

平成22・23年度
勤務医委員会答申

すべての医師の協働に果たす勤務医の役割

平成24年2月

日本医師会勤務医委員会

平成 24 年 2 月

日本医師会
会長 原 中 勝 征 殿

勤務医委員会
委員長 泉 良 平

勤務医委員会答申

勤務医委員会は、平成 22 年 7 月 30 日の第 1 回委員会において、貴職から「すべての医師の協働に果たす勤務医の役割」との諮問を受けました。

これを受けて、委員会では 2 年間にわたり鋭意検討を続けてまいりました。

ここに委員会の見解を答申に取りまとめましたので、報告いたします。

勤務医委員会

委員長	泉 良平	富山県医師会副会長・富山市立富山市民病院長
副委員長	望 月 泉	岩手県医師会常任理事・岩手県立中央病院副院長
委員	今 枝 宗一郎	医療法人信愛会大石医院
〃	上 田 真喜子	大阪府医師会理事・大阪市立大学大学院医学研究科 病理病態学教授（平成22年11月24日から）
〃	大谷内 真 弓	深川医師会理事・深川市立病院診療部麻酔科部長
〃	岡 部 實 裕	北海道医師会常任理事・医療法人社団静和会 静和 記念病院副院長（平成23年4月26日から）
〃	小 林 弘 幸	順天堂大学医学部附属順天堂医院教授
〃	榊 山 悠紀士	前北海道医師会常任理事（平成23年4月25日まで）
〃	澤 芳 樹	大阪府医師会副会長（平成22年11月23日まで）
〃	鈴 木 厚	川崎市立井田病院地域医療部長
〃	田 中 豊 秋	山口県医師会常任理事・田中医院院長
〃	津 田 泰 夫	福岡県医師会理事・福岡逋信病院長
〃	堂 前 洋一郎	新潟県医師会理事・新潟県立新発田病院副院長
〃	當 銘 正 彦	沖縄県医師会理事・沖縄県立南部医療センター・こ ども医療センター副院長
〃	福 田 健	栃木県医師会常任理事 獨協医科大学呼吸器・アレルギー内科教授
〃	藤 卷 わかえ	女子栄養大学人間医科学研究室教授

（委員：五十音順）

目 次

はじめに	1
I. 協働がなぜ厳しいのか	2
1. 厳しい労働の現状 2	
2. 社会的／潜在的偏見に根ざす問題 4	
3. 社会参加しようとする意欲の低迷 6	
4. 医師組織の現状 ―皆が信頼し集う団結の場がない― 7	
II. 協働が期待され求められる場	9
1. 災害医療 ～東日本大震災での気づき～ 9	
2. 医療安全・医療事故への対処	
(1) 診療関連死、医療事故調査委員会への勤務医の参加 11	
(2) 医療メディエーターの果たす役割 13	
3. 終末期医療 15	
4. 地域医療連携 18	
5. 医学教育と医療技術の向上 21	
6. 医療への信頼感の醸成 23	
III. 協働への道	25
1. 社会参加できる環境を作る 25	
2. 社会的・潜在的偏見をなくす	
―医学・医療における Gender Equality の実現に向けて― 27	
3. 組織体制を改革する ～特に日本医師会のあり方を巡って～	
(1) 医師会への期待 29	
(2) 医師全員が医師会に加入することを果たすには 32	
(3) 医師会改革 35	
(4) 勤務医委員会と部会 38	
(5) 協働するには何が必要か 41	
(6) 勤務医の生きがい 42	
おわりに	44

はじめに

経済低成長のなか、少子高齢化は着実に進んでいる。団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年には高齢化率は 30%を超え、日本は歴史上経験したことがない高齢社会を迎えることになり、医療も必然的に大きな影響を受けることになる。

小泉改革に始まった医療費抑制策は、病院崩壊から医療崩壊を来した。そして、医師臨床研修制度改革は若い医師の意識を大きく変える契機となった。医師は増えているにも関わらず日本医師会の A①会員は減少し、勤務医の医師会加入は進まず、日本医師会の組織そのものが揺らぎ始めてきているのではないか。日本医師会の脆弱化は結果として日本医療の根底を揺らがせることになり、国民に大いなる不幸をもたらすことになる。

東日本大震災は、日本社会が持つ矛盾を一気に露呈する機会ともなり、医療提供体制にも大きな影響を与えることになった。近未来の日本医療を考えるならば、すべての医師が社会的共通資本である医療を守り、国民の健康を守るために一致して協働する必要がある。協働を阻む大きな要因があるとすれば、それは我々医師自身のなかに巣食う非社会性であるのかもしれない。

日本医師会は、今こそ組織論をはじめとして議論を開始すべきである。勤務医を日本医師会内に組織化し、日本の医療への提言をすべての医師の協働のもとで行うことが望まれているのではないか。本答申が、医師の行動に、すべての医師の協働に少なからず影響を与えることを望むものである。

I. 協働がなぜ厳しいのか

1. 厳しい労働の現状

1986年以降に行われた医学部入学定員数削減と、小泉政権下の医療費抑制政策で、医師不足と勤務医の過重労働は深刻な状況に陥った。それでも現場の努力でWHOに絶賛される医療レベルを保っていたが、2004年の新医師臨床研修制度によって医療崩壊が加速し、病院や小児科等の診療科の閉鎖が相次ぐことになった。一方、社会が過剰なまでの安全で高度な医療を求めるようになったため医療訴訟が増え、また、大野病院事件などの刑事訴追事件により、現場の医療は萎縮し始めた。結果として、立ち去り型サボタージュといわれる医師の意欲低下による医療機関離れが生じ、過重労働や女性医師問題が人の目に触れるところとなった。そして、これまで耐えてきた勤務医が社会にむけて声をあげ始めることで、2008年からの医学部定員増や2010年の診療報酬プラス改定につながったと言える。しかし、依然として勤務医は厳しい労働環境におかれている。

本稿では、協働に大きな役割を担う男性医師と女性医師に焦点をあて、勤務医の厳しい労働環境について述べる。日本小児科学会が2010年に行った第2回全国小児科医現状調査（70歳以下：男性2,753人、女性2,160人）に男性医師と女性医師の現状がよく対比されているので、この結果を中心に他のデータを加えて論ずる。

まず就労率と就労形態であるが、男性医師では各年代とも高い就労率であったが、女性医師では30歳代で著明に低下するM字カーブを示し、しかも就労者の4分の1が非常勤医師であった。この結果は、6年前の第1回調査とほぼ同様であった。厚生労働省「必要医師数実態調査」（2010年、全国勤務医調査）でも女性医師の4分の1が非常勤であり、小児科医現状調査と同様の結果であった。これらのデータから、30歳代の子育て時期に就労を継続することがいかに困難であり、労働を継続できてもフルタイムでの勤務が厳しいことが窺える。M字カーブは、労働者全体で見た場合、日本と韓国の女性に特徴的な現象として知られており、日本ではことに子育て時期における就労環境の未整備を示すものとしてかねてから問題視されてきた。我が国では約5年前から女性医師支援策が進められてきたにも関わらず、今なおこの現象が全く改善されていないことは極めて遺憾で

ある。

労働の実態では、開業医を含む全就労者の実労働時間は平均週 50 時間で、前回調査とほぼ同様であった。男性医師の実質労働時間は女性医師よりも長く、前回調査に比べると男性医師の労働時間は 2 時間延長し女性医師は 2 時間短縮したことから、女性医師の労働を男性医師が負担するようになった可能性がある。年代別では若い年代ほど労働時間が長い。ことに大多数が勤務医である 20 歳代では、男性医師で週 75 時間、女性医師で週 67 時間であり、過労死の認定レベルである週 60 時間を優に超えていた。子どもがいる女性医師に限っては週 37 時間と有意に少なかったが、労働基準法に照らせば、決して少なくない時間である。当直回数は月平均 2 回前後で、男性医師は女性医師より若干多く、女性医師では前回調査より若干減少していた。年代別では若い年代ほど当直回数が多く、20 歳代では男女ともに月 4～5 回に及んでいた。休日は、開業医も含む全就労者において、男女ともに月に 4 日以下が半数以上を占め、全く休日がない人は男女ともに約 5% いた。前回調査に比べ休日のない人は男女ともに減少したが、いまだ十分な休日は確保できているとは言えない。このような厳しい労働環境のなかで、労働時間や家庭と仕事のバランスについて満足している人は、大多数が勤務医である 20 歳代に限ると男女ともに 3 割に過ぎず、全体でも 4 割以下であった。過重労働は、睡眠不足、疲労を招き、これにより、作業効率を悪化させるのみならず、精神的に悪影響を及ぼす。

日本医師会の勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会が行った「勤務医の健康の現状と支援のあり方に関するアンケート調査」(2009 年、n=3,879) では、休日は月 4 日以下が半数と小児科医現状調査と同様の結果であり、平均睡眠時間は 6 時間未満が 4 割にのぼった。また、うつ病が強く疑われる人が 2% で、死や自殺について 1 週間に数回以上考えた人が 6% に及んでいた。

妊娠・育児・介護の支援に関しては、妊娠時の当直免除の制度や職場近辺の保育所・託児所は前回調査に比べて普及してきていたが、実際には利用できなかったという人が圧倒的に多かった。産休・育休の代替要員や、夜間・病児保育システム、学童保育システム、介護休業制度については、制度そのものがないという回答が多く、支援体制の遅れが目立っていた。

以上、男性医師と女性医師に焦点をあてて、厳しい就労状況が続いてい

ることを示した。過重労働や就労環境の悪化が問題になって以来、休日の取得や妊娠時の当直免除、多様な就労形態、保育所・託児所の設置など、様々な取り組みがなされるようになってきているが、いまだ目に見える効果には至っていないのが現実である。女性医師にとって 30 歳代のキャリアアップに最も重要な時期に、育児等の理由で就労すら満足にできない状況がいまだに続いていることに愕然とする。そして、男性医師の負担が増している。今後さらなる取り組みが必要であるし、制度や設備を有効活用できるようにする必要がある。就労環境の改善なくして、医師の協働は難しいと考える。

2. 社会的／潜在的偏見に根ざす問題

医師の協働においては、男性医師と女性医師、各診療科、研究医や臨床医、開業医や勤務医などが、それぞれの特性を活かして協働すべきであるが、それぞれの間には差別や偏見があり、大きな阻害因子となっている。特にジェンダーの問題は、女性医師がさらに増加する一方で、我が国の男女格差を測る指標である Gender Gap Index (GGI) が 134 カ国中 94 位 (2010 年) と低迷しており、今後も大きな問題であると言える。

また、指導的立場にいる女性医師は男性医師に比べて非常に少ない。文部科学省「学校基本調査」(平成 22 年度)によれば、医学を含む保健分野全体における大学教員での女性の割合は、助教が 6 割であるのに対して教授は 2 割と、職位が高いほど低下しており、男女格差は歴然としている。教授 2 割は看護系でその比率が高く、医学では 9 % と非常に少ない。しかもその多くが一部の大学に集中している。日本小児科学会「第 2 回全国小児科医現状調査」(2010 年)でも、大学講師以上での女性の比率は 15 %、准教授と教授に限れば 6 % と低率であった。大学以外の病院においても、職位が高くなるほど女性の比率は低かった。全医師数における女性医師の比率 18 % (2008 年)を勘案すれば、女性が意思決定過程へ参画できていないことが明らかである。内閣府男女共同参画局では、2010 年に「第 3 次男女共同参画基本計画」を決定し、政策・方針決定過程への女性の参画の拡大への取り組みの成果目標として「2020 年 30 %」を挙げているが、ほど遠い現状である。

このような男女格差の要因の一つは、「夫は外で働き、妻は家庭を守る

べきである」という固定的性別役割分担意識である。男女共同参画局の調べによれば、2004年以降、性別役割分担への反対が賛成を上回ってはいるが、女性の4割近くが賛成であり、このような意識が男女ともに存在していることが分かる。子どもがいる一般男性が家事に関わる時間は1日1時間に過ぎないという報告があり（総務省「社会生活基本調査」2005年）、医師も例外ではない。小児科医現状調査では、主として家事を担うのは女性医師が9割であるのに対して男性医師は1割のみであり、既婚の男性医師はほとんど家事に関わっていないと考えられる。このような状況は、既に社会に染み付いている固定的性別役割分担意識によって生み出されているものであり、女性医師からキャリアアップの機会を奪う大きな要因ともなっている。

さらに、男尊女卑に起因する「ガラスの天井問題」がある。男尊女卑の現状は決して数値化できないが、多くの女性医師が経験するところであり、そのアウトプットが現状の男女格差につながっている。「自分には男尊女卑の意識はない」という男性がいたとしても、潜在意識として存在する場合が少なくないのではないか。小児科医現状調査の「充実した仕事を続けるために支障になっているものは何か」の質問で、男性よりも女性で非常に多かった回答項目は、「妊娠・出産・育児と家族支援のなさ」がトップであったが、「性差別」も挙げられていたことに注目したい。「ガラスの天井問題」はすべての女性医師が突き当たる問題ではないが、キャリアを積むほどに問題となってくる。今後、指導的立場に立てる女性医師がさらに求められるようになることを考えれば、この問題は看過できない。以上のように、男女格差社会には意識の問題が大きく関わっている。固定的性別役割分担意識によって家事育児に追われてキャリアアップが困難になること、そして、男尊女卑に起因する「ガラスの天井」によってキャリアアップが阻まれること、この2つが男女格差を生み出している。

女性医師が自分の地位や技能・能力についてどのように感じているかについては、小児科医現状調査においては、現在の地位に対する満足度は女性医師が6割で男性医師を上回り、技能・能力の発揮についての満足度も、女性医師が7割で男性と同等であった。このことは、女性が制約された働き方をせざるを得ないことを自ら受け入れ、現状に満足している部分が大いなのではないかと推察する。しかし今後、リーダーシップをとる女性医

師が一層求められることを考えれば、現状に満足してはいけない。すべての医師が協働するためには、男性医師も女性医師も、その能力を遺憾なく発揮しなければならない。そのためには、男性医師はもちろんのこと、女性医師自身も意識改革をすべきであり、社会全体の意識改革への取り組みも必要である。

3. 社会参加しようとする意欲の低迷

何をもって社会参加、社会的貢献、と言うのかも難しいし、真に意欲が低迷しているのかについても判断は難しいことである。結論から言えば今回の東日本大震災で自ら手挙げして JMAT 等に参加した医療職員は多かつたし、若手勤務医師も多数参加している。この他にも、参加したいが自分の仕事の事情から参加できないという医師は多かつたはずであり、社会参加には言葉や理念だけではなく、何らかの契機が必要であることが証明されたと考える。医療職に関しては決して社会参加や弱者救済の気持は失せてないことが証明されたが、一方で、全員が同等に貢献することは難しいことも明らかとなった。

日常性のなかでの社会性とは何か。これが使命感と呼ばれてきたものであり、昨今は反発もあるが、その業務において周囲から期待されていることを実践することであると思われる。では、日常性のなかでこれが自分にとっての契機と考え行動している部分が多いか少ないか。ここが意識の低下として問われていると考える。しかしながら全員一丸で一方向へ向かうというのは却って怖いことでもあり、お互いの多様性を認めつつ同じ大きな流れとしての行動が必要と思われる。これが逆説的に言えば戦後教育と過去十数年間で激変した医学医療制度の結果かもしれない。

もう一方で医療を離れてそれぞれの地域において異なった業種の人々と接して社会活動をすることもまた社会参加である。日常の行動も考えも接触するのは医療分野のみと偏らないようにするには、他の業種の人々との下駄履きの付き合いから生まれてくるものを大切に思う気持が必要である。もちろん、病める人々との付き合いからも普遍的な問題を読み解く能力は培われるもので、業務イコール社会性となり得るが、この社会性は本来は初等中等教育のなかで、もっと普遍的なものとして語り続けられ評

働されなければいけなかった問題であり、欧米の Gap Year¹といったものへの考え方や集団生活の功罪についても考える必要がある。これらが結果として地域医療におけるスムーズな人間関係へとつながるものであると思われるからである。

4. 医師組織の現状 — 皆が信頼し集う団結の場がない —

今さらと言ってよいほど長きにわたり語られながらやはり解決しない問題である。究極は卒業時からの医師会全員加入であろうが、この考えにも反対の医師会がある。異なる意見を持った者の集団よりも同じ意見の者が集うほうがやり易い。これがすべての問題の根源と思われる。メリット、デメリットという言葉があるが、立場によっては加入してくれないことのメリットもある。これはお互いに認めたくない現実である。

地域医療において、勤務医が担ったほうが全体の利益になることも多くなったが、局面で勤務医が医師の代表組織としての医師会に何を求めているかを伝える必要性と手段を、勤務医自身が認識していないし、医師会にもそれを拾い上げるだけの勤務医への細かいネットワークができてない。それどころか医師会組織との接触の機会さえない場合が多いのが現状である。これは勤務医だけに限ったことではなく、いわゆる A①会員のなかでも同様のことがあり、憂慮すべきことである。前項の社会参加とも通じるが、現在の医療供給体制のなかでは公衆のために何か活動するに当たって、人も時間も余裕がなくなってしまうのが現状である。その意味では、医師教育の場所であるべき大学医師会の果たす役割が大変大きいことは明らかであり、勤務医組織の役員も医学部学生への広報活動をさらに実践すべきである。

医学部に進学した者であれば医師会の名前は知っているであろうが、その医師会費が地域、地域で全く違うこと、異動時の入退会手続きが結構面倒であること、全国一律の各種学会と違って会員区分や会費にも郡市区医師会、都道府県医師会、日本医師会という三層構造があること、医師会会員は医師の6割弱であり、その会員数の半分が何らかの形で医療機関に勤務する勤務医師であること、勤務医の日本医師会代議員は人数に比較して極めて少数であること、と医師会についてここまで知っている学生はいない

¹ 大学入学決定後、1年間入学を延期し、ボランティアや職業体験をする制度。

であろう。卒後数年の医師であっても考えたこともないのではないか。

いろいろ言われても医師会は歴史的には同業者の研修と親睦団体の集合体であり、それが社会的に評価された医師という立場から地域社会で発言して来たものと思われる。当初はいわゆる学識と医学的専門知識を求められたものと思われ、加えて社会制度についても発言する知識人、賢人、中医、としての見識と行動が求められるに至ったのではないか。全国の医師が一斉診療ストライキしたのは50年前であるが、今でも有能な独裁者を期待する風潮があることには危惧するものの、悲観することはないのであって周囲には立派な、なるほどと思える社会的見識を持った人々がおり、きっと何かの契機に皆で立ち上がるはずである。そして今、地道になすべきことは後輩に背中を見せ、その思いを伝え続けることである。そこに日本医師会から将来の日本の医学・医療の目指すべき方向性が示されれば、現在の問題点を身体で痛いほどよく理解している多くの勤務医は間違いなく結集するであろう。そして勤務医部会の役員はその理念作成を各分野で開始すべきである。

Ⅱ．協働が期待され求められる場

1．災害医療 ～東日本大震災での気づき～

未曾有の大規模災害（東日本大震災）に直面し、多くの医師が診療科、所属先に関係なく協働し、自らの意志で DMAT、JMAT、各種医療団体あるいは個人として被災地に赴き、医師としての使命感を貫き、他者をいたわる人間同士の深い絆が見られた。震災での気づきと、すべての医師の協働について、岩手県における体験から述べる。

3月11日、午後2時46分、東日本大震災が発災、地震の規模は Mw 9 と極めて強大な地震で、引き続いて生じた大津波が被害を甚大なものとした。東北地方と関東地方の太平洋沿岸部に壊滅的被害をもたらした。震災による死者・行方不明者は約 2 万人、建造物の全壊・半壊は合わせて 35 万戸以上、避難者は 40 万人以上、政府は震災による被害額を 16 兆から 25 兆円と試算している。全電源を消失した東京電力福島第一原子力発電所は炉心融解から水素爆発を起こし、放射能被害は広い地域に及び、多くの避難民を出し、終息までには気の遠くなる年数を要すると思われる。

岩手県では直ちに県災害対策本部が設置され、自衛隊支援・DMAT 派遣要請がなされた。翌 12 日早朝、DMAT が 30 隊到着、昼には 100 隊となり、被災地内の災害拠点病院の支援、被災した沿岸地域病院の入院患者を内陸の病院にへり搬送した。同時に花巻空港に SCU を開設、広域医療搬送を開始、自衛隊機で新千歳空港へ 4 人、13 日には羽田空港へ 6 人、14・15 日に秋田空港へ 6 人搬送した。今回の大震災の特徴は、家屋の倒壊が少ない、初期の負傷者が予想以上に少ない、クラッシュ症候群がほとんど見られない、津波による被害が激烈で、黒か緑タッグかと生死が一瞬で分かれてしまったことが挙げられる。初期救急医療の時期が極めて短く、避難所を中心とした救護、避難者の慢性疾患対応、健康管理が重要となり、DMAT が医療支援チームとして、あるいは JMAT として、災害拠点病院支援と避難所の巡回診療に携わった。津波により、多くの慢性疾患患者の薬（降圧剤、糖尿病、抗凝固剤など）、お薬手帳、診療録などすべてが消失し、全く情報がないなかでの診療となった。また、避難所の感染対策（肺炎、インフルエンザ、尿路感染、ノロウイルスなど）、肺動脈血栓塞栓症の予防、心のケアも大切であった。以後 19 日までの間に岩手 DMAT 6 チームのほ

か、29 都道府県から 128 チームが岩手県に参集し災害急性期における医療救護活動が実施された。

3 月 20 日、発災後の救命救急医療に対応した DMAT 体制から、広範囲にわたる避難所等の医療救護に対応するため、岩手医科大学、県医師会、日本赤十字社、国立病院機構、医療局（県立病院）、岩手県の 6 つの機関が連携しながら、地域の災害医療ニーズに応じていくことを目的に岩手災害医療支援ネットワークが立ち上がった。避難所への医療チームの派遣、地域医療機関への支援などを目的とするが、医療チームは長期にわたり支援が可能であること、原則自己完結型であることを優先した。17 都道府県医師会等からの JMAT は平成 23 年 7 月 15 日までに 406 チーム（現在は JMAT II を派遣）、さらに各種医療団体、個人と多くの医療者の支援があり、頭の下がる思いであった。被災地の多くは、震災前から医師不足による診療科の閉鎖、地域医療崩壊が進んでおり、医師不足、地域偏在、診療科偏在という医療界が持つ矛盾が震災後に一気に露呈し、より多くの医療、介護支援を必要とした。今回の大震災では、DMAT、JMAT をはじめ、日赤、各学会、病院・職域団体、さらに数多くの個人の医療者による被災地への医療支援が自発的、継続的に行われた。

発災後 6 カ月を経過した 9 月末の時点では、被災者は避難所から仮設住宅を中心とした生活に移行しており、避難所を活動の中心とした応急的な医療救護を行う県外や日赤の医療チームは、7 月末をもってほぼ撤収している。その後、震災で病院機能を失った県立 3 病院が、それぞれ仮設診療所を開設、保険診療を開始した。医療チームによる巡回診療を中心とした医療提供から、検査機能や専門診療科へのニーズにも対応した医療を提供できる体制の整備を進めてきている。岩手県医師会では、郡市医師会長協議会で JMAT 岩手の必要性を強調、これからが正念場の認識で JMAT 岩手への医師会員の登録を行い、派遣 JMAT の撤収を見据えて事前の現地視察後に、土日の救急診療応援をはじめ、各病院のニーズに合わせた支援を行っている。新幹線沿線を背骨とし、横断道路を肋骨に見立てて、内陸郡市医師会が沿岸の被災地仮設診療所の支援を行う肋骨支援を基本とし、多くの医療機関が流され被害の大きかった陸前高田市には新たに岩手県医師会が診療所を開設するに至った。今後は高台移転など新しいまちづくりに対応した医療提供体制の整備について、地域や医療機関と十分協議しな

がら進めていく必要がある。

東日本大震災直後、多くの医師が協働して被災地に入り、医療支援を行ったことは眼の前にいる患者を助けたいという医療の原点が大災害にはあるからだと思う。4月に民間の調査機関が医師を対象とし、インターネットを使ったアンケートを行った。実際に被災地の医療現場に支援に行ったという医師は3%だったが、8割の医師はできれば行きたいと考えているという結果であった。医療者には奉仕の精神と慈悲の心、良心的誠意が根本にある。志を高く医療を支えているのはノブレス・オブリージュ（地位や身分に相応した重い責務・義務という意味の仏語）の精神である。岩手県花巻市出身の宮澤賢治は著書である『農民芸術概論綱要』で、世界が幸福にならないうちは個人の幸福はあり得ない。自利のためには利他の精神が大切と記している。DMATは大学、病院医師がほとんどであるが、今回、400を越える多くのJMATが都道府県医師会に登録し、開業医、勤務医の区別なく被災地岩手県に赴いた。これだけの医師が協働して医療支援を行ったことはかつてなかったのではないかと思う。今後も大災害に対しては秩序をもった医療支援チームの派遣が必要で、災害の規模に応じた派遣を迅速に判断し、急性期、亜急性期、長期に対応する医療チームの編成が大事である。また、医療、介護、福祉などが共同でチームを編成し、また県単位での派遣チームの結成と訓練が必要と考える。

2. 医療安全・医療事故への対処

(1) 診療関連死、医療事故調査委員会への勤務医の参加

過去長年にわたり、医療事故対応に関して、特に、医師法第21条の改正問題、医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱案について協議されてきたが結論が得られない現状のなか、本年6月、日本医師会医療事故調査に関する検討委員会答申として「医療事故調査制度の創設に向けた基本的提言について」が示された。

その基本的考え方は、医療事故の原因を究明し再発を防止する制度を構築し、医療事故は刑事司法の問題とせず、医療事故調査制度は第三者性が担保され、医療者と受療者双方に信頼関係が構築される制度でなければならないとするものであり、本勤務医委員会（以下、本委員会）もこれに同意するものである。

この制度の骨格は、1)医療事故調査第三者機関の設置、2)すべての医療機関に医療安全委員会、院内医療事故調査委員会の設置、3)医師法第21条の改正、4)ADR（裁判外紛争解決手続）の活用推進、5)患者救済制度の創設、からなるものである。

このなかで、院内医療事故調査委員会に関しては、大学病院を含む大規模の病院では、既に設置されているものの、中小の病院ではいまだ組織されていないところがほとんどであり、特に、院内医療事故調査委員会においては、専門的見解が必要になるだけでなく中立性が強く求められるため、大学を含むすべての勤務医が外部委員としての協力を求められることは必須である。日本医師会として、郡市区医師会、都道府県医師会、各学会との連携組織を構築し、組織されていない施設への教育指導も含め、その中心的役割を果たさなければならない。また、診療所レベルにおいても、これらの制度は近い将来必ず適応されてくるため、各医師会の勤務医が中心となって診療所における組織体制づくりや医療安全教育の協力体制を早急に構築しなければならない。

また、最重要課題である医療事故調査第三者機関の設置における人材、解剖 Ai における勤務医の協力的参画は必須であるものの、いまだ「医療事故調査制度の創設に向けた基本的提言について」においても詳細な検討、組織案がなされていないため、今後、積極的に各医師会を通じて意見を述べていかなければならない。

既に、東京都、千葉県などでは複雑な医療訴訟事例に対して、各医療機関の勤務医、原告、被告側弁護士が協力し、第三者的に公平、迅速に訴訟解決することを目的としたカンファレンス鑑定が施行され、満足がいく実績を上げていることもあり、これらの情報を積極的に取り入れることも必要と考える。

ADR に関しても、茨城県医療問題中立処理委員会の実績評価もあり、今後、中立の立場での問題処理支援として勤務医の役割は重要であり、現在、弁護士会が主導になりつつあるが、各医師会勤務医委員会の積極的参加が強く求められるところである。

本委員会では、現状の異状死の届け出および医師法第21条の理解、実施に関しては、決して納得できるものではなく、医療行為に関連した死亡（故意または故意と同視すべき犯罪以外）は医師法第21条が対象とす

る「異状」には含めないことを今後も強く主張し続けるものである。

また、患者救済制度の創設に関しても、医療事故再発防止を目的とした自律的体制（再教育制度の確立）を示しながら導入することを強く支持する。

長年、結論が得られなかった医療事故調査制度の創設は、国民が安心して医療を受けることができる医療提供を行うための医療環境整備として急務であり、そのなかでの勤務医の参画は大変重要な位置を占め、各学会、各医師会を連携するものとして院内医療事故調査委員会外部委員、医療事故調査第三者機関、ADRにおける勤務医の参画システムと各担当委員の教育・指導システムの構築を早急に確立していかなければならないものとする。

(2) 医療メディエーターの果たす役割

近年、患者中心の医療や患者の権利意識が高まってきており、医療に関する苦情や、患者と医療者との間の誤解などが直接クレームという形で医療者に向けられることが多くなってきている。また、医師側も患者に対しての説明や理解の取得に多くの時間が費やされることが過重労働に拍車をかけているのが事実である。日常診療において医療にまつわる苦情や患者からのクレーム、患者と医療者間のトラブル（医療コンフリクト）は日常茶飯事に起こり、これらを解決するために費やされる時間も医療者にとっては大きなストレスになっている。これら医療コンフリクトをマネジメントする手法が医療メディエーションであり、研修を受けた医療メディエーターは患者と医療側の相互理解を目的とし、両者間の対話促進にあたる役目を負っている。

医療事故や紛争が起こった場合、訴訟では法的判断が優先され、患者と医療者間には敵対関係が残るだけであり、再発防止などの医療安全面には何も寄与しない。裁判にかかる時間的な制約や精神的な苦痛は医療者をさらに疲労困憊にするばかりか、立ち去り型サボタージュを生み、勤務医の減少にさらなる拍車をかけ、医療崩壊につながることになる。医療メディエーターの導入により、医療事故や紛争は患者と医療者の対話によって協働的かつ柔軟に解決を図ることができ、双方の納得の合意でウィン・ウィン解決（Win-Win Resolution）に導くことができる。紛

争という法的手段を取らなくても紛争の解決に大いに役立ち、勤務医にとっても患者との関係を良好に保つことが可能であると思われる。

では紛争はどのように起こるのであろうか。患者の立場によって物の見方は様々であり、例えば患者に点滴漏れが起きたとき、医療に不信感を持った患者ならば看護師のミスと責任追及を考え、責任者に苦情の申し立てを行い紛争が顕在化する。一方、看護師を信頼している患者ならば、一回の失敗くらいはいいと言い、この場合、紛争は顕在化しない。

患者の立場では苦情を訴えているからにはミスを認めて謝ってほしいとか医療費は払わないという要求が伴っており、一方医療側の立場ではミスというほどのことではない、医療費は払ってほしいという反対の立場がありコンフリクトは顕在化することになる。これらの立場を取らせるのはそれぞれ理由があり、患者側ではより適切で安全なケアを求めているがために謝罪や賠償を求めている立場をとっているのに対し、医療側では謝罪や賠償で問題は解決しないという対立的な立場をとっているものの、時間と人的な余裕があればより適切で安全なケアが提供できたと考えている。両者の根底には適切で安全な医療が必要であるという共通の観点があるはずであり、対立の立場からこの共通の観点に向かって対話を進めていくことが問題の解決糸口になると思われる。このような医療コンフリクトでの医療メディエーターの役割は、双方からの感情や思いを受け止めながら、話を聞くこと（傾聴・共感）から始める。本当に求めているものは何か、それを実現するための前向きの方策は何かなどといった気づきを当事者に促してあげることである。そして、当事者同士が前向きに話し合うことができるように問題を整理し、会話を促進させ、当事者同士の問題解決能力の回復と合意形成がなされることを援助することである。

このように医療メディエーターを養成し、医療機関へ配置することは患者相談窓口や医療紛争の対応に加えて苦情の減少や医療従事者のストレス軽減に大いに役立つと思われる。また医療メディエーターが各部署に技術伝達を行うことは誤解による苦情の減少や接遇評価向上に役立つものと考えられ、したがって勤務医にとっても患者からの苦情の減少は過重労働からも解放されることになるものと考えられる。

3. 終末期医療

私たちは、生まれた瞬間から死を約束されているが、死を異質なものとして遠ざけ、たとえ死を考えても終末期医療の意思を明確にしていない。そのため死期が迫っても、本人の意思を知ることができず、本人が望む「安らかな死」が蘇生医療の進歩により「壮絶な死」になってしまうことが多い。

患者には「医療における自己決定権」があり、がんの告知、遺伝子診断、新薬治験への参加、臓器移植、カルテ開示など様々な分野で患者の自己決定権が尊重されている。もちろん終末期医療も自己決定権が優先されるべきであるが、多くの場合、本人の意思を知ることができない。

かつて「畳の上で家族に看取られての大往生」が日常だった頃は、死は身近で穏やかなものだった。しかし病院での死が通常になってから、死は非日常的で異質なものになった。そのため死期が迫っても死を実感せず、本人は最後の自己決定権を行使せず、また決定権を委ねられた家族も死を受け入れられずにいる。家族のかすかな期待が、悲惨な終末期、本人の尊厳を軽視することになるが、それは無理からぬことである。死を身近に捉えられない者に、死生観や宗教観を持たない者に、また医療の進歩を知らない家族に、死を決めさせることには無理がある。たとえ家族が死を受け入れても、納得しない家族もいて一様ではない。

医師にも躊躇がある。蘇生が不可能と分かっているならば、多くの医師は自然な死を迎えさせたいと思っている。しかし終末期といえども蘇生で救命できる場合がある。その一方で、植物状態患者や脳死のままの場合もあり、一様ではない。患者の心情を思いやり、人間としての尊厳を尊重したくても、医療の中止や消極的医療に法的保護はなく、むしろ訴えられ、刑事罰を受ける可能性さえある。

終末期医療とは、治療が期待できず死が間近に迫っている期間の医療のことである。終末期医療についてのガイドラインが日本医師会グランドデザイン 2009 のなかで公表されている。それによると、終末期医療とは「担当医を含む複数の医療関係者が、最善の医療を尽くしても、病状が進行性に悪化することを食い止められずに死期を迎えると判断し、患者もしくは患者が意思決定できない場合には患者の意思を推定できる家族等が『終末期』であることを十分に理解したものと担当医が判断した時点から死亡ま

で」とされている。終末期医療を緩和ケアと定義すれば、これにはそれほど問題はない。しかし問題は、在宅や施設の老人が救急車で搬送された場合である。救急蘇生に時間的な余裕はなく、医師は瞬時の判断を迫られる。

意識のない患者の意思は分からず、終末期かどうかも分からず、家族も即座の判断ができず蘇生医療となる。緊急時、医師は医療行為をせずに死を迎えさせることはできない。気管内挿管、人工呼吸器、心臓マッサージ、強心剤と一連の蘇生を行ってしまう。

患者の苦痛を緩和すること、患者の希望を優先させることは医師として当然であるが、各患者の病態は終末期であっても多様であり、がんであっても生命を脅かすのは肺炎などの合併症である。

医療の進歩がもたらした長寿という恩恵が超高齢化社会を招き、生命の尊厳と延命医療、さらにはそこに医療費負担増が絡み合っている。また意識がない場合、呼吸が止まった場合、心臓が止まった場合、脳が活動しない場合、このように死の捉え方は人それぞれで、それらを蘇生医療が可逆的にしたことが、また老衰と病気の区別が明確でないことが混乱を招いている。

ここで、平成20年4月に施行された後期高齢者医療制度を思い出してみよう。後期高齢者医療制度は施行と同時に、連日のようにマスコミが騒ぎ、「老人を見殺しにするのか」、「姥捨て山法案」などの怒鳴り声が国中に響き渡った。政府は発足と同時に「長寿医療制度」と名称を変えたが、それが「名前で誤魔化すのか」と国民の反感をかった。このように後期高齢者医療制度は大きくつまずいたが、特に終末期相談支援料が批判の的になった。終末期相談とは「終末期における延命治療の有無を本人と相談して文書に残す」ことであるが、厚生労働省は世間の猛反発を受けこれを凍結した。

「患者の希望や尊厳を守る」という終末期相談支援料の理念は正しいにしても、そこには医療費削減の魂胆が見えていた。在宅死が病院死よりも医療費が安く、病院でも終末期治療を定額払いにすれば、病院は経営上の理由から治療をしなくなる。さらには終末期と宣告されれば緩和も治療も受けられない不安、終末期と判定する医師が報酬を得られることへの不信感があった。そのため終末期医療の国民的合意が得られず、尊厳死の具体

化が遠のいてしまった。

しかし冷静に考えれば、終末期の定義を明確にしていれば、終末期相談支援は人間の尊厳を守る良い制度になるはずだった。がんの末期でも、食事ができなければ高カロリーの点滴、あるいは胃にチューブ（胃ろう）を入れることは通常行われている。肺炎になれば抗生剤の投与は当然で、死期を早める考えは医師にはない。また患者の痛みを取るのは医師の常識である。

ではどうすればよいのか。若くしてがんに冒されても、がんが不治とは言えない医療の進歩がある。また病院に入院している老人に、人工呼吸器や心臓マッサージの説明は、あまりに残酷過ぎる。さらに認知症患者への説明と同意は本来無意味である。このように終末期の治療の選択は、本来ならば本人が元気なうちに決めておくべきであるが、多くは、他人に迷惑をかけずにぼっくりと逝きたいと願い、延命治療は無意味と思いながら、その意思を表明する前に意識を失うのである。

終末期医療に関して二つの課題がある。一つは「終末期を迎えた患者の呼吸が止まった場合、人工呼吸器をつけるのか、心臓マッサージをするのか」である。人間が死ぬ場合は、テレビドラマのようにはいかない。数分前までしゃべっていたのに、スーッと死んでしまう。そうかと思えば、意識が消失しても、何日も、何週間も生き続ける患者もいる。人工呼吸器や心臓マッサージは、その場を乗り越えれば救命できる場合に行うもので、気管内挿管には相当の痛みを伴い、心臓マッサージは肋骨が折れるほどの力で行うが、その苦痛に見合うだけの利益が患者にあるかどうかである。

次に食事ができない認知症患者への対応がある。多くは胃ろう増設となるが、一般人でさえ胃ろうの存在を知らないのに、本人の意思とは無関係に増設されている。本人が元気な頃はそれぞれが死生観、美意識をもっていたはずである。認知症といえども、胃ろうが肉体的死を決めるとしても、本人がそれを望んでいたかどうかである。

ここで参考になるのが、筋萎縮性側索硬化症（ALS）という疾患である。ALSは重篤な筋力低下を来し、発症後3年から5年で呼吸筋の麻痺をきたす。そのため人工呼吸器を必要とするが、それでも麻痺は進行し、眼球も動かせず、意識があっても、意思の疏通ができなくなる。この人工呼吸器を、本人の懇願から家族や医師が外せば殺人になるが、患者は人工呼吸器

を最初からつけないという権利を持っている。人工呼吸器をつけないことは死を意味するが、装着を拒否することもできる。これこそが自己決定権である。

「願わくば 花の下にて春死なむ そのきさらぎの望月の頃」、かつて西行法師が詠んだように、多くの人は安らかで美しい最後を願っている。もちろん死生観は人それぞれで、欧米では治療を受けない権利があり、オランダのように安楽死が合法化されている国もある。ここで必要なことは、各自が死を見つめ直し、自分が望む終末期医療を、意識を失う前に、認知症になる前に明記しておくことである。具体的には、終末期医療の内容を明確に定義し、本人への説明と納得のうえで、被保険者証などに本人の意思を明記し、本人の意思にそった医療を、医師の合意のもとで決定するのがよい。

日本は法治国家であるが、終末期医療は法律になじまない。一方、日本の医療は、患者も医療側も、診療報酬で縛られている。このことを考えると、まず終末期によりよい緩和ケアが誰でも受けられる医療体制と診療報酬を構築すべきで、次に終末期医療の自己決定権を国民に啓蒙し、それを本人に委ねることである。

また「老衰による死」という人間の宿命を忘れてはいけない。国民、医療関係者は「老衰による死」を冷静に認識して、人間としての尊厳を守るためにも、それを受け入れることが大切である。

4. 地域医療連携

地域医療連携が勤務医と診療所等の医師との協働の一つの大きな舞台となる。医療連携とは中核病院と後方医療機関（中小病院、診療所等）の連携であったが、介護保険制度の導入後、各種医療機関と介護施設との連携も含まれるようになった。これら各種医療機関相互の円滑な連携を図るために、厚生労働省は「4 疾病 5 事業」を打ち出してきた。

地域医療といっても、地域そのものが千差万別である。大都市部のように狭い地域に高度医療機関である大学病院や大病院が集中し、診療所の減少しているところもあれば、広範な地域を数百床規模の中小病院が一カ所で中枢病院の機能を果たしているところもある。かつて、地方では患者は普段地元の診療所に通院し、入院治療が必要になれば地元の病院で入院治

療を受け、退院後は再び近所の診療所に通院することに何の抵抗もなかった。現在でも過疎地といわれる地域のなかには中小規模の基幹病院と少ない診療所等の間で連携がスムーズに行われており、何ら問題がないといわれる地域もある。これらの地域では医師相互や介護施設、あるいは医師と患者との間に「顔の見える関係」が成り立っている。そのために、患者の施設間の移動がスムーズである。患者の流れがスムーズにいくところではか成り立たない事業である。

現実には、情報と交通機能の発達により、これらの地域でも都市部と同様に患者の高度な医療への期待が高まり病院志向が見られるようになった。さらに最近では地元の基幹病院より、より設備の整った都市部の大病院に患者が流れる傾向がある。医師も症例数の多い都市部の大病院を志向するようになり、地方の病院は慢性的な医師不足に陥り、診療科を閉鎖する状態になっている。地方の医療崩壊である。都市部では確かに勤務を希望する医師数は増加し、受診希望の患者数も増加している。病床数が増やせれば、これらの希望を叶えることができるであろうが、現実には病床規制、低い診療報酬による病院の経営状態により困難である。その結果として入院期間の短縮、外来への患者の集中といった現象が起こってきている。外来に患者が集中するということは、連携がうまく機能していない証でもある。

「4 疾病 5 事業」が円滑に運ぶためにはいくつかの前提条件がある。十分なベッド数と医師がいる基幹病院、そこから転院してくる患者を受け入れることのできる後方医療機関、さらには介護施設である。長年にわたる医療費抑制政策により、中小病院や有床診療所は減少してきており、無床診療所も十分な数を保っていない。介護施設も低賃金のため、職員の確保に四苦八苦の状態である。さらに、全国が均一な医療水準にあり、医師の医療知識・技術もほぼ均一であれば可能であろうが、医学は日進月歩であり、多くの専門科、専門分野に特化してきている。そのため病院においても得意とする分野が異なってきている。医療崩壊の起きている地方の病院では不可能な分野がある。また、高齢の医師が多い診療所では対応できないレベルに達している分野もあるし、外科系のように診療所の少ない分野もある。今、起こっている状態として、基幹病院ではオーバーベッドになり、紹介されてきた患者を断ってしまう状態がある。また、それらを理由

として、地域の基幹病院に患者を紹介せずに、遠方の大病院を紹介先として選択する診療所の医師もいる。逆に、地元の診療所の医師を信頼せず、患者を抱え込んでしまう基幹病院の医師もいる。連携の取れていないために起きている現象である。その結果として基幹病院の外来に患者が溜まってしまい、60日を超える長期処方をし、外来診療による医師の負担の軽減を図っている。

昔から、一つの医師・診療所・病院で患者を続けて診療する慣習がある。これは主治医制度の名残であろう。患者は医師の所有物ではない。医師は、身近な地域で患者一人ひとりの希望に沿うように行動する義務がある。そのために地域医療連携の必要性がある。

それでも「4疾病5事業」は、行政主導で各地域で行われつつある。進め方は、地域の実情に合わせて柔軟であるべきであるのに、厚生労働省の意向が強く、画一化され、マニュアル化され過ぎてはいないだろうか。書類の多さも気にかかる。このままでは勤務医の労働条件はますます過酷になるのではなかろうか。

地域医療連携を軌道に乗せるには、まず、基幹病院は救急医療と急性期医療を中心とした入院中心の医療にすべきである。外来は紹介状を持って来院する患者や抗がん剤の外来治療等の高度な治療、検査等を要する患者のみを診察することとし、外来にかかる負担を軽くする。これで入院患者の治療にかける人員が増え、医師一人当たりの負担は軽減するはずである。

後方病院や有床診療所、介護施設の充実と活用を図る。これらの施設は、長年にわたる診療報酬の引き下げで経済的に厳しい状況にあり、その機能を十分に果たしているとは言い難い。基幹病院での治療が終了した患者のうち、さらなる入院治療が必要な者を転院させて治療を続ける。能力的には基幹病院に負けない医師がたくさんいる。これらの病院で全身管理を十分に行い、退院後は診療所や介護施設に患者を紹介する。これで患者は退院後は地元で全身的な医療や介護を受けることとなる。これが医師の協働であると考えている。

また、基幹病院が不得手とする分野へ特化した病院も必要となってくるであろう。この病院は二次医療圏の範囲を超えた存在とならなければ経営的に難しいかもしれない。以前より指摘されていた小児科、産科、脳外科のほか、内科や外科でも専門領域としている医師の少ない分野の医療が挙

げられる。

診療所の医師も新しい知識の習得に努めなければならない。地域医療連携は基幹病院の外来機能の縮小と診療所機能の底上げがなければ成功しない。そのためには入院にかかる診療報酬の引き上げ、診療報酬の手厚い配分が必要である。医師をはじめとする医療職員や介護職員の自己犠牲的な努力だけでは地域連携は成り立たない。もっと診療報酬を引き上げ、精神論から脱却することを日医として厚生労働省、財務省など関係各所に訴えてほしい。単純に医師数が増えれば解決することではない。

5. 医学教育と医療技術の向上

近年、医療を取り巻く諸情勢が大きく変化したのに対応して、また、欧米の医学教育の動向に呼応して、医学教育の改革が進行している。

平成22年度版医学教育モデル・コア・カリキュラムでは、医学教育の目的を、卒業前教育については、「将来どのような分野に進んだ場合にも共通に必要なとなる、医師としての基本的な資質と能力の養成」、卒後教育については、「共通領域および専門領域の能力向上を図り、さらに生涯にわたって常に研鑽し、社会に貢献できる能力の養成」と具体的に表現している。この目的を達成するには、従来、医学教育において中心的役割を担ってきた大学の基礎・臨床医学者のみならず、医学・医療に携わるすべての職種が協働することが必要と明言されている。本項では、その協働のなかで果たす勤務医の役割について考察する。

同カリキュラムで示されている卒業前教育の骨子は、(1)基本的診療能力の確実な習得、(2)地域の医療を担う意欲・使命感の向上、(3)基礎と臨床の有機的連携による研究マインドの涵養、である。これらを6年間の医学部教育のなかで、どのように教育し実践させていくかは各大学の裁量に委ねられているが、多くの場合、低学年では教養・基礎医学教育と地域の保健・医療・福祉・介護等の機関における「早期体験学習」、中学年は臨床医学系統講義と衛生・公衆衛生学実習などの社会医学実習、高学年は大学病院および地域基幹病院での地域医療実習というカリキュラムになっている。したがって、理念上は、大学病院のみならず地域医療に従事する勤務医の卒業前医学教育に果たす役割は一段と増したと言ってよい。とは言え、このような医学教育史上前例のない大改革の概要が、地域医療機関

で働く勤務医にまで周知徹底されているとは言えず、勤務医自身、自分が担うべき役割について自覚していないのが実情であろう。

それでは、地域医療に従事する勤務医はどのような役割を果たせるかという、上記(2)は当然として(1)、(3)でも大きな役割を果たせる。外科医が手術の腕を磨く場は手術件数の多い一般病院と昔から言われてきたように、医学生が基本的診療能力を習得する場も **common disease** が多く患者数も多い地域医療機関の方が実態に即しているであろう。また、医師の基本的な資質である、医師としての職責、患者中心の視点、コミュニケーション能力、チーム医療、総合的診療能力、自己研鑽の姿勢は、大学病院でも教育可能であるが、日々、多数の多様な患者の診療に当たり、院内各種委員会、各種医療チームのリーダーとなる機会の多い地域医療機関勤務医のほうが臨場感をもって教えることができるであろう。

近年、医学部入学後に医師不適格者と自覚、他覚されるケースが増えており、本人のためにも早期発見、早期の進路変更が必要である。低学年における早期体験学習の場に地域医療機関での体験学習を義務付け、勤務医の目からも、配属学生が医師適格者かどうか、臨床医適格者かどうか、改善すべき点は何かを判断するのもよいのではなかろうか。

また、(3)であるが、医学研究は大学や医学研究機関でのみ可能なものでなく、その成果が即、臨床に反映されるような医学研究は、日常診療のなかで生じる素朴な疑問に発していることが稀でないことより、地域医療の現場は優れた医学研究の着想源とも言える。地域医療に携わる勤務医が自ら研究マインドを持って診療する姿を医学生に示すことができれば、それは医学生にとって大きな刺激となるはずである。

また、上記(2)に関連するが、地域医療に携わる勤務医は、病診連携、在宅医療、終末期医療を必要とする患者を医学生に担当させることにより、診療に直接関係する知識・技術とともに医療制度についても説明できる機会を持つ。その際は、現行の医療制度を教科書的一辺倒に説明するだけでなく、世界的に冠たる我が国の医療制度とは言え、患者側から見ても医療提供者側から見てもまだまだ改善すべき点が多々あることを具体的に教え、医療制度にも関心を持たせるようにしたらよいのではなかろうか。

初期臨床研修終了後の教育は、生涯にわたって共通領域および専門領域の診療技術の向上を図ることが主眼となるが、ここにおいても地域医療に

携わる勤務医の果たす役割は大きい。自ら習得した知識、技術を、院内の若手医師はもちろん、地域の他の医療機関および診療所医師に講演会、研究会、見学、研修受け入れという形で伝えられれば、教えを受けた個人のみならず地域全体の医療レベルの向上になる。また、前述したように、日々の診療のなかから生じる疑問、改善すべき点を解決する方策を院内各部署の人達と、あるいは地域内の人々と、あるいは大学、研究機関の研究者と、ないしは産学連携という形で協働すれば、勤務医は優れた医療技術の伝授者としてだけでなく、発信者としても社会に貢献できることになる。

6. 医療への信頼感の醸成

医療に対して社会は、(1)医師としての資質を持つ医師による医療であること、(2)安全な医療であること、(3)患者中心の医療であること、(4)救急患者に対応できる医療であること、を望む。これらのいずれが欠けても医療への信頼は失われる。つまり、医療への信頼感の醸成とは、(1)から(4)のすべてを満足する医療を実践することである。これは、臨床医のみでできることでなく、基礎の研究者、看護師、薬剤師、事務職、保健・福祉を管轄する行政など、医学・医療に関わるすべての職種の協働によってのみ達成される高度なチームワークである。ここでは、その協働作業で果たす勤務医の役割について考えてみる。

医師としての資質の定義は難しいが、診療内容を患者や家族に分かりやすく説明し、逆に患者の要望を聞くことができるコミュニケーション能力、常に患者中心の立場に立つ医療ができる能力、人の命と健康を守ることを常に第一義的に考える医師としてのプロ意識、生涯にわたり自己研鑽を続ける意欲と態度、チーム医療がこなせる協調性を持ち合わせていることが最低限求められるのではないだろうか。これらの資質は医師個人の基礎的素養に依るところが大きいですが、教育的介入により修正は可能である。医師人事評価票を活用した上司、同僚・コメディカルによる評価、患者からの意見箱設置、倫理的な案件に対し助言をする院内体制の確立などを通して、医療従事者個人のみならず全体の医の質向上を図ることができる。勤務医が、このような取り組みに対して消極的にならず、自ら積極的に参加して自己研磨する姿勢を示すことで病院あるいは地域全体の資質改善のモチベーションが上がるであろう。

医療における安全性確保は信頼される医療の根幹をなす。医療上の事故や医療関連感染症は日常的に起こるものであると医療従事者全体が共通して認識し、万全の防止策を講じておくことが求められる。医療事故や医療関連感染症を防止するには、医療従事者個人の注意が必要であることは言うまでもないが、組織としてのリスク管理が最も重要である。リーダー的存在の勤務医は病院管理者の指示のもと看護部、薬剤部、事務部などと密に協働して、医療安全管理体制、医療関連感染防御体制を構築、維持、状況に応じて改変する役割を持たねばならない。そして、リーダー的存在でない勤務医も、率先してリスクマネージャーとなり、医療事故防止委員会、医療事故調査委員会、院内感染対策委員会などに必ず出席し、それぞれの立場で、医療安全管理、医療関連感染防御に貢献する役割を持つことが要求される。さらに、地域基幹病院の勤務医にあっては、地域医療圏全体の医療安全、感染防止にも貢献するために、地域医師会や行政が組織する委員会には積極的に協力しリーダーシップを発揮することが求められる。

患者主体の医療を実践するうえでも勤務医が担う役割は大きい。病院勤務医は、患者の秘密厳守、インフォームド・コンセント徹底など患者の権利を担保する体制の確立、保持に積極的に参加する必要がある。また、患者の安全を最優先する医療体制に築き上げていくことにも一定の役割を持つべきである。

救急患者への対応の遅れは、患者の生命に直結しかねない重要な問題である。地域医療において中心的な役割を果たしている病院で、一旦このような事態が生じると、地域住民のその病院に対する信頼は完全に失われてしまう。1次、2次および3次医療圏における救急体制の構築は勤務医一個人、一病院にできるものでなく、地域医師会、行政、住民の有機的な協働が必要である。病院勤務医、特に中核病院の勤務医は地域医療行政にも大いなる関心を持ち、救急体制を考える行政、医師会の会議には積極的に参加して、体制の確立、増強に協力しなければならない。

我が国の入院治療の大部分を担当するのが病院勤務医である。病院勤務医に対する信頼の喪失は医療全体に対する信頼の喪失と言っても過言でない。勤務医はそのことを常に肝に命じて信頼される医療の醸成に努めるべきである。

Ⅲ．協働への道

1．社会参加できる環境を作る

ここではすべての医師の協働を阻む大きな要因である、勤務医の過重労働について述べる。

日本の勤務医は現在、かつてない過重労働にさらされていると言っても過言ではない。かねてより日本は先進国平均よりはるかに少ない医師数で高い医療水準を達成してきたが、その裏では医師の責任感、使命感による自己犠牲的な長時間労働が続いてきた。医師自身も厳しい労働条件のもと研鑽を積むことを美德としてきた部分もある。さらに急速な高齢化および医療の高度化にも関わらず、約四半世紀にわたって医師数の抑制および医療費の削減が推し進められてきた。

そのうえに近年、医療訴訟リスクの増大、対応困難な患者の増加などが新たな負担として勤務医を圧迫している。勤務医がその医療行為につき逮捕された「大野病院事件」やいわゆるモンスターペイシェントの増加は、勤務医の負担を増し、使命感に支えられてきた意欲を著しくそぎ落とすことになった。

2004年に開始した新医師臨床研修制度によりその負担が一気に顕在化することになり、2008年に厚生労働省はようやく医学部定員を増加に転じた。しかし現場の医師数の増加には約10年を要し、その教育に当たる大学や臨床研修病院の勤務医にはさらなる負担がのしかかることになった。また新型インフルエンザの発生に伴う発熱外来開設や、東日本大震災の被災地への支援もその大きな部分を勤務医が担った。

さらに今後過重労働を悪化させ得る要因として、女性医師の増加がある。出産により女性医師のアクティビティが一時的に低下することは避けがたく、またどんなに医師不足が深刻であっても、それゆえに医師の出産、育児を阻むことはもはや受け入れられない。かつて女性医師は少数であったため、その働く環境整備は遅れており、周囲の医師の負担と本人の努力で補われてきた。しかし今後女性医師の割合がさらに増えることは確実であり、システムとしてサポートしていくことが女性医師のみならずすべての医師のために急務である。

これらの状況を改善するためにはすべての医師が協働して当たらなけ

ればならないが、勤務医は疲弊し、社会に対する関心も関わる余裕も失っているように思われる。日本医師会の勤務医の健康に関する調査（2009年）では、平均睡眠時間6時間以下が41%、2人に1人が月の休日4日以下、8.7%がメンタルサポートを要する状態であるとされた。日本医師会の勤務医会員は既に全会員の47.2%を占めるが、代議員数は10.6%に過ぎない。日本発の臨床医学分野の論文数も2000年代後半より国際的シェアを急激に低下させており、もはや医師不足が社会への関わりはおろか本来の任務の一つである医学研究の停滞までも来していると考えられる。

勤務医は高度医療や救急医療のなかの大きな部分を担っており、今後医療倫理や医療安全の分野においても、倫理委員会の設置やADRへの協力など役割は広がっていくであろう。医師のためのみならず、社会の求める医療の質向上・医療安全の推進のためにも、現状を放置することはできない。

そのためには、(1)勤務医のワークライフバランスの改善、(2)医師のキャリア形成、維持、向上と医業への専念を可能にする環境整備、(3)多くの医師が勤務医として働き続けられるシステムの構築、が必要と思われる。

具体的には、早急に個々の医師の勤務状況の正確な把握と長時間労働の緩和に取り組むべきである。また、チーム医療の推進やメディカルクラーク等のスタッフのさらなる活用、主治医制の見直し、開業医の救急医療への積極的参加などが勤務医の負担を減らし、かつ多業種協働によって医療の質を向上させるであろう。さらに社会全体の医療の現状への理解を深め、医療の個別性・不確実性への理解を得るため、学校教育・社会教育での医学・医療教育の推進が必要と思われる。医療事故やトラブルに際し、個人の責任に帰さず医療安全委員会などが組織的に対応するシステムの構築も重要である。また、保育所や託児システムの整備・短時間正規雇用など弾力的な雇用システムにより、今までより多くの医師が勤務医として働き続けることができるであろう。女性医師の自助努力が必要であることは当然であるが、個人の努力や状況に依存せず、すべての医師が希望すれば働き続けられ、キャリアアップのできるシステムが必要である。

以上のような改善策はかねてから言われてきたことであるが、実現は遅々として進んでいない。これらを現実的に前進させることによって、勤

務医に社会に目を向け行動するゆとりが生まれ、医師全体の協働が前進するものと考えられる。

勤務医を職業としての魅力あるものとし多くの仲間を集め、さらに一人ひとりが能力を向上させることが、勤務医の過重労働を緩和する一番の鍵であろう。そのために立場の違いを超えて医師は協働しなければならない。

2. 社会的・潜在的偏見をなくす

－医学・医療における Gender Equality の実現に向けて－

今から 30～40 年前の 1970～1980 年代の我が国では、「女性は結婚したら仕事を辞める」というのが常識であった。そして、当時は「25 歳」がキーワードで、25 歳までに結婚して家庭に入ることが、女性の理想的な生き方として好まれた時代であった。当時の社会通念としては、「女性は男性の下で働くべき」「女性は男性の指示に従うべき」という考え方が支配的であり、女性が男性と対等に何かをしようとする、よく「女のくせに」という言葉で非難される時代でもあった。

医学・医療界においても、当時は医学部女子学生の割合は 1 割以下であり、臨床科への入局希望時や大学院への進学希望時に、「うちの科は女性医師お断り」とはっきり通告されることが珍しくなかった。また当時、女性医師の出産・育児の問題については、「個人の努力」で解決することを余儀なくされたため、多くの場合、女性医師は病院勤務を続けることが不可能となり、パートタイム勤務に変えたり、あるいは離・退職せざるを得ないという状況であった。現在、50 歳以上の女性医師達は、このような時代を、苦労を重ねながら生きてきた。

最近になって、医師不足が大きな社会問題となったことを契機に、女性医師支援が急にクローズアップされるようになり、女性医師の仕事と子育てとの両立に関する支援体制は整ってきつつある。しかし、男女格差の問題は、我が国の医学・医療界で既に解決したのであるだろうか？ 残念ながら、「否」と言わざるを得ない。

確かに、時代や社会常識も変わり、「25 歳までに結婚」などという言葉もなくなり、我が国の多くの女性が結婚後もそれぞれの仕事を続けられるような社会になった。そして、医学・医療界においても、「女性医師はお断り」の言葉で代表されるような正面きっての女性医師差別はほぼなくな

った。このことは確かに、格段の進歩であると言える。しかし、日本の女性医師活動率グラフの M 字カーブでも明らかなように、現在、子育て世代の女性医師の多くがパートタイム勤務を選択しているという日本の医療界の現状は、本質的な意味の **Gender Equality**（男女共同参画）にはほど遠いということを理解しておく必要がある。子育て世代の女性医師のパートタイム勤務が固定化した場合は、今後、病院勤務医のなかで、フルタイム勤務の医師群とパートタイム勤務の女性医師群という二階層化が進行していくことが予想され、このことが病院のなかでの新たな男女格差を引き起こす可能性も懸念される。

それでは、このような事態を避け、真の **Gender Equality** を実現するために、どのようなことをすべきであろうか？ まずは女性医師が、子育てをしながらでも、仕事を続け、キャリアアップをしていくことができるような就労環境を提供することが大事である。そのためには、院内保育所や病児保育の充実はもとより、子どもが小さい時の一定期間は残業・当直の免除や回数制限を図ること、フレックスタイム制や短時間勤務などの柔軟な勤務システムを導入すること、夕方 6 時以降のカンファレンスや会議などはできるだけなくすこと、などの諸点が重要である。また、医師会が中心となって、女性医師の子育てとキャリアアップの両立支援に関する地域連携・協力システムを構築し、地域病院群に勤務する女性医師からの種々の相談に応ずるほか、地域病院群や女性医師達の相互の交流や情報の共有化を図ることも有効な方策である。

現在までのところ、女性医師の子育て支援に関しては、全国的に大学医学部や病院、医師会などでのコンセンサスはほぼできてきたと言える。しかし今後、**Gender Equality** の実現に向けてさらに重要なことは、女性医師が医学の教育、研究、診療において、男性医師と対等のキャリアアップができるような育成システムを作り上げていくことである。そのためには、特に医学・医療界の指導者層がリーダーシップをとって、女性医師のキャリア形成と昇進に関して「**Equal Opportunity**（男性医師と同等の機会を与える）」と「**Equal Treatment**（男性医師と同等の評価・待遇をしていく）」を推進していくことが最も肝要と考えられる。

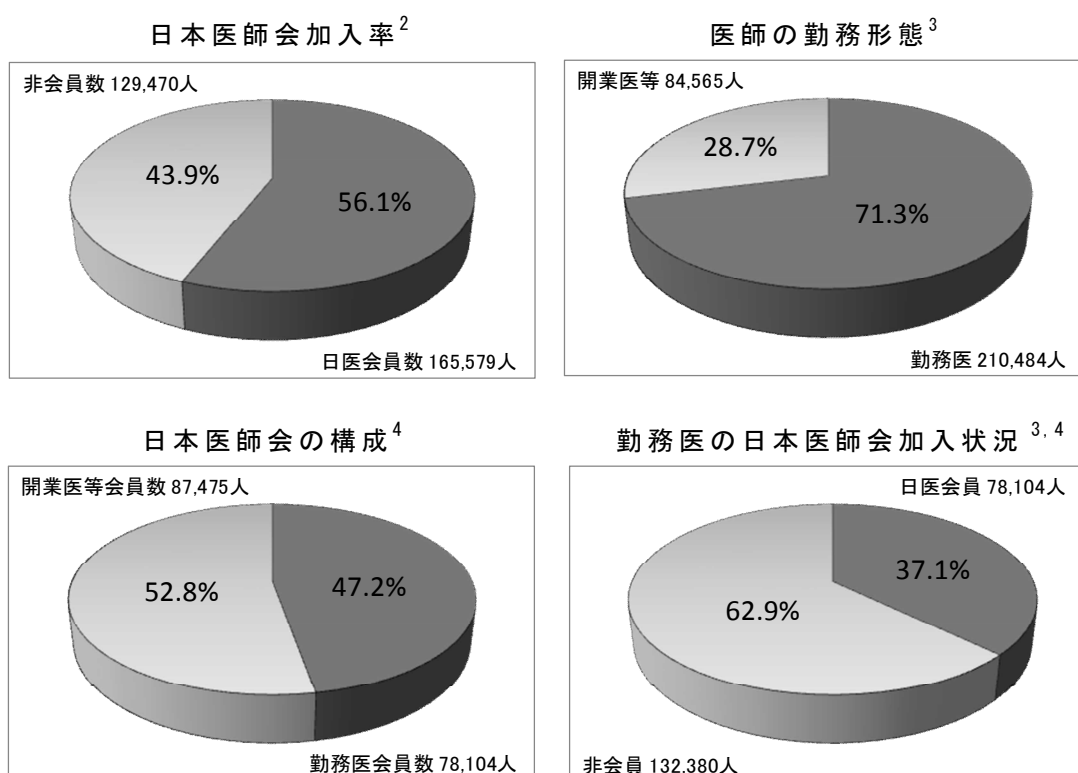
3. 組織体制を改革する ～特に日本医師会のあり方を巡って～

(1) 医師会への期待

本項は勤務医の「医師会への期待」についての論考であるが、まずは「医師会が勤務医に期待するものは何か」を論じてから本論に入り、最後は両者に協働を求める利害の一致点について論じたい。

- 1) 医師会が勤務医に期待するものは何かーなぜ、強力な入会の呼びかけが必要かー

現在、日本医師会の組織状況は図表に示すとおりである。



全国医師 29 万人（開業医 8 万 4 千人、勤務医 21 万人）の約 6 割は日本医師会に組織されているが、21 万人余の圧倒的多数を占める勤務医は、わずか 4 割弱しか日本医師会に参加していない。これでは日本医師会が名実ともに医師を代表する組織として認知されるには、はな

² 「平成 22 年医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省)」、「平成 23 年度勤務医会員数・勤務医部会設立状況等調査(日本医師会)」

³ 勤務医数は「平成 22 年医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省)」より、病院の従事者(開設者又は法人の代表者を除く)、診療所の勤務者、介護老人保健施設の勤務者、医育機関の臨床系以外の勤務者又は大学院生、医育機関以外の教育機関又は研究機関の勤務者、を合計したもの。

⁴ 「平成 23 年度勤務医会員数・勤務医部会設立状況等調査(日本医師会)」

はだ心許ない状況である。

国の医療のあり方について日本医師会が責任を持って関与し、提言していくためには、医師の3分の2以上を占める勤務医集団との合意形成は必須要件と言わざるを得ず、そのためには、勤務医の大多数を参加させることのできる堅牢な日本医師会の組織体制のあり方が問われている。その意味で勤務医の組織的確保の問題は、今や日本医師会の組織の存在意義を賭した重要な課題と言える。

2) 勤務医が医師会に持つ期待があるとすると、それは何か

何よりも病院医療の過酷な労働環境を解決するためへの理解と協力である。開業医も大多数がかつては勤務医であったから、勤務医の過酷な労働環境は、当然承知している。一角の医療技術を身に付けた医師にとっては組織的な束縛がなく、収入が良いと言われる開業医生活は相当に魅力的である。何よりも勤務医と大きく違うのは、24時間にあたる入院患者から受ける精神的な重圧、そして一定の間隔で繰り返す当直業務、この二つの負担からの解放は、開業する者にとっては大きな福音である。

このような開業医と、近代化した病院の過密スケジュールで働く勤務医、この二極分化した医師集団が我が国には現存するわけであるが、勤務医が日本医師会に期待するものがあるとすれば、それは勤務医の過酷な労働環境の解消に日本医師会が真剣に取り組んでくれることに尽きるであろう。具体的な方策として2つ提起したい。一つは、勤務医の数を積極的に増やす方針を提示することであり、二つ目は、厳しい勤務医の過重労働を緩和するための開業医の協力体制の構築である。

一つ目の医師数を増やすことに関し、我が国の医師数を OECD 並にするためには1.5倍の増員(約14万人)が必要と試算されているにも関わらず、日本医師会は1.1倍程度の増員で十分だというアナウンスをしている。これでは基本的人権すら守ることができない勤務医の過酷な労働環境を座視するものとして、勤務医からの失望は免れない。パイの奪い合いをけしかける国の分断策に弄されることなく、日本医師会がきちんとした医療体制を敷くための医師数を算定し、率先して国に提言する姿勢こそが大切ではないだろうか。勤務医の医師会への

期待はそこに集約されているとも言える。

二つ目の問題は、医師を増員するにも、その養成には多大な財源と相当な時間を要する。現在の勤務医の過重労働を緩和し、医療崩壊を回避するには緊急避難的な応急手当が必要であり、その最も効果的な解決策は開業医の救急医療への積極的な参画である。病院の疲弊、勤務医の加重負担による病院医療の崩壊を防ぐため、開業医の夜間救急への参画は病診連携の新しいステージであり、医師不足の過酷な現状を打破する最も心強い、具体的な解決策である。日本医師会が、あるいは都道府県医師会が組織的に主導するのであれば、医師会に対する勤務医の信頼は確実に回復するものと信じる。

3) 両者における利害の一致点は何か

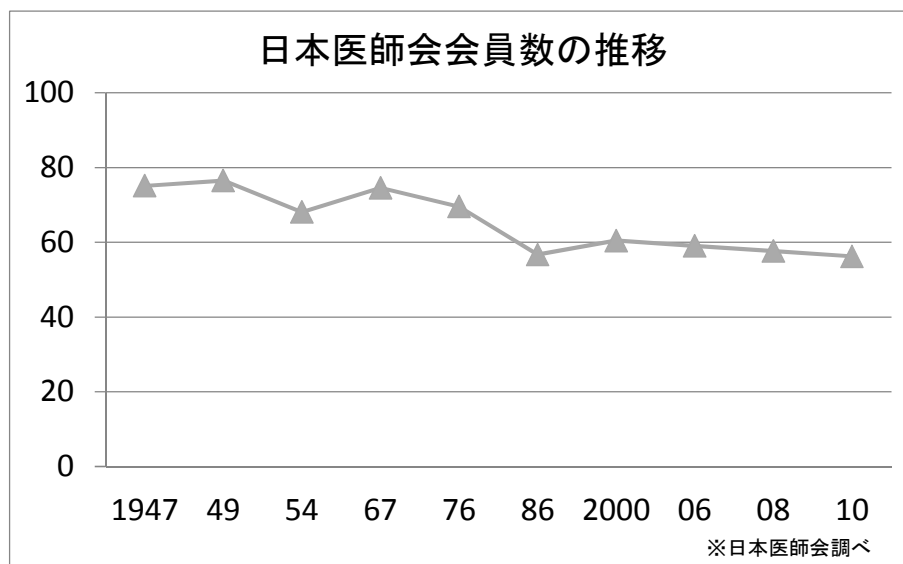
医師会と勤務医の利害が一致しない、あるいは対立があるとすれば、それは国による限られた予算配分操作のなせる業である。予算の総枠を増やすことでは一致できても、限られた予算枠内でパイの奪い合いとなると、たちまちその利害は相反する。これまでの日本医師会の歴史的歩みを見ると、圧倒的に診療所側に傾いた予算配分に主眼が置かれて来たことが指摘されるのではないだろうか。2006年に中医協の審議委員に初めて病院代表2人が加えられたのは、病院の危機的状況による「医療崩壊」が叫ばれた結果である。そして民主党に政権が替わった2009年の中医協委員の改選では、日本医師会推薦の委員がすべて外される事態にまで至っているが、その後の診療報酬改定で、急性期の大病院に偏ったものではあるが、病院経営が改善する傾向を示していることは象徴的とも言える。

ここで我々が見据えなければならないのは、開業医と勤務医を分断して、パイの奪い合いを演じさせる厚生労働省の巧緻な戦術である。国民の医療需要を基点として社会に見合った制度の構築を目指す限り、開業医と勤務医の利害が相反する理由は全くなく、両者の利害が一致して初めて満足のいく医療提供は可能となる。国の低医療費政策の箍に嵌められた施策に弄されることなく、開業医と勤務医が日本医師会に結集し、医師の総意としての展望と提言を発信して行くことが強く求められている。

(2) 医師全員が医師会に加入することを果たすには

日本医師会は医師集団の代表組織として厳然と存在しているが、その組織率は明らかに減衰傾向を辿っている(図)。とりわけ 1980 年代以降の低下が目立っており、現在では約 60%の組織率であり、おそらくこの長期低落傾向は、病院医療の進展による勤務医の増加に逆相関する現象であろう。

全国約 21 万人の勤務医の日本医師会への参加は、現在 4 割弱である。この深刻な日本医師会離れの状況下で、勤務医の顔を日本医師



会に向かせるにはどうすればよいのか。本項のテーマは「医師（≡勤務医）全員が医師会に加入することを果たすには」であるが、その成否は我が国の医療の将来をも左右する極めて重要な問題であると認識する。

そこで、まずはよく勤務医から発せられる「なぜ、医師会に入る必要があるのか」、このアプリアリな問いへの答えを考えたい。

一点目は、医療を提供する制度設計である。我が国の保険制度は、WHOからも高い評価を受ける国民皆保険であり、医療を提供する側の代表である医師会は、その運用における中心的な責務を負う組織である。また地域における包括的な医療供給体制についても、医師会は当事者として行政と連携し、その整備・充実の責務を負っている。したがって、医師の行う医療行為は医師会の活動によって保証され、また規定されているとも言える。ゆえに医師は、自らの社会活動の基盤である医療制度設計において社会的責任を持つ医師会に対し、基本的に無関心、無関係の立場は取り得ないのである。

二点目は、医師の資質の担保である。我が国の医師免許は一度取得さえすれば更新の要らない生涯保証である。医学・医療の国民への提供に

当たり医師の資質の担保は必須の要諦であるが、医師会には医師の生涯学習を保証する学術集団としての機能が求められており、日本医学会総会開催への協力、日本医師会雑誌の発行等、生涯学習をめぐる学術活動は日本医師会の中心的な事業である。勤務医のほとんどは専門領域の学会に所属して、自らの医療の質の担保に不安を感じていない状況ではあるが、専門医の適正な数と配置という観点で地域医療の現状を見ると、医師の地域偏在、診療科偏在という深刻な齟齬が生じており、日本の専門医制度のあり方が根底から揺れている。この専門医の養成と適正配置という問題においても、各種学会を統括して、日本医師会が強いイニシアチブを発揮すべきと考える。

現在、医師会の展開する事業を俯瞰すると、質・量ともに膨大なものであるが、ここに挙げた2点だけからでも、国民医療に責任を持つ組織として医師会の存在は不可欠であり、また医師会を国民医療に責任を持つ組織にするためには、すべての医師はすべからず医師会の一員になるべきである。なぜなら、医師会がその役割を十全に発揮するためには、医師会の意思決定は医師の総意を反映するものでなければ意味がないからである。したがって、医師の医師会への参加は義務的な側面を有するものであり、また道義的にも医師の矜持として参加が求められるものである。では現在の医師会の実態はどうであろうか。残念ながらすすべての医師の参加というにはほど遠いのが実情である。

1961年、敗戦からの復興を機に医療保険制度が施行された。その頃までは診療所を中心とした医療が主流であったが、その後、欧米から近代医学の急速な流入とともに医療の高度化と病院の大型化が進み、病院を中心とする医療へと基本的な構造が変化して来たにも関わらず、医師会の関心は一貫して開業医の利益擁護を主眼として来た。その結果が2000年前後から噴出して来た「病院崩壊＝医療崩壊」現象である。

今や国の根幹の医療制度設計を行ううえで、勤務医の動向は最も重視しなければならない医療政策上の課題となっており、事ここに至り、日本医師会としても勤務医にそっぽを向かれた状態では国との論議をする資格を問われかねない状況である。

勤務医の約6割が日本医師会に参加していない現状であるが、では勤務医の意見を集約する場をどこに求めるのか。勤務医の一部では、既に

日本医師会とは別に勤務医独自の組織（全国医師ユニオン、全国医師連盟等）を旗揚げし、勤務医の過重労働解消と医療制度への提言を行っている。論客の一人である小松秀樹氏は2010年1月に日本医師会の「医師の団結を目指す委員会」に招かれての講演で、日本医師会を組織的に3分する案を大胆にも提案している。ところが肝心の勤務医自身の関心は低調で、国の制度を動かせるだけのパワーの集積は、とてもこれら勤務医独自の組織に期待はできそうもない。

どう考えても、ここは医師の大同団結が必要である。勤務医も日本医師会に結集して開業医と協働することにより、日本医師会を医師総体の代表機関として国と相対させ、医療提供体制を含めた新たな医療制度を構築する努力こそが王道であり、また現実的でもある。

問題は、専ら医師の自由意思による参加方式の現状のままでは、勤務医の日本医師会入会促進はおよそ期待できない。それでは、日本医師会のもとに勤務医を結集させるためにはどうすればよいか。従来から様々な方策や提案はあるようだが、基本的と思われる条項のいくつかをここで取り上げてみたい。

まずは何とんでも執行部の構成の問題ではないかと思量する。現在、3層構造（郡市区医師会、都道府県医師会、日本医師会）と言われる代議員制度のなかで選出されている日本医師会執行部の選出方法では、医師の3分の2を占める勤務医の声は極めて届き辛いシステムである。勤務医の数に応じた一定の比率で勤務医の代議員枠を作るという案もあるが、勤務医の加入率そのものが低い現状での実効性は低いであろう。勤務医の声を確実に日本医師会の活動に反映させるためには、日本医師会の中核である執行部に直接、勤務医代表を加える必要がある。とりわけ、地域医療の基幹的な役割を果たす大学病院の代表や公的医療機関（国立病院機構、自治体病院協議会、日本赤十字社等）の代表が日本医師会執行部に一定の比率で加わることによって初めて、勤務医の声が確実に日本医師会の活動方針のなかに反映される制度的な保証ができるものと考ええる。

次に指摘したいのは日本医師会の政治活動である。日本医師連盟として形式上は別立てになっているが、実質的には日本医師会の政治運動体として機能しており、これは医師会員の協働のうえで大きな問題である。

「国民の福祉・医療の負託に責を持つ」という医師会活動の基本的な使命に徹するためには特定政党の支持は不条理であり、医師の団結を阻害する大きな要因になっている。日本医師会はすべからず、組織として不偏不党の立場を貫くべきである。

三番目に会費の問題である。収入が極めて限られている C 会員は別としても、A 会員と B 会員で会費を区分しているのは組織内に身分格差をつける措置でしかなく、ある意味で勤務医への「温かい配慮」にも見えるが、すべての医師の協働というテーマからは大きく逸脱するものである。開業医と勤務医が対等にテーブルに付くためには、現在の会費制度は見直しが必要であると考ええる。

最後に、医師を医師会に加入させるための最も確実な方法は、学会活動を医師会の傘下に収めることである。勤務医であれ、開業医であれ、医師の生涯学習は必須である。したがって、現在のような日本医学会と各種専門医学会の形式的な関係ではなく、すべての医学会の活動が日本医師会の会員であることを前提条件とするのであれば、医師は迷うことなく医師会に入会せざるを得ない。各種専門医の質の保証と、必要数の育成や配置という観点からも、各種学会の指揮・統括は日本医師会の重要な責務であると考ええる。

日本医師会は、今後ともドイツのように法的に医師会への強制加入方式を取らない方針であれば、医師会員の資格を必要条件とする学会活動の徹底した管理こそが、入会促進を図る決定打ではなかろうか。

以上の4点について、日本医師会執行部は具体的な課題として、鋭意ご検討いただきたい。

(3) 医師会改革

勤務医と開業医が協働して、国民・患者のために活動していくうえで、医師会の組織自体の改革が必要不可欠である。

なぜならば、勤務医にとって、相変わらず医師会は疑念の対象だからである。また研修医の年代になると、疑念どころか全くの無関心である。

多くの勤務医は、「診療報酬で冷遇されてきた」「B 会員として勤務医は冷遇され議決権もない」「医療安全調査委員会設置問題でも勤務医の考えを分かっていない」「幹部が開業医ばかりで勤務医の意見を聞かない」

等の認識があり、30～40歳代になると反発が強い。その原因は、勤務医は医師会と自分達とが無関係と認識しており、医師会について知る気がなく、また、日本医師会に対して不信・疑惑の目を向けており、現状では勤務医へアピールしても日本医師会の思いは届かないであろう。このような疑念を払拭し信頼を得るためには、近年の医師会の変化だけでなく、確かに「変わった！」と感じられる方策が必要である。

そのためには、代議員制度、会長選挙、日本医師会理事の勤務医枠や大学病院医師枠の検討が必要であると考えます。まずは代議員制度であるが、日本医師会の会長選挙だけでなく、重要な議案も代議員会で議決される。会員500人につき1人ずつ、都道府県医師会代議員の選挙によって選出される。さらに、都道府県医師会代議員は、郡市区医師会に割り当てられているが、必ずしも、実際に選挙が行われるわけではない。開業医が大半を占める執行部が代議員を選んで、総会で承認というのが実態であろう。2011年8月1日の時点で、日本医師会会員165,579人のうち、勤務医は47.2%であったが、代議員357人中勤務医は38人で、わずか10.6%である。2004年8月1日の時点で、日本医師会会員160,331人のうち、勤務医は46.8%であり、代議員342人中、勤務医は21人6.1%である。割合は増加しているが、全医師会員における勤務医の比率には遠く及ばない。

勤務医と一緒に行動していくためには、意思決定の場に勤務医が入らなければ、本当の議論はできないだろうし、勤務医や若手医師の疑念も消えず意見を言うことはないだろう。都道府県医師会代議員に勤務医を擁立し、その代議員たちが勤務医の日本医師会代議員を擁立していけば、日本医師会代議員のなかでの勤務医の比率も増すであろう。勤務医からのアプローチも必要かもしれないが、そのような一つひとつの動きを待つには時間がかかり過ぎる。そこで、日本医師会代議員、都道府県医師会代議員ともに勤務医の公募枠をつくるべきであると考えます。例えば、日本医師会代議員において、勤務医の公募枠100人を増員すると、代議員457人中、勤務医が138人となり、約30%となる。それでも会員中の勤務医の割合には及ばないが、意見の反映される度合いは飛躍的に向上すると考えられる。公募から実際の採用までの一連を取り仕切るのは勤務医委員会でも良いし、勤務医委員会が存在しない医師会は、都道府県

医師会代議員の勤務医らで選考委員会を作り、公開のもとで決定すればよいだろう。また、ここで言う勤務医には大学病院の勤務医も当然含む。

このような話はこれまでも本委員会で話されてきただろうが、なぜ、勤務医だけ優遇するのか分からない、本来であれば勤務医も候補者を擁立すべきなのだという結論で終わってきた。勤務医は時間が自由になりやすく、医師会の仕事をしにくいという問題はあるものの、確かに正論かもしれない。しかし、そのようなことを言っているにもかかわらず、勤務医が医師会に疑念を持っている以上、わざわざ医師会を変えようと内部に入り、仲間を募り、努力するようなことはあり得ない。結果として、いつまでも代議員における勤務医の割合は上がらず、これまでの状況が何も変わらない。あるべき論を言っている時ではない。

次に医師会の会長選挙である。会長は会員全員の直接選挙で選ばれるべきであると考え。そうすることで、勤務医や若手医師に対して人事体制に関わる機会を与えることになり、組織に対するコミットメントが増すなど非常に大きな意味を持つ。また、会長も会員全員の投票で選ばれたならば、組織内にも対外的にもよりリーダーシップを発揮できるのではないだろうか。公益法人制度改革で、理事のなかから代表理事たる理事長を選ぶという要件があるようだが、予備選挙の活用など工夫の仕方はあるのではないか。

また、日本医師会理事についても勤務医を公募すべきであると考え。診療報酬や医療安全、高度先進医療などの分野は現場としては勤務医が関わる場合が多いため、勤務医が担当理事となるべきではないか。また、学術等は勤務医のなかでも特に大学病院の医師が担当理事となるべきである。理事は担当する仕事を多く抱えており、昨今の厚生労働省の動きや医療問題のスピード感を上回ることが難しいという問題もあるだろう。スピード感のある対応をするという意味でも、理事を増やし、勤務医や大学病院の医師にその職に就いてもらうべきである。また、彼らが再び勤務医に戻れるように、元いた勤務先の病院や大学とも良好な関係を構築せねばならない。

A 会員、B 会員という表現も、実質の権利は変わらないが、その名前が格差を感じさせる。勤務医の感情を逆撫でするような名前は改善すべきである。

このようなそれぞれの方策を行うことで、勤務医の不信感を払拭し、勤務医の医師会への参画を促していくべきと考える。

(4) 勤務医委員会と部会

日本医師会の会員数調査では、2010年12月1日現在の会員数は16万5,841人と、前年に比べわずかであるが減少したことが報じられた。会員数の減少は戦後の混乱期以降初めてのことであるが、一方、B会員の数は7万9,650人と過去最多となり全会員数の48%に及ぶに至った。平成23年度勤務医会員数・勤務医部会設立状況等調査結果によると、47都道府県医師会における勤務医部会設立は30医師会、勤務医委員会設立は29医師会となり、勤務医が日本医師会活動に参画、意思表明できる機会と場は、この30年間で徐々に整えられてきたと評価される。また、都道府県医師会における勤務医の役員数は19%となり、勤務医は都道府県医師会の執行部にも参画し、地域医師会活動のボトムアップに貢献していることが窺われる。しかし、よく指摘されることであるが、同調査結果を日本医師会レベルで見ると、代議員は357人中38人(10.6%)といまだ満足のゆくものではなく、執行部への参加も満足できるものではない。

戦後、国民皆保険制度のもと、民間医療機関が整備、促進され、昭和30～40年代、開業医は日本医師会のなかで大きな勢力となり、日本医師会は医療提供側を代表する実質的には唯一の団体として機能してきた。一方、多くの勤務医は、変わりつつあるとは言え、大学とこれによる系列化した関連病院群による閉鎖的なシステムのなかで育ち、働いてきたが、そのシステムの組織疲弊の顕在化と医療費抑制政策のもと、医療の現場において、医師偏在、地域医療崩壊等、様々な歪みや不合理に直面し、不満や憤りを感じながらも、それらを集約し提案する術も組織も持たなかった。

日本医師会では、昭和58年4月1日の日本医師会代議員会において、執行部より勤務医委員会の設置が提案・議決され、同年5月に勤務医委員会が日本医師会の事業の一つとして正式に位置付けられた。翌年、第一次勤務医委員会答申「勤務医の日医入会促進の方策」が出され、この段階では、医師会内での勤務医の発言の場は少なく、日本医師会は率先

して代議員、理事、その他各種役員に勤務医を多く参画させることなどを提言する内容であった。

それから20年を経て、平成14・15年度の勤務医委員会答申「勤務医と医師会活動」では、市場原理主義のもとに医療改革が進められようとしており、国民医療は危機に瀕していることを憂い、医療改革の方向は「医の倫理」を理論的背景になされるべきであり、勤務医は、医師会入会に「メリット」があるかどうかではなく、活動への参画が日本の医療を良くするという視点から医師会活動に積極的に参加し、医療改革の方向性について積極的な提言、政策提言を行うことが重要であると勤務医の役割を強調した。

このように、本委員会が一貫して、勤務医の労働環境や権利をめぐる問題への対応の必要性を訴えるとともに、「プロフェッショナル・オートノミーと臨床上の独立性に関するWMAソウル宣言」の視点へと展開していく倫理性と、勤務医の果たすべき役割を先見的に提起してきたことは、少なからず勤務医の医師会活動参画へのモチベーションを発揚するという点で意義があった。

勤務医は、地域医療崩壊の前線で、その再生へ向け地域医療、救急医療を守り、また、「新型インフルエンザ」への対応、東日本大震災におけるJMAT等に見られるように、開業医と別なく、すべての医療人と真摯に協働してきた。地域医療崩壊、震災復興という歴史的課題に直面し、「医療イノベーション」の装いのもと、市場原理主義導入の試みが密やかに進行しようとしている今、医療界が一丸となって闘い、再生の灯をともしためにも、プロフェッショナル・オートノミーを真に担える組織として日本医師会を拡大し、かつ、勤務医、開業医の別なく協働する合理的な組織を構築することは、すべての医療人の願いであり、疲弊する勤務医が誇りと意欲をもって働ける医療環境を構築するためにも喫緊の課題である。

勤務医の社会性、医療変革への関心の低さ等を指摘、批判する声もあることは事実である。しかしながら、日本の勤務医は、1)国際性、高いレベルの専門医療を担う能力に優れるとともに、国民皆保険制度下において平等で良質な医療を国民に提供する実践医療に習熟している、2)院内チーム医療にとどまらず、病診連携、多職種連携に習熟している、3)

世代的にも学術的にも思想的にも多彩な集団であるが、こと医療の実践に関してはピア・レビューと協働の原則を重んずることを深く理解している、4)多くの勤務医は専門学会に所属し学会活動、学術活動を行い、また、インフォームド・コンセント等日常診療の実践を通して、国民へむけた「サイエンス・コミュニケーション」を遂行する経験と資質において、他の職能分野と較べても遜色がない、5)研修医や後輩の指導を通して人材育成能力を有する等、国際的にも評価されている。

勤務医を組織化し、医療改革にその力量を汲み上げるためには、我が国においてプロフェッショナル・オートノミーを担える唯一の組織であることを日本医師会が自覚し、すべての医療人と協働する視点から、時代に即応した合理的な組織変革を行う決意と意識変革も求められる。日本の勤務医は、医師会入会が個人的にどのような些細な「メリット」をもたらすかどうかでは動かない。勤務医の利点を汲み上げ、プロフェッショナル・オートノミーの視点を鮮明にし、すべての医師、次代を担う若い世代の勤務医が日本の医療の変革に誇りと意欲をもって働けるような組織変革を日本医師会が率先して提起すべきである。また、勤務医は、日本医師会会員であるかどうかを問わず、国民が等しく良質な医療を受けることができるよう、国民皆保険制度維持や医療制度のあり方に多大な責務を担っていることを自覚すべきであろう。そのためにも、勤務医の意思を集約、発言できる場として勤務医委員会や部会の強化を図り、勤務医の全国的な協働を推進する必要がある。そのことが、日本医師会がプロフェッショナル・オートノミーを唯一担う団体として真に発展する道程であることを日本医師会、勤務医双方が認識すべきである。

以上の視点から、勤務医と開業医の別なく、日本医師会の組織拡大と改革において協働するために以下の点を提言したい。

1. 「協働」のための日本医師会の組織改革について

- ①都道府県医師会、郡市区医師会の勤務医部会強化、拡大を図るために、日本医師会執行部と実践的かつ合理的な双方向の情報ネットと連携体制を構築する。
- ②新公益法人移行へ向け、代議員会や理事会のあり方等について、百年の大計をもって、勤務医と開業医の別を問わず協働できることに

留意した定款の作成が必要である。

- ③国民に開かれた医師会として、勤務医の資質と意思を日本医師会活動に生かすことができる「ピア・レビュー」を尊重した組織形態を模索、推進する。

2. 「協働」のための勤務医委員会、部会の拡大、強化

- ①勤務医は多彩な職能集団であり、専門医療、救急医療から介護、福祉、予防医療の前線で働き、現場で多くの情報を得ている。勤務医委員会は、「協働」の視点から、全国的な情報ネットワークを構築し、全国の勤務医はもちろん、医療、介護、福祉に携わる人たち、国民へ情報発信に努め、医師会は変わったことを示す。
- ②勤務医委員会は、全国各地で、現実に即した「生涯教育のあり方」「医療安全」と「健康と生活を守る」ための活動を推進、強化しなければならない。
- ③勤務医委員会は、新医師臨床研修制度や専門医認定制度改革へ向け、勤務医の意思をまとめ、発言、発信する機能を強化する必要がある。
- ④全国の勤務医は、研修医の権利を守り、研修制度の改悪等に抗する視点から、勤務医委員会臨床研修医部会の拡大、強化に向け、支援活動を推進する。
- ⑤勤務医の医師会活動参画は、多分に、病院の「恩情的」理解と同僚、職員の献身的な支援に支えられている現状にある。公益法人の性格をもつ医師会活動への参画が「キャリアパス」として評価されることを目指して、勤務医は活動すべきである。

(5) 協働するには何が必要か

協働の足掛かりをつける早道は、勤務医が医師会に入会することではないかと思う。郡市区医師会においては地元の診療所の先生方と顔の見える関係が構築でき、そうなれば地域連携パスなどにおいても、急性期を過ぎた患者をスムーズに在宅に移行できるし、終末期医療にも関わってもらえるだろう。また、学校保健を通して教育委員会と、産業保健を通して地元企業や労働局と協働できる可能性が広がっていく。都道府県医師会においては都道府県の保健医療行政との協働が期待できるし、日

本医師会においては全国的な医師との協働が期待できる。しかし、勤務医にとっては医師会活動に参加するには勤務先の病院の理解が絶対的必要条件と考える。また、診療に追われて時間的余裕がなければ医師会活動どころではなく、人的余裕も必要であろう。

現在の医師会組織では都道府県医師会、日本医師会と上の組織に行けば行くだけ、特に勤務医の声は届かないのが現状である。これを解消するには日本医師会の代議員のなかに勤務医枠を設けるのが早道ではないかと思う。

医師会活動がどのように行われているか、特に若手の勤務医はその実情を知らないのが現状である。各医師会は特に若手の勤務医にいかに医師会を理解してもらうか広報活動を再考する必要があるだろう。

さらに、医師会に加入することが若手勤務医にとってどんなメリットがあるかという質問を受けることがしばしばある。この質問に即座に答えられる勤務医の医師会員は少ないのではなかろうか。医師会は勤務医のためにいろいろなことをやっているし、勤務医として団結するのは医師会の組織を使って行うのが一番の早道であると考えている。これらを非会員の医師に知らしめるにも、医師会の広報活動の再考を促したい。

(6) 勤務医の生きがい

医師であれば医療において、患者が健康体となって社会復帰できることが何よりの生きがい、喜びであろう。特に勤務医にとっては入院治療が必要な重症患者を治療したあと、患者や家族から感謝され、医師として存在や必要性を認められることが何よりの生きがいであろう。また、積極的に学会活動や研修会などへ参加し、最新の医学知識を得ることや学会での発表が評価されることによって勤務医としての存在感を確立でき、専門医として認められることが生きがいに通ずるものと思われる。さらに、医師会活動を含めた社会的貢献を行うことは、社会の一員としての存在感を高めることができ、医師になってよかったという満足感が得られるのではないか。それらの活動を行うことは診療に時間的余裕が必要であり、病院の金銭的援助や人的手当の援助が必ず伴わなければならない。

日本医師会の勤務医の健康に関する調査（2009年）の報告でも勤務医

の半数以上が「休みが取りたい」「記録や書類作成に医療補助者を導入し診療に専念したい」と希望しており、学会活動や、社会的貢献、趣味などに費やす時間的余裕のある職場を希望していると言える。

一方、医師が生きがいをなくす最大の要因は患者とのトラブルであり、良かれと思って行った医療行為が訴えられたり、医師の存在感を否定されたりした場合などはその最たるものであろう。上記のアンケートのなかでも「患者からの暴言、暴力に対する防止策を希望する」や「医療事故に関する訴えがあった時には必ず組織的に対応し、関係者が参加して医師個人の責任に固執しない再発防止策を進める」などを、半数以上の勤務医が希望していることもその裏付けとなっている。

医療訴訟についてはいろいろな議論があるなかで、医療過誤に対しての司法介入は再発防止や医療安全に寄与することがなく何の解決にもならないとの議論が多く、院内事故調査委員会や第三者機関の調査委員会の設置が求められている。第三者機関調査委員会の受け皿としては都道府県医師会が最適と思われ、今ある医事紛争処理委員会などを母体として診療所の医師のみならず勤務医にまで範囲を広げるべきであろう。医事紛争に対して代理人として対処してくれる医師会であれば、多くの勤務医の加入が見込まれる。

おわりに

医師の協働に果たす役割を勤務医がいかに担って行くかを熱く討論したうえでの答申となった。一部意見が重複する部分はあるが、日本医師会の活動のなかに、より積極的に加わろうとする勤務医の意欲が綴られているとご理解願いたい。

日本の医療が持つ様々な問題を解決するには、多くの時間と労力を必要とする。そのことに、勤務医も相当な労力が必要なことを覚悟したうえで取り組んでゆかねばならない。そのためにも、日本医師会は勤務医により多くの医師会の詳細な情報を与え、勤務医が主体的に考え、そして行動することを促すように努力すべきである。また、勤務医自身も医師会活動に注目し、医師会のなかで行動し、発言しなければならない。このことによって、真の意味でのすべての医師の協働が成り立つことになる。

人口減少時代を迎え、低経済成長など国民の多くが不安を抱えるなかでこそ、すべての医師がより強固に協働し、国民に適切で継続可能な医療を提供する道を模索すべきである。本答申中に盛り込まれている多くの提案に対して、日本医師会には真剣に、そして丁寧に対応し、対応していただくことを切に願うものである。そのことによって、勤務医自身が日本の医療により主体的に参加することを促すことになると信ずるものである。