令和4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］

医療新時代を切り開く勤務医の矜持

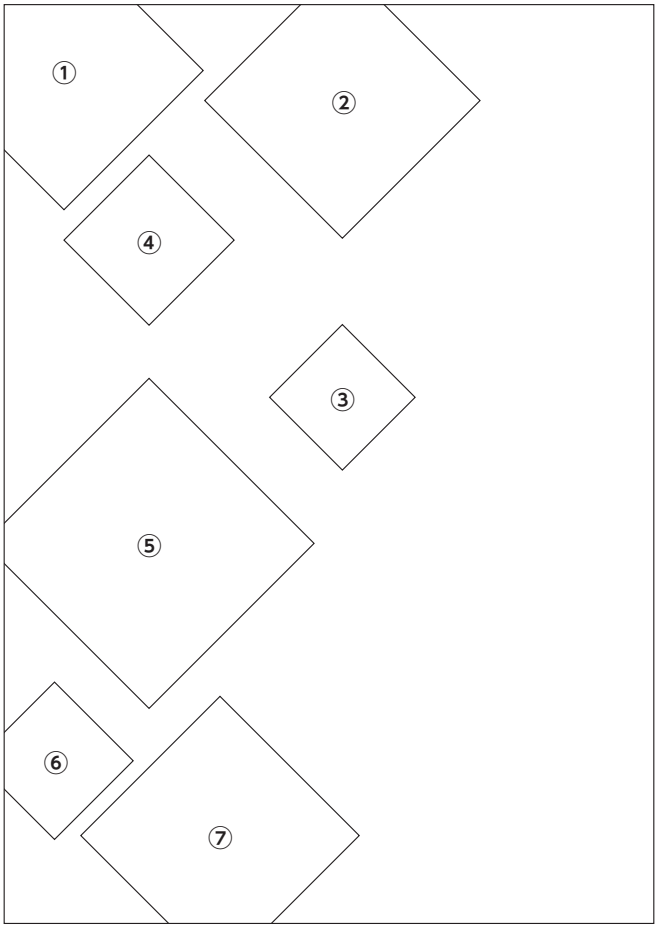
～コロナを克(こ)えて～

令和4年10月15日(土)

ANAクラウンプラザホテル
グランコート名古屋

［主催］公益社団法人日本医師会

［担当］公益社団法人愛知県医師会



①有松絞り（ありまつしぼり）

絞りの町有松は、江戸時代の初め、徳川家康が江戸に幕府を開いてまもない1608年（慶長13年）に、絞り開祖竹田庄九郎らによって誕生しました。

有松絞りの歴史は、尾張藩が有松絞りを藩の特産品として保護し、竹田庄九郎を御用商人に取り立てたことからはじまりました。

昔の繁栄と、日本建築の美しさを今に伝える町並みは、200年を経過した貴重な文化財です。その景観は、名古屋市の町並み保存指定第一号として、また全国町並み保存連盟の発祥地としても知られています。

②中部国際空港セントレア（ちゅうぶこくさいくうこうせんとれあ）

中部エリアの空の玄関口として、国際線・国内線の充実した航空ネットワークを誇る「中部国際空港（セントレア）」は、2005年（平成17年）、愛知万博の開催にあわせ、常滑市沖の伊勢湾海上の人工島にある国際空港として開港しました。

国際線と国内線が同一ターミナルにあり、到着フロアの2階から出発フロアの3階に移動するだけで、国際線にも国内線にもスムーズに乗り継ぎができるため、利用者にとって大変利便性の高い空港になっています。

③伊良湖岬（いらごみさき）

太平洋から伊勢湾・三河湾までを一望できる、渥美半島先端にある伊良湖岬。

その最先端に建つ白亜の灯台は、伊良湖岬のシンボル。三島由紀夫作「潮騒」の舞台になった神島を見渡すことができます。灯台から遊歩道もあり、目の前に広がる青い海と白い灯台とのコントラストが美しく、晴れた日の夕日が沈む頃はロマンチックなムードに包まれます。その凛とした姿は、思い出に残る灯台として「日本の灯台50選」にも選ばれています。

④金の鯱（きんのしゃちほこ）

名古屋城の天守閣を飾る金の鯱。雄（北側）と雌（南側）の一対で、雄の方が大きくつくられています。体を覆う金の鱗は雌の方が多く、きらびやかに演出されているのも特徴です。（表紙の写真は雄です。）

⑤名古屋城（なごやじょう）

徳川家康によって1615年（慶長20年）に建てられました。史上最大の延床面積を誇った大天守、絢爛豪華な本丸御殿、さらに鉄壁の守りを固めた要塞としての機能を備え城郭として国宝第一号に指定された名城です。戦災で焼失後も国内屈指の城郭として国の特別史跡に指定され、復元後も往時の姿を鮮やかに伝えてくれます。

⑥オアシス21（おあしす21）

水をたたえたガラスの大屋根（水の宇宙船）、芝生広場（緑の大地）、バスターミナル、イベント広場（銀河の広場）、ショップが一体となった立体型の公園です。

⑦香嵐渓（こうらんけい）

矢作川支流巴川がつくる渓谷、香嵐渓は、紅葉やカタクリの花などが有名。香積寺11世の三栄和尚が、江戸時代の1634年（寛永11年）に植樹したことがはじまりとされ、現在では全国有数の紅葉の名所として約4000本のもみじが彩りを見せます。足助川をはさんで、かつての宿場を思わせる古い町並みの散策もできます。

目　次

開催要綱 …… 3

プログラム …… 4

開　　会
　総合司会 …… 9
　開会宣言 …… 10
　挨拶
　　日本医師会会長 …… 11
　　愛知県医師会会長 …… 12
　来賓祝辞
　　愛知県知事 …… 14
　　名古屋市長 …… 15

特別講演Ⅰ
　「医師会の組織強化に向けて」 …… 17

特別講演Ⅱ
　「社会の共有財として「知のコモンズ」をめざす東海国立大学機構の挑戦
　　～総合知の活用による人類社会の課題解決への取り組み～」 …… 33

日本医師会勤務医委員会報告 …… 53

次期担当県挨拶 …… 61

特別講演Ⅲ
　「2040年の医療介護」 …… 65

シンポジウムⅠ
　「医療新時代の病院機能分化と連携推進
　　～アフターコロナのあるべき姿を問う～」 …… 83
　ディスカッション …… 110

シンポジウムⅡ
　「医師の働き方改革～光と陰～」 …… 117
　ディスカッション …… 144

愛知宣言採択 …… 149

参加者数 …… 153

令和４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

「医療新時代を切り開く勤務医の矜持
～コロナを克（こ）えて～」

1．日　時　令和４年10月15日（土）　10：00～17：25

2．会　場　ANAクラウンプラザホテル
グランコート名古屋　７階「ザ・グランコート」

3．主　催　公益社団法人　日本医師会
東京都文京区本駒込２-28-16
TEL：03-3946-2121

4．担　当　公益社団法人　愛知県医師会
愛知県名古屋市中区栄４-14-28
TEL：052-241-4136

5．参加者　全国医師会勤務医部会関係者及び医師会会員とその関係者、行政等

令和４年度全国医師会勤務医部会連絡協議会
プログラム

日　時：令和４年10月15日（土）10：00～
場　所：ANAクラウンプラザホテル　グランコート名古屋　７階「ザ・グランコート」
主　催：公益社団法人　日本医師会
担　当：公益社団法人　愛知県医師会

メインテーマ

「医療新時代を切り開く勤務医の矜持～コロナを克（こ）えて～」

総合司会：愛知県医師会理事
勤務医部会副部長　浦田　士郎

［日　程］

09:00～	**受付開始**	
10:00～10:25	**開　　会**	
	開会宣言	愛知県医師会副会長　野田　正治
	挨　　拶	日本医師会会長　松本　吉郎 愛知県医師会会長　柵木　充明
	来賓祝辞	愛知県知事　大村　秀章 名古屋市長　河村たかし
10:25～11:00	**特別講演Ⅰ**	
	「医師会の組織強化に向けて」	
		日本医師会会長　松本　吉郎
		座長：愛知県医師会会長　柵木　充明
11:00～11:50	**特別講演Ⅱ**	
	「社会の共有財として「知のコモンズ」をめざす東海国立大学機構の挑戦 ～総合知の活用による人類社会の課題解決への取り組み～」	
		国立大学法人東海国立大学機構機構長　松尾　清一
		座長：愛知県医師会副会長　浅井　清和
11:50～12:05	**報　　告**	
	「日本医師会勤務医委員会報告」	
		日本医師会勤務医委員会委員長　渡辺　　憲
12:05～12:10	**次期担当県挨拶**	青森県医師会会長　高木　伸也
12:10～13:00	**昼　　食**	
13:00～13:50	**特別講演Ⅲ**	
	「2040年の医療介護」	
		一般社団法人未来研究所臥龍代表理事 上智大学総合人間科学部教授 前駐アゼルバイジャン共和国日本国特命全権大使 元厚生労働省年金局長・元内閣官房内閣審議官　香取　照幸
		座長：愛知県医師会副会長 勤務医部会部長　加藤　雅通

13:50～15:30	**シンポジウムⅠ**　発表12分×５＝60分＋討論40分
	「医療新時代の病院機能分化と連携推進～アフターコロナのあるべき姿を問う～」
	座長：愛知県医師会理事 勤務医部会副部長　浦田　士郎
	座長：愛知県地域医療構想アドバイザー　伊藤　健一
	「感染症対策から考える将来の病院の姿 ～愛知県新型コロナ感染症対策医療専門部会の立場から～」
	独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター院長　長谷川好規
	「尾張西部医療圏における医療連携～公立病院の立場から～」
	一宮市立市民病院院長　松浦　昭雄
	「西三河南部西医療圏における病床整備 ―自主的協議体を中心とした医療提供体制の構築― ～公的病院の立場から～」
	JA愛知厚生連安城更生病院院長　度会　正人
	「新型コロナは、今後の病院医療に何をもたらしたか？～民間病院の立場から～」
	社会医療法人名古屋記念財団理事長　太田　圭洋
	「アフターコロナの地域医療構想～愛知県病院団体協議会の取り組み～」
	愛知県病院団体協議会会長 社会医療法人大雄会理事長　伊藤　伸一
15:30～15:40	**休　　憩**
15:40～17:20	**シンポジウムⅡ**　発表12分×５＝60分＋討論40分
	「医師の働き方改革～光と陰～」
	座長：勤務医部会副部長 社会医療法人名古屋記念財団名古屋記念病院院長　長谷川真司
	座長：愛知県医師会理事 勤務医部会副部長　小出　詠子
	「働き方改革と急性期医療両立のジレンマ～公立病院の立場から～」
	春日井市民病院院長　成瀬　友彦
	「救命救急センターを設置する病院の働き方改革～公益社団法人病院の立場から～」
	公益社団法人日本海員掖済会名古屋掖済会病院院長　河野　　弘
	「働き方改革が病院経営に及ぼす影響～民間病院の立場から～」
	名古屋鉄道健康保険組合名鉄病院顧問　細井　延行
	「大学病院における医師の働き方改革の現状～大学病院の立場から～」
	藤田医科大学学長　湯澤由紀夫
	「医師の勤務環境に関するアンケート結果より～ダイバーシティの立場から～」
	社会福祉法人聖霊会聖霊病院院長　春原　晶代
17:20	**愛知宣言採択**　愛知県医師会理事 勤務医部会副部長　小出　詠子
17:25	**閉　　会**　愛知県医師会副会長　浅井　清和
18:30～20:30	**懇 親 会**

開会

（10：00～10：25）

総合司会	愛知県医師会理事 勤務医部会副部長	浦田士郎
開会宣言	愛知県医師会副会長	野田正治
挨拶	日本医師会会長	松本吉郎
	愛知県医師会会長	柵木充明
来賓祝辞	愛知県知事	大村秀章
	名古屋市長	河村たかし

総合司会

愛知県医師会理事
勤務医部会副部長
浦 田　士 郎
（うらた　しろう）

皆様、おはようございます。

大変長らくお待たせいたしました。只今より、令和４年度全国医師会勤務医部会連絡協議会を開催させていただきます。

全国より多くの皆様方に御参加賜りまして、心から感謝申し上げます。

申し遅れましたが、私は本日の総合司会を担当いたします愛知県医師会理事､浦田士郎でございます。今日一日どうぞよろしくお願い申し上げます。

それでは、開会に当たり、開会宣言を公益社団法人愛知県医師会副会長､野田正治より申し上げます。

開会宣言

愛知県医師会副会長
野 田　正 治
（のだ　まさはる）

皆さん、おはようございます。

只今より「医療新時代を切り開く勤務医の矜持～コロナを克えて～」をメインテーマといたしまして、令和４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。

夕方まで長丁場でございますが、どうぞよろしくお願いいたします。

挨　拶

日本医師会会長
松 本　吉 郎
（まつもと　きちろう）

皆さん、おはようございます。

日本医師会会長の松本でございます。主催者を代表して御挨拶を申し上げます。

令和４年度全国医師会勤務医部会連絡協議会の開催に当たり一言御挨拶を申し上げます。

初めに、公務御多用の折、本協議会に御臨席を賜りました大村秀章愛知県知事、杉野みどり名古屋市副市長に心より御礼を申し上げます。

また、今年度の本協議会の開催に係る準備、運営の全てを御担当いただきました愛知県医師会の柵木充明会長をはじめ、役職員の皆様に衷心より感謝申し上げます。

本協議会は昭和56年に初めて開催して以来、今回で42回目の開催となります。昭和から平成、そして令和へと時代が移り行く中で、医療を取り巻く環境も大きく変化しております。

特に世界中で猛威を振るう新型コロナウイルスは発生から３年目となった今も収息の兆しが見えずにおります。また、これから冬にかけてはインフルエンザとの同時流向が懸念されておりますが、日本医師会といたしましては、感染拡大を少しでも抑制できるよう先手先手の対応を行っていくとともに、一刻も早い収束に向けて今後も全力で取り組んでまいる所存であります。

このほかにも、2024年に施行される医師の働き方改革や2025年には団塊の世代の方々全てが後期高齢者となるなど、目前に迫った課題が多数存在しております。

そうした中で、今年度の本協議会では「医療新時代を切り開く勤務医の矜持～コロナを克（こ）えて～」をメインテーマに掲げられ、シンポジウムでは、病院機能分化と連携推進、医師の働き方改革の２つのテーマについて、それぞれのお立場から御議論をいただきます。

いずれもこれからの医療を担っていく勤務医の先生方、若手医師の先生方にとって大変重要な課題であると同時に、医療界が団結して取り組んでいかなければならない課題でもございます。そのためには、地域の実情をより把握されている多くの先生方に医師会活動に参画していただきまして、現場の声を医師会の政策や提言に迅速につなげていくことが大変重要と考えます。

私が日本医師会会長に就任した際に、医師会の会務運営に当たって、「地域から中央へ」「国民の信頼を得られる医師会へ」「医師の期待に応える医師会へ」「一致団結する強い医師会へ」の４つの柱を提言する中で、医師会の組織強化については早急に取り組まなければならない喫緊の課題の１つであると申し上げました。

詳細は本日の特別講演にてお話しさせていただきますが、現在、組織強化に向けた取組として、都道府県医師会の御協力の下で医師会組織強化推進事業を展開しているほか、令和５年度より実施の医学部卒後５年間の会費減免など、様々な取組を実施・検討しております。

日本医師会はこれからも国民の健康と生命を守るという理念の下、組織強化に向けた取組などを通して信頼される強靱な医師会へと発展していけるよう執行部一丸となって会務に邁進してまいります。

本日御出席の先生方におかれましては、より一層の御理解と御協力を賜りますようよろしくお願い申し上げます。

結びに当たりまして、本協議会の盛会と皆様方の御健勝を心より祈念いたしまして、御挨拶とさせていただきます。

挨　拶

愛知県医師会会長
柵木　充明
（ませき　みつあき）

皆さん、おはようございます。

開催県の愛知県を代表して一言御挨拶を申し上げたいと思います。

その前に、今日は御多忙の中、大村知事、杉野副市長にはご臨席いただき、本当にありがとうございました。

本日は、遠路はるばる全国の都道府県から勤務医の先生、病院、勤務医委員会の担当役職員の皆様にこの全国医師会勤務医部会連絡協議会に御出席いただきまして、誠にありがとうございました。

昨年の担当の京都府医師会様も新型コロナ感染症のためにウェブで開催となり、何かと御苦労されたかと思います。今年も６月の下旬から第７波となって、本協議会も無事に開催できるか、ぎりぎりまで検討を続けてまいったわけでございます。９月に入って新規感染者も減少傾向が明らかになってきたため、不本意ではありましたけれども、本協議会参加人数も３名までということで制限をさせていただいた上で、さらに出席者皆様方にもここへ出席する前に抗原検査をお願いすることで万全の備えをした上で対面形式で行い、懇親会も開催するということになったわけでございます。愛知県医師会がこの協議会を担当するのは平成５年の第14回以来ということで、また、対面形式で開催するのも３年ぶりということでございます。この場面にこうして身を置いてみると懐かしい先生方のお顔もたくさん拝見できますし、こうして対面形式で開催できたことはしみじみよかったなと思っておるところでございます。

本協議会のテーマ､皆様方のお手元にあるとおり､「医療新時代を切り開く勤務医の矜持～コロナを克えて～」とさせていただきました。このテーマは本来ならばこの会議の内容からいって、勤務医の矜持となっておりますけれども、本来は医師の矜持にしたかったのでございますが、今日の会議が勤務医部会でありますので、あえて勤務医の矜持とさせていただいたわけであります。

日本医師会の会内委員会、この中には勤務医委員会、病院委員会はございますけれども、診療所部会、開業委員会はございません。これは歴史的に医師会が開業医を中心にして組織されてきたためであり、本来ならば､先ほど松本会長がおっしゃったように、開業医、勤務医を問わず、全ての医師が医師会の旗の下に集うのが医師集団の本来の在り方であり、目指すところであります。

この勤務医部会連絡協議会は42回目になりますけれども、本来ならば、とっくに役割を終えて溶けてなくなっていなければならない、勤務医という医師会の中のくくりが今日いまだに42回にもわたって続いていることが医師会にとっては大きな問題であり、改めて医師会組織の在り方を今後考えていかなければならないと思っております。

本年６月に就任された松本日本医師会長、今のお話にありましたように、医師会の最重要課題の１つが組織力の強化だとおっしゃっておられます。全ての医師にとって入会する価値のある医師会でなければならないと、理解をしております。

本日の特別講演Ⅰでは、松本会長から「医師会の組織強化に向けて」と題して御講演をいただきます。また、特別講演Ⅱでは、松尾東海国立大学機構機構長から「社会の共有財として「知のコモンズ」をめざす東海国立大学機構の挑戦」、香取上智大学教授からは「2040年の医療介護」と題して、それぞれのお立場から貴重な講演が拝聴できると期待しております。そして、後半のシンポジウムでは、コロナの感染、あるいは働き方改革という今一番up to dateなテーマでいろいろ先生方と議論いただくわけであります。

今大会を開催するに当たり、役職員、勤務医部会

の幹事一同、精いっぱい準備をいたしましたけれども、行き届かないところが多々あろうかと思いますが、有意義な大会となるようにしっかりと努力してまいる所存でありますので、どうぞ御協力のほどよろしくお願いを申し上げます。

最後になりましたけれども、今大会を開催するに当たり、日本医師会、山形県医師会、京都府医師会より御指導、御協力を賜りましたことを心より感謝を申し上げて開会の御挨拶とさせていただきます。本日はよろしくお願い申し上げます。

来賓祝辞

愛知県知事
大村　秀章
（おおむら　ひであき）

皆さん、おはようございます。愛知県知事の大村秀章でございます。本日は、「令和４年度全国医師会勤務医部会連絡協議会」が全国から多くの皆様に御参加いただき開催されますことを心からお慶び申し上げるとともに、愛知、名古屋にお越しの皆様方を心から歓迎いたします。

日本医師会の松本会長、愛知県医師会の柵木会長を始め、多くの関係者の皆様には、愛知、名古屋での開催にあたり御尽力いただきましたことに敬意を表する次第です。

また、本日お集まりの皆様には、日頃から地域の住民、県民、市民の命と健康を守り、暮らしを支えるために様々な活動を通じて、保健・医療・福祉の向上に努めていただいており、感謝申し上げます。また、２年８か月のコロナ禍の中で未知のウイルス感染症に立ち向かっていただき、日夜献身的な御尽力をいただき、第７波まで乗り越えてこられましたことに心から感謝申し上げます。

さて、医療制度、医療体制につきまして、国におきまして地域医療構想、医師の働き方改革など様々な取組を進めておられますので、勤務医の皆様方の勤務環境や労働時間に関わることで大きな課題になろうかと思っております。

このような中、「医療新時代を切り開く勤務医の矜持～コロナを克（こ）えて～」というメインテーマのもと、本日は勤務医に関わる様々な特別講演やシンポジウムが行われると伺っております。

この全国医師会勤務医部会連絡協議会は、全国の勤務医の皆様が一堂に会する貴重な場でございますので、皆様には積極的な意見交換が行われ実り多い大会となることを御期待申し上げます。

私ども愛知県も、平成27年に「愛知県地域医療支援センター」を設置しまして、県内の４大学の医学部や病院、そして愛知県医師会の皆様と連携・協力しながら、医師のキャリア形成や医師確保の支援等に積極的に取り組んでおります。

また、女性医師が働きやすい職場環境への支援のほか、現在、愛知県医師会に委託をして「愛知県医療勤務環境改善支援センター」を設置し、医療機関の勤務環境改善の取組も支援しております。

引き続き、勤務医の皆様の職場環境の改善にしっかり取り組んでまいりますので、皆様方におかれましても、引き続き御支援・御協力を賜りますよう、お願い申し上げます。

最後になりますが、11月１日、いよいよ愛知万博を開催した記念公園の中にジブリパークをオープンすることになっております。ぜひ皆様にもお時間があれば、ジブリパークへ行ってお楽しみいただければと思います。

コロナを乗り越え、また、社会活動、経済活動もしっかり回していきながら日本をしっかり前へ向けていきたいと思います。それにおきましても医療関係の皆様方のお力添えが不可欠でございます。これからも国民、県民、市民の命と健康を守るために何卒よろしくお願いを申し上げまして、私からの御礼と、愛知、名古屋までお越しいただきましたことに対する歓迎の御挨拶とさせていただきます。本日は誠におめでとうございます。ありがとうございました。

来賓祝辞

名古屋市長
河村　たかし
（かわむら　たかし）

代理出席　名古屋市副市長
杉野　みどり
（すぎの　みどり）

皆様、こんにちは。御紹介にあずかりました名古屋市副市長の杉野でございます。

本来ならば、市長、河村たかしが参りまして御挨拶を申し上げるところでございますが、他の公務のため、こちらに来ることができませんので、私から御挨拶をさせていただきます。

本日は、令和４年度全国医師会勤務医部会連絡協議会がここ名古屋で盛大に開催されますことをお慶び申し上げますとともに、全国各地より御出席の皆様を心より歓迎を申し上げます。

日本医師会の松本会長、愛知県医師会の柵木会長をはじめ､全国の医師会の先生方におかれましては、日頃より地域の保健医療の推進向上に格別の御理解、御協力を賜りまして厚く敬意を表する次第でございます。

また､新型コロナウイルス感染症に関しましては、医療提供体制､検査体制の確保やワクチン接種など、地域医療の最前線で様々な形で御尽力いただいておりまして、この場を借りて御礼を申し上げます。本当にありがとうございます。

今回、ここ名古屋で「医療新時代を切り開く勤務医の矜持～コロナを克えて～」をメインテーマに協議会が開催され、全国医師会の先生方が特別講演やシンポジウムを通じて研鑽を積まれますことは、各自治体にとりましても大変意義深いことになると考えます。この協議会で得られました成果が地域の保健医療のさらなる向上に資することを御期待申し上げますとともに、医師会の先生方との連携、協力を通じまして全ての地域の住民が生涯にわたり健康で心豊かな生活を送ることができるよう願う次第でございます。

そして、ジブリパークの話題を大村知事からいただきましたが、実はこの名古屋におきましては、今日、明日の２日間、３年ぶりとなります名古屋まつりを開催いたしております。名古屋のまちが本当に浮き立っております。新型コロナウイルス感染症の状況を踏まえまして例年より若干縮小の形ではございますが、久しぶりのお祭りということで、名古屋市民、そして、全国から来ていただいたお客様に本当に楽しんでいただきたいと思いますが、まつり行列や市内各地での行事、それから、観光施設の無料開放も行っております。もしお時間がありましたら、この機会に三英傑ゆかりの歴史や文化、そして、特色ある食文化、なごやめしを御堪能いただくなど、名古屋の魅力を体感していただければなと期待いたしております。

さらに2026年、先になりますけど、本市及び愛知県におきましては、アジア・アジアパラ競技大会が開催されますし、その先にはリニア開業も控えております。名古屋のまちが、愛知のまちが本当に大きく変わる機会が控えており、今そこここで工事も行われておりますし、様々な計画が推進されております。今日こうして皆様がお越しいただいた名古屋のまちを心に刻んでいただきまして、また数年後にもおいでいただいて、変わりゆくまちの姿をぜひ御覧いただければ幸いかと思っております。ぜひお越しくださいませ。

最後になりましたが、本協議会の御盛会とさらなる御発展、本日お集まりの皆様方の御健勝と御活躍を心よりお祈り申し上げまして私からのお祝いの御挨拶とさせていただきます。本当におめでとうございます。

特別講演Ⅰ

（10：25～11：00）

▌医師会の組織強化に向けて

医師会の組織強化に向けて

講師／日本医師会会長
松本　吉郎
（まつもと　きちろう）

座長／愛知県医師会会長
柵木　充明
（ませき　みつあき）

【柵木充明（愛知県医師会会長）】

それでは、ただいまから特別講演Ⅰ「医師会の組織強化に向けて」と題して、日本医師会会長の松本吉郎先生から御講演をいただきます。

皆さん、もう既によく御存じだろうと思いますので、簡単に略歴だけ紹介させていただきます。

松本吉郎先生は昭和55年に浜松医科大学医学部を卒業されました。専門科は皮膚科、形成外科の専門医でございます。医師会活動にいろいろ参加され、平成28年に日本医師会の常任理事に御就任され、今年の６月に日本医師会会長に御就任されました。松本先生を一言で言えば、人間力の松本と表現することができるのかもしれません。

それでは、先生、御講演のほどよろしくお願い申し上げます。

【松本吉郎（日本医師会会長）】

改めまして、全国の先生方、おはようございます。

柵木先生、紹介いただきましてありがとうございます。

では、医師会の組織強化に向けてお話をさせていただきます。

本執行部における今期の医師会運営の４つの柱を掲げさせていただいたものですが、やはり中央に地域からの意見をいろいろと汲み上げていただきたいということであります。つまり郡市区等医師会、都道府県医師会のみならず、地域の診療所の先生、有床診の先生、病院の先生方など全医師の方にボトムアップ型で中央に上げていただいて、それを日本医師会として最後集約をして国に政策提言等を行っていきたいと考えております。

そして、地道な地域医療をしっかりとやっていく中で、医師の期待に応える医師会、国民の信頼を得られる医師会になると思っておりますので、やはり地域の医療活動をしっかりとやっていくことが大事かと思っています。

また、我々の政策提言等をしっかりと国の施策に反映させていくためには、やはり一致団結する医師会にならなければなりませんので、これは当然のことながら、医師会と各学会、各病院団体等、関係団体が意見を共有しながら連携して行っていくことが大事かと思います。

医師会運営に関する具体的な項目がたくさんありますけれども、この中で今日は組織強化について取り上げさせていただきます。

先ほど、柵木会長の御挨拶の中でお話がありましたけれども、私どもはやはり医師たる者は全て医師会活動に参画していただき、地域医療にどっぷりつかっていただきたいと思っています。

そして、先ほど申し上げたとおり、医師会を通じて医療界の意見等をその決定プロセスに反映させていくことが非常に重要な課題だと思います。一人一人が声を出してもなかなか中央には届かないこともあるので、全ての医師が自分事として医師会活動に関心を持っていただきたい。これは決して医師会が圧力団体的な活動をしているわけではないということで、やはりしっかりとその理念を理解していただくことも当然のことながら重要でございます。地域医療をしっかりと行っていくために医師会活動があるんだと思います。医療現場のことをしっかりと理

解して、それを汲み上げて昇華させることが大事かなと思っています。

まず、医師会活動に参画していただき、その意義を体感してもらうことが大切だと思います。今回、医学部卒後５年間の会費減免期間にまずは医師会に入っていただき、医師会事業への理解を深めていただきたいと思います。

３層構造で見る医師会会員数ですけれども、日本医師会まで入っていらっしゃるのは、医師総数約34万人のうち17万3,000人余りで、組織率は51.2％です。郡市区等医師会に入っていただいている方は20万5,000人いますので、この人数を分子にすると組織率は60％になります。まずは、郡市区等医師会に入会していても、日本医師会に入会されていない３万2,000人を解消していくことが重要な課題です。ここにあるように、日本医師会に入っていらっしゃる方では開業医より勤務医のほうが多い状態になっています。

これは組織率の推移です。これはある意味、非常にインパクトのあるグラフだと私は思っています。20年前の60.4％を頂点として年々減ってきています。20年間で約10％近く減っています。このままいきますと、近い将来50％を切っていく可能性が出てまいりました。これは何としても避けなければなりません。ずっと医師会に入っていただきたいという理念の下でいろいろお願いをしてまいりましたけれども、なかなかそれだけではこの減少を食い止めることができなかったこの20年だと私は思っています。

毎年、医師は約9,000人合格しておりますけれども、その一方でリタイアされたり、亡くなられたりして医師会を抜けられる方が4,000人程度おられます。そういった中で医師が毎年差引き5,000人程度増えているとして、その方々になかなか医師会に入っていただけず、医師会の会員数がほとんど伸びない状態の中で医師としての分母が増えるので、組織率は低下していっているということであります。

ここを見ていただくと、2012年の54.6％のところから若干この減り方の傾きが違います。若干ですけど、よくなっている。なぜここでなっているかというと、これは研修医の２年間の減免をここで行ったからです。これによって減り方が多少違ったということがあります。

これは全国の都道府県医師会の入会率です。縦軸が都道府県内医師の郡市区等医師会等入会率、横軸は郡市区等医師会に入った先生の日本医師会入会率を表しています。全国の医師のうち郡市区等医師会に入られている方は62％で、60％以上は入っていただいていますが、その中で日本医師会まで入っていらっしゃる方はばらつきがございます。鹿児島県医師会のように、医師のうち90％が郡市区等医師会に入会され、さらにそのほとんど100％が日本医師会まで入っていらっしゃるような県から、郡市区等医師会の入会率も平均よりも下回り、そして、その中から日本医師会に入会される方も平均より下回っているようなＤ群のところもございます。本当に各地域ばらばらです。当然そこは意欲だけではなくて、恐らく大学病院の在り方とか、大学病院の内情などが多分関係しているんだろうと思いますけれども、何としても全体的にこれを上に、そして、右に持っていく努力が必要です。

これはそれぞれ都道府県医師会の郡市区等医師会入会率を全国平均で取ったものですけれども、総数で見ると62.7％、勤務医では45.6％、研修医では38％の入会率となっています。

これが郡市区等医師会の会員の所属状況です。会員数は先ほど述べさせていただいたとおりでございます。

医師会の役割は何といっても国民の健康と生命を守り、医師あるいは医療機関の医療活動を支えることにあります。日本医師会は行政のカウンターパートとして厚生労働省をはじめとする各省庁に、都道府県医師会は各都道府県、郡市区等医師会は各市町村という形でカウンターパートとしていろいろな行政と連携しながら医療活動を行っております。

これは私が２週間前に記者会見で地域に根差した医師の役割ということで話をさせていただいた内容と同じですけれども、地域に根差した医師の活動は多岐にわたり、それは医師会に入ってやっていただいていたり、あるいは医師会が主なコントロールの役目を果たしてやっていることが非常に多く、まさにここは医師の矜持がこの中に詰め込まれていることだと思います。これは開業医もそうですし、勤務医の先生方にも一定程度こういった活動をしていただいております。そして、これが地域を支える医師会の理念でもあり、これをやはり全ての医師に理解

していただき、医師会活動の原点もここにあるということを郡市区等医師会がしっかりともう一度改めて認識していただくことが重要だと思います。

救急医療体制の参画としては、休日当番医、あるいは輪番制とか、いろいろな形があろうかと思います。夜間の１次救急もそうでございます。公衆衛生の協力では、予防接種、感染症サーベイランス、学校医、産業医などがあるほか、学術的な各種活動では看護学校などの看護師、准看護師の養成、介護福祉事業では介護関連の事業とのいろいろな連携があります。加えて、警察医の活動や地域との共生などもございます。

私は地元の大宮医師会でずっと総務担当などをさせていただき、地元の医師会活動を含め27年になりますけれども、そこでいつも若い先生方、あるいは入会してくる先生方にお話しするのはここの部分です。ここの部分をしっかりと御理解いただいて、ぜひ自分の医療機関の内だけの仕事にとどまってほしくないというのが考えです。

開業医としての診療所の中での仕事、それから病院内での仕事が大変なことはもちろんとてもよく理解していますけれども、やはり外に出て公的な仕事を１つでも２つでもこなしていただく。これを全部１人でやれということではないです。一人一人がこういった仕事を１つでも２つでもやって、いろいろな仕事を組み合わせれば、１人ではできないことでも、50人、100人とその地域に集まれば、地域の医療活動を点ではなくて面として支えることができます。これが地域における医師会活動のまさに理念だと思いますので、これをしっかりと取り組んでいただき、ぜひこれを日本医師会が、私が１人で声を出しても隅々の先生までは伝わりませんので、ここにいらっしゃる先生方一人一人に何回も何回も繰り返し発言していただきたい。決して医師会の活動が圧力団体的なことをしているわけではないことを理解していただくことは、まさにここにいらっしゃる先生方一人一人のお役目だろうと私は思っておりますので、ぜひお願いをしたいと思います。

これは地域医師会の活動のうち感染症対策について改めてまとめさせていただきましたけれども、医療機能に応じた役割分担、診療所、それから、病院の役割分担、病院によっても大きな病院から中小病院まで様々ある中でこういった役割分担をしっかり行っていく。

コロナの教訓としては、やはり初動体制でいろいろ言われたことはありますけれども、我々が実践の中での教訓を踏まえ今はそれぞれの役割分担、機能分担がしっかりできてきた。そして、連携もしっかりできたからこそ、ある程度の数の患者さんにも耐えられるような仕組みを持ってこられた事実があろうかと思います。まさにこういった医療提供体制づくりを行っている。患者の移送、搬送調整、感染症対策が欠かせない活動の充実、情報の収集と発信などを一体となってやっていただいています。

医療政策が実現するまでにはこういったいろいろな過程があります。例えば発熱外来等における財政的な支援では、私も直接厚生労働大臣にお願いしたり、あるいはコロナのタスクフォースの会議では直接総理の目の前に私は座ることができましたので、発熱外来への財政支援が必要である旨を発言させていただきました。現状では10月までとなっていますが、また次の月に向けても何とか継続していきたいと訴えております。これは財務省にも訴えております。

財務大臣にもこの数か月で複数回会ってお話をすることができましたけど、私どもは命と健康を守るために取り組んでいることをしっかりと申し上げた上できちんとした支援がなければ取り組めないことを訴えていくべきだと思います。ここにいらっしゃる先生方も御地元の国会議員の先生、県議会議員の先生等にぜひこれをいつも訴えていただきたいと思います。

そういった力の結集が今回の参議院議員選挙でも自見はなこ先生の20万以上の投票数に結びつきました。本当に感謝を申し上げます。羽生田先生は厚生労働副大臣になりましたので、医師の働き方改革等にも働いていただけるものと思います。自見先生は内閣府大臣政務官となられて、またこども家庭庁等で活躍していただけるものと思います。今回、参議院に当選された櫻井先生、星先生、藤井先生、秋野先生には医師として非常に期待をしております。

永田町の重層的・複合的関係ですが、ここに書いてある自民党関係の先生には、私が会長に就任してからほぼ皆さん複数回お会いしております。加藤大臣とはもう10回以上お会いして、いろいろな今の医療界の問題等をお話ししたり、また、お相手の話を

伺ったりしております。これをやはりしっかりと続けることが大事です。これは決して、何回も繰り返しますけれども、我々の意見だけを通すためではなくて、医療界全体の考え方や、医療現場をよく知っていただきたいという思いの表れでございます。

物価高騰への支援も、これは猪口副会長と釜萢常任理事と共に後藤前大臣に要望してまいりましたし､財務大臣にも直接お会いして要望いたしました。その結果として、いろいろな先生方のお力もありましたが、今回の地方創生臨時交付金の6,000億円が実現いたしました。ただし、これが全て医療機関に回るわけではありませんので都道府県に分配された後のところは、ぜひそれぞれしっかりと都道府県とよく話し合っていただいて、医療機関等になるべく多くの支援をいただくようにお願いしたいと思います。

また、この物価高騰も簡単に収まりそうもないので、継続的に支援していただくようお願いする活動を始めているところでございます。

日本医師会が参画している主な国の審議会は厚生労働省をはじめとして、このように内閣府、文科省、内閣官房、総務省、環境省、農林水産省、国土交通省と多数あり、ここには我々、会長から副会長、常任理事が手分けして参画しておりますが、この数が非常に増えてきております。官庁だけではなくて、ほかの様々な審議会、検討会、委員会などを入れますと､今１人で相当な数の審議会等に出ております。今、常任理事の平均で24～25個の委員会などに出ておりますので、それが年に３回、４回なり開催されるだけでも年間で70回、80回の執務になってしまいます。そういった現状もございます。

現場の声を踏まえた医療政策の実現に向けてしっかりと連携する必要がありますし、現場の声をしっかりと協議の場につなげていきたいと思います。

組織強化に向けた取り組みとして、まず会費減免期間の延長の主な内容ですけれども、臨床研修医から医学部卒後５年目までに、２年から５年に延長します。したがって、来年の４月から行いますので、現在、研修医２年目までの人はさらに３年延長されますので、現時点だと入っていない、あともう半年しかないから入らなくてもいいと思わないでいただいて、まだ入っていない研修医に医師会に入っていただけるよう先生方には管内郡市区等医師会の周知等ご協力をお願いいたします。この取り組みについては、様々な意見をいただいていますが、まずはこれを基本として、いろいろな不都合があればまた検討させていただきたいと思います。

卒後５年目までの医師会員数ですけれども、１年目、２年目は3,000人ぐらい入っております。ですから、これも9,000人がベースとすると３分の１が研修医の中で日本医師会に入っていらっしゃるけれども、３年目、４年目、５年目は10％も入っていないわけです。そうすると、ここのところをせめて１学年7,000人ぐらい、9,000人のうち7,000人でも入っていただければ３万5,000人になりますので、３万5,000引く9,000ですから２万6,000人ぐらいがここだけで増える可能性があります。ぜひこれに全力を挙げて取り組んでいただきたい。そのために日本医師会だけではなくて、もし郡市区等医師会、都道府県医師会が全て会費を無料にしていただければ、Ａ２会員の30歳以下のところ、５年目なので年齢が多少違うかもしれませんが、Ａ２（Ｂ）の30歳以下、Ａ２（Ｃ）のところになれば、これは１万5,000円になります。日本医師会の会費は医賠責を含んだ金額で表現しておりますので、この１万5,000円は会費ではなく、日医医賠責保険の保険料です。したがいまして、会費がゼロで医賠責に１万5,000円で加入できるので、非常に有利でございます。

これは医師賠償責任保険の民間保険との比較でございます。先ほど言いましたとおり、ＢやＣは医賠責に入っていない方ですから、これは完全に無料という表現になっているわけです。医賠責に入れば１万5,000円になります。

これは民間保険との比較ですけれども、学会とか大学同窓会に比べても非常に優位です。少なくとも４万円以上はかかりますので、これが１万5,000円で入れることは非常にメリットだと思います。

入会金等の取り扱いですが、医師会に入会しない理由の１つに手続が煩雑だということがあります。したがって、郡市区等医師会であまり多くの時間をかけて面接をしたりするなどは少し検討していただいて、うまく一堂に集めて１回の説明で、入会や入会後のいろいろな説明を済ませるとか、オリエンテーションを使ってやるとか、何か工夫をしていただきたいと思います。繰り返しになりますが、入会金につきましても、医学部卒後５年目までの方につ

いてはぜひ無料にしていただきたいと思います。入会金を取れば入っていただけませんので、入会金も会費も無料にしていただきたいと思います。

あと、異動の問題はいろいろなところでお話があがります。勤務医委員会でも医師会間の異動手続を何とか簡素化してほしいとのお話があがっております。勤務医にとって特に最初の２年間、あるいは５年間はいわゆる出向などがありますので、なかなかその都度手続が大変だという話はそのとおりだと思います。勤務医委員会、医師会組織強化検討委員会でここを何とかうまくできないか話し合っていただきたいと思っています。異動の手続をしなくて済むような形にできれば非常によいと思います。特に大学病院の会員はそれがすぐにでも可能かと思いますので、３か月とか６か月ぐらいの異動であれば、そこに籍を置いたままで異動の手続を要しないという運用もぜひ検討いただきたいと思います。来る来年度に向けてはこういった形でしっかりとお願いしたいと思います。

今期の医師会組織強化検討委員会は、岐阜県医師会会長の伊在井先生を委員長、東京都医師会副会長の猪口先生を副委員長として既に始まっております。

組織強化に向けた取組として、組織強化に取り組むための仕組みづくり、３層全ての医師会入会と、開業医については開業後も医師会員として残ってもらうための取組、会費減免と会費減免終了後に医師会に残ってもらう取組も行っていただきたいと思います。また、なかなかまだ手をつけていない問題として、医療機関に属していないような医師も結構増えてきております。例えば、産業医で会社に勤めている先生などは医療機関に勤めておられませんので、なかなか入会が難しいこともあります。産業医大を出られたとか、あるいは医師会の自分の医院は閉院して産業医の事業所をつくって、そこでやられているような方もいますので、医療機関に属していない方への対応も非常に難しい問題ですけれども、検討していかなければならないと思っています。

継続的に組織強化をしていかなければいけないので、こういった形でいろいろな手続を考えております。推進事業として私も６回ほど各都道府県医師会に行かせていただいて、勤務医の先生方、地元の先生方と一堂に会して、いろいろなディスカッションを重ねてまいりました。それを組織率向上に向けた具体的な方策に生かしていくべく頑張っていきたいと思っております。

こういった形で各都道府県に行っていただきました。今日、47都道府県の入会率の散布図を出しましたけど、同様に各県の郡市区等医師会の入会率等を図にしていただいて、いろいろ討論をしております。

お願いの１つとしては、３層構造に全部入っていただくために、本当に一番いいのは定款変更していただくことです。先ほどのグラフに示しました100％の医師会は郡市区等医師会に入っている方々は同時に県医師会と日本医師会の会員となるというような条文が入っているところが多いです。ぜひこれも併せて検討していただきたいと思います。

また、自宅会員など、先ほど言った診療所とか医療機関に属していない方々、あと、高齢の方々で廃業する先生、そういった方々もぜひ継続できるようなシステムにしていただきたいと思います。

それから、医賠責、医師国保などについてもしっかりと加入して活用していただく。

入会時の取組としては、全体を一堂に集めるなど手続きの簡素化をしたほうが良いのではと提案させていただいております。

ぜひこういったことをしっかりと取り組んでいただいて、こういった好事例も示してございますので、ぜひ卒後１年目から５年目の先生にできる限り医師会に入っていただきたいと思っています。ぜひこの51％を底として、何とか上昇に転じさせることを先生方と一同心を合わせて取り組んでまいりたいと思っていますので、切に今日はお願いを申し上げます。

入会促進におけるface to faceの取組の重要性がアンケート等に示されておりますので、ぜひお願いしたいと思います。あわせて、郡市区等医師会組織強化担当役職員連絡協議会を開催いただきたいと思いますし、日本医師会としても都道府県担当理事を集めた協議会を継続的に行ってまいりたいと思います。

これは会員を支える４つの安心でございます。医事紛争が起きたときの医賠責、大学並みの施設を備えた図書館サービス、産業医、女性医師支援センター、学術的なサポート、いろいろなものがございます。医師年金もそうでございます。

これは先ほどの再掲です。医師資格証もHPKIのこともございます。医師資格証費用も無料化にして今進めているところですけれども、なかなかこれもいま一つ広がっていかない面がございます。

また、日本医師会認定産業医制度がございますので、これをしっかりと継続して支援し、スポーツ医制度もしっかりと行ってまいります。

日医かかりつけ医機能研修制度は、今回のかかりつけ医機能の問題においても非常に重要な役割を果たす制度だと思っています。ぜひこの日医かかりつけ医機能制度を使って、かかりつけ医機能をしっかりと高めて、これを国民にアピールすることでかかりつけ医の存在をもう少し知っていただく。そして、かかりつけ医は患者が選ぶものであり、かかりつけ医の制度化に結びつかないように、しっかりと頑張ってまいりたいと思っております。

医師年金には今４万人入っていただいております。日本最大級の私的年金でございます。医師国保は全国大会がこの前、茨城県で行われましたが、いろいろな問題はありますが、国民皆保険に非常に寄与してきた非常に大切なメリットの大きい健康保険ですので、何とかこれを持続させていかなければならないと思っています。あと、医師協同組合とか医師信用組合もございます。これは各県によって様々な取組がされております。

生涯教育制度の概要でございます。これは釈迦に説法かと思います。

日本医師会医学賞や医学研究奨励賞を毎年選考しており、医学の発展に貢献されている方々に表彰を行っています。

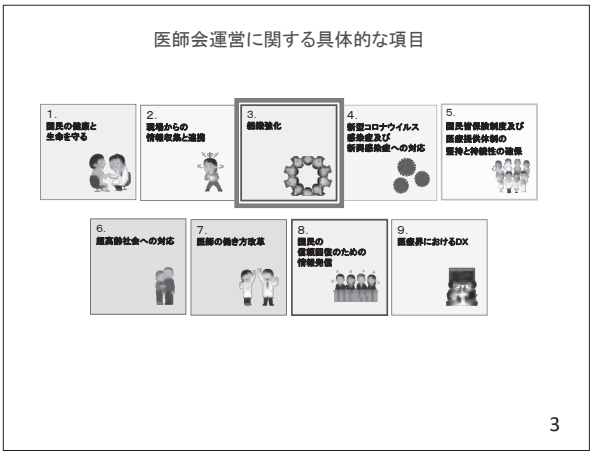
女性医師バンクも長年行っている事業で、各都道府県でも医師バンクなどもできているところもたくさんあろうかと思います。『医師の多様な働き方を支えるハンドブック』もできております。

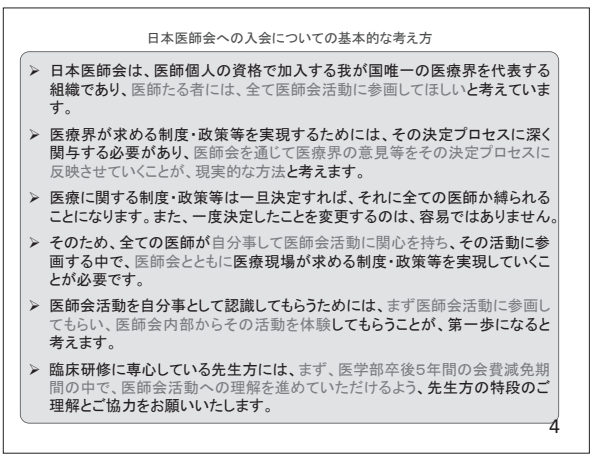
ホテルのオンライン予約サービスは結構隠れた魅力でして、これは非常に大きなチェーンも含めて、かなり格安に予約サービスが日本医師会の会員はできますので、ぜひ御利用していただいて利点を実感していただきたいと思っています。

『ドクタラーゼ』の別冊も発行しており、医師会の入会を進めてまいります。

私からは以上とさせていただきます。

御清聴賜りまして、ありがとうございました。





本日の内容

Part1. 全国の都道府県医師会の入会率

Part2. 組織強化の必要性

Part3. 組織強化に向けた取り組み（依頼）

まとめ

参考. 日本医師会の主な会員サービス等

5

三層構造でみる医師会会員数

*東京都文京区
本駒込の日本医師会館

*平成15年文化人郵便切手
「北里柴三郎」より

郡市区等医師会（890）（令和4年3月23日現在）
《うち、大学医師会（65）、その他（12）》
205,831人（令和3年11月1日現在）

都道府県医師会（47）
191,303人（令和3年11月1日現在）

日本の医師総数
（33万9,623人）の
うち51.2% が加入

公益社団法人
日本医師会

日本医師会会員数
173,895人（令和3.12.1現在）
内 開業医 82,946人
勤務医他 90,949人

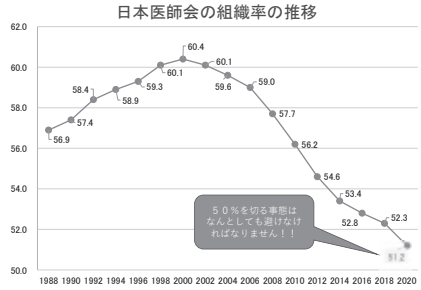
◆ 郡市区等医師会の会員で、日本医師会に未加入の方は約3万2千人。

◆ 都道府県医師会の会員で日本医師会に未加入の方は約1万7千人。

世界医師会に認められた、日本で唯一の医師個人資格で加入する団体です。

6

日本医師会の組織率の推移



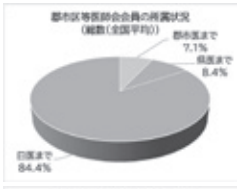
※日本医師会会員数調査、厚生労働省医師・歯科医師・薬剤師統計（調査）より作成

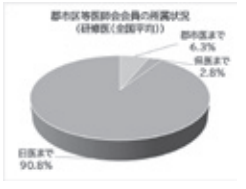
7

都道府県内医師の郡市区等医師会入会率（全国平均）

9

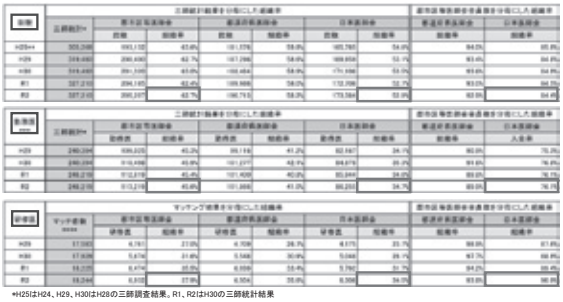
郡市区等医師会会員の所属状況（全国平均）





10

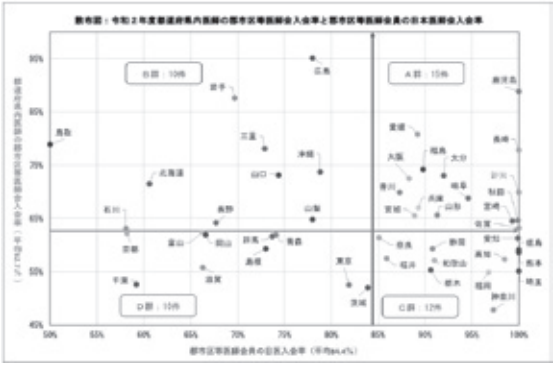
全国の医師会における会員数推移



※H25はH24、H29、H30はH28の三師調査結果。R1、R2はH30の三師統計結果
※※日医医師会組織強化WG報告書等参照（あくまで参考値）
※※※三師統計総数－（病院・診療所・介護老人保健施設の開設者・代表者＋無職の者・不詳）

11

令和2年度県内医師の郡市区等医師会入会率・郡市区等医師会の日医入会率



※令和2年度　都道府県別医師会入会率（日本医師会医師会組織強化検討委員会）

8

本日の内容

Part1. 全国の都道府県医師会の入会率

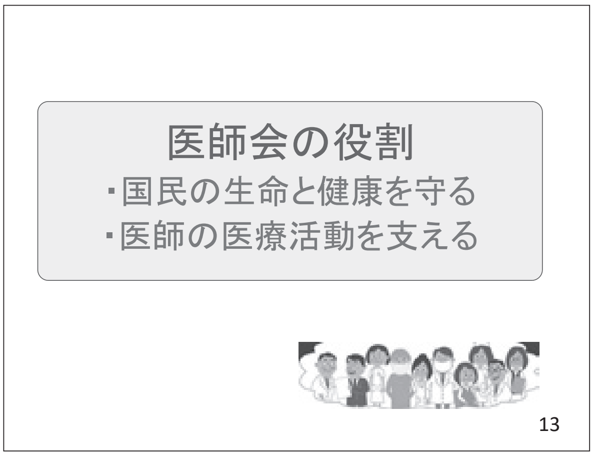
Part2. 組織強化の必要性

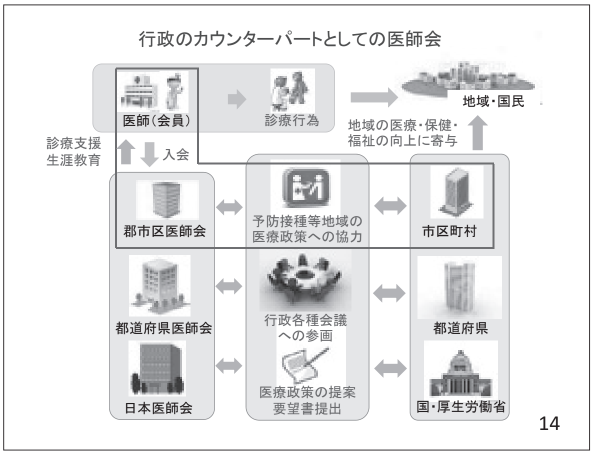
Part3. 組織強化に向けた取り組み（依頼）

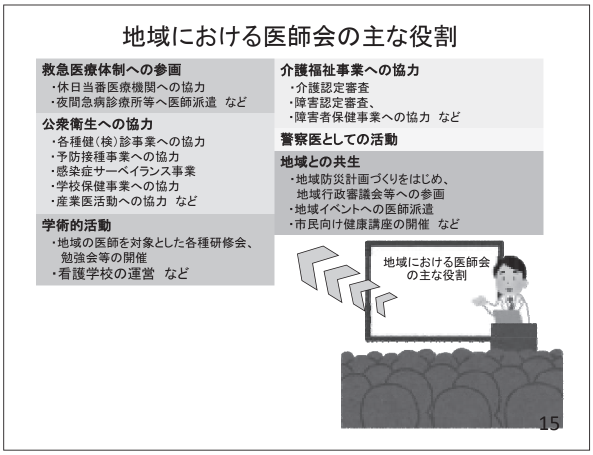
まとめ

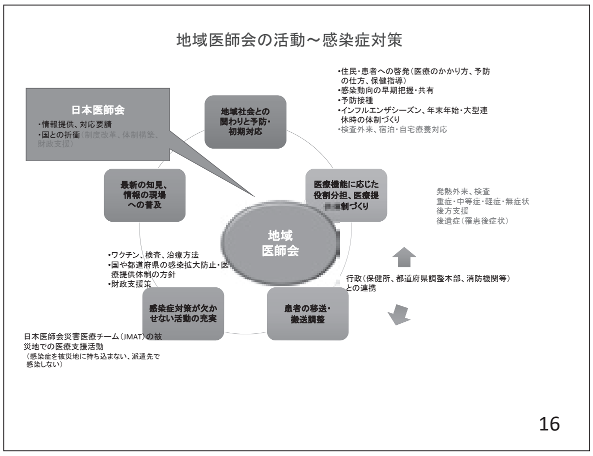
参考. 日本医師会の主な会員サービス等

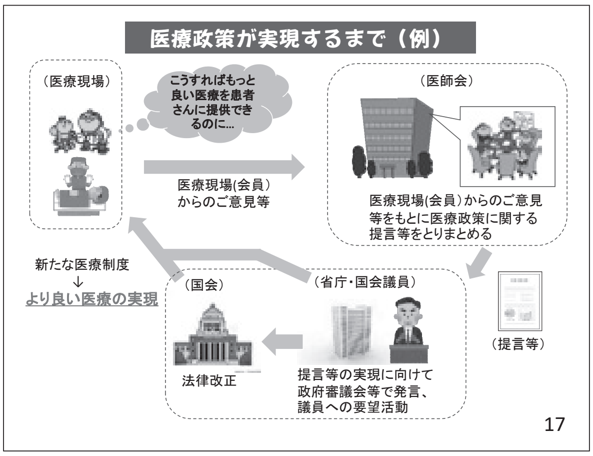
12

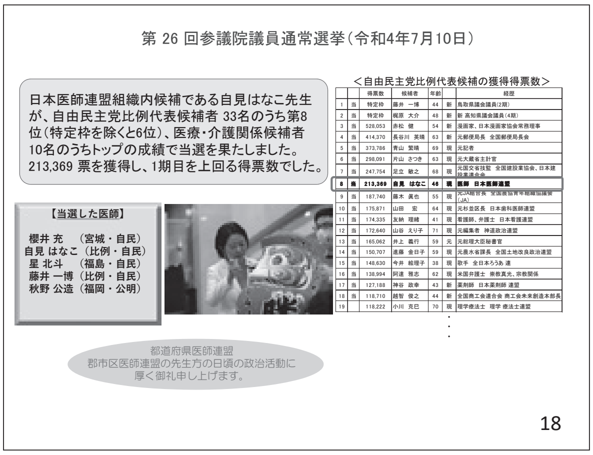

医師会の役割
・国民の生命と健康を守る
・医師の医療活動を支える
13


行政のカウンターパートとしての医師会
医師(会員)
診療行為
地域・国民
地域の医療・保健・
福祉の向上に寄与
診療支援
生涯教育
入会
郡市区医師会
予防接種等地域の
医療政策への協力
市区町村
都道府県医師会
行政各種会議
への参画
都道府県
日本医師会
医療政策の提案
要望書提出
国・厚生労働省
14


地域における医師会の主な役割
救急医療体制への参画
・休日当番医療機関への協力
・夜間急病診療所等へ医師派遣　など
公衆衛生への協力
・各種健(検)診事業への協力
・予防接種事業への協力
・感染症サーベイランス事業
・学校保健事業への協力
・産業医活動への協力　など
学術的活動
・地域の医師を対象とした各種研修会、
　勉強会等の開催
・看護学校の運営　など
介護福祉事業への協力
・介護認定審査
・障害認定審査、
・障害者保健事業への協力　など
警察医としての活動
地域との共生
・地域防災計画づくりをはじめ、
　地域行政審議会等への参画
・地域イベントへの医師派遣
・市民向け健康講座の開催　など
地域における医師会
の主な役割
15

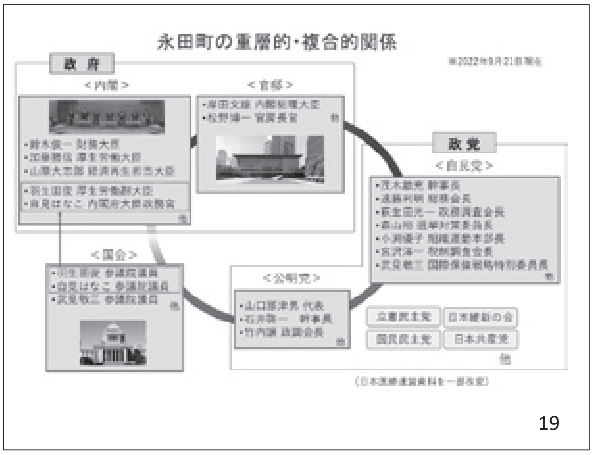

地域医師会の活動～感染症対策
日本医師会
・情報提供、対応要請
・国との折衝(制度改革、体制構築、財政支援)
地域社会との関わりと予防・初期対応
•住民・患者への啓発(医療のかかり方、予防の仕方、保健指導)
•感染動向の早期把握・共有
•予防接種
•インフルエンザシーズン、年末年始・大型連休時の体制づくり
•検査外来、宿泊・自宅療養対応
最新の知見、情報の現場への普及
医療機能に応じた役割分担、医療提供体制づくり
発熱外来、検査
重症・中等症・軽症・無症状
後方支援
後遺症(罹患後症状)
地域医師会
•ワクチン、検査、治療方法
•国や都道府県の感染拡大防止・医療提供体制の方針
•財政支援策
行政(保健所、都道府県調整本部、消防機関等)との連携
感染症対策が欠かせない活動の充実
患者の移送・搬送調整
日本医師会災害医療チーム(JMAT)の被災地での医療支援活動
(感染症を被災地に持ち込まない、派遣先で感染しない)
16


医療政策が実現するまで(例)
(医療現場)
こうすればもっと良い医療を患者さんに提供できるのに…
(医師会)
医療現場(会員)からのご意見等
医療現場(会員)からのご意見等をもとに医療政策に関する提言等をとりまとめる
新たな医療制度
↓
より良い医療の実現
(国会)
(省庁・国会議員)
(提言等)
法律改正
提言等の実現に向けて政府審議会等で発言、議員への要望活動
17


第 26 回参議院議員通常選挙(令和4年7月10日)
日本医師連盟組織内候補である自見はなこ先生が、自由民主党比例代表候補者 33名のうち第8位(特定枠を除くと6位)、医療・介護関係候補者10名のうちトップの成績で当選を果たしました。
213,369 票を獲得し、1期目を上回る得票数でした。
【当選した医師】
櫻井 充　(宮城・自民)
自見 はなこ(比例・自民)
星 北斗　(福島・自民)
藤井 一博(比例・自民)
秋野 公造(福岡・公明)
<自由民主党比例代表候補の獲得得票数>

		得票数	候補者	年齢		経歴
1	当	特定枠	藤井　一博	44	新	鳥取県議会議員(2期)
2	当	特定枠	梶原　大介	48	新	新 高知県議会議員(4期)
3	当	528,053	赤松　健	54	新	漫画家、日本漫画家協会常務理事
4	当	414,370	長谷川　英晴	63	新	元郵便局長　全国郵便局長会
5	当	373,786	青山　繁晴	69	現	元記者
6	当	298,091	片山　さつき	63	現	元大蔵省主計官
7	当	247,754	足立　敏之	68	現	元国交省技監　全国建設業協会、日本建設業連合会
8	当	213,369	自見　はなこ	46	現	医師　日本医師連盟
9	当	187,740	藤木　眞也	55	現	元JA組合長　全国農協青年組織協議会(JA)
10	当	175,871	山田　宏	64	現	元杉並区長　日本歯科医師連盟
11	当	174,335	友納　理緒	41	現	看護師、弁護士　日本看護連盟
12	当	172,640	山谷　えり子	71	現	元編集者　神道政治連盟
13	当	165,062	井上　義行	59	元	元総理大臣秘書官
14	当	150,707	進藤　金日子	59	現	元農水省課長　全国土地改良政治連盟
15	当	148,630	今井　絵理子	38	現	歌手　全日本ろうあ 連
16	当	138,994	阿達　雅志	62	現	米国弁護士　崇教真光、宗教関係
17	当	127,188	神谷　政幸	43	新	薬剤師　日本薬剤師 連盟
18	当	118,710	越智　俊之	44	新	全国商工会連合会 商工会未来創造本部長
19		118,222	小川　克巳	70	現	理学療法士　理学 療法士連盟

都道府県医師連盟
郡市区医師連盟の先生方の日頃の政治活動に厚く御礼申し上げます。
18


永田町の重層的・複合的関係
政府
政党
立憲民主党
日本維新の会
国民民主党
日本共産党
19

物価高騰への支援要望
【要望先】
後藤 茂之 先生(厚生労働大臣)
加藤 勝信 先生(自由民主党社会保障制度調査会長)
牧原 秀樹 先生(自由民主党厚生労働部会長)
尾辻 秀久 先生(参議院議員)
田村 憲久 先生(衆議院議員)
【要望元】
日本医師会、四病院団体協議会、介護事業者関係団体(計10団体)
医療機関・介護事業所等における物価高騰への支援の拡充に関する要望
日頃から新型コロナ禍にかかる医療機関及び介護事業所等への支援について対策を講じていただいておりますことに、深く感謝申し上げます。
さて、今般の水道光熱費、食材料費等の物価高騰は、広く国民に大きな影響を及ぼしているのみならず、医療機関・介護事業所等にも大きな影響を及ぼしております。
特に、多くの医療機関・介護事業所等は、日常の業務に加えて、新型コロナ感染者の対応に追われており、厳しい環境下での経営を強いられているところです。そのような中、ロシアのウクライナ侵攻等により、物価高騰が顕著になっており、経営に甚大な影響を及ぼしています。
医療機関・介護事業所等は、国が定める公定価格により経営するものです。多くの患者・利用者等の経済状況を考慮しますと、物価高騰の影響を価格に転嫁することはできず、もはや、経営努力のみでは対応することが困難な状況です。
そこで、引き続き新型コロナ禍においても、患者・利用者等に安心・安全で質の高いサービスが提供できるよう、以下の物価高騰への支援を要望します。
1. 医療機関・介護事業所等に対する、新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金による支援の確実な実施
2. 新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金を積み増しし、この支援にかかる財源の確保
水道光熱費、食材料費等の物価高騰が、医療機関・介護事業所経営に甚大な影響を及ぼしていることから、早期かつ確実な支援を求めるため、関係議員の先生方に対し、物価高騰への支援に関する要望を行った。
2022年7月26日に開催された自民党厚生労働部会で取り上げていただき、議論がなされた。その結果、団体要望であったものが政府要望となった。
7月28日には、厚生労働省より都道府県行政等、地方自治体に対し、臨時交付金を医療機関等の負担の軽減に向けて積極的に活用するよう改めて呼び掛けが行われた。
*日医on-line「医療機関・介護事業所等における物価高騰への支援の拡充に関する要望について」(2022年7月27日)https://www.med.or.jp/nichiionline/article/010751.html
20

物価高騰への支援の実現

2022年9月9日に内閣官房の物価・賃金・生活総合対策本部が開催され、新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金について、新たに6,000億円規模の「電力・ガス・食料品等価格高騰重点支援地方交付金」を創設することを決定した。その中で、医療機関等に対する電力・ガス・食料品等の価格高騰への支援が盛り込まれた。

岸田総理の会見発言（2022年9月8日）*1

さらに、電気・ガス等のエネルギーや食料品等の価格高騰に苦しむ生活者、また事業者の方々に対して、地域の実情に応じた支援をお届けするため、地方創生臨時交付金について、6,000億円の新たな交付金を設けて、価格高騰への支援を重点的に進めます。効果的と考えられる推奨事業メニューを地方自治体に提示し、子育て世帯、中小企業、そして医療機関等への支援 これを強化してまいります。

地域の実情に応じた生活者・事業者支援（新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金）*2

3. 地域の実情に応じた生活者・事業者支援

（1）地方創生臨時交付金

○「原油価格・物価高騰対応分(※)」について7月時点で約6,800億円（うち原油価格・物価高騰対応の事業は約6,000億円）の申請。申請された事業について、既に7割以上が着手され、9月中には9割以上が着手見込み。 （※）地方公共団体に通知済の交付限度額は8,000億円

○地方創生臨時交付金について、予備費を措置しつつ既存予算も活用して6,000億円規模の「電力・ガス・食料品等価格高騰重点支援地方交付金」を新たに創設。電力・ガス・食料品等の価格高騰への対応により重点的に活用されるよう、効果的と考えられる推奨事業メニュー（物価高騰に伴う生活者支援・中小企業・医療機関等支援）を地方自治体に提示。

*1 首相官邸「物価高騰への政府の対応についての会見」（令和4年9月8日） https://www.kantei.go.jp/jp/101_kishida/statement/2022/0908kaiken.html
*2 内閣官房 物価・賃金・生活総合対策本部（令和4年9月9日）資料1「足元の物価高騰に対する追加策等について」／内閣府提出資料2頁を基に作成 https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/bukka/dai4/siryou.pdf

日本医師会が参画している主な国の審議会等

厚生労働省	医道審議会、中央社会保険医療協議会、厚生科学審議会、社会保障審議会、薬事・食品衛生審議会、医療介護総合確保促進会議、今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会、医師の働き方改革の推進に関する検討会 大学附属病院等のガバナンスに関する検討会、医療の質向上のための体制整備事業評価委員会、院内感染対策中央会議、医療放射線の適正管理に関する検討会…など
内閣府	中央防災会議、男女共同参画推進連携会議、総合科学技術・イノベーション会議、食品安全委員会、防災推進国民会議、接触確認アプリに関する有識者検討会合 …など
文部科学省	中央教育審議会、科学技術・学術審議会、未来医療研究人材養成推進委員会、「がん教育」の在り方に関する検討会 ･･･など
内閣官房	健康・医療戦略参与、次世代医療ICT基盤協議会、未来インテリジェント医療分科会、社会保障制度改革推進会議、新型インフルエンザ等対策有識者会議 ･･･など
総務省	個人番号カード・公的個人認証サービス等の利活用推進の在り方に関する懇談会、大規模災害時の非常用通信手段の在り方に関する研究会
環境省	中央環境審議会、原子力災害時の医療体制の在り方に関する検討チーム、エコチル調査企画評価委員会 ･･･など
農林水産省	日本型食生活推進委託事業（朝食欠食改善等ごはん食推進事業）実施に係る検討会

※任期終了したものも含む

日本医師会が参画している主な国の審議会等（つづき）

国土交通省	今後の自動車損害保障制度のあり方に係る懇談会、病院等を対象とするヘルスケアリートの活用に係るガイドライン検討委員会
経済産業省	次世代ヘルスケア産業協議会（新事業創出ワーキンググループ、健康投資ワーキンググループ）
防衛省	防衛省・自衛隊の第一線救護における適確な救命に関する検討会
金融庁	自動車損害賠償責任保険審議会
消防庁	消防審議会、全国メディカルコントロール協議会連絡会、救急業務のあり方に関する検討会、有床診療所・病院火災対策検討部会
消費者庁	特別用途食品制度に関する検討会
警察庁	高齢運転者交通事故防止対策に関する有識者会議
海上保安庁	海上保安庁メディカルコントロール協議会

※任期終了したものも含む

日本医師会は　厚生労働行政のほか、経済、教育、環境、防衛など、数多くの分野の会議に参画するなかで、国政に大きく貢献しています！

現場の声を踏まえた医療政策の実現に向けて

- 医療政策を検討する場には、様々なステークホルダーが参画しており、医療界がいくら正しいことを発言しても、それが実現するとは限らない。
- より説得力のある議論を展開するため、より多くの先生方の後押し（医療現場の声）が必要であり、より多くの先生方が医師会活動に参画することが、医師会の組織強化と発言力の強化につながる。
- 物事を動かそうとしても、医師個人の力ではどうにもならないことが多くあるが、多くの先生が医師会活動に参加することにより、先生ご自身の職務を存分に全うできる環境を実現する。それが国民により良い医療を提供し続けていくことにつながる。
- まさに先生方一人ひとりの意識が、今後の我が国の医療を変えていくことになる。

□ 日本医師会は　すべての医師を代表する団体であり、より多くの先生方と共に我が国のより良い医療を実現していきたい。
□ 日本医師会は、医療現場の先生方の意見を踏まえて、医療政策の議論の場に臨んでいく。

本日の内容

Part1. 全国の都道府県医師会の入会率
Part2. 組織強化の必要性
Part3. 組織強化に向けた取り組み（依頼）
まとめ

参考. 日本医師会の主な会員サービス等

会費減免期間の延長の主な内容（令和5年度より実施）

1. 会費減免の延長期間
   - 対象を臨床研修医から卒後５年目まで延長する。
2. 卒後5年間の基本的な捉え方
   - 大学医学部の卒業年度を起点に、年度単位とする。
3. 対象となる会員区分
   - すべての会員区分とする。
4. 会費減免の方法
   - 会費賦課徴収規程の「その他特別の事由」による。
5. 会員サービス
   - 『日医ニュース』及び『日医雑誌』の送付に代えて、「日医ホームページ」「日医Lib」で対応する。

医学部卒後5年目までの医師会員数（令和4年10月3日時点）

卒業年度	会員区分	会員数	年度合計
2018	A1	9	
	A2(B)	538	
	A2(C)	15	782
	B	204	
	C	16	
2019	A1	9	
	A2(B)	510	
	A2(C)	25	731
	B	147	
	C	40	
2020	A1	3	
	A2(B)	511	
	A2(C)	100	847
	B	128	
	C	105	
2021	A2(B)	1	
	A2(C)	1,720	3,281
	B	1	
	C	1,559	
2022	A2(C)	1,495	
	B	1	2,992
	C	1,496	
合計			9,361

卒後5年目までの会費減免（令和5年度より）

会員区分	会　費	会費減免額	会費減免適用後
A①	126,000円	60,000円	66,000円
A②(B)（30歳超）	68,000円	28,000円	40,000円
（30歳以下）	39,000円	24,000円	15,000円
A②(C)	21,000円	6,000円	15,000円
B	28,000円	28,000円	無　料
C	6,000円	6,000円	無　料

＜ご参考：会費区分＞

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

日本医師会医師賠償責任保険

	日本医師会医賠責	民間保険
医療紛争の検証	各科専門の医師、医療知識を持った弁護士等で組織する審査会が判断	保険会社が判断
紛争処理の方法	医師会が弁護士の手配を代行	医師本人が対応、もしくは保険会社が弁護士を手配
会員の退会及び死亡後の特例措置	・医師会を退会後、あるいは死亡後でもサポートが受けられる ・適用期間は10年間	・左記のようなサポートのためには別途保険契約を結ぶ必要がある(年17,000円程度) ・適用期間は５年間
保険料	会費に含まれる保険料相当額(年間) 15,000円（研修医）～ 66,000円（開業医）	基本保険料（団体割引・年間） 40,664円程度（研修医） ～91,488円程度（有床診療所院長）

Point!

- 医師本人に代わって、医師会が弁護士を手配し、迅速・適正な紛争解決をサポートします！
- 保険料も、各学会や大学同窓会と比較して安価です！

29

会費減免期間の延長に伴う「入会金」等の取り扱いについて(依頼)

Point!

- 若手医師の医師会への入会を促進するためには、若手医師が費用面及び環境面の両側面から、入会しやすい環境を整備することが必要です。
- そのため、入会金の負担や入会時の煩雑な手続きの軽減について、ご検討・ご協力をお願いいたします。

1. 入会金の免除

- 入会金は、若手医師にとって大きな費用負担となります。
- 入会金を徴収している医師会におかれましては、まずは医学部卒後５年目までの入会金の免除について、ご検討いただきますよう、よろしくお願いいたします。また、同様の取り組みを、管内郡市区等医師会にも実施していただくよう、周知をお願いいたします。

2. 入会時の煩雑な手続きの軽減

- 少なくとも、医学部卒後５年目までの医師については、入会申込書が適切に提出された場合、その他特段の手続きを経ることなく入会できるよう、管内郡市区等医師会への協力方について、ご協力をいただきますよう、よろしくお願いいたします。

30

臨床研修医及び専攻医の異動手続き等について

1. 問題意識

- 特に研修期間中の勤務医にとっては、病院の移動が多く、そのたびの医師会間の退会・入会手続きが非常に負担になっているとの意見が多くある。
- そのため、この負担を軽減するための方策を講じる必要がある。

2. 具体的な方策(案)

- 大学医師会に入会している会員で、当該大学所在地以外の地域の病院で研修等を行う場合、一定期間内に大学に戻ってくることが分かっているのであれば、異動手続き（入退会手続き）は要しないというような運用もご検討いただきたい。
- 臨床研修や専門研修のプログラムを選択した病院が所在する郡市区等医師会会員で、当該病院所在地以外の地域で研修等を行う場合、一定期間内に当該病院に戻ってくることが分かっているのであれば、異動手続き（入退会手続き）は要しないような運用もご検討いただきたい。

31

来る来年度に向けて(喫緊の依頼)

1	医学部卒後5年目までの会費減免期間の延長について、その実効性を高めるためには、各地域医師会と足並みを揃えて実施することが不可欠です。特段のご理解とご協力をお願い申し上げます。
2	特に、来年3月から4月にかけて、卒後2年目の臨床研修医の先生方に、3年目以降も医師会員として継続してもらえるよう、各医師会におかれましては、特段のご協力をお願いいたします。
3	併せて、卒後1年目の臨床研修医の先生方の入会(日本医師会まで)についても、一層のご協力をお願いいたします。

32

医師会組織強化検討委員会

- 8月2日開催の第13回常任理事会で、医師会組織強化検討委員会を発足。
- 令和5年1月中を目途に、中間の報告書を取りまとめる予定。

【参考】:委員名簿

◎伊在井みどり（岐阜県医師会会長）
○猪口　正孝（東京都医師会副会長）
上田　博（石川県医師会副会長）
上林　雄史郎（和歌山県医師会副会長）
加納　康至（大阪府医師会副会長）
松﨑　信夫（茨城県医師会副会長）
森永　幸二（佐賀県医師会副会長）
木村　剛（日本医科大学医師会会長）
田邉　晴山（救急振興財団 救急救命東京研修所）

◎＝委員長
○＝副委員長

担当役員　角田副会長、釜萢常任理事(主)、渡辺常任理事、神村常任理事

33

組織強化に向けた取り組みのお願い

会費減免期間の延長について、ご検討・ご協力をいただきますとともに、次の三つの項目について、取り組んでいただきたいと思います。

① 組織強化に取り組むための仕組みづくり

② 三層すべての医師会への入会と、開業医については廃業後も医師会員として残ってもらうための取り組み

③ 会費減免と、会費減免終了後に医師会に残ってもらうための取り組み

34

継続的な組織強化に向けた取り組みのお願い①

(1) 組織率に係る現状の把握と共有

医師等を把握・共有し、組織率向上に向けた目標を設定する。
＜日本医師会への提言＞
① 都道府県別医師会入会率資料の継続的な作成
＜都道府県医師会・郡市区等医師会に係る提言＞
② 都道府県内郡市区等医師会別入会率資料の作成

(2) 組織強化に継続して取り組むための体制づくり

上記で設定した目標達成に向けて、組織強化に継続して取り組んでいくための体制を整備し、組織率向上に向けた方策の実効性を高めていく。
＜都道府県医師会・郡市区等医師会に係る提言＞
① 組織強化担当理事・事務局の設置
② 郡市区等医師会組織強化担当役職員を対象とした協議会の開催

(3) 組織率向上に向けた具体的な方策

※効果の検証は(1)の中で行う

地域毎の入会率等に係る特徴・課題等に則した方策を講じる。その効果の検証は(1)の中で行う。
＜日本医師会への提言＞
① 入会勧誘ツールの更新とさらなる活用
② 都道府県医師会における成功事例の収集・共有と検証
③ 日本医師会未入会の医師会員解消に向けた地域医師会への働きかけの強化
④ 会費額・会費区分定義の見直しに向けた検討
⑤ 医師資格証のさらなる普及と活用の推進
⑥ 医師会入退会・異動手続きの簡素化に向けたさらなる検討の推進
⑦「医師会」というブランド力の向上

出典:日本医師会第三次医師会組織強化検討委員会報告書(令和2年3月)

35

医師会組織強化推進事業(医師会組織強化に向けたパイロット事業)

(1)目　的

都道府県医師会の協力の下、「郡市区等医師会組織強化担当役職員連絡協議会」を開催していただくなかで、以下の成果を目指す。

① 協議会開催を契機に、継続的に組織強化に取り組むための体制構築(組織強化担当理事・事務局の設置等)の推進を図る。

② 管内郡市区等医師会毎の組織率の特徴と課題等を共有するなかで「顔の見える関係づくり」の端緒を開き、県内すべての医師会による具体的方策の実現に向けた合意形成を図る。

(2)開催都道府県医師会

① 和歌山県医師会(2022年3月13日開催)
② 滋賀県医師会(4月14日開催)
③ 石川県医師会(5月12日開催)
④ 鳥取県医師会(5月22日開催)
⑤ 茨城県医師会(9月2日開催)
⑥ 岡山県医師会(9月23日開催)

- 各都道府県管内のすべての郡市区等医師会の会長及び事務局が一堂に会して実施。
- 日本医師会からは松本会長が現地にて出席。
- 各郡市区等医師会に、組織率等の受け止めなどについて発言していただく。

36

郡市区等医師会組織強化担当役職員連絡協議会の次第（例）

① 開会・会長挨拶

② 組織強化に向けた協力依頼（※日医担当役員より）

③ 自県内郡市区等医師会の組織率の現状（散布図等を用いて）

④ 今後の具体的方策に向けた協議

⑤ 閉　会

- 管内すべての郡市区等医師会会長（担当役員）及び事務局の出席のもとで、「郡市区等医師会組織強化担当役職員連絡協議会」を開催いただきたい。
- その際には、可能な限り日本医師会より担当役員が出席したいと考えておりますので、ぜひお声がけいただきたい。

37

継続的な組織強化に向けた取り組みのお願い②―1

① 郡市区等医師会入会者の日本医師会までの入会

【ご参考】
日本医師会定款・諸規程検討委員会が示した社員総会制を敷く郡市区等医師会の定款変更案（平成22年3月）

（会員の資格）
第6条　本会は＜例：〇〇を区域とし、その区域内に就業所又は住居を有する医師のうち、本会の目的及び事業に賛同したものをもって会員とする＞。

2　前項の会員をもって一般社団法人及び一般財団法人に関する法律（以下「法人法」という。）上の社員とする。

3　会員は同時に＜例：〇〇県医師会＞及び日本医師会の会員となる。

38

継続的な組織強化に向けた取り組みのお願い②―2

② 廃業した開業医への医師会会員資格継続に向けた取り組み

【ご参考：都道府県医師会における好事例
（「医師会組織強化検討委員会「医師会組織強化に向けた取り組み等について」のアンケート：令和3年度実施）】

1. 自宅会員などの区分を設け、会員資格を維持する方策を講じている。
2. 高齢を理由に廃業する会員が多いため、高齢減免の制度を提案している。
3. 日本医師会医師賠償責任保険の「廃業特則」を周知している。
4. 勤務医として医業を継続する場合は、日本医師会医師賠償責任保険に加入できることや、医師国保組合などついても継続して加入ができることなどの説明を行っている。

39

継続的な組織強化に向けた取り組みのお願い③

③ 臨床研修医の会費免除と、臨床研修修了後に医師会員の資格を継続してもらうための取り組み　1/2

【ご参考：都道府県医師会における好事例】
（「医師会組織強化検討委員会「医師会組織強化に向けた取り組み等について」のアンケート：令和3年度実施）

【入会時の取り組み】
- 新研修医を対象とした祝賀会の後に、役員が入会申込書の記入方法を説明しながら作成・提出してもらっている。この際、臨床研修病院から県医師会に「初期研修終了後の異動先情報を提供することについての承諾書」も提出してもらい、研修終了後の会員継続依頼等の連絡がスムーズに取れるような仕組みを作っている。

【会員期間中の取り組み】
- 会費減免期間中に、メーリングリストや会員専用ホームページで医師会の取り組みを積極的に広報し、医師会員であることの必要性を認識してもらうよう働きかける。

40

継続的な組織強化に向けた取り組みのお願い③

③ 臨床研修医の会費免除と、臨床研修修了後に医師会員の資格を継続してもらうための取り組み　2/2

【ご参考：都道府県医師会における好事例】
（「医師会組織強化検討委員会「医師会組織強化に向けた取り組み等について」のアンケート：令和3年度実施）

【臨床研修修了前後の取り組み】
- 臨床研修修了前に、臨床研修修了となる研修医のリストを県医師会から郡市医師会に送付し、研修医に会員区分を変更してもらうよう依頼している。
- 研修2年目の修了前に医師会継続の意向、異動状況の確認は行うようにしている。
- 臨床研修修了時に文書を発出し、会員継続のメリット（産業医等の制度取得のための優先的な受講や軽負担での医師国民健康保険への加入、医事紛争時のサポートなど）を伝え、B会員への移行を働きかけている。
- C会員終了後、会員継続依頼文書を送付する際に、日本医師会作成の「ドクターゼ（別冊）」や、県医師会作成の医師会入会メリット等を記載したチラシを同封している。

【その他】
- 専攻医も減免申請により会費無料化とした。（4月1日現在30歳以下。免除期間は、臨床研修期間であって3年以内など）
- 臨床研修修了後も研修医（所属長が研修医と認めた者）には、会費無料を継続している。
- 勤務医入会サポートデスクを創設した（入退会異動手続きの代行）。
- 病院で指導的立場にある医師に入会を勧めてもらうよう説得している。

41

本日の内容

Part1. 全国の都道府県医師会の入会率

Part2. 組織強化の必要性

Part3. 組織強化に向けた取り組み（依頼）

まとめ

参考. 日本医師会の主な会員サービス等

42

まとめ①

- 「全ての医師を代表する組織」としてのプレゼンスや発言力を高め、国民の生命と健康を守り、医師の医療活動を支えるという医師会の役割を果たしていくためにも、減少傾向にある医師会の組織率を、上昇の方向に転じさせることが必要である。
- そのため、医学部卒後5年目までの会費減免期間の延長について、管内郡市区等医師会も含め、特段のご協力をいただきたい。
- そして、今から、来年4月に向けて、卒後2年目の臨床研修医の先生方に、3年目以降も医師会員として継続してもらうための準備を進めていただきたい。
- 併せて、継続的な組織強化の取り組みに向けて、①仕組みづくり、②三層すべての医師会への入会と、開業医については廃業後も医師会員として残ってもらうための取り組み、③会費減免と、会費減免終了後に医師会に残ってもらうための取り組みについて、ぜひご検討いただき、取り組みを進めていただきたい。

43

まとめ②

- 入会促進にあたっては、face to face の取り組みの重要性がアンケート等からも指摘されていることから、たとえば、病院に直接ご足労いただくなど、対話を通じた入会促進ということもぜひ考慮いただきたい。
- また、管内すべての郡市区等医師会会長（担当役員）及び事務局の出席のもとで、「郡市区等医師会組織強化担当役職員連絡協議会」を開催いただきたい。
- その際には、可能な限り日本医師会より担当役員が出席したいと考えておりますので、ぜひお声がけいただきたい。

44

本日の内容

Part1. 全国の都道府県医師会の入会率

Part2. 組織強化の必要性

Part3. 組織強化に向けた取り組み（依頼）

まとめ

参考. 日本医師会の主な会員サービス等

45

医師資格証の費用

※医師資格証 保有者数（2022年4月30日集計） ： 21,341枚

49

※ドクターゼ（別冊）（日本医師会）

46

日本医師会認定産業医制度

Ⅰ. 目的

産業医の資質向上と地域保健活動の一環である産業医活動の推進を図るために、所定のカリキュラムに基づく産業医学基礎研修50単位以上を修了した医師、または、それと同等以上の研修を修了したと認められる医師に申請に基づき日本医師会認定産業医の称号を付与し、認定証を交付します。

また、この認定証は、有効期間5年間に、産業医学生涯研修20単位以上を修了した医師について更新ができます。

Ⅱ. 基礎研修の内容（1時間の研修を1単位とします。）

①前期研修（14単位以上） 入門的な研修

総論（2単位）、健康管理（2単位）、メンタルヘルス対策（1単位）
健康保持増進（1単位）、作業環境管理（2単位）、作業管理（2単位）
有害業務管理（2単位）、産業医活動の実際（2単位）

※上記8項目の研修については、それぞれの単位の修得が必要です。

②実地研修（10単位以上）

主に職場巡視などの実地研修、作業環境測定実習などの実務的研修

③後期研修（26単位以上）

地域の特性を考慮した実務的・やや専門的・総括的な研修

50

日本医師会医師賠償責任保険（再掲）

	日本医師会医賠責	民 間 保 険
医療紛争の検証	各科専門の医師、医療知識を持った弁護士等で組織する審査会が判断	保険会社が判断
紛争処理の方法	医師会が弁護士の手配を代行	医師本人が対応、もしくは保険会社が弁護士を手配
会員の退会及び死亡後の特例措置	• 医師会を退会後、あるいは死亡後でもサポートが受けられる • 適用期間は10年間	• 左記のようなサポートのためには別途保険契約を結ぶ必要がある（年17,000円程度） • 適用期間は５年間
保険料	会費に含まれる保険料相当額（年間） 15,000円（研修医）～66,000円（開業医）	基本保険料（団体割引・年間） 40,664円程度（研修医）～91,488円程度（有床診療所院長）

Point!

- 医師本人に代わって、医師会が弁護士を手配し、迅速・適正な紛争解決をサポートします！
- 保険料も、各学会や大学同窓会と比較して安価です！

47

日本医師会認定スポーツ医制度

Ⅰ. 目 的

日本医師会では、平成3年、地域社会における運動への関心の高まりから、運動を行う人に対して医学的診療のみならず、メディカルチェックや運動処方を行い、各種運動指導等に指導助言を行い得る医師を要請することを目的として、認定健康スポーツ医制度を発足した。

Ⅱ. 概 要

所定のカリキュラムに基づく健康スポーツ医学講習会（25科目）を修了した医師を日本医師会認定スポーツ医として認定している。

認定証更新のためには、有効期間の5年間に健康スポーツ医学再研修5単位以上を修了し、かつ健康スポーツ医としての実践活動を行う必要がある。

Ⅲ. 実 績

この制度では都道府県医師会が窓口となり、各種申請の受付等を行っている。令和2年5月末までに延べ23，990人の認定健康スポーツ医を養成している。

51

医師資格証ご利用シーン

48

日医かかりつけ医機能研修制度

平成28年4月1日より実施

【目的】

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

【かかりつけ医機能】

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

＊日本医師会ホームページ「日医かかりつけ医機能研修制度」制度概要より作成
（http://dl.med.or.jp/dl-med/doctor/kakari/system20160317_1.pdf）

【研修内容】

基本研修	応用研修	実地研修
・日医生涯教育認定証の取得。	・日医が行う中央研修、関連する他の研修会、および一定の要件を満たした都道府県医師会並びに郡市区医師会が主催する研修等の受講。 *規定の座学研修を10単位以上取得*	・社会的な保健・医療・介護・福祉活動、在宅医療、地域連携活動等の実践。 *規定の活動を2つ以上実施（10単位以上取得）*

3年間で上記要件を満たした場合、都道府県医師会より修了証書または認定証の発行（**有効期間5年**）。

52

会員を支える安心① 診療編

日医かかりつけ医機能研修制度

現在の進捗状況（令和4年8月現在）

応用研修受講者数（延べ人数）合計：53，523名

第1期
- H28年度受講者：9,391名（研修開催回数：日医中央研修1回、22都道府県42回）
- H29年度受講者：9,712名（研修開催回数：日医中央研修1回、27都道府県47回）
- H30年度受講者：10,609名（研修開催回数：日医中央研修1回、31都道府県46回）

第1期　合計：29,712名

第2期
- R元年度受講者：9,361名（研修開催回数：日医中央研修1回、30都道府県53回）
- R2年度受講者：6,571名（研修開催回数：43都道府県138回　※日医中央研修未開催）
- R3年度受講者：6,296名（研修開催回数：日医中央研修3回、26都道府県68回）

第2期　合計：22,228名

第3期
- R4年度受講者：1,583名※
  ※8/7日医中央研修のWEB受講者数（座学会場受講者数は集計中）

第3期　合計：1,583名

修了者数　認定期間有効実人数（R1年～R3年）：5,272名　累計：11,191名

H28年度修了者：1,196名　H29年度修了者：2,672名　H30年度修了者：2,051名
R1年度修了者：2,501名　R2年度修了者：1,547名　R3年度修了者：1,224名

53

会員を支える安心② 生活編

医師年金

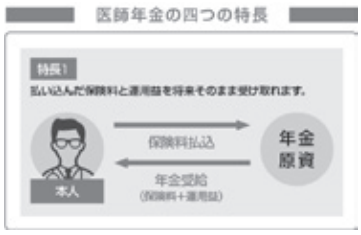
Point!

- 積立型の医師専用の私的年金で、利率は現在1.5%です。
- 事務手数料が少額（0.25%）で効率的な積立ができます。
- 終身年金で一生涯受取可能です。

54

会員を支える安心② 生活編

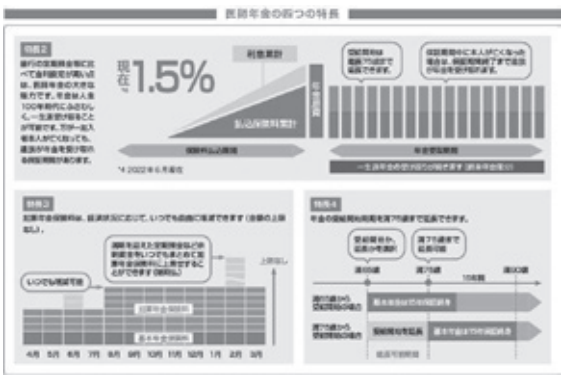
医師年金



- 医師年金は、公的年金とは別の積立型の私的年金であるため、勤務先が変わっても継続して加入し続けることができます。
- また、公的年金は、基本的に現役世代が支払った保険料を高齢者の年金給付に充てるという考え方で運営されていますが、医師年金は自分で払い込んだ保険料がそのまま年金原資として運用され、将来自分に年金として給付されることになります。

55

会員を支える安心② 生活編



56

会員を支える安心② 生活編

医師国民健康保険（医師国保）、医師協同組合、医師信用組合

医師国保とは？

医師とその家族が加入する自助的な保険です。医師が自ら運営し、保険料を決定したり、各種検診などの保健サービスを運営しているので、医師にメリットの大きい健康保険です。

医師協同組合とは？

組合員同士がお互いに助け合う『相互扶助』の精神で設立されたもの。

協同組織による事業展開の強みを活かして、良質かつ低廉な商品の購入、医業経営の安定、会員福祉の各種サービスの提供など、全国各地の医師、またその医療機関スタッフの多様なニーズに応えています。

（※全国に56組合及び5地区連合会／ R3.2.4全医協連HP確認時）

医師信用組合とは？

医師の医師による医師のための金融機関。

医師会会員の先生方のための医療特化型専門金融機関として、先生方のライフプランに的確に対応できる金融サービスの提供を目指しております。

（※神奈川県医師信用組合ホームページより抜粋）
（※全国に19組合 ／ R3.2.4確認時）

57

会員を支える安心③ 学習編

日本医師会生涯教育制度の概要

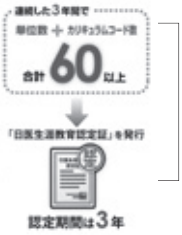
〈制度概要〉

本制度は、医師の研修意欲をさらに啓発・高揚させること、一方で社会に対して医師が勉強に励んでいる実態を示し、国民からの信頼を増すことを目的としており、連続した3年間の単位数（30分で0.5単位）とカリキュラムコード数（同一コードは加算不可）の合計数が60以上の者に「日医生涯教育認定証」を発行します。

〈単位・カリキュラムコードの取得方法〉

1. 日本医師会雑誌を利用した解答
2. 日本医師会e-ラーニングによる解答
3. 講習会・講演会・ワークショップ等
4. 医師国家試験問題作成
5. 臨床実習・臨床研修制度における指導
6. 体験学習（共同診療、病理解剖見学、症例検討、手術見学等の病診・診診連携の中での学習）
7. 医学学術論文・医学著書の執筆

※1・2は日医会員のみ、3～7は非会員も可。



58

会員を支える安心③ 学習編

JMA Journal

発行目的
臨床医学、基礎医学、公衆衛生学等、医 学に関する全領域の研究論文だけでなく、医療政策やオピニオン等の投稿も幅広く受け付ける。世界中からの優れた研究結果を収載することで、グローバルで幅広い観点を持ち、国際社会で広く共有されるジャーナルに成長させていくことを目的とする。

発行形態
オンライン・ジャーナル

創刊
平成30年9月

発行頻度
年4回（予定）

59

会員を支える安心③ 学習編

日本医師会医学賞
日本医師会医学研究奨励賞

日本医師会医学賞

（対象）
毎年、日本医師会会員で、医学上重要な功績をあげたもの4名

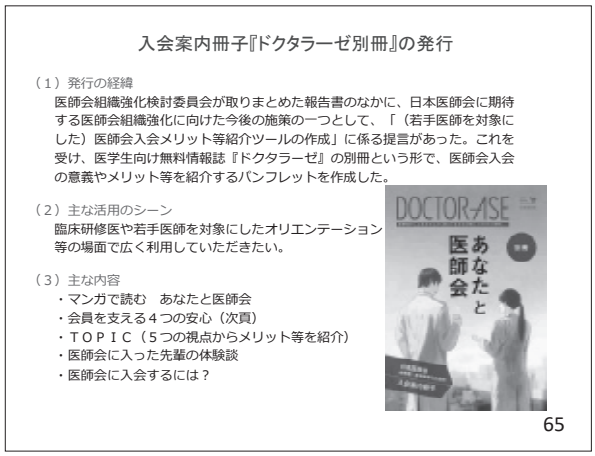
（副賞）
500万円

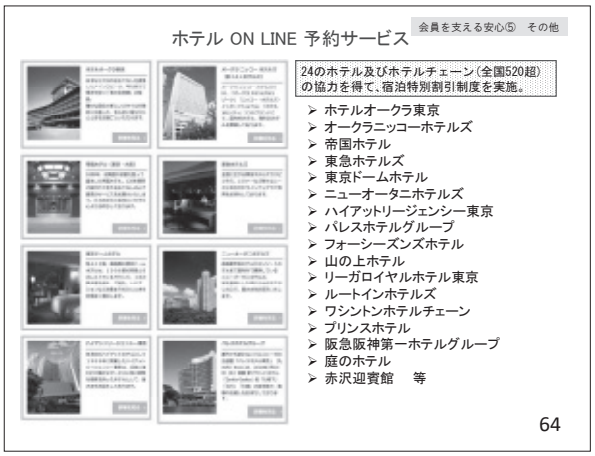
日本医師会医学研究奨励賞

（対象）
毎年、日本医師会会員で、医学上将来性に富む研究を行っているもの15名

（副賞）
150万円

60





【栃木充明（愛知県医師会会長）】

松本会長、どうもありがとうございました。

地域医療における医師会の役割、あるいは中央の医療政策について日医がどの程度しっかりと医療政策にコミットしているか、そして、肝心の医師会というものの現在の組織率、少しずつ下がってきておる御説明がございましたし、それに対してどういうふうに今後組織率を上げていくかよりも、もっと医師会が本当に全ての医師のための医師会になるにはどうしたらいいのかということまではちょっと時間の関係でお触れになりませんでしたが、方向は我々としてもしっかりと考えていかなければならないと思っております。皆様方もぜひしっかりとこの辺を考えて、日本医師会へ、あるいは地区医師会へ御提言賜れば幸いかと思います。

それでは、時間も参りましたので、これにて特別講演Ⅰを終了とさせていただきます。御清聴ありがとうございました。

特別講演Ⅱ

（11：00～11：50）

社会の共有財として「知のコモンズ」をめざす東海国立大学機構の挑戦

～総合知の活用による人類社会の課題解決への取り組み～

社会の共有財として「知のコモンズ」をめざす東海国立大学機構の挑戦 ～総合知の活用による人類社会の課題解決への取り組み～

講師／国立大学法人
東海国立大学機構機構長
松尾　清一
（まつお　せいいち）

座長／愛知県医師会副会長
浅井　清和
（あさい　きよかず）

【浅井清和（愛知県医師会副会長）】

それでは、特別講演Ⅱに参ります。

「社会の共有財として「知のコモンズ」をめざす東海国立大学機構の挑戦」と題し、機構長であられる松尾清一先生に御講演いただきます。

松尾先生の御略歴ですけれども、抄録に記載してございますが、1950年12月20日のお生まれでございます。そして、1976年３月に名古屋大学医学部を卒業され、その後、各役職を歴任されまして、2007年から名古屋大学附属病院病院長、そして、2015年には名古屋大学の総長になられまして、現在では東海国立大学機構の機構長であらせられます。

それでは、松尾先生、よろしくお願いいたします。

【松尾清一（国立大学法人東海国立大学機構機構長）】

浅井先生、ありがとうございました。

本日は、この令和４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。

また、この場で講演の機会を与えていただきました日本医師会会長の松本吉郎先生、それから、愛知県医師会の柵木充明会長をはじめ、関係者の皆様方に厚く御礼申し上げます。

今日、結構大層な演題名が書いてあるのですが、今日のこの連絡協議会のテーマが先ほど柵木会長もおっしゃいました勤務医、もしくは医師の矜持になっています。今日の私の話を一言で言いますと、大学並びにアカデミアの矜持と、こういう話になるかと思います。なるべく分かりやすく時間内でお話ししたいと思います。

最初に、どうしてアカデミア改革が必要なのか、何でその先駆けとして我々が今の取組をやっているのかについてお話ししたいと思っています。そして、後半は具体的にどんなことをやっているかをお話ししたいと思います。

それで、これが私の経歴です。後でまた御覧になっていただければいいのですが、私は、1969年に大学紛争で東大入試が中止になりました年の入試で見事落っこちました。それで、その翌年、名古屋大学の医学部に入学したわけですね。その後、留学をしまして、この留学が私にとって非常にインパクトが大きくて、自立的に人生を生きる、物事を改革する、あるいは国際的な目でいろいろ社会を見るとか、そういう習性がついたと思います。その後、大学病院に帰ってまいりまして、ここに赤字で書いてあるのは全部私が１人でやったわけではなくて、仲間と一緒に改革をした事項が書いてあって、今から振り返ると随分いろいろなことをやったなと思っております。中には関連病院の統合みたいなことも書いてありますが、実に医療の世界ってその時々で大きな出来事がいっぱいあったわけです。

さて、我々が生きている今の時代というのは、様々な科学技術の進歩、それから、デジタル化、こういったものによって、かつてない規模とスピードで世の中が大きく変わっていることで、2016年に世界経済フォーラムがあるのですが、いわゆるダボス会議というやつで、よく新聞に載っています。この会長、クラウス・シュワブさん、1971年だか２年だか、この会を設立してずっと会長をやっている人ですが、この人が高らかにこういった世の中はこれから変わるんだと。今まであまり変わらないと言われていた

けど、本当に変わるみたいなことを高らかに宣言されました。

これを受けて、日本政府とか経団連がここにある狩猟社会、農耕社会、工業社会、情報社会から今度は新しい情報等々も利用した社会が丸ごと変わっていくような、そういう時代、Society5.0、これになるんだと言いました。そして、様々な政策が打たれてきたわけですが、言わばこれは社会丸ごと変革みたいな考え方です。

しかし、一方で、皆さんがよく御存じのように、人類社会は今大変深刻で、かつ解決困難な課題を山ほど抱えています。例えば地球温暖化による気候変動の問題があります。これを見ていただいて分かるのですが、第２次世界大戦終了後、二酸化炭素の排出量、これがめちゃくちゃ増えているんですね。特にここでソ連が崩壊したんですね、旧ソ連。そこからさらに加速しているということで、大加速時代と呼ばれているんですが、この中に人口とかGDP、あるいはエネルギー消費、いずれもこのときを境にして、これを見ていただいて分かるように急激に増えています。

そして、これは大変だということで、ついこの間、温暖化で、パキスタンで大洪水があって国の３分の１がつかってしまいました。ところが、パキスタンって炭酸ガスの排出量って僅か１％以下なんですよね。全然排出していない国が一番被害に遭うという非常に不条理なことが起こっています。

それで、パリ協定があって、これを遵守した場合でも世界の気温は2100年に大体３度近く上がると。炭酸ガスの排出をゼロにした場合でも、それでも大体気温が1.5度から２度上がる。何もしなかったら４度以上上がると、こういうことが書かれていて、本気で取り組まないと大変なことになることは、皆さん、日常、今生活をしていても肌で感じるような時代になってきました。

こういったことが斎藤幸平さんの『人新生の「資本論」』というベストセラーになった本の中に書いてありますが、彼はもっと極端で、成長を止めないとこの地球温暖化は止まらないんだと言っています。

それから、この絵は1937年、これはウクライナの絵ではないんですね。1937年にドイツがスペインのゲルニカという街を初めて無差別爆撃したときの写真です。これに非常に衝撃を受けたピカソがこのゲルニカという有名な絵を描いて、同じ年に開催されたパリの万博に出展しました。このタペストリーは今、国連の安全保障理事会の前に飾られていて、その願いは二度とこういう悲劇を起こしてはならないということだったわけですが、今どうでしょうか。ウクライナ侵攻があって、その前にもいろいろなことがありました。非常に愚かなことを人間は繰り返していると、こういうことです。この辺りの事情はこの原田マハさんの『暗幕のゲルニカ』、これは小説ですから事実とは言えませんが、非常に分かりやすく書かれていて、読まれた方がいるかもしれませんね。

2020年に三菱総研が地政学的なリスクでこういう絵を描いていますけれども、この当時は米中対立、これがこれからは非常に深刻になることを描いているんですが、ロシアのウクライナ侵攻を機に一気に危機が高まって、今、本当に核兵器も使うかもしれないときになっています。

一言で言うと、昔、1989年に冷戦が終わったわけですが、今再び世界が分断されて冷戦がもう一回始まっていると、こういう時代に逆戻りしているんですね。そういう中で例のさっきちょっと言った脱炭素みたいな話が本当にできるのだろうかと。

それから、今ウクライナ侵攻が始まってから日本は大変ですよね。その前からコロナが始まって非常に経済的にも大変だったのにさらに輪をかけて大変になっていると。円も１ドル148円を超えて、間もなく150円を超えようとしていますし、物価がどんどん上がるのに給料が上がらない状況になっています。

今日も先ほど大村知事からも話がありましたが、もうこのコロナ禍、COVID-19のパンデミックは足かけ３年にわたり、世界中を席巻しているわけですが、世界の有識者はCOVID-19の後の世界、いわゆるニューノーマル、ポストコロナ、この時代をにらんで、世界がどう変わっていくのか、どう変えないといけないのかを提言しています。詳しく説明できませんけれども、一言で言うと、このコロナ禍を機に世の中をもっといい方向に、今まで変えられなかったものをもっと思い切って変えていけないのかと提言しています。

ちょっと時代は戻るのですが、1997年の日本経済新聞社が2020年には日本はどうなっているだろうか

という予言、これを出しています。ちなみにこのときの経団連、まだ日本経団連になる前の経団連会長が豊田章一郎、トヨタ自動車の名誉会長です。この豊田会長が非常に深刻な懸念をこのときから示されています。ここにいろいろ予測が書いてあるのですが、おおむね当たっていると思います。外れているのもありますが、おおむね当たっているということですね。

97年に何でこういう話が出たかというと、実は日本経済は1991年から93年にかけて絶頂でした。アメリカをGDPなんかで抜くかもしれないと言われていた日本経済が急速に失速して、例のバブル経済が崩壊しました。

これを見ていただいて分かるのですが、これは経済成長率ですけど、かつては成長率は、中国には及ばないが、非常に高かった。オイルショックが起きて下がりました。バブルが崩壊して今はほぼゼロ成長みたいな状況になっていると。これを見たら経済状況が一目で明らかですね。

これ､青が日本の名目GDPです。赤が中国ですね。黒がアメリカですね。これはアメリカを１とした場合には､中国が今アメリカにすごく迫っていますが､日本は逆にアメリカのレベルからどんどん遠ざかっている。

これを見るともっと衝撃的ですが、1980年を１としたときのGDPの成長率、中国や韓国はここにあります。ほぼ垂直に立っています。これがアメリカです。日本はほぼ横ばいなので、ほとんどもうこの辺りが全く成長していない状況ですね｡そうすると､当然、世界全体は伸びているわけだから、日本のGDPのシェアは最大13.7％あったのが今は５％ぐらいに下がって､多分この先もっと下がると思います。

単純に生産性イコール１人当たりGDPではないのですが､そのように考えて､この生産性を見ると､かつて日本はアメリカよりはるかに高い生産性で社会経済を回していたのが今はこういう状況で大変停滞をしていることで、１人当たりのGDPランキング、ほぼ毎日、新聞に載っていますけれども、日本はOECD諸国の中でも今はほぼ最低レベルで､かつ､これは所得金額の推移、平成27年、これを見ますとピークは明らかに下がっていることで、むしろ所得が下がっているのですね。

悪いニュースはまだまだ続いて、平成元年、1989年に企業の時価総額の世界ランキング20位以内に何と日本の会社は14社も入っていたのですが今はゼロどころか、50位以内に入っているのはトヨタ自動車だけと、たしか36位でしょうか。よく私はこれを見て言うのですが、経済界の人が大学ランキングを見て、国立大学、金をかけているのに全然さえんじゃないかと言われているのですが、いやいやと、もっと悪いのがありますよと。これを見てくださいと。だから、日本全体で沈んでいると。これはちょっと経済の状況が悪いので十分にお金が投資できないことも絡んでいるのかもしれませんが、それにしてもちょっとひどい。

話が変わりますが、何年か前にベストセラーになった本ですね。リンダ・グラットンさんの『ライフ・シフト』という本ですね。日本語では人生100年時代という言葉ではやりました。この中に2007年に生まれた子供の半分が何歳まで到達するのかというのがあって、何と、これ、先進国、軒並み100歳を超えています。2007年に生まれた子供の半分が何歳まで到達するか。日本は107歳です。もちろんこれは核戦争、隕石が衝突、そういう天変地異がない限りの話ですが、こんな予測がされていて、世界はどんどん高齢化していると言えます。

この話はまた後で言いますけど、これは例の有名な厚生労働省の人口推移の実績と、これは2015年ですか､その頃に厚生労働白書に載ったあれですけど､皆さんもよく御存じだと思います。この真ん中が15歳から65歳のいわゆる労働生産年齢人口、これはもうどんどん減りますと。それから、この一番下が高齢者、65歳から70歳、75歳、75歳以上とするのですが、これはあるところまで伸びて、その後横ばいになる。それから、15歳以下の子供がどんどん減るということですね。これは2060年、高齢化率40％、こうなります。

こういう時代になったときに一体リアリティーとしてはどんな社会になるのだろうかというのが人口学者の河合雅司さん、先生方はよく御存じだと思いますが、何冊かの本でまとめておられます。これは何でも１位ランキング、人口がどれぐらい減るのかということで、例えば今日、秋田県の先生には大変申し訳ないのですが、2045年に秋田県の人口は62.4％減ると。これはあくまで予測ですからね。いろいろな努力によってこれは防げるかもしれません

が、こんな状況になっていますし、それから、高齢者の高齢化がどんどん進んでいきますということですね。これは当然かもしれません。寿命が延びますので、これはどんどん進んでいく。

それから、これは国交省のデータですが、人口が減ったときに大体何人ぐらいの人口の密集度があればいろいろな事業が成り立つか。例えば救急告示病院とか、ハンバーガー店とか、例えばこれが生存確率80％だとこれだけ人数がいますが、50％だとこれぐらいの人数になってしまいますみたいなことが予測で出ている。要するにどんどん地方からサービスがなくなっていく、店が減ってしまう、こういう状況になることが言われています。

しかし、遅かれ早かれ世界は高齢化することで、これはWHOの資料ですけれども、日本が２つあるのは厚生労働省発表とWHO推計も２つあるので、日本１、日本２となっていますが、WHO基準でいうと、将来的にはいろいろな国が高齢化する。しかも高齢化するスピードが問題ですけど、2010年と2050年を比べると、人口の推測で見ると、ほかの国は日本以上のスピードで、恐らく倍以上のスピードで高齢化が進行すると言われています。

そこで、日本は今、課題先進国であり、国を挙げていろんなセクターが協力して、この高齢化問題をいち早く課題解決して課題解決先進国にする必要がある。そうすれば日本は世界でリーダーシップを取れるだろう。これもよく言われていることですね。

本当に世界の人口は減るのかということで、これはダリル・ブリッカーさんらが予測して、幅はあるのですけれども、彼らの主張は、世界規模の人口爆発がこのまま続くかというと、答えはノーだと。一旦人口が上げ止まったら、そこから先はもうずっとどんどん減っていくことを彼は言っています。まさに日本が発展したとき、人口が急速に増えましたが、そういったことが世界的に起こりますよということですね。

この絵は縦軸が平均寿命、横軸は１人当たりGDP、丸の大きさが人口なんですけど、見てください。日本、ここですよね。要するに１人当たりのGDPって日本はもうOECDの一番最低ぐらいですが、この平均寿命でいうと、平均寿命は何を表すかという問題がありますが、１つはやっぱりその国のヘルスケアの状況、衛生状態とかいろいろありますが、それも含めた状況を示しますが、ここにあって世界最高ですよね。言わば、かけたお金に対して効率よくヘルスケアができている。この類いのデータってたしかいっぱいあって、日本医師会の皆様方もよく研究をされていると思います。その根本になっているのはやっぱり国民皆保険だったりするわけですよね。それから、医療機関の配置だったり、それが今非常に危機になっていることで、私、大学の総長は今年の３月で一応卒業しましたけれども、総長時代にアジアのいろいろな途上国に行きました。彼らが一様に言うのは、やっぱりヘルスケアに関しては日本みたいになりたいと。国民皆保険、すばらしいと言うんですよね。途上国でも少しずつ豊かになっている国、あるいはあまり豊かじゃない国も国民皆保険制度を日本から勉強して入れている国が非常に多いです。

私が心配するのは、ここから10年、20年たったときに日本のヘルスケア状況がほかの国から見て尊敬される状況になっているだろうかというのを極めて心配しています。なくなっているんじゃないかと。そう言うと大変問題ですけど、だから、こういうすごいすばらしい実績を上げているので、これはしっかり守りつつ発展させていかないといけない。だけど、一方で経済の問題もあります。これ、どういうふうにするのかが問題です。

ということで、これは今岸田総理が新しい資本主義と言っていますが、その元になっている１つがこれは原丈二さんという人がいて、この人が随分前に、2014年、15年かな、もうちょっと前ですかね、『「公益」資本主義』という本を書いています。これはどういうことかというと、企業活動でも、いろいろな活動で上げた利益をできるだけ幅広く分配すると、それを言っています。今は株主資本主義で、上がった利益はほとんど株主に行っていることで、これはもういろいろなところに書いてありますが、労働者に回る利益ってほとんど変わっていなくて、株主に行っている利益はもう５倍、10倍、めちゃくちゃ増えているんですね。それを是正したらということで、これもなかなか容易ではないと思うのですが、そう思っていたら、さっき言ったクラウス・シュワブさん、これは2020年にダボス会議をやったときに、株主資本主義からステークホルダー資本主義に変えていかないといけないことを資本主義の総本山みたい

なこの世界経済フォーラム、ここで主張されたということであります。

これは私の問題意識ですけど、日本ではやはり少子超高齢化、それから、人口減少、それから、何よりもさっきちょっとお見せしました、一番問題なのは生産年齢人口が減ってきますということと、それから、若い方はちょっとあれかもしれませんが、ある一定年齢以上の方は一億総中流という言葉を聞かれたかもしれません。日本人はみんな中流だと。頑張れば年収も増えるし、物もいろいろ買える時代があったんですよね。その頃、一番経済が発展したのですが、今はこの中流崩壊、それから、経済格差が世代をわたって引き継がれる階級社会になっているんじゃないかと言っている方がいます。そういう問題ですね。

経済の停滞、プレゼンスの低下、プレゼンスが低下して何が悪いかということですが、でも、日本って昔ODAとかJICAがあって、今もありますけど、世界の国の途上国の復興に、発展に物すごく尽くしたんですね。日本と、ほかの国との違いは、日本の復興支援、発展支援の目標はその国の自立だったんですよね。決して日本の会社が大勢行って、そこでお金を稼いで収奪するわけではなくて、自立だったわけです。私も東南アジア、中央アジア、いろいろ国を回りましたけど、本当に皆さん、日本に対する信用が非常に高いんですね。だから、決して債務の罠に落とし入れないみたいなところがあって、信用度が非常に高いです。残念ながら、今はそういう支援をする力が落ちてきているのは本当に残念だなと思っています。そういう意味でのプレゼンス、これはちょっとなかなか。

それから、もっと心配なのは、こういう状況にあるのになかなか変われない私と日本と、こういうところですね。それで、これ、１代前の経済同友会の代表幹事だった小林喜光さんという方が危機感なきゆでガエルだと、これが今の日本だというこの本を書かれて、私もそうだなと思いました。そうすると、やっぱり国が変わる、組織が変わる、そして、自分が変わることはあるんですが、それぞれのレベルで変わらないといけないんですけど、私は最初に申し上げたように、アカデミアの矜持として、やっぱりこういう状況を変えていくアクションを具体的にやらないといけないと思っているわけです。

また人口の話ですが、18歳人口ですね。1966年250万人もいました。2024年で100万人ですね。もう数年すると100万人を切ります。出生数は80万人前後まで減っていますよね。このときに250万人だったことは、18歳人口ですから、1940年代には250万人生まれたということですよね。こんな状況になっていることですね。極めて憂慮します。

でも、これは大学にとっては非常に深刻ですが、果たして大学だけの問題かということです。そうすると、どうしても海外からやっぱり優秀な人材を入れないといけないということがあるのですが、これは留学生の流れです。こっち側が送り出しで、こっちが受入れですね。ちょっと英語で国の名前が書いてあるので分かりにくいのですが、例えば中国は世界中に人を送り出しています。ただ、受入れはそんな多くないですね。逆にアメリカ、イギリス、ヨーロッパの国は、送り出しはそんなに多くないけれども、受け入れは極めて多いです。日本はここですが、欧米と日本の違いは、欧米は世界中から大分満遍なく受け入れているのに、良いか悪いかは別ですが、日本は中国、韓国、これで大体９割になるわけですよね。そういう意味では、ダイバーシティが全然ない受入れとなっています。かつ、数もそんなに多くない。こういう状況で果たして日本の社会を支えていけるだろうか。この逆を行っているのはアメリカですよね。世界中から人を集めて、それでいろいろな産業が興っている。日本とアメリカは一緒にできないんですけれども、じゃ、日本はどういう方法で今の状況を乗り切るのかというのは極めて大きな問題です。

これは国立大学の分布ですね。日本には国立大学だけでこれだけあります。それから、国立大学は86大学今あるのですが、私立大学を入れると800を超えます。日本の国土は大体アメリカのカリフォルニア州とほぼ同じぐらいです。アメリカのカリフォルニア州の大学システムは極めて整備されています。役割分担が明確です。こういう中でどんなふうに国立大学が今後やっていくのか。はっきり言って、それぞれの大学が壁をつくっていて、できる連携はやるけど、できないものは一切やらないと、こういうスタンスなので、一国一城ということですね。これでいいのかというのが１つの問題意識です。

今後の方向性として私が考えているのは、大学は

いろいろな学問が集まって非常に多彩な知が集まっていますが、この後、冒頭言ったように、非常に深刻で、かつ解決困難な課題の解決にはこの総合知が絶対必要だと。要するに科学技術だけで解決できるかと。例えば先ほどの脱炭素もリテラシーの危機がちゃんと認識できないとみんなで取り組めないというふうに、そこには経済的な問題、法的な問題が絡みますよね。ですから､こういう総合知が必要だし、まさに今日の話の矜持ですよね。やっぱりアカデミアとしてそういった問題に敢然と立ち向かって貢献することが必要で、これはまさに日本医師会が目指しておられる医療問題でそうなんだということと相通ずるところがあると思います。

それから、国立大学、今はいわゆる運営費交付金という大学運営のための基盤的な資金は減っています。名古屋大学でも今国の基盤的な運営費交付金が収入に占める割合って４割なんですね。もう５割を切っています、今。そのほかは何かというと、外部資金や競争的資金なんです。しかし､それにしても、かなりの額の税金が使われている。そういう国立大学は構成員のためのものではありませんと。よく選挙をやりますよね、学長を選ぶときに。これは学内の人だけでやっていますよね。自分たちの都合のいい人をある意味では選んでいると言えます｡だけど、国立大学って公共財であり、コモンズであるんですよね。だから、そういう意識を持ってやる。また、大学の機能をそういうふうに変えていかないといけない。

もっと言うなら、社会にもっと開かれて、国立大学の中には物すごい最新鋭機器だとか、それから、本当に最先端の人たちがいるわけで、こういったものをもっと社会で共有していかないといけないことですよね。そうすると、社会への大学のインパクトはもっと大きくなって、社会からもリスペクトをされ、資金の循環もよくなりというふうなことが実現できるんじゃないかと思います。大分早口でしゃべったんですけど、スライドが多くて大変申し訳ないですけど、ここから大分はしょっていきたいと思います。それで、我々は2020年のときに、こういう国立大学の在り方はよくないということで、今までのような何かやりやすいものだけをやる連携じゃなくて、もっと踏み込んだ大学の連携をやろうと。それには形を整えるしかないということで、国立大学は全部１法人で１大学なんですね。１法人が１大学を経営している。だから、国立大学法人名古屋大学だったわけですね。これを法人統合して名古屋大学と岐阜大学が１法人で複数大学を経営する。その中で両大学が今までできなかった連携をやっていく。大きなインパクトでもって地域や社会に貢献する。あるいは研究をやっていくことを合意してやりました。

我々の後に、北海道と奈良で、規模はもっとぐっと小さいですけど、法人統合をされましたが、つい最近、皆様御存じのとおり、今度は東京医科歯科大学と東京工業大学、我が国で工学系と医学系のトップと言っていい大学が、法人統合、１法人複数大学じゃなくて、２年後に完全合併することを発表しました。我々のこの東海国立大学機構は2020年につくったわけですけど、この大学再編の引き金を引いたなと思っています。

この大学の再編の在り方は、地域事情や歴史や文化や置かれた位置によって多様な在り方があっていいかと思っています。ですから、今度、医科歯科と東工大、完全合併、いいんじゃないですか、そういう形があっても。九州や四国、どうするんですかみたいな話ですね。当然、いや、もう独立独歩でいきますという大学もたくさんありますが、しかし、将来を見越して、国立大学だけじゃないですけど、それがどんなインパクトを持って社会に貢献できますかということを考えたときに一番いい方法をぜひ議論をするきっかけになればいいなと思っています。

ということで法人統合をやったのですが、ちょうど統合をしたのが2020年４月なんですよね。そうしたら、コロナがちょうど始まった時期で、５月からはキャンパス閉鎖みたいなのがあって、実はその前の２年間、Face to Faceでものすごく話ができていました。我々は会議をほぼ全部オンラインで2020年に統合してからやりましたが、オンラインの会議って人間関係ができているとこれほど便利なものはなくて、岐阜大学は近いのですが、それでも往復４時間ぐらいかかるんですよね。それがないのは本当に楽です。ですから、週に３回も４回もトップ同士が会議できるわけですね。

それから、ここに書いてあるような全学対象のフォーラム、これは昼休み時間に、みんなが参加できる時間にやって、大体、毎回300名から500名が参

加ということですね。

それで、さっき言ったように、国立大学は公共財であり、知とイノベーションのコモンズという考え方の下に、教育、研究、社会連携、それから、国際展開というのがあるのですが、いずれもやっぱりコモンズで統一しようということですね。

例えば研究に関していうと、世界中からその人間の属性に関係なく、優秀な研究者が集まってきて、共通語は英語なので、環境は英語にしてみたいな、ちょうど数日前に沖縄の科学技術大学院大学（OIST）の話をしていましてね。ああいう発想ですよね。それをこういう総合大学の中につくる。OISTは大学院大学でもあそこは本当に隔絶された場所なんですけど、これを国立大学の総合大学の中でつくるとインパクトは非常に大きいだろうと思っています。

それから、さっき言った環境問題ですね。これも岐阜、名古屋を合わせると相当なことができますということで、これも組織改革をして、岐阜大学と名古屋大学もいろいろあったのを１つにまとめ、これを東海国立大学機構として１つの傘をかぶせて一緒にやるということですね。

これは、我々は曼荼羅図と呼んでいますが、カーボンニュートラルを実現するためのいろいろな要素があって、それを両方合わせたらこんなに取り組めますよということ、実際に今取り組んでいますが、その中に１つ入れたのは、文化、社会政策、基礎研究、歴史等々、いわゆる人文社会系の知恵をここに入れ込むことが非常に重要だということで、こういう総合知によってこれを研究し、社会連携をしながら一緒にやっていくことをやるということです。

それから、全国に今、大学コアリションができていますが、その中でも５つ分科会があって、その２つの分科会では東海機構が中心的な役割を担っていることなんですね。これは茶色が岐大でグリーンが名大ですね。やっている大きな領域で分けるとこういうことなんですが、これを合わせると相当なことができることが分かりました。

もう時間がないので、簡単に触れたいと思いますが、これはDiversity, Equity & Inclusion、最近はこれにＢがついてBelongingというんですね。だから、DEIBと呼ばれています。これはどういうことかというと、リアリティーはこういうことですね。今もともとその人に差があるのにさらに社会的な要因で差がついているのが現実です。もう格差ですよね。Equalityは、ここにみんなに同じ台をあげますよ、機会均等にしますよということですが、しかしもともと差があります。それを是正した形でこの平等性を担保していくのがEquityという考え方なんですよね。

このDiversity, Equity＆Inclusionでこういうことをやると、社会、組織だったりにおいて、いわゆる帰属意識、これが非常に強くなりますというのがBelongingです。その組織や社会のために積極的に貢献していこうというのが生まれてくる。帰属意識が生まれる。このDEIBを最近では目指しています。

ということで、それをやるためにはある程度強制的なことをやらないといけないということで、名古屋大学では学部ごとに女性教員比率を決めて、それを達成できないところは大学から配る金を減らして、達成したところにはその分を回すみたいな、Incentive Payment Systemとか、それから、大学の最高の教育研究審議機関で教育研究評議会というのがありますが、そこの女性の枠、これを２割と決めて、必ず２割以上にしたり、そういったことをやりましたということで、ずっと名大では伸びてきていたのですが、一時期停滞したので、そういうAffirmative Actionを入れることによってまた最近伸びているということです。

そのほか、企業でもあまりやっていない365日オープンしている、365日というと言い過ぎですかね。年中通じて常時オープンしている保育園だけじゃなくて、学童保育所もつくっています。これ、大人気で、教員が朝預けて、夜、帰るときに子供を連れて帰るのですね。小１の壁というのがあって、保育園って結構夜間保育もやっているのですが、小学校の子供って預けるところがないわけですよね。学童保育をやったとしても、夜もやっているところが最近あるのかもしれませんけど、職員の給料も安いし、そんなに普及していないというので、学内で学童保育をつくったりしました。そういういろんな取組をやって、国連の女性機関からHe For Sheキャンペーン、要するに女性の活躍のためには彼の協力が必要だと、He For Sheなんですね。ということで、その10大学の学長に選ばれたりして、楽しい思い出もありました。これはさっき言った外国人の優秀な人

を入れるために秋入学で全部英語でやるプログラムですね。これも名古屋大学でやっています。これを見ていただきたいのですが、競争率、学部の競争率、毎年毎年、最初始めたときは1.5倍ぐらいだったんですが、今８倍を超えています。学部を卒業して、ここにあるのですが、名古屋大学大学院に進学する人が４分の１ですけど、海外の大学に行く人も４分の１ぐらいいて、どこへ行っているかというと、オックスフォードとか、MIT、スイスのETHとか、世界の超一流大学大学院に奨学金をもらって進学しています。これはまた噂が噂を呼んでどんどん毎年増えているのですが、残念ながら定員を増やすことができません。これは何故かというと、文科省がこのプログラムの定員を増やしたらその分日本人を減らせと言うんですね。そうすると、学部の先生たちは日本人が減るのは困るよねというので、今、我々は外づけでこの分は考えてくれと、そういう規制は外してくれみたいな話をしています。

２年後に名古屋大学のグリーンベルトのちょうど西側ですかね、下をくり抜いて大交流スペースをつくります。これはオンラインだとかアバター、それから、バーチャルリアリティー、それから、今はやりのメタバース、こういったもので世界中とつながる空間をつくり、世界から優秀な人材を呼んでこようとしています。

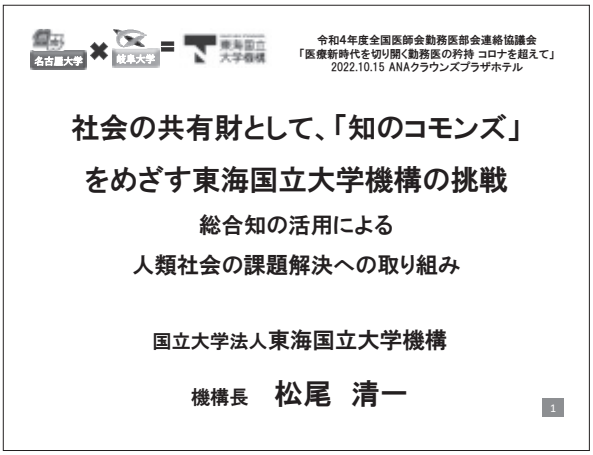
以上、まだいろいろあるのですが、時間が大体来ましたので、あとは読んでいただければいいかなと思っています。

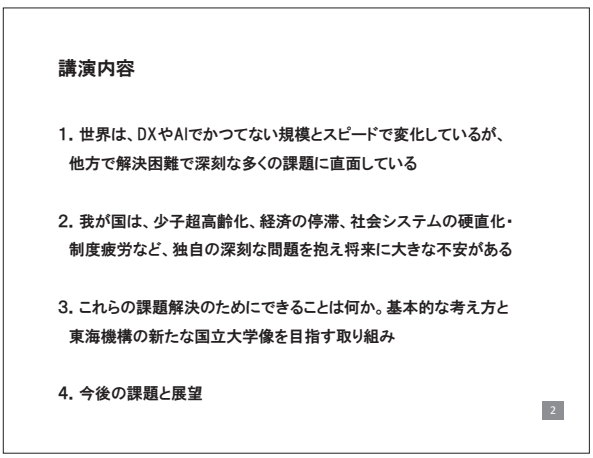
最後に、今年のノーベル化学賞受賞者の１人、キャロライン・ベルトッツィさんという人がいるんですね。スタンフォードの人なんですけど、この人は実は2020年に、野依先生が2001年にノーベル賞をもらわれましたけど、それを記念して名古屋メダルを作りました。2020年にこの方は受賞をしています。実はこの方はクリックケミストリーということですが、実は糖鎖、シュガーチェーン、これを研究しています。このシュガーチェーンの巨大な研究施設が間もなく名古屋大学、岐阜大学にできます。これは多分国のメインプロジェクトになっていくと思います。ベルトッツィーさんが今年ノーベル賞受賞されたのは、非常に追い風だなと思っております。

あと、これは説明しませんが、今、名古屋大学と岐阜大学は県を越えて、県境を越えて、健康、医療、ライフデザインの情報等々を統合してヘルスケアを改善しようと、こういうプロジェクトも両大学で今進めていますと。

ということを御紹介しまして、これは名古屋大学、岐阜大学と一緒になると、このようなポジションになります。まだトップではないのですけど、こういうインパクトがありますことを御紹介して、１法人複数大学の試みは我が国の国立大学の未来の在り方に一石を投じるというか、それを示そうとする試みであり、北海道と奈良は同じ方式、それで、医科歯科と東京工業大学が合併という形で大学の再編が始まりましたと。だけど、これは別に大学間で競争を強めるというより、やっぱり日本の、あるいは人類の明るい未来社会をつくるための大再編の前触れであるということを強調しまして私の講演を終わりたいと思います。

どうも御清聴ありがとうございました。





自己紹介

1970年　名古屋大学医学部入学(69年、東大入試中止)
1977年　名古屋大学大学院入学
1981年　米国留学(マウントサイナイMC, NY 1年➡SUNYバッファロー校 2年)
1984年　帰国(労働福祉事業団中部労災病院)
1986年　名古屋大学医学部助手・講師(第三内科)
　　・・・卒後臨床研修改革、内科臓器別再編
2002年　名古屋大学教授(腎臓内科)・・・学会改革(透明性、社会性)
2007年　名古屋大学附属病院病院長・・・医療安全、関連病院統合
2012年　名古屋大学副総長(産学連携担当)　・・・産学連携改革、等
2015年　名古屋大学総長(7年間現在)・・・部局再編(情報学部・研究科創設、人文系部局統合、ガバナンス改革、ジェンダー平等、・・・)
2020年　東海国立大学機構長(2年間名大総長兼任、2022年再任され機構長専任)
　　・・・わが国初の一法人複数大学方式による国立大学の法人統合、経営と教学の分離、機構直轄拠点整備、事務統合等、の諸改革

3

「テクノロジーとデジタル化が万事を大きく変革する。
“今回は違う”、という言葉はまさに、“今回にこそ当てはまる”。
主要な技術革新は、今まさに世界中の重要な変革に勢いを与える寸前にあり、これはもう不可避である。」

4

DX:デジタルトランスフォーメーション
AIやITなどデジタル技術を活用して、社会構造、組織、文化などを、人間中心のスマート社会に丸ごと変革すること

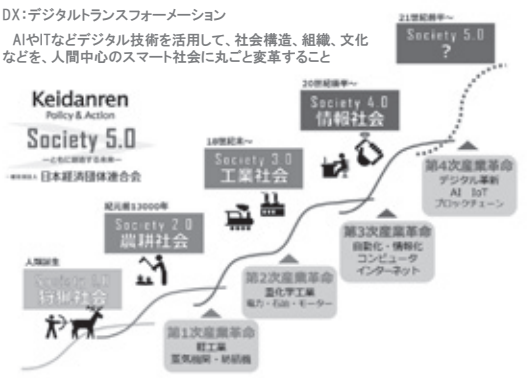
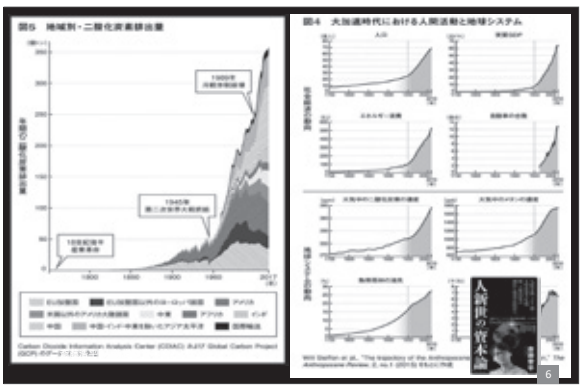


図 1　人類社会の発展

5



6

7

8

ゲルニカ(タペストリー)

反戦の象徴「ゲルニカ」タペストリー、国連に戻る…ロックフェラー家が再び貸与
読売新聞2022.02.06

関連:原田マハ「暗幕のゲルニカ」(新潮社)

9

10

COVID-19を契機とした社会変革

ジャック・アタリ

フランスの経済学者、思想家、作家、政治顧問。

- 今の状況は私が「ポジティブ経済」と呼ぶものに向かうとても良いチャンスだと思っています。
- 生きるために必要な、食料、医療、教育、情報、研究、イノベーション、デジタルなどの産業です。生きるのに本当に必要なものに集中することです。
- 長期的にみるとこのままでは勝利は望めません。経済を全く新しい方向に設定しなおす必要があるのです。

出典：「緊急対談 パンデミックが変える世界 ～脱成の知恵が試される選択～」(3/4)

ユヴァル・ノア・ハラリ

イスラエルの歴史学者。世界的ベストセラー『サピエンス全史 文明の構造と人類の幸福』等の著者。

- 次の2か月から3か月の間に私たちは世界を根底から変える壮大な社会的・政治的実験を行うことになるでしょう。一部の国は経済システムと雇用システムをより良いものに作り変えるいい機会となりうるでしょう。
- 世界が連帯し、科学を信頼すれば、乗り切れる。人類が進んだ種になれる。もし分裂や孤立を選べば悲惨なことになる。

出典：「緊急対談 パンデミックが変える世界 ～脱成の知恵が試される選択～」(4/4)

クラウス・シュワブ

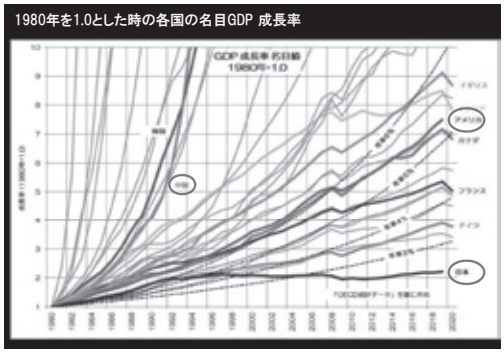
スイスの経済学者、世界経済フォーラムの創設・主宰者。

- 世界の社会経済システムを考え直さないといけない。持続性に乏しく、もはや時代遅れとなった。人々の幸福を中心とした経済を考え直すべきだ。
- 資本主義という表現はもはや適切ではない。金融緩和でマネーがあふれ、資本の意味は薄れた。いまや成功を導くのはイノベーションを起こす起業家精神や才能で、むしろ『才能主義（Talentism）』と呼びたい。

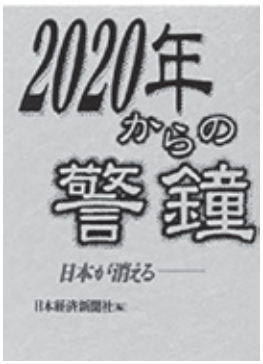
出典：日経電子版(2020年4月1日)

11

1980年を1.0とした時の各国の名目GDP 成長率



15



出版当時(1997年)の予測

実質国内総生産(GDP) 日本の割合
1990年 13% ➡ 2020年 9% … 5% 台

経常収支
1997年 黒字 ➡ 2009年赤字化(三和総研)
➡ 2003年赤字化(日本総研) … 黒字が継続

人口
1995年 1.25億人 ➡ 2020年 1.24億人

エネルギー需要
1994年 5.8億kℓ ➡ 2020年 7.8億kℓ

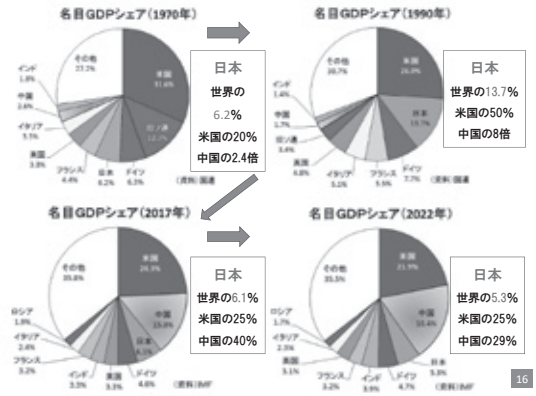
地球環境
2020～2030年に地球全体の定常状態が破綻
(エネルギー消費行動が不変と想定した場合)

労働力人口
1995年 6600万人
2020年 ➡ 6500万人(日本総研)
➡ 6200万人(労研機構)

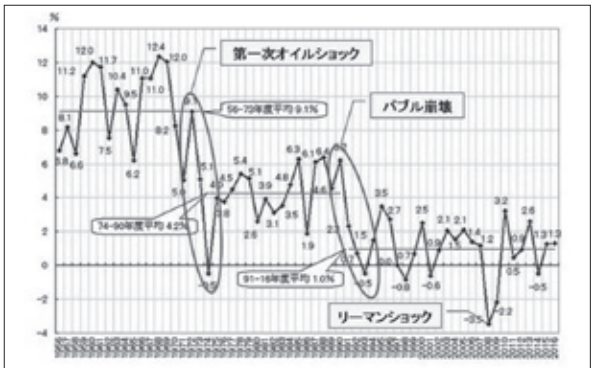
国・地方・社会保障基金債務残高
1995年 500兆円 ➡ 1400兆円(三和総研)
➡ 2200兆円(日本総研)

参考:
1991-1993 バブル経済崩壊
1994-1998 豊田章一郎経団連会長

12



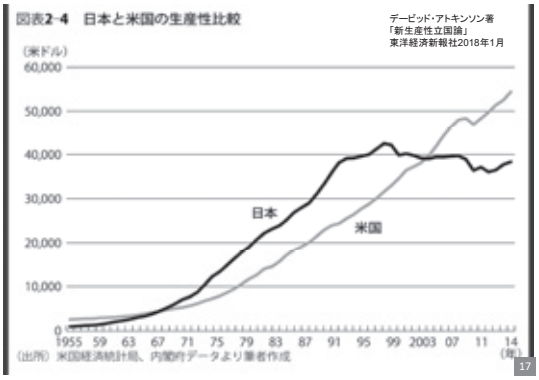
16



(注) 年度ベース。複数年度平均は各年度数値の単純平均。1980年度以前は「平成12年基準国民経済計算(68SNAベース)」、1981～94年度は'08(平成21年度確報、93SNA)による。それ以降は2008SNAに移行。
2017年4-6月期1次速報値(2017年8月14日公表)

(資料)内閣府SNAサイト

13



17

14

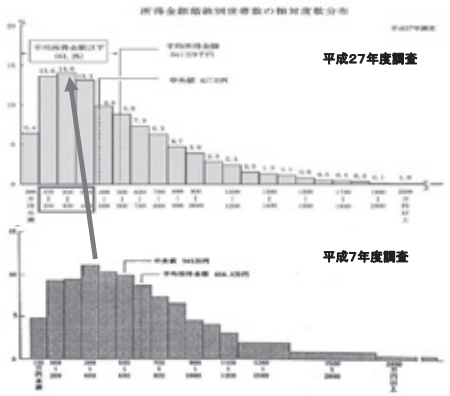
図表2-2 生産性(1人あたりGDP)ランキング(2016年)

国名	順位	生産性(米ドル)	国名	順位	生産性(米ドル)
カタール	1	127,660	スウェーデン	15	49,836
ルクセンブルク	2	104,003	アイスランド	16	49,136
マカオ	—	90,151	オーストラリア	17	48,899
シンガポール	3	87,855	ドイツ	18	48,311
ブルネイ	4	76,884	台湾	19	48,095
クウェート	5	71,887	オーストリア	20	48,005
ノルウェー	6	70,643	デンマーク	21	47,985
アイルランド	7	69,231	オマーン	22	46,698
アラブ首長国連邦	8	67,871	カナダ	23	46,437
スイス	9	59,561	ベルギー	24	45,047
サンマリノ	10	59,058	英国	25	42,481
香港	—	58,322	フランス	26	42,314
米国	11	57,436	フィンランド	27	42,165
サウジアラビア	12	55,158	日本	28	41,273
オランダ	13	51,049	マルタ	29	39,834
バーレーン	14	50,704	赤道ギニア	30	38,639

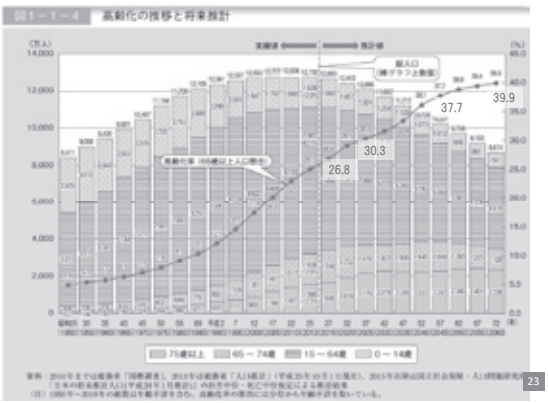
(出所) IMFのデータ(購買力調整済み)より筆者作成

デービッド・アトキンソン著
「新生産性立国論」
東洋経済新報社2018年1月

18



19



23

企業時価総額の世界ランキング

＜平成元年(1989年)＞ 14/20

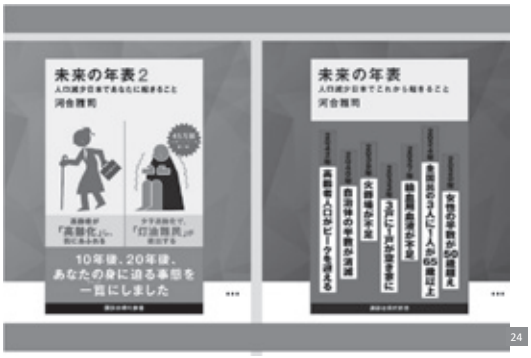
順位	企業名	時価総額(億ドル)	国名
1	NTT	1,638.6	日本
2	日本興業銀行	715.9	日本
3	住友銀行	695.9	日本
4	富士銀行	670.8	日本
5	第一勧業銀行	660.9	日本
6	IBM	646.5	米国
7	三菱銀行	592.7	日本
8	エクソン	549.2	米国
9	東京電力	544.6	日本
10	ロイヤル・ダッチ・シェル	543.6	英国
11	トヨタ自動車	541.7	日本
12	GE	493.6	米国
13	三和銀行	492.9	日本
14	野村證券	444.4	日本
15	新日本製鐵	414.8	日本
16	AT&T	381.2	米国
17	日立製作所	358.2	日本
18	松下電器	357.0	日本
19	フィリップ・モリス	321.4	米国
20	東芝	309.1	日本

＜平成30年(2018年)＞ 0/20

順位	企業名	時価総額(億ドル)	国名
1	アップル	8,494.3	米国
2	アマゾン・ドット・コム	8,806.4	米国
3	アルファベット	8,336.6	米国
4	マイクロソフト	8,158.4	米国
5	フェイスブック	6,041.5	米国
6	バークシャー・ハサウェイ	4,925.0	米国
7	アリババグループホールディング	4,775.8	中国
8	テンセントホールディングス	4,557.3	中国
9	JPモルガン・チェース	3,760.0	米国
10	エクソンモービル	3,466.5	米国
11	ジョンソン・エンド・ジョンソン	3,375.5	米国
12	ビザ	3,343.8	米国
13	バンク・オブ・アメリカ	3,044.8	米国
14	ロイヤル・ダッチ・シェル	2,899.7	英国
15	中国工商銀行	2,870.7	中国
16	サムスン電子	2,843.8	韓国
17	ウェルズ・ファーゴ	2,735.4	米国
18	ウォルマート	2,598.5	米国
19	中国建設銀行	2,503.8	中国
20	ネスレ	2,455.3	スイス

データ出典元：ダイヤモンド社のサイト

20



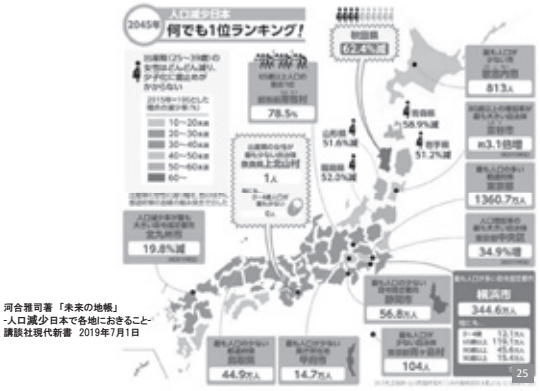
24

Building a society
that does not distinguish
roles and stages by age

年齢で役割・ステージを区分
しない社会の構築

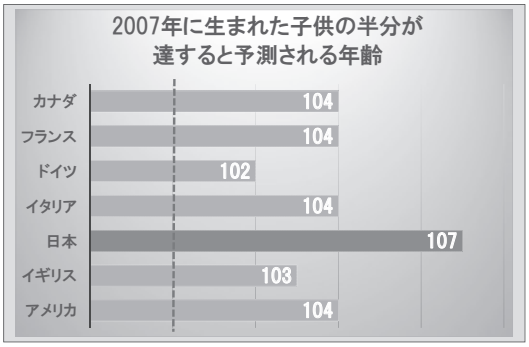
慶應義塾大学経済学部教授
慶應義塾大学ファイナンシャル
・ジェロントロジー研究センター長*
駒村康平

21



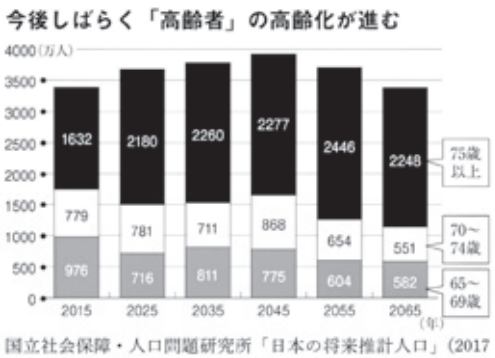
河合雅司著「未来の地帳」
-人口減少日本で各地におきること-
講談社現代新書 2019年7月1日

25



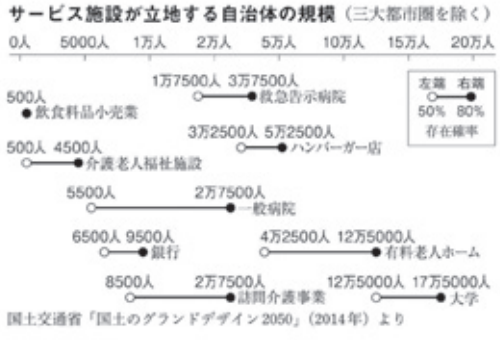
リンダ・グラットン、アンドリュー・スコット共著「ライフシフト 100年時代の人生戦略」(東洋経済) から引用(一部改変)。
原典: Human Mortality Database. University of California at Berkeley (USA) and Manx Planck Institute for Demographic Research (Germany) at www.mortality.org

22

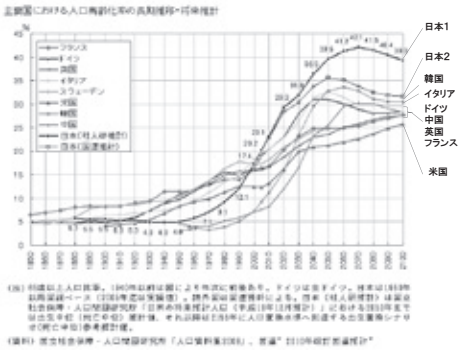


国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(2017年) より

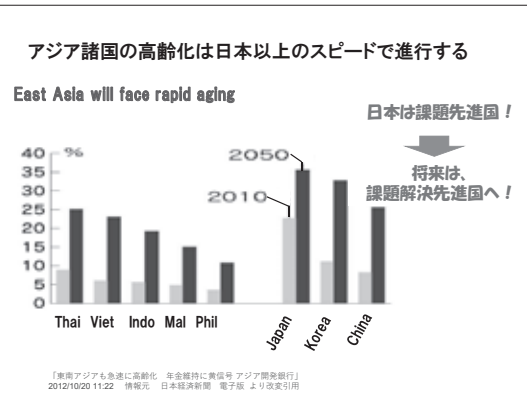
26



27

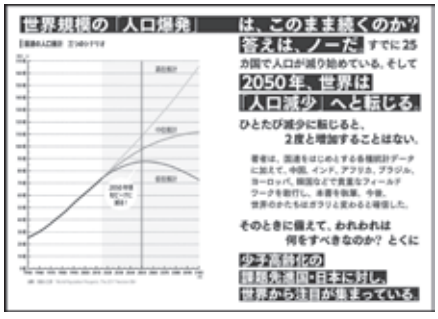


28



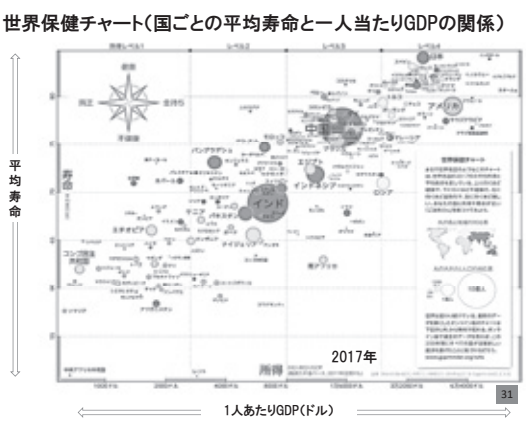
「東南アジアも急速に高齢化　年金維持に黄信号 アジア開発銀行」
2012/10/20 11:22　情報元　日本経済新聞　電子版 より改変引用

29



EMPTY PLANET
The Shock of Global Population Decline
「2050 年
世界人口大減少」
ダリル・ブリッカー
ジョン・イビットソン
河合雅司　解説
倉田幸信　訳
文芸春秋　2020年

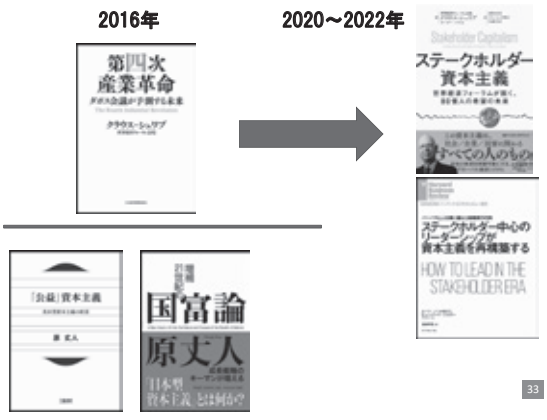
30



31

2015年の9月25、27日、ニューヨーク国連本部において、「国連持続可能な開発サミット」が
開催され、150を超える加盟国首脳の参加のもと、その成果文書として、
「我々の世界を変革する：持続可能な開発のための2030アジェンダ」が採択されました。

32



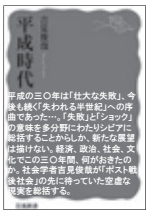
33

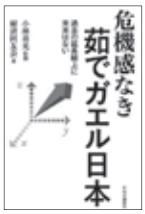
現状に対する問題意識

1. 少子超高齢化と人口減少：この問題の深刻さは単に日本社会と経済をこれまで支えてきた労働生産年齢人口が減るというだけでなく、中間層の多くが国際比較で見れば確実に貧しくなっていることである。実質賃金も目減りしており、世代を跨いで格差が固定されつつある。中流階級の崩壊が進んでおり、このままでは社会のダイナミズムは確実に失われてゆく。
2. 経済の停滞とプレゼンスの低下：バブル経済崩壊後の30年間、わが国は経済成長と科学技術の進展により日本再興を図ったはずであるが、国際比較でみれば結果はむしろ後退している。あらゆる領域において公私ともに未来への投資が十分できておらず、確たる将来ビジョンを提示して世界をリードできない中で、わが国の国際的なプレゼンスは急速に低下している。
3. 変われない日本：日本は過去の成功体験にとらわれ、様々な既得権益がはびこり、「これまでのやり方」を変えることができない。日本では盛んに科学技術のイノベーションが叫ばれているが、激動する世界の中で社会の在り方や社会を動かす仕組みそのもののイノベーション、即ち社会丸ごと変革トランスフォーマティブイノベーションこそ、今の日本に最も必要である。

34

昭和、平成、令和





35

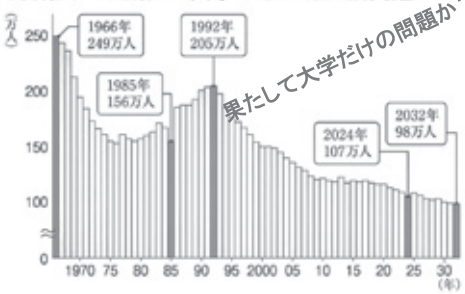
国立大学の今後の方向性

1. 総合知と高い志： 深刻で解決困難な課題に挑むには「総合知」が必要であり、「for the public」の志の下に、あらゆる領域、あらゆるセクター、あらゆるステークホルダー、そして多様な人々がビジョンの実現のために連携することが必須である。その際、大学は総合知の形成とオープンイノベーションの場としてふさわしい。、あらゆる領域の多様な人々が集い、議論し、実践し、積極的に社会に発信すべきである。
2. 国立大学を知とイノベーションのコモンズへ： 以上の活動に国立大学が貢献できるポテンシャルは高い。その際、我々は国立大学を社会の公共財としてとらえ、「知とイノベーションのコモンズ」としての役割を果たすべきである。そしてそのミッションは、だれ一人とり残さず、すべての人が幸せに生きる社会の実現へのインパクトある貢献である。
3. 社会へのインパクト： 大学が社会に対してよりインパクトの大きい貢献をするためには、アカデミア同士のより踏み込んだ連携・統合が必要ではないか。今、歴史は大学にそのようなミッションを課しているのではないか。

国立大学を社会の公共財である「知とイノベーションのコモンズ」として、より大きなインパクトで未来社会の創造に貢献すべき

39

18歳人口の減少は大学にとって死活問題



実績値は文部科学省「学校基本統計」、推計値は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（2017年）より

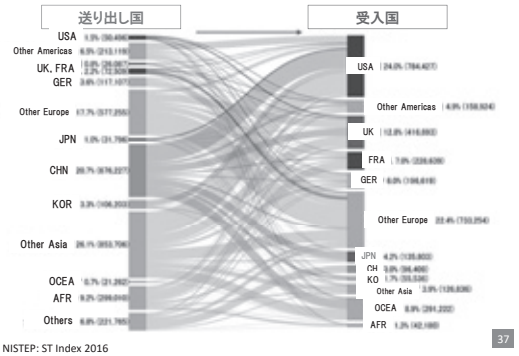
36

Make New Standards for The Public
知とイノベーションのコモンズとして、社会の課題解決に貢献する東海国立大学機構

わが国初の県境を越えた法人統合で誕生した
東海国立大学機構は社会の公共財として、
人類と地域の課題解決に貢献する新しい国立大学を目指す

40

世界の留学生の流れ―日本は多様性に欠ける

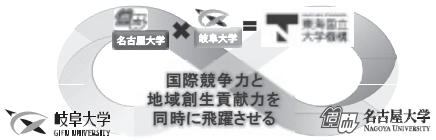


NISTEP: ST Index 2016

37

マルチ・キャンパスシステムシステムによる新しい国立大学法人モデルの創出

○ 国立大学法人東海国立大学機構の設置
（わが国初の、県境を越えた一法人複数大学の創設）



地域共創貢献力と国際競争力を同時に強化する新しいマルチ・キャンパスシステムを構築

➡ アカデミアの中核として、国際競争力を高めつつ、
地域分散型社会の実現に貢献

41

国立大学の分布

38

（注）大学の区分は、（独）大学改革支援・学位授与機構編『国立大学法人の財務』の分類を一部改変

東海国立大学機構設立からの共同行動

東海国立大学機構

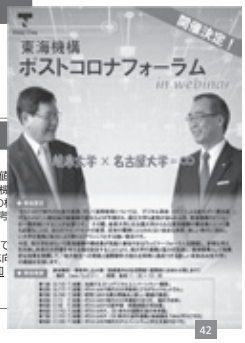
― 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）拡大防止と学生と機構構成員の安全安心のための措置 ―

- 警戒レベル・活動指針の統一
- 遠隔授業，テレワークの環境整備・実施
- 困窮学生支援（支援金，食糧支援，授業料納入猶予等）
- 附属病院間の情報共有と連携体制、支援（診療従事者支援等）
- 基金の立ち上げ及び寄付の募集開始

― 東海国立大学機構ポストコロナフォーラム・イン・ウェビナー ―

デジタル革命（DX）による変化が一層加速するとともに人類社会の価値観の変化などが予測され、国立大学も変革が迫られる中、東海国立大学機構のビジョンを一層明確にする必要。このため、両大学を跨いで東海機構の構成員が気軽に参加できるウェビナーフォーラムを開催し、多様な構成員の考を共有し未来の大学像を考える場を設定。

⇒両大学の連携と協力を促進し、東海機構として相乗的な効果を発揮して「地方創生への貢献と国際競争力強化を同時に達成できる新しい未来志向型大学」の創造を目指す【全８回・６～７月開催】 ※延べ3000人参加



42

東海国立大学機構は第2ステージへ

東海国立大学機構ビジョン2.0 （東海機構第2期ビジョン）
新法人の基盤づくりから、知とイノベーションのコモンズへの飛躍

東海国立大学機構の4つの柱

1） **教育・人材育成： アカデミック・コモンズ（地域と世界に開かれた未来型教育・人材育成拠点）**
①教育の司令塔、アカデミックセントラル（AC）を設置し、国際水準の次世代型高等教育を実現
②共通教育（リベラルアーツ、数理データサイエンス、アントレプレナー教育、等）による人材の育成
③大学院・博士課程教育の充実、リカレント教育の拡大

2） **研究・価値創造： クリエーション・コモンズ（世界中の研究者が集う知的成果・価値の共創拠点）**
①文系、理系、領域を問わず領域を超えた連携・融合によって、最先端の研究成果と新しい価値を創出
②次世代を担う若手研究所の育成・支援（創発的研究）、国際頭脳循環のためのシステム整備
③知財保護や研究インテグリティーを保証したうえで、研究DXによりダイナミックな共同研究を実現

3） **社会連携・産学連携： イノベーション・コモンズ （TOKAI-PRACTISSの実現）**
①東海地域を人間中心のTech Innovation Smart Society（=Human-centric Society5.0）に変革
②大学間・産学官間などの連携プラットフォーム（TOKAI-PRACTISS）の実現
③スタートアップ・ベンチャーの育成・支援による産業構造転換と地域・人類課題解決の促進

4） **国際展開： グローバルマルチキャンパスと共同学位（ジョイント・ディグリー・プログラム、JDP）の推進**
①重要拠点地域（北米、EU、アジア）における戦略的パートナー大学を設定、それに準ずる大学との連携強化
②ジョイントシードファンディング、JDP（共同学位プログラム）の推進（JDP協議会の活動強化）
③国際連携によるスタートアップ＆新産業の育成・支援

環境問題

東海国立大学機構　環境報告書2022

東海国立大学機構

カーボンニュートラル推進室
（2021年11月1日設立）

室長　西澤泰彦教授（名大環境学研究科）　　副室長　村岡由裕教授（岐大高等研究院）

ミッション
- 東海機構CN活動の司令塔
- CN大学等コアリション(2021-25年度)活動の推進

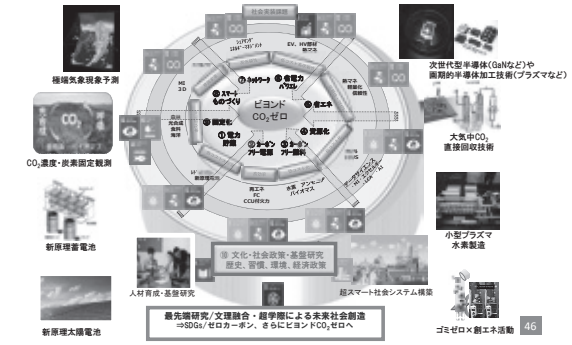
「東海機構CN推進戦略」の企画立案
- キャンパスのゼロ・カーボン／ゼロ・エミッション推進
- 脱炭素社会・環境共生社会創造推進（教育・研究）

岐阜大学
脱炭素・環境エネルギー研究連携支援センター
（2021.11.01 設立）
地域環境変動適応研究センター，
地方創生エネルギーシステム研究センター，流域圏科学研究センター，
地域協学センター，岐阜大学環境対策室

名古屋大学
未来社会創造機構　脱炭素社会創造センター
（2022.04.01設立）
アジア共創教育研究機構、未来材料システム研究所、IT bM、施設・環境計画推進室、
フューチャー・アース研究センター，
各研究科（国際・工・農・環境）

ゼロカーボン/ビヨンドCO_2ゼロへの東海国立大学機構の挑戦

•東海機構は、「地球の危機」に対して岐阜大学と名古屋大学の「知」を総動員し、世界最高水準の最先端研究や文理融合・超学際による課題解決に取り組み、次世代の新たな価値と明るい未来社会の創造を目指す。

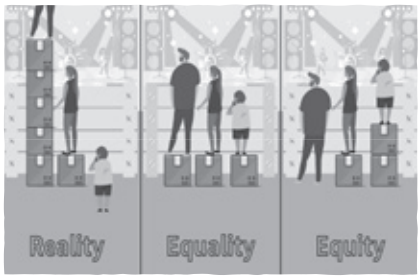


カーボンニュートラル達成に貢献する大学等コアリション（2021年7月設立）

カーボン・ニュートラル達成に向けた東海国立大学機構のビジョン

東海機構は環境人材の育成、大学のゼロエミッション、自治体の脱炭素化支援、産学連携による社会実装及びこれらの発信と国際展開等に積極的に貢献し、カーボン・ニュートラル達成に向けて東海地域における大学・産業界・地域発展の好循環モデルを創出に貢献！

Diversity, Equity, and Inclusion（多様性、公正性、包摂性）



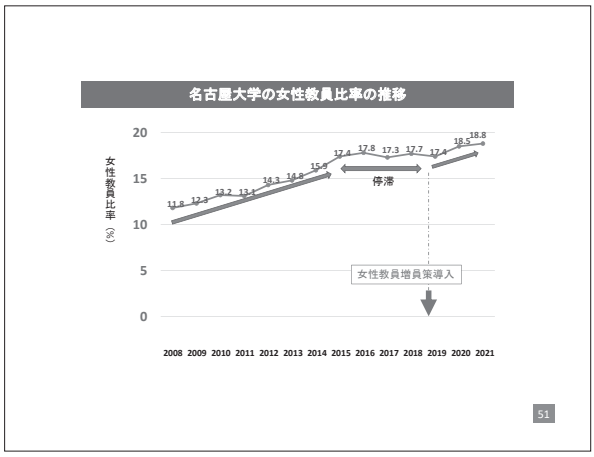
「Equality（平等）」
全員に同じ高さの台を用意（＝機会均等）。
しかし、もともとの身長が違うため、同じ高さの台をもらっても、一番右の人は見えない。
＞＞結果として、不平等の解決にはならない。

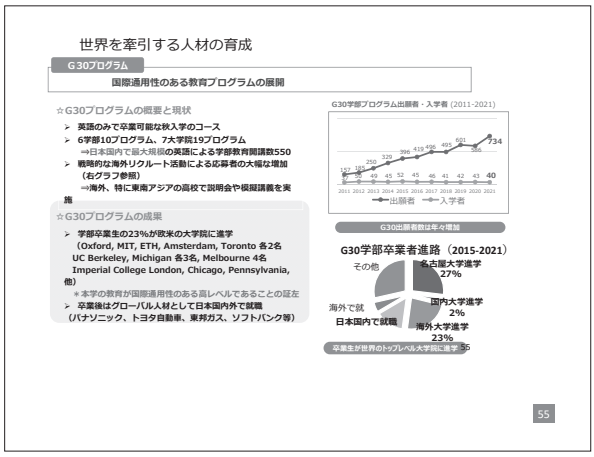
「Equity（公正性）」
一人一人のバックグランドからくるニーズに合わせてそれぞれの身長に適した台を用意。その結果、誰もが見ることができるようになる。
＞＞不平等の解決

●「Equity（公正性）」という概念がダイバーシティ＆インクルージョン（以降D&I）に加わり、「ダイバーシティ・エクイティ＆インクルージョン（DEI）」と表現されるようになってきた。
●差別をなくし平等にするだけでは解決することが難しいような、社会構造的な不平等があると認識されてきたことが大きな背景。生まれもった環境など、スタートの時点で既に不公平が存在している状況では、機会を平等にしただけでは、結果として不平等が解決されることにはならない。

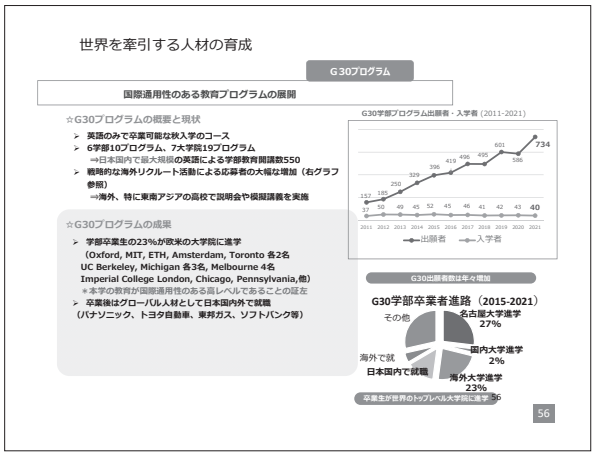
最近の取り組み ＜名古屋大学の女性教員増員・上位職女性教員増員策＞

	取組	成果
女性教員増員策	女性教員比率を20%とするための女性教員増員策（インセンティブ・ペナルティーを含む）を導入（2019年10月） ＊目標値は部局ごとに設定	女性教員比率が18.8%となった（2021年5月） （参考：21019年17.4%）
意思決定ポジション、上位職の女性教員増員策 Quota 制	教育研究評議会女性割合を2割以上とするため学内規定を改正（2019）	教育研究評議会女性割合が約2割に増加（2020）
女性教員増員のための理論構築	文科省「ダイバーシティ研究環境実現イニシアティブ（調査分析）」採択（2020）	ジェンダーバイアスの克服、全学レベルでのジェンダー視点の導入、働き方改革のためのムーブメントが加速

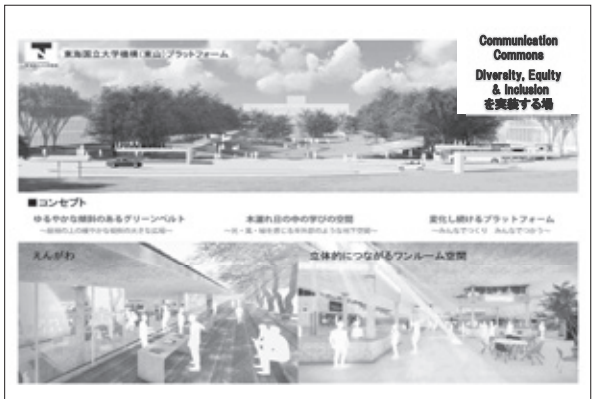

名古屋大学の女性教員比率の推移
女性教員比率（%）
20
15
10
5
0
11.8
12.5
13.2
13.4
14.3
14.8
15.9
17.4
17.8
17.3
17.7
17.4
18.5
18.8
停滞
女性教員増員策導入
2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021
51

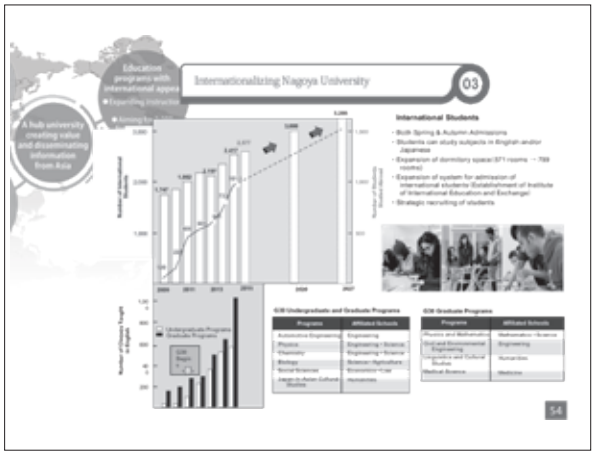

世界を牽引する人材の育成
G30プログラム
国際通用性のある教育プログラムの展開
☆G30プログラムの概要と現状
英語のみで卒業可能な秋入学のコース
6学部10プログラム、7大学院19プログラム
⇒日本国内で最大規模の英語による学部教育開講数550
戦略的な海外リクルート活動による応募者の大幅な増加（右グラフ参照）
⇒海外、特に東南アジアの高校で説明会や模擬講義を実施
☆G30プログラムの成果
学部卒業生の23%が欧米の大学院に進学
(Oxford, MIT, ETH, Amsterdam, Toronto 各2名
UC Berkeley, Michigan 各3名, Melbourne 4名
Imperial College London, Chicago, Pennsylvania, 他)
＊本学の教育が国際通用性のある高レベルであることの証左
卒業後はグローバル人材として日本国内外で就職
（パナソニック、トヨタ自動車、東邦ガス、ソフトバンク等）
G30学部プログラム出願者・入学者 (2011-2021)
出願者
入学者
G30出願者数は年々増加
G30学部卒業者進路（2015-2021）
その他
名古屋大学進学 27%
国内大学進学 2%
海外で就
日本国内で就職
海外大学進学 23%
卒業生が世界のトップレベル大学院に進学
55

名古屋大学 男女共同参画室
2016
国連機関UN Women「HeForSheキャンペーン」を推進する世界の10大学
IMPACT 10X10X10
UNIVERSITY IMPACT CHAMPIONS
Georgetown Univ.
Univ. of Hong Kong
Nagoya Univ.
Univ. of Leicester
Univ. of Oxford
Univ. of Sao Paulo
Stony Brook Univ
Sciences Po
Univ. of Waterloo
Univ. of Witwatersrand
52

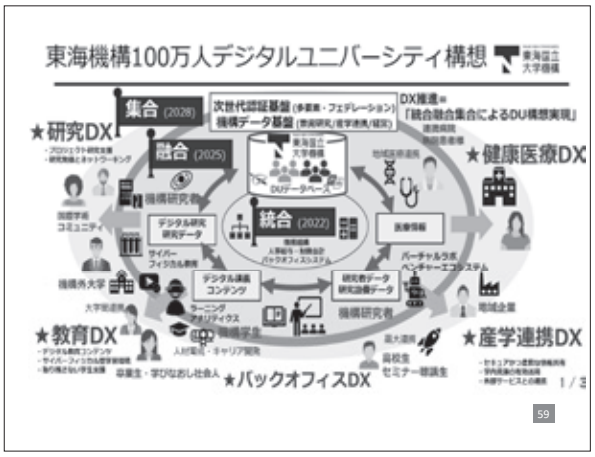

世界を牽引する人材の育成
G30プログラム
国際通用性のある教育プログラムの展開
☆G30プログラムの概要と現状
英語のみで卒業可能な秋入学のコース
6学部10プログラム、7大学院19プログラム
⇒日本国内で最大規模の英語による学部教育開講数550
戦略的な海外リクルート活動による応募者の大幅な増加（右グラフ参照）
⇒海外、特に東南アジアの高校で説明会や模擬講義を実施
☆G30プログラムの成果
学部卒業生の23%が欧米の大学院に進学
(Oxford, MIT, ETH, Amsterdam, Toronto 各2名
UC Berkeley, Michigan 各3名, Melbourne 4名
Imperial College London, Chicago, Pennsylvania, 他)
＊本学の教育が国際通用性のある高レベルであることの証左
卒業後はグローバル人材として日本国内外で就職
（パナソニック、トヨタ自動車、東邦ガス、ソフトバンク等）
G30学部プログラム出願者・入学者 (2011-2021)
出願者
入学者
G30出願者数は年々増加
G30学部卒業者進路（2015-2021）
その他
名古屋大学進学 27%
国内大学進学 2%
海外で就
日本国内で就職
海外大学進学 23%
卒業生が世界のトップレベル大学院に進学
56

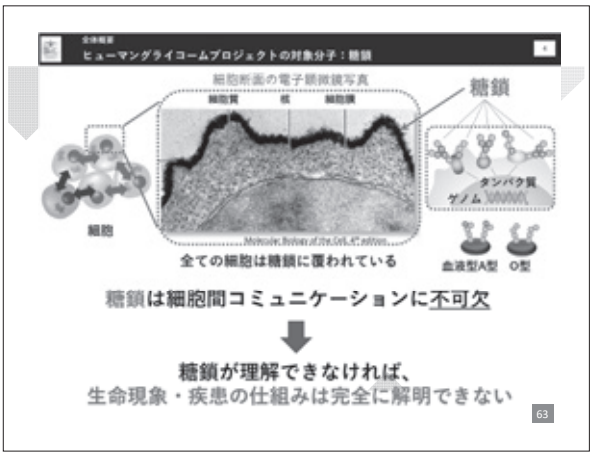
エマ・ワトソン
親善大使
- 10 IMPACT Universities:
アジア： 名古屋大学、香港大学
英国： オックスフォード大学、レスター大学
フランス： パリ政治学院(Sciences Po) ブラジル： サンパウロ大学
米国： ジョージタウン大学、ストーニーブルック大学
カナダ： ウォータールー大学
南アフリカ：ウィットウォータースランド大学
国連総会における国連女性機関
(UN Women)による
HeForShe IMPACT10x10x10
世界10大学共同記者会見
2016年9月20日
ニューヨーク国連本部、MOMA、他
53

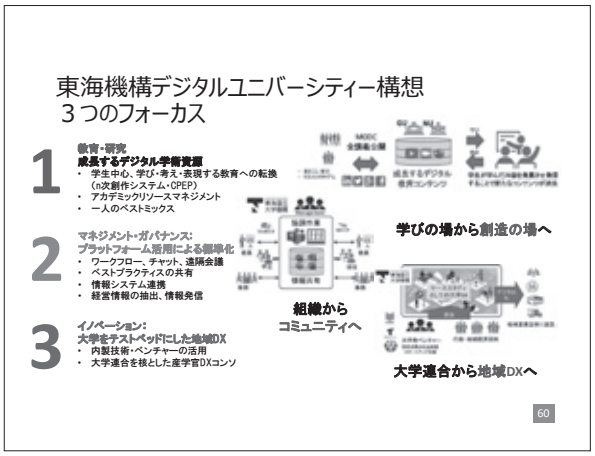

Communication Commons
Diversity, Equity & Inclusion
を実践する場
■コンセプト
ゆるやかな傾斜のあるグリーンベルト
本通れ目の中の学びの空間
変化し続けるプラットフォーム
えんがわ
立体的につながるワンルーム空間
57

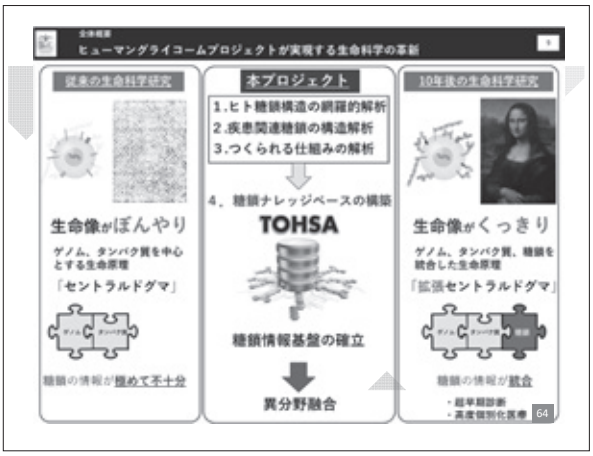

Internationalizing Nagoya University
03
International Students
54

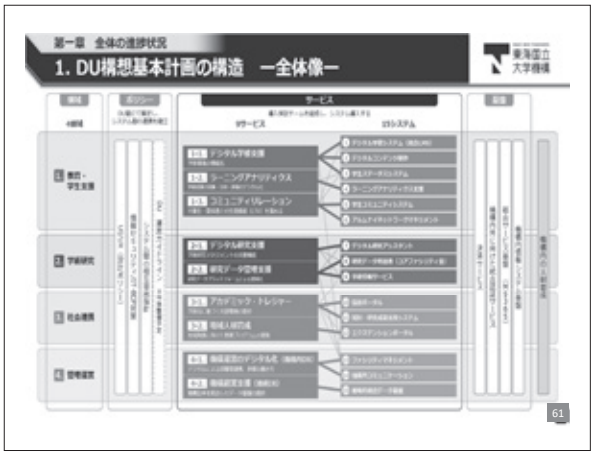
Commnication Commons
Diversity, Equity, Inclusionの実現
1. 領域を超えて多様な学生・研究者が交流できる環境創出
2. AI、VR、アバター、メタバース、サイバーフィジカルラーニング(CPL)等、次世代教育システムを共創し、実証する場
3. 他大学や地域社会に広く開かれた交流の場
4. 全国及び世界と繋がり、国際交流を拡張するGlobal Exchangeの場
58


東海機構100万人デジタルユニバーシティ構想
集合 (2028)
融合 (2025)
統合 (2022)
★研究DX
★健康医療DX
★教育DX
★産学連携DX
★バックオフィスDX
59


ヒューマングライコームプロジェクトの対象分子：糖鎖
糖鎖
細胞
全ての細胞は糖鎖に覆われている
糖鎖は細胞間コミュニケーションに不可欠
糖鎖が理解できなければ、
生命現象・疾患の仕組みは完全に解明できない
63


東海機構デジタルユニバーシティー構想
３つのフォーカス
1
2
3
学びの場から創造の場へ
組織から
コミュニティへ
大学連合から地域DXへ
60


ヒューマングライコームプロジェクトが実現する生命科学の革新
従来の生命科学研究
本プロジェクト
10年後の生命科学研究
1.ヒト糖鎖構造の網羅的解析
2.疾患関連糖鎖の構造解析
3.つくられる仕組みの解析
4．糖鎖ナレッジベースの構築
TOHSA
糖鎖情報基盤の確立
異分野融合
64


第一章 全体の進捗状況
1. DU構想基本計画の構造 ー全体像ー
61

"国民のデータで国民の健康を守り、社会を変える"
多数の国民から得た"糖鎖ビッグデータ"を医療革新、健康と福祉に貢献
ヒト糖鎖情報
"糖鎖情報"は
様々なSDGsへの貢献
65

両大学のリソースを統合して新たに構築する機構直轄拠点
糖鎖生命コア研究拠点
医療健康データ統合研究教育拠点
航空宇宙研究教育研究拠点
農学教育研究拠点
iGCORE
62

プロジェクト実施機関間の覚書締結
実施主体として責務遂行
中核機関
iGCORE
コア分担機関
NINS
連携・協力してプロジェクトを推進
指定共同機関として多数の国内研究機関が参加
J-GlycoNetのコラボレイティブ・フェローの協力
オールジャパン体制
66

今年のノーベル化学賞：
Carolyn Bertozzi(キャロライン・ベルトッツィ)氏
受賞理由はクリックケミストリーという生化学一般に応用可能な技術革新ですが、実際にはManNAzやGalNAzといった糖鎖関連ツールであり、間違いなく「糖鎖」の人。

2020年名古屋メダル(野依良治博士らにより1995年創設)受賞

第95回 日本生化学会大会
流及する生化学～生命科学の革新へ～
2022年11月9日～11日
名古屋国際会議場 会頭 門松 健治

Therapeutic Opportunities in glycoscience
Carolyn R. Bertozzi
(Chemistry, Engineering & Medicine for Human Health Stanford University)

糖鎖の一般向けの啓発活動や底辺拡大にことのほか力を入れており、
以下のTED(＞160万アクセス数)などはその展開の一例。
https://www.ted.com/talks/carolyn_bertozzi_what_the_sugar_coating_on_your_cells_is_trying_to_tell_you?language=ja

プログラム

プログラム名	センター名	業務内容
C-REX1プログラム	健康医療データセンター	C-HiTの成果を引き継ぎ、臨床研究用リポジトリ・システムの社会システム化(健康医療福祉情報連携システム化)、並びに健康医療福祉データの収集、分析、管理を担う。
C-REX2プログラム	臨床研究推進フィールドネットワークセンター	「Life」=「いのち」をテーマに 臨床研究を通して新しい医療技術を提案、「個人の健康づくり」を推進する。
C-REX3プログラム	健康医療データサイエンスセンター	「Life」=「生活」をテーマに 地域包括ケアシステム(生涯支援型)を通して新しい医療・福祉技術とICTネットワークを提案、「社会の健康づくり」を推進する。
C-REX4プログラム(人文社会科学系)	社会デザイン推進センター	「Life」=「人生」をテーマに 社会的課題を抽出してWell-being指標の作成や評価を行い、個人や社会に対し提言等を発信する。

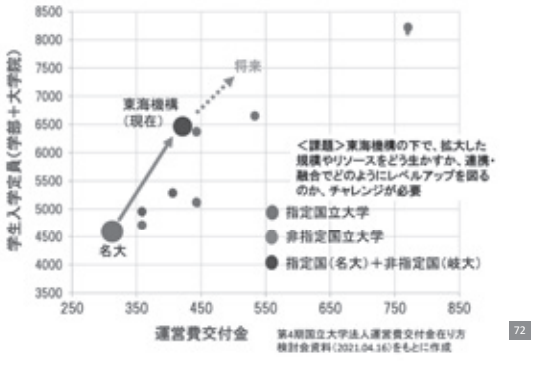
東海国立大学機構　機構直轄拠点(2022年度～)

健康医療ライフデザイン統合研究教育拠点
Center for research, education, and development for healthcare life design
(略称　C-REX)
拠点長
水野正明
(名古屋大学)

信頼できる健康医療データ基盤を、2020年度からスタートしている東海国立大学機構の直轄事業「医療健康データ統合研究教育拠点(C-HiT)」の成果を受け継いで構築し、英語の「Life」にある3つの意味、「いのち」、「生活」、「人生」のそれぞれを対象にデザインした研究教育を統合的に行うことで、社会的課題を解決して人と社会に貢献する。

東海国立大学機構

7大学＋1　運営費交付金と入学定員



第4期国立大学法人運営費交付金在り方検討会資料(2021.04.16)をもとに作成

C-REXが目指すゴール(ビジョン)

2040年を視野に世界の人々が皆、それぞれの立場(患者、介護サービス利用者、福祉支援対象者、健常人)で

Well-beingになる健康医療社会の創成

「Well-beingになる健康医療社会」とは、私どもが15年来提唱している「ふ・くし社会　(ふつうに、くらせる、しあわせな社会)」を指し、国内・国外を問わず、住み慣れた地域において「当たり前のことが当たり前にできる社会」と定義している。

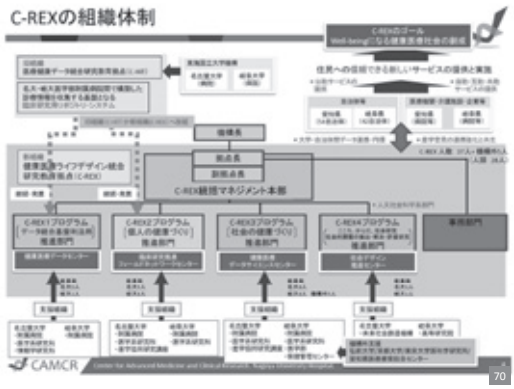
ビジョン達成に最も重要なことは、
エビデンスが確保された、信頼性の高い健康医療情報を創出して医療のみならず、社会に発信し普及・実装させること
データ駆動型事業　→　Society5.0、SDGsの実現につながる

CAMCR

名古屋大学 × 岐阜大学 = 東海国立大学機構

一法人複数大学の試みは、わが国の国立大学の未来の在り方を示そうとする試みです。
日本全国各地で、未来の大学像を創出する熱い議論が沸騰し、輝ける未来社会の創出に貢献できればと願っています。

C-REXの組織体制



CAMCR

本日の講演で参考にした書籍、論文の紹介

●社会経済課題

1. 斎藤浩平「人新世の資本論」(集英社新書)
2. ロジェ・カイヨワ「戦争論」(NHK100分で読む名著)
3. ハンス・ロスリング、他「ファクトフルネス」(日経BP社)
4. リンダ・グラットン、他「ライフシフト、100年時代の人生戦略」(東洋経済新報社)
5. 広井良典「人口減少社会のデザイン、2050年日本は持続可能か」(東洋経済新報社)
6. ダリル・ブリッカー、他「エンプティー・プラネット、2050年世界人口大減少」(文藝春秋社)
7. 河合雅司「未来の地図帳、人口減少で日本各地に起きること」(講談社現代新書)
8. デイヴィッド・アトキンソン「新・生産性立国論」(東洋経済新報社)
9. クラウス・シュワブ「第4次産業革命、ダボス会議が予測する未来」(日本経済新聞出版社)
「ステークホルダー資本主義」(日経ナショナルジオグラフィックス)
10. 原丈人「公益資本主義」(文藝春秋)、「国富論」(平凡社)
11. 橋木健二「新・日本の階級社会」(講談社現代新書)、「中流崩壊」(Asahi Shinsho)
12. 吉見俊哉「大学とは何か」、「平成時代」(岩波新書)

【浅井清和（愛知県医師会副会長）】

松尾先生、貴重な御講演ありがとうございました。

社会全体に変化が起こっている現在において、大学の改革がなぜ必要かを国立大学は公共財だという視点から大学再編の引き金を自ら作り、そして、このポストコロナで世界をよりよい方向へ変えていく方向性を示していただきました。すばらしい御講演をいただきまして、本当にありがとうございます。

松尾先生にもう一度拍手のほうをお願いいたします。

【松尾清一（東海国立大学機構機構長）】

どうもありがとうございました。

【浅井清和（愛知県医師会副会長）】

それでは、時間も参りましたので、これで終了させていただきます。

報　告

（11:50～12:05）

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　渡辺　憲

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
渡 辺　憲
（わたなべ　けん）

それでは、皆さん、こんにちは。

ただいまご紹介いただきました日本医師会勤務医委員会委員長の渡辺でございます。

令和４年度全国医師会勤務医部会連絡協議会開催に際しまして、日本医師会の勤務医委員会の報告をさせていただきたいと思います。

まず、今期の勤務医委員会の委員を紹介させていただきます。

表１にご覧いただきますように、12名の委員で構成されており、うち、全国８ブロック推薦の委員８名、会長推薦委員が私を含め４名となっています。

私は、本協議会の抄録のプロフィールにも書かせていただきましたが、平成８年から平成23年まで当委員会委員を務めた後、委員会から離れておりました。前期10年ぶりに再登板させていただき、今期も引き続き委員長を拝命しております。

次に、図１および図２をご覧ください。

日本医師会の全会員に対する勤務医会員の比率は、今から30年前の1992年、すなわち平成４年、それまで30％だったのが初めて40.9％と、40％台に達しました。その後､急激に増加が見られております。10年後の2002年には47.4％まで増加いたしましたが、その後15年間は横ばいから僅かずつの増加にとどまっておりました。2017年以降､再び増加に転じ、令和２年、2020年11月には50.1％と、初めて過半数に達し、令和３年11月には50.4％へ増加しております。さらに都道府県医師会においては、勤務医会員の比率が60％を超える道府県は16を数えるに至っております。

一方、近年、毎年9,000人の医師が誕生しております。先ほど松本会長も紹介されましたが、若い勤務医の医師会入会は思わしくなく、直近、9,000人の医師が誕生しますが、入会率が低いことを反映して、我が国の全医師における日医会員の比率は年々低下しております。

図２は松本会長からお借りしました。先ほどもお話があったように、全国における全医師数に対する日医会員の比率は2020年の時点では51.2％と、辛うじて過半数を維持している状況です。

以上からも、勤務医の医師会組織への参画の促進は医師会にとっても喫緊かつ極めて重要な課題となっております。

加えて、勤務医を取り巻く環境には大きな変化の波がここ２年半の間に相次いで押し寄せてまいりました。

まず、新型コロナウイルス感染症の全国における急激な拡大と全国各地の医療機関における病床の逼迫、医療崩壊が危惧されるほどの医療機関への大きな圧迫が続き、多くの勤務医が苦闘する状況が国民に広く理解されるようになりました。同時に、医師の働き方改革の主眼である勤務環境の改善も今後１年余りの間に着実な推進が求められております。これらはいずれも勤務医と医師会とが連携、協働して進めるべき社会的にも極めて重要な課題であり、この連携、協働のプロセスこそ勤務医のエンパワーメントを大きく進展させることにも資すると考えております。

ここで、表２に当勤務医委員会の役割をお示しいたします。１から５までの業務に当たっておりますが、いずれも重要な課題と重要な役割と考えております。順次御説明いたします。

一昨日、本年10月13日に開催されました今期の第１回勤務医委員会におきまして、松本吉郎会長から諮問、「医師会組織強化と勤務医」を受けまして当委員会の活動を開始いたしました。医師会の組織強化に取り組むに当たり、今まさに多くの勤務医に医師会活動へ深く関わっていただくことが重要な柱となっております。当委員会は今年度から来年度にか

けて計７回の会議を通し、会長諮問についての協議を重ね、答申書の作成を行うとともに、附帯した業務を続けてまいります。

本日は、委員会活動が今期始まったばかりですので、主に前期の答申の概要を報告させていただきます。

勤務医に係る諸課題は、今や医師会、ひいては医療全体の主要課題となっていることを前提に、前期の委員会における主な論点５項目を表３－①にお示しいたします。

まず、若手勤務医が医師会活動へ参画することへの支援と勤務医部会委員会の委員構成の多様化です。

次に、新専門医制度への対応を含め、医師の研修、キャリア形成における医師会の積極的関与、さらに医師の働き方改革への医師会からの支援の在り方、医師会の三層構造と会費の在り方、勤務医の意見を集約するに当たり、都道府県に加えて全国８医師会ブロックにて地域性を踏まえた協議を行うことの意義と重要性などを議論し、答申の取りまとめを行いました。

具体的に、前期の諮問の前半部分、勤務医の意見を集約する方法につきましては、意見集約のための仕組みづくりとして、都道府県並びに郡市区等医師会の勤務医部会委員会の活性化、全国８医師会ブロックにおける勤務医部会委員会設置などを通し、意見集約を行い、日本医師会に提言するフレームワークづくりが重要であると考えました（表３－①）。

次に、若手医師に対する取組の中でリーダー的勤務医を積極的に役員、委員として医師会会務に参画してもらってはどうか。また、医師会での勤務医活動状況を横断的に紹介する体制づくり、若手勤務医を病院そのものが応援する体制づくりが必要ではないか等の意見も答申書に盛り込みました（表３－②）。

さらに、病院等との意見交換の場が必要という観点から、地域中核病院の幹部やリーダー的医師で構成される部会委員会を設置するなどして、管理職、中間管理職、若手医師、女性医師など、その課題ごとのステークホルダーとなる立場や年齢の医師の意見を求める工夫が必要ではないかと提言しております（同表）。

次に、諮問後半部分、勤務医が日本医師会に望むものにつきましては、まず、若手医師が日本医師会に加入しやすくする取組として、従来から繰り返し議論されております医師会三層構造の見直しや異動に伴う手続の簡便化、日本医師会のみの入会を認める仕組みはできないものか等の意見を盛り込んでおります（表３－③）。

また、勤務医、若手医師に対する働きかけとして、勤務医向けの広報、医師会加入のメリットの周知をさらに充実させ、早くから医師会活動に若手医師を巻き込む取組が必要である等、多くの意見が出されました（同表）。

さらに、行政等と協働して勤務医活動について広く国民へ向けて情報発信をして国民と課題を共有すること、勤務環境整備についての行政への働きかけを強化すること、勤務医の負荷軽減のため、外来機能見直しにおける診療所、かかりつけ医側の体制整備を促進することなどの提案がなされました（同表）。

前期諮問に対する答申の概要は以上です。詳しくは本日の資料としてお配りしております冊子を御覧ください。

また、以上を受けまして、都道府県医師会及び郡市区等医師会勤務医部会、委員会に期待されることにつきまして、若干の重複をお許しいただきながら述べさせていただきたいと思います。

表４をご覧ください。

この中で特にご確認いただきたいことは、議論を医療政策につなげるための３つのルートです。

１つ目は、都道府県及び郡市区等医師会の会務と密接な関連を維持し、必要に応じて提言を行っていただきたいということです。

２つ目は、日本医師会勤務医委員会へ意見、提言をお届けいただければ幸いです。また、時間的に深い議論が難しいかもしれませんが、毎年５月に開催の都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会、さらに本日開催されております全国医師会勤務医部会連絡協議会との連携です。

３つ目は、今後大変重要になると思われますが、全国８医師会ブロックと双方向性を持った協議を続けていただきたいことです。年々重要性が増してきております勤務医に係る地域医療の課題を常時協議する仕組みを各ブロックに設けていただければ幸い

に存じます。そうしますと、日本医師会勤務医委員会は全国８医師会ブロックにおける勤務医の意見集約の受皿となることで日本医師会並びに都道府県医師会、郡市区等医師会の双方向に対する変化の触媒の役割も果たせるのではないかと考えております。

図３に今年度の全国８医師会ブロックにおける勤務医部会、委員会の設置状況をお示しいたします。この中では北海道ブロックと中国・四国ブロックのみ勤務医部会､勤務医委員会が設置されております。ご当地の名古屋を中心とした中部ブロックはかつて特別委員会の形で勤務医委員会が設置されていた時期がございますが、現在は設置されていないとお聞きしております。ぜひこのような形でブロックごとで話し合うような場を常設として設けていただければ大変幸いに考えております。

次に、勤務医委員会の広報活動の紹介をさせていただきたいと思います。

表５を御覧ください。

日本医師会の機関誌『日医ニュース』の各月20日号の８ページ目に勤務医のページが掲載されております。メイン記事として、勤務医を取り巻く医療環境、喫緊の医療課題、全国各地における勤務医の活動状況について当委員会で協議しながら、テーマ、執筆者を決め、連載して全会員と情報の共有を図っております。昨年度から今年度のテーマといたしましては、新型コロナウイルス感染症と地域医療を主体として、医師のキャリア形成支援への取組、管理職医師を含めた男女共同参画、医師の働き方改革、医療におけるICTなど、幅広い分野にわたっています。また、勤務医のページ中に「勤務医の広場」というコラムを設け、全国の勤務医の意見を紹介しております。

『日医ニュース』、令和３年11月20日号の勤務医ページには、本日もお見えと思いますが、京都府医師会常任理事で前期の当勤務医委員会委員もお務めいただきました上田朋宏先生に昨年度京都でウェブ開催されました全国医師会勤務医部会連絡協議会の概要をこのように報告していただきました。

また、本年３月20日号では、病児保育を支援する会社を立ち上げられました産婦人科医の園田正樹先生にメイン記事を、同じく「勤務医の広場」は京都大学医学部附属病院医療安全管理部教授、松村由美先生が担当してくださいました。

結びになりますが、本日は柵木充明会長の下、愛知県医師会の御担当にて第42回全国医師会勤務医部会連絡協議会が開催されております。開催に先立って、昨年12月10日に前期第６回委員会の席上、担当の愛知県医師会勤務医部会副部長、浦田士郎先生からプログラムの詳細をご説明いただきました。その後、さらに鋭意準備を続けられ本日に至ったことと存じます。本日の会議が盛況裏に終わりますことを心より祈念しております。

最後のスライドになります。全ての勤務医の力を最適かつ有効に国民に届けるために、さらに勤務医が地域医療における役割を通して「誇り」､「ワークエンゲイジメント」､また､今日､柵木会長もおっしゃいました「矜持」、これも同様と思いますが、矜持を持って職務に当たっていただけるように、医師会の組織変革をいとわず、政策の立案、展開を続けることは、必ずや今期勤務医委員会の会長諮問、さらには今後の医師会組織強化へ実を結ぶものと考えております。

以上、本日のまとめとさせていただきます。ご清聴どうもありがとうございました。

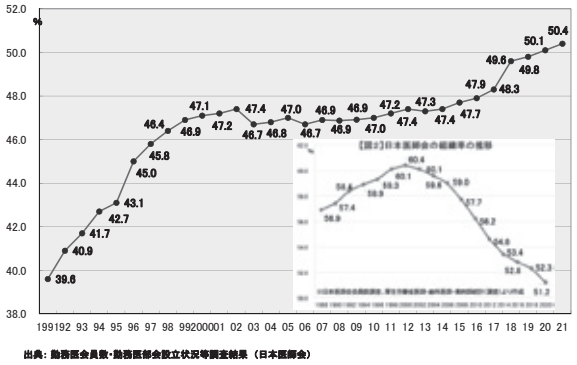
【表1】令和4・5年度日本医師会勤務医委員会 委員

（ブロック担当）

委員長	渡辺 憲	鳥取県医師会会長 / 社会福祉法人恩賜財団済生会支部鳥取県済生会 渡辺病院 理事長・院長	*
副委員長	落合和彦	東京都医師会理事 / 東京慈恵会医科大学 客員教授	（東京）
委員	一宮 仁	福岡県医師会副会長 / 国家公務員共済組合連合会 浜の町病院 病院長	（九州）
（五十音順）	長田佳世	茨城県医師会理事 / 社会医療法人若竹会 つくばセントラル病院 産婦人科部長	（関東甲信越）
	金丸吉昌	宮崎県医師会常任理事 / 宮崎県 美郷町地域包括医療局 局長	*
	白石 悟	栃木県医師会常任理事 / 日本赤十字社 那須赤十字病院 名誉院長、統括顧問	*
	杉本圭相	大阪府医師会理事 / 近畿大学病院 教授	（近畿）
	南里泰弘	富山県医師会常任理事 / 富山県 厚生連滑川病院 整形外科部長	（中部）
	長谷部千登美	北海道医師会常任理事 / 旭川赤十字病院 参与、院長補佐	（北海道）
	樋口 毅	青森県医師会常任理事 / 弘前大学医学部保健学科 教授	（東北）
	宮田 剛	岩手県医師会常任理事 / 岩手県立中央病院 病院長	*
	若林久男	香川県医師会副会長 / 社会福祉法人恩賜財団 香川県済生会病院 院長	（中国四国）

（日本医師会担当役員：猪口雄二 副会長、**今村英仁 常任理事**、城守国斗 常任理事、神村裕子 常任理事、大久保ゆかり 理事）

【図１】日本医師会における勤務医会員構成比率の推移



出典：勤務医会員数・勤務医部会設立状況等調査結果（日本医師会）

【表２】日本会医師勤務医委員会の役割

1. 会長諮問事項の検討・答申
   ≪今期諮問≫『医師会組織強化と勤務医』
2. 全国医師会勤務医部会連絡協議会への意見具申
   主催：日本医師会
   担当：令和4年度 愛知県医師会、令和5年度 青森県医師会
3. 新都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会の企画・立案
   （例年5月に開催）
4. 日医ニュース「勤務医のページ」企画立案
   毎月20日号最終ページ：「メイン記事」「勤務医のひろば」
5. その他、勤務医に関わる諸問題等の検討

【表３-①】前期勤務医委員会の議論の骨子

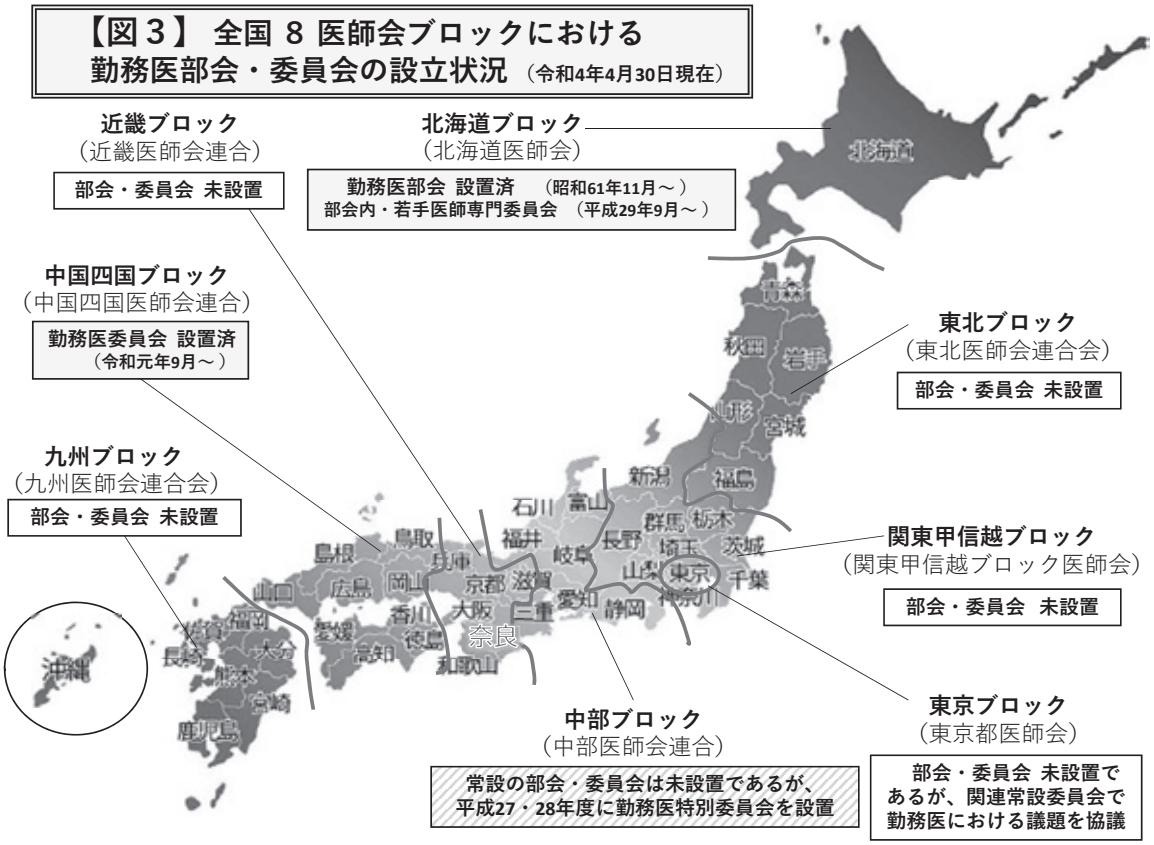
≪前期諮問≫『勤務医の意見を集約する方法、よび勤務医が日本医師会に望むもの』

1. 若手勤務医が医師会活動へ参画することへの支援と勤務医部会・委員会の委員構成の多様化
2. 新専門医制度への対応を含め、医師の研修・キャリア形成における医師会の積極的関与
3. 医師の働き方改革への医師会からの支援のあり方
4. 医師会の三層構造と会費のあり方
5. 勤務医の意見を集約するにあたり、都道府県医師会・郡市区医師会に加え、全国 8 医師会ブロックにて地域性を踏まえた協議を行うことの意義と重要性

【表３-②】前期諮問の前半『勤務医の意見を集約する方法』

1. 都道府県および郡市区等医師会勤務医部会の活性化（後述）
2. 全国 8 医師会ブロックに勤務医部会・委員会設置などを通して意見集約を行い、日本医師会へ提言するフレームワーク（後述）
3. 若手医師へのアプローチとして、リーダー的勤務医へ積極的に理事、委員会委員として医師会会務へ参画を求める。
4. 若手勤務医の医師会活動を病院が支援する体制作り
5. 部会・委員会・小委員会等の設置に際して、管理職、中間管理職、若手医師、女性医師など、委員構成に多様な立場が反映される工夫が必要

【図３】全国 8 医師会ブロックにおける勤務医部会・委員会の設立状況（令和4年4月30日現在）



【表３ - ③】前期諮問の後半『勤務医が日本医師会に望むもの』

1. 若手勤務医が日本医師会に加入しやすくする取り組み
   ☞ ① 医師会三層構造の見直し ②異動に伴う手続きの簡便化 ③日本医師会のみの入会を認めてはどうか･･･etc.
2. 勤務医向けの広報、医師会加入のメリットの周知を充実
   ☞ 早くから医師会活動に若手医師を巻き込む取り組みが重要
3. 自治体等と共同して、勤務医の活動について、広く国民へ向けて情報発信し、国民と課題を共有できること
4. 医師の勤務環境改善についての行政への働きかけを強化
5. 勤務医の負荷軽減のため、外来機能見直しにおける診療所（かかりつけ医）側の体制整備の推進

日医ニュース
「令和3年度全国医師会勤務医部会連絡協議会」
勤務医のページ

【表４】都道府県医師会および郡市区医師会勤務医部会・委員会に期待されること

1. 喫緊の課題へ向けての議論の活性化
   ①ウィズコロナ・ポストコロナにおける地域医療 ②働き方改革と勤務医・地域医療
   ③新専門医制度と若手医師のキャリア形成 ④若手勤務医の医師会参画の場の充実 ･･･etc.
2. 構成員（委員構成）の多様化への工夫
3. 議論を医療政策へつなげるために
   1）都道府県および郡市区等医師会の会務への提言
   2）日本医師会勤務医委員会ならびに都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会、さらに全国医師会勤務医部会連絡協議会との連携
   3）全国の 8 医師会ブロックとの双方向性をもった協議の意義と重要性
   ☞ 各ブロックにおける情報共有と闊達な議論を、各都道府県および郡市区医師会勤務医部会・委員会へフィードバックするとともに、日本医師会勤務医委員会等への提言を行う役割
   ☆ 日本医師会勤務医委員会は、全国 8ブロックにおける勤務医の意見集約の受け皿になることで、日本医師会ならびに都道府県医師会・郡市区医師会双方への『変化の触媒』となることができる。
   ☞ 全国 8 医師会ブロックにおける勤務医部会・委員会の設置状況 【図3】

日医ニュース
産婦人科医が子育て支援をする意義
勤務医のページ
勤務医のひろば
有能なチームとは

【表５】日医ニュース「勤務医のページ」

掲載号	メイン記事		勤務医のひろば
	タイトル	執筆者（所属）	執筆者（所属）
2021.04.20	勤務医の声をより効果的に日医の医療政策へ反映させるために	渡辺 憲（鳥取県医師会長/ 日医勤務医委員会委員長）	
2021.05.20	デジタル技術と医療のかたち～済生会熊本病院の取り組み～	中尾浩一（済生会熊本病院院長）	藤村 隆（富山市民病院病院長）
2021.06.20	令和3年度都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会		草野英二（栃木県医師会常任理事）
2021.08.20	ウィズコロナ・アフターコロナ時代の病院	黒井克昌（荏原病院院長）	伊藤達朗（岩手県立中部病院長）
2021.09.20	オンライン時代の到来:医療界に与えるインパクト	清水周次（九州大学副理事特任教授/ アジア・オセアニア教育研究機構研究統括）	三角隆彦（済生会横浜市東部病院長）
2021.10.20	COVID-19感染下におけるTelepsychiatry(精神科オンライン診療)の活用	岸本泰士郎（慶應義塾大学医学部特任教授）	足立誠司（鳥取市立病院総合診療科/ 医療局長）
2021.11.20	令和3年度全国医師会勤務医部会連絡協議会(京都府)	上田朋宏（京都府医師会理事/ 日医勤務医委員会委員）	
2021.12.20	COVID-19専門病院の勤務医の立場から～COVID-19診療のジレンマとバーンアウト	木村百合香（荏原病院耳鼻咽喉科医長/ 日医勤務医委員会委員）	柴田綾子（淀川キリスト教病院産婦人科医長）
2022.01.20	瀬戸内海巡回診療船 済生丸をご存知ですか	若林久男（香川県医師会副会長、香川県済生会病院院長/ 日医勤務医委員会委員）	土谷明男（医療法人社団葛西中央病院理事長・院長）
2022.02.20	岩手県立病院の新型コロナウイルス感染症への対応	遠野千尋（岩手県立千厩病院院長）	三ツ木健二（国家公務員共済組合連合会佐世保共済病院病院長）
2022.03.20	産婦人科医が子育て支援をする意義	園田正樹（東京大学産婦人科学教室、Connected Industries株式会社 代表取締役）	松村由美（京都大学医学部附属病院医療安全管理部教授）
2022.05.20	医師の働き方改革における医師会の役割	南里泰弘（厚生連清川病院整形外科部長、富山県医師会常任理事、日医勤務医委員会委員）	上村修二（札幌医科大学救急医学講座講師/医療経営士）
2022.06.20	令和4年度都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会		三浦源太（姫島村国民健康保険診療所所長）
2022.08.20 09.20	勤務医委員会答申：勤務医の意見を集約する方法、および勤務医が日本医師会に望むもの(1) (2)		

次期担当県挨拶

青森県医師会会長　高木 伸也

次期担当県挨拶

青森県医師会会長
高木　伸也
（たかぎ　しんや）

皆さん、こんにちは。

青森県医師会の高木でございます。次期協議会を担当させていただくに当たり一言御挨拶を申し上げます。

まず、主催者である日本医師会、松本会長並びに本年度担当されております愛知県医師会、柵木会長をはじめ、関係の皆様の御尽力により本協議会が開催されましたこと、心よりお祝い申し上げます。

令和元年度に山形県で開催されて以来、３年越しの現地開催となり、非常に御苦労されたことと拝察いたします。開催の準備、運営に携わられた皆様に対し、深く敬意を表するものでございます。

さて、次期の協議会のメインテーマは「2024年変わる勤務医　輝く勤務医」といたしました。次期開催は令和５年10月７日となります。2024年は勤務医にとって環境が大きく変動するかと思います。

そこで、シンポジウム２題は、新興感染症が新たな事業に盛り込まれた第８次医療計画、５疾病６事業や改正労働基準法に基づき、勤務医にも時間外労働の罰則上限規定が適用となる働き方改革についても予定しております。

ここで、青森県の秋用のPR動画を用意しましたので、御覧ください。

（動画上映）

ありがとうございました。

ただいま御紹介したとおり、青森県は非常に自然が豊かでございまして、リンゴなどの農産物、また、太平洋、日本海、そして、津軽海峡と３方を海に囲まれておりますので、新鮮な海産物もたくさんございます。また、東北の他県ほど著名ではありませんが、おいしい日本酒もたくさんございます。懇親会では皆様に堪能していただけるよう様々な種類の日本酒を用意いたしますので、ぜひお楽しみください。

青森の夏はねぶた祭が全国的に有名ですが、秋の紅葉もまた非常に人気となっております。奥入瀬渓流の紅葉まで足を延ばすと、途中、酸ヶ湯温泉とか、すばらしい温泉も多くございます。

また、次期協議会の特別講演では、令和３年に世界遺産に登録された三内丸山遺跡について、三内丸山遺跡センターの岡田所長から御講演をいただく予定となっております。三内丸山遺跡は青森市内にございますので、御興味を持たれましたら足を運んでいただきたいと思います。

来年、数多くの先生方に御出席賜り、青森県でお会いできることを楽しみにしております。

以上をもって次期担当県会長挨拶といたします。ありがとうございました。

特別講演Ⅲ

（13:00～13:50）

2040年の医療介護

2040年の医療介護

講師／一般社団法人未来研究所臥龍代表理事
上智大学総合人間科学部教授
前駐アゼルバイジャン共和国日本国特命全権大使
元厚生労働省年金局長・元内閣官房内閣審議官
香取　照幸
（かとり　てるゆき）

座長／愛知県医師会副会長
勤務医部会部長
加藤　雅通
（かとう　まさみち）

【加藤雅通（愛知県医師会副会長）】

どうも皆様、午後の部、よろしくお願いいたします。

それでは、まず午後の部の第１席、特別講演Ⅲとしまして「2040年医療介護」と題しまして、香取照幸先生に御講演をいただきます。大変有名な先生ですので、改めて御紹介するまでもないかと思いますが、恒例ですので御略歴を紹介させていただきます。

香取先生は東京都の御出身で1980年に東京大学法学部を御卒業後、厚労省に入省されまして、内閣官房内閣参事官、そして同審議官を経られて政策統括官を御歴任されました。その後、2017年に在アゼルバイジャン共和国日本国特命全権大使を経験されまして、現在は上智大学総合人間科学部教授、そして、一般社団法人未来研究所臥龍、ここの代表理事を務めていらっしゃいます。

大変貴重なお話を伺えると思います。ぜひ、香取先生、よろしくお願いいたします。

【香取照幸（未来研究所臥龍代表理事）】

皆さん、こんにちは。今御紹介いただきました香取でございます。松本日本医師会長をはじめ、全国から都道府県医師会の幹部の方々が集まるようなところでお話をするのは大変光栄でございます。と同時に、そういう方々の前で医療の話をするのは相当緊張しますので、話が冗長になってしまうかもしれませんが、時間に収まるように努力をしたいと思いますので、お付き合いよろしくお願いいたします。

先ほど、松尾先生のお話を聞いていて、私、若い頃、1980年代の初め頃に、フランスのOECDで研究員を３年ほどやっていました。当時は日本経済が絶好調の時代だったので、その当時のOECD、あるいは国際社会での日本のプレゼンスというのと、それから35年たって大使としてもう一度外国へ出て、そこで見た世界から見える日本のプレゼンスの落差というのは、相当大きなものがあります。そこから戻ってきて今大学にいますが、私は初めて大学に行ったんですけれども、いろいろな意味で日本の大学はいっぱい課題を抱えていると感じています。なので、先ほどのお話は大変刺激的でした。

今日の話に入りたいと思います。頂いたお題は2040年の医療介護ということで、これから2040年に向けて、先ほど松尾先生の話にありましたように、世界も日本も大きく変わります。その中で、私たちは日本の医療や介護を守っていかなければいけない。そのためにどういう改革、自己改革も含めて、改革を考えなければいけないのかをお話ししたいと思います。

最初に「全世代型社会保障」という話です。岸田内閣は「全世代型社会保障構築会議」という会議を立ち上げて議論を行っています。私も構成員として参加していますが、この「全世代型社会保障」をどう理解するかということを最初にお話しします。

2013年の社会保障制度改革国民会議、これは民主党政権の最後に、民主党、自民党、公明党、当時の与野党の超党派の合意で設置した会議です。その会

議の報告書の中にこういう表現が出てきます。「全世代型社会保障への転換は世代間の財源の取扱いをするのではなく、それぞれに必要な財源を確保することによって達成するものである。」どういう意味かというと、１人の人間の人生を考えると、世代というのはない。子供の時代、青年の時代、高齢の時代、それぞれの時代を全ての人間は経ていくことになる。今までは、高度成長期の時代は、若い人たちの問題は企業や家庭や家族がカバーできたので、社会保障はそんなにたくさん出番はなかった。だけど、世の中が大きく変わったことで、今まで問題にならなかった青年期、特に現役期の人たちに様々な政策課題が出てきたと。だから、それぞれの人生のステージに合わせて必要なことをやっていく。それが全世代型社会保障という意味だということです。ともすると、何か高齢者から給付を削って若者に回す、みたいな話になるのですが、実はそういうゼロサムの話ではないということです。

もう一つは、これは話すと長くなるので簡単にやりますけど、高齢化、少子化が進んで、社会保障給付費が増える、百何十兆円にもなって大変です、という議論があるのですが、金額で議論している人はいうことはほぼ無視していいです。金額が問題なのではなくて、日本経済に占める社会保障の比率、大きさが問題なので、基本的には対GDPがどうなるかを見ることが大事です。なぜかというと、これはちょっと考えれば分かるのですが、社会保険って取る方は保険料ですよね。それで払う方は年金も医療も公定価格でやっているわけですよね。保険料額は給料で決まりますから、成長すると給料が上がるので金額は増えるんですね。給付のほうも、成長して賃金が上がり物価が上がれば増えていくし、そうでなければ上がらない。つまり、GDPが上がったり下がったりするとそれに合わせて給付も負担も名目額は動くのです。なので、名目額で大きい小さいを議論しても意味がないのです。

社会保障給付費を対GDP比で見たらどうなるか。今までの15年とこれからの15年、20年はどうかというと、2000年の社会保障給付費の対GDP比は14.8%でした。名目額でいうと、当時のGDPが528兆でそれの14.8%。それが2015年、2018年には対GDP比が21.5%になったんです。つまりこの間6.8%ポイント増えたんです。対GDP比で見る1.46倍になったんです。だからこの間の負担増はとても大きかったのです。何でそうなっているかというと、見ていただくと分かりますけど、この間ほとんどGDPは増えていないのです。これはまさしく高齢化の影響です。じゃ、この先の15年、2040年はどうかというと、今の推計だと2040年の対GDP比は23.8%まで増えます。もちろん高齢化が進むので増えるのですが、増え方は1.1倍ぐらいです。なので、今までですごく大変だったことを頭に置いて、これからも大変だ、もちろん大変ですよ、大変ですが、今までから比べればかなりマイルドな伸びになる。

何でそうなるか。最大の理由は、年金の対GDP比が少しずつ下がっていくからです。高齢化が進んで年金受給者が増えるのに下がる理由は、年金にはマクロ経済スライドが入っているからです。

御存じの方がいらっしゃると思いますが、若い人の負担する年金の保険料率はもうすでに18.3%で固定されています。どんなに高齢者が増えても若い人の保険料は増えない。企業負担も増えないです。で、その範囲内に収まるように給付の方を調整しているのです。どうやっているのかというと、例えば物価スライドが２%あるとします。それを全部スライドさせないで少し削り取るのです。少しずつ削り取って給付の調整をする。なので年金の対GDP比は少しずつ下がるということなんです。

それに対して医療とか介護の対GDP比は増え続けます。年金は、例えば65歳で年金をもらい始めました、70歳になったら年金額が1.5倍、２倍になることはないですね。つまり年金給付は高齢者の頭数どおりに増えていく。しかし医療や介護は、高齢化が進めば医療費って人数の増以上に増えます。つまり高齢化のインパクトは医療、介護のほうが大きいのです。子供は、一生懸命子供の給付を増やしても残念ながら子供の頭数が減っていくのでそんなに増えない。というわけで、財務省的視点で言えば、年金はもういい。片づいた。とにかく医療と介護を何とかしないと、というのが問題関心になる、という構造です。

それから、もう一つ大事なこと。これは、アメリカのデータですが、メディケアは65歳以上の人が全員加入します。アメリカの医療は皆保険ではないのですが、65歳以上の人はみんなここに入っているので、65歳以上の人の医療費統計は全部ここで把握で

きます。グラフを見て下さい。これは何を示しているかというと、65歳以上の人について、死亡時年齢別にその人の65歳以降の累積医療費・累積介護費を示した統計です。これを見ると何が分かるか。死亡時年齢別の累積医療費を見ると、死亡時年齢が上がれば上がるほど累積医療費が増えていく。これは考えればその通りなわけですよね。で、大体90歳から95歳ぐらいで累積医療費に関してはピークアウトする。つまり平均年齢が例えば100歳とか、そういう超高齢社会になると、死亡時までの累積医療費は年齢が上がっても増えなくなるんです。一方、ナーシングホームケアと書いてありますけど、これは長期ケアの費用、簡単に言うと介護費用です。こっちは死亡時年齢が上がっていくとリニアに上がっていきます。ということは、今日本の平均寿命が男性80歳、女性87歳くらいですけど、この後90とか95とかに上がっていくと、生涯コストは医療費よりも介護費のほうが大きくなります。ということは、もちろん医療費も介護費もこれから問題になりますが、より問題になるのは恐らく介護費ということになります。

そこに解説を書きましたが、累積生涯医療費は死亡時年齢90歳ぐらいまでは伸びます。つまり、寿命が伸びれば生涯医療費は増える。90歳代ぐらいまでは平均寿命の延びは生涯医療費の増大要因ですが、その先は伸びていかない。だけど介護費、長期ケア費はピークアウトしません。死ぬまで増えます。当たり前ですよね、最後みんな寝たきりになって死にますから。ということは、先々の超高齢社会を考えると、実は医療費よりも介護費のほうが多分より大きな問題になるということです。

そのことをまず頭に置いて、日本の医療提供体制について少し整理をしたいと思います。この辺はもう皆さん御存じのことなので簡単に行きますが、病院の語源はラテン語のオスペス、お客をもてなすのがもともとの語源です。世界で一番古い病院は、ボーヌにあるオスピス・ド・ボーヌという施療院、1940年にできたものですが、その後16世紀にイギリスでエリザベス救貧法ができ、隔離病院としての伝染病施設と貧民救済の施設ができます。日本でいうと小石川施療院みたいなのです。病院はこういう発展をし、19世紀に入って近代医学ができた後は軍事分野で発展した軍事医療が生まれます。ということで、病院というのは宗教的な性格の病院か、貧者の公的病院か、さもなくば軍事病院。何が言いたいかというと、病院と診療所は全く別の系統で発展してきたものだということです。

それに対して日本はどうだったか。先ほどの2013年の改革国民会議の中にこういう記述があります。「日本の医療政策の難しさは、これが西欧や北欧のように国立や自治体立の病院等、つまり公的所有が中心であるのとは異なって、医師が医療法人を設立し病院等を民間資本で経営する、そういう形で整備してきた。」「公的セクターが相手であれば政府が強制力を持って改革ができる。」「欧米の幾つかの国は実際にそうやって改革をしている。」「だが日本は、ある意味非常に市場依存型で、規制緩和をされていてそれこそ民活で病院をつくってきた。」「公的病院は病床数で全体の20%しかない。」「そのことを前提の改革ということになるので、ほかの国のように体系的にばさっとやるということができない。」「そういう中で政策をやっていかなければいけない、これが日本の医療政策の難しいところだ。」

一橋大学の猪飼先生、大変優秀な先生ですが、この方が『病院の世紀の理論』という本を書かれています。その中で、日本の医療提供体制の特徴として「所有原理型診療構造」ということをおっしゃっています。説明すると長くなるので、ここに書いてあるとおりですけど、要は、何十年もかかって、言ってみれば諸外国とは全く違う構造の提供体制がつくられていて、それを前提に日本の医療は動いている。これは非常に安定的で固定的なシステムで、それ前提に政策を組むので、大きい改革はなかなかされてこなかった。

日本の医療提供体制に対する評価ですけれども、これも先ほど松尾先生の話にありましたが、日本の医療制度に対する評価は極めて高い。これはどんなレポートを見ても、どんな国際機関の報告を見てもそう書いている。1960年代という戦後僅か15年で国民皆保険体制をつくり、非常に幅広い公的制度のカバーがあり、つまり保険が利かない医療がほとんどなくて、公平で平等で、かつコストが安くて、徹底的なフリーアクセスになっていて、今や長期ケアを制度的に保障する制度もつくった。非常に優れた制度だ、と言われています。と同時に、特に『ランセット』の報告に明確に書いてありますが、今はよくできている、だけど、さらに日本が少子・高齢化が進

んだときにこれが維持できるかどうかは、ちゃんと見ていないといけない。つまり、今後の日本の医療はいろんな挑戦を受ける、今のままで行けるかどうかが問われる、ということです。

では、今我々を取り巻いている状況はどうでしょうか。日本はすでに世界最高水準の高齢社会です。しかもこれからもさらに高齢化が進みます。ということになると、医療・介護ニーズはこれからまだ量的に増えます。2040年までに人口は15%減りますが、後期高齢者が増えるので要介護者は増えます。患者の数も増えます。65歳以上人口のピークは2042年か2043年ぐらい、75歳以上の後期高齢者人口のピークは2060年ぐらいなので、そのあたりまでは増大していって、それを過ぎないとピークアウトしない。疾病構造も変わるから受療率が上がるし、受療期間も長くなるし、要介護期間も長くなる。かつ、医療技術はどんどん進歩して医療は高度化していく。治療可能な疾患が増えますし、延命期間が長くなるので、どう考えても結果として医療・介護のニーズが増える。

他方で社会経済情勢はというと、言うまでもなく家族とか地域の力はどんどん下がります。ライフスタイルも変わります。高齢の単身世帯と高齢夫婦世帯が増えます。ということは、役所の側からすると、公的サービスで介入をしなきゃいけない時点が手前に倒れてくることになるので、公的サービスに依存する人は増えることになります。それから、戦後世代が後期高齢者になっていきます。都市生活者が多い、被用者年金の人が多くなるのが一つと、高齢者内部での所得格差がどんどん大きくなっていくことになります。さらに言うと、これから、失われた30年を現役で経た人たち、つまりポストバブルの人たち、就職氷河期の人たち、３分の１が非正規だった世代の人たちが65歳になっていきます。そういう人たちの多くは単身であり、身寄りがなく、所得も低い。そういう人がかなり増えてくる。こういった人たちの医療介護ニーズをどうやって支えるかということになると思います。

それを支える日本の医療介護提供体制はどうか。先ほど日本の医療制度は評価されていると言いましたけど、実は体制的にはあまり充実しているわけではないです。人的・物的資源水準は必ずしも高くない。医療介護のマンパワー数は、国際的に見て正直言って貧弱です。我々現役の頃は基準看護と言っていましたが、現在の急性期病院の看護師配置は７対１ですが、この人員配置は国際的に見て決して高くはありません。提供体制は民間中心で、病床数は多いけど機能分化は進んでいない。介護の側の受け皿も、最近大分整備が進んでいますが、まだ整備水準は低い。改めて確認しますが、日本の医療介護提供体制は基本的に民間資本中心で整備されてきていて、設置者構成でも民間法人が多い。70%の病院が個人立か医療法人立。つまり個人が自分のリスクを負って、経営責任を負って、自分で借金して病院を建てて経営している、という世界です。これはつまり普通の中小企業と一緒だと思ったほうがいい。民間病院というのは利益も損益も最終的には法人に帰属します。かつ、ほとんどの法人は理事長が個人で債務保証していますから、最終的には個人に帰属することになります。そういう自分の責任で経営する人たちがいっぱい集まって支えているのが日本の医療体制。そうなると、個々の病院は自分の判断、経営リスクを背負って自身の判断で経営をすることになりますから、日本全体としての医療資源配分は必ずしも整合的には行われない。それぞれの施設が自分で医療マーケットを考え、自分の判断で経営を考える、つまり基本的にそれぞれの施設で完結をして物事を考えるので、ネットワークを組んで共同して地域全体でカバーをする、という思考はなかなか生まれてこない。基本的にお互いの調整ができていないので、重複投資とか機能重複はあちこちにある。なので、医療機関間の機能分化ができていないし、ましてや医療と介護の連携はなかなかできていない。国際標準から見てベッドはたくさんあるけど、個々の病院の診療機能は弱い。

実際数字を見ると、いかにベッドがたくさんあってお医者さんの配置が薄いかというのが歴然と分かります。人口1,000人当たりの病床数はヨーロッパ諸国の倍、もっとあるかな。だけどベッド当たりの人的体制はそれこそ５分の１とか、そういう世界になっている。これはベッド当たりの医師数の国際比較をしたものですけど、医療がどんどん高度化していくので、世界中どこでもベッド当たりのお医者さんの数はどんどん増えています。日本もちょっとずつは増えていますが、水準が全然違う。こういう医師の配置で急性期病院同士を比べたら、病院の機能

はどうかという議論をされたら、明らかに日本の医療は「薄巻き」になっているのです。これは2018年につくった資料ですけど、人口1,000人当たりの病床数の比較、100床当たりの医者数、人口当たりの医者数、看護職員数と比べてみると、まず人口当たりの医者数はちょっと少ない。それでもアメリカ・イギリス並みだから、一応医者数はそこそこある。だけど、ベッド数が多いので、病床当たりのお医者さんの数は、イギリスと比べたら８分の１、アメリカと比べて４分の１。看護師も同じことが言えて、半分とか３分の１以下。となれば早く治して早く出すとか、集中的な治療をすることができないので平均在院日数はそれだけ長くなると。今日はお示ししていませんが、平均在院日数と病床当たりの医者数をプロットすると綺麗な逆相関になります。在院日数を短くしたいんだったら、人的資源を投入しないと短くなりません。同じ話はICUでもあります。例えばICUの数を比べると、ベッドがたくさんある割には日本のICU数は決して多くはありません。今回も、コロナでちょっと何か起こるとICUは満杯になって入れない。コロナ患者が来るとほかの患者が入れない。三次救急でトリアージをせざるを得なくなって、本来だったら助けられたはずなのに助けられなかった人が結構います。救急の先生と話すと、外では言わないけど本当だったら助けられた人が随分いた、慙愧に堪えない、という話をよく聞きます。

病床規模別に見ると、申し上げるまでもなく日本の病院はみんな規模が小さい。民間病院の90%は200床以下です。全体の７割、８割は民間病院で200床以下。

他方、じゃ、どれくらいお医者さんは働いているのか、世界に冠たるフリーアクセスですから、１人当たりの受診回数は、北欧の国は4.5回とか４回ですが、日本は、１人当たり年間受診回数は13回ぐらいになる。それで、電卓をたたいてみました。これは単純計算ですけど、お医者さん１人当たりの入院担当患者数を調べました。日本はお医者さん１人当たり5.5病床を担当しています。これ、24時間換算ですから、単純にベッド数とお医者さんの数を割っただけです。実際には24時間お医者さんが働くわけではないので、もうちょっと多く持っていることになるわけです。他方、アメリカは1.1です。単純計算すると、病院のお医者さんは１人当たり５倍の患者を担当していることになります。外来はどうかというと、１年間の延べ外来担当患者数は日本は5,300人でアメリカは1,500人。これも３倍以上です。つまり、フリーアクセスが保障されている日本の医療制度では、お医者さんの労働環境は相当厳しい。特に病院勤務医はかなり厳しい。そう考えると医師の働き方改革は喫緊の課題だということになります。なので、提供体制改革の話も、あるいは医療のデジタルトランスフォーメーションの話も、やっぱり働き方改革を置きながら考えることが必要だと思います。

なんでこういうことになっているのか。その背景というか原因ですが、皆保険ができて、国民はみんなお医者さんに行けるようなりました。皆保険になった後、受診率も外来回数も医療費も急増しました。高度成長だったので、その費用を保険料でカバーできたわけですけれども、現場的に言うと、爆発的に増大する医療ニーズに見合って設備とかマンパワーが増えてきた訳ではない。しかも、それを民間中心でやる体制だったので、最小限の設備・マンパワーで、民間依存でそれをこなしてきた、というのが日本の医療の歴史です。出来上がった医療提供体制は、医師や医療スタッフは慢性的に過重労働で、医療濃度の薄い入院サービスでとにかく全体をカバーする体制になった。全国津々浦々、いろいろなところに病院や診療所があって患者さんは選べるけれども、病診機能が未分化だし、疾病構造の変化にはそれぞれの医療機関が個別に対応していますから全体として対応できていないし、個人資本で病院は整備していますから、集中的な資本投下が行われないので、高度医療にはなかなか対応できないし、規模の小さい病院がいっぱいあって、それがみんなで医療を支えている。そうすると、この前提で現場の医療が動いているので、この体制が崩れると医療提供体制が崩れる。なので、診療報酬もこういった前提で個々の病院なり診療所の経営を考えて配分する。つまり非常に現状維持的な配分することになって、結局今のような形ができたのだと思います。

ヒラリー・クリントンという人がいますよね。前回の大統領選挙、トランプと選挙をしましたが、あの人の御主人ビル･クリントンが大統領だった時代、だから1990年代ですね、あの頃ヒラリー・クリントンさんは上院議員でした。当時、クリントン改革と

いって、彼女はアメリカの医療改革をやろうとしました。民主党の伝統的な政策である国民皆保険をつくると。結局はうまくいかなかった。失敗しました。最終的にオバマさんのときにそれをやるわけですが、当時、日本の医療制度を勉強するといってクリントンさんが日本に来ました。ずっと日本の医療制度を見て回って、帰国後に印象を聞かれて彼女は何と言ったかというと、日本の医療提供体制は非常にすばらしい、すばらしい理想的な制度だと。だけど、アメリカではこれはつくれないと思った、と言いました。何故ですかと聞かれて、日本の医療提供体制は医療従事者の献身的、もう一個何て言ったかな、奴隷的とは言いませんでしたけど、要するに犠牲的な労働によって成り立っていると。アメリカの医者はそんなに働かないので無理だと。そういうことを言ったのです。こうやって数字を見てみると、やっぱり確かにそういうことなんだと思います。

今度のパンデミックで何が見えたかですけど、これは私だけじゃなくていろいろな方がおっしゃっていますけど、これって20年後はきっと日本の医療介護ってこういうことが起っているだろう、ということが前倒しで目の前に現れたと考えてもいいのではないか。つまり、未来の課題を我々は現在見ている。未来を現在で見ていることじゃないか。既に入院患者の７割は65歳以上です。半分は75歳以上。一昔前の定義で言えば病院はみんな老人病院です。それで、高齢者の６割は独居か老人夫婦世帯。つまり、家に高齢者以外はいないところに住んでいる人が６割います。先々のことを考えれば、病院に来る人ってどういう人かと考えると、要介護で、基礎疾患を複数持っている慢性疾患患者が、急性疾患で、感染症で、転倒骨折で入院してくる。そういう状態像の人の入院が常態化することになるのです。そういう人を家に帰しても、家族はほぼいないので、家族介護はほぼ当てにならない。そのことを前提に医療介護の形を考えると、今の提供体制で持つかというと多分持たない。だから提供体制改革は避けて通れない。

そこに幾つか書きましたが、今回も、例えば認知症のおばあちゃんがコロナで、それこそばりばりの感染症病棟、つまり急性期病棟に入ってくる。ばりばりの急性期病棟には介護スタッフはいないので療養機能はないですから、結局みんな看護師さんがやることになって、そうでなくても人をたくさん張らなきゃいけないのに大量にそこに人が持っていかれて、病院全体が機能不全を起こす、といったことがあちこちで起こりました。そのことを考えると、急性期病棟といえども、ある程度療養機能を持つことを考えないといけない。逆に、療養病床だからといって急性期のことは考えなくてもいいかというと、そうはいかなくて、ある程度の救急対応、二次救急ぐらいは対応できないと恐らく地域医療は守れない。介護でも、例えば特別養護老人ホームは配置医がいるだけで、ちょっと発熱をしたりすれば、救急車を呼んで病院に入れるところが実際は多いわけですよね。つまり、介護施設の医療機能もちゃんとつけないといけないし、在宅をきちんと支援する体制を地域につくらないと病院の負荷が大きくなる。要はこういうことなのではないかと考えています。

その意味でいうと、ずっと今まで言われてきたことではありますけれど、日本の医療提供体制が抱えていたいろいろな構造問題というのが、今度のコロナのことで露呈してきたと考える必要があるんじゃないか。一つは、機能未分化で、非効率で、薄巻きになっている。そういう意味で言えば余力がない医療提供体制になっている。その背景は、良し悪しの問題ではなくて、自由開業医制で自由標榜制、独立採算の中小民間病院が中心で、フリーアクセスの医療ニーズを支えてきた。医療機関相互は一種競合関係にあって、機能が未分化で重複関係にあるので、なかなか黙って放っておいて連携とか協働の契機が生まれるかというと、実はそういう契機は内在していない。となると、何らかの制度的な介入をしないとそういうものはつくれないと。これまでも病病連携、病診連携、医療介護連携、救急対応とやってきましたが、やっぱりなかなかうまくいかない。うまくいっているところを見ると、個々の現場のお医者さんの頑張りとか、個々の医療機関の機転とか応用動作で現場を持たせてきたということではないか。他方、患者はいつでも好きなときにどの病院でも勝手に行けるのがフリーアクセスですから、その意味で言うと、適時適切な医療需要をちゃんと判断して、診療科別に振り分けるとか、患者の流れを制度的につくる、と言ったことができないので、言うところの包括的な健康管理、予防、健康管理、初期診療、治療をして専門治療を受けて自宅へ帰ってと、こういう患者の流れをつくるのがなかなかできない。つ

まり提供側もコントロールできないし、患者の行動も制御できない中で、民間中心の医療機関が医療を支えてきた。さっきも申し上げたように、医療機関は非常に過重な労働をしてこれを支えていることになります。

先ほど、これから医療介護需要が増える、というお話をしましたが、実はマクロで言えばそうなんですが、地域別に見るとかなり状況が違っています。さっき言ったように、日本全体で見れば、65歳以上人口は2040年代半ばぐらいにピークアウトします。75歳以上は2060年代後半にピークアウトしますから、それにちょっと遅れて医療介護需要はピークアウトしていくことになります。ということは、普通に考えれば、向こう20年、30年は、ニーズは増えていくことになります。長い目で見れば最後は需要が減っていくので、それに合わせて提供体制を動かすことになりますが、東京は恐らくこれを過ぎてもまだ医療介護需要はどんどん増えていく。それこそ特養ももっとつくんなきゃいけない、ヘルパーも増やさなきゃいけない、療養病床も必要だという、そういう世界です。他方で、もう既に2040年、2060年が到達している地域もあります。こういう地域はもう既に今足元で、総人口どころか65歳以上、75歳以上人口だって減り始めていて、確実に医療需要も毎年減る。つまり、今持っている病院や医療の体制はオーバースペックになることが見えちゃっていて、再編合理化をしないと共倒れになる、という地域もあって、全く問題状況が違っている。さらにいうと、日本全体で見れば人口は減り、高齢化も進み、医療介護費の対GDP費は増えていきますから、霞ヶ関というか、財務省というか、日本全体を見ている人たちからすれば、それは人口が減って大変なところもあるかもしれないけど、マクロで見ればやっぱり医療費は増えるのだから、抑えないと駄目だよね、というプレッシャーがかかり続ける。そういう、ちょっとねじれた中で僕たちはこの問題を考えないといけないことになります。

そう考えると、やっぱり議論は原点に戻ると思っていて、疾病構造の変化に合わせて病院機能の分化はしないといけないし、連携とか選択と集中もしないといけないし、今度のことで分かったように、在宅を強くしておかないと、救急とか病院にかかる負荷が大きくなるので、在宅医療をどうするかということも視野に入れて、地域完結型の医療提供体制をつくることが必要です。もう一つは、これからは医療・介護療法で複合的なニーズが多くなるので、医療も、治すという医療だけではなくて、支える機能も医療に求められるようになるので、それこそかかりつけ医、総合診療医とか在宅支援診療医、あるいはそれを支える地域支援病院の位置づけをきちんとしていかないと医療全体が回らなくなる。さらには医療以外の様々な多職種との連携とか包括ケアの形をつくっていく。それを担っていく人としてかかりつけ医や在宅医療を担う人を考えなきゃいけない、そういう視点になっていくだろうと思います。

そこで、ここまでのことの繰り返しになりますが、超高齢社会の医療に求められるものは何だろうかということを考えてみたいと思います。「治す」というのは医療の基本的機能なので、これがなくなることはもちろんありません。どんどん医療技術革新も進みますから、それに対応して診断技術、治療技術も進歩しますし、それを臨床現場に応用していくことで医療の高度化が進みます。他方で、これからの地域社会、高齢社会の姿を見ると、治すだけではなくて、病気を抱えて生きていく人に寄り添ってその生活を支えていくことも医療の大きな機能になります。この「治し支える」というのは、別の言葉で言えば、医療を行うために生活を犠牲にすることがないようにする、その人の生活をできるだけ守る、QOLを守って医療をする。つまり医療の上に生活という上位概念があって、その中で医療が機能すると、多分そういうものが求められることになっていくだろう。まさに介護はそういう考え方に立っていますね。そうすると、病院の機能、病院というか病床かもしれませんが、その機能ってベクトルとして大きく二つに分かれることになるのではないかと思います。治すことに特化した高次機能の専門病院、高次救急病院とか特定機能病院と、治し支える役割を担って在宅医療や地域医療を支える病院。そして後者の機能は、これは在宅医療とか地域医療をやっている先生方皆さん御承知のとおり、患者さんを支えるのは医療だけではできません。いろいろな多職種、看護や介護と協働してやっていくことになるので、当然のようにネットワーク型、地域完結型だし、在宅を基本に患者を支援する形になったので、外来だけでは支えられないので往診・訪問診療などアウ

トリーチをしていくことが必要になります。さらにはオンラインのような技術をできるだけ現場に実装して取り組んでいくことになります。そのフロントラインで立っているのはかかりつけ医であり、その機能を支える地域密着病院がそこにないと医療そのものも完結しない。そう考えていくと、医療とか看護や介護や生活支援を包括的・一体的に提供する、要するに地域包括ケアということになりますが、そういうものが必要で、これを束ねていく、そういう役割の人が必要になります。そして、多職種連携はいろいろな人が関わるわけですから、情報基盤とか情報連携の仕組みがないとこれは機能しません。なので、医療DXは在宅医療とか地域包括ケアを考える上では不可欠のツールになる。これがないと機能しないということになると思っています。

そう考えると、地域医療構想の中で病院の機能分化についてずっと議論してきて、病床機能報告制度を作って病床の機能分化を進めて、とやっていますが、もちろんそれはそれで必要なことですが、そのことと併せて、急性期にきちんと資源集中をして、要は治す機能を果たせる病院をきちんとつくっていくことと、地域医療や在宅医療も視野に入れて、そこを強化していく、この二つを同時にやっていくことが必要だということが見えてきます。何か、とにかく入院期間を短くして病床を減らして、病床を減らして余った分を在宅に振って、という思考回路でこの問題を考えては駄目で、在宅医療も含めた全体の医療資源を再配置して、医療全体として患者のニーズを受け止めることができる体制をつくる、そういう発想で考えることが必要ですし、恐らくそれをやれば、今あるリソースで必要なサービスをカバーすることになるわけですから、費用対効果も高くなって医療の最適化はそこで実現できることになる。だから、かかりつけ医の話もこのコンテクストの中で考えることが必要だと思います。

これは最近つくった、というかつくってもらった絵ですけど、今まで、急性期、回復期、慢性期と病院を機能分化しましょう、その上で機能分化と連携、病床機能としてこういう機能分化をして、それぞれ連携でつないでいって云々、ということを地域医療計画や地域医療構想の中で考えてきたわけですけど、もちろんそれはそれで大事ですが、もう一つ、地域における病院という機関の機能を考えると、強化して集約化した急性期病院と、在宅を支える多機能の地域密着病院と、病院機能のベクトルは多分二つに分かれる。もちろん上も下も両方大事ですけど、これからの地域医療を考えていくと下の形をどうやってつくるかということがとても重要になる。今回のコロナのことで分かったことは、ここがきちんと機能しないと上も倒れる、ということが分かったので、ここをちゃんとやりましょうということになるのではないかと私は思っています。

2008年、消費税の議論を始める最初のときに、社会保障国民会議というのを福田内閣、麻生内閣のときにやりました。このとき私は事務局にいて報告を書いたのですが、これからどういうふうに医療改革を進めていくのかという議論をやって、地域医療を再生するためには提供体制改革が必要だ、と言う結論になりました。その中で四つのことを書きましたが、実はこれ、今の議論とほぼ同じです。問題意識は変わっていなくて、高次機能病院には資源集中をして、それこそ国際標準レベルの急性期医療体制をつくらなきゃいけない。他方で、地域はできるだけネットワークをつくって地域完結型医療をつくっていく。さらに言えば、医療を超えたネットワークをつくることで、全体として面的でカバーできるような地域完結型の医療をつくっていく。加えて、専門職種間の機能分化とか役割分担を見直して、タスクシフトをしていくことで医者の負担を軽くする。そのことを前提に、人の資源を確保し物的基盤を整備することを考えなきゃいけない。このとき提起したことの一つが、診療報酬や介護報酬の体系的な見直し、と言うことでした。今の診療報酬は、簡単に言うと、お医者さんが何かをすることに対して報酬をつけることになっているので、基本的には医者がやったこと、医療行為単位、医療機関単位で報酬がついている。しかし、これからネットワークをつくらなきゃいけないとか、役割分担をするとか、マネジメントとか、そういうことを考えていくと、今までの概念では包摂されなかったことについて一定報酬が払われないと、目指すような地域医療の形はつくれないと。あるいは、遠隔診療、オンライン診療であるとか、新しい診療の形が出てきたときに、それに対応した報酬をつくらないといけない。それを、今の報酬体系の中にどこか織り込ませて点数をつける、と言うことでは多分対応できない。なので、医

療機関単位、医療行為単位で報酬を組み立てる、という今の形は構造的に見直す必要があるんじゃないか。この話は、今回かかりつけ医機能の話をしていますが、ここでも同じ話が出てくるのです。かかりつけ医の機能役割には「療養の給付」を超える仕事がいっぱいあります、なので、そういうことになるのではないかと思います。

あと５分あるので簡単に話します。かかりつけ医の話です。かかりつけ医は先ほど言った全世代型社会保障構築会議で議論をしていて、５月に中間整理が出ています。この中での問題意識は、今回のコロナ禍で、かかりつけ医機能とか地域医療の機能が十分でなかったので、病院に大きな負荷がかかり、全体に医療危機を迎えたことを考えると、これから医療提供体制改革を考えるときは、～「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」という例のキーワードがここで出てくるのですが～かかりつけ医機能をはじめとした在宅医療も含めた医療提供システム全体を見通した地域医療構想をつくらなきゃいけない。そういうことが書いてあります。この記述を踏まえて今年の骨太の記述が書かれたので、そういう意味でいうと今年の骨太はちょっとましな骨太にはなったかと思います（笑）。かかりつけ医の話は、今申し上げたように、かかりつけ医自身の診療能力といった問題だけではなくて、医療提供体制全体をどう改革するか、という中で考えることが必要だと思っています。医療を提供する側の視点からすれば、医療提供体制全体の中に在宅医療や地域医療をきちんと位置づける。地域完結型の医療をつくって地域で切れ目のない医療介護サービスをつくる。そういう視点からかかりつけ医の機能を考える。さらには、医療を越えた地域包括ケアネットワーク、それを支える医療情報連携とかPHR、そういうこととの関連も考えなきゃいけない。利用者の側の視点からすると、医療へのアクセスの問題をどう考えるか。一方で、医療サービスを選択し利用することを国民に保障することと、無駄のない適時適切な医療ができるようにコンシェルジュ機能を果たすかかりつけ医の役割をどういうふうに両立させるかを考える。制度・政策の視点で言えば、総合的な、あるいは包括的な健康保障、健康管理、予防や治療・療養も含めた全体をどういった形で保障するか。その形を地域でどうつくるか。これらのそれぞれにかかりつけ医機能は関わっています。そしてこの三つは相互に連関していると私は思っているので、そういう視点で考える必要がある。そうすると、全体の提供体制の形をどう考えるかという議論をきちんとして、その中でかかりつけ医・かかりつけ医機能を位置づける、というふうに考えていかないといけない。システムとしてどう組み込んでいくかを考えていかなければいけない。そういうことなのではないかと考えています。

これ、皆さん御存知の日医・四病協のかかりつけ医の定義です。これは医療界の統一見解ですから、基本的にかかりつけ医の議論はこの提言を前提に議論しています。これを要素分解してみると、かかりつけ医本人、つまり医者としての能力をどう考えるかという話と、それを支える、地域の中小病院も含めた提供体制全体としてかかりつけ医機能をいかに実現するかという、二つの視点からの定義が含まれています。

それで、もう一度お話をしますけれども、かかりつけ医の話をすると、何か登録制にするとか、人頭払いだとか、つまりお金の払い方をすぐしたがる人がいますが、多分そういう話ではないと思っていて、日医・四病協の定義を見ても分かるように、かかりつけ医機能は保険診療では包摂できないいろいろな機能や役割をお願いしていることになるわけです。そうすると、その部分はどうやって費用補償をするのか。診療報酬の概念を広げて予防や健康管理も診療報酬でカバーするというのであればそういう形になるし、いやいや、診療報酬は個別診療行為についてしかお金は出さない、予防、健康診断・健康管理とかは診療報酬ではカバーしないというのであれば、別の形でお金を手当てすることになります。なので、まずかかりつけ医の機能役割という入り口の議論で交通整理をして、そういう意味で言えば保険の世界ではなくて医療政策の世界できちんとかかりつけ医機能を位置づける議論をちゃんとして、その上で診療報酬の議論にするという、そういうきちんとした手順を踏む必要があると私は思っています。

すみません、大変駆け足で。お話ししたいことがたくさんあったものですから、申し訳ありません。私の話は以上です。御清聴ありがとうございました。

2040年の医療・介護

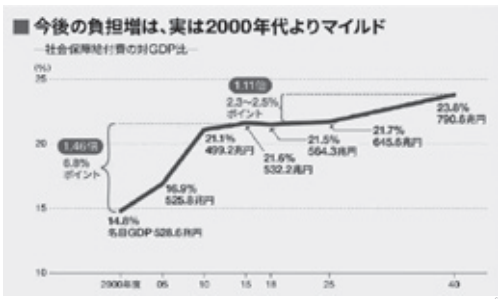
2022年10月15日

令和4年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

上智大学総合人間科学部 教授 /
一般社団法人未来研究所臥龍 代表理事
香取　照幸
http://www.garyu.or.jp/index.html

Future Institute Wolong

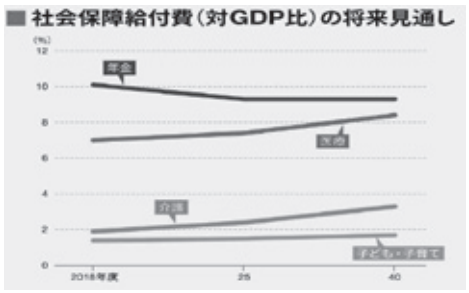
1



6

「全世代型社会保障」の意味

2



7

全世代型社会保障とは

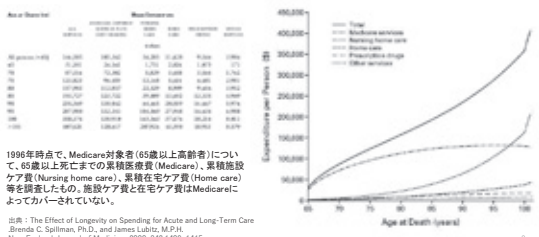
「全世代型の社会保障への転換は、世代間の財源の取り合いをするのではなく、それぞれに必要な財源を確保することによって達成を図っていく必要があるものである。」

「社会保障制度改革国民会議報告書」（2013年８月）

人生にあるのは「青年期」「高齢期」であって「世代」ではない。
→社会経済状況の変容によって、これまでは問題になってこなかった新たな政策課題が「青年期（現役期・子育て期）」に登場。
それに適時適切に対応する、ということに尽きる。

3

Cumulative Health Care Expenditures from the Age of 65 Years until Death, According to the Type of Health Service and the Age at Death.
（死亡時年齢階級別・サービス別　65歳以降死亡時までの累積医療・介護費）



1996年時点で、Medicare対象者（65歳以上高齢者）について、65歳以上死亡までの累積医療費（Medicare）、累積施設ケア費（Nursing home care）、累積在宅ケア費（Home care）等を調査したもの。施設ケア費と在宅ケア費はMedicareによってカバーされていない。

出典：The Effect of Longevity on Spending for Acute and Long-Term Care .Brenda C. Spillman, Ph.D., and James Lubitz, M.P.H. New England Journal of Medicine 2000; 342:1409-1415

8

社会保障の規模・費用は、国民経済との関係で考察しなければならない。

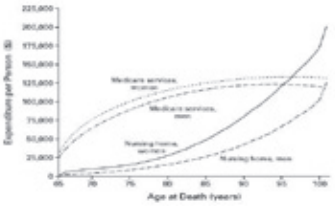
社会保障の規模を絶対額（名目額）で議論することは意味がない。

何となれば
：社会保障の給付と負担の名目額は、賃金・物価に連動している。
年金　収入は賃金の一定割合　支出は賃金/物価スライド
医療・介護　公定価格（診療報酬・介護報酬）→賃金・物価に連動
福祉給付（生活保護など）　基本的には物価連動

すなわち、名目額は基本的に国民経済（賃金・物価）にあわせて動く。
経済成長すれば増大するし、経済成長しなければ伸びていかない。

4

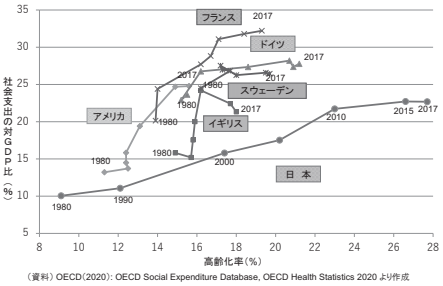
累積医療費（Medicare医療費）と累積施設ケア費（Nursing home費）だけ抜き出してみる



累積生涯医療費は死亡時年齢90歳くらいまでは伸び続ける。寿命が伸びれば生涯医療費は増大する。
→ 高齢化＝長寿化は少なくとも90歳代までは生涯医療費の増大要因になる。
寿命の伸長は「老化の先送り」と考えてよい。感覚的に言えば今の60歳は昔の50歳、今の80歳は昔の65歳。
他方、長期ケア費はピークアウトすることなく伸び続ける
→ 高齢化・長寿化のインパクトは長期ケア（介護）においてより大きい。

9

高齢化率と社会保障の給付規模の国際比較



（資料）OECD(2020): OECD Social Expenditure Database, OECD Health Statistics 2020 より作成

5

本題

我が国の医療・介護提供体制

10

そもそも病院とは？

病院（Hospital, Hospice, Ospedale）の語源は “Hospes”（ラテン語）
語義は「客をもてなす」 Hotel, Hospitalityと同じ

中世における巡礼者の宿泊施設が起源
→ 貧困患者の収容施設（看護主体）が生まれる。

Hospice de Beaune（フランス、ブルゴーニュ地方）
1443年設立、世界最古の施療院。教会に附設された。

16世紀のイギリス　エリザベス救貧法
：隔離病院としての伝染病院
：救貧法に基づく貧民救済＋労働者調達施設

19世紀に入り、近代医学が発達→軍事分野で発展　軍事医学・軍事病院
一般市民対象の近代病院は　宗教的性格の病院か貧者対象の公的病院か、どちらかの形で発達

日本の医療政策の難しさは、これが西欧や北欧のように国立や自治体立の病院等（公的所有）が中心であるのとは異なり、医師が医療法人を設立し、病院等を民間資本で経営するという形（私的所有）で整備されてきた歴史的経緯から生まれている。

公的セクターが相手であれば、政府が強制力をもって改革ができ、現に欧州のいくつかの国では医療ニーズの変化に伴う改革をそうして実現してきた。

医療提供体制について、実のところ日本ほど規制緩和された市場依存型の先進国はなく、日本の場合、国や自治体などの公立の医療施設は全体のわずか14%、病床で22%しかない。
ゆえに他国のように病院などが公的所有であれば体系的にできることが、日本ではなかなかできなかったのである。

（「社会保障制度改革国民会議報告」2013年5月）

日本の医療提供システムの特徴　～歴史的に形成された「所有原理型診療構造」～

猪飼周平「病院の世紀の理論」による

医療の利用
：アクセスの自由度の高さ（フリーアクセス）
：診療時間の短さ（「３時間待って3分診療」）　アクセス自由度の高さ→外来診療の肥大化

医療機関の姿　自由開業医制・自由標榜制の下での医師による病床所有
：病院と診療所の未分化、競合関係の存在
：大病院における外来部門の存在　→　病院も診療所もプライマリケア・セカンダリケアを担う
：病院による医師の直接雇用・外部者への閉鎖性　→　オープン病院の試みは成功しない
：私立病院・病床ストックの比率の高さ　個人立診療所→個人立・医療法人立病院という歴史的経緯
：施設間における分散的な病床分布・高額医療機器の分散的配置・配置比率の高さ

医療職の姿
：開業医の高い専門性　医局→勤務医→開業というキャリアパス　開業医はプライマリケアとセカンダリケアを担う
：かかりつけ医の未確立
：医局制度　平等主義的人事　勤務医も開業医も同質の専門的医師　→　身分原理型の専門医制度は機能しない

☆極めて安定的・固定的システム →「医療政策を規定する決定的前提条件」→ 政策は常に漸進的

13

これまでの我が国の医療介護サービス体制の評価

1960年代に全国民への制度的医療保障を達成（国民皆保険）

公的制度でカバーする医療の範囲は極めて広い。

公平で平等、かつ低廉なコストでの医療サービスの提供

他の先進諸国には例のない「徹底したフリーアクセス」

世界に先駆け長期ケアを制度的に保障する介護保険制度を創設。

→皆保険体制は国際的に見ても極めて優れた制度であり、
我が国の医療制度に対する国際的評価は極めて高い。
WHO（WORLD HEALTH REPORT 2000）
NEWSWEEK（2010年9月1日号）
THE LANCET（2011年8月 日本特集号）

14

我が国の医療介護を取り巻く課題　1

我が国は人類史上例のない世界最高水準の高齢社会となり、人口減少が進む中、今後もさらに人口高齢化が進む。

∴今後の医療介護ニーズ（実体ニーズ）の量的拡大は大きい。

① 2040年までに人口は約15%減少。他方、後期高齢者の増により要介護者数、患者数は高齢化のスピードをさらに上回って増大。2040~2060年半ばを過ぎないとピークアウトしない。

② 疾病構造の変化（慢性疾患の増大等）による受療率上昇、受療期間の長期化、要介護期間の伸長等により、一人当たりの医療介護ニーズも増大。

③ 医療技術の進歩による医療水準の向上等により、医療内容が質的に変化。内容の高度化・治療可能な疾患の増大、延命期間の伸長等によって医療・介護費は増大。

15

他方で、医療・介護をめぐる社会経済情勢は今後とも厳しい。

④ 社会経済構造の変化や高齢者像の変化
（家族・地域機能の低下とライフスタイルの変化）

高齢単身世帯・高齢夫婦のみ世帯が増大。地域の支え合いも弱体化。
→公的サービスに依存する高齢者は確実に増大。

戦後世代の高齢者が後期高齢者に。
→都市生活者、被用者年金受給者が多数派。他方で高齢者内部での所得格差も拡大。

「失われた30年」を現役期で過ごしたポストバブル世代ーが高齢化。
→貧困・単身・身寄りなし高齢者の増大

16

我が国の医療介護を取り巻く課題　2

他方で、医療・介護を支える人的・物的資源水準は必ずしも高くない。

① 医療介護マンパワーは国際的に見て貧弱。
制度上の人員配置基準も低く実際の職員配置を見ても低水準。

② 医療提供体制は民間中心、病院病床数は多く、機能分化も進んでいない。

③ 介護施設・ケア付住宅の整備は進んでいるが、まだ整備水準は低い。

17

改めての確認：日本の医療提供体制の特徴

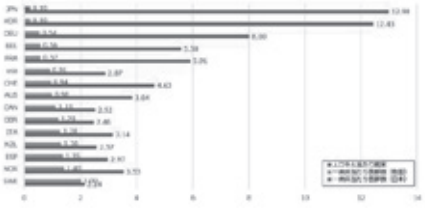
① 先進諸国の中で最も「民間資本中心」の医療提供体制。
⇒病院設置者構成において民間医療法人が一番多い。
（個人立も含めれば病院全体の70%）
民間医療法人立病院の利益は最終的に特定の個人に帰属。
（一方で投資も特定個人の債務保証が多く、再編統合が難しい）

② 地域医療提供体制のｶﾞﾊﾞﾅﾝｽの未確立
⇒医療資源配分・設備投資が「施設完結型」の発想で行われ、「地域完結型」になっていない。
⇒公立・公的病院間の重複投資・機能重複による資源（財源）の浪費

③ 医療施設の機能分化の未発達、地域包括ケアの視点の欠如
⇒国際標準から見た病院病床の過剰と療養機能の弱さ、介護サービスの不足

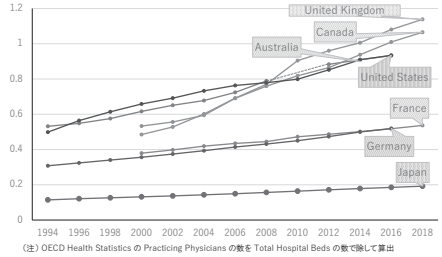
18

日本の病床当たり医師数は極めて少ない



OECD Health Statistics 2018

病床当たり医師数の推移（国際比較）



（注）OECD Health Statistics の Practicing Physicians の数を Total Hospital Beds の数で除して算出
（資料）OECD（2020）“OECD Health Statistics”

20

G7諸国の病床当たり病院職員数、平均在院日数、退院数の国際比較（2018年）

○ 病床当たりの医師数、看護職員数、病院職員数は、日本は他のG7諸国に比較して少ない。
○ 平均在院日数及び外来診察回数では、日本は、外来診療の頻度が高く、かつ入院期間が長い。

	平均在院日数	人口千人当たり病床数	病床百床当たり臨床医師数	人口千人当たり臨床医師数	病床百床当たり臨床看護職員数	人口千人当たり臨床看護職員数
日本	27.8 (16.1)	13.0	19.2	2.5	90.6	11.8
ドイツ	8.9 (7.5)	8.0	53.1	4.3	164.0	13.2
フランス	8.8 (5.4)	5.9	53.7	3.2	182.6*	10.8*
イギリス	6.8 (5.9)	2.5	113.8	2.8	311.7	7.8
アメリカ	6.1 (5.5)	2.9	91.2	2.6	410.8*	11.9*

21

1人当たり受診回数の国際比較について

○ 一人当たり受診回数をOECD（経済協力開発機構）加盟国で比較すると、日本はお起約多い。

OECD加盟国における一人当たり受診回数

外来受診回数が多い ＝ 医者にかかりやすい（アクセスがいい）

OECD Health Data 2019

ICU等の病床に関する国際比較について

	ICU等合計病床数	人口10万人当たりICU等病床数	（参考）死亡者数（人口10万人当たり）	（参考）ICU等合計病床数当たり死亡者数
米国*1	77809*2	34.7*3	66364	0.8529
ドイツ*4	23890	29.2	6812	0.2851
イタリア*4	7550	12.5	28710	3.8026
フランス*4	7540	11.6	24760	3.2838
スペイン*4	4479	9.7	25100	5.6039
英国*4	4114	6.6	28131	6.7884
日本*5	5603*5	4.3*6	（—）	（—）
日本*7	17034*7	13.5	510	0.0299

単純計算すると、、、、、

医師一人当たりの入院担当患者数
　日本　　5.5人（医師一人当たり5.5病床を担当）
　アメリカ　1.1人（医師一人当たり1.1病床を担当）

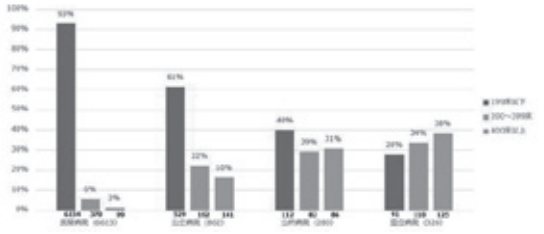
医師一人当たりの年間外来担当患者数（延べ人数）
　日本　　5.333人
　アメリカ　1,538人

フリーアクセスが保障されている日本の医療制度のもとで、医師の労働環境は過酷（長時間労働が常態化）。医師の「働き方改革」が大きな問題に。

☆医療提供体制改革・医療Dxの推進は「働き方改革」でもある。

設置主体別・病床規模別病院数割合（2020年）

～日本の病院は規模が小さい。特に民間病院は90%以上が200床以下～



皆保険達成以来、増大する医療ニーズを最小限の設備・マンパワーで（かつ民間医療機関中心に）こなしてきた歴史。

→医師・医療スタッフの慢性的過重労働・医療濃度の薄い入院サービス。
- **病診機能の未分化**
- **疾病構造の変化に対応できない病院体系**
- **高度医療に対応できない貧弱な病院設備・人的配置**
- **規模も小さく、体系性に欠ける機能未分化の医療機関（それを前提とした診療報酬の配分→悪循環のスパイラル）**

は、ある意味その論理的帰結。

その（悪循環の）構造問題が一気に顕在化したのが今回のCOVID-19禍

28

表3　開設者別にみた施設数

	施設数 平成29年(2017)	施設数 平成28年(2016)	対前年 増減数	対前年 増減率(%)	構成割合(%) 平成29年(2017)	構成割合(%) 平成28年(2016)
病　院	8 412	8 442	△ 30	△ 0.4	100.0	100.0
国	327	327	－	－	3.9	3.9
公的医療機関	1 211	1 213	△ 2	△ 0.2	14.4	14.4
社会保険関係団体	52	53	△ 1	△ 1.9	0.6	0.6
医療法人	5 766	5 754	12	0.2	68.5	68.2
個　人	210	240	△ 30	△ 12.5	2.5	2.8
その他	846	855	△ 9	△ 1.1	10.1	10.1
一般診療所	101 471	101 529	△ 58	△ 0.1	100.0	100.0
国	532	542	△ 10	△ 1.8	0.5	0.5
公的医療機関	3 583	3 610	△ 27	△ 0.7	3.5	3.6
社会保険関係団体	471	484	△ 13	△ 2.7	0.5	0.5
医療法人	41 927	41 140	787	1.9	41.3	40.5
個　人	41 892	42 770	△ 878	△ 2.1	41.3	42.1
その他	13 066	12 983	83	0.6	12.9	12.8

24

今回のCOVID-19パンデミックから見えたこと

<u>今回我々が直面しているのは、20年後の日本の医療介護の姿。</u>

すでに入院患者の７割は65歳以上、半数は75歳以上。高齢者の６割は独居か老齢夫婦世帯。

→要介護高齢者・基礎疾患持ち慢性疾患患者の急性期対応・感染症対応が常態化し、家族介護はほぼあてにならなくなる。

↓

2040年を見据えれば、医療/介護機能の見直し・提供体制改革は避けて通れない。

ex）急性期病床における介護機能/療養病床における急性期対応・二次救急機能
　介護施設における医療機能/在宅支援ー地域包括ケア（＝生活の継続性）を支える地域医療

29

表15　開設者別にみた病床数

	病床数 平成29年(2017)	病床数 平成28年(2016)	対前年 増減数	対前年 増減率(%)	構成割合(%) 平成29年(2017)	構成割合(%) 平成28年(2016)	1施設当たり病床数
病　院	1 554 879	1 561 005	△ 6 126	△ 0.4	100.0	100.0	184.8
国	128 184	129 185	△ 1 001	△ 0.8	8.2	8.3	392.0
公的医療機関	316 804	317 827	△ 1 023	△ 0.3	20.4	20.4	261.6
社会保険関係団体	15 643	16 006	△ 363	△ 2.3	1.0	1.0	332.8
医療法人	865 116	863 183	1 933	0.2	55.6	55.3	150.0
個人	20 109	24 196	△ 4 087	△ 16.9	1.3	1.6	95.8
その他	209 023	210 608	△ 1 585	△ 0.8	13.4	13.5	247.1
一般診療所	98 355	103 451	△ 5 096	△ 4.9	100.0	100.0	13.7
国	2 220	2 229	△ 9	△ 0.4	2.3	2.2	10.1
公的医療機関	2 505	2 566	△ 61	△ 2.4	2.5	2.5	14.2
社会保険関係団体	－	9	△ 9	△ 100.0	－	0.0	－
医療法人	72 824	75 509	△ 2 685	△ 3.6	74.0	73.0	14.4
個人	19 532	21 877	△ 2 345	△ 10.7	19.9	21.1	11.8
その他	1 274	1 261	13	1.0	1.3	1.2	14.0

注　一般診療所の「1施設当たり病床数」は、有床診療所に対する数値である。

25

～コロナ禍は日本の医療提供体制の構造問題を露呈させた～

・機能未分化・非効率で「薄まき」、余力のない医療提供体制

★背景：自由開業医・自由標榜制、独立採算の中小民間病院中心の提供体制で発展してきた歴史
医療機関相互の連携・協働の契機が内在していない
（病病連携・病診連携・医療介護連携・救急体制、、ずっと言われきているがうまくいかない。
現場の個々の医師・医療機関の「機転と応用動作」依存）

▪ 患者の「選択の自由」が極めて大きいフリーアクセスの医療保険制度

患者の流れ（適時適切な医療需要の振り分け）を制度的にコントロールできない
予防・健康管理→初期診断・治療（プライマリケア）→専門治療→自宅復帰の流れが作れない

→ 供給（提供側）もコントロールできず需要（患者）も制御できない。

日本の医師一人当たり入院担当患者数はアメリカの5倍、年間外来延べ患者数はアメリカの3.5倍。
医療従事者の労働環境は過酷。局所的に負荷がかかればいとも簡単に崩れる脆さ
←救急患者のたらい回し、医療（介護）難民、連携・ネットワークの不在はコロナ前からあった現象

☆人口動態の変化による医療・介護需要の変化

○ 65歳以上人口は2040年代半ばに、75歳以上人口は2060年代後半に上限に到達し、以降は減少に転じる。
→医療需要/介護需要はそれぞれこれに少し遅れてピークアウトする
→当面医療需要/介護需要は増大するが、早晩減少局面に転換していく
→医療/介護提供サイドから見ると、中長期的には需要減少・患者数減少に対応した提供体制のダウンサイジング・再編成は必至
（この問題は地域差が極めて大きい。需要増が当分の間続く都市部に対し、中山間地域では利用者数減少→病床/施設再編・合理化がすでに現実の問題になっている）

○ 他方で同時に総人口の急速な減少が進む
→日本全体で見れば、医療費/介護費の対GDP比は上昇し続ける
→財政的には医療/介護費の最適化（「抑制・適正化」）は大きな政策課題であり続ける

あるべき姿を実現するためのサービス提供システム改革

（2008　社会保障国民会議　～私の問題意識）

36

→かくして議論は原点に戻る。

疾病構造の変化に合わせた病院の機能分化と連携、選択と集中、
在宅医療をも視野に入れた地域完結型医療への転換
地域医療構想は「病床削減」（だけ）が目的ではない！！

生活の継続性を支える医療（「治し、支える医療」）
かかりつけ医（在宅支援・総合診療医）とそれを支える地域支援病院

医療と介護の一体的提供、多職種協働、地域包括ケア
地域包括ケアを支える在宅医療の充実、ターミナルケア医療・介護
医療・介護を支える多様な職種・人材の養成確保

32

○「地域医療再生」ーサービス提供システム全体の構造改革

① 病院機能の高度化・最適化、資源の集中投入
・病床の機能分化の徹底・急性期病床の機能強化による、医療技術の進展に対応できる国際標準レベルの病院医療体制の実現
・施設機能の再構成・転換の推進（病院病床の機能分化（急性/回復/療養）
医療施設→介護・生活支援施設への移行 （ex）介護医療院）

② 地域における医療機能のネットワーク化、施設完結から地域完結へ
・①の機能分化を前提とした病院間・病院/診療所間の面的機能連携による「地域完結ーネットワーク型」医療提供体制の整備

③ 地域包括ケア体制の整備（医療・介護・福祉の一体的提供）
・①②を踏まえ、地域生活継続の支援を基本とした、医療・介護を通じた切れ目のない包括的サービス提供体制の整備
・地域ケアを支える在宅支援診療所とそれを支える後方病院の強化

④ 専門職種間の機能・役割分担の見直しと協働体制の整備
・「多職種協働」「ケアマネジメント」「情報共有と連携」
・雇用管理・効率的人材活用を含めた「病院マネジメント機能」の強化

37

高齢社会における医療に求められるもの

・医療の目的の変化：「治す医療」から「治し支える医療」へ
ー生活の質（Quality Of Life）を重視した医療へ
「生活の中の医療（生活を犠牲にしない医療）」

・病院に求められる機能役割の変化 ～病院機能の２つのベクトル～
一方では、「治す」に特化した高次機能・専門治療機能
他方では、「治し、支える」を担う在宅医療・地域医療を支える機能

・「治し、支える」は医療だけでは実現できない。
地域医療の形も変わる 「地域完結・在宅支援型」
外来中心から往診・オンライン中心へ　地域支援病院との協働が不可欠
医療・看護・介護・生活支援、包括的ケアが必要
医師・看護師・OT・PT・薬剤師・介護職など多様な専門職種の連携・協働が重要
ーだから地域包括ケアネットワーク
多職種連携を支える情報基盤は不可欠
→ 医療IT・IoT・Dxは、在宅医療・地域包括ケアを支える不可欠のtool

33

○ サービスを支える人的・物的資源の計画的整備

① 人的資源の確保
・客観的な人的資源の需要予測に基づく専門人材の計画的養成・確保
・限られた人的資源を効果的・効率的に活用する観点からの専門職種間の役割分担・機能分担の見直し
・マネジメント機能強化のための人材養成・開発（専門事務スタッフの強化）

② 物的基盤の整備
・知識集約産業としての病院・施設経営の事業（ビジネス）モデルの構築
・経営近代化・効率化（IT化・ネットワーク化）
・投資資金（資本コスト）調達手法の開発、外部資源の活用
・知識集約産業としての投資コスト（設備整備コスト）の確保

38

・患者利用者（＝国民）の医療へのアクセスの保障
・当面の医療需要/介護需要の増大、中長期的な需要の減少・患者数減少
・有限の医療介護資源（人的・物的資源）で必要な医療介護需要を効果的・効率的に受け止める
→∴地域全体でも、個々の事業体（医療機関）にとっても、患者像の変化に対応した提供体制のダウンサイジング・再編成は不可避

・同時に、病院に求められる機能役割は変化
一方では、「治す」に特化した高次機能・専門治療機能
他方では、「治し、支える」を担う在宅医療・地域医療を支える機能

とすれば、地域医療構想で考えるべきは、
① 急性期の機能強化
急性期病院の集約化（病床削減＋資源の集中投入） 高度急性期・重症急性期の入院医療への特化
② 地域医療・在宅医療の強化
かかりつけ医機能の実装、地域密着型中小病院の機能の明確化 地域包括ケア支援

「病床削減」だけを考えていてもダメ。人的物的資源の再配置という意味での提供体制改革を実現していかないと、医療費の「最適化」は実現できない。

34

○ 診療報酬体系・介護報酬体系の改革

① 病院医療の実態を踏まえた報酬体系
・医療技術革新・診療内容の高度化・重装備化（設備整備コストの増大）、
・医療安全・インフォームドコンセント、チーム医療の進展、IT化など、
・病院医療の変化の実態に即した診療報酬体系（骨格）の構築

② 地域医療を支援する診療報酬体系
・機能分化/連携・ネットワーク化など、新たな地域完結型医療体制の構築に対応できる報酬体系
・かかりつけ医機能・多職種協働・ケアマネジメント・地域包括ケア・在宅支援機能・医療介護連携など、「医療＝診断・治療」を超えた新たな課題に対応できる報酬体系の構築

→伝統的な医療機関単位・医療行為単位での報酬体系の構造的な再編成

39

35

補足

「かかりつけ医機能の実装」

40

全世代型社会保障構築会議　中間整理（2022年5月17日）

加えて、今回のコロナ禍により、かかりつけ医機能などの地域医療の機能が十分作動せず総合病院に大きな負荷がかかるなどの課題に直面した。

かかりつけ医機能が発揮される制度整備を含め、機能分化と連携を一層重視した医療・介護提供体制等の国民目線での改革を進めるべきである。

2025 年までの取組となっている地域医療構想については、第8次医療計画（2024 年～）の策定とあわせて、病院のみならずかかりつけ医機能や在宅医療等を対象に取り込み、しっかり議論を進めた上で、さらに生産年齢人口の減少が加速していく 2040 年に向けたバージョンアップを行う必要がある。

経済財政運営と改革の基本的方針2022（2022年6月４日）

また、医療・介護提供体制などの社会保障制度基盤の強化については、今後の医療ニーズや人口動態の変化、コロナ禍で顕在化した課題を踏まえ、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するため、機能分化と連携を一層重視した医療・介護提供体制等の国民目線での改革を進めることとし、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行うとともに、地域医療連携推進法人の有効活用や都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制上の措置を含め地域医療構想を推進する。

41

厚労省資料によれば、
在宅医療に求められる機能は

①退院支援
②日常の療養支援
③急変時の対応
④看取り

担うのは
在宅療養支援診療所
在宅療養支援病院　など

調整・連携機能を担うのは
医師会等関係団体
保健所・市町村　など

→内容はいいが、順番が違う。
②→③→①→④ではないの？

46

かかりつけ医・かかりつけ医機能の問題は
我が国の医療システム全体に関わる広範な論点を含んでいる

提供者側の論点ー医療/介護サービスの提供に関わる論点
- 地域医療構想の再構築（在宅医療・地域医療をも視野に入れた医療提供体制改革）
- 医療の機能分化・連携（地域完結型医療ー地域における「切れ目のない医療サービス」の実現）
- 地域包括ケアネットワーク（医療を超えた包括的支援を実現する多職種連携・多機関連携）
- 医療情報連携・PHR（上記を実現するための医療/介護情報の一元管理・連携・共有）

利用者側の論点ー医療へのアクセス保障・費用「最適化」に関わる論点
- 医療資源の効率的利用（無駄な受診の回避・サービス利用（提供）の「最適化」・医療費適正化）
- フリーアクセスの再定義（「サービスの選択・利用保障」と「無駄なき適時適切な受診」の両立）

制度・政策の視点ー健康管理・予防・治療/療養を通じた総合的・包括的健康保障

→この３つは相互に連関している

42

社会保障改革国民会議報告を受けた「日医・四病協提言」
（2013年8月8日）

「かかりつけ医」とは（定義）
なんでも相談できると、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 callする総合的な能力を有する医師。

「かかりつけ医機能」
かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。
患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

47

ゆえに、実際に機能するかかりつけ医制度を構築し、現場で実装していくには、関連する多くの課題を同時に解決することが必要になる。

→かかりつけ医機能の実装は「持続可能な医療介護の未来図」の中に（重要な役割を持つものとして）位置付くもの

→かかりつけ医・かかりつけ医機能を「単体」で議論するのではなく、システムとしてのかかりつけ医機能の実装をいかに実現するかという視点から議論することが必要。

43

2.2. かかりつけ医と在宅医療

高齢社会の進展などにより、在宅医療の中心的役割を担う「かかりつけ医」 の重要性はますます高まる。
今後は「かかりつけ医」がより主体的に在宅医療に取り組んでいく必要がある。

また、希望する患者が安心して在宅医療を受けることができるような環境整備も重要である。そして、在宅医療は、患者や家族の選択を尊重するものでなければならない。

他職種との連携による環境整備、患者や家族の選択の支援についてもかかりつけ医の役割は大きい。
日本医師会・四病院団体協議会は、在宅医療を推進するため、今後率先して、「かかりつけ医」をはじめとする在宅医療に携わる医師および医療関係職種の養成、研修を支援する。

48

在宅医療（地域医療構想）・地域包括ケアネットワーク・

かかりつけ医機能は「三位一体」

2022年3月9日　小規模多機能型居宅介護に関する調査研究　報告会
斎藤内科クリニック(新潟県）斎藤 忠雄 院長の報告スライドより

44

「社会保障改革国民会議の報告書＋日医・四病協提言」
における病床機能・病院機能の整理

地域医療（在宅医療）を機能させるためには、かかりつけ医とそれを支える地域支援・介護支援病院機能が不可欠

在宅医療とかかりつけ医機能

45

かかりつけ医（かかりつけ医機能）の定義をめぐって

50

「かかりつけ医」をめぐる患者との認識ギャップ

「発熱したので、コロナではないかと思い『近所のかかりつけ医』に相談したら『当院はあなたのかかりつけ医療機関ではない。』と言って受診を断られた。」

イメージA：初期対応をする医師
（フリーアクセスを大前提に）患者が最初に受診する医師
必要な初期対応をしてくれて、必要があれば専門医の紹介もしてくれる
患者1人に複数のかかりつけ医（眼科・耳鼻科・内科・整形外科,,,,,,）
患者が必要と思う時に自身が選択する医療機関に受診　→　一見あり、変更自由・健康な時は没交渉

イメージB：いわゆる「かかりつけ医」「ホームドクター」
家族全員が通院している、子供の時から通院している　→相互の信頼関係・長期継続の受診
診療以外の事柄（健康上の相談など）についても幅広く相談できる・相談している
同じ医療機関に長く関わる　→ 健康情報・診療情報は自然にその医療機関に集約
必然的に「かかりつけ医」は基本的に1人（１医療機関）

「発熱患者はまずかかりつけ医に相談・ワクチン接種はかかりつけ医で受けましょう」　→ A、Bどっち？

51

かかりつけ医（機能）を発揮させるための
費用保障（報酬）のあり方

56

日医・四病協提言を要素分解してみると、、、

○ 患者の生活背景を把握した適切な診療及び保健指導の実施。　プライマリケア （総合診療能力）
地域医療・保健・福祉を通じた総合能力　common disease への対応
自己の専門性を超える場合、専門医療機関の紹介、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供　病診・診診連携・伴走支援

○ 休日・夜間対応体制の構築
地域の医師、医療機関等との情報共有・協力関係の確保　24時間対応　ネットワーク

○ 地域住民との信頼関係の構築
健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健への参加　地域参加
保健・介護・福祉関係者との連携　地域包括ケアネットワークへの参画・医療介護連携

○ 在宅医療の推進　アウトリーチ・退院時支援 「切れ目のない医療」の提供

○ 患者や家族への適時適切な医療情報の提供　家族支援・コンシェルジュ機能（「総合相談支援」機能）
コミュニケーション力

→実際の医療現場で「かかりつけ医」「かかりつけ医機能」を実装していくための２つの視点
①個々の医師に求められる能力・個々の医療機関が具備すべき体制
②地域で構築されるべきシステムの姿とシステムを機能させるための基盤

52

登録制＋人頭払・定額払という「支払い方式」の議論の前に、

そもそも、かかりつけ医（機能）を担うことを医療者に求めるのであれば、その業務・役割にふさわしい対価を支払う、ということが当然に必要。

求められているかかりつけ医（機能）の内容は、明らかに「保険診療ー療養の給付」の範疇を大きく超えている。

かかりつけ医（機能）に求められている業務の多くは「療養の給付」には当たらない。ゆえに、診療報酬上の対価は支払われていない。

「かかりつけ医の制度化」「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」のためには、求められる機能役割を実行（実現）できる制度的枠組みと費用保障がなされなければならない。

57

システムとしての「かかりつけ医（機能）」

～保険者の視点　患者の視点　医療機関の視点　行政（制度）の視点～

:フリーアクセス→医療が必要かどうかの一義的判断をしているのは患者自身。
医療機関を受診するかどうか、いつどの医療機関に受診するかは患者自身が決める
↓
制度的・構造的に患者の受診行動をコントロールすることができない。
∴住民一人一人の健康管理を特定の医療機関が一元的に責任を持って担うシステムが作られない。

:超高齢社会では、多くの疾患者（≒高齢者）は加齢に伴うMultimorbidity（複数の慢性疾患を有する状態）にあり、それぞれの疾患について自身が選択した専門医療機関（主治医・主治医療機関）を持っていて、継続的に受診している。
↓
重複受診・重複検査・多剤投与は不可避的に発生し、治療の断片化による「合成の誤謬」も発生

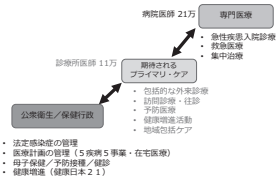
:さらに、疾患者は医療以外の多様なニーズ（介護・生活支援・フレイル・栄養管理等々）を持ち、医療だけではその人の生活を支え切ることが困難
↓
患者利用者の立場に立って最適の医療・最適のサービスの実現を担う「総合調整機能（を持つ専門職・専門機関）」の存在が必要

社会保障国民会議 第二分科会（サービス保障（医療・介護・福祉））中間とりまとめ（2008年6月18日）より抜粋

- **地域において医療機関相互のネットワークを構築し、面的に地域の医療需要に応えていく、という課題の実現を考えても、現在のように、医療機関単位・医療行為単位で評価する診療報酬体系のままでは、地域完結型の「一体となった医療機関群」が行う医療に対して、その実態にふさわしい報酬を設定することは困難であると考えられる。**
- **病院医療の実態そのものが現在の診療報酬体系の基本骨格を策定した時代のものとは全く変わっており、報酬体系の基本骨格を変えずに個別の点数の配分調整でこの問題に対処するには限界があるといわざるを得ない。**
- **地域医療を担う診療所の報酬に関しても、今後ますます重要となっていく在宅療養支援機能・地域包括ケアの中核機能の強化を進めていくためには、ケアマネジャーを始めとする多職種の協働や家族支援、長期継続マネジメントなど、これまでの報酬体系には包括されていない様々な機能を適切に評価することが必要となる。**
- **医療・介護サービスの改革を進めていく上で、診療報酬や介護報酬が占める役割は極めて大きい。――医療提供体制の構造改革や地域における医療・介護・福祉の一体的提供（包括ケア体制）を実現していくという意味で、報酬問題を単に医療内容・介護内容での配分の見直しや個別の報酬設定の問題として捉えるのではなく、報酬体系の組み立てそのものの問題として捉え、検討・見直しを行う必要がある。**
- **診療報酬・介護報酬のあり方については、上記のような医療・介護の構造改革をいかに実現していくか、提供されるサービスの質とその適正な評価を行い、マクロの資源配分をいかに効率的・効率的に行うかという観点から、報酬体系そのもの、その基本骨格のあり方にまでさかのぼった検討を開始すべきである。**

かかりつけ医機能の広がり

専門医療と公衆衛生・保健行政の橋渡しという視点



草場鉄周先生（日本プライマリ・ケア連合学会理事長）のスライドより

59

医療/介護情報連携・PHR・データヘルスとかかりつけ医機能

「かかりつけ医機能」の重層性

- **医療の機能分化・選択と集中・連携　という垂直軸**
- **地域包括ケアネットワーク・医療介護連携　という水平軸**
- **（さらには）公衆衛生・保健行政と医療との連携　という交差軸**

の結節点にあるのが「かかりつけ医機能」と言えるのでは。

とすれば、

「患者情報（医療・健康（・介護）情報）を一元的に集約・管理する（できる）こと」はかかりつけ医（機能）の最も重要なポイントになるはず。

55

【加藤雅通（愛知県医師会副会長）】

香取先生、旬な話題を交えて、医療介護に関してマクロ的視点から非常に懇切丁寧に御提示いただき、大変ありがとうございました。

時間もちょっと押しておりますが、せっかくの機会ですので、フロアで何か御質問、意見等ございましたらお受けしようかと思いますが、ないでしょうか。よろしいですか。

香取先生、今おっしゃっていたかかりつけ医機能

に関しては、大体収束していくかなとは思いますが、かかりつけ医をどういう人たちが担っていくのかは、恐らくいろいろまた議論も出るところかと思います。先生はその辺はどういうふうに交通整理していこうとかとお思いでしょうか。

【香取照幸（未来研究所臥龍代表理事）】

まず大事なことは、今日はあまりお話ししませんでしたけど、かかりつけ医は、例えば行政が割り当てて、この地区の先生はこの人とかとやってもそれは絶対機能しません。だって日本の患者は、お医者さんを選ぶことができるのは自分たちの権利だとなっているし、制度上もそうなっているわけなので、どういう制度をつくるか、どういう何か定義づけをするかはともかくとして、基本的にはかかりつけ医は患者が選ぶと。自分が信頼できるこの人に自分の情報を預けるので、私の健康管理とか相談に応じてくださいという形になる。なるというか、そうしないと多分機能しないので、その意味では患者にはかかりつけ医を選ぶ義務はなくて、あるのは権利があると。そのことを前提に、それを信頼関係の中で受け止めることができる体制とかかかりつけ医の絵柄を、医療側というか、診療側はお示しをして、それを患者が選ぶというのが基本になるし、そうならないと機能しないと、そこが多分一番大事なところだと私は思っています。

【加藤雅通（愛知県医師会副会長）】

ありがとうございました。

先生が今おっしゃったかかりつけ医を持つのは国民の権利であって義務ではないと。これは非常にインパクトのある言葉で、分かりやすい説明かなと思います。

本当に貴重なお話をいただきましてありがとうございました。今一度、香取先生に盛大な拍手をお願いいたします。（拍手）

では、これで特別講演Ⅲのセッションを終わらせていただきます。どうもありがとうございました。

シンポジウムⅠ
（13:50～15:30）

医療新時代の病院機能分化と連携推進
～アフターコロナのあるべき姿を問う～

座長／愛知県医師会理事
勤務医部会副部長　**浦田　士郎**

愛知県地域医療構想アドバイザー　**伊藤　健一**

「感染症対策から考える将来の病院の姿
～愛知県新型コロナ感染症対策医療専門部会の立場から～」

独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター院長　**長谷川好規**

「尾張西部医療圏における医療連携～公立病院の立場から～」

一宮市立市民病院院長　**松浦　昭雄**

「西三河南部西医療圏における病床整備
―自主的協議体を中心とした医療提供体制の構築― ～公的病院の立場から～」

JA愛知厚生連安城更生病院院長　**度会　正人**

「新型コロナは、今後の病院医療に何をもたらしたか？～民間病院の立場から～」

社会医療法人名古屋記念財団理事長　**太田　圭洋**

「アフターコロナの地域医療構想～愛知県病院団体協議会の取り組み～」

愛知県病院団体協議会会長
社会医療法人大雄会理事長　**伊藤　伸一**

座　長

愛知県医師会理事
勤務医部会副部長
浦田　士郎
（うらた　しろう）

愛知県地域医療構想アドバイザー
伊藤　健一
（いとう　けんいち）

【浦田士郎（愛知県医師会理事）】

それでは、シンポジウムⅠを開始したいと存じます。座長は、愛知県地域医療構想アドバイザーでございます伊藤健一先生と愛知県医師会理事の浦田が行ってまいります。よろしくお願い申し上げます。

では、まず演者の先生方に順次御発表をお願いいたしまして、その後に一括して討議をしてまいりたいと存じます。なお、演者の先生方の御略歴につきましてはプログラムに記載されておりますので、個別の御紹介は差し控えさせていただきます。

では、まず、独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター院長、長谷川好規先生から「感染症対策から考える将来の病院の姿～愛知県新型コロナ感染症対策医療専門部会の立場から～」と題して御講演をお願いします。

感染症対策から考える将来の病院の姿
～愛知県新型コロナ感染症対策医療専門部会の立場から～

独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター院長
長谷川　好規
（はせがわ　よしのり）

名古屋医療センターの長谷川です。このような機会を与えていただき、感謝申し上げます。

本日は、３点についてお話をしたいと思います（スライド２；S２）。

最初に、病床確保と病院の物理的感染対策構造についてお話をいたします（S３）。

これは名古屋市のデータですが（S４）、第１波から第７波までの入院率、重症化率、死亡率です。５波までと、６波、７波は大きく病態が変わってきています。５波までは、入院の率が10％から20％、死亡が１から２％というのが今回も、またスペイン風邪のときも大体同じような状況です。一方、重症化率、致死率は、オミクロンになり、60歳未満であればほとんど季節性インフルエンザと変わらない状況になりました（S５）。現在、少しコロナに慣れてきているわけですが、もう一度考えなければいけないのは、未知の病原体のときにどれくらい、もう一度我々が体制をつくれるかということは非常に重要だと思います。当初、医療者を守りながら治療ができる、そういうベッドの確保が非常に大変でした。病原性も分からない、致死性も高い時に、今の病院構造では非常に大変でした。特に、大部屋が基本の病院構造でバス・トイレが分離されない、という問題もあります。

もう一度振り返っていただきたいことは、原因不明、致死率不明の新規パンデミックがもし次に来たときに、一体どれぐらいの病床を確保できるかは、今後しっかり検証していく必要があろうかと思います。

もう一点重要なことは、名古屋市のデータから（S８）、３波から７波までを見ていただいて分かるように、ICU病床は一定数で変化していません。これは大きな課題で、ICU、重症病棟は限界があるということです。少なくとも、約２倍のICU病床が必要だろうと思います。また、そのICUを診る人員的課題もあります。

それからもう一つ、休床病床の利用です。今回、休床病床が非常に役に立っています。現状の医療を保ちながら病床確保するときには、この休床病症が非常に有効でした。これを今後どのようにするのか、また、平時にどう維持していくのかが次の課題だと思います。

続きまして、医療従事者の確保です。私の後輩がちょうどパンデミックのアメリカに留学していまして、その大学では約６割、７割の病床がコロナ患者の病床に変わりました。現場では、アメリカのメディカルライセンスを持っている医師たちは全てコロナ医療に関わったということです。こういうパンデミック状況で、３割、４割病床を確保したら３割、４割の医師が関わらなければいけないが、こういうことができるかどうかは重要です。日本の医学教育でそういう教育はされてこなかったかと思います。

次に、看護師確保ですが、これも１病棟をコロナ病床へ転床する場合に、看護師の必要度は1.5倍ほど必要となり、１病棟準備するためには２病棟を転床する必要があります。看護の在り方、医療体制を考えていくことも重要な課題と思います。

三つの大きな課題（S14）、今日は時間の関係で、病院機能分担は省略しますが、こういう問題があります。

最後に、遺伝子検査体制から見る日本の医療制度です。これは（S16、17）、世界の住民1,000人に対してどれぐらい検査が行われたかを表します。日本は一番下、地をはうように少ないです。圧倒的に世界の西欧諸国に比べて少ない。例えば、2020年３月（S16）で1,000人に対して日本は0.01以下、韓国でも0.16、ドイツだと0.64、さらに、今年の１月の時点（S17）でやはり日本は1.75、イギリスだと20近いで

す。韓国でも日本の３倍ぐらいあります。

なぜ、これほど日本は少なかったのか。先進国でできていて、なぜ日本でできなかったのか。いろいろな課題があると思います。一つは、例えば韓国の例を挙げますと、韓国は20年ほど前に、米国の研究者たちは遺伝子のプライマーを韓国から購入していました。ネットで発注し空輸で来ると、アメリカでつくるよりもはるかに安いです。この頃から遺伝子に関することを韓国は国を挙げてやっていて、今回、検査の試薬の準備ができていました。

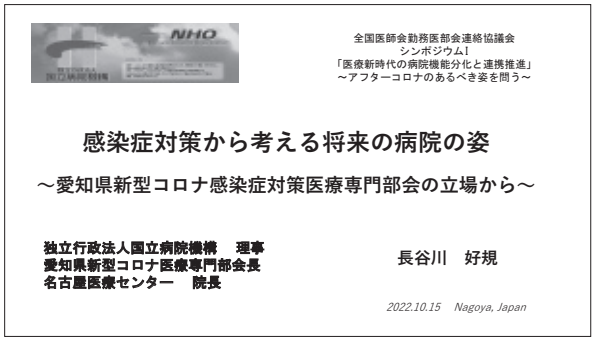
もう一つは、微生物検査の在り方です。オーストラリアは、検査室が病院やクリニック所属にしていなくて、行政によって地域ごとにセンター化されています。そのため、微生物検査の人員は、非常に大きなシステムで、半数が遺伝子検査の病原検査に従事しています。日本では相変わらず、それぞれの病院に微生物検査を持っていますが、昔ながらの細菌検査体制で、遺伝子主体の検査が進んでいません。オーストラリアが医療システムそのものを地域全体で変え、変革を行ってきているのに対し、日本ではこれまでの成功体験の中で、医療者自身が医療体制を変えてこなかったことが一つの大きな課題と思います。

一方、アメリカはほとんど民間検査がやっています。行政検査ではありません。行政検査は一部ですが、行政が、行政検査、病院検査、民間検査を組織化してデータを出しています。例えば、大学とか研究施設はPCRも人材も豊富です。もしこういうところが組織化されると、あっという間にすばらしい検査体制ができると思います。民間も含めて、こういうことは考えていく必要があると思います。PCR検査の不思議として、先進国でこれだけ検査数ができて日本でできなかったかは、しっかり考える必要があると思います。

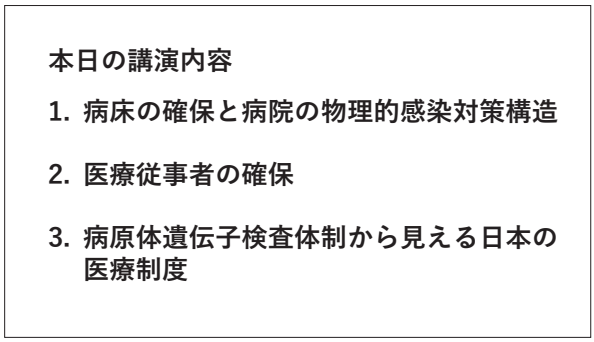
最後になりますが、これからもパンデミックから我々は逃れることはできません。そのときのための準備は常に必要です。今回の特に３波、４波ぐらいまでのデータがきちっとあるわけですから、このデータに基づいて次の科学的な振り返りをしながら、体制をもう一度考えていく必要があると思います。今の慣れた状況での話ではなく、次に向けては、当初を振り返って対策を立てていく必要があると思います。

以上です。

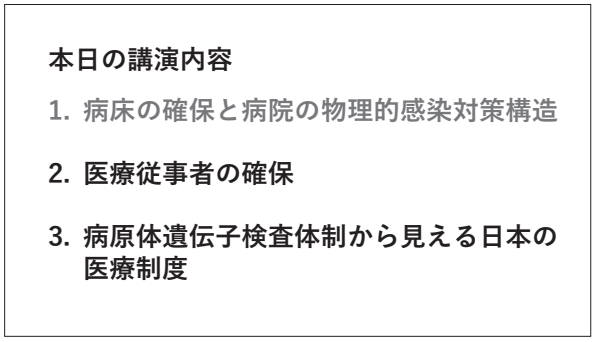
No. 1



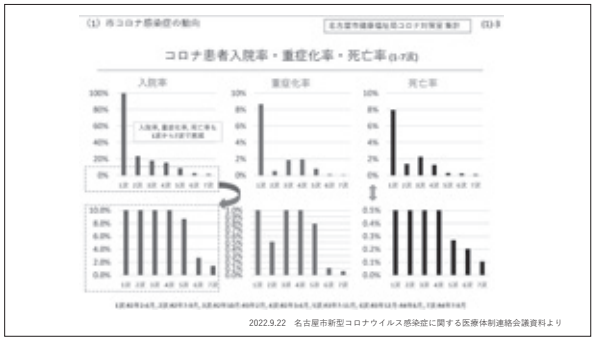
No. 2



No. 3



No. 4



No. 5

新型コロナウイルスと季節性インフルエンザの重症化率

	重症化率		（参考）致死率	
	60歳未満	60歳以上	60歳未満	60歳以上
新型コロナ・オミクロン株流行期	0.03%	2.49%	0.01%	1.99%
新型コロナ・デルタ株流行期	0.56%	5.0％	0.08%	2.5％
季節性インフルエンザ	0.03%	0.79%	0.01%	0.58%

第90回（令和4年7月13日）
新型コロナウイルス感染症対策
アドバイザリーボード資料6より引用

No. 6

病床確保の問題点

1．病院の構造的課題

既存構造では、医療者を守りながら治療ができる感染対策可能なベッド確保が困難であった。

名古屋医療の例：
1. 休棟病床の利用を計画したが、大部屋が基本の病院構造のため、トイレ、バスなどが分離できず、疑似症の受け入れが困難であった。（個別のトイレ・バスがない）
2. 特に病原性がまだ不明の段階では、個室、陰圧管理の構造が病棟単位で存在しないと多くの患者を受け入れることができない。
3. ICUについても、大部屋での仕切りのない構造であり、一般ICU患者との隔離ができず受け入れが困難であった。

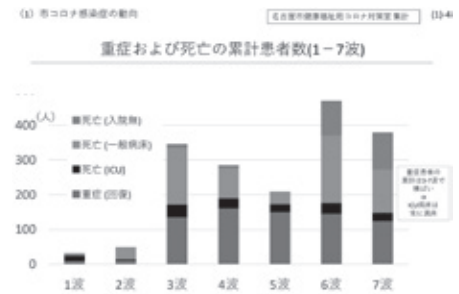
No. 7

病床確保の問題点

1．病院の構造的課題

病原性不明、致死率不明の新規パンデミックに対して、職員を守りながらの病床は現時点で何床確保できますか？安全を確保できた病床整備構造にできましたか？

No. 8



2022.9.22　名古屋市新型コロナウイルス感染症に関する医療体制連絡会議資料より

No. 9

病床確保の問題点

2．ICUと重症病床

ICUと重症病床は限界があり、この整備をどのようにするのか？データからは、2倍のICU病床が必要である。今後のICU・重症病床の在り方、また、平時にどのように維持するのか、人員の確保も含めて考える必要がある。

No.10

病床確保の問題点

3．休床病床の利用

地域医療構想で病院が抱える休床病床の返還が求められるが、パンデミック時に、一般急性期医療を維持するためには、休床病床の活用は極めて有効であった。

No.11

本日の講演内容

1. 病床の確保と病院の物理的感染対策構造
2. 医療従事者の確保
3. 病原体遺伝子検査体制から見える日本の医療制度

No.12

医療従事者の確保

1．医師の確保

- ✓ 病床の3～4割を運用するとすれば、3～4割の医師が対応する必要がある。すべての医師がパンデミック診療に参加するという医学教育、医師のマインドセットが求められる。
- ✓ 他施設への派遣ーーー＞医局の制限を超えて（医学教育から始める）
- ✓ ICU・重症病床を担当する医師の不足

No.13

医療従事者の確保

2．看護師の確保

- ➢感染対策で、既存病棟の看護単位の1.5倍の看護人員が必要。1：7看護単位で扱う重症度の患者であっても、１：４看護単位が必要であったことから、1病棟運用には2病棟を閉鎖する必要がある
- ➢病棟転換や他施設への派遣ーーー＞平時からの準備と訓練が必要

No.14

病床確保には

1. 病院の構造的課題
2. 医療者の確保
3. 病院機能分担と病床の確保

No.15

本日の講演内容

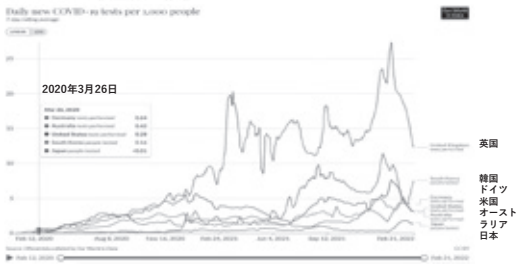
1. 病床の確保と病院の物理的感染対策構造

2. 医療従事者の確保

3. 病原体遺伝子検査体制から見える日本の医療制度

No.16

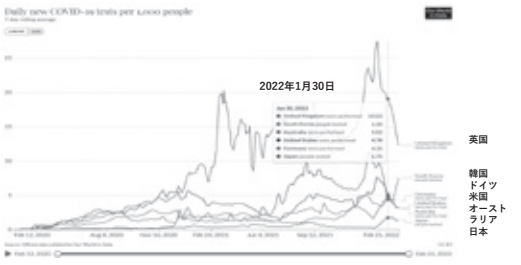
COVID-19 検査数の推移



Coronavirus (COVID-19) - Statistics and Research - Our World in Dataより引用

No.17

COVID-19 検査数の推移



Coronavirus (COVID-19) - Statistics and Research - Our World in Dataより引用

No.18

PCR検査の不思議？

先進国でこれだけの検査数ができて、
なぜ日本でできなかったのか？

No.19

PCR検査の不思議？
糸口その１

パンデミック当初、PCRの技術はあるが、試薬の国内備蓄がなく検査をしたくても、物理的にできなかった。

⬇

韓国の例：20年ほど前の経験ーー＞米国の研究者は、PCRのプライマーを米国から韓国企業に発注していた。米国企業に発注するより価格が安い。ネットで発注、空輸で時間的にも差がない。国を挙げての取り組みか？今回の備蓄効果にも役立ったと思われる。

No.20

PCR検査の不思議？
糸口その２

病院における遺伝子微生物検査体制がなかった

⬇

オーストラリアの例：15年ほど前の経験ーー＞オーストラリアの医療体制は、検査室が病院やクリニックに所属せず、行政により地域ごとにセンター化されているとのこと。検査センターの微生物検査は、当時から人員の半数は遺伝子病原検査に従事。日本では、微生物検査室の人員の大半が、昔ながらの細菌検査体制。オーストラリアは、医療システムそのものの変革を行ってきていたことが効果を示したと推測する。

No.21

PCR検査の不思議？
糸口その２

行政検査と病院、民間検査の組織化ができなかった

⬇

米国の例：2020年４～５月頃の米国PCR検査のデータ・ソースは、行政組織からの検査数は一部で、民間検査センターからの検査数が大半を占めていた。行政が、行政検査、病院、民間検査センターを組織化し、地域毎の検査体制を作ることができると良いと思われる。（かつての大学人として、PCRの機器、技術、人材は、大学をはじめ研究施設には多く存在するので、これを組織化することにより大きな力となる。）

No.22

PCR検査の不思議？

何よりも、先進国でこれだけの検査数ができて、なぜ日本でできなかったのかは、調査、情報収集の上、振り返りの必要がある。

No.23

最後に

人類はパンデミックから逃れられない。
今後もパンデミックと共に生き、その時のための準備は常に必要。これまでのデータに基づく科学的な振り返りが望まれる。

【浦田士郎（愛知県医師会理事）】

ありがとうございました。

質疑応答、ディスカッションは、後半にまとめて行わせていただきます。

では、第２席の一宮市立市民病院院長、松浦昭雄先生から「尾張西部医療圏における医療連携～公立病院の立場から～」と題して御講演をお願い申し上げます。

尾張西部医療圏における医療連携 ～公立病院の立場から～

一宮市立市民病院院長
松浦　昭雄
（まつうら　あきお）

一宮市立市民病院の院長の松浦でございます。

「尾張西部医療圏における医療連携～公立病院の立場から～」について話させていただきます。

尾張西部医療圏は一宮市と稲沢市の２市から成る人口約50万人の医療圏です。主要な医療機関は、救命救急センターを有する一宮市立市民病院と総合大雄会病院のほかに、400床を超える一宮西病院と約300床の稲沢市民病院があります。今回は尾張西部医療圏における医療連携ということで、新型コロナウイルスへの対応に地域の医療機関がどのように連携してきたかを紹介したいと思います。

初めに、新型コロナウイルスの発生初期を時系列でお話いたします。

一宮市立市民病院は第二種感染症指定医療機関であり、感染症専用病棟を有しています。愛知県内での感染症の発生当初から、保健所の要請によって積極的にコロナ陽性患者を受け入れてきました。

2020年２月15日、最初の入院患者としてクルーズ船、ダイヤモンドプリンセス号の乗客１名の受入れから始まり、市内の感染者を中心に受け入れていましたが、それが３月16日には感染症専用病棟の６床が満床となってしまいました。その後、２日後の３月18日には入院患者２名の感染が判明したものの、コロナ専用病床が満床になっていたことから、一宮保健所に調整していただき、稲沢市民病院が初めて受入れを開始しました。３月23日、一宮市立市民病院は感染症の増加に備えて、一般病棟ワンフロア・48床をコロナ専用病棟に転用いたしました。３月29日には民間のいまいせ心療センターも受入れを開始しました。

病院間で連携を行った最初の症例を紹介します。いまいせ心療センターに入院していた患者の病状が悪化して、一宮市立市民病院に転院しました。入院後３日目には人工呼吸器管理、その翌日からはECMO装着が必要となり、ER-ICUをコロナ専用に転用して収容し治療に当たりました。この症例以降、他の入院先で悪化した患者は一宮市立市民病院が受け入れ、逆に市民病院に入院した後、軽快した患者は地域の病院に転院していただくことで、地域で発生した感染者を地域で連携して受け入れるようになりました。

こうした状況下で地域医療機関の間の情報共有が重要となり、４月には一宮市医師会長が主導して、一宮市、稲沢市の医師会幹部と５病院の院長、事務長、感染対策担当者で構成される尾張西部新型コロナウイルス感染症医療連携協議会を設置いたしました。そして、７月からは毎週月曜日にウェブ形式での会議を開催することになりました。この会議は現在まで２年以上継続しており、一宮市・稲沢市の医師会、コロナ対応病院及び保健所担当者が出席して毎回議論を重ねております。

次に、ワクチン接種での対応を紹介します。

５月になり、高齢者に始まる一宮市民へのワクチン接種については、当初、一宮市では小学校体育館14か所を特設会場として、集団接種方式で行うことを考えていました。この案に対して私は、副反応が起きた場合に対応が迅速にできることや、人数の増減に柔軟に対応できることなどの理由で、特設会場でなく設備が整った医療機関で接種すべきと考えました。市民病院が全面的に接種に協力する意思を固め、医師会長からも同意をいただきました。これを受けて、５月６日、市役所の一宮市長を訪問し、市内の医療機関における個別接種方式が望ましいという考えを直接伝え、同意をいただきました。ここに一宮市の接種方針は見直されることとなり、５月10日には一宮市長、医師会長と私の３人で、市内の総合病院を訪問して接種への協力を要請しました。結果的に一宮市では市内11病院と141のクリニック、

及び特設会場として市の保健センター３か所を加えて、非常に多くの接種会場を設定することができました。当時は菅首相が７月末までに高齢者の接種を終わらせる方針を明らかにして、どの市町村も様々な方法で取り組んでいましたが、当地域では医師会と近隣病院の協力により接種事業が円滑に進みました。

このグラフは一宮市内での感染者の発生状況です。昨年夏の第５波から今年の第６波、さらに第７波と感染者数が著明に増加しています。

このグラフは尾張西部医療圏の入院患者数の推移です。感染者数の増加ほどではないものの、第５波、第６波、第７波と入院患者数も増加しています。

デルタ株が猛威を振るった第５波では最大で29人が入院しました。特に第５波は人工呼吸器管理が必要な重症患者が増えたことが最大の特徴でした。このとき重症患者は、一般のコロナ病棟とは別にICUに移して管理していましたが、対応可能上限の６人が重症となり医療体制が逼迫しました。これ以上増えた場合は、さらにもう１病棟を閉鎖してコロナ専用にすることも覚悟していましたが、幸いにして第５波は９月中旬から収束に転じました。

第５波への対応で医療機関の窮状を救ったのは、保健所、医師会と一宮市立市民病院、一宮市立木曽川市民病院との連携でした。重症化リスクのある患者を早期に一宮市立木曽川市民病院で受け入れて、短期入院で抗体カクテル療法を行うことで重症化を防ぎ、一宮市立市民病院は重症や中等症の患者を受け入れる役割分担によって、医療圏の病床逼迫を緩和することができました。こうした経緯を踏まえて、第６波の前には感染者の急増を想定して各病院の受入れ患者の分担を見直しました。具体的には、この表にありますように、小児や妊産婦の患者は一宮市立市民病院が、透析が必要な患者は大雄会病院が、その他の重症患者は三つの病院が協力して引き受ける役割分担の案をつくり、今年の１月14日に一宮市保健所担当者、医師会長と私の３人が各病院を回ってこの方針を説明し、協力の合意を取り付けました。

第７波ではさらに多くの患者が発生し、今年お盆頃から急激に入院患者が増えました。こうした中で、一宮市立市民病院では、発症から５日が経過した肺炎症状のない患者は、一般病棟内のゾーニングしたコロナ専用病室に移してコロナ専用病棟に余裕をつくり、さらに多数の患者を受け入れました。それでもお盆頃にはコロナ病棟が一時的に満床となり、小児患者の受入れを断る事例が１例発生しました。地域で小児患者の受入れをしていたのが一宮市立市民病院だけであったことが問題であり、この問題の解決のために一宮市医師会長が音頭を取り、臨時でオンライン協議会を開催しました。私から、当院が満床の場合、小児患者の受入れ協力を連携病院にお願いし、この要請に対して大雄会病院と一宮西病院が２床ずつ小児患者を受け入れる体制を取ることとなり、その後小児患者の受入れがスムーズになりました。このように、感染状況の変化や病床の逼迫状況に応じて役割の分担とその見直しを地域一体で行うことで、第７波を何とか乗り越えることができました。

最後に、将来に向けて、医療連携についてお話しいたします。

令和４年３月29日、総務省から出された公立病院経営強化ガイドラインにおいて、経営強化プランの中で、機能分化、連携強化を進めていくことが求められています。その取組の手始めとして進めているのが公立病院間の連携です。一宮市立市民病院、一宮市立木曽川市民病院、稲沢市民病院の経営面での問題を明らかにして協力することを目的とした３病院合同経営戦略会議を立ち上げました。本年７月13日には一宮市立市民病院で開いた経営企画会議に一宮市立木曽川市民病院と稲沢市民病院にも加わっていただき、経営アドバイザーによる経営分析を行いました。その後も定期的に連携のための会合を重ねていますが、最初は患者の相互の受入れをスムーズに行うところから始まり、将来的には手薄な診療科への医師派遣を行うなどの協力関係を築いていきたいと考えています。

また、診療所等を含めた医療連携の強化については「いちみんネット」という地域医療連携ネットワークシステムを導入しました。協力医療機関の方々が一宮市立市民病院の診療情報をオンラインで確認できる仕組みです。今年９月の時点で76診療所に登録いただいており、今後はオンラインで利用できる情報量を増やすとともに、登録医療機関を増やすことで地域医療の質の向上に資することができると考えています。

新型コロナウイルスの国内最初の感染確認から既

に２年半が過ぎましたが、収束がいつになるかはいまだに分からない状況です。これまでの対応を振り返ってみますと、感染者の増加が想定を上回り、事前の確保病床では対応し切れなくなって受入れ体制の拡大を繰り返してきました。私どもの医療圏では、その都度、一宮市医師会長が主導する形で地域内の医療関係者が話し合う機会を設けることで、比較的スムーズに感染者の増加に対応することができました。この２年半の間に地域内の医療関係者が直接顔を合わせる機会はコロナ前に比べて激減しましたが、オンラインでの協議を重ねることで逆に強いつながりをつくることができました。

今後、新型コロナウイルスの感染がどのように推移するかは予測できません。また、アフターコロナの世界でも新たな問題が発生すると思われますが、これまでに築いた連携のノウハウを生かして地域全体へ対応していきたいと考えております。

病院間での感染者受け入れ連携事例

72歳　男性

令和2年3月30日　陽性判明し、いまいせ心療センターに入院
4月 6日　発熱、肺炎像のため一宮市民病院に転院
アビガンの投与開始
4月 9日　悪化し気管挿管・人工呼吸器管理
4月10日　ＥＲＩＣＵ入室し、ＥＣＭＯ装着
5月 7日　敗血症により死亡

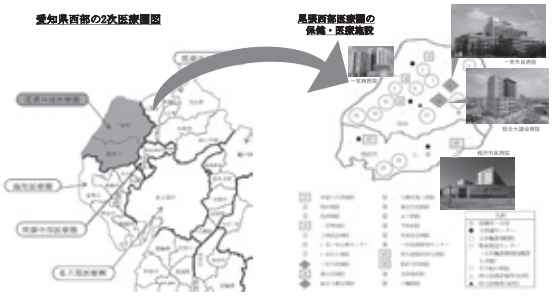
尾張西部新型コロナウイルス感染症医療連携協議会

一宮市医師会	会長、副会長
稲沢市医師会	会長、副会長、顧問
一宮市立市民病院	院長、感染管理室長、事務局長
稲沢市民病院	院長、感染対策室長、事務局長
総合大雄会病院	院長、感染対策担当、法人本部長
一宮西病院	院長、感染対策委員長、事務部長
稲沢厚生病院	院長、感染対策委員長、事務部長

4月21日　協議会設置
7月16日　入院病床整備状況、検査体制状況等の現況調査
7月20日　第1回協議会の開催（Web会議）
7月27日　第1回定例会の開催（Web会議）
以降毎週月曜日に定例会を開催

ワクチン接種

令和3年（2021年）
3月 8日　一宮市民病院職員へのワクチン接種開始
4月19日　市内医療従事者への優先接種開始
5月 6日　一宮市長を訪問し、ワクチン接種体制を提言
⇒特設会場による集団接種主体から医師会の協力による個別接種へ
5月10日　一宮市長、医師会長と市内総合病院を訪問し接種への協力要請
5月15日　市保健センターで高齢者への集団接種開始
5月31日　一宮市民病院で高齢者への接種開始
6月 7日　市内医療機関での個別接種開始



一宮市内の感染者発生状況（令和4年9月25日現在）

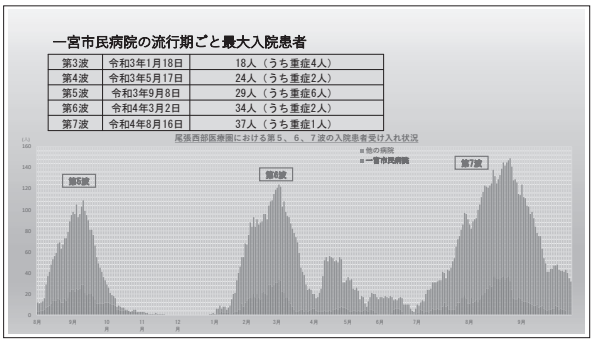
（一宮市医師会作成）

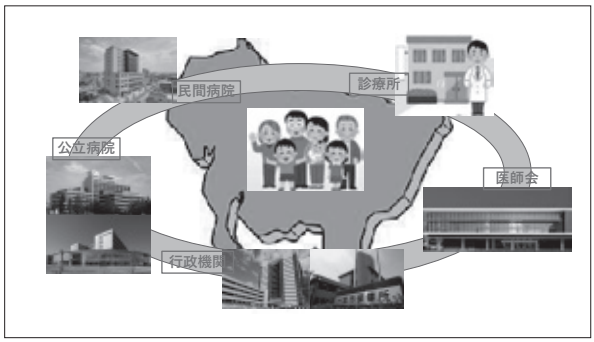
初期のコロナ患者対応

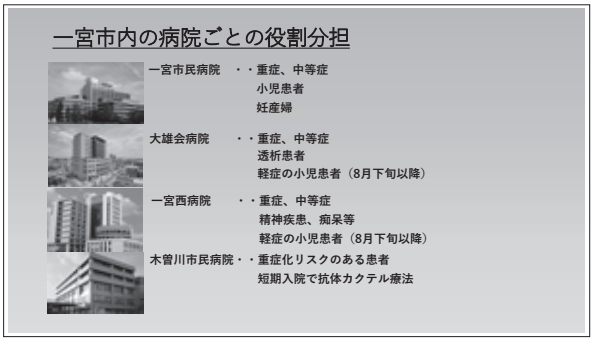
令和２年（2020年）
2月15日　最初の感染者（クルーズ船乗客）受け入れ
3月16日　感染症病床（６床）が満床になる。
3月18日　感染者2名を稲沢市民病院で受け入れ
⇒重症患者は一宮市民、軽症患者は稲沢市民等の協力体制始まる
3月23日　一宮市民病院の一般病棟（48床）をコロナ患者受け入れ用に転用
3月29日　いまいせ心療センターでの受け入れ開始
4月10日　（愛知県独自の研究事態宣言）
4月13日　一宮市医師会と主要病院との話し合い
4月16日　一宮市民病院でドライブスルー形式の検体採取を開始
4月20日　大雄会病院での受け入れ開始
4月21日　尾張西部新型コロナウイルス感染症医療連絡協議会の立ち上げ
（一宮市医師会、稲沢市医師会、地域５病院）
7月20日　第1回連絡協議会（Web形式）

尾張西部医療圏内(一宮市・稲沢市）の陽性入院者数

（一宮市医師会作成）



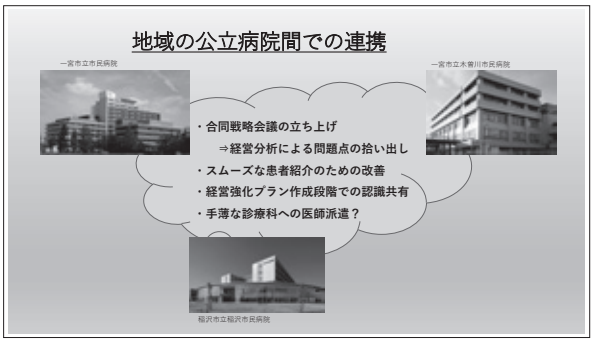




【浦田士郎（愛知県医師会理事）】

ありがとうございました。

では、続きまして第３席、JA愛知厚生連安城更生病院院長の度会正人先生から「西三河南部西医療圏における病床整備―自主的協議体を中心とした医療提供体制の構築― ～公的病院の立場から～」と題して御講演をお願いします。



西三河南部西医療圏における病床整備
―自主的協議体を中心とした医療提供体制の構築― ～公的病院の立場から～

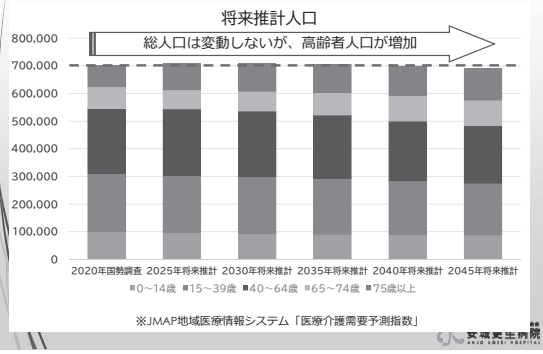
JA愛知厚生連安城更生病院院長
度会　正人
（わたらい　まさひと）

安城更生病院の度会でございます。

先のお二人の先生からコロナに関して詳しいお話がありましたので、私からはコロナから少し離れて、サブタイトルにあります自主的協議体を中心とした医療提供体制の構築といった、少し目先の変わった話になりますが、お付き合いを頂けますようお願いいたします。まず、私どもの医療圏は全国的に見てもかなり珍しい地域と言えます。現在でも人口が少しずつ増えている状況でありまして、2040年、あるいは2045年を見てもほとんど人口が変わってこない。ただ、残念ながら高齢化は進んでいくわけであり、当然の結果として、医療需要が著しく増加していくことになります。2020年を起点として2040年で見て15％増加する、それ以降も増えていくと予測されている地域です。一方、現在の人口10万人当たりの医師数、あるいは施設数を見ますと、全国平均からはかなり下回っているのが現状です。しかしながら、病床過剰区域に位置づけられますので、原則として増床ができない地域でもあります。私どもは、2019年から２年半をかけて施設整備を行ってまいりました。この春で終了したわけでありますが、病床を増やすことができませんので、これから増え続ける医療需要に対応し2040年を安心して迎えることができるために、高機能化を中心とした施設・運用で対応していく方針を結論づけ、施設整備を行いました。2019年、私どもが施設整備の工事に入る直前ですが、皆さんよく御存じの“公立・公的病院の医療機関等の具体的対応方針の再検証等について“が厚労省から発出され、私どもの医療圏でも公立病院の一つ、碧南市民病院がリストに載ってしまいました。もちろん当該施設でしっかり検討されましたが、サブタイトルでも述べさせていただきました圏域の協議体でも協議を重ねました。１年検討をした上で、最終的に、64床の削減が正式決定されたわけであります。ただ、このことにより、実は私どもの増床の可能性が出てきたことになります。と申しますのは、医療法の特例措置という項目がございまして、一定の条件を満たした場合には増床の可能性があることになっております。１つは量的な問題であります。公立・公的施設間に限ったことになるわけではありますが、再編後にもともとの総病床から減らすという条件であります。総数として少しでも減れば増床できる可能性があることになります。それから２つ目は、施設相互の機能分担及び業務連携を踏まえた対応を行うこと。機能的な面もふくめた、二つの条件を満たした場合には例外的に増床を認められる可能性があることが分かったわけであります。私どもの医療圏では三つの施設が公立・公的に当たるわけですが、このうち碧南市民病院以外の二つの施設に63床までは増床の可能性があることになるわけであります。これは入院患者数予測であります。非常にラフなデータですが、私どもの今までの診療実績と、それから人口のトータル、および年齢別組成が単純に変わった場合という試算をしてみました。コロナの前のおよそここ10年間ぐらいは、私どもの病床稼働率は大体95％で推移しておりましたが、2030年を超えると100％でももう追いつかない、これだけの患者さんが押し寄せる可能性があると考えられたわけであります。特に増えていくと思われます悪性新生物と血管系の疾患を例に取ってみますと、医療圏の中で私どもの施設は、現状４割から４割５分ぐらいの入院患者を受け入れております。私どもが増えていく需要に対応する受皿となる、そういった責務は大きいと考えたわけです。増床の可能性が出てきたこのタイミングでは、すでに工事が始まっておりました。もともとのコンセプトで循環器を中心とした急性期医療とがん診療強化を中心に工事を進めておりましたが、最終的には22床の増床が必要である、

適当である、と結論付けました。私どもがもし22床増床することになりますと、医療圏の公立・公的病院のトータルのベッド数は42床減少するので、量的な条件は十分クリアできることになるわけです。圏域の急性期病床は大きく過剰病床でありますが、ここを碧南市民病院が64床減らすことになります。一方、不足をしている高度急性期病床を私どもが22床増やすことで、機能的な連携という意味でもこれはクリアができるのではないかと考えました。ちょうど工事最中にこういう話が出てきたわけでありますが、将来の病床改変、あるいは増床ができる可能性があるかもしれない、そういったことも踏まえて余剰のスペースを考えておりましたので、特に今回の増床について、新たに工事を加えることは必要なくできたわけであります。当事者であります碧南市民病院と私ども、複数回打合せを行い、また担当の衣浦東部保健所及び愛知県とも複数回の打合せ、御指導をいただきました。これがタイムスケジュールですが、21年６月に国に計画を提出させていただきました。ここに白抜きのところ西三河南部地域医療連携推進ネットワークと書いてありますが、これが冒頭のサブタイトルでお話しました私どもの自主的協議体でございます。病床整備計画に関わる取扱いですが、病床整備計画を行おうとする者は地域の関係団体とその計画内容について協議する必要があるとされております。私どもの地域、この６市で構成されていますが、この中にあります全ての病床を有する医療機関にお声がけをいたしまして、協議体を自主的につくりました。ここにおられますのが私の前任の病院長､今座長をされております浦田先生です。浦田先生の強力なリーダーシップで、先ほど紹介いたしました三つの公立・公的病院を含めた七つの病院に幹事病院となっていただき、全46施設で協議体発足したのが2015年となります。これが愛知県の地域医療構想を協議する組織のイメージですが、この地域医療構想区域の中に私どものこのネットワークが承認をされ、機能をしているわけであります。こういったクレドをつくって活動をしておりますが、具体的には年２回の幹事会、それから総会を開き、この写真はコロナの影響でZoomでやらざるを得なかった様子ですが、圏域の様々な課題についての検討、情報共有を行っております。先ほどの病床再検証に碧南市民病院がリストアップされた直後に、さらにネットワークを基盤にして５病院協定を結びました。碧南市民病院も含めて、年間2,000台以上の救急車を受入れている５施設にお声がけをし、急性期医療に関わる協定を結び、この中でも碧南市民病院の病床削減、あるいは当院の増床についても一緒に協議をしていただきました。この会議体が今回コロナに関しても役立ちました。ちょうどこの５病院と申しますのが、当初コロナの入院を受け入れていた５施設でありましたので、これもZoomでしたが、担当者の会議を開き、この中で様々情報共有、それから病院間の患者さんの円滑な受入れの体制を構築いたしました。５病院の中で検討を重ねて、県の要請に先立ちあらかじめフェーズごとの必要病床数をつくっていたのは非常に役立ったと思います。BCPに関しても当院のものを参考にしていただき、各施設で、検討・策定をしていただきました。ということで、最終的に22床の増床が今年の５月１日となりました。今回病床過剰区域の中で増床ができたわけですが、もちろん私どもだけでできることでは全くございませんし、例えば碧南市民病院と私どもの２施設だけでできることでもなかったわけであります。もともと構築をしておりました自主的協議体、これが非常にうまく機能した例だと思っております。今後も協議をしっかり重ね、情報共有をしっかりして、地域の医療を地域の医療機関全てで賄っていく、守っていく体制をしっかり構築することが重要だと考えております。

愛知県 西三河南部西医療圏



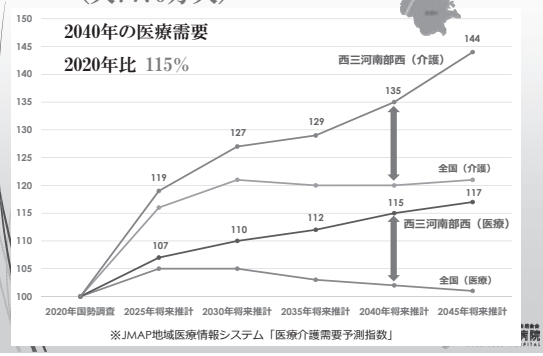
※JMAP地域医療情報システム「医療介護需要予測指数」

施設整備のコンセプト

- 2040年まで増加する医療需要への対応
- 地域内医療機関の機能分担に伴う高機能化の推進

病床数は７４９床を変更せず施設整備を計画

愛知県 西三河南部西医療圏（人口70万人）



※JMAP地域医療情報システム「医療介護需要予測指数」

公立病院の病床削減

2019年9月26日 厚生労働省

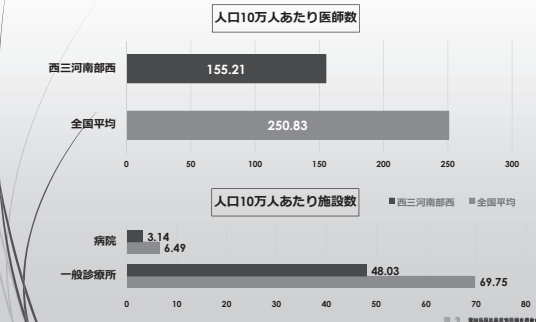
公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等について

① 診療実績が特に少ない。

② 構想区域内に、一定数以上の診療実績を有する医療機関が２つ以上あり、かつ、お互いの所在地が近接している。

当該公立・公的医療機関等の具体的対応方針が、地域医療構想の実現に沿ったものとなっているか再検討の上、地域医療構想調整会議において改めて協議し合意を得るよう求める。

愛知県 西三河南部西医療圏



※JMAP地域医療情報システム2021年11月現在の地域内医療機関情報の集計値

公立病院の病床削減

2020年11月17日　中日新聞

改修で病床2割削減

病床数　６４床減

西三河南部西医療圏の既存病床数と基準病床数

2018~2023の基準病床数	2021.3.31の既存病床数	既存病床数と基準病床数の差
4,263	4,676	413

既存病床数が基準病床数を上回る区域においては、病床の増加は原則として認められない

特例措置による増床

医療法施行規則第30条の32第2号に基づく厚生労働大臣が認める事情

①複数の公的病院等の再編統合を行う場合にあっては、再編統合後の公的病院等の病床数の合計が再編統合の対象となる複数の公的病院等の病床数の合計に比べて減っていること。

②都道府県において、当該公的病院等の役割や公的病院等と民間の医療機関との役割分担を含め、医療に関する施設相互の機能分担及び業務の連携を踏まえた対応を行うこと。

特例措置による増床

碧南市民病院 Hekinan Municipal Hospital

３１９床

安城更生病院 ANJO KOSEI HOSPITAL

７４９床

西尾市民病院 NISHIO MUNICIPAL HOSPITAL

３７２床

６４床減

入院需要予測

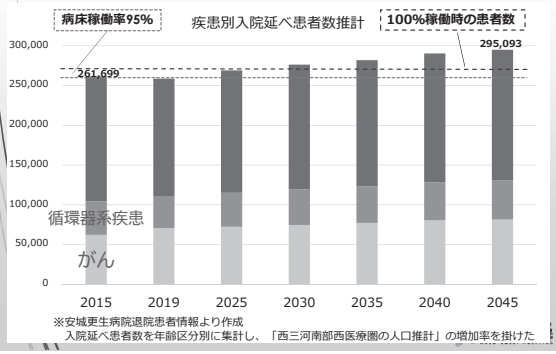
手術支援ロボット導入

高精度放射線治療装置導入

手術センター拡張

予防医療センターの開設

入院需要予測

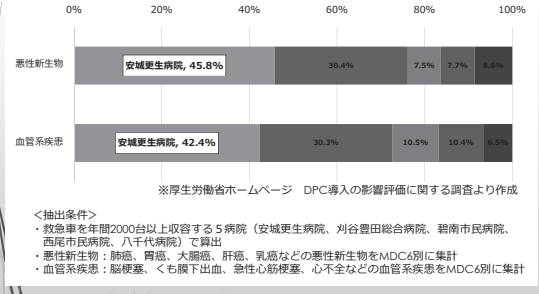


※安城更生病院退院患者情報より作成
入院延べ患者数を年齢区分別に集計し、「西三河南部西医療圏の人口推計」の増加率を掛けた

入院需要予測

２２床の増床が必要

入院需要予測



※厚生労働省ホームページ　DPC導入の影響評価に関する調査より作成

<抽出条件>
・救急車を年間2000台以上収容する５病院（安城更生病院、刈谷豊田総合病院、碧南市民病院、西尾市民病院、八千代病院）で算出
・悪性新生物：肺癌、胃癌、大腸癌、肝癌、乳癌などの悪性新生物をMDC6別に集計
・血管系疾患：脳梗塞、くも膜下出血、急性心筋梗塞、心不全などの血管系疾患をMDC6別に集計

“悪性新生物（がん）”、“血管系疾患”で共に40%以上のシェアを占めており、当該医療圏において安城更生病院が高度急性期医療を提供する中心的役割を担っていることが分かる。

公立公的病院の病床再編成

再編前			再編後		
碧南市民病院	安城更生病院	西尾市民病院	碧南市民病院	安城更生病院	西尾市民病院
319床	749床	372床	255床	771床	372床
			△64床	＋22床	±０床
合計：1,440床			合計：1,398床		
			△42床		

入院需要予測

CCUの増床

クリーンルームの増室

血管撮影室の拡張

外来化学療法の拡張

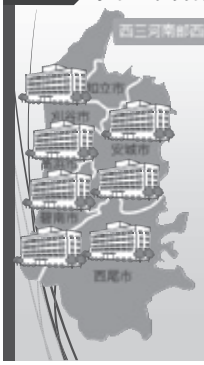
公立公的病院の病床再編成

	2025年 必要病床数 Ⓐ	2019年 病床機能 Ⓑ	差 Ⓑ－Ⓐ	再編前 過不足	再編による 増減
高度急性期	５８５	３４７	△２３８	不足	安城更生病院 ＋２２
急性期	１，７０３	２，３８２	＋６７９	過剰	碧南市民病院 △６４
回復期	１，７７０	９０３	△８６７	不足	
慢性期	９４０	１，０１０	＋７０	過剰	
休棟		７９	－		

安城更生病院の病床再編成

	本棟		緩和ケア	南棟
	東	西		
9階	54床	42床	771床	
8階	–	54床		
7階	54床	54床	施設整備＋22床	
6階	54床	54床		
5階	54床（＋14）	54床		47床
4階	44床	NICU:18床		52床
	MFICU:6床	GCU:30床		
3階	39床（＋8）	ICU:8床		CCU:12床
	SICU:8床	HCU:16床		
2階	外来	外来	–	外来
1階	外来	外来	17床	予防医療

西三河南部西医療圏の自主的協議体



7名の病院委員 ＝ 7名の幹事

圏域内全施設を対象
（病床機能報告数：46施設）

増床申請について

愛知県

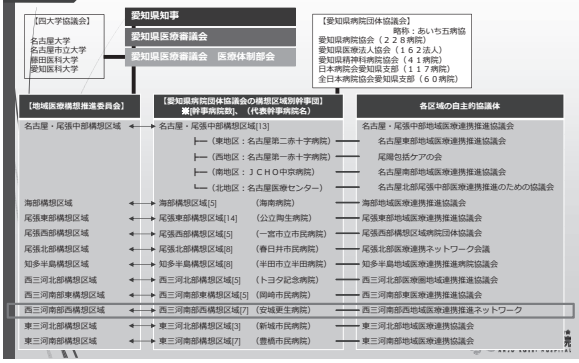
衣浦東部保健所

複数回
打合せ

碧南市民病院

ＪＡ愛知厚生連
安城更生病院

愛知県地域医療構想を協議する組織のイメージ



スケジュール

2021 2月	2021 2月	2021 3月	2021 6月	2021 6月	2021 8月	2021 11月	2021 12月
地域医療連携推進ネットワーク幹事会 西三河南部西	地域医療構想推進委員会（事前協議） 西三河南部西構想区域	地域医療連携推進ネットワーク総会 西三河南部西	国の事前協議	病床整備計画の提出	地域医療構想推進委員会（正式協議） 西三河南部西構想区域	医療体制部会 愛知県医療審議会	国の正式協議

西三河南部西医療圏の自主的協議体

行動指針（クレド）

- 私たちは、愛知県西三河南部西地域において、100年の大計をもって、地域住民が安心して医療と介護を受けることが出来る仕組みを作ることを目指します。
- 私たちは、この地域で医療・介護需要が最大となる2040年に向けて、情報および認識を共有し、自主的な協議を行いながら、効率的で質の高い医療提供体制の構築を目指します。
- 私たちは、2025年を目途とした愛知県地域医療構想の達成に向けて、この地域にふさわしいバランスのとれた病床機能の分化と連携の推進を目指します。

病床整備計画に係る取扱い

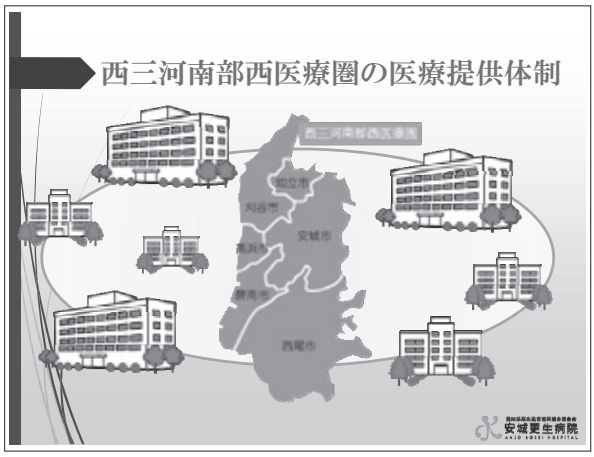
病床整備計画を行おうとする者は、
予め地区医師会など地域の関係団体と
その計画内容について協議する。

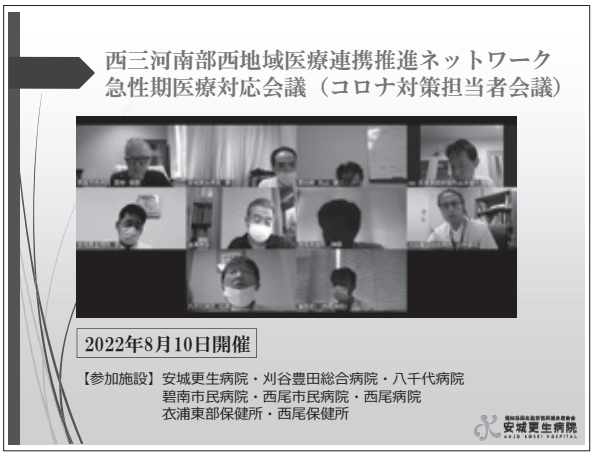
自主的協議体

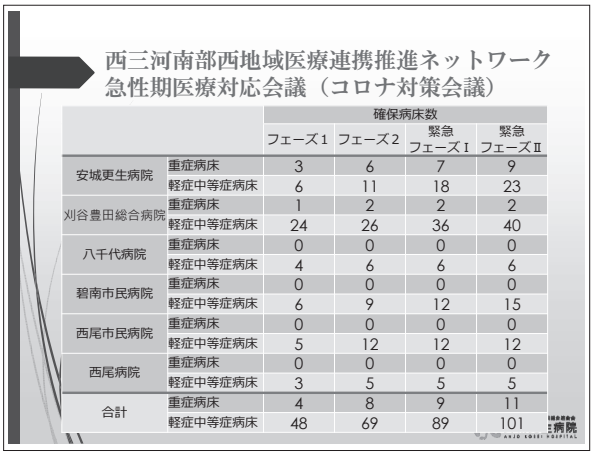
西三河南部西地域医療連携推進ネットワーク

西三河南部西地域医療連携推進ネットワーク

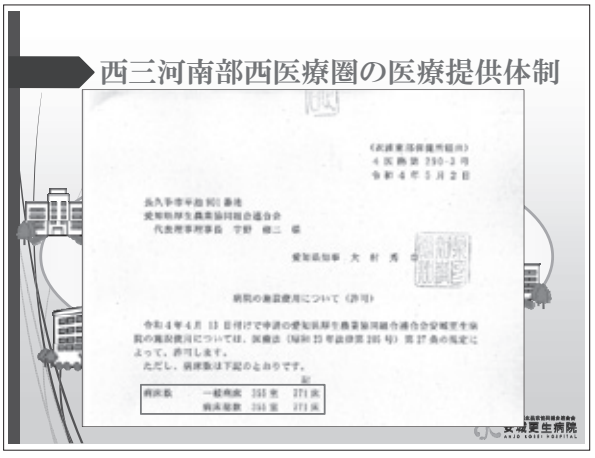
2021年3月8日開催







		確保病床数			
		フェーズ１	フェーズ２	緊急フェーズⅠ	緊急フェーズⅡ
安城更生病院	重症病床	3	6	7	9
	軽症中等症病床	6	11	18	23
刈谷豊田総合病院	重症病床	1	2	2	2
	軽症中等症病床	24	26	36	40
八千代病院	重症病床	0	0	0	0
	軽症中等症病床	4	6	6	6
碧南市民病院	重症病床	0	0	0	0
	軽症中等症病床	6	9	12	15
西尾市民病院	重症病床	0	0	0	0
	軽症中等症病床	5	12	12	12
西尾病院	重症病床	0	0	0	0
	軽症中等症病床	3	5	5	5
合計	重症病床	4	8	9	11
	軽症中等症病床	48	69	89	101



【浦田士郎（愛知県医師会理事）】

ありがとうございました。

では、続きまして、社会医療法人名古屋記念財団理事長でございます太田圭洋先生から「新型コロナは今後の病院医療に何をもたらしたか？～民間病院の立場から～」と題して御講演をお願いします。

新型コロナは、今後の病院医療に何をもたらしたか?
～民間病院の立場から～

社会医療法人名古屋記念財団理事長
太田　圭洋
（おおた　よしひろ）

ありがとうございます。

名古屋記念財団の太田でございます。

現在、私はコロナ分科会及びアドバイザリーボードの構成員をやっております。結構コロナに関しては様々政府内部にも入りいろいろと見てきましたが、今日はコロナのお話をするわけではありませんが、先生方よりもコロナが始まったことによってこの国がどのような形で動いてきて、今それがどういう影響を与えているか感じているところがあるものですから、そのお話を、民間病院の立場からお話をさせていただきます。

私がやっております名古屋記念病院です。名古屋の南東部にあり急性期、ここに書いてあるような機能を担っております、またグループ病院がございます。

先生方もご存じのように、このコロナになって、かなりマスコミを通じて日本の医療に対するバッシングがありました。今日持ってきているのは財政制度分科会、財務省の審議会資料ですが、非常に辛辣な言葉で日本の医療を問題視してございます。何が書いてありますかといいますと、医療資源の散在が是正されておらず、病床機能分化も進んでいないのでコロナ対策の足かせになったとか、なんちゃって急性期病床問題と通底しており云々と財務省は主張しました。またマスコミでは民間病院が頑張らないから我々が経済を止めなきゃいけないじゃないかという論調もございました。医師会に対するバッシングもあったかと思います。

我々は中央でいろいろと反論はしました。特に民間病院が頑張らないからという論調に関してはしっかりとデータを出して、第３波の頃には、例えば大阪だと民間のほうがよりコロナを診るようになった資料も出させていただきました。東京、沖縄の資料も出しました。しかし、一度マスコミで日本の医療の問題点として検証されずに出てしまったものは、国民の頭の中にインプリントされる形で広まり、様々な影響をコロナがもたらしていったと感じています。

また、これも先生方御存じだと思いますが、今年の夏に新型コロナ感染症へのこれまでの取組を踏まえた課題を検討する会が組織されました。突然、社会学者ですとか、いろいろ医療体制の批判している人たちが集められて検討会が作られ、二、三回議論しただけで報告書がまとめられました。報告書ですが、多分最初から文章ができていたと私は思いますけど、各地域で平時より医療機能の分化、感染症危機時の役割分担の明確化を図ることが必要で、法的対応をする必要があるのではないかと報告書に書かれてございますし、今問題になっておりますかかりつけ医の問題もここに書かれています。「法的対応を含めかかりつけ医機能が発揮される制度整備」がこの報告書に書かれたわけでございます。

これは、先ほど香取先生の文書にもありましたが、今年の骨太です。経済財政改革の基本方針でも、コロナ禍で顕在化した課題を踏まえかかりつけ医機能が発揮される制度整備、地域医療連携推進法人、法制上の措置も含めた地域医療構想の推進、医師の働き方改革、医療費適正化計画の在り方、都道府県のガバナンスの強化。どちらかといいますと、財務省が今までも医療改革としてこうやっていかなければいけないと主張していたものを露骨に報告書でまとめて骨太に持ち込んだような形になりました。

新型コロナパンデミックは日本の病院医療に何をもたらしたのか。私は、日本のコロナ対策は頑張ったと思います。医療機関は頑張ったと思います。実際に死者数で見ても、欧米と比較して明らかに成績はいい。しかし、マスコミ、SNSなどによって国民の医療提供体制への不満・不信は増大しました。その結果、医療提供体制の見直しの議論が加速化しました。結果として何が起こったと私は感じているか

というと、先ほど言いましたが、財務省の医療制度改革への関与の増大です。財務省主張の医療制度改革が加速をしつつあると感じます。医療機関に対する行政の権限の拡大、かかりつけ医の制度化？はてなにしましたが、医療法人経営状況の見える化、地域医療構想のさらなる推進･加速でございます。私、地域医療構想を全面的に否定するわけでありません。地域で今後の人口動態の推移を考えながら医療提供体制を確保していくのは非常に重要な政策だと思っておりますが、ただ実際に様々なことが地域で起こっております。

これは地域医療構想のポンチ絵です。右下にありますが、幾つかの公的病院をくっつけて、２つを１つにして病床を減らすような再編統合が非常にいいことだと言われており、全国いたるところで起こってきている。先ほど安城は、くっつけるのはやめましょうということで非常に賢明な判断を愛知県内はしたわけですが、多くの都道府県ではこれが行われております。こういうことをやると、基金からお金も出ると。

一つ例を持ってきました。兵庫県の例です。旧尼崎病院500床と旧塚口病院410床を併せて730床の病院をつくったと。実質的には病床は減っております。トータルは170床減った、1.5倍の巨艦病院ができたと。これは地域医療構想的には非常にいいことになるわけですが、お金の面で見ますと、当然公立病院ですから繰入金が必要です。赤字です。それまで２病院あわせて19億円の繰入れが必要だったものが、くっつけてみたら30億円の繰入れが必要な病院ができたことになりました。実質の赤字は３倍になりました。これを効率化というかどうかは微妙なところはありますが、重要なのはその下のピンクの部分です。一方、救急はこの巨大病院に集中し、尼崎市内７病院が救急から撤退しました。今残っている二次救は一つだけになりました。これが私は非常に大きな問題だと思います、今後の日本の医療を考えたときに。

先生方はご存じのように、これから都市部ではまだまだ高齢者人口は増えていきます。左側のピンクに塗られている都道府県は､これ2025年までの増加、プラス2040年までの増加が分けてありますけれども、まだまだ増える。香取先生のお話にもありましたが、どんどん入院される患者さんの高齢化が進んでいます。

65歳以上の入院ですが、これがどんどん増えている状況です。85歳以上人口は、まだまだこれから全国で2040年まで増えていきます｡これも人口動態で、もう皆様方、分かっていらっしゃることです。

私の知り合いの佐賀県の織田病院からデータをいただきました。この当時、高齢化率は30.3％、私がいる愛知県と比べると５ポイント以上高齢化が進んでいる地区ですが、急性期病院ですが、85歳以上の救急搬送がどんどん増えています。85歳以上の入院患者さんがどんどん増えるのです。都市部は、先ほどありましたけれども、核家族化が進んでおり単身ですとか老老の世帯しかほとんどいない。それがどんどん増えて救急車が増えるのが、我々都市部で今後対応しなければいけない医療需要の変化だと思っています｡その中で集約化が行われるとどうなるか。

日医総研の山形県の村上教授が書かれた文章です。DPCのデータを村上先生は分析されて、これ、右側の図は何かといいますと、DPCの特定病院群、いわゆるスーパー急性期病院で、呼吸器系の入院の中で誤嚥性肺炎を占める割合です。誤嚥性肺炎の比率が３割という病院がけっこうあります。本当にこういうスーパーＤＰＣ病院で誤嚥性肺炎を見るのが正しいのでしょうか。

山形県というのは地域医療構想の優等生と言われています。例えばこの置賜の話ですが、置賜の企業団では病院再編しました。サテライトになった二つの病院は非常に近く、中核の病院をつくり集約化したわけですが、集約化された高次病院で明らかに、他の病院と比べて誤嚥性肺炎を診る例が増えたと。「サテライト施設ではそれら（他の地区の病院-筆者注）と比較して患者の受入れがかなり限定的となっており、他の病院においては中小病院でも対応しているような比較的軽度な患者も総合病院に集まっている可能性があり、基幹病院への集約化だけに目を奪われているとサテライト施設に適切な機能が確保できず、むしろ基幹病院の診療機能も不明確になりかねない」とコメントしておられます。

これは長崎県のＤＰＣのデータを持ってきておりますが、同じ疾患で入院しても、診療報酬上の値段は病院によって変わります。例えば股関節ですとか心不全、誤嚥性肺炎を持ってきていますけど、大学病院、公立病院、地域病院でこれだけ診療報酬は変

わるわけです。救命救急入院料とか、DPCの係数もあるでしょう。

現在の地域医療構想の問題点として、今地域医療構想、加速化しようとしていますが、地域ではなかなか調整が不十分な状況で進んでいます。いろいろなステークホルダーがおり、なかなか上手に調整ができない中で、例えば公立病院だけで統合する例とかいろいろな動きが出ている。非常に調整結果が不十分な結果、非効率になることも起こっていると思います。また、先ほど言いましたが、過度の集約化によっての非効率というものも出ていると思います。またさらに、最後、尼崎の例でお話しましたが、民間が淘汰され公立病院の比重が増加することによる非効率化も起こっていると思います。

基本的に集約化は効率化するものです。そういうものなのですが、副作用がより大きくなると、その政策が非効率を生むこともありえます。今、そういうことが起こり始めているのではないかと私は危惧をしています。

これから高齢者が大幅に増える、特に都市部においては、大艦巨砲主義の戦艦のような三次救病院は、地域医療に私はなじまないと思っています。どちらかというと、これからの地域医療に必要なのは、地域包括ケアを支える軽巡洋艦、駆逐艦のような小回りの利く病院だと私は思います。この論点が地域医療構想には欠けているのではないか。集約化したほうがいい医療機能は当然あります。しかし分散化しておいたほうがいい医療機能も当然あるわけです。高齢者の医療は、どちらかというと何でもかんでも集めればいいものではない。地方で医療資源の乏しいところでは、それも含めてやらなきゃいけないところもあるかもれませんが、都市部でこれから加速化して急性期病院を集約化していくことが本当に正しいのかというのは、一旦立ち止まって考えるべきだと私は思います。

財務省的な視点で医療費抑制という観点はあるわけですが、急性期の今の病床では、無駄な急性期の入院は発生していません。重症度、医療・看護必要度等で病院は縛られており、また患者さんも入院したくなければ入院しないでしょう。我々も入院させません。病床が空くだけです。無理やり減らす必要は医療費適正化の上でもありません。しかし数合わせを強引にやれと言われたら地域医療はどういうことになるのか。多分最終的には中小規模の民間病院が淘汰される流れになります。

地域医療構想では急性期機能をどこまで集約化するかの議論が不十分です。特に二次救急を地域で担う医療機関の確保が実際に地域医療構想では議論されていません。これは非常に危険な話だと思います。先ほどお話ししたように、これをしっかりとやらないと、より地域医療が非効率化する。さらに回復期の問題があります。地域医療構想では回復期が足らないことになっております。多くの公立病院の先生方がいらっしゃるのを承知であえて言いますが、地域に効率的に回復期機能を担っている民間病院があるのならば、やはり回復期を公立の先生方がやられるべきではないと私は思います。

最後です。地域医療構想では、二次救急を地域で担う医療機関の確保の計画の議論を行っていくよう今後改善していくべきと思っております。また、様々な政治、議員の圧力が地域医療構想に影を及ぼしていますが、それに対抗することが実際の地域医療構想調整会議ではできません。そこに対しても何らかの手当が制度的に必要だと思います。さらに、これは多くの先生方も最近おっしゃられるようになりましたが、地域医療構想を我々は病棟単位で議論しています。それで病床数合わせをしています。しかし、病院機能による機能分化をこれからは真剣に考えないといけないと思います。現在の路線のまま数合わせを加速化させることは、特に都市部では弊害の方が大きいように思います。都市部では今後急増する高齢者救急に対応するためのER型の地域密着急性期病院という類型が、私は残っていくべきだと思います。高度ではなくてもいいのです。

よく厚労省は、地域包括ケア病棟でそれをやればいいと言いますが、13対１では無理です。13対１の病棟で夜間に入院患者さんを入れようものなら、看護師から暴動が起こります。今のお医者さんは、検査だとかレントゲンがすぐ撮れないところで救急は診ません。13対１単独ベースの病院で高齢者救急を支えるのは、私は不可能だと思います。そういう意味では、急性期機能を持ったER型の地域に密着する病院の類型を真剣に考えるべきだと思います。識者の単純な集約化イコール効率化という誤解については、我々はしっかりと違うと言っていかなければいけないかと思っています。

新型コロナは、今後の病院経営に何をもたらしたか？
～民間病院の立場から～

社会医療法人名古屋記念財団　　理事長

太田　圭洋

令和4年度全国医師会勤務医部会連絡協議会、グランコート名古屋、20221015

自己紹介

- 社会医療法人名古屋記念財団　　理事長
-
- 1994年　名古屋大学医学部卒業
- 1994年　小牧市民病院研修医
- 1999年　英国アストン大学経営学大学院　終了
- 2000年　新生会第一病院勤務
- 2006年　社会医療法人名古屋記念財団　理事長

○ 政府	新型コロナウイルス感染症対策分科会	構成員
○ 厚生労働省	新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード	
	医療従事者の養成に関する検討会	構成員
	看護職員需給分科会	構成員
○ 日本医療法人協会	副会長	
○ 全日本病院協会	医療保険・診療報酬委員会	副委員長
○ 日本病院団体協議会（日病協）	診療報酬実務者委員会	委員長
○ 四病院団体協議会（四病協）	医療保険・診療報酬委員会	副委員長

① 医療提供体制の強化に関する事項

- こうしたことから、限られた医療資源が適切に配分されるよう、各地域で平時より、医療機能の分化、感染症危機時の役割分担の明確化を図るとともに、健康危機管理を担当する医師及び看護師を養成してネットワーク化しておくことや実践的な訓練を行うことなどにより平時からの備えを確実に行うことにより、危機時に医療機関や医師、看護師等の行動がどの役割に沿って確実に実行されるよう、法的対応や予防計画・医療計画の見直しも含めた仕組みづくりが必要である。
- こうしたことから、かかりつけの医療機関（特に外来、訪問診療 等を行う医療機関）についても、各地域で平時より、感染症危機時の役割分担を明確化し、それに沿って研修の実施やオンライン診療・服薬指導の普及に取り組むなど、役割・責任を果たすこととした上で、感染症危機時には、国民が必要とする場面で確実に外来医療や訪問診療等を受診できるよう、法的対応を含めた仕組みづくりが必要である。今後、さらに進んでかかりつけ医機能が発揮される制度整備を行うことが重要である

名古屋記念病院

- 病床数416床
- 急性期一般入院基本料１
- DPC標準群
- 総合入院体制加算3
- 臨床研修指定病院
- 地域医療支援病院
- 地域災害拠点病院
- 愛知県がん診療拠点病院
- 救急車受入れ約5000台/年

骨太の方針2022（令和4年6月7日閣議決定）

- 医療・介護提供体制などの社会保障制度基盤の強化については、今後の医療ニーズや人口動態の変化、コロナ禍で顕在化した課題を踏まえ、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するため、機能分化 と連携を一層重視した医療・介護提供体制等の国民目線での改革を進めることとし、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行うとともに、地域医療連携推進法人の有効活用や都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制上の措置を含め地域医療構想を推進する。あわせて、医師の働き方改革の円滑な施行に向けた取組を進める。その他基盤強化に向けて、医療費適正化計画の在り方の見直しや都道府県のガバナンスの強化など関連する医療保険制度等の改革とあわせて、これまでの骨太方針2021 等に沿って着実に進める。

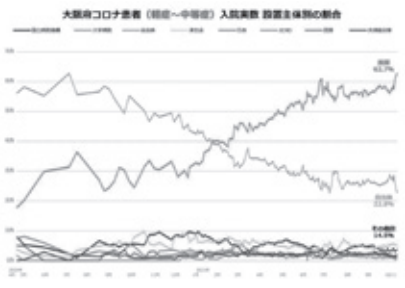
財政制度分科会（令和3年11月8日）資料より

新型コロナパンデミックは日本の病院医療になにをもたらしたか

- 日本のコロナ対策は頑張った･･･しかし･･･
  - マスコミ、SNSを通じて、医療提供体制への不満、不信の増加
  - 医療提供体制見直しの議論の加速
    - コロナ対策の検証の有識者会議の議論（6月15日）
    - 2022年骨太（6月7日）、政府方針（6月17日）

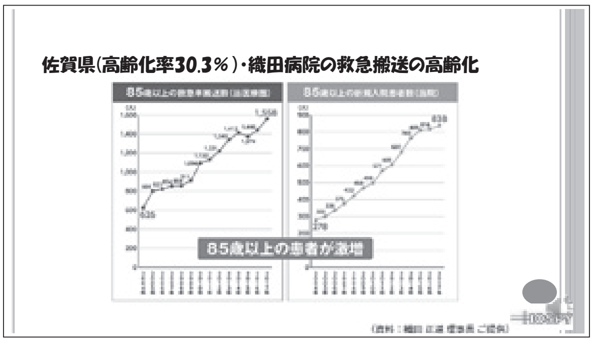
↓

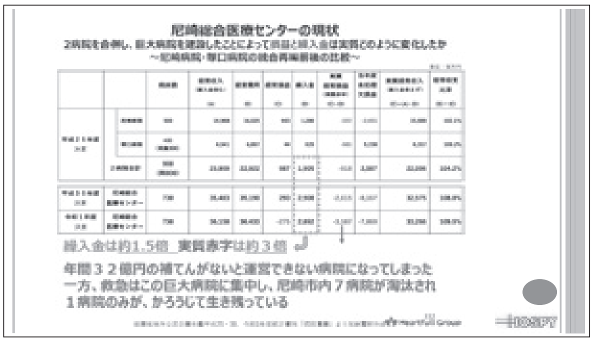
- 財務省の医療制度改革への関与の増加
  - 財務省主張の医療制度改革の加速
    - 医療機関に対する行政の権限の拡大
    - かかりつけ医の制度化？
    - 医療法人の経営状況の見える化
    - 地域医療構想のさらなる推進・加速

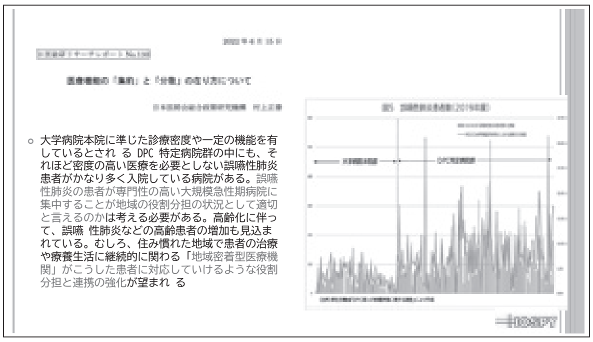


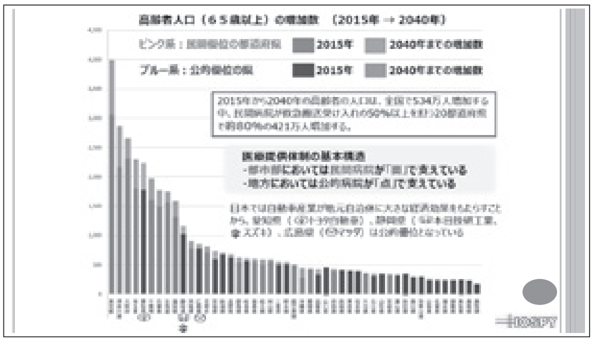
20211108新型コロナ感染症対策分科会資料

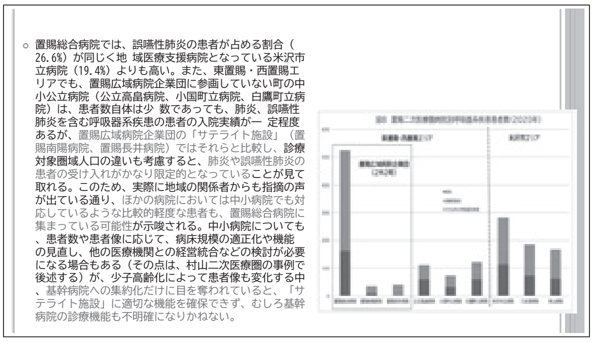
旧尼崎病院
500床
旧塚口病院
400床
(実働300床)
2015
平成27年7月　尼崎病院、塚口病院を統合再編し、
兵庫県立尼崎総合医療センターとして開院
730床
トータル900床より170床減（8割）となっているが、
以前の病院より約1.5倍の超巨艦病院が設立された

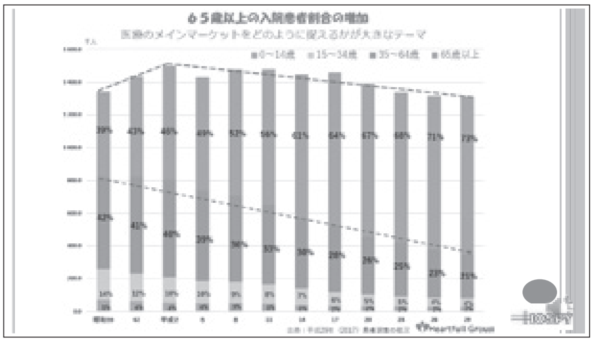

佐賀県(高齢化率30.3％)・織田病院の救急搬送の高齢化
85歳以上の救急車搬送数(法医療圏)
85歳以上の新規入院患者数(当院)
85歳以上の患者が激増
(資料：織田 正道 理事長 ご提供)


尼崎総合医療センターの現状
2病院を合併し、巨大病院を建設したことによって病床と繰入金は実際どのように変化したか
～尼崎病院・塚口病院の統合再編前後の比較～
繰入金は約1.5倍　実質赤字は約3倍
年間32億円の補てんがないと運営できない病院になってしまった
一方、救急はこの巨大病院に集中し、尼崎市内7病院が淘汰され
1病院のみが、かろうじて生き残っている

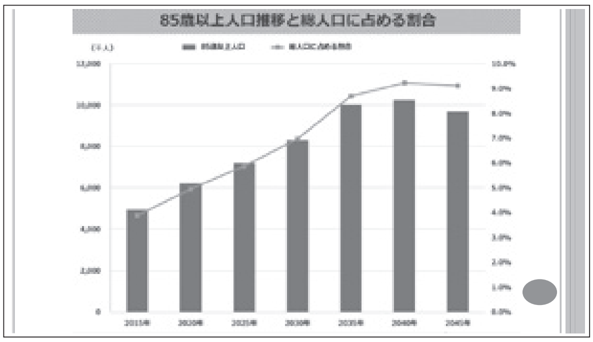

医療機能の「集約」と「分散」の在り方について
日本医師会総合政策研究機構　村上正泰
○ 大学病院本院に準じた診療密度や一定の機能を有しているとされ る DPC 特定病院群の中にも、それほど密度の高い医療を必要としない誤嚥性肺炎患者がかなり多く入院している病院がある。誤嚥性肺炎の患者が専門性の高い大規模急性期病院に集中することが地域の役割分担の状況として適切と言えるのかは考える必要がある。高齢化に伴って、誤嚥 性肺炎などの高齢患者の増加も見込まれている。むしろ、住み慣れた地域で患者の治療や療養生活に継続的に関わる「地域密着型医療機関」がこうした患者に対応していけるような役割分担と連携の強化が望まれ る

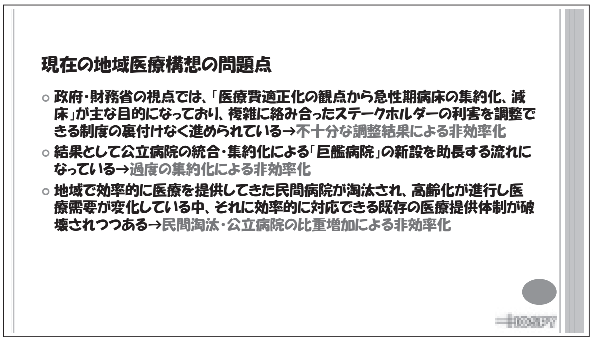

高齢者人口（65歳以上）の増加数　（2015年→2040年）
ピンク系：民間優位の都道府県　2015年　2040年までの増加数
ブルー系：公的優位の県　2015年　2040年までの増加数
2015年から2040年の高齢者の人口は、全国で534万人増加する中、民間病院が救急搬送受け入れの50%以上を担う20都道府県で約80%の421万人増加する。
医療提供体制の基本構造
-都市部においては民間病院が「面」で支えている
-地方においては公的病院が「点」で支えている

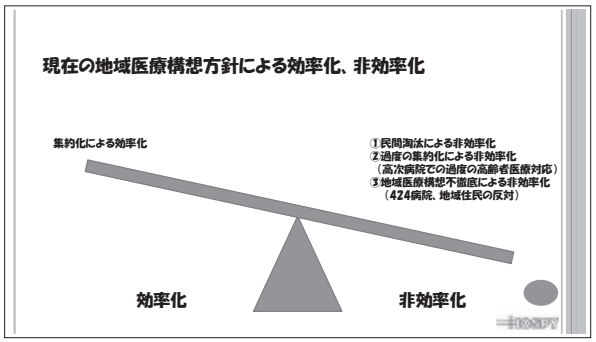

○ 置賜総合病院では、誤嚥性肺炎の患者が占める割合（26.6%）が同じく地 域医療支援病院となっている米沢市立病院（19.4%）よりも高い。また、東置賜・西置賜エリアでも、置賜広域病院企業団に参画していない町の中小公立病院（公立高畠病院、小国町立病院、白鷹町立病院）は、患者数自体は少 数であっても、肺炎、誤嚥性肺炎を含む呼吸器系疾患の患者の入院実績が一 定程度あるが、置賜広域病院企業団の「サテライト施設」（置賜南陽病院、置賜長井病院）ではそれらと比較し、診療対象圏域人口の違いも考慮すると、肺炎や誤嚥性肺炎の患者の受け入れがかなり限定的となっていることが見て取れる。このため、実際に地域の関係者からも指摘の声が出ている通り、ほかの病院においては中小病院でも対応しているような比較的軽度な患者も、置賜総合病院に集まっている可能性が示唆される。中小病院についても、患者数や患者像に応じて、病床規模の適正化や機能の見直し、他の医療機関との経営統合などの検討が必要になる場合もある（その点は、村山二次医療圏の事例で後述する）が、少子高齢化によって患者像も変化する中、基幹病院への集約化に目を奪われていると、「サテライト施設」に適切な機能を確保できず、むしろ基幹病院の診療機能も不明確になりかねない。

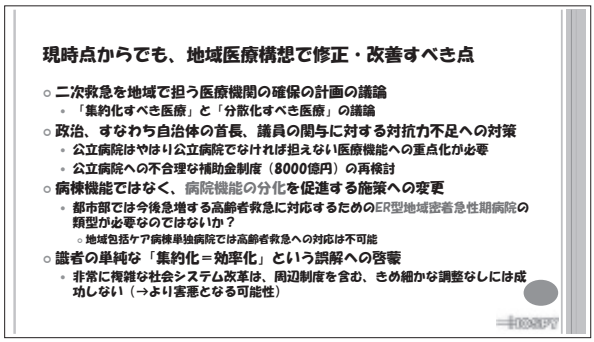

65歳以上の入院患者割合の増加
医療のメインマーケットをどのように捉えるかが大きなテーマ
0～14歳
15～34歳
35～64歳
65歳以上
39%
43%
46%
49%
52%
54%
61%
64%
67%
68%
71%
73%

地域病院から見た
地域医療構想策定における
医学部・大学病院の役割
大学病院、公的病院、地域病院における入院医療費の比較である。大学病院と地域病院では、同じDPCコード(6桁)でも平均年齢や副病名、手術の有無に差があり、患者像が大きく異なっているため、DPCコード(14桁)で比較すると大学病院の方が医療費は高いことが分かる。地域医療構想において、医療機関の機能的な役割分担を明確にするためにも、こういった医療費の観点を含めて検討することが必要であろう。
病院第80巻第2号（2021）　井上健一郎先生より


85歳以上人口推移と総人口に占める割合
(千人)
85歳以上人口
総人口に占める割合
2015年
2020年
2025年
2030年
2035年
2040年
2045年


現在の地域医療構想の問題点
○ 政府・財務省の視点では、「医療費適正化の観点から急性期病床の集約化、減床」が主な目的になっており、複雑に絡み合ったステークホルダーの利害を調整できる制度の裏付けなく進められている→不十分な調整結果による非効率化
○ 結果として公立病院の統合・集約化による「巨艦病院」の新設を助長する流れになっている→過度の集約化による非効率化
○ 地域で効率的に医療を提供してきた民間病院が淘汰され、高齢化が進行し医療需要が変化している中、それに効率的に対応できる既存の医療提供体制が破壊されつつある→民間淘汰・公立病院の比重増加による非効率化

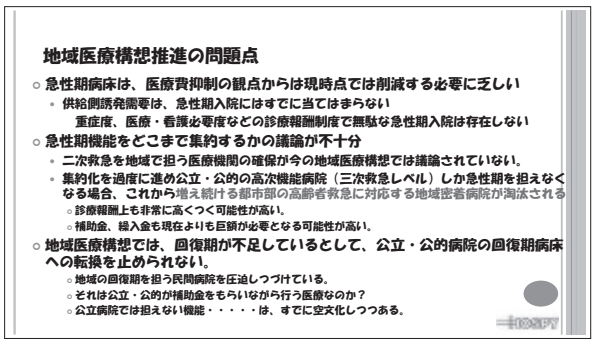




【浦田士郎（愛知県医師会理事）】

ありがとうございました。

それでは、第５席、愛知県病院団体協議会会長、社会医療法人大雄会理事長の伊藤伸一先生から「アフターコロナの地域医療構想～愛知県病院団体協議会の取り組み～」と題して御講演をお願いします。



アフターコロナの地域医療構想
～愛知県病院団体協議会の取り組み～

愛知県病院団体協議会会長
社会医療法人大雄会理事長
伊藤　伸一
（いとう　しんいち）

御紹介賜りました愛知県病院団体協議会会長で現在愛知県病院協会の会長を拝命しております社会医療法人大雄会の伊藤でございます。

今回私どもは、愛知県の病院団体としてコロナにどのように立ち向かったかを少しお話し申し上げると同時に、新たに様々な仕組みを活用したわけですが、それを今後どういう形でポストコロナという形で活用していくのかについて、お話を申し上げたいと思います。

今回の新型コロナの感染症では、その感染力の強さと、特に初期の第２波、３波、４波のところの重篤化により、医療体制の感染症に対する脆弱性を露呈してしまったわけであります。特に感染拡大時にはその重篤性から、感染重篤者を収容する急性期病院の機能に大きな障害といいますか、影響を受けたわけでございます。一般救急機能の維持すら危ぶまれるような事態が生じてしまいました。

今回のこのコロナ禍に対して、愛知県ではコロナの以前から地域医療構想を協議するために、愛知県にございます五つの病院団体が垣根を越えた連携システムを構築しており、これを感染症対策に応用することで地域の医療体制を維持するような工夫を行いました。さらにもう一点、県内の感染症病床の稼働状況を見える化することで、その情報を一元化して共有できるシステムを構築、活用することで地域医療の機能、これを確保したので、この２点についてお話をさせていただきたいと思います。

まず、病院団体の連携システムについて御説明を申し上げます。

愛知県病院団体協議会、あいち五病協という名称でこの団体がございます。2015年３月に故加藤林也先生を会長といたしまして愛知県病院団体協議会、あいち五病協という団体を発足させました。これは地域医療構想の区域ごとの監事団で構成され、愛知県には11の医療圏がございますが、そのうち名古屋を大都市圏として四つに分け、その各構想区域での協議、それぞれで非常に地域密着した形で協議を進めていく形で協議団体を発足させています。これに関しては愛知県健康福祉部、及び県下医師会長等協議会で病院関係者を代表する存在として認知をされ、さらに2018年以降は地域医療介護総合確保基金を活用して県の助成を受ける、比較的公的な団体として運営されていました。

あいち五病協は浦田士郎前会長の旗の下に、地域医療構想を中心に地域連帯体制を形成して国民の健康と福祉に寄与する活動を継続してきたわけですが、今回の新型コロナ感染症の拡大に当たり、各構想区域における連携と、それから協議体制が既にこれは確立されたことで、既に御発表いただきました松浦先生、あるいは度会先生のお話のように、各構想区域における病床連携、発熱外来等の対応が非常にスムーズに構築をされたこと、それから、二次医療圏ごとにコロナ感染者の入院調整を行って、コロナ病床の効率的な運用を行ったことが特筆されるだろうと思っております。

これが愛知県地域医療構想を協議する組織のイメージ、あいち五病協の組織のイメージでございます。この団体の会員は重複しております、大変多くの病院が所属をしておりますが、これは重複しておりますが、愛知県内のほとんどの病院が当協会に所属していることになります。この協会は、地域医療連携について各医療圏の協議を推進するために、構想区域、それから二次医療圏ごとに編成をされ、それで地域医療構想に関する協議を深める役割を担っております。特に先ほど申し上げたように、大都市名古屋圏では人口の多いことを理由に構想区域を４

分割して、よりきめの細かい議論ができる体制をつくっております。このような日頃から全県的な横断的なつながりが、今回の感染症拡大時に素早く、緻密で、なおかつ連携可能なシステムとして機能を発揮したことと、それにより行政、あるいは県医師会、地域医師会との緊密な連携によって地域医療体制の確保に役立つと考えます。

これは新規感染者が発生した第７波の状況ですが、これは既にさきの先生方が御講評いただいておりますので省きますけれども、ピーク時には１万8,000人の感染者が発生しております。オミクロン株は重症化することは少なく入院機能は何とか維持できておりますけれども、しかし、第４、５、６波のピーク時には感染病床がオーバーフローしたこと、それから、それによって一般医療、特に救急医療に大きな影響が出てしまったことが非常に悔やまれるところでございます。

これは８月、９月の感染症病床の稼働の状況を示しておりますが、急速な感染拡大で想定を超えた入院患者さんの急増で、病床稼働は急速に上昇して逼迫の状況が見られるわけであります。また、個々の病院が大変な苦労をされてコロナの状況を乗り越えてきましたが、それぞれ個々の病院が単独で行う感染症病床の運用となりますと、自院の患者さんが中等症から重症に急変をする、重篤化する対応のため、あるいは救急からの受入れの中で重症の感染症患者さんがいたり、それから、重症を急に受け入れなければいけないような状況を常に想定して、各病院がそれぞれ即応感染症病棟の空床を確保することがございました。したがって、それによって感染症病床の効率的な運用に支障が生じて、かなり空床を確保しなければ運用ができない状態が常態化したわけであります。それによって感染症病床の空きがあったとしても、新規の受入れが止まってしまう状態が多発いたしました。

これは救急搬送の困難事例の数でございますが、病床の逼迫、感染症病床の逼迫は、すなわち発熱者の受入れの困難だとか、救急外来での患者の停滞等によって救急医療の機能低下を招くことになり、コロナ感染症の拡大時は救急搬送の困難例が急増していることを表しております。

これは愛知県の状況ですが、愛知県でもコロナ感染者と同様に、一般救急症例の搬送困難例が急増しております。大まかな数字ですが、愛知県の急性期入院病床、ほぼ４万4,800床ですが、これに対して感染症対策、コロナの専用病床、あるいはそれを確保するための空床を含めて考えますと、推定ですが、４万4,000床のうち3,000から5,000床が使えない状況で愛知県の医療が動いていたことで、まさに地域医療が危機的状況に陥る理由はここにあると考えております。

そんな中で、この愛知県病院協会では感染症病床の効率的な稼働、先ほど申し上げた、どうしてもいざというときのために自らの感染症病床を確保することで、非常に非効率な運用がなされるわけですが、感染症病床の効率的な稼働、これを行うために感染病床の稼働状況を見える化すると。それで、県内の感染症患者を受け入れている病院のシステムとして活用し、それが見える化をして情報を共有することによって、県内の感染症患者さんの収容を増やしていく。それをもって一般救急の受入れ体制を改善する目的で新しいシステムを導入をいたしました。

これは福岡県の九州の医療センターで開発をされましたFRESH、フクオカ・リージョナル・ベッド・コントロール・システム・フォー・パブリック・ヘルスと言って、まさに独創的な発想で感染病床を効率的に運用するような、そういうシステムを開発されました。それをお借りいたしまして、愛知県でこれを改良して応用したものでございます。重点医療機関81病院中69施設で活用しており、それから、その後に重点医療機関だけでなく、後方支援の医療機関、感染症の後方支援医療機関55施設も参画しております。その他、行政の機関も登録、あるいは活用していただいております。FRESH-AICHIの活用により感染病床の効率的運用が推進をされ、全県的に感染者の入院加療が効果的に実施をされたわけでございます。

これは実際に各病院が見ている情報です。FRESH-AICHIの地区別閲覧シートです。これは地区によって名古屋地区、三河地区、尾張地区と、この３地区に分けてそれぞれの病院の収容状況、それから、その収容されている患者の重症度等がここに一覧となって出ております。従いまして、その病院がどういう状況で空きがどれぐらいあって、体制として受入れが可否かが、このデータを見ることによって一目瞭然、直ちに個別での交渉で効率的に病

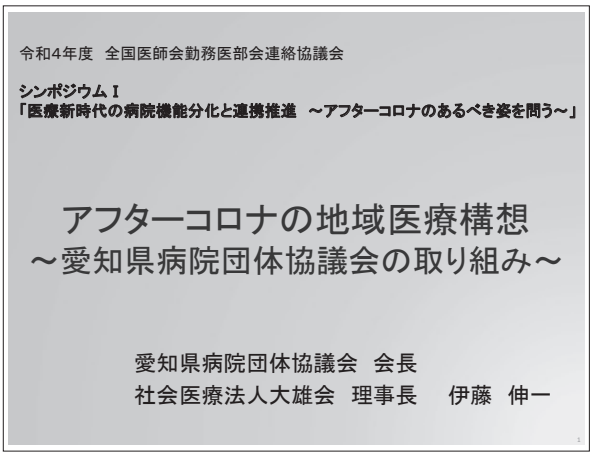
床を稼働させることが可能な情報シートとなっております。

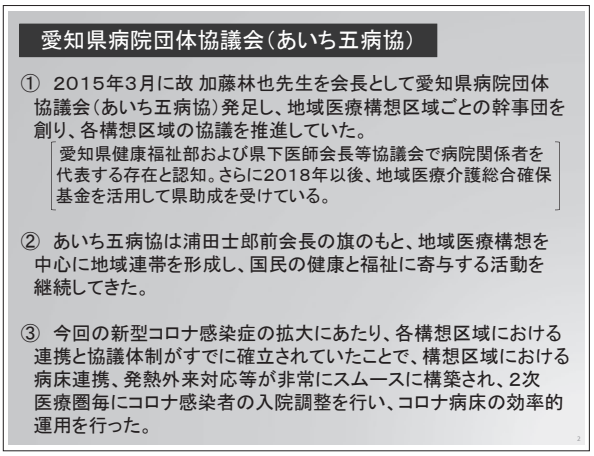
このシステムの運用のポイントは、多くの病院の感染病床の稼働状況を共有することで地域全体の収容患者数を効率的に増やすことが１点。それから、先ほど申し上げましたように、一般救急の受入れ体制、これを改善する目的でこの運用を始めたわけであります。本システムでは行政を含めた積極的な情報開示と共有が非常に重要な鍵となりました。特に行政においては、新たな情報共有に対して、セキュリティ上不安があるとのことで、なかなか参加できないことも最初ございました。これをどう協力していただくかが大きな課題となっておりました。それも十分にまた御理解いただいた上で、現状多くの行政機関にもこの情報に参加いただいております。

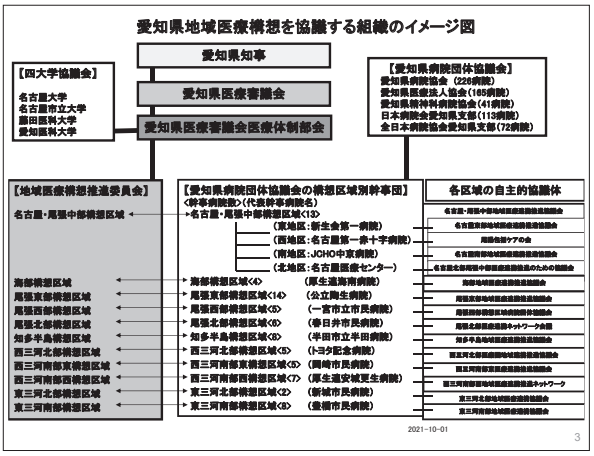
また副次的な効果として、本システムを導入することによって、それまで各病院単体で状況を確認するしかなかったわけですが、各病院がほかの医療機関の状況を共有することで、自分たちだけが大変な思いをして感染症の治療を行っているわけではない、いわゆる疑心暗鬼がこれで解消したような報告も、心理的な安定につながったような報告もございます。

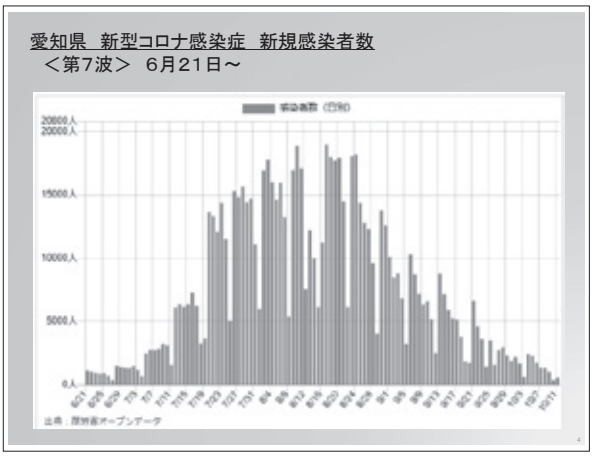
このFRESH-AICHIの情報シートは、コロナの感染症については、ぼつぼつという言い方が正しいかどうか分かりませんが、収束に向かうと思われますが、今後発生が予想される新型インフルエンザとか、さらなる脅威の感染症の発生に対して、このあいち五病院団体協議会やFRESH-AICHIシステムをさらにバージョンアップさせることによって、未知の感染症に対する準備を重ねる必要があるだろうと考える次第であります。

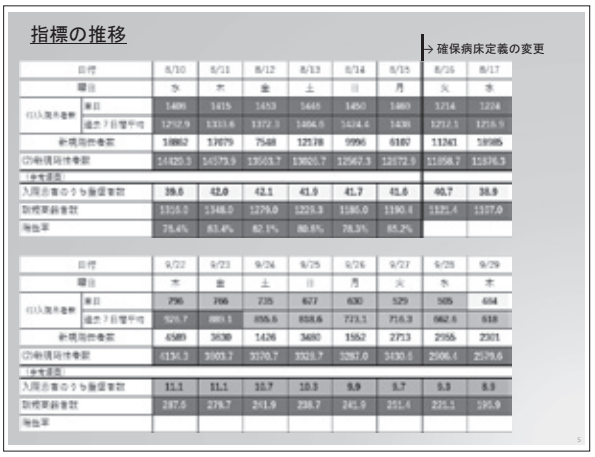
これが最後のスライドになりますが、現在第８次医療計画における感染症の位置づけ、あるいは感染症法改正に向かって協議が進められております。公立・公的病院の役割が法的に整備されれば、ますます地域それぞれの医療機関、病院の感染症病床の効率的な活用・運用と一般医療の確立・確保のためには、情報の共有は非常に重要なものです。あいち五病協の連携をさらに強化して、また情報共有ツールとしてのFRESH-AICHIを拡充して、今後の感染症に備えたいと考えております。

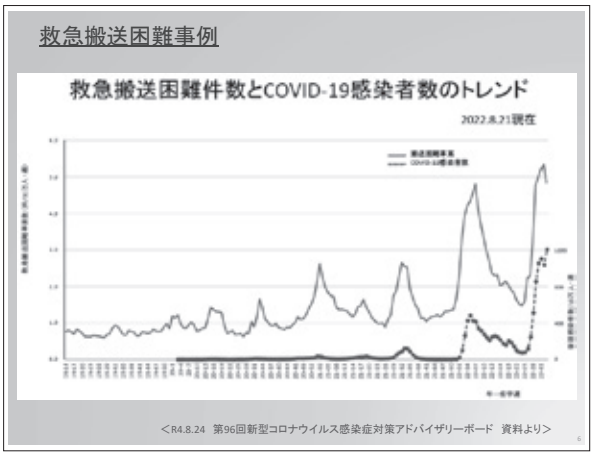


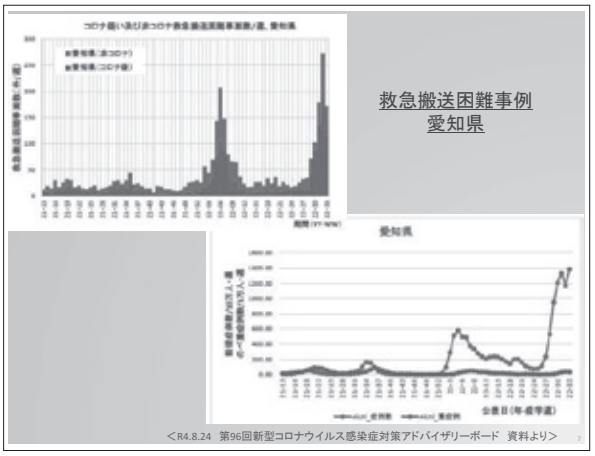


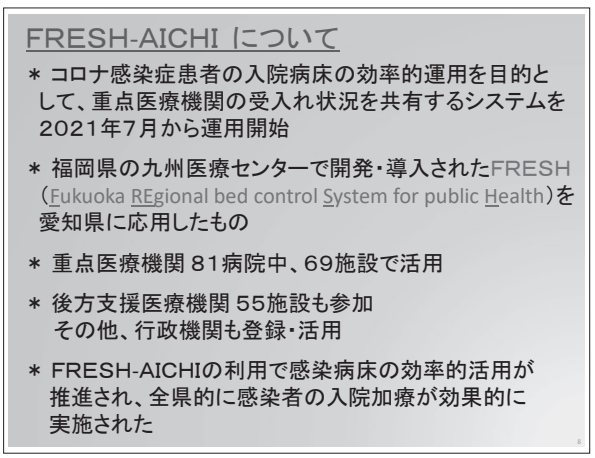












【浦田士郎（愛知県医師会理事）】

ありがとうございました。

ディスカッション

【浦田士郎（愛知県医師会理事）】

それでは、シンポジストの方々のお席を準備するために、今舞台上のレイアウトを変更させていただきますが、その間を利用して座長スライドの映写をお願いしたいと存じます。

シンポジウムのタイトルは「医療新時代の病院機能分化と連携推進～アフターコロナのあるべき姿を問う～」というタイトルでございます。

次、お願いします。

御承知のように三位一体の改革が2040年を展望して今進んでおりますが、我々の目には、この三位一体の三つがそれぞれ足を引っ張り合っている存在であって、その三つの進み方はあたかも最悪のシナリオに沿って進んでいるのではないかと。2024年に迫りました医師の労働時間の上限規制、これは動かない。その中で地域医療構想、そして医師偏在対策が国民にも医療機関にも大きな混乱をもたらしながら実現される、一つの最悪のシナリオではないかと危惧しております。

次、お願いします。

そもそも地域医療構想は何かをもう一度振り返っていただきたいと存じます。これは効率的かつ良質な医療提供体制を構築するためのツールでございます。地域医療構想は単なるツールでございます。どういうことかといいますと、各医療機関が現時点で自主的に選択をしております現状の病床数、これを地域医療構想で示された2025年の病床必要量、これを必要病床数と表現するので大変混乱してしまいます。これに収れんさせることが地域医療構想でございます。では、どのように収れんさせるかといいますと、調整会議での関係者の協議を通じてとなります。あくまでも医療関係者の自主的協議が尊重されております。この協議によって病床の地域偏在や余剰または不足が見込まれる機能を明らかにして、構想区域における課題を解決しながら、地域の実情に応じた病床機能分化と連携を進めることがうたわれております。

では、次、お願いします。

地域において病院関係者や勤務医の意見を発信できる場や仕組みが、そもそも2015年以前に存在していたのか。地域の入院医療提供者を代表する存在があったのか、そもそも必要なのか、もし必要であれば、そういった存在があったのかという提起でございます。

次、お願いします。

先ほどの愛知県病院団体協議会会長の伊藤伸一先生のスライドにもございましたが、2015年３月、愛知県内の病院５団体は地域医療構想を念頭に置いた５団体の意見交換の場を結成しました。これが愛知県病院団体協議会でございます。重複加盟はございますが、その時点で愛知県内の全324病院中92.9％がカバーされた存在でございました。

次、お願いします。

その２年後、2017年５月に、この意見交換の場として協議会の在り方を一歩進め、地域医療構想区域ごとの幹事団制度をつくりました。各構想区域の調整会議、愛知県内では推進委員会と呼称しており、これには相当多くの病院代表者が委員として出席しておりますので、その病院代表委員全員を幹事として幹事団を結成して、互選によって各区域代表幹事を選出しております。ただいま御発表いただいた全ての先生方は皆この代表幹事でございます。

次、お願いします。

このように地域医療構想区域別の監事団を結成いたしました。それぞれ１対１で構想区域ごとに、全ての入院医療提供者の方々に呼びかけ、固有のネーミングを持った自主的協議体が立ち上がりました。ただ、ここまでは病院関係者の一人相撲でございます。これを本当に公の形にしていただいたものが次でございます。

愛知県医師会の柵木会長の大変な御英断をいただき、2017年７月20日に愛知県医師会、県下医師会長等協議会で正式に周知いただきました。それを受けてすぐ、その１週間後に、愛知県健康福祉部から県下の保健所と中核市長宛に以下のように通知されました。「この幹事団制度が地域医療構想推進委員会

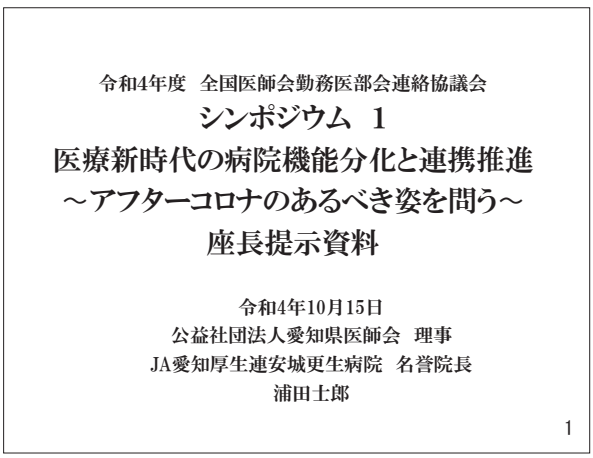
を支える自主的協議体である」こと、「病床整備にあたっては各地区医師会が窓口ではあるが、地区医師会は病院団体協議会と連携を行って行く」と明言されております。つまり、地区医師会との密接な連携を条件として、その地域における病院関係者を代表する存在として正式に認知されたということでございます。

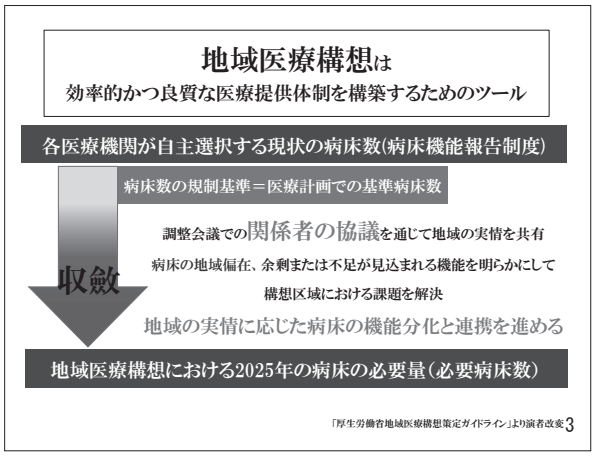
次、お願いします。

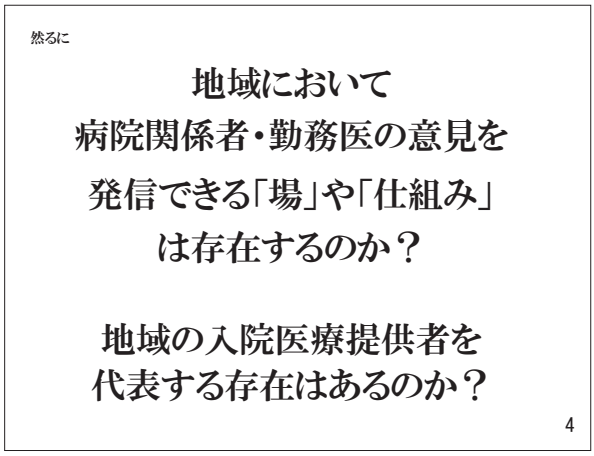
先ほどの伊藤会長のスライドにございました、このような仕組みができたわけでございます。一番左側がいわゆる調整会議、愛知県内におきましては地域医療構想推進委員会と呼称します。この委員会の議長は、全てその地域の代表医師会長の先生方でございます。地区医師会長先生方が議長を務めるこの地域医療構想調整会議に１対１で対応した病院関係者の監事団と自主的協議体がそろったわけでございます。

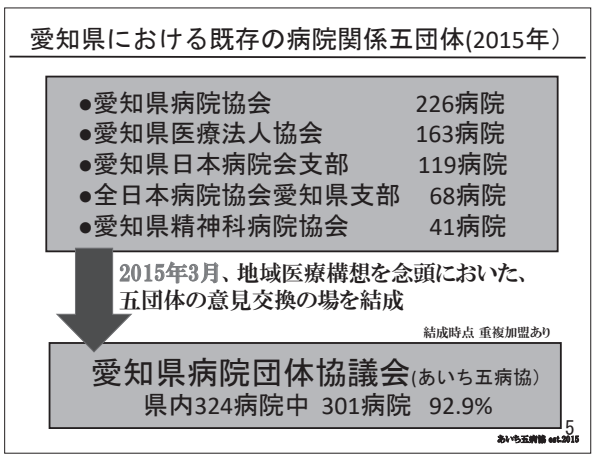
次、お願いします。

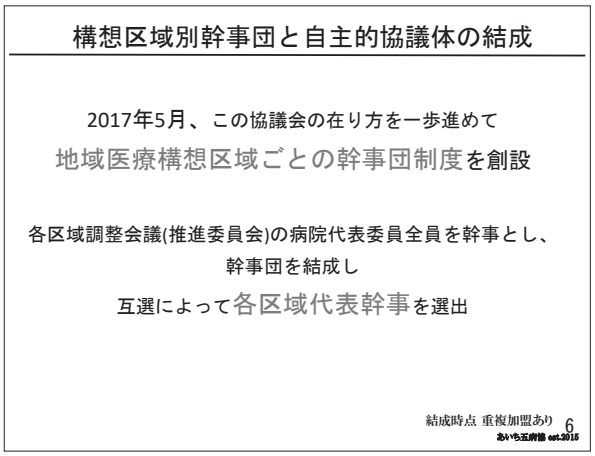
現状では10月１日時点で、この愛知県病院団体協議会には県内319病院中301病院、94.4％、病床換算で97.8％が加盟している現状でございます。このような背景を基に、先ほどシンポジストから御発表いただきました。今日の恐らく論点は、これをさらにどのように進化させていくかに尽きようかと存じます。愛知県内のこのような仕組みは、そもそも2011年東日本大震災の後に萌芽が生まれまして､そして、この地域医療構想を経て組織が生まれ、これがコロナの洗礼を受けてだんだん大きな変化を受けながら進化しつつある。しかし、さらに実効的なものにするためにはどうすればいいかということが、今日のシンポジウムの一つの議論の柱になるかと存じます。

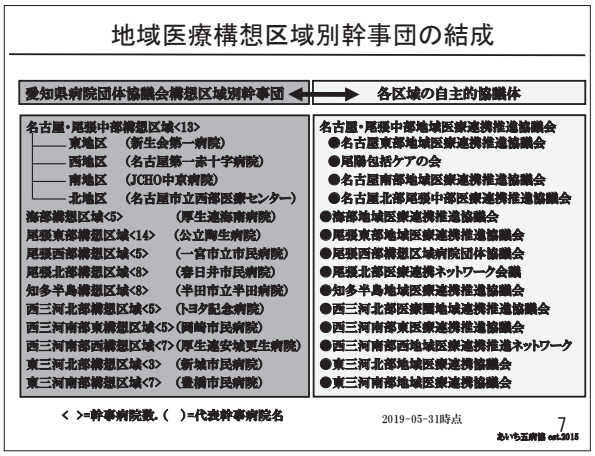


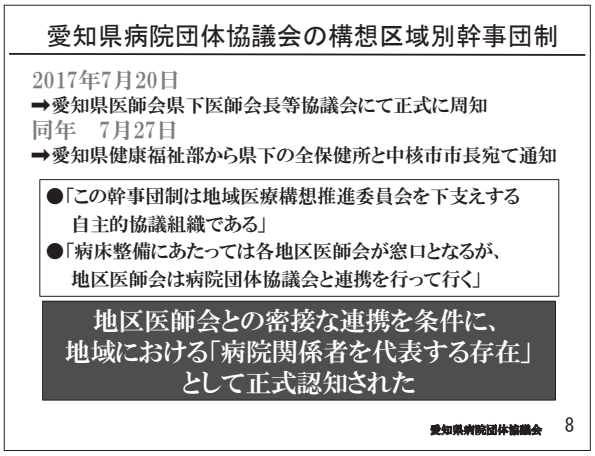


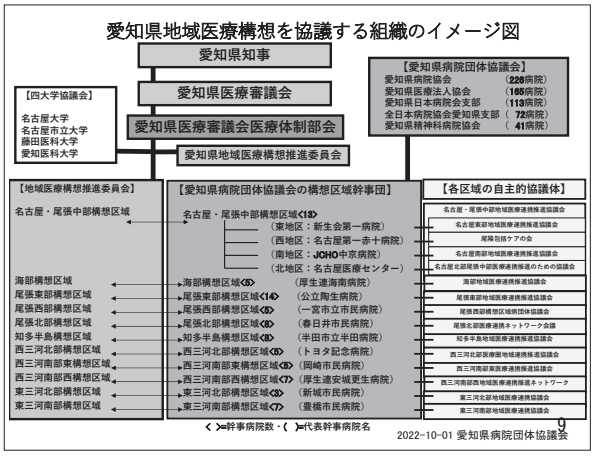


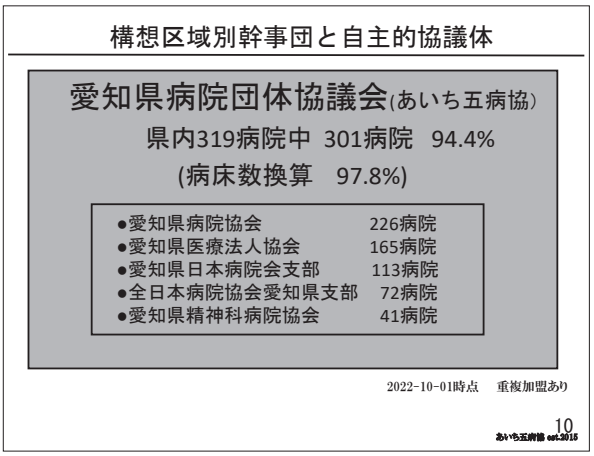












それでは、シンポジストの方々、御登壇をお願い申し上げます。

これからの議論は、愛知県地域医療構想アドバイザーの伊藤健一先生にお願い申し上げます。

【伊藤健一（愛知県地域医療構想アドバイザー）】

愛知県の地域医療構想アドバイザーの伊藤でございます。

議論はたくさんしなければと思うのですが、時間がタイトですので、まず私のほうからシンポジストに、一言だけ御意見を賜りたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

長谷川先生の議論の中で、アメリカとかでの病床に余裕がある医療をおっしゃったと思いますが、本来医療費は、病床に患者さんが存在しなければ医療費にならないことからすれば、空床はどれだけあっても良いのではないかと議論も成り立つと思いますが、今の状態で、もしそれがあったときに空床を使ってしまうのではないかという議論になって、今の財務省の病床をコントロールするところになっていると思うんですが、先生はそこら辺のところは、一言御意見いただけますか。

【長谷川好規（名古屋医療センター院長）】

アメリカについてお話しした病床は、ある地域ですが90％代で稼働していますので余裕がある状態ではなく、非常に効率的に使っています。

お話ししたのは、今回のパンデミックで我々が、たまたま空床病床があったのでそこに患者を受け入れ、一般救急医療を保ちながら、当面のコロナ診療を行うことができました。将来に向けて休床病床の

在り方を、みんながむやみやたらに持つわけにはいかないと思いますが、ある一定のルールを設けて休床病床を維持していくのは議論をしてもよいと思います。

例えば、これからコロナ患者さんが減ってきますが、通常病床を止めているところは戻したいので、コロナ病床の返上ということになります。休床病床はそこをそのまま使えばいいので、即応病床の減少にはなりません。こういう問題点について提案をさしあげました。

【伊藤健一（愛知県地域医療構想アドバイザー）】

ありがとうございました。

松浦先生、病院間の連携は、自発的なものか、もしくは何か行政あたりのコントロール下にあったほうがいいのか、そこら辺を先生はどういうふうにお考えですか。

【松浦昭雄（一宮市立市民病院院長）】

今回のコロナへの対応に関して、我々は自発的にしましたけれど、これは必要にかられて行ったことです。やはり押し付けで連携しろと言われても、できることはありません。

コロナで色々な病院が非常に困っていました。自分達だけでやっていると、一体周りの病院が何をしているのかが分かりません。そうした中で医師会長が声掛けして、皆で情報を共有し、その場で色々な意見を出しました。

例えば、コロナが流行した当初は、各病院が何床コロナ患者を受け入れているのかも全然分からなかったのですが、それを医師会に連絡して毎日集計データを出してもらい、周りの病院が今日は何床受け入れているかを分かるようにしました。それは、皆が欲しかった情報だからできたのです。そうした経験から、やはり連携というものは必要に応じて進むということを感じました。

【伊藤健一（愛知県地域医療構想アドバイザー）】

ありがとうございます。

度会先生にお聞きしたいのは、議論の場として、先ほど西三河南部に関しては地域医療構想推進会議では逆に議論の場が大き過ぎると。自主的なネットワークという形で救急だけの５病院の議論で進んだと理解していますが、今のは大き過ぎるということですか。

【度会正人（安城更生病院院長）】

今回５病院協定を締結いたしましたのは、碧南市民病院が、再編・再検証を擁する施設に挙げられたのが直接のきっかけです。圏域の特に救急に関してかなり大きなウェイトを占めて活躍いただいている病院ですので、その機能が落ちることは圏域として問題が大きいと考えました。一番守らなければいけない救急医療に特化した問題を、実際に救急を中心的に担っている施設間で話し合おうという主旨で締結しました。

【伊藤健一（愛知県地域医療構想アドバイザー）】

要は、機能的な救急の部分に特化した形でまず議論をしたことで。そうすると、逆に言うと、療養についても問題があれば、そういう形の議論もあり得ると。

【度会正人（安城更生病院院長）】

そう思います。

【伊藤健一（愛知県地域医療構想アドバイザー）】

ありがとうございます。

太田先生にお伺いしますけど、先ほどの香取先生のお話にもありましたが、官民の連携が今後必要になるのは当然ですよね、分担も含めて。そこの議論の場は構想推進委員会でいいのか、どういう場所で議論すべきだとお考えですか。

【太田圭洋（名古屋記念財団理事長）】

推進委員会がしっかりと議論の場として機能すれば良いと思いますが。愛知県ではかなりうまく機能していると思っています。先ほどありましたように、救急を考えたら碧南は潰すべきじゃないという結論も出せています。数合わせをやらなきゃいけないとなったら病院統合も議論されるわけですが、真摯な議論の結果、正しい答えをだしたのだろうと思います。ただ、すべての構想区域で機能するかというと疑問もあります。名古屋医療圏は230万人で一つの医療圏になっています。病院数として二百数十あるので構想区域を四つに割り自主的な協議の場を作り

ましたが、それでも40とか50病院がある。さらに有床診療所があります。機能的に議論を行うにはかなりの困難を伴うということは、やはり実際に政策を考えられる方々には分かっていただきたいと思います。

【伊藤健一（愛知県地域医療構想アドバイザー）】

100万人以上の大都市についてはまだ議論が進まないというか、進めないのが国の方針で、そこら辺は問題があると思います。

伊藤先生、最後に、病院団体の継続した協議の必要性と思いますが、ある程度情報の共有は今のシステムの延長でよいとお考えですか。それともまた別の議論が必要でしょうか。

【伊藤伸一（愛知県病院団体協議会会長）】

ありがとうございます。

感染症に関しての情報共有は今のままでは多分足りませんから、少なくとも、実稼働の状況を皆が共有しながら、それをいかに効率的に使っていくかという意味ではFRESH-AICHI、福岡からいただいたシステムの改良版で、恐らくバージョンアップしていけば大丈夫とは思いますが、それ以上に、これは地域の医療構想区域の中で様々な感染症も含めて急性期疾患をどう扱うか、その情報共有に関しては、まだまだシステムとしては十分なものがそろっていないので、これをどういう形で整えていくかはこれから大きな課題と思っています。

【伊藤健一（愛知県地域医療構想アドバイザー）】

FRESH-AICHIの閉鎖時期も少し明示していただかないと。今のままで続けると、やっぱり冗長性を持ってみんなが嫌になってしまうところもあるかと思うので、そこら辺は先生のほうでまた御議論いただければと思います。

座長の勝手な権限で議論をさせていただきましたけれども、あとは浦田先生、フロアを含めて先生のほうで。

【浦田士郎（愛知県医師会理事）】

では、会場の皆様方から、何でも御質問や御意見ございましたら。

どうぞ。御所属とお名前をお願い申し上げます。

【鈴木邦彦（茨城県医師会会長）】

茨城県医師会の鈴木でございます。私、同じ日本医療法人協会の伊藤先生、太田先生から、愛知県は大都市のある都道府県としては公立病院が非常に多く、民間は大変だと聞いております。私のところは、公立病院は本当に少なく、五つか六つほどで小さなところもあります。地域医療構想と地域包括ケアシステムは、もともと超高齢社会を乗り切る体制を2025年までに構築しようということで始まったわけで、私も日本医師会の役員をしておりましたが、これにかかりつけ医機能の充実強化を加えた３点セットが必要だと思っております。これを進めないと超高齢社会を乗り切る体制も出来ないし、今回のコロナ禍のような場合、重症患者さんを10名以上診られるような病院は10％ぐらいしかないんですね。69％は４人以下しか診られないなど機能が十分ではない急性期の大病院がたくさんあるということだと思いますので、細かい話をしていくと切りがないですが、この地域医療構想を進めることと、大きく病院機能、例えば特定病院のような高度急性期、重症急性期の入院医療に特化した病院を、例えば人口50万から100万ぐらいに１か所つくること。これは大学病院を含めます。そうすると、自ずとそこにはなかなか入れない病院が出てくると思います。

次に、広域急性期病院と私は言っておりますけど、人口10万から20万ぐらいの市民病院的な、これは地域医療支援病院に相当すると思いますが、こういうものをつくる。何と言っても高齢化が進むわけですから、在宅医療支援病院、これは診療報酬上ですけど、私は病院機能として医療計画上も位置づけられるようにしたらいいと思います。そして、中小病院もどれかを選択する。大きく言えば三つのグループの人にはどれかを選択してもらって、あとは地域性に応じてというような大きなところから入っていかないと、今私のところでも高度急性期を幾ら増やすとか、急性期を減らして回復期を増やすとか、そういう病床機能の話ばかりしているので議論が進まないのですが、もうちょっと議論を進めていかないと、地域の中での役割分担が進まないのではないかと思います。

【浦田士郎（愛知県医師会理事）】

病棟機能の問題から病院機能の問題を議論せよと

いうこと、先ほどの先生方の御講演、太田先生の御講演の中にもございましたが、これはまさしく皆さんが認識していることだと思います。この問題は都道府県ごとに大変事情が違いまして、愛知県は大規模な人口の県にしては公立・公的病院の数の占める割合が非常に高いと。これが地方に行きますと本当に公立病院に頼らなければならない、規模の比較的小さい公立病院がかかりつけ医機能も維持してかけ持っていると、そういう地域の先生方の話は、また今のお話とは全く違ったニュアンスで聞こえてくると思いますが、まさしく都道府県ごとに実情に応じた形で、それこそ医療関係者がもう少し踏み込んだ形でいろいろ議論をしていかなければならないと思いますが、病院機能を考えなければならないという視点につきましては、シンポジストの先生方、認識は共通でよろしいでしょうか。

私から一つ、最後にシンポジストの方々に質問をさせていただきます。時間も迫ってきまして申し訳ございませんが、各先生方の御発表で共通点が、現在のような仕組みで自主的協議が愛知県ではできてきているが、これをさらにもう一つ、次のステージに進めるためには何が必要なのかと。我々は一生懸命頑張ってやっていると理解していますが、これを外部から見るとまた違った印象で見えてきている。様々なコロナ病床確保においてもいろいろな御指摘を伺っておりますが、我々は我々で精いっぱいやっていると。認識は共通でございましょうから、この現在の仕組みをさらにどのようにすれば一歩進めることができるのかについて、できれば伊藤伸一会長に御回答をお願いできればと思いますが。

【伊藤伸一（愛知県病院団体協議会会長）】

ありがとうございました。

大変難しい質問をいただきましたが、さらに進化させることは非常に難しい。それは現実問題としてひしひしと身に感じているところですけれども、非常にべたな答えで申し訳ないですが、これは今までずっと地域医療構想のワーキンググループ、国の会議に出ていた中でいろいろな先行事例、成功事例をたくさん見聞きしてまいりました。その中で特に成功したもので印象に残るものは、佐賀県がそうでありましたけれども、それぞれの地域の話合いの中で本音をいかに出し合うか。これは地域医療構想の要の要です。ただし、これが民であったり公であったり、大病院であったり小病院であったり、様々その本音が出てこないところ、これが障害になっていることは間違いありません。

そうなったときに、何がきっかけになるかというと、佐賀県は県の職員さんが常に、それぞれの構想区域に出かけて行って、あの頃はまだコロナがありませんでしたから、本音の話をとことんしっかりと掘り出して、それで掘り起こしたものを基に話合いをしていくと、佐賀県は非常に上手な連携ができたと聞いておりますので、やはり腹蔵のない、それぞれ利害を持っていろいろな意味で駆け引きをしますが、そういうことの一切ない形で話ができる環境をいかにつくっていくか、それを早急につくるかことが一つの要だと思っております。

【伊藤健一（愛知県地域医療構想アドバイザー）】

どうもありがとうございました。

時間も経過しましたので、最後に、今まで最初に基準病床を含めた数の、病床数の議論があったと思いますが、それから診療報酬を含めた看護単位の病棟の議論があって、今後は先ほどの、このシンポジウムの結論かもしれませんけど、病院機能、あるべく病院機能の議論へ進んでいただければありがたいということでまとめさせていただきたいと思います。

皆様、どうも御協力ありがとうございました。

シンポジウムⅡ

（15:40～17:20）

医師の働き方改革～光と陰～

座長／勤務医部会副部長
社会医療法人名古屋記念財団名古屋記念病院院長　**長谷川真司**

愛知県医師会理事
勤務医部会副部長　**小出　詠子**

「働き方改革と急性期医療両立のジレンマ～公立病院の立場から～」

春日井市民病院院長　**成瀬　友彦**

「救命救急センターを設置する病院の働き方改革～公益社団法人病院の立場から～」

公益社団法人日本海員掖済会名古屋掖済会病院院長　**河野　　弘**

「働き方改革が病院経営に及ぼす影響～民間病院の立場から～」

名古屋鉄道健康保険組合名鉄病院顧問　**細井　延行**

「大学病院における医師の働き方改革の現状～大学病院の立場から～」

藤田医科大学学長　**湯澤由紀夫**

「医師の勤務環境に関するアンケート結果より～ダイバーシティの立場から～」

社会福祉法人聖霊会聖霊病院院長　**春原　晶代**

座　長

勤務医部会副部長
社会医療法人名古屋記念財団
名古屋記念病院院長

長谷川　真司
（はせがわ　しんじ）

愛知県医師会理事
勤務医部会副部長

小出　詠子
（こいで　えいこ）

【小出詠子（愛知県医師会理事）】

お待たせいたしました。少し休憩時間が短いようで大変失礼いたします。

それでは、シンポジウムⅡを始めさせていただきます。

まず、先ほどと同じように、シンポジストの先生５人それぞれに御登壇いただきます。

まず、最初は「働き方改革と急性期医療両立のジレンマ～公立病院の立場から～」として、春日井市民病院院長、成瀬友彦先生です。よろしくお願いいたします。

働き方改革と急性期医療両立のジレンマ ～公立病院の立場から～

春日井市民病院院長
成瀬　友彦
（なるせ　ともひこ）

よろしくお願いします。

本当に働き方改革がそこまで来ておりますが、まだ当院も改革の途上でありますので、その辺は御理解いただいた上でお聞きいただければと思っております。よろしくお願いします。

まず、愛知県春日井市は名古屋市の北に位置しておりまして、総人口31万人の地方都市です。サボテンの生産が日本一を誇っておりますし、かつて三蹟と称されました小野道風生誕の地で、書のまち春日井というキャッチフレーズを持っております。

当院は春日井市の基幹病院として、診療科28科、病床数552床で医療を行っておりますが、地域支援病院、感染症指定病院、三次救急指定病院等、様々な指定をいただいております。特に力を入れておりますのが、断らない救急をモットーとしております救急医療であります。令和２年度の救急車応需率は97.1％という数字を残すことができました。

下に示しましたのは愛知県の令和２年度の救急車搬送数ですが、当院は掖済会病院、名古屋医療センター、そして第二日赤に次いで４番目となります8,700台余りの救急車を受け入れました。そして、右に示しますように、これを病床数100床当たりにしますと、これは大体医師数に応じていると考えていただいていいと思いますが、県下で２番目の救急車を受け入れている病院です。

したがいまして、救急に従事する医師も多数必要となっておりまして、初期研修医３名、内科、外科、外来当直１名ずつ、救急車担当、循環器当直、脳卒中センター当直等12名が当直をしており、さらに各科の待機もありますので、当院が医師数140名余りですから大体１日の当直に１割の医師が従事する状況であります。したがいまして、救急に携わっている医師を中心にして時間外勤務が80時間を超える医師が少なくない状況です。

実際に当院の状況を調べてみました。令和３年度実績で調査しましたが、常勤医師数148名で、現在の当直を全て15時間の時間外勤務と換算して通常の申請に加えて算出しております。そうしますと148名中29名が年間換算で960時間超えとなっておりまして、下を見ていただきますと循環器科が最長1,490時間の者を筆頭に９名中７名が960時間以上、そして研修医も20名中14名が960時間を超えている状況です。

そして、当院は心臓外科、泌尿器科医がいずれも１名ずつしか在籍しておりませんので、こういった科も1,000時間を超えている状況です。さらにこれは令和３年のコロナ禍ですので、コロナが明けた状況ではさらに増えるのではないかと感じています。

当院ではどうも当直を認められる科が産婦人科だけになりそうなので、この当直業務を時間外と夜勤業務に変更していこうと考えています。平日の当直に関しては７時間の時間外勤務と８時間の夜間勤務とし、翌日は全休という扱いにする予定です。

全休中の仕事に関しては時間外で申請していただきます。とはいえ、一番下に示しますように、翌日が休日の場合、金曜の夜とか土曜の夜に関しては全部時間外になりますので、これだけではなかなか時間が減らないということで、現状では研修医に関してはＣ基準で申請を考えています。

それから、当院は救急業務の引継ぎが不明瞭で、担当時間が過ぎても自分の受け持った患者の結果が出るまでなかなか帰れない状況がありました。したがいまして、この春から勤務交代、朝と夕方、内科、外科当直と研修医が一堂に集合してそこで担当患者を完全に引き継ぐことで、救急での診療延長がないように変更しました。

それから、当院は常勤麻酔医が２人で、かつ高齢化なので、時間外の全身麻酔がなかなかできなくて

各科管理になっております。したがいまして、術者以外にもう一人麻酔担当の医師の待機執務が必要でしたので、時間外の麻酔科待機を麻酔の派遣会社に協力いただきまして、かなり出費も多いですが、代務医師と契約して現在は各科麻酔ゼロ、手術ゼロを目指しています。

それから、書類、サマリー、紹介状作成を担う医師事務の増員も行いました。これもほぼ多くの医師が時間外に行っており、かなりの負担でしたが、当院では４年間で12名から26名に医師事務を増やしまして､加算のほうも40対１から25対１になりました。採用した事務員に対しての給与も増えましたけれども、一応年間で130万円ぐらいの黒字収支となっております。現在20対１体制を目指して医師事務を募集しています。

それから、血管内検査、治療の助手をCE、あるいは放射線技師にかなりの分野で移行しています。心臓カテーテル検査、脳血管造影、血管内治療等、CE、放射線技師が入ることによって特に少人数で大きな恩恵となっています。

それから､まだ当院では十分に進んでいませんが、特定看護師の養成も考えております。現在のところ褥瘡､緩和担当看護師が１名ずつしかおりませんが、ほかに２名が現在特定看護師の資格を取りに行っております。

それから、いわゆる診療看護師（NP）の採用なども検討していますが、待遇の問題、それから所属の問題で苦労しております。公立病院は給与表に基づいて給与が決定されますので、変更には条例改正が必要という点もあります。それから､所属の問題、看護部所属なのか、医務局なのか、院長直轄なのかという点も少し困っております。

それから、時間外勤務と自己研さん、これがまだまだ十分明確になっておりません。これまで明確に時間外としてこなかった仕事、例えばサマリーの作成とか書類作成、症例検討会、抄読会などは全て時間外としましたし、講習会なども時間外とさせていただきました。それから、病院主催の市民公開講座なんかも時間外としました。

しかし、一方、自己研さんの定義が非常に難しくて、一応自己研さんでも患者さんに関する予習や勉強は時間外として申請となっておりますが、病院でユーチューブを見ながらの予習は時間外勤務として認め、あるいは自宅で早く帰って子育ての合間に病気の予習をした場合には自己研さんという矛盾も生じておりますので、この辺の自己研さんの定義を現在検討しております。

それから、若手医師が専門医制度のために病院間での移動も非常に多くなっておりますので、近隣病院との定義の統一化も必要かと思います。

そのほかにも、まだまだ問題が残っております。現在当院では当直業務を大学などに、例えば脳外科12コマ、産婦人科20コマ、神経内科10コマ、月にお願いしている状況です。大学での働き方改革が進められたときに、果たしてこの派遣が継続していただけるのか危惧しております。

それから、１人当たりの労働時間が減るために必要な医師数は増えていますが､先ほど申しましたが、公立病院は給与変更が非常に難しく、勤務形態の自由度も低いことで、果たしてこういった医師獲得競争に公立病院が勝っていけるのかと心配しています。

それから､これまで主治医制でしたが､シフト制､当番制に移行した場合に、これまで主治医が自分で挿管や血液浄化などを決めていた治療方針が、どうしてもその日の当番になりますと一手ずつ遅れていくのではないかといった医療の質の低下も危惧しております。

まとめますと、当院の働き方改革としては、15時間の当直を７時間の時間外と８時間の夜勤に変更して翌日は全休とする予定です。時間外麻酔を代務医師に依頼して外科医の負担軽減を図りました。医師業務のタスクシフトとして、コメディカル、認定看護師、医師事務の採用拡大等を行いました。

一方で、課題として自己研さんの定義の明確化が十分でなくて、また近隣病院とのすり合わせも終わっておりません。それから、必要数増加が予想される医師を公立病院という縛りの中で果たして確保できていくのかという点も危惧しております｡また、当直業務を行う大学からの医師派遣が継続されなければ、これは根本的に改革を考え直すことが必要になり、まだまだ不安な点も多いのが現状です。

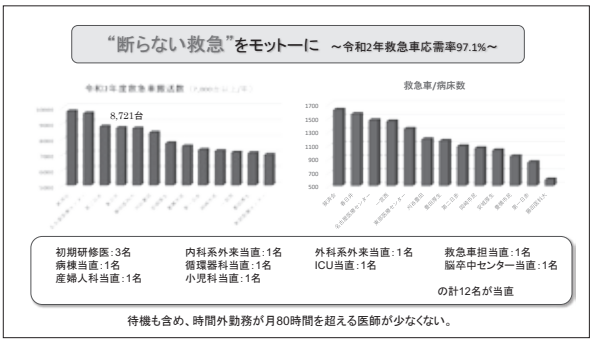
そして、何より変わらなければいけないのは、私たち指導者、管理者側ではないかと思います。

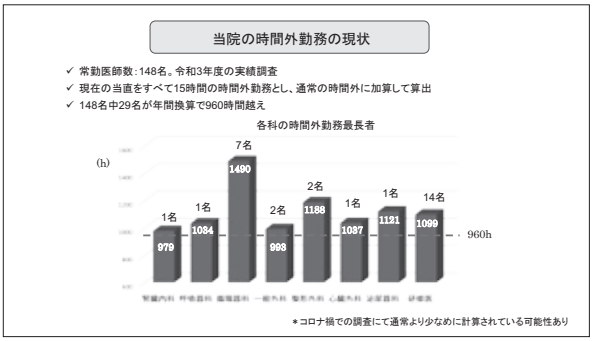
我々の多く、そして会場に今日お越しの先生方も『巨人の星』や『アタックＮｏ．１』といったスポ

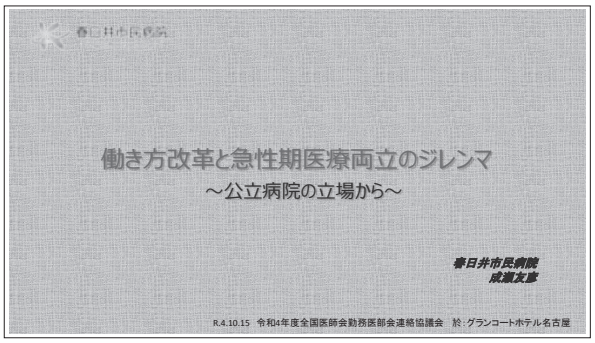
根アニメで育った世代だと思います。どうしても私たちは、あいつは頑張りが利くとか、あるいはあの研修医はガッツがあるというような時間外で評価してしまう傾向があったように思います。

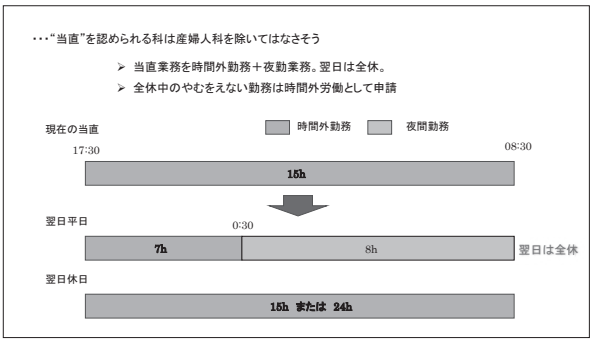
これからは時間内の働きぶりで冷静に管理者、指導者が評価していく姿勢を持つことで、時間が終わったときに若手医師が速やかに自宅に帰れるような雰囲気ができてくると思いますので、そういったことが非常に重要かなと感じております。

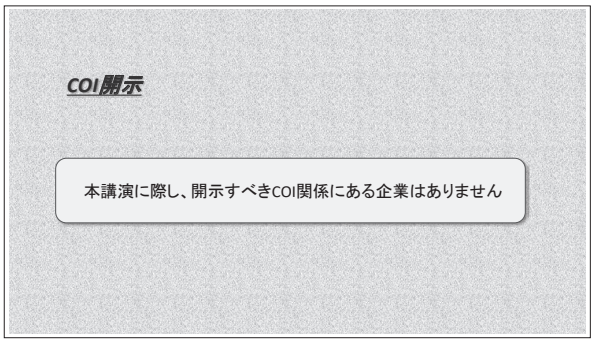
どうも御清聴ありがとうございました。

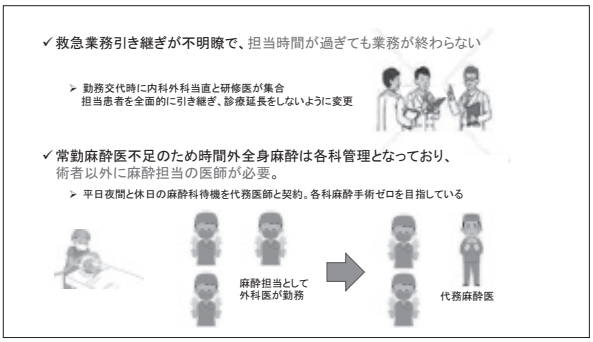


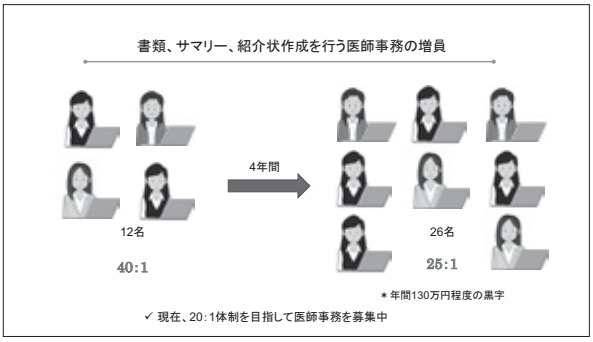


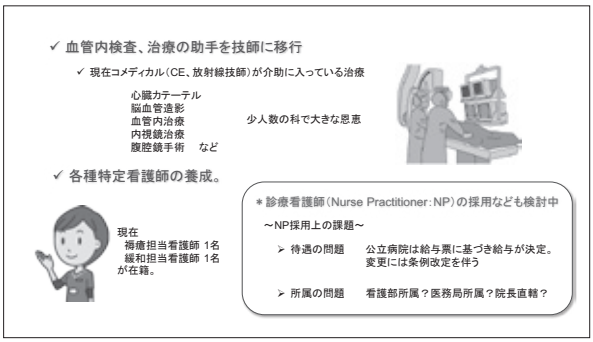


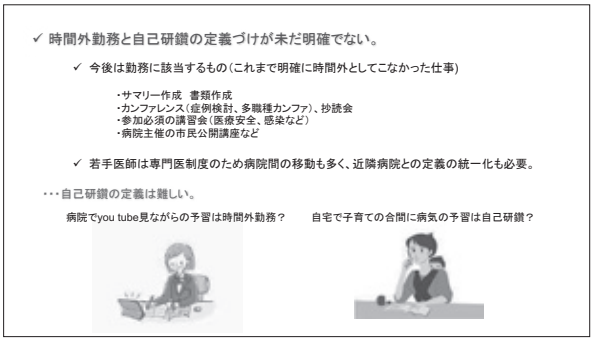


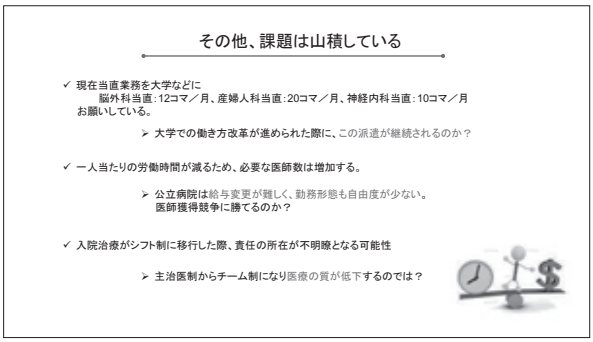


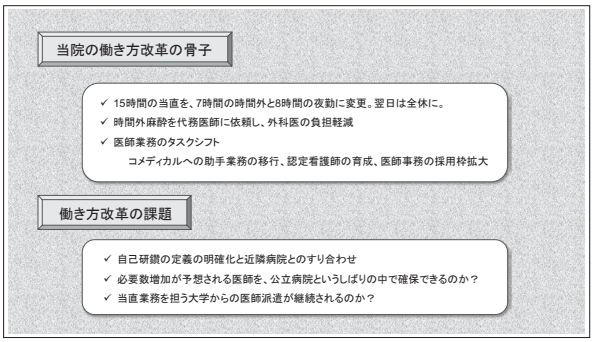


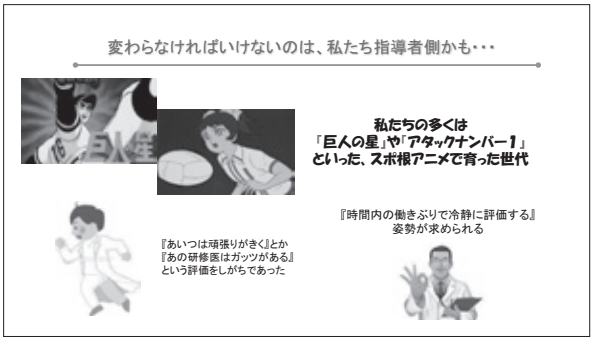












【小出詠子（愛知県医師会理事）】

成瀬先生、ありがとうございました。

それでは、次です。「救命救急センターを設置する病院の働き方改革～公益社団法人病院の立場から～」、公益社団法人日本海員掖済会名古屋掖済会病院院長、河野弘先生です。よろしくお願いいたします。

救命救急センターを設置する病院の働き方改革
～公益社団法人病院の立場から～

公益社団法人日本海員掖済会名古屋掖済会病院院長
河野　弘
（こうの　ひろし）

河野でございます。よろしくお願いいたします。

それでは、始めます。COIはありません。

まず初めに、公益社団法人ということで少し当院の紹介をさせていただきます。日本海員掖済会といいますのは、前島密という郵便の父と言われています方が明治13年に設立されまして、海で働く人たちの海員の福利厚生を行う目的で明治20年に日本初の公益社団法人として開設をされました。

それで、海ですから全国に本部を中心に８つの病院があります。小樽から名古屋、それから大阪、神戸、門司、長崎と、こういう港を中心に８つの病院から成り立っております。

名古屋掖済会病院は、病床数が今年４月の時点で602床です。それから、救命センターが34床、集中治療室が22床と比較的救急病床の比率が高い病院であります。職員総数は1,400名ですが、医師は１学年16名の初期研修医を含めて現在193名おります。非常勤も合わせると200名以上になります。それで１日入院数は平均500名、外来総数は１日1,264名と、このような病院であります。

さて、ここからが本題ですけれども、当院の時間外の診療体制のお話をいたします。

一応救命救急センターがありますから、そこに内科系１名、外科系１名、それから救急科医師が２人ないし３名、研修医は２学年合わせて４名配置をしております。また、本館当直医には内科系１名、外科系１名、ICU１名、小児科１名、産婦人１名で本館当直は５名おります。それから、救急と一番緊急性の高い診療科で、脳神経外科、外科、整形、麻酔科、脳神経内科、消化器内科、循環器内科、心臓血管外科という８つの診療科医師を待機制としております。

当院の夜勤明けの勤務制度ですけれども、救命救急センターの夜勤勤務者は通常勤務をしてそのまま夜勤に入ります。そして、翌朝８時20分までですから、24時間の勤務となります。また、本館夜勤勤務者は通常勤務後翌日12時までという勤務体制を取っております。

一応当院の規約で、時間外労働に該当するものとして、病棟回診、予定手術の延長、緊急手術、サマリー作成、外来の準備、それから診療上必要不可欠な情報収集､これはちょっとグレーなところですが､あと会議、委員会、参加必須の勉強会、講演会などを当院は時間外労働として算定しております。

これは過去５年分の年度別の当院１日平均入院数ですが､ここはコロナで少し下がりましたけれども､現在は42名から43名ぐらいの１日入院数であります。この青がそのうち時間外ですけれども、平均13名が時間外の入院となっております。

これは昨年の月別の救命救急センターの受診患者数です。夏はどうしても熱中症の関係で少し多くなりますが、平均一月に大体2,700名ぐらい、そのうち青が時間外で、時間外の受診というのは大体80％とかなり高い割合となっております。

どういう疾患の方が救命センターを受診されるかと見ますと、これは昨年ですけれども、小児科が一番多く、その次に整形外科、脳神経外科、消化器内科の順に外来受診は多くなりますが、入院する診療科として一番多いのが消化器内科、呼吸器内科、脳神経内科、整形外科との順になっております。

これが昨年の月別救急車の受入れ台数ですけれども、これも同じで夏はやはり少し多くなりますが、平均すると一月に大体900台、１日に換算すると30台ぐらいですが、この青が時間外の救急車ですけれども、大体70％ぐらいが時間外の救急車搬入となっております。

これは当院の今年４月時点の医師の人数ですが、青は男性、赤が女性です。研修医が35名いますけれ

ども、一番医師が多いのは救急科、外科、麻酔科、整形外科と順番になっております。ここに赤で書いてあるのは救急と関係がある診療科です。小児科とか産婦人科、麻酔科、血液内科などは赤が多いです。青が多いのは心臓血管外科、泌尿器は３名ずつですが、全員青で男性です。

これは年度別の過去５年間の外科系年間手術数ですが、当院では整形外科が最も多くて、その次に外科、脳神経外科の順番に手術数が多くなっております。青は時間外の手術数です。大体２割から３割ぐらいが時間外の手術となります。

これは全部をまとめたものですが、一月に大体460件ぐらいの手術で、青が時間外になります。これは循環器を中心とした心臓カテ数ですが、大体一月に110件ぐらいで、また時間外のカテが18件から19件というような数になっております。

これが問題の昨年の全診療科で時間外が45時間を超えた医師数ですが、約40名が45時間超えております。内訳は救急科、循環器内科、脳神経外科、整形外科、それから心臓血管外科の順に医師数は多いです。

今までを小括しますと、救命救急センターには様々な疾患患者が受診します。扱う疾患が限定できません。様々な緊急処置や手術に対応するため、多くの診療科の待機が必要となります。特に緊急と関わり合いの強い診療科は時間外が多く発生いたします。

そこで、時間外が多くて、従事する医師の少ない診療科にターゲットを絞りました。これは当院の心臓血管外科の５年間の手術件数ですけれども、大体あまり変わらずに200件を少し超えるところです。このうち昨年緊急が63件ありましたが、その内訳は動脈塞栓除去、血管形成、吻合、解離、それからステントグラフト、こういう順番に多くありました。昨年は年間63件ありました。

心臓血管外科の医師は常勤３名ですから、それの時間外を見ますと残念ながら多い月は３名全員とも100時間超えております。少し季節性がありますが、夏場、冬場は100時間を超える状況です。

また一方、脳神経外科も人数が少ないです。脳神経外科の過去５年間の年間手術数を見ますと右肩上がりに増えております。昨年は700件ぐらいありました。緊急の内訳は年に250件ありましたが、その内訳を見ますと慢性硬膜下血腫が80件、脳血管開頭手術が58件、カテーテル的手術が41件と、このような順番に緊急手術が多く行われました。

脳神経外科の時間外を見ますと２人ぐらい100時間を超えましたが、最近は100時間超えが大分減りまして、これは後で述べますが、常勤の医師数が１人増えたことが原因であります。

過去５年間の人数が少ない心臓血管外科と脳神経外科の医師を見ますと、残念ながら心臓血管外科は３名で変わっておりません。脳神経外科は昨年から１名増えて６名になりました。その理由は、心臓外科は卒業年次がここ７、８年新たにはいませんが、今脳神経外科は３年目の医師が２名入りまして人数が増えているわけです。

ここを小括しますと、医師数の多い診療科は交代制で負担分担が可能であります。例えば整形外科、救急科、外科、循環器科は交代制にして負担分担ができますが、医師数の少ない診療科では分担が困難です。特に心臓血管外科は手術時間が長く、季節性もあり、なかなか対応が難しいです。

ここで病院の対応ですが、若手医師を中心に特定の医師に時間外が偏る場合は診療科全体で分担するようにしています。また、100時間を超す医師は翌日振替休日を与えるようにしております。また、産業医によるカウンセラーも行うようにしています。一番大事なのは、大学の医局に常勤医師の増員だとか、それがかなわない場合でも代務医師の派遣を求めております。

まとめです。救命救急センターの維持には、多くの専門領域で医師確保が必要となります。医師数の少ない診療科では負担の分担がなかなか困難となります。医師数の少ない診療科の医師確保がどうしても必要となります。これは病院全体として取り組む課題だと思っています。大学医局への応援要請だとか、初期研修医、後期研修医を自前で育ててスタッフを増やす努力も必要になってくると思います。

医師の働き方改革～公益社団法人の立場から
［救命救急センターを設置している病院の働き方改革］

公益社団法人　日本海員掖済会
名古屋掖済会病院　院長
河野　弘

病院概要

公益社団法人日本海員掖済会
名古屋掖済会病院

病床数　：　602床
診療科数：　34科
職員数　：1,394名
　医師（非常勤・嘱託含）：292名
　看護師：653名　助産師：18名
　その他：431名
（令和4年4月時点）

救命救急センター	34床
集中治療室	22床
緩和ケア病棟	19床
地域包括ケア病棟	47床

平均在院日数：11.7日
病床稼働率　：90.7%
１日平均外来患者数：1,264人
１日平均入院患者数：　500人
紹介率　：69.6%
逆紹介率：96.3%
（令和3年度実績）

医療機関指定
(公財)日本医療機能評価機構認定病院
基幹型臨床研修指定病院
地域医療支援病院
災害拠点病院
救急告示病院
愛知県がん診療拠点病院
DPC対象病院、7：1看護

令和4年度全国医師会勤務医部会
利益相反の開示

発表者名：河野　弘

演題発表に関連し、演者らに開示すべき
利益相反関係にある企業などはありません。

時間外等の診療体制

○平日時間外

救命救急センター	内科系	1人
	外科系	1人
	救急科	2～3人
	研修医	4人
本館	内科系	1人
	外科系	1人
	ICU	1人
	小児科	1人
	産婦人科	1人
待機	脳神経外科	外科
	整形外科	麻酔科
	脳神経内科	消化器内科
	循環器内科	心臓血管外科

○休日

救命救急センター	内科系	1人
	外科系	1人
	救急科	1人
	研修医	5人
本館	内科系	1人
	外科系	1人
	ICU	1人
	小児科	1人
	産婦人科	1人
待機	脳神経外科	外科
	整形外科	麻酔科
	脳神経内科	消化器内科
	循環器内科	心臓血管外科
	病理診断科	

日本海員掖済会

明治**13**（**1880**）年に
　海員掖済会開設
明治**20**（**1887**）年に
　日本海員掖済会と改称
　海員の福利厚生を行う
　日本初の公益社団法人

全国の港の近くに
海員の寄宿所を設立したり、
職業紹介をしたりする、
海員の福利厚生を行う
ことからはじまり、
現在では、主として
医療施設を中心とした
医療活動を展開している。

明治14年6月　東京府品川　心海寺に
海員寄宿所を設置

当院の夜勤明けの勤務制度

・救命センター夜勤勤務者は通常勤務後、
　翌朝8時20分まで勤務。

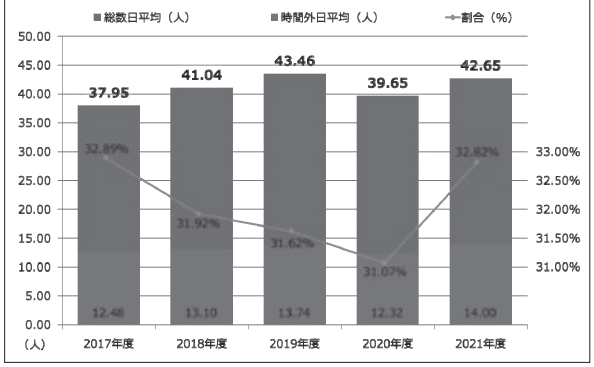
・本館夜勤勤務者は通常勤務後、
　翌日昼12時まで勤務。

公益社団法人　日本海員掖済会

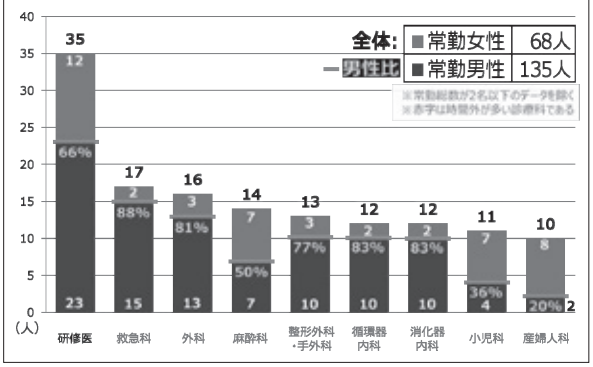
当院の時間外労働に該当するもの

・病棟回診
・予定手術の延長、緊急手術
・サマリの作成
・外来の準備
・診療上必要不可欠な情報収集
・会議、委員会
・参加必須の勉強会、講演会
・学会出張（規約の範囲内で日当を支給）

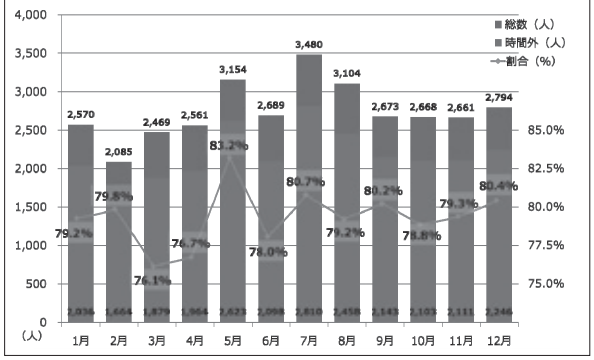
年度別日平均入院数（過去5年度分）



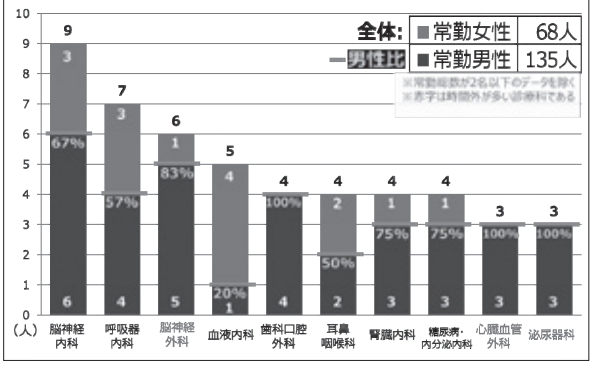
令和4年 4月所属医師数 診療科①



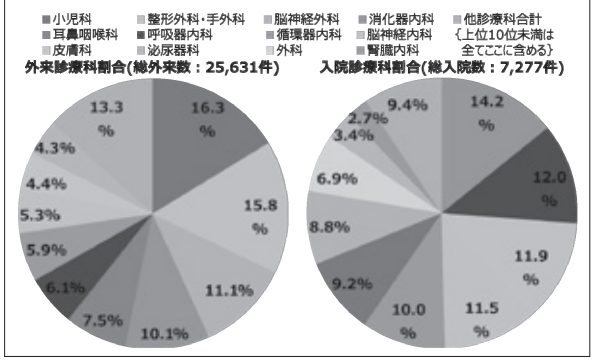
令和3年 月別救急救命センター受診患者数



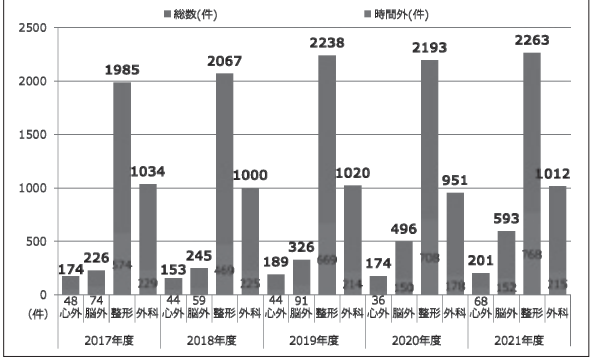
令和4年 4月所属医師数 診療科②



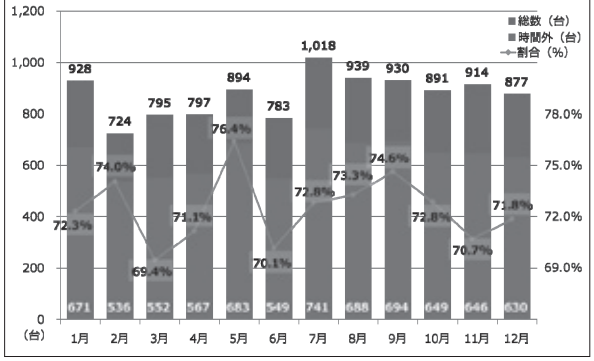
令和3年 救命センター外来・入院別診療科割合



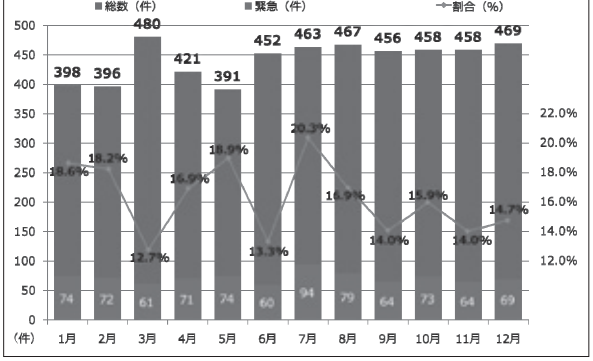
年度別外科系年間手術件数グラフ（過去5年度分）

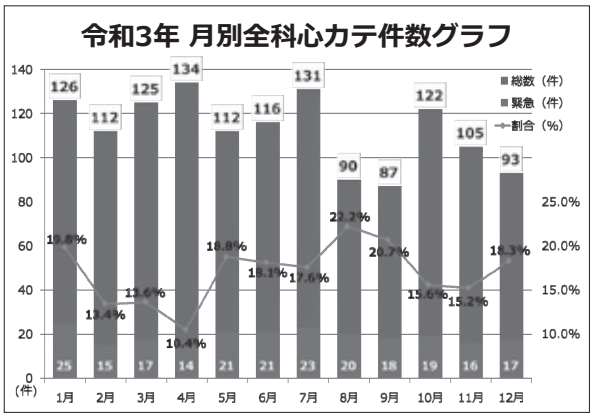


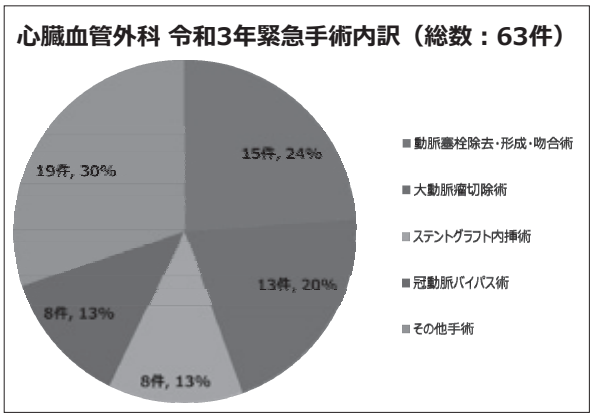
令和3年 月別救急車受入台数

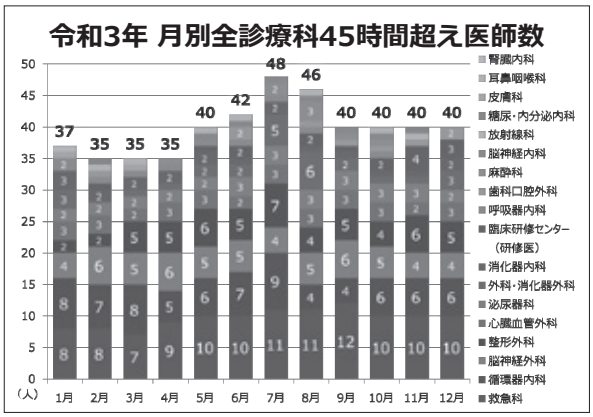


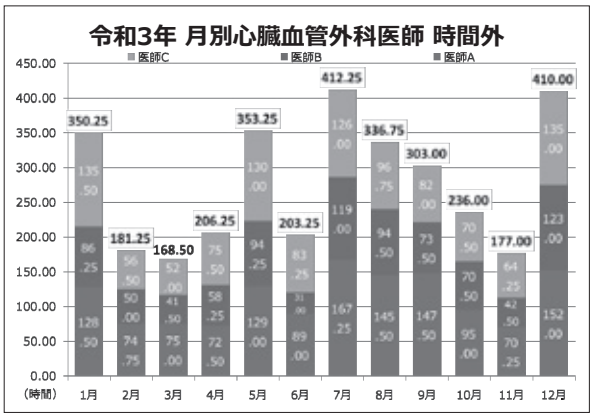
令和3年 月別全科手術件数グラフ









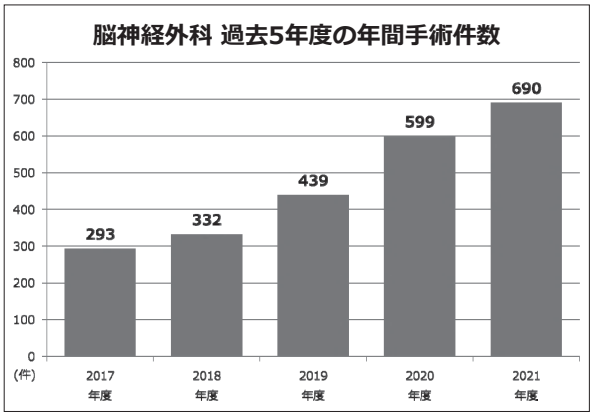


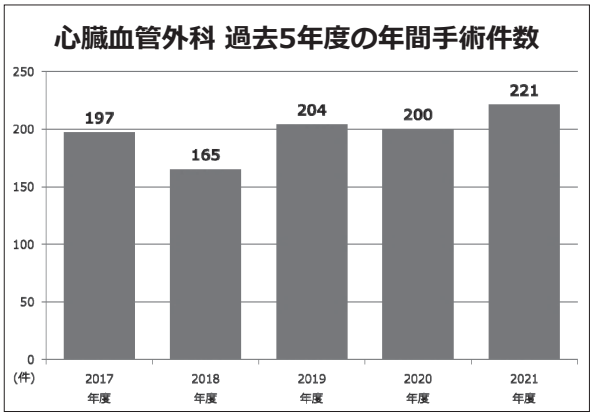
小括1

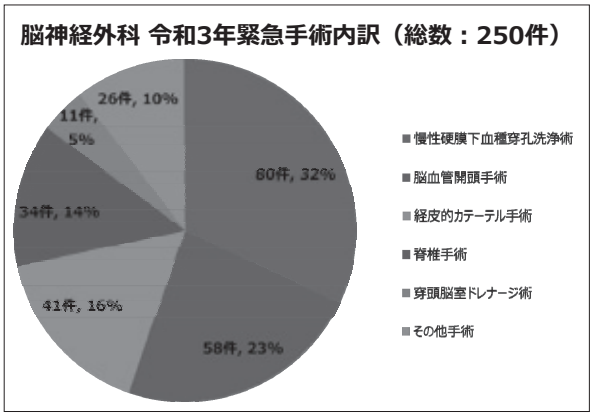
・救命救急センターには様々な疾患を伴う患者が
受診し入院する。（扱う疾患の限定ができない）

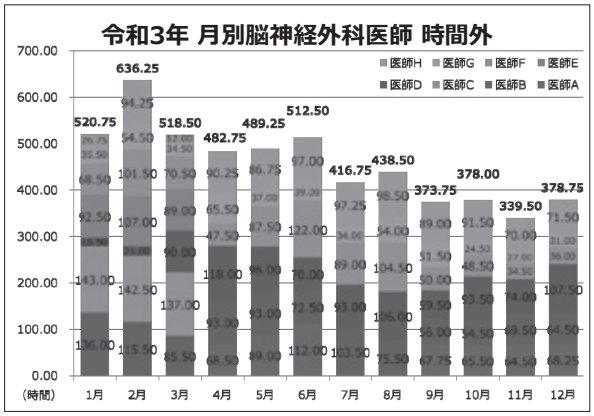
・様々な緊急処置や手術に対応するため、
多くの必要な診療科医師の待機が必要となる。

・緊急と関わり合いの強い診療科は
時間外勤務が多く発生する。









病院としての対応

- 若手医師を中心に特定の医師に時間外が偏る場合は、診療科全体で分担する。
- 月100時間を超す医師は翌月振替休日を与える。
- 産業医によるカウンセラーを行なう。
- 大学医局に増員や代務医師の派遣を求める。

心臓血管外科・脳神経外科 過去5年の医師数

1.心臓血管外科

	医師数
2018年	3名
2019年	3名
2020年	3名
2021年	3名
2022年	3名

2.脳神経外科

	医師数
2018年	5名
2019年	5名
2020年	5名
2021年	6名
2022年	6名

まとめ

- 救命救急センターの維持には多くの専門領域で医師の確保が必要となる。
- 医師数の少ない診療科では負担の分担が困難。
- 医師数の少ない当該診療科の医師の確保が必要である。（病院として取り組む）
- 大学医局への応援要請、初期、後期研修医からの志望科医師を確保。

心臓血管外科・脳神経外科 医師の卒業年次

1.心臓血管外科

氏名	卒年次
医師A	平成12年
医師B	平成16年
医師C	平成26年

2.脳神経外科

氏名	卒年次
医師D	平成7年
医師E	平成20年
医師F	平成20年
医師G	平成22年
医師H	平成31年
医師I	平成31年

小括2

- 医師数の多い診療科は交代制で負担分担が可能である。
- 医師数の少ない診療科では分担が困難。
- 心臓外科は手術時間が長く、季節性もあり対応が難しい。

【小出詠子（愛知県医師会理事）】

河野先生、ありがとうございました。

それでは、次に参ります。「働き方改革が病院経営に及ぼす影響～民間病院の立場から～」、名古屋鉄道健康保険組合名鉄病院顧問、前院長の細井延行先生です。よろしくお願いいたします。

働き方改革が病院経営に及ぼす影響 ～民間病院の立場から～

名古屋鉄道健康保険組合名鉄病院顧問
細井　延行
（ほそい　のぶゆき）

名鉄病院の細井でございます。

本日は民間企業の立場から経営にどのような影響を及ぼすかについて話をしますが、実は何も対応というか対処ができていませんし、そもそも時間外労働の削減もまだままならない状態ですので、今日は問題提起ということで少し報告をさせていただきます。COIはありません。

名鉄病院の概要です。常勤医師84名を含む職員数677名、病床数は373床、中規模の二次救急医療機関です。経営母体は名古屋鉄道本社ではなく従業員が加入しております名古屋鉄道の健康保険組合、ここが当院を経営しておりますので、実は医療法上は公的病院等となっています。

ただし、保険組合は医療費の支払いがあり、支払いのための資金を留保する義務がありまして、原則的には健保は財政が豊かであるという前提に立っています。従って、万が一名鉄病院が大きな赤字を出して、支払いのための留保金に対して何か問題を起こしますと健保が存続できませんので、そういう意味からしますと公的病院等といいましても、実は民間病院、あるいは民間病院以上に健全経営はマストになっております。そういうことで、この働き方改革が病院経営にどのような影響を及ぼすかは本社もそうですし、健保も一大関心事となっております。

私達はこれらを踏まえてこの働き方改革に対して取り組み始めましたが、病院規模からいいますと、Ａ水準が妥当だということで、昨年の10月に働き方改革ワーキングを立ち上げまして、病院長、副院長、各コメディカル代表、それから基金を利用して、勤改センターから社労士にも加わっていただき、まずは当院の医師の労働時間の実態把握から始め、並行してタスクシェア、シフトなども進めてまいりました。

これが当院の令和３年度の時間外労働時間ですけれども、84名の中で19名が960時間超の時間外労働を行っておりました。内訳は963時間から一番多い人で1,483時間です。

診療科別に見ますと消化器内科、研修医、泌尿器科、外科、整形で、これは研修医を除いて当院の医業収入が多い順になっており、言うなればこういうところの科が時間外を本当に頑張っていて当院の経営が成り立っている実態がよく分かると思っています。

その後、半年くらい経ち、４月ぐらいから少しは時間外労働の削減ができたかをチェックいたしましたが、４月から７月まで４か月ですけれど、年間に換算しますとまだまだ960時間を超えていると考えられる医師が17名おり、診療科別でもあまり傾向が変わらないことで、本当に前途が大変だなという思いを強くしているところです。

一方､経営に与える影響について検討しましたが、これは先ほどの960時間超の19名の一覧を記載しております。ここに各個人の医業収入と、一番右に時間外が書いてありますけれども、960時間を超える時間外相当分が、例えば１番目ですとここになり、これをその分収入は減少すると仮定して、各医師の収入の減少が起こりますと、例えば１番の例ですと2,500万円ですので､19名足していきますと２億1,000万円ほどの減収になることが判明いたしまして、結構これは大きな数字だなと思いました。

それから、直接数字には現れませんが、間接的に経営に影響を与える事案を当院の場合４点ほど上げさせていただきました。

最初は働き方改革が達成できないときに若手医師の確保が難しくなるのではないかということですが、これは厚生労働省が労働時間についてどのように考えているかアンケート調査を行ったものですが、とても長い、それから長いと考えている医師が

大体７割ほどを占めていまして、特に20代、30代、40代と多い傾向が見られましたので、もしこれで当院が労働時間管理をしっかり2024年にできないと、働き方に対して非常に後ろ向きだと捉えてブラック病院的に捉えられる可能性もありますので、若手医師に来ていただけなくなるのではないかと懸念も抱いております。

それから、次に救急医療に関してですが、実は当院は令和３年度ですと救急受診者が１万1,800人で、救急車は6,000台と結構二次救急病院としてはたくさん救急を行っている病院です。時間外を削減するためには当直を削減できれば本当は良いのですが、それを宿日直の制度にしますと寝当直というか、そういう制度ですので、これだけの患者さんを診るのは大変なので、宿日直制度にしたほうが良いのかを今検討しているところです。

それから、３番目に大学による医療機関の集約化と書いてありますが､これは皆さん御存じのように、昨年の８月ｍ３ニュースでインタビュー記事がありました｡筑波大学の原病院長に､働き方改革が起こったときにどういうことが起こるかインタビュー記事が載っていましたので、少しこれを掲載しますけれども、筑波大学の場合は2024年４月を迎えたときに大学に医師をある程度確保しなければならないので、地域から医師を引き揚げざるを得ないようなインタビュー記事でした。

もちろん地域によって当然その事情は異なりますが、もし愛知県でそういうことが起こりましたら、医師の獲得についていろいろ懸念があるのではないかと思いました。

それから、４番目に、実際に時間外労働を削減したときに医師の収入がどのぐらい減少するのか、19名のうちの３名だけピックアップして実際に計算しました。もちろん基本給が違いますので単価が違いますが、例えば当院で一番時間外を行っている若手の消化器内科医師ですが、単価は低いですけど、それでも年間140万円弱ぐらい減収になります。

それから、４位の外科医、これはばりばりの中堅ですが、実際170万円ぐらい、それからそれほどの時間外はありませんが、ベテランの泌尿器科医で50万円弱とやはり医師の収入減収が起こりますので、幾ら医師はお金じゃないと言っても実際に収入が減りますので医師のモチベーションの低下につながるのではなど間接的な影響も幾つか考えられました。

そうは言っても、来年の４月までに働き方改革を進めなければなりませんので、直接的な医療収入に関係しないところでとにかく削減しなければなりません。まず医師に関して今まで病院では労働時間は自己申告でしたが、社労士からも客観的な指標がないといけないと言われましたので、勤務時間、自己研研鑽、院外の兼業を含めてビーコンを利用した勤改システムがあり、デモを近々やる予定ですけど、それである程度めどがついたら取り入れようかと思っています。

それから、看護師、薬剤師、医療事務はタスクシフトを更に進める必要があり、特にNPとか特定行為研修医制度を利用してタスクシフトを進めようと考えております。

それから宿日直ですが、医療行為の回数が少ない外科系の医師だけ宿日直許可の取得を考えています。

それから、当院だけかもしれませんが、外来部分で実は診療料と処方料が142点しかない患者さんが13％もいます。しかし、実際は売上げが0.7％程度しかありません。今後、紹介受診重点医療機関制度が始まりますので、当院が認定されましたら、こういう人たちを地域で診ていただいて、労働時間を少しでも減らせれば何かの役に立つかなと思っています。

ただ、こういう事をどんどん進めていきますと当然課題もあるわけで、医師の業務をシフトするのはいいのですが、今度は他職種に業務の負担が多くなって､もちろん人材を確保するためのコストとか、そういう面の上昇があります。また看護師の不足とかつながらなければいいなと思っています。

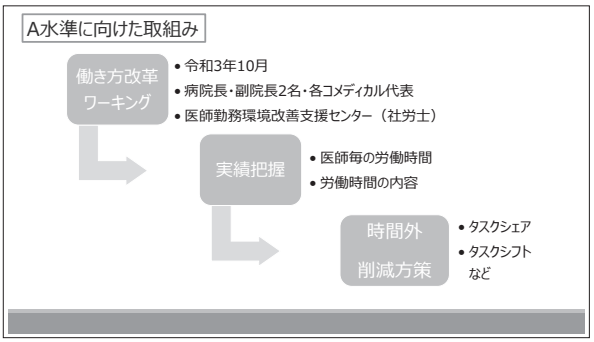
また、効率化を進めますと、患者さんに対する説明も非常に時間を短くしなければならなくなったとか、患者さんのサービス低下を起こさないか、先ほど言いました救急医療への懸念なども考えています。

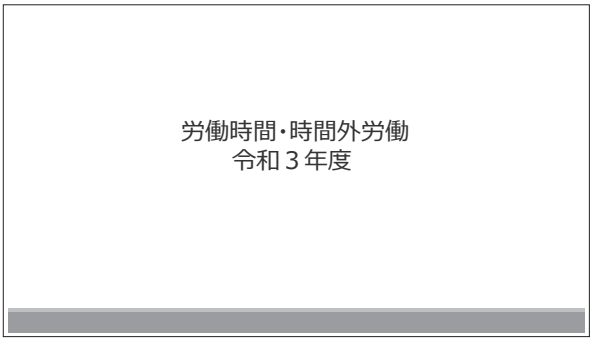
いずれにしても、４月に向けてさらに進める必要がありますが、例えばＡ水準が達成できた場合に本当に医師確保ができるかどうか、それから経営的に考えるとその分を取り戻せるのかとか、そういうような課題はこれから山積しているのではと思っておりまして、もしこれがうまくいかないと我々のよう

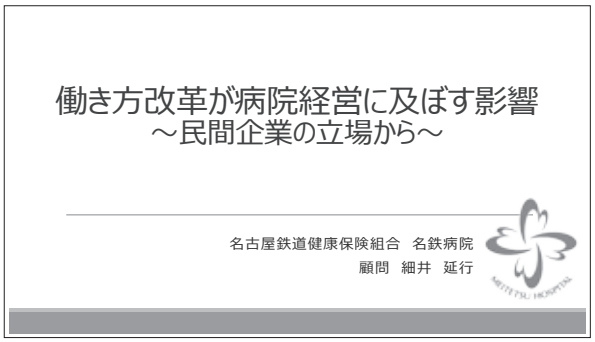
な中規模病院とか、小さい病院などは再編統合につながっていくのではないかと非常に懸念しております。

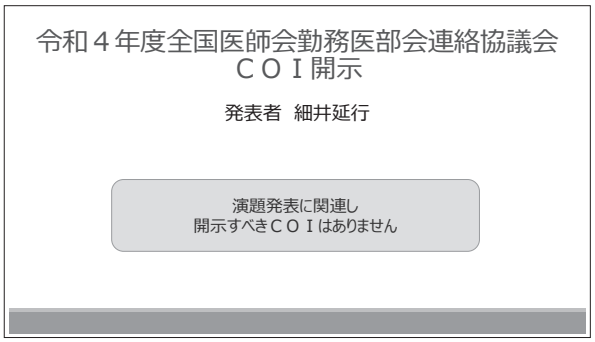
とにかく我々だけではなく、病院全体で十分なコンセンサスを得ることが重要ですが、実際に働き方改革は医師のために行う事ですが、本当に医師の働き方改革が病院にとって利益になるのかを実際十分に注視する必要があるのではないかと思いました。

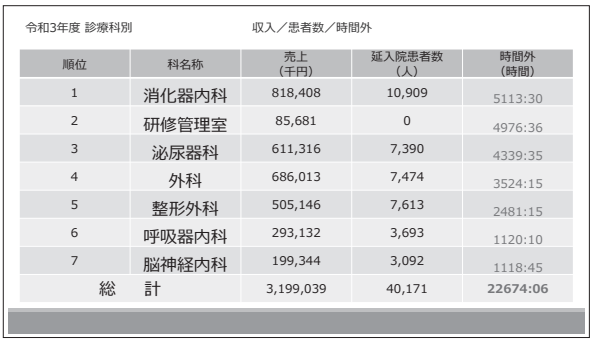
以上、名鉄病院からの報告です。御清聴ありがとうございました。

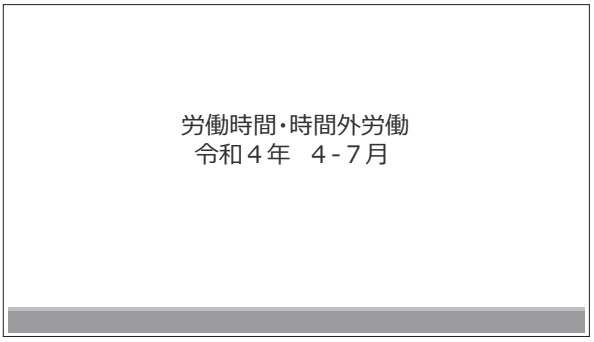












令和４年　４－７月分　医師別
収入／患者数／時間外

順位	科名称	売上（千円）	延入院患者数（人）	時間外（時間）
1	消化器内科	58,910	925	601:33
2	外科	55,570	641	476:55
3	消化器内科	79,329	1025	470:40
4	消化器内科	87,318	1176	426:23
5	消化器内科	78,777	933	423:10
6	脳神経内科	63,394	953	418:33
7	外科	58,396	688	417:35
8	消化器内科	61,847	966	408:05
9	腎臓内科	69,939	809	380:53
10	外科	40,471	410	365:00

９６０時間 ÷ １２ヶ月 ＝　８０時間
８０時間 × ４ヶ月 ＝ ３２０時間

順位	科名称	売上（千円）	延入院患者数（人）	時間外（時間）
11	外科	66,272	563	360:15
12	外科	96,454	1048	352:45
13	整形外科	64,437	993	338:00
14	泌尿器科	56,272	520	329:40
15	消化器内科	59,439	740	326:45
16	外科	60,761	436	323:05
17	研修管理室	6,517	0	320:02
18	研修管理室	6,899	0	309:26
19	泌尿器科	127,759	870	306:40
20	研修管理室	8,280	0	290:40

▶１７名超過

間接的影響

1. 働き方改革が未達成における若手医師確保のリスク
2. 救急医療・救急当直質の低下
3. 大学による医療機関集約化医師獲得への影響
4. 時間外労働の削減による医師の収入の減少・再配分問題

診療科別　　令和３年　累計

順位	科名称	時間外（時間）
1	消化器内科	5113:30
2	研修管理室	4976:36
3	泌尿器科	4339:35
4	外科	3524:15
5	整形外科	2481:15
6	呼吸器内科	1120:10
7	脳神経内科	1118:45
総　計		22674:06

令和４年　４－７月分

科名称	時間外（時間）
消化器内科	2656:36
外科	2295:35
研修管理室	920:08
泌尿器科	636:20
脳神経内科	418:33
腎臓内科	380:53
整形外科	338:00
	7646:05

1.働き方改革が未達成における　若手医師確保のリスク

参考：厚生労働省
「勤務医に対するアンケート
調査の結果について」より

経営に与える影響

1. 働き方改革が未達成における若手医師確保のリスク
2. 救急医療・救急当直質の低下
3. 大学による医療機関集約化医師獲得への影響
4. 時間外労働の削減による医師の収入の減少・再配分問題

直接的影響

令和3年度　医師別収入／患者数／時間外

順位	科名称	売上（千円）	延入院患者数（人）	時間外（時間）
1	消化器内科	163,852	2,495	1483:35
2	整形外科	282,401	4,541	1477:25
3	消化器内科	216,949	3,011	1344:15
4	外科	238,255	2,034	1268:00
5	泌尿器科	60,829	920	1247:35
6	消化器内科	201,042	2,549	1185:10
7	外科	286,625	3,478	1151:10
8	研修管理室	16,783	0	1124:40
9	呼吸器内科	293,132	3,693	1120:10
10	脳神経内科	199,344	3,092	1118:45

順位	科名称	売上（千円）	延入院患者数（人）	時間外（時間）
11	外科	161,133	1,962	1105:05
12	消化器内科	236,565	2,854	1100:30
13	泌尿器科	272,050	2,436	1037:25
14	泌尿器科	145,952	2,204	1029:35
15	泌尿器科	132,485	1,830	1025:00
16	整形外科	222,746	3,072	1003:50
17	研修管理室	14,554	0	985:35
18	研修管理室	17,302	0	963:56
19	研修管理室	18,227	0	963:50
20	研修管理室	18,815	0	**938:35**

令和３年度　時間外960時間超過▶ 19名（常勤 84名）

2.救急医療・救急当直質の低下

救急当直　▶　宿日直へ　　救急の質低下

令和3年度実績
救急受診者　11,816名（月平均 985名）
救急車　　6,005台（月平均 500台）

年間・所定労働時間：1952時間　＋　時間外：960時間　の試算

順位	科名称	売上（千円）	延入院患者数（人）	時間外（時間）
1	消化器内科	▲24,971	▲380	▲523:35
2	整形外科	▲42,608	▲685	▲517:25
3	消化器内科	▲25,290	▲351	▲384:15
4	外科	▲22,790	▲195	▲308:00
5	泌尿器科	▲5,467	▲83	▲287:35
6	消化器内科	▲14,430	▲183	▲225:10
7	外科	▲17,657	▲214	▲191:10
8	研修管理室	▲898	▲0	▲164:40
9	呼吸器内科	▲15,282	▲193	▲160:10
10	脳神経内科	▲10,306	▲160	▲158:45

順位	科名称	売上（千円）	延入院患者数（人）	時間外（時間）
11	外科	▲7,647	▲93	▲145:05
12	消化器内科	▲10,889	▲131	▲140:30
13	泌尿器科	▲7,045	▲63	▲77:25
14	泌尿器科	▲3,406	▲51	▲69:35
15	泌尿器科	▲2,893	▲40	▲65:00
16	整形外科	▲3,303	▲46	▲43:50
17	研修管理室	▲127	▲0	▲25:35
18	研修管理室	▲23	▲0	▲3:56
19	研修管理室	▲24	▲0	▲3:50
	合　計	▲215,056	▲2,868	▲3495:31

医業収入▶2億１千万円 減収

※ 総労働時間に占める960時間を超える時間外相当分 収入が減少すると仮定

1. 働き方改革が未達成における若手医師確保のリスク
2. 救急医療・救急当直質の低下
3. 大学による医療機関集約化医師獲得への影響
4. 時間外労働の削減による医師の収入の減少・再配分問題

3.大学による医療機関集約化医師獲得への影響

参考： m3.com.
ニュース医療維新
『原晃・筑波大学付属病院長に聞く』
https://www.m3.com/news/iryoishin/1068168
(2022-08-11)

課題

UP▲	DOWN▼
業務効率化による他職種業務負担	患者サービス
人材育成コスト	救急医療への懸念
人材の確保負担	医師のモチベーション

このような状況で2024年4月を迎えた時に何が起きるのか。

それは筑波大学附属病院から地域の医療機関へ派遣している
▶医師の引き揚げです。
他の一部地域では、既に大学側が医師を引き揚げようとする動きも出ています。

働き方改革によって、
▶院内において確保しなければいけない医師数も増加します。

医師数の母数は大きく変化しないので、
▶何かが増えれば、何かを減らさなければならない。

まとめ
①

A水準達成には
- タスクシェア・シフトの進捗
- 当直の均等化
- 診療の質・患者サービス低下への配慮
- 診療科の業務均等化

A水準達成後
- 健全経営・医師確保の問題（病院再編統合の加速）
- 収入減による医師モチベーション維持の配慮

1 働き方改革が未達成における 若手医師確保のリスク	2 救急医療・救急当直 質の低下
3 大学による医療機関集約化 医師獲得への影響	4 時間外労働の削減による 医師の収入の減少・再配分問題

まとめ
②

働き方改革の必要性について

▶ 十分なコンセンサスを得ることが重要

働き方改革が

▶ 医師の働き方に利益になるのか十分に注視する必要がある

4.時間外労働の削減による医師の収入の減少・再配分問題

1位 消化器内科
- 1,385,925円 （年間）
- 月額 １２万 減収（▼約１９%）

4位 外科
- 1,710,940円 （年間）
- 月額 １４万 減収（▼約１０%）

13位 泌尿器科
- 477,970円 （年間）
- 月額 ４万 減収（▼約３%）

謝辞

日本医師会会長 松本 吉郎 先生
愛知県医師会会長 楯木 充明 先生
愛知県医師会副会長 野田 正治 先生
愛知県医師会理事 浦田 士郎 先生
社会医療法人名古屋記念財団名古屋記念病院院長 長谷川真司 先生

『全国医師会勤務医部会連絡協議会』
深く感謝申し上げます

ご清聴ありがとうございました

取組

医師	看護師 薬剤師 医療事務	宿日直許可	逆紹介の推進
勤務時間把握 体制構築	タスクシフトの推進	現時点 未導入	外来のうち 142点以下の割合 患者数13% 売上0.7%しかない ※142点 外来診療料 + 処方箋料
自己研鑽 マニュアル作成	NP活用,特定行為 研修制度実施		
院外兼業時間の 申告制度ルール化			
タスクシェアの推進 診療科内の平準化			

【小出詠子（愛知県医師会理事）】

ありがとうございました。細井先生、お疲れさまでした。

それでは、「大学病院における医師の働き方改革の現状～大学病院の立場から～」、藤田医科大学学長、湯澤由紀夫先生です。よろしくお願いいたします。

大学病院における医師の働き方改革の現状 ～大学病院の立場から～

藤田医科大学学長
湯澤　由紀夫
（ゆざわ　ゆきお）

藤田医科大学の湯澤です。

大学病院における医師の働き方改革について報告させていただきます。

一般の病院に比べて、大学病院だけ文部科学省管轄となっています。この背景から、大学病院の医師は、一般病院の医師に比較して、教育・研究・自己研鑽に対するエフォートが高い状況です。大学病院の医師の働き方改革を検討する組織として、82の国公私学の医学部長・病院長から組織する全国医学部長病院長会議（AJMC）、全国国立大学病院長会議、私立医科大学大学機構の３つの会議体があります。

現在のAJMC の大きな課題は、新型コロナ感染症対策、医師の働き方改革、共用試験の公的化の３つです。本日は、医師の働き方改革とこれに影響を与える可能性のある共用試験の公的化についてお話しします。

AJMC では、以前から働き方改革については、ワーキング会議の形で議論してきましたが、令和３年に医師法で法制化されたのを機に、委員会に格上げして対策を検討しています。令和３年は、医師に関する複数の法律が国会で承認されました。働き方改革・教育改革に合わせて地域医療体制について、大きな指針が提示されました。

医師の働き方改革に関しましては、特に大学病院の医師は、医療職としてではなく研究職として採用されている割合が多く、このため兼業により地域医療を支えてながら、教育・研究と大変複雑な働き方をしているのが特徴です。このため、まず、勤務管理と教育・研究・臨床・自己研鑽の実態把握と本人の理解が重要となります。同時に医師以外のコメディカルの皆さんへのタスクシフトが重要な要素となります。

以前は、医師の働き方改革は、「医師偏在対策」・「地域医療構想」・「医師の働き方改革」の三位一体改革の中で考えられていましたが、新型コロナ感染症対策の中で、医師の働き方改革だけがクローズアップされる状況となっており、この改革を成功させるためには、三位一体改革を連携して同時に進めることが必須と考えています。

共用試験の公的化が、なぜ地域医療や医師の働き方改革に影響するのかについてまず、お話しします。現在医学部４年生・５年生が参加型臨床実習をしていますが、これは医学実習ではありますが、医学生の行う医行為を今まで医師にしか認められていない法律で認める医行為として、法律に定めました。このため、臨床実習を認めるCBT・OSCEを各大学判断ではなく、国が認定する方法に変わりました。これが共用試験の公的化です。この結果、医学生（student doctor）は、現在初期研修医が行っている医行為のほぼすべてを行うことができます（薬剤の処方などは認められていません）。このため、医学部で行う医学生への教育の重要性がさらに高まりました。この制度を運用するためには、学生のうちから、医師のプロフェッショナリズムをしっかりと教育することが必須となります。医学・医療は日進月歩ですので、現役の医師である限り一生、一定の水準の医学・医療を身に着けるための自己研鑽が必要になります。

学生の段階からこの教育がしっかりできていれば、働き方改革の中での医療行為が業務なのか、自己研鑽なのかについては、医師が自分で判断できます。

現在初期研修２年間で取得する医行為のほとんどを、医学生の段階で習得することになると、現在の初期研修制度も大きくその影響を受けます。医学部から初期研修までシームレスに研修が進めば、大学病院・研修指定病院における初期研修から専門研修までの在り方も大きく変わることになります。

先ほど医療の三位一体改革のお話をしましたが、地域医療への初期研修医への期待が高まっていますが、地域医療を支えるためには、大学病院・研修指定病院・専門型病院が一体となって、対策を考える必要があります。地域医療を守るために、地域医療構想とともに、研修指定病院で初期研修医を多く抱えている病院が、その数に応じて、初期研修医というより完成された医師を、その地域の実情に合った診療科の医師を派遣して大学病院を含めた研修指定病院が一体となって地域医療を支えることが重要と考えています。

共用試験の公的化により、大学病院における医師の、参加型臨床実習に係るエフォートはさらに増しますし､共用試験の公的化に係る教員の負担も増し、これは、医師の働き方改革で進める勤務時間の時短計画には逆行する負担増となります。

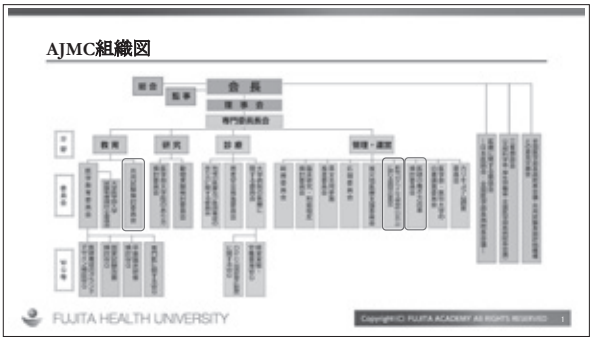
AJMC は、昭和30年から「医師の働き方に関するワーキング」を立ち上げ､議論してきていますが、今年からこのワーキング会議を「医師の働き方に関する委員会」に格上げしました。現在までに計４回の「医師の働き方に関する全国セミナー」を開催し、委員会のメンバーに加えて、文部科学省・厚生労働省の専門の方々にも参加いただき、特に大学病院で勤務する医師の働き方に焦点を当てて、Q&A の形で周知を図ってきました。フェーズ１では、全国すべての大学にアンケートを取り、勤務時間管理の実態を明らかにしてきました。現在は、医療機関勤務環境評価センターに時短計画を提出するフェーズ３まで、取り組みは進んでいます。

平成28年に厚労省の班研究により、全国の都会・地方の国公私立の大学病院での医師の勤務時間の実態が明らかになりました。これによると、年間過労死レベルの倍となる年間1,860時間以上の超過勤務をしている医師は、兼業を含めないと１割以上、兼業を含めると実に２割以上の若手の医師が極度の超過勤務をしている実態が明らかになりました｡まず、働き方改革のターゲットになるのは、このグループであり、超過時間年間1,860時間未満に勤務時間を減らし、その後の10年間の間に、年間980時間の超過勤務時間にまで短縮することが求められています。

大学病院での医師の働き方は、診療・教育・研究並びに自己研鑽がモザイク状に複雑にまじりあっているのが特徴です。特に診療業務をどこまでを労働としてカウントし、どこまでを自己研鑽として取り扱については、全国共通の理解が必要になります。AJMC では、両者の違いを文書に記載して、皆さんの理解に役立てていただいています。

一般病院の場合は、病院長が勤務管理の責任者として指導されていますが、大学病院の場合は、各診療科の主任教授も病院長と同様に勤務管理のマネージャーとしての役割が期待されています。主任教授の適切な指導が、大学病院における働き方改革の推進に必要不可欠です。

今年の４月に自民党の働き方改革のプロジェクトチームの会議で、３つの点をお願いしてきました。まず、医師の働き方改革の目指す目標は、過重労働を避け、労務を合理化することとともに最も重要な目標は、研究・教育・診療活動の質を高め、国際水準の医学・医療を推進することにあります。このためには、第１に必要な財政支援は必要ですし、第２に大学病院特有の働き方に添った制度の整備も必要です。最後に、医師の働き方改革の施行に伴う地域医療への影響を最小限にするため、三位一体改革の積極的な実行が必要です。



令和3年　医師法改正のポイント

医師の働き方改革の法制化

共用試験の公的化

FUJITA HEALTH UNIVERSITY

これまでの活動

- 平成３０年９月に「臨床系教員の働き方改革WG」（委員長：山本千葉大学医学部附属病院長(当時)）を設置
- 令和元年５月３１日には、「大学医学部・大学病院に勤務する臨床系教員の働き方改革に関する提言」を取りまとめ、６月１１日に関係機関に提出（全国知事会、日本医師会、日本医学会連合、日本病院会、日本医療法人協会、全日本病院協会）
- 令和３年５月「医師の働き方改革検討委員会」（委員長：横手千葉大学医学部附属病院長）に改組
- これまでの活動
  - １）医師の働き方改革セミナーを開催（4回）
    - ①医師の働き方改革の趣旨、制度解説、Q＆A等の周知
    - ②各大学の取組状況等のアンケート調査結果の提供　等
  - ２）医師の働き方検討委員会において、厚労省、文科省も交えて協議を実施（4回）

疑義解釈や制度運用の詳細については、働き方改革検討委員会で検討を進めている。
引き続き、医師の働き方改革と教育・研究・診療及び地域医療などが円滑に進められるよう、柔軟な制度運用をお願いしたい。

FUJITA HEALTH UNIVERSITY

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律の概要（令和３年５月28日公布）

1. 医師の働き方改革

長時間労働の医師の労働時間短縮及び健康確保のための措置の整備等

（医療法）【令和６年４月１日に向け段階的に施行】

2. 専門性の活用

医療関係職種の業務範囲の見直し

（診療放射線技師法、臨床検査技師等に関する法律、臨床工学技士法、救急救命士法）【令和３年10月１日施行】

タスクシフト/シェアを推進し、医師の負担を軽減しつつ、医療関係職種がより専門性を活かせるよう、各職種の業務範囲の拡大等を行う。

医師養成課程の見直し

（医師法、歯科医師法）【一部は令和７年４月１日／一部は令和５年４月１日施行等】　※歯科医師も同様の措置

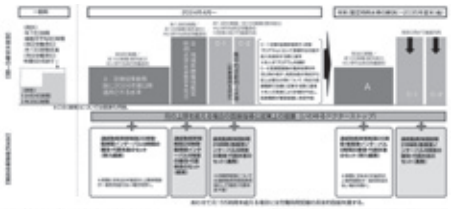
①共用試験合格を医師国家試験の受験資格要件とし、

②同試験に合格した医学生が臨床実習として医業を行うことができる旨を明確化。

FUJITA HEALTH UNIVERSITY

2024年4月～ 医師にも時間外労働の上限規制が適用されます

2024年4月以降は、年960時間超の時間外・休日労働が可能となるのは、都道府県知事の指定を受けた医療機関で指定に係る業務に従事する医師（連携B・B・C水準の適用医師）のみ



厚生労働省

FUJITA HEALTH UNIVERSITY

共用試験公的化に関する改正法条文

改正法条文

（医師法の一部改正）

第十一条　医師国家試験は次の各号のいずれかに該当する者でなければ、これを受けることができない。

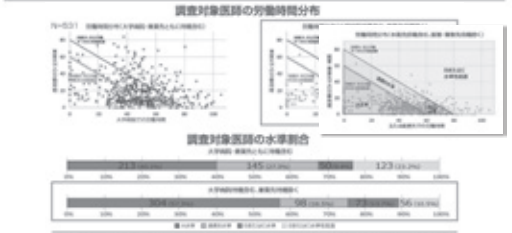
一　大学において、医学の正規の課程を修めて卒業した者（大学において医学を専攻する学生が臨床実習を開始する前に修得すべき知識及び技能を具有しているかどうかを評価するために大学が共用する試験として厚生労働省令で定めるもの（第十七条の二において「共用試験」という。）に合格した者に限る。）

二三　（略）

第十七条の二　**大学において医学を専攻する学生であつて、共用試験に合格したものは、前条の規定にかかわらず、当該大学が行う臨床実習において、医師の指導監督の下に、医師として具有すべき知識及び技能の修得のために医業（政令で定めるものを除く。次条において同じ。）をすることができる。**

FUJITA HEALTH UNIVERSITY

大学病院勤務医師の労働時間について

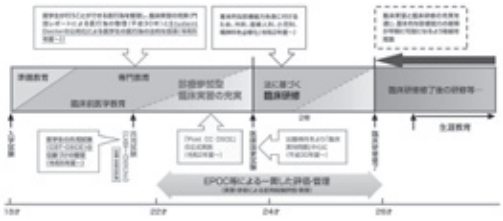


厚生労働省

FUJITA HEALTH UNIVERSITY

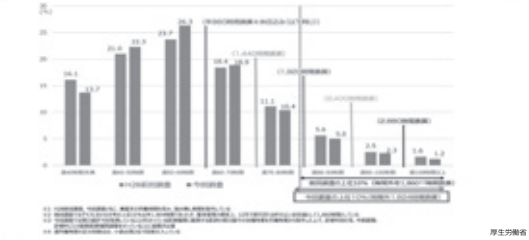
シームレスな医師養成に向けた改革全体案

医道審議会医師分科会　令和元年6月19日　資料１改変



FUJITA HEALTH UNIVERSITY

医師の働き方改革に関する検討会 報告書の概要



厚生労働省

FUJITA HEALTH UNIVERSITY

シームレスな医師養成に向けた共用試験の公的化といわゆるStudent Doctorの法的位置づけについて

医道審議会医師分科会　報告書 概要（令和２年５月）

共用試験公的化とStudent doctor の法的位置づけによる影響

診療参加型化の推進
診療科偏在是正に対する効果
医師の働き方改革に資する
地域医療に貢献

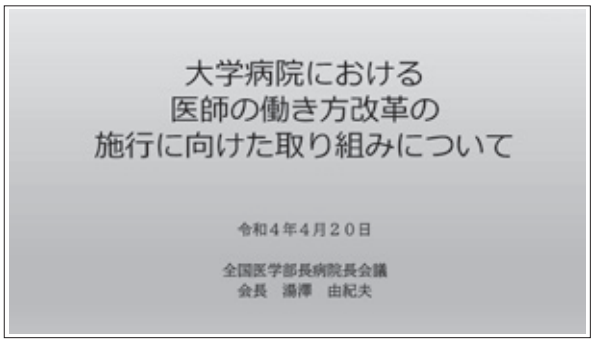
診療参加型臨床実習の指導体制
教員等が十分に学生教育に時間を充てることができる必要がある

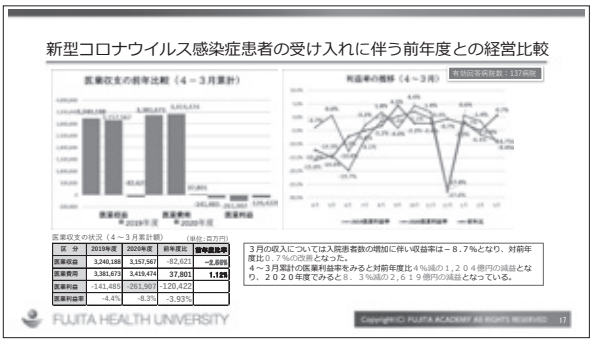
FUJITA HEALTH UNIVERSITY

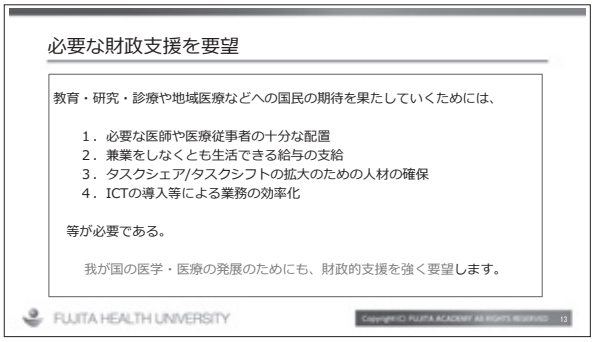
医師の労働時間にかかる論点の取扱い（研鑽）

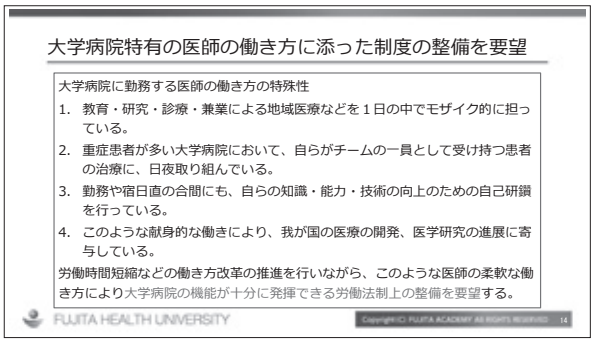
厚生労働省

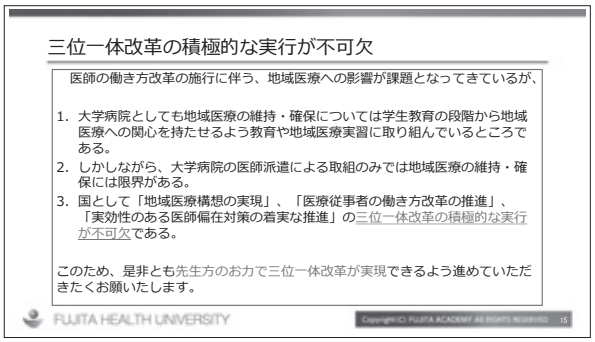
FUJITA HEALTH UNIVERSITY

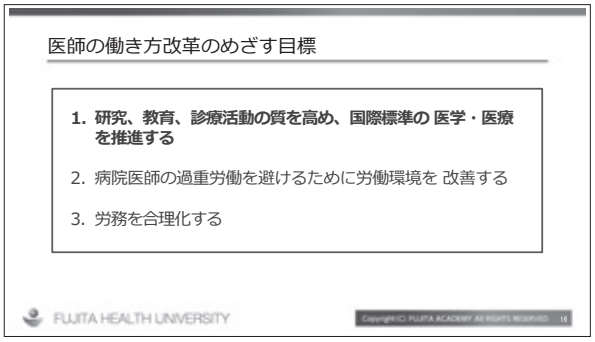












【小出詠子（愛知県医師会理事）】

湯澤先生、ありがとうございました。

それでは、次に参ります。「医師の勤務環境に関するアンケート結果より～ダイバーシティの立場から～」、社会福祉法人聖霊会聖霊病院院長、春原晶代先生です。よろしくお願いいたします。

医師の勤務環境に関するアンケート結果より ～ダイバーシティの立場から～

社会福祉法人聖霊会聖霊病院院長
春原　晶代
（すのはら　あきよ）

皆様、もう最後の発表になります。大変お疲れと思いますが､アンケート結果の発表になりますので、気楽に聞いていただければと思います。今までの先生達の発表のまとめというか、愛知県の状況と思っております。

私は聖霊病院の院長ですが、愛知県医師会男女共同参画委員会の委員長をやっておりますので、このアンケートの結果を発表させていただきます。

まず初めに、聖霊病院についてお話しします。私たちの病院は名古屋市の昭和区文教地区にある病院で、キリスト教のカトリックの病院です。愛と奉仕という理念でやっております。病床数が198床の小さい病院ですけれども､NICU､緩和ケア病棟があったりするような病院です。

愛知県医師会の男女共同参画委員会と、それから愛知県による共同アンケート調査を行いました。アンケートの題名は、医師は働きがいのある仕事ですかというようなものです。今年の１月に行って、県下の321病院、有効回答数が143です。この結果を一応中小の病院、200床未満の病院と200床以上の病院という２種類に分けて結果を検討させていただきました。

設立主体ですけれども、200床未満の病院はほぼほぼ医療法人でした。200床以上の病院は国と公共団体、公的医療機関などがありますが、医療法人の病院もまあまあある状況です。

指定ですけれども、200床未満の病院では協力型の臨床研修病院、二次救をやっている病院も３割程度、200床以上の病院は基幹型の臨床研修病院や、特に救急救命センター、周産期の母子医療センターなどを持っている病院があります。

患者数ですが、これは病床当たりではないので、１病院当たりですから数は比較できませんが、病床の割合というか、どういう患者さんがいるかを見ていただくと、やはり小さい病院では回復期、慢性期が多くて一部急性期､高度急性期はほとんどいない。200床以上の病院は高度急性期、急性期の患者さんがいる病院となります。

そんな中で夜間休日の体制を見ると、やはり200床未満では宿直・日直が９割ですけれども、200床以上の病院でも宿直・日直制という形でやっているところが結構あると思います。交代勤務制は割と少ないことになります。

それから、従事する医師数ですが、これも病床当たりではなくて平均ですが、ここで目立つのは200床未満の病院では非常勤の医師がすごく多い。常勤医師よりも非常勤の医師が多いことが分かります。200床以上の病院は常勤が多いですが、あと研修医とか専攻研修医、女性の割合も若い研修医とか専攻研修医は半分近く女性になっていると思います。

ワーク・ライフ・バランスの推進で見ていきます。水色のところが実施中ということで３が未実施ですが、短時間勤務の導入や宿日直免除、それから院内保育、そういうようなものは200床以上の病院では本当に８割以上の病院で行われていることが分かります。学童保育とか介護サービスの利用の補助はやられているところがまだまだ少ない状況でした。

平均の有給休暇数ですが、小さい病院がちょっと取りにくいのかなという傾向にあります。

それから、医師確保の取組です。基本大学病院との連携というところが８割方になりますが、200床以上の病院では様々な専攻医、常勤医師を公募で募集したりとか留学支援、幹部職員としての採用だったり、それから職員用住居の整備というようなことで様々なことをして医師確保に取り組んでいることが分かります。

労働時間の把握ですが、多くの病院で既にICカード､タイムカードが使われていることが分かります。

それから、病状説明を就業時間内に行うところが６割ぐらいで取り組んでいるところで、これには病床の大きさによっての差はあまりありませんでした。

それから、救急体制の維持、これが一番今も問題になっていると思いますが、中小の病院ではこのままでも何とか維持できるという意見が多かったのに対して、200床以上の病院ではもう維持できないというところが50％以上ありました。

それから、タスクシフト、これも200床未満200床以上どちらも予診受付や検査説明、採血、静脈注射など、医師以外の職種がやっているところが多いですが、医師事務、診断書の記載の下書きとか入力代行に関しては200床以上の病院では比較的進んでいるのに対し、200床未満の病院では半分以上が医師のみが実施となっており、ここに小さい病院ではまだ人を雇うことができていないのかなと思います。

オンライン診療は、小さい病院のほうが比較的速やかに導入できているかと思いますが、まだまだ導入していないところが８割以上あります。

今までのアンケート結果ですけれども、同じアンケートで院長、副院長、医局長等に記述的な調査で、医師の働き方改革が地域医療とか病院経営とか勤務医の健康に対してプラスとなりますかマイナスとなりますかという質問をしました。回答数はちょっと減っておりまして87、200床未満の病院で50、200床以上の病院が37です。

まず、地域医療に対してプラスとなる点、マイナスとなる点、200床未満の病院、200床以上の病院ですが、もうプラスとなる点なしというのがどちらも30％以上あります。いい点は、医師にゆとりができていい医療ができるのではないかとか役割分担が進むのではないかというところがあります。

ところが、マイナスになるところは地域医療の体制ができなくなるとか、地域的な医師不足、医師の偏在、マンパワーにより夜間救急の対応ができなくなる。また、多分もっと大きい病院だと思うのですが、地域へ医師を派遣できなくなる。あるいは病院の外来を縮小しなければいけないけれども、患者の理解が得られないのではないか、こういうような意見があります。

それから、病院経営に対して、やはりプラスとなる点なしが24％、16％、考え方はいろいろで、時間外勤務が減って人件費が減るのではないかがプラスの意見。タスクシフトによって人件費率を下げられるのではないか。時間外勤務が減って人件費が減るのではないか。それから、勤務環境を整えることができる病院に医師が集まってくるのではないか。

マイナスは、今度時間外勤務が減った分、ほかの医師を確保しなければいけないので、人件費が増大する。タスクシフトは人件費率を下げるかもしれないけど、人をたくさん雇わなければいけないので人件費が増大する。あるいは、当直や休日診療が回らなくなる、代理の医師確保の人件費、医師不足が言われています。

勤務医の健康に関しては、やはりマイナス点がないのが増えてきまして、勤務医の健康のために働き方改革が始まっていると思うので、当然かなと思います。ワーク・ライフ・バランスが確保や、過剰労働を防止できるところになりますが、そこの中でやはり医師の収入の減少という点があるのではないかとの意見と、それから労働生産性を上げることがストレスになる人がいる。あるいはやりがいとして仕事をしている場合にその達成感を得る機会が減る人もいるのではないかとの意見もありました。

あとはオンライン診療ですが、オンライン診療と働き方改革は特に関連性は不明と答えられているところが多いです。実際にオンラインが可能な患者が少ないとか回答なしも多かったのですが、診療科によって慢性疾患とかはいいのではとか、入院患者家族への説明は有用だとか、往診とか僻地医療には有効ということで、一部のことに関しては有効なものなのかなと思いました。

もう一個の質問で、これはいろいろな意見があって読んでいてとても楽しかったところですけど、コロナ禍で勤務医のワーク・ライフ・バランスや人生観などに変化があったか。患者数減少により病院経営が圧迫された、学会などが減ってコミュニケーションが減った、感染対策に対する人材確保が急務、世の中に絶対的安心がないことを実感した、医療界で統一されたデジタル化が必要であると考える。200床以上でも、自宅で過ごす数時間が増加した、医療職が休んだ場合の残った職員の負担が大きかった、いわれのない誹謗中傷があった、初期の頃にいろいろなことがあったなと思いました。むしろCOVIDがあったことで全科的な応援体制が構築で

きた意見もあります。あとは職場でのコミュニケーションが減った、次の世代へ使命感ややりがいを伝えることが難しくなった、こういうような意見がありました。

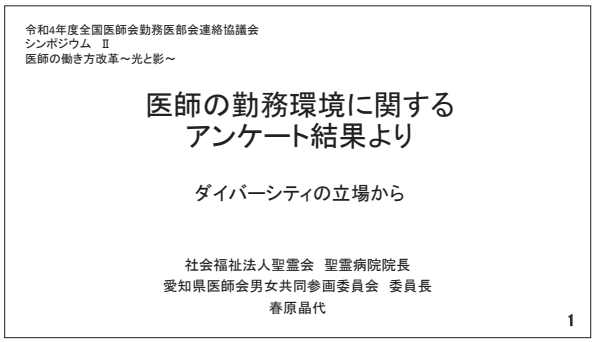
まとめますと医師の働き方改革に向けて基本的に各病院で準備が進んでいると思います。特に200床以上の病院では、タスクシフト、女性医師支援などの取組が進んでいます。また、200床以上の病院では、救急医療に問題が生じる可能性があると思われました。また、逆に小さい病院では、大病院からの非常勤医師の減少によって診療に影響が及ぼされる可能性がありました。

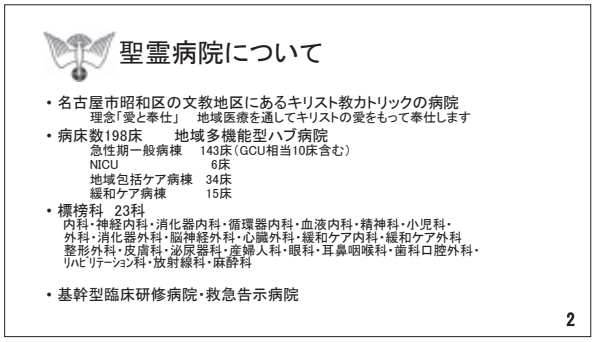
やはり先ほどから三位一体と言われていますが、働き方改革は医師の健康対策上必要なものではありますが、進め方によって医療崩壊が起きる可能性があると思います。オンライン診療に関しては慎重な意見が多く見られました。

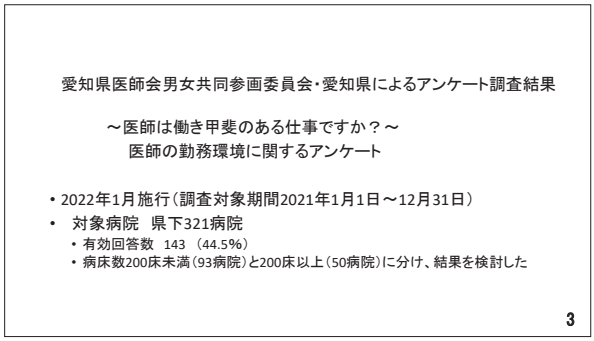
働き方改革を円滑に進めるためには、地域の医療機関での連携、役割分担とともに、地域住民への周知が必要であると思われました。アンケートに御協力いただいた病院の皆様に感謝いたします。

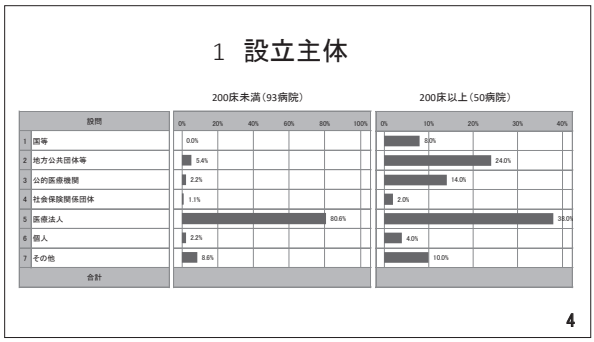
本当の最後に感想と意見ということで、本当はダイバーシティの立場からという副題がついていたので、これを何とか入れないといけないなと思っていて、働き方改革が推進されることによって全ての医師が健康的に働くことができるようになると思われます。こういう医師の多様な働き方が認められると、女性医師の育児離職等を減らすことができる可能性はあるのではないかと思います。

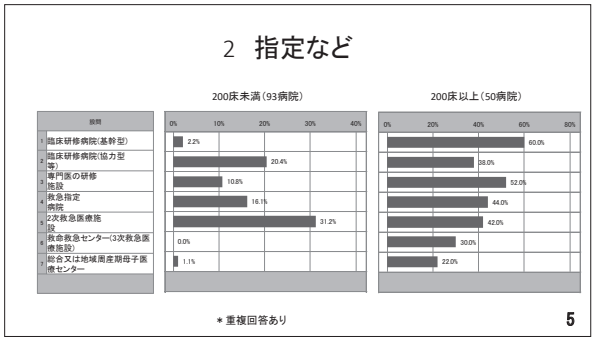
一方、中小病院の院長の立場から考えますと、当院の場合は何とか時間外勤務はA水準に収まっていると考えています。ただ、夜間休日の体制はそもそも院内の常勤医師だけでは難しく、院外医師の協力を得ているので、この先生たちの働き方の状況によっては本当に派遣元の大学病院から派遣してもらえなくなっちゃうと困るので、その辺りの情報共有をしっかり行わなければいけないなと考えました。



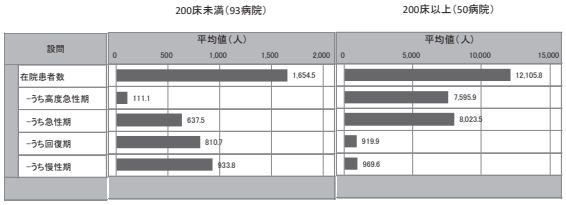








3 在院患者数



6

5 夜間・休日の体制

200床未満（93病院）

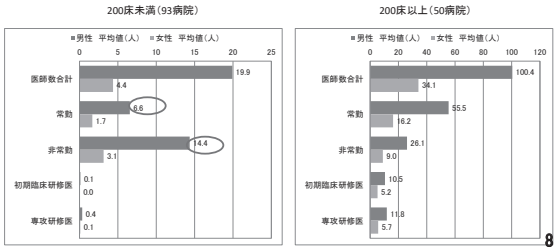
設問	件数	割合
1 交代勤務制	11	11.8%
2 宿直・日直制	85	91.4%
3 その他	2	2.2%
回答者数	93	−

200床以上（50病院）

設問	件数	割合
1 交代勤務制	7	14.0%
2 宿直・日直制	46	92.0%
3 その他	1	2.0%
回答者数	50	−

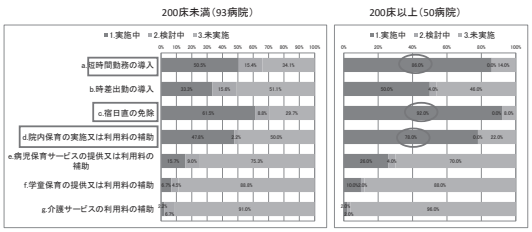
7

6 従事する医師数



8

9 子育て・介護中の常勤医師のワークライフバランスの推進

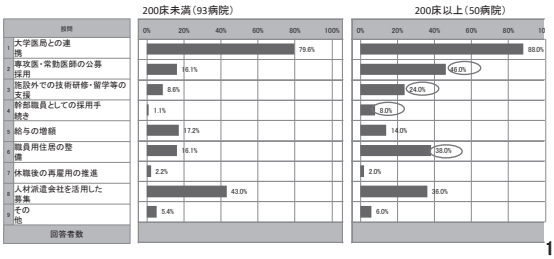


9

13 1年間の医師の平均有給休暇取得日数

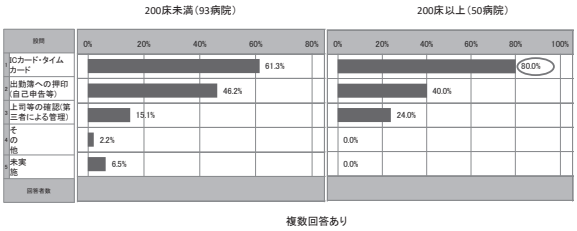
10

21 医師確保の取り組み



11

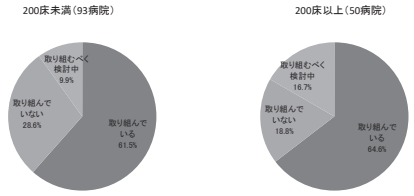
22 労働時間の把握方法



複数回答あり

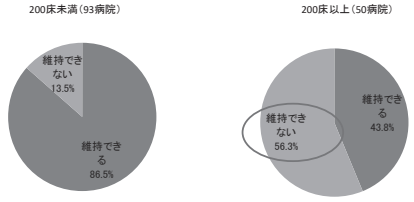
12

23 就業時間内の病状説明



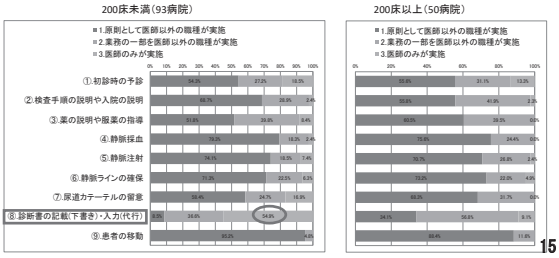
13

24 2024年4月以降の救急体制の維持（医師の増員なしで）



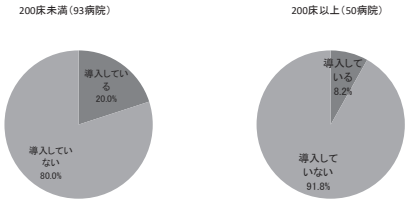
14

25 タスクシフトについて



15

27 オンライン診療について



16

オンライン診療が医師の働き方改革に与える影響について

200床未満の病院(50)	200床以上の病院(37)
働き方改革への関連は不明 有効となりえる 地域や患者次第 医療の質が低下する 当院通院中の患者ではオンライン可能な患者は少ない 回答なしも多数	働き方改革への関連は不明 往診・へき地医療には有効 診療科による（慢性疾患は良いが、救急医療には有用でない） システム構築がうまくできれば有用 システム構築のため人件費が増大する 入院患者家族への説明は有用

21

院長・副院長・医局長等　記述調査

医師の働き方改革が
地域医療・病院経営・勤務医の健康に対して
プラスとなる点及びマイナスとなる点について

回答数　87
200床未満の病院　50
200床以上の病院　37

17

コロナ禍で勤務医のワークライフバランスや人生観などに変化があったか？

200床未満の病院(50)	200床以上の病院(37)
患者数減少により、病院経営が圧迫 学会などが減り、コミュニケーションが減った 感染対策に対する人材確保が急務 世の中に絶対的安心がないことを実感した 医療界で統一されたデジタル化が必要	自宅で過ごす時間が増加した 医療職が休んだ場合の残った職員の負担が大きかった いわれのない誹謗中傷があった COVIDで全科的な応援体制が構築できた 職場でのコミュニケーションが減った 次の世代へ使命感ややりがいを伝えることが難しくなった

22

地域医療に対して

	200床未満の病院(50)	200床以上の病院(37)
プラスとなる点	なし・白紙　17(34%) 医師にゆとりができ良い医療が提供できる 医療機関の役割分担が進む	なし・白紙　12(31%) 医師の過重労働が減ることで医療の質向上につながる
マイナスとなる点	兼業医師の派遣が減ることで地域医療体制が守れなくなる 医師の偏在・医師不足 地域的な医師不足が起きる	マンパワー不足により、夜間・救急対応ができなくなる 病院から地域へ医師を派遣できない 病院の外来縮小に患者の理解が得られない可能性がある

18

アンケート結果のまとめ

- 医師の働き方改革に向けて、各病院の準備が進んでいる
- 特に200床以上の病院では、タスクシフト、女性医師支援などの取り組むが進んでいる
- 200床以上の病院で救急医療に問題が生じる可能性がある
- 200床未満の病院では、大病院からの非常勤医師の減少により、診療に影響を及ぼす可能性がある
- 働き方改革は医師の健康対策上必要ではあるが、進め方によって、医療崩壊を招く恐れがある
- オンライン診療に関しては、慎重な意見が多い
- 働き方改革を円滑に進めるためには、地域の医療機関での連携・役割分担とともに、地域住民への周知が必要である

アンケートにご協力いただいた病院の皆様に感謝いたします

23

病院経営に対して

	200床未満の病院(50)	200床以上の病院(37)
プラスとなる点	なし・白紙　12(24%) 時間外勤務が減り、人件費が減少する	なし・白紙　6(16%) タスクシフトにより、人件費率を下げることができる 時間外勤務が減り、人件費が減少する 勤務環境を整えることができる病院に医師が集まる
マイナスとなる点	代理の医師確保のための人件費が増大 タスクシフトにより、人件費が増大する	当直や休日診療が回らなくなる 代理の医師確保のための人件費が増大 医師不足が進行する

19

最後に（感想と意見）

- ダイバーシティの立場から
  - 働き方改革が推進されることにより、すべての医師が健康的に働くことができるようになると考えられる。医師の多様な働き方が認められるようになることで、女性医師の育児離職等を減らすことができる可能性がある。
- 中小病院の院長の立場から
  - 当院常勤医師の時間外勤務時間はA水準に収まっている。
  - 夜間・休日の体制については、院内の常勤医師のみでは難しく、院外医師の協力を得ている。兼業する医師の働き方の状況につき、派遣元の大学病院等との情報共有をしっかり行う必要がある。

24

勤務医の健康に関して

	200床未満の病院(50)	200床以上の病院(37)
プラスとなる点	過剰労働を防止できる ワークライフバランスが確保できる	過剰労働を防止できる ワークライフバランスが確保できる 労働時間が短くなり、肉体的・精神的負担が軽減する
マイナスとなる点	なし・白紙　27(54%) 医師の収入の減少	なし・白紙23(60%) 医師の収入の減少 労働生産性を上げることがストレスになる人がいる やりがいとして仕事をしている場合に達成感を得る機会が減る

20

【小出詠子（愛知県医師会理事）】

春原先生、ありがとうございました。

これでシンポジストの先生方の発表を終わりまして、次にディスカッションに移りたいと思います。それぞれのシンポジストの先生方、御登壇ください。

今後のディスカッションの進行は長谷川副部長にお願いいたします。よろしくお願いいたします。

ディスカッション

【長谷川真司（勤務医部会副部長）】

演者の先生方には働き方改革に対しての取組、問題点の提示をいただきましてありがとうございました。

まず、全体を通じて何かご質問などはございますか。愛知県という特殊な地域のことではありますが、それぞれの先生に何かございますか。

今は準備期間中でありますが、まず、実際の労働時間の把握についてです。名鉄病院の細井先生のところはビーコンというシステムを採用されていますが、春原先生の調査ではタイムカードを利用している病院があるようでした。

【春原晶代（聖霊病院院長）】

アンケートの結果では、タイムカードで勤務時間を把握しているところが多い結果でしたね。

【長谷川真司（勤務医部会副部長）】

電子カルテのログで調べてみたことがありましたが、そのような病院はあまりなかったですか。

【春原晶代（聖霊病院院長）】

あれは病院がどうやって勤務時間を把握しているかというアンケートなので、結局病院にいる時間とそれから実際の勤務時間が違うことがありますよね。先ほどから出ている自己研鑽がどこまで入っているかというところで、実際には労働基準監督署が見に来たりするときはそこをチェックされる可能性があることは聞いたことがあります。

【長谷川真司（勤務医部会副部長）】

なるほど。分かりました。

では、成瀬先生、基本的には時間外は自己申告という理解で、それの検証まではされていないですか。

【成瀬友彦（春日井市民病院院長）】

一応出たものに関して部長がチェックしますが、ほぼ自己申告となっています。

【長谷川真司（勤務医部会副部長）】

ちょっと言葉は変ですが、性善説というか過少申告の方もいるかと思いますし、岐阜の公立病院で申告が不自然な何人かを厳格に調査したら明らかに虚偽の方がいて、一応本人に返還をしていただいたと病院長から伺ったこともあります。

【成瀬友彦（春日井市民病院院長）】

一部少し理解が悪いドクターもいましたけど、おおむね皆さんちゃんとやっていただいている印象です。

【長谷川真司（勤務医部会副部長）】

しっかりやっていただいているのはありがたいですね。

今は現状把握ですが、次は時間外いわゆる過重労働をどう減らすかです。タスクシフトを進めることや、宿日直の許可をいかに取っていくかが課題ですけど、例えばタスクシフトを進める上で、皆さんが言われていた医師事務作業補助の方とか特定行為の看護師さんなどの採用や教育について、どのような工夫をされていますか。

【河野弘（名古屋掖済会病院院長）】

名古屋掖済会病院は、認定看護師、それから特定医療行為看護師を増やすことで、今、特定医療行為ができるのは５名いますが、あれは１つの行為を取らせるのに大体１年ちょっとかかります。認定看護師だと２年ぐらい、それは今基本的な給料は保障したままで行かせて、あとその間の学費は全額病院で持っています。ただし、戻ってから５年間は辞めるなという一筆は書いて行かせています。全額病院がその費用を負担しています。

【長谷川真司（勤務医部会副部長）】

ありがとうございます。

私どもの病院も一応奨学金という形で給与を出して、資格取得後何年かは働いて辞めないようにして

もらっています。取り逃げは駄目ですよということです。

少し話がそれますが、看護師においては看護助手を採用することの方がより困難なこともあり本末転倒のような気もします。

細井先生、医療の質を落とさず、同じ収益を維持しようとするならより多くの人を雇わなければならないのは、難しいことですね。

【細井延行（名鉄病院顧問）】

例えば、今も話が出ましたけど、タスクシフトしようとすると看護師なり、いろいろなところに医療事務も雇用する必要があり、当然コストもかかるので、実は医師はお金が減ることで、どのようにその辺のバランスを取ろうかと、今一番考えているのは医師の場合、時間外労働が減った分は当然そのお金がありますので、それを利用してそういう人材を会得すると。

ただ、医師と看護師や医療事務のコストは全然違いますので、タスクシフトができる人を雇用して、残った分で医師に再配分するのが現実的なのかなと考えているので､ただそれが本当にどうなるのかは、今、先生おっしゃったように経営的にそれがとんとんというか、ちゃんと成り立つのかは今の時点では全く分かりません。

【長谷川真司（勤務医部会副部長）】

成瀬先生、特に救急と脳外科、胸部外科の人を増やさないと医療を維持できないということで先生方が今努力をされていますが、いかがでしょうか。

【成瀬友彦（春日井市民病院院長）】

努力していますが、増えないですね。大学病院からはなかなかいないとお返事ですので。

【長谷川真司（勤務医部会副部長）】

結局は人の問題ですよね。例えば今より何人くらい増やせば過重労働をなくせるとお考えですか。

【成瀬友彦（春日井市民病院院長）】

理想で言うと、先ほど掖済会のほうが心臓外科は３名とお話がありましたが、ちょっとうちの病院で３名は難しいので、２名になればかなり時間外は減ってくると思います。

【長谷川真司（勤務医部会副部長）】

心臓血管外科に関してですね。

【成瀬友彦（春日井市民病院院長）】

心臓血管外科の、そうですね。思います。

【長谷川真司（勤務医部会副部長）】

河野先生のところで３名の心臓血管外科の方の時間外を普通の時間数にしようと思うとあと何人ぐらい必要ですか。

【河野弘（名古屋掖済会病院院長）】

冬場だと解離とかの緊急が多いですから、解離をやるとまた夜が多いですので、そうやって考えると体制が２チーム要ると思います。多くなって負荷がかかったら１チーム休ませる。そうやって考えるとやっぱり１つの手術で心臓外科医が３人ぐらい要りますから理想は６名ですけど、大学も心臓外科医の医局員数が少ないということで、さっき脳神経外科を出しましたけど、うちだって研修医が毎年16名来ますから、結局研修医からそっちのほうに行くのをなるべく優先的に採用をしています。

心臓血管外科とか病院として強化したい診療科を希望した場合には、よほど出来が悪ければいかんですけど、そうでなかったら少し優先枠で入れて、そこから後期研修医として残ると、そういうようにやっています。ただ、心臓外科はなかなかいないですね。

【長谷川真司（勤務医部会副部長）】

河野先生はもともと外科の先生でいらっしゃいます。今後人が足りなければ何とかしなければならないですけれど、少し高齢まで頑張っていただくとかになった場合、特に大変な科、外科・脳外科・心臓血管外科などで、そういうようなところに入って、例えば70歳まで働く世の中になった時、手術を続けるのが厳しいと考えてしまいがちで、要するに本来たくさん入ってほしいところにますます入らなくなるような気がします。また女性医師の働き方の工夫をどのように考えますか。

【河野弘（名古屋掖済会病院院長）】

今うちは麻酔科とか小児科なんかは女性が圧倒的に多いですけど、やっぱり子育て世代が多いですよね。そういうところに宿日直をやれというのはなかなか、それだとまた余計悪循環で人が集まらないものですから、そういうところを希望する場合は夜勤なしという制度でやって、そうすると男性にかなり負荷がかかります。

あまり負荷がかかり過ぎると、麻酔もそうですけど、その分は外に依頼をかけて、小児科だと大学から定期的に代務で夜勤に来てもらうような制度を取っています。やはり女性が働きやすい職場にしておかないと悪循環で女性が来ないものですから、希望する場合は夜勤免除でやっています。

【長谷川真司（勤務医部会副部長）】

今日ほとんどの方が触れられていましたけど、人の確保を大学にお願いをする。これが愛知県の現状です。そういう中で筑波の先生のような発言、働き方改革の前からいろいろな事情で人がいないから派遣を続けられないなどということが頻繁になっている中で大学に続けて人を送っていただけるかが不安な院長が多いです。湯澤先生のところは基本的には何とか工夫されて、応援が必要なところには応援を続けていただけるとの認識をしていますが、よろしいですね。

【湯澤由紀夫（藤田医科大学学長）】

なかなか難しいところですが、これは国から働き方改革をやるところで、大学病院は働き方改革を理由に地域医療のサポートをやめてはいけないという明確なメッセージがあるので、ここはやるしかなくて、会議体の中でどうしたらいいのかというのは話をしていますが、なかなかいい案はありません。

研修制度ができて各大学の医局制度もかなり障害がある状況ですので、ここは各大学で工夫する必要があって、全国的に成功しているのは、各自治体が寄附講座みたいな形で地域の重要な病院に、自治体が出すか、あるいはどこが出すかは別として、ある診療科をターゲットにするか、あるいは幾つかの寄附講座でそこに大学のインセンティブを与えながら医師を派遣して、そこにかなり医師が集まっている成功例もあるので。

これは地域性があるのでなかなか解決はできませんが、大学は大学で魅力を持って、医局制度がかなり影響を受けているとはいえ、やはり医師を養成するのは大学ですので、そこの対策はもう一回強化せざるを得ないですが、今直近で解決するような名案はないので、ここは各大学でいろいろ考えています。

入試制度からどういう医師を取るかというところから考えていかないと、全国から医師が集まってくるので、その中で自分たちが養成した医師が地元にある程度一定残ってもらえるような入試制度とか教育体制も含めていろいろ考えていかないと、二、三年ですぐ解決する問題ではないので、各大学で知恵を絞っているのが現状だと思います。

【長谷川真司（勤務医部会副部長）】

ありがとうございます。

もちろん湯澤先生だけでいろいろなことができることはないですが、大きな力をお持ちの方です。例えば地域枠でもそうですが、医師が足りない地域には優先的に派遣するシステムができていますが、都市部でも地域で役割を果たすだけの医師の確保が困難な病院が山ほどあることも現実です。そもそも人口が減ってくると働く人も減ってくるわけで、大変な問題だと思います。みんなで考えてやっていかなければならないと思います。

【小出詠子（愛知県医師会理事）】

春原先生にちょっとお聞きしたいのですが、春原先生の後方ベッドも兼ねた立ち位置の病院、聖霊病院は名古屋市内でありますが、超高度急性期ではなく二次救急プラス後方ベッド的な役割を担っていらっしゃる立ち位置で、そこに集まる医師の方たち、特に女性とか若い男性たちでも今は超高度急性期を嫌う方たちも一定数いらっしゃると思うんですが。

先ほどの細井先生たちのお話でも、医師の働き方がさらにここで加速すると個々の医師たちのモチベーション自体が下がってくるのではという危惧がありますが、そこをどういうふうに工夫されているのか。勤務医としてもいろいろな多様な働き方が増えている中でどういうふうに皆さん動いていらっしゃるのか。立ち位置として、先生方の管理者としての御苦労とかどうでしょうか。

【春原晶代（聖霊病院院長）】

今、私がすごく思っているのは、大学で医師を教育するときに専門科というか、だんだん専門になっていって、もちろん卒業してからも専門医制度もあって専門科が全部できますが、うちのような中小病院だと例えば内科だと総合内科的な、消化器だったら消化器の人しか診ませんよとか、循環器の人は診ませんよっていうことはできないんですね。

みんないろいろなものを診ていただかなきゃいけないし、日本の人口自体で高齢者がすごく多くなって、先ほどからも入院患者さんのことも出てきたと思いますが、総合的に内科であっても診れる人ということを伝えていくと、そういうことでむしろ超急性期で何か１つのこと、カテがすごくできるようになるとかないけれども、いろんな患者さんを診ることによって医師としての能力を上げていきたい人を採用するようにしていると。

それとあと、女性の場合は、むしろ時間が決まっている分しっかりその密度が濃いですね。５時に帰れるようにちゃんと患者さんの指示も全部出すし、意外に長い時間病院にいる人はゆっくりというか、ほかのコメディカルに迷惑がかかる、ほかのコメディカルの時間外が増えてしまうドクターもいるんですよね。もちろん患者が多いこともあったりしますが、場合によってはもうちょっとその先生が早くやってくれたらいろいろうまくいくのにみたいなこともあったりして、むしろ時間が限られている人のほうが密度濃くきちんとやってくれるようなことはあるかなとは思っています。

ただ、夜間救急が絶対あるし、入院患者さんは急変することもあるので、そういうときの夜間のほかの先生とのチーム制みたいなところがうまくできていないと難しかったりするところもありますね。ちょっと答えになっていないかもしれないですけど。

【長谷川真司（勤務医部会副部長）】

ありがとうございます。時間のこともありますので、そろそろ締めたいと思います。

働き方改革では働き手の確保がより困難になることを心配されている病院が多くあり、病院の再編・集約化が進むのではという意見がありました。

松尾先生のご講演で、東工大と医科歯科大の統合の話がありましたが、銀行、製薬会社、コンビニなどすでにかなりの合併が進んだ業界をみると、小さいところが大きいところに吸収されていくようなケースもみられます。

働き手がいないゆえに存続できない病院が出てくると、その地域の救急医療をはじめとした地域医療が崩壊しかねません。そういうことのないように改革を進めていかなければならないと思います。

新型コロナ感染に関しては、愛知県の場合は医師会の柵木会長や病院協会の伊藤会長などがリーダーシップを発揮され、ここまでは何とか持ちこらえています。ほかにも数多くの問題があろうかと思います。今日はどちらかというと管理者目線での話でしたが、働いている実際に救急をやっている先生方のご意見を幅広く、拾い上げられるようなシステムが大事だと思います。その役割を担うのは医師会であると思いますので、そういう方々に多く参画していただけるような、我々はそういうことも含めてやっていかなければいけないと思います。

愛知県が良ければいいわけでなく、全国の皆さんがいい医療を受けられて、全国の医師が快適なやりがいのある生活ができるように皆で頑張っていきたいと思います。

今日はありがとうございました。これでシンポジウムⅡを終わらせていただきます。

【小出詠子（愛知県医師会理事）】

ありがとうございました。

愛知宣言採択

（17:20～17:25）

愛知県医師会理事
勤務医部会副部長　**小出　詠子**

愛知県医師会理事
勤務医部会副部長
小 出 詠 子
（こいで　えいこ）

【浦田士郎（愛知県医師会理事）】

先生方、ありがとうございました。ひとまず御降壇くださいませ。

これより愛知宣言の採択に向けて少し準備をいたしたいと存じます。既にお手元に資料として愛知宣言（案）の案文がお配りしてございます。Ａ４判用紙に記載されたものでございます。

この宣言案は、愛知県医師会勤務医部会幹事団で推敲に推敲を重ねまして、愛知県医師会の中で検討の上、日本医師会からも御助言を頂戴しているものでございます。

宣言案をスクリーンに投影していただきますようお願い申し上げます。

それでは、本会理事、愛知県医師会勤務医部会副部長の小出詠子先生に御登壇をお願いいたしまして、愛知宣言（案）を読み上げていただきます。

それでは、小出先生、よろしくお願い申し上げます。

【小出詠子（愛知県医師会理事）】

愛知宣言（案）

少子超高齢化時代の日本における2040年の医療提供体制を展望して、地域医療構想実現に向けたさらなる取組み、医師・医療従事者の働き方改革、実効性のある医師偏在対策が「三位一体」として推進されている。一方、新型コロナウイルス感染症は、我が国の医療提供体制における潜在的課題を露呈させた。医師の時間外労働上限規制の適用開始が2024年に迫っているなか、医療関係者はそれぞれの存続をかけてこれら解答困難な命題に対峙している。国民の膨大な医療ニーズが長時間労働を厭わない医師・医療従事者の自己犠牲によって支えられている実態が正しく理解され、「医療者の健康への配慮」と「地域医療の継続性」との両立が図られることが極めて重要である。医療を取り巻く環境が急速に困難なものに変化しつつある現在、勤務医は積極的に発信して日本の医療の望ましい変革を牽引してゆくべきである。

次の通り宣言する。

一、地域における医療関係者の自主的協議の取り組みを、連携推進と機能分化のために組織化し、地域の医療を守る基盤として進化発展させる。

一、医師の働き方改革は、持続可能で質の高い医療提供体制の構築と両立させながら進める。

一、勤務医は医療現場の声に裏打ちされた説得力のある議論展開を主導してゆく。

令和４年10月15日

全国医師会勤務医部会連絡協議会・愛知

愛知宣言採択

【浦田士郎（愛知県医師会理事）】

小出先生、ありがとうございました。御降壇ください。

それでは、この愛知宣言（案）を採択することに御賛同の方は拍手をお願い申し上げます。

（　拍　　手　）

【浦田士郎（愛知県医師会理事）】

ありがとうございました。賛同多数により愛知宣言は採択されました。

参加者数

令和４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	参加人数
北海道・東北	北海道	3
	青森県	10
	岩手県	2
	宮城県	3
	秋田県	1
	山形県	3
	福島県	3
関東・甲信越	茨城県	3
	栃木県	2
	群馬県	2
	埼玉県	3
	千葉県	3
	東京都	1
	神奈川県	3
	新潟県	3
	山梨県	1
	長野県	3
中部	富山県	1
	石川県	2
	福井県	1
	岐阜県	4
	静岡県	4
	愛知県	41
	三重県	2
近畿	滋賀県	3
	京都府	3
	大阪府	3
	兵庫県	2
	奈良県	3
	和歌山県	2
中国・四国	鳥取県	2
	島根県	3
	岡山県	3
	広島県	3
	山口県	3
	香川県	1
	愛媛県	3
	高知県	3
九州・沖縄	福岡県	2
	佐賀県	2
	長崎県	3
	熊本県	3
	大分県	2
	宮崎県	3
	鹿児島県	3
	沖縄県	3
小　　計		162
日本医師会		20
講師・シンポジスト		12
行　　政		2
合　　計		196

令和４年度
全国医師会勤務医部会連絡協議会

発　行　公益社団法人愛知県医師会
〒460-0008　愛知県名古屋市中区栄４-14-28
TEL：052-241-4138

印　刷　西濃印刷株式会社