令和元年度 全国医師会勤務医部会連絡協議会 報告書

令和元年度 全国医師会勤務医部会連絡協議会
報 告 書

メインテーマ

待ったなしの働き方改革
～勤務医の立場から～

令和元年10月26日(土)　ホテルメトロポリタン山形

主催 日本医師会　担当 山形県医師会

新庄まつり	蔵王の樹氷
加茂水族館の クラゲ	
雪灯篭祭り	

[蔵王の樹氷（上山市）]

シベリアから吹いてくる季節風が日本海で水分を含んだ風となり、それがアオモリトドマツに衝突し固まるという、特殊な気象条件からできる「蔵王の樹氷」。その姿から別名「スノーモンスター」とも呼ばれる、雄大で繊細な氷と雪が織り成す大自然の芸術品。蔵王ロープウェイ地蔵山頂駅から一面に広がるスノーモンスターを見ることができます。

[新庄まつり（新庄市）]

今から260年前、凶作に打ちひしがれた領民を時の藩主戸澤正諶（まさのぶ）が希望を持たせようと祭典を行ったのが起源とされている歴史ある祭りです。きらびやかな装飾を施した絢爛豪華な山車行列、古式ゆかしい神輿渡御行列（みこしとぎょぎょうれつ）、風雅な鹿子踊（ししおどり）などが披露され、勇壮にして華麗な３日間、まつり囃子の響きが町中を包み込みます。

平成28年に全国各地の「山・鉾・屋台行事」32団体とともにユネスコ無形文化遺産に登録されました。

[加茂水族館のクラゲ（鶴岡市）]

世界に誇る、直径５メートルの水槽「クラゲドリームシアター」に浮遊する約１万匹のミズクラゲ。

鶴岡市立加茂水族館は、日本海を望む場所に建つ、山形県では唯一の水族館で、常時60種以上ものクラゲを展示する“世界一のクラゲ水族館”です。

[雪灯篭まつり（米沢市）]

雪国米沢を象徴する冬のまつり。会場には300基の雪灯篭と1,000の雪ぼんぼりに灯がともり、まるで別世界のような雰囲気に包まれます。

松が岬公園の鎮魂の丘での鎮魂祭をはじめ様々なイベントが行われ、冬の幻想的な景色とともに、米沢の冬のまつりを堪能できます。

目　　次

開催要綱 …… 3

プログラム …… 4

開 会 式
　総合司会 …… 7
　開会宣言 …… 8
　日本医師会会長 …… 9
　山形県医師会会長 …… 11
　来賓祝辞 …… 12

特別講演Ⅰ
　座　　長 …… 15
　「日本医師会の医療政策」 …… 16

特別講演Ⅱ
　座　　長 …… 31
　「複眼的にものをみる」 …… 32

日本医師会勤務医委員会報告 …… 41

次期担当医師会挨拶 …… 51

ランチョンセミナー
　「慶應鶴岡発バイオテクノロジーが創る健康長寿社会」

シンポジウムⅠ
　座　　長 …… 53
　「勤務医の働き方改革」…… 54
　ディスカッション …… 80

シンポジウムⅡ
　座　　長 …… 87
　「生涯現役～勤務医定年後の明るい未来～」 …… 88
　ディスカッション …… 116

やまがた宣言採択 …… 121

参加者数 …… 123

令和元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

「待ったなしの働き方改革
～勤務医の立場から～」

1．日　　時　令和元年10月26日（土）　10：00 ～ 17：05

2．会　　場　ホテルメトロポリタン山形　４階　霞城
山形県山形市香澄町１丁目１－１
TEL：023-628-1111

3．主　　催　日 本 医 師 会
東京都文京区本駒込２丁目28－16
TEL：03-3946-2121

4．担　　当　山形県医師会
山形県山形市松栄１丁目６－73
TEL：023-666-5200

5．参 加 者　全国医師会勤務医部会関係者及び医師会員とその関係者、行政等

令和元年度全国医師会勤務医部会連絡協議会
プ ロ グ ラ ム

メインテーマ

「待ったなしの働き方改革 ～勤務医の立場から～」

総合司会：山形県医師会常任理事　間　中　英　夫

【日　程】

9:00～　　受付開始

10:00～10:25　開　　会

開会宣言　山形県医師会勤務医部会部会長　内　村　文　昭

挨　　拶　日本医師会会長　横　倉　義　武

山形県医師会会長　中　目　千　之

来賓祝辞　山形県知事　吉　村　美栄子

山形市長　佐　藤　孝　弘

10:25～11:05　特別講演Ⅰ

「日本医師会の医療政策」　日本医師会副会長　今　村　　聡

座長：山形県医師会副会長　中　條　明　夫

11:05～11:45　特別講演Ⅱ

「複眼的にものをみる」　山形大学医学部参与
国立がん研究センター名誉総長
東京脳神経センター所長　嘉　山　孝　正

座長：山形県医師会副会長　清　治　邦　夫

11:45～12:10　報　　告

「日本医師会勤務医委員会報告」

日本医師会勤務医委員会委員長　泉　　良　平

12:10～12:15　次期担当医師会挨拶

京都府医師会会長　松　井　道　宣

12:15～13:20　昼　　食

12:20～13:10　ランチョンセミナー

「慶應鶴岡発バイオテクノロジーが創る健康長寿社会」

慶應義塾大学先端生命科学研究所所長
慶應義塾大学環境情報学部教授　冨　田　　勝

座長：山形県医師会会長　中　目　千　之

13:20～14:20　シンポジウムⅠ

「勤務医の働き方改革」　座長：山形県医師会常任理事　佐　藤　慎　哉
山形県医師会理事　多　田　敏　彦

「山形県における勤務環境に関する調査報告」　山形県医師会常任理事　間　中　英　夫
「医師の働き方改革の方向性」
厚生労働省医政局医事課医師養成等企画調整室長　加　藤　琢　真
「病院運営と働き方改革～現場の懸念」
地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構理事長　栗　谷　義　樹
「チームで支え合う働き方を目指して～誰もが活躍できるために～」
日本赤十字社医療センター第一産婦人科部長　木　戸　道　子

14:20～14:55　ディスカッション

14:55～15:10　休　　憩

15:10～16:25　シンポジウムⅡ

「生涯現役～勤務医定年後の明るい未来～」　座長：山形県医師会副会長　神　村　裕　子
山形県医師会常任理事　間　中　英　夫

「山形県内病院医師の定年退職後の働き方に関する調査報告」
山形県医師会常任理事　吉　岡　信　弥
「地域医療に必須なシニア世代医師の活躍」　八幡平市病院事業管理者
岩手県立病院名誉院長　望　月　　泉
岩手県医師会参与
「二度の公務員定年退職（米沢市立病院診療部長・山形県立米沢栄養大学教授）後、
慢性期病院での勤務医師」　山形ロイヤル病院内科医師　八　幡　芳　和
「輝けるシニア医師　定年後の未来像」　愛知県医師会副会長　市　川　朝　洋
「山形大学医学部が提供する「リフレッシュ医学教育」」
山形大学医学部附属病院副病院長
山形県医師会常任理事　佐　藤　慎　哉

16:25～17:00　ディスカッション

17:00～17:05　やまがた宣言採択　山形県医師会勤務医部会副部会長　佐　藤　光　弥

17:05　閉　　会

18:00～19:30　懇 親 会　司会：山形県医師会副会長　神　村　裕　子
開　　会　山形県医師会常任理事　三　條　典　男
挨　　拶　日本医師会会長　横　倉　義　武
山形県医師会会長　中　目　千　之
乾　　杯　京都府医師会会長　松　井　道　宣
アトラクション　「花笠踊り」
閉　　会　山形県医師会常任理事　間　中　英　夫

開 会 式

総合司会

山形県医師会常任理事　**間　中　英　夫**

皆様おはようございます。ただいまより令和元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。私は本日総合司会を務めさせていただきます山形県医師会常任理事の間中英夫でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは山形県医師会勤務医部会部会長・内村文昭より開会の辞を申し上げます。

開 会 式

開会宣言

山形県医師会勤務医部会部会長　**内　村　文　昭**

皆様おはようございます。ただいまより「待ったなしの働き方改革～勤務医の立場から～」をメインテーマとした令和元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。よろしくお願いします。

挨　拶

日本医師会会長　**横　倉　義　武**
代読　日本医師会副会長　**今　村　　聡**

皆様おはようございます。日本医師会副会長の今村聡でございます。日本医師会の横倉義武会長は、世界医師会に参加しているため、本日伺うことができません。挨拶を預かっておりますので、代読させていただきたいと思います。

ご挨拶に先立ちまして、関東地方及び東北地方を中心に、東日本各地に甚大な被害をもたらした、このたびの台風19号の被害、そして昨日の大雨被害にあわれました皆様方に、謹んでお見舞いを申し上げます。また、被災地の地域医療を懸命に支え、支援に取り組まれている会員諸氏並びにすべての皆様方に、深甚なる敬意を表する次第であります。

日本医師会といたしましても、発災直後より、関係各方面との連携を密に取りながら、地域の復興に向けた支援に取り組んでおりますが、本日ご参集の皆様方におかれましても、引き続き多大なるご支援をいただければ幸甚でございます。

それでは、あらためまして、令和元年度全国医師会勤務医部会連絡協議会の開会にあたり、主催者を代表して、一言ご挨拶を申し上げます。

はじめに、公務ご多用の折、本協議会にご臨席を賜りました吉村美栄子山形県知事、佐藤孝弘山形市長に、心より御礼を申し上げます。

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、山形県医師会の中目千之会長はじめ、役職員の皆様方に衷心より感謝を申し上げます。

本協議会は、昭和56年の第１回開催以来、今年度で40回目の節目の年を迎えることとなりました。この間、勤務医の立場から、医療に係るさまざまな問題をご議論いただき、昨年度は、医師の働き方改革において、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い、「ながさき宣言」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ことは、誠に意義深いことであり、これもひとえに、都道府県医師会をはじめ勤務医部会関係各位のご協力の賜物と、心より敬意を表する次第です。

さて、本年度の本協議会では、メインテーマに「待ったなしの働き方改革～勤務医の立場から～」が取り上げられました。勤務医の先生方におかれましては、ご自身の労働環境や生活に直接関係する、大変関心の高いテーマであると認識しており、日本医師会といたしましても、「地域医療の継続性」と「医師の健康への配慮」との両立を図っていく観点から、重大な関心をもって取り組んでいるところであります。

これからの地域医療提供体制は、偏在対策を含む医師確保計画、地域医療構想、そして、本日のメインテーマであります医師の働き方改革が、相互に関わり合いながら形づくられてまいります。

特に、医師の働き方改革につきましては、2024年度より時間外労働の上限規制が適用されることとなります。すなわち医師の働き方改革の議論に当たっては、医師確保計画や地域医療構想も視野に入れながら、この限られた時間の中で、慎重に事を運び、かつ、確実に結論を出して行かなければならないということです。

このような状況を踏まえ、日本医師会では、会内に設置した「医師の働き方検討委員会」において、「地域医療の継続性」を確保することはもちろんのこと、「医療機関マネジメントの重要性」や、「産業保健活動の確実な履行」等の視点から、医師の健康面に

配慮する側面からも検討を進めております。同時に、厚生労働省「医師の働き方改革の推進に関する検討会」に役員２名を派遣するなかで、医療界が考える働き方改革の実現に向けて、積極的に議論をリードしております。

今後、医師の診療業務の特殊性を踏まえながら、より詳細な検討が進められていくこととなりますが、重要なのは、医療の現場を熟知する医師が自らの手で、働き方改革を主導していくということであります。

そして、そのためには、本日ご出席の先生方をはじめ、全国の勤務医の先生方のお力添えを得るなかで、医療の現場から届けられる一人ひとりのご意見等を踏まえた説得力ある議論を展開し、医師会の存在感や発言力を高めていくことが極めて重要であります。

日本医師会といたしましても、本日のご議論を踏まえ、今後の会務を運営してまいりますので、ご参集の先生方におかれましても、一層のご理解・ご協力をいただければ幸いです。

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

令和元年10月26日

公益社団法人日本医師会会長　横倉　義武

代読でございます。どうぞよろしくお願い申し上げます。

挨　拶

山形県医師会会長　**中　目　千　之**

皆さんおはようございます。山形県医師会の中目です。本日はご多忙のところ、この全国医師会勤務医部会連絡協議会にご出席いただきまして、心より感謝申し上げます。

まず初めに先日の台風並びに昨日の大雨によりまして被害を被りました方々、特に医療機関で働いている職員の方々に心からお見舞いを申し上げますと同時に、一日も早い復興を心からお祈り申し上げます。

全国医師会勤務医部会連絡協議会山形開催におきましては、メインテーマを「待ったなしの働き方改革」にしました。皆さんご存じのように、働き方改革につきましては数多くの所でご議論されています。しかし、そもそもわれわれ医療人には献身、犠牲、社会貢献という部分を担っているわけです。あまりにぎちぎちな働き方改革を行いますと医療人としてのレベルは低下しますし、皆様が働いている医療機関の経営も圧迫することになるでしょうし、ひいては地域医療の萎縮・崩壊につながるのではないかという危惧を抱いております。私個人としては緩やかな働き方改革でスタートしたらいいのではないかと考えている次第であります。

さて皆さん、人生百年の時代という様になりました。そこで、勤務医の先生方の65歳以上の定年後の人生を是非、明るく、楽しく、充実した人生を送ってもらいたいということで、シンポジウムⅡには「生涯現役～勤務医定年後の明るい未来～」ということでテーマを設けさせていただきました。これは連絡協議会の長い歴史の中で初めてのテーマであります。今日はいろいろな先生が、それぞれの個性をもってお話してくれますので、是非期待していただきたいと思います。

これは午後のシンポジウムですが、これに先立ちまして、午前中には日本医師会副会長の今村聡先生の特別講演、また山形大学医学部参与の嘉山孝正先生の特別講演が行われます。山形県には日本のシリコンバレーをつくるという壮大な夢を持っている慶応の多くの研究者がおり、鶴岡市に先端生命科学研究所をつくり多くの研究をしております。10年ぐらい前から活動しているわけですが、ここ６～７年、目ざましい業績を挙げましてベンチャー企業も出ましたし、多くの受賞をもらっている研究所でございます。研究所内のプレゼンテーションはすべて英語ですし、常時二十人以上の若い外国の留学生が分析並びに解析方法を学んでおり、また日常生活では山形の生活、大体は山形のラーメンなのですが、日本の文化を体験し帰ります。非常に国際的にも注目されており、本研究所の冨田教授を今日お招きしてランチョンセミナーでお話をしていただきます。皆様方には是非お昼に席を立つことなく、お弁当を食べながらこの山形の地からも国際的な業績を挙げている所があるんだということを、ランチョンセミナーの講演で学んでいただければと心から思っております。

この連絡協議会は、昨年は長崎、今年は山形、そして来年は京都へと受け継がれて行きます。本日皆様方と有意義なひとときを共有し、また来年京都でお会いしましょう。最後に重ねて本日ご多忙のところご参加いただきました皆様方に厚く、厚く御礼申し上げまして私の挨拶とさせていただきます。今日一日、よろしくお願いいたします。

来賓祝辞

山形県知事　吉　村　美栄子

皆様おはようございます。山形県知事の吉村美栄子と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

まず初めに台風19号、そしてこのたびの大雨で大変な被害が発生いたしました。被害に遭われた皆様に心からお見舞いを申し上げます。山形県内でも被害があったのでありますけれども、幸いにも犠牲者はなかったということであります。復旧・復興に全力で取り組んでいるところでございます。

一方で隣県とか他県で大変な被害が出ておりますので、本県としても出来る限りの応援を行っているところでございます。台風19号の時には県内にDMATが25ほどあるんですけれども、そのうちの７チームの皆様方から応援に行っていただきました。本当にありがとうございました。１日も早い復旧・復興を願っております。

さて、本日は令和元年度全国医師会勤務医部会連絡協議会が盛大に開催されますこと、誠におめでとうございます。全国からおいでになってくださっているということであります。皆様、ようこそ山形県においでくださいました。山形県民を代表して心からご歓迎申し上げます。医師会の皆様には日夜保健医療の確保・充実のためにご尽力をいただき、地域医療や学校保健の向上に多大な貢献をされていることに厚く御礼を申し上げます。

さて、少子高齢化の進行やそれに伴う疾病構造の変化、医療技術の進歩に伴う医療ニーズの高度化など、医療・介護を取り巻く環境が大きく変化しております。そのため本県では平成30年３月にがんや脳卒中などの５疾病５事業に対応した医療提供体制や、地域医療を支える医療従事者の確保など、向こう６年間の目指すべき方向や、実現するための施策を示した第７次山形県保健医療計画を策定いたしまして、各種取り組みを進めているところでございます。このような中、ここ山形に全国から医師会関係者の皆様がお集まりになり、勤務医の立場からの働き方改革に関する特別講演やシンポジウムなどを通して、日ごろの研究成果を発表し、研鑽を積まれますことは誠に有意義なことと存じます。過疎地をはじめとする地方で、将来にわたって住民が安心して暮らしていくためには、勤務医の皆様方のご理解・ご協力が不可欠でございますので、引き続きのご協力を賜りますようよろしくお願いいたします。

開催にご尽力されました山形県医師会をはじめ関係各位に心から敬意を表しますとともに、このたびの成果が医学や医療技術の発展をはじめ、地域医療の向上に資することをご期待申し上げます。

さて、朝晩の冷え込みが厳しくなって参りました。山々や町中での紅葉を愛でる季節ともなっております。全国で各地の名産が次々と収穫を迎えていることと思います。ここ山形県には「つや姫」そして「雪若丸」というおいしいお米がございます。また四季折々の果物もたくさん生産してございます。それから35市町村すべてに温泉がわいている温泉王国でございます。この表紙の左側の真ん中の写真ですけど、これは銀山温泉でございまして、尾花沢市という所にございますけれども、本当に各地に魅力的な温泉もある県で温泉王国でございます。

それからお酒なんですけれども、都道府県で唯一山形県だけが、国が保護する地理的表示「ＧＩ」に認定されておりまして、52の酒蔵があるんですけれども、地酒が大変おいしいので是非お楽しみいただきたいと思います。ワイナリーも15ほどございまして、毎年金賞を取ってございます。美食・美酒を誇る県でございますので、皆様方には是非この機会に山形県の魅力をご堪能いただきたいと存じます。

結びに本会のご盛会とご参会の皆様方の一層のご健勝とご多幸をご祈念申し上げましてお祝いの言葉といたします。本日は誠におめでとうございます。

来賓祝辞

山形市長　**佐　藤　孝　弘**

代読　山形市副市長　**齋　藤　順　治**

皆様、おはようございます。私、山形市で副市長を務めております齋藤順治と申します。本日、佐藤市長にご案内を賜りましたが、公務で昨日から出張しております。代わりまして市長からの祝辞を預かって参りました。

それから先般の台風、それから大雨によります被害に遭われました地域の皆様にお見舞い申し上げますとともに、心より復興をお祈りしております。山形市からの救援は災害当日にDMAT、それから消防隊の救援活動を行いました。それから山形市は中核市でございますが、中核市相互間で応援する仕組みができておりまして、比較的被害の少なかった秋田市と山形市がチームを組みまして、福島県のいわき市と郡山市の方に応援の救援活動を行っております。給水活動、それから災害ゴミの片づけ、そういった活動を現在も行っている状況でございます。一刻も早い復旧をお祈りしております。それでは市長からの祝辞を代わりまして申し上げます。

令和元年度全国医師会勤務医部会連絡協議会の開催、誠におめでとうございます。全国の勤務医、都道府県医師会役員の皆様をお迎えし、本協議会が山形市で盛大に開催されますことは誠に喜ばしく、お越しくださいました皆様方を山形市民とともに、心から歓迎を申し上げます。

さて、わが国では世界でも類を見ないような長寿社会の到来を迎えつつあり、地域における質の高い安全・安心な医療に対する地域住民の期待は、これまで以上に高まりを見せております。また、地域包括ケアシステムの構築を進めていく上におきましても、医療が果たす役割は大きく、地域の医療関係者の皆様とより一層連携をした取り組みが必要になってくるものと考えております。

山形市は今年４月に中核市に移行しましたが、新たに開設をしました保健所を拠点としまして市民の健康寿命の延伸のため、バランスのよい生活習慣に対する意識を高める施策に取り組んでおります。こうした取り組みを推進するには医師の皆様のご協力が不可欠でございます。将来にわたり持続的にご尽力いただく上で医師ご本人や、ご家族はもとより地方自治体にとりましてもその勤務環境の改善は重要なテーマでございます。

このような中、全国各地の勤務医の皆様、都道府県医師会役員の皆様が一堂に会し、「待ったなしの働き方改革～勤務医の立場から～」をメインテーマとして講演やセミナーなどを通して研鑽を積まれますことは、勤務医の皆様の環境整備、ひいては地域医療の発展にとりまして誠に意義深いことであります。会員相互の緊密なる連携と協力によりまして、本大会が実り大きいものとなりますことをご期待申し上げます。

皆様をお迎えする山形市は樹氷と温泉で名高い蔵王や、松尾芭蕉ゆかりの山寺などの観光地を有する豊かな自然と文化にあふれる街でございます。また直径６m50cmの日本一の大鍋で調理する日本一の芋煮会で有名な芋煮をはじめ、シャインマスカットやラフランスなどの豊富な果物や、香り高い蕎麦、米どころ自慢の日本酒など、全国に誇れる自慢の食が皆様をお待ちしております。この機会に山形の魅力を存分に味わっていただければ幸いに存じます。

結びにご参会の皆様方の今後ますますのご健勝とご活躍、そして全国の各医師会の一層のご発展を祈念申し上げまして歓迎とお祝いのご挨拶といたします。

令和元年10月26日　山形市長　佐藤孝弘

本日は誠におめでとうございます。

特別講演Ⅰ

座　長

山形県医師会副会長　**中　條　明　夫**

皆様、おはようございます。本日最初のセッションでございます。本日は日本医師会副会長でいらっしゃいます今村聡先生のご講演を賜ります。「日本医師会の医療政策」という演題でございます。今村先生はご高名な先生でいらっしゃいますので、ご略歴は申し上げなくても大丈夫だと思いますけれども、プログラムの下段の方に詳細な略歴が書いてありますのでご覧いただけばよろしいかと思います。それでは今村先生、よろしくお願いいたします。

「日本医師会の医療政策」

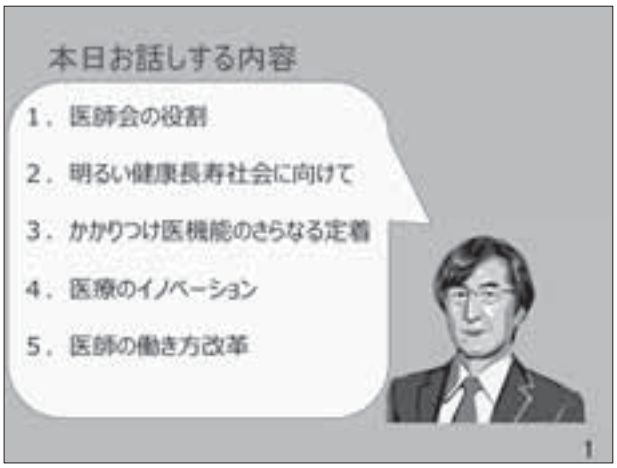
日本医師会副会長　今　村　　聡

改めまして、今村でございます。よろしくお願いいたします。中條先生、座長をよろしくお願いいたします。

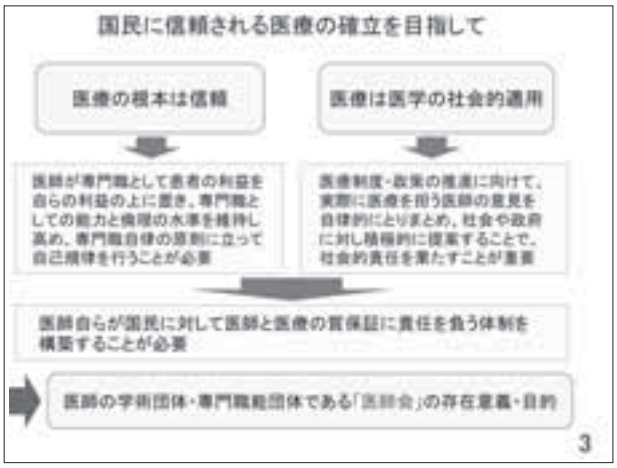
お話をさせていただく前にこの日医のキャラクターをご紹介したいと思います。もう十分ご存じだとは思いますけれども、日医が、あるいは医師会が本当に国民に寄り添う親しみやすい団体だということを理解していただくために、47都道府県のキャラクターをつくりました。山形県バージョンはサクランボが付いておりますけれども、各都道府県医師会のバージョンがございますので、是非いろいろな所で活用していただければと思っております。

それでは本題に入らせていただきます。日本医師会の医療政策という大上段のお話で、本来ならば横倉会長がこちらでお話をするような内容でございますけれども、日ごろ会長がお話になっていることを、私の方で代わってご説明させていただければと思います。

いまの医療政策は多岐にわたっておりますが、限られた時間ですので、重要な論点についてお話をさせていただきます。



まず、医師会の役割についてですが、いかにも医師会というのは知られているようで、国民の間に十分に認識されていない。例えば、開業医の団体なのではないかとか、圧力団体ではないかとか、いろいろ巷間言われておりますけれども、ここにございますように、適正な医療が提供できる体制をしっかりと目指し、国民とともに歩む医師の専門団体であります。そして、開業医と勤務医が手を携えて取りくんでいる団体だということを申し上げているところです。



国民に信頼される医療の確立を目指していくためには、医療の根本はまず信頼だと考えます。医師と患者の信頼関係、あるいは医療関係者と国民の間の信頼関係によるものであり、医師が専門職として、患者の利益を自らの利益の上において専門職としての能力と倫理の水準を維持して高めていく。専門職の自律の原則に立って自己の規律を行うことが必要。これはヒポクラテスの時代からずっと言われていることだと思います。

また、医療は医学の社会的な適用ということで、医療制度・政策の推進に向けて、実際に医療を担う医師の意見を自律的に取りまとめ、社会や政府に対して積極的に提案することで、社会的な責任を果たすことが非常に重要であるということだと思います。医師の学術団体、専門職能団体である医師会の存在意義・目的ということです。

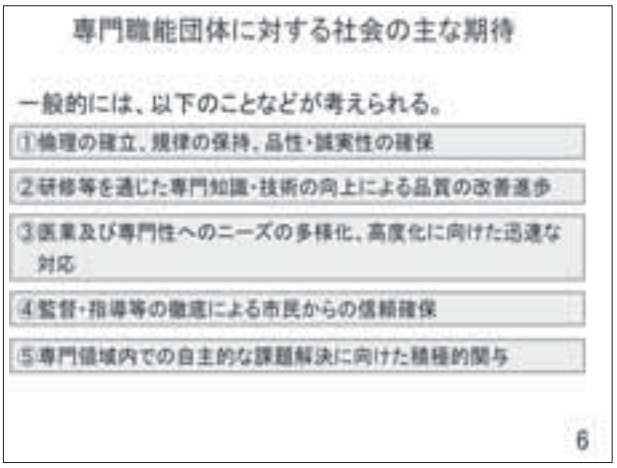
歴史的に見ても、国民に医療を提供する現場の医師会、一番に重要な郡市区等医師会は、いま891ございますけれども、ここが医師会の根本になっています。さらに47の都道府県の医師会、そして日本医師会となります。いま郡市区等医師会の会員が200,400人と、30数万人いる医師の６割強が医師会の会員であります。

昨年、本庶佑先生がノーベル賞を受賞されましたけれども、ノーベル医学・生理学賞を山中伸弥先生と本庶先生という２人の日本医師会員が受賞されたということは、われわれにとっても大変な誇りであると思っております。また北里柴三郎先生、初代の医師会長先生が2024年度から発行される新千円札の肖像になります。現千円札は野口英世先生であり、二代続けて医師が肖像になったことは、いかに医療が社会に欠かせないかということの裏付けであり、医師が社会に果たす責任の重さを感じるところであります。

20世紀初頭は感染症による死亡が多く、北里先生は「予防医学を確立することが近代化である」という非常に強い思いがおありになられた方であります。日本医師会は北里先生の志を受け継いで、人生100年時代に向けて、治療を中心とした医療から予防・健康づくりにも力点を置く、健康長寿社会の実現に尽力していくということでございます。

専門職能団体に対する社会の主な期待というのは、ここに掲げてあるような５つのことだと思っております。

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

次に日本医師会綱領です。第129回日本医師会定例代議員会において採択されたものでございますけれども、ここに掲げてある

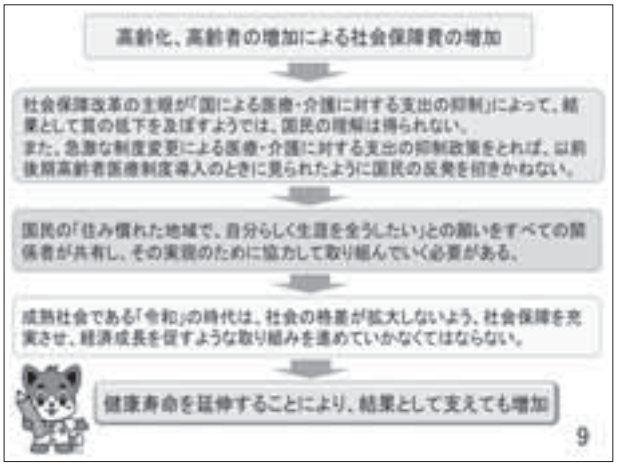
1．日本医師会は、国民の生涯にわたる健康で文化的な明るい生活を支える。

2．国民とともに安全・安心な医療提供体制を築く。

3．医学・医療の発展と質の向上に寄与する。

4．国民の連帯と支え合いに基づく国民皆保険制度を守る。

の４つを国民に約束するということで、今日ご参加いただいている柵木代議員会議長のご理解をいただいて、代議員会において代議員が全員で唱和しています。これは、国民に向けてしっかりと約束することを宣言しているということです。



さて、明るい健康長寿社会に向けてということですが、高齢化、高齢者の増加による社会保障費の増加というのは、いろいろ問題になっているところです。昨今全世代型の社会保障改革ということで、いわゆる医療・介護に対する支出の抑制が声高に叫ばれる状況にあります。社会保障改革というものの主眼が、単に医療・介護に対する支出の抑制ということだけであっては、結果として質の低下を起こしてしまう。これでは国民の理解は得られません。急激な制度変更による医療・介護に対する支出の抑制政策をとれば、後期高齢者医療制度の導入の時に見られたような国民の反発を招くことになります。

国民が住み慣れた地域で、自分らしく生涯を全うしたいという願いを、すべての関係者が共有して、

その実現のために協力して取り組んでいく必要があるということを政府、あるいは与党に対して強く訴えているところであります。

成熟社会である令和の時代は、社会の格差が拡大しないように、社会保障を充実させ、経済成長を促すような取り組みを進めていかなければならない。そのことは健康寿命を延伸することによって、結果として支え手も増加していくと考えています。

これはよく出てくる図でございますけれども、2008年が総人口のピークで、これから減少の一途、出生率がこのまま維持されると、2115年にはほぼ半分以下になってしまうというのが日本の現状です。

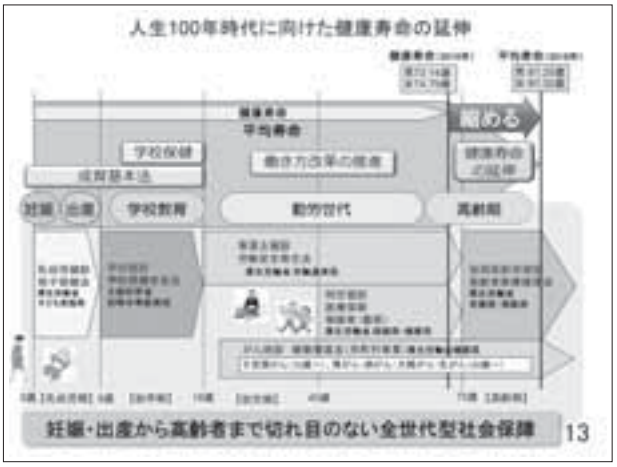
年代別の割合の推移を見ますと、今後ますます14歳以下の人口は減っていく。75歳以上の人口はしばらく増加し続けますけれども、その後は一定になる。65歳から74歳の方たちもしばらくの間一定。いまの高齢者の定義が65歳以上ですので、労働人口が減少することで、日本の活力が減っていくということになるわけです。ご存じの通り、われわれの世代は昔の65歳とはまったく違った体力、活動力を持っています。日本の国の仕組みとして、高齢者の定義を変えて、働ける方たちが75歳までしっかりと働いていただける社会をつくることが、ほぼ今の労働者の人口を75歳まで働く方たちが増えてくれば維持できる社会になるということだと思います。

これは生産年齢人口と就業者数について書かれたものですが、15歳から74歳の人口は緩やかに減少していきます。生産年齢人口は大きく減少しています

が、実は就業者数というのは緩やかに増えていく。これは一つには女性の社会参加という理由もありますが、退職した高齢者の方々の就業も主な要因だと思われます。先ほど中目会長からお話がございましたように、65歳で退職された先生方が、その後どうやって働ける場をつくっていくか。まさしくこれは医師だけの話ではなくて、国民全体の話だと思っております。

高齢者の体力・運動能力の推移ということで、6分間歩行テストの結果です。これはあくまでもひとつの目安ですけれども、1998年当時の65歳の方たちの能力というのが今の75歳の方と同じになってきています。体力的にもかなり若返っているということです。もちろん個人差がありますので、すべての方がこういうふうに働かなければいけないとか、そういう話ではありませんが、マクロで見ると明らかに体力が改善してきている。約20年間で10歳若返って

いると言われています。



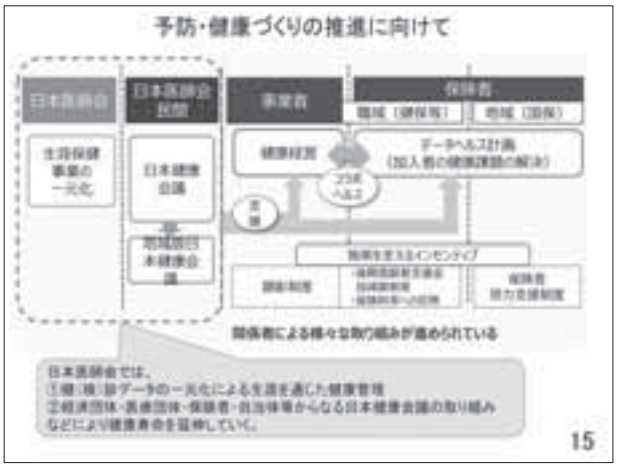
そういった中、人生100年時代に向けた健康寿命の延伸ということで、一つは今回成育基本法が通り、妊娠・出産して、大人になるまで学校教育の現場でしっかりと子供たちが成長していけるという仕組みができました。さらに日本の検診制度は、所管の省庁が厚労省だったり文科省だったり、さまざまな制度が縦割りになっている弊害がございましたけれども、基本的にはとても充実している。大事なことは、これを生涯の保健事業ということで一本化していく、一気通貫でつなげていくということであります。現在、国では一人ひとりが生まれてからのいろいろな検診のデータを生涯持ち続けて、自分の健康維持のために使えるような仕組みであるＰＨＲ（パーソナルヘルスレコード）をつくるための検討会を開催しており、日本医師会の長島常任理事が参加して意見を述べさせていただいているところであります。そのように、医療に妊娠・出産から高齢者まで切れ目のない全世代型社会保障という制度を、われわれ自らが提案をしている、していかなければならないと思っております。結果として、平均寿命に対して健康寿命をできるだけ縮めていくことにつながるわけです。

実は健康寿命の定義の中で、自分が健康であるという意識の問題というのが結構大きな要素になっています。これは嘉山孝正先生が作成されたデータですが、ＯＥＣＤが各国の医療のヘルスデータという、いわゆる医療の通知表をつくっていて、日本はＯＥＣＤ各国の中で断トツで成績がいいんです。しかし、健康状態の自己評価に関しては、日本はＡＢＣＤの中でＤなんです。これは「幸せか」と聞かれると日本人は「不幸せだ」と答えてしまうような国民性で、そういうマインドで健康寿命という定義をそのまま当てはめていくと、健康寿命がどんどん短くなってしまうので、やはり国民の皆さんにどれだけ素晴らしい医療が提供されているかということを理解していただいて、もっと前向きに活動していただきたいと思っています。

医療は治す医療から予防・治療はもちろんのこと、再発・重症化予防・見守り・看取りと一気通貫で、医師の役割は診断・治療だけではなく、生涯を通じて健やかに過ごすためのいろいろな活動があります。「防ぐ」というところでは、例えば学校教育における学校医というのは、子供たちが健やかに成長していくためにはとても大事な役割だと思っております。しかしながら、中央教育審議会には長年医師会が参加していませんでした。前期から横倉会長が中央教育審議会の委員になり、現在は道永常任理事が委員を引き継いで中央教育審議会に参画し、そこでしっかりと学校医の役割、学校保健の役割ということを主張させていただいています。教育というものがいかに大事かということだと思います。

さらに「治す」という部分では病診連携、そして「支える」部分では多職種の連携、さらには地域保健と職域保健の連携、職業と疾病の両立というところでは、産業保健の重要性ということも非常に重要な課

題になってくる。これは医師が学校医でもあり産業医でもあるということで、治療だけではなく、いろいろな立場で国民に対して役割を果たすということになっていると思います。



予防・健康づくりの推進に向けましては、先ほど申し上げた生涯保健事業の一元化という点で、検診データの標準化を目指しています。例えば、ある検診機関のヘモグロビンＡ１ｃと、別の検診機関のヘモグロビンＡ１ｃの基準が違っていた場合、いくら違っているデータを集めても、何の成果も得られない。まずは検診データをしっかり標準化していくために、日医総研でシステムをつくっているところであります。また、日本医師会は外部の団体と一生懸命協調しながら、日本健康会議で、いろいろな健康・予防づくりの取り組みをさせていただいております。今までは働いている労働者に対する健康保持増進の取り組みのための費用は、会社にとってはコストだという考えでしたけれども、昨今はそれは投資であると。自分たちの会社の社員が健康で、能力をフルに発揮していただくことは、結果的に会社にとって非常に大きなメリットになるという考え方に大きく方向転換しています。経済産業省の検討会にも、日本医師会は委員として参加をさせていただいています。

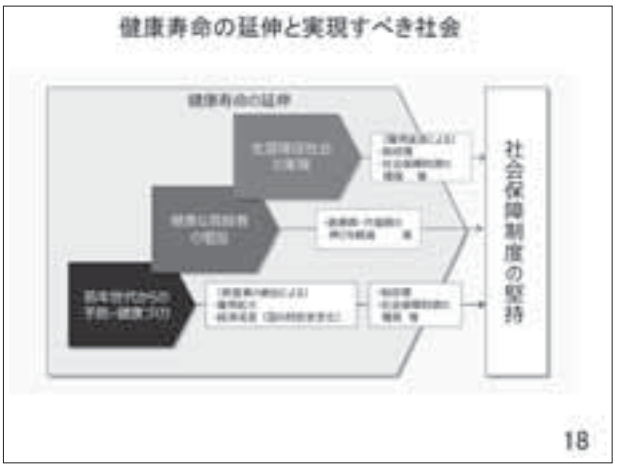
世の中は大きく変わっている。今はオールジャパンで取り組んでいかなければ、この高齢化を迎える社会の中ではなかなか進められない。日本医師会は経済産業省とも意見交換をしっかりしながら、健康経営という面でも取り組みをさせていただいているところです。

ご存じのとおり、さまざまなインセンティブが働いていて、会社では顕彰制度であるとか、あるいは保険者に対しては後期高齢者の支援金であるとか、保険料率の反映、保険者努力支援制度など、さまざまな取り組みが進められているというのが現状だと思います。今までは医療界と経済界とがほぼ対立構造になっていて、支払側は医療費の抑制ばかりが前面に出してくるという感じでした。しかしやはり経済界にも医療の重要性をよく理解していただかなければいけないということで、日本医師会の横倉会長と日本商工会議所の三村会頭が代表幹事になって、経済界、医療関係団体、自治体等のリーダーが手を携えて健康寿命の延伸を図っていことを目的に日本健康会議を発足しました。日本健康会議では、健康なまち・職場づくり宣言2020という、８つの具体的な宣言のための目標値をつくり、毎年 PDCAサイクルを回していくということが行われているところです。

代表的な医療の例は、糖尿病の重症化予防と、いわゆる人工透析の移行率を下げる取り組みを地域で行うということで、これは都道府県の方でも医師会でも各自治体と協力しながら進めていただいているところだと思います。

日本医師会では、地方版の日本健康会議をつくっていただけるよう働きかけています。名称は必ずしも健康会議ということではなく、それぞれの県で、

いろいろな名前でいろいろな関係者が集まる会議をつくっていただいています。地域の特殊性、独自性がありますので、それぞれの県でいろいろな業種と連携をしていただければということで、ここに例を挙げさせていただきました。



健康寿命の延伸が進むということは、例えば若年世代から予防・健康づくりに取り組むことによって雇用が拡大する。雇用が拡大して会社の経営がうまくいけば経済が成長する。財政が安定すると税収が増えて、社会保障財源の確保にもつながります。元気な高齢者が増えてくることによって医療費、介護費の伸びを抑えることができる。そして生涯現役ということで、高齢の方が働いて収入を得る、税金を納める、あるいは保険料を納めることは財源の確保にもつながり、全体として社会保障制度の維持につながっていくと考えています。

社会保障の充実による国民不安の解消ということ

で、この資料をもとに、現在、日本医師会は政府あるいは自民党等に説明をしているところです。これを見ていただくと、１つは、企業は内部留保が非常に多いということです。もちろん内部留保というのは現金だけではないものもありますが、しっかりと賃上げをして、企業の内部留保を給与に還元していただく。このためには黙っていてもなかなか給与を高くするということができないので、内部留保をあまり積み上げすぎるような会社については、税制で考えていくというようなお話もあると聞いています。

ここを見ていただくと、公助（税金）の増額と共助（保険料）の増額という大きな柱が２本あります。公助の方は、社会保障費の財源としての消費税一本足打法は無理だろうということで、日本医師会としては健康のためのたばこ税の増税や、新たな相続税等のあり方など、やり方全体を抜本的に見直した方がいいのではないかということを言っています。これは公助の増額につながるところです。保険料の増額については、もともと異なっている保険者ごとの保険料率を、協会けんぽの10％に合わせることによって、保険料の増額につながるということです。

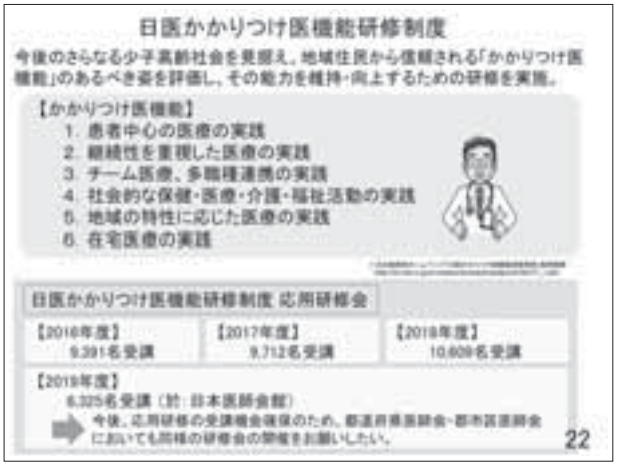
もう１点、これは日本医師会が国に向かって大きく今回新たに提案をしているものです。休業時の毎月給付である傷病手当は健康保険から出ています。つまり医療保険財政の中から失業手当が出ている。実は医療保険財政というのは、非常に厳しい状況になっていますが、雇用保険の財政は非常にいい状態にあります。つまり失業手当を雇用保険から拠出す

ることによって、いわゆる健康保険の負担が大きく減ります。今まであまりどこからも提案されていなかったものを日本医師会から政府、党に向かっていま訴えているところです。

このことによって共助、保険料が増額され、公助が増額されることによって社会保障が充実されて、そして需要創出 ・ 雇用拡大、経済成長、地方創生、こういったことを全体として国民の不安を解消していくということを申し上げているところです。

今後かかりつけ医機能のさらなる定着が非常に重要になってくると思っています。かかりつけ医の役割というのは非常に大きくて、日常の診療、早期発見から予防、さらには重症化予防、専門医の紹介等の役割を果たしておりますし、地域での医療・介護等、地域包括ケアの主役であると思っております。また、そのかかりつけ医をしっかりとサポートしていく地域医師会が重要であるということで、この絵を描かせていただきました。

日医はずっとかかりつけ医と言っていますけれども、厚生労働省が文書の中にかかりつけ医という言葉を入れたのは、ほんの数年前です。それまでは主治医と言われていて、まだまだ国民の中では十分にかかりつけ医の役割というものが認識されているというわけではない。イギリス型のいわゆる家庭医制度ではなくて、国民自らが自分の信頼できるかかりつけ医を選んでいただくということを、地域医師会、そして都道府県医師会、日本医師会が一体となって進めて行かなければと思っています。



日本医師会では、かかりつけ医の機能を高めるための研修制度を設けております。毎年多数の方に受けていただいておりますけれども、この研修の内容も日進月歩見直しをしながら、出来るだけ多くの先生方にご参加をいただければと思っております。

かかりつけ医の定着に向けた国民への働きかけと

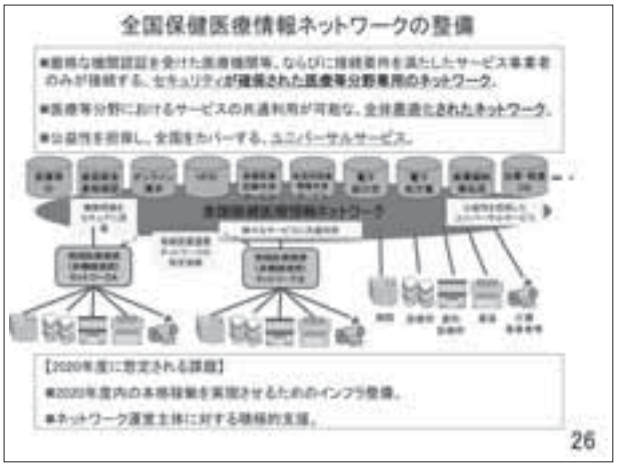
いうことで、これも今日お見えになっている城守常任理事が厚生労働省の「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会」に出席して、日医の意見を発言していただきました。働き方改革に関わる話ですけれども、最初の頃は働き方改革の議論の中に、医療提供者の話ばかりが前面に出ておりました。ですが、日本の医療において、患者さんにどのように医療を受けていただくかということの変化がないかぎりは、医療者だけの努力では限界があるということを強く申し上げています。国の方でこういった会議を設けて、その中でマスコミ、健康教育、国民の理解と意識改革、こういったすべての人たちが国民の受療行動について意見を言っていただく必要がある。そもそも日本の中では社会保障教育というのは行われていないわけです。学生時代に自分たちが払っている保険料や税金がどのように医療に使われているのか、自分たちが受けている医療というのは天から降ってくる話ではなくて、自分たちがそういったお金を払うことによって医療の充実が図られるということの理解が、学校教育の中で進んでいないということで、医療のかかり方をはじめとした社会保障教育を高めていただくことが必要であると思っています。

自分の例を出して恐縮ですが、女性セブンという女性誌で現在の日本の医療についてお話をさせていただきました。こういったさまざまな活動を都道府県医師会、郡市区等医師会も住民に対して今まで以上にやっていただく必要があるというふうに思っています。

日医ＩＴ化宣言2016について記者会見で横倉会長は、ここに掲げてあるように、単なる従来のＯＲＣＡプロジェクトの推進のみではなくて、医療分野のＩＴ政策全体を包括する内容についての提言をしております。

・日本医師会は安全なネットワークを構築するとともに、個人のプライバシーを守る。
・医療の質の向上と安全の確保をＩＴで支える。
・国民皆保険をＩＴで支える。
・地域医療連携・多職種連携をＩＴで支える。
・電子化された医療情報を電子認証技術で守る。

ということで、医療情報等分野専用ネットワークの構築を宣言されました。



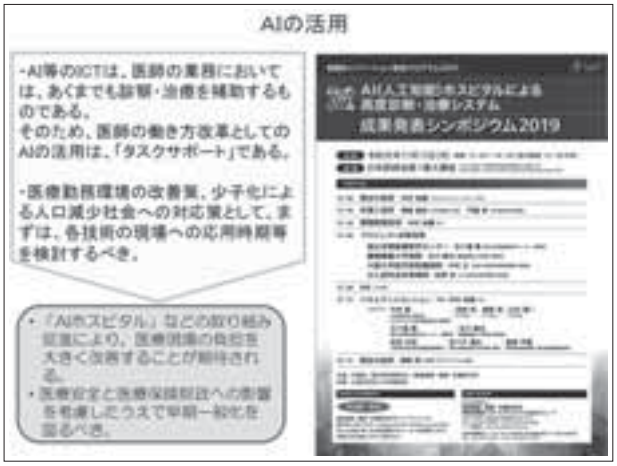
いまここに掲げられているような厳格な機関認証を受けた医療機関や、接続要件を満たしたサービス事業者のみが接続する、セキュリティが確保された医療等分野専用ネットワークをつくりますと。全体

最適化された、さらにユニバーサルサービスということを考えながら、こういったものについて医師会自らが進めるという立場で取り組んでいるところです。

また、遠隔診療では昨年の中医協において、オンライン診療料が診療報酬に認められました。日本医師会では、医師対患者のオンライン診療については、まずルールをしっかりつくる必要があると考えています。アメリカでは法律もあります。すべて法律に基づいて進めているけれども、日本では何のルールもないまま、実態的に電話再診の中でオンライン診療が行われてきた。それが知らないうちにどんどん拡がっている。それも企業ベースで拡がっているという実態がありましたので、まずはルールを明確化するためにガイドラインが作成されました。

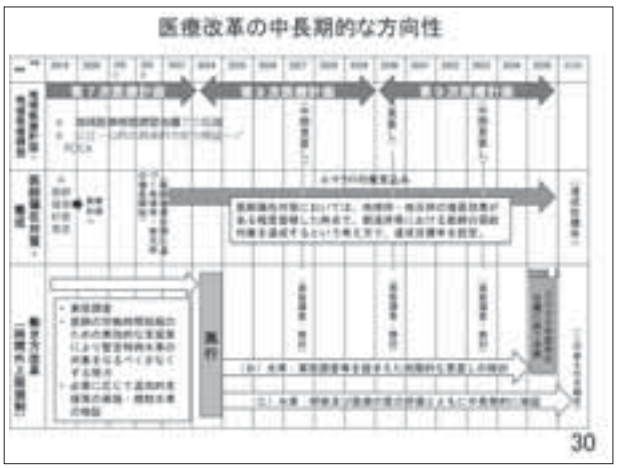
さらに議論の透明性を担保するためには、実態を把握する必要があります。電話再診だけではその中に包含されていて実態が見えないので、いわゆるオンライン診療という項目を立てて、現状を把握しようということを申し上げています。

それからどのようなときにオンライン診療をするといいのか、あるいは対面診療の補完に役立つのかということで、エビデンスに基づいた議論ということを申し上げています。一番重要なことは、本当に必要とされるところに普及を進めていく。例えば地域的にどうしても在宅医療を簡単に受けられない、難病があって、東京の専門医に通うのに地域的な大変さがある、そういった医療ニーズに対して応えるものであって、便利だから使いますということでこれを進めてはおかしなことになる。モラルハザードを起こさないことがいかに大事かということを常々申し上げているところです。それで医師対医師のオンライン診療については、積極的に活用すべきだと申し上げています。



さらにＡＩにつきましては、これは本当に先生方が多分思われている以上に進歩は速いものであります。実は日本医師会もかなり中心的な役割を担わせていただいていますけれども、内閣府がいまＳＩＰ（戦略的イノベーション創造プログラム）という事業、これはいわゆる新しい技術をつくるところに予算を付けるのではなくて、その技術が社会に実装されるところを支援するということで、12の事業がいま国の方で予算化されています。これは５年間で125億ぐらいの予算で動いているものですけど、12の中で唯一医療はこれだけです。つまり基礎的な研究には予算が付いていますが、そういった開発された技術や、社会に実装されるところを支援するという仕組みがなかったということで、このＡＩホスピタルという事業が一本だけ立ち上がっています。11月11日に中村佑輔先生という高名な先生がプログラムディレクターとなって、ＡＩホスピタルに関するシンポジウムが開催されます。当日は国立成育医療センター、慶応義塾大学、大阪大学、がん研究会有明病院におけるプロジェクトの成果の発表のほか、私も参加させていただくパネルディスカッションが行われます。ＡＩに対しては単に医師の労働力を奪うというご意見を聞くことがありますが、医師や医

療職が本来の医療行為ができるための手助けとして、こういうことを進めていきますという内容ですので、興味のある方は是非参加して、今の現状を知っていただければと思います。



医師の働き方改革です。これにつきましては国は三位一体という言い方をしています。結果的に３つは密接にリンクしている話ですけど、われわれ現場からするとこれを三位一体でと急に言われても困る話で、もともと地域医療構想、地域医療計画の策定の話があって、その医師の需給、これから医師をどれぐらい養成していくかを考えていく。さらにはいま日本で一番問題になっている医師の偏在、地域の偏在、診療科の偏在の問題をどうすべきかという議論が起こっている。外部的な要因で働き方改革というのがいきなり降ってきて、医師については今年の４月１日からそんな対応は取れないので、２年間の議論、そしてさらには５年間の猶予期間がありますが、2024年というのはすぐ来るわけです。待ったなしの働き方改革というのはまさしくこういうことだと思いますけれども、これは結果的にリンクしている話で、この話がいま一番厳しい話だと思っています。

働き方改革については、午後のセッションで厚生労働省の加藤さんから詳しくお話があると思うので、私は簡略にお話しますけれども、日本医師会が申し上げているのは地域医療の継続性と医師の健康確保への配慮、これが一番大事だということです。日本医師会は平成20年度から勤務医の健康確保、健康を維持するための委員会をつくり、議論をさせていただいておりましたけれども、それとはまた違ったところで時間外労働時間規制ということが起こっている。一番大事なのはこの両方のバランスが取れているかどうかということだと思っています。

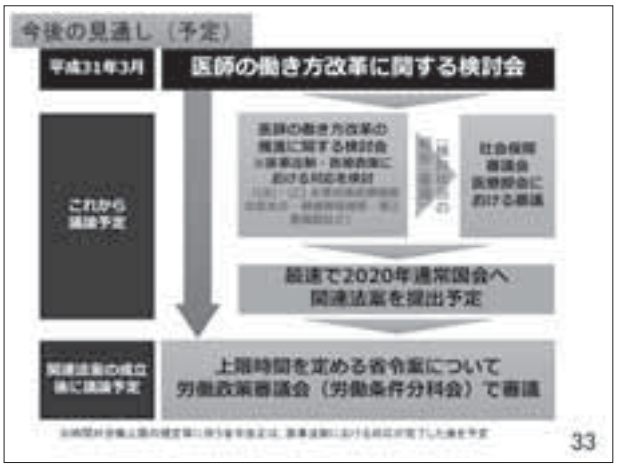
医師の時間外労働規制については、基準は年960

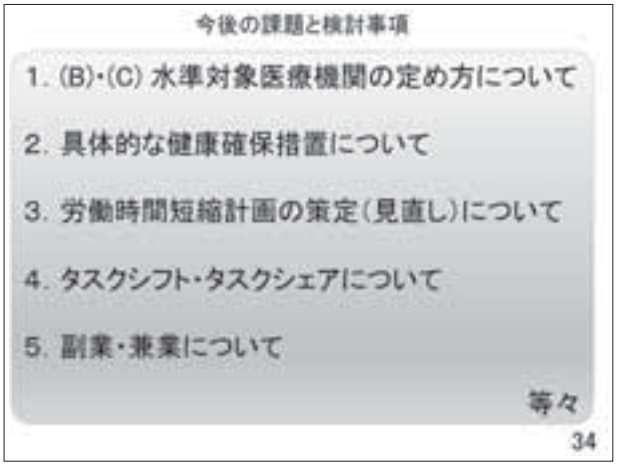
時間ですが、2036年までには間に合わないので、医師の地域医療確保暫定特例水準ということで、年1860時間という設定がされました。これは都道府県が指定した医療機関については、その中の先生が36協定を結べば1860時間まで働いてもよい。よいと言うより、960時間を超えても管理者に罰則を与えないという、そういう上限の規制になっているということです。

それから研修医や医療の高度化に伴って、研修をしたいという先生たちを支援するという意味で、C－1水準、C－2水準というのが設けられているわけですけれども、医師の多様性、つまり本当に960時間で働きたいという医師も若い先生にはいらっしゃるし、もっと勉強したいという医師も大勢いるわけです。そういう勉強したいという医師の働き方を時間で制限されたら、日本の医療の進歩は止まってしまう。医師の働き方の多様性を認めることでこういう形ができているということです。最終的に2036年以降に残るのは、一般的な960時間と、このC－1水準、C－2水準という形になります。

もう一つ皆さんに是非申し上げておきたいのは、一般の健康確保措置の上に、一般の労働者に比べると長時間労働が認められている医師については、追加的な健康確保措置というものが求められるということです。詳細についてはこれから議論していくところなんですけれども、大事なのは上の部分というのは時間の話で、労働基準法の話なので、労働基準監督署の基準局がベースになるということです。しかし下の健康確保措置はいわゆる医療法の中で対応する。つまり、いきなり労働基準局が来るのではなくて、医療法の中で対応するというルールにしたのです。この辺は後でご説明いただければと思います。

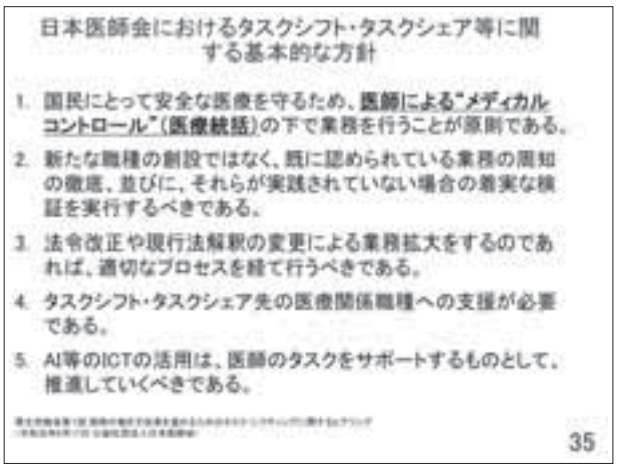
今後の見通しについては、時間外労働時間の立て付けA、B、Cという話と、そして応招の義務、研鑽の定義、当直のルールについては決まっているけれども、それ以外に課題はたくさん残っています。先ほどの医療法の改正については、医療部会にかけて医療法の中で改正する部分の他に、時間についてのさまざまなものを労働局の労働政策審議会で決めていくという流れになってきます。





これから決めなければいけないことは、まだまだたくさん残っています。B、C水準の時間は決まっているけど、この対象医療機関をどうやって定めるのか、具体的な健康確保措置はどのようなものにするのか、今ある労働時間から 960時間までさげていく、あるいは 1,860時間を超えているところは 1,860時間以下にするために、どういった労働時間短縮計画をそれぞれの病院がつくっていくのか。さらにタスクシフト、タスクシェアというのは非常に大きな話で、厚生労働省に私と釜萢常任理事が参加する委員会ができましたけれども、これをどうしていくのか。それから多分一番大きな問題は副業・兼業の話ですけれども、これについても医療と全然関係ないところで、副業・兼業というのはありとあらゆる日本の業種に関わる話なので、これもいま労働政策分科会というところで議論されていて、これからなる

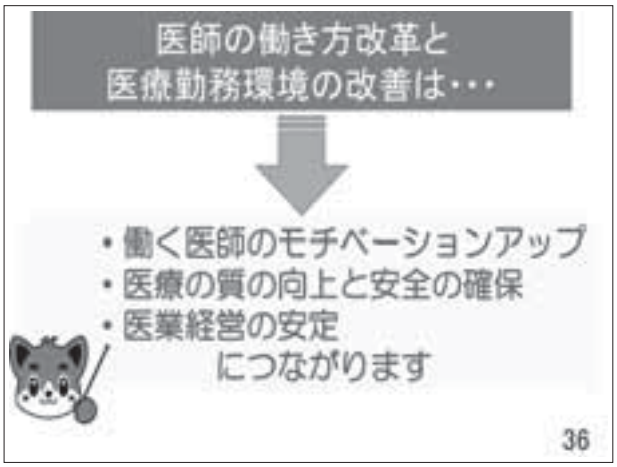
べく医療の方に大きな悪影響が出ないように、しっかりとわれわれとしても意見を申し上げて行きたいと思っています。

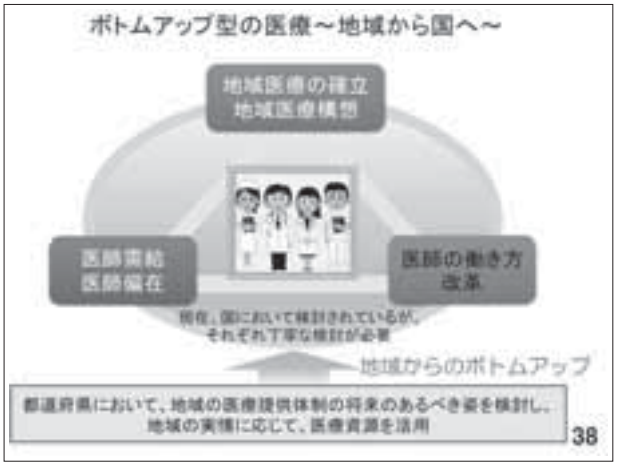


日本医師会のタスクシフト、タスクシェアに関する基本的な方針については、安全な医療のために、メディカルコントロール下で業務を行うことが大原則だと。それからとにかく新たな職種をつくりたいという人たちの声が結構強いのです。もし法改正をしてそういった人たちを研修しても、実際に医療現場で働いていただくなどということは遠い話になってしまいます。今やるべきことは職種の創設ではなくて、既に認められている業務の周知の徹底、実践されていない場合の検証を実行する。それから法令改正や現行法解釈の変更による業務拡大をするのであれば、適切なプロセスを踏んでほしい。そしてタスクシフト、タスクシェアがされる側の医療関係者への加重負担にならないようにする必要がある。それから先ほど申し上げたＡＩ、ＩＣＴの活用は、あくまでも医師のタスクをサポートするものとして推進していくべきであるということです。

医師の働き方改革と医療勤務環境の改善をすることは、働く医師のモチベーションを上げることになり、医療の質の向上と安全の確保につながります。結果として医業経営の安定につながっていくことになります。

昨年度「ながさき宣言」がこのように提言をされました。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配慮すること。働き方





改革において研修医等の若手医師の教育が萎縮することがないよう、研修医等の若手医師の学習の機会をしっかりと確保すること、勤務医の加重な勤務実態を広く周知することにより、国民全体の理解が広く深まることを期待するということです。

トップダウンではなく、地域の中で地域の医療が

どうあるべきかということを、地域から提案をしていただくボトムアップ型医療をわれわれ日本医師会としても、しっかりと国の中で申し上げていくということが必要だというふうに思っております。

今日は勤務医の先生方大勢お集まりだと思いますけれども、是非とも医師会とともに力を合わせて、国民にとっても医師にとってもよりよい医療環境を実現するために、一緒に活動して行きたいと考えているところでございます。

最後にこの「日医君」の話をさせていただいて大変恐縮なんですが、日医君ＬＩＮＥスタンプというのを作っております。とても評判がよくて、私もいろいろな方に送ると、可愛らしいスタンプだと皆に言われます。250円くらいかかりますが、活用していただけると日本医師会がもっともっと広く世の中にとって親しみのある団体になるのではないかと思っております。

11月１日は「いい医療の日」です。日本医師会でも医学大会を開きますので、お時間がある方は是非ご参加をいただければと思っております。若干時間が過ぎましたけれども、ご清聴どうもありがとうございました。

中條座長

今村先生、ありがとうございました。現在日本医師会でなされていること、それから将来に向けての展望等についてご講演を賜りました。本当にありがとうございました。もう一度拍手をお願いいたします。

座　長

山形県医師会副会長　**清　治　邦　夫**

嘉山先生は現在山形大学医学部参与、国立がん研究センター名誉総長、東京脳神経センター所長をされておられます。先生の詳細なご略歴は協議会誌17頁に記載されております。先生のご講演を少しでも長く拝聴させていただくために、誌面をもってご紹介に代えさせていただきます。それでは嘉山先生、よろしくお願いします。

「複眼的にものをみる」

山形大学医学部参与
国立がん研究センター名誉総長
東京脳神経センター所長
嘉　山　孝　正

清治先生、ご紹介ありがとうございました。このような機会をつくっていただきました担当県医師会の中目会長にも心から感謝したいと思います。

今日は何をお話ししようかなと思っていたんですけれども、いま今村副会長の方から重要な国の施策が出てくるというところで、私、去年医学部の入学試験の制度を文部科学省と一緒になって規範を作った委員長をやりましたので、その時に日本人ってどうやって制度を決めて、どうやって導入してきたのかなという勉強をしてみたんですね。これは従来から言われていることなんですけど、やはり日本人というのは空気に流されてしまうというところがあるようでございまして、今日は、いま三位一体で動いているこれも、よく考えてみようというところが最後の結論になるんじゃないかというふうに思います。

物事の決定過程。私どもは研究をするにあたっても、医療をするにあたっても、政策決定をするにあたっても、やっぱり過程があるんですね。この過程を経て適切な、例えば手術にしても、私は脳外科医でございますので、手術をするにあたっても、このプロセスを考えてきちっと組む。これが果たして適切に行われているのかということが非常に大事ではないかというふうに思います。

特にこれは不適切でないということがありますと、国の施策で言いますと大体20年ですね、見ていると。私、2002年に病院長になりましたので、そこからいろいろ医療法が変わってしまうと、変えるまで大体20年かかる。その間、現場は非常に苦しいです。ですからやっぱり慎重にやってほしいなということです。

さて、私は脳とこころの分科会の日本学術会議の会員でございますので、毎年日本学術会議が学問の方向性と予算等のことを話し合うわけでございますが、そこでいま、脳科学が非常にいろいろなことが分かってきています。視覚野も一次から五次までありまして、例えば第四次視覚野が鉄砲の弾でバンとそこだけやられますと、色が全くない社会になっちゃうんですね。ですからそこだけを戦争なんかでやられた兵隊さんは、社会が全く白黒になってしまう。

あと第五次視覚野は動いているものを把握するんですね。ですから、例えば止まっているボールは見えるんですけど、それがゴロゴロと動いた瞬間に視野から消えてしまう。やっぱり脳も同じようにきちっと役割をもって、これ全部一次から五次まで動かないと本当に物が見えていることにはならないのです。

あと脳はパリエタルト、テンプラリ、オクチピタールのエアリア、17、18、19で、目から入った情報がWhereの経路というのは、その物は何かというんですね。Whatというのは物ですね。例えばそれがリンゴであるとか、そういうことを認識する。あとWhereの場合には状態を認識するというふうになっています。従ってわれわれの頭と視覚は大体同じようなものですね。

物事を決める時には前提条件があって、その上に大前提。これは従来ギリシャ・ローマ時代からいろいろな哲学者が言ってきていることでございまして、われわれ人間はこういう小前提（前提条件）、その上に大前提があって、国の施策で言えば大前提が憲法ということになるんじゃないかと思います。

それで複眼的にものをみる現場の考え方で言ってみますと、われわれ普段は演繹的ないろいろな推察をしています。例えばタバコを吸うとがんになるとか、そういうことが前提になっていて、その前提から結論はタバコをやめさせる。これは導出ですね。

ただ、タバコの場合は 100％これでいいと思うんですが、お酒の場合は少量だったらいいと思うんですね。あるいは大量に飲んだら駄目だというのがあります。もう一つは経済的なものも考えなければいけないとかということになりますと、前提だけで物事を決めると極端な結論になって現場が混乱するということになります。

本来はそこに論証という検証をしなければいけないですね。これは普段われわれはやっているんですけど、きちんとやってるかどうかは別にしても、頭の中で自然にわれわれはやっている。特にインテリゲンチャの人たち、ＩＱの高い人たちはこれを自然にやるわけですけど、その時にもやっぱりいろいろな論証のやり方があって、時には正義、ジャッジとジャッジがぶつかることがあります。その例をちょっと見てみますと、それがうまくいかないと結果としては幸福になったり不幸になったりする。

私は今から15～16年前に新臨床研修制度の光と影ということで、何度か講演をさせていただきましたが、20年近くになるんですけど、未だに影の部分はきちんと修正されていないんですね。従ってこういうことを、いま先生方はリーダーの方々ですから、もう一度考えてほしいなと思ってお話しています。この複眼的にものをみるということは、結局は社会の現場にとってもいいことだし、論理的な思考になるということです。

ここで「赤福騒動」からこの問題点を見てみたいと思います。皆さんご存じのように、赤福というのは、こういうお餅を作っていて、有名な会社だったわけですが、それが冷凍して再包装して30年ぐらい前から製造日の最長２週間偽装をやったということで、皆さんも社会的に大問題になったということはご存じだと思います。この赤福問題を非常に浅く見るととんでもない会社だと。こんなインチキな会社はないと。これは日本経済新聞の論評なんですけど、とんでもないことだと。赤福ファンを納得させるものとはとても思えないとか、最新技術を使ってこそ可能なんだから、もうちょっとやり方があるじゃないかと書いてある。いずれにしても責めているんですね。

これだけでは実は新聞社の役割は果たしていないと思います。新聞社はやっぱりこの物の本質をもっと掘り下げて社会に提示しないと、これはただの瓦版屋に陥りかねないというふうにこの時から思ってたんですけど、どういうことかと言うと、これは簡単に言うと食中毒を出す、あるいは約束を守らないという理念が前提にあって、賞味期限を最小にしろと。こうすれば感染症を防ぐとか、それが一つの前提なんです。

ところが複眼的にものをみた場合には、これは正義ですね。ジャッジ。これは絶対的正義なんです。これはメディアを通じて徹底的に赤福は叩かれる。これを複眼的にものをみますと、使用できるものは使用すると。つまり地球が持続可能な社会を維持するためには、やはり使えるものはなるべく使って行こうという考え方も、もう一方ではジャッジとしてあるわけですね。これはもう一つの理念なんです。従って、正義と正義が、あるいは理念と理念がぶつかる。これはやっぱり調整するのは現在、ＰＭＤＡの近藤理事長がレルラトリサイエンスとポジションと一緒になってこれを普及させたわけですけれども、これはちょうど今から７、８年前ですかね、近藤先生がＰＭＤＡの理事長になられて、このレルラトリサイエンスという議論をされたのは。

これはまったく正しくて、この２つの理念をどうやって調整していくか、使えるものは使うんだと。でないともっと大きな、先ほどの前提、理念の上の大理念ですね。それは地球の環境をよくするためだと考えれば、賞味期限のこともうちょっと考えて、議論して掘り下げないと本当にみんなが幸せになる議論、結論が出ないと。この導出は正しいんですよ。賞味期限を短くしろと。ただし、もっと大きな理念間の検証がなされていないので、結局はあれもうやむやにはなりましたけれども、もちろんあの赤福が守らなかったことは約束違反として責められなければならないんですけど、もうちょっとあの問題を核にして、われわれは考えを深めていくことがあの時必要だったんじゃないか。それはいろいろな場面で

そういうことが考えられるんですね。

これは先ほどの繰り返しになりますけれども、ここにありますように小前提、先ほどの赤福で言うと医療被害回避ですね。あるいは約束違反ですね。これが右側になりますが、左側の持続可能社会をつくるためにはどうすればいいんだと。これを両方合わせて議論して結論を出していくというのが知恵のある、人類のやることではないかなというふうに思っています。

これは、実は非常に難しいんですよ。安易に先ほど言ったように論証しないで、パッと結論を出すのは非常に簡単なんですけど、メディアはこの辺は得意です。ただし、本当に人々のことを考えて、人類のことを考えた場合には、論証をきちっとやって結論を出さなければ人類の未来はないんじゃないかというふうに思います。

これをちょっと医療政策の問題点から見てみたいというふうに思います。がん検診です。これは私は今から誤解されないように一言お断り申し上げますが、がん検診は受けるに越したことはないというのは当然のことではございますが、やみくもな検診率向上策は正解かどうかということを検証してみました。これは先ほど今村副会長がおっしゃったんですけど、日本の医療のレベルは世界最高です。がん検診の目的は死亡率、エンドポイントは死亡率の減少。これが大前提です。理念の大理念。その次に、それをやるのには早期発見だろうと。もっと前は検診だろうと。これが普通の演繹で考えた導出なんですね。ところがよく考えるのはここからなんですが、社会制度、医療制度が違いますので欧米と比べてみようということにもなります。それからデータも出しますが、これは前提になりますね。がん対策推進基本計画、平成19年の最初のがん対策推進基本計画に何が書いてあったかと言うと、赤のところです。がん検診の受診率について、効果的・効率的な受診間隔や重点的に受診勧奨すべき対象者を考慮しつつ、５年以内に50％とするということで、これはこの数値目標が最初にできたんですね。そしてその次にできたのは５大がんの検診を圧倒的に進めるんだと。ただし、その時に何の検証もないんですよ。つまり、今やっている検診でどのくらいエンドポイントが下がるのか、下がらないのか。もしそれを、例えば内視鏡の検査をずっと50％以上にしてしまうと、日常の医療現場はどうなるのか。そういうことを検証していないんですね、あの場合。ちょっとそれを見てみましょう。根拠はないんです。

確かに５大がんをやるにあたっては男性・女性のがん年齢調整死亡率で見ますと、圧倒的に胃と肺と大腸と乳房と子宮が多いわけで、これの検診をやって行けばいいだろうと。これは前提の補足条件になります。従ってこういうのは考慮しなければいけない前提になるわけですね。あと壮年で５大がんだと全がん死亡の50％だから５大がんだと決めたわけですけど、本当は５大がんでなくても検診率を上げれば非常にエンドポイントがよくなるがんもあるだろうし、そうでないがんもあるだろうけれども、この時には検証しないで５大がんに決めたんですね。

従って、結果は検診率も欧米と比べると上がっていませんけれども、ただし、それでもってエンドポイントが急によくなってもいないというところで、まあまあで終わっているので、私はよかったんじゃないかと反対に思っているんですね。それは今からなぜまあまあでよかったかをお話します。

これが最初のがん対策推進基本計画です。こういう時間が経ってから検証するのが一番いいんですね。このがんの早期発見。画面左側の受診率を50％にすると約20％減ると。こういう推察ができているわけです。ただ、これは先生方一番ご存じだと思うんですが、日本のがん検診制度というのは個人でやる場合もあるし、脳ドックとか人間ドック。がん研ドックですね。それから会社がやるのもあるし、市町村がやるのもあるし、内容はまちまちだし、制度もまちまちです。その辺が欧米とちょっと違うところなんですね。全体の目標として当時掲げたのがタバコ対策。右側に書いてあるように2015年当時掲げたんですけど、それが成功してるかどうかは今からこれも検証すれば分かりますが、これはその通りはいっていません。反対に言えばいけない理由があるんで

すけれども、成人の喫煙率が現状から50％減少すると 1.6％死亡率は減るだろうと。この数字は正しいと思います。あと、次に今のテーマのがん検診について、受診率が50％増加すると 3.9％。こういうのを全部足していくと大体10％ぐらいはエンドポイントがよくなるだろうという推察なんですが、ところが日本のがん検診提供体制は非常に複雑です。

左側が対策型のがん検診、右側が任意型にありますけれども、いまお話したように欧米でも全部この通りきれいに対策型で行っているわけじゃないんですけれども、日本の場合には非常にばらばらですね。従って、例えば新潟の市医師会がやっているような一番精度の高い胃がんの検診と、バリウム飲んでやっているのとでは全く結果が違うわけですけれども、厚労省を私は責めているわけではなくて、こういうのをデータ法をやるのは大変だろうなと思うんですね。メディアはいろいろな要求をしますので、その中で数字を出すのは非常に大変だと思うんですが、こういうことを頭に入れて、複眼的に頭に入れて、そしていろいろなものを決定しないと大変なことになるということです。

ヨーロッパではこのように、右側のブルーのやつが対策型でやっている国です。ですから左側の上ですね。これは乳がんなんですけど、乳がんはイギリスは完全に対策型ということなんですね。ほかのがんは全部やっています。ですから欧米でも、ヨーロッパでもすべてが統一されて、すべての国が、ＥＵがやってるわけではないということは知っておかなければなりません。ですから日本の厚労省だけを責めるというわけにはいかないんですけれども、ただわれわれがものを見る場合には、先生方リーダーでインテリゲンチャなんですから、導出だけではなくて、繰り返しますが検証をしていただきたいというふうに思うんですね。

では組織型ですね。これは前提条件としては対象の明確化。それから対象となる個人が特定されている。高い受診率を確保できる体制。これが低ければ非常に数字がきちんと出てこないので、ある程度ナンバーは必要だということですね。それから精度管理体制の整備。私もＡＭＥＤの研究費を３億円いただきまして、現在レジストリングの嘉山班の班長やっておりますが、このデータをもう１回クリーニングしないと入れ間違いもあるし、それからデータと言っても、ただごみ箱みたいに突っ込んで、それからＡＩとか、そんなものでデータがちゃんとしたものが出てくるわけではないんです。やっぱり非常にレジストリング登録するにしても、精度管理がないと結果が出てきません。それから診断・治療体制の整備、検診受診者のモニタリング。それから評価体制の確立とあるんですけれども、1985年にこれを考えたんですね。

あと乳がんにしても、乳がんの検診をしたら死亡率が下がったと。これは一つのエビデンスだと思います。これは非常に分かりやすいエビデンスなんですね。ところがほかのものは、最近ちょっと築地のがんセンターから、この因果関係がきちんと出ているのは、最近出てきましたけど、この当時はなかったんですね。

そこでもう１回考えてみましょう。例えば国際比較を先ほどのような差はあるんですけど、ＯＥＣＤのデータで見てみると、乳がんの検診は日本が圧倒的に低い。先ほど今村副会長がおっしゃったＯＥＣＤのデータでは乳がんだけが欧米に負けているんですよ。ほかのがんは全部圧倒的に世界一番なんです。だから子宮頸がんは検診率がこんなに低いんですけど、なんで１番なんだということですね。ではなぜ日本でもう一つ考えるのは、検診率が上がらないデータが出ています。これは先ほどお話した検診を提供するシステム自体が複雑であるということ。それから今村先生おっしゃっていたサポーティングですね。要するに専門職の医師がいろいろなことをやらなければいけない。例えば乳がんの検診の書類まで書かなければいけないとか、推進活動までやらなければいけない。イギリスなんかですと全く医師でない人が乳がん検診の推奨、運動自体をやってくれていて、日本も民間の方がやっていただいているんですけれども、そのレベルが違うようなサポーティングシステムがあるんですね。ですから社会自体が

日本の場合は、プロが戦前の軍隊と同じように竹槍で全部やらなければいけない。欧米ではプロフェッショナルを取り囲んで、プロの専門性を高めるという社会があるんですね。それが日本にはないんです。従って、こういうふうな要因があるということになります。

もう一つは、ここにはフリーアクセスというのが抜けているんですよ。日本のすごい特徴はこのフリーアクセスですね。これは日本が誇る、日本の医師が誇る、これは患者さんが、国民がちょっと熱があると下駄履いて病院に行ってみようというのはフリーです。これはどのくらいの差があるかは後で数字出しますけれども、欧米とどのくらい簡単に病気、介護の先生に行けるか、あるいは病院に行けるか、すごい差があるんですね。

がん検診を受診しない理由としては、ここにございますように一番高いのはこれです。要するに自由に心配な時に医療機関に行けるんだと。これは日本医師会が断固として守っているフリーアクセス。これを無くしちゃったら日本の医療制度は完全に崩壊しますからね。国民が、非常にイージーで低い価格でやっているわけですけど、これがあるから多分がん検診に行かない。では、これ取っちゃえばいいんじゃないかとなったら、もう日本の医療のレベルは、多分ＯＥＣＤの評価は低い。あれがあるからこそ早期に、みんないろいろな病気を見つけているんです。なぜかと言うと、実は医学ってそんなに簡単じゃないんじゃないのということですね。ですからやっぱり病院に患者さんが来ないことには早期発見できないんですよね。来れば何かしら医者が見つけているんです日本の場合は。これはやっぱりフリーアクセスのことが一番大きな問題になるだろうということですね。

もう一つはそもそも日本のがんは早期発見されていないのかということなんですね。これを見てみますと、これはエンドポイントですね。先ほどの論証から言えば日本のがん死亡率は高いのかということになりますと、これは先ほどのデータです。これは2009年版で、次に2012年版も出しますけど、圧倒的にがんに罹ったら死亡率はどうかと言うと日本はＡなんです。最近、私、遺伝子のことも勉強をちょっとしてみたんですが、日本人というのはどうも不安の遺伝子が強いんですね。不安でいつも怯えているんですよ、日本人って。だから中華の大陸から、最近では南通ってきたというが、北通って日本に入って来たんじゃないかというふうに言われていますけれども、その遺伝子が非常に強いらしいです。ですからこの日本人だけが年を取れば取るほど不安で、社会に対して不満を持っていると。ですから医療の内容ではなくて、こういう性格ではないかなというふうに思います。

この2012年でも総合１位ですね。同じように日本が総合でもずっと１位です。皆さんが思っているアメリカなんていうのは17位で本当に下の方にいるんですね。これはわれわれが出したデータではなくて、ＯＥＣＤが出したデータですから、誰も何も言えないんじゃないかというふうに思います。従って、結果はいいんですよ。

ちょっと余計なことしないでほしいなというのは私の考えなんですけど、今のこの状態を本当に国民にもうちょっと教える方が却って国民が安全と安心は違いますから、安心を得るんじゃないかと思います。

これは病気別です。これは日本、これは欧米ですけど、胃の場合には日本が圧倒的に早期に見つけているんですね。ただ乳がんだけは欧米の方が早いんですね。これだけです。あとは全部検診率があんなに低くても日本の方が早期に治療しているということです。ですから検診って何だよということになるんですよ。

また誤解されないように言っておきますが、検診は受けた方がいいんですよ。私も自分のお金でがん検診受けていますから。これは乳腺と乳がん検診だけは、これは完全に検診を受けた方が、圧倒的にエビデンスが出ていますが、ほかはどうかというと、いまお話したようなことですね。大腸がんもこんな感じです。検診率は米国が圧倒的に多いんだけれども、日本の方が早期に見つけている。低い医療費水準の中でも世界一の日本医療をやっているんだとい

うことを皆さん、先生方はもっと自信を持って国民に言っていいと思います。

もしも、このフリーアクセスを無くしちゃった場合、あるいは先ほどのがん検診を進めた場合どうなるかを検証してみます。国際比較として、これがフリーアクセスの数字です。日本はこのように外来受診を13.4ですね。米国は４です。だから３倍以上医療機関に国民が関わる差があるんですね。従って、これはすごく安心ですよ国民は。アメリカの場合は多分保険会社が行っていいとか、何日に予約したからということでリエートコントロールされていますけど、日本の場合には自分で、国民が自分の意思で行けるという、この制度ですね。この制度はやっぱり何かあれば、それじゃ内視鏡で検査してみましょうと。いろいろな批判があります。ＣＴが買い過ぎだとか、ＭＲＩ買い過ぎ。でもあれは自分が得た診療報酬で買っているんであって、自分の利益にしないで国民のためにああいう検査器械を買って、日本の医療人は国民のために奉仕しているというふうに考えるべきなんですね。あれもプロパガンダのやり方は非常に不公平だというふうに考えています。

これをもし、胃がんを先ほどの受診率50％にまで持っていくと、内視鏡に占める割合が、2.2％から10.4％になってしまいました。これは検診で 2.2％だったのを検診で50％まで上げると10.4％になってしまうので、日常の検査に支障が起きてしまうんです。こういうふうに複眼的にものを考えないと、やっぱり光が、光だけで検診はいいんだという、やみくもにやってしまうとこういうことも起きますよというのを、日本医師会が最近非常に分析も上がってきたので、昔よりはずっと。こういうのを出せばやみくもは駄目ですよということを、現場の内視鏡の先生方に迷惑をかける。国民にも迷惑をかけてしまうんですね。フリーアクセスの患者さんをよそに置いておかなくちゃいけなくなる。

これは大腸がんです。大腸がんはもっとすごくて15.9％まで、こういうふうな大腸の精検、内視鏡検査の中に入ってきてしまうので、これは完全にフリーアクセスで来た患者さんの検査ができなくなる。そこまで考えてこういう施策を進めるべきだというふうに私は考えています。フリーアクセスが一番大事なのは、日本の医療レベルを上げているのはフリーアクセスがあるからだというふうに多分、これは多変量解析を使えば出てくると思います。

結局、これはそろそろ結論になるんですけど、がん死亡率をさらに下げることはいい。これは大理念です。これは誰でも病気で、われわれ医療陣としてはある意味疾患で死亡率を下げるということは当然の大理念ですよね。がん検診率をやみくもに上げるのはやっぱりちょっと考えなければいけない。これを導出だけでやっちゃうと、論証しないとやっぱり現場は困ると思うんですね。ですから今のこのがん検診で見てみますと、がん検診で早期発見はいいんだけど、死亡率はいいんだよと。これはみんな安易に考えがちで、これはメディアが食らいつくような、絵に描いたようなことなんですけど、これは検証しないととんでもなくなってしまうということが言えるのではないかと思います。

これは日常医療を圧迫してフリーアクセスが制限されて、結局振り返ってみたら現場は混乱して、ＯＥＣＤのデータも下がってくるかも知れないというところまで、複眼的にこういう医療政策は考えていかなければいけないと思います。一番最初にお話したように、適切なということが一番大事なところで、何か理念で動くのは非常にいいんです。ですから今度の三位一体も、この辺は慎重にやらないと日本のアカデミーは壊れるかも知れない。

今日は全国医学部長病院長会議会長の山下医学部長がこの場にいらっしゃいますけど、先週国立大学の医学部長会議をやりまして、そこで日本の論文数の減り方が大変なことになっています。もうノーベル賞なんてしばらく取れないんじゃないかと思いますが、山中博士氏もノーベル賞ですねＩＴＳの。やっぱり自分たちでは全部証明できないんだと。全国のいろいろな研究機関でやった研究結果の上に私たちは新たな研究を組んでいるんだということで、全部やるわけにはいかないと。ですからいま地方といい、旧帝大でも言っています。旧帝大は減り方少ないん

ですけど、そういうことを考えると、やっぱりこういう一気にやってしまうと、これやる時には慎重にやらないと大変なことになりますよということですね。ですからもう一度複眼的の復習なんですけれども、導出をして、ここだけで終わらないで、論証をして、そしていつでも元に戻れると。後ろに戻れるというのは政策の道順をつくっておかなければならないんじゃないかなというふうに思います。これは大変です。大変ですけど加藤先生には若いので是非ともやっていただきたいと思います。

これは最後の結論ですね。われわれは自然に研究とか医療でやっていると思うんですけど、政策決定ではやっぱり情報が多分野に及ぶので、その時にやはり医療界は頭脳がいい人が多いので、そういう人はやっぱり社会学的学力をつけてほしい。日本だけです。日本の大学が一番いま入試でも問題になっている、大学での問題点は、社会学的学力が高校で止まっているんですよ。大学に入ってから専門的な知識だけは与えられるけれども、その他の社会学的学力がないんですね。欧米ではハーバードに入っても、医学部に入っても教えてくれるわけですけど、その辺のことをやって行かないとこの国はダメになって行くんじゃないかなというふうに、また日本人のＤＮＡで考えちゃうんですけど。

これは論文数です。これが最近の、前の大阪大学ご出身で産婦人科の教授をやられた豊田先生のデータですけれども、これが大学の人口あたりの臨床医学の、これは欧米は全部右肩上がり、中国も。自然科学が発展して、どんどん論文が増えているんです。日本だけがよたよたしている。これ何があったかというと、これが国家公務員定削、昨日加藤先生と意思一致しましたが、この頃にちょうど公務員定削で、今のいろいろな災害もお役人が足りないんです。日本なんてすごく役人が多いなんていうけど、全然足りないんです、欧米と比べると。メディアがきちんと出していない。

次に起きたことは大学院重点化。これで非常に小間切れになってしまったんですね。いま東京大学の外科の教授は５人いますが、そこだけしか教えないので、これ大学院の重点化を教師と間違ったんですね。ですからうちは私が学部長だったので大医局をそのまま残しました。従って当直できます。でももう胃袋しか見ないとか、肝臓しか見ないとか、そういうふうになってしまう。大学院というのは研究なので、研究と臨床を間違えたんですね、この時ね。従って、うちと慶応だけが大医局制をとって残したんですよ。あと診療報酬マイナス。それから新医師臨床研修制度。これで大学から人が去ったので、人がいなければもちろん研究ができない。それから国立大学の法人化です。それで地域医療が崩壊しました。これはいろいろな制度は前の制度ですね。多分新医師研修制度が一番大きいと思いますが、ちょっとほっとしたのが医学部学生定員増。これは舛添大臣が閣議決定を外して2008年から各大学の定員が増えた。ここでちょっといま息づいています。

それからあとは診療報酬のプラスです。この２つは私が全部関係しているんです。これだけは論文にプラスだというふうに豊田先生ははっきりとお話になっていました。従って、こういう制度、よく見てください。こういう制度はその時その時代で決めてきたんですけど、よく考えたはずなんですけど、日本の医療界、あるいは日本のアカデミアには影がある。それはわれわれ謙虚に、私も含めてもう一度若い学生、あるいは国民のために声を出していかないとならないというふうに考えております。

本当はこれは法律の上では内閣法制局が憲法のもとにいろいろな省庁で法律をつくるわけですけど、その調整をしているわけですね。だから国がやっていることだと思います。

われわれはいろいろな方面から、特に医療人は江戸時代にしても、奈良、平安からも医療人というのは村があれば、そこで医師というものは村長さんに並んで社会のリーダーだったわけですから、そんなことを考えて専門性＋社会学的な学力を付けて、このように対応していかなければいけないということだと思います。

最後に私、今から９年前にワトソン博士、ＤＮＡの二重螺旋ですね。この方とコールド・スプリン

グ・ハーバー研究所でディスカッションしたんですけど、彼が言うにはがんはあと20年もすればコントロールできる。ただし、脳科学は分からないと。皆さん、いま日本の医学の研究費は、再生医療は京都に落ちたんですよ。アメリカはいま何をやっているかと言うと、もう再生医療ではなくてニューロサイエンス。なぜかと言うと、これは全部ＡＩを支配するんですね。このアルゴリズムが分かれば世界が全部自分のものになるというふうにアメリカは考えているんじゃないかと思います。これは一つの情報として10倍違います。去年のアメリカが出した研究費の中でニューロサイエンスと再生医療とでは10対１。日本では再生医療が一番なんですけど、このことも全然メディアは報道しないので、こういうのはScienceとか見れば出てますけれども、こういうこともうちょっと情報をわれわれは知って、社会に対して適切な、先生方はリーダーなので行動すべきではないかなと思います。

今日は私も大体20年弱こういうことをやってきましたので、もう一度自分も含めて反省してみると、やっぱりドイツ人だったらこれを導出だけじゃなくて論証をしています。彼らはそういう人種なんですね。日本人はもうちょっと論証もする必要があるのではないかなと思って、ちょっと問題提起をさせていただきました。どうもご清聴ありがとうございました。

清治座長

嘉山先生、ありがとうございました。只今のご講演では、全ての事象について、一つの面からのみで評価するのではなく、様々な方向からの切り込みが必要で、それらを構築してその事象を作り上げなければならないと拝聴させて頂きました。多くの人達の考えをまとめ上げ、それを多方面から分析・評価して物事を構築していくことが、“複眼的にものをみる”ことであり、さらに新たな展開を導くことになるのではないかと思われます。

先生の今後のご活躍に、ご期待申し上げます。ありがとうございました。

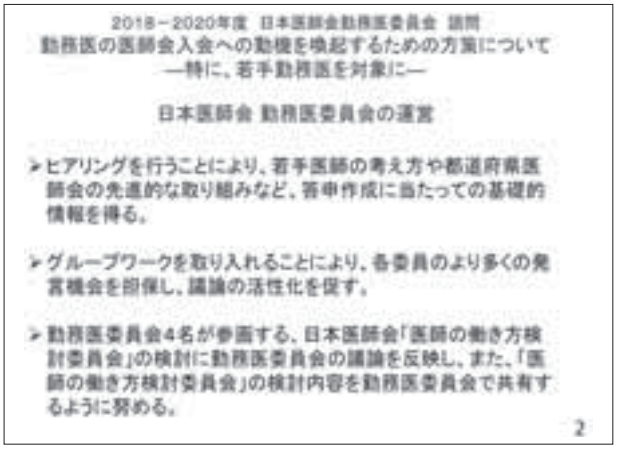
報　告

日本医師会勤務医委員会委員長　**泉　　良　平**

日本医師会勤務医委員会委員長をしております泉でございます。昨年、長崎でご報告させていただいてからの１年間の委員会の報告をさせていただきます。

これが現在の日本医師会勤務医委員会の委員名でございます。新たに横倉会長から「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」ということで諮問いただきました。若手医師をわれわれの議論の中に入れて行かなければ、日本の医療は持続性を失うだろうと私は思っておりますが、そういうふうな観点でこのことについて議論して参りました。

そこで若手医師に対する取り組みとして、ではわ



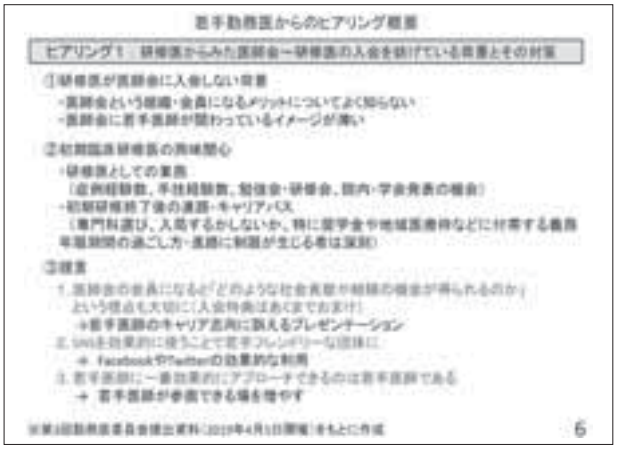
れわれはどこまで若手医師のことを知っているのか。あるいは若手医師に対してどのような取り組みがなされているのかということを知る必要がありましたので、今期からこの委員会に参加していただきました京都府医師会の上田先生に、まずこの若手医師に対する取り組みの先進的な事例としてその内容をご説明いただきました。これについては後でまた京都府医師会の会長からお話があるかと思いますが、ここにありますように次世代の良医を先輩医師が育てるという里親的精神で、密接に関わって行こうということで提言なさっていらっしゃいました。

第２回の勤務医委員会に提出していただいた資料

をもとにしてお話をさせていただいております。さまざまなオリエンテーションとかスキルアップ研修はもちろんでありますけれども、屋根瓦塾と称して、本当に研修医に多くのスタッフが関わって次代の素晴らしい医師をつくっていこうということで行われたことであります。ワークショップ、それから６番にありますが研修医の指導医との交流事業をなさっていらっしゃるということでありました。

これが臨床研修屋根瓦塾ＫＹＯＴＯの内容でございます。これは来年京都で行われます全国医師会勤務医部会連絡協議会で、このことに関わるお話がありますので、是非皆さんご出席いただきたいと思います。ここに書いてありますように、症例シナリオをもとにして、本当に密接な、見るだけで密接な関係が築かれているということが理解できます。

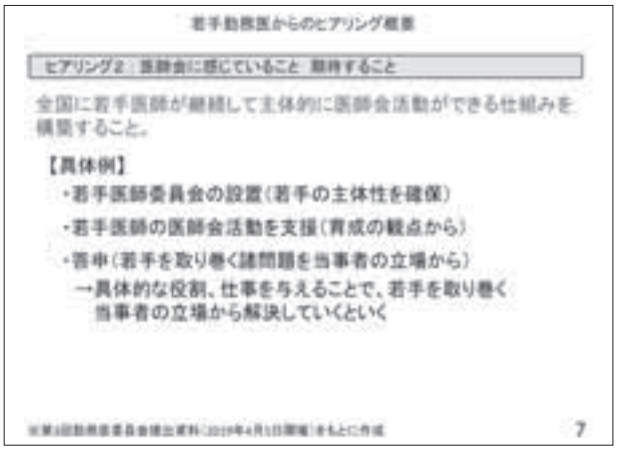
そして京都だけにとどまらず、これは静岡県バージョンです。また宮崎でも行われたと聞きましたけれども、この「臨床研修屋根瓦塾」というように称して全国に拡げて行こうということがいま京都の方で行われております。実はこういうことが非常に大切であって、皆さんが競い合うことが大事ではありますけれども、やはりある一定のバージョンをきちっと皆さんが理解をして、研修にあたっていく。若手医師にあたっていくということがすごく大事ではないかというふうに思っております。



それから第３回の勤務医委員会では実際に、若手医師たちから現状を聞こうじゃないかということで、どういうふうな意見を持っているかということを２人の若手の医師からお聴きすることになりました。１人はＪＭＡ－ＪＤＮの石畠さんという女性からお聴きしましたけれども、なぜ研修医が入会しないのかというと、日本医師会、あるいは地区医師会を含めてよく知らない。興味・関心がないのだということでありました。そこで、女性医師であります彼女の提言としては、どのような社会貢献や経験が得られるのかということを知らせてほしい。入会の特典にはさまざまなことがあるが、それではなくて、やはり若手医師のキャリア志向に訴えるプレゼンテーションが必要である。医師会はあまりにもこのことについて、若手に対して無頓着であったということでありました。

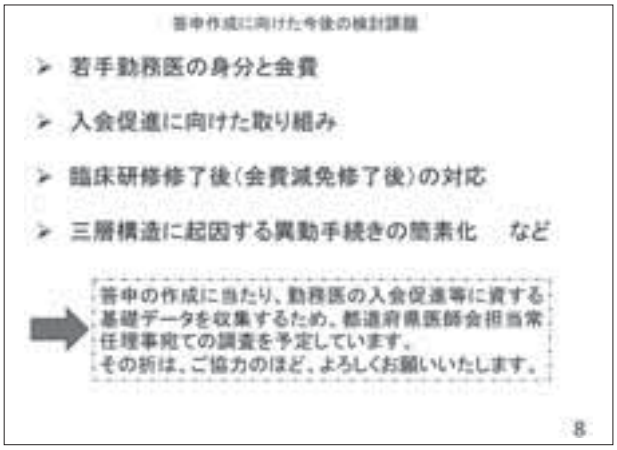
それから最後に書いてありますけれども、一番効果的にアプローチできるのは若手医師なのだと。若手医師が若手医師にそういうふうな話をするということが必要であるということが理解できました。

次は阿部計大先生の意見であります。全国に若手医師が継続して主体的に医師会活動ができる仕組みを是非つくっていただきたいということでありまし



た。後でまた申し上げますが、若手医師が主体性を確保された中で医師会内に委員会を設置すること。そして若手医師の医師会活動を支援する。育成の観点からです。そしてそれは単に委員会で議論するだけではなくて、答申後、具体的な役割、仕事を与えるという意味で答申をつくっていただく。若手を取り巻く諸問題を当事者の立場から、ある意味では自由な立場から話をしていただく。そういうことが必要であるという提言をいただきました。

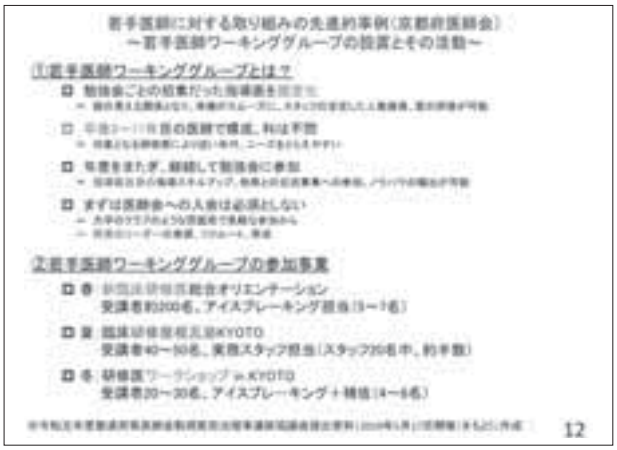
これから答申作成に向けて検討して参りますけれども、特に問題なのは若手勤務医の身分と会費でございます。特に働き方改革が入って参りますので大変大きな問題になります。入会促進だけが必要なわけではないというふうに思います。若手医師が医師会に、あるいはわれわれと一緒に医療について語っていただくことによって、日本の医療は持続性を保つのではないか。ＳＤＧｓということが言われていますけれども、そういうことに若手医師が入ってこなければ、日本の医療は持続できないと思っています。

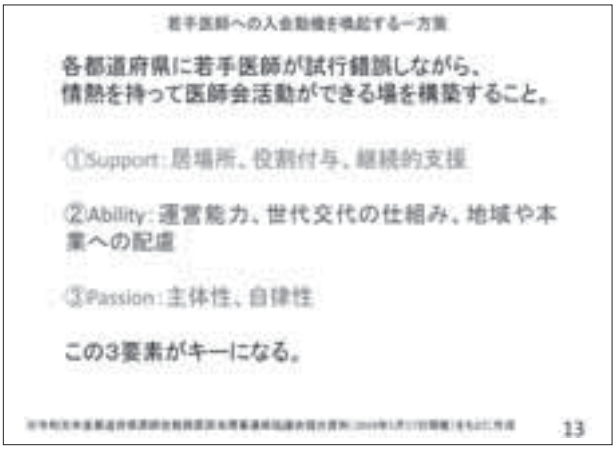


もう一つ大きな問題は、臨床研修医は会費を無料にしていますけれども、その後にどういうふうに変わるのかということが問題になりました。それからこれまでも言われていますけれども、医師会の三層構造による複雑な異動手続きを、もっと簡略化できないかということであります。

この答申の作成にあたりまして、入会促進等に資する基礎データを収集するために、調査表を作成いたしました。それを近日中に、都道府県医師会担当理事あてに送りますので、是非ご協力いただきたいと思います。若手医師の身分についてであり、働き方改革に関するものもございますので、是非ご協力いただきたいと思います。

都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会を年に１回開催しております。皆さんもご参加いただきたいと思いますけれども、今年の５月にこの形でやらせていただきました。特に今年は医師の働き方改革についてと、勤務医の医師会入会への動機を喚起するためということで、この諮問に応じた発表をしていただきました。特に諮問に応じたものについてだけ申し上げます。北海道医師会は、若手医師に対する取り組みが大変先進的であるという視点から関心を持っておりましたし、非常に興味を持っておりました。ここに書いてありますように2006年からこういうサポート事業を始めて、2012年からはその地域医療を考える若手医師のワーキンググループをつくり、そして医学生・研修医サポート事業に参加経験のある人を中心に構成して、2016年からは総活躍をするプロモーションをつくる検討をしたということ





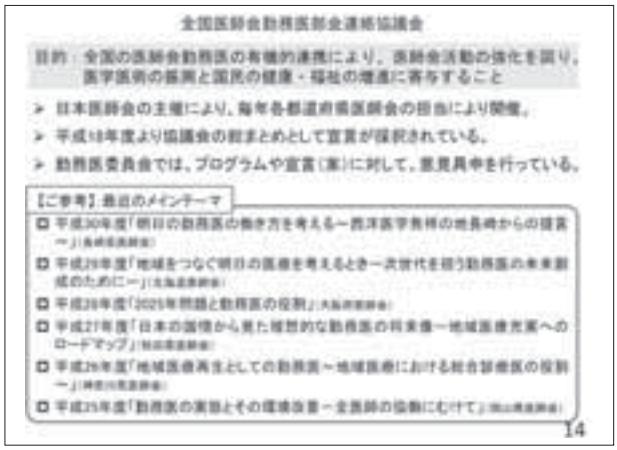
になっています。

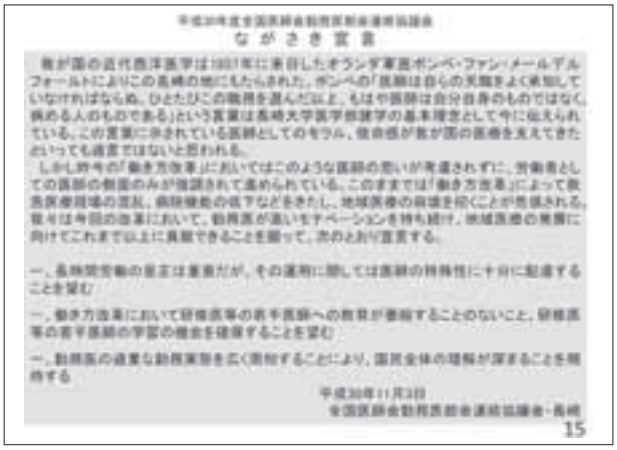
これは２年前になりますけれども、北海道・札幌で行われました全国医師会勤務医部会連絡協議会の翌日に行われた勤務医交流会で非常に大きな活躍をなさった方々が、この若手医師のワーキンググループの主なメンバーであるとお聞きしております。

ここに書いてありますように、医師たちが自分たちの思いで主体的に活躍することが必要であるということで、50歳未満の会員で構成して、委員を委嘱しているということです。この中に阿部先生も加わっていらっしゃると伺っております。

これは京都府医師会。先ほどちょっと申し上げましたので併せて２度目になりますけれども、ワーキンググループを固定化して、しっかりその医師会が本当にその若手医師たちに直接関わっていって、その人たちを育てる。このことを10年以上なさっているとお聞きしましたので、その結果としてその10年を過ぎて一番最初に参加していただいた医師が、これから次の若手医師を育てていく。まさに屋根瓦という形で育てていただけたのではないかなというふうに思っております。このことはこれからの皆さんの地元医師会で行われる時の参考になるのではないかなというふうに思っておりますので、これまた資料をお取り寄せいただいてというふうに願っております。

そしてまた京都府医師会のことですけれども、若手医師が試行錯誤しながらも、情熱をもって医師会活動ができる場を構築することが必要である。そのためにはその居場所と役割を与えて、継続的な支援を与えてということがすごく大事じゃないかなと私は思います。若手医師は十分に力があります。世代交代をする必要があります。いま４Ｇから５Ｇの時代に変わります。４Ｇから５Ｇになれば情報の通信量は千倍、通信速度は百倍になります。先ほどＡＩという話がございましたけれども、この時にわれわれではなくて若手医師がそのことを含めて、実際にきちっと対応できなければいけない。それが地域医療への配慮になると思いますし、ともかく主体性を





もって、自律性をもって取り組んでほしいということが課題になっていると私は思います。

これは勤務医部会連絡協議会のテーマです。先ほど長崎の話がございましたけれども、今村先生から十分にお話がございましたので、ここでは割愛させていただきます。ともかくわれわれ自身が自らの手で働き方改革を成し遂げて行かなければいけないというふうに私は思っております。

もう一つ、前期の勤務医委員会の答申の中で、第30回日本医学会総会2019中部でシンポジウムをやらせていただきたいというお願いをしたところ、第29回日本医学会総会2015関西でもやらせていただいたんですが、今回は医師の働き方改革ということで、日本医師会の勤務医委員会の企画セッションとしてやらせていただきました。医師の働き方改革について、さまざま書いてありますけれども、医師の健康と地域医療を守る立場から、医師の働き方改革の目指すべき方向性を考察して、問題提起をしたいということで行わせていただきました。座長に私と副委

員長の望月泉先生、それから演者としてこの５名の方に話していただきました。植山直人先生は今日もいらしてますが、医師の過労死について非常に大きな役割を果たしていらっしゃる植山先生からさまざまな現状の医師の働き方の問題点についてお話をしていただきました。

松本尚先生は日本医科大学の千葉北総病院の救急医でコードブルーなどの映画の監修をしていらっしゃる先生でありますけれども、彼からは特に問題

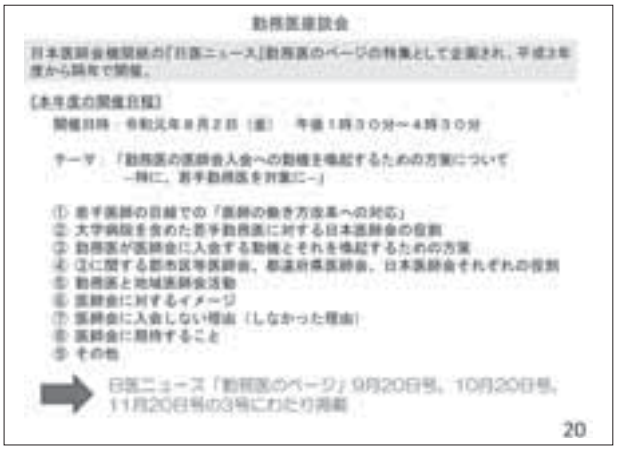
になっている救急医が、この働き方改革でいなくなるのではないか、救急医療が崩壊するのではないかということで、さまざまなご意見をいただきました。彼は日本救急医学会の働き方に関わります特別委員会の委員をしており、先日答申が出ましたけれども、彼と話していた中で、やはり学会として個人の救急医たちの働き方に大いに関わっていくのだというような強い意志を示していました。

木戸道子先生は今日も来ていらっしゃいますが、女性医師のニーズがこれから高まっていくなかで、しっかりと組織全体での長時間勤務を防止して、そして女性であるからといって引け目を感じることなく主体的に経験を積み、活躍できるような働き方の改善につながる取り組みなどについて、女性医師の立場からお話しいただきました。

それから、産業医の立場からは中嶋義文先生にお話をしていただきました。これが実は大変大きな問題で、産業保健については日本医師会の医師の働き方検討委員会でもやっておりますけれども、もし、これが実装されると相当量の産業医の仕事が増えてきます。そのことについて理解をしていかなければいけないということと、われわれ自身が産業保健を指導される時に、その方に十分な尊敬、リスペクトを持ってやる必要があるというふうに私は思います。

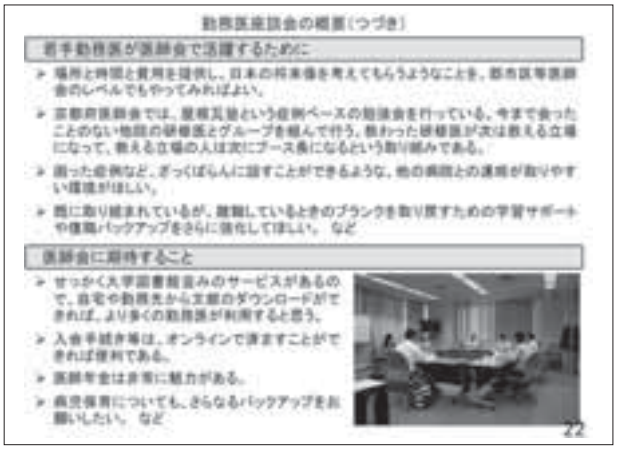
最後は、先ほどから申し上げております阿部計大先生に若手の立場からお話をしていただきました。結局、若手医師を含む多くの勤務医にこの内容が伝わっていないのだと、なんとなく不安の中で過ごしている若手医師たちが多いという中で、さまざまな意見がきちっと伝ってこないということが大きな問題であると思います。結果として働き過ぎてバーンアウトになったり、抑鬱状態になったり、自殺や過労死する例も少なくないということで議論を交わさせていただきました。

さまざまな意見を議論させていただきましたので、その内容についてすべてお話することは出来ませんけれども、メディアで取り上げていただいておりますので、その内容はまたご確認いただきたいと思います。あまり参加者が多くなかったのですが、非常に活気のある討論ができたと思っております。



それから勤務医座談会というのを２年に１回、日本医師会で行っています。ここでは勤務医の中から今回のテーマに応じた形で発表していただきました。日医ニュースの勤務医のページに掲載されておりますので、是非ご覧いただきたいと思います。その内容を少しご紹介いたしますが、働き方改革についてさまざまな意見を伺いました。その時にこの働き方改革がきちっとなされるならば、若手医師に日本医師会、あるいは地域医師会は、自分たちの働き方について大いなる力を発揮してくれているのだということを、しっかりと理解してもらえるようにわれわれは取り組まなければいけないし、そのことによってやっぱり医師会に入った方がいいのだと思わせるような、そういういいチャンスではないかなというお話がございました。

それから後でシニア世代という話がございましたけれども、九州大学の胸部外科の先生から、アメリカでは65歳をすぎてもスーパーバイザーとしてしっか



りとサポートを続ける制度があって、そういうことは大変素晴らしいのだということをお聞きしました。

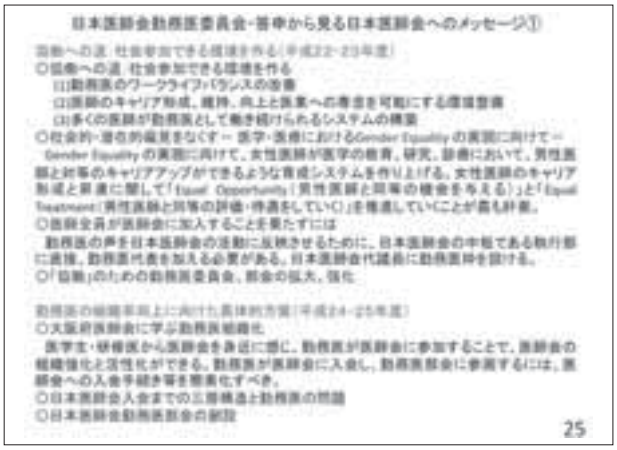
それからもう一つ、これは是非、日本医師会が当直帯はもう主治医は来ないのですよと言っていただけるとすごくうれしい、ありがたいということを言っておりましたので、是非また厚労省の会議でもそのようなことをお話しいただいて、国民に理解を求めることがすごく大事ではないかというふうに思っております。

それからさまざまな日本医師会の取り組みを若い医師たちは知らないのですね。医師賠償責任保険のことも知りませんし、それから一つは学閥で所属を横断したような勉強会が行われている。それに参加しやすくする必要もあると思いますけれども、われわれ自身がその若手医師が参加する時に、それにきちっと応援をするということが必要ではないかなというふうに思いました。

それから先ほどからの繰り返しになりますけど、やはりサポートして場所と時間と費用を提供して、日本の将来像を考えてもらうようなことを、都道府県医師会だけではなくて郡市地区医師会レベルでもやっていただけないか。それは非常に大きな仕事ですし、さまざまなご苦労があるかと思いますけれども、皆さんが地元にお帰りになられてから、そういうことについて是非考えていただきたいというふうに思います。私が所属しております富山県医師会でも若手医師委員会を昨年立ち上げました。３日も４日も泊まり掛けで働いているなどという話を聞いた時は、背筋が寒くなるような思いをいたしましたけれども、そのことについてしっかりと聞くだけでも、彼らにとっては大きなプラスになると思います。

あと医師年金、病児保育等についての話がありました。これは日医ニュースに掲載されますので、是非ご覧いただきたいと思います。

さて、私自身は勤務医委員会の委員長として５期目になります。そろそろ身を引きたいと思っておりますが、これまでの答申の内容を少しご説明させていただいて、私の最後の務めを果たしたいと思います。大変多くの委員の皆様にご参加いただきまして、答申をつくらせていただきました。最初は「すべての医師の協働に果たす勤務医の役割」ということで、ちょうど東日本大震災のあった時でございます。協働が厳しい、現在と同じです。厳しい労働があった、あるいは診療関連死、医療事故調査制度ということもございましたし、それから24、25年度は「勤務医の組織率向上に向けた具体的方策」ということで諮問いただきました。これについては後で少しお伝えします。



次に26、27年は「地域医師会を中心とした勤務医の参画」。いつもこういう話が出てきます。結局、われわれ自身が、勤務医が主体的に活動する場をきちっと与えていないのだろうというふうに私自身は現在も反省しているところであります。28、29年度は「勤務医の参画を促すための地域医師会活動」。どんどん勤務医が実際の医師会の活動に加わっていく必要があります。その中で、これは私が挙げた答申からいくつかピックアップしたものでありますけれども、まず最初の22、23年に今と同じことが言われています。ワークライフバランスであったり、キャリア形成、維持、向上というサステナブルなそういうことができるのかどうか。結局、多くの医師が働き続けられるシステムの構築が必要である。

それからジェンダーイコーリテイについても出ています。これはあたかも解決されつつあるかのように言われており、決してそうじゃないと私は思います。このイコールオポチュニティ、男性医師と同等の機会を与える。同等の評価・待遇をしていく。これが実際に行われているでしょうか。これからはこの働き方改革の中でも大変大きな問題ではないかなというふうに思っております。

それから医師会に医師全員が加入するためには、やはり日本医師会の執行部に直接勤務医活動を伝える必要がある。これは実は今日来ていらっしゃる白石悟先生が日本医師会の理事として入っており、ある部分は完遂されたかなというふうに思っております。それから協働のための勤務医委員会・部会を日本全国の勤務医部会に、是非まだないところは構築していただきたいというふうに思います。

それから24、25年には大阪府が大変素晴らしい勤務医組織化していらっしゃいます。その方からさまざまなことをお聞きしましたけれども、結果的にはやはり入会手続き等を簡素化すべきであるとか、三層構造であるとか、そしてその時には日本医師会に勤務医部会を創設してほしいということを提案いたしました。

26、27年ではこういう形で、結局勤務医がばらばらに意見を言っていても全くそれが日本医師会に反映されない、あるいは日本の医療に、日本の政治に、医政に反映されないということで、出来れば郡市区等医師会、都道府県医師会で勤務医の意見を集約して、これをブロック別に集約して、さらにそれを日本医師会勤務医委員会に集約して、それを勤務医枠の理事が日本医師会の執行部に具申するフレームワーク。これはある程度、２回ほどできました。昨年は働き方改革で皆さんからご意見をいただいてやらせていただきました。それから出来ればブロック

代表者会議ということでお願いしたい。それが現実的には明日も行われますけれども、勤務医部会連絡協議会の医師交流会として一部実現しております。是非このことについても皆さんからご参加いただいて、ご協力いただきたいというふうに思います。

それから日本医師会は大変多くの委員会を持っていて、大変多くの答申を出しておられますが、その答申が現実の日本医師会の活動にどのように関わっているのか、私は大きな疑問を持っています。大変多くの労力を使って、みんなが叡知を重ねて答申していますので、そのことについてより検討を深めていただきたいと思っております。

それから前回の勤務医の参画についてですけれども、医師の働き方改革については、これからも継続的に取り組んでいかなければならないということで、厚労省の検討会や、日本医師会の委員会だけではなくて、特に学会、医師の働き方というのは、診療科によって随分違います。これはまだまだこれから時間があると思いますので、各学会との共同のシンポジウムを開催する。これは日本医師会が主体的になって、そういうことを要請したらどうかということを提案しておりますので、是非取り組んでいただきたいと思います。

それから日本医師会の理事と勤務医委員会との定期的な懇談会、地域へわれわれが出向こうじゃないか。出向いて行って、地域医師会の勤務医の先生方と話をしたいということで、これも提案しておりますので、これも実現していただきたい。

それから先ほどの話の繰り返しになりますけれども、医学生、研修医などの若手医師との活動と都道府県医師会に勤務医部会、若手医師専門委員会、若手医師委員会をつくっていただきたいと思っております。都道府県医師会役員への勤務医のさらなる登用が必要です。現実的にはそういうことでは進んでいない。是非このことについて、皆さん地域に帰られて医師会の先生方に、役員の先生方に勤務医をさらに登用してほしい。そしてその時に登用されるためには勤務医に時間を与える必要があります。時間とサポートする必要があります。それを皆さんに一緒にやっていただきたいというふうに思っております。

それから繰り返しになりますが、日本医師会にやはり勤務医部会を創設すべきであろうというふうに私は思います。そのことによって郡市区等医師会での勤務医活動が活性化されるというふうに信じております。

ちょっと長くなりましたが、今日は時間を調整しないで話させていただきました。

先ほどちょっと申し上げましたけれども、私、多分こういう立場で皆さんにお話するのは最後になるかと思いますが、是非皆さん、勇気をもって日本医師会のためではなくて、日本の医療が持続可能なものとなるために活躍する。そのことの一つの方法として医師会に集まって、勤務医の意見を表明していく。これが大事ではないかということをお伝えして、終わらせていただきます。ありがとうございました。

挨　拶

京都府医師会会長　**松　井　道　宣**

こんにちは。ただいまご紹介いただきました京都府医師会の松井でございます。次期、この協議会を担当させていただきますので、ひとことご挨拶をさせていただきたいと思います。

その前に先日の台風、それから大雨で被害に遭われました皆様に心よりお見舞い申し上げますとともに、１日も早い復興・復旧をお祈り申し上げます。そして本日は中目会長の指導のもと、山形県医師会の皆様のご尽力によりまして、このように盛大に本連絡協議会が開催されますことを心よりお祝い申し上げますとともに、深く敬意を表する次第であります。

来年は京都で開催させていただきますが、お手元にございます冊子の裏表紙をご覧になっていただきたいと思います。期日は2020年10月24日、ちょうど１年後のこの時期になります。会場はホテルグランヴィア京都を予定しております。ちょっと京都を紹介するビデオを用意して参りましたのでご覧いただきたいと思います。

ありがとうございます。10月中旬以降の京都はちょうど観光のシーズンで大変素晴らしい景色とおいしい食事がございます。是非そちらの方もお楽しみいただきたいと思っております。実はこのビデオは７月に全国有床診療所連絡協議会総会が群馬県であったのですが、その次に開催されます徳島県医師会の齋藤会長がこういうプロモーションビデオを持ち込まれて紹介されたのを見て、感動して真似をしようと思って作ってまいりました。プライオリティーは徳島県医師会にあるということをお断り申し上げたいと思います。

京都府医師会では良医を育てて、里親精神で全国に輩出するということをコンセプトに、特に研修医を含めて若い先生方に寄り添うようなさまざまな取り組みを行っております。先ほど泉委員長からもご紹介をいただきました。その取り組みも全国に広げて行きたいというふうに意図しています。そのご批判も含めまして、来年は仮ではございますけれども、「勤務医とともに歩む医師会の覚悟」ということをテーマに、全国の医師会の皆様にとって有意義な議論ができますことをご祈念申し上げまして準備をただいま進めているところであります。先生方におかれましては、是非京都での議論にご参加いただきますようにご案内を申し上げます。

京都はとてもいい所ですので、是非お越しいただきますように、来年京都でお待ち申し上げております。どうもありがとうございました。

シンポジウムⅠ

座　長

山形県医師会常任理事　**佐　藤　慎　哉**

山形県医師会理事　**多　田　敏　彦**

多田座長

メインテーマである、「勤務医の働き方改革」、シンポジウムⅠを始めたいと思います。座長を担当いたします、多田でございます。

佐藤座長

常任理事をしてます、佐藤です。どうぞよろしくお願いいたします。

多田座長

シンポジウムⅠでは、４名の先生方からご講演を頂戴いたします。討論の時間を確保したいので、各先生方のプロフィールは抄録をご覧いただくことにして、ご紹介はご所属とご氏名だけにさせていただきます。各先生方には、時間厳守をお願いしてございます。また、ご質問等は講演ごとではなく、討論の時にまとめてお受けいたしますので、ご協力のほど、よろしくお願いいたします。

では、さっそく講演に入らせていただきます。第一席は、山形県常任理事の間中英夫先生。ひとつよろしくお願いいたします。

「山形県における勤務環境に関する調査報告」

山形県医師会常任理事　**間　中　英　夫**

令和元年度全国医師会勤務医部会連絡協議会
シンポジウムⅠ「勤務医の働き方改革」

山形県における勤務環境に関する調査報告

山形県医師会常任理事
間中　英夫

COⅠ開示

講演者名：間中　英夫

講演に関連し、開示すべきCOI関係にある企業は、講演料：アストラゼネカ、イーライリリー
田辺三菱製薬、ノボノルディスク

山形県における勤務環境に関する調査報告をさせていただきます。

【目的】日本医師会は平成30年4月に医師の働き方検討委員会答申を作成し、厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会」等に提言している。「医師の働き方改革に関する検討会」では、医師と医療の特殊性、医師の健康確保、研修医、女性医師支援、地域医療等を考慮して、「医師の特例」について今後議論される予定である。山形県内の勤務医の実態を把握し、改正法施行後の対策の資料とする目的で本調査を実施した。

まず目的でありますが、日本医師会は平成30年４月に、医師の働き方検討委員会答申を作成しまして、厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会」等に提言しております。「医師の働き方改革に関する検討会」では、医師と医療の特殊性、医師の健康確保、研修医、女性医師支援、地域医療等を考慮して、「医師の特例」について今後議論される予定であります。山形県内の勤務医の実態を把握し、改正法施行後の対策の資料とする目的で本調査を実施いたしました。

【方法】2018年5月に山形県内の67病院および勤務医1634名を対象に調査した。病院と勤務医にはそれぞれ病院調査票と勤務医調査票を用いた。質問は、基本属性、勤務状況、労働時間、勤務状況の考え方、勤務形態、医師の働き方改革、定年退職後の働き方、病院の取組状況に関する内容で実施した。

2018年、昨年ですが、５月に山形県内の67病院および勤務医1,634名を対象に調査いたしました。病院と勤務医にはそれぞれ病院調査票と勤務医調査票を送付しました。質問は、基本属性、勤務状況、労働時間、勤務状況の考え方、勤務形態、医師の働き方改革、定年後の働き方、病院の取組状況等に関する内容で実施いたしました。

調査票回収状況

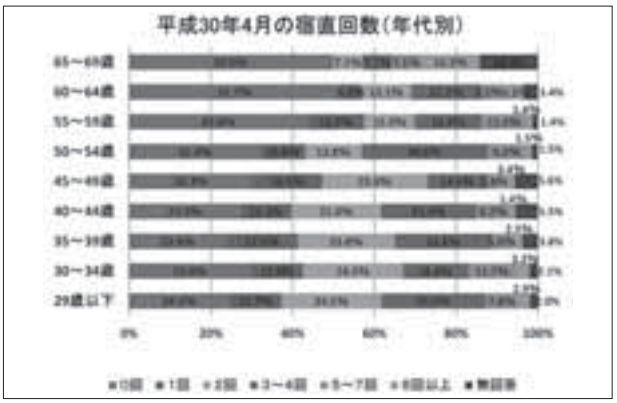
	病院票			医師票		
	対象数	回収数	回収率	対象数	回収数	推計回収率 (※1)
国	3	2	66.7%	419	179	42.7%
公的医療機関	26	24	92.3%	848	332	39.2%
医療法人	36	28	77.8%	346	158	45.7%
公益法人	2	1	50.0%	21	2	9.5%
合　計	67	55	82.1%	1634	671	41.1%

※1 医師票の対象数は、各病院から報告があった常勤医師数と非常勤医師数で算出。
また、未回答病院の対象数（勤務医数）は山形県作成の病院毎の医師数（概算）により算出。

調査票の回収では、こちら側が病院の回答であり

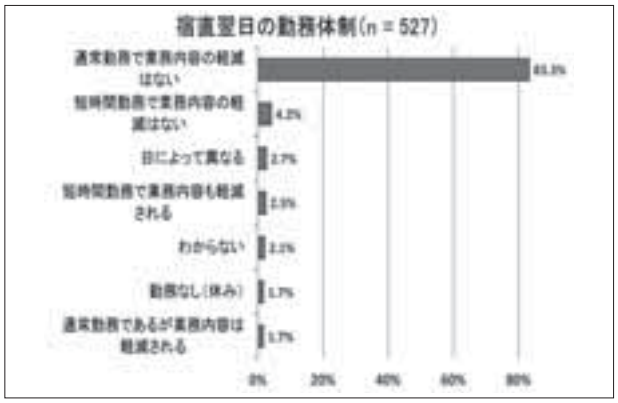
ます。67病院中、回答がありましたのは55病院。回収率は82％でありました。一方、医師の調査票に関しましては、1,634名中、回収できたのは671名で、回収率は40％を少し超える程度に留まりました。

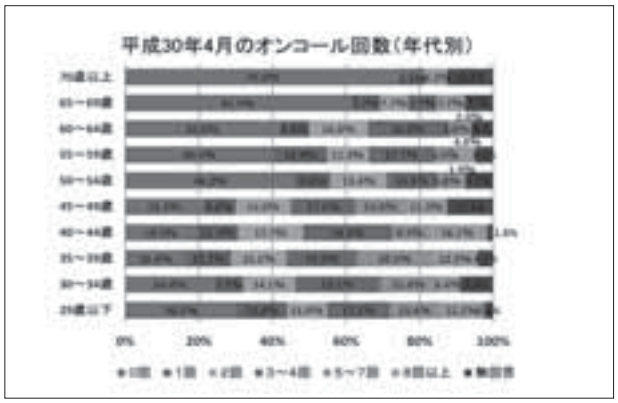
これは、回答いただいた医師の年齢、各年齢層における男女比であります。54歳までは、女性医師が20％を超えるようでありますが、55歳を超えますと、これ昨年の調査なんですが、10％以下となります。女性医師が増えてきたのは、ちょうど昭和から平成に変わった頃からではないかと思われました。



これは、勤務医の４月の当直回数を各年代別に分けてみました。この一番若い世代は、研修医の方も入っているので、当直ゼロというところもございます。年齢が上がるとともに、当直の実施は少なくなっております。一方、当直の回数に関しては、大体、月に１回から２回ぐらいのところの幅が多くなっております。ただ、月８回以上の当直というのが、各年代１％から多くても５％程度ですが、８回以上の当直者もございました。

宿直の翌日の勤務体制に関しては、当直明けには何も業務軽減がなくて、そのまま通常業務というところが、もう80％以上で、大半を示しております。なんらかの軽減措置があるのは、極々わずかでありました。





それから、これは４月のオンコール、いわゆる拘束でありますが、１カ月の間に１回もないというのは、この１番若い世代にいるのは研修医の先生が入っているからだと思われますし、やはり65歳以上あるいは60歳以上の方は、管理職の方なんかも入っているので、オンコールがない先生たちも多かったのではないかと思います。やはりオンコールで多いのは、一番働き盛りの30代から40代の先生方であります。オンコールの回数に関しましても、やはり50歳未満、50歳以下の先生方は８回以上というところも結構おりました。

続いて、自己研鑽の各病院での扱いです。学会や院外研修は出張扱いが認められているところが多くあったようであります。ただし、勤務終了後の知識・技術習得は時間外労働には当たらないと判定されているところが多いようでございました。

それから、同じく４月の時間外労働時間。10時間未満というところも少しはおりましたが、多くは10

時間から40時間の間、この層が多かったようであります。ただ、60歳以上になりますと、10時間未満が多くて。50歳から54歳のところも多くなっているようでありますが、これは回答者が少なかったので、このようになっていたかと思います。

一方、この80時間超えですね、80時間から100時間、若い世代も大体10％前後。一方、100時間超え、この一番右のカラムですけれども、ここも大体５～６％の医師は100時間超えというふうになっておりました。

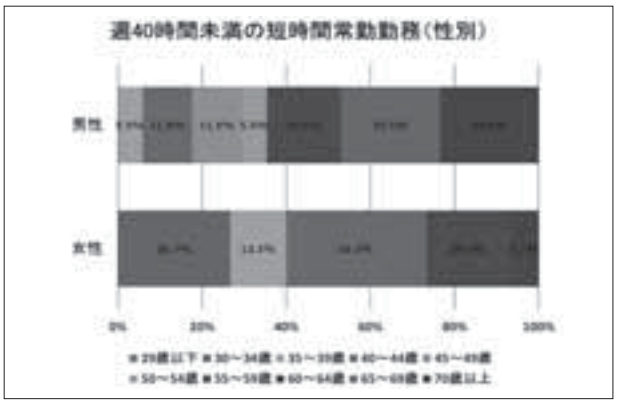
各医師の時間外労働規制に関する認識でありますけれども、医師も労働者であり、時間外労働の規則が適用されることを前提に議論されるべき、という意見が大体半分ほどおられました。

応召義務に関しては、医師の雇用労働基準法で規制することは妥当ではないと、こういう意見の方は20％、大体５人に１人ぐらいしかおりませんでした。

それから、就労時間に関する医師の負担感でありますけれども、これも年代別に分けてみましたが、この緑の「ちょうど良い」というところが、意外と40代ぐらいまでは結構「ちょうど良い」という医師が多くて、50代から60代にかけては20％ぐらいしかおられませんでした。「少し過重である」あるいは「かなり過重である」というふうに考える医師は大体40％から50％ぐらい。この45歳から49歳、とても多くて70％ぐらいおられました。

勤務時間、非常に長かったりはするんですけれども、現在の勤務環境における満足度に関しては、満足している方は各年代とも10～25％程度。「どちらかと言うと不満足」まで入れると、概ね６割ぐらいの方は満足しておると。「非常に不満である」そう考えている先生方は10％前後、そんなに多くはございませんでした。仕事は大変だけれど、あまり不満

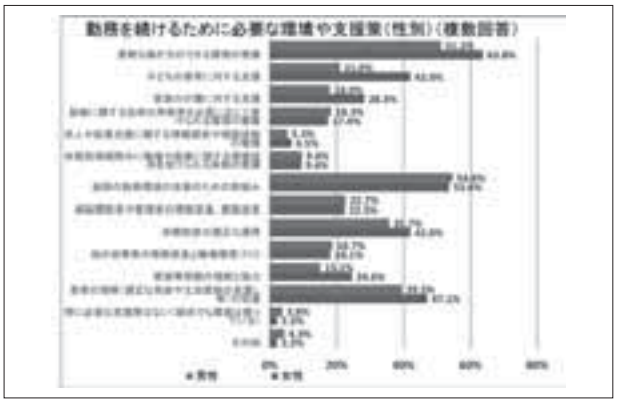
を強く認識している医師は少ないのではないかというふうに思われました。

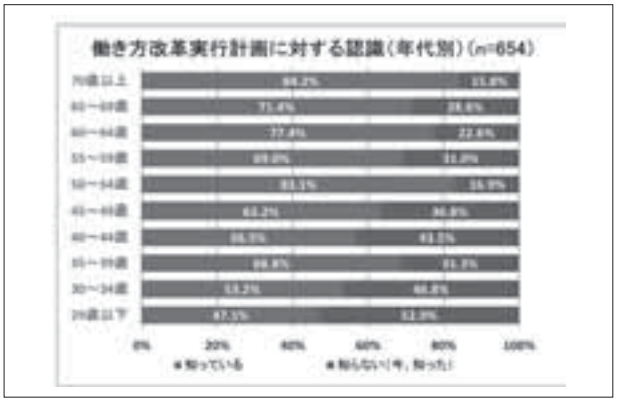


それから、週40時間未満の時短常勤勤務、これの同じような年齢分布で見てみますと、男性の場合は、どちらかと言うと高齢の医師が多かったんですけれども、女性に関しては、ちょうどこの30歳～34歳とかですね、ここは35歳～39歳、40歳～44歳、ちょうど子育ての世代、年代が、この40時間未満の短時間常勤勤務を利用しているようでありました。この上に女性でありますけれども、この青につけて、この育児のためとか、配偶者のためとか、こういうところが女性医師の短時間勤務の主な選択理由として挙げられておりました。

それから、勤務を続けるために必要な環境や支援に関しては、やはりこの赤で示した、女性に関しては、働き方の環境の整備、要するに休む時の交代の医師や早く帰る時のための支援、そういう勤務環境、それから子供の保育に関する支援とか、あと家族の介護などもありますけれども、やはり家族の負担が大きいからというふうに考えられました。

働き方改革実行計画に関する認識は、やはり若い





世代の方の認識よりも、ご年配の医師の方が実際に認識はしているというふうに、データは示しておりました。

考察は、ここに書いた通りでありますが、30歳未満の医師は働き方改革実行計画を知らないという回答が半分を超えていました。その他に、診療が多忙であり、自分の働き方について考えている余裕がないとも考えられました。医師の健康対策について、今回の調査では35歳未満の医師の年次休暇取得日数がゼロの回答が30％以上もありまして、宿直明けの勤務が通常勤務であり、業務内容の軽減がないという回答が80％あったことから、健康確保対策が今後の重要な課題であると考えられました。

医師の自己研鑽については、業務終了後の自己研鑽は時間外労働の対象ではないという回答が63％ありまして、業務と自己研鑽の線引きが曖昧であるという回答が32％ありまして、自己研鑽と時間外労働とは識別している医師が多いと考えられました。宿日直の回数については、35歳未満と35歳以上では回数には差がありませんでした。宿直での労働時間、夜中、当直の時に起こされるのは、４時間未満と４

医師の働き方改革に関する意見書をふまえた考察

1. 医師と医療の特殊性について今回の調査では医師も労働者と考えているが特殊性をもある程度は認識していることが示唆された。30歳未満の医師は働き方改革実行計画を知らないとの回答が半数を超えていたのは、診療に多忙であり、働き方について考えている余裕がないとも考えられた。
2. 医師の健康確保対策について今回の調査では、35歳未満の医師の年次有給休暇取得日数が0日の回答が30以上もあり、宿直明けの勤務が通常勤務であり、業務内容が軽減はないという回答が63%あったことから、健康確保対策は今後の重要な課題であると考えられた。
3. 医師の自己研鑽について今回の調査では、業務終了後の自己研鑽は時間外労働の対象ではないという回答が63%あり、業務と自己研鑽の線引きが曖昧であるという回答が32%あったことから、自己研鑽と時間外労働とは識別している医師が多いと考えられた。

医師の働き方改革に関する意見書をふまえた考察

4. 医師の宿日直について今回の調査では、35歳未満と35歳以上では宿日直回数には差がなかった。宿直での労働時間は4時間未満と4時間以上はほぼ同じ割合で会ったが、8時間以上も少なくないことがわかった。
5. 院外オンコール待機について今回の調査では、院外オンコール待機の回数は50歳未満ではほぼ同じ傾向を示したが、50歳未満では月8回以上の回答が10%程度あるので、院外オンコール待機について医療機関の配慮が必要と考えられた。
6. 女性医師支援について今回の調査では、女性医師が周囲の援助により離職せず働き続けるためには、女性医師がモチベーションを維持していていることも重要であると考えられた。

時間以上とほぼ同数でありました。今回の調査では院外オンコール待機の回数は50歳未満ではほぼ同じ傾向を示しましたが、50歳未満では月８回以上の回答が10％あるので、院外オンコール待機について医療機関の配慮が必要であると考えられました。女性医師支援について、今回の調査では女性医師が周囲の援助により働き続けるためには、女性医師の環境と女性医師自身のモチベーションを維持していくことも重要であると考えられました。

まとめ

1. 若手医師は診療や自己研鑽に多忙であり、医師の働き方を考えている余裕がないが、勤務環境の満足度は低くない。
2. 子育て中の女性医師は自信のモチベーション維持と周囲の配慮とが必要である。

まとめであります。若手医師は診療や自己研鑽に多忙であり、医師の働き方を考えている余裕がないが、勤務環境の満足度は低くありませんでした。子育て中の女性医師は、自身のモチベーションの維持と周囲の配慮が特に必要かと思われました。以上です。

「医師の働き方改革の方向性」

厚生労働省医政局医事課医師養成等企画調整室長
加　藤　琢　真

厚生労働省医政局医事課の加藤と申します。

まず初めに、今回の台風19号で甚大な被害に見舞われた方にお見舞い申し上げたいと思います。

それでは、本日、この勤務医部会では「待ったなしの働き方改革」ということで、医師の働き方改革に関して取り上げていただいたこと自体に、厚生労働省としても感謝申し上げたいと思います。

皆様よくご存じのとおり、われわれ厚生労働省は昨今、非常にいろんな施策を打ち出しておりますけれども、この医師の働き方改革は、どの施策よりも優先順位が高く、トッププライオリティで厚生労働省、これも厚生側だけではなくて、労働側も一緒になって取り組んでおりますので、いまどのような議論が行われているのかということを皆様にご紹介させていただきたいと思います。

私も勤務医を10年やっておりまして、それから厚生労働省で医系技官として、いま施策に携わっております。私も大学病院や地域の病院で勤務している中で、この医師の働き方に関して疑問に思っている部分もありましたし、ただ、地域医療を確保するには必要だというような思いもあって、非常に難しい問題だという思いでおりましたところ、今年の８月からこの担当を拝命して、いま取り組まさせていただいております。

先ほど、午前中の先生方からも、緩やかな働き方改革が必要なんじゃないかというようなご意見もございましたけれども、医師の過労死をいかに防ぐかというようなところと、地域の医療の確保をどうするかというようなところで、両立をするのが難しい課題だとは思っているんですけれども、なんとかいろいろお知恵を拝借しながら、本当に一人も過労死せずに済む勤務環境を構築するというのと、そして2024年医療崩壊を絶対に起こさないというようなところを達成して行きたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

15分いただいておりますけれども、結構盛り沢山ですので、足早ではございますけれども、ご説明させていただきますが、ディスカッションで本当は先生方からいろんなご意見をいただいて、地域ではどうあれば良いのかというようなところを、ご意見いただく中で私ども持ち帰らせていただきたいなというふうに思っております。

まず背景ですけれども、ご存じのとおり今年の４月から、この働き方改革というのはもう進んでおりまして、過去、時間外労働時間というのは上限規制が無かったものが、今年の４月から上限規制が掛かったというようなことになっております。年720時間というような、先ほどの間中先生の発表から考えてみれば、とても医師は適用できないというようなことはお分かりだと思いますけれども、われわれ２年間の考察の期間と５年間の執行猶予をいただいて、いまそのルールメーキングを国でしているところでございます。

実態としましては、先ほどご発表いただいたものと類似しておりますけれども、過労死水準80時間あるいは100時間という中で、それを超えている医師というのは、勤務医の中で全体の４割、そして、その２倍の1,920時間を超えている医師が約１割いる中で、いきなり720時間あるいは960時間というのは、地域医療提供体制に大きな影響は及ぼし過ぎるだろうというようなことで、われわれとしては緩やかな地域医療確保暫定特例水準という、いわゆるＢ水準と言われているものですけれども、こういったものを設けるというところまで、これは今年の３月です

ね、働き方改革の検討会で取りまとめたところでございます。このＢ水準と集中適応向上水準というものを、上限1,860時間、これは1,860時間働けというものではなくて上限規制が1,860時間までということですので、こういったところを、医師を特別なものとして認めていただくというようなことが決まっているところでございます。

ただし、これは先ほど申し上げましたとおり、医師の過労死を無くすというような観点におきましては、本来であれば許されるものではなくて、過労死水準で働いている医師に対して、どうやって健康確保していくのかというようなところに関しては、これは労働基準側から課題を突きつけられたところでございまして、われわれとしては、この医療法の中で、追加的健康確保措置として、過労死や、あるいは過労による精神疾患を防ぐために、どのような取組みができるかということを、いま議論しているところでございますけれども、追加的健康確保措置ということで、医療面接だとか、あるいはインターバル規制ですね、勤務間のインターバルというのを９時間確保としてますが、これは６時間確実に寝ましょうというような意味でもあります。

あと、連続勤務時間制限という、28時間という連続勤務時間制限というものを、これを追加的健康確保措置としてやりますと。だから1,860時間まで働けるような特例を設けさせて欲しいというようなことで、われわれは連合側と合意したわけでございます。この追加的健康確保措置をやるからと言った以上は、履行確保が必要でして、どのようにこれを確保しているのか、本当に28時間で勤務を止めているのかどうか、インターバルをちゃんと取れているのかどうかということを、われわれは履行確保していく必要がございます。この1,860時間というものも、もちろん、決して今の勤務医の働き方からしてみれば長いものではなくて、この右側にございますとおり、土曜日、例えば日当直をした場合、当直をすると16時間勤務していることになりますので、それプラスアルファも20時間ちょっとしか正直働けないということになりますから、Ｂでも７時に勤務して、８時半までしか働けない。それを最終的に、われわれ目標にするＡ水準、週20時間というような働き方を考えますと、これはもう１回当直するとほぼ時間外働ける時間を使い切ってしまいますので、ほとんど時間外労働できないというような、最終的には、このＡ水準を目指して行かないといけないというのが将来的な目標でございます。

2024年と何度も言っておりますけれども、あと本当に４年半で、いま現状1,860時間以上働いている人が全国で２万人いるわけですので、それを何としてでも、それ以下にしないといけないということで、様々な取組みを行う必要がございます。いろいろ分析は行っているものの、やはりこの20年、30年で変わってきたところとして、やはり医療がどんどん進んで発展してきた中で、その発展に伴って過重労働になっているのは、やはり医師なんだと。なかなか他の職種に業務が移管されていなくて、医師の業務が膨らんでいる、医療の発展に伴って医師の業務が膨らんでいるというような、やはり分析は一つございまして、現在、タスクシフティング、タスクシェアリングの検討会というものを厚労省でも始めまして、この２～３カ月で急ピッチに、どのような職種にどのようなタスクシフトができるのかということを、議論を進めていかないといけないということになります。

先ほど、応召義務の話も長時間労働の要因の一つとして挙げられておりましたけれども、これもやはり明確な解釈を示す必要がございますので、研究班等々行いまして、応召義務が公法上の義務であって、刑事や民事で問われることではないというような整理を、われわれとしてもまとめる予定で、近いうちに通知としても発出したいというふうに考えております。様々な要因分析されておりますけれども、最終的に、この医師の長時間労働の是正をするためには、各医療機関でのマネジメントもしていただかないといけないですし、われわれも行政として、施策として、一定程度の効率的な医療提供体制というのを敷く必要がございますので、そういう政策を今後も打ち続けないといけないというところと、住民の

方にもこの現状をご理解いただいて、上手な医療の掛かり方が何なのかということもご理解いただかないといけないと、この三本柱で、われわれとしては取り組まないといけないというふうに思っております。

もう一つ。追加的健康確保措置に関わることとして、これは私が研修医時代に指導医に、「当直の間は不必要な診断はするな」というようなことをよく言われていました。「お前、自分の当直中の自分の能力を過信するんじゃない」ということを、本当に口酸っぱく言われたんですけれども、いまこういうようなデータが出てきました。作業能力というような縦軸で見ると、やはり当直中というのは、酒気帯び運転と同じほど判断能力が下がっているというようなことや、時間軸として週単位で見てみると、やはり３時間しか寝てないような人というのは、木曜日、金曜日になってくると、判断能力が落ちてくるというようなことがデータとしても分かってきてますので、睡眠負債というような考え方が検討会でも議論されていましたけれども、着実に医療安全の観点からも、６時間毎日寝るべきだということもあって、このインターバル規制というこの９時間を設定しているわけでございます。

先ほど間中先生もご発表されていたとおり、当直明けのインターバルというのは、なかなか今の勤務医の中では取られていることなく、24時間以上働いている人たちがいま８割いらっしゃいますので、ここは少しマネージメントの中でやり繰りしていただかないといけないということになります。先ほどのデータと同じように、当直明けの勤務で、この何らかの軽減が、勤務の軽減があると言った人たちも25％しかいないというようなデータも出ています。こういったところを改善して行かないといけないというのが、この追加的健康確保措置の意味合いでございまして、これは一種の健康確保とともに、医療安全の観点からも、これを進めることでより良い、質の高い医療を提供できるようになるというようなことも、われわれは検討しております。

個別論点に移ります。先ほど来、いろいろとデータが、間中先生からも出していただきましたが、これグレーな部分をまず白黒はっきりさせないといけません。各医療機関でのマネジメントにおきましては、実態把握から入っていただかないといけないんですが、やはりその日直や研鑽の考え方というのが非常に重要なポイントになってきます。昭和24年頃から、病院の宿日直基準というのが通知として出されまして、おそらくほとんどの病院が、宿日直許可を得ているはずです。ただ、これは本当に宿日直なのかというようなところに関しましては、はっきり申し上げますと、４月に通知を出させていただきましたが、救急車がバンバン来ている当直というのは、これはもう当直ではない。これは、いわゆる夜勤になります。すぐに宿日直許可基準が取り消されるのかというと、そうはならないですけれども、実際、今後実態把握をしていく中で、それは時間外労働としてカウントしていただかないといけないです。

各地域でいくつかの病院がもう労基に入られて、この当直は時間外手当をちゃんと支払うようにと。医師の平均給与というのは4,800円ですので、割増賃金を払うと、当直すると時間外として約10万円払わないといけないというようなことになります。これを本当に病院として払えるのかというようなことが、これ命題になってきますので、そういったところを念頭に、やはり対策を取らないといけないということになります。これは、７月１日付けで細かに出してますので、この辺もご参照いただければと思います。

もう一つ、自己研鑽に関しまして。これもやはり、学会発表だとか、あるいは、いわゆる研修医の研修も含めて、どういったものが自己研鑽に当てはまって、何がそうじゃないのかということも通知で出させていただいてますので、こちらもご参照下さい。これは、なかなか判別、経営者側的には判別できないところかと思いますので、これ自己研鑽なのか、普通の業務なのかというのを、分かりやすく区別するような工夫に関しても記載させていただいています。

非常に重要なのは、今後2024年に向けて、各医療機関がＡ水準を目指すのか、Ｂ水準を目指すのかと

いうようなところの判断は、これはやはり実態把握に伴って、早くしていただかないといけないところでございます。どのような医療機関がＢ水準を適用できるのかということに関しましては、このようにいま案として挙がっておりまして、三次救急、二次救急、在宅医療だとか、あるいは都道府県が認める医療機関というようなことで挙がっていますけれども、それとともに、先ほど来、ご説明させていただいてますとおり、追加的健康確保措置をしっかりやるということも一つ重要なファクターで、これも都道府県によって、このＢとＣは指定されることになりますので、それに向けて体制を整えていただかないといけないということになります。評価機能というような第三者による評価もされる必要がございますし、短縮計画等も作成する必要がございます。

Ｃ水準に関しましては、研修医が自らそれだけ働くという手挙げで働いていたことになりますので、これは上限、実態としてそれぞれの病院プログラムでどれぐらい働くという実態があるのかということをお示しいただくということになります。

Ｃ－２というものもございまして、医師６年目以上が、高度な技能に携わる人に関しては長時間働いて良いよ、というような特例的なものでございますけれども、こういった仕組みづくりもいま行っておりまして、高度特定技能とする分野を特定し、個人を特定していくというような仕組みを、今後作ることになります。

このように、医療のために時間外労働時間の上限を超えるに当たっては、いろいろなハードルを乗り越えないといけないですので、こういった制度設計などを、いま検討会で進めているところでございます。

少し時間がないですけれども、タスクシフトの先として、一番は看護師になりますので、いま特定行為研修というものを進めておりますけれども、昨今、そういった制度を見直して、このパッケージ化というものを進めておりまして、外科のオペ後の管理だとか、術後の管理、あるいは在宅、あるいは、ここに無いですけれども、救急などをパッケージ化して進めておりまして、受講者あるいはそれを検証提供する側にも、補助金等々で、われわれ強烈に推進しておりますので、どうぞご活用いただければと思っています。2023年までに１万人程度の、そういう特定行為研修を受けた看護師というのを養成する予定で、いま取り組んでおります。

最後に、やはりわれわれ、上手な医療の掛かり方というのも、芸能人なども使って取り組んでおりますけれども、先ほど申し上げたとおり、病院のマネジメント、そして医療政策としての施策、そしてこの国民に対するアドボカシーを取り組んで行きたいというふうに思ってます。少し足早でしたけれども、このように2024年まで、あと４年あるというような感覚もあるかもしれませんけれども、それまでに計画を立てたりだとか、評価機能で評価を受けたりだとか、もう実はあと１年、２年以内に取り組んでいただかないといけないこともたくさんございますので、われわれとしても最後、ルールメイキングを、あと数カ月で急ピッチに進めているところではございます。また現場の中でどのように適用されるかということも、われわれ、いろいろとご助言いただきながら進めて行きたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

この2024年までというふうに申し上げてますけれども、Ｂ水準というのは2035年に終了してしまいますので、この医師の働き方改革、今後15年にわたって、しっかり継続的に取り組まないといけないということになりますので、いろいろとご意見いただきながら、厚労省としても最優先の施策として進めて行きたいというふうに思ってます。この後、ディスカッションで、いろいろ先生方から忌憚のないご意見いただけると思っておりますので、引き続きよろしくお願いいたします。

令和元年度　全国医師会勤務医部会連絡協議会

医師の働き方改革の方向性

令和元年10月
厚生労働省医政局　医事課　医師養成等企画調整室
室長　加藤 琢真

1

本日ご説明する内容

1．医師の働き方改革について
(1) 医師の長時間労働への対策の観点から
～勤務実態・上限規制の骨格・背景にある診療業務の特殊性・対策の考え方
(2) 医師の健康確保の観点から
～実態と課題・対応の方向性・

2．個別論点
(1)　宿日直・研鑽の考え方について
(2)　（B）水準、（C）水準対象医療機関の特定について
(3)　看護師特定行為研修について

2

報告書概要資料より

医師の時間外労働規制について

一般則
【時間外労働の上限】
（例外）
・年720時間
・複数月平均80時間（休日労働含む）
・月100時間未満（休日労働含む）
年間6か月まで
（原則）
1か月45時間
1年360時間

2024年４月～
年960時間／月100時間（例外あり）※いずれも休日労働含む
A：診療従事勤務医に2024年度以降適用される水準
年1,860時間／月100時間（例外あり）※いずれも休日労働含む
B 特例水準（医療機関を特定）
地域医療確保暫定
C－1 C－2
集中的技能向上水準（医療機関を特定）
C－1：初期・後期研修医が、研修プログラムに沿って基礎的な技能や能力を修得する際に適用
※本人がプログラムを選択
C－2：医師養成機関の臨床従事６年目以降の者が、高度技能の育成が必要と必要な分野について、特定の医療機関で診療に従事する際に適用
※本人の発案により計画を作成し、医療機関が審査組織に承認申請

将来（暫定特例水準の解消（＝2035年度末）後）
将来に向けて継続方向
年960時間／月100時間（例外あり）※いずれも休日労働含む
A　C－1　C－2

※この（原則）については医師も同様。

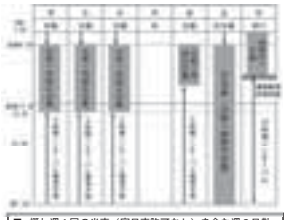
【追加的健康確保措置】
月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置（いわゆるドクターストップ）
＋ 連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル９時間の徹底・代償休息のセット（努力義務）
※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。
＋ 連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル９時間の徹底・代償休息のセット（義務）
＋ 連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル９時間の徹底・代償休息のセット（義務）
※初期研修医については連続長時間勤務を強化して徹底（代償休息不要）
＋ 連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル９時間の徹底・代償休息のセット（努力義務）
※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。
＋ 連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル９時間の徹底・代償休息のセット（義務）

※あわせて月155時間を超える場合には労働時間短縮の具体的取組を講ずる。

5

（A）・（B）の上限水準に極めて近い働き方のイメージ

（A）時間外労働年960時間程度ヶ週20時間 の働き方（例）



- □ 概ね週１回の当直（宿日直許可なし）を含む週６日勤務
- □ 当直日とその翌日を除く４日間のうち１日は半日勤務で、各日は１時間程度の時間外労働（早出又は残業）
- □ 当直明けは昼まで
- □ 年間80日程度の休日（概ね４週６休に相当）

（B）時間外労働年1,800時間程度ヶ週38時間の働き方（例）

- □ 概ね週１回の当直（宿日直許可なし）を含む週６日勤務
- □ 当直日とその翌日を除く４日間の週は早出又は残業を含め平均14時間弱の勤務
- □ 当直明けは昼まで
- □ 年間80日程度の休日（概ね４週６休に相当）

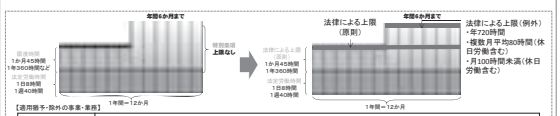
※勤務間インターバル９時間、連続勤務時間制限28時間等を適守して最大まで勤務する場合の年間時間外労働は、法定休日年間52日のみ見込むと2,300時間程度、（A）・（B）と同様に80日程度の休日を見込むと年2,100時間程度となる。

6

働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律

時間外労働の上限規制の導入（労働基準法の改正）

○ 時間外労働の上限について、月45時間、年360時間を原則とし、臨時的な特別な事情がある場合でも年720時間、単月100時間未満（休日労働含む）、複数月平均80時間（休日労働含む）を限度に設定。



【適用猶予・除外の事業・業務】

自動車運転の業務	改正法施行５年後に、時間外労働の上限規制を適用。上限時間は、年９６０時間とし、将来的な一般則の適用について引き続き検討する旨を附則に規定。
建設事業	改正法施行５年後に、一般則を適用。（ただし、災害時における復旧・復興の事業については、１か月１００時間未満・複数月平均８０時間以内の要件は適用しない。この点についても、将来的な一般則の適用について引き続き検討する旨を附則に規定。）。
医師	改正法施行５年後に、時間外労働の上限規制を適用。 具体的な上限時間等は長時間化を防ぐためとした、医療界の自主的な取組の場において、規制の具体的あり方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得る。
鹿児島県及び沖縄県における砂糖製造業	改正法施行５年間は、１か月１００時間未満・複数月８０時間以内の要件は適用しない。（改正法施行５年後に、一般則を適用）
新技術・新商品等の研究開発業務	医師の面接指導（例）、代替休暇の付与等の健康確保措置を設けたとで、時間外労働の上限規制は適用しない。 ※時間外労働が一定時間を超える場合には、事業主は、その者に必ず医師による面接指導を受けさせなければならないこととする。（労働安全衛生法改正）

※行政執行上、当分の間、中小事業者対し新労基法第36条第６項の勤務及び脳導を行うに当たっては、中小企業における労働時間の動向、人材の確保の状況、取引の実態等を踏まえて行うよう配慮するものとする。（経過措置）

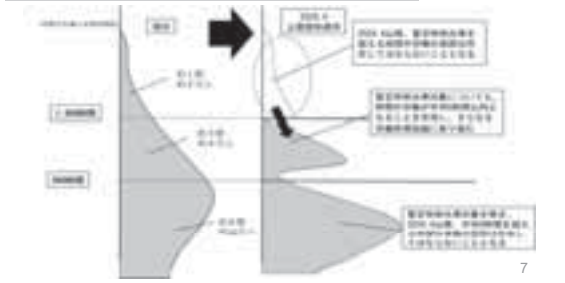
＜参照条文：改正後の労働基準法第36条＞
７．原生労働大臣は、労働時間の延長及び休日の労働を適正なものとするため、第一項の協定で定める労働時間の延長及び休日の労働について留意すべき事項、時短労働時間の延長に係る割増賃金の率その他の必要な事項について、労働者の健康、福祉、時間外労働の動向その他の事情を考慮して指針を定めることができる。
８．行政官庁は、第七項の指針に関し、第一項の協定をする使用者及び労働組合又は労働者の過半数を代表する者に対し、必要な助言及び指導を行うことができる。

3

2024年4月とその後に向けた改革のイメージ②

- □ 2024.4以降、地域医療確保暫定特例水準・集中的技能向上水準を超える時間外労働の医師は存在してはならないこととなり、地域医療確保暫定特例水準対象の医師についても、時間外労働が年960時間以内となるよう労働時間短縮に取り組んでいく。

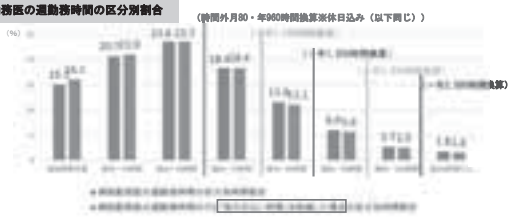
病院勤務医の働き方の変化のイメージ　※集中的技能向上水準の対象業務を除く



7

病院勤務医の週勤務時間の区分別割合

病院勤務医の週勤務時間の区分別割合　（時間外80・年960時間換算※休日込み（以下同じ））



＜集計・推計の前提＞

病院勤務医の週勤務時間	「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）結果をもとに医政局医療経営支援課で作成。病院勤務の常勤医師のみ。勤務時間は「診療時間」「診療外時間」「待機時間」の合計。
病院勤務医の週勤務時間のうち「指示のない時間」を削減した場合	「病院勤務医の勤務実態に関する研究」（平成29年度厚生労働行政推進調査事業費「病院勤務医の勤務実態に関する調査研究」研究班）の集計結果から、「診療外時間」（教育、研究、学習、研修等）における上司等からの指示（黙示的な指示を含む。）がない時間（調査票に「指示無」を記入）が4.4%であることを踏まえ、上記「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」における個票の診療外時間より削減した。

➡ 赤いグラフにおける分布の「上位10%」＝年1,904時間

※1,860時間は、雇用管理の便宜上、12月で割り切れるきりのよい近似値としたもの。

9

医師の長時間労働の要因・背景

「医師の働き方改革に関する検討会　中間的な論点整理」（H30.2.27）「2　医師の勤務実態の分析状況と今後の検討に関する論点」より

（医師の長時間勤務とその要因）
□ 緊急対応、手術や外来対応等の延長をもたらしているのは、
・救急搬送を含む診療時間外に診療が必要な患者や、所定の勤務時間内に対応しきれない長時間の手術、外来の患者数の多さ、
・医師はそれらに対応しなければならないとする応召義務の存在、
・タスク・シフティング（業務の移管）が十分に進んでいない現場の勤務環境、
・求めに応じ質の高い医療を提供したいという個々の医師の職業意識の高さ、
等であると考えられる。こうした患者対応に伴う事務作業が多いことも要因の一つとして指摘されているほか、患者側の都合により診療時間外での患者説明に対応せざるをえない、診療時間外の看取り時でも主治医がいることが求められる等によっても時間外勤務が発生している。

「医師の働き方改革に関する検討会　報告書」（H31.3.28）「1．医師の働き方改革に当たっての基本的な考え方（1）医師の働き方改革を進める基本認識」より

□ 医師の長時間労働の背景には、個々の医療機関における業務・組織のマネジメントの課題のみならず、医師の需給や偏在、医師の養成の在り方、地域医療提供体制における機能分化・連携が不十分な地域の存在、医療・介護連携や国民の医療のかかり方等における様々な課題が絡み合って存在している。また、個々の医師の健康確保と、医療の質や安全の確保は表裏一体であり、ともに進めていく必要がある。

8

医師の長時間労働への対策

「医師の働き方改革に関する検討会　報告書」(H31.3.28)「2. 働き方改革の議論を契機とした、今後目指していく医療提供の姿」より

（労働時間短縮を強力に進めていくための具体的方向性）

□ その上で、医師の労働時間の短縮のために、

・*医療機関内の*マネジメント改革（管理者・医師の意識改革、医療従事者の合意形成のもとでの業務の移管や共同化（タスク・シフティング、タスク・シェアリング）、ICT等の技術を活用した効率化や勤務環境改善）、

・*地域医療提供体制における*機能分化・連携、プライマリ・ケアの充実、集約化・重点化の推進（これを促進するための医療情報の整理・共有化を含む）、医師偏在対策の推進、

・上手な医療のかかり方の周知、

を、全体として徹底して取り組んでいく必要がある。特に、地域医療提供体制における機能分化・連携、集約化・重点化の推進に関しては、個々の医療機関レベルでの努力には限界があり、地域医療構想と連動した取組などが重要である。

□ 医療機関内の取組
□ 医療行政における取組
□ 住民の関わり

この3つが不可欠

9

当直明け負担軽減の取組状況

第11回医師の働き方改革に関する検討会（H30.11.9）資料３より

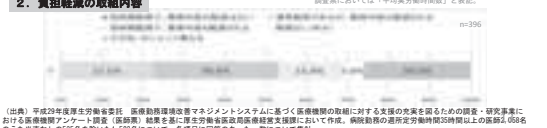
□ 当直明けの負担軽減として、短時間勤務、業務内容の軽減、休暇等の対応が取られている。
□ こうした取組は、当直１回当たりの実労働時間数が長い医師について実施されている割合が高く、勤務負担の実態を踏まえた対応がなされていることがわかる。

１．当直明けの勤務割（軽減の取組状況）

（当直１回当たりの実働時間数（※）ごと）

※「患者対応など通常勤務と同様の業務を行った時間数」であり、調査票においては「平均実労働時間数」と表記。

２．負担軽減の取組内容



（出典）平成29年度厚生労働省委託　医療勤務環境改善マネジメントシステムに基づく医療機関の取組に対する支援の充実を図るための調査・研究事業における医療機関アンケート調査（医師票）結果を基に厚生労働省医政局医療経営支援課において作成。病院勤務の週所定労働時間35時間以上の医師2,058名のうち当直なしの535名を除いた1,523名について、各項目に回答のあったn数について集計。

本日ご説明する内容

１．医師の働き方改革について

(1) 医師の長時間労働への対策の観点から

～勤務実態・上限規制の骨格・背景にある診療業務の特殊性・対策の考え方

(2) 医師の健康確保の観点から

～実態と課題・対応の方向性

２．個別論点

(1)　宿日直・研鑽の考え方について

(2)　（Ｂ）水準、（Ｃ）水準対象医療機関の特定について

(3)　看護師特定行為研修について

10

医師の健康確保に向けて

報告書概要資料より

		（A）水準	（B）水準	（C）水準
36協定締結で時間数の上限	①通常の時間外労働（休日労働を含まない）	月45時間以下・年360時間以下		
	②「臨時的な必要がある場合」（休日労働を含む）	月100時間未満（ただし下表の面接指導等を行った場合には例外あり）		
		年960時間以下	年1,860時間以下	
③36協定によっても超えられない時間外労働の上限時間（休日労働を含む）		月100時間未満（例外につき同上）		
		年960時間以下	年1,860時間以下	
適正な労務管理（労働時間管理等）		一般労働者と同様の義務（労働基準法、労働安全衛生法）		
医師労働時間短縮計画の作成によるＰＤＣＡの実施		現行どおり（勤務環境改善の努力義務）	義務	
追加的健康確保措置	連続勤務時間制限28時間※１（宿日直許可なしの場合） 勤務間インターバル９時間 ※２	努力義務（②が年720時間等を超える場合のみ）	義務	
	面接指導（睡眠・疲労の状況の確認を含む）・必要に応じ就業上の措置（就業制限、配慮、禁止）	時間外労働が月100時間以上となる場合は義務（月100時間以上となる前に実施※３）		

※さらに、時間外労働月155時間超の場合には労働時間短縮の措置を講ずる。

□ 追加的健康確保措置については医事法制・医療政策における義務付け、実施状況確認等を行う方向で検討（３６協定にも記載）。面接指導については労働安全衛生法上の義務付けがある面接指導としても位置づける方向で検討。

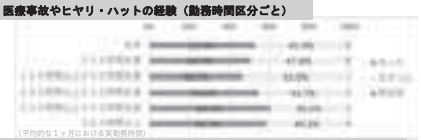
※１　（Ｃ）－１水準が適用される初期研修医の連続勤務時間制限については、28時間ではなく１日ごとに確実に疲労回復させるため15時間（その後の勤務間インターバル９時間）又は24時間（同24時間）とする。
※２　長時間の手術や急患の対応等のやむを得ない事情によって例外的に実施できなかった場合には、代償休息によることも可能（（Ｃ）－１水準が適用される初期研修医を除く）。
※３　時間外労働実績が月80時間超となった段階で睡眠及び疲労の状況についての確認を行い、（Ａ）水準適用対象者の場合は疲労の蓄積が確認された者について、（Ｂ）・（Ｃ）水準適用対象者の場合は全ての者について、時間外労働が月100時間以上となる前に面接指導を実施。

働き方と医療安全との関係

第12回医師の働き方改革に関する検討会（H30.11.19）資料２より

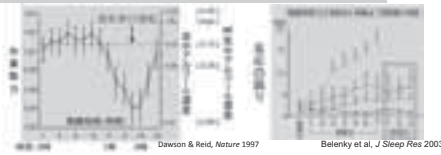
□ 医療事故やヒヤリ・ハットを経験した割合は、勤務時間が長くなるほど上昇する。
□ 睡眠不足は、作業能力を低下させたり、反応の誤りを増加させたりすることがわかっている。

１．医療事故やヒヤリ・ハットの経験（勤務時間区分ごと）



（出典）平成29年度厚生労働省・文部科学省委託「過労死等に関する実態把握のための労働・社会面の調査研究事業報告書（医療に関する調査）」

２．睡眠と作業能力の関係（第５回検討会　高橋正也参考人報告資料より抜粋）



Dawson & Reid, *Nature* 1997　　Belenky et al, *J Sleep Res* 2003

11

本日ご説明する内容

１．医師の働き方改革について

(1) 医師の長時間労働への対策の観点から

～勤務実態・上限規制の骨格・背景にある診療業務の特殊性・対策の考え方

(2) 医師の健康確保の観点から

～実態と課題・対応の方向性

２．個別論点

(1)　宿日直・研鑽の考え方について

(2)　（Ｂ）水準、（Ｃ）水準対象医療機関の特定について

(3)　看護師特定行為研修について

15

連続勤務・勤務間インターバルの実態

第11回医師の働き方改革に関する検討会（H30.11.9）資料３より

□ 調査を実施した平成２９年６月一ヶ月間における最長の連続勤務時間は、「３２～３６時間未満」が約４割、「３６時間以上」が約２割。次の勤務開始までの間隔（勤務間インターバル）の最短は、勤務割上は「１１時間以上が６割超と最も多いが、実際には、「９時間未満」が４割超と最も多い。

１．最長の連続勤務時間（※）の状況

※平成29年６月のある勤務日の勤務開始から終了までの時間が最も長い時間（最も長く職場にいた時間）について、当直（宿直・日直）時間を含む勤務割上の最長拘束時間を調査したもの。

２．最短の勤務間インターバル（※）の状況

※平成29年６月のある勤務日の勤務（時間外労働を含む。）の終了から次の勤務の開始までの間隔が最も短い時間について、勤務割上の最短時間と実際の最短時間を調査したもの。

（出典）平成29年度厚生労働省委託　医療勤務環境改善マネジメントシステムに基づく医療機関の取組に対する支援の充実を図るための調査・研究事業における医療機関アンケート調査（医師票）結果を基に厚生労働省医政局医療経営支援課において作成。病院勤務の週所定労働時間35時間以上の医師2,058名のうち、各項目に回答のあったn数について集計。

医師の労働時間にかかる論点の取扱い（宿日直）

報告書添付参考資料より

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当たる。

例えば
8:30　17:30　翌8:30

日勤帯（所定内労働時間）

当直帯（15時間程度）

様々な実態
- ほとんど実働がない、いわゆる「寝当直」
- 救命救急センター等、ほぼ一晩中実働である
- その中間

□ （原則の考え方）指示があった場合には即時に業務に従事することを求められている場合は、手待時間として労働時間。
□ （特例）労働密度がまばらであり、労働時間規制を適用しなくとも必ずしも労働者保護に欠けることのない一定の断続的労働⇒労働基準監督署長の許可を受けた場合に労働時間規制を適用除外。
（※この場合、15時間程度のうち実働した時間のみが規制対象）
□ 許可に当たっては、①一般的許可基準（昭和22年発出）と、②医師、看護師用の詳細な許可基準（昭和24年発出）により判断。今後、②について、第９回検討会でお示しした案を元に、**許可対象である「特殊の措置を必要としない勤務の、又は短時間の業務」の例示を明確化して示すこととしたい**。

（第９回検討会にお示しした案に、ご議論を踏まえた修正をしたもの）
- 「病棟当直において、少数の要注意患者の状態の変動への対応について、問診等による診察、看護師等他職種に対する指示、確認を行うこと」
- 「外来患者の来院が通常想定されない休日・夜間（例えば非輪番日であるなど）において、少数の軽症の外来患者や、かかりつけ患者の状態の変動について、問診等による診察、看護師等他職種に対する指示、確認を行うこと」

※なお、休日・夜間に結果的に入院となるような対応が生じる場合があっても、「昼間と同態様の労働に従事することが稀」であれば、宿日直許可は取り消さない。

16

医師についての宿日直許可基準のポイント

「医師、看護師等の宿日直許可基準について」（令和元年７月１日基発0701第８号労働基準局長通達）・「医師等の宿日直許可基準及び医師の研鑽に係る労働時間に関する考え方についての運用に当たっての留意事項について」（令和元年７月１日基監発0701第１号労働基準局監督課長通達）より

◆ 医師、看護師等（以下「医師等」という。）の宿日直勤務についての許可基準の細目を示すものであり、医療法第16条に定める宿直中の勤務の実態が次に該当すると認められるものについてのみ労働基準法施行規則第23条の許可を与えるもの。
◆ 本通達をもって、昭和24年３月22日付け基発第352号「医師、看護婦等の宿直勤務について」は廃止。
◆ 今般、１(2)の例示等の追加の明確化が図られたところであるが、従前の許可基準を変更するものではない。

１　医師等の宿日直勤務については、次に掲げる条件の全てを満たし、かつ、宿直の場合は夜間に十分な睡眠がとり得るものである場合には、宿日直の許可を与えるよう取り扱うこと。
(1) 通常の勤務時間の拘束から完全に解放された後のものであること。すなわち、通常の勤務時間終了後もなお、通常の勤務態様が継続している間は、通常の勤務時間の拘束から解放されたとはいえないことから、その間の勤務については、宿日直の許可の対象とはならないものであること。

(2) 宿日直中に従事する業務は、一般の宿日直業務以外には、特殊の措置を必要としない軽度の又は短時間の業務に限ること。例えば、次に掲げる業務等をいい、下記２に掲げるような通常の勤務時間と同態様の業務は含まれないこと。
・　医師が、少数の要注意患者の状態の変動に対応するため、問診等による診察等（軽度の処置を含む。以下同じ。）や、看護師等に対する指示、確認を行うこと
・　医師が、外来患者の来院が通常想定されない休日・夜間（例えば非輪番日であるなど）において、少数の軽症の外来患者や、かかりつけ患者の状態の変動に対応するため、問診等による診察等や、看護師等に対する指示、確認を行うこと【注：このほか、看護職員についての例示も今般追加】

（Ｂ）医療機関の指定の枠組みについて（案）（１）

第３回医師の働き方改革の推進に関する検討会（Ｒ元. 10. 5）資料２

（指定の申請の主体）
□ **各医療機関の開設者からの都道府県に対する申請に基づき、都道府県が指定を行う。**

（指定・取消要件）

【（Ｂ）水準】
□ 都道府県は（Ｂ）医療機関の指定に当たって、以下の要件全てに該当しているかを確認する。
①　医療機能が以下の類型に該当するか否か

◆「救急医療提供体制及び在宅医療提供体制のうち、特に予見不可能で緊急性の高い医療ニーズに対応するために整備しているもの」・「産業的に医療の確保が必要であるとして都道府県医療計画において計画的な確保を図っている「５疾病・５事業」」双方の観点から、
i　三次救急医療機関
ii　二次救急医療機関　かつ　「年間救急車受入台数1,000台以上又は年間での夜間・休日・時間外入院件数500件以上」　かつ「医療計画において５疾病５事業の確保のために必要な役割を担うと位置付けられた医療機関」
iii　在宅医療において特に積極的な役割を担う医療機関
iv　公共性と不確実性が強く働くものとして、都道府県知事が地域医療の確保のために必要と認める医療機関
（例）精神科救急に対応する医療機関（特に患者が集中するもの）、小児救急のみを提供する医療機関、へき地において中核的な役割を果たす医療機関
以上について、時間外労働の実態も踏まえると、あわせて約1,500程度と見込まれる。

◆特に専門的な知識・技術や高度かつ継続的な疾病治療・管理が求められ、代替することが困難な医療を提供する医療機関
（例）高度のがん治療、移植医療等極めて高度な手術・病棟管理、児童精神科等

②　36協定において年960時間を超える時間外・休日労働に関する上限時間の定めをすることがやむ　を得ない業務が存在すること
④の医師労働時間短縮計画に記載された時間外・休日労働の実績及び③の都道府県医療審議会の意見を踏まえ、36協定において年960時間を超える時間外・休日労働に関する上限時間の定めをすることがやむを得ない業務があると考えられること。

報告書添付参考資料より

医師の労働時間にかかる論点の取扱い（研鑽）

研鑽が労働時間に該当するかどうかについても、「使用者の指揮命令下に置かれているかどうか」により判断することとなるが、現場における医師の研鑽の労働時間管理の取扱いについて、第12回検討会でお示しした案を概ねの内容として、今後、考え方と適切に取り扱うための手続を示すこととしたい。

例えば
8:30　17:30
日勤帯（所定内労働時間）
時間外に残って研鑽を行っている時間

様々な実態
・　診療ガイドライン等の勉強
・　勉強会の準備、論文執筆
・　上司等の診療や手術の見学・手伝い

□ 医師の研鑽については、
・　医学は高度に専門的であることに加え、日進月歩の技術革新がなされており、
・　そのような中、個々の医師が行う研鑽が労働であるか否かについては、当該医師の経験、業務、当該医療機関が当該医師に求める医療提供の水準等を踏まえて、現場における判断としては、当該医師の上司がどの範囲を現在の業務上必須と考え指示を行うかによざるを得ない。
□ 労働に該当する範囲を医師本人、上司、使用者が明確に認識しうるよう、基本となる考え方を示すとともに、上司の指示と労働に該当するかどうかの判断との関係を明確化する手続等を示す。

研鑽の類型	考え方・手続
診療ガイドラインや新しい治療法等の勉強	・　一般的に、診療の準備行為等として、労働時間に該当。 ・　ただし、自由な意思に基づき、業務上必須ではない行為を所定労働時間外に自ら申し出て上司の指示なく行っていることが確認されていれば、労働時間に該当しないものとして取り扱う。
学会・院内勉強会等への参加や準備、専門医の取得・更新等	・　こうした研鑽が奨励されている等の事情があっても、自由な意思に基づき、業務上必須ではない行為を所定労働時間外に自ら申し出て上司の指示なく行う時間については、一般的に労働時間に該当しない。 ・　ただし、見学中に診療（手伝いを含む。以下同じ。）を行った時間は労働時間として取扱い、見学の時間中に診療を行うことが慣習化（常態化）している場合は、見学の時間すべてを労働時間として取り扱う。
当直シフト外で時間外に待機し、診療や見学を行うこと	

必要な手続等
□ 研鑽を行うことについての医師の申告と上司の確認（その記録）
□ 通常勤務と明確に切り分ける（突発的な場合を除き診療等を指示しない、服装等）

（Ｂ）医療機関の指定の枠組みについて（案）（２）

第３回医師の働き方改革の推進に関する検討会（Ｒ元. 10. 5）資料２・改

③　地域の医療提供体制との整合性（都道府県医療審議会の意見聴取）
（Ｂ）水準を適用することが地域の医療提供体制の構築方針（医療計画等）と整合的であること及び地域の医療提供体制全体としても医師の長時間労働を前提とせざるを得ないことについて、都道府県は、都道府県医療審議会の意見を聴く。（中略）このため、都道府県は、地域医療構想調整会議から協議の状況を都道府県医療審議会に報告させること等により地域医療構想との整合性を担保することも考えられるのではないか。

④　医師労働時間短縮計画の策定
（Ｂ）水準は、院内マネジメント改革を進めてもなお、地域に必要な医療提供体制の確保のために（Ａ）水準を超えざるを得ない場合に適用される水準であることから、（中略）医療機関は、年１回のＰＤＣＡサイクルにより計画の見直しを含めて、労働時間短縮に取り組む（第２回検討会で議論）ことから、年１回の医師労働時間短縮計画の都道府県への提出を求めることとしてはどうか。

⑤　評価機能による評価の受審
労働時間短縮の状況及び労働時間短縮に向けた取組状況について、評価機能による評価を受けていることを確認する。都道府県は、その評価結果を踏まえ、（Ｂ）水準の指定を行う。

⑥　追加的健康確保措置の実施体制の整備
都道府県は、労働時間短縮計画の記載により、面接指導の実施体制について確認するとともに、勤務間インターバル等については、医療機関からの指定申請の際、提出を求める診療体制表（シフト等）により実施体制を確認する。

⑦　労働関係法令の重大かつ悪質な違反がないこと
（略）労働時間に関する労働基準法の規定に違反したことにより、過去１年以内に送検され、公表された場合には、長時間労働が例外的に許容される医師を雇用する雇用主として不適格であるとし、（Ｂ）医療機関としての指定を認めないこととしてはどうか。

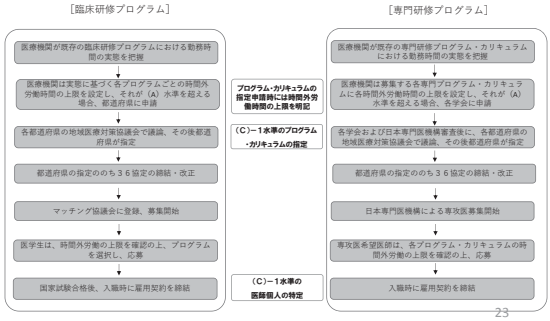
本日ご説明する内容

１．医師の働き方改革について
（1）医師の長時間労働への対策の観点から
～勤務実態・上限規制の骨格・背景にある診療業務の特殊性・対策の考え方
（2）医師の健康確保の観点から
～実態と課題・対応の方向性

２．個別論点
（1）　宿日直・研鑽の考え方について
（2）　（Ｂ）水準、（Ｃ）水準対象医療機関の指定について
（3）　看護師特定行為研修について

（参考）（Ｃ）－１水準の医師指定のフロー（イメージ）

第３回医師の働き方改革の推進に関する検討会（Ｒ元. 10. 5）資料２

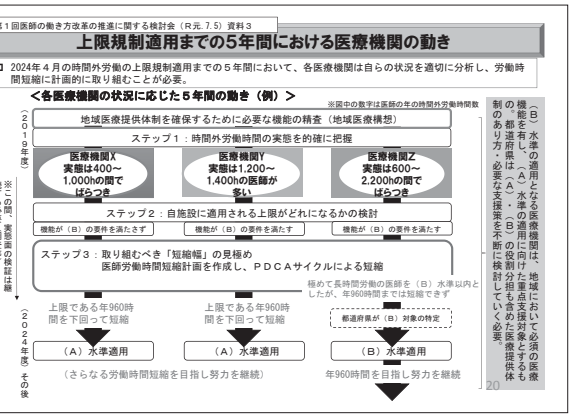


第１回医師の働き方改革の推進に関する検討会（Ｒ元. 7. 5）資料３

上限規制適用までの5年間における医療機関の動き

□ 2024年４月の時間外労働の上限規制適用までの５年間において、各医療機関は自らの状況を適切に分析し、労働時間短縮に計画的に取り組むことが必要。

＜各医療機関の状況に応じた５年間の動き（例）＞



（Ｃ）－２水準の指定の枠組みについて（案）

第３回医師の働き方改革の推進に関する検討会（Ｒ元. 10. 5）資料２

【（Ｃ）－２水準】

（分野の指定）
□ 報告書においては「我が国の医療技術の水準向上に向け、先進的な手術方法など高度な技能を有する医師を育成することが公益上必要である分野を審査組織（※）において指定する。」とされていたが、
□ （Ｃ）－２水準の分野については、厚生労働大臣が、審査組織における議論を踏まえて、「我が国の医療技術の水準向上に向け、先進的な手術方法など高度な技能を有する医師を育成することが公益上必要である分野」を指定することとしてはどうか。また、指定する分野は、以下の基本的な考え方に基づくこととしてはどうか。

［基本的な考え方］
（１）高度な技能が必要で、
（２）当該技能の習得およびその維持には相当程度の時間、関連業務への従事が必要で、
（３）関連業務の遂行にあたって、例えば、高度で長時間の手術等途中で交代するのが困難であることや、診療上、連続的に診療を同一医師が続けることが求められる分野

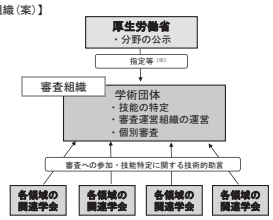
□ 習得対象となる技能の具体の内容を、習得に必要とされる症例数等も含めて、審査組織が示すとしてはどうか。
※ 示す内容は（Ｃ）－２水準の適用を求める医師が作成する「高度特定技能育成計画」の審査時に参照することを想定。
※ 審査組織は対象分野について議論するほか、医療機関の教育環境及び「高度特定技能育成計画」の内容を審査。

（C）－2の審査組織について（案）

第３回医師の働き方改革の推進に関する検討会（R元. 10.5）資料２

□ 審査組織については、技能の指定や審査業務に相当の専門性が必要になると想定されることから、学術団体等に協力を得る必要があるが、具体的な組織の運営方法については、以下のように、厚生労働省からの指定等の形とし、各学会から審査への参加や技術的助言を得ることとしてはどうか。

【審査組織（案）】



（※）法的な位置づけについては、今後更に検討

25

特定行為研修の研修内容等の見直し　概要

医道審議会保健師助産師看護師分科会看護師特定行為・研修分科会において、本制度の施行状況の評価等を踏まえ、特定行為研修の研修内容等について審議を行い、平成30年12月に意見取りまとめがされた。これを受け、平成31年4月26日に保健師助産師看護師法第37条の２第２項第１号に規定する特定行為及び同項第４号に規定する特定行為研修に関する省令の一部を改正する省令が公布された。本改正により領域別に特定行為をパッケージ化し研修することが可能となった。

特定行為研修における特定行為の領域別のパッケージ化について

■ **領域について**
在宅・慢性期領域、外科術後病棟管理領域、術中麻酔管理領域において、それぞれ実施頻度が高い特定行為をパッケージ化し研修することを可能とする。

■ **パッケージ化する特定行為について**
パッケージ化する特定行為については、各領域において一般的な患者の状態を想定し、実施頻度の高い特定行為を設定する。

■ **特定行為研修の内容及び時間数について**
共通科目及び区分別科目の研修内容について、科目横断的に学ぶことによる研修内容の精錬化を図り、各科目の内容及び時間数を変更する。

【共通科目】

科目	改正前時間数	改正後時間数
1 臨床病態生理学	45	30
2 臨床推論	45	45
3 フィジカルアセスメント	45	45
4 臨床薬理学	45	45
5 疾病・臨床病態概論	60	40
6 医療安全学	30	45
7 特定行為実践	45	
合計時間（共通科目）	315時間（100%）	250時間（79%）

【区分別科目：在宅・慢性期領域】

特定行為区分	特定行為	改正前時間数	改正後時間数
3 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連	気管カニューレの交換	21	8＋5症例
8 ろう孔管理関連	胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換	48	16＋5症例
	経皮ろうカテーテルの交換		
11 創傷管理関連	褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去	72	26＋5症例
	創傷に対する陰圧閉鎖療法		
15 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整	36	11＋5症例
	脱水症状に対する輸液による補正		
合計時間（共通科目＋区分別科目）		492時間（100%）	311（63%）＋各5症例

※ 研修すべき症例数は、行為の難易度に応じて5例又は10例程度（通常時間の2/3）

（B）、（C）－1、（C）－2水準の対象医療機関の指定要件

第１回推進検討会（7/5）資料を一部改変
改変箇所は下線

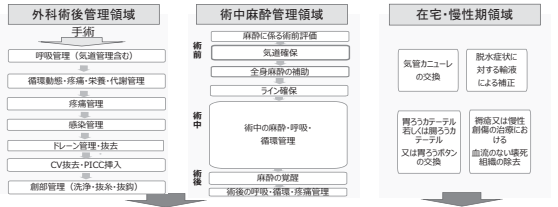
※要件となる項目に○

		（B）水準	（C）－１水準	（C）－２水準	備考
1	医療機関機能	○			
2	臨床研修病院又は専門研修ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ・ｶﾘｷｭﾗﾑ認定医療機関である		○		
3	高度特定技能を要する医師の育成・研鑽に十分な環境がある			○	設備、症例数、指導医等につき審査組織（国レベル）の個別判断を想定。
4	36協定において年960時間を超える協定をする必要がある	○	○	○	
	（「必要」について、合議での確認）	都道府県医療審議会の意見聴取		審査組織の意見聴取	
	（「必要」について、実績面の確認）	時短計画記載の実績値で判断	プログラム明示時間数（時短計画実績値とも整合）で判断	時短計画記載の実績値で判断	
5	医療計画と整合的である	○			都道府県医療審議会の意見聴取
6	時短計画が策定され、労働時間短縮の取組が確認できる	○	○	○	
7	時短計画の内容につき評価機能の評価を受けている	○	○	○	
8	追加的健康確保措置の実施体制が整備されている	○	○	○	面接指導体制については時短計画の記載内容、勤務間インターバル等については診療体制表（シフト表）等の添付等を想定
9	労働関係法令の重大かつ悪質な違反がない	○	○	○	都道府県労働局からの情報提供により確認

26

特定行為研修制度のパッケージ化によるタスクシフトについて

○ 特定行為に係る業務については、タイムスタディ調査等によると、全体の約３％程度、外科系医師に限れば約７％程度の業務時間に相当する。週100時間勤務の外科系医師の場合、週７時間程度の時間がこれに相当する。
○ 2024年までに特定行為研修パッケージの研修修了者を1万人程度養成することにより、こうしたタスクシフトを担うことが可能である。
○ 特に、病院においては、外科領域、麻酔管理領域（救急、集中治療領域等を含む。）における業務分担が進むことが期待される。



外科の術後管理や術前から術後にかけた麻酔管理において、頻繁に行われる一連の医行為を、いわゆる包括的指示により担うことが可能な看護師を特定行為研修のパッケージを活用して養成することで、看護の質向上及びチーム医療を推進。

在宅・慢性期領域において、療養が長期にわたる、もしくは最期まで自宅または施設等で療養する患者に柔軟な対応が可能に。

患者に対するきめ細やかなケアによる医療の質の向上、医療従事者の長時間労働の削減等の効果が見込まれる。

30

本日ご説明する内容

1．医師の働き方改革について
　(1) 医師の長時間労働への対策の観点から
　　～勤務実態・上限規制の骨格・背景にある診療業務の特殊性・対策の考え方
　(2) 医師の健康確保の観点から
　　～実態と課題・対応の方向性

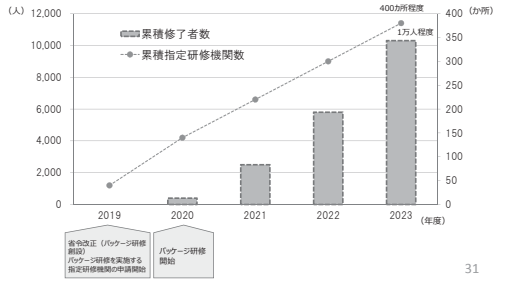
2．個別論点
　(1)　宿日直・研鑽の考え方について
　(2)　（B）水準、（C）水準対象医療機関の指定について
　(3)　看護師特定行為研修について

27

特定行為研修制度におけるパッケージ研修を修了した看護師の養成について

○ 特定行為研修制度については、今後パッケージ化による研修修了者の養成が進むと考えられるが、特定行為研修修了者全体の増加に取り組む中で、2023年度までにパッケージ研修の修了者として１万人の養成を目指す。

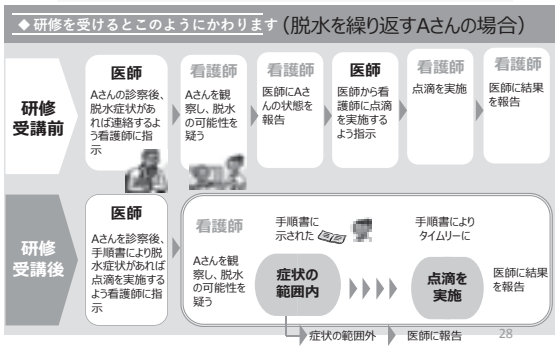
■ パッケージ研修に係る指定研修機関数及び研修修了者数見込み



31

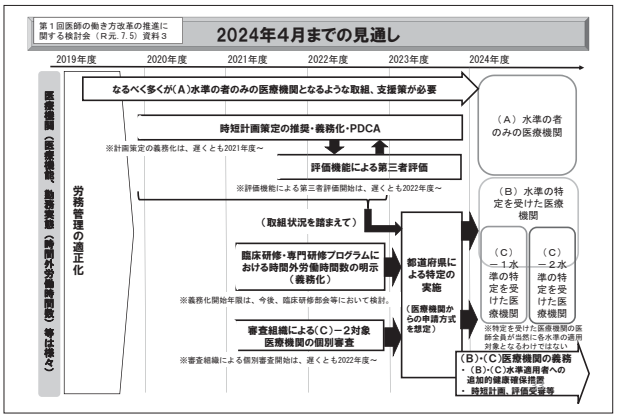
特定行為の実施の流れ（例）

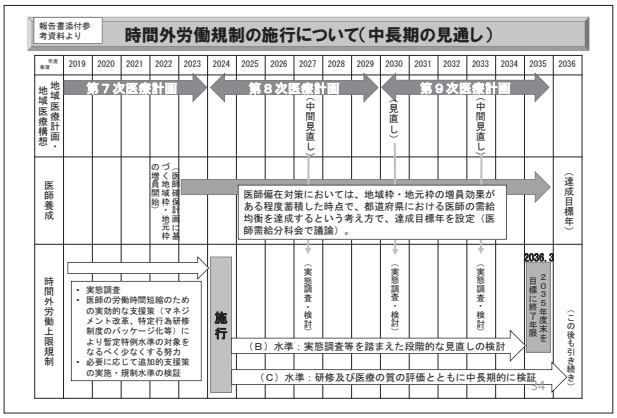
◆ 研修を受けるとこのようにかわります（脱水を繰り返すAさんの場合）



28

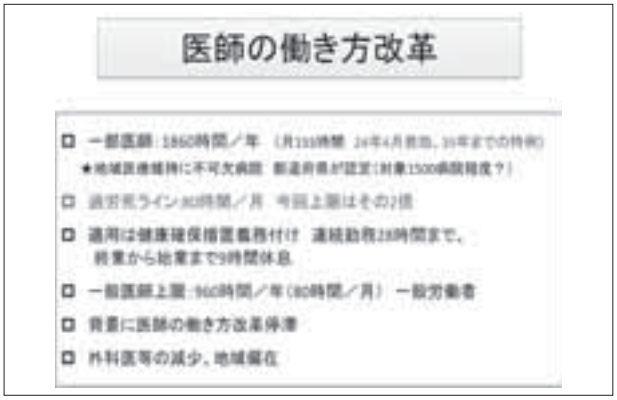
32


第１回医師の働き方改革の推進に関する検討会（R元. 7. 5）資料３
2024年4月までの見通し
2019年度
2020年度
2021年度
2022年度
2023年度
2024年度
医療提供面（医療機関、勤務医等）（時間外労働時間数）等は毎々）
労務管理の適正化
なるべく多くが（A）水準の者のみの医療機関となるような取組、支援策が必要
時短計画策定の推奨・義務化・PDCA
※計画策定の義務化は、遅くとも2021年度～
評価機能による第三者評価
※評価機能による第三者評価開始は、遅くとも2022年度～
（取組状況を踏まえて）
臨床研修・専門研修プログラムにおける時間外労働時間数の明示（義務化）
※義務化開始年限は、今後、臨床研修部会等において検討。
審査組織による（C）－２対象医療機関の個別審査
※審査組織による個別審査開始は、遅くとも2022年度～
都道府県による特定の実施
（医療機関からの申請方式を想定）
（A）水準の者のみの医療機関
（B）水準の特定を受けた医療機関
（C）－１水準の特定を受けた医療機関
（C）－２水準の特定を受けた医療機関
※特定を受けた医療機関の医師全員が当然に各水準の適用対象となるわけではない
（B）・（C）医療機関の義務
・（B）・（C）水準適用者への追加的健康確保措置
・時短計画、評価受審等


報告書添付参考資料より
時間外労働規制の施行について（中長期の見通し）
年度
2019
2020
2021
2022
2023
2024
2025
2026
2027
2028
2029
2030
2031
2032
2033
2034
2035
2036
地域医療計画・地域医療構想
第７次医療計画
第８次医療計画
第９次医療計画
（中間見直し）
（見直し）
（中間見直し）
医師養成
医師確保計画策定ガイドラインに基づく地域枠・地元枠の増員開始
医師偏在対策においては、地域枠・地元枠の増員効果がある程度蓄積した時点で、都道府県における医師の需給均衡を達成するという考え方で、達成目標年を設定（医師需給分科会で議論）。
（達成目標年）
時間外労働上限規制
・実態調査
・医師の労働時間短縮のための実効的な支援策（マネジメント改革、特定行為研修制度のパッケージ化等）により暫定特例水準の対象をなるべく少なくする努力
・必要に応じて追加的支援策の実施・規制水準の検証
施行
（実態調査・検討）
（実態調査・検討）
（実態調査・検討）
2036.3
2024年度末を目標に終了予定
（この後もさき続き）
（B）水準：実態調査等を踏まえた段階的な見直しの検討
（C）水準：研修及び医療の質の評価とともに中長期的に検証

「病院運営と働き方改革～現場の懸念」

地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構理事長
栗　谷　義　樹

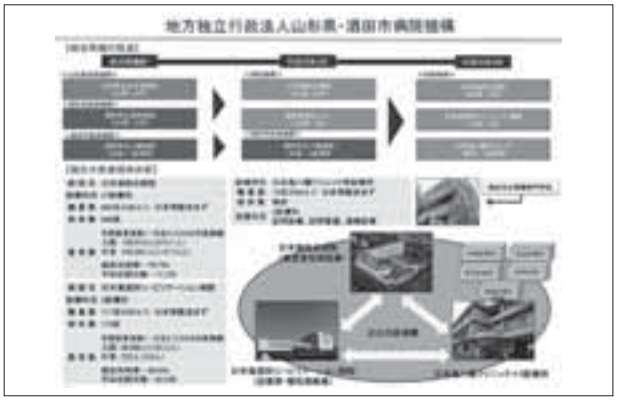


働き方改革関連法案は、去年の６月に成立して、今年４月から順次施行されています。医師については、24年の４月まで適用が猶予されていますけれども、一般職員についてはすでに適用が開始されています。今般の関連法では、残業時間の上限、月45時間以内と年間360時間が規定されて、違反した場合の罰則規定が明記されています。特段の事情がある場合、労使協定で特別条項を定めておけば、年６回まで、月45時間の条件を超える残業が認められます。この場合も、残業は年間720時間以内、休日労働を含めて月100時間未満かつ２カ月から６カ月までの平均が休日労働を含めて月80時間以内でないと、やはり罰則規定が適用されます。

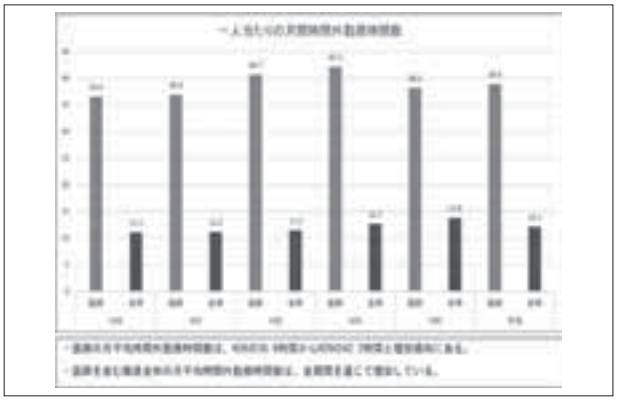
一方、勤務医の時間外労働は、４割が年間960時間を超えると言われていまして、厚労省は、本年３月に、勤務医に適用する残業時間の上限規制の枠組みをまとめました。やむを得ない一部医師については、年1,860時間が上限とされています。過労死ラインと言われる月80時間の２倍近くにせざるを得ない背景には、医師の働き方改革が進まない現状があります。一般医師の上限は原則年960時間として、2024年４月から適用されて、地域医療維持に不可欠な病院は35年度までの特例で年1,860時間とされましたけれども、救急車の受入れ件数などを加味した二次救急病院などに一定の要件を設けて、都道府県が選定するということになっています。

厚労省が1,860時間の根拠としたのは、勤務医の約１割で残業時間が年1,900時間を超えているという実態があります。長時間労働の根本にあるのは医師と診療科の偏在です。医師総数自体は28年頃に不足が解消される見通しと言われていますけれども、外科・産婦人科の医師数は20年前とほとんど変わっておらず、若い外科医の約４割は月240時間の残業との報告すらあります。一方、今年８月の日本病院学会では、調査回答病院の32％が今般の医師の働き方改革で労働環境は改善しないとの日本病院会調査を報告しています。最多理由は、勤務医不足が解消

されないことで、働き方改革を実現するには医療の縮小か勤務医の増員しかなくて、これがもし実行できなければ、再編統合しか残されていないとの見方を示しています。

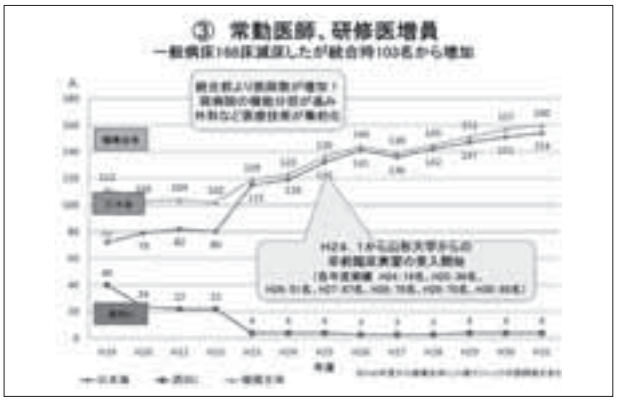


当病院機構は、2008年、県立、市立の２つの自治体病院の統合再編で設立された、地方独立行政法人です。急性期の日本海総合病院と回復期の酒田リハビリテーション病院を運営しています。また、昨年４月から無償診療所化した市立八幡クリニックなど、６つの診療所を編入しています。



平成26年からの医師の月平均時間外の勤務時間数です。診療科別では、外科、心臓血管外科、消化器内科、産婦人科が、月の最大時間外が120時間近くと多くなっています。１人当たり時間外では、一昨年の42.2時間まで経年的には増加傾向でいましたけれども、昨年は減少しておりまして、他の急性期病院に比べるとそんなに多くはない方だというふうに思われます。

医師の時間外が比較的安定しているのは、平成20年の２病院の統合再編で、独立行政法人化して、その後に医師数が増えたことと関連しています。資料



は、統合前年から本年４月までの、研修医を含む常勤医師数の推移です。統合翌年には、統合前の両病院合計数から９人減少しました。その後、平成23年あたりから増加に転じて、今年度は初期研修医22名を含む160名となり、結果的に統合再編前の両病院の合計医師数より48名増えています。地域により若干条件が異なると思いますけれども、病院の再編統合は、医師の集約化と増員に重要な要因の一つになりうることを示していると考えています。

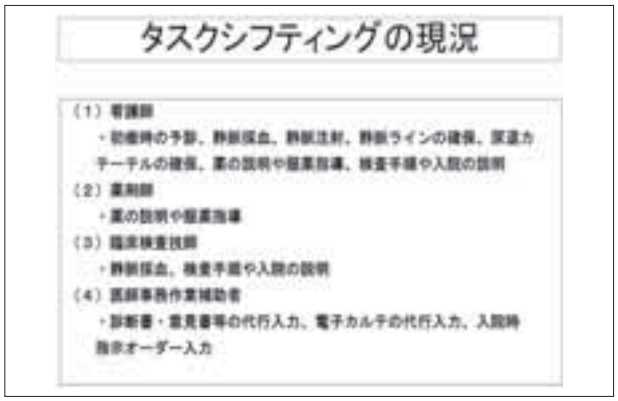
他にも、応援医師を地域で融通し合って、助け合う仕組みを作っているのも、時間外の減少に大きく寄与しています。資料は、病院機構が受けている、大学以外からの地域内での応援医師の派遣状況です。地区医師会からは、10の診療科への診療支援、研修も含めますけれども、これが行われています。ほとんどは、病院にかつて勤務していて開業された先生方です。当院は救命救急センターと同じ区域に、市立の診療所を併設していますけれども、ここに地区医師会から交代で診療業務についていただいています。また、運営するリハビリテーション病院の日当直業務へも医師会からの支援が行われています。

病院機構が行っている医師支援派遣の状況です。鶴岡市立荘内病院の診療支援や、市内の本間病院、精神科単科の山容病院への日当直の支援、消化器内科クリニックや検診センターなどへの応援を出しています。当地域は昨年４月に地域医療連携推進法人を立ち上げましたけれども、この中に地区医師会をはじめ３医師会が参加していることが、地域で効率的な医療提供を行う上で大きく役立っていると考えています。

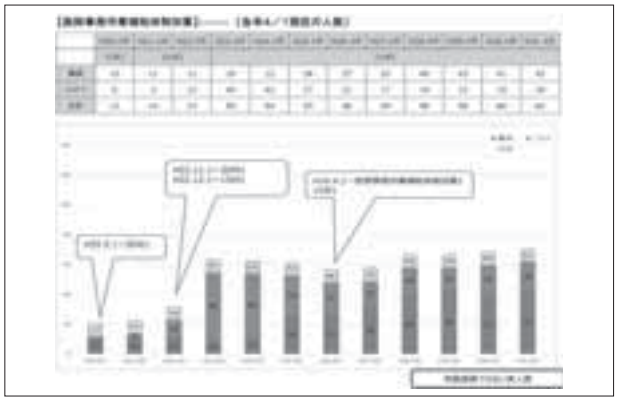
医師の働き方改革支援への病院としての取組みについて、いくつか紹介します。医師数が潤沢であれば、問題のかなりの部分は解決するでしょうけれども、通常は複数の対応策を組み合わせる必要があって、当病院機構では女性医師支援、タスクシフティング、医師事務作業補助者、ＡＩ等のシステムの活用、救急車からの心電図伝送、主治医制度の見直し等々を組み合わせて運用しています。

資料は女性医師支援でありますけれども、短時間正職員制度、院内保育所、病児・病後児保育などがあります。

タスクシフティングの状況です。病院統合以来、



常設の業務改善委員会で、資料に挙げたような、様々なワークフローの見直しを行ってきています。

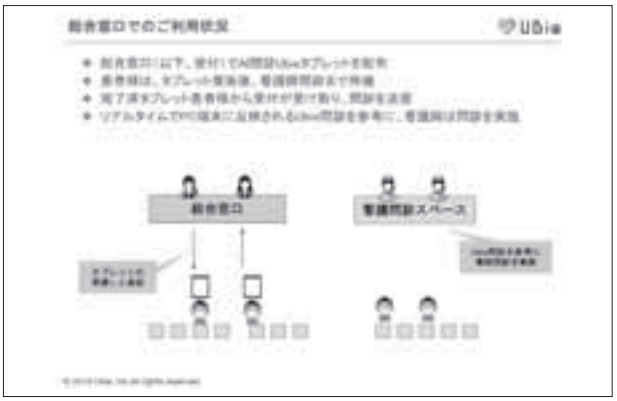


当病院機構の医師、事務作業補助者数と関連加算取得の推移です。常勤換算ではない実人数ですけれども、平成23年から積極的に拡大して、地方では採用がなかなか困難ですけれども、微増傾向にはあります。

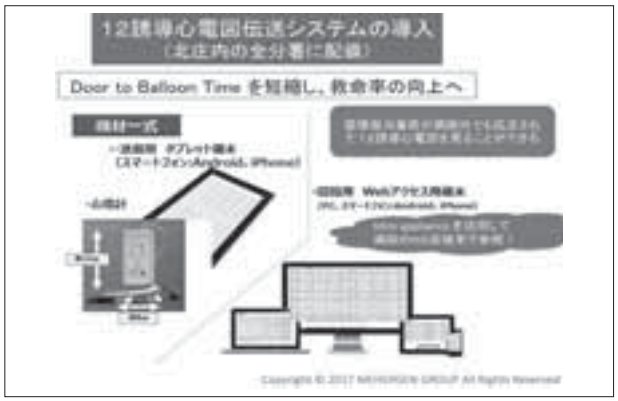
ＡＩ等を活用した対応として、問診票をタブレットでデジタル化、個別化した、ＡＩ問診のUbieを去年の８月から導入しました。患者の既往や回答に応じて、随時質問が変化してきます。ＡＩが疑わしい疾患を考えながら質問するので、より深堀りした

事前の問診が可能になります。診察室では、事前問診内容から疑わしい疾患を想定した上で、対面で重要なコミュニケーションや診察を行うことが可能になり、追加問診や診察所見、検査所見を追記するだけでカルテが完成します。

問診に使用した同じタブレットの端末で、お薬手帳を撮影すると、印字文字がテキストデータ化されて、薬のデータベースと照合されます。それにより、医師側の画面にお薬手帳に記載された薬剤の効能や先発薬、合薬の場合は配合されている薬の内容など、様々な薬剤情報が一覧で表示されます。このことで、お薬手帳をスキャンする手間や、ゼロからカルテに打ち込む作業や、薬の内容を調べる手間が削減されます。



昨年８月に救急科と内科で試験的に導入を開始して、10月から全科に導入しました。導入後の効果の検証ですけれども、患者在室時間は変わらなかったですけれども、内容をカルテに記載する時間は平均で８分ほど短縮されて、外来診察の回転が早くなり、結果的に待ち時間の短縮と医師負担軽減に貢献しているものと考えています。



資料は救急車からの12誘導心電図の伝送システム、SCUNAについてです。本年２月から酒田地区で本格的に導入しました。北庄内の救急隊分署10カ所に配備されて、運用が始まっていますけれども、循環器当番医が伝送された心電図を病院外でもスマホなどで見ることができて、ＰＣＩチームが救命センターに駆け付ける回数などが今までより格段に効率化されて、時間外の削減につながっています。この他にも、連携施設の患者ＩＤ番号を共有して、救急対応解除を許可している施設間で、診療情報の取得と解除を自動的に行うＥＭＳを運用しておりまして、救命への事前対応をできるだけ効率的に行うシステ

ムを利用しています。

働き方改革には、この他にも資料に挙げたような様々な関連制度が盛り込まれておりまして、厳密に適用されると、事業縮小で対応する以外に方法がない医療機関も相当数出ると思われ、何らかの診療報酬上の手当なども必要になると思われますけれども、明確な方向性は今のところ不明で、迷走しそうであります。

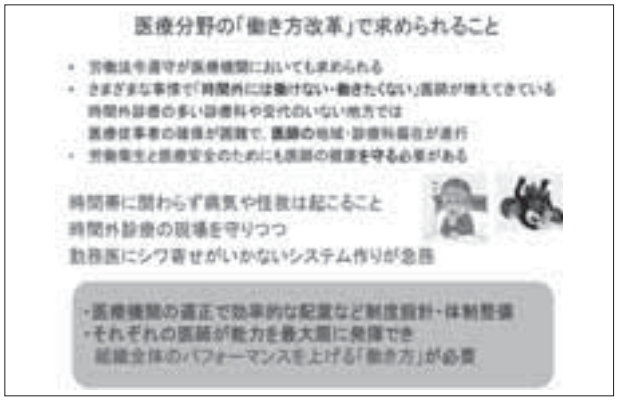
最後に、働き方改革関連法案について感想を述べます。夢中で仕事をしていれば気づかずに時間が過ぎるということは日常的にあることで、法律で帰って良いと言われて帰れる職場なんてありません。長時間労働の是正は必要ですけれども、上限超え残業を一律に規制することで、果たして働きやすくなるんでしょうか。特に医師の場合、十把一絡げで規制して良いのか疑問は残ります。残業時間の上限規制は、現在は大企業だけですけれども、来年４月から適用される中小企業は、おそらく対応は困難になるでしょう。今回改定では、労働時間の把握義務まで制定されて、労基署に提出する資料は膨大になって、中小企業や医療機関にとってはかなりの負担になります。制度全般への懸念も少し残ります。現在、日本の全企業数の99.7％は437万社と言われる中小企業で、全従業員数の70％を抱えていると言われます。2025年以降は、高齢化、高齢難、後継難、経営難のために127万社が廃業して、650万人の雇用とＧＤＰ22兆円分が失われると予想されております。この時期に、働き方改革が最悪のタイミングで、わが国の産業構造の根幹に重大な影響を与える懸念というのは全くないのでしょうか。杞憂に終わることを祈りたい気分でありますけれども、なんとか無事にこれが乗り切られて欲しいなというふうに、心底思っております。以上であります。ご清聴ありがとうございました。

「チームで支え合う働き方を目指して
～誰もが活躍できるために～」

日本赤十字社医療センター第一産婦人科部長
木　戸　道　子

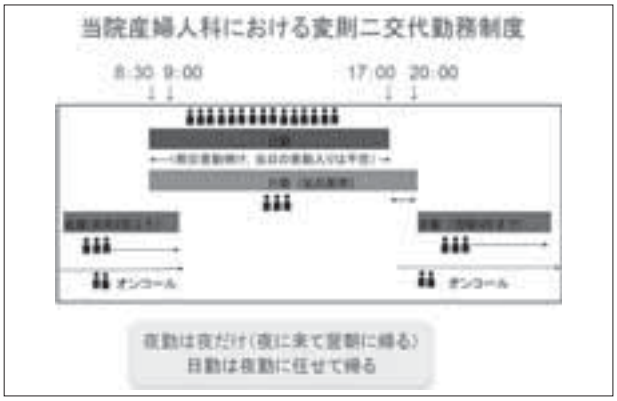
皆様、こんにちは。私は、日本赤十字社医療センターの部長をしております。私の病院は、東日本最大級の分娩施設で、年間分娩数は約３千件で、母体救命搬送対応の総合周産期センターです。業務量も多く、働き方改革を真っ先に進めなきゃいけない病院です。私は、臨床医をしながら日本産婦人科学会や日本医師会、厚生労働省などにおいて様々な医療政策に、勤務医として、女性医師として現場からの意見を届ける活動も一緒に進めています。本日はこのような機会を与えていただき有難うございます。

これは、興味深いデータですが、１年365日のうち、いわゆる平日の昼間というのはわずか２割に過ぎません。残りの約７割は、いわゆる夜間・休日にあたります。この、いわゆる時間外診療を担うことは非常に重要ですが、大きな病院であってもマンパワーは約10分の１になります。限られた人員・検査・設備で対応しなければならなくとも、患者さんはそれなりのハイレベルの医療を要求してきます。応急処置だけではとても満足していただけません。最善を尽くしても、やはりクレームや訴訟トラブルが起こることもあります。コンビニ受診も昨今は多くなっております。また、女性医師で子育て中では当直免除になることも多いですが、こうした時間外に働かない方と業務の不公平感が出ています。当直翌日も働かなければならないので応需のインセンティブが低くなり、いわゆる「たらいまわし」が起こりがちです。特に私ども産科では、時間外、時間に関わらず陣痛が来たり破水したりしますので、なかなか仕事の予想が難しい。そこでオンコールが必要になります。お母さんと赤ちゃんの２つの命を預かりますし、正常かと思っていたら急変することもよくあります。産科は、少子化対策とも直結しておりますので、単純に集約化するというのも非常に難しいところです。

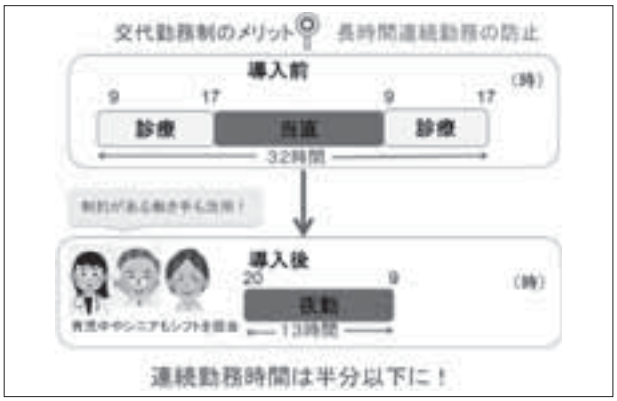


医療分野の「働き方改革」では、これから法令順守が求められてまいりますが、時間外に働けないとか、働きたくないという医師も増えて来ています。

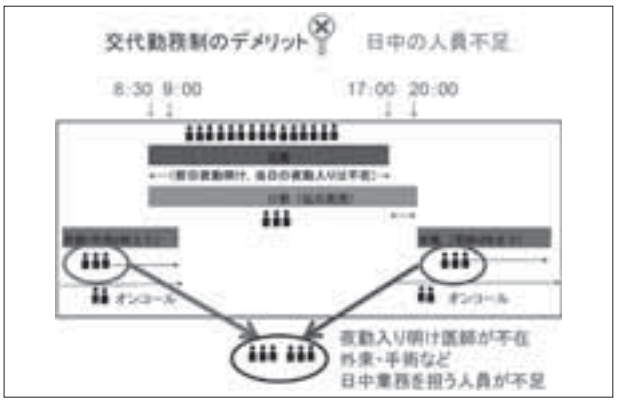
そうして地域偏在、診療科偏在が進行しています。ただ、その中で労働衛生、医療安全のためにも、医師の健康を守る、地域医療と医師の健康を両立させることが求められています。ただ、時間帯に関わらず、病気や怪我は起こりますので、現場をきちんと守りつつ、勤務医にしわ寄せが行かないシステムづくりが急務だと思います。行政できちんと制度設計をしていただくとともに、それぞれの施設で、各ドクターが持つ能力を最大限に発揮できるような働き方改革が必要になります。



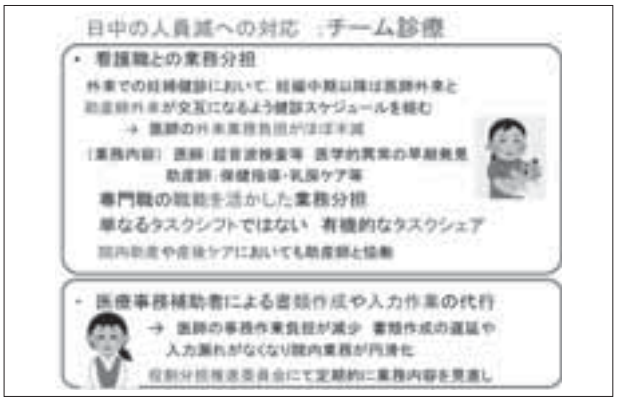
ここからは事例で、私どもがやっております変則二交代勤務ですが、そもそも10年前に労基に入られて、こういったことをせざるを得なくなった事情ですが、それによって働き方が非常に良くなりました。看護職と同様の、いわゆる交代勤務です。夜勤は夜だけ来て翌朝には帰るという仕組みでやっております。



メリットとしましては、長時間連続勤務、それまでは32時間勤務を月８回とかやっていたのですが、制度を導入してからは、夜勤だけ最大13時間と、連続勤務時間が半分以下になり、これは非常に大きかったです。特に、子育て中の女性医師やシニアもシフトを担当できるようになり、制約がある働き手も活用できるようになっています。現在、私どものところでは、女性医師が８割以上ですけれども、子育て中の方も含めて全員が夜勤に入っていただいています。シニアも夜勤や休日日勤にも入っております。私自身も、いま夜勤を月３回か４回、休日日勤は２回ぐらい、オンコールを８回やっておりますけれども、勤務時間が短ければ可能になります。



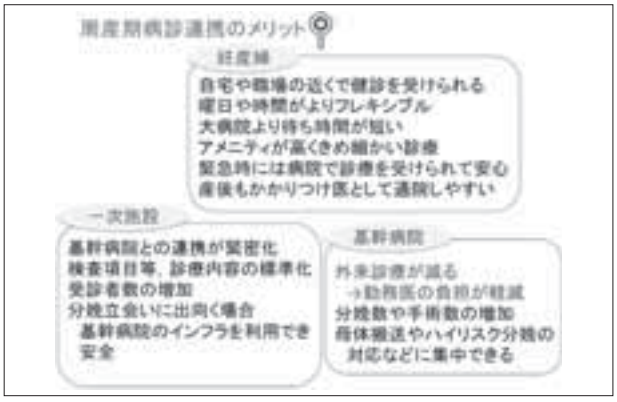
ただ、様々なデメリットがあります。一番の問題点としては、日中の人員不足です。入りと明けの方がいないと、やはり日中の業務がたくさんあり、外来、手術、そういった業務を行う人員が不足します。私どものところでは20何人おりますけれども、それでもやっぱり人員が不足してしまいます。



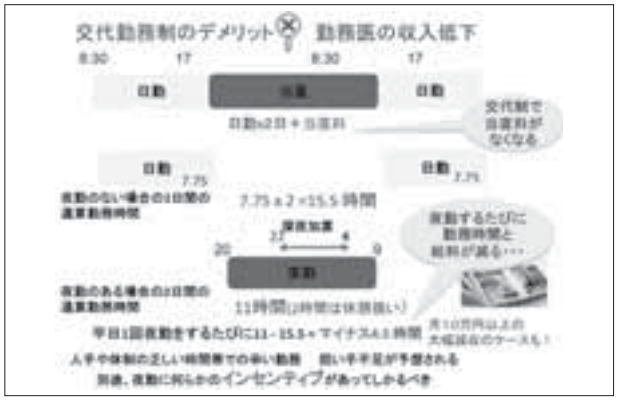
それに対してどのように対応しているかと言いますと、チーム診療です。一番は、先ほどからお話があるように、タスクシフト、タスクシェア。ただ、この点は注意しなければいけませんが、医師の仕事はそのまま横滑りで他の職種に移すことはできません。医師ならではの仕事は、他の職種では担えないと私は考えております。産科医のパートナーは助産

師ですが、助産師外来、院内助産、産後ケア、そうした業務をやっていただいていますけれども、それは専門職のそれぞれの職能を活かした業務分担でありまして、単なるタスクシフトではありません。有機的な、いわゆる「タスクシェア」とすることでチームの総力を上げる対応をしております。また、医師事務作業補助者、メディカルクラークも活用しておりますが、これも導入してそれで終わりではなく、常に定期的に業務を見直しまして、どうすれば最適に医師事務作業補助者を配置できるか、それらをきちんと議論しながら進めております。

それから、診療所の先生との連携、いわゆる病診連携が非常に重要でございます。診療所の先生、東京では特にビルで開業されている先生も多いですが、専門医資格を持って、能力の高い方がたくさんいらっしゃいます。当院で分娩予定の妊産婦さんの外来の健診業務をクリニックの先生にお願いする、いわゆる業務委託をしまして、一部では電子カルテも共有して、ＩＴ活用で診療情報を共有し、安全に共同管理をしております。いわゆる、地域全体でチーム診療をしています。



これによって妊産婦さんも近くで、慣れた先生のところで健診を受けられ、アメニティも高いですし、一次施設にも受診者が増え、業績が上がります。もしお産の立ち会いに来る場合にも、病院のインフラを使って安全に管理ができるということになります。基幹病院では、外来診療の業務が減るということは、かなりの負担の軽減になっており、母体搬送とかハイリスク分娩などの、三次施設ならではの業務に集中できます。

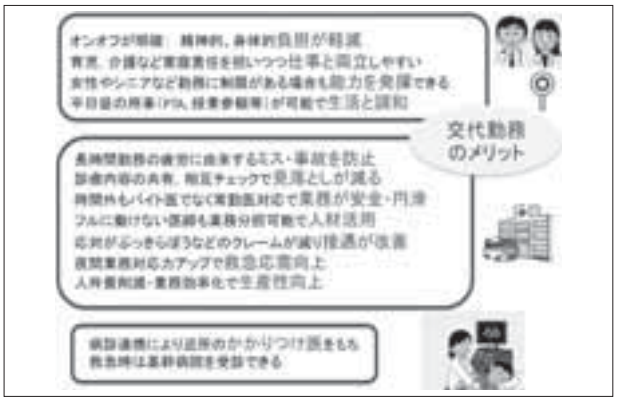


デメリットとして非常に重要なのは、勤務医の収入が減ることです。働く時間が減れば、やはり収入も減ってしまうという、非常に困ったことが起こります。それまでは、日勤プラス当直料があったところが、交代制によって当直料が無くなってしまいました。さらに、２日間で通算しますと日勤を２回すると15.5時間。夜勤をしますと11時間だけになります。そうすると、平日１回夜勤をするたびに勤務時間数がマイナス4.5と、夜勤するたびに勤務時間と給料が減ってしまうという、非常に困ったことが起こります。月10万、20万単位で減収になりまして、家賃が払えず辞めた方もいらっしゃいます。これに関しては、いろいろ工夫をして、その後、回復できるようにし、できるだけ不満がないようにしておりますけれども、やはり、人手が少ない、大変な勤務をしている夜勤には、何らかのインセンティブがなければ、担い手不足が予想されると思います。

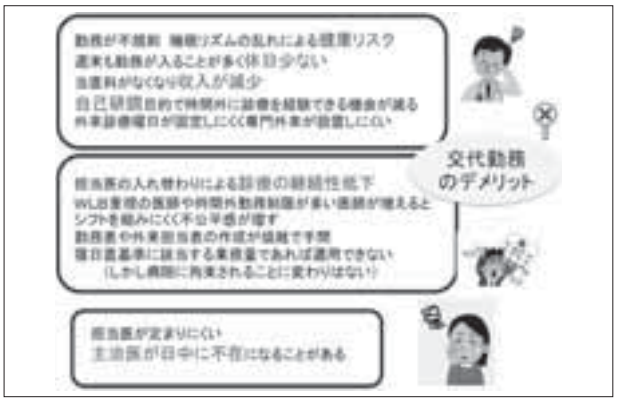
それから、自己研鑽への影響も大きいです。自分の担当の患者さんをずっと診ていたけれども、もう時間になったから帰らなきゃいけないとか、手術に立ち会えないとか、あと、一緒に診ていた指導医が

交代勤務で不在ならば相談もできない、ということがあります。ただ、当院の研修医に満足度調査をしてみると、やはりオンオフが明確で良いと。最近の若い人は、こういう意見が大多数です。全員が今の交代勤務を続けて欲しいという、こういった意見でした。海外の文献でも、システマティックレビューで研修効果に否定的な結果もありますし、肯定的な結果もあります。このように一定していませんが、わが国で今後どうなるかはきちんとモニタリングしていく必要があると思います。

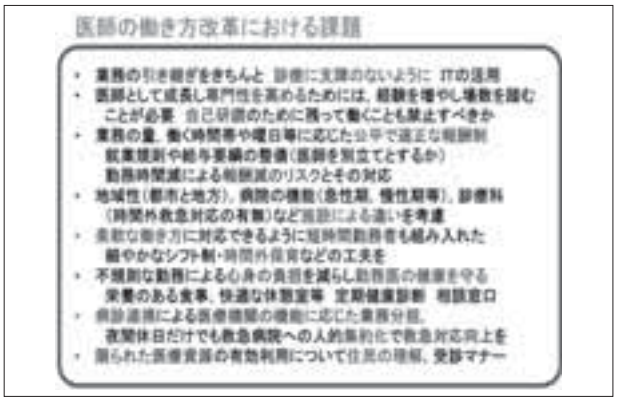
次に地域偏在のことです。やっぱり東京の真ん中でやっておりますので、そういったところじゃないと交代勤務はできないのではないかと言われますが、一方、産婦人科の専門医制度において、地方で一定期間研修をすることが必修となっています。ですから、当院からいくつかの地方に医師を派遣しています。特に長野などですと、若い働き盛りの先生が来てくれて大変助かるということです。働きやすい体制としてドクターを集め、マグネットホスピタルとして地方派遣が可能になると、こういう仕組みは非常に重要ではないかと考えております。



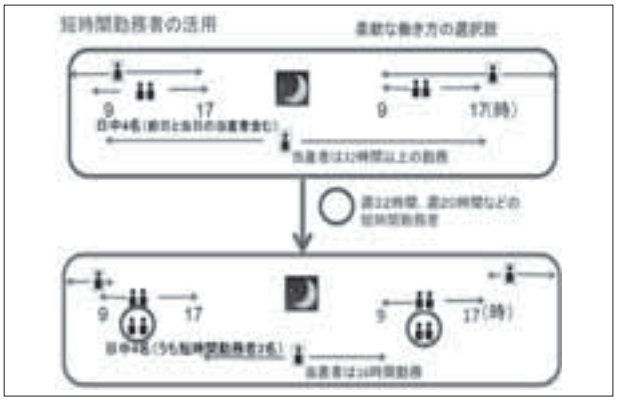
交代勤務のメリットをまとめました。医師に関しては、やはり心身の負担が減り、生活と調和ができる。病院にとりましては、医療事故、医療安全の面で大きなメリットがあります。接遇も良くなりますし、救急応需も上がります。ぶらぶらしていることがなくなるので、生産性も向上します。一次施設にも、患者さんからも好評です。近所のかかりつけ医を持つことができて、いざという時は基幹病院を受診できます。



デメリットもあり、睡眠リズムが乱れて健康リスクが高まります。自己研鑽が多少影響を受けることもあります。何よりも注意しなければいけないのは、診療の継続性が低下する可能性です。前の先生と違う、例えば、先ほどは経腟分娩できるといわれたけれども、先生が変わったら帝王切開が必要と言われたとか、そういうことに不信を持たれないように、きちんと引き継ぎをして、診療の継続性を保つことが何よりも必要になります。患者さんにとって主治医が日中に不在になるようなデメリットがないように、複数主治医制をきちんと運用することが重要です。



交代勤務における働き方改革の課題ですが、スライドの一番下にありますように、住民の方の理解がとても重要です。いつも同じ先生に診てもらわなきゃ自分は嫌だということは止めていただいて、やはり全体の中での自分の診療、ということを考えていただくことと、あと受診マナーです。病院が夜に開いているから気軽に行こうではなくて、きちんと受診マナーを守っていただくことも重要です。また、それぞれの地域性、都市と地方、それから急性期、慢性期、診療科によっても交代勤務ができるかどうか、どういう勤務体制にするかというのは、非常に違ってまいりますので、そういった施設、それぞれのところの違いを丁寧に考えながら、検討する必要があるかと思います。



大きな病院でなくても、短時間勤務の医師を上手に活用しますと、交代勤務に類似したことができます。例えば週32時間とか週20時間などのような短時間勤務の方が、日勤に入っていただくだけでも当直の方が早く帰ることができる。これであれば、かなりの施設で応用が可能ではないかと考えられます。

これは日本医師会の勤務医の健康支援に関する検討委員会、私も10年前から関わっていますけれども、そこでどのような施策が勤務医の環境改善に有効かのリストがいくつか挙がっております。このうち、すでに診療報酬によりインセンティブがかかっているものもあり、例えば、予定手術前の当直・オンコールを免除する、これは実施率が非常に低いです。診療報酬で評価されていても、実際にはなかなか実施できないということですが、今後てこ入れが必要なところだと思います。

フルマラソンの42.195kmを走るのは非常に大変ですが、駅伝で何人かで分担してゴールを目指すこともできます。野球の投手も、全部延長戦まで一人が投げる時代ではありません。何人かで引き継いで９回裏までいく。同様に、医師も個人ではなく、組織で対応する。いろいろなメンバーを集めて、チームとしての総力を向上させ、地域医療を守って行かなければ、少子高齢化時代に医療は守れないと思います。

白黒とカラーの違いのように、いろいろな人、多様な背景、価値観を持つ人材が能力を発揮して、い

ろいろな色できれいな画が描けるという比喩ですが、シニア、育児中、介護中、アフター５重視派、バリバリやりたい人、それぞれが貢献に応じて、悪平等ではなく、待遇・報酬を貢献に応じて配分できるように、そういった仕組みが今後望まれます。

最後に、少し行動経済学の話しをさせていただきます。ダニエル・カーネマンさん、すでにお読みになった方もおるかもしれませんけれども、この「FAST and SLOW」という本を書かれて、人間の心理に基づく行動に着目して、経済行動や社会現象を説明するというものが行動経済学です。人間の思考モードには、このFASTとSLOWがあると。FASTの方はいわゆる「直感」で、努力がほとんど不要で直感で行動するもの。SLOWの方は、よくよく考えて動くという、そういった２つの思考モードがあります。他にもいろいろな理論がありますが、そういうものを使いまして、マーケティングとか行政とか、様々なところで活用されています。

例えば、きりのいいところまでこの仕事をやっちゃうおうと，目の前の仕事についとらわれて、気がついたら10時、11時になったりすることも、先生

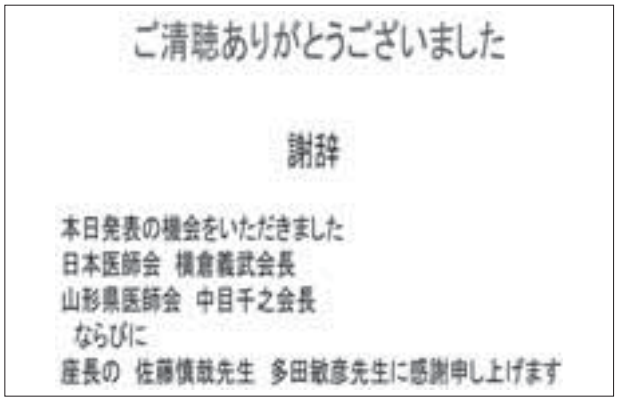
方もよくあると思いますが、やはり今日は早く帰って家族と夕食を取ろうとか、よくよく考えると明日はこうしなければとか先のことを考えますと、早く帰れることもあると思いますが、「未来の満足」というのは後回しになりがちになります。何らかの「早く帰るための仕掛け」が必要です。

例えば、週80時間が標準であれば、40時間では「働きが足りない」となる。５時まで働いて帰るときに、「お前はもう帰るのか」というのではなくて、「私は定時で帰ります」というドラマもありましたけれども、そういった「定時で帰る」というのが、こそこそではなくて、堂々と帰れる時代にならなければいけません。週40時間が標準であれば、逆に80時間も働く人は「働き過ぎでおかしい」ということになるわけです。こういった参照点をどこにするかによって評価が180度変わることを、行動経済学では「アンカリング効果」と言います。もともと9,800円が3,200円に値下げなら買いますよというのと同じで、柔軟な働き方をむしろデフォルトとして、考え方の転換が必要ではないかと思います。

住民の方の理解も重要です。あなたや大切な家族

がヘトヘトで疲れ切ったドクターの手術や診療を受けることをどう思いますか？そうした住民の理解が重要です。これ、午前中に今村先生がおっしゃいましたけれども、やはり働きやすい職場づくりは医療の質、それから医療安全にも関わることでありまして、それが病院、医療機関の健全な経営、地域医療の持続的な発展につながるという、こういった視点です。勤務環境改善は勤務医本人のためではなくて、国民、住民のためであるという、こういった視点で考えていく必要があるかと思います。

ご清聴ありがとうございました。謝辞はスライドに代えさせていただきます。



ディスカッション

佐藤座長：それでは、討論を始めたいと思います。ただいまこのシンポジウム、４名の先生方から勤務医の働き方改革ということで、間中先生からは山形県における勤務状況のアンケート調査、加藤先生からは国の方向性について、そして栗谷先生、木戸先生からはそれぞれの病院で工夫されている内容についてのご報告をいただきました。

まず最初に、フロアの方から個々の先生にでも結構ですし、皆さんにお聞きになる形でも結構ですので、質問、コメントを受け付けたいと思いますのでよろしくお願いします。

玉城先生（沖縄県）：沖縄県医師会の担当理事をしております、玉城と申します。本当に貴重なご講演ありがとうございました。

栗谷先生にご質問をさせていただきたいと思います。私、東北大学の第二外科の後輩でもありますので、忌憚のなく、バシバシ行きたいと思います。

一昨日ですか、沖縄県庁でも、この医師の働き方改革に関する会議というのがございました。ただですね、労働局も含めて一緒にやったんですが、沖縄県の、特に県立病院ですね、かなり経営状況が厳しい状況です。毎年30億の赤字を出しているような状況でございます。そんな中で、タスクシフト、タスクシェアということですね、おっしゃってもなかなか上手く行かない。われわれ沖縄県医師会としましては、その突破口として、先生にも何度か沖縄にもお越しいただきましたが、沖縄県立北部病院、そして北部地区医師会の統合、いわゆる不採算部門の切り捨てと言うとちょっと言い過ぎですが、そこの徹底的な改革というのを県医師会としても今やろうということでやっております。先生のご意見をお聞かせいただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

栗谷先生：ご質問の内容は広くて深いのですが、確かに経営改善と働き方改革は裏表になっているので、判断は難しいと思います。働き方改革は、人的投資、様々なシステム導入費用とセットになっています。経営改善のためには医療提供体制の在り方をまず先に考えないと、医師確保も、働き方改革も、連動して来ないように思います。地域全体の最適化については需要予測をきちんと出した上で、どう未来図を描くかということだと思います。地域によって事情はいろいろ違うので、個別の対応は違ってくるだろうと考えます。

長谷川先生（栃木県）：栃木県医師会の長谷川親太郎と申します。栗谷先生と加藤先生にご質問いたします。栗谷先生、大変なご苦労されて病院統合されたわけですが、医師を集めることができたので、比較的働き方改革は無難に乗り切れそうだというお話とお聞きしました。厚労省としては、今回424の病院名を発表したわけですが、再編統合にはいろんな意味合いがあるのだと思いますけれども、統合すれば、424同士じゃなくてもどこか近隣のところと統合すれば、メガホスピタルを作れば、医師が大勢集まるので、働き方改革も上手く行くだろうというお考えがあるのでしょうか。もう一つの質問は、医師の派遣元大学が同じだったら大きな問題ならずに統合できると思うのですが、派遣元大学が違うと院長ポストをもらえないとうちは引き上げるぞと言われる危険性もあり、統合する時にいかに医者を集められるかという課題があると考えるのですが。統合したほうが働き方改革を乗り切りやすいのだから、統

合は積極的にすべきだというお考えなのか、それとも統合せずに上手く乗り切るべきだというお考えなのか、栗谷先生と加藤先生から、ぜひその辺をお聞かせいただければと思います。

加藤先生：厚労省でございます。今回の424病院の発表に関しましては、われわれの情報発信の仕方に関しては、いろいろと問題があったということでご指摘いただいておりますし、われわれ、その辺大変反省しております。いまご質問いただいた、構想と医師の働き方に関しましては、もちろん密接に関係しておりますし、目標年度は違いますけれども、その地域にとって、将来を見据えた地域医療提供体制はどうあるべきかというところに関しましては、やはり構想の中で病院がそれぞれどういう機能を果たすべきかと考えるに当たり、この医師の働き方改革を念頭に置いていただかないといけないのは、これは間違いないことではございます。何度もわれわれ情報発信させていただいていますとおり、今回424の病院の情報を公表したということに関しましては、厚労省として、その病院を再編や統合をしろということでは決してなく、改めて地域の中でその在り方を検討していただきたいということですので、基本的には、われわれとしてはいまご質問いただいたように、統合することが医師の働き方のために良いんだというような、そういうメッセージで発信しているわけではございません。ですので、基本的にそれぞれの地域の中で、もしかしたら統合が最善の策になるのかもしれませんし、そうじゃない選択がその地域にとっては最善なのかもしれませんけれども、最終的に国民や地域住民の方たちの健康を守るために、どういう地域医療提供体制が良いのかと。そして、医師の働き方改革をどう乗り切るのかということを、調整会議でもご議論いただきながら、それぞれ地域ごとの最適解を導いていただくということだと思っておりますので、その辺ご理解いただければと思います。

栗谷先生：上手く乗り切るというのは、とても難しいと思います。その点、嘉山先生が当時の山形大学の医学部長でしたので非常に合理的な判断をしていただいたことは幸運だったと感謝しています。何より有り難かったのは、統合が決まると関連病院の医者がいなくなる場合が多いのですが、それを凍結して頂きました。われわれの場合には、山形大学の他に東北大学、他に様々な大学出身の医師が在籍していましたので微妙な調整が必要だったのですが大学が適切な調整指示を行うことはとても重要です。あと明確なビジョンが何かが、とても大事だと思います。われわれの地域の場合には、大学の協力指導のもとに再編統合の目的がはっきりしていたということ、これは言えると思いますので、それが成功した原因ではないかと思います。ただ、経営が上手く行くかは別問題なので、そこの辺りはちょっと微妙ですね。上手く行けば経営能力があるということになるんでしょうけれども、医師の能力と経営能力は別なものだと思います。経営で大事なのは、誰に任せれば上手く行くかが分かっていることが一番重要だと思います。能力はないがやる気だけは人一倍という人がリーダーになるとひどいことになりますので、それだけは避けるべきとしか言えないですね。

長谷川先生（栃木県）：ありがとうございました。

植山先生（日本医師会）：日医の勤務医委員会の植山と申します。厚労省の加藤先生にお伺いします。いま、無給医の問題がありまして、私、全国医師ユニオンの代表をやっていて困っているんですね。大きな問題として２つあって、１つは、お給料もらえないので、結局、夜間当直、日曜日日直という形で長時間労働をしてしまう。そして誰も管理してないということです。以前、鳥取大学の大学院生が交通事故で、過労死と認められた例があります。この健康管理をどうやっていくのかという問題があります。この方々、やっぱり日中は診療をやらされて夜とか休みの日にバイトに行っているから、ほとんど研究できないと言っているんですね。今日は嘉山先生の方からも、日本の研究論文が非常に減っていて大変

だという話がありました。こういう、日本で一番優秀で、勉強の意欲がある大学院生たちが、そういう状況になっているということは大きな問題です。厚労省は大学改革と働き方改革で、給与の問題の解決策など何かお持ちなのか。基本的には文教予算を増やすことと研究予算を増やすというのが王道だと思うんですけれども、何らかの解決の方向性があれば教えていただきたいと思います。

加藤先生：厚労省は、現在働き方改革の中で、たくさんの課題をまだ手元に持っておりますけれども、その中でも最も難しい課題だと、われわれとしても認識しております。これは、研究と臨床との両立、あるいはその働き方の中での研究の位置づけということに関しましては、これはいま、われわれ医師の働き方改革を検討しておりますけれども、あくまで、やはり診療、臨床の部分を念頭においています。研究に関しましては、これは医師の研究だけの話に収まりません。基本的には大学の研究者がどうあるべきか、裁量労働制だとか、いろいろもちろん手段ありますけれども、その中で、医師の診療と研究、特に大学院生もですが、働き方改革と研究の両立についてはわれわれ厚労省としても非常に大きな課題だと思ってますし、これは文科省とも協議をしながら、一定の方向性を考えて行かないといけないとは思っているんですけれども、いろいろと兼業、副業、先ほど今村副会長からもありましたけれども、まだ一般則も定まっていないというような現状もございますので、非常に課題認識としては、われわれとしても持っていますし、この働き方改革が最終的には日本の研究意欲を低下することにつながってはいけないというふうに思っておりますので、いまご指摘いただいたようなことも、今後、念頭に置きながら、われわれとしては検討を進めていきたいと思ってます。ただ、無給医に関しましては、無給医自体はもうあってはならないと思っておりますので、これ文科省がいま調査しておりますが、われわれとしても、そこの調査結果をちゃんと注視しながら、最終的に、大学院生、医学部の大学院生はどうあるべきかというところに関して、文科省とも協議しながら取り組んで行きたいと思っております。

嶋本先生（宮崎県）：宮崎県医師会の嶋本と申します。厚労省の加藤先生に、特定医療行為、パッケージ化に関してお伺いいたします。

はじめに堀岡室長の講演の中で、外科系であれば、手術後の時間を削れば時間外労働が減らせる、また、麻酔科であれば、麻酔を入れた後の管理をすれば良いという話が出てきましたが、私はこれに非常にショックを受けました。我々医師は、手術だけではなく手術後の管理も含めて、医師しかできない仕事、医師がすべき仕事と考えています。

このような話が進んでくると、将来的に我々は特定行為しかできない、つまり手術しかできない医師になってしまうことになりかねません。そうした場合、医師としてのモチベーション等にも大きく関わって参ります。将来、若い医師に対して、「あなた手術し終わったら、帰って良いからね。」と言った文脈で語られると、医師のプライドというものも、かなり下がってくるのではないかと危惧しています。

このことについて加藤先生にお伺いしたいのですが、このような考え方は、働き方改革に関する一時的なものであると理解してよろしいのでしょうか。私自身は、先ほど日赤医療センターの講演でありましたように、タスクシェアが非常に必要だと思っています。ただし、タスクシフトの名のもとに、医師の行為を全て取り上げ、あなたたちこれしなくて良いという方向性に、いまだに私は納得ができずにいます。どのようにお考えかご教示をお願いいたします。

加藤先生：ご質問ありがとうございます。本当、先ほども看護師の特定行為研修についてご説明させていただきましたが、やはりもっと本来であれば丁寧にご説明させていただくべきだったと反省しております。われわれ特定看護師への特定行為研修を進めているわけですけれども、先生おっしゃるとおり、よくわれわれも外科学会の先生方に外科は手術だけしているわけではないというふうに、よく怒られま

す。われわれも、そのオペ後の管理というものが医者がやらなくて良いと思っているわけでは決してなくて、やはりいろんなオペ後の状態があって、やはり医師じゃないととてもみれないというふうな方もありますし、中には本当に安定しており、その後も落ち着いたままであろうと予測される患者さんもいらっしゃり、様々だと思います。その中で、やはり医師の判断の中で、こういったことであれば、もちろん信頼関係の中で、こういった看護師に対しては、タスクシェアできるのではないかというような判断を、先生方にしていっていただけるのではないかなというふうに思っておりますので、全てシフトし切れというようなメッセージではございません。なので、働き方改革の中で、やはりオペ後というのは、一つ注目されているところではございますけれども、われわれはそういったオプションを示す中で、先生方にも、どのように特定行為研修を受けた看護師を活用していただけるのか、あるいは協働していただけるのかということを、今後、現場の中でもいろいろ実践して行っていただいて、われわれとしても、その実例をもって、あるべき姿というようなところを発信していきたいというふうに思ってます。

嶋本先生（宮崎県）：よろしくお願いします。

池田先生（山形県）：地元の山形で循環器の勤務医をしております、池田と申します。木戸先生の方にお伺いしたいのですが。交代勤務についての実例をお示しいただきまして誠にありがとうございました。日勤帯の医師が17時で帰って、夜勤の医師が20時で来る、その17時から20時の間、日勤の延長勤務の方はいますが、一番手薄になるかと思います。この時間帯に対して、やっぱりどうしても日勤帯の医師の残業とかがあるのかなと思うのですが、実際にはどのように対応してらっしゃるでしょうか。教えて下さい。

木戸先生：そもそも、この「長日勤」という、３人が残るという仕組みにしましたのは、夜勤の人が家族で夕食を取ってから出勤できるために、わざと20時にしたというものです。ですから、これはお互い様ということで、３人残ることは了解のもとです。この時間帯には、いろいろな日勤の業務が残っていたり、救急の患者がいらっしゃったりします。ただ、こういう時間帯できちんと業務をこなせるということが、その人の医師としての技量を高めることにもなり、いわゆる自己研鑽ではありませんけれども、ここをきちんと乗り切れたということは、その人の自信になっていきます。こういうところで女性医師もきちんと働くことで、自信を深め、専門医を取ったり、サブスペシャリティの技術を高めたり、将来のキャリアアップにつながることになると、肯定的に皆さんに話し、ご理解いただいていますので、不満の出ないように対応しております。もちろん、この３人だけでなく、必要があれば、様子を見てオンコールや日勤が残って一緒に対応に当たることもあります。杓子定規ではなく、現場で対応しております。

池田先生（山形県）：ありがとうございました。

嘉山先生：嘉山です。そもそも論なんですが、何がアウトカムなのでしょうか。要するに、世界でプロフェッショナルな仕事に対して、時間を制限する。さっきの労働基準監督署の問題ではなく。悪徳経営者が労働者をすごい長時間働かせる。それとは別に、われわれのようなプロフェッショナルな職業に、労働時間に制限をかけるというのは、何が目的なんですか。例えば、今まで心理学的なこと一切皆さん話し合ってないんですが、ある制度にした時には、その職業の集団は意識が変わってしまうんですよ。例えば、新臨床研修制度で、あれでみんな若い人がどうなったかというと、全員ではないですが、制度というのは、何割か動かせばかなりのトレンドになってしまいますから。それまでと大幅に構造が変わってしまいました。だから、プロフェッショナルな仕事で働く時間を制限した時に、若い人たちがどういうふうなトレンドになるかなんですよ。あの頃、やっぱりわれわれ非常に危惧したんですよ。これをやっ

てしまえば、パンドラの箱が空いてしまうのではないかと。東京にみんな行ってしまうだろうし。ちょっとアウトカムをはっきりと教えてもらいたいですね。要するに、プロフェッショナルの仕事に制限時間をかけるという、こういう制度設計は何なんですか。

加藤先生：はい、厚労省でございます。これは何を目的にやっているかということに関しましては、まず初めに労働者保護という観点がこの医療界には全くなかった。そこをまず入れないといけないという、これは大前提としてあります。なので、ほとんどの医師の先生方が生きがいを持って、やりがいを持って働いていると思います。ただ、本当に数％かもしれませんけれども、やはり職業倫理の中で応召義務も絡んでいるのかもしれませんけれども、自分がやらないといけないというような、そういうメンタリティーで自分を追い込んでしまって、過労死につながってしまった事例があるのは事実です。医師に関しても過労死がこれだけいるということは事実でございますので、それを全力で防いで行かないといけないというのが、これまず大前提ですが、先生おっしゃるとおり、アウトカムがそれだけのためにやっているわけではなくて、やはり、これは僕個人の意見ですが、やはり生産性を上げるだとか、タスクシフトというのも、先ほどいろいろご意見ございましたけれども、本当に医師がやらなくても良いものも、やはりあると思います。そういったところのタスクシフトは進めて、生産性を上げて、やはりより良い地域医療の提供体制を組むのと、そして医療の質を高めること、医療安全の観点からも、やはり追加的健康確保措置をしっかりやることによって、その医療安全の面が上がるということもあるかと思いますので、そういったところはしっかり見ていきたいというふうに思います。

嘉山先生：それ、私が10年前にね、さっきのデータ出したんですよ。要するに、９時間以上働くと、もう能率が落ちるよと。それで医師の定員が増えた。やっと内閣閣議決定が外れた。10年前ですよ、その議論は。やっといま、それを出してきたんですが、何か違う目的があるような気がするんですよ。何も今の目的だったら、ベタライズで良いんですよ。新しく全く画を描くことじゃなくて、例えばその過労死しちゃう医師がいると。そういう人を少なくするための制度を作れば良いだけで、全体にかける必要はないのではないかと。ベタライズだって改善です。これやったら革命ですよ。これで起きてくる反動というのは予想したことありますか。

加藤先生：もちろん、反動というのは、途轍もないものだとは思ってます。だからこそ、1,860という過労死水準の２倍以上働いても良いという、これもう本当に、おそらく多分、労働者保護の観点からはあり得ないことだと思うんですけれども、これはわれわれ本当に地域医療が、このまま960時間なんて適用したら間違いなく地域医療崩壊するということで、労働側と戦ってきて、ある意味勝ち獲てきたものです。それでも、厳し過ぎるというご意見もありますけれども、それはもうタスクシフトだとか、いろいろ偏在対策だとか、そういったところで取り組んで行きたいと思いますので。そういう意味で、われわれとしては先生おっしゃるような反動というものは、本当に丁寧に想像してですね、いま2024年に何が起きるのかということを、いろんなシチュエーションで、シュミレーションしながら取り組んで参りたいと思っております。

嘉山先生：分かりました。今までのＯＥＣＤのデータというのは、日本のそういう屋根瓦式の積み上げでレベルが高いんですよ。例えば、先生おっしゃったような、ピッチャーが何回も代わると。でも、時々ノックアウトされてますよ、ピッチャー。そういう制度ではなくて、やっぱり誰かが、ちゃんとレベルの高い人が見てるから、日本の医療はずっとレベルの高い人の水準でやってきた。それをある人に全部任せちゃうという、こういうふうな制度設計にすると、ガタガタになるんじゃないかと思って。そういうところはどうやってカバーするのでしょうか。そ

ういうカバーのテーゼを出さない限り、これやったら非常に、先ほど栗谷先生も危険だとおっしゃったけど、危険なところがあると思います。国民のためにも良くない。働き方改革というのだったら、医者がプロフェッショナルの能力発揮できるような、そっちの方の制度設計してもらった方がずっと良いと思います。（拍手）

幸原先生（大阪府）：大阪府医師会の幸原と申します。良い政策というのは、ちょっとの飴と、たくさんのムチなんですよね。今回の働き方改革とか424病院再編とか、いろいろ出てくるんですけれども、暗いんですよ、すごく。明るさが全くなくて。例えば、木戸先生がいろいろタスクシフト出されたんですけれども、給料的にすごく不公平があるとか、われわれの大阪府下でも淀川キリスト教病院でそういうタスクシフトに成功しているんですけれども、給料が下がってすごく不満があると。こういう人たちに、例えばインセンティブですね、言われましたけれども、そういうふうなことをする、ちょっとしたことでも良いんですが、それをすることによって活気を作る。その政策が今回の働き方改革にはムチだけしかなくて、これがすごく全体を嫌なイメージにしてしまっているんですね。だから、やっぱり政策的にもう少し、張りのあるというか、例えばそういうふうに、成功したところにはちょっと給料の援助をするとか、そういう財政的な、それはたくさんでなくて良いんですけれども、日本国家として、やはりそういう努力した病院とか地区には、当然何かの飴を与えるとか、そういう政策をやっていっていただきたいというのが、私の考えなんですけれども、いかがでしょうか。

加藤先生：もちろん、この働き方改革に関しましては、勤務医の先生方に痛みを伴うものだと思いますけれども、われわれ医制行政の中では、勤務環境を改善することに関して、前向きに取り組んでいただいているところに関しては、一定の補助金等々で手当するよう予算要求もしておりますけれども、やはり飴としてはあまりにも小さすぎるものになってしまいます。そういう意味では、いま中医協の中で、今回の改定の中でも、１つ目の柱がこの医師の働き方改革ということで、働き方改革、今まで何に対して診療報酬付けるんだという議論もございますけれども、やはりこの医師の働き方改革、最終的には先ほど申し上げましたとおり、医療の質の改善だとか医療安全にもつながることだと思いますので、報酬の中でも認めてもらえるようにということで、いま中医協でも、日医の今村先生方にもご参加いただきながら、ご議論いただいているところでございます。われわれとしても国民に対して、勤務医の先生方がどのように、今後必要な改善に向けて、この働き方改革をつなげられるのか、われわれとしても情報発信しながら、報酬のことなので、われわれとしても申し上げることはなかなか難しいですけれども、勤務医環境を改善する中で、先生方が最終的に、飴と言えるかどうか分からないですけれども、働き方改革をやって良かったと思えるような取組みは続けていきたいというふうに思います。

佐藤座長：はい、ありがとうございました。予想通りの白熱した議論で、まだ手を挙げていただいている方もいっぱいいらっしゃるんですけれども、時間になりましたので、この辺で切り上げたいと思いますが、加藤先生におかれましては、ぜひこのディスカッションを本省に持って行っていただいて、待ったなしということですので、ぜひ良い働き方改革に結びつけていただければと思います。ご協力ありがとうございます。あと４人の演者の先生方、ありがとうございました。

シンポジウムⅡ

座　長

山形県医師会副会長　**神　村　裕　子**

山形県医師会常任理事　**間　中　英　夫**

神村座長・間中座長

シンポジウムⅡの座長を務めますのは、山形県医師会副会長、神村裕子と、私、間中でございます。よろしくお願いいたします。

神村座長

よろしくお願いいたします。

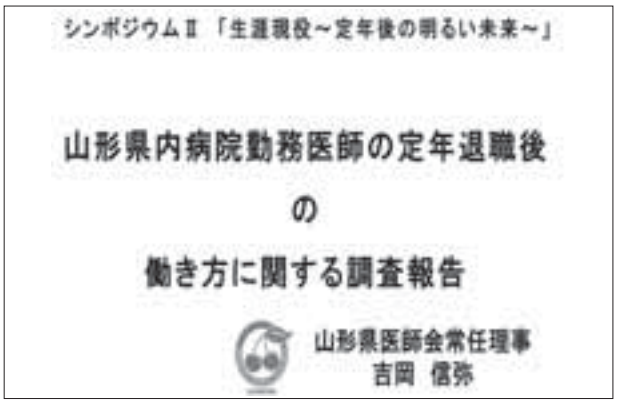
神村座長

それでは、先ほどのシンポジウムⅠの方はだいぶ白熱した議論で、内容も暗いというご意見もありましたけれども、シンポジウムⅡの方は明るい未来について語っていただきます。５名の先生方からご発表いただきます。

初めは、「山形県内病院医師の定年退職後の働き方に関する調査報告」。山形県医師会常任理事の吉岡信弥先生からお願いいたします。

「山形県内病院医師の定年退職後の働き方に関する調査報告」

山形県医師会常任理事　吉　岡　信　弥



シンポジウムⅠが少々暗く終わりましたので、シンポジウムⅡは明るい未来ということでお話をさせていただきたいと思います。

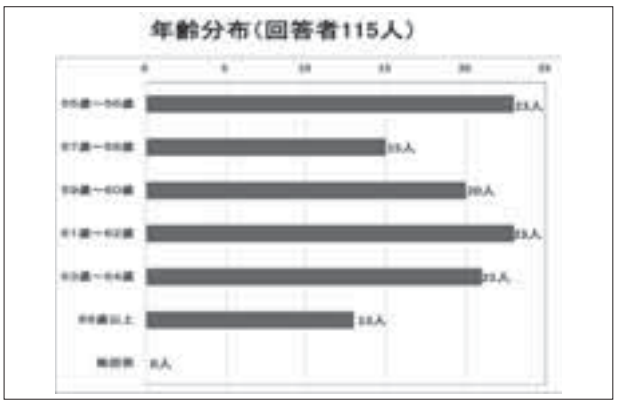
山形県内、山形大学医学部の卒業生もそろそろ定年の年となってまいりました。そこで山形県内の病院勤務医師の定年退職後の働き方に関する調査を行いましたので、報告します。

【目的】
山形県内公的病院に置ける定年後の働き方に関する意識を明確にするためにアンケート調査を実施した。

【方法】
2019年5月、山形県内の公的病院の55歳以上の勤務医174人に調査票を送付した。
質問票では、年齢、診療科、再就職希望の有無、さらに再就職を希望する場合の勤務形態、勤務先、勤務地、業務内容、診療科変更等について質問した。115人から回答を得られた。

目的は、山形県内の公的病院における定年後の働き方に関する意識を明確にするためにアンケート調査を実施しました。方法は、2019年５月、山形県内の公的病院は定年が65歳の年度末としている病院が多いため、55歳以上の勤務医174人を対象としました。送付した質問票では、年齢、診療科、再就職の希望の有無、さらに再就職を希望する場合の勤務形態、勤務先、勤務地、業務内容、診療科変更などについて質問をしました。結果、115人から回答を得られました。

調査票の回収状況です。24病院、対象者174人から 115人の回答を得ました。回収率は66.1％でした。

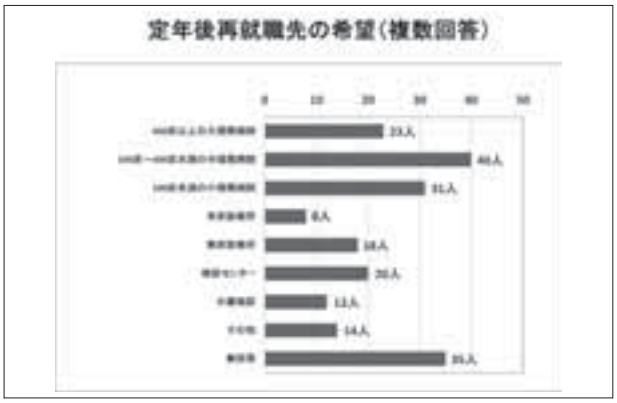


回答者の年齢分布を示します。65歳以上からも回答を得ています。

回答者の診療科を示します。最も多いのは内科ですが、外科、脳外科、産婦人科も10人以上います。

定年後の再就職の希望者は 115人中80人で、70％でした。未定の医師は24人。再就職を希望してない医師は10人いました。

自由に過ごしたいということが、再就職を希望しない理由のようです。



定年後再就職時の勤務形態の希望では、常勤と非常勤とには差がありませんでした。

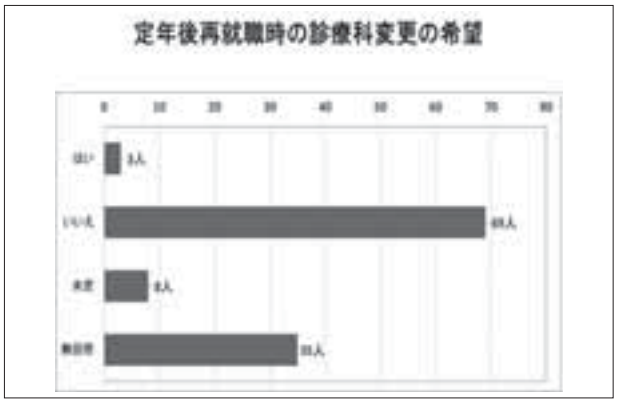
定年後の再就職先の希望では、診療所や介護施設は少なく、病院勤務の希望が多いようです。また、検診センター勤務の希望もありました。

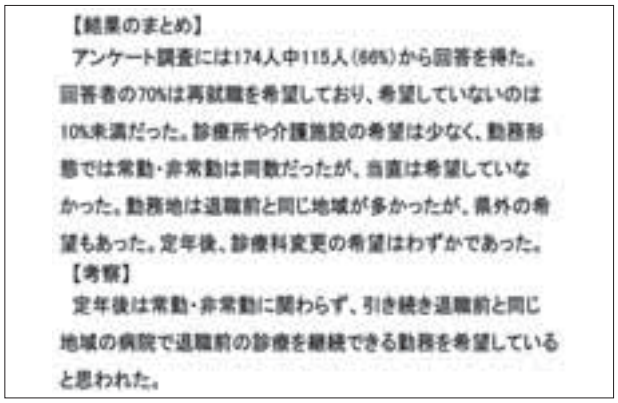
再就職時の勤務地の希望では、退職前の勤務地が多い傾向が見られました。また、県外への再就職の希望もありました。

再就職時の業務内容では、外来診療の希望が多く、日当直の希望は少ないようです。

再就職時に診療科の変更を考えている医師は３名と少数であり、ほとんどの医師が退職前の診療科を継続したいと考えていると思われました。

結果のまとめです。アンケート調査には174人中115人から回答を得ました。回答者の70％は再就職




【結果のまとめ】
アンケート調査には174人中115人（66%）から回答を得た。回答者の70%は再就職を希望しており、希望していないのは10%未満だった。診療所や介護施設の希望は少なく、勤務形態では常勤・非常勤は同数だったが、当直は希望していなかった。勤務地は退職前と同じ地域が多かったが、県外の希望もあった。定年後、診療科変更の希望はわずかであった。
【考察】
定年後は常勤・非常勤に関わらず、引き続き退職前と同じ地域の病院で退職前の診療を継続できる勤務を希望していると思われた。

を希望しており、希望していないのは10％未満でした。再就職先では、診療所や介護施設への希望は少なく、勤務形態では常勤 ・ 非常勤は同数でしたが、日当直の希望はごく少数でした。勤務地は退職前と同じ地域が多いようですが、県外の希望もありました。定年後、診療科変更の希望はわずかでした。

考察です。定年後は常勤・非常勤に関わらず、引き続き退職前と同じ地域の病院で退職前の診療科を継続できる勤務を希望しているドクターが多いと思われました。

以上です。ありがとうございました。

「地域医療に必須なシニア世代医師の活躍」

八幡平市病院事業管理者
岩手県立病院名誉院長
岩手県医師会参与
望　月　　泉

岩手からまいりました望月です。どうぞよろしくお願いいたします。

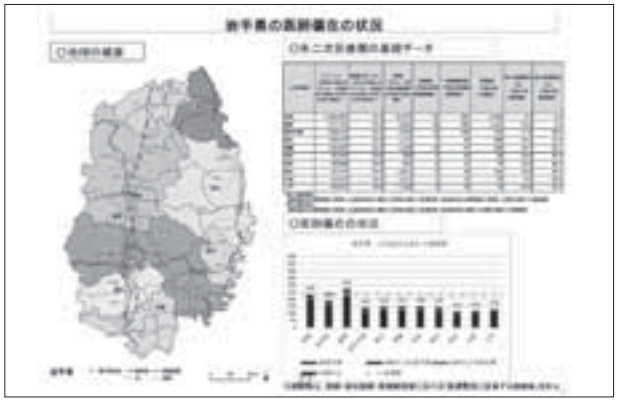
今回のシンポジウムのテーマは、「生涯現役～勤務医定年後の明るい未来～」ということなんですけれど、昨年県立病院を定年になりまして、いま明るい未来と言われると、ちょっと苦しい時もあります。

私の講演は「地域医療に必須なシニア世代医師の活躍」というタイトルにしました。現在勤務している病院のある八幡平市は、盛岡の北約25kmにありまして、安比高原、八幡平国立公園があり、自然豊かで風光明媚な地域で、今は非常に紅葉がきれいです。自然豊かな地域で、ゆっくりとした診療ができるかなと思っております。

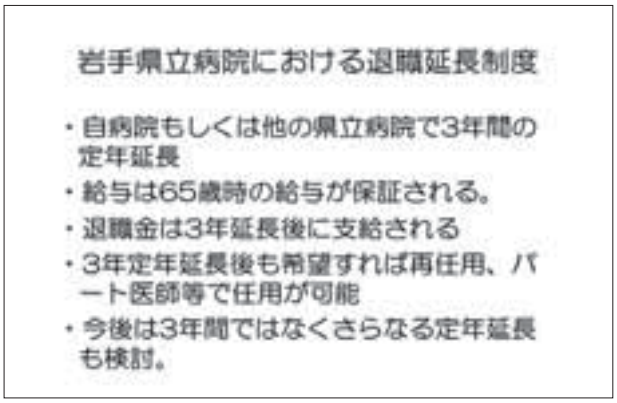
自己紹介ですけれど、1988年から岩手県立中央病院に30年間勤務し、昨年の３月に定年退職しました。病院長をしておりましたので、病院を休めず３月31日に県から退職辞令をもらって、４月１日に八幡平市から病院事業管理者の辞令が出て、全く休みなしで勤務しました。本日は定年後の八幡平市病院事業管理者の立場でお話をしていきたいと思います。

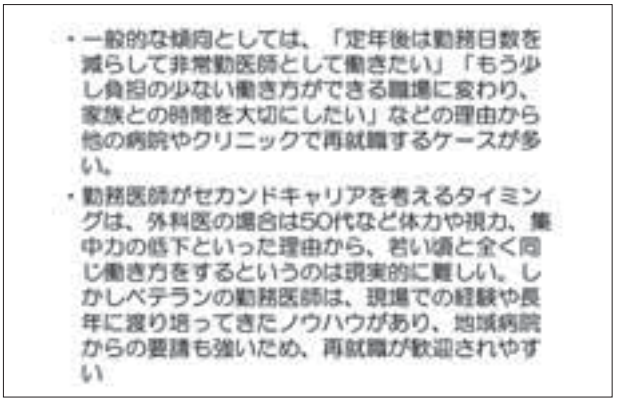
初めに、岩手県の特徴ですが、県立病院の数が全国第１位で、20病院あります。かつては27病院ありました。現在県立の診療所が６つありますが、かつてはいずれも病院でしたが再編統合、ダウンサイズの動きの中で、病院から無床診療所に移行しました。県立病院は県内の病床数の約３割を占め、稼働病床数が５千床弱です。入院患者数は約26%、外来患者数は約38%を占めます。岩手県には９つの二次保健医療圏がありますが、その基幹病院は全て県立病院です。八幡平市というと、秋田県ですかとよく間違えられますが、町村合併で新しくできた市です。

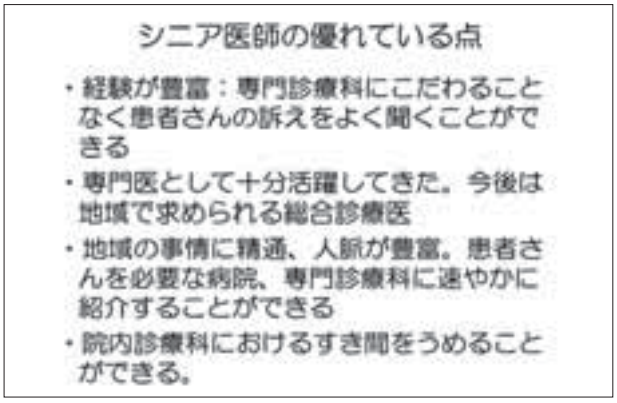
最近厚労省が医師偏在指標を計算して公表しましたが、岩手県は47位、全国最下位となりました。東北６県は、宮城県を除いて、山形県が40位、秋田県が41位、福島県が44位、青森県45位と医師偏在指標がいずれも低く、医師少数県です。来年本会が行われる予定の京都は、いつも上位に位置付けられており羨ましい限りです。



岩手県の中でも、９つの二次医療圏間に、医師の偏在があります。10万人当たりの医師数は盛岡が275名、全国平均が232名ですので平均を上回っています。県都盛岡市には医育機関、大病院があるので、医師の数は多いです。しかし、東日本大震災で大きな被害を受けた三陸沿岸地域を中心に、例えば宮古は115名、全国平均の半分にも行ってないです。それから釜石、久慈、などの二次医療圏は、かなり医







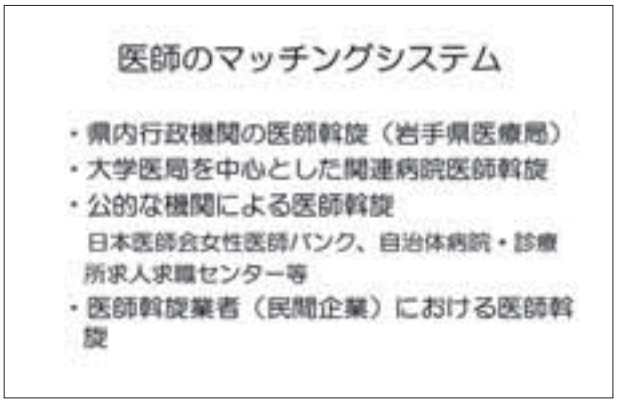
師の数が少ないという状況で診療を行っています。

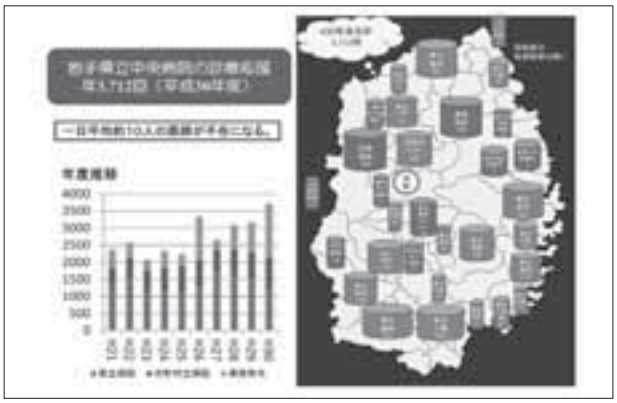
盛岡医療圏は広く、市の中心部は医師数が多いですが、いま私がいる八幡平市は、医師が希薄です。山地がすごく多くて、それこそ熊に襲われたっていう人がよく来られるんです。また葛巻町は、人の数より牛の数の方が多いと言われますが、二次医療圏の中でも、かなり偏在があるということです。

岩手県立病院定年後の医師の動向を調べてみました。2012年から７年間に50名の医師が、65歳まで県立病院に勤務して、定年を迎えました。県立病院における退職延長制度がありますので、その制度を利用して10名の医師が県立病院内で定年延長をしています。都市部にある民間病院、クリニックに就職した方が９名です。私も入っていますが、地域の国保病院に４名､県立の地域診療センター（無床診療所）が２名。国保診療所１名という状況です。この赤字で示したのは、特に地域の病院ということになります。一番多かった勤務なし、不明が18名ですが、定年後一時ちょっと仕事を休んで、それから復帰した人もこの中に入っています。パート医師とか、あるいは県外に行った方もいまして、詳細は分かりませんが、50名中かなりの人数が地域の病院、診療所で勤務し、地域医療を担っている状況です。

一般的な傾向としては「定年後は勤務日数を減らして非常勤医師として働きたい」とか、「もう少し負担の少ない働き方ができる職場に変わり、家族との時間を大切にしたい」という、そんな理由が多いですので、他の病院とかクリニックで再就職するケースが多かったと思います。勤務医がセカンドキャリアを考えるタイミングは、例えば外科医は50代過ぎから体力とか視力、集中力の低下があり、若い頃と同じ働き方をするというのは現実的に難しいので、管理職になる人もおり、または外科をやめて総合診療医という形で、その病院で勤務する方もいます。ベテランの勤務医師は、現場での経験や長年に渡り培ってきたノウハウがありますので、地域病院からの就任要請も多いようです。

20ある岩手県立病院には退職延長制度がありまして、65歳を過ぎても、常勤医で、正規職員として３年間の定年延長という制度があります。給与は65歳時の給与が保証され、退職金は定年３年延長後に支給されます。３年定年延長後も希望すれば再任用と





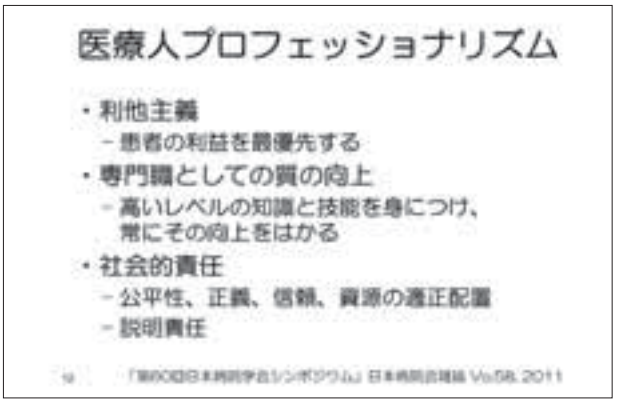
かパート医師等で任用が可能です。現実に、今も75歳前後の方も県立病院に勤務している医師も何人かおります。今後は３年間の定年延長ではなく、さらなる定年延長も検討項目になってきました。

シニア医師の優れている点・特徴は、経験が豊富、専門診療科にこだわることなく患者さんの訴えをよく聞くことができる点が挙げられます。やはり65歳を過ぎてきますと、大体患者さんも同じくらいの年齢が多くなりますので、よく話を聞いていただけるということはあります。その他専門医として十分活躍してきて、今後は地域で求められる総合診療医のような役目をしたいという希望の方もおります。何より地域の事情に精通していますので、人脈が豊富です。患者さんを必要な病院、専門診療科に速やかに紹介することができます。私も外来を週3日行っていますが、電話１本で患者さんを基幹病院に紹介しています。各県立病院のシニア医師は、県立病院の勤務が長い方が多いですので、こういった優れている点があるのかなと思います。病院の中でも、縦割りの診療科がどうしても多いわけですが、診療科間におけるすき間を埋めることができるというふうなことで、シニア医師はますます活躍の場があるんじゃないかなと思います。

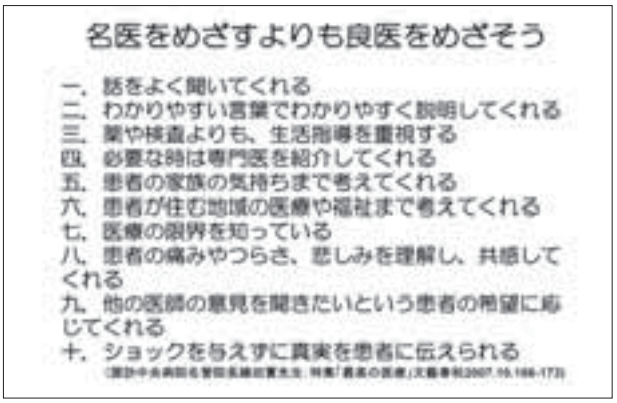
医師のマッチングシステム、医師の斡旋、医師の紹介システムですが、岩手県は県内の行政機関の中に岩手県医療局があり、この中に医師支援室があります。その部署の担当者が、各医師の情報を掴んでまして、定年間際の医師の方も、どこどこの病院に勤務されませんかとか、いろいろな斡旋、医師確保をやっております。あとは大学医局を中心とした関連病院の医師の斡旋。公的な機関による医師斡旋、日本医師会では女性医師バンクとか、あと自治体病院協議会では病院、診療所に勤務する医師の斡旋など行っています。しかし件数が多いのは、民間の医師斡旋業者で、かなりのお金を取ります。大体、採用する医師の年俸の20％～30％ぐらいの金額を請求されます。私が岩手県立中央病院の病院長時代、民間の医師斡旋業者の紹介で採用した例がありました。報酬として年俸の30％を業者に支払ったのですが、その医師はたった３カ月で辞めてしまった例を経験しました。契約金は３か月以上勤務したのでほとんど返還されず、今後民間業者からの医師斡旋は絶対受けないということにしました。

岩手県立中央病院の診療応援の実績を示します。日勤帯の診療応援、それから土日の宿日直ですね、全部含めますと、１日平均約10名の医師が診療応援のため不在になるという計算です。県立中央病院は現在医師が180名、若い医師も多く集まっています。オレンジのカラムが20ある県立病院で、カラムの大きさが診療応援の件数を示しています。ブルーのカラムが市町村立病院の診療応援件数を示し、私が勤務している八幡平市立国保西根病院はカラムが大きく、常勤医が３人しかおらないこともあり、ほぼ毎日県立中央病院から医師の派遣を受けています。今後働き方改革で派遣元病院と派遣先病院の労働時間が通算して上限規制がかけられると、診療応援ができにくくなり、地域医療が崩壊するのではと危惧しています。

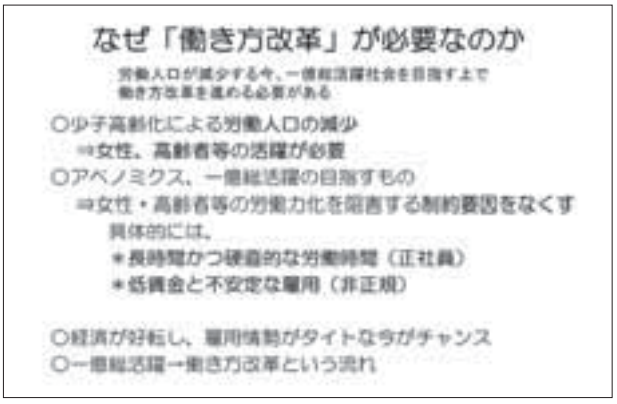
医療人プロフェッショナリズムですが、先ほども嘉山先生のご講演でプロフェッショナルという言葉



が出ましたけれども、利他主義、患者の利益を最優先する、専門職としての質の向上と社会的責任、こういったものをシニア医師はもう身につけているということだと思います。

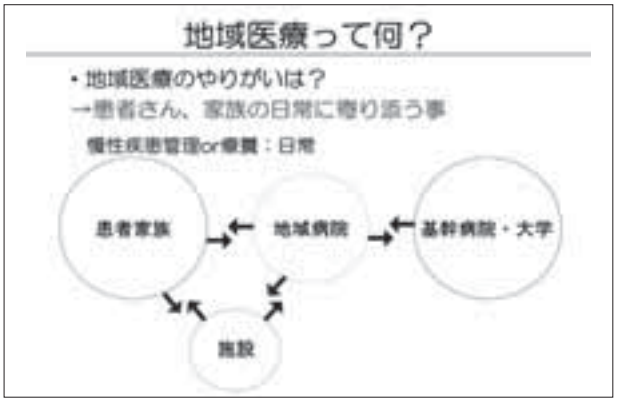


名医をめざすよりも良医をめざそうと鎌田實先生が文藝春秋に書かれた文章で、話をよく聞いてくれる、わかりやすい言葉でわかりやすく説明、生活指導を重視する、まさに地域医療に必要なことなのかなと思ってスライドに出しました。必要な時は専門医を紹介する、患者の家族の気持ちまで考えてくれる資料にも出しておりましたので、あとは省略いたします。

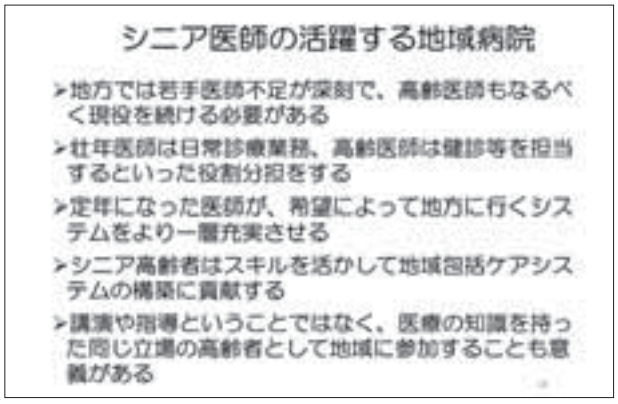


なぜ今日「働き方改革」が必要なのかということですが、少子高齢社会となり働く人口が減ってきているので、女性、高齢者等の活躍が必須となりました。われわれシニア医師は65歳を越えても、まだまだ労働人口としてがんばらなきゃいけないということです。正社員としては長時間かつ硬直的な労働時間、非正規に低賃金と不安定な雇用、この辺の制約要因をなくせるように取り組むことが必要です。

地域医療は、ドクターコトーに象徴されますが、先生方はあまりテレビは見ませんでしたか？どうも地域医療というと、なんか陸の孤島で何もないところで自転車で往診とかの場面が出ます。さすがにシニア医師には自転車で往診というのはちょっときついので、せめて自動車で往診をしたいなと思っています。



地域医療って何って言うと、地域医療のやりがいは、患者さん、家族の日常に寄り添うことじゃないかなと思います。地域病院、患者家族ですね。あとは特別養護老人ホーム等の施設の方の嘱託医もやらざるを得なくて、いまやってますけれど。基幹病院・大学病院から医師派遣を受けながら、何とか地域医療を行っている現状です。



シニア医師の活躍する地域病院は、若手医師不足が深刻です。壮年医師は日常診療、高齢医師は健診等を担当するといった役割分担が必要です。定年になった医師が、希望によって地方に行くシステムにより一層充実させる必要があるのかなと思いますし、スキルを活かして地域包括ケアシステムの構築に貢献する、あとは地域の行事に参加することも意義があると思います。

盛岡のお祭りの写真です。ご静聴ありがとうございました。以上です。

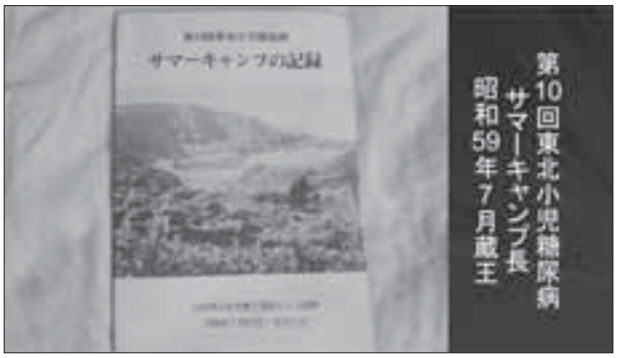
「二度の公務員定年退職（米沢市立病院診療部長・山形県立米沢栄養大学教授）後、慢性期病院での勤務医師」

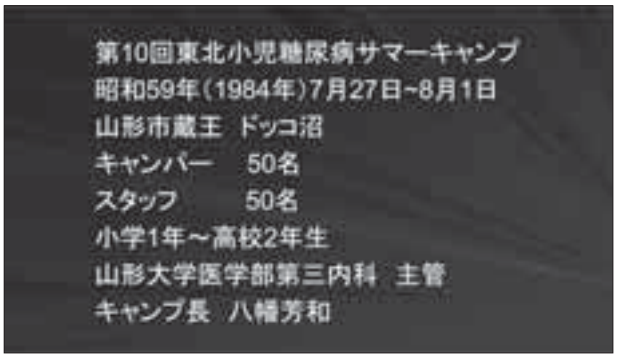
山形ロイヤル病院内科医師　八　幡　芳　和

山形ロイヤル病院内科　八幡芳和です。

さて、人生において公務員の定年退職は２回あるはずがないですが、実はあったんです。

これは山形大学医学部の病院です。開設当初は田んぼの真ん中で、泥だらけの大変なところでした。そこで８年間苦労しました。いろんな思い出がありますが、一番の話は、私が第10回東北小児糖尿病サマーキャンプのキャンプ長を務めました。蔵王の、お釜です。ここに100名の団体を上げて、１週間、私が面倒見たのであります。そのストレスは本当に死ぬ思いでした。





キャンパーは50名、スタッフ50名、合わせて100名です。現在は、各県単位で２泊３日の、キャンパーも12～13名の、そんな小さなものです。予算とかいろんな関係もありますが。この時には100名もの大きな団体を、小学校１年生から高校２年生まで、私がキャンプ長として全部任されました。本当に死ぬ思いでした。だって事故があったら、もうそれっきりですから。

この写真は私が当時35歳の時の、若かりし頃のものです。蔵王高原であります。

昭和52年、山形大学医学部ができた時に、まっさらのコンクリートの匂いがまだ立ち込めているところに入りましたし、米沢市立病院も、ここが古い病

棟です。後ろの新しい病棟ができる時に、医師が１人派遣できないかというので、私が乗り込みました。この古い建物は、例の３.11の時に震度５の地震で、大揺れて、かなりミチミチになりました。もう１回地震とか起きたら、そのまま崩壊することになります。

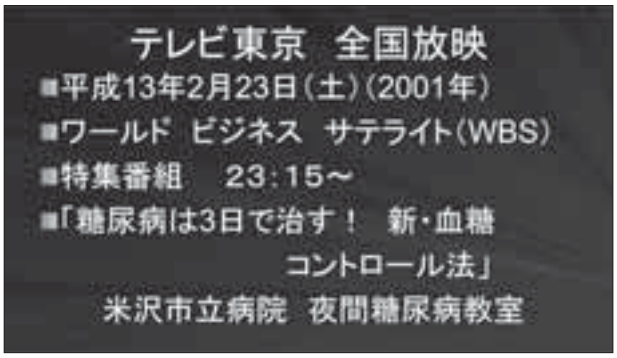
これが新しい病棟で、ここに赴任しました。これを、耐震年限も超えたので、今度は米沢市内の民間病院と米沢市立病院が、この同じ場所に統合する方向に嘉山先生を音頭としてやっております。ですから、これからも中で大変なことが起きるだろうと。そういう意味で、私は良い時に辞めたんだろうと、そう思っています。今当事者だったら毎日統合作業で大変だと思います。

先ほどの慶應大学の先生の話でテレビ東京が出ました。実は私もテレビ東京の番組に、取材全国にオンエアされました。平成13年ですから2001年になります。ワールドビジネスサテライト WBSというのがあります。現役のビジネスマンが見る、そういう番組です。糖尿病の話ですが、タイトル「糖尿病は３日で治す！　新・血糖コントロール法」と、米沢市立病院の夜間糖尿病教室。これが、私のところの全国にオンエアされたものになります。私、ビデオ撮り保存してあり家宝になります。

このテレビ東京の画面からになります。糖尿病は３日で治る筈はないのですが、マスコミはこう書きます。というのは、他の施設での３日間の糖尿病の教育入院がいかに重要かという、そういう意味で。実は３日で治すと。治るじゃなくて、治すという事から。２週間の糖尿病教育入院ほどおかしいものはないと。３日間でも有効だという、そういうテーマだったのですが、そこにわれわれの夜間糖尿病教室も乗っかりました。

当日の写真､75年ぶりに起きた､大震災じゃなかった、大雪害ですね。米沢の方は、こんな記憶は多分ないと思います。テレビ東京のクルーが３名来ましたけれども、こんなところに人が住むのかって本当に驚いたそうです。

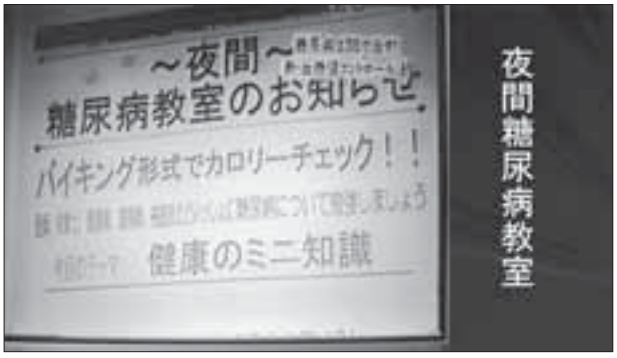
夜間糖尿病教室で、バイキング形式でのカロリー



テレビ東京の画像から

テレビ東京の画像から

テレビ東京の画像から



夜間糖尿病教室

チェックということで。普通に全国で行われている糖尿病教室は全く意味がないと、昼間の２時から３時に仕事を休んで行ける人がいるはずがない、というようなところがですね、これをフレックスタイムの糖尿病教室を実は考えて、夜間というのでやっておりました。現在でも定期的に実施している施設は日本全国で10件ほどしかありません。というのが、私の売りになります。御覧のようにバイキング形式の食事指導です。患者さんの一番の希望は食事を勉強したいと。だって、いろんなものは本見れば書いてある訳で、食事をスタッフと一緒に勉強しながら、いかに五感を使って勉強できるかというのが話になります。

これが若かりし頃の私です。やはりだいぶロートルになって来ました。

最初に食前の血糖測定をやります。ここで夕飯前の血糖 check。参加費を頂いた後、食堂の２階に上がりまして、献立の盛り付けに移ります。食品の取り合わせ、ここにはカロリー数は書いてありません。取って自分の場所に戻ると、これが何カロリーかというのが分かります。大体の目安で、これ一皿、二皿と。五感を使って勉強を、食事の勉強ができるということになります。

これを計測します。こういう形です。そうすると、戻った瞬間に今日の献立の何が何カロリーというのが、分かるようになってきました。これが売りになります。

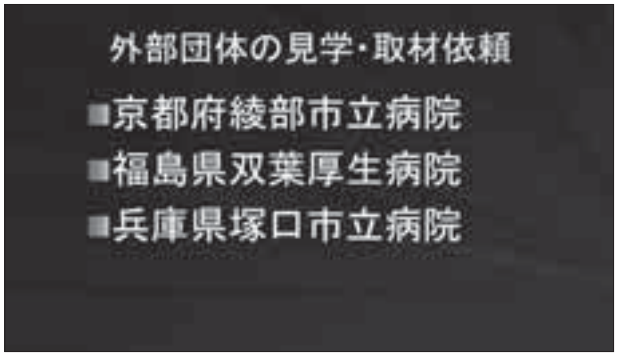
実際のカロリー計算でありまして、大体どんなものかと。これが603カロリーということで、１日３食回分×６＝18で、1,800カロリーのご飯を食べる

となると、この人、大体1,500ですから、取り過ぎだということが実感できます。よく使われる食事のプラスティックモデルが有名ですが、あれほどおかしなものはないです。これがキャベツは一皿何カロリー、何カロリーということで、こういうふうにやっております。その後に栄養士のコメントで、あなたは何カロリーだからどうだというコメントを、栄養士が後でつけて返します。

カロリー計算をやっています。スタッフが付きっきりで教えます。こういうふうにやっているんです。

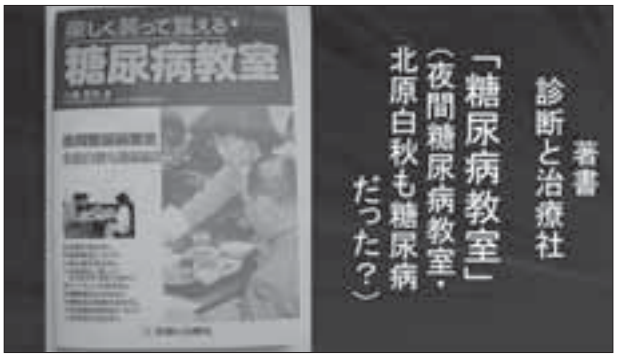
医師のミニ講義、そして薬剤師のミニ講義と。その他に、形成外科、泌尿器科、眼科のドクターの講演もあります。

簡単に見えますけれども、どっこいそうじゃない。１年間の準備期間から、ようやくできたのであります。全国の夜間糖尿病教室は、われわれの米沢市立病院方式をほとんどパクッています。それが、私どもの誇りになります。いかに大変か。公立病院で、教室を終了し後片付けして帰るのは夜９時半ですから、スタッフは。それでも、スタッフは私の意気に感じてやってくれました。

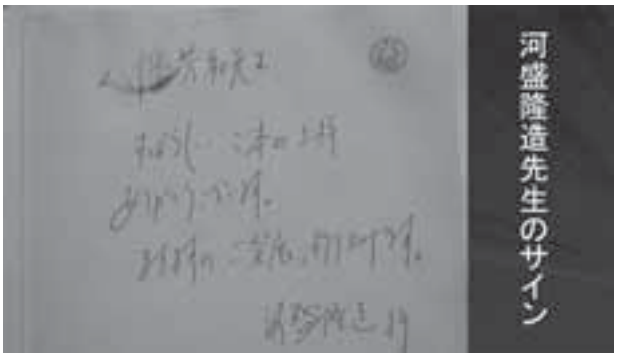


外部団体から見学に来ました。京都の綾部市立病院です。泊りがけで来ました。福島県の厚生病院も。いろんなところで学会発表しましたので、かなり売れたのであります。ぜひとも見に行きたいということで、新幹線使って何と京都から来ました。

その辺のところ、私は「診断と治療社」と、一応メジャーな出版社です。そこに書きました。「楽しく笑って覚える糖尿病教室」を出版しました。その副題として「夜間糖尿病教室」。これ見たら、大体



やり方が分かるようになっています。これアマゾンで手に入りますので、ぜひご覧いただきたい。北原白秋も糖尿病だったんですね。彼が失明して、詩、短歌の中に白内障の、あるいは網膜症の、そういう症状が出ています。最期は、糖尿病の腎不全じゃなくて、心不全で死んでいます。最期まで意識はクリアだったということになりました。



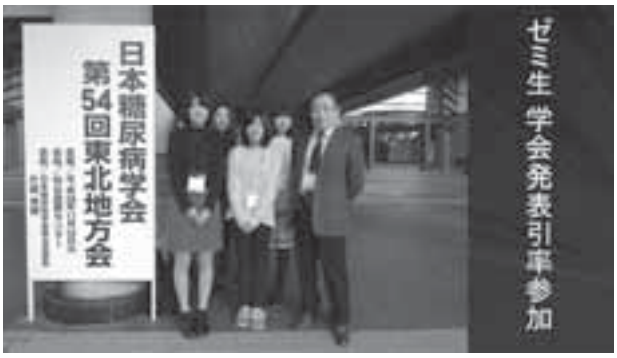
これを書いたら、実はここに何と書いてありますか。順天堂大学の河盛隆造先生と個人的に親しくしているものですから、素晴らしいご本だということで非常にお褒めをいただきました。これは私の家宝としております。

今度は山形県に栄養大学が新しく開学するので、糖尿病かなんかできる医師がいないかというので、米沢市立病院に目をつけて、私のところに乗り込んできました。当初は、個人情報だから私がいつ辞めるかって分からなかったんですね。じゃあ、いいですよと言って蓋開けたら、「65になるので、これちょっとおかしいんじゃないか」って、「いや、ぜひとも来てくれ」ということで65歳プラス４年、69歳まで現役の教授公務員として勤めました。これは一応、学長の特別采配だというようなお話も聞いていますけれども、これも出来立てのまっさらな大学校舎でありました。人生において三度の新設医療機関に勤務できた。幸運です。

授業ですが、これはもう二度と見る景色でありません。１学年42名ですね。大体、男子生徒は３名から４名ぐらいです。この真ん中にいる学生の髪の毛、なんと真ピンクです。

まもなく臨地実習というのが入ります。そうすると真っ黒になって、また来ました。それが終わったら、今度は緑にしたので、今の若い子は個人の主張がかなり強いんだろうと。この景色は、もう二度と見ることがないので、家宝として記念に取っておこうかと思っております。学生さんも喜んでくれました。

この生徒さん達はですね、米沢栄養大学生を日本糖尿病学会に発表させて、それを見学させたのが、このものになります。費用全部、往復新幹線代は自



腹で私が全部出しました。

これは私の教室でありまして、卒研ゼミで４名配置されます。そこで国家試験から、いろんな卒論のテーマを教えたりと。これが私の部屋になります。一応きれいになっていますけれど、まもなくゴミ屋敷になってました。

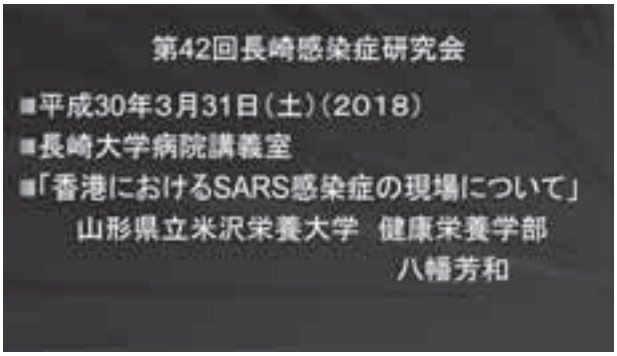
これは卒業式でして、第１回目の一期生が管理栄

養士合格率100％というのは見事であります。皆さん、100％はないですよ。良かったですね。

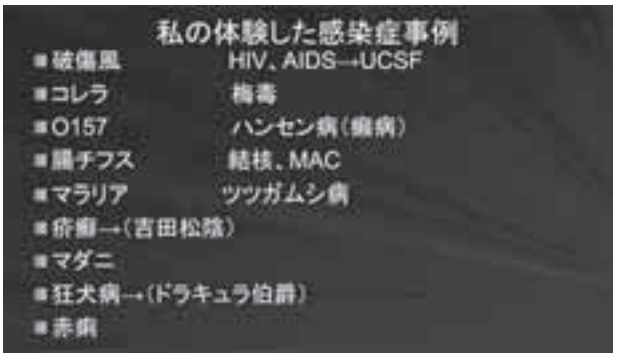
「やまがた夜話」というのがありまして、これは山形の大学､それから短大､高専の教師が講師となってやるんでありますが、これはですね、インフルエンザ、ＳＡＲＳ、ＡＩＤＳ、ツツガムシ、これ全部１時間のネタで、私、全部持っています。ツツガムシが、どこで、どのように刺されたかという事全部、私は写真持ってます。保健所報告は、どこで、何歳の男性が刺された、それだけです。保健所職員は是非ともどこで刺されたのか具体的に見に行かんかいと思います。私、実際の現場を見に行きました。アメリカなど海外で本物のＡＩＤＳもＳＡＲＳも全部見てまいりました。

これは何でしょうか。「医者の眼から見た文学者達」と。これ北原白秋ですね。何て書いてあるかな。網膜症発病して目が見えなくなった詩人のお話と。正岡子規、肺結核ですから、彼が血痰、喀血、これが詳しく日記に残っています｡正岡子規は､ガフキー７だったという、それも残っております。斎藤茂吉はafからの脳梗塞で倒れて、文化勲章の時には陛下の前に片麻痺のため車椅子で進んだということになりました。心房細動、ＭＳの、その心臓雑音も彼は短歌に残しています。どんな音がしたのか。小林一茶は高血圧による脳出血でしたね。

「誰も知らないシンガポール ・ベトナム ・ 香港」ということで、普通の人が行かないところに私行くんです。病院、それからクリニック、薬剤部のところ、全部私アポなしで行ってきました。ちょっと危険なところもありましたけれども、行ってみました。普通の人が行かないところなんて、誰も知らないで



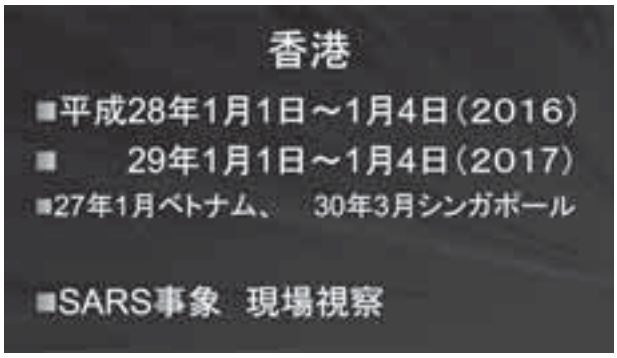
す。ここの会場には、長崎県の方おられますけれども、いろんな研究会があります。長崎感染症研究会というのは、日本でも最も素晴らしい、すごい会です。そこに乗り込んで行って、喋りました。今年は、ツツガムシを持っていこうかと思います。東北地方のツツガムシは、やっぱり九州の人にとると、これは興味があるらしいので、ちょっと喋ってみようかと。だって、発病から時期が全然違いますので。その辺の、これをネタで考えております。



私が今までに体験した感染症の一覧です。破傷風、コレラ、これ全部見ました。吉田松陰は疥癬ですね。このおかげで、彼はペリーの船から追い出されたんです。という本物の話です。

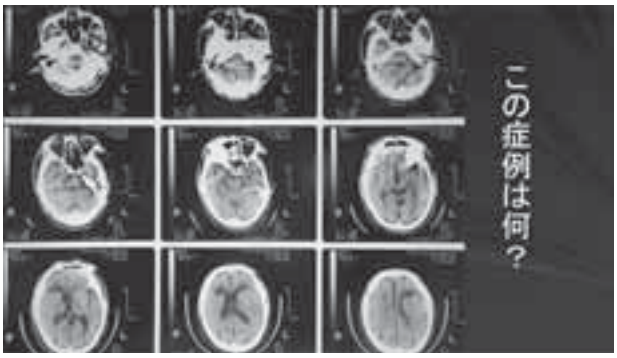
それから梅毒も、ハンセン氏病も。これは学生の時にライ病院へ行きました。ＨＩＶも行きました。ツツガムシですね。どこでどのように刺されたか、それを全部、私見てます。

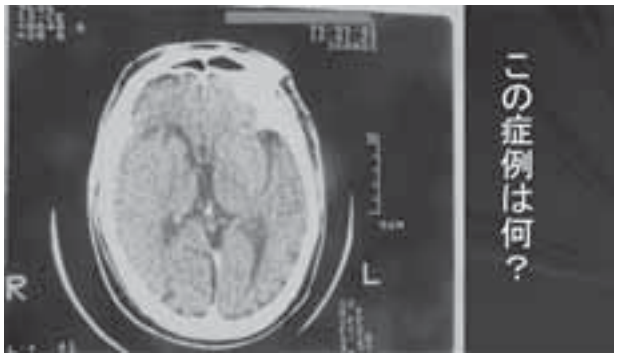
そして、狂犬病はビデオだけですが、ドラキュラ伯爵はこれのモデルだろうと。だって、人を噛むといったら、これしかないですよ。有り得ないです。ということで、多分、だろうと思っています。

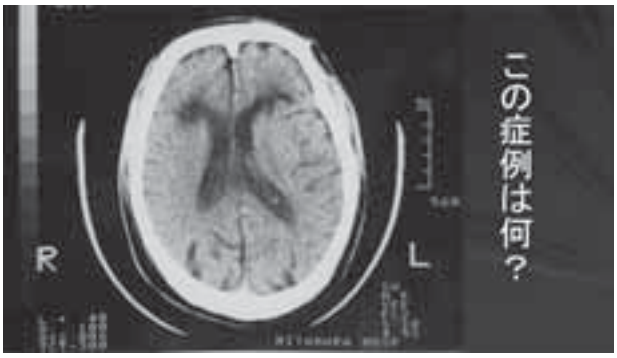


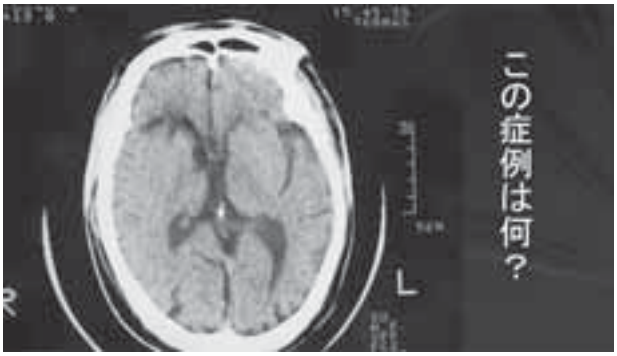
香港に行きました。これですね。大体お正月休みのところに、山形県立米沢栄養大学の授業が始まる前とか、こんな時間を利用して行ってまいりました。ＳＡＲＳの現場見てまいりました。私しか見ておりません。

ここからよく見て下さい。この症例は何でしょうか。これは、嘉山教授がおられますので、これはすごい症例なんです。これはお分かりでしょうかね。これアップします。







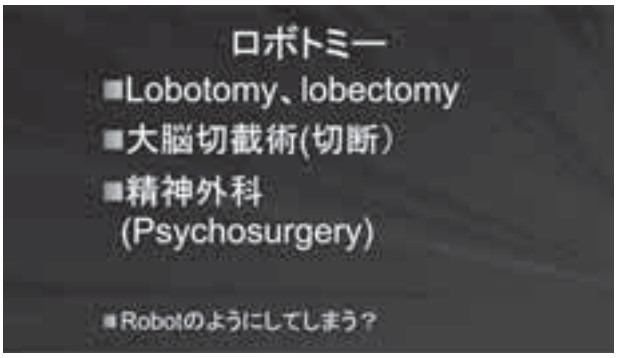


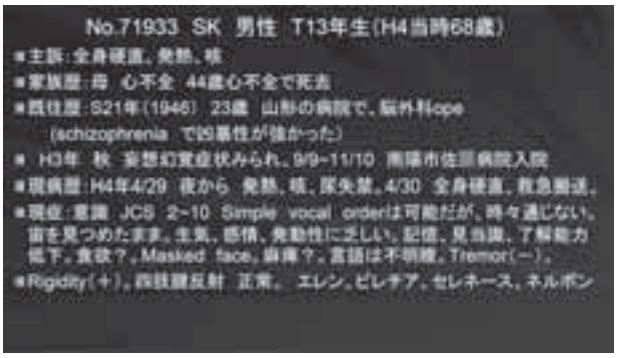
はい。何でしょう、これ。神経内科の人に聞いたんですね。「脳梗塞」と。いやいや、冗談じゃない。こんな傷があるでしょうか。ないです。

はい、ここにも傷があります。ここにですね。これなんでしょう。答えは１つ。ロボトミーです。私、本物見ました。Psychosurgeryですね。どこで見たかというと、この方は大正13年生まれですから、いま存命なれば95～96歳ぐらいでしょうか。ですから、もうロボトミーの症例は日本でも見る機会はありません。ということで、われわれの市立病院でもCTなど撮ったのですが、全部捨てちゃったんですね。永久保存すべきだというのを学会発表しようかと思います。

これは非常にあれでしたが、schizophreniaで、発熱、こうなったケースで。ＪＣＳが２～10って何でしょうかね。ある時は２です。５分後に行くと10って、そんな話はない。初めておかしいですね。生気、感情、発動性に乏しい。これ人格崩壊ですよ。ロボトミーってそういうことになるって初めて気がつきました。授業では聞いた。でも、本物は初めて見ました。こういうのがありましたですね。

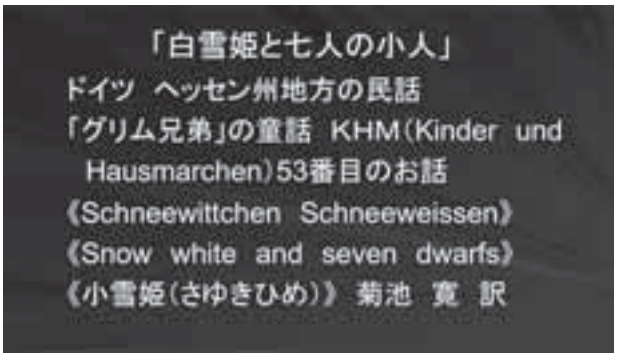
これは何でしょう。もちろん答えは１つです。身長が108cmです。これ、クレチンです。本物見ました。このクレチンの動画も私、ビデオで撮っています。108cmの、30kgです。鞍鼻とSt Ann's signというの、これを出します。ということで、欧米人でもこの鞍鼻が、鼻がこうなっています。これが物語の中に出てくるんです。St Ann's signというのは、眉毛の外３分の１が抜けてしまうという。これは教科書にあんまり書いてないです。眉が、これがハイポ





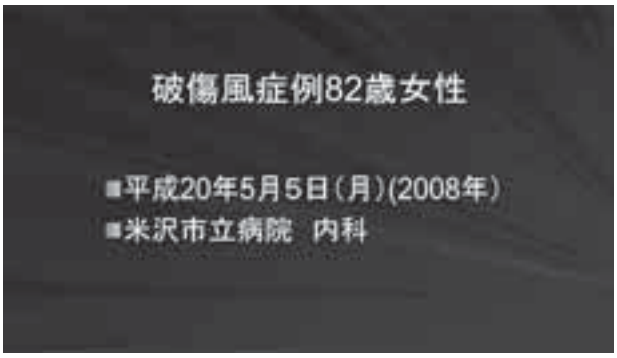
サイロイドの典型的な症状です。

スライド495051．これが面白いんですよ。「白雪姫と七人の小人」、菊池寛が訳したのですが、この七人の小人が、実は私が考えたのですが、はい、これ。一人だけ違います。何が違うか分かりますか。一人、二人、三、四、五、六、七人。一人違いますよね。こちら、みんな鼻がこうなっています。いま



言ったクレチンじゃないかということです。これです、これ。１、２、３、４、５、６、７番目。これは均整がとれて髭がない。下垂体性小人症での低性腺機能低下症ということになります。やっぱり少ないです。でもヨーロッパでは、当時こういうクレチンは結構いたから、こういう物語はできたんだろうという、「無から有は生じない」ということで、このクレチンというのを私が考えております。

これは何でしょうか。これはもう典型的な話なんですね。これは、答えは分かっているんですけれども。この人は、いま私は口を開けないで喋っています。腹話術ってこういうものです。この人は、こういう形で口を閉めたままお話ししているんですね。苦しいんです。痛みがあるんです。それからまもなく、カクっというけいれんが起きたということ。



はい、これ破傷風ですね。こういった話です。これ本物でした。今からあれですね、市立病院の、私が当直の時に見ました。

82歳の女性です。これ全部、家族の了解を得ております。これだけはお間違いなく。１カ月前から、このような発疹が出たと。これに引っ掛かっちゃって、ヘルペスと思っちゃったんですね。冗談じゃない。４月26日、畑作業用のフォークにて左腕をざっくり刺しちゃった。某医院にて、ナートしちゃったんですね。ペタッと。それから、約１週間後から「口が開きにくくなった。」、それから３日後には「口が開かなくなった。」典型的な tetanusになります。ということで、この時点ですね、「口が開きにくくなった。」これは tetanusの初発症ですよ。ここからですね、時間がずれたんですけれども、こうなりまして、救急室から、そのままＩＣＵに入院になりました。その夜にけいれん発作が、バーッというのがすごいありました。これ全部ビデオで撮っております。

82歳女性、破傷風症例
1ヶ月前から、左鼻、頬にかけて発疹あり。4月26日、畑作業用の器具(フォーク)に、左腕を刺してしまった。某医院にて、縫合処置。5月3日夜から、「口が開きにくくなった。」。4日当院QQ外来受診。顔面の帯状疱疹と診断され、バルトレックス内服。アラセナA軟膏外用処方された。5日「口が開かなくなった。」、全身に痛み出現。QQ外来受診。「破傷風」と診断。即日ICUに入院となった。けいれん発作頻発。
既往歴：白内障の手術　高脂血症治療中。

受傷の現場

受傷の原因

農作業の現場

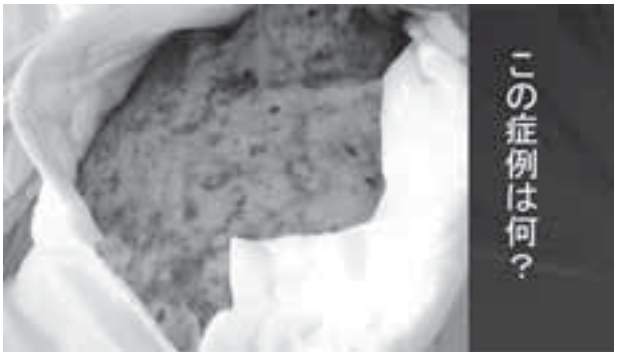
左腕　受傷部

受傷の現場。どこで。これ私の手ですけれども。そうですね。こういうのがありまして、これが本物でした。農作業用のフォークですから、地上深さ３cmかそんなところに破傷風菌がいるというのがお分かりできますね、これが痕になります。

これは何でしょうか。これペラグラです。本物でした。ＨＩＶも見ました。この方はサンフランシスコでの AIDS感染ロングサバイバーです。

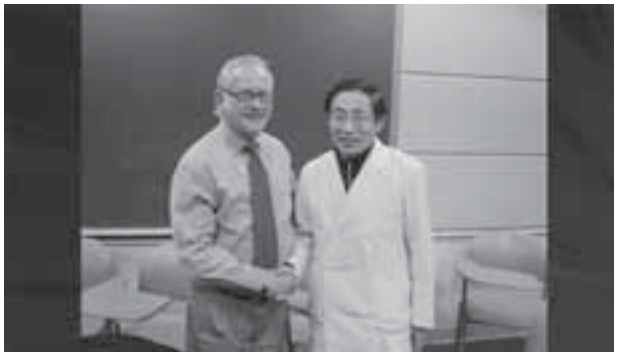
下段左。この方は現在、旭川医大呼吸器内科の教授です。UCSFで一緒になりましたけれども。これが Visiting Fellowですね。終了証でした。教授と記載あります。

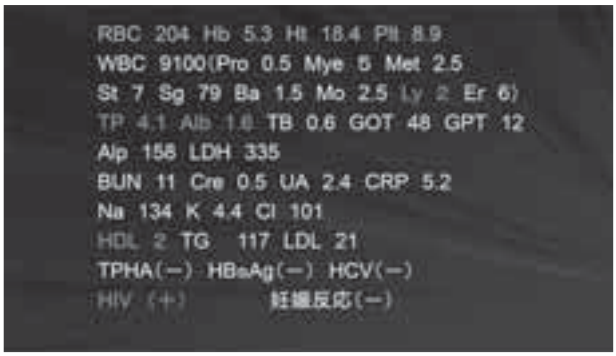
この症例は何？

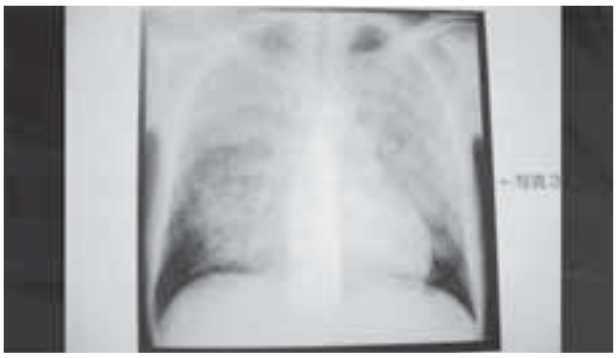


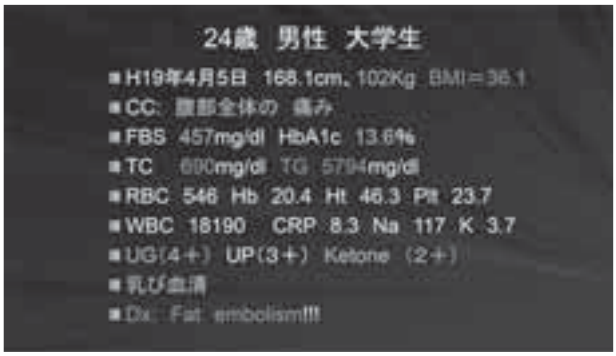
ペラグラ

イタリア語で、pelle（skin）、
agra（rough）から、pellagra









ちょっと右端見て下さい。boy's workと書いてありました。という話なんですよ。こういう世界でした。これＨＩＶポジティブです。ということで、この間、ＨＩＶポジティブということで就職を却下された。そんな馬鹿な話はない。これは無知の話です。

クリニックの現場です。これは面白かったですね。

アメリカでは、診察台に上がって、あとで背中が痒くなった。これ訴訟になります。ということです。これペラペラという、新しいティッシュペーパー様の紙を引っ張り出します。これは面白かったですね。

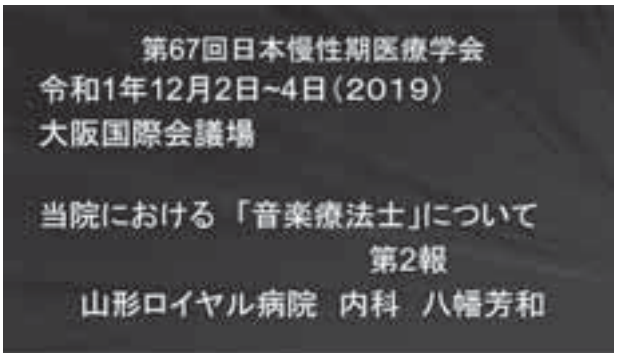
いきなりＡＩＤＳやります。こうなってきました。白血球が9,100で、リンパ球２％。こりゃないですよ。これ本物の AIDSですね。さて次はこの症例のすごいところは何かというとですね、ＴＧが５ｇ/dlです。これ本物の高中性脂肪血症でした。

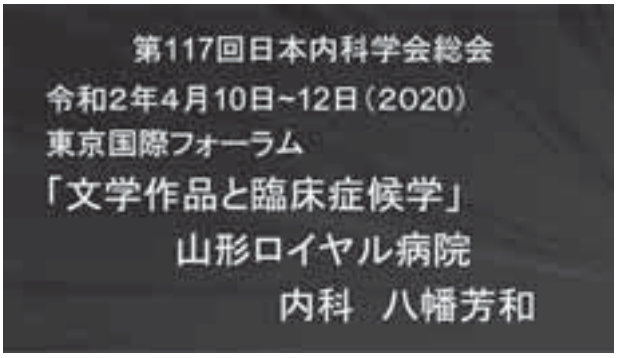
それでですね、山形ロイヤル病院に行きまして、「音楽療法」ということで、慢性期医療機関ですから。私とリハビリの人と。コメディカルを全国学会に打って出ます。

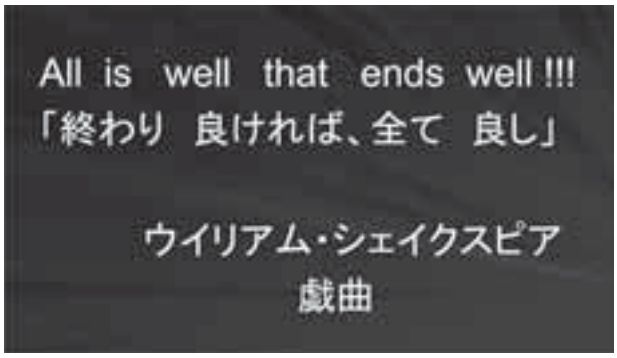
これが来年４月の日本内科学会総会に「文学作品と臨床症候学」ということで発表します。赤痢はですね、谷崎潤一郎の小説「細雪」。あれっ、赤痢の

お話です。長塚　節の小説「土」、あれは破傷風の症例です。というようなことから、いかに臨床症候学が大事かという意味で、患者さんをよく見ることがいかに大事かということでありました。

私もデメンツが少々始まっておりますので、もしデメンツがこれ以上進行、増悪するまでは頑張りたいと思います。最後の私のフレーズは、「All is well that ends well!!!」「終わり良ければ全て良し。」このシェイクスピアの言葉で締めたいと思います。ご清聴ありがとうございました。







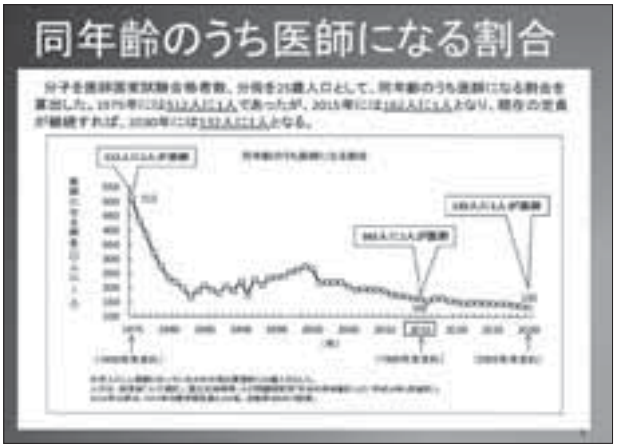
「輝けるシニア医師　定年後の未来像」

愛知県医師会副会長　**市　川　朝　洋**

「輝けるシニア医師」ということでお話をさせていただきます。

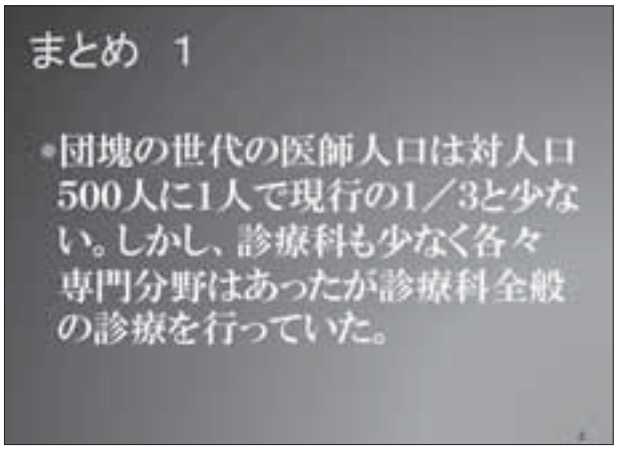
高齢化とよく言いますが、今までは確かに分子が増大した。しかし、これからの高齢化は分母が減少する。そういうようなタイプに変わってくるということであります。もう１つのポイントは、65歳から74歳、それから75歳以上の割合がやや増えますけれども、全体としては変わらない。すなわち、支え手が一定以上あれば、高齢化というものに対応できるではないか、そういうことでございます。

それから、病院の医師の数を見ますと、50代と60代がぐーっと増えていく。すなわち、ほぼ毎年上がってくるんです。今後はこの部分が増えていく即ち、定年の先生方が毎年毎年増えていく。これをどのようにしていくかというのがポイントになります。



70歳近辺の医師数が、同級生にどのくらいの割合かと言いますと、500人に１人が医師。それに対して現在は125人。ということは、われわれはエリートという見方もありますが、１人の医師がたくさんの患者さんを診なくちゃいけない。そういうことになります。今の医師は100人ぐらいを診ておればいいということになります。私、愛知県ですので、名古屋大学病院の診療科の推移は、私卒業した時は17診療科。いま35。約２倍になっております。

なぜかと言いますと、その昔、私が卒業した時は、懐かしい第一、第二、第三内科とか、第一、第二外科というように、外科と内科でそれぞれ３。それがだんだん内科、外科も増えてきまして、2002年、この時ですね、内科が８、外科が９、全部で17の診療科になった。いわゆる専門化されてきた。現在、全部で35ですね。整形外科もリハビリテーション、手の外科、形成外科、リハビリ科含めて５つです。整形外科でもかなり細分化されてきているというのが現状でございます。

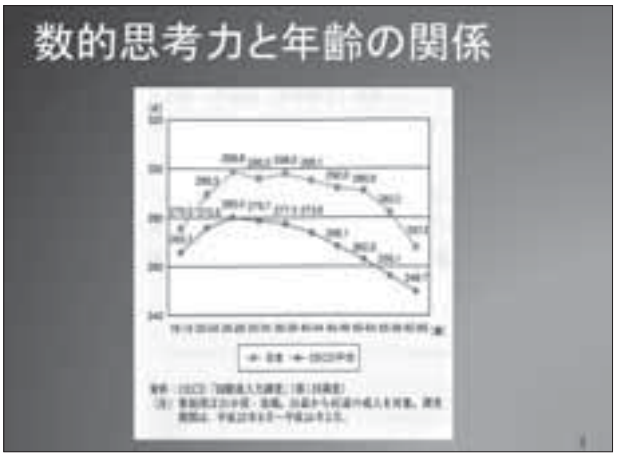


まとめますと、団塊の世代の医師人口は対人口500人に１人、現在の３分の１と少ない。しかし、診療科も少なく、各々専門分野はあったが、診療科全般の診療を行っていた。要するに、ある程度、医師が全体を診ることができたというのが、私どもの世代でございました。

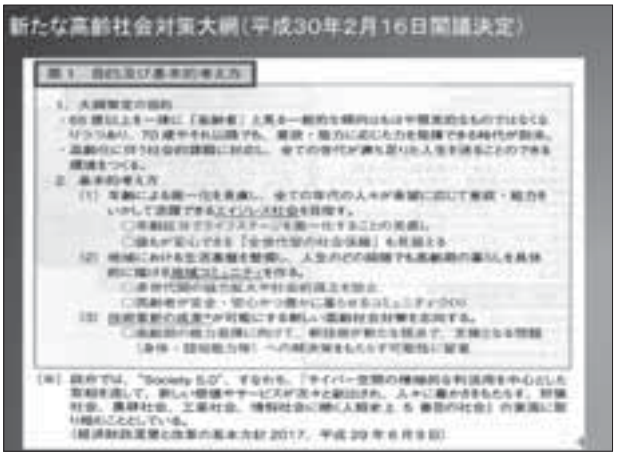
次に高齢者の最近の肉体的、知能的特性を考えます。

年齢別体力は、65歳以上において年々向上し男女

とも平成10年と比較した場合65歳において10歳以上若くなっている。



思考力は30歳、40歳をピークに年齢とともに低下するが、ＯＥＣＤ24カ国と比較すると、60歳、65歳の数的思考力はＯＥＣＤ諸国の45－49歳と同程度となる。また、読解力も数的思考力と同じくピーク時に比べ１割強の低下はあるが、ＯＥＣＤ諸国に比べ10歳ほど若いと言える。同じく、読解、国語力に関しましても、ＯＥＣＤに比べると、同じ部分で10歳ぐらい若いですよと、そういう話が言えると思います。



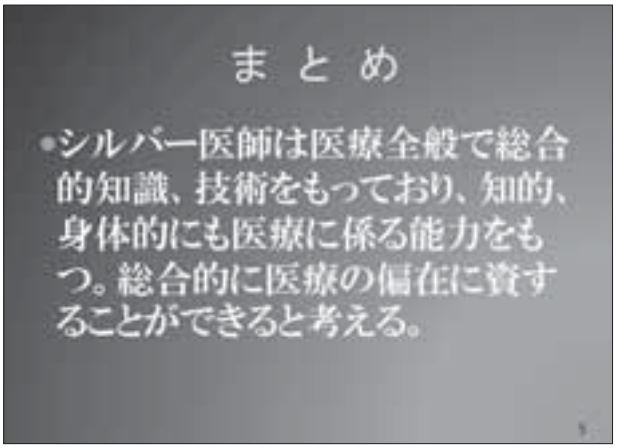
これが平成30年２月16日に閣議決定しました新たな高齢社会対策大綱ということでございまして、特に65歳以上を一律に「高齢者」と見るのではなくして、意欲とそういうものを勘案して見て下さいということでございます。そして、基本的な考えといたしましては、（３）で技術革新の成果が可能にする新しい高齢社会、要するにSociety 5.0、サイバー社会の中で活躍していきましょうという、そういう話をこの時出ております。

まとめといたしましては、高齢者は体力、知力の低下はあるが、社会の中にあっては十分その勤労能力を発揮していると言える。また、国もそれを期待している。高齢社会対策大綱ということでございます。

医師偏在について考えます。例えば東北は医師少数地域が多いんですが、県庁所在地だけはやはり医師が多い、偏在が少ないということでございます。この辺、愛知県でも名古屋以外は医師が少ない地域。しかし、県庁所在地の中では医師が多いということです。ということはですね、結局、どのように医師が分かれていくかということ。若いうちはやはり症例の経験をしたり、それから新しい技術を積む必要がある。しかしながら、医療は各県庁所在地に限らず、いろんな地区で必要とされていることは確かであります。地方しかも、僻地は高齢化率が高い。しかも、80代は、30代、40代と比べますと、疾病が４倍ぐらい多く持っている。ということは、全ての疾病をそれぞれの専門医が見たら、これとてもじゃないですが、医師が何人おっても追いつきません。将来、2036年の医師数が、内科は1,400人ぐらい足りません。それから外科もです。いずれにしましても、総合力を持った内科、外科の医師が必要だと。それがやはり考えられます。しかも、総合力を持った医師は、結構定年を迎えている先生方で対応できます。若い医師の頃から、内科、外科は自分の専門以外の部分を診ていたので、自ずと力になっているという、そういう考え方をできると思います。

まとめといたしましては、医師数は医学部定員増により増加している。2032年には医師需要推計では32万人で均衡する。しかし、地域偏在、診療科偏在は著明であるということがまとめになります。

さて、全体のまとめといたしましては、シルバー医師は医療全般で総合的知識、技術を持っており、知的、身体的にも能力を持つ。総合的に医療の偏在に資することができると考える。それで結局われわれ70歳前か70歳過ぎの医師が、どのようにこれから



やっていくかということなんですけれども、基本的には体力もまだ、知力も十分ある。しかも、若い時に結構いろんな科を見せられて、僕は消化器ですが、消化器以外でも肺炎も診ています。しかも、だんだん日本が高齢化して、地域においてはもう50％を超すところもおりますよね、高齢者が。そこにおいては、やはり１人の医師がある程度の患者さん診なくちゃいけない。そこで、日本医師会ではかかりつけ医の機能研修制度があります。かかりつけ医は「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」と定義されておりまして、例えば定年後、再び再就職することはございますけれども、やはりその能力を発揮して総合医、このかかりつけ医ということをなさっていただくのも一つの生き方じゃないかと思っています。

以上でございます。ありがとうございました。

「山形大学医学部が提供する「リフレッシュ医学教育」」

山形大学医学部附属病院副病院長
山形県医師会常任理事
佐　藤　慎　哉

私の本業の話をさせていただきたいと思います。私は、いま山形大学医学部総合医学教育センターというところで、医学教育に関わっております。今日は、大学で行なっております「リフレッシュ医学教育」についてご紹介させていただきたいと思います。

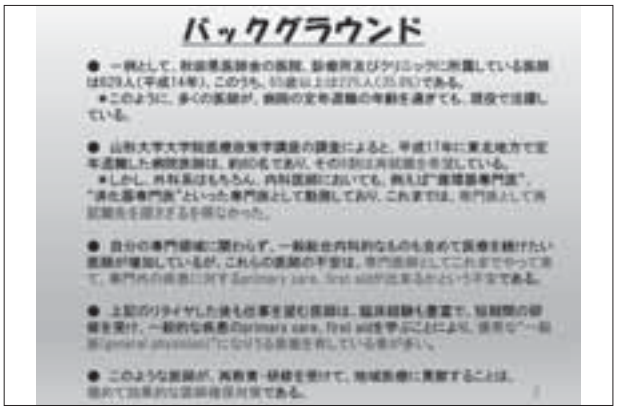
「リフレッシュ医学教育って何？」ということですが、要約しますと、“退職して働きたいお医者さんがいる”。“働いてほしい病院がある”。だけれども、先ほどの吉岡先生のアンケート調査にもありましたように、“ほとんどは自分が専門としていた診療科に行く”ことになります。その理由の一つは、やはり他の分野に関しては非常に不安だということがあると思います。「リフレッシュ医学教育」というのは、例えば退職をする専門医、外科でバリバリ手術をされていた専門医の先生が地域で総合診療に従事される、あるいは老健施設でお仕事をされるという時に、それに必要な総合診療的な診療技術を研修していただく。基礎系の研究者の先生が、やはり地域の病院で働くための研修を受けていただく。あるいは、一度離職した女性医師の方々の職場復帰を支援をする。これが「リフレッシュ医学教育」ということになります（スライド１）。本事業は、平成19年度（2007年度）の文部科学省教育ＧＰ（グッドプラクティス）メディカルスタッフの再チャレンジ推進事業という競争的資金を当時の嘉山孝正医学部長が獲得されて、その成果が認められ一般財源化し、現在まで続いているものです。

スライド１

先ほど来、お話がありましたけれども、この事業が始まった当時の医師の再就職に関するバックグラウンドを少し見てみますと、山形県ではなく、秋田県のデータで恐縮ですが（注釈：当時の医療政策学講座の調査対象が秋田県だったのが理由）、その当時、診療所、病院で働かれている65歳以上の方というのは、全体の３割５分ぐらいいらっしゃいました。このように東北地方の県では、多くの先生方が、いわゆる公立病院の定年退職の年齢を過ぎても働かれています。その約８割は再就職を希望されていました。これは吉岡先生から紹介いただいた山形県のデータともつながるところがありますけれども、実際多くの先生方が再就職を希望されています。しかし、只今のご発表にもありましたけれども、今は昔と違い診療科が細分化されておりますので、なかなか自分の今の専門、その分野で働くということは困難です。そういった自分がこれまで専門としてきた診療科以外で自信を持って地域の医療機関で再就職していただく支援をしたいというのが、本事業のコンセプトでございます（スライド２）。

毎年、医事新報に合計で年９回ぐらい本事業の広告を出しておりますので、ご覧になった先生もいらっしゃるかもしれませんが、そういった形で全国への広報を行なっております（スライド３）。

本事業は、日経メディカルにも取り上げていただきました（スライド４）。開始当時､我々のリフレッシュ医学教育以外は、女性医師のみの復職支援が多



スライド２

スライド５

スライド３

スライド６

スライド４

く、東京女子医科大学や信州大学、群馬大学など複数の大学にプログラムが作られましたけれども、現在残っているものは少ないようです。

スライドは山形大学医学部のホームページですけれども、ここにリフレッシュ医学教育という項目がありますし、山形県のドクターバンクとも連携し、バナーリンクもしてもらっています（スライド５）。

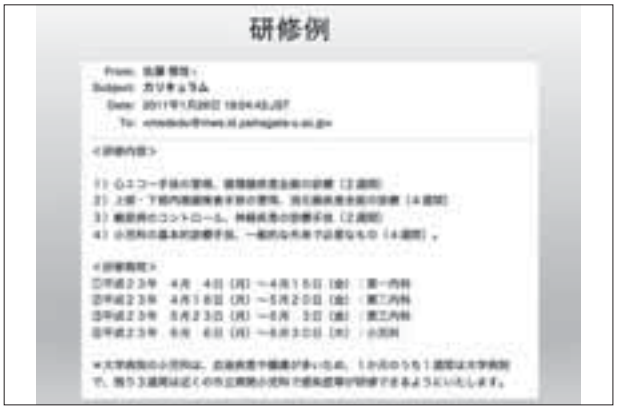
実際の研修カリキュラムを紹介しますと、これはあくまでもサンプルですけれども、例えば３カ月間で循環器内科、呼吸器内科、消化器内科、小児科を研修するというような計画を立てます（スライド６）。この事業を始めるに当たって、当時の嘉山医学部長に強く指導を受けたのが、「シニアの先生の研修なんだから、決して初期研修医であるとか、学生の実習と同じになるようなことのないように、各診療科、少なくとも講師クラス以上の先生方にちゃんと個別についていただくカリキュラムを組みなさい」と。あと、「先生方のバックグラウンドが全て異なるので、ここにはあくまでもサンプルが載ってますけれども、それぞれの先生個別のカリキュラムを作るように」ということでした。研修パターンにしても実際にはいろいろありまして、３カ月連続とか数カ月連続のパターンや、週に１回で数カ月というパターン、毎月第２週目の水曜日で半年間など、様々な研修パターンに対応しています。また研修開始時期も４月からというわけではなくて、ご希望さ

れる先生方の予定に合わせて、１月１日からというわけには行きませんけれども、可能な限り研修を受けられる先生のご希望に対応できるようにしております。研修費用は、一応月額６万円です。この６万円という金額は、大学院の授業料を参考に、そこから算定した金額です。ただし６万円ですが、研修パターンが違いますので、月１回でも６万円というわけではなく、研修を実際に受けた日数に合わせた形でディスカウントしております。

実際の研修計画の立て方をご紹介します（スライド７）。まず研修を希望される先生から「４月から３カ月で、内科２カ月と小児科１カ月を研修、内科では消化器内科のファイバースコープであるとか、小児科では一般的な診療を中心に勉強したい」といったメールをいただいたとします。そうすると総合医学教育センターでは、応募された先生とそれぞれ関係する診療科との間で連絡を取り合いながら、例えばこの先生の場合は、心エコーの手技を２週間、上部・下部消化管内視鏡の実習４週間、糖尿病のコントロール・神経疾患を２週間で、小児科の一般外来での研修を４週間行うことにしました（スライド８）。その際、大学病院の小児科はどうしても血液疾患であるとか腫瘍が多いために、この小児科の研修の一部は市中病院小児科のご協力を得て、感染症等を研修する形を取りました。修了しますと修了証を発行しております。これまでに、何度も「非常に熱心に教えていただき、非常に有意義な研修を送らせていただいた」というような感謝のメールもいただいております（スライド９）。

去年の10月までで、21名の先生方に研修を受けていただきまして、中には、これまで大学病院の胸部外科でバリバリ活躍されていましたが、地元山形の公立病院で働きたいということで内科の研修をされた先生、他県の診療所で働かれていた方ですけれども、今度は山形の診療所で働きたいということで研修を受けた先生もいらっしゃいます。また、精神科の先生が、精神科であっても当直をしなきゃいけないとのことで内科の研修をされたり、元々は形成外科で今は関東圏の診療所で働かれている先生が、糖尿病であるとか、喘息の治療、あるいは骨折といったものの診断に少し不安があるので、そこの自治体の長に掛け合って、月に１回だけ、数日間の休みをもらい、半年間の研修をされた例もあります。最終的に、他県から山形県に来られた方も４人ほどいらっしゃいますし、全てが山形県に残られてるわけではありませんけれども、全国の先生方に来ていただいて、それぞれの地で、また第二の人生を歩むための研修をしていただいております。

スライド７



スライド８

スライド９

山形県にとっては、山形県に就職される方も確保しているということで、ご承知のように、自治医科大学に１人学生を入学させると、卒業まで大体１人当たり 6,500万円ぐらい県は支出しているわけですから、勤務できる期間が短いとは言っても、医学生の場合は専門的に働けるまで10年の教育期間が掛かるわけです。こういった形で定年退職後も10年働いていただければ、医師不足への対策ということでも大いに意義があるのではないかと考えています。本事業が最初は競争的資金であったものが、一般財源化されたのには、そういうことが認められたのではないかと思っています。

最近の話をさせていただきますと、来月から県内の先生が再就職に向けて小児科の研修を始められますし、あと来年４月から研修したいという先生から相談があり、現在カリキュラムの相談をしております。

ということで、詳細は本事業のホームページを見ていただきますと、いまお話ししたようなことがお分かりいただけると思いますし、もしも何かご不明な点がありましたら、ホームページにメールアドレスも書かれておりますので、ぜひご相談いただければと思います（スライド10）。

以上、山形大学医学部の「リフレッシュ医学教育」をご紹介させていただきました。

スライド 10

ディスカッション

間中座長：それでは、出席の先生方からご質問、ご意見等を頂戴したいと思います。どなたかございませんでしょうか。

市原先生（愛知県）：私、愛知県医師会の市原と申しますが、テーマが「輝けるシニア医師」ということで、これはまさに自分のことだなと思って聞いておりました。この中にも多くの方がそういうことを思われたんじゃないかと思います。私は外科医なんですが、メスを置きますと、もう次は一般診療ということになりますので、総合診療が自分の仕事かなというふうに思っております。市川先生のお話によりますと、総合力を持った内科、外科医師が非常に有用だと。活用できるということでしたが、まさにその通りだと思うんです。次の演者の山形大学の佐藤先生のお話が大変貴重なと言うか、すごく良い話だと思いました。これはどんどん進めていくべきだと思います。ただ、ちょっと教えていただきたいのは、リフレッシュプラン受講者の中に、精神科の先生が内科に変わる１例がありました。かなりお年を取られてから変わるとのことでちょっと違和感を感じました。また、基礎医学の先生が内科の医師をするという例があり、私にはすごい驚きでした。３ヶ月や６ヶ月研修を受けただけで本当にそんなことができるのかと。この訴訟社会において、基礎を58までやってまして、臨床は少し研修してきましたので、採用する方は「内科でお願いします」と。採用する方も不安でしょうけれども、本人が一番不安だろうと思うんですよね。さらに、患者さんがそれを許容するかどうか。経歴を見たり、あるいは、いまインターネットで見れば分かります。基礎を58までやっていましたというふうなことを出せば、まず非常に不信感を持たれるんじゃないか。上手く行っていれば良いですが、もし見立て違いがあったりすると、これは大変な問題になると思うんですよね。その辺りのことを、ちょっと心配したんですが、いかがでしょうか。

佐藤先生：そうですね、例えば基礎の先生が内科と言いますか、診療行為をするにしても、急性期病院でバリバリ診療を行うというわけではなくて、慢性期病院や介護施設での（侵襲性の低い）診療が主だと思います。それよりも多分、現実的なことをご理解いただきたいのは、むしろこういった形の研修を受けないで老健施設であるとか、そういうところで働かれている基礎系の先生方が多くいるという現実があります。誰とは言えませんけれども、そういう先生方が、その患者さんを「急性期病院に送るべきかどうかという最低限のトリアージ」ができるようにするには、数カ月単位の研修でもできるんじゃないかと思っています。また精神科についても同じですが、ただ精神科の先生と言っても、大きな病院の精神科の先生は自分の専門の精神科的なところしか診察されないかもしれませんけれども、例えば精神科の単科病院の場合は、入院患者さんの内科的なことも診察しなければならない現実があるので、そういった先生方が、さらに内科的な診療を行うための研修を受けるのには非常に意味があることじゃないかと思います。

市原先生（愛知県）：はい、ありがとうございました。

植山先生（日本医師会）：日医の勤務医委員会の植山です。私は元気なドクターが長く働くというのは

非常に賛成なんですけれども、一つ不安な点があります。それは認知症の問題ですね。認知症は病気ですから当然、医者も認知症になる。今年の私の経験をお話しします。今まで20年ぐらい診てもらった先生の記憶が飛ぶようになって、会話が成立しなくなったので、私の診療所に変わりたいという方がおられました。確か10年ぐらい前に読んだ論文で、イギリスには医者が認知症になった場合、ホットラインで相談できるシステムがあるとのことでした。周りの医療スタッフはそういうことを言えないから、システムがあるというのを、産業医大の先生が昔どこかで書いておられました。だから、高齢の医師ががんばるというのは良いんですけれども、いま自動車事故で免許を返納するということがあって、高齢者医師の信頼性をどう国民に担保するのか。医師としてのきちんとした能力が保たれていることをどのように示すのか。そういうことをそろそろ考えていく時期ではないかと思います。そういうお話や取組みなど、どなたかお知りであれば、教えていただきたいと思います。

神村座長：日本医師会の方で、どなたかお話がございませんでしょうか。

小玉先生（日本医師会）：私は日本医師会の役員になる前に、日本医師会主催のケーススタディから学ぶ医の倫理というワークショップに参加したことがございます。その中で、かかりつけ医の先生が認知症となった時に、どう対応するのかについて議論をしました。若い先生の中には、認知症になる前に一定の医師の退職制度を考えるべきではないかという発言をなさった方もいらっしゃいました。しかし、そうなると医師免許の更新制など、いろいろ複雑な問題が出てきます。

医師の認知症に気づくのは、家族のほかには患者さんではないかと。そういう意味では、いま先生がおっしゃったような、ホットラインで届け出るようなシステムは考えて行かなければいけないかもしれません。ただ、やはり家族が一番気付くわけですから、お医者さんの家族がしっかりと対応するのが一番大事ではないかと考えています。

神村座長：ありがとうございます。いずれにしても、医師会主導で少し考えていただいて対応していかなければいけない。明るい未来の最後のクロージングも美しくやりたいということで、お願いしたいと思います。

小玉先生（日本師会）：日本医師会といたしましても、検討したいと思います。

神村座長：ありがとうございます。私も実際に心当たり、ちょっと危ないかなということが、これまで経験がございますけれども、地区医師会のレベルでその話を持ち出すのはやはりためらわれる。ある程度、もうちょっと大きい、県医師会のレベルでの取りまとめ、あるいは日本医師会のレベルでの取りまとめとしていただければと思っております。よろしくお願いいたします。

他に何かご意見はございませんでしょうか。青森県の冨山先生、お願いいたします。

冨山先生（青森県）：青森県医師会の冨山と申します。私は、男女共同参画を担当して、学生に講義をしているんですけれども、ぜひ学生にシニアドクターの活躍というのを教えて欲しいんです。というのは、子育ての後もずっと医師というのは続くんだよという話をしましたら、学生の感想文で、60歳以上の先生なんかに診て欲しくないとか、そんな年寄りは、て言うんですね。学生は、おそらく60歳以上の教授クラスの人で実際に臨床の場面で働いている人を知らないわけですよね。ですので、ぜひ学生にもそういうシニア医師の活躍についても少しみてもらう機会を作っていただければと思います。よろしくお願いいたします。

小玉先生（日本医師会）：今年の７月に仙台で開催した男女共同参画フォーラムでも、若手の先生から

そのような意見がございました。それについては、貴重な意見と捉えて、来年度からは医師の労働問題とともに、シニアドクターの素晴らしさを併せて提示させていただきたいと考えております。ありがとうございました。

間中座長：望月先生、何かご意見ございますか。

望月先生：いま大学の学生ですね、地域実習が必ずありまして、私が現在勤務している小さな60床の病院にも大学から学生が来ます。そして、実際診療する現場はもちろん、介護老人施設の往診にも一緒に行くことにしています。実習終了後話を聞きますと、やっぱりそういった現場を見ることによって地域医療を学べたという感想も多くありました。また研修医は臨床研修の２年間に、地域研修が義務付けられています。現在県立中央病院から研修医が2か月間地域研修として当院に来ていますが、その間外来診療をし、入院となれば引き続き主治医として患者さんを受け持ちます。施設への往診、在宅医療も一緒に行きます。臨床研修に地域での研修をどんどん取り入れていってもらえると、若い先生方、地域医療ってこんなのだなっていうのが分かるんじゃないかなと思います。また病院としても若い医師が来てくれるとすごく嬉しいんですね、みんな今までやってきたことを後輩に伝えたいという意識もありますので。そういった仕組みをどんどん作っていけば良いのかなと思います。

間中座長：望月先生、ありがとうございました。

利根川先生（埼玉県）：埼玉県の利根川と申します。埼玉県は人口10万人当たりの医師数が47位で最下位です。医師偏在指標でみますと43位になります。このような医師不足や地域偏在、診療所偏在、これらを解消するために、平成25年の12月に埼玉県と埼玉県医師会と合同で総合医局機構を作っております。医師の求職の登録は、６年ぐらいで、20名ぐらいになります。医療機関の方の求人は、大体50～60医療機関あります。一応、マッチングをして、面接して決まった方が12名ぐらいであるのが今の現状です。医師の登録がありましたら、本当に、スピード感を持って、２～３日で決めないと、他で決まってしまいます。やはりスピード感が大事なのかなというのが印象です。

女性医師支援の方では、復帰の研修を埼玉医科大学の方でやっていただきましたが、少し厳しすぎまして、一人も利用しないでクローズになっております。

ここで、一つお聞きしたいのですが、紹介した医師が外科医だったのですが、手術があまり上手くなくて、一人亡くなってしまい、そういう場合に、先生を辞めさせて下さいという依頼があり、その時は他に移っていただきました。そのようなトラブルが起こった場合はどうしたら良いでしょうか。ちょっとお聞きしたいです。

望月先生：私のところは自治体病院なので、正規職員で雇用するとなかなか辞めてもらえないんですよね。実際そういうケースが、ちょっと精神的、うつ状態のような医師が実際正規職員でなかなか。僕の病院じゃないんですが、同じ岩手県の県立中央病院なんですけれどね、そういうケースもありまして、今はどうしようかということでいろいろ考えているんですけれども、来てくれる医師が６カ月間臨時医師という立場でもし来てもらって、６カ月間の状況を見て正規職員に雇用するというようなことを本人と相談して、本人が納得すれば、そういうふうにしようというふうに、いま考えています。そうすると、臨時職員であれば、不都合な点があればお辞めいただくことができますので。自治体病院って、結構そういうところ面倒臭いところがあって。民間病院には無いような、そういう悩みがあるのかなと思ってます。

利根川先生（埼玉県）：やはり、最初の契約をしっかりやっておく必要があるということですよね。どうもありがとうございます。

神村座長：シニア医師の話をしようと思いましたらば、若手の育成のことまで、女性医師のことまで、全部含めて、やはり地域医療はワンチームでやらなければいけないのだと思いました。特にフロアからのご質問、ご意見等ございませんでしたら、この辺で終了させていただいてよろしいでしょうか。

ありがとうございました。

やまがた宣言採択

山形県医師会勤務医部会副部会長　**佐　藤　光　弥**

間中先生

やまがた宣言を採択いただきたいと思います。この宣言案は、９月27日に開催されました、日本医師会勤務医委員会において、事前にご意見をいただきました。やまがた宣言案をスクリーンに投影して下さい。

皆さんのお手元の封筒の中にも、印刷したものが入っておりますので、ご参照いただきたいと思います。

それでは、山形県医師会勤務医部会副部会長、佐藤光弥より、やまがた宣言案を読み上げていただきます。佐藤先生、よろしくお願いいたします。

佐藤先生

皆さん、朝早くからお疲れ様です。私は、今年の３月に定年を迎えましたけれども、そのまま定年を延長して公的病院で救急医をやっている者でございます。

では、この会の最後に当たりまして、やまがた宣言案を読み上げたいと思います。

「やまがた宣言案」

2025年には団塊の世代が75歳以上となり、国民の医療需要は変動し続ける。医師需給分科会では2028年頃にマクロで医師需給は均衡すると推計し、地域枠の効果等を踏まえ2036年を医師偏在是正の目標年としている。しかしながら、地域間格差や診療科偏在の是正に関しては、その効果が確実とは言い難い。病院による時間外勤務時間の上限には考慮すべきであるものの、勤務する病院の役割や地域特性、また医師のキャリア等に配慮した勤務時間とすべきと思われる。

国民の高齢化率の上昇は、同時に高齢医師の増加も意味するが、一方で勤務医の多くは定年後も診療に携わることを望んでいる。山形県では、山形大学、山形県、山形県医師会および県内の病院で構築された協議会が地域の実情にあった医師の配置に努め、成果を上げている。地域医療構想により地域での病院の役割が明確にされつつある現在、定年後の医師の就業先について検討の場となりうることを願い、次のとおり宣言する。

一、必要医師数のみならず、2036年には医師の地域偏在と診療科偏在問題も是正できるよう求める。

一、医師の働き方については、勤務環境により時間外労働に上限が設定されるが、その他の要因も含めて継続して議論する。

一、経験を積んだ定年後の医師が活躍できる医療環境の構築を求める。

令和元年10月26日
全国医師会勤務医部会連絡協議会・山形県

以上です。（拍　手）

間中先生

佐藤先生、ありがとうございました。やまがた宣言を原案のと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。（拍　手）

多数の拍手をいただきましたので、採択していただいたものと思います。ありがとうございました。賛同多数により、やまがた宣言は採択されました。

以上をもちまして、本協議会の日程は全て終了いたしました。

令和元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
北海道・東北	北海道	北海道医師会	4
		札幌市医師会	5
		函館市医師会	3
		小樽市医師会	1
		旭川市医師会	3
	青森県	青森県医師会	14
	岩手県	岩手県医師会	8
	宮城県	宮城県医師会	6
		仙台市医師会	5
		気仙沼市医師会	1
	秋田県	秋田県医師会	5
	山形県	山形県医師会	34
	福島県	福島県医師会	5
関東・甲信越	茨城県	茨城県医師会	4
	栃木県	栃木県医師会	3
	群馬県	群馬県医師会	2
	埼玉県	埼玉県医師会	10
	千葉県	千葉県医師会	2
	東京都	東京都医師会	3
	神奈川県	神奈川県医師会	7
		横浜市医師会	8
		小田原医師会	2
		相模原市医師会	2
		川崎市医師会	1
		横須賀市医師会	1
	新潟県	新潟県医師会	2
		新潟市医師会	1
	長野県	長野県医師会	3
中部	富山県	富山県医師会	1
	石川県	石川県医師会	4
	福井県	福井県医師会	1
	岐阜県	岐阜県医師会	7
	静岡県	静岡県医師会	3
	愛知県	愛知県医師会	9
近畿	滋賀県	滋賀県医師会	2
	京都府	京都府医師会	8
	大阪府	大阪府医師会	6
	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	2

ブロック	都道府県	医師会・所属	参加人数
中国・四国	鳥取県	鳥取県医師会	3
	島根県	島根県医師会	6
	岡山県	岡山県医師会	1
	広島県	広島県医師会	4
		広島市医師会	5
		福山市医師会	1
		安芸地区医師会	1
		安佐医師会	1
	山口県	山口県医師会	7
	徳島県	徳島県医師会	3
	香川県	香川県医師会	1
	愛媛県	愛媛県医師会	3
		松山市医師会	2
	高知県	高知県医師会	2
		高知市医師会	1
九州・沖縄	福岡県	福岡県医師会	12
		北九州市医師会	2
		北九州市小倉医師会	2
	佐賀県	佐賀県医師会	2
	長崎県	長崎県医師会	4
		長崎市医師会	1
		佐世保市医師会	2
	熊本県	熊本県医師会	5
		熊本市医師会	3
	大分県	大分県医師会	2
		大分市医師会	1
	宮崎県	宮崎県医師会	9
	鹿児島県	鹿児島県医師会	3
		鹿児島市医師会	3
	沖縄県	沖縄県医師会	4
小計			**291**
日本医師会			21
講師・シンポジスト			7
行政			2
報道			4
その他			14
合計			**339**

令和元年度
全国医師会勤務医部会連絡協議会

発 行　山形県医師会
〒990-2473　山形市松栄一丁目6番73号
TEL：023－666－5200

印 刷　株式会社誠文堂印刷