

平成30年度 全国医師会勤務医部会連絡協議会 報告書

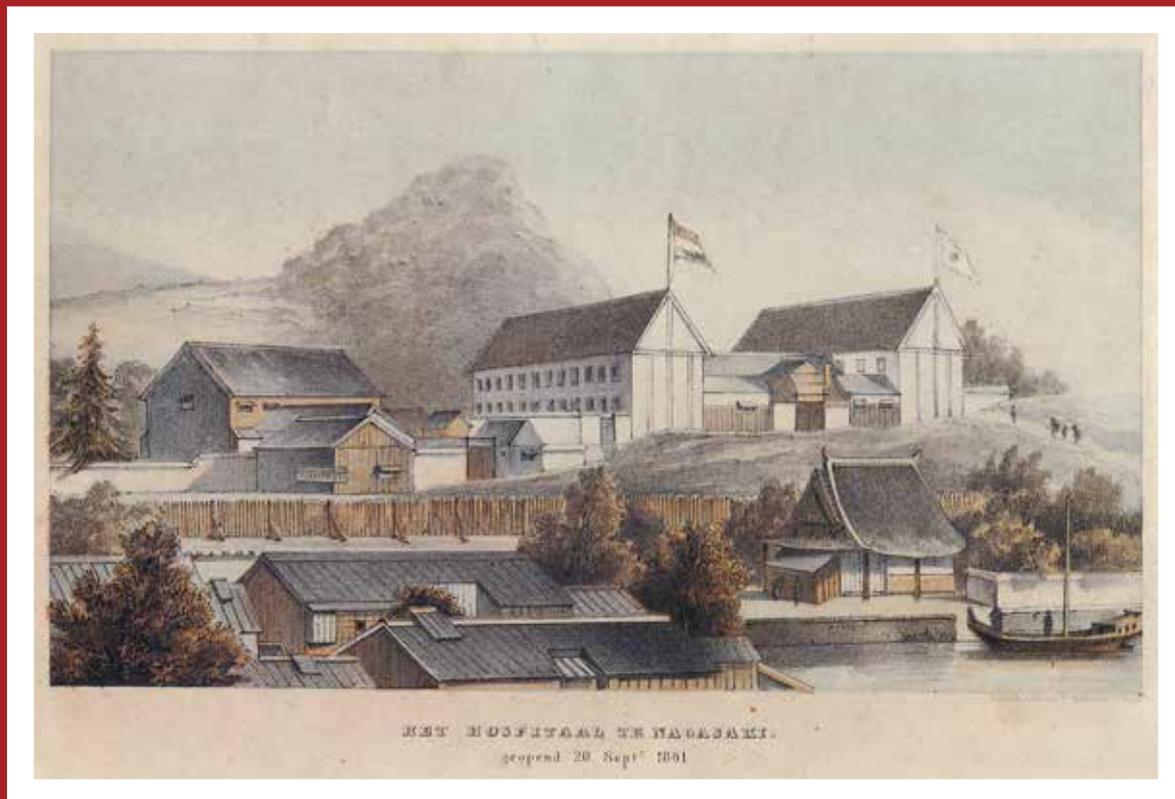
メインテーマ
明日の勤務医の働き方を考える
～西洋医学発祥の地長崎からの提言～

期日：平成30年11月3日(土・祝)

会場：ホテルニュー長崎

主催：日本医師会

担当：長崎県医師会



2018 長崎

表紙の説明

養生所（ポンペ著「日本における五年間」の口絵）

オランダ国旗と日の丸が一對をなして翻っている。病院に向かう数人の姿をみることができる。

養生所は洋室でベッドが置かれた。HET HOSPITAAL TE NAGASAKI。geopend 20.Sept.1861.

（長崎大学附属図書館経済分館蔵）

医学伝習所の後身であり日本最初の西洋式病院である養生所・医学所は、1861年に小島郷に開設された（三角屋根と2棟の長い屋根の建物）。その後、1865年に精得館と改称された。

1857年、日本の軍医派遣要請に応じて第二次海軍伝習指揮官カッテンディーケに選ばれた28才の軍医ポンペは医学校を開設するべく日本にやってきた。

1857年11月12日、西役所の一室で松本良順とその弟子達12名に最初の講義を行なった。この日を長崎大学医学部の創立記念日としている。

オランダ政府派遣の軍医が来ることを知った幕府寄合医師養継松本良順は永井尚志を説得し、海軍伝習生御用医として長崎にきた。良順は医学校開設というポンペの考えに共鳴して、まず医学伝習を海軍伝習から独立させるよう努力した。そのころ蘭医学は禁じられていたので他藩からの医師を良順の弟子としてようやくポンペの講義を受けさせることができた。多くの医師が集まり手狭となった西役所の一室から大村町の元高島秋帆宅に移った時、良順は医学校建設を決意した。ときの長崎奉行岡部駿河守長常はポンペと良順に好意的で医学校建設に助力を惜しなかった。



（ヨハネス・ポンペ・ファン・メールテルフォールト／1829-1908）

ポンペは医学全般を一人で教える文字通り oneman school の校長として長崎で5年間全身全霊をそそぎ込んで苦闘した。毎日の講義もただ教科書のひき写しでは科学の基礎知識の無い学生に理解できるはずもなく、わかりやすくして言葉の壁を乗り越えて根気よく基礎から教えねばならなかった。そのカリキュラムは自分の受けたユトレヒト陸軍軍医学校に類似し、全く手抜きする事なく基礎から一步一步と階段を登るように教えられた。松本良順とその弟子司馬凌海のオランダ語の深い素養もポンペの講義理解伝達に大きな功績があった。解剖学はキュンストレーキという精巧な人体解剖紙模型を用いて行なわれたが、ポンペはほどなく囚人の人体解剖実習を長崎奉行に願い出た。牢内の囚人達が反対の騒動を起こした時、良順は解剖実習に献体する事の意義を説き、献体した囚人には処刑後僧による読経を許し手厚く供養すると約束して騒ぎをおさめた。1859年9月西坂の丘でポンペは市民の反感のなか身の危険を省みず日本初の人体解剖実習をおこなった。

養生所の開設

14,530人ももの患者を5年間に治療し、外国人によるコレラや梅毒の上陸を阻止するための努力により長崎の町の人々はポンペに次第に信頼と尊敬を寄せるようになった。ポンペの熱望していた西洋式の病院の建設もこのようなポンペの誠実さが浸みわたって初めて実現に走りだしたのである。1861年9月20日養生所が長崎港を見おろす小島郷の丘に完成した。養生所は医学校（医学所）に付置された日本で最初の124ベッドを持った西洋式附属病院であり、長崎大学医学部の前身である。ポンペは多くの日本人医学生に対して養生所で系統的な講義を行い、患者のベッドサイドで医のアートを教えた。その教え子達によって本邦に西洋医学が定着したので、近代西洋医学教育の父と称されている。ポンペは貧乏人は無料で診察し、侍町人、日本人西洋人の区別はいっさいしなかった。封建社会に育った門人達に医師にとってはなんら階級の差別などないこと、貧富・上下の差別はなく、ただ病人があるだけだということを養生所で身をもって実践し教えていた。長崎大学医学部の校是となっているポンペの言葉は「医師は自らの天職をよく承知していなければならぬ。ひとたびこの職務を選んだ以上、もはや医師は自分自身のものではなく、病める人のものである。もしそれを好まぬなら、他の職業を選ぶがよい」というもので、医の真髄を教えたポンペの言動は門弟達の心に深く刻み込まれた。ポンペは、卒業証書を学生に渡したあと、後任ボードウインの着任を待って1862年11月に帰国した。

「長崎大学附属図書館Webページ<http://www.lb.nagasaki-u.ac.jp/siryu-search/ecolle/igakushi/pompe/pompetoyojoosho.html>」

目 次

開催要綱	3
プログラム	4
開 会 式	7
開会宣言	10
挨拶	11
来賓祝辞	15
特別講演 1	
「日本医師会の医療政策」	19
特別講演 2	
「長崎の医学史」	35
日本医師会勤務医委員会報告	45
次期担当県挨拶	55
ランチョンセミナー	
「医師のための働き方直し～ワークライフバランスとダイバーシティの観点から～」	59
シンポジウム 1	
「医師は労働者か？～応召義務と時間外労働の狭間で～」	73
「今、変わるとき-NO Change, No Future-」	76
「医師は労働者か？（むかし医師は労働者ではなかった…）」	82
「医師の働き方改革検討会の現況と今後の展望」	85
「働き方改革と女性医師」	92
「好生館の働き方改革」	101
シンポジストによるディスカッション	105
シンポジウム 2	
「医療現場からの叫び」	113
「当院高度救命救急センターにおける働き方改革の現状と課題」	116
「明日の勤務医の働き方を考える-離島医療の現場から-」	127
「長崎県の過疎地の医療を担う勤務医の実態」	138
シンポジストによるディスカッション	146
ながさき宣言採択	151
閉会	155

平成30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

「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～」

1. 日 時 平成30年11月3日（土・祝）
2. 会 場 ホテルニュー長崎
長崎市大黒町14-5
T E L : 095-826-8000
3. 主 催 一般社団法人 日本医師会
東京都文京区本駒込2丁目28-16
T E L : 03-3946-2121
4. 担 当 一般社団法人 長崎県医師会
長崎県長崎市茂里町3-27
T E L : 095-844-1111
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等

メインテーマ

「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～」

総合司会：木下郁夫、瀬戸牧子両長崎県医師会常任理事

[日程]

9:00～	受付開始				
10:00～10:15	開 会				
	開会宣言	長崎県医師会勤務医部会長	江 崎 宏 典		
	挨 拶	日本医師会長	横 倉 義 武		
		長崎県医師会長	森 崎 正 幸		
	来賓祝辞	長崎県知事	中 村 法 道		
		長崎市市長	田 上 富 久		
10:15～10:55	特別講演1	「日本医師会の医療政策」			
		日本医師会長	横 倉 義 武		
		座長・長崎県医師会長	森 崎 正 幸		
10:55～11:35	特別講演2	「長崎の医学史について」			
		長崎大学病院長	増 崎 英 明		
		座長・長崎県医師会副会長	釣 船 崇 仁		
11:35～12:05	報 告	「日本医師会勤務医委員会報告」			
		日本医師会勤務医委員会委員長	泉 良 平		
12:05～12:10	次期担当県挨拶	山形県医師会長	中 目 千 之		
12:10～13:00	昼食				
12:20～12:50	ランチョンセミナー				
		「医師のための働き方見直し～ワークライフバランスとダイバーシティの観点から～」			
		長崎大学メディカル・ワークライフバランスセンター			
		センター長・教授	伊 東 昌 子		
		座長：長崎県医師会勤務医部会副部会長	上 谷 雅 孝		
13:00～14:15	シンポジウム1				
		「医師は労働者か？～応召義務と時間外労働の狭間で～」(各15分)			
		座長：日本医師会副会長	今 村 聡		
		長崎県医師会副会長	佐 藤 光 治		
		「今、変わるとき-NO Change, No Future-」			
		厚生労働省労働条件政策課医療労働企画官	安 里 賀奈子		
		「医師は労働者か？(むかし医師は労働者ではなかった…)」			
		弁護士法人ふくざき法律事務所弁護士	福 崎 博 孝		
		「医師の働き方改革検討会の現況と今後の展望」			
		済生会福岡医療福祉センター総長			
		済生会福岡総合病院名誉院長	岡 留 健一郎		

	「働き方改革と女性医師」	岡山大学地域医療人材育成講座・教授	片岡仁美
	「好生館の働き方改革」	佐賀県医療センター好生館副事務部長	小野 潔
14:15～14:25	休憩		
14:25～15:10	シンポジストによるディスカッション		
15:10～15:30	休憩		
15:30～16:30	シンポジウム2「医療現場からの叫び」(各20分)		
		座長：長崎県医師会副会長	藤井 卓
	「当院高度救命救急センターにおける働き方改革の現状と課題」	長崎医療センター高度救命救急センター長	中道親昭
	「明日の勤務医の働き方を考える－離島医療の現場から－」	上五島病院長	八坂貴宏
	「長崎県の過疎地の医療を担う勤務医の実態」	平戸市民病院長	押淵 徹
16:30～17:00	シンポジストによるディスカッション		
17:00～17:05	ながさき宣言採択		上谷雅孝
17:05	閉会		
17:40～17:55	アトラクション「長崎女子高等学校龍踊り」(1Fロビー)		
18:00～20:00	懇親会開会		
	司会：長崎県医師会常任理事	上戸穂高	
	開会 長崎県医師会勤務医部会委員	石川啓	
	挨拶 日本医師会長	横倉義武	
	長崎県医師会長	森崎正幸	
	乾杯 山形県医師会長	中目千之	
	閉会 長崎県医師会常任理事	木下郁夫	

第39回全国医師会勤務医部会連絡協議会

<11月3日(土・祝)・開会式>

10:00~10:15

総合司会

長崎県医師会常任理事 木下郁夫
(午前の部)

瀬戸牧子
(午後の部)

開会宣言

長崎県医師会勤務医部会長 江崎宏典

挨拶

日本医師会長 横倉義武

長崎県医師会長 森崎正幸

来賓祝辞

長崎県知事 中村法道

長崎市長 田上富久

開 会 式

総合司会

長崎県医師会常任理事 **木 下 郁 夫**
(午前の部)

瀬 戸 牧 子
(午後の部)

(木下常任理事)

皆様、おはようございます。ただいまより平成30年度全国医師会勤務医部会連絡協議会の開会式を行います。私たちは本日、司会を務めます長崎県医師会常任理事の木下と。

(瀬戸常任理事)

瀬戸でございます。

(木下常任理事)

どうぞよろしく申し上げます。

(木下常任理事)

初めに、長崎県医師会勤務医部会部会長の江崎宏典より開会の辞を申し上げます。

開会宣言

長崎県医師会勤務医部会長 **江崎 宏典**

皆さん、おはようございます。ただいまより、「明日の勤務医の働き方を考える」をメインテーマにした平成30年度全国医師会勤務医部会連絡協議会を開会いたします。よろしくお願いいたします。

挨拶

日本医師会長 横 倉 義 武

皆さんおはようございます。平成30年度の全国医師会勤務医部会連絡協議会の開会にあたりまして、主催者を代表して一言ご挨拶を申し上げます。初めに、公務ご多用の折、本協議会にご臨席を賜りました中村法道長崎県知事、また田上富久長崎市長に心より感謝を申し上げます。また、本年度の協議会の開催に係る準備、運営のすべてをご担当いただきました長崎県医師会の森崎正幸会長はじめ、役職員の皆様に心から御礼を申し上げます。

本協議会は昭和56年の第1回開催以来、今年度で第39回目を迎えることになりました。この間、勤務医の立場から医療にかかわるさまざまな問題をご議論いただき、昨年度は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、みずからの人生も豊かにすべく「ほっかいどう宣言」が採択されました。このように本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事は、まことに意義深いものがありまして、これもひとえに都道府県医師会をはじめ、勤務医部会関係者のご協力の賜物と、心より敬意を表する次第であります。

さて、超高齢社会を迎えた我が国におきましては、人口の高齢化に伴い顕在化するさまざまな課題に対しまして、医療界みずからが変革に取り組み、未来に対する責任を果たしていく覚悟を示すことが重要であります。そして本日のメインテーマとなります医師の働き方改革もまた我々、医療界が未来に対して責任を果たすべく、大きなテーマの1つであると考えております。そのため、現在、進められています議論に当たっては、医師のプロフェッショナル・オートノミーを持って、地域医療の継続性を確保すると同時に、医療の質と安全を確保するという観点からも、医師の健康に配慮することが重要と

なります。本日の協議会でのご意見等を踏まえながら、そして医師の自主性、自律性を尊重し、多様な勤務医の働き方にも配慮しながら、積極的に議論をリードしてまいります。

また今後、人生100年時代を迎えるに当たりましては、健康寿命のさらなる延伸が重要となります。そのため地域包括ケアシステムを構築していく中で予防、健康づくりに向けた取り組みを進めていくことも、医療界が未来に果たすべき大きな責任の1つと考えます。そしてこうした取り組みを進めるに際しましては、勤務医の先生方におかれましても、普段から地域の医師、診療所や他の病院、さらには介護福祉サービス関係者との一層の連携が求められる事となります。医療に対する国民の期待と信頼に応えていくためにも、医師会とともに歩みを進めていただければ幸いです。

医療を取り巻く課題は山積をしておりますが、医師会は国民の生命と健康を守るために、その役割を果たしていかなければなりません。国民の医療のために、そして医師がその職責を存分に全うしていく環境を実現するためには、より多くの勤務医の先生方のご意見や考えに耳を傾け、会務を推進してまいりますので、皆様方のさらなるご支援をよろしくお願いを申し上げます。

なお、私ごとではありますが、先月、アイスランドのレイキャビクで開催されました世界医師会総会をもちまして、世界医師会長の職を退任いたしました。世界医師会会長として「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの推進等の強化を目的とした世界保健機構WHOとの覚書の締結」、あるいは「非感染性疾患に関する国連総会のハイレベル会合での演説」など、さまざまな活動に取り組み、世界医師会

及び日本医師会の存在感も高めることができたと思っております。この場をおかりまして、皆様方のご理解、ご協力に改めて御礼を申し上げます。

結びに、本日の協議会の盛会と、皆様のご健勝を心より祈念をいたしましてご挨拶とさせていただきます。

本日はどうぞよろしく申し上げます。

挨拶

長崎県医師会長 **森 崎 正 幸**

皆様おはようございます。長崎県医師会の森崎でございます。本日は平成30年度全国医師会勤務医部会連絡協議会がこの西洋医学発祥の地であります長崎において開催されることを光栄に存じております。西洋医学発祥の地と申しますのは、この抄録の表紙の裏に書いてございます。オランダ人医師のボンペ先生が1857年、161年前に長崎において医学教育の場、伝習所を開設したということでございます。

開会に先立ちまして担当県として一言ご挨拶を申し上げます。本日は全国各地より多数の先生方にご参加いただきましたことに対して感謝申し上げますとともに、心より歓迎申し上げます。またご参会の皆様には、日ごろから地域医療、保健福祉分野の充実、発展のために日夜献身的なご尽力をいただいておりますことに修身より敬意を表する次第であります。

さて、ご承知のとおり、我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。本日の連絡協議会では、「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～」をメインテーマに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ついての対応や、今後の医師不足のためになればと考えております。

本協議会の特別講演1では「日本医師会の医療政策」と題し、日本医師会の横倉会長からご講演をいただき、続く特別講演2では「長崎の医学史」と題し、長崎大学病院の増崎英明病院長にご講演をいた

だきます。昼のランチョンセミナーでは、長崎大学病院メディカル・ワークライフバランスセンター長・教授の伊東昌子先生から「医師のための働き方見直し～ワークライフバランスとダイバーシティの観点から～」と題して女性医師の立場から働き方の見直しについてご講演をいただきます。午後からはシンポジウムを2題準備しております。それぞれのテーマを「医師は労働者か？～応召義務と時間外労働の狭間で～」、「医療現場からの叫び」としております。シンポジウム1では、厚生労働省、弁護士、医師、病院事務のそれぞれの視点から応召義務や時間外労働をメインとして医師の働き方についての議論を予定しております。シンポジウム2では、離島やへき地を含む長崎県内各地の医師から、それぞれの地域での問題点、働き方の考えをディスカッションしていただくこととしております。ディスカッションの後には「長崎宣言」を採択いただく予定となっております。

協議会終了後においては、1階ロビーにおいて長崎県の伝統的な祭りである長崎くんちの奉納演物の代表格である龍踊を長崎女子高校龍踊部に披露していただきます。また長崎港を中心とした長崎の夜景は、平成24年に香港、モナコとともに世界新三大夜景の1つとして選定をされており、その他、多くの珍しい観光地もございます。ゆっくり見学していただければと思います。

さらに6月30日には長崎と天草地方の潜伏キリシタン関連遺産が世界文化遺産へと登録されました。国内の世界遺産では22件目、長崎では2015年に登録された明治日本の産業革命遺産に次ぎ、2件目となります。この機会にぜひ長崎県内を回っていただ

き、多くの思い出ができますことを祈念いたしております。

最後になりますが、本協議会の開催に当たり、主催者であります日本医師会の横倉会長を初め、役職員の皆様方に感謝申し上げますとともに、本日までご参加いただきました皆様にとりまして、今後の働き方改革への対策の糧となりますことを期待します。また今後、ますますのご健勝とご活躍を祈念申し上げますご挨拶とさせていただきます。本日はどうぞよろしくお願い申し上げます。

来賓祝辞

長崎県知事 中 村 法 道

皆様おはようございます。ただいま、ご紹介を賜りました長崎県知事の中村法道でございます。本日は、日本医師会の横倉会長、長崎県医師会の森崎会長を初め、多くの関係皆様のご臨席のもと、平成 30 年度の全国医師会勤務医部会の連絡協議会がこのような盛大に開催されますことを心からお喜び申し上げます。そして全国、各地域から遠路お越しくださいました皆様方に県民をあげて歓迎を申し上げる次第でございます。またご列席の皆様方には日ごろからそれぞれの地域の医療、保健、福祉の向上のために多大なるご尽力をいただいておりますことに、心から経緯を表し感謝を申し上げます次第でございます。

さて、皆様ご承知のとおり今日、我が国の医療を取り巻く環境は人口減少や少子高齢化の進展など、大きく変革の時代を迎えつつあるものと考えております。人生 100 年時代の到来を間近に控え、今後、地域の医療を確保してまいりますためには、その中核を担っていただいております医師の皆様方のご活躍が大変重要になってくるものと考えております。しかしながら、そうした一方で、皆様方は昼夜を分かたず、患者の皆様方への対応が求められるお立場であり、日々進歩する医療技術の習得、あるいはより高い医療の質を求められる患者の皆様方の要請に対する対応など、その負担はますます大きくなってきているところであり、その働き方改革が極めて重要な課題になっているものと認識をいたしているところでもあります。特にここ長崎県におきましては、離島やへき地を数多く抱えておりまして、そうした中で、医師の皆様方に安心して活躍をしていただくためには、雇用の質、職場環境の質をより高めていく必要があるものと考えているところがあります。そういう状況の中で、今年度から長崎大学病院を初め、各病院の連携のもと、働き方改革に関する座談会が開催されるなど、具体的な検討に向けた取り組みも進められているところであり、県といたしま

しても、勤務環境改善に向けた取り組みを今後さらに強化していかなければならないと考えているところがあります。ここ長崎は全国に先んじて人口減少、そして高齢化が進んでいる県であります。そういった中で、県の活力を維持してまいりますためには、いかに県民の皆様方に健康で長生きをしていただくかということが大きな課題になっております。そういったことから、本日はこの後、健康長寿、日本一の長崎県づくりを目指した県民会議の設立総会も予定をしているところであり、引き続き皆様方のお力添えを賜りながら、県民の健康づくりのために全力を注いでまいりたいと考えているところでもあります。ちょうどそのような中において、この協議会をこの長崎で開催していただき、「明日の勤務医の働き方を考える」をテーマに、医師の皆様方の勤務負担の軽減、労働時間の短縮に向けて議論を深められますことは、本当に意義深いことであると考えております。どうか皆様方にはここ長崎で得られた成果を、それぞれの地域の皆様方と共有をしていただき、地域医療のさらなる発展のためにご尽力を、そしてご活躍を賜りますよう、お願いを申し上げます次第でございます。

先ほど森崎会長からもご紹介していただきましたけれども、ここ長崎は皆様方ご承知のとおり、大変古くから海外との交流によって培われた特色ある歴史や文化、多くの離島など豊かな自然、美しい景観、多彩な食材、食文化に恵まれております。そして平成 27 年に世界遺産に登録されました明治日本の産業革命遺産に続き、今年 7 月には長崎と天草地方の潜伏キリシタン関連遺産が新たな世界文化遺産として登録されたところでもあります。魅力ある観光資源も数多くございますので、皆様方におかれましては、せっかくの機会でもありますので、県内各地域にも足を延ばしていただき、本県の観光の魅力を存分にご堪能いただき、お帰りの際にはいっばいお土産をお持ち返りいただきますようお願いを申

し上げる次第でございます。

結びになりますが、本協議会のご成功とご参加賜りました皆様の今後ますますのご健勝、ご活躍、そして日本医師会並びに全国医師会勤務医部会の今後の限らないご発展を心からお祈り申し上げ、私の歓迎とお祝いのご挨拶とさせていただきます。本日は本当におめでとうございます。

来賓祝辞

長崎市長 田 上 富 久

皆様おはようございます。ただいまご紹介いただきました長崎市長の田上と申します。本日は全国医師会勤務医部会の連絡協議会がこうして長崎で開催されますこと、心からまずお祝い申し上げたいと思います。そして遠く全国からお越しの皆様に長崎市民を代表して心から歓迎申し上げたいと思います。

皆様が本当に日ごろからそれぞれの地域で、多くの皆様の命と健康を守る活動をしていただいておりますことにつきまして、心から敬意を表したいと思います。色々な課題について先ほどからお話がありますような時代で、この課題が途切れることはなく、また時代の変化に応じて、常に変わり続けなければならないという中であって、本当に積極的にさまざまな取り組みをしていただいていることに心から感謝を申し上げます。ここ長崎でも高齢化が全国よりも早く進んでおりまして、既に長崎市の人口、高齢化率 30%を超えております。5年から10年ほど早いペースで、全国よりも早いペースで進んでいる中であって、医師会の先生方中心に薬剤師の先生方、歯科医院の先生方、あるいは看護師の皆さん、リハビリ関係の皆さん、施設関係の皆さんが集まって、地域包括ケアシステムをそれぞれに地域ごとにつくっていき作業をしていただいております。できるだけ早くその仕組みを動かせるようにしていきたいと思っています。その中では、これまで医師の先生方が、この離島や半島を抱える長崎の中で情報を共有する仕組みをつくっていただいたり、あるいは先生方のネットワークをつくって在宅ケアを進めていただいたり、そういった基盤がある中で、だからこそ地域包括ケアも早くシステムとしてつくり上げたいというふうに思っているわけですが、本当にそういう意味で、先生方が長崎の医療の状況を考えながら、いち早く、そういったネットワークづくりに取り組んでいただいていること、心から敬意を表したい、感謝申し上げたいというふうに思っております。

今回は働き方改革というまた新しい波を受けた中での連絡協議会ということで、非常に有意義なご議論をいただけたと思います。医療現場に大きな変化を灯すこの流れの中で、どういったふうに進んでいくのか、ぜひ有意義な変化となることを心から祈念をしております。

ここ長崎は、先ほどからお話がありますように、西洋医学発祥の地であります。さまざまな歴史をお楽しみいただけます。世界遺産も今年2つ目が誕生いたしました。その中で2つだけ簡単にご紹介させていただきますと、1つはこのすぐ近くにある出島で、昨年の11月に橋が架かりました。出島表門橋と言います。昔と同じ橋はいろんな制限から架けられないので、新しい橋なんですけども、いかにも昔の橋みたいな橋を架けるとだめだという条件とか、幾つも難しい条件がある中でつくった橋で、非常に多くの皆さんの努力をいただいて、130年ぶりに橋を渡って出島に入ることができるようになりました。ぜひ、多くの皆さんにも訪れていただき、今の復元した出島、今はまだ完成してませんが、四方を水に囲まれた出島を目指して、戦後すぐから取り組みを進めてきた現事業です。恐らくこれからまだ30年、40年かかって、プロジェクトとしては1世紀かかるプロジェクトになると思いますけども、その途中経過ですが、非常に大きな橋が、橋を渡って出島に行くことができるというエポックを迎えましたので、是非ごらんいただければと思います。

またお時間のある方は、今年認定された世界遺産の1つで外海地区というのがあります。そちらには遠藤周作の沈黙の舞台になった教会などがありますけども、実はそこに遠藤周作文学館という小さな、遠藤先生のご遺族からご寄付いただいているものを展示している場所があります。その中に、今年の7月からアンシャントという思索空間を設けました。これは非常にすばらしい景観の場所にありますので、外の風景を見なが

ら、自分の心の内側の風景とも対話をするというコンセプトでつくった場所で、落ち着いて外海の風景を見ながら少し癒される、そういう場所につくっておりますので、もしお時間があればぜひお立ち寄りいただければと思います。

少し長くなりましたけども、今回の長崎で開催される連絡協議会が実りのある会となりますように、またご参加いただいているすべての皆様がこれからお帰りになられて、ますますここでパワーをつけて、エネルギーをつけて、そして帰られる会となりますように、そしてそれぞれの医師会、そして日本全体の医師会の皆様方のますますのご活躍をあわせてご祈念申し上げます、お祝いのご挨拶とさせていただきます。本日はおめでとうございます。

第39回全国医師会勤務医部会連絡協議会

<11月3日（土・祝）・特別講演1>

10:15~10:55

「日本医師会の医療政策」

講師：日本医師会会長 **横 倉 義 武**

座長：長崎県医師会会長 **森 崎 正 幸**

特別講演 1

座 長

長崎県医師会会長 森 崎 正 幸

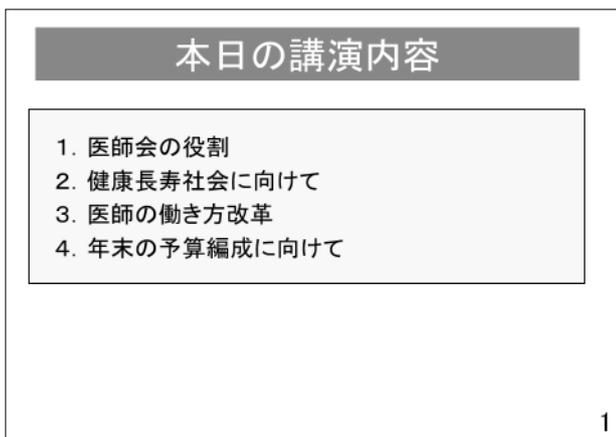
それでは特別講演 1 を始めたいと思います。特別講演 1 席は日本医師会会長の横倉 義武先生に、「日本医師会の医療政策」と題してご講演をいただきます。ご略歴につきましては、大会誌17ページに記載しておりますのでごらんいただきたいと思います。ご存じのように横倉先生は、前世界医師会長、現日本医師会長でございます。それでは横倉先生、よろしくお願いいたします。

「日本医師会の医療政策」

日本医師会会長 横倉 義武



おはようございます。本日は「日本医師会の医療政策」と題して、この4点についてお話をさせていただきます。

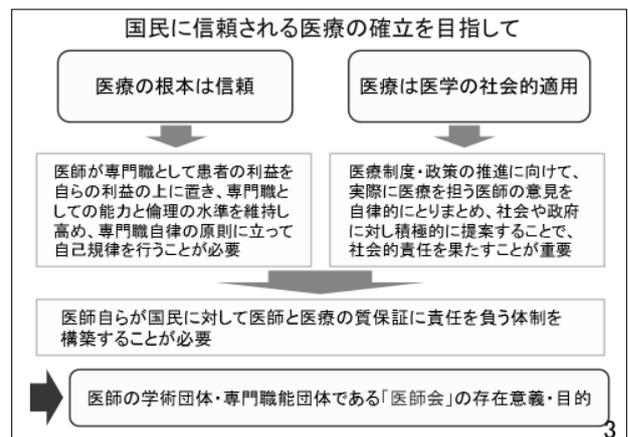


お手元に資料もあるようでございますので適宜見ただけであればと思っております。まずはこのように全国から多くの先生方にご参加をいただいた、この全国医師会勤務医部会連絡協議会を、準備していただきました森崎会長に心から感謝を申し上げます。また今日は座長の労もっていただくということで、ありがとうございます。

まず医師会の役割とは何かということ、もう一



度、再確認しておきたいと思えます。これは日本医師会館であります、やはり国民が我々に対して何を期待しているのかということも常に考えておかなければなりません。



医療の根本は、医療を提供する側、医療を受けられる側、それぞれの信頼関係にあると思えます。そしてまた医療は、日々進歩する医学の社会的適用であります。この2つを考慮しておくこと、それをしっかりと実践していくことだと思えます。

医師自らが、国民に対して医療の質を保証するという責任を負う体制を構築することが必要であり、それができるのはやはり医師会ではないかと

思います。医師会がなぜ存在するかということの根本は、やはり国民の信頼をいかにつくっていくかということであり、そのためには我々自らを律するということを基本に置きながら対応していく必要があるのではないかと思います。

専門職能団体に対する社会の主な期待

一般的には、以下のことなどが考えられる。

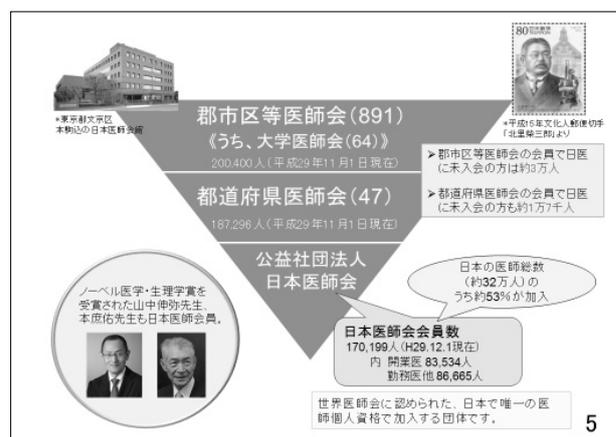
- ①倫理の確立、規律の保持、品性・誠実性の確保
- ②研修等を通じた専門知識・技術の向上による品質の改善進歩
- ③医業及び専門性へのニーズの多様化、高度化に向けた迅速な対応
- ④監督・指導等の徹底による市民からの信頼確保
- ⑤専門領域内での自主的な課題解決に向けた積極的関与

4

弁護士会を始め、医療界にも歯科医師会等々、多くの専門職能団体があるわけですが、そういう専門職能団体に対して社会はどういう期待をしているかということです。1つには、その専門職としての倫理をしっかりと作り上げ、そしてそれを守るための規律を保持して、品性・誠実性を確保してほしいということだろうと思います。また研修等を通じた専門知識・技術の向上による品質の改善進歩ということでは、日本医師会は生涯教育制度において、さまざまな学習機会を会員の先生方に提供しており、こういう活動は非常に重要だろうと思っています。そのほか医業及び専門性へのニーズの多様化、高度化に向けた迅速な対応、さらには監督・指導等の徹底による市民からの信頼確保があります。

実は昨日、日本医師会館でアメリカ医師会の雑誌『JAMA』という、世界的にも非常に権威のある医学誌になっていますが、その編集長をお呼びしてシンポジウムを開きました。日本医師会でも2年前から査読のある英文誌を出そうということで、今村副会長にいろいろな活動をしてもらい、ようやく今年の9月にスタートいたしました。『JMA Journal』と名称を決めておりますけれども、その雑誌を何とか『JAMA』やイギリス医師会雑誌『British Medical Journal』に類するものにして、

日本から、またはアジアからのさまざまな医学、医療の情報発信のプラットフォームにしたいと思っています。そういう活動を行うことで、一般市民、また世界中の人々に日本の医療の優れた点というものを出していきたい。英文誌では今、投稿するのに一編30万円近いお金がかかると言われています。それで日本の論文がなかなか出しにくい環境になっているといった話も聞きますので、日本医師会の『JMA Journal』はしばらく投稿料無料で運営していこうと考えております。実は創刊号には山中伸弥先生からの投稿や、また生体肝移植の国際的にトップの方の論文も掲載することができました。ぜひ先生方も日本から発信をしたいというときは使っていただきたいと思っています。



さて、医師会は三層構造になっています。まず、郡市区等医師会が891あって、その中に大学医師会が64あり、更に47都道府県医師会でそれぞれの問題点の解決に当たっていただいている。それを日本医師会がまとめているという形であります。郡市区等医師会会員数が約20万人いらっしゃいますが、残念なことに日本医師会の会員数ということになると17万人であります。20万ということは日本の医師の約3分の2の先生方が何らかの医師会に所属をいただいているということになるわけですが、この組織率については大きく影響を与えてきますので、何とかこの組織率を上げていきたいと考えております。

ここに本庶佑先生の写真がありますが、11月1日開催の日本医師会の設立71周年記念式典並びに医学

特別講演 1

大会で本庶先生に日本医師会最高有功賞を授与させていただきました。8月に受賞を決めていたのですが、幸いにしてノーベル賞の受賞も決まったということで、皆さん大喜びでございました。山中伸弥先生も本庶先生も日本医師会の会員であるということは日本医師会にとって本当にありがたいことだと思っているところであります。

日本医師会綱領
(2018年6月23日 第129回定例代議員会にて採択)

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

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

以上、誠実に実行することを約束します。

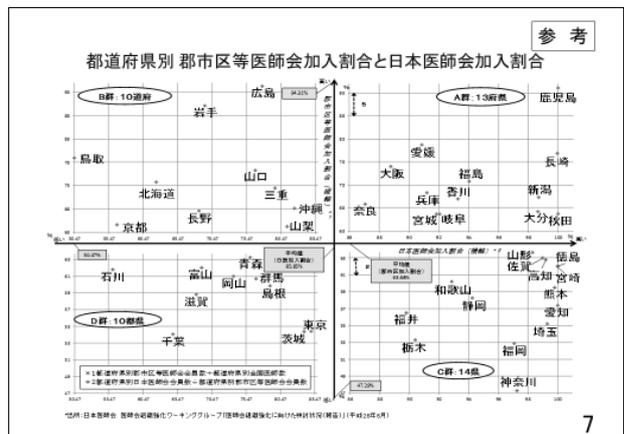


2018年6月24日 第143回臨時代議員会での朗読風景

6

倫理を国民が求めているということで、私は、日本医師会の役割をより明確化していくために公約の一つに掲げて会長に就任させて頂きました。そして、委員会を設置し、1年間ご議論をいただき、この「日本医師会綱領」をつくらせていただきました。

これは国民に向けて医師会とは何をする所なのかを明確にすると同時に、会員の先生方に、医師会の会員になるとはどういうことかを、より明確化してお示ししたいという思いであったわけです。この前文に「医師としての高い倫理観と使命感を礎に、人間の尊厳が大切にされる社会の実現を目指す」を示し、「健康で文化的な明るい生活を支えること」、「安全・安心な医療提供体制を築くこと」、「医学・医療の発展と向上に寄与すること」、「国民皆保険制度を守ること」の4項目を誠実に実行することを国民の皆さんにお約束しますという形をとらせていただきました。6月の日本医師会定例代議員会で代議員の先生方のご同意のもとで、全員でこれを唱和いたしました。このような取り組みを通じて、医師会の役割をより認識していこうと思っているところであります。



都道府県別医師会加入割合について、縦軸が郡市区等医師会の加入割合、横軸が日本医師会の加入割合を見たものです。一番望ましいのは鹿児島県で、鹿児島県内の医師の95%以上は県医師会の会員であり、その全てが日本医師会の会員としても加入していただいているということです。何とかこういう状況につくり上げていかなければなりません。やはり勤務医の先生方の加入率を上げていくことが課題であろうと思っています。

日本医師会 第三次 医師会将来ビジョン委員会答申(平成30年4月)
「医療の今日的課題に対して医師会員は何をすべきか」

第4章 日本の医療を守るために、我々は理念をどう共有するか
1. 全国郡市区医師会会長協議会の創設

全国の郡市区医師会会長が一年に一度、一堂に会する「全国郡市区医師会会長協議会」の創設を提案したい



平成30年11月25日(日曜)に開催が実現

8

我々が医療を行っていく上で、その医療は様々な法律で規定されています。法律は基本的には国会の審議で決まっていますので、どうしても政治と切り離せない問題があります。実は今年の4月、第三次医師会将来ビジョン委員会が、「医療の今日的課題に対して医師会員は何をすべきか」という諮問に対する答申で、全国の医師が一つの考えでしっかりまとまるために全国郡市区医師会会長協議会をつくって、1年に1度、協議会を開催してはどうかという提案をいただきました。そこでしっかりと日本

医師会の理念を全国の会員の先生方と共有することが必要ではないか考え、早速11月25日に開催することにいたしました。

全国医師会・医師連盟 医療政策研究大会
 日時:平成30年11月25日(日) 於:ホテルニューオータニ

日本医師会医療政策講演会 (司会:日本医師会常任理事 小玉 弘之)	
開会	日本医師会 副会長 松原 謙二
挨拶	日本医師会 会長 横倉 義武
講演①	「日本医師会の医療政策」 日本医師会 会長 横倉 義武
講演②	「日本の医療 その課題と展望」 慶応義塾大学教授 権丈 善一

日本医師連盟医政活動研究会 (司会:日本医師連盟常任執行委員 釜滝 敏)	
挨拶	日本医師連盟委員長 横倉 義武
参議院議員	武見 敬三
参議院議員	自見 はなこ
講演①	「医政活動の重要性・参議院比例代表選挙について(仮)」 日本医師連盟副委員長 今村 聡
講演②	「今後の社会保障制度について」 元厚生労働大臣 田村 憲久
今後の羽生田たかし後援会活動について	日本医師連盟常任執行委員 小玉 弘之
決意表明 参議院議員 羽生田 俊(参議院比例区(全国区)日本医師連盟推薦)	
がんばろうコール 日本医師連盟副委員長 中川 俊男	
閉会	

9

内容は、前半に「日本医師会の医療政策」について私がお話をさせていただき、慶応義塾大学の権丈善一教授に「日本の医療 その課題と展望」をテーマとして主に財源論を話していただくと思っています。後半は、来年参議院選挙もありますので、政治活動の意味について認識を深めていただくために、今村副会長に「医政活動の重要性について」、また田村憲久元厚生労働大臣に「今後の社会保障制度について」ということで話してもらう予定です。

日本医師会が強い発言力と実現力を発揮するために

政策決定等の場で、日本医師会が真にすべての医師を代表する組織であることを、今まで以上に対外的に示していく必要がある。

↓

**そのためには組織率の向上が不可欠！
多くの医師からの力強い後押しが必要。**



10

医師会が強い発言力と実現力を発揮するためには、やはり政策決定の場で我々医師会が医師を代表する組織であることをしっかりと示していく必要があります。そのためには組織率の向上が非常に大きな課題であり、多くの医師からの後押しが必要であるかと思っています。

今回の働き方改革もそうですが、すべて政治の

政策実現のための医師連盟強化に対する支援

組織内候補の参議院選挙選出 第33回参議院議員選挙 (2013年7月)羽生田俊議員当選 第44回参議院議員選挙 (2016年7月)自見はなこ議員当選	医師国会議員と意見交換 羽生田議員、自見議員のみならず、空席を確保した参議院との関係強化を図っている
カトリア会(自民党医療関係資格所持議員の会) ●医師(衆) 鴨下一郎、富岡勉、三ツ林裕巳、今枝宗一郎、新谷正義、大塚和英、国光文乃、安藤高夫(参) 古川俊治、羽生田俊、自見はなこ ●歯科医師(衆) 白須貴貴樹、渡辺孝一(参) 関口昌一、石井みどり、島村大 ●薬剤師(衆) 松本純、とかしきなおみ(参) 藤井基之 ●看護師(衆) あべ俊子、木村弥生(参) 高階恵美子、石田昌宏 ●検査技師(参) 伊達忠一、宮島喜文 ●理学療法士(参) 小川克巳	公明党との意見交換会 ●志屋純子 副代表 ●石田利雄 政策調査会長 ●柳屋敬悟 元厚生労働副大臣 ●秋野公造 参議院議員(医師) など
国民医療を守る議員の会 国民医療を守る議員の会とは、自民党内で最大の所属議員を擁する議員連盟。「優秀な我が国の医療水準のさらなる向上と、地域医療の再生を実現するために、適切な社会保障財源を確保すること」を趣旨として、2013年11月に発足した。	自民党の厚生労働関係議員以外の議員との意見交換会 ●三ツ林裕巳参議院議員や当選1~2回の議員と勉強会を開催。厚生労働関係議員以外へも医療政策について理解深めて図っている。

11

場で最終的に決まってしまう。そのために、2人の組織内候補者を当選させて参議院議員として活躍してもらっています。ほかに、医師の国会議員の方たちとの懇談では、幸いにして医師の国会議員は、自民党にも立憲民主党にもいらっしゃって、共産党の小池晃書記長も医師ですから、党派を超えて一緒に政策を語ることができる状況です。そのほか、自民党の医療関係資格所持議員の会や、公明党との意見交換会などでも、公明党の秋野公造先生は医師で長崎大学のご出身ですし、政策実現のために努力していただいております。ぜひ医療、医政活動に対して、医師会が政治活動をするとはけしからんのではないかというお話もときどき耳にしますが、医師連盟という政治組織は、医師会の政策を実現するために政治活動をするものであり、完全に峻別をした組織体として動かしているということですのでご理解をいただきたいと思っています。

2. 健康長寿社会に向けて

 厚生労働大臣賞 「愉快なひと時」 途中 美知子さん(三重県)	 日本医師会賞 「負けない」 大野 武さん(徳島県)
第1回 生命を見つめるフォト&エッセー(2018年2月24日)	

12

我が国は今から少子高齢化がいよいよ進んでまいります。実は私が生まれた1944年は戦争中で子どもの数が少なく、44年、45年生まれで来年、再来年に

特別講演 1

75歳の後期高齢者になる方は人数が少ないわけですが、その2年後から団塊の世代が75歳に入ってきて、急速にふえてきます。この高齢社会をどう乗り切るかが大きな課題になってまいります。

項目	現状 (直近の数値)	数値目標／ 参照指標
健康寿命	男性 71.19歳 (2013年)	・1歳以上延伸(2020年) ・平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加(2022年) ・2歳以上延伸(2025年)
	女性 74.21歳 (2013年)	
健診受診率(40~74歳) (特定健診含む)	71.0% (2016年)	80% (2020年)
65歳以上の運動習慣者の割合	男性 52.5% (2015年)	58% (2022年度)
	女性 38.0% (2015年)	48% (2022年度)

*2018年2月16日閣議決定「高齢社会対策大綱(2018年2月)」より
(http://www6.cao.go.jp/kourei/measure/taikoujupdfp_horibun_h29.pdf)

13

これは今年の2月に閣議決定した高齢社会対策大綱ですが、まず1つには、男性が71.19歳、女性が74.21歳という健康寿命を2020年までに1歳以上延ばしていこうということ。そして平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加によって、平均寿命との差をできるだけ短くしていくこと。また健診の受診率を8割以上に上げていくこと。そして65歳以上の運動習慣者の割合を上げていくことです。実は健康寿命は、この3年間で男性は1歳以上延びましたが、問題は女性がなかなか延びていないため、女性の運動習慣を、どのようにつくり上げていくかが、一つの課題だろうと思います。

経済財政運営と改革の基本方針2018
(骨太の方針2018)
【2018年6月15日閣議決定】

予防・健康づくりの推進 (抜粋)

高齢者をはじめとして多様な就労・社会参加を促進し、社会全体の活力を維持していく基盤として、健康寿命を延伸し、平均寿命との差を縮小することを旨とする。

日本健康会議について、都道府県レベルでも開催の促進など、多様な主体の連携により無関心層や健診の機会が少ない層をも含めた予防・健康づくりを社会全体で推進する。

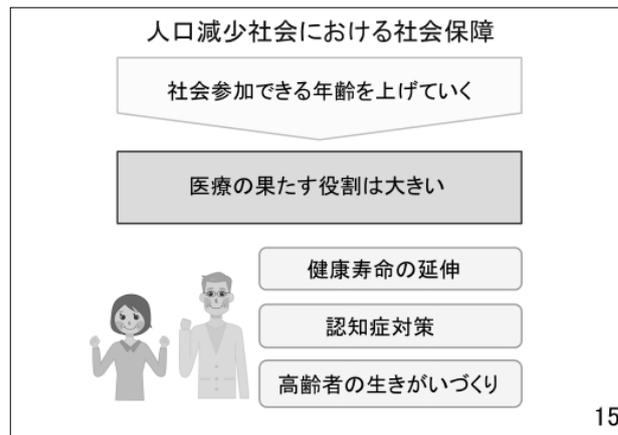
糖尿病等の生活習慣病の重症化予防に関して、県・国民健康保険団体連合会・医師会等が連携して進める埼玉県取組など、先進・優良事例の横展開の加速に向けて今後3年間で徹底して取り組む。

*2018年6月15日閣議決定「経済財政運営と改革の基本方針2018」より

14

そのために予防・健康づくりが重要だということで、6月に閣議決定された、2019年の予算編成の方針を決める骨太の方針の中で予防・健康づくりの推

進が大きく取り上げられました。そして「日本健康会議」という言葉や、「医師会等が連携して進める」という、「医師会」という言葉が初めてこの骨太の方針に入ってきました。この人口減少社会における社会保障を考えた場合に、やはり健康寿命を延伸し社会参加できる年齢を上げていく必要があります。



15

今までの60歳定年を65歳定年に引き上げることで、従来なら社会から支えられる側になっていた方が社会参加し、社会を支える側になっていくことにより、社会保障の継続性を担保しようということです。この社会参加できる年齢を上げていく中で、医療の果たす役割は非常に大きいわけですが、我々は今まで診断、治療に大きなウエートを置いてきましたが、今後は予防にしっかりと取り組む必要があるかと思えます。そのためには健康寿命の延伸、認知症対策、高齢者の生きがいがづくりの中でも、医療が果たしていく役割は大きいのではないかと思います。

平成28・29年度 日本医師会 公衆衛生委員会 答申

①健康寿命の考え方

- 現在の健康寿命の算定方法は、国民生活基礎調査の主観的なデータに基づき算定。
- 医師と患者との間で、健康の捉え方に差があるのではないかと。
 - 改めて医師として国民に啓発すべき「健康な状態」とは何かを整理。
 - 介護認定データを基にした「65歳時の平均自立余命」活用を提案。

②健康寿命の延伸に必要な取組

- 動脈硬化、糖尿病、認知症、うつ病、喫煙、フレイルの予防。
- 集団には全分野を俯瞰して関わり、個人には全人的に関わる。
 - かかりつけ医、医師会は、集団的対応、個人的対応、いずれの場合も司令塔の役割をはたす。

16

これは平成28・29年度の日本医師会公衆衛生委員

会の答申です。長崎県医師会の釣船崇仁副会長にも副委員長としてご参加いただきました。この答申では現在の健康寿命の算定方法は、その地域で健康と思う人が何%というような主観的なものであることから、客観的なものを出すべきではないかと提案していただきました。介護認定データを基にした「65歳時の平均自立余命」を活用したらどうかということです。

そして健康寿命の延伸に必要な取組としては、動脈硬化、糖尿病、認知症、うつ病、喫煙、フレイルの予防を挙げ、いわゆる生活習慣に伴う疾患の予防、認知症やうつ病などの精神的な問題への対応、更に禁煙、そしてフレイルの予防などで健康寿命を延ばしていくことが重要ではないかとしています。

平成28・29年度 日本医師会 公衆衛生委員会 答申と提言 (2018年5月)

1. 多様化している健康への価値観を認めながら、健康・健康寿命の意義を理解し、個々の幸福な生活が実現できるよう、その意識・自主的な活動を広め、環境整備を進めること

国民の意識改革

医師会として、これからの健康の概念とは「全く疾病がなく完璧な状態」ではなく、「色々な障がいや疾病を持っていても、お達者で元気に自立できていること」だと周知。

地域医師会における取組の具体例

行政や関係団体等と協働し、産業医、学校医、予防接種、乳幼児健診等を通じて、医師会員が住民啓発と予防活動にさらに努める。

17

また、集団には全分野を俯瞰して、個人には全人的に関わるとしてしています。

そのためにかかりつけ医や医師会は集団的な対応や個人的対応、いずれの場合も司令塔の役割が果たせると提言していただいています。この答申では多様化している健康への価値観を認めながら、健康及び健康寿命の意義を理解して、個々の幸福な生活が実現できるように環境整備を進めること、医師会としては、これからの健康の概念として、「全く疾病がなく完璧な状態」ではなくて、「いろいろな障がいや疾病を持っていても、達者で元気に自立できていること」を国民の皆さんに周知していきましようというご提言をいただいています。

そのために地域医師会が行う取り組みについてですが、行政や関係団体等と協働して産業医や学校

医、予防接種、乳幼児健診等を通じて、地域の医師会の先生方が、日常の生活からしっかり住民と関わりを持つことが重要ではないだろうかと思います。

平成28・29年度 日本医師会 公衆衛生委員会 答申と提言 (2018年5月)

2. 正確な情報を判断し実践できる、自己の“健康概念と行動力”を有する国民の増加を目指し、教育現場・住民活動等へのより一層のかかりつけ医としての会員の関与を進めること

かかりつけ医の積極的関与

行政との協議に医師会員が「かかりつけ医」として関与。健康相談や市民公開講座に「かかりつけ医」が積極的に参加。

地域医師会における取組の具体例

- 市民公開講座を開催し、健康とともに、国民皆保険、介護保険、在宅看取り、終末期なども情報発信。
- 行政だけでなく、町内会、老人会、子供会など地域全体に働きかけ。

整形外科・眼科・耳鼻科・皮膚科等の話を聞きたい住民も多く、会員のメリットにもなる。

18

「そして正確な情報判断をして実践できる、自己の“健康概念と行動力”を有する国民の増加を目指し、そのための教育現場、住民活動等へのより一層のかかりつけ医としての会員の関与を進めること」とありますが、かかりつけ医の積極的関与が重要になりますので、行政との協議に医師会員が「かかりつけ医」として関与していき、また健康相談や市民公開講座に「かかりつけ医」が積極的に参加していく必要があると思います。こういう地域の活動の中で、勤務医の先生方にもしっかりとサポートしていただきたいと思っています。

平成28・29年度 日本医師会 公衆衛生委員会 答申と提言 (2018年5月)

3. 行政や関係団体・組織と協働した、住民参加型で楽しい活動等を地域ぐるみで開催し、予防や必要な医療につなげられるように、その支援と理解を進めること

都道府県版日本健康会議の普及・推進

「都道府県版日本健康会議」を設置し、本会議が主体となって「健康なまち・職場づくり」を推進。

地域医師会における取組の具体例

都道府県版日本健康会議と連携し、乳幼児健診・感染症予防、学校健診・健康教育、労働者の健康管理、地域の特性に応じた疾病予防・介護予防等をさらに推進。

19

行政や関係団体等々とさまざまな活動を進めていくなかで、「日本健康会議」を2015年につくりました。その都道府県版を設置して健康なまち・職場づくりを、全国的に展開してはどうかという提言もいただいて、取り組んでいるところであります。

平成28・29年度 日本医師会 公衆衛生委員会 答申と提言 (2018年5月)

4. 具体的な施策目標としては、喫煙対策と運動習慣の獲得及びフレイル予防(食べて動いて交わる)を進め、国民的理解をさらに深めること

健康寿命延伸のための国民運動

日本糖尿病対策推進会議、日本COPD対策推進会議、日医認定健康スポーツ医等を積極的に活用した取り組みを推進。

地域医師会における取組の具体例

- ▶ 健康スポーツ医と運動指導者、運動施設、保険者、行政が一同に会する協議会等で情報共有を行う。
- ▶ ウォーキングイベント等を開催し、健康スポーツ医が積極的に関与。

20

具体的な施策の目標としては、喫煙対策と運動習慣の獲得、及びフレイル予防を推進し、健康寿命の延伸のための国民運動として、今まで日本医師会が行ってきたさまざまな取組を推進していったらどうかということです。地域医師会における取組の具体例として、健康スポーツ医等々の活用や、多くの地域医師会で行っている「医師と歩こう！健康ウォーク」といったイベントを進めていったらどうかと示されています。

日本健康会議

- ◆ 経済界・医療関係団体・自治体等のリーダーが手を携え、健康寿命の延伸とともに医療費の適正化を図ることを目的として、自治体や企業、保険者における先進的な予防・健康づくりの取組を全国に広げるために、民間主導の活動体である「日本健康会議(事務局長: 渡邊俊介)」を2015年7月に発足。
- ◆ 自治体や企業・保険者における先進的な取組を模倣するため、2020年までの数値目標(KPI)を入れた「健康なまち・職場づくり宣言2020」を採択。
- ◆ この目標を着実に達成するため、
 - ① 取組ごとにワーキンググループを設置し、厚労省・経産省も協力して具体的な推進方策を検討し、ボトルネックの解消や好事例の拡大を行う。
 - ② 「日本健康会議ポータルサイト」を開発し、例えば、地域別や業界別などの形で取組状況を「見える化」し、競争を促す。

「日本健康会議」(http://kenkokaigi.jp/index.html)

日本健康会議2018の様子 (2018.8.27)

21

日本健康会議は、目前に迫った少子高齢社会の中で何とかしなければならぬという話を経済界など、さまざまな方々と話をする中でアイデアが出てきたもので、経済界、医療界、自治体のリーダーが手を携えて、健康寿命の延伸を図ることを目的として2015年に発足したものであります。

当時、官房副長官であった加藤勝信前厚労大臣にも参加していただいて、商工会議所の団体と医療界が手を結び、多くの団体に入ってもらい、さらにその地域版として、一番初めに宮城県で取り組んで

地域版日本健康会議

全国で、地域版日本健康会議を立ち上げていただき、地域住民の健康増進の取り組みをさらに進めていただきたい。

スマートみやぎ健民会議
2018年2月
(於:宮城県仙台市)



ふじのくに健康会議
～日本健康会議in静岡～
2018年2月
(於:静岡県静岡市)



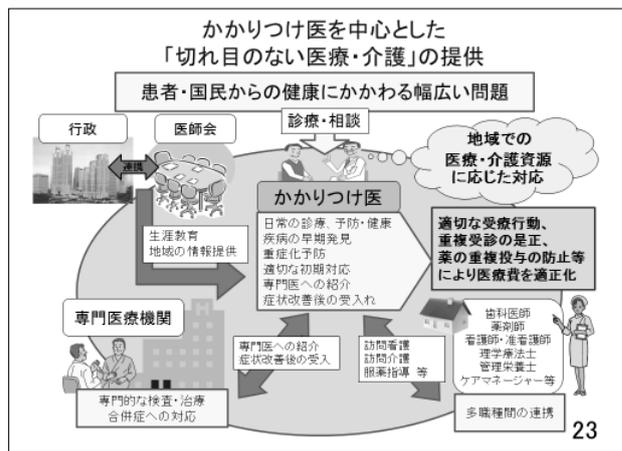
健康寿命日本一
おおいと創造会議
～日本健康会議in大分～
2018年8月
(於:大分県大分市)



*日本健康会議(http://kenkokaigi.jp/index.html)

22

いただきました。静岡県、大分県にも同様の取組をしていただいておりますが、長崎県知事からも、長崎にもつくるという話を今、いただいたところがございます。



こういうかかりつけ医を中心とした「切れ目のない医療・介護」の提供が高齢社会には欠かせないのでありますから、かかりつけ医の役割が重要になってまいります。

そしてかかりつけ医のバックアップが重要になりますので、専門医療機関の先生方にもしっかりと後押しをしていただくということが重要だと思います。

日本医師会は、かかりつけ医機能研修制度を3年前から行っておまして、毎年、6,000人から7,000人に応用研修会を受講していただいております。そのほかにも都道府県・郡市区医師会でも行っていただいておりますので、年間約1万人にかかりつけ医としての機能を身に着けるために研修を受けていただいております。その中で、かかりつけ医は、患者を中心とした医療の実践や、継続性を重視した医療の実

日医かかりつけ医機能研修制度

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。

【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



*日本医師会ホームページ「日医かかりつけ医機能研修制度」(研修要綱)より作成
(http://www.med.or.jp/meddoctor/hakariyushe/20190317_1.pdf)

日医かかりつけ医機能研修制度 応用研修会		
【平成28年度】 6,051名受講	【平成29年度】 6,601名受講	【平成30年度】 約7,250名受講

都道府県医師会・郡市区医師会においても同様の研修会を開催。
(平成29年度は、27都道府県で計47回開催)

24

践、チーム医療、多職種連携の実践、また、社会的な保健・医療・介護・福祉活動の実践、地域の特性に応じた医療の実践、在宅医療の実践、などをしっかりと身に着けていただければと思っています。

超高齢社会におけるかかりつけ医のための適正処方の手引き

【作成】日本医師会
【協力】日本老年医学会

総論「1. 安全な薬物療法」
各論「2. 認知症」 **完成**

日医かかりつけ医機能研修制度の応用研修会の資料として活用。各論として、
高血圧症、脂質異常症、糖尿病 **作成予定**

かかりつけ医に患者の服薬管理を行う際の参考資料として、活用して頂くことを期待。



*日本医師会ホームページに掲載(http://www.med.or.jp/doctorsenjo)

25

テキストは、日本老年医学会にご協力をいただいで、『超高齢社会におけるかかりつけ医のための適正処方の手引き』ということで、「安全な薬物療法」という総論と、各論として「認知症」までできあがりました。今後、各論として「高血圧症」、「脂質異常症」、「糖尿病」など、かかりつけ医の先生方に服薬管理を行う際の参考資料として、作成する予定です。これは日本医師会のホームページに掲載しておりますので、適宜ご参考にしていただければと思います。

医師の働き方改革であります。

2016年に国全体の働き方改革を行うと発表され、加藤前厚労大臣が担当されました。医師もこの中に含むということで、すぐ加藤大臣のところへ話に

3. 医師の働き方改革




26

医師の働き方改革の基本理念

「地域医療の継続性」と「医師の健康への配慮」の両立

医師の働き方改革では「地域医療の継続性」と「医師の健康への配慮」の2つを両立することが重要である。



両者のバランスが取れているか常に振り返る

27

行って、医師の場合、あまり急速にやると地域医療が混乱するから、ある一定の時間的余裕を持ってよく検討する場をつくってほしいと申し上げました。そして2年間の検討期間と、施行後5年間の猶予期間をいただいたわけですが、その中で、医師の健康への配慮と地域医療の継続性、このバランスをどうとっていくかが非常に難しいところがあります。日本医師会では、今村副会長を担当副会長として、当時の市川常任理事に取り組んでいただきました。

厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会」中間論点整理
(平成30年2月取りまとめ)

「医療従事者の学術団体、病院団体、関係学会などにリーダーシップを期待する」

- ・検討会において「医療界の自主的な組織による具体案の作成」を提案
- ・日本医師会から各団体に対し、医師の働き方改革について、医療界として具体的な提言をまとめるための会議設置を呼びかけ、皆様から賛同いただき、会議設置の運びとなった。

医師の働き方検討会議(平成30年4月設置)

【主催】日本医師会
【目的】日本医師会「医師の働き方検討委員会」答申等をもとに、医師の働き方改革について医療界の意見を集約し、厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会」等に提言。

28

医師会の中でも議論をし、また医療関係団体の代

特別講演 1

表の方と一緒に厚労省の中にも検討会をつくっていただいて、中間論点の整理を今年の2月に取りまとめていただき、「医療従事者の学術団体等にリーダーシップを期待する」、つまり、医師の自律性を尊重する中で検討してほしいという答申を出していただきました。そこで医師会の中に「医師の働き方検討会議」をつくって、医療、病院団体の代表等や、勤務医の先生の参画を得る中で検討をしていただきました。

医師の働き方検討会議「医師の働き方改革に関する意見書」
(平成30年7月)

II 医師の健康確保対策

医師の働き方改革の基本理念

「地域医療の継続性」と「医師の健康への配慮」の両立

今取り組むべき健康管理	<ol style="list-style-type: none"> 1.労働時間の把握 2.適切な産業医の配置と職務遂行 3.衛生委員会の活用徹底 4.健康診断に関する事項の取り組み徹底 5.各医療関連団体による健康管理の取組推進
今後の健康管理	<ol style="list-style-type: none"> 1.役割分担の明確化 2.多面的な健康確保策 3.医師自身の健康管理 4.宿日直の健康への影響と管理 5.在院時間管理の必要性 6.衛生委員会の活用

29

「医師の働き方改革に関する意見書」を7月に取りまとめていただき、「今取り組むべき健康管理」と、「今後の健康管理」と、すぐ解決すべきことと、少し時間をかけてでも解決していこうということの整理をしていただきました。

医師の働き方検討会議「医師の働き方改革に関する意見書」
(平成30年7月)

XIII 今後の進め方

○働き方改革に関する財源をあらゆる切り口で確保

○具体的検討項目

どの項目も独自の制度が必要

(1) 健康確保策	(2) 自己研鑽	(3) 宿日直	(4) 院外オンコール待機
(5) 休日・勤務間インターバル、連続勤務時間	(6) 「医師の特別条項」と「医師の特別条項の『特例』」	(7) 医師の専門業務型裁量労働制	(8) 研修医等
(9) 第三者機関	(10) 女性医師支援	(11) 地域住民における医療への理解	(12) 労働関連法令の幅広い見直し・医事法制との整合性確保

○現行の労働法制で規定するのが妥当か、勤務医の労働法制を別途構築するのが妥当か検討

○医師の健康確保策の定着を前提に前倒し施行が可能か検討

○施行後には不断の見直しが必要

30

そして今後の進め方について、やはり財源がどうしても必要になりますので、政治との折衝になるわけですが、年末の予算編成の中で、確保していくことが重要です。そして具体的な検討項目として、出していただいた12項目の中でも、自己研鑽の見方を

どうするかや、宿日直の問題、院外オンコール待機、特に連続勤務時間をできるだけ長時間にならないようにという問題が、非常に重要であると思っています。こういう中で、現行の労働法制で規定するのが妥当なのか、別途、新たな法制を構築するのが妥当なのか、また医師の健康確保策の定着を前提に前倒し施行が可能かどうかも検討していく必要があります。そして施行後には不断の見直しが必要であるという提案をしていただきました。最初、この意見書のまとめでは、「特例の在り方」だけでなく、必要であればその枠組みには必ずしもこだわらない議論が必要であるという方向でやっていただいたわけであります。

医師の働き方検討会議「医師の働き方改革に関する意見書」
(平成30年7月)

まとめ

現行法令の枠内における「特例の在り方」だけでなく、必要であれば、その枠組みには必ずしも拘らない議論が必要。

長時間労働の是正を進めるのは大前提として、勤務医の労働法制の構築も視野に入れ、医師の働き方に合ったより良い制度を構築することが必要。

31

この意見書の提言に関わっての国の動きでありませんが、やはり国民の理解をいかに得るかが一つの大きなポイントになりますので、国民の意見をしっかりと検討する場をつくっていただいています。

意見書の提言に関わる国の動き

厚生労働省に「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会」が設置され、日本医師会から城守常任理事が参画している。

懇談会趣旨

- ◆ 患者・国民が安心して必要な医療を受ける観点からは、患者やその家族である国民の医療のかかり方に関する理解が欠かせない。
- ◆ 受診の必要性や医療機関の選択など上手に医療にかかることができれば、患者・国民にとっても、必要ときに適切な医療機関にかかることができ、時間外・土日の受診や大病院への患者集中による混雑などの緩和にもつながる。

➡ 医療提供者側の過度な負担が緩和され、医療の質・安全確保の点からの効果が期待される。

32

また今年度と来年度、「医師の働き方検討委員会」をスタートしているところでありますので、課

日本医師会「医師の働き方検討委員会(平成30・31年度)」

【会長諸問】

医師の健康確保と地域医療体制を両立する働き方の検討
— 医師独自の健康管理・勤務環境改善策を中心に —

- ▶ 今後の健康管理の論点
(在院時間の管理、勤務間インターバルの在り方、産業保健機能強化等)
- ▶ 医師の勤務環境改善推進のため、医療クラーク活用的大幅な拡大。
- ▶ 日本医師会が培ってきた勤務医の健康支援の取り組みをより深化させ、各医療機関の勤務環境改善に資する情報や資料の提供。
- ▶ 今後、医療機関においては、各医師と話し合って個別に働き方を決める場面が出てくると予想され、その働き方がその医師に妥当かチェックする機能が必要。医師の健康管理、労務管理に関わる事項の支援・指導は「第三者機関」が関わるべきであり、その在り方 等

33

4. 年末の予算編成に向けて



日本医師会法政推進センター「びんぐん」

35

都道府県・郡市区医師会が行うこと

- 初期救急、休日・夜間診療体制の再構築
地域の医師全体の協力・連携を推進
#7119(救急相談センター)導入拡大、#8000(小児救急電話相談)普及
- かかりつけ医と病診連携の普及促進
病院に求められている医療に集中してもらえるよう、相談できる身近な医師を持ってもらう。
- 予防・健康増進の活動
健康診断や予防接種の勧奨、生活習慣病の予防などの健康教育を行う。
- 地域住民への啓発

34

控除対象外消費税の補てんについて

2014年4月1日に消費税率が5%から8%に引き上げられたことに伴う医療機関等の消費税負担上昇分については、2014年度診療報酬改定で補てんされた。



36

題について理解を深めていくつもりであります。

そして今回の働き方改革で、地域の初期救急のあり方にまで影響が出てくると想定されますので、特に在宅当番を多くの地区医師会で組んでいただいています。その在宅当番の再構築が必要になる可能性が出てきます。

そういうときには少し広域の範囲での在宅当番という対応も重要になるでしょうし、またかかりつけ医の先生と病診連携での病院の勤務医の先生方の働き方に大きく影響しますので、こういう問題や、また、予防・健康増進の活動など、地域住民への啓発なども重要になってきます。

最後になりますが、年末の予算編成、消費税の問題が大きな課題であります。

過去の消費税補填で一部の病院の補てん率に大きな誤りがありました。これは、消費税率が5%から8%に引き上げられたことに伴う医療機関等の消費税負担上昇分について、2014年度診療報酬改定で、消費税対応分2,200億円の財源を診療所分と病院分

とに分けておりました。診療所は初・再診料、いわゆる基本診療に全額を当てることとしました。病院の1,600億円をまず診療所と同じように200億円程度を外来部分に上乘せし、残った財源を入院料に配分したのですが、この入院料の配分のところで大きな計算間違いをしたのが一番の原因でありました。そうしたことから、今後、8%から10%に上げるときに、こういう問題が起きないように精緻な検討が必要であろうと思っています。

『平成30年度税制改正大綱』
(自民党・公明党、平成29年12月14日)より抜粋

(検討事項)
医療に係る消費税のあり方については、医療保険制度における手当のあり方の検討等とあわせて、医療関係者、保険者等の意見、特に高額な設備投資にかかる負担が大きいとの指摘等も踏まえ、医療機関の仕入れ税額の負担及び患者等の負担に十分に配慮し、関係者の負担の公平性、透明性を確保しつつ、平成31年度税制改正に際し、税制上の抜本的な解決に向けて総合的に検討し、結論を得る。

37

特別講演 1

平成29年の年末に『平成30年度の税制改正大綱』が出されたときに「平成31年度税制改正に際し、税制上の抜本的な解決に向けて総合的に検討し、結論を得る」と明記されました。

『日本医師会 平成31年度税制要望』より

・控除対象外消費税問題解消のため、診療報酬への補てんを維持した上で、個別の医療機関等において診療報酬に上乘せされている仕入れ税額相当額に過不足が生じる場合には、申告により補てんの過不足に対応する新たな税制上の仕組みを平成31年度に創設すること。

(創設 - 消費税 -)

38

今年の年末の税制改正でしっかり手当をするということを去年の年末に書いてもらっていますので、今年も年末に向けて検討を進めているところであります。だいぶ方向性が出て来ましたが、個別の医療機関等において診療報酬に上乘せされている仕入れ税額相当額に過不足が生じる場合には、何らかの仕組みをつくっていただきたいという要望をしているところであります。

『控除対象外消費税問題解消のための新たな税制上の仕組みについての提言 - 消費税10%への引き上げに向けて -』
(日本医師会・日本歯科医師会・日本薬剤師会・四病院団体協議会、平成30年8月29日)より

医療機関等(病院、一般診療所、歯科診療所、薬局、以下同)の控除対象外消費税問題の解消に向け、日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会、四病院団体協議会は、これまでの税制改正要望で非課税選付方式を要望してきた。これについて、仕入れ税額を控除し、遺付を受けることが認められるのは課税に限ることであるため、財政当局から消費税の基本的な仕組みと相容れないとの指摘があった。この点は十分に承知している。しかし、社会保障である医療に対する消費税の課税について国民(有権者)の広い理解を得ることは困難である。

そこで、控除対象外消費税問題の解消に緊急を要する中、医療界が一致団結できる具体的な対応として、新たな仕組みを提言する。

(1) 仕組みの概要
診療報酬への補てんを維持した上で、個別の医療機関ごとに診療報酬本体に含まれる消費税補てん相当額(以下、消費税補てん額)と個別の医療機関等が負担した控除対象外仕入れ税額(医薬品・特定保険医療材料を除く)を比較し、申告により補てんの過不足に対応する。診療報酬への補てんについては、消費税10%への引き上げ時に医療機関等 種類別の補てんのばらつきを丁寧に検証し是正する。その後の診療報酬改定でも必要に応じて検証、是正を行う。

(2) 適用対象
消費税および所得税について実額計算で申告を行っている医療機関等開設者を対象とする。

39

幸いにして、日本歯科医師会、日本薬剤師会、またそれぞれの病院団体とも協議をして、同じようなスタンスで今、最後のまとめにかかっているところですが、基本的に国公立・公的病院と民間病院、特に持ち分あり民間病院法人と個人病院との間には、税制上で大きな違いがあります。民間の医療法人の個人開設の医療機関は、消費税は経費とされていますので、消費税の本当の負担というのは税制上全体

で見るとあまりないわけです。国公立・公的病院の場合は、他の法人税の課税がありませんので、その分消費税の負担が大きく表に出てくるといふ事情があります。ですから税制上全体の中でどう考えていくかが、消費税についての大きな課題ですから、そういう全体像の中でどう解決をしていくかということだろうと思います。

今後の社会保障のあり方

3党合意(2012年6月)

社会保障制度改革 プログラム法 成立 (2013年12月)	消費税率 8%引上げ (2014年4月)	消費税率 10%引上げ 見送り (2015年10月) (2017年4月)	「新しい経済政策 パッケージ」 閣議決定 (2017年12月)	消費税率 10%引上げ 【予定】 (2019年10月)	消費税率10% 引上げ後の 社会保障のあり方
--	----------------------------	--	--	--------------------------------------	------------------------------

消費税率増収分の使途変更

社会保障制度改革国民会議の報告書に基づく政策

2040年に向けた社会保障のあり方は、政争の具にはならず、政府のみならず各政党も含めて社会全体で考えなければならないと強く思っています。しっかりとした協議の場を作り、国民全体で合意の上、納得を得られる負担と給付を導き出すべきではないかと考えています。

*2018年10月10日 日本医師会定例記者会見より

40

今後、健康寿命を延伸してできるだけ健康な社会をつくっていくには、予防が重要です。それでも高齢社会は到来しますので、社会保障費はやはり増えていくことから、その財源をどうするかを考えておく必要があります。2012年6月に社会保障と税の一体改革に関する三党合意が行われ、2013年12月に制度改革プログラム法ができて、本来は消費税を2015年の10月に10%まで上げる予定でした。しかしながら、8%に上げたときに経済成長が鈍化し過ぎたということで2回見送ってまいりました。その過程で「新しい経済政策パッケージ」ということで消費税の使い道を子ども、子育てまで広げていきました。そして今、全世代型社会保障として考え直しているわけです。2019年10月に消費税は10%に引き上げられると思います。よほどのことがない限りこれを実施しないと国家の財政はもたないということですから、そうした場合、10%に上げた後の、社会保障財源をどう考えていくかということも考えておかなければならないと思います。

2040年に向けた社会保障のあり方を、政争の具にははいけません。政争の具にすると、いろいろな問題が起きてまいりますので、政府のみならず、す

すべての政党を含めて、社会全体でこの高齢社会の日本の社会保障のあり方を考えていき、そして納得を得られる負担と給付を導き出すべきだろうと思います。そのときにどういう方向がいいのか、我々は公的医療保険制度による国民皆保険は堅持してほしいと常に言い続けますが、その財源をどう手当をしていくかが大きな課題になろうかと思っておりますので、ぜひ先生方といろいろとご議論させていただく中で、いい方向を見出していきたいと思っております。

11月1日は「いい医療の日」ということで、国民の皆さんとより良い医療のあり方について、みんなで議論をする日にさせていただきたいと思っておりますのでございます。どうもありがとうございました。

(森崎会長)

横倉先生ありがとうございました。皆様を代表して一言御礼申し上げます。そして、ますますこれからもお忙しいとは思いますが、ご健康に留意され、我々のためにご活躍いただきご指導いただきますようお願い申し上げます。本日はどうもありがとうございました。盛大な拍手をお願いします。

第39回全国医師会勤務医部会連絡協議会

<11月3日(土・祝)・特別講演2>

10:55~11:35

「長崎の医学史」

講師：長崎大学病院長 **増 崎 英 明**

座長：長崎県医師会副会長 **釣 船 崇 仁**

特別講演 2

座 長

長崎県医師会副会長 釣 船 崇 仁

特別講演第2席の座長を務めさせていただきます
長崎県医師会の釣船でございます。どうぞよろしく
お願いいたします。早速、特別講演2を始めさせて
いただきます。特別講演第2席は長崎大学病院病院
長の増崎英明先生に「長崎の医学史」と題して講演
していただきます。増崎先生のご略歴につきましては
大会誌の方に記載しておりますので、そちらを
ご参照ください。皆様、ご承知のとおり増崎先生、
医学にかかわらず多方面に大変、博学でございま
し、本日も40分という短い時間ではございますけど
も、盛りだくさんの話をお伺いできるのではないかと、
私も楽しみにしてまいりました。先生、どうぞ
よろしくお願いいたします。

「長崎の医学史」

長崎大学病院長 増 崎 英 明

どうも皆様こんにちは。長崎大学病院の病院長をしております増崎といいます。私は病院長であって、医学の歴史を専門にしているわけではございませんので、先ほどの横倉会長から私、病院長としても非常に役に立つお話をいただいたと思っておりますけれども、私の話は楽しいだけです。そういうつもりで聞いていただければと思います。

長崎と言えば出島です。今、市長さんが言われていたように、海に浸かっていたところを埋め立てたんです。その残っているところに橋を架けたお話をされていたんです。あと周りはみんな埋まっているんですけども、これをみんな海に戻すという話で壮大な話です。あと40年かかるとおっしゃいましたけど、計画始めてから100年かかるんですね。これはもうオランダから戦争終わったときにそうしてくれという要望があって進んでいるお話でございます。

今日のメニューはシーボルト、ポンペ、松本良順、ポンペがつくった養生所、出島のお話をしたいと思います。

知事からお話出ました2018年7月世界文化遺産について、最初は「長崎の教会群とキリスト教関連遺産」という名前が出したらボツだったんですが、潜伏キリシタンというのが入って通ったんです。キリシタンが長い間、表に出ないでもその信仰を守っていたということを表に出しなさいという意味だったんだらうと思います。本当に長崎にとっては嬉しい報告でございました。長崎というと、何か古くからあったように先生方は思われているかもしれませんが、長崎にあまり歴史はございません。ただ江戸時代から明治になるまで非常に表に出た土地だったので、昔からあったように思われていますけど、案外新しいんです。1549年にザビエルが鹿児島に来

て、次の年には平戸に行ったんです。長崎県の平戸に行って、翌年からザビエルは平戸で布教したんですが、さっそくポルトガル船が平戸に商売をしに来るわけですね。恐らく将来的には日本を乗っ取ろうと思っていたわけです。長崎を見つけたのはポルトガルであり日本人ではないんです。その後、ポルトガル船が平戸からだんだん港を探して下りてきて、20年かかって長崎を見つけました。これはいい所だということで、それが1570年です。当時、長崎の人口は2,000人ぐらいだったと言われています。ポルトガル人がやってきて町をつくって30年で5万人になったと言われているので、このあたりで長崎はぐっと伸びたんですね。10年後の1580年に何と長崎をイエズス会に寄進してしまったんです。だから、ここから8年間、長崎はポルトガルでした。この間、長崎の住民ほとんどキリスト教徒です。大村純忠は強制的にキリスト教徒になるように勧めたのでほとんどが教徒になったんですね。そして豊臣秀吉が8年後に九州征伐に来て激怒するわけです。日本の土地をよその国にくれてやった、これは許せんという事でそれで没収します。その後、長崎は公的な土地になっていくわけです。一方で、ポルトガルは布教を目的に来て、その後は征服をするという事で、バスコ・ダ・ガマ、マゼランのような世界史で習うような人たちが世界をぐるぐる回って、スペインとポルトガルで世界を二分するということを決めていたわけですね。西側をスペイン、東側をポルトガルと世界を分けるというのを実際にやっていたわけです。それでその分ける反対側、つまりヨーロッパの反対側がちょうど日本なんです。日本はポルトガルが半分、スペインが半分とれるような土地なんです。だから両方やってきたんですね。その事に気

がついた秀吉は、バテレン追放令を出して、ポルトガル追放し、家康もやはりそれを引き継いでいくわけです。1600年に関ヶ原の戦いがあるって徳川の時代になり出島をつくります。何のためかといったらここに押し込めるためなんです。ポルトガルを出島に押し込んで、その後、ポルトガルを追い出して、オランダは布教をしないということでオランダを出島に入れました。そして1639年にポルトガルは追放されます。何で長崎か、長い岬なのかという事ですが、長崎甚左衛門という人がいたからという話もありますけど、長い岬のような形をしており、その突端に出島をつくったんです。ここにポルトガルは教会を建て、だんだん町が進んでいくんです。ホテルニュー長崎を出て、右の方に500メートルくらい進むと大波止という港があるんです。そこを左に上がっていくと、この前まで県庁があったところがあるんです。そこは高台であり、向こう側に行っても坂だし、手前も坂なんです。長崎はその高台のところから広がっていったんです。ポルトガルは高台に教会を建てて、ここを要塞にしようとしています。当時、ポルトガル船を黒船って呼んでいました。ペリーが来たのも黒船と言いますが、最初はポルトガルの黒船なんです。当時の絵の中で足首をくくっているのは商人で、黒い服を着ているのはイエズス会でポルトガルから来たんです。長崎は当時ポルトガル人が普通にうろろろしていたんです。だから住んでいる人も別に違和感もあまりなかったんだと思います。当時は先ほど田上市長さんが外海の遠藤周作記念館のお話されたんですけど、去年「沈黙」という遠藤周作のとてもすばらしい本が映画になりました。マーティン・スコセッシという人が映画にして。冒頭のあたりの部分で雲仙を想定しているんですけど、ここで熱湯をかける拷問の場面があるわけです。リーアム・ニーソンという役者はイエズス会の日本管区長代理で、クリストヴァン・フェレイラという実在人物で長崎の県庁跡の所で逆さ吊りという拷問を受け、棄教するんです。5時間で転んだと書いてありますが、ほとんどの人はそれで死んでますけど、この方は棄教されました。医者の方の素養が

あったんですね。この人が通辞と言っていた、今の通訳さんが長崎ではすごい活躍するんですが、そういう人たちに医学を伝えた。ポルトガル人なんですけども、オランダ人しかいない出島に出入りをしてオランダの医学も学んでいたということが書いてあります。1610年に日本に来て、当時は全く問題なく布教をしていたんですが、禁教令が1614年に厳しくなると、それから隠れて新潟とかで布教をしていたんです。結局捕まって長崎に連れてこられて、生涯、長崎で過ごしています。日本で40年ぐらいを過ごして80幾つぐらいで亡くなっています。ぜひ原作を読んでいただければと思います。

その後、出島にみんなオランダ人を押し込めて、1853年にペリーが来るまで日本の中で西洋に開いていたのはここだけなんです。オランダ人は商館長というのが出島にいて、そこに必ずお医者さんがいるんです。商館長付のお医者さんが150人ぐらいは来たんじゃないかと言われてはいますが、有名な人がケンペルとツェンペリーとシーボルトです。おもしろいことにオランダ人1人もいないんです。ケンペルとシーボルトはドイツ人で、ツェンペリーはスウェーデン人です。お医者さんと言えばお医者さんですが、実際は博物学者です。1つだけ例を挙げるとケンペルの名前は例えばイチョウ、ツェンペリーは椿、シーボルトはアジサイに名前が残っています。そういうものに名前をつけたんです。中でももっとも有名なのはシーボルトですけど、ツェンペリーは梅毒には水銀が効きますよという事を日本の大通辞だった吉雄耕牛に教えています。ちょっと記憶していただきたいのはツェンペリーが来た年の前の年に、あの有名な杉田玄白の「解体新書」が出ています。何となく西洋医学が日本で始められたのは山脇東洋の「蔵志」とか、杉田玄白、前野良沢の「解体新書」だと思ってますよね。ところが吉雄耕牛なんですけど、実を言うと、「解体新書」を読むと序文は吉雄耕牛が書いています。杉田玄白が亡くなる前ぐらいに書いた「蘭学事始」という本を読むと吉雄耕牛が出てくるんですが、これを訳すことができたのは、前野良沢のおかげなんです。長崎で

特別講演2

吉雄耕牛に弟子入りした前野良沢だけがオランダ語が少しわかったんです。だからこの人がいなかったら解体新書はできてないんです。だから序文を杉田玄白は吉雄耕牛に書いてもらったし、杉田玄白は吉雄耕牛が江戸に来たときに弟子入りしています。そういうあたりの長崎の貢献というのを、どうも軽視されているんじゃないかということに怒ったのが古賀十二郎さんで、長崎の全領域のことを調べまくって書いてますが、医学については「西洋医学伝来史」というのがあります。その後、いろんな人が医学史、特に長崎のことを書くときは、ほとんどこの本がもとになっています。その中に、杉田玄白の「蘭学事始」には、とにかく俺たちが蘭学を始めたんだということが書いてあり、「一犬実を吠ゆれば万犬虚を吠ゆるの類にて」と書いてあるんです。一方で古賀十二郎の本には、「そうじゃないよ、医学も長崎から始まったんだよ。そのことをねじ曲げて書いているやつがいる、それがむかつくだ」ということを書いているんです。私は読んでいておやっと思いました。古賀は「一犬虚を吠え」と杉田玄白とは逆のことを書いてるんです。「万犬実を伝える」と書いているのは、この杉田玄白が江戸から始まったと書いたから長崎は消えたんだということを言いたいんだと思います。古賀十二郎は長崎を本当愛していましたから。この人は映画になりました。映画では直木賞をとったなかにし礼の「長崎ぶらぶら節」の主人公なんです。古賀十二郎、愛八さんという人の愛の物語でもあるんですけど。長崎の料亭に行かされると、芸妓さんがこの長崎ぶらぶら節を所望すれば歌ってくれますので、ぜひ先生方聴いていただければと思います。

シーボルトは出島の中にあるおにぎりみたいな石を置いた。シーボルトは自分の国で日本に来たと思ったときに、前任であるケンペルとかツェンベリーが日本のこと書いていたので、その本をしっかり読んで日本に来たんです。ですからそれを顕彰するための碑です。この3人を出島の三学者と呼んでいます。2回目に来るときは63歳で、そのときには写真が残っています。シーボルト記念館というの

があり、とってもいいところです。100円で入れますので、ぜひ行っていただいて、お産の鉗子とか持針器とかが置いてあります。シーボルトは眼科が得意だったそうです。当時はどんな病気でもすぐ瀉血するんです。写真がなかったので、写真のかわりにシーボルトは画家を連れており、川原慶賀という人を連れて回って、この人は立体画を描けて、すばらしい才能があったんだと思います。日本中、江戸に行く時も連れて行っていろいろ描かせているんです。当時は出島にしか住んではいけないオランダ人が、シーボルトだけ外に住んでいたんです。鳴滝塾というのがあり、日本人が勉強に行くのが、日本にとってもプラスになると思った当時の幕府がこれを許可したんじゃないかなと思います。私は江戸幕府の役人さんたちって結構優秀だったんだなと、こういうところを見て思うんです。英断だと思いません。このようにしなければ日本人があちこちから習いに来られなかったはずですから。シーボルト記念館に行くと、アジサイがいっぱい植えてあるんです。そのアジサイを何と名づけたかということ、シーボルトは「ハイドレンジア オタクサ」と名づけたんです。今、オタクサって何のことかと長崎の人は大概知っているんですけど、これが何の事なのか学会ではわからなかったらしいですね。見つけたのは呉秀三っていう東大の解剖学の先生です。お滝さんが由来で、自分の奥さんの名前をあじさいにつけたということです。香合はシーボルト記念館で運がよければ見ることができます。螺鈿でつくったお滝さんとその反対側に子どものイネちゃんの絵が描いてあります。シーボルトは2人にとってもいい手紙を書いています。イネさんが40歳ぐらいになった写真ですが、シーボルトの肖像画と並べて見ると似ているんです。ある日気がついたんですけど、鼻の形と口の半分へのようにしたところ、あごの尖ったところか、眉とか目とか髪とかちょっと茶色で、間違いなくシーボルトの娘さんという感じですね。大正天皇の子どもをとりあげたり、日本で最初の女医さんと言っていると思うんですが、正式な免許状がないころだったので、正式にはそうは言われていません

が、最初の女医さんだと言ってもいいと思います。後にポンペが解剖をしたときに、中に1人女医さんがいたと書いてありますが、それはイネさんのことでとても熱心な方です。そしてシーボルトの孫（タカ）はどの写真を見ても美人です。イネさんも、孫の高さんも人生は不幸です。吉村昭さんが書いた「ふおん・しいほるとの娘」という本があり、あれを読むとよく書いてあります。美人薄幸なれど薄命にあらずと、80幾つまで生きています。イネさんも結構年寄りまで生きています。この美を見て、瞬間的にある女性を思いついた漫画家がいるんです。メーテルは、この高ちゃんの写真を見た松本零士がびっと頭に来て思いついたそうです。彼は四国出身で、松山のあたりの友達の家に行き、友達が高ちゃんの写真を持っていたと言うんです。

年をとってからのシーボルトは63歳のとき、要するに開国した後に、もう1回日本にやってきて、再婚していた奥さんにも会って、国でつくった長男も連れてきています。その子は日本にそのまま残って最初は幕府に仕えて、それから明治政府に仕えて、ずっと通訳をしていました。

さて、国に帰ってシーボルトは「NIPPON」という結構厚い本を書きました。その中に、長崎のおくんちの絵が載っています。諏訪神社、傘鉾、ココロデショと長崎ほとんど何も変わってないんです。シーボルトもおもしろいと思ったんでしょうか、こういう絵を載せています。

シーボルトは1823年来て、28年に帰るときに荷物の中から持ち出し禁止の日本地図が出てくるんです。シーボルト事件として有名ですが、それで、あなたはもう帰ってはだめだと留め置かれ、いろいろ尋問され、大変な思いをして、28年に帰れず29年に帰ります。本来は3年後にもう1回日本に来るはずだったんですがそれで永久追放です。だから28年から20年間経つ48年まで、オランダ商館医がいなかったんです。その間、だれも医学を教えてくれる人いなかったんですが、その時期に緒方洪庵と佐藤泰然という私塾をつくっていた二大人物が長崎に来ているんです。この二人は一体、だれに習ったんだろう

というのが1つ謎なんです。皆さん、緒方洪庵はよくご存じですよ。大阪の適塾です。佐藤泰然はこの後、順天堂になっていく初代です。どちらもすばらしい塾をやっていたわけですが、この2人は同じ頃に長崎来ているんです。長崎に来たのが天保8年から2年と天保6年から3年ですから時期が重なっており、同じ時期に長崎にいたことになります。でもだれに習ったかはわからないんです。でも2人ともすばらしい西洋医です。おまけにこの2人の子どもは非常に影響力持つことになります。佐藤泰然の次男が後で出てくるポンペの一番弟子の松本良順で、緒方洪庵の次男が緒方惟準と言いますが、大阪大学をつくってくる人物になるわけですね。

ポンペと松本良順の話ですが、先ほど大会誌を読んでいたら冊子の裏に非常に上手に書いてありますので、そこに書いてある部分はちょっと割愛させていただきます。どちらもサーベルを下げて、日本刀を下げて、武士の格好、士官の格好をしています。ポンペは軍医ですから、軍人さんで、良順は幕臣ですから、お侍さんなんです。とっても2人は仲よしで、ポンペは5年間長崎で治療をして教えて解剖もして帰っていくんです。それからポンペとシーボルトはおおよそ30年差があります。例えば幕末の1862年に將軍を診るお医者さんたくさんいたわけですが、この中に西洋医がどれくらいいるかというと、当時一番偉いのは法印というんですが3人いたんですね。すでに3人のうち1人は西洋医、あと2人は漢方医なんです。シーボルトの弟子はたくさん入っています。医者のおお体、3分の1ぐらいは西洋医になっていきます。少し前まで県庁があったところに岬の教会があって、イエズス会の本部があったんです。それからキリシタンの穴吊りなんかやっていた奉行所や海軍伝習所がここにあった。その海軍伝習所にポンペが軍医としてやってくるわけです。昔は海軍伝習所があって、ここで船の動かし方とかを教えて、オランダから船を送ってもらって練習をやっていたんです。船を作らなければならぬので、幕末に幕府が造船所を作り、それが今の三菱造船所です。それで岩崎弥太郎は三菱をつくって

特別講演2

いくわけですけど。ここでポンペは最初の医学講義をやります。ここで働いていた人の1人で海軍伝習所のボスだったのは勝海舟です。手塚治虫の漫画（陽だまりの樹）の顔は実在した人物と、実在していなかった人物と顔が違うんです。今度、気をつけて読まれてみてください。1857年に日本の幕府がつくってくれとオランダに頼んでいたヤパン号という船が届くんですが、これに乗って軍医としてポンペはやってきます。そして日本に来るとヤパン号から船の名前が咸臨丸に変わるんです。1860年に名前が咸臨丸になり、勝海舟、福沢諭吉らがサンフランシスコに行くわけです。ポンペが養生所をつくったのが1861年で、私が病院長している長崎大学病院の始まりだというふうに言っています。その前年に咸臨丸は太平洋横断しています。大会誌の表紙の絵はポンペの「長崎における5年間」という本の見開きにある絵なんですけど、日本とオランダの国旗がついている。2つ棟があってそれをつないでいる部分がある。そこにあるのが医学所です。長崎で医学部を備えて、薬学部みたいなのがありその上に病院があるという、本当の意味の総合病院を作った。そしてここで基礎から臨床まで、博物学者じゃなくて、ユトレヒト・陸軍医学校で西洋医学を学んだ医者がここでちゃんと系統的に講義をやって実地もやったということがある意味、長崎の医学発祥の誇りなわけでございます。物事は日本の歴史だけ見ていると、そうしか見えないんですけど、外国の歴史を重ねると違うものが見えてくるのでおもしろいですよね。1853年ペリーが来ました。当時ヨーロッパはクリミア戦争でとてもじゃないけど日本に来る余裕なかったからアメリカが来たんです。それからずっとたつて、アメリカはリンカーンが大統領になって南北戦争起こすんです。そうするとアメリカはそれどこじゃなくなるので、日本に来るのはイギリスがフランスがというふうになっていったんだと思います。幕末はペリーが来てから明治元年までの15年で日本は開国したと言っていますが、実際は世界中が世界に向けて開けた時期なんだと思います。ダーウィンの「種の起源」、メンデルの「雑种植物の研究」、

「進化と遺伝」の本当の元になる本がこの15年の間に出ているんです。私も今年、東邦大学の看護学部というところに行きました。何をしに行ったかというところ、ここにある本を見に行ったんですが、ここにこのF・Nの銅像がありました。これはイギリスからそのままコピーして持ってきたというのが自慢だそうで、すごく大きい像なんです。そこにある本は「看護覚え書」じゃなくて「病院覚え書」という本なんです。この中に病院の絵が載っているんです。2つ棟があって真ん中でつながっているって、何か似ていますよね。昭和になってから養生所跡の残っていた部分を計測した図はH型です。F・Nさんは本当に素晴らしい人で世界中の病院を優れた病院を見て回って、病院はこうあるべきだという本を書いたんです。そしてF・Nさんというのはフローレンス・ナイチンゲールです。「看護覚え書」というすごく売れた本がありますけど、それと同じ年に書いている「病院覚え書」という、病院はこうあるべきだという本の中に先ほど説明した内容が出てきます。説として養生所はオランダの陸軍病院をまねてつくったという説もありますけど、この本はちょうど1859年に出ているんです。養生所が建ったのは1861年で2年差があるので、もしかするとこの本が元かもしれない、そうだとおもしろいなと思っています。ちょうどこの年、ダーウィンが「種の起源」を書いた年にナイチンゲールが「看護覚え書」と「病院覚え書」書いた。これも何かの縁ですね。

養生所の跡が小学校つくろうとしていたら出てきて、今、ここをできるだけ残して一部を博物館にして、日本中から来て見ていただけるようなものをつくれないかなということで検討がなされているところでございます。ちょうど私が見に行ったときに、長崎で古いものを発掘するお偉い方なんですけど、その方が目の前で赤ワインの瓶を取り上げて見せた。ポンペが飲んでいたのかなと思うと非常に感動したんですけど、当時ワインは脚気の治療とかに使っているんです。もしかすると治療用だったかもしれませんが、こっそり隠れてポンペが飲んでいて、松本良順が飲んでいていたかもしれないと思います。ほか

にもガラス管のような試験管のような物や、何かのチューブなんかが出てきています。

江戸時代に多かったのは何の病気だったかという事で、幕末は戦争があったので刀創、銃創が多かったが、これには東洋医学はお手上げでした。それが外科の西洋医が入って来る一番のもとになるんです。医師会の先生方はよくご存じだと思いますけど、東洋医学は西洋医学をやっていないとやらせないと言って、医師免許を与えないわけです。西洋医学で治せなかったのは皆さんよくご存じの脚気で、これは高木兼寛と森鷗外の物語になるわけです。そして感染症はヨーロッパも抗生剤がないからほとんどお手上げなので、やはり争いの歴史なんです。オランダ、イギリス、ドイツと今、医学はどの言葉で勉強していてもおかしくないんですよ。結局ドイツ語になるわけですけど。その後は海軍と陸軍、留学組と国内に残った組、それから東大と私学です。ずっと戦いをやっています。その中で少し話しを出すと、ボードウインはポンペの次に長崎養生所をやってくれた人ですが、ドイツ医学が入ったときにこの人は追い出されるわけです。ボードウインの像は、上野公園にありますので、ぜひ探していただければと思います。上野公園を残したのもボードウインと言われていています。それからイギリス医学ですが、このウィリアム・ウィリスという人は腕がよくて、戊辰戦争とかで銃創とか受けたのをどんどん手とか足を切り落としていくんです。当時は落とさないと死んでいましたから。それを見て日本人はびっくりするんです。この人を日本の大病院の病院長にしようとして動いていくんですけど、相良知安という悪名高い人がドイツ医学が良い。イギリスはだめですと言ってほとんど1人でひっくり返してしまうんです。

西洋医学の入ってきたルートが幾つかあるなと思います。その長崎ルートとしては、養生所から出た松本良順と戸塚文海がそれぞれ初代の陸軍軍医総監と海軍軍医総監です。だから軍隊をつくっていくんです。江戸ルートは種痘所から始まってシーボルトの弟子の伊東玄朴から東京大学になります。東京

大学は長崎大学の1年後です。鹿児島ルートはさっき言ったウィリアム・ウィリスで、西郷隆盛が連れて行って鹿児島。大阪は適塾から息子の惟準とボードウインで大阪大学つくっていく。緒方洪庵のところには福沢諭吉いましたから、福沢諭吉は松山棟庵と慶応医学所をつくります。それから英国留学で聖トーマスに行った高木兼寛が慈恵医大をつくっていきます。慈恵医大と慶応大学が私大の中心になっていくわけです。ドイツ留学ルートがベルリンにいた森鷗外で、陸軍に入っていくというような形があったんじゃないかなに思っています。

(釣船副会長)

先生どうもありがとうございました。フルコースでお話いただきましたけども、私ども長崎の先生方にとっても初めて聞く話が多かったのではないかと思います。時間ございませんので、ご質問ができないのが残念ですが、これでこの特別講演終了させていただきたいと思います。ありがとうございました。

第39回全国医師会勤務医部会連絡協議会
<11月3日(土・祝)・日本医師会勤務医委員会報告>
11:35~12:05

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



日本医師会の勤務医委員会報告をさせていただきます。委員長をしています泉でございます。

今回の報告は28、29年度の勤務医委員会の諮問に対する答申並びに、今度の新しい勤務医委員会の諮問についてお話をさせていただきます。

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	八幡平市病院事業管理者	岩手県医師会常任理事
伊藤健一	蒲郡市民病院名誉院長	愛知県医師会理事
植山直人	医療生協さいたま行田協診療所所長	行田市医師会理事
大久保ゆかり	東京医科大学皮膚科学分野教授	東京医科大学医師会副会長
落合和彦	東京慈恵会医科大学客員教授	東京都医師会理事 (28.7.18から)
木下郁夫	長崎原爆病院副院長	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院長	宮崎県医師会常任理事
清水信義	浮城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	前東京都医師会理事 (28.7.17まで)
橋本 省	国立病院機構仙台医療センター院長	宮城県医師会常任理事
福田寛二	近畿大学医学部OIE「リチン」医学教授	大阪府医師会理事
藤井美穂	時計台記念病院女性総合医療センター長	北海道医師会常任理事
藤野隆之	大年田市立病院副院長	福岡県医師会理事
間瀬憲多朗	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

これが28、29年度の日本医師会勤務医委員会の委員の名前でございます。女性が2人でございます。

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ということで諮問をいただきました。地域医師会の中で勤務医がいかにか活躍することが必要であるかということをお話いただきます。

平成28・29年度 日本医師会 勤務医委員会 答申の概要

I 勤務医委員会活動について

- ▶ 勤務医委員会の審議・運営は、「全国医師会勤務医部会連絡協議会」・「都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会」との連動を意識。
- ▶ ワーキンググループを設置し、委員会での議論を整理すること等を通じて、充実を図る。
- ▶ 日本医師会内に設置された「医師の働き方検討委員会」に委員長、副委員長を含む委員4名が参画。
- ▶ 医師の働き方改革については、各ブロックの推薦を受けて勤務医委員会に参画している委員を通じて、地域医療を守る視点からの調査を実施し、「医師の働き方検討委員会」に報告。(前期の本委員会では提言した意見集約のための「フレームワーク」の試行的な取り組みでもある。)
- ▶ 日医ニュース「勤務医のページ」の企画・立案。
- ▶ 全国医師会勤務医部会連絡協議会への意見具申。(前期の本委員会答申で提言した「ブロック代表者会議」を行うことについては、「勤務医交流会－医師の働き方を考える－」として実現。)
- ▶ 都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会のプログラム案作成。など

した。

委員会の活動内容についてと、答申内容についてご説明させていただきます。勤務医委員会は単に委員会の中で議論するだけじゃなくて、外へ向いて活動する委員会を私自身は目指しております。

ここに書いてありますように、医師会勤務医部会連絡協議会であるとか、勤務医担当理事連絡協議会がありますので、そこと連動する形で委員会を進めていこうということにいたしました。委員会は14名と1人加わりますので総数15名ですけれども、15名での大勢の議論ではなかなか進みませんので、ワーキング・グループを設置して委員会の議論を整理して充実を図ってまいりました。それから先ほど会長のお話にもございましたけれども、働き方検討委員会も出てまいりましたので、そこに勤務医委員会から私を含む4名が参画して働き方検討委員会の中で答申づくりに参加いたしました。

それから働き方改革につきましては、実はこの28、29年度の答申でフレーム・ワークとして勤務医の意見をまとめる、集約する方法ということを提言いたしました。そのフレーム・ワークを使って各ブロックから推薦を受けています勤務医委員会の委員

日本医師会勤務医委員会報告

にすべての地域の方への調査表をつくって実施させていただきました。アンケートではないのは、調査表の方が非常にフレキシブルでございますので、その結果をまとめた上で、それを働き方検討委員会に報告させていただきました。その内容は地域医療がどうなるのかというふうなことであるとか、それから地域医療を守る手立てはというさまざまな方法でございますが、それについてはぜひまた答申をごらんいただきたいというふうに思います。

そのほか日医ニュースに勤務医のページというのがございます。日医ニュースの中で最後のページに一面をいただいているんですが、これは勤務医にしか許されていないものですので、そこを有効に使おうということで、今やらせていただいています。

それから勤務医交流会について今回も明日、勤務医交流会やらせていただきますけど、これは北海道医師会のおかげで勤務医交流会というものをやらせていただくことができました。

平成28・29年度日本医師会勤務医委員会 答申の概要

II 提言

1. 医師の働き方改革についての継続的な取り組み

1) 取り組みの必要性と課題

勤務医委員会の最も重要な課題の一つ。委員会として実態の把握、先進例の情報発信、進捗状況の調査等、継続的に行う必要がある。

2) 方法としてのブロック医師会を中心としたフレームワークの活用

議論の場を構築する役割を勤務医委員会も担う必要がある。医療勤務環境改善支援センターの実態や働き方の変化等を定期的に調査する必要がある。

3) 働き方改革が及ぼす日本医師会組織への影響の把握と対策

地域医師会単位、勤務医委員会で、研修医の医師会費無料が終了する3年目以降について入会状況を的確に把握する必要がある。

4) 各学会との協力・共同について

日本医師会として、若手・女性医師の意見が反映されるよう、各学会との共同シンポジウムの開催や、学会単位でのシンポジウムの開催を要請することも有効。日医が、各診療科の実態や意見を集約し、提案すべきである。

5) 日本医学学会総会での医師の働き方改革に関するシンポジウムの開催

勤務医委員会として、医師の働き方改革に関するシンポジウムを開催し、日本医師会の立場を明らかにし、医師の声を聴き、この議論に貢献する。

6) 地域医師会役員への勤務医の雇用と活躍の場の提供

医師会活動に参加する勤務医のリーダー的な医師に関しては、積極的に役員に迎え、地域医師会をさらに強化することが求められる。

それでは答申の概要についてお話をさせていただきます。まず1つは医師の働き方改革というのはもっとも勤務医にとって重要な課題であるということで、勤務医委員会の実態、働き方の実態についてきちっと把握しようということで、それについては単発的な調査だけではなくて、継続的に行う必要があるということを提言いたしました。それから先ほどから申し上げますが、ブロック医師会を中心としたフレーム・ワークを使ってすべての地域の勤務医の意見を集約する。その集約した意見を勤務医委員会から日本医師会に反映していただいて、その

結果をもとにして会務をやっていただきたいということをお願いをしています。

勤務医委員会では、研修医の医師会費が無料終了する、その後の若い医師たちがどういうふうに住居に日本医師会に残るかということについて把握する必要があるというふうに考えています。

それからこの問題は医師会だけじゃなくて、すべての学会において大きな問題になります。先日、日本脳神経外科学会でこのことについてお話をする機会をいただきましたけども、非常に大きな関心がありましたので、ぜひこれから日本医師会としては若手や女性医師の意見が反映されるように各学会とそういう形でシンポジウムを行っていく。そういうことをシンポジウムを行うことによって、医師会がこの問題にしっかりとかわっているんだということを示していく必要があるというふうに思っております。

それから5番目については後で申し上げますが、来年行われます日本医学学会総会で医師の働き方改革に関しますシンポジウムを開催することを提案いたしました。もう1つ、多くの先生方に地域医師会役員になっていただいご活躍いただきたいと思います。

第30回日本医学学会総会 2019 中部

医師の働き方改革について(日本医師会勤務医委員会企画セッション)

政府が平成29年3月に策定した「働き方改革実行計画」では、医師は応招義務等を踏まえた対応が必要であるとされた。具体的には、改正法施行の5年後を目途に規制を適用し、また、医療界の参加の下で2年間検討の場を設け規制の具体的な在り方等について結論を得ることとなった。

厚労省検討会で審議が進められ、日本医師会でも、医師の働き方検討委員会や勤務医委員会で、多様な働き方を尊重できる方法を模索しながら「地域医療の継続性」と「医師の健康への配慮」を両立させる立場から検討が進められている。病院団体等が参画し日医主催で設置した医師の働き方検討会議は医療界の意見を集約し、厚労省検討会に提出した。多くの意見があることから、各界からの発表と討論を行う。(2019年4月28日(日)、16-18時(予定))

《座長》

泉 良平(富山県医師会副会長/富山市病院事業管理者)

望月 泉(岩手県医師会参与/八幡平市病院事業管理者)

《演者》

阿部計大(東京大学大学院公衆衛生学博士課程)

松本 尚(日本医科大学救急医学教授)

樋山直人(医療生協さいたま市田島立診療所所長)

木戸道子(日本赤十字社医療センター第一産婦人科部長)

中嶋義文(三井記念病院精神科部長)

来年、第30回日本医学学会総会2019中部が名古屋で行われます。これについて日本医師会勤務医委員会企画セッションとしてこういう形でやらせていただきます。ここに書いてあることは、前文のところは省略させていただきますけども、4月28日日曜日に16時から18時で名古屋にて行われますので、ぜひ

皆さんご参加いただきたいというふうに思います。座長は私と勤務医委員会副委員長と働き方委員会にも出ている岩手県の望月先生。演者は、阿部計大先生、厚労省の検討会にも参考人として意見を述べてらっしゃいましたけど、若手でジュニアドクターズネットワークを設立した、非常に力のあるパワーのある先生ですので、ぜひ、阿部先生に来ていただいて思う存分しゃべっていただくというふうに思っています。それから松本先生は日本医科大学の北総病院の教授です。日本救急医学会の働き方検討の特別委員会の委員長もしておられ、答申をまとめているところですので、救急医における医師の働き方について語っていただく。植山先生は勤務医委員会の委員でございますし、働き方の委員でもあり、全国の医師ユニオンの代表でもありますので、そういう観点から。木戸先生には女性の立場、そして産婦人科の委員の立場として多くの意見を発信してらっしゃいますので、意見をお聞きしたいと思っています。それから産業保健医の観点からは三井記念病院の中島先生、この5名の方に演者になっていただいて、思う存分、働き方改革に向けて大きな疑問点であるとか問題を語っていただきたいと思っております。

平成28・29年度 日本医師会 勤務医委員会 答申の概要

II 提言

2. 大学医師会の現状の把握と対応策

- 大学医師会と連携を深めることによって、勤務医、研修医の入会が促進できる。
- 医師会が勤務医に提供している活動は多く、これらについて勤務医に広く周知、啓発すべきである。
- 日本医師会や都道府県医師会が大学医師会の活動費用の援助も含めた必要な支援を行うことで、大学医師会が活性化する取り組みを全国に広げていくことが重要。

提言として、この中にも大学医師会、大学から来てらっしゃる方いらっしゃると思いますが、大学医師会というのは多くの大学がございます。実際にその内容については千差万別でその活動の内容についても十分ではないところもあるようにお聞きしています。これについては医師会でも把握しています

が、ぜひこの大学医師会と連携を深めることによって、勤務医と研修医委員会を促進させていきたいということと、それから医師会が勤務医に提供している活動はさまざまあるんですね。先ほど、会長もおっしゃいましたけども、働き方の7カ条であるとかいうさまざまなことがあるのですが、それが十分に知らされていませんので、これをぜひ知らせるべきである。それからDOCTOR-ASEという冊子もございますけれども、これも大学医師会を介して配布することによってより広い多くの方に知らせていただけるんじゃないかと思えます。

そしてこういうことについて、やはり大学医師会というのは十分な事務局機能を持っていない場合もございますので、そういう事務局機能の援助を含めて、大学医師会が活性化することによって全体的に勤務医の活動をふやしていく。大学医師会で医師会というものにふれることによって、そこからまた多くの医師たちは大学から羽ばたいていくわけですので、学生のときからのこういう形でふれることができるんじゃないかなというふうに私は思っておりますので、ぜひこの事は進めていきたいというふうに思います。

平成28・29年度 日本医師会 勤務医委員会 答申の概要

II 提言

3. 日本医師会理事（勤務医枠）と勤務医委員会との定期的な懇談を介しての地域医師会勤務医活動の活性化

- ① 日本医師会理事とブロック医師会選出の勤務医委員会委員との協働による地域医師会活動の活性化
⇒ 医師会勤務医との懇談会（医師会活動報告など）を年に1～2回開催し、医師会活動における問題点を提起し、また組織率向上のための活動を行う。
- ② ブロック医師会での勤務医（特別）委員会の開催の支援
⇒ 勤務医に係る問題を協議する委員会を、各ブロック医師会で常在委員会として開催することを日本医師会として支援し、その結果を広報することによって、地域医師会活動の活性化を促す。
- ③ 都市区等医師会での勤務医役員との懇談
⇒ 都道府県医師会の勤務医担当役員とともに、まずは県庁所在地医師会役員との懇談会を行い、地域医師会活動の活性化を図る。その他、東京・大阪・愛知・福岡などの医師数の多い地域で懇談を行う。
- ④ 日本医師会委員会への日本医師会理事としての参加
⇒ 勤務医に係る日本医師会委員会に参加し、その委員会の審議内容について、勤務医委員会にて報告・説明を行う。

それから今日も来ていらっしゃる日本医師会の理事で勤務医枠、白石先生がいらっしゃいますけれども、勤務医枠について理事の先生と我々勤務医委員会の委員が地域医師会の勤務医活動により関わっていかねばいけない。関っていくことによって地域医師会活動がこれまで以上にそのすそ野を広げることができるんじゃないかなというふうに思いま

日本医師会勤務医委員会報告

すので、これはまたこれからの課題でありますけれども、医師会勤務医との懇談会をぜひブロックごとにやりたいと思っております。そういうことを提案してまいります。このことについてこれからまたぜひ日本医師会と協議をさせていただきたいと思いません。

それから側聞するところでは、中国四国医師会ブロックで勤務医の特別委員会という名前かどうかはまだ伺っておりませんが、勤務医に係る問題を、定期的に話し合う委員会がつけられるということをお聞きしました。私がいる中部医師会連合は単発的にそのときの話題をやっています。その中に勤務医委員会がありますので、そういうところできっと自分たちの意見を伝えることができるようにすることは非常に大事だと思います。

それからもう1つ都道府県ではなくて、やはりできれば郡市区等の医師会での勤務医の役員との懇談も必要じゃないかなというふうに思います。できれば最初はまず県庁所在地で、こういう懇談会を、理事あるいは我々勤務医の委員会の委員等で行って、その後東京、大阪等で行いたいというふうに思っております。

それから日本医師会の委員会は本当にさまざまな委員会がございますけど、その委員会に理事の先生に参加していただいて、その内容についてご報告いただきたい。それを勤務医委員会の活動につなげていきたいというふうに考えています。

それから若手医師の医師会活動への参画を推進するために、日本医師会の中の組織になりましたけどもJMA-JDN等、若手医師や医学生の団体と連携をしていきたい。それから勤務医交流会が明日ございますが、これもぜひ継続的に開催していただきたい。

それからこれは以前から申し上げていることで、三層構造について大変大きな問題がありますけれども、会員の待遇について見直しが必要であるし、結果として入退会、異動手続きの簡素化、そのときに医師資格証が有用であるということは言うまでもございませぬので、そういうことについて申し上げて

平成28・29年度 日本医師会勤務医委員会 答申の概要

II 提言

4. 若手医師の医師会活動への参画推進

- JMA-JDNなどの若手医師、医学生との連携を推進しながら、若い視点から医師会活動を活性化してほしい。
- 勤務医交流会(平成29年度は全国医師会勤務医部会連絡協議会の翌日に北海道医師会の主催で開催。)を今後も継続的に開催していくことで、勤務医の役割と意識改革を広げていくことが望まれる。

5. 会費、会員の待遇など

- 勤務医にとって有意義な事業のさらなる充実と、医師資格証の活用等も視野に入れた入退会・異動手続きの簡素化が必要である。
- 同時に、医師会の組織強化に向けては、医師会入会窓口となる郡市区等医師会の意識啓発と積極的な取り組みの推進が期待される。

6. 医師資格証の利用

- 医師資格証の利便性の高さ等の周知とその活用を進めていくなかで、勤務医の医師会への入会促進を図ることは、医師会及び若手医師を中心とした勤務医にとって重要と考える。

答申といたしました。

平成28・29年度 日本医師会勤務医委員会 答申の概要

II 提言

7. 勤務医の一層の参画を促すための取り組み

- 1) 都道府県医師会役員への勤務医のさらなる登用
⇒ 勤務医が都道府県医師会役員として活躍することが、勤務医の医師会活動の裾野を広げ、ひいては、勤務医の医師会入会にもつながっていくものと考ええる。

2) 日本医師会勤務医部会の創設

- ⇒ 部会が創設されれば、都道府県医師会にも部会が設立され、地域医師会、ブロック医師会単位での勤務医部会活動が活性化される。地域医師会活動により多くの勤務医の参画が叶えば、地域医療連携のさらなる強化となり、地域医療の一層の充実を期待できる。重要なのは、地域医師会活動に参画する勤務医の声を、日本医師会の会務にしっかりと反映していくことである。

3) 郡市区等医師会での勤務医活動の活性化

- ⇒ 地域医療連携、学校医など勤務医が地域医師会に加入して活動する必要性は大きく、重要である。

その次に、勤務医の都道府県医師会役員への登用。それからこれは以前、日本医師会の代議員会で質問させていただいたんですが、日本医師会に勤務医部会というものををつくる。それができれば都道府県医師会すべてに部会が設立されて、こういう形で勤務医の活動がより広がっていくだろうし、その勤務医の声が日本医師会の会務に反映されるのではないかとこのように思っています。その結果として郡市区医師会での勤務医活動が活性化するだろうというふうに考えております。

これが今季の30年、31年度の諮問です。今までの答申を受けて、今回は会長から勤務医の医師会入会への動機を喚起するための方策について、特に若手勤務医を対象にということになりました。皆さんご存じのように、研修医については、日本医師会の会費を無料化しています。平成27年度から研修医会員については日本医師会の会費は無料化になっています。その期間は臨床研修期間です。その臨床研修が

平成30・31年度 日本医師会 勤務医委員会 諮問及び名簿
会長諮問「勤務医の医師会入会への動機を喚起するための方策について
—特に、若手勤務医を対象に—」

◎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	八幡平市病院事業管理者	岩手県医師会常任理事
○橋本 省	国立病院機構仙台医療センター院長	宮城県医師会副会長
一宮 仁	浜の町病院病院長	福岡県医師会理事
上田朋宏	泌尿器科上田クリニック院長	京都府医師会理事
植山直人	医療生協さいたま行田協立診療所所長	行田市医師会理事
大久保ゆかり	東京医科大学皮膚科学分野教授	東京医科大学医師会副会長
落合和彦	東京慈恵会医科大学客員教授	東京都医師会理事
金丸吉昌	美郷町地域包括医療局総院長	宮崎県医師会常任理事
齋藤洋一	南勢病院院長	三重県医師会理事
清水信義	浮風会大槻クリニック	岡山県医師会副会長
藤井美徳	時計台記念病院副院長	北海道医師会常任理事
星賀正明	大阪医科大学附属病院教授	大阪府医師会理事
間瀬憲多朗	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

役員：今村副会長、城守常任理事、小玉常任理事、石川常任理事、白石理事
◎=委員長、○=副委員長

研修医会員への会費無料化の実施
(平成27年度～)

- 目的
研修医会員(※)への日本医師会会費(年額6,000円)を無料化することで、明日の我が国の医療を担う研修医に対し、日本医師会が広く門戸を開き協働を呼びかけるメッセージにする。
- 適用期間
臨床研修の期間
- 実施時期
平成27年度より適用
- その他
・全国の都道府県医師会、郡市区等医師会に対しても、研修医会員の会費無料化に向けた検討を要請。

出典：日本医師会作成資料

終わったときに、専門医等々で所属の医師会を異動することがあります。そのときに情報が途切れてしまいますので、途切れないようにするためのデータベースをぜひ日本医師会、我々も含めてつくっていかなくちゃいけないのではないかと思います。皆様にもご協力をお願いしたいと思います。

都道府県、郡市区等医師会における臨床研修医会費無料化(予定含)

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

出典：都道府県医師会における臨床研修医会費無料化(平成27年度～)に関する調査結果報告(平成27年10月、日本医師会医師会総務部)資料委員会

これが無料化の全国の状況です。ここに書いてありますように、ほとんどの都道府県医師会では無料になっております。郡市区町医師会ではまだ無料化

ではないところもございますけれども、こういうことも研修医が入りやすくなる。まず1回医師会にふれる機会をつくるというためにも、皆さんぜひ地元に戻っていただいご検討いただきたいというふうに思います。

日医医賠償保険料引き下げに伴う
日本医師会会費の改定(平成30年度～)

会員区分	現行	改定後
A①	126,000円	126,000円
A②(B) (30歳超 ^{※1})	82,000円	68,000円
(30歳以下 ^{※1})		39,000円
A②(C)	39,000円	21,000円 ^{※2}
B	28,000円	28,000円
C	6,000円	6,000円 ^{※3}

※1 毎年4月1日現在 ※2 会費減免適用額は15,000円 ※3 会費減免適用後は無料

<ご参考> 会員区分

A①	病院・診療所の開設者、管理者およびそれに準ずる会員
A②(B)	上記A①の会員およびA②(C)以外の会員
A②(C)	医師法に基づく研修医
B	上記A②の会員(B)のうち日本医師会医師賠償責任保険加入の除外を申請した会員
C	上記A②の会員(C)のうち日本医師会医師賠償責任保険加入の除外を申請した会員

出典：日本医師会作成資料

また、医賠償の保険料が下がりましたので、会費が安くなりました。30歳以下については年会費が3万9,000円で医賠償込みですので、例えば学会であるとかいうのに比べてもそれほど高くはないはずなのですが、ご理解いただきたいとしたいと思います。

日本医師会における
臨床研修医会員(A②(C)会員、C会員)の加入状況

※日本医師会では、平成27年度より臨床研修医の会費無料化を実施

	平成26年12月1日	平成29年12月1日	増減 (平成29年12月1日) -(平成26年12月1日)
A②(C)会員	817人	1,374人	+557人
C会員	888人	3,047人	+2,159人
合計	1,705人	4,421人	+2,716人

<参考>

平成20年度の医学部定員	7,793人	平成26年度の医学部定員	9,069人
平成21年度の医学部定員	8,486人	平成27年度の医学部定員	9,134人
平成22年度の医学部定員	8,846人	平成28年度の医学部定員	9,262人
平成23年度の医学部定員	8,923人	平成29年度の医学部定員	9,420人
平成24年度の医学部定員	8,991人	平成30年度の医学部定員	9,419人
平成25年度の医学部定員	9,041人		

出典：日本医師会会員総数

無料化してどうなったかということですが、残念ながら無料化してから、26年と29年を比較しますと557人しかA②(C)会員はふえていません。7,000人、8,000人、9,000人を超える医師が毎年出てきているわけですが、それに比べると少ないということですので、ぜひ皆さんにもこのことについて活動を進めていただきたいというふうに思いますしご依頼いたします。

会長も申し上げていましたけれども、勤務医の会員

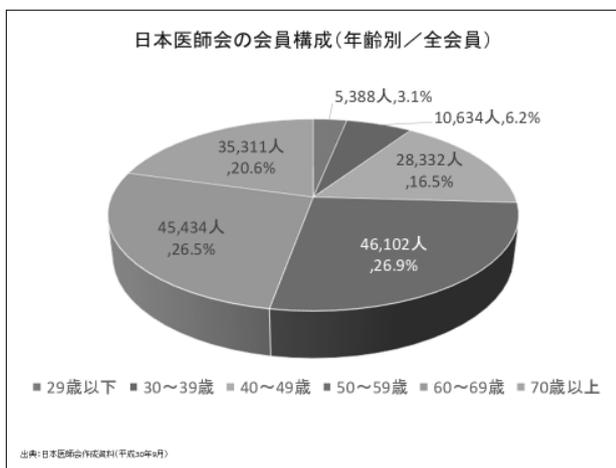
日本医師会勤務医委員会報告

	郡市区等医師会	都道府県医師会	日本医師会
全会員数	200,400人	187,296人	169,959人
		▲13,104人 (都道府県医師会-日本医師会)	▲30,441人 (郡市区等医師会-日本医師会)
勤務医会員数	109,025人	99,116人	82,167人
		▲9,909人 (都道府県医師会-日本医師会)	▲26,858人 (郡市区等医師会-日本医師会)
臨床研修医会員数 (勤務医会員数の内数)	5,654人	5,602人	4,175人
		▲52人 (都道府県医師会-日本医師会)	▲1,479人 (郡市区等医師会-日本医師会)

※日本医師会の臨床研修医会員数は、A②とC会員の合計数。

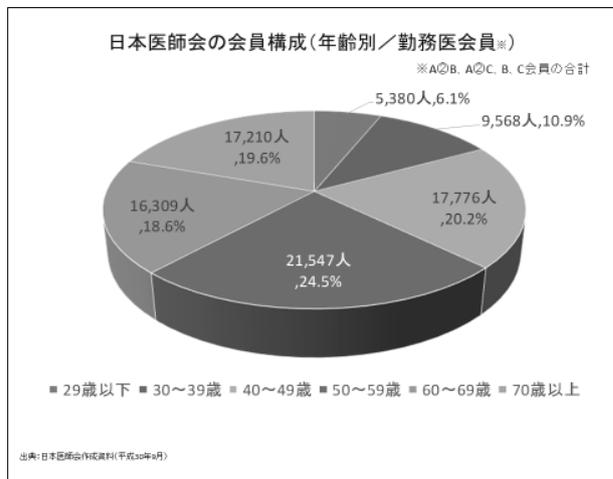
出典：平成29年度 勤務医会員数・勤務医部会設立状況調査結果(平成29年11月1日現在)

数についてお知らせしますと、やはり日本医師会は郡市区等医師会より3万人少ないとおっしゃいましたけども、その大部分が実は勤務医でありますので、このことについて我々はこれから活動を進めていかなければいけない。先ほども申し上げましたように理事と委員が各地域に出向いて、医師会活動の必要性をお話したいと思います。ぜひ皆さんもそのことについてご協力いただきたいと思います。



年齢別の構成をあげます。20歳代、30歳、40歳までが若手なんでしょうか。どこまでが若手なのかよくわかりませんが、40歳、50歳未満を若手とすると25.6%ございます。

勤務医について言うと、20歳代、30歳、40歳の比率は上がってきます。20歳代、30歳代の比率を上げて、結果として日本医師会の活性化、日本医師会の会員数をふやすことになるというふうに思います。先ほど、会長も言っちゃいましたけど、やは



り数はパワーでありますので、ぜひこのことについてご理解いただいて、若い医師たちに日本医師会に加わって活動していただきたい。日本医師会に加わることについて十分な知識がないからこそ、参加できない部分があると思いますけども、そのことについてご理解いただきたいと思います。

日本医師会勤務医委員会からのメッセージ

- ・ 地域での勤務医による医師会活動の活性化
- ・ 全ての都道府県医師会での勤務医部会の創設
- ・ 各ブロックごとの日本医師会理事(勤務医枠)・勤務医委員会委員と、地域医師会役員との懇談会の開催(ブロックでの医師会委員総会などでの開催：1回/年)
- ・ ブロック医師会での勤務医(特別)委員会の開催への働きかけと支援
- ・ 若手医師の組織化(若手医師委員会など)
- ・ 若手医師・研修医の日本医師会入会への積極的な働きかけ(医師会入会勧誘方策・情報の共有：日本医師会資料など)
- ・ 大学医師会の活性化(医師会の支援による活動の活性化)
- ・ 働き方改革への参画と意識変革
- ・ 各学会との働き方改革にかかる協働への働きかけ

これは今までまとめたもののメッセージです。ぜひ地域での勤務医による医師会活動を活性化していきたい。すべての都道府県医師会で勤務医部会を創設していただきたいと思います。各ブロックで日本医師会理事勤務医枠の理事と、勤務医委員会委員、ブロックから選出されている委員がいますので、その委員と地域医師会役員との懇談会、通常ブロックでの医師会の委員総会が毎年行われますので、その場で懇親をする機会をぜひつくりたいと思います。それから先ほど少しご案内しました中国、四国ブロックで行われたような勤務医特別委員会を開催することをぜひ全国のブロックでやっていただきたいというふうに思います。

それから昨年、北海道の札幌で開催したときに、若手医師の委員会が中心となって勤務医交流会では大変すばらしい交流ができました。実は富山県でも若手医師委員会を設立いたしました。そういった意味で、若手医師を組織化することによって若手医師のさまざまな意見が聞けます。本当に本音の部分が聞こえてきますので、そのことはやはり医師会として十分に耳を傾ける必要があると思います。そのためにも若手医師を組織化していく必要があると思います。

それから、若手医師研修医が日本医師会に入会するために、さまざまな取り組みを皆さんがしていらっしゃると思います。そのやり方がさまざま、お聞きしていると千差万別です。そういうことについてぜひ情報を共有してその内容、そこには例えば日本医師会から資料を提供するとかいうことをして、まずは日本医師会に入会することについて積極的に働きかけをしたいと思います。

これは重ねて申し上げますが、大学医師会を活性化してそれから働き方改革については、これは継続的に我々がかかわっていかねばいけませんので、参画と働き方については本当にパラダイムシフトで全く考え方を変えないとやっていけないと思いますけども、そういうことについて伝えていく。研修医たちが9時5時で帰ってしまうということになれば、何のための研修医制度であるかわかりませんので、そういったことについて我々がしっかりと働き方改革について意義を伝えて、自己研鑽を含めてその意義を伝えていく必要があると思います。そのためには各学会と働き方改革についてコラボレーションしていきたいというふうに思っております。こういう形でメッセージとして伝えさせていただきます。ぜひまた皆さん地元に戻られて、このことに課題についてご議論いただいて、ぜひ我々にまたおっしゃっていただきたいと思います。以上で終わります。ありがとうございました。

(木下常務理事)

泉先生、時間調節のご協力ありがとうございました。

第39回全国医師会勤務医部会連絡協議会

<11月3日（土・祝）・次期担当県挨拶>

12:05~12:10

山形県医師会長 中 目 千 之

挨拶

山形県医師会長 中 目 千 之

皆さん、こんにちは。次期開催県であります山形県医師会で会長を務めております中目と申します。来年のこの連絡協議会は、ここ長崎から東北、みちのくの地に移りまして山形県山形市で開催されることになっております。内容的には特別講演が2つ、シンポジウムが2つであります。シンポジウム1は「待ったなしの働き方改革」ということで、今日の夕方に、この会の最後に採択されることになっております「ながさき宣言」をさらに深く掘り下げてそれを引き継いだ形でディスカッションしたいというふうに思っています。

シンポジウムの2は恐らくこれまで一度も取り上げられなかったと思いますけども、「人生100年、生涯現役、定年後の明るい未来」ということで勤務医の先生方の定年後の生活についてスポットライトを当てまして、ディスカッションするという形にしております。人生最期まで医師として仕事を全うする。こんなことを言うと怒られますけれども、認知症にならないためにも、ぜひ皆さん方、生涯現役として、医師として働いていただきたいという切なる思いもありますし、これからの地域医療の一部は勤務医の先生方の定年後の活躍、働き方によって大きく変わるというふうに思っておりますので、ご参加のほど、よろしく願いいたします。ということで、若い勤務医の先生方のみならず、50後半、60代前半のちょっとり定年後の第二の人生に不安を感じている先生方は、ぜひ山形に来ていただきまして自信を持って帰っていただきたいという願いであります。今日の抄録集の裏表紙に来年の山形における勤務医部会連絡協議会のPRが載っておりますので、ご一読願えれば幸いです。

それでは最後に、皆様方1人でも多くの先生方

が、来年、山形の地に来ていただくことを心から希望しまして、私の挨拶とさせていただきます。参加のほど、よろしく願いいたします。

第39回全国医師会勤務医部会連絡協議会
＜11月3日（土・祝）・ランチオンセミナー＞
12：20～12：50

「医師のための働き方見直し
～ワークライフバランスとダイバーシティの観点から～」

講師：長崎大学メディカル・ワークライフバランスセンター

センター長・教授 伊 東 昌 子

座長：長崎県医師会勤務医部会副部長 上 谷 雅 孝

座 長

長崎県医師会勤務医部会副部長 上 谷 雅 孝

皆さん、こんにちは。長崎大学病院放射線科の上谷です。長崎県医師会勤務医部会の副部長をさせていただいておりますが、今からランチョンセミナーの進行を務めさせていただきます。本日のランチョンセミナーは長崎大学病院メディカル・ワークライフバランスセンターそしてダイバーシティ推進センターのセンター長を務められておられます伊東昌子先生にお願いしております。伊東先生は長崎大学放射線科の少しか先輩になられるんですけども、放射線医学、そして骨粗鬆症、骨代謝学の非常に優れた研究者として、つい先月も日本骨粗鬆症学会の大会長を務められていますけれども、それと同時にこの長崎大学の男女共同参画、それからダイバーシティの啓発、推進を通じて、長崎大学のこの働き方の見直しについて中心になって尽力されている先生でございます。今日は「医師のための働き方見直し～ワークライフバランスとダイバーシティの観点から～」ということで講演をいただきたいと思えます。先生、それではよろしく申し上げます。

「医師のための働き方見直し ～ワークライフバランスとダイバーシティの観点から～」

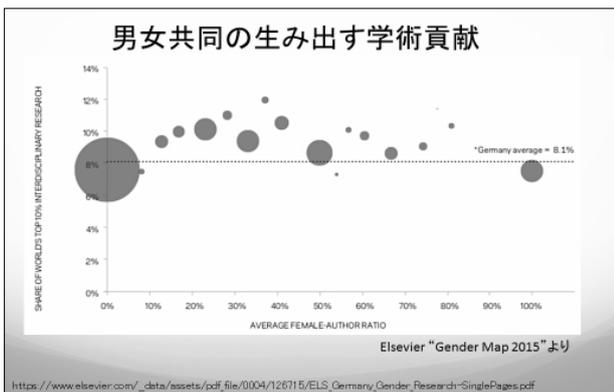
長崎大学メディカル・ワークライフバランスセンター

センター長・教授 伊東昌子



会場の皆様こんにちは。ただいま、ご紹介にあずかりました長崎大学の伊東と申します。元上司に紹介をしてもらいまして、ちょっと照れくさい感じもありますけども、どうぞ皆様方お食事を召し上がりながら、気楽に聞いていただければと思っております。

今日お話をさせていただきますのは、「ワークライフバランスとダイバーシティの観点から」とタイトルにさせていただきました。私は現在、長崎大学本学におりまして、全学部に対してダイバーシティ推進を行っている者です。もちろん病院での活動もやっておりますので、その両方をあわせましてご紹介をさせていただけたらと思っております。



このデータをご覧になった先生はいらっしゃるか

と思いますが、Top 10%ジャーナルの採択率を示しています。一番左側の女性がゼロ%、いわゆる男性だけのチームでやった研究論文で、一番右が女性だけのチームでやった研究論文がどれだけTop 10%ジャーナルに採択されているかというものを示しています。横のラインはドイツにおける平均を示していますが、男性のみ、女性のみというチームに比べて、男女混成のチームの研究の方が採択が高いということがわかってきます。このようにジェンダーバランスのとれたチームの生産性は高いというのは、実はいろんなところで報告が上がっております。私は今日そういう多様な人材を活用していくということについて、そしてその多様な人材が活躍できるために、働き方を見直していくために私どもがやっている方法などもご紹介しながらお話を進めてまいりたいと思います。

アカデミアにおける多様性の実現は、 研究職全体の魅力を向上させる

ジェンダーバランスのとれたチームの生産性は向上する

- ✓ 多様性は、より高度なサイエンスを実現する (Campbell et al., 2013)
- ✓ 多様性のあるチームでは、メンバーはそれぞれの能力を発揮できた時、生産性の高い協力的な研究ができる (Cheruvilil et al., 2014)
- ✓ ジェンダーバランスのとれたチームは、イノベーションを起す (The Lehman Brothers Centre for Women in Business, 2007)

ピーター・ドラッカーも言っていますし、私も本当にこうなりたいと思っているのが、働き方改革というのは残業時間を短くするとか、余暇をよく取るとか、そういうことがゴールではない、これは1つのプロセスであって、こういうことを進めながら結局のところ、自分自身はこうしたい、こういう価値を生み出すことが、働き方改革だと思っております。

す。

目標達成シートを活用する
大谷翔平選手が高校1年生のとき作成した目標達成シート

体のケア	サプリメントを飲む	FSQ 90kg	インステップ設備	体幹強化	軸をぶらさない	角張るつける	上からボールをたたく	リストの強化
柔軟性	体づくり	RSQ 130kg	リリースポイントの安定	コントロール	不安をなくす	力まない	キレ	下半身主導
スタミナ	可動域	食量 夜7杯朝3杯	下腿の強化	体を崩さない	メンタルコントロールする	ボールを前でリリース	回転数アップ	可動域
はっきりした目標目的を持つ	一番一喜一しない	頭は冷静に心は熱く	体づくり	コントロール	キレ	軸でまわる	下腿の強化	体重増加
ピンチに強い	メンタル	空想に流されない	メンタル	ドラフト18球団	スピード 160km/h	体幹強化	スピード 160km/h	肩まわりの強化
波をつくらない	勝利への執念	仲間を思いやる心	人間性	確	変化球	可動域	ライナーキャッチボール	ピッチングを確やす
感性	愛される人間	計画性	あいさつ	ゴミ拾い	故障排除	カウントボールを捕やす	フォーク完成	スライダのキレ
思いやり	人間性	感謝	道義を大切に使う	確	審判さんへの敬意	遅く発表のあるカーブ	変化球	左打者への決め球
礼儀	愛される人間	継続力	プラス思考	応援される人間になる	本を読む	ストリートと同じフォームで投げる	ストライクゾーンを広げコントロール	実行力をイメージ

ここに働き方とは違いますが、目標達成シートというものをご紹介します。実は私も3カ月ぐらい前に初めて知りました。ここにたくさんマトリックスがありますが、中心にあるマトリックス、ドラフト1位指名の球団8つというのが真ん中に書いてあります。その目標のために自分は何をしていくか。例えばメンタルにおいてはこういうことを自分は目標としてやっていく、人間性を高めるためにはこういうものをしていくなどをマトリックスとしてつくっています。これはある野球選手の何と高校1年生のときにつくったものです。もうおわかりと思いますが、大谷翔平選手がつくったものです。私はこれを3カ月ほど前に見て、私もつくってみたいなと思いつつ、もう既に3カ月たってしまいましたが、本当にこういうものがつくれるのかどうかというのを自分で知りたかったと思います。人生、何を始めるにしても遅すぎることはない私は信じておりますので、ぜひ自分でもこういうものをつくって自分の目標をもう一回見直してみたいなという気がしています。

ここにもマトリックスを示しています。これはアイゼンハワーボックスと呼ばれているものでして、アイゼンハワー大統領、Most Productive lifeの人です。最も生産性の高い大統領だったということで、大事なことはそれほど急がなければならない事じゃないんだよということ。そして急がないといけないことは、それほど重要なことじゃないんだという信念で、このボックスをつ

Dwight Eisenhower lived one of the most productive lives you can imagine
THE EISENHOWER BOX

	URGENT	NOT URGENT	
IMPORTANT	DO Do it now. Write article for today.	DECIDE Schedule a time to do it. Exercising. Calling family and friends. Researching articles. Long-term biz strategy.	<p>What is important is seldom urgent and what is urgent is seldom important. -Dwight Eisenhower</p> <p>https://jamesclear.com/eisenhower-box</p>
NOT IMPORTANT	DELEGATE Who can do it for you? Scheduling interviews. Booking flights. Approving comments. Answering certain emails. Sharing articles.	DELETE Eliminate it. Watching television. Checking social media. Sorting through junk mail.	

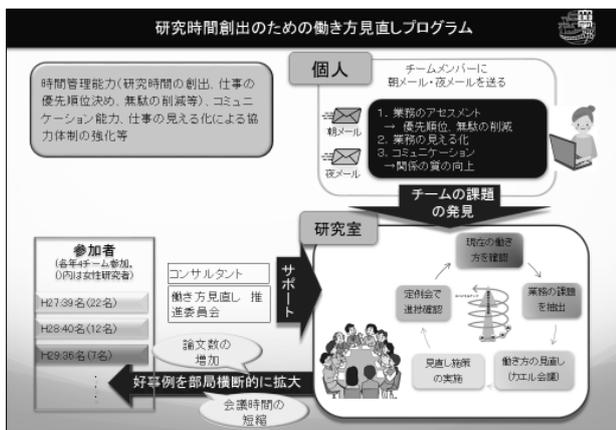
くって、自分の用務のやり方というのを考えていたというものです。4つの象限は、重要度と緊急度で分けて、そしてどちらもつまり、重要度もそれほど高くなくて緊急度も高くない事項、これはやめると考えます。重要度も高く緊急度も高い事項。これはすぐにやる。あるいは任せられる人がいないかを探してみることで解決してきたそうです。緊急性はあるけども、自分の中ではあまり重要でないというものは、それができる人に任せる。右上のボックスの重要度は高いけど、それほど緊急性がないという事項は、実は私たち、日ごろの業務に追われてしまい忘れられがちな領域です。例えば後輩の育成だとか自己研鑽だとか。まあアイゼンハワーはここにExerciseと書いてあります。これについてはいつやるかをちゃんと考えてやる。絶対ここを見落とさないでやるということが必要だと言っています。



私たちは長崎大学で「働き方見直しプログラム」をやっています。そのときに、このアイゼンハワー

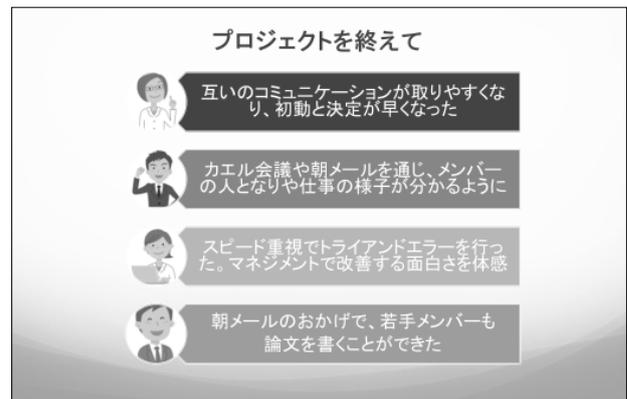
ランチョンセミナー

ボックスと同じようなものを使用して、自分たちの業務の割り振り、どう振り分けられるかと考えながらやりましょうとよくお話をしています。そして働き方の見直しのやり方としてスライドのように進めていきます。まず一体、どういう課題があるかを見極めることが一番で、それを分析して、チームみんなでその解決策を考える。みんなで考えることによって、必要のない業務はみんなの合意の上でやめる、また絶対これはやるべきことを優先順位を決めてやっていく。そして振り返りを行うというPDCAサイクルで進めております。



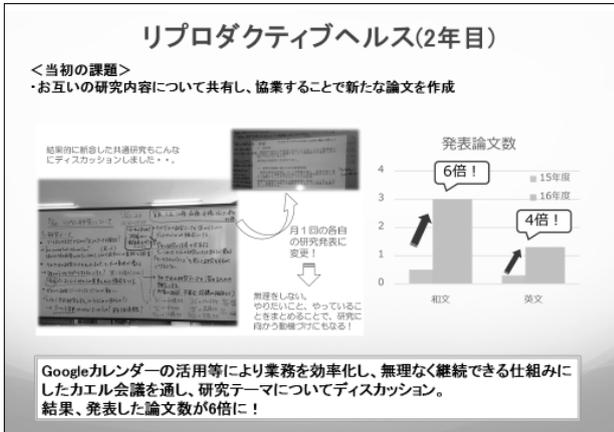
文部科学省でプレゼンしたときのスライドなので、少し違和感がある方もいらっしゃるかもしれませんが、「研究時間創出のための働き方見直しのプログラム」として私たちが実施しているものです。時間管理能力を身につける、それには研究時間を創出するとか無駄をなくすという事で、これは先生方がいつもお考えの事だと思います。そしてコミュニケーションを向上させる、そして仕事を共有化させることによって、協力体制をつくっていくことを目標としたプログラムです。10名ほどの業務ユニットとして進めるわけですが、朝メール、夜メールをやっています。これは個人レベルで自分が今日の業務の中で、優先順位を決めて、今日一日このように業務をやりますと、チームメンバーにメール配信します。そして一日が終わったところで、自分の一日を振り返ってこれがうまくいった、いかなかった、その原因は何かを考えて、夜メールとして自分のチームのメンバーに送ります。そしてそれを受け

取ったほかのメンバーは、この人の仕事の比重はどうか、サポートできることはないか、上司であれば、こういうことをサジェスチョンしてあげればいかなと進めていって、やがてチーム全体で課題を解決するという方法です。つまりPDCAサイクルをぐるぐると回して、先ほど申しましたように課題を見つけることから、自分たちが本当にこういう働き方をしたいというところに至るまで、その間に見直しを入れながら繰り返しています。ここにコンサルタントや働き方見直し推進委員がサポーターとして関与しますが、実際に考え、改善するのはこのチームメンバー自身であることが重要です。その結果として、論文数が増加しましたとか、会議時間が半分になりましたという成果がたくさん現れました。現在は、そういう成果を大学の中で共有して拡げていくことを進めています。

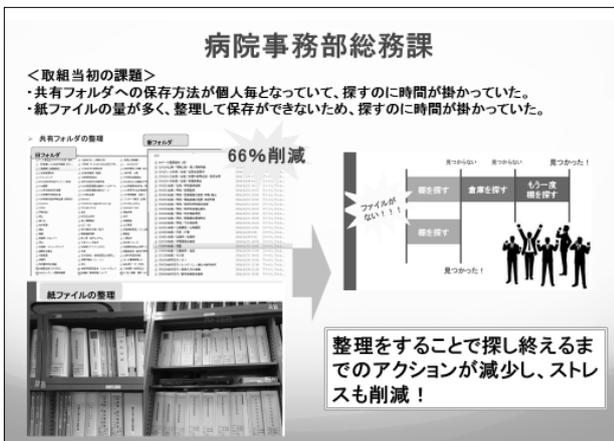


幾つかの例をご紹介しますと思います。朝メールの活用で互いのコミュニケーションがとりやすくなり、初動と決定が早くなったという感想。カエル会議とはそのPDCAサイクルを回す会議ですが、カエル会議や朝メールを通じて、メンバーの人となり、そしてその人の仕事のやり方などもよくわかるようになった。スピード重視でトライアンドエラーを行った。マネジメントにかかわるのが楽しくなったという方もおられました。そして若手が論文を書く時間が確保できるようになったという、成果も出てまいりました。

平成28年度に参加したこちらのチームは実は2年連続で参加しました。1年目のプログラムにより自分たちのコミュニケーションを向上させて、2年目



にはみんなで一緒に論文をつくらうということになりました。分野が異なるので、一緒に論文を作成することには困難が多かったので、お互いに意見を出し合って、だれかの論文のブラッシュアップを進めるということが進められました。こうしたところ、論文の数が6倍になったり4倍になったりしたという、驚異的な成果を出したチームでありました。



次にもう1つ紹介いたしますのは事務系のチームです。この事務のチームは目標を、整理整頓としました。整理整頓って私たちが常にやらないといけないけど、なかなか取り組めないものですが、それを徹底的にやりました。共有ホルダーの中に入っている情報、これはその人しかわからないようなものがたくさん放り込まれていたわけですが、それをだれが見てもわかるようにしようと、ある一定のルールで全部整理しました。この整理したサーバーの中のデータと紙ファイルをリンクさせて、どちらを見てもすぐにわかる、そして他部署から問い合わせがあってもすぐに答えることができ、探す時間が

セーブできるようになったということです。なんと66%探す時間が減りましたということで報告があがっております。

昨年度参加した生活習慣病の栄養士さんたちも入ったグループには、アイゼンハワーボックスを紹介しました。このグループにおきましては、重要度と、いかに早くできるか、時間をかけずにできるか(難易度)というマトリックスをつくって、高い成果が出るのにあまり時間がかからない課題解決からまず始めてみようではないかと進めていきました。このチームのすごいなと思ったところは、このマトリックスをこなしているうちに、ちょっと考えてみましょう、私たちの仕事って何かという話になったわけです。自分たちは患者さんのために働いている。そして病院の経営がうまくいくようになれば、それは本当に一番いいことだということで、またマトリックスをつくり直して、患者さんのためになるようなこと、そしてまた病院経営にとってもいいことは何かというマトリックスに作り直し、業務をどんどん改善していきました。

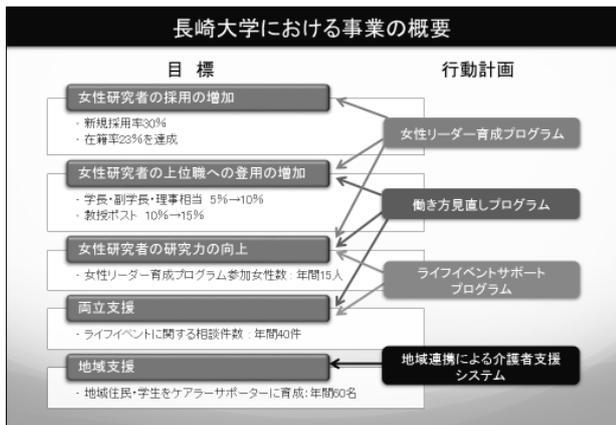
ダイバーシティ推進センターのカエル会議

- ・働き方を見直すことを目的に
- ・ほぼ1週間に1回
- ・30分以内で(キッチンタイマー利用)
- ・ホワイトボード・ミーティング
- ・会議前に議事は板書(議事項目ごとに時間配分)
- ・終わるときには、次回の会議のテーマ決め、振り返りシート記載

私が属しているダイバーシティ推進センターでの会議のことをお話いたしますが、カエル会議は、働き方を見直すことを目的としています。ほぼ1週間に1回はやる。そして30分程度でキッチンタイマーを使ってやっています。会議の前に議事を全部ホワイトボードに書き出して、決まったことをそこに書き出し、それをデジカメで撮って議事録としています。終わるときにはまとめや振り返りも行い、次週の議題を決めるという事をやっています。勿

ランチンセミナー

論、私たちの働き方のゴールを決めたわけですが、同時に私たちの働き方の問題点何だろうっていうことをみんなで意見を出し合いました。課題をドンドンあげていき、それぞれあげた課題に対して、どういうふうに解決するかというアクションを決めたわけです。アクションには、だれがいつまでにやるということも全部書き出しています。この経験を生かして、私たちのチームはプログラム参加終了後も毎週カエル会議をやって、業務の改善を継続しています。これが習慣化すると全然、苦痛ではない会議になります。しかしなかなか30分がとれないと言われるチームもたくさんあります。



これは長崎大学が掲げている大学のダイバーシティ推進の目標です。こうしてごらんいただきますと、女性の教員の比率を上げていく、上位職を増やす、女性研究者の研究力を向上するということを掲げています。その前提として意識改革に取り組んでまいりました。

意識改革

トップインタビュー
 学長を始めとする執行部に示してもらい、その取材記事・写真(動画)をセンターホームページ上に紹介
 ウェブページには3,000件を超えるアクセス

女性活躍推進小冊子
 LET'S CHANGE OUR MINDSET

平成27年11月16日 学長インタビューの様子

ダイバーシティ意識調査～より良い職場環境のために～

【目的】教職員が「多様な人材と共に活躍すること」に対して抱いている意識を把握し、課題を見つける

【対象】全教職員(全数調査)

【方法】紙媒体アンケートを全教職員個人宛に配布し、回答は返信用封筒にて匿名化した状態で回収。また、WEBアンケートも全教職員に送信するとともに、センターHP上に掲載、いずれの回答方法かは、各回答者が選択。

【実施期間】平成29年2月15日(水)～3月3日(金)

【回答率】51.9%

報告書

このスライドはダイバーシティ意識調査の概要です。回答率51.9%と比較的満足できる反応でしたが、かなり耳の痛いご意見などもいただきました。

女性研究者の研究力強化に向けた取組

◆ **女性リーダー育成プログラム**
 上位職を目指す女性研究者の育成を目的とする。参加者は最優秀者数に応じて学長から認定証を受け取り、リーダーとなることへの意識がより高まるよう工夫した。

▶ **女性研究者ネットワーク**
 研究分野や所属部署を越えて、研究やキャリアに関する情報交換や悩みを共有できるネットワークを構築し、センターへの提案などを含めて活発な交流が実施されている。

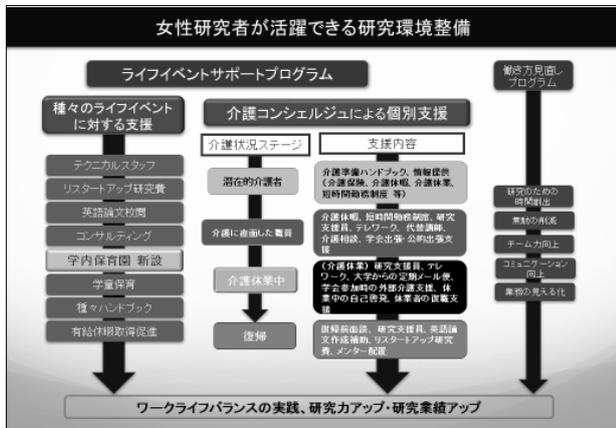
▶ 「長崎大学未来に羽ばたく女性研究者賞」の創設
 学術研究の将来を担う優秀な若手女性研究者の育成を推進する。

参加女性数
 目標 15名
 H27: 22, H28: 28, H29: 30

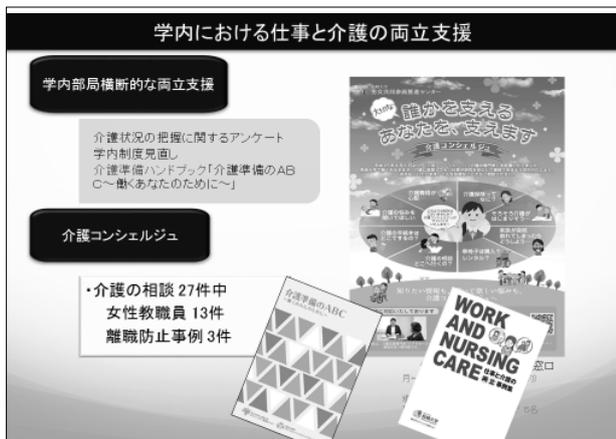
講座内容
 英語マインドセット、キャリアマインドセット、マネジメント力、コミュニケーション力、研究力、部下育成・指導力、研究倫理、調整力・交渉力、プレゼンテーション力、問題解決力、経営戦略の立案、リーダーシップ、英語力向上

女性研究者の研究力をアップするための女性リーダー育成プログラムは、女性リーダーになるために、タイムマネジメントのほかに、様々なスキルを身に付けてもらうプログラムです。また女性研究者のネットワークをつくっておりますし、素晴らしい業績を上げた女性研究者を顕彰する女性研究者賞もつくりました。

先ほどの「働き方見直しプログラム」と併行してライブイベントがあった方に対する「ライブイベントサポートプログラム」も実施しています。ここに介護コンシェルジュという言葉を書いておりますが、長崎大学では仕事と介護の両立をかなり以前から取り組んでいます。介護コンシェルジュがいて、いろんなステージの介護の状態、まだ介護は始まってないけど心配ですという人から、緊急性のある状況にまで対応をしています。その他にもライブイベ

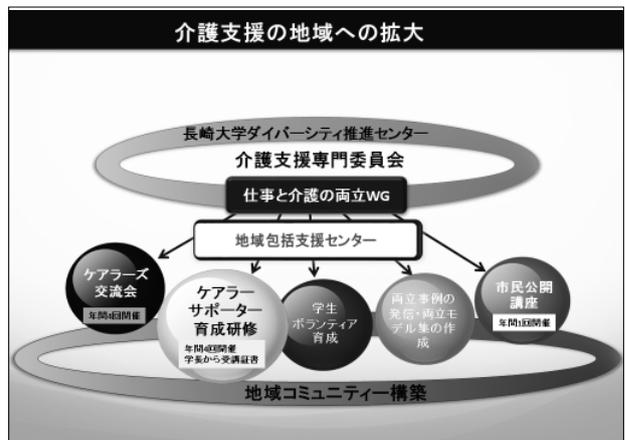


ントに対してサポートができるような、例えば研究補助員の雇用、リスタートアップ研究費の支給などやっております。長崎大学で2つ目の保育園、企業指導型の補助事業費を受けた保育園を昨年オープンいたしました。また夏休みの期間中、教職員の子どもさんをお預かりする学童保育もやっております。

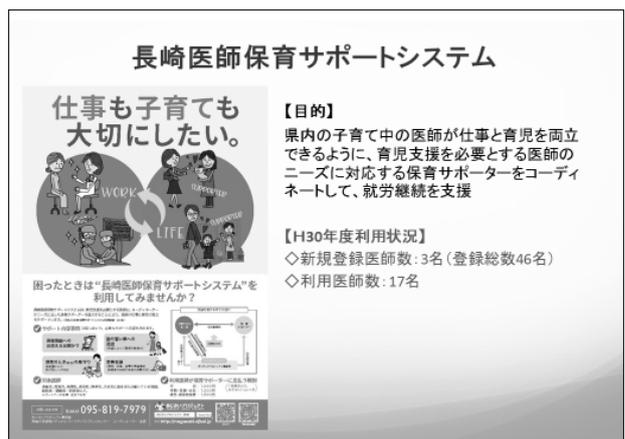


これは先ほど少しお話した「仕事と介護の両立」の相談窓口の案内のチラシです。「ワーク・アンド・ナーシングケア」というこの小冊子は、実際に長崎大学の教職員で介護をしながら仕事を両立させている人にインタビューをして、どういう制度を利用しているか、どういうふうに自分の生活の工夫をしているかというものを聞き取りしました。その内容から、架空の4名をつくって、その4名の人がいっぱい支援制度を利用しながら仕事と介護の両立ができることを、このハンドブックの中で示しております。実際の相談件数ですが、1年半で27件の相談がありました。そしてその中に女性教職員が13件、実際に離職の水際で止められたというのが3件

ありました。



同じく介護に関しましては、地域にいる介護をしている人たちのサポートも必要だということろで、長崎県医師会のご協力もいただきながら進めています。行政や医師会のサポートを受け、学生のボランティアをケアラー・サポーターとして育成して、ケアラーズ交流会など実際に参加しています。長崎大学でやっている同様のことを、隣の市でも始めましたということもありますし、いくつかの町内で介護のケアをやっている人の心の支えとなるようなケアラーズ交流会が誕生しているというのも事実です。



こちらは長崎大学病院の中の取り組みである「長崎医師保育サポートシステム」です。昨年まで医師会と一緒にやっておりましたが、ちょっとサポートする領域が違うなということで、今は地域や対象を分けて個々にやっております。育児中の医師が例えば保育園の送り迎え、塾に連れて行ってもらったり、自宅に預かってもらうとか、サポートをしてほ

ランチンセミナー

しいというリクエストがあれば、私たちがヒアリングして、それができるサポーターさんとマッチングをしています。このシステムを県内でも広めていこうと試んでいます。

イブニングシッター 平日(水曜除く) 17:30~20:30

【イブニングシッター利用状況】
H29.4.1~H30.3.31

	人数
利用者数(延べ)	8
託児数(延べ)	11

H30.4.1~H30.9.30

	人数
利用者数(延べ)	7
託児数(延べ)	10

イブニング・シッターは、夜間にセミナーがあったり、カンファレンスがあるときに、子どもさんがいて参加ができないという方のために、子どもさんを病院の一角で預かって参加してもらいましょうというシステムです。

復職&リフレッシュトレーニング

2018

復職&リフレッシュトレーニング計画表

第1回 めまい〜それほしくないめまい医師の悩み〜

第2回 乳がん〜先生、胸にしりひがあるんですけど〜

第3回 急性冠症候群〜見逃してはいけない病態〜

トレーニング後は、ママドクターの意見交換会で談笑

復職&リフレッシュ・トレーニングは今、育児休業をとっている方が、大学病院と気持ちをつないでいっていただいて、決して気持ちが遠くならないようにするためにやっています。いろんなテーマを決めて、決してそれを受けたから復職ができるというわけではありませんが、何らかの形で私たちとつながっていただきたいという事で談話会もやっています。

マタニティ白衣、パンツを県内で働く女性医師にレンタルしています。これはただ使っていただく

マタニティ白衣・パンツのレンタル

マタニティ白衣を長崎県内全域にレンタルします!

長崎県内全域に無料レンタル

H24年6月-H30年9月
医師46名を含む計63名が利用
長大病院以外の医師の利用は10名

2017年よりマタニティパンツもレンタル開始!

いうだけのものではなくて、使いたいという申出があったときに、出産・育児をする女性医師に、じゃあいつ頃どういうタイミングで復帰をしたいか、どんな形で復帰をしたいかという話をします。そして保育園はいつぐらいから探しましょうかというところまで話して、白衣をお貸ししているというシステムです。これのおかげで、今から出産をする女性医師ともつながっています。

学生のキャリア教育 (医学部3年生)

H28年7月4日 8:50~16:10 医学部3年生137名(男性102名、女性35名)

【講義の目的】
医師としてのキャリア継続のため、ワークライフバランスの考え方を知るとともに、医師としての多様な生き方があることを学ぶ。

【講義の概要】

長崎県福祉保健部 医療政策課 宇藤子先生
ライフプランにおける妊婦出産バリエーション「子育てをしながら自分らしく生きる」を配布説明

長崎県医師会 戸宮悦子先生
「ワークライフバランス」を配布し、医師会活動を紹介します。

これは医学生のキャリア教育で1年間に1回だけですが、朝から夕方まで1日いただきまして、授業としてワークライフバランスの講義のほか、PBLで、自分たちが医師になったときのワークライフバランスについてどう対応していったらいいかを学生のときから考えてもらおうという仕組みです。これは秋田大学で始められたものを、長崎大学でも導入させていただき、5年目になりました。学生へのPBLでいろんな状況によって自分たちだったらこう対応するというものを寸劇で発表してもらっています。大学の内外からのロールモデルに参加しても

らって経験に基づく貴重な意見もいただいています。

女性医師ネットワーク構築

女性医師の就業状況確認と潜在化した就労希望のある女性医師に向けての就労支援、およびネットワークづくりを目的に、「女性医師の現状確認調査」を実施（H25年1月～H27年3月）

一長崎大学卒業の女性医師、長崎県内に勤務する他大学卒業の女性医師、長崎県医師会女性会員等1098名に調査票を発送、うち返信663名（60.4%）

⇒調査結果で得られた情報を「あじさいプロジェクトデータベース」で一元管理

- ・「女性医師ネットワーク」を構築し、役立つ支援情報やサービス提供＝支援の輪を広げる
- ・各種イベント参加やサポート利用をもとに、最新の情報を随時登録＆更新

【データベース登録状況】

2,571件（全登録数）		
H30年9月時点		
内訳	女性医師	1,438名
	長崎県内病院	150拠点
	その他	983名

女性医師ネットワーク構築と書いてありますが、私が病院のメディカル・ワークライフバランスセンターで仕事を始めた頃に、一体何人の女性医師が出産を契機にやめてしまっているのか、夫の転職について行って現場に戻らなくなってしまっているのかというのがわからなかったんです。それをまず知りたいと思って、ありとあらゆる手段を使って情報を集めました。個人情報なので、情報入手はなかなか難しく、医局長を通して、間接的に連絡をとり合ったり、医師会の名簿ももちろん活用させていただきまして、今は大きなネットワークとなっています。

医師の両立支援状況調査

【目的】 病院経営者・管理者の、ワークライフバランス施策に対する認識を把握し、長崎県内病院の育児・介護休業制度等の両立支援策の取り組み状況や短時間勤務制度利用等の実態調査を行う。

【対象と方法】

- ・ 毎年実施
- ・ 調査対象：長崎県内 149 病院と、1,355 診療所
- ・ 調査方法：調査票を郵送し、同封の返信用封筒で回収。
- ・ 質問内容：常勤・非常勤医師数、子育て中の医師数、医師の健康診断受診率、職場環境の整備について、ワークライフバランス施策の認識等

このネットワークはデータベース化して私どもから、例えば定期的なメールマガジンやイベントの情報提供など行っています。

離職した高学歴の女性への離職理由の調査がアメリカで行われた結果が発表されています。アメリカ人の多くが家族関係だとあげているのに対して仕事

女性の離職理由は育児ではなく 仕事の行き詰まり

- 離職した高学歴の女性対象の調査
- 家族関係要因
 - 育児が理由：アメリカ**74%**、日本**32%**
- 仕事関係要因
 - 仕事への不満：日本**63%**、アメリカ**26%**
 - 仕事に行き詰まりを感じた：日本**49%**、アメリカ**16%**

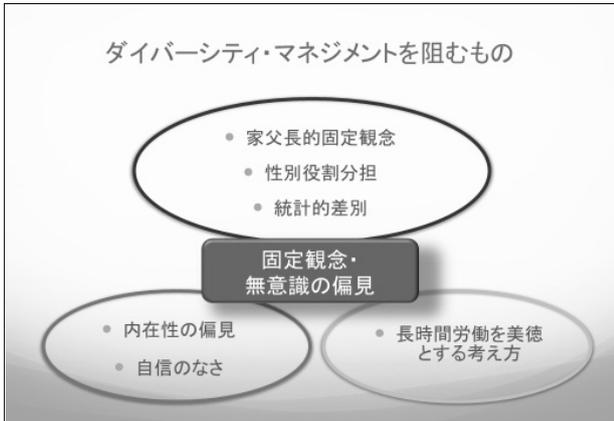
「人材浪費大国ニッポン」日本企業は慎重に紙をリサイクルするが、女性の能力を無駄にしていることに無頓着だ

米国Center for Work-Life Policy 調査2011年

関係で離職したというのは、アメリカ人よりも日本人の方が多いたことが示されました。日本人は人材の浪費大国だとして大変有名になった話です。もしかしたら育児が大変と言いつつも、その後ろに隠れている何か、考えていった方がいいのかなと思います。



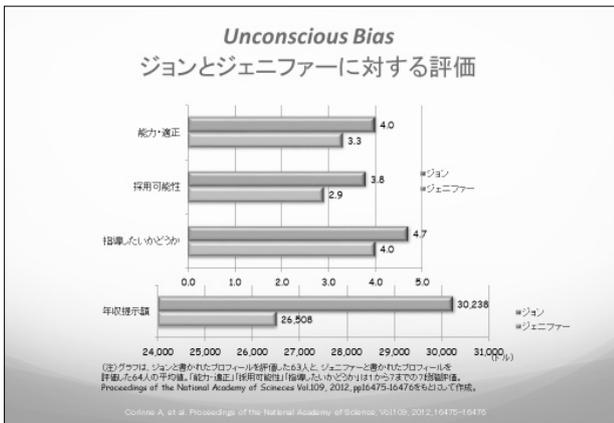
両立できるように支援していくこと。そしてその人の能力を生かしていくこと。これは大きな2つの車輪だと思っています。その両輪がよく回ってうまく進んでいく。そしてもう1つ必要なのは、ジェンダーに基づく固定観念をなくしていくことが必要だと思っています。固定観念とは、家父長的固定観念や性別役割分担、統計的差別があります。例えば育休から復帰してきた女性にこういう仕事はちょっと大変だからやらせるのはやめておこうと思うことは、誰もがあるかも知れませんが、そうではなく、本人はやりたいのかもしれない。上司として、不要な優しさ、甘えを与えないようにすることも大切だと思います。



女性自身にも自分自身に自信を持ってないという問題もあります。長時間労働が美德だというふうに考えてきた日本人の特性もあるかと思います。こういう固定観念、無意識の偏見を私たちは、あると知っていても腹落ちしていない、あるいは気づいていないという人もたくさんいるのだと思います。私達の意識の醸成が必要なところです。



なるとなぜほとんどが男性なんだという話がずっと前からあって、実際にオーディションを受けているときに男性か女性かというのがわかり、無意識に男性を採用しているからではないかと考えられてきました。そこで、演奏している人の前にカーテンあるいは衝立を置いて審査をすると、だんだん採用者に女性の比率がふえていったということです。それだけ私たちは知らず知らずのうちに偏見を持っているということでしょう。



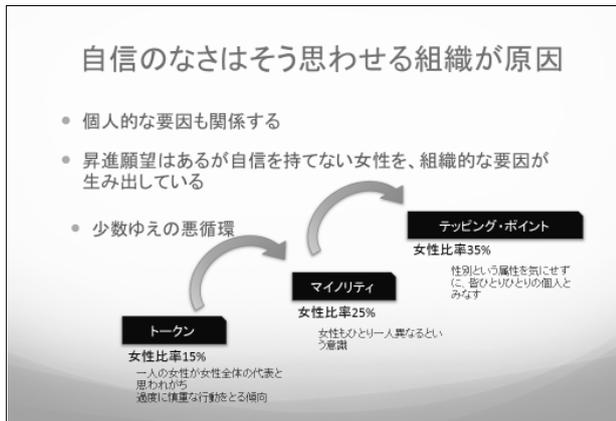
これはジョンとジェニファーに対する評価という無意識の偏見の話です。同じ履歴書で、その名前をジョンという男性の名前とジェニファーという女性の名前にして、審査してもらいました。そうするとジョンの履歴書の方に高いポイントがついてしまう。そして給与もジョンという男性の方にたくさん出そうということがわかりました。これはアメリカで出たデータです。全く業績は同じなのに、名前が男性の名前、女性の名前というだけでこれだけの差が出てくるのです。

ブラインド・オーディションの話をしてします。音楽学校では女性も結構な数いるのに、オーケストラに



インポスター症候群は、1つの仕事をやりとげたときに、男性は「それは僕が頑張ったからです」と言う。女性は「運がよかったからです、みんなが助けてくれたからです」とつい考えてしまう。そういう女性の特徴もあるということは知られています。

アメリカのエール大学で就職先を決めるころになると、女性はどんどん目標を下げていくようになります。それはいろんな理由として考えられています。1つにはやはり自信が持てないことがあるのではないかと。それに対して男性は自分のパフォーマンス



スを3割ぐらいアップして考えているんだそうです。ですので、もっともっと女性の方々に自信を持ってもらいたいと思います。女性が自信を持たないことには、先ほどお話ししたインポスター症候群のような女性の特徴はありますが、組織も大事で、数はパフォーマンスを生むということです。例えば組織に15%しか女性がいなかったとすれば、その女性の発言はすべての女性の意見をあらわしているような発言に聞こえてしまうために、ついつい発言をとめてしまことがあるそうです。それが25%になってくると、女性にも色々いるというのはわかって、やはり「ああ、女性の意見だな」と周りが考える。35%ぐらいになると、1人の人としての意見として受け入れてもらえるようになる。ですので、やはり数というのも大切で、医師会でも活躍していくような女性をふやしていただけたらなと思います。

Sheryl Sandberg の言葉

働く女性への3つのメッセージ

1. **Sit at the table** テーブルにつきなさい
2. **Make your partner a real partner**
パートナーを本当のパートナーにする
3. **Don't leave before you leave. Keep your foot on the gas pedal**
一歩前へ踏み出そう。仕事を辞める前に仕事から離れないで、そして、アクセルを踏み続けて

このスライドはシェリル・サンドバーグの働く女性へのメッセージを示します。最後に再びピー

ター・ドラッカーの働き方の話です。時間というのは非常に少ない資源で、それを大切に管理できないなら、あらゆることは管理できないと言っています。ですので、働き方を私たちは見直しながら、ダイバーシティ、ワークライフバランスを考えていたらなと思っております。少し時間を超過いたしました申し訳ありませんでした。ご静聴いただきましてありがとうございます。

(上谷先生)

伊東先生、どうもありがとうございました。男女共同参画、ダイバーシティを通じて、この長崎大学の働き方の見直しについてお話いただきました。多分、先生が最後に言われたことが一番言いたかったのではないかと。我々の固定観念というか、男女に対する偏見が一番足かせになっているんじゃないかということです。ここにおられる先生の中でも女性は非常に少ないですね。まだこれから、いろいろ改革していかなければいけないことがたくさんあると思いますけれども、きょうの先生のお話、非常に役に立つ話だったと思います。どうもありがとうございました。

第39回全国医師会勤務医部会連絡協議会

<11月3日（土・祝）・シンポジウム1>

13:00~14:15

「医師は労働者か？～応召義務と時間外労働の狭間で～」

座長：日本医師会副会長 **今村 聡**

長崎県医師会副会長 **佐藤 光治**

「今、変わるときー NO Change, No Future ー」

厚生労働省労働条件政策課医療労働企画官 **安里 賀奈子**

「医師は労働者か？（むかし医師は労働者ではなかった…）」

弁護士法人ふくざき法律事務所弁護士 **福崎 博孝**

「医師の働き方改革検討会の現況と今後の展望」

済生会福岡医療福祉センター総長 済生会福岡総合病院名誉院長 **岡留 健一郎**

「働き方改革と女性医師」

岡山大学地域医療人材育成講座・教授 **片岡 仁美**

「好生館の働き方改革」

佐賀県医療センター好生館副事務部長 **小野 潔**

シンポジウム1

座 長

日本医師会副会長 今 村 聡
長崎県医師会副会長 佐 藤 光 治

(座長)

シンポジウム1の座長を務めます日本医師会の副会長の今村と長崎県医師会の佐藤です。どうぞよろしくお願いいたします。シンポジウム1は「医師は労働者か?～応召義務と時間外労働の狭間で～」をメインテーマとしております。

早速ですが、シンポジウム1の講演に入らせていただきます。なお演者の先生方のご略歴につきましては、大会誌の掲載にかえさせていただきます。またフロアからの質疑にはシンポジスト全員の講演の後に、休憩を挟んでディスカッションの場を設けておりますので、そのときにまとめてご質問いただくようお願いいたします。

では1つ目のご講演、厚生労働省労働条件政策課医療労働企画官、医政局医療経営支援課医療勤務環境改善室長の安里 賀奈子様より、「今、変わるとき- No Change, No Future -」と題してご講演をいただきます。安里様、どうぞよろしくお願い致します。

「今、変わるとき - No Change, No Future -」

厚生労働省労働条件政策課医療労働企画官 安里 賀奈子

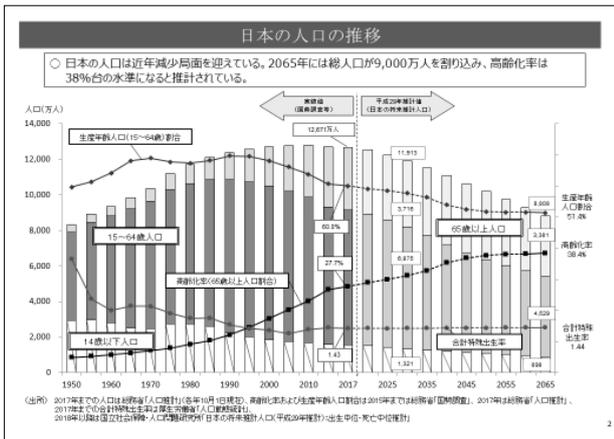
第39回 全国医師会勤務医協会連絡協議会(平成30年11月3日(土・祝))
 シンポジウム1「医師は労働者か? ~応召義務と時間外労働の狭間で~」 >

今、変わるとき -No Change, No Future -

厚生労働省 労働基準局労働条件政策課 医療労働企画官
 医政局医療経営支援課 医療勤務環境改善推進室長
 安里賀奈子

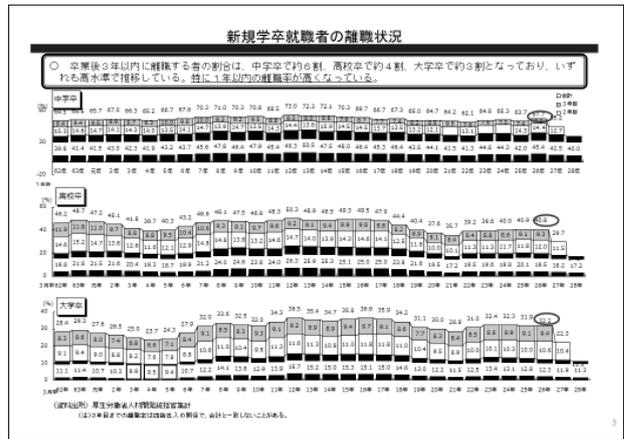


ありがとうございます。読みにくい演題にしてしまっ
 て申しわけなかったと思ったんですけども、私の方からは、もうそんなこと知っているよという話が多いかなとは思ってんですけども、働き方改革と言われて今、進めていることの、なぜ必要かとか、方向性がどうなっているかということをお伝えできればと思っております。



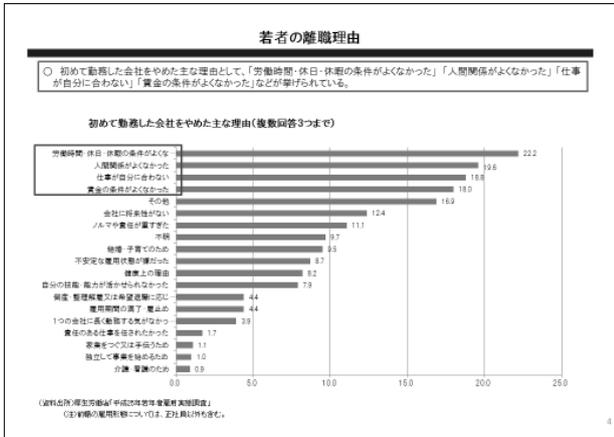
まずこれはよく見るグラフだと思いますけれども、日本の人口がどんどん減っていきます。ただ減って行って昔に戻るだけではなくて働く人たち、働き盛りの層がどんどん減っていきます。これが非常に危機です。この時代においても日本が元気で活力を維持するためにはやはり今いるこの人たちがみ

んな元気で働き続ける、これが重要なので、そのためには今の長時間労働を是正していかなければうまく回らないだろうと、そういう流れの中で働き方改革というのが昨今言われております。ここまで聞いて、皆さん、ふうんと思ってらっしゃるかなと思うんですけども、多分、皆さんの頭の中には長時間労働の規制が始まると。医者であっても早く帰らなきゃいけないとか、そういう規制が始まるのがどうなんだろうという思いがあるかと思うんですが、今日私がぜひともお伝えしたいなと思ったのは、看護師の方から聞いたんですが、やはり若い人たちが医療現場にあまり入らなくなってきたような話があります。

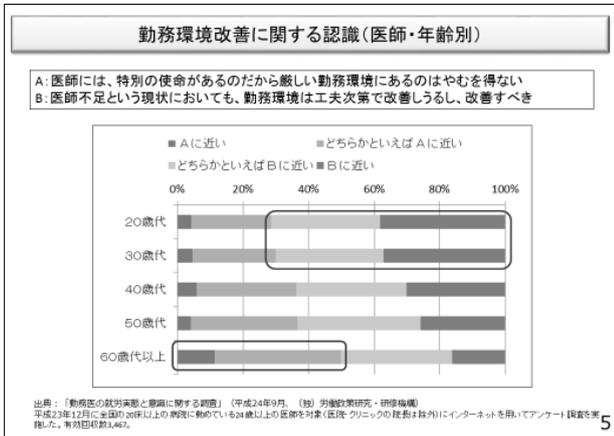


これ日本全国そうですけども、当然、医療界もこの影響を受けるわけで、医療界の話をする前に日本全国の話で恐縮なんですけど、新しく入った、職場に入った人たちがすぐにやめてしまったりしますよねっていう、これ全体のデータなんですけども、卒業後、3年以内に離職する人の数、まあ中卒、高卒の方が多いんですが、大卒の方でも3割ぐらいの方がその職場を立ち去っていると。

立ち去っている理由を聞いた調査があるんです

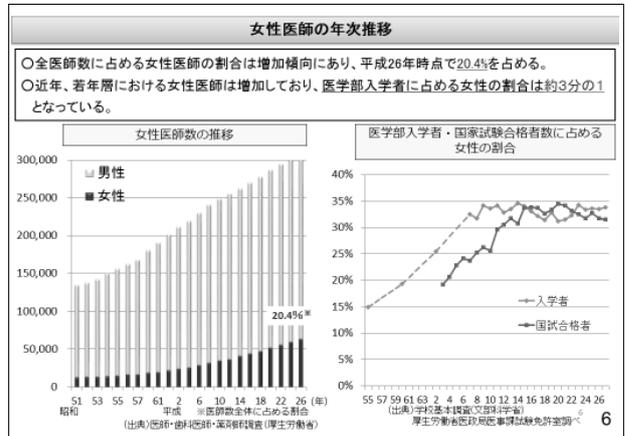


が、労働条件がよくない等。もちろん人間関係がよくなかった、仕事が自分にあわなかった、賃金の話もありますけれども、労働条件のことを言い始めているんです。多分、ここにいらっしゃる先生方は、医療の現場を支えて、長時間労働をいとわず働かれてきたんだと思うんですけれども、そして医者というプロフェッショナルな社会的使命を帯びている職業を選択する学生っていうのは当然、自分たちと同じような意欲をもとからお持ちだろうと考えられるかもしれないですが、



もう1つご紹介したい調査が、お医者様の意識調査を行ったものですが、AとB、2つの考え方を示してございまして、どう思いますかと聞いています。Aの方は医者には特別な使命があるのだから、厳しい勤務環境にあるのはもうやむを得ないと。自分たちはここをこう支えていくのだから頑張ろうじゃないかというのがA。Bの方は医師が不足しているという現状をわかった上であっても、やはり勤務環境は工夫次第で改善できるし、改善してい

かなきゃいけないという意見です。60歳代以上の方はAが多いです。皆さん、心の思いがあふれているんだと思うんですが、若い世代の方はやはりBの方がふえています。これが何を意味しているかといいますと、もちろん医師不足だとか、目の前の患者さん見捨てられないというところはあるんでしょうけれども、それでも自己犠牲を強いずに働けると働いている方々が思えるような環境にしていかなければ、人口が減っていく中で、新しい人たちが医療界に入ってこなくなるかもしれないという危機があるんです。なので、働き方改革として今まで全然意識もされていなかった労働基準法が振りかざされて、無理やり押しつけられているみたいな感覚がもしかしたらおありかなと思うんですけれども、目指しているのはこういうことです。もう世代が変わってきていますので、社会も変わる、人の気持ちも変わる中で、医療界も変わっていかなければなかなか持続していけないと。本当に救うべき患者の命が救い続けられる社会になるために、勤務環境も改善していきましょうという流れだと思っております。



先ほどのダイバーシティの話でもありましたが、実際に女性の医師の方ふえております。女性医師は入試の問題とかでも最近よく取り沙汰されておりますが、入試の段階だとたしか3割を超えているそうなので、3分の1を超えているので、近い将来3割を超えていくんだと思うわれてございまして、そうすると先ほどのランチョンセミナーの女性の割合がどんどんふえていくと女性も、女性というカテゴリではなくて、1人の個人として見てもらえるよう

結んだとしても基本の上限はここに書いています、月に45時間、年360時間にしてくれという事です。半年猶予といった部分でも年720時間、月平均80で、これは休日労働込みですが、100時間という規制がはまっています。ただお医者さんについては、この水準どうするかというのでは、はまりきらないだろうという認識がありますので、そこを今日のシンポジウムの題にもなっていますけれども応召義務、目の前に患者さんがいると見捨てるわけにはいかないう状態、医療ニーズに対応しなきゃいけないという社会的な要請を踏まえながら、この上限時間数をじゃあどうしようか、それ以外にまたいろいろ働き方の改革の流れの中でやるべきことはあるか、そういうことを議論しております。

「医師の働き方改革に関する検討会」について

働き方改革実行計画(平成29年9月28日閣内閣府決定)においては、長時間労働の是正のため、労働基準法を改正し、罰則付きの長時間労働の上限規制について法律で導入する方向が示されています。

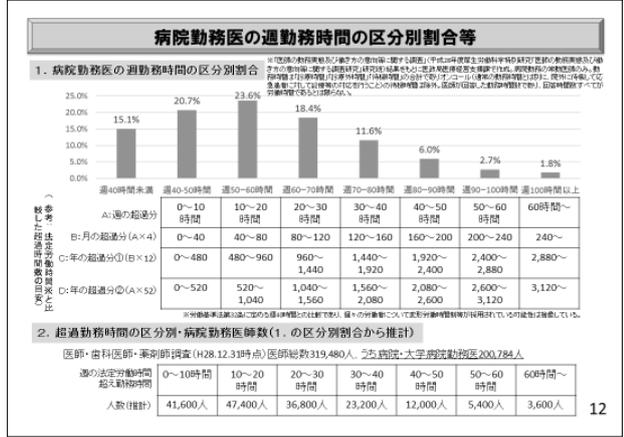
◆この中で「医師については、医師法(昭和30年法律第80号)に規定する業務の特殊性を踏まえた対応が必要であることから、時間外労働規制の対象とするもの、改正法の施行期日の5年後を目途に規制を適用することとし、具体的には、医師等の参加の下で検討会の場を設け、2年後を目途に規制の具体的な在り方、労働時間の短縮等について検討し、結論を得るとされた。これを踏まえ、本検討会を開催するものである。

構成員	本検討会の検討事項
<ul style="list-style-type: none"> 赤尾 隆二 東京医科大学医学部附属病院総合救急センター-救急医 荒木 尚志 東京大学大学院法学政治学研究所教授 櫻井 武敏 東京大学医学部附属病院長 ※村 勲 公益社団法人日本医師会 地域医療推進センター-長 ◎岩村 正彦 東京大学大学院法学政治学研究所教授 坂内 功次 東京大学 慶応大学 慶応センター-集中ケア認定看護師 稲田 健一郎 福岡県立中央病院総合病院長 片岡 仁美 岡山大学医学生命科学研究センター-長 城守 国三 公益社団法人日本医師会 常任理事 工藤 豊 福岡県立看護大学看護学部長 高野 一 東京大学大学院工学系研究科教授 渋谷 健司 東京大学大学院工学系研究科健康情報学専攻教授 奥田 新一 公益社団法人日本医師会 常任理事 遠野 千尋 香川県立中央病院院長 奥田 新一 特定非営利法人知れ地理事務長 宇島 美津子 区民会 区民協働スペース-運営推進部長 高野 一 株式会社社会実務推進部長 馬場 武彦 社会医療法人ペリス理事長 種島 浩子 福岡県立総合土事務所特定社会保険労務士 三島 中明 東京アーバンクリニック総合病院長 村上 隆子 日本労働組合総連合会労働局長 原本 正宏 全日本自治団体労働組合総合労働局長 山本 修一 千葉大学医学部附属病院長 	<ul style="list-style-type: none"> (1) 新たな医師の働き方を踏まえた医師に対する時間外労働規制の具体的な在り方 (2) 医師の勤務環境改善策 (3) その他

検討のスケジュール

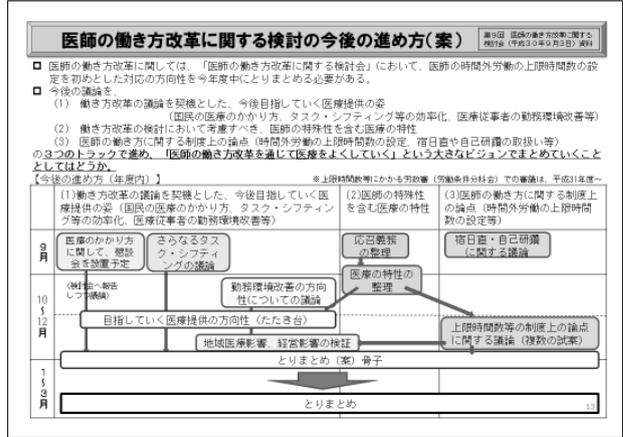
- ※第1回(平成29年8月2日) 医師の働き方改革について
- ※第2回(平成29年9月20日) 労働時間法について
- ※第3回(平成29年10月20日) 医師の勤務環境について
- ※第4回(平成29年11月10日) 勤務環境改善策について
- ※第5回(平成29年12月10日) 勤務環境改善策について
- ※第6回(平成30年1月10日) 中間報告の整理・まとめについて
- ※第7回(平成30年2月10日) 中間報告の整理・まとめについて
- ※第8回(平成30年3月10日) 今後の進め方について
- ※第9回(平成30年4月10日) 自己研鑽等について
- ※第10回(平成30年5月10日) 応召義務等について

これが議論している会議ですが、今村先生と後ほどご発表される岡留先生も入っておりますが、議論を進めております。



これはその協議会の資料ですけども、医師の勤務時間を調査したもので、自動車運転者等は今も長

時間労働で、すぐに是正は無理なので960となっておりますが、お医者さんは960に収まっている人も6割ぐらいしかいなくて、もっと働いている方がたくさんいらっしゃるというのがわかっています。勤務時間なので、実際にもっと細かく見ると、これは労働時間じゃなかったなというような時間があるかもしれないという分析もしておりますけども、今のようデータも見ながら、さてじゃあどうするかという話をしております。



検討会の議論の進め方ですが、働き方をどう変えるかという中身の話で、どういうやり方をやったら労働時間が圧縮されるんだというような話、それから国民にかかわり方を変えてもらうことが重要じゃないかといったような話も込みでしています。それから応召義務と言われている義務の整理をしたり、医療の特殊性、目の前の患者さん見捨てられないということをどう考えていくかとか、そういう話もしまして、あとは基準法の世界の労働時間の考え方の未整理の部分をしっかりと整理しようというところも

医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組の概要

勤務医も雇用する種々の医療機関が自らの状況に照らして、できることから自主的な取組を進めることが重要。

医療機関における経営の立案、個々の医療従事者の責任者・指導者の立場の医師の主体的な取組が重要。

医師の労働時間短縮に向けて国民の理解と共感の喚起が重要。

1. 医師の労働時間短縮に向けた取組

- ① 医師の労働時間短縮に向けた取組
 - まずは医師の在院時間について、発案的な把握を行う。
 - ICカード、タイムカード等が導入されていない場合でも、出勤時間等の記録を上司が確認する等、在院時間を的確に把握する。
- ② 3.6協定の自己点検
 - ③協定の定め、又は定めを越えて時間外労働をさせていないか確認する。
 - 医師を含む機内の医療従事者として、③協定で定められた時間外労働時間について自己点検を行い、必要に応じて見直し。
- ③ 産業保健の活用
 - 労働安全衛生法に定める衛生委員会や産業医等を活用し、長時間勤務となっている医師、診療科等ごとに対処策について個別に議論する。
- ④ タスク・シフティング(業務の移管)の推進
 - 点検に係る業務、診断書等の代行入力の業務等については、平成19年通知(※)等の趣旨を踏まえ、医療安全に留意しつつ、原則医師以外の職種により分擔して実施し、医師の負担を軽減する。
 - 特定行為研修の受講の推進とともに、研修を修了した看護師が適切に役割を担わせる業務分擔を具体的に検討することが望ましい。
- ⑤ 女性医師等の支援
 - 短時間勤務等多様な柔軟な働き方を推進するなどきめ細やかな支援を行う。
- ⑥ 医療機関の状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取組
 - 全ての医療機関において取り組むことを基本とする。～のほかに、各医療機関の状況に応じ、勤務時間外に緊急でない患者の病状観察等を行わないこと、当直時の勤務負担の緩和(急診時勤務時間数を考慮した退勤時間の設定)、勤務時間インテンシブの導入、複数主治医制の導入等について積極的に検討・導入に努める。
- ⑦ 専任労働者による好事例の積極的な情報発信、医療機関への財政的支援、医療環境改善支援センターによる相談支援等の充実等

(座長)

安里様、どうもありがとうございました。

続きまして、弁護士法人ふくざき法律事務所の弁護士、福崎 博孝先生に、「医師は労働者か？（むかし医師は労働者ではなかった・・・）」と題してご講演いただきます。福崎先生よろしく願いいたします。

「医師は労働者か？ (むかし医師は労働者ではなかった・・・)」

弁護士法人ふくごき法律事務所弁護士 福崎博孝

こんにちは。弁護士の福崎です。私は医療安全、要するに医療訴訟をメインでやっており、弁護士になって38年目なんですけれども、最初の17年間は患者、家族側で、その後の20年間は医療側でやっています。その関係で、お医者さんたちと知り合う機会が非常に多くなり、今、大学病院の運営会議の委員とか、長崎大学や長崎医療センター、佐世保総合医療センターのアドバイザー的な立場で働き方改革の意見交換をやっています。長崎労働局の長崎労働審議会の会長やっていますので、こちら側でこの様な話しをしていいのかなという立場なんですけども、このことは長崎労働局も知っています。私がいろんなアドバイスをすることは多分黙認です。要するに医療の現場がどうあるのか労働局も知っているんです。今回の働き方改革で、キャップ（時間外労働の上限規制）つけるのがどういう意味があるのかってというのは多分わかっているんですけども、やはり医者が労働者である以上はやらざるを得ないし、そこには看護師さんもいるし、医療スタッフもいるという状況があるということを知っていて、でもたまたま内部通報とかあれば動かざるを得ないということなんだろうと思います。具体的な案件は私に上がってきませんのでわかりませんが、内部通報があるかどうかだろうと私は想像しているのです。今日のテーマの「医師は労働者か？」という点については、本来医師はプロ、労働者ではなくてプロなんです。プロフェッショナル。今は違うかもしれないんですけども、中世ヨーロッパではプロフェッショナルというのは、僧職と医者と弁護士、本当は正確に言うと、聖職者と医者と法律家というふうに言われていた。それを私に教えてくれたのは私のお師匠さんです。弁護士の亡き中坊公平が我々が若いころに

報酬の話をしていていたら、「弁護士は報酬で食うんじゃないんだ」と言われた。何で食うんですかと聞いたら、お布施だと言われた。今の僧侶に残っているお布施。これは医者も同じで弁護士も法律家でも同じなんだという話なんです。だからこそ、この3つはプロフェッショナルというふうに呼ばれるんだという。ということは労働者でもないし商売人でもない、要するにお布施で生活してる人種だということなんです。その理由というのを聞くと、要するに神の前で、我々がこういう職業をやる（やらせていただく）っていうことで宣誓したんだと。そのまま患者、家族に対して身を捧げよという話なんです。それは医者の中には非常に残っているんですけど、弁護士には多分残っていないんじゃないかなという気がします。僧侶、聖職者の中には当然、それは残ってるんですけども、いずれにしても医者は労働者かという質問に対しては、私とすればやはり大昔に労働者じゃなかった時代がありますよということをお願いしたいのですが、今の現行法制上じゃあり得ない話ですよ。医者は労働者です。医者は労働者で労働法制の適用があります。ですから、いかに医療者が文句言ったって労働基準法は守らざるを得ない。今回の改正でそれこそキャップ（時間外労働の上限規制）つけられて、罰則つけられてということになったら、それにあわせざるを得ないだろうと思うんです。何でそういう事態になっているのかというふうに考えると、先ほど言いました、昔医者は労働者じゃなかったというのが、仕事の内容からすればそうだとことなんですけど、今も仕事の内容変わってないですよ。変わっていないのに、医者に労働法制を適用するようになって労働者にしてしまったためにそうなっている。要するにや

はり医者、看護婦さんも含めてですけども、医療というものに労働法制を当てはめるといふ事があってないんだらうと思います。そのあつてない修正を今、医療界は先ほどの安里さんみたいな官僚の皆さんと一生懸命、ここ2年で何とかしなければならぬし、ここ5年ぐらいで何とか変えていかなくちゃいけないということをやっておられるんだらうというふうに思います。1つだけ我々の世界の失敗を繰り返さないように言っておきますけれども、司法改革は多分失敗です。もう既に司法試験合格者3,000人になっていなければおかしいですが1,500人です。皆さんに考えてほしいことは、今回は医師の働き方改革ではないんです。医療の大改革ということですよ。その大改革をあまり目先の短時間で考えずに、時間をかけたらどうだらうかという。それは今、決まっている法律があるわけですから、そう簡単じゃないですけども、やはり厚生労働省にはその辺を柔軟に考えてもらって、無理なところは先延ばしして5年延ばす、10年延ばすというのはやっけないかと。多分、司法改革と同じことになるんじゃないかと。私のお師匠さんの中坊公平は3,000人派で、「おい、福崎君、3,000人ぐらいで大丈夫だらうな」というふうな事を言われ、内心ではそうではなかったんですけど、「そうですね」と言わざるを得なかった。中坊さんたちが国の審議会あたりでやっているときに、議論している内容は、我々にも伝え聞きましたけども、「本当にできるのか」という事が多かった。経済界が、弁護士は自分たちのところで抱え込むという約束だと我々は認識してはいたんですけども、経済がずたずたになった途端に、全然抱え込まない。そんなに人数をふやしたら飯を食えない弁護士が今ものすごくふえている。私はあまりそういう議論を聞いたことがないんですけども、やはり今回の医療界の大改革は、司法界の大失敗に学んだ方がいいんじゃないかと。こんなことを言ったら、私は私の業界で袋叩きになるかもしれないんですけども、本当にそういう問題だという意識を持っていた方がいいのかなと思います。

「医者は労働者か」という質問に対しては、やは

り「労働者ではない」というのが本質的なところなんだらうと思いますけれども、それがなぜかということとは皆さんが一番わかっていると思うんですけども、我々の仕事は人に対する影響は財産だけなんです。弁護士が馬鹿だと依頼者は損するという経済的な損失だけです。ところが医者が馬鹿だと患者は死んでしまうという話になってくる。やはり医療というのは人の健康、命を預かっている仕事である以上、普通の労働法制の枠に当てはまるはずがないというふうには、私自身は思っていないんです。しかしそれでもやはり医者を過労で殺すわけにはいかないわけですから、それなりの制度を皆さんが賢く組み立てていくという方法しかないだらうと思います。労働局でいろいろな仕事をやっている、例えば連合の組合の幹部とか使用者側の人間とかいますけど、医療者、医療側の人だれもいません。だからその議論がそのまま当てはまるのかといたら、やはりそう簡単にふつうの労働法制の枠組みに当てはまるというのは非常に難しいと私は思っています。そのときに考えなくちゃいけないことは、「無理やり枠組みにはめ込もうとしたら、実態が崩れるじゃないか」「今の司法界みたいに食えない弁護士が、多く出てきてしまうという」、そういう食えない医師がふえるという意味ではないんですけども、要するにびつなものが生まれてくるということ、ぜひ頭に置いて、あんまり杓子定規に考えずに、今、お上がつくった枠組みがありますけども、これがやはり無理だとわかったら、そこをきちっと時間かけて補正していくというふうな発想、柔軟な発想を持っておかないと、無理やりこれに当てはめると、多分、「医者が変質してしまう」とか、「医療の現場が変質してしまう」とか、そういうことがあるんじゃないかなというふうには思っています。

それともう1つ、医師の働き方改革ということで、医療現場を変えようとしているんですけども、その中にハラスメント対策がないんですよ。いわゆるペイシェント・ハラスメント。僕はモンスター・ペイシェントって言いたくないんで言わないですけども、ペイシェント・ハラスメントがいかに

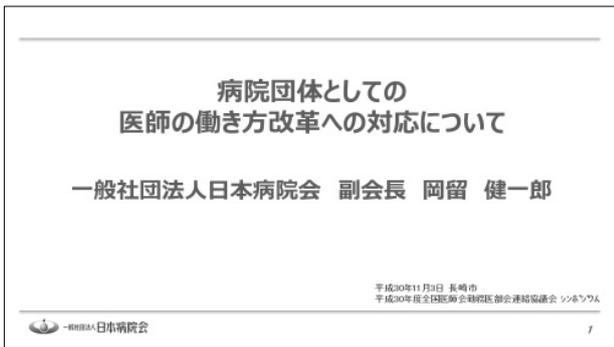
シンポジウム 1

医療の現場で不合理な時間を費やさされているかがない。何でそう思うかという、厚生労働省の別の審議会で、連合あたりが非常に重視しているんですけども、要するにデパートの顧客から店員さんたちががんがんにやられているというんですね。それ（カスタマーハラスメント）がいかに労働生産性を落とすかということで労働組合が取り組みたいというふうなことを言っているらしい。同じ働き方改革の中で、厚生労働省は職場内のパワハラ、セクハラを労働の生産性を落とすということで取り上げていると思います。その中で労働側から出てきているのが、カスタマー・ハラスメントでそれも検討してくれという事。このカスタマー・ハラスメントは医療の現場では明らかにペイシエント・ハラスメントです。患者、家族から医療者がやられて、それに対応する時間がなくなれば、どれだけ労働効率が上がるかという話なんですね。そういう意味では今回の働き方改革の1つの検討課題というふうにしてもいいのかなと思うんですけど、あまりそういうことを聞いたことがありません。長崎大学病院が旗を振って今、大きいところと中ぐらいまでの病院でペイシエント・ハラスメント研究会というのをづくり、マニュアルを作って欲しいと言われ、現場の人たちに投げかけて意見を聞いているんですけども、どの病院も医療安全担当の人がほとんどが苦情もやっています。そういう人たちが専属でやらされて、ほかの人たちから押しつけられて、そこの担当者が精神を壊していくという現状があることを目の当たりにする。そういう意味では、「長時間労働」と「ハラスメント」というのは、医療者の精神を壊す。要するに過労死したり、体を壊す、精神を壊す、過労死、過労自殺というのはどちらか1つということはありません。長時間労働と上司の医者からのいじめとか、上司の看護師長からのいじめとか、そういうものが絡んできています。そういう意味では、そういうこともひっくるめて検討するのが、今の医療界の求められていることではないかなというふうに、私は個人的に考えております。以上です。

「医師の働き方改革検討会の現況と今後の展望」

済生会福岡医療福祉センター総長

済生会福岡総合病院名誉院長 **岡 留 健一郎**



本日はこのような講演の機会を与えていただきましてありがとうございます。今村副会長とか安里さんがいらっしゃる厚生労働省の検討会議かな、検討改革にきているのかなという錯覚を覚えますが、私は四病院団体協議会を代表して、病院団体の立場から僕らが考えている直近の考えを述べさせていただきます。

ほとんど日本医師会の検討委員会との合同検討会で意見書を出したその線とほとんど変わらないんですが、皆さん方のお手元に「ながさき宣言」という用紙が配ってあると思いますが、きょう言いたいことは、もうここに書いてあります。

1つ目、医師の特殊性、労働の特殊性をまず考えてください。2つ目、若手研修医等を含む研修の機会、すなわち自己研鑽の抑制的な規定はやめてくれということ。3つ目、国民の理解。医療というのは国民皆保険のメリット、デメリットがあるでしょうけれども、コンビニ受診の形態をなしている部分が非常に多いですね。いつでもどこでも行ける。行ったら保険証1枚で診てくれる。夜、夜中でも行く、時間外。国民の方々が医療をどう考えているか。私どもは医療費が非常に安すぎると僕は思っているんですけども、そういう安い医療費の中で、時間外に一生懸命診ないといけないということも、やっぱ

り今のこの日本の医療の現状でもあるわけですね。ですから国民の方々の理解を求めていくと。これは今、検討会の中でも非常に今村副会長とかディスカッションしていますけれども、そういった部分も非常に大きいだろうと思うんですね。



先ほど安里さんの中にありました、とにかく今、各施設、各病院でできることはやってください。5項目、上のオレンジのこの5項目についてはすぐ手をつけてやってください。36協定を含む、そういうコンプライアンスの問題、それからICカード、タイムカード等を含む労務管理、トップが労務管理を今まで全くやってなかったというのが日本の医療界です。私は20数年前院長になりまして、院長を20年やった間、お恥ずかしい話ですけども、労務管理を1回もやったことがありませんでした。今さらながら恥じているところがございますけども。このような今、できることをみんなでやってください。そして6番目のグリーンのところは、例えば時間内、時間外の患者への説明はもう受け付けませんというような病院の方針を厚生労働省の指示もありますからというような、きちっとそういう病院内の掲示をやって時間外の説明とか土曜日曜の説明はできませんよということを、はっきりと、これからうたっていかなきゃいけないだろうと思うんです。そういっ

シンポジウム 1

た1つ1つのやっぱり作業がこれから大事になってくるんじゃないかなと思います。

本日お話しすることは……

- ・応召義務について
- ・タスクシフティングについて
- ・宿日直について
- ・自己研鑽について
- ・上限時間規制について

一般社団法人 日本病院会

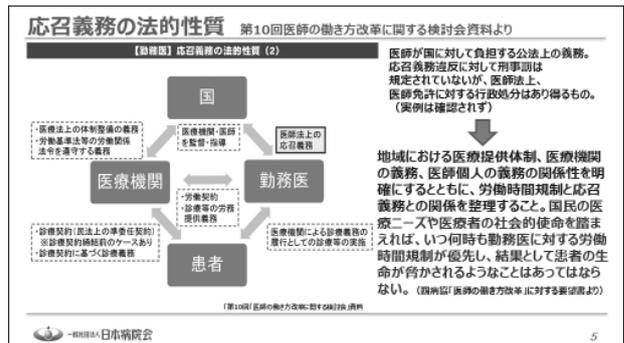
今日お話しするのは、厚生労働省の検討会、それから日本医師会と病院団体との合同検討会議、それから四病院団体協議会、四病協の検討会議で出た方向性というのは大体この5つに分かれてきました。先ほどの労働の特殊性が最初に厚生労働省で出されたけども、これはもうきっぱりと医師は労働者であるというのも労働法制の学識経験者の方々から一発で仕切られましたので外しております。応召義務、これは今、非常に問題になっています。時間外の上限設定と応召義務とは非常に矛盾している。これをどう考えるか。こここのところは上智大学の岩田教授をはじめ、その分科会をつくって厚労省の検討会の下の方科会をつくって、そこで法のあり方、応召義務のあり方をどう考えるかということ、法的にきちっとスタンスをつくってもらいたいというような方向であります。タスクシフティングは皆さんご存じのとおり、当然の話なんですけど、ただ人をふやせばいいという問題だけでもないんですね。病院によってはそんなに人をふやせない部分もあります。経営的な部分もありますし、具体的にどういうところをタスクシフトしていくのか。その具体的な内容がまだ煮詰まっていません。例えば、こういう意見もあるんです。救急救命士が救急車で病院に送ってきたときに、病院の中に一緒に入って一緒に仕事をしたらどうかという話もあるんですね。だけど今の救急救命士法ではそれはできない。法律の中で、そういうことはできないことになっている。しかしそこに救急救命士がわざわざ来ているのに、この人たちと一緒に何でできないのかな。僕らはいつ

も不思議に思うんですが、そういったことを含めてこれから考えていくその詰めを、これからの年末までのあと6回ぐらいの検討会議がありますけども、その中でやっていかないといけないんじゃないかなと僕らは思っているところです。

それから一番悩ましい問題が宿日直、これは後でまた詳しく申し上げます。それから自己研鑽。医師の場合は自己研鑽が絶対必要ですので、これを労働時間の上限というところで一括して区切ってだめだということになると、若い連中の学習の部分はどうなるのか、あるいはモチベーションをそぐことになるんじゃないかと、非常に微妙な問題を含んでいるということになります。

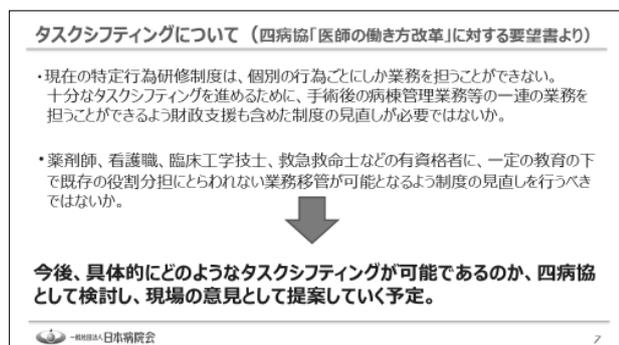
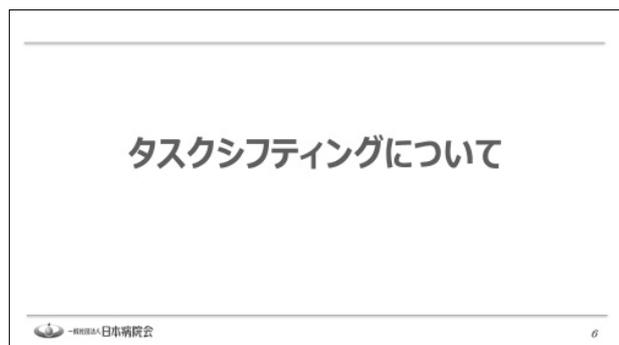
医師の応召義務について

一般社団法人 日本病院会



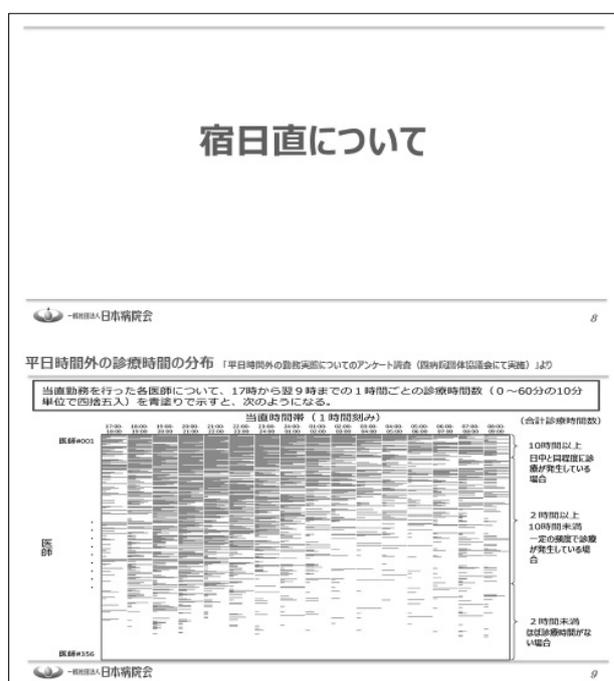
応召義務については、先日の第10回の検討会でも議論が出ましたが、僕らは応召義務というのはかなり厳しい法律になってきていたのかなと思う。昭和20年代の法律ですから、これをやっぱり守らないと、ペナルティがあるのかなという、錯覚みたいなのがあったんじゃないかなと思うんですね。ところがこの前、上智大学の岩田教授の話によりますと、応召義務というのは訓育的規定、恐らく医者倫理法みたいなものではないかというような解釈がなされてきているんです。ペナルティ、民事罰、刑事罰

はないと。ペナルティはありませんというような考え方が出てきているということで、応召義務についてはこれからの非常に高度なディスカッションが始まると思いますけども、ここのところを注視していかないといけないだろうというふうに考えております。



タスクシフティングについては、看護師さんの特定行為研修などで注目されていますけども、病院の機能からいくと特定行為研修というのは一つひとつの項目ごとにその研修の許可を与えていくんです。そうでありますと、病院というチーム医療をやっているときに、一つひとつやって、これはできる、これはできないと言ってもそれはタスクシフトにはならないだろうと。ですから、包括的に例えばアメリカのPAとかLA、LKの諸君がやっているように、手術場で麻酔が20ぐらいのオペ室があったときに、麻酔のドクター2人か3人、多くて2人ですね。あとはそういうPAとかこういったタスクシフトされる連中がほとんどやっている。包括的に手術場の業務を任せられるというようなそういうような解釈がやはり日本でもやっぱりなされないと、タスクシフトにはなかなか移行しないんじゃないかなというふうに僕らは思っているところであります。下

に書いてありますように、薬剤師、それから看護師、臨床工学技士、MAの諸君、こういった諸君をうまく使いながらタスクシフトできないものかなというように検討を、これから四病協では具体的に各業務に沿って、病院の業務に沿って検討していこうというような方向で考えているところであります。具体的にどのようなタスクシフティングが可能であるか、この辺を検討として現場の意見としてあげていき、検討会の方にそれをプレゼンさせていただくというような方向に持っていきたいというふうに考えております。



宿日直について、厚生労働省医政局と四病院団体協議会合同で、勤務医師のタイムスタディ調査というのをやりました。タイムスタディというのは、1人のドクターが朝7時に来て電カルにログインしてから帰るまで、どういうことをやっているかを10分単位ぐらいでずっとチェックしていくところです。1人のドクターに1人の看護師が張りついて、この先生はこの時間、何時何分から何時までは電カルの前で患者さんの治療についての説明とか、あるいはそういう資料をつくっておられました。何時何分から何分は手術場におられました。そしてその後、仮眠をとっておられましたという具体的な一連のこれはタイムスタディ調査で、これは当直、時間外のど

時間外労働時間の上限規定 (医師の特例) について

一般社団法人 日本病院会

14

時間外労働時間の上限規定 (医師の特例) について

超過勤務時間の区分別・病院勤務医概数

医師・歯科医師・薬剤師調査 (H28.12.31時点) 医師総数319,480人、うち病院・大学病院勤務医200,784人

連日の法定労働時間 超過勤務時間	0~10時間	10~20時間	20~30時間	30~40時間	40~50時間	50~60時間	60時間~
人数(推計)	41,600人	47,400人	36,800人	23,200人	12,000人	5,400人	3,600人

←特別? 過労死ライン 月80時間

←特別の特例(例外)? 月160時間

日本の医療は、限られた医師数で患者に必要な医療を提供している。タスクシフティングを進めると十分な医師の代替は難しいため、短期間で労働時間を大幅に短縮することは難しく、一律に医師の労働時間を制限することは、医療提供体制の崩壊につながる。

このような医療の特殊性を踏まえ、時間外労働時間の上限の例外や特例について十分配慮する必要がある。

(四病協「医師の働き方改革」に対する要望書より)

一般社団法人 日本病院会

15

間ということになりますから、月80時間以上の時間外をやっているのが40%、月160時間以上時間外を行っている人たちが10%あるというはっきりとしたデータが出たんですね。ですからタスクシフティングを進めるのもいいのですが、非常にこの辺は影響しますので、一律に医師の労働時間を制限するということは、僕らがいつも言っています地域の医療提供体制の崩壊につながるんじゃないかなど。僕らはこの時間外の上限制制を、単に医療のみならず地域医療への影響、それからこれから問題になりますけれども、新専門医制度への関連、医師の偏在対策、診療科の偏在対策、こういうことと非常に密に関係してきますので、ここは慎重に検討していかないといけないだろうというふうに考えているところであります。

医師の働き方改革について (四病協要望) (加藤厚生労働大臣要望書提出) 4月18日

1. 議論が必要な事項

救急医療、産科医療、僻地医療等においては24時間体制で医師の対応が必要である。現状の医師数でも、これらを維持することが困難な状況であり、一方的に医師の勤務時間を制限するとこれらの医療は崩壊する可能性が高い。充分な実態調査に基づく現状把握を行う必要がある。

・医師の働き方改革は、医師の需要・偏在対策、専門医の在り方などと相関するものであり、拙速な働き方のみの規制をおこなうべきではない。
・自己研鑽は、医療法第1条の4で求めている「良質かつ適切な医療を行う」ための大前提であり、自己研鑽を抑制するような規制は設けるべきではない。

2. 要望事項

・医師の労働の特殊性を明確にしたうえで、**医師独自の医師労働法制の制定**
・臨床研修医、専攻医(専攻医研修期間)期間を労働法制から除外し、労働時間を総合的・横断的に検証するための医療界が自主的に運営するシステムの検討

一般社団法人 日本病院会

16

4月に前の加藤厚生労働大臣に出しました要望書

の中で、言いたかったことは、先ほども出ましたけれども、医師独自の労働法制をつくっていただけませんかという事で4月の段階で申し上げたところであります。

日医・四病協 医師の働き方検討会議 意見書 (概要)

1. 医師と医療の特殊性
2. 医師の健康確保対策
3. 医師の自己研鑽
4. 医師の宿日直
5. 院外オンコール待機
6. 長時間労働是正のための仕組み
7. 医師における専門業務型裁量労働制
8. 研修医等について
9. 第三者機関の設置
10. 女性医師支援
11. 地域住民における医療への理解
12. 労働関連法令の幅広い見直し・医事法制との整合性確保
13. 今後の進め方



一般社団法人 日本病院会

17

これは日医と四病協での合同検討会議での、特に取り上げられました13項目ですが、ほとんどすべてこの中に入っております。いずれにしても、医療提供体制と、それから医療ドクターの健康の確保をバランスよくとっていくためにはどうしたらいいかということが非常に大きな命題になってくるだろうというふうに僕らは考えているところであります。

自主的中间フォローアップ調査について

一般社団法人 日本病院会

18

自主的中间フォローアップ調査 (四病協・全自病・全国医学部長病院長会議)

(院内実態調査)を基に、院内での検討や具体的な取組を「実施した」。「今後実施を予定している病院」が60.5%

実施した	件数	割合
実施した	247件	26.8%
今後実施を予定	361件	33.7%
未定	402件	37.5%
無回答	21件	2.0%
合計	1,031件	100.0%

1 医師の労働時間管理の適正化に向けた取組

医師の労働時間管理方法等の導入		【導入内訳】	
時間外労働率の算出	21件	9.8%	22.2%
時間外労働率の算出	10件	4.7%	10.4%
導入を予定	107件	50.2%	113.4%
未定	22件	10.5%	24.2%
無回答	2件	1.0%	2.2%
合計	142件	100.0%	142.4%

院内研修の実態を踏まえた労働時間短縮に向けた取組		【導入内訳】	
院内研修の実態を踏まえた労働時間短縮	53件	9.2%	22.2%
院内研修の実態を踏まえた労働時間短縮	44件	8.0%	11.4%
導入を予定	195件	27.9%	33.7%
未定	9件	1.6%	11.4%
無回答	1件	0.2%	1.1%
合計	202件	100.0%	142.4%

※「導入を予定」は「導入を予定している病院」を指し、「今後実施を予定している病院」を指す。

「導入」は「導入している病院」を指し、「今後実施を予定している病院」を指す。

従前より実施している病院(565件)がある一方、導入を予定または検討中、導入の予定なしが大半であった。

一般社団法人 日本病院会

19

3月に中間的なフォローアップが出た後、中間的な論点整理が出た後、幾つか病院団体に調べたんですが、先ほど緊急的な取組の中で、タイムカードとかICカード、労働時間の徹底を図っていますかという問いに対して、60何%は図っているという回答

シンポジウム 1

で、これは逆に言いますと40%がまだやってないということなんです。ですから、病院の管理者の意識のあり様が非常に問われているということになります。労務管理を非常におろそかにまだしているところがあると。これはゆゆしき事態だなというふうに考えております。

2.36協定等の自己点検

36協定や就業規則等の自己点検の実績状況			36協定、就業規則等の医師への周知		
項目	件数	割合	項目	件数	割合
自己点検を実施	250件	32.3%	医師が周知を申し渡したと見做された	45件	12.4%
自己点検予定又は検討中	372件	48.0%	新たに周知予定又は検討	221件	60.9%
自己点検の予定なし	139件	17.9%	周知予定なし又はなし	79件	21.9%
無回答	14件	1.8%	無回答	12件	3.2%
合計	775件	100.0%	合計	363件	100.0%

36協定の締結・届出			【属直し内訳】		
項目	件数	割合	項目	件数	割合
締結済みであるのに締結・届出しない	22件	6.0%	上乗せ時間の変更	111件	67.7%
締結済みであるのに締結・届出の予定又は検討中	69件	17.9%	診察科ごとに複数の協定を締結	30件	4.9%
協定を締結し又は届出する予定又は検討中	146件	44.3%	その他	30件	18.3%
協定の締結、届出の意思のないと判断	97件	28.5%	無回答	24件	14.6%
無回答	16件	4.9%	無回答	154件	
合計	366件	100.0%	無回答	154件	

既に適正に適用しているため、自主点検の必要なと判断した病院(296件)がある一方、それ以外の病院のうち、そもそも未締結であったために、新たに締結・届出をした病院(22件)があった。

36協定についても、内容を見直した、または見直し予定、検討中ということは、まだやってないということです。まだこれでも意識が上がってこない。意識改革になってない。非常にそこを僕は心配しているところであります。

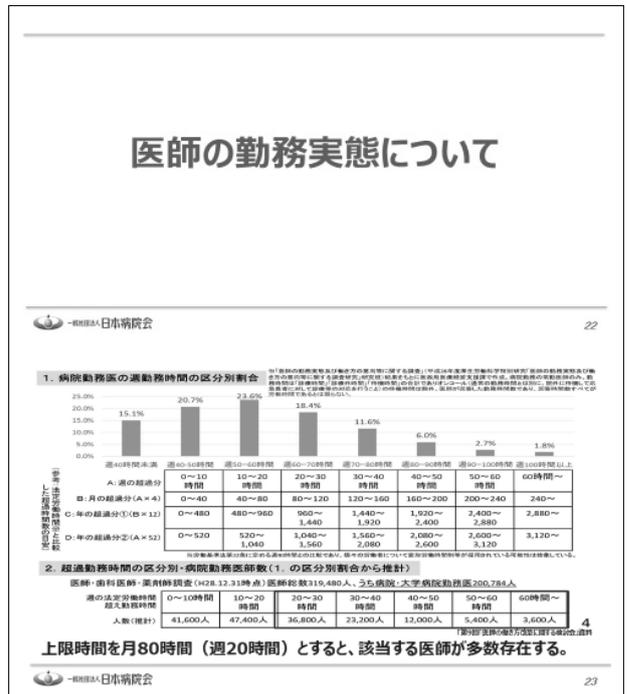
第8回厚労省「医師の働き方改革に関する検討会」での主な意見

- 緊急的な取り組みとして打ち出したにもかかわらず、具体的な取り組みを実施したのは、今後予定しているも含め60%程度。危機感がないのではないか。
- 小規模な病院では、緊急取り組み実施に向けた支援を行うことも必要ではないか。
- 取り組めていない4割に焦点を当てた議論が必要。
- 取り組めていない医療機関が、どのようにしたら是正することができるのか労基署は改善プランを提出させるなど、一定期間を通じて改善できるようにすることが必要。
- こういう労働環境で医療が成り立っているということをまずは理解してほしい。一部あまり考えていない方々もいるかもしれないが、大多数はやりたくても出来ない、次の一手が打てない、ということもあるのではないか。
- タスクフティングについては、だいたい進んでような結果だがこの先医師の業務負担軽減につながるのか疑問だ。

これが第8回の厚労省の後、検討会での主な意見だったんですが、60%程度危機感がない。そして小さな病院では、できなかったという病院の中には、そういうことができないバックグラウンドがあるだろうと。取り組めていないところの解析をしないと、ちょっと急いでやらないといけないうような意見も出ておりました。

これも同じようなスライドですが、要するに40%以上が月80時間以上ということでございます。

これは厚労省の医政局の方から出された解析結果ですが、当直のある場合、ほぼ診療がない寝当直の場合、それから三次救急とか総合周産期医療セ



勤務医の多様な勤務実態(1勤務・類型化の試み)

勤務タイプ	(1) 手術・外来が時間外に延長される	(2) 手術・外来が時間外に延長される	(3) 後援自直がある場合	(4) 夜間オンコールの場合	(5) 自己研修のための時間外に在院	(6) 初期研修医
勤務タイプ	勤務時間外に延長される	勤務時間外に延長される	勤務時間外に延長される	勤務時間外に延長される	勤務時間外に延長される	勤務時間外に延長される
特徴	多くの診療科等で行われる	多くの診療科等で行われる	二次救急等	三次救急、総合周産期母子医療センター、ICU関連等	多くの診療科等で行われる	多くの診療科等で行われる
勤務時間	勤務時間外に延長される	勤務時間外に延長される	勤務時間外に延長される	勤務時間外に延長される	勤務時間外に延長される	勤務時間外に延長される
備考	勤務時間外に延長される	勤務時間外に延長される	勤務時間外に延長される	勤務時間外に延長される	勤務時間外に延長される	勤務時間外に延長される

インターミタインなほとんど変わらないところ。そしてその中間に位置する断続的に患者さんを診療する時間を持つ。こういった3つの形態がある。いずれにしても、こういった状況があるという以上は、僕らは時間外に働くなと言っても、患者さんが来ると今の状況では考えざるを得ないんで、これに対応するために1つは連続時間勤務制度の制度をきちっと上げていただきたいということと、勤務間インターバル制度、これはE Uとか非常に厳しくやっていますが、11時間ぐらいの勤務間インターバル制度をとっていますけれども、日本は労働法制的、労働界の上限で9時間ぐらいと、おおよその非常にアバウトな意見があるんですが、そういったインターバル制度とか連続勤務時間制度を組み合わせながら、時間外の上限定をもつていったらどうかというような考

えも見られるというところでもあります。

自己研鑽にかかる議論の視点

労働法制上の取扱いについて

- ・労働時間とは、使用者の指揮命令下に置かれている時間のことをいい、使用者の明示又は黙示の指示により労働者が業務に従事する時間は労働時間にあたる。
- 自己研鑽に関しては、参加することが業務上義務付けられている研修・教育訓練の受講や、使用者の指示により業務に必要な学習等を行っていた時間は労働時間にあたる。
- 医療現場で医師の「自己研鑽」にあたるものについて、**具体例を明示して明確化することとしてはどうか。**

医療水準の維持の観点から

- ・医師の「自己研鑽」の取扱いを検討するに当たっては、将来の医療水準を低下させない観点から、医師が有すべき高い自律性や資質の向上を損なわないことが重要。

 25

自己研鑽については、具体例を明確化してこれを出したらどうかと。医療水準を低下させないためには絶対必要であるという意見であります。

医師の働き方改革について【要望書】 四病協病院医師の働き方検討委員会 10月10日厚生労働大臣宛提出

1. 医師の応召義務について

- ・地域における医療提供体制、医療機関の義務、医師個人の義務の関係性を明確にするとともに、労働時間規制と応召義務との関係を整理すること。国民の医療ニーズや医療者の社会的使命を踏まえれば、いつ何時も勤務医に対する労働時間規制が優先し、結果として患者の生命が脅かされるようなことはあってはならない。

2. タスクシフティングについて

- ・現在の特定行為研修制度は、個別の行為ごとにしか業務を担うことができない。十分なタスクシフティングを進めるために、手術後の病棟管理業務等の一連の業務を担うことができるよう財政支援も含めた制度の見直しを検討すること。
- ・薬剤師、看護師、臨床工学技士、救急救命士などの有資格者に、一定の教育の下で既存の役割分担にとらわれない業務移管が可能となるよう制度の見直しを行うこと。

3. 労働基準法上の宿日直の許可基準について

- ・昭和20年代から見直しが行われていない医師の宿日直の許可基準を見直し、現在の医師の働き方の実態に即した基準となるよう検討を行うこと。
- ・労働基準監督署による判断が統一されていないことは問題であり、医政局主体でガイドラインを作成し、医療行政当局による監督が行われるようにすること。
- ・宿日直許可を受けられない勤務実態にある病院については、労務管理・勤務体制の適正化のための財政支援を行うこと。

 26

これが10月10日に新しい厚労大臣に出しました四病協の要望書で、応召義務についてのことと、それからタスクシフティング、さっきから言っておりますいろんな方の有資格者をもっと広げられるようにできないものか、それから労働基準法上の宿日直の許可基準について、この辺のところを考え、もう少し幅を持って考えていただきたいとお願いしているところでもあります。

医師の働き方改革について【要望書】 四病協病院医師の働き方検討委員会 10月10日厚生労働大臣宛提出

4. 自己研鑽について

- ・医師は、患者に対する治療等に自ら参加することで十分な研鑽を積むことができない。医師の研鑽は、医療法第1条の4で求めている「良質かつ適切な医療を行う」ことを確保するために必須であり、研鑽の抑制は医療の質の低下につながる。研鑽の時間が労働時間と評価されるのであれば、研鑽の時間はどうしても抑制されることにつながる。研鑽を抑制しないような制度を検討すること。

5. 時間外労働時間の上限規定（医師の特例）について

- ・日本の医療は、限られた医師数で患者に必要な医療を提供している。タスクシフティングを進めても十分な医師の代替は難しいため、短時間で労働時間を大幅に短縮することは難しく、一律に医師の労働時間を制限することは、医療提供体制の崩壊につながる。このような医療の特殊性を踏まえ、時間外労働時間の上限の例外や特例について十分配慮すること。

 27

これも自己研鑽、それから時間外上限設定、特例を医師の医療の特殊性を踏まえて、時間外労働時間の上限の例外とかあるいは特例についての条項を入

れられないんでしょうかというような、そういったところまで今、四病協としては要望してるところでもあります。

ご清聴ありがとうございました。

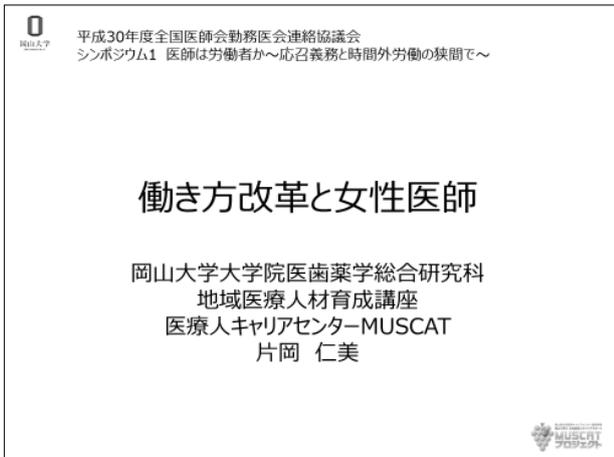


 28

病院団体の立場から述べさせていただきましても、非常に微妙な問題をいっぱい含んでいるということになります。医療は、僕ら医療提供サイドだけではないんですね。国民の理解の視点がまず大事だろうということ。それから地域医療や医師の偏在、診療科偏在を含めた総合的な医療の、先ほど福崎先生がおっしゃいました医療界の改革につながるようなところをやっぱり考えていかざるを得ないのかなと、私は四病協の検討会の改革委員長として、何かそういう福崎先生にちょっと近い考え方を持っているとあります。独断と偏見で大いにしゃべらせていただきました。ご静聴ありがとうございました。

「働き方改革と女性医師」

岡山大学地域医療人材育成講座・教授 片岡 仁美

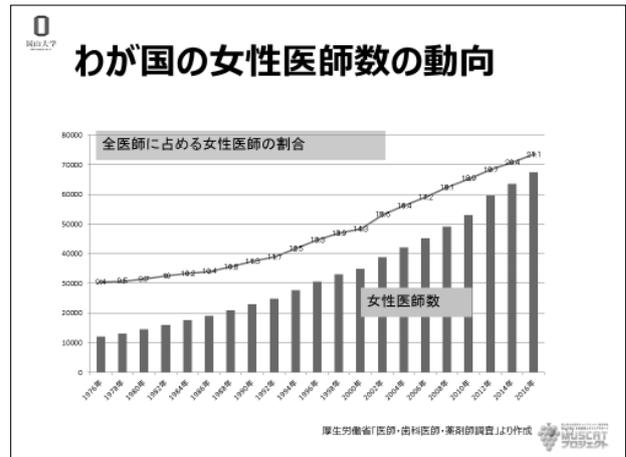


よろしくお願いたします。本日は、このような大変貴重な発表の機会をいただきまして、日本医師会、また長崎県医師会の皆様、関係の皆様へ深く御礼を申し上げます。

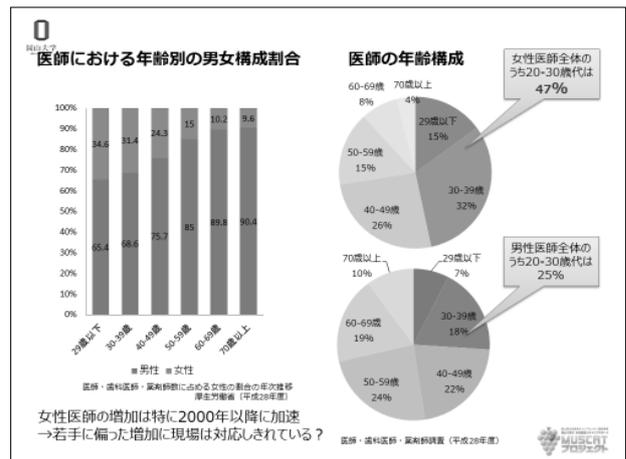


私の方からは「働き方改革と女性医師」ということで、少し女性医師にフォーカスをした内容をお話したいと思います。というのも緊急的な取組の中へ上げられた項目として女性医師というものが1つの大きな項目として上がっております。しかも女性医師というのは非常に人数がふえており、無視できないボリュームがあるということで、少しそういった

観点からのお話をさせていただきたいと思っております。

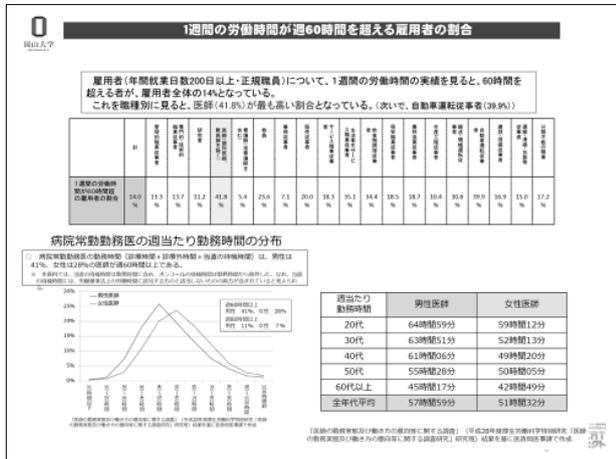


我が国の女性医師の動向について、先ほど安里先生のお話にもありましたけれども、現在、医師全体に占める女性医師の数というのは2割を超えてございます。

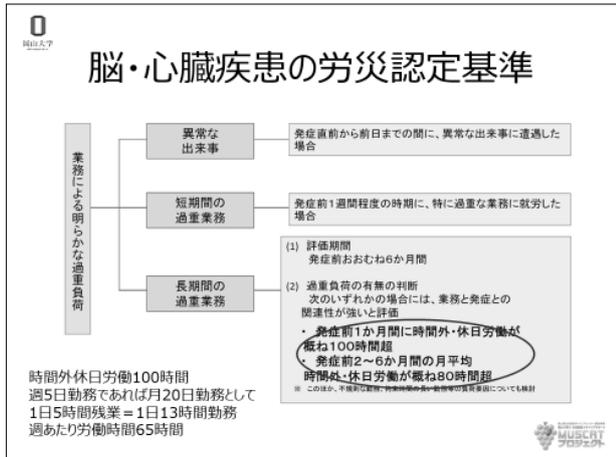


特に若手に限ってみると29歳以下の34.6%が女性でございます。女性医師の全体のうち、20代から30代が47%を占めております。一方で男性は全年齢が均等にまず分布しておりますので、男性医師全体のうち20代から30代というのは、25%になります。特に2,000年以降にやはり女性医師のパーセンテージというのはふえてございます。それを考えると、女

性医師の増加というのはやはり近年特に顕著になって加速しておりますので、若手はかなり偏った女性医師増加について、人数バランスに対応し切れてない状況というのはあるかと思えます。私も医師の働き方改革検討委員会で、岡留先生にも今村先生にも、大変お世話になっておりますけれども、こちらで医師の労働時間が著しく長いということはもう皆さんよくおわかりのとおりでございますけれども、職種別に見たデータというのがこの検討会のときにも出ておりました。

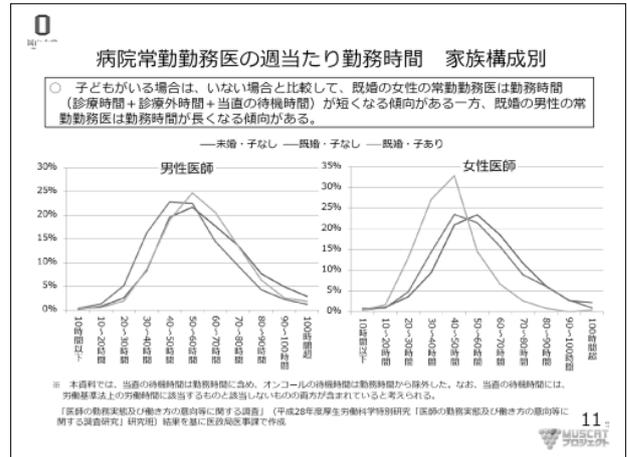


1週間の労働時間が週66時間を超える雇用者というのが医師は41.8%で、全職種の中でもっとも多いという事実がございます。例えば20代の男性医師で見ると、平均で働く週の労働時間が65時間ということになります。



こちらが脳心臓疾患の労災認定基準ですけれども、長時間労働、過重労働の定義というのが発症1カ月間に時間外、休日労働がおおむね100時間超えということがありますが、これを実際に計算してみ

ると、時間外休日労働100時間というのは、週5日勤務であれば月20日勤務として1日5時間の残業になります。こうなると週当たりの労働時間が65時間ということになります。計算値ですけれども、これで言うと20代の男性医師というのは、全員が過労死ラインを超えているということになってしまいます。

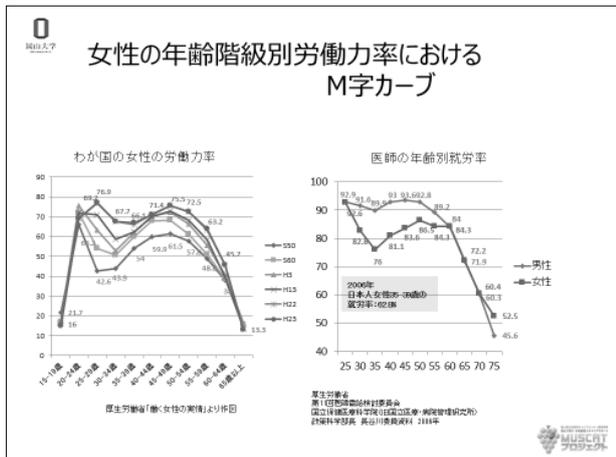


男性医師と女性医師は働く時間というのが少し異なっております。やはり女性医師の場合は特に育児中の方は労働時間が短じかいということは予測されるわけですが、これが男女、子どもあり、なしで比べた勤務時間になります。女性で子どもありの方は勤務時間が短く、子育てをしながら勤務している方だと大体1週間あたり40数時間ぐらいの勤務時間になります。一方、男性の20代、30代では、実は、ほぼ全員が週60時間を超えています。子どもがいない女性も男性とほぼ一緒です。40代になると、女性の労働時間、若干下がるんですけども、男性はやはり全員週60時間を超えています。このように見ると、女性医師の子どもありの方だけが少ないというふうに見えるかもしれませんが、実は法定労働時間40時間ですので、女性医師の子どもありの方だけが、何とか法定労働時間に近いというだけで、医師の過重労働というのが著しいということにほかならないと思います。

私が市中病院で臨床業務中心に勤務をしていたときは、当直週1回で、勤務時間が大体週当たり80から90時間でほとんど全部臨床に費やしていました。大学の臨床系教員のときの勤務体系は勤務時間

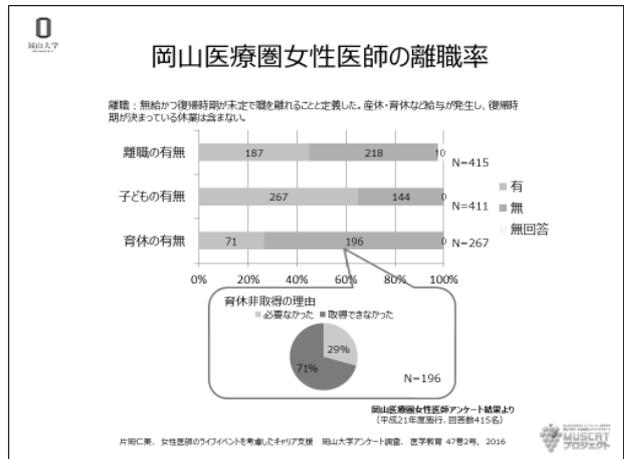
シンポジウム 1

がさらにふえてしまっていて、大体90から95時間ぐらい勤務していました。1週間に一度、臨床業務のほかにも研究教育、あと管理、運営といったようなものが入ってまいりました。平成28年に出産して以降は保育園のお迎えがあるので、物理的にどうしても6時までしか仕事ができないんですけれども、それでも週50時間の勤務と、それだけではとても終わらないので、家に帰って子どもが寝た後の夜とか早朝とかに残務整理をしていて、それが大体15時間ぐらいといったような状況です。家事、育児時間が5時間ということで、この時間も働いているので、何も楽になっていないという状況はございます。



こちらが女性の年齢、階級別労働力率におけるM字カーブでございます。我が国の女性の労働力率です。こういったM字カーブがあるということは従来から知られてございます。要は出産、育児のときに職を離れるということですが、女性医師の場合、30～35歳の間に76%程度に労働力率が下がるということが知られています。ただこれはこの同じ年の日本人の女性全体の数字と比べると高いので、医師は頑張っているとも言えますが、一方でやはり両立が難しいということでもあろうかと思えます。我々のデータでは離職を経験した時期と性成熟期が一致している。要は女性のライフイベント、それからキャリア形成時期というのが重なってしまうという。これがやはり女性特有の問題であろうかと思えます。

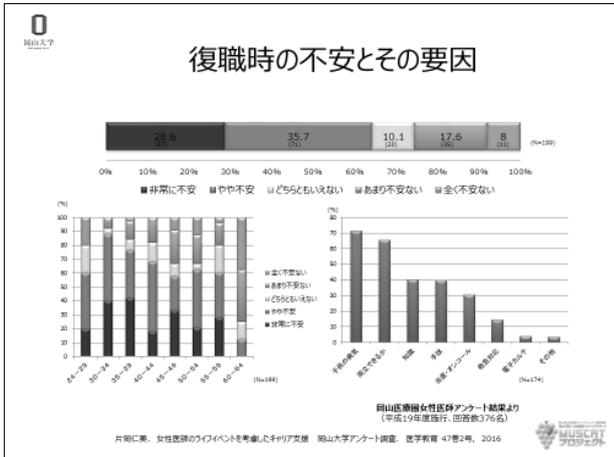
医師会あるいは各学会等でもとられているデータですけれども、我々も岡山医療圏、卒業生と入局者



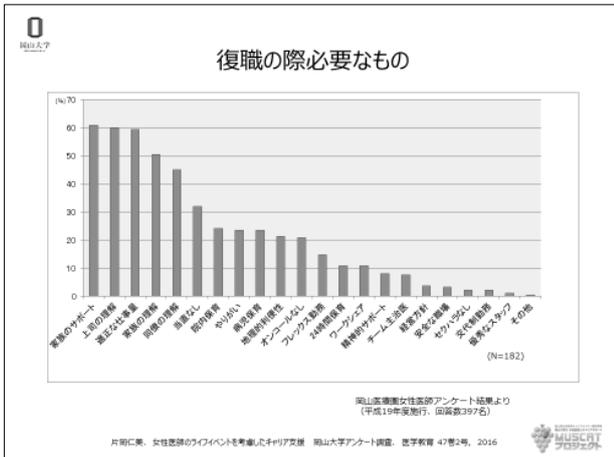
に対するアンケートを行いましたところ、無給、かつ復帰時期が未定で職を離れるということを経験している方が4割以上です。育休を取った方は2割強ぐらいで、取らなかった約7割の理由は、必要がなかったわけではなく取得できなかったというのが現状でございます。ただこれは平成21年にとったデータでございますので約10年近く前のデータということになります。



離職を経験した時期というのは、予測したことであったんですが、90%程度が卒後10年以内ということになります。ただ50%の方が1年未満で復帰しておりまして、そういう意味では一度離れても、現場に戻ってくる意欲を持った人がほとんどであるし、実際そうされております。ただ一方で3年以上離職したり、あるいは戻ってないという方も少数おられて、そういうところにやはり対策が必要というふうに考えられます。



復職したときに不安があったかということに関しましては、30代の女性に限って言えば85%以上の方が不安があったというふうに回答しております。こちらは全部、実際に復職をした方のデータなので、復職をしている方にも不安があつての中での復職ということになります。こういったことにどういった不安があったかという内容では子どもの病気について、そもそもやはり両立できるのかということに不安を感じる方が多かったという現状があります。



こちらは復職の際に、何が重要だったかということを知りたいものになります。これを見ると、実は当直なしとか院内保育というのは6番目、7番目でございます。多かったトップ2が家族のサポートと上司の理解です。4番目が家族の理解、同僚の理解ということで、これを見て我々はハード面も大事だけれども、ソフト面、理解とかそういったことがすごく大事なんだというふうにそのとき痛感したわけでございます。ただ、このアンケートも平成19年な

んですけれど、適正な仕事量というのは当然だと思って、これはどうしようもないと思ってそのときはあまり気にしなかったんですが、実はこれがやはり今の働き方改革につながるところで、いかに適正な仕事量、要するにタスクシェア、タスクシフティングをいかにできるかということも非常に重要なんだというふうな事がここから見えてくるというふうに思っております。

0 女性医師の増加と就労状況

- ✓ 一般人口で25-40歳の女性就労人口の低下 (M字カーブ、Mdip) が認められ、女性医師にもM字カーブが存在している
- ✓ 若年層で特に長時間労働が著しく、出産育児とキャリアの両立は簡単ではない
- ✓ 女性医師の離職経験者は40%、復帰時には不安も
- ✓ 医師不足が社会問題化するなかで女性医師の就労状況はさらに注目されるように

↓

- ✓ 働き方改革の観点からさらに女性医師の働き方が注目されている

岡山大学

女性医師に関しましては、やはり医師にもM字カーブが認められるということ、そして女性も男性も若年層で、特に長時間労働が著しいということ。それから出産、育児とキャリアの両立はやはり簡単ではございません。女性医師の離職経験者というのは我々のデータでは4割で、いわゆる現職復帰、常勤から常勤に戻る方、多くの方が戻られるんですけども、常勤復帰というのは実は3割ぐらいというデータがこの時点ではございました。ですので、やはり現場の力としては、離職してから戻ってくるとはいえ、どのように戻るかということも非常に大きい課題になるかと思えます。そして医師不足が社会問題化する中で、女性医師の就労状況はさらに着目されるようになりましたが、現在、働き方改革の観点からも、さらに女性医師の働き方が注目されている現状かと思えます。

医師の働き方改革に関する検討会の中間的な論点整理では女性医師等の両立シーンというのが1つの項目を割いて述べられてございます。

そして緊急的な取組でも女性医師等に対する支援というのが上げられているのを、先ほどご紹介した

0 岡山大学

医師の働き方改革に関する検討会 中間的な論点整理

(女性医師等の両立支援)

- 男女双方にとっての、医師としてのプロフェッショナリズムの追求とワーク・ライフ・バランスの実現が必要不可欠ではないか。
- 出産・育児、介護等と医師の業務を両立し、キャリア形成できるようにするための支援策として、短時間勤務等の多様で柔軟な働き方、宿日直・時間外勤務の調整等を推進するべきではないか。
- 出産・育児期の業務に画一的にルールを運用しないこと、周囲の理解やサポート、患者の理解（夜間に駆けつけられない等について）を得ていく取組の推進をするべきではないか。
- 出産・育児期の自己研鑽のため e ラーニング等を推進するべきではないか。
- キャリアパスの可視化、意思決定できるポジションへの参画を推進するべきではないか。
- 病児保育等保育サービスを充実させるべきではないか。



0 岡山大学

医療人GP (Good Practice)を契機に

文部科学省
Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology

教育情報サイト

文部科学省の所在地 | 文化庁ホームページ | English Page | リンク集 | サイトマップ

総合案内 | 報道・意見 | 政策・施策 | 電子政府 | 本庁学習・学校教育 | 科学技術・学術政策 | 文化・スポーツ・国際関係 | Home > 教育 > 大学・短大・専門教育に関すること > 国公立大学を通じた大学教育改革の支援 > 地域医療等社会的ニーズに対応した質の高い医療人養成推進プログラム

地域医療等社会的ニーズに対応した質の高い医療人養成推進プログラム

【目的】
地域医療等社会的ニーズに対応したテーマ設定を行い、国公立大学から申請された取組の中から、質の高い医療人を養成する特色ある優れた取組について財政支援を行うことにより、大学の教育の活性化を促進し、**社会から求められる質の高い医療人の養成推進を図ることを目的とする。**(平成17年度よりスタート)



0 岡山大学

医師の労働時間短縮に向けた 緊急的な取組

- 医師の労働時間管理の適正化に向けた取組
- 36協定等の自己点検
- 既存の産業保険の仕組みの活用
- タスク・シフティング（業務の移管）の推進
- 女性医師等に対する支援**
- 医療機関の状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取組

女性医師のため、ではなく職場のパワーアップのための革新的な方策として



しましたとおりです。これは女性医師のためではなく、やはり職場全体のパワーアップのための革新的な方策として取り組む必要がある内容かなというふうに考えています。

0 岡山大学

岡山大学病院のキャリア支援




自験例として岡山大学病院での事例を紹介したいと思います。

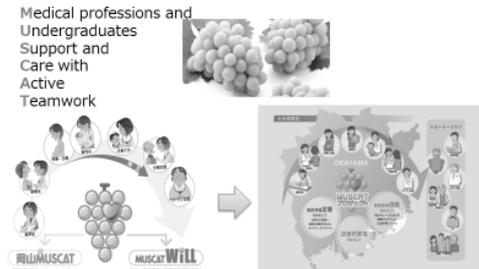
我々がこれに取り組みしたのは、社会から求められる質の高い医療人の養成、推進を図るという文

科省のプロジェクトにおける女性医師、看護師の離職防止、復職支援というテーマで採択された平成19年のことでした。3年間は文科省のプロジェクトとして行いました。

0 岡山大学

岡山大学病院の女性医師支援から 岡山県的女性医師支援へ

Medical professions and Undergraduates Support and Care with Active Teamwork



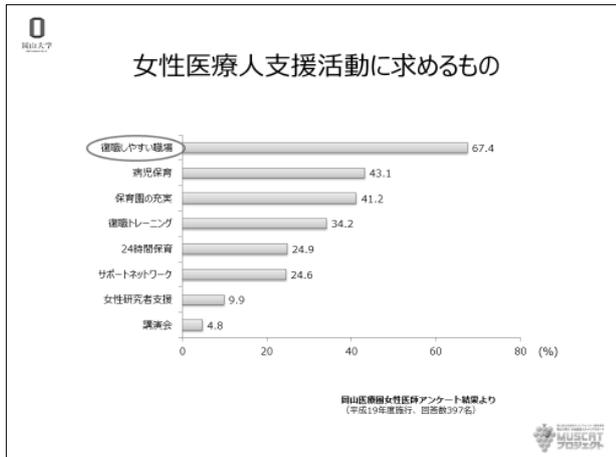
岡山MUSCAT
平成19-21年度 文部科学省医師人GP採択「女性を主とするキャリア支援計画」

MUSCAT WILL
岡山県女性医師キャリア支援モデル普及推進事業採択

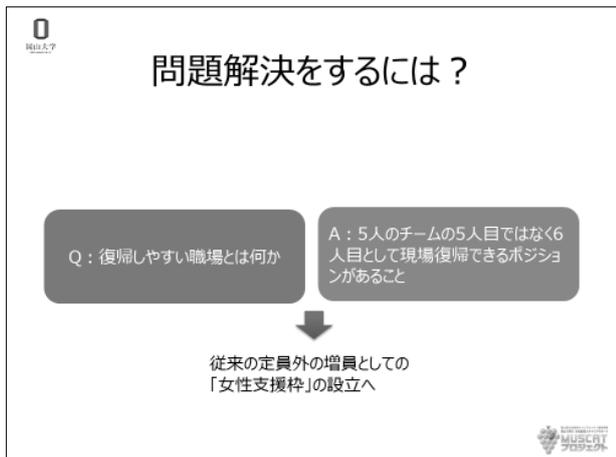
平成22-25年度 地域医療再生計画の委託事業として
平成26年度 後継事業として「MUSCATプロジェクト」
平成27年度女性医師キャリア支援モデル普及推進事業採択

そして平成22年以降、当初は地域医療再生計画の委託事業として岡山県からの予算をいただいて計画を継続することができました。現在も岡山県からの支援をいただいております。平成27年度には厚生労働省の女性医師キャリア支援モデル普及推進事業に採択をされまして、このときには報告書等もつくりましたので、資料に入れさせていただきましたので、ご参照いただけたらと思います。

岡山大学病院には、この取組の前は支援がなかったので、まず何が必要かということでアンケートをとりましたところ、一番多かったのが復帰しやすい職場というものでありました。先ほど離職者が4割を超えていたデータをお出ししましたが、やはり岡山大学病院でも妊娠をしたらやめていくと



いう方が非常に多かった現状がありました。やめた
いからやめるのではなく、自分が十分に働けない中
で、現場は非常に忙しくて、自分が不十分な働き方
で働くことが周りに迷惑をかけるということをやむ
なく去っていくという声を非常に多く聞きました。



じゃあどうやれば復職しやすい、あるいはやめな
くていい職場になるかという事をみんなで話し合
い、復職しやすい職場とは何かということ考えた
ときに、チーム全員の意見として出て来たのが、5
人のチームの5人目ではなく6人目として現場復帰
できるポジションがあることだという意見になりま
した。現場は常に忙しくて常に疲弊しているので、
もともと5人いるチームの中に、例えば産休で休ん
でそのまま復帰すると、自分が例えば0.8しか働け
ないとチームの力としては4.8になる。それだと周
りの皆さんに迷惑をかける。だから戻れないといっ
たことがあるので、やはり何らかの形で5人目を補
充してもらって6人目で復帰するということが望ま

しいという意見になりました。こうしたことで従来
の定員外の増員としての女性支援枠を設立するこ
とに至ったのですが、これは当然、ボトムアップでは
できるはずもないこととございまして、病院長の
トップダウン、病院長の英断があってこそできた
ということとございます。

0 岡山大学

キャリア支援制度の構築

平成20年度女性支援枠設立。当初の定員は5名、当直の調整のみ。

平成20年度女性支援枠の改編→現在に繋がるプロトタイプとなる。
現場の声を反映し、自分で働く時間・日数を決められる柔軟な働き方が可能に。当初人数
は2年間制限なしで需要を評価。

岡山大学病院 復帰支援制度 [エントリーシート] はこちら →

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

岡山大学病院 一員のカリヤアップを目指して～

キャリア支援制度のご案内

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

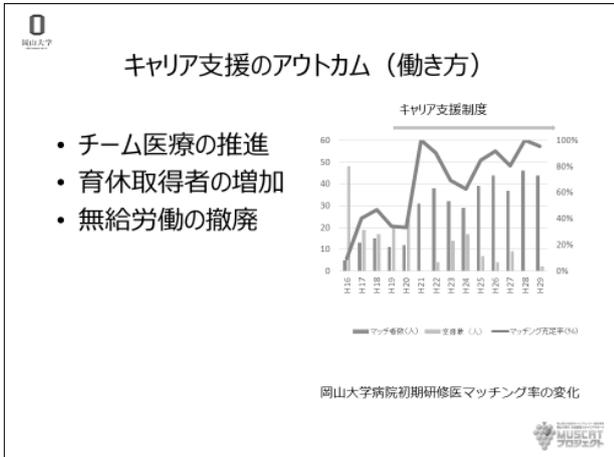
岡山大学病院 キャリア支援制度
ワークシェアコース (H27年度 トライアル版) 第2集

平成27年度よりワークシェアコースのトライアル開始へ。4名が利用。

MUSCOT 2019

平成20年度に女性支援枠ということ、当初、定
員は5名でこれはレジデントの枠が余っていたとこ
ろを使わせてもらって5名。当直の調整ができると
いうだけだったんですけども、そこに長期間離職
していた人もあわせてあつという間に定員が埋まり
ました。その後、現場の声を反映して、自分で働く
日数を決められる、完全にオーダーメイドの働き方
ができるといった、そういうポジションがつけられ
ました。当初、人数は2年間制限なしで事業評価い
たしまして、平成22年度より、病院の規約として
制定されました。このときから男性も対象にし、出
産、育児でなく介護も対象にするということで、1
人が働く時間はそれぞれ違うんですけども、病院
全体として週620時間分の雇用を新たにすること。
人数にしてみれば常勤医師が20名ということ
になります。岡山大学病院、診療科としては22診療
科あるので、各診療科にもし均等分布すれば各診療
科1人ということになりますが、どこかの診療科に割
り当てではないので多いところもあれば、少ないと
ころもあるということになります。

平成24年度よりキャリア支援制度を開始し、子ど
も1人につき3年間使えるという時間制限をつけたり、あるいはコーディネーターをつけたりといった



た。あまり大きい声で言うのもどうかと思いましたが、NHKの番組で無給医が取り上げられました。

0 岡山大学

無給医問題

・初期研修が終了すると、謎の専攻生という身分のポストがあり、そこに配属された。完全に年功序列ではあったが、妊娠・出産があれば、もちろん産休・育休の取得などかなわず、無給医局員ポストとなった。（呼吸器内科、関東）

・医局長が決めていました（もちろん本人との話し合いです）。主に子育て中のママさんドクターがこのポストにいました。（麻酔科、関東）

・扶養家族がない、出産しそうな女医さんは優先的に無給ポストをすすめられた。（内科、関東）

岡山大学の場合
柔軟な働き方をしている女性医師が有給雇用となったために
無給労働している若手医師が逆に目立ち、無給労働の撤廃へ進んだ

岡山大学病院でも無給で働く大学院生が以前はいたんですけども、女性医師が柔軟に働いていて、ちゃんと給料をもらっているのであれば無給の人がいるのはおかしいぞということで、これを機にということでもありませんが無給労働、現在なくなっております。

それ以外にもさまざまな方策をとっております。トレーニングコース、あるいは育児期のサポート等々ございます。

あとは我々、特筆すべきことは医師会と行政との連携ということで、岡山県担当者また岡山県医師会そして岡山県病院協会、岡山大学、川崎医科大学が年に数回、一堂に介して意見交換を行ってございます。

女性医師支援の可能性ということで11年やって

0 岡山大学

トレーニングコースによるスキルアップ

急変時シミュレーションチームトレーニング

ジェネラリスト・シリーズ

出逢シミュレーショントレーニング

シミュレーターを用いた緊急事態など多岐にわたる医療現場において、その地域の医療者の各々スタッフ等と協力を支えるために多数ご参加いただいております。

0 岡山大学

育児期サポート

開設：平成21年10月1日
名称：ますかつと病児保育ルーム
事業形態：病児対応型
(医療施設併設型病児保育)

一時預かり

ママティ白衣の貸し出し

次世代育成講演会

0 岡山大学

医師会・行政との連携

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

同窓会・医局のネットワーク

女医部会を組織化

岡山県医師会理事

女医部会長

岡山県病院協会

岡山大学

のネットワーク

業の一環として

きましたけれども、やはり当然、女性のためだけではなく、みんなのためでありますし、多様なバックグラウンドを受け入れることができる職場というのは、患者さんにもよりよい医療を提供できることというふうに考えております。我々、女性医師キャリア支援というふうに思ってやってきましたけれども、この11年間やってきたことっていうのは働き方改革そのものではなかったかというふうに考えてお

シンポジウム 1

0 岡山大学

岡山大学病院での活動で得たこと

- 多様な人材が職場に存在することではじめて頭ではなく心で相手をわかることができる（＝真のダイバーシティ推進の第一歩）
- 女性医師の存在が「文化」を変える突破口に
- 活動を通して得た素晴らしい出会い




0 岡山大学

御清聴ありがとうございました

Thank You



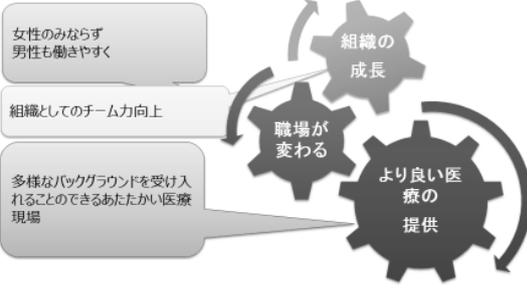
医療人キャリアセンターMUSCAT

謝辞
発表の機会を頂きました日本医師会、長崎県医師会、長崎大学伊東昌子先生、座長の今村聡先生、関係の皆様にご礼申し上げます



0 岡山大学

働き方改革 女性医師キャリア支援の可能性




ご静聴いただきましてまことにありがとうございました。

(座長)

片岡先生、ありがとうございました。

最後に続きまして、佐賀県医療センター好生館副事務部長の小野 潔様に「好生館の働き方改革」と題してご講演をいただきます。小野様よろしく願いいたします。

ります。

0 岡山大学

重要なことは…

「地域医療の継続性」と「医師の健康への配慮」の両立
医師の働き方改革では「地域医療の継続性」と「医師の健康への配慮」の2つを両立することが重要である。



日本医師会「医師の働き方検討委員会」添甲 (H30.3)
医師の働き方検討会議「医師の働き方に關する意見書」(H30.7)



先ほどから天秤の図がよく出てきておりますけれども、私は非常に難しい問題がたくさんあると思っておりますけれども、患者さんへのよりよい医療の提供と、医療者自身、医師自身、医療者自身の健康というのは、それはぜひとも両立しないといけないと思っておりますし、そこにやはり皆さんで知恵を集めていくことが必要とされていると考えております。

「好生館の働き方改革」

佐賀県医療センター好生館副事務部長 小野 潔



本日はこのような発表の機会をいただきまして、ありがとうございます。私は佐賀県医療センター好生館に勤務しております小野と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

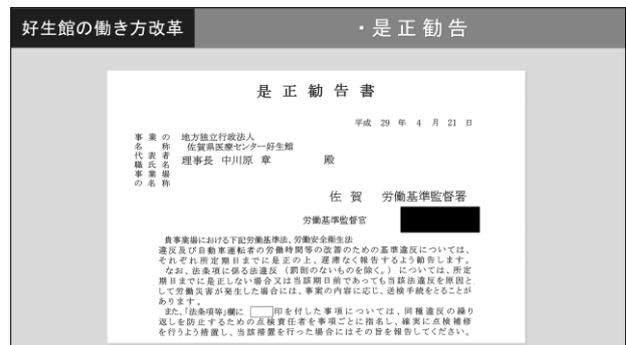
これは好生館の外観です。好生館は平成22年に県立病院から地方独立行政法人に変更になっております。平成25年にこの地に新築移転をしております。好生館の病床は450床、診療科は35、職員数は1,150名でございます。医師は約155名、研修医は37名、約190名の医師が勤務しております。公立病院としては大変医師数が多い部類に入るかと思っております。診療実績といたしましては、入院患者が年間13万8,000人、外来患者が18万1,000人でございます。

好生館の働き方改革		・好生館の働き改革の始まりについて
平成29年4月19日	労働基準監督署の立ち入り調査	
平成29年4月21日	是正勧告書及び指導書を受ける ①許可を得ていない宿直業務 ②法定労働時間を超える割増賃金(時間外勤務手当) ③総括安全衛生管理者等の選任報告等 抜本的な勤務の見直し必要	
好生館は、平成30年度第196国会で成立した「働き方改革関連法案」以前に、働き方改革を実施する必要があった。		

好生館の働き方改革の始まりは、29年4月に労働基準監督署の立ち入りがあったことに始まります。本来はことしに成立しました働き方改革関連法案が

あってからするべきだったんですが、昨年、労基署が立ち入ってこの3点が指摘されております。

まず許可を得てない宿直業務。これは法人化のときに宿直の許可を得るよう労基署に出したんですが、受理されなくて、引き続き当直業務を行ったものです。2番目は未払い賃金があるということで指摘されております。3番目は総括安全衛生管理者の選任報告、これは従業員が1,000人以上の事業所はこの選任をしないとイケないのを失念していたものでございます。



これが是正勧告書です。4月19日に立ち入りがあったんですが、翌々日の21日にもう是正勧告書をいただきました。



そのまた1週間後に西日本新聞に好生館に労基署が入ったという報道がありました。

労基署の是正勧告書を受けてすぐに働き方改革の

好生館の働き方改革 ・好生館働き改革推進体制

労働基準監督署の是正勧告書及び指導書を受け、直ちに好生館働き改革推進体制を整え、対策チームを発足させる。

対策チームを立ち上げております。

好生館の働き方改革 ・働き改革の内容について

●対策チーム（ワーキングチーム）を作る。

1. 「是正勧告対応チーム」（事務部長リーダー）
2. 「時間外業務対策検討チーム」（館長リーダー）
3. 「働き方改革委員会」（理事長担当）

↓

改革内容を検討し実践する。

大きく分かれて3つあります。1つ目の是正勧告対応チームは事務部長をリーダーとしております。2つ目の時間外対策検討チームは館長をリーダー。3つ目の働き方改革委員会は理事長担当でございます。

好生館の働き方改革 ・働き改革対策チーム(是正勧告対応チーム)

1. 「是正勧告対応チーム」（事務部長リーダー）
是正勧告に指摘されたことについて、対応する。
 - ・未払い時間外勤務手当の確定
 - ・未払い時間外勤務手当が発生した原因特定のための、職員へのヒアリング
 - ・多様な勤務体系導入のための就業規則改定
 - ・各種手当の導入（オンコール手当、初期臨床研修手当等）

是正勧告対応チームは事務の事務部長がリーダーとしております。1つは未払い賃金の確定でございます。それと事務系ですが、未払い賃金が発生した病院の特定と職員のヒアリングを行っております。それと多様な勤務体制、就業規則の改正、各種手当の導入をやっております。

未払い賃金を12月に医師を除く職員、2月に医師について払ったんですが、約11億7,000万から8,000万を払い、そのときの新聞報道です。ほぼ全紙にわ

好生館の働き方改革 ・未払い賃金支払後の各紙報道

たってこのような報道がなされました。

好生館の働き方改革 ・働き改革対策チーム(時間外業務対策検討チーム)

2. 「時間外業務対策検討チーム（館長リーダー）」
時間外業務とその対価のあり方を検討。
 - ・医師の36協定を超える時間外勤務者へのヒアリングを実施
 - ・患者・家族へのICを職員の勤務時間内実施への協力依頼。
 - ・勤務である研修会の職員勤務時間内実施（併せて自己研鑽研修会と勤務である研修会の周知徹底。

これは館長をリーダーとした時間外業務対策検討チームでございます。医師の36協定を超える時間外勤務者のヒアリングを実施し、患者、家族のICを職員の勤務時間内に実施するような協力依頼をいたしました。あと勤務時間に研修会を多数やっていたんですが、勤務である研修会については勤務時間内に、自己研鑽の研修会につきましては、勤務時間外にするようにいたしました。

好生館の働き方改革 ・働き改革対策チーム(働き方改革委員会)

3. 「働き方改革委員会」（理事長担当）
 - ・職場環境の改善（働きやすい環境づくりを含む。）
 - ・職員の待遇・処遇改善
 - ・働き改革憲章の策定

続きまして理事長担当の働き方改革委員会でございますが、ここでは職場環境の改善、職員の待遇、処遇の改善、働き方改革顕彰の策定、この顕彰の策定は本年3月で顕彰を策定しております。

顕彰は約5つであります。患者を癒し、その家族を支える。心身ともに健康に働ける。それぞれの夢

シンポジウム1

医師のモチベーション低下につながっていると思っております。

つたない発表で、非常に申しわけございませんでしたが、以上で終わらせていただきます。

(座長)

小野様、ありがとうございました。

時間がちょっとオーバーしておりますので、休憩時間をとらずに、このままディスカッションに移らせてもらいたいと思います。舞台設営のため、しばらくお待ちください。

ディスカッション

今村座長：それでは、ここからディスカッションに移りたいと思います。これからの進行は今村が務めさせていただきますのでよろしくお願ひいたします。限られた時間ですので、まず演者間で何かご質問等ございますでしょうか。

福崎先生：ハラスメントのことを聞けと言われたので、先ほど話しましたとおり、ほかの部会とか審議会では、カスタマーハラスメントという顧客から消費者から労働者がやられるという、そういうハラスメントも働き方改革の中で議論されていると聞いているんですけども、医療の現場ではそれにも増したハラスメントがあるんですけども、検討するとかいうそういう話はないんでしょうか。

安里氏：まだ目立った形での議論にはなってはいませんが、ハラスメントも含めて、やはり患者さんたちがどう反応するかで、医療会は勤務環境に影響が大きいということで、今、医療のかかり方懇談会というのを厚生労働省が主催してやっています。今村先生も出ていただいて、あとデーモン小暮閣下も入っております、マスコミにいっぱい取り上げてもらおうとしているんですけども、その中で、あまり医者が大変だということだと、また逆に反発する人もいるかもしれないので、打ち出しの仕方がすごく難しいところはあるんですけども、やはり医者も人間であるということを前提とした医療のかかり方を考えてもらおうと、そういう気運を醸成しようということで、まだうまく打ち出せてはいませんが、ちゃんと担当として意識はしておりますので、よろしくお願ひします。

今村座長：若干、訂正させていただくと、私は委員ではなくて、城守常任理事がその委員として出ております。ただ次回、私はヒアリングとして日本医師会の立場でお話をする予定になっております。

福崎先生：今の件で医者がそれを大きい声で言い出すと、また世間から嫌われ、医者仕事を下に落としていくという事になる。

岡留先生：福崎先生にお伺ひしたいんですが、聖職者と医者と法学者がプロフェッショナルという昔の概念があったんですが、もう全く今それはないですよ。これは今村副会長も同席された第1回の検討会の時に、僕は最初に法政学者の諸君に、東大の法科の大学院の教授の諸君に、医者は労働者であるかないかっていう定義はどこにあるんですかと聞いたたら、そういうのはありませんと言うんですね。過去の最高裁、高裁判例をもって労働者であるというのはもうわかっているんですけど一蹴されました。要するに、私どもは給料をもらっている以上は、労働者であるというようなことが労働法制の中で暗黙の了解であるんだということで、医師がどうしてもその特殊な労働者であるとか、もう話にならないということを最初に言われて、かちんときたんですけども、その辺のところについていかがでしょうか。

福崎先生：言われた方はきつい思いしたかもしれませんが、言う方の方が正しいんです。やはりそれは今の労基法とか最高裁の判決で労働とは何かとか、労働時間とは何かという要件決まっていますので、労基の適用があるという事はもうしょうがない事だと思っている。ただ私が言いたいのは、皆さ

シンポジウム 1

んはわかっておられるかもしれないけども、それこそヒアリング側にいらっしゃる官僚の人とか、周りの世間の人たちにやはり医者というのは時間に拘束されてできる仕事じゃないという事です。それはやはり本当に大昔にプロフェッショナルという労働者でもなければ商売人でもないお布施で霞食って生きるというような、人のためだったら命でも投げ出すというそういうものだったんだということを自覚して取り組まないと、どこかにひずみがあるということを私は言いたかっただけです。以上です。

橋本先生：宮城県医師会の橋本と申します。病院の院長をしております。安里さんにお聞きしたいのですが、厚労省の方からいろいろ聞いて、厚労省の中でも医療畑と労働畑では確執があるとは聞いておりますけども、佐賀の好生館の例を見てもわかるように、労基が入ってしまうと、労基に対してはそれを是正するように勧告が出ますから、それをしなければならぬですね。実はうちもつい数日前に入ったばかりなんです。どのような勧告が来るのかは楽しみに待っているところなんですけども、ただその好生館の例でもわかるように、例えば佐賀とか、あるいは私は宮城県ですけれども、そういう医師が少ないところで、労基にあわせた働き方をするとすると、これは当然、地域医療は崩壊するんですよ。そんなのはわかっていることで、わかっているながら入ってくるというのは、労基は何を考えているのかなと思うわけですが。労基の目指すところは何なのか。要するに法律を守ることだけが至上命題なのか。それとも労基も日本の医療というものを考えてやっているのか、いかがでしょうか。

安里氏：非常に難しい問題ですけども答える前に、私は実は労働基準局の人間でもあり、同時に医政局の人間でもありまして、通訳みたいな役回りも持っているんですけども、まず監督署、労基の目的ですけども、労働基準監督官は労働基準法を守ることが、労働者の権利、義務を守ることだという強い使命感を持って働いております。基本的に、病院

の事情は、先ほど福崎先生のご発表の中にもありましたけども、医療界の現状を知らないわけではなくて、今、働き方改革も進んでいますし、あまり入らない方がいいというニュアンスは多分、持っていると思うのですが、どうしても申告という形でそういう情報が届きましたら動かざるを得ないというところがありますので、入った以上は警察官と同じような権限持っていますので、しっかり法律と照らして、誤りがあればそれは勧告をしなければいけない。こういう頭で動いています。一方で、医師が少ないところで、労働基準法を守り切れないというご事情があることも、医政局側は特に認知しております。そこで今、両局一緒になって、これから上限規制が罰則つきで適用されるときの上限の時間数をどこに置くのが医療も守れて、基準法というルールを使って労働者であるお医者さんの健康も守っているのかという議論をしているところです。

ちなみに、現行の法規であれば、基本、青天井で残業できますので、36協定を見直していただくなりをすれば、恐らく年内半年っていう制限があるんで、そこがきつんだらうなどは思うんですが、異常な事態にはならず済むかなと思っていますけども、それはまたいろいろあろうかと思っております。ただ本当に問題を解くときにはどうしたって医療の提供体制の組み換えを各地域で考えなきゃいけないところは外せないと思っております。そこにはやはり現場のお医者様方の力が必要だといいますか、医政局なりがこうしろと言って、現場が変わるものではないだろうと思っておりますので、できれば国も地方もともに知恵を絞っていきいたいと思っておりますので、よろしく申し上げます。

今村座長：メディアは賃金の未払いの話ばかりを取り上げて、幾らとられたとかそういう話をしていますけど、実は医療機関に一般の定期的に入る監督では、例えば健康診断の実施率が他の事業者よりかなり低いとか、統括の衛生管理者を置いてないという事例が非常に多いとの指摘を受けている。来年度から産業衛生の許可、特に産業医の業務が非常に強

化されますが、医療現場で働いている人たちの健康を守るシステムがあまり機能していない現状であったことも事実だと思うので、そのことは今日ご参加の先生方にご留意いただければと思っています。現行の労働基準法のもとでのお話ですので、そういう状況をどう変えていくかということ、今、議論している。先ほど、福崎先生から時間をかけてやるべきだという意見があったが、私どもも強く申し上げていて、何月何日から実現できるなどということは絶対ないので、そこまでにステップを置きながら、徐々に変化を見ながらやっていくことが大事だと、四病協を始め、医師会も主張しているところです。ただ、あまりゆっくりやっていると、現行の労働基準法がそのまま生きて、そのことでまた現場で問題が起こってくるという非常に悩ましいところもあると思っておりますので、労働基準局に対しても、謙抑的にやっていただきたいと医師会からは常にお願いをしているところです。

篠原氏：神奈川県医師会の篠原と申します。いいお話をありがとうございました。安里先生と岡留先生にお尋ねしたいんですが、最後の小野先生の魂の言葉が非常に心に響きました。実際、まず応召義務の問題なんですけども、昭和22年に開始されたと思うんですけども、どちらかというと明治、大正の考え方に近いと思うんですね。これが今に合致するかどうかというのは非常に疑問であるし、この働き方改革検討会が始まったときから、これはおかしいと言われていましたよね。それに対して、一番に手をつけなければいけないと言われていたはずなんですけども、それに対しての見通しをちょっとお聞きしたい。皆保険制度の維持と、医師の健康を守るという事がこの問題に大きく足かせをかけているのではないかと考えます。

安里氏：応召義務のお話ですけども、先ほど岡留先生の発表の中にもスライドがありましたけれども、まず応召義務は非常に厳しい義務だというイメージ持たれているかもしれませんが、よくよく検

討してみると、国とお医者さんの間の権利義務関係ですよという整理が今、見えてきておりまして、患者さんが目の前にいて、医者の方に応召義務があるからといって、医者側に患者に何かしなければいけないという直接の義務が生じるものではないという整理はほぼ確定的なものとして見えてきておりますので、まずそのご報告です。一方で、できた当初と今とでは医療の提供体制も違っているだろうという話も出てきています。医療機関としては、開設している時間中に来た患者さんを診るというのは当然の事としてあるけれども、地域で救急医療体制とかができていの中で、時間外の患者に対して受付を絶対にしなければいけないとか限界的なところを今、研究班の方で改めて整理をしております、そちらはまとまりましたら、ご報告を差し上げる形になると思いますけれども、応召義務を今までちょっと怖いもののように思われてきたものを、しっかり現代にあわせて整理をする取り組みをするところになっています。

植山先生：勤務医委員会の委員やっています植山です。私は働き方検討会にも入っております、岡留先生と安里先生にちょっとお伺いしたいと思えます。実は私は医者の方の労働組合の全国医師ユニオンの代表をやっております、何でここにいるかということ、日本医師会はやはり意見の多様性を非常に重視するということで、勤務医の声を聞くために、私も入れていただいているというふうに思います。ですから皆さんがちょっと聞きにくいことを聞かざるを得ないという立場でお答え願いたいんですけど、これだけ医師不足で過重労働をやって何とか回している日本の医療において、やはり医者をふやさないと、根本的な解決にはならないだろうというふうに思いますが、今までの議論ではそこは出ないんですね。日本の医療を見ると、患者の受診率は韓国を除けば断トツで多く、スウェーデンの4倍受診、フランスの2倍受診しているところからいうと、非常にフリーアクセスもあって今の体制を、医療水準を守ろうとすると、医者をふやさないといけない。ただ

シンポジウム 1

医師数はOECDより3割少ない。フランスよりも3割少ないです。ドイツなんかと比べると4割近く少ない。私は福崎先生がおっしゃったように時間がかかってもちゃんとやった方がいいというのは大賛成なんです。政策パッケージで変えないと、働き方だけで収まるはずがないので、やはり医師数もフランスレベルまで上げて、働き方についてもフランス人の医者は労働者だと明確に思っていますから、バカンスとります。スウェーデンも1カ月休みます。それで医療が回っているので、日本だけ過重労働っていうのはちょっとどうなのかなという思いがあります。ただやはり時間かかっても医者をつやしながら政策パッケージとしてきちっと守っていくと。小野先生が経営で苦しんでおられるというところはありますけど、大体1,500億から2,000億円あれば不払い労働はなくせるというのを昔、計算したことがあるんですけど、そういう意味で、やはり医者をつやすというところで、どのようにお考えか、お伺いしたいと思います。

岡留先生：今、植山先生が指摘されましたように、医師不足が根本にあるのではないかというような考え方は、四病院団体協議会の中の学外の早稲田とか慶応の方の教授の人たちを呼んで意見を聞いたことがあるんですね。医療経済学者と言われる人たちですが。やはり一番の今の日本医療の元凶というか、根本的な間違いは、医療提供体制と医療需給に見合った医療提供体制がないということをはっきりと皆さん言われるんですね。やはりその中に、これは医療の適正配置というか、医師の適正配置を含めた大きい意味での医師不足というような概念を持っていかないと解決しないのではないかなという考えも私も持っているんですが、その辺のところを考えは病院団体としてはあるということ覚えておいていただければと思います。

安里氏：今の医師の需給の話ですけれども、岡留先生が意見として持っているとおっしゃっていたように、検討会の中で全く出ていないわけじゃないと

認識しております。医者の方の需給については、需給分科会という別の場での議論がありまして、そこでも医師の働き方改革の動向も見据えながら考えていきたいと思いますという話になっているかと思っておりますので、話題に全くなっていないわけではないということはお伝えしておきたいと思っております。

今村座長：植山先生のご意見は前からよくわかっていて、そういうご意見があるのもそのとおりのんですけども、医師需給分科会の中では、数だけをふやしても穴の開いたバケツに入れる水と同じで、本当に必要なところに医師が行かないといけなないので、地域偏在、診療科偏在を同時になくしていく仕組みを組み込まない限り、数だけの問題ではないということを経験した方たちが非常におっしゃる。また、人口減少により1学年100万人ぐらいいかないのに、医学部の偏差値だけは異様に高くなっていて、そこに人が集まり過ぎるのは日本の将来のあり方としていかなものかという意見もあります。あとはイノベーションの問題もあって、それぞれAIやIoT、ICTが入ってくると医療現場が急速に変わってくる恐れもあるので、文科省が持っているもとの定数の上に臨時増をしている地域枠等の調整をしながら、先生がおっしゃったようなさまざまな政策のパッケージを見ながら定数をどうしていくかという議論になろうかと思っております。単純にOECDで医師が少ないからふやせというのは、今度、医師の待遇の問題も当然出てきますので、そこをあわせて考えていかなければいけないと思っております。

玉城先生：沖縄県医師会の理事を拝命しております玉城と申します。少しだけ沖縄県の状況をお話させていただきますが、安里先生にご質問でございます。沖縄県の県立病院で、働き方改革のために医師の数を150人ふやすというようなことが、県議会で通りました。そうしますと、沖縄県の県立病院というのは、前の前の知事の時代に、私の父親が医療政策参与をしております、そのときに黒字にした

はずです。ただそれ以降、前の翁長知事からどんどん赤字になっていったというような状況で、さらに150人ふやすと。その赤字の補填として医療アシスタント、いわゆるメディカルクラークなどを減らすというようなことが今後行われるであろうと言われております。今、皆さんのディスカッションの中でタスクシフティングということが言われております。ただ、県の現状としてはそれと全く逆行するような状況でございますが、先ほどお話のありました都道府県勤務環境改善センターがあって、行政もアシストしていただけるというようなお話もありましたが、なかなか沖縄県の状況を見ておりますと、基地問題ばかりになっており、興味がないようにも思います。厚労省からも何かアシストいただけないかなということで陳情です。ぜひアシストをいただきたいなというふうに思います。いかがでしょうか。

安里氏：私は沖縄出身でして、そんなことになっているんだと衝撃を受けたんですけども、おっしゃるように医者をつやすのは嬉しいんですけど、メディカルクラークさんたちを減らすっていうのは、確かに方向性はちょっと違うかなとは思っているんですが。なかなか47都道府県全部に直接国から支援はできませんが、県の勤改センターさんからの相談を受けて、スーパーバイズするとかでの支援はぜひともさせていただこうと思っておりますので、150人もふやすというご英断がうまいようにいくように応援しております。

市原先生：愛知県医師会から参りました市原と申します。国立病院の院長をしております。皆さんにお尋ねしたいんですけども、最後に小野事務長様のお話なんですけども、涙声に聞こえたのは私の気のせいだったのかどうかというふうに思ったんですけども、実は私どもにも労基署が入りまして、是正勧告受け、非常に変わった若いドクターがおり、その方が用も無しに夜中にいる。日曜日になると勝手に好きなセミナーに行って、届けもありませんし、こちらもお金は払ってないんですけど、それを全部、

超過勤務につけて、とんでもない超過勤務の時間数になったもんですから、払わないと言った。自己研鑽じゃないですかと言ったので、そんなことまでは病院払わないと言ったら、すぐに労基署に駆け込みまして、労基署に入られまして、聞いたら本人が病院のためだって言うんだったら払わなきゃならないということで、病院中の者がものすごく怒ってましたけど払わなければならないということで、私が「払わん」と言ったら事務長が来て、「先生はすべてのキャリアを棒に振るんですか、書類送検されますよ。逮捕されます。その上、先生の退職金はすべて返上しなきゃなりません。これでいいですか」という脅しをかけられ、泣く泣く払ったんですけども。自己研鑽どこまでになるのかよくわからないところがありまして、本人が例えば救急のセミナーに日曜日に8時間行き、それを後で超過勤務と言ってきたわけですけど、それは勉強でしようと言ったんですけども。そういうことがありまして、ちょっと難しいところがある。裁判においては、そういうのは認めないという事もあるようですし、一部には認めるという裁判もあったようなんですね。その辺についてどういうふうに考えたらいいかかなということで、先生方のご意見伺いたい。

安里氏：自己研鑽については、非常に難しい問題があると思っております。最高裁の裁判の中で、労働時間かどうかが客観的に決まるってということがもう確定した判決としてありまして、それがちょっと1人歩きして今、現場を困らせているんだなという思いがあります。労働基準局側の人間としてのアドバイスは、まず労使の間で自己研鑽にするかどうかで、例えばそれが終わって残りたい、自己研鑽で残りたいというときに、特に手続きもなく残っていて電子カルテとかを見ていると、労基署がもし後から入ったときには何も記録がないので、この人はその時間に病院にどうやらちゃんといたと。電カルでの記録も残っているとすると、それは本人が労働時間だったと主張すれば、労働時間だったという証拠しか出てこないために労働時間だと認定

シンポジウム 1

せざるを得ないという状況があります。なので、病院側としては、例えばもちろん上司からの指示されたものではなくて、業務上絶対必要なものではないような、本人のための研鑽というのはあると思いますので、そういう労働に該当しないような研鑽については、こういう手続きを病院の中で踏んで、この人はこういう理由で労働じゃないけど残るということを、本人が申請をして、上司が確認をして、それをしっかり記録として残しておくということをやっておけば、監督官も入ったときにはそういうルールだという前提で監督をすることになると思います。ただ注意は診療を行う行為ありますけれども、例えば自分で診療件数稼ぎたいと言って、みずから待機して、患者さんが運び込まれたら診察をするという、診察する行為自体は恐らく本来業務そのものになると思いますので、幾ら本人が自分のための自己研鑽だと言っても、多分、それは労働になるんだろうとっております。ここら辺のことを、実は検討会の中でも話題になっていまして、基準局と医政局の間で原案を練る作業をしておりますので、それを世にお出しして、本当に電カルを見ていたら必ず労働かということ、恐らく違うところもあると思いますので、そういう管理がある意味、一定しないといけないと思うんですが、それを逆にさせていただくことで、労基署に入られてもちゃんと違うんだと抗弁できるような労務管理をしていただきたいなと思っております。そういう案を検討中でございます。

今村座長：情報提供させていただくと、今おっしゃったように、今までの自己研鑽という解釈では先生の言ったようなことになってしまう可能性があるんで、もう少し自己研鑽と本当の労働を分けていこうという議論をしているところです。ただここで問題になるのは、我々は医療界として大体常識的にそれは違うだろうとわかるわけですが、参加されている検討会のメンバーは、全然医療のことを知らない人たちもいて、どの業種だって自己研鑽はやっているんだという議論にどうしてもなりがちなので、我々もそこを理解していただくように、だれが聞いて

てもそうだねとわかるようなことをしっかりやっていかなければならないということで詰めております。将来、それが新しく変われば、先生がおっしゃったようなことは起こらないようになるんだという方向性で議論をしていくということだけご報告しておきたいと思っております。

長谷川先生：時間のないところすみません。横浜市の長谷川ですけれども、検討会の先生方にちょっとご意見お伺いしたいんですけれども、今まであまり議論が上がってこなかった問題として、医師の業務の中に、医師が好む業務と好まない業務があると。例えば自分の専門のことを診療業務で研鑽を深めるためにやることに関しては、少々時間がオーバーしてもあまりフィジカル・ストレスにはなるけど、メンタル・ストレスにはならないので、やってもいいという医師がいると。一方で、例えば自分の専門でないものも含む救急業務などは、やはりやりたくないし、そしてさらに訴訟のリスクも負うというような、メンタル・ストレスも加わると。そういったような2つの種類の業務があるところを、一緒に上限キャップをかけるということに関しては、恐らく医師の中でもいろいろ異存があるのではないかとといった意味で、後者の義務的に行う業務に関しては、一般の労働者と同じようなキャップをかけて、前者に関してはもう少し緩いような、青天井というわけにはいかないでしょうけど、要するにフィジカルな問題もあるのではというふうに分けて考えることは必要なのかなと。そしてもちろんへき地とか、あるいは離島に関しては、柔軟に対応することになるだろうと思っておりますけど、ただこれは応援態勢をする。きちっと築いていく。そしてあとは救急医療というのは、あまり分散させないで、どこかに集中して行った方が効率はいいだろうというふうに思いますけれども、その辺、もしご意見いただけましたら。

岡留先生：先生が今、おっしゃった医師の中の業務の中の好む業務、好まない業務、これの差別化を

図るとするのは非常に難しいだろうと思うんです。一つひとつの事例が遭遇した場合に、これをどういうふう考えるかですから包括的にしか言えませんが、僕の考えですが、業務を好むと好まざるとにかかわらず、応召義務という非常に大きいオーバービューがありますから、その中で僕らは動いていかざるを得ないという部分はまだあるんですね。ですから好むとか好まないというような、恐らく判断基準は入る余地が僕はないだろうと思うんです。検討会でそういうことをまだ訴状で上がったことはございませんので、ちょっと僕の立場からは何も言えないというところでございます。

片岡先生：貴重なご意見ありがとうございます。私も、先生が後半におっしゃられた救急医療とかへき地、離島に関してはちょっと別に考えるべきではということに賛同いたします。それと好む、好まないという判断基準は確かにバリエーションがあつて難しいかなと思うんですけれども、応召義務に関しても、やはり通常の医療の場合と、それから救急医療の場合で、かなり応召義務の裁判事例とかについてもやはり考え方が違うということもお聞きしておりますし、救急医療とへき地、離島に関しては、少し分けて考えるということが今後、議論が必要ではというふうに思っております。ありがとうございます。

安里氏：お二人におっしゃっていただいたとおりかと思っておりますので、好む業務と好まない業務のところは特になのですが、行政で上限を設定するとなりますと、全国一律にかけていきますので、好む、好まないという本人の好みにあわせた規制というのは、現実的にワークするのが難しいかなと思っております。ただ好きなことをやっていれば元気でいられるとか、そういうことはもちろんあるんだろうなとは思いますが、そういう知見が積み重なってきたら、健康確保を考えるときのバリエーションとか、そこら辺には影響を与えてくる可能性があるかなとは思いますが、規制という点ではちょっと難し

いかなと思っております。

今村座長：今日はどちらかというと、時間の話がメインだと思ったのですが、勤務医の健康確保策について、今やらなければいけないものはやるにしても、さらに世の中に向かって、一般の労働者よりも長い時間お医者さんに働いてもらう仕組みができたときに、どうやって健康を確保していくか、そのことをきちんと外に向かって理解していただかないと、労働時間を延ばすことはなかなか難しいと思うのですけれども、その辺について安里さんとそれから病院団体の岡留先生から何かご意見があればいただけますか。

安里氏：今村先生がおっしゃったように、医者は応召義務もありますので、通常よりは高くなるでしょうけれども、過労死を防ぐということは医者であろうとも絶対命題ですので、そこはやはり個別に健康確保をしっかりやっていますと。お医者さんは長時間働いているけれども、ちゃんとその健康状態はモニタリングされて、倒れる前にはちゃんとドクター・ストップがかかって休めるような体制になっているんだということが重要だと思っております。岡留先生の案をとってしまうと悪いので、ここで終わりにします。

岡留先生：やはり今まで僕らがながしろにしてきてました病院の中の安全衛生委員会ですか、これの権限というか、もう少しこれをグレードアップして、病院の中でその立ち位置をきちっと明確にしていく必要があるだろうと。例えば長時間労働、これはICカードとかタイムカードだと、月の半ばぐらいでどのぐらいオーバーしているかというのが把握できます、可視化できますので、その辺のところをチェックしながら安全衛生委員会で超過勤務が非常に多いドクターをお呼びして指導していくというような、きめ細かな対策に頼らざるを得ないんじゃないかなというふうに僕は思っています。

シンポジウム 1

今村座長：あともう1点、愛知県の先生からお話のあった、働いている先生の主張と病院側の主張とで意見の相違みたいなものが起こったときに、今はいきなり労働基準監督署が出てくる状況にある。これはやはり現場としては非常に難しいので、もう少し間にワンステップ置くような仕組みがあればと思うのですが、その辺は安里さん、何か行政的に考えておられますでしょうか。

安里氏：今の法体系でいきますと、お医者さんは労働者ですので、労働者である以上、監督官が保護する対象であるということは変わらないと思いますので、監督官が全く入ってこない制度というのはあり得ないと思っています。ただ、監督行政をやるときに、医療界は医療界としてしっかり医者の健康確保がなされていて、労働時間の管理も適正になされていると。ちゃんとルールが動いているんだというような現状ができ上がってしまったら、当然、監督行政もそれを前提として入りますので、今のようによく聞く、監督官は何もわかってくれないという状態じゃなくて、監督官も医療界はこういうことになっているんだと、それを頭の上において監督行政をやるようになると思いますので、もう少し意思の疎通を図られて、お互いにフラストレーションが溜まらない関係になっていくのかなとは思っております。ただ、裁判になってしまったり、監督が入ったときもそうですが、どうしても現実がどうだったかということから解きほぐして見ますので、あらかじめルールを定めていたとしても、そのルールどおりに運用していなかったんじゃないかと認定をされて、いろんなトラブルになる可能性は、それはどんないいルールを使っても永遠に残りますので、そこはご留意願いたいんですが、今はお互いが監督行政も医療行政も同じ、共通の認識が得られるような、いいルールをつくっていききたいなというふうに思っております。

今村座長：ありがとうございました。まだまだいろいろな視点でご意見あろうかと思えますけれど

も、定刻となりましたので、一たん、ここで閉じさせていただきます。演者の先生方ありがとうございます。

第39回全国医師会勤務医部会連絡協議会

<11月3日（土・祝）・シンポジウム2>

15:30~16:30

「医療現場からの叫び」

座長：長崎県医師会副会長 **藤井卓**

「当院高度救命救急センターにおける働き方改革の現状と課題」

長崎医療センター高度救命救急センター長 **中道親昭**

「明日の勤務医の働き方を考える - 離島医療の現場から -」

上五島病院長 **八坂貴宏**

「長崎県の過疎地の医療を担う勤務医の実態」

平戸市民病院長 **押淵徹**

座 長

長崎県医師会副会長 藤 井 卓

(瀬戸常任理事)

それではシンポジウム2を初めたいと思います。
座長は長崎県医師会副会長の藤井 卓が務めます。
藤井副会長、どうぞよろしく願いいたします。

(座長)

ではシンポジウム2の座長を務めます長崎県医師会の藤井でございます。よろしく願いいたします。シンポジウム2は「医療現場からの叫び」ということで、救急、それから離島、それから過疎地というふうにとちょっと特殊なところでいろんな問題があって、また対応の仕方も先ほどありました全体の話とまた違うようないろんな話が出てくるんじゃないかというふうに思っております。

早速ですが、シンポジストの講演、各20分間行いまして、その後ディスカッションという形になります。なお、演者略歴紹介につきましては、大会誌の掲載にかえさせていただきますので、ごらんください。またフロアからの質疑につきましては、シンポジスト全員よりご講演をいただいた後に、休息を挟んで、もし長くなればそのまま続けていきますが、ディスカッションの場を設けておりますので、そのときにまとめてご質問いただくようお願いいたします。

ではまず1つ目のご演題は長崎医療センター高度救命救急センター長の中道 親昭先生により「当院高度救命救急センターにおける働き方改革の現状と課題」と題してご講演をいただきます。中道先生、よろしく願いいたします。

「当院高度救命救急センターにおける 働き方改革の現状と課題」

長崎医療センター高度救命救急センター長 中道親昭



よろしくお願ひします。皆さん、こんにちは。長崎医療センター高度救命救急センター長の中道と申します。私のような地方の一救急医にこのような発表の場を与えていただきまして、感謝申し上げます。実は私、岡山県倉敷市で開催されている学会から急遽戻ってまいりました。ドクターヘリの発祥の地である川崎医科大学で日本航空医療学会というのをやっています、そこで三度の飯よりドクターヘリと救急が大好きという医師が全国から集まり、喧々囂々協議しているところなんですけども、その場からJRで移動しながら、頭をクーリングしながらこの場所に戻ってまいりました。早速、私の発表に移らせていただきたいというふうに思います。

全国からお集まりということで、長崎県の位置について、日本の西の端に位置しまして、この真ん中に当院があります。大村市というところにある長崎医療センターという病院になります。実は長崎県は直線でいきますと、対馬という200キロ離れているところがありまして、長崎県の県域っていうのは九州の本土がほぼ入るぐらいの県域というふうになります。ちなみに海岸線は北海道に次いで第2位とい

うような地理的環境となっております。

国立病院機構 長崎医療センター

長崎県のほぼ中央に広がる人口約10万人の大村市の丘陵地帯に大村湾を眺望する10階建ての3次医療機関

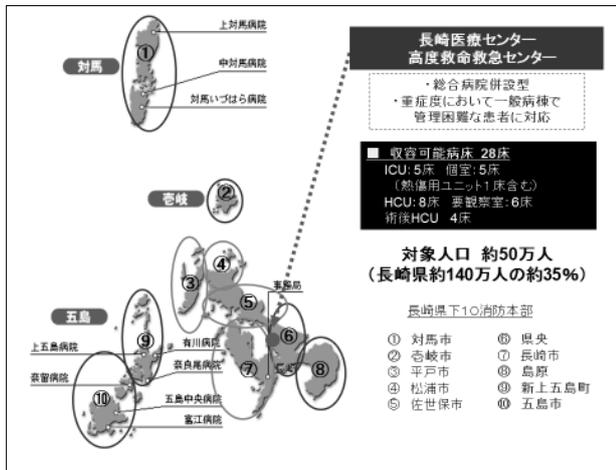
- ・病床数 643床(一般610床、精神33床)
- ・標榜診療科 28科
- ・手術件数 2017年 5288件 (緊急手術 790件、14.9%)

・主たる機能:
高度総合医療施設、臨床研究センター
高度救命救急センター、基幹災害拠点病院、原子力災害拠点病院、へき地中核親元病院、総合周産期母子医療センター、県央がんセンター、高度専門医療施設(肝疾患)、長崎県肝疾患診療連携拠点病院、エイズ拠点病院、地域医療支援病院、腎臓移植推進協力病院、臨床研修指定病院、臨床研修指定病院、地域医療研修センター、理学療法施設

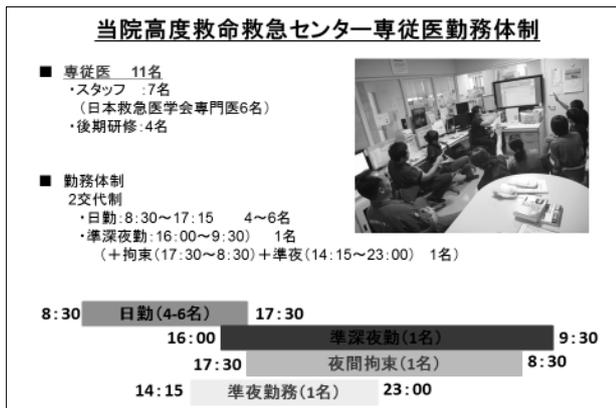


当院の概要ですけれども、長崎県のほぼ中央に位置する、対象人口は大村市で約10万人です。10階建ての三次医療機関です。640床ありまして、28科、手術件数は約5,000から5,500、緊急手術がそのうち15%程度占めている。救急に関する役割としましては高度救命救急センター、機関災害拠点病院、原子力災害拠点病院、へき地中核親元病院、総合周産期母子医療センターというところがあります。

当院の救命センター28床あります。ICUと言われるのが10床、HCUが8床。長崎県は医療圏が10消防本部に分かれていて、その消防本部別に医療圏

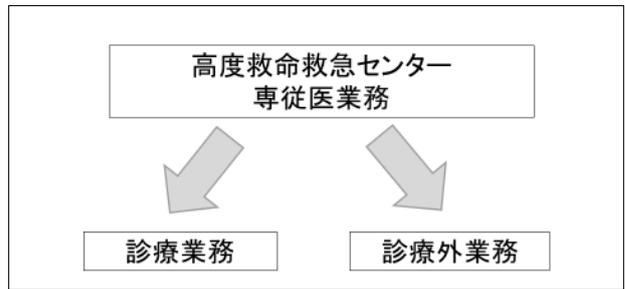


が分かれていますけれども、当院が管轄する消防は10分の6管轄しております。人口とトータルしますと約50万人で、人口の約3分の1をカバーしているということになっています。



その救命救急センターなんですけれども、専従員の数は今、11名おります。スタッフが7名、このうち専門員が6名ですね。後期研修が4名おります。勤務体制は基本的に2交代となります。日勤で大体4から6名、8時半から17時半まで働きまして、少しオーバーラップする形で準夜プラス深夜の勤務医師が1名、オーバークラスして朝9時半まで勤務いたします。準夜がどうしても急患が多いということもありまして、プラス1として準夜勤務も14時15分から23時まで設けております。あとそれとは別に、どうしても人手が要るといったときに、発三次の救急ということで拘束を1人置いているといった体制となっております。

専従医の業務としましては診療にかかわる業務と、診療外の業務と大きく2つに分けられます。診



- 診療業務**
- ◎ 院内診療
 - ・救急外来
 - ・集中治療
 - ・院内急変対応
 - ・中心静脈カテーテル挿入 など
 - ◎ 病院前救急診療
 - ・ドクターヘリ
 - ・医師同乗救急車
 - ◎ 離島救急医療支援
 - ・画像伝送システム
 - ・ヘリ搬送
 - ◎ 災害医療
 - ・DMAT、NHO初動医療班、ドクターヘリ派遣、原子力災害医療派遣チーム
 - ・災害時派遣及び統括業務、診療支援など

療の業務としましては院内診療です。ER、集中治療、院内急変対応、中心静脈カテーテル挿入などが含まれます。病院勢の救急医療についてはドクターヘリ、医師同乗救急車です。また離島救急医療支援も行っておりまして、画像転送システムによるスーパーバイズ、ヘリ搬送、災害医療等々を行っております。ということが診療業務として含まれてい

- 診療外業務**
- ◎ 院内体制
 - ・院内救急医療体制整備
 - ER体制、院内連携、移植医療など
 - ・災害医療体制整備
 - BSCP策定、原子力災害医療など
 - ・教育
 - 心肺蘇生・院内急変対応・中心静脈ライン挿入・連携機関実習生受入など
 - ◎ 院外体制
 - ・メディカルコントロール協議会
 - ・地域救急医療体制参画
 - 県保健医療計画など
 - ・災害医療体制整備
 - ・他機関との協議会参加
 - 行政・消防機関・自衛隊、警察など
 - ・教育
 - 関係機関への研修、講義、講演
 - ◎ 学術活動
 - ・臨床研究
 - ・学会発表

診療外業務もかなりボリュームがありまして、これは病院の中での公的な仕事と、院外で公的な仕事と大きく2つに分かれるんですけども、院内の救急医療体制整備、ER体制、院内連携、移植医療

シンポジウム2

等々、災害医療体制整備、BCPの策定、原子力災害医療の体制整備、あと教育ですね。心肺蘇生、院内急変対応、中心静脈ライン挿入、あと連携機関実習生の受け入れ等々の教育を行っております。あと院外体制に関しましてはメディカルコントロール協議会、地域の救急医療体制参画ということで、県の保健医療計画等々に関与していると。あと災害医療体制整備、他機関との協議会の参加、行政消防機関、自衛隊、警察等々です。教育は関係機関への研修、講義、講演等を行っております。それとは別に学術活動として臨床研究及び学会発表を行っているといたのが、診療外業務の主な事項となります。

**当院高度救命救急センター専従医に対する
診療業務における意識改革**

2016年より、以下を明確に意識し業務調整

- ・タスクシェア
- ・タスクシフト
- ・タスクボリュームコントロール

業務量の変動が大きい救急診療において、常にタスクの山がどこにあるのかコマンドー役の医師が把握
⇒
コマンドー指示のもと…

- ・タスクシェア及びボリュームコントロール：一部の医師の負担増とならないよう流動的にマンパワー・タスクを再分布
- ・タスクシフト：
確実な情報共有・伝達のもと交代制勤務時間で区切る、いわゆる“引き継ぎ”
(事務作業の医師事務作業補助者への移管は現時点では限定的)

加えて労務管理者及び自身による時間外勤務時間数の把握
労務管理者によるフィードバック

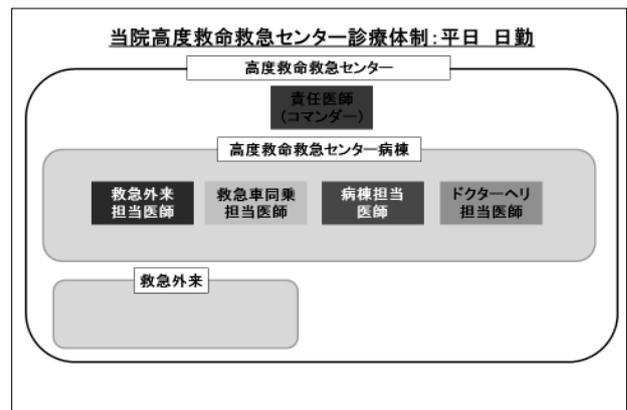
こういった業務がありながら、診療業務における意識改革ということで、2016年からタスクシェアシフト、タスクボリュームコントロールということを明確に意識して働きましようということで、救急の専従医に申しつけて今、意識改革を行っているといったところです。

具体的には業務量の変動が救急医療は非常に大きいです。救急医療は水ものだというんですけども、患者さんがたくさん来るときもあれば、そうでないときもありますので、変動は非常に大きい。それに対して、常にタスクのピークがどこにあるのかというのをコマンドー役の医師を配置しまして、その医師が把握することによってうまくタスクシェアとシフトができないかということで行っております。

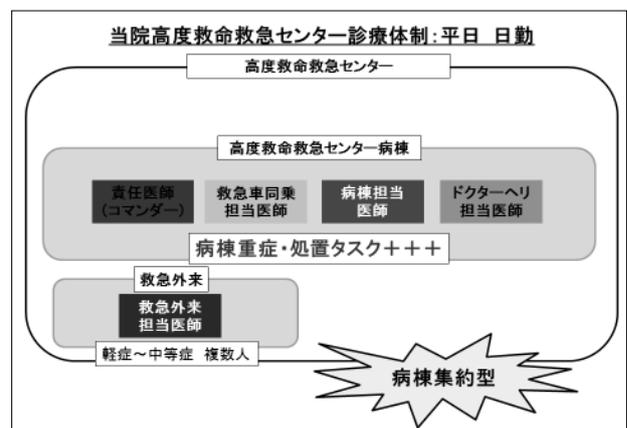
一部の医師の負担増とならないように、流動的にマンパワー・タスクを再分布いたします。これは後でご説明いたします。あとタスクシフト、確実な情報共

有、伝達のもと、交代制勤務時間で区切る、いわゆる引き継ぎです。だから病院に残らないということを確認に行っています。ただし限界がありまして、その事務作業ですね。メディカルクラークにおきましては現時点では配置が非常に困難ということで、メディカルクラークへのタスクシフトは非常に限定的なものというふうになっております。

あともう1点、2016年から、当院でも恥ずかしながら初めてとかやってなかったんですけども、2016年からは労務管理者は私ですね。及び自分自身、私の部下が時間外勤務、時間数を自分で把握しとく、労務管理者もちゃんと把握する、そして私によるフィードバックを行うといったことを初めております。

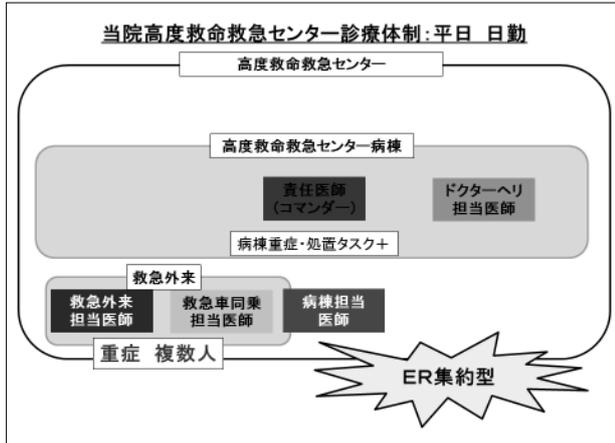


具体的にタスクシフトをシェアするイメージをお示しします。コマンドーがいて、救急エアライン担当、あと救急車に同乗する担当医師、病棟担当医師、あとドクターヘリの担当医師等々が、おのおのお役割を持った医師がいます。

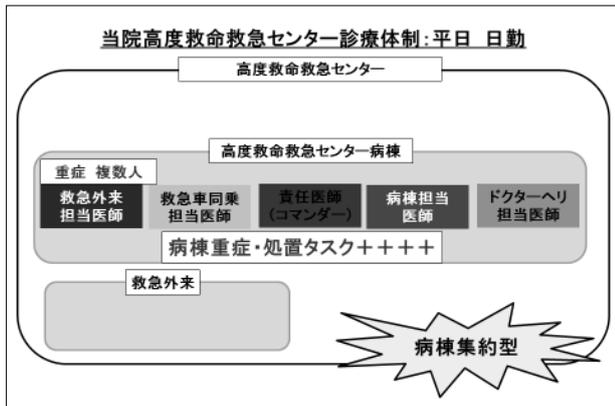


例えば軽症、中度症が複数人、救急外来に来まし

た。ただし、病棟業務のタスクが非常に多いということになりますと、救急外来は1人で頑張りなさいということで、病棟側に重点を置いてタスクを分散する。

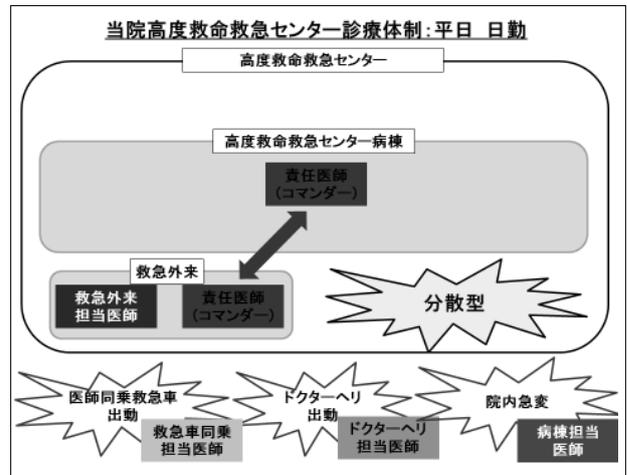


また、救急外来に重症が複数人来ましたということになりますと、今度は救急外来側にマンパワーを注がないといけませんので、病棟にいました救急車同乗の担当医師、病棟担当医師等々を下ろして、救急外来側に厚みを持たせるということになるかと思えます。

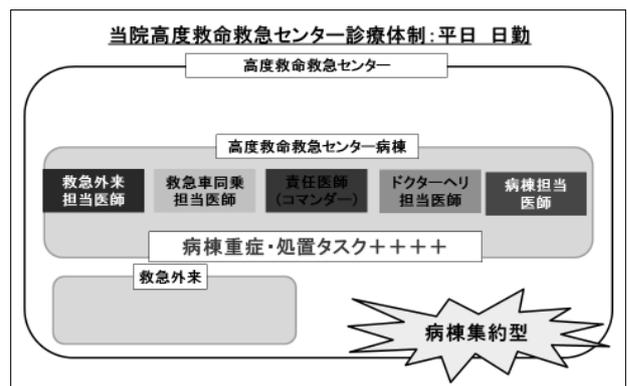
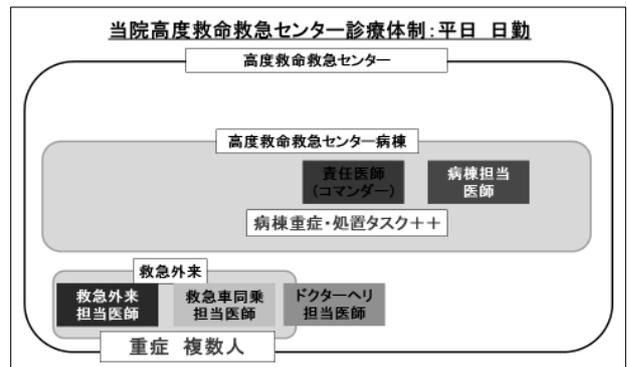


ただし、やはり空間的に離れていますので、マンパワーが分散するのは危険だということで、最終的には可及的速やかに、救命センターの病棟の中に重症の複数人も含めて集約しまして、そしてこの病棟集約型に再度、体制を戻すといったことを行っております。

今度は分散型で、救急外来に患者さんも来る、そして医師同乗救急車も出動した、ドクターヘリも出動した、院内急変も同時に起きたということになりますと、マンパワーが分散します。そうすると、コ



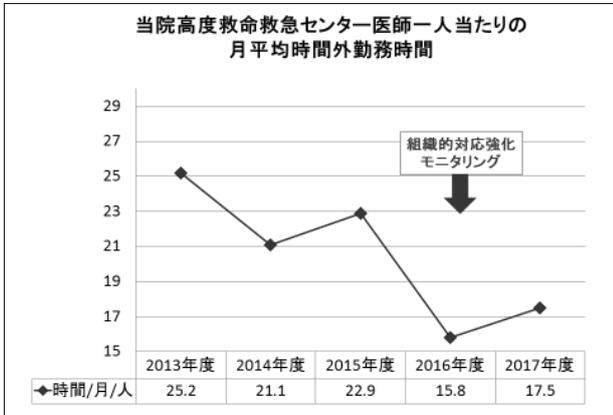
マンダーは1人で病棟業務を管理、いわゆる業務を改組化しながら救急外来の指揮も行いつつ、全体をマネージするということになります。



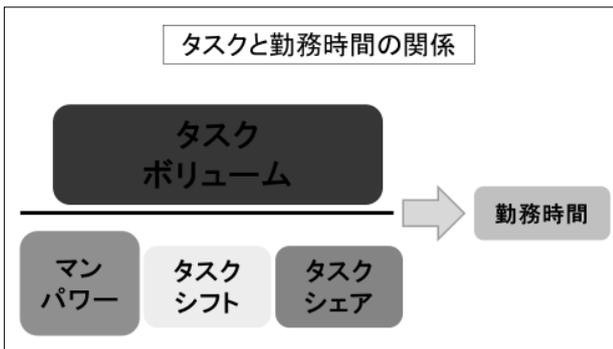
分散していますので、可及的速やかに集約しないといけないということで、救急外来に重症複数人体制で先ほどのいわゆるER集約型に戻して、その後再度、病棟に集約しまして、なるべく早く病棟集約型の体制に持っていくということになります。タスクシェア、シフトしているということになります。こうすることによって、1対1ではなくて、1人の医師で複数人管理することはできますので、フリーをつ

シンポジウム2

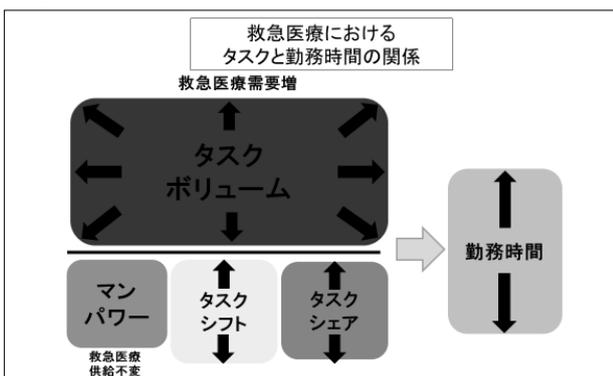
くることができるといったメリットもあるかと思われます。



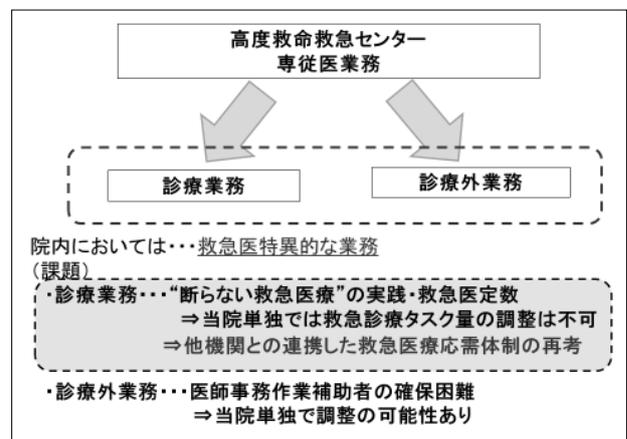
こういった組織的対応を2016年から強化いたしまして、当院の高度救命救急センター医師1人当たりの月平均時間外勤務時間のグラフになりますけれども、2015から2016は減っております。ただし2017年は17.5で2018年は途中解析段階なんですけれども、30時間近くになっており、またふえてきている



その原因が何なのかということで調査をしています。タスクと勤務時間の関係なんですけれども、分子がタスクボリュームですね。分母がマンパワー、タスクシフト、シェアということになるかと思うんですけども、勤務時間はこれで規定されるかというふうなイメージになります。



何でこの勤務時間がふえているのかということ、イメージとして考えていたんですけども、マンパワーは残念ながら救急医療の供給は不変です。救急医療は急にふえませんが、ここはもう不変である。シフトとシェアは頑張っていますので、このボリュームは、ふえている。分母はふえたにもかかわらず、それを上回る分子のふえ方をしているので、多分、勤務時間がふえているのではないかと。救急医療の需要がふえているのではないかとということで、調査をいたしました。

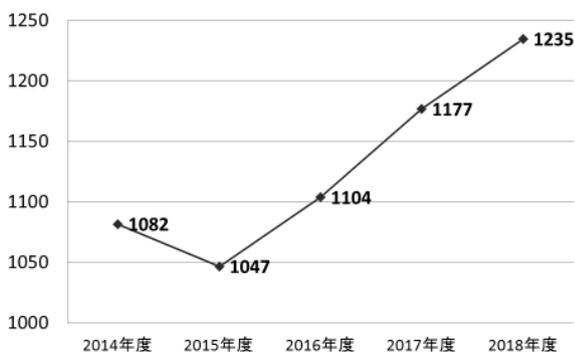


先ほど提示しました診療業務、診療外業務におきまして、救急業務は特異的な業務なので、他科にふることはできない。当然、救急がやらないといけない。診療業務におきましては断らない救急医療の実践、そして救急医の定数等々ありまして、当院単独では救急診療タスク量の調整はもう困難な状況にきているんじゃないかと考える。診療外業務におきましては、メディカルクラークの確保は困難ということなんですけれども、確保できれば当院だけで調整の可能性がまだ残されているといったこととなります。ここに関しましては、他機関との連携した救急医療応需体制の再考が要るんじゃないかとということで、ちょっとここをもう少し掘り下げて調べてみました。

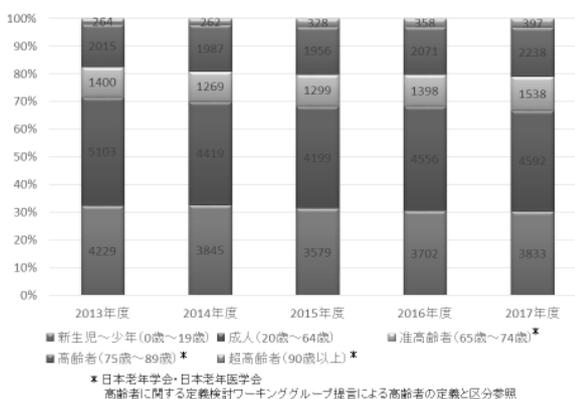
当院における救急医療応需状況なんですけれども、月平均救急患者数の推移ということで、提示しています。年を追うごとにどんどんふえていっている。大体年間600人、救急患者がふえるといったケースで現在ふえております。

当院における 救急医療応需状況について

月平均救急患者数の推移

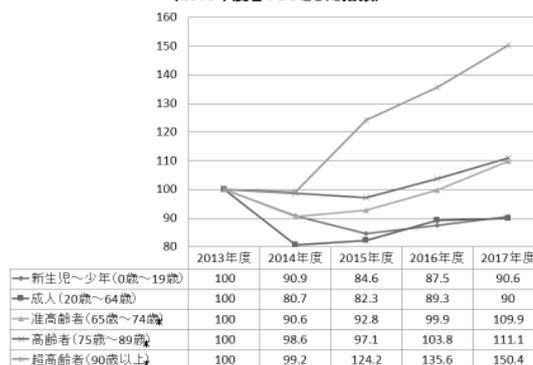


年齢区別にみた救急患者数の推移



救急患者数の年齢分布であります。緑で示すのが65から74歳、準高齢者というふうに呼びます。紫のところが75から89歳で高齢者。青のところが超高齢者90歳以上ですね。一応、日本老年学会の推奨する提言のある区分に準じてグラフをつくらせていただきました。赤が成人です。一番下の濃い青が0歳から19歳といったグラフになっています。大体、3割を超えていなかった65歳以上が現在は3割を超えてきている。

年齢区別にみた救急患者指数の推移
(2013年度を100とした指数)



※日本老年学会・日本老年医学会
高齢者に関する定義検討ワーキンググループ提言による高齢者の定義と区分参照

これは救急患者総数になります。どれぐらい増加しているかという増加率で、2013年の各年代を100と指数で定数化したときに、一番増加率が多いのは90歳が100から150というふうにふえております。

月平均救急患者入院数の推移

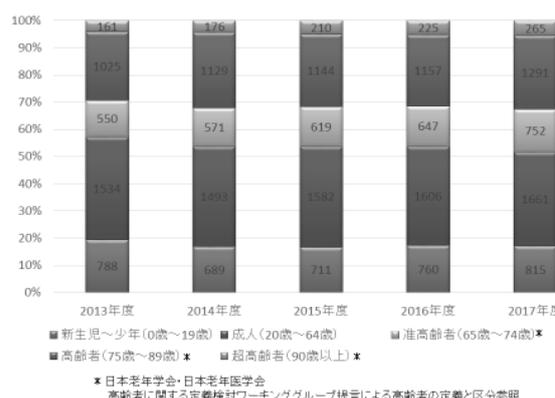


救急患者入院割合の推移



救急患者さんの入院数の推移は、年を追うごとにふえてはいるんですけども、割合としてはそんなに変わってない。だから重症度はそんなに変わってないんじゃないかと思えます。

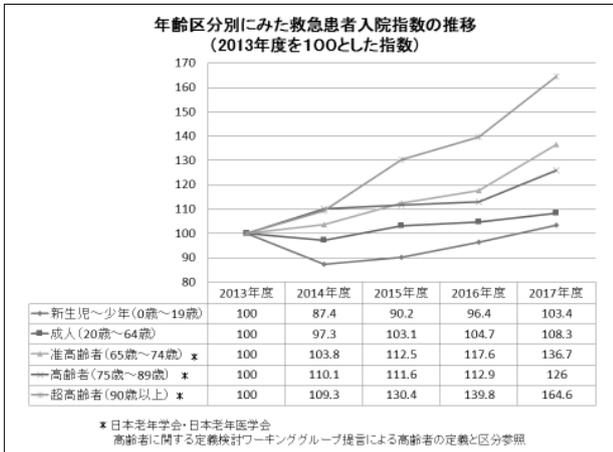
年齢区別にみた救急患者入院数の推移



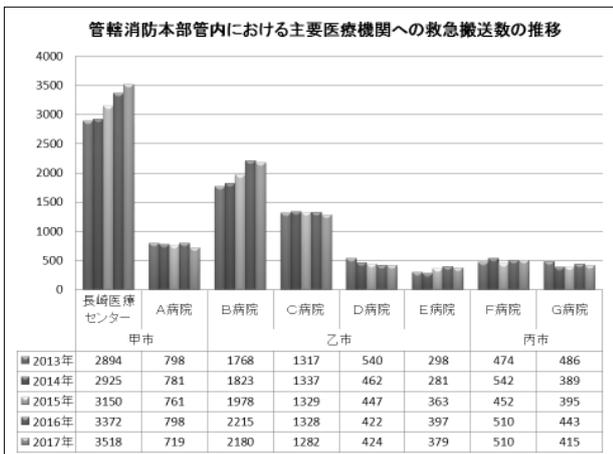
※日本老年学会・日本老年医学会
高齢者に関する定義検討ワーキンググループ提言による高齢者の定義と区分参照

シンポジウム2

入院に関しましても、救急外来の患者さん、全体では65歳以上が3割だったんですけど、入院患者さん絞ってみますと約5割が65歳以上といったことになっております。

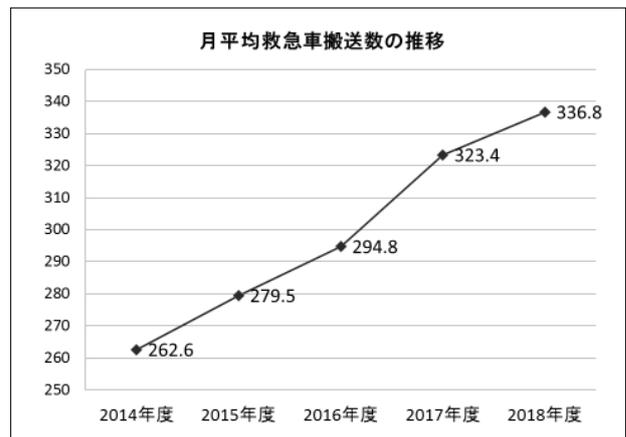


同様に2013年を100としたときの、増加する割合を提示していますけれども、やはり90歳以上の方の増加率が非常に高いです。次いで準高齢者の65歳から74歳。高齢者の75歳から89歳、あまり成人と新生児から少年の数はふえてないといった傾向になっています。

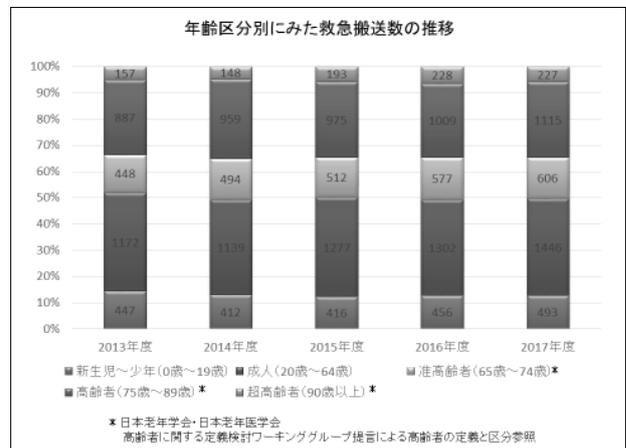


続いて救急搬送の検討に入っていきます。当院がある消防本部の管轄内で主要医療機関への救急搬送数の推移を過去5年間調べております。当院が甲市、隣の乙市、さらにその隣の丙市という行政の単位にある救急医療機関で、5年間受け入れた救急車の台数の推移を示しています。各医療機関が疲弊している中、前年度同様の数を受け入れていただいで頑張ってもらっていたんですけども、やはりそれを上回る救急車搬送の増加がありまして、その波が当

院へ押し寄せているといった傾向になっています。隣の市にありますB病院に関しましては、頑張って受け入れをふやしてもらっていたんですけど、昨年度からは減少傾向にあるといったことになっております。



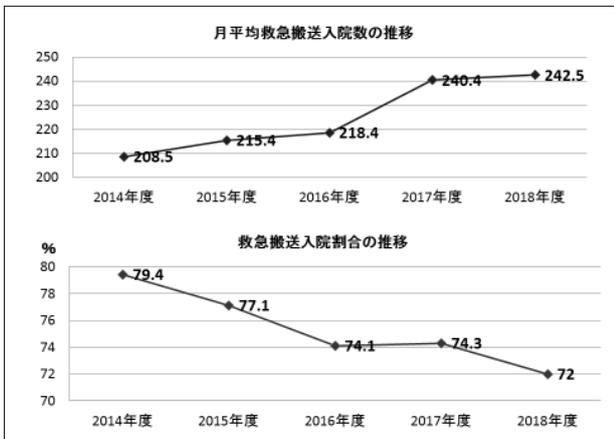
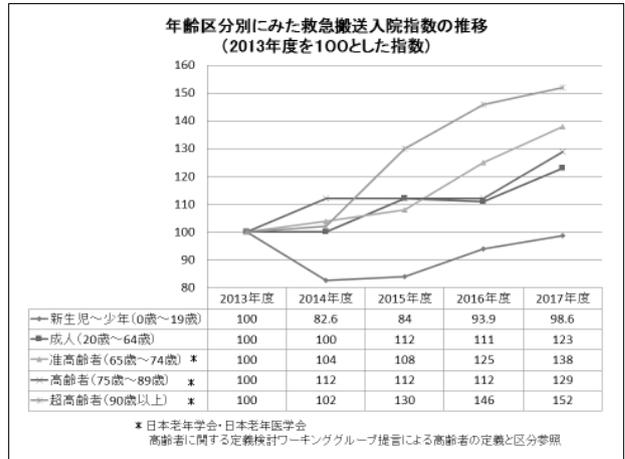
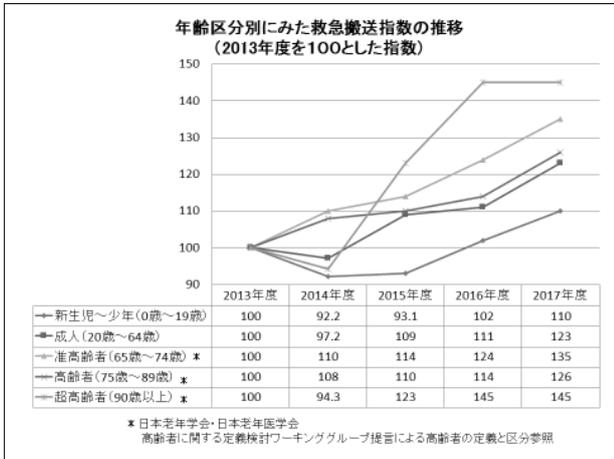
これが月平均救急搬送数の、当院の受け入れ数の推移になります。右肩上がり増加している。大体、年間150から200件が毎年ふえているといった件数になっています。



年齢区分別に見た救急搬送数の推移ですけども、これも65歳以上が半分以上を占めているといったことになっています。

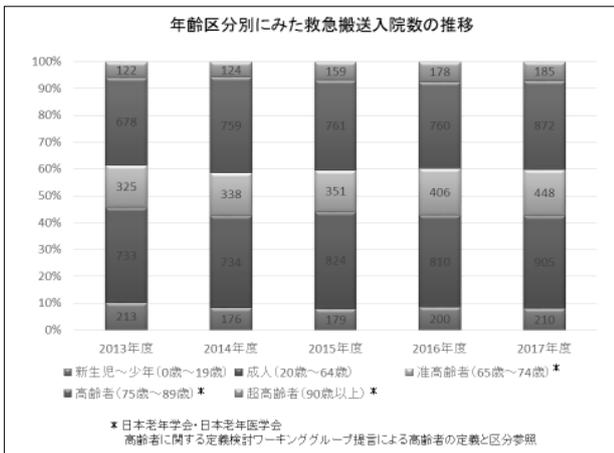
これも指数で見ると、やはり増加が顕著なのが、90歳、準高齢者の65から74歳、高齢者の75から89歳の増加が非常に目立つかなというところなんです。

救急搬送者のうち入院数はふえているんですけども、実は入院割合というのは徐々に低下傾向にあります。ということは、救急車で搬送される方の重症度が若干下がってきている可能性が示唆されます。

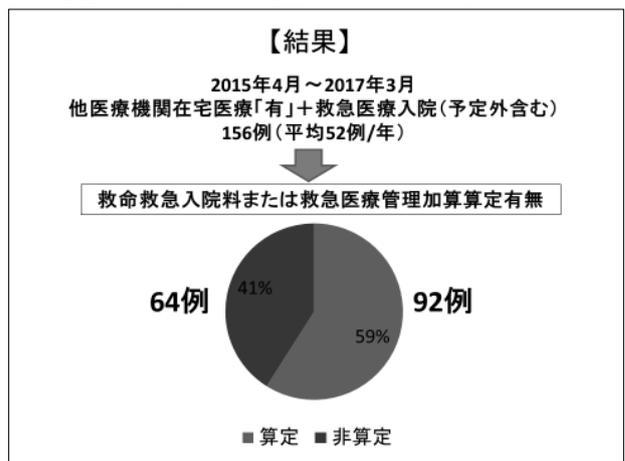


当院における在宅医療患者の救急医療入院の現状

【方法】
当院DPCデータより2015年4月～2017年3月の間に、他医療機関在宅医療「有」及び救急医療入院(予定外含む)の患者を抽出し検討を行った。



院の現状ということで調べてみました。



入院数の指数の推移ですが、やっぱり高齢者が非常に多いといったところになっています。

一番多いのは90歳以上、準高齢者が続いて、そして高齢者が続くといった傾向になっております。

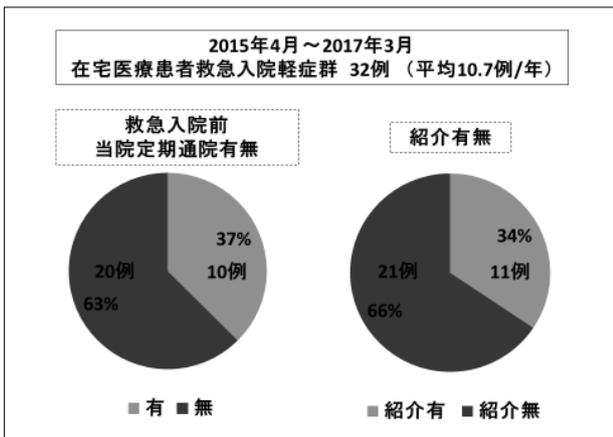
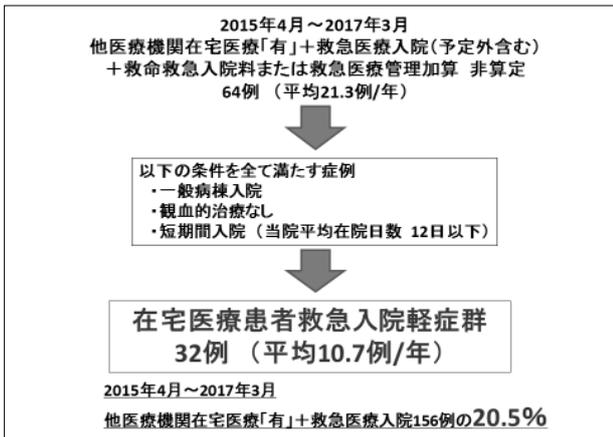
もう1つ検討いたしました。今後、2025年をめぐりに地域包括ケアシステムを成熟させていくことになるかと思うんですけども、その試金石ともなるとされる現在の在宅医療患者さんの救急医療入

当院のDPCデータで2015年から在宅医療あり、そして救急医療入院となった患者さんを抽出して検討を行っております。3年間で156例を当院で受け入れておりました。

このうち、救急入院医療または救急医療管理加算を算定してない方は重症じゃないというふうに判断されますので、その方が60例ぐらいいましたと。さ

シンポジウム2

さらにこの60例を一般病棟に入院して観血的治療なし、さらに当院の平均在院日数である12日以下の短期間入院、これらを一応、軽症群と定義いたしました。調べたところ、3年で約32例いらっしゃいました。年間平均10例です。



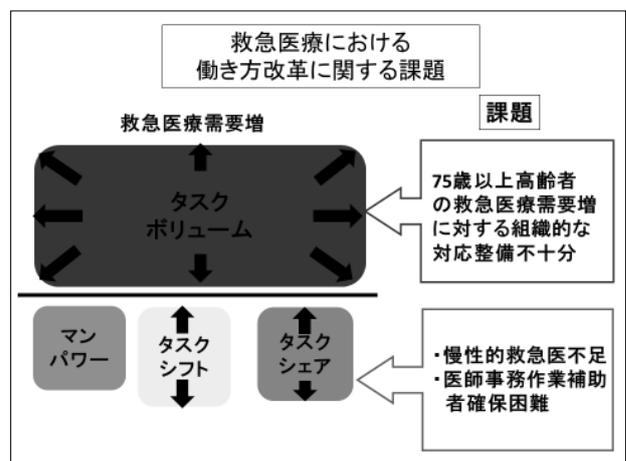
この32例をさらに当院に通院があるのかわかるのか、そして紹介があるのかわかるのかということで分けてみますと、実は3分の2は当院に全く通院していない初診の方です。紹介がない方が21例、やはり6割ぐらいいらっしゃる。今後、在宅医療ありという救急患者さんがふえる中で、この60%は当院に流れてくるというのは、やはり非常に問題かなというふうには感じられました。

まとめですけれども、救急患者及び救急搬送数ともに増加しております。救急搬送は当院へ集約している傾向があります。年齢区分別に見た場合、高齢者、超高齢者で増加が顕著であります。あと当院受け入れ症例においては在宅医療、救急医療連携に課題を非常に有するというふうに思われます。

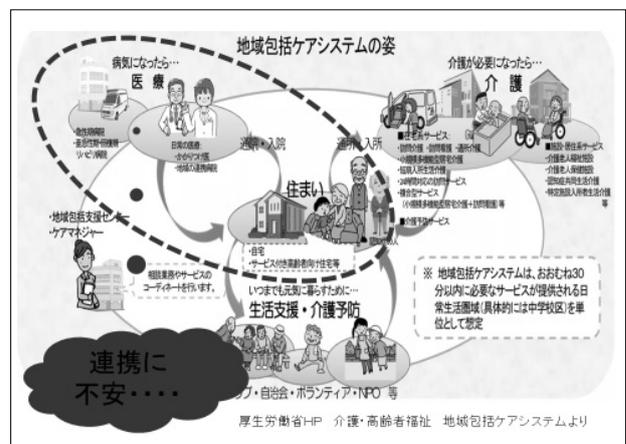
当院における救急医療応需状況について

～まとめ～

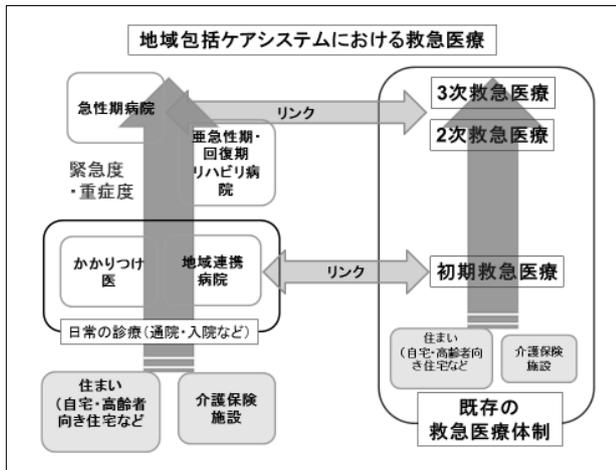
- ・救急患者及び救急搬送数ともに増加している。
- ・救急搬送は当院へ集約している傾向がある。
- ・年齢区分別にみた救急医療需要は、**高齢者(75～89歳)・超高齢者(90歳以上)**で増加している。
- ・当院受入症例においては在宅医療・救急医療連携に課題を有する。



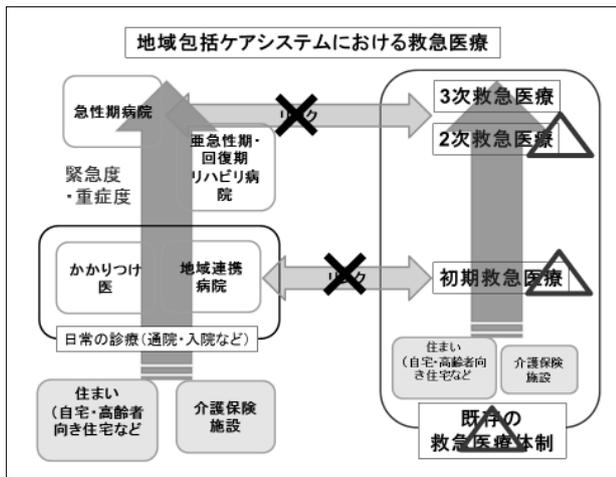
考察ですけれども、タスクボリュームに関しましては、先ほど申しましたように75歳以上の高齢者、救急医療需要増に対する組織的対応が現在、不十分だと考えられます。分母の方に関しましては慢性的な救急医不足、あとはメディカルクラークの確保困難等々があるというふうに思います。



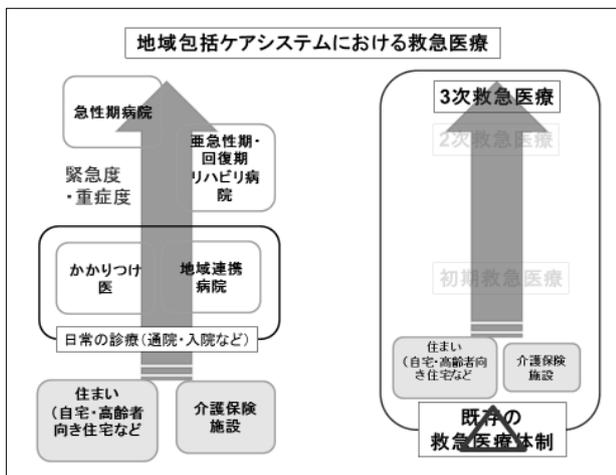
地域包括ケアは、現時点で我々は非常に不安を感じているんですけれども、現在、地域包括ケアで示しているモデルに対して、既存の救急医療体制という



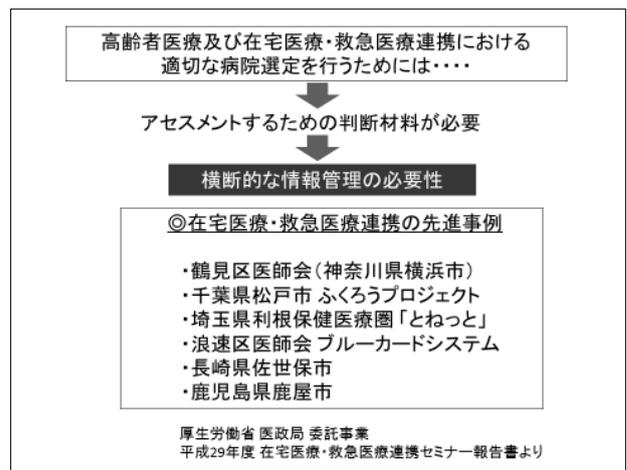
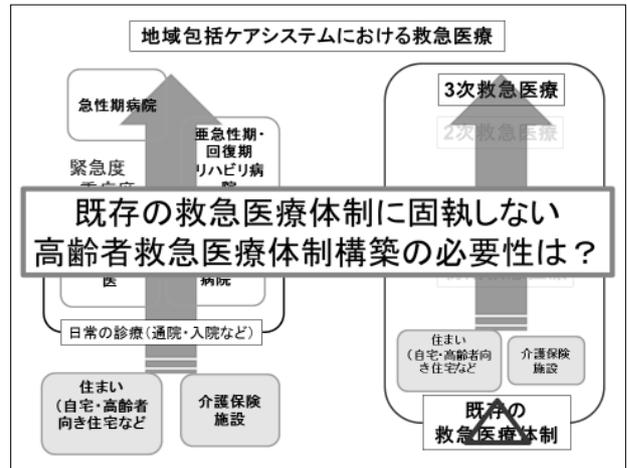
のは、こういった形でリンクしているかというふうに思われるんですけども、当院の管轄エリアにおきましては、この初期医療、救急医療、二次救急医療が非常に不安な状況に陥っていると。



このリンクが成立しないかもしれないといったことになっています。



そうなりますと、ダイレクトで三次医療機関に流れてくるってということもあり得るかなというふうに思っています。



既存の救急医療体制に固執しない高齢者救急医療体制の構築が必要なのではないかというふうに考えています。

結語

救急医療業務におけるタスクシフト及びボリュームコントロールが、救急医の働き方改革に対する喫緊の課題である。

従って関係機関も連携したシステム構築は必須である。

結論です。救急業務におけるタスクシフト、及び

シンポジウム2

ボリューム・コントロールが救急の働き方改革に関する喫緊の課題であるというふうに考えられました。以上です。ありがとうございます。

(座長)

中道先生、どうもありがとうございました。

では、続きまして演者変わります。続きまして、上五島病院の八坂 貴宏先生に「明日の勤務医の働き方を考える－離島医療の現場から－」と題してご講演いただきます。先ほどの救急と異なりまして、また次の2題は離島、それからへき地という形で、地域的な問題、そういうふうな問題を抱えているところでのご発表になります。よろしく願いいたします。

「明日の勤務医の働き方を考える

- 離島医療の現場から -

上五島病院長 八坂 貴宏

平成30年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

明日の勤務医の働き方を考える
～離島医療の現場から～



長崎県上五島病院 院長 八坂貴宏

- 長崎県の島の概要と医療政策について
- 長崎県上五島地域の社会環境
過疎化・高齢化、医師・看護師不足
医療体制再編、システム化
- 上五島病院の概要、医師の働き方の現状
- 今後の医師の働き方改革

皆さん、こんにちは。上五島病院の八坂と申します。よろしくお願いたします。本日、このような講演のチャンスを与えていただいて非常に感謝申し上げます。

皆さんご存じかもしれませんが、私は五島の北部にいます。10月2日に船会社が倒産しまして、全国報道になったので、ご存じの方もおられると思うんですけど、何とか2社運営していたのですから、1社なくても、もう1社が動いているということで、五島から長崎にも来られるんですが、そういう環境にもあるような、過疎化、高齢化のまちというのが典型的でございます。私から離島医療の現場から将来的な勤務医の働き方はこうではないのかなという希望も含めて、お話をさせていただきたいと思っております。

今日お話させてもらうのは、まず長崎の医療の政策の現状と、私がいる上五島の環境で、非常に医師不足、看護師不足であります。それから当院の概要と働き方の現状、さらに将来的にどういう働き方改革ができるのかなというお話をさせていただきたいと思っております。

長崎は全国一の離島県で、幾つか橋も架かったの

長崎県の島の概要

全国一の離島県

県下全島 596島
↓
有人島 75島
↓
離島振興法指定有人島 51島 (8市2町)



人口 約13万人 (2016年現在) で、県民の約1割
面積 約1500平方キロ、県全体の4割

長崎県の離島医療確保政策

<p>＜ハード＞ システム構築</p>	<p>＜ソフト＞ 人材育成</p>
<p>1968 長崎県離島医療圏組合 (長崎県と1市17町3村)</p> <p>1980～2000 離島病院の移転・新築</p> <p>2004 離島医療支援センター</p> <p>2009 長崎県病院企業団 長崎県離島医療圏組合 と長崎県立病院の合併 (長崎県と5市1町→6市1町) 公営企業法上の特別地方公共団体</p>	<p>1970 長崎県医学修学資金貸与制度</p> <p>1971 長崎県医療技術者修学生制度</p> <p>1972 自治医科大学開学</p> <p>2008 Japan Heartからの看護師派遣</p> <p>2010 長崎大学医学部地域枠B</p> <p>2010 アイランドナースネットワーク</p> <p>2015 川崎医科大学医学部地域枠</p>

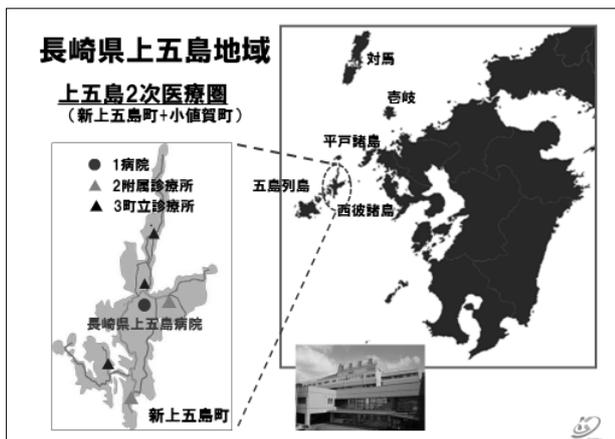
で、現在、51の有人離島で、人口が県民の約1割、面積が4割というような現状がございます。私が生

シンポジウム2

まれた昭和30年代後半が一番人口が多くて、今の2.5倍ほど人口がいたんですけども、そういう中で長崎は、この離島の医療の仕組みをつくるというのは、非常に命題でありまして、古くからいろいろな仕組みがつくられています。

施策として大きいのは、システムをつくることと、人材をつくったということなんですけども、システムに関しては1968年に長崎県と離島の医師1市17町3村で長崎県離島医療圏組合という特別地方公共団体をつくって、そこが島の病院を運営する形態をつくっていますし、2009年には県立病院とその離島医療圏組合が合併しまして、長崎県病院企業団ということで、公営企業法全適の地方公共団体が運営するというような状況になっています。人材ですけども、皆さん、自治医大というのはご存じだと思いますけど、72年にできておりますが、長崎県はその2年前の1970年に奨学金制度をつくりまして、国立病院に入学した医学部生に奨学金を貸す。生活費、授業料、入学金、図書費ですね。それを貸して将来、島で今は9年になっておりますが、当時は2倍の12年間働くとその返還を免除するというので、私自身もこの奨学金を借りて医学部卒業したという立場でございます。

それから、2010年に長崎大学の地域枠Bと言いまして、奨学金付の枠ができて、それから川崎医科大学にも地域枠ができて、これらの医師養成が非常にうまくいっているのが何とか離島の医師確保ができている現状なのかなというふうに思います。



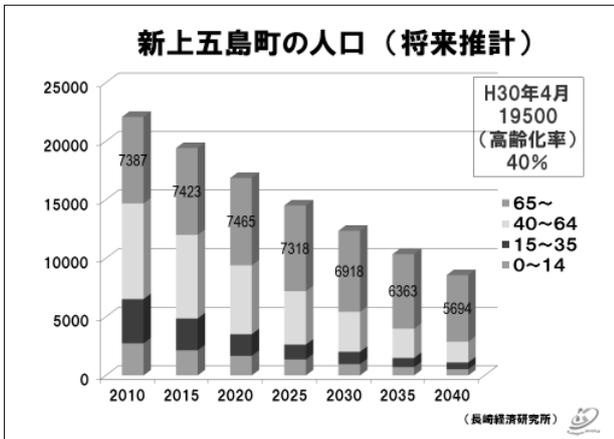
私がいま上五島2次医療圏について、五島列島というのは5つの島がありますが、その上の2つの島、中通島、若松島と言いますが、その2つの島が診療圏になります。隣の小値賀島をあわせるところが二次医療圏でありまして、全国で見ると2番目に小さい二次医療圏で、一番小さいのは、島根の隠岐諸島だそうでございます。



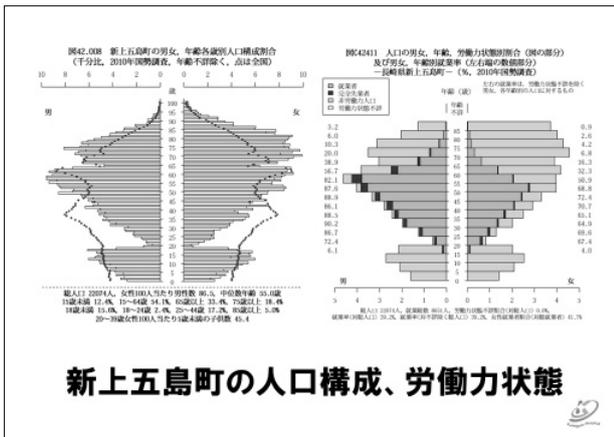
椿が有名で、非常に歴史も文化もはぐくむということで、遣唐使のふるさとであったり、最澄、空海も五島を通過して中国に行ったということで、西海国立公園で非常に風光明媚な海がありまして、遠洋漁業の基地で世界初の洋上備蓄、石油備蓄がオイルショックの後にできたんですけど、そういうものがあつたり、釣り、うどんが有名で、日本三大うどんとよく言っておりますが、讃岐うどんと稲庭うどんは出るんですが、次が出ないということで、我々の五島うどんが3番目です。皆さん、五島うどんは三大うどんという事だけは覚えて帰ってくれると助かります。あとカトリックが多くて、人口の4分の1がキリシタンだと言われておりまして、そういう意味では非常に優しい人柄かなというふうに私は感じております。

先ほど知事や市長から、世界遺産のお話がありましたけども、長崎に11カ所、熊本天草に1カ所の潜伏キリシタンの関連遺産が7月に世界遺産になりまして、五島にも4つの教会、集落群がございます。時間があれば、ぜひお越しいただきたいというふうに思います。

離島、半島地域やへき地はそうですけど、非常に

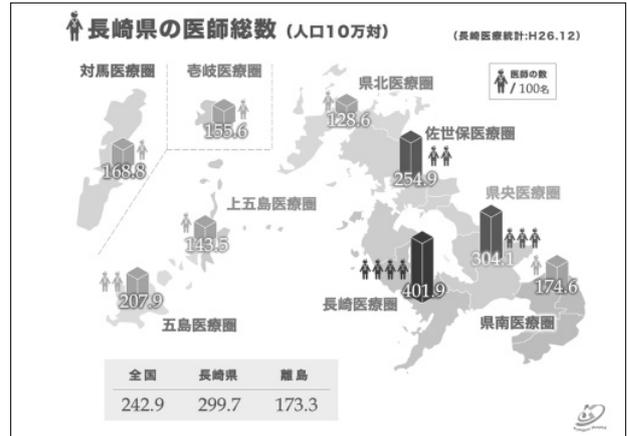


過疎化が進んでおりまして、毎年、うちの町も500人ずつ人口が減っていくと予想されている。今現在、既に高齢化率40%で、日本の15年先を行っていると思っております

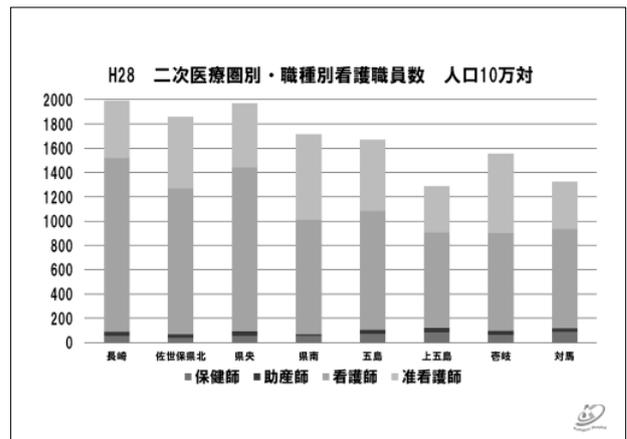


2040年になると何が怖いかというと、この人口構成です。ほとんど生産人口がないので、1人で2人か3人の年寄りを見なくては行けない。厳しい時が来ると恐れているところもありますし、島の特徴としては、やはり若者が進学、就職でいなくなるの

で、高校生の95%は島外に出るんです。そうすると20代前半の労働者がいないので、労働者人口はこれだけになっちゃうんです。何と人口の4割を切る労働人口であり、これがやはり医療介護も含めて難しくなっている理由があるかと思えます。



長崎県も変わらず、医療、医師偏在はさまざまいもので、長崎医療圏400ですが、上五島143、後でお話される平戸を含めた県北は120ということで、3倍も格差がございます。この中でどう医療をやっているか、非常に厳しいんですけども、さまざまな仕組みづくりでやっているところがございますが、看護師も不足しております。



上五島も対馬も少ないんです。やはり離島は看護師も不足するというので、なかなかタスクシフティングもできづらい環境かなというふうに思います。

さて、ここからは私がいます上五島の地域でどういうふうな形で変革をしていったか、まず時間外や勤務環境よりもまず島の医療の形をちょっと変えて

医療の再編を行い病床とスタッフの集中化
(2009~2012年)

有床診療所(19床)の無床化
地域病院(50床、60床)の無床診療所化

小病院での宿日直の廃止
診療所での時間外救急対応の廃止

病床の削減(-148床)と集約化
基幹病院の医師確保、スタッフ確保
救急、入院の集約化で質の担保

医療再編、地域医療構想につながる
総合診療+専門診療のできる医師の育成・確保

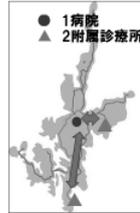


いったところを3つほどお話したいと思います。1つは医療の再編を行いました。例の公的病院改革ガイドラインが出ましたけども、その前から当院では、当地区では過疎化がかなり進んでいました。当時、診療所が町立診療所2カ所と同じ企業団運営の病院が2カ所あったんですが、医師不足、入院患者さんの減少ということで、これらも無床化にしています。ですからトータルで148床のベッドを削減しまして、上五島病院にすべて集約をしたということですね。当然ながら、この小病院や診療所での夜間宿直がなくなりますし、時間外救急もなくなると。それから周辺にいる医師を本院に集めることもできますし、看護師も集めることもできますので、そのあたりは勤務環境の改善になるのかなと。あと当然、救急、入院がしっかりできる環境整えば、医療の質の担保もできると思うので、やはりこういう医療再編というのは重要かと思えます。地域医療構想で、全国的に合併の話も出ていますけども、やはり官民あげてこういう制度、集約化、地域病院改革を私はすべきじゃないかと私は思いますし、特に我々離島とかへき地は、総合的な仕事で在宅ができたり、保険業務やそれから一般の診療もできるけども、ある部分、専門力も持ったような、そういう医師を養成していきたいと思えますし、必要かなと考えております。

もう1つは人が少ないとなると、どう改善するかという流れで、やはり医療の情報の共有化はすごくいいんじゃないかと。外来をしながら入院患者や診療所のデータが見られる、あるいは病院のデータを

電子カルテ連携による医療情報共有

当院の電子カルテは2004年導入
町の光ファイバー網を利用、2附属診療所と情報共有
アジサイネットを利用、老人施設・薬局と情報共有



紹介、入院時の連絡状の簡素化
病状把握の迅速化
重複検査の防止

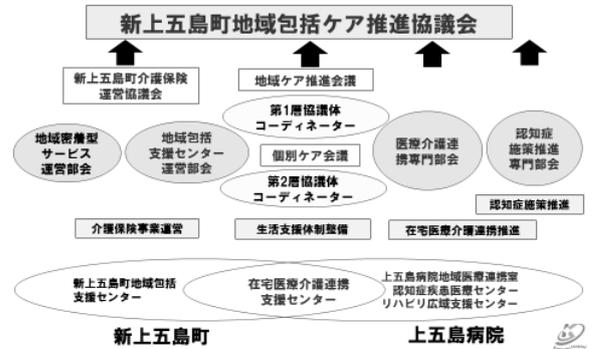
入院時情報収集や記録が容易
退院時書類の簡素化
退院時紹介が円滑



診療所で見られるというのが、非常に有利じゃないかということ。これは私たちの病院は前院長から進めておられて、電子カルテも全国的には早く、2004年から導入していますし、合併した2つの診療所化した病院はまちの光ファイバーがありますので、そこでネットワークをつくって、本院の電子ネットサーバーを使って両診療所では診療をやっているということで、情報が共有されています。それから長崎ではあじさいネットという県内全体での医療情報を連携するシステムがありまして、当院の情報を老人ホーム、保健施設や薬局が情報共有しながら診療に役立てています。書類を書く作業の簡素化ができ、病状把握もすぐできますし、検査も重複されない。それから退院時にも書類を簡素化していくことができるので、書類を作成という医師の作業は減るんじゃないかというふうに思います

病院を中心とした地域包括システムの構築

ほぼすべての調整会議、実務に病院職員が参加し、連携が容易



3つ目は地域包括ケアシステムの構築でございます。当地区の入院施設は私たちのところしかありませんし、開業医の先生は眼科の先生が1名だけです

ので、基本的に病院のスタッフが町と調整しながらこういう仕組みづくりをしていくということで、推進協議会をつくって在宅をどうしていくか。それから看取りをどうしていくか。あと入院患者の搬送をどうしていく。さまざまなことに関して行っております。かなり仕組みができ上がってきたのかなというふうに思っております。

長崎県上五島病院の概要

診療科：内科、外科、整形外科、泌尿器科、小児科、産婦人科、眼科、皮膚科、耳鼻咽喉科、精神科、循環器内科、消化器内科、呼吸器内科、腎臓内科、神経内科、放射線科、リハビリテーション科、脳神経外科 計18科
 医師数：23名
 （長崎県養成医師16名、派遣医師2名、公費等医5名）

入院基本科：一般病棟10対1看護（看護師134名）

病床数：186床
 2階 46床（一般39 ICU3 感染4）
 3階 40床（一般39 NICU1）
 4階 50床（一般50）
 5階 50床（地域包括40 療養型10）

医療設備：MDCT(80列)、MRI(1.5T)、DSA、電子ファイバースコープ、人工呼吸器、血液浄化装置、超音波装置、腹腔鏡手術セット、電子カルテ、PACS

病院機能：救急告示病院、災害拠点病院、へき地医療拠点病院、基幹臨床研修病院、2種感染症指定医療機関、訪問看護ステーション併設

平成29年実績
 延外来患者数 121,071人（1日約496人）
 延入院患者数 55,545人（1日約152人）
 病床利用率 81.8% 平均在院日数（一般）15.7日
 救急車搬送 696件

『地域と共に歩み、信頼され親しまれる病院』
 保健・医療・介護・福祉の統合



さて、ここから当院の概要等をお示ししたいと思います。当院、18科がありまして、医師数が今23名。先ほど奨学金と自治医大の先生というお話しましたが、このうちの16名である8割がいわゆる県の養成医師と言っておりますが、自治卒業生か奨学金の医師でございます。長崎大学から小児科と婦人科の先生を1名ずつ派遣いただいて、それ以外に都市部から島でぜひ仕事をしてみたいというお医者さんや、それから海外とつながってオーストラリアのルーラル・メディスンと日本の離島、へき地医療をつなげるゲネプロという会社があるんですが、そこの医師が3名ほど来たり、さまざまな仕組みで医師確保を行っています。看護師も何とか10対1がとれる程度で、186床で1班、それから包括が40、療養型10ですが、我々の病院ではやはり今の人口の中で観血する医療を目指しますのでCT、MRIを含めて、非常に重装備な危機を置いておりますし、とにかく外来数が多いです。一般的に例えば1.5倍、2倍を超すと難しいと言うんですが、うちは病床規模の3倍の外来がいるので、とにかく午前中は外来で手いっぱいです。病棟患者は診られませんし、手術も昼からでないといけないということで、

そのあたりが午後の時間外がふえるというところになってくるかと思えます。病床率80、救急車が大体700ぐらいで、保健、医療、介護福祉の統合ということを目標に日夜努力をしているということでございます。

上五島地域包括医療・ケア(1)

地域総合医療の提供、専門医療の展開

- 基幹病院としての島民医療の確保、医療の提供
 Common Disease・生活習慣病への対応
 感染対策、がん診療、人工透析
 消化器、呼吸器、循環疾患の専門医療
 （内視鏡3800件/年 心臓カテーテル90件/年）
- 小児医療、周産期医療の提供（分娩数100件/年）
- 整形外科、外科手術等（700件/年）
 内視鏡外科手術、脊椎疾患/人工関節手術
- 精神疾患、認知症対策
 2014年から精神科医非常勤で派遣体制
 認知症サポート医の活動
- 泌尿器科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科など
 長崎大学からの派遣による専門診療
- 地域救急医療の展開（救急搬送700件/年）
 遠隔画像診断支援システムの活用
 ヘリコプターによる患者搬送システムの構築



私たちがやっている地域包括ケア医療というのは大きく3つ、医療の展開と保健部門と介護福祉というふうに考えておきまして、特にこの島民医療の展開に関しては一般的な総合診療から専門医療まで、内視鏡も年間4,000件ぐらい、心臓カテーテル治療も行っております。それから年間100件の分娩。外科では700件の手術があって、内視鏡手術や脊椎の手術も行っております。それから精神科は常勤ではないんですが、認知症サポート医を2人つくって精神科と連携しながら認知症対策を行っていますし、特殊診療科は長崎大学から毎週の派遣をいただいて、救急搬送は700ですが、島で対応できない脳卒中、大血管疾患等は画像伝送システムを利用したヘリ搬送というのを行っております。

上五島地域包括医療・ケア(2)

保健予防活動

- 特定健診、がん検診、事業所一括健診(特定+がん検診同時実施) 3900件/年
- 健康増進のための地域活動
 新上五島町健康道場 2012～12回/年
 市民公開講座 1-2回/年
 病院フェスタ、新上五島町健康まつり 年1回
- 予防接種
 B型肝炎、肺炎球菌、インフルエンザなどの予防接種
- 母子保健
 母親学級、感染症対策、乳児健診
- 学校保健
 幼稚園、小中学校、高校の保健管理
- 産業保健
 新上五島町、新上五島警察署、事業所などの産業医活動



シンポジウム2

次に保健予防活動です。当院は町の中核で、町とうまく連携しながらがん検診、特定検診をやっておりまして、年間4,000件近い検診をやっていきます。内視鏡は毎日2人体制でやらなくてはいけないので、かなり人間が割かれるというところなんです。それから健康増進活動としては年に12回ほど、保健師やまちの職員と地域に出て行って、こういう健康道場、健康のための勉強会をしておりまして、こういうところで質問を受けると、「先生のところの病院は待ち時間が長すぎる、3分診療なのに2時間も待たされて」と怒られるんです。そのときに、「長崎と上五島とお医者さんの数が何倍違いますか」と聞くと、皆さん知らないもので、「3倍違うんですよ」と教える。それじゃあ、待ちますよねとなります。それから、「先生、そんなに忙しいと、夜に救急車が来たらどうするんですか、先生たち休んでいるんですか」と聞かれ、「休めないんですよ。だから本当に具合が悪いときだけ救急車で来てください」という話をしたりしており、そういうことを言うと、皆さんに気にかけていただけるので、救急車の使い方も良いのではないかなと。最近はこちらかという、ピークを過ぎて、救急搬送は人口減もありますけど、少し減ってきている印象です。あと予防接種、母子保健、学校保健、産業保健も当院の医師が地域に出かけて行ってやっていますので、地域と非常に密着した医療をやっているという状況でございます。

上五島地域包括医療・ケア(3)

介護・福祉活動

○療養型病床、地域包括ケア病床による療養管理
(10床+40床、病床利用率80%)

○訪問看護ステーションの運営
訪問看護、訪問リハビリ、訪問診療(計 380件/月)
在宅緩和医療・看取りの実施

○看取りのための地域医療連携システム
施設、自宅での終末期ケア、(在宅等死亡率25%)

○地域リハビリテーション活動
転倒予防教室、スクエアステップ運動

○地域包括ケアシステムの構築
新上五島町在宅医療・介護連携支援センターを院内に設置
高齢者ケアの質の向上



介護福祉に関しては、療養包括が50床ありまして、病床率は8割で訪問看護ステーションも併設し

ておりますので、大体月々300~400件ぐらいの訪問看護、リハビリ、訪問診療。ドクターは週に1回午後から訪問診療行って、在宅看取りも積極的にやっています。当地区の在宅死亡率は25%でありまして、老人ホームや在宅での死亡も当院のドクターが応援してやっています。土日の場合は診療所の先生方がおられないので、土日に施設で亡くなる場合には、当院のドクターが看取りに行きます。そのときの時間外は病院持ちということでやっていますが、そういうところのお金も使いながら、というところでしょうか。あと地域包括ケアシステムは、町と病院が一緒になって在宅医療介護連携支援センターを町の補助金で運営しておりまして、ここに保健師を1人置いて、高齢者ケアの質の向上に努めているというところがございます。

医師不足にどう対応しているか？

①チーム医療

医師の複数配置、チーム主治医制

②総合診療+専門診療

内科、外科、整形外科医は、救急、検診、検査、診療所派遣に対応できる、休暇時に代診が可能

③時間外救急は宿日直医+各科オンコール体制

時間外勤務として対応、夜間は平均4-5名の患者数

で、小児の受診は少ない、深夜時の仮眠はほぼ取れる

④地域業務(在宅診療、看取り、検死など)もチーム制

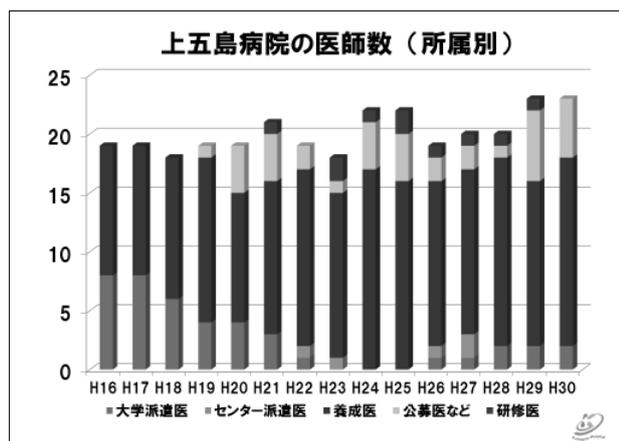
⑤業務量に応じて適宜早退

⑥連続勤務は最大36時間



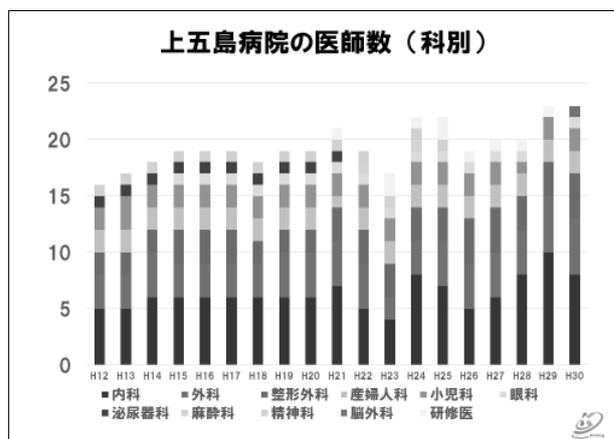
医師不足の中でも、やらなくてはならない業務は非常に多いんですけども、我々がどうクリアしているかという、まずはやはりチーム医療です。各科の医師を複数配置したい。小児科も婦人科も2名体制ですし、整形外科が4、5人体制、内科は8名体制、9名体制ですが、そういうのとチーム主治医制でチームになって動いていますので、主治医が3名いるような仕組みです。それから先ほど言ったように、内科と外科と整形に関してはこういう自分の専門以外もできるように、救急患者はすべての疾患を診ますし、診療所にも一般診療で派遣することができますので、お互いに診療をカバーしながら休むことができるので、少し時間をとれることは有利のかなと思います。

時間外救急は当直医と各科のオンコール体制で、時間外勤務として対応し、夜は平日4、5名が平均で大体12時ぐらいまでは来ますし、小児科はかなり小児科のドクターがコントロールしていますので、深夜帯は、ほぼ仮眠がとれるのではないかなと思っておりまして、なかなか波は激しいんですけども、宿直医が働きながら、働いた外来救急を診た部分を時間外というふうにつけていただいて、これがいいかどうかは賛否両論かと思いますが、そういう形で運営しないと、医師の数が少ないので回らないということです。そのほか、業務量について夜間当直しますと、1日働いて次の日の夕方まで働くん事になり、連続勤務が36時間あるので、これをどう考えるかは、これからの対応かなと思います。



医師数はこの20年間で、特に16年に新医師臨床研修が始まって、大学派遣医が半分ぐらいいたんですが、ゼロになってしまって、このあたりは苦しい時代があり、研修医で何とかもっていた。その後、大学派遣と、あとは赤色の県の養成医師が少しふえてきたというのが、当院が今、医師確保できているところかなと思います。

科の偏在も結構あって、内科は多いときは10人近くいるんですけど、少ないときは4人という事で、こうなると地獄の1年になってしまうんですが、こういうところをみんなで頑張って一緒に努力して通り過ぎたというのが今、現状からで、少しずつ右上がりになっているのかなと思いますけど、あと5名ほど医師が確保できると、ほぼ完全な診療ができるかなというふうに考えております。



当院の労働体制・制度（2018年6月まで）

- 申告制の時間外勤務記録
- 宿日直時の救急患者対応
- 夏季休暇、全医師8日間を取得（義務）
- 5歳毎にリフレッシュ休暇を7日間取得（義務）
- 女性医師のための産前産後休暇、育児休暇、職場復帰支援、24時間託児の実施
- 医師としての使命感、責任感を重視（応召義務含め）
- 2016年から、企業団本部での勤務体制整備、勤務ポリシー策定（労働と自己研鑽の考え方など）の提案

時間外勤務は、12～50時間（平均25時間/月）の申告朝の勤務、各科カンファランス、教育については除外

働き方改革の法案が30年に出まして、5年間施行猶予ということでもありますけども、そのあたりがどうなっていくのか、私も非常に興味があるところがありますが、当院がこれまでどういう対応をしていたかについて。実は私たちの病院にも、離島の病院なのに6月に労基が入りまして、6月までに私がやった事ですけど、時間外はすべてのドクターに自己申告制です。全部、私が時間をチェックしておりました。それから宿直時は宿直関係なしの救急対応です。そのかわり、夏季休暇は全員4日間義務で取らせます。中には私は休みたくないという人もいますんですけど、義務だと無理やり取らせますし、私ら病院企業団は5年ごとにリフレッシュ休暇を5日間、トータル7日の休みを取る義務ということをやっております。やはり働く医師には「休まないといけない」と上司が言わないと、休まない人も多いため、ここはやはり頑張らなくてはいけなかなと思いますし、女性のための休暇とか、24時間託児は既に行っておりましたが、離島におるドクター

私たちは非常に使命感、責任感が強くて、時間外よりも仕事、仕事ということがメインになっているのかと思います。大体、平均月25時間程度、これはあくまで自己申告でございます。

当院の労働体制・制度（2018年7月から）

- 朝の勤務を含めて、時間外勤務の全記録
- 時間外の基本は上司のからの命令
- 宿日直時の救急患者対応は時間外勤務として記録
- 単月100時間、複数月平均80時間を限度に、基本60時間/月を維持するための体制見直し
- 複数主治医制の導入
- 週1日は完全休日をとるよう指導
- 医師としても使命感は当然だが、社会人として健康的な生活の維持。医療の質を維持。

時間外労働は、28～120時間(平均62時間/月)の申告
各科カンファレンス、教育については除外



労基が入ってどうなったか。まず勤務時間をすべて時間単位で確認しなさいということで、朝の時間を含めて、時間外の全記録をしている。時間外は基本的には上司からの命令であるべきということ、みんなに把握させて、宿直時の救急患者を時間外対応としますし、できたら月80時間、基本が60ですけど、80を超さないように、みんなで当直もコントロールしようということで、上級医も当直に入ったりしている。そして週1日は完全休暇を取るよう指導をいたしました。大体、管理者は時間外が少ないので28～30ですけど、多い方は120時間ということで、平均60時間の勤務なんですけども、そこで1つポイントは各科のカンファレンスを週に1回やるんですけど、確かに患者さんのデータ見てはいるんですが、自己研鑽なので、ここは時間外ではないようにしようとしている。若者の教育は将来の医者を育てて自分がよくなるためなんだから、時間外はやめておこうよというバリアをつけて、私が管理者として労使交渉で若者たちと一緒に話をして決めているというところでございます。

医師の看護管理の話が出ていますが、やはり産業医活動というのは重要でありまして、私自身が院長になっても産業医活動で各スタッフの時間外確認しながら、45時間を超すと呼びだして、大丈夫かという話をしたりしてはいたんですけど、今は管理者

医師の健康管理

1. 労働時間の把握

労働時間管理をする上では、実態把握が重要であり、まず在院時間の客観的把握を行う。その上で、医師の労働時間を把握し面接指導を行う体制を構築する。

2. 適切な産業医の配置と職務遂行

月1回の巡視、就業環境管理、ストレスチェック、メンタルヘルス面談など。

3. 衛生委員会

月1回開催。

4. 健康診断

6か月ごと完全実施。（がん検診も実施）



が産業医で行けませんので、3年前からは大学からお医者さんに来ていただいて、ストレスチェックをやって、メンタルヘルスもやってもらって、最近も専従医師も来てもらって3名のうつっぽい患者、医師のメンタル面談をしてもらおうというところまでやっております。各月にカウンセリングをしますし、当然、24時間勤務ですから、年に2回の検診は100%受けなければならないので、全員受けさせていますし、うちは胃カメラ、大腸がんを含めたがん検診もすべての職員に受けさせていまして、健康管理は重要ではないかなと思っています。

医師の働き方改革に関する緊急要望

平成29年9月22日 全国自治体病院協議会 会長 遠見公雄

1 医師の「応召義務」と「労働量規制」との関係について、十分な議論と整理が不可欠であること。

2 医師の労働の特殊性として、実際の業務時間と使用者の指示によらない自己研鑽時間が混在しており、その明確な区分が困難であること。一定時間を除外することも方法論として考えられるのではないかと。

3 時間外労働規制を医師の診療科偏在、地域偏在、病院機能の違い等を考慮せずに適用すれば、救急医療、周産期医療、休日夜間診療など地域医療に大きな負の影響が生じる。医師の労働量の議論のみならず、医師の需給バランスからの議論も同時進行させていく必要があり、現状では、時間外労働規制の課題をクリアするための医師等の増員は、実現が困難であること。

4 医師の勤務負担軽減を図るための一つの例として、一人主治医制を見直すことが考えられるが、その実現には社会全体、つまり国民や患者、家族の理解の浸透が不可欠であること。このためには、義務教育等で医療に関する項目を増やし、水や空気のように考えられている国民皆保険の危機的現状の認識の共有が必要である。



先ほどから労働と自己研鑽の話がありますが、これも、これは全国自治体病院協議会が出したものです。

上司からの業務命令であること、病院の運営、業務に直接かかわることってということで、やっぱり線引きをしなくてはいけないのかな。学会発表、論文文献検索や、自主的な勉強会や自己研鑽は労働に入らないんじゃないか。日常業務、カルテ、委員会活

医師の労働と自己研鑽の考え方

- ①所属長（上司）からの業務命令があること
- ②病院の運営や業務に直接関係はあること

明らかな労働	労働と自己研鑽の二面性	純粋な自己研鑽
診療業務 カルテ、診断書作成 委員会、会議 カンファレンス 研修医・専攻医教育 地域連携業務	手術見学 学会発表 論文作成 文献検索	自主的研修会参加 自主的学会参加

出典：医師の働き方検討会議の意見を基に一部修正・加筆

地域や病院実情、または個々のケースにより、
病院長判断とする対応も考えられる

医師の労働と自己研鑽の考え方等について 全国自治体病院協議会 平成30年10月26日

動、このあたりは労働に入るんだろうと思いますけど、私たちの病院ではこのカンファレンスと若者教育はみんな頑張ってやれよ、時間外じゃないよねということをお願いしています。やっぱり地域病院の実情、または個々のケースに応じて、やはり管理者、病院長が判断しながらこの時間外の勤務体系を考えるべきではないかなと私自身は考えております。

1. 医療スタッフの意識改革

- 健康増進は投資であり、健康は病院の財産
- 医療の質や効率性を上げる
- 仕事が終わったら、仕事を忘れ、余暇を楽しむ
- 家庭や家族の時間を大切に
- 休暇や年休をしっかり取る、権利であり義務

- 可能な限り時間内での会議、カンファレンスの開催
- 記録は終了時点、後に残さない姿勢

さて、ここから最後に今後の改革を進める中でどういうふうにするかということですが、やはり医療スタッフの意識が一番重要で、健康増進は投資で、健康はすべてのスタッフがしっかり働けるので病院の財産でしょうし、医療の質も下げない。家族や家庭も大事にしましょう。それから可能な限り時間内に仕事を終える努力をすべきなのかなと思います。

次に住民の理解です。住民がちゃんと医師の働き方を理解してくれないと夜間救急も多くなるので、そういう部分は先ほどお話したように、医療の状況、地域住民、自分たちで医療を守ってください

2. 地域住民の理解

- 1人主治医制ではなく、複数主治医制やチーム主治医制を理解する。
- 不要不急や自己都合での時間外受診を控える。
- 地域医療は地域住民で守るという考えを持つ。
- 日ごろから健康管理を行い、疾苦の予防に努める。



新上五島町健康道場 2012～
(5年間で延べ60箇所、1200人の参加)

と。日ごろから検診を受けてくださいよということをお話して回っております。

3. タスク・シフティング（業務の移管）

認定看護師 3名
(がん疼痛、糖尿病、
摂食・嚥下障害)

特定行為研修を
修了した看護師 2名



外来、入院診療・看護から、ICT、NST、褥瘡管理、緩和ケアなどの院内活動で活躍している。
看護協会では、特定行為のできる認定看護師を育成する方向性が示されている。

それから先ほどから出ているタスクシフティングです。うちの病院は認定看護師3名、特定行為を研修した看護師2名います。NST、褥瘡の管理なんかはできるんですが、やはり医師のタスクシフティングまではいかないという現状があるので、これからやはり診療看護師の活動になるかなと思います。この診療看護師は5年目以上の経験がある看護師が2年間の大学に行って、38項目の特定行為ができる看護師になっておりますので、

今、長崎医療センターから派遣していただいているんですけども、在宅診療医を手伝うと、先に家に行くと、この方はもう肝臓の末期で腹水が非常に溜まってきつそうにしているので、定期的に腹水に抜いているんですけども、すべてNPが管理して穿刺するところだけドクターが行ってやると。抜くまですべてNPの仕事であると。そうすると医師の仕事が減ることと、患者さんの家族に本当に喜ばれ

診療看護師 (NP) の活動

長崎医療センターから派遣
入院診療から在宅管理まで、診療部
所属で行う。



【病棟診療・看護】 【在宅、施設での継続した療養支援】




ます。よく説明もしてくれますし、そういうものもあるのです、これからはやはりこのNPが医師のタスクシフティングには一番重要になってくるんじゃないかなというふうに思っています。

医師事務作業補助者
平成20年の開始時より導入、大変有効
現在6名を採用、外来・病棟に配置

業務内容:

- ◆ 診断書、主治医意見書などの文書作成補助
- ◆ 診療記録、処方箋の代行入力
- ◆ 診察や検査予約の代行入力
- ◆ 紹介状、承諾文書等の電子化
- ◆ 医師の行う検査(オージオ、視力、エコー等)の補助
- ◆ 医療の質の向上に資する事務作業(診療に関するデータ管理、医師の教育やカンファランスのための準備作業など)
- ◆ 行政上の業務(健診結果の管理、癌登録等の統計・調査、救急医療情報システムへの入力、感染症のサーベイランス事業等)

問題点:

- ◆ 人材不足で確保が困難、また退職者が多い
- ◆ ドクターズクラブ講座の受講に費用がかかる
- ◆ 知識や技能の取得の問題



それから医師作業補助、事務補助者も非常に重要で、今、6名採用しているんですけど、非常にドクターから呼ばれておまして、書類の作成、今後カルテの代行入力やさまざまなものができるのもっといいのかなと。ただ離島ですので、スタッフの確保が難しいというのが悩みでありまして、できれば都会からこういうことをしに島に就職してくるといいんですが、なかなか難しいとこでございます。

あとはタスクシェアに関しては、先ほどから言っているチーム医療と、うちの病院では総合、専門両方やるように医師には勧めていますので、そういうことができるようなこと。あとは介護士も少ないので、年明けには外国人技能実習生ということで、ミャンマーから介護員、介護職を3名ほど当院で勤務できる体制づくりをしております、こういうの

4. タスク・シェアリング (業務の共同化)

チーム主治医制
総合診療による救急患者対応
総合診療+専門診療のできる医師の重要性

訪問看護・訪問診療による在宅患者のケア、看取り
医師と多職種間で患者情報を共有・連携しながらの地域包括ケア

外国人技能実習生の受け入れ (介護)




もやはり看護師のタスクシフトも今後考えなくてはいけないかなと思っています。

5. フレックスタイム制

始業時刻と終業時刻を社員が自由に決められる制度 1998年～

① 日々の始業時刻、終業時刻の決定を全面的に社員側に委ねる
② 骨子を「労使協定」という書面に定め、会社と労働者代表で合意をする

1 対象者の範囲	フレックスタイム制の対象となる労働者の範囲。
2 清算期間	「1カ月」など、フレックスタイム制を適用する期間の単位。
3 清算期間における総労働時間	清算期間において社員が働くことのできる所定労働時間。清算期間を平均して週40時間以内になることが必要。(例：1カ月(31日の月)あたりは177.1時間が上限)
4 標準となる1日の労働時間	清算期間内における総労働時間を、その期間における所定労働日数で除して計算された数字。
5 コアタイム・フレキシブルタイム	コアタイムとは、必ず勤務しなければならない時間。フレキシブルタイムとは「何時から何時までの間に出社(退社)しなければならない」という時間。



最後はフレックスです。鳥の我々の病院は人口規模が少ないので、仕事量に差があり過ぎる。多い日は、1週間に手術が5件あるけど翌週はないとか、お産も週に3件あったけど翌週ゼロとかがあるので、やはり時間があるときにはうまく調整をして午後から帰るとか、そういうことを積み重ねて時間外を減らすのは非常にいい方向性ではないのかなというふうに思っています。

- 根本的な解決策は医師やスタッフ不足の解消
国や県は医師偏在や診療科偏在を解消するための具体的方策を出してほしい(専門医制度でさらに偏在が進行するのでは?)
- 休暇取得の年間計画の策定
- 女性職員に対する支援
出産・育児支援、職場復帰支援
- 男性職員の休暇
- 介護休暇



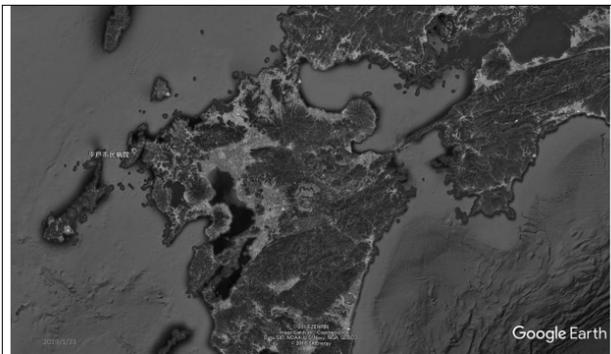
「長崎県の過疎地の医療を担う勤務医の実態」

平戸市民病院長 押 淵 徹

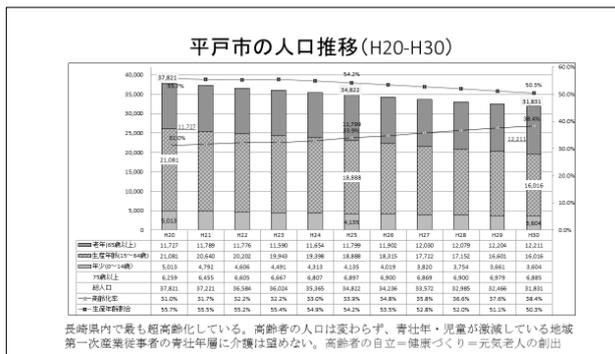
長崎県の過疎地の医療を担う
勤務医の実態

長崎県平戸市国保平戸市民病院
院長 押淵徹

ただいま、ご紹介にあずかりました押淵でございます。私の講演では、日本の隅っこにこんなところがまだあったのかという印象を持たれるかと思えます。

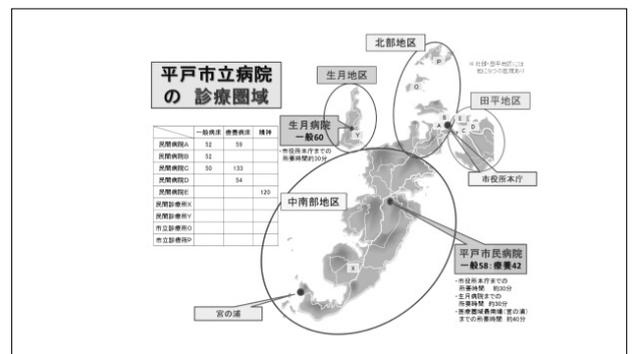


私のいる平戸は、九州の西の果てでございます。幅9キロ、長さ40キロ程度の小さな島の中央部に位置しているのが平戸市民病院でございます。



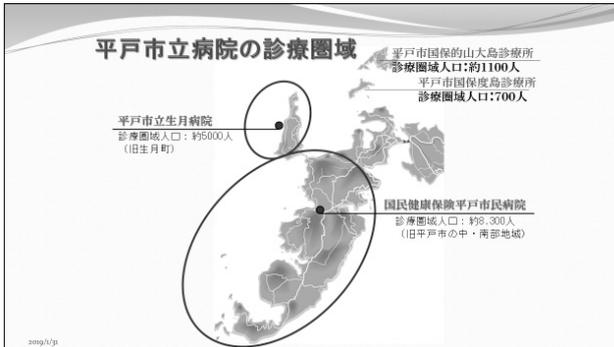
平戸市の人口の推移はごらんのように高齢化率が

38%を超えておりまして、先ほどの八坂先生の上五島とちょうど同じぐらい、長崎県内で一番超高齢者の多い地域でございます。65歳以上の方々の人口は絶対数は変わらず、それを支える青壮年層や若年層の人口が減っていっているところでございます。青壮年層が、高齢者の介護や看護に当たるとなるといって、第一次産業に従事するのに障害になるといって、この第一次産業従事者の青壮年層に介護負担をかけないようにということで、高齢者の自立を図るための健康づくり事業を展開してまいりまして、合言葉を元気老人の創出という言葉で皆様方に訴えているところでございます。



平戸市民病院の診療圏域は平成17年に4つの市町村が合併し、1つの自治体になりましたけれども、人口の集積する平戸市役所周辺と田平地区は、非常にこの交通の便もいいところでございますが、私のいる中南部地区というところは、市役所から30分ほど離れた地域でもございますし、この周辺では私どもの病院だけが有床の施設でありますので、ここに病院事業を構えているところでございます。

この平戸市民病院の周辺の人口は8,300人ほどでございます。一方、もう1つ隣の島にも5,000人ほどの方が住んでおりまして、そこに生月病院という病院があります。そして度島という小離島に700



人、的山大島というところにも1,100人ほどおりまして、個々の診療施設があり、周辺の医療はこの公的な医療機関で守備しているというところがございます。



私どもの病院の理念は、地域とのふれ合いを大切に地域に愛され信頼される包括医療の実践と掲げておりますが、ご存じかと思いますが、私どもは全国に先駆けて、超高齢者の多い地域になりましたので、高齢者の実態にあわせた地域の医療を展開していこうということで、包括医療、包括ケアの実践ということになり、地域包括ケアシステムができ上がっていったとご理解いただければと思います。

**国民健康保険
平戸市民病院の運営方針**

国民健康保険法の趣旨に則り、

- ①医療の現物給付事業を進め平戸市の医療水準の適正化を図る
- ②公的医療・介護保険事業の安定のための各種事業を行う。
立地条件が特に保健医療福祉介護の資源に乏しい地域であるため、これらのサービスを有機的効率的に提供すること
- ③医療・福祉・介護事業諸団体の要となって地域包括ケアシステムを構築する事を最大の目的とする。

私どもの運営方針は医療空白地を埋めるための診療施設でございますので、医療の現物給付、あるいは公的医療や公的介護保険事業の安定のための福祉

事業を関係ある他の団体の要となって、運営をしていくということを、目標にしております。

国民健康保険平戸市民病院

病床数：100床
(一般58床、療養42床)
延床面積：6,917.03㎡

診療科

- 内科
- 外科
- 小児科
- 救急科
- 整形外科
- 眼科
- 放射線科
- リハビリテーション科
- 訪問看護ステーション
- 通所リハビリテーション施設 人工透析室

関連施設：医師官舎（10室）
臨床研修医宿泊施設（3室）
多目的研修施設

2019/3/31

平戸市民病院の概況でございますが、病床数100床の小さな病院でございますが、このように8つの診療科を準備しているところであります。しかし、残念ながらその科の診療を十分に埋める医師は確保できておりません。また医師官舎等がありますが、住居も病院に隣接したところに準備しておかないと、先生方を都会から招き入れることができないという思いで、行政に頼み込みまして、医師官舎を病院に隣接して建てたところがございます。

国民健康保険平戸市民病院の事業

- ・ 日常ありふれた疾病と傷害等に対して適切な初期対応と継続医療、状態に応じた適切な高次専門医療機関との連携
- ・ 地域のニーズを踏まえた疾病の予防、健康づくり、福祉・介護、在宅ケアなど保健・医療・介護・福祉活動に取り組む
- ・ 医療の支えが必要な地域の様々な事業への関与
- ・ 教育現場に求められる保健事業への関与
- ・ 公的医療・介護保険事業安定への貢献

2019/3/31

私どもの病院の事業内容は、日常ありふれた疾病と障害に対して適切な初期対応と継続医療、状態に応じた適切な高次専門医療機関との連携、地域のニーズを踏まえた疾病の予防、健康づくり、福祉介護、在宅ケアなどの保健医療福祉介護の事業に取り組む。医療の支えが必要な、地域のさまざまな事業への展開、特に公的な医療機関でございますので、公的な事業に対しての私どもの医師のかかわりということがたくさんありますし、教育の現場に求められている保健事業の関与にも従事しております。ちなみに私どもの医療機関には6名の医師がいますけれども、6名ともどこかの学校、あるいは保育園の

園医等を行っております。また公的医療や公的介護保険事業の安定のためにさまざまな会議に参加しております。

平戸市民病院の概要

開設：平成8年4月
 病床数：一般58床 療養42床（介護13床） 計100床
 病床利用率：92% 外来患者数：196人（平成29年度）
 総事業高：16億円（院外処方率98%）
 *常勤医師6名*薬剤師2名*看護師83名（正規54名）*看護補助者20名
 *理学療法士5名*作業療法士2名
 *検査技師4名*医用工学士1名
 *放射線技師3名
 職員総数161名（委託職員24名）
 事業委託：医事係、患者給食、清掃業

2019/3/31

私どもの市民病院の概要について、病床利用率が92%、外来患者数も約200人毎日来ております。先ほど八坂先生が病床数の2倍ぐらいあると多忙な事態を迎えると仰られていましたが、私どももそのような事態になっております。

診療機能

- ・ 上部・下部消化管内視鏡装置
- ・ 画像診断機器：単純X線撮影装置、X線透視撮影装置、全身CT（64列）、乳腺軟線撮影装置、MRI（1.5T）、（遠隔画像診断システム）骨塩量測定X線装置、腹部・循環器・表在臓器用超音波診断装置、
- ・ 人工透析装置
- ・ 電子カルテシステム
- ・ 電子診療報酬請求システム
- ・ 臨床検査機器（生化学自動分析装置等）

2019/3/31

職員総数161名で、この病院を運営しているところで、診療機能もCT、MRI等を備えて高齢者の方々が遠くまで行って診療を受けなくても済むような機材の準備もしておりますし、専門医はいませんが、人工透析もやっております。これは超高齢者になりますというと、どうしても家族のそばで生活をしなければならない方がふえてまいります、そういった方々の透析医療も専門医がいない私たちが関わっているところでございます。

診療科はこのように今までお話をしてきたとおりでございますけれども、これが地域を支える診療の実態でございます。

救急患者数は時間外の患者数も含めておりますけれども、現在、年間3,500人ほど来ておりまして、救急患者の搬入が年間300台ほど救急車で搬送され

事業内容

- ・ 診療科目：内科、外科、整形外科、小児科、眼科、放射線科、救急科
 リハビリテーション科、人工透析
- ・ 臨床研修協力施設（地域医療）
- ・ 保健事業：健・検診事業、予防接種、学校医（高校、小中学校）保育園医、特養嘱託医
- ・ 介護福祉事業；在宅ケア（訪問診療・看護・リハビリ）居宅支援事業（ケアマネジメント） 介護・障害者認定審査委員
- ・ 地域支援活動；県北地域リハビリテーション広域支援センター
- ・ 保健事業、介護保険事業計画策定委員、地域包括ケアセンター運営委員、健康づくり推進委員会委員、等々

地域を支える

（単位：人、件）

項目	H26実績	H27実績	H28見込	H29目標	H30目標	H31目標	H32目標
救急患者数	3,752	3,471	3,600	3,500	3,500	3,510	3,500
臨床研修医の搬入件数	34	31	33	33	33	33	33
訪問診療・看護件数	1,582	1,681	1,610	1,981	2,020	2,080	2,100
リハビリ件数	24,949	30,657	31,853	32,000	32,000	32,000	32,000
手術件数	82	184	200	150	200	200	200

2019/3/31

ております。

またこういった地域での地域医療臨床研修が実を結ぶという評価を受け、全国から臨床研修医が1カ月でございますけれども、毎月3人ほど来ておられて、年間33名を受け入れているところでございます。訪問看護や訪問診療は年間1,500件、リハビリ件数も3万2,000件近く、手術件数が約150から200程度の手術をしております。

公的医療・介護保険事業の安定に寄与する地域支援事業

- ・ 健・検診事業（健康づくり事業）
- ・ 転倒予防教室
- ・ 糖尿病教室
- ・ 食生活改善事業
- ・ 男の料理教室
- ・ いきいき健康教室
- ・ 子育て療育支援事業
- ・ 地域リハ指導者養成事業
- ・ 地域総合支援事業（介護予防事業）
- ・ 在宅ケア
- ・ 地域療育支援事業

2019/3/31

地域を支える支援事業としてはこのような健診事業や高齢者に向けての転倒予防教室、あるいは糖尿病教室、食生活改善推進事業、男の料理教室、生き生き健康教室、子育て療育支援事業、地域リハの指導者の養成事業、地域総合支援事業、あるいは在宅ケア、地域療育支援事業等を行っているところでございます。



これは私どもが行っております出張健診の風景でございますけれども、地区公民館、体育館での出張健診風景でございます。これも医師数が十分確保できていた時代の風景でございまして、今や医師が激減しましたので、昨年からとりやめざるを得なくなっております



また先ほどご紹介しましたけれども、平戸市には2つの小離島抱えておりますので、そちらの健診も出かけておりました。



あるいは健康教室等も行いながら、住民の方々の、健康づくりに貢献するようにしております。

それから発達障害児の方々が長崎県中央に集まって、寄宿生活をしながら、その義務教育を受けるといことは、いささかこのお子さんたちには可哀そ



うな、また親御さんのもとの生活したいだろうという思いから、教育委員会と相計らいながら、この方たちが近くの小学校あるいは中学校で生活ができるようにバリアフリー化を働きかけたりしているところでございます。



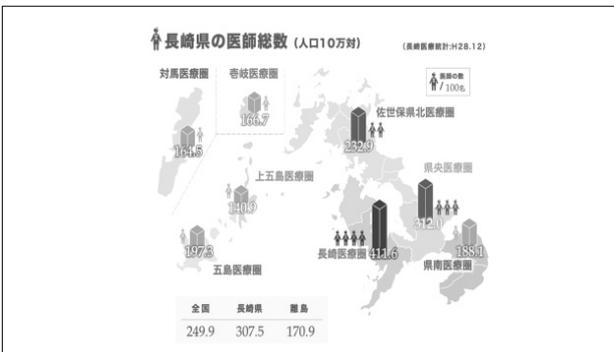
早くから介護予防事業にも取り組み、その成果もありまして、最近までは県内でも超高齢者が多い地域ではありますけど、介護保険税等は適正なところで運営できているという成果を生んでおるところでございます。

私のいる病院の近くには、唯一の交通信号機があるんですが、小学生の皆さんたちが都会に出たときに、信号機の見方がわからずに困らないようにという教育の目的で最初につくられたと聞いております。そういったのどかな地域でシニアカーが流行り



出しまして、交通事故が多くなりましたので、警察の方々、あるいは販売の業者等を集めながら、こういった交通安全教室を開いたりしているところがございます。

以上、私どもが取り組んでまいりました、この地域包括ケアシステム的一端をご紹介しますながら、こういったところに医師が関与しているというところを知っていただいたところがございますけれども、八坂先生と話し合ったわけじゃないですけども、この医師数の人口10万単位の医師数のご紹介になります。



私どもは佐世保、県北圏域の一翼を担っているところがございますけれども、平戸市だけを取り上げますと、人口10万単位に対して139人、県北圏域だけで120人で、お隣の松浦市なんか101人というところがございます。

■人口10万人当たり医師数の比較(医療施設数)

平成28年12月末現在、後援団体の医療施設に在籍する医師は30人です。人口10万人当たりの医師数は249.9人であり、これは県平均287.7人、県内で他に救急救急センターがある長崎市(427.8人)、大村市(329.8人)に並ぶレベルに達しています。また県北保健所(松浦市)に在籍する医師数は84人、人口は10万人当たり207.7人になっており、鹿児島県(164.5人)より少ない状況となっており、県北地域の医療を後援団体がカバーしている状況となっています。

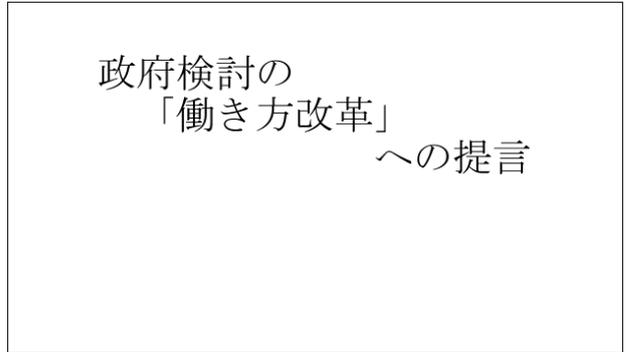
医療圏	医師数	人口10万人対
長崎県	3,088	249.9
本土医療圏	2,781	229.5
長崎県北医療圏	1,197	164.5
長崎県南医療圏	1,891	247.9
佐世保医療圏	932	249.9
西彼保医療圏	170	187.2
西海部	32	112.9
長門	51	120.5
阿蘇	68	235.7
長門医療圏	809	301.5
長門	276	27.9
大村市	354	382.9
長崎県北	11	131.7
1000	41	260.8
佐世保	25	157.2

■医師の年齢構成 ～医療圏比較～

本県の医師数に占める年齢構成(医療圏別の構成比は以下を参照)。

医療圏	医師数	24以下	25-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-69	70-79	80以上	高齢者の割合
長崎県	4,170	203	8.0	739	17.7	830	20.0	879	21.3	911	22.0
長崎県北医療圏	2,139	144	6.7	432	20.2	436	20.4	514	24.1	589	27.5
長崎県南医療圏	743	49	6.6	142	19.1	149	20.1	170	22.9	183	24.6
佐世保医療圏	493	48	9.7	143	29.0	148	29.8	148	29.8	148	29.8
西彼保医療圏	80	0	0	0	0	11	13.8	22	27.5	46	57.5
西海部	817	19	2.3	138	16.8	185	22.6	184	22.6	191	23.3
阿蘇	243	1	0.4	23	9.5	51	21.0	63	25.9	59	24.3
長門	76	0	0	11	14.5	11	14.5	11	14.5	43	56.5
大村市	354	0	0	14	4.0	5	1.4	3	0.8	30	8.5
長崎県北	42	0	0	8	19.0	13	31.0	7	16.7	14	33.3
佐世保	94	0	0	11	11.7	17	18.0	4	4.2	51	54.3

一番困っているのは65歳以上の医師が全体の約34%を占めるという事で、医師も高齢化し、戦力が随分ダウンしているというのが実態でございます。



- 将来のあるべき医療提供体制
- 医療過疎地で著しい人口減少の特徴は、有病者出現頻度の高い高齢者層の人口は変わりなく、生産年齢人口、幼少年齢人口の減少である。
 - 超高齢者の生活圏域に有床診療施設が必要(地域包括ケアシステムは生活圏域を基盤)
 - 「医療保険あって医療無し」とならないよう地域医療を守る必要がある
 - 医療過疎地(医師不足地域)の医療崩壊を招きかねない改革はすべきでない
 - 今般の改正医師法・医療法が、働き方改革始動前に医師偏在是正をもたらすことは期待できない
 - 提言:管理者要件の見直し(医師不足地域の勤務を条件とすること)

そこで、現在の検討されております政府検討の働き方改革への提言をいたしたいというふうに思います。皆様方にご提示いたしますのは、私どもは国保の診療施設でございますが、同じように各地の医療

過疎地で医療提供している団体である、J A厚生連、慢性期病棟協会、地域包括ケア病棟協会、全国医師会病院協議会等で計らって5つの病院団体が地域医療を守る病院団体協議会というのを形成しています。そこで協議してきました内容でもございますが、医療過疎地で、著しい人口減少の特徴は、有病出現率の高い高齢者の人口は変わりなくいるということでございます。超高齢者の生活圏域に有床診療施設が必要であります。と申しますのは、介護、看護をする家族の力はあてにできない。入院治療が必要となると家族の住居の近くでの入院治療が必要となり、在宅では面倒見ることができないというのが実態でございます。そのような地域医療を守っておりますので、このような医療過疎地の医療崩壊を招きかねない改革はすべきではないというふうに思っております。また、今般の改正医療法、あるいは医師法で働き方改革ができましたけれども、働き方改革の始動前に医師偏在是正がもたらされることは、とても期待できないというふうに思っているところであります。したがって管理者の要件の見直しをこの医師法、医療法の改正の中で見直しを求めたいと思います。それは、日本全国、公的な医療保険でカバーされているわけですので、どこの地域に住んでいても、国民は等しく医療を受ける権利を有すると思いますので、そういった医療不足地域での勤務を条件とする管理者要件に見直しをいただきたいと思っております。

将来あるべき医療提供体制

- 総合診療医の養成を早急に図る
- 高齢者は多臓器に疾患を抱え、臓器別専門医の対応のみでは困難である。総合診療医による地域完結型医療が望ましい。
- 総合診療医が主体となって対応することにより、臓器別専門医は一層専門分野の特化することが出来る。総合診療医が扇の要となって高齢者医療を担うことにより、より働きやすい環境となる。

(提言) 専門医の養成は、地域別・診療科別に定数を定め、総合診療専門医の確保を早急に図る必要がある。この体制が出来上がるまで、医師の労働時間規制は慎重かつ柔軟な運用を求める(謙抑的対応)。

また高齢者は多臓器に疾患を抱え、臓器別診療の対応のみでは困難でありますので、総合診療医による地域完結型医療が望ましいと思います。総合診療医が主体となって対応することにより、臓器別専門

医は一層、専門分野の診療に特化をすることができると思いますので、総合診療医が扇の要となって高齢者医療を担うことにより、より働きやすい環境となると信じます。したがって提言としまして、専門医の養成は地域別、診療科別に定数を定め、総合診療専門医の確保を早期に図る必要があると思っております。この体制ができ上がるまでは、医師の労働時間規制は慎重かつ柔軟な運用を求めたいと思っております。

将来のあるべき医療提供体制

医師の偏在是正(地域間、診療科間、病院・診療所間)

- 医師不足地域で医療を守ろうと頑張れば、長時間労働につながる。
- 今般の医師法・医療法の改正では、すぐさま効果実現は望めない

提言: 医療機関管理者要件に県知事が指定する医師不足地域の勤務を義務づける

医師の偏在是正には、地域間あるいは診療科間、病院診療科間の偏在があると思っておりますので、医師不足地域で医療を守ろうと頑張れば長時間労働につながるのは先ほど八坂先生の発表にもありましたように、この地域で医療を守ろうと頑張っている医療関係者、特に医師は目の前にいる患者を見捨ててまで、その自分の休息をとるということがなかなかできない。そういう意識の高い方々が多いと思っておりますので、そういった方々が疲弊しないような制度設計をしていただきたいということを訴えたいと思っております。そういう意味でも、医師の偏在是正のためには医療機関管理者要件に県知事が指定する医師不足地域の勤務を義務づけてほしいというのが、私どもの願いでございます。

将来のあるべき医療提供体制

ICTの活用

医師の働きやすい環境を整備する為には、ICTの活用による効率的な医療提供体制構築が必要である。

(提言) ICTの導入には費用がかかる。国の財政支援が必須である。

あるいはICTの活用等もこれは医療提供体制を

シンポジウム2

充実させるためには大変有効なツールだと思いますけれども、ICTの導入には費用がかかりますので、国の財政支援が必要であると思います。

設計していく必要があるのではないかと考えております。

医師の特殊性及び医療提供体制との整合性を考慮した労働時間規制の検討

①医師の自己研鑽の重要性

医学の進歩を修得するには、十分な研究・研修の時間が十分に確保されることが重要である。

(提言) 自己研鑽時間と医療業務従事時間に明確な線引きはできないと考えられる。業務命令でないものは労働時間から除外する

また、タスクシフティングの推進でございますが、特定看護師や医療事務作業補助者の育成が率先されるような環境整備がほしいと思います。特定看護師を育成のための条件緩和や事務作業補助者への診療報酬の加算などを求めたいと思っております。

将来のあるべき医療提供体制

女性医師の働きやすい環境づくり

多様な勤務形態を導入する。女性医師の働きやすい環境整備(妊娠・出産・育児等への配慮、専門医制度にプログラム制とカリキュラム制の併存など)

女性医師の働きやすい環境づくりをしていくためにも、多様な勤務形態を導入することが必要でありますし、女性医師の働きやすい環境整備、妊娠、出産育児への配慮、あるいは専門医制度にプログラム制とカリキュラム制を併存させるなどして、女性の方々が専門医制度の中でも活躍できるように、制度を設計していく必要があるのではないかと考えております。

医師の特殊性及び医療提供体制との整合性を考慮した労働時間規制の検討

①医師の自己研鑽の重要性

医学の進歩を修得するには、十分な研究・研修の時間が十分に確保されることが重要である。

(提言) 自己研鑽時間と医療業務従事時間に明確な線引きはできないと考えられる。業務命令でないものは労働時間から除外する必要がある。

医師の自己研鑽の重要性につきましては、朝から何度も言われて来ておりますので、敢えて言うこと

はございませんけれども、私から言いたいものは、業務命令でないものは労働時間から除外する必要があるのではないかと考えております。

医師の特殊性及び医療提供体制との整合性を考慮した労働時間規制の検討

②医師の応召義務との整合性

医師法に定める応召義務と労働基準法の時間外労働規制とは整合性に無理が生じる。

(提言) 医師については、応召義務を果たすためには、一般労働者とは別の労働基準法が定められるべきではないか。

また医師の応召義務との整合性につきましても、提言としましては、医師については応召義務を果たすためには、一般労働者とは別の労働基準法が定められるべきではないかと考えております。

医師の特殊性及び医療提供体制との整合性を考慮した労働時間規制の検討

③宿日直の基準の在り方

昭和24年制定の「医師、看護師等の宿直許可基準」は、その当時と現在とでは医療の現場が大きく変化している。この基準を現在の医療の現場の実情に合った基準に改革すべきである。

一方で、コンビニ受診にみられる時間外受療の在り方が医療現場の疲弊を招いている。“受療上の規範”を作るなどの国民の自覚を促す制度を検討すべきであろう。

宿日直の基準のあり方につきましては、昭和24年制定の医師看護師の宿直許可基準は、その当時と現代とでは医療の現場を大きく変化していると思われる。この基準を現在の医療の現場の実情にあった基準に改革すべきだと思います。一方でコンビニ受診に見られる時間外受療のあり方が、医療の現場の疲弊を招いているのが実態であろうと思いますので、国民の受療上の規範をつくるなどの国民の自覚を促す制度を検討すべきであろうと思います。私はこのことに憂慮しておりまして、各地でいろんな折をふれて、住民の集会のところで、お話をさせていただいてここでございます。

まとめでございますが、医師の働き方改革には早急な環境整備が必要であると思います。医師の地域間、専門家間の偏在是正や、女性医師の働きやすい職場環境、ICTを活用した診療支援、総合診療専門医の育成が必要かと思っております。一般の労働者と同等の基準では、医療の現場は守れないと思います。

まとめ

- 医師の働き方改革には早急な環境整備が必要である
医師の地域間・専門科間の偏在是正、女性医師の働きやすい職場環境、ICTを活用した診療支援、総合診療専門医の育成
- 一般の労働者と同等の基準では医療の現場は守れない
役割の違いから生じる矛盾 別の基準を設けるべきである
(勤務と自己研鑽の線引き、宿日直問題、複数主治医制、時間外労働の考え方、)
- 地域完結型医療・チーム医療で対処
タスクフテイングを促進する諸政策を講じるべきである

役割の違いから生じる矛盾から、別の基準を設けるべきだと思います。私どものような医師不足の地域では、この勤務と自己研鑽の線引きや、宿日直の問題、複数主治医制、時間外労働の考え方等が、すべて全国の皆様方と同じような基準はなかなか設けにくいという問題がございます。そこで強く訴えたいのは何としてでも、医師の偏在是正が一定程度進むまでは厳格な現在の労働基準法の適用というのは猶予をしてほしいという願いを込めまして、私の発表とさせていただきます。どうもご静聴ありがとうございました。

ディスカッション

座長：引き続き、ディスカッションに移りたいと思いますので、今、舞台設営のため、しばらくお待ちください。見ておきますと、最初の救急の中道先生のお話は少し特殊化したところで、八坂先生と押淵先生の話はやはり離島とか過疎という形で同じような問題点があると思っておきますので、2つに分けてご質問をお受けしたいかというふうに思っておりますので、よろしく願いをいたします。

では演者の先生方、恐れ入りますが舞台の方によりしくお願いいたします。ご質問のある先生は挙手の上、所属とお名前をおっしゃっていただいて、こちらの方から指名をさせていただきます。準備ができましたら、20分弱時間を残しておりますので、短い時間ではありますが、活発なご討論、もしくはいろんなご質問をさせていただけると助かります。ではよろしいでしょうか。

ではフロアの先生方の方から、最初に救急の現場と、高度救急センター、これは離島とも関係しているんですが、後の2つとはちょっと質問の内容とか違うかもしれませんし、働き方改革というのも、非常に業務量の多いところで、救急の現場でというお話でしたので、ここの中道先生に対するご質問、どなたかございませんでしょうか。挙手をよろしくお願ひします。どうぞ。

山下先生：押淵先生の隣の生月町で医療をやっています山下といいます。中道先生に質問なんですけども、私も一次救急、二次救急とやっております、その中でも感じる事なんですけども、救急搬送がふえていて、入院はそれほどでもないというような話があったかと思いますが、トリアージのときの緊急度です、重症度とか、超緊急、準緊急、低緊急とか

あると思うんですけど、その辺の分析というか、きっと低緊急がふえているんじゃないかなという印象を、先生、どう考えられていますか。

中道先生：ご質問ありがとうございます。トリアージ体制に関しては、実は当院も次年度、整備しようということで正確なデータはちょっと持ち合わせてないんですけども、先生、ご指摘のように、そもそも入院の割合が減っていますので、やはり軽症はふえているんじゃないかなという印象は持っております。

長谷川先生：横浜市の長谷川ですけれども、救急に対する需要というのはこれからますます上がるんじゃないかと思ひます。それで救急医が長時間勤務になって、疲弊して成り手がなくなると非常に困りますけれども、先生のところで若手をどんどん育てて、新しい救急医をどんどん育成していくと、そういったことに関してはどういうふうに使っておられるでしょうか。

中道先生：非常に難しい命題なんですけども、やはり今の若い先生方に訴えて響きやすいのは、やはりオンオフを明確にしてあげるといふポイントですね。オフのときにしっかり休む。もしくは自己研鑽もできるということを示すのが、現在、こちらとしてはアピールさせていただいている。なおかつ、キャリアアップとして、学年を経るうえで、具体的にどういう診療能力が身につくのかということも、明確に提示させていただいているといたるところで魅力を感じていただいているところが現状だと思います。

藤野先生：青森県医師会の藤野と申します。私は地域の基幹病院の病院長をしております、うちも170人くらいの救命センターを持っているんですけど、同じような内容をよく思っており、やはり在宅といっても居宅、自宅と施設があるんですけども、施設の方はどうしても嘱託医と連絡とれないもので、何でも受け入れる救命を目指していますので、救急車から連絡あったら受けざるを得ない。それが1つの問題で、どうしても救急患者がふえても入院率について、高齢者はそんなに重症じゃなく、そのまま帰れるんですけども、救急医も疲弊する事が問題です。あともう1点は入院させてから、どうしてもある程度の重症になり、高度な医療を行うと帰るところがなくなるんです。ですからいわゆる高度医療支援病院もあるし、地域包括ケア病棟もあってサブアキュートの方に大分力を注いでいるんですけども、どうしてもなかなか受け入れるときと、返すときの問題がございまして、なかなか同じような問題を抱えている病院はいっぱいあると思いますけど、送る側の病院の方は潤沢に確保できているのでしょうか。

中道先生：当院の在院日数から考えますと12日程度でいけていますので、地域連携室が多分もう必死になって頑張っていて、後方病院への転院を調整していただいているというふうに思っているんですけども、やはり先生のところと同じ悩みを我々も抱えておまして、今後どこが主導になるかわからないですけども、必ず在宅、居宅の救急医療をどうするのかというのは、その地域で整理していかないと、確実にその波が来ることはわかっていますので、そこをどうするかという答えを持ってないんですけども、全国の先進地域の例がありますので、そういったことを参考にしながら、今後、医師会、消防と連携して、ワーキンググループ等を立ち上げようとしている、今入り口の段階にあります。

藤野先生：当院でも在宅ケアマップつくって、どの施設は、老健とか特養まで含めまして、どの施設

はどの程度まで受け入れてくれるかというのを、マップつくってなるだけ連携しようとして速やかな後方転送を図っているんですが、なかなかうまくはいかないのが実情でございまして。ありがとうございます。

浅野先生：岐阜から参りました人口5万人くらいの私立病院の病院長しております浅野と申します。八坂先生にお伺いしたいんですが、いろいろな取組ご紹介いただきまして、本当に大変参考になりました。ありがとうございます。それで当院と同じような病床規模でやってらっしゃるんですが、私どももタスクシェアリングで医療作業補助者として、医局秘書と呼んでおりますけど3人、4人と雇ったりとか、医師の時間外の手当を充実させたりしているんですが、そういうことをしていきますと、医業収支の方に非常に響きまして、恥ずかしいことなんです。私どもの病院は人件費率が60%を超えております。65%ぐらいで、普通で言う事業体ならば倒産寸前という状態ですが、何とかほかの面で頑張っていて医業収益はプラスですが、そのあたりを充実させればさせるほど、病院の経営としては難しくなるということがあると思うんですが、そのあたりを教えてくださいたいと思います。

八坂先生：まさにそうでありまして、当院も3年ぐらい前までずっと黒字なんですけど、この3年ぐらいはやはり赤字が出始めて、それはやはり時間外手当の問題とか、スタッフの数です。病棟のクラークもいるし、さまざまなクラークで看護師業務をシェアする。それから医師業務をシェアするとなると、今、作業補助事務者も25対1の分もとっていますが、それでも足りずマイナスになる。そこはマイナスになってもやはり医師の働き方改革をした方が、将来の医療の継続性は確実にいけると思っていますので、ある程度、目をつぶっているというところがあるかと思います。うちも人件費率が今、50%後半で経営上はやはり難しいです。うちの病院は基幹型で完全にそこで完結しようと思うと、やはり医療

シンポジウム2

投資もすごく多いので、原価償却費がすさまじい金額になるんです。ですからそういうのも含めて、額面上マイナスになるんですけども、運営資金がなくならない程度であればいいのではないかと。私自身が思っているのは、公的病院であれば将来的に医療が維持できればプラマイゼロでもいいんじゃないかと。究極の発想ですけども、そういうふうを考えております。

藤野先生：ありがとうございます。もしプラスにさす秘策があれば教えていただきたいなと思って。

八坂先生：私たちの地区では外来の8割は地元なんですけど、入院が半分近く島外なんですよ。ですからやはり残っていただける。すると先生のところは二次医療圏のあるいは先生方の診療圏の中で、少しでも多くの方に入院していただけるという事が医療収支を大きく動くと思いますので、やはりそこを目指すことかなというふうを考えております。

座長：特に長崎の場合、離島とか過疎地の問題がございまして、お二人の先生方はそこで頑張ってもらっしやる悲鳴に近いような本当の声を聞かせていただいたんですが、うちはこうだとか、そこはどうなっているんだという部分、よろしいですか。過疎地の方のこともですけど、先生方とお話をしていたときに、無用な外来とか無用な受診を控えるような、地域を育てるとか、地域の医療の受け方を変えるとか、そういうふうなことを、今からやっていかないといけないということをおっしゃっていましたが、八坂先生、それから押淵先生、いかがでしょうか。

八坂先生：地域医療は我々、医療者も頑張りますけど、行政と住民の三者が努力して育てるものだと思います。ですから、我々だけではだめだということであれば、やはり現場の人たちが自分の健康管理を、自分でセルフケアをします。検診にもかかっていただくと。その中で元気に長生きできるよ

うな仕組みをつくりたい。もう1つはやはり多種の時代になっていますから、ぴんぴんころりじゃないですが、最後は安らかに、できたら在宅、自宅とかで亡くなるには方向性を求める。そのためにはやはりさまざまな院内の仕事ではなくて、地域に出ていくような仕事がこれから公的機関でもやるべきではないのかなと考えています。

押淵先生：皆様方の地域でも同じようなことが起こっているかと思えますけども、私どものところは先ほどお示ししましたように、一次産業で生活している方が多いんですけども、それでは生活ができないということで都市部に青壮年層が流れ出ております。その方たちが休暇になりますと、里帰りしてまいりまして、どんな病状かということのを休日に、相手方がお休みのときに我々のところに説明を求められることが多いんですね。その分だけ、また医師がその時間を費やさなきゃならないというそういった問題がありますので、やはり全国、国のレベルでこういった場合はこういうふうなことをすべきだ。先ほどから何度か出ておりましたが、インフォームドコンセントは時間内にということを徹底するという考え方を国民の共有の、共通の認識にしていかなければならないんじゃないかというふうな思いもありますし、また日本で数カ所でしょうか、#8117という電話での受療のトリアージを住民自身が自分たちで判断できないときには、そのような方策もあるんですけども、それを全国的に普及させることも必要ではないか。何らかの受け皿を用意しないという、やはりちょっとした不安が、例えば、こんな事態になって、今ごろ連れてきてと言われるよりも早めに行こうという国民の意識が、フリーアクセスのいい成果だと思いますけども、そういったことが起こりまして、私たちのようなそこしか病院、診療施設がないところでは、何かあったら困るからという方たちも多いんですね。そういった方々にも対応しなければならぬ。そこが医療人の疲労、疲弊につながっていくというふうに思いますので、こういったことを皆様方にいろんな機会をつかまえ

て、市民の方々にはお話をしているところではございますけども、なかなか市民のレベルから見れば、難しいことでもあるのではないかという思いであります。

広島県：広島県の医師会の常任理事ですけど、私は中山間地域の病院長として、今、長崎県は地域枠、ふるさと枠の先駆県で、どういうふう今回の専門医制度のことも含めて、医師の配置を決めておられるのか。今度、医療法が変わりまして、地域対策協議会を各県につくって、そこが最終的な決定というふうな格好ですけど、広島県の場合は、地域枠は全部が医局に入局というのを原則として医局の人事についても、ある程度配置をする。私どももワーキングに入って、調整に入りますが、原則は医局の人事というふうになっております。自治医大の人とか、地域枠から県の奨学金とかいろいろあると思うんですが、そういうところを最終的にはどこがどういうふう調整されているのか教えていただけたらと思うんですが。

押淵先生：実は、その前に先ほどの医師の分布を八坂先生詳しくお示しになりましたように、陸地側は、比較的、長崎県内では人口10万単位あたりの医師数が多い地域でありますけども、山側のへき地といいますか、過疎地ではうんと少ない上に、高齢者の多い、高齢者の医師で守備しているところがございますけども、一方、離島の八坂先生たちがうらやましいと思うのは、平均年齢が43歳、38歳、30半ばだそうですけども、私どものところは実は63歳、64歳の平均年齢なんですね。そういった実情があって、これはどうしても永続性、継続性ができないということで、毎年、県知事に県で育成、養成した医師を私どものところにも配置してほしいという陳情を続けておりますけども、いつも受け入れていただけないんです。どこで調整をしているのかが私どもにはわからないというところがございます。先ほどは「医療の現場からの叫び」というのがタイトルにありますけども、私の叫びは、実はここに本

音がございます。

八坂先生：長崎の自治、それから地域枠の学生たちは卒業して研修を受けた後は、県と離島の病院、長崎県病院企業団が今、運営しているんですが、その院長先生方と、企業団の企業長と長崎医療センターのドクター、県の医療財団対策センターの室長が入って、基本、離島の病院に派遣しようというところから始まるという現状がありまして、現に離島もまだ、私のところもギリギリですけど、もっと他の小病院もあって、そこはもっと大変なところもあるので、そちらに配置をするような総合的に議論をした上での配置になっています。医局とは全く関係ございませんし、独自の県の人事とさせていただいたらいいです。それともう1つはやはり、橋がかかって陸続きになると、離島振興法も切れて離島じゃなくなるということもあり、そこがハンディであると思うんですが、今後、それをどうしていくかはいろんな議論を進めなくちゃいけないのかなと思っております。

第39回全国医師会勤務医部会連絡協議会
＜11月3日（土・祝）・ながさき宣言採択＞
17：00～17：05

長崎県医師会勤務医部会副部長 上 谷 雅 孝

ながさき宣言採択

長崎県医師会勤務医部会副部長 上 谷 雅 孝

瀬戸常任理事：では、引き続き「ながさき宣言」を採択させていただきたいと思います。プログラムに挟んであります「ながさき宣言」をごらんください。この宣言案は10月10日に開催されました日本医師会勤務医委員会におきまして、事前にご意見をいただいております。それでは長崎県医師会勤務医部会副部長の上谷 雅孝より「ながさき宣言（案）」を読み上げさせていただきます。上谷副部長、よろしく願いいたします。

上谷先生：皆さん、お疲れさまです。では、この会の最後に当たりまして、長崎宣言の案を読み上げさせていただきます。「我が国の近代西洋医学は1857年来日したオランダ軍医ポンペ・ファン・メールデルフォールトによりこの長崎の地にもたらされた。ポンペの『医師は自らの天職をよく承知していなければならぬ。ひとたびこの職務を選んだ以上、もはや医師は自分自身のものではなく、病める人のものである』という言葉は、長崎大学医学部建学の基本理念として今に伝えられている。この言葉に示されている医師としてのモラル、使命感が我が国の医療を支えてきたといっても過言ではないと思われる。

しかし昨今の「働き方改革」においては、このような医師の思いが考慮されずに、労働者としての医師の側面のみが強調されて進められている。このままでは「働き方改革」によって救急医療現場の混乱、病院機能の低下などをきたし、地域医療の崩壊を招くことが危惧される。我々は今回の改革において、勤務医が高いモチベーションを持ち続け、地域医療の発展に向けてこれまで以上に貢献できることを願って、次のとおり宣言する。

- 一、長時間労働の是正は重要だが、その運用に関しては医師の特殊性に十分に配慮することを望む
 - 一、働き方改革において研修医等の若手医師への教育が委縮することのないこと、研修医等の若手医師の学習の機会を確保することを望む
 - 一、勤務医の過重な勤務実態を広く周知することにより、国民全体の理解が深まることを期待する
- 以上です。

平成30年11月3日

全国医師会勤務医部会連絡協議会・長崎

瀬戸常任理事：上谷副部長、ありがとうございました。「ながさき宣言」を原案どおり採択することにご賛同の方は拍手をお願いいたします。

瀬戸常任理事：ありがとうございました。賛同多数により「ながさき宣言」は採択されました。

第39回全国医師会勤務医部会連絡協議会

<11月3日(土・祝)・閉会>

17:05

長崎県医師会常任理事 瀬戸牧子

閉会の辞

長崎県医師会常任理事 瀬 戸 牧 子

以上をもちまして、本協議会の日程はすべて終了いたしました。ご協力まことにありがとうございました。長時間にわたりお疲れのところ恐縮でございますが、連絡事項をお伝えいたします。この後の懇親会は18時、午後6時からこの会場で行われます。会場設営の都合により、皆様方には一たん、会場をご退席いただきますようお願い申し上げます。懇親会開催までお時間ありますので、ぜひ1階のおみやげのコーナーなどで長崎のお菓子などお買い求めいただけますと幸いです。お時間までどうぞゆっくりお過ごしください。プログラムでは17時40分と書かれておりますが、17時30分から1階ロビーにて、長崎女子高等学校龍踊部による龍踊を披露いたします。ロビーは吹き抜けになっておりますので、2階からも見ることもできます。ぜひごらんになってください。また会場を出て、右隣の丹頂の間には、休憩所を設けておりますので、ぜひご利用ください。懇親会の開始時刻である18時までには現在おられるこの会場へお越しください。懇親会のお席はご自由でビュッフェ形式となっております。長崎の美味しいものをご用意してあります。ご連絡事項は以上でございます。本日は長時間のご聴講、まことにありがとうございました。

第39回全国医師会勤務医部会連絡協議会
＜11月3日（土・祝）・参加者数一覧＞

平成30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	3	中国・四国	鳥取県	鳥取県医師会	2	
		札幌市医師会	6		島根県	島根県医師会	4	
		函館市医師会	2		岡山県	岡山県医師会	2	
		旭川市医師会	3		広島県	広島県医師会	8	
		他	3			広島市勤務医会	2	
	青森県	青森県医師会	11			安芸地区医師会	1	
	岩手県	岩手県医師会	4			広島市医師会	5	
	宮城県	宮城県医師会	3		福山市医師会	1		
		気仙沼市医師会	1		山口県	山口県医師会	9	
		仙台市医師会	5		徳島県	徳島県医師会	2	
	秋田県	秋田県医師会	2		香川県	香川県医師会	2	
	山形県	山形県医師会	12		愛媛県	愛媛県医師会	2	
	茨城県	茨城県医師会	4			松山市医師会	2	
関東・甲信越	栃木県	栃木県医師会	3	高知県	高知県医師会	4		
	群馬県	群馬県医師会	2	九州・沖縄	福岡県	福岡県医師会	11	
	埼玉県	埼玉県医師会	10			北九州市医師会	2	
	神奈川県	東京都	東京都医師会			2	北九州市小倉医師会	2
		神奈川県医師会	10			他	1	
		川崎市医師会	2		佐賀県	佐賀県医師会	3	
		横浜市医師会	9		長崎県	長崎県医師会	33	
		小田原医師会	2		熊本県	熊本県医師会	7	
		相模原市医師会	1			熊本市医師会	3	
	横須賀市医師会	1	大分県		大分県医師会	4		
	新潟県	新潟県医師会	1		宮崎県	宮崎県医師会	8	
	他	1	鹿児島県	鹿児島県医師会	4			
	山梨県	山梨県医師会	1	沖縄県	沖縄県医師会	4		
	長野県	長野県医師会	3	小計		281		
	中部	富山県	富山市医師会	2	日本医師会		24	
石川県		石川県医師会	6	講師・シンポジスト		10		
他		2	行政		5			
福井県		福井県医師会	1	報道		2		
岐阜県		岐阜県医師会	6	本会関係者		31		
静岡県		静岡県医師会	2	合計		353		
愛知県		愛知県医師会	6					
三重県		三重県医師会	0					
近畿	滋賀県	滋賀県医師会	3					
	京都府	京都府医師会	2					
	大阪府	大阪府医師会	5					
		布施医師会	1					
	兵庫県	兵庫県医師会	4					
		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	3						

平成30年度
全国医師会勤務医部会連絡協議会

発行 一般社団法人 長崎県医師会
〒852-8532 長崎県長崎市茂里町3-27
TEL : 095-844-1111

印刷 日本紙工印刷株式会社