

令和6年度 全国医師会勤務医部会連絡協議会 報告書

勤務医の声を医師会へ、 そして国へ

～医師会の組織力が医療を守る～

令和 **6** 年 **10** 月 **26** 日(土)
10:00～17:30

ホテル日航福岡 3階 都久志の間



[主催] 日本医師会

[担当] 福岡県医師会

目次

開催要項	3
プログラム	4
開 会	7
挨拶	
日本医師会会長	9
福岡県医師会会長	10
来賓祝辞	
福岡県知事	12
福岡市長	14
特別講演Ⅰ	
「医師会のさらなる組織強化に向けて」	15
特別講演Ⅱ	
「2025年を目前に考える地域医療構想のこれまでとこれから」	39
日本医師会勤務医委員会報告	
「勤務医のエンパワーメントを通じた医師会の組織強化（2）」	57
次期担当県挨拶	63
特別講演Ⅲ	
「医局改革大作戦—いかに新入医局員を5倍に増やしたか—」	67
シンポジウム 共通テーマ「組織力強化に向けた勤務医の意見集約と実現」	
シンポジウムⅠ	
「様々な立場からの声」	83
シンポジウムⅡ	
「働きたい病院：組織改革と業務改善」	113
ふくおか宣言採択	147
参加者数	151
懇親会風景	154

令和6年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

開催要項

メイン
テーマ

「勤務医の声を医師会へ、そして国へ
～医師会の組織力が医療を守る～」

日時 令和6年10月26日（土）10：00

会場 ホテル日航福岡 3階 都久志の間

主催 公益社団法人 日本医師会

担当 公益社団法人 福岡県医師会

参加者 全国の勤務医、都道府県医師会役員等

令和6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6年10月26日(土) 10:00～17:30 **会 場** ホテル日航福岡 3階 都久志の間
主 催 日本医師会 **担 当** 福岡県医師会

メイン
テーマ

勤務医の声を医師会へ、そして国へ ～医師会の組織力が医療を守る～

日 程

総司会 福岡県医師会常任理事 戸次 鎮史

9:00～	受付開始
10:00～10:25	開 会
	開会宣言 福岡県医師会副会長 平田 泰彦
	挨拶 日本医師会会長 松本 吉郎
	福岡県医師会会長 蓮澤 浩明
	来賓祝辞 福岡県知事 服部誠太郎
	福岡市長 高島宗一郎
10:25～11:00	特別講演Ⅰ 「医師会のさらなる組織強化に向けて」
	日本医師会会長 松本 吉郎
	座長：福岡県医師会会長 蓮澤 浩明
11:00～11:50	特別講演Ⅱ 「2025年を目前に考える地域医療構想のこれまでとこれから」
	厚生労働省医政局地域医療計画課医療安全推進・医務指導室長 松本 晴樹
	新潟県福祉保健部長 中村 洋心
	座長：福岡県医師会副会長 杉 健三
11:50～12:05	報 告 「日本医師会勤務医委員会報告 ～勤務医のエンパワーメントを通じた医師会の組織強化(2)～」
	日本医師会勤務医委員会委員長 一宮 仁
12:05～12:10	次期担当県挨拶 岩手県医師会会長 本間 博
12:10～13:00	昼 食
13:00～13:50	特別講演Ⅲ 「医局改革大作戦 一いかに新入医局員を5倍に増やしたか～」
	名古屋市立大学整形外科主任教授 村上 英樹
	座長：福岡県医師会副会長 平田 泰彦

組織力強化に向けた勤務医の意見集約と実現

13:50~15:30	シンポジウムⅠ 「様々な立場からの声」 座長：日本医師会勤務医委員会委員長・福岡県医師会副会長 一宮 仁 日本医師会勤務医委員会委員・香川県医師会副会長 ・香川県済生会病院病院長 若林 久男 ・【大学病院】「大学病院改革と医師会」 久留米大学病院病院長 野村 政壽 ・【基幹病院】「基幹病院の抱える問題とその対策」 国立病院機構九州医療センター広域災害 ・救命救急センターセンター長 野田英一郎 ・【へき地医療】「へき地診療所の運営とへき地医療に携わる医師に求められる支援」 公益社団法人地域医療振興協会飯塚市立病院内科科長 長澤 滋裕 ・【若手医師】「日本とドイツの医療現場で感じたこと。 全ての医師にとって働きやすい環境とは？」 日本医師会ジュニアドクターズネットワーク国際担当役員 ・帝京大学医学部附属病院循環器内科 岡本 真希
15:30~15:40	休 憩
15:40~17:20	シンポジウムⅡ 「働きたい病院：組織改革と業務改善」 座長：福岡県医師会理事 横倉 義典 福岡県医師会勤務医部会委員会副委員長 ・福岡市民病院副院長 平川 勝之 ・【地域医療構想】「統合による病院内の変化、地域医療の変化 一乗り越えるべき問題は多いが、明るい未来も見えてくる」 掛川市・袋井市病院企業団立 中東遠総合医療センター企業長兼院長 宮地 正彦 ・【医療DX】「医療DXの考え方と対応」 九州大学大学院医学研究院医療情報学講座教授 中島 直樹 ・【周産期医療】「働き方改革で揺れる周産期母子医療センター」 国立病院機構小倉医療センター産婦人科部長 川上 浩介 ・【女性医師】「働きたい職場をめざして」 福岡県医師会理事・JCHO久留米総合病院名誉院長 田中 眞紀
17:20	ふくおか宣言採択 福岡県医師会副会長 一宮 仁
17:25	閉 会 福岡県医師会専務理事 瀬戸 裕司
18:00~20:00	懇 親 会

開 会
10 : 00 ~ 10 : 25

総 合 司 会 福岡県医師会常任理事

開 会 宣 言 福岡県医師会副会長

挨 拶 日本医師会会長

福岡県医師会会長

来 賓 祝 辞 福岡県知事

福岡市長

戸 次 鎮 史

平 田 泰 彦

松 本 吉 郎

蓮 澤 浩 明

服 部 誠太郎

高 島 宗一郎

挨拶

日本医師会会長

松本 吉郎

(まつもと きちろう)



全国の先生方、おはようございます。令和6年度全国医師会勤務医会連絡協議会の開催に当たりまして、主催者を代表し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服部誠太郎福岡県知事並びに荒瀬泰子福岡市副市長に心より御礼申し上げます。

また、今年度の協議会の準備並びに運営を御担当いただきました福岡県医師会の蓮澤浩明会長をはじめ、役職員の皆様方に衷心より感謝申し上げます。

本連絡協議会は、昭和56年に記念すべき第1回が福岡市医師会の主催で開催されて以来、今回で44回目の開催を数えることとなりました。福岡県での開催は、第1回、第18回に続き、今回が3回目となり、これは全国の都道府県の中でも最多の回数となっております。改めまして、これまでの勤務医活動に御尽力されてこられました福岡県医師会の先生方に対し、深甚なる敬意を表したいと思います。

日本医師会の会員における勤務医の割合は、令和2年に50%を超え、令和5年11月時点では51.1%となっております。また、郡市区等医師会における勤務医の割合は56.6%となっており、全国の医師における勤務医の割合も全体として7割を超えるぐらいとなっています。

その意味においても、医療現場の最前線で活躍されている勤務医の先生方の実際の声や意見を医師会がしっかりと汲み上げ、国の医療政策に反映させていくということが求められており、これは大変重要なテーマです。

本日のメインテーマでもあります「勤務医の声を医師会へ、そして国へ～医師会の組織力が医療を守る～」は、医師会員における勤務医の割合が増えていく中、医師会活動がどうあるべきかを考える、ま

さに本質を突いたテーマであると思います。

今期の日本医師会執行部では、「地域から中央へ」「さらなる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」という四つの柱を掲げておりますが、組織力強化はその全ての基盤となる非常に重要な課題であると考えております。

医療の現場に根差した提言をしっかりと医療政策の決定プロセスに反映していく中で、医師の診療・生活を支援し、国民の健康と生命を守っていくためにも、先生方には改めてその重要性を御理解いただきたいと思います。そして、本日の協議会がその一助となることを期待しております。

来年7月には参議院選挙も控えております。医療を守る、そして医師会員を守る、特に医療機関を守るということに関しましては本当に正念場を迎えていると思っております。しっかりとこの課題に取り組んで、私たちの思いを国政の場に反映できるよう、ぜひ力を合わせて全員で頑張っていきましょう。

それは開業医も管理者も勤務医も、全て同じだと思います。国の医療政策は一度決まってしまうと、これを覆していくことは非常に困難です。従って、それが決まる前に私たちの思いを国政の場に反映する努力をしていくことが求められます。

日本医師会といたしましても、勤務医の先生方の声を拝聴し、執行部一丸となって今後も会務に取り組んでいきたいと考えておりますので、引き続き本会会務への一層の御理解と御協力をよろしくお願い申し上げます。

結びに、本協議会の盛会と皆様方の今後の御健勝、御活躍を祈念申し上げまして私の挨拶といたします。

挨拶

福岡県医師会会長

蓮澤 浩明

(はすざわ ひろあき)



皆様、おはようございます。ご紹介いただきました福岡県医師会会長の蓮澤でございます。

令和6年度全国医師会勤務医部会連絡協議会の開催に当たり、担当県といたしまして一言御挨拶を申し上げます。

まず初めに、本日ここに服部誠太郎福岡県知事、そして荒瀬泰子福岡市副市長を御来賓としてお迎えし、この開会式ができますことを大変うれしく思っております。

本日は、全国各地より、このように多くの皆様方に御参加をいただきました。誠にありがとうございます。先ほど松本会長からお話がありましたように、昭和56年度、平成9年度に続き、27年ぶり、3回目となる福岡での開催でございます。皆様方を心より歓迎申し上げます。

現在、日本医師会は組織強化を最重要課題の一つに掲げ、全国の医師会ではこれに基づき様々な取り組みを進めておられます。多くの課題を抱える今だからこそ、多くの勤務医がこれまで以上に医師会活動に参画することで組織を強くし適切な医療政策と地域医療構想の実現を目指す必要があり、開業医も勤務医も病院も診療所も、所属を越え、医師会のもとで全ての医師が一体となって地域医療提供体制を確保していかなければなりません。このような思いから、今回のメインテーマを「勤務医の声を医師会へ、そして国へ～医師会の組織力が医療を守る～」といたしました。

勤務医の意見は、大学医師会を含む郡市区医師会から都道府県医師会を通じて日本医師会へとボトムアップで集約されることが期待されますが、これには各医師会が勤務医の声をしっかりと受止め、医師会活動にいかに反映させるかが極めて重要でござい

ます。

今回の特別講演Ⅰでは、「医師会のさらなる組織強化に向けて」と題し、日本医師会の松本吉郎会長よりご講演いただきます。

続く特別講演Ⅱでは、「2025年を目前に考える地域医療構想のこれまでとこれから」を厚生労働省医政局地域医療計画課医療安全推進・医務指導室長の松本晴樹先生、そして新潟県福祉保健部長の中村洋心先生より、赴任されている新潟県での取り組みを含め、国において進められている地域医療構想の状況等についてご紹介いただきます。

そして、特別講演Ⅲでは、「医局改革大作戦——いかに新入医局員を5倍に増やしたか——」と題して、名古屋市立大学整形外科主任教授の村上英樹先生よりご講演いただきます。

医師会における組織力強化に向けた取り組みとして、若手医師に医師会の魅力を周知することに関して、ぜひ参考にさせていただきたいと思います。

また、午後からのシンポジウムでは、共通テーマを「組織力強化に向けた勤務医の意見集約と実現」としております。

シンポジウムⅠでは、「様々な立場からの声」をテーマに、大学病院、基幹病院、へき地医療、若手医師のそれぞれを代表する先生方からご講演いただきます。

シンポジウムⅡでは、「働きたい病院：組織改革と業務改善」をテーマに、地域医療構想、医療DX、周産期医療、女性医師の観点からご講演いただきます。

勤務医の総力を結集させ、若手医師の医師会事業に対する理解の促進や帰属意識の醸成、さらには勤務医の意見集約の実現に向けて熱い議論を交わした

いと思います。

令和6年度は医師の働き方改革が開始された年であり、今後の勤務医を取巻く環境も大きく変化することが予想されます。この令和6年度全国医師会勤務医部会連絡協議会が医師会の組織力強化と我が国のよりよい医療制度の実現に向け、実り多いものとなりますことを祈念いたしまして私の御挨拶とさせていただきます。本日はどうぞよろしくお願いいたします。

来賓祝辞

福岡県知事

服部 誠太郎

(はっとり せいたろう)



皆さん、おはようございます。ご紹介いただきました福岡県知事の服部誠太郎でございます。

本日は、令和6年度全国医師会勤務医部会連絡協議会がここ福岡の地で、このように盛大に開催されますことを心よりお喜び申し上げます。おめでとうございます。

私も何とか間に合わなくてはと思ひまして、先ほど東京から飛んで帰ってまいりましたが、幸い今日は珍しく福岡空港到着が遅れずに帰ってくることができました。昨日の飛行機でお見えの皆様方は、おそらく1時間ぐらい遅れていたのではないかと思います。

松本日本医師会会長をはじめ、全国各地からご参加の皆様方、ようこそ福岡県においでくださいました。県民を代表し、心より歓迎を申し上げます。

この会議は、先ほども蓮澤会長からお話がありましたように、大変内容が盛りだくさんでございまして、おそらく皆様方は大変お疲れになると思います。ぜひ会議の後は、我が食の王国、福岡県の味と、そしてお酒のマリアージュもお楽しみいただければと思います。

そして、福岡県医師会蓮澤会長をはじめ、県医師会の皆様方、そしてご出席でございます福岡市荒瀬副市長をはじめとした皆様方には、本当に日頃から地域医療の充実、そして県の保健医療行政の推進に對しまして大変な御助力をいただいております。この場をお借りして、改めて厚く御礼を申し上げます。

日本医師会におかれましては、日頃から国民の生命と健康を守るために、我が国の医療、そしてまた保健衛生の向上に多大なる御尽力を賜り、御貢献をいただいているところでございます。

昨年5月、新型コロナウイルス感染症、COVID-19

の感染症法上の位置づけが5類に変わりました。これにつきましても、医療提供体制が通常体制になったわけですが、医師会の皆様方には3年余りの長きにわたり、コロナとの闘い、患者さんの治療、あるいは病床の確保、さらにはワクチンの接種等々、本当に最前線で御奮闘いただきました。皆様方の御努力、御尽力のおかげをもちまして、8回にわたるコロナの感染の波があったわけでございますが、それを乗り越えることができました。本当に改めて皆様方に対して厚くお礼を申し上げたいと思っております。

この新型コロナも動物由来の感染症である人獣共通感染症でございます。我々が今、感染をしている感染症の約6割が人獣共通感染症であると言われております。福岡県といたしましては、これを未然に防ぎ対抗していくためにも、医学と獣医学、また環境工学等の幅広い対処が必要であると考えており、人と動物の健康、そしてまた、人と動物が共に暮らす地球の環境の健全性、この三つのものを一つとして守るワンヘルスという取組みを推進しております。

世界各国では既に我々よりもかなり進んでおり、大学でもワンヘルスの講座をお持ちのところも複数あると聞いております。現在、福岡においては、ワンヘルスセンターというものの整備を進めております。家畜関係は法令上は家畜保健衛生所しか義務づけられておりませんが、野生動物やペットのデータは皆無でございますので、こういうことについても取組みが必要であるということで、日本初の動物保健衛生所を立ち上げました。福岡県保健環境研究所とこの研究所を同じところに設け、有機的な連携を図り、そこにおいてワンヘルスアプローチによる調査研究、また高度専門人材の育成等を図っていくた

め、横倉先生の地元であります県南のみやま市に整備をすべく、建設を進めているところです。

また、国に対しましては、こういう人獣共通感染症の発生リスクの高いアジアに近い我が九州・福岡に、アジア新興・人獣共通感染症センターというものを設けるべきであるということで、今、鋭意お話を進めています。

また、我が国を見ますと、高齢化が急速に進行し、そして少子化に伴う人口減少、特に地方における人口減少が顕著な地域がございます。そしてまた、これに伴いまして医師の皆さんの地域の偏在という状況が見られ、また、医師の皆様も働き方改革あるいはデジタルトランスフォーメーションの推進、こういった課題にも直面されていると思っております。

県といたしましては、こういったことにも対応するため、一つには、地域の外科医の皆さんを確保しようということで、遠隔手術指導システムを導入することといたしました。これには指導する側の病院と受ける側の病院と両方に機器が要ります。この機器の整備に対する補助金を県独自で創設したところでございます。現在4つの病院から手を挙げていただいています。それからまた、重複投薬の抑制や医療機関等の業務効率化のために、電子処方箋の導入についても、導入促進のための助成金を設けています。

このような取組みを進め、地域医療を充実し、国民、県民の皆様方の命と健康を我々としても皆様方と手を携えてしっかりと守ってまいりたいと思いますので、何卒、よろしくお願い申し上げます。

結びになりますが、全国医師会勤務医部会連絡協議会のますますの御発展とご出席の皆様方の御健勝、御活躍を心よりお祈り申し上げまして、私の御祝いの御挨拶とさせていただきます。

来賓祝辞

代理出席 福岡市副市長

荒瀬 泰子

(あらせ やすこ)



皆様、おはようございます。ただいまご紹介いただきました福岡市副市長の荒瀬でございます。元医師会員でございます。開催地を代表いたしまして、一言御挨拶申し上げます。

本日は、令和6年度全国医師会勤務医部会連絡協議会がここ福岡市で盛大に開催されますことをお喜び申し上げますとともに、全国各地からお越しの皆様を心から歓迎いたします。

また、日本医師会松本会長、福岡県医師会蓮澤会長をはじめ全国の医師会の先生方におかれましては、日頃より地域医療に貢献していただくとともに、国民の健康と福祉の向上に日々御尽力いただいておりますことに深く感謝を申し上げます。

福岡市での本協議会の開催は、平成9年度以来27年ぶりでございますが、先生方は学会で頻繁に福岡にお越しになっておられるだろうと思います。それでも、ここ数年の福岡の街の変貌には驚いておられることだろうと思います。

現在の福岡市の人口は165万人を超えましたが、まだまだ人口は増え続けております。そして現在、都心部のビルが次々と建て替わっております。天神ビッグバンと呼んでいる天神地区で約100棟、博多コネクティッドと呼んでいる博多駅周辺で30棟が建て替わる予定であり、今後、皆様が福岡を訪問されるたびに新しい顔で皆様をお迎えすることになります。どうぞよろしくお願いいたします。

さて、実は私も医療職ですが、役職柄、医師会、勤務医会に入ることは断念いたしました。福岡市は二つの公立病院と福岡市急患センター、そして三つの離島診療所を有しております。そして今年は、COVID-19を経て、七つの保健所がございましたが1か所に集約・強化いたしまして、権限を委譲した

ところでございます。

少子高齢化の急速な進展や新興感染症等の感染症が及ぼす医療への影響は大なるところがございます。加えて、医師の働き方改革の本格実施や今年度の診療報酬改定等々福岡市も多くの課題を有しており、本日の全国医師会勤務医部会連絡協議会の討論、意見などを参考にさせていただきたいと思っております。

新型コロナウイルス感染症の3年半にわたるパンデミックは医療界に大きな影響を及ぼしましたが、皆様方の力で乗り切ることができました。このことを糧としながら、これからの医療の発展、安全な医療環境に取り組んでいきたいと考えております。

本協議会では、「勤務医の声を医師会へ、そして国へ～医師会の組織力が医療を守る～」をメインテーマとして特別講演やシンポジウムが行われると伺っております。様々な地域や分野で御活躍されている皆様との交流を通じ、有益な情報交換、相互啓発を行い、今後の医療の発展に繋がっていくことを心から期待しております。

最後になりますが、福岡は食文化においても国内外から高い評価をいただいております。九州中のおいしい食べ物があふれております。また、本日から日本シリーズが始まり、福岡の街は活気にあふれているところでございます。どうぞ研修の合間にも福岡の街を御堪能いただければ幸いです。

本協議会が実り多いものとなりますよう、そして本協議会のますますの御発展と本日お集りの皆様の御健勝と御活躍を祈念して、私の挨拶とさせていただきます。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。

特別講演Ⅰ
10:25~11:00

医師会のさらなる組織強化に向けて

日本医師会会長 松本吉郎

座長 福岡県医師会会長 蓮澤浩明

医師会のさらなる組織強化に向けて

日本医師会会長

松本 吉郎

(まつもと きちろう)



改めまして、日本医師会会長の松本です。本日は、「医師会のさらなる組織強化に向けて」ということでお話をさせていただきます。

まず、財務省の財政制度等審議会が10月16日に秋の建議ということで発表をしております。その中で財務省は、物価・賃金の伸びを社会保障分野の給付に反映した場合、保険料率の上昇につながり、現役世代の負担がさらに増加することに留意が必要といった主張をしております。これに対しまして、翌週23日に私の方から厳しく反論させていただきました。記者会見の中で、賃上げを進めるという政府の意向を無視した財務省の議論はミスリードと言わざるを得ず、極めて遺憾であると主張しております。

政府・与党も、総裁選や今回の総選挙で物価上昇を上回る賃金上昇の実現を公約に挙げておられますし、地方創生の推進では、医療福祉が重要な社会インフラであって、地方経済の発展になくてはならない存在となっているということを指摘しております。

従って、現在の医療機関の経営状況では、例えば春闘の5%の賃上げを上回るような賃上げは到底不可能であり、このままでは人手不足に拍車がかかってしまい、国民に適切な医療ができなくなってしまうということを強く発言いたしました。

こういった発言は、日本医師会あるいは医師会全体としてしかできないものであると考えており、そのような主張をしっかりと国に届けるためにも、組織率、組織力というのは非常に重要です。皆様方と一体となり、理不尽な主張に対しては真っ向反対していきたいと考えております。ぜひよろしくお願いいたします。

本執行部における医師会運営の四つの柱を出させていただきますけれども、単に組織率を上げると

いうだけではなく、まず、医師たる者は全て医師会活動に参画していただきたいですし、医師になれば必ず医師会に入というのが私は基本だと思っております。研修医や若い先生方に、ただ数合わせのために入ってもらおうということは考えておりません。医師たる者は全て医師会に入ってくださいということが非常に大事なかなと思います。

先ほども申し上げたとおり、特に医療に関する制度・政策は、一旦決定するとそれに全ての医師が縛られますので、これを覆すことは容易ではありません。従って、政策決定に至るプロセスの中で私たちの意見をしっかりと集約して主張していくことが大切です。会員数の増加だけではなく、質の向上や医師会のプレゼンスの向上を図っていくことが重要であり、会員数を増加させる、質の向上を図る、3層構造の中でしっかりと有機的な連携を図る、ということが大事かと思えます。

医学部卒後5年目までの会費減免導入の経緯ですけれども、今、申し上げたとおり、全ての医師に医師会員になってほしいという願いから、まずは医師会に入って、医師会が何たるべきなのか等を学んでもらう、あるいは、私たちが医師会の意義をしっかりと次世代の医師に伝えていくということが非常に大事かと思えますので、そのきっかけとなる取組みだと考えております。

勤務医等の数ですけれども、日本医師会の会員の約6割が勤務医等、約4割が開業医ということで、勤務医の先生方の方がはるかに多くなっております。医師会の3層構造を守りながら、こういった活動をしていく。その中でいつも私が話していることですけれども、病院の先生方、特に大学の先生方等は、研究・研修・外来・入院と非常に幅広い活動を

していますので、我々、特に開業医を中心としたかかりつけ医は、自院の診療だけではなく、こういった地域の時間外・救急対応や、行政・医師会等の公益活動、そして地域保健や公衆衛生活動、多職種連携等にしっかりと取組んでいくことが必要かと思っています。その中でも、例えば学校保健や産業保健、乳幼児保健というのは本当に大事なところだと思います。これをしっかりと支えていくことがかかりつけ医には求められます。

また、勤務医の先生方にも、かかりつけ医がこういった仕事をしながら地域医療を守っているということについて、さらに御理解を深めていただければと思います。こういった仕事ができなければ、日本の医療を守り切っていくことはできないということです。

医療政策が実現するまでの過程ですけれども、それぞれの医療現場で色々な提案をしましてもなかなか声は届きません。省庁、国会議員を通して国会に上げていくということが必要ですので、ここの過程が大事かと思っています。従って、政府・与党とのコミュニケーションは最も大事です。10月12日には石破茂総理を訪問しまして、色々な意見を交わしました。また、その前の11日には福岡資麿厚生労働大臣、それからその前の日の10日には加藤勝信財務大臣もお訪ねしまして、今の医療界の特に経営の厳しさ、あるいは地域偏在、こういった問題について意見を交換しております。

医療を取り巻く諸問題は本当にこういった形で多くありますけれども、誰かが現場の意見をまとめて伝えていくことが必要ですので、医師会はこの役割を果たしているものと思います。

現場の声を踏まえた医療政策の実現に向けては、やはり力をまとめていくことが重要です。日本医師会は全ての医師を代表する団体でありますので、より多くの先生方に入っていただくことが必要です。

会員の総数はこのように少しずつ増えてきておりまして、昨年12月の時点で17万5,933人となっております。1年で2,000人以上増加したのは、実に22年ぶりです。と申しましても、組織率で見ますと、20年前は60%が日本医師会の会員でしたが、現在は

51.25%まで低下をしました。今回の色々な措置によって、ずっと下落していたのが、何とか下げ止まりになっています。これを上昇反転させていく必要があります。

もしこのまま手をこまねいていると、組織率が50%を切っていきます。50%と49%の違いとなると、数字の違いだけではなく、組織力としてはそう変わらないかもしれませんが、日本医師会の組織率がもし50%を切れば、組織力が弱まったということを一斉に言われると思いますので、やはり50%というのは一つの大きな歯止めであると思っています。これを絶対に守り切って、これをより反転させていかなければなりません。

郡市区等医師会に入っていない医師がまだ13万5,000人ほどおります。郡市区等医師会には20万8,000人ほどいますので、全医師の約6割が入っていますが、日本医師会まで入っているのが約17万6,000人なので、郡市区等医師会に入っていないが日本医師会に入っていない方が約3万2,000人います。この3万2,000人に何とか日本医師会まで入っていただくようにぜひお願いをしたいと思いますし、ぜひこれに取り組んでいただきたいと思います。

医師が医師会を持つことと医師会に入ることのメリットということで、日本の医療制度を守ること、国民の生命と健康を守ること、真摯に医療に取り組む医師を守ること、勤務医の健康を守ることなど、色々取組んでやっておりますので、今後も医師のライフステージに合わせたサポートを行っていきたいと思います。

こういった診療支援をはじめ、医師資格証の発行料無料化や更新料の無料化などの取組みのほか、日本医師会の医師賠償責任保険制度は他の制度に比べると非常に手厚い補償にもなっております。また、認定産業医や認定健康スポーツ医を取るときでも会員価格となっておりますし、医師年金や様々な福祉のことにつきましても日本医師会は力を尽くしております。教育支援も色々なところで行っております。

ぜひ医師が医師会を持つことのメリットと医師が医師会に入ることのメリットをしっかりと先生方に

訴えていただいて、特に若手を中心とした入会促進をお願いしたいと思います。

主な目標値ですが、①より多くの入会を得ること、②異動手続き等の煩雑さ等による退会を防ぐこと、③会費減免期間終了後の入会継続を図ること、を具体的な目標としております。現在、医師が毎年大体9,000人から9,500人生まれていますけれども、亡くなった方とか、あるいは医師であることを辞めてしまう方を差し引きしますと、大体6,000人から6,500人の医師が増えております。従って、5割を維持するためには、少なくともそのうちの半分以上に入っていたかなければなりません。

医師会会員情報システム（MAM I S）を本年10月30日から公開いたします。手続きを簡素化する、あるいは、いつでもどこからでも手続きを可能とするようなシステムを現在構築しておりますので、新年度に向けて、まず試験的にMAM I Sの登録を始めていくところです。今日は詳細まで話せませんが、こういった手続きの簡素化にも取組みながら、継続的な組織強化に向けた取組みを進めております。全国的な連絡協議会の開催もありますけれども、様々な都道府県医師会などでも同様の取組みをしていただいているものと思います。

入会案内冊子を新たに作りまして、非常に見やすい形にしておりますので、ぜひ若い先生方にお配りし、少しでも日本医師会を知っていただきたいと考えております。YouTubeにもこういった形で動画を掲載させていただいております。「JMA Journal」もジャーナル・インパクトファクター1.5を取得しております。こういったことも会員の先生方、特に若い先生方には利用可能なものだと思います。

これは医学部卒後5年目までの日本医師会の会員数ですが、会費減免によって、2022年度、23年度も少しずつ会員数が増えてきております。特に初年度の1年目の方々は、それまでの約3,000人から3,700人とか3,600人に増えてきておりますし、3年目の方も800人から1,600人に倍増しております。

6年目以降の課題はありますが、3年目の会

費減免期間終了後も一定数の方には会員として残っていただいておりますので、こういった効果にも期待していきたくて思っております。私は、この初年度の入会3,700名を、できれば5,000人程度に増やす努力をしていかなければいけないのではないかと思っております。異動手続きもなるべく簡素化することです。

それから、研修医だけではなくて、専攻医の3年目の方々にもしっかりと継続していただくということが非常に重要になって思っています。

MAM I Sの主な機能です。会費減免期間終了の際に新たに会費が発生する問題は、これからまた少し大きな課題になると思いますけれども、5年目までの方々はかなり入っていただければ、6年目からの展開も新たに考えていきたいと思っております。医師会入会率の向上に向けて、しっかりと取組んでいくことであります。

まとめとなりますが、会費減免期間の延長の周知と入会促進をしっかりと図っていくこと、特に日本医師会までほとんど会費がかからずに入会できるようになっている医師会においては、入会することのデメリットはないと思いますので、まずは医師会に入会いただくということが重要かと思えます。

臨床研修医への対応も必要で、2年目までは入っていただいているんですけども、3年目になると病院を移っていきますので、そこで途切れてしまうことが重要な課題です。従って、大学病院だけではなく、その後の3年目以降のいわゆる臨床研修病院についてもしっかりと周知をして、継続していただくことが必要になるかと思えます。臨床研修医となる先生方の入会についても、一層の協力をお願いしたいと思います。

今日は冒頭でも少しお話をしましたけれども、釜谷先生が日本医師会の組織内候補として来年の7月に参議院議員選挙の比例区に出馬することが決まり、自民党の公認も決定しております。ぜひ大きな御支援をお願いしたいと思います。

外から石を投げるような行為をしましてもなかなか国会の中までは伝わりませんし、国までも届きませんが、釜谷先生に国会議員になっていただいて私

たちの思いを伝えていく、そして届けていくことが必要かと思いますので、ぜひ先生方から多くの御支援をいただき、釜范先生を押し上げていただきたいということを切にお願いしたいと思います。

最後に、最近の医療情勢だけお話をさせていただきます。特に100ページになりますけれども、現在、いわゆるマイナ保険証の問題がかなり出てきております。マイナ保険証は利用率が高まってきており、全国平均で10%程度になっていますけれども、多くの国民、それから医療機関に不安を与えております。

本年の12月2日から現行の健康保険証は発行されなくなります。ただ、石破総理にお会いしたときも総理がおっしゃっていましたけれども、あくまで現行の保険証が発行されなくなるということであって、マイナ保険証を持っていなかったりマイナンバーカードを持っていなかったりする方であっても、医療はしっかりと受けられるということを明言されておられます。

どういうことになっているかと言いますと、12月2日以降の取扱いにつきましては、そもそもマイナンバーカードを持っていない方、それからマイナンバーカードを持っていたとしても、保険証と紐付けていない方に対しましては資格確認書というものがプッシュ型で届けられます。これはサイズも大体保険証と同じサイズであって、体裁も外見も保険証とほとんど変わらない状態で届けられてくると思います。従って、マイナンバーカードを持っていない方、あるいは持っていて保険証分の機能が入っていない方、情報が入っていない方は、この資格確認書を使えば、これまでどおり医療保険が受けられます。

そしてもう一つ、マイナ保険証を持っている方であっても、資格通知書というものが配られます。この資格通知書は、サイズがちょうどマイナンバーカードと同じになっています。従って、それをマイナンバーカードと同じ袋に入れておくと、例えば災害時などで、マイナンバーカードの機能が果たせなくなったときでも、その通知書が保険の内容を証明する手立てとなりますので、ここのところは確認させていただきたいと思います。

新たな保険証が発行されない12月2日以降は、マイナ保険証がなければ受診できないと誤解をされている方が医療機関の方も患者さんの方もいらっしゃいますけれども、そんなことはありません。

日本医師会はこれまでも、健康保険料をしっかりと払っていながら健康保険が使えなくなる、あるいは公的医療保険制度が使えなくなることは絶対あってはならないと強く主張してきましたので、それに沿った手当がなされておりますことを皆様方に改めて御紹介させていただきたいと思います。これが1点。

あと、今日はこの後、松本晴樹先生から病床機能報告に基づく色々なお話があらうかと思います。いわゆる地域医療構想について話があらうかと思うので、ここのところは省略しますが、病床機能報告は2014年に始まって、これは要するに入院のところについての報告です。

矢継ぎ早に、報告制度が二つ生まれました。その一つが外来機能報告です。これは2021年に決まって、既に始まっております。これは主に病院ですが、有床診療所や無床診療所も入ることは可能です。でも、ほとんどは病院の外来です。

もう一つ、2025年度からかかりつけ医機能報告が始まります。これは外来と在宅も関わってくる制度ですので、この三つはしっかりと押さえていく必要があります。これは勤務医の先生方もしかりです。

特にこの外来機能報告とかかりつけ医機能報告が分かりづらいという話を聞きますので、残りあと10分程度で、ご紹介させていただきたいと思います。

病床機能報告の今後の地域医療構想につきましては、松本晴樹先生の方からお話があると思いますので、私からは割愛をさせていただきます。

外来機能報告は、だいたい前の改定で、定額負担の対象病院の拡大が行われました。これは、例の紹介状を持っていない病院にかかったときに、選定療養の定額負担を求めるということですが、それまで特定機能病院と地域医療支援病院の200床以上のところが対象病院になっておりました。この左側のところですね。その時は、ここだけでした。それが、その時の改定でここの部分にまで広がりました。

最初は、実は200床以上の病院全てということで議論が始まったのですが、それはちょっと厳しいのではないかとということで、私がその時は担当でしたので、かなり強く言いまして、200床以上の病院全てではなく、一般病床200床以上ということであまり大きなハレーションが起きないように努めた結果として、ここまで拡大をしたということでもあります。つまり、一般病床200床以上だけに限るということになりました。

その後、そういった病院を中心として、外来医療の機能の明確化が図られてきました。つまり、かかりつけ機能を有する診療所あるいは中小病院の部分と、特に紹介外来を重点的に診るような先ほど言ったとおりの病院、ここの間の紹介と逆紹介をしっかりと図って連携をしていく、機能分担を図るということが進められることになりました。それがこの外来機能報告です。

この紹介受診重点医療機関には様々なルールがありますけれども、こういった医療資源を重点的に活用する外来とか、紹介・逆紹介の状況、紹介受診重点医療機関になる意向の有無など、そういったことをしっかりと報告したうえでこの紹介受診重点医療機関を設けることになり、こういった報告が既に始まっております。

医療資源を重点的に活用する外来も色々な取り決めがございまして、こういった内容の手術とか処置とか、それから高額な医療機器・設備を必要とする外来などといったことが決まっております。

そういった中で、今申し上げたとおり、紹介・逆紹介をしっかりと行って連携に努めるということで、かかりつけ医はなるべくこういった基幹病院にしっかりと紹介をする。落ち着いた患者さんやかなりよくなった患者さんは、またかかりつけ医に戻す。これをしっかりと進めることが外来機能報告の基礎であります。

従って、外来機能報告といいましても、これはかかりつけ医の外来機能を報告するのではなくて、先ほど言ったとおり、こちら側——基幹病院側、大きな病院側の外来機能を報告するということでもあります。

その中で、主に初診の外来に占める医療資源を重点的に活用する外来の割合が40%以上、あるいは再診の外来に占める医療資源を重点的に活用する外来の割合が25%以上である医療機関などを一つの目安としていますけれども、地域医療支援病院や特定機能病院でも、これに該当するのは約8割くらいになっています。そのため、地域医療支援病院であっても、紹介受診重点医療機関に全てが重なるわけではありません。

最初これを聞いたときに、紹介受診重点医療機関ってほとんど地域医療支援病院と同じじゃないのと多分思われたと思います。確かにそうなのですが、全く重なっているわけではないのです。このイメージ図は私が今回作ってきたものですが、多分国の資料のどこにもこのイメージ図は入っていません。

地域医療支援病院が705あります。その8割くらいは紹介受診重点医療機関になりますが、逆に紹介受診重点医療機関1,024のうちの半分くらいしか地域医療支援病院になっていないので、こういうイメージを持つと、この二つの違いが若干分かりやすくなるのではないかなと思います。

従って、地域医療支援病院には入院初日に1,000点つきましたけれども、紹介受診重点医療機関には入院初日に800点がつく。両方取ることはできませんので片方しか取れませんけれども、こういった形で、外来が減る分だけ入院に手厚くつけているということでもあります。紹介受診の方には800点、地域医療支援病院には1,000点がついているということでもあります。

ただ、紹介受診重点医療機関になるためには、あくまで内容と医療機関の意向がしっかりと一致しなければいけませんので、協議の場で最終的に結論をつけることになっております。

これが、今申し上げました紹介受診重点医療機関の現況で、1,024医療機関が入っています。福岡県でもかなりの数がこれに入っております。これからの新たな地域医療構想、これからの外来医療機能は、医師の働き方改革にも大いに関わってくるところであります。

もう一点のかかりつけ医機能報告は、先ほど病院

とかかりつけ医がありましたけれども、これは横の連携の関係です。今度のかかりつけ医機能というのは、その名のとおり、かかりつけ医の機能を増やす、できることを増やす、あるいはできることの質を高める、要するに機能を縦に伸ばす関係です。かかりつけ医機能を縦に伸ばし、先ほど言った紹介受診重点医療機関のような病院との連携を図り、横の連携を深めて、横糸と縦糸をつないで面として地域医療を支えるということが観点です。あくまでフリーアクセスをしっかりと守り、かかりつけ医機能が発揮される制度整備に向けて考えていかなければなりません。

かかりつけはあくまで国民が選ぶ。国民にかかりつけ医を持つことを義務付けたり割り当てたりすることには反対をしておりますし、複数のかかりつけを持つこともあってしかるべきだと思います。いわゆる登録制については反対しております。

イギリスのGPなどは、皆さん御存じのとおり登録制になっておりますけれども、かかるまでに予約をして数日かかります。そしてまた、そのGPから専門医に回っていただいた場合にも、場合によっては数か月待たないと診ていただけないとか、あるいは検査をする場合でも相当待たなければならないといった制度もありますので、海外の制度を一部だけ切り取ってきて、それがいいという主張には、私は非常に問題があると思っています。

フランスやドイツも、それぞれいい点、悪い点とあるのだと思います。人頭払いについては反対をしております。高度な医療がなかった時代はともかくとして、現在の複雑かつ高度な医療においては、現実的な提案ではないと思います。

かかりつけ医機能を持つ医療機関は、診療科あるいは病院・診療所の別を問うものではないかと思います。ただ、病院といっても、主には中小病院と診療所というふうになろうかと思っています。

1つの医療機関で全てを持つことはできないので、連携をして、地域としてかかりつけ医機能をしかりと果たすべきだと思いますし、何と云ってもかかりつけ医とかかりつけ医以外を分けるようなことはしてはならないということが主張です。特にこれ

が大事です。ただ、かかりつけ医としても選ばれるように、私たちも積極的に研さんを積んで、しっかりと機能を伸ばしていくことが必要かと思います。

かかりつけ医機能を発揮させる制度整備が始まっております、1号機能とか2号機能とか、少し分かりづらいことになっていますが、要は、手挙げでもって自分たちができること、これは内科であってもその他の科であっても同じですが、全ての診療科の先生が自分たちの現状をしっかりと手挙げでもって報告をしていただいて、それを生かすということだろうと思います。あくまで義務付けではありませんが、なるべく多くの方々に手を挙げていただかないと、かかりつけを限定するような形に誘導されていきますので、多くの診療科の先生に手を挙げていただいて、自分たちが持つ機能をしっかりと出さいただき、地域で不足するものは何かなどをしっかりと考えていくことが基本になっております。

この報告を基に、先ほど言ったとおり、地域で不足しているものは何かとか、そういったことをしっかりと考えていくことになろうかと思います。スケジュールとしてはこのような形で、定期的に報告することになっております。

11月1日はいい医療の日になっております。日本医師会の行事も行われますので、勤務医の先生方にはぜひ、色々なところで医師会の仕事にも御協力を賜って、一致団結をしてこれからも取組んでまいりたいと思います。

医療界を分断するような形、例えば病院と診療所を分断するとか診療科を分断するとか、また、もっと大きく医療と介護を分断するとか、そういったことにならないように、私たちは一致団結し、一体一丸となって、例えば日本歯科医師会や日本薬剤師会とももちろん協力をしながら、私たちの行うべきことを主張していくということが重要です。そのためには組織力を高め、医政活動をしかりと行い、主張を続けていくことが必要かと思いますので、皆様方のさらなる御協力をお願いいたしまして、私からの講演とさせていただきます。御清聴を賜りましてありがとうございます。

令和6年度全国医師会勤務医師会連絡協議会
於：ホテル日航福岡 3階「都久志の間」

医師会のさらなる組織強化に向けて

令和6年10月26日（土）
公益社団法人 日本医師会
会長 松本 吉郎

「日医君（にちいくん）」 「日医君 福岡版バージョン」

本日の内容

Part 1. 組織強化とは
Part 2. 勤務医にとっての医師会活動
Part 3. 若手医師の入会促進に向けて
Part 4. 会員の定着に向けて
Part 5. まとめ

「日医君」

本執行部における医師会運営の4つの柱

地域から中央へ
強い医師会へ
医師の期待に応える医師会へ
国民の信頼を得られる医師会へ

組織強化についての基本的な考え方

- 日本医師会は、医師個人の資格で加入する我が国唯一の医療界を代表する組織であり、医師たる者には、すべて医師会活動に参画してほしいと考えています。
- 医療界が求める制度・政策等を実現するためには、その決定プロセスに深く関与する必要があります。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、現実的な方法と考えます。
- 医療に関する制度・政策等は一旦決定すれば、それに全ての医師が縛られることとなります。また、一度決定したことを変更するのは、容易ではありません。
- そのため、全ての医師が自分事として医師会活動に関心をもち、その活動に参画することで、医師会とともに医療現場が求める制度・政策等を実現していくことが必要です。
- 医師会活動を自分事として認識してもらうためには、まず医師会活動に参画してもらい、医師会内部からその活動を体験してもらうことが、第一歩になると考えます。
- 臨床研修に専心している先生方には、まず、医学部卒後5年間の会費減免期間の中で、医師会活動への理解を進めていただけるよう、先生方の特長のご理解とご協力をお願いいたします。

組織強化とは？

- 組織強化には、大きく会員数の増加と、いわゆる質の部分の向上という視点があります。
- これら二つの視点から、それぞれ取り組みを深めていくことで、相乗効果を発揮し、さらなる医師会のプレゼンスの向上を図っていくことが重要です。

会員数の増加
相乗効果発揮、プレゼンス向上!!!
質の向上

組織強化とは？

- 会員数の増加により、医師会の活動基盤が拡大され、より広範な社会的貢献活動が実現可能となります。また、数多くの医療現場の医師が全国各地から集まることにより、医療の現場の状況や課題を踏まえた説得力ある議論を展開できるほか、国民医療をより良くするための創造的なアイデアが生まれる環境も整います。
- 質の向上は、三層各医師会及び各会員の有機的連携のもとで、医師会員一人ひとりが医療に関する問題意識を持ちながら、医師会活動へのコミットメントを高めていくことにより達成するものです。このことは、医師会の目的達成に向けた大きな原動力となります。これにより、社会に対しても、医師会の信頼性や専門性が高まり、より効果的に影響力のある活動が可能となります。

医学部卒後5年目までの会費減免導入の経緯と組織強化に関する日本医師会の基本的な考え方

- もともと、会員数だけを増やそうという考えではなく、日本医師会は医師になった方はすべて医師会員になっていただきたいという願いから出発しております。ただ、そのような中で、研修医の方々に入会していただくには、会費のことなども考えてあげなければ、なかなか入会しにくいということで考えた減免措置です。
- 研修医の方々の負担をできる限り下げて、まずは医師会に入会してもらい、それからいろいろな経験を積んでいただくことを主眼としたものです。
- 決して会員数だけ増やして組織率を高めようという思いではありませんが、どうしても会員数も大事になりますので、会員数と質を両方高めていく努力を今後も続けていきたいと思っています。

組織強化に向けた取り組み

- 組織強化の取り組みは、入会促進に留まるものではありません。
- 最も大切なことは、会員数のみを重視するのではなく、医師会活動の意義や重要性を再確認し、医師会の存在意義に対する理解を改めて深めると同時に、それを広く周知することです。
- 換言すれば、そうした医師会活動の理念を共有する中で、各医師会及び各会員の有機的連携に基づく発信力や実現力を高め、医療を取り巻く難局を乗り越えていくための力を一段と強固にしていくことが重要です。また、その過程においては、医師会活動がどれだけ各地域の医療に根付き、国民医療を支えているのかということ、医師会に未入会の医師や国民に継続的に伝えていく中で、医師会活動への理解とさらなる参画を促していかなければなりません。
- 今後、日本医師会は、より一層、医師会のプレゼンスの向上と会員数の増加・定着が相乗効果を生むよう、組織強化に向けた取り組みを続けてまいります。

本日の内容

Part 1. 組織強化とは
Part 2. 勤務医にとっての医師会活動
Part 3. 若手医師の入会促進に向けて
Part 4. 会員の定着に向けて
Part 5. まとめ

「日医君」

日本医師会 会員数 175,933人
令和5年12月1日現在

39.3%
開業医（診療所開設者）
69,058人

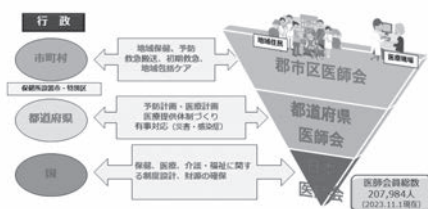
勤務医等
93,639人

病院開設者：3,898人
管理者等：9,338人

会員は、6：4で開業医以外の方が多い！

「日医君」

医師会と医療行政



医師会組織は、全国あまねく設立され、市区町村、都道府県、国の単位で連携を取って活動。こうした強みを活かし、平時だけではなく、有事においても国民の生命と健康を守る体制を充実させていく。

10

医療を取り巻く諸問題

主な課題	審議会、協議会等	担当官庁・担当局
新型コロナウイルス感染拡大対策	新型コロナウイルス感染症対策分科会 ワーキンググループ 厚生労働委員会特別委員「ワクチン分析」	厚生労働省 健康・生活衛生局長 厚生労働省 健康・生活衛生課長
診療報酬決定	中央社会保険医療協議会 社会保険審議会医療部会第9分科会 社会保険審議会医療部会第9分科会 （医療費削減）IX タスクフォース	厚生労働省 保険局 厚生労働省 保険局 厚生労働省 保険局 厚生労働省 保険局
医薬DX	健康・医療、介護情報利用促進検討会	厚生労働省 医政局長官（統括） 当所 情報戦略推進事務局
医師の働き方改革	医師の働き方改善の推進に関する検討会 医師労働組合との関係強化に関する検討会（厚労省） 医師会連合会 有識者委員会	厚生労働省 医政局 厚生労働省 医政局 厚生労働省 医政局
地域医療連携（第6次医師計画）	第6次医師計画に関する検討会 地域医療連携推進委員会	厚生労働省 医政局 厚生労働省 医政局
青少年支援施設	日本少年犯罪学会 日本少年矯正機構等研究会	厚生労働省 児童福祉司 日本児童精神センター
少子高齢化に対応した児童養育施設	社会保険審議会医療部会第9分科会	厚生労働省 保険局

💡 誰かが現場の意見を伝えなくてはならない

15

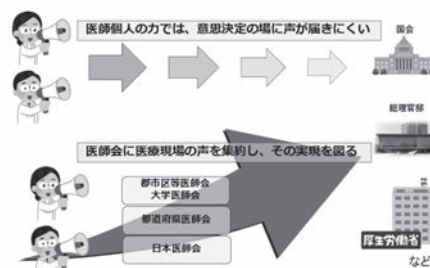
地域に根差した医師会の活動

- [illegible]

それぞれの医師会が医療現場を代表して、対応する行政に協力・折衝をしています

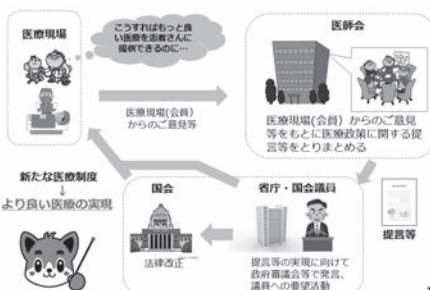
11

医療現場の声を国に届けるために



16

医療政策が実現するまで（例）



12

現場の声を踏まえた医療政策の実現に向けて

- 医療従事者を擁護する際には、種々のステークホルダーが関係しており、医療界がいかに正しくそのことを理解し、そして、それを支えることが重要と見なされています。
- より強力のある議論を展開するため、より多くの先生方の擁護し（医療現場の声）が求められる。医療現場の先生方から医療活動に直接関係することが、医療界の国際化化と医療力の強化につながります。
- 物事を急がずともして、医師個人よりも、医師個人と患者個人とがうまくあがることが、多くの先生方が医療活動に期待することにより、先生方自身の医療の質を自分自身で高めるを実現し、それが国際的にもより良い医療を促進し続けていくことにつながります。
- 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のです。

- 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と考えています。
- 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まいります。

17

政府与党とのコミュニケーション

自民党、公明党をはじめとする政府与党の先生方とは、特に普段からのコミュニケーションが大事だと考えています。

普段からの付き合いの中で、私どもの考えを正確にお伝えして理解を賜る、あるいは逆に政治家の先生方の考えを傾聴し、それを日本医師会がどう考えていくのかを、心掛けることが一番大事なことだと思っています。

普段からのコミュニケーションの中で、しっかりと意見を申し上げていきます。

*2022年6月26日 第152回日本産婦人科助産士連合会 会務報告書



13

本日の内容

Part 1. 組織強化とは

Part 2. 勤務医にとっての医師会活動

Part 3. 若手医師の入会促進に向けて

Part 4. 会員の定着に向けて

Part 5. まとめ



18

補正予算における医療分野の物価高騰・賃上げへの対応

2024年10月12日に石破総理と医師会在野議員や医療機関の経営状況などについて意見交換を行ったほか、加藤財務大臣、福岡厚労大臣などと会談、物価高騰・賃上げへの対応を要請した。

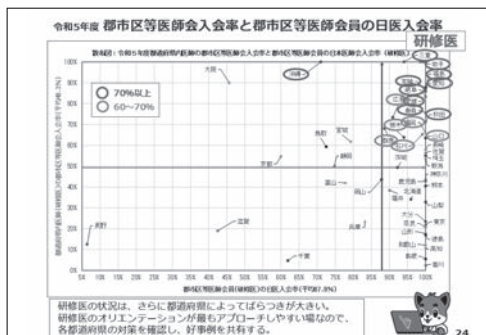
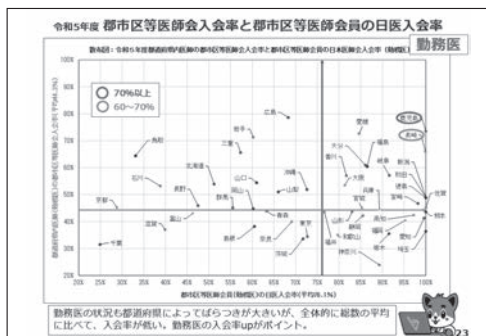
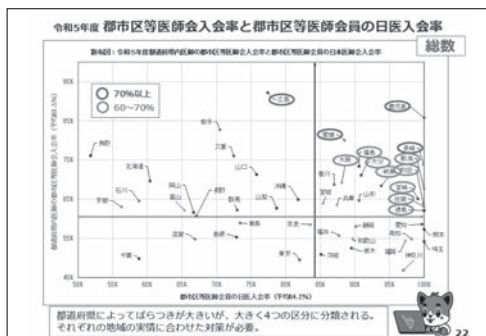
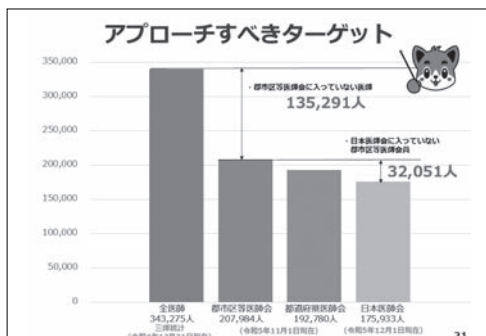
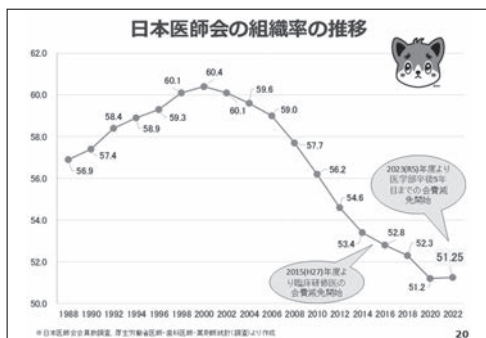


14

日本医師会会員数の推移



19



都市区等医師会入会者の日本医師会までの入会（一例）

都市区等医師会には入会しているが、日本医師会には入会していない会員について、平成22年3月、日本医師会定款・諸規程検討委員会は、社員総会制を敷く都市区等医師会の定款変更案を次のとおり示しています。

(会員の資格)

第6条 本会はく例：○○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 会員は同時にく例：○○県医師会>及び日本医師会の会員となる。

医師会のメリットは、 二つの視点 で考えてください

- ・ 医師が医師会を持つことのメリット
- ・ 医師が医師会に入ることのメリット

- ### 医師が医師会を持つことのメリット
1. 日本の医療制度を守る！
□ 医療は制度で動いています。一人ずつがやっていると何も変わりません。
□ 現場の意見を伝える手段が医師会であり、一人でも多くの医療現場の声が我が国の医療をより良い方向に変えていく力になります。
 2. 国民の生命と健康を守る！
□ 時間外・救急対応、保健・公衆衛生活動、多職種連携など、地域に根差した医師の活動を支えるのが医師会です。
□ また、大規模災害や新型コロナウイルスへの対応等、現場の医師の活動を支えています。
 3. 真摯に医療に取り組む医師を守る！
□ 日本医師会安全調査機構（医療事故調査・支援センター）等と連携し、医療事故調査制度への適切な運用等にも関わっています。
□ 不当な刑事事件等については、全体的にバックアップを行っています。
 4. 勤務医の健康を守る！
□ 医師の働き方改革の議論がスタートする以前から、勤務医の健康支援に取り組んでいます。（勤務医会員の1万人調査の実施等、その結果を踏まえたツール作成など）
□ また、厚労省から医療機関勤務時間短縮センターの指定を受ける等、医師の働き方改革の適切な運用に努めています。
 5. 医師会はこんなこともやっています！
□ 母体保護法指定医師の審査や「あひだ大賞」「生命を見つめるフォト&エッセイ」なども行っています。



- ### 医師が医師会に入ることのメリット
- 日本医師会はライフステージにあわせて会員の皆様をサポートいたします。
- Work(診療支援)**
- 医師資格証 … 会員の発行料・5年ごとの更新料が無料（非会員は各5,500円）
 - 日本医師会医師賠償責任保険制度 … 非常勤でも手厚い補償
 - 認定産業医、認定健康スポーツ医 … 会員資格でお得に受講
- Life(生活支援)**
- 医師年金 … 1.5%の予定利率で自分の年金を運用
 - 医師国民健康保険組合（医師国保組合）
 - 女性医師支援センター（女性医師バンク） … 無料で医療機関を紹介
- Study(教育支援)**
- 生涯教育・かかりつけ医機能研修制度 … 専門医共通講座の単位取得も可能
 - ハーバード大学・東京大学国際保健プログラム、JMA Journal
 - 日本医師会医学賞、医学研究奨励賞 … 後のノーベル賞受賞者も顕彰
- 医師会入会後の年間費 会費免除

組織強化に向けた今後の取り組みの方向性

【現状認識】

- ▶ 各地域では、それぞれの地域特性や「医師が医師会を持つことのメリット」「医師が医師会に入ることのメリット」といった考え方をご理解いただく中で、入会促進が行われ、少なくとも医師会内部では、医師会の存在意義や重要性が再認識されてきた。
- ▶ しかしながら、特に若手医師を中心とした入会促進には、十分につながっていない部分も一部では見受けられる。

【今後の方向性】

- ▶ 今後は、これまでの成果を検証しながら、各地域の特性に応じた取り組みを継続的に行っていただくと同時に、より具体的で、一歩踏み込んだ取り組みが必要。

30

医師会会員情報システム（MAMIS）について

●マミス：2024年10月30日公開

MAMIS
☆Medical Association Member Information System

医師会入会のフロー

入会手続きは、お手持ちのスマートフォンやパソコン等から、「医師会会員情報システム(MAMIS)」を通じて、簡単に行うことができます。

MAMIS内
マイページ
作成

入会先の都道府県
医師会
を
選択

マイページから
MAMISから
入会申請

マイページから、STEPで確認した
都道府県医師会に入会申請

35

入会促進等に向けて主な目標

1. 短期的な目標としては、12月1日現在の日本医師会会員数調査で成果を上げること。
2. 新年度（令和7年4月）に向けては、
 - ①より多くの入会を得ること
 - ②異動手続き等の煩雑さ等による退会を防ぐこと
 - ③会費減免期間終了後の入会継続を図ること

より具体的な取り組みを通じて、これらの目標を実現していく必要がある。

31

【ご参考】：マイページ登録画面項目

マイページ登録画面のスクリーンショットが複数枚表示されている。

36

医師臨床研修マッチングにおける病院の募集定員とマッチ結果（令和5年度）

	大学病院	一般病院	合 計
募集定員	4,290人 (39.4%)	6,605人 (60.6%)	10,895人
マッチ者数	3,213人 (35.8%)	5,755人 (64.2%)	8,968人

医師臨床研修マッチング協議会より
<https://www.jpmp.jp/>

▶ 大学病院のみならず、必要に応じて、一般病院にも、アプローチが必要。

32

継続的な組織強化に向けた取り組み

医師等を把握・共有し、組織強化に向けた取り組みを設定する。

＜日本医師会への提言＞

- ① 都道府県医師会入会率資料の継続的な作成
- ② 都道府県医師会・都市区等医師会に係る提言
- ③ 都道府県医師会・都市区等医師会入会率資料の作成

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、組織強化に向けた方策の実効性を高めていく。

＜都道府県医師会・都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 都市区等医師会組織強化担当役員を対象とした協議会の開催

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。その施策の検証は（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 医師会入会率・異動率の把握と活用
- ③ 日本医師会未入会の医師会員向けに地域医師会への働きかけの強化
- ④ 会費減・会費区分変更の見直しに向けた検討
- ⑤ 医師会入会率・異動率の把握と活用
- ⑥ 医師会入会率・異動率の把握と活用
- ⑦ 医師会入会率・異動率の把握と活用

※効果の検証は（1）の中で行う

出典：日本医師会「医師会組織強化に関する調査報告書（令和5年度）」

37

医師臨床研修マッチングにおける病院の募集定員とマッチ結果（令和5年度）

都道府県	大学病院	一般病院	合 計
北海道	1,200人	1,800人	3,000人
東北	1,500人	2,200人	3,700人
関東	2,000人	3,000人	5,000人
中部	1,800人	2,800人	4,600人
関西	2,500人	3,500人	6,000人
中国	1,000人	1,500人	2,500人
四国	800人	1,200人	2,000人
九州	1,200人	1,800人	3,000人

医師臨床研修マッチング協議会より
<https://www.jpmp.jp/>

▶ 臨床研修医のマッチング結果は、臨床研修病院ごとに公開されています。

▶ たとえば、こうした資料をもとに、各病院へのメリハリを利かせたアプローチも必要！

▶ 日本医師会役員も必要があれば、共に各病院を訪問いたしますのでお声がけください！

33

継続的な組織強化に向けた取り組みに資する日本医師会の主な取り組みの一例

医師会組織強化に関する取り組みの一例として、日本医師会の取り組みが紹介されている。

医師会組織強化に関する取り組みの一例として、日本医師会の取り組みが紹介されている。

38

医師会会員情報システム(MAMIS)の活用

1. MAMISはいつでもどこからでも手続き可能
 - ▶ インターネット環境に接続できれば、パソコン、スマートフォン等から手続きが可能。
 - ▶ 入会等の諸手続きのWeb化により大幅に簡便化。
2. MAMISは会員専用のポータルサイト
 - ▶ ご自身のマイページを通じて医師会入会履歴・産業医・スポーツ医等の認定取得状況が確認可能。
3. 新年度（令和7年4月）に向けまずMAMISへ登録
 - ▶ 研修医をはじめ新たに卒業される医師を対象にMAMISのご案内を積極的に行い、マイページを作成いただき、将来の入会につなげる。

マイページ作成

研修医や新卒の医師

MAMIS説明と入会案内
※マイページを作成

34

継続的な組織強化に向けた取り組みに資する日本医師会の主な取り組みの一例①

1. 都市区等医師会組織強化担当役員連絡協議会の開催

都道府県医師会及び管内都市区等医師会担当役員が一堂に会する中で、医師会ごとの特徴や課題等を共有し、継続的に組織強化に関する検討を重ねていくことは極めて重要と考えます。

すでに多くの都道府県医師会や都道府県医師会連絡協議会を開催いただいておりますが、各地域で共有された課題とそれに対する取り組み及びその成果の検証等を行う中で、今後のさらなる取り組みにつなげるべく、継続的な開催をお願いいたします。

そのため本通知後、都市区等医師会組織強化担当役員連絡協議会又は都道府県医師会及び管内都市区等医師会担当役員が一堂に会するような機会を設けていただく場合、開催日程が決まりましたら添付の連絡表をもって、本会総務課までご連絡下さい。

その際、日本医師会担当役員の講演を希望される医師会には、別途補償費よりご連絡させていただきます。

ご連絡をいただいた都道府県医師会に対し、開催補償費として20万円を支給させていただきます（1回のみ）。

39

**継続的な組織強化に向けた取り組みに資する
日本医師会の主な取り組みの一例②**

2. 若手医師の医師会事業への理解促進並びに所属意識の醸成に向けた取り組みの実施

- 多くの都道府県医師会では、新臨床研修医を対象としたオリエンテーションの開催等、臨床研修医への医師会に対する理解醸成と入会促進に向けた取り組みを進めていただいております。
- しかしながら、その後の医師会との接点が限られていること等から、医師会事業への理解や所属意識が十分に醸成されていない状況が見受けられます。
- そのため、上記オリエンテーション等のほかに、医学部卒業後5年間の会費減免期間中に入会した若手医師等を対象として、医師会事業への理解促進並びに所属意識の醸成に資する取り組みを実施していただくようお願いいたします。

例) オリエンテーション(2回目以降)、症例検討会や懇親会等の開催、各種委員会への登壇など

- オリエンテーション(2回目以降)等に、日本医師会担当役員の講演を希望される医師会には、別途総務課よりご連絡させていただきます。
- 本通知後に上記の取り組みを実施を決定され、その旨を所属の連絡先をもって本会総務課までご連絡いただきました都道府県医師会に対し、**支援費として1.0万円**を支給させていただきます(1回のみ)。

40

医学部卒業後5年目までの日医会員数(令和5年12月20日現在)

年次	会区分	会員数	年度合計
2019	A①	14	823
	A②(B)	490	
	A②(C)	19	
	B	279	
2020	A①	21	913
	A②(B)	547	
	A②(C)	28	
	B	288	
2021	A①	37	1,653
	A②(B)	1,060	
	A②(C)	219	
	B	644	
2022	A①	35	3,655
	A②(B)	1,471	
	A②(C)	1	
	B	1,143	
2023	A①	1	3,728
	A②(B)	0	
	A②(C)	1,981	
	B	2	
合計		10,772	

現状でも、3年目以降の医師会への入会率は一定水準にある。日医の医師会への有用性がまだ知られておらず、強くアピールすることが期待される。さらに、医師会以外の医師会のメリットを紹介する。

45

入会案内冊子の発行

主な内容

- 地域医療、医療現場の声を国に届ける
- 医師会保証(会員は発行料・更新料が無料)
- 日本医師会医師賠償責任保険
- 医師年金、医師国保、女性医師支援センター(女性医師バンク)
- 認定産業医・認定健康スポーツ医
- 研究・学習支援(生涯教育制度や国際的な研究・高度研修プログラム)など

41

会員定着に向けた主な課題

会員定着には、大きく2つの課題があります。

1. 会員区分の異動手続き

- 日本医師会では、会員区分上、臨床研修医はC会員、その他の勤務医は基本的にB会員となっている。
- そのため、2年間の臨床研修修了後は、C会員からB会員等への異動手続きが必要となる。
- 一方、日本医師会の会費減免期間は、医学部卒業後5年目までとなっている。
- そのため、会費減免期間中であるにもかかわらず、異動手続きの煩雑さ等を負担に感じ、臨床研修修了後に医師会を退会するケースが散見される。

46

教えて！日医君！「知って欲しい！日本医師会」

YouTube
公益社団法人 日本医師会
公式チャンネル

日本医師会の歴史や主な活動について、分かりやすく解説しています。「医学生・研修医向け」と「国民向け」の2種類ありますので、是非一度ご覧ください。

【医学生・研修医向け】
https://youtu.be/M_Qfep3Ujw8

【国民向け】
<https://www.youtube.com/channel/UCR2632TbTYZSS2CGH6r>

42

課題の解決に向けて(例)

【異動手続きを要しない運用】

- 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予定がある場合は、異動手続き(入退会手続き)は要しないという運用もご検討ください。
- 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都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予定がある場合は、異動手続き(入退会手続き)は要しないという運用もご検討ください。

【医師会会員情報管理システム(MAMIS: マミス)の活用】

- MAMISは、WEB上で、入退会・異動等手続きを完了するシステムで、従来の入退会・異動等手続きの煩雑さを大幅に軽減することが期待されます。
- MAMISにより、退会を希望された場合は、所属する都市区等医師会にその情報が届き、当該都市区等医師会が「承認ボタン」を押すことにより、退会となります。
- 都市区等医師会におかれましては、ぜひとも「承認ボタン」を押す前に、退会希望者に連絡を取っていただき、例えば、会費減免期間中の会員であれば、「医学部卒業後5年目まで会費は減免されるので、退会の必要はない」などと、会員定着を促す取り組みの徹底をお願いしたいと思います。

47

【ご参考】 JMA Journal

ジャーナル・インパクトファクターを取得 1.5
(2024.6.30, クラリベイト社発表)

- 日本医師会は、日本医学学会との協力により、2018年9月28日、英文誌「JMA Journal」を創刊しました。年4回発行しており、優れた学術成果を広く世界に公開することで、国際的な医学の高揚と医療の質の向上に貢献することを目的とする総合医学雑誌です。
- 創刊号には、山中伸弥京都大学 iPS細胞研究所所長・教授による「人工多能性幹細胞(iPS細胞)技術の臨床への応用」についてのレビュー論文をはじめ、日本のトップの研究者らの論文が掲載されています。
- 掲載論文は医学、医療全般をカバーし、医療政策やエビデンスを含む幅広い分野について、国内外の医学研究者、その他医療従事者からの投稿を募集し、投稿料、掲載料、オープンアクセス料は当面無料としています。
- JMA Journalはオンラインジャーナルです。査読後、受理された論文から速やかに早期公開されます。
- J-StageやPMC (旧PubMed Central) への掲載、TrendMDやX (旧Twitter) の積極的な活用にも努め、諸外国からのアクセスも年々増加しています。

43

MAMISの主な機能

- 会員はどこからでも手続きを行うことが可能です
 - マイページを用いて入退会・異動等諸手続きを実施
 - インターネットに接続するパソコンやスマートフォン・タブレット等から手続き可能
- ご自身の登録情報の管理や入会状況、認定医等の取得状況の確認が可能です
 - ご自宅住所・送付先の変更や各種申請の進捗管理が可能
 - 認定産業医・認定健康スポーツ医の取得状況や有効期限の確認が可能

48

本日の内容

Part 1. 組織強化とは

Part 2. 勤務医にとっての医師会活動

Part 3. 若手医師の入会促進に向けて

Part 4. 会員の定着に向けて

Part 5. まとめ

44

MAMISの追加予定機能 (MAMISのメリット)

- 2025年4月から、研修管理機能の提供を開始します。ご自身の学習に関して、MAMIS上で研修会の申込みや参加状況・単位取得状況の管理が可能になります
 - 会員のマイページに参加可能な研修会を表示
 - 参加した研修会の情報が詳細に把握可能となります
 - 認定制度の新規または更新申請が可能となります
 - 証書類の出力が可能となります

MAMISで簡単に申込、便利な機能がいっぱい! (2025年4月以降)

- 各種研修会の申込みが可能
- 認定産業医、認定健康スポーツ医の新規または更新申請が可能
- 各種研修会等の修了証、参加証、認定証の出力が可能
- 日本医師会生涯教育制度、認定産業医、認定健康スポーツ医、タカラリッパ資格研修制度等の単位取得状況の確認が可能 etc.

日本医師会入会案内
お申し込みはこちら

49

2. 会費減免期間の終了

➤ 医学部卒業5年目以降は、会費減免期間が終了し、新たに会費が発生することから、退会を希望する会員が一定数現れることが想定される。

【課題解決に向けて】

- 会費減免終了後の定着のためには、都市区等医師会の協力を得ながら、大学・臨床研修病院等の理解を得ることが重要である。特に病院キーマンとの関係構築には注力する必要がある。
- また、入会した若手医師が、医師会会員であることを実感できるよう、可能な限り医師会との接点を多く持つような積極的な取り組みが必要である。
- 日本医師会としても、「若手医師の医師会事業への理解促進及び帰属意識の醸成に向けた取り組み」を実施した都道府県医師会に10万円の支援費を支給しているほか、都道府県医師会からの要請に応じ、役員の派遣を行っている。

50

冊子「医師会入会率の向上に向けて」

冊子については、令和6年3月13日付日医第2186号及び令和6年4月9日付事務連絡にて、お送りしておりますが、これは、各地域医師会の組織強化に係る取り組みの情報を項目立てしてまとめたものです。

その中から、ご参考までに、「会費減免期間終了後に定着してもらうための取り組み」の項目に記載された内容を記します。

【ご参考】会費減免期間終了後に定着してもらうための取り組み

- ・ 勤務医部会の中に「若手医師専門委員会」を設置し、次世代を担う若手医師と意見交換を行い、勤務医部会の活動に反映させるなど医師会活動に直接関わる機会を設けている。
- ・ 会費減免期間中に、病院との連携や研修会等の医師会に関する情報の周知を行い、医師会に定着してもらうようしている。
- ・ 入会率がよい病院ほど、病院が入会・退会の手続きを取りまとめているケースが多いため、医師会役員から病院キーマンへの働きかけをし、病院側に医師会継続の意義を浸透させる。

51

【ご参考】会費減免期間終了後に定着してもらうための取り組み

- ・ 勤務医を対象とした「県医師会 入会ガイド」を作成・配付し、医師会の主な活動や、入会するメリットを分かりやすく周知している。
- ・ 会費減免期間終了前に本人の意向を確認し、勤務医入会サポートデスクにて都市等医師会をまたぐ入退会・異動手続きを代行している。
- ・ 会費減免期間中に会員専用ページ・メーリングリストへの登録を案内し、医師会を体感していただいている。
- ・ 臨床研修医を対象とした、交流会や具体的な医療を学ぶ勉強会等を計画している。
- ・ 専門医共通必修研修の開催。
- ・ 「研修医奨励賞」を創設し、若手医師の医師会活動への意識向上を図る取り組み。

52

【ご参考】会費減免期間終了後に定着してもらうための取り組み

- ・ 「県研修医の会」を設置して、研修医のメーリングリストを作成し、情報提供や研修医自らの企画・立案による事業を実施している。今後は、3～5年次も継続してメーリングリストを残し、情報交換等ができる環境を維持する方向で検討している。
- ・ 県医学会において、研修医の発表の場を設け、医師会入会促進に努めています。
- ・ 医師会報に「研修医の広場」というコーナーを設け、研修医生活について投稿してもらうことで、医師会活動に興味を持っていただく活動をしている。
- ・ 会費減免期間終了予定の会員へ、入会継続を呼びかける文書を発行している。
- ・ 研修2年目終了前に医師会継続の意向、異動状況の確認を行うようにしている。

53

【ご参考】会費減免期間終了後に定着してもらうための取り組み

- ・ 会費減免期間終了後も継続して医師会に入会してもらうため、病院長等に説明に行く予定。
- ・ 使用用途自由な融資斡旋、専属保育士による一時保育事業（子育てサポートセンター）、医師賠償責任保険に関する案内。
- ・ 現在は臨床研修終了時の「ウェルカムパーティーPartⅡ」を通じて、研修医会員から勤務医会員に継続して入会してもらえるよう医師会の周知を行っている。
- ・ 会員から提供を受けたメールアドレス宛に、特に研修医を修了する時期に入会を勧奨するメッセージを発信していく。
- ・ 臨床研修終了時点で、勤務医会員に移行となる研修医会員をリストアップし、対象者がいる都市区等医師会に照会して、確認を依頼している。

54

【ご参考】会費減免期間終了後に定着してもらうための取り組み

- ・ 「組織力強化若手医師育成委員会」（30～40歳台、11名の委員）を、若手の勤務医の先生方で構成し設立した。
- ・ 研修期間終了後、病院を移動する医師が多いので、移動の際に退会して、そのままにするケースが多い。一時的な移動の場合は、大学医師会に籍をおいたままの移動を可能にするなどの方策を考えている。
- ・ 保育支援事業・サービスについての活用。
- ・ 各種医会への協力を推し進めている（県医師会内に各種医会の事務局を置いている）。
- ・ 県下の臨床研修医の所属状況を地域の医師会にお知らせし、臨床研修終了時に引き続き医師会入会につながるよう、医師本人や病院事務担当者に対し接触を図る。

55

【ご参考】会費減免期間終了後に定着してもらうための取り組み

- ・ 医学部卒業5年間の会費減免期間中の会員を対象とした、各種委員会への登用。
- ・ 県と連携し、本県の医療の将来を担う医師の育成・定着を支援するプロジェクト（県医師育成・定着促進事業）を実施している。まずは本県に定着してもらい、医師会にも定着してもらうよう、間接的な取り組みを行っている。
- ・ 臨床研修2年目の医師に対し、本会役員が大学医学部へ行き医師賠償責任保険の説明や医師会継続の勧誘をしている。
- ・ 県医学会参加費の無料化。
- ・ 各臨床研修指定病院の医師会入会手続きに係る事務担当者の名簿を作成し、各医師会へ共有する。その名簿を活用し各医師会担当者より各臨床研修指定病院の事務担当者に接触していただき、人数分の入会申請書の送付や医学部卒業5年間は入会率100%となるよう働きかけていただく。

56

本日の内容

Part 1. 組織強化とは

Part 2. 勤務医にとっての医師会活動

Part 3. 若手医師の入会促進に向けて

Part 4. 会員の定着に向けて

Part 5. まとめ



57

まとめ

「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、昨年から医師会の組織率の向上を、維持・継続していくことが必要である。そのため、次の3点について、特段のご理解とご協力をお願いいたします。

1. 会費減免期間の延長の周知と入会促進

日本医師会、医学部卒業5年目までの会費減免を実施しています。これまで取り組みの知見を踏まえ、大学・臨床研修病院の訪問等、より具体的な取り組みに移行したいと考えていますので、特段のご理解とご協力をお願いいたします。

2. 臨床研修医への対応

① 医師会員の卒業2年目の臨床研修医については、会費減免期間が医学部卒業5年目まで延長になる旨の周知及び、卒業3年目以降の医師会定着について、一段のご協力をお願いいたします。

② 非会員の臨床研修医については、今から入会しても、3～4年以上の会費減免が適用されることとなります。臨床研修医の今からの入会についても、特段のご協力をいただければ幸いです。

3. 来年度の新臨床研修医への対応

来年度より、臨床研修医となる先生方への入会（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。

58

かまやち さとし（釜淵 敏）プロフィール



伝える。届ける。

日本医師会 副会長 医科
日本医師会 副会長

かまやち さとし

生 年 月 日 1953 年（昭和 28 年）7 月 5 日 東京都品川区

所属医師会 東京都医師会
東京市医師会
小倉市医師会（旧福岡医師会）

職 業 経 歴

1972 年 東京医科大学 医学部 医学科 入学
1975 年 日本医科大学 医学部 医学科 入学
1978 年 日本医科大学 医学部 医学科 卒業

職 歴 経 歴

1978 年 日本医科大学 医学部 医学科 小倉市 入局
1980 年 小倉市医師会 医科（～1981）
1981 年 福岡市医師会 医科（～1982）
2001 年 福岡市医師会 医科（～2002）
2003 年 福岡市医師会 医科（～2004）
2011 年 福岡市医師会 医科（～2012）
2013 年 日本医師会 医科（～2014）
2014 年 日本医師会 医科（～2015）
2015 年 日本医師会 医科（～2016）
2016 年 日本医師会 医科（～2017）
2017 年 日本医師会 医科（～2018）
2018 年 日本医師会 医科（～2019）
2019 年 日本医師会 医科（～2020）
2020 年 日本医師会 医科（～2021）
2021 年 日本医師会 医科（～2022）
2022 年 日本医師会 医科（～2023）
2023 年 日本医師会 医科（～2024）

職 歴 経 歴

1972 年 東京医科大学 医学部 医学科 入学
1975 年 日本医科大学 医学部 医学科 入学
1978 年 日本医科大学 医学部 医学科 卒業

職 歴 経 歴

1978 年 日本医科大学 医学部 医学科 小倉市 入局
1980 年 小倉市医師会 医科（～1981）
1981 年 福岡市医師会 医科（～1982）
2001 年 福岡市医師会 医科（～2002）
2003 年 福岡市医師会 医科（～2004）
2011 年 福岡市医師会 医科（～2012）
2013 年 日本医師会 医科（～2014）
2014 年 日本医師会 医科（～2015）
2015 年 日本医師会 医科（～2016）
2016 年 日本医師会 医科（～2017）
2017 年 日本医師会 医科（～2018）
2018 年 日本医師会 医科（～2019）
2019 年 日本医師会 医科（～2020）
2020 年 日本医師会 医科（～2021）
2021 年 日本医師会 医科（～2022）
2022 年 日本医師会 医科（～2023）
2023 年 日本医師会 医科（～2024）

7月25日参議院比例区 自民党の公認が決定

59

伝える。届ける。

優れた医療・介護を すべての人へ、次世代へ。

「未来に」伝える。届ける。

国民健康保険制度による日本の優れた医療・介護体制を堅持します。小児科医の診療を強化し、子どもたちの笑顔を作ります。すべての人に優しい未来を創ります。

「地域に」伝える。届ける。

医療・介護の従事者を増やし地域医療を充実させます。高齢化の進む地域でも働き続けられます。医療に携わりつづける人を増やします。

「国民に」伝える。届ける。

後援団体の有難さにも、平時の医療体制を堅持します。手厚いサービスを提供し、希望する人へのフロンティア医療を推進します。すべての人が安心して過ごせるよう、健康増進に努めます。

「行政に」伝える。届ける。

情報提供・政策提言活動を実施します。日本医師会が提供するサービスや政策提言を推進します。地域の発展に貢献する医療機関の存在をアピールします。

60

賃上げに向けた評価

65

～ 最近の医療情勢 ～

61

ベースアップ評価料の新設

<概要>

1. 改定財源 + 0.61% の対応
2. 看護職員、薬剤師、理学療法士、栄養士等のべアのため初診料、再診料、入院基本料等に対する上げの点数を新設
3. 算定に際しては、賃上げの計画、賃金改善状況の報告等も含めた届出が必要

1. 診療報酬 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

2. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

3. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

4. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

5. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

6. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

7. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

8. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

9. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

10. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

11. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

12. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

13. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

14. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

15. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

16. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

17. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

18. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

19. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

20. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

21. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

22. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

23. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

24. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

25. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

26. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

27. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

28. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

29. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

30. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

31. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

32. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

33. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

34. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

35. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

36. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

37. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

38. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

39. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

40. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

41. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

42. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

43. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

44. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

45. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

46. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

47. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

48. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

49. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

50. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

51. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

52. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

53. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

54. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

55. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

56. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

57. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

58. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

59. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

60. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

61. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

62. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

63. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

64. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

65. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

66. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

67. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

68. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

69. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

70. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

71. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

72. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

73. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

74. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

75. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

76. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

77. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

78. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

79. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

80. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

81. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

82. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

83. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

84. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

85. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

86. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

87. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

88. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

89. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

90. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

91. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

92. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

93. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

94. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

95. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

96. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

97. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

98. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

99. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

100. 改定財源 + 0.61% (令和6年6月1日施行)

66

診療報酬改定

62

令和6年度及び令和7年度における賃上げのイメージ

【イメージ】

令和6年度 + 2.5%、令和7年度 + 2.0% のベースアップを実現し、定期昇給なども合わせて、昇給率を上げる賃上げの実現を目指す。

67

診療報酬改定

	H26 (2014)	H28 (2016)	H30 (2018)	R2 (2020)	R4 (2022)	R6 (2024)
本体	+0.10%	+0.49%	+0.55%	+0.47%	+0.23%	+0.46%
うち	(高齢者向け) +0.63%					
全体計	+0.73%	+0.49%	+0.55%	+0.55%	+0.43%	+0.88%
薬価等	▲0.63%	▲1.33%	▲1.74%	▲1.01%	▲1.37%	▲1.00%
ネット	+0.10%	▲0.84%	▲1.19%	▲0.46%	▲0.94%	▲0.12%

63

賃上げ促進税制の概要

令和6年度以降、賃上げに促進税制の適用については、賃上げ促進税制の対象となる給与等増額に相当する金額を、賃上げ促進税制の対象とする。

令和6年度 + 2.5%、令和7年度 + 2.0% のベースアップを実現し、定期昇給なども合わせて、昇給率を上げる賃上げの実現を目指す。

68

令和6年度診療報酬改定

財務省 秋の建議
本体マイナス改正 診療所 報酬準備 初再診を中心に5.5%程度引き下げ
改定率 マイナス1% (医療費ベースで4,800億円の削減)

	※1	0.46	計
プラス分	※2	0.61	1.13
マイナス分	※4	-0.25	-0.25
本体計		0.88	0.88

64

賃上げに係る評価の全体像

令和6年度賃上げ評価 1-1 賃上げ促進税制の適用に向けた評価

賃上げ促進税制の適用については、賃上げ促進税制の対象となる給与等増額に相当する金額を、賃上げ促進税制の対象とする。

69

ベースアップ評価料について

【目的】

他産業でも賃上げが続いている中、医療機関からの人材流出を防ぎ、人材を確保するためには、職員の賃上げが必要。本来、その賃上げはすべて医療機関で負担しなければならぬところ、今回改定で賃上げの原資となるベースアップ評価料が創設されている。

【ベースアップ評価料の今昔】

介護保険施設では10年前より介護報酬改定時給増加率による給付増が認められており、その後の改定においてはその給付増については増収で対応することとされている。今回の診療報酬改定で申請し決定した賃上げは又もう1年、日本医師会としては、存続のために、全力を尽くす。

【決定したところの医療機関で既に賃上げを】

- 本来の目的である人材確保のために活用し続けることができる
- 賃上げ、賃決定が1年増え、次改定時給増加率に引き継がれる可能性あり

【賃決定事例】

原則、ベースアップ評価料による収入を対価職員に配りること

※*point* 医療機関の持ちつきは必須でない

● 職員の給与目標とスプレッドをスプレッド、協会の目標とされているだけで、賃決定ではない

【留意点】

賃上げ改定申請者の給付増を作成し、厚生連に電子メールで提出する

※*point* 賃決定申請者ではない。であるに決まるとはならない（そのための標準メールもある）

70

診療所向けの最もシンプルな考え方

1. 令和6年度・7年度とも同じ水準で賃上げする。(令和6年度・7年度で段階的に引き上げることはいない)
2. 業務範囲であっても、看護補助など患者のサポートを通じて医療に従事する業務も行う者は、「その他医療に従事する職員」として、ベースアップ評価料による賃上げを行う
3. 賃上げ額は、全職員、同一の金額とする。(国保・経費等にかかわらず同一の金額とする)
4. 基本給を上げると、その後の対応が複雑になるので、毎月決まって支払われる手段として、ベースアップ評価料手段を勧誘する
5. 各医療機関で定める賃金制度に以下の内容を加える
「ベースアップ評価料手段として賃上げする」
「基本給は賃金のうちに変動しない」
「基本給は賃金制度におけるベースアップ評価料をもとに支給されているため、半制度が改定された場合は、適用・実行することができない」

71

The diagram illustrates the calculation of the basic allowance (基本給) and the monthly allowance (月給). It is divided into two main parts: (1) Basic Allowance and (2) Monthly Allowance.

(1) 基本給等①+②

- ①基本給**
 - ①決まらず毎月変わる手当
 - 夜勤手当 住居手当
 - 交通手当 通勤手当
 - 資格手当 通学手当
 - その他毎月変わる手当
- ②決まらず毎月変わる手当**
 - 夜勤手当 休日勤務加増手当
 - 夜勤手当 交通加算手当
 - 夜勤手当 休出手当
 - その他年度支払われる手当

These two components are summed to determine the basic allowance. The result is then used to determine the monthly allowance (月給).

(2) 決まらず毎月変わる手当 (以外の手当で「決まらず毎月変らない手当」)

- 超勤加算手当
- 夜勤手当
- 交通加算手当
- 休出手当
- その他年度支払われる手当

These are the allowances that do not change monthly. They are added to the basic allowance to determine the monthly allowance (月給).

月給 (ベースアップ) 計画の作成に使う
(数が決まっていなくても計画に使える)

最もシンプルな例
ベースアップ計画を手当を設定
(現金給付)
(「ベースアップ」の前に計算しなさい)

ベースアップ評価例 全体の流れ	
①1月当分の内、昨・前年度の平均賃金増額率を調べる	※ベースアップ評価による収入金額の計算 レボとの相違等を使用して「1月当分の収入金額」を算出する
(円) 12月31日 end 内訳1 month	
②ベースアップ評価による1月当分の収入金額を計算する	
※前年度 賃金総額(1,000円) ×外米、在米ベースアップ評価率(1) 初時給 6名 - 600名 (5,000円) 再時給の算定人数(1700名) ×外米、在米ベースアップ評価率(1) 再時給 2名 - 1,400名 (合計2,000名)	
	合計20,000
③労働時間とリストアップした人数を確認する	
●A：平日 出勤時間を実際の勤務時間と照合して、人数を算入。(0.5人、男7人など) ●夜間班 夜間に従ってからの出勤者(1人)を7月以降に算入となる。夜間班では大部分が対象とと思われる。 ●常勤職員 全人員(パート員含む)(実務研修等で3.と0.7と、計1.0人) 合計4人・1.0人・5.0人	
④3月の賃金を計算する(賃金の簡単な式)・評価指標による収入金額を対象職員に均等に配分)	
(円) 20,000円の賃金総額1人(実数割増)により、全員に配分→1人あたり1人の賃金は、20,000円÷5人=4,000円 パート時間は労働時間の1人1人の場合は、4,000円×0.3=1,200円	
(注) 賃金が上げられる対象として、「1月当分の賃金増額率」や「手帳換算率」と共に示されるように、賃金が増える対象者と減る対象とする(日本郵政組合の役員は賃金増額しないので考慮しなくてよい)	

[illegible]

Figure 1 consists of two panels, (a) and (b), illustrating the simplification of an output format. Panel (a) shows a complex table with many columns and rows of data. Panel (b) shows a simplified version of the same data, with a single column and row of data. The simplification process is described in the text as a reduction in the number of columns and rows, making the output format easier to handle.

ベースアップ評価料 届出様式の簡素化について②

改定による主な変更点

【金銭】

- ・取上金の説明を詳しく、分かりやすくしました。

【資金使済計画書関連】

- ・対象組合の組合長等に依る事務の職階グループ別の記載箇所を削除しました。
（例）「組合長」「組合長補佐」「組合長補佐兼事務主任」「組合長補佐兼事務主任兼組合長」
- ・外資・元外資ベースアップ評価料（別）を廃止し提出を廃止しました。

・ベースアップ評価料対象外組合の「給付総額」に関する項目を削除しました。

【参考 資金引上げ計画作成のための計算シート】

- ・届出を行う月の資料方法を変更しました。
- ・外資・元外資ベースアップ評価料（別）を提出しない場合は「対象組合の給付総額」が記載済みになりました。

・改定前の届出様式にも記載済みでしたが、これらからベースアップ評価料の算出をさせる箇所を廃止し、すでに改定前の届出様式で準備をされている場合は、改定前の届出様式で地方厚生（エ）宛への届出を行うで大丈夫です。

※既に届出を行っている既納組合については、改定前の様式で再度届出を行う必要はありません。

出所：厚生労働省HP <https://www.mhlw.go.jp/content/32464000/hasse-she20240910.pdf> を一部改稿

[illegible]

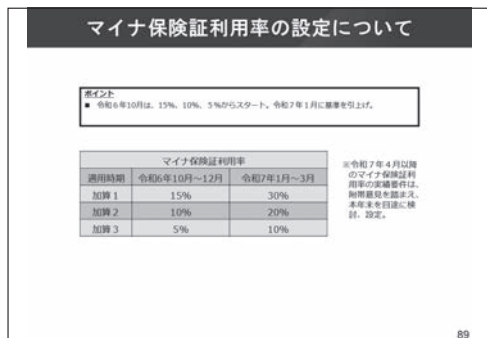
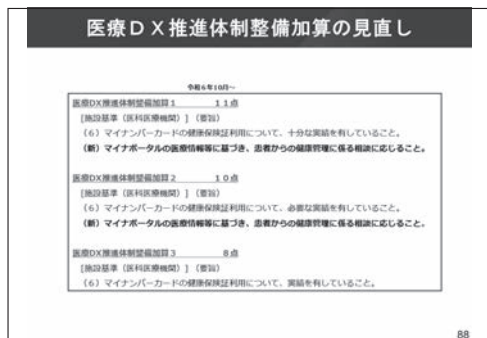
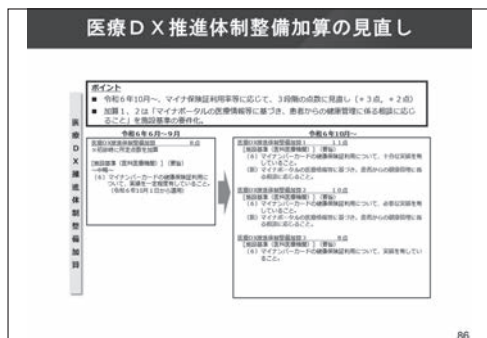
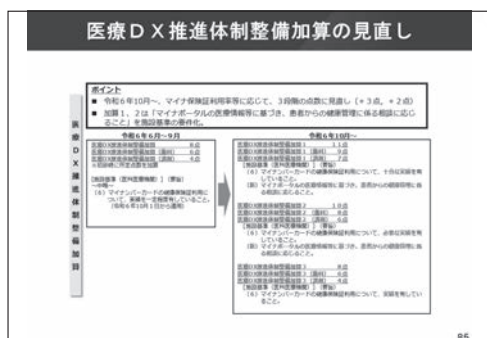
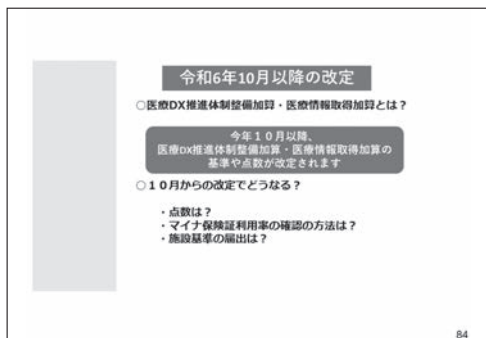
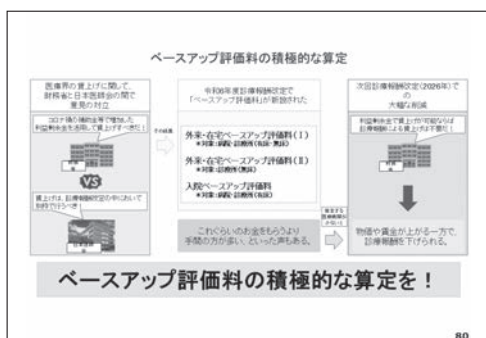
日本医師会の主張

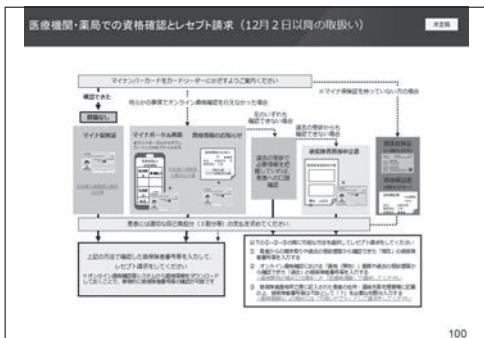
賃上げについて

「賃上げの促進」に関して、「…医療・福祉分野等における賃上げを着実に実施する。」「…ベースアップ評価料等の仕組みを活用した賃上げを実現するため、賃上げの状況等について実態を把握しつつ、賃上げに向けた要請を継続する。」と記載されている他、「当面の経済財政運営について」、「…医療・介護など、公的価格に基づく資金の引上げ、最低賃金の引上げを実行する」と記載されていることにも言及した。さらに、令和6年1月19日には

岸田文雄内閣総理大臣、5月24日には武見敬三厚生労働大臣と医療界の賃上げについて意見交換したことに触れながら、「日本医師会として、引き続き診療報酬の加算措置や医師会連合体の活用等を効果的に組み合わせるなど、賃上げの促進に全面的に協力していきたい」と述べた。

70





今後の地域医療構想 その2

・このため、「治す医療」を担う医療機関と「治し、支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化するとともに、これまでの地域医療構想による病床の機能の分化及び連携の推進（急性期～回復期～慢性期）に加え、在宅を中心に入退院を繰り返し、最後は看取りを要する高齢者を支えるため、かかりつけ医機能を有する医療機関を中心とした患者に身近な地域での医療・介護の「水平的連携」を推進し、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築する。

社会保障審議会医療部会「医療提供体制の改革に関する意見」（2022年12月28日社会保障審議会医療部会）

105

3つの報告制度

101

地域医療構想と、医療機能の「集約化」

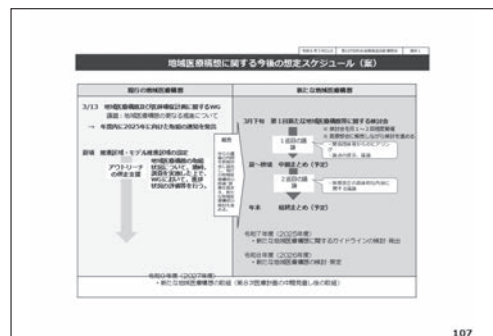
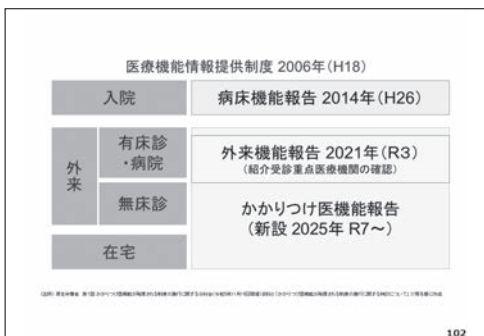
・これから起こる人口変動やコロナ対応を踏まえ、各地では、急性期機能の集約も考えられる。他方、集約化は、医療へのアクセス制限につながる。

・日本医師会として、国の一律の方針ではなく、あくまでも、地域医療構想調整会議での協議によって、各地の実情に応じた体制を構築する仕組みを堅持していく。

・そうした仕組みによってこそ、「集約化」と、地域に密着して入院患者の受入や在宅療養支援を担う医療機関を確保する「分散化」とは、バランスを持って図られると考えている。

2022年6月日本医師会代議員会答弁より

106



(1) 病床機能報告

103

新たな地域医療構想の主な検討事項（案）

○ 新たな地域医療構想については、2040年頃を見据え、医療・介護の両面から人口の増大等に対応できるよう、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、地域の医療提供体制全体の地域医療構想として検討予定。

【主な課題】

- 2025年の病床の必要量に病床の合計・機能別とも近付いているが、構想区域ごと・機能ごとに乖離。
- 将来の病床の必要量を踏まえ、各構想区域で病床の機能分化・連携が議論されているが、外発や在宅医療等を含めた、医療提供体制全体の議論が不十分。
- 医療・介護の両面から人口の増大等に対応できるよう、在宅を中心に入退院を繰り返し最後は看取りを要する高齢者を支える医療を提供する必要がある。
- 2040年頃までと、都市部と過疎地等、地域ごとに人口変動の状況が異なる。
- 生産年齢人口の減少等がある中、医師の働き方改革を進めながら、地域に必要な医療提供体制を確保する必要がある。

など

※第107回社会保障審議会医療部会（令和6年3月21日）資料1を、日本医師会において一部改定したもの

108

今後の地域医療構想 その1

地域医療構想については、新型コロナウイルス禍で顕在化した課題も含めて中・長期的課題を整理し、以下の取組について検討を深めることが必要である。

・現在は2025年までの取組となっているが、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、議論を進めた上で、慢性疾患を有する高齢者の増加や生産年齢人口の減少が加速していく2040年頃までを視野に入れてバージョンアップを行う必要がある。

社会保障審議会医療部会「医療提供体制の改革に関する意見」（2022年12月28日社会保障審議会医療部会）

104

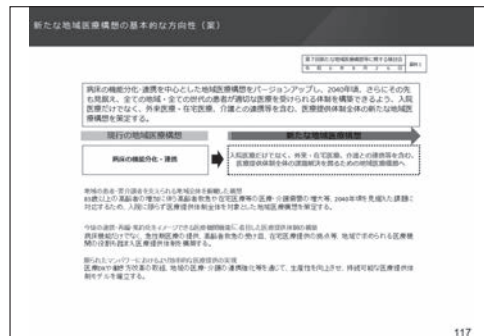
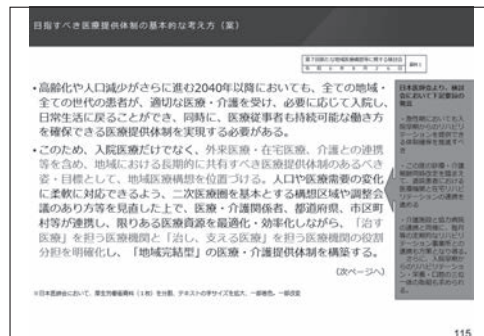
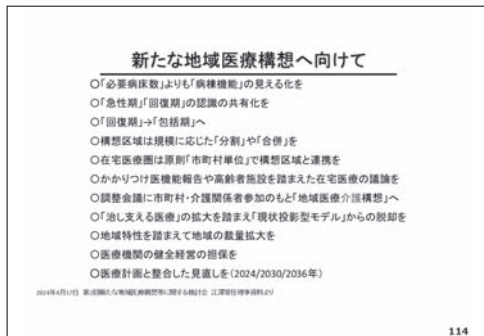
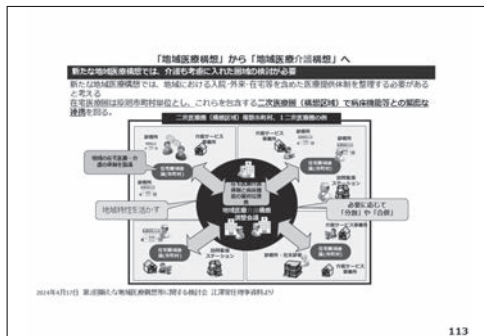
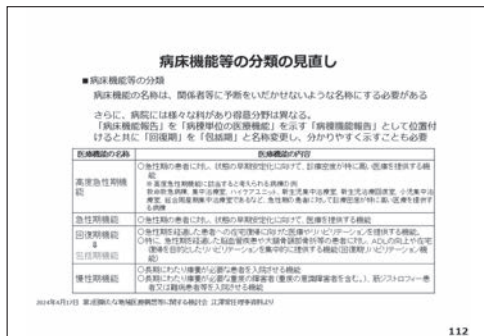
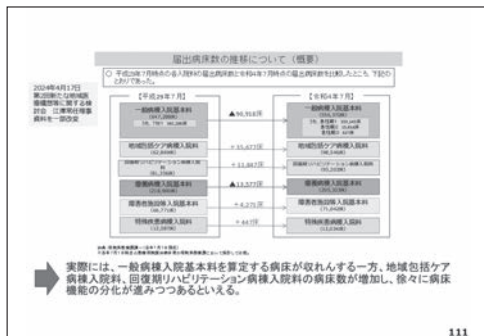
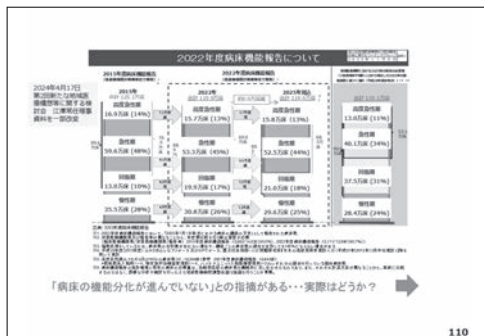
【主な検討事項（案）】

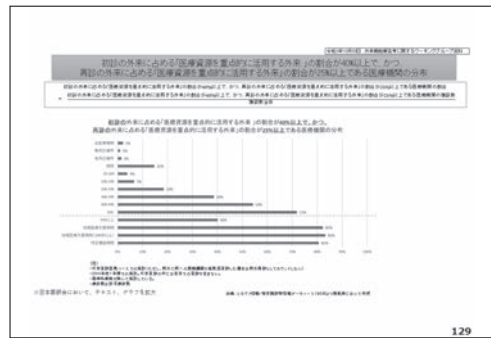
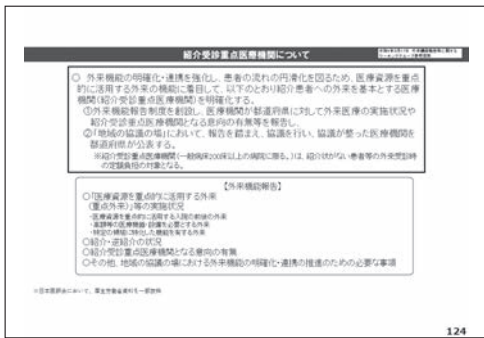
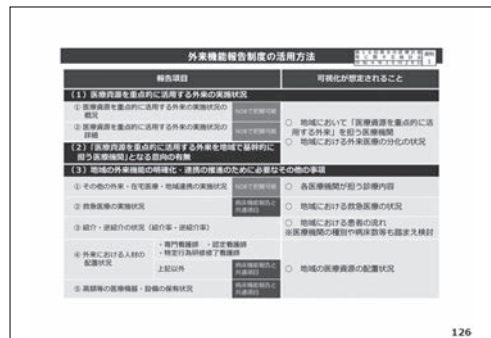
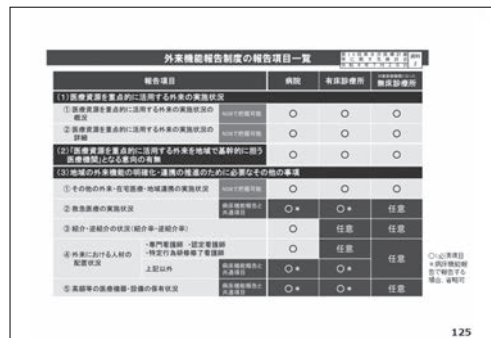
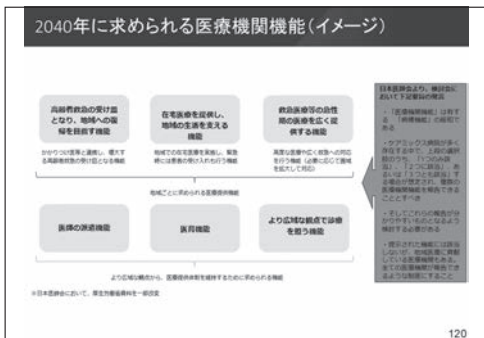
- 2040年頃を見据えた医療提供体制のモデル
 - ・ 地域区分（都道府県、過疎地域）ごとの医療提供体制のモデル（医療・介護・地域医療等の取組の取組）等
- 病床の機能分化・連携の必要な理由
 - ・ 病床の機能分化：機能区分、設計方法、設計年等
 - ・ 病床の機能と連携の必要性の確保
 - ・ 病床機能報告：機能区分、報告基準等
 - ・ 構想区域・調整会議：区域、構想区域、進め方
 - ・ 地域医療・介護連携の推進
 - ・ 都市部と過疎地等
- 地域における入院・外来・在宅を含めた医療提供体制の議論
 - ・ 入院・救急・外来・在宅・介護連携・人材確保等を踏まえた医療提供体制の役割分担・連携のあり方
 - ・ 都市部・外発・在宅・高齢者、医療従事者等
 - ・ 医療機関からの機能報告：機能区分、報告基準等
 - ・ 構想区域・調整会議：外発・在宅・介護連携等の議論を行う区域、構想区域、進め方
 - ・ 地域医療・介護連携の推進
 - ・ 介護保険事業等を担う市町村の役割 等

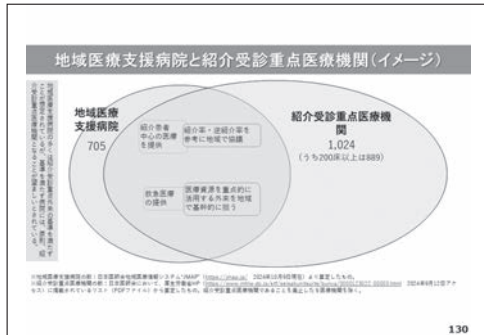
など

※第107回社会保障審議会医療部会（令和6年3月21日）資料1を、日本医師会において一部改定したもの

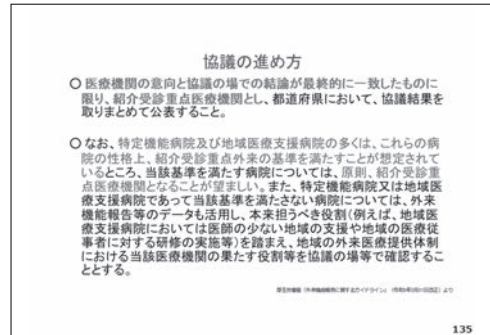
109







130



135

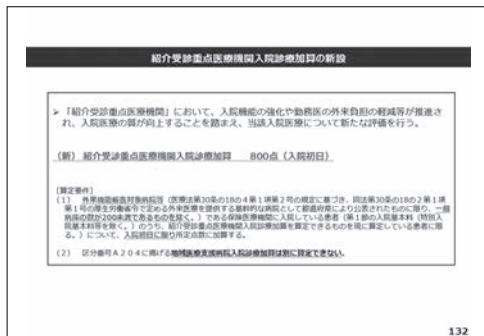
地域医療支援病院と紹介受診重点医療機関の比較

	地域医療支援病院	紹介受診重点医療機関
定義	地域医療支援病院法(平成24年法律第12号)に基づき、地域医療支援病院として指定されている医療機関である。	地域医療支援病院法(平成24年法律第12号)に基づき、紹介受診重点医療機関として指定されている医療機関である。
指定要件	① 地域医療支援病院としての機能を果たしていること。 ② 地域医療支援病院としての機能を果たしていること。 ③ 地域医療支援病院としての機能を果たしていること。	① 地域医療支援病院としての機能を果たしていること。 ② 地域医療支援病院としての機能を果たしていること。 ③ 地域医療支援病院としての機能を果たしていること。
役割	地域医療支援病院としての機能を果たしていること。 地域医療支援病院としての機能を果たしていること。 地域医療支援病院としての機能を果たしていること。	地域医療支援病院としての機能を果たしていること。 地域医療支援病院としての機能を果たしていること。 地域医療支援病院としての機能を果たしていること。
指定数	705(平成24年9月現在)	1,024(平成24年9月現在)

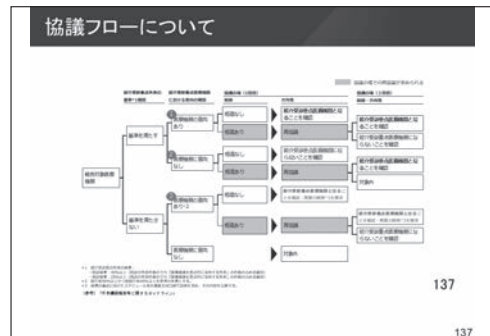
131



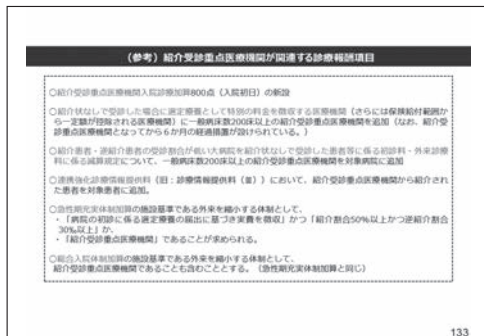
136



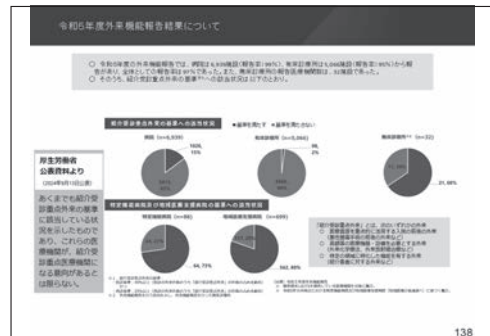
132



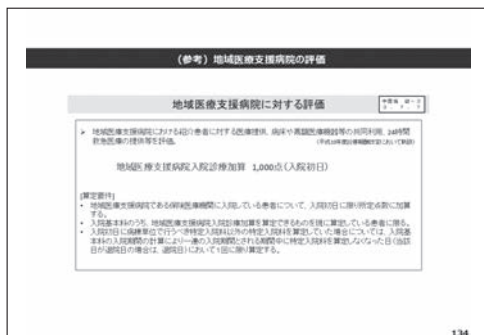
137



133



138



134



139

2号機能の報告事項(2/2)

iii 在宅医療の提供

- ① 自院又は連携による在宅医療を提供する体制の確保状況(自院で日中のみ、自院で24時間対応、自院での一定の対応に加えて連携して24時間対応等)、連携して確保する場合は連携医療機関の名称
- ② 自院における訪問診療・往診・訪問看護の診療報酬項目の算定状況
- ③ 自院における訪問看護指示料の算定状況
- ④ 自院における在宅看取りの実施状況

iv 介護サービス等と連携した医療提供

- ① 介護サービス等の事業者と連携して医療を提供する体制の確保状況(主治医意見書の作成、地域ケア会議・サービス担当者会議等への参加、ケアマネと相談機会設定等)
- ② ケアマネへの情報共有・指導の診療報酬項目の算定状況
- ③ 介護保険施設等における医療の提供状況(協力医療機関となっている施設の名前)
- ④ 地域の医療介護情報共有システムの参加・活用状況
- ⑤ ACPの実施状況

その他の報告事項

150

かかりつけ医機能が発揮される制度の円滑な施行

令和7年4月の施行に向けて、制度の施行に必要な以下のような取組を進める。

- ・ かかりつけ医機能の確保に向けた医師の研修の詳細についての整理
- ・ 「かかりつけ医機能の確保に関するガイドライン(仮称)」の作成
- ・ 地域の協議に資するデータブックの作成
- ・ 地域の好事例集の作成
- ・ 都道府県・市町村等に対する研修・説明会の実施
- ・ 制度の普及・推進のための動画、ポスター等の作成

151

＜スケジュールのイメージ＞

152

ご清聴ありがとうございました

11月1日は「いい医療の日」に

11月1日は「いい医療の日」に

11月1日は「いい医療の日」に

153

蓮澤 (座長)：松本先生、ありがとうございました。

本日のメインテーマ「組織力強化」に加えて、最近の医療情勢について詳細に御紹介いただきました。松本会長は日医の2期目の会長に就任されまして精力的に全国を回っておられます。そして、中央情勢の伝達と各医師会からの意見聴取といったものに力を入れていただき、日本医師会と各医師会、地方医師会との連携に力を入れておられます。これからも健康に御留意されまして、さらなる御活躍を祈念いたします。

本日はどうもありがとうございました。

特別講演Ⅱ
11:00~11:50

2025年を目前に考える地域医療構想の これまでとこれから

厚生労働省医政局地域医療計画課
医療安全推進・医務指導室長

松 本 晴 樹

新潟県福祉保健部長

中 村 洋 心

座 長

福岡県医師会副会長

杉 健 三

地域医療構想の展望 (新潟での経験も踏まえて)

厚生労働省医政局地域医療計画課
医療安全推進・医務指導室長

松本 晴樹

(まつもと はるき)



ご紹介をいただきました厚生労働省地域医療計画課医療安全推進・医務指導室長の松本でございます。座長の杉先生にご紹介をいただきまして、また、このような場を与えていただきました。松本会長、それから蓮澤会長、お声かけいただきました一宮先生、本当にありがとうございます。

厚労省で地域医療の改革ということで進めております。松本会長からも、地域医療の入院医療を中心に今まで進めてきた地域医療構想をということでご指示をいただいておりますけれども、外来機能の方は会長がご説明したとおり、そちらも話が進んでおりますが、入院医療の方の地域医療構想を約10年間、現場の皆様、それから地域の様々なステークホルダーの皆様と進めてまいりました。

今日は、私は国の動向ということで御説明いたしますけれども、昨年の7月まで新潟県の福祉保健部長として出向し県の医療行政を運営してまいりました。そちらの経験を皆様に御説明したいということもありまして、私の後任として厚生労働省医政局地域医療計画課から新潟県に出向している中村部長がそちらの改革を続けており、そちらの話も併せてさせていただきたいということで、2人でお時間を頂戴しました。

午前中は続けてのスケジュールになっておりまして非常に大変だと思いますけれども、お耳を傾けていただければと考えております。時間がないので自己紹介は最小限にしたいと思っておりますけれども、私は3年間臨床に従事した後に、厚生労働省に入っております。2014年4月に医政局に赴任して、そこから10年間、厚労省としては地域医療、医政局の方にはずっとおります。地域医療構想を造るという最初のところをやって、その後、ハーバードに留学

して、その後、また地域医療計画課に戻ってまいりました。

地域医療構想の議論の活性化については、報道等で御存知かもしれませんが、424改め436の病院に対応方針の再検証を依頼するということを2019年に行いました。その後にコロナになってしまったんですけれども、その時に2020年から新潟県に赴任して、また地域医療計画課の方に戻ってきております。医療安全が本務でありますけれども、地域医療構想、それから少しでも医師偏在対策にも携わっています。

新潟県での取組み、それから国の医系技官としての取組みは日経メディカル等にもございますので、もし興味ある方は検索いただけますと幸いです。

さて、2025年を来年に控えて、これまでとこれからということでお話させていただきます。これまでは10年間、2025年に後期高齢者がすごく増える、団塊の世代が皆さん後期高齢者になるということが課題でした。実はこの2025年問題は世界的に起こっていることでありまして、第2次大戦後のベビーブームは各国の医療保険財政や医療提供体制に多大な影響を与えています。

Silver tsunamiという言葉が世界的にありまして、silverというのは高齢者のことですね。tsunamiは津波です。非常に大きなインパクトを社会に与えていますが、日本はそこに課題先進国として示唆を出せるような立場にあるかと思っております。

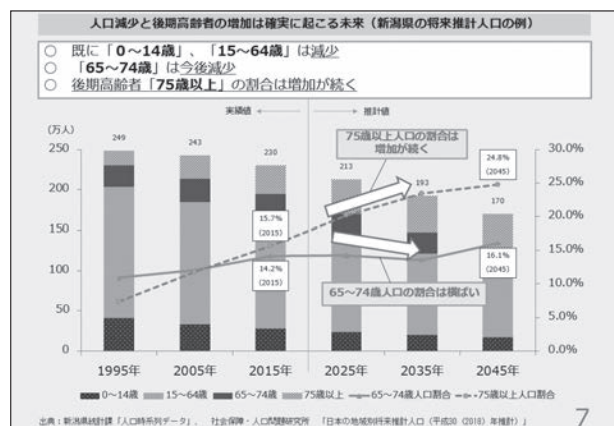
この2025までの話としまして、これから新潟県の話と国の話をしますけれども、共通点が二つございます。一つは、人口構造が変わることですね。後期高齢者がすごく増えるということで、医療の在り方が非常に変わってくる。それと、もう一つ、特に勤

務医の先生が直面していらっしゃる医師の働き方改革への対応でございます。

特に勤務医で、各診療科の部長の先生方や病院長の先生方などは実感されていると推察しますが、この20年間一貫して患者の受療率は減り続けております。特にこの10年ぐらいは平均在院日数が特に減少しております。医療の効率化が進んでいる面もありますが、経営に対しては非常に大きなインパクトがあると思います。

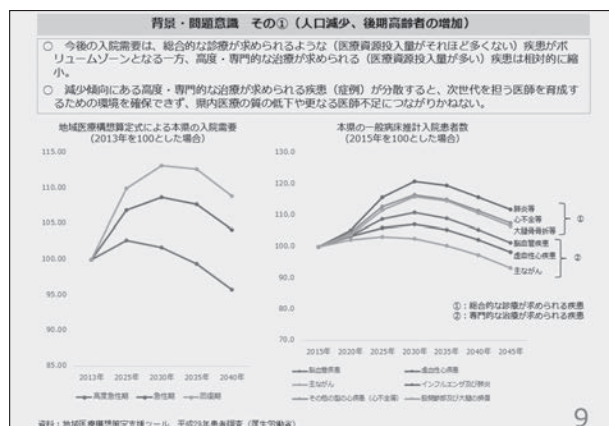
コロナ後、すごく患者が減ったという印象をお持ちの先生もたくさんいらっしゃると思いますけれども、実はトレンドはこの10年間変わっておりません。コロナで減った分が戻らないままのように見えますが、ダウントrendの先取りが起こりさらにダウントrendが継続になっているということで、稼働率が非常に厳しい状況が続いているということで、地域医療構想も急いで進めなければいけない状況があるかと思っております。

2点あります。まず、後期高齢者以外の医療ニーズが今後大幅に減少していくことが予想されているということ、それから、医療技術が高度化するとともに、例えば循環器関係の学会や脳卒中学会など、症例を集めて働き方改革や専門医制度に対応しているということとで集約的な取り組みをしております。それに対応していくために、周りの病院を含めて戦略変更を急がないといけないというのが今の状況変化でございます。



こちらのデータは後ほど中村先生からも詳しく説

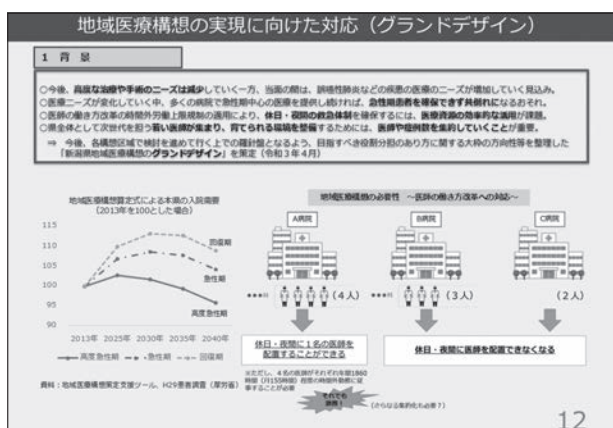
明されますが、これは新潟県の人口予測ですが、ほぼ同じ構造をしている県が多いと思っております。一つは青い線ですね。こちらは前期高齢者になりますけれども、前期高齢者は今後あまり増えないということですね。そして、後期高齢者がすごく増えていくということでございます。今後、入院患者の6割近くは後期高齢者になると予想しています。



その何がポイントかと申しますと、左側を見ていただきまして、これは地域医療構想の病床推計になるんですけれども、緑の線が2013年を100としたときの新潟県全体の回復期の患者予測になります。青が高度急性期で、2025年は間近ですので、今後、高度急性期の患者さんも激減をしていくというトレンドです。新潟県全体でこのトレンドなので、人口減少が激しい、例えば佐渡島は、ちょっと前までは10万人いた、かなり大きな島ですが、今、人口は5万人になっていて、ここからさらに減っていくことが予想されています。そういう地域はさらに患者が減ることが予想されますが、県全体でこのトレンドになるということですね。

右側のグラフは疾患別になります。上の方にあるのがしばらく増える疾患ということで、誤嚥性肺炎や尿路感染や心不全ということで、手間はかかる後期高齢者ですけれども、在院日数も長くなりがちで、単価はやっぱり高くないという方々になります。こういう患者さんをいかに診ていくかが、色々な形のところで課題になっていくということでございます。

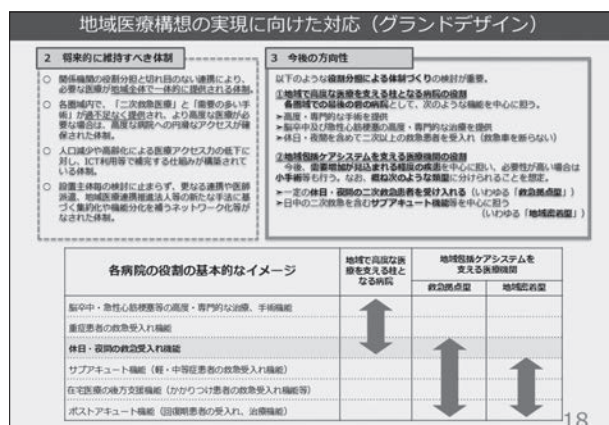
先ほど申し上げたように、各学会が集約の必要性などを強くガイドラインや施設の基準に反映させているというところでございます。



地域ごと—この病院とこの病院をどうするみたいな議論だと、どうしても首長さん、市の議会、県議会、各病院の病院長先生方、郡市医師会の先生方と幅広いステークホルダーと調整になるため、一からの議論では、非常に疲弊してしまいます。そうではなくて、大きな方向性を県全体で造ることで、局所ごとの調整の手間を減らして、大きな方向性で向かっていきたい。これによって大学や県医師会や郡市医師会や各病院の先生方がある程度大きな方向性を共有して進めるだろうと考えて、ランドデザインを造ったということでございます。

ないか、これは新潟では本当に切実な問題です。例えば新潟市の話ですけれども、新潟市は福岡市と同じ政令指定都市ですが、人口は半分ぐらいの80万弱です。二次救急病院の輪番が崩壊の危機にあったということで、これは県医師会堂前会長が音頭を取って再編をリードしていただきましたけれども、そういう状況が全県でありますよという危機を共有するものとなっております。

それから切実なのは、医師の流出ですね。新潟県は医師偏在指標で全国47位でした。最低の医師少数県ということで、若手を集めるにはやはり診療の質を高めるための集約が必要だと考えて、グランドデザインを議論していきました。急性期の患者の奪い合い、共倒れを避けようということでグランドデザインを造りました。



少し細かいですが、右側に①、②と書いてありまして、①は地域で高度な医療を支える柱となる病院、それから②は地域包括ケアシステムを支える医療機関の役割ということをグランドデザインに書き込みました。

この10年間、地域医療構想の基本単位は病棟を単位として進めてきましたが、医療機関の役割に着目してグランドデザインを造りました。これを行うことで地域の資源を、もちろん分散すべきことと集約すべきことは分けなければいけないですけれども、新潟県の場合は20万ぐらいの二次医療圏にそれぞれ再編が終わっていたので、その二次医療圏の中でこのような資源の集約を行っていくことで、24時間

365日緊急手術等ができるような病院を地域に一つ残そうということでもあります。

例えば、人口が20万人の燕三条という食器やラーメンが有名な地域があります。この地域は、病院が分散していて、この15年ほど研修医がいなかったという地域ですが、このような形で高度な医療機関を残しました。一昨日、今年の臨床研修のマッチングがありましたが、今まで研修医ゼロだったところに8分の8のフルマッチで研修医が来るというような状況にもなりました。このようなグランドデザインを造っていき、地域全体で役割分担をしていこうということを新潟では考えていきました。

地域医療構想を進めるために

○テーマごと、地域ごとなどで関係者と話し合いを重ねていくことが重要

○粘り強く、話し合いを継続していく必要がある

⇒濃厚な意見交換と情報共有（合計**年50－70回**以上）
（スモールグループトーク）

【主な意見交換先】

- ・大学（外科、内科、脳、心、救急など主要診療科別）
- ・県医師会、都市医師会、病院長
- ・設置主体別（市町村、厚生連、済生会、労安機構など）
- ・地域別（上越区域だけで10回を超える）

28

これを進めていくのに大事なのは、様々なところで意見交換をしっかりとっていくということです。

地域医療構想には地域医療構想調整会議という法令で定められた会議がありますが、その場だけではとてもじゃないですけど物事は決められないということで、スモールトークの場を大学や医師会で作っていただきました。

このトライアングル—医師会、病院団体、新潟には大学は1個だけ、新潟大学ですけれども、新潟大学とそれから新潟県庁のこのトライアングルをコロナの頃から強化して地域医療構想を一体となり進めてきました。

新潟での公立病院の赤字状況は、かなり悪化をしておりますして、赤字のところにあるように、およそ15の県立病院全体で160億円という膨大な繰入が生じており、今やこれも県知事レベルでも大きな課題

になっています。公立と民間の状況とかも知事にも強く認識いただき、一緒になってやっていく必要性が共有されてきたかなと考えております。

さて、これが新潟の話で、詳しくは中村部長から現状等を御説明していただきたいと思いますけれども、このような形で、地域医療構想の将来の必要数は大体これぐらいですよということを地域でシェアをしたうえで、地域で対話をして、2015年からみて、10年後が義務ですが、10年後、20年後の医療提供体制を話合ってきました。

大事な点は、病床の削減目標等は一切セットすることなく、地域での話し合いの場を中心に政策が組立てられていったということでもあります。地域医療構想の前は、とても地域で集まって医療の話をすることは難しかった。もちろん医師会の中でのというのはあると思いますが、病院長やほかのステークホルダーも含めてみんなで話合う場はなかなかなかったということですが、構想が始まって話し合う場がだんだんできてきたと聞いております。



例えば、病床の数合わせではないということを財務省等理解してもらいながら、実際はこの上のところ、C3未満の患者ということでもありますけれども、急性期の病床の中にある医療資源をあまり投入しない患者さんはかなり減っているということや、療養病床の医療区分1の患者さんはこれだけ減ったということで、介護医療院等への転換等を現場でも進めていただいているということでもあります。

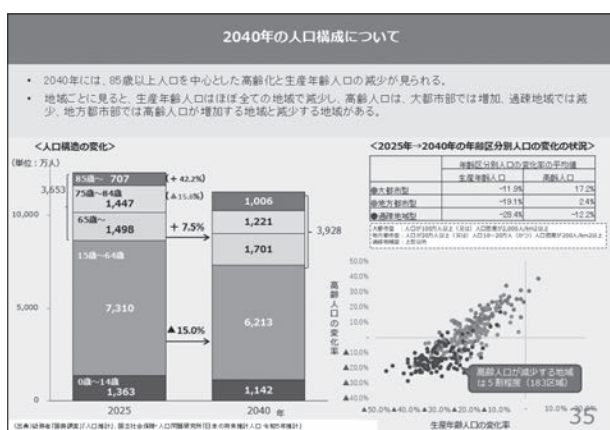
10年前に地域医療構想ができる前は、2025年に必

要な病床数は150万床と推計されていましたが、今は119万床でコロナなども何とか耐え切っています。

他のG7の国6か国は全てコロナによって平均寿命が縮みました。最大はアメリカで、3.9年平均寿命が縮んでいます。これは過去30年間の医療の進歩が全部なくなったのと同じなんです。日本ではG7で唯一平均寿命が下がっていない国です。

これだけの地域医療の改革をしながらアウトカム・パフォーマンスもしっかり出していて、何であれば、医療費の話はあまりしていませんが、10年前には2025年の医療費は57兆円と予測されておりましたが、今は、それよりも10兆円も少ない形で医療を提供し続けられています。これは現場の先生方にご負担いただいていることではありますけれども、そういう改革が10年間で実現できているということですね。

これは、官邸や財政当局の方々にも認識をしていただくように様々な努力をしております。しかし、どうしても厚労省から言っても、中々トップレベルまでは声が届かないので、そこは日本医師会の幹部の先生方にトップレベルでご意見を伝えていただいて初めて政策の結果が認知されるという状況があるかなと思っています。

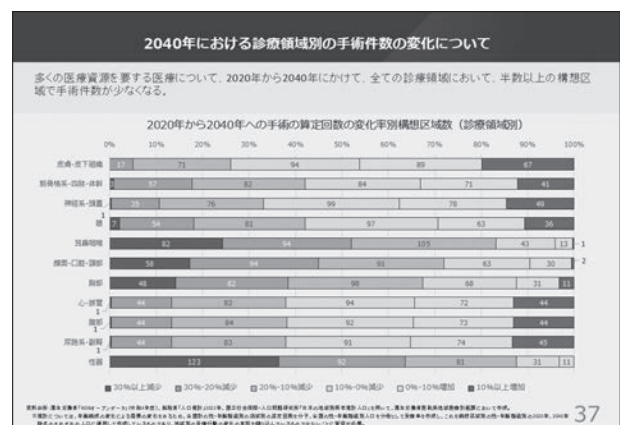


2040年までの地域医療構想の状況というのをご説明したいと思います。今後の人口構成で、右側のちょっと混ざってるところが高齢者人口の変化率と生産年齢人口の変化率の散布図となります。青が過

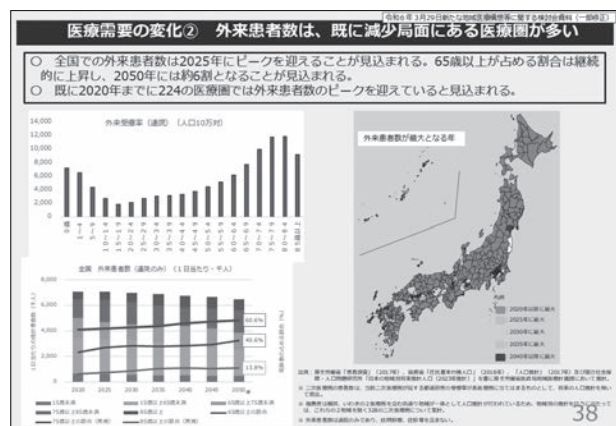
疎地のような所、緑が地方都市のような所、赤が大都市のような所です。これは法律上の定義ではなく、国際医療福祉大学の高橋泰先生が恣意的にというか機械的に置いた定義なので便宜的に見ていただきたいのですが、青の所、高齢者人口が2割から3割減少する地域は本当にたくさんありますので、医療・介護ニーズも激減していくことを示しております。それ以上に生産年齢人口が減っていきますので、やはり看護師や給食の調理員等が本当に確保しにくくなって、病院とかの維持が本当に厳しくなるような状況の中で、高齢者人口もこれだけ減るといことです。

ということは、高齢者の受止め方として、今ある地域の病院を10年程度でドラスティックに変えていかないと共倒れしてしまうということです。例えば、人口が5万人ある市であれば、かなり大きな医療介護ニーズがありますが、そういう所で共倒れてしまうと、地域住民が本当に路頭に迷ってしまうということです。だから、地方の中で人口が大きく減るようなところで地域全体の改革マインドをどうしても強く持っていけないといけないという状況です。

残り15年でこれが来てしまうので、今まで地域医療構想で掛けた10年間とほぼ同じような時間で地域の話合いを加速しなくてははいけない。その中で、当然、今、70歳に差しかかっている先生方は、10年後といえぱりタイアされている先生がほとんどであるとなると、今の50代後半とか、場合によっては50代前半の先生方が中心になって議論をしていただかないといけない状況です。

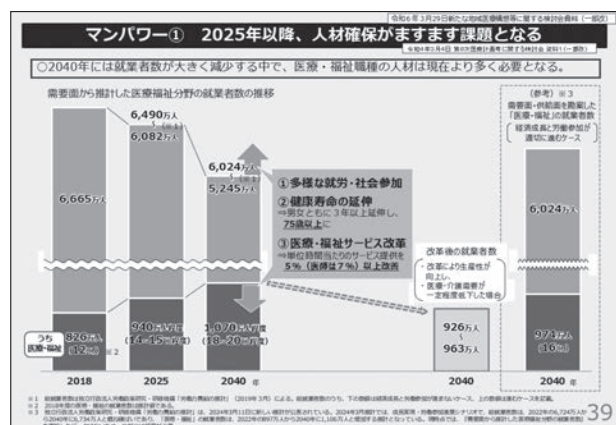


臓器別に今後の手術の変化等を見てまいります。
これは地域医療構想の構想区域別にどれぐらい手術が減るかを見ているのですが、例えば真ん中の耳鼻科領域など、本当に大半の所で減っていく。若い患者が多い診療科は本当に手術が減少していきますし、比較的高齢者が多い、例えば神経領域も半分以上の構想区域で手術量が減っていくという状況でございます。



さらに外来患者数ですけれども、実は日本のほぼ全ての地域で外来患者数も減少局面にある医療圏が多くなっていますので、今後、開業、先ほど外来機能、かかりつけ医機能の話を会長がなさっていましたけれども、本当にこっちもとんでもない状況がありますということですね。

このような状況の中で、残り10年、15年の中で、一定のところでは外来の役割分担の話を加速させなければならない、一方で承継の話とかもしていかなければいけない。厚労省としても医師偏在対策の中で、特に少数県の外来機能などには後押し等をして



いきたいと考えています。

その中でマンパワーが減っていくということも忘れてはならない、このまま行くと生産年齢人口の2割ぐらいを医療・介護に投入しないといけない状況になります。これは経済成長の面からかなり厳しい数字になると思っていますので、本当に地域で一体となってやっていかなければなりません。

今は、新たな地域医療構想の議論をしています。検討会には様々な委員の先生に入っていておりまして、今年中に一定の取りまとめをして、来年の通常国会に法案を出していくというようなスケジュール感でいます。

大事にしたいポイントとして、一点目はまず高齢者救急の話でありまして、これは非常に問題が大きいと思っております。特に夜の対応ですね。こちらが80歳、85歳となると、受けた方がいいがどこに行くのかというような問題や、そもそも受けられるのかというような問題が発生する。そこに対して、かかりつけ医との連携体制とか、高齢者施設の中で提供する医療ということを考えていかなければいけないと考えています。

それから、マンパワーの話というのは、先ほど申し上げたとおりです。今の方向性として、こちらが大きな方向性として年末の取りまとめに向け議論していますが、下のところの三点だけ説明して終わりたいと思います。

一点目は、先ほどから申し上げていますが、病院単位の議論を拡大していただきたい。地域全体を俯瞰する必要があるということです。

二点目は、今後の連携、それから集約化です。10年前はあまり集約化という言葉は強くありませんでしたが、新しい地域医療構想では集約化のキーワードが入っております。先ほど松本会長の資料にも、2022年の日医代議員会の中で集約化という言葉が出てきていることを紹介いただきましたが、これはかなり重要なキーワードになると思っています。

三点目は、限られたマンパワーの中で効率的な医療提供体制を実現しなければならないということで、生産性の向上やDXが大事になるということで

す。

最後にもう一点キーワードがあります。今までであれば、地域医療構想は何となく、まずは後期高齢者が増えることに対応しようということで、この10年はやってくることができましたが、今後、大都市と地方都市と過疎地で方向性が真逆になっていきます。特に過疎地では大きな人口減少に耐えられるような再編を急ぐようなもの、地方都市では、本当に後期高齢者の増に耐えられない県庁所在地レベル、例えば宇都宮や水戸というような所が先ほどの新潟市と同じような改革が必要ではないかという規模になりますが、それと大都市型ということで、全然違うということがキーになるかなと考えております。

いずれにしても今はまだ議論中ですので、まさに医師会の先生方とは毎週のように打合せをしているのですが、様々な地域からお声をいただいて、年末の議論、それから来年は法律ができた後、厚生労働省令レベルのプランニングをしていきたいと思っております。先生方とも密に意見交換をしながら今後の話を詰めていきたいというフェーズであるということ御紹介をさせていただきました。

続いて、中村先生から新潟のさらに詳細な所を紹介したいと思います。ご清聴ありがとうございます。

杉（座長）：松本先生、ありがとうございました。それでは引き続き、中村先生、どうぞよろしく願いいたします。

新潟県の地域医療構想について

新潟県福祉保健部長

中村 洋心

(なかむら ようしん)

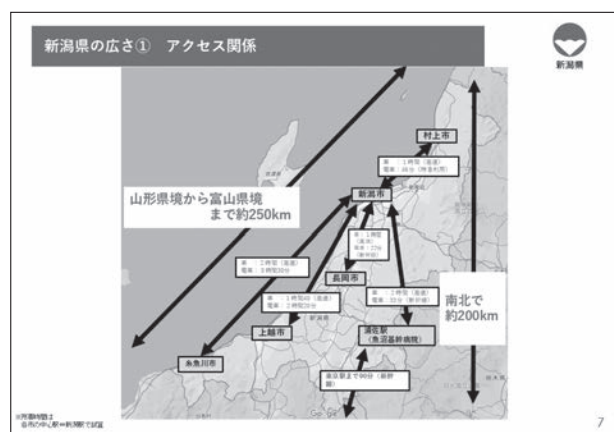


それでは、続きまして、新潟県の福祉保健部長、松本の後任で昨年の8月より赴任しております中村より、続きのプレゼンをさせていただきたいと思えます。本当に本日はこのような機会をいただきまして誠にありがとうございます。

私からは、新潟県の地域医療構想についてということで準備をさせていただいております。

まず、簡単に自己紹介をさせていただきます。私は東北大学を平成23年に卒業した後から、小児科医をしておりまして、そこから厚労省に入って、直近では、医政局の救急・災害医療などを担当する部署の室長をしており、昨年8月に新潟県に赴任しました。その後、国際保健関係の研究、それからMBAで経営学の勉強などを行っておりました。

本日は最初に、新潟県がどういう所かということから説明いたします。新潟県は非常に広くて、人口が210万人ほどで全国15位ですが、アクセスという面でも250キロぐらい距離がありますので、新潟市から各地域に行くための所要時間がかかなり長くなっています。糸魚川に行くには車で2時間かかりますし、電車を使いますと非常に接続が悪いので3時間半ぐらい掛かります。そういう広い県土があるところの医療をどう対応していくかということが新潟県の難しさです。

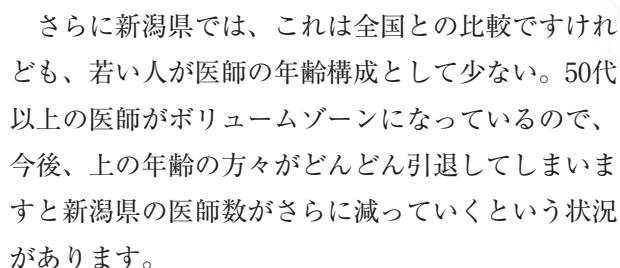
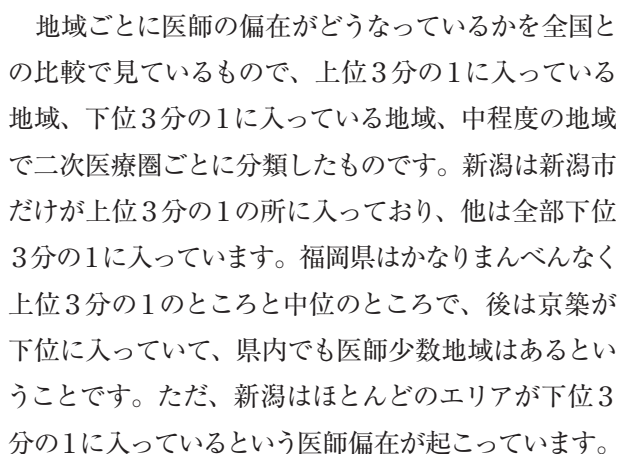


これはよく出てくる図ですが、九州地方と新潟県を比較しますと、そのサイズ感が何となくイメージできるかなと思います。そのような中で、新潟県の面積、人口、医学部定員がどうなっているか、今回、福岡で行われるということで、福岡県との比較の図を作ってみました。

面積・人口・医学部定員（福岡県との比較）		
※地図の大きさは実際の縮尺とは異なる		
	福岡県	新潟県
面積 (国土交通省「国土利用計画」による)	4,988km ² (全国29位)	12,584km ² (全国5位)
人口 (国勢調査「人口」による)	5,107,858 (全国8位)	2,127,922人 (全国15位)
医学部定員 (国勢調査「人口」による)	430人 (九州大学105人、産業医科大学105人、久慈大学105人)	140人 (新潟大学140人)
医師数 (国勢調査「人口」による)	16,722人	4,894人

まず面積ですが、福岡県の面積と比較しますと、大体2.5倍ぐらい新潟県の面積がございます。人口は福岡の方が圧倒的で、これも2.5倍ぐらいあります。それに対して医学部定員ですが、新潟県は新潟大学の医学部のみですので140人。これは全国最大

実際、これがどういうことになっているかといいますと、先ほど松本より新潟県は医師偏在指標、医師少数で47位ということですが、今回新しく令和5年に出た医師偏在指標では少し順位が上がってまして45位。それでも下位3分の1の中のほとんどビリの方に入っているという立位置です。



その中で新潟県は医師確保に非常に力を入れており、1番から6番のような様々な取り組みを行っております。今それぞれについて少しだけ説明させていただきますと、新潟県は前任の松本の時から地域枠を非常に増やしておりまして、令和元年以前から、14人だったところを来年は79人にまで増やすような調整を行っているところです。

この地域枠ですけれども、私立大学にも枠を設けており、毎年それぞれ面談をしたり、毎年新潟県にサマーセミナーで来ていただいて地域を知っていただくような取り組みをしたりしています。今まで300人以上400人近くの方がいますが、今まで離脱したのは3人程度です。その離脱も、決して新潟県で働きたくないということではなく、国試に受からなかったとかそういうような方で、中々うまくいっているのかなと思っています。この後どんどん卒業生が増えていきますので、そういったことも対応していければと思っています。

そして、臨床研修医のプログラムについて、非常にバラエティに富んだアピールをしています。一般研修プログラムと、関西・関東のたすきがけプログラムという、1年たすき先と1年新潟というプログ

ラムを作る。それから、イノベーター育成臨床研修コースのような独特なもの、それから海外への留学支援や、WHOチャレンジ、産業医コース、県庁インターンコースなど様々なものを行っています。

[illegible]

たすきがけプログラムですけれども、全国様々な地域の病院とも連携させていただいておりまして、例えば福岡では福岡徳洲会病院と連携しています。

また、臨床研修の広域連携型プログラムが令和8年から始まる予定となっており、5つの医師多数県の臨床研修プログラムの5%程度に、2年間のうちの半年以上を医師少数県または医師中程度県の医師少数区域の病院で研修するというものです。福岡県も人数としては21人ほどが恐らく、このプログラムの対象になるのかなと思います。このプログラムに関しても新潟県は非常にたくさんの病院が手助けをして受入れるような体制を作っております。もし受入先など調整したい所があれば、ぜひ新潟にご連絡いただければと思います。

広域連携型プログラム 新潟県の連携先候補病院 (R6.8.31時点)				 新潟県			
● 軽井型10病院、協力型19病院、(協力施設5病院)が連携先候補に手上げ ⇒ げび新潟県の病院と右連携をお進みします！							
区分	病院名	病床数	受入人数	区分	病院名	病床数	受入人数
基幹型	黒川立中央病院-新潟病院	404	1～2	協力型	田宮病院	419	数科別
	清生会新潟病院	410	1		小千谷総合病院	199	1 Ⅹ
	木戸病院	312	2		NHO新潟病院	350	2～4
	信濃赤十字	325	2		魚沼市立小出病院	90	数科別
	新潟総合病院	177	1～2		湯沢町保健医療センター	40	数科別
	立川総合病院	481	1		黒川紀代南病院	40	1 Ⅹ
	長岡中央総合病院	500	1		津波町立津波南病院	45	1～2
	黒川立日町病院	275	1～2		NHOさいがた医療センター	410	1 Ⅹ
	黒川立中央病院	524	1		けいなん総合病院	120	1
	上越総合病院	313	1 Ⅹ		黒川立高病院	56	1 Ⅹ
協力型	黒川立坂町病院	148	2～4	協力施設	黒川西成病院	270	1 Ⅹ
	あかの市民病院	196	1～2		佐渡市立西津病院	60	1
	新潟白根総合病院	179	1		富永豊野病院	100	1～2
	亀田第一病院	197	5～10		三之河病院	210	数科別
	新潟中央病院	262	1		三倉病院	341	1～2
	豊栄病院	198	1		悠徳健康村病院	300	1～2
	柏崎厚生病院	300	数科別		南魚沼市立病院	144	1

それから特徴的なものとして、イノベーター育成臨床研修コースがあります。これは2年間の臨床研修をしながら、幅広い視点で多様な考え方、実践的なプロジェクトを行います。



イノベーション育成臨床研修コース（R4～）

2年間の臨床研修をしながら、幅広い視点からの多様な考え方や実践的なプロジェクトを通して、社会に変革を起こす力を身につける卓独自のコース

変革力を身に着けた医師を育てる

思考力	ロジカルかつ直観的思考／マクロかつミクロな視点
実践力	人を動かす／チームを動かす／組織を動かす
創造力	デュー／ローを駆使／新規性の創造
人脈力	人に惹かれ、人の中で生きる

主任講師陣


 ナイス株式会社代表取締役
西村 直樹
副学部長


 エクスメディオ創業者
エンド ユースケ
学部長 第一部


 金田時創設者（イノベーション）
菊池 洋子
学部長 第二部

講義内容

■ 思考力	・ ロジカルシンキング
■ 実践力	・ リーダーシップ ・ マーケティング ・ 組織行動理論 ・ 交渉学
■ 創造力	・ イノベーション思考／デュー／ロー
■ その他	・ プロジェクトワーク など


 Envisia Holdings Corporation
 Country Manager
INO MBA 第一部講師
 久保 尚史


 エクス株式会社
 代表取締役
INO MBA 第二部講師
 加藤 浩光


 AMO(米国証券会社、IPO企業)
 代表取締役、元全米投資銀行
UCLA MBA 講師
 笠原 真希

講師陣のほか、世界で活躍する方々をメンターに招く

このプログラムの中で、今、プロジェクトワークというものを進めております。県内の病院自身に、受講生に取組んでほしい課題を公募し、プログラムを受講している臨床研修医同士が病院を跨いでチームを組んで、その病院の課題に取組むものです。最終発表会にはメディアも入れた形で発表をしてもらいます。昨年の1期生は、実際に佐渡総合病院における外来の診療時間の短縮を実践し、その成果を上げたという発表をして、テレビにも取上げられました。

メディアへの露出

「エムスリー 臨床研修 イノベ」で検索

「M3.com 研修病院ナビ」掲載

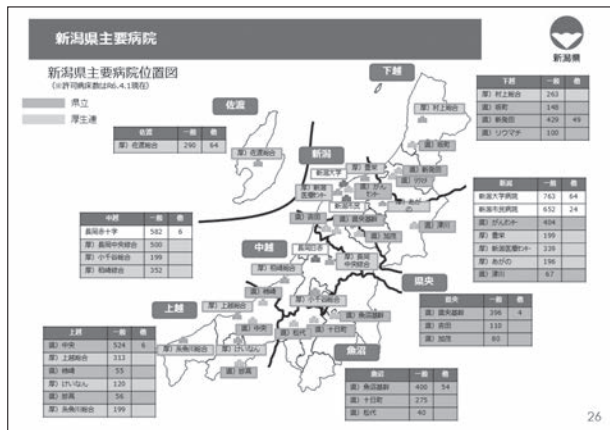
「臨床研修イノベ」が学びの成果を発表 医師研修へ新高度が独自の研修プログラムを実用

「臨床研修イノベ」が学びの成果を発表 医師研修へ新高度が独自の研修プログラムを実用

「臨床研修イノベ」が学びの成果を発表 医師研修へ新高度が独自の研修プログラムを実用

こういった取組みによって、どんどん臨床研修医数が増えており、今年161人で過去最高となりました。2日前に来年度のマッチングの結果が出ました。

けれども、それも昨年度よりもマッチング時点で20人増えて、過去最高を更新するなどよい流れができています。レジナビ等においても、ブース訪問者数に関して常に上位になるなど、全国から非常に注目されております。



では、医療提供体制はどうなっているのかですけれども、新潟県の病院は県立病院と厚生連病院が地域全体をカバーしています。その他に新潟の市民病院や大学病院等がいくつかありますが、県立病院と厚生連がカバーしているところが非常に大きな特徴です。

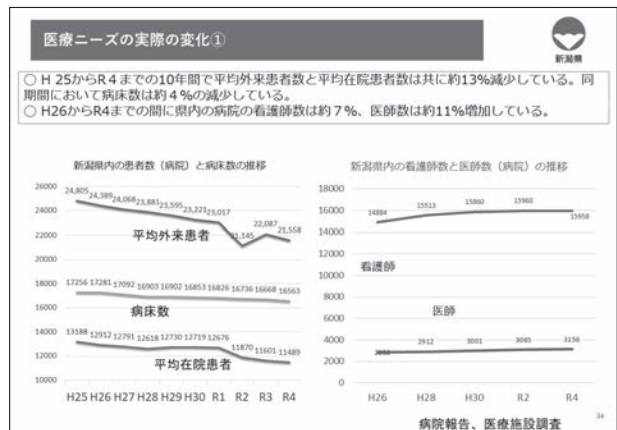
そして、医療に関して大事なことは予後だと思えますが、予後の測り方は非常に難しいところですが、例えば、新型コロナウイルスの人口10万人当たりの死亡者数は全国最小でした。陽性者における死亡率に関しても全国最小でした。その他にも、幼児・小児の死亡率や心筋梗塞の死亡率、年齢調整死亡率等を見ましても、決して全国と比べても悪くない、むしろ良いようなデータも出ています。さらに、1人当たりの医療費平均では、新潟県は最低でした。

では、こういう中で医療政策の世界共通の目標とは基本的には何なのか。こちらは少し意見があるかもしれませんが、質とアクセスの公平性とコストを両立する。つまり、質の高い医療をできるだけ最小のコストで、国民誰もが公平に受けられるようにすることが医療政策の目標だとすると、県土が広いのでアクセスの課題はありますが、ただ、質とコストの観点からは悪くないのではないと言える

と思います。

ところが、課題も多く、厚生連と県立病院が医療をカバーしているということについて、県立病院13病院が過去最大43億円の赤字見通しとなり今年4月のニュースで報道されました。43億円の赤字というのは、先ほど松本より160億円の繰出とありましたが、それをしたうえで、さらに43億円の赤字という状況です。

さらに、そのニュースの3か月後、新潟厚生連の2024年度の赤字は60億円を超えるという見通しで2025年度には債務超過になるおそれであり県立病院等医療再編はどうなるというニュースが出て、今、非常に新潟県内はざわざわしております。



さて、何が起きているのかということで、実際、患者数がどうなっているかということです。平成25年から令和4年までの10年間の平均外来患者数と平均在院患者数は共に減少しています。平均外来患者数と平均在院患者数共に10年間で約13%減少しています。それに対し、病床数は約4%の減少となっております。医師数、看護師数は、医師確保や看護師確保に取組むことによって少しずつ伸びてきています。

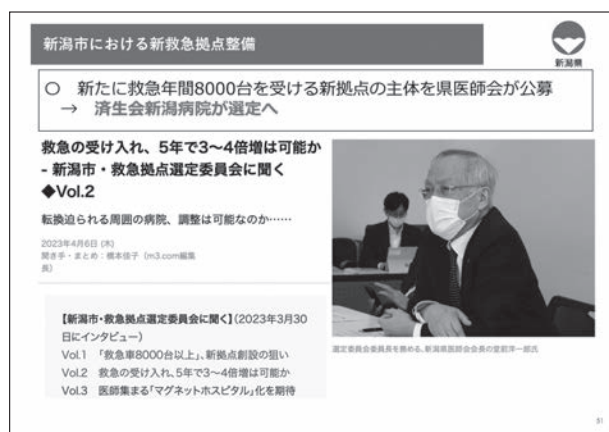
これを圏域ごとに見ると如実に表れており、7つの圏域の中で最も減少が少ない都市部の新潟圏域でマイナス7.9%、その他全ての圏域で10%以上減少しており、県央圏域と上越圏域は10年間で約21%患者が減っていて、高齢化、人口減少が特に進んでいる佐渡については30%以上減少している状況です。

一方で、病床数は、それほど減っていません。そのほか、費用の向上が大きく影響していますが、患者の動き方・人数が大きく影響しているのは間違いのないと思います。

地域医療構想では、県全体で同じ方向を向いて進めるための基盤として、高度な医療機能は、中核的な病院に集約するなど、病院の役割を見直していくというグランドデザインを造り進めております。

これを進めるに当たっては、先ほどの医師確保の話もそうですけれども、私は関係者の気持ちを同じ方向に向けるかということが非常に大事だと思っていて、先ほど松本もスモールトークを繰り返していくということで意識を摺り合わせていった同じような方向を向いていくという話をしていました。医師確保についても先ほど様々な取組みをしてどんどん臨床研修医が上がってきたと言いましたが、それに至るまではすごく複雑な過程や苦しい過程を踏んでいます。

我々は毎月、臨床研修病院の院長先生や代理の先生と毎月オンラインでの研修医確保や育成に対するミーティングを行っております。これにより徐々に皆が意識を統一していく。たすきがけであれ、インベーター臨床研修であれ、留学であれ、こういうインパクトのあるものを造ったとしても、やはり最終的に一番大事なのは、実際にその病院でいい研修環境をつくることですし、そのためには関係者が同じ方向を向くことが必要であり、そういったことを進めることの意識をそろえることに重点を置いて進めています。そして、地域医療構想のグランドデザインにおいても同様に、関係者がたくさんおりますので、実際に地域で働いている院長先生や従業員の方々、医師会など、様々な関係者の方が進むべき方向性に関する気持ちを揃えることが一番大事だと思っておりますので、そこに重点を置いて進めています。



圏域ごとの地域医療構想について、いくつか紹介させていただきます。まず新潟県の二次医療圏については、新潟市の人口は70万人台ですが、そこに複数の市が入っていますので86万人程度の圏域です。その他、様々な圏域がありますが、大体20万人、佐渡に関しては5万人弱ぐらい、そのような圏域でやっております。

新潟圏域は、輪番や二次輪番制が非常に危機になっていることや他の先進都市に比べて救急医療機能が分散してしまっているという課題があったので、新たな拠点となる病院を作っていくことになりました。その問題意識は、大体人口規模が同じ熊本と比べた時に、救急車の受入台数は熊本の方が集約し多く受入れており、医師の数についても、新潟県では大学病院は非常に多いですけども分散してしまっているのに対し、熊本は100人以上、200人近くいる所がたくさんありました。これを集約していこうということで、県医師会堂前会長が中心となり、選定委員会を設け、済生会新潟病院が拠点になりました。

現状の変化ですが、令和5年度に選定された結果として、選定には至らなかった、厚生連新潟医療センターと済生会新潟病院の双方が救急を頑張ろうという気持ちで取組んでいただいたことによって、2つの病院共に大幅に救急車の受入件数が伸び、救急要請・搬送件数は増加傾向で5万件を超えた中でも、問合せ回数の平均は減るなど、今までよりも受入先が決まりやすくなるなどの成果が見られています。



続いて県央圏域については、公立公的な5病院の医療再編を実施し、地域が1つの病院のように機能し、圏域全体で医療の質の向上をしていきたいと思いますという目標を掲げ、県央基幹病院が今年の3月に開業しました。

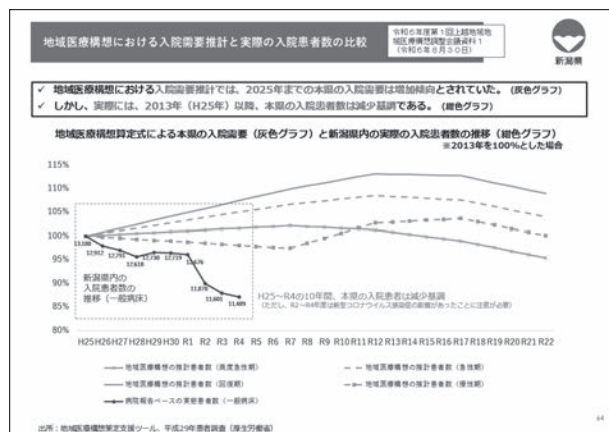
これまでは、約8,000件の救急搬送のうち約4分の1、つまり25%が医療圏外へ搬送で、中小規模の病院が多数乱立し分散しており、救急搬送時間が長時間化していました。さらに人口構成の変化といった背景がある中で、県央基幹病院を中核病院、地域で高度な医療を支える柱となり、周辺の病院が地域密着型病院へ機能転換することで身近な入院・外来を確保しようということで、県央基幹病院と地域密着型病院とで役割分担を明確にして進めています。

その結果どうなったかと言いますと、今年3月に開院したばかりですが、前年に比べて圏域外搬送は8.1%改善しています。救急搬送時間についても、地元3市の消防があって加重平均したものですけれども、搬送時間3.9分、それでもまだ長いですが、3.9分短縮するなどの効果が出ています。

現在進行形で進んでいるものとして、上越圏域も紹介します。上越圏域については、厚生連の病院が3つ、県立の病院も3つあり、この病院をどのように再編していくかが課題でした。こちらは大枠の方向性ということで関係者との対話を何度も繰り返し、私も1対1で各市の首長と話を何度も繰り返し、さらにその後、スモールグループの話し合い等を繰り返しながら、大枠の方向性を今年の3月に出しました。

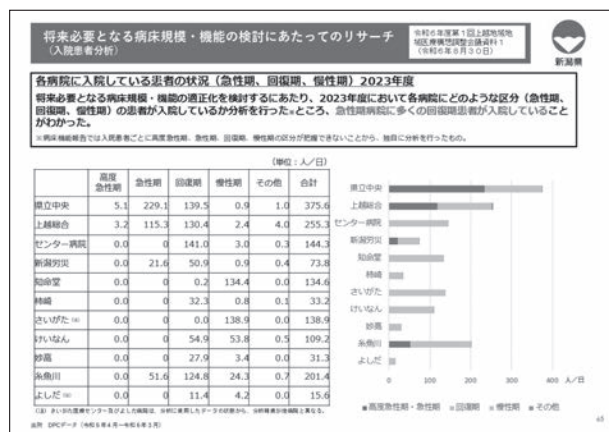
これは患者や担い手が減少していて経営もかなり

厳しい状態の中で、将来に向けて中核病院の集約機能強化、地ケア病院の機能・規模適正化、こういったものをパッケージでやっていきたいと思います。そのために、中核病院は1つにしていきたいと思います、地ケア病院を一緒に作っていきましょう、その他の病院の必要な所は機能・規模の適正化をしていきたいと思いますということを会議の場に出しています。



同じ方向を向くための材料として、予測されていた患者数の変化と比べ実際の患者さんの減り方が非常に大きいという状況に対処しなければいけないということについて具体的な数字のデータを示しました。

各病院に入院している患者さんの実際の状況、急性期なのか回復期なのか慢性期なのかということについて、病床機能報告ではなくDPCのデータをもとにして、その病院の患者の属性の割合を分析しました。



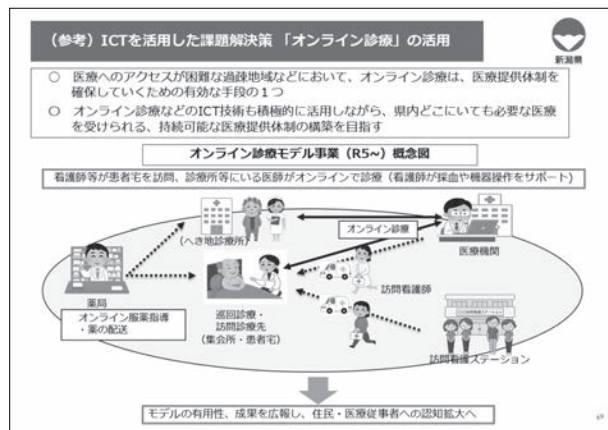
それをお示しすると、本当は急性期の機能を持っているはずの病院の半分近くに回復期の患者さんが入っており、これによって機能がうまく発揮できていない状況があるということを明確にしました。そのうえで将来的にどんな形にしていこうかというイメージを出しました。上越市、妙高市、糸魚川市という3市で、機能ごとに現在の患者数や病床数に対し将来必要な規模がどの程度かということをそれぞれ数字として示しました。

[illegible]

ここで特に注目したいのは、慢性期の患者の将来の受け皿として介護も記載していることです。実際に分析をしていると、慢性期病院に入っている患者さんのうち本当に病院でなければいけない方がどのくらいいるのか。例えば、介護医療院とか介護の文脈のところで診ることができるのではないかということも含めて、介護の関係者とも繰り返し話をしながら、今、目の前にいる患者さんにどう受け皿を持っていくかということの検討を進めております。

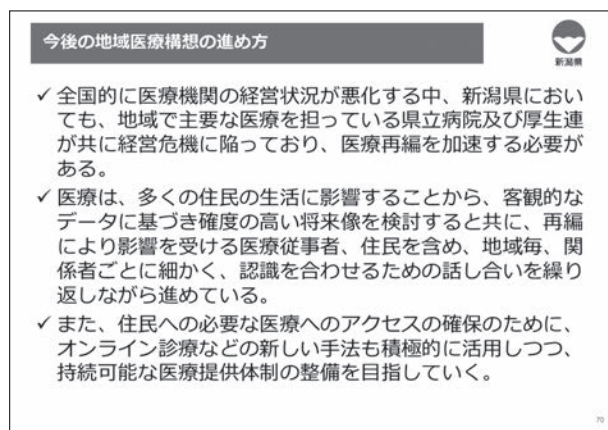
さらに中核病院は、急性期機能を担うとともに、地域全体を見通し地ケア病院の機能強化を図るための医師派遣の機能も必要と考えております。医師も集約して、集約した医師が地域の病院に出向き、地ケア病院で、中核病院からこれまでより早く患者を受け入れ、そういった少し医療レベルが高い患者を地ケア病院で診られるような体制を進める体制を同時につくることが再編の意義であると、そういったことも含めて関係者で意識を合わせ、具体的な手法の検討を進めていくということが必要となります。

今は、開設者ごと、県立病院の開設者、それから
厚生連病院の開設者でそれぞれが、どのような役割
を担うかの検討を進めております。



また、ICTを活用した課題解決としてオンライン診療の紹介をさせていただきます。我々は住民との対話を大切に考えており、地域医療構想調整会議が終わったら必ず住民説明会を開いておりますが、そのような中で、やはり病院が近くから無くなってしまうことに対する不安感が非常に強いです。

それに対して、今までなかった医療をオンラインだったとしても専門医の先生から診ていただく機会を新たに得られることは安心感を上げることに繋がるだろうと我々は考えておりますので、令和5年度からオンライン診療のモデル事業を各地域で始めております。このやり方については、訪問診療型や公民館等に集まっていただく場合、巡回診療でやっていく場合など様々ありますが、そういった形で、地域のみなさまに良い医療を提供するための方法を、かなり幅広く検討しながら地域医療構想を進めています。



まとめになりますが、先ほど申し上げたとおり、経営状況が悪化していますので、その中で持続可能な医療を提供していくためには、医療再編を加速する必要があります。

医療は多くの住民の生活に影響するので、まずは客観的なデータに基づき、確度の高い将来像を検討することが必要だと思っています。それとともに、再編により影響を受ける医療従事者、住民を含め、地域ごとや関係者ごとで細かく認識を合わせるための話し合いを繰り返しています。

さらに、住民への必要な医療アクセスの確保ため、オンライン診療など新しい手法も積極的に活用し持続可能な医療提供体制の整備を目指しているというのが現在の新潟県の状況です。

多様な課題が多くありますが、持続的に医療を提供できるよう新潟県は進めています。何か参考になることがあれば幸いです。以上で私からの本日の発表を終わります。ありがとうございました。

杉（座長）：中村先生、ありがとうございました。2人のご講演では、高齢化、人口構造の変化の問題、それから医師の働き方改革、こういうものの結果として医療機能を医療機関ごとに集約させること、それから連携が必要であるというお話をいただきました。そして将来、2040年に向けての地域医療構想の新しい検討が始まっていますが、本日お見えの勤務医の先生方の方が一番関係してくるだろうと思いますので、非常に有益なお話をいただいたと思います。

先生方には、今後とも健康にご留意のうえ、また、医療を守り発展させていくための貢献をお願いしたいと思います。ありがとうございました。

日本医師会勤務医委員会
勤務医のエンパワーメントを通じた
医師会の組織強化 (2)

日本医師会勤務医委員会委員長 一 宮 仁

日本医師会勤務医委員会

～勤務医のエンパワーメントを通じた医師会の組織強化(2)～

日本医師会勤務医委員会委員長

一宮 仁

(いちみや ひとし)



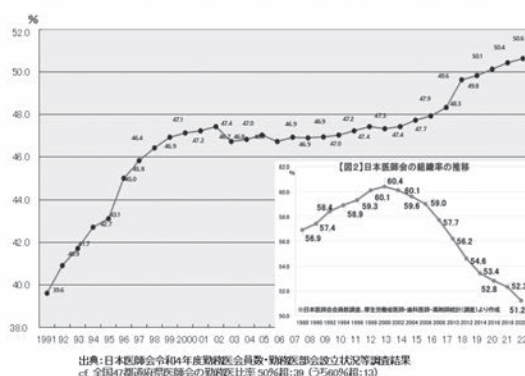
皆様、こんにちは。ようこそ、福岡へおいでいただきまして、ありがとうございます。今期の日本医師会勤務医委員会委員長を拝命しました福岡県医師会の一宮です。どうぞ、よろしくお願いいたします。

本委員会は、勤務医に係る様々な課題を解決するために昭和58年度に設置されました。現在では、他にも勤務医に関係する多くの委員会がございますが、本委員会は勤務医と日本医師会を繋ぐ委員会として位置づけられています。また、全国の46都道府県医師会にも、勤務医部会や勤務医委員会あるいはその両者が設置されています。

本委員会の役割は5つございます。1つ目が会長諮問事項の検討と答申です。2つ目が、全国医師会勤務医部会連絡協議会への意見と具申。3つ目が、都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会の企画立案。4つ目が、日医ニュースの「勤務医のページ」の企画立案。そして最後に、その他勤務医に係る諸問題の検討などです。

会長諮問の答申は、本委員会の最も重要な役割です。現在、病院勤務医、大学病院などの医療機関勤務医、診療所に雇用された医師、これに行政や研究機関に勤務する医師を加えますと我が国の医師の約75%が勤務医です。国が創案する医療政策に対して開業医の先生方と一緒に医師の総意として力強く提言するためには、より多くの勤務医が医師会に入会し、医師会組織を強化することが不可欠です。ところが、残念ながら日本医師会の組織率は50%まで低下しています。また、会員に占める勤務医の割合はようやく50%を超えましたが、もっと多くの勤務医が医師会活動へ参画することが望まれます。

日本医師会における勤務医会員構成比率の推移



そのようなことから、会長諮問は、このところ10年以上にわたり、勤務医の医師会活動への参画推進がテーマとなっています。

前期勤務医委員会の答申の概要

《前期諮問》『医師会組織強化と勤務医』

I. 若手医師の医師会入会促進に向けて

II. 勤務医のキャリア形成や働き方を支援する
医師会の取り組み

III. 医師会組織の課題

IV. 地域医師会の議論を医療政策につなげるために

10

前期である令和4・5年度の会長諮問は、「医師会組織強化と勤務医」でした。鳥取県医師会会長であられました渡辺憲先生を委員長として12名の委員と日医の担当役員の皆様で議論を重ね答申をまとめました。答申は4つの項目を柱としています。

I. 若手医師の医師会入会促進に向けて

1. 勤務医が医師会活動に参画するための支援
 - 若手医師の積極的登用を目的とした医師会のシステム構築
 - 医師会活動に参画する勤務医のリクルート、管理職・中堅医師に対するアプローチ
2. 医師会未入会の若手・中堅勤務医との関係づくり、大学医師会との連携
 - 医師会を知る、興味を持つ、そして参加してもらうことを促す努力が必要
 - 都道府県医師会には、大学医師会との連携強化を通じて入会に繋げていくことを期待
3. リーダー的若手勤務医の積極的な理事登用、委員会委員としての医師会会務への参画
 - 理事等の登用に向けた研修や教育プログラム等の支援、アドバイス
 - 理事登用と委員参画の機会提供等を通じた、将来の指導層を担う人材育成
4. 若手勤務医の医師会活動を病院が支援する体制づくり
 - 管理者・上司への働きかけ
 - 管理者自身に医師会活動への参画を促し、勤務医の医師会活動を評価する環境整備

11

まず、「若手医師の医師会入会促進に向けて」では、若手勤務医が医師会活動に関わる機会を提供すること、人材を発掘すること、そのためには管理者や上司、さらには大学医師会の理解を得るようアプローチすること、医師会活動を評価する環境を整備することなどを提言いたしました。

II. 勤務医のキャリア形成や働き方を支援する医師会の取り組み

1. 医師の研修・キャリア形成における医師会の積極的関与
 - 医師会主催の研修会は、勤務医の高い資格取得志向に応えるため専門医制度の単位取得に活用できるよう配慮が必要
 - 所属する機関横断的、もしくは専門領域を超えた内容で、かつ地域を挙げての情報共有と研修の場の提供ができることが医師会主催の研修会の利点
 - 医局に所属しない医師が増える中で、医局が担ってきたキャリア形成をはじめとする様々な支援を医師会が提供していくことが重要
2. 医師の働き方改革への医師会の支援のあり方
 - 各都道府県医師会では、医療勤務環境改善支援センター（勤改センター）と共に活動を行うことで、医師の働き方改革に伴う諸問題に対応し、成果を上げている
 - 医師会並びに勤改センターが医療機関への相談・支援を継続し、医療機関の勤務環境を引き続き検証していくことが重要
 - 働き方改革は勤務医自身のことであるということを医師会から啓発することも必要

12

2つ目は、「キャリア形成や働き方の支援」です。若手勤務医は診療技術や資格取得志向が強く、研修の場の提供、キャリア形成支援などを求めています。京都府医師会が開催しています屋根瓦塾は、初期研修医の診療技術の習得や情報の共有などを目的として、若手医師の先生方が主体的に運営する研修会ですが、少しずつ全国に広がり始めています。また、今年から始まりました働き方改革に伴う諸問題への対応、勤務環境改善の支援などについても言及しています。

III. 医師会組織の課題

1. 医師会組織の三層構造と会費のあり方
 - 若手医師は短期間で勤務先が変わることが多く、移動にかかる手続きの煩雑さから、医師会を退会すること多い
 - 現状の三層構造を変えない場合でも、医学部卒後5年目以降、会費減免率を漸減させながら会費減免を継続することや、大学医師会所属の医師については関連病院への派遣期間中は大学医師会所属のままにする等の方策も有効である
2. 会費減免の効果を最大限に高める視点から
 - 会員情報のIT化を進め、三層すべての医師会で情報を共有することで、入退会・移動に伴う事務手続きを簡素化させる必要がある
 - 入退会・移動手続きはWEB上で行えるようにすることが望ましい
 - 会費減免後も医師会員を継続することに対し、その意義やメリットを感じてもらうことが重要

13

3つ目は、「医師会組織が抱える課題」への提言です。ご存じのように、医師会は3層構造を取っているため、勤務医にとっては入会や異動手続きが煩雑ですし、会費負担も重荷になっています。事務手続きを簡素化し、会員減免を延長すること、そして何よりも会費無料期間中に医師会活動の意義やメリットを実感する機会を設けて会員継続に繋げることが極めて重要です。昨年から会費無料期間が初期研修医の2年間から卒後5年間に延長されました。また、大学医師会に所属する勤務医は、異動手続きが不要となりました。また、今月末からは情報管理システムMAMISを利用して、ウェブ上での手続きが行えるようになります。

IV. 地域医師会の議論を医療政策につなげるために

1. 医療現場の声を日本医師会に、そして、日本医師会の考え方を医療現場に届けるために
 - 幅広く勤務医の声を拾い上げ、集約し、同時に日本医師会の活動や施策に関する具体的な情報を現場に提供することが極めて重要
 - 全国規模の協議会では時間的な制限もあり、課題を継続して議論したり、具体的な提言を行うことが難しい
 - この点の解決に向け、常設の勤務医部会や委員会の設置等、全国8ブロック医師会における勤務医活動を重視し、新たな部会や委員会の設置に向けた具体的な動きを本委員会として後押ししていく
2. 日本医師会勤務医委員会のあり方と役割
 - より多くの勤務医が医師会活動に参画し、政策・制度に対して適切な提言を行いながら、開業医と協働で地域医療を守ることが必要
 - 日本医師会や都道府県医師会の役員における勤務医比率が依然低いことも現実であり、本委員会でもその課題の分析および解決への道筋を探ることが重要
 - 全国8ブロックより推薦された委員には、各ブロックの意見を委員会に持ち寄り、同時に本委員会の議論を各ブロックへフィードバックする要の役割を期待
 - 真に勤務医のエンパワメントに資する委員会を目指していくことが重要であり、それがいいては、日本医師会の組織強化につながっていく

14

最後に、「医療現場の声を集約するための場の設定」、すなわち都道府県医師会あるいは郡市区医師会の勤務医部会や委員会を設置、あるいは既にある

医師会においては活性化すること、地域の勤務医と日本医師会を双方向性に繋ぐために、全国の8ブロック医師会に勤務医部会あるいは委員会を設置することを提言しました。



昨年設立された九州ブロックを加え、全国の3ブロックに勤務医部会あるいは勤務医委員会が設立されています。日本医師会勤務医委員会には、各ブロックから推薦された8名の委員がいます。ブロックでの意見を集約し、日医勤務医委員会で検討し、日医の対応をブロックさらには都道府県にフィードバックすることによって、地域の勤務医と日医の間で双方向の意思疎通と情報共有が深まるものと期待しています。答申の詳細は日本医師会ホームページに掲載されていますので、お目通しいただければと思います。過去の答申も閲覧できます。

2つ目のミッションです。全国医師会勤務医部会連絡協議会、本日のこの会ですが、これは全国の医師会勤務医の有機的連携により医師会活動の強化を図り、医学・医術の振興と国民の健康福祉の増進に寄与することを目的に開催されます。委員会は協議会の内容や宣言への意見、具申を行います。今年の宣言は、後ほど皆様に紹介し承認いただく予定にしています。今年は、協議会の翌日、すなわち明日の午前中ですが、担当県であります私も福岡県医師会が5年ぶりに勤務医交流会を開催します。交流会は各地域の若手医師の声を聞き取ることなどを目的としており、今年のグループワークテーマは、「勤

務医の医師会活動への参画」と「働き方改革」です。ディスカッサントとして研修医や医学生にも参加していただきます。お時間のある方は、ぜひオブザーバーとしてご参加ください。

3つ目のミッションは、例年5月に開催される都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会の企画立案です。この連絡協議会は、勤務医の抱える諸問題に関し、地域の実情を踏まえ、より実態に即した検討を行うものです。今年度も5月に、「大規模災害と勤務医」、「若手医師の期待に応える医師会の姿」の二つのテーマで協議いたしました。

次に、日医ニュースの「勤務医のページ」の企画立案です。日医ニュースの毎月20日号の第8面に掲載されます。メイン記事と「勤務医のひろば」で構成され、勤務医に係る情報や勤務医の意見、考え方を広く発信する機会、ツールとなっています。今年の2月20日号では、勤務医のページに九州大学の赤星教授が救急医療の課題と救急医の育成について、また、「勤務医のひろば」に救急専門医を目指す若手女性専攻医に寄稿いただきました。また、青森県医師会の樋口常任理事には、昨年の連絡協議会についてご報告いただきました。

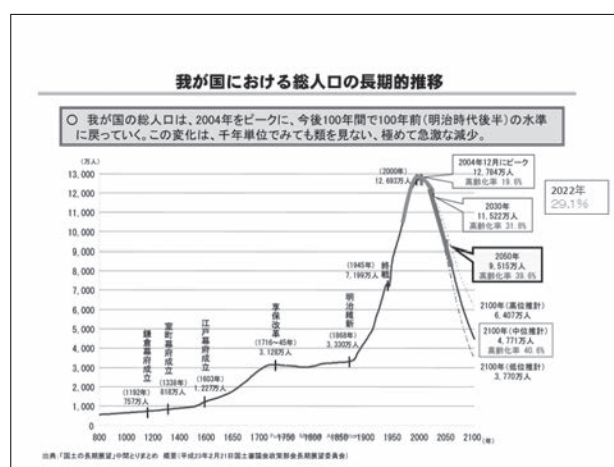
さて、今期は全国の8ブロックから推薦された8名と会長指名の6名、計14名の委員と日医の役員を交えて2年間活動いたします。先日開催されました第1回委員会で、今期の会長諮問「勤務医の医師会活動へのさらなる参画について」を拝受しました。約1年半の間に7回の委員会とメーリングリストを活用したディスカッションを加えて答申をまとめます。

過去の答申で指摘された課題と提案された対応策を整理し、実現に向けて活動することが重要と考えています。勤務医、若手医師、さらには医学生の意識を向けること、意見する場や意見を集約する場の設置、役員や委員会委員への勤務医の登用、所属機関の管理者、上司の理解を深めることなどについて、好事例の情報収集と実効性のある取組みを行いたいと思います。会場の先生方におかれましても、好事例の紹介やご意見がございましたら、ブロック推薦

委員あるいは日本医師会総務課までお知らせいただければ幸いです。

都道府県医師会、郡市区医師会、大学医師会には、勤務医の参画と意見の集約を要請し、ブロック医師会に勤務医の会議体を設置いただき、そこを通じて日本医師会との双方向の意思疎通と情報の共有に努めたいと思っています。

これからのスライドは、福岡県医師会が若手医師や医学生の説明の際に使用しているものです。



緑線の人口増加の時代とこの赤い線の急激な人口減少の時代、同じ医療政策では医療のSDGsはあり得ないでしょう。医療政策も医師会も変わっていかざるを得ないと思います。まさに不易流行です。現在、進行中の医療政策に対し、当事者となる若手医師・勤務医が自分たちの将来に係る重要な課題と認識して意見集約に関わるべきだと考えます。個人の力では意思決定の場に声が届きにくいですが、医師会として大きな束となり国政に訴えることで、医療現場の声を反映した政策の実現につながるはず。

Take Home Message

- ・国民にとっては、誰もがより良い医療が受けられるように
- ・私たち医師にとっては、生涯にわたりやりがいを持って医療に従事できるように
- ・医療政策に提言できる唯一の職能団体である医師会の組織力を高め医師の総意として、適切で強い提言ができるよう
- ・勤務医・若手医師の入会と医師会活動への参画を期待します。

Japan Medical Association
Fukuoka Medical Association

まとめです。国民にとっては、誰もがよりよい医療が受けられるように、私たち医師にとっては生涯に亘ってやりがいを持ち医療に従事できるように、医療政策に提言できる唯一の職能団体である医師会の組織力を高め医師の総意として適切で強い提言ができますよう、勤務医・若手医師の入会と医師会活動への参画を期待します。会場の先生方も、ぜひ地域にお戻りになって、あるいは所属施設に戻られたら、こういった趣旨で進めていただきたいと思います。ご清聴ありがとうございました。

次期担当県
挨 拶
12:05~12:10



次期担当県挨拶

岩手県医師会会長 本 間 博



次期担当県挨拶

岩手県医師会会長

本間 博

(ほんま ひろし)



次期開催県の岩手県医師会の本間でございます。今、動画で出ました盛岡ですが、私が生まれ、育ち、学び、医療をし、そして医師会活動をして、いずれしばらく後に人生を終える町でございます。すばらしい所です。まだ来年ですが、まずいらっしゃいましたら、盛岡駅を出て東の方に向かいます。大体500メートルぐらいで開運橋という70年ぐらい前に造られたアーチ形の橋があります。その開運橋を渡っていただきまして中ほどに着いたら、川の上流と下流をご覧くださいと大体盛岡の感じが分かります。すばらしい風景だと思っております。

本日は、令和6年度全国医師会勤務医部会連絡協議会が盛大に開催されましたことに心よりお喜び申し上げます。また、その大会に参加させていただきましたことに深く感謝を申し上げます。来年でございますけれども、メインテーマでございますが、「勤務医が生き生きと活躍できる場をつくる、混沌を成長の機会に」です。

11月8日土曜日にホテルメトロポリタン盛岡ニューウイングで開催します。このようなすばらしい会を開催されました福岡県大会のように、岩手県もすばらしい会となるよう、役職員一同頑張っております。

岩手県は北海道に次ぎまして2番目の面積でございます。ただ、人口密度は低く、医師偏在指標も全国最低です。これに立ち向かうべく、県立病院の数が全国1位、20件ほどあります。このように、医療提供体制がよくも悪くも特徴がある県です。このような県で開催する会におきまして、全国の勤務医の先生方に全国にも展開できる何かしらの妙案を考えていただければ幸いです。皆様どうぞよろしくお願いいたします。

また、次の話のほうがメインになるかもしれませんが、岩手県は海の幸、山の幸、日本酒、冷麺、わんこそば、じゃじゃ麺などの三大麺と、多くのおいしいものがございます。皆さんが満足していただけるような懇親会を開催いたしますので、ぜひ皆様、お持ちの手帳ですとかタブレットがあれば、11月8日は岩手県と記入していただき、ぜひ岩手県へお越しください、お待ちしております。今日はどうもありがとうございました。よろしくお願いいたします。

特別講演Ⅲ
13:00~13:50

医局改革大作戦
—いかに新入医局員を5倍に増やしたか—

名古屋市立大学整形外科主任教授

村上英樹

座長

福岡県医師会副会長

平田泰彦

医局改革大作戦

—いかに新入医局員を5倍に増やしたか—

名古屋市立大学整形外科主任教授

村上 英樹

(むらかみ ひでき)



平田先生、ご紹介いただきましてありがとうございます。そして、本日はこのような発表の機会を与えていただきまして、一宮先生はじめ関係者の先生方に深謝申し上げます。

さっそく始めさせていただきたいと思います。日本全国82大学の整形外科の専攻プログラムの今年4月の実数、すなわち、今年4月に日本全国82大学の整形外科に入局した数、入局者の数ですが、まず、これによりよく分かるのは、整形外科の全国の入局者数は二極化しています。すぐく入る大学とあまり入らない大学に結構二極化しています。実は5人以下しか入局しない整形外科の医局が半分以上あり、20人以上入局するような整形外科の医局は15大学あります。うちはこの19名ですが、実はこの辺りの大学はもっと入局しています。大体シーリングがありますので、皆さんシーリング逃れをしており、他の大学に医局員を隠しています。ですので、上の方の大学は他の県に入局者を隠しており、もっともっと多くいます。ということで、ますます日本全国整形外科の入局者数は二極化しているのが現状です。

こちらはダーウィンの種の起源です。最も強い者が生き残るのではないです。最も賢い者が生き延びるわけでもないです。唯一生き残るのは変化に適応できる者であるという有名な言葉がありますが、これはまさに医局に繋がります。最も大きい医局が生き残るわけではありません。最も研究を頑張っている医局が生き延びるわけでもないです。色々な変化があります。医療制度も変化します、若者の考え方も変化する、社会制度も社会構造も変化して、倫理観、価値観も変化していく。唯一生き残るのは、そういう変化に適用できるリーダーのいる医局こそが生き残れるのではないかと私は思っています。

私は、抄録にも書いていますが、5年半前に金沢大学整形外科の准教授から名古屋市立大学に来ました。北陸のどんよりとした雲の気候の中から、すばらしい澄み渡る快晴の名古屋にやってきましたが、私の心の中は全く澄み渡っていませんでした。そこに待ち受けていたのは移入教授の悲哀でした。四面楚歌の同門会総会—どんな総会だったかは後の懇親会で皆様にお話したいと思います。たった一人の教授回診で、誰一人私の教授回診に来てくれませんでした。ちなみに金沢大学の整形外科は40人ぐらいの大名行列のような、本当に白い巨塔のような教授回診を行っていましたので、こっちへ来て、私一人ぼっち、誰一人来てくれない、ナースも来ない、一人ぼっちの教授回診で本当に涙が出てきました。そして、年上医局員からは人権侵害と罵られました。

そんな中、私は名古屋に来て2か月間単身赴任し、その後に家族を呼びました。家族を呼んで住んだのが、おんぼろマンション、アパートでした。毎朝、隣の部屋の洗面所の音で起きます。それくらい全く防音なし。そして、すぐ近くには〇〇医大整形外科

ダーウィン 種の起源

「最も 大きい医局 が生き残るのではなく、
最も 研究する医局 が生き延びるでもない
唯一生き残るのは、
変化に適応できるリーダーのいる医局にある」

医療制度
若者の考え方
社会制度・社会構造
倫理観・価値観

の〇〇教授の大豪邸があり、私はその家の前で横断歩道の旗当番をしていました。本当に悲しかったです。息子は小学校5年生で来て、靴を隠され、汚い靴下で家に帰ってきますし、石も投げられました。そして妻からも頻繁に「死にたい」とLINEが来ました。こっちの方が死にたいわと思ったんですが。

このどん底から、いかに這い上がって、来年4月入局者25名、4年連続20名入局の医局を作ったかという話をしたいと思います。

来々4月の
入局者
25名

名古屋市立大学整形外科
入局者**4年連続**
20名超

人の力を活かし伸ばす医局
人と違うことができる医局
人生をデザインする医局
こんな医局どこにある？

公式 Instagram で
医局情報公開中

医局紹介動画

私の医局改革の原点は、学生からのきつい一言でありました。名市大の学生からのきつい一言です。当時、私のことを誰も知りませんから学生に聞きました。「ここの整形外科はどうや？」と聞いてみましたら、学生複数人から言われました。「整形外科に進むなら名古屋大学ですよ」。ちょっと待ってくれよ、こんな大学かと思ひまして、これが私の医局改革の原点になったわけであります。とにかく頑張って改革を進めないといけないうことで、私のことを信頼してくれる年下の医局員3人と大改革を進めたわけであります。

まず、医局改革は大変で、困難を極めました。一人ぼっちの教授回診、さっき言ひましたが、本当に一人ぼっちです。年上の先生方は大問題ですね。教授回診には来ません。私が一人で教授回診していてもナースセンターで仕事していますからね。医局のカンファにも来ない。そして医局費も払わない。勝手にバイト、外勤に行ってしまう、もう本当に。そ

して、寄附講座の私の年上の教授にはもう異動してほしいなと思ひていたところ、寄附している企業が講座を終了したいとおお、いいなと。それを承認したら、突然この教授が信じられない行動に出たわけです。これもまた懇親会でお話したいと思ひます。

医局改革 困難を極めました... ひとりぼっちの教授回診

寄附講座の教授には異動して欲しいな～と思ひていたところ
寄附している企業が講座を終了したいと
それを承認したら
突然、この教授が信じられない行動に・・・

*** 医局の空気を変えるしかない**

新入医局員を増やす

これはもう医局の空気を変えるしかない。それは新入医局員を増やすしかない。もう自分の子分を増やしていくしかないだろう。もうこれしかないという考えに至ったんですね。それで、やるなら説明会だ。整形外科の説明会で魅力をアピール、そして、飲む。飲んで、飲んで、飲みまくる。そして、乾杯をする。とにかく医局説明会を盛大にして、とにかく整形外科のアピールをして、名大よりもいいぞというところをアピールして、とにかく医局の常識、固定観念をぶっ壊すと言って医局説明会を年2回やりました。

2023年 名市大 整形外科 第1回 専門研修プログラム説明会
4月22日(土) 17:30~18:00
うしじま洋食店
名古屋ルーセントタワー1F 052-551-5515

2023年 名市大 整形外科 第2回 専門研修プログラム説明会
7月8日(日) 17:30~18:00
うしじま洋食店
名古屋ルーセントタワー1F 052-551-5515

説明会当日の予定
①研修プログラムについて
②整形外科分野の実践講座
③女性医師の活躍
④連携病院紹介(海内・大連)
⑤教授の座談会

専攻医3年目は大学に問題が大集合!!

名古屋市立大学整形外科
TEL 052-551-8236 <seki@med.nagoya-u.ac.jp>

去年の第1回目の医局説明会は参加者140人です。すごいのは、140人のうち10人しか帰らず、130人みんな二次会に来たんです。もう医局の金がほとんどなくなるという状況でございました。動画をお願いいたします。

(動画上映)

これが去年の医局説明会の模様です。騎馬に乗っているのが私です。エンジェルスの大谷翔平のかぶとが流行っていたので、うちのかぶとをやるということで。お金がなかったのでしょはいかぶとを被っていますが、去年はこんな感じです。1回目の医局説明会ですね。ストップしてください。そして、こちらは今年の4月の第1回医局説明会です。あまりにもたくさん人が来るので、ちょっと人数制限をしました。動画をお願いします。

(動画上映)

場所は同じですが今年もかぶとだったら面白くないので、ビールの着ぐるみにしてみました。とにかく楽しくやる、それですね。もうそれしかないです。次の動画をお願いします。

(動画上映)

ビールの着ぐるみを秘書が買ってくれまして「先生、これ着てください」と言われて、汗だくになりながらビールを注いでいます。これで医局説明会を行ったわけです。

もちろん医局説明会だけではなくて、きちんと教育もやろうということで、脊椎のハンズオンをやったり、マイクロサージャリーで血管を繋ぐハンズオンをやったり、あるいはギプス・シーネ固定のハンズオンをやったり、あるいはエコーのハンズオンをやったり、とにかくうちは教育も頑張っているところを示したわけです。

さらには研修医のための救急・外傷に強くなるセミナーというものも開いて、とにかく研修医をどんどんこっちに引き入れていったわけです。さらには美女コンパニオンもつけまして、2回の医局説明会を基本に、研修医が喜びそうなハンズオンを4月から7月にぐわーっと散りばめ、そして、70以上の愛知県内外の研修医受入れ病院に案内状を郵送し目ぼしい研修医には私自ら手紙やメールを送って頑張りました。

そして、私が行く前は年に5、6人入局する医局でしたけれども、令和2年は11人、そして令和3年12人と大幅に医局員を増やすことができました。そして、もう入局すれば2年間好きな病院に行っていぞと。そして3年目に全員大学に帰ってこいという制度を作りました。そうすると、みんな自分の病院に来てほしいから各関連病院が結構真剣に勧誘してくれました。そして、私の前任の教授の時代は、整形外科は全ての救急車を断っていましたが、これではいけないだろうということで救急車を断らない、そのためにはどうしたらいいか、ということで外傷班を作りました。

さらには、学生に人気があるのはスポーツですね、スポーツ整形です。スポーツ整形の寄附講座を作ろうということで、スポーツ整形の寄附講座を作りました。これからの名市大の整形外科は救急とスポーツで行くぞと力強く宣言したのです。ちなみに私の専門は脊椎のがんです。もう自分の専門はどうでもいいということで救急・外傷を。もう1年半後に日

本最大級の救急災害医療センターがオープンしますし、よっしゃ、外傷をやりたいやつみんな来いと。そして、スポーツもやるぞということで、運動器スポーツ先進医学寄附講座を作ったわけです。

そして、寄附講座を作ったら何をすればいいかなと思ひまして。そうだ、学生の講義にアスリートと呼ぼうということで、アスリートと呼びまくりました。まずは川井梨紗子さんです。レスリングの金メダルを取った川井梨紗子さんがいっぱい金メダルを持ってきて授業してくれました。そして、日本の壁、秋田豊選手です。この人は講義が決まっていたのがコロナで中止になってしまいました。

コロナの時代に入って講義に呼べなくなったものですから、では特別講演みたいなものをやろうということで3年連続日本一の監督、工藤監督をお呼びして講演してもらい、優勝したら日本酒まで送っていただきました。工藤監督は「もう一回行きますよ」と言ってくれて、ちなみに奥さんから「先生、もう一回うちの主人いいですか」と電話が掛かってきて「ああ、いいですけど」と言って、もう一回、ネクタイなしで来てくれました。さらには、寄附講座の開設記念講演会ということで、中日ドラゴンズのレジェンド岩瀬仁紀投手を呼び、徳島大学の整形外科教授とトークショーを行いました。後は、村上佳菜子さんも呼びました。話も上手ですごくよかったです。こうやって、スポーツの寄附講座を作りスポーツ選手をたくさん呼んだわけです。

さらには、寄附講座の社会貢献として愛知県高校野球の県大会全180試合、日本で一番試合数が多い県が愛知県ですが、全試合に医者を派遣するというのをやりました。これは新聞にも大きく取り上げられました。皆さん、覚えていらっしゃるでしょうか。2020年はコロナで甲子園が中止になりました。各県が独自の県大会を模索することになりましたが、その年、全国でも全てのスポーツ大会が中止になりました。柔道、バドミントン、バレー、サッカー、全て高校生のスポーツ大会が中止になっていたのに、なぜ高校野球だけ県大会が行われたのか。皆さん、それは私のおかげですね。

実は私はその時に愛知県高野連の理事長に電話しました。「高校生がかわいそう過ぎる、県大会を何とかやってください」と言って理事長に電話したんです。そしたら、理事長から「先生、そんなもの無理に決まっているでしょう。どうするんですか、このコロナの中で」と言われたので、「全試合に医者を出します。医者も看護師も理学療法士も全試合に出して、コロナ対策をするので、ぜひ開催してください」と言いました。しかし、「いや、先生、マスクもないし、消毒液も……」と言われたので、「それならマスク1万枚を高野連に寄附します、消毒液1,000本寄附します」、「100万円も寄附します」と言いましたら、「そこまで言うなら、じゃあやりますか」ということとなり、愛知県が県大会を全て、1回戦から決勝までやることになりました。そうしたら他の県は1回戦だけやるとかリーグ戦だけやるとか、うちはやらないと言っていた県が全部やると表明して、それでこの年は高校野球だけ県大会が全て行われました。

そしてさらに我々は、名古屋市ジュニアアスリートのメディカルチェックも社会貢献として取り組んでいます。次の医局改革として、医局への奨学寄附金を集めて、医局員の医局費を大幅に減額しました。これはかなり反感を食らいました。金沢から来た教授は金に汚いやつだと、こんな陰口をいっぱい叩かれました。後で分かりますけど、私ほど金に汚くない人はいません。このたくさん集めた奨学寄附金で医局秘書を2名から10名に増やしました。とにかく医局員の仕事を楽にしたい、そのためには医局の秘書を増やそうということで、医局の秘書を2人から10人に増やしました。この女性10人中で私は働いていますから、本当に女性の職場です。

今、病院のタスクシフトが進められていますが、私はタスクシフトが本当に必要なのは医局だと思います。医局ほど雑用の多い所はないです。その雑用を秘書にやってもらい、とにかく医局員の雑用を少なくするというので、医局の秘書を2人から10人と5倍に増やしました。

秘書さんが辞めていかないように最大限のサービ

スをして、気持ちよく働いていただくために、給料は少ないですけども、お昼御飯を全部無料にして病院敷地内のしゃれたレストランのお弁当を毎日秘書さんに提供しています。そして、私のところに来るお中元、お歳暮はもう全部秘書さんに渡しており、みんな喜んで持って帰ります。あと、バンテリンドームのシーズンシートも秘書さんに渡し、秘書さんは気持ちよく働いています。ちなみに、お昼御飯を提供するようになってから、秘書さんは誰も辞めなくなりました。

そして、ホームページを大刷新しSNSに力を入れていこうということになりました。ちなみに、このSNSも全部秘書がやっています。まずはホームページですが、うちの病棟の五大美人をばーんと出して、「うわー、整形外科に入りたいな」と思わせないといけません。そして、お知らせには学生が喜びそうなことをいっぱい書きました。ソフトバンクホークスの工藤監督より優勝のお酒が届きましたとか、ドラゴンズの新田エース2人から応援色紙が来たとか、あるいはギブス・シーネのハンズオンをするぞとか、あるいは救急の整形外科の先生がテレビに出たよとか、そういう学生が喜びそうなのをいっぱい書きました。



私が知らない間に、うちの秘書がこんなのをホームページに載せていました。私はSNSでは「シャンパンおじさん」というので有名になっておりまして、実は私のこの写真が「もちもち医学生」のツイッ

ターでバズりました。このもちもち医学生がツイッターに載せてくれたら、1週間でいいねが1,953回もつきました。おーっということで、さらに彼がもう一回載せました。「やっぱり、色々と進路を悩んだ末に名市大整形のサイトを見ると、ここに入りたいてなる。見た感じ絶対雰囲気いいし、これだけ振り切っているのはとっても魅力的」と書いてくれまして、これが日本全国に知れわたりました。

このもちもち医学生は1.8万人のフォロワーを持っていたんです。何で彼がこんな1.8万人のフォロワーを持っているかといいますと、何とこの1.8万人のほとんどは日本の医学部学生で、なぜかという、もちもち医学生はとてもすごい国試まとめノートをツイッターに上げており、日本の医学部の学生たちはみんなこれを見て勉強しています。彼は小児科、内科、眼科、耳鼻科、全部の国試まとめノートを作っており、日本の全国の医学部生がそれを待っています。そこに私のシャンパンを載せたものですから、日本全国の医学部学生の間で私が超有名な人になりまして名市大整形外科の名前が知れわたりました。これは本当にラッキーでした。

彼はこんなものを作っている、彼を利用しないのはどうかなと、彼を利用しようと思ひまして、よし、もちもち医学生に連絡を取ろうということで、もちもち医学生に連絡を取って、国試対策セミナーをやってくれと言って、愛知県中の学生を集めまして、もちもち医学生の整形外科国試対策セミナーを彼にやってもらいました。喜んで来しました。

さらには愛知県スギ薬局さんとコラボしてスギ薬局さんに国試応援グッズを配付してもらいまして、学生も喜んで帰りました。

ということで、SNSやホームページにも力を入れています。ホームページはもう正直誰も見ないです。今学生はみんなインスタであります。そして、うちのインスタのフォロワーは1,000名を突破しました。ぜひ皆さんにインスタをフォローしていただいて、いいねをお願いいたします。



そして、ホームページを刷新しSNSに注力した後、夏休み2週間を推奨しました。そして、医局研究室を大改装しました。まず、デジタルサイネージを医局に置きました。デジタルサイネージを医局の入口に置き常時動画を配信しました。この動画は全て秘書さんが作ってくれて、季節に応じて背景も全部変えてくれます。できた秘書さんです。



常時 動画を配信(医局をPR)

そして、大看板をこうやって大きく掲げて、そして、さらにはラッピングをしました。暗くて閉鎖的なイメージの医局廊下を何とかできないかと。ただでさえ医局の廊下は暗いのに、節電と言って電気を消しています。こんな暗いところに誰が来るかと思ったので、もっと医局の廊下を明るくしたい、バスや飛行機をラッピングしているのと同じ要領で、うちの整形外科の関連病院の地図を配電盤にラッピングしようということでラッピングしました。これ、いいですね、配電盤。古くなったらこれは貼替えられますし、結構明るくなりました。明るさ25%ぐらいこのコンピューター上で増量したのですが結構明るくなりまして、「おお、すごいな」と言って、みんな見に来るようになりました。



さらには、女性医師も増え女性の秘書さんも増えてきましたので、よし、女性部屋を作ろうということで、女性部屋を造りました。東京でも結構有名なデザイナーに頼んでデザインしてもらったのですが、そのとおりに造ると相当なお金が掛かるということが分かり壁やカーテンを少しけちっていたら、ちょっとしょぼいになってしまいました。でも、女性ですから、洗面場をきれいにし、鏡を大きくして、ここはもう一面鏡を張って、女性がここでくつろげるようにしました。



さらには、医局員と秘書、みんなの心を癒やしたいと思い、何をやったかといいますと、アロマを医局に焚きました。医局を良い匂いにしました。こういうアロマの機械があり、今は、3か月に1回うちの医局にアロマセラピストが来て、アロマを季節に応じて配合し匂いを流してくれます。もちろん春にはアレルギー性鼻炎になりにくいアロマを流してくれたり、本当に効くか知りませんが、夏の暑いときには涼しい気持ちになるアロマを流してくれたりしています。



さらに、2020年春、大変なことになったのは覚えていらっしゃいますでしょうか。マスクがもうどこにもなくなりました。もうどこに行ってもマスクがない、皆が2週間ずっと同じマスクをつけていました。ドクターはつけないと思いますが、医療関係者以外の人は皆が2週間ぐらい同じマスクをつけていたと思います。このマスクが全くない時期に、名市大整形外科の医局には3万枚のマスクを備蓄していました。私は絶対こうなるなと思ひまして、こうなるかなり前から中国からマスクを輸入し医局に3万枚のマスクを備蓄して、よっしゃ、なくなれ、なく

なれ、世の中どんどんマスクなくなれと願って、もう限界ですみたいなアベノマスクが支給された頃に、医学部学生と事務員に医療用マスクを1万1,000枚配りました。そうすると「整形すごい、何でこんなマスクあるんや」と言って、医学部学生は大喜びです。医学部の事務の女の子達は皆にマスクを配りまして、整形外科はやはりすごいなという感じになりました。

そして、医学部学生のために忘年会を整形外科で企画しましたが、これはいまいちでした。さらには医学部内にたくさんの整形外科ポスターを貼りまくりました。広報活動、PRはむちゃくちゃ大事です。医局入口のデジタルサイネージやラッピングに加えてポスターも貼る。医局廊下にもポスターを貼る。3枚似たようなのを貼ると効果的です。医学部医局棟の入口の掲示板、1年生から6年生の掲示板にももちろん貼ってあります。何月何日何々があるというのを普通は貼りますが、うちは名市大整形外科のコマーシャル、こんなのを貼ってもいいのかなと思ひましたが、こうやって貼ってあります。



この貼る場所も微妙に私が夜、場所を変えていて、わざと白衣授与式の下にこうやって貼りました。白衣授与式の下に貼りますと、白衣授与式の写真を見た人は間違いなくこっちも見ますし、あれ、白衣授与式を主催したのは整形外科なのかなと皆が勘違いしますね。こういう貼り方を工夫して、私が夜に全部貼替えています。生協食堂は全部の柱に整形外科

のポスターが貼ってあります。ただ、柱を見る人はあまりいないので、生協で一番みんなが行く所はどこだと考え、そうだとお茶の所だと思い、こんなお茶のところに整形のポスターを貼ってあります。よし、これでみんな見るだろうと。

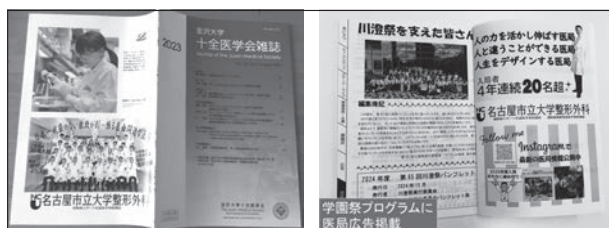


さらには基礎棟にも貼りました。むちゃくちゃ目立ったところに貼ってあるじゃないですか。これは私が夜に、関係ないやつを全部こちら側に追いやまして、一番目立つ所にうちのポスターをぱーんと貼りました。そして、誰もが注目するポスターの貼り方、これは100人がみんな見ますよ。わざと破って貼るんですね。わざと破って貼る、これは絶対皆が注目しますから。こんなに四隅をきちんと留めてありますから、誰かが破ったわけではないというのがよく考えればすぐ分かります、破られて四隅をきちんと貼る人は誰もいないですから。これを自分でびりびりと破って、こうやって貼ったら、結構みんなが注目して、同情を買うんですよ。



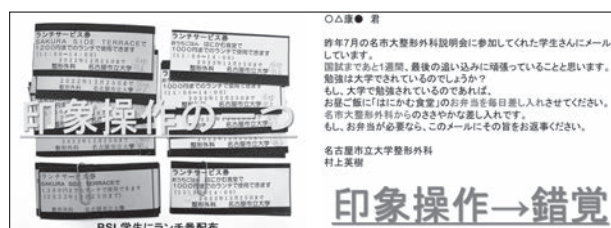
さらには学生更衣室にも貼りました。とにかくポスターを貼って印象操作です。整形外科すごいなと。そして、私は金沢大学出身です。金沢大学の学生OB全員に配られている十全医学会雑誌の裏表紙に何か名市大整形外科の広告を載せています。そして、学園祭プログラムには当然載せています。編集後記の横に載せています、これはみんな見るだろうとい

うことで。



とにかく広報は実は、むちゃくちゃ大事です。整形外科すごいと何か錯覚させるんですね。これはコマーシャルと一緒にです。全然すごくなくても、皆がすごいと思ってしまいます。そして、うちの医局秘書10人中2人が大企業の広報部出身なので、ポスターや動画は全部秘書が作ります。ちなみにうちの秘書は忘年会で、医局の1年の動画まで作ってくれますので医局員は本当に雑用を何もやっていません。

さらにはBSLで回ってきた学生には整形外科からランチ券を配付しています。すごいですよ。これも整形外科すごいなと思わせるという印象操作の一つです。さらには、大体国試前になると6年生は大学で勉強しますね。大学で勉強している学生に国試まで1週間、おまえら頑張れやということで、整形外科から弁当を毎日差入れるということもやっています。整形外科すごいなということで。おまえらコンビニの弁当よりもこの栄養ある弁当食べろということで。こういうこともやって、とにかく整形外科すごいなと錯覚させるんですね。これは本当に効きます。



さらには、コロナの時に皆がアルバイトができなくなってお金に困りました。ですので、私は愛知県出身医学部学生応援基金というのを全国にばーっと、誰でもいいぞということで、バイトができなく

てお金に困っている学生はいつでもお金を貸してやると。出世払いでいいからということで、こういう基金を作りました。2人だけ借りに来ました。

こんなこともやりました。日本整形外科学会は野球大会がありますが、東海地区予選は16年連続で名古屋大学が勝っていましたので、もう許せんと思ひまして、お前ら皆で野球を頑張れということで、16年連続地区予選敗退している野球部を叩き直して、名古屋大学に2年連続で勝って優勝を飾りました。ちなみに、私は野球部出身なのでサインは全部私が出しています。

これはちょっと医局改革とあまり関係ありませんが、常勤5名の遠方の関連病院から完全撤退し、関連病院を全て名古屋市から通勤圏内にしました。これは結構怒られました。それでも安心して名古屋に帰ってこいと、学生は初期研修医に言いました。今は子供が少ないですから、絶対に親の介護とかも困ります。親が手術になった時、誰が説明を聞きに行くんだということになりますので、やはり親の近くにいた方がいいですし、最近の若い人達はそういうのを魅力に感じますので、そういうことで、かなり遠方の静岡、東京や神奈川に近いところの病院を完全撤退しました。



そして、撤退するだけではあれなので、名古屋近郊の6病院を関連病院に加えました。いっぱい加えました。こういう所に1人や2人出したわけではなくて、7人、7人、5人、3人、2人、1人と出し

ました。そして、さらには大学も29人整形外科医がいましたが今は39人にしました。とにかく大学の雑用を減らそうと考え、医局員を増やせば雑用も減るだろうということで、とにかく医局のタスクシフトを進め、うちほど雑用の少ない医局はないぞと持っていました。

後は自由な医局に大改革です。留学、飲み会は自由、国内・海外留学を推進しました。医局を飛び出して挑戦する医局員は応援するぞということで、留学はいつでも、どこでも、いつまでも自由です。そして、留学理由も自由。今1人、サーフィンをしたいということで沖縄に留学しています。飲み会も自由、いつ来ても、いつ帰ってもいい。いつ来ても、いつ帰ってもいいということになると本当に盛り上がります。

医局改革 国内・海外留学の推進

医局を飛び出して
挑戦する医局員も応援する

留学

留学理由も……自由！

いつでも！
どこでも！
いつまでも！

ということで医局を改革しまして、次は同門会の改革を少しお話したいと思います。最初の同門会総会で移入教授は全く歓迎されていないことが分かり、こちらでも困難を極めました。教授会に出たら隣の内科の教授から「先生のところの同門会は伏魔殿やぞ」「えっ、本当ですか」と。まさに伏魔殿でした。同門会員の会費未納100名以上いたのを整理し、幹事会も大改革、幹事総入れ替え、遠方の関連病院から撤退。そして、辞意を表明していた、ある医療センターの優秀な部長を慰留させました。ここから流れが変わりました。さらに破門になっていた2病院を関連病院に復帰させて、後は同門会誌をむちゃく

ちゃ豪華にしました。同門会誌はやはり医局の顔ですから、これを豪華にしました。さらには大学貢献も頑張ったわけです。

タイのコンケン大学と私は親しくしていましたので、医学部間交流協定を医学部長と一緒に結びに行き、今では5年生を選択実習のBSLでコンケン大学に派遣しています。今は、97人のうち20人ぐらいが希望するので、私が面接して15人ぐらいに絞り行ってもらっています。学生に行ってもらい、私のコンケン大学の子分である彼に、とにかく整形外科に興味を引くように学生を持っていけと裏でお願いしてあって、タイに行ったら飲み会の連発です。飲み会が辛い人は行ったらいけないということにしてありますので飲み会が連発です。

さらには医局員も次々にタイのコンケン大学に留学させ、実験しているのかと思いきや、ビールを飲んでいる写真ばかり送ってきます。彼はもう帰りたくないと言って、今でもずっとタイに住んでいます。まあいいかと思っていますけど。



5年生をBSL実習でコンケン大学整形に派遣
医局員を次々にコンケン大学整形に留学

後は70周年記念事業というのが私が就任したらすぐにあり、就任早々小腹で100万円寄附しました。教授から何にも金が集まらないと言われて、教授は全員必ず10万円払ってくださいと言われ、そんなもん100万払ってやるわと思い100万円払いました。さらに講師は5万円、助教は3万円払いなさいと来たので、もう医局から全部払うからおまえら全員払わなくていいぞということで、医局員の寄附を不要に

しました。

そして教授就任祝賀会ですが、整形外科の教授を全国から一切招待せずに金沢大学の恩師すら招待せず、そして、コロナ前ですから、名市大教授の先生方を無料で招待して、名市大愛を示して、医局費を無駄にしないということを同門会に示しました。医局員、同門会員、名市大教授陣の信頼を一気に勝ち得ました。医局費はやはり医局員の汗と努力の結晶ですから上層部の個人的な交友費に使っては絶対駄目です。

ということで、医局改革は大成功を収めまして、今は楽しく自由でアットホームな医局になっています。就任時に学長室で、毎年10人ぐらい入れたら大したもんやと言われましたが、すぐに10人以上入ったので、3年目には15人を目指すぞと言いましたが19人入ったので、私が就任してから新入医局員が110人を超えました。元気があれば何でもできるのではないですけども、人が増えれば何でもできます。何でもできれば人は集まるんですね。名市大の整形外科、私が就任前は5、6人でしたが、もううなぎ登りです。そして、さらには途中入局というのも今はポツポツといまして、2023年には新人が18人、そして途中入局2人で、2年連続20名入局、今年の4月に22人入って3年連続、そして、今年の4月には25人入りまして4年連続20名入局の医局をつくり上げました。

名古屋大学整形外科
毎年春・夏に医局説明会開催
～入局者4年連続 20名超の勢いを肌で感じていただきたい～
入局者 4年連続 20名超 医局満足度 平均92%
来年4月の入局者 **25名**

これを勤務医のページに載せていただき、本日こ

のような機会をいただきました。日医オンラインにも載っていますので、ぜひ見てください。私の記事の閲覧数は今もう3万8,000回を超えています。今日の朝は3万8,813回でした。ここに医局員を増やした15の秘策を載せました。

医局員を増やした15の秘策	
1. 救急外科とスポーツ整形外科に注力	学生人気の高い分野に注力、外傷科を新設
2. スポーツ関連専門講座を新設	トップアスリートの講演会を次々開催
3. 関連病院を名古屋から通勤圏内に	遠方の関連病院から撤退
4. 専攻医プログラムを魅力的に	入局後2年間の病院は自由選択 3年目は同期全員が大学
5. ハンズオンなど教育セミナーの充実	
6. 盛大な医局説明会を年2回開催	私は党をかぶって医局員の騎馬で入場 昨年は210人が参加
7. 医局のプロモーション活動	医局マスターを医字部の至る所に貼付 整形外科は遠いと錯覚させる
8. 医局の環境整備	デジタルサイネージで医局紹介動画配信 大看板の設置 配電盤に関連病院地図をラッピング
9. 女性に優しい医局に	デザインナーによる女性部室を新設 医局にアロマを焚く
10. 医局秘書増員	秘書を2名から9名に増員し医局員の雑用を極力減らす
11. 留学を自由に	サーフインしたい医局員を南の島へ留学
12. 医局費を減らし夏季休暇を2週間に	
13. 医局の飲み会は自由参加	冠層や中途退席もOK
14. 医学生への労い	学生忘年会を企画、BSL学生にランチ券配布 国試勉強学生に弁当差し入れ コロナ禍にマスク1万枚配布、困窮学生に応援基金制度開設
15. SNSの充実	特にInstagramの充実

最後に、私の考える主任教授としてのリーダーシップをお話して終わりたいと思います。リーダーとして絶対やっていけないこと、「己の欲せざるところを人に施すことなかれ」、嫌なことを医局員や医局長にやらせるのはもっての他です。そして一番大事なことはこれです、「自分にとっての当然を他人にとっても当然と思うことなかれ」、俺はこんなに苦労してきたんだからお前も苦労しろよ、というのは今の時代では絶対駄目です。昔の当然は今の当然ではありません。俺はこんなに苦労してきたのに何でおまえはやらのやというのは絶対口が裂けても言ってはいけません。

これからのリーダーはどうあるべきか。まず、上司が何を考えているか分からない、そんな上司は駄目です。上司の顔色を伺わないといけない、そんなリーダーは駄目です。昔はよかったのですが、今の時代は駄目です。

今の時代は、とにかく新庄監督のように明るく、楽しく、そして奇抜でないと駄目です。奇抜なアイデアを次々に出して、医局員も楽しめる、それが大事です。そして、栗山監督のように部下を愛し、信ずる、そういうリーダーが本当のこれからのリー

ダーだと思っています。

ということで、医局のリーダーはどうあるべきか。私は「皆の太陽でありたい」と思っています。太陽ですから、医局の雰囲気明るくしないといけません。みんなにエネルギーを与えないといけないのです。みんなに光を当てて照らさないといけないです。自分はどんなに苦しくても光り続けなければなりませんので、孤独ですし、教授は忍耐力が要ります。自分の身を削ってでも毎日光り続けなければならないです。

しかし、医局員の太陽にならないければ医局のトップは務まらないと私は思っています。リーダーとして、太陽が輝き過ぎては駄目です。教授が目立ち過ぎたら駄目です。自己顕示欲は捨てるべし、太陽が光っているのは皆のためです。私も主任教授になったらもう業績なんて要らないですよ。後は、いかに医局員に光を当てるかを考えるべきだと私は思います。私は穴の空いた靴下を履いています。穴の空いた下着も着ています。夏は涼しくていいですよ。破れたスーツを着ていました。これは新しく買いましたが。しかし、医局員には金は惜しまない。これが大事です。

リーダーとして

**太陽が輝き過ぎてはダメ
自己顕示欲は捨てるべし
太陽が光っているのは皆のため**

主任教授になったらもう業績なんて要らないですよ
いかに医局員に光をあてるかを考えるべき

穴の開いた靴下
穴の開いた下着
破れたスーツ

**医局員には
金を惜しまない**

私は教授就任3周年に医局員、医局秘書、医局事務の47人にスタバカードを配りました。大体スタバカードは2,000円から3,000円入れて配りますが、そんなことしても誰の心にも残りません。私は全部のカードに1万円ずつ入れて47人に配りました。教授

就任5周年は、皆さん安らかに眠ってほしいと思ひまして、私が監修している枕を医局員全員に配りました。皆様、眠れない人は私に言ってください。この枕はなかなか良い枕です。

そして同門会の会計予算では教授寄附を新入医局員勧誘費にどかーんと使い、移入教授がここまですれば同門会も黙るだろうということで、私は決して金に汚い教授ではないということを示しました。

さらに私は、むちゃくちゃ弱いドラゴンズのシーズンシートも買っており、これをまた配りまくっています。これは勧誘に効果絶大です。大体、整形か何かで迷っている人にバンテリンドームのシートを2枚ペアで渡したら必ず入ります。

ということで、九州医事新報に書きました。「私は、日本一威厳のない教授が作る家族のような医局」を目指しているわけです。医局員達は自由な意見を言い、私はそれをおおらかに受け入れる、まさに自由闊達な名市大を目指しているわけです。威厳がないというのは、威張っているということではありません。若い医局員が思ったことを教授にも素直に、率直に伝えてくれる、そういう威厳のなさを目指しています。

名市大整形では出る杭は絶対に打ちません。引っこ抜いて、さらに伸ばす。そして、医局員の駄目な所を取り上げて非難するのではなく、得意分野を見つけ出して、それを生かせる職場を与える、これが教授として一番大事です。我々は医局員の多様性を求めて働き方の多様性を尊重しています。



医局廊下のポスターにも書きました。とにかくうちの医局は人の力を生かし、伸ばす医局、人と違うことができる医局、人生をデザインする医局、こんな医局はどこにあるかということで、ポスターにも書いているわけです。

教授の夢や目標は何ですかということをよく聞かれます。私に夢や目標、何にもありません。無くていいと思っています。1つの目標に向かって医局員が一致団結したら多様性が無くなるじゃないですか。教授がこの研究をやって、よし医局員の皆でここに行くぞ、世界の頂点を目指すぞと言ったら、論文を書けないやつは要らない医局員ですか。じゃないですよね。論文を書けないやつでも、臨床が得意なやつもいる、手術が上手いやつもいる、患者さんに本当に優しい人もいる、それでいいと思います。論文だけ書けるやつが重宝される医局では駄目だと私は思います。医局は、あくまでも医局員の個々人の夢や目標を支援する存在であって、その夢や目標には多様性があるから当然ですから、論文を書くやつだけが重宝されるような医局では駄目だと思っています。

そして、医局員が医局の奴隷になるのではありません。医局員の夢や目標を支援するものがまさに医局で、それが家族のような医局です。企業ではありません。企業や会社だと、社長が理念やビジョンを示しますね。でも家族って、そんなビジョンや理念を示すお父さんはいないですよね。医局もそれと一緒にいいと私は思います。皆がそれぞれ、子供たちに色々な夢や目標がある。それを教授が応援してあげる。そういう医局、これがまさに次世代の医局だと私は思っております。

ということで、新庄監督は、ファンは宝物と言いました。私にとって医局員は宝物でございます。この宝物をこれから大切に磨き、育てて、ダイヤモンドのように光るような医局員にしていきたいと思っています。どうも、ご清聴ありがとうございました。

平田（座長）：村上先生、すばらしい医局改革、同門改革の御講演を本当にありがとうございました。私もついつい先生の漫談のようなお話を聞き入ってしまいました。先生のリーダーシップ、やる気、それから、医局愛の三つがあってなし得たお仕事だと思いました。また、先生のお話は医局だけではなくて、様々な組織に応用できるようなお話ではないかと感じました。今後とも先生、健康に御留意されまして、新たなアイデアを次々にあふれさせて、さらにパワーアップしてお仕事を続けていかれることを祈念しております。本日は大変お忙しい中、御講演賜りましてありがとうございました。

シンポジウム I

13:50~15:30

シンポジウム
共通テーマ

組織力強化に向けた勤務医の意見集約と実現

様々な立場からの声

【大学病院】	久留米大学病院病院長	野村政壽
【基幹病院】	国立病院機構九州医療センター 広域災害・救命救急センターセンター長	野田英一郎
【へき地医療】	公益社団法人地域医療振興協会 飯塚市立病院内科科長	長澤滋裕
【若手医師】	ジュニアドクターズネットワーク国際担当役員 帝京大学医学部附属病院循環器内科	岡本真希
座長	日本医師会勤務医委員会委員長 福岡県医師会副会長	一宮仁
	日本医師会勤務医委員会委員 香川県医師会副会長 香川県済生会病院病院長	若林久男

座長

日本医師会勤務医委員会委員長
福岡県医師会副会長

一宮 仁

(いちみや ひとし)

日本医師会勤務医委員会委員
香川県医師会副会長
香川県済生会病院病院長

若林 久男

(わかばやし ひさお)



一宮： それでは、シンポジウム I を開始したいと思います。座長は福岡県医師会の一宮と香川県医師会の若林先生です。よろしくお願いいたします。

若林： 先ほどの特別講演Ⅲは誠に面白い講演でまだ熱が冷めないところですが、シンポジウムを進めていきたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

シンポジウム I は、シンポジウムの共通テーマとしております「組織力強化に向けた勤務医の意見集約と実現」について、様々な立場からのお声をお伺いしたいと考えております。

それでは、時間もございますので早速ですが講演に入らせていただきます。なお、演者の略歴紹介につきましては抄録の掲載に代えさせていただきます。また、フロアからの質疑につきましては、シンポジスト全員にご講演いただいた後にディスカッションの場を設けておりますので、その時にご質問いただくようお願いします。

一宮： それでは、最初の講演は、久留米大学病院病院長の野村政壽先生より「大学病院改革と医師会」と題してご講演いただきます。野村先生、よろしくお願いいたします。

大学病院改革と医師会

久留米大学病院病院長

野村 政壽

(のむら まさとし)

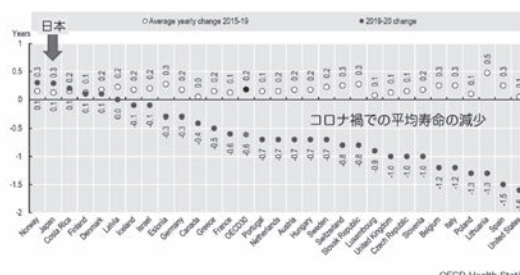


皆さん、こんにちは。久留米大学病院病院長を務めています野村と申します。少し遅れて会場に到着したので、村上先生の熱い講演を途中からでしたが、楽しく拝聴いたしました。私も医局運営に関する村上先生のお話に共感するところがありました。さて、私からは、大学病院改革と医師会というタイトルで話をさせていただきます。大学病院の立場から医師会に期待すること、そして我々が果たすべき役割について、現在の医療制度改革と関連づけながらお話させていただきます。

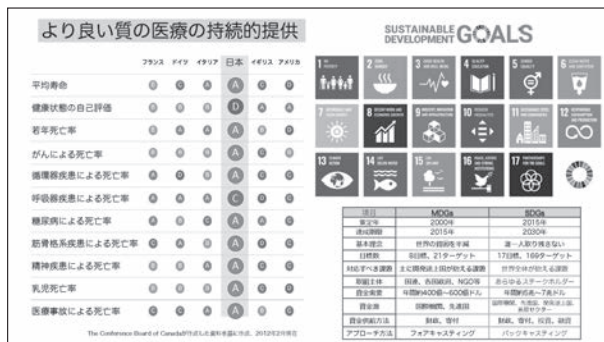
冒頭は、若い先生方に向けてお話しします。現在、日本の国民医療費は46兆円を超え、GDP比ではOECDで5番目に高い水準です。65歳以上の人口1人あたりの医療費は年間77万円に達しています。しかし、医師数はOECDの平均よりも少なく、特に女性医師の割合は非常に低いです。その一方で、健康状態がよいと自己評価する人の割合は半分以下にとどまっており、受診回数は多いものの、乳がん検診の受診率は低いという矛盾があります。これは、国民全体の健康リテラシーの低さを物語っており、医師会の役割として、リテラシー向上が求められます。また、人口当たりの病床数や医療機器の保有数は多く、それに伴って病院で働く医師の負担も大きいというわけです。65歳以上の高齢医師の割合も増加しており、現場の持続可能性に課題があります。

しかし一方で、日本はコロナ禍においても平均寿命が伸びた数少ない国の一つであり、ノルウェー、フィンランド、デンマークなどの北欧諸国と並んで評価されています。

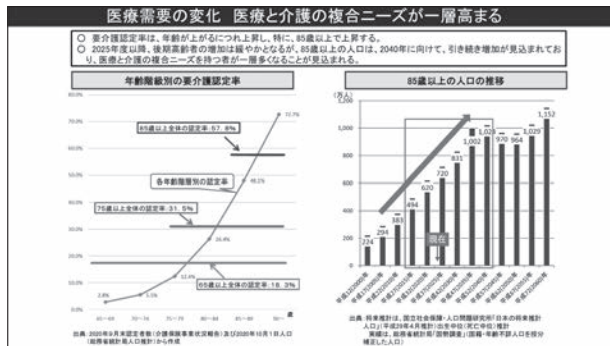
しかし、コロナ禍で平均寿命が伸びた数少ない国の一つ！



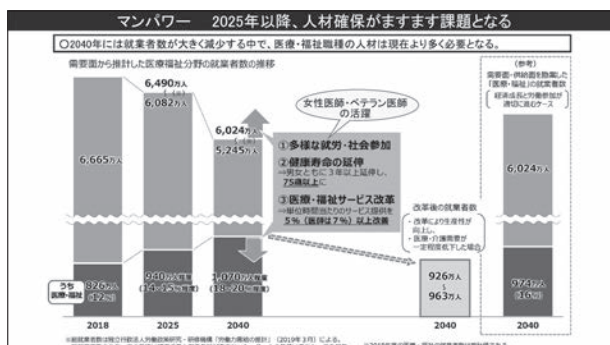
この事実は、日本の医療制度が国際的に高く評価されている証左です。では、今後どうあるべきか。SDGsの観点から、「誰一人取り残さない」持続可能な医療提供体制の構築が必要です。



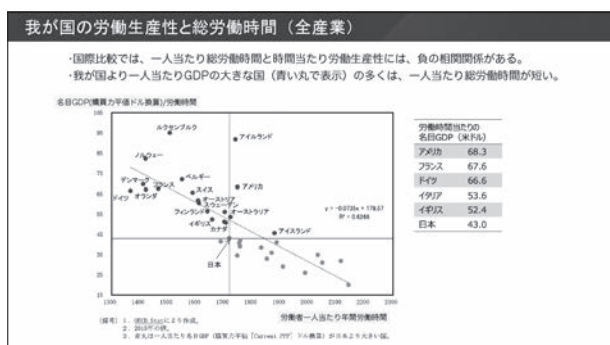
既に超高齢化社会に突入しており、75歳以上が2,000万人、85歳以上が10人に1人という時代です。したがって、高齢者医療においては、急性期医療のみならず、フレイル予防や併存症管理、介護予防が重要なテーマとなります。



要介護率は85歳を超えると実に60%に達し、今後さらに高齢人口が増える中で、医療のニーズも質的・量的に変化します。これに対して、就業人口は減少しており、医療・福祉の需要増にどう対応するかが大きな課題です。そのためには、多様な就労形態や社会参加の促進、そして健康寿命の延伸が求められます。そして、医療の効率化には、女性医師やベテラン医師の活躍が鍵を握ります。



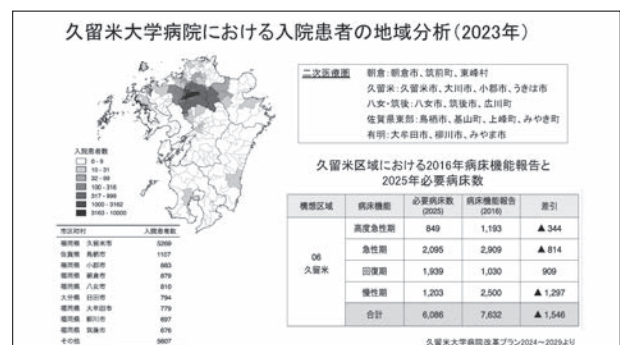
全産業を対象に、横軸に労働時間、縦軸にGDPをとると、このように右肩下がりの直線関係にあることから、働けば働くほど生産性効率が悪い。だから働く時間を短くするというのは非常に短絡的な発想です。



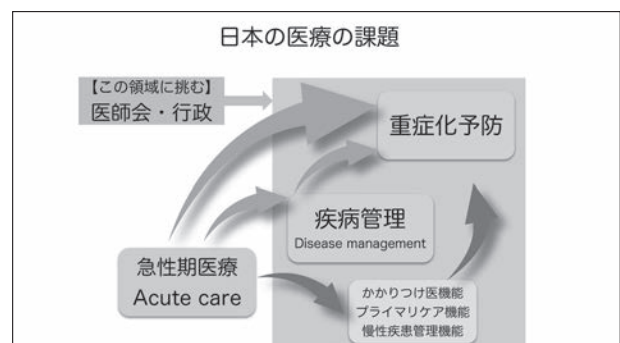
医療界における労働生産性の議論では、単純な労働時間短縮だけではなく、医療の質とアウトカムを重視すべきです。日本人医師1人当たりどれぐらい収益を上げているか計算してみると、実はOECDの平均よりも高いことが分かります。日本の医師の生産性が低いという評価は、誤解に基づいている可能性があります。

次に、地域医療構想についても触れておきます。

医療機能の分化と連携、働き方改革、医師偏在対策の三位一体で進められていますが、現状では進捗が十分とは言えません。久留米地区では、急性期病床が過剰で回復期病床が不足しており、これは全国的な共通する課題でもあります。

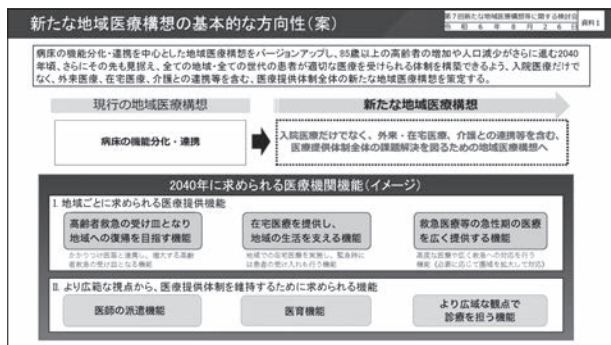


高齢化社会における医療の課題として、急性期医療に加え、疾病管理、重症化予防がクローズアップされています。その解決に向け、かかりつけ医の重要性が増しており、行政や医師会の関与が不可欠ではないかと思えます。

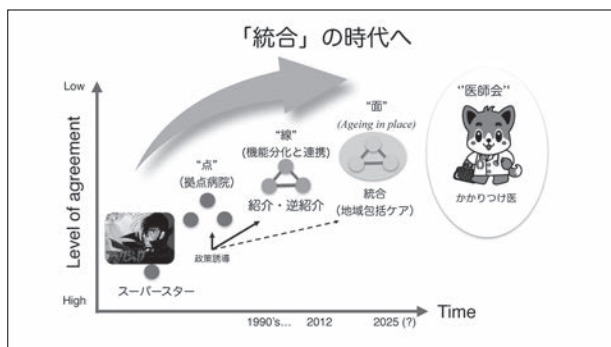


令和6年8月に新たな地域医療構想の基本的方向性が示されました。これからは在宅も含めた介護連携、様々な地域のニーズに沿った地域医療構想を推

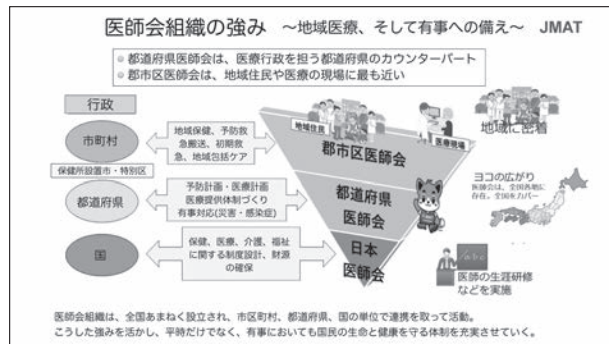
めていくこととなります。その過程で病院機能の明確化が求められており、大学病院は、より広域な視点で診療を担う機能、医育機能、医師の派遣機能などの役割を担う医療機関として位置付けられています。今後は、医療機関の機能を明確化していくことによって、持続可能な医療提供体制を確保していく必要があります。



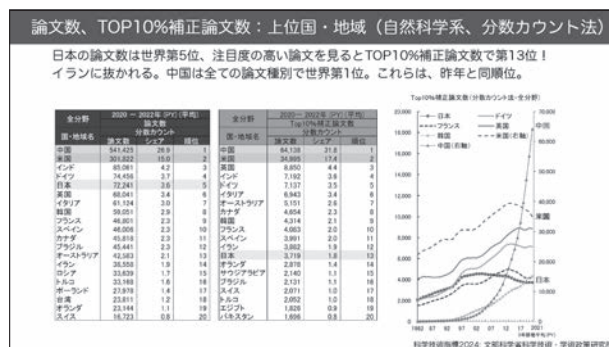
かつてはブラックジャックのようなスーパードクターが主役でしたが、現在は医療機関の連携、さらに地域全体で支える仕組みへと進化しています。医師会はこの「面で支える」医療の中心的存在です。これが医師会の大きな役割であり強みだろうと思っています。



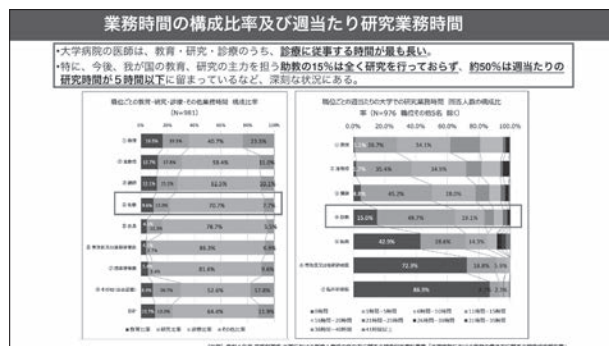
日本医師会には様々な支部があり、都道府県、そして郡市区医師会に分かれ、それぞれ行政とも連携しており、地域医療、そして有事への備えも果たしています。



働き方改革に目を移しますと、久留米大学病院は、労働時間管理を徹底し、現在は連携B水準ですが、2035年に向けA水準の達成を目指しています。研究時間の確保も課題であり、診療の効率性を上げ、診療時間を減らすことで教育・研究の時間を増やす必要があります。

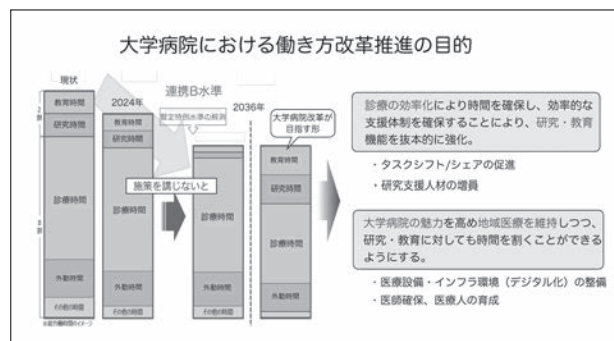


論文数の国際比較のデータです。日本の論文数は世界5位に止まっていますが、トップ10%補正論文数では世界13位です。国民一人当たり換算するとさらに低下します。



大学病院の医師は、診療に従事する時間が最も長く、助産の15%は全く研究を行っておらず、約50%は週当たりの研究時間が5時間以下に留まっていま

す。大学病院の働き方改革では、教育・研究時間を確保するために診療時間をさらに減らしていく必要があります。



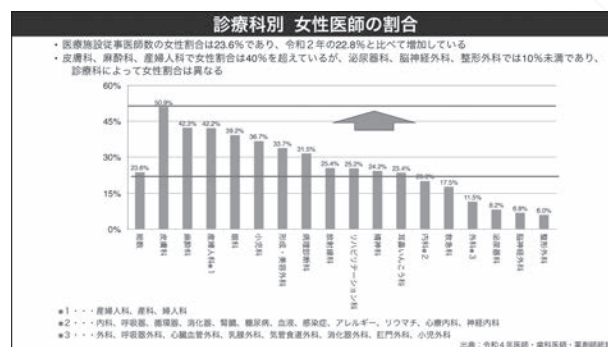
そのための施策として、タスクシフトとデジタル化（DX）の2つが鍵となります。

女性医師や高齢医師の活躍推進も、持続可能な医療提供の実現には不可欠です。多様な就労形態を提供することも働き方改革を進める方策です。

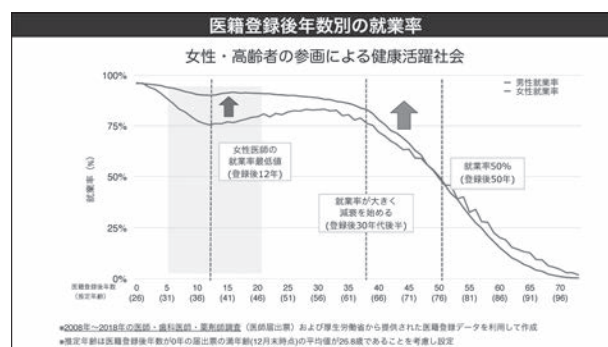
先ほど多様性という話を村上先生もおっしゃっていましたが、ダイバーシティ・エクイティ・インクルージョン（DEI）の推進は、医療現場の活性化や成果の向上につながると考えられています。



したがってこれからは、医局運営も同様ですが、健全な病院運営のためには、職種、性別、年齢にかかわらず、個々人の能力を最大限に発揮させることに注力すべきだろうと思っています。



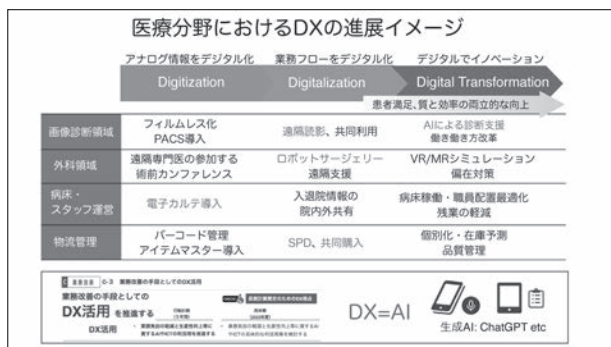
診療科別女性医師の割合にはばらつきが見られますが、そもそも女性医師の総数が24%程度であり、OECDの平均は50%であることから、医療界全体で女性医師が働きやすい環境に変えていく必要があります。



医師登録後の女性、男性の就業率を示したものです。女性医師は、10年目ぐらいに妊娠・出産等があり就業率が減少します。また、65歳の定年で全体が大幅に減少します。医療界においても、女性、高齢者の参画による健康活躍社会というのが期待されます。

大学病院改革プランでは、地域との連携、労働時間の短縮、DXの推進、女性参画、医師派遣の強化が柱となっています。大学病院は高度医療の提供、医療人材育成の役割を担うとともに、行政、都道府県医師会と連携し、地域における医療政策の策定や運営においても一定のリーダーシップを発揮することが求められています。

次に、この先にある医療ということで少し明るい話をしたいと思います。医療分野におけるDXのイメージです。



現在、多くの病院では電子カルテ、遠隔読影やロボット手術といったプロセスのデジタル化が進んできました。DXとは、イノベーションです。これから我々は、生成AIを活用した、問診、カルテ記載、データ解析、退院サマリー作成などの実装に大学病院として取組んでいかなければなりません。

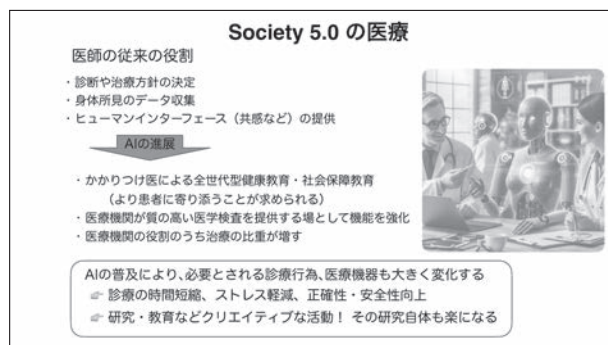
国が目指すSociety5.0とはどのような社会でしょうか？1.0の狩猟社会から、農耕、工業、情報社会を経て、AIが登場し、第4次産業革命が起こりて5.0へと進化しています。すなわち超スマート社会がSociety5.0です。知らぬ間に自分の情報が収集され、行動変容を含めて病気を防ぎ、あるいは早期に発見し、健康で幸せな人生を皆が享受できる社会だろうと思います。

久留米大学同窓会会長の横倉先生が日本医師会会長をお努めの令和2年に「Society5.0における医師会」という論文をまとめられています。皆さん一度目を通されることをお勧めいたします。この中で、Society5.0において医療者にとって重要なことは、全員が共感する理念をもつことであり、その理念は、医療というのは国民の健康と生命を守る社会的共通資本だということが記載されています。

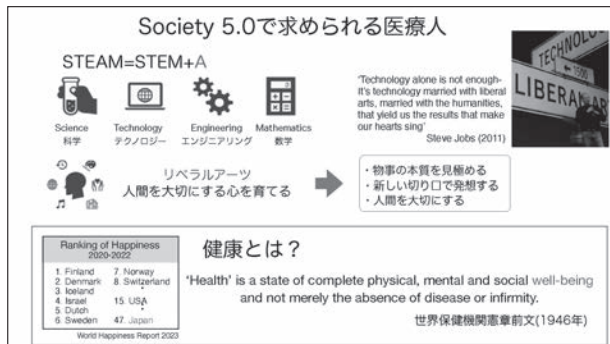


さて、Society5.0はどうなるのでしょうか。これは誰も分かりません。想像するに、多分、医師の従来の役割—診断、治療方針の決定、データ収集、そういったものがAIに置き換わっていくだろうと思います。したがって、医者の仕事がなくなるか。そうでは全くありません。逆に、かかりつけ医による全世代型健康教育や社会保障教育、もっと患者に寄り添うことが求められる時代が来るのではないかと考えています。そして、医療機関はもっと質の高い医療検査を提供する場として機能が強化されていきます。そして、より治療に比重が移っていくだろうと思われます。

したがって、AIの普及によって、実は診療時間が短縮します。ストレス軽減、生活性・安全性が向上し、余った時間をクリエイティブに使う、これが新しいSociety5.0の医療になっていけばいいなと思っています。



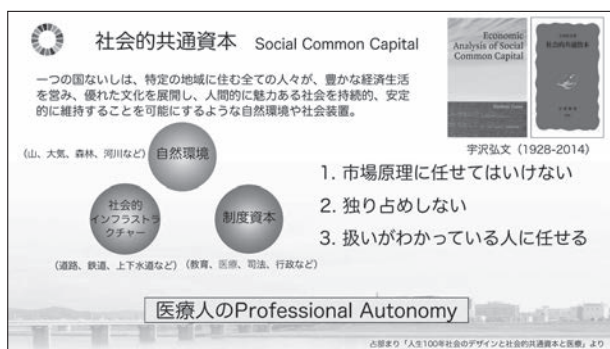
さて、こういったSociety5.0で求められる医療人には、STEAM教育、STEMプラスA、リベラルアーツが必要です。スティーブ・ジョブスはテクノロジーにヒューマニティ（人間性）が加わることで心が踊る結果が生まれると述べています。新しい切り口で発想する、人間を大切にする、そういった医療人を育てるべきだと思っています。



一宮（座長）:野村先生、ありがとうございました。

最後に、日本は幸福度ランキングで47位と低位であることに触れ、「真の健康」とは何かを考える機会にしたいと思います。

「健康とは」、これはWHO憲章の前文に記載があります。「身体的、精神的、そして社会的ウェルビーイング」であり、ただ単に病気がないことではないと定義されています。このウェルビーイングの実現こそが、医療の目指すべき姿ではないでしょうか。先ほど触れた「社会的共通資本」という言葉は、宇沢弘文先生が紹介されています。ご存じの先生方も多いと思いますが、非常に感銘を受けましたので、紹介したいと思います。



社会的共通資本とは自然環境や社会的インフラストラクチャー、制度的資本としての教育、医療、司法、行政のことを指します。社会的共通資本としての医療は、市場原理に任せず、扱いを理解した医療人が主導する必要があります。我々自身が主体となって働き方改革や地域医療構想を進めることが、未来の医療を支える礎となるものと確信しています。私からの話はこれで終わりたいと思います。どうもご清聴ありがとうございました。

基幹病院がかかえる問題とその対策

国立病院機構九州医療センター広域災害・救命救急センター
センター長

野田 英一郎

(のだ えいいちろう)



一宮先生ご紹介ありがとうございます。国立病院機構九州医療センター広域災害・救命救急センターの野田と申します。抄録には書いておりませんが、平成7年卒でございます。野村先生のお話は非常にアカデミックで品のあるお話だったんですけど、私のお話はどちらかと言うと私の個人的な愚痴になってしまって、基幹病院がかかえる問題点というよりは、当然私の病院が基幹病院を代表しているわけでもなくて、私自身が国立病院機構九州医療センターを代表しているわけでもございませんので、当院がかかえる問題点を個人的に考えてみたということになるかと思います。半分以上が愚痴のような形になりますが、お耳をしばらく拝借させていただきたいと思います。

私自身が考える、基幹病院の一つである私の所属する病院の問題点としましては、まず、医師が少ない。この医師が少ないというのは、医師の総数が少ないということではなくて、特定の診療科の医師が足りない、さらには、時間外診療を担当する医師が少ないという意味です。

当院では、研修医を含めて4名の医師が救急外来を担当しています。各診療科の専門医を取得しているクラス、さらに専門医を取得しようとしている専攻医クラスが1人ずつ、1年次研修、2年次研修、その4名で救急外来の時間外診療をしています。各診療科の先生達は月に1回以下しか救急外来の担当が回ってきません。にもかかわらず、山のようなクレームが私のところに来ています。やはり、こういう時間外診療をしたくないという先生がたくさんいるということで、恐らく時間外診療を喜んでくださる先生達が少ないということが、医師が足りないという根本ではないかと思っています。

もう1つは、診療科によって負担が異なるということ、さらに保険診療の問題から、負担が多くてもそれに見合った収入が得られていないという診療科もあるかと思います。さらには収支に関係なく対応しなければならない医療や診療科があるというのも公的病院がかかえる問題点の1つだと思っています。

さらに、国立病院機構は国家公務員法で働くことのできる人数、職員の数が規制されていますので、必要なメディカルスタッフが非常に不足しています。薬剤師も足りませんし、理学療法士も足りません。臨床工学技師も足りません。さらには医療経済・経営に長けたスタッフがいません。2年も経つと事務職員は他の病院に異動していきます。この急性期の病院の医療体系を分かった人間が常日頃いるわけではないので、非常にもったいない医療を、加算も取れずに、収入も上げられずに、垂れ流しになっている、取り漏れているような背景もあります。

そこで、私は救急医で、これを全部話すと20分では絶対足りませんので、医師が足りないという所にフォーカスを当ててお話をしたいと思います。

先ほど野村先生からもご紹介がありましたように、主要国の病床数では、日本は非常にトップレベルの数を誇っています。急性期の病床に限っていても、それほど他の国に遜色ない、アメリカに比べるとはるかに多いような病床数を誇っていますが、医師の数がそれほど多くはない。当然病床数が多くて医師がそれほど多くはないということです、1病床当たりの医師の数が圧倒的に少ないというのが日本の医療の特徴ではないかと思っています。日本は病床数が多いけれども、人口当たりの医療従事者の数が普通であり、これは言い換えると、入院患者さん当たりの医療従事者が圧倒的に少ないとい

うことになります。

これはコロナ診療の時に皆様自身をご経験されたことだと思います。当初は感染症内科であったり、呼吸器内科であったり、救急医、集中治療医がコロナ診療を担当していましたが、それによってベッドが空いた分、他の診療科は余裕ができたはずですが、中々そこをサポートしてくれなかったという所があります。さらには、急性期病院、我々の方の超急性期病院だったらまだ医師の数は多いので担当医で対応できますが、急性期病院、慢性期病院にもベッドを確保してコロナ患者を診てくれという時には、そういった病院は我々の所ほど医者がおりませんので、さらに負担が大きかったものと承知しております。この医者が少ないというのは本当に医者が少ないのかという所ですが、先ほどは医者が少ないのではなくて、特定の診療科が少ないというお話をさせていただきました。

勤務医と開業医の割合

厚生労働省 平成4年医師・歯科医・薬剤師統計の現況より

	人数	割合
医師	343,275↑	
病院の従事者	220,096↑	64.1%
診療所の従事者	107,348→	31.3%

厚労省が発表している令和4年の医師、歯科医、薬剤師統計の現況によりますと、医師の数は増えている、病院従事者の数は増えていて、診療所の医者の数は横ばいということが分かっています。その病院従事者が増えているにもかかわらず、入院患者はほぼ横ばいで推移していて、本当に医者が足りないのかというのはここに理由があると考えています。すなわち、医者の数が足りなくなっているわけではなくて、やはり特定の診療科の医師が足りないということになるかと思っています。

1つは特定の診療科に志望する、進むようなスタッフ、専攻医が減少しているということが挙げられると思います。特に一般外科、気管食道外科、消化器外科において、そこに進むであろう専攻医の数が減っていることはもう皆さん御承知のとおりです。

もう1つは、医療機関当たりの医師が少ない診療科というのも多々あると思っています。そもそもその専門診療科の医師の数自体が全体的に少ない診療科というのもありますし、総数が少ない上にさらに多くの病院が標榜したい、標榜しようとしている診療科もあると思います。特に診療報酬上点数の高い治療を行う診療科においては、他の色々な病院が手を挙げて標榜したがついているということになると思います。具体的に挙げますとやはり脳神経外科、心臓血管外科、最近であれば脳血管内治療科という所の点数が高いので、その医者を取り合っている現状もあると思います。

もう1つは、救急科の医師も少ないという所にありますし、そもそも総数が少ない診療科として血液内科や膠原病内科、腫瘍内科という所が当院では挙げられることになります。こういった特定診療科の医師が少ないというだけではなく、もう1つ挙げていました時間外診療を担当する医師が少ないということです。

救急搬送人数では、2020年、2021年はコロナ禍で減りましたが、2022年はそれを上回る、コロナ前の2019年を上回る搬送人数になっています。これだけ救急車を利用する人は多く、高齢社会、長寿社会を迎えることによって利用者はどんどん増えてきているということになります。当然24時間でこの患者さんたちが搬送されてくるわけですので、平日日勤帯、人がふんだんにいる時間帯はそれほど苦にならないとは思いますが、やはり時間外診療を担当する医師が少ない以上は、そこを誰かが担わないといけない。そこに負担がかかっていると考えていますが、1つの理由に、我々救急医が少ないということが挙げられると思いますし、救急科を標榜しているけれど、その医療機関の救急医だけでは救急患者を対応し切れないため、他の診療科の先生達が時間外勤務をし

て、救急患者を受入れている現状もあると思います。

そういった病院では当然のように自分の専門領域以外の患者を診療しなければいけませんし、さらにどんな患者さんが来るか分からない状況で救急車を受入れなければいけないというストレスは相当高いと感じています。さらに、診断がついたとしてもスタッフが少なく、かつ急患が多い診療科では時間外勤務が多くなってしまい、この働き方改革の中では勤務できないという現状になってくるのは当然だと思います。

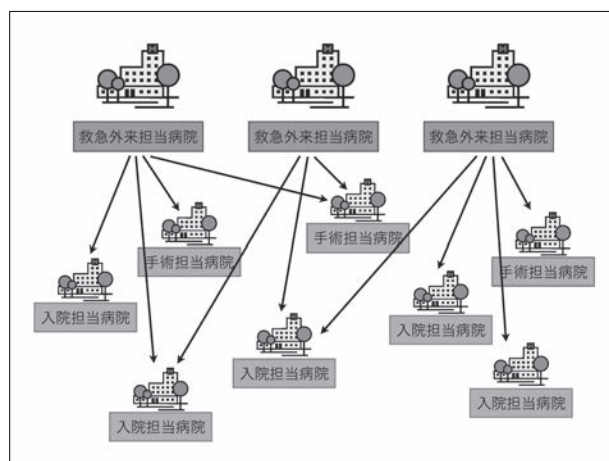
それに対して考え得る施策としては、私自身としては、やはり救急医を集約しなければいけないのではないかと、救急患者を受入れる施設をまず集約しなければいけないのではないかとすることも考えられると思いますし、自分の専門領域で、かつ急患が多い診療科では、病院ごとに分散させるのではなく、診療科を病院ごとに集約して役割分担をするということ、さらには、毎日のようにオンコールもしくは当番制で自宅待機ということを防ぐために、病院ごとに輪番制を取る必要があるのではないかなと考えています。

いよいよ医師の働き方改革が始まりましたが、ここは恐らく皆様のご承知のとおりで、救急医療が一番最初に逼迫するであろう、影響を受けるであろうと私自身も考えています。これは時間外労働を960時間以内に抑えるということであり、現在、医師の4割が1,860時間以上の時間外労働をしている現状では、何かを犠牲にしなければこの働き方改革は実践できないことになります。

それを救急の目から見ますと、夜間・土日の救急はほとんど当直体制でやっていて、今、当直申請をしているところもありますが、大学病院等で働く先生方の平日の日勤帯、さらには夜間・土日の非常勤務は時間外勤務の中にカウントされていないのではないかと危惧します。最終的には、アルバイトに行く病院の勤務ができなくなる可能性があって、特に大学病院からの医師派遣ができなくなる可能性を考えていて、そうすると、そういった病院では夜間・土日に救急車を受入れなくなる、救急から撤退する

ということを考えるとともに、私自身危惧している所は、さらにそういったところにアルバイトに行けなくなりますので、アルバイトができず収入が減る、イコール大学病院だけの収入ではやっていけないという若手が大学病院に残らないのではないかとこのことを危惧しています。ですので、救急医療の逼迫をここで止めなければ大学医療が崩壊すると私自身危惧している所です。

そこで私自身が考えている方法ですけれども、病院の役割分担と集約化ということでございますが、救急を受け入れる病院を幾つかの病院に絞って、そこに救急専門医を集めるということです。そこで外来診療を行って、入院が必要、手術が必要と判断された時に、それぞれの役割を担っている病院に転院搬送するという考え方です。



地域に脳外科の手術を担当する病院であったり、心臓外科を担当する病院であったりというのを、当番制で曜日ごとに対応する病院を交代してもらって、診断がつけばそちらに転院させる。手術は必要ないけれど入院が必要な患者さんについても、地域の入院が対応できる病院に紹介して、そこで入院診療をしていただく。そうすると診断がついたうえに治療方針まで決まって紹介することになりますので、その病院に当直する先生たちの負担は減り、これは夜勤業務ではなくて当直業務の中で抑えることができるのではないかと考えています。ただ、このときに考えなければいけないのは、どこの病院に

どれぐらいのキャパシティ、どれぐらいの空床があるかという所ですが、これは福岡県でコロナ禍に実践しましたリアルタイムの空床情報、病棟の稼働状況の共有システムが貢献できるのではないかと考えています。

リアルタイムの情報共有

1. 病床数調査

施設名称	病床数	現在稼働	空床数	備考
福岡県立中央病院	1,000	800	200	
福岡県立西病院	800	600	200	
福岡県立東病院	600	400	200	

2. 対応可能数

施設名称	対応可能数	現在稼働	空床数	備考
福岡県立中央病院	1,000	800	200	
福岡県立西病院	800	600	200	
福岡県立東病院	600	400	200	

※現在空床数と対応可能数とを比較し、空床数が対応可能数を超えている場合は、対応可能数に引き上げます。

3. 現在患者状況

施設名称	重症	軽症	合計
福岡県立中央病院	100	700	800
福岡県立西病院	80	520	600
福岡県立東病院	60	340	400

4. フォローアップ項目 (任意入力)

施設名称	重症	軽症	合計
福岡県立中央病院	100	700	800
福岡県立西病院	80	520	600
福岡県立東病院	60	340	400

First-line Regional bed-control System for Public Health

これはグーグルのスプレッドシートを用いて、この右下の確定病床の表の所に患者さんの重症度や患者さんの背景などを入力することによって、全ての病院が一括して、どこの病院にどれぐらいの負担が掛かっている、どこの病院にどれぐらいの空床があるということが瞬時に共有できるようなシステムです。これを用いて、福岡県では有効で効率的なコロナに関する病床管理ができたと感じております。これはコロナ禍だけではなく、新興感染症だけではなく、災害や一般の救急、一般の病床管理でも活用できると我々は自負しており、これを「First-line Regional bed-control System for public Health」、略して「FRESH」と名づけて、このシステムは愛知県に完全移植して、今でも愛知県のコロナ対応に利用していただいております。

もう一つ考えなければいけないのは、これも野村先生も仰っておられました、医師の地域偏在、診療科偏在です。医師の少ない地域、志望者が少ない診療科では、1人当たりの負担が当然増えてきます。1人当たりの負担が増えると当然その診療科に進みたい、その地域で働きたいという人間は減っていきますので、担い手、志望者が減って、さらに負のス

パイラルになって、どんどんその診療科、その地域では医師が減っていくことになります。再来年度から研修医の採用が多い病院では、一部の研修医を地域医療に半年間ローテーションさせるという政策が始まることになっています。これは恐らく研修医だけではなく、専門医でもそういったことを担わなければいけない時期がすぐそこに来ているのではないかと感じています。

この地域偏在や診療科偏在を無くするためにはどういったことが考えられるか、どういったことを考えなければいけないかと私自身考えてみました。例えば一つは、AIを用いて医療圏内の疾病構造の推移を予測するということです。それに伴ってどの診療科に将来どれぐらいの医師が必要かということも推測できると思います。それを念頭に置いて、どの診療科の専門医がどれぐらい必要だから、これぐらいの育成数にしようということを考えなければいけないと考えています。

最近では、専門医プログラムに入ることができる専攻医の数というのはシーリングで大学ごと、県ごとに制限を受けていると聞いていますが、専攻医、専門医になった後はどの地域で働いても問題ないというのは、このプログラム、この施策の抜け道と考えています。最終的には専門医もその地域で働けるかどうかというのを制限しなければいけない時代はすぐそこに来ていると感じています。当院のような総合病院は非常に外来も忙しくて、入院患者さんの治療が後回しになっている診療科がどうしても出てきてしまいますので、総合病院から外来機能を分離して、これを全て開業医の先生たちをお願いするという考えも必要ではないかなと思っています。ただし、それとは反対の方針かもしれませんけれども、診療所、病院の開設を制限して、必要な専門医の数を病院にも残しておくことは必要かと思っています。

では、なぜ勤務医の先生たちが開業するかと言いますと、勤務医の負担が大きい、それに見合った収入がないという所から開業される先生が多いと聞きます。当然、継承の事案もあると思います。そこで診療所の従事者、病院の従事者で収入の差を無く

す、負担の差を無くすということも当然、必要になってくると思います。こういったことによって、医師の地域偏在や診療科偏在というのは無くなっていくものと考えます。コロナ禍で感じられましたように、医療は国民にとってのライフラインです。職業選択の自由の下で我々は診療科を選んできましたが、そういったことがもうできなくなる時代がすぐそこに来ているのではないかなと考えています。

最後にまとめになりますが、基幹病院の抱える問題点を医師不足の面から論じてみました。超高齢社会、人口減少社会を迎えるに当たり、医療の効率化は必須です。その中で、医療の集約化・役割分担、医師の地域偏在・診療科偏在の解消といったことは、我々所属する医師会、もしくは病院のスタッフの方から自主的、自立的に抜本的な改革を担っていかなければいけないのではないかと考えています。

ただ、これを上からの指示によって変革するのではなく、我々若い世代からそれが必要なんだということを考えなければいけませんので、若いうちから医療政策になじんでおく教育が必要と一方では考えております。大学の医学教育に医療政策に関する内容を組込むというも1つでしょうし、医師会委員や役員に若い人材を採用するというのも1つだと思います。

今回参加されている先生方の顔を見ますと、私よりも年下の先生方はほとんどおられないように思います。そこを少しでも変えていくことが、我々が引継ぐべき子供達の世代、孫たちの世代に、よりよい医療、よりよい国民の健康を提供できる最初のステップではないかなと考えております。以上です。ご清聴ありがとうございました。

一宮（座長）：野田先生、どうもありがとうございました。

へき地診療所の運営とへき地医療に携わる医師に求められる支援

公益社団法人地域医療振興協会
飯塚市立病院内科科長

長澤 滋裕

(ながさわ しげひろ)



飯塚市立病院内科の長澤滋裕と申します。今日はよろしくお願いします。

皆様、今日この場で若いやつが出てきたなと思われたと思いますが、それもそのはず、私は平成元年生まれでして、昨日の事前の打合せの会の挨拶の際にも多くの方が「私の子供と同じくらいだね」と言われました。つまり、皆様が医師になられて医療に貢献され始めた時には、まだ私は生まれていないと。生まれて今年で35歳になりますが、今日そういう若いやつが出てきて何を話そうかという所で、へき地の立場からの声をとということで講演依頼をいただきました。お引き受けしていいものか、とても悩みましたが、へき地医療について、私が考えていることをぜひアピールをさせていただく絶好のチャンスであると思い、今日、皆様の忌憚のない意見をいただきたい所です。

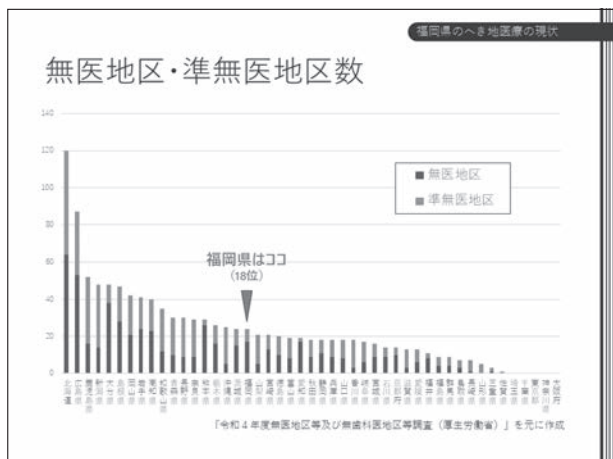
へき地医療の話をする前に、私は今、医師10年目になりますが、ここに至るまで、どういうふうなやつが今から話をするのかという所で、簡単な自己紹介をさせていただきます。私は福岡市南区の生まれで、筑紫丘高校の普通科を卒業して自治医科大学に入学しました。大学卒業後は福岡県のへき地医療に携わり、義務年限9年を終えて今年10年目になる者です。本業は医師と書いてありますが、システムエンジニアもしていて、大学時代の副業と言ったらいけないですが、結構パソコンやコンピューターは得意です。義務年限を終えて、今年10年目になりますが、へき地医療、地域医療の課題にまだ取組んでいきたいという思いから、へき地拠点病院である飯塚市立病院で勤務しています。

実は義務年限の中で、九州大学病院の三内科に入局しており、肝臓研究グループではありますが、専門

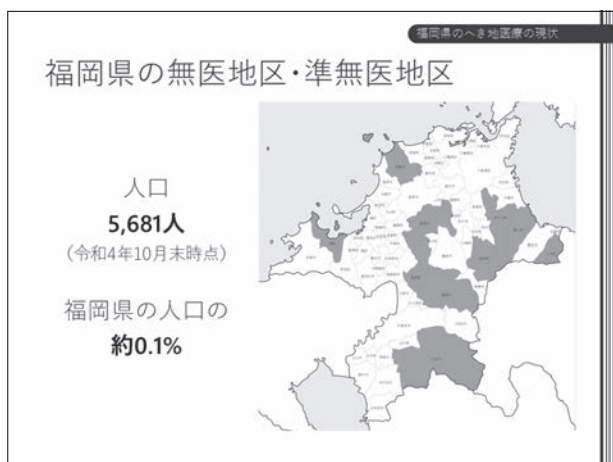
もある程度まだ究めたいという思いもありまして、飯塚病院の肝臓内科でも週1日勤務している状況です。本講演の目的はもう明快でして、へき地医療の現状を知ってもらいたい、福岡県のへき地医療の現状を知ってもらいたいという所と、もう一つ、へき地医療の運営維持のために、皆様、特に福岡県に在籍の先生方にご協力をいただきたいことがあり、この場で発表したいと思っております。

まず、福岡県の地域医療の現状についてお話したいと思います。皆様よく疑問に言われますが、福岡県はへき地がないのではないかと、そんなに他県と比べて困ってないのではないかと仰る方は結構います。ただ、それを正確に、どのくらい困っていて、どのくらい充足しているのかについて、簡単に二つの指標を使ってお話したいと思います。無医地区、準無医地区の指標とへき地診療所の運営状況について、福岡県の現状をお話したいと思います。

まず、無医地区、準無医地区についてですが、厚生労働省は3年おきに無医地区調査というものを行っていて、全国を対象に無医地区及び準無医地区、無歯科医師地区の調査を行っています。無医地区については、医療機関のない地域で、その中心部から概ね4キロメートル以内に50人以上が居住している地区であって、かつ容易に医療機関を受診できない所が無医地区に該当します。もう1つ、準無医地区というものがありまして、無医地区の基準には該当しないけれども、それに準ずる地域ということで、各都道府県の知事が判断し厚生労働大臣と協議して決める地区です。



福岡県はどこにありますかという所ですが、ご覧のように18番目に多い地区で、全国的に見ても多い方です。福岡県の無医地区、準無医地区がある地域をオレンジ色で示しております。多くが福岡市から離れた場所にあります。福岡市西区については島がありますので、そこも準無医地区に該当しています。この無医地区、準無医地区に住んでいる人口は5,681人、これは令和4年度10月末の時点ですが、大体福岡県の人口の1,000人に1人がこういう地域に住んでいる状況です。



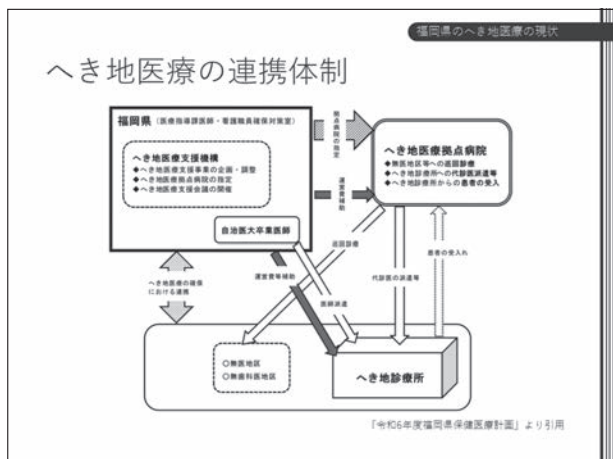
実は福岡県の無医地区の人数というのは10年以上ほとんど変動がありません。これはそのままなのかと言われると実はそうではなくて、減っている所と増えている所で入替わりがあります。増加の要因としては医師の高齢化が一番多く、特に都市圏から離れた医療機関では、高齢を理由に閉院される先生方

が多くいらしゃって、その医療機関が閉鎖したことによって無医地区になってしまうという地区がやはり出てきています。医療機関への交通の便が悪くなる、公共の交通機関の採算が取れないということで、運用ができなくなってしまって無医地区、準無医地区になってしまうというところもあります。

逆に減少の要因として最も多いのは、人口が50人未満になってしまい、もう基準に達せなくなるという所です。先ほど福岡県はほぼ横ばいという話をしましたがけれども、全国的に見ると増えています。これはやはり医師の偏在という所にも大きく関わっていると考えています。



福岡県のへき地診療所は10か所あります。そのうち、政令指定都市である福岡、北九州にある玄界診療所、藍島診療所という所はそれぞれの政令指定都市が管理・運営を行っています。それ以外の、歯科診療所も含まれていますが、そのうち6つの医科診療所を県が運営をしているという状況です。



へき地医療の連携体制についてです。これは医療計画から引っ張ってまいりました。福岡県というのは、主に福岡県が主導して、へき地医療支援機構というものを組織し、そこから、へき地診療所に対しては、ほぼ自治医科大学の卒業生を派遣しているという状況です。福岡県には地域枠というものはありません。久留米大学に福岡県特別枠というものがありますが、基本的に地域枠というものはなく、自治医科大学の卒業生が派遣されている状況です。

それと併せて、へき地医療拠点病院という所がいくつか設定されていて、そこが無医地区、準無医地区に対し巡回診療を行ったり、あるいは、へき地診療所の代診業務を担ったりしています。9か所の医科診療所のうち6か所は自治医科大学の卒業生が派遣されています。

ここで皆様、自治医科大学の卒業生に会ったことがあるよという方はいらっしゃると思いますが、実際に我々、福岡県の卒業生がどういう働き方をしているのか、どういう勤務体系を取っているのかについてご紹介します。

まず初めに、自治医科大学についてですが、医療に恵まれないへき地等における医療の確保及び向上、地域住民の福祉の増進を図るため、1972年に全国の都道府県が共同して設立した大学です。義務年限というのは、先ほども9年と言いましたが、実際には義務年限は在学期間中の1.5倍、6年で卒業できれば9年、7年で卒業できれば1.5年ずつ延びていくというシステムになっています。義務年限の半

分以上を県が指定するへき地等の医療機関に勤務することとなっておりますが、9年のうちの4.5年、年度中の異動はないので、基本的には5年間はへき地診療所で勤務することになります。

自治医科大学卒業生の現状

義務年限と勤務地選択

- 義務年限は在学期間の1.5倍（6年で卒業できれば9年）
- 義務年限の半分以上は県が指定するへき地等の医療機関に勤務する（年度途中の異動はないため実質5年以上）
- 勤務先を自由に選択できるのは、初期臨床研修の2年と後期研修病院の1年

	1年目	2年目	3年目	4年目	5年目	6年目	7年目	8年目	9年目
勤務地	初期臨床研修病院	飯塚市立病院	へき地の医療機関	へき地の医療機関	後期研修	後期研修	へき地の医療機関	へき地の医療機関	へき地の医療機関
勤務地選択の可否	選択可能	選択可能	県が指定	県が指定	選択可能	選択可能	県が指定	県が指定	県が指定

福岡県の場合は、勤務先を自由に選択できるのは初期臨床研修の2年と後期研修という期間の1年の3年間でございます。

これが契約書になりますけども、これを公表していいものか大学には許可を取ってないですが、実は大体学費は2,000万円くらいではありますけれども、これには10%の年の利子がついておりまして、義務年限を途中で離脱するようなものなら大体3,000万円くらいかかるというところでございます。

こういう足かせは、地域枠でも自治医科大学でもありますが、実際に我々が働くへき地の診療所はどういう所なのかということですが、基本的には一般のクリニックと変わらない診療機器が揃っております。ただ、ちょっと雪が降ったり、ちょっと雪かきをしなければいけない地域があったり、周りは山に囲まれていて、救急車で運ぶのに2、30分かかったり、海が荒れたら民間の船で大陸まで患者を運ばなければいけなかったりという所が一般の診療所と少し違うところです。



このような話をすると結構、自治医科大学の卒業生は大変だよねと言いますが、それはやはり人によって感じ方は違います。かなり地域に密着して、我々が医療をもって支える人達というのを直に感じることができる、目の前の患者が病院に入院してきて、よくなって退院していく姿、それもいいですけども、日々の業務に忙殺されそうになるときもありますが、やはり医療でもって何を救っているのかというのを感じることができる現場であったなと。

つまり、医療でもって生活を支えているというのを間近で一緒に感じることができる現場であったと思っています。若いうちに経験してよかったなと思う所です。病気を治すためではなくて、人の生活を支えるために医療はあるという所を目の前で見えてきて、感謝もされつつ、時々怒られつつという所ではありますが、人間的にも医療人的にも成長させられる現場であったと考えています。

へき地に携わる医師のキャリア形成について2つ問題を挙げていて、キャリア形成と出産・子育て支援という所で、へき地で今困っていることについてお話をしたいと思います。

医師として実力、経験を積んで最も成長が期待できる期間といっても過言ではない期間に、我々はへき地医療に従事をする、つまり同僚たちが急性期医療をばんばんやって、どんどん症例を重ねて研究あるいは学会発表してという中で、へき地医療に勤務するという所は、半ばまぶしくも見えるんですよね。ただ、へき地診療という所を、個を犠牲にしてとい

う所ではないのではないかなと思っていて、それはあくまでトレードオフの関係にあるものではないと。キャリアと個人のへき地医療というのは、トレードオフの関係ではなくて、できる限り両立できるものではないかと考えています。今、まだ模索の段階ではありますが、へき地医療機関に努めながら、専門医の取得ができるように、派遣制度の改変を模索しています。

医師のキャリア形成

へき地勤務とキャリア形成の両立

医師として実力や経験を積み、
最も成長が期待できる期間に
へき地医療に従事することになる

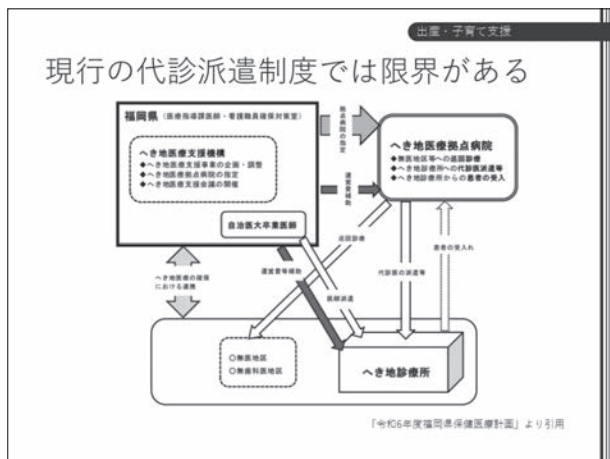
	1年目	2年目	3年目	4年目	5年目	6年目	7年目	8年目	9年目
勤務地	初期臨床 研修病院	飯塚 市立 病院		へき地の 医療機関			後期 研修		へき地の 医療機関

ここで本当に皆様に、特に福岡県にお勤めの先生方にお願ひがありますが、特に専門医のプログラムを作るに当たって、基幹施設の連携が、自治医科大学の卒業生は足りません。というのも、これは県によって事情が違いますということを言いましたが、福岡県においては県立病院が基本的にないので、正確には太宰府病院がありますが精神科の病院ということなので、我々が卒業して、内科や他の専門診療科に進みたい医師が公務員として働く、我々と連携を図っていくという所で、県立病院があればものすごくいいなと思いますけど、福岡にはないので、その基幹施設との繋がりをぜひ作っていきたくと、この場をお借りしてお願い申し上げます。

メリットが2つあって、給与は県から支給されるので、お金は病院から一切払わなくていい。なおかつ、へき地業務に従事する自治医科大学の卒業生というのは、シーリング枠というのを対象外にしているという専門医機構から通達がありますので、シーリング枠の圧迫もしません。この後の懇親会で

も、ぜひお声をいただければ、色々とお話をさせていただきたい所です。いかがでしょうかということで、この後、よろしくお願いいたします。

出産・子育て支援についてですが、女性医師や子育てに積極的に関わろうとする医師の増加というのがあって、へき地診療所の運営に当たってもやはり問題になっています。こういう急遽の代診業務というのは、へき地医療拠点病院が中心となって医師を派遣してくれている状況ですけれども、そもそも学会の発表であったり、急遽の忌引、冠婚葬祭に対応するものであったりを想定していて、中々数か月間や半年、1年と、へき地診療所を空けることに対して結構人員的に逼迫している状況です。



実は福岡県は、へき地診療所以外の医療機関への派遣もございまして、ここに実名を挙げておりますけれども、これは公表されているものです。小竹町立病院、糸田町立病院、川崎町立病院という所で、主に直轄地区、筑豊にかけての病院にも、へき地医療機関に準ずる医療機関というのが明確なお答えになるのか分かりませんが、自治医科大学生が派遣されている状況です。



ただ、我々の存在意義という所ではございますが、へき地診療所の支援が最も大事な業務でございますので、自治体と連携を図りながら、人的資源をへき地診療所の支援業務に移行していきたいと考えているところです。以上、ご清聴ありがとうございました。

一宮 (座長): 長澤先生、ありがとうございました。随分知らなかったことを知る機会になりました。ありがとうございました。

若手医師・女性医師としての提言

～日本とドイツの医療現場で感じたこと。

全ての医師にとって働きやすい環境とは？～

日本医師会ジュニアドクターズネットワーク国際担当役員
帝京大学医学部附属病院循環器内科

岡本 真希

(おかもと まき)



本日はこのような貴重な機会をいただき、ありがとうございます。循環器内科の岡本と申します。私は循環器内科医ですが、これだけたくさんの方がお集まりいただいております、予想外に多くて、今、体感の心拍数が120を超えている所ですが頑張らせていただきます。お付き合いください。

私からは、若手医師もしくは女性医師としての立場からお話させていただこうと思うのと、私自身がドイツに臨床留学をしていた経緯がありますので、それも含めて、「日本とドイツの医療現場で働いて感じたこと、全ての医師にとって働きやすい環境とは」、というテーマでお話させていただこうと思っています。

簡単な自己紹介ですが、浜松の出身で、佐賀大学を2011年に卒業しまして、初期・後期研修は京都の洛和会音羽病院で、その後、循環器内科を専攻して、2017年からドイツに留学しています。最初は免許が無かったので臨床研究をしつつ、ドイツ語を1から学んで、2019年にドイツの医師活動許可といって、研修医みたいな形でスーパーバイズがある形であれば臨床ができるという形の免許を取得して、その後、臨床を開始し、2021年にはドイツ人と同じ免許を取得しました。2021年には専門医取得のために一旦日本に帰国しております。後で紹介しますが、世界医師会や日本医師会ジュニアドクターズネットワークとしても活動してまいりました。

元々、海外に対して漠然とした興味がありまして、学生時代からアメリカやカナダなど、英語圏には留学したりしたんですが、最終的には、他の人と違う所がいいなということでヨーロッパを選び、ドイツのブランデンブルグ心臓病センターという、ブラン

デンブルグ州の中で一番大きい心臓の専門病院に勤めました。

その後は、帰国して帝京大学に行き、現在は1か月前から厚生労働省の国際課というところでWHO関連の仕事をしています。これと並行して2016年からジュニアドクターズネットワーク、JDNと言いますが、こちらでも国際的な活動に関わっています。

本日の内容ですが、まず、若手医師を取巻く課題ということで、働き方改革や女性医師のサポートですとか、後は若手医師の教育環境とか、様々な問題点があると思いますが、この中で働き方や女性医師のサポートを中心にお話させていただこうと思います。

先ほどお話ししたとおり、私はドイツで臨床をやっていたと言いましたが、本当に日本で言う研修医みたいな立場です。多くの欧州への留学生というのは、言語の関係で、ラボベース（研究留学）ですとか、後はカテーテルや手術の場で英語でコミュニケーションをとりながらの留学という形が多いですが、私の場合はドイツ語でドイツの患者さんを診療するという、その現場の空気感というか、現地の働き方を経験することができましたので、そこから見た視点でお話させていただければと思っています。

ドイツと日本の違い①としては、まずドイツは女性医師の割合が48%と高いのですが、日本は23%とすごく少なく、実際も、今、帝京大学は病棟を担当する女性医師は私1人になっているのに対し、私が留学した先のブランデンブルク心臓病センターの循環器内科は30人中19人が女性医師ということで、体感としても多いなと感じたのと、今や欧州は医学生の6、7割が女性なので今後もどんどん増えてい

くと予想されます。女性医師が働きやすい環境を整えるのが今後医療を成り立たせていくうえでとても重要だと考えています。

ドイツと日本の違い②としては、プライベートがすごく充実しているのと、オン・オフがはっきりしているということを挙げました。ドイツでは当直明けは定時に帰れますし、産休や育休もしっかりとあります。仕事は大体朝7時半に始まりますが、何と16時に終わり、私の場合はちょっととろいので17時とかになってしまったこともあります。現地のドイツ人の人達は大体16時ぴったりに帰っていました。後は年間30日の長期休暇があって、これにプラス週末をくっつけられるので、計6週間、年間の休みがあります。これを2週、2週、2週で分けて取ってもいいですし、6週間ほんとまとめて取ってもいいですし、1日ずつ取ってもいいですし、自由に使えます。

また、制度ではなくメンタリティーの違いとしても、残業を例にとると日本だとどちらかというと、長く残っていたらすごく頑張っているという評価になると思いますが、これがドイツでは逆で、「残業する人は仕事ができない人」という扱いになります。本当に残っていると「何やってるの」みたいな感じの扱いを受けてしまうのと、後は、終わってない人がいたら周りの人が「誰が終わってないの、これ手伝うよ、あれ手伝うよ」みたいな感じで、皆さん手伝ってくれて、皆で全ての仕事を時間内に終わらせるという空気感があります。なので、皆で定時に帰宅するという形で頑張っていました。

後は、ドイツでは家庭の事情が何よりも優先という空気感があり、日本だとお子さんの発熱とかで休む時に、女性の先生がすごく恐縮して「本当に申し訳ありません」という形になると思いますが、ドイツの場合は「何でみてあげないの」という形で、子供が熱を出したら親がそばにいてあげるのが当然じゃないといったような感覚で、誰かが休んでも特段責められるようなことはありません。

そして、子供の発熱など不測の事態で突然休んでも大丈夫なようなシステムが実際にどういうふうに行われているかという点、例えば私が勤務していた

ドイツの病院では、エクセルの表で示した、月、火、水、木、金と書いてある勤務表のうちの黒くなっている所が出勤している人で、白抜きの部分が休んでいる人です。30人医師がいますが、ぱっと見、半分くらいが出勤していません。産休・育休中の方もいますし、長期休暇の方もいますし、大体30人中11人から13人が日々出勤して、毎日のシフトが成り立っています。

日本の場合は10の仕事があって、誰かが1人、2人休んだら10人分の仕事を8人でこなさなければならなくなって、誰かが休むと周りに迷惑がかかってしまうといった印象がありましたが、ドイツはどちらかというと10人の仕事を11人でやっていて、1人いない前提でシフトが成り立っているみたいな形だと感じました。

一番ひどかった時は、6人同時に産休を取ったことがありまして、一気に6人減ったのでちょっと騒然としたり、コロナに感染して突然人がいなくなったりということもありましたが、それもシフトの人数調整でやりくりして何とか乗り越えました。

なので、医師はたくさんいるはずなのに何故かいつも人手不足感というのもありました。ただ、お示ししたとおりドイツでは皆がしっかり育児休暇などを取得しています。ドイツは夫婦でトータル14か月の育児休暇が取得できるのですが、最低でも1人2か月は取らなければいけないので、男性が2か月、女性が12か月取ってもいいですし、7か月と7か月で取ってもいいですし、パートナーによりけりでしたが、必ずどちらも育休を取らなければならない形になっていたのも、育児休暇をうまく利用している人が多かったです。

ドイツでは休暇も多く働く時間が少ない印象がありますが、実際の週あたりの勤務時間はどうなっているのかという点、日本は57時間でドイツは週46時間と大体10時間ぐらいドイツの方が平均でも少なくなっていました。

ここからは私なりの考察ですが、なぜ休みがこれだけ取れるのかというので、どこにそのシステムと

して良い働き方ができるポイントがあるのかと考えた時に、1つは、この分業シフト制が関与しているのではないかと考えました。これがドイツと日本の違い③です。日本は結構患者さんを主治医として見ることが多いと思いますが、ドイツの私がいた病院、多くの病院もそうなのですが、このシフト表のように、病棟の担当の人、エコーの担当の人、外来の担当の人、手術の担当の人みたいになっており、そこに割振られた人がその日にそのことをやるという形で、業務ごとのシフト制になっています。なので、手術の担当の人と病棟の担当の人というのは違いますので、手術の説明をする医師と執刀する先生と、後は、その後の術後管理をする先生と外来を診る先生というのがばらばらということになります。

外来もその日の担当の先生、外来の担当になった先生が外来をする形になるので、日本みたいに休みたい時に、3か月前に外来の枠を閉めるといった調整が無く、誰かが外来をしたらいいいので、そういった調整もしやすいような形でした。シフトの終わりの時間が来たら申し送りをしてすぐ帰宅できます。

どのようにしてこのように別々の人が診療に関与する仕組みを成立たせているのかというと、引継ぎを前提とした回診用の資料がポイントかなと思います。1枚のワードの紙に、病棟の患者さん一人一人のプロブレムリストや入院の経緯とか、検査データとか、後は、今日その人に何をしなければいけないということが1枚の紙にまとまっていて、それを引継ぎ資料として毎日更新していくので、その紙さえ見れば誰でもその病棟の回診がすぐにできるというシステムを作り上げていました。

なぜ休みがこれだけ取れるのか、もう1つのポイントとして、男女を問わない合理的な働き方ということで、フレキシブルな勤務時間を提唱していました。これがドイツと日本の違い④です。これはどういうことかということ、一つがパートタイム制度で、これは私が勝手に名づけたのですが、自分の働きたい分だけ働くというシステムです。常勤を100%とすると、80%や60%と自分の好きな形で契約を結べます。例えば80%の契約ですと、給料も8掛け、休

みも8掛けということ減るようなシステムになっていて、その8掛けというのが週5日勤務の所の4日勤務にするというのでもいいですし、毎日2時間ずつ早く帰るでもいいですし、働いている時間数が80%になるように調整されます。

日本だとお子さんのお迎えなどで早く帰られる先生とかがいると、その分の残った仕事を残った先生がカバーしてやったりして、あいつは早く帰っているのにみたいな不公平感というのがあると思いますが、ドイツの場合は、働く時間が減る分、給料も休暇も減りますので、その分の不公平感が少なくて済んでいます。

また、働く時間を減らしても社会保障制度は一緒なので、日本のパートタイムというのとはちょっとイメージが違います。

また、残業時間貯蓄制度というものがあり、これは残業した分が給料または時間で返してもらえというシステムで、例えば、患者さんの都合や患者さんの緊急事態で4時間残業したら、別の日に4時間早く帰らせてもらえたり、あとは毎日2時間ずつの残業があつて、それを貯めていって8時間になったら丸1日休みをもらったり、その貯めた時間数に応じて時間で返してもらうことができます。なので、忙しい時期に残業があつても、比較的楽な時期に休みを取れたりします。

なぜ皆が定時に終われるのかということについては、ドイツ人が真面目に働いてないかといいますと、私の働いていた日本の大学病院では1日6件ぐらいしかカテーテルをしていなかったところ、ドイツの病院では1日20件やっていましたし、弁膜症の手術も日本では週に6〜7件であったところ、ドイツでは毎日3〜4件ずつこなしていたので、むしろかなりのハイボリューム施設ではありました。それで何で定時に終わるのかというので考えてみた所、1つが、極限まで効率を重視した働き方をしているというのがありました。これがドイツと日本の違い⑤です。

病棟間の移動、例えば回診をするにしても、日本の場合、主治医となった患者さんがここの病棟とあ

そこの病棟とか、ICUにいたり一般病棟にいたりとかで主治医が色々と移動して患者さんに対応すると思いますが、ドイツの場合はシフト制なので、病棟の担当になった人は、その病棟だけを診るシステムになっています。それも病棟の担当も右半分、左半分のように分けて、大体廊下を行って帰ってくると回診が終わるような形になっており、無駄な移動が無く、回診するときにもカルテをそのまま持って回診して、患者さんとお話した後にその日のカルテを書き上げてしまっ、処方も出したうえで次の患者さんに進んでいくというシステムにしています。

後は入院患者さんが直接病棟に上がって入院するのではなく、まず、入院患者全員が1階の入院前外来という所を通過して、看護師さんから緊急連絡先の聴取や簡単な問診を受け、その場で既に採血なども済ませたうえで、医師の診察に回ってきます。紹介状をもとに、この人は待機的なカテーテルをする人なのか、弁膜症の手術をする人なのか、中身を判断し診察、問診を行ったうえで、最終的にカテーテルなどが必要であればその旨を患者さんに説明し、同意書を取得してしまいます。入院前外来にてやることを全て終わらせたうえで、病棟に上がるというシステムになっていました。入院前外来の担当医師は、診察後に入院中のカテーテルの予定や検査の予定を立てたうえで、オーダーリングや入院サマリの作成なども済ませます。

なので、1階で全部の検査と説明が済んだうえで、病棟には上がるだけということで、コロナの時期は入院の2日前に、PCRを含めてこの問診をやりまして、PCRの結果がネガティブだったら入院するという形で陰性患者だけを入院させるという非常にシステム化された形になっていました。

後は検査間の無駄な待ち時間を短縮する工夫として、例えば心臓の超音波検査も循環器内科医の仕事ですが、患者が寝転がったり洋服を脱いだりする所に時間が掛かりますので、それを専任に司る看護師さんがおり、その看護師さんが1日の検査予定を見つつ、この病棟の誰々さん今から降りてきてくださいという指示を病棟に飛ばしたら、トランスポー

ターという入れ墨の屈強なお兄さんたちがその患者さんを迎えに行きます。医療従事者ではないですが、その専用のトランスポーターという方が患者さんを迎えに行き下に連れてきます。患者さんを検査台に寝かせて心電図のモニターもつけたうえで、準備が整った段階で医師が呼ばれ、医師は検査だけを施行し、片づけはまた他の看護師やトランスポーターなどのコメディカルがやってくれている最中に、我々は所見を書いているというシステムです。所見を書き終わったら、もう準備が終わっている次の患者さんの検査を開始するという形で、医者がやらなくてもいいような仕事を他の職種の方がやってくれることで、待ち時間や入替え時間も短縮しています。

これは手術においても一緒に、麻酔もかけた状態で手術室に搬入して、終わったら患者さんは寝たままでもリカバリーに搬送して、できるだけ手術室内の滞在時間を短くして件数をこなすといったシステムになっていました。

また、病棟の工夫として、退院サマリーは入院時に記載してしまうという決まりがありまして、テンプレートを用いて、例えば待機のカテーテル患者さんだったら、冠動脈狭窄があったバージョンの退院サマリーと、無かった場合の退院サマリーを既に書いておいた状態で、退院の時にカテーテルの実験の結果が上がってきたら、どこの血管が狭窄していましたというのを書き足し、狭窄が無かったバージョンの所をびーっと削除して、それで退院サマリー終了と。なので、ほとんど書き終わった状況で入院させているので、退院時に病棟で担当する方もすぐに退院サマリーを仕上げるができることといった、かなり業務の効率化に特化したような働き方をしていました。

他には、ドイツと日本の違い⑥、ディスカッションを繰り返して改善点はすぐに直すということで、仕事の中でトラブルが生じたら、明日集まろうということで、その場ですぐにディスカッションし、ここをこういうふうに改善しようというのをすぐ上司に報告して、変えていったり、若手医師が、例えば僕はもうちょっとエコーを学びたいという訴えをし

たとしたら、それを上司にみんなで言いに行き、次の週からエコーのシフトに若手を入れるようにしてもらったり、そのように若手の意見もすぐに検討されて、実行可能なものであればもう翌日から実行に移すという形で、意見出しも若手、上級医にかかわらず、フラットな意見出しができるような形です。

例えば当直明けが帰れないというような訴えがあったとしたら、それなら遅く出勤したらいいのではないかということで、通常業務が7時半から4時のところを、当直はその日は遅めに出勤して翌日9時に帰ると。そうすると、朝来た人に当直中の申し送りを終えたうえで24時間以内の勤務で収まるというシステムでできるので、こういったフレキシブルな働き方を導入し長時間勤務にならない工夫などをしました。

後は、ドイツと日本の違い⑦として妥協というのがありまして、これが一番衝撃的だったんですけど、終わらない仕事は残業してまでやるのではなく、緊急性がないのであれば翌日に持越して明日やればいいという考え方もありますし、一番びっくりしたのが待機手術で、前のオペが延びた時に、どう考えてもこのオペの後に次のオペを開始したら勤務時間内に終わらないとなった時は、3件目のオペは延期になります。それがまだ2時でも、3時に患者さんが入ってきたら4時には手術は絶対に終わらないので、2時や3時の段階で延期が決定します。勝手に延期されて患者さんが怒らないのかというのはすごく気になっていましたが、怒る患者さんもいますが、そこまでしてでも、特に臨床上急がない症例については、皆が勤務時間帯内で終われるようにという工夫がされていました。

後は、コメディカルが少ないという問題点は日本もドイツもあると思いますが、タスクシフティングという形で医師や看護師がしなくてもいいことは他の医療系のバックグラウンドではない人がするというので、配膳は給食係みたいな人がやっていたし、さっきのトランスポートというのは普通のお兄さんたちがやっていたし、リハビリに至っては、小学生の社会科見学生みたいな子がおじいちゃん、

おばあちゃんと廊下を歩いていたりして、これは転倒したら問題にならないのかとか少し思ったりもしましたが、使える人材はふんだんに使って、皆で助け合っているという感じでした。

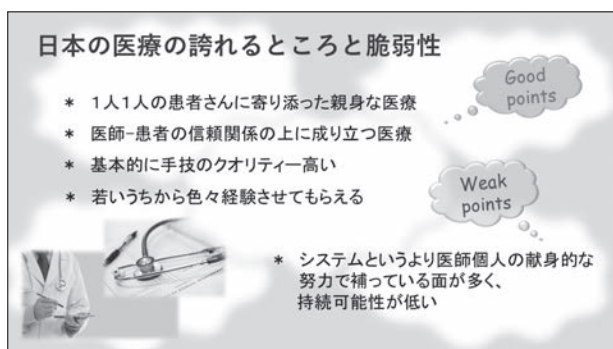
最後にドイツと日本の違い⑧、診療情報についてです。ドイツは病院を受診する際に過去の診療記録を全部どさっと持ってくるような風習があり、今まで掛かった病院のデータや入院した時の記録を全部ファイリングして患者さんが持ってきます。本当に百科辞典のような厚さで持ってくる方もいますが基本的には、先ほど作成した退院サマリーなどがかかりつけ医の元へ報告、かつ患者さんの手元に届きますので、入院中の問診、身体所見、検査所見、検査結果、今後の方針、今の内服といったものが書かれたものが患者さん自身が保管し、ファイリングして持ってくると。なので、新しい病院に入院したとしても、別の病院の診療情報を問合わせる必要がなく、持ってきている情報でほとんど入院中の状況が分かるということで手間も省けます。

ここまで、ドイツと日本の医療現場の違いを説明してきましたが、この経験から感じたことを元に、日本の医療の誇れるところと脆弱性について考えてみました。ドイツで働いてみて、ドイツでは手技は限られた経験のある医師しか関われないので、最初の10年くらいは病棟を担当しますが、日本は若いうちからすごく色々な手技に携わらせていただくことができ、幅広い診療経験を得ることができるので、それは日本が逆にいいのではないかなと思ったのと、先ほど言ったように、ドイツはベルトコンベヤーのように色々な担当医が毎日コロコロ変わっていくので、患者さん側からしたら、毎日違う先生が来て、言っていることも違うということが起こり得るので、誰に頼ったらいいか分からないかということもあり、患者さんとの信頼関係の構築が難しいです。

日本の場合は自分の患者さんは自分で診るという責任感もありながら診療できますし、1人の患者さんの経過を通して診ることができるというようなことがあって、患者さんからも直接感想を伝えてもらいやすいので、やりがいという意味では日本の医療

もすごいいいなと感じています。全体的に、一人一人の患者さんに寄り添った親身な医療をしており、医師・患者の信頼関係の上に成立つ医療というのは、やはり日本は世界的に見ても、とてもいい医療環境なのではないかなと思いました。

個人的には、基本的に日本人は丁寧で、すごく細かい作業が得意ですので、ものすごく手技のクオリティーが高いというのと、若いうちから先ほど言ったように色々経験させてもらえると。ただ、システムというよりは医師個人の献身的な努力で補っている面が多く、持続可能性が低いということを感じました。



この結果を踏まえて、若手医師からの提言できることとしては、今日はドイツの働き方と日本の働き方の違いを①から⑧のポイントとして紹介させていただきましたが、若手医師や女性医師というくくりだけではなく、全ての医師が働きやすく、それぞれのライフステージに合った色々なバリエーションのある働き方が許容される勤務環境となるのが理想だと思って、今日は皆様にドイツの例を紹介させていただきました。

医師会の先生方にこれだけお集まりいただいておりますが、例えば当直明けに早く帰るために遅めに出勤したいと言っても、そういうフレキシブルな働き方が世の中に浸透していくまでに時間もかかると思いますし、そういう多様な働き方というのはやはり上の先生たちの御理解もないとなかなか受入れられていけないと思いますが、何かしら変えていかないと、今の医療環境とこのすばらしい日本の医療を維持するのは難しいと思います。そういった所で、

医師会の先生方が若手をサポートしてくださるようなことがあるといいなと思うのと、先ほどドイツでは迅速にディスカッションを行い改善点はすぐに直すというようなことも言いましたけれども、下の者たちの訴えを聞いていただいて、それに耳を傾けていただくだけで何事か変わっていったりすることもありますし、診療情報については医師会の先生方に医療DXとかも頑張っていただいているので、色々な面でサポートしていただけると非常にありがたいのではないかなと思います。

若手がどんなに声を上げても届かないということが多くと思いますが、医師会の先生方が若手の声を聞いていただき問題意識を持っていただいて、我々の声を代弁していただけることで、医師会として、全体的に働き方をよくしていくことに対して大きな意義があると考えています。

一応お話としては以上ですが、私の活動してきました医師会ジュニアドクターズネットワークを紹介します。



医師会のジュニアドクターズネットワークは何をやっているかということ、国際保健というテーマを扱ったもので、いわゆる若手同士で、専門家の枠や、地域の枠組みを超えてネットワークをつくったりしていけたらいいなというモットーで活動している団体です。

今日は時間がないので詳細は割愛させていただきますが、若手医師が主体的にリサーチをしたり、講演者の先生を呼んで若手向けにご講演いただいたり、地方医師会にお邪魔させていただいて医師会の先生方と若手が交流する際の橋渡しの役割をさせて

いただいたり、地域社会との関わりということで、これは私が行ったのが熊本だったというだけですが、熊本地震の被災地支援に行かせていただいたりしました。また、国際活動として世界医師会総会に参加して、世界中の若手医師とコネクションを持って、各国の若手医師の働き方やユニバーサルヘルスカバレッジ（UHC）、医療のデジタル化ですとか様々なテーマに関して各国の現状をシェアし合ったり、国際保健の課題に対する勉強会を行ったり、アドボカシーなどを行ったりしています。

後は、世界保健総会で世界医師会の代表として提言をしたり、世界各国の色々な医師と協働して国際保健に対するアドボカシー活動を行ったり、色々なジャーナルに投稿したりしています。

先ほど言ったように、若手医師同士が専門科や地域の繋がりを超えて広く繋がれるプラットフォームになれたらいいなという思いでやってきましたが、コロナを経て、フィジカルな活動が減ってしまったことによって、今は実働メンバーが少なくて困っていますので、もし国際保健に興味があるという若手の方が地域の医師会にいるようでしたらご紹介いただけるとありがたいです。ご清聴ありがとうございました。

一宮（座長）:岡本先生、ありがとうございました。最後にJDNのおまけまで、会場の先生方、ご子息やお孫さんの将来を考える参考になったのではないかと思います。

総合討論



一宮（座長）：4名の先生方にそれぞれの立場で意見をいただきました。日本医師会の勤務医委員会でも、こういった声をいかに日本医師会に繋げるか、そういった場の設定について、早くから中・四国ブロックでそういう場を設定されている若林先生に御意見を伺いたいと思います。

若林（座長）：初めに松本先生からの挨拶でもありましたように、今、日本医師会の半数以上が勤務医の状況で、そして勤務医の特徴として、所属する組織やその中での立場、そして、年齢、性別、取巻く環境や価値観、働く環境も全く多様でありまして、したがって現場で直面している課題も誠に多様です。

現在直面している課題として、地域医療構想、医師の偏在対策、働き方改革、これらはまさに勤務医が主役の話であり、日本医師会が行政のカウンターパートであるとするならば、やはり現場の勤務医の多様な意見を行政施策に反映するように、日本医師会に届けるようにしなければいけません。

それも誰でも分かるような分かりやすいルートを作る制度設計が必要であると思います。特に日本医師会が組織強化として研修医をはじめとする若手勤務医達の入会を進めようとするなら、なおさらこの制度の設計は必須であり、そういった所から、私たち勤務医委員会としても日医へ上申しているわけです。したがって今回メインテーマが「勤務医の声を医師会へ、そして国へ」というようなタイトルで福岡県医師会の先生にお世話になっております。

そして、私たち、中・四国のブロック会も開催しましたが、その話より今日のシンポジウムではまさに色々な立場の勤務医の先生から多彩なご意見・課題をいただきました。今日は松本会長、そして今村常任理事もご出席ですので、ぜひ色々な意見をいただいて日本医師会の方に反映させていただきたい

という格好でこういった協議会を活用したいと思います。これからの議論、どうぞよろしくお願い致します。それでは、せっかくの機会ですので、フロアから質問を。

長谷川（神奈川県）：色々な話をありがとうございます。横浜市の長谷川です。まず、働き方改革で一番の重要な点は、我々医師の人生を大事にするという所にあるのではないかと思います。そういった意味で、既成観念だけではなくて、一人一人の医師も、それから医師会も、それから行政もですが、その時の世の中のニーズに応じて学習して、そしてどんどん変えていく勇気を持つということ。

昔から言われていることですが、都市部に関して言えばやはり集約化しないと中々うまくいかないだろうと。集約化という意味で、まず一つは、病院を同じ町の中で、県立があったり市立があったり何とか立があったりと、色々な所に分散しているとリソースが分散して中々大きな力にならない。

だから、ある程度の広域で対応できるような形の集約化。また、内容についても、例えば総合診療と救急という幅広く診るような人だが、その人たちというのは幅広く診るだけに勉強する時間が必要だということでシフト制にするとか、そういった形で時間管理をしっかりと行う。その代わり、広域で高度の医療、手技を必要とするようなものは対応できるようにする。

それから、へき地については、やはり孤立させないということが大事で、やはりどこかの都市と結びつけてチェンジャブルにカバーができるような体制にしてあげるといふ、その辺は昔から言われていることですけれども。

若林（座長）：先生、ありがとうございます。それでは、特に働き方改革ということで、この大学病院

というのが今、臨床、研究、そして人材を輩出することによる地域医療も支えなければいけないということで、本当に大学病院は働き方改革の対応が大変だろうなと思っています。大学病院の本音といいますか、先生、どうですか、この働き方改革への対応、大学でも大分格差というか濃度差というのがあるのかもしれませんが。

野村：今、先生がおっしゃったとおり、大学だけでこの改革を成し遂げることはできません。地域医療を担う他の病院とも連携し、医療提供体制そのものを見直す必要があると考えています。その中で大学病院が果たす役割は、機能分化や医療資源の集約を図る中核的な存在として、他の医療機関と協力しながら、それぞれが本来持つ機能を発揮できる体制づくりを進めることにあると思います。こうした取り組みにより、医師一人ひとりがやりがいを感じられる職場環境の実現にもつながるのではないのでしょうか。

長谷川（神奈川県）：多分、以前から言われていましたが、中々そのまま課題として残ってしまっている。だから、変革する勇気が我々に必要だろうなと思います。

若林（座長）：同じように働き方改革で、野田先生から特に救急医という立場から本日ご発表いただきました。先生もそういったことで過去にあるのではないかと思います。いかがですか。

野田：ありがとうございます。スライドで示させていただきましたように、病院ごとの垣根を越えて救急医療に携わる人間を育成するとともに、それを受皿とする病院を交代制もしくは地域に何か所か指定し、その後、その患者をその病院で独り占めするのではなく、地域で適切な医療施設に紹介する、住民もしくは家族が通いやすいような病院に紹介し、地域全体の病床管理をどこかが担うということをしなければ効率的な医療は提供できないと感じています。

これは野村先生にお尋ねしたいのですが、筑後地域はやはり久留米大学の力が非常に強いですし、そこが変わると筑後地域は絶対変わるのではないかなという気がしています。福岡地域は先生もご出身で、ご存じのように福岡大学と九州大学がありますし、

それだけではなくて、他の大学出身者も落下傘で開業される先生方もおられますので、それは難しいのではないかなと感じております。先生、どうでしょうか。

野村：ご指摘ありがとうございます。私どもの県南地域、筑後、久留米地域というのは、歴史ある久留米大学を中心とした関連病院群によって支えられている、比較的高齢化が進んだ地域です。そうした背景からも、医療機関間の連携が取りやすいという特徴があります。地域医療構想の推進に当たっては、大学がさらにリーダーシップを発揮し、連携体制の強化を図るとともに、医師を必要とする地域へ継続的に派遣する体制を構築していく必要があると考えています。幸い、大学を中心とした関連病院会議が頻繁に開催されており、こうした議題についても既に議論が始まっています。今後、それをしっかりと具体化して行きたいと思います。

若林（座長）：ありがとうございます。柵木先生、どうぞ。

柵木（愛知県）：愛知県の医師会長の柵木と言います。今日は村上先生にすばらしい試みをご披露いただきました。同じ愛知県で働く医療人として本当に誇らしいなと思っています。今日、村上先生があれだけの発表をされたのは、これだけ医局員を増やしたと。何のために医局員を増やしたか。ただここで発表したくて増やしたわけではないと、こういうふうに思います。皆さん、こんなことは言うまでもないかもしれませんが、やはり関連病院を維持するためという大目的が、あれだけの医局員を必要とする1つの理由だろうと思います。ところが、大学病院の役割として、研究、教育、診療と、これは皆さんご存じだろうと思いますが、医師派遣、地域医療への貢献というのは無いんですね。正式な文書で、これはすべて医局がやっておると。公式に大学病院の役割として医師派遣があるということはない。厚労省は、やっと今度、今年の10月になって、新たな地域医療構想検討委員会の中で、医育及び広域診療機能という中にこの医師派遣というのを認めるようにしたと言われています。

ところが大学病院の管理というのは、厚労省だけではなくて、当然文科省もこれに関連していると。私の後輩というか弟子というか、それが今、政治家になって文科副大臣になりました。今、選挙で走り回っておりますが、1年前に文科副大臣になった時に「君、文科省も大学病院の機能として医師派遣をきちんと明示するようにやってくれ」と言ったんですよ。彼は一生懸命やってくれて、今度の文科省の概算要求のときにそれをきちんと出しました。ところが、実際にやりましたと言ったけども、それが概算要求を見たら載ってない。何でその文科省はそういうことをしないのだろうか。何でそんなに嫌がるのだろうかと思います。

これは本当に野村先生にお聞きしたいのですが、要するに行政として、大学病院の機能として医師派遣ということをきちんと明示してくれれば、病院としては医局に横串を刺して、もちろん医師少数区域もそうでしょうが、普通の医師派遣機能というのを大学病院に認めれば、色々と病院再編にしても地域医療を充実させるにしても効果があるだろうと。行政のお墨つき、つまり経営主体のお墨つきがなければ中々動けないのではないかなと思います。いかがでしょうか。

野村：力強いお言葉をいただき、ありがとうございます。特定機能病院としての大学病院には、教育・研究・診療という役割に加え、地域医療構想においても極めて重要な使命があると考えています。そのためにも、大学病院が地域医療における医師派遣機能を担うという点を、行政の側でも明示して頂きたいと強く感じています。

実は昨年度、文部科学省の補正予算により、高度医療機器の整備のための支援を頂きました。文科省からも大学病院の機能をサポートする動きがあるという点を一言付け加えさせていただきます。

働き方改革の実現には多くのコストが必要です。実際、当院も来年度は赤字になる可能性があります。こうした現実を踏まえれば、今こそ国が英断を下し、制度を大きく転換するタイミングであると感じています。

2040年を見据えた高齢社会への備えとして、私たち大学病院もマインドセットしていきますので、ぜひ、国としても同様の姿勢を示して頂きたいと願っています。ありがとうございました。

柵木（愛知県）：最後に一つだけ。文科省、厚労省が協力して、今の三つの機能に合わせて、医師派遣ということを明示すれば相当やりやすくなりますか。大学病院として医師派遣をするのにですよ。

野村：ご質問ありがとうございます。今回、医師少数地域への派遣に対する補助金制度が国によって言及され始めています。まだ実際には制度として動いてないのですが、少なくとも医師派遣そのものを国が支援すべきものとして捉え始めていることは評価できると思います。かつては、医局に関連病院から研究費が入ることで派遣体制を維持していた時代もありましたが、現在はその仕組みも大きく変化しています。そうした中で、国が制度として医師派遣を正式に支援し、明示的に位置づけていくことが、地域医療再編や大学病院の機能強化にとって重要なステップになると考えています。

一宮（座長）：ありがとうございました。

フロアからご意見がありますが時間が押していますので申し訳ありません。懇親会の席で直接お尋ねいただければと思います。

今回4名の立場の違う先生方からご意見をいただきました。時間延長するぐらい活発な意見交換があったわけですけど、こういったことを踏まえ、私たちはやはり都道府県医師会でもって、こういう様々なご意見をお聞きする場を設定する必要があるのではないか、そして、開業医と勤務医の先生方が一緒になって、これから先の医療を守っていく努力をする必要があるのではないかと思います。拙い司会で時間が延長してしまいましたが、皆さん、どうもありがとうございました。

シンポジウムⅡ

15:40~17:20

シンポジウム
共通テーマ

組織力強化に向けた勤務医の意見集約と実現

働きたい病院：組織改革と業務改善

【地域医療構想】

掛川市・袋井市病院企業団立
中東遠総合医療センター企業長兼院長

宮 地 正 彦

【医療DX】

九州大学大学院医学研究院
医療情報学講座教授

中 島 直 樹

【周産期医療】

国立病院機構小倉医療センター
産婦人科部長

川 上 浩 介

【女性医師】

福岡県医師会理事・JCHO久留米総合病院
名誉院長

田 中 眞 紀

座 長

福岡県医師会理事

横 倉 義 典

福岡県医師会勤務医部会委員会副委員長
福岡市民病院副院長

平 川 勝 之

座 長

福岡県医師会理事

横倉 義典

(よこくら よしのり)

福岡県医師会勤務医部会
委員会副委員長
福岡市民病院副院長

平川 勝之

(ひらかわ かつゆき)



横倉：それでは、ただいまよりシンポジウムⅡを始めたいと思います。座長を務めます福岡県医師会の横倉義典です。

平川：福岡市民病院の平川です。よろしくお願いします。

横倉：朝から長丁場でお疲れの所と思いますが、最後のシンポジウムでございますので、よろしくお願いします。それでは、シンポジウムⅡは「働きたい病院：組織改革と業務改善」をテーマに、4つのポイントからご講演いただきます。

演者の先生の略歴紹介につきましては、先ほどと同様に抄録の掲載に代えさせていただきます。また、フロアからの質疑については、シンポジスト全員よりご講演をいただいた後にディスカッションの場を設けておりますので、そのときにご質問いただくようお願いいたします。

早速、シンポジウム講演に入らせていただきます。

1つ目の講演は、掛川市・袋井市病院企業団立中東遠総合医療センター企業長兼院長の宮地正彦先生より「統合による病院内の変化、地域医療の変化－乗り越えるべき問題は多いが、明るい未来も見えてくる－」と題してご講演いただきます。宮地先生、よろしくお願いします。

統合による病院内の変化、地域医療の変化 —乗り越えるべき問題は多いが、 明るい未来も見えてくる—

掛川市・袋井市病院企業団立中東遠総合医療センター
企業長兼院長

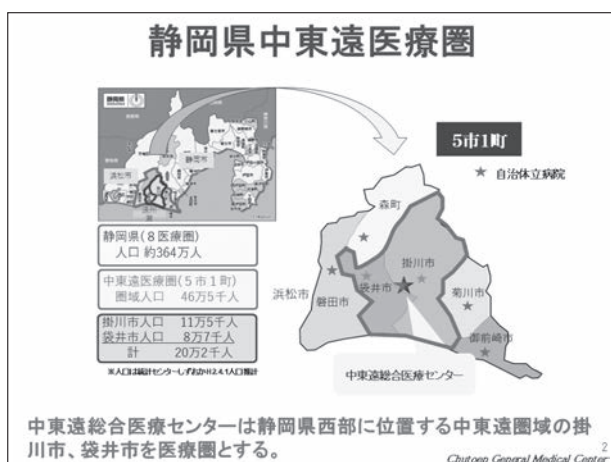
宮地 正彦

(みやち まさひこ)



皆さん、こんにちは。このような機会をいただきましたことは本当にありがたく思います。

私たちの地域というのは静岡県の西、浜松市の隣にある中東遠圏域46万人の所で、掛川市12万人、袋井市8万人の20万の医療圏であり、2つの市民病院が日本で初めて統合してできた病院です。



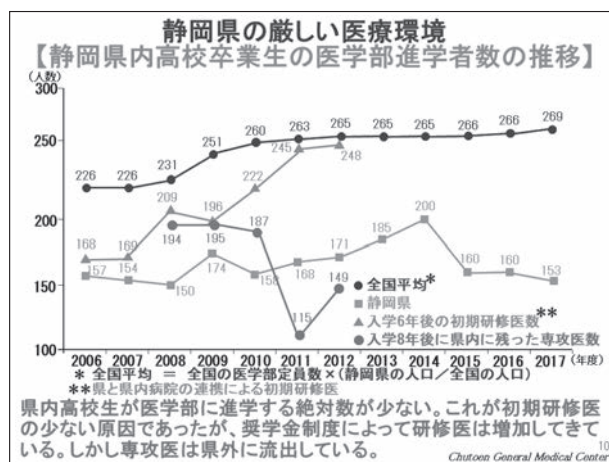
静岡県の沿線から見ますと、私たちの所は非常に自治体病院が密にあるということがよく分かります。静岡県は、先ほど新潟県の話にもありましたが、人口は10番目に多く、四国の4つの県を合わせたのと同じぐらいの人口がありますが医療者の数は非常に少ないという県です。その静岡県の中で私達は最も医師の少ないところにあり、全国平均の60%で医療を行っています。

静岡県は企業が多くありますので豊かな県で、県民所得は4番目に多いです。平均寿命と健康寿命の差が短いということで、亡くなるまでは元気だということで行政の方は非常に喜んで、これを報告しています。私はこの結果を見て非常に残念に思ってい

ます。というのは、静岡県の人は病気になったらすぐ亡くなると。もっといい医療ができれば、もっと長生きできるという思いがして、このデータを見て非常に悔しく思っています。

国民の医療費を見ていただくと、静岡県は非常に安くできています。これは皆さん知っているように、医者が多い所は医療費が高くて、医者の少ない所は医療費が安いと。静岡県は適切に医療をやれているというよりは、やはりまだ足りないのかもしれませんが。ここは勤務医会なので言いますが、静岡県は勤務医の人数は全国で下から3番目です。つまり勤務して働く医者が少ない。それなのに人口が結構多いところを賄わないといけません。360万の人口が医師不足に悩んでいる環境にあります。

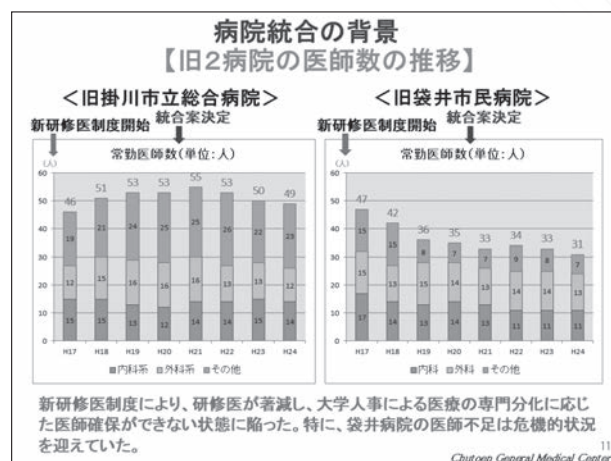
その原因の1つは、県人口当たりの医学部に行く人数が、静岡県だと270人ぐらいいてもいいですが、実際に医学部に入る人数は160~170です。全国平均と比べ100人は少ないです。



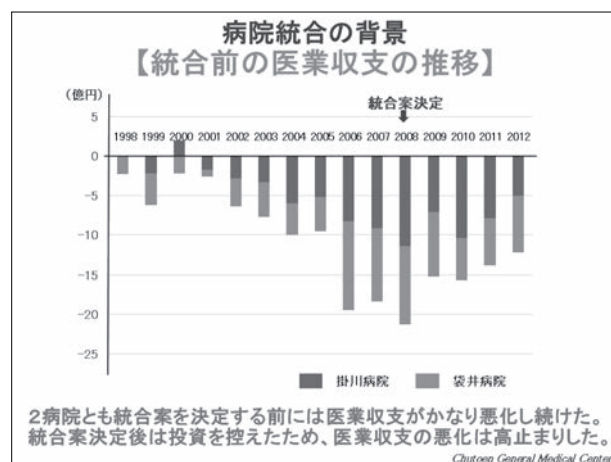
それで県も色々な対策をしています。対策が無かった頃は初期研修医の人数は160人で、要するに県が輩出している医学部生と同じぐらいの人数だったのが、対策によってほぼ260人まで、適切な医学部生がいるだろうという所まで研修医が増えました。しかし、その時に今度は専攻医制度が変わりました。専攻医制度によって、それまで順調に研修が終わった人が県内のプログラムを選んだ数は最も少なくなっています。これは静岡県から県外に移動してしまって、特に東京に移動しています。こういったことがあって、静岡県のプログラムを選ぶ人は非常に少ない。基本的には、自分の県または近隣の県をプログラムとして選ぶ専攻医は、普通の県は大体80から90%ですけど、5割を切っているのは静岡県だけで35%です。浜松医大のプログラムで30%、県のプログラムは5%ということです。

これはどうしてかと言うと、静岡県に浜松医大ができたのは50年前です。いわゆる新設校で、それまでは医学部がない県でした。360万の人口があって医学部のない県は静岡県だけでした。それがやってきましたが新設校であって、まだまだ各地域に人を輩出するだけの力がありません。それで、関東、関西、東海、時には九州の大学から人の派遣をいただき静岡の医療を賄っているという所が原因になっています。

これからは私たちの病院のことをお話します。よく統合を決めたなと思いますが、総務省からではなくて自治体主導の病院統合が計画されました。原因は、私が思うには、研修医制度が変更になったためです。それまである程度研修医が来ていました。この後、袋井市の方は常勤医が50人から約30人まで減ってしまった。これはどうしてかと言うと、研修医が来なくなる、大学に医者を送れない、大学からも人を送ってくれないという悪循環に繋がっていました。



当然両市の二つの病院の収支を見ますと約20億の赤字まで膨らみました。統合案を決定したら、もう投資をしなくなって人も減ったので、赤字幅は返って少なくなっています。



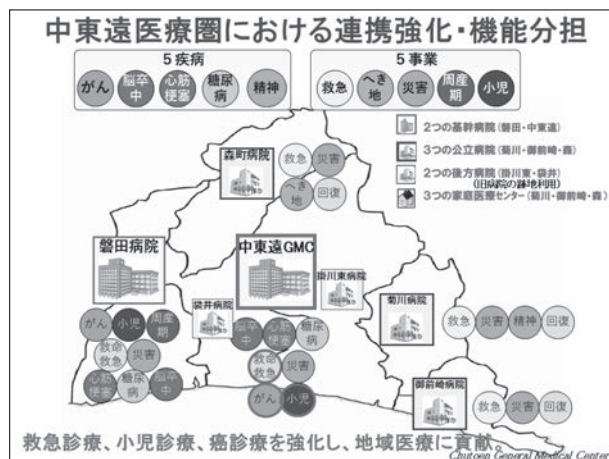
この原因の1つは、潰れてはいけないということでも掛川市の方がものすごく負担したんです。統合する前の病院の機能を維持させるため、袋井市も投資しました。これで何とか病院を維持したまま統合になりました。潰れるまで行ってしまったら多分統合が成り立たなくなってしまう。というのは医者が減り過ぎてしまうからです。先ほど言ったように両病院で80人の医者というのがポイントです。全国に先駆けて、やらざるを得ないために統合したと思っています。先ほど言った研修医が減ったこと、それから医師が減ってしまった。老朽化もありました。それで、掛川病院の450床、袋井病院の400床、合わせ

て850床から500病床にダウンサイズしました。



これは少な過ぎると当時は言われたみたいですが、まさにこの量であったからよかったと思います。つまり、医者はこの時で80人です。80人で始まっているので、80人で維持できるのは400から500まで、500床でも多過ぎるのかもしれませんが。実はこのときの病院統合は、通常の1つの大学だけではなくて、5大学から約2大学、名古屋大学と浜松医大で人を何とかやりくりしました。今は名古屋大学と浜松医大、それから名古屋市立大の3つからいただいています。名古屋大学から来た人が6割、浜松医大から4割、名古屋大学から来る人の女性の割合は5%、浜松医大からは30%、男性しか名古屋大学から送っていないのは女性に頼むと来てくれないからです。

それで私たちの病院が中核になったために、全部で5病院のバランスが取れるようになりました。磐田市立総合病院と当院が中核となり、周りがそれを支える、補えない部分をやっていただくということになりました。



何よりも大きかったのは、断らない救急をやってくれということです。それまで袋井消防が病人を搬送する病院を決めるだけで5分30秒かかっていたのが、開院後はほぼ当院で受取ることになるので1分45秒、約4分間短縮できました。心筋梗塞の救命率を上げることができますし、脳血管障害の麻痺を少なくすることになります。

市民1人当たりの病院に払っていた税負担の割合ですが、統合する前は9,500円だったのが7,400円に、約2,000円安くなりました。しかし、隣の町は、今でさえ2万2,000円、もっと隣の3万6,000円を払っています。多分こういったことは住民の方は知らないと思っています。

2つの病院が統合し、色々な機能ができました。救命救急センターもできました。ダビンチも買いました。非常に伸びました。その中で、私は2代目院長として5年目に着任しました。実は救命センターができたときに救急科が6人いましたが、私が来た時には1人に減るということが分かっていました。私がここで働く1か月前に事務手続に行って診療部科長を集めて聞いたときに何を言われたかという、「先生、救急が崩壊したのですが、どうするんですか」と。私はまだ院長ではない時にそれを聞かれて、全く縁もゆかりもないのです、よくわからないし、どうしていくかもわかりませんでした。

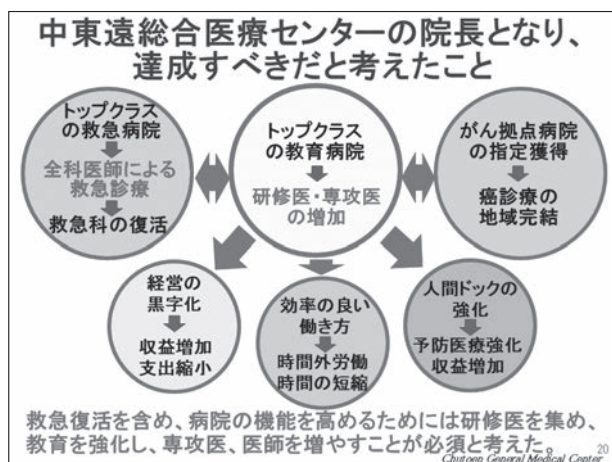
私の異動が決まったのは実は3か月前だったので、私は500人以上の外来患者、手術患者の全員をどこかに紹介しなければいけなくて、それに必死

だったので、とてもこの新しい病院のことについて考える余裕は全くなくて、全く何も知らない状態で院長になってしまったということです。

この時、私の同級生が名古屋大学の病院長をやっていたので、名古屋大学が人事は全面的にサポートすると、勧誘の時にそういう約束がされていました。教授陣の前で総長がそう話したそうです。私もそれを信じて、「そうですか。では、分かりました。頑張ります」と言いました。6か月後には血液内科がもう送れないと言われました。糖尿病内科は、いや先生の所は一応うちのリストにはあるけど、あなたのところは関連病院ではないと言われて、どうなっているんだ、と、がく然としました。

そういうことで、もうこれは自分達で何とかしないとまずいかな、本当にもう後1年したら潰れるのではないかと非常に危機感を持って、とても所信表明は最初できませんでした。病院のことを知りませんし、何ができるか、どうなっているか、よく分からない。ただ、人を集めるのは自分たちで集めないと駄目だなということを覚悟しました。

県の労働基準局に挨拶に行き、働き方改革を何とか頑張ります、時間外労働時間を月80時間ぐらいで収めますと言ったら、「何を先生言っているのですか、45時間ですよ」と言われて、とてもそんなことできっこないなと思いましたが、労基はそう考えているなと思いました。



着任後6か月ほどした時に院長としてすべきこと

を述べました。トップクラスの救命をするぞと、こんなこと言っていましたけど、実行できるかな、実現するかなと。だけど、言わないと駄目だろうと思って、トップクラスの救命にすると。私は消化器外科医なので、がん拠点病院にするぞとも考えました。

私の前任は愛知医科大学でした。年間200件ぐらいのオペをやっていましたが、当院に来てからはほぼないです。1年に5件、胃ろうを入れるとか、小さな手術しかやってないです。だけど、がん拠点病院を取ると。誰も信じませんでした。というのは、隣の磐田病院は既に取っているからです。二つ目の拠点病院は極めて難しいと言われていて、誰もこんなことができると思っていませんでした。

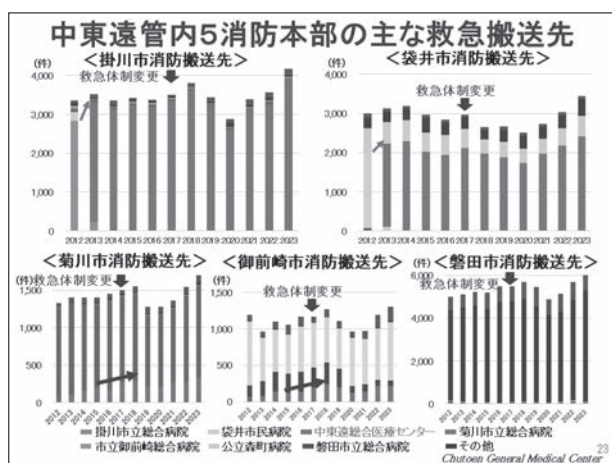
職員で私のことを知っているのはたった2人です。外科の私の後輩しか知らない。私は全然知らない所に入ったので、多分みんな、どういうことをやる院長だろうと、最初は思ったと思います。だけど、前任の院長は非常に頑張って統合されたので、トップダウン式に全てが決まっていた。私が初めて、院長回診ではないけど病院視察をして、ここはこうした方がいいねと言ったら、すぐ事務がそうしますと言うので、それはやめと。私はアイデアを言っただけなので。会議で言うと、もうトップダウンなので誰も意見を言わないです。私が「これは会議で決めるんでしょう、会議でものを決めるのだから、皆さん意見を言ってください」と言いました。物事は会議で決めるということにして、「私はアイデアを出します、皆さんは意見をください」と話をしました。

まず、救急のことをお話ししますと、もう救急は救急科ではできませんので、全科の医師でやることとしました。結構ケンカになりましたね。マイナーの先生が「私はできない」と言うのと、ある先生が「それならやめろ」ということがみんなの会議の中で出るわけですよ。すごい病院だなと思いました。そういうこともあって全科にしました。

多くの皆さんが救急科や総合内科にいい先生がいないと教育はできないだろうと、私も最初はそう思っていました。そうではないことを私はここで感

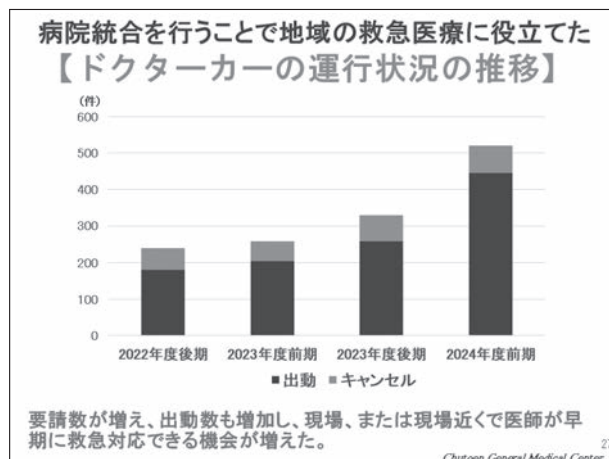
じてきました。これは、全科にした方が救急の応需率が高まりました。何でも受けるからです。断る理由はないので何でも受けて、しかもそれまで研修医はまるで救急車対応したことが無かった。私は最初専攻医に言いに行ったんです、「救急車はあなたたちが診てね」と。「いや、一度も診たことがないので、できません」と。どんな教育をしてきたのかと思いました。今度は全科の医師がやることにしました。自分の科は診られるけど、それ以外のことは分からないので、研修医が初診をして、だんだん相談しながら決めていくというやり方をしたら、研修医のレベルがどんどん上がっていくというのが分かりました。

実際に救急車の搬送がどういう状況かといいますと、どこも大体自分の所の救急車は自分の所の病院に送りますけど、私たちの病院は、掛川消防、袋井消防、それ以外に隣の菊川や御前崎からも送られてきています。開院当初、何でも診るよということになって、断らない医療をやったので、急激に掛川消防からの応需率が増え、袋井消防からのものも応需率が増えました。だんだん経過すると隣の菊川消防や御前崎消防からも、うちにどんどん送られるようになってきて、うちが結構忙しくなっているのがよく分かります。



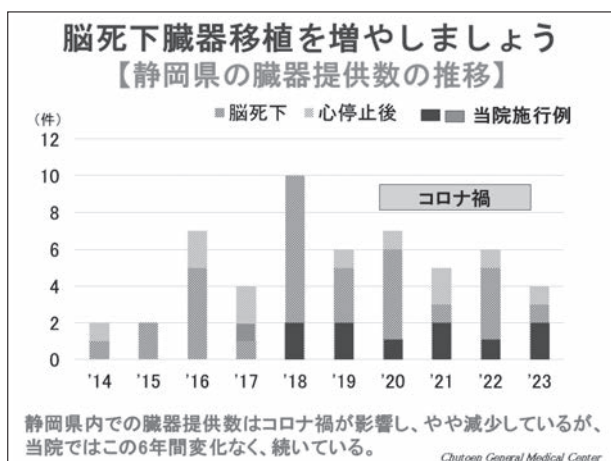
ドクターヘリも結構利用されます。病院の隣にドクターヘリポートがありますので、ドクターヘリも県内で最も使われます。その後、数年経ってからで

すが、救急が5名まで増えましたので、そうしたら彼らがドクターカーをやりたいと。いや本当にできるのか、不安でした。救急をしっかりと機能させることを前提として、一応認めました。当然、意識レベルが悪いとかC P Aの方とかに対応し、2年間やりましたが、半年ごとの4期で見ると実は最初の2倍になっています。

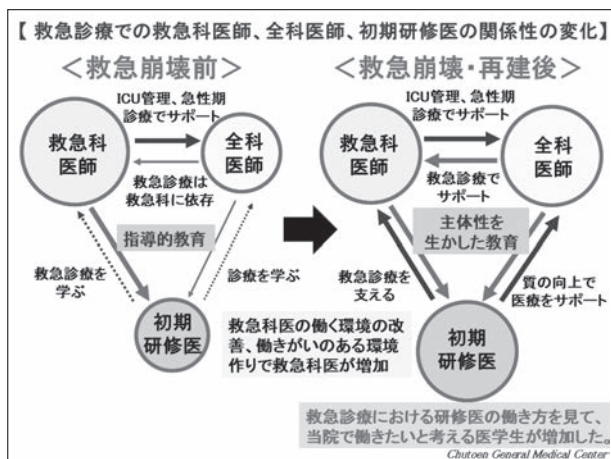


依頼件数が多くなり、隣の消防署からも参加してくれと頼まれます。ただ1チームしかないので、さすがに掛川、袋井の人に呼ばれて、他に行っていたら申し開きが立たないので、もう少し待ってほしいと言っています。

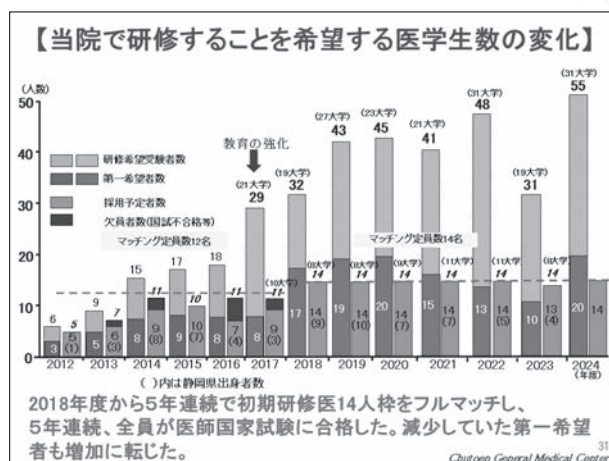
脳死の臓器提供です。今日、中村先生が新潟のことを言われましたが、人口当たりの脳死の提供数は新潟が1番で静岡が2番です。件数でいくと、人口が多いので件数は多いですが、私たちも7年ほど前からスタートしました。救急のドクターがたった1名の時に彼のやりたいようにやらせましたら、これをやると言ったのでやらせました。静岡県は脳死の臓器提供が多いんですが、当院はコロナ禍であっても毎年1例から2例、続けてやってきています。



さっきの教育の所に戻りますが、救急医がいる時は、救急医が教育をするということで初期研修を行っていて、全科の医者はほぼ手を引いていて、救急のやるまに任せていました。救急科は結構指導的教育をするために、なかなかいい教育ができたかどうかは疑問ではあります。



救急が崩壊してしまったら、もう全科でやらないといけないということで、全科の医師全員が、教育レベルが高いと言いますが、各診療科には核となる先生がいて、教育してくれるようになりました。それで、初期研修で主体性を生かした教育ということになりました。それによって、見学学生が増えました。大事だったのは、実習学生を増やすことです。名古屋大学と浜松医大などの6大学に実習連携をしました。それで実習学生がゼロから40人近くまで増加しました。



実習学生の約半分近くはマッチングで希望してきます。これが非常に大きいです。この全員の学生に会って、20分ほど私が話して、現状と問題点と将来の展望を話します。そういうことをすることで、マッチングの枠が12人だったのを14人枠に増やしました。県から希望者が増えたので14人枠にしませんかと言われて、当院の職員に言うと、そんなに見えないですよと言われたのですが、14人がフルマッチしました。それがほぼ5年、去年は駄目だったけど、また今年は実に20人の第一希望者が出て、フルマッチをしました。国試の合格率は、以前は80%だったのが今は100%で誰も落ちないので欠員ができません。

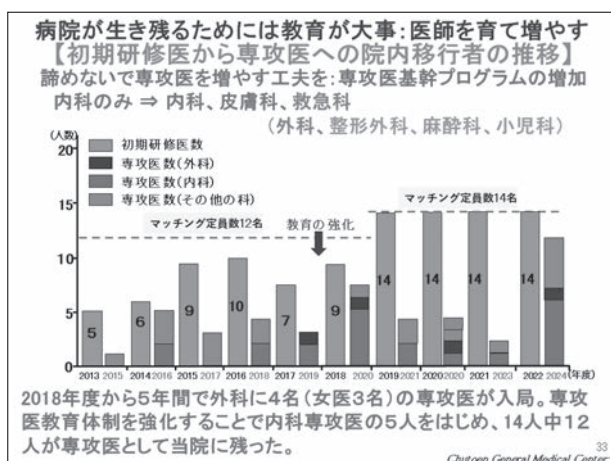
それで教育の程度ですが、全国規模の能力試験、研修医相手の能力試験で、私が来た頃は503病院中360位で、さもありませんと思っていましたが、その後どんどん成績が上がって、2年前は642病院中15位まで上がって、多分東海4県ではトップクラスだろうというふうに思っています。これは優秀な研修医が引っ張り上げているのではなくて、ほとんど全員が平均から平均以上でした。

病院が生き残るためには教育が大事:医師を育て増やす 【初期研修医の全国規模研修医対象能力試験での成績】 当院の研修医は優秀です。彼らが救急医療の質を高めています。 教育の強化						
	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年
研修1年目	212位	198位	82位	26位	28位	187位
研修2年目	342位	234位	37位	18位	73位	42位
総合	360位	169位	31位	15位	26位	61位
参加病院数	503病院	539病院	593病院	642病院	662病院	696病院

初期研修医は1年目の成長が顕著となり、2年目はさらに優秀に成長したことで総合順位が著明に上がった。

32 Chutoen General Medical Center

だけど、これだけ成績がよくなった研修医が専攻医に残るかというとなかなか難しく、この2年後にどうなったかの数を書いています。私が入った時に、9人いた研修医が7人残って、これはこのまま行くのだろうと思いました。14人フルマッチしたら、どれだけ専攻医が増えるだろうと思ったら、全然そんなことはなくて。色々な原因があったかと思えます。しかし、今年度14人中12人が残ってくれて、これが3年続けばしっかりした病院になっていくかなとは思っています。ただ、ここで失敗すれば、またひどいことになるだろうと思います。



医師数も多くの方が言ったように、病院が統合したら医師が増えると思われませんが、最初のスタートはやっぱり80人です。2つの病院が統合した医師数ぐらいいしか増えません。なので、皆さん病院を統合すると過剰なベッド数を持ちたがって、医者が増

えるだろうと思うんですね、それは夢です。現実的には両方の病院にいる医者数ほどしか増えないのが現状です。そこを無理してやれば疲弊します。私が行った時は常勤医が10名ぐらいいましたが、これでは足りない。何がうちの医療を支えたかという、研修医が増えたこと、それから、それに伴って専攻医が増えて、結局それで140名になっているという状況です。

がん拠点のことをお話ししますと、私たちの圏域から25%は隣の浜松の方に行ってしまいます。非常に悔しいです。

がん拠点病院の指定を受けること 【県内の各医療圏におけるがん診療の自己完結率】						
	胃がん (入院)	大腸がん (入院)	肺がん (入院)	乳がん (入院)	化学療法 (外来)	放射線療法 (外来)
浜松	36.5%	52.7%	22.9%	43.1%	14.5%	0.0%
熱海伊東	54.6%	59.7%	32.8%	57.7%	40.3%	0.0%
駿東田方	100.0%	98.7%	100.0%	100.0%	99.4%	100.0%
富士	64.3%	83.4%	32.9%	68.2%	48.7%	58.6%
静岡	96.9%	95.9%	96.8%	94.2%	94.2%	92.9%
志太榛原	83.1%	90.5%	76.5%	87.2%	71.1%	83.1%
中東遠	79.8%	79.4%	74.5%	65.7%	74.3%	77.6%
西部	96.9%	97.4%	100.0%	100.0%	97.8%	98.6%

2016年度 第2回中東遠地域医療連携協議会議資料より

中東遠医療圏から他医療圏(主に西部医療圏)へ2割以上の患者が流出している。圏域内で治療を完結したい。

Chutoen General Medical Center

がん拠点病院の指定を取るために何が不足しているかという、やはり最も駄目だったのは患者サポートに対する項目ができませんでした。ここはすぐ改善しました。127項目中38項目駄目だったのを、2年間のうちに全てクリアしました。

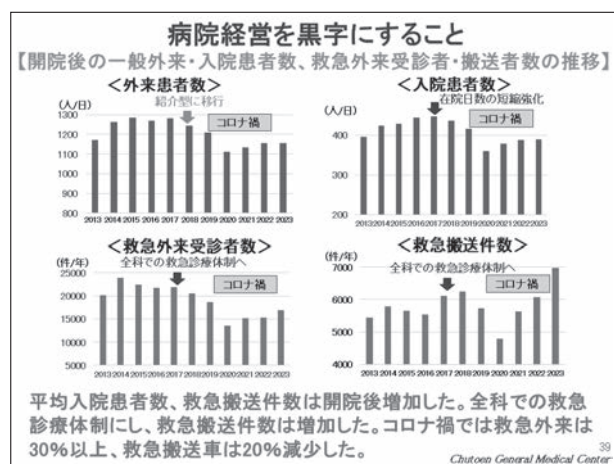
がん拠点病院の指定を受けること 【がん診療体制の強化に向けた取り組み】		
2017年度	＜がん拠点病院指定プロジェクトの開始＞	申請不備項目 38件 (必須項目127項目)
2018年度	- がん相談支援センター開設 - 緩和ケア外来開設 - ぬくもりの会(がん患者会)開始	
2019年度	- 静岡県地域がん診療連携推進病院申請 - 静岡県地域がん診療連携推進病院指定(2019年10月1日付け)	申請不備項目 1件
2020年度	- 就業支援相談の開始(ハローワークとの連携) - 緩和ケア研修会集合研修開始 - 地域がん診療連携拠点病院申請→辞退(地域の合意が不十分)	申請不備項目 0件
2021年度	- 治療と仕事の両立支援相談の開始(静岡県産業保健総合センターとの連携) - 患者サロン開始 - PETがん検診半額キャンペーンの実施 - 地域がん診療連携拠点病院申請→辞退(精神科常勤医がいなかったため)	
2022年度	- がん・緩和ケア支援センター開設 - 地域がん診療連携拠点病院申請	
2023年度	- 地域がん診療連携拠点病院指定(2023年4月1日付け) - 緩和ケア病棟開設(2023年10月)	
2026年度	- 高度放射線治療機器(2台)導入予定 - 人間ドック・健診センター新棟開設予定	

Chutoen General Medical Center

ただ、そこからがん拠点病院の指定を取るのに2年ほど掛かってしまいました。2023年に地域で2つ目の拠点病院を取ることができました。

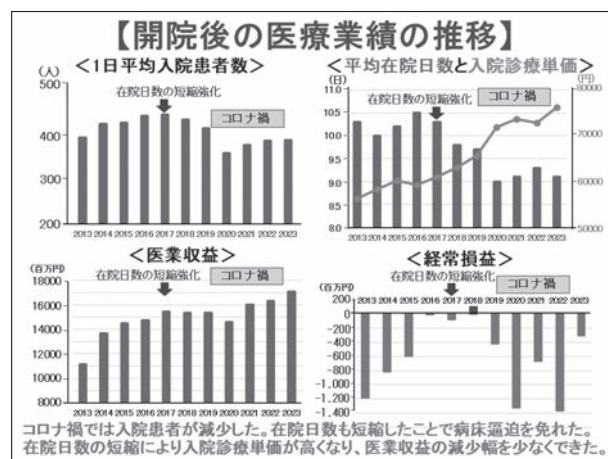
このように開院すると、非常に患者数が増えて、救急も増えて、入院患者も増えてとみんな喜んでいましたが、私が来た時は、それはちょっと違うだろうと。忙し過ぎる。このままだったら、ただでさえ医者が少ないのに、医者が疲弊して辞めたらこの病院は終わってしまうと思って、外来患者を制限するために紹介型にしました。

紹介型にする前はどうかだったかというと、整形も午後から飛び入りがどんどん来ると。午後から手術なのに、どんどん手術の開始が遅れて、みんな夜遅くまで手術する。消化器内科も検査が遅れて、夜に検査になるということをやっていて、これでは駄目だということで、きちんと制限しないといけないと考えました。結構患者さんから苦情を言われました、何で紹介がないといけないと。すいませんと頭を下げてお願いしました。

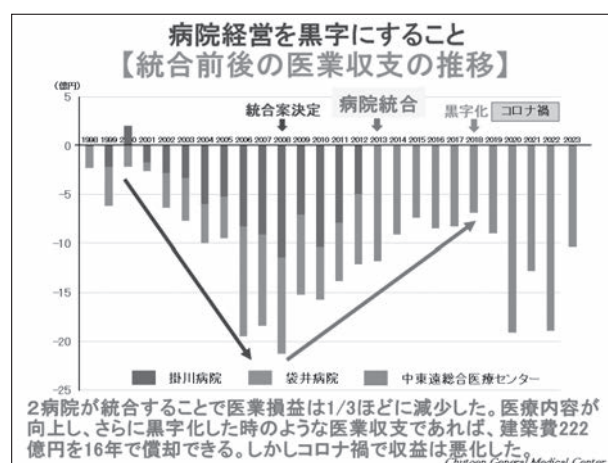


入院患者もどんどん増えるので、みんな収益が上がると喜んでいました。だけど、こんな効率が悪くは駄目でしょうということで、在院日数を短くし、救急外来はウォークインの人をもっと制限しましょうということで、地域の住民の人が徹底されました。それによって入院患者が減りましたが、入院診療単価が上がったので、コロナの時の医業収益はそんなに落ちずに済みました。ベッド稼働として80人ぐら

い減り、15%ぐらいは落ちたと思います。コロナになる前は開院時の12億円の赤字から1億円の黒字まで持っていきましたが、コロナでものすごい赤字になりました。

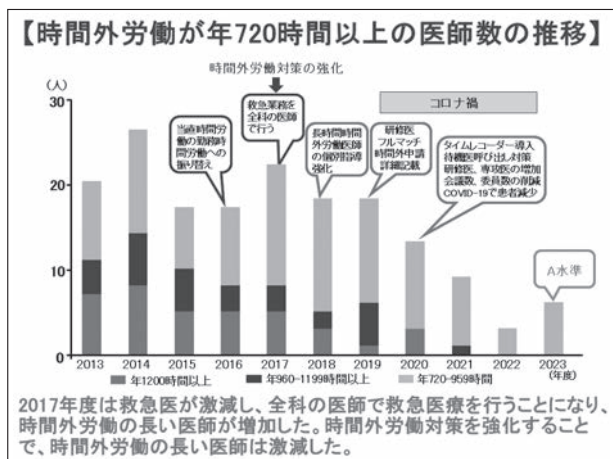


しかし、後で話しますが、コロナでかなり県に貢献しましたので大分補助金をいただき、15億円程は国債を買いました。医業収支を見ますと、統合することでもかなり改善しました。医業収支は赤字ではありますが、何とか赤字を少なくしようと思っています。



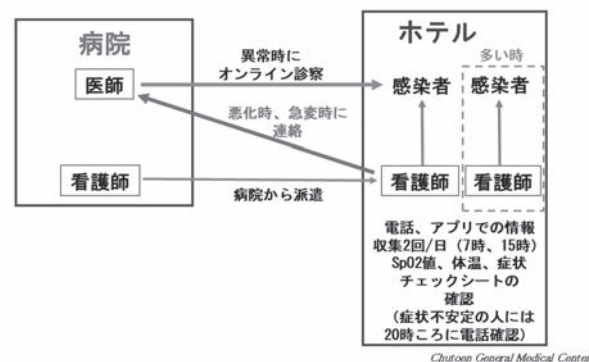
働き方改革ですけど、やはり初期はものすごく環境が悪くて、また全科で救急診療を行うことになり、さらに環境が悪くなってしまいました。色々と工夫して、それまで時間外労働時間が、年1,200時間を超す人が80人中8人、約10%いる環境でした。医療

事務作業者を倍に増やす等、色々と工夫しました。そうすることで、7年間かけて、1,200時間以上を越す医者は1人もいなくなり、960時間を越す人もほぼいなくなりました。ただ、720時間以上の方はまだ6人、大体7%ぐらいはまだいるという状況で、とても540時間以下はまだできていませんが、何とかかなるだろうと思っています。



コロナの時ですが、第1波の時は私たちも厳しかったのですが、東部の医療の厳しい所から当院が受け入れてきました。第3波の時は、静岡県ではもうほぼ医療崩壊するぐらい救急のベッドが無いので、私が全県の病院長に電話して、緊急会議をやりましょうと言って、重症ベッドを22から30まで増やして、何とかしのぎました。色々なルールを決めて、何とか乗り切ってきました。私たちはホテルを第2病院のようにして使用し、そこにうちの医療者を派遣して、当院に不適切に緊急入院させないように対応しました。入院が必要な者だけをうちの病院に入院させました。入院でない時は、当院の医療者がそこで対応することにしました。

新型コロナウイルス感染禍において成し得たこと 【当院が行った感染者療養ホテルの管理法】



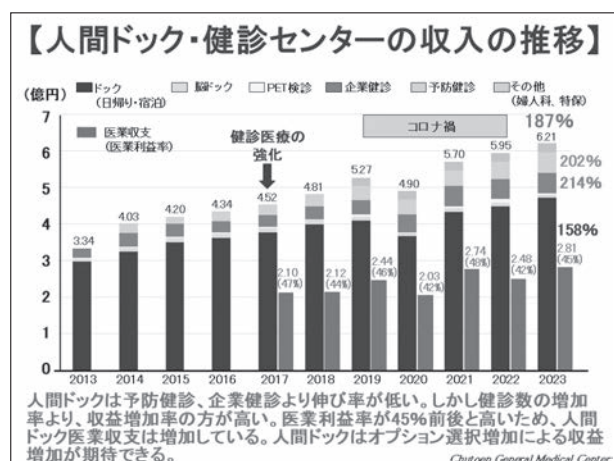
各病院も連携して、当院は第6波までですが、20人の重症者を受けました。実は、そのうち9人は静岡県の他の地域からで、ほぼ断ることなく受けました。静岡県の8分の1の重症者をうちで受けています。だから、静岡県は死亡率が少ないです。

新型コロナウイルス感染禍において成し得たこと 【COVID-19感染対策における連携強化・機能分担】



皆様も知っていますが、一般診療、保険診療では中々黒字を出すのは厳しいです。私達は自由診療の人間ドックを強化しようとしています。開院時から行っていますが、1.5倍以上に受診者を増やしました。収益は約2倍近くに上がっています。その利益率というのは大体40から45%ありますので、ドックの売上げが今6億円で、約3億円近くが実収益になります。これはどうしてかということ、病院併設型の病院の施設を使う、病院の人を使うことで可能でした。以前は病院の人が使われることを嫌っていました。だからドックはドックで勝手にやってくれと思

われていましたが、私は、ドックは全病院で支えなさいと言っています。そうすると誰一人時間外に仕事が増えるわけでもなく、機械も自由に使えます。彼らがどんどんやる気を出して、どんどん受診者を増やしてくれまして、収益が上がっています。



従来の3倍以上のがん患者を見つけることができます。従来は大体5～6時間掛かっていたのを今は2時間ぐらいで検診が終わっています。弁当を持たせて早く帰ります。これは駐車場対策にもなっています。今後は午前だけではなくて、ドックを3セットぐらい、健診を3セットぐらいやれば、多分2倍になります。

「車より体のケアを」と。皆さん車にものすごくお金かけます。10年するとバージョンアップした新車を買います。しかし、人間の体は10年したら10年相当弱ってきます。だからもっとお金を掛けましょうよ。お金をかければ老後をもっと幸せな老後になると思っています。国保の人達の受診率は30%ほどです。私達の掛川・袋井は約2万人がまだ受診をしていません。現在受診者は1万8,000人ですので、約2倍受けることは可能です。そうすればドックの受診の収益も上がりますし、その人たちがD判定になった人は当院の受診を断るなどと言っています。ドックの人を積極的に受けてくれと言っていますので、そういう人達を検査すれば一般診療においても収益が上がる。これは小さな市立病院であっても、行政と連携して、ある一定のドック診療をやれば収

益は維持できます。その地域の病院を維持できると考えています。

最後は薬剤師問題です。薬剤師が病院に来てくれません。私たちが敷地内に調剤薬局を作ったら、すごく国から厳しい政策が出ています。ただ、私たちは他の敷地内調剤薬局とは違って薬剤師不足が深刻なため、ここを上手く使うことで、当直時間の薬剤業務を少なくでき、連携することで非常に楽になります。薬剤業務の負担、薬剤師の負担を下げるためにやっています。お金を稼ぐためにやっているわけではないのです。災害時においても非常にメリットがある施設だと私は思っていますので、これは続けたいと思っています。

敷地内調剤薬局の開設(2023年5月1日)

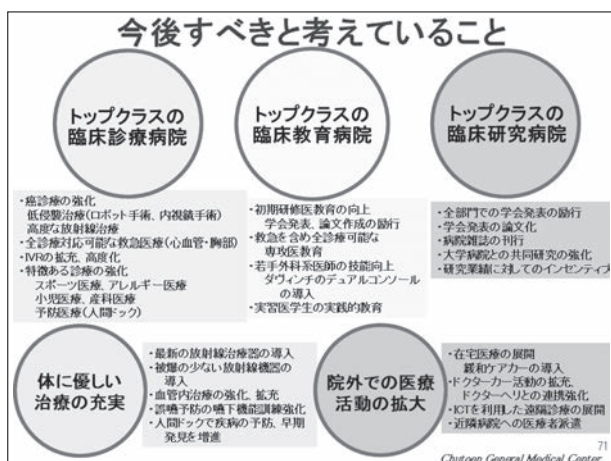
業務時間: 毎日8:30-23:00
業務内容:
 処方箋対応
 薬剤説明・指導
 持参薬チェック
 中止薬確認・説明
 薬剤の種類、量の確保
病院との連携:
 薬剤師の教育
災害時対策:
 薬剤の備蓄、確保

<1日平均対応処方箋枚数(5-8月)>
 平日時間内: 113.4枚
 平日時間外: 8.3枚 休日: 19.1枚

薬剤師不足は医師不足以上に深刻で、病院機能に影響している。敷地内薬局に薬剤業務を一部請け負ってもらい、院内で薬剤師が行うべきこと、したいことをしてもらい環境を作る。院内で働きたいと考える薬剤師の増加に期待している。

Chitose General Medical Center

このように色々と工夫させていただきました。できないことはまだいっぱいあります。これからやりたいと思うのは、待ちの姿勢から外へ出たいと思っています。だから、在宅医療にも行きますし、ドックや、近隣病院の危ない所にはうちから医者を派遣しようと考えています。ただでさえ、医療者は少ないですけど外にも出ていくことで、うちの病院も効率よく回せるかなと思っています。



今度、新棟を建てます。非常にお金がかかりますが、放射線治療は1階、検診、リハビリを2階、3階・4階をドックの施設とし、4階建ての施設を建てる予定です。

やれないのではなくて、やるために工夫をする、諦めないと。今まではモデルケースになろうと思いましたが、これからはファーストペンギンになって色々なことをやっていこうと考えています。今言った3つのことがうまくかみ合って、色々なことができるようになりました。

非常に長くなりすみませんでした。以上です。ありがとうございました。

統合直後は他の病院に追いつくことが目標だった。
統合数年後は統合したことのモデルケースになることが目標だった。
 しかし、これからは
『ファーストペンギンになることを恐れない。』

78
Chitose General Medical Center

横倉（座長）：地域医療構想としてのポイントで公的病院の統合について、変化のできる病院長としての活躍のお話をいただきました。宮地先生、ありがとうございました。

医療DXの考え方と対応

九州大学大学院医学研究院
医療情報学講座教授

中島 直樹

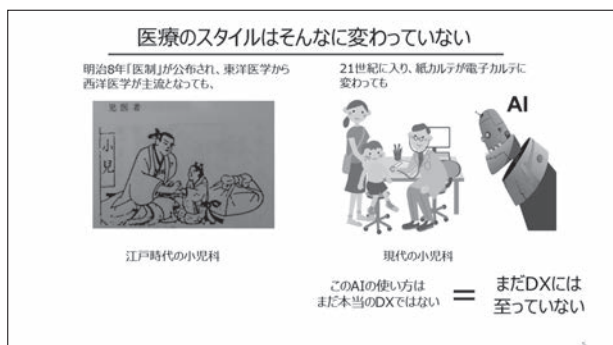
(なかしま なおき)



今日はこのような機会を与えていただき、ありがとうございます。よろしくお願いします。

私は医療DXについてお話させていただきます。DX（デジタルトランスフォーメーション、情報革命）は日本では様々な意味で使われており、錯綜している状態です。そこでまず、もともとのDXの意味、つまり社会全体が向かおうとしているDXについて説明させていただきます。その後、政府が現在進めている医療DX政策、これには我々勤務医も何らかに関与しないといけないものですが、これについて整理してお話したいと思っております。

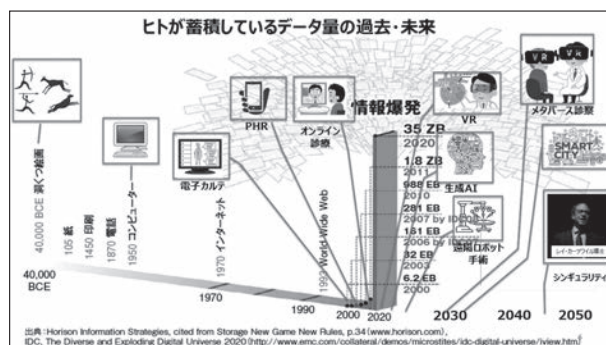
最初にこのDXという言葉出てきたのは、アドルフ・トフラー氏の1980年の著書「第三の波」です。このDXというのは3番目の社会革命であると。農業革命、産業革命、そして今回は情報革命という大きな変化を示しています。何が起きるかということには分かりません。これは産業革命が起きる前に、日本だと江戸時代ですが、明治以降に何が起きるかというのを誰も想像ができなかったのと同じようなことです。



この図は左側が江戸時代の小児科、そして右側が現在です。もちろん医学は進化していますが、スタイルとしては変わっていない。つまり、何らかの症

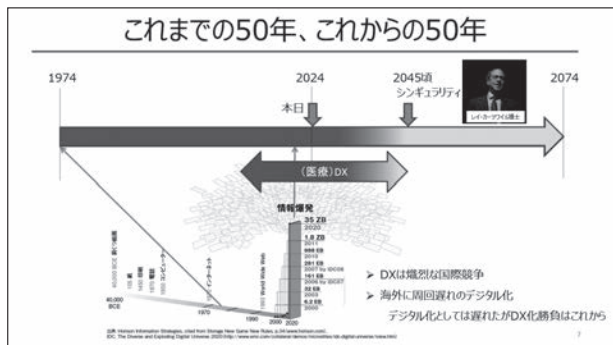
状を持つ患者さんが医師のところに来て、検査や診察を受けて、その結果として診断を受け、そして診断に基づいて何らかの処方を受けて帰宅する。典型的なスタイルは変わっていません。この医師の横にAIを置いたとしても、社会革命と呼ばれる変化には至っていないだろうと考えます、もちろん進化はしていますが。

この図は人が蓄積しているデータの量です。2000年頃から指数関数的に大量のデータが貯まり始めています。



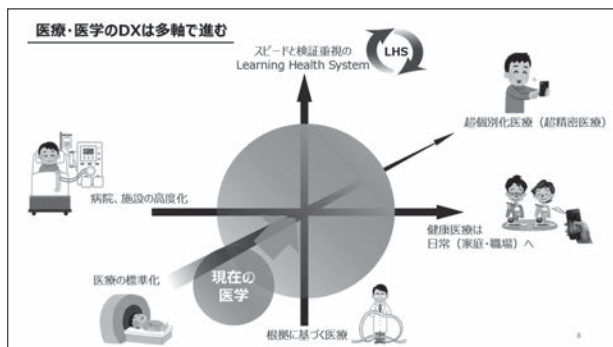
2000年頃、既に我々はコンピューターを使っていたはずですが、世界中のデータ量はそれから20年で5,000倍に増えています。恐らくそこからまた20年すると、2000年からは2,500万倍、恐らくAIがどんどんデータを作りますので、むしろ数億倍位に増えていくことになります。これはコンピューターが発明されて以降、特にインターネットの発展によるものだと思います。同様に医療にも様々なインヴェティブなものが導入され、この中で医療DXは起こっていくのでしょうか。それでは、DXはいつまで続くのか、いつ完成するのかというと、一説によると、図のカーツワイル博士が言う「シンギュラリティ」、全ての人類の知能をAIが超える時だそう

です。2045年頃と言われていますが、あと20年後で、この頃には完成するだろうと言われています。この図は、今日を起点として過去50年、これからの50年を示します。つまり、1974年に生まれた方が今ちょうど50歳ですが、その一生100年を現しています。先程のデータ蓄積の図をマッピングするとこの図のようになります。



1974年生まれの方は、大体30歳ぐらいから情報は急激に指数関数的に増え始めており、シンギュラリティは大体70歳ぐらいで起こる。この間に医療DXが完成される。70歳を過ぎると、残りの30年というのは違う世界、つまり、産業革命になぞらえると、50歳前が江戸時代で、70歳以降が明治以降みたいな、そういう大きな変化がある時期に我々は生きていることになります。

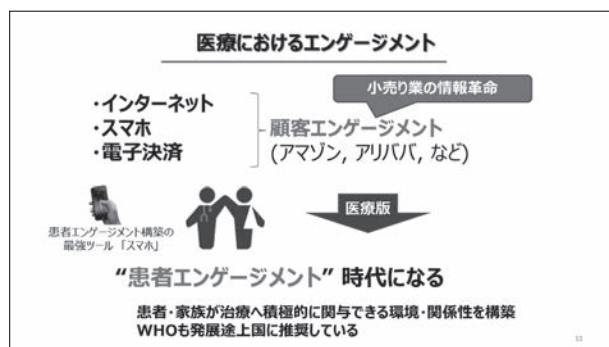
DXはすでに世界的な競争になっております。よく「海外に周回遅れ」と言われますが、周回遅れなのは実は「デジタル化」であり、特に医療に関してはまだどの国にも、DX、つまり社会全体をひっくり返すほどの変化はまだ起きていません。



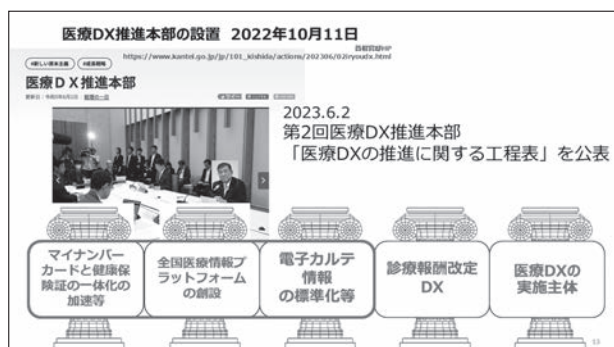
この図は、DXというのは多軸で進むであろうことを示しています。左側や下側の項目も医療の進化上では大変重要なもので、これから廃れるというわけではなくて、そちらの方向にも進むんですが、この上側、右側に示す新しい方向にも進んでいくということで、ここにはたったの3軸しか書いていませんですが、多くの軸が融合しながら進んでいくと考えられます。

今日は時間がないので、この横軸について少し説明します。最もDXが進んでいると思われる領域は小売業と言えるでしょう。Amazonやアリババなどが顧客エンゲージメントを進めてきました。今までの小売業というのは、消費者が店舗まで出向いて行って、限られた商品の中から選び、自分で家まで持って帰る。スーパーにしてもデパートにしても何でもそうです。今や、家にいながらにして、無限に近いカタログの中から選んだものが迅速に家まで届けられるというスタイルに変わりつつあります。これぐらい顧客行動が変わるとDXと言えるかもしれません。

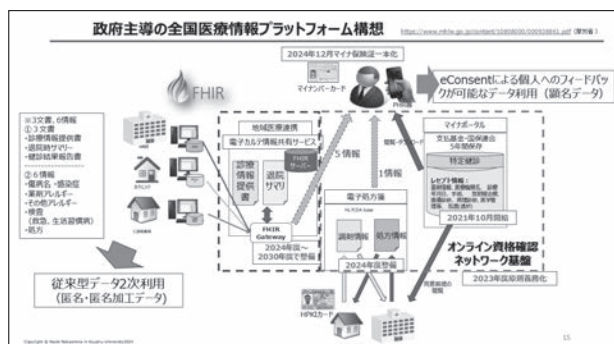
この顧客エンゲージメントの医療版が患者エンゲージメントという言葉で現われ、WHOも2016年から既に推奨しております。費用対効果が高いことが本質で、決して、家庭や職場のみで全ての医療が完結するという意味ではありません。「エンゲージメント」というのは、良好な関係の構築です。特にインターネット、スマートフォン、電子決済などによって、医師などの医療者と患者さんの良好な関係構築によって、社会が変わっていくと考えられます。



それでは次に、現在政府が進めている医療DX政策について整理したいと思います。今から2年前に医療DX推進本部が立ち上がりました。総理大臣が本部長なので、最近トップの顔も変わりましたが。この工程表の中では5つの柱が現わされています。



この中の赤枠3つが私の話に関係しますので、紹介いたします。まず、全国医療情報プラットフォームと呼ばれる基盤です。この中には、医療と介護、それから、自治体、母子保健、母子手帳なども含まれます。それから予防接種情報なども入ります。そのようになかなか大きな範囲の構想であり、さらには民間のスマホのアプリ、PHRだとかも含まれていますし、データの二次利用も含まれている大きな図になります。これが今後のDX基盤と考えられており、政府が積極的に構築を進めているものの1つです。

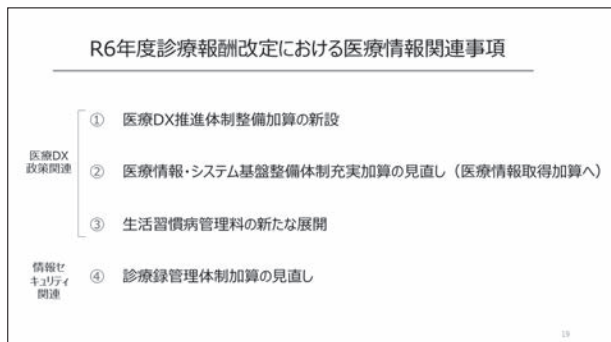


もう少し細かくお話ししますと、国民自身のマイナポータルの閲覧は2021年度に既に始まっております。また、オンライン資格確認ネットワークは既に2023年度までに整備されました。マイナ保険証への一本化は難儀はしておりますがこの12月からです。

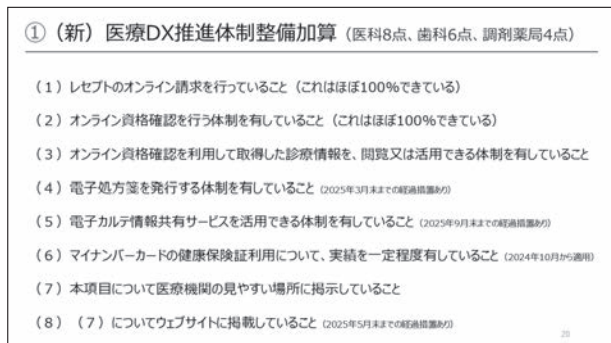
それから、2024年度に行われている電子処方箋、そして、2025年度から本格的に進むと言われていています電子カルテ情報共有サービス。これは、3文書6情報と呼ばれる情報を地域連携の中で、病院間で共有する、あるいは、6情報に関しては、病院、国から患者へ情報発生の都度渡していくものになります。この中には非常に大事な考え方が入っております。国民全体をデジタル基盤に乗せるためのマイナ保険証です。また、安全な情報ネットワークを構築する。さらに標準型電子カルテを作ること、この上に乗せる医療機関を、今は大体50%ですが、できるだけ100%に近づけるということです。つまり、全ての国民、全ての医療機関を、情報は限られてはいますが、安全なネットワーク基盤で全国を網羅するということになります。その結果としてデータ2次利用も充実させようという話にもなっております。

つまり基盤であり、建物で言えば1階部分です。各地に地域医療連携ネットワークがありますが、これはこれからは2階部分としての発展が考えられます。他にも様々なアプリケーションやサービスがこれからも出てくると思いますが、このような共通基盤の上に立ち上がり、基盤と連携して発展すると思います。今から6年後にこの基盤を完成するのが政府の目途で、かなり厳しい状況にはなっていますが、このような基盤を、この時期に作っておかないとやはり間に合わないということになります。国民の評判は中々上がらず、マイナ保険証に反対している人が多い。最近の調査では45%は反対、賛成の人はその3分の1にも満たない状況です。なぜ反対が多いのかということですが、先ほどから申し上げているようにこれは基盤の構築です。基盤を広げる時には、なぜこの基盤を作るかという説明をしないとありませんがこれが難しい。例えば電柱を建てる時に「この長い棒は何だ」「これで電灯がつくんだよ」ということを言うわけですね。そうすると「うちはランプがあるから要らない」と。まだこの時にはテレビも冷蔵庫も電子レンジもパソコンもスマホも無いわけですね。ですから、電灯がつくぐらいの説明しかできない。それと同じように今は、「紙の処方箋が

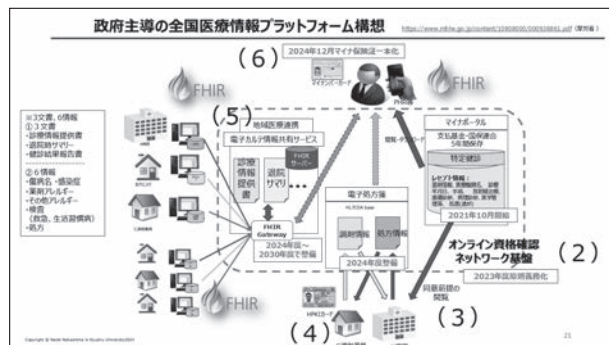
電子化されるよ」と言っても「うちは紙で困ってないから要らないよ」というふうに感じられるわけですね。我々はこの上に立ち上がる色々なDXを知らないが、それを期待するという説明を国はこれからしていくべきではないでしょうか。現在、政府は非常に頑張って基盤構築に邁進しており、補助金あるいは診療報酬を用いて進めております。



この6月の診療報酬改定でこの4つが医療DXに関連しましたが、今日は時間がありませんので①と③について紹介します。まず、①の医療DX推進体制整備加算ですが、以下の1から8が条件になっています。

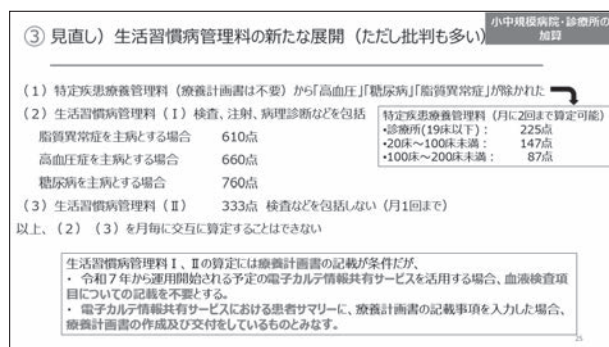


加算は医科8点と正直十分とは言えません。各項目を次の図になぞらえると、（1）のオンライン請求については既に10年ぐらい前から達成されているものですが、（2）のオンライン資格確認ですね。それから（3）マイナポータルの閲覧、それから（4）電子処方箋、（5）電子カルテ情報共有サービス、そして（6）マイナ保険証の実績、これらが条件になっています。



この図の赤い部分です。ただし、この4、5、6番はまだ経過措置ということになっています。ただし、6番に関しては、6月に診療報酬改定があったばかりなのに既に7月に新たな条件が出ました。これはどういうことかといいますと、7月、8月のマイナ保険証の実績で10月以降のこの加算の取れ方が、8%から11%に分けられ、5%ない場合はこの加算は取れないと。そしてまた10月、11月の実績で来年の1月からの加算も変わり、10%ないと加算が取れなくなるという、かなりアメとムチ的な政策ですが、このくらい厳しく進めようとしております。算定は初診患者だけです。十分とは言えませんが、例えば九州大学病院は大きな病院で、1日に初診が200名ぐらいいますので年間で320万円ぐらいの加算規模になっています。

もう一つは③の生活習慣病管理料です。



これは、200床未満の医療施設の加算なので、ここにおられる方の一部かもしれません。糖尿病、高血圧、脂質異常症は、これまでの特定疾患療養管理料から、生活習慣病管理料に移ることになりました。ただし、療養計画書が必要になりますし、そこに初回は患者さんの同意署名が必要になります。これに

対する対応は結構大変で、6月からは、その紙の書式をたくさん、日本全国では恐らく数百万枚が書かれているということになりますが、この10月からは4か月後評価で継続用の書式を書いている状況が発生しています。実は、これもDX政策に利用されています。先ほどの6情報が、病院からマイナポータルへ患者サマリーという名称で提供されます。

こういうスマホの閲覧画面ですね。6情報の記載がありますが、この名称部分が患者サマリーとなっています。赤枠の「療養上の計画・アドバイス」という部分は電子カルテから連携するということが決まりました。これを医師がカルテで記載し、電子カルテ情報共有サービスへ提供すると、この患者サマリーが先ほどの生活習慣病管理料の療養計画書に相当するものとして、紙の様式の記載が免除されると。まだ始まっておらず、来年度以降に始まる患者サマリーについて説明しましたが、このように医療DXを政府があの手この手で、非常に強力に進めています。予算規模も大きくなってきており、電子処方箋については、大体3年間で600億円ぐらいのお金を使っています。

では、勤務医というのはどう対応するべきかという話を最後にさせていただきます。

まずネガティブな視点では、先ほど言いましたように加算があるものの決して十分な額ではない。また、導入するときに業務負担もかなりあります。それから、この導入システムやその活用方法が未熟なままスタートしているので、最初に取り入れると結構困ることが多い。行き戻りも多いということになります。特に地方には平滑に導入したり説明できる

事業所が不足したりしている問題があります。

一方でポジティブな視点としては、この医療DX政策というのは、これからの基盤であり、将来の医療の質の面、業務負担の軽減、国際競争の面からもうこれは必須だと考えます。最終的にはどの医療施設も対応する必要があるということになります。さらには、政府は大変力を入れています。従来とは「異なる次元で」推進しておりまして、この医療DXに準拠することに対して、これからもインセンティブというのはまたどんどん出てくると思いますし、また、何らかのペナルティーなども予想はされます。それから、最終的に駆込み的な準拠ということも考えられますが、やはり病院職員全体の情報リテラシーですね、それから意識変革というのは、中々変わるものではないので徐々に、色々な研修なども含めて始めておくべきだろうと考えます。

結論ですが、いずれは準拠しなければならないので、それぞれの要素の導入には十分な情報を得つつ、自施設への導入はどのタイミングがよいかを考える。これは施設によって様々異なると思います。もちろんまだ電子カルテを入れてない所もありますが、未導入の施設では、特にベンダーがこの医療DXにどれぐらい詳しいか、あるいはパッケージの中に医療DXをどれぐらい入れているかですね。病院になるべく負担にならないようにそういうベンダーを選ぶことが必要だと考えています。すでに電子カルテを導入している施設は更新のタイミングもあり、そういう時期に積極的に考えるべきです。また、地方は事業者が不足しているからこそ、限られた期間内で技術導入する方がよいこともあるということも考えておいてよろしいかと思います。私からは以上です。ありがとうございました。

横倉(座長):中島先生、ありがとうございました。また、後ほどディスカッションでお願いしたいと思います。医療DXについて、基本的な考え方等をご説明していただきました。やはり費用等が厳しいですね。

働き方改革で揺れる 周産期母子医療センター

国立病院機構小倉医療センター
産婦人科部長

川上 浩介

(かわかみ こうすけ)

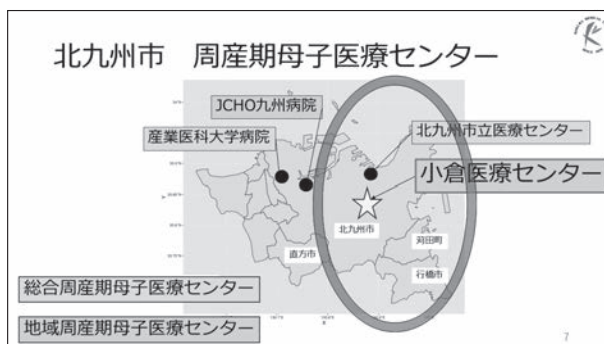


国立病院機構小倉医療センターの川上と申します。よろしくお願いいたします。

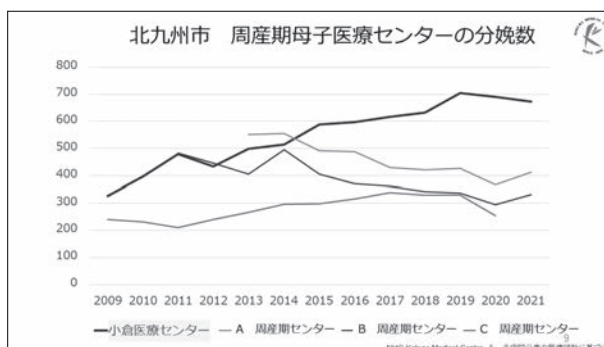
今日は、周産期母子医療センター産婦人科で起きている働き方改革での変革をお伝えしたいと思います。利益相反はありません。まずは周産期センターと言っても、色々な病院がありますので、当院の概要を少し説明したいと思います。当院は地域周産期母子医療センターです。

小倉医療センター 周産期センターの特徴		
地域周産期母子医療センター 臨床遺伝診療センター NIPTを実施する医療機関（基幹施設） 精神科病床50床（閉鎖病床26床）		
産婦人科医師	17名	周産期(母体・胎児)専門医 7名
小児科医師	22名	周産期(新生児)専門医 5名
精神科医師	7名	臨床遺伝専門医 5名
日本産科婦人科学会専門医	15名	日本超音波医学会専門医 3名
日本小児科学会専門医	19名	NCPRインストラクター 6名
精神保健指定医	3名	J-CIMELSインストラクター 4名
		ALSOインストラクター 3名
		PC3インストラクター 1名

ここに書いてあるとおり、産婦人科の医師、小児科の医師が非常に多く、病院の半分とまではいきませんが、多くを非常に占めています。その中でも専門医の資格を持っているベテランドクターも多く、非常に恵まれた周産期母子医療センターであると考えています。北九州市は約100万人弱の人口ですが、4つの周産期母子医療センターがある非常に恵まれた地域です。その中でも小倉医療センターは南東に位置しており、特に北九州市の東側から、後は今日最初のお話にもありました医師が不足している京築地区、後は大分県の西部の方からの搬送なども受け入れたりしています。



当院の分娩数は2008年以降右肩上がりにどんどん上昇しており、少子化がどんどん進んでいく中で、非常に珍しい動きを示しているかと思っています。ただ、そのようなうちの病院であっても、今、少子化によって、コロナぐらいの時から少しずつ低下傾向にあるというので、全国の分娩数を非常に心配しております。実際、北九州市の周産期母子医療センターの中でも当院は右肩上がり、地域に必要とされている周産期センターだろうと自負しております。



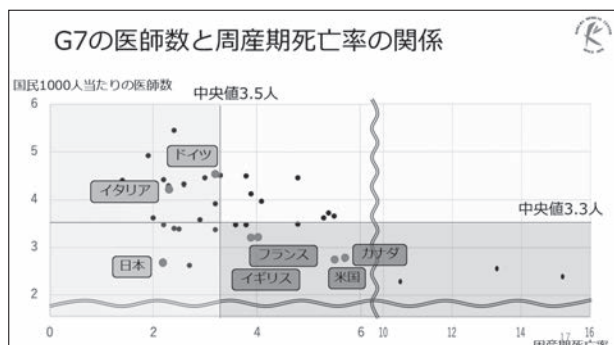
当院では、このような産科の身体的な疾患だけではなく、精神的な疾患に対してもアプローチ、また、社会的な疾患に対しても一緒に考えながら、患者さんの最善の策を考えています。新生児科と連携を密に行い、また、精神科とも連携を行い、内科、外科と連携を行い、その他各科関連との連携を行い、そ

して、大事な麻酔科手術室に緊急手術をお願いし、そして、ソーシャルワーカーや地域の保健師達との連携なども行い、とにかく連携することが多いです。一人でも多くの妊産婦、新生児に手を差し伸べて命を繋いでいくために、院内外が多職種連携、情報共有が必要不可欠です。



また、かかりつけの患者のみならず、急変時の母体搬送を受け入れるにも迅速かつ継続的に対応していく必要があります。この病院があるからこの街に住みたいと思えるような病院を目指しますというのが当院のモットーです。

次に、日本の周産期医療の成果についてお話します。日本の周産期死亡率ですが、2007年以降3.0以下ということで非常に低い水準を保っており、実際に世界の周産期死亡率でも低いところにいますが、G7の中ではトップを誇っています。その中で、先ほど医師数の話が出ていましたが、私も世界の医師数と周産期死亡率の関係を調べてみました。

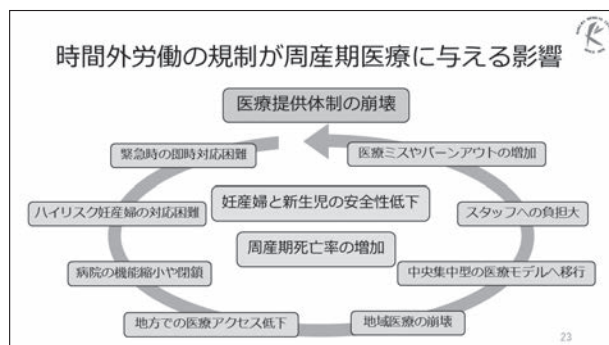


横軸が周産期死亡率、縦軸が国民1,000人当たりの医師数、真中の線が中央値になります。ここで見ますと、ドイツは非常に恵まれており、国民1,000人当たり

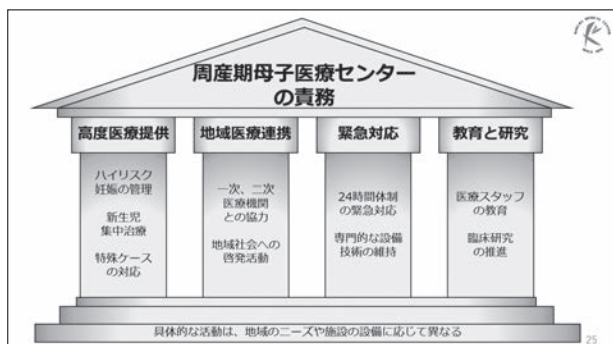
の医師数がやはり多いということです。多い中で、周産期死亡率も確かに低い、そして、より良い医療をしていて、ただドクターも多いということです。フランス、カナダ、アメリカ、イギリスの医師数は少ない、その分、周産期死亡率が上がっていると。日本は非常にすごい国で、医師数が少ないけれども周産期死亡率が低い希有な国です。医療システムがいいのか、医療レベルが高いのか、はたまた産婦人科医師と関連各科の皆様の時間外労働によって支えられてきたのかというのを真剣に考える必要があると思っています。

次に、働き方改革による影響です。医師の働き方改革が開始され、個々の置かれた事情に応じ多様な働き方を選択できる社会を実現する、一人一人がより良い将来の展望を持てるようにするというのが目的のようで、取組みとしては、長時間労働の是正について、時間外労働の上限規制が盛り込まれました。連続勤務時間なども入ります。このように、ドクターが仕事も頑張り、また家庭も楽しみ、そして余暇も充実させるという夢のようなことを実現できることを考えてくれているのかもしれない。

ただ、何も時間外労働の規制に対して対策を考えなかった場合、周産期医療に与える影響を考えてみました。緊急時の即時対応は普通に考えたら無理です。ハイリスク妊産婦の対応も困難です。病院の機能は縮小、閉鎖になるかもしれません。地方の医療アクセスは低下し、地域医療の崩壊、中央集権型の医療モデルへ移行し、スタッフへの負担が増え、また、医療ミスやバーンアウトが増加し、妊産婦と新生児の安全性が低下、周産期死亡率は残念ながらほかの国と同様に上がってしまうかもしれません。最終的には医療提供体制の崩壊に繋がると考えます。



しかし、我々産婦人科の人間は、毎日奇跡のすぐそばにいて、非常にありがたい仕事をさせてもらっていると思っています。妊産婦と生まれてくる命のために、私達がこれを諦めるわけにはいきません。周産期母子医療センターの責務としては、高度医療の提供、地域医療連携、そして緊急対応、また教育と研究も行っています。



スタッフへの負担は確かに軽減する必要があります。そして、医療ミスやバーンアウトをさせないための工夫も必要です。緊急時の即応体制は其中で維持していき、ハイリスク妊産婦の対応を継続し、病院の機能はさらに向上していくように心がけていきたいと思っています。妊産婦と新生児の安全性を向上し、周産期死亡率はさらに低下したい。そして、医療提供体制を継続していく、これもしっかりと叶えつつ、自分たちの時間も作るのが本当の意味での働き方改革であろうと信じたいと思います。そこで、当院の取り組みです。

産婦人科医師のキャリア			その他サブスペシャリティ	
医師1-2年目	臨床研修医	1-2名	臨床遺伝専門医	4名
医師3-5年目	産婦人科専攻医	5名	遺伝性腫瘍専門医	2名
医師6-7年目	産婦人科専門医	1名	超音波専門医	3名
医師9年目以降	サブスペシャリティ	11名	胎児心エコー認証医	2名
産婦人科 4大	サブスペシャリティ専門医		細胞診専門医	2名
婦人科腫瘍			内視鏡技術認定医	4名
周産期（母体・胎児）			Da Vinci Certificate	0名
女性ヘルスケア			がん治療認定医	3名
生殖医療			性感染症学会認定医	1名
			母体保護法指定医	3名
			インストラクター	
			NCPR	4名
			J-CIMELS	4名
			ALSO	3名
			PC3	1名

まず産婦人科のキャリアですが、大体卒後5年目ぐらいまでに専攻医、そしてその次に専門医を取って、9年目以降がサブスペシャリティという形にな

ります。ただ、普通に専門医を取ったレベルだと、通常のお産は対応できても、やはりハイリスクの妊産婦に対応する周産期施設で満足に仕事ができるかというと、やはりサブスペシャリティ、より高い専門性を持ってもらうことが求められてくると思います。実際に当科では、産婦人科の4大スペシャリティである周産期専門医が8名在籍しており、非常に環境としてはありがたい環境にあります。そして、その他、さらなるサブスペシャリティを持っている方も多くいます。

ただ、そんなふうに非常に恵まれた周産期センターである我々でも、人員の配置を考えてみますと、若手、子育て世代、ベテラン、シニア、概ね同じような数がありますが、特にやはり子育て世代の女性医師、さらにシニアの先生方は夜勤をするのが困難です。さらに若手に夜勤を1人で任せるわけにはいきません。そう考えると、17名の産婦人科医師がいる私達のような非常に恵まれた周産期センターであっても、中堅スタッフ以上は6名のみで、それで24時間体制で安全な医療を提供していくには、やはり色々な工夫が必要になります。

当院の産婦人科医師の年齢層

若手
男性医師

若手
女性医師

子育て世代
男性医師

子育て世代
女性医師

ベテラン
男性医師

ベテラン
女性医師

シニア
医師

平日日勤帯

○

○

○

○

○

○

○

平日夜勤帯

○

○

○

×

○

○

×

休日日勤帯

○

○

○

○

○

○

×

休日夜勤帯

○

○

○

×

○

○

×

4名

1名

3名

4名
内1名
夜勤可

2名

0名

3名

子育て世代の定義は一人で留守番をできない子供がいる家庭とじています

働き方改革の実現とこの2つを両立させるためにどのような工夫を行ったかお話しします。まず、働き方改革以前の勤務形態は、オンコール、いわゆる宿日直制を取っていました。日勤帯に17名全員が全力で働きます。そして夜間は2名の選ばれし者が患者さんをひたすら夜中に引き受け続けます。そして、そのまま翌日、17名に混じってまた一緒に走り回るという、まるで小学生がサッカーをしているような感じの、ひたすらボールに向かってみんなで走って

いくという絵です。

働き方改革以前の勤務形態

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
日勤帯	勤務者 17名	17名	17名	17名	17名	0名	0名
オンコール	0名	0名	0名	0名	0名	2名	2名
夜間帯	勤務者 0名	0名	0名	0名	0名	0名	0名
オンコール	2名	2名	2名	2名	2名	2名	2名

改革前はオンコールでも夜間眠れない勤務が常態化していた
一睡もしないまま翌日の日勤勤務を行うこともしばしば
宿日直届の条件には当てはまらず、連続時間勤務制限にかかる

改革前はオンコールで夜間眠れない勤務が正直常態化します。一睡もしないで翌日の日勤帯を行うこともしばしばで、宿日直届けを周産期センターも出していいよという甘い言葉がありましたが、とてもじゃないけど連続勤務時間の制限に引っかけますので当院では出せませんでした。楽しそうにやっている小学生のうちはいいですが、やはりそれを継続するとこのような疲れた大人になってしまうのは目に見えています。確かに働き方改革が必要です。そこで、夜勤者を設けることにしました。

勤務形態変更によるスタッフ数の変化

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
日勤帯	勤務者 17名	17名	17名	17名	17名	0名	0名
オンコール	0名	0名	0名	0名	0名	2名	2名
夜間帯	勤務者 0名	0名	0名	0名	0名	0名	0名
オンコール	2名	2名	2名	2名	2名	2名	2名

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
日勤帯	勤務者 14名	14名	14名	14名	14名	1名	1名
オンコール	0名	0名	0名	0名	0名	1名	1名
夜間帯	勤務者 1名	1名	1名	1名	1名	1名	1名
オンコール	1名	1名	1名	1名	1名	1名	1名

夜勤を設けることで、この夜勤者は、翌日はしっかりと家に帰れる。平日日勤帯も同様です。翌日は休みが来るという形になります。ただその分、日勤の勤務者はどうしても減ってしまいます。17名でようやくプレーできていた試合のメンバーが3名減るということは、相当な難しい状況に迫られます。この状態では、司令官のようなコマンドのような立場の者が、それぞれの仕事の割振りをしっかりと管理していくことが大事になります。それを行うことで、いつまでも明るく継続した仕事ができるようにとい

うふうに考えています。このように、当直明けの連続勤務で、こんな怖い顔をして仕事をするよりは、明るく帰って余暇を過ごすというのも本当にできたらいいなと思って、現在それに取組んでおります。

そこで、当院では2交代制にしたのですが、2交代制のメリットはここに書いてあるように様々あります。

2交代制のメリットとデメリット

メリット	デメリット
ワークライフバランスの向上	日中の業務負担の増加
勤務時間の短縮	日勤帯で主治医不在の時間が増加
職場満足度の上昇	若手スタッフの教育の質低下
働きがいの向上	
睡眠不足による集中力低下の解消	
手術の効率の向上	
外来診療の効率の向上	

ただ、デメリットに注目すると、日中の業務負担の増加、日勤帯に主治医不在の時間が増加、若手スタッフの教育の質低下というのがあります。日中の業務負担の増加については、先ほど申したコマンドを配置します。

コマンドの配置・予定表を共有

	8:00	8:30	9:00	9:30	10:00	10:30	11:00	11:30	12:00	12:30	13:00	13:30	14:00	14:30	15:00	15:30	16:00	16:30	17:00	17:30	18:00
コマンド1	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務
コマンド2	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務
コマンド3	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務
コマンド4	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務
コマンド5	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務

これは毎日の皆の予定表ですが、これは連日更新されます。全ての人の手術予定、外来、また、休みの人間、そして病棟処置、色々な担当が加わります。ただこれは朝の時点での予定になります。例えば緊急母体搬送が入るのであれば、ここの空いた所の人にその割振りをします。さらに、手術の時間が長引くこともあります。普通の陣痛の人が入ってくることもあります。実際に手術で3人入っていても、この手術はもう正直2人でやってくれ、助手の人が本

当は要るかもしれないけど、一番上が手術が上手いからそこは頑張ってくれ、途中良い所まで行ったら手を下ろして早く分娩の方に向かってくれとかいう指示を出して仲間を困らせることもあります。日中は皆で全力で仕事をする、少ない人数でも頑張るというのがどうしても必要になります。また、この表を各所に配っており、そうすることによって、コメディカルとの情報共有もスムーズにいて、チーム制への変化に病院全体でスムーズに対応できているのではないかと考えています。

次に、日勤帯で主治医不在の時間が増加したということに関しての工夫です。これは当院では主治医制をずっと採用してきました。それは産婦人科の特性上、やはり妊婦さんの非常にプライバシーの高い診療を行います。さらに、新生児、母体、信頼関係が非常に大事だと思っていますので、その信頼関係を重んじるために主治医制を取ってきました。ただそれに関してはもう完全に働き方改革以降は無理になります。平日日勤帯にドクターが休みになりますので不可能です。ということで、チーム制を採用しました。

主治医制からチーム制へシフト		
	主治医制	チーム制
医師：患者	1：複数	複数：複数
医師の責任	重い	分散できる
医師と患者の信頼関係	強い	弱い
医療の継続性	一貫した診療方針で臨みやすい	チーム内での情報共有が必要不可欠
医療レベル	医師により知識・技量が異なる	チーム医療により高度になりうる

働き方改革はチーム力を高めることで乗り切ることが重要である 42

患者としては突然、複数対複数になります。医師の責任は確かに分散できるかもしれませんが、そして、医師と患者の信頼関係は希薄化する可能性があります。医療の継続性も、一貫した診療方針で臨めるかという点で難しくなることもあります。ただ、医療レベルについては、医師により知識、技量が異なっていた所が、チーム医療によって高度になり得る可能性もあるので、働き方改革、特に主治医制からチーム制への変更についてはチーム力を高めることで乗

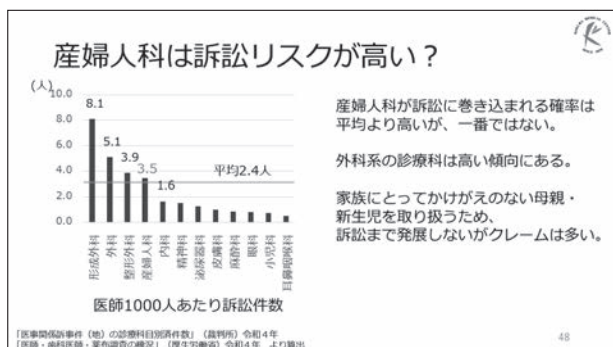
り切ることが重要だろうと考えています。一人で悩むのではなく、皆で相談しながら安心できる医療を提供していこうということです。

最後に若手スタッフの教育の質低下です。これは、実際に日勤帯で私達は患者と接しながら、いかにお産をいっぱい診たか。そして、お産に立ち会って、手術に立ち会って、色々な臨床経験を積んだかということですが、中々、外科系の人間は成長するチャンスに恵まれないことがあります。ただ、時間外でしか勉強できませんので、自己研鑽という形で、こういったシミュレーション教育、臨床の現場に即した形の診療の練習をすることで教育をしていくということは、今回の働き方改革で若手を教育するためのヒントになるかもしれないと思っています。当院は福岡県で色々なコースを開催しています。



働き方改革以降、どのように診療レベルが変化したかという話ですが、我々は、4月から突然変わってしまったので対応ができないと困るので、一応2023年12月からこのような体制を取りました。ただ、体制移行以降も母体搬送の不应需はゼロです。予期せぬ新生児死亡もゼロ、妊産婦死亡もゼロということで、今の所、状況を継続して順調な運営ができていると考えています。

最後に、今後の課題についてお話をさせていただきます。産婦人科は訴訟リスクが高いというのは有名な話だと思いますが、実際、令和4年度の算出を自分でしてみました。実は産婦人科は4番目で、形成、外科、整形の先生がもっと多かったのですが、産婦人科はその3つに比べると少ないですが、平均に比べるとやはり高いという状況です。



ただ、家族にとってかけがえのない母親や新生児を取扱うので、訴訟まで発展しません。クレーム、もう本当に細かいクレームで、自分の妻のためにご主人がちょっといい格好して言うこともいっぱいあります。そういったクレームは結構多いです。それに対応する時間も取られます。また、訴訟のリスクを減らすために、患者との信頼関係は重要です。

先ほども言いましたが、個別の信頼関係は希薄化する可能性があって、コミュニケーションも混乱を来す可能性があります。そこで、チーム制以降、情報共有をとにかく徹底してコミュニケーションの透明性を図ること、チームによる専門性を向上して、よりいい医療ができていだろうということを患者さんにやはり見せること、そして、継続的なケアを提供し続けること、これで訴訟リスクをより下げていく必要があると考えています。

また、医師の理想像の変化があります。元々、働き方改革以前、滅私奉公、長時間労働、主治医の裁量、これを頑張っているドクターは非常に褒められました。私も若い頃に先輩達に頑張っているねとよく褒めてもらいました。ただ、働き方改革以降、これを頑張っている人は下手したら責められます。ワーク・ライフ・バランスをきちんと重視しているかどうか、効率的な業務運営を行えているかどうか、そしてチーム医療としてしっかりチームの一員として働いているかどうか、こういったところが評価の対象になる可能性があります。しかし、継続すべきものもあります。患者中心のケアであること、医師としての倫理観を持つこと、自己研鑽を継続することです。

医師の理想像の変化

	働き方改革以前	働き方改革以後
変化が必要	滅私奉公	ワークライフバランス
	長時間労働	効率的な業務運営
	主治医の裁量	チーム医療の推進
継続すべき	患者中心のケア	
	医師としての倫理観	
	自己研鑽	

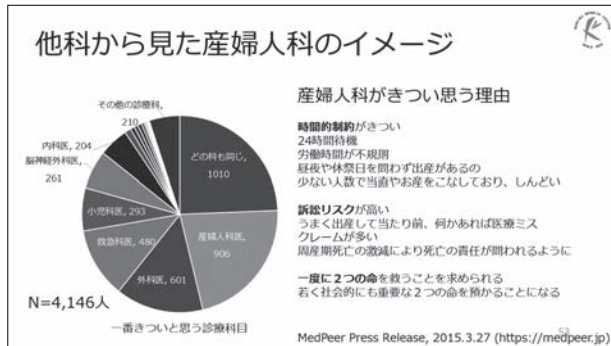
変わらない良さもあり、変えてはいけないものもある。患者との繋がりや形は変わるけれど、思いは変わらないというのが重要なことだと思います。

次に、ワーク・ライフ・バランスの個別の価値観ですが、働き方改革にワーク・ライフ・バランスはつきものですが、本当に色々なワーク・ライフ・バランスが人によってあると思っています。

ワークライフバランスの個別の価値観

要因	例
ライフステージ	若手VSベテラン 子育てや介護の有無
価値観の違い	仕事中心VS私生活重視 キャリア目標の違い
業界の影響	科別の特性
個々の健康状態	身体的健康 精神的健康
文化的背景や社会の影響	国や地域の文化 社会的期待
個人の性格や働き方のスタイル	エネルギーVS冷静沈着 挑戦的VS安定

ライフステージだけではありません。元々の価値観の違いもあると思いますし、業界の影響、患者の健康状態も関係します。文化的背景や個人の性格ですら、ワーク・ライフ・バランスには関係していきます。2015年のデータでは、元々、産婦人科は、全ての科の中で一番なりたくない診療科でした。なぜなら、時間的制約がきつく、訴訟リスクが高く、一度に二つの命を救うプレッシャーということです。ただ、今、脂が乗ってきている10年目ぐらいの産婦人科医師は、この時に産婦人科医に自らなりたいと選んでくれたやる気のある子たちだと思っています。



ワーク・ライフ・バランスの個別の価値観、実際のうちの若手に、変わってからどうだろうと意見を聞いてみました。主治医として信頼を得るためにもっと患者に寄り添いたいけど、時間的制約があって難しくなった。患者さんも働き方改革を理解してほしい。自分がベテランの先輩に勝てるポイントである、いつでもお産に駆けつけるということが難しくなった。未熟な自分を信頼してくれた患者に申し訳ない。そんなことを真面目に言っている、本当にやる気のあるやつもいます。また、早く臨床経験を多く積んで一人前にならないと、このまま責任を背負う年代になればワークが地獄になる、そのような状態でライフが充実するとは思えない。年を取るとライフでも責任が増えて自由が利かなくなる、何より体力が無くなる。若いうちにワークを頑張って実力をつけないと大変。これは多分よく聞く話だと思います。

ただ、いい話もあります。夜勤ができなくて申し訳なく思っていたが、夜勤者がしっかり休める体制になって私もうれしい、休日日勤は私もできるから頑張りますという意見や、夜勤した分は平日日勤に休みが取れるようになって子供の行事に参加しやすくなった。不公平感は確実に減ったといういい話もあります。

最後はちょっと汚い話ですが、修行時代を乗り越えてようやく独り立ちができた、たくさん働いて今から稼げると思っていたのに、時間外勤務を制限されたら困るじゃないかという意見もあったりします。そして、最後はシニアの先生からです。卒後5年目までは働き方改革の縛りなんて要らないのではないかな。まずは、しっかり働いて医師としての技能・態度を身につけないと医療レベルが本気で低下する

と。これは本当に真剣に考える必要があるのではないかと思います。

最後に私の価値観です。産婦人科が大変だということは分かったうえで進路を決めています。新たな命を育む母親、幸せな家族のために働くことが何よりも生きがいです。どんなにつらくても生まれ変わったらまた産婦人科医になりたいと思っています。

私の価値観

産婦人科が大変だということは分かった上で進路を決めた

新たな生命・育む母親・幸せな家族のために働くことが何よりも生き甲斐である

どんなに辛くても生まれ変わったらまた産婦人科医になりたい

勤務に見合った収入はちゃんと欲しいですけどね

No work No Money No life

ただ勤務に見合った収入はちゃんと欲しいですけどねという所が少し落ちです。

(会場が拍手と笑いに包まれた。)

ありがとうございます。とてもうれしいです。

ノーワーク、ノーマネー、ノーライフということで、そういったやる気いっぱいの産婦人科の仲間に恵まれ楽しく仕事させてもらっております。結論はもうスライドに代えさせていただきます。ありがとうございました。

結論

働き方改革のチーム制、2交代制によりワークライフバランスが向上する可能性がある。

ワークライフバランスは人それぞれであり、一律な改革は医療レベルの低下につながる恐れがある。

働き方改革による医療への影響を検証する必要がある。

平川 (座長): 川上先生、ありがとうございました。

働きたい職場をめざして

福岡県医師会理事
JCHO久留米総合病院名誉院長

田中 真紀

(たなか まき)



最後のシンポジストです。福岡県医師会理事をしております田中と申します。今年の3月までJCHO久留米総合病院の院長を務めており、働き方改革の暫定期間の5年間をもって終わって始まるところで院長職を退任いたしました。私の感想などを述べたいと思います。

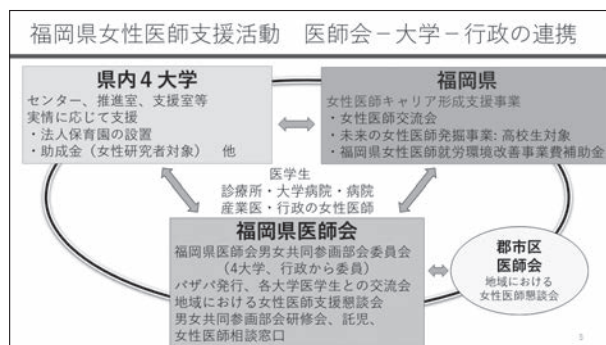
こうありがたい病院像としては、病院というのは人が育つ場所だと思っています。若い医師にとっては多くの症例を積むこと、また中堅には自分がこうやりたいという医療を展開できる病院に勤めたい、そして中間管理職になると病院の経営に関することにも、運営に関わっているという意識を持てる、こういう所が病院で働く医師としては大事だと思っています。そして、病院や患者の役に立っているという自信や、やりがいを持てること、そして、そのやっていることを正当に評価されて、また、向上心、探究心が継続できることも重要だと思っています。

令和4年12月31日の時点での医師数は34万3,000人です。そのうち男性が76.4%、女性は23.6%と上昇してきました。そして、今年の2月にあった第118回の医師国家試験では9,500人が医師になりましたが、男性が65.4%、女性は何と35%にまで伸びてきました。男性、女性にかかわらず、きちんと働いていけることが大事だと思っています。

厚労省の新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会の報告書の長い文章の中から一文を抜粋すると、「医療界にとっては、今後も貴重な人材としての女性の比重は高まってくだろう。このことを十分に念頭に置いて、重点的・集中的な支援の強化に乗り出すべきである」とし、出産、育児等のライフイベントとの仕事の両立を支援するための取組みが必要であると報告されていま

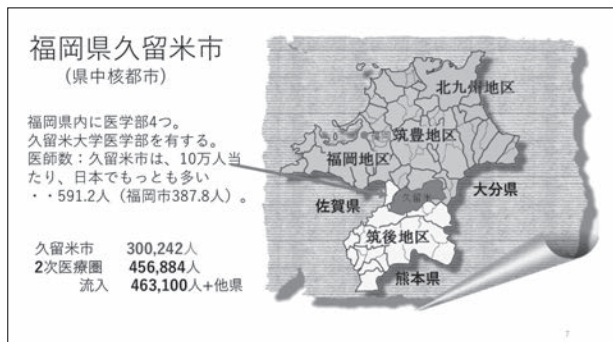
す。これは2017年に出ております。それから約7年経とうとしていますが、このように政府、厚労省が動いてくると、世の中は地道にきちんと変わっていくものだと思います。福岡県の女性医師支援活動について、少し報告させていただきます。

福岡県には4つの医学部があります。どの大学にもセンターとか推進室など名前が違いますが女性をサポートする部署があります。福岡県では行政として女性医師キャリア形成支援事業があります。これは各県でも行われておりますが、福岡県では未来の女性医師発掘事業という医学部を目指す女子高校生に対しての講義を行っています。これは県下の高校に対して募集する手挙げ方式で、医学部を目指す進学校が多いですが、そこに医師になって10年ぐらいの女性医師が行って、女性医師というのはこういう仕事をするよ、成績がいいから医学部に行くというよりは、目的を持って医学部に行きましょう、やりがいのある仕事であると同時に大変なこともあるよという話をしてくれます。これが非常に好評で、男子高校生からも授業をして欲しいという声が上がっていると聞いています。福岡県医師会としては、県内の4大学と福岡県、そして福岡県医師会がうまく連携していると自負しております。県医師会の中に設置した女性医師相談窓口にも年に1～2件相談が来ております。



働き方改革においては、この準備期間の5年間、今年の4月に法律がきちんと実施されるようになるまで、私が院長としておりました時の取組みについて少しだけ報告いたします。

福岡県久留米市、今日、野村先生にもご紹介いただきましたが、福岡県は4つの地域に分かれております。



県南の筑後地区の人口は80万人ぐらいで久留米市も筑後地区に含まれます。県内に4つの医学部があり当地区には久留米大学医学部があります。久留米市は約30万人の都市で、二次医療圏としては約45万6,000人です。大分県、佐賀県、熊本県に接していますので、そこから流入する患者も多い地域です。福岡県は医師多数県であり全国の中で3番目に多く、久留米市は10万人当たりの医師数は日本で1番です。

病院のよさは何かということですが、周りの5キロ圏内に久留米大学、聖マリア病院等の1,000床を超す大きい病院があって、患者さんにどこの病院にも5分以内で行けるよと言います。ここが中心地区で、久留米市は東西に長く大きいですが、その範囲の中に何でも揃っている地区です。あまり厚労省の人の前で言いたくないですね。



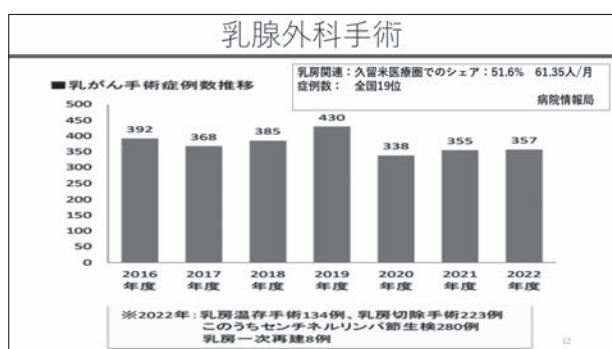
このような地域で病院運営をやっていくのは非常に大変で、本日は大きい病院ばかりの先生方だけのご出席ではないと思いますが、当院は許可病床175床、健康管理センターと介護老健施設の90床を持ち、大学の教育関連病院、研修協力病院になっております。ほぼ全員が久留米大学からの医師で、24の診療科があります。常勤の医師数は31名で、これは病院の規模からすると多いと言われています。非常勤医師は30時間以上勤務が4人と30時間未満勤務が2人、謝金医師と書きましたがパート医師が大学からの派遣等で約65名で、この数は病院の規模にしては多いだろうと思います。人件費が掛かっているなと思いますが、事務長が変わるたびに、こんなに医者が必要かといつも言われていましたが、それでも足りないと思っています。7対1の一般急性期で、救急告示病院、輪番体制の病院です。1日平均の外来が約300人、それから外来を受診する患者さん、うちの特色として悪性腫瘍が多いということで60%、入院の悪性疾患の割合が60%になっています。

施設概要		
病院 175床 ・健康管理センター ・介護老人保健施設 90床 ・介護老人保健施設 ・通所リハビリセンター 久留米大学教育関連病院 久留米大学臨床研修協力病院 各診療科専門医 認定施設 など 24診療科	・呼吸器・感染症内科 ・消化器内科 ・内分泌・代謝・糖尿病内科 ・循環器内科 ・腎臓内科/腎臓外科 ・一般外科/消化器外科 ・乳癌外科 ・整形外科/リハビリテーション科 ・形成外科 ・産婦人科 ・泌尿器科 ・麻酔科/ペインクリニック内科 ・皮膚科/眼科 ・放射線科(診断、治療) ・精神科 ・病理診断科 ・総合診療科 ・女性総合診療科 ・救急科	病院 ・常勤職員数 (350人+69人:419人) ・常勤医師数 31人 ・非常勤医師 (30時間以上 4人) ・非常勤医師 (30時間未満 2人) ・謝金医師 約65人 ・看護体制 7:1 一般急性期 ・救急告知 (1次・2次)、輪番体制 ・1日の平均外来患者数:約300人 ・外来受診する悪性疾患の割合:約60% ・入院の悪性疾患の割合:約60%

私が院長になった後に、地域に貢献しなければということで、2013年に救急告示病院を取得しました。それまでは積極的には救急車受け入れをしていませんでした。徐々に救急車搬送が増えてきてコロナの時期からさらに増えてきて、現在は救急搬送が1,500件ぐらいになっています。ウォークインと合わせても3,000件あるかないかぐらいの病院です。応需率は90%目標としておりどうにか達成しています。久留米には大きな救急病院がありますので、当院の救急に関する歴史は浅いのですけれども受け入れは増加傾向にあり、久留米市内の二次救急病院と

しては3番目に多い状況です。何といたっても久留米には聖マリア病院という救急で有名な病院がありますので、多くの患者、重症患者はそちらに行きます。ということで地域の中で疾患別にみた救急患者対応も住み分けができていく地域であると考えております。

手術症例数は、全身麻酔が約1,500件超ぐらいで外科系の患者さんの多い病院です。その中で、乳腺外科の疾患は430例から360症例ぐらいになります。久留米医療圏のシェアとしては約51%で、症例数としては、全国で19番目ぐらいに多い病院になります。乳腺疾患が多い病院になります。



中小病院ではありますが医師の不足を感じていました。それは悪性腫瘍が多いということで、年間4,000件以上の抗がん剤の治療をします。緩和医療、がんサポートをするということです。それから、先ほど言いました重症の救急症例は少ないですが、救急患者対応はしています。ありがたいことに医師のほとんどが久留米大学から派遣されています。大学からの派遣医師としては、母教室に非常に近いので相談しやすい、大学まで10分もかからないので来やすいというのがあります。

常勤医師の女性医師は、現時点では31人中10人で役職者が2人います。就業規則に則ってですが、その中で当直免除が4人、育児時短を取っている人が1人、産休が1人おり、とても当直の手配などからは大変です。

医師の働き方改革の準備に当たって、この5年間何をしてきたかという、医師に対しては働き方改革が始まっているんだということを説明するのに時

間を要しました。毎年医師が変わるたびに言うのですが、就業時間について、勤務開始時間の8時半に来ない医師もいるし、時間より早めに帰る人もいるし、色々です。現在はタイムカードが導入されました。

また36協定も知らない、特別条項という言葉も知らないということで、こういうことの説明をしました。超過勤務というのは自分勝手にやっていいものではないよと、基本的には上司の命令で行うものだという当たり前のこと、医師以外の職種は誰でも知っているようなことも改めて説明しました。病院の当直体制、それに発生してくる賃金の仕組み、こういうことも説明してきました。年休や時間年休の取り方、本当に手を取るようには医師には説明しないといけないということを感じました。勤務時間のインターバル、また、他施設に応援に行く時には金銭が発生しますのできちんとした手続をするということ。どうしても他施設の応援に行く場合は契約書も必要だということを手取り足取り医師に教えなければならぬと思いました。ただし、この就業規則をきちんと理解してもらえれば働きやすい病院になるだろうと思います。

3歳に満たない子の養育のための育児時間短縮勤務や育児時間取得の制度、これも利用していただいていますし、男性の育児休暇も。ですから、当院に来る女性医師は多いですが、就業規則に則って働いています。未就学児で小学校に上がるまでは当直を免除してもいいということですが、それで当直を免除されている医師が4人ほどいますが、不公平感もあります。それで土日祝祭日の日直を行ってもらっています。症例検討会、各種委員会については、当然ですが勤務時間内に行うことと、資質向上の勉強会等はウェブやオンデマンドを利用してカンファレンスをしていくということに取り組んでいます。

働き方改革：不公平感をどう解消するか

- 働き方改革 時間外勤務 「A」水準
- 外部からの当直：週1回招聘
- 当直をしない医師は、**
土日・祝日の日直 8時半～17時15分
- 当直 1～2回/月、上記日直 1回/月
- 当直を希望する医師もいる

18

働き方改革でやはり不公平感、これをどうするかということです。うちはA水準、960時間の時間外のA水準です。外部からの当直は週1回だけ来てもらっています。当直しない医師もいて、たった31人の中でこの当直を回すという苦勞があります。土日祝日の日直は当直をしない人が、これは管理者も含めて役職者、それから女性医師、そういう人達が8時半から17時半まで働きます。そして、その後に当直医が来るという形にして、当直を免除されてもきちんとその分働いているという自信を持って働いてもらうようにしています。

平均の当直は月に1～2回で、日直が月に1回ぐらい当たるような計算になります。中には当直を希望する医師もおります。

就業規則にのっとり

- 3歳に満たない子の養育のために、育児時間短縮勤務や育児時間取得の制度の利用。 男性の育児休暇。
- 未就学児養育のため当直業務を遂行できない場合は、土日・祝祭日の日直を行う
- ↓
- 症例検討会や各種委員会は勤務時間内に行うこと。
- 資質向上のため勉強会は重要であるが参加困難な場合には、診療科ごとにWeb配信やオンデマンドを利用して参加できるよう取り組む。

19

医師の負担軽減としては、これは女性医師だけに关わる問題ではないですが、なるべく徹底するようにしてきたことは、緊急でない患者さんへの説明は、時間内にするという。そして先ほどの土日祝日の日直は役職者にも振ると。してないのは院長だけになります。ですから副院長もします。また、特定行為研修を修了した看護師にどんどん現場で実際に働いてもらっているということです。看護師のタス

クシフト、看護師ができることは特定行為以外にも取決めをしてやってもらっています。

医師事務作業補助も加算を取って外来・病棟に配置しており、特に外来は患者の多い所に配置しております。医療機器の中央管理をしています。各部署でするわけではないということを徹底しています。薬剤科で抗がん剤のミキシング、レジメンの管理をすること。病棟薬剤師が持参薬の管理と確認で、ここは完全に任せております。療養介助員は、これは看護師に対してです。業務分担推進委員会は、年に3回開催し、必ずこの内容を文書化して、電子カルテの全面的誰でも見られる所に貼りつけておくことで、皆がこういう業務分担をしていると分かるようにしています。

業務改善の一例を報告させていただきます。この5年間でやってきたことが数ある中で、プレアボイド報告というのをしています。プレアボイドというのは、Prevent and avoid the adverse drug reactionということで、薬剤による有害事象を防止・回避することです。

業務改善 1例

◆プレアボイド報告

プレアボイド: Prevent and avoid the adverse drug reaction
(薬剤による有害事象を防止・回避すること)

薬剤師が、医師の処方した薬剤の使用について、処方にあたっての必要な検査の確認・血液検査チェック・量・組み合わせ・毒性・副作用・不適切処方などを事前にチェックしインシデントを防止している。処方医へ連絡。毎月全職員に報告。インシデントレポートの作成につなげる（医師の報告を上げる）

18

これは薬剤師の働きが大きく、内服であれ注射であれ医師が処方した薬剤について、処方箋を全て薬剤師がチェックします。中には抗がん剤で、治療する前にしなくてはならない検査が抜けているのではない、定期的な検査が必要じゃないかということも見てくれます。量や組合せの処方間違い、毒性、副作用、不適切処置など、これらは月に1回、全部まとめて報告されますが毎月20～30件程あります。薬剤投与の前に必ず事前チェックして医師に報告し薬剤師が書き直すこともあります。これを担当医に

きちんと報告するということ。担当医の仕事としては、これをインシデントのヒヤリハットにレベル0として報告します。そのため間違えて患者さんに処方することは発生しませんし、安全な医療の提供ができるようになりました。

インシデントレポートに関しては、全職員の約10%を医師が出すという目標を決めていますが、うちは看護師が丁寧に多く報告するので、年間の医師の10%はかなりの症例が必要です。プレアボイド報告でインシデントレポートを稼いでいるという所もあります。

さて、女性医師の気持ちには少々理解が必要ですので、これに関しては皆さん方にも十分に分かってほしいと思っています。皆は当たり前と思うかもしれませんが、出産後に職場に戻るというのは非常に勇気が要ることです。敷居が高いです。別世界です。例えば、長い間病気をして元の世界に出た時に皆が生き生きと働いていることをまぶしく感じと思いますが、出産後に職場に戻る時はこういう気持ちです。皆が別の世界で、別の次元で働いているという気持ちになるので、本当に同僚がまぶしい、すごいと思う中に戻っていくということです。

皆と同じように働けるチャンスがあっても働けない、その自分自身がとても悲しい思いをすることがあります。本当に自分がこの職場に役に立っているのだろうかと思うこともあります。そして子供のために、先ほどドイツでは当然と言われましたし、今では当然になってきていますが、子供のために早く帰宅するのは、心苦しいということがあります。

女性医師が保育園や学校から電話かかってきたときに母親である女性医師が何度も行くので、時々「あなたの御主人は一体何しているの？」と言うこともあります。私自身も子供を育てているのでよく分かりますが、仕事に子供のこと呼び出され仕事を抜けるのは職場の仲間に申し訳なかったり、子供も心配で板挟みのような気持ちです。「あなたの夫はこのことを知っているの？」というのは夫にも理解してほしいという意味もあります。これは男性が言うとパワハラになりますが、私は女性同士、経験者

なので言えます。そうですね、母親が呼ばれることがある、こんな気持ちで産後は職場復帰しているということを、特に男性の先生方には知っていただきたいと思います。

誰もが継続して働ける職場環境としては、男女に関わらないキャリアを尊重したシステム、夫も自分の家庭や子供のイベントに自由に参加できるような環境を作ってあげる、啓発するということです。そして、趣味を生かす、そのためには、上司、同僚のコミュニケーションが非常に大事だと思っています。会話をしていくことがとても大事で、今、この人はこういう気持ちで働いているんだということをお互いに知ることは大事かと思っています。

最後になりますが、女性医師の増加が見込まれる我が国にとっては、女性医師支援の取組みを行うことが職場環境を改善させ、ひいては全ての医師にとって働きたい職場になると信じております。ご清聴ありがとうございました。

平川（座長）：田中先生、どうもありがとうございました。

総合討論



平川（座長）：それでは、シンポジウムⅡのシンポジストによるディスカッションを始めたいと思います。まず、先ほどご講演いただきました内容について、フロアから壇上の4名の先生方にご質問等はございませんでしょうか。ご質問の際には所属とお名前をお願いいたします。

若村（神奈川県）：横浜市医師会の若村と申します。今回は大変勉強させてもらいました。今回は宮地先生にちょっと質問したいと思います。

私は昭和大学横浜市北部病院という所で、救急体制の構築をやらせていただいています。我々の施設でも、眼科、皮膚科、病理を除いた他の診療科達で救急を賄うような体制を進めていて、集中砲火を受けています。宮地先生の所は実際に全科で救急科をどのように構築させてやっているのかをお聞きしたいのがまず1点と、後は医局員の少ない診療科はどのように救急科に介入させているのかをちょっとお聞かせいただきたいと思います。

宮地：ご質問ありがとうございます。本当に基本的に全科やっていて、救急に関わる人は救急直と言われる人が救急車対応をして、あとは外科直、内科直がいるということで、全科でやるのは内科直と外科直です。問題になるのは外科直で、皮膚科や眼科とかのマイナー科がそこに入ってきます。基本的にはその若い先生がやっていて、うちの病院で育った専攻医であれば、救急直と内科直も外科直をやっています。ですが、浜松医大や他の所から来ると「救急は、あまりやっていません」と言われますが、全くできない人にやらせるわけにいけないので、一応3か月または6か月慣らしていただいて、可能な範囲でやってくださいとしています。そういう人たちが当直した場合は、救急直または内科直に、うちから育った一応オールマイティの者が相手をできるよ

うにすることと、外科直は各診療科の待機がいますので待機が必ずサポートしますということで全科対応するようにしています。

そういうことで不安があるかもしれませんが、各診療科で当直したら次の日に休ませないといけません。それができないので、人数が少ないところはどうしても時間外が多くなります。相談して、休みが取れる環境にしてくださいとお願いし、診療科の医師の少ない所もほぼ全科が参加してくれています。

若村（神奈川県）：平日の日勤帯というか、平日の日中も全科というか持ち回りでやっているというか。

宮地：もう救急科がいなくなった時はその体制だったんですが、今では救急がだんだん増えてきたので、日中はある程度救急科がやってくれて、全科は呼ばれた場合には速やかに対応するという約束でやっています。救急科がだんだん増えると、何でもっとやってくれないと言われるます。そうなるともた救急科が離れてしまうので、そういうことは言わないで全科でやるべきことはきちんとやってくださいとお願いしています。

若村（神奈川県）：ありがとうございます。

平川（座長）：この件について、田中先生、何かありますか。

田中：救急に関しましては、うちはそんなに重症化の患者さんは来ません。救急隊が分かっている、心臓ならこの病院、頭ならこの病院というふうにして、中等度の救急しか来ないので。住み分けができていく地域です。ですから、当直に関しては当直医が救急を診ると。次の日に休む場合には年休を取って休む形にしています。日勤帯は救急担当医を各科で全部担当を決めてやっている状況です。

平川（座長）：ありがとうございます。よろしいでしょうか。これは非常に難しい所だと思いますが、やは

り救急隊との顔の見える関係の構築は必要だろうと思います。それと、やはり専門外を見るというのはストレスだとは思いますが、皆さんお互い様という気持ちをぜひ持っていただくような形かなと思いますね。他に何かご質問はございますか。

竹内(静岡県):静岡県医師会理事の竹内と申します。先生方どうもありがとうございました。特に田中先生にお話を伺いたいのですが、今年の国会で育児・介護休業法が改正されて来年4月から、3歳までだったのが例えば就学児まで引き上げられることや、最初に採用して6か月間は育児休業・介護休業が駄目だったのが特例となることが導入されることが決まっており、現時点でも中々大変だと思いますが、来年4月から、またさらに病院が厳しくなる状況が予想されますが、何かお考えとかあれば教えていただければと思います。

田中:病院によって就業規則は違うと思いますが、私達が所属している病院の就業規則は小学校就学まで、これは看護師もそうですが夜勤を免除できることになっているので、以前から小学校に上がるまでは当直免除をしています。だから、それに関しては今のままです。

平川(座長):他の病院は本当に大変だと思いますが、例えば、看護休暇でも学校行事でも取れるようになるとか、かなり変わってくと思うので、各病院は大変だと思います。シンポジストの他の先生方で、もし何かお考えがあったら教えていただきたいと思っています。

宮地:女性の職員、医師が割と少なく、男性が多いのですが、産休・育休で休まれる人が少ない分、やはり男性にも最近は育休を取るようにと話をしています。彼らも理解していて、2週間を2~3回取るというふうにして、あまり業務に影響しないようにしています。男性医師についても育休を取るようにして、女性医師だけの負担にならないようにと工夫しています。

平川(座長):25分までのセッションということですが、本当に色々とお伺いしたいことがあります。時間外はつけないけれども自己研鑽で実はサービス

残業しているとか、報酬がどうなるか、川上先生からは見合ったものがもらえないと。色々と思うこともあると思います。後は、何といてもやっぱり女性医師が働きやすい環境を作っていくということが最も喫緊の課題かなと思いますので、田中先生の取組みは大変参考になろうかと思っています。ありがとうございました。

横倉(座長):ありがとうございました。本日のセッションⅡでは4つのポイントからご講演いただきました。地域医療の維持、そして時代の変化に向けてまだまだ多くの課題があると思います。今回、勤務医部会としましては、これからの医療を担うべく若いドクター、そして女子医学生も増えておりますので、その育成、それと地域医療提供体制の再編に向けて様々なヒントがあったかと思っています。4名のシンポジストの先生方、どうもありがとうございました。

平川(座長):それから、実際に働きたい病院という話ですが、明日の午前中、勤務医交流会で若手の先生方の意見をダイレクトに聞くことができますので、お時間がある先生方は是非、ご参加よろしく願います。以上でございます。どうもありがとうございました。

ふくおか宣言採択

17:20~17:25



ふくおか宣言採択

福岡県医師会一宮副会長が「ふくおか宣言（案）」を読み上げ、満場一致で採択された。

ふくおか宣言

我が国は、国民皆保険制度を礎として世界有数の長寿国を実現した。一方で長期にわたる出生数の減少により、急激な人口減少を伴う深刻な少子超高齢社会を迎えた。

大きく変貌するこれからの社会において、「すべての人に健康と福祉を」を理念とする医療におけるSDGs、すなわち誰もがいつでも等しく質の高い医療を享受できる制度と医療提供体制を維持するために、医療制度が見直され、様々な医療政策が検討されている。すでに地域医療構想、医師の偏在対策、働き方改革が三位一体改革と称して進められており、医師臨床研修制度や専門医制度のみならず、自由開業制等にも改革の矛先が向いている。

医師会の役割は、これらの医療政策に対し医師の使命感に基づいた適切な専門的提言をすることであり、医師会に、より多くの医師が結集し、医師の総意として国に届けることが重要である。そのためには、医師の約4分の3を占める勤務医、特にこれからの医療を担う若手医師が、生涯にわたり医師としての矜持とやりがいを保ち、充実した医療活動が送れる社会の実現に向けて、開業医と協働で医師会活動に参画することが不可欠である。

医師会がこれまで以上に勤務医の声をしっかりと受け止め、現場に反映する姿勢こそが、若手医師の医師会事業への理解と帰属意識の醸成に繋がると期待する。

医師が同じ目標に向かって団結し、質の高い日本の医療を将来的にも国民へ提供し続けることができる社会の実現を目指し、次のとおり宣言する。

- 一、各地域において若手医師を含む勤務医の意見集約の場を設け、都道府県医師会ならびに日本医師会との双方向の意思疎通と情報共有をもとに、ボトムアップによる政策への提言の実現を目指す。
- 一、医師会役員や医師会内外の会議・委員会委員に係る勤務医枠の拡大あるいは新設、勤務医を対象とする研修会、講演会等の各種イベントの企画等を通じて、勤務医や若手医師の医師会活動への参画を推進する。
- 一、医学生や研修医等に対して初期教育の段階から、地域医療や公衆衛生の重要性、さらには医師会活動への正しい理解と信頼の醸成を図る。
- 一、勤務医と国民に対し、時代に即したツールを活用した広報活動を展開し、医療情報・医師会活動の発信に努める。

令和6年10月26日

全国医師会勤務医部会連絡協議会・福岡

参加者数



令和6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	参加者数
北海道・東北	北海道	16
	青森県	6
	岩手県	10
	宮城県	9
	秋田県	2
	山形県	8
	福島県	6
関東・甲信越	茨城県	6
	栃木県	3
	群馬県	2
	埼玉県	10
	千葉県	3
	東京都	3
	神奈川県	22
	新潟県	3
	山梨県	1
	長野県	3
中部	富山県	1
	石川県	4
	岐阜県	5
	静岡県	2
	愛知県	4
	三重県	4

ブロック	都道府県	参加者数
近畿	滋賀県	2
	京都府	5
	大阪府	6
	兵庫県	4
	奈良県	3
	和歌山県	2
中国・四国	鳥取県	3
	島根県	4
	岡山県	2
	広島県	10
	山口県	9
	徳島県	6
	香川県	3
	愛媛県	3
	高知県	3
九州・沖縄	福岡県	174
	佐賀県	5
	長崎県	6
	熊本県	9
	大分県	6
	宮崎県	5
	鹿児島県	4
	沖縄県	3
小計		401
日本医師会		22
講師・シンポジスト・来賓		15
合計		438

懇親会風景



(挨拶) 日本医師会長
松本 吉郎 先生



(挨拶) 福岡県医師会長
蓮澤 浩明 先生



(乾杯) 岩手県医師会長
本間 博 先生



博多券番



博多券番



博多券番



歓談風景



歓談風景



博多もつ鍋



歓談風景



歓談風景



(閉会) 福岡県医師会副会長
平田 泰彦 先生

令和 6 年度
全国医師会勤務医部会連絡協議会

発 行 公益社団法人福岡県医師会
〒812-8551 福岡県福岡市博多駅南 2 丁目9-30
TEL : 092-431-4564

印 刷 株式会社 瞬報社

