

平成 28 年度 全国医師会勤務医部会連絡協議会

と き 平成 28 年 11 月 26 日（土）10：00～17：40

ところ リーガロイヤルホテル大阪

主 催 日本医師会

担 当 大阪府医師会

日本医師会の主催、大阪府医師会の担当により標記協議会が大阪府にて開催された。本会部会からは前川部会長、内田企画委員長、本会から加藤、白澤、中村が出席した。

特別講演

I．地域包括ケアと病院の関連（あり方）について

日本医師会長 横倉 義武

座長：大阪府医師会長 茂松 茂人

最初に、日本はすでに超高齢社会であること、医療と介護が一体的に提供される体制をつくり医療機能の分化・連携と地域包括ケアシステムを進めていかなければならないこと、普段から地域の医師・診療所や他の病院との連携がさらに不可欠となることの3点を強調され、そのためには勤務医にとっても医師会活動が重要であると述べられた。

超高齢社会は、既に病院医療・救急医療にも大きな影響を与えていると述べ、その原因として、高齢患者や介護が必要な者が増大したこと、医師・看護職員の不足や偏在、都市部や地方の人口変化を挙げられた。大阪府等の都市部は、将来介護の需要度は増すが医療の需要度に大きな変化は見られない一方で、秋田県等の地方は、将来介護の需要度は少し増す程度だが医療の需要度は大きく減少すると予想される。その他にも、超高齢社会は救急患者搬送受入困難問題にもつながっており、その多くは在宅独居・施設入所の高齢者、精神疾患患者、酩酊者、頻回利用者又は身元不明者である。

第二に、これからの医療体制は、地域医療構想による医療提供体制と、地域包括ケアシステムの構築が大きな柱である。一つは“2025年”に向け、医療機関が病床の医療機能（高度急性期、急性期、

回復期、慢性期）を報告し、都道府県が地域医療構想を策定しつつ医療機関の自主的な選択により各地の医療機能が次第に収斂されることを目指す。もう一つは、高齢者になるべく住み慣れた地域で自立した日常生活を営むことができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援のサービスを包括的に確保することである。その結果として、かかりつけ医を中心とした医療と介護の一体的な提供が可能となり、それが新たなまちづくりになると述べられた。具体的には、地域包括ケアシステムとまちづくりのために、医師や医療資源が少なく高齢者が増加していく地域では、地域密着型の医療体制を整備していく必要があり、その中で郡市区医師会には、かかりつけ医機能を中心に医療・介護を見据えたまちづくりに重要な役割が期待されていると述べられた。また、地域包括ケアシステムでも、医師会は行政の重要なカウンターパートナーであるべきであり、日本医師会と厚生労働省、都道府県医師会と都道府県行政、郡市区医師会と市町村行政の関係構築が重要であると述べられた。上記の構想の中で、医師会の最も重要な取組みは、かかりつけ医機能の推進である。「かかりつけ医」とは、「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医や専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」とであるとされた。地域住民から信頼されるかかりつけ医の能力の維持・向上のために「日医かかりつけ医機能研修制度」が設けられている。平成28年4月より都道府県医師会が主体となって実施されており、研修内容は、基本研修、応用研修、実地研修の3領域があり、要件を満たした場合、都道府県医師会より有効期間3年の修了証書又は認定証が発行されることになっている。かかり

つけ医のモデル事業として、病院救急車を使った地域高齢者搬送システムが紹介され、八王子高齢者救急医療体制広域連絡会での取組み、浪速区医師会「ブルーカードシステム」での取組み、横浜市青葉区の地域包括ケア「あおばモデル」での取組みが紹介された。

第三に、今後のわが国に必要な医療について述べられた。まず、医療機関の費用構造推移では、人件費の割合が 2000 年度は 50% だったが、2012 年度には約 10% 減少した。しかし、医療用消耗品などは技術料から包括して償還されており、これらの上昇が医療従事者の人件費を圧迫する要因になっていると述べられた。社会保障費は、医療、介護等を中心に今後も増加することが見込まれ、財政を緊縮しようとする立場や成長戦略や規制緩和の名のもとに、保険給付範囲を狭める圧力が続くことが予想される。それに対応すべく、また、人口が減少していく中で国民皆保険を堅持・持続していくために、財政主導ではなく、われわれ医療側から、過不足ない医療提供ができるための適切な医療を提言する必要がある。例えば、生涯保健事業の体系化による健康寿命の延伸、糖尿病のハイリスク群への早期介入による透析導入患者の減少、COPD 患者への適切な医療介入による在宅酸素療法導入患者の減少、症状や患者特性に応じたコスト意識を持った処方の診療ガイドラインへの掲載等、学会活動の支援等が考えられる。そのような中で、高度急性期医療は高齢化・人口減でニーズは減少するが、地域に密着した医療は超高齢社会でニーズが増えることが予想される。また、地域に密着した医療には、施設も在宅も活用し、さらに中小病院、有床診療所、無床診療所の既存資源の活用も重要である。日本の医療システムは、超高齢社会に適しており、中小病院や有床診療所が多いので身近でいつでも入院もでき、高齢者の在宅支援システムの構築が可能であること、診療所の質が高く充実しているので高齢者に便利なワンストップサービスが可能であることであると述べられた。

最後に、「これからの勤務医には、普段から地域の医師、診療所や他の病院、さらには介護・福祉サービス関係者との連携が一層求められる。地域医師会は、医療機関の取りまとめとともに、か

かりつけ医機能の推進、在宅医療・介護拠点づくりや、地域に根差した看護職員等の養成を狙っている。勤務医には、そうした医師会活動に関心を持ち、参加していただきたい」と締めくくられた。

〔報告：山口県医師会理事 白澤 文吾〕

Ⅱ．地域医療構想について

厚生労働省保険局医療課長 迫井 正深
座長：大阪府医師会副会長 中尾 正俊

地域医療構想、地域包括システムについて、私見も含めてわかりやすく説明したい。1960 年の人口ピラミッドは大きい労働生産力と小さい社会保障費で高度経済成長の原動力となったがここが出发点である。人口ピラミッドは 1990 年、2010 年、2025 年と団塊の世代が後期高齢者に移行していき、支え手の減少をもたらし、2060 年には総人口は 8,674 万人となり、一人の高齢者を 1.2 人で支える社会になる。社会保障の問題は政策の話でもあるが、社会の成熟をみんなで考えようという話である。これがマクロの話である。

もう一つは地域の話で、地域によって高齢化のボリュームやスピードが異なる。埼玉県では一気に高齢化が進んでいく。振れ幅が最も大きいのは沖縄県である。しかし、その時間差は 10 年、15 年ある。これは都道府県ごとの話であるが、市町村や二次医療圏、県庁所在地によっても地域によってスピード感が違うので地域ごとに考えなければならない。大阪や東京などの大都市の場合は高齢者のボリュームが大きいので、インフラ整備が必要になってくる。人口構成の変化はマクロで見ると 2025 年問題があるが、政策的には地域によっても異なるということが大事である。

なぜ 75 歳に注目するのかというと、東大の高齢社会総合研究機構の秋山浩子 教授の論文や本があり、20 年間の追跡調査で、自立度は、男性も女性も 70 ～ 75 歳前後で落ちてくるが、男性の約 10% は 90 歳になっても元気なグループがある。大家族性の時代から核家族化が進んだ今日では、ケアのニーズの変化がある。そして、人生の最終段階のケアがある。年間の死亡数のピークは 2040 年で約 167 万人、死亡場所も病院が 75% ぐらいで、自宅は 12.9% である。このようなケアのニーズの変化・増大にどのような体制で

対応していくかが大事である。

ここで社会保障をどのように構築してきたかの歴史を見てみる。明治から終戦までは黎明期、拡充期が高度経済成長期で皆保険もこの期間にできた。その後が調整期で、オイルショックから低成長となり今日に至っている。いろいろな政策課題（赤字国債、非正規雇用拡大、介護保険制度、社会保障・税一体改革）が上がっているが、今取り組んでいるのが社会保障・税一体改革である。

社会保障・税一体改革を見てみると社会保障を確保しながら財源を確保していくとなると消費税の問題は避けて通れない。社会保障制度改革国民会議が作られ、政権交代は 2 回あったが大きな流れは政権が変わっても続けていくという三党合意がされた。その報告書の抜粋で、上段に書かれている、「患者の状態に見合った病床で人的・物的資源を集中的に投入する必要」をうたっており、地域医療構想を反映している。下段は「介護ニーズと医療ニーズを併せ持つ高齢者在宅医療」の話で地域包括ケアシステムのことを述べている。このことを受けて制度改正したものが、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進する関係法律の整備等に関する法律（地域医療介護総合確保法）で、多岐な関連法（医療安全や特定看護師）も入っているが、1 は基金のことが書かれており、メインは 2 と 3 で地域医療構想と地域包括ケアシステムの構築のことが書かれている。この 2 つの柱で現在の医療介護の体制整備、サービスの供給・充実が政策に組み込まれている。

地域包括ケアシステムの姿の絵があるが、真ん中に住まいとご本人があって、地域の生活支援・介護予防があって医療と介護がそれを支えていくイメージである。しかし、多くの説明がなく、わかりにくいところもある。地域包括ケアシステムは医療サイドから見たシステムと介護の方から見たシステムがある。医療側の地域包括ケアという言葉をはじめて使ったのは山口 昇 先生であるが、似たような取り組みは全国にある。昭和 40 年ごろ、脳外科の手術をたくさん行い、地域住民は元気になっていると思っていたら皆寝たきりであったと言われ、調べてみたら事実そうであった。その当時は手術をしたら大事にしないといけないうことで寝たままにしていた背景もある。こ

れは良くないと気が付き、病院で出前をして訪問サービスをしていったら寝たきりが 1 人減り、2 人減り、しまいにはゼロになったという話で、『寝たきり老人ゼロ作戦』（山口 昇、2012）ゴールドプランである。このことを概念的に言うと医療だけやってもダメで、必要なもの全部やらないと患者さんのためにならないということである。

しかし、このストーリーでもすべてのケアニーズに応えきれていない。そこで介護福祉モデルが必要になってくる。要介護度認定者数の推移を見ると、要介護度の分布は要支援 1 から要介護 5 まで比較的均等配分のニーズになっている。先ほどのストーリーでは比較的重度な要介護者で医療ニーズと介護ニーズが受けられているが、軽度の人も放っておいたら重度になる、軽度の人たちをどうしたらいいかという話である。一人暮らしの高齢世帯が困っていることは家の中の修理・電球の交換・部屋の模様替えが 1 番で、次が自治体活動、掃除、買い物と続くが、これらの生活支援ニーズにどのように対応するかという問題である。これを地域力でやっというのが地域包括ケアシステムを介護福祉の方から見たアプローチである。全国でうまくいっている介護事業は、みんなができることをみんなでしようというもので、おじいちゃん、おばあちゃんが参画している。住民主体の介護予防モデルとして大分県竹田市の取り組み（高齢者が集まって料理を作ったり、談話したり）などをしてほしい。サラリーマンは仕事を辞めるとすることがなく、家に寝っ転がってテレビを見ている。こういう人たちが寝たきりになる危険性が高いので、このような人たちを引っ張り出して料理を作るプログラムなどをやろうという話になると、家から出て行くことになるので、こういったことを市町村で行ってほしい。大阪府大東市の PT の人たちが地域住民参加型の体操プログラムを作って体操をしようと思いつき、やってみると、要介護認定度の割合が下がっていった。介護サービス・医療サービスを使わなくても自立度がある程度保てる。エビデンスがあるのだから、大東市みたいなことを全国でしてほしい。これが地域包括ケアシステムの介護福祉サイドの話である。

生活支援のニーズがあるので、高齢者自身に参加してほしい。参加すると自分も社会のためになっていると思えるし、支えられる方も助かるし、支える側も元気になるという相乗効果が生まれてくる。それを市町村がバックアップし、国も県もさらにバックアップしていく。医療だけではダメというがプロフェッショナルサービスは地域づくりや予防というところにはなかなか広がっていないが、地域住民が主体で市町村が進めてほしい。トータルで地域包括ケアシステムなのである。これを概念的に言うと、地域包括ケアシステムというのは地域と包括ケアとをくっつけた造語で、地域というのは「地域で」という場所と「地域自身が主体の」という意味が込められている。地域づくりによる生活支援・介護予防という部分とプロフェッショナルサービスのネットワークの部分とをかけていて、この二つをやっていることと話である。うまくいっている地域をいろいろ調べるとこのようなことが分かった。田中 滋 先生に地域包括システムの報告書を作っていただいたが、どのようなサービスが必要か、どのような体制でやるのか、というのは、地域で必要なサービスを提供する、というのと、地域自身が、つまり自助・補助が必要だという二つのパートでできている、ということである。最近では植木鉢の図というのを使っている。葉っぱ、土、鉢がある。実は生活という土がないところには葉っぱは育たない。つまり、プロフェッショナルサービスはもちろん重要だが、地域がないところでこういったサービスを提供してもダメであるということをこの図は伝えている。全体のバランスをとってうまく提供する地域包括ケアシステムというのは地域力と医療介護の包括であり、生活視点を医療・介護に持っていくのかという話である。ご当地システムを地域の皆さんに考えてほしい。医療というものは高度急性期もあり回復期もあり、かかりつけ医もある複雑系のシステムである。地域包括ケアシステムを考えるポイントは二つあり、それはエリアの話と役割の話である。地域において地域完結型を目指すのが、医療においては必ずしもそうはいかないので地域で考えていただくしかない。機能がどうなっているのか。患者さんにも流れがあるので、流れに応じて切れ目のなくつないでいく必要があ

る。概念的に地域完結を目指すのはいいが、現実には広域連携で医療を考えていくことが地域医療構想である。だから、地域包括ケアシステムを進めていくのであれば、地域医療構想はセットでなければならない。

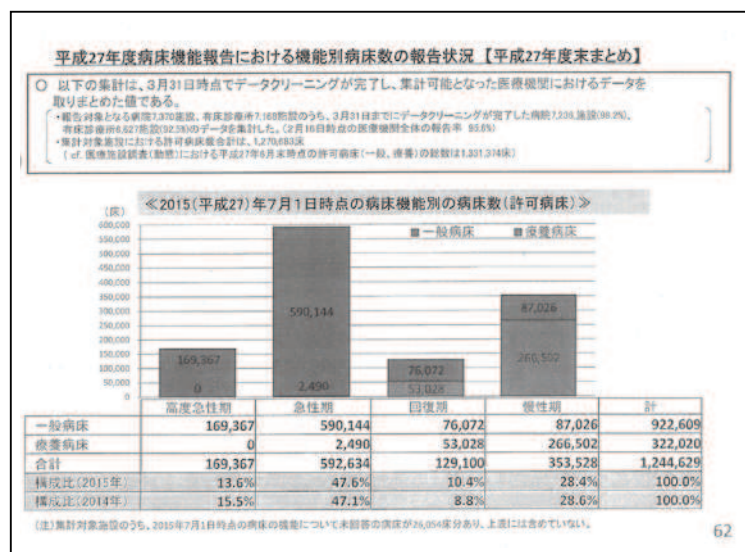
地域医療構想がなぜ必要なのか。①日本型高齢社会の到来である。地域ごとで考えないとミスマッチになる。②将来の人口動向は 3 つのフェーズに分かれる。今から高齢化が進むので高齢者のケアニーズが高まり、医療・介護は成長産業であると言われるが、やがてフラットとなり、第 3 フェーズに入っていくと高齢者自身も減っていく。そうすると、病院を建てると言っても 30 ～ 40 年かかって減価償却をしなければならない。投資をして回収して運用をしなければならない。今まではあまり考えなくても良かったが、長期のビジョンが必要になってくる。特に第 3 フェーズになると、大きな投資をしたのに病床稼働率は下がる、患者は減少する中でどう考えていくかという話である。各法人・各病院ごとで考えてきたが、地域ニーズの見通しが立つようになってきた。地域のニーズの変化に呼応してある意味、撤退部分も進出部分も含めて最適化することが求められている。法人施設最適と地域最適を両立させてください、という極めて難しいことをお願いしなければならない。これが時代認識であり、地域医療構想の最も重要な部分である。医療・介護では難しいけれども、他の産業ではやってきた、と思われる。円高の問題、人口構成の問題、教育分野でもそうで、見通しを立てながら苦しいリストラクチャリングをやってきた。医療と介護にもそういうことが求められている。③このようなことが可能になった背景には、圧倒的なエビデンスが出てきたことによる。DPC はじめさまざまな情報が共有できるようになってきた。人口構成も予見可能な部分であるので、情報をうまく活用できたことがある。個々の病院のことを言うと、最初は拒否反応があっても医療の専門職の人たちはデータを分析して理解すると、医療はエビデンス、サイエンスなので物事が一気に進む。可能になった背景はデータの共有、整備による。

どのようなロジック、どのような政策なのかというと、医療機関を病院中心に 4 つの機能（高

度急性期、急性期、回復期、慢性期）に分けて、入院施設の将来像と目指すべき方向性を都道府県単位と構想区域単位で考えてください、というスキームである。基本的に PDCA サイクルをイメージしている。地域医療構想は医療計画の中に位置付けられており、医療計画を策定しながら、PDCA サイクルを回していくことなので、作っておしまいではなく、回しながら運用しながら作り変えていくことが肝要である。必要病床数がどのくらい地域に必要なかというのは、データを使って算出できる。高度急性期、急性期、回復期の病床区分は、出来高のレセプトをうまく活用することにより、どんな疾患に、どんな治療、どんな薬を使っているのか分かるようになったので需要を計算できるようになった。入院患者の流れを平均的に見るとどのくらいの医療資源の投入量がいるかが、高度急性期、急性期で、数字で当てはめられるようになった。個々の病院ではなく、地域の需要を導き出す。そのための計算の方法として、それぞれの区分にある患者さんの数が地域ごとに年齢階層別に出る。すると将来推計が出るので将来の医療の需要が数字として出る。それを一定の仮説で病床に割り戻すと、病床の必要量が出る。慢性期は包括診療なので病名に対してどのような診療行為なのかかわからないのでロジックが異なる。議論の余地はあるが、慢性期には療養病床、障害者の病床、病院以外の患者あるいは利用者も含めてトータルで位置づけ、性質を考えていくときに地域ごとに療養病床の利用率が異なる。その違いを地域差として許容できる部分と修正できる部分とに分けて議論するために、概念的に地域差を縮小するためにどんなことができるかということを整理した。二つのパターンに分けて都道府県知事に選択していただいて、病床の利用率、入院している患者さんと地域住民の数との差を少しずつ少なくしていこうということで、必要病床数を出した。もう一つは病床機能報告で、主観的な自身の施設の判断と客観的なデータの組み合わせになっている。4つ

の機能は概念的な内容の記述で、高度急性期、急性期以外などというのをそれぞれの施設、病棟で判断してもらって、客観的なデータと合わせて報告してもらっている。これはレセプトや施設基準のデータが元になっている。比較すると診療報酬ごとに、救命救急を算定している施設はほとんど高度急性期で手を挙げている。

誤解してほしくないのは診療報酬とリンクしてということではなく、診療報酬の施設基準を出す際にさまざまなデータがあって、救命救急料を算定している病棟というのは高度急性期的な診療内容になっていて、診療報酬の額もだいたい整理される。少し議論の余地があるとすれば、地域包括ケア病棟に関しては数値的にはそんなに多くないが慢性期的な要素も入っているところぐらいである。ほとんどが内容的にも数値的にも整理できるという話で、報酬をどう取るかという話ではない。データについていうと病棟構造の整理ができるようになったので主観的にどのような機能を担っていきたいかということと、さまざまなデータを突き合わせて議論することが可能になった。実際の数字（スライド）を見てみると、かつてワイングラス型、乳酸飲料型と言っていたが、これはイメージで今後は定量的にしっかり議論できるようになった。このようなことを PDCA を回しながら進め、比較をしていく。病床削減ありきという批判を浴びた内閣官房が作成したチャートがあるが、マクロで見た場合、施設調査で届出の 134.7 万床と、実際に報告された 123.4 万床のギャッ



ブはあるがこれは休眠病床があるためであり、将来像は急性期の需要は少し減り、回復期は需要が高まる。都道府県単位でも同じような図はある。慢性期は、療養病床とその他があるが、慢性期として整理される。繰り返しになるが、受け皿がないのに無理やりにこうするという枠組みではなく、将来の需要がこうなるということを示してどうしますか、PDCA を回していきましょうというスキームである。結論ありきではなく、病床数は後から付いてくる話で、将来需要を見比べながらどうしていきますか、を考えていく。リアリティーのある地域医療のデザインであるが、地域により異なってくる。ここまでがエビデンスに基づいた話である。

重要なのは、どのような協議をしていくかという話である。地域医療構想策定ガイドラインが示されている。活用できるデータとして NDB (National Data Base) があり、医療行為別の患者の流出入があるので医療圏ごとに医療が完結しているかどうか把握できる。また、年齢調整標準化レセプト出現比がある。高知県の例（胃がんの内視鏡的手術件数）であるが、レセプトを使うとさまざまな診療行為がどれぐらいの頻度で行われているかがわかる。高齢化、人口構成を補正しても特定の診療行為がやたら多いとか少ないかが分かる。どのような体制を組むべきなのか議論ができる。熊本市の例で病院ごとにどんな診療をしているのかが DPC データを用いて、MDC（臓器別の分類）別に一目でわかる。現在どのような機能を担っており、将来どうしたいかということを検討する病院単位のエビデンスもある。地域の救急、周産期、くも膜下出血・動脈瘤破裂のアクセスなども、千葉県の例であるが 30 分以内にアクセスできない地域がビジュアルにわかる。地域の医療をどのようにデザインしていくかということが地政学的に分かる。大阪も東京もだが、隣接県との関係も重要である。アクセスマップと人口カバー率によって議論が可能になる。

地域医療構想の直近の状況だが、平成 28 年 10 月末の時点で 30 都道府県がすでに策定している。内訳は 27 年度中が 12 府県、28 年 10 月 31 日までが 18 都県（山口県を含む）、28 年中 9 道県、28 年度中 8 府県である。ばらつきがあ

るデータではない。代表例として青森、岐阜などでは具体的な医療機関の再編について議論されている。広島県では、さまざまな政策的な提言を行っている。ご当地システムの話なので他県との比較というのは必要かもしれないが、あくまでそれぞれの地域でどのように考えるかに力点を置きたい。PDCA でうまく回っていくことを願っているが、制度上は、うまくいかなかった時に、行政の役割として都道府県知事に最終的にはしっかりとやってください、ということになっている。

地域医療構想を具体的にどのように進めていくかに関して 28 年 8 月にまとめた資料「調整会議の役割を踏まえた議論する内容及び進め方の整理」であるが、医療機関の役割分担を既存の医療機関と今後新たに出てくる医療機関、既存の医療機関も比較的大きな規模の医療機関とそれ以外の医療機関とで地域ごとに位置付けを確認しながら議論を進めていったらどうか、ということをもとめている。

大きく 2 つのことをお話ししたが、地域医療構想の背景の部分、地域包括ケアシステムとの関係は全体像として把握してほしい。トータルで日本社会が直面する高齢化の問題、医療・介護、特に医療がどう対応しようとしているのかを理解していただけるといい。地域医療構想は、あるべき姿を共有するというのが大前提で既存インフラをうまく活用する。地域医療人の合意形成も前提である。行政の役割も重要で、都道府県の皆さんも市町村の方々もしっかりサポートしていただきたい。

日本医師会勤務医委員会報告

日本医師会勤務医委員会委員長 泉 良平

平成 28 年 4 月 22 日に日本医師会に提出した平成 26～27 年度の日医勤務医委員会の答申により報告を行う。委員会には女性の委員が 2 名含まれている。2 年間にわたって勤務医委員会で審議した。会長諮問「地域医師会を中心とした勤務医の参画と活動の場の整備—その推進のために日本医師会が担う役割—」の答申を持って報告とする。勤務医の意見が医師会の会務の中でどのように反映されるか、勤務医の意見が反映されるならば、勤務医もどんどん医師会に参加してくるだ

ろう。委員会は議論するだけでなく行動する委員会でなければならない。医療事故調査制度や専門医制度に対しても傍観的でなく積極的で建設的な意見を出していく必要がある。

勤務医委員会は諮問に対して審議をするだけでなく、全国医師会勤務医部会連絡協議会でフレームワークへの理解と協力を求め、都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会ではブロック医師会から現状を報告した。また、『日医ニュース』の勤務医のページの作成にも勤務医委員会の委員が積極的に関わっている。また、ワーキンググループを作った。

具体的な取組みを短期的、中期的、長期的に提言した。

短期的な取組み

- ①勤務医の意見集約のためのフレームワーク構築とブロック体制づくりとして、勤務医活動活性化のため、勤務医の意見を集約し日本医師会の会務に反映するフレームワークを作る。大学医師会も含めた郡市区医師会での勤務医の意見を、都道府県医師会、ブロック医師会、日本医師会勤務医委員会に集約し、勤務医幹事が日本医師会執行部へ具申するフレームワークを作る。モデルブロックを3～4か所設定し、勤務医委員会が支援する。
- ②勤務医委員会の構成メンバーについて、勤務医の多い都市圏からの委員を選出する。実効性の高い対応をするために小委員会を設置する。医療事故調査制度や専門医制度の議論をしたい。
- ③「勤務医の労務環境に関する分析・改善ツール」を日本医療機能評価機構での評価に組入れを要望する。
- ④研修医に係る会費無料化の周知による医師会入会への取組みの強化、研修修了後は有料化となるが、診療制度や専門医制度などの考えを集約するなど、情報発信を行い、医師会に留まって活動してもらうことが必要である。
- ⑤『日医ニュース』を用いた広報活動を活性化する。

中期的な取組み

- ①ブロック代表者会議を創設する。
- ②日本医師会の他の委員会の活動内容の検証と協

力関係を強化する。

長期的な取組み

- ①医師会役員に占める勤務医比率を向上させる。
- ②フレームワークの構築により医師会の三層構造が有機的に結ばれる。

郡市区医師会への加入数は192,858人、都道府県医師会への加入数は181,578人、日医への加入数は165,785人となっており、日医への加入数が少なくなっている。また、都道府県においても都道府県医師会入会者の日医への加入率も差がある。組織力強化のために日医への加入促進を図る必要がある。平成28～29年度の勤務医委員会への諮問は、「勤務医の参画を促すための地域医師会活動について」である。皆さんのご協力をお願いする。

【報告：山口県医師会常任理事 加藤 智栄】

シンポジウムⅠ「医療事故調査制度の動向」

(1) 医療事故調査制度に係る検討会での課題 構成員として参加して

浜松医科大学医学部法学教授・弁護士

大磯 義一郎

研修医3年目に友人A医師が助手としてついていたPTCA中の冠動脈破裂の事件があった。それに対して警察が介入。捜査一課がやってきて業務上過失致死扱いとして捜査された。A医師は医局に居づらくなって医局を辞めた。最終的にはA医師は不起訴処分になったがキャリアパスが大きく変わることとなった。

研修2年目知人のB医師の麻酔中の血圧低下死亡、こちらも業務上過失致死疑いで警察捜査となり、書類送検される前に実名で報道された。最近では患者は主治医の名前をインターネットで検索する。いったん実名報道されれば永遠に検索可能となる。B医師もしばらく臨床を離れることになった。こうやって若い医師達が事件に巻き込まれて、人生を棒に振るといようなことが繰り返されてきた。

「医療事故調査制度の施行に係る検討会」の構成員にいただいたが、3つの問題点があるように思われた。

第 1 に、合意形成方法、意思決定の問題である。医療政策に関する合意形成方法、意思決定は果たしてこれでいいのか？合意形成の方法論として科学的真理探究型と利害調整型の二通りがあるが、事故調に関する議論は後者で行われてきた。利害の調整に重きを置いて、科学的には誤った結論で合意形成されがちであり、かえって現場を混乱させることがある。医療政策決定は国民の生命、健康を守ることが使命である。そのために医学的に正しい結論を出す、科学的に正しいことを行うことが前提となる。

同検討会は、複数の医師や弁護士、法学者や医療事故被害者の計 20 名を超える構成員がいたが、医療安全の専門家が一人のみであり、医療安全のための制度の検討を行う会としては甚だ不十分なものであった。

第 2 に、科学としての医療安全の推進である。

いままでは事故が起こると犯人捜しをして、従事者の一人、多くの場合は若い医療従事者を犯人と決め、誹謗中傷に晒させ、刑事責任、行政責任を負わせ、一件落着としていた。

医療安全の目的は、医療現場における危険を減少させること、そして医療現場における安全性を向上させることである。そのための科学的な手法として PDCA サイクルを回す。過去に生じた医療事故を分析し、リスクを明らかにする。しかし個々の事例に逐一对応するのではなく、事例を集積し、データベース化したものを対象とする。次に認められたリスクへの対応策を検討、導入する。さらに導入された対応策の効果判定、改善を行う。重要なことは現実と同種事故が減少したかであり、たくさん報告書を書いたかとか、たくさん改善策を挙げたか等では決していない。

報告された事例の匿名化・一般化を行い、データベース化、類型化をするなどして、類似事例を集積し、共通点・類似点を調べ、傾向や優先順位を勘案する。個別事例についての報告ではなく、集積した情報に対する分析に基づき、一般化・普遍化した報告をする。医療機関の体制・規模等に配慮した再発防止策の検討を行う。集積した情報に基づき、個別事例としてではなく全体として得られた知見を繰り返し情報提供する。誤薬が多い医薬品の商品名や表示の変更など、関係業界に対

しての働きかけも行う。再発防止策がどの程度医療機関に浸透し、適合しているか調査を行う。以上がセンターの使命である。

第 3 に、忘れられている課題がある。それは事故当事者に対するケアである。当事者は第二の医療事故被害者ともいえる。米国ではサポート体制が充実してきており、2002 年に Medically Induced Trauma Support Service (MITSS) が設立された。医療事故・予期せぬ事態があったら当日中、遅くとも 48 時間以内にリーダー、同僚、リスクマネジメントチームなどがピアサポートプログラムに連絡、適切なピアサポーターを割り当て当事者に連絡、その後ピアサポーターと面談(秘密保持)し、場合によっては適切な精神医療・心理ケアなどが受けられるシステムである。

これで不十分なときには他のサポートのシステムもある。

日本での医療事故に関係した医療従事者に対するメンタルサポートは、ほとんどの施設が対応しておらず、一部で産業医が対応しているのみである。医療事故当事者を「ケアの対象」としてサポートする体制づくりが急務と思われる。

(2) 医療事故調査制度—マスコミの視点より

日経 BP 日経メディカル編集部

記者 満武 里奈

記者としての立場から話をしたい。日経メディカルは臨床医向けの媒体で月 1 回、雑誌を発刊(およそ 11 万部)、ウェブサイト「日経メディカル Online」では毎日、ニュースやリポートを発信している(会員数はおよそ 56 万人、うち医師会員数はおよそ 14 万人)。

医療介護総合確保推進法の成立後から、何度も医療事故調査制度についての記事をあげてきた。

2015 年 5 月号では「医療事故調で現場はどうなる」をテーマに特集を組んだ。また 2015 年秋には 6 団体分のガイドラインを収録、代表者の解説、2 施設の院内調査手法の紹介、有識者インタビューなどを含む医療事故調査制度対応マニュアルを発刊した。また「医療事故調査制度対策セミナー」も緊急開催した。

本日は、1. 臨床医は医療事故調査をどう思っているか、2. 他のマスコミの声、3. 取材を通し

て思ったことの 3 点についてお話ししたい。

1. 臨床医は医療事故調査制度をどう思っているのか—日経メディカルの読者アンケートから

今までに (a) 制度開始 6 か月半前、(b) 制度開始直後、(c) 制度開始 6 か月後、(d) 制度開始 1 年後の 4 回実施し、2 週間のアンケート期間中に約 3,000 人から回答を得た。

7 割が病院勤務医で、50 歳代が 4 割、40 歳代が 3 割、30 歳代と 60 歳代がそれぞれ 1 割であった。

(a) 制度開始 6 か月前のアンケートでは、「予期せぬ死亡」を直近 1 年で経験したか? との質問に対して、2 割の医師が経験していた。

「医療事故調査制度」を知っていますか? との質問に対して、9 割強の医師が制度の詳細を把握しておらず、7 割ほどは半年後にスタートすることさえ知らなかった。

(c) 制度開始 6 か月後のアンケートでは、「医療事故調査制度」を知っていますか? との質問については、7 割強の医師が制度の詳細を把握しておらず、3 割ほどは制度がスタートしていることを知らなかった。(d) 制度開始 1 年後のアンケートでもほぼ同様の傾向であった。

(d) 制度開始 1 年後のアンケートで、医療事故調査・支援センターに報告する対象事例かどうか迷ったことは? との質問に対して、3%の医師が報告対象か迷った事例があったと回答した。また、「報告対象自体が存在しない」が 3 割を占めた。

医療事故調査制度に関心があるか? との質問に対しては、「とても関心がある」「どちらかというに関心がある」が合わせて 6 割であったが、4 割が「あまり関心がない」「全く関心がない」であった。

勤務医に対する院内調査が行われた際、病院は過度の責任を押しつけることなく、適切な対応を取ってくれると思うか? との質問では、「病院のことを信用しているし、自分の処遇についても適切な対応を取ってくれると思う」とするものが 3 割弱いたが、約 7 割が、「どうなるのかよく分からない」、「管理者がすべての責任を自分に押しつけてくるのではないかと不安である」と回答した。

遺族の求めに応じて院内調査報告書を渡すべきか? という質問に対しては、4 割が遺族が報告書

を求めた場合は渡すべきであると回答した。

医療事故調査制度への悩みや不安は? の質問に対しては、「萎縮医療が進んでしまった」、「報告対象の定義があいまい」、「遺族が望まない場合でも報告し、遺族を混乱させてしまう可能性がある」、「再発防止につなげるのであれば基本は匿名」、「遺族が介在することそのものが制度に破綻を来している」、「マスコミが医療について知りもせず、不幸な結果と患者側からの意見のみで記事を書く姿勢に腹が立つ」などの意見があった。

2. 他のマスコミの声

日経メディカル編集部 三和 護 編集委員

刑事事件化する可能性がある以上、医療者に「究明」に基づく説明責任を求めるのは到底無理。

純粋な科学的究明を目指す調査制度にしていくためには、刑事司法とのつながりを絶ったものにしてほしいといけないのではないか。

日経メディカル編集のあるデスク

現場の医師はこの制度を知らないのではないのか。というのも、制度開始から 1 年経つのに「あってよかった」という声が聞こえない。臨床医にとって、どのように役に立つ制度なのか分からないのではないか。

日本経済新聞社会部 前村 聡 記者

冤罪を誘発する可能性があるのは「誤った報告書」であり、「いかに適切に医療事故調査を行う体制」を整えるかが重要。一方で「医療不信」から創設された経緯を考えると、「遺族に報告書を渡さない」など説明責任を果たそうとしないと、医療界への信頼を得られないのではないか。

医療業界専門新聞 A 記者

報告対象の定義が分かりにくい。この状態のまま運用し続けるのでは制度の意味がないのではないか。「これは医療安全のための制度だ」と言って、国民からのアクセスを遠ざけてしまうと、かえって反発を生むのではないか。

医療業界専門媒体 B 編集長

報告する事例の範囲や遺族への説明の仕方ばかりに時間を割いてしまい、再発防止の議論はほとんどなかったのが心配。この制度が本当に機能しているかを判断するのは、報告数の多寡ではなく、報告書を基に、有効な再発防止策につなげられ

るかだと考える。

では、国民はというと、医療事故調のことをやはり知らない。

3. 取材を通して思ったこと

ほかの分野よりも、対立構造が強く生じている印象あり。医師同士、弁護士同士、マスコミばかり。でも実は皆、「医療安全をより向上させたい」と同じ方向を向いていることが分かった。もっと医療界全体で一致団結できればよいと思う。

しかし、事故調の記事は読まれないと言われてしまう。実際、他のトピックと比べて読まれない。先ほどのアンケートのとおり、医師が自分に関係のある制度だと自覚していないのではないかな。

施行からちょうど 1 年経ったので、シリーズ「どうする医療事故調制度」を掲載することとなった。「取りあえず制度が開始してよかった」との声が大半であったが、現場では混乱が見られる。

例えば、医療過誤の有無で判断している施設や遺族がクレームを付けるから報告する施設があるという。この制度は「日常診療の延長線上で行う医療安全を向上させるための制度」であり、「インフォームドコンセントの徹底を求める制度」、すなわち患者、医師の双方に覚悟を求めるものである。「必要に応じて院内調査をしてください」と管理者や医療安全担当者に対応を求めるものでもあり、「必要に応じて別のスキームで補償するようにしてください」と管理者に対応を求める制度であるという理解をする必要がある。

全国医学部長病院長会議大学病院医療事故対策委員長の有賀 徹 先生は「これは医療環境を良くするための制度である。そもそも医療は不確実な事態が起こるリスクが高いため、日常診療で医療事故への備えを行うのは当たり前のこと。医療の一環に過ぎない。現場の医師はうまくいった手術のことより、うまくいかなかった手術を覚えているものであり、だからこそ医療事故があった際は、後は管理者がしっかりと引き取り、臨床医には本業に専念してもらうことが大切」と言われている。

ただし、制度創設にかかわった先生方と現場の臨床医の先生との意識には大きな解離があるように思う。救急医 A 氏は「自分で調べたから知っ

ているが、まわりの医師の多くは制度のことを正しく理解していない。どの医師もみな『責任追及』されると思ってしまっているようだ」と言う。現場では医療事故調がしっかりと理解されていないと思われる。麻酔科医 B 氏は「センターに報告書を提出したがその後連絡が全くなく、調査が完了したのかどうか分からず、不安な時間を過ごした」とセンターへの不満をあらわす。病院長 C 氏は「日常診療の延長で対応したいが、外部委員との予定を合わせるのは大変」と日常診療でやることの限界、また「真摯に取り組んだが、遺族は最初からどう補償してくれるのかの一点ばり。報告書を目的外使用されるのではないかな・・・」と訴訟への不安を訴える。「国民への周知を十分にしてほしい。『原因究明』の制度と勘違いされている」と行政への不満もある。思い起こせば、これまでに報じられてきた医療事故は、現場の医師の責任が問われた事件ばかりである。訴訟リスクだけでなく、過重労働などの問題もある。すべての医師が知っておいた方がよい制度ではあるが、制度を正しく理解してもらおうというスタンスだけでは負担感しか与えず、うまくいかないのかもしれない。より多くの医師にこの制度を受け入れてもらうためには、今後センターの示す再発防止策に期待する。その内容によっては意義を理解してもらえる可能性、責任追及ではないことを理解してもらえる可能性がある。

再発防止策は、どの施設でも実施可能な実効性を持つものであることが望まれる。その上で、より多くの医師にこの制度を受け入れてもらうためには、制度の趣旨から外れるような困った事案が発生した際に団体や学会などが声明を出してくれると印象も違うのではないかな。その先に、国民へこの制度の趣旨を説明、周知することも大切と思う。

(3) 医療安全へのレジリエンス・エンジニアリングの導入～複雑適応系を前提としたシステムミックアナリシス

大阪大学医学部附属病院

中央クオリティマネジメント部

教授・部長 中島 和江

医療現場で事故が起きたときには、非常に複雑

な背景があることが多い。複雑なシステム系には Complicated System と Complex System の 2 種類がある。Complicated System は機械式時計のように閉じた系であり、変化せず、設計通りに動く。それに比し Complex System は開いた系であり、変動しつづける系 (Dynamic) でもあり、調整や適応によって動く。複数の構成要素の相互作用 (interactions) によって、個の行動はシンプルルール (simple rules) に従っていても、集団としてはパターンが創発 (emergence) される。ちょうどイワシの群やムクドリの大群が固まって行動し、一瞬にして方向を変えたりするようにである。医療も変動し続ける Complex System であると言える。Complex System の特徴としては機能共鳴：通常の小さな調整 (変動) の相互作用から創発した大きな変動、バタフライ効果：蝶々が羽をはばたかせると地球の裏側で台風が起こる (カオス理論) がある。複雑系を理解するには、相互作用に着目する、システムを広く見る、の二つが重要となる。

これまでの医療安全についての考え方は、「事故ゼロを目指す」、「失敗と成功の道筋は異なる」、「失敗から学ぶ」、「システムの一部を切り取って『なぜ』を解明する」、という要素還元主義と因果関係 (Reductionism & Causality) に基づいている。そこに、調査の中で見つかるものは探しているものだけという「後知恵バイアス」や調査の中で見つかったものだけ修理する「パッチあて」などの事故調査・対策の落とし穴がある。

そこで、新しいアプローチの方法としてレジリエンス・エンジニアリングが考えられた。これは失敗と成功の根っこは同じ、うまくいっていることから学ぶ、システムを広くみて「どのように」を解明するという、複雑系科学 (Complexity Science) の考え方である。医療現場ではシステムの特定の要素ではなく、システム全体が事故発生にかかわっている。よって、事故分析のためには深く見る前に広く見る (Breadth-Before-Depth) ことが重要である。

マキシピーム (抗菌薬) を投与すべきところを誤ってマスキュレート (筋弛緩薬) を投与し、患者が亡くなった事故に関わった。従来型の事故分析では、後知恵バイアスが入って「間違えた人が

悪い」という結論になりがちである。この病院では以前使用していたマキシピームからジェネリック医薬品のセフェピムに変更されていたが、製造工場のトラブルのためにセフェピムの供給不安定となり、急遽マキシピームにもどした。そのためマキシピームは注射薬自動払い出しシステムに装着されず、薬品棚に置かれた。年末年始 9 連休の 3 日目で、急患、問い合わせが多く、薬品請求の電話にも薬剤師が一人で対応していた。マキシピームとマスキュレートはラベルもよく似ており、病棟の看護師は以前マスキュレートを見たことがないため、同様の形状をしたマキシピームと誤認したことが判明した。しかしレジリエンス・エンジニアリングの考え方をすることによって、この事故は個人の責任というより、システムの問題と考えられ、事故に関わった個人が裁かれなかった。

システムを広く見ると、個々のモジュールは完璧なものであっても、それらを組み合わせて使用する際に問題が生ずることがある。医療機器 (材料) 業界全体での取り組みが必要である。

外科領域では、効率－安全性トレードオフ (ETTO)：効率性 (手間や時間) と確実性 (安全性) が天秤にかけられることがある。またリスク－リスク・トレードオフ (RRT)：あるリスクを削減することが、別のリスクを生み出したり、増大させることもある。例えば効率－安全性トレードオフに起因する事故では、盲目的操作による臓器損傷が一番事例が多い。これは術中・処置中のナビゲーション、透視やエコーガイドの併用、デバイスの開発、リアルタイム解剖認識サポート、見えていないものを見る化するような 3D・VR など画像技術を利用した術前シミュレーションなどのイノベーションによって解決可能である。

医療は複雑適応系であり、相互作用を通じて動的に変化し続けている。複雑適応系での事故調査には、システム分析が求められ、医療安全の中央組織は、システムを広く見て、イノベーションや安全提言を行うプラットフォームであるべきである。医療事故調査制度をうまく使えばいかなる改善が得られるか、システムをどのように見てどのように改善していくかを考える必要がある。

市川朝洋 日本医師会常任理事 6月に省令が変わり、県ごとに医師会が調整役となり支援団体連絡協議会をつくることになった。また、日医は各県別のセンター調査の数を公表するようセンターに求めた。医療事故調査制度に関する研修会、医療機関向けにはトップセミナー、支援団体向けには支援団体統括者セミナーを企画している。

松原謙二 日本医師会副会長 医療事故調査制度という名前自体が良くない。医療事故調査制度が対象とする事案はあくまで「提供した医療に起因した予期せぬ死亡」であり、医療者の過失の有無は関係しない。「事故」という言葉にはネガティブなイメージがあり、早急に改善すべきである。「突然亡くなってかわいそう、悪い結果が出るのは何か失敗がある。だから罰を与える」というような考えがはびこっている。医療では同じようなことをやっても違った結果が出ることもある。この制度は、正当な医療行為をしている医師が逮捕されないようにと始まったものである。

これは管理者と患者の関係でできた制度であるが、主治医の意見も取り入れるべきではないか。

のどに詰まらせた、転んだなどは家でも起こることであり、病院でおきたらすべて悪いとなるのか。

「予見した」とは違って、「予期した」というのは通常の法律用語ではない。予見したら避ける義務がある。

その後、医療事故調査制度の名称の問題、医療事故調査制度をいかに国民にアピールしていくか等についてのディスカッションが行われた。一般の人は病気にならないと医療に対する興味がなく、死亡診断書を渡す際に説明する医師にもっと知ってもらわなければならない。「医師会で周知に関するPRをしてくれるのなら協力したい」との意見もあったが、医療事故調査制度の宣伝をテレビ等で大々的にやると、医師を訴えようとしている人や弁護士を喜ばせるだけ。「医療安全調査制度」等に改称した上でアピールした方が良いとの意見もあった。

〔報告：山口県医師会理事 中村 洋〕

シンポジウムⅡ

「女性医師の働きやすい環境づくり」

5人の演者から標記報告があり、全体討論が行われた。

(1) 大阪府医師会「女性医師支援プロジェクト－Gender Equality－」～オーバービュー

大阪府医師会勤務医部会参与

/ 森ノ宮医療大学副学長 上田 真喜子

女性医師が、能力を生かして長期にわたって働き続けるためには、「仕事」と「個人生活」とのワークライフバランスを良好に保つような就労環境が不可欠であるとの観点から、大阪府医師会では平成22年度から「院内保育」「病児保育」「柔軟な勤務体制」の3点セットの確立をめざす活動を行っている。その成果は確実に表れ、平成27年1月の調査では平成22年10月の調査に比べ、大阪府内の基幹型臨床研修病院70施設の院内保育所設置は69%→89%、病児保育室設置は24%→49%、柔軟な勤務システムの導入は44%→84%と著しく向上した。

産休・育休による勤務医の減少が、残りの勤務医に過大な負担を強いることがないように、次のアクションプランとして「産休・育休中の代替医師を確保するための運用システム」の検討に入っている。女性医師の多い診療科・領域や緊急性・専門性の高い領域は特に重要ということで産婦人科の「オブギネドクターサポーター制度 in 大阪」と循環器内科の「ハートドクターサポーター制度 in 大阪」を五大学や医会、勤務医部会と連携の上、WGを設置して具体的に進めている。

女性医師の明るい未来にとって重要なことは、医学・医療界における「Gender Equality（ジェンダー平等）」の確立と「Equal Opportunity（男性医師と同一の機会）」、「Equal Treatment（男性医師と同一の評価・待遇）」の基本原則の実行であり、長期的視点で女性医師育成に取り組むことが重要である。

(2) 女性医師支援の経過、課題は乗り越えたか？

箕面市立病院院長 黒川 英司

2009年に麻酔科医師が女性3人（2人が子育て中）に減少したことが女性医師支援に乗り出すきっかけになった。労働環境の整備として、ア

ルバイト医師の確保とともに、院内保育、病児保育の開始、アメニティの整備、労働時間の弾力的運用、医師の増員を行い、女性医師の定着を図ってきた。職員定数の増員により医師定数がなくなり、医師は 2012 年 99 人から 2015 年は 110 人まで増員できた。女性医師は 39 人であり、比率は 35.5% である。短縮時間勤務の情報を周知して就労意欲を高めるため、「出産・育児に関するハンドブック」をホームページに掲載している。また、女性医師支援検討会議を立ち上げることで、日常的に発生する諸問題を検討して改善策を院内に周知する体制ができ、様々な問題にタイムリーに対応することができた。補助金として 518 万円（大阪府女性医師等就労環境改善事業補助金）はあったが、院内保育、病児保育には補助金はなく、病院負担が約 1,000 万円増加した。

(3) 国立病院機構の変革

大阪南医療センター院長 齊藤 正伸

国立病院機構では仕事と子育ての両立に悩むことによってキャリア形成が中断されることなく、安心して働き続けられるよう「仕事と子育て両立支援プログラム」を定めて女性医師の働きやすい環境づくりに取り組んでおり、『ワーク・ライフバランス応援ガイドブック』を作成し、女性医師の健康、休暇制度、育児休業に取り組んでいる。

医師数は 131 名で、うち 32 名が女性である。29 歳以下の 31 名中 14 名、30 歳代の 44 名中 13 名が女性である。育児中の女性医師には“職場に負い目を感じる”“キャリア設計が難しく、先が見えない”という声が、育児中ではない医師には“当直・残業・オンコールなどの業務が増えた”という本音がある。現状では育児中の医師の仕事に対する誠意と責任感、育児中でない医師の温かい理解で「仕事と子育て両立支援プログラム」は運用されているが、職員のさらなる意識の向上と育児中の有無にかかわらず医師の勤務体系の変革が必要なのかもしれない。

(4) 大学病院の変革

大阪医科大学衛生学・公衆衛生学

教授 玉置 淳子

2016 年度の大阪医科大学入学の女子医学生

割合は 36%。女性医師が出産・育児に際し、離職せずに活躍できる勤務環境の整備は重要である。昭和 45 年に院内保育所開設。

平成 14 年から常勤女性医師の児童、平成 21 年から非常勤医師及び大学院生の児童、平成 27 年から男性医師の児童の受け入れが開始され、現在定員 45 名中 16 名（男性医師 6 名）が利用している。平成 21 年から病児保育（定員 2 名）も開始された。

平成 22 年度から導入された「短時間正職員制度」（3 歳未満の子を養育する職員、8 歳未満の子の育児や介護を行う常勤の女性医師・助産師・看護師が対象）は女性医師支援策として効果を発揮している。週 2 日～6 日、1 日 4 時間以上、上限は週 40 時間までの短時間勤務が可能で、「本給×80%×（短時間正職員の所定労働時間/正職員の所定労働時間）」の給与が支払われ、有給休暇や賞与などもある。

眼科では女性医師の妊娠・出産・子育て中の勤務などに関する医局内規定が作成されており、眼科医局員 108 名中女性医師は 61 名（56%）で、うち 44 名（72%）が子育てを経験している。妊娠した時点で当直は免除され、教育メールが送られる。

(5) 循環器勤務医夫妻の仕事と子育ての両立へのチャレンジ

枚方公済病院救急科部長 竹中 洋幸

現在、高校 1 年、中学 2 年、小学 6 年の 3 人の子育てをしながら、勤務を続けている。子育てしながら女性医師が仕事を続けるうえで必要なのは、夫が積極的に子育てに参加すること、そして夫の上司・仕事環境がそれを容認・協力する環境作りである。

最後に今村 聡 先生（日本医師会副会長）が「医療現場でできることを具体的にやっていくことが重要」と述べて、シンポジウムを締めくくった。

〔報告：山口県医師会勤務医部会企画委員会

委員長 内田 正志〕