

平成 30 年度 全国医師会勤務医部会連絡協議会

と き 平成 30 年 11 月 3 日 (土・祝) 10:00 ~ 17:00

ところ ホテルニュー長崎

主 催 日本医師会

担 当 長崎県医師会

日本医師会の主催、長崎県医師会の担当により標記協議会が長崎市にて開催された。本会部会からは前川部会長、内田企画委員長、阪田企画委員、本会から今村、中村、白澤、郷良が出席した。

特別講演 1 「日本医師会の医療政策」

日本医師会会長 横倉 義武

本日は「医師会の役割」、「健康長寿社会に向けて」、「医師の働き方改革」、「年末の予算編成に向けて」の 4 つのお話をする。

医師会の役割について

われわれは国民に信頼される医療の確立を目指している。医療の根本は信頼であり、医師が専門職として患者の利益を自らの利益の上に置き、専門職としての能力と倫理の水準を維持し高め、専門職自律の原則に立って自己規律を行うことが必要である。それとともに医療は医学の社会的適用でもある。医療制度・政策の推進に向けて、実際に医療を担う医師の意見を自律的にとりまとめ、社会や政府に対し積極的に提案することで、社会

的責任を果たすことが重要でもある。

医師自らが国民に対して医師と医療の質保証に責任を負う体制を構築することが必要であり、これが医師の学術団体・専門職団体である「医師会」の存在意義・目的となる。

専門職団体に対する社会の主な期待としては、①倫理の確立、規律の保持、品性・誠実性を確保すること、②研修等を通じた専門知識・技術の向上により品質を改善・進歩すること、③医業及び専門性へのニーズの多様化・高度化に向けて迅速に対応すること、④専門領域内での自主的な課題解決に向けて積極的に関与すること、等がある。

891 の郡市区等医師会（うち、大学医師会：64）の会員が 200,400 人、47 都道府県医師会の会員が 187,296 人である（いずれも平成 29 年 11 月 1 日現在）。日本医師会の会員数 170,199 人（同年 12 月 1 日現在）のうち、開業医 83,534 人、勤務医他 86,665 人と勤務医がやや多い。日本の医師総数（約 32 万人）のうち約 53% が加



入している。

日本医師会綱領（下記）は、2013 年 6 月 23 日の第 129 回定例代議員会にて採択された。

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。

強い発言力と実現力を発揮するためには、政策決定等の場で日本医師会が真にすべての医師を代表する組織であることを、今まで以上に対外的に示していく必要がある。そのためには組織率の向上が不可欠であり、多くの医師からの力強い後押しが必要と考える。

また、政策実現のための医師連盟強化に対する支援をお願いしたい。

健康長寿社会に向けて

2018 年に閣議決定された高齢社会対策大綱では、健康寿命は男性 71.19 歳、女性 74.21 歳（いずれも 2013 年）であり、2020 年に 1 歳以上延伸、2022 年に平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加、2025 年には 2 歳以上延伸が目標とされた。健診受診率（40～74 歳、特定健診含む）は 2016 年には 71.0% であったが、2020 年には 80% に、65 歳以上の運動習慣者の割合は 2015 年には男性 52.5%、女性 38.0% であったが 2022 年はそれぞれ 58%、48% とすることが目標とされた。

「経済財政運営と改革の基本方針 2018」（骨太の方針 2018）では、予防・健康づくりの推進として、

○高齢者をはじめとして多様な就労・社会参加を

促進し、社会全体の活力を維持していく基盤として、健康寿命を延伸し、平均寿命との差を縮小することを目指す

○日本健康会議について、都道府県レベルでの開催も促進するなど、多様な主体の連携により無関心層や健診の機会が少ない層をも含めた予防・健康づくりを社会全体で推進する

○糖尿病等の生活習慣病の重症化予防に関して、県・国民健康保険団体連合会・医師会等が連携して進める埼玉県の取組など、先進・優良事例の横展開の加速に向けて今後 3 年間で徹底して取り組む

等が 6 月 15 日に閣議決定された。

人口減少社会における社会保障については、社会参加できる年齢を上げていくことが必要で、そのために医療の果たす役割は大きく、健康寿命の延伸、認知症対策、高齢者の生きがいづくりが肝要である。

健康寿命の延伸には、動脈硬化、糖尿病、認知症、うつ病、喫煙、フレイルの予防が必要であり、集団には全分野を俯瞰して関わり、個人には全人的に関わらなければならない。かかりつけ医、医師会は集団的対応、個人的対応、いずれの場合も司令塔の役割を果たすべきである。医師会として、これからの健康の概念とは「全く疾病がなく完璧な状態」ではなく、「いろいろな障がいや疾病を持っていても、お達者で元気に自立できていること」だと周知していく必要がある。

日医かかりつけ医機能研修制度について、今後のさらなる少子高齢社会を見据え、地域住民から信頼される「かかりつけ医機能」のあるべき姿を評価し、その能力を維持・向上するための研修を実施している。

かかりつけ医機能として、①患者中心の医療の実践、②継続性を重視した医療の実践、③チーム医療、多職種連携の実践、④社会的な保健・医療・介護・福祉活動の実践、⑤地域の特性に応じた医療の実践、⑥在宅医療の実践、等が挙げられる。

日医かかりつけ医機能研修制度応用研修会には平成 28 年度 6,051 名の、29 年度 6,601 名、30 年度は約 7,250 名の受講があった。都道府県医師会・郡市区医師会においても同様の研修会を開

催している。

医師の働き方改革について

医師の働き方改革では、「地域医療の継続性」と「医師の健康への配慮」の2つを両立することが重要である。

厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会」における平成30年2月の「中間論点整理」で、「医療従事者の学術団体、病院団体、関係学会などにリーダーシップを期待する」とあり、「医療界の自主的な組織による具体案の作成」を提案された。日本医師会からは、各団体に対し、医師の働き方改革について、医療界として具体的な提言をまとめるための会議設置を呼びかけ、皆様から賛同いただき、設置の運びとなった。

「医師の働き方検討会議」は日本医師会の主催で、日本医師会「医師の働き方検討委員会」の答申等をもとに、医療界の意見を集約し、厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会」等に提言をすることを目的に平成30年4月に設置された。

同年7月には「医師の働き方改革に関する意見書」がまとめられ、その中で今取り組むべき健康管理として、①労働時間の把握、②適切な産業医の配置と職務遂行、③衛生委員会の活用徹底、④健康診断に関する事項の取組み徹底、⑤各医療関連団体による健康管理の取組推進が挙げられた。また、今後の健康管理として、①役割分担の明確化、②多面的な健康確保策、③医師自身の健康管理、④宿日直の健康への影響と管理、⑤在院時間管理の必要性、⑥衛生委員会の活用、が挙げられた。

今後の議論の進め方としては、働き方改革に関する財源をあらゆる切り口で確保するとして、(1)健康確保、(2)自己研鑽、(3)宿日直、(4)院外オンコール待機、(5)休日、勤務間インターバル、連続勤務時間、(6)「医師の特別条項」と「医師の特別条項の『特例』」、(7)医師の専門業務型裁量労働制、(8)研修医等、(9)第三者機関、(10)女性医師支援、(11)地域住民における医療への理解、(12)労働関連法令の幅広い見直し・医事法制との整合性確保を具体的に検討するとした。どの項目も独自の制度が必要であり、現行の労働法

制で規定するのが妥当か、勤務医の労働法制を別途構築するのが妥当か、医師の健康確保策の定着を前提に前倒し施行が可能かを検討する。また、施行後には不断の見直しが必要とした。

まとめとして、現行法令の枠内における「特例の在り方」だけでなく、必要であれば、その枠組みには必ずしも拘らない議論が必要であり、長時間労働の是正を進めるのは大前提として、勤務医の労働法制の構築も視野に入れ、医師の働き方に合ったより良い制度を構築することが必要とした。

この意見書の提言を受けて、厚生労働省に「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会」が設置され、日本医師会から城守常任理事が参画している。

患者・国民が安心して必要な医療を受けるといふ観点からは、患者やその家族である国民の医療のかかり方に関する理解が欠かせない。受診の必要性の判断や医療機関の選択などで上手に医療にかかることができれば、患者・国民にとっても、必要ときに適切な医療機関にかかることができ、時間外・土日の受診や大病院への患者集中による混雑などの緩和にもつながり、その結果、医療提供者側の過度な負担が緩和され、医療の質・安全確保の点からの効果が期待されるというのが、この懇談会の趣旨である。

日本医師会「医師の働き方検討委員会（平成30・31年度）」は、「医師の健康確保と地域医療体制を両立する働き方の検討－医師独自の健康管理・勤務環境改善策を中心に－」という会長諮問を行った。具体的には、

- 今後の健康管理の論点（在院時間の管理、勤務間インターバルの在り方、産業保健機能強化等）
 - 医師の勤務環境改善推進のため、医療クラーク活用の大幅な拡大
 - 日本医師会が培ってきた勤務医の健康支援の取組みをより深化させ、各医療機関の勤務環境改善に資する情報や資料の提供
 - 今後、医療機関においては、各医師と話し合っ
- て個別に働き方を決める場面が出てくると予想され、その働き方がその医師に妥当かチェック

する機能が必要。医師の健康管理、労務管理に関わる事項の支援・指導についての「第三者機関」の関わり方等である。

都道府県・郡市区医師会には、

- 初期救急、休日・夜間診療体制を再構築し、地域の医師全体の協力・連携を推進することや、#7119（救急相談センター）導入拡大、#8000（小児救急電話相談）普及させる。
 - かかりつけ医と病診連携の普及促進し、病院に求められている医療に集中してもらえるよう、相談できる身近な医師を持ってもらう。
 - 予防・健康増進の活動を推進し、健康診断や予防接種の勧奨、生活習慣病の予防などの健康教育を行う。
 - 地域住民への啓発。
- 等が求められる。

年末の予算編成に向けて

控除対象外消費税の補てんについてであるが 2014 年 4 月 1 日の消費税率 5% から 8% への引き上げに伴う医療機関等の消費税負担上昇分については、2014 年度診療報酬改定で補てんされた。しかし、ここでの配分には問題があり（2014 年 4 月）、さらに検証時（2015 年 11 月）に誤りがあり、補てん不足が顕在化していたことが今回わかった（2018 年 7 月）。

『平成 30 年度税制改正大綱』（自民党・公明党、平成 29 年 12 月 14 日）で「医療に係る消費税のあり方については、医療保険制度における手当のあり方の検討等と併せて、医療関係者、保険者等の意見や、特に高額な設備投資にかかる負担が大きいとの指摘等も踏まえ、医療機関の仕入れ税額の負担及び患者等の負担に十分に配慮し、関係者の負担の公平性・透明性を確保しつつ、平成 31 年度税制改正に際し、税制上の抜本的な解決に向けて総合的に検討し、結論を得る。」とされた。

日本医師会・日本歯科医師会・日本薬剤師会・四病院団体協議会は、平成 30 年 8 月 29 日に「医療機関等（病院、一般診療所、歯科診療所、薬局。以下同じ）の控除対象外消費税問題の解消に向け、日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会、

四病院団体協議会は、これまでの税制改正要望で非課税還付方式を要望してきた。これについては、仕入れ税額を控除し、還付を受けることが認められるのは課税に限ってのことであるため、財政当局から消費税の基本的な仕組みと相容れないとの指摘があり、この点は十分に承知している。しかし、社会保障である医療に対する消費税の課税について国民（有権者）の広い理解を得ることは困難である。

そこで、控除対象外消費税問題の解消に緊急を要する中、医療界が一致団結できる具体的な対応として、「診療報酬への補てんを維持した上で、個別の医療機関ごとに診療報酬本体に含まれる消費税補てん相当額（以下、「消費税補てん額」）と個別の医療機関等が負担した控除対象外仕入れ税額（医薬品・特定保険医療材料を除く）を比較し、申告により補てんの過不足に対応する。

診療報酬への補てんについては、消費税率 10% への引き上げ時に医療機関等種類別の補てんのばらつきを丁寧に検証し是正し、その後の診療報酬改定でも必要に応じて検証、是正を行う、消費税及び所得税について実額計算で申告を行っている医療機関等開設者を適用の対象とする。」という提言をまとめた。

今後、2019 年 10 月の消費税率の 10% 引上げ、引上げ後の 2040 年に向けた社会保障のあり方は、政争の具にはならず、政府のみならず各政党も含めて社会全体で考えなければならないと強く思っている。しっかりとした協議の場を作り、国民全体で合意の上、納得を得られる負担と給付を導き出すべきではないかと考える。

【報告：山口県医師会常任理事 中村 洋】

特別講演 2 「長崎の医学史」

長崎大学病院病院長 増崎 英明

長崎は古くからあったように思われているかもしれないがあまり歴史がない。江戸時代から明治になるまで非常に表に出た土地だったので昔からあったように思われているが案外新しい。1549 年にザビエルが鹿児島に来て翌年には平戸で布教した。早速ポルトガル船が平戸にやって来て商売を始めた。良港を求めてポルトガル船が平戸から

南下し 20 年かかって 1570 年に長崎を見つけた。当時、人口は 2,000 人くらいだったがポルトガル人がやってきて街を作り、30 年で 50,000 人になり、この間に長崎はグッと伸びた。1580 年に長崎はイエズス会に寄進された。長崎の住民はほとんどキリスト教徒で、大村純忠が強制的にキリスト教徒になるように勧めた。1588 年に豊臣秀吉が九州征伐に来た時に日本の土地をよその国にくれてやったと激怒し没収した。

長崎の名前の由来は、長崎甚左衛門という人がいたからという話もあるが、長い岬のある地形から来ていると考えられている。後にその突端に出島を作った。長崎はその突端から始まり、そこからだんだん町が広がっていく。当時の地図ではこの前まで県庁があったところに突端があって、その先に出島ができ、今はずっと埋められてしまっている。ポルトガルは突端に教会を立てて、ここを要塞にしようとしていた。もう少し後の時代に来たポルトガル船を黒船と呼んでいた。ペリーが来たのも黒船と言うが、最初にはポルトガルの黒船であり、ある人はファーストコンタクトと呼んでいる。ペリーが来たのがセカンドコンタクトである。長崎は当時はポルトガル人が普通にうろろしていた。

長崎には遠藤周作文学館があるが、去年、『沈黙』という遠藤周作のとても素晴らしい本が映画になった。マーティン・スコセッシという人が映画化し、リーアム・ニーソンという役者が、イエズス会の日本管区長クリストヴァン・フェレイラという実在の人物を演じている。彼は県庁の跡の所で逆さ吊りという拷問を受け棄教した。ほとんどの人は拷問で死んだけれども、彼は棄教しているが、結構、医者への素養があった人で通詞（今の通訳）もしている。通詞が長崎ではすごい活躍をし、医学も伝えられた。ポルトガル人だけどオランダ人しかいない出島に出入りしてオランダの医学を学んでいたということが書いてある。1610 年に日本に来て、当時は全く問題なく布教していたが禁教令が 1614 年に出て厳しくなり、結局捕まって棄教して 40 年近く 80 すぎで亡くなるまで生涯長崎で過ごしている。是非、原作を読んでみたい。

江戸幕府は 1634 年に出島を作りポルトガル人をみんな押し込めて日本の中で西洋に開いていたのはここだけだった。そして 1853 年にペリーが来るセカンドコンタクトまで続いた。じきにポルトガル人を追放し、西洋との交流は布教をしないオランダに限定した。オランダ人は商館長というのが出島にいて、そこに必ず医者がいた。その医者は 150 人くらい来たと言われているが有名なのはケンペル（1690 年）、ツェンベリー（1775 年）、シーボルト（1823 年）であり出島の三学者と呼んでいる。面白いことにオランダ人は一人もいない。ケンペルとシーボルトはドイツ人で、ツェンベリーはスウェーデン人だ。医者としてオランダ人を診ていたのだろうが、実際は博物学者である。例を挙げるとケンペルは銀杏、ツェンベリーは椿、シーボルトは紫陽花に名前をつけて残っている。

ツェンベリーは梅毒には水銀が効くことを吉雄耕牛という大通詞に教えた。ツェンベリーが来た前の年に有名な『解体新書』が出た。西洋医学が日本で始められたのはこのあたりで、山脇東洋の『蔵志』（1759 年）とか杉田玄白、前野良沢の『解体新書』だと思っている人が多い。ところがこの吉雄耕牛がすごい。実は『解体新書』の序文は吉雄耕牛が書いている。杉田玄白が亡くなる前に書いた『蘭学事始』にも吉雄耕牛が出てくるが、これを訳すことができたのは前野良沢のおかげである。前野良沢だけがオランダ語が少しわかったのだが、実は吉雄耕牛のところは 2 年間いてオランダ語を習ったからである。吉雄耕牛がいなかったら『解体新書』はできていない。だから序文は杉田玄白が吉雄耕牛に書いてもらったし、杉田玄白は吉雄耕牛が江戸に来た時に弟子入りしている。長崎の貢献というものをどうも軽視されているんじゃないかと怒ったのが古賀十二郎である。長崎では長崎学で有名で長崎の全領域のことを調べまくっていたが医学については『西洋医学伝来史』というのがある。それ以後、いろんな人が医学史、特に長崎のことを書くときは、ほとんどこの本が基になっている。その中にこういうことが書いてある。杉田玄白の『蘭学事始』には、とにかく俺たちが蘭学を始めたんだということが書いてあ

り、その中に、一犬虚を吠ゆれば万犬実を吠ゆるの類にて云々と書いている。一方、古賀十二郎の本には「そうじゃないよ、医学も長崎から始まったんだよ。そのことをどうも出島にと書いている奴がいる。それがムカつくんだ」と書いている。一犬虚を吠え、万犬実を吠える云々と逆のことを書いて、杉田玄白が江戸から始まったと書いたから長崎は消えたんだということを言いたかったのだと思う。映画にもなったし直木賞を取った、なかにし礼の『長崎ぶらぶら節』は古賀十二郎が主人公なのである。

次いで、シーボルトは自分の国で、日本に来たと思った時に、前任であるケンペルとかツェンペリーが日本のことを書いた本をしっかりと読んで日本に来た。シーボルト記念館があり、そこに必ず置いてあるのが、お産の鉗子、持針器、足を切断するのに使った器具等である。眼科が得意だったそうだ。瀉血している絵もある。当時は、どんな病気でさえ瀉血するのである。まだ写真がなかったので写真の代わりに画家を連れていた。川原慶賀という絵師をどこに行くにも連れ回って、さまざまなものを全て慶賀が書いているが、立体が描けていて素晴らしい才能があったと思われる。

当時は出島にしか住んではいけないオランダ人だがシーボルトだけ外に住んでいた。鳴滝塾だ。これは、日本人がたくさん勉強に来るのが、日本にとってプラスになると思った当時の幕府がそれを許可したのではないかと思う。そうでなければ日本人があちこちから習いに来れなかったはずである。今、シーボルト記念館に行くとき紫陽花がたくさん植えてあるが、その紫陽花を「ハイドラングア・オタクサ」と名付けた。今はオタクサは何のことか長崎の人は大概知っているが、これが何のことか学会ではわからなかった。見つけたのは呉 秀三という東大の解剖学の先生である。自分の奥さんの名前を紫陽花につけたということである。娘のイネさんが 40 歳くらいになった頃の写真があるが、シーボルトの肖像画と並べてみるとえらく似ている。鼻の形、口の半分がへみたいになっているところ、顎の尖ったところとか、間違いなくシーボルトの娘さんという感じである。大正天皇の子供をとり上げたりして、日本

で最初の女医さんと言っていいと思う。正式な免許状がまだない頃だったので、正式にはそうは言われていないが。後にボンペが解剖なんかした時に、中に一人女医さんがいたと書いているが、それがイネさんである。そして、シーボルトの孫のタカさんは、いくつか写真があるけど、どの写真も驚くくらい美人である。でも、イネさんもタカさんも人生は不幸である。それは吉村 昭の書いた『ふおん・しいほるとの娘』という本によく書いてある。美人薄幸なれど薄命にあらず 80 いくつまで生きている。イネさんも結構な年まで生きていた。この美人を見て瞬間的にある女性を思いついた漫画家がいる。それはメーテルである、このタカちゃんの写真を見た松本零士がビーンと頭にきて思いついたそうだ。彼は四国出身で、友達の家でその写真を見たそうである。

シーボルトは 63 歳の時、開国した後に日本にやってきた。再婚していた奥さんにも会って、国で作った長男アレキサンダーも連れてきている。この子は日本にそのまま残って、通訳として幕府に仕え、明治政府に仕えた。国に帰ってシーボルトは日本についての結構厚い本を書いた。その中に、長崎でやる「おくんち」の絵が載っている。まさに諏訪神社、傘鉾、コッコデショなどが描かれている。長崎ってほとんど何も変わってないのである。

1828 年、シーボルトが帰る時に、荷物の中から持ち出し禁止の日本地図が出てくる、いわゆる「シーボルト事件」があった。止め置かれている尋問されて大変な思いをするが 1829 年に帰国する。本来は 3 年後に日本に来るはずだったが、日本から永久追放となったために 1828 年から 1848 年までの 20 年間、オランダには商館医がいなかった。ところが、その時期に緒方洪庵と佐藤泰然という二大人物が長崎に来ているのである。いったい誰に習ったのだろうか、謎である。みなさん緒方洪庵はよくご存知だろう。大阪の適塾である。佐藤泰然は順天堂の創始者である。緒方洪庵が天保 7 年から 2 年、佐藤泰然が天保 6 年から 3 年、同じ時期に長崎にいたことになる。誰に習ったかは分からないが二人とも素晴らしい西洋医である。おまけにこの二人の子供は非常に

影響力を持つことになる。佐藤泰然の次男が、次に出てくるポンペの一番弟子の松本良順で、緒方洪庵の次男が緒方惟準である。

さて、ポンペと松本良順だが、どちらもサーベル下げで日本刀下げで、士官の格好、武士の格好、それぞれ陸軍の軍医だから軍人さんであり、幕臣だからお侍である。二人は気が合ったようでとても仲良しだった。シーボルトとポンペの間にはおよそ 30 年、一世代差があり、その弟子たちへの影響力も全然違う。例えばシーボルトの弟子は伊東玄朴、戸塚静海が医者として大成した。ポンペの弟子は松本良順と、衛生という言葉を作った衛生局長と専齋である。例えば、幕末の 1862 年に將軍を診るお医者さんはたくさんいたわけだが、この中に西洋医がどれくらいいたかというと、一番偉い法印というのが三人いて、その一人が伊東玄朴で西洋医で、他の二人が漢方医である。他にもシーボルトの弟子がたくさん入っている。緒方洪庵も入っており、1/3 くらいが西洋医になっていた。

少し前まで県庁があった付近に、イエズス会、奉行所、市役所、海軍伝習所があった。そこにポンペが軍医としてやってくる。海軍伝習所では船の動かし方などを教えていた。オランダから船を持ってきて練習をやっていた。船を作らなければいけないので、幕末に幕府が作った造船所がある。今の三菱造船所である。海軍伝習所のボスだったのが勝海舟だ。1857 年にヤパン号と言って日本の幕府が作ってくれとオランダに頼んだ船が届く。これに乗ってポンペがやってきた。そして日本に来ると、この船が咸臨丸になった。ここでポンペは最初の講義をする。ポンペは 5 年間長崎にいて、たくさん治療をして教えて解剖もして、そして帰っていくが、1861 年に養生所を作るわけである。この年が長崎大学病院の始まりだと言われている。

ポンペ著『日本滞在見聞録—日本における五年間』をパッと開いたらそこに絵がある。日本とオランダの国旗がついている二つの棟があって、それを繋いでいる部分がある。ここにあるのが医学所である。医学部を備え、こっちに薬学部みたいなのがあって、その上に病院があるという本当の

意味の総合病院である。ここで本当に基礎から臨床まで、博物学者じゃなく、きちんとした西洋医学をユトレヒト陸軍医学校で学んだ医者が、ここできちんと系統的に講義をやって実地もやって、ここに解剖を行ったということが、ある意味、長崎の医学発祥の誇りである。写真も残っていて医学所があり、分析窮理所という化学実験みたいなことをするところもある。当時、上野彦馬という写真家だったが、こういう所でポンペから習ったと書いている。

物事は、日本の歴史だけ見ているとそのようにしか見えないけれど、外国の歴史を重ねると違うものが見えてくる。1853 年にペリーが来た当時、ヨーロッパはクリミア戦争でとてもじゃないけど日本に来る余裕がなかったからアメリカが来たのである。その後、リンカーンが大統領になって南北戦争が起きると、それどころではなくなるのでその後イギリスが、フランスがとなっていく。もう一つは、幕末はペリーが来てから明治元年までの 15 年で、日本はこれで開国したが、世界も世界に向けて開けた時期だった。ダーウィンの『種の起源』、メンデルの『雑種植物の研究』が出て、進化と遺伝のもとになるのがこの 15 年の間にしているのである。もう一つは FN という人物である。今年の何月かに、東邦大学の看護学部に行った。ある本を見に行ったのだけど、ここに FN の銅像がある。イギリスからそのままコピーして持ってきたという自慢のものが大変大きい。目的の本は『病院覚え書』という本である。この中に病院の絵が載っており、二つ棟があって真ん中が繋がっていて、なにか似ている。昭和になってからまだ残っていた養生所を計測した図は H 型をしている。一方、FN が書いた絵は、いかがだろう。FN って本当に素晴らしい人で、世界中の病院を見て回って、病院はこうあるべきだという本を書いたのである。養生所はそこから取り出したかのようだが証明はできていない。でも似ている。養生所は 1 階は見えてないけど 2 階建、FN の絵も 2 階建、屋根は瓦と思うけど当時の日本にはなかったガラス窓である。FN はフローレンス・ナイチンゲール。『看護覚え書』という大変売れた本があるけど、それと同じ年に『病院覚え書』

も書いている。オランダの陸軍病院を真似て作ったという説もあるけど、ちょうど 1859 年に出て病院が立ったのが 1861 年で 2 年差があるのでもしかするとそうかもしれない。そうだと面白い。同じ年にダーウィンが『種の起源』を書いている。これも何かの縁である。

小学校を作ろうとしていたところから養生所のもので出てきた。今、そこをできるだけ残して、博物館に一部して、日本中から来て見ていただけるようなものを作れないかなということで検討がなされているところである。ちょうど見に行った時に、こういう古いものを発掘するお偉い方が長崎にはいて、目の前でポッと取り上げて見せて、「先生、これって何だと思えます？赤ワインの瓶なんです。」ポンペが飲んでたのかなあとと思うと非常に感動したが、当時、ワインを脚気の治療とかに使っていたのである。もしかすると治療用だったかもしれないが、こっそり隠れてポンペや松本良順が飲んでたのかもしれない。他にもどう見てもガラス管なんだけど、試験官かな？あるいは何かのチューブみたいなのがたくさん出てきている。

江戸時代に何の病気があったかという、幕末はとにかく戦争があったので、刀創、銃創である。これには全く東洋医学はお手上げだった。ここが、外科が、西洋医が入ってくる一番の元になる。東洋医学は西洋医学をやってないとやらせないと言って医師免許を取り上げていくわけである。もう一つは、みなさんよくご存知の脚気。これはもう高木兼寛と森 鷗外の物語になるわけで、もの凄い戦いをやるわけである。そして感染症、これはもうヨーロッパも抗生剤がないからほとんどお手上げである。

いろいろなことは争いの歴史なのである。漢方と西洋医学も。それから、オランダとイギリスとドイツ、どの字で今勉強してもおかしくない。オランダ語でやろうと英語でやろうとドイツ語でやろうと、結局、ドイツ語になるわけである。それから海軍と陸軍。それから留学組と国内に残った組で競争している。そして、東大と私学である。例を出すと、緒方洪庵の息子とボードウィンという、これはポンペの次に長崎養生所にやってきた

人だが、ドイツ医学が入ってきて追い出されるわけである。この人はそういうところが許せなくて、皇室の専属のお医者さんをやっていたが辞めて大阪に戻って開業した。そして大阪大学につながっていくのである。それから、イギリス医学は、ウィリアム・ウィリスという人がとても腕がよくて戊辰戦争とかで銃創とか何とか受けた手とか足をボンボン切り落としていくのである。落とさないと死んでたから。それを見た日本人はびっくりしていて、この人を日本の大病院の病院長にしようとして動いていくのだけど、それに対して相良知康、まあ悪名高い人だが、この人もポンペの弟子なのに、この人が「いや、ドイツですよ」と、ドイツに行ったことがないのに「ドイツですよ、イギリスだめだ」と言ってほとんど一人でひっくり返したのである。それでウィリアム・ウィリスも困って西郷隆盛が鹿児島に来なさいよと言って鹿児島に連れていったのである。

最後に、自分で考えたので嘘かもしれないが。西洋医学がどこから入ってきたのかというルートがいくつかあると思う。その長崎ルートは養生所から長崎大学となる。江戸ルートはシーボルトの弟子の伊東玄朴が種痘所を作って、後の東京大学になる。東京大学は長崎大学の 1 年後である。鹿児島ルートは前述したウィリアム・ウィリスで、西郷隆盛が連れて行って鹿児島大学に。大阪は適塾から緒方惟準とボードウィンで大阪大学を作った。緒方洪庵のところには福沢諭吉がいた。福沢諭吉は、日本医師会を作ったと言われる松山棟庵と慶應医学所を作った。慶應は医学部を持っていたが、その後お金が足りなくなってなくなって、もう一回できたのだが、割りに早い時期に慶應は作っていた。英国に留学したセントトーマスに行った高木兼寛が慈恵医大を作っていた。慈恵医大と慶應が私大の中心になっていくのである。ドイツ留学ルートがベルリンに行った森 鷗外で陸軍に入る、というような形があり時代的にこのようにに並んでいく。というところで講演は締めくくられた。

【報告：山口県医師会勤務医部会企画委員

阪田 健介】

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・29 年度の日本医師会勤務医委員会への会長諮問「勤務医の参画を促すための地域医師会活動について」、平成 30 年 5 月に答申した。このほか、勤務医の立場から勤務医委員会の 4 名の委員が日本医師会「医師の働き方検討委員会」に参画した。また、地域医療を守る観点から、フレームワークを活用して医師の働き方改革に関する調査を実施し、その結果を「医師の働き方検討委員会」に報告する等、日本医師会の医師の働き方改革に関する取組みに資するよう努めた。

これに対する提言は以下のとおりである。

1. 医師の働き方改革についての継続的な取組み

- ①取組みの必要性と課題
- ②ブロック医師会を中心としたフレームワークの活用
- ③働き方改革が及ぼす日本医師会組織率への影響の把握と対策
- ④各学会との協力・協働について
- ⑤日本医学会総会での医師の働き方改革に関するシンポジウムの開催
- ⑥地域医師会役員への勤務医の登用と活躍の場の提供

2. 大学医師会の現状の把握と対応策

- ①大学医師会との連携を深めることによって、勤務医、研修医の入会が促進できる。
- ②医師会が勤務医に提供している活動の場は多く、これらについて勤務医に広く周知、啓発すべきである。
- ③日本医師会並びに都道府県医師会が大学医師会の活動費用の援助も含めた必要な支援を行うことで、大学医師会が活性化する取組みを全国に広げていくことが重要。

3. 日本医師会理事（勤務医枠）と勤務医委員会との定期的な懇談を介しての地域医師会勤務医活動の活性化

今後、日本医師会及び勤務医枠の理事が取り組むべき具体案として、以下の 4 点を挙げる。

- ①日本医師会理事とブロック医師会選出の本委員会委員との協働による地域医師会活動の活性化
- ②ブロック医師会での「勤務医（特別）委員会」

の開催支援

- ③郡市区等医師会での勤務医役員との懇談
- ④日本医師会会内委員会への日本医師会理事としての参加

4. 若手医師の医師会活動への参画推進

- ①日本医師会における医学生、研修医など若手医師との活動
- ②都道府県医師会勤務医部会・若手医師専門委員会

5. 会費、会員の待遇など

勤務医にとって有意義な事業のさらなる充実と、医師資格証の活用等も視野に入れた入退会・異動手続きの簡素化が必要と同時に医師会の組織強化に向けては、医師会入会窓口となる郡市区等医師会の意識啓発と積極的な取組みの推進が期待される。

6. 医師資格証の利用

利便性の高さ等の周知とその活用を進めていく中で、勤務医の医師会への入会促進を図ることは、医師会及び若手医師を中心として勤務医にとって重要と考える。

7. 勤務医のより一層の参画を促すための取組み

- ①都道府県医師会役員への勤務医のさらなる登用
- ②日本医師会勤務医部会の創設
- ③郡市区等医師会での勤務医活動の活性化

日本医師会勤務医委員会から下記のメッセージを送るので参考にさせていただくとともに、今後とも皆様のご協力をお願いしたい。

- ・地域での勤務医による医師会活動の活性化
- ・すべての都道府県医師会での勤務医部会の創設
- ・各ブロックごとの日本医師会理事（勤務医枠）、勤務医委員会委員と地域医師会役員との懇談会の開催
- ・若手医師の組織化（若手医師委員会など）
- ・若手医師、研修医の日医入会への積極的な働きかけ
- ・大学医師会の活性化
- ・働き方改革への参画と意識改革
- ・各学会との働き方改革にかかる協働への働きかけ

[報告：山口県医師会副会長 今村 孝子]

ランチョンセミナー

「医師のための働き方見直し～ワークライフバランスとダイバーシティの観点から～」

長崎大学病院メディカル・

ワークライフバランスセンター

センター長／教授 伊東 昌子

仕事のやりがいは、達成感（自己実現）、成果・評価、報酬、人とともにゴールに進む喜び、あるいは仕事そのもの、と人それぞれにその重み付けは違うと思うが、「自分らしく仕事がしたい、能力を発揮したい」気持ちは誰もが持っている。無意識の偏見や差別のない環境において、あらゆる人の価値観を認めることにより、個々人の能力が十分に発揮できることを、私たちは心から理解することが重要である。

長崎大学では、トップ自ら「ダイバーシティ推進」を明言し、ライフイベントサポートとして、学内保育園の整備・一時預かり保育・研究支援員雇用・夏季休暇中の学内学童保育の実施、また、仕事と介護の両立のための「介護コンシェルジュ」による個別相談や、学内外に向けてセミナーやケアラー育成研修などを実施している。女性研究者及び次世代研究者の研究力アップのために、女性リーダー育成プログラム、メンター制度・女子学生／大学院生キャリア講習会・女子中高生の理系進路選択支援プログラム等を実施し、女性教員採用増加に向けて中期計画に目標値を明記している。女性の活躍推進を支える両立支援、そしてその根底にあるべき働き方の見直しに関しては、大学としては非常に特異的な取組みである「長崎大学ワークスタイルイノベーション」プログラムにより成果を出してきている。

また、長崎大学病院メディカル・ワークライフバランスセンターが中心になって、大学病院に勤務する職員と県内医療機関の医師を対象に、働きがいのある職場づくりを目指して活動を行っている。主な取組みは、キャリアコンサルティング・復職&リフレッシュトレーニング・各種セミナーなどである。院内にはワークライフバランス推進員を配置して現場とセンターの情報交換をきめ細やかに行っている。保育事業としては、夕方からの研修等に対応した院内イブニングシッター事業

や、保育サポートシステムを実施している。そのほかに、長崎大学に関わりをもつ2,000人以上の女性医師からなる「女性医師ネットワーク」の構築を行い、役立つ支援情報やサービスの提供等、情報交換を絶え間なく行っており、支援の輪を広げている。

今後も、ダイバーシティ・マネジメントを遂行するために、私たちが身につけていきたいことを考えていきたい。

〔報告：山口県医師会勤務医部会企画委員長

内田 正志〕

シンポジウム I

「医師は労働者か？」

～応召義務と時間外労働の狭間で～

座長を日本医師会副会長の今村 聡 先生と長崎県医師会副会長の佐藤光治 先生が務められた。

1. 今、変わるとき — No change, No future —

厚生労働省労働基準局労働条件政策課

医療労働企画官・医政局医療経営支援課

医療勤務環境改善推進室長 安里 賀奈子

(1) 働き方改革の動向

超少子超高齢社会（＝人口減少社会）が到来している。社会の変化に合わせて変わることが求められており、縦割りから連携へと変化すべきである。長時間労働・長時間残業で家庭や生活、地域と切り離された働き方を変え、希望に沿って多様な働き方を選択できる社会を構築せねばならず、現状と変わらなければ、地域や社会が保てない時代になる。

(2) 医師の働き方改革：2024年のX-DAYに向けて

残業時間規制が2019年4月から（中小企業は2020年4月から）開始となる。医師については具体的な規制の在り方を厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会」において議論中（今年度中を目途に結論予定。適用は2024年4月から）。だが、いずれにせよやるべきことは決まっており、未来に何を残すのか、子供たちに残したい医療は何か、若者たちに残したい職場は何か等が重要である。活力を維持したまま、いきいきと働ける環境へ医療界全体がシフトすべき時が来ている。

(3) 変化は現場で起こる／笑顔に繋がる場へ

リーダーは誰か、もう一度よく考えるべきである。それは当然、病院長であり、病院長の目覚めは必須である。目覚め前なら目覚めていただくような働きかけが必要である。一人のリーダーだけでは変革は成し遂げられないし、誰にもリーダーシップを発揮するチャンスがある。今、これらを始めることが大切である。

(4) 行政の支援

都道府県医療勤務環境改善支援センターでは、補助金等の紹介、各種セミナーの開催、専門家（社労士又は医療コンサルタント）の派遣等を行っているので、積極的に利用してほしい。詳細は、「いきいき働く医療機関サポート web」（いきサポ）を閲覧してほしい。

2. 医師は労働者か？（むかし医師は労働者ではなかった…）

弁護士法人ふくざき法律事務所

弁護士 福崎 博孝

「医師は労働者か？」「医療行為は労働か？」—この命題は重要なものとして議論されるにもかかわらず、簡単に結論が出てしまう。わが国の労働法制において、医師が一般の労働者と別異に取り扱われることはなく、労働法制の「労働者」の定義に当てはまる限り医師も労働者であり、医療行為も労働である。違法な長時間労働は労基署の臨検を招くことになる。

しかし、それでも医師は、この点に根本的な疑問を呈する。確かに、医師・コメディカル・病院職員など医療者は、人の命を預かる職業である。そこには単なる労働を超えた「専門性」「倫理観」「責任感」「矜持」「命を育む心」「人に対する優しさ」が絶対的に要求される。西欧の中世社会では、聖職者・医師・法曹がプロフェッショナルと呼ばれ、労働者とは扱われていなかったという。それは、神の前で「人の命と人生のみに力を尽くすこと」をプロフェス（宣誓）した者たちだけに与えられた勲章だったのかもしれない。

いずれにしても、現代社会では厳然とした労働法秩序があり、人々はその秩序に従わなければ生活できない。医師も同じであり、医師のみを労働

法秩序から解き放てば、それこそ社会に混乱しか招かない。しかし、その一方で労働法制の厳格な適用は、医師に「患者の命」と「労働時間遵守」の二者択一を求めることにもなりかねず、働き方改革法をそのまま医療界に当てはめることには無理もある。それこそ、「患者の命を優先するのか」、「医師の命と健康をとるのか」等という究極の選択につながりかねない。確かに、医療者は、いまの労働法制の中で、その働き方に工夫が必要であり、実際にそのことは医療界にも浸透し検討されつつある。しかしそれでもなお、「医師の使命」と「労働法制」の隙間が埋まらない可能性がある。やはり、医師の働き方については、労働法制の例外的取扱いが必要な部分もありそうである。

今後、議論を詰めるうえで忘れてならない論点として、ペイシエントハラスメントが取り上げられないのはおかしい。カスタマーハラスメントと同様に、医療の労働生産性を大変落とす。長時間労働と同様にペイシエントハラスメントも最大の問題であり、これも一緒に議論すべきである。

3. 医師の働き方改革検討会の現状と今後の展望

済生会福岡医療福祉センター総長／

済生会福岡総合病院名誉院長 岡留 健一郎

政府の「働き方改革実行計画」により時間外労働の上限規制が導入されることになり、医師に関しても労基法改正後 5 年後に規制が適用され、本年度末までに医療に相応しい規制の在り方や労働時間の短縮等について一定の方向性を得るためにいくつかの検討会で議論が行われている。

四病院団体協議会（以下、「四病協」：日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会、計 5,400 病院）でも、平成 29 年 6 月より「病院医師の働き方改革検討委員会」を立ち上げ、医師の労働者性、応召義務、労働と自己研鑽の仕分けなどの検討を行ってきた。

また、平成 30 年 2 月、四病協では、日本医師会と合同で厚労大臣に対し、勤務医の健康を守り、働く環境改善のために全面的な協力を申し入れたが、その実現に当たっては、国民が受ける医療に大きな混乱や負の影響が生じることを避けなければならない、労働時間に罰則を科す上限が設定され

た場合、結果として「応召義務」に応えることができなくなり、地域医療（特に救急、産科、外科）に相当な混乱をきたす恐れがあり、「労働時間の上限」と「応召義務」のどちらもが成立するためには、十分な議論が必要であると要望しているところである。

これらの中で、特に5つのポイントに絞って解説すると、

- ・ 応召義務

国と医師の関係の法律であり、医師と患者の関係の法律ではないと考えられつつあり、この条文は倫理的な要素が強いと考える学説が出てきている。

- ・ タスクシフト

既存の細かな役割分担にとらわれない、一連のある程度まとまった業務移管が必要になってくるのではないかと。

- ・ 宿日直

厚生省の調査によると、寝当直から、昼間と業務内容が変わらない当直まで千差万別であり、新たな宿日直の規定が必要ではないかと。

- ・ 自己研鑽

どこまでが業務で、どこからが自己研鑽かの議論も今から煮詰めるが、自己研鑽を抑制しないような枠組みが必要である。

- ・ 上限時間規制

一律に医師の労働時間を短縮することは、医療提供体制の崩壊につながるため、慎重な議論が必要である。とりあえず今すぐしなければならないことは、タイムカード等による労働時間の厳密な管理である。

最後に、今回の「ながさき宣言」で謳われた「長時間労働の是正は重要だが、その運用に関しては医師の特殊性に十分に配慮することを望む」、「働き方改革において研修医等の若手医師への教育が萎縮することのないように、研修医等の若手医師の学習の機会を確保することを望む」、「勤務医の過重な勤務実態を広く周知することにより、国民全体の理解が深まることを期待する」にすべての要点は網羅されていると述べられた。

4. 働き方改革と女性医師

岡山大学地域医療人材育成講座教授 片岡 仁美

現在、わが国において女性医師の占める割合は21.1%、29歳以下に限れば34.6%である。女性医師がいかに関与するかという観点からは、女性医師自身にとっても重要な課題であるが、医師全体の働き方、医療提供体制の観点からも同様に重要な課題と言える。特に、現在、非常に注目されている「医師の働き方改革検討会議」が提示した「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」においても、女性医師等の支援が盛り込まれていることは着目すべき点であり、女性医師の働き方がこれまで以上に注目されている。女性医師が1割程度の少数派であった時代は長時間労働、過重労働が常態化している労働環境に合わせるしかなく、多くの先輩女性医師は多大な努力で仕事を継続してこられたと考える。2006年の厚生労働省の資料では、女性医師の就労率は卒後10年目で76%に低下する（一般人口では同世代で62.8%まで低下）ことが知られ、出産・育児などの家庭責任と仕事の両立が簡単ではないことを示している。一方で、院内保育園の充実など環境面の改善はこの10年間で大きく進んでおり、女性医師の人数もこの10年間で一層増加してきており、状況は日々変わりつつある。

岡山大学病院では、2007年より病院全体として女性医師のキャリア支援に取り組んできた。その中で最も効果が上がったのが、フル勤務できない事情を持つ医師がオーダーメイドで働き方を決めることのできる柔軟な勤務制度である。アンケートでは復職の際に重要なこととして、家事のサポート、上司の理解、適正な仕事量、家族の理解が挙げられている。同制度は育児、介護などで使用でき、男性も利用できるが、現在までに約130人が同制度を利用している。その結果、岡山大学病院では出産・育児による離職が減り、この制度を利用した医師が地域に循環することで地域医療への貢献の実績も上がっている。最後に、「女性の働き方を考えることは、医師全体の働き方を考えることに繋がり、働き方改革に直結する」と結ばれた。

5. 好生館の働き方改革

佐賀県医療センター好生館

副事務部長 小野 潔

○好生館の働き方改革の始まり

好生館は、平成 30 年度第 196 国会で成立した「働き方改革関連法案」以前に、働き方改革を実施する必要があった。これは、平成 29 年 4 月に労働基準監督署の立ち入り調査があり、是正勧告書及び指導書を受け、①許可を得ていない宿直業務、②法定労働時間を超える割増賃金（時間外勤務手当）の支払、③総括安全衛生管理者等の選任報告等の抜本的な勤務を見直す必要があったためである。

○働き改革の内容

次の対策チーム（ワーキングチーム）が作られ、改革内容を検討し実践した。

(1)「是正勧告対応チーム」（事務部長リーダー）
是正勧告に指摘されたことについて対応した。

- ・未払い時間外勤務手当の確定
- ・未払い時間外勤務手当が発生した原因特定のための職員へのヒアリング
- ・多様な勤務体系導入のための就業規則改定
- ・各種手当の導入（オンコール手当、初期臨床研修手当等）

(2)「時間外業務対策検討チーム」（館長リーダー）
時間外業務とその対価のあり方を検討した。

- ・医師の 36 協定を超える時間外勤務者へのヒアリングを実施
- ・患者、家族への IC を職員の勤務時間内実施への協力依頼
- ・勤務である研修会の職員勤務時間内実施（併せて自己研鑽研修会と勤務である研修会の周知徹底）

(3)「働き方改革委員会」（理事長担当）

- ・職場環境の改善（働きやすい環境づくりを含む）
- ・職員の待遇や処遇改善
- ・働き改革憲章の策定

○改革後の問題点

- ・結果的には業務の縮小による診療面への影響（特に救急医療）
- ・病院経営での収入（診療報酬）の減と支出（人件費）の増

- ・患者満足度の低下

シンポジストによる総合討論

多種多様な意見交換となったので、ある程度方向性がまとまっているように感じた項目のみ記載する。

- ・医師は労働者である
- ・医師が少ない地域で労基が入り、それに対応を合わせると医療が崩壊する。労基の立場は？
→警察と同じような感じで、内部告発があると動かざるを得ないし、勧告せざるを得ない。
- ・応召義務について

国と医師の関係の法律であり、医師と患者の関係の法律ではないとの考えが主流になってきている。

- ・医学部の定員を何故増やさないのか？
→医師の需給体制がミスマッチングと考えると考えており、増員すれば解決する問題ではないとの認識であるから。

・自己研鑽の範囲について

労働に該当しない業務範囲を労使でしっかり交渉して取り決めておく。診療を伴えば、それは自己研鑽と本人が自覚して行っても労働になる。

これら以外に、以下の 6 項目は各施設でまずは早急に取り組まなければならないとの共通認識であった。

- ①医師の労働時間管理の適正化に向けた取組み
- ② 36 協定の自己点検
- ③既存の産業保健の仕組みの活用
- ④タスク・シフティング（業務の移管）の推進
- ⑤女性医師等に対する支援
- ⑥医療機関の状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取組み

[報告：山口県医師会理事 白澤 文吾]

シンポジウムⅡ「医療現場からの叫び」

座長：長崎県医師会副会長 藤井 卓

シンポジウムⅠで、働き方改革関連法の制定、施行が徐々に切迫するなか、ある調査で約 60% の施設がその対応に取り組んでいない、あるいは保留しているとの結果が示された。これは対応の

困難さと医師がプロフェッショナルであるが故の改革への意識の低さが関与していると考察された。

シンポジウムⅡでは、「医療現場からの叫び」と題して、働き方改革の実施困難が予想される救急、離島、過疎地においてフロントラインで医療に取り組まれている医師から、働き方改革に向けての現況が報告された。

1. 当院高度救命救急センターにおける働き方改革の現状と課題

国立病院機構長崎医療センター

高度救命救急センター長 中道 親昭

同院は長崎県中央に位置し、対象人口 50 万人の 3 次医療機関である。ドクターヘリ、救急車搬送約 4,000 件のうち 1,000 件が高度救急救命センターへ入院となる。病床 28 床、専従医 12 名、2 交代制勤務である。

専従医の業務は診療業務と診療外業務に大別される。前者は、救急外来、集中治療、院内急変対応等の院内診療、離島救急医療支援、ドクターヘリや救急車等の病院前救急診療、災害時派遣などである。後者は、院内外救急医療体制整備及び会議への参加、教育などである。

上記環境の中、2016 年よりタスクシェア、タスクシフト、タスクボリュームコントロールの 3 点を明確に意識し業務調整を行っている。具体的にはコマンドーを 1 人定め、マンパワーを流動的に再分布することでタスクシェア、タスクボリュームコントロールを行うとともに勤務交代時等の情報共有、伝達を確実にしてスムーズなタスクシフトを行っている。この方法の導入により医師の時間外勤務の減少を見たが、最近、勤務時間が再上昇する傾向にある。これは、救急医療体制集約化や高齢者患者の増加など救急医療需要と供給のアンバランスの影響でタスクボリュームが増加したためと考えられ、今後さらにこの傾向が強まると予想される。

これに対しては、同院のみの対応では制御困難であり、緊急及び重症度に応じて医療圏全体でタスクシェアリングするシステムの成立が望まれる。また、医療事務作業補助者など診療外業務の

タスクシフトも、マンパワーの問題で進んでいない。

救急医療業務においてタスクシフト及びボリュームコントロールが、救急医の働き方改革成立に対する喫緊の課題である。

2. 明日の勤務医の働き方を考える

— 離島医療の現場から —

上五島病院院長 八坂 貴宏

医師が不足する離島の中核医療機関では 1 人あたりの外来や入院患者数が多く、医療ニーズにより 1 次から 2.5 次診療までを担うことが必要とされ、また、保健、予防活動や在宅医療を含めた介護・福祉への対応まで幅広い業務をこなすことが要求される。救急患者は 24 時間同院に集中しているが、すべてを断らないことが当然であり、このため内視鏡治療や外科手術などは午後からの対応になることを余儀なくされ、長時間労働を強いられる地域、職場環境にある。宿直時の救急対応を含めない時間外労働時間は月平均約 62 時間である。

医療の安全、質の向上及び効率化のためには、過重労働やメンタルヘルスへの対策が必要である。カンファレンスなどは可能な限り時間内で行うなど、長く働いて当たり前という意識の改革、医療技術者や医療事務作業補助者へのタスクシフティング、チーム主治医制や総合診療によるタスクシェアリング、休暇取得の義務化など、チーム医療の展開、業務改善に取り組んでいる。また、各医師が専門医と総合診療を両立することで医療の効率化を図っている。医療機関のネットワークの活用、保健、予防活動による住民の受診抑制も行われている。しかし、マンパワー不足は越えがたい壁である。行政、公的病院が中心となって医療機関の再編、集約や医師の配置管理、自治医大出身の医師や奨学金、地域枠の医師の積極的活用が提言された。

根本的解決策は医師やスタッフの不足解消、すべての医療職の労働に対する意識改革であり、国や県は医師偏在や診療科偏在を解消するための具体的方策、働き方に対する方針を早急かつ詳細に提示すべきであるとの考えが示された。

3. 長崎県の過疎地の医療を担う勤務医の実態

平戸市民病院院長 押淵 徹

離島医療に従事する医師は、長崎県と離島の自治体が一部事務組合を形成し、離島医療に従事する医師の育成を図るとともに、離島の医療の充実が図られてきた。長崎県にも僻地、医療過疎地が存在するが、いまや本土過疎地の側に不均衡が目立っている。同院は、半径 15 km 範囲の生活圏域に有床診療所がない医療過疎地にある。人口 10 万人対医師数が県央の 3 割で離島よりも少なく、しかも医師の平均年齢は離島に比べ 20 数歳高い。同院では、日常ありふれた疾病や傷害の初期対応と救急対応、中等症程度の入院加療、トリアージと高次医療機関への搬送、在宅ケア、介護老人保健福祉施設の医療や介護、保健所を含む教育現場の保健事業等が、法定医師数の 6 割の常勤で行われている。一方で、医療のさまざまな情報は日本全国に等しく伝播され、地域住民の医療現場に求める期待、要望は「都市部の医師が豊富な地域」と変わりがない。このような中で働き方改革が取りざたされ、疲弊した医療現場はその施行前に崩壊の憂き目に遭っていると主張され、以下の提言がなされた。

- ・住民が高齢化し独居も多いなか、在宅復帰は困難であり再考を要す。
- ・総合医の養成を早急に図るべきであり、この体制ができるまで医師の労働時間規制は慎重かつ柔軟な運用をすべきである。
- ・地域間、診療科間、病院診療所間の医師の偏在を是正すべく、医療機関管理者要件に県知事が指定する医師不足地域の勤務を義務づける。
- ・特定看護師、医療作業補助者の育成を促進すべく条件緩和、診療報酬加算等を行いタスクシフ

ティングを推進する。医師の自己研鑽、女性医師の働きやすい環境整備、ICT を活用した診療支援には十分な配慮が必要である。

- ・医師の応召義務と労働基準法の時間外労働規制には整合性に無理が生じるものであり、医師については別に労働基準法が定められるべきである。

上記講演後、フロアを交えてディスカッションが行われた。

主な論点は以下の通り。

- ・救急医療現場を含め、患者数は増加し、特に軽症例が増加している。コンビニ受診の抑制や時間外でのインフォームドコンセントの廃止など医師負担軽減のために、患者、広くは国民の啓蒙、教育が必要である。
- ・タスクシフトを行うべく医療作業補助者を充分採用すると人件費がかさむとの指摘があったが、医療の安定的継続のためには必要なコストとの見解が示された。
- ・医療機関間の広く柔軟なタスクシフト、タスクシェアリングも重要で、そのためには密な地域連携が必要である。医師の確保、偏在軽減には、医師配置に行政が積極的に介入すべきである。

医師のプロフェッショナルとしての意識はともかく、最高裁の判例を含め、医師は労働者であるとの認識が当たり前のこととして共有されつつあるなか、医師の働き方改革の実施に一定の期限を設けることは必然であろうが、その前にまだまだ十分な議論も必要だと感じられた。

[報告：山口県医師会理事 郷良 秀典]

自動車保険・火災保険・積立保険・交通事故傷害
保険・医師賠償責任保険・所得補償保険・傷害保険ほか

あなたにしあわせをつなぐ

損害保険ジャパン日本興亜株式会社 代理店
共栄火災海上保険株式会社 代理店

山 福 株 式 会 社

TEL 083-922-2551