

平成24・25年度
勤務医委員会答申

勤務医の組織率向上に向けた具体的方策

平成26年2月

日本医師会勤務医委員会

平成 26 年 2 月

日本医師会
会長 横 倉 義 武 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 24 年 8 月 9 日の第 1 回委員会において、貴職から「勤務医の組織率向上に向けた具体的方策」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、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。

なお、委員会では、諮問にある“具体的方策”の一方策として、都道府県医師会および郡市区等医師会が、勤務医の組織率向上に向けた各種活動で使用するためのスライド「日本医師会の活動と取り組みの紹介(案)」を作成しましたので、巻末資料として併せて報告いたします。

勤務医委員会

委員長	泉 良平	富山県医師会副会長・富山市病院事業管理者
副委員長	望 月 泉	岩手県医師会常任理事・岩手県立中央病院院長
委員	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
〃	上 野 道 雄	福岡県医師会常任理事・独立行政法人国立病院機構福岡東医療センター院長
〃	大久保 ゆかり	東京医科大学医師会理事・東京医科大学病院皮膚科学講座教授
〃	岡 部 實 裕	北海道医師会常任理事・医療法人社団静和会 静和記念病院院長
〃	弦 間 昭 彦	前東京都医師会理事・日本医科大学附属病院内科学講座主任教授（平成 25 年 7 月 22 日まで）
〃	清 水 信 義	岡山県医師会副会長・独立行政法人労働者健康福祉機構 岡山労災病院院長
〃	鈴 木 厚	川崎市立井田病院内科担当部長
〃	友 安 茂	東京都医師会理事・昭和大学病院客員教授（平成 25 年 7 月 23 日から）
〃	橋 本 省	宮城県医師会常任理事・独立行政法人国立病院機構 仙台医療センター統括診療部長
〃	福 田 健	栃木県医師会副会長・獨協医科大学副学長
〃	藤 卷 わかえ	女子栄養大学教授

（委員：五十音順）

目 次

はじめに	1
1. 大阪府医師会に学ぶ勤務医組織化	2
2. 医療事故、特に診療行為に関連した死亡事例への対応	5
3. 中小病院での勤務医支援	8
4. 女性医師支援の具体的方策と勤務医の組織率向上	10
5. 日本医師会入会までの三層構造と勤務医の問題	13
6. 日本医師会認定医制度	15
7. Early exposure	17
8. 日本医師会執行部への勤務医の参画	19
9. 日本医師会への加入促進 ～医師年金のメリットと 半強制的な日本医師会への加入促進策～	21
10. 真の男女共同参画社会の実現に向けて	23
まとめ	26
おわりに	30
巻末資料	31

はじめに（望月副委員長）

医師会の組織率低下が叫ばれて久しい。現在の日本の医師数は約 30 万 3 千人であるが、うち日本医師会の会員は約 16 万 6 千人と組織率は 55% 程度に過ぎない。その内訳は、開業医約 8 万 4 千人(A①会員)、勤務医約 8 万 2 千人(A①会員以外の会員)で、医師会に加入していない約 13 万人の多くは勤務医と思われる。医師会は三層構造になっているため、郡市区等医師会または都道府県医師会のみに参加して、日本医師会未加入というケースもみられる。

平成 24 年 8 月 9 日に第 1 回勤務医委員会が開かれ、横倉義武会長から「勤務医の組織率向上に向けた具体的方策」という諮問をいただいた。極めて具体的で、重いテーマであると感じた。全員加入の弁護士会とよく対比されるが、医師会は任意加入であり、世界医師会に認められた日本で医師が個人資格で加入する唯一の団体で、学術専門団体である。医師という職業は Profession と称される。Profession とは専門的職業を指し、かつては神学・法学・医学をいった。Profession としての要件の一つとして、医師の職能団体である Association に加入して、医師としての誇り、名誉、信頼を守り、医師の自律性の確保、信頼に値する行動の担保等は必須と考えるが、現実には若い医師に医師会加入を勧めると、どんなメリットがあるのか、自分にとって何か有益になるのかと説明を求められることが多く、説明に窮する。

勤務医委員会はこの 2 年間本諮問に対して討議を重ね、10 章からなる答申書をここに上程する。過去にも医師会の組織強化、すべての医師の協働を実現すべく提言書が出されている。しかし、医師会の組織強化に対する努力は実を結んでいない。本答申で盛り込まれている多くの提案に、日本医師会が危機感を持って、真剣に丁寧な対応をとることを切に願う。

1. 大阪府医師会に学ぶ勤務医組織化（上田委員）

大阪府医師会勤務医部会は、平成 25 年 7 月で設立 40 年を迎えた。

勤務医部会独自の取り組みについて、部会組織の経緯、運営方法、活動状況等を紹介し、これからの医師会活動と勤務医の役割を考える上で、各都道府県医師会における部会の設立と運営および会員組織率の向上の手掛かりとなることを期待する。

(1) 設立まで

大阪府医師会勤務医部会の設立は昭和 48 年であるが、昭和 30 年代中頃から地域の医師会において、勤務環境等の問題が浮上し、これへの対応、対策について議論がされ始め、昭和 39 年に大阪府医師会に会長の諮問機関として「勤務医委員会」が設置された。

その後、勤務医部会としての設立を目指した昭和 46 年、保険医総辞退を契機として医師の大同団結の気運が高まり、昭和 47 年 9 月に勤務医部会準備懇談会を開催し、勤務医部会設立を採択した。

その後、昭和 48 年 2 月、大阪府医師会臨時代議員会が開催され、活発な質疑応答のもと、勤務医部会が承認され、同年 7 月に設立した。橋本 博初代勤務医部会長が、「全勤務医師が統一された行動がとれば、大阪府医師会の発展が期待され、ひいては日本の医療の前進となる。こうしたことに一步でも近づけるためには、勤務医同士の話し合いを進めていくことが重要であり、勤務医の話題が大阪府医師会、さらには日本医師会の活動に反映されていけば、大同団結につながる」と宣言していることから、当時から将来を見据えた組織づくりを考えていたことが分かる。なお、初代勤務医部会長・副部会長は、現在も大阪府医師会勤務医部会の顧問として常任委員会に参加している。

(2) 組織・運営方法

設立以来 40 年を経過し、一貫して勤務医の組織化に努めている。全勤務医会員数は、約 1 万人で大阪府医師会会員全体(1 万 7 千人)の 6 割を占める。

大阪府内を 11 の地域ブロック(二次医療圏)に分け、ブロック委員会(委員定数 190 名)を基盤として、選出された役員による常任委員会(常任委員

42名)が年22回開催され、問題を短期間に解決するために、率直な意見交換が活発に行われている。

さらに、各ブロックでは、常任委員が中心となってブロック委員会を運営し、大阪府医師会からの活動支援費用(年間30万円)により、地域の部会活動を推進するとともに、郡市区等医師会との連携を図り、地域医療連携に貢献している。あわせて、常任委員会との情報交換を密に行っている。

(3)活動状況

常任委員会は、多忙な勤務医が参加しやすいように、毎月2回の機会を設け(第2・第4火曜日、17時から)、定例開催をしている。会議の中では、事業計画に基づき、各事業の企画運営等を検討し、部会員の積極的参加を促している。

主な企画として、①日常診療に偏りがちな部会員の視野を広げることを目的に、「勤務医部会 研修会」(昭和58年～)を開催している。これまで、“クロマグロ完全養殖と将来展望”、“IPS細胞の臨床応用”、“超高齢社会に期待されるサービスロボット新産業の現状と課題”等をテーマにしている。②大阪府内の各地域における勤務医や病院に係る諸問題について意見交換を行うため、11ブロックを大きく3つに分けて、「ブロック合同懇談会」(昭和61年～)を開催し、郡市区等医師会を交えて相互理解を深めている。毎年時事のテーマを設定し、“女性医師支援”、“救急・災害医療”、“大阪府における診療連携～かかりつけ医と専門医の連携のあり方～”、“医師不足と医師の偏在”などを取り上げている。③大阪府内には5つの大学医師会と2つの行政医師会があり、各医師会との連携を図るため懇談会を開催している(平成8年～)。大学や基幹病院との連携に関することを中心として、“女性医師支援策の取り組みの現状と課題”、“新医師臨床研修制度の現状・問題点と今後の課題”、“研修医の医師会入会状況と課題”を懇談テーマとして意見交換を行っている。④勤務医部会では、大阪府医師会役員との懇談会も継続しており、“総合医問題”、“地域医療ネットワークの構築”などについて意見交換している。

その他の活動として、大阪府医師会の様々な委員会に参画するために勤務医部会から委員を推薦している(全23名)。また、広報活動として、『大阪府医師会報』、『大阪府医ニュース』への寄稿も行っている。

このような活動は、勤務医のみならず、医師会全体の情報共有と問題解決への一貫した取り組みの一例になると考えられる。

(4) 組織づくりとは

地域医療を担う医師会において、地域連携・病診連携の推進、あるいは、かかりつけ医・専門医、総合診療医の問題等を解決するためには、開業医と勤務医の両者の連携を基盤にした部会・委員会活動・運営が基本となる。

部会の運営においては、常日頃から地域医療や旬なトピックスに関して意見交換を行える場を提供することが重要であり、勤務医の医師会活動参加へのモチベーションを高め、また、活動を継続、発展するために、勤務医自らが委員会など医師会活動へ積極的に参加することが有意義であると実感できるようなテーマの設定、アクションプランの企画と実行などが必要である。大阪府医師会の各種部会・常置委員会では、委員数 849 名のうち、勤務医数は 282 名(33.2%)と、勤務医が医師会運営に対して積極的に参加していることが分かる。

大阪府医師会 勤務医部会は、前述のとおり設立してから 40 年になるが、設立当初の先達が顧問として常任委員会に出席しているため、常に意見を聞くことができ、これまでの諸問題や歴史的背景の流れと対応策、解決策などについて学ぶことができている。

さらに、様々な医療問題に関する情報収集および委員間の相互連絡などに関して、医師会事務局からの積極的なサポート体制があるため、勤務医が医師会活動を積極的に行うことができている。

(5) 今後の課題

大阪府医師会は全国的にみて高い入会率となっているが、勤務医を含めた医師会全体としての入会率は徐々に減少してきている。そのため現在、勤務医部会を通じた入会促進活動の取り組みを重要視し、各病院の幹部でもある常任委員により、病院ごとに入会促進活動を行い、若い勤務医への入会を勧奨する取り組みを始めている。また、研修医を対象とした催しや情報提供などの広報活動を積極的に行うことによって、入会の促進を図ることが喫緊の課題であると考えている。

医学生・研修医のころから医師会を身近に感じ、勤務医が医師会に参加

することにより、医師会全体の組織強化と活性化に伸展することができる。そのためにも、勤務医が医師会に入会し、勤務医部会に参画するためには、医師会への入会手続き等を簡素化することを今すぐ考慮しなければならないことは明らかである。

医療を取り巻く環境は日々変化している中での組織の継続、強化には、時代に即した課題解決について長期的に成果を出し続けることと、組織に参加するためのインセンティブを提案し続けることが極めて重要である。

2. 医療事故、特に診療行為に関連した死亡事例への対応（上野委員）

勤務医の医師会への組織率の向上を目指す上で、医療事故、特に診療行為に関連した死亡事例への対応は重要な課題である。勤務医の医師会への参画の第一歩は医師会と接点を持つこと、医師会事業への共感、医師会事業への参画体験と思われる。医療は生と死の間の生業であり、勤務医であれ、開業医であれ、我々のすべてが診療行為に関連した死亡事故に遭遇する危険がある。そこで、医療事故や診療関連死に際して、医師会が医師の多くが納得する支援事業を展開すると、勤務医と開業医の双方が喜んで参画し、医師会の姿勢に共鳴することが期待される。

警察への届け出事例の経験を持つ医師は稀で、想像外の出来事である。突然、深刻な状況に直面した医師が警察の取り調べを受けると、世界が一変する。診療行為中に突然、患者が亡くなり、診療行為との関連が疑われると、医師であれ、看護師であれ、当事者が診療内容を冷静に省みて、因果関係を解きほぐす作業は辛い。さらに、警察への届け出事例では、勤務医と開業医を問わず、当事者の多くが相談相手もなく、周囲から隔絶した環境に陥りがちである。揺るぎない審議能力で診療関連死を説明し、司法も認める医療機関は皆無である。当事者単独、あるいは少数の関係者の努力だけでは、過誤のない事例においても、無辜を救うことができず、最悪の事態を招き、周囲の視線に傷つき、医療従事者が職を辞することも憂慮される。

平成 17 年、死因を医学的に究明し、その評価結果と再発予防策を遺族および医療関係者に提供する「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業(以下、モデル事業)」が、厚生労働省の補助事業として始まった。モデル事業の評価結果に対する満足度は参画病院でほぼ 100%、遺族で 79%、

また、刑事事例に至った事例はなく、民事事例に至った事例も 25%前後であった。診療への疑義と病院への不信が拭えない人と日々接する診療現場の人間にとって、驚きの数字である。多くの遺族は信じるに足る事実を求めていること、そして、第三者が入った公的な審議の結果を受け入れることを、我々は重く受け止めるべきである。ところが、人員も少ない中小病院で、遺族から剖検の了解を取得し、院内医療安全委員会を開催し、事故調査報告書を作成することは難しい。結果として、モデル事業への参画は大学病院と大規模病院に著しく偏り、中小病院の参画は少なく、特に診療所の参加事例は、極めて少数に留まった。残念ながら、中小病院の診療関連死では、遺族は死亡の過程を知る権利を失いかねない。当事者も自らの診療の妥当性を明らかにする機会を失いかねない。そして、病院も実効性ある防止策を手にする機会を失いかねない。医療機関の形態や診療領域で当事者の立場や患者の権利に差異が生じかねないことは深刻な事態である。

平成 24 年、福岡県医師会は、診療行為に関連した死亡事例に遭遇したすべての医療機関が普くモデル事業に参画できる体制を立ち上げた。これは「福岡方式」と呼ばれるもので、当該医療機関から連絡を受けると、福岡県医師会は直ちに医師と看護師等で編成された調査分析支援チームを派遣して、モデル事業への参画を支援する。調査分析支援チームは、遺族からの剖検取得の承認、院外委員を加えた院内事故調査委員会の開催、調査報告書の作成を支援する。調査分析支援チームの運用を担い、その支援規定等を作成する調査分析事業運営委員会と、それを審議・監督する医療安全対策委員会でスタートしたが、モデル事業自体の周知が不十分であった。そこで、モデル事業への参画を支援する福岡県医師会の試みを、県内の医療従事者向け講演会や会報での特集等を皮切りに、傘下の郡市区等医師会や福岡県病院協会、私設病院協会の協力を仰ぎ、個々に講演会や会報での周知に努めている。また、看護協会にも足を運び、前述の医療安全対策委員会には看護師と薬剤師が参画している。

モデル事業の開始後、複数の病院から問い合わせを受けたが、剖検の取得が難関でモデル事業への登録が阻まれた。数日後の問い合わせで剖検が実施できなかつたり、遺族の承諾が得られなかった事例であった。福岡県医師会は理事と元大学教授による剖検取得の支援チームを用意し、当該病

院に提案したが、独自の折衝を選択された。医師会の支援を断った病院幹部の心情は痛いほど分かるが、当該病院と遺族の思いは複雑で、当該病院の努力だけで剖検を取得することは難しい。モデル事業を普く展開する上で、剖検の取得は極めて重要な課題である。

一方、当該病院の苦渋と真実への思いに接し、当面、非剖検事例も院内事故調査委員会の開催支援を決断した。結果として現在6件の依頼を受けつけた。2例で剖検の承諾を取得し、モデル事業に登録し、4例では院外委員を加えた院内事故調査委員会と調査報告書の作成を行った。6例中3例が公的病院、2例が私設病院、1例が診療所の事例であった。院内事故調査委員会の開催と報告書の作成手順の策定は、先行事例もなく、試行錯誤の連続である。現状の手順は、当該病院の連絡を受けると、担当理事と医師会事務職員が当該病院に赴き、当該医師も含めた病院幹部と問題点の抽出作業を行っている。院内事故調査委員会の議事進行は、県医師会所属の公的病院の院長か副院長が担い、数名の勤務医とかかりつけ医からなる専門医と看護師が参加して開催している。少ない事例であるが、地域間や病院間で、また職種間や地位で「モデル事業」や「福岡方式」への認知や思いに隔たりがある。本事業の目的(死因を医学的に究明し、必要に応じて再発予防策を講じる)を説明する際、我々が何気なく使用している医療事故、院内事故調査委員会や争点整理等の言葉が当事者の耳にはデリケートに響き、その真意を繰り返し聞き返されている。重い会話の中で“皆さんと協力して事実を究明したい。当事者として納得がいかない点、自分は悪くないと思うことは何でも言ってください。一緒に考えましょう”の一言が当事者の心情を癒し、心の障壁を取り除き、真摯で忌憚のない審議を導いたように思える。

院内事故調査委員会後、当該病院の医師や看護師から、医師会の試みに驚きと感謝の言葉をいただいた。専門医として参加した開業医と勤務医も真実を究明し、医師と病院、遺族の疑問に答える喜びを感じ、医師会の新しい試みに参加したことで、淡い誇りを抱いたように思える。そして、非医師会員の勤務医と我々の間に連帯感が確実に芽生えたようである。勤務医の組織率の向上に向けた、小さな一歩を踏み出した思いである。

3. 中小病院での勤務医支援（岡部委員）

国民皆保険制度が発足して 50 年を経た現在、地域医療は岐路に立っている。昭和 36 年に国民皆保険が始まり医療需要が高まったことを受け、国は、昭和 45 年に「昭和 55 年までに人口 10 万人当たり医師 150 人を確保」を目標設定した。昭和 58 年には、人口 10 万人対医師数 150 人という目標は達成されたが、「2025 年には 10%の医師過剰が見込まれる」として、1980 年代に入ると医師数抑制の動きが表面化してきた。さらに、平成 9 年の閣議決定「財政構造改革の推進について」により、一転して医師養成抑制政策に転じることとなった。こうした医師養成抑制政策と医療費抑制政策を根底にして、医師の厳しい就労実態、医師と国民間の医療に対する認識の齟齬も絡み合っ、て、医師の地域における不足、偏在に基づく地域医療崩壊、診療科間の偏在と救急医療の問題が深刻化した。

平成 21 年 4 月、国は、平成 21 年度補正予算をもって地域医療再生臨時特例交付金を活用し、救急医療や医師確保、周産期医療など、都道府県が策定する「地域医療再生計画」に基づいて都道府県に「地域医療再生基金」を設立したが、これら緊急的な医師確保対策等にも関わらず、全国の病院の約 7 割を占める 200 床未満の地域医療を担う中小規模病院の「医療崩壊」は依然として深刻であり、中小病院の勤務医は厳しい就業環境におかれている。「国民の誰もが、それぞれの生きる地で均等な医療を受けることができる」ことを願い、地域や生活圏に密着した医療に携わっている勤務医やメディカルスタッフを孤立させることなく、誇りをもって働ける医療体制、医療環境の再興、構築は喫緊の課題である。

平成 23 年 12 月に独立行政法人労働政策研究・研修機構が、厚生労働省の要請を受けて実施した「勤務医の就労実態と意識に関する調査」では、勤務医の 7 割弱の 68.6%が医師不足を「感じる」と回答しており、特に過疎地域では 78.5%の勤務医が「感じる」と回答している。1 週間当たりの労働時間は平均 53.2 時間であったが、60 時間以上は 40.0%(80 時間以上は 10.0%)を占め、全国的にも病院勤務医の厳しい勤務実態が報告された。日本医師会の全国調査の結果も同様な実態を示しており、「グランドデザイン 2009」（平成 21 年 2 月）によると、日本の医療に「不満」と回答した医師は 84.1%にのぼり、「不満」の理由としては、医療費抑制政策 86.9%、医師不足や連携体制等が 66.9%と高位であった。

急速に進行する超高齢社会に適切に対応する地域医療構築への道筋は、単なる「量的」問題としてとらえることはできない。地域の将来が求めている医療体制を構築していくためには、「シームレスな地域医療連携」のビジョンと仕組みをどのように作り上げていくのか、二次医療圏や生活圏でどのような医療資源と医療を提供すべきなのか、地域の実情に応じた在宅医療を含めた包括的医療、介護、福祉を担う多職種連携をどのように構築していくのか、そして、それを支える診療情報の共有と医療業務の効率化をもたらす ICT(情報通信技術：Information and Communication Technology)を利用した地域医療ネットワークシステムの構築と維持という課題をいかに解決していくのか等、医師会が中核となり、「地域医療の質の担保」に向き合うための理念を住民、行政と共有し、中長期的ビジョンと方策を練り上げていかなければならない。

半世紀以上かけて先人たちが作り上げてきた「三層構造」といわれる日本医師会の組織の合理的強化と改革を練り上げ、シンクタンク機能とボトムアップ機能の強化に真摯かつ大胆に取り組むべき時期にきている。日本医師会は国民、住民に信頼される医療政策と医療体制のビジョンを提示し、全国津々浦々で、都道府県医師会や郡市区医師会、大学医師会が中核となり、二次医療圏と生活圏における地域の実態に即した医療連携の構築へ向けて動き出すこと、そのためにも、病診連携はもとより、有床診療所を守り、地域中小規模病院の連携と協働に取り組むことが、プロフェッショナル・オートノミーを担う学術専門団体として日本医師会が永続・発展する上で求められている。その視点に立って医師会活動を高揚させることが、勤務医の組織率をあげる現実的で具体的方策である。

勤務医の医師会加入のメリットは何か？ 前期の本委員会における答申作成の過程でもしばしば議論された。机上の「理念」だけでは人は動かない。些細な「メリット」で勤務医は動かない。国際労働機関(ILO)は、憲章の理念実現のために、主目標として「ディーセント・ワーク(働きがいのある人間らしい仕事)」の実現を掲げている。日本医師会は、地域で他職種連携を進める指導者、中核として働かなければならない勤務医を守り、支援するためにも、日本の医療界の「ディーセント・ワーク」はどうあるべきかを国民、医療界に提起すべきであろう。

4. 女性医師支援の具体的方策と勤務医の組織率向上（大久保委員）

女性医師の割合は平成24年では医師総数の19.7%であるが、最近の医師国家試験合格者では女性が30%台を占め、今後さらに増加していくと予想され、医療の担い手としての女性医師の役割は大きい。しかし女性医師の就業率は30歳代で男性の89.9%に対し、76.0%まで落ち込む。この若い年代の女性医師が病院勤務から離職している主な理由は、妊娠・出産、育児等のライフイベントであることは種々の調査から明らかになっている。しかしこの裏には勤務医の長時間勤務・過重労働という病院勤務の負担が大きいため、両立が困難、あるいは周囲の理解が得られないことから離職せざるを得ない状況がある。少子化、核家族化の現在、育児だけでなく近い将来介護についても女性医師だけの問題として片づけることはできない。本来、男女が共に手を携えていくものである。現に20～30歳代の男性医師の50%以上は家事や育児に協力しており、女性医師と同様に育児との両立が困難で短時間勤務をする場合も出てきている。したがって女性医師の就業継続・復職支援は、すべての勤務医の就労環境の改善と勤務医の増加につながるものであり、重要なことはこれをすべての医師で共有する価値観とすることである。医師は公的使命を持ち、国民に健康と質の高い医療を提供するために、生涯継続して自己研鑽に励まなければならない責務がある。一方、育児も手を抜くことができない大仕事であり、医師という仕事との両立は困難を伴うが、人間としても医師としても男女とも成長させてくれる。女性医師は自覚を持ち、強い意志を持って離職せず仕事を継続し、男性医師は多様性を理解し、社会で子供を育てるという観点を持つことが、結果的に勤務医の確保につながる。

最近では斡旋業者が巧みに若い勤務医に近づき、開業、医療モールへの参画などの提案を行い、特に女性医師が金銭面で騙されるケースも聞く。まだ病院で研鑽を積む必要のある勤務医が離職する場合もあり、これは勤務医不足とひいては医療の質の低下を招きかねない。また勤務先のクリニックが突然閉院してしまう場合や、突然開設者が変わり路頭に迷う女性医師も少なくない。したがって日本医師会が勤務医の斡旋機能を持つことが望まれる。

これら対策を効率的に進めるには各病院と日本医師会との連携が必須である。平成19年より日本医師会の女性医師支援センター(女性医師バン

ク)による様々な取り組みが始まった。ほぼ同時に全国的に多くの大学医学部(医科大学)や病院においても女性医師支援センターや男女共同参画委員会が設置され始めた。誰もが望めば結婚し、子供を持ち自分の家族と過ごしながらか仕事を続けられるという普通の生活ができることを目標としたい。日本医師会の女性医師支援のための取り組みを、さらに勤務医の組織率向上につなげるために連携するべき具体的方策として、以下を提案する。

- (1) 病院幹部や周囲の医師の意識改革：病院管理者や病院長などへの啓発として、勤務医と女性医師の勤務環境の整備に関する講習会や講演会を郡市区等医師会、特に大学医師会と共催で、大学病院等において実施する。
- (2) 就業継続支援：ライフイベント中の勤務医に対し、短時間勤務正規職員制度など多様な労働形態を推進する。特に女性医師には当直の負担が大きく、女性医師の当直を代わりに行う周囲の勤務医の負担も大きいため、当直の翌日は半日または1日休みとする制度の導入について提案、実施していく。また日本の女性研究者数は国際的にも少ないことが知られており、ライフイベント中の女性医師が研究でも就業継続できるように提案していく。その他、勤務医や女性医師の勤務病院を斡旋する。開業や独立を考えている勤務医に対して事業相談や融資を行う。医師信用組合を全国で利用できるようにする。
- (3) 復職支援と再研修支援：全国の医師会と大学病院が連携して、復職のための研修病院を確保、講習会を実施する。産業医講習会と同様に講師への謝礼の補助などを含めたシステム作りを行う。復職を積極的に支援するため、都道府県医師会や大学医師会などに相談窓口を設置し、先輩医師がマンツーマンでメンターとなり、復職に必要な研修が円滑に行われるよう支援する。メンターに対する費用も補助する。
- (4) 出産・育児、家事支援：日本医師会がファミリーサポート機能を担い、育児や家事補助者を教育し提供する。また医師の子女を対象とした保育園は法的には無認可保育園にあたるため国からの補助金の対象とならず、経営は極めて厳しい状況におかれている。そのような保育園に対して日本医師会が経済面でサポートすることが望まれる。さらに勤務医協を設立し、食材などをオンラインで注文、宅配できるよう

にする。

- (5) 医学生・研修医・若い勤務医師への働きかけ：「医学生・研修医・若い勤務医師をサポートするための会」を全国の医師会、特に大学医師会や学会と共催で実施し、ロールモデルの紹介や日本医師会について知ってもらう。また医学部教育で「医師のキャリア教育」や「男女共同参画やワークライフバランスの重要性」、「リサーチマインドを育てる教育」についてカリキュラムに入れることを普及させ、学生時代からの意識づけを行う。初期・後期研修医を対象に日本医師会主催で全国の大学病院で交流会（パーティー）を行い、勤務医に対する取り組みを説明する。研修医の会費を無料にし、入会を促進する。
- (6) 入会促進のために三層構造を改革：勤務医は出向が多く、また女性医師は非常勤で就業継続をしている場合が多いので、地域の医師会に入会しにくい。そのため日本医師会にのみ加入でも可能とし、異動時の変更手続きを日本医師会が行う。また、一部の郡市区等医師会では、離職中の入会が認められていないため、女性医師がライフイベントなどでやむを得ず離職中でも日本医師会に入会できる制度、あるいは出身校に大学医師会があれば入会できるようにする、など離職中でも組織に所属してサービスを受けられるようにする。
- (7) 日本医師会の組織改革：代議員の勤務医の割合を会員の勤務医割合（47.2%¹）に近づけるべく増やし、同時に勤務医の理事職も増やす。また女性医師については代議員や理事の女性枠を設置して（期限付きでも可）、各都道府県医師会や郡市区等医師会の会長から候補者を数名推薦してもらう。代議員の選挙はすべての医師会員が投票できるようにする。

勤務医の組織率向上のために以上のような対策が考えられる。勤務医に対しては、患者と共にある医療を遂行するために組織力の必要性、医師の持つべき社会性を理解してもらう。一方医師会は、国民のための将来を見据えた医療政策を医師の代表専門集団として国に提案、交渉できる重要な機関であり、またそれを実行する責務も負うことを自覚すべきである。

¹ 平成 25 年度勤務医会員数・勤務医部会設立状況等調査結果（日本医師会）

5. 日本医師会入会までの三層構造と勤務医の問題（清水委員）

日本医師会に入会するためには、郡市区などの各地区医師会に入会し、そして都道府県医師会に入会し、さらに都道府県医師会から日本医師会に入会するという、所謂三層構造が、日本医師会のみならず各医師会への入会の大きな障壁となっていることは、以前から問題提起されてきた。しかし、それぞれの医師会は日本医師会の支部(下部)組織ではなく独立した組織であり、また地域医療を担うのは地区医師会であるとの理由で郡市区等医師会への入会は必須とし、この三層構造の整理はなされないままに日本の医師会組織は維持されてきた。

これに対して、日本医師会の代議員会などでも、たびたび三層構造を改善することが要請されてきた。勤務医にとっては勤務地が変わるごとに他の郡市区等医師会へ入会し直さなければことなどから、若い医師はその数は増えているが積極的な入会は進まず、したがって都道府県医師会、日本医師会への入会も増えない。

隔年で実施される厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」によれば、最近では2年で8千人以上の医師数の増加があるにも関わらず、日本医師会の会員数があまり増加していないということは、極めて深刻な状況であると認識すべきであろう。学会などと同じく、一度医師会に入会したら、どの地区に異動しようとも医師会員資格を維持できる制度を早急に作らなければ、異動の多い勤務医や女性医師の入会は進まず、会員増加は望むべくもないであろう。

勤務医の問題を取り上げるとき、日本医師会の会員区分についてもよく認識する必要がある。平成25年12月1日現在の日本医師会会員区分をみると、(1)A①会員：病院・診療所の開設者、管理者およびそれに準ずる会員(84,003人、50.6%)、(2)A②会員(B)：A①会員およびA②会員(C)以外の会員(38,263人、23.1%)、(3)A②会員(C)：医師法に基づく研修医(850人、0.5%)、(4)B会員：A②会員(B)のうち日本医師会医師賠償責任保険加入の除外を申請した会員(42,014人、25.3%)、(5)C会員：A②会員(C)のうち日本医師会医師賠償責任保険を除外申請した会員(825人、0.5%)となっている。

したがって、A①会員を除いた、A②会員(B、C)とB会員とC会員が、概ね研修医を含めた勤務医となり、これらの勤務医の総数は81,952人

(49.4%)となる。この分類による勤務医は、開設者以外の医師はすべて勤務医となることから、親子で診療所開業などの場合開設者以外は勤務医に含まれ、数の上では大規模病院の勤務医と同じ扱いになる。もちろん、逆に勤務医であるが公的な病院の院長などは勤務医扱いでなくなる。ちなみに、A①会員は平成24年に比べ平成25年は微減、B会員は微増している。

日本医師会会員総数は平成25年12月1日現在で、会員数165,955人である。厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」と比較できる平成24年度でみると、日本医師会会員数は165,650人で、厚生労働省調査における全国の届出医師数は303,268人であるので、全医師に対する日本医師会の会員の割合は54.6%、医療に従事している者に限ると57.3%である。ちなみに、厚生労働省調査の平成24年届出医師数を平成22年と比べると8,219人、2.8%増加している。

厚生労働省への届け出から医師が主として従事している業務の種別をみると、「医療施設の従事者」は288,850人(総数の95.2%)で、前回に比べ8,419人、3.0%増加している。

医療施設の従事者約29万人のうち病院の従事者は188,306人で全医師の62.1%になる。さらにこの中で病院(医育機関附属の病院を除く)の開設者又は法人の代表者は5,391人(1.8%)、病院(医育機関附属の病院を除く)の勤務者は132,511人(43.7%)、医育機関附属の病院の勤務者は50,404人(16.6%)である。一方、診療所の従事者は100,544人(33.2%)であり、そのうち診療所の開設者又は法人の代表者は72,164人(23.8%)、診療所の勤務者は28,380人(9.4%)である。

ただし、日本医師会会員としての勤務医は、平成24年で81,599人(会員の49.3%)であり、厚生労働省届け出の病院の従事者〔病院(医育機関附属の病院を除く)の開設者又は法人の代表者を除く〕及び診療所の勤務者の合計は211,295人(平成24年)であるので、日本医師会入会の勤務医はその38.6%となる。現状では日本医師会への勤務医の加入率はかなり低いことになる。

なお、現在日本医師会によって全国の医師会の会費の調査が行われているので、今回は勤務医と開業医の会費の差については、この調査結果にゆだねることとする。

さて、最初の課題にもどって、この実態に基づき、医師会入会の三層構

造を改善するには、以下のような案が考えられる。

- ① せめて三層を都道府県医師会と日本医師会の二層にし、郡市区等医師会は都道府県医師会の下部組織とする。郡市区等医師会に入会すれば自動的に都道府県医師会の会員とし、会費は受けるメリットにより区分わけを行い大幅な低減を図る。
- ② 都道府県内では会員は異動によっても、資格を失わない。
- ③ 日本医師会に、勤務医を対象に、生涯教育と会誌受け取り程度の資格(学会と同等の資格)に限定した別途全国会員制度を作る。
- ④ 最終的には、日本医師会会員のみに統一する。全医師の加入する組織とする。

6. 日本医師会認定医制度(鈴木委員)

日本の医師は、医師会加入医師と非加入医師の2つに大別できる。医師会の加入は任意で、非加入医師でも医業活動ができるため、医師会加入率、特に勤務医の加入率が問題になっている。

日本医師会が全医師による一枚岩の組織とイメージされるには、そして、開業医の利益団体と誤解されないためには、勤務医の組織率を高めることが重要であるが、組織率は低迷したままである。

日本医師会は組織率を高めるため、日本医師会医師賠償責任保険や医師年金など加入のメリットを並べ、医学生には無料情報紙を配布し、研修医の発言には耳を傾けてきた。医師全体へと配慮を広め、勤務医の労務改善を目指し、女性医師を擁護し、地域医療や行政対応など、医師としての責務や社会的貢献を強調してきた。しかしこの熱い思いの勧誘は、空を切るばかりである。

そもそも加入のメリットを並べても、医師全体へと視点を広めても、地域医療を守る責任を説いても、無関心な勤務医の耳には届かない。勤務医は頭脳集団であるが、加入メリットを強調すれば構えてしまうし、責任を強調すれば反発してしまう。そして会員になれば、面倒な社会的貢献を負わされるとの恐怖がある。このような勤務医を、日本医師会に加入させるにはどのようにすればよいのか。

それは非加入勤務医に何の疑問を抱かせず、ごく自然に入会してもらうことである。熱い気持ちによる勧誘ではなく、「医師なら医師会会員が当

然」という環境を整備していくことである。

内科医なら日本内科学会(会員 10.5 万人)、外科医なら日本外科学会(同 4 万人)というように、医師は各学会に所属し、日本医学学会に加盟する 118 学会の会員数の合計は延べ 91 万人(医師以外の会員も含む)に達している。つまり日本の医師(約 30 万人)は、1 人当たり平均で 2~3 つの学会に所属している。年間数万円の学会費を払って、なぜ医師は学会に所属するのか。その動機は学会発表のための強制、次に所属が学問的ステータスとの思い込み、そして専門医資格維持のためであろう。特に専門医制度は学会の大きな武器で、医師は自尊心をくすぐられ、開業時には宣伝になると思っている。

では、日本に学会がなければ、どうだろうか。勉強の機会を奪われたと嘆く医師もいるだろうが、何ら影響ないと豪語する医師も多いだろう。所詮、学会は勉強愛好会で、入会の必然性はないが、それでも所属するのは所属を何となく当然と思っているからである。

医学の最前線を知ることは大切であるが、しかし医師にとって医学以上に重要なことがある。それは医師としての倫理観や道徳観、人間としての教養や人柄、地域医療としての行政との関わりである。さらに設備の整わない地方で、多様な患者に対応できる臨床力も必要である。

これらは医師にとって絶対不可欠でありながら、系統的に誰も教えてくれず、臨床医としての品質を保証する制度もない。ここで日本医師会が、医師の品質を保証する「日本医師会認定医制度」を創設することを提案したい。もちろん日本医師会が品質を保証するのだから、認定は日本医師会会員であることが前提となる。日本医師会が認可権を持つことは決して唐突なことではない。母体保護法の指定医、つまり人工妊娠中絶が可能な医師は、都道府県医師会が医師の人格、医療技術、病院の設備を審査して指定しているからである。

日本の医療の特徴は国民皆保険制度で、誰でも、いつでも、どこでも一定レベルの医療を受けられることである。この量的保証の次に、質的保証が求められ、医療の高度化も重なって「専門医制度」が導入された。しかし「専門医制度」は学問的専門医、科別専門医であり、信頼できる医療、幅広い見地からの医療を保証するものではなかった。ここで求められるのは医師の人格と技術を保証する制度である。

フリーアクセスの医療において、患者は信頼できる医療情報を掴もうと必死である。患者が求めるのは、医療機関の公共性と医師の品質情報であるが、それを保証する制度がないので、患者は情報に振り回されている。医師は上質な医療を提供しても、質の基準がないので混乱を招いている。

この「日本医師会認定医制度」が、医師の一定レベルを保証し、医師が自慢げに看板を掲げ、患者は「認定医に診てもらおう方が安心」となればよい。各専門医についても認定医の取得を前提にすればよい。また病院は雇用している認定医数を病院信頼係数として誇ればよい。

患者の要望に応じるのが時代の流れである。この「日本医師会認定医制度」が、二次的に日本医師会の組織率を高め、日本医師会がすべての医師の総意を表す団体と見なされれば、これこそ幸いである。

7. Early exposure (友安委員)

日本医師会での勤務医の占める割合は勤務医総数からみると低い。勤務医、特に大学医師が日本医師会に入会しない大きな原因の一つは、医師会に入会するとどんな特典があるか理解されていないことである。入会による特典につき入職時にオリエンテーションしても反応は弱い。年金制度、医師賠償責任保険制度を説明しても、これらの制度は医師会以外の制度を利用する勤務医が多い。また、日本医師会の活動は理解できても勤務医の間は入会しないで、開業時に入会しようと考えている勤務医も多い。大学勤務医は給料よりも研究、留学に行ける環境が整備されることや、専門医資格取得を望む。このような状況下で勤務医に入会してもらう方法は限られている。医師会がどんな活動をし、国民の健康福祉を守っているか理解してもらうために繰り返し伝えることである。多くの医学部では、1、2、3年目の基礎医学を習っている時期に地区の先生方の診療所で、開業医の医療行為を見学するカリキュラムを作成している。この実習は early exposure といわれている。この医学部学生時代の early exposure を通して、医学部学生は医学部に入った喜び、医療活動に参加できる充実感を味わう。しかし、まだ実際の医療行為はできていないため、医療を実践する際の疑問、矛盾点などには気づいていないので、医師会活動への理解は皆無である。これを解決するため、卒後臨床研修として特に診療所での地域医療研修を入れることを勧奨したい。医師になってからの early exposure

である。現在の大学病院卒後臨床研修では、多くの場合、医療過疎地での研修が行われているが、地元の開業の診療機関での医師としての exposure は少ないと思われる。医学生時代と医師としての地域実習、研修の違いは歴然としている。大学医師全員が大学に残ることはあり得ず、親の跡を継いだり、新規開業していわゆるかかりつけ医となり介護医療分野にも進む。このような動機が勤務医にあれば、地域医療研修に医師会は積極的に関与できると思う。医師として地域医療研修をすれば、救急医療、介護、予防注射、学校医、医師賠償責任保険、レセプト請求などに郡市区等医師会がどれほど関与しているか分かる。また、地域医師が地域社会と密着した活動を行っているか、それを実行するのは医師個人の人脈、学閥でなく、郡市区等医師会が活動しているか理解できると思う。さらに上部組織として都道府県医師会、日本医師会が存在し、行政を動かし医療環境の改善を図っているのが医師会であることを理解できる。また、郡市区等医師会員は産業医を兼務していることが多い。産業医の責務は年々企業において重要な地位を占めてきて、労災防止、労働環境の改善などのほかに、内臓疾患や精神疾患のケアが重要な業務となり幅広い知識が必要となってきた。したがって、産業医活動は大学病院での専門診療科の専門性追求のみではできないことが理解できる。このように医師免許取得後に、診療所での地域医療研修を実施することによって、大学病院のみで日本の医療は成り立たないことや、医師会の実行力を肌で感じてもらうことが大事であると思う。

医師会側からの大学病院との親密な接触も重要である。大学病院への患者の紹介、逆紹介は通常業務として行われるため事務部門が携わり、医師は直接関与しない。以前から勤務医と開業医の顔を合わせての討論として合同症例検討会、胸部、胃レントゲン、CT の読影会は広く行われている。さらに、最新の医療情報を交換する会も開催されている。近年では抗ガン剤治療は外来で施行されるため、抗ガン剤治療方針に地域医師に参加していただき、治療計画の相互理解を深め、病態を把握し、大学病院医師と開業医の連携を深める。ガンを扱えば terminal care も重要な議題となる。当然在宅療養の話となり、介護保険制度が関与する。この介護の全体を描き統括するのは郡市区等医師会であると思う。介護保険制度の利点、欠点を多職種業種で補っていく。大学病院、開業医の個々の医師で解決できな

い身近な問題、医療制度の弱点につき医師会が介入し解決していく現場を early exposure を受ける研修医が体験すれば、医師会活動の重要性を理解でき入会への大きな動機となると考える。

8. 日本医師会執行部への勤務医の参画（橋本委員）

日本医師会は最近の政治情勢の変化に対応し、いろいろな政策を政権に提案しているが、必ずしもそれらの提言あるいは日本医師会の希望は受け入れられてはいない。組織内候補として羽生田俊前副会長が参議院議員となり、中川俊男副会長が中央社会保険医療協議会委員となったものの、政府における日本医師会のプレゼンスはかつてと比べ低下しているのは厳然たる事実である。その原因はいくつかあるであろうが、日本医師会が国民から真に全医師を代表する団体と認められていないことが大きいと思われる。国民にとっては「日本医師会は開業医の利益団体」という誤ったイメージは染みついており、マスコミもそれを正そうとはしない。

政治家そして政府は常に世論を気にしており、世論すなわち国民の後押しのある政策は実現していかざるを得ない。したがって、日本医師会がその医療政策を実現しようとするなら、国民の支持を受けることが極めて重要である。

前述のとおり日本の医師数は約 30 万人であるが、うち日本医師会の会員は約 16 万 6 千人で組織率は 55% 程度に過ぎない。そして、会員でない約 13 万人のほとんどが勤務医や行政職にある医師であると思われる。これら非会員の勤務医が日本医師会に入会することによって、名実共に「日本医師会は日本の全医師を代表する団体である」と言えるようになる。したがって、本委員会への会長諮問である「勤務医の組織率向上に向けた具体的方策」はすなわち「日本医師会が全医師を代表する団体であると国民に認めてもらうための具体的方策」と同義である。つまり、日本医師会にとって勤務医の入会を促進することがその政策を実現するために必要不可欠であり、また近道でもあるのである。

そのためには、日本医師会が勤務医のための具体的施策を打ち、勤務医から日本医師会が味方であり自分たちのために働いているということを知ってもらわねばならない。しかるに、現在の日本医師会執行部はほぼ全員が開業医もしくは私的病院経営者であるために、勤務医の問題を十分

に理解することは難しく、勤務医のための有効な施策を実行しているとは言えない。日本医師会役員は異口同音に自分たちもかつては勤務医だったから勤務医のことは理解していると言うが、かつての勤務医と現在の勤務医の状況は大きく異なっている。かつての状況を現在と同等とする思い違いが、勤務医に対する有効な施策を打てない理由の一つであると考えられることもできよう。真に勤務医のための施策を打つためには、現役のしかも公的病院の勤務医が執行部に入り、実際に指揮を執ることがどうしても必要であり、そのようにしてこそ日本医師会が勤務医に理解されるようになると思う。

日本医師会執行部で施策を提案し、その実務を担当するのは常任理事であるため、本来であれば勤務医が常任理事に入るのが望ましいと思われる。しかし、特に公的病院の勤務医は身分上の問題から常任理事になることは事実上不可能であるため、次善の策として日本医師会理事となり、理事会で施策を提案できるようにすることが必要であろう。すなわち、日本医師会理事に勤務医の枠を設け、勤務医の代表が常に執行部に入り勤務医問題担当となることが、勤務医のための現実的施策を打ち出すために不可欠であると思う。

日本医師会勤務医部会の創設

日本医師会が勤務医の意見を取り入れる仕組みとして、執行部に現役勤務医を入れることと並行して、勤務医部会を組織することも有効な方策となる可能性が高い。現在は日本医師会に勤務医の考えを示す組織として勤務医委員会および全国医師会勤務医部会連絡協議会があるが、前者は勤務医でも特に日本医師会を理解し活発に医師会活動を行っている者の集まり、後者は年に1回開催されるお祭りの色彩の強いものであり、いずれも医師会にあまり興味のない一般勤務医の意見を吸い上げることは難しい。一方、都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会も持たれているが、担当理事は必ずしも勤務医とは限らない。

日本医師会会員に占める勤務医の割合は47.2%であり、その意見を集約できる組織があれば、現時点でも日本医師会は勤務医の考えを入れた政策を提言できるようになり、国民に医師全体を代表する団体であると示すことができる可能性が高い。多くの都道府県に勤務医部会が組織されている

現状をみれば、日本医師会内に勤務医部会を組織することはそう難しいことではないだろう。日本医師会勤務医部会を勤務医の手で運営し、その代表を上記の日本医師会理事の勤務医枠に充てることにすれば、その背後には日本医師会会員の約半数を占める勤務医会員がいることになり、勤務医の意見集約や勤務医のための施策の立案も容易になってくると思われる。

9. 日本医師会への加入促進 ～医師年金のメリットと半強制的な日本医師会への加入促進策～（福田委員）

(1) 医師年金のメリット

勤務医は 60～65 歳の定年後も、現役時代と同じ医療機関ないし別の医療機関に雇用され定期的な収入を得ることが多い。この場合でも、65 歳を過ぎれば、国民年金の老齢基礎年金は支給されるが、現役時代の医療機関が加入していた公的年金から給付される老齢厚生年金や退職共済年金は算定年金額と定年後の収入額に応じて一部ないし全額支給停止になる。勤務医の場合は定年後も一般に比し高額な収入を得るので、実際上は老齢厚生年金や退職共済年金は全額支給停止になる場合が多い。すなわち、勤務医は現役時代に高額な保険料を支払っていても、65 歳以降、支給される年金は比較的少額の老齢基礎年金のみになるケースが多い。一方、私的年金にあたる日本医師会の医師年金は 65 歳を過ぎれば定年後の収入に関係なく給付されるので、定年後の生活設計を考える上で便利である。これらのことを理解するためには、3 階建ての建物に例えられる年金の仕組みについて知っておく必要がある。

今の年金制度の 1 階部分は全国民共通の年金である国民年金（基礎年金）で、保険料支払い期間などの受給資格を満たしている 65 歳以上の国民には、定年後の収入の有無に関係なく老齢基礎年金が支給される。年金制度の 2 階部分は、企業の会社員や一般病院の勤務医などが加入する厚生年金、国家公務員や地方公務員、私立学校の教員（それらに相当する勤務医）が加入する共済年金である。これら厚生年金や共済年金に加入している人が定年を迎えると老齢厚生年金や退職共済年金が給付されることになるが、国民年金のように一律に給付されるわけではなく、算定された年金額と定年後の収入額がある一定以上になると算定年金額の一部あるいは全額がカットされる。勤務医は定年後も高い収入が得られる場合が多いため全額カ

ットになるケースが多いのである。一方、年金制度の3階にあたる、医師年金を含む積立型私的年金は、定年後に収入があっても支給されることが大きな特徴である。それに加え医師年金は、受給開始時に多彩な受取コースが選べる、定年後一生涯受給できる、保険料の増減がいつでも自由に可能、余裕のあるとき保険料をまとめて支払うことが可能、加算年金の一部を育英年金や傷病年金として使うことも可能など、多彩な利便性を備えている。ただし、勤務医が定年後に医師年金を受け取るためには、現役時代に給与天引きの公的年金の保険料を支払うことに加えて、医師年金の保険料を支払わねばならないので現役時の負担は大きくなる。さらに日本医師会会員であることが条件であるため、郡市区等医師会、都道府県医師会への加入も必要になるので、医師年金加入が目的だけの医師会加入ではメリットが生まれにくい。したがって、医師会入会の他のメリットや必要性を十分に理解し、安定した年金受給が保証される安心した生涯設計を考えたい勤務医に推奨できる。

(2) 半強制的な日本医師会への加入促進策

～日本医師会認定証を保有することを学会ないし第三者機構が実施する専門医認定試験の受験資格にする案～

医師が患者に安心かつ安全な医療を提供し、患者・家族に信頼される人間関係を築くためには、医の倫理について精通し実践できなくてはならない。医の倫理教育の重要性についての認識は以前に比し高まり、医学部の教育カリキュラムに盛り込まれ医師国家試験にも出題されるようになってきているが、まだまだ十分とは言えない。また、医の倫理に悖る診療に起因する事件が時々報じられ、最近では大規模臨床研究においても発覚しマスコミを賑わせており、改めて、系統的な医の倫理教育の必要性が認識させられている。

医師はまた、保険診療を含む医療制度および医療関連諸法規定についても精通している必要がある。これは医療を提供する側の責務であり、今後、病院の機能別分化が進み、病院完結型の医療から地域完結型の医療に大きく移行するとき、医師は現行の医療制度を熟知しつつ、その変化についても敏感でなければ適切な地域医療を担えなくなる。

これらのことより、医学生および若い医師たちに医療制度、医療関連諸

法規定、医療倫理を責任もって教育し、その教育効果を認証する機関が必要となる。そこで、日本医師会がその役割を担うことを提案したい。日本医師会は文部科学省、厚生労働省、日本医学学会に働きかけ、医学生、初期研修医等に対して医療制度、医療関連諸法規定、医療倫理を教育し、試験を行い、認定証を発行できる資格を取得、この日本医師会発行の認定証保有を、各学会ないし第三者機構が実施する専門医認定試験の受験資格にする制度を構築するようにする。このような仕組みにすると、ほぼすべての勤務医が日本医師会に入会せざるを得なくなる。この制度は、入会促進に寄与するのみならず、医療の社会的側面にも深い理解を持つ医師の育成に大きく貢献すると思われる。

10. 真の男女共同参画社会の実現に向けて（藤巻委員）

平成 16 年の新医師臨床研修制度で顕在化した医師不足に伴い、女性医師の問題が認知されるようになった。日本医師会では同年に女性会員懇談会（後に、「男女共同参画委員会」と改組名称変更）が発足し、平成 19 年から厚生労働省の委託で女性医師支援センターによる女性医師バンクがスタートした。医療現場では女性医師支援策が進み、現在ではほとんどの大学病院に院内保育室が設置され、短時間正規雇用が進み、M 字カーブが改善してきた。昔のような男女差別は影を潜め、いわゆる「イクメン」と呼ばれる育児を行う男性医師も少しずつ増えてきた。過去には夢を諦め仕事を辞めざるを得なかった女性医師の状況を知る者にとっては隔世の感がある。しかし、それに反比例するように、女性医師支援の社会的関心が薄れてきたように思えてならない。まだ真のゴールに達していないのに、である。

超高齢社会を支えるために、男女共同参画は必須である。それが意味するのは、「男女が社会の対等な構成員となる」ことである。就労継続可能という最低限のレベルではなく、十分に社会貢献できるレベルでなければならない。しかし現状はどうか？ たとえばどれほどの女性医師が指導的地位にいるのか？ 就労継続可能をゴールと思ってはいないか？

平成 22 年の第 3 次男女共同参画基本計画で、「社会のあらゆる分野において、2020 年（平成 32 年）までに、指導的地位に女性が占める割合が少なくとも 30%程度になるように期待する」という目標が明記された。しかし、

平成 25 年度の女性の割合は、全国医学部の基礎医学と臨床医学の教授で約 3%、基本領域 18 学会の役員では 2%に満たず、2020 年 30%への道は程遠い。日本医師会は「女性一割運動」を掲げ、平成 24 年度までに委員会委員に女性を最低 1 名登用し女性を 1 割にすることと、平成 26 年度までに理事・監事に女性を最低 1 名、常任理事に女性を最低 1 名登用し、役員の女性の割合を一割にするとした。しかし平成 25 年現在、女性委員ゼロの委員会が 4 割に及び、女性委員は 1 割にも満たない。また執行部 30 名中、女性は常任理事に 1 名いるのみで、代議員もわずか 1.7%に留まっている。

今後、女性医師が自身の能力を遺憾なく発揮して社会的に貢献できるようにするためには、女性医師が意思決定機関で意見を発信することが重要である。その意味で、日本医師会は最も実効性のある場のはずである。それにも関わらず、日本医師会で活動する女性は極端に少ない。その理由として、次のような負のスパイラルが推測される。つまり、女性医師は家庭と仕事の両立に精一杯の生活で、時にアルバイト生活を強いられ、キャリア形成が難しい。専門医取得等でキャリアを作っても、ガラスの天井で昇進が難しい。上の立場になれば社会的視野や人脈が広がって社会的活動がより容易になるが、その入り口が狭い。さらに、男女問わず潜在的にある固定的性別役割意識や、時間的・立場的な制約が、女性医師の社会的活動を妨げている。結果的に女性医師の視点は医療政策に反映され難くなり、それがまた女性医師の活躍を妨げている、という負の連鎖である。

負の連鎖を断ち切り日本医師会への参画を促すにはどうしたらよいか？ 第一に、女性医師を登用すること。日本医師会では既に「女性一割運動」を掲げたのだから、速やかに実行すればよい。そうすることにより、様々な政策に女性医師の視点もしっかり反映させることができる。女性医師が日本医師会に期待している「医師の就労環境の改善」「女性医師のサポート」「勤務医の身分保障、勤務形態、賃金などの待遇改善」は進んできたが、未だ苦勞している医師が多いのが現実なのである。さらに、今後の医学教育や専門医制度の在り方も女性医師のキャリアパスに大きく影響するので、女性医師の視点が欠かせない。各委員会での女性医師の活動を適切に広報することで、日本医師会の活動に共感する者が増え、関心が高まると考える。第二に、入会のメリットを作ること。たとえば、オンデマンドでの的確な医学情報を会員に提供するとか、e-learningなどをさらに

充実したらどうだろうか。短時間勤務やアルバイト生活を余儀なくされる時期、たとえ学会に行くことができなくとも、最新の医学情報を得ることができ自己研鑽できると、キャリア形成・維持・向上に役立つ。家でも家事の合間でも、フリーアクセス、オンデマンドで情報を得られると都合がよい。第三に、支援活動のハブ組織になること。様々な学会や病院で男女共同参画の取り組みがあるが、それぞれに特長がある。日本医師会がハブとなり、個人の状況に応じて適切な支援策につなげる、さらには全体を協働させてより高次のシステムを創造できるとよい。女性医師支援の難しさは、人により時期によりニーズが一様でないところにある。多様性に対応するためには、多様な仲間がつながり連携することが必要で、ハブには大きなキャパシティが求められる。それゆえ、このハブ機能を日本医師会に期待したい。

近い将来、真の男女共同参画社会が実現することを期待する。

まとめ（泉委員長）

日本医師会の組織率が低下している事実は、日本医師会に魅力が欠けているからに他ならない。これまでも、組織率の低迷に日本医師会執行部は危機感を持ち、会内委員会などに諮問を行い、未来医師会ビジョン委員会などが日本医師会の改革案について答申を行っている。平成12年3月には勤務医委員会が「医師会の組織強化への勤務医からの提言」として答申をまとめ、その中で幾多の課題を示しているが、課題の多くは手つかずのまま残っている。また、日本医師会代議員会においても多くの勤務医関連の質問に時間が費やされている。しかし、それらへの日本医師会執行部の対応は、決して十分ではなかったのではないか。

そのことへの大いなる反省のもとに、日本医師会組織率向上のための努力がなされねばならない。組織率低下は、勤務医にとどまらず、新規に開業する医師でも問題となっている。組織率低下はなぜ起きているのか。医師会目線での対策ではもはや対応は不可能であり、未入会あるいは入会を躊躇している医師たちの思いに沿う形で対応されなければ到底有効な手立てを打つことはできない。

本答申では、これまでのいくつかの課題について踏み込んで意見が述べられているが、真摯に課題に取り組まねば、日本医師会の将来はないといった強い思いが必要である。

以下、答申各章の内容を踏まえ、具体的な勤務医の組織率向上に向けた方策についてのまとめを記す。

1. 医師会入会のメリット

- (1) 医師年金、医師協同組合・勤務医生活協同組合、医師信用組合、
医師国民健康保険組合による勤務医の生活支援
- (2) 医師会が主体となった医師バンクによる勤務医の就労支援

2. 職能団体としての医師会入会による身分保障－はたして、日本医師会は会員を守ることができるのか。

(1) 医療安全への取り組み

診療に係る重大事故、死亡事故についての対応を行う。医療事

故調査委員会などの取り組み、特に中小病院や診療所医師への支援を行う。

(2) 患者暴力・患者クレームへの取り組み

医療コンフリクト対策(メディエーションの推進)

(3) 医療訴訟への組織的支援

医師賠償責任保険の柔軟な対応による、医師会による弁護士紹介や保険会社との折衝への助言、ADRによる支援

(4) 各地域での地域医療連携における勤務医支援

3. 医師会会費の問題

勤務医は各種の学会に年会費を納入し、その会費の支払いに窮することもある。また、医師会会費は、郡市区等医師会、都道府県医師会会費に加えて日本医師会会費を支払う仕組みとなっていることもあり、その負担は勤務医にとって軽いものではない。

4. 会員区分と入会手続き

A、B、C 会員があり、①②会員があり、区分が分かりにくい。また、医師会入会手続きの簡素化が必要である。日本医師会ホームページから入会手続きができるなどの工夫が求められる。

5. 医師会入会勧誘

地域医師会で勤務医を対象に医師会活動の説明と入会勧誘を行う。地域医師会には、勤務医委員会が中心となって作成する資料(巻末資料)の活用を勧める。さらに、医学生や研修医に対する活動も必要であり、これらの活動に係る財政的な支援を日本医師会が行う。

同時に、病院管理者などに対し、医師会活動を行おうとする勤務医に対する理解を日本医師会として求める。

6. 日本医師会組織の改革

勤務医の意見が日本医師会に取り入れられることも、勤務医が日本医師会に加入する契機になる。現在は勤務医が日本医師会の政策に意見を述べる機会は極めて少ない。

日本医師会執行部に勤務医が参加することには大いなる意義がある。日本医師会内に勤務医部会を設立し、都道府県医師会勤務医部会などから選ばれた委員により組織する。そして、日本医師会勤務医部会長、副部会長などが勤務医代表として日本医師会理事となり、日本医師会執行部に加わる。

7. 日本医学会総会への具体的な勤務医の参加

日本医学会総会に全国の勤務医が参加し、討論する部門を設ける。「地域医療連携」などについての演題を募集し、日本医学会総会に多くの勤務医が開業医とともに参加することで、日本医学会のみならず日本医師会を知る機会となる。

8. 日本医師会広報の充実

現在の日本医師会ホームページには、勤務医や女性医師などの多くの部門があって、決して内容が乏しいわけではない。しかし、医師会活動内容を勤務医や未入会の医師に伝える力が十分とは言えない。民間の医療情報関連サイトに勤務医向け情報欄の作成を委託して、日本医師会ホームページを改編する。あるいは、医療情報関連サイトに日本医師会関連情報ブースの作成を依頼し、多くの医師に日本医師会の情報を発信する。

9. 地域医師会での勤務医活動活性化

都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会等で示された、各医師会での活動を参考にして、勤務医部会活動などを展開し活性化する。また、すべての都道府県医師会での勤務医部会設立を支援する。

10. 女性医師への支援をより具体的に行うことによる勤務医就労環境改善と、女性の日本医師会執行部への登用による勤務医組織化への共感醸成

以上、多くの課題を展開した。真に、日本医師会への勤務医組織化を求めるならば具体的な対策を勤務医の視点から行わねば、また一つの答申を

無駄に作成したことになるであろう。真摯なる対応を、日本医師会の強化を求める者の一人として心から願うものである。

おわりに（泉委員長）

勤務医の組織率向上に妙案はないと諦めてはいけない。たとえそれが定款の変更を伴うものであっても、強い気持ちで組織改革に立ち向かうことである。公益法人となった今こそ、日本医師会が変革する時期であり、そのことがなされれば、医師会の組織率改善への光明が見えると言える。日本医師会執行部の英断を心より期待するものである。

また、本答申では、各章において、執筆者である勤務医委員会委員の意見が綴られている。したがって、すべてが勤務医委員会において統一した意見としてまとめられたものではなく、重複する部分や意見が異なる部分がある。しかし、それらはすべて委員会で議論されてきたものであり、執筆した委員の熱い思いが綴られていることをご了承いただきたい。

参考資料として、本年度郡市区等医師会を対象に実施したアンケート結果を添付する。多くの医師会から真摯なご意見をいただいたことに、心から感謝する。このアンケート結果をも参考にいただき、日本医師会改革がなされることを期待する。

巻末資料

日本医師会の活動と取り組みの紹介（案）

日本医師会の活動と取り組みの紹介(案)

平成24・25年度
日本医師会勤務医委員会

横倉義武日本医師会長からのメッセージ

医師会の使命とその活動の本質は「国民の健康と生命を守ること」です。これを理念として具体的に掲げたものが、平成25年6月に策定した「日本医師会綱領」であり、その内容は、医師会員のみならずすべての医師が共有するものと考えています。そして、その理念の実現には、より多くの勤務医が医師会活動に参画し、医師会がこれまで以上に「真にすべての医師を代表する団体」であると認められる組織になることが不可欠です。



勤務医と開業医は地域完結型の医療を構築するパートナーであり、そのどちらが欠けても地域医療は成り立ちません。同様に、医師会の政策立案においても、医療の最前線を担い、現場を熟知する勤務医の意見・提言は欠かすことができません。そして、勤務医の説得力を伴った力強い後押しが、医師会の政策に発言力と実現力を増進させ、国民にとっても、医師にとってもより良い医療環境の実現につながることであります。医師会は勤務医の皆様方の参画を心より歓迎します。ともに心と力を合わせ、より良い明日の医療を実現しましょう。

1

CONTENTS

- I. 日本医師会について
 - II. 日本医師会の主な対外的活動について
 - III. 勤務医に係る日本医師会の具体的な取り組み
 - IV. 勤務医の意見が結実した主な取り組み
- 【参考】育児・介護休業法と院内保育所等

2

I. 日本医師会について

3

日本医師会館 (東京都文京区本駒込)



出典：日本医師会作成資料

4

日本医師会とは？

日本医師会は、医師の医療活動を支援する、民間の学術団体です。

各種の調査・研究や国際交流などを通じて、これからの医療のあり方を考え、より働きやすい医療環境づくりと国民医療の推進に努めています。

○公益社団法人日本医師会の目的

[日医定款第3条]

本会は、都道府県医師会及び郡市区等医師会との連携のもと、医道の高揚、医学及び医術の発達並びに公衆衛生の向上を図り、もって社会福祉を増進することを目的とする。

出典：日本医師会作成資料

5

医の倫理綱領

医学および医療は、病める人の治療はもとより、人びとの健康の維持もしくは増進を図るもので、医師は責任の重大性を認識し、人類愛を基にすべての人に奉仕するものである。

1. 医師は生涯学習の精神を保ち、つねに医学の知識と技術の習得に努めるとともに、その進歩・発展に尽くす。
2. 医師はこの職業の尊厳と責任を自覚し、教養を深め、人格を高めるように心掛ける。
3. 医師は医療を受ける人びとの人格を尊重し、やさしい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るように努める。
4. 医師は互いに尊敬し、医療関係者と協力して医療に尽くす。
5. 医師は医療の公共性を重んじ、医療を通じて社会の発展に尽くすとともに、法規範の遵守および法秩序の形成に努める。
6. 医師は医業にあたって営利を目的としない。

平成12年4月2日 第102回定例代議員会にて採択

6

日本医師会綱領

日本医師会は、医師としての高い倫理観と使命感を礎に、人間の尊厳が大切にされる社会の実現を目指します。

1. 日本医師会は、国民の生涯にわたる健康で文化的な明るい生活を支えます。
2. 日本医師会は、国民とともに、安全・安心な医療提供体制を築きます。
3. 日本医師会は、医学・医療の発展と質の向上に寄与します。
4. 日本医師会は、国民の連帯と支え合いに基づく国民皆保険制度を守ります。

以上、誠実に実行することを約束します。

平成25年6月23日 第129回定例代議員会にて採択

7

世界医師会(WMA)ジュネーブ宣言

医師の一人として参加するに際し、

- 私は、人類への奉仕に自分の人生を捧げることを厳粛に誓う。
- 私は、私の教師に、当然受けるべきである尊敬と感謝の念を捧げる。
- 私は、良心と尊厳をもって私の専門職を実践する。
- 私の患者の健康を私の第一の関心事とする。
- 私は、私への信頼のゆえに知り得た患者の秘密を、たとえその死後においても尊重する。
- 私は、全力を尽くして医師専門職の名誉と高貴なる伝統を保持する。
- 私の同僚は、私の兄弟姉妹である。
- 私は、私の医師としての職責と患者との間に、年齢、疾病もしくは障害、信条、民族的起源、ジェンダー、国籍、所属政治団体、人種、性的志向、社会的地位あるいはその他のような要因でも、そのようなことに対する配慮が介在することを容認しない。
- 私は、人命を最大限に尊重し続ける。
- 私は、たとえ脅迫の下であっても、人権や国民の自由を犯すために、自分の医学的知識を利用することはない。
- 私は、自由に名誉にかけてこれらのことを厳粛に誓う。

8

医師会三層構造と日医会員数

日本医師会の役員	
会長	1名
副会長	3名
常任理事	10名
理事	13名
監事	3名

常勤役員
病院 7人
診療所 7人
※平成25年11月現在

日本医師会会員数
165,955人 (H25.12.1現在)
内 開業医 84,003人
勤務医他 81,952人

◎ 会員区分(開業医、勤務医、研修医等)による会費の違いはあるが、権利等の差別は無い
◎ 勤務医会員の割合は、47.3%、女性会員の割合は、15.0%。
※平成25年度活動報告書(医師) 勤務医部会設立状況等調査結果(日本医師会)

日本医師会

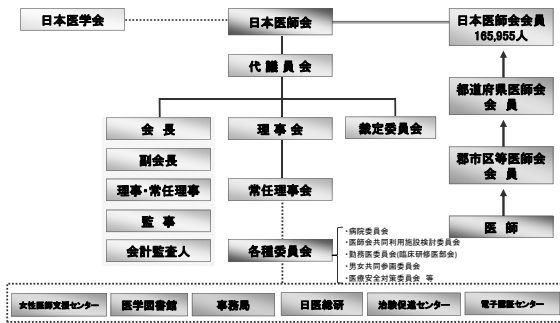
都道府県医師会(47)

郡市区等医師会(891)

《うち、大学医師会(62)、その他(13)》

9

日本医師会の組織図と医師会員



出典: 日本医師会作成資料

10

日本医学会について

- 昭和23年3月8日、日本医師会と合体。
- 日本医学会の目的
〔日医定款第50条〕
学会は、医学に関する科学及び技術の研究促進を図り、医学及び医療の水準の向上に寄与することを目的とする。
- 日本医学会の主な事業
(1) 日本医学会総会の開催
(2) 日本医学会シンポジウムの開催
(3) 医学及び医療に関する情報の収集と伝達 など
- 役員等
学会長: 1人 副会長: 3人 幹事: 若干人 評議員: 各分科会ごとに1人
※現日本医学会長 高久 史磨 (自治医科大学名誉学長)
- 構成
118の分科会で構成
《分科会一例》
日本内科学会 日本外科学会 日本産婦人科学会 日本眼科学会 日本リウマチ学会
日本リハビリテーション学会 日本細菌学会 日本小児科学会 など

出典: 日本医師会作成資料

11

日本医師会治験促進センター

- 平成15年度厚生労働科学研究費補助金による「治験推進研究事業」の実施に伴い、日本医師会内に平成15年8月に設立。
- 医師主導治験・地域治験ネットワークのモデル研究の実施や、さまざまな啓発活動を通じて、治験実施基盤の整備を進めることが目的。

出典: 日本医師会作成資料

12

日本医師会女性医師バンク

- 女性医師バンクは、厚生労働省「医師再就業支援事業」の委託を受け、平成19年1月30日より事業を開始。
- 厚生労働大臣の許可を受けた職業紹介事業であり、女性医師のライフステージに応じた就労を支援し、医師の確保を図ることが目的。
- 女性医師に関するデータベースの構築、採用に関する情報収集、医療機関の紹介など、就業までの多岐にわたる支援も目的。
- 日本医師会会員以外も可能。
- 受付や紹介、就業後の支援にいたるまで、無料で実施。

出典: 日本医師会作成資料

13

日本医師会の主な広報活動

- 日医ニュースの刊行 (月2回、全会員等に配送)
- 日医白クマ通信の配信
(※ Eメールによる情報配信サービス)
- 定例記者会見の実施 (毎週水曜日)
- 全国紙への意見広告掲載
- TVCM放映、TV番組「鳥越俊太郎 医療の現場!」の企画・提供
- 日医ホームページの開設
(<http://www.med.or.jp/>)

出典: 日本医師会作成資料

14

国際交流の推進

- ① 世界医師会 (WMA) への加盟
※WMAとは、医学教育・医学・医療および医の倫理における国際的水準を高め、また、すべての人々を対象にしたヘルスケアの実現に努めることを目的に設立された組織。106カ国医師会が加盟。
- ② アジア大洋州医師会連合 (CMAAO) の設立
※CMAAOとは、アジア・大洋州における医師の交流の促進、情報交換、地域住民の保健水準向上を図ることを目的に日本医師会が中心となって設立した組織。18カ国医師会が加盟。
- ③ 国際医学生連盟 (IFMSA) との交流
※IFMSAとは、WHO、WMAにより医学生を代表する国際フォーラムとして公認を受け、現在約100ヶ国が加盟している組織。その日本組織の事務局を日医会館内に置き交流を図っている。

出典: 日本医師会作成資料

15

日本医師会年金(医師年金)

<5つの特長>

※平成26年4月1日から保険業法に基づく「特定保険業」として再スタート

①満64歳6ヶ月未満まで加入可能、②年金は一生受け取れる、③保険料の増減はいつでも可能、④年金の受取開始を満75才まで延長可能、⑤所属医師会・会員種別が変わっても継続可能

■会員の福祉に関する事業の一環として、昭和43年10月に発足した自助努力型の私的年金制度。

■約4.3万人が加入しており、会員福祉を担う大きな柱となっている。

<モデル(例)> 15年保証期間付終身コース

保険料	満30歳	満35歳	満40歳
36,000円	80,150円	66,000円	52,850円
72,000円	160,250円	132,000円	105,650円
150,000円	333,800円	275,000円	220,050円

16

日本医師会医師賠償責任保険

- 医師個人を対象とした保険である。(A会員になれば自動的に被保険者となり、1事故につき1億円まで補償)
- 各科の専門の医師をはじめ、医療の知識を持った弁護士、保険者などで構成された専門の調査・審査機関がある。
- 医師ができるだけ矢面に立つことなく紛争を解決できるよう、訴訟や示談などの交渉を代行する仕組みが整っている。

	日本医師会賠償責任保険	民間保険
医療紛争の検証	各科専門の医師、医療知識を持った弁護士等で組織する審査会が判断	保険会社が判断
紛争処理の方法	医師会が弁護士の手配を代行	医師本人が対応、もしくは保険会社が弁護士を手配
会員の退会及び死亡後の特別補償	・医師会を退会後、あるいは死亡後でもサポートが受けられる ・適用期間は10年間	・左記のようなサポートのためには別途保険契約を結ぶ必要がある(年17,000円程度) ・適用期間は5年間
保険料	会費に含まれる保険料相当額(年間) 33,000円(研修医)～66,000円(開業医)	基本保険料(団体割引・年間) 40,664円程度(研修医)～91,488円程度(有床診療所院長)

出典:ドクターゼNo.3(日本医師会)を基に作成

17

日本医師会生涯教育制度

国民に質の高い医療を提供するため、進歩する医学知識や医療技術を生涯にわたって研鑽する生涯教育は、医師に課せられた責務の一つ。

日本医師会生涯教育制度

- 昭和62年に発足
講習会への参加、e-ラーニング、学会発表、
- 論文執筆、地域住民に対する教育講演などを、単位制で評価。
- 日本医師会生涯教育制度と、各学会が認定する専門医制についても単位の互換がある。

生涯教育on-line <http://www.med.or.jp/cme/>

日本医師会医学図書館(日医会館地下階)

約1,500タイトルの雑誌を含め、約89,000点の雑誌・単行本を揃えているほか、全国の医学図書館や大学附属図書館、国立国会図書館、海外の図書館とも連携してサービスの充実を図っており、多くの会員の利用に応じています。

出典:日本医師会作成資料

18

日本医師会への入会方法

医師であれば、専門等に関わらず誰でも入会することができます。

- 日本医師会にご入会いただくためには、まず、地元の郡市区等医師会並びに都道府県医師会にご入会していただき、その上で、日本医師会への入会の手続きを行っていただきます。

<http://www.med.or.jp/doctor/other/000227.html>

- 詳しくは、皆さんの地元の医師会にお問い合わせください。

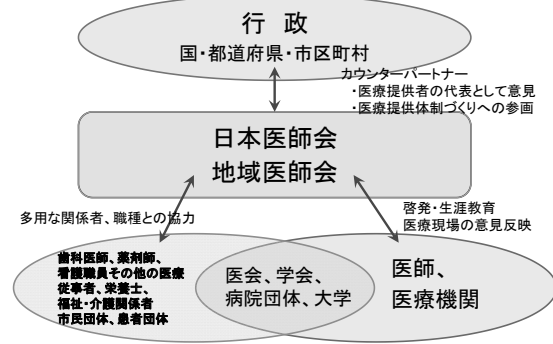
<http://www.med.or.jp/link/search.html>

出典:日本医師会作成資料

19

II. 日本医師会の主な対外的活動について

医師会が地域連携に果たすべき役割(概観)



出典:日本医師会作成資料

21

参画している主な外部審議会 厚労省関係-1

- | 厚生労働省 | |
|---|--|
| □ 医道審議会(医道分科会、死体解剖資格審査分科会、保健師助産師看護師分科会ほか) | |
| □ 厚生科学審議会(科学技術部会、疾病対策部会、感染症部会、結核部会、予防接種・ワクチン分科会ほか) | |
| □ 中央社会保険医療協議会 | |
| □ 社会保障審議会(医療部会、医療保険部会、医療分科会、介護給付費分科会、介護保険部会ほか) | |
| □ 薬事・食品衛生審議会(薬事分科会、医薬品等安全対策部会、医療機器安全対策部会、医薬品第一及び第二部会ほか) | |

出典:日本医師会資料

22

参画している主な外部審議会 厚労省関係-2

- | 厚生労働省 | |
|--|--|
| □ 疾病・障害認定審査会(感染症・予防接種審査分科会) | |
| □ がん対策推進協議会 | |
| □ 肝炎対策推進協議会 | |
| その他、各種検討会等として、 | |
| ○ 先進医療会議 | |
| ○ 医療の質の向上に資する無過失補償制度等の在り方に関する検討会 | |
| ○ 医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討会(H25.5.29「医療事故に係る調査の仕組み等に関する基本的なあり方」を取りまとめ) | |
| ○ 医療裁判外紛争解決(ADR)機関連絡調整会議 | |
| ○ 日本DMAT検討委員会 | |
| ○ 救急医療体制等のあり方に関する検討会 | |
| ○ 専門医の在り方に関する検討会(H25.4.22に報告書を取りまとめ) ほか多数 | |

出典:日本医師会資料

23

日医役員の政府関係者との面会等-1(日医ニュースより)

日 程	概 要
H25.1. 8	横倉会長が田村厚労大臣、榊屋・秋葉両厚労副大臣と会談
1. 9	横倉会長、羽生田・中川・今村聡各副会長が、安倍総理と初会談
1.18	横倉会長、今村聡副会長が麻生副総理兼財務大臣と会談。要望書「所得再分配機能としての社会保障財源の確保について」を手交
1.28	小森常任理事が、渡嘉敷厚労大臣政務官と面会し、田村厚労大臣並びに政務官宛の要望書「セブクテンの速やかな定期接種化について」を手交
1.30	横倉会長が、医療に関する規制改革の問題について、福田行政改革担当大臣と会談
1.30	中川・今村聡副会長が、医学部新設問題について、下村文科大臣と意見交換
2.25	横倉被災者健康支援連絡協議会代表(日医会長)が、東日本大震災の被災地復興に向けて、根本復興大臣と会談
3.21	小森常任理事が、セブクテン(子宮頸がん予防、ヒブ、小児用肺炎球菌、水痘、おたふくかぜ、成人用肺炎球菌、B型肝炎)すべての定期接種化の早期実現を求める要望書を、秋葉厚労副大臣に手交

日医役員の政府関係者との面会等-2(日医ニュースより)

日 程	概 要
4.17	横倉被災者健康支援連絡協議会(日医会長)が、古屋内閣府特命担当大臣(防災)に「大規模災害への対応にかかる提言及び要望書」を提出
4.19	横倉会長が、社会保障制度改革国民会議に出席し、わが国の医療制度に関する日医の見解を説明
4.23	横倉会長が、田村厚労大臣に日本疾病予防情報センター(Japan CDC)創設に向けた協力を求める
4.24	横倉会長、三上常任理事が、消費税に関して、麻生副総理兼財務大臣と意見交換
5.28	横倉会長、日医常勤役員が、「平成26年度予算概算要求へ向けての要望書」を厚労省に提出し、「地域医療再興基金の創設」や「傷害保健事業の体系化」等を要望
8.19	横倉会長らが、日医と四病院団体協議会が取りまとめた「医療提供体制のあり方-日本医師会・四病院団体協議会合同提言-」を田村厚労大臣に手交
8.22	横倉会長、羽生田・中川・今村聡各副会長が、安倍総理大臣と会談し、「日本医師会綱領」「医療提供のあり方」等について説明

日医役員の政府関係者との面会等-3(日医ニュースより)

日 程	概 要
10.30	横倉被災者健康支援連絡協議会(日医会長)が、古屋内閣府特命担当大臣(防災)に「今後の大規模災害への対応にかかる提言」を提出
10.31	横倉会長が、今村聡副会長とともに総理官邸を訪問し、安倍総理大臣と会談。①医学部新設、②次期診療報酬改定、③保険外併用療養の拡大、④健康医療政策立案への参画等の問題について話をした。
11.27	松原謙二副会長が、葉梨之紀常任理事とともに、厚生労働省を訪れ、田村憲久厚労大臣に、中小医療機関(特に有床診療所)における防火設備整備にかかる要望書を手渡した。
12. 2	横倉会長が、今村聡副会長とともに財務省を訪問し、麻生太郎財務大臣に、(1)診療報酬全体のプラス改定、(2)消費税率引き上げに伴う医療機関の負担に対する補填、の二点の実現を強く要求した。
12.11	横倉会長が、今村聡副会長とともに厚生労働省を訪問し、田村憲久厚労大臣と次期診療報酬改定に向けて意見交換。

東日本大震災における対応(主なもの)

- 発災後、直ちに対策本部を設置
(平成23年3月11日14時46分発生、16時00分設置)
- 医療物資の被災地への輸送
→ 日本製薬工業協会、各医薬品会社、民間企業、警察、自衛隊、米軍等、枠を超えた協力体制により被災地に医薬品が届けられた。
- JMAT(日本医師会災害医療チーム)及びJMAT IIの派遣
- 検視・検案活動
- 仮設診療所の提供(トレーラーハウス7台)
→ 岩手県(陸前高田市)2台
宮城県(気仙沼市、女川町)3台
福島県(安達郡、二本松長の仮設住宅付近)2台
- 被災者健康支援連絡協議会(19組織36団体)の設立

東日本大震災におけるJMAT活動の概要

1. 支援先、支援医師会(原則)
岩手県:北海道、東北(青森、秋田)、東京、関東甲信越、近畿(大阪・和歌山)
宮城県:東北(山形)、東京、関東甲信越、近畿(兵庫・奈良)、中国四国
福島県:東京、中部、近畿(京都・滋賀)
茨城県:九州
2. 主な参加職種
医師、看護職員、薬剤師、リハビリテーション、精神保健、介護・福祉関係者、事務職員(運転手・記録係等)など
3. 派遣期間:3日~1週間を目途
4. 費用負担:
日本医師会で当面100万円負担
最終的には、災害救助法、災害時医療救護協定による
5. 二次災害時の補償
職種を問わず、日本医師会負担により傷害保険加入

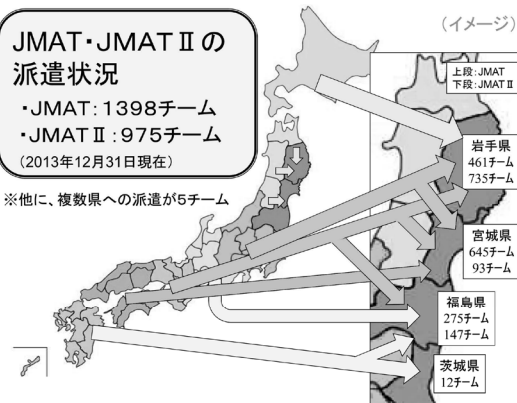
岩手県、宮城県への医薬品の搬送(3月19日)



JMAT・JMAT IIの派遣状況

- ・JMAT:1398チーム
 - ・JMAT II:975チーム
- (2013年12月31日現在)

※他に、複数県への派遣が5チーム



災害対策積立金と義援金

- 災害対策積立金
日本医師会に積み立てておいた1億8,500万円のうち、発災後すぐに被災地に向かう全国の医師会の支度金の形で4,200万円を支出。
また、被災県医師会に対して、当初の対応の一部になればと、発災後間もなく9,000万円を支出。
 - 義援金
総額 約18億9,000万円の義援金が医師会・医師会員から日本医師会に寄せられた。
- ⇒ 医師が、いのちの現場でいつも瞬時の遅れが命取りになるという実感を持ちながら、日常業務に携わっていることと決して無関係ではない。

Ⅲ. 勤務医に係る日本医師会の具体的な取り組み

重点課題 4. 医師会の組織強化と勤務医活動の支援 (一部省略)

医師会の目的である国民医療の向上を図るためには、開業医や勤務医といった立場の違いを超えて、すべての医師が日本医師会に結集する必要がある。

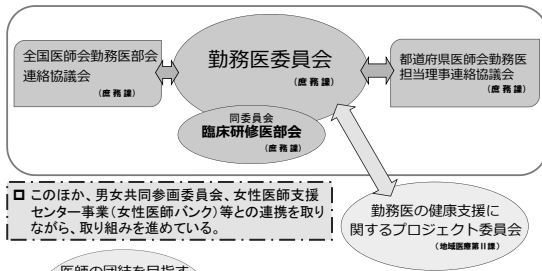
そのため、日本医師会の基本理念としての綱領を広くアピールし、その想いを共有するなかで、病院団体や大学医師会等との連携を深めていき、臨床研修医も含めた勤務医の意見を広く吸い上げるための方策並びに入会促進に向けた方策を講じていく。

また、勤務医の労働環境改善のため、プロジェクト委員会の開催や各都道府県医師会でのワークショップ研修会の開催を支援し、勤務医の精神・身体両面の健康支援の推進についても、積極的に取り組む。

さらに、将来の日本の医療の担い手となる医学生に対し、情報提供や医師の働き方等に関する自主的な活動への支援を行う。

その他、女性医師の医師会活動参加を促進するため、会内委員会への女性医師の積極的な登用を図るとともに、女性医師への就労支援策等について、引き続き取り組んでいく。

勤務医に関する委員会等



●勤務医委員会【諮問事項一覧】

年度	諮問事項
昭和58年度	勤務医の日本医師会入会促進の方策
昭和59・60年度	各都道府県医師会において勤務医が医師会活動に積極的に参加するための新方策(生涯教育、風俗習慣も含めて検討)
昭和61・62年度	● 日勤勤務医(0.6名員)にかかる医師賠償責任保険の制度化について ● 勤務医の生涯教育について(カリキュラムにまで踏み込んだ検討)
昭和63・平成元年度	病診連携を促す場合の勤務医の役割
平成2・3年度	勤務医の将来性について
平成4・5年度	勤務医部会(勤務医委員会)活動の状況とその将来方向
平成6・7年度	勤務医の将来に向けて検討すべき諸問題と地域医師会の対応
平成8・9年度	地域医療における医療の機能分化—特に勤務医の在り方—
平成10・11年度	医師会の組織強化への勤務医からの提言
平成12・13年度	21世紀における勤務医のあり方
平成14・15年度	勤務医と医師会活動
平成16・17年度	医療環境変革期における勤務医の役割
平成18・19年度	第5次医療法改正における勤務医の課題
平成20・21年度	医師の不足、偏在の是正を図るための方策—勤務医の労働環境(通算労働)を改善するために—
平成22・23年度	すべての医師の働きに果たす勤務医の役割
平成24・25年度	勤務医の組織率向上に向けた具体的方策

全国医師会勤務医部会連絡協議会

目的：全国の医師会勤務医の有機的連携により、医師会活動の強化を図り、医学技術の振興と国民の健康・福祉の増進に寄与すること

平成25年度は、11月9日(土)に、杉町「うぐい」岡山で開催(岡山県医師会が担当)メインテーマは、「勤務医の実態とその環境改善—全医師の協働にむけて」

- 特別講演1 「日本医師会の直面する課題」
日本医師会副会長 今村 聡
- 特別講演2 「日本の医療をめぐる課題：チーム医療を中心に」
自治医科大学 学長 永井 良三
- 報告 「日本医師会勤務医委員会」
バネア「イスクワシヨ」 「様々な勤務医の実態とその環境改善を目指して」
- フォーラム 「岡山からの発信—地域医療人の育成」

岡山宣言採択 → 平成18年度より協議会の総まとめとして宣言が採択されている平成24年度に採択の「愛媛宣言」は、厚生労働省がH25.2にまとめた、「医療分野の『雇用の質』向上プロジェクトチーム報告」にも取り上げられる等、宣言の重みが増している。

宣言(埼玉)

平成18年度全国医師会勤務医部会連絡協議会は、勤務医の過酷な労働環境が医療の質、安全の面から看過できない状況であることを確認した。ここに参加者の総意として、次のとおり宣言する。

1. 政府は財政主導の医療費抑制政策を直ちに改めること。
1. 勤務医の劣悪な勤務状態を改善するため、医師の養成人数を増やすこと。
1. 女性医師のきめ細かい勤務支援体制を整えること。
1. 開業医と勤務医が相互にサポートし合い、地域医療を支援する体制を考えること。
1. 勤務医のアンガーマジック(医師会活動や医政活動に参加すること)を広く促していくこと。

平成19年3月
平成18年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

沖縄宣言

近年、全国勤務医の働く環境は、医師の献身的努力では改善できない厳しいものとなり、地域医療崩壊が現実のものとなっている。
我々、全国の勤務医は、医療の質の向上と共に、医療の安全を追求し、医の倫理を保持できる環境を築くために次のように宣言する。

- 一、地域医療崩壊の原因となった財政主導による医療費抑制政策を改めるよう求める。
- 一、勤務医不足により劣悪になった勤務状態を改善し、地域医療を担う勤務医を増やす施策を求める。
- 一、女性医師が、仕事と家庭を両立できるきめ細かい支援体制の構築を求める。
- 一、開業医と勤務医、地域住民は互いに連携し、地域医療の再生を目指す。
- 一、勤務医は医療の質の向上と安全を目指し、地域住民と共に活動していく。

平成19年10月13日
全国医師会勤務医部会連絡協議会・沖縄

千葉宣言

医療費抑制政策は勤務医に過重な労働を要求し、さらに国民の過大な期待は、はなはだしく勤務医を疲弊させています。そのために病院を去る医師はあとを絶たず、医療崩壊はますます深刻な状況です。
この状況を一刻も早く改善し我々にとって魅力ある職場を取り戻し、明るい明日の医療を築くため次の宣言をする。

- 一、勤務医の劣悪な環境を改善するため政府は直ちに医療費抑制政策をやめ、診療報酬制度の早急な見直しを求める。
- 一、国民の求める高い医療水準を保つため、医師の計画的増員を求める。
- 一、医師が安心して診療に専念できる法的整備を求める。
- 一、女性医師が働き続けられる職場環境の整備を求める。
- 一、そして、我々勤務医は医師会活動を通じ、住民と共に地域のより良い医療体制を築いていく努力を続ける。

平成20年11月22日
全国医師会勤務医部会連絡協議会・千葉

島根宣言

この度、政権交代が実現したが、新政権の今後の医療福祉政策は未だ不明である。これまでの医療制度改革により、地方では地域の基幹病院ですら医師不足が進行し、勤務医に対する負担が増大し、地域医療の崩壊が目前に迫っている。

- 従って、勤務医に対する施策が緊急に必要であり、我々は次のことを宣言する。
- 一、今までの医療費抑制政策を転換し、医療福祉への予算の増額を行うことを求める。
 - 一、OECD 平均水準になるまで医師の増員を行うことを求める。
 - 一、これから増えてくる女性医師が働き続けられるような支援体制の整備を求める。
 - 一、勤務医の待遇改善をはかり、勤務医を増やすことにより、地域医療を存続させることを求める。
 - 一、大学病院と地域医療を担う病院、診療所等が連携し、良き地域医療医を育てる。
 - 一、地域住民との十分な相互理解のもとに、安全で安心な医療を提供する。

平成21年11月28日
全国医師会勤務医部会連絡協議会・島根

40

栃木宣言

小泉政権以来の医療費抑制政策は政権交代により転換されたが、現状と乖離した医療介護政策では国民が安心できる医療体制は構築できない。国内外の現状を正確に分析したevidence-basedの政策の立案を切に願う。また、現代の医療、社会とマッチしない旧態依然たる医師法、医療法も勤務医の労働環境を悪化させている一因であることは否めない。我々、勤務医は、このような厳しい現状の変革を希求しつつも、限られた医療資源を最大に活かし、国民が望む最善の医療を提供する使命がある。

- よって、我々は以下の宣言をする。
- 一、医療の高度化、加速する高齢者増に見合った医療・介護予算の増額を求める。
 - 一、勤務医の労働時間をOECD加盟国の平均水準にできる医師数の実現を求める。
 - 一、活力ある男女共同参画を推進するために、支援体制のさらなる整備を求める。
 - 一、勤務医が患者のための医療に専念できる医師法、医療法の改正を求める。
 - 一、勤務医は、地域のすべての医師との連携を強化し、地域住民と協働して医療再生に取り組む。
 - 一、勤務医は医療・介護行政の改善を要求すると共に、自らも、常に向上心を持ち己を律し献身的に医療に従事する。

平成22年11月19日
全国医師会勤務医部会連絡協議会・栃木

41

富山宣言

地域医療・急性期医療などを担う勤務医の役割は日増しに高まっている。しかしながら、その就労環境の厳しさは旧態然としており、勤務医離れはとどまることなく、残された勤務医に更なる過重労働を強いる結果となっている。そのような状況にあっても、東日本大震災では勤務医は率先して医療活動に加わり多くの被災者に医療を提供してきた。医療は公共のものであるという認識を踏まえ、勤務医の疲弊をこれ以上に増やすことなく、個々の能力を遺憾なく発揮できるよう就労環境の改善に向けて次のことを宣言する。

- 一、勤務医は各々を尊重し助け合い、医療活動のみではなく医政活動にも積極的に参加し、医療が崩壊の危機にあることを広く社会にアピールしていくこと。
- 一、我々医師は、より良いワークライフバランスを求めて、女性医師のエンパワーメントを促し、男女共同参画社会推進におけるリーダー的存在となること。
- 一、政府は医療費抑制策を改め、医師の養成・確保に真剣に取り組むこと。
- 一、政府・病院開設者は、勤務医が医師の使命感に基づいて過重労働を耐え忍んでいる現実を理解し、早急に就労環境の改善に着手すること。

平成23年10月29日
全国医師会勤務医部会連絡協議会・富山

42

愛媛宣言

勤務医に関する問題として、劣悪な労働環境、絶対的な医師不足、勤務医の地域や診療科ごとの偏在化、医療の高度化・複雑化と情報の氾濫による医師-患者関係の変化などがあげられる。

しかし、これまで実施されてきた勤務医に関する政府の施策は、地域や医療機関それぞれにおいてその問題点が異なるため、勤務医個々にまでその効果が及んでいるとはいえない。

このような現状の中で、勤務医はそれぞれの地域で、その特性に合わせた方法を用い、すべての医療従事者、住民、行政とともに急性期から慢性期、そして介護を含めた医療を平時のみならず災害時においても支え続けている。

この状況を顧み、今後の医療の新たな展開に向けて、政府に対して以下の要望を宣言する。

- 一、勤務医として、男性、女性の別なく、仕事と生活の調和がとれる労働環境の整備、さらに女性医師の能力の発揮を可能とするような労働環境の実質的な推進。
- 一、医療には不確実性があるにもかかわらず、勤務医には常に高い要求が課せられており、そうした状況に立ち向かう勤務医を守るための、勤務医の実質的な処遇改善による勤務医数の増加とさらなる制度整備。
- 一、勤務医に関する問題の解決方法において、それぞれの地域が固有に持つ問題点に合致した施策が実施されるための、地域の医師会と協働した、地域医療の実態を示す統計の様々な角度からの検討と把握。

平成24年10月6日
全国医師会勤務医部会連絡協議会・愛媛

43

岡山宣言

診療科による医師の偏在や地域での医師不足は、勤務医の不足によるところが大きいが、診療報酬による勤務医の負担軽減など、国としての勤務医の環境改善の施策も進められているが、それにも拘わらず勤務医の置かれている状況は依然として厳しい。

現状では、長時間の時間外勤務や、目動に次ぐ当直そして翌日勤務などの過酷な状況があり、また大学病院では医師は教員として雇用され医療職として処遇されていない。さらに、勤務医が医師本来の業務に専念できるチーム医療が進まず、現政権下で最も重要視されている政策としての女性の活用についても、増加する女性医師の就労支援のための諸施策は十分でない。そして、これからの医療を担う勤務医は、幅広く多様なプログラムで育成して行かなければならない。

勤務医の環境改善により、多くの医師を医療機関に確保し、我が国の疲弊した医療を正常化するとは、急性期医療のみならず医療体制全般の改善に大きく貢献し、勤務医と開業医との協働も一層進むものと考えられる。

国はこのような実態を良く理解し、その環境改善に努めるよう次のことを強く要望する。

- 一、労働基準法を遵守できる医師の勤務体制の整備
- 一、教育職である大学病院医師の医療職化
- 一、多職種との協働により医師業務に専念できるチーム医療の推進
- 一、女性医師の増加に対応した男女共同参画の推進と就労支援
- 一、多様なプログラムでこれからの医療を担う医師をみんなで育てる

平成25年11月9日
全国医師会勤務医部会連絡協議会・岡山

44

都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会

勤務医の抱える諸問題に関し、地域の実情を踏まえ、より実態に即した把握・検討等を行う

平成25年11月29日(金) 日医会館小講堂にて開催

シンポジウム「医療事故調査制度及び新しい専門医制度」

1. 医療事故調査制度
①医療事故調査制度のその後の動き
日本医師会常任理事 高杉 敬久
②診療行為に関連した死亡の福岡県医師会調査分析事業(福岡方式)
日本医師会勤務医委員会委員 上野 道雄
2. 新しい専門医制度について
日本医師会常任理事 小森 貴
3. その他

出典:日本医師会作成資料

45

臨床研修医も含めた勤務医の意見を広く吸い上げるための方策

- 勤務医委員会臨床研修医部会(平成21年度～)【設置目的】
 - 臨床研修医は、医師の第一ステージにあり、医療現場の最前線で働く勤務医である。そのため、本部会は勤務医委員会のもとに位置付ける
 - 臨床研修医に、臨床研修における問題点や改善点について自由に討論してもらう場を設け、日本医師会は、討論の中から提示された現場の意見等を吸い上げ、会務を遂行していく際の判断材料として活用するとともに、研修制度にかかる様々な提言を発信していく
 - 部会委員からの多様な研修医の意見をより聞く必要があるとの意見を受けて、毎年開催される全国医師会勤務医部会連絡協議会の開催に合わせて、「臨床研修医部会 in ○○県」を平成23年度より開催

出典:日本医師会作成資料

46

日本医師会臨床研修医支援ネットワーク <概要>

【目的】
臨床研修医に対し、日本医師会の事業のうち、広く利用できるサービスを無償提供することにより、臨床研修医を支援する併せて、日本医師会への理解を深めてもらう

サービス内容

- ☐ 日本医師会会員専用ページの閲覧
- ☐ 日医医学図書館の利活用
- ☐ 日本医師会雑誌のPDF閲覧
- ☐ 生涯教育 on-line の利活用
- ☐ 日医白くま通信の配信
- ☐ 日医会員特別引ホテルオンラインサービスの利活用
- ☐ その他情報(武見フェロー等)の配信 等

※平成23年度から、日医の卒業生贈呈本の付録資料として、直接すべての卒業生に行き渡るようにパンフレットを配付。

登録方法は、日本医師会ホームページ「臨床研修医支援ネットワーク(RSN)」から
<http://www.med.or.jp/rsn/index.html>

出典:日本医師会作成資料

47

医学生向け無料情報誌『ドクターゼ』 <概要>

【名称】 <http://www.med.or.jp/doctor-ase/index.html>
 『Doctor-ase (ドクターゼ)』
 「医師にする酵素」の意味。様々な情報を通じて、医学生が医師になるのを助けるという含意。(2012年4月創刊、年4回発行)
 ①全国の大学医学部・医科大学、②主要予備校の医学部進学コース、③医学部に多くの卒業生が入学する一部高校 等へ配布。
 【コンテンツ】
 医療界全体について考える視野を持ってもらうとともに、医師会への理解の深化を目的とする内容。

<特集テーマ例>

- > 臨床研修制度を考える－医師としての第一歩をよりよくするために
- > 大解剖！ 医療保険のしくみ
- > これからの道 どう選ぶ どう決める？ 医師の「キャリア」を考える
- > 地域の救急医療を支えるしくみ
- > 男女がともに医師として働き続けるために (日本医師会女性医師支援センターの取り組みより)
- > 在宅医療 患者の「居場所」で行う医療



出典：日本医師会作成資料

勤務医の健康支援と労働環境改善

●日本医師会「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会」の主な活動

－平成20年度発足時の背景－

- 勤務医の勤務条件や労働環境は想像を絶する
- 勤務条件の影響で健康を害した医師が多数いる
- 医師の健康確保は患者安全につながる
- 医師の健康支援は医療再生に不可欠

主な活動

- > 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 (日医勤務医会員から1万人を無作為抽出。3,879人から回答あり)
- > 『勤務医の健康を守る病院7か条』『医師が元気に働くための7か条』の作成
- > 医師の職場改善ワークショップ研修会の実施
- > 勤務医の労働時間ガイドラインの検討

出典：日本医師会作成資料

勤務医健康支援プロジェクト委員会 活動経過

1年目(2008)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師会会長から諮問、委員会設置 ・ 全国調査の実施、結果公表 <ul style="list-style-type: none"> － 医師が元気に働くための七か条 － 勤務医を守る病院 七か条 ・ 職場改善チェックリスト開発 	学会・学術誌等での成果報告
2年目(2009)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 電子メール・電話相談会の実施 	
3年目(2010)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院産業医向け研修ワークショップの開発 <ul style="list-style-type: none"> － 全国展開1:熊本、京都、岡山、横浜等 ・ 労働時間ガイドラインの検討 <ul style="list-style-type: none"> － 精神科、麻酔科など診療科別ネットワーク － 全国展開2:岐阜、山口、徳島、宮城、高知等 	
4年目(2011)	<p><プロジェクト委員会→検討委員会に></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師の健康支援と労務管理 <ul style="list-style-type: none"> － 全国展開3:富山、茨城 ・ 勤務医の労務管理分析・改善ツール作成 ・ 労務管理分析・改善ツールの見直し <ul style="list-style-type: none"> － 全国展開4:千葉、埼玉、鹿児島 	
5年目(2012)		
6年目(2013)		

出典：日本医師会作成資料

日本医師会

勤務医の実状

- 休日取得状況 …月に4日以下(2人に1人)
- 平均睡眠時間 …6時間未満(41%)
- 自宅待機 …月に8日以上(20%)
- クレーム経験 …半年以内に1回以上のクレームの経験あり(2人に1人)
- 健康相談体制 …自身の体調不良を他人に相談しない(2人に1人)
- メンタル面のサポート …サポートが必要(9%)
 …自身を否定的に見る(7%)
 1週間に数回以上死や自殺について考える(6%)

日本医師会勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会「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」H21.9

出典：日本医師会作成資料

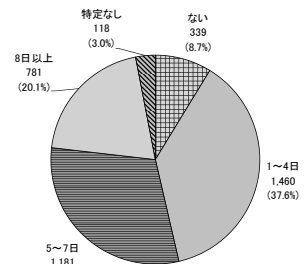
勤務医の半数以上が勤務医の健康支援のために必要だと考える健康支援アクション項目

- 医師が必要な休日(少なくとも週1日)と年次有給休暇が取れるようになる
- 医師が必要な休憩時間・仮眠時間を取れる体制を整える
- 医療事故に関する訴えがあった際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
- 記録や書類作成の簡素化、診療補助者の導入等を進め、医師が診療に専念できるようにする
- 院内で発生する患者・利用者による暴言・暴力の防止対策を進める
- 女性医師が働き続けられるように産休・育休の保障や代替医師を確保し、時短勤務制度の導入、妊娠・育児中の勤務軽減、育児明けの研修等を充実させる

日本医師会勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会「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」H21.9

出典：日本医師会作成資料

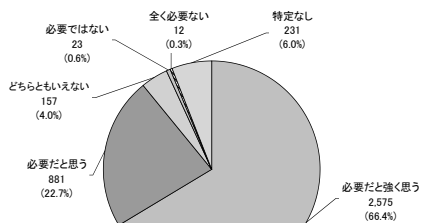
休日日数



休日が月に4日以下の回答者が46%を占めた

日本医師会勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会「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」H21.9

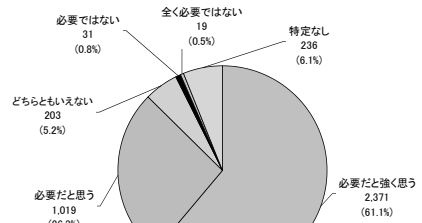
医師が必要な休日(少なくとも週1日)と年次有給休暇が取れるようになる



「強く必要」「必要」は89.1%を占めた。
 約9割の勤務医が、医師が必要な休日(少なくとも週1日)と年次有給休暇が取れるようにすることが必要であると考え、約7割(勤務医の8人に2人)が「必要だと強く思う」と考えている。

日本医師会勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会「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」H21.9

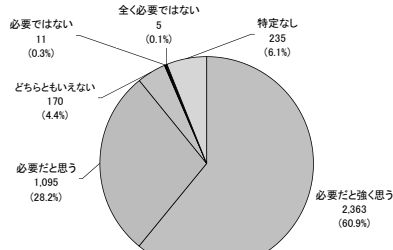
医師が必要な休憩時間・仮眠時間を取れる体制を整える



「強く必要」「必要」は87.4%を占めた。
 約9割の勤務医が、医師が必要な休憩時間・仮眠時間を取れる体制を整えることが必要であると考え、約8割の勤務医が「必要だと強く思う」と考えている。

日本医師会勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会「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」H21.9

医療事故に関する訴えがあった際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

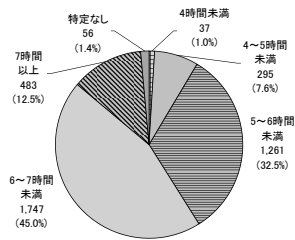


「強く必要」「必要」は89.1%を占めた。
約9割の勤務医が、医療事故に関する訴えがあった際には必ず組織的に対応し、関係者が参加して医師個人の責任に固執しない再発防止策を進めることが必要であると考え、約8割が「必要だと強く思う」と考えている。

日本医師会勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会「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」H21.9

56

平均睡眠時間

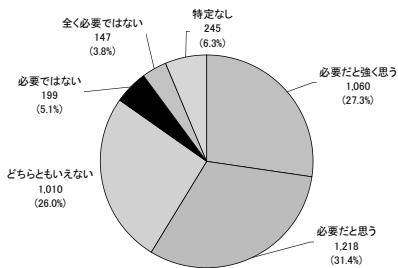


平均睡眠時間は6時間未満が41%を占めた

日本医師会勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会「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」H21.9

57

医師の負担を軽減できる電子カルテシステムの導入や改善を行う

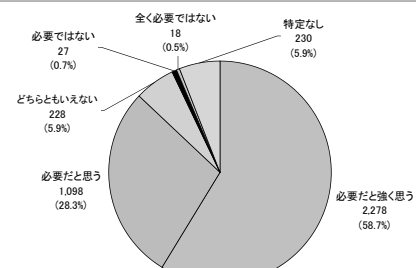


「強く必要」「必要」は58.7%を占めた。
約6割の勤務医が医師の負担を軽減できる電子カルテシステムの導入や改善が必要と考え、3割弱は特に強く必要であると考えている。

日本医師会勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会「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」H21.9

58

記録や書類作成の簡素化、診療補助者の導入を進め、医師が診療に専念できるようにする

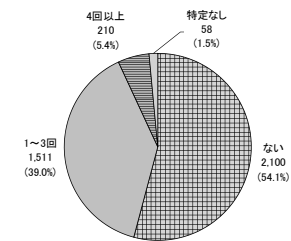


「強く必要」「必要」は87.0%を占めた。
約9割の勤務医が記録や書類作成の簡素化、診療補助者の導入を進め、医師が診療に専念できるようにすることを望み、特に、6割が強く必要であると考えている。

日本医師会勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会「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」H21.9

59

患者さんからやその家族からの不当なクレームやトラブル(直近半年間)

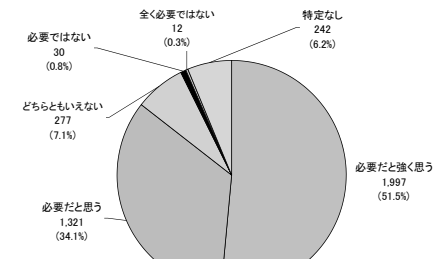


2人に1人は半年以内に1回以上経験があった

日本医師会勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会「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」H21.9

60

院内で発生する患者・利用者による暴言・暴力の防止対策を進める

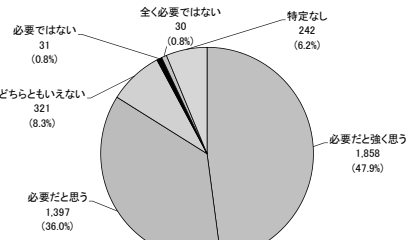


「強く必要」「必要」は85.6%を占めた。
約9割の勤務医が院内で発生する患者・利用者による暴言・暴力の防止対策を進めてほしいと望み、半数は特に強く望んでいる。

日本医師会勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会「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」H21.9

61

女性医師が働き続けられるように産休・育休の保障や代替医師を確保し、時短勤務制度の導入、妊娠・育児中の勤務軽減、育休明けの研修等を充実させる

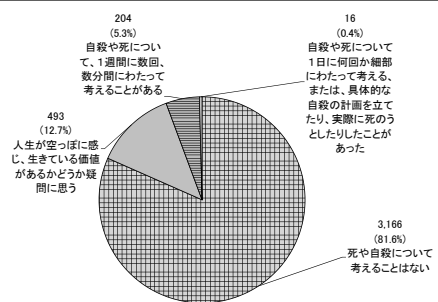


「強く必要」「必要」は83.9%を占めた。
約9割強の勤務医が、女性医師が働き続けられるように産休・育休の保障や代替医師を確保し、時短勤務制度の導入、妊娠・育児中の勤務軽減、育休明けの研修等を充実させることが必要であると考え、約半数は「必要だと強く思う」と考えている。

日本医師会勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会「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」H21.9

62

死や自殺についての考え



6%が死や自殺について1週間に数回以上考えていた

日本医師会勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会「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」H21.9

63

日本医師会「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会」
調査結果からの結論

■ **勤務医の就業環境や生活習慣には改善の余地がある**

■ **医師自身の意識改革も必要であるが、医療機関としての組織的な取り組みが求められる**

■ **医療機関において、産業医活動を活性化させる必要がある**

↓

『勤務医の健康を守る病院7か条』及び『医師が元気に働くための7か条』を作成

出典：日本医師会作成資料 64

勤務医の健康を守る病院7か条

勤務医の健康を守る病院7か条

- 1 医師の休息が、医師のためにも患者のためにも大事と考える病院
必要な睡眠時間や少なくとも週1回の休日がとれる体制が必要です。
- 2 挨拶や「ありがとう」などと笑顔で声をかけあえる病院
挨拶から始まる良好な人間関係こそが職場の財産です。
- 3 暴力や不当なクレームを予防したり、組織として対応する病院
事例の多くは組織的対策により予防や早期解決が可能です。
- 4 医療過誤に組織として対応する病院
医師個人の責任ではなく、組織としての対応が医師・患者に必要です。
- 5 診療に専念できるように配慮してくれる病院
業務の効率化・補助者の導入などで負担が減ると、診療の効率もあがります。
- 6 子育て・介護をしながらの仕事を応援してくれる病院
柔軟な勤務時間、妊娠・育児中の勤務軽減、代替医師の確保が望まれています。
- 7 より快適な職場になるような工夫をしてくれる病院
清潔な仮眠室や休憩室、軽食がすぐに食べられると元気がわきます。

日本医師会 勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会 65

医師が元気に働くための7か条

医師が元気に働くための7か条

- 1 睡眠時間を充分確保しよう
最低6時間の睡眠時間は質の高い医療の提供に欠かせません。患者さんのために睡眠不足は許されません。
- 2 週に1日は休日をとりよう
リフレッシュすればまた元気に仕事ができます。休日をとるのも医師の仕事の一部と考えましょう。
- 3 頑張すぎないようにしよう
慢性疲労は仕事の効率を下げ、モチベーションを失わせます。医療事故や突然死にもつながり危険なのでやめましょう。
- 4 「うつ」は他人事ではありません
「勤務医の12人に1人はうつ状態」。うつ状態には休業で治る場合と、治療が必要な場合があります。
- 5 体調が悪ければためらわず受診しよう
医師はとかく自分で診断して自分で治そうとするもの。しかし、時に判断を誤る場合もあります。
- 6 ストレスを健康的に発散しよう
飲んだり食べたりするストレス発散は不健康のもと。運動（有酸素運動や筋トレ）は健康的なストレス発散に最も有効です。週末は少し体を意識的に動かしてみましょう。
- 7 自分、そして家族やパートナーを大切にしよう
自分のいのち、そしてかけがえない家族を大切に。家族はいつもあなたのことを見守ってくれています。

日本医師会 勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会 66

日本医師会「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会」
医師の職場環境改善ワークショップ研修会
- 日本医師会認定産業医制度生涯研修会として実施 -

【目的】

- 病院管理者や産業医を対象に、医療機関における産業保健の役割、医師のメンタルヘルズ支援について研修

【内容】

- 現在の医療現場の実例に近いケーススタディ(例：①患者からのクレーム等を契機に体調を崩した内科医Aさん、②部下の退職、膨大な業務でうつ病になった外科医Bさん等)を通して、グループワークを行い、勤務医の健康支援・労働環境改善の課題を整理

■ 自分の職場・医療機関の今後の活動計画を作成



受講者が、次のワークショップの講師やファシリテーター候補に

出典：日本医師会作成資料 67

日本医師会「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会」
勤務医の労務管理に関する分析・改善ツール

勤務医の健康支援のための労働時間・勤務体制を含む働き方の見直し手引きの取りまとめ

ステップ1 → 35のチェック項目

1. 労働時間管理に関する勤務医への周知、2. 労働時間の適正把握、3. 労働時間・休憩・休日の取扱い、4. 時間外・休日労働協定（36協定）5. 割増賃金、6. 勤務医の衛生管理、健康支援、7. 女性の勤務医の就業支援

まず自分の医療機関の現状を把握する

ステップ2 → 労働時間を見直すチーム作りとステップ6ステップ

(方針表明→組織づくり→計画作成→監査→規則作成→実施検証)でPDCAサイクルをまわす。

出典：日本医師会作成資料 68

日本医師会「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会」
勤務医の労務管理に関する分析・改善ツール

本分析ツールは、勤務医の健康的な就労環境づくりを支援することを目的として作成されました。本ツールのねらいは法令順守のみを目的化することではありません。関係法令を、健康的な勤務医の就労環境を実現するための指標と位置付け、その視点ないし評価軸による病院の現状分析及び把握の方法を紹介して、各医療機関の職場環境や労務環境の改善活動を支援することにあります。

➡ 本ツールの活用が労働環境改善につながった良好事例の収集のほか、現場からの意見を踏まえ、改訂版の作成なども検討中(アンケート調査を実施)。

出典：日本医師会作成資料 69

勤務医の労務管理に関する分析・改善ツール ステップ1

1 分析・改善ツールの使い方

ステップ1 勤務医の労務管理チェックリストによる現状把握・分析

このチェックリストは、勤務医の労務管理において特に重要な「労働時間管理に関する勤務医への周知」「労働時間の適正把握」「労働時間・休憩・休日の取扱い」「割増賃金・休日労働協定（36協定）」「割増賃金」「衛生管理と健康支援」および「女性の勤務医の就業支援」に関する事項を7つに区分し、それぞれ1分野につき5問、計35問によって構成されています。分析の方法は以下の手順に従います。

項目	ポイント
①勤務医の労務管理チェックリストへの回答・集計	まずはチェックしていきましょう。不明なところは「わからない」にチェック
②各チェックポイントの説明・解説の確認	リーダージャーナル作成 施設における労務管理の現状を確認
③改善項目の選定(ステップ2の事前準備)	難易度ランク「A」「B」「C」を確立 労働環境改善を促す他の関係機関を決める目安に 取組み方について解説していきますので参考にしてください

※なお、このチェックリストは、労働基準監督署による調査項目、および労働関係法律等のすべてを調査するものではありません。また、現状把握と分析を行うにあたり必ずしもこれに該当するすべての労務管理の専門家の支援を得ることをお断りいたします。

①チェックリストの回答・集計 → ②チェックリストの説明・解説の確認 → ③改善項目の選定

出典：2013年3月 勤務医の健康支援に関する検討委員会報告書 70

勤務医の労務管理に関する分析・改善ツール ステップ1 チェックリスト

【1】労働時間管理に関する勤務医への周知	はい	いいえ	わからない	難易度
1 就業規則を作成し、勤務医に周知しています。				A
2 労働条件は、すべての勤務医に対して明示しています。				A
3 労働契約書・労働条件通知書はすべての勤務医に対して交付しています。				A
4 時間外・休日労働協定(36協定)などの労務協定は勤務医に周知しています。				A
5 勤務表を作成し、勤務医に周知しています。				B
合計				

【2】労働時間の適正把握	はい	いいえ	わからない	難易度
1 出勤・欠勤だけでなく、タイムカード・自己申告により労働時間数の把握を行っています。				B
2 カンフル症・症例検討会に集った時間を労働時間としています。				C
3 残業合算に基づかない自発的残業であっても、業務上の必要性が多少あやむを得ず残業している場合には、労働時間として計算しています。				C
4 仮眠時間中に仮眠室を横断する行為が通常である場合、その仮眠時間は休憩時間ではなく労働時間として扱っています。				C
5 外勤アルバイトでの勤務時間を労働時間として把握し、適算して管理しています。				B
合計				

出典：2013年3月 勤務医の健康支援に関する検討委員会報告書 71

勤務医の労務管理に関する分析・改善ツール ステップ1 設問・解説例

【1】労働時間管理に関する勤務医への周知

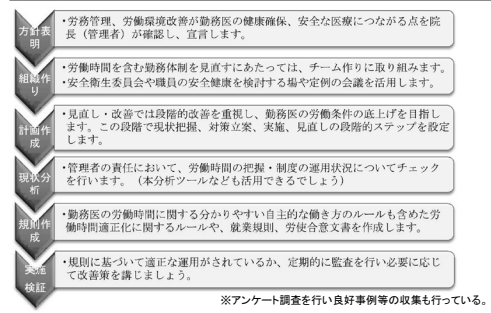
設問	解説	難易度
チェック1 就業規則 就業規則を作成し、勤務医に周知しています。	□ 労働18時間以上の職員を使用する施設においては、就業規則を作成し、労働安全衛生監督官に届け出なければなりません。 □ 就業規則は、常時施設内の見やすい場所に掲示し、または備え付けなどの方法によって職員に周知させなければなりません。	難易度：A
[]はい []いいえ []わからない チェック2 労働条件の明示義務 労働条件は、すべての勤務医に対して明示しています。	□ 雇入れの際には使用者は職員に対して、賃金、労働時間などの労働条件を必ず明示しなければなりません。	難易度：A
[]はい []いいえ []わからない チェック3 書面交付 労働契約書・労働条件通知書はすべての勤務医に対して交付しています。	□ 労働条件の明示に際して、特に重要な事項（付ページ参照）については、書面を交付することはより明かなる必要があります。	難易度：A
[]はい []いいえ []わからない チェック4 労務協定の周知 時間外・休日労働協定（3日協定）などの労務協定は勤務医に周知しています。	□ 労働協定は、就業規則と同様に常時施設内の見やすい場所に掲示し、または備え付けなどの方法によって職員に周知させなければなりません。	難易度：A
[]はい []いいえ []わからない		

出典：2013年3月 勤務医の健康支援に関する検討委員会報告書

勤務医の労務管理に関する分析・改善ツール

ステップ2 労働環境改善の手順

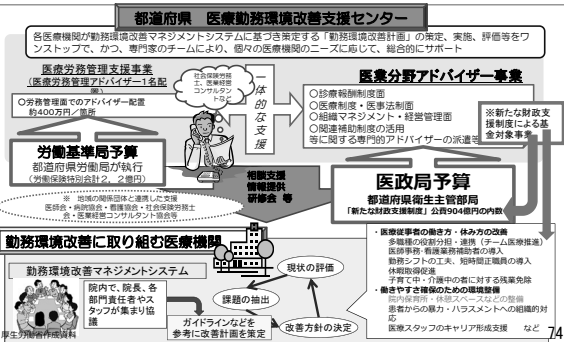
(1) 労働環境改善のためのチームづくりとステップ



出典：2013年3月 勤務医の健康支援に関する検討委員会報告書

医療機関の労働環境改善に係るワンストップの相談支援体制の構築

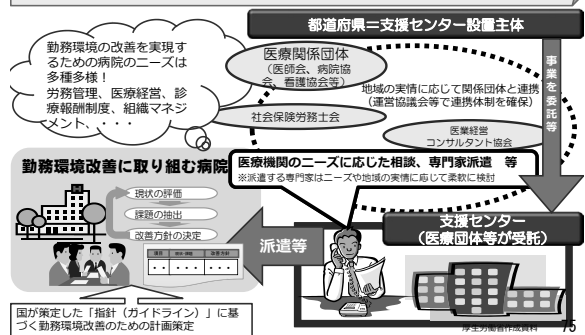
【事業イメージ（全体像）】2月12日に閣議決定された改正医療法に位置づけられる「看護等の医療スタッフの雇止め防止や労働安全の確保等を行うため、国における指針の策定等、各医療機関がPDCAサイクルを活用して計画的に労働環境改善に向けた取組を行うための仕組み（労働環境改善マネジメントシステム）を創設するとともに、各都道府県ごとに、こうした取組を行う医療機関に対する総合的な支援体制（医療労働環境改善支援センター）を設置する。事業実施については地域の医療関係団体等による実施も可能（※各都道府県の実情に応じた柔軟な実施形態）



厚生労働省作成資料

事業イメージ 医療機関の労働環境改善システムの構築

■医療スタッフ全体の雇止め防止や医療の質の向上を図るため、国における指針の策定等、各医療機関がPDCAサイクルを活用して計画的に労働環境改善に向けた取組を行うための仕組み（労働環境改善マネジメントシステム）を創設。あわせて、こうした取組を行う医療機関に対する総合的な支援体制を構築するため、都道府県が地域の関係団体と連携し、**医療労働環境改善支援センター（仮称）**を設置。



厚生労働省作成資料

女性医師支援センター事業

- 平成18年11月
厚生労働省より「医師再就業支援事業」を受託
- 平成19年1月
日本医師会女性医師バンク開設（就業継続支援、再研修含む）
女性医師バンク以外の事業も開始
- 平成21年4月
「医師再就業支援事業」改め「女性医師支援センター事業」へ（女性医師の勤務継続への支援に重点を置き、更なる事業の発展を目指す。）

出典：日本医師会作成資料

平成25年度女性医師支援センター事業 事業計画

1. 女性医師バンクによる就業継続、復帰支援（再研修を含む）
2. 医学生、研修医等をサポートするための会
3. 各都道府県女性医師相談窓口への支援
4. 女性医師支援センター事業ブロック別会議の実施
5. 医師会主催の講習会等への託児サービス併設促進と補助
6. 「2020・30」推進懇話会の開催
7. 女性医師の就労環境の改善と健康支援
8. 「女性医師支援事業連絡協議会」の開催
9. 大学医学部の女性医師支援担当者連絡会の開催
10. 「女性医師の勤務環境の整備に関する病院長、病院開設者・管理者等への講習会」の実施

出典：日本医師会作成資料

1. 就業継続支援、再研修紹介

「日本医師会女性医師バンク」平成19年1月30日開設

- ☆ 会員・非会員を問わず利用できる
- ☆ 求人・求職共に無料
- ☆ 現役医師のコーディネーターが、相談・マッチングにあたる

成立件数	平成26年1月末現在	361件
登録件数		求人延べ 4,309件 求職延べ 700人
再研修紹介(女性医師バンクの相談のなかで適宜)		17件

2. 「女性医師の勤務環境の整備に関する病院長、病院開設者・管理者等への講習会」

- 平成18～20年度に全国都道府県医師会と共催で計81回開催。
- ほぼすべての都道府県医師会において開催することができたこと、また、対象となる病院長、病院開設者・管理者等の交代が、それほど頻繁ではないこともあり、平成21年度以降は、一旦休止。

法律や制度面での変化、病院長等の対象者の入れ替わりを受け、本年度より、標記講習会を再開し、女性医師の勤務環境の整備をさらに推進

出典：日本医師会作成資料

3. 若い女性医師、女子医学生への働きかけ(キャリアモデル提示等)

① 医学生、研修医等をサポートするための会

医学生や若い医師がキャリアを中断せずに就業を継続できるよう、講習会等を通じ、多様な医師像のモデルを提示する。

- ◇ 都道府県医師会、学会、医会等に対し、開催を依頼。
→ 平成24年度は60件（医師会44、その他16）の開催。
- ◇ 開催に掛かる費用のうち、30万円を上限として、本会が負担

② 「女性医師のキャリア支援」DVD

女性医師のキャリア形成やライフスタイルのあり方を多くの女子医学生、研修医や若手の女性医師に伝えることを目的として、ロールモデルとなる女性医師の働き方や女性医師支援に携わる様々な立場の方々の考え方、取り組みを紹介するDVDを作成。

③ 冊子「女性医師の多様な働き方を支援する」の作成

女性医師の多様な働き方・生き方を紹介するとともに、様々な年代・立場の女性医師からいただいた今後の女性医師支援についての提言や、本会女性医師支援委員会委員の意見に対し、本会役員等が答える形で行った議論の内容、直近で実施した医学生に対するアンケートや女子医学生による座談会の内容なども掲載されている。

出典：日本医師会作成資料

男女共同参画フォーラム		テーマの 変遷
回(開催日時、開催地)	テ ー マ	
第1回 (平成17年7月30日、日医会館)	女性医師は何を求め、何を求められているか	女性医師 勤務環境 報告
第2回 (平成18年7月29日、大阪府)	女性医師に関わる問題についての都道府県医師会の 取り組み状況報告、パネルディスカッションなど	
第3回 (平成19年7月28日、神奈川県)	医師の勤務環境の改善を目指して	勤務環境 改善
第4回 (平成20年7月19日、福岡県)	医療現場をくいとめるために、今何ができるか、 何をすべきか	
第5回 (平成21年7月25日、北海道)	今、医師の働き方を考える ～ともに仕事を継続するために～	働き方 改革
第6回 (平成22年7月24日、徳島県)	男女共同参画のための意識改革	
第7回 (平成23年7月30日、秋田県)	「育てる」～男女共同参画のための意識改革から実践へ～	
第8回 (平成24年7月28日、富山県)	変わる～男女共同参画が啓くワークライフバランス	
第9回 (平成25年7月22日、山口県)	みんなががって、みんないい ～伝えたい、豊かな医療人をめざすあなたに～	

出典：日本医師会作成資料

IV. 勤務医の意見が結実した主な取り組み

81

日本医師会 勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会 平成20年発足

- 「勤務医の健康の現状と支援のあり方に関する調査」(平成21年2月)実施
- 医師、病院管理者の意識改革・啓発のための「勤務医の健康を守る病院7カ条」「医師が元気に働く7カ条」パンフレット作成・配布
- 病院管理者、産業界を対象とし、ケーススタディを重視した「医師の職場改善ワークショップ研修会」の実施とその全国的展開の推進 →H22・23年度20カ所で開催
- 「勤務医の労働時間ガイドライン」の作成に向けた検討

厚生労働省「医療分野の雇用の質向上PT」(平成24年10月～)
 ■「医療分野」の質の向上に向け、省内の縦割りを排し、局横断により、医療や労働各分野の施策の密接な連携を図りながら、医療現場の具体的なニーズに応える実効性のある実践方策を検討する。

出典：日本医師会作成資料

82

日本医師会 死亡時画像病理診断(AI)活用に関する検討委員会(平成20年発足)

目的
死因究明のための制度の円滑な運用の方策のひとつとして、全国に普及している一般のCTの利用、検査費用が解剖に比べ安価である等の利点や、一般病院において実施する際、通常患者用に使用されているCT装置の利用等の問題が考えられる死亡時画像病理診断(AI)を用いた、死後画像と剖検との組み合わせによる医学的および社会的な死亡時患者情報の充実の可能性について、検討を行うとともに、課題を明らかにする。

《平成21年3月中間報告・平成22年3月答申》

厚生労働省「死因究明に資する死亡時画像診断の活用に関する検討会」
(平成22年6月～平成23年7月)

「死因究明等の推進に関する法律」の成立(平成24年法律第33号)

内閣府「死因究明等推進会議」(平成24年10月～)
内閣府「死因究明等推進計画検討会」(平成24年10月～)

出典：日本医師会作成資料

83

女性医師の意見が結実した日本医師会の具体的な活動①

【各要望書の提出】

①平成17年2月 女性会員懇談会委員長より 日本医師会長宛
(内容) 厚生労働省に対し、臨床研修制度における産休期間中の身分保証、再開時の研修継続の保証について、「臨床研修制度に関する省令」に明記するよう強く働きかけることを要望。
産休を含めて延べ90日間の研修の休止について厚生労働省の省令に明記された。

②平成19年2月 男女共同参画委員長より 日本医師会長宛
(内容) 厚生労働省に対し、
1. 都道府県知事宛に出された通知「医師に対する出産・育児等と診療の両立の支援について」(平成18年10月31日付)を国立病院機構とナショナルセンターに改めて通知する
2. 国家公務員の育児支援策として、医師の正職員長時間勤務制度の早期導入
3. 産休育休の代替要員についての制度化について働きかけることを要望。
厚生労働副大臣を通じ、1、2についてそれぞれの部署に取組の指示が出され、2について、平成19年8月1日施行の「育児休業等に関する法律の一部改正」として実現した。

出典：日本医師会作成資料

84

女性医師の意見が結実した日本医師会の具体的な活動②

③平成19年2月 男女共同参画委員長より 日本医師会長宛
(内容) 1. 日本医師会が行う研修会等への託児室併設
2. 各医師会や製薬会社等が行う研修会等への託児室併設についての働きかけを要望。
1については、平成19年度より日本医師会事業計画に明記された。
2については、都道府県医師会と日本製薬団体連合会会長宛てに日本医師会よりそれぞれ依頼文が出された。

④平成19年3月 勤務医委員長、男女共同参画委員長より 日本医師会長宛
(内容) 日本医療機能評価機構に対し、医療機能評価項目に、
1. ゆとりある勤務体制
2. 子育てしながら勤務できる支援体制
3. 休業後の再就業を支援する体制
を加えるよう働きかけることを要望
日本医療機能評価機構理事長宛てに日本医師会長名で依頼文が出された。その結果、平成21年7月運用開始の病院機能評価統合版評価項目V6.0より項目に加えられた。

出典：日本医師会作成資料

85

女性医師の意見が結実した日本医師会の具体的な活動③

⑤平成21年6月 女性医師支援センター長より 日本医師会長宛
(内容) 厚生労働大臣に対し、
1. 臨床研修中の妊娠・出産・育児等による中断についてのルールの明文化
2. 臨床研修について、妊娠・出産・育児等に配慮した柔軟性をもったコースの設置について働きかけることを要望
1について、厚生労働省より各地方厚生局に対し、詳細なルールを周知するための通知が出された。

⑥平成22年6月 女性医師支援センター長より 日本医師会長宛
(内容) 文部科学省に対し、男女共同参画やワークライフバランスについての講義の医学部教育カリキュラムへの導入促進について働きかけることを要望
文部科学大臣、文部科学省政務三役およびモデル・コア・カリキュラムの改訂に関する連絡調整委員会委員長宛てに、日本医師会長より講義必修化の依頼文が出された。
結果、「医学教育モデル・コア・カリキュラム - 教育内容ガイドライン - (平成22年度改訂版)」に採用されることになった。

出典：日本医師会作成資料

86

医師会の 組織強化

勤務医、開業医、女性医師、研修医、医学生…
すべての意見を反映する仕組みを構築

勤務医 支援

医療連携、女性医師支援、健康支援…
今、できることを一歩ずつ
着実に実行

出典：日本医師会作成資料

87

【参考】育児・介護休業法と院内保育所等

育児・介護休業法 (H21年改正、22年6月30日施行)

育児休業制度

労働者は、申し出ることにより、子が1歳に達するまでの間、育児休業をすることができる(一定範囲の期間雇用者も対象となる※1)。また、一定の場合※2、子が1歳6カ月に達するまでの間、育児休業をすることができる。

➡ 事業主は、労働者からの育児休業申出があったときは、当該育児休業申出を拒むことができない(原則)。

➡ 事業主は、育児休業、介護休業や子の看護休暇の申出をしたこと又は取得したことを理由として、労働者に対して解雇その他不利益な取扱いをしてはならない。

※1 申出時点で、次の①、②のいずれにも該当する労働者

① 同一の事業主に引き続き雇用された期間が1年以上であること
② 子が1歳に達する日を過ぎて引き続き雇用されることが見込まれること(子が1歳に達する日から1年を経過する日までに労働契約期間が満了し、更新されないことが明らかである者を除く)

※2 次の①、②のいずれかの事情がある場合

① 保育所に入所を希望しているが、入所できない場合
② 子の養育を行っている配偶者であって、1歳以降子を養育する予定であったものが、死亡、負傷、疾病等の事情により子を養育することが困難になった場合

日本医師会男女共同参画委員会「女性医師がいまいそと仕事を続けていくために」より

89

育児・介護休業法の短時間勤務制度について

事業主は、3歳未満の子を養育する労働者について、労働者が希望すれば利用できる短時間勤務制度を設けなければならない。

※1日の所定労働時間を原則として6時間とする処置を含むものとする。

対象となる労働者は・・・

- ① 3歳未満の子を養育し、育児休業をしていないこと。
- ② 日々雇用される労働者でないこと。
- ③ 1日の所定労働時間が6時間以下でないこと。
- ④ 労使協定により適用除外とされた労働者でないこと。

日本医師会男女共同参画委員会「女性医師がいまいそと仕事を続けていくために」より

90

育児・介護休業法の所定外労働の制限について

3歳未満の子を養育する従業員が申し出た場合には、事業主は、その従業員を、所定労働時間を超えて労働させてはならない。

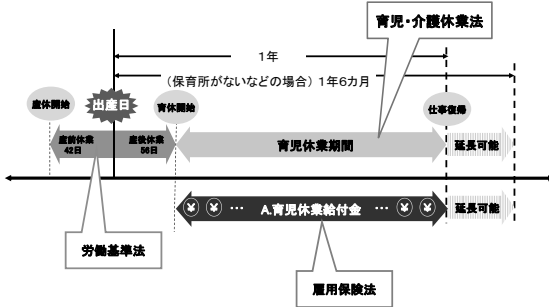
対象となる従業員は、以下のいずれにも該当する男女労働者です。

- ① 3歳未満の子を養育する従業員であって、育児休業をしていないこと
- ② 日々雇用される従業員でないこと
- ③ 1日の所定労働時間が6時間以下でないこと
- ④ 労使協定により適用除外とされた従業員でないこと

日本医師会男女共同参画委員会「女性医師がいまいそと仕事を続けていくために」より

91

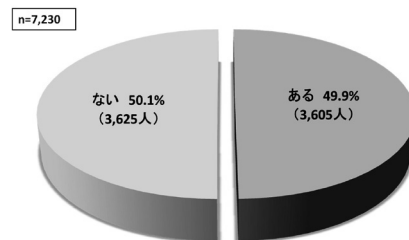
産前産後休業・育児休業について



日本医師会男女共同参画委員会「女性医師がいまいそと仕事を続けていくために」より

92

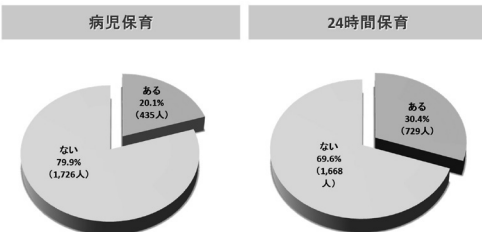
院内保育所・託児所の設置状況



日本医師会「女性医師の勤務環境の現状に関する調査報告書」平成21年3月
日本医師会男女共同参画委員会「女性医師がいまいそと仕事を続けていくために」より

93

病児保育・24時間保育の実施状況

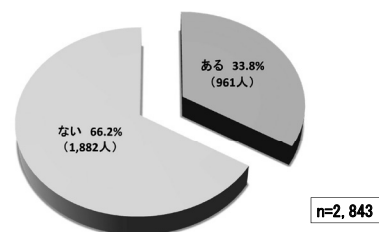


日本医師会「女性医師の勤務環境の現状に関する調査報告書」平成21年3月

日本医師会男女共同参画委員会「女性医師がいまいそと仕事を続けていくために」より

94

院内保育施設の利用状況①

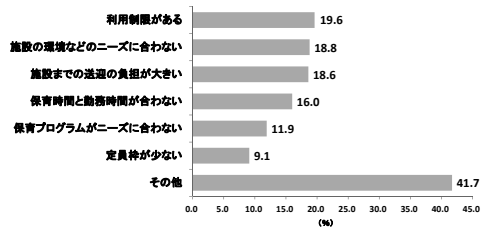


日本医師会「女性医師の勤務環境の現状に関する調査報告書」平成21年3月
日本医師会男女共同参画委員会「女性医師がいまいそと仕事を続けていくために」より

95

院内保育施設の利用状況②

院内保育所を利用しない理由



日本医師会「女性医師の勤務環境の現状に関する調査報告書」平成21年3月
日本医師会男女共同参画委員会「女性医師がいきいきと仕事を続けていくために」より

96

院内保育所の現況と問題点

- 設置率は49.9%
 - 就業支援策として院内保育所設置が最も有用、設置率の増が必要
 - 病院の費用負担が大であり、助成の充実が必要
- 非常勤医師の利用制限
→ 制限の撤廃が必要

日本医師会男女共同参画委員会「女性医師がいきいきと仕事を続けていくために」より

97