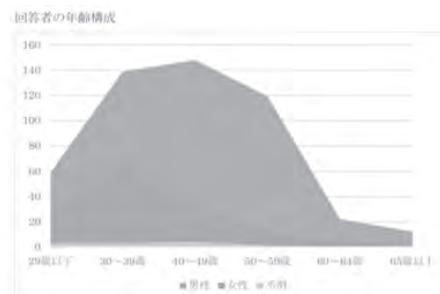
代間ギャップアンケートのうち、男女共同参画に関する設問について検討を行いました。調査対象

## 結果

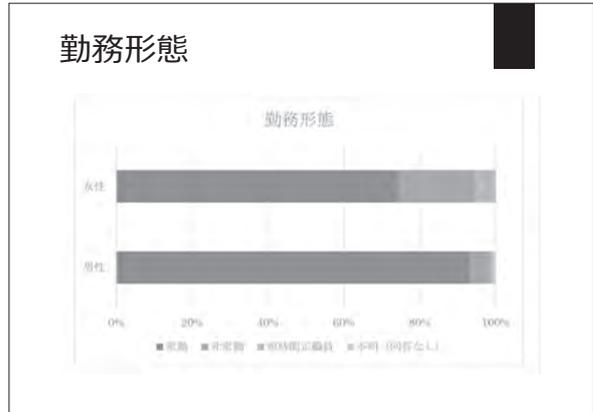
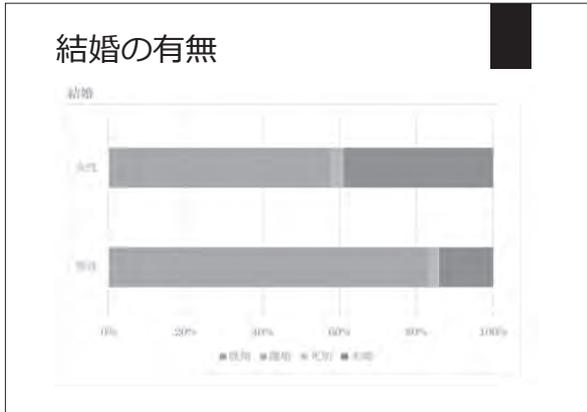
- ▶ 調査対象4676件のうち回答は666件であった（回答率14.24%）。
- ▶ 男女比は男性75.1%、女性23.1%であった。

4,676件のうち回答は666件で、回答率は14.24%でした。男女比は男性75.1%、女性23.1%であります。年

## 回答者の年齢構成

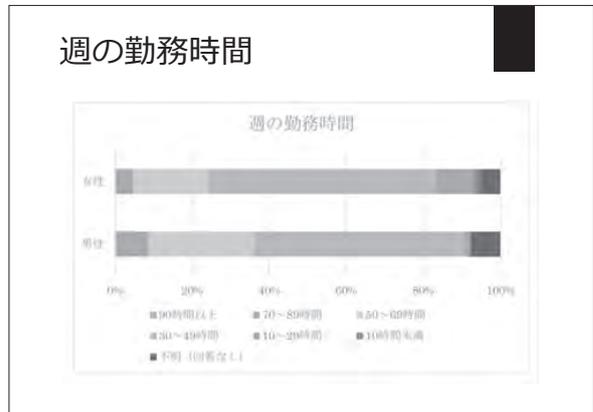


代別の女性医師の比率は、20代～30代は32～34%に対して、40代以上では8.4～18.7%と、いわゆる若手世代において、女性医師の比率が高くなっていることがわかります。既婚者の割合は男性86%に対して、女性は61%。診療科のうち女性比率が30%と比



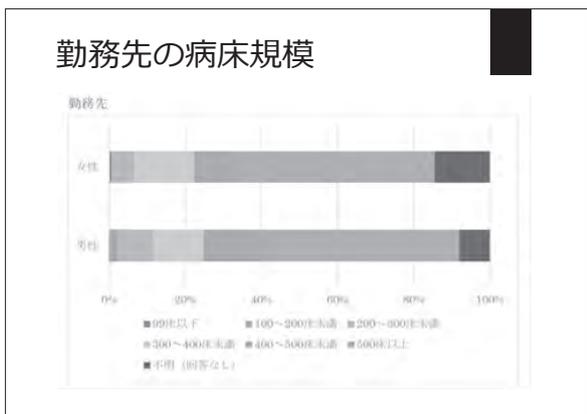
### 診療科別女性医師割合

| 診療科   | 人数  | 女性医師数 | 女性医師割合(%) |
|-------|-----|-------|-----------|
| 内科    | 113 | 7     | 6.2       |
| 外科    | 63  | 5     | 7.9       |
| 小児科   | 56  | 14    | 25.0      |
| 産婦人科  | 41  | 19    | 46.3      |
| 泌尿器科  | 31  | 4     | 12.9      |
| 循環器科  | 24  | 2     | 8.3       |
| 呼吸器科  | 26  | 2     | 7.7       |
| 泌尿器科  | 8   | 1     | 12.5      |
| 耳鼻咽喉科 | 21  | 3     | 14.3      |
| 泌尿器科  | 17  | 2     | 11.8      |
| 皮膚科   | 20  | 10    | 50.0      |
| 放射線科  | 22  | 5     | 22.7      |
| 眼科    | 19  | 1     | 5.3       |
| 麻酔科   | 36  | 15    | 41.7      |
| 眼科    | 19  | 8     | 42.1      |
| 病理    | 16  | 7     | 43.8      |
| 臨床検査  | 7   | 4     | 57.1      |
| リハビリ科 | 5   | 3     | 60.0      |
| 総合診療科 | 13  | 3     | 23.1      |
| その他   | 62  | 19    | 30.6      |



較的高いのが産婦人科、皮膚科、麻酔科、眼科、病理、臨床検査、リハビリ科といった診療科において、女性医師比率が40%以上を超えております。勤務先

ここから男女共同参画に関する設問の結果をお示します。まずこの内容ですが、男女の地位の平等感



の病院の規模ですが、男女間で傾向に違いはないものと考えております。勤務形態ですが、常勤の割合が男性93.4%に対し女性は74.3%と、これに関しては男女間で差を認める結果となりました。1週間当たりの勤務時間ですが、勤務形態が異なるので、男性医師の方が若干長い傾向があります。

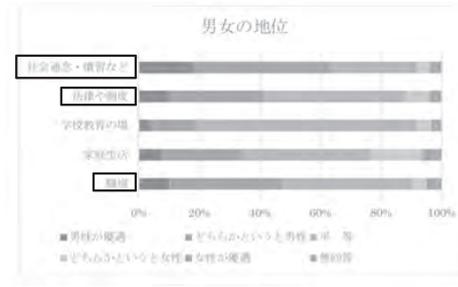
### Q8 男女の地位の平等感について

8. 男女共同参画についてお答え下さい。男女の地位の平等感はどう感じますか。次の項目において各数字を0～10で記入してください。

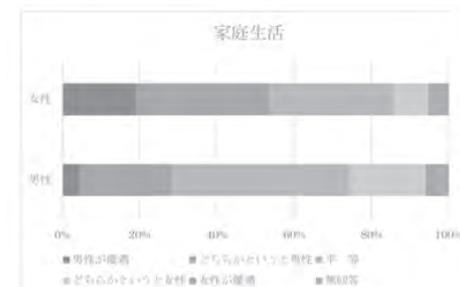
| 項目                    | 男性が優越 | どちらかというとも男性 | 平等 | どちらかというとも女性 | 女性が優越 |
|-----------------------|-------|-------------|----|-------------|-------|
| 1. 職場における男女の地位        | 5     | 4           | 3  | 2           | 1     |
| 2. 家庭生活における男女の地位      | 5     | 4           | 3  | 2           | 1     |
| 3. 学校教育場における男女の地位     | 5     | 4           | 3  | 2           | 1     |
| 4. 法律や制度における男女の地位     | 5     | 4           | 3  | 2           | 1     |
| 5. 社会通念・慣習などにおける男女の地位 | 5     | 4           | 3  | 2           | 1     |

をどう思うのかについての質問です。職場における男女平等感、家庭生活、学校生活、法律制度、社会通念・慣習といった5項目について回答を得ています。まず社会通念・慣習において男性優遇と感じている者の割合が60%を超えております。続いて、職場あるいは法律や制度も40%以上が男性優遇であると感じているようです。その結果を男女別に集計

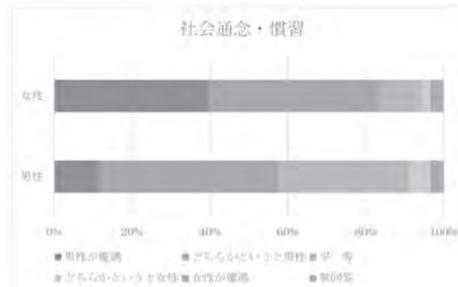
結果



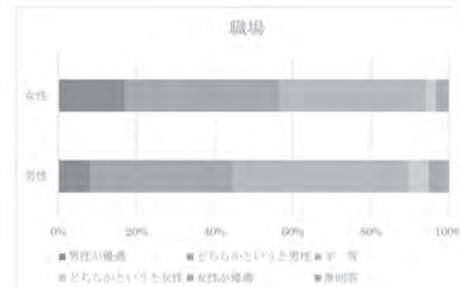
家庭生活



社会通念・慣習



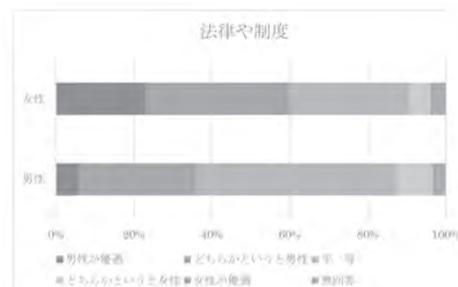
職場



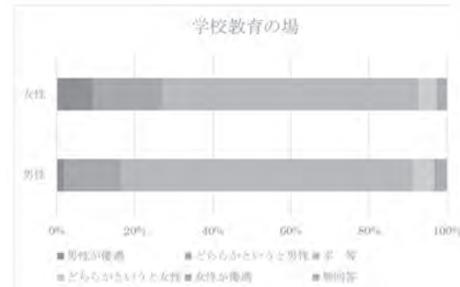
したものを示します。社会通念・慣習において男性優遇またはどちらかというとも男性優遇であると答えている割合は女性回答者で80%を超えています。これは男性の回答者でもかなり多い結果ということが分かります。続いて、法律や制度ですが、

の家庭を顧みてそう解釈しております。職場の地位については、女性回答者において男性が優遇されていると感じている者が多くなっており、全体的には先ほどまでの3項目ほどは男女間で傾向に差がないのかなと思います。学校教育に関しては、平

法律や制度



学校教育の場



こちらやはり男女間で意識に差があることが見てわかります。家庭生活においても同様の傾向です。これはよく見ると、男性の中で女性優遇という回答者が多いのですが、尻に敷かれているんだと自分

等と感じている者の割合が圧倒的に多くなってしまっていて、私も子どもが2人いまして、2人とも娘ですが、女の子の方がハキハキしていて、学校という場では男女間に差がなく平等であるのではと思いま

す。それがわれわれの世代でも同様な傾向なのかなと思います。

### Q9 男女共同参画には何が必要か

9. 職場における男女共同参画には何が必要か。  
次の項目において必要な数字を〇で記入してください。

| 項目                       | とても必要 | どちらかといふ必要 | 必要 | それほどない | 不要 |
|--------------------------|-------|-----------|----|--------|----|
| 1. 休暇の際の代替医師の確保          | 5     | 4         | 3  | 2      | 1  |
| 2. 給与面の優遇                | 5     | 4         | 3  | 2      | 1  |
| 3. 男女ともに家庭と仕事を両立できる勤務時間  | 5     | 4         | 3  | 2      | 1  |
| 4. 子育てに協力的な職場環境          | 5     | 4         | 3  | 2      | 1  |
| 5. 男性も家事育児をするのは当たり前という考え | 5     | 4         | 3  | 2      | 1  |

男女共同参画には何が必要なのかという設問ですが、休暇の際の代替医師の確保、給与面の優遇、男女ともに家庭と仕事を両立できる勤務時間、子育てに協力的な職場環境、男性も家事・育児をするのは当たり前といった考え、ほかにもいろいろあると思うのですが、今回のアンケートではこの5項目について必要度を質問しております。子育てに

### 結果

職場における男女共同参画に必要なもの

| 項目                       | 必要と回答した者の割合 |
|--------------------------|-------------|
| 1. 男性も家事育児をするのは当たり前という考え | 85%         |
| 2. 子育てに協力的な職場環境          | 75%         |
| 3. 男女ともに家庭と仕事を両立できる勤務時間  | 75%         |
| 4. 給与面の優遇                | 60%         |
| 5. 休暇の際の代替医師の確保          | 60%         |

協力的な職場環境、男女ともに家庭と仕事を両立できる勤務時間、休暇の際の代替医師の確保が必要、あるいはとても必要と回答した者の割合が85%を超えております。次いで、男性も家事・育児をするのは当たり前であるという考え方も75%以上、給与面の優遇に関しては60%程度という内容でした。回答者を男女別に見ると、子育てに協力的な職場環境に関して男女ともに必要だと言っている者が多いです。内訳を見ると、女性においてとても必要であると切実に考えている者の割合が多いというのがわか

### 子育てに協力的な職場環境

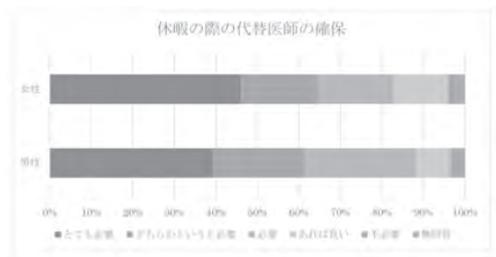
### 家庭と仕事を両立できる勤務時間

ります。家庭と仕事を両立できる勤務時間ですが、これも男女ともに必要だと思っていますが、より女性の方が必要であると回答しています。男性も家

### 男性も家事育児をするのは当たり前という考え

事・育児をするのは当たり前であるというのは男女間でさらに差があるような結果となりました。休暇の際の代替医師の確保ですが、これに関しては若干男性の方で多くなっているような全体を見ると傾向ですけれども、とても必要と回答したのは女性の方がやや多いです。給与面の優遇に関しては、それま

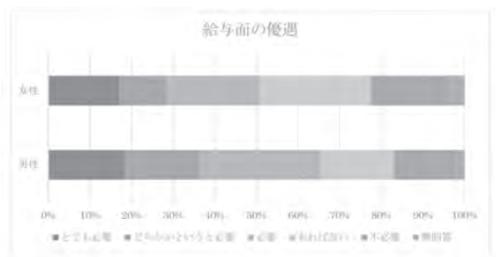
### 休暇の際の代替医師の確保



### 考察

- さらに女性医師は夫の多くが同職者である。つまり、男性医師が家庭生活に関われるように職場全体が配慮することで...
- ↓
- 結果的に男女とも仕事とプライベート双方に対する満足度を向上させることができる。

### 給与面の優遇



ことを考えますと、男性医師が家庭生活に関われるように職場全体が配慮することで、結果的に男女とも仕事とプライベート双方に対する満足度を向上させることができるものと推察されます。

### 日本産科婦人科学会W.L.B.事例紹介

- 現状を改善するために
- 産婦人科医不足が社会問題になり、対策が進められてきたが、まだ現場では状況が改善された、という実感には乏しい。
  - 図のような医師不足の悪循環を断ち切り、医師にとって魅力のある勤務環境を作り、医療安全を向上させることが求められる。



で質問よりは必要以上で回答したものの割合は若干下がりますが、全体を見ると男性の方が少し多く必要性を感じているようです。

### 考察

- 診療科によって差はあるが、女性医師の割合は若い世代ほど増加しつつある。
- ↓
- 勤務医の労働環境改善のためには女性医師がモチベーションを持って継続的に働くことができる環境整備が必要と考えられる。

日本産婦人科学会では、ワークライフバランス委員会というものがございまして、毎回学会のたびにワークショップなどを行ったりするのですが、学会ホームページに事例が載っておりましたのでご紹介させていただきます。労働環境が厳しいといわれ、産婦人科医不足がおこった時代がございまして。こちらを実際に取り組んだのが日本赤十字医療センターということで、大都会の大病院ですので、どの病院でもできるわけではないので、一例としてお示ししたいと思います。これは産婦人科の医師不足の悪循環を断ち切り、魅力ある勤務環境をつくりたいという願いのもとではじめられたもので、内容としては交代勤務制の導入です。これは産婦人科に限らず、いろいろな科で導入したいと思っていますが、これが入ることで勤務環境に大幅な変化

ここから考察ですけれども、診療科によって差はありますが、女性医師の割合は、若い世代ほど増加しつつあります。そこで勤務医の労働環境改善のためには、女性医師がモチベーションを持って継続的に働くことができる環境整備が必要であると考えられます。さらに女性医師の夫は多くが同職者である

## 日本産科婦人科学会W.L.B.事例紹介

### 交替勤務制の導入

- 日本赤十字社医療センターでは2009年6月から交替制勤務が導入された。
- 夜勤は夜だけ（20時から翌朝9時まで）働くため、当直を挟んだ長時間連続勤務にはならない。当日および前日の夜勤の分の人数が日勤に欠員となるため、運用にはある程度の人員の確保が必要となる。



出典 木戸道子：「医師のワークライフバランス改善。女性医師支援、勤務体制の工夫」（労働の科学 vol.67, No.10, 606-609, 2012）

## 日本産科婦人科学会W.L.B.事例紹介

### 勤務体制の変更による生活時間の変化

- 疲れてぎりぎりの状態では質の高い医療は提供できない。医療者自身の心身のゆとり、コンディション作りが必要。交替勤務によりON/OFFがはっきりすることでワークライフバランスは改善し、夜勤前後に心身の休養をとることが可能となる。



がおきます。当直明けに連続勤務ということがなくなりますので、家庭生活を維持しながら、自分のコンディションも維持しながら、診療ができるという、非常にうらやましい事例であります。ただ課題もあ

## 日本産科婦人科学会W.L.B.事例紹介

### 交替制勤務の効果と課題

交替勤務制により離職、非常勤、パートへの転職や、当直免除などの特別サポートなどせずとも、出産育児、介護などのライフイベントの際に、多くの医師が常勤をつづけやすくなった。

#### 解決すべき課題

- 勤務表や外来担当の作成が必要
- 収入面：当直料がなくなり収入が減少することもある。夜間休日の勤務への正当な評価が必要
- 診療面：外来担当曜日が固定しにくい
- 患者の理解：
  - 日中に主治医が不在になることへの理解が必要
  - このために、チーム診療の促進、診療ガイドラインの活用による標準化が有効
- 研修面：経験を積むために時間外勤務が増える可能性がある
- 施設面：運用には業務量と人員が必須

地域の基幹施設など実施しやすい条件があるところから運用を進め、問題点や運用のコツなど、情報を共有していくことが望まれる

り、実際仕事の面では外来の曜日が固定しにくい、日勤なのに主治医の先生がいないことが多いとか、患者さんからの理解も必要になります。収入的な面では当直料というものがなくなりますので、実質的な収入減にもなろうかと思えます。一番問題なの

は、どこの病院でもできることでは全然なくて、それなりの仕事量が夜勤でもあるということが前提ですし、何より人員の確保が必須ということで、紹介して何なんですけど、北海道で勤務する多くの者にとってはなかなか難しいと。ただ、実施できるような基幹病院などから導入していただいて、ノウハウを蓄積していくというところで、順次広げていくことが望ましいと思います。

## 結語

- 世代間ギャップの現況調査の結果からジェンダーイクオリティに対する男女間の意識の違いが明らかとなった。
- 本邦における男性優遇の社会通念や慣習を早急に変化させていくことは容易ではないが、我々勤務医のワークライフバランス問題は既に待ったなしの状態であり、全国医師会主導の先進的な取り組みが求められる。

世代間ギャップの現況調査の結果から、ジェンダーイクオリティに関する男女間の意識の違いが明らかとなりました。本邦における男性優遇の社会通念や慣習を早急に変化させていくことは容易ではありませんが、われわれ勤務医のワークライフバランスはすでに待ったなしの状態です。全国医師会勤務医部会主導の先進的な取り組みが求められていると思います。

「地域で働く明日のために  
～地域枠医師に対する行政・大学からの視点と  
当事者たちの不安を見据えて～」



N T T 東日本札幌病院泌尿器科、  
北海道医師会勤務医部会若手医師専門委員会委員

西田 幸代

地域で働く明日のために  
～地域枠医師に対する行政・大学からの視点と  
当事者たちの不安を見据えて～

N T T 東日本札幌病院泌尿器科 西田 幸代

研修医・医学生との交流会

○女性医師等支援相談窓口利用者との懇親会  
○医学生・若手医師キャリアデザインセミナー

卒業して10年くらい、自由に泌尿器科医をさせていただいておりましたが、出産をして、夫は会社員なのですが、出産する前には自分が家庭に入ってもいいくらいのことを言っていたのに、産んでみたら結局のところ仕事が忙しくて何もしない、できない。自分も産むまではこんなに大変だとは思ってなくて、頼るところがなく、北海道医師会の育児サポート支援事業というものに申し込ませていただいたの

「地域枠」の学生さんから・・・

私、地域枠なんですけど、ずっと独身じゃないか心配

僕、地域枠なんですけど、新専門医制度になって取得が遅れるんじゃないか心配

学生結婚したけど、地域枠なので一緒に赴任できるのか、子育てしていけるのか心配

地域枠で地元に戻るけど、その病院でちゃんと指導してもらえるのか心配

北海道医師会との接点

○大学院時代に出産  
→育児サポート支援事業

制度になってどうなのかなとか、学生のうちに結婚したけれど、地域枠だから一緒に赴任できるのか、子育てをしていけるのか心配とか、地域枠で自分の地元に戻ることはしているのだけれど、その病院の規模を考えると、ちゃんと指導してもらえるのか心配など、地域枠だから心配という声は本当によく聞こえてきます。

が医師会とのつながりのきっかけです。実際係わってみますと、医師会では定期的に若い先生方や医学生との交流会というものが行なわれていまして、それに参加すると、地域枠という学生さんたちから、地域枠けれどもずっと独身じゃないか心配です、などという声が出てきます。それに対しては「大丈夫だよ、そんなことないよ」と無責任なことを言うてごまかすのですが、やはり地域枠だけれど専門医

そもそも、地域枠って？  
地域枠って不安の種？

そもそも地域枠とは何ぞや、そんなに不安の種な

のかなということで調べてみると、北海道庁のいう地域枠と札幌医科大学のいう地域枠は、いずれも地

**「地域枠」って何??**

北海道庁の「地域枠」      札幌医大の「地域枠」

地域の医師確保が目的だけど、  
どうやら同じものではないようだ・・・

**北海道は・・・**

北海道の面積  
(78,000km<sup>2</sup>)  
≒東北+栃木+茨城  
(79,000km<sup>2</sup>)  
(島嶼部を除く)

440km

域の医師確保が目的ですが、どうやら同じものを指すのではないということが分かりました。北海道庁

**道の立場：北海道医師養成確保修学資金貸付制度**

- 開始時期  
平成20年度～
- 貸与額  
入学料 282,000円 (初年度)  
授業料 535,800円 (年額)  
生活費 120,000円 (月額)  
※貸付期間：6年以内
- 貸与対象(枠)  
札幌医大：15名      旭川医大：17名      計：32名
- 義務年限  
9年(地域勤務：5年、研修：4年)
- 返還免除要件  
卒後9年間のうち、5年間を知事が指定する医師確保が困難な公的医療機関等に勤務すること。
- 派遣先の決定等  
指定公的医療機関等、貸付を受けた者、大学講座等(所属している場合に限る。)の意向等を踏まえ、道が決定する

8

のいうところの地域枠は修学資金の貸付制度というのに則ってしまっていて、平成20年から開始になっています。ですので、卒業生が出てわずか数年ということになります。札幌医科大学に対しては年間15人、6年間でおおむね1,200万円の貸付金が行なわれて、義務年限として9年間の制限があります。一方で札幌医大の地域枠というのは、これは大学への入試のときに専攻が決まっています、推薦入試の際に特別枠、地域枠という名称があります。こちらの特別枠というのが、道庁のいう地域枠のことで、道内の高校出身者に与えられた義務を課されたもの。それ

**札幌医科大学 医学部入学者**

推薦入学試験 **道庁の言う、「地域枠」**

- 特別枠  
(奨学金貸与、卒後9年間の地域医療従事義務)  
- 北海道の高校出身者 現役卒/1浪のみ 各校2名まで
- 地域枠  
(初期臨床研修後、札幌医科大学の診療科に所属し7年間の大学/北海道の地域医療に従事)  
- 北海道の高校出身者 現役のみ 各校2名まで

一般入学試験

- 一般枠
- 北海道医療枠  
(初期臨床研修後、札幌医科大学の診療科に所属し7年間の大学/北海道の地域医療に従事)

下線の条件を確約できるものを入学許可

**平成29年度 医学部入学者と将来の研修プログラム**

| 推薦入試      |           | 一般入試      |           |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 20人 (20人) | 15人 (15人) | 62人 (55人) | 13人 (20人) |
| 地域枠       | 特別枠       | 北海道医療枠    | 一般枠       |

特別枠 卒後プログラム

北海道医療枠 55人に達しても「一般枠」に空きがある場合、「北海道医療枠」で合格

北海道医療枠卒後必修プログラム (専門医取組/研究医育成プログラム)

その他

札幌医科大学学長 塚本義典先生ご挨拶

と別に地域枠というのがあります、初期臨床研修後、札幌医科大学の診療科に所属して、7年間の大学/地域医療に従事するというものです。義務ではありませんが、そういう約束がなされます。そのほかに一般枠と北海道医療枠というものもあって、こちらの地域枠と北海道医療枠が同等なのですが、入試の際に、初期臨床研修後、札幌医科大学の診療科に所属し、7年間の大学/北海道の地域医療に従事すると確約できる者を許可しますよという制限が加わっているそうです。平成29年度の枠になりますが、地域枠、つまり道庁のいうところの特別枠は15人ですが、地域枠は20人、合計で推薦入試が35人ですね。北海道医療枠は55人、一般枠は20人ということになっています。こちらの地域枠と北海道医療枠はその後、北海道医療枠卒後必修プログラムというのにエントリーされることになっています。

必修プログラムは随時修正されていて、そこがむしろ若い先生方や学生さんたちがどんなに情報を求めてもところどころ変わって困るところではあると思いますが、新専門医機構の専門医制度新整備指針というのが随時変わってしまっていて、それに応じてプログラムが修正されているのだそうです。新しいのは今年の6月で、専攻医が希望する専門医を取得

**北海道医療卒後必修プログラム  
(専門医取得/研究医育成プログラム) 2017.4月**

- 専門医制度新整備指針(新専門医機構 2017年6月)
  - ▶ 専攻医が希望する専門医を取得できるように、環境整備されるよう努めるものとする
  - ▶ 出産・育児・介護など相当の合理的理由がある場合 柔軟に対応すること
- 新専門医制度と地域枠の関係: 専門医取得が遅れるようなものではない
  - ▶ Ex)内科、小児科、外科専門医: 卒後6年目、脳外科専門医: 卒後7年目
  - ▶ 大学院: 診療科によるが9年間の間で可と記載されているものも
- 研究医育成プログラムもあり; 基礎系の講座に所属し先端研究し学位取得→海外留学も可

できるように大学も学会も環境を整備しなさいよというようにルール付けされています。札幌医科大学のように卒後必須プログラムにおいても地域枠があっても、しっかりと専門医取得が遅れるものではないということが冊子の中には書かれていまして、例えば、内科・小児科・外科の専門医は卒後6年目で取得が可能ですし、脳外科の専門医も7年目ですね、北海道内での就労制限のある卒後9年間で、取得できないといわれている診療科はありませんでした。

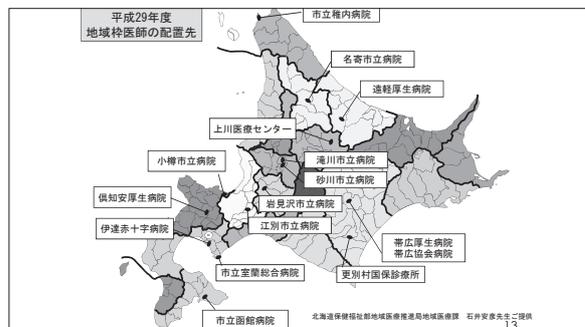
**特別枠卒後必修プログラム**

地域枠医師の9年間の勤務体制 平成29年4月改正

| 年次 | 区分     | 配置先                     | 備考  |
|----|--------|-------------------------|---|
| 1  | 初期臨床研修 | 道内の初期臨床研修病院 (民間病院含む)    |   |
| 2  | 地域勤務   | 200床以上の公的医療機関 (札幌・旭川以外) | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 周産期母子医療センター (産科) は設置主体、病床規模に関わらず勤務可能</li> <li>● 著しい医師不足地域の200床以上の公的医療機関 (市立種内病院) にも9年間を達して勤務可能</li> <li>● 4年目に200床未満の医療機関に勤務した場合、7年目は200床以上の医療機関に勤務可能</li> </ul> |
| 3  | 地域勤務   | 200床以上の公的医療機関 (札幌・旭川以外) |   |
| 4  | 地域勤務   | 200床以上の公的医療機関 (札幌・旭川以外) |   |
| 5  | 選択研修   | 道内の全ての医療機関 (民間病院含む)     |   |
| 6  | 選択研修   | 道内の全ての医療機関 (民間病院含む)     |   |
| 7  | 地域勤務   | 200床未満の公的医療機関 (札幌・旭川以外) |   |
| 8  | 地域勤務   | 200床未満の公的医療機関 (札幌・旭川以外) |   |
| 9  | 地域勤務   | 200床未満の公的医療機関 (札幌・旭川以外) |   |

そのほかに研究医育成プログラムというのもありまして、基礎系の講座に所属して大学に残って先端研究で学位を取得してから海外留学をするという道も、もちろん残されていました。道庁のいう地域枠、特別枠の卒後必修プログラムについてですが、卒後の初期研修というのは道内の臨床研修病院で自由に行なうことができ、その後3年目、4年目までは地域の勤務ですが、200床以上の公的医療機関、札幌や旭川以外の比較的大きな病院で研修することが可能です。それから5年目、6年目は道内すべての医療機関で自由に選択して研修することができて、7年目8年目9年目に関しては、200床未満の病院で勤務しなさいと。ここで結構な制限がでるのかな

と思いますが、私が想像したような、一人で過酷な勤務をするようなものではないということがわかりました。



実際、今年度の道庁の地域枠医師が派遣されている病院を見ますと、そんなにへき地ではないということがわかりました。ただ、18歳、19歳くらいが地

**「地域枠」と当事者の不安**

入学時には「地域でがんばりたい」  
入学後 世界が広がって・・・  
研修先・就労先選択に制限 20代半ばに直面  
ライフイベントの多い20代後半から30代に地域で仕事と生活の両立ができるのか  
研究や留学もしてみたいけれど・・・

北海道庁の「地域枠」

札幌医大の「地域枠」

地域の医師確保が目的

→医師のキャリア形成に十分な環境が構築されつつある

域で頑張りたいと言って入ってきても、入学後にいろいろな世界を見て、どうやら自分の研修先や就労先の選択に制限が出てくるというような状況になってきて、さらにはライフイベントが多い世代にもなって、仕事と生活との両立が不安であるということで、皆さんの地域枠という制限に不安が付きまとうのだと感じました。しかし、医師としてのキャリアアップという意味では十分な環境が構築されてきているのは分かりました。



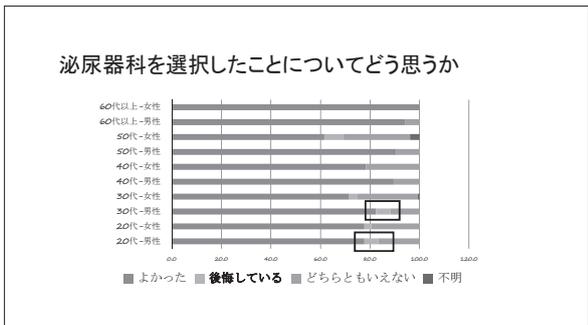
若手医師の働き方に対する意識については実際どうなのだろうということで、ここで私が所属してい

**2017年2月 泌尿器科医対象アンケート実施**

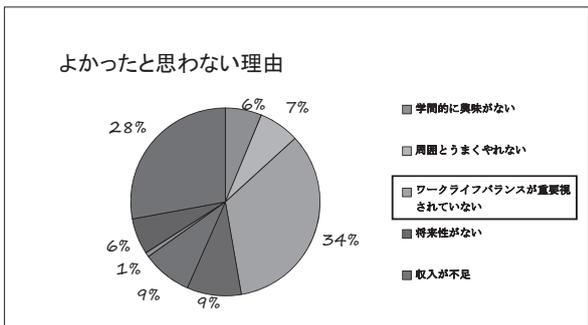
- 対象は全女性医師575名、無作為に抽出した男性医師400名および各大学教授78名
- 回収率は女性医師56.6%、男性医師52.3%、各大学教授59%

日本泌尿器科学会男女共同参画委員会  
 荒井陽一、中川由紀、那須保友、鈴木啓悦、山本新吾、佐々木ひと美、小島聡子、前田佳子、松下千枝、西田幸代、高橋さゆり、吉川羊子

る日本泌尿器科学会の男女共同参画委員会で今年の2月に行ったアンケートを紹介させていただきたいと思います。泌尿器科を選択したことについてどう

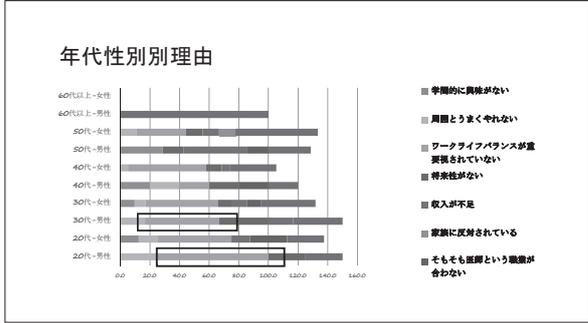


思うのかというもので、おおむね良かったと回答されているのですが、30代男性、それから20代男性の中で後悔していると答えられた方が結構いらっしや

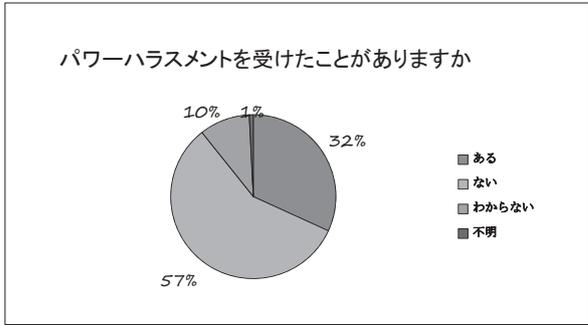


る。良かったと思わない理由としてはワークライフバランスが重要視されていないということなんです。

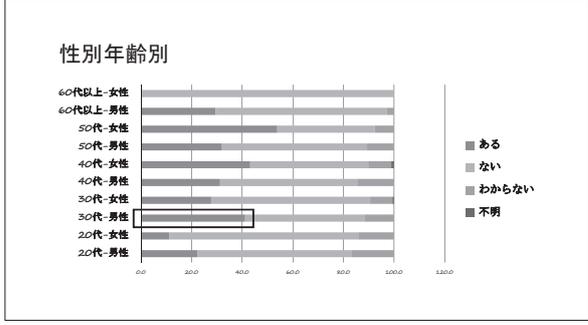
それをさらに世代別で見ますと、このグリーンのバーがワークライフバランスになるんですが、20代、30代の男性医師にとって大きな点となっています。50代の男性では1人もそう答えられた方はなくて、



40代も非常に少ないんですけども、20代、30代がそういう考え方を持っているということです。

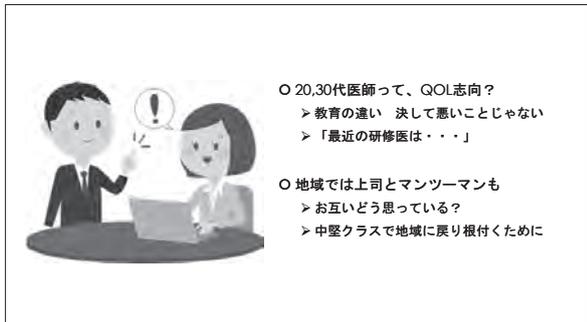


パワーハラスメントを受けたことがありますかという質問で、あると答えたのは3割で性別年齢別で

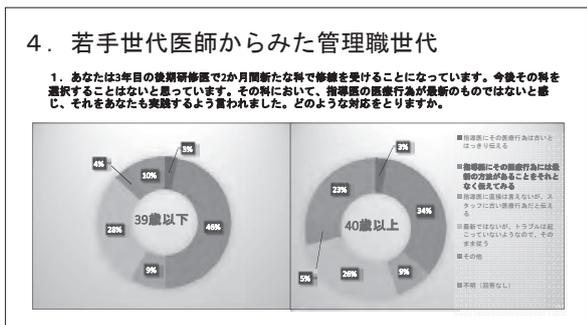


みると、60代、50代、40代の男性はおおむね3割ですが、30代の男性だけ42%と、私のイメージではよっぽど昔の先生の方がいわゆるパワハラというものを受けてきたのではないかと思います。こういった受け止め方をするような世代なのかなと思いました。

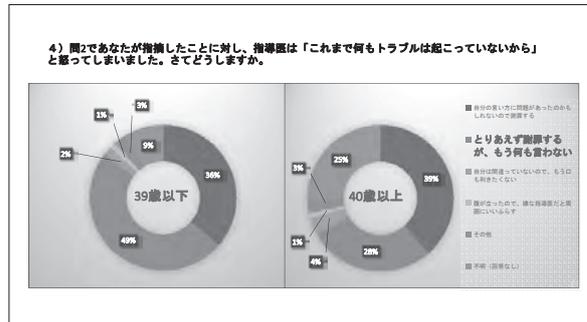
やはりこういった結果を見ると、20から30代の医師はQOL重視思考なのかなと思いますが、教育方法が変わってきて、男女共同参画もそうですし、あくまでこういうふうに育ってきたということで、決して悪いことではないと思います。ただし、最近の



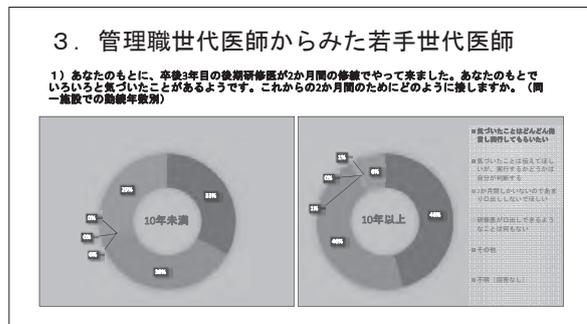
若い先生は、最近の若い研修医はというセリフをいろいろな場で聞いたりしますので、少なからず彼らのQOL重視思考をよく思っていない医師たちがいることも間違いのないでしょう。若い彼らが大多数になったときには、時代ももう少し変わっていると思いますが、現状でそういう考えを持った子たちが地域に出た際に、さあその上司はどういう人だろうと懸念が生まれます。特に地域では指導医と若手医師がマンツーマンということも多いですので、お互いをどんな風に思っているのか。将来的にはいったん若いうちに地域を経験した人間たちが、10年、15年経った後に、もう一度そこに戻ろうと思うことが大事ではないかと思しますので、今何をすればいいのか考える必要があろうと思います。



今回の医師会のアンケートですが、面白い質問をさせていただきました。あなたは3年目の後期研修医で2ヶ月間新たな科で研修を受けます。今後、その科を選択することはない。その科において指導医の指導が最新のものではないと感じたが、でもそれをやりなさいと言われた。例えば、先ほど講演にありました抗PDL1抗体ではないですが、この人はもしかしたらニボルマブを使ったらがんが消えるかもしれないと思ったときに、指導医にはもう緩和ケ



アだよと言われてしまった。そういうときにどうしますかという質問です。40代以上に比べて、39歳以下の方々は、指導医にはその医療行為には最新の方法があるということ、それとなく伝えてみると、意外と積極的に意見を言う姿勢があるのかなと思いました。ただ、それで指摘したことに対して、指導医が怒ったときにどうするかというと、39歳以下で多いのが、とりあえず謝罪するがもう何も言わない、を多く選択されています。これで完全に関係が崩壊してしまうのではないかと思うのですが、こういうふうになってしまうんだなということがわかります。



逆に管理職世代に後期研修医がいろいろと気付いたことがあるがどうしますかという質問をすると、1ヵ所まで長期にわたり仕事をされている先生方は気付いたことはどんどん発言して実行してもらいたいというのが一番多いんです。その研修医は非常に知識が豊富で、一つの医療行為に対して非常に批判的な態度を取りました、貴方の感情で一番近いものはどれですかという問いに、勤続10年未満の先生はそれとなく本人に聞いてみるという感じですが、勤続10年以上の先生は何が問題か積極的に聞いて早速改めると答えられています。研修医はほかにも指摘し





### 総括コメント

北海道医師会副会長 小 熊 豊

北海道医師会の小熊といいます。若手の先生、本当に若手とは言えないと思いますけど、3人とも中堅から熟医に入るくらいの立場の方で、いろんなこととお話をさせていただきました。実は私は平成8年から道内の市立病院で院長をやっております、西田先生もうちの病院でお勤めいただきました。最後にお話していた、野戦病院のようなところでただ忙しいというような病院で当時はあったと深く反省しております。今少しはワークライフバランスを努めたいと思っているところでございますが、シンポジウムⅠで出ましたように、北海道の場合は偏在だけでは済まされない医師不足というものがあるだろうというふうには思っております。シンポジウムⅠで伊藤先生と植山先生がご質問いただいたように非常に複雑な問題があると考えております。

まず中川先生のお話についてコメントしたいと思います。恐らく中川先生は初期臨床研修制度を中心にスーパーローテーションをくり返す、本当の若手医師の思いというのをお話になられたと思うのですが、確かに初期臨床研修制度ですと、学ぶべき内容が決まっておりますので、短期にローテーションするというので、先生がお話になったような、いろいろな問題があるだろうというふうに思っています。ただ、来年から新専門医制度が始まりますので、それが実際にどのような方向性というか内容で進むのか、今のところまだ目に見えてこないということで、そちらの方も少し見てから、また実際にそこで取り組まれる先生のご意見も聞いてみたいと思います。後、初期に関しましては先生のおっしゃるとおりだと思います。専門医制度がはじまり、自分の専門の科をお決めになると、それはそれで縦塗も横塗もある程度できてくるのではないかというふう

に私は思っております。教育指導体制について言いますと、先生方をご存知のように、医師には2割ほど変人がおりますので、まともに若手を教育できない、話もできない医者が僕はいると思っているんです。ですから、そういう方と接しなければいけない若手の方というのは非常に大変だろうと。ですから、そういうところは、こういうことを言う問題ですが、早く見限って、別のところへ移るというのもありだと思えます。それがないと、先生方のキャリアアップや、ワークライフバランスというか就労環境の改善にはつながらないと思えます。就労環境について申しますと、私自身も人さえいけば、医者さえいけば、就労環境をどんどん変えたいと。それからもう一つは診療報酬さえしっかりして、経済的に経営的にやっていけるのであれば、病院事業管理者として、そういう方向を取るのとは全く反対いたしません。そういう形で若手の先生方に就労していただくということが理想であるということは十分理解しているつもりなのですが、先ほどから札幌一極集中と言われておりますが、札幌でも要求される業務量に対して今のドクター数では足りないように、残念ながら要求される業務量が、今のドクターの数では足りません。われわれのような地方の方はもっと足りていないという現状で、それをどう解決していくのかというのは、すぐにはお答えできません。そうしてあげたいとは思っても、今の状況ではできない。そう思っているということは理解いただきたい。

上田先生は、ジェンダーの問題についてお話されましたが、先生は旭川医大で、たった3人で産科時間外勤務を頑張ってらっしゃる、これこそまさに大変な環境でお働きになってらっしゃるというふう

---

思いますし、そういったことが道内のすべての自治体病院が厳しい環境で働いてらっしゃいます。ですから、人数がいれば、子育て、家事、育児に共同で務められるような環境をつくってあげたいのはやまやまですが、なかなかそうはいかないというのが現実です。ただ、女性に対してわれわれ管理者が差別的に扱うということは、全く僕自身は考えていませんし、私ども仲間である病院長もそういうことを考えている人はいないと僕は信じていますので、過渡期の生まれいずる前の難産をしているというところでお考えいただいて、社会全体が変わっていく、それから医療界全体が変わっていけば、少しはいい方向に向えるのではないかと考えています。先ほどのシンポジウムで出ましたAIが、あと20年か30年すると、医者がいらなくなっていくのではないかとされるくらい、診断と治療、方針の決定にどんどん広まってくるようですが、そうすると、少し医者に余裕ができて、先ほどから問題に上がっていることができるのではないかと考えています。

それから西田先生は、先ほども言いましたように、若いころはうちの病院で、まさに男勝りで働いてまして、今は2児の母親で、いろいろとご心配をいただいてありがとうございます。研修医もいろいろな立場でトレーニングされ、診療に励まれていると思っておりますけれども、本当に大変だと思います。北海道の地域枠のプログラムというのを、そこにいる石井先生と私どもで頭をひねってつくったのですが、なかなか変えるべき点多々ございまして、来年はちょうど始まって3年経つので、見直しをしようと考えているところです。それから、道から奨学金をもらっていない地域枠の方につきましても、札幌医大と旭川医大の責任者の教授に聞きますと、必要であればきちんとプログラムは変えると。先生はコロコロ変わると言われましたが、何せ国の政策がころころ変わりますので、それに応じた形にしないと、むしろ先生方に迷惑がかかると思い、われわれもころころ変えていますので、その辺りはお許しただいて、今後の学生さんや研修医さんの不安を取り除くようにアピールをさせていただければという

ふうに考えているところでございます。



## ディスカッション

**長谷川（横浜市医師会）**：地域枠の学生に対しては、大学の教育の過程においては、一般の学生と同じように教育してきた、同じように扱ってきた。けども卒業したとたんに、あなたは地域枠だからこういうことをやらなくてはいけないという義務が出てくる。最低限の義務は仕方ないが、それ以外の点に関して、例えば途中で留学、大学院に行きたいなどはキャリアの問題でしょう。その辺は大学が間に入って、柔軟に対応して、その地域の役に立つような医師を育てて社会貢献することも貴方の仕事なんだよと温かく見守っていただければ、多くの問題が解決するのではないかと思います。

**西田先生**：そのとおりだと思います。

**幸原先生（大阪府医師会）**：大阪府医師会は日医のお力添えで、地域限定専門医制度というものを医師会として打ち上げております。これは今まで大学が主となっていたものを、専門医制度の基幹病院ができたので、そこから関連病院をつくるというものを打ち出したのですが、200床～300床の中小病院にはほとんど医師がいかないということで、そこへ研修医を回そうというシステムですが、いざふたを開けてみると、そこに指導医がいないという問題が発生しました。これは後に解決する問題だとは思いますが、そこで西田先生にご質問ですが、いわゆる北海道のシステム、道内の地域限定枠というのは、200、300床の病院で指導医はおられるのでしょうか。

**西田先生**：札幌医大の地域枠システムは、原則診療科に所属するので、診療科の中で派遣されますから、指導医がいるところを選んで派遣することは可能で

す。それから、北海道庁の地域枠の医師に関しては、実際のところ概ねの卒業生は大学の診療科に属しているそうなので、その中の兼ね合いで200床以下の指導医がいる箇所を選んで、例えば私のいる泌尿器科では、道内では3カ所くらいですが、そういったところを選んで派遣することは可能だというふうに聞いています。

**小熊コメンテーター**：道から奨学金をもらっている地域枠は、専門科を選ぶのは全くフリーにしております。たいてい国家試験を終わった時点で、自分が将来何をやりたいのかという科を決められている方が多く、初期臨床研修は道内の臨床研修病院から選びますので、これは当然指導医がおります。その次の3年目、4年目、5年目、6年目は指導医がいるような病院を、自分が選んだ科の中で選んで動いています。奨学金をもらっていない者は実際に動いていないのですが、まだ学生のレベルなんですけど、西田先生がおっしゃったように、自分がやりたい科の指導医のいる病院を、所属した科とよく相談して行くということだと思います。

**市原先生（愛知県医師会）**：地方によっては一般入試学生との学力差があり、卒業できない地域枠学生が多数いると聞いたことがあります。北海道の地域枠学生が一般入試の学生と同じく無事卒業して国家試験に合格し、道内に就職してくれないと地域枠の理念は果たされないと思いますがいかがでしょうか。

**小熊コメンテーター**：専門にやっている石井先生がお帰りになられたので私に分かる範囲でお答えします。

一時、地域枠制度を作ったときは皆さん優秀だったと聞いています。その後はやや留年される方が某大学で増えてきたと聞いております。そのところにわれわれが口を挟むわけにはまいりませんので、大学での教育をお願いしているというところで、現実には道の奨学金をいただいた方は先ほど申し上げましたが、今は卒業4年目に達したところで、その後、研修途中ということで、まだ就職という段階までは至っておりませんので事例はございません。また、奨学金をもらっていない生徒も、まだ学生が終わるか終わらないかのところですので、就職のことにについてはコメントできない状況でございます。

**間中先生（山形県医師会）：**西田先生の北海道枠の専攻医（専門研修医）ですが、泌尿器科の専門医研修では大学病院だけが基幹病院になっていると思います。内科や外科ですと一般病院も基幹病院になっていて、関連病院として中小病院でも専門医研修ができるプログラムを作っているはずですが、ただ、北海道の先ほどの地域枠の先生たちの行動パターンを見ると、専門研修期間中の3年間は辛いのではないかと思うのですが、北海道の考えはどうなのでしょう。

**小熊コメンテーター：**それは道から奨学金をもらっている場合で、7年目～9年目のことでしょうか。

**間中先生（山形県医師会）：**いいえ、初期研修が終了して専門医研修期間の相当する3年目から5年目のことです。奨学生は専門研修期間中も規模の小さな研修関連病院に派遣されて研修しなければならないということですが、3年のうち1、2年は基幹病院に所属しなければいけないということです。

**小熊コメンテーター：**初期研修は全道の臨床研修病院から選べます。札幌や旭川も入っています。その後3年目、4年目は、今の変えたシステムでは全道の200床以上の臨床研修病院になります。5年目、6年目は札幌と旭川の大学も含めて、すべての民間

病院も含めて大きな病院で研修が可能です。その時点までで、専門医の基礎的な部分が学べるようにわれわれとしては考えてつくったつもりです。

**間中先生（山形県医師会）：**中川先生に質問です。研修医の時に迷子になったということですが、私の病院の内科では研修医に指導医を選ばせるようにしています。そうすると初期研修医から選ばれない指導医がでてきますが、小熊先生は変人が2割いるのではないかと言われましたが、私のところではもっと少ないような気がします。先生が指導医を選べたら迷子にならなかったということはありませんでしたでしょうか。

**中川先生：**私自身は正直、1ヵ月ごとに次の科にローテーションする研修生活は、それぞれの科で過ごす時間がかなり短くて、業務に慣れたら、次に移る。そんな職場環境自体で疲弊してしまっていました。次々変わる環境に自分が順応できないのだと感じて、そうすると医局に入って土地も変わる生活が怖くて仕方ありませんでした。ついていけないのではないかと思い入局はしませんでした。自信がないなら、なおさら面倒見のいい医局に入局した方がいいと勧めてくださる先生もいらっしゃいましたが、幸いにもある程度長い目で成長を見守り、温かく支えてくださる地域の先生方に恵まれたので、ここまで来ることができました。昔は医局や長く師匠として仕える先生の中からメンターを選んだのかもしれませんが、私は地域の中から選ばせていただいたというよりは、どちらかという先生方に選び見つけていただいたという感じがします。迷っている研修の先生を見つける制度のようなものがあると、より迷子を拾いやすいのかなと思います。

**間中先生（山形県医師会）：**私も帰って研修医と相談してみようと思います。

**質問者不明：**お願いというか提案なのですが、研修医とかお若い先生が、結構名簿上はいらっしゃるの

## シンポジウムⅢ

---

で、そういう方々から何か一言いただいてはいかがでしょうか。

**藤根座長**：4年目以下の方、今日会場にいらっしゃいますか。

今日、本当は、西田先生の担当した部分を発表をする予定だった者が4年目だったんです。残念ながら無理なので。恐れ入ります。

総括

17:00~17:20

コメンテーター：日本医師会常任理事 市川朝洋





## 総括

日本医師会常任理事 市川 朝洋

日本医師会の勤務医担当の市川でございます。全国医師会勤務医部会連絡協議会の開催に当たり、長瀬会長をはじめ北海道医師会の役職員の皆様方には多大なるご尽力を賜り本当にありがとうございます。特に今回は、豪華三部シンポジウムという、非常に熱のこもった企画をしていただいたと思います。

総括ということでお話をさせていただきますけれども、基本的にはコメンテーターや会場の先生方が問題を全部出されておりますので、特に加えることはないのですが、今回のシンポジウムが「地域医療をつなぐ明日の医療を考えると〜次世代を担う勤務医の未来創成のために〜」ということで、感じましたことは、最初のシンポジウムⅠでは、医療というものをどう考えるのか。社会的共通資本の一部と考えた場合、道路や電気、水道のように、くまなくあらゆる地域にも同じような医療を提供する。でも果たしてそれが可能かどうか。これは非常に大きな問題だと思います。特に現代のように、医療が時間を競うような、例えば脳梗塞や心筋梗塞、数時間の間に治療をしないと決定的に結果は違ってしまいます。そういう医療が果たしてあらゆる地域で等しく平等に提供できるのかということは、なかなか難しいものであります。北海道は典型的な場所というよりは、日本が将来、北海道が今抱えているような問題が日本の各地域でも起こり得る。そのためにも非常に良いテーマを選んでいただきましたし、また、良いディスカッションができたように思います。

シンポジウムⅡでは、非常に明るい未来の医療に対する光ということで、科学的な、先進的な医療を提供できることによって、今日の問題も解決できるというお話ですが、やはり医療は、医師とい

う人間また医療職の人間が行なうことですので、そこに関してはさらなる議論が必要だと思っています。

それからシンポジウムⅢの次世代を担う若手医師の意識ということで、世代間の違いというものを中川先生からお話いただきました。また男女間、特に女性医師の問題を上田先生からお話いただきました。ただ、思っていたよりは世代間のギャップは少ないと感じました。私も厚労省の検討会等で若手医師の先生の意見を聞きますが、自分たちはやれるとおっしゃいます。ただし、それほど熱意を持っていない先生方もいるということです。今は医学部の入学定員が増加して、かなり多くの先生方が入っていらっしゃるから、必ずしも全員の先生が高い意識を持っているわけではない。だけれどもそういう人たちがいるということ、ぜひ分かっていたきたいとおっしゃっていました。医療というのは量を確保しなくてはいけないものですから、質だけをとは言えない一端があると思います。

そしてシンポジウムや今回の協議会を通したテーマが、勤務医、病院、医師会も含めた医師の働き方改革の問題です。この問題は、基本は内閣府の医師以外の労働者への勤務時間の問題です。やはり、医師が時間制限を受けるということは、医師が労働者であるということが問題ではなく、医師が健康であるためには、時間制限も必要かもしれない。そもそもわれわれ医師は、自分自身で医師として健康であることによって、自分そして家族にとって必要であり、目の前にいる患者さんを救うことも、健康でなければその職務を全うできない。そこが医師として健康を問題にするところだと思います。実際に目の前の病んでいる人や悩んでいる人、困っている人が

いたら、われわれはその人たちに光を照らさなくてはなりません。心の中に灯りを持って、そして光を照らすことによって患者さん達が救われる。ところが健康がそぐわなかったり、余裕がなかったりすると、心の光が消えてしまうかもしれません。それはやはり一番避けなければならない。そのためにはぜひ勤務医の先生方は自分で自分を守っていただきたい。日本医師会では、「医師が元気で働くための7ヵ条」「勤務医の健康を守る病院7ヵ条」という、医師が注意すべき内容を盛り込んだパンフレットも作っていますし、病院の管理の先生方はぜひとも勤務医の先生方を守っていただきたい。今お話しを聞いておりますと、非常に大きな問題もありますから、工夫が必要です。実を言いますと、厚労省の「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」が医師の勤務時間を見ました。その時、実際の診療時間と診療外時間、待機時間を比較すると、勤務時間が長くなって、増えているのは診療外時間と待機時間の割合です。ですから、そのところを上手く工夫していただく。日本医師会としても会長諮問で「医師の勤務環境改善のための具体的方策－地域医療体制を踏まえた勤務医の健康確保策を中心に－」という諮問をいただきました。そしてここにいらっしゃる勤務医委員会の先生方を含めて「医師の働き方検討委員会」を新たに立ち上げて協議しており、たとえば医療クラーク等を使って、医師がやらなくともよいような仕事をできるだけ減らしていただいて、医師の勤務時間を減らしていただきたい。今年度中に答申を出したいと思っておりますが、いずれにしても、勤務医の先生、そして病院、医師会、もちろん国を含めて、勤務医の今の労働環境を何とか改善して地域医療を崩壊しないようにしなければならない。私も頑張りますのでぜひ先生方ご協力の程よろしくお願いいたします。

ほっかいどう宣言採択

17:20~17:30

北海道医師会勤務医部会運営委員会委員 **鈴木雅行**





### ほっかいどう宣言採択

北海道医師会勤務医部会運営委員会委員 鈴木 雅 行

村下先生：最後に北海道医師会の勤務医部会で考えました「ほっかいどう宣言」を採択したいと思いません。この宣言を北海道医師会勤務医部会運営委員会委員の鈴木雅行先生より読み上げていただきたいと思えます。

鈴木先生よろしくお願ひいたします。

鈴木先生

#### ほっかいどう宣言（案）

今日のわが国の急速な人口減少は、著しい生産年齢人口の減少を伴いながら、少子高齢化が進展する人口構成の変化であり、労働生産性向上のための抜本的な「働き方改革」の重要性が強調されている。しかしながら、公益性、倫理性、専門性が強く求められる医師は、患者・社会に貢献する職業人として、高度な学識と技能をもち続けなければならない、その改革には慎重な議論が必要である。

社会全体でワークライフバランスの改善に向けた取組みが推進される中、医療界も例外ではなく、勤務医が医師としてのモチベーションを保ち、地域医療を発展させ、自らの人生も豊かにすべく、次のとおり宣言する。

- 一、 医師の働き方改革の議論が、地域医療を守り、地域格差是正につながる仕組みの構築の上になされることを求める。

一、 勤務医が多様な働き方を選択・実現できるよう、世代間ギャップを相互に理解し、就労環境を改善する。

一、 医師としての自らの職務を自覚し、いきがいを感じながら働き続けられる環境の整備に努める。

平成29年10月21日

全国医師会勤務医部会連絡協議会・北海道

以上です。

村下先生：鈴木先生ありがとうございます。ただいまの「ほっかいどう宣言」を原案通り採択される方拍手をお願いいたします。

（拍手）

村下先生：賛成多数ということで、「ほっかいどう宣言」は採択されました。



閉 会

17:30

北海道医師会副会長 藤 原 秀 俊





## 閉会の辞

---

北海道医師会副会長 藤原 秀俊

北海道医師会副会長の藤原でございます。当初、このプログラムが藤井先生から出されたときに、私はなんて無謀なプログラムを組んでいるのだろうと。朝から晩まで7時間半も、こんなに勉強する必要があるのかというふうに思いましたが、大変勉強になりました。

先生方のおかげさまで、なんとかスケジュールどおり終わることができました。本当にありがとうございました。

これもちまして平成29年度全国医師会勤務医部会連絡協議会を終了いたします。ありがとうございました。



## 参加者数一覧



# 平成29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  | 76        | 中国・四国      | 鳥取県     | 鳥取県医師会     | 2      |
|        |        | 札幌市医師会  | 12        |            | 島根県     | 島根県医師会     | 5      |
|        |        | 函館市医師会  | 2         |            | 岡山県     | 岡山県医師会     | 2      |
|        |        | 小樽市医師会  | 2         |            | 広島県     | 広島県医師会     | 7      |
|        |        | 三笠市医師会  | 2         |            |         | 広島市医師会     | 7      |
|        |        | 旭川市医師会  | 7         |            |         | 福山市医師会     | 1      |
|        | 青森県    | 青森県医師会  | 7         |            | 山口県     | 山口県医師会     | 7      |
|        |        | 弘前市医師会  | 1         |            | 徳島県     | 徳島県医師会     | 2      |
|        |        | 八戸市医師会  | 2         |            | 香川県     | 香川県医師会     | 1      |
|        | 岩手県    | 岩手県医師会  | 5         |            | 愛媛県     | 愛媛県医師会     | 3      |
|        | 宮城県    | 宮城県医師会  | 4         |            |         | 松山市医師会     | 2      |
|        |        | 仙台市医師会  | 4         |            | 高知県     | 高知県医師会     | 3      |
|        |        | 気仙沼市医師会 | 1         |            |         | 高知市医師会     | 2      |
|        | 秋田県    | 秋田県医師会  | 3         |            | 九州・沖縄   | 福岡県        | 福岡県医師会 |
| 山形県    | 山形県医師会 | 7       | 北九州市医師会   | 2          |         |            |        |
| 福島県    | 福島県医師会 | 5       | 北九州市小倉医師会 | 3          |         |            |        |
| 関東・甲信越 | 茨城県    | 茨城県医師会  | 14        | 福岡市医師会     |         |            | 2      |
|        |        | 栃木県     | 栃木県医師会    | 3          |         |            | 筑紫医師会  |
|        | 群馬県    | 群馬県医師会  | 2         | 粕屋医師会      |         | 1          |        |
|        | 埼玉県    | 埼玉県医師会  | 10        | 佐賀県        |         | 佐賀県医師会     | 2      |
|        | 千葉県    | 千葉県医師会  | 3         | 長崎県        |         | 長崎県医師会     | 7      |
|        | 東京都    | 浅草医師会   | 1         |            |         | 長崎市医師会     | 2      |
|        | 神奈川県   | 神奈川県医師会 | 9         | 佐世保市医師会    |         | 2          |        |
|        |        | 横浜市医師会  | 5         | 熊本県        |         | 熊本県医師会     | 2      |
|        |        | 横須賀市医師会 | 1         |            |         | 熊本市医師会     | 3      |
|        |        | 小田原医師会  | 1         | 大分県        |         | 大分県医師会     | 1      |
|        |        | 相模原市医師会 | 1         |            |         | 大分市医師会     | 1      |
|        | 新潟県    | 新潟県医師会  | 3         | 宮崎県        | 宮崎県医師会  | 11         |        |
|        |        | 新潟市医師会  | 2         | 鹿児島県       | 鹿児島県医師会 | 3          |        |
|        | 山梨県    | 山梨県医師会  | 1         |            | 鹿児島市医師会 | 2          |        |
| 長野県    | 長野県医師会 | 4       | 沖縄県       | 沖縄県医師会     | 4       |            |        |
| 中部     | 富山県    | 富山県医師会  | 2         | <b>小 計</b> |         | <b>344</b> |        |
|        | 石川県    | 石川県医師会  | 4         | 日本医師会      |         | 30         |        |
|        |        | 金沢市医師会  | 1         | 講師・シンポジスト  |         | 8          |        |
|        | 福井県    | 福井県医師会  | 1         | 行政         |         | 5          |        |
|        | 岐阜県    | 岐阜県医師会  | 5         | その他        |         | 22         |        |
|        | 静岡県    | 静岡県医師会  | 2         | <b>合 計</b> |         | <b>409</b> |        |
|        | 愛知県    | 愛知県医師会  | 6         |            |         |            |        |
|        | 三重県    | 三重県医師会  | 1         |            |         |            |        |
| 近畿     | 滋賀県    | 滋賀県医師会  | 2         |            |         |            |        |
|        | 京都府    | 京都府医師会  | 4         |            |         |            |        |
|        | 大阪府    | 大阪府医師会  | 8         |            |         |            |        |
|        |        | 兵庫県     | 兵庫県医師会    | 3          |         |            |        |
|        |        | 神戸市医師会  | 1         |            |         |            |        |
|        | 姫路市医師会 | 1       |           |            |         |            |        |
|        | 奈良県    | 奈良県医師会  | 2         |            |         |            |        |
|        | 和歌山県   | 和歌山県医師会 | 2         |            |         |            |        |

# 懇談会風景



開会挨拶①



開会挨拶②



乾杯



会場風景①



会場風景②



会場風景③



アトラクション風景①



アトラクション風景②



アトラクション風景③



アトラクション風景④



アトラクション風景⑤



閉会挨拶

平成29年度  
全国医師会勤務医部会連絡協議会

---

発行 北海道医師会  
〒060-8627 札幌市中央区大通西6丁目  
TEL：011-231-1432  
印刷 山藤三陽印刷株式会社