

令和7年度 全国医師会勤務医部会連絡協議会 報告書

勤務医が生き生きと 活躍できる場を作る ～混沌を成長の機会に～

令和7年 **11.8** [土]

10:00～17:15

ホテルメトロポリタン盛岡NEW WING

4階 メトロポリタンホール

主催／公益社団法人 日本医師会

担当／一般社団法人 岩手県医師会



目次

開催要項	03
プログラム	04
開 会	07
挨 拶	
日本医師会会長	09
岩手県医師会会長	11
来賓祝辞	
参議院議員	12
岩手県知事	13
盛岡市長	14
特別講演Ⅰ	
「日本医師会における勤務医支援に向けた取り組み」	17
特別講演Ⅱ	
「南部美人の挑戦－混沌とした時代を切り開く－」	37
日本医師会勤務医委員会報告	57
次期担当県挨拶	67
特別講演Ⅲ	
「新型コロナウイルス感染症と今後の日本の医療」	71
シンポジウム	
『人口減少時代に活躍する勤務医』	91
全体ディスカッション	139
いわて宣言採択	157
参加者数	161
懇親会風景	162

令和7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

勤務医が生き生きと活躍できる場を作る
～混沌を成長の機会に～

日時 令和7年11月8日(土)10:00～

場所 ホテルメトロポリタン盛岡NEW WING
4階 メトロポリタンホール

主催 公益社団法人 日本医師会

担当 一般社団法人 岩手県医師会

参加者 全国の勤務医、都道府県医師会役員等

令和7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7年11月8日(土)10:00～

主催／公益社団法人 日本医師会

場所 ホテルメトロポリタン盛岡NEW WING
4階 メトロポリタンホール

担当／一般社団法人 岩手県医師会

メインテーマ

勤務医が生き生きと活躍できる場を作る ～混沌を成長の機会に～

日程 総合司会／岩手県医師会常任理事・岩手県医師会勤務医部会副部長 伊藤 智範

9:00	受付開始
10:00～10:25	開 会 岩手県医師会副会長 祖父江 憲 治 挨拶 日本医師会会長 松 本 吉 郎 岩手県医師会会長 本 間 博 来賓祝辞 参議院議員 釜 范 敏 岩手県知事 達 増 拓 也 盛岡市長 内 舘 茂
10:25～11:00	特別講演Ⅰ「日本医師会における勤務医支援に向けた取り組み」 日本医師会会長 松 本 吉 郎 座長／岩手県医師会会長 本 間 博
11:00～11:50	特別講演Ⅱ「南部美人の挑戦－混沌とした時代を切り開く－」 株式会社南部美人 五代目蔵元 代表取締役社長 久 慈 浩 介 座長／岩手県医師会副会長 小 泉 嘉 明
11:50～12:05	報 告 「日本医師会勤務医委員会報告」 日本医師会勤務医委員会委員長 一 宮 仁
12:05～12:10	次期担当県挨拶 大分県医師会会長 河 野 幸 治
12:10～13:00	昼 食
13:00～13:50	特別講演Ⅲ「新型コロナウイルス感染症と今後の日本の医療」 国際医療福祉大学学長 鈴 木 康 裕 座長／岩手県医師会参与・岩手県医師会勤務医部会常任幹事 望 月 泉 岩手県医師会勤務医部会副部長 久 保 直 彦

13:50～15:40	<p>シンポジウム 『人口減少時代に活躍する勤務医』</p> <p>座長／岩手県医師会勤務医部会副会長 伊藤 達 朗 岩手県医師会勤務医部会常任幹事 吉 田 徹</p> <p>①研修医教育:「岩手の臨床研修医教育 (いわてイーハトーヴ臨床研修病院群の取り組み)」</p> <p>いわてイーハトーヴ臨床研修病院群 WG 代表 ・岩手医科大学医学部総合診療医学講座講師 米 田 真 也</p> <p>②総合診療:「目標伝達、勤務環境整備、総合的に診る教育と チーム医療、地域活動で、医師の活躍を支える」</p> <p>あがの市民病院病院長 藤 森 勝 也</p> <p>③医療DX:「医療DX - 地域医療連携システムの経験から」</p> <p>東北大学大学院医学系研究科医学情報学分野教授 中 山 雅 晴</p> <p>④女性医:「憧れるのをやめましょう～混沌の先に居場所があった～」</p> <p>岩手県立中央病院総合診療科 住 吉 明 子</p> <p>⑤岩手県:「人口減少を迎える地域で」</p> <p>岩手県立病院院長会会長・岩手県立釜石病院院長 坂 下 伸 夫</p>
15:40～15:55	休 憩
15:55～17:05	<p>全体ディスカッション</p> <p>座長／岩手県医師会常任理事・岩手県医師会勤務医部会部会長 宮 田 剛</p> <p>岩手県医師会常任理事・岩手県医師会勤務医部会副会長 伊 藤 智 範</p>
17:05～	<p>いわて宣言採択</p> <p>岩手県医師会常任理事・岩手県医師会勤務医部会部会長 宮 田 剛</p>
17:15～	<p>閉 会 岩手県医師会副会長 小 泉 嘉 明</p>
18:00～20:00	懇 親 会

※日本医師会生涯教育講座 4.5 単位が取得できます。

特別講演Ⅰ:「日本医師会における勤務医支援に向けた取り組み」	0.5 単位 (CC 1:医師のプロフェッショナルリズム)
特別講演Ⅱ:「南部美人の挑戦 ―混沌とした時代を切り開く―」	0.5 単位 (CC 0:その他)
特別講演Ⅲ:「新型コロナウイルス感染症と今後の日本の医療」	0.5 単位 (CC 8:感染対策)
シンポジウム『人口減少時代に活躍する勤務医』・全体ディスカッション	3.0 単位 (CC12:地域医療)

開 会 10:00 - 10:25

総合司会

岩手県医師会常任理事・岩手県医師会勤務医部会副部会長

伊藤 智範

開会宣言

岩手県医師会副会長

祖父江 憲治

挨拶

日本医師会会長

松本 吉郎

岩手県医師会会長

本間 博

来賓祝辞

参議院議員

釜范 敏

岩手県知事

達増 拓也 代理：岩手県副知事 八重樫 幸治

盛岡市長

内館 茂

挨拶

日本医師会会長

松本 吉郎 (まつもと きちろう)



皆様、おはようございます。日本医師会会長の松本です。

はじめに、本協議会にご臨席を賜りました八重樫幸治岩手県副知事、内館茂盛岡市長、そして釜范敏参議院議員に心より御礼申し上げます。

また、協議会の準備並びに運営をご担当いただきました岩手県医師会の本間博会長をはじめ、役員、職員の方々には衷心より感謝を申し上げたいと思います。

本協議会は昭和56年に第1回が開催され、今年で45回目を迎えます。岩手県でのご担当は実に43年ぶりの2回目となり、また今年度は、岩手県医師会勤務医部会の発足50周年という節目の年でもあります。このような記念すべき年に本協議会が開催されますことは、大変意義深いものと考えております。

勤務医を取り巻く環境は、容易ならざるものと考えております。働き方改革をはじめ、医療機関、病院も診療所も非常に厳しい経営内容となっている中で、国民の大きな期待を背負い、医療の質を維持しながらしっかりと日々の医療活動にご尽力されていることに対し、私からも本当に御礼を申し上げたいと思います。

日本医師会といたしましても、勤務医の先生方にどういった支援ができるのか、いろいろと先生方のご意見も伺いながら、特に勤務医の先生方のお声を頂戴しながら進めてまいりたいと思います。今日お配りした資料の中に、岩手県医師会のご案内というリーフレットが入っていて、ライフステージ

に合わせた支援が書いてあります。福岡県医師会のリーフレットを参考にしてお作りになったと伺っておりますけれども、ここに書いてあるような内容ももちろん大事ですが、日本医師会としては、それに加え、様々な医療制度の中でどれだけ勤務医の先生方に支援ができるのか、勤務医の先生方の勤務内容がどれだけ軽減できるのかという視点を持って、活動していくというのが本筋かなとも思っておりますので、その両面でしっかりと頑張っていきたいと考えております。

特別講演3題の後にはシンポジウムで「人口減少時代に活躍する勤務医」をテーマに5名の先生方にもご意見を賜ります。いずれの演題もこれからの医療を担う勤務医の先生方あるいは若手の先生方からのご発表と伺っております。ぜひフロアの先生方からいろいろなご意見を頂戴しながら、活発な議論が展開されるもの期待しております。

この後、私も講演させていただきますけれども、何とか勤務医の先生方のご支援がかなうよう、特に今は経営上の課題に非常に力を入れております。10日くらい前には「情報ライブ ミヤネ屋」という番組に出演いたしまして、今は医療機関が大学病院も、中小病院も、基幹病院も、診療所も、全部苦しいということをお話させていただきました。

また、おとといの記者会見では、財務省の財政審の内容について、かなり激しく反論させていただいて、テレビのニュースにも出ましたし、あるいは読売新聞等にも書い



ていただきました。今後の改定に向けて非常に厳しい闘いが続くと思えますけれども、私たちの窮状をぜひ国会議員の先生方、特に総理、財務省にまで声が届くようにみんなで一生懸命頑張って声を出し続けていかなければならないと考えております。医療機関や病院、診療所も、このままでは本当に潰れてしまう、そのぐらいの危機感を持って頑張ってまいりたいと思えます。

皆様方のご協力をお願い申し上げまして、ご挨拶とさせていただきます。



挨拶

岩手県医師会会長

本間 博 (ほんま ひろし)



おはようございます。岩手県医師会の本間でございます。今日の令和7年度全国医師会勤務医部会連絡協議会でございますが、出席が350名でございます。300名を超えますとかなり多いなという感じがして、私本当にあまり集まらなかったらどうしようかなと思って、ちょっと心配しておったのですが、本当に皆様のおかげであると思っております。

松本先生のお話とも少しダブりますけれども、今日は3つの特別講演と、その後にシンポジウムと、それから全体ディスカッションと、そして最後に「いわて宣言採択」ということでございます。

この岩手県の特徴といいますのは、勤務医の割合がかなり多いのです。数字を挙げますと、いわゆるA1会員ですね、開業医の会員が650名、そして勤務医の先生方の数がその大体倍でございます。大体二千二、三百名の医師会員のいる県だということでございます。

そして、様々な岩手県特有の問題もありまして、メディアファクスにもよく載るのですが、医師偏在指標は全国最下位でございます。あんまり自慢できるのかどうかよく分からないことなのではございます。それゆえに私たち医師会員、非常にその問題意識を持ちながらいろんな事情に当たっているというのが現実でございます。あと、それからやはり医師会員、特に若い先生方に医師会に入ってもらいたいということで、岩手県医師会とても頑張っております。

その中で、先ほどこれも松本会長がお話しになりましたけれども、このきれいなリーフ

レット、入会促進、それから医師会に入ってからどのような人生行路があるのかというのを、これ一目瞭然で上げるとばっと分かるというようなことで、これ非常に私は感心いたしまして、福岡県医師会会長の蓮澤先生にすぐ相談申し上げまして、全く同じようにはしないから何とかこのアイデアをいただけないかとお話ししましたら、すぐ快諾をいただきまして、本当にありがとうございます。蓮澤先生、本当にありがとうございます。

それで、やはり初め大体25歳ぐらいから、いろんな年齢で入る方多いのですけれども、主に25歳、30歳、40歳、50歳と、その後の年数が書いていないのがちょっと私も不思議なのではございますけれども、私は73ですので、大分山に近いほうにいるのかなというところでございます。これをフル活用して、医師会員をたくさん集めるということに努力していきたいと思っております。

なかなか人口減少、岩手は数年前までは140万弱あったのですけれども、今人口が百十何万人まで減ってきました。どんどん減っていく状況で、本当にこれは私も危機感を持っております。それゆえに、先ほど申し上げましたように問題意識を持っていて、今日のシンポジウムでも岩手県からそういうふうな深刻な問題を基に、皆様のご参考になるような報告があるものと思われま。どうぞ活発なディスカッションとなることを祈念いたしまして、心より感謝申し上げます。今日はどうぞよろしく願いいたします。

来賓祝辞

参議院議員

釜范 敏 (かまやち さとし)



皆様、おはようございます。参議院議員、釜范敏でございます。本日は令和7年度全国医師会勤務医部会連絡協議会が岩手県医師会長の本間博先生の下でこのように盛大に開催されますこと心からお祝いを申し上げます。本当に今日ご出席の皆様には大変温かいご指導、ご支援を賜っておりますことに、この場をお借りして心から御礼を申し上げます。

国会の現状では、高市総理大臣の所信表明演説が行われ、代表質問、そして昨日から予算委員会での質疑が始まったところであります。勤務医の皆様がそれぞれの医療現場において最大の力を発揮していただくためには、国がしっかり勤務医の皆様が働きやすい環境を整えて、そして処遇等もしっかり手当てをして、安心して仕事に励んでいただける環境を整えることがぜひ必要であります。

しかし、現状は医療機関あるいは介護施設、医療機関は病院も、また診療所もそうありますが、非常に厳しい経営状況の中で、今後の持続可能性が危ぶまれるのでは、そこで働いていただいている皆様に十分な手当てなどができないという状況でございます。これを何とか変えなければならないと思っておりますが、高市総理はこれまでの総裁選挙においても大変力強い発言をしていただいておりますが、総理になられて、またいろいろ特に財務省等からの圧力もあって、総理の発言がぐれもぶれることのないように、私どもはなるべく多くの国会議員の方々としっかり力を合わせて、総理を支えて、総理が考えておられる方向をしっかり実現することができるため

に力を尽くしたいと思っております。

引き続きご指導、ご支援賜りますようによろしくお祈りを申し上げます。本日は誠に
おめでとうございます。

来賓祝辞

岩手県知事

達増 拓也 (たっそ たくや)

代理：岩手県副知事 八重樫 幸治



岩手県副知事の八重樫でございます。皆様、ようこそ岩手へお越しくださいました。知事にご案内をいただきましたが、達増知事、本日釜石市での総合防災訓練の統監のため、この開会式への出席がかないませんでした。知事より預かってまいりました祝辞をご披露させていただきます。

令和7年度全国医師会勤務医部会連絡協議会が盛大に開催されますことを心からお慶び申し上げますとともに、全国各地から岩手県へお越しくださいました皆様に心から歓迎申し上げます。日本医師会の松本会長、岩手県医師会の本間会長をはじめ、関係者の皆様には日頃から岩手県の保健・医療・福祉行政の各種施策の推進に多大なご支援、ご協力をいただいておりますことに、厚く御礼申し上げます。

現在国においては、人口減少が進む中で85歳以上の人口の増加が予測されている2040年と、その先を見据えた新たな地域医療構想の議論が行われています。構想では、全ての地域、世代の患者が適切に医療、介護を受けられ、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制の構築を目指すこととされております。

医師少数県である本県では、国の責任による医師の計画的養成などを理念とする地域医療基本法の制定の必要性を訴えるとともに、私が会長を務める地域医療を担う医師の確保を目指す知事の会においても、地域医療を守るための提言活動を行っています。

このような中、全国の勤務医の皆様が一堂

に会する連絡協議会が本県で開催されますことは誠に意義深く、地域医療のさらなる強化につながるものと大いに期待しております。

また、昨今の社会経済情勢に目を向けますと、日本医師会が先日公表されました調査結果からも、医療機関が直面する経営環境は公的、民間を問わず、大変厳しいものであると承知しております。岩手県でも医師会の皆様と連携して、診療報酬の改定等について国に訴えていく所存でありますので、引き続き連携のほど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ご発展と、お集まりの皆様のご健勝、ご活躍を心から祈念いたしまして、お祝いの言葉とさせていただきます。

令和7年11月8日、岩手県知事、達増拓也。

代読であります。本日は誠におめでとうございました。

来賓祝辞

盛岡市長

内館 茂 (うちだて しげる)



全国各地の医師会から、本日はようこそ盛岡にお越しくださいました。とてもうれしく思っております。令和7年度全国医師会勤務医部会連絡協議会の開催ということで、お祝いを申し上げます。日頃から地域医療の向上に寄与をされ、医療、保健、福祉の推進に多大なる貢献をされております皆様に、まずは深く敬意を表します。

「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～」をテーマに、医療に携わる皆様が他の取組、現状の課題などを共通認識をし、理解を深め合うことは「いきいきとつながり支え合うまちづくり」を総合計画の基本目標の一つにしております本市にとりましても、大変意義深いものであると思っております。

本日の各種講演、シンポジウムにおきまして、研究、議論が行われますことは、我が国の様々な医療分野において、さらなる強化、推進につながるものと大いに期待をしております。

私たちの愛するまち盛岡は、南部盛岡藩の城下町として400年を超える歴史、伝統を有しております。その伝統と美しい自然が調和した街だと自負をしております。皆様にはこの機会に東北の少し「冬の気配」を感じながら、石川啄木が生まれ育ち、宮沢賢治が多感な青春時代を過ごしたこの盛岡の風情、そして人間味豊かなおもてなしの心の「温かさ」に触れていただければとてもうれしく思います。

最後になりますが、本会の開催に当たり、

ご尽力いただきました関係各位に感謝を申し上げますとともに、本会のますますのご発展、ご参会の皆様のご健勝、ご活躍を祈念申し上げます。本日のお祝いの言葉といたします。

令和7年11月8日、盛岡市長、内館茂。

本日はありがとうございました。

特別講演 | 10:25 - 11:00

日本医師会における 勤務医支援に向けた取り組み

講師

日本医師会会長
松本 吉郎

座長

岩手県医師会会長
本間 博

日本医師会における 勤務医支援に向けた取り組み

日本医師会会長

松本 吉郎 (まつもと きちろう)



改めまして、おはようございます。

本日の内容は「日本医師会における勤務医支援に向けた取り組み」という話でございますが、勤務医の先生方に対する基本的な考え方は変わりません。テレビ番組「情報ライブ ミヤネ屋」でも質問があったので、医師会員の約6割が勤務医ですよということをお話ししました。また、私ども医師会は、医師会員だけに限っての話をしているわけでは決してなくて、医療界全体のことを考えながら行動しているということも、もっともっと国民の方々には知っていただきたい。また、より多くの勤務医の方々から医師会活動への参画を得る中で、その声を踏まえながらしっかりと我が国の医療を全体として考えていきたいと思っています。

地域に根ざした地域医療活動こそが私たちの基本でございます。そのため、これまででも代議員会での答弁を通じて、各地域医師会での勤務医部会活動等をしっかり推進するということ、その中に勤務医の先生方に多く入っていただきたいということもずっと述べさせていただいております。勤務医の先生方の意見を、より幅広く汲み取る仕組みが必要ということで、それは日本医師会だけではなく、都道府県医師会にも構築されてきていると思っております。

これは、私の代議員会等での答弁ですが、経営的な問題、経営改善、たとえば診療報酬であれ、補助金であれ、勤務医の先生方に直結するところをしっかりとやっていきたいと思っています。処遇や勤務環境の改善、専門医、医学教育の問題、そういった大きな問題に対して、日本医師会が共に意見を戦わせて取り組んでいくということが、まさに勤務医の先生方にとって大きなメリッ

トにつながると認識しております。細かな一つひとつの問題もさることながら、全体として大きく包み込むように取り組んでいくことが大事なのかなと最近強く思っています。

勤務医支援はこれまでもいろいろと実施してきましたが、今、目の前の診療報酬改定が大きな課題となっていますし、働き方改革も様々な問題点が出てきたので、そういったことに対してどういった取り組みをしていくのかということが問われていると思っています。

私が会長になって4年目に入りましたが、会長になったときに「地域に根ざした医師会の活動」というものを打ち出しました。大学病院の先生方は外来や入院、研究、そして教育など、いろいろなことをしていらっしゃるの、大学病院や基幹病院の先生がそれに専念できるようにしたほうがいいのではないかとということです。「地域に根ざした医師会の活動」を担っているのは開業医を中心とした先生ですということをずっと言い続けています。休日・夜間センター、初期救急、輪番対応、電話相談をはじめ、保健所関係の仕事や警察業務への協力、障害者認定や介護保険認定、社会保険審査員など、そういったことはなるべく私たちがやりますよということ。あるいは母子保健、学校保健、産業医など、今でもそういったところに勤務医の先生方に携わっていただいておりますが、できる限り私たちが中心になって行うということ。がん検診の二次読影などは勤務医の先生方にも手伝っていただいておりますが、手伝うだけではなく、私たちにいろいろな指導をいただいていることにも感謝したいと思っています。それによって、技能がさらに高まって、それが地域医療にも還元できるのではないかと

います。こういった様々な活動をしっかりと行うことによって、勤務医の先生方を、あるいは病院を支えるという意識を持ってやっていきたいと思っています。地域の医師会活動を支援していただくために、「地域に根ざした医師会活動プロジェクト」というものをやっております、次が5回目となります。

これまでは、「有事の医師会活動～地域、住民を守る活動～」「こどもの健康と生活～医師会はどうかわる?」「令和6年度能登半島地震～被災地に寄り添った医療支援とは～」「がん対策～予防、医療、共生」といったテーマを取り上げております。

これは、経営の問題になりますが、診療報酬はこの過去5年間ぐらいで約2%しか伸びていません。ところが、物価は12%程度伸びていて、5年間だけでも10%のギャップがあります。特に、このインフレ下での診療報酬というのは非常に大きな課題であり、賃金も上がっておりません。最低賃金は6%を超え、春闘も5.26%、人事院勧告も3.62%のプラスということですが、私どもの世界ではこういった賃上げができません。診療報酬が上がらないからできないわけです。

税収のほうは、消費税が1%当たり7,000億円弱増えておりますので、この増税分を充てるべきだと考えています。それから、保険料については料率が上がらなくても人件費が上がれば保険料収入は増えるので、その分を充てるべきだと主張しております。

倒産件数も増えておりまして、倒産件数の10倍ぐらい医院を畳む、病院を畳むということが起きています。要するに、倒産はしていないが、経営が苦しくなったり先行きがなかったりということで閉院するところが特に山間部を中心に増えてきております。

これは、日本医師会の実施した「令和7年 診療所の緊急経営調査」です。医業利益率は平均値で見ても3.2%、私たちは中央値で見ようとしていますが1.1%、経常利益率、つまり補助金等を入れた利益率を見ても中央値は2.1%でした。赤字の診療所が約4割、多分今年はもっと悪くなっているのです、5割になると思います。

ところが、財務省はこの右側の中小企業のパーセントと比べてまだまだ高いと、無床診療所は平均値で5.5%ぐらいの経常利益率があるということになりますけれども、左側の水色のところ、これは法律事務所や労務士事務所ですが、ここの利益率は13.67%あります。中小企業というよりは、こういった職種としっかりと比べていくべきだと考えております。

そもそも無床診療所の経常利益率の中央値は2.5%です。一昨日の記者会見でもお話ししましたが、診療所というのは売上げが大体1億円です。売上げが1億円として、2.5%の利益率というのは250万円です。これは税引き前なので、税を引けば200万円にも満たない、あるいは特別損失があったらもっと少なくなります。これが本当に財務省の言う過大な利益なのですかということをお聞きしております。新聞などにも結構取り上げていただきました。

これがWAMNET（福祉医療機構）で公表されたデータベースを活用した国レベルで実施している調査ですが、病院は令和6年度の医業利益率が中央値でマイナス1.3%、無床診療所も1.3%ですので、ほとんど利益が出ていない、あるいはもうマイナスになっている。有床診療所も同じ状況であり、非常に厳しい経営状況になっています。医業収支の赤字割合も無床診療所が約4割、有床診療所が約5割、病院でも約6割になっています。経常利益率で見てもこの傾向は変わらず、非常によくはない利益率になっております。病院はほとんど0%であり、無床診療所も2.5%、有床診療所も1.2%と本当に利益が出ておりません。この利益では、何かあったときの備えや医療機器の更新・購入についてはもうできなくなっているということです。それを財務省が全く認めようとしていないということは、本当に残念と言うしかありません。

恐らく今年も5割ぐらいの診療所が赤字になり、病院も8割ぐらいが赤字になるのではないのでしょうか。そのくらい経費が増大しています。「このままではある日突然、病院がなくなります」ではなく、すでにもうなくなっています。病院が本当になくなっていっていますので、非常に厳し

い状況です。スタッフの賃金を上げたくても上げられない、また特に病院は人員配置があるので人員を減らそうと思っても減らせません。人を減らして対応することができないことが非常に大きな問題で、質を落とさないでやっていくことはもう不可能だと思います。質を落とせば、今度は点数を下げるといったようなことを言われますし、この人員配置には、非常に大きな課題があると思っております。

したがって、点数も上げなければいけません、やはり基準をもう少し考えていただいて、人件費が減らせるような取り組みを考えていかないと、さらに厳しくなると考えております。

これは病院関係6団体が公表した統計です。医業収益は増収になっていますが、経費が増えたために減益になっており、診療所は減収減益になっております。病院については、慢性期も精神科も急性期も厳しい医業利益率ですが、特に急性期のマイナスが大きくなっています。

これもWAMNETのデータですが、半数の病院が30年超の債務償還年数がないと返せない、もしくは債務償還原資（経常利益－収益関係税金＋減価償却）が赤字となっています。30年以上かけないと借金が返せないというのはもう破綻しているのと一緒です。それが半数もあるというのは、大変ショッキングなデータです。

大学病院も非常に厳しくて、平均して年間に約6億の赤字、大学病院全体としては400～500億の赤字になっていて本当に大変なのですが、先ほども申し上げたとおり、大学病院は教育や研究あるいは高度医療など全てに直結するため、絶対に潰してはいけません。大学病院は特に守らなければいけない機能です。ですから、大学病院をはじめとした基幹病院は絶対に潰さない、もちろんどの医療機関も潰れたら困りますが、特にそういうふうを考えております。先ほども申し上げた「令和7年 診療所の緊急経営調査」では、診療所の全科で減収減益になっており、非常に厳しい状況です。

10月22日の記者会見で城守常任理事から「令和7年 病院の緊急経営調査結果」の報告をいただきましたが、先ほどから申し上げているとお

非常に厳しい状況で、経常利益の赤字割合が令和5年度は約5割のところ、令和6年度が約6割に増えていっています。特にこの1、2年で医療機関の倒産も増えており、NHKでも報道があったほか、3億円を超える医療機関の破産手続き開始や、自治体病院の86%が赤字といったことも新聞等で報道されております。とにかく診療報酬を上げてもらうということしかないだろうと思います。全産業と比べても賃金の伸びは本当によくありません。

賃上げの状況ですが、私たちの世界では2%上げるのがやっとという状況ですので、何とか賃上げできる原資がほしいと考えています。やはり、公定価格でまず国が先鞭をつけて上げていくということが大事です。民間企業は自分たちで自由に賃金を設定できますが、そこに対して賃上げを要求するのであれば、まずは国が率先して公定価格をしっかりと上げて、私たち約930万人の医療・福祉従業者のところに賃上げできるようなものを出すということ言っていただくことが、世の中全体の賃上げにつながるのではないかと、今強く発言しているところです。

高市総理は予算委員会での質問に対して、医療機関への迅速な支援ということを言ってくださいました。私は、特に「医療機関」という言葉に懸念をしておりましたが、昨日の予算委員会で「医療機関」は病院と診療所だということを明言していただきました。これは一つの非常に大きな前進ではないかと思っております。しかし、財務省は甘くはありません、本当に厳しいです。公言はしていませんが、マイナス改定から始めるべきといった厳しい姿勢を見せているくらい、厚生労働省の考えと財務省の考えには大きな隔たりがあり、改定率については、本当にとんでもないパーセントの違いがある状態から議論がスタートしております。

私どもはとにかく税収で消費税1%分、つまり約7,000億円を活用してほしいということを主張しております。高齢化の伸びの範囲内に抑制するという目安対応が「骨太の方針2025」で見直されましたので、きちんと賃金、物価の上昇に応じて対応してほしいということ、特に小児医療、

周産期医療はしっかりと対応いただきたいと申し上げております。

次期診療報酬改定についてですが、これは私から提案をしたものです。左側の図ですが、診療報酬は2年間同じ点数であり、特に2年目がインフレのときには対応ができないので、1年目と2年目を足して2で割ったような点数を最初から与えてほしいということです。

それができない場合には右側の図のような形、1年目で物価・賃金を上げ、2年目でもう一回物価・賃金部分のみを改定するというものです。一昨日、宮城県医師会長の佐藤先生もある会でご発言されておられましたが、例えば1年目で物価・賃金で4%上げることが必要であれば、次の年はさらにその4%をもう一度上乘せする形で必要になるということです。私もパーセントはともかくとして、考え方としては非常に正しいと思っております。2年目の部分は理屈をつけていつも適切な対応がなされませんので、やはり本改定はきちんとやっておいて、期中改定で物価・賃金だけでもさらにプラスするという形が望ましいのではないかと考えております。とにかく、財務省はどこかを削った上でその上乘せするという、つまり仮に何%か必要であっても先に相当数削っておいて、結局少ししか上乘せしません。私たちはそういった形では、とてもではないが暮らしていけないということをずっと申し上げていて、それでは身につかないということをずっと主張しております。財務省はとにかく医療費の伸び率管理、つまり全体として伸び率を抑えたいということをずっと言っています。伸び率全体に何かを掛けるというやり方は、将来的には非常に厳しくなるので、全体に掛け算をするのではなく、やはり物価なら物価、賃金なら賃金にある程度しっかりと連動するような仕組みのほうが望ましいのではないかと考えております。

もう一つの財務省の狙いは、アクセスを減らすことです。例えば外来へのアクセス、それから入院へのアクセスも減らすなど、アクセスを悪くさせることを考えていると思います。かかりつけ医の問題もそうですが、かかりつけ医と非かかりつけ医ができてしまうと、当然医療アクセスに非

常に影響が出てきますし、スイッチO T Cの部分も同様です。スイッチO T Cについても、もし保険から外れればそれだけアクセスが悪くなります。特に外来に関しては数を減らしたいと思っていますので、要するに外来の数を減らすというのが大きな流れではないかと思っています。

外来機能の集約化についても、大きく点数をカットするという考え方が強く入ってきており、生活習慣病もさらにカットを考えています。例えば生活習慣病の管理料を月に1回ではなくて、2ヶ月に1回もしくは3ヶ月に1回にしようと考えていますので、これも結局受診回数を減らす、アクセスを減らすということを考えていると思います。ここに向けては私たちもしっかりと対抗していかなければいけませんので、記者会見や新聞紙面などでも反論を続けております。

骨太の方針2025でも物価・賃金対応分を加算するという足し算の論理となったことが非常に重要なポイントとなっております。この部分については先生方の力を得て、かなりいい書きぶりにはなりましたが、ここに書いてあるような形で財務省は進んできておりませんので、もう一段強い取り組みが必要になるかと思えます。全国知事会とも連携させていただきながら、宮城県医師会でも村井知事などに大きなご協力をいただいている次第です。釜淵先生の参議院議員選挙での当選も私たちにとっては非常に大きな追い風となっております。

繰り返しになりますが、賃金をしっかりと引き上げていただくということが非常に大切で、診療報酬改定と現在進みつつある補正予算での支援、これについてもしっかりと対応していただきたいと考えています。厚生労働省を通じて、これまでとは1桁違うような支援を目指して私たちは闘っていますが、財務省からは渋い回答しかもらえていないのが現状であり、支援額の高さにはまだ大きな隔たりがあります。

最後に、勤務医のキャリアパスに関わる課題への取り組みです。武見敬三元厚生労働大臣が、「地方の病院で不足する偏在の問題をめぐり、地域ごとに医師の数を割り当てるようなことも含めて検討すべき」という旨の発言をされました。

私どもとしてはもちろん偏在解消に向けて努力はしていきませんが、若い先生方を中心に法で縛り付けるという方法は望ましくないということを一貫して主張しております。

管理者要件の拡大についても、いろいろな規制的手法が出ておりますが、それはできる限り抑えた形にしたいとお願いをしております。今回の医療法の改正でパッケージ的な支援が出てくると思いますが、若手の先生方にモチベーションを持ってもらうこと、若手の先生だけに負担が行かないようにするという事は考えていかなければならないと思っております。中堅医師も厳しいとは思いますが、中堅もシニアと言われている世代も、皆で対応していくような形が必要だと思っております。医師偏在解消に向けた総合的な対策パッケージがいろいろと検討されていますが、医療法の改正の際にもまた問題になってくると考えております。

医師少数地域での開業支援について、これは令和6年度の補正予算で102億円が付きましたが、これも具体的な支援策が必要です。全国レベルの医師マッチング支援、これにも補正予算が付きませんが、日本医師会でも女性医師バンクから日本医師会ドクターバンクへと名称を変更し、事業を拡大することになりました。

保険診療の実績要件ですが、私はやはり医師になって最低5年間、研修期間2年プラス3年ぐらひは保険医療機関（病院）に勤めてほしいと考えております。これを将来的な保険診療の実績要件にさせていただきたいと厚生労働省に言っていて、これも医療法の改正の中に組み込まれると思っております。やはり技量を磨くということ、地域医療に貢献するという事、それからいろいろな専門的で幅広い知識を病院でしっかりと学んでいただきたいということ、いきなり自由診療の世界に行ってしまうようなことはしてほしくないということと、これは何とかしたいと思っております。

地域医療貢献の枠組み推進という点ですが、地域で貢献するような仕組みをしっかりとやっていただきたいということと、いろいろな対策には相当の資金が必要なことから、日本医師会は5年

から10年で1,000億が必要であるということ厚生労働省へ交渉しており、何年かかけてこういった予算がつくものと考えております。新たな地域医療構想も始まりまして、これも勤務医の先生方に全て影響してきます。

在宅医療や救急、小児・周産期、それから災害医療、感染症への対応などのワーキンググループができており、日本医師会からも委員が参画しております。こういった会議で全体的な話が進んでおりますが、必要病床数や医療機関や病床機能、構想区域の在り方については、見直しがかばれています。秋田県のように構想区域を三つくらいに減らしたところや東京では逆に一つの構想区域にしたいというような意見も出ており、これも大きな課題だと思います。医師偏在指標の在り方についてもいろいろな考え方があります。今度は精神病床も入ってきますし、こういった救急、小児・周産期、災害、新興感染症、在宅医療、それぞれの課題が展開されていくものと思います。

医師偏在対策と密接に関わる地域医療構想は、勤務医の先生方にも大きく関わってきます。今日は全てをお話する時間はありませんが、例えば増加していく高齢者救急の受入れをどうするか、あるいは今急性期拠点病院というような考え方が出てきておりますが、これも20～30万人のところの一つだけというのは少し考えたらあり得ないと私は思っています。恐らく盛岡市でも急性期を担っていただいている医療機関が何か所もあると思えますし、これを一つに限定するというのはあり得ない話で、やはりこれは地域の状況や周りの病院の機能と合わせながら考えていく問題で、数ありきの問題ではないだろうということ国を国の検討会で発言しております。地方の山間地域と東京のようなところではアクセスが全然違いますし、集約すると言っても医療機関まで1時間半もかかるようなところに集約されても患者さんも困ってしまいます。逆に、構想区域は違ってもアクセスが10～15分というところもありますので、そこをどう考えていくかというのは大きな課題だと思います。集約化、分散、地域完結型、こういったことを全体的に見据えた検討が必要だと考えています。「治す医療」から「治し支える

医療」を担う医療機関の役割分担ということです。

それから、先ほども申し上げましたとおり、急性期拠点と言ってもいろいろな形があると思います。三次救急あるいは二次救急で幅広く対応しているようなところもあるでしょうし、救急車の台数で区切るとか、全身麻酔の数で区切るというのは少し乱暴ではないかと思っています。救急車がすぐに来て搬送できるような地域もある一方で、救急車の数が少なく、普段は自力で病院に行くというような地域も少なくないことから、そういったことも考えなければならぬと思っていますし、救急車の台数だけで区切ると、病院同士での救急車の奪い合いになります。下手をすると軽症であっても救急車で拾うというような話にもなりかねないので、病院団体とも連携しながら対応をしているところです。それから有料職業紹介の問題についても取り組みを始めております。これも何とかしなければいけないと思っていますし、また、報道等で不適切な内容があった場合などには、日本医師会としてしっかり抗議文を出して対応しております。

医師が健康で働くためにどうしたらいいかということ、あるいは、1日でも長く医師としての能力を生かしてもらうためにはどうしたらいいのかということも、勤務医の先生方と私たちが一緒になって考えなければいけません。また、働き方改革においては、医療・医学の質の維持・向上は絶対に欠かせませんし、地域医療の継続性も不可欠です。何より医師の健康確保が重要であると思っています。

日本医師会が医療機関勤務環境評価センターの指定を受けて4年目になりました。日本医師会でこんなに大きな仕事を引き受けてよいのかというお話もありました。私が会長になったときにこの事業の指定を受けるように完全に決めましたが、本当によかったと私は思っています。

本日は一宮先生をはじめ、勤務医委員会の先生方に多数ご参加いただきましたが、これまでどおり日本医師会は勤務医の先生方と一体となって、いろいろな意見を頂戴しながら会務に取り組んでまいりたいと思います。令和7年2月20日号の『日医ニュース』勤務医のページには、岩手県立

磐井病院院長の阿部隆之先生からご寄稿いただきました。岩手県立病院の体制や疾患別医療圏の設定、医師偏在と年齢偏在、マルチタスク、働き方改革と救急など、本当にすばらしいご意見を頂戴し、私はこれを読んで非常に感激しました。ありがとうございました。勤務医・組織強化関係助成費も続けて捻出したいと思っておりますし、勤務医や女性医師への支援も続けてまいります。

開業医や勤務医といった立場の違いを問わず、全ての医師に関わって医師会の役割を果たしていきたいと考えておりますし、やはり皆で動くということが医療を少しでも高め、よい医療へ向かっていくための手段だと思っています。

たくさんの課題がありますけれども、これからも勤務医の先生方と一体となって歩んでまいりたいと思います。先生方のさらなるご協力をお願いいたしまして、本日の講演を終了させていただきます。ご清聴賜りましてありがとうございました。

令和7年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

JMA

日本医師会における
勤務医支援に向けた取り組み

令和7年11月8日
公益社団法人 日本医師会
会長 松本 吉郎



「医師会 給与見直し」

日本医師会の勤務医に対する基本的な考え方③

- ▶ 経営的な問題、経営改善、たとえば診療報酬であれ、補助金であれ、勤務医の先生方に直結する。(第15回臨時役員会、松本会長答申)
- ▶ 処遇や勤務環境の改善、それから専門医や医学教育の問題など、大学病院や勤務医の先生方、あるいは病院とともに、そういった問題に日本医師会がともに意見を戦わせていくなかで、しっかりと取り組んでいくことが、まさに勤務医の先生方にとって大きなメリットにつながるかと認識している。(第15回臨時役員会、松本会長答申)
- ▶ 病院経営や医師の働き方に日本医師会がしっかりと関わっていくことが究極的には組織強化につながるという視点で今後は取り組みを進めていきたい(令和7年4月11日 第13回臨時役員会・第13回臨時役員会特別委員会 松本会長答申)

日本医師会は、勤務医の処遇や待遇、勤務環境の改善等を含め、勤務医を包括的に支援するための制度設計に向け、全力で取り組んでまいります。

本日の内容

1. 日本医師会の勤務医に対する基本的な考え方
2. 日本医師会における勤務医支援について
 - ① 地域に根差した医師会活動
 - ② 医療機関の経営改善と賃上げ促進に向けた環境整備
 - ③ 勤務医のキャリアパスに関わる課題への取り組み(医師層在対策を中心に)
 - ④ 会内における勤務医活動
3. 組織強化の重要性

2. 日本医師会における勤務医支援について

1. 日本医師会の勤務医に対する基本的な考え方

日本医師会における勤務医支援とは・・・

- ① 二次、三次救急で働く勤務医の負担を軽減するため、「地域の時間外・救急対応」といった初期救急や「地域保健・公衆衛生活動」など、地域に根差した医師会活動をしっかりと支えていくこと
- ② 現在、危機的な経営状況にある病院、診療所の経営改善を図り、勤務医をはじめとした医療従事者全体の賃上げ促進に繋げるため、診療報酬改定や補助金等での対応を国に求めていくこと
- ③ 勤務医のキャリアパスに直結するさまざまな課題(医師層在対策・新たな地域医療構想・医師の働き方改革・専門医制度等)について、現場の声にしっかりと耳を傾けながら、勤務医を含めたすべての医師にとってより良い制度となるよう国に働きかけること
- ④ 勤務医委員会や全国医師会勤務医部会連絡協議会等の機会を通じ、勤務医の意見集約を図り、その声を医師会会務や医療政策へしっかりと反映していくこと
- ⑤ 勤務医の健康支援や、学術・学習支援や生涯教育制度、日医医師会保障など、勤務医に資する様々な取り組みを一層推進していくこと

日本医師会の勤務医に対する基本的な考え方①

- ▶ 日本医師会における勤務医の会員の割合は約半数を占め、今後医師会の組織強化を図っていく中で、その声をより一層反映した会務運営がなされなければ、日本医師会の活力はまさに半減する。(第13回臨時役員会、松本会長答申)
- ▶ 日本医師会は勤務医会員の裾野を広げ、その声を会務に反映していくという視点は非常に重要であると考えている。(第13回臨時役員会、松本会長答申)
- ▶ 一人でも多くの勤務医に医師会活動に参画いただく中で、医療現場の実態を踏まえたご意見をうかがうことは、(中略)、すべての医師会が取り組むべき喫緊の課題であると考えている。(第13回臨時役員会、松本会長答申)

日本医師会は、より多くの勤務医の医師会活動への参画を得る中で、その声を踏まえながら、ともに我が国の医療に尽くしていきたいと考えています。

① 地域に根差した医師会活動

日本医師会の勤務医に対する基本的な考え方②

- ▶ 日本医師会は地域に根差した地域医療活動こそが、医師会活動の基本であるという立場を取っており、そのためにこれまでも代議員会での答弁等を通じて、各地域医師会で勤務医部会活動の推進など、勤務医が医師会活動に参画しやすい環境整備の推進をお願いしてきました。(第13回臨時役員会、松本会長答申)
- ▶ 各地域で汲み取った意見を日本医師会へボトムアップしていくことは、医師会の三層構造を考えると理に合ったものと考えます。勤務医の意見を汲み取る仕組みが各都道府県医師会で構築されているが、より一層の取り組みを進めていただきます。(第15回臨時役員会、松本会長答申)

より多くの勤務医の医師会活動への参画を得るため、日本医師会は継続して、各地域医師会に対し、勤務医が医師会活動に参画しやすい環境整備を依頼してきました。

地域に根差した医師会の活動

1. 地域の時間外・救急対応	平日夜間、休日急患診療、地域災害の救護、在宅医療、休日当直急患センター、電話相談業務など(災害時には救護・避難への応対準備、被災状況大規模災害センターへの応対など自らの地域を支援)
2. 行政・医師会等の公益活動	医師会・専門協会・自治会・保健関係団体の委員、保健事業への協力、防災会議、地域医療に関する会議、地域ケア会議の運営、障害者支援委員会、介護保険推進委員会など
3. 地域保健・公衆衛生活動	母子保健、乳幼児保健(1歳6か月健診、3歳健診)、学校保健(学校保健、学校医活動)、学校保健教育(性教育、がん教育、禁煙、禁酒教育等)、産業保健(労働安全衛生センター活動、職場の健康相談、産業医活動)、職業主眼(労務健診、特定保健指導)、高齢者保健(高齢者健診、認知症健診)、予防接種(予防、その他)、がん・成人病検診、市民公開講座(健康講座、介護講座)、精神保健、健康づくり推進など
4. 多職種連携	訪問診療等の在宅医療ネットワークへの参画、介護保険関連文書の作成(在宅医療連携等)、多職種との自治(ケアカンファレンス等)、ACFなど
5. その他	看護師・産業保健師等、医師会共同利用施設への参画、医師会の運動方針に関する診療費の作成、成年後見人制度における診療費の作成、死生観、医療DX、医療AI、学術活動、高齢者・障害者施設への対応、地域における疫学研究(U-DOP)など

日本医師会は、こうした地域の医師会活動を支援するとともに、その重要性を広く国民の皆さんに知ってもらうため、2023年から「地域に根ざした医師会活動プロジェクト」と題し、過去4回のシンポジウムを開催しています。

【第1回】2023年10月11日
テーマ：有事の医師会活動～地域、住民を守る活動～

【第2回】2024年3月10日
テーマ：子どもの健康と生活～医師会はどうかかわる？

【第3回】2024年9月21日
テーマ：令和6年産科最前線～被災地に寄り添った医療支援とは？

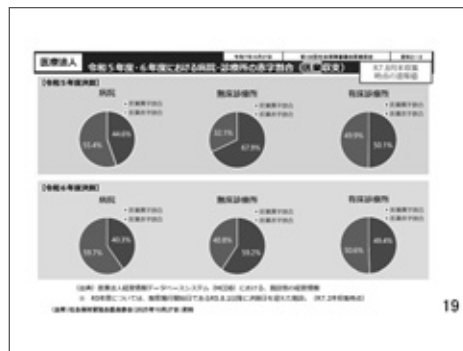
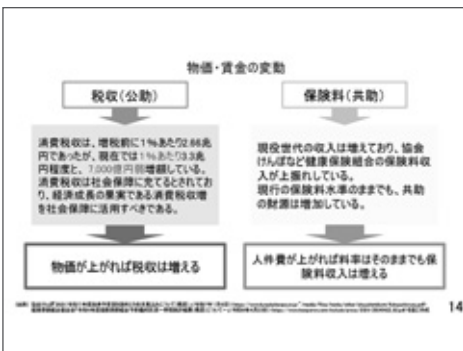
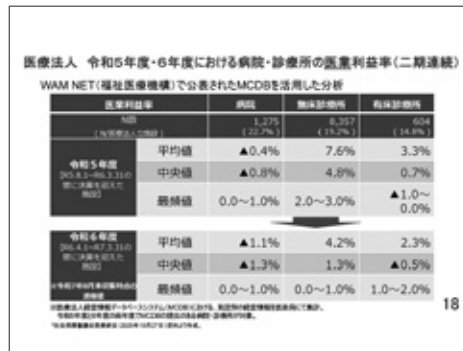
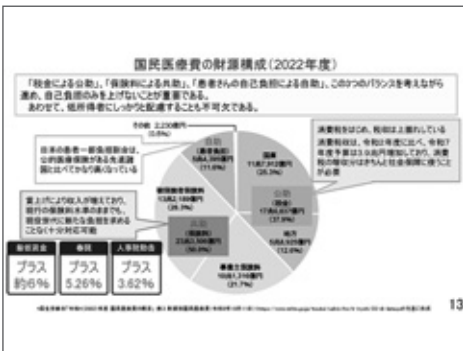
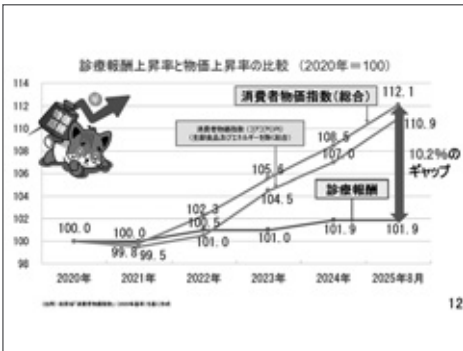
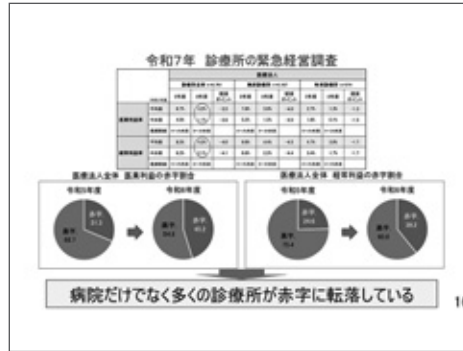
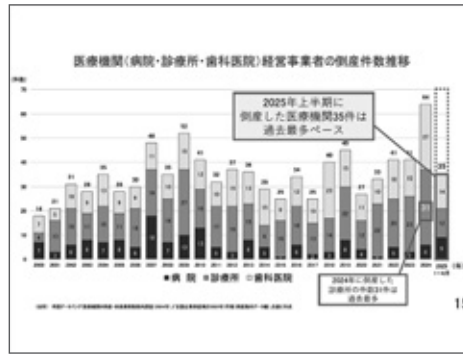
【第4回】2025年5月25日
テーマ：がん対策～予防、医療、共生

12月7日 14:00-16:30 無料

当日の様子は公式YouTubeチャンネルに掲載しています。勤務医の先生にもぜひご視聴をいただいて、地域に根ざした医師会活動についての理解を深めてもらいたいと考えています。

② 医療機関の経営改善と質上げ促進に向けた環境整備

11

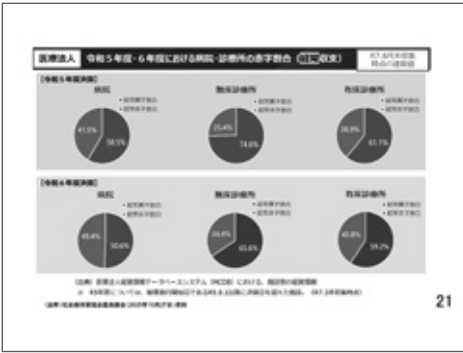
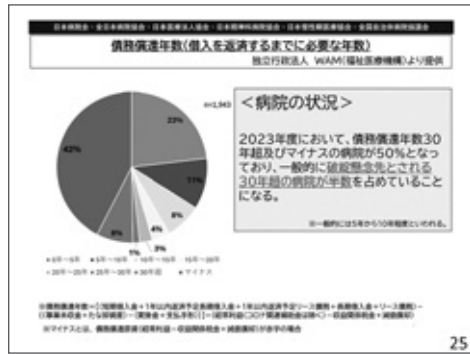


医療法人 令和5年度・6年度における病院・診療所の経営利益率(二期連続)

WAM NET(福祉医療機構)で公表されたMCOBを活用した分析

経営利益率	病院	臨床診療所	救急診療所
NDB (10年度末より開始)	1.27% (27.7%)	8.357 (23.2%)	6.64 (14.9%)
令和5年度 (2023.1~2023.3.31の 第1四半期末時点の MCOB)	平均値 1.6% 中央値 1.5% 最悪値 1.0~2.0%	平均値 9.2% 中央値 6.4% 最悪値 0.0~1.0%	平均値 5.2% 中央値 2.6% 最悪値 2.0~3.0%
令和6年度 (2024.1~2024.3.31の 第1四半期末時点の MCOB)	平均値 0.1% 中央値 0.0% 最悪値 0.0~1.0%	平均値 5.5% 中央値 2.5% 最悪値 0.0~1.0%	平均値 3.8% 中央値 1.2% 最悪値 1.0~2.0%

20



ご存じですか?
あなたの街の病院がいま危機的状況なのを!!

地域医療はもう崩壊寸前です

- 診療報酬は固定価格です。しかし物価・賃金の上昇に対応して診療報酬が上がっていません。
- 結果、多くの病院は深刻な経営難に陥っています。
- また、医療・介護に従事する数多くのスタッフの賃金を、他産業と同じように上げるのが難しくなっています。
- 物価・賃金の上昇に適切に対応した診療報酬の仕組みが必要なのです。

このままでは
ある日突然、病院がなくなります

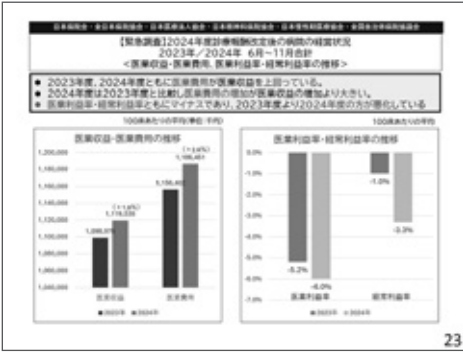
22

日本医師会定例会記者会見 9月10・17日

「令和7年 診療所の緊急経営調査」結果を公表
— 全診療科で減収減益となっていることが明らかに —

- 診療所の経営状況は、医療法人、個人ともに深刻で、前年からの大幅な悪化した。医療法人の数が減少し、個人では経営利益が約1割減少した。
- 物価高騰・人件費上昇に加え、コロナ禍による診療報酬上の特別措置を含めた影響の結果であり、診療所の診療科や地域に問わず、経営が悪化した。
- 最近の医療費と利益率が低く、経営状況の悪化が顕著に現れている。
- 診療所の経営は悪化し経営に悪影響しており、この状況が続けば、多くの診療所が地域から撤退・閉鎖し、病院とともに残っている地域の患者さんへの医療提供を継続できなくなる可能性が高い。
- 地域の患者さんへの医療を安定的に提供し続けるため、次期診療報酬決定での大幅な手直し、早期の繰り上げによる減収減益による緊急かつ強力な支援が不可欠である。

27

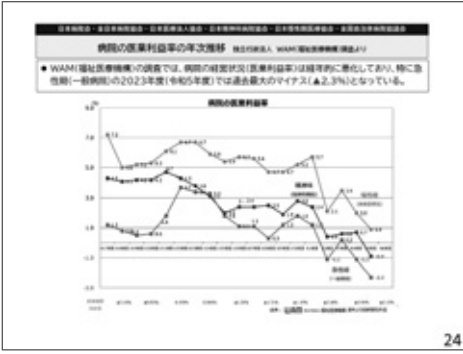


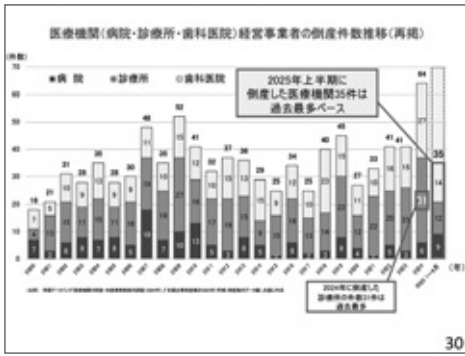
日本医師会定例会記者会見 10月22日

令和7年病院の緊急経営調査結果
— 令和5年度、6年度実績報告 —

- 医療利益の赤字割合が66.7%から69.5%に増え、経営利益の赤字割合が59.6%から62.2%に大幅に増えるなど、病院は危機的経営状況に陥っている。
- 全体の収益について、令和5年度の医療利益率はマイナス5.2%、令和6年度はマイナス5.4%で悪化した。経営利益率は令和5年度のマイナス0.6%から、令和6年度はマイナス2.6%となり、大幅に悪化した。施設あたりの経営利益赤字額は約4億8千万円増えた。
- 近年の急激な物価高騰・人件費上昇の影響で、医療費用の伸びが医療収益の伸びを上回り、経営が悪化している。このままでは多くの病院や診療所が経営が立ち行かなくなり、患者を守る地域医療の確保に難が、また危機的状況。
- 適正の適正化を行うだけでなく、早期の繰り上げによる減収減益による緊急かつ強力な支援を行うことが必要。

28





30

NHK「倒産した医療機関 上半期で全国35件 過去最多ペース」

この上半期に倒産した医療機関は全国で35件となり、倒産が過去最多となった去年を上回るペースであることが信用調査会社の調べでわかった。

借入デットがパンクにより、この1月から先月までに倒産した医療機関を経営する事業者は全国で合わせて35件となり、年間で64件が倒産して過去最多となった去年を上回るペースとなっているという。

内訳をみると、歯科医院が14件、診療所が12件、病院が9件となり、これは病院の倒産が目立つということです。

主な要因は、医療機器の価格や人件費、入院患者の給食費や光熱費が高騰する一方で、診療報酬がその上昇分に対応できないことによる収益の悪化といえます。

また、主に診療所や歯科医院では経営者の高齢化で、事業継続が困難となる事業者が急増しているほか、病院では建物が法定耐用年数の30年を超えても経費の高騰や資金調で新しい施設を建設ですべて存続を懸念する施設が今後増えるのではないかと指摘しています。

借入デットがパンクは「これまでで小規模の事業者の倒産が多かったが、中規模の病院にも影響が及んできた。このままでは年間の倒産件数が初めて70件に達する可能性がある」としています。

31

茨城新聞「つばの社団業善会 破産手続き開始決定 負債3億7000万円」

東京商工リサーチつば支店は15日、臨床薬理試験受託サービスの社団業善会(つば市親善会)が水戸地裁土庫支部から破産手続き開始決定を受けたと発表した。負債総額は3億6944万円(2022年3月期決算時点)。

1991年開設された「親善会クリニック」を引き継ぐ形で、2010年3月に設立。臨床試験受託専門の医療機関「つば国際臨床薬理クリニック」を運営していた。

設立当初から採算的には厳しい状況が続き赤字決算が常態化。20年3月期は売上高1億6430万円に対し当期損失3794万円、21年3月期は売上高1億8518万円に対し当期損失1486万円を計上するなど欠損が続いた。業績は改善せず、給与遅配も発生するなど資金繰りが逼迫(ひっば)し、事業継続が困難となった。

32

日本経済新聞「自治体病院の86%赤字 インフレや人件費増響く」

公立病院などが加盟する全国自治体病院協議会は7日までに、2024年度決算で86%の病院が経常赤字だったとの調査結果を発表した。物価や人件費の上昇が経営を圧迫しているとして、診療報酬の引き上げや地方交付税の拡充などを求めた。

全体を合算すると3633億円の赤字で、赤字幅は前年度から9割増えた。経常費用が4.2%増え、0.9%増だった収益の伸びを上回った。本業にかかる医薬費用(県立大の付属病院など除く)をみると、人件費と材料費がそれぞれ5.2%、3.1%増えた。

病院の役割でみた赤字の比率は感染症指定医療機関と災害拠点病院がともに94%で最も高かった。規模の大きい病院の指定が多く、人件費が膨らみやすい。協議会は「人事院勧告に伴う賃上げが診療報酬でカバーできないと分析した。地方公務員の賃金は国の人事院勧告の影響が大きい。調査は6〜7月にかけ184の会員病院に実施し、657病院から有効な回答を得た。

33



34

賃上げの状況

- 令和6年春闘の結果、全産業での賃上げ合計額は5.10%の上昇。
- 令和6年診療報酬改定で2.5%のベースアップ評価料が創設されたが、春闘の5.10%の賃上げに全く追いついていない(春闘との差は2.6%)。
- 令和7年春闘の第6回回答集計の結果、平均の賃上げ率は5.26%(うちベースアップ分のみで3.71%)、組合員数300人未満の組合の平均賃上げ率は4.70%(うちベースアップ分のみで3.51%)と、2年連続で高い水準となっている。
- 現在の医療機関の経営状況で、これ以上の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り、患者に適切な医療を提供できなくなる。

医療機関の経営状況は勤務医の給与や待遇等に直接関わる大変重要な問題!

35

補助金と診療報酬の両面からの対応を

日本医師会は、危機的状況を国民の皆様方に訴えるべく、3月12日に6病院団体と合同記者会見を開催し、そこで合同声明を公表いたしました。

資金上昇と物価高騰には十分な原資が必要で、さらには医療の質の向上のための医療技術の革新を伴う高度化・イノベーションへの対応も必要です。

全産業では賃金等が上がっており、経済成長の実現を活用して、補助金や診療報酬による機動的な対応も進むべきです。

著しく逼迫した経営状況を鑑みると、まずは補助金での早期の適切な対応が必要であり、さらに、診療報酬で安定的に財源を確保しなければなりません。

まずは令和6年度補正予算を早期に執行するとともに、令和8年度診療報酬改定の前に期中改定も必要な状況であり、補助金と診療報酬の両面から対応が必要である。

36

経済成長の果実

消費税収(国税分)は、令和2年度は21.0兆円であったが、令和6年度は23.8兆円である。さらに、令和7年度予算では24.9兆円と、3.9兆円も増加している。

消費税収は、増税前に1%あたり2.66兆円であったが、現在では1%あたり3.2〜3.3兆円程度とされている。

消費税収は社会保障に充てるとされており、経済成長の果実である消費税収増を社会保障に活用すべきである。

37

- ### 令和8年度診療報酬改定に向けた4本柱 日本医師会の主張
- 1. 経済成長の果実の活用**
近年大きく増加する消費税、所得税、法人税等の増収分を新たな安定的な財源として活用する新たな仕組みを構築する。
 - 2. 「高齢化の伸びの範囲内に抑制する」という社会保障予算の目安対応の見直し**
「骨太の方針2024」において「経済・物価動向等に配慮しながら」という文言が本文に記載されたが、それでは全く不十分であることから、資金上昇や物価高騰の下での逼迫した経営状況等に適切に対応できるように目安対応を抜本的に改めたいと主張する。
 - 3. 診療報酬等について、資金・物価の上昇に応じた公定価格等への適切な反映**
このままでは人手不足に拍車がかかり、患者さんに適切な医療を提供できなくなることから、医療・介護業界でも他産業並みの賃上げができるよう、資金・物価の上昇に応じて、公定価格等へ適切な反映を行う。
 - 4. 小児医療・周産期医療体制の強力な方策の検討**
2024年の出生数は69万人(外国人を含めて約72万人)とされており、好転の兆しは見えない。小児医療・周産期医療については、救急医療が中心であり、単に集約すればいいというのではなく、全国津々隅々まで対応するための強力な方策を構築する。

38

医療機関の窮状を踏まえた次期診療報酬改定に向けて

令和8年度診療報酬改定について、「今後労働・賃金等が上昇し続けていくことが予想される中、次期改定では改定2年目についても大胆な対応を求め。」と表明。物価・賃金が大きく上昇した場合に、それに応じて適切に対応する新たな仕組みの導入の検討を明確化する必要性などを強調した。

39

全国知事会とも医療機関の経営危機を共有し国にその改善に向けた対応を求めていくことを確認（2025年7月9日）

松本会長

- ・ 自派団会として、皆一貫していることは、平時・有事のいずれにおいても最新の医療提供体制を構築していくことである。そのためには確たる財源確保が不可欠である。
- ・ 医療界を挙げた取り組みが大きな力となり、「未来の方針2025」では、資金・物価対応を「加算する」という「足し算」の確保となり、専ら予算編成における診療報酬改定に期待できる要素はなくなった。
- ・ 地域医療提供体制の崩壊が起きている状況の中、診療報酬改定において、高齢化への対応に加え、特に資金・物価の上昇、医療の高質化への対応のためには、多額のプラス改定とともに、そのような増加の伸びが適切に反映されるような報酬体系や適切な補助金も必要である。

村井嘉浩全国知事会会長／宮城県知事

- ・ 全国の医療機関において、少子高齢化の進行、医療従事者の不足等、複合的な要因により経営は深刻な状況に置かれており、特に地方においては医療提供体制の維持が危機的状況にある。
- ・ 地域医療を守り、持続可能な医療提供体制を構築するためにも、行政と医療関係団体が連携し、現場の声を政策に反映させることが不可欠であり、制度改革等の推進に今後全力で取り組んでいく。



50

最低賃金、人事院勧告の引き上げ等を受けた期中改定の必要性について (3/3)

城守常任理事は、「医療職は専門的な教育を受け、職務内容を反映した資金体系となっているが、これがマスクで報道されるような最低賃金に近い状態になると、他産業への人材流失に更に拍車がかかることは明白で、介護における人材流出は更にひどい状況である」と述べ、公定価格の引き上げが必要であると示した。

特に最低賃金は、ベースアップ評価料の対象として含まれない専ら事務作業を行う者などに大きな影響があることから、ベースアップ評価料に引き上げるだけでなく、基本診療料を中心に引き上げるべきとし、「最低賃金が引き上げられる秋から年末に向けて期中改定が必要だと考えており、国に働き掛けていきたい」との意向を示した。



55

第27回参議院議員通常選挙（令和7年7月20日）

日本医師連盟結核内候補である菅野敏先生が、自由民主党比例代表候補者31名のうち第8位（特定枠を除く6位）、医療・社会保障関係候補者7名のうちトップの174,434票余りを獲得し、当選を果たしました。

【当選した菅野の経歴】

選挙区	所属	当選回数
東京10区	自由民主党	1回
東京10区	自由民主党	2回
東京10区	自由民主党	3回
東京10区	自由民主党	4回
東京10区	自由民主党	5回
東京10区	自由民主党	6回
東京10区	自由民主党	7回
東京10区	自由民主党	8回
東京10区	自由民主党	9回
東京10区	自由民主党	10回
東京10区	自由民主党	11回
東京10区	自由民主党	12回
東京10区	自由民主党	13回
東京10区	自由民主党	14回
東京10区	自由民主党	15回
東京10区	自由民主党	16回
東京10区	自由民主党	17回
東京10区	自由民主党	18回
東京10区	自由民主党	19回
東京10区	自由民主党	20回
東京10区	自由民主党	21回
東京10区	自由民主党	22回
東京10区	自由民主党	23回
東京10区	自由民主党	24回
東京10区	自由民主党	25回
東京10区	自由民主党	26回
東京10区	自由民主党	27回
東京10区	自由民主党	28回
東京10区	自由民主党	29回
東京10区	自由民主党	30回
東京10区	自由民主党	31回
東京10区	自由民主党	32回
東京10区	自由民主党	33回
東京10区	自由民主党	34回
東京10区	自由民主党	35回
東京10区	自由民主党	36回
東京10区	自由民主党	37回
東京10区	自由民主党	38回
東京10区	自由民主党	39回
東京10区	自由民主党	40回
東京10区	自由民主党	41回
東京10区	自由民主党	42回
東京10区	自由民主党	43回
東京10区	自由民主党	44回
東京10区	自由民主党	45回
東京10区	自由民主党	46回
東京10区	自由民主党	47回
東京10区	自由民主党	48回
東京10区	自由民主党	49回
東京10区	自由民主党	50回

51

③ 勤務医のキャリアパスに関わる課題への取り組み（医師偏在対策を中心に）

56

2025年 最低賃金・春闘・人事院勧告 上げ率

項目	上げ率	比較
最低賃金	プラス5.97%	5年前の2020年と比べて約24%上昇
春闘	プラス5.26%	1991年(5.66%)以来34年ぶり高水準
人事院勧告	プラス3.62%	上げ幅3%以上は1991年(3.71%)以来34年ぶり

52

医師偏在対策～2024年における国の動き

4月～：武見敬三厚生労働大臣（当時）メディア等で、「医師が都市部などに偏り、地方の病院で不足する偏在の解消を図るとして医師の働き方改革も視野で検討予定」と旨の考えを示した。

6月：骨太の方針「医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在の是正を図るため、総合的な対策の検討（2024年度までに調査（医師少人数地域等での勤務継続を促す若手医師確保の大幅な拡大等の検討も視野））」

8月：厚生労働省「近未来健康適応社会戦略」医師確保計画の深化、医師の確保・育成、実効的な医師配属を提示

12月：

- ・ 厚生労働省関係府会談、社会保障審議会意見とりまとめ
- ・ 医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージの策定
- ・ 令和6年度補正予算において医師偏在対策の先行実施

 2025年2月～：医療法等改正法案の国会審議

57

最低賃金、人事院勧告の引き上げ等を受けた期中改定の必要性について (1/3)

医療機関の経営悪化が深刻化している状況に加え、松本吉部会長と城守常任理事は8月20日の定例会見で、最低賃金が引き上げられる秋から年末に向けて期中改定が必要だと認識を改めて強調し、国に働き掛けていく姿勢を示した。

菅野、松本会長は最低賃金について、プラス5.97%が算出され、2025年春季労使交渉の平均賃上げ率の26%、人事院勧告が3.62%など、賃上げに関する指標が軒並み高水準で上がっていることに加え、一方、医療職は人員確保難の悪化もあり、医療職一人あたりの労働生産性を上げて全体の人数を減らすような対応は難しい状況で人員を確保し続ける必要があるとし、東京医師会7サークルでは今年上期の医療機関の制度が16年ぶりの高水準、香園データバンクの調査でも上期における医療機関の制度が過去最多のペースとなっているなど、極めて憂慮すべき状況であると指摘した。

その上で、「診療報酬は公定価格であり、賃上げについても対応できる状況にはない。特に最低賃金は、ベースアップ評価料の対象として含まれない専ら事務作業を行う者などに大きな影響があることから、ベースアップ評価料に引き上げるだけでなく、基本診療料を中心に引き上げる必要があると認めるとともに、期中改定の実施を訴えた。



53

医師偏在対策 国の動きへの日本医師会の対応
会内における検討、提案。財政等問題事例には即反論

58

最低賃金、人事院勧告の引き上げ等を受けた期中改定の必要性について (2/3)

続いて城守常任理事は、(1)8月4日の中央最低賃金審議会が公表された「令和7年度地域別最低賃金改定の目安」とよび、全国加重平均は昨年の1,055円から63円上がり1,118円（プラス5.97%）となる見込みである。(2)8月7日には人事院から令和7年度の国家公務員給与を平均3.62%引き上げるよう勧告がなされ、11月以降に公布施行されることを説明。

更に、この数年、最低賃金は4～6%前後の伸びを示しているものの、医療は公定価格で運営されており、診療報酬改定は2年に一度のみ。その本体改定率は令和4年度改定ではプラス0.43%、令和6年度改定ではプラス0.88%と、最低賃金や人事院勧告の高い伸び率や、「骨太の方針2025」の注釈でも示された2025年春季労使交渉の平均賃上げ率5.26%等に対応できるような状況ではないことを指摘した。



54

これまでの国への予算要望活動（医師偏在対策関係）

超高齢社会による地域の過疎化の進展や、救急等の医療需要の変化に対応し、同時に少子化が急加速する中、特に小児医療・高産期医療体制の強化の方策を展開していく必要がある。また、日本医師会の医師偏在対策（2024年8月公表）等、喫緊の課題となっている人材の養成・確保対策を講じなければならない。

- ① 都道府県医師会・都道府県行政・大学等が一体となって臨床研修終了後や地域研修終了後も地域に留まってもらうための取り組みに対する支援
- ② 医師少数の地域の医療機関に赴き、勤務する医師への支援、学費・研修等の支援、後援者確保、派遣元医療機関への支援
- ③ 地域医師会や自治体による診療所の医療支援事業（マッチング、地方銀行等との連携、改装・改装・機能整備並びに承認後の支援）への支援
- ④ 重点医師偏在対策支援地域の診療所承認・開業支援事業の拡充・周知徹底、地域で必要な診療領域の診療所の医療支援・開業への支援
- ⑤ 医師少人数地域への広域マッチング事業の拡充、女性医師バンク・産後支援、都道府県医師会ドクターバンクへの支援

59

「医師偏在に対する日本医師会の考え方」の公表

- 医師の偏在解消は、国民皆保険制度を堅持し、フリーアクセスの下、必要な時に必要な医療を受けられる体制を確保するために必要不可欠な取り組みである。
- 医師の偏在解消策を考えるに当たっては、医師多数区域・少数区域といった全国一律の基準で物事を言うのではなく、行政、大学病院や派遣する病院、医師会、医療関係団体、住民の協議等を踏まえ、それぞれの地域で何が足りないのか、どういったところが本当に必要なかをまず議論すべきである。
- 医師偏在の解消は一筋一夕にいくものではないが、若手の医師にモチベーションを持ってもらうことが大事になる。それを支えるためには経済的インセンティブを付けることが一番効果がある。

医師偏在に対する日本医師会の考え方について
— 松本会長 —

60

医師偏在に対する日本医師会の考え方（令和6年8月21日）

医師偏在については、一時的な対策だけではなく、根本的な解決を図る必要がある。そのためには、公的・公立病院の管理者として、偏在解消に向けた取り組みが求められる。これまで医師偏在対策に取り組んできたが、専業主業の医師は偏在解消に向けた取り組みが不足している。医師の働き方改革や労働環境の改善を推進していく必要がある。また、医師の働き方改革や労働環境の改善を推進していく必要がある。また、医師の働き方改革や労働環境の改善を推進していく必要がある。

- 公的・公立病院の管理者要件
- 医師少数地域での就業支援
- 医師へのマッチング支援
- 重点支援地域での就業支援
- 地域医療貢献の促進
- 医師の働き方改革
- 医師の働き方改革
- 医師の働き方改革

厚生労働省「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」、令和6年度補正予算等に概ね反映

61

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（令和6年12月23日）

今後のスケジュール（予定）

時期	2024年度	2025年度	2026年度	2027年度
医師偏在の是正	医師少数地域での就業支援	医師へのマッチング支援	重点支援地域での就業支援	地域医療貢献の促進
医師の働き方改革	医師の働き方改革	医師の働き方改革	医師の働き方改革	医師の働き方改革

62

日本医師会の医師偏在対策と国の総合対策パッケージ

1. 公的・公立病院の管理者要件

公的・公立病院の管理者として、偏在解消に向けた取り組みが求められる。専業主業の医師は偏在解消に向けた取り組みが不足している。医師の働き方改革や労働環境の改善を推進していく必要がある。また、医師の働き方改革や労働環境の改善を推進していく必要がある。

対象

- 公的医療機関（自治体病院、市立、済生会、厚生連など）及び国立病院機構、地域医療推進機構、産業保健推進機構の管理者

柔軟運用

- 医師少数地域等の医療機関の管理者の場合は対象外
- 地域医療対策協議会による派遣や医療機関、臨床研修指定病院で指導等に従事した期間もカウント

勤務経験年数：1年以上（現行6か月以上）

- 柔軟運用：医師免許取得後9年以上経過していない場合、最初のみ6か月以上原則1か月以上の連続した勤務（経験・志度等による判断は可）の積み上げ

63

日本医師会の医師偏在対策と国の総合対策パッケージ

2. 医師少数地域での就業支援

医師少数地域での就業支援

重点支援地域での承継・開業支援

- 診療科目の多岐化、人口規模が小さい二次医療圏等が診療科目の減少傾向にある中、重点支援地域対策推進区域（FSA）で診療科目を増やす支援
- 重点支援地域の医師の働き方改革支援

全国的なマッチング支援

- 全国的なマッチング支援
- 全国的なマッチング支援

64

日本医師会の医師偏在対策と国の総合対策パッケージ

4. 保険診療実績要件

保険診療実績の管理者として、専業主業の医師は偏在解消に向けた取り組みが不足している。医師の働き方改革や労働環境の改善を推進していく必要がある。また、医師の働き方改革や労働環境の改善を推進していく必要がある。

保険診療実績の管理者要件

- 保険診療実績（病歴）に運営管理の責任者として管理者を設け、保険診療に一定期間（臨床研修終了後3年）従事したことと要旨とし、従業者の監督や当該保険診療実績の管理に一定期間の責任を負ったことが求められる。
- 医師少数地域で、専業主業の医師に当たって一定の配慮（自由医大医師の保険診療所の管理者兼任等）

保険診療実績の管理者が、相当の注意・監督を尽くさず、不正請求等が発生した場合

- 管理者が保険診療実績を管理・運営する責務を果たせていないことから、厚生労働大臣は当該保険診療実績の指定取消し又は保険料の返還請求を行うことを可能とする。

65

日本医師会の医師偏在対策と国の総合対策パッケージ

5. 地域医療貢献の枠組み推進 その1

地域医療貢献の枠組み推進

外来医師多数区域で地域で不足する医療機能を分担

- 外来医師多数区域で地域で不足する医療機能を分担
- 外来医師多数区域で地域で不足する医療機能を分担

要請・勧告・公表

66

日本医師会の医師偏在対策と国の総合対策パッケージ

5. 地域医療貢献の枠組み推進 その2

保険診療実績の指定期間の短縮

- 開業前に地域で不足する医療機能を担うよう求めたがそれに応じず、その後、「要請」がなされた診療所は、厚生労働大臣が行う保険診療実績の指定の期間を6年から3年とする
- 都道府県は、3年後の更新を行う前に、地域で不足している医療機能や医師不足地域での医療の提供といった地域医療への貢献等を都道府県医療審議会等で確認、必要に応じて勧告を行う。
- 厚生労働大臣が勧告を受けた診療所の保険診療実績の指定期間を3年より短い期間とすることを可能とする

勧告に従わない場合

- 都道府県のホームページ等で勧告に従わない医療機関名や理由等の公表、保健所等による確認、診療報酬上の対応、補助金の不交付等を行う

67

日本医師会の医師偏在対策と国の総合対策パッケージ

6. 医師偏在対策基金の創設

重点医師偏在対策支援区域（医師）への支援

- 令和6年度補正予算で先行実施（～7年度、8年度から本格実施）
- 重点支援区域において、都道府県の医師偏在是正プラン（医師）に基づき、経済的インセンティブ
- 重点支援区域で承継・開業する診療所への支援
- 重点支援区域における一定の医療機関に対し、派遣する医師及び従事する医師への研修・支援
- 重点支援区域内の一定の医療機関に対し、土日の代替医師確保等の医師の勤務・生活環境改善の支援
- 重点支援区域の医療機関に医師を派遣する派遣元医療機関に対する支援

68

新たな地域医療構想

重点医師偏在対策支援区域（医師）への支援

医師偏在対策基金の創設

重点支援区域での承継・開業支援

全国的なマッチング支援

69

2025年7月より、厚生労働省に新たな検討会設置

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会



70

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る

新たな地域医療構想

- 2040年ごろに向けて地域で協議する医療機能だけでなく、外来、在宅、かかりつけ医療も含む
- 「泊り医療」、「泊し及ぶる医療」を担う医療機関の役割分担（医師・患者の受け入れなど）

これからの外来医療機能

- 地域で医療資源を重点的に活用する外来機能を医師的に担い、紹介外来を基本とする紹介受診型の医療機関
- かかりつけ医療機能が発揮される制度整備



勤務医にも地域連携に関心を持っていただくことが不可欠

75

2025年7月～ 地域医療構想、医師偏在対策等に関する検討体制

新たな地域医療構想の決定や医師偏在対策の推進、それらの評価を促した際の地域医療計画の策定等に向け、以下の検討会・関係WGを設置

- 日本医師会からも、関係団体に中核的役割を担い、基本構想を推進し、WGにも役割分担が求められる。

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会

【検討事項】

- 地域医療構想の決定や医師偏在対策の推進、それらの評価を促した際の地域医療計画の策定等
- 医師偏在対策の推進
- 医師偏在対策の推進

71

日本医師会と病院団体との連携

病院団体との会議、協議の場（定期的なもの）

- ① 病院団体協議会（日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会）：毎月
- ② 全国医学部長病院長会議：年2回
- ③ 全国自治体病院協議会：年1回
- ④ 日本慢性期医療協会：年1回

定期的な協議を行い、普段から連携を強めておくことで、診療報酬改定、物流・資金の良環、医師の働き方改革、医師の養成、災害や新型ウイルス感染症拡大等の非常対応などにおいて、医療界を挙げた対応をとることが出来る。

日本医師会は、国、行政、地域医師会、他の医療団体等と緊密に連携しながら、勤務医をはじめとしたすべての医師にとっで、より良い医療制度が構築されるよう、全力で取り組んでいます。

76

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会の議論の進め方

- 地域医療構想策定のためのガイドラインについて、これまでと同様、①地域医療構想策定の推進、②協議のためのデータ（必要医療費）、③対応策の策定等、④策定後の取組の推進に向けた事項を基本的な構成としつつ、医療機関の機能等の内容を踏まえながら、地域医療構想の具体的な記載事項について検討を進める。
- 医師確保対策や医師偏在の是正については、令和4年度からの次期医師確保計画や「医師偏在の是正に向けた総合的対策パッケージ」の実施に向けて、具体的な検討を進める。

＜医療法改正法案を前提とせずに検討する事項＞

- 必要医療費、医療機関や病床の機能
- 構想区域のあり方
- 医師偏在指標

＜医療法改正法案の成立後に検討する事項＞

- 地域医療構想への精神病床の追加
- 医師手当率の創設
- 外来医師過多区域における調剤科増設の新規設置者への要請等

72

NHKの不適切な番組内容に対する抗議文を送付

令和7年（2025年）6月20日（金）/日医ニュースより

- 日本医師会は6月1日に放映されたNHKスペシャルドキュメント「医療界社会 追い詰められた病院で」について、不適切と思われる箇所があったとして担当ディレクターに直接抗議を行うとともに、抗議文を送付した。
- その中では、今回の番組がおおむね特定の病院への取材や、客観的な事実の検証を受けていない報道等の声に依拠した構成となっていたことについて、**「あたかも全国各地の医療機関において、医師不足のため医療事故やいわゆるヤリハット事例を頻りに起こす医師を雇用せざるを得ない状況にあるとの印象を与えかねない」と指摘。**
- また、**「国家資格ではなく、法的には資質や機能が担保されていない「診療者候補」が取材先の医療機関の医師の配置等について自身の見解を述べている場面もあったことに触れ、「公共放送でこのような場面を放映することは、全国の医師に対する国策・患者さんの信頼、あるいは医師・看護職員等のチーム医療の推進が損なわれかねない」と強い懸念を述べた。**
- 更に、今回の番組では「医師偏在」と「医療機関経営」という極めて大きなテーマが取り上げられているにもかかわらず、日本医師会の意見も聞いていないことを問題視。今後はこれらの点に十分配慮の上、番組を制作するよう要望した。

77

各WGでの検討事項（案）

<p>緊急医療</p> <ul style="list-style-type: none"> 救急救急センターの定数確保評価の推進と救急救急センターのあり方について 救急的・救急医療体制のあり方について 	<p>救急医療</p> <ul style="list-style-type: none"> 救急医療の推進 救急医療の推進
<p>在宅医療</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅医療の推進 在宅医療の推進 	<p>在宅医療</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅医療の推進 在宅医療の推進

73

④ 会内における勤務医活動

78

医師偏在対策と密接にかかわる地域医療構想は、病院勤務医にも大いに関わる

- 地域医療構想は、もともと自分の所属している病院が、地域の中でどのような役割を担っていくか、様々なデータや地域医療構想調整会議での協議等を通して考え、医療機能の分化、地域での連携を推進していくもの。
- 新たな地域医療構想では、従来の病院機能に加え、かかりつけ医療や在宅医療、医療・介護連携、人材確保を含めた地域の医療提供体制全体に範囲を拡大。さらに「医療機関機能」の明確化も行う。自院と他の医療機関、介護事業者等との連携がより推進される。
- 増加していく高齢者救急の受け入れは、新たな地域医療構想における大切な課題。
- 新たな地域医療構想により、医療機能の集約化と地域完結型の医療提供体制が推進される。
- 新たな地域医療構想には、医療現場で働く医師の偏在対策や看護職員等の確保、また各地で地域連携をするため地域包括ケアシステムが密接にかかわる。

74

勤務医の健康支援等に関する取り組み

日本医師会は、早い時期から医師の健康確保の必要性を発信しており、組織的な取組を医師の働き方改革の検討が始まる10年以上前から継続的に実施しています。

2008・H20年度（18年度）	勤務医の健康確保のための健康推進本部設置
2009・H21年度（19年度）	「勤務医の健康確保のための健康推進本部」の設置
2010・H22年度（20年度）	「勤務医の健康確保のための健康推進本部」の設置
2011・H23年度（21年度）	「勤務医の健康確保のための健康推進本部」の設置
2012・H24年度（22年度）	「勤務医の健康確保のための健康推進本部」の設置
2013・H25年度（23年度）	「勤務医の健康確保のための健康推進本部」の設置
2014・H26年度（24年度）	「勤務医の健康確保のための健康推進本部」の設置
2015・H27年度（25年度）	「勤務医の健康確保のための健康推進本部」の設置
2017・H29年度（27年度）	「勤務医の健康確保のための健康推進本部」の設置
2021・令和3年度（24年度）	「勤務医の健康確保のための健康推進本部」の設置
2022・令和4年度（25年度）	「勤務医の健康確保のための健康推進本部」の設置

2024年4月～ 医師の働き方改革 開始

79

医師が元気に働くための7カ条



医師が元気に働くための7カ条

- 1 勤務時間を充分確保しよう
長時間勤務は医師の健康・生活の質に悪影響を及ぼす。勤務時間不足は許されず、必ずしも長時間勤務が仕事の一部と見なしてはならない。
- 2 週に1回は休日をとりよう
フレキシブルな休日を確保し、勤務が休まず、休日も充実した生活を送ることが大切。
- 3 睡眠が不足しないようにしよう
睡眠不足は仕事の低下、モチベーションの低下、事故の発生につながる危険な状態である。
- 4 「うつ」は他人事ではありませぬ
「うつ」は仕事で発生する病気。治療が必要で、適切な治療を受けることが大切です。
- 5 休日に疲れがたればたれどろろ休む
休日に疲れがたればたれどろろ休む。休日も充実した生活を送ることが大切。
- 6 ストレスを積極的に解消しよう
ストレスは心身の健康を損なう。積極的に解消することが大切。
- 7 自分、そして家族やパートナーを大切にしよう
自分、そして家族やパートナーを大切にしよう。自分自身の健康と、家族やパートナーの健康を大切にすることが大切。

80

日医ニュース「勤務医のページ」

1. 概要
 - ① 日本医師会の機関紙である「日医ニュース」の最終頁全面に掲載。
 - ② 原則として毎月20日号に掲載。
 - ③ 主に勤務医の組織強化の側面から、勤務医委員会が紙面を企画。
 - ④ 日本医師会の機関紙であることを踏まえた内容とし、勤務医に係る様々な情報等を発信。
2. 構成
 - ① 「メインの記事」
… 執筆者及びテーマを勤務医委員会で決定。
(2,000文字 + 図表・写真等1枚)
 - ② 「勤務医のひろば」
… 勤務医委員会委員より順番に執筆者を紹介（700文字程度）

勤務医の先生方の意見や考えなどを広く発信する機会として、活用されている。

85

勤務医の健康を守る病院7カ条



勤務医の健康を守る病院7カ条

- 1 医師の健康が、勤務のために重要なためにも大事と考える病院
医師の健康が、勤務のために重要なためにも大事と考える病院。医師の健康が、勤務のために重要なためにも大事と考える病院。
- 2 経営や「売り上げ」などと関係で声をかけない病院
経営や「売り上げ」などと関係で声をかけない病院。経営や「売り上げ」などと関係で声をかけない病院。
- 3 暴力や不適合クレームを季節したり、組織として対応する病院
暴力や不適合クレームを季節したり、組織として対応する病院。暴力や不適合クレームを季節したり、組織として対応する病院。
- 4 医療事故に組織として対応する病院
医療事故に組織として対応する病院。医療事故に組織として対応する病院。
- 5 診療に専念できるように配慮してくれる病院
診療に専念できるように配慮してくれる病院。診療に専念できるように配慮してくれる病院。
- 6 子育て・介護をしがらの仕事を応援してくれる病院
子育て・介護をしがらの仕事を応援してくれる病院。子育て・介護をしがらの仕事を応援してくれる病院。
- 7 より快適な職場になるような工夫してくれる病院
より快適な職場になるような工夫してくれる病院。より快適な職場になるような工夫してくれる病院。

81

勤務医のページ

地域医療を守るために
— 若手職立病院の現状と
当院の取り組み —

勤務医のページ

86

医師の働き方改革の基本理念

医師の働き方改革では、「医師の健康確保」、「地域医療の継続性」、「医療・医学の質の維持・向上」の3つの重要な課題にしっかりと取り組むことが重要である。



82

勤務医・組織強化関係助成費

【目的】
未入会勤務医の入会促進等、勤務医のための地域医療推進等に尽力いただいている都道府県医師会を支援するため、日本医師会が毎年実施している「勤務医会員数・勤務医部会設立状況等調査結果」に基づき、勤務医部会の設立状況等を調査して都道府県医師会に送金。（昭和62年より）

【予算】
令和2年度は、新型コロナウイルス感染症で大きな負担を強いられている勤務医を支援するとともに、日本医師会の勤務医に対する強い取り組みの姿勢を示す観点より、勤務医関連予算を一体的に考え、未執行の予算範囲内で助成金を上乗せし、都道府県医師会に送金。
令和3年度より、予算を4,000万円に倍増。
さらに、令和4年度は、組織強化推進費の予算1,000万円を上乗せして、合計5,000万円の予算を確保し、都道府県医師会における勤務医活動のさらなる推進に活用いただいた。
令和5年度からは「勤務医・組織強化関係助成費」に名称を変更し、5,000万円の予算を確保。各都道府県医師会の勤務医に対する取り組みならびに組織強化に係る取り組みを支援している。

87

医療機関勤務環境評価センター

2022年4月1日、日本医師会が厚生労働省から指定

事業概要

- ① 医療機関の管理者からの求めに応じ、医療機関に勤務する医師の労働時間の短縮のための取組の状況、その他厚生労働省令で定める事項について評価を行うこと
- ② 医療機関に勤務する医師の労働時間の短縮のための取組について、医療機関の管理者に対し、必要取組が評価を行うこと
- ③ その他、医師による負傷かつ適切な医療の効率的な提供に資するよう、医療機関における医師の労働時間の短縮を促進するための取組を行うこと




83

勤務医・女性医師の登用に向けた理事定数の増員

1. 勤務医・女性医師の登用に向けた理事定数の増員
 - 2014年(平成26年)3月30日に開催の、第131回日本医師会臨時代議員会に、勤務医・女性医師の各1名の登用に向けた理事定数の増員に係る定款変更の件が議題として上程され、決議された。
2. 今期の参画状況
 - 今期は、勤務医の立場から 三木 恒治先生(済生会済生会副理事長)、女性医師の立場から 市川 陽子先生(福岡県医師会常任理事)が理事として日本医師会の会務に参画している。

88

日本医師会における勤務医に係る会内委員会など



日本医師会では、勤務医委員会をはじめとする様々な場面で勤務医に係る諸問題を検討しています。

84

3. 組織強化の重要性

89

医師会の役割

国民の生命と健康を守る！
医師の医療活動を守る！

医師会の活動は、開業医や勤務医といった立場の違いを問わず、すべての医師に関わるもの！



90

組織強化の必要性

組織率を高めていくことにより、
医師会・医師連盟の要望活動が、より
医師全体の要望であると受け止められる



勤務医の声を実際の医療政策に反映し、
勤務医支援につなげるためには、
組織強化が大変重要です。
勤務医の先生方からもご協力を！

95

医学は、科学 医療は、制度



- ・ 制度には、ルールがある
- ・ 制度のルールは、人によって作られる
- ・ ルールに現場の意見を反映させるには？

91

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



96

医療は制度で動いている！

一人てつぶやいても何も変わらない

現場の意見を伝える手段

医師会



92

医師が医師会を“持つこと”のメリット

- 日本の医療制度を守る！
 - 医療は制度で動いています。一人てつぶやいても何も変わりません。
 - 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。
- 国民の生命と健康を守る！
 - 防災・救急対応、保健・公衆衛生活動、多職種連携など、地域に根ざ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。
- 異業種に医療に取り組む医師を守る！
 - 日本医療安全調査機構（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参加は進捗にも関わっています。
 - 不当な刑事事件等については、多面的にバックアップを行っています。
- 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。（勤務医会員への1万人調査の実施や、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医健康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。
- その他
 - 労務保護法指定医師の療養や「春ひげ大賞」「生命を見つめるフォト&エッセー」なども行っています。

97

医療を取り巻く諸問題

- ・ 新型コロナ対策
- ・ 診療報酬改定
- ・ かかりつけ医機能
- ・ 新専門医制度の見直し
- ・ 新たな地域医療構想
- ・ 医療DX
- ・ 医師の働き方改革 などなど



医療現場の意見を伝えていくことが重要

93

医師が医師会に“入ること”のメリット

日本医師会は
人生の道標として、
会員の皆様に寄り添い続けます。



98

政府会議の提言から法案成立までのプロセス



94

医師会新規入会や異動手続きにおける 医師会会員情報システム(MAMIS)の活用

- 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。
 - 入会等の諸手続きをWeb化により大幅に簡便化。
- MAMISは会員専用のポータルサイト
 - ご自身のMy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。
- 異動手続きの簡素化
 - 都市区等医師会の所管を越えて勤務先が変更した場合、退会及び入会手続きを実質上の異動とみなし、WEB上の一度の操作で両手続きを簡単にを行うことが可能。

99

初エンターション等の機会を活用した入会申請（例）

- 入会促進に関する成功事例として、オリエンテーションなど、臨床研修医等が一堂に会するその場で、入会届を提出いただいていることが報告されています。
- 以下は、MAMISを用いた申請方法の例です。



※ MAMISのマイページ作成には医師登録番号が必要です。また、入会申請にあたっては、医師免許証の写し等、各都府県医師会が定める所定の電子データが必要になります。

ステップ1
 > 新臨床研修医のオリエンテーション等の機会に、「日本医師会入会案内」を配付する。

ステップ2
 > 案内内に掲載のQRコードより、各自MAMIS内にマイページを作成してもらう。

ステップ3

医師会会員情報システムMAMISの活用例（異動手続き）

- 従来、都府県等医師会の所管を越えて勤務先が変更した場合などは、所属の都府県等医師会に入会届を提出いただき、さらに、新たな勤務先を所管する都府県等医師会に入会届を提出いただく必要がありました。
- MAMISを活用することで、退会及び入会手続きを、実質上の異動とみなし、WEB上の一度の操作で両手続きを簡単に行うことが可能となりました。



日本医師会入会案内冊子（本日提出資料）

主な内容

- > 地域医療、医療現場の声を国に届ける
- > 医師資格証（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
- > 医師年会、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・表彰、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

ご清聴ありがとうございました

11月1日は
「11のいい医師の目」

特別講演Ⅱ 11:00 - 11:50

南部美人の挑戦

— 混沌とした時代を切り開く —

講師

株式会社南部美人 五代目蔵元 代表取締役社長

久慈 浩介

座長

岩手県医師会副会長

小泉 嘉明

南部美人の挑戦

— 混沌とした時代を切り開く —

株式会社南部美人 五代目蔵元 代表取締役社長

久慈 浩介 (くじ こうすけ)



ただいまご紹介いただきましたちょっと太めの蔵元、岩手県二戸市というところで南部美人というお酒を造っております、五代目蔵元の久慈浩介でございます。どうぞよろしく願いいたします。

私は、岩手県酒造組合の会長もしておりますので、今日この講演は南部美人のお話をさせていただきますが、今日の懇親会は岩手県のお酒を勢ぞろいさせておりますので、夜までぜひ楽しみにしておいていただければと思います。

昨日岩手の先生方と、もちろん日本医師会の先生方、松本会長も含めて前の日に飲んだのですが、飲ませながらやったらいいじゃんかと言われたのですが、多分午後何もみんなできなくなるだろうということですので、懇親会まで少々お待ちいただければと思います。今日話す内容のお酒は、できるだけ懇親会に用意しておりますので、楽しみにしていただければと思います。

それでは、お話を始めていきたいと思います。その前に皆さんの資料にこれ、2枚の資料を入れておりますので、ぜひ後で読んでいただければと思います。蔵見学を今私たち一生懸命やっておりますので、2枚目からは蔵見学の様子のごことが書いてありますので、ぜひ蔵に来たいとか、蔵見してみたいと思う方は見に来ていただければと思います。

それでは、進めていきます。まず、南部美人の蔵元の紹介ということで、全国から集まっていたいておりますので、ちょっとお話をさせていただきます。

岩手県はとても広くて、医師の偏在とかいろいろ言われているのですが、四国と同じ面積あるのです。四国と同じ面積の中に120万人しかいないという、本当に熊とか牛とか鹿のほうが多いので

はないかという県です。

二戸市はこの一番端、青森の県境になりますが、新幹線はちゃんと通っております。盛岡から新幹線で大体25分ぐらいで行くことができます。

二戸市は色々いっぱいいいものがありますが、漆の生産量が日本一です。生漆の生産量は日本一ということで、漆は9割、この国の漆の9割が中国産、1割が日本産、その1割の70%を二戸市で生産しております、こういう漆器にもなるのですけれども、実は今一番使われているのがこの日光東照宮みたいな国宝の修繕に使われています。

さらに、これ京都の金閣寺ですけれども、金閣寺のこの金を貼り付けているのはボンドでも、アロンアルファでも、米粒でもありません。これ漆を接着剤としてつけているのです。この金閣寺の金を全てここに貼り付けているのは、全部二戸の漆でございます。つまり、京都の方いらっしゃったら大変申し訳ないのですが、金閣寺が黄金で輝いていられるのは、私たち二戸のおかげなのですということをいつも言っているのです。二戸市のパンフレットを金閣寺にして、私たちのおかげで光っていると書けと言ったら市長に駄目だと言われました、残念ながら。そういう漆のまち二戸でもあるということです。

我々のお酒はモンドセレクションその他をはじめ日本国内外の様々なコンテストですばらしい成績をいただいております、その中でもこれは世界一の日本酒を決めるコンテスト、イギリスのインターナショナル・ワイン・チャレンジという酒部門の中で、1,245点の中でナンバーワン、世界一を取ったときの写真です。そして、これはチリで行われているカタドールで1位を取った

ときの写真、そういったものを今現在 66 か国、人類が住む大陸全てに輸出しております。ただ、1 か所だけ常住していない大陸に出していないのです。それが南極大陸です。ここには残念ながらペンギンぐらいいかないので、あと昭和基地ありますが、常に住んでいないということですが、今度そこに持っていこうという作戦も練っております。

さらに、我々は 2013 年にはユダヤ教の食事規定であるコーシャの認定を取って、さらに 2019 年には完全菜食主義者ヴィーガンの認定を世界で初めて私が取らせていただきました。これを取るとお前もヴィーガンかと必ず聞かれるので、私は野菜はほとんど食べません。ですから、今先生に言われたとおりのことになってしまうのです。二戸病院の循環器の高橋先生のところに 3 か月に一遍行って怒られに行っていますけれども、ちゃんと食生活やりなさいと怒られますけれども、お酒はヴィーガン、肉食とかそういうものは関係ないよということです。

さらに、今はクラフトジン、クラフトウォッカも製造しております。これは、本当はこれ長くしゃべりたいのですが、時間ないので手短かに言うと、コロナのときに消毒アルコールがなくなって、その消毒アルコールを厚労省が我々酒蔵の造る高濃度アルコール使ってもいいよという通達を出して、そのときにつくり始めて、その消毒アルコールはすぐ売れなくなるというのは分かっていたので、その免許を使って今クラフトジンとクラフトウォッカを製造して、消毒アルコールも少しつくっているということです。

さらに、その後やっぱり熟成必要だということでウイスキーの免許を取りまして、岩手初の蒸留所ということで、今現在うちの日本酒の蔵とウイスキーの蒸留所が同じ敷地内に歩いて 3 秒で行けるといって、蔵に見学に来ると両方見られるのです。まだウイスキー、今日持ってきているのだろうとみんなすごい顔で見ているのですけれども、ウイスキーはこれも法律で 3 年寝かさないと出すことができて、今まだ 2 年と 2 か月しか寝ていないのです。ですから、今日はおめんなさい、ウイスキーはちょっと。1 年後だったら持つ

てこられたのですけれども、持って来られていないのですが、蔵に来るとこれ試飲できます。

樽 1 つからシングルモルト、シングルカスク、この中の樽のアルコールというのは 62% なのです。ウイスキー 40% が原酒ではないのですよ。62% でここに取ってあるので、うちの蔵に来ると、この樽から 62% 原酒で味見することができます。来ていただければですので、ぜひおいでください。今日はおめんなさい、ウイスキーないので、すみません。

我々の蔵は経営理念というものがあまして、これは初代、1902 年に創業した初代が残した家訓が残っておりまして、それがこの「品質一筋」というこの 4 文字、これを守りながら五代目の私までずっと酒造りを続けております。機械で造るのではない、手づくりでちゃんと造っていくのだという理念の下、このお酒造りを今現在もやっているということになります。

では、その混沌とした時代の中で、日本酒、大変な時代、我々も一番お酒が売れていたのが昭和 47 年、私が生まれた時代です。そこから 53 年たって 4 分の 1 ぐらいに減っています。我々には診療報酬入ってきませんので、一生懸命売らないといけないのです。逆に僕らは酒税という税金を一生懸命払わなければいけないのですよ、国税庁に、財務省に。もう取られまくるということですので、一生懸命やらなければいけないのですが、そういう中で普通の日本酒だけを造っていただろうとしてもじり貧になるということで、挑戦していることを今回は持ってまいりました。

混沌とした時代の中で、日本酒としてどんな挑戦をしているか、まずその 1 つ目が日本酒のスパークリング、新しいスパークリングです。日本酒のスパークリングというのは、実は大きく分けると 3 つに分かれるのです。これ覚えとくとすごく分かりやすいので、1 つは濁り酒の生酒を瓶内で二次発酵させたもの、有名なものは獺祭スパークリング、獺祭スパークリングはこの形です。生酒だけれども、濁っていて瓶内で二次発酵させていますよというもの。2 番目のスパークリングは、透明なのだけれども、その日本酒に炭酸ガスを入れているもの、添加しているもの。これ

の有名なのが宝酒造の漣です。あの青いボトルのこれが有名。

この2個が今までの日本酒の中のスパークリングだったのですが、我々が今やっているのは3番目、透明な日本酒で瓶内二次発酵させたもの、これを我々はa w a酒と呼んでおります。勝手にa w a酒というわけではなくて、我々は一般社団法人a w a酒協会をつくっております。このa w a酒協会の目的は、世界の乾杯酒になる。シャンパンが今世界の乾杯酒ですけれども、日本はビールが乾杯酒ですけれども、世界の乾杯酒を我々は目指しております。勝手にa w a酒と我々は言えないので、認定制度を用いて外部の機関に認定をしてもらって、初めてa w a酒と名乗ることができます。基準を満たさなければa w a酒とは名乗ることができません。

では、基準というのは何かと言うと、ちょっと詳しく話すと面倒くさいので、簡単に言うとこの5つが基準です。まず、米と水と麴のみで製造していること、さらに国内製造であること、外国のものは認められない、瓶内二次発酵していること、ガスの添加は一切許されない、瓶内でのみ二次発酵していること、さらに高いガス圧がなければいけない、ぴりぴり、ちょびっと、ぱしゃぱしゃというガスではいけません。ですから、この高いガス圧でなければいけない、4気圧以上という、シャンパンが大体5気圧から7気圧ですので、そのぐらいのガス圧でなければいけない。もう一つが、生ではなく火入れ殺菌をしていること、熱殺菌をしていること、防腐剤とかそういうものは一切入れてはいけません。火入れの殺菌のみでやること、最後透明であること、ここがすごく難しい。科学を皆さん分かっているから、ここの話をするのがすごく僕は楽しいのですが、今日は時間がないので、蔵に来たときにじっくり話をさせていただきたいと思います。

こういったものをそろえて、今我々がやっている認定されている蔵元32蔵あります。これだけの蔵がやっています。黒龍さんも入っているのです、有名な黒龍さんだったり、八海山もやっております。あとは、有名なところいっぱいありますね、こういったところが色々入って、皆さんの

県の蔵もあるのではないかなと思いますけれども、こういう蔵が今a w a酒協会として動いております。

a w a酒と、シャンパンというのは何が違うのということをよく聞かれるので、ちょっと説明させてください。皆さんシャンパン好きでしょう、僕も好きです。すごく勉強させていただいております。では、何が違うのと言うと当たり前ですが、原材料は米です。ブドウは一切使っていません。ここでこういうとみんなびっくりするのですけれども、シャンパンというのは砂糖2回入っているのです。2回入れることを許されているのです、法律で。でも原材料に砂糖書いていません。我々はもちろん駄目なのですけれども、瓶内二次発酵してガスをつくる時に、酵母とショ糖をシャンパンは入れるのです。そのショ糖、砂糖です、それを酵母が食べてガスに全部してしまうので、このときの糖分はガスとアルコールに全て変わります。

だから、入ったことにならないというのがシャンパンの言い分なのですけれども、a w a酒はこれを入れません。酵母とショ糖の添加をせずに、一次発酵もろみの調製のみで二次発酵につなげていく、イメージは一次発酵と二次発酵を連動させているということです。日本酒、これを入れてしまうと酒税法の中で日本酒としてはできません。瓶内二次発酵終了後に、シャンパンはドサージュといって砂糖のリキュールを入れるのです。そのドサージュを必ず入れるのですけれども、これもすると我々は日本酒にできませんので、ドサージュは一切していません。つまり我々のa w a酒は一切そういったものを使っていない、砂糖の関係は入れていない。さらに酸化防止剤の亜硫酸塩は一切当然使っていません。シャンパンやワインはこれを使います。我々は、これは酒税法の日本酒ではできない、つまり全部酒税法の日本酒でやるためにこういったことをしない、世界で一番ピュアなスパークリングと私は言っております。

ただ、瓶の形も全部シャンパン瓶に入っていて、コルクでやっておりますので、今日持ってきておりますので、懇親会でポン、ポンと開く音

がしたら、すぐにブースに行ってください。そうしたらこの泡のシュワシュワというのを飲みますので、ぜひ楽しみにしていただければと思っております。今持って来いよという声が聞こえそうですけれども、まだこれからありますからね。これが、まず1つ目の我々今の当たり前の日本酒の中で違う次の挑戦をしていることの1つです。

2つ目、それがスーパーフローズン、日本酒を瞬間冷凍するという考え方です。背景は、これ話したくないのですけれども、僕生酒というお酒があまり飲めないのです、得意ではないです。生酒好きな人いっぱいいるのですけれども、生酒というのはどうしても悪くなりやすい、ニューヨークで私の友人が久慈さんが来るからといって、うちの生酒を限定で出したものを取ってきて、1年後に飲んだら本当においしくなくて、でもそれをおいしいだろう、おいしいだろうとにこにこしている顔の彼に言えなくて困ったということです。

そんな中で、実は僕PTAもやっていて、仕事関係で高知に行ったときに衝撃的な出会いがありました。カツオ僕大好きなのです。でも、岩手県というのは、おいしいカツオあんまり食べられないのです。高知に行ったら絶対うまいカツオごちそうしてもらおうと言って、いただいたのです、たたきになる前の刺身を。いや、これ溶けるじゃん、すごくおいしいと言って食べていたのですけれども、それを見ていた僕の友達が、「久慈さん、それさ、冷凍だよ」と言われて、「はっ、冷凍?」、「生食べる?」と言われて、そっち先に持ってこいよ、このやろうと思ったけれども、喧嘩できませんので、「うん、生食べる」と言って生を持ってきてもらって、これ冷凍でこんなにおいしかったら、生食ったら、俺死ぬんじゃないかというぐらいの気持ちで生のカツオを醤油も何もつけずに、「いただきます、うわっ、おいしいけど、ちょっと待て、冷凍と変わらなくね、味」と思って、冷凍のほうも食べてみた、あれ変わらない、やばい、コロナがはやる前ですから、まだ。俺何か舌がおかしくなったのではないかとあって、目の前にある高知のお酒3種類を利き酒しました、全部違いが分かりました。私の舌ではない、何でと聞いた

ら、これは実は物理的に凍ってないのだよと言われて、何を言っているのだというので出会ったのが瞬間冷凍でした。

それがこれです。凍眠というシステムで、瞬間的に凍らすことによって、一般的な冷凍庫でかかる時間の20分の1で凍結ができるのです。窒素ガス、すごく冷たい窒素ガスの凍結よりも8分の1の時間で凍らす、マイナス30度の液体に入れるだけなのです。マイナス30度はアルコールです、そこに入れるだけ。これこんにゃくゼリーですけれども、凍眠で瞬間冷凍すると全くこういうふうに変わらないのですけれども、普通の冷凍庫で凍らすとこんなにぶつぶつになってしまう。

原理は皆さんはもうお医者さんですからよく分かっているとおり、凍結のスピードが速いと氷の結晶が極小、つまり普通に凍るとこういうふうに変わらないので凍らすとこういうふうに変わらないので、全く成分が変わらないのだよという言い方なのです。だから、これ瞬間冷凍したものだと、お肉全くドロップ出ません。これは普通に凍らすとこういうふうに変わらないので凍らすと必ずこうなる、そうすると食味が悪くなるのです。だからこういうふうになる。

この瞬間冷凍の機械を買ったときに、これというのは人間も凍らせば僕に何か問題があったときに100年後の医療で治してもらえるのかなと言って聞いたのです。そうしたら、「それはできません」と、「えっ、何で、瞬間的に凍るならいけるんじゃないか」と言ったら、「久慈さん人間の体温何度?」、「んっ、36度」、「36度で低体温症で死んじゃうの何度?」、「30度ぐらい」、「そう、その低体温症を必ず通っていくから、死んだ状態で凍らされる。だから、解凍したら見てくれはすごくきれいだけれども、死んだまま生き返る」と、「死んだまま生き返る、何かすごく不思議な感じだけれども駄目なんだね」と言ったら、今の科学では無理と言われました。

だから、36度のものを瞬間的に凍らすことができない、これ時代が変われば別かもしれないけれども、人間は凍らせられないそうです。だから、

皆さんの世界ではもしかすればそういうのあるかもしれないけれども、凍らせて未来に病気を送るのはできないと言われました。

お酒でやってみました。お酒でやったときのこの官能検査、利き酒の様子です。ほとんど変わらないよと、味の変化も変わらないよという官能検査で、数字ももちろんデータも取ったのですけれども、ほぼ変わりません。もうだから同じなのです。だから凍ったものと凍らないものと同じだから、時を止めることができるのです。時を止めて、蔵で飲む生酒というのは一番おいしいのです。来たら経験してもらいますけれども、蔵で飲む生酒世界で一番おいしいのですけれども、生酒は時間がたつとどんどん、どんどん変わっていくのです。劣化して変わっていく、成長というか変化が速いのです。生まれたばかりの赤ちゃんというのは、1週間とか2週間とか1か月で全然違うものになるではないですか、生酒も同じなのです。そういうふうに一気に変わっていってしまう。だから、それを止めるすべは火入れ殺菌しかないので、火入れをするとそれが形が少し変わってしまう。だから、それを生のまま届けることは物理的に不可能とされていたものを、この瞬間冷凍で時を止めて、距離をゼロにして世界に持っていくことができるということになりました。

お酒は溶けるスピードでの品質の変化はありません。どんなに速く溶かしても、どんなにゆっくり溶かしても味は変わりません。このスーパーフローズンは貯蔵の方法であって、飲み方の提案ではありません。みぞれ酒とかそんなのありますけれども、あれはただただ凍らせているだけ、溶けるときに飲むというだけの話で、これは貯蔵の方法なので、シャーベットで飲むとかそういうことではない。

この貯蔵方法は、実は日本酒を商品から作品に変えます。私五代目蔵元、久慈浩介のお酒が僕の孫とかひ孫が、「おじいちゃんってどんなお酒造ってたの？」と、あれは本当に変な人だったからねと、こういうふうなお酒造っていたよといって、今だったらデータとか、熟した古酒は見せることができるけれども、そのときの酒というのは絶対見せられない。それをこの瞬間冷凍することに

よって、うちでは令和元年、平成三十何年、最後の年のものからありますので、それを僕が死んだ後でも作品として後世に残していける。

さらに、お酒造りにもすごくて、去年の酒というのはこうだったから今年こうしましょうみたいなことをいう去年のお酒のイメージを頭の中で語るのですけれども、うちは怖いですね、去年の酒ありますから、ここに。それを開けて、こうやって去年こうだよ、今年こうだよ、去年より今年の駄目じゃねえかとかと怒られるわけです、僕に。だから、そういうことにもつながっていくということなのです。

だから、これは会社としてのレガシーとして何十年も保管ができるのだよということ。ただ、最大の問題は冷凍に対する日本人のネガティブイメージが問題で、ただ日本酒にはあんまりないなと思っていました。初めてのデートのときには一生懸命手づくりで弁当つくりますけれども、旦那になると冷凍食品が8割になるというような感じなのです。でも、冷凍食品がないと回りませんからお仕事、皆さん、女性のお医者さんもそうですけれども、冷凍食品を否定しているわけではないのです。そういうのもネガティブにならないようにポジティブにしましょう。インスタで冷凍食品おいしくできましたと載せるのはないではないですか。それに僕らはちゃんとやっていきましょうということなのです。

最終的には国連の提唱するSDGsにも貢献ができる、つまり捨てることがなくなるので。お酒はもともと捨てませんけれども、食のほうでは捨てたり何かするのがなくなる。スーパーフローズンの技術は、生酒のパラダイムシフトになると僕は思っています。

持ってきていますので、今日。残念ながら凍ったまま置いておくと懇親会終わらないと飲めなくなりますので、今日は溶かした状態でもう準備してありますから、フローズンぜひ飲んでみてください。蔵で絞った瞬間の生の味というのを蔵に来なくてもここで飲めるというのを今日体験してもらいますので、ぜひ楽しみにしてください。

さらに3つ目、当然日本酒は日本酒で一生懸命やるのですが、その日本酒を使った何か違うタイプ

のお酒できないかということで、僕が挑戦したのがノンシュガー、糖類無添加のリキュールの開発です。普通の梅酒というのは、ホワイトリカーで造るのです。高いアルコールのホワイトリカーに梅1キロ、そして氷砂糖が約1キロ入るのです。糖尿病やっっているお医者さん、ぜひ日本酒は糖分が高いからもう飲むなと言わないでください。日本酒の中にある糖分というのは1%ぐらいしかないのです。梅酒の中には死ぬほど糖分入っていますので、これ1.8リットルに対してこのぐらいの砂糖入るのです、普通梅酒造ろうと思うと。日本酒でホワイトリカーではなくて、日本酒でもやれるのですけれども、ちょっと減るぐらいしかできない、つまり砂糖を入れないとリキュールというのはできないのです、この国では、当たり前ですけども。これ先生たちだからいいのですけれども、これ砂糖いっぱい入っていますよ、糖分これだけ入っているよというのの例です。

我々やっっているのは何かというと、普通の梅酒はこうやって造るけれども、我々は日本酒の蔵だから、この純米酒のここの造り方をすごく工夫を凝らしてやることによって、砂糖や甘味料など全て無添加で、日本酒と梅だけで甘い梅酒を造るというのを開発しました。これ僕の特許です。ですから、サントリーやチョーヤも造ることができません。よくこういうふうに言うと、「ああ、コカ・コーラゼロと一緒に」と必ず言われるのです。違うから、アスパルテーム入っていないからと。砂糖も入っていないし、アスパルテームも入っていないと、甘味料も入っていないと言っているのです。

では、どういう日本酒を造っているかということ、詳しく話すと時間ないのであれですけども、普通の日本酒というのはこうじ米が2割、米が8割で仕込むのですけれども、この普通の僕の梅酒造っているのは、こうじ米を100%にして、この白い米使わないのです。こうじ米100%だけで仕込むので、酸度とかアミノ酸とか甘さが普通のお酒の3倍から5倍出ると、それを利用して、これに梅を漬けたり、ゆずを漬けたり、そういうふうにして造っているリキュールを造っているということなのです、簡単に話すと。このとおり特許を取得しております。

工業技術センターと一緒にって特許を取っているのは、これも理由があって、本当は僕の発明だから僕だけで取ろうと思ったのですが、これ民主党政権のときの事業仕分けの時代で、工業技術センターも事業仕分けされてしまうから特許のあれを増やさなければいけないというので、一緒になって手伝ってもらっていたので、「一緒に申請してください」と言われて、「いや、私の発明じゃね?」と言ったら、「いや、もちろんです」と。「じゃ、何がメリットあるの?」と言ったら、「弁理士費用は全て県が持ちます」と、「あっ、よろしくお願ひします」と、300万浮いたと思って、それで全部弁理士費用持ってもらって、僕は特許の支払いだけで済んだということになりました。

様々特徴があって、非常にヘルシーですよということ、原材料は純米酒と梅のみだよと、甘味料も入っていないよと、日本酒を造る技術使っている特許ですよと、カロリーは通常の梅酒の3分の2、大手の梅酒の4分の1に抑えられていますよと。べたべた甘くないのでお料理との相性抜群です。普通の梅酒は料理との相性語れませんけれども、これは料理と相性は抜群です。僕これ一番合うなと思っているのは豚キムチ、あとギョーザ。ギョーザを酢胡椒で食べるとさらに相性いいですよ。今日ギョーザ出るかちょっと分かりませんが、豚キムチ出るか分かりませんが、持ってきていますからね、今日も。ですから、ぜひ味見してみてください。

色はこういう色しています、ピンク色。これ別に色つけているわけではありません。こういうふうな色に自動的になるのです、普通の梅酒というのは茶色いのですけれども、それは砂糖が入っているからカラメル化の反応で茶色くなるのです。でも、これは砂糖入っていないからカラメル化しないで、梅の持っているアントシアニンとか、酸化反応の赤が出てきてこういう色になるのです。これも色も非常に美しいですから。さらにこういうふうヘルシーですよと、糖分、エネルギー、カロリーが低いよということです。

様々な可能性がありますよということで、本日はノンシュガーゆずレモンも用意しておりますので、ぜひ味見してみてください。ノンシュガーゆ

ずレモンは、特に唐揚げと相性抜群でございますので、レモン搾っておいしいものとは間違いなくゆずレモン合いますから。砂糖入っていませんから、すごいすっきりします。アルコールはどちらも9%、そのまま飲んでもおいしいですが、ロックで飲んでもおいしいです。防腐剤や、香料や、酸味料や、そういうもの一切入っていませんので、非常にピュアでおいしいお酒になっております。梅酒、このリキュール造るのは日本酒の価値を高めるためであって、決して日本酒を諦めたわけではないよと、ここから入ってくる人たちもいっぱいいるからということなのです。

最終的に、日本酒でしか糖類無添加梅酒、リキュールできないから、これで日本酒へのお客さんを誘導して来ようというふうに思っておりますし、今現在アメリカではこれ大人気で、アメリカは特に糖分を嫌うので、ノー・シュガー・アディットというふうな言い方をするのですけれども、ノー・シュガー・アディットと言って売ると物すごく喜ばれます、特にこういう人たちから喜ばれます。そうではなくてコカ・コーラやめたらと言うのですけれども。でも、すごく喜ばれます。

さらに、ここからは世界への挑戦ということでもちょっとお話をさせていただきます。まず、世界に行くためには飛行機に乗らなければいけませんので、飛行機のはやっぱファーストクラスとかに乗せなければいけないとずっと思っていて、JALとかANAも乗るのですけれども、その中でも今一番これ乗っているのがエミレーツ、ドバイに行くときに乗る飛行機です。ドバイのフラッグシップ、エミレーツの飛行機のファーストクラスとビジネスクラスの日本酒は全て南部美人だけです。ファーストとビジネスです、エコノミーはごめんなさい、ありません。ファーストとビジネスの日本酒が全て日本往復の飛行機は、日本酒は全部南部美人のみで、今もこうなっています。ですから、僕は飲みに行ってきました飛行機に。仕事なのです、認められるのですよ、これの経費。いや、本当最初駄目かなと思ったら、ちゃんとかういうのを報告書出せと言われて、ファーストはさすがに150万円ぐらいかかるので、乗れませんでしたので、ビジネスに乗ってきました。こうい

うふうに300ミリで出してもらえるのですけれども、こういうふうを提供していただけます。CAさんがついしてくれるということです。

さらに、エミレーツは2階建ての飛行機に乗りますと、こういうバーがあるのです、2階の一番後ろに。このバーでリアルCAさんがカクテルとかつくってくれるのですけれども、こういうふうにかクテルつくってくれるのです。リアルCAですよ、リアルCA。カクテルつくる人がいるわけではないのですよ、CAさんがここにカンペ持ちながらカクテルつくっているのです。当然日本酒もここで出してもらえるのです。ここはシートベルトして座って飲む席ではない、立って普通に飲めるし、ちょっと腰かけて普通に飲めるバーがある、当然中に入って私も写真撮ってきましたから。これ中にも入れますから、言えば。こういうふうにしてエミレーツの飛行機でも、今南部美人が飲まれています。

来年の6月から9月は全日空、ANAのファーストクラスで南部美人が飲まれます。去年はビジネスクラスだったのですけれども、今回はファーストクラスに採用になりましたので、その期間にファーストクラスに行って海外に行かれるであろう松本会長あたりは、ぜひ飲んで行っていただければと思います。

それよりも、国内でも今実は乗ってきた方いますか、岩手に来るときにJR東日本の新幹線には、グランクラスという10号車が16席だけスペシャルの席があるのです、高いのですけれども。そのグランクラスで、実はこの10月1日から来年の9月30日まで、グランクラスにある唯一の日本酒が南部美人です。しかも、これしかありません。オリジナルラベル、グランクラスのみオリジナルラベルで、この中身は同じものは昨日の懇親会で偉い方々に飲んでいただきました。今日はごめんなさい、ちょっと持ってきていないです。すみませんですけれども。こういう形で飲めますので、おつまみもついて出てきますので、ぜひグランクラスに乗っていただければと思います。180ミリ1本で出てきます。そして、飲み放題でございます。僕は二戸から東京までの2時間40分で、これを6本飲みました、6本頑張りました。でも、

函館までだと、東京、函館だと4時間かかるのです。4時間だったら、俺10本いけるなど。でも、10本飲むということは一升瓶1本飲むことになるので、お医者さんのにはやめると言われると思うのですが。でも、飲み放題なので飲めます。ですから、もし帰るときに明日東京に帰る方で、ちょっと飲んでみたいなという方、はやぶさのグランクラスに普通車の1万5,000円プラスぐらいしてくれると乗れますので、ぜひ乗って行って、飲んでいってください。ここにしかない酒ですから、市販していませんので、ぜひ飲んでみていただきたいと思っております。

最後、海外への挑戦、日本だけでは、我々は日本酒の売上げを確保していくことが非常に難しいので、海外の挑戦を私は蔵に帰ってきた30年前からずっと続けております。それについてもちょっと最後にお話しさせていただきます。何で、では海外挑戦するのかと。当たり前のことで、この国の人口は減っていくなっているのは、僕が蔵に帰ってきた30年前から統計上絶対分かってたことなのです。でも、そんなことをその当時は誰も言っていなかった。僕がどんどん、どんどん日本酒は国内では減っていく、皆さんもそうですけれども、人口が減ったら患者さんが減るのは当たり前で、我々も人口が減ったら口の数が減るから、どんどん、どんどん飲まれなくなるに決まっているのです。さらに、少子高齢化で高齢化になっていけばなっていくほど、飲めなくなる人が増えてくる。そうなる、我々国内だけでやっていたらもうじり貧だよねということを僕は20代から分かっていた。

では、世界に目を向けてみたら、日本酒は世界で待たれているということが分かってきた。私自身が17のときにアメリカに1か月ですけれども、留学させていただいたときの経験もあって、世界で日本の文化は絶対受け入れられると思っていました。

祖父、父、私と続く発展していく南部美人の販路の拡大で、私の祖父が二戸でしか飲まれていなかった南部美人をこの盛岡に持ってきて、初めて岩手の南部美人にしていきました。

私の父がまだ新幹線通っていない時代に、この

岩手の南部美人を東京に持って行って、そこから今は北、北海道から南は沖縄までである日本の南部美人にした。

では、私はどうするのかということで、国内商品は今後伸びる可能性は低い。世界で日本の食文化は評価され始めている、もう今は完全に評価されている。日本酒は、世界中で日本にしかないオンリーワンのものなのです。さらに、これはG Iで認められているので、日本酒というのは日本国内で製造したものしかいうことができません。海外で作った米と水の酒は、日本酒と言えません、酒としか言えませんので。日本酒は、もう日本にしかないオンリーワンのもの、これで世界に挑戦しようということでスタートしますが、何せ20代の茶髪の当時は太っていた私は何もできないのです、お金も力もない。そのときにみんなで力を合わせて日本酒を世界に持っていこうということでつくったのが、この日本酒輸出協会、97年です。この協会をつくって、みんなで日本酒を世界に啓蒙、普及しようということでやり始めました。

この時代、日本酒なんて世界で全く分かっていませんので、南部美人がおいしいよとか、出羽桜がおいしいよとか、黒龍がおいしいよなんて言っても分からないのです。まず最初に、日本酒のよさを伝えなければいけない。サッカーが全く知らない国に行くと、ボールはアディダスがいいよ、スパイクはナイキがいいよと言ったって売れるわけがないのです。まず、サッカーの楽しさを伝えて、その後にそれぞれのものを売っていく。その楽しさを伝えられるのは、日本の中でも日本酒の蔵元しかできない。ソムリエも、インフルエンサーなんて言葉はこの当時ない、そういった人たちも日本酒のよさは世界に伝えられない。それを唯一伝えられるのは、造っている私たちしかいないのですよ。だから、私自身が世界に足を運んで、日本酒の啓蒙、普及をするという団体をつくりました。そこからスタートして今現在は66か国に輸出をしております。

これらの国、分かりますか、この辺は分かるだろうけれども、ザンビアとか、ルクセンブルクは知っていますよね。こういうところ、プエルトリコとか、こんなところにもうちのお酒は行ってい

ます。僕の代になってからしか輸出していませんから、この約30年でこれだけの国に行っています。

では、どのように世界で日本酒を伝えているかと言ったら、もうこれの繰り返しです。①と②の繰り返し。まず、頭で味わってもらおう。こういうふうにして日本酒の話をして、歴史や文化、伝統、マリアージュ、テロワール、いろんなことを伝えて、そして試飲してもらおう。でも、日本人というのは結構この①番を飛ばすのです、今日は皆さん飛ばしていないから最高ですけども。飛ばしていて、僕も地元でこのお酒は原材料が……浩介くん分かった、まずいいからつげと。そして、まずいいから乾杯だと。まずいいから、飲むと飲むじゃないですか。では説明しますと、「おいしいのは分かったから、もういい」と言われるのです。だから、これがちょっと日本と海外の違いで、ここだけはやりませんから、海外は。ここがないと駄目だということでやっているのがこの「ジャパン・ソサエティ ニューヨーク」、これスタートしたときからこういうセミナーをやらせていただいて、試飲会を繰り返していくという、これを今でもやり続けています、世界中で。

さらに、今アメリカではラーメンがすごくて、寿司もすごいけれども、ラーメンもすごいです。これ一風堂の海外第1号店がニューヨークにあるのですが、見てください、外国人が箸とレンゲ持って、南部美人ではないのです、新潟の菊水、これを飲みながらラーメン食っているのですよ。俺蔵元ですけども、大変申し訳ありませんが、ハイボールでいただきたいのですけれども、ここは。日本酒の蔵元、ラーメン屋で日本酒飲まないですから、そもそもあんまりないし。でも、海外はこれなのです。実際に本当なのというけれども、メニューにいっぱい日本酒がある。一風堂のメニューにはずらっと日本酒があって、これをみんな飲みながらここに行列できているのに、ここで飲みながらだんだら食べている、バリカタとかで頼むのです。バリカタ頼んでいるのに酒飲んでつまみ食っていたら、全部柔らかくなるじゃねえかと思うのですけれども、そういうふうにして客単価のほうが大事なので、こういうふうなことを

やっている。

さらに、私が今理事長やっています日本吟醸酒協会では、この国連で世界初の日本酒の試飲会をやりました、ここのあれで。やれるのですよ。日本酒でやったのは、僕らが初めてなので、こういうふうな感じで国連の写真の前で、マークの前でこういう写真使っていていいですよ、講演にと言われてもらっているのです。こういうふうにして193か国の大使、そして職員、ご家族の皆さんたちをご招待してやった。これも世界に吟醸酒を伝えるためにはどうすればいいのというところから始まったのがこれで、世界中に歩いたら大変なことになるから、国連に行ったら1か所で済むじゃねえかというところから始まったのがこれです。大好評でした。

さらに、ヨーロッパ行くと今祭りとかというのはすごく人気なのです。これパリの花公園です、素敵な花公園で「夏祭り」という看板が出て、こんなのやっている。日本の祭りですよ、唯一違うのは値段で、これ焼きそば、3口で食べられる焼きそば、これ1つ3,000円。3口で食べるんですよ、ちっちゃいの。これラーメン、ラーメンはこれは4,500円です、ラーメンちょっと大きいですけれども。これに当たり前に金払って50人とか100人並ぶのです。我々は、こういう盆踊り大会やったり、こういう三味線やったり、こういうのが出たりしてやっています。我々はアルコールなので、ちょっと別の場所でやれということで、囲われてこういうふうにして、お酒のブースを出してやっているということです。こんなにすごくフランス人の人たちがいっぱい来て、お酒を飲んでいただけるということです。

さらに、今南部美人66か国行っている中で、うちの蔵から最も遠い場所で飲まれているところがここです。イースター島、チリです、日本こちら辺です。チリ、ここから片道約5時間、飛行機で5時間、大きいジャンボ機で行くのですけれども、道の駅みたいな飛行場です、これイースター島の。ここに何と、このイースター島に和食レストランあるのです。それがこの「甲太朗」というお店です。旦那さんがチリ人、奥さんが日本人、息子の名前が甲太朗、そのままつけた名前。こう

いうふうにメニューがちゃんと日本語と英語とあって、これが寿司がちゃんと当たり前に出てくる。寿司と日本酒の南部美人が飲まれているということです。これがそのオーナー、旦那さんなのですけれども、日本語ぺらぺらのチリ人です。日本でシェフを15年やっていたということで、非常に日本語ぺらぺらで。

これ誰が来るのと思ったのです、日本人なんか誰もいなかったから。これフィンランドの人たち靴脱いで座席に上がっているのですよ、座敷に。私だったら、では靴脱いで膝折ると膝痛くなるからテーブルでと言ってテーブルで食っていたのですけれども、彼らはあえてこっちに来る。聞いたのです、「何でここいいの?」と言ったら、これがジャパニーズスタイルでしょうと、これがいいのよ。おお、まじかと思ったのですけれども。

何でこんなところまで来て日本食食っているのと言ったら、彼ら3週間もいるんですって、イースター島に3週間もいると飽きると。御飯が飽きるから、自分たち魚が食べたいから寿司やっていると。来た。自分たちも食べているからおいしいと言って、そういう人たちが来るのだそうです。ぜひイースター島行かれたら、日本からチリまで大体28時間ぐらいですから、そこから5時間ですので、そうですね、三十五、六時間で考えていただければ、ぜひ行っていただければと思います。行けばモアイがいますので、これトンガリキのモアイです、世界遺産。これ全部倒れていたのです、昔、三十、四十年前、倒れていたのを全部起き上がらせて並べたのは日本の企業です。だから、チリに、イースター島行くと日本人すごく歓待されますよ。これ朝日が昇ってくるので、朝お勧めです。

アフリカにも行っています、これケニア。ケニアでもこういうふうに和食が当たり前で黒人の皆さんがつくるのです、これ、豚骨ラーメン、黒豚骨ラーメン、すごくおいしい、チャーシューなんか抜群にうまいですよ。こういう人たちがつづいている、日本人ではないのです。

そういうところで、我々はこういう和食の料理を1週間やりますよということで、こういうふうなアフリカの皆さんたちと一緒に食事会をやった

りました。

あとは、セミナーをやったりして、これミスケニアです。足の長さ見てください、これ。本当に何のキャラクターか、俺という感じですね。

当然マサイ族とも飲んできました。マサイの人たちみんな、これ後ろに見えないけれども、スマホ持っていますから。みんな日本酒飲みます、すごく。大好きだよと言って、そんなにマサイに日本酒あるのと言ったら、いやナイロビで飲んでいると言っていましたから、そういうふうな人。これナイロビサファリパークです、まちから15分で行ける場所。ライオンがこんなついてくるのです、こんなです。

最後になるのですけれども、地方の小さな会社でもオンリーワンの商品ならば、僕は世界を相手に商売できていると思っています。世界では、日本の伝統産業こそオンリーワンとなり得ると思っています。医療の世界も多分、日本ですごく特化している医療とかというのはあると思うのです。そういうのを何かうまい具合に持っていきなり、来てもらうなりするといいいのではないかなと思っています。オンリーワンはやっぱり強いです。我々はやっぱりオンリーワンだからこれをやれるのです。ワインやビールは世界中で当たり前のもので、日本がその中の一つだから、なかなか言いづらい。

会社の規模の大小ではなく、価値の大小で世界は見ています。インバウンドの日本での消費も僕は輸出と考えています。真の地方創生は、地域創生は伝統文化からだと思っています。南部美人は銀座に蔵があっても、全く何の魅力もありません。そうですね、シャトー・マルゴーが日本にメゾンがあったって、それ飲みたいですよ。フランスの飲みたいですよ。それと一緒に、僕らは東京に物があっても意味がなくて、蔵は岩手になればいけないのだということ、あと後世に商売を継続していくのならば、世界を相手にしなければ狭い日本では生き残れません。だから、僕らは世界に出て行く。

残りあと3分でやれるかなと思ったのですが、これをぜひ見てほしい。完全自動運転のタクシー乗ったことある人、今ロスとサンフランシスコで

やっていますけれども。アプリで呼ぶんです。これで乗れるんです、すぐ。運転手いないんですよ。まじで、本当に俺運転していませんからね。これ道路には何も入っていないのです。車についているセンサーだけで動いているのです。インフラの投資がゼロなのです。音楽かけられるとかそんなことはどうでもいいと言っている。これすごいですよね。ちゃんと日本の右折ですよ、車が来ないのを見て行く。路駐もすごくしているではないですか、ちゃんとこうやって避けていくのです。すごくないですか。止まってうろろしていません。ユーミンはどうでもいいと言っているのに、音大きくしやがるんですよ。ああいうふうに見てのとおりセンサーが全部車に乗っていて、それを全部よけていく、人もすぐ映ります。すごいですよね。AIでやっているのです、AIが全部認識して、それでどんどん、どんどん賢くなるのだそうです。これも走れば走るほど賢くなる。あと20秒くらいです。スピード違反もしません。もう今現在サンフランシスコ、ロサンゼルス、テキサスでもやっているのかな。先を予測して、止まるよとハザード出すと、もうすぐに寄るのです、後ろのセンサーで見て。

これができるのと何がすごいかというと、当然これから医療の問題で先ほど会長言われたとおり、おじいちゃん、おばあちゃんたちが薬買いに行けなくなるのではないかと、そういうこともあるし、病院に誰連れて行くのだという話にもなるのだけれども、もうこれができる、これルンバと一緒に自分のところに帰宅して充電されて、ではおじいちゃん載せて病院行って、帰ってきたらお父さん連れて会社に行って、また戻ってきて充電されて、では息子の塾に連れて行ってとやって、だから女性の方が特に運転して子供たちを送っていくことがゼロになります。タクシーではなくて自家用車になった場合、だからこれができる僕らの世界では、最後に言いたいのは飲酒運転がなくなるのです。飲酒運転がなくなるのです。そうすると今日車だから飲めないやとかという人がなくなるのです。だから、これができたら飲酒運転しなくてよくなるので、タクシーも代行も心配しなくてよくなるので、飲む人

が増えると思っています。

以上です。ありがとうございました。

〔拍手〕

小泉（座長）：どうも、久慈社長ありがとうございました。

どうでしょう、今の進め方、これからどんどん、どんどん、まだ若いですから、これから。ただ、私たちが先ほど言われたとおり、私は行政マンとちょっと話したとき、日本というのは、日本の医療は世界、私たちが例えばアメリカに行ったりして研究することはありますけれども、ただ日本のなしているこれほど医療の質は高く安心ができるものは世界にないのだから、日本の輸出したらどうですかと軽く言いますね、知らない人たちは。だから今、久慈社長と同じような考え方も、医療でも何か、例えば中国とか韓国は日本に健康診断を受けに来ますよね、みんな。そういうことを日本の国として収益を上げるような何かを考えながら、私たちに分配金をちゃんと払ってもらえばいいかなというようなこともまた一つあるかもしれません。これから今言われたようなことを私たちが学びましたので、これから夕方また飲めるのでしょうから、そのときまた説明してもらおうとして、今日は本当にありがとうございました。

久慈：ありがとうございました。お酒はちゃんと用意しております。ありがとうございます。岩手のお酒を全部用意しています。

〔拍手〕

伊藤（総司会）：久慈社長、小泉副会長、ありがとうございました。どうぞご講壇ください。

南部美人公式ラインアカウント

南部美人からの最新の情報や岩手の情報など発信しています。是非登録をお願いします。

このQRコードを
スキャンお願い
します



経営理念(家訓)

品質一筋

人ともてまき程(中世、
源田ごとに「酒」と銘命うことなるでしよ、
その時、「南部美人」は一つの時代にも
消費者に愛されるお酒でなければならぬ、
その為「品質第一」の精神で
まてのな酒造りをおこななければならぬ、

南部美人の挑戦 —混沌とした時代を切り開く—

岩手の地酒「南部美人」
五代目蔵元 久慈浩介
岩手県酒造組合会長
東京農業大学客員教授

日本酒のスパークリングについて

- 日本酒のスパークリングには大きく分けて3つの種類がある
- ①にごり酒の生酒を瓶内二次発酵させたもの
→無添加スパークリングや活性にごり酒など
- ②透明な日本酒に炭酸ガスを添加したもの
→薄など
- ③透明な日本酒で瓶内二次発酵させたもの
→awa酒

南部美人の蔵元紹介

■南部美人は創業1902年、岩手県の東北州「二戸市」にある「日本酒」の蔵です
■二戸市は日本一の産地が1つあります。それが「酒」です。日本でも産地別生産量の約74%を生産します。遠くまでが「醸造業」の伝統があり、酒造の全業種などの生産設備も全て二戸市の蔵で行われています。



Awa酒とは

- 一般社団法人awa酒協会に加盟している蔵が造る日本酒の新しいスパークリング。2016年11月設立
- 目標は「世界の乾杯酒」
- 認定制度を用いており、外部機関から
- 基準を満たし認定されなければ「awa酒」とは名乗れない
(①米と水と麹のみで製造 ②瓶内二次発酵 ③高いガス圧 ④火入れ ⑤透明)



南部美人の蔵元紹介

■モンドセレクションや全国新酒鑑評会などのコンテストで多数の金賞実績を誇ります。特に2017年はインターナショナルワインチャレンジ(IWC)で特別純米が世界一となる「チャンピオンササ」受賞、サウコンでは東北の新しいスパークリングが美酒鑑評会の部第1位受賞、2016年は東北新酒鑑評会で大吟醸が「最優秀賞」受賞など、輝かしい成績をいできました。

■現在では世界46か国へ輸出しており、世界で愛飲される日本の伝統文化の酒として評価されています



加盟蔵元



全国32蔵加盟

南部美人の蔵元紹介

- 2013年にはユネスコの食文化遺産として登録された「コシヒカリ」産地。1990年6月の醸造で有名
- 2016年には世界初の完全食文化遺産「アワ」の認定を受け
- 2021年からクラウドファンディングでクラウドに挑戦中
- 2022年に創立120周年を記念して認定式典を開催。また認定酒を海外へ全国発売で販売
- 2023年からクラウドファンディングでの販路を拡大。岩手県から「アワ」産地からなる「日本酒の醸造業を継いだシバニー」クラウドファンディング



awa酒とシャンパンとの違い

- ・当たり前だが原料が「米」であること
- ・瓶内二次発酵をする際にガスをつくるための「酵母」と「シロ糖」をシャンパンには入れるがawa酒はこれを入れない
→酒税法の日本酒では出来ない
- ・瓶内二次発酵終了時にドサージュをしない
→酒税法の日本酒では出来ない
- ・酸化防止剤の亜硫酸塩を一切使わない
→酒税法の日本酒では出来ない

スーパーフローズン

「その酒は、生まれたままの味を愛している」



世界初
スーパーフローズンの生酒
その酒は、
生まれたままの味を愛している。

南部美人
スーパーフローズン
純米大吟醸 生原酒

官能検査の結果

- 参加者：石川雄章、櫻井寛、製造技術部職員（6名）
- 日時：平成30年3月23日（金）12:30～13:10
- 場所：岩手県工業技術センター 会議室
- 目的：冷凍酒の解凍後の品質調査（官能試験）
- 品質調査結果（官能による）
 - 香りについて
ほとんど変わりはない（5名）
香りが穏やかになる（2名）
 - 味の変化について
弊害でない（4名）
冷凍した方が味が良くなる（3名）
※原因としては、搾りたての時の炭酸ガスが冷凍することにより抜けて良くなるのではなかろうか？
- 所見
今日の試験では冷凍酒の冷凍から解凍までの期間が短かった為、香りと味の変化はほぼ見られなかったが、次回以降は冷凍までの期間を1ヶ月～2ヶ月程取り、冷凍した生酒と冷凍した酒とを官能評価してもらい調査を行う必要がある。

背景

- ・私は生酒が飲めない・・・
- ・ニューヨークで飲んだ愛のある最悪の生
- ・しかし、日本酒が世界で戦うためには「フレッシュ」しかない
- ・そんな中高知県で衝撃的な出会い・・・ 冷凍カツオ
- ・お酒で試して人生で一番の鳥肌があった

官能検査の結果

■しぼりたての生原酒と、それを瞬間冷凍したお酒の比較

	アロマ アルファ値	酸味 β値	旨味 γ値	旨味 δ値	旨味 ε値	旨味 ζ値	旨味 η値	旨味 θ値	旨味 ι値
冷凍	17	31	36	35	3.3	95	6.9	3.25	
生原	18	32	38	32	3.3	95	6.8	3.35	

※検出度（スベール） ※後述の色調（検出）は430nmの検出度を参考にす

	色調
冷凍	△0.02
生原	△0.02

凍眠のシステム

凍眠の特徴① 凍結スピード

一般的な冷凍庫でかかる凍結時間約1分/20で凍結可能！
（例：薄切かき揚げ約5分）

急速凍結冷凍庫でかかる凍結時間約1分/8で凍結可能！



※凍結はもろもろ、食感も全く違います。すべての食好に合うような量が出るのです。

スーパーフローズンまとめ

- ・溶けるスピードで品質の変化は無い
- ・このスーパーフローズンは「貯蔵の方法」であり、「飲み方では無い」。つまり溶かすときにシャーベット状態で飲むわけではない。完全に溶かし切って飲む
- ・この貯蔵方法は日本酒を「商品」から「作品」に変える
- ・また、会社としてもレガシーとして何十年も保管し、研究材料にすることが出来る
- ・最大の問題は「冷凍に対する日本人のネガティブイメージ」
- ・それを解決するのも日本酒の仕事
- ・最終的には国連の提唱するSDGsにも貢献出来る
- ・スーパーフローズンの技術は生酒のパラダイムシフト（時代の転換点）になる

凍眠のシステム

凍結スピードが速いと氷結晶が極小 （一般的な細胞は約20ミクロン）

凍眠（5ミクロン）



一般的な冷凍庫（300ミクロン）



※氷結晶が極小と細胞が壊れにくくなる

糖類無添加（ノンシュガー） リキュールの開発

平成22年度いわて特産品コンクール
岩手県知事賞（第1位）受賞

株式会社南部美人
代表取締役社長（五代目蔵元）
久慈 浩介

共同研究機関
岩手県工業技術センター

農林省特許第4419072号
取得済
農林省工業技術センター

凍眠のシステム

凍眠の特徴② 品質（ノンドリップ） 牛肉

一般的な冷凍庫



急速凍結冷凍庫



糖類を使った梅酒（通常の梅酒）とは・・・

高濃度特美酒のもの

274+274-
(Alc30%) 1.8L

梅 1kg

砂糖類 約300g～500g

基本的には砂糖類は糖分が必要

高濃度の梅酒の場合

日本酒を使ったもの

日本酒原酒
(Alc18%～20%) 1.8L

梅 1kg

砂糖類 約300g～500g

※糖類では砂糖類に比べ、砂糖の代わりに甘味成分が少なくて良い

日本酒の場合

※糖類では砂糖類に比べ、砂糖の代わりに甘味成分が少なくて良い

現在の梅酒は糖類添加が主流

株式会社南部美人

参考：ジュースにどれだけ砂糖が入っているか



株式会社南都美人

通常の糖類を使った梅酒との成分比較

	南都美人 糖類無添加梅酒 (財)日本食品分析センターの計測	一般的な梅酒 五訂食品成分表より
水分	79.9g/100g	68.9g/100g
たんぱく質	0.7g/100g	0.4g/100g
脂質	0.1g/100g未満	0.1g/100g未満
炭水化物	0.1g/100g	0.1g/100g
糖質	0.7g/100g	20.7g/100g
食物繊維	0.1g/100g未満	0.1g/100g未満
エネルギー	207kcal/100g	156kcal/100g
アルコール分	51.3度	13.0度
ナトリウム	5.0mg/100g	4.0mg/100g

株式会社南都美人

糖類無添加梅酒とは・・・

▼通常の梅酒の場合

高カロリー(アルコール20%)果汁、食品添加物(糖類)果汁

梅 1kg + 砂糖類 1kg

▼糖類無添加梅酒の場合

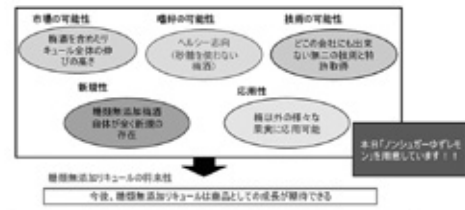
特選日本酒(改良全粒仕込み)果汁

梅 1kg

砂糖や甘味料など全て無添加！！

株式会社南都美人

糖類無添加梅酒の将来性



参考：全粒仕込みとは

■ふつふつの日本酒(純米酒)

① 30% ② 20%

糖度・・・1.50~2.0
アミノ酸度・・・1.00~1.5
糖分(ブドウ糖)・・・140~162%

■ALL KOJI(全粒純米)

① 0% ② 100%

糖度・・・3.50~4.0 純米酒の約3倍
アミノ酸度・・・3.00~4.0
糖分(ブドウ糖)・・・約5%

株式会社南都美人

最後に

- ▼梅酒をつくるのは日本酒の価値を高めるため、決して日本酒をおきられない
 - ▼最終的には日本酒でしか糖類無添加梅酒はできない、だから糖類無添加梅酒から日本酒へのお客さんの誘導は南都美人の最終目標
 - ▼リキールをやって初めて日本酒を見直すことができた
 - ▼そして世界へ
- 株式会社南都美人

特許証



エミレーツファーストクラス

2013年から、中東の航空会社「エミレーツ」の成田、羽田線のビジネスクラス、ファーストクラスで南都美人が飲まれている

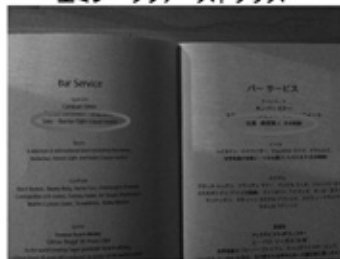
エミレーツは世界ベストエアラインにも選ばれており、世界約120各国へ就航している



糖類無添加梅酒のポイント

- 通常の梅酒は(糖類)果汁に対して水砂糖19g、梅19gずつです。この糖類を糖類無添加梅酒は大きく減らしました。2010年梅酒が変わる！！がポイント。
 - この梅酒は原料が(純米酒+梅)のみで、糖類(甘味料なども含む)は一切加えていません。また、もろみ(糖類)、香料なども全て無添加。
 - 優良な日本酒造る技術を用いた糖類無添加梅酒は造れません。その技術は特許(特許第441972号)を取得しています。世界でも唯一の梅酒。
 - 2017は通常の梅酒の約2/3(販売量)、大半の梅酒の約1/4に減らされています。
 - 砂糖を使っていないので、ペコペコがなく、お料理にもお弁当にも、特に早い段階でブドウ糖を使わずに糖質の低い梅酒が好評。
 - 色は常盤が「ツグジュアロピン」です。これは砂糖が入らないのでカルボニル反応が起きないため、酸化反応の赤褐色化が起らないからで、天然の色です。
- 株式会社南都美人

エミレーツファーストクラス



エミレーツファーストクラス



1. なぜ海外へ挑戦するのか

■私自身と会社の歴史を振り返ってみると

- 忘れられない17の夜
高校時代のアメリカ留学の経験から、世界は広く、大人になったら世界で勝負できる人間になりたいと思った。
- 祖父→父→私と続く、発展する南部美人の販路拡大
65年前、亡くなった祖父が「二戸の南部美人」産産興の川徳子パートに初めて取り扱っていたとき、そこから「岩手の南部美人」にした。45年前、「岩手の南部美人」を父が東京をはじめ、北は北海道から南は沖縄まで全国へ広め「日本の南部美人」にした。25年前の私は……

エミレーツファーストクラス



1. なぜ海外へ挑戦するのか

■決断

- 国内消費は今後伸びる可能性は低い
- 世界で日本の食文化は評価され始めている
- 日本酒は、世界中で日本にしか無いオンリーワンのもの
- よし、日本酒で世界に挑戦しよう！！

JR東日本「グランクラス」



1. なぜ海外へ挑戦するのか

■輸出をはじめるにあたって

- 日本酒輸出協会 (SEA) の設立
1997年10月1日設立
会長：松崎瑞雄 (日本酒ジャーナリスト)
会員：全国の中堅酒造メーカー23社
設立趣旨：
・高品質日本酒の海外輸出の促進
・海外市場における日本酒マーケティング機会の開発と提供
・高品質日本酒の海外における普及と啓蒙ならびに在日外国人に対する普及と啓蒙
- まず初めは「日本酒」というものが「どういふものなのか」からはじめよう。「日本酒」を理解してもらってからはじめて「各農のブランド」が浸透し始める→最初はみんな「日本酒啓蒙普及」

海外への挑戦

南部美人が輸出されている国

1. アメリカ 2. カナダ 3. ブラジル 4. イギリス 5. フランス 6. オランダ 7. アラブ首長国連邦
8. インド 9. シンガポール 10. マレーシア 11. タイ 12. インドネシア 13. 中国 14. 韓国
15. オーストラリア 16. ニューージーランド 17. スウェーデン 18. メキシコ 19. ロシア 20. ベルギー 21. ドイツ 22. スペイン 23. フィンランド 24. スイス 25. イタリア 26. レバノン 27. ベトナム 28. ミャンマー 29. イスラエル 30. パレスチナ 31. カタール 32. ベルギー 33. ポルトガル 34. カンボジア 35. ナイジェリア 36. ウガンダ 37. ドミニカ 38. ウルグアイ
39. リトアニア 40. キリシャ 41. チェコ 42. コロンビア 43. エクアドル 44. パナマ 45. アルゼンチン 46. パラグアイ 47. 香港 48. 台湾 49. マカオ 50. フィリピン 51. プルガリア
52. シンガポール 53. ラオス 54. ガンビア 55. ルクセンブルグ 56. デンマーク 57. ノルウェー 58. ホンジュラス 59. ベネズエラ 60. チリ 61. コスタリカ 62. プエルトリコ 63. パーレーン 64. モルディブ 65. ケニア 66. ボーランド

生産量の約30%が海外輸出

1. なぜ海外へ挑戦するのか

■この国の現状

- 結果的にこの国の人口は減っていく…
日本国内の日本酒消費は昭和49年をピークに、現在はその1/3になった。日本国内には北海道から九州まで約1200の酒蔵があり、その酒蔵が約60万キロリットルの中で競争しており、しかもその市場は確実に今後減少していく。
しかも日本は人口減少に転じた。これは統計ですでに昔からわかっていて、人口が減れば口の数は減る。
- 世界は日本酒を待っている
しかし、世界に目を向ければ、日本食レストランの普及、日本文化の普及など、1990年代から日本の文化的価値が高まっている。世界に目を向けると日本酒は健康志向の高まりもあり、和食レストランの進展と共に数多く待たれてはいるはず。

2. 世界各国での岩手の酒の評価とイベントの様子

では、どのように世界のみなさんに日本酒の素晴らしさを伝えていくか…

- ①まずは「目で味わってもらう」
→日本酒の歴史、その味、香り、個性の良い料理、日本酒の産地、など様々な日本酒に関する「セミナー」を開催し、まずは日本酒とは日本文化であると感じていただく。
- ②次に「舌で味わってもらう」
→目で味わっていただいた後、「お話しした日本酒はこういうものだよ」という事を試飲を通して味わっていただき、質問を受けたり、追加説明したりする。
- この繰り返しを世界で行っています。日本人は「目で味わう」部分が多いため、日本ではなかなかないですが、世界では舌が大事です。
なぜなら、日本酒に関する情報が少なすぎるため、簡単な情報から入っていき、舌を味わう人たちが日本酒を味わうことが多かったため、ワインを飲むと知っている人がワインと比べてどうなの、と疑問に思われる。

2. 世界各国での岩手の酒の評価とイベントの様子
 (1)アメリカ(NY, LA, SF, ラスベガス, ハワイ, シカゴ)

NY

SEA主催の日本酒セミナーと試飲会



2. 世界各国での岩手の酒の評価とイベントの様子
 (1)アメリカ(NY, LA, SF, ラスベガス, ハワイ, シカゴ)

NY

2013年、日本吟醸酒協会が開催した、世界初の国連での吟醸酒試飲会。国連加盟193か国の大使とご家族、関係者を招待して、300名近くの規模で行われた。



2. 世界各国での岩手の酒の評価とイベントの様子
 (1)アメリカ(NY, LA, SF, ラスベガス, ハワイ, シカゴ)

NY

SEA主催の日本酒セミナーと試飲会



2. 世界各国での岩手の酒の評価とイベントの様子
 (2)ヨーロッパ地域

フランス/パリ

EUでも最大級の日本文化啓蒙イベント「MATSURI」がパリで開催



2. 世界各国での岩手の酒の評価とイベントの様子
 (1)アメリカ(NY, LA, SF, ラスベガス, ハワイ, シカゴ)

NY

NYラーメン競争発売！とんこつラーメン屋がいにNYオープン



NYには様々な飲食店が立ち並ぶが、一風堂のラーメンがオープンした日、今もラーメンが大人気。ラーメンが最も人気を博しているエリア。

2. 世界各国での岩手の酒の評価とイベントの様子
 (2)ヨーロッパ地域

フランス/パリ

EUでも最大級の日本文化啓蒙イベント「MATSURI」がパリで開催



2. 世界各国での岩手の酒の評価とイベントの様子
 (1)アメリカ(NY, LA, SF, ラスベガス, ハワイ, シカゴ)

NY

NYラーメン競争発売！とんこつラーメン屋がいにNYオープン



2. 世界各国での岩手の酒の評価とイベントの様子
 (2)ヨーロッパ地域

フランス/パリ

EUでも最大級の日本文化啓蒙イベント「MATSURI」がパリで開催



2. 世界各国での岩手の酒の評価とイベントの様子
 (1)アメリカ(NY, LA, SF, ラスベガス, ハワイ, シカゴ)

NY

2013年、日本吟醸酒協会が開催した、世界初の国連での吟醸酒試飲会。国連加盟193か国の大使とご家族、関係者を招待して、300名近くの規模で行われた。



2. 世界各国での岩手の酒の評価とイベントの様子
 チリ

イ-29-島





■海外への挑戦、最後に

- 地方の小さな会社でも、オンリーワンの商品ならば、世界を相手に販売することが可能。世界では日本の伝統産業こそが「オンリーワン」となりえる。
- 会社の規模の大小ではなく、価値の大小を世界は見ている
- インバウンドの日本での消費も私は「輸出」と考えている。
- 真の地方創成、地域創生は伝統文化から→南部美人は銀座に蔵があっても何も魅力のない会社。岩手にあつてこそ光り輝き世界が注目する
- 後世に販売を継続していくならば、世界を相手にしなければ、狭い日本では生き残れない



完全自動
運転
タクシー
inサンフランシスコ



報 告 11 : 50 - 12 : 05

日本医師会勤務医委員会報告

日本医師会勤務医委員会委員長 一宮 仁

日本医師会勤務医委員会報告

日本医師会勤務医委員会委員長

一宮 仁 (いちみや ひとし)



日本医師会勤務医委員会委員長を務めております福岡県医師会の一宮でございます。ただいま久慈様から時代を切り開く、とってもしっかりとチャレンジングなお話の後ですので、この報告もそれを途切れさせないようにしたいと思います。

この1年間の活動報告をいたします。令和6年度から2年間の委員は、全国の各ブロックから推薦いただきました8名と会長指名の6名、計14名です。日医の担当役員の皆様にも出席いただいております。

委員会の役割は大きく5つございます。1つ目の会長諮問事項の検討・答申が最も重要なミッションでありますので、後ほどこれは詳しくご説明いたします。

2つ目は、全国医師会勤務医部会連絡協議会、本日のこの会ですが、今年は岩手県医師会にいろんなプランニングをしていただき、委員会で意見や要望を提出して完成に至っております。

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・立案で、今年度は5月23日に今村常任理事より「医師の偏在対策について」、もう一つが大分大学医学部医師会長であります猪股雅史先生から「医師会と大学との協働について」と題してご講演いただき、その後活発な議論がなされました。

4番目、5番目はスライドのごとくでございます。

今期の会長諮問は、「勤務医の医師会活動へのさらなる参画について」でございます。前期の会長諮問である「医師会組織強化と勤務医」を踏まえまして、勤務医が今まで以上に医師会活動に参画するための具体的方策について検討を行っております。

言うまでもなく、医師会の役割は地域の医療・保健・介護提供体制を整備して、国民の健康と生命を守ること、そしてその役割を担う医師の診療と生活の両面を支えることであります。

医師会は医療をコントロールする法律や政策を定める行政に対して、専門的かつ適正な提言を行うことができるカウンターパートなのですが、現状はどうでしょうか。医師会は、医師であれば誰でも参加できる専門集団なのですが、医師の総意として届いているのでしょうか。また、勤務医の思いは集約できているのでしょうか。そして、それが届いているのでしょうか。さらに、将来の医療を担う若手医師の思いをどうやって届けるのでしょうか。これらを解決するためには、そして行政を納得させるためには、医師会は誰もが参加すべき専門集団、これに近づくべきであって、医師会組織も変わっていくべきだと考えます。

現在我が国の医師の約75%から80%が勤務医です。大学に所属する医師が全体の3分の1を占めており、その半数が大学病院に勤務しております。日本医師会における勤務医会員の割合は徐々に増加し、50%を超えましたが、日本医師会の組織率自体の低下が続き、ここ数年何とか50%を僅かに超えるレベルで維持できています。この組織率では、行政から信頼される、あるいは一目置かれるカウンターパートに本当になり得るでしょうか。

2015年の初期臨床研修の2年間の会費減免で医師会員数は増加しましたが、頭打ちとなりました。2023年に会費減免期間を卒後5年目までに延長して、再び増加の兆しが見られていますが、会費減免期間終了後の会員継続に向けた取組が極めて重要な課題でございます。

日本医師会代議員会でも、医師会入会に係る質問が散見されております。これらの質問に対する松本会長の答弁を抜粋しております。先ほどの会長の特別講演にもありましたように、勤務医に係る重要な課題に日医としてしっかり取り組むことが勤務医の大きなメリットにつながるの認識ですので、そのためには私たち勤務医もこれまで以上に医師会活動に参画することが求められると思います。

勤務医の医師会活動参画促進、組織強化に向けてのポイントは5年間の会費減免期間以降にいかにかに会員を継続してもらうことができるか、会費減免の5年間にいかにかに地域医療や医療政策に係る医師会活動を理解してもらうかでありまして、そのためには医師会活動に触れる、医師会活動を実感する、そういった機会や場の設定が必要になります。

そして、日本医師会、さらには私たち勤務医の役割は、勤務医、大学、病院等に向けた活動方針に係る情報発信、病院幹部や大学病院や各種病院団体の共感と信頼関係の醸成が不可欠だと考えております。

勤務医、若い先生方には急激な人口減少を伴う少子超高齢社会での医療の課題を認識していただき、またそのために進められている医療政策、こういったものは若い先生方の医師としての生涯に係る問題であることも認識してほしいと思っています。

先生方にも地元にお帰りになった後、このようなメッセージを若手医師に向けて発信していただきたいと思っております。これから先の医療を支える医師がやりがいを感じ、矜持を持って貢献できる医療政策、そういった社会であってほしいと私たちは願っております。そのためには、より多くの若手医師や勤務医が医師会活動に参画して、私たちと一緒に医療や医療政策を自主的かつ主体的に考えていただけるようになってほしいと思っております。

このような考えの下、勤務医委員会ではこれまでの好事例を参考とするとともに、提言の実行の妨げとなっていることの解消に向けて検討をいたしております。説明は省略しますが、新たな地域

医療構想、新たに追加される医療機関機能、医師の偏在対策、医師の働き方改革、いずれも避けては通れない大切な医療政策、制度の改革でございます。働き方改革については、地域医療は維持できているとの報告が多いのですが、実際は様々な影響や意見も出てきております。勤務医はこのような事態を事前に認識あるいは予期できていたのでしょうか。

勤務医委員会は、昨年10月から活動を開始し、これまでに計5回の委員会を開催、第3回では初の試みとなります病院委員会との合同委員会を実施いたしました。この合同委員会の目的は、病院勤務医に医師会活動に参画してもらうための方策等を検討することを目的としていました。松本会長からは、病院経営や医師の働き方に日本医師会がしっかりと関わっていくことが、究極的には組織強化につながるというご意見をいただき、両委員会にさらなる協力の要請がございました。

地域医療における医師会と病院の役割については、拠点病院や大学病院で働く勤務医には地域医師会とも連携しながら地域医療を面で支えていくことが求められるのご意見、また医師の働き方改革につきましては医師の研鑽が不十分になっている、モチベーションが下がっているといった懸念、制度の改善、あるいは実際の医師の働き方改革に対する若い医師の意識調査を行って、はっきりした問題のエビデンスを示してほしいという日医の回答をいただきました。診療報酬の理解、学校医、産業医、医師会費などについても意見交換ができました。

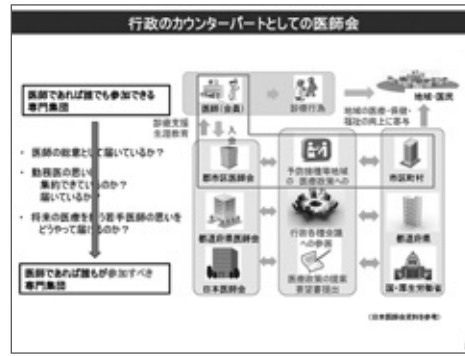
これは答申の骨子案です。これまで過去にいただいたすばらしい提言の実現に向けた取組、病院委員会の合同会議、最後に日医、それから私たち勤務医の役員、病院管理者、それぞれが変わるべきこと、そして勤務医の自覚醸成についてまとめたいと考えております。

前期勤務医委員会の提言を受け、九州ブロックでも九州医師会連合会勤務医連絡協議会が設置されました。これはブロック委員会の役割というのは、日本医師会と日本医師会勤務医委員会、こういった活動や方針の情報が各都道府県、さらには

郡市区医師会、大学医師会まで広く伝わるような
双方向の情報共有ができるために設置されたもの
でございます。まだ未設置のブロックにおかれ
ましては、ぜひとも設置の検討をお願いしたいと
思います。残り2回の委員会と、あとはメーリン
グリスト等の活用で答申の完成を目指しており
ます。

最後になりました。現在医療機関、病院も開業
医の先生方も非常に厳しい状況に陥っております。
しかしながら、このピンチは病院の管理者やそこ
に勤務する勤務医が、やはり日本医師会は頼り
にできる政策提言ができる組織だということを
認識することができるチャンスではないかと思い
ます。結果として、それが組織強化に結びつけ
ることを私たちは切に願っております。先生方、
本当に何度も繰り返しになりますが、地元に戻り
ましたらぜひそういった観点で勤務医に医師会
活動の意義をお伝えになりながら、勤務医の医師
会活動を推進するようにご尽力いただきますよう
によりしくお願いいたします。

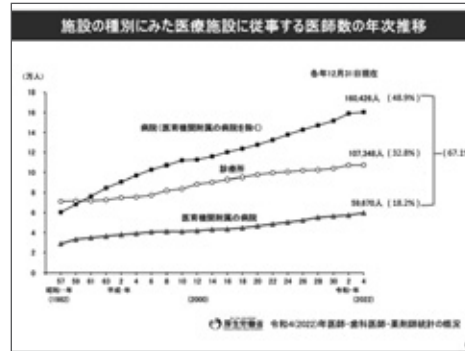
以上でございます。



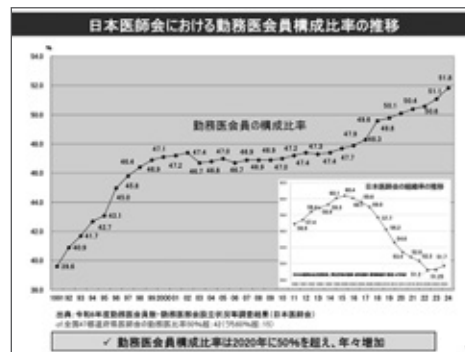
令和6・7年度日本医師会勤務医委員会 委員

委員長	一宮 仁	福岡県医師会副会長 / 福岡県医師会副会長兼 福岡県医師会 顧問	(L)
副委員長	渡辺 憲	鳥取県医師会顧問 / 鳥取県医師会顧問センター-兼 鳥取県医師会 総務	(L)
委員	渡辺 憲史	大分大学医学部医師会会長 / 大分大学医学部 医学部長	(L)
(L)	大久保ゆかり	東京医科大学医師会会長 / 東京医科大学医歯学総合センター 事務局長	(L)
(L)	木村 百合香	昭和大学江東医療院耳鼻咽喉科 教授	(L)
(L)	藤上 学	石川県医師会理事 / 石川県医師会副会長兼 事務局長	(L)
(L)	白石 穂	熊本県医師会常任理事 / 熊本県立大学 看護学 教授	(L)
(L)	杉本 圭樹	大分県医師会理事 / 大分県立大学医学部 主任教授	(L)
(L)	高野 泰弘	富山県医師会副会長 / 富山県立大学 看護学 教授	(L)
(L)	長谷部千愛美	北海道医師会常任理事 / 道庁立十勝病院 事務局長	(L)
(L)	関藤 重多朗	茨城県医師会副会長 / 日立製作所日立日立総合病院 外科主任医師	(L)
(L)	宮田 剛	群馬県医師会常任理事 / 群馬県立中央病院 院長	(L)
(L)	志村 久男	徳島県医師会副会長 / 徳島県立中央病院 院長	(L)

(日本医師会担当役員： 委員長 副委員長 渡辺 憲 副会長、今村 仁 常任理事、藤原 正 常任理事、三本 裕 常任理事)



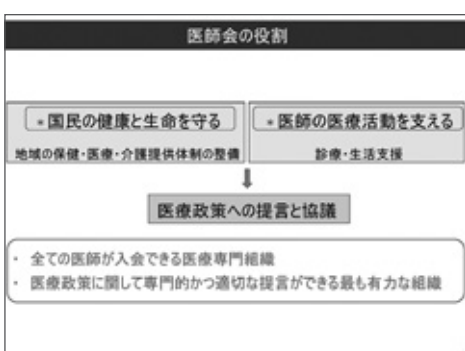
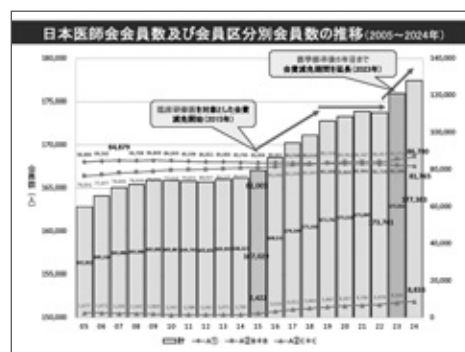
- 日本医師会勤務医委員会の役割
1. 会長諮問事項の検討・答申
今期諮問『勤務医の医師会活動へのさらなる参画について』
 2. 全国医師会勤務医部会連絡協議会の意見具申
シンポジウムのテーマ検討や宣言への意見具申を実施
 3. 都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会の企画・立案
令和7年度都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会(3月23日(金)開催)
協議(1) 医師確保対策について(今村氏に常任理事)
(2) 医師会と大学との協働について(後藤氏兼大分大学医学部医師会長)
 4. 日医ニュース「勤務医のページ」の企画・立案
毎月20日号最終ページ「メイン記事」勤務医のひろば」の執筆者を推薦
 5. その他、勤務医に関わる諸問題等の検討



今期(R6-7年度)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』

前期の会長諮問である『医師会組織強化と勤務医』を踏まえ、勤務医が今まで以上に医師会活動に参画するための具体的方策について検討を行う。



- 日医代議員会における質問・答弁(1/2)
- >「医師会に入るメリットは何か、医師会に入らなければならないことは何かなど、しっかりした情報発信を体現することが大切」
(第157回日本医師会臨時代議員会(2024年6月)に2015年度代議員(福井県)の質問(2)への答弁)
- >「勤務医が会員になったことで、どのようなメリットがあるのかということをお聞きできれば、なかなか私も病院長をやりながらも、全員を入れることは難しいと思います。」
(第157回日本医師会臨時代議員会(2024年6月)に2015年度代議員(宮城県)の質問(1)への答弁)
- >「日本医師会が、赤字決算が見込まれる全国の70%近くの病院ならびに90%以上の大学病院に対し尽力いただいたことは、勤務医に対して日医への入会動機、そしてそのインパクトとなることは明らかだと思います。」
(第158回日本医師会臨時代議員会(2025年3月)に2016年度代議員(宮城県)の質問(1)への答弁)

日医代議員会における質問・答弁(2/2)

> 「経営的な問題、経営改善、たとえば診療報酬であれ、補助金であれ、勤務医の先生方に直結しますし、また、処遇や勤務環境の改善、それから専門医や医学教育の問題など、大学病院や勤務医の先生方、あるいは病院とともに、そういった問題に日本医師会がともに意見を戦わせていくなかで、しっかりと取り組んでいくことが、まさに勤務医の先生方にとって大きなメリットにつながる」と認識しております」

(第159回日本医師会臨時代議員会(2025年2月)における松本会長の答弁より一部抜粋)

- ✓ 勤務医に関わる重要な課題に日医としてしっかり取り組むことが、勤務医の大きなメリットにつながるとの認識が示された！
- ✓ これらの取り組みを国の医療政策まで反映させるためにも、勤務医がこれまでに以上に医師会活動に参加することが求められる！

今期諮問における委員会での議論の概要

<今期諮問>
 『勤務医の医師会活動へのさらなる参画について』
 <議論の概要>
 > 過去の答申で提案された対応策の整理と着実な実行
 > 限られた勤務時間の中で勤務医が医師会活動に参画するための方法の検討
 > 勤務医が医師会活動に参画しやすい環境の整備
 > 医師会活動の理解醸成に向けた大学医師会や医療機関等との協働
 > 医師会活動における若手勤務医の積極的な登用 など

参画促進・組織強化に向けた議論の Key Point

□ 5年間の会費減免期間以降に
 如何に「会員を継続してもらう」ことができるか
 □ 会費減免の5年間に
 如何に「地域医療や医療政策にかかる医師会活動を理解してもらう」か
 ↓
 ■ 「医師会活動に触れる」、「医師会活動を実感する」
 機会や場の設定

◆ 勤務医、病院、大学等に向けた活動方針に係る情報発信
 病院幹部、大学病院や各種病院団体の共感と信頼関係の醸成

新たな地域医療構想

新たな地域医療の構想として、
 ① 地域医療の発展
 ② 医師会活動の促進
 ③ 医師会活動の理解醸成

① 地域医療の発展
 ② 医師会活動の促進
 ③ 医師会活動の理解醸成

急激な人口減少を伴う少子超高齢社会での医療の課題

- 増加続ける国民医療費
- 社会保障費を支える労働人口の減少
- 疾病構造の変化
- 医師の偏在（地域・診療科）
- 地域格差（集中と過疎化）
 限界集落、消滅可能性自治体
- 医療従事者の確保
- 医療機関の危機的経営状況・存続の危機

→ 医療のSDGsを考えよう

医療機関機能

高齢者数、地域居住性確保、在宅医療連携機能、急性期機能強化、専門医療

高齢者数、地域居住性確保
 在宅医療連携機能
 急性期機能強化
 専門医療

大学病院等も、地域医療を担う診療科、病院との連携が重要
 医師の連携機能
 医育機能
 より広域な視点で診療を担う機能

SDGs：勤務医の将来に関わる医療政策

地域医療構想
 医師の働き方改革
 医師の偏在対策

地域医療構想
 医師の働き方改革
 医師の偏在対策

医師偏在対策パッケージ①

総合的な対策パッケージの具体的な取組
 ① 医師偏在対策パッケージ①
 ② 医師偏在対策パッケージ②

勤務医が医師会活動に参加する意義

- ・ 急激な人口減少を伴う少子超高齢社会で医学・医療を進化させるためには、不景気流行の精神で変わらざる／変えざるを得ない
- ・ その時代の医療を支える医師が、やりがいを感じ持って貢献できる医療政策、社会であって欲しい。
- ・ そのためには、より多くの若手医師や勤務医が医師会活動に参画して、私たちと一緒に医療や医療政策を自主的かつ主体的に考えていただきたい。

医師偏在対策パッケージ②

医師偏在対策パッケージ②
 ① 医師偏在対策パッケージ①
 ② 医師偏在対策パッケージ②

医師の働き方改革

影響・弊害・課題

□ 地域医療への影響	・ 医師派遣の削減・廃止 ・ 診療の縮小 ・ 救急患者受け入れ制限
□ 医学・医療水準の低下	・ 研究時間の制限 ・ 経験者の減少
□ 医療安全への影響	・ 勤務時間短縮が原因と考えられる医療事故
□ 医療機関の経営悪化	・ 人件費の増加
□ 医師からの不満	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 勤務時間格差の拡大 ➢ キヤリア形成の不安 ➢ ライフステージに応じた柔軟な制度であって欲しい ➢ 収入減少 ➢ 働き方は何も変わらない

20

勤務医委員会・病院委員会合同委員会の開催 (令和7年4月11日) (2/3)

【病院勤務医に医師会活動に参加してもらうために必要なこと】

「勤務医が地域の医療提供体制にどのように役立っているかを意識してもらう」
「医師会による診療報酬改定への取組が勤務医の普段の診療の円滑化に役立っていることを理解してもらう」
「学校医や産業医などの業務に携わってもらうようにする」
「医師会費の負担を病院側から支援することも検討する」

こなどが挙げられた。

25

これまでの開催日程(日勤務医委員会)

【第1回勤務医委員会】
令和6年10月 9日 (水)13時～15時(WEB併用)

【第2回勤務医委員会】
令和7年 1月17日 (金)15時～17時(WEB併用)

【第3回勤務医委員会・第3回病院委員会合同委員会】
令和7年 4月11日 (金)14時～16時(WEB併用)

【第4回勤務医委員会】
令和7年 7月18日 (金)15時～17時(WEB併用)

【第5回勤務医委員会】
令和7年10月17日 (金)14時～16時(WEB開催)

✓ これまでに計5回の委員会を開催。第3回では初の試みとなる病院委員会との合同委員会を実施。

21

答申の骨子(案)

- I. 勤務医の医師会活動参加に向けたこれまでの発言への取り組み……好事例と課題
 1. 医師会活動の認知度向上に向けた取り組み
 - ① 情報発信
 - ② 機会・場の設定
 2. 「勤務医が関心医師会とその活動」に向けての取り組み
 - ① 医師会組織について
 - ② 勤務医の意見集約の場を設定
 - ③ 若手医師の研修やキャリア形成に対する支援
 3. 病院管理者や大学役員への理解向上に向けた取り組み
 4. 勤務医・若手医師の役員や委員への登用に向けた取り組み
- II. 日本医師会病院委員会との合同開催での組織強化に係る意見交換
 1. 働き方改革、働き方改革、地域医療提供体制などの医療政策・制度に対する意見・要望
 2. 若手医師の教育、意識改革
 3. 女性医師のキャリア形成支援
- III. それぞれの立場で組織強化に向けて変わるべきこと
 1. 日本医師会の活動方針、組織改革
 2. 勤務医委員会委員、各医師会委員の活動強化
 3. 管理者の意識改革
 4. 勤務医の自分事としての自覚醸成

26


勤務医委員会・病院委員会合同委員会の開催 (令和7年4月11日) (1/3)

【開催の経緯】

勤務環境の改善等を通じて、できるだけ多くの病院勤務医に医師会活動に参加してもらうための方策等を検討することを目的として、初の試みとして開催。

【合同委員会の開催にあたり(松本会長)】

「病院経営や医師の働き方に日本医師会がしっかりと関わっていただくことが組織強化につながる」といった視点で今後は取り組みを進めていきたいと述べ、両委員会の委員に対して引き続きの協力が求められた。



22

全国 8 医師会ブロックにおける勤務医部会・委員会の設立状況



27

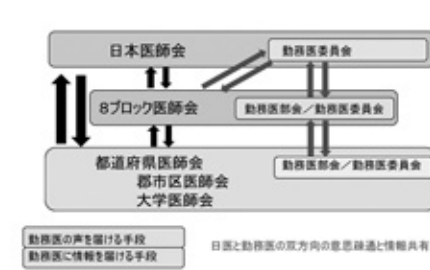
地域医療における医師会と病院の役割

- ・ 都市圏等医師会、都道府県医師会の役割
 - 地域を面として支える地域医療、地域包括ケアシステムづくり
 - かかりつけ医機能の推進
 - 生涯教育の推進
 - 行政、医療・介護等の関係者との「顔の見える関係」の醸成
 - 初期救急医療体制、次の新興感染症への備え(発熱外来、自宅療養)を充実させ、地域の医療機関間での役割分担を推進
 - 日本医師会は上記の役割を支えるための制度設計や財源確保に努める
- ・ 拠点病院、大学病院の役割
 - 高度医療、三次救急医療等の提供
 - 高度な医療技術の研究開発と地域医療への普及
 - 医師・医療従事者の養成、医師の派遣
 - 勤務医に対する地域医療、地域連携の大切さの啓発

✓ 拠点病院や大学病院で働く勤務医には、地域医師会とも連携しながら地域医療を面で支えていくことが求められる

23

ブロック医師会に勤務医部会／委員会の設置目的



勤務医の声を届ける手段
勤務医に情報を届ける手段

28

勤務医委員会・病院委員会合同委員会の開催 (令和7年4月11日) (2/3)

【医師の働き方改革について】

「医師の経費が不十分になっている」
「時間を管理されることによってモチベーションが下がっている」

といった懸念

「制度の改善を求めるべき」
「若い医師を対象として医師の働き方改革に対する意識調査を行うべき」

との意見

日本医師会からは
「病院管理者の制度に対するさらなる理解が必要」
「労働基準法の枠を超えて制度を変えることは難しいが、問題のエビデンスを示して欲しい」

とのコメント

24

今後の開催日程

【第6回勤務医委員会】
令和8年1月23日 (金) 14時～16時 (WEB併用)

【第7回勤務医委員会】 (最終回)
令和8年4月24日 (金) 15時～17時 (WEB併用)

残り2回となる委員会での議論に加え、メンバーリストを活用して補完的な議論を行いながら、会長訪問『勤務医の医師会活動へのさらなる参画について』に対する答申の作成に向け、最終回まで活動する。

29

終わりに

- ・勤務医の医師会活動参画の意義と日本医師会ならびに勤務医委員会の取り組みをご理解いただき、都道府県医師会、都市区医師会、大学医師会等でも勤務医の入会促進・組織強化に向けた活動を推進いただきますようお願いいたします。
- ・医師会活動に触れる場となる各種研修会等の会合の設定、勤務医委員会の活性化・設置の働きかけ、医師会役員や委員会委員への登用などに取り組んでいただきますようお願いいたします。

次期担当県挨拶

12:05 - 12:10

大分県医師会会長

河野 幸治

次期担当県挨拶

大分県医師会会長

河野 幸治 (こうの こうじ)



来年度、全国医師会勤務医連絡協議会の開催を担当させていただきます、大分県医師会会長の河野でございます。

まずは、本日の岩手大会が盛大に開催され、全国各地から多くの先生方をご参集のうえ、熱心な討議が行われておりますことを、心よりお慶び申し上げます。

また、このように充実した内容と優れた企画のもと、本大会をご準備くださいました岩手県医師会会長の本間博会長をはじめ、役員の方、ならびに事務局の皆様方に対し、深甚なる敬意とともに心より感謝申し上げます。

このように素晴らしい大会を拝見し、次期担当県としては大変身の引き締まる思いでございます。先ほどのプロモーションビデオでご紹介いたしましたとおり、大分県には豊かな自然と温泉がございます。大会にお越しいただく折には、その地域ならではの魅力を皆様にも肌で感じていただければ幸いです。

来年度の大分県大会では、「勤務医の声が未来をつくる ～医師会・大学・行政が共につくる地域医療の未来～」をテーマとして開催することになりました。

勤務医の先生方が日々の医療現場で感じておられる課題や思いを大分県医師会、大分大学医学部、そして大分県をはじめとする行政が一体となって丁寧に汲み上げ、それぞれの立場で共有しながら、地域医療の未来をともに築いていく、そのような意義ある協議会にしたいと考えております。

大分県は「温泉県」と称されるほど、別府温泉や湯布院温泉をはじめとする名高い温泉地が県内各地に点在しております。また、食の魅力も豊かで、季節の味覚であるふぐをはじめ、城下かれい、

関あじ・関さば、さらには豊後牛など、多彩な食材に恵まれております。

お酒に関しては、岩手県にはとても敵いませんが、大分県には「いいちこ」「二階堂」に代表される麦焼酎がございます。映像でご紹介した八鹿酒造をはじめ、食文化とあわせてお楽しみいただけるものと考えております。

医療の分野におきましては、災害医療や地域医療連携をはじめ、多職種・多機関が一体となって協力する体制を構築してまいりました。こうした大分県の医療の姿と、先ほど申し上げました地域の魅力をあわせてお伝えできるよう、県医師会といたしましても、役員・職員一同、心を込めて準備を進めているところでございます。

大分の豊かな自然や温泉、食文化、さらには人の温かさに触れていただきながら、地域医療の未来について先生方と大いに語り合えることを心より楽しみにしております。来年度の大分県大会には、ぜひ多くの先生方にご参加くださいますよう、心よりお待ち申し上げます。

なお、大会誌の裏表紙に、次回大分県大会のご案内を掲載しておりますので、ぜひご参照いただければ幸いです。

本日は誠にありがとうございました。

特別講演Ⅲ 13:00 - 13:50

新型コロナウイルス感染症と 今後の日本の医療

講師

国際医療福祉大学学長

鈴木 康裕

座長

岩手県医師会参与・岩手県医師会勤務医部会常任幹事

望月 泉

岩手県医師会勤務医部会副部会長

久保 直彦

新型コロナウイルス感染症と 今後の日本の医療

国際医療福祉大学学長

鈴木 康裕 (すずき やすひろ)



ありがとうございます。国際医療福祉大学の鈴木でございます。望月先生、過分なるご紹介ありがとうございます。令和7年の全国医師会勤務医部会の連絡協議会にお招きいただきまして、ありがとうございます。

昨日の夜は南部美人に大変お世話になって飲み過ぎましたし、今日は先ほどの非常にパワフルな講演で何か圧倒されそうな気がしますけれども、早速講演中にスパークリングと梅酒をポチして頼んでしまいました。

今望月先生からご紹介いただきましたけれども、私は医学部を卒業して神経内科として研修していたのですけれども、厚生労働省の医系技官という医師免許を持って行政をやるのを36年間やっていました。最後は、医務技監という監督の監のほうですけれども、事務次官級のポストで4年前に引退をしまして、今は大学にいます。

実は厚生労働省に医系技官が300人ほどいるのですけれども、その中で医療の診療報酬と介護の介護報酬、両方とも課長で担当したのは3人しかいないのですけれども、3人のうちの両方ともプラス改定だったのは私だけなので、そういう意味では今日は先生方に少しでも私の運をお分けできるようにお話をしたいと思っております。

今日は3つのお話、1つは先ほどもちょっとございましたけれども、私が引退直前に出会ったコロナと医療の関係の話、2つ目は36年間奉職した厚生労働省で私が学んだ10の教訓と、3つぐらいの課題をまとめてみました。最後は、現下の医療機関の面している厳しい状況と高市政権の医療政策というのをちょっと概括してみたいというふうに思っております。よろしくお祈りします。

まず、新型コロナウイルス感染症から何を学ぶ

かということですがけれども、今から20年の過去を遡るとコロナだけではなくて、MERSとかSARSとか新型インフル、5回のパンデミックが世界を襲っています。ということは嫌な考えですけれども、これから恐らく20年の間に数回パンデミックが日本を襲うということになるだろうという前提の下に我々は準備をしないといけないうことだと思っております。

後でちょっとグラフをお示ししますが、感染症のパンデミックの流行は物すごく速いので、病床をそのために開けろと言われても既に入っている人がいますから、なかなかすぐには対応できない。平時と有事の切替えがなかなかスピーディーには医療機関自身はなかなかできないということでもあります。そのため一部待機手術を延ばしたりということにもなるし、外来が少し控えられたりということにもなると思います。

あともう一つ、私が非常に気になったのは、当初は看護師さんの娘さん、息子さんが保育所で断られるとか、そのために病院の駐車場の車で寝泊まりして家に帰らないとか、そんなこともありました。そういう段階で、どうやって医療従事者のモラルを守るかということもありましたし、今日はちょっとあまりお話ししませんが、実はワクチンは日本製は間に合うようにはできなくて、結局は輸入に頼りましたけれども、これもそのままでもいいのかという議論があります。

これは日経新聞の記事ですけれども、これが流行のピークなのです。これが病院の中の入院者数、これがいわゆるホテル療養、宿泊療養で何とかカバーしようということですがけれども、到底ながらこの物すごい波には間に合わない。この

部分の人たちはどこにいたかという、自宅で待機をするしかなかったということです。

後でもちょっと申し述べますけれども、結局は今回の新型コロナは高齢者と基礎疾患のある方が非常に課題だったので、本当は若くて健康な方は別に入院させる必要は全くなかったわけですが、その人たちを在宅で見る基盤がなかったので、この人たちはそういうリスクのある人も含めて自宅で待つことになってしまったということです。

これが外来の症例数を前年比で見たやつですけども、ちょうど思い出していただくと2020年の4月から5月の間に最初の緊急事態宣言が出てきました。そのときに非常に大きなマイナスで外来の患者さんが減ったということです。ただ、波が起こるごとに、程度はちょっと低いですけども、外来の患者さんがやっぱり減っているということになります。

これはイギリスです。イギリスではどうなったかという、NHSの病院部門は、コロナの患者さんの死亡はNHSの病院の中では非常に増えました。しかし、それ以外の例えばがんとか心臓病による死亡は、がんと同じように減っています。しかし、何が増えたかという、在宅で亡くなる方が増えているということなのです。結局病院がコロナのために振り向けられると、今まで病院で診ていた患者さん、心臓病やがんの患者さんが病院以外で亡くならざるを得なくなるということをこのグラフは示していると思います。

コロナがどういう日本の医療の課題を示していたかという、1つは、ある意味で言うと今でもかつかつでやっている、人数がですね。したがって、コロナのように非常に手のかかる患者さんが入ってくると、もうそれだけでかなりアップアップしてしまうことがあります。

それから、実は今日本で看護資格を持っている方は210万人いますけれども、そのうちの3分の1、70万人はいわゆる潜在看護師、看護師として働いていないのです。我々医師は三師調査といって、3年に1回必ず国にどこで働いているかとか届け出ますけれども、看護師にはそういう義務はないので、その70万人の人がどこにいるのか、

働く気があるのかないのかも分からないということになっています。

あとは、非常にDXが遅れていたのも、さっき言った在宅で管理というのがなかなかできなかった、それからマスク等が非常に一時期高騰しましたけれども、これもやっぱりほとんどが中国からの輸入に頼っていたということによっています。

ここまではコロナの課題ですけども、これからちょっと日本の医療が面している10の教訓というものについてみたいと思います。これはまず、先生方よくご存じ人口構成です。特に今までを見ると高齢者が10倍ぐらいになっていますので、この時期は絶対的高齢化、絶対数が増えますので、結局これは施設を増やして、養成して人手を増やすしかない。ところが、これからを見るとほとんど高齢者は増えないにもかかわらず、生産年齢人口が4割ぐらい減ってしまいますので、僕は相対的高齢化と呼んでいるのですけれども、この時期に何が起こるかという2つです。

1つは、税金や保険料払う人が減るので、より財政的には厳しくなる、2つ目は実際に病院や介護施設で働く人が減るので、大幅な人手不足になる。この2つが起きてしまうのではないかというのが1つ目の教訓です。

2つ目、特に右を見ていただきたいのですけれども、高齢者がどういうところに住んでいるかということです。1975年、今から50年前は半分ぐらいの人がおじいちゃんから孫まで一緒に住んでいたということですけれども、今どうなっているかという6割ぐらいの人が1人で住んでいるか、夫婦で住んでいるかということです。夫婦で住んでいる場合も、どちらかに障害や病気があったり、認知症になったりしていますので、なかなか家の中で介護を要する状態になると、昔は孫がいたりお嫁さんがいたけれども、今は誰も家の中に介護する人がいないということで、今まではそういう面倒を見切れない人はどうしていたかという、病院が病床を拡大して吸収していた、これが第1期です。

それから、介護保険が始まった2000年以降は特養とか老人保健施設というようなところで吸収していた。しかし、これもどんどん入所者を増や

していくと介護保険料が上がってしまうので、最近はどうしているかというところもサ高住や有料老人ホームというところが増えて、そういう人たちを吸収してきたということです。

ですから、日本の病床が多いのは、何も医療機関の問題ではなくて、むしろそういう高齢者をほかに吸収するところがなくて、当然病気はたくさん持っていますので、当初は病院が吸収していたということで、それが介護に移り、有料等に移っているというのが現状だと思います。

今後病床自体は恐らくもう増やすことなかなかできないですから、サービス付きのアパートで外から医療や介護を入れるというようなことをやっていかざるを得ないということだと思います。

これは、文科省がやっている体力検定です。青いところが2016年、灰色のところが1998年ですので、18年間違います。どういうことかという、例えば2016年の70から74歳の体力点38.9のほうが、1998年の65歳から69歳の体力点37.7より高いということです。つまり18年経つと男性は生物学的には5年若返っているということです。女性も似たようなものだと思います。

それからもう一つ、私これ厚生労働省の「捕らぬタヌキの皮算用」と言っているのですが、今のままだと生産年齢人口は2017年と2040年を比べると、これだけ千数百万人減ってしまうわけですが、もし65歳から74歳の人たちが健康で働いてくれて、支えられる側から支える側に変わることができれば、ほぼ生産年齢人口は変わらないという図式も描けないわけではない。でもこれをいかに達成するかが重要だということだと思います。

これが財政当局、財務省の人これワニの口と言っているのですが、赤が歳出です。こっちが歳入、入ってくるお金と出ていくお金、この差額が赤字ということですけれども、コロナのときに非常に大きく財政が、医療機関だけではなく、レストランや旅行業を支えるため、それから雇用を継続するために使われましたので、赤字が増えています。

財務省は当然ですが、これだけ赤字が

がって増えたやつを何とか数年で取り戻そうとしますので、これが一つの要因です。

もう一つ、これが高齢者人口の伸び率ですが、これは全体の65歳以上の人口の伸び率で、比較的安定していますけれども、75歳以上の人口の伸び率見ていただくと、非常に上下が激しいのです。何でこんな0.5から4.1、8倍に変わっているのかということですが、2021年に75歳になる人たちの生まれた年は何年かという、1946年です。つまり戦争の翌年はさすがに生まれる人ががって減っているが、もう1年経つともすごく外地から帰ってきた兵隊さんもいて、増えていってベビーブームが起こると。これも当然ながら戦争の帰結として起こったことですが、この結果非常に75歳のその年、もしくは翌年になる人が非常に増えるということ、これがなぜ医療財政的に問題かという、これちょっと最近若干変わっていますが、現役並みの所得のある人は3割ですが、そうではない人たちは70から75歳まで2割負担、その上は1割負担ということなので、ここの残りの1割は誰が負担をしているかというと保険者と国が負担をしているわけなので、当然ここをずらすだけで、もしくは増えるだけで相当大きな影響があるというわけです。

ただ、私は1つ問題意識を持っていて、この人たちの年齢区切りというのは10年、15年全く変わっていないのです。ところが、さっき言ったように20年経つと5歳、人は若くなるわけですから、当然その期間長く働けるというわけです。とすると年金にはマクロ経済スライドという、経済の成長に応じて年金額を改正させるというのがありますが、これ私ではなくて財務省の次官だった矢野さんが言っていたのですが、この70、75という区切りも健康でいられる寿命が延びるのであれば、平均寿命スライドしたらどうなのだと。そうすると当然3割負担する人、2割負担する人増える。ということになると特にカットをしなくても健康であるということで、支出が減ることになります。

それ以外、これ子供の負担ですが、3兆円

ほど増やすというふうに言っていますが、いろいろありますけれども、社会保障改革でも約1兆円を、切り出すと言っているのです。社会保障改革という聞こえはいいですけども、結局は年金は減らせないので、介護と医療をどこから切って持ってくる、さっき松本会長がおっしゃってましたけれども、ということになると思います。

したがって、コロナの後影響、人口学変化、それから子供の費用の捻出、この3つで先ほどの生産年齢人口減るということ以外にも財政的には非常に厳しくなる可能性があるというのが教訓の4つ目。

5つ目ですけども、これが日本の歳入を支えている3つの税金です。これが所得税、給与から引かれるもの、これが法人税、会社が払うもの、これが消費税、我々が消費の段階で払うものですけども、私もちょっと認識不足で、今や消費税が最も税収として多いのです。

この2つの税金と消費税を比べて何が一番違うかということ、例えば所得税はトップのときに26兆ぐらいあったやつが、最低の場合は12兆ぐらいになっています。法人税も3分の1ぐらいになっています。これ何を意味しているかということ、景気動向に非常に弱い。でも、医療や福祉や介護は、ちょっと景気が悪いから来年2割カットでやってくれと言われても絶対にできませんよね。そういう意味では3%のとき、5%のとき、8%のとき、10%のとき、はかったようにきちっと税収を持ってこれる、しかもお金持ちや若い人だけではなくて、高齢者自身も負担するという意味では、消費税は非常に大きな財源だと思っています。

また、法人税や所得税というのは、高い税率をここにかけると、お金持ちとか有利な企業は外国に逃げてしまうのです。消費税はそんなことないですから、国内にいる人だけにかかるということになります。

これはもう言わずもがな、特に病院の先生方は最近重く感じておられると思いますけれども、非課税であるために控除対象外消費税という問題が生じて、例えば10億円のCTとMRIを買えば1億円分は消費税が乗りますけれども、その部分

を患者さんに転嫁することはできないので、病院側の負担になってしまうということなのです。

後でもちょっと申し述べますけれども、薬の費用にはちゃんと乗せて調査をしているので還付されますし、人件費にはかからないので、実際病院の費用のうちで4割ぐらいに消費税の部分が乗っているのです、4%部分が実際消費税負担になっているはずですよ。

したがって、今の4%ぐらいまでのマイナスをした消費税のその部分を解消すれば、何とかプラスに行くというわけですけども、一番大きいのはやっぱり増改築、それから大型の設備の購入、これが単年度なり非常に短い間でかかってきまうということと、それから財務省も馬鹿ではないので、一定の額は診療報酬として医療機関に戻しているのですけれども、その戻し方が病院の種類によって、規模によってちょっと違うということが起こっています。例えばこれ病院団体のほうの調査ですけども、ここがゼロ%ですから、こっちがちょっと言葉悪いですけども、税金以上に還付されている、こっちが税金は還付が足りないということです。青であるところのいわゆる療養がない急性期病院、これは物すごくいわゆる還付不足という状況になっていて、大体5割ぐらいが還付されていない、払っている税金の5割ぐらいが入ってきていないということだと思います。

では、日本の医療費は高いのかということですけども、これ医療だけではないですけども、社会保障全体の比率を国民取得で割ったものが国民負担率です。こちら側が高齢化率で、当然ながら高齢者が多くなると社会保障の負担は多くなるので、大体が右肩上がりの線に乗っていますけれども、日本はここにいるのです。つまり非常に高齢化が進んでいるにもかかわらず、OECDの中で見ると恐らく国民負担率は下から3分の1ぐらいということなので、これ今日の主題ではないですけども、日本は中福祉・低負担ということになっています。

これを解消するには2つしか方法がなく、中福祉を低福祉にするか、もしくは低負担を中負担にするかということです。今の日本の国民が

低福祉が耐えられるかという、私は無理だと思うので、さっきの話ではないですけども、また財務省はなかなか「うん」と言わないと思いますが、基本的には消費税を上げるしかない、それなのに今多くの政党が消費税を下げるという逆の議論をしているというのが、私はちょっとどうかなというふうに思います。

これ国民医療費と、それから高齢化率の変化、それからGDP比ですけども、昔医療費亡国論とかがあって、医療費が増えるということが国を滅ぼすみたいと言っていた人もいましたけれども、こう見ると高齢化率との比でそんなに飛び出して医療費が伸びているというわけではないということが分かると思います。

また、これは推計と現状との違いです。上は医療費、下は介護費ですけども、いずれも現実の値は赤です。推計値、いろいろ推計した年によって違いますけれども、いずれも過大推計になっています。つまりある意味で言うと、私のいた厚生労働省も半分の責任がありますけれども、財政局とか厚生労働省は「おおかみが来た」少年状態で、高い高い、これでは大変だということを宣伝しているけれども、実際は毎年毎年叩かれて、それほど伸びていないということになると思います。

もう一つ、これは所得再分配による所得格差の是正、これジニ係数という経済学的な指数で測られるんですけども、私は昔から税金によって所得格差を狭くするというのが大卒の流れだというふうに思っていたのですが、例えばどの年を取っても所得再分配における改善度というのは、社会保障によるものと税によるものを比較すると、どうでしょう、五、六倍は違うのです。ということは社会保障をぶった切ってしまうと、所得格差を是正するという機能も大きく損なうことになる。したがって、社会が不安定になるということだと思ふのです。

それと、これは令和2年度の患者調査、ちょっと歯科の部分は除いて考えると、全体の患者さんがどういう病気で医療機関に来ているのかというのを示したものですけれども、大きくは3つです。高血圧、高コレステロール、それから成人型の

糖尿病、この3つで約半分の患者さんが来ているということです。この2つ、私は2つの共通点があると思っていて、1つは放っておくと大変なことになる、心筋梗塞になるかもしれないし、脳卒中になるかもしれない。もう一つの特徴は、恐らく最初はほとんど自覚症状がない数値の異常、しかも客観的に捉えられる数値の異常ということです。ですから、これをいかに早く見つけて、うまくコントロールするかということが、日本全体の医療費を適正にコントロールする重要な案件ではないかというふうに思います。

これは外来の回数、年間当たりが青、それから1回当たりのコストが赤ですけども、アメリカはちょっと異常なので外しますけれども、OECD平均と比べても恐らく日本人は倍ぐらい外来に来て、かかる費用は半分ぐらい、これらふたつを掛けた総外来医療費はほぼ一緒ですけども、私は口が悪いのでよく言うのですが、日本は恐らく薄利多売外来になっていて、非常にお医者さんに負担がかかっている、人数が多いだけに、ということなんです。

もう一つ、これは入院ですけども、これドイツ、フランスと比較していますが、こちら側が病床数で見た場合、こちら側が病院数で見た場合ですけども、青が公的医療機関、黄色、もしくはこの辺が民間医療機関です。明らかなのは、ドイツで言うと病床数の85%ぐらいは公的医療機関です。ところが、日本は公的医療機関というのは病院数で見たところは20%ぐらい、病床数で3割ぐらいですので、これがいいのか、悪いのか、いろいろあると思いますけれども、例えばコロナのようなときに病床をちゃんと空けて患者を診てくれと言っても、国立の医療機関は赤字が出ても補填されるので、すぐやれますけれども、民間の医療機関はやはり一定の収支の目測が立たなければ変えることはできないです、倒産してしまいますよね。ということは、「違う」ということは認識する必要があると思っています。

それから、これは日本と各国の医療提供体制の違いで、例えば人口1,000人当たりの臨床医師数。臨床医師数と言っても、私みたいに医者だけけれども、臨床やっていない人は除いてということなんです。

けれども、日本は一番低いですが、ほかとそんなに3倍、4倍の違いがあるわけではないです。ただし、人口1,000当たりの総病床数を見ると、例えばアメリカの5倍ぐらいありますので、では1人のお医者さん当たりのベッド数、逆に言うと病床100床当たりのお医者さんの数で見るとどうなりますかという、当然ですが、日本はアメリカの5分の1ぐらいしかいないということなのです。つまり病院における入院医療のお医者さんの忙しさは、単純に言うとアメリカの5倍忙しいということです。

では、日本の医療水準は低いのかということですが、これは大腸がんの5年生存率で、青が日本、赤がアメリカです。非常に早期から最終的なターミナルのステージまでいずれのステージでも、日本のほうが5年生存率が圧倒的に高いです。しかも、費用は恐らく5倍から10倍違います。つまり日本の医療は、非常にクオリティーの高い医療を隅々まで均てん化して提供しているし、さらにコストは低いということが維持できているので、この美質を絶対に失ってはいけないということだと思います。

これは松本会長も示されたグラフです。私が先ほど申し上げたように医療課長として診療報酬改定やった時はこのぐらいだったので、このぐらいのときは比較的どの種類の病院も3%以上の利益率がありましたけれども、今ぐっと下がって、特に一般病院だとマイナス、これWAMという福祉医療機構の貸出病院ですので、比較的経営状態のいいしっかりした病院なのですが、それでもこの状態だということです。

これは、ちょっと古い統計ですが、ほとんど今でも変わっていません。調剤薬局で、20店舗以上あるようなところで利益率がどのぐらいあるかというところと12%あるのです。この利益率と病院の利益率を比べて、同じ保険診療の中で生きていく機関として、この違いはやっぱり配分に問題があると言わざるを得ないと思いますし、2000年から2017年までの18年間の8兆円、いわゆる在宅、それから外来医療費が増えています、入院外来です。そのうち3分の2が薬剤費と調剤技術料費に費やされています。これもやは

りちょっと効率的ではない、むしろバランスを逸した配分ということになるのではないかと思います。

次、これはどんな病気で男女とも亡くなっているかというのを示したものですけれども、圧倒的にこの黄色い、がんが特に女性の場合顕著ですけれども、子供さんを生み、育て、働く年代に多いのです。もちろんそれより高い年齢になると肺炎とか、心疾患とか、脳卒中による死亡が増えていますけれども。ということで言うと、日本国民にとって最も打撃の大きいのは、がんだということになると思います。

ちょっと心配なのは、例えば乳がんですが、アメリカは罹患率はほぼ横ばいですが、死亡率はどんどん減っているのに対し、日本は罹患率上がり、死亡率も増えています。もちろんこれは対数比なので、必ずしも見かけほどではないですが、それでもこの傾向がもし続けば、日本のほうが最終的に死亡率は高くなってしまいうような状況も考えられると思います。

これはなかなか難しい議論なのですが、肺の腺がんのうち、どういう遺伝子変異が肺の腺がんの原因になっていたかというのを、国がんのバイオバンクとアメリカの統計を比較したやつですが、日本ではEGFRという遺伝子変異が最も多い。ところが、アメリカの場合それは少なく、むしろKRASというのが最も多い。つまりアメリカの分析だけをうのみにして、アメリカのつくった抗がん剤を日本で適用しようと思っても、なかなかうまくいかないということだと思います。

これはイレッサという抗がん剤ですが、2002年に承認されたときは全ての肺がんを対象としていたので、効く人が4分の1、それから薬剤性の死亡が920人年間いましたけれども、2011年に効能変更してEGFRというさっき申し上げた日本人に多い遺伝子変異ですが、その肺がんのみに効能を変換しましたけれども、そうすると4分の3に効いて、薬剤死亡が184人ということで、非常に減ったのです。私が大学を卒業したときは肺がんがどの遺伝子変異で起こるかも全く分析されていなかったですが、今

は約4分の3の肺がんがどういふ遺伝子変異で起こっているかが分かっているのだから、そういう意味ではこの遺伝子分析というのは非常に大きな力を持っていると思います。

これは全く関係ないグラフですが、エコノミストという雑誌から拾ってきたのですけれども、1820年代の世界のGDPのうちに7割ぐらゐがこの茶色の国と肌色の国が占めています。この茶色の国は中国、肌色の国はインドなのです。なぜ19世紀の初めに、この2つの国のGDPが世界の7割を占めていたかというところ、当時の基幹産業は全て農業。農業は人口の規模によって規定されていたので、当時はそういうことになっていたのですけれども、その後産業革命が起こってアメリカやヨーロッパ、日本というのが世界を席巻するようになったということなのです。

私は今これAIが同じことで日本、それから世界で起こっている、医療においてと思っています。2つ例を挙げると、1つはカプセル内視鏡というのがあって、これが数千枚の絵を撮る、上から入れる内視鏡は胃までしか見られません、下からは大腸だけですけれども、小腸が見られるという特性があると思うのですが、これをもしAIがスクリーニングをして、怪しい画像だけを医者に見せるということができれば、数分で医者はそれを診ることを完了することができるということで、労働生産性が非常に上がるということです。

もう一つ、これは乳がんの肝臓転移をAI診断と全米トップの11人の病理医は成績を比較したものがJAMAに載っていたのですけれども、AUCという、これ正解率です。AIは0.994というほぼ全問正解でしたけれども、全米トップの病理医は0.810ということだったので、少なくとも乳がんの肝臓転移の診断については、今やAI診断のほうが全米トップの病理医よりも賢いということになりますし、最近の発表だとUSMLEというアメリカの国家試験、これのジェミニ・メディスンというゲーグルがやっているAIの合格率が99.3%ですから、もはやかなりの程度医師の情報収集分析機能に限定して言えば、かなり代替できてしまうということだと思ふのです。

次は、課題の3つです。1つはかかりつけ医で

すけれども、これちょっと日本医師会の先生方と意見が違ふかもしれませんが、私は50年前の医療であれば聴打診をして、聴診器があればある程度当たりをつけられたと思いますけれども、今はやはりすぐ採血をして、CTを撮ってというスピード感と正確性が求められると思うので、一部の財務省の人が言っているような、ゲートキーパーとして必ずかかりつけ医を経由しないと病院には行けないという制度は今では成り立たないのではないかというふうには思っています。

実際NH S等のゲートキーパー制度を用いている国では、例えばがんであっても数週間から数か月専門医の受診を待たなければいけないというような待ち時間の問題がありますし、大学病院はちょっと別ですけれども、まず何か怪しいことがあれば一定の病院できちんと検査をして、その上でかかりつけ医の先生のところできちんとして管理して、数か月に1回は怪しければ病院に来て、またかかりつけ医に戻るという制度をやるべきではないかというふうには思っています。

それから、去年の4月から医師の働き方が変わりましたけれども、実は私は今の医師の働き方改革は反対だったのですけれども、厚生労働省は実際労働省側と厚生省がくっついた役所ですので、なかなか医療界の意見通らなかつたと思うのですけれども。というのも工場の労働者であれば、他人に自分の労働時間が規定されていますので、何時から何時まで働くというのがきちんとして決まないといけないし、残業時間も規定しなければいけないのですけれども、では医師は自分の労働時間を完全にそうやってコントロールされているのかというと、もちろん外来診療時間の部分とか会議の部分というのは規定されていると思いますけれども、例えば医局にいる時間、これはもしかしたら自分の認定医の試験の準備をしているかもしれないし、学会の準備をしているかもしれないですね。ただ、在院しているというだけで、それを労働時間に入れるというのは、私はちょっとなかなか難しいのではないかというふうには思っています。

それから、なぜそういう制度になつてしまったか、弁護士やその他の医師に非常に近い職業は、

自分で労働時間を管理するということを認められているのに、医師には認められていないのはなぜかという、労働サイドに押し切られたのですけれども、医師には応召義務というのが医師法に規定されていると。応召義務というのは目の前に患者さんが来たら診なければいけないという義務だと。これがある限り自分で医師は労働時間を規定できないだろうというのが彼らの議論です。それは法理論的にはそういうところはあるのかもしれませんが、応召義務というのを規定した医師法というのは昭和20年代にできて、その当時は基本的にはお医者さんが、特に開業医の先生方が救急も全部診ていたので、診療の拒否というのは膨大な結果をもたらしたということですが、今病院に勤めている医師一人一人に応召義務というのは本当にかかる必要があるのかということだと思います。

それから、医師の働き方で私の大学自身も医学部を持っていて、非常に頭の痛いところなのですが、大学病院自身の医師の勤務条件を守るために、一定の医師を大学に置いておかなければいけなくなっているのです。その結果何が起きているかという、今まで地域の基幹病院に出していた医者の一部をやっぱり引き揚げないといけないということになってきて、これがかえって地域の医療事情を悪化させているということがあります。都市部でもそういうことが起きているのですけれども、恐らく都市部以外のところではより重大な結果をもたらしているのではないかと思います。

医療のDX化ということですが、1つ私が思っているのは特に下の2つです。今ほとんどの先生方が病院に勤務されておられる先生多いと思うのですが、病院は100%審査支払機関に電子請求でつながっています。太い回線につながっています。この太い回線が月に何日使われているかという、例えば10月診療分は11月10日だけに全部のデータが審査支払機関に行きますので、30日のうち1日しか使われていないのです。29日は空いている。このセキュアで太い回線をそのまま遊ばせていくというのは、非常にもったいないと私は思っているのです。これを使って、

例えば夜の使っていない時間に1日の差分のデータを吸い上げて、いわゆるガバメンドクラウドみたいのをつくることも可能だと思っています。唯一懸念になっているのは個人情報保護法と、医師の場合で言うと医師法です。医師法は23条に、医師は診療上で知り得た秘密を正当な理由なく、第三者に開示してはいけないと書いてあって、これに反すると刑法の情報漏示罪。漏示というのは漏らす、示すということですが、漏示罪というのに問われて、6か月以下の懲役か10万円以下の罰金になります。ここにかかると、医師は当然医療審議会にかかって、医療資格の停止もしくは取消しになってしまうということなので、医者は誰も喜んで情報を提供しようとしません。怖いから。もちろん患者さんの命を救うために情報を提供するというのは、誰が見ても正当な理由ですが、例えば製薬会社が新しい薬をつくるためにデータが欲しいと言われたときに、一応匿名化をした上で渡すということが、この医師法に反するのか反さないのかというのは、誰もまだ正解を持っていないことなので、そこをきちっとしてあげないとお医者さんはできないということだと思います。

日本は、私はいろんないい面、医療について持っていると思いますけれども、人手不足だとか、医療費の高騰だとか、地域や診療科で格差がある、それからDXが遅れている等々の課題があると思うのです。そういう意味では、ちょっとここに書いていますが、最近CTや内視鏡でもAIが画像診断の支援をしてくれる、ゲノム医療で採取したがんの組織からどういう治療が最も適しているかということも言ってくれる。AIに事前に問診を取ってくれば、実際にお医者さんのところに来たときには、既にどういう症状であるかというのが要領よく、簡潔にまとまっているし、お医者さん非常に手間である退院時サマリーとか診療情報提供書、これも今電子カルテから自動につくってくれて、あとはお医者さんが見て、チェックをして、必要があれば修正をしてサインをすればいい、大体15分から20分かかっていたやつが二、三分でできるというソフトもあります。あとは、手術支援であったり、創薬の支援もAI

でできるということになると思います。

A Iは何がいいかという、3つ私はあると思っていますのですけれども、1つは時間からの解放です。さっき言ったように、面倒くさい診療情報提供書をゼロから自分で打つこともないし、365日モニタリングができて、例えばC P A Pであるとか、心不全であるとか、患者さんが在宅であってもその状況を常に把握することができる。

それからかなり、今オープンエビデンスというA Iがあるのですけれども、これ訴えている症状等を入れると、すべき検査と可能性のある関連診断が全部列挙されて、それにすぐに全部の根拠がでていると。さらに数値を入れると最も可能性のある診断名まで出てくるという優れたものですが、これ本当に数秒でできて、ある一部の報道では全米のお医者さんの40%がこれを使っているというふうに言われています。

あとは、オンライン診療とか、遠隔手術等で空間から開放することができるし、過去30年ぐらいの間どちらかという、経験からこの場合はこうするのだということを上のお医者さんから習うというのが中心だったと思いますけれども、それがデータによって経験値から実際のエビデンスに変わっていくということだと思います。

あと、私が日本が強いなと思うところも幾つかあって、これを日本が生かさない手はないというふうに思っているのですけれども、1つは非常にある意味で言うと、日本全国均てん化された医療データが国民皆保険の下で提供されている、2つ目はさっき申し上げたように、少なくとも病院は100%審査支払期間とセキュアな太い回線につながっている。高齢化率が高い割には比較的医療費は抑制されているし、ちょっとここはなかなか説明しづらいところあるかもしれませんが、トランプ政権下でケネディ保健福祉長官は全てのワクチン学者をワクチン委員会から解雇して、反ワクチン主義者を任命したのです。その結果何が起きているかという、今全米の各州で子供のワクチン、麻疹ワクチンとか風疹ワクチンですけれども、をかなりしないところが出てきているのです。だから、将来恐らくアメリカからの入国者について、ワクチン証明書がないと入国さ

せないというようなことになると思っておりますし、F D AやC D CやN I Hからどんどん人が解雇されているので、そういう米国はこれから医療、保健における地位というのは下がっていくと思えますし、欧州は欧州で一応きっちりした医学教育もあるし、医療機関もありますけれども、G D P比で防衛費を3%から5%に伸ばさなければいけないというのがありますから、当然財政的には厳しいということです。その中で日本はもちろん後で述べる高市政権の安定性はどうかという議論はありますけれども、人口が多く発展しているアジアに非常に近い、しかもそれなりに安定しているし、我々もそんなに毎日危険を感じて生きているわけではないというところがあると思うのです。

デジタルが目指す医療というのは、私は4つのPだと思っていますのですけれども、1つは個人医療です。今までは例えば糖尿病だからとか、肺がんだからということで、一定の同じような薬を出していましたが、その人の生活バックグラウンドとか遺伝子組成とか、親子関係とかそういうものを含めて、あなただけの医療というのを提供することができるし、それに基づいて予測や予防ができるということでありまして、そういうことができれば患者さんにより治療法の選択等々に参画してもらうことができるということではないかと思えます。

先ほど日本の医療費は高いのかという議論をしましたけれども、これは1970年から2023年まで、こちら側が高齢化率です。こちら側が医療費の対G D P比、日本は見ていただくと非常に高齢化率が高いにもかかわらず、欧米で言うと高齢化率が18、19%のときの医療費とほぼ一緒なのです。アメリカはちょっとでかいです。ということを見ると、日本の医療費が高齢化率をちゃんと見て、それを調整した上で高いかどうかという議論は、私はしっかりとしないといけないのではないかなというふうに思います。

これが賃上げの状況の推移です。今までは賃上げというのは本当に2%ぐらいの賃上げでしたけれども、2020年を境に物すごく賃上げ率は上がっています。物価を見ても今まではどちらかというところとデフレだったのですけれども、やっぱり2022

年ぐらいからインフレになってきてきました。デフレ下では、医療費がそれほど上がらなくても物価が下がっているわけですから、賃金と医療費部分ほうまくのみ込めたわけですけれども、実際医療費の中で賃金と物価が上がれば、これはとてももたないということで先ほどのグラフになっていってしまうわけです。

これは改定率を見たものですが、この時代、私が2012年に医療課長だったので、そのときはネットで、ネットというのは薬剤費が減ったやつと医療費本体が増えるやつと2つ合わせてということです。今は医療費本体でしか議論されていないみたいですが、ネットでもプラスだったのです。それ以外のところでどう見るかという、その前の小泉政権下のときもそうですし、その後の安倍政権下のときもそうですけれども、基本的にはずっとマイナスで来ていたということだと思います。

これが平均の年間の病床利用率、もともと8割以上あったものが今平均で言うと7割ぐらいに落ちていきますので、もちろん高齢者が増えてきて急性期の病院の患者さんというのは少しずつ減ってきているということでもありますけれども、これだと本当に医療機関がやっていくのは相当苦しいということになると思います。それでさっきのグラフですけれども、一般に言うと急性期病院は特に利益率が下がってきて、もうマイナス2%ぐらいということです。これ民間企業でマイナス2%数年続けるということは、もう倒産せざるを得ない、もしくは縮小均衡して負債部門を切り離すしかないということになってしまうので、非常に厳しいということになると思います。

最後、あと数分ですので、高市政権の医療政策について若干言及するとすると、これ社会保障政策の自民党と維新の合意です。この二の社会保障政策の中、この三角のところですね、これが4つあるのですけれども、一番上の三角は薬剤自己負担の見直しとか金融所得の反映など目指すと書いてあるのです。目指すというのは、必ずしも何かを確実に約束しているわけではないけれども、そっちの方向にいきましようということです。

次は、いろいろ書いてありますけれども、最後

の協議体を定期開催する。これも会議やりますよと言っているだけなので、大したことはないと思いますが、それ以降この3つ目のところでいろいろ書いてあります。でも、いろいろ書いてあるけれども、全て26年中に具体的な制度設計を行い、順次実行すると書いてあるだけなので、これも一定の方向感しか示していないということだと思います。

1つは、年齢によらない真に公平な応能負担、これ恐らく資産割、今まで所得でしか見ていないものを資産をどう組み入れるかということであると思います。

一番大事なこと何かというと、この一番下です。4つ目の三角はこの2行しかないのですけれども、「昨今の物価高騰に伴う病院や介護施設の厳しい経営状況に鑑み、病院及び介護状態の経営状況を好転させるための施策を実行する」という断言しているのです、国会でも高市さんが言っていましたけれども、補正予算で、額の高はちょっと別ですが、この医療機関と介護機関の経営状況を好転させるための補正予算を必ず確保する、これは自民と維新の両党合意の中に入っているということではないかと思えます。

最後2つ申し上げたいと思いますが、1つは我々の行き着く先はカストロフィック保険か混合診療かということなのですけれども、何を言いたいかというと、もちろんお金が十分あればあまねく必要な医療は全て公的な保険下でやったらいいと思うのですけれども、さっき申し上げたように保険料や税金を払う人が減っていきます。でも、高齢者は減りませんという状況で、医療技術はどんどん進歩していきますという状況になったときに、いずれかの段階で我々は医療の重点をどこに置くかということを実際に議論しないといけないと思うのです。そのときにカストロフィックというのは、例えばがんになったときの延命効果のある抗がん剤だけれども、非常に高いとか、すぐく重症に対する手術だけれども、これをやらないと我々の命は救えないというような重大なところを中心に医療保険を考えるのか、それとも風邪薬とか腹痛の薬とか、そういうところを中心に考えて、非常に重度なところはもう後は民間保険で

やってもらうというようなところ、もしくはお金のある人は自費で払うということにするのかということですが、私は個人的には日本人の多くはやはり重点的なところはしっかり見てほしいというふうに思っていると思います。

もう一点は、書いていませんですが、さっきお話になった久慈社長のところと一緒にですが、やっぱり国内の医療だけを見ていると、どうしても悲観的な話にならざるを得ないです。ところがインバウンドの人がいるし、日本国在住者はいるし、日本の医療が質も評価をされているということであるとすると、国外にもどう展開しているのかということやはり考えないといけないですし、私たちの病院もそうですけれども、例えばインバウンドで来てもらう患者さんに人間ドックをどう提供するのかということも含めて考えていくというのが大事だと思います。

例えばうちの病院でベトナムとか中国から患者さん来られますけれども、当然日本の公的保険持っておられないのでどうしているかという、通常の診療報酬の3倍頂いています。その代わり通訳はつけているのですけれども、そういう意味でそういう方がきちとした状況で来ていただけるのであれば、ある程度国内部分と国外部分をうまく組み合わせて、適正な医療というのを提供することができるという観点もやはり将来に向けてはあるのではないかなというふうに思っています。

ちょうどお時間になりました。ご清聴ありがとうございました。

〔拍手〕

久保（座長）：鈴木先生には本当にコロナで浮き彫りになった日本の医療の脆弱性のお話から財政の諸問題、あと今、国会でも昨日あたりからいろいろ討論されています医制の問題等に関しましては詳細にいっぱい教えていただきまして、本当にありがとうございます。残念ながら、いろいろお聞きになりたいというご希望もあるかもしれませんが、お時間でございますので、これにて特別講演Ⅲを終わりたいと思います。

鈴木先生、どうもありがとうございました。

新型コロナとこれからの日本の医療

国際医療福祉大学 学長 鈴木康裕
(WHO執行理事)
(厚生労働省初代医師長)

新型コロナが示唆する 保健医療の課題

- 従事者/病床数が少ない → 負荷のかかる患者の集中に脆弱
- 離職している有資格者が活用できない
- DX化の遅れにより、自宅における健康管理の支援策が弱い → オンライン診療、ウェアラブル機器、GPSやDX
- 必須医療品のサプライ・チェーンの脆弱性（備蓄の必要性）

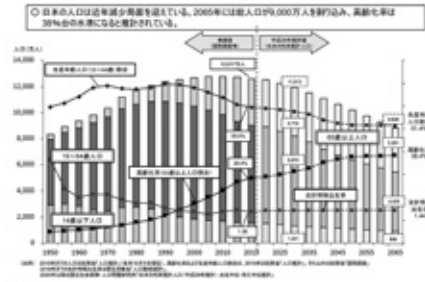
2023/11/08

新型コロナウイルス感染症から 何を学ぶか？

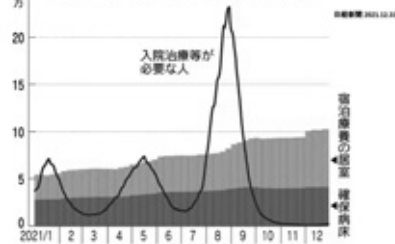
- 20年に5回のパンデミック
- 流行の波と病床逼迫、医療機関の対応（平常時と有事の両立の困難さ）、選択的治療の延期や外来受診控えによる患者の減少
- 医療従事者の疲弊と差別・離職、モラル維持と国民の理解
- 診断薬や治療薬、ワクチンの開発と普及（備蓄、緊急時の国内治験の必要性、国内開発へのこだわり）

2023/11/08

日本の人口の推移



夏の第5波に医療体制は追いつかなかった



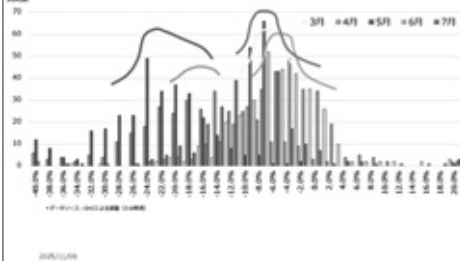
教訓1:

➤ 生産年齢人口が激減する 相対的高齢化

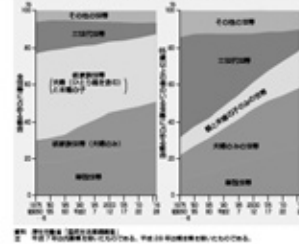
- 一層の財政難
- 求人難

2023/11/08

2020年3~7月 外来症例数前年比

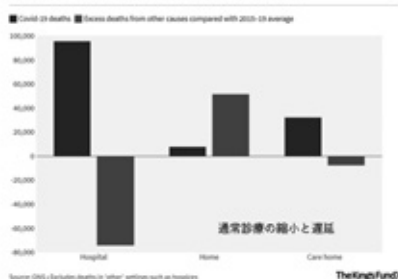


高齢者のひとり暮らし世帯の増加傾向

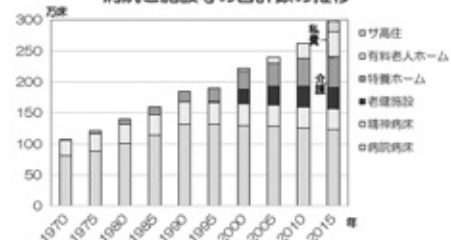


Deaths by place of occurrence

England and Wales, deaths registered between 7 March 2020 and 28 May 2021



病院と施設等の合計数の推移



※ 現在、病院+施設+特定施設等 = 約300万床
(病院は施設の肩代わりをする必要がなくなった)

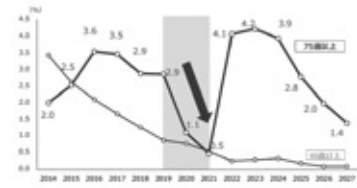
教訓2:

➤ 病床以外でのケアの社会化が必要に

- 個室アパート+外付けの医療と福祉サービス

2025/11/08

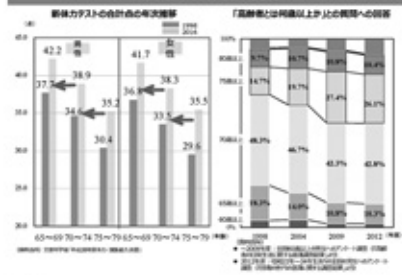
高齢者人口の伸び率



資料：総務省「高齢化率（高齢者人口）の推移（推計）」

2025/11/08

高齢者の身体面の変化



2025/11/08

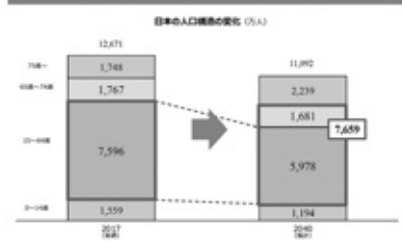
医療費の一部負担自己負担割合について

- 医療費の一部負担は、1割（高齢者）または2割（75歳未満）です。
- 75歳以上の者は、1割（高齢者）または2割（75歳未満）です。
- 75歳未満の者は、2割（高齢者）または3割（75歳未満）です。
- 75歳以上の者は、1割（高齢者）または2割（75歳未満）です。
- 75歳未満の者は、2割（高齢者）または3割（75歳未満）です。

	一般・低所得者	中高所得者
1割負担	1割負担	2割負担
2割負担	2割負担	3割負担
3割負担	3割負担	4割負担
4割負担	4割負担	5割負担

2025/11/08

2017年現在と2040年の人口構成



2025/11/08

少子化対策拡充の内容(全体で年3兆円程度)

社会保険改革	経済的支援の強化
0.9円～1.1円 （その他 1.1円～1.2円）	1.5兆円 ・児童手当の拡充(1.2兆円) ・教育費の負担軽減 ・こども医療費の無償化
既に確保した予算 の最大限の活用 0.9兆円	保育サービスなどの拡充 0.8兆円～0.9兆円 ・こども園でも通園制度 （保育施設） ・幼児教育や保育の質向上
支援金制度 0.9円～1.0兆円	其他の推進 0.7兆円 ・育児給付率引き上げ ・短期勤務者への給付 ・自営業やフリーランス支援

(注) 数字は概数

資料：総務省「少子化対策の推進」

2025/11/08

教訓3:

• まますます健康になる元気な高齢者の活用
（「支えられる側」を「支える側」に）

- 生きるためだけでなく、生きがいに

2025/11/08

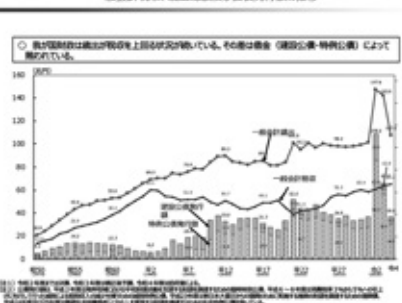
教訓4:

➤ より厳しくなる社会保障財政

- コロナの影響
- 人口学的変化
- 子ども予算の確保

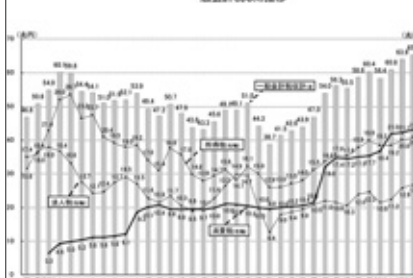
2025/11/08

一般会計収支、歳出総額及び公債発行額の推移



資料：財務省「一般会計収支の推移（推計）」

一般会計収支の推移



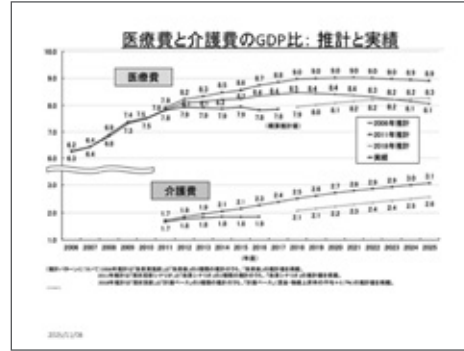
資料：財務省「一般会計収支の推移（推計）」

教訓5:

➤ 消費税:

- 景気動向の変化に強い
 - ↳ 社会保障は消費税に依拠
- 建物・大型機器は別会社 (medical service法人) からリース
 - ↳ 医療機関の担保能力は減退

2025/11/08



2025/11/08

医療と消費税

- 非課税であるが故に、公定価格である公的医療保険下で患者負担に消費税負担分を転嫁できない (控除対象外消費税問題)
- 建築や増改築, 高額医療機器の購入時短期間にマイナス面が顕著
- 医療機関の種類・規模などにより, 「診療報酬に積み上げた」といわれる資源の補填率に格差

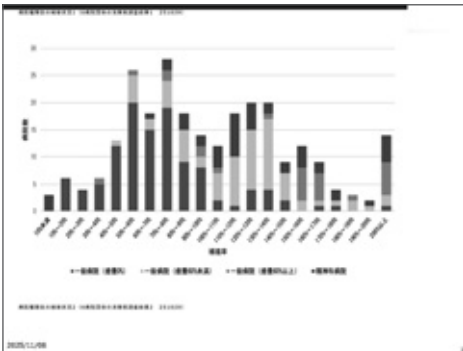
2025/11/08

所得再分配による所得格差是正効果 (ゾム係数) (2017年報告書)

調査年	①-②		③-④		⑤-⑥		⑦/⑧による所得格差
	所得再分配前	所得再分配後	所得再分配前	所得再分配後	所得再分配前	所得再分配後	
2000	0.5283	0.4879	0.3038	0.3471	26.4	24.0	3.2
2006	0.5113	0.4827	0.3070	0.3796	26.3	26.0	3.1
2011	0.5158	0.4867	0.3082	0.3794	25.2	26.3	3.5
2014	0.5104	0.4811	0.3071	0.3792	24.1	25.0	4.7
2017	0.5084	0.4817	0.3022	0.3751	23.4	26.1	4.8

①⑦: 世帯別所得再分配前所得 (調査対象世帯, 調査対象世帯) / ②⑧: 世帯別所得再分配後所得 (調査対象世帯, 調査対象世帯) ③④: 世帯別所得再分配前所得 (調査対象世帯, 調査対象世帯) ⑤⑥: 世帯別所得再分配後所得 (調査対象世帯, 調査対象世帯) ⑦⑧: 世帯別所得再分配前所得 (調査対象世帯, 調査対象世帯) ⑨⑩: 世帯別所得再分配後所得 (調査対象世帯, 調査対象世帯)

2025/11/08



2025/11/08

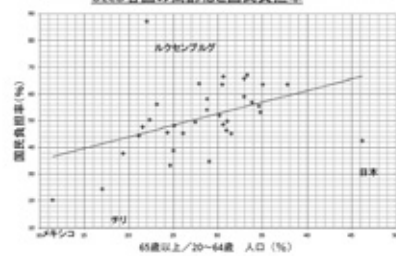
教訓6:

➤ 効率がよい日本の社会保障

- 過大推計の弊害
- 税より所得再分配に寄与

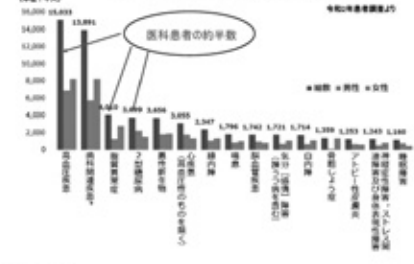
2025/11/08

OECD各国の高齢化と国民負担率



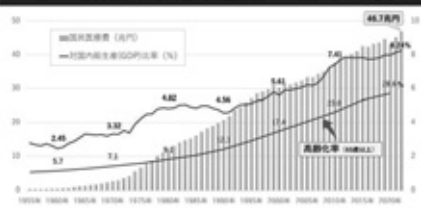
2025/11/08

主な病種の罹患患者数 (罹患患者数が100万人を超えた病種)



2025/11/08

日本の国民医療費と対国内総生産比率、高齢化率の推移



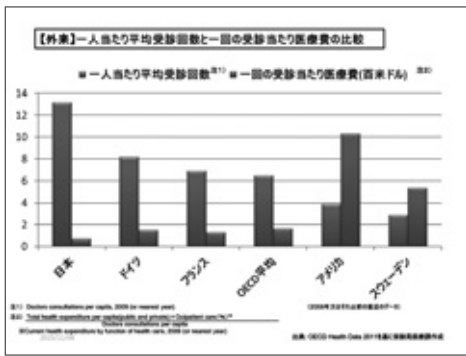
2025/11/08

教訓7:

➤ 高齢者の健康づくり

- 生活習慣病の早期発見と管理
- outcome-based payment の導入を!

2025/11/08



1店舗あたりの保険薬局の店舗別損益状況

○ 同一法人の保険薬局の店舗は、多店舗化するにつれ収益率が高くなる傾向がある。

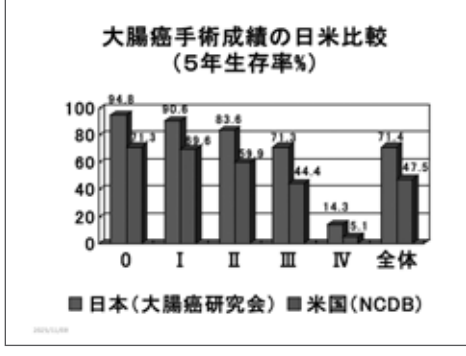
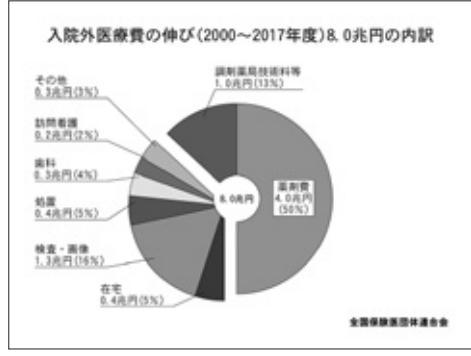
1店舗あたりの状況	同一法人の保険薬局の店舗数			
	1店舗	2-50店舗	6-150店舗	200店舗以上
I. 店舗	150,076	157,490	154,771	220,134
II. 店舗数	79	186	648	563
III. 売上	144,444	151,440	142,442	194,036
IV. 1. 処方数	32,500	30,871	28,493	29,514
2. 医薬品売上	95,374	105,641	99,781	141,903
V. 経費削減率(%)	5,710 (3.8%)	6,235 (4.0%)	12,076 (8.3%)	26,861 (12.3%)

(単位：千円)
 (出典)第21回医療経済実態調査(医療機関等調査) 報告

① 主要先進国における医療提供体制の比較

国名	平均医師数(千人/100万)	人口千人あたりの医師数	人口千人あたりの病床数	病床数千人あたりの医師数
日本	20.2 (16.2)	13.1	2.4	16.5
ドイツ	8.9 (7.5)	8.0	4.3	53.1
フランス	6.9 (5.6)	6.0	3.2	52.8
イギリス	6.9 (5.6)	2.5	2.8	110.8
アメリカ	6.1 (5.5)	2.8	2.6	93.5

出典：「OECD Health Data 2023」(2017年データ)。注：2018年のデータ。
 注：平均医師数(千人/100万)：日本は、急性期病院(日本は一般病院)における平均医師数。



教訓9:

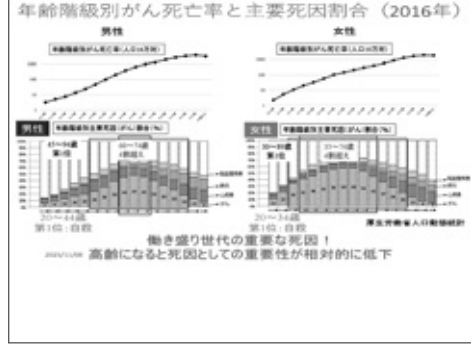
➢ 門前薬局からの脱却

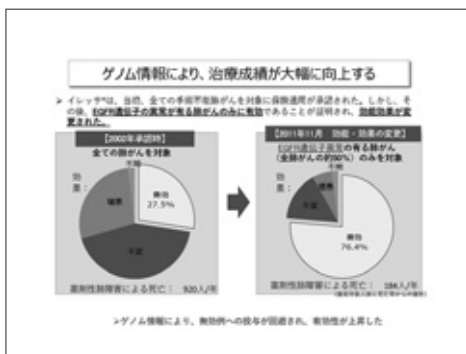
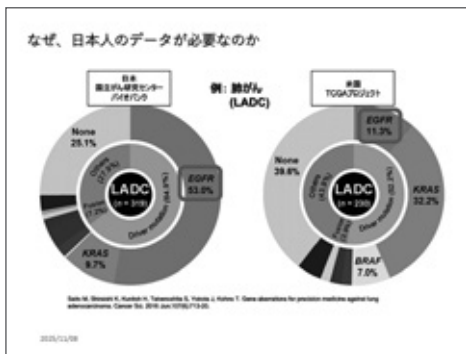
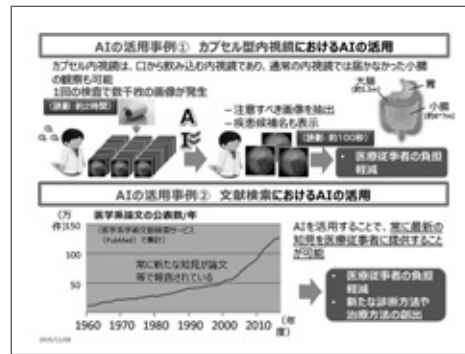
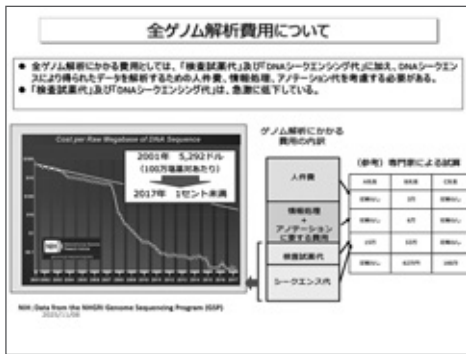
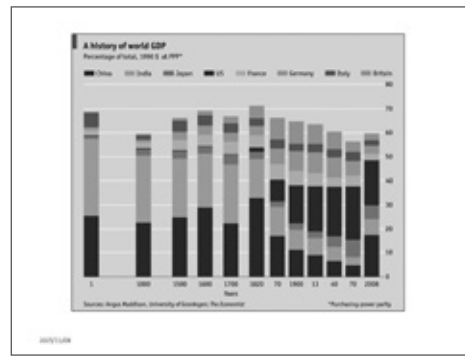
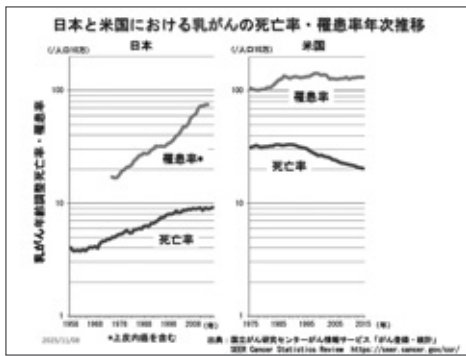
- 可変給付率や差額選定療養
- 院外処方ではall or noneでなく：抗がん剤などの院内処方
- 電子処方箋とウェアハウス型薬局との連携

教訓8:

➢ 過剰病床・過重労働・薄利多売(でも質は良い)からの脱却

- 病床の集中と選択(至適病床数と地域配分は?)
- 大型医療機器の共同利用
- 食事・アメニティ・VIPの付加課金
- AI・DXによるコスト削減

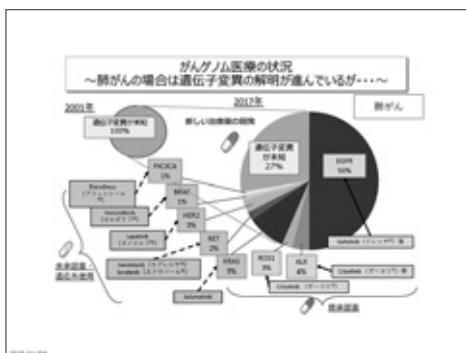




教訓10:

- 遺伝子解析を用いた個別化医療 (特にがん)
- AIを駆使できるか否かが、医療先進国の条件

2015/1/28



課題1: かかりつけ医

- 50年前の医療: 聴打診の意味
- 待ち時間とスピード信仰
- エントロピー拡大の法則
- 「フロントライン・ホスピタル+医療モール」構想 ⇔ ゲートキーパー構想

2015/1/28

課題2：医師の働き方

- 工場労働者と医師
- 在院時間と勤務時間（医局で学会活動？専門医の勉強？）
自己研鑽の定義の曖昧さ
- 応招の義務は人に？組織に？
- カンファレンス：義務と任意
- 土日や夜間・早朝：割増と出産、医療需要
- 救急夜勤と寝当直
- 医療過疎を悪化させる懸念

2025/11/04

日本の強みと未来戦略日本の優位性

- 幅広く均てん化された高品質な医療データ（国民皆保険）。
- すべての病院がセキュアな大い回線と審査支払機関につながっており、月に1日しか使われていない。（全国クラウドの可能性）
- 高齢化率が高いわりには、比較的抑制された社会保障費
- トランプ政権下の米国と安全保障環境が厳しい欧州。
- 人口が最も多く、経済発展が著しいアジアという地政学的利点。

2025/11/04

課題3：医療DX

- AIの宿命
- 電子カルテの統一？
 - カルテの保存義務（5年）？
 - クラウドとオンプレミス
 - 29日と1日
- 個人情報と各職種法（守秘義務）

2025/11/04

デジタル医学が目指す究極のゴール

- 個別化医療 (Personalized)：「あなただけ」の治療法
 - 予測医療 (Predictive)：病気になる前の予兆検知
 - 予防医療 (Preventive)：発症そのものを防ぐ
 - 参加型医療 (Participatory)：患者が自らの医療の主役になる
- ⇒ P4医療の実現により、課題先進国・日本から、ヘルスケア革新を

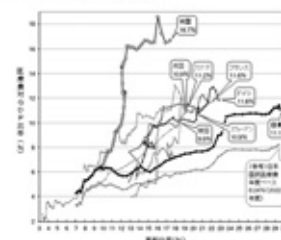
2025/11/04

日本医療が抱える主要な課題4つの深刻な課題

- ① 人手不足：医師・看護師の過重労働、地域偏在。
- ② 医療費の高騰：少子高齢化による医療費の増大。
- ③ 医療格差：地域・診療科によるアクセスの不均衡。
- ④ DXの遅れ：電子カルテの普及率の低さ、データ共有の壁。

2025/11/04

高齢化とともに高まる医療費(1970年～2020年)



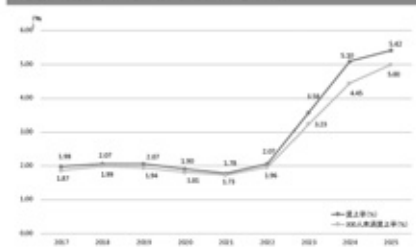
2025/11/04

コロナで露呈した日本の医療の弱点：DX AIによる課題解決の「現在地」

- AIが変える医療の「仕事」
- 課題①・③への貢献：診断・治療の高度化と均てん化
 - 画像診断支援：内視鏡AIによる早期がん検出、CT・X線画像の見落とし防止。
 - デラム医療：遠隔予兆検知による個別化医療の推進。
- 課題①・④への貢献：医療従事者の負担軽減
 - AI問診：導入による待ち時間短縮、医師の予後相談工数削減。
 - 生成AIの活用：診断サポート、疑念状の自動的作成支援。
 - 手術支援：手術支援ロボットとAIによる手術の標準化。
- 課題②への貢献：創薬・治験の効率化：創薬ターゲット検索、デジタル治験などによる、新薬開発期間とコストの劇的な削減。

2025/11/04

買上げ状況の推移（全産業、適合の平均資金方式）



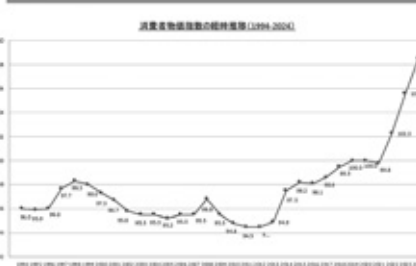
2025/11/04

AIが切り開く未来の医療

- パラダイムシフト：「3つの開放」AIが実現する医療の未来像
- 時間からの開放：24時間365日の遠隔モニタリング、超高速診断。
- 空間からの開放：オンライン診療、遠隔手術支援による地域医療の維持。
- 経験知からの開放：ベテラン医師の「勘」をデータ化し、医療の質を標準化・底上げ。

2025/11/04

物価の動向



2025/11/04

シンポジウム 13:50 - 15:40

人口減少時代に 活躍する勤務医

座長

岩手県医師会勤務医部会副部会長

伊藤 達朗

岩手県医師会勤務医部会常任幹事

吉田 徹

①研修医教育 「岩手の臨床研修医教育

(いわてイーハトーヴ臨床研修病院群の取り組み)」

講師

いわてイーハトーヴ臨床研修病院群 WG 代表・
岩手医科大学医学部総合診療医学講座講師

米田 真也

②総合診療 「目標伝達、勤務環境整備、総合的に診る教育と チーム医療、地域活動で、医師の活躍を支える」

講師

あがの市民病院病院長

藤森 勝也

③医療 DX 「医療 DX - 地域医療連携システムの経験から」

講師

東北大学大学院医学系研究科医学情報学分野教授

中山 雅晴

④女性医 「憧れるのをやめましょう ～混沌の先に居場所があった～」

講師

岩手県立中央病院総合診療科

住吉 明子

⑤岩手県 「人口減少を迎える地域で」

講師

岩手県立病院院長会会長・岩手県立釜石病院院長

坂下 伸夫

座 長

岩手県医師会勤務医部会副会長

伊藤 達朗 (いとう たつろう)

岩手県医師会勤務医部会常任幹事

吉田 徹 (よしだ とおる)



伊藤：それでは、シンポジウムを開催したいと思います。シンポジウムの座長を務めます岩手県医師会勤務医部会副会長の伊藤でございます。

吉田：同じく勤務医部会常任幹事の吉田でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

伊藤：冒頭でもご案内いたしました、全体ディスカッションについてのチラシにQRコードがついております。全体ディスカッションで使用するアンケートフォームへのご入力には15時50分までをお願いいたします。

それでは、早速シンポジウムに入りたいと思います。本日のシンポジウムのテーマは、「人口減少時代に活躍する勤務医」です。様々な立場からの声をお届けしたいと考えております。時間も限られておりますので、講演に入らせていただきます。

なお、演者のご略歴紹介につきましては、抄録の掲載をもって代えさせていただきます。また、フロアからの質疑におきましては、この全てのシンポジウムのご講演の終了後に改めてディスカッションの時間を十分設けておりますので、その際をお願いしたいと思います。

岩手の臨床研修医教育 (いわてイーハトーヴ臨床研修病院群の取組み)

いわてイーハトーヴ臨床研修病院群 WG 代表
岩手医科大学医学部総合診療医学講座講師

米田 真也 (まいた しんや)



まずは、宮田先生はじめ医師会の先生方、大変お世話になっております。そして、座長の伊藤先生、吉田先生、このような機会をいただき、本当にありがとうございます。先ほど伊藤先生に20分間、熱い思いをぶつけていいと言ってもらったので、私の真のタイトルである「教育があるところに人が集まる」という信念のもと、お話ししていきたいと思っております。

まず、いわてイーハトーヴ臨床研修病院群のご紹介です。岩手県には現在11の臨床研修病院があり、8つの県立病院と赤十字、市立病院、大学病院など、様々な経営母体の病院があります。小規模の病院が多いため、自分の病院だけで臨床研修が完結可能な病院はわずか5病院にとどまります。自分のところだけでは難しいことは一緒にやろう、オール岩手で臨床研修に取り組もうということで、この「いわてイーハトーヴ臨床研修病院群」が形成されました。私たちは、教育活動、リクルート活動、そして指導医の教育（FD：ファカルティ・ディベロップメント）を皆で一緒に取り組んでいます。メインの取り組みは、自分の病院だけで研修が完結できない病院の必修研修を他の病院で研修できる「たすきがけ研修」を可能としている点です。基本理念は、地域の背景や経営母体を超えて、良い医師を養成すること、研修医ファーストでベストな研修プログラムを提供すること、研修医が学ぶべきメインであるプライマリ・ケアの研修を充実させること、そして研修医とともに私たち指導医も一緒に成長していこう、というものです。

メインのたすきがけ研修の実績ですが、比較的研修医の数はいるが診療科が揃っていない病院から、診療科が揃っている病院へのたすきがけが

多くなっています。年間でのべ約100人弱がこの制度を利用して他の病院に研修に出ており、非常に盛んにたすきがけ研修が行われています。メリットとしては、研修医が診療科や病院を選んで自分で行きたいところに行き研修できること、自分の病院だけではなく他の病院の文化ややり方を見たり覚えたりできること、気分転換になること、そして他の病院の指導医や同期の研修医と交流しつながりを持つことができる点が挙げられます。デメリットとしては、研修医側からすると電子カルテや病院のシステムが変わるため慣れるのに時間がかかること、そして病院側からすると、異動や住居の手続きなど事務業務が生じること（事務の方々には本当に頑張ってもらっています）、研修医が減るため救急外来の運営などが大変になることが挙げられます。

イーハトーヴ臨床研修病院群では、県内全体で教育活動も行っており、研修医の教育に関わる取り組みを紹介します。1年次には4月に合同オリエンテーションがあり、県内で研修している研修医全員が集まります。県内全体で70人程度と少ないのですが、社会人として臨床現場に出る上で大切な「礼節」、そして「多職種連携」、研修医同士の「つながり」を学んでほしいと開催しています。2日間の日程で、グループワークを中心に進めます。具体的には、アイスブレイク後、グループワークで多職種連携のことや、2年次研修医から病院でやっていく上でのコツを教えてください。知事も毎年激励に駆けつけてくださり、コメントをいただいたり、直接研修医と話してくれたりもします。また、福井大学の救急の林先生にレクチャーをしてもらい、夜は医師会の先生方の歓迎会で懇親を深めてもらいます。翌日には、が

んの告知や治療ができないことなど、「悪いニュースの伝え方」をロールプレイとレクチャーで学びます。さらに、初めて病棟に行ったときの挨拶、情報収集、患者さんとの触れ合い方、トラブルが起こったときの対応などをシミュレーションを通して勉強してもらいます。アンケート結果を見ると、参加後には「礼節」や「多職種連携」について、「説明できる、実践できる」レベルになった人が大幅に増えています。また、「研修医同士のつながり」についても、研修後には「とても重要」と答える方や、「県内の研修医同士のつながりが十分ある」と感じる方が増えました。夜の懇親会についても、「有意義」「やや有意義」と答える方が多く、こうした「つながり」が非常に価値があるものだと彼らも考えていることが分かります。

2年次研修医には、秋頃に臨床能力向上セミナーで全員集まってもらいます。テーマは、これまで習得した技術のお互いの確認、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）、ここでも「多職種連携」、そして「縦と横のつながり」の確認です。これも2日間の日程で行われます。1日目は技術の勉強で、エコー、エコーガイド下CV、外科的気道確保などのシミュレーションと評価を行います。自分ができていると思っていたことが他の研修医と比較してどうなのかを確認できるのが非常に良いようです。指導者には医師だけでなく、検査技師さんなどにも来てもらっています。夜は懇親会です。そして2日目はACPセミナーで、レクチャーだけでなく、ロールプレイやグループワークを交えます。ファシリテーターは医師だけでなく、看護師、MSW、リハビリ、栄養士などのメディカルスタッフにもお願いしています。アンケート結果では、どの項目にもニーズは感じているようですが、会の前後で「必要だ」と答える方が増えており、やった意味はあると考えています。生涯で一度もやらない可能性もある外科的気道確保のシミュレーションの機会があって良かった、という方も多かったです。ACPの知識についても、参加前は「名前は知っている程度」だった方が、後には「大体理解している」「説明できる、実践できる」レベルに大きく増えています。ACPの

イメージも、参加前の「終末期」という印象から、後には「患者を中心に意思決定に関わるプロセス」や「難しさ」を理解してもらえる結果となりました。懇親会のアンケートでは、アルコールを飲みたい人だけにするという試みをしてみたところ、研修医の約半分が「これでいい」と予想通りの結果でしたが、スタッフ側からも「意外といいんじゃない」という声があり、興味深い結果でした。

リクルートに関してですが、単独では規模が小さくて難しい病院も多いため、県内全体の臨床研修病院が集まって、マイナビのような大きな説明会や、大学ごとの説明会を行っています。コロナ禍の際はオンラインでの説明会も実施しました。また、県外の大学に赴き、岩手県出身者を集めて病院の説明会をしたりしています。指導医の教育については、指導医講習会を例年行っており、今年は集合とオンラインを交互に開催するなど、子育て中の方なども参加しやすいように工夫しています。先進地視察として、人気のある研修病院を見学に行き、良い点を勉強して取り入れたり、研修医が倍増している新潟県の行政の取り組みを視察し、還元しようという取り組みもしています。また、JCEP（臨床研修の評価機構）の評価項目に基づいて、年間数回、お互いの病院を見学し合い、良い点は真似し、改善点を指摘し合う「ピアレビュー」も行い、研修システムを改善しています。

これらの活動のメリット・デメリットをまとめてみます。研修医の先生たちにとってのメリットは、希望に応じてたすきがけ研修ができること、学べないことがなくちゃんと埋め合わせができることで、アンケートを見ると満足度は非常に高い結果が得られています。私が重要だと考えているのは、その裏側にある「つながり」です。隣の病院の研修医や大学の同級生など、医者になってからの情報交換ができる「つながり」が非常に大事です。これは研修医だけでなく、私たち指導医も他の病院の先生方と「こういうときどうしているの?」と話ができるのが嬉しい点です。研修医、指導医、メディカルスタッフという縦、横、斜めの関係で広がっていくことが、一番大きなメリットではないかと考えています。デメリット

としては、事務手続きの煩雑さ、たすきがけ研修により研修医が増減することによる指導医の負担増があります。また、集まることが苦手な方もいるため、厳しいアンケート結果をもらうこともあります。予算もかなりかけており、東北の中では臨床研修にける予算は岩手がトップレベルです。アウトカムにつながっているのか、という点が大事ですが、残念ながら今のところ人数の増加という点では十分な効果は得られていないと感じています。これをどうにか「見える化」したいのが、私の課題です。メリットとデメリットを天秤にかけたとき、私たちはメリットのほうが大きいと感じているからこそ、頑張っているわけですが、しかし、教育の効果を定量化して示すのは簡単ではありません。私は2年前まで一般病院で働いていましたが、教育の成果を「見える化」し、全国の学会などで広めて、岩手の臨床研修が良いものだと伝えたくて、去年から大学に移り、総合診療をやりながら卒後教育の研究にも取り組んでいる次第です。

最後に、つながりとメンタルヘルスケアについてお話しします。研修医も常勤医も指導医も、みんな健やかに成長してほしい、そして岩手に良い医師が増えてほしいと願っているから、私たちは頑張っているから、医療関係者の燃え尽きは非常に多いことが知られており、研修医の抑うつになる確率は3割程度と言われています。研修医は、学生から社会人へ、そして医療者として責任が一気にのしかかり、業務の難しさや複雑なコミュニケーションなど、非常に大きなストレスに直面します。指導医も同様で、日本ではかなり教育に時間をかけていますが、なかなか評価されず、指導医も2割程度が抑うつになると言われています。研修医のストレス緩和要因としては、ポジティブなフィードバック、ワーク・ライフ・バランス、十分なサポートシステム、家族や非医療関係者との交流、そして悩みを話す人や場があることなどが挙げられています。メンタルヘルスにおける「つながり」の研究でも、多様な社会資源の継続的な活用、受容されている感覚、共にある感覚、程よい親密さ、仲間との主体的な相互作用、そして居場所の獲得が、つながりが良くな

る要因と言われています。その先行要因として、開かれた社会資源と連携が取れた多様な支援者がいることが挙げられており、これは研修医のストレス緩和要因とかなり共通しています。岩手では、このグループダイナミクスをもってやっていきたいと考えています。グループダイナミクスとは、組織や人が集まることで新たな発想や経験が生じ、より良い方向へ行動変容が得られる仕組みです。具体的には、「つながり」が出来上がることで、組織の中では見えない・言えないことを言えたり見えてきたりすること、診療科や医局を超えた共有や発想などが含まれます。こういったことが、私たちのメンタルヘルスにとっても良い要因になっていくと考えています。近場ではない、少し距離を置いた、たまに会う人だと、ちょっとした相談がしやすかったりするものです。そういう関係性を続けていけることが大事ではないかと考えています。


アウトカムの数字として、臨床研修医の中断者に着目しました。現在の臨床研修制度が始まった2004年以降の統計を見ると、全国の中断者の数は約1.2～1.3%で推移しています(2006年～2009年、2015年～2017年)。岩手も当初は1.5%程度でしたが、2015年～2017年では0.5%と非常に低くなっています。最近のデータがないため、独自に2020年～2023年の調査を20都道府県から回答を得て行ったところ、全国平均は約1%でした。同じ時期の岩手は分母が少ないこともあり1.6%という年もありますが、イーハトーヴ病院群が現在の形になった2011年からの12年間で見ると、やはり0.8%で、比較的低い中断率を維持できていると考えられます。また、研修医の進路として、研修が終わった後に岩手県内の基幹施設で専攻医をしている人は67%、基幹施設にとらわれず岩手の関連病院として残ってくれる人は77%と、非常に高い数字になっています。岩手に残ってくれるという点では、岩手の研修は悪くなかったのではないかと考えています。

岩手では、研修医教育、リクルート、FDをみんな頑張っています。「つながり」はニーズがあり、非常に良い結果をもたらすのではないかと考えております。

〔拍手〕

伊藤（座長）:米田先生、ありがとうございました。
岩手では、臨床研修制度が始まりまして、そのときからオール岩手で研修医を育てようという運動がありまして、このようないわてイーハトーヴ臨床研修病院群の取組ということでお話をいただきました。先生、どうもありがとうございました。

後ほどディスカッションでさらにご意見をいただきたいと思います。

医は手  いわてイーハートヴ臨床研修病院群

岩手の臨床研修医教育

～いわてイーハートヴ臨床研修病院群の取り組み～

いわてイーハートヴ臨床研修病院群 代表
岩手医科大学 総合診療科
米田 真也 (まいた)


医は手  いわてイーハートヴ臨床研修病院群

問題点

自院で研修完結可能な病院は
5 病院のみ

「自分のとこだけで難しいのは、一緒にやろーよ！」



医は手  いわてイーハートヴ臨床研修病院群

教育があるところに、人が集まる

～教育→つながりは世界を救う～

いわてイーハートヴ臨床研修病院群 代表
岩手医科大学 総合診療科
米田 真也 (まいた)


医は手  いわてイーハートヴ臨床研修病院群

いわてイーハートヴ臨床研修病院群

(注) 注釈：「地域版」


- 教育活動、リクルート活動、FDを共に
- 相互にたすき掛け研修可能



医は手  いわてイーハートヴ臨床研修病院群

COI開示


演題発表内容に関連し、開示すべきCOI関係にある企業などはありません

医は手  いわてイーハートヴ臨床研修病院群

いわてイーハートヴ臨床研修病院群

基本理念

- 地域背景や経営母体を超えて、良き医師を養成する。
- 研修医にとってベストな研修プログラム、教育環境を構築する。
- グローバルスタンダードに基づく、プライマリ・ケア研修を実践する。
- 研修医とともに医療の質を向上する。

医は手  いわてイーハートヴ臨床研修病院群

アジェンダ

- いわてイーハートヴ臨床研修病院群のご紹介
- つながりとメンタルヘルスケア

医は手  いわてイーハートヴ臨床研修病院群

たすきがけ研修 実績

20年度 実績一覧 単位：人数 (研修月数)

研修先	研修先	研修先	研修先	研修先	研修先	研修先	研修先	研修先	研修先	研修先	研修先	研修先	研修先	研修先	研修先	研修先	研修先	研修先
岩手医科大学	岩手医科大学	岩手医科大学	岩手医科大学	岩手医科大学	岩手医科大学	岩手医科大学	岩手医科大学	岩手医科大学	岩手医科大学	岩手医科大学	岩手医科大学	岩手医科大学	岩手医科大学	岩手医科大学	岩手医科大学	岩手医科大学	岩手医科大学	岩手医科大学

医は手  いわてイーハートヴ臨床研修病院群

岩手県の臨床研修病院

- 8 県立病院
- 1 赤十字
- 1 市立病院
- 1 大学病院 (私立)




医は手  いわてイーハートヴ臨床研修病院群

たすきがけ研修 実績

20年度 実績一覧 単位：人数 (研修月数)

研修先	研修先	研修先	研修先	研修先	研修先	研修先	研修先	研修先	研修先	研修先	研修先	研修先	研修先	研修先	研修先	研修先	研修先	研修先
岩手医科大学	岩手医科大学	岩手医科大学	岩手医科大学	岩手医科大学	岩手医科大学	岩手医科大学	岩手医科大学	岩手医科大学	岩手医科大学	岩手医科大学	岩手医科大学	岩手医科大学	岩手医科大学	岩手医科大学	岩手医科大学	岩手医科大学	岩手医科大学	岩手医科大学

医は手  いわてイーハトーヴ臨床研修医同僚

たすきがけ研修

メリット

- 診療科、病院を選んで研修できる
- 違う病院のやり方を覚えられる
- 気分を変えられる
- 他院指導医、研修医との交流、つながり

デメリット


- 移動、住居、事務手続き
- システムに慣れるのに時間がかかる
- 自院の研修医が減る

医は手  いわてイーハトーヴ臨床研修医同僚

4月：合同オリエンテーション

- 福井大学 急性 林寛之先生 レクチャー
- 夜は懇親会 (医師会歓迎会)



医は手  いわてイーハトーヴ臨床研修医同僚

イーハトーヴ臨床研修病院群の活動

4月：合同オリエンテーション
4月：マイナビ仙台
5月：岩手医科大学 研修病院合同説明会
8月：合同面接会
11月：臨床能力向上セミナー
12月～2月：岩手県人会
1月：指導医講習会
2月：先進地視察
3月：オンライン 研修病院合同説明会
4月：短期海外研修
※年に3回ビデオレビュー、年に数回オンライン配信レクチャー


医は手  いわてイーハトーヴ臨床研修医同僚

4月：合同オリエンテーション

2日目


- 悪いニュースの伝え方 (レクチャー、ロールプレイ)
- 初めて病棟に行ったときのシミュレーション (挨拶、誰から情報収集するか、トラブル対応)



医は手  いわてイーハトーヴ臨床研修医同僚

イーハトーヴ臨床研修病院群の活動

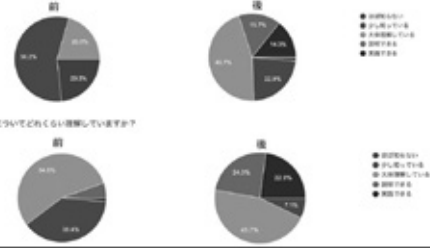
4月：合同オリエンテーション
4月：マイナビ仙台
5月：岩手医科大学 研修病院合同説明会
8月：合同面接会
11月：臨床能力向上セミナー
12月～2月：岩手県人会
1月：指導医講習会
2月：先進地視察
3月：オンライン 研修病院合同説明会
4月：短期海外研修
※年に3回ビデオレビュー、年に数回オンライン配信レクチャー

医は手  いわてイーハトーヴ臨床研修医同僚

受講者アンケート

研修生の人数について、どのくらい理解していますか？

研修医業務についてどのくらい理解していますか？



医は手  いわてイーハトーヴ臨床研修医同僚


4月：合同オリエンテーション

入籍した全1年次研修医 (70名程度)

テーマ

- 社会人としての礼節
- 多職種連携
- 横のつながり

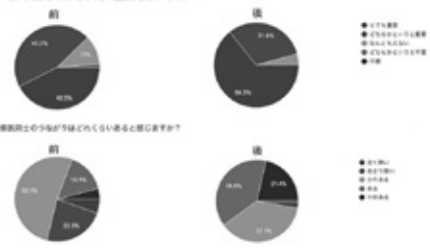



医は手  いわてイーハトーヴ臨床研修医同僚

受講者アンケート

研修医とのつながりを感じるかどうかについてどのくらい重要と考えていますか？

岩手県内の研修医同士のつながりを感じてほしいと思う理由は何ですか？




医は手  いわてイーハトーヴ臨床研修医同僚

4月：合同オリエンテーション

1日目

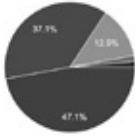
- アイスブレイク
- グループワーク (多職種、2年次研修医)
- 知事との懇談
- 記念写真




医は手  いわてイーハトーヴ臨床研修医同僚

受講者アンケート

「岩手県医師会と新医師の懇談会」はつながりを作るうえで有意義でしたか？




医は手  いわてイーハトーヴ臨床研修病院群


11月：臨床能力向上セミナー

全2年次研修医
(70名程度)

テーマ


- これまで習得した技術の確認
- ACP
- 多職種連携
- 縦、横のつながり




医は手  いわてイーハトーヴ臨床研修病院群


受講者アンケート

研修会の形式はどうでしたか？



スタッフアンケート




医は手  いわてイーハトーヴ臨床研修病院群

11月：臨床能力向上セミナー


1日目 技術

- 腹部、心エコー
- エコーガイド下CV
- 外科的気道確保

※指導者は医師、検査技師



・夜は懇親会

医は手  いわてイーハトーヴ臨床研修病院群

イーハトーヴ臨床研修病院群の活動

- 4月：合同オリエンテーション
- 4月：マイナビ仙台
- 5月：若手医科大学 研修病院合同説明会
- 8月：合同面接会
- 11月：臨床能力向上セミナー
- 12月～2月：岩手県人会
- 1月：指導医講習会
- 2月：先進地視察
- 3月：オンライン 研修病院合同説明会
- 4月：短期海外研修

※年に3回ピアレビュー、年に数回オンライン配信レクチャー

医は手  いわてイーハトーヴ臨床研修病院群

11月：臨床能力向上セミナー

2日目 ACP

- レクチャー、ロールプレイ、グループワーク

※ファシリテーター：医師、メディカルスタッフ




医は手  いわてイーハトーヴ臨床研修病院群

合同説明会

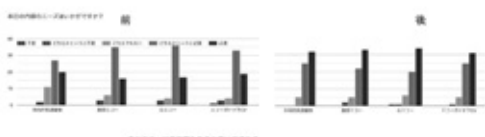
- マイナビ
- 若手医科大学 説明会
- オンライン 説明会




医は手  いわてイーハトーヴ臨床研修病院群

受講者アンケート

研修会の満足度はどうでしたか？



満足度




医は手  いわてイーハトーヴ臨床研修病院群

岩手県人会

各大学にいる岩手出身者対象


- 指導医、研修医で赴く
- オンラインでキャリア相談




医は手  いわてイーハトーヴ臨床研修病院群

受講者アンケート


ACPについて思い強く感じたこと




前



後



意思決定
患者 方針 その家族
選んでも 話し合い 終末期
ましまりづかい 終末期

医は手  いわてイーハトーヴ臨床研修病院群

イーハトーヴ臨床研修病院群の活動

- 4月：合同オリエンテーション
- 4月：マイナビ仙台
- 5月：若手医科大学 研修病院合同説明会
- 8月：合同面接会
- 11月：臨床能力向上セミナー
- 12月～2月：岩手県人会
- 1月：指導医講習会
- 2月：先進地視察
- 3月：オンライン 研修病院合同説明会
- 4月：短期海外研修

※年に3回ピアレビュー、年に数回オンライン配信レクチャー


医は手  いわてイーハートヴ臨床研修医同僚

1月：指導医講習会

1年ごと
集合、オンライン交互

どこに集まるにも、泊りがけ



医は手  いわてイーハートヴ臨床研修医同僚

アジェンダ

- ・いわてイーハートヴ臨床研修病院群のご紹介
- ・つながりとメンタルヘルスケア


医は手  いわてイーハートヴ臨床研修医同僚

2月：先進地視察

人気研修病院を視察

R7：新潟県（県庁）
R6：土浦協同病院
R5：旭中央病院
R4：手稲漢仁会病院
・安城厚生病院
・沖縄県立中部病院
など




医は手  いわてイーハートヴ臨床研修医同僚

研修医も上級医も指導医も、 健やかに成長して欲しい


↓


岩手に、良い医師が増える

医は手  いわてイーハートヴ臨床研修医同僚

年に3回、ピアレビュー

- ・サーベイヤーの訪問
- ・JCEPの評価項目に基づき、お互いシステムを評価、フィードバック




医は手  いわてイーハートヴ臨床研修医同僚

研修医と指導医のストレス


- ・研修医のストレス
生活ギャップ、社会人ギャップ、複雑なコミュニケーション、未熟な医師としてのストレス
- ・指導医のストレス
指導医の方が労働時間長い
日本の指導医は、教育に20%程度の時間をを使う
指導医の2割が仰うつ

～本邦内、わが国における研修医のストレス状況とストレス緩和策の構築およびストレス軽減モデルの開発、医学教育2019～
～他国、臨床研修病院における研修医の構築策およびメンタルヘルスに関する研究、医学教育2019～

医は手  いわてイーハートヴ臨床研修医同僚

活動のメリット・デメリット


メリット <ul style="list-style-type: none"> ・希望に応じた、たすきがけ研修 ・学べないことを埋める ・研修医の満足度は高い ・つながり形成 (研修医同士、指導医同士、研修医×指導医×メディカルスタッフ) 	デメリット <ul style="list-style-type: none"> ・事務手続きの煩雑さ ・指導医の負担 ・集まりが西手な人 ・予算 ・アウトカムにつながる？ ・リクルート効果は？
---	--

医は手  いわてイーハートヴ臨床研修医同僚

研修医のストレス緩和要因

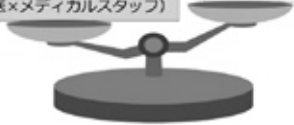
- ・ポジティブ・フィードバック
- ・ワークライフバランス
- ・サポートシステム
- ・家族や非医療関係者との交流
- ・悩みを話す人や場


～本邦内、わが国における研修医のストレス状況とストレス緩和策の構築およびストレス軽減モデルの開発、医学教育2019～

医は手  いわてイーハートヴ臨床研修医同僚

活動のメリット・デメリット

メリット <ul style="list-style-type: none"> ・希望に応じた、たすきがけ研修 ・学べないことを埋める ・研修医の満足度は高い ・つながり形成 (研修医同士、指導医同士、研修医×指導医×メディカルスタッフ) 	デメリット <ul style="list-style-type: none"> ・事務手続きの煩雑さ ・指導医の負担 ・集まりが西手な人 ・予算 ・アウトカムにつながる？ ・リクルート効果は？
---	--



医は手  いわてイーハートヴ臨床研修医同僚

メンタルヘルスにおける つながり

- ・多様な社会資源の継続的な活用
- ・受けられている感覚
- ・共にある感覚
- ・程よい距離感
- ・仲間との主体的・流動的な相互作用
- ・医療者の理解

～本邦内、メンタルヘルスにおける「つながり」の概念分析、鹿児島大学看護学誌2020～

メンタルヘルスにおける
つながり

多様な社会資源の発見的な活用
 ・ 受けられている感覚
 ・ 共にある感覚
 ・ 程よい親密さ
 ・ 仲間との主体的・流動的な相互作用
 ・ 場所の構導

つながり構築の先行要件
 ・ 開かれた社会資源
 ・ 連携の取れた多様な支援者

～現代から、メンタルヘルスにおける「つながり」の概念が、東北大学発祥の地へ～

メンタルヘルスにおける
つながり

多様な社会資源の発見的な活用
 ・ 受けられている感覚
 ・ 共にある感覚
 ・ 程よい親密さ
 ・ 仲間との主体的・流動的な相互作用
 ・ 場所の構導

研修医のストレス緩和要因

・ ポジティブ・フィードバック
 ・ ワークライフバランス
 ・ サポートシステム
 ・ 家族や非医療関係者との交流
 ・ 悩みを話す人や場

つながり構築の先行要件
 ・ 開かれた社会資源
 ・ 連携の取れた多様な支援者

グループダイナミクス

・ 新たな発想・経験
 ・ より良い方向への行動変容

「つながり」 ⇔ グループダイナミクス

・ 組織の中では見えない、言えないこと
 ・ 診療科、医局を超えた共有、発想

例：
 ・ 今回ってこの科長、いいんです...
 → そうか、普通じゃないか。
 ・ ○○の研修室が、大変だった...
 → ワタシのケースはこう解決したよ。

臨床研修医の中断者

全国	2006年～2009年 1.3%	2015年～2017年 1.2%
岩手	2004年～2009年 1.5%	2015年～2017年 0.5%

～平成30年度臨床研修医の中断率に関する調査結果～

臨床研修医の中断者

全国	2006年～2009年 1.3%	2015年～2017年 1.2%	2020年～2023年 注:研修医検から追跡 1.0%
岩手	2004年～2009年 1.5%	2015年～2017年 0.5%	2020年～2023年 1.6%

※イーハトーヴ病院群が現在の形になった
2011～2023年 0.8%

臨床研修医の進路

令和3年度臨床研修医の進路状況

進路	人数	割合
総合医科	24	77.6%
総合内科	0	
総合外科	0	
小児科	1	
産科	13	
精神科	1	
放射線科	1	
救急科	1	
皮膚科	1	
泌尿器科	1	
消化器科	2	
眼科	2	
合計	53	100%

～令和3年度臨床研修医の進路状況～

Take home message

- ・ 岩手では研修医教育、リクルート、指導医のFDを全研修病院で協力して行っている。
- ・ 「つながり」はニーズがあり、ストレス緩和要因となりえる。
- ・ グループダイナミクスを生かした教育で、岩手に良医を増やす！

目標伝達、勤務環境整備、 総合的に診る教育とチーム医療、 地域活動で、医師の活躍を支える

あがの市民病院 病院長

藤森 勝也 (ふじもり かつや)



皆さん、こんにちは。新潟県あがの市民病院の藤森勝也と申します。本日はこのようなすばらしい機会に発表する機会をいただきました。日本医師会の松本会長、また岩手県医師会の本間医師会長、岩手県医師会の皆様方、また望月泉先生に心から感謝申し上げます。

今日の題は、「人口減少時代に活躍する勤務医をどのように支えるか」というものでございます。私は一病院長、そして総合診療に携わる者として、「目標伝達、勤務環境整備、総合的に診る教育とチーム医療、地域活動で、勤務医の活躍を支える」ということで、お話しさせていただければと思っております。COI開示です。開示するべきものはございません。

ご存じのように全国47都道府県、新潟県はこちらのほうにありまして、拡大するとこのようになります。こちらの方、「佐渡の金山」は昨年世界遺産に登録されました。新潟県は県土面積が広がって、全国で県土面積は5位、そして人口は15位、人口密度は35位の県でございます。県庁所在地の新潟市、人口は約75万人でございますけれども、そこから東に20キロぐらい離れたところに阿賀野市がございまして、阿賀野市は人口3.9万人、高齢化率36%の市でございますけれども、そこにある唯一の総合病院が当院でございます。

当院は阿賀野市の唯一の総合病院ということで、公設民営病院でございまして、阿賀野市が建設、JA新潟厚生連が運営をしております。16診療科ございまして、196床、40床は今休んでおりまして、156床で運用、一般・急性期病床92床、地域包括ケア病床104床でございまして、介護医療院や老人保健施設、そして訪問看護

ステーション、健診センター、こういったものを併設している地域密着型の病院でございます。

このような病院は、ある意味では中小病院でございますけれども、「勤務医の皆さんが生き生きと活躍できる場をつくっていくということが、本当に大切なこと」と思っております。そのために病院運営目標を伝達し、勤務環境を整備し、チーム医療を推進して総合的に診る教育や、総合的に診るマインドを持つ医療、そして地域活動、地域包括医療・ケアを展開することが大切かなというふうに思いますので、順にお話しさせていただきたいと思っております。

まず、病院運営目標をそれぞれの医師が知り、それを実践していくというのは、それを達成したときにももちろんそれぞれの医師がやりがいを得ることになりますので、重要と思っております。

今年の当院の目標はこの15項目でございます。患者中心の医療、救急応需に努める、若い人たちに教育していきながら自分たちも成長していく。また、病院での役割や責任を持って、利他、感謝、協働でやっていくということをお伝えしております。また合言葉としてここに挙げておりますけれども、特に患者ファースト、当事者意識を持って、地域の皆さんに愛着を持ってもらう病院になる、地域包括ケアを展開する中心になろう、それから地域医療を最前線で展開、地域に貢献している自覚とやりがい、自ら考え働く病院、言動のポジティブ化をしていこうねということです。また、チーム医療を推進して、働きがいのある職場環境をつくろうねというようなメッセージを出しております。

これは医師のみならず、全職員に伝えていることですが、考え、行動できる医療人に

なろうということで、現代は変動性、不確実性のVUCA時代ですが、こういう時代こそ多職種協働でOODA思考を持って、協働的意思決定をしていくことが大切だろうというふうにお話をしています。

また、勤務医が生き生きと活躍できる場として、勤務環境を整備することが大切でございます。もちろん医療安全に取り組んで、それぞれの医療関係者が安心して自分の職場で働けることが大切と考えておりますので、問題が生じた場合は、すぐに病院長に報告してもらい、病院の組織としてしっかり素早く対応して、不安を除いていくということに取り組んでおります。もちろん「報告、連絡、相談」が大切ということです。

そして、クレームに対しては対面、面会で5W1Hで事実確認して、複数名で対応して、時間を限って素早く対応するという方を方針にしております。

このスライドは、対応策を考えている、多職種で構成している病院危機管理委員会の風景でございます。朝の8時40分ぐらいに集まって、対応策をみんなで考え、共有するというものを行っております。

また、医師の勤務環境を整備することは大切でございます。勤務時間外の緊急でない患者さんの病状説明等を原則行わない、当直明けの半日休暇、メディカルクラークを積極的に活用していく、非常勤医師を確保していく、積極的タスクシフト、そして土日祝祭日の回診は必要最小限として原則はしない。ただし、病棟や救急外来から呼び出された場合はしっかり対応してください。また、年次有給休暇を計画的に取得しましょう。また、職員顕彰制度というのをつくっております。

このスライドは、職員が通る廊下に、職員の活躍を顕彰しているものでございまして、論文を掲示したり、表彰状を掲示したり、発表している姿の写真を出したりというようなことを行っている場所でございます。

心ある言葉を使っていくことが大切と考えておりまして、一つの言葉はそれぞれに一つの心を持っているのです。そして、よい職場環境はよい人間関係からです。よい人間関係は心を持った

言葉から。また、良い人間関係は温かみを持った言葉からつくられていくと考えておりますので、職員の皆さんにはこのことをくり返し伝えております。

当院の医局の2024年の医局ストレスチェックの結果でございますけれども、青が当院の結果で、赤が全国の結果ですけれども、仕事の量的負担や仕事のコントロールは、当院では全国の平均に比べてよいところがありまして、上司の支援や同僚の支援は全国平均並みというのがこのストレスチェックの結果でした。

また、医師の超過勤務時間については2019年から2025年までをグラフに表しておりますけれども、2024年、この緑ですけれども、2025年、この青でございますけれども、明らかに以前よりも減っていることがわかります。

さて、勤務医が生き生きと活躍できる場をつくるためのチーム医療の推進でございますけれども、チーム医療を推進することはもちろん医療の質を向上させ、勤務医の負担を軽減するというもので、どちらの病院も取り組んでいるかと思っておりますけれども、しっかり取り組んでいくことが大切かなと思っております。

このスライドは、2022年に立ち上げた当院の呼吸リハビリテーションチームでございます。また、認知症サポート・身体的拘束最小化チームの様子でございます。ペイシェント・フロー・マネジメントは、やはりチームで取り組むことが大切でございまして、一人一人の状況をチームでしっかりと把握して、しっかり退院支援につなげていくことをやっていくことが医師の負担を軽減すると考えております。

また、ペイシェント・フロー・マネジメントについては、入院患者数や退院患者数、病床稼働率、看護必要度、在宅復帰率、自宅からの入院割合や他病棟からの転棟数についてもチームで把握しながら適宜必要なものは医師に伝えていくということが医師の負担を軽減するというふうを考えております。

さて、勤務医が生き生きと活躍できる場として、総合的に診る教育、また総合的に診るマインドについてでございます。当院の初期臨床研修医への

対応としまして、個々の価値観、多様性を尊重し、自分の考えや価値観を押しつけず、よく話を聞いて否定しない、叱らない。縦の関係でなく、横の対等の関係で、教えるではなく考えさせ、達成させる。持っているものを伸ばすというもので、ですから自分を追い越していく存在として認識する、彼らから学ぶというのを当院の基本的な方針としております。

2017年から、ここから私が病院長になったのですが、このような形で臨床研修医数が増えてきました。また、研修医の先生方が研修する延べ研修数も増えてきております。

研修医の先生は在宅医療、緩和ケア、高齢者ケアを経験いたします。ある研修医が書いてくれたのですが、地域医療研修をして主体的に考えることができ、外来診療や病棟で主治医を務め、判断し、決断し、実行し、結果が見えた。自らの責任で動いて、やりがいもあった。また、無理のない研修内容であり、指導医へのコンサルトがすぐに可能で、フィードバックもしてもらい、コメディカルの方々とも交流を持ちやすい雰囲気であって、教科書や文献も検索する時間があつたと。そして、周囲のサポートとして、職場だけでなく住環境や細やかな気遣いがあり、この土地の温かな人間性にも触れることができたというふうに書いていただいております。

研修医の先生は多様な医療サービスを、包括的かつ柔軟に提供する姿を経験しますし、また臓器別でない診療を経験します。

また、毎日外来に出るので、外来が終わった夕方、研修医の先生方と指導医が省察的実践者として振り返りを行います。今日どんな患者さん診た、どんな検査出した、その結果がどうで、どんな治療を出した、どんなICしたのというような話を日々しているわけでございます。

もちろん先生方もよく使われていると思いますけれども、ファイブマイクロスキルズによる1分間指導法ということで「Get a commitment」、「Probe for supporting evidence」、「Teach general rules」、「Correct mistakes」、「Reinforce what was done right」というようなことを実践しております。

そして、教育については以前、私も40年前に医学部を卒業しておりますけれども、その頃は講義やミニレクチャーでした。けれども、現在やはり自分が経験したのについて、省察的に学習、リフレクティブ・ラーニングですね、省察的実践者になることが、研修医の先生も、また我々指導医側も自分自身を日々自己成長させていくことにつながっていくということは重要というふうに考えております。

このスライドは当院で行っている臓器別でない病棟診療、外来診療、回診の風景でございまして、回診をすることによっても診療の質を高められるというふうに考えております。医局勉強会風景です。お互いに勉強し合って診療の質を高められるように努力していく。また、病院全体での勉強会の風景でございます。

学生の皆さんも当院に来ていただいております。学生もやはりこの在宅医療を経験していただいております。高齢者、疾患を抱えた方が住み慣れた自宅で、しかし病院では見せない自宅での笑顔を診てもらい、病気だけを知るだけでなく、病気を持ちながら家庭で過ごし、そして生活をしているその姿を見てもらうということが、やはり地域医療に対する理解を深めると考えています。必ず在宅医療を経験してもらい、患者さんはこんなふうにご覧しているのだよということを学生さんに知ってもらおうようにしております。

勤務医が生き生きと活躍できる場として、地域活動をすることも重要なことというふうに思っております。特に地域の住民の皆さんに、自分自身の健康について知っていただき、健康関連の問題について知っていただき、それにしっかり取り組むということがその地域全体を健康にしていくということです。これは、市と連携してやっている当院の糖尿病教室、年間6回ぐらいやっておりますけれども、教室の様子です。

それから、私自身も地域の自治会に毎年出て行って、出前健康講座というのをやっているのですが、地域の皆さんがいろんな健康の話を聞くことによって、自ら取り組んでもらって、可能な限り健康寿命を延ばすということに自ら取り組んでいければ、医療資源が少ない状況でも健康

な地域をつくっていくことができるかなという
ことで取り組んでおります。

病院祭は、毎年11月に行っているのですが
れども、もちろんここでも自分の血管年齢や身
体測定をしてもらったりしておりますけれども、
それとともに健康関連情報をお知らせして、住
民の皆さんが自ら取り組んでいただけるように、情
報を提供させていただいております。

また、私自身は中学校に向きまして、「たば
この害」のお話をもう18年間させていただいて
おりますし、「薬物依存」、非常に怖いので、この
話とか、また「命に関わる講演」ということで、
がんに対する講演等もここ数年させていただいて
おります。やはり中学生に「たばこに手出す
と依存して、将来いろんな病気を起こしてくるよ
」ということを知ってもらうということが大切な
と思っております。

また、勤務医が生き生きと活躍できる場として、
職員交流を図ることも大切と思っております。

このスライドは、当院の忘年会の様子でござ
いますけれども、中央が当院の副院長、こちら
の方が整形外科部長、こちらの方が整形外科の先生
でございます。このスライドは中央が内科部長、
そして副院長、内科の先生でございます。このよ
うな形で職員交流を図ることが大切です。この
スライドは当院の今年の歓迎会の様子で、みな
なで元気を出していこう、それからこのスライド
は送別会の様子ですが、こういった機会
に交流を図って楽しもうねというような話をさせ
ていただいております。

また、8月24日は「阿賀野市の民謡流し」で
ございますので、必ず出ています。おかげさまで
阿賀野市の中で我々が最も大きな集団ということ
で、地域の皆さんと交流することが大切という
ふうに考えております。

また、12月には入院患者さんに季節を感じて
いただくということで、「サンタ回診」、「ハン
ドベル演奏」というのをさせていただいており
ます。この前にいるのが当院の研修医の先生で
ございます。地域の新聞にも取り上げていただき
ました。

勤務医が生き生きと活躍できる場ということ

で、経営状況をよくすることは、もちろん職員
モチベーション、勤務医のモチベーションを挙げ
るかなというふうに思っております。

事業収支でございますけれども、2013年から
2016年まで、残念ながら4年間でうちは8億円
ぐらいマイナスでございましたけれども、2017年
から2024年までの8年間では、2億1,000万円
ぐらいの黒字でございまして、特に2019年、20
年、21年、22年、23年の5年間は単年度でもずっ
とプラスというふうな状況をつくり出しており
ます。

2017年から病床稼働率が70、76、78、74、
82、83、82、81%と、このような形で経過しており、
事業収益も41億を超えたときもありました。

そして、100万円未満の取得固定資産も2017年
以降、支出についてはなるべく抑える努力をして
おりますし、100万円以上の取得資産につきま
しても減らすようにしております。2017年は、
病院のオーダリングシステムを替えたので、この
ときは3億9,000万円でした。2023年電子カル
テシステムを導入しましたので、5億2,000万円
でございました。やはりこのICTを導入するの
に費用がかかりますけれども、ICTを導入しな
がら、職員に使っていただくということが職員モ
チベーション、医師のモチベーションを高くして
いくと思っております。確かにICTはお金
かかるのですけれども、やむを得ない出費かな
というふうには思っております。

また、勤務医が生き生きと活躍できる場とい
うことで、地域包括医療・ケアについて最後に残
された時間でご紹介したいなというふうに思
います。こちらのほうは国が示している「地域包括
ケアシステムの姿」でございますけれども、当地
区ではもちろん病院がありまして、病院には
附属の老人保健施設や介護医療院があり、訪問
看護ステーションもあって、健康管理センター
もありますので、高齢者が住み慣れた自宅で最
期まで自分らしく過ごしていけるようにとい
うことを支援できる仕組みになっておりますし、
当院は公設民営病院ということでございますから、
市と協力した介護予防事業や社会福祉協議会とも
協力させていただいているわけでございます。

「地域包括ケア」、自らの健康管理をしっかりとやっていく活動を支援していくという「自助」、また住民の皆さんがお互いに助け合っていくということも、これから人口減少、労働者が少なくなっていくときでは非常に重要でございますので、こういったことについて病院が、先ほどからお話ししているようなことに関わらせてもらっておりますし、地域医療フォーラムなどもやらせていただいているわけでございます。

また、私自身は少しでも阿賀野市のお役に立ちたいということで、阿賀野市高齢者福祉計画及び阿賀野市介護保険事業計画策定委員会の委員長や、阿賀野市地域密着型サービス運営委員会の委員長、阿賀野市地域包括支援センター運営委員会の委員長等をさせていただきながら、意見を市の方に伝えさせていただいております。また、市と病院の運営協議をする会も毎月行わせていただいております。

第8期、第9期の介護保険事業計画については、私は策定委員長をさせていただきました。病院が行っている地域活動、こういった活動に勤務医や職員が参加することによって、地域の住民に我々は貢献しているのだということ、地域づくりに役立っているのだということ、それぞれの人が知ることによって、モチベーションアップにつながっていけばいいかなというふうに思っております。

また、介護施設は施設内での急変時に非常に困りますので、介護施設・病院連携会議を2017年からこれまで56回行ってございまして、昨年4月からは毎月「診療情報及び急変時の対応方針と共有カンファランス」を行わせていただいております。

ちょっと話は変わりますけれども、当院は国民健康保険診療施設協議会の一員になってございまして、私がその施設経営委員会の委員長を仰せつかっております。国診協施設数は800弱あるのですけれども、診療報酬改定の要望を集めまして、これをまとめた「要望書」をつくらせていただきまして、今年4月11日に会長と共に厚労省の保険局長に手渡しさせていただきました。その時の風景を示したものでございます。

当院は、ありがたいことに地域の皆さんに支えられながら、昨年70周年を迎えることができました。市長さんとともに、また県の医師会長や地域の医師会長、そして近隣の病院長の先生方と新潟大学の病院長等に参加していただきながら、祝賀会を行うことができました。

住民の皆さんに役立つには「医療を継続させる」ということで、当院も80年、90年、100年と続けていければいいかなと思っております。

これから人口減少、高齢化社会になっていきますので、地域包括医療・ケアを展開する病院のあることが大切かなと思っております。それには内科、総合内科、整形、リハビリなどを充実させていきたいと思っております。

これからの高齢化社会、そして人口減少時代には患者が抱える複合的な疾患を総合的に診る、病気を診るだけでなく人と地域を丸ごと診る、患者さんに寄り添い地域のニーズに合わせた医療、介護、福祉を総合的に提供する地域医療、地域の皆さんから愛着を持ってもらえる、地域包括ケアを実践することが大切かなということで、職員皆さんにお伝えさせていただいております。

確かに国や地方の財政や診療報酬は限界がありますけれども、阿賀野市は健康寿命日本一を目指している自治体なので、協働で地域包括医療・ケアをとともに展開していきながら、地域に役立つということが職員モチベーションを上げることになっていると思っております。

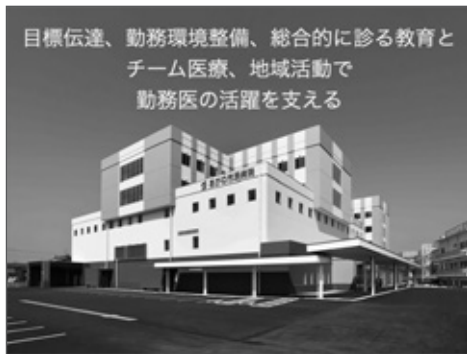
ありがたいことに2025年10月11、12日、日本地域医療学会を新潟の地で開くことができました。「地域で学び、地域に活かし、みんなで育み紡ぐ、未来希望の地域医療」をテーマとさせていただきます。ここにも職員が参加して、全国学会を我々が運営できたということで、これも職員モチベーションにつながっていると思っております。

私自身は一医師として、一兵卒としてこれからも地域に役立つことをやっていければありがたいと思っております。

ご清聴ありがとうございました。

〔拍手〕

伊藤（座長）:藤森先生、ありがとうございました。
あかの市民病院は地域の中核病院として、非常に
多方面にわたって活躍しているということが本当
に分かりました。ありがとうございました。



**令和7年度
全国医師会勤務医部会連絡協議会
利益相反の開示**

筆頭発表者名：藤森 勝也

私は今回の演題に関連して、
開示すべき利益相反はありません。



施設概要
(市の唯一の総合病院)(公設民営)


・診療科目
内科・神経内科・外科・整形外科・脳神経外科・小児科・皮膚科・泌尿器科・産婦人科・眼科・耳鼻咽喉科・リハビリテーション科・放射線科・麻酔科・心臓血管外科・歯科口腔外科 (16診療科)

・許可病床数 196床(156床で運用)
・(一般病床92床・地域包括ケア病床104床)

・外来診療日 月～金曜日
・(休診日:土・日・祝日・年末年始・夏季特別休診日)


勤務医が生き生きと活躍できる場

- ・ 目標伝達
病院運営 目標
- ・ 勤務環境整備
- ・ チーム医療の推進
- ・ 総合的に診る教育
- ・ 地域活動
- ・ 地域包括医療・ケア



勤務医が生き生きと活躍できる場


- ・ 目標伝達
病院運営 目標
- ・ 勤務環境整備
- ・ チーム医療の推進
- ・ 総合的に診る教育
- ・ 地域活動
- ・ 地域包括医療・ケア



- 今年の目標!**
- 1: 患者中心、質の高い医療を提供する外注
 - 2: 病床稼働率85%以上(介護医療併稼働率95%以上)
地域包括ケア病床の積極的活用
 - 3: 可能な範囲での救急応急に備える 輪番日表示
 - 4: 各診療科の維持、継続、発展を育てる
シニア医師・医長の活躍、生涯現役
 - 6: 地域医療・連携センター・看護部によるPMH
 - 6: 在宅医療部門の充実化 訪問診療科数20科以上/月
 - 7: 教育、専門制度への対応 初期臨床研修医 教育と成長
 - 8: 研修、在野検討会、院内勉強会 開催
 - 9: 阿賀野市との連携
 - 10: 医療連携病院、全県域域域、出前診療連携 開催
 - 11: 院内行事の充実 セミナー、クリスマスコンサート、病院祭 等
 - 12: 研修センターの充実 厚生労働省指定医員に待遇よく！！ドックデータは診療に
 - 13: ボランティアの活躍
 - 14: 互換の差(90%以上)の積極的利用
 - 15: 地域・病院での役割と責任(利他、感謝、協働)


合言葉

- ・ 患者ファーストの医療
- ・ 病院運営に対する当事者意識を持つ！！
- ・ 地域愛着病院となる
- ・ 履修診療の下で、最大のパフォーマンスを発揮する
市民病院づくり
- ・ 市民病院は「地域を守る」
- ・ 地域包括ケアの中心となる
- ・ 在宅医療の推進 地域医療を最前線で展開
- ・ 「地域に貢献している自覚とやりがい、自ら考え動く病院、
言動のポジティブ化」
- ・ 「病院の経営基盤を安定させることが、医療を継続させ、
地域医療の質と安全性を担保するものである」



合言葉

- ・ 「病院の役割は入院診療」「救急室から病棟へ」
「外来から病棟へ」
- ・ 「他院、他施設からの患者紹介:積極的受入れ」
- ・ 「地域開業医、施設からの患者は断らず受け入れを」
- ・ 「チーム医療の推進」
- ・ 「知恵を出す」「汗を出す」「目標を持って!!」
- ・ 「業務改善を図れ!!」
- ・ 「医療を通じて、阿賀野市の発展に貢献しよう!!」
- ・ 「標準的な医療の提供」
- ・ 「働き甲斐のある職場環境を作ろう」



考え行動できる医療人になる (OODA思考)

- ・ **VUCA時代**
Volatility (変動性)、Uncertainty (不確実性)
Complexity (複雑性)、Ambiguity (曖昧性)
- 「ピラミッド型」から「ネットワーク型」
(現場の成功体験、多職種協働)
- ・ **OODA思考**
Observe (観察)、Orient (状況判断)、Decide (意思決定)
Act (実行)
- ・ ニューノーマル・next normal:
働き方の追求、成功体験・やりがい発表会
- ・ シェアード・デシジョン・メイキング
(shared decision making) (協働的意思決定)



勤務医が生き生きと活躍できる場

- ・ 目標伝達
病院運営 目標
- ・ 勤務環境整備
- ・ チーム医療の推進
- ・ 総合的に診る教育
- ・ 地域活動
- ・ 地域包括医療・ケア



医師の勤務環境整備

- ・ 勤務時間外に緊急でない患者の病状説明等を原則行わない
- ・ 当直明け半日休暇
- ・ メディカルクラークの活用
- ・ 非常勤医師の確保
- ・ 積極的タスクシフト
- ・ 土日祝祭日の回診は必要最小限
(日直当直にあたっている場合はその時に)
- ・ 土日祝祭日：原則：病棟・救外からの呼び出し対応
- ・ 土日祭日の回診は不要 (自由)
- ・ 年次有給休暇の計画的取得
- ・ 職員顕彰制度 (職員通路の掲示)



医療安全

- ・ 医療事故
「医療に関わり、患者様に被害が及び、賠償など考慮が必要な事例の検討」
- ・ 時系列、因果関係、責任の有無、責任ありの場合の補償
- ・ 問題が生じた場合、すぐに病院長報告とし、事務長・医事課長等ごく少数の人員が対応することなく、病院の組織 (病院危機管理委員会) として対応
- ・ オーダリングの時針、モニターの時針、医療機器の時針：正確な時間を (看護師さんより)
- ・ 医療水準：「添付文書に従う」、「ガイドライン」、「今日の治療指針」
- ・ 「全力を尽くしましたが、残念な結果に終わってしまいました。申し訳ございませんでした」
- ・ 「礼儀、愛情、誠意」：三種の仁義



職員の活躍を顕彰

論文掲示
表彰状掲示
写真掲示

なんでも報告 (アサテイラのルール)

報・連・相

苦情 → まず病院長に報告

「知恵」の提案を



「心のある言葉を」

- 一つの言葉で泣かされて、一つの言葉で大笑い
- 一つの言葉で喧嘩して、一つの言葉で仲直り
- 一つの言葉で気がめいり、一つの言葉で気が晴れる
- 一つの言葉で愚痴をいい、一つの言葉でありがとう
- 一つの言葉はそれぞれに、一つの心をもって



クレーム処理に関して

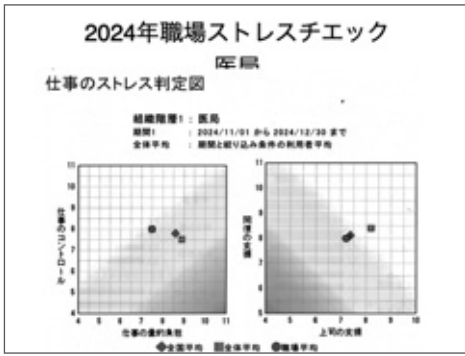
- ・ 対面 (面会)、事実確認 (5W1H)、複数名
時間を限って
- ・ 時・ヒト・場所
- ・ その場で結論を出さない
- ・ 別室で



「心のある言葉を」

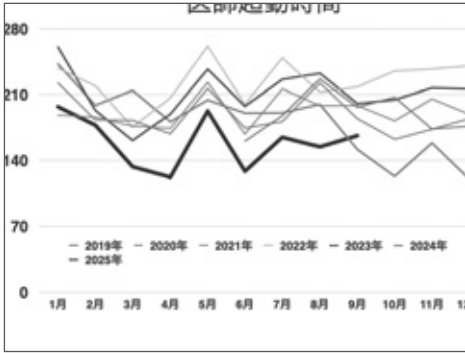
- 良い職場環境 は、良い人間関係から
- 良い人間関係 は、一つ一つの言葉から
- 良い人間関係 は、心をもった言葉から
- 良い人間関係 は、温かきをもった言葉から





PMF patient flow management

- ひとり一人の状況を、身体的、精神的、社会的背景から、しっかりと把握し、入院中・退院後も含めた一貫した支援を行う
- 院内連携、地域とのつながり、切れ目ない医療
- 看護必要度
- 患者・家族希望



PMF patient flow management

- 入院患者数
- 退院患者数
- 病床稼働率
- 看護必要度
- 在宅復帰率
- 自宅からの入院割合
- 他病棟からの転棟数

勤務医が生き生きと活躍できる場

- 目標伝達
病院運営 目標
- 勤務環境整備
- チーム医療の推進
- 総合的に診る教育
- 地域活動
- 地域包括医療・ケア

勤務医が生き生きと活躍できる場

- 目標伝達
病院運営 目標
- 勤務環境整備
- チーム医療の推進
- 総合的に診る教育
- 地域活動
- 地域包括医療・ケア



初期臨床研修医 対応

- 個々の価値観（多様性）を尊重する
- 自分の考えや価値観を押し付けない
- よく話を聞く、否定しない、叱らない
- 縦の関係でなく、横（対等）の関係
- “教える”ではなく、考えさせ、達成させる
- 持っているものを伸ばす
- 自分を追い越していく存在として認識する
- 彼らから学ぶ





関東地方病院からの研修医として、あの市民病院にお世話になりました。慣れた土地と地域医療から研修を受けることで、新たな経験と視野を得られるのではと考え、あの市民病院での研修を申し込みました。

生活圏に考え直し
その前々年地方病院では、病院全体の教育体制が整っていることに加え、医師と研修医とは立場ははっきりと違い、研修医2年目になり、自衛隊に変わるがまま多くの仕事に追われ、いつの間にか日々の診療が過ぎて行くことに、これでいいかと考えるようになっていました。

2年目の研修医において、この市民病院での研修生活は、2年目の研修医にはとてもありがたかったです。研修医としての経験、全てが新鮮で緊張感がありました。慣れたことばかりでしたが、そのどれもが印象的で、自らの経験として深く刻まれたと思います。この研修生活は、私にとっても、自らの病院では出来ない経験であったと思います。

外来や病棟の実務では、研修医のコンプライアンスの面で、フィードバックも常に行っていました。この研修生活で、コンプライアンスを再確認し、時に話し合い、時にご指導頂き、より質の高い医療に繋がったと思います。

また、業務に追われることなく、貴重な症例数に対して研修医が対応できるのももちろんとあり、自分の能力に合わせてバランスを調整出来るだけの余裕があり、日々の診療をきちんと消化することが出来る環境でした。

Five Microskillsによる1分間指導法 (One Minute Preceptor)

- Get a commitment
学習者の診断を訊く
- Probe for supporting evidence
診断根拠を訊く
- Teach general rules
一般論を示す
- Correct mistakes
誤りを正す
- Reinforce what was done right
できたことを褒める

研修医の活躍、教育、成長

慣れない土地で、知り合いもおらず、最初は戸惑いを感じたのが正直なところでした。想像以上に暖かく迎えて下さった院長や指導医の先生方はもちろん、コメディカルの方々、事務の方々、病院の全職員方に本当にお世話になりました。1か月だけでなく、1年間の研修生活に関しても、ご指導ご鞭撻のおかげで、ストレスなく1か月を過ごすことが出来ました。

業務の中では患者様やご家族と交流し、この土地の温かみを感じることができました。休日には新潟県の観光に足を伸ばし、この土地の空気に慣れました。1か月経つと、なんだか離れ難く、阿賀野は私にとって特別な土地となりました。

至らない点がたくさんあったかと思いますが、受け入れ、支え、ご指導いただき、本当に感謝しています。貴重な経験を自らの成長の糧とし、これからも邁進して参ります。

成人教育

- Pedagogy
● 教師主導型
● 講義、ミニレクチャー
- Andragogy
● 自己主導型（学びの主体）
● Problem-based learning (PBL)
● ファシリテーター、タイムキーパーとなる
- Post-andragogy
● 省察的学習
● reflective learning
● 振り返り、批判的な気づき
● 省察的実践者、メンター





勤務医が生き生きと活躍できる場

- ・ 目標伝達
病院運営 目標
- ・ 勤務環境整備
- ・ チーム医療の推進
- ・ 総合的に診る教育
- ・ 地域活動
- ・ 地域包括医療・ケア

勤務医が生き生きと活躍できる場

- ・ 目標伝達
病院運営 目標
- ・ 勤務環境整備
- ・ チーム医療の推進
- ・ 総合的に診る教育
- ・ 地域活動 職員交流を図る
- ・ 地域包括医療・ケア





大忘年会



12月 サンタ回診
新潟日報



元気出して行こう!!

勤務医が生き生きと活躍できる場

- ・ 目標伝達
病数運営 目標
- ・ 勤務環境整備
- ・ チーム医療の推進
- ・ 総合的に診る教育
- ・ 地域活動
- ・ 経営状況




楽しもう!!

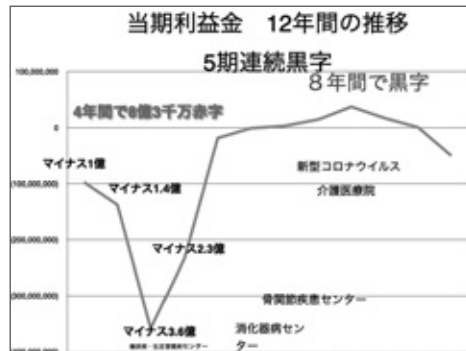
事業収益



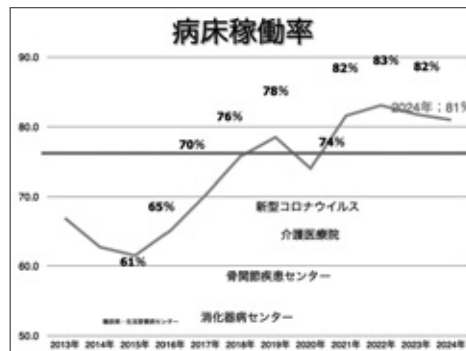


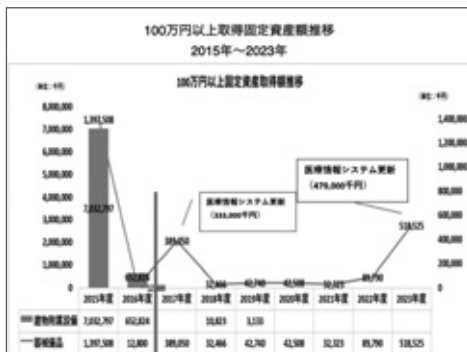
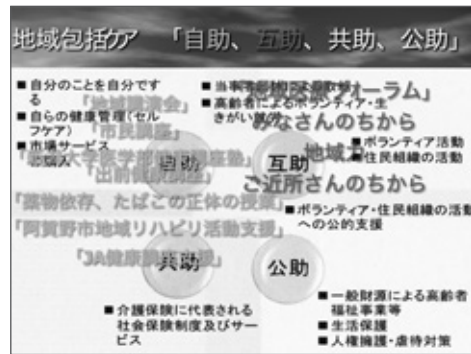
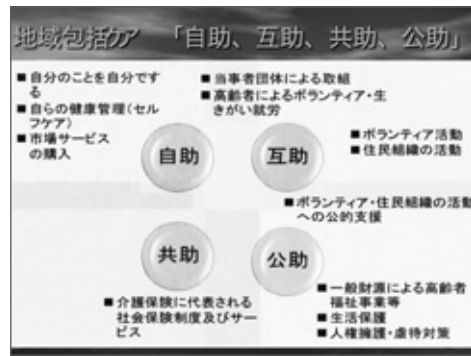
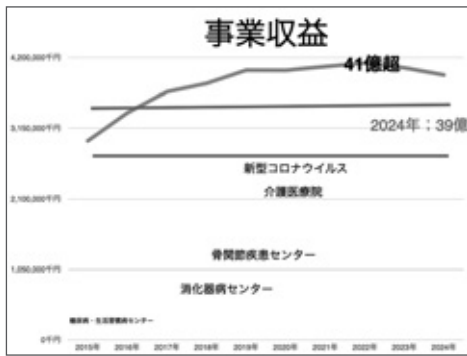
住民との交流

08.24
民謡流し



サンタ回診、ハンドベル演奏





阿賀野市 公設民営 政策提言

阿賀野市高齢者福祉計画及び阿賀野市介護保険事業計画策定委員会 (第6期介護保険事業計画)

阿賀野市地域高齢者サービス運営委員会

阿賀野市地域包括支援センター運営協議会

阿賀野市健康づくり推進協議会 委員

阿賀野市国民健康保険協会 委員

阿賀野市市民健康推進協議会 委員

阿賀野市市民会連 委員

阿賀野市国民健康保険運営協議会 委員

勤務医が生き生きと活躍できる場

- 目標伝達 病院運営 目標
- 勤務環境整備
- チーム医療の推進
- 総合的に診る教育
- 地域活動
- 地域包括医療・ケア

市（行政）との協議 公設民営

阿賀野地域の医療を良くする会（随時）

阿賀野市との収支報告・協議会（毎月）

市、病院

あがの市民病院運営審議委員会(年1回、3月)

市、JA副会長、JA理事、病院

あがの市民病院運営協議会(年2回、7月、2月)

市、議員、病院

あがの市民病院事業経営改革審議会(医師会、県病院局、市財政課)

市の定款により設置(年1回)



阿賀野市高齢者福祉計画 第9期介護保険事業計画

阿賀野市

病院が行っている ヘルスプロモーション・地域活動

- 患者教室 : 年5回
- 地域講演会、芸術健康講座 : 年数回
- 中学校での「タバコの正体・害」講演
- 中学校での「薬物依存」の講演
- 病院での講演
- 地域医療フォーラム
- 新潟大学医学部健康講座 : 年10回
- 阿賀野市地域リハビリ活動 支援
- 3A 健康講座 支援
- セタコンサート
- 民謡演奏
- サンタ回診、クリスマスコンサート



診療報酬要望事項 厚生労働省保健局長 に手交

要望書の手交・要望事項説明

あがの市民病院 地域包括医療・ケアのハブ となる病院!!

地域は、人口減少、高齢化するが、高齢者人口は保たれていると推測される
今後2次医療圏では、肺炎、心不全、尿路感染と敗血症、胆道系結石、尿路系結石、認知症、骨折が増加すると予測されている
これらに対応できる内科（総合内科、呼吸器、循環器、消化器等）と整形外科、リハビリの維持・充実に目指す

診療報酬要望事項 厚生労働省保健局長 に手交

要望書提出先

厚生労働省
総務 局 保健課
健康 局 健康課
医 療 局 課長室
医 療 局 課長室
医 療 局 課長室

公益社団法人新潟県医師会新潟県医師会新潟県医師会
新潟 県 医師 会 (新潟 県 医師 会 新潟 県 医師 会)
新潟 県 医師 会 (新潟 県 医師 会 新潟 県 医師 会)
新潟 県 医師 会 (新潟 県 医師 会 新潟 県 医師 会)
新潟 県 医師 会 (新潟 県 医師 会 新潟 県 医師 会)
新潟 県 医師 会 (新潟 県 医師 会 新潟 県 医師 会)
新潟 県 医師 会 (新潟 県 医師 会 新潟 県 医師 会)
新潟 県 医師 会 (新潟 県 医師 会 新潟 県 医師 会)
新潟 県 医師 会 (新潟 県 医師 会 新潟 県 医師 会)

あがの市民病院

患者が抱える複合的な疾患を総合的に診る
「病気を診る」だけでなく
「ひとと地域をまるごと診る」
患者さんに寄り添い、地域のニーズに合わせた
医療・介護・福祉を総合的に提供する地域医療を
実践できる病院

地域包括ケア実践病
院

あがの市民病院

1954年開院、2010年指定管理、2015年新病院

70周年

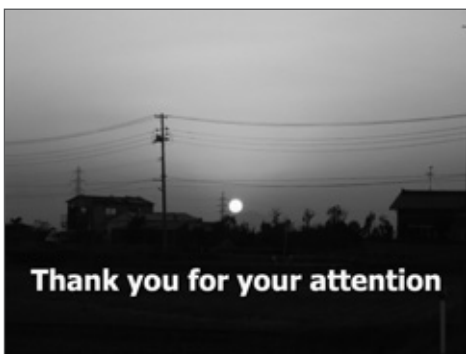
病院運営

高齢化・少子化・人口減少
国・地方の財政難
診療報酬は限界

どのような“強み”で“医療を提供”!!
“役割”は

日本一の健康寿命を目指す自治体と協力して
地域包括医療・ケアを提供

県内、全国で
代表的な“地域包括医療・ケア”提供病院となる



医療DX — 地域医療連携システムの経験から

東北大学大学院医学系研究科医学情報学分野教授

中山 雅晴 (なかやま まさはる)



吉田先生、ご紹介ありがとうございました。高いところから失礼します。東北大学の中山です。本日は本当にこのような貴重な機会を与えていただきまして、宮田先生、本間会長はじめ、関係者の皆様方に厚く御礼申し上げます。

略歴なのですが、私肝心なことを書き忘れておりまして、初期研修は岩手県立中央病院でしたので、そのとき循環器では野崎先生、そして初めての指導医は望月先生ということで、長きにわたって本当に大変お世話になっています。感謝申し上げます。

さて、本日医療DXということでテーマをいただきました。人口減少時代ということで、多分この問題に関して医療DXでどのように役立てるかということだと思っておりますけれども、あくまで私見としてお聞きください。人口減少時代ということで、抄録にも毎年50万人減ると書きました。50万人というのは岩手県でいうと第1から第4の市である盛岡、奥州、一関、宮古市が全部なくなるということですので、その数に改めて驚かされます。人口が減少するだけでなく労働人口の減少、高齢化率の上昇、医療費増大、地域格差、在日外国人の増加、病院経営危機など、それぞれいろいろ問題をはらむということになります。

地域格差については、例えばこの人口減少も秋田、青森、岩手が一番減っているということですし、医者の数も当然ながらそれに伴って、なかなか定着もしないということで、どうしてもその格差は大きな問題になると思います。

そして、昨今働き方改革ということで、高市早苗首相も働いて、働いてとか、オバマ元大統領も本当に成功するのだったらワーク・ライフ・

バランスなんかないと言って、ある程度の世代には刺さると思うのですが、今やっぱりそういうこと言われていられないので、どんどん改善しなければいけない。実際数値を見ると改善傾向にあるけれども、まだまだ不十分というふうに言われています。

それと経営危機ですね。人件費の高騰であるとか物品費、そういったものをほかの商売であれば価格に転嫁することができると思うのですが、なかなかそれは医療では難しいので、どうしてもこういった大変な状況になる。なので、医療DXで何とかならないかという声が出てきて当然かと思えます。

国のほうで医療DXを進めているのは、こういったところが文章として出されておりまして、デジタルトランスフォーメーションで社会、生活のスタイルを変えるということで、医療で出されている項目がここにあります。特定健診情報の活用であるとか、電子カルテ情報の標準化、診療報酬DX、医療ビッグデータ、そういったものが出されています。

工程表も出されておりまして、いろいろと議論ありますけれども、マイナ保険証、電子処方箋、そして先ほどあった電子カルテ情報共有サービスや全国医療情報プラットフォーム等々、いろんなものが挙げられています。毎年このように進みますということで、ゴールも決まっています。ゴールに進めるという強い決意が改めて見てとれます。

そんな中、どのようになっているかということで、これも国の厚労省の資料から持ってきたのですが、電子処方箋に関しては薬局では進んでいるけれども、医療機関への普及は約1割にとどまっています。実際にグラフを見ても薬局

は増えているけれども、医療機関ではなかなか難しいということが示されています。

電子カルテもこれから普及ということで、学生さんには今大体何%ぐらいだと思いかと聞くと、大きな病院では90%なので、ほとんど入っているというふうに皆さん答えるのですけれども、実際進んでいるとはいえ、まだ一般病院で65%、診療所で55%です。着実に増えてはいるものの、まだまだ道半ばという感じです。

ちょっと古い資料になりますけれども、ほかの国と比べると大体電子カルテが入っているのが普通でありまして、ちょっと前のデータなので、日本はさらに低いですが、かなり後ろのほうにいます。アメリカも昔は似たようなものだったので、今はどんどん普及率は増えています。

例えばこのグラフです。あるときに医療費の高騰を防ぐにはデータを活用しないとけないということから電子カルテを入れようと補助金が出て、普及率が一気に上がりました。アメリカだけでなく、新興国と言われるところもこういった電子カルテであるとか、医療データを活用するという視点に重きを置いているので、全世界的な傾向です。

また少し古いデータになりますけれども、全体の国の中でどの辺に位置しているかという、データの活用とか、ガバナンスも含めて日本は世界の中ではかなり低い位置となっております。ですので、これを進めていくというのは当然のことと思います。

ただ、標準電子カルテということで、100%にしたいという思いはありますけれども、それを導入するためにまだ試行品を試しているというレベルですので、すぐには電子カルテの標準化、また標準電子カルテの導入というのはなかなか難しい状況です。

ほかにもこういった医療情報が共有されることによって、どんないいことがあるかという、救急のときに意識を失った方の情報も手に入れることができるし、災害のときも活用できるので、そういったことも狙いの一つであることは間違いないかと思えます。

もう一つ、ちょっと地味ですが、診療報酬D Xで、大きな病院にいて診療報酬改定に伴うシステムの更新にすごくお金がかかってしまって、またそのときにエラーも出てしまう。レセプトや診療報酬の仕組みはなかなか複雑ですので、アルゴリズムをもうちょっと明解にして共通モジュールをつくることは、非常にいい視点かなと思っています。これも重要な項目の一つに入っています。

今後の目標ということで、例えば電子処方箋であればやはり医療機関にどのように入れるかということで、システム更新に伴って入れるしかないという状況があるので、更新のタイミングで入れるように妥協策を見つけて進めることになっています。電子カルテの普及率も55%、65%、さっき出したようになっているのですけれども、2030年には全ての医療機関で100%にしたいというふうになりますし、実際入っているところも今後クラウド化を進めるためにはシステム更新時にやりなさいということで、今の状況と今後進めるところをお互い見合いながら計画というふうに進んでいるように思います。こちらにもあるように、2026年までにさらにどのようにするか国の方針も決まることになっています。

先ほど人口減少のところに挙げた中で、こういった課題があって、それをどのように解決するかという、業務効率化や、高齢化を見据えて患者さんの増大に対応する必要があります。そうすると医療費も増大するので、コストカットが必要。地域格差がどのように改善するか、在日外国人に対してどのように情報を把握するか、この経営危機に際して経営改善をどのようにするべきか、こういったことの検討が必要になるかと思えます。

では、先ほど挙がっていた医療D Xではこういった問題にどこが対応するかという、あくまで私見になりますけれども、(スライドを指差しながら)D Xが進めば病院の経営に役に立つかもしれないし、ビッグデータも医療費増大に関わるかもしれない。地域格差のような今ある問題に対して、必ずしも全てが問題解決に直結

とはならないのではないかなと思います。

IT というのは、いつも思うのですけれども、導入という手段が目的化することが多いかと思えます。例えば便利か意義があるかということで、2軸に分けてみて、それぞれによって見方は違うと思うのですけれども、(スライドを指差しながら)例えば業務効率には意義があるのはもちろんですけれども、便利さということで重要でしょうし、データ閲覧に関しては手間が増えるかもしれないけれども、患者さんの安全にとっては大事だと。最終的にはデータ活用ができればいいし、経営、これが本当は今日いらっしゃる皆さんも一番この位置になるのかもしれませんが、このように置きました。それぞれ対応関係をみると、文書作成であったり、二次利用であったり、電子カルテ共有ということで、こういった観点からは何かしらの効果が表れるのではないかと思っています。

ただ、そのとき医療情報というのは、これ教科書的になりますけれども、一次利用と二次利用に分けられていて、診療に使うのが一次利用、そしてデータ活用自体は二次利用となっています。

そう考えると、先ほど医療DXで進められているところは、もちろんきっかけがコロナのときにファクスでやり取りされたところから始まっているので、データの共有と二次利用、もちろん視点としては二次利用が中心なのですけれども、やっぱり一次利用がないと現場にとっての便利さとか意義というのは、なかなか得られないのではないかなと思います。

今回タイトルにもありましたとおり、宮城県で震災を機に医療情報のバックアップの他、普段の情報共有を目的としたMMWINというのがありまして、その活用が進まないからということでお手伝いをするようになった時の話です。活用を進めてくれということだったのですけれども、よくよく調べてみるとそもそもデータが多くなく、データを閲覧するのに患者さんの同意が必要なのですけれども、そういった同意患者さんの数も少ない状況でした。そもそもデータがなければ活用の具体例も出てこないだろうと

思いました。

ですので、まずはいろんな病院からデータを上げてもらうようにお願いしましたし、あとは事務の方が患者さんをリクルートするもの難しいので、現場の先生からリクルートして(スライドを示して)患者さんを増やしました。

そして、データ共有というのは、病名、処方、採血検査ぐらいしか利用ができないので、それだけでは診療するには足りないのです。例えば病理検査であるとか、手術記録であるとか、あとは透析の記録とかを共有することを始めました。これであれば使えるということで、データの数も増えて、患者さんも増えることになりました。この辺のところはちょっと論文にまとめておりますと少し宣伝させてください。

ということで、一次利用に役立つかどうかということでシステムの働きも変わってくると経験として思っています。

あともう一つ、宮城県もほかの県同様、やはり仙台圏、中央が一強でして、医師の数も全国平均を上回り、高齢化率も全国平均を下回っています。地域に行けば専門医も不足しているので、専門医からアドバイスを送って各地域の先生が診るという形で、患者さんを2群に分けて臨床研究をしました。そうしますと、予期せぬ入院や死亡イベントが減ったというエビデンスを示しました。こういったネットワークを介してD to Dの話になりますけれども、何かしらのエビデンスを出すことはできるのではないかなと思います。

もう一つやったことがPHRです。今、国を挙げてPHRを進めていこうとうたっていますが、スマホで情報を共有するというのは、かなり合目的だと思います。私たちもアプリケーションをつくりました。患者さんの情報も入れられるし、施設からのデータも共有できる。また、画像も入れてほしいとか、心電図を入れてほしいとか、いろいろリクエストがありました。

普段の診療のときに患者さんに血圧の記録を必ず測って持ってきてくださいといっても、持ってきてくれない方が多いと思うのですが、はまる人にははまって、アプリケーションを入れて、得意気に持ってくるみたいなことがあり、

こういった利用できるシーンが増えれば増えるほど、関わってくる人も増えると思っています。

医局の先生が心不全患者さんにこのPHRを持たせて調べたところ、例えば収縮期の血圧であるとか、LDLコレステロールが下がったという結果が出ました。まだまだこれは道半ばでありますけれども、今後こういった形でやはりエビデンスを増やすということが必要と思います。

ITとかアプリケーションとかでいつも思うのは、馬を水辺に連れてくるのは簡単だけれども、水を飲ますのは難しいという格言があります。ですので、アプリケーションとか何かシステムをつくっても、実際に使ってもらにはまだまだハードルが高いということがあります。

そのためには、先ほどの経験から現場に役立つものを示すということ、そしてエビデンスが必要ということ、現場の理解を得て、もう一つはリーダーシップですね。本当にリーダー次第でプロジェクトが変わるのをいろいろ見ているので、そういったものにより二次利用の目的のDXであっても、現場に浸透・拡大していくのではないかなという期待を持っております。

もう一つ、働き方改革ということで、これはユビーという会社がアンケートしたものです。先ほど働き方改革で勤務時間の減少が出たのですが、ただ実際に現場でアンケートを取ると、まだまだ労働時間は短縮していないし、もっともっと改善できるところがあるのではないかとされています。実際のところは文書作成とか、紹介状作成に関してAIを使ってもっと処理できるのではないかとという声があります。

一つの例として、藤田医科大学病院でやった試みについて山田先生からスライドをいただきました。文書作成を実際にカルテと連動させて、データを集め、退院サマリ、紹介状、転科サマリをつくることに対してアンケートした結果です。おおむね好評で、こういった仕組みづくりは必要であることが明らかになっています。

ほかにも院内ではPHSからスマホに変わっていく途中だと思っています。ある会社が作ったのですが、例えば院内でコードブルーのときに

一斉送信をする際、こういったスマホアプリを使うと一気に流せ、誰がレスポンスしてくれるかも一目で分かります。これ以外にも院内アプリケーションは今どんどん開発されていると思うのですが、こういったもののほうが、皆さんが導入して、より効果が出やすいのではないかと考えています。

ただ、そんな簡単にはいかなくて、やはりセキュリティの問題、情報漏えいの問題、ITリテラシーをどのように育てるか、そしてまた倫理や法的整備も必要ですし、何よりも先ほど藤森先生の話にもありましたけれども、コストがどうしてもかかりますので、そのコストをどうするかが重要ですので、費用対効果をどう出すか、そういったところが議論になるかと思えます。

AIはこれからさらに使われますが、一方でビル・ゲイツが今年の3月に、今後10年でAIが医師や教師を置き換えると断言しました。これ多くの人もしかしてそうなるものと思っているところもありますし、そんなに簡単には、というところもあると思います。一つ有名な論文では、生成AIでつくってもらった回答を判断してもらって、医者との回答と比べると分かりやすさという点でも、チャットGPTとか生成AIの評価がよくて、親しみやすさの点でも医師を上回っているという、かなり性能のいい結果が出ています。直近の論文でも、これは普通のユーザーが判断したのですけれども、高精度のAIと低精度のAIを比べると、抜群に高精度のAIの回答のほうを正しく、分かりやすいしと好意的に受け止めて、医師の説明と低精度のAIが同等ぐらいということで、医者としてはちょっと残念な形の結果が出ました。とにかくかなり身近に迫っているということだけは言えます。

そうすると、先ほど鈴木先生からも、AIの能力が実際上回っているところもあるので、もっと活用するという話がありましたが、ある意味パンドラの箱ではないかと思っています。というのも、僕たちが若い頃は工学部や薬学部から医者になるということで医転が多かったのです

けれども、最近の学生は医学部から医者にならずに工学部とか情報系に行ったり、起業したりということがあります。若い医者をどのように根付かせるかというのも課題ですけれども、実は医療そのものから離れる若い人も増えていきます。学生さんも今自分が頑張って医療を覚えているけれども、所詮A Iにかなわないならば、A Iにかなわないことを一心に覚えている自分は何なんだろうと喪失感があったり、今後やっぱり医者でいいのかとかいう悩みを抱える、そういった時代が来ています。本当に恐ろしい時代なのですけれども、抄録にはFriend or foeということで、友達か敵かという言葉を入れたのですが、いい面を使いながら敵にならない、副作用とか合併症とか、そういったものが出ないようにどのようにやっていくかというデザインが今後必要ではないかと思っています。

あと、ディスカッションがこの後あるということで、自分なりにまとめているのは、医療D Xは課題解決になるのかという視点がやはり必要ですし、そのためには一次利用とか業務効率化が大前提なので、もちろん先ほど示したとおり世界の中で二次利用というのが進んでいるし、データ共有、デジタル化、もう当然当たり前のことなので、それはそれで進めていかなければいけないけれども、現場にとってはやはり一次利用、業務効率化が大前提だと思います。

あとは、A Iツールはもう既に医療現場を変えようとしていますし、変わっているところもあります。さらにその次に来るものは何かというところが非常に悩ましいところであり、またチャレンジングで面白いところではないかなと思っています。

簡単ではありますが、以上になります。ありがとうございました。

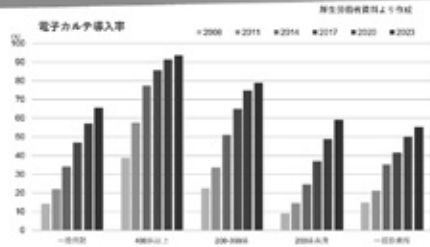
〔拍手〕

吉田（座長）：中山先生、ありがとうございました。医療D Xの現状と課題を述べていただいた上で、後のディスカッションのポイントもお話いただきました。

そして、MMW I Nのご経験から情報ネットワークの今後の有用性に関するお話、最後はA I

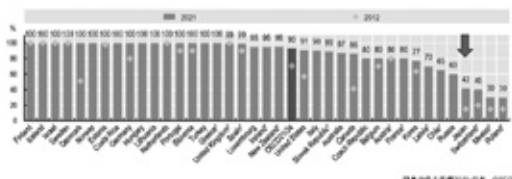
の問題、これも生成A Iをどのように活用していくかということも含めて、これからのディスカッションで深掘りさせていただきたいと思います。どうもありがとうございました。

電子カルテ導入率の推移

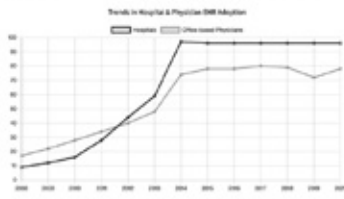


電子カルテ普及 国際比較

国際クリニックで電子カルテを利用している割合、2012年と2021年

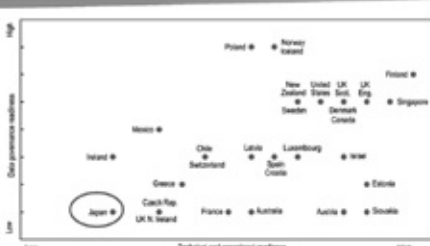


アメリカでの電子カルテ導入率の推移



As of 2021, nearly 90% of office-based physicians (89%) and nearly all non-office-based care hospitals (98%) adopted a certified EHR. This was substantial 10 year progress since 2011 when 78% of hospitals and 64% of physicians had adopted an EHR.
<https://www.healthit.gov/data/quickstats>

診療記録を医療の質向上に活用できるか



標準型電子カルテに関する取組 (令和7年6月時点)

標準型電子カルテの構築は医療機関が単独で行うのではなく、国が主導して標準型電子カルテを構築し、医療機関が導入する方式が中心。

- システムイメージ
 - 標準型電子カルテのシステムイメージ。医療機関は標準型電子カルテを導入し、標準型電子カルテのシステムイメージに基づいて標準型電子カルテを構築する。
- 関係者の役割と今後の予定
 - 関係者の役割: 国が標準型電子カルテの構築を主導し、医療機関が標準型電子カルテを導入する。
 - 今後の予定: 標準型電子カルテの構築を進め、医療機関が標準型電子カルテを導入する。

救急時医療情報連携の運用開始時期と機能について



診療情報改定X対応方針 取組スケジュール



電子処方箋に関する新たな目標設定

- 電子処方箋の普及率を向上させること。医療機関の導入率を向上させ、患者の利便性を高めること。
- 電子処方箋の普及率を向上させること。医療機関の導入率を向上させ、患者の利便性を高めること。
- 電子処方箋の普及率を向上させること。医療機関の導入率を向上させ、患者の利便性を高めること。

電子カルテ・電子カルテ情報共有サービスの普及について (1)

- 電子カルテの普及率を向上させること。医療機関の導入率を向上させ、患者の利便性を高めること。
- 電子カルテの普及率を向上させること。医療機関の導入率を向上させ、患者の利便性を高めること。
- 電子カルテの普及率を向上させること。医療機関の導入率を向上させ、患者の利便性を高めること。

電子カルテ・電子カルテ情報共有サービスの普及について (2)

- 電子カルテの普及率を向上させること。医療機関の導入率を向上させ、患者の利便性を高めること。
- 電子カルテの普及率を向上させること。医療機関の導入率を向上させ、患者の利便性を高めること。
- 電子カルテの普及率を向上させること。医療機関の導入率を向上させ、患者の利便性を高めること。

課題の解決には

- 労働人口の減少
- 高齢化率の上昇
- 医療費増大
- 地域格差
- 在日外国人の増加
- 病院経営危機

地域医療連携システムの経験から

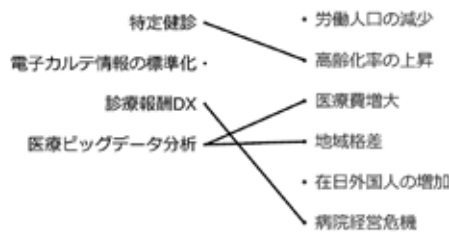
地域医療連携システム（みやぎネット・MMWIN）活用促進

- <問題点>
- 全国ネットワークという枠内でも3年経るとメンテナンスが難しい
 - そもそもデータがなく、簡単に同意する患者も少数
 - 活用の実体例に乏しい
- <解決策>
- データのアップロード（活用できる異地の拡大、リーダーの開催）
 - 同意患者リクルート（環境意識の醸成）
 - 文書データの活用（1次利用として使えるデータの増加）

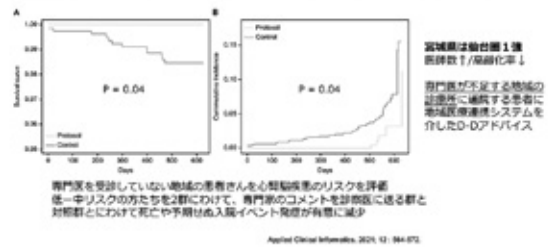


HIMSS Asia/Pac 2019 Best Paper Submission Award
 Tokyo J Exp Med. 2019;248:19-25.
 JMIR Form Res 2022; 22(6):e32925.

医療DXによる解決



地域医療連携システムの経験から



Useful? Meaningful?

- 手段が目的化していないか



地域医療連携システムの経験から

PHR on FHIR

遠隔に内科医
 意向のアプリ
 クラスとして
 安全な利用
 (英語でも通
 用可能、個人
 間の情報交換
 記録が容易)

遠隔診療では収容率低下とLDLが有意に低下

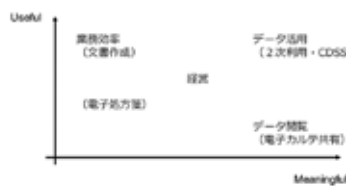
Remote blood pressure change

項目	Protocol	Control
LDL (mg/dL)	170.0	180.0
収容率 (%)	45.3%	45.3%

PHR on FHIR Program
 Revised 2021.03.04 (2021.03.04)

Useful? Meaningful?

- 手段は目的に向かっていく



A proverb



- 現場に役立つものであることを示す
- エビデンスを蓄積する
- 現場の理解を得る
- リーダーシップが重要

医療情報

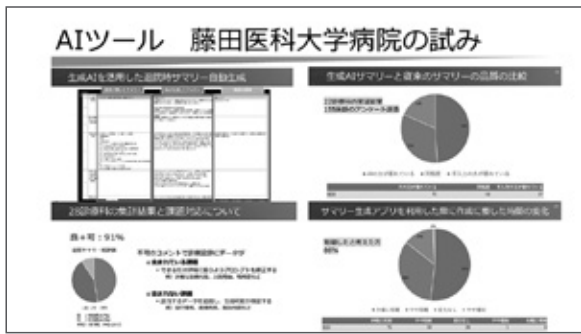
- 1次利用・・・医療機関が診療・看護・薬剤管理・保険請求など、本来の医療提供の目的で患者情報を使うこと。
- 2次利用・・・直接の診療ではなく、研究・教育・品質改善・統計・政策立案・産業開発など

働き方改革



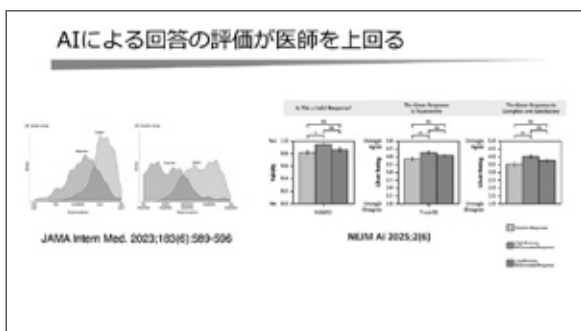
AI技術による労働時間短縮への期待について、医師の65.3%、看護士の45.3%が「効果がある/効果が見込める」と回答。

特に期待が高い業務
 医師からは「診療記録の自動生成」「書類作成の
 時間短縮」「患者向け資料の迅速な作成」
 看護師からは「患者向け資料の作成」「記録業
 務の効率化」



- ### Discussion Points
- 医療DXは課題解決になるのか
 - 1次利用や業務効率化が大前提
 - AIツールは医療現場を変える
 - その次に来るものは何か

- ### 課題
- セキュリティ
 - ITリテラシー
 - 倫理/法的整備
 - コスト
 - 費用対効果



「憧れるのをやめましょう ～混沌の先に居場所があった～」

岩手県立中央病院総合診療科

住吉 明子 (すみよし あきこ)



現在は育児短時間制度を使って病院勤務をさせていただいています。10年前に子供が生まれてから、毎日のワンオペの育児に押しつぶされ、もう自分は日の当たるところには戻れないと思っていたのですけれども、このような機会を与えていただき、本当に驚いています。

そんな中、地元ではない岩手で仕事を続けることができた体験談が、臨床医を続けるか悩んでいる先生方の後押しになったり、あとは医師の確保に頭を悩ませている先生方の何かのヒントになれば幸いです。

このあたりは体験談なのですけれども、これ私です。とある高校3年生、医学部の個人面接で「医師であることと、結婚、子育ての両立について、どう考えていますか」という質問が来ました。これ今この質問は絶対来ないと思うのですが、当時は当たり前のように多分されていたのではないかと思います。入学して気づいたのは、これはやっぱり女子学生に対してだけの質問でした。友達みんな両立するように頑張りますというように答えていたということでしたが、私は当時そんなことは考えていなかったのも、そんなこと医師になるのが夢なので、考えたことありませんと言いましたけれども、通してもらいました。

これも私の話ですけれども、教授に直接言われたわけではないのですが、雑談の中の会話です。ちょっと興味があった整形外科でも「握力40ないと整形外科になれないよ」と言われ、循環器では「女はカテ班に入れない、エコー班しかないね」と言われて、「えっ」と、女性であるだけでここまで進路まで決められるのかというのにちょっとショックでした。

これも私なのですけれども、異動前に新任先の院長にご挨拶に行ったら、後日人づてに「あの院長、男がよかったと言ってたぞ」と言われました。これはもうどうしようもないというか、女であるだけで駄目なのだと、これも非常にショック受けましたが、結局はとてもかわいがっていただきました。

私が医師になったのは約20年前ですけれども、そのときも確かに男女差別というのは存在していました。その根底にあるものは、男性は仕事、女性は家庭という昭和のモデルだったと思うのです。今のような経過をたどった私は、やっぱりもう女性が医師を続けるというのはもう2択なのではないかと、もう独身でばりばり仕事を極める、あるいは家事、育児も全部自分でやる、スーパーウーマンになるしかない、それは当然無理なので親に手伝ってもらったり、ベビーシッター外注したりとか、多分そういう壮絶な未来、2択しかないのではないかと考えていました。

私出身は秋田県で、秋田高校卒業、その後自治医科大学を卒業しまして、臨床研修は秋田大学で行いました。その後自治医大の卒業生なので、9年間地域の病院で研修の2年間も含めて9年間を過ごしたわけなのですけれども、ここの2007年のときに結婚しまして、夫は全国転勤のMRなので、当時はそんなこと深く考えもせず結婚してしまいましたが、2年ぐらいい間隔でもう転勤、転勤、転勤です。かなりの長時間労働です。義務年限がありましたので、私は秋田に残って、夫はすぐどこかに行ってしまういろいろなところを転々とすると、そういうずっと別居の結婚生活を送っていました。

義務年限が終了した後も、私は秋田に残って

専門医の資格を取りたいと思っていたので、消化器内科の専門医の資格、あとは総合内科の専門医の資格なんかを取りながら、ずっと秋田に残っていました。

その間ちょっとだけ1年か2年ぐらい、ちょっとだけ夫は秋田に戻ってきたのですけれども、結局2015年に1人目の子供を出産しました。これも1人で生まれました。ただ、そこで私も悩んでしまって、このままずっと別居でいいのだろうか、子供も生まれたのにと。

ここで重大な決断をしまして、もう秋田を離れて、夫の転勤について行こう、子供連れて。という決断をしました。37歳で岐阜に転居しまして、そこでは全然後ろ盾も何もない場所でしたので、飛び込みで在宅医療のクリニックや健診のクリニックを非常勤でやらせていただきました。そうこうしているうちにあつという間に浜松へ次は行けと言われて、39歳で浜松に行きましたけれども、浜松に行ったのが多分2人目が生まれて4か月ぐらいのときだったので、もう赤ちゃんのお世話と上の子がちょうど幼稚園に入るぐらいの年だったので、もうそれが忙し過ぎて、ここはもう専業主婦でした。

その次、これも偶然次は盛岡へ行くと、40歳のときの盛岡に引っ越ししてきてまして、たまたま決めた家のすぐそばがこの今勤めさせていただいている岩手県立中央病院だったので、飛び込みでやらせてくださいと言って雇っていただいたわけなのですけれども、もうとっくに夫はほかの県に行ってしまったので、今はもう完全にワンオペです。

なぜ縁もゆかりもない岩手県で1人で子供を育てながら定着できたかということを考えてみました。1つ目が岩手県の医療局の支援制度があったから、2つ目はたまたまなのかもしれませんけれども、必要とされる仕事、ポジションがあったということ、それから3つ目がとても風通しのよい、コミュニケーションを大事にする風土があったということだと思います。私よりもっと上の先生方も本当に神だと思うのです。私なんか想像もつかないぐらいいろいろやられて、それでも勝ち残ってきた本当にすごい方だと思うのです

けれども、神ではなく、あと今、学会で女性のセッションなんかで発表されるようなエネルギーに満ちあふれている、仕事も家事も頑張っていますみたいな人でもない、普通の医者でも通ってける平坦な道のヒントなのではないかと思います。

1つ目が岩手県の医療局の支援制度です。これは来た当初から使わせていただいていた、育児短時間の勤務です。週5日、3日、2日半とあるのですけれども、すごく秀逸なのが自由にカスタマイズ可能というのがあって、これがあるこの日はカンファがあるから遅くまでいようとか、この日は子供の習いごとがあるから早く帰ろうとか、そういうのが自由に決められる。とても助かっています。

私が来たのは、これかなり整備してもらった後だったので、当然のように使わせていただいたわけなのですけれども、支援を手厚くすると今度はみんながそれを使ってしまって、結局夜を担う人がいなくなってしまうとか、そういう問題が絶対出てくると思うので、うちの病院の実情を調べてみました。

岩手県中央病院、685床です。10月1日のデータを持ってきました。常勤医師数、これ研修医36人も含みますけれども216人で、そのうち女性の医師数は52人です。女性医師のうち、小学生以下の子供がいるのは9人。9人いるのですけれども、育児短時間利用をしているのは私だけ、1人です。育児部分休業という制度もありまして、1日2時間半まで勤務を短縮して利用できるという制度もありますが、それを使っているのも1人。実は制度が整っていても利用者は少ないです。だから、利用者は少ないのだけれども、その制度を利用して就業できるプラスアルファが生まれるかどうかということなのだと思います。

あともう一つは、保育所です。院内の保育所、県立病院にはたくさん配備してもらって、あと病児保育もつけてもらっています。

それから、キーワードの2つ目ですけれども、たまたまなのですけれども、必要とされる仕事があった。来たときに、私は消化器内科の専門医を持っていたので、消化器内科として来る気でしたのですが、総合診療科でどうですかと言われて、

分かりましたと言って今の状態になっているのですけれども、実は今までの雑多な経験が生きる場所ではありました。交代ではなくて私がただ加わっただけだったので、科としての労働力はプラスにはなっています。私と、あと上司2人の3人で今運営しているのですけれども、私が外来を担当する、私と研修医が外来を担当して、上司2人は病棟に張りついてもらう。そうすると私が外来をやることで、外来のことを考えずに病棟に集中してもらえる環境にはなっていると思います。

あとは、産業医の資格を持っていますので、産業医やったり、健診やったり、時間内でできる仕事は、あまり人がやりたがらないことを何でもやるというスタンスでやっています。

それから、やっぱりどうしてもコミュニケーションというのが必要になってきて、これはこの前の飲み会なのですから、年に数回やる飲み会も必ず子供連れて行くしかないのです、子供連れてっています。うちの子、今小4と小1ですから、上司2人と、あと研修医、そうするともう赤ちゃんぐらいのときから一緒についているので、もう何か親戚みたいな感じになっています。みんなでゲームしてくれたり、お兄ちゃんたちはスイッチで遊んでくれたり、こんな感じです。

上司たちが私ぐらいの年の頃はもう長時間労働過ぎて、多分ご自分のお子さんの子育てなんて全くしていなかったと思うのです。なのですから、今の私の日常においては間接的ですが、この上司たちが最大の子育ての協力者だと、そう思っています。

女性のキャリアというのは、政治とか経済的な要請によって決められて、社会の都合で翻弄されてきたという側面もあります。男女雇用機会均等法ができたのは1986年、だんだん仕事と子育ての両立を企業に迫っていくわけなのですから、これはあくまで女性に対しての支援で女性が両方やれと、男性は今までどおり長時間働けど、そういうスタンスだったと思うのです。

近年やっぱり少しずつ変わってきてまして、2016年には男性育休の話が出てきたり、それから2022年には共育てという、これもキーワード

だと思うのですけれども、男性も先進国と同じレベルに家事、育児を担おうと、こういう発想になってきています。

これは、ニュースで御覧になった方もいらっしゃるかもしれないのですが、厚生労働省の共育プロジェクトというのがありまして、これ7月30日に記者会見がされています。若年層の7割、若年層というのは15歳から30歳なので、医学の世界で言えば学生、研修医、専攻医ぐらいの年代ですが、この7割が育児、家事は性別関係ないと回答している。一方で、6割以上が共育ての実現には社会、職場の支援が必要だと考えている。

この座長の方は今回の調査を受け、妻のワンオペ、育児、家事にただ乗りしない、妻のワンオペにフリーライド、ただ乗りする企業をなくすということが令和の雰囲気であるということを確認したというお話が出ていました。

なので、今までは女性の医師がどう続けていくかということが中心だったと思うのですけれども、これからは男女問わず柔軟な勤務環境を選択できるかどうかというのが医師確保の鍵になってくるということだと思います。

最後になります。働き方改革が進み、男女が家事、育児をシェアしながらお互いの目指すキャリアを追求できる社会がこれからの理想であります。しかし、実際はまだまだ働き方改革も意識改革も発展途上です。社会に無意識に与えられた家事労働と仕事の両立に苦しむ女性医師、これからは恐らく男性医師が生き生きと活躍できる場に出会えることを願っています。

〔拍手〕

吉田（座長）：住吉先生、ありがとうございます。女性医師の立場からそれぞれの多様な背景にあった現場での活躍するためにはどのようなことが必要かというのをまとめていただきました。女性医師の数は今後もどんどん増えていくことでありますので、その現場での活躍をどのような形で進めていけばいいかという点について、後ほどのディスカッションで深めていただければと思います。どうもありがとうございます。



1997年 (18歳) 秋田高校卒
2003年 (24歳) 自治医科大学卒
臨床研修 (秋田大学)

2005年 (26歳) 羽後町立羽後病院 (内科)
2007年 (28歳) 市立大森病院 (内科)
2008年 (29歳) 大館市立栗田病院 (内科)

2012年 (33歳) 義務年限終了
館代山本医師会病院 (消化器内科)

2014年 (35歳) 開業の消化器内科クリニックを経て、
大館市立総合病院 (消化器・血液・腫瘍内)

2007年 結婚 (夫は全国転勤MR)
2013年~2014年頃 夫、秋田勤務となり初めての同居
2015年 第1子出産

とある高校3年生の話

医学部の個人面接で
「医師であることと、結婚・子育ての両立について
どう考えていますか?」と聞かれた。

入学して気づいた。女子学生に対してだけの質問だった。

2016年 (37歳) 岐阜へ転居
在宅医療クリニック・検診クリニック

2018年 (39歳) 浜松へ転居
専業主婦

2019年 (40歳) 盛岡へ転居
岩手県立病院 総合診療科 (育児短時間勤務)

2018年 第2子出産
2022年 夫、地県へ転勤 (現在2か所目)

とある研修医の話

教授に直接言われたわけではないが、上級医との会話にて

整形外科医: 「体力40ないと整形外科になれないよ」
循環器内科医: 「女はカテ班に入れない。エコー班だね」

なぜ、誰もゆかりもない地で子(孫)育てをしながら定着できたか?

その1: 岩手県医療局の支援制度
その2: 必要とされる仕事があった
その3: 風通し良すぎるコミュニケーション

神(私より大ベテランの、男性優位社会を戦った先生方)ではない。
岡立バリキャリママ (学会などの女性医師セッションで発表されるような
エネルギーに満ち溢れている先生方)でもない。
普通の女性医師でも通れる平坦な道のヒントは?

とある異動前の若手医師の話

異動前に新任先の院長にご挨拶に行った。

後日人づてに、
「あの院長、男がよかったって言ってたぞ」と聞いた。

その1: 岩手県医療局の支援制度

育児短時間勤務

子が12歳になる年の年度末までの間、次の4パターン・5つの働き方から勤務時間を...とします。

勤務パターン	勤務時間
週5日	A 1日あたり3時間55分勤務 / 5日 (週19時間35分勤務)
	B 1日あたり4時間55分勤務 / 5日 (週24時間35分勤務)
週3日	1日あたり7時間45分勤務 / 3日 (週23時間15分勤務)
週2日半	1日あたり7時間45分勤務 / 2日 + 1日あたり3時間55分勤務 / 1日 (週19時間35分勤務)
自由にカスタマイズ可能	1週間あたりの勤務時間が19時間25分~24時間35分の範囲内となるよう設定して勤務

採用時からカスタマイズ勤務 (生活の変化・子どもの成長にあわせて変更)

約20年前でも、確かに男女差別は存在していた。
その根底にあるものは
男性は仕事、女性は家庭という昭和モデル

女性が医師を続けるには2択??

- ① 独身バリキャリ
- ② 家事育児も一手に引き受けるスーパーウーマン (当然無理なので、できない部分は親やベビーシッターを外注)

さて、令和のいまは...??

岩手県立中央病院 685床
(2025年10月1日現在)
○常勤医師数 (研修医36人も含む) : 216人
その内、女性医師数 : 52人

○女性医師の内、小学生以下の子どもがいる : 9人

○育児短時間制度利用者 : 1人 ←私だけです
○育児部分休業利用者 : 1人

制度が整っていても利用者は少ない。
制度を利用して就業できる+αが生まれるかどうか。

24時間保育や子育て支援課！院内保育所

経営者代表 〇 子育て支援部長
 中大院長 大副院長 副院長 監査部長
 副院長 事務部長 人事部長 学務部長
 三戸直樹




保育の区分	利用時間	定員	保育料
乳児	1時～2時	10名	24,000円
	2時～3時	10名	24,000円
	3時～4時	10名	24,000円
	4時～5時	10名	24,000円
幼児	7時～12時	10名	300円
	13時～18時	10名	300円
学童	7時～12時	10名	2,400円
	13時～18時	10名	2,400円
延長保育	18時～19時	10名	1,400円
夜間保育	19時～21時	10名	1,400円
休日保育	7時～18時	10名	1,400円

Thank you

働き方改革が進み、男女が家事育児をシェアしながらお互いの目指すキャリアを追求できる社会がこれからの理想

↓

しかし、実際はまだ働き方改革も意識改革も発展途上



社会に無意識に与えられた家事労働と仕事の両立に苦しむ女性医師たちがいきいきと活躍できる場に出会えることを願っています

＼その2：必要とされる仕事があった

消化器内科ではなく、総合診療科？
 →実は、今までの種々な経歴が生きる場所でもあった

Changeではなく、On. 科としての労働力はプラスになった

担当は外来。
 必修で毎月ローテートしてくる研修医の外来指導も

十健診業務、産産医
 時間内のできる仕事（しかも、あまり他の人がやりたがらないこと）
 何でもやります！

＼その3：風通し良すぎるコミュニケーション

仕事と家庭はどうしたって地続き




1975年：国際婦人年 →世界的に男女平等が叫ばれる

1986年：男女雇用機会均等法

2003年：次世代育成支援対策推進法 →企業に仕事と子育ての両立を迫る

2013年：安倍首相の通常国会所信表明演説
 「女性が輝く社会を実現する」

2016年：女性活躍推進法
 →企業に女性社員の登用計画づくりを義務化
 男性育休取得の推進

2022年：育児介護休業法の改正
 →「共育で」のスローガンの下、
 男性も先進国と同レベルに家事育児を担おう

共働き・子育てを推進する厚生労働省の「共育プロジェクト」

「若年層における仕事と育児の両立に関する意識調査」7/30記者会見

若年層の7割が育児・家事は「性別関係ない」と回答
 一方で、6割以上が「共育で」実現には社会環境の支援が必要

↓

今回の調査を受け、『妻のワンオペ（育児・家事）にただ乗りしない』『妻のワンオペにフリーライド（ただ乗り）する企業をなくすこと』が令和の雰囲気であることを確信した。（座長・羽生祥子さん）

これからは、男女問わず柔軟な勤務環境を選択できるかどうか
 医師確保の鍵？？

「人口減少を迎える地域で」

岩手県立病院院長会会長・岩手県立釜石病院院長

坂下 伸夫（さかした のぶお）



ただいまご紹介にあずかりました岩手県立病院院長会の坂下でございます。本日はこのような発表の場をいただき、心より感謝いたします。皆さんお疲れでしょうが、次休憩に入りますので、ちょっとした間だけご辛抱お願いいたします。

今日は日本の未来形として医師少数の岩手県で起きていることについて話せと言われましたので、その辺のちょっとリアルで泥臭い話をしたいと思えます。タイトルバックにあります岩手県は決して平泉や盛岡ばかりでなく、私は今日沿岸から来たわけですが、陸中海岸国立公園もでございますので、ぜひそちらまで足を伸ばしていただければと考えております。特にCOIはございません。

今日何度も示され、皆さんもご承知かもしれませんが、日本の総人口についてちょっとお話いたします。日本の人口は2010年代に約1億2,000万人強というのをピークにしまして、既に減少の局面に入っております。64歳以下の現役世代の減少が非常に目立っております。

一方で高齢者、特に75歳以上のピークはこの後に来るものとされております。これが2040年問題に直結すると考えております。現役世代の負担は非常に重く、今2人で高齢者1人を支えている状態ではありますが、2070年には1.3人で1人の高齢者を支えるというような計算も出ております。

次に、岩手県の現状について移ります。岩手県は東北地方の太平洋側に位置しております。その岩手県を特徴づけているものは、この広大な県土であります。1万5,000平方キロメートルに及び東京、千葉、埼玉、神奈川を合わせたよりも広く、四国四県にほぼ匹敵する広さであります。具体的

には高速道路を2時間走ってもまだ県を出られないということもあり得ます。

この広大な県土に9つの二次医療圏が設定されており、それぞれの医療圏の赤丸で示した県立病院が重要な役割を担っております。特に医療資源の乏しい県北・沿岸では、県立病院への依存度は非常に高くなっていると考えております。

岩手県の人口減少は日本全体より早く、2000年頃より始まっております。2050年には80万人を切るのではないかとと言われております。時には最後に電気が通った県と言われる岩手県でございますが、こと人口問題に関しましては10年から20年、日本を先行している先進県となっております。

次に、この人口の構成でありましてやはり現役世代の減少が非常に目立ちます。従いまして、今現在岩手で起きていることが今後10年から20年の間に日本全国各地で起きるものと考えなければいけません。

人口が減りますと当然患者数が減少してまいります。これが収支の悪化の一因となっております。さらに、医療従事者の確保も困難となり、医療の質の低下や、あるいは人件費の高騰などが予想されます。また、我々公的病院は災害医療であったり、周産期医療であったり、そのような不採算部門を担っているわけではありますが、このままの状態が続きますと、その地域で病院を運営すること自体、それが不採算となる、その結果新たな医療機関の参入は希望しても望めなくなり、地域社会の縮小から消滅可能性というものが危惧されるような事態になります。

これは、厚労省の発表した医師偏在指標です。薄々感じてはいたのですが、岩手県は何と最下位

という結果でした。地域の偏在はもちろんですが、診療科の偏在、年齢の偏在など、非常に大きな問題となっております。

このような状態に対しまして、我々岩手県としてもいろいろな対策を掲げております。二次医療圏とは別に疾病別の医療圏を設定する、あるいはこれまで以上に県立病院の機能分化と連携を推し進めていくという、そのような方針が出されております。かつての病院完結型医療が地域完結型医療に変遷しましたように、今後は全県で完結するような、そのような医療を目指していくのではないかなと考えております。

一言で言えば集約化に向かうわけですが、集約化といっても決してポジティブなことばかりではありません。今日お伝えしたいことの中で一番大事なものはこのスライドであります。集約化の陰で現在分娩の取扱いがない、お産のできない医療圏が既に2つあります。妊婦健診の段階から医療圏を越えて、ほかの医療圏で診察を受ける必要が出てきています。また、脳血管疾患の急性期に対応できない医療圏も複数あります。沿岸北部に位置する久慈医療圏では、県境を越えて青森県の八戸市にまで搬送されるという、そのような状況に陥っております。

放射線科医や病理医の確保も非常に困難であります。以前はがん診療連携拠点病院が9つありましたが、現在は岩手県内で2つの拠点病院を維持するのがやっとであります。また、臨床研修指定病院を辞退した施設もあります。

このような状況の中で、岩手県の特に最前線の病院ではどのようなことが起きているかをこの後お話ししたいと思います。

釜石市は岩手県の南東部にありまして、太平洋に面しております。人口は約2万8,000人、気候は温暖で岩手の湘南と自称しております。二次医療圏は、隣の大槌町と合わせて約4万人弱の人口があります。入院施設を持つ病院は6つございますが、急性期の疾患を扱っているのは主に我々の釜石病院だけです。

釜石市は沿岸の交通の要衝として知られておりまして、以前は製鉄業、現在は漁業も含めて、鉄と魚のまち釜石と言っております。昨今は野生

動物、特に鹿の出現が多くて、私としては鉄と魚と鹿のまちと改名してもいいのかなと、そういうふうに考えております。

釜石市の人口も既に減少傾向に入っていて長くなっております。かつては人口10万に届こうかという時代もございましたが、現在は企業の撤退、東日本大震災を経て2万8,000人と、約3分の1以下となっており、過疎に向かう典型的な地方の一都市であります。

岩手県立釜石病院はその釜石市にありまして、病床数は180、常勤医は19名という中小病院であります。長くこの地域で急性期総合病院、あるいは二次救急病院として役割を果たしてまいりました。標榜診療科はスライドのごとくですが、常勤医がいるものはこの下線の診療科に限られております。

常勤医師数の変遷を示します。かつては常に20人以上保っておりました。東日本大震災のときも支援に来てくれた先生方のおかげで、病院としては非常に充実した時期でありました。しかし、そのような先生方が地元に戻られ、人口減少から常勤医の減少へと進み、2020年、21年頃には20名を切り、救急医療はおろか、通常診療にも支障を来すようになったため、脳血管疾患急性期、あるいは急性冠症候群、そして分娩などは近隣の病院に集約化されました。そして、奨学金養成医師の配置をお願いして、何とか総合病院としての機能を保っております。

常勤医の構成はこのようになっております。現在奨学金養成医師らによってほぼ9割が占められております。急速にそのような医師に対する依存度が高くなっているのが見てとれると思います。

それに伴い、常勤医の年齢構成も大きく変わりました。中堅以上の医師がほとんどいなくなって、特に50代の医師は今年転勤してくれて来たわけなので、昨年度まで40代、50代がゼロという状態で、60代は私ということでした。ジェネレーションギャップといいますか、非常に孤立感が高かった病院であります。今でもやはり30代半ばの医師で大部分が占められております。これらの医師は非常にアクティビティが高く、日々の

診療に取り組んでくれて本当に感謝しております。ただ、それを指導する医師が少ないのが悩みの種です。また、診療以外、例えば感染対策であったり、医療安全であったり、そのようなものを受け持つ医師がなかなか見つからないのも課題であります。

昨今の収支の悪化の状況を鑑みますと、病院運営に精通した医師が求められるところでありますが、そのような医師もなかなか確保できません。奨学金養成医師も2年から3年のスパンで転勤を繰り返し、地域に定着する医師というのがなかなか見つかっていない状況であります。

そのような中での診療の数字を幾つかお示いたします。入院患者数は人口減少に伴い徐々に減少を示しておりましたが、2019年、20年の診療体制の縮小により大きく減少しました。その後は、若い医師の頑張りにより何とか歯止めはかかっておりますが、長期的には減少していくものと考えております。

救急患者数もやはり診療体制の縮小により大きく減少し、救急車の受入れも減りました。その後は高齢者救急等の増加により、回復の状態にあります。昨年度は救急車が1日四、五台ということであります。ここでも若い医師の頑張りが非常に目立ちます。彼らは苦勞をいとわず、当直、日直、あるいは緊急の呼出しに応じてくれて、本当に頭が下がるところであります。

当圏域の救急車の出動台数は、近年は2,000台を超えております。そのうちの8割を我々の病院が収容しております。この上の黄色い部分が脳卒中や心筋梗塞といった近隣の病院に搬送する部分であります。赤い部分は、昨年度まで市内にもう一つ救急車を収容してくれている病院があったのですが、今年度から受入れ中止となり、これも合わせて我々の病院が受け持つことになり、今年は2,000台を超えるのではないかと考えております。常勤医の数に比較しますと非常に大きな台数で、負担となるのは必至であります。

こうなると、やはり現在進行形ではありますが、集約化というのが必須であります。集約化については、多くの方々がそのメリットについてお話しておりますように、症例の蓄積によって医療の

質の向上が望まれ、あるいは人や物といった医療資源の効率的活用により無駄をなくし、経営基盤が安定、そして継続的な医療の提供が可能になるということが挙げられると思います。

しかし、集約化は諸刃の刃でありまして、デメリットもあります。大きく利便性を損なうところでもあります。医療機関の統廃合により、通院、受診に不便を感じる方が必ず一定数存在いたします。岩手県のように面積が広く、夜間はタクシーが動いていない、あるいは公共の交通機関が脆弱であるところでは、これは非常に大きな問題であります。高齢者や移動方法が限られている方にとっては、経済的にも時間的にも大きな問題であります。あるいは小児科や精神科などといった収益性の低い科ほど、特に縮小や消滅という可能性が高くなり、これらの科を受診することはますます困難となります。

東日本大震災のときなどは、それぞれの県立病院が大小にかかわらず、非常に大きな役割を果たしました。コロナ感染症の流行期においても同様です。しかし、集約化され小さい病院になった場合、同じようなことが起きたときに、また同じ働きができるかどうか、これは非常に不安があります。

集約化される側の不安というのは非常に大きいものがあります。患者数は必ず激減いたします。そうなりますと、医療機器を整備するための予算もなかなか確保できず、あるいは常勤、非常勤医師といった医師もメディカルスタッフも集約化する病院側に集中する傾向が出てきます。そうなると、やはり医療の質を維持することが困難となり、医療の質の低下からまた患者数が減りというような負のスパイラルに陥り、最終的に病院が消滅するのではないかと、講演にもありましたようにある日突然病院がなくなるかもしれないというのがひしひしと感じられます。職員も、地域住民も、これについては大きな不安を訴えております。

地域の病院は医療機関としてだけの役割ではなく、その地域で非常に大きな役割を果たしてまいりました。経済的には一大企業として消費であったり、雇用であったり、そのようなパートを占め

ております。社会的にも病院と学校がなければ、子育て世帯を含め、人口の定着は望めません。地域の下支えとしての働きがあります。

人口減少の一因と言われる若年女性の流出についても、その働き場所を提供するという意味で大きな役割があります。

先ほど話した災害だったり、あるいは仮に集約化した大きな病院がサイバーテロに襲われた場合など、非常に大きな被害が予想されますが、それに対してのリスクの分散という存在でもあります。文化的には地域のお祭りだったり、活動文化といったものをよその地域から入ってきた医療従事者が有形無形に刺激するような、そのような貢献も果たしてまいりました。地域にとってはなくてはならないものだと考えております。

暗い話ばかりでもあれですので、地域で働く医師のメリットもお話したいと思います。大きな病院では経験できない症例を見ることができて、または患者さんやご家族との会話、訪問診療などを通して、包括的に総合的な医療を提供できる、そのような能力を身につけることができます。スポーツ大会などイベントにドクターとして呼ばれることも多くなります。私の場合はボクシングの大会に呼ばれて、リングドクターというちょっと憧れの職業をやって、非常に良い思いをいたしました。ほかにも変わったところでは、トンネルの開通式などに呼ばれたこともあります。あとは、マイクを使って大きな声では言えませんが地域によって異なる頂き物もありまして、沿岸部であれば海産物、山であればきのこや山菜といったものもありますし、久慈さんがいないので言いますが、どぶろくを頂くこともございます。あとは、公衆衛生活動、あるいは地域医療構想などに参画して、よりグローバルな地域医療というものを体得できるチャンスにも恵まれると考えております。

「県下にあまねく良質な医療の均霑を」、これは岩手県立病院の理念であります。我々はこれを常に胸に秘めて診療に当たっております。

まだまだ我々勤務医は地域に様々な形で貢献できると信じております。そして、若い医師にも

それぞれのライフプランニングがあるのは理解しております。例えば子育てであったり、自身のキャリアアップだったり、いろいろと悩みもあることでしょうかから、それに対して適切なアドバイスを送るのは我々の役割ではないかと考えております。

基礎医学を目指す者や、あるいは高度先進医療に携わる者も必要であります。より多く地域、患者さんのそばで包括的、総合的な診療を提供できる医師が必要であることを伝えていきたいと思っております。

多大なコストと時間をかけて育成した医師を無駄にしてはなりません。若い医師がこれから自己研鑽を経て、医学のみならず医療というものを実践できるよう指導し、またそういう場を整えていくのが我々高齢となった医師の役割であり、また地域の中小病院が存在する意義の一つではないかと考えております。

それにいたしましてもやはりDX等、我々がそれぞれ変わっていかねばならないこともまた事実であります。このような場でいろいろな情報を得て、また自分の病院に帰りましたら、新たな方向性というものをみんなと相談して決めていきたいなど、そのように感じる集まりでありました。本当にありがとうございます。

人口減少を迎える地域の現状 ～集約化の狭間で



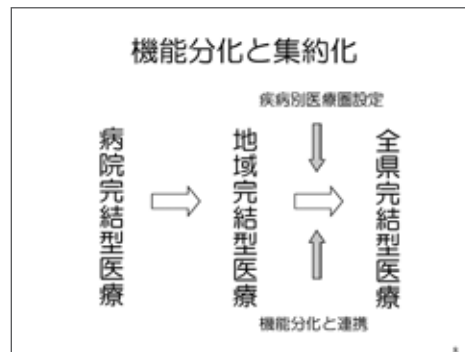
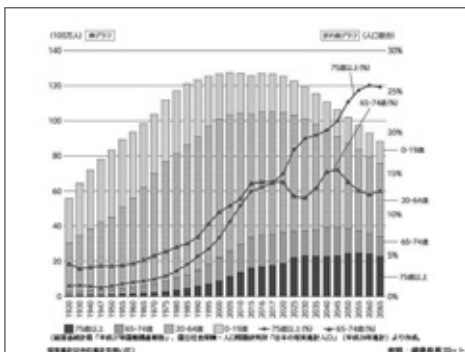
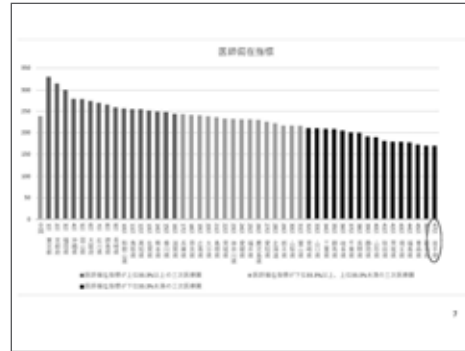
令和7年11月8日
全国医師会勤務医師会連絡協議会

- ✓患者数の減少
 - ⇒ 収支の悪化
- ✓医療従事者の減少
 - ⇒ 質の低下・人件費増加
- ✓不採算地域
 - ⇒ 地域社会縮小
 - ⇒ 消滅可能性

第57回岩手県立病院医学会 COIの開示

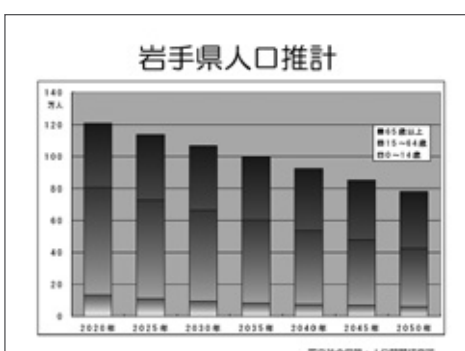
著者氏名： 坂下 伸夫
所属： 岩手県立釜石病院

今回の議題に関連して、開示すべき利益相反状態はありません。

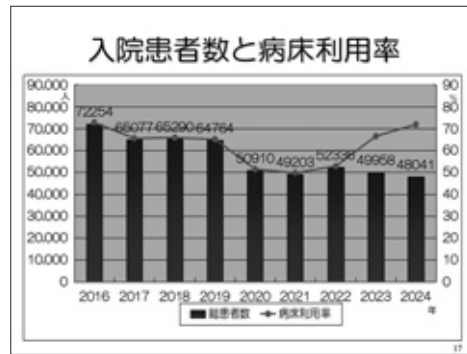
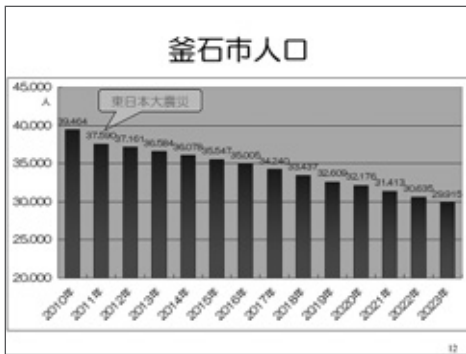
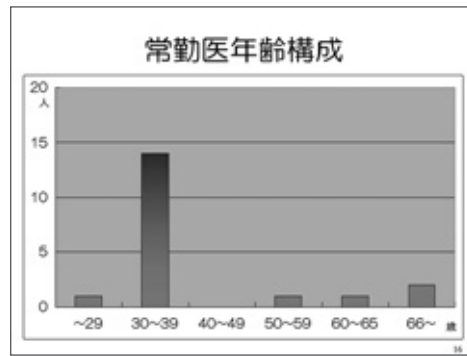



- ✓広大な県土
- ✓9つの2次医療圏
- ✓20の県立病院
- ✓多くの医療圏で県立病院が基幹病院を担う

- ### その陰で・・・
- ✓分娩取扱いのない医療圏が2つ、
 - ✓脳血管疾患急性期に対応できない医療圏が3つ、県外に搬送される地域も、
 - ✓放射線科医、病理医の確保ができず、がん診療連携拠点病院が9つから2つに減少、
 - ✓臨床研修指定病院維持が困難となった施設も、




- ✓岩手県南東部、太平洋に面している
- ✓気候は温暖で岩手の湘南と自称
- ✓人口は現在は約2万8千人
- ✓二次医療圏人口は約4万人弱
- ✓入院施設を持つ病院は圏域に6病院

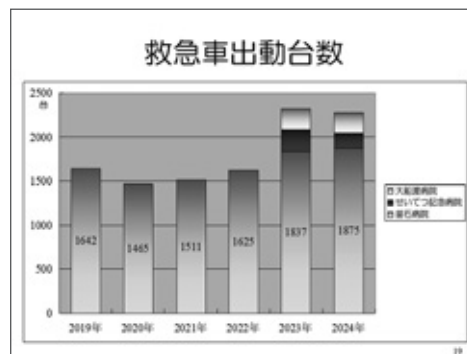
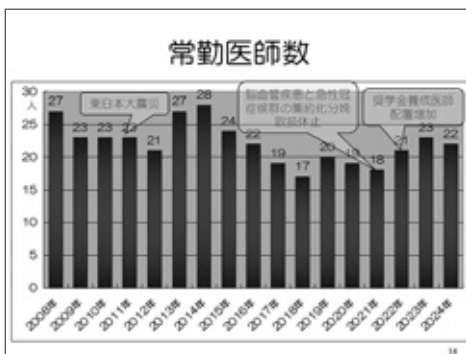
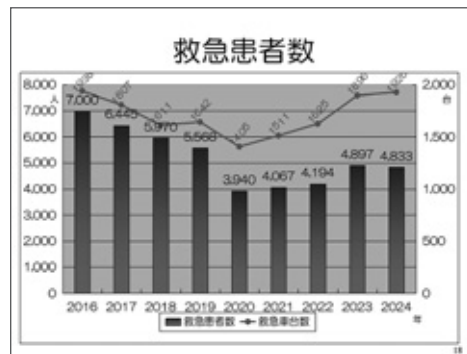


岩手県立 釜石病院概要

- ✓病床数180床、含地域包括病床20床
- ✓常勤医 19名
- ✓二次救急
- ✓災害拠点病院

✓標榜診療科

内科、消化器科、循環器科、小児科、脳神経内科、外科、整形外科、形成外科、心臓血管外科、産婦人科、眼科、耳鼻いんこう科、泌尿器科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科



- ### 集約化のメリット
- 医療の質向上
 - 医療資源の効率的活用
 - 救急医療の充実
 - 医療従事者の負担軽減

集約化のデメリット

- 医療アクセスの悪化
- 医療従事者の負担増
- 特定診療科の縮小・消滅
- 災害時のリスク

21

集約化される病院の不安

- ✓患者数が激減
- ✓高額な医療機器が購入できない
- ✓常勤医・非常勤医師減少
- ✓メディカルスタッフも不足する
- ✓医療の質の低下



22

医療機関としてだけでなく

- ✓経済的側面
 - 消費
 - 雇用
- ✓社会的側面
 - 病院と学校がなければ子育て世帯は
 - 女性の働き場所
 - リスクの分散
- ✓文化的側面
 - 地域活動・文化

23

地域で働く医師のメリット

- ✓総合医としてのスキルアップ
- ✓患者さんやご家族との会話や訪問診療
- ✓スポーツ大会などのドクター
- ✓地域によって異なる頂き物
- ✓行政・地域活動への参加

24

県下に
あまねく
良質な
医療の均霑を

春秋便り／院長会の歩み 第六刊
題字 佐藤ひろみ

25

全体ディスカッション 15:55 - 17:05

座
長

岩手県医師会常任理事・岩手県医師会勤務医部会部会長

宮田 剛

岩手県医師会常任理事・岩手県医師会勤務医部会副部会長

伊藤 智範

座長

岩手県医師会常任理事・岩手県医師会勤務医部会部会長

宮田 剛 (みやた ごう)

岩手県医師会常任理事・岩手県医師会勤務医部会副部会長

伊藤 智範 (いとう ともり)



宮田 (座長) : 今回会場のお越しいただいた皆様にご協力いただきましたアンケート、これを見ながらシンポジストの先生、それからフロアの皆様からのご意見を頂戴して議論を深めてまいりたいと思っております。現在の段階で、171名の皆様にご回答いただきました。ご協力ありがとうございます。

そして、今回のご参加の皆様の内訳を見ますと、医師偏在指標の高い、上位3分の1の地域からいらした方は青い印で25%、下位3分の1、赤いところが46%で、中位と表現しましたが、その間の方々が28.7%の先生方がお集まり、そしてご回答いただいたという会場だとご理解いただければと思います。地元開催ですので、岩手県の先生方が多い分、ここの赤い部分が多くなっていると思っております。

そして、この上位3分の1と回答された方々に、医師偏在による医療提供体制の危機感はいかがでしょうかという、それぞれの3分の1の先生方にお聞きしましたが、とても危機的に感じるという方が57.4%、いかに医師が多い県でもこのぐらい多くの方々が危機感を感じると、少し危機を感じるという方が42%、あまり感じないというような方々はいないという結果になっております。そして、これが下位3分の1と回答された方にお聞きしますと、とても危機的に感じるという方々が86.4%、そして少し危機的というのが13.6%、やはりその部分は強く危機感を感じられているということが分かります。中位3分の1とされた方々はやはり半々ぐらいで、あまり感じないというところが2名

いらっしゃった。後でご意見を聞いてみたい感じがしますが、そのような結果になっております。

実はこのシンポジウムを企画いたしましたのは、昨年が福岡県の医師会の先生方がご担当になって、医師多数県というところで、その次の順番として岩手県が担当するのであれば、そこは少数県としての議論を深めていく場になるといいなということで、このようなテーマを選ばせていただきましたので、今日のシンポジストの先生方のお話も非常に参考になりましたし、考える内容がたくさんあったと思います。ありがとうございます。

そして、この2名の方々以外はやはり危機感を感じているということが分かる中で議論ですので、いろいろ中身の濃い議論ができるのではないかなと思っております。

そして、この岩手県の状況をお聞きになって、ご自身の都道府県と比較してどのような感じをお持ちになりましたかと、非常に大雑把な話ですが、お聞きしたところ、岩手県と同様のことが起きていると、もうそう感じていらっしゃる方が45%もいらっしゃるということは、私ども岩手県の医師としても少し驚きですし、そういう危機感 皆さんお持ちなのだなということを感じるところでもあります。岩手ほど深刻ではないということももちろんあるのですが、この文章には深刻ではないけれども、起きているのだよということだと解釈できるのではないかと思います。岩手県よりも深刻であるという回答は3名でした。後で挙手の上、ご意見をお伺

いしたいなど、ぜひ何かできることはないだろうかという、そんな気持ちにもなりますけれども、そういう回答でございました。

ちょっとさらっとここまで行ってしまいますけれども、どんなときに医師偏在による医師不足を感じますかという質問に関しましては、一番多いのは臨床現場での業務負荷が多いということが答えられておりました、次に多いのが管理業務で人材のやりくりが難しいとき、これが3割ぐらい。そして、様々な数値比を示して、それを見たときにということ。逆に言うと、見るまではあんまり感じなかったけれどもということかもしれません、そのようなこと。それから、ここでも医師不足とは感じていない9名の先生がいらっしゃいましたので、大変興味深いところでございます。その他の記載の中で、いろいろ文言書いていただきましたけれども、診療科偏在があるという方、それから中山間地の医師不足から地域で必要な医療を提供できない。産科のこと。というようなことを記載いただいた方もいらっしゃいます。地域に必要な診療医師がいないということです。それが今回のこのフロアにいらっしゃる皆様のプロフィールというふうにご認識いただけるのではないかと思います。

この後は、それぞれのシンポジストの先生方の講演にリンクしたような質問事項をつかった次第です。

Qの4は、医師の地域偏在、診療科偏在による医療提供体制の影響が出てきている現状を踏まえると医師の教育にはどのようなことが必要と思われますかということに関して、ちょっとこちらの意図を酌んでいただいたのかもしれませんがけれども、総合的診療技術の向上をさらに目指すというのを選んでいただいた方が46.8%、それから他職種、他診療科などとコミュニケーションの能力を高める、これが36%。そして、これは公衆衛生的見識を高めるといふようなところを選んでいただいた方々もいらっしゃいます。

これに関して米田先生あるいは藤森先生などにご意見をお伺いしたいのですが、この結果を見てどのようにお感じになるか、それから実際に米田先生のお話も藤森先生のお話も、よりよい研修医

を育てると、地域で必要となるよりよい研修医を育てるということを主眼に運用されているということでもございましたけれども、この地域の医師の偏在がある中で、特に医師の教育としてはどういふようなこと、何かスペシャルな考え方というのは持つ必要があるのか、それともこのままよりよい人材を育てるといふことで、もちろんいいのだとは思いますが、何かお考えがあればお聞かせいただきたいと思っております。

米田先生からよろしいでしょうか。

米田：ありがとうございます。私自身がキャリアチェンジして総合診療医になって、20年間泌尿器科医だったのですが、キャリアチェンジして総合診療科医になって、医師の最初の頃である臨床研修医にとって大事なプライマリ・ケア教育なので、そこの教育を充実させようという思いがあってやっております。ですので、この総合的診療技術の向上というのは非常に私としては同意するところでございます。



あと、多職種連携に関しても多職種連携教育というのはやっぱりすごく有効だということも言われていて、ただ医学生時代は結構盛んに行われ始めているのですが、医師になってからというのは一回ちょっと少し落ちるデータも出ていて、そこを充実した教育ができると、要するにより医師は教育者をたくさん持つことになりまますので、ここもやっぱり進めていきたいところだなというふうに思っております。

宮田 (座長)：ありがとうございます。藤森先生、何かコメントございますか。

藤森：まずは会場の方のご意見と私も同じでございます、やはり人材が不足しているところ

での教育では、総合的に診る能力を養っていくことが大切だと思いますし、また少ない人材で医療を提供していくときには、やはり医師同士のコミュニケーションや、あるいは多職種の人たちのコミュニケーション、そして仲間づくりをして、しっかり地域を診ていくという考え方も大切かなというふうに思います。また私のところで話もさせ



ていただきましたけれども、住民の皆さんに健康について興味を持ってもらいながら、自ら健康に取り組む。これから医療資源が乏しくなっていくような地域では、住民の皆さんが健康に気をつけていく。鈴木学長の話にもありましたけれども、ある程度年代がいても元気であれば支える側になる。そういう考え方が大切ということで、予防医学的な考え方も大切で、会場でお答えいただいたことに、私も賛同するところであります。

宮田（座長）：ありがとうございました。病院に来る患者さんだけではなくて、地域の住民の方に対する予防医学的なアプローチというようなことも加味されて、実際にもう藤森先生のところでは進められているようでございますけれども、平成16年から臨床研修制度が始まったこと自体が、専門だけではなくてジェネラルな実力を身につけるためにということで国のほうで法制化したということだと思いますけれども、多分この会場におられるほとんどの先生方、シンポジストの先生方もそれ以前の研修制度で育った先生ではないかなというふうに思いますので、その自分の研修のときと、今の新しい研修制度で入った先生方の違いみたいなもの感じられることというのはあるのではないかなと思うのです。当時あの制度が始まる時には、こんなのは出来上がりが遅く

なるだけだという批判的な意見たくさん出たのですけれども、いかがですか、その辺に関しては、どなたかシンポジストの先生、あるいはフロアの先生でも結構ですけれども。

先生、どうぞ。

伊藤（座長）：これフリー記載のところ上げていただいているものがありまして、これ今の議論にちょっとつながるので、取り上げさせていただきたいと思います。

プライマリ・ケア中心に研修医教育を熱心に行っても、プライマリ・ケアを実践する医師は増えない。研修制度の見直しが必要ではないかという意見も上がっているのですが、こちら辺について、もしシンポジストの先生方からあればと思うのですが、米田先生、藤森先生、いかがでしょうか、こういう意見も上がっているのですが。

米田：ありがとうございます。私の印象としては、臨床研修制度が始まってからの医師になられている方のプライマリ・ケア能力は上がっているのではないかなという、私自身の主観がまず一つあるのと、あと厚生労働省のほうもその辺りのデータを取ってまして、ただその質がどうかと言われるとちょっと難しいですけれども、そちらのほうも比較的プライマリ・ケア能力は身につけているのではないかなというふうに考えているのではないかなというふうには思います。

伊藤（座長）：藤森先生、いかがでしょうか。

藤森：今の研修医制度はいろいろな科を回りますので、我々が研修した頃は単科、あるいは2科、3科ぐらいの回り方をしておりましたので、いろんな科を経験することによって、いろんな疾患に対応する能力を持つという意味では非常に重要なのかな、今の研修が非常によろしいかなというふうに思っております。

あと、いろんな研修医の先生方がいます。もちろん専門診療に興味を持っている方々もいらっしゃいますので、やはり専門診療、そしてプラスどんな患者さんも診ていけるという、総合診療的なマインドを持つという考えが大切ではないかなというふうに思っております、どの研修医の先生方にもそういう気持ちを持ってねということは伝えさせていただいております。



宮田 (座長) : ありがとうございます。私の個人的な意見でいうと、精神科を必ず回るので、今認知症の患者さんが多い中で精神科の薬を使うことがうまいなど、研修医でそっちを回ってきた人のほうがその辺精通しているなど感じる点があって、このローテーションが生きているなど思ったポイントが、そういうところがございました。

フロアの皆様でどなたか。はい、長谷川先生。

長谷川 (秋田県) : 秋田大学の医学教育学講座の長谷川でございます。貴重なお話ありがとうございます。

今日のお話そのとおりで、実は卒前教育からコアカリキュラムを見ますと全員が総合力をつける、医師免許の質が総合力というふうにもっともつとならなければいけないのが1つと、それから初期研修もちろん始まる前よりは今よいのですが、本来それはもっともつ総合的な、まだまだ各科が専門研修のちょっと延長上でやっているところがありまして、もちろんやる前よりは皆さん総合力ついたのでけれども、もっともつとつけなれば。

日本はドイツから医学を輸入するときに、ほとんどそれぞれの専門科しか輸入してこなかったのです、研究の。その当時もうドイツでは半分は総合だったので、そこになるには実はまだ教育現場がそんなにないので、3年目からそこに進む方々は少ないのですけれども、でもその基盤はこの10年で大分変わってきたので、米田先生おっしゃったように大分変わってきたので、ですから最初から総合的なもの目指す方と、藤森先生

おっしゃったようにそれぞれの専門医がちゃんと総合的に診るような生涯教育をやっているか、それだけではないということで、ちょっと私今日本医師会の生涯教育をさせていただいているのですが、卒前からシームレスに医師免許の質を保証しようという流れを今やらせてもらっていて、それこそ今村先生の下で今やらせてもらっていますので、そういう今日の議論、その両方をどうやってやっていくか、総合的に診る人と、それぞれの専門医が卒前教育からどうやって総合的な力をつけるか、この2点が日本のこれからの将来には絶対必要だというふうに考えておりましたので、ちょっとコメントさせていただきました。

宮田 (座長) : ありがとうございます。専門の先生からそういうコメントいただけるのは大変貴重だと思いますが、具体的にその卒前なり研修の間に、より総合的なものを身につけるといふために、どういうことを具体的にすれば総合的な力が身につくと。

長谷川 (秋田県) : 今医学教育のほうでは学生時代も各科の専門教育に偏り過ぎていて、30年前から見れば今の医学生の学ぶ量というのは数倍になってしまっているんで、もっともつ知識としてはそれ必要なだけでも、実践力としては各科のプライマリ・ケアですね、各科臨床実習のときに10%でもいいからその分野のプライマリ・ケアをしっかりと教えようということを今提案しています。

宮田 (座長) : ありがとうございます。ある意味専門の中でのプライマリ・ケアというようなこと

だと思えます。期待したいと思えます。

何かフロアの方、あるいはシンポジストの先生方からこの件についてコメントございませんか。よろしいでしょうか。

よろしければ、次の問いのほうにまいりたいと思えますが、今回のご参加の皆様の病院、先生方の勤務する病院に総合診療医はいますかという問いに関しては、56%の先生方の病院ではない、1人いるというところが13%、2人いるが14%、3人以上いるというところは23%という回答が得られておりますが、これに関してはいかがでしょう、藤森先生、何かコメントございますか。藤森先生か、あと住吉先生も総合診療科医ですが、何かコメントがあればよろしくお願ひします。

藤森：総合診療というふうに表現したときに、今、日本プライマリ・ケア学会で考えている総合診療、そしてまた日本専門医機構で第19領域の総合診療専門医、あるいは日本地域医療学会が考えている地域総合診療専門医、あと日本病院会等が考えている病院総合医というのがあるかというふうに思えます。それぞれの方々がいらっしやらないという病院、今日の会場の中だと56%と聞かせていただいたのですけれども、病院というところでは総合診療のマインドは持っているのだけれども、そういう認定医や専門医は持っていないという人たちもいるので、ちょっと少ないパーセンテージになったのかなという気もしております、それぞれの病院で総合的に診ていきたいという方は、もう少しいらっしやるのではないかなという印象を持ちました。

宮田（座長）：ありがとうございます。確かに実際の業務としては総合診療的なことやってはいるけれども、看板としてそういう看板を上げているわけではないという先生方も結構多いのではないかなというふうには思いました。

住吉先生、何かコメントありますか。

住吉：総合診療医といっても、多分病院によって求められる姿というの違うのではないかなと思っていて、私が今勤めている県立中央病院は、やっぱり各科がスペシャリストの集団なわけで、でも結局そのほざまに落ちてしまった人は、もうどこにも行き場がなくなってしまう、例えば何だ

か分からない熱だったり、あとは何だか分からないけれども体が痛いとか、そういうところを私がカバーしているというところなので、でも総合診療医と銘打っていなくても、藤森先生もおっしゃっていましたが、多分そういうところを内科医、内科の先生がカバーしたりということはあると思うので、実際総合診療医と銘打っていなくても実践しておられる医療機関はたくさんあるのではないかなと思っています。

宮田（座長）：ありがとうございます。

伊藤（座長）：フリー記載のところから少しご紹介いたします。

総合医の育成は重要であるが、医師全体が専門分野のみでなく、やはり総合的能力を身につけて救急の対応、合併症に対応できる教育が必要だというふうにご意見をいただいています。

あともう一つ、医師会のほうへのお願いということで上がっているのだと思うのですが、総合診療医も高度専門医も、どちらも必要です。日本の医療を守るべく、もっと勤務医が日本医師会や行政の常任役員になり、携わるべきだと思いますというようなコメントも出ておりますので、もしよろしければ今村先生とか、何かコメントいただけたらすると、すみません。

宮田（座長）：急に振ってしまいましたけれども。

伊藤（座長）：いかがでしょうか。

今村（日本医師会）：今日本医師会のほうで、この総合的な診療能力を有するドクターについてどういうふうに考えているかという、今ご意見もいろいろ出てきましたけれども、一言で定義づけというのはなかなかまだできる状況ではないと、様々なところで様々な形で活躍されていらっしやるので、日本医師会的にはそれこそいろいろな意見あるのだけれども、多くの先生方が実は総合的な診療能力を有しているし、実際には大なり小なり、そのようなサービスを提供しているという考えでおります。

少し、ここはもう一つ、政治的にも非常にここが注目というか、いろいろな意味で政治的にも使われてしまうポイントになっているので、非常に慎重に日本医師会としては動いていると、今回かかりつけ医機能報告の研修、これは先ほど長谷



川先生、今立っていただいて、少しでも多くの先生というか、本当は日本のドクター全員に研修受けていただいて、病院で活躍されている先生方にも、開業されている先生方だけではなくて病院で活躍されていらっしゃる先生方にも、ぜひそういう意味では今度の報告制度で1号で報告いただきたいなど。そうしますと、先ほど長谷川先生がおっしゃった、いわゆるプライマリ・ケア的な、総合的な診療能力を有することをメインにするドクターと、専門医療を持ちながら総合的な診療能力も鍛えていかれる、両方で近づいていただくといいか、もしくは両方で広い領域をカバーしていただけるようにという、そういうことでこれからも動いていきたいと思っていますし、そのためには若干時間はかかるかもしれませんが、ぜひ若い先生方にそこをまた強化していただければなどということ動いているところです。

最後、先ほど勤務医の先生方にも日本医師会のほうにと、医師会構造は3層構造なのですが、今そういう意味で純粋に勤務医と言われる先生方にも医師会のほうにご参加いただける門は開いております。ただ、なかなかそこは狭き門なので、今後の動きも含めてどうすればいいか、それは先ほど一宮先生が今病院委員会と、例えば勤務医委員会、これ医師会の中の会内委員会ですけれども、そういったところでも今話が始まっているところです。会員数でいうと既にもう半分以上が勤務医の先生方ですし、実際のその声がしっかりと日本医師会にも届くようにというのは、松本会長もこれからもその仕組みを含めて考えていこうということになっております。

すみません、以上です。

伊藤 (座長) : ありがとうございます。詳細にお答えいただきました。

宮田 (座長) : ありがとうございます。日本の現状で総合診療医はとにかく増えていく必要があるということは、もうコンセンサスというふうに感じております。今回の、特にこの医師不足の中でのという、そういう切り口で考えたときに、ちょっと藤森先生にお聞きしたいのですけれども、病院長の立場で例えば専門医を5人雇うのだったら、総合診療科3人雇ったほうが病院の回転速いぜというように、そういうような人件費が少なくて病院回るんじゃないのみたいな、そんな発想というのはいかがでしょうか。

藤森 : 貴重なご質問ありがとうございます。

確かにもし自分の病院が地域に根差した病院で、そして非常に医師確保に困っているという場合に、今おっしゃっていただいたような3人とか5人を雇うときに、各科のそれぞれの専門の人をそろえてやっていくか、それとも総合的に診る人たちを集めてやっていくかというふうに言われますと、やはり診療科にとらわれず、何でも幅広く、来た人たちを診る、そういうところの病院では紹介状持っていないで、フリーアクセスで診ることになると思いますので、やはり総合診療的に診られる人たちをそろえて、昼間の診療でも救急でも、何でも対応してウェルカム、何でも来ていいよという感じで応えてくれる医師をぜひ地域で雇っていきなというふうに思います。

宮田 (座長) : すみません無理やりストーリーに寄せようとしたのが、合わせていただきまして、ありがとうございます。もちろん専門的な医療も必要なので、その病院の立ち位置によって全然それは状況変わってくると思いますけれども、ありがとうございます。

では、この総合診療科医の質問から、次のDXのところに行きたいと思います。この医療提供体制の危機の中で、必要なDXは何だと思えますか、DX領域は何だと思えますかということで、複数回答可として伺いましたところ、AI問診や画像診断などの診断系の技術というのが一番多い。そして、事務作業の自動化、RPAと言われると

ころがその次に多いと。そして、多方面とのつながりを可能にする通信系の技術というのがそれに次ぐという形になっております。

手術ロボットというのももちろんお答えいただいた先生もいますけれども、比較的それに比べると少ないというところですね。そのほか面白いのは同意書取得補助などとか、P H R、A Iは……これいっぱい書いていただいたのですね。すみません、読み切れませんので。

まず、中山先生に、この結果についてどうお感じになるかということコメントいただけますでしょうか。

中山：ありがとうございます。

まず、僕は今P H Rに力を入れているので、P H Rが役に立つという意見がほとんどなかったのが非常に衝撃的です。こういうのは身近にあって、実際に使える環境があって、使ってもいいかなと初めて思うものなので、全く使ったことがないものに初めから高評価与えるというのはなかなか難しいのではないかなと思いました。やっぱり業務改善につながるもの、実際に手に取った人がいいと言われているものが上位に上がるということで、A I問診や画像診断が上がるのは非常に妥当ではないかと思えます。

特にA I問診は、別にA Iではなくても問診の



ところを整理するような形、大体我々が聞くとき同様、ツリー構造になっていると思うのです。いきなり無秩序に問題を質問するのではなくて、まず胸痛があったら、いつどんな痛みですか、何のときに起きますかと聞いて、狭心症であるかどうかと診ていくわけなので、そこまでA Iを用いなくても可能なのではないかと思っています。

無理やりP H Rのほうに話を持っていくと、例えば大学病院で実際に使用したのは、クローン病とか潰瘍性大腸炎のような炎症性腸疾患です。血便があったり、発熱があったり、腹痛があったり、症状が日々変動するので、それを一つ一つ書くのもちょっと大変です。そこで、患者さんにP H Rとなるアプリケーションを持ってもらって、日々入力して頂く。一方、電子カルテにはeXchartという自分たちでカスタマイズできるようなテンプレートがあります。P H Rを直接電子カルテにつなげようと思うと、ネットワーク越しというのはなかなか今許されていないので、そのアプリケーションに症状を記録したものをQRコードで出す。電子カルテはQRコードを読めるので、QRコードを通してカルテに、そういった腹痛があったとか、なかったとか、週何回症状がある等自動的に入力されます。そうすると、今度は逆にカルテのほうで対応するスコアを出せて、QRコードを介して患者さんに戻してあげることが可能になります。ということで、患者さんの日々の状況をカルテにも容易に入れられるし、カルテに入れたものをまた患者さんにお返しすることもでき、問診だけではなく日々の状況、特に主訴に当たるようなものを整理ができるというのは非常に大きいのではないかと考えています。

最近臨床研究とか治験とかだとP R O (Patient Reported Outcome) が注目されています。従来患者さんの副作用を診るときに、患者さんが病院に来てくれて医者が何かしら診断を下すと副作用とか記録されますけれども、それ以前に患者さん自身が実は家で吐き気があって困ったとか、記録されていない症状があります。そこでアプリケーションにそういったものを入れて、カルテに反映させると市販後調査とか治験とかにも役に立てることがありますので、P H Rの宣伝を加えつつ、この結果は妥当じゃないかという回答に代えさせていただきます。

宮田 (座長)：ありがとうございます。これ①から④までがチョイス式の答えで、P H Rという選択肢をつくらなかったというこちらの見識のなさが露呈したと、むしろこのお一人の方がP H Rとあえて書いていただいた方の票はとても意味が

大きいのではないかと感じております。失礼いたしました。

伊藤 (座長) : それで、フリーに記載していただいたところからですが、ちょっとピンポイント的なご質問になるのですが、やはり中山先生にお答えいただくことになろうかと思うのですが、先日A Iに相談したら整形外科へ行けと言われたので受診しましたという70歳代女性患者さんがいました。どれぐらいの患者さんがそうやってA Iに相談して受診してそうなのかというような、何かデータがあれば教えていただきたいというようなコメントが来ていますが、いかがでしょうか。

中山 : すみません。ちょっと数字は持ち合わせておりません。でも、70歳の方でA Iを使うというのは、かなりアドバンスレベルではないかと思えます。

別な調査で、どれくらいスマホを持っていますか、自分でどんなアプリケーション使っていますかと調べると、やはり年齢によって結果が全然違っています。80代ぐらいになりますと、もう自分ではスマホは使えないのでガラケー、もしくは家族がかわりに使うということなのですがけれども、70代までだったら普通にスマホを使っています。アプリケーションとしてはメールとラインは使える。若い人になるともっといろんなもの使っていきますけれども、70代はその辺りは使えるということで、その使える選択肢の中にこういったA Iというのがどんどん入り込むのかなと思います。

ただ、そういうのに影響されなくても日々診療していると、なぜか知らないけれども、何人もの患者さんが続けて頭を調べたいとかと言ってきたりとかして、おかしいなと思ってよくよく聞いてみると、前の日にそういうテレビ番組があったので、みんな心配で来たというように、何らかに影響されて受診に来るとするのはよくあることだなと思えます。

宮田 (座長) : ありがとうございます。

挙手なさっている先生がいらっしゃいますので、マイクをお願いします。

西川 (兵庫県) : 兵庫県医師会の西川梅雄といたします。ありがとうございます。いや、こんな興味

本位でちょっと書いたら、取っていただいてありがとうございます。

私どもの病院ちょっと、兵庫県と言ってもご存じのように日本海から瀬戸内海までへんぴなところもありまして、私どもの相生市という岡山県にほぼ近いところで、やっぱり医師は少ない、10万人当たりは160名ぐらいしかおらん。そんなところで多分これ独り暮らしのおばあさんといったら怒られますけれども、僕より少なくとも年上の方が来られて、何か鎖骨のリンパ節がどうか言うから、「あんた誰に聞いて来たん?」とか言うたら、「A Iです」言うて、こっちがびっくりして、要するに独り暮らしでそういうことしている人が、まだまだ70代でも先生おっしゃるようにいるのだなど。そういうことで、家族に相談してとか何かたまに帰ってきた息子に聞いたらみたいのが多いのだけれども、それでDXというのは僕もどちらかというあんまり反対なほうだったのですけれども、俺より年いったのがこんな聞くかみたいな話で、いや、今日の先生の話も大変よかったなと思って、こういうのを書きました。どうもありがとうございました。

伊藤 (座長) : ありがとうございます。いろんなA Iの技術とか、様々なことが入ってくることによって医療現場が変わっていくということなのではないかと思えます。

中山先生、何かコメントございますか。

中山 : ちょっとまた数値は持っていないのですが、同じような話で、70歳の方だけではなく、若い人がどんどん調べてきます。尋ねるところか、先生のその知識はちゃんとA Iとかで確かめたのですかと聞く場合もある。だから、AIなしの単独だと不安だという意見もちらほら始めているので、共存するような世界はもう本当にすぐそこまで来ていると思います。

宮田 (座長) : ありがとうございます。

及川先生、どうぞ。

及川 (岩手県) : 岩手県医師会のここからちょっと北西にあるところで、リハビリテーション病院の院長をしています及川と申しますけれども、いろいろさっきのプライマリ・ケアの問題と、それから総合診療科医の育成というか、そういったこと

と、これやっぱりかなり課題が多いのかなと思って、私もおとといかかりつけ医の研修をまた受けたのですけれども、リハビリテーション、認知症、様々なC G Aとかいろんなものがある、やっぱり一回勉強し直さないと分からないようなことがたくさんあったので、よかったのですけれども、やはり日本の場合は臓器医療というか、そういった形で教育されて、私ももともと脳外科で10年やって、それから今リハビリやっていますのですけれども、そういう家庭医をもともと育てるといって、そういう教育体制がない中で来て今の状況に混乱があるのではないかなと思うのです。

ですから、その辺をうまくやはり現場でも行くような形にしないと、総合診療科のドクターというか学生もいろいろ興味を持って、実際にそれでは自分で行って、何か開業したり何だりするときに、では総合診療科というのは何があるのだろうというような形になったりして、やっぱり迷ってしまうような、そのような後輩なんかも結構いるみたいで、そういった意味ではもう一度日本の



そういう地域を支える診療医というものの在り方というのは、見直されないといけないのではないかなという気がします。

私は昭和46年の卒業なので、ちょっと古いのですけれども、その頃は開業医の先生も総合診療医のような働きをしながらやっていた時代なのではないかなと思うのですけれども、それがやはり2000年になって、2000年頃から教育研修とか、そういったものが始まってからいろいろな課題がたくさん出てきたということは、やはり家庭医というものの位置づけをきちっとしないために今何かいろいろと色々な団体で

教育し直すというふうなことが言われていますけれども、そういうのはやはりかなり矛盾を生んでいるのではないかな。かかりつけ医ということと総合診療医ということが、私はどっちも、医師会にも、病院のほうのいろんな団体のほうにも所属していますので、どっちがどっちでどうなのだというような感じがしております。

したがって、その辺をもう少し分かりやすく、そしてまた多少高齢でもちょっと研修すればいいような、そういう何かもう少し緩い制度を設計していくというか、北欧ですとゲートキーパーということで、ある程度方向づけして、そして専門医に紹介するような、そういうふうな形になっていますので、そういうもう少し分かりやすいような形にすべきなのではないのかなというふうな感じがしております。

私若いときにちょっとデンマークに脳血流のことを勉強に行ったことがあったりして、その後15年前ぐらいに今のデンマークの体制見ただけですけれども、やっぱり家庭医というのはちゃんとして、それがやはりゲートキーパー的な働きしながら、いろんなことまで全部いて、ある一定の人口のところは何人というふうに決まっているという、そういうふうなことで、根本的には日本の体制と違うので、何かかえって失礼なことを言っているのかもしれませんが、何かそういうふうなことも参考にしながら進まなければいけないような、そんな状況にあるのではないかなというふうに日常、私のいるところも人口2万3,000人ぐらいの小さな市の中でいろいろなことをやっていますけれども、そういうことがとてもこれから重要なのではないか、もちろんAIとかあいつたものをどんどん利用することはいいのですけれども、でもそれだけの人員を削減できるのかなというふうな、大きなところはそれでも、小さな診療所、あるいは医療施設はそれはなかなか結構厳しいのではないかなというふうな、そういうふうなことを思いながらちょっと聞かせていただきました。

ちょっとすみません、何かまとまらない話になったのですけれども。

宮田(座長)：いえいえ、ありがとうございます。

A I の規模感によって、A I が有効なところかどうか、総合診療との絡みも含めコメントいただきました。ありがとうございました。

長谷川先生どうぞお願いします。

長谷川 (秋田県) : 何度もすみません。秋田大学の医学教育の長谷川ですが、A I は今本当日本の問題の総合力を全員つけるために絶対必須で、今学生もそうですけれども、医療現場でA I を使って、各科の先生が総合的に診られますし、秋田では患者さんもまずA I を使ってから受診しましょうというふうなシンポジウムも開催させていただきました。ちょっと日本かなり遅れているので、ぜひこれは、もちろん医療者もA I を使う、例えば胸部症状のとき、先生おっしゃいましたように何がポイントかとか、どういうときに病院にかかるタイミングかとか、深く深く何度も繰り返して聞けますので、ワードに入れるようにしてできますので、もはや各分野の先生が総合的に診るためにはA I を使っていくことが、まず問題解決の近道ですし、患者さんも高齢者だけではなくて、家族でA I を使えば健康管理全部できますし、理想的な医療に向かっていきます。

学生たちはもう既に使っていて、履歴残っていきますから自分が疑問点、全部指導医に聞けなかったことを全部A I に聞いて、全部履歴残していますし、症状一つ取っても、例えば78歳で下痢と嘔吐がある、そして電解質が病院に行ったらナトリウムが128で、カリウム、クロールがこうだった。そういうのをA I に入るとすごい臨床推論全部出してくれます。それが最終的には医者が責任取らなければいけませんけれども、少なくともすごく参考にはなるので、全然A I は使って、それこそ総合的な力をつけるために使うということにシフトしないといけないのではないかなというふうに思って、今学生にも1年生、入学した日からA I を使って履歴を残しましょうという話をしているところです。

宮田 (座長) : ありがとうございます。こちらが思っている以上に若い世代がどんどん使うようになってきているし、患者さん側もどんどん使ってから我々のところに到達するという時代になってきているということを感じました。ありがとうございます。

ます。いいですか。

それでは、次に進みたいと思います。先生の病院では時短勤務の医師はいますかというご質問をさせていただきました。先ほどの住吉先生のご発表のように、子育て世代の女性医師がいるところ、6割以上の先生がお答えになってますし、高齢の医師がいるところ、いないところも2割ぐらいの先生いらっしゃいましたけれども、そのような回答が得られております。

こういう回答について、住吉先生何かご感想はありますか。

住吉 : 少子化ですけれども、意外といるのだなというのが正直な感想です。

子育て中だけではなくて、やっぱり介護だったり、闘病中だったり、いろいろな事情の方も女性、男性問わずいらっしゃるということが分かります。

宮田 (座長) : ありがとうございます。この②の子育て世代の男性医師がいるところ、9.4%のところは多分今後どんどん増えていくのだろうと、いってほしいというふうに思うところで、それぞれの介護のことだったり、闘病中というところもいろいろ治療と就労の両立支援という話題もどんどん話題になってきていますので、この辺もどんどん増えていくべきなのではないかと思います。偏在で少ないと言っているけれども、そういうポテンシャルを持った先生方が中にはいらっしゃるのであれば、そういう方々が仕事ができる環境は整える必要があるのだろうというふうに感じます。

これに関してフロアの先生方で、何かコメントお持ちの先生いたら挙手をお願いしたいと思いますが、いかがでしょう。よろしいでしょうか。

伊藤 (座長) : 時短勤務のことなのですが、やはりその時短勤務でもいいので、さっき住吉先生プレゼンテーションされていた中であつたのですけれども、時短勤務でもいいので、働いてくれるドクターをそのままやはりお願いしていくということは、私すごく大事だと思うのです。

最初の住吉先生のプレゼンテーションで、女は心カテ班に入れないとか、いろんな昭和の時代なのだなという話を伺って、確かにそういう雰囲気



あったなと思ったのですが、そうではなくてやっぱり穴を埋めていただける大事な戦力として、財産として考えるということが私すごく大事ではないかと思っているのです。

別な会議で企業のコンサルタントみたいなことをやっている方から伺ったのは、やっぱりそのスタッフを財産と考えるのか、コストと考えるのかというのはすごく大きな違いで、やはりスタッフを財産として考えるという発想が、やはりその病院の運営上すごく大事になってくる、その企業コンサルタントの方は赤字に転落していた、それ本屋さんだったらしいのですけれども、それをV字回復させたようなのです。そのようなお話もあったので、そういう発想をこれから経営のところに取り入れていく必要がこれから出てくるのではないかなというふうにちょっと感じました。

宮田 (座長) :そして、それと関連したクエスチョンとして、その時短勤務を可とすることで、潜在的な活躍可能医師を増やすことは可能と感じられていますかということで、64%の先生は可能だと感じていらっしゃることはもう間違いないと。分からないという先生もいらっしゃいますけれども、このような共感を持って、先ほどの住吉先生のお話も聞かれたのではないかと思います。その中で不可能と言い切っている先生もいらっしゃいますが、あまりここは深く追及しないほうがいいのかもしれない。

何かフロアからご意見ございますでしょうか。

長谷川先生、どうぞ。

長谷川 (秋田県) :何度もすみません。ここちょっと本当に今大学病院もスタッフの数が制限され大変な状況で、各病院の先生たちも大変な状況で、それが実は今伊藤先生お話ししたように、昭和の

時代の医師のカウントの仕方が、まだ人数がそれでやられていて、診療報酬はそれでぎりぎり全部赤字になっているような状況だと思います。本当に男女とも子育てしていく時代を迎える日本において、医師数のカウントが昭和の時代でいいのかと、もう医学生は半分が女子で、ヨーロッパは7割が医学生が女子です。それは昔が悪かったわけで、ちゃんと男女とも子育てしながら働かなければいけない状態なのに、昔と同じカウントの数で、それでも病院経営が厳しいというふうな、やっぱりそれがもう全然ちょっと本末転倒だなというふうに思うので、本当にそうでないと大変なことをやらない限り次がないというのがまだまだ続いていて、かえって昔より今のほうが忙しいですよ。

なので、臨床が3倍も4倍も忙しくなり、教育が3倍も4倍も忙しくなり、そこで研究もなっている状況で、そして人が減らされて、しかも女子が増える。それは女子が悪いのではなくて、昔のやり方が悪いわけで、そこを病院勤務の一致団結してやっぱり進めていかないと、本当のこのままだと昔と同じ医師カウントで、もっともっと苦しくなって、男女とも子育てなんてできる状況にならないので、その辺もみんなで声上げていく必要があるのではないかなというふうにちょっと感じたので、何度もすみませんが、本当にその辺はコメントさせていただきました。

伊藤 (座長) :ありがとうございます。実は私も今大学にいるのですけれども、学生は見ていますよ、研修医とか専攻医がどういう待遇受けているとか。私は、学生教育の中でダイバーシティのこととかかなり教育する時間いただいているのですけれども、見えています。ですから、その病院がその若手の医師に対してどういう対応しているのかによって、恐らく集まる病院と集まらない病院が多分分かれてくると思うのです。

藤森先生、研修医が増えているということコメントあったのですが、何かその増えている施策のところ、そういう関係のことがもしあれば何かお伝えいただきたいなと思いますが、いかがでしょうか。

藤森 :そうですね、まずは研修医の先生の中でも

確かにご結婚されて、妊娠、出産されるという方もいらっしゃると思いますので、もちろんご本人のお話を聞いて、どういうふうな人生設計や研修設計を持っているかということ聞きながら、可能な限りその方の意見に合うような形にしてあげることがそれぞれの病院に求められているのかなというふうに思って、そのことができるように、うちは受ける側でございますので、基幹型の病院とよく相談させていただきながら対応させていただいております。

伊藤（座長）：ありがとうございます。やはりそういう医師少数県という立場にいる県の方におかれましては、多分そういうところの手厚さというのを見せると変わってくるのではないかなとちょっと思ったりしています。

宮田（座長）：ありがとうございます。

挙手をなさっている先生がいらっしゃいます。マイクをお願いします。

榊原（岡山県）：岡山県医師会の榊原ですけれども、やっぱり病院の性格によって結構違うのではないかと考えていまして、今大学から私どもの病院もいろいろ常勤医の派遣を受けていますけれども、結構大学のハードルがどんどん、どんどん上がってくるのです。

具体的にはどんなことかという、症例数がなければ行けません、学会の認定研修施設でなければいけません、指導医はいますか、指導するだけではなくてきちんと論文を書かせてくれますかというところで、どんどんハードルが上がってきていて、やはりいろんな病院があります。いわゆる地域の拠点病院もありますし、地域の中でそれぞれ必要な病院もありますし、やっぱり専門医を養成するのか、いわゆるかかりつけ医といえますか、地域で役立つそれぞれドクターを養成するのかという立ち位置の違いもあると思うので、やはりその辺のところを皆さんよく考えて、今非常に価値観が多様化している時代ですから、その中で地域で求められる医師はどういった医師なのか、何が我々力合わせて頑張っていくべきかということをもう一度しっかり見直してみないと、やはり地域によって求められる医療が違ってきていますので、その辺のところ全部総合診療医がいれば

いいというわけではなくて、その地域、地域の医療事情に合わせて、我々はどうするかということきめ細かい視点で議論を深めていただければありがたいと思っております。

以上です。

伊藤（座長）：ご指摘のとおりだと思います。

地域医療だけを全うするドクターだけが求められているわけではなくて、当然医療の高度化というものに対応していく必要があるのもので、先生の意見ごもっともだと思います。ですから、その医師のキャリアがそのご本人ですね、若手、中堅がどういうふうに自分のキャリアプランを考えていくかということ、やはり将来像を見据えた上で議論する、相談するということが大事だと思います。

岩手県医師会では、福岡県医師会さんのパンフレットを参考に、医師会の入会活動を促進するようなパンフレットもつくらせていただきましたので、そういうことで進められるのがいいのかなと思います。

ありがとうございました。

宮田（座長）：ありがとうございます。今日は総合診療科医、総合診療医というキーワードをかなり広く触れたところはございますけれども、大きなテーマとしては医師偏在の医師不足の中でという中の会の一つとしての出方ですので、先生おっしゃるようにもう少し場合分けをして深めていく必要というのはもちろんあるかと思えます。どうもありがとうございました。

それでは、次に進みたいと思います。個別のシンポジストの先生方のお話を超えて、医師の地域偏在や診療科偏在、人口減少、高齢化などによる医療提供体制の窮状を踏まえ、今後の日本の医療提供体制の対策として賛同できるものがあれば教えてください、複数回答可としております。12番までは一応こちらで勝手に考えたものを挙げましたが、それ以外にもたくさんご意見をいただいているところでございます。一番多いのが診療報酬の引上げというところに多くのご意見いただきましたし、医師の負担をさらに軽減させるような多職種によるタスクシェアを進めるというようなところ、それから負荷増大に見合

う医師の給料の引上げ、それから診療科偏在に対して何らかの診療科選択に制限を設けるといところ、あえて設問に書かせてもらったのですけれども、意外に多くの先生方にチェックをしていただいたという現状がございます。

それと、先ほどの及川先生のお話にも関係するかもしれませんが、英国のようなG P制度というようなこと、そういうところにも少しだけご意見をいただきました。国民皆保険制度の見直しというところにもございますね。かかりつけ医と勤務医の役割分担と明確化、分業化を制度強化するということにも36%の皆さんからご意見をいただきました。ここに関しては、もうばらばらのところの選択肢を挙げただけですので、これだけで何がどうだということはございませんけれども、この際それぞれの思いの丈を言っていただければと思います。

坂下先生、何か回答とかご感想などありましたらお聞かせください。

坂下：これ本当に日本の前途に関わる問題になるのではないと思うのです。地方都市をこれからどうしていくかということをもまず大前提に、本当にそこが潰れていいよと、もう国がそういう方針を出すなら、これはもうどうしようもないのですが、地方都市もちゃんといろいろな意味で活躍していく、生き生きとしていくというのを指すのであれば、やはり必要なインフラの一つとして医療というのを考えていかなければいけないと。特に先ほどちょっとお話しましたように、学校あるいは警察、消防、そういうものがなくなるとは誰も考えていないわけですが、それと同じように病院もなくなると本気で思っている人はなかなかまだいないので、それが本当になるのだよという危機意識を住民の方に持ってもらうというのが私としては必要かなと。そこである程度コンセンサス得られればそれに向けた対策というのを考えていく、例えば医師の診療科の制限が必要だというのが国民的なコンセンサスになれば、それは必要であるだろうし、診療報酬を増やしてもいいよというのがあればそれに従っていく、そのような国を挙げて全部の方々の意見を聞きながら、しかもそれを悠長なことは

言っていられないので、本当に早急に進めなければいけないなというふうに考えております。

宮田 (座長)：ありがとうございます。

そのほかシンポジストの先生方で何かコメント



ある先生いらっしゃいますか。あまりに漠然としているかもしれないですけども、まさにここで、このアイデアがあるのだよということがおありになる先生方がいらっしゃればと思います。

この選択肢以外のところでちょっとピックアップしますと、特定の診療科に対するインセンティブ、働き方改革をより柔軟なものにするNPの活用などということとか、看護のほうのことに言及していただきまして、優秀で使命感のある看護学生、看護師の養成、確保、インセンティブの話、DXの話、給与体系の多様化、それから制限するよりも何らかのインセンティブというのがやはり書いてある方がいらっしゃる。医療管理や病院管理などのマネジメントの学習機会を提供するという、県外からの大学入学者を減らすということを挙げられた先生もいらっしゃいます。岩手県で将来従事する入学生を募るといようなご意見多数いただいておりますが、さらにまだ言い足りないという先生、何かアイデアをお持ちの先生いらっしゃったら挙手をお願いいたします。

及川先生、少ししゅっと手短によるしく願っています。

及川 (岩手県)：どうも話が長くなってしまうので、短く言います。

やっぱり医師の多職種連携ということの教育とか、そういったものを教育研修の中に入れていくような工夫がすごく必要かなと思います。医師だ

けで何でもできるという時代ではなくなってきているということを我々がやはり自覚する必要があるのかなと思います。我々リハビリの中で多職種連携でいろいろなことをやっているのですけれども、それでもやっぱり足りなくて、地域の住民とか、ほかのいろんな人たちの支援を受けているんなことができるわけなので、どうしてもそういうことが、我々医療という中での専門性は持ってもほかのところは意外に知らない、そういったことが私自身を含めてですけれども、非常に多いので、それを何とか入れていくということが地域を生き延ばしていく一つの大きなポイントではないのかなと。地域連携、私は地域リハビリテーションということをしながらずと若い時代から来たのですけれども、そういうことがないとなかなか地域に住む人がいなくなるのではないかなと思って、そういう危機感を覚えております。

以上です。

宮田（座長）：ありがとうございました。まとめていただきました。

伊藤（座長）：フリー記載のところにありますご意見を少し紹介させていただきます。

これ医師過剰県の医師会役員の先生からでございます。来年度から医師過剰県から医師不足県へ研修医を派遣する広域連携プログラムが始まります。しかし、私たち過剰県の会議でも派遣先となる不足県の実情や受入れ体制についての情報がほとんど共有されていないというようなご意見です。この協議会ですね、本日開催させていただいている協議会が研修、教育、指導医の見える化につながることを期待しています。岩手県にすばらしい指導医がいることが分かりましたということで、お褒めの言葉をいただいております。ぜひ行政と連携しながら都道府県医師会、日本医師会の積極的な関与をお願いしたいということです。結果として、医師会の組織全体の強化にもつながるといふふうにコメントいただいております。ありがとうございます。

過剰県への医師不足県の情報提供ということについては、ここの仕組みは私はどうなっているか全部は理解していないのですけれども、こういった問題点の提起もありますので、これも先生方

共有いただければと思います。ありがとうございます。

宮田（座長）：何か今のご意見に関してコメントのある先生いらっしゃいますか。

今村先生どうぞお願いします。

今村（日本医師会）：今日日本医師会のほうから大きく3つ、まずは地域枠、これは医学部定員のほうでの偏在対策、それから新臨床研修のマッチングで偏在解消、そして実はなかなかうまくいきにくいというか、いっていないとは言えないですけれども、少しずつ進んでいますけれども、いわゆる専門医機構における偏在対策、これで特にシーリングがかかる医師多数の診療科及び多数県から医師少数のところへのある意味マッチング的な対策というのが進んでおります。今ご指摘のあったように、実はこれ行政を通じて過剰県から少数県というやり取りなものですから、現場同士で話がいくのが非常に時間がかかるというようなところの課題は出ております。これを少し解消ということのご希望だと思いますので、日本医師会としてもここはしっかりまたお願いしながらいきたいと思っております。

宮田（座長）：ありがとうございます。そろそろ議論も終盤、お時間も迫っているのですけれども、総合診療科の問題もありました、DXの問題もありました、いろいろ働き方の問題もありましたけれども。

はい、どうぞお願いします。

銘苅（沖縄県）：話の途中で申し訳ありません。沖縄から参りました琉球大学病院周産母子センターの教授をしております銘苅と申します。本日は非常に多彩なお話ありがとうございました。特に女性医師の活躍に関しては私も大学で20年以上やっておりますので、いろいろ苦しい思いもしながらやって参りましたので、住吉先生のお話にはすごく共感できる場所がありました。

何ができるかという勤務医が生き生きと活躍できる場をつくるというところを考えますと、ずっと思っているのですけれども、ストライキをしてはどうかと、1日だけ、もしくは4時間、5時間とかそれだけ病院を一旦閉めてもらって、これだけ医療が私たちが助けてくれているのだという

ことを分かっていただくというところがあるのではないかとずっと心に秘めておりました。ただ、やっぱりそれをやってしまうと、特に周産期に関しては母体死亡、新生児死亡、そういったものがあつという間に起きてしまうので、できないと分かっております。ただ、例えばフライトですね、飛行機関係ではずっと前から例年やっていたわけです、ストをですね。それがどうやってやらなくなったのだろうというところを答えを知っている方がぜひ教えていただきたいというところと、医療現場においてはストやるぞ、やるぞ、やるぞと言ってやらないとか、そういう何か県民の皆様、それから政治の皆様によつぱり医療って大事なのだということをもう一度分かっていただいて、診療報酬の点数を上げていただくというようなところの交渉ということができないかなというところをご意見させていただきました。

以上です。

宮田 (座長) : ありがとうございます。決議事項としてストライキを載せるわけにはいかないかもしれないですけども、多分このディスカッションの記録の中には文言としてそういうご意見もあったんだぞということは記録していきたいと思えます。

それで、最後に、急ですみません、猪股先生、今のいろんな議論を学生のうちからとか、それから大学の中でという大学医師会というのを本当に推進して、率先してやっていらっしゃる先生のご意見をちょっとだけお聞かせいただきたいと思って、何の前触れもなく、すみませんが、お願いします。

猪股 (大分県) : ありがとうございます。大分県の大分大学医学部医師会長を担当しています猪股です。

今のご質問なのですけれども、学生のときには医師会の活動とか医療制度とかということを知る機会というのは非常に少ないので、現在医学部医師会をつくって、まだ歴史は浅いのですけれども、医師会と交流しながらそういった今の医療社会の問題とか、あるいは医師会活動というのがどうしているかというのを学生のとき、それからさらには研修医のときに知る機会を設ける

ように県医師会と交流を積極的に行うようにしています。具体的には、まず1年生のときから各学年ごとにそういったクリニックあるいはそういった病院での医師会の現場に行って交流をすることもありますし、それから社会医学の中で医師会の先生からの講演をしていただくこと、それから授業とはまた別に学生を対象としたそういった活動の中で、医師会の先生からの説明する時間を設けていく、それから新しく卒後臨床研修制度で入ったときの最初のオリエンテーションの中で医師会からお話をさせていただく、こういった機会をできるだけ持つようにして医師会活動をしっかりと医療制度というものをやっぱり理解していただくということに努めています。

以上です。

宮田 (座長) : 突然ご意見伺うことになってしまいました、申し訳ありませんでしたけれども、いろん



な医療制度の改革をするときに、その卵である医学生のところアプローチするというのは未来への光が見える非常に有用なものなのではないかなと思ったので、ちょっと振らせていただきました。どうもありがとうございます。

それでは、お時間になりましたので、最後に伊藤先生のほうからお願いします。

伊藤 (座長) : ディスカッションの長い時間でしたけれども、いろんなテーマで非常に深掘りさせていただけたと思います。何でこんなにいっぱい多方面の演題があるのだと思われた先生も多分少なからずいらっしゃったかと思いますが、全てが有機的につながっていると思います。そういった面を5人の演者の先生方からいろんな視点で議論を深めるような参考となるような情報ある

いはお考えを伺うことができたのではないかと思います。

今回初めてかと思えますけれども、アンケートの収集もさせていただきまして、会場の先生方から多彩な意見も頂戴いたしました。いろんな議論の展開ができたと思います。この全国医師会勤務医部会連絡協議会のこういったディスカッションがまた次年度大分県で開催されるときに、さらに展開できるような流れをつくっていただきたいなというふうに思っています。

最後に、5人の演者の先生方に盛大な拍手をお願いいたします。

〔拍手〕

伊藤（座長）：ご講演いただきました先生方ありがとうございました。先生方、どうぞご降壇ください。ありがとうございます。





いわて宣言採択 17:05 – 17:15

いわて宣言採択

我が国は、急速に進行する人口減少と高齢化により、医療提供体制の持続可能性がかつてないほど問われる時代を迎えている。特に地方においては、医療需要の増大に反し、医療従事者の確保が困難となり、必要な診療科が揃わない状況に追い込まれるなど包括的な対応が急務となっている。先進諸国の中でも最も高齢化人口減少が先行している国として、日本の動向に世界も注目している。医師多数都府県は、寧ろ特例的であり、日本の多くの地域においては、直近の医療提供体制維持に危機感を持って備えなければならない。

医学の進歩は日々加速し、専門性の深化が進む一方で、複合的疾患を併せ持つ高齢者には包括的医療を担う体制や人材の確保が必要である。また、急速に進化する医学に伴い、制度の複雑化や薬剤費の高騰などが進み、病院運営はかつてない困難に直面している。

このような状況の中、勤務医は、病院を拠点に、多職種や地域医療機関、福祉施設等と連携し、複雑化する先進医療を担っている。診療所との機能分担と連携を図りつつ、我々勤務医は、診療科や施設の垣根を越え、持続可能な医療の実現に尽力している。

一方、勤務医の長時間労働や過重な業務負担は、個々の人生と健康に深刻な影響を及ぼすだけでなく、医療安全にも直結する重大な課題である。勤務医の働き方改革は、医療提供体制の持続性を高める基盤として不可欠な施策であり、年齢や地域の実情に見合った運用が適切に為されていく必要がある。

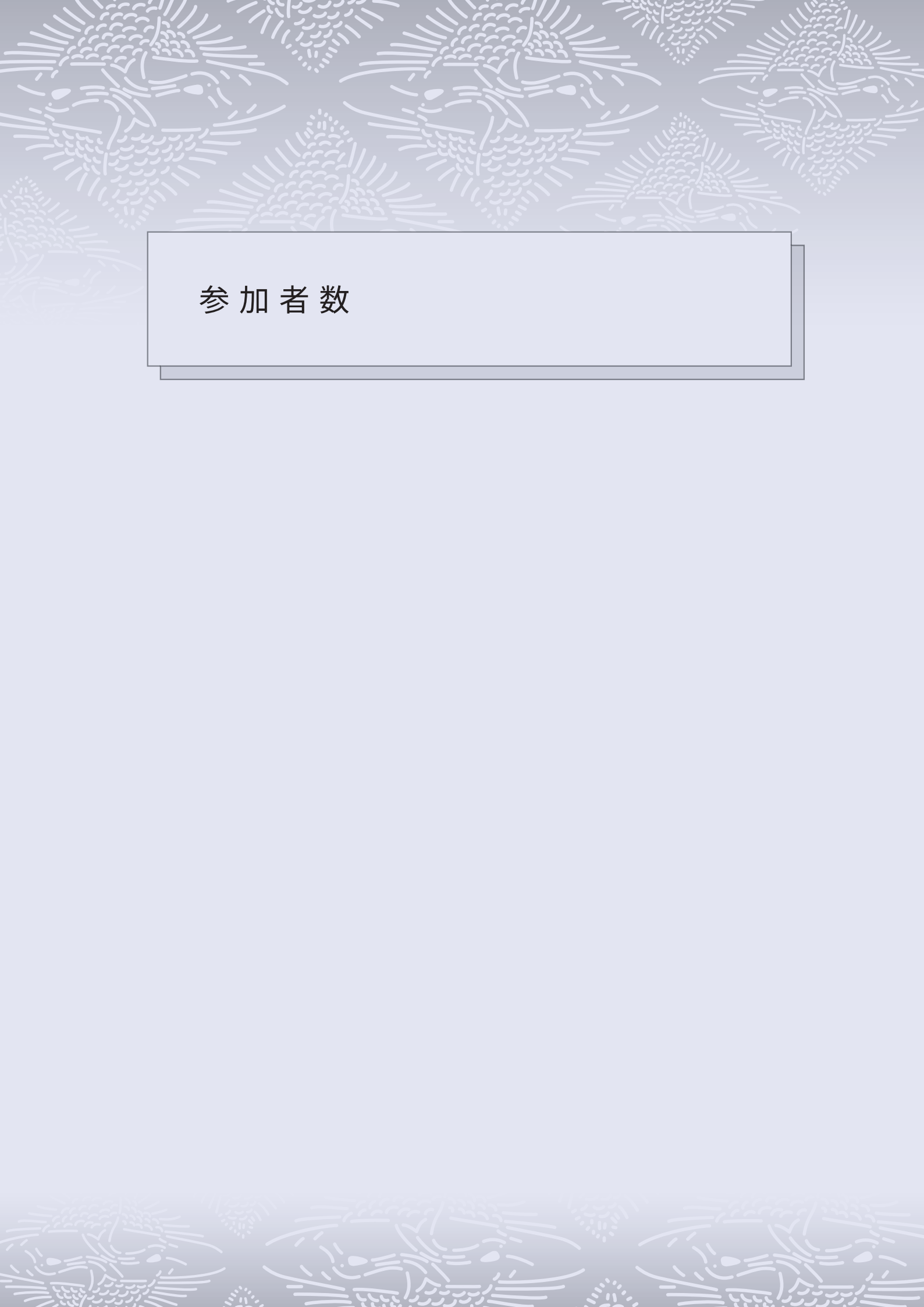
また、人工知能や通信機能における先端技術の導入は、業務の効率化のみならず、医療の質と安全性の向上を目指すための重要な鍵となる。我々は積極的にこれらを活用し、医療の変革に対応していかなければならない。

以上を踏まえ、我々全国医師会勤務医部会連絡協議会は、この困難な時代を乗り越えるため現場から変革を引き起こしていく決意を新たに、次の通り宣言する。

- 一、人口減少と高齢化が進む中でも、勤務医は地域住民のいのちと暮らしを支えるため、時代の変化に応じた医療提供体制の変革に努める。
- 一、診療所・施設・職種の垣根を越えた連携により、切れ目のない医療を推進する。
- 一、働き方改革を推進し、勤務医が無理なく安心して働ける環境整備に取り組む。
- 一、人工知能や通信技術等の先端技術を有効に活用し、人材に限られる中でも質の高い効率的な医療体制を構築する。

令和7年11月8日

全国医師会勤務医部会連絡協議会・岩手



参加者数

令和7年度全国医師会勤務医部会連絡協議会参加者数

ブロック	都道府県	参加人数
北海道・東北	北海道	16
	青森県	13
	岩手県	86
	宮城県	8
	秋田県	7
	山形県	7
	福島県	5
関東・甲信越	茨城県	5
	栃木県	2
	群馬県	2
	埼玉県	8
	千葉県	4
	東京都	2
	神奈川県	14
	新潟県	3
	山梨県	1
	長野県	3
中部	富山県	1
	石川県	3
	岐阜県	7
	静岡県	3
	愛知県	4
	三重県	3

ブロック	都道府県	参加人数
近畿	滋賀県	2
	京都府	5
	大阪府	6
	兵庫県	2
	奈良県	2
	和歌山県	2
	中国・四国	鳥取県
島根県		4
岡山県		3
広島県		5
山口県		10
徳島県		6
愛媛県		5
高知県		4
九州・沖縄	福岡県	17
	佐賀県	3
	長崎県	2
	熊本県	7
	大分県	9
	宮崎県	7
	鹿児島県	6
沖縄県	4	
小計		321
日本医師会		21
講師・シンポジスト・来賓		14
合計		356

懇親会風景



(挨拶) 日本医師会長代理
日本医師会常任理事 今村 英仁 先生



(挨拶) 岩手県医師会長
本間 博 先生



(来賓) 岩手県知事
達増 拓也 様



(乾杯) 大分県医師会長
河野 幸治 様



株式会社南部美人 五代目蔵元 代表取締役社長
久慈 浩介 社長



歓談風景



岩崎鬼剣舞



岩崎鬼剣舞



歓談風景



歓談風景



歓談風景



(閉会) 岩手県医師会副会長
小泉 嘉明 先生

令和7年度 全国医師会勤務医部会連絡協議会 報告書
勤務医が生き生きと活躍できる場を作る
～混沌を成長の機会に～

主催／公益社団法人 日本医師会

担当／一般社団法人 岩手県医師会

