令和４年度 全国医師会勤務医部会連絡協議会

メインテーマ
医療新時代を切り開く勤務医の矜持
～コロナを克えて～

と　き　令和４年10月15日（土）10：00～
ところ　ANAクラウンプラザホテル
　　グランコート名古屋　７階「ザ・グランコート」
主　催　日本医師会
担　当　愛知県医師会

特別講演Ⅰ

医師会の組織強化に向けて

日本医師会会長　松本　吉郎

本執行部における今期の医師会運営の柱として、①地域から中央へ、②一致団結する強い医師会へ、③医師の期待に応える医師会へ、④国民の信頼を得られる医師会へ、という４つを挙げさせていただいている。地域医師会からの意見を中央へしっかり汲み上げていただき、地域医師会、郡市区医師会、都道府県医師会のみならず、地域の診療所の先生、病院の勤務医の先生方など全医師の方にボトムアップ型で中央に挙げていただき、それを日医が集約して国に政策提言等を行っていきたいと考えている。また、地域医療を地道に行っていく中で、医師の期待に応える医師会、国民の信頼を得られる医師会になると思うので、地域の医師会活動をしっかりとやっていかなければならないと考えている。そして、われわれの政策提言を国の施策に反映させていただくためには、一致団結する医師会にならなくてはならないので、医師会と各学会、各関係団体等が意見を共有していかなければいけないと考えている。

医師会運営に関する具体的な項目として、国民の健康と生命を守る､現場からの情報収集と連携、組織強化、新型コロナウイルス感染症及び新興感染症への対応、国民皆保険制度及び医療提供体制の堅持と持続性の確保、超高齢社会への対応、医師の働き方改革、国民の信頼回復のための情報発信、医療界におけるDXがあるが、その中でも特に組織強化が重要である。

日医への入会についての基本的な考え方であるが、日医は、医師個人の資格で加入するわが国唯一の医療界を代表する組織であり、医師たる者には、すべて医師会活動に参画していただきたい。医療界が求める制度･政策等を実現するためには、その決定プロセスに深く関与する必要があり、医師会を通じて医療界の意見等をその決定プロセスに反映させていくことが現実的な方法であり、重要な課題である。医療に関する制度・政策等は一旦決定すれば、それにすべての医師が縛られることになる。また、一度決定したことを変更するのは容易ではない。そのため、すべての医師が自分のこととして医師会活動に関心を持ち、その活動に参画する中で、医師会とともに医療現場が求める制度・政策等を実現していくことが必要である。医師会活動を自分の事として認識してもらうためには、まず医師会活動に参画してもらい、医師会内部からその活動を体験してもらうことが第一歩になる｡臨床研修に専心している先生方には、まず、医学部卒後５年間の会費減免期間の中で、医師会活動への理解を進めていただけるよう、先生方の特段のご理解とご協力をお願いしたい。

全国の都道府県医師会の入会率

三層構造でみる医師会の会員数であるが、令和３年12月１日現在で日本の医師総数約34万人

のうち、日医の会員数は約17万３千人、都道府県医師会は約19万１千人、郡市区等医師会は約20万５千人となっており、郡市区等医師会の会員で日医に未入会の方が約１万７千人いることから、この差を解消することが重要な課題となっている。医師数自体は毎年、約５千人増加しているにもかかわらず、その方々になかなか医師会に加入していただけていないのが現状であり、医師会の組織率としては低下している。入会率を上げることが課題であり、そのための努力が必要である。

組織強化の必要性

医師会の役割は、国民の生命と健康を守ること、医師の医療活動を支えることである。行政のカウンターパートとして日医は厚労省をはじめとする各省庁と、都道府県医師会は都道府県と、郡市区医師会は市区町村と、それぞれがいろいろな行政と連携しながら医療活動を行っている。

地域における医師会の主な役割は、以下の６つである。

①救急医療体制への参画
- 休日当番医療機関への協力
- 夜間急病診療所等へ医師派遣 など

②公衆衛生への協力
- 各種健（検）診事業への協力
- 予防接種事業への協力
- 感染症サーベイランス事業
- 学校保健事業への協力
- 産業医活動への協力 など

③学術的活動
- 地域の医師を対象とした各種研修会、勉強会等の開催
- 看護学校の運営 など

④介護福祉事業への協力
- 各介護事業との連携

⑤警察医としての活動
- 検案等

⑥地域との共生

これらのことは医師会に入ってやっていただいたり、又は医師会がコントローラーの役目を果たしていることもある。医師の矜持がこの中に詰め込まれており、開業医・勤務医の先生方にそれぞれ一定程度活動を行っていただいていると思う。これが地域を支える医師会の理念ということもできるので、これを各医師に理解してもらい、医師会活動の原点がここにあるということを郡市区医師会に改めて認識していただくことが極めて重要かと思っている。

私の医師会活動は地元の大宮医師会から数えて27年になるが、若い先生方や新しく入会してくる先生方に必ず伝えるようにしてきているのが、この地域における医師会の主な役割である。この

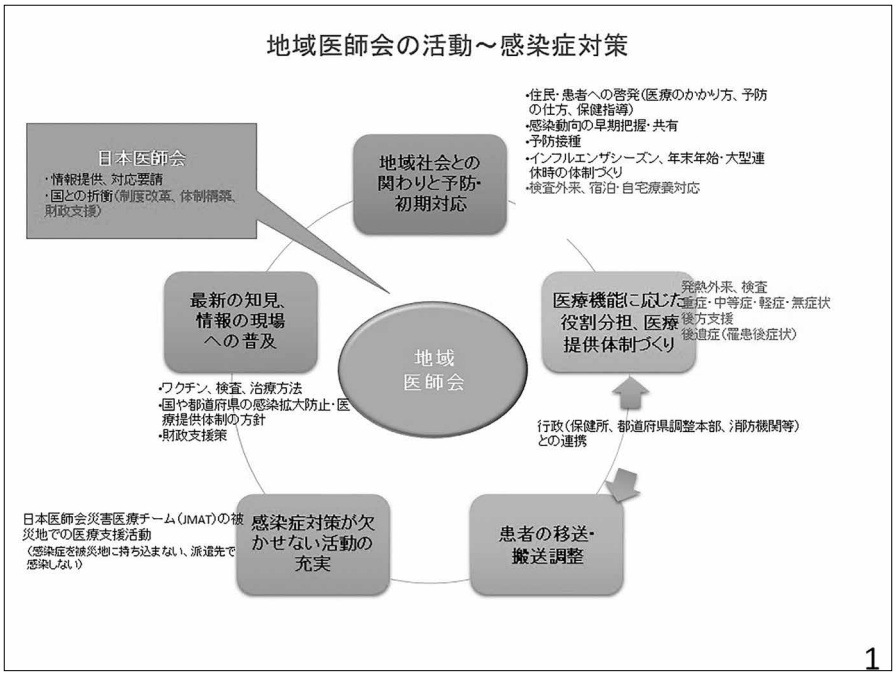

図１　地域医師会の活動～感染症対策

部分をしっかりと理解していただき、自身の医療機関内の仕事だけにとどまらず、外に出て公的な仕事を一つでも二つでもこなしていただきたい。そうすれば一人ではできないことも50人、100人が集まれば点ではなくて面として地域の医療活動を支えることができるので、それをしっかりと取り組んでいただきたい。私が一人で声を発しても全国の医師の元には届かないと思うので、本日参加されている先生方から何回も発していただき、医師会の活動が圧力団体的な活動をしているわけではないということを伝えていただくことが皆さんの役目でもあると思うので、よろしくお願いしたい。

地域医師会の活動、感染対策は**図1**の通りである。コロナの教訓としては、初動体制でいろいろ言われたことはあったが、われわれが実践の中で教訓を得て、まさに今はそれぞれの役割分担、機能分担がしっかりできてきた、しっかりと連携ができてきたからこそ、ある程度の数の患者さんへの対応ができているということである。

日医が参画している主な国の審議会等は**図2**のとおりである。ここには私をはじめ、副会長、常任理事が手分けをして参画しているが、この数が非常に増えてきており、官庁だけでなくさまざまな協議会、審議会、委員会を含めると一人で相当数出席しており、常任理事は平均すると一人あたり年間70～80回の出務になっている。

現場の声を踏まえた医療政策の実現に向けて、検討する場にはさまざまなステークホルダーが参画しており、医療界がいくら正しいことを発言しても、それが実現するとは限らない。より説得力のある議論を展開するため、より多くの先生方の後押し（医療現場の声）が必要であり、より多くの先生方が医師会活動に参画することが、医師会の組織強化と発言力の強化につながる。物事を動かそうとしても、医師個人の力ではどうにもならないことが多くあるが、多くの先生が医師会活動に参加することにより、先生ご自身の職務を存分に全うできる環境を実現する。それが国民により良い医療を提供し続けていくことにつながる。

まさに先生方一人ひとりの意識が、今後のわが国の医療を変えていくことになる。日医は、すべての医師を代表する団体であり、より多くの先生方とともに、わが国のより良い医療を実現していきたいことから、医療現場の先生方の意見を踏まえて、医療政策の議論の場に臨んでいく。

組織強化に向けた取組みのお願い

日医が令和５年度より実施する会費減免期間の延長の主な内容は以下の通りである。

①会費減免の延長期間の対象を臨床研修医から卒

日本医師会が参画している主な国の審議会等

厚生労働省	医道審議会、中央社会保険医療協議会、厚生科学審議会、社会保障審議会、薬事・食品衛生審議会、医療介護総合確保促進会議、今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会、医師の働き方改革の推進に関する検討会、大学附属病院等のガバナンスに関する検討会、医療の質向上のための体制整備事業評価委員会、院内感染対策中央会議、医療放射線の適正管理に関する検討会…など
内閣府	中央防災会議、男女共同参画推進連携会議、総合科学技術・イノベーション会議、食品安全委員会、防災推進国民会議、接触確認アプリに関する有識者検討会合　…など
文部科学省	中央教育審議会、科学技術・学術審議会、未来医療研究人材養成推進委員会、「がん教育」の在り方に関する検討会　…など
内閣官房	健康・医療戦略参与、次世代医療ICT基盤協議会、未来インテリジェント医療分科会、社会保障制度改革推進会議、新型インフルエンザ等対策有識者会議　…など
総務省	個人番号カード・公的個人認証サービス等の利活用推進の在り方に関する懇談会、大規模災害時の非常用通信手段の在り方に関する研究会
環境省	中央環境審議会、原子力災害時の医療体制の在り方に関する検討チーム、エコチル調査企画評価委員会　…など
農林水産省	日本型食生活推進委託事業（朝食欠食改善等ごはん食推進事業）実施に係る検討会

※任期終了したものも含む

2

図2　日本医師会が参画している主な国の審議会等

後５年目まで延長する。
②卒後５年間の基本的な捉え方は大学医学部の卒業年度を起点に、年度単位とする。
③対象となる会員区分はすべての会員区分とする。
④会費減免の方法は会費賦課徴収規程の「その他特別の事由」による。
⑤会員サービスとして『日医ニュース』及び『日医雑誌』の送付に代えて、「日医ホームページ」「日医 Lib」で対応する。

これらに伴い、医師会に入っていただくよう、全力で加入促進に取り組んでいただきたい。

会費減免期間の延長に伴う「入会金」等の取扱いについて、若手医師の医師会への入会を促進するためには、若手医師が費用面及び環境面の両側面から、入会しやすい環境を整備することが必要である。入会金は、若手医師にとって大きな費用負担となることから、入会金を徴収している医師会には、まずは医学部卒後５年目までの入会金の免除について検討いただくようお願いするとともに、同様の取組みを管内郡市区等医師会にも実施していただくよう、周知をお願いする。また、入会時の煩雑な手続きの軽減を図るべく、医学部卒後５年目までの医師については、入会申込書が適切に提出された場合、その他特段の手続きを経ることなく入会できるよう、管内郡市区等医師会への協力方について、よろしくお願いする。臨床研修医及び専攻医の異動手続き等について、特に研修期間中の勤務医にとっては病院の異動が多く、そのたびの医師会間の退会・入会手続きが非常に負担になっているとの意見が多くあることから、この負担を軽減するための方策を講じる必要がある。具体的な方策案としては、大学医師会に入会している会員で、当該大学所在地以外の地域の病院で研修等を行う場合、一定期間内に大学に戻ってくることが分かっているのであれば、異動手続き（入退会手続き）は要しないというような運用もご検討いただきたい。　臨床研修や専門研修のプログラムを選択した病院が所在する郡市区等医師会会員で、当該病院所在地以外の地域で研修等を行う場合、一定期間内に当該病院に戻ってくることが分かっているのであれば、異動手続き（入退会手続き）は要しないような運用もご検討いただきたい。

日医では令和４年８月２日に開催した第13回常任理事会で医師会組織強化検討委員会を発足した。令和５年１月中を目処に中間の報告書を取りまとめる予定である。組織強化に向けた取組みとして、会費減免期間の延長についてご検討・ご協力いただくとともに、①組織強化に取り組むための仕組みづくり、②三層すべての医師会への入会と開業医については廃業後も医師会員として残ってもらうための取組み、③会費減免と会費減免終了後に医師会に残ってもらうための取組みの３つについて取り組んでいただきたい。特に、郡市区等医師会入会者の日医までの入会についてお願いしたく、ご参考として日本医師会定款・諸規程検討委員会が示した社員総会制を敷く郡市区等医師会の定款変更案（平成22年３月）を挙げさせていただく。

（会員の資格）
第６条　本会は＜例：○○＞を区域とし、その区域内に就業所又は 住居を有する医師のうち、本会の目的及び事業に賛同したものをもって会員とする。
2 前項の会員をもって一般社団法人及び一般財団法人に関する法律（以下「法人法」という。）上の社員とする。
3 会員は同時に＜例：○○県医師会＞及び日本医師会の会員となる。

次に、廃業した開業医への医師会会員資格継続に向けた取組みについて、ご参考として都道府県医師会における好事例（医師会組織強化検討委員会「医師会組織強化に向けた取組み等について」のアンケート；令和３年度実施）を挙げさせていただく。
・自宅会員などの区分を設け、会員資格を維持する方策を講じている。
・高齢を理由に廃業する会員が多いため、高齢減免の制度を提案している。
・日医の医師賠償責任保険の「廃業特約」を周知している。
・勤務医として医業を継続する場合は、日医の医師賠償責任保険に加入できることや、医師国保組

合などついても継続して加入ができることなどの説明を行っている。

次に、臨床研修医の会費免除と、臨床研修修了後に医師会員の資格を継続してもらうための取組みの参考として、都道府県医師会における好事例を挙げさせていただく。

○入会時の取組み

新研修医を対象とした祝賀会の後に、役員が入会申込書の記入方法を説明しながら作成・提出してもらっている。この際、臨床研修病院から県医師会に「初期研修修了後の異動先情報を提供することについての承諾書」も提出してもらい、研修終了後の会員継続依頼等の連絡がスムーズに取れるような仕組みを作っている。

○会員期間中の取組み

会費減免期間中に、メーリングリストや会員専用ホームページで医師会の取組みを積極的に広報し、医師会員であることの必要性を認識してもらうよう働きかけている。

○臨床研修修了前後の取組み

・臨床研修修了前に、臨床研修修了となる研修医のリストを県医師会から郡市医師会に送付し、研修医に会員区分を変更してもらうよう依頼している。

・研修２年目の修了前に医師会継続の意向、異動状況の確認を行うようにしている。

・臨床研修修了時に文書を発出し、会員継続のメリット（産業医等の制度取得ための優先的な受講や軽負担での医師国民健康保険への加入、医事紛争時のサポートなど）を伝え、B 会員への移行を働きかけている。

・C 会員終了後、会員継続依頼文書を送付する際に、日医作成の『ドクタラーゼ（別冊）』や、県医師会作成の医師会入会メリット等を記載したチラシを同封している。

○その他

・専攻医も減免申請により会費無料化とした（4月１日現在 30 歳以下。免除期間は、臨床研修期間であって３年以内など）

・臨床研修修了後も研修医（所属長が研修医と認めた者）には、会費無料を継続している。

・勤務医入会サポートデスクを創設した（入退会異動手続きの代行）。

・病院で指導的立場にある医師に入会を勧めてもらうよう説得している

まとめ

「すべての医師を代表する組織」としてのプレゼンスや発言力を高め、国民の生命と健康を守り、医師の医療活動を支えるという医師会の役割を果たしていくためにも、減少傾向にある医師会の組織率を、上昇の方向に転じさせることが必要である。そのため、医学部卒後５年目までの会費減免期間の延長について、管内郡市区等医師会も含め、特段のご協力をいただきたい。そして、今から令和５年４月に向けて、卒後２年目の臨床研修医の先生方に３年目以降も医師会員として継続してもらうための準備を進めていただきたい。併せて、継続的な組織強化の取組みに向けて、①仕組みづくり、②三層すべての医師会への入会と、開業医については廃業後も医師会員として残ってもらうための取組み、③会費減免と、会費減免終了後に医師会に残ってもらうための取組みについて、ぜひご検討いただき取組みを進めていただきたい。入会促進にあたっては、face to face の取組みの重要性がアンケート等からも指摘されていることから、たとえば病院に直接ご足労いただくなど、対話を通じた入会促進ということもぜひ考慮いただきたい。また、管内すべての郡市区等医師会会長（担当役員）及び事務局の出席のもとで、「郡市区等医師会組織強化担当役職員連絡協議会」を開催いただきたい。その際には、可能な限り日医より担当役員が出席したいと考えているので、ぜひお声がけいただきたい

[報告：副会長　中村　　洋]

特別講演Ⅱ

社会の共有財として「知のコモンズ」をめざす東海国立大学機構の挑戦 ～総合知の活用による人類社会の課題解決への取り組み～

国立大学法人東海国立大学機構機構長　松尾　清一

講演内容の趣旨は以下の通りであり、

１．世界は、DX や AI でかつてない規模とスピー

ドで変化しているが、他方で解決困難で深刻な多くの課題に直面している。
２．わが国は、少子超高齢化、経済の停滞、社会システムの硬直化・制度疲労など、独自の深刻な問題を抱え将来に大きな不安がある。
３.これらの課題解決のためにできることは何か。基本的な考え方と東海国立大学機構の新たな国立大学像を目指す取り組みについて。
４．今後の課題と展望。
について述べられた。

まず始めに､日本の現状に対する問題点として、
１．少子超高齢化と人口減少：この問題の深刻さは単に日本社会と経済をこれまで支えてきた労働生産年齢人口が減るというだけでなく、中間層の多くが国際比較で見れば確実に貧しくなっている。実質賃金も目減りしており、世代を跨いで格差が固定されつつある。中流階級の崩壊が進んでおり、このままでは社会のダイナミズムは確実に失われてゆく。
２．経済の停滞とプレゼンスの低下：バブル経済崩壊後の30年間、わが国は経済成長と科学技術の進展により日本再興を図ったはずであるが、国際比較でみれば結果はむしろ後退している。あらゆる領域において公私ともに未来への投資が十分できておらず、確たる将来ビジョンを提示して世界をリードできない中で、わが国の国際的なプレゼンスは急速に低下している。
３．変われない日本：日本は過去の成功体験にとらわれ、さまざまな既得権益がはびこり、「これまでのやり方」を変えることができない。日本では盛んに科学技術のイノベーションが叫ばれているが、激動する世界の中で社会のあり方や社会を動かす仕組みそのもののイノベーション、即ち社会丸ごと変革トランスフォーマティブイノベーションこそ、今の日本に最も必要である。
と述べられ、以上の三つの観点から医療の課題については、第一に、医療制度とインフラは公私を問わず社会の最も重要な公共財の一つであり、日本の医療制度はわれわれが世界に誇るべきものである。少子高齢化はやがて多くの国で日本が経験したよりも速いスピードで進行する。その時に、日本の医療システムは世界に誇るものとして存在しているだろうか。第二に、医学医療の世界は外部から見ると、とかく閉鎖的な印象を持たれてはいないだろうか。例えば今回のようなCOVID-19パンデミックでは、単に医学医療にとどまらず、政治、経済、科学技術、倫理、法律など、およそあらゆる領域の叡智を集めた対策が必要であることを学んだはずである。したがって、医学医療の研究や教育そのものにも、不断に多様な人材を積極的に迎え入れて、総合知による医療の課題解決や未来医療のビジョンづくりとその実現方策を共創する必要がある。と、俯瞰的に述べられた。

次に､「知とイノベーションのコモンズ」として、わが国初の県境を越えた法人統合で誕生し、社会の課題解決に貢献する東海国立大学機構は、社会の公共財として人類と地域の課題解決に貢献する新しい国立大学を目指すと述べられ、現状について説明された。

国立大学の今後の方向性としては、
１．総合知と高い志：深刻で解決困難な課題に挑むには「総合知」が必要であり、「for the public」の志の下に、あらゆる領域、あらゆるセクター、あらゆるステークホルダー、そして多様な人々がビジョンの実現のために連携することが必須である。その際、大学は総合知の形成とオープンイノベーションの場としてふさわしいあらゆる領域の多様な人々が集い、議論し、実践し、積極的に社会に発信すべきである。
２.国立大学を知とイノベーションのコモンズへ:以上の活動に国立大学が貢献できるポテンシャルは高い。その際、われわれは国立大学を社会の公共財としてとらえ、「知とイノベーションのコモンズ」としての役割を果たすべきである。そしてそのミッションは、だれ一人とり残さず、すべての人が幸せに生きる社会の実現へのインパクトある貢献である。
３．社会へのインパクト：大学が社会に対してよりインパクトの大きい貢献をするためには、アカデミア同士のより踏み込んだ連携・統合が必要ではないか。今、歴史は大学にそのようなミッションを課しているのではないか。
と三点指摘された。

まとめとして、国立大学は社会の公共財である「知とイノベーションのコモンズ」として、より大きなインパクトで未来社会の創造に貢献すべきであり、一法人複数大学の試みは、わが国の国立大学の未来のあり方を示そうとする試みで、日本全国各地で、未来の大学像を創出する熱い議論が沸騰し、輝ける未来社会の創出に貢献できれば本望と結ばれた。

[報告：理事　白澤　文吾]

特別講演Ⅲ

2040 年の医療介護

一般社団法人未来研究所臥龍代表理事
上智大学総合人間科学部教授
前駐アゼルバイジャン共和国日本国特命全権大使
元厚生労働省年金局長・元内閣官房内閣審議官
香取　照幸

わが国は世界最高水準の高齢社会、今後もさらに人口高齢化が進む。2040 年までに人口は約 15% 減少、高齢者数は増大し続ける。今回のコロナ禍で、2040 年（20 年後）に直面するであろう医療諸問題が露呈した。今後は医療費よりも介護費が増え続ける。寝たきり患者さんが亡くなられるまで、介護費は必要である。

現在、入院患者の半数は 75 歳以上、高齢者の 6 割は独居か老齢夫婦世帯。早晩、医療現場では要介護高齢者・慢性疾患患者の急性期対応・感染症対応が常態化する。家族介護はあてにならなくなる。

わが国独特の医療システムは、公的医療機関でない多数の中小民間病院・診療所（自由開業・自由標榜、独立採算）が、フリーアクセスを基本とする国民皆保険を支える構造になっている。増大する医療需要を最小限の人的物的提供体制で支えてきた日本では、医師 1 人当たり入院担当患者数はアメリカの 5 倍、年間外来延べ患者数はアメリカの 3.5 倍に及ぶ。医療従事者の労働環境は過酷であり、医療現場は局所的に負荷がかかれば、いとも簡単に崩れる脆さを内包している。

必要な医療介護需要を受け止めていくためには、人的物的資源の再配置・医療提供体制の構造改革は必至。疾病構造の変化に合わせた病院の機能分化と連携、選択と集中、在宅医療をも視野に入れた地域完結型医療への転換が急務である。しかし、海外に比し民間病院主体であるため、病院間の機能分担の管理は難しい。

医療の目的は「治す医療」から「治し、支える医療」となる。生活の質（Quality Of Life）を重視し、生活を犠牲にしない医療が求められる。病院には、「治す」に特化した高次機能・専門治療機能と、「治し、支える」を担う在宅医療・地域医療を支える機能という 2 つの方向性がある。「治し、支える」ためには、医療・看護・介護・生活支援、包括的ケアが必要、多様な専門職種の連携・協働による地域包括ケアネットワークの実現が必要である。

現在進められている地域医療構想においても、1. 急性期の機能強化：急性期病院の集約化（病床削減＋資源の集中投入）高度急性期・重症急性期入院医療への特化と同時に、2. 地域医療・在宅医療の強化：かかりつけ医機能の実装、地域密着型病院の機能の明確化、医療介護連携・地域包括ケアネットワークの支援といった取り組みを並行して進めていく必要がある。

かかりつけ医機能を担うことを医療者に求めるのであれば、その業務・役割にふさわしい対価を支払うことが必要。求められているかかりつけ医機能の内容は、明らかに「保険診療 - 療養の給付」の範疇を大きく超えている。登録制の議論がなされているが、日本のシステムでは「かかりつけ医を持つことは国民の権利であり、義務ではない」のである。

[報告：勤務医部会企画委員長　弘本　光幸]

シンポジウムⅠ

医療新時代の病院機能分化と連携推進
～アフターコロナのあるべき姿を問う～

座長：愛知県医師会理事
勤務医部会副部会長　浦田　士郎
愛知県地域医療構想アドバイザー　伊藤　健一

(1) 感染症対策から考える将来の病院の姿
～愛知県新型コロナ感染症対策医療専門部会の立場から～

独立行政法人国立病院機構
名古屋医療センター院長　長谷川好規

パンデミックにおける医療体制の確保について

明らかとなった３つの課題について、以下に報告する。

第１は病院の（感染対応への）構造的課題について。

病原体の毒性が未知である初期は、医療者を守りながら治療ができる感染対策可能なベッド確保が困難であった（大部屋が基本構造のためトイレ、バスが分離できない、個室や陰圧管理の構造になっていないなど）。また、重症対応のために、実際は現在の２倍のICU病床とそのための人員確保が必要であった。

一方、一般急性期医療確保のために、（地域医療構想で返還が求められている）休床病床の活用が極めて有効であったが、このことは平時から議論が必要である。

第２は病床と医療従事者の確保。

パンデミックの時、アメリカの大学では病床の６～７割がコロナ病床になり、医師はすべてコロナ診療にかかわったが、こうしたことは日本では不可能だろう。

実際、病床数に応じて対応する医師を増やさないといけない（すべての医師がパンデミックに参加するというマインドセットも必要）。看護師も１：７ではなく１：４看護単位が必要であり、１病棟運用には２病棟閉鎖する必要があった。

日本では、パンデミックにおける各フェーズのデータから、医療従事者を配置すべき人員数などを算出し、平時にどのように維持すべきかも含め体制を考える必要がある。

第３は病原体遺伝子検査体制からみえる日本の医療制度。

まず、欧米と比較して一貫して圧倒的に検査数が低いことが挙げられる。

これは、パンデミック当初に試薬の国内備蓄がなく、試薬が入手できない状況にあったことに加え、病院における遺伝子検査体制がなかったからである。日本の病院は昔ながらの細菌検査体制が大半であり医療システムの変革が遅れていた。

また、米国の検査は民間検査センターが大半を占めて、行政がそれを組織化してデータを収集していたが、日本では、行政と病院・民間検査の組織化ができなかった。こうした背景により遺伝子検査導入・普及が諸外国から後れを取った。

最後に、新型コロナウイルス感染症の中で、医療者は病院、組織を超えた情報共有と連携の重要性を改めて認識した。今後は、この度のパンデミックから得たデータを基に科学的な振り返りにより将来を見据えた体制を考えていき、次に備えていくことが必要である。

（2）尾張西部医療圏における医療連携 ～公立病院の立場から～

一宮市立市民病院院長　松浦　昭雄

尾張西部医療圏は、一宮市と稲沢市の２市から構成され、一宮市には、一宮市民病院、大雄会病院、一宮西病院、木曽川市民病院がある。新型コロナに対して、各病院がどのように連携して対応したかを紹介する。

（1）新型コロナウイルスの発生初期

一宮市立市民病院は第二種感染症指定医療機関として積極的に感染者の受け入れをしてきた。最初の感染者を受け入れた一か月後には感染症病棟が満床になったため、一宮市保健所が受入可能な医療機関を調整し、感染者を連携して受け入れる協力体制がとられるようになった。

また、地域内での情報共有が重要となり、医師会と医療機関、保健所で構成される「尾張西部新型コロナウイルス感染症医療連携協議会」が設置され、定期的にオンライン会議を開催するようになり、現在も継続している。

（2）ワクチン接種

市民への接種は、当初、学校体育館などの14か所の特設会場を使った集団接種方式が考えられていたが、副反応が起きた場合や人数増加への対応が難しいという理由から設備が整った医療機関で接種すべきであると考え、医師会と協力して市に方針変更をお願いし、市の保健センター、病院、クリニックと非常に多くの接種会場を設定することができた。

（3）感染拡大への備え

第５波では最も医療体制がひっ迫した状況になったが、重症化リスクのある感染者を、早期に一宮市立木曽川市民病院で受入れ、抗体カクテル療法を行うことで重症患者の増加を抑えこみ、一宮市立市民病院は重症や妊婦、大雄会病院は透析患者を中心に受け入れるという役割分担によって医療圏の病床ひっ迫を緩和することができた（その都度、役割分担の案を保健所、医師会長と一緒に各病院を回り理解を得ていた）。

その後、軽症の小児患者を２つの民間病院で受け入れてもらうことで、第７波を乗り越えることができた。

総務省から出された「公立病院経営強化ガイドライン」において、公立病院間で「機能分化・連携強化」を進めていくことが求められたことから、まずは公立病院で合同戦略会議を立ち上げ連携を進めた。また、地域医療連携ネットワーク「しちみんネット」を導入し、他の医療機関との患者情報の共有を進めている。アフターコロナでは、これまでの新型コロナへの対応での成果を生かし、今後の一層の機能分化・連携強化に取り組んで行きたい。

（3）西三河南部西医療圏における病床整備 －自主的協議体を中心とした医療提供体制の構築－ ～公的病院の立場から～

JA 愛知厚生連安城更生病院院長　度会　正人

本県では地域医療構想に対応するため、地域の病院による自主的協議体として「西三河南部西地域医療連携推進ネットワーク（以下､「ネットワーク」)」を立ち上げて協議を行う仕組みを構築した（**図 3** 参照）。今回は、このネットワークが機能した例について報告する。

西三河南部西医療圏は、2040 年以降も医療需要の増加が予想される圏域であるが、既存病床数が基準病床数を上回っているため、制度上は増床が認められない地域である。 一方で、2019 年に厚生労働省は、当医療圏の３つの公立・公的医療機関のうちの１つを再検証対象医療機関としたことから、まずは、当該医療機関で病床数の削減が計画された。

そうした中、医療圏の病床についてネットワークで協議するなか、医療法施行規則の「特例措置」をもって、医療圏の公立公的医療機関に限り増床が認められる制度を認識したことから、この制度を利用して３つのうち公的医療機関である安城更生病院の増床を計画した。

「特例措置」では、①再編統合の対象となる公立公的病院の病床数の合計が減少すること、②施設相互の機能分担及び業務の連携、が条件とされており、増床の必要性についてネットワークで検討を重ねた。

その結果、再検証対象公立医療機関（碧南市民病院）が地域で過剰とされる急性期病床を削減（△ 64 床）し、公的医療機関である安城更生病院が不足する高度急性期病床を増床（＋ 22 床）することとし、愛知県内の関係会議を経て、厚生労働省の協議において正式に承認され、公立病院の病床削減と公的病院の増床が実現した。

今回の病床整備は医療圏全体の取組みであり、西三河南部西医療圏では、以前より自主的協議体を中心として良好な関係を構築していたことが、病床過剰地域における増床が可能となったものと言える。

（4）新型コロナは、今後の病院医療に何をもたらしたか？ ～民間病院の立場から～

社会医療法人名古屋記念財団理事長　太田　圭洋

日本のコロナ対策は頑張ったと思うが、マスコミなどによる日本の医療へのバッシング（特に民間医療機関）により、医療提供体制見直しの議論が加速することとなる。

こうした中、「新型コロナ感染症対応に関する有識者会議の報告書」がまとめられ、「骨太の方針 2022」（令和４年６月７日閣議決定）に、コロナ禍で顕在化した課題を踏まえ、「必要な法制上の措置を含め地域医療構想を推進すること」が盛り込まれる。結果として、財務省の医療制度改革への関与の増加、医療機関に対する行政の権限

の拡大等が起こることとなる。

その結果、さまざまな問題が地域医療構想推進の中で起こっている。

その一つが、非効率化が効率化に比べ際立っているということである。

①民間淘汰による非効率化、②過度の集約化による公立病院の比重増加による非効率化、などである。

不十分な調整結果による非効率化の例として、公立病院の統合・集約化による「超巨艦病院」の出現（尼崎総合医療センター730床）があり、この過度の集約化により、経営の非効率化（赤字が３倍に膨れ上がる）と、地域で効率的に医療を提供してきた民間病院が淘汰されるという事態が起こっている。

改めて、地域医療構想推進の問題点を整理すると

①急性期病床は、診療報酬制度で無駄な急性期入院は存在せず、医療費抑制の観点からは削減する必要に乏しい。

②急性期機能をどこまで集約するかの議論が不十分で、救急が公立・公的に集約されると、これから増え続ける高齢者救急に対応する地域密着（民間）病院が淘汰される。

③地域医療構想では、回復期が不足しているとして、公立・公的病院の回復期病床への転換が進むが、地域で回復期を担う民間病院を圧迫している。

今からでも、地域医療構想の議論で修正・改善すべき点は次のとおりである。

①二次救急を地域で担う医療機関の確保計画の議論：「集約化すべき医療」と「分散化すべき医療」の議論

②政治、すなわち自治体の首長、議員の圧力に対抗するための手立て

③識者の単純な「集約化＝効率化」という誤解への啓蒙　など

地域医療構想の推進自体は非常に重要な課題である。しかし、そのことが無条件で「より効率的で良質な医療提供体制につながる」と多くの識者・政治家はまったく疑問を持たず認識しているが、本当にそうなのか、一度、しっかり考える必要がある。

（5）アフターコロナの地域医療構想
～愛知県病院団体協議会の取り組み～

愛知県病院団体協議会会長
社会医療法人大雄会理事長　伊藤　伸一

愛知県では2015年に発足した病院関係者による愛知県病院団体協議会（あいち５病協）において、地域医療構想区域ごとに幹事団を作り、各構想区域内の協議を進めていた（**図３**参照）。

その協議体制が各区域で進められていたこと

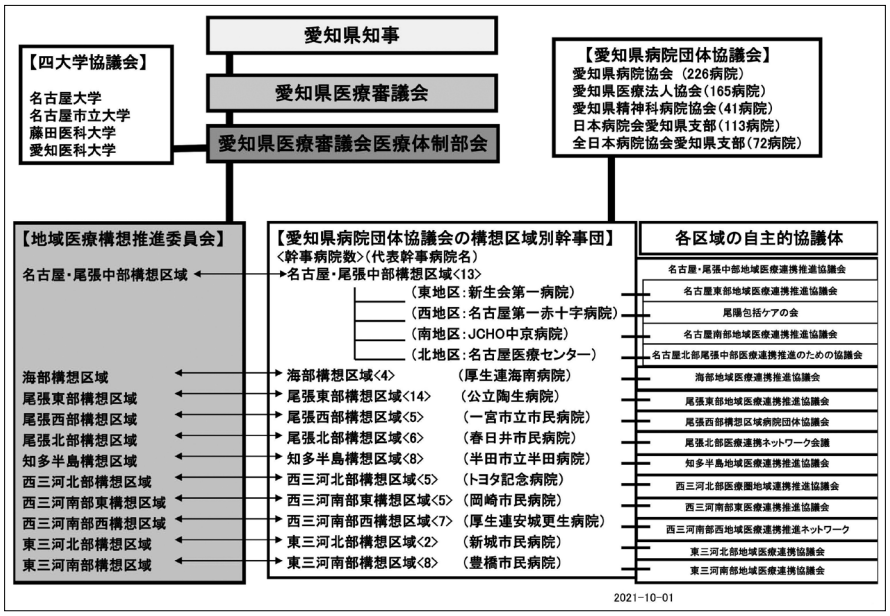

図３　愛知県地域医療構想を協議する組織のイメージ図

で、コロナ発生時の発熱外来対応、入院調整、病床の効率的な運用がスムーズに行うことができた。

また、愛知県病院団体協議会は感染病床の稼働状況を共有するFRESH-AICHI（福岡の九州医療センターのシステムを応用）を活用して県全体の感染症病床をより効率的に活用するように情報共有を行っている。

このシステムにより、多くの病院の感染症病床稼働状況を把握することで、地域全体での収容数を増やすことにつながるとともに、一般救急の受入れ体制を改善するという成果を上げている。

感染症病棟と一般病棟の効率的な運用には情報共有が欠かせず、そのためには、現在の情報共有システムをバージョンアップさせていくことが必要であるとともに、二次医療圏＝地域医療構想区域単位での緻密な協議と体制構築が重要であり、愛知県病院団体協議会がその役割を担い、県全域の調整を行う必要があると考える。

(6) シンポジウムまとめ（概要）

○愛知県では、地域医療構想を協議する組織として、地域ごとに「地域医療構想推進委員会」が設置されている。その中で、病院関係者の意見を発信する場として「愛知県病院団体協議会（組織率94.4％）」を結成し、その体制を一歩進めるために「構想区域別幹事団」とそれに対応する「各区域の自主的協議体」が組織された（**図3**参照）。

そして、これを公のものとするため、医師会に了承をいただくとともに、県においても、病院関係者を代表する組織として認知されるもととなった。

こうした組織は、地域医療構想で立ち上がったものであるが、新型コロナの洗礼を受けて進化したものであり、この組織を今後さらに発展させる必要がある。

○コロナ下での連携で分かったことは、連携というのは必要に応じて行われるものだということであり、これを踏まえ、地域の急性期病床の情報共有をどのように扱うかの議論を続けていく必要がある。

○（愛知県病院団体協議会 伊藤会長）愛知県では、現在の協議会が地域医療構想を議論する上で有効に機能しているが、さらに一歩進めるためには、地域の話し合いの中で駆け引きを一切なくし、本音で語り合っていくことが、地域医療構想の議論において極めて大切であると考えている。

［報告：理事　岡　紳爾］

シンポジウムⅡ

医師の働き方改革～光と陰～

座長：勤務医部会副部長／
社会医療法人名古屋記念財団
名古屋記念病院院長　長谷川真司
愛知県医師会理事／勤務医部会副部長
小出　詠子

(1) 働き方改革と急性期医療両立のジレンマ ～公立病院の立場から～

春日井市民病院院長　成瀬　友彦

当院は名古屋市のベッドタウン、人口32万人を有する春日井市の基幹病院であり、3次救急指定を受けている。“断らない救急”をモットーとしており、年間約9,000台の救急車が搬入される。したがって救急業務に当直医7名、研修医3名の計10名が従事し、各科の待機医も呼び出しが多い。そのため時間外勤務が月80時間を超える医師が少なくない。そこで、働き方改革に向けて以下の変革を行っている。①当直業務を時間外勤務＋夜勤業務とし、翌日は原則全休。全休中のやむをえない勤務は時間外労働として申請。②救急業務引き継ぎが不明瞭で担当時間が過ぎても業務が終わらないことが多い。勤務交代時に内科外科当直と研修医が集合し、担当患者を全面的に引き継ぎ診療延長をしないように指導。③常勤麻酔科医不足のため、時間外全身麻酔は各科管理となっており、術者以外に麻酔担当の待機医が必要。平日夜間と休日の麻酔科待機を代務医師と契約し、各科麻酔手術ゼロを目指している。また、通常業務に関しては医師の負担軽減を目指すため以下のタスクシフトを行った。①書類、サマリー、紹介状作成を行う医師事務の増員（直近4年間で12名から28名に増員し、40対1から20対1に）。②血管内治療の助手を技師に移行。③各種特定

看護師の養成。一方、課題も残っている。①時間外勤務と自己研鑽の定義付けが未だ明確でない。若手医師は専門医取得のため病院間の移動も多く、混乱を避けるために近隣病院との定義の統一化も必要。②一部の当直業務を大学からの派遣でまかなっており、大学での働き方改革が進められた際に、この派遣が継続されるのか？③病院の医療業務は変わりなく一人当たりの労働時間が減るため、必要な医師数、採用職員数は増加する。それだけの医師確保が可能なのかどうか。また人件費も増加するため、経営への圧迫も懸念される。④働き方改革により時間外労働は減り、当然給与も減少する。しかし、この事実を受け入れている医師は少ない。給与減への不満にどう対応するのか。また、給与減の状況から公立病院を希望しない医師が増えるのではないか、という懸念。⑤治療がシフト制に移行した際、担当医としての責任の所在の不明瞭化から、医療の質が低下するのではないか、という懸念。働き方改革は医師の過剰労働を軽減することが第一の目的ではあるが、医療の質が低下し、患者サイドに影響したのでは本末転倒である。この点を十分担保した上での改革を目指している。

(2) 救急救命センターを設置する病院の働き方改革～公益社団法人病院の立場から～

公益社団法人日本海員掖済会
名古屋掖済会病院院長　河野　　弘

当院は名古屋市南西部に位置する602床の急性期病院で、救急車搬入台数は年1万台以上で、名古屋市ではこの2年間最も受入が多い病院である。救命センターの機能としては1次から3次まですべての救急患者を受け入れており、救命センター受診患者は1日平均90名、その80％は時間外受診である。また、救急車の搬入は時間外がその75％を占めている。当院は地域住民の福利厚生に努めるという公益社団法人としての立場から、断らない最後の砦という認識でコロナ医療も含めてすべての患者を受け入れている。現在、常勤医師は初期研修医を含めて193名で男女比は2対1である。当院では救急科医師はシフト制であるが、これ以外の診療科医師は宿日直制を敷いており、日勤勤務後17時から翌朝8時30分まで宿直として勤務する。時間外の診療体制は、救命救急センターに内科系医師、外科系医師、救急科医師を各々1名、初期研修医4名を配置している。これとは別に本館に内科系医師、外科系医師、小児科医師、産婦人科医師、ICU担当医師を各々1名ずつ計12名の医師が配置される。さらに、緊急処置や手術に対応するため、外科、整形外科、脳神経外科、心臓血管外科、麻酔科、循環器内科、消化器内科、脳神経内科の医師1名を各々待機としている。月45時間超えの医師数は平均40名であるが、7月8月の夏場は増加する。診療科別では救急科、循環器内科、脳神経外科、整形外科、心臓血管外科、外科の順で45時間超の医師数が多い。救急科、循環器科内科、整形外科、外科は分母の医師数が多いので、負担分担ができるが、問題は医師数の不足している脳神経外科と心臓血管外科の時間外勤務である。この2つの診療科は命に関わる領域で救命救急センターの機能維持には必須である。当院は研修指定病院で毎年16名の研修医を採用しており、内3人に2人が後期研修医として残る。4年前に採用した初期研修医16名の中2名が後期研修として脳神経外科に加わり脳神経外科は計6名体制となり、やや負担が軽減された。一方、心臓血管外科はここ7年近く初期研修医から残る者がなく、現在常勤医師は3名で手術には緊急手術も含めて大学からの応援を受けている。緊急手術は夏と冬に多く、この時期の時間外は月100時間超えとなる。負担軽減をするためには分母を増やす必要があり、当然大学医局からの常勤医師の派遣は求めているがまだ達成されてない。病院として初期研修医から心臓血管外科へ進む後期研修医確保への対策はいろいろ行っているが、この7年間成果はでていない。救命救急センターには各種の疾患、外傷患者が昼夜搬入されるため、この機能維持には必要な診療科は多い。この機能を維持、継続していくためには分母にあたる医師数を確保して負担軽減を計っていくことが必要である。

（3）働き方改革が病院経営に及ぼす影響 ～民間病院の立場から～

名古屋鉄道健康保険組合名鉄病院
顧問　細井　延行

当院は名古屋市を基盤とする名古屋鉄道の健康保険組合が運営する健康保険組合立病院であり、病床373床（一般急性期：321床、地域包括ケア病床：40床、HCU：12床）、常勤医師84名の中規模の病院である。健保立病院は医療法上、公的医療機関等と定められているが、実態は企業が運営する医療機関であり、昨今は本社や関連グループ企業、民間医療機関と同様、安定的経営が求められている。したがって本日のシンポジウムでは、民間病院の立場から、医師の働き方改革が当院の経営に与える影響について検証した。2024年4月から「医師の働き方改革」が始まるが、われわれ中規模の病院においては、医師数が十分とは言えない中、医師の時間外労働によって収益が確保されているという側面もあり、病院経営にとっても重要な課題となっている。病院規模からは「医師の働き方改革」において時間外労働960時間以内のA水準が妥当と思われるが、令和3年度（4月～3月）の実績では960時間を超えた医師は、84名中19名で、時間は960時間50分から最長1,483時間35分までであった。当院は所定労働時間が1日8時間、令和3年度の年間所定労働時間は1,952時間あり、最も多くの時間外労働を行った医師の所定労働時間超過率は76.0%であった。また、960時間を超えた時間外労働は所定労働時間に対し、19名の超過率の内訳は各々0.2%から26.8%で、これを各々の医業収入に当てはめると約2億1千万円の減収要因になる事が判明した。診療科別では、ほぼ全員が960時間を超える時間外労働を行っている消化器内科やコロナ感染症で時間外労働が日常化している一人常勤の呼吸器内科医の時間外労働の削減が問題となるが、消化器内科は当院の経営上の要でもある診療科の一つであり、慎重な対応が必要となる。現在当院での取組として、1）勤務時間の把握体制の構築、特に自己研鑽のマニュアル作りや院外兼業時間の申告制度のルール化など勤怠管理の確立への取り組み、2）看護師、薬剤師、医療事務へのタスクシフト及びシェアのさらなる推進、また診療看護師（NP）の活用や特定行為の実施、医師のタスクシェアによる診療科内での平準化など医師の業務削減に対する取り組み、3）現在は導入していない宿日直許可の検討。この3点を中心に検討を進めているが、「医師の働き方改革」が本当に医師の負担軽減に繋がるのか疑問もあり、これら取り組みの進捗状況を十分注視する必要があると考えられた。

（4）大学病院における医師の働き方改革の現状 ～大学病院の立場から～

藤田医科大学学長　湯澤由紀夫

すべての勤務医に時間外労働の上限規制が適用される2024年度が近づいている。診療・研究・教育のそれぞれに役割が期待され、成果を求められる大学病院の医師には、これまで、むしろ早朝から深夜まで働くことが美徳とされてきた時代が長かったようにも思われる。その意味において、医療界の中でも特に大学で働く臨床医にとって、この働き方改革は価値観と行動の大転換となる。医師の働き方改革に関する検討会報告書（平成31年3月29日）では、医師の診療業務の特殊性として、①公共性、②不確実性、③高度の専門性、④技術革新と水準向上が掲げられている。加えて大学病院の医師には、教育と研究業務が求められ、それらがモザイク状に混在し、多種多様な活動が行われている。大学病院に勤務する医師の働き方改革は、単に医師の労働時間短縮だけでなく、わが国の医学・医療の発展や安定した地域医療の確立など、現在抱えている種々の課題をも解決しながら進められる必要がある。このためには、大学病院が自らの慣例や習慣に左右されない効率的で有効な仕組みづくりに取り組んでいくことが大切であり、すでに一部で運用されているチーム制の診療などは今後拡がることが予想される。一方で、国及び地方自治体による制度設計や人的・財政的支援も不可欠であり、また、地域のさまざまな医療機関の協力や患者となりうる国民の理解も必要である。一方、現状のまま、単純に労働時間を縮減するだけでは、既存業務の担い手が不足し、地域医療の崩壊や研究力の著しい低下を招くことが

想像に難くない。まずは、勤務時間とその内容の正確な把握、業務の効率化、タスク・シフト／シェアを含めた新たな担い手の確保、収入の確保、そして地域や医療界全体を巻き込んだ機能分担や体制づくりなどを包括的かつ速やかに検討していくことが必要となる。働き方改革にあたっての転換には、医師の長時間労働によって地域医療を維持・充実させるのではなく、適正な労働時間の中で地域医療が維持できる仕組みづくりを国や地方自治体とともに考えることが必要と思われる。働き方改革・医師偏在対策・地域医療構想の「三位一体改革」を連携して推進することが必要となっている。最後に、医師は生涯にわたり新たな医学・医療を学び続ける“自己研鑽”が必須であり、医師としてのプロフェッショナリズムの徹底した教育に続く「働き方改革」であると考えている。

(5) 医師の勤務環境に関するアンケート結果より ～ダイバーシティの立場から～

社会福祉法人聖霊会聖霊病院院長　春原　晶代

2022年1月に愛知県医師会男女共同参画委員会が愛知県との共同で県下の病院に対して行った医師の勤務環境に関するアンケート調査の結果を報告する。県下321病院の内、143病院（44.5％）の事務責任者から得た回答を200床未満（93病院）と200床以上（50病院）に分け比較した。200床未満の病院では、常勤医師に比べ、非常勤医師の割合が高かった。いずれの病院群でも夜間・休日の体制は、当直体制が90％以上を占めていた。200床以上の病院の半数以上で、2024年の働き方改革により医師の増員なしでは救急体制を維持できないとの回答であった。子育てや介護中の常勤医師に対する項目では、宿日直の免除、短時間勤務の導入、院内保育の実施などが200床以上の病院で実施されている割合が多かった。医師の労働時間の把握は、ICカードやタイムカードによる管理が多くの病院で行われていた。病状説明はいずれの病院群でも60％以上が時間内に実施していた。また、初診時の予診、検査の説明、静脈採血・注射、患者移動などの項目は、いずれの病院群でも原則として医師以外の職種が実施していた。一方、診断書の下書き・入力に関しては、200床未満の病院の半数以上で医師のみが実施していた。院長、副院長、医局長等を対象とした記述式の設問では200床未満の50病院、200床以上の37病院から回答を得た。医師の働き方改革が地域医療に与える影響に関しては、プラスとなる点がないと答えた病院が、どちらの群でも30％以上あり、マイナスとなる点には医師不足・医師の偏在・救急医療の低下などの回答があった。病院経営に関しては、人件費がどうなるかによって考えが分かれていた。医師1人に対する人件費は減るが、タスクシフトにより他職種の人件費が上がること、また、医師の総人件費が上がる可能性などの答えがみられた。勤務医の健康に関しては、プラスとなると考える回答が多かった。また、病院間の機能分化が進むのではないかという回答も多かった。オンライン診療については、慢性期の患者、往診などで有用であるが、救急医療などでは有用性が低いと考えられていた。アンケート全体を通して、働き方改革に対してそれぞれの病院が準備を進めていることが分かった。働き方改革は、すべての人に働きやすい環境を整えるダイバーシティを推進するためにも、必要な改革と考えられる。一方、この改革を急速に進めることで地方や救急の現場での医師確保が難しくなり、地域医療に影響が出る可能性が示された。地域医療への影響をできるだけ少なくするためには、それぞれの地域での病院間の連携と役割分担を進めるとともに、地域住民への周知が必要であると考えられた。

［報告：理事　國近　尚美］

県下唯一の医書出版協会特約店
医学書 看護学書 専門 井上書店
〒755-8566 宇部市南小串2丁目3－1(山口大学医学部横)
ＴＥＬ 0836(34)3424　ＦＡＸ 0836(34)3090
［ホームページアドレス］http://www.mm-inoue.co.jp/mb.
新刊の試覧・山銀の自動振替をご利用下さい。