

# 歳末放談会

## これまでを省みて これからを考える放談会 2024

と き 令和6年10月31日(木) 16:30～17:45

ところ 山口県医師会5階 役員会議室

**司会** 定刻になりましたので、ただ今から歳末放談会を開催いたします。どうぞよろしくお願いいたします。それでは早速、加藤会長にご挨拶をいただきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

**加藤会長** 皆さん、こんにちは。まだ歳末という雰囲気ではないとは思いますが、12月号に載せるためには、この時期に開催しておかなければならないということで集まってきました。皆さん、今までこういう大きいテーマはなかったと思うんですが、「これまでを省みてこれからを考える放談会」ということなので、今年一年、さらに過去にさかのぼって、この放談会のことも触れながら、皆さんの思いをお聞きしたいと思います。本日はよろしくお願いいたします。

**司会** ありがとうございました。それでは早速、放談会に入らせていただきたいと思います。今回のテーマは2つ、事前に広報委員のほうで挙げさせてもらっており、1つ目に「医師の働き方改革のその後、2024年問題」、2つ目に「パリオリンピック・パラリンピック」というテーマを挙げさせていただきました。

先ほど加藤会長からもありましたが、この2つに共通するテーマをどうするか考えました。さまざまな世代の先生方がおられますので、これまでの経験からこれからどう改革し、よりよくしていけたらいいかというお話ができたらと思い、「これまでを省みてこれからを考える放談会 2024」というテーマを決めさせていただきました。皆さん、活発なご発言をよろしくお願いいたします。



**医師の働き方改革のその後、2024年問題**

司会 では、まず1つ目のテーマから入らせてください。1つ目は「医師の働き方改革のその後、2024年問題」というテーマを挙げています。

昨年の放談会でも、医師の働き方改革はテーマに挙がっていたと思うのですが、その中で、例えば医師の数が増えないとなかなか解決しない問題なのではないか、救急医療を通常の医療どおりにできると思わないで欲しいという意見や、具体的に、救急車の有料化なども一つの手なのではないかという意見がありました。

私は開業医で、この医師の働き方改革に関しては、あまり肌で感じられる部分が少ないのですが、医師の働き方とは話が違いますが、最近思っていることとして、パート従業員さんを雇っていても、年間106万円の制限を調整するのに難しいところがあると感じています。先日の衆議院選挙でも話題になっていましたが、106万円の壁が取れると、もう少しお互いに気持ちよく働ける環境ができるのではないかと考えています。

実際に、今年の4月から、時間外労働の上限規制、健康確保措置が適用されましたが、皆さんの中で、現状の改革に対して、何か思うことはありますでしょうか。

◆ 勤務医部会で郡市医師会勤務医理事との懇談会があり、Webを含めて30数名が参加されましたが、県内の状況は厳しいみたいです。先ほど言われたように、医師の数は急に増えるわけでもないのに時間外規制が始まっているから、予想どおり、救急はかなり大変な状況になっているようです。

医師は増えていないから、結局、見かけ上は帳尻を合わせるような格好にしているけど、実際には働いているということがあり、それから、勤

怠管理をするシステムが病棟等では感知して、いる時間はきちんと把握されるのですが、設置されていないところにいる場合は、全部、自己研鑽になるようです。そうすると、自己研鑽が、月末に積算していくと100時間ぐらいになったりして、それをまた調整するのがなかなか大変だというような話がありました。

こういうことは予想されていたので、若手医師を増やすということは、県医師会でもずっとやっているんですが、やはりペースが遅いですね。一番ひどいときは、専門医研修で残る人が43人ぐらいのときもあったんですが、今は60人ぐらいになっていますし、それからマッチングも、一番低いときは、60、70人ぐらいが、今は100人近くになっていますので、そういう意味では、少し前よりも改善していますが、中堅が少ないので、かなり大変な状況だというふうには思っています。

◆ 結局、仕事量は変わらないけれども働き方改革で労働時間が制限されると、マスコミなどで問題になっているように、自己研鑽にされてしまっているのが現状だと思います。去年予想していたのと変わらないという感じがあります。ここ数年、過労に伴うと思われる研修医の死亡事例がいくつか報道されており、それも速因となって厚生労働省が労働時間の制限に踏み切ってきたのかなという印象があります。ここからは完全に私見なのですが、厚生労働省は患者に対する治療方針の医学的決定には関与しない(したくない?できない?)ので、労働時間を制限することで医療費を削減したいのかなと思います。医療が高度化して低侵襲な治療法が開発されると、これまでは治療の対象とならなかった症例に対しても医学的介入が行われるようになってきました。そこにオーバーイン

**出席者****広報委員**

岸本千種 藤村智之  
吉川功一 田村高志  
岡山智亮 中村享代

**県医師会役員**

会長 加藤智栄 常任理事 長谷川奈津江  
副会長 沖中芳彦 理事 國近尚美  
専務理事 伊藤真一 理事 中村 丘

ディケーション気味な、グレーな症例もあるような気がします。例えば、102歳の方にTAVIを行って2年後に亡くなられたという事例があったようです。個別の是非はともかく、治療方法の中には施設認定のための必要症例数確保やデバイスによっては使用症例数に応じて納入価が変わることがあるらしく、そこにオーバーインディケーションになりやすい背景も関与しているのではないかと思います。これらも労働時間を増やしている要因なのでしょうけど、厚生労働省としては医学的適応までは口に出せない（出したくない？）ので労働時間を縛ることで制限したいのではないかと勘繰ってしまいます。

厚生労働省は「人生会議」と銘打ってACPを普及させようとしています。これはとてもいいことだと思うのですが、集中治療を担っている医師の中には、集中治療のことをあまり知らない人が前段階でいろいろと決めるのは問題ではないかと考える人もいます。例えばCOPDとかに関しても、極端なことをいうとどんな治療もやってみなければわからないというところはあります。ですが先ほどのオーバーインディケーションと重なりますが、私はACPの作成をかかりつけ医がするのでいいと思っています。

◆ 働き方とは直接関係ない話になってしましますが、オーバーインディケーションに関して言えば、神経系専門の私は最近でできた認知症の新薬について個人的にはどうなんだろう？との思いがあります。コンセプトは良くても、なんともコスパが悪い。2週おきに点滴通院、毎月高額医療です。しかもそんな生活が1年半に渡って続きます。物忘れが出てきているだけでも困っている家族はさらに負担が増えます。比較的若年の方が良い適応なのかもしれませんが、仕事もおぼつかくなりつつあり、将来の収入面でも大変な不安がある方に、毎月の高額医療を提示して「どうでしょう？」と。しかも効果は極めて限定的で副作用もある。同じような高い薬でも片頭痛の新薬CGRP抗体薬なんかは患者さんのADLは向上し社会的、医療経済的にも意義のあるものだと思いますが、この認知症新薬はどうなんでしょう？軽度

認知障害の方全員に使うとなるととんでもない医療費です。現在の薬価と有効性で、どんどん適応患者を発掘してくださいとテレビCMまで流して言い寄る製薬会社の姿勢はいかがなものか、まだ広く世間に周知させるには時期尚早ではないかと思ってしまう。国もそんな薬を承認する一方で、医療費削減のためか特定疾患を減らしてみたり、加算を付けてDX化を推し進めているのかと思いきや、生活習慣病加算とかで訳の分からない紙を増やしてみたり、もう何をしているのかよく分からない。働き方改革と関係ないですが、愚痴を取りあえず言ってみました。

話を戻して働き方改革ですが、正直、私は開業医なのでそこまでピンとはこないですが、勤務医時代から思っていたことがあります。仕事量は変わらない、医師数も変わらないでは何も解決しないので、何が変わられるファクターかという、医師が今やっている仕事で無駄なものをなくすしかないですね。その1つがインディケーションを絞ることかもしれませんが、他にも例えば欧米式に、時間外・土日など休日は呼び出し一切禁止にするとか。日本ではなかなか受け入れられないことなのかもしれないですけども、主治医とか一切関係なく、時間外は完全にduty freeで、オンコールドクターしか対応してはいけないうまいなものができるかいいのかなと思います。

◆ 働き方改革のことで、全国医師会勤務医部会連絡協議会に参加しました。すると、今の問題としては、医師全体も増やさないといけないが、まずは地域間格差、そして診療科の偏在が全く改善されないままに、この働き方改革が始まっているので、地方ではますます医療が立ち行かなくなっている地域もあります。

これに対して国としては、集約化という言い方で、辺鄙なところは切り捨てていくということと、高齢の医師や仕事を休んでいる女性医師に働いてもらいたいという対策の方向でした。

ですから、医師がなかなか増えない中で、土日対応がオンコールだけというシステムづくりも大切とは思いますが、少ない人数でなんとかしないといけないということについては、解決策は今の

ところは見つかっていないという感想でした。

働き方改革が始まって懸念されていることは、ほかの先生方も同じかと思いますが、やはり若い先生方に「ここからは自己研鑽ですよ」と言ったら、本当に一生懸命働いて自己研鑽に勤しむ人と、5時で帰って土日にも来ない、「研究会に参加しない？」と言ったら「用事があります」という感じで、全く自己研鑽をしない方もおられます。将来、自分たちはどうやって一人前になっていくつもりなのだろうと思うような方も見受けられます。自己研鑽という名前がすごく悪いように使われていますが、そうではなく、やはり本当に自己研鑽して、知識を増やし、患者さんに還元していくところを、今後、この働き方改革でどうやっていくのが課題と思いました。

そして、私の病院では、当直明けは8時半で帰れる。昼までおられる先生方が多いと思うんですが、うちは8時半にみんな帰ってしまって、同じ領域の先生に頼んでも、言った、言わないといったこともあったりして困っていることもありますので、きっちり申し送りなどをして改善していきたいと思っています。

ACPも長い経過があると思うのですが、いよいよ「挿管しますか、しませんか」「人工呼吸器を付けますか」「心臓マッサージしますか」といった判断をすることと、まだ前の段階で、かかりつけ医が、「いよいよ分からなくなったら、どうするか」とか、「どういうふうにして、これから生活していきますか」というふうな、緩やかな雑談の中で話すことと、大きく2つに分かれると思います。

どうやって自分が生き切るか、例えば家で過ごしたい、ペットと過ごしたい、こういったものを食べたい、旅行したいとかいう、そういうことを中心として考えていって、その先に、「いや、がんがあっても、そんなに検査とかしてたら家にはいられないから、もう私はBest Supportive Careでいきます」という方もおられれば、「いやいや、自分はちょっとでも長生きしたいから、病院で検査して治療したい」という方もおられると思うので、本当にギリギリになってACPを行うので、ギスギスするんじゃないかと思っています。

日本人の特徴として、嫌なニュースとか耳が痛いものは、聞きたくないし言いたくないという文化の民族だと思いますので、そういったところは少しずつ改善して、普段から、自分の生き方とか生きざまとか、そういったことを、家族や周りの人、そして先生方や訪問看護師、ケアマネやヘルパーさんに話して、自分のことを伝えていくようになれば、もう少し改善するのではないかと考えています。

◆ 話が働き方改革とはずれているようですが、そもそも、なぜ8時半で帰らないといけないのかがよく分からない。私の病院は12時まで働いて、午後から帰るような格好です。それでいいはずなんですけれども、制度的には。

それと、ACPに関しては、私は積極的に、「人間、寿命があるから、最期にどういう治療を受けたいか」ということを言うと、ほとんどの方は「蘇生はしてほしくない」と言いますね。そのときにDNARを取っていますし、それで、「自宅で看取りをしたいですか」「あるいは施設で」とか、自然に話せるような感じでやっています。別に何のトラブルもないです。

◆ 医療費を下げるというよりも、医師の給料を下げるのではないかと思います。私も開業医ですから、直接の影響はないのですが、大学の後輩に聞くと、働き方改革後もやっていることは同じで、急患が来れば手伝わないといけないことあるのですが、給料は出ないそうです。労働時間を超えているので、そのあとは、夕ダ働きのようなです。

やはり病院の医師を増やさないといけないのですが、医師をどこから持ってくるかということ、今、開業させないというような動きがあるように思います。国は開業医のメリットをなくすような方向に持っていこうとしていると思います。

それから、ある会議で話が出たのですが、宿日直許可を取得している病院に当直に行くのですが、実際は、急患が来るらしいのです。病院としては、対応してもらえないと困るのですが、その当直に行った医師は、「宿日直許可を得て来てい

るので、私は一切働きません」って言ったらいいです。困った医師だと病院の先生は言っているのですが、でも、制度上はそれが正しいのではないのでしょうか。宿日直許可を取っているのですから。というように、制度自体でいろいろな問題が起こっていると思います。

◆ 私の病院はみんな、患者さんが来たら多少は働いています。そのとき、きちんと時間外は出ますので、あまり理不尽な感じではやっていないです。

◆ 今、宿日直許可の話が出ましたが、自分が療養型の病院に移って最初の仕事が、宿日直許可を労基署に取りに行ったことでした。労基署の職員も地域間格差は理解されているみたいです。それで、「都会だったらもっと厳しくするけど、田舎で人もいないだろうから」ということを言われて、当院は当直医に全く働かせてはいないのですが、都会ではなかなか取りにくいようなことを言われていました。

それで、実際にアルバイトで来られる先生にこのことを聞いたら、働き方改革後にいろいろなことがやりにくくなったということ言われていました。

厚生労働省は医師の給料が高いという考えがある。単価が高いというのがあって、仕事の質のことは全く考えていない。自分は外科だったので、やはり手術で失敗すると患者さんは死ぬ。手術が傷害、さらには殺人になるのではないかという恐怖を味わいながら仕事をしてきたわけです。

実際に、若い先生の声が吸い上げられるというのではないかという気がします。マスコミの取り上げ方が、非常に偏った人の意見を最初に出してしまって、実際は、そういう話が出てくると、まじめに働いている先生方とか中堅クラス以上の人とかは迷惑なんじゃないかなと思います。

このまま行くと、急患はもう診られなくなるということを言われていた病院長が何人もいたと思うんですが、もう少し考えてもらわないと、悪くなっていると思います、働き方改革で。

◆ 特に地方での若手医師不足に関してですが、今巷で話題になっている「直美」。初期研修2年終わって、美容に行くという。「直美」と書いて「ちよくび」っていうらしいです。直、美容に行く。それが、一説には年間200人ぐらいいて、そうなると大学2つ分ぐらいの定員が、どんどん保険診療から外れていってしまっているということも問題なように思います。今の若い人たちの考え方が、5時で帰るんじゃないで、もう少しやりたいという人が減っているのでしょうか。美容が楽しんで稼げるのかどうか、ちょっとよく分かりませんが、一般的な外科とか脳外科とかいう、急性期病院で時間外を気にしていたらやってられないような勤務体系を望まない若い先生がそれなりに増えてきているのが現実なんじゃないかな。

◆ 私は医療費が安過ぎるんだというふうに思っています。外保連（外科系学会社会保険委員会連合）という組織があるんですが、実際の手術にかかる経費（人件費も含めて）の試算を出しています。診療報酬では、だいたい4割程度しか認められていません。だから医療の現場が、大変な状況になっているんじゃないでしょうか。

そんなのを見ていたら、美容とかに行ったらほうがメリットがあるというふうな判断をしたり、あるいは産業医も増えていますね。だから、リスクがないところに行っている。リスクを取って頑張っている、特に今、消化器外科が一番大変みたいなのですが、そういうところの本当の魅力というか、頑張ってもそれが評価されていないことが一番の問題だと思います。きちんとやっていることが評価されれば、やっていることに生きがいもやりがいも出てくるから、そういうふうにならないと、本当の意味での働き方改革にはならないというふうに私は思います。

◆ 地域で病院を一つに集約するというのは、何十年後かにならないとできないだろうから、その地域のいくつかの病院の中でネットワークをつくり、まずはいろいろな物品購入からグループでやって、そのうち人的交流をしていくという話を聞きました。最終的には地域ごとに集約化してい



くという考えなのかなと思ったんですが。

◆ 地域医療連携推進法人の話ですね。地域の病院と地区医師会が法人をつくり、まずは、どこも必ず年2回実施しなければならない、感染とか医療安全とか共通の講演会をひとまとめにすれば、1回で済みますよね。頻度も少なく済むから、負担が少なくなる。

勤務医も、すべての日が忙しいわけではない、少し空いている時間は、他の病院を手伝うこともできるだろうし、看護師だって、いろいろな資格を持っている看護師がいるから、そういう人が他の施設を手伝ったり、あるいはリハビリにしても、同じように、人のシェアができるというイメージですね。

物品購入まで行くと、法人の中で事務局がしっかりしていないとなかなかできないので、最初は、本当に困っているところをお互いに助け合いながらやっていこうというイメージです。

◆ 研修医もいろいろな病院で研修できるようにすると、人的交流の面で非常に良いと思います。私の地区にある2つの病院が一緒になればいいという話が雑談の中で出ることは出るんですが、一時期話が出ていた別の地区でも、側から見ていてあまり進んでいないというのは、経営母体が違うからでしょうか。そこを国が、インセンティブを付けて合併を後押ししないと、地域の病院だけに任せておいても、絶対うまくいきませんよね。

集約化しないと医師の働き方改革にもならないし、私の地区にある2つの病院は今、建て替えていて、喜んでいるのは建築会社と医療機器の会

社のように思えます。ある先進機器を一方の病院に入れようという話が出ていて、すると実はもう一つの病院も入れようという話も出ているらしく、でもいろいろな要因があって集約化とは全然かけ離れた動きにならざるを得ないのが現状です。実際に建て替えているので、少なくとも20年以上先じゃないと、集約化も現実的ではない。でも働き方改革に合わせて、病院の集約化のほうも、国が道筋をつけるかしてくれないと、現場は全く動けないんじゃないかなという印象を持っています。

◆ コロナ前に病院の集約化という動きがあったように思いますが、あれは、その後どうなったんでしょうか。

◆ 集約化すればすべてがうまくいくということでもないと思います。恐らく、国が主導しても、うまく行かないと思います。だから、合併するといっても、経営母体も確かに違うから、最初は、やはり緩いところからやったほうが現実味があって、みんなの役に立つのではないかと思います。建て替えたりしていたら、しばらくは無理ですよ。

おっしゃられた先進機器に関して言えば、恐らく、症例数がない限りは、共倒れに必ずなります。初期投資とランニングコストを稼げるだけの対象患者がいらないですよ。

◆ 私も開業医で、働き方改革は直接関係ないのですが、いろいろな報道等で感じるのは、外科医になる方が減っている一方で、美容外科に200

人がなっている状況で、消化器内科、呼吸器、循環器、脳神経外科に今後、若い先生がなる方が、給料もいまいち、なおかつ自己研鑽ばかりで、仕事はますます少ない中でどんどん入っていくと、ドミノ倒しでどんどん外科医がいなくなってしまっていて、あと20年、30年後、自分がもし手術になったとき、やる先生が誰もいなくなるということに危惧しています。今の若い先生の気質はどのようなのでしょうか。若い方に偏見はないんですが、自分の子どもとかを見ていると、流行している言葉で、タイパ、コスパ、費用対効果、時間対効果というのがあり、どれだけ効率良くやるかという若い方の気質というものがあるような気がします。

当然、時間に関係なく真面目にやっている方もおられると思いますが、現実には美容外科の先生が増えていたり、マイナー科の方が増えているというのは、若者の気質が変化しているというのがあるような気がします。

◆ 暗い話ばかりではなくて、やる気がある人も、たぶんいっぱいいるから、結局は淘汰されると思います。だからそういう、医師の数も増えてくると、それなりに落ち着いてくると思います。やる気のある人は、きちんとやっていますので、私はそんなには心配していません。

◆ 急性期の病院から慢性期に移って、やはり先ほども話があったように、患者さん自体がもう疲れ果てて来られるという方もおられます。問題になるのは認知症だと思います。家族が支えられないということで。そういう患者さんの疾病構造変化を、きちんと医学教育で教育されているのかなという気もしますね。

山口県糖尿病療養指導士の講習会では、コメディカルが多く来ている。すごくアクティビティが高く、医学生に聞かせたい、見せたいと言って帰られた大学の先生もおられました。医師だけが医療を担っていて、働き方改革で被害者みたいになっているというわけではなく、チームとして医療があるのだということを考えれば、うまくいくような気はします。

地域医療連携推進法人にしてもそうですね。人材の流動化という話だろうと思うのですが、そのあたりをうまく設計し直せばいいと思います。

私のところは療養型で、「宿日直許可はきちんと取りました」と大学のほうに宣言して、当直を送ってもらうのは、そんなに難しくないんですよ。その代わりに、きちんと働かさないとということで、要するに、管理者はいくら働いてもいいということなので、管理者が働いて、そして若い先生に来て、寝てもらっているというような状況です。どこの部分が一番ボトルネックになっているのかを考えると、今、たぶん若い先生方は修練をしたくないということではないでしょうか。そこはやはり、教育のほうで意識改革、行動変容してもらわないといけないかなという気がします。

◆ 「直美」で盛り上がっていますが、若い先生たちも結構まじめでやる気もあるけど、不安もあるのだろうと思います。せっかく医者になったのに、どうも先は暗いし、それなら早く回収したい、できれば早く引退できるように準備したいとか。

◆ 全国的には精神科医は増えているんじゃないですか。

◆ 増えている実感は無いです。高齢化は感じます。都市部ではクリニックは多いみたいですが、私の周りでは「もうこれ以上診れない、誰かが閉めたら大変だ」という声が多い印象があります。精神科病院の先生達も本当に大変そうですが、新規開業される先生もほとんどいない。特に東部はここ10年ゼロです。

若い先生たちにとって魅力がある仕事であれば、出てきてくれるのかなと思ったりします。誰か近くに出てくださいるのを待っています。

◆ 特に地方では、医者の数も増えそうにないです。また医療費も削られがちですし、高額薬剤も増えていきます。誰も望んでいないけれど医療サービスレベルを下げざるしかない局面が、もう出てくるのではないのでしょうか。

去年、『くもをさがす』というコロナ禍の中、

カナダで乳がんを発症した著者の治療を終えるまでの一年弱を描いたノンフィクションを読みました。トリプルネガティブの乳がんで、コロナで日本に帰れないから、カナダで手術を受けるという話なのですが、かなりハードな闘病生活です。

手術当日の鎮痛剤の処方箋のファックスが届かなくて、電話しても「いや、送ったはずだ」といつて切られてしまう。ファックス番号を間違えていても、看護師も薬剤師も誰も謝らない。手術も日帰りです。両側切除、リンパ節郭清なのに。

強力な鎮痛剤を飲むべきなのに、術前のチェックでも看護師がスルーしていて、手術室で、「当然、飲んでるよね」と言われて、「いや、もらってない」と言ったら、「あっ、大丈夫、大丈夫」と言われ手術開始。

手術のあとも、目が覚めた瞬間、待っていたように、「Are you OK?」って尋ねてくる。繰り返し聞かれるから、ボーとした頭で「OK」と言ったら、そのまま待合室に連れていかれ、ドレーンをつけたまま座った状態で、家族を待つという、とても日本人には考えられないような手術当日の退院です。きめ細やかな日本の医療とは全く違った世界です。

でも、その作者は、日本と違って、患者さん対応に頑張りすぎて心を病む医療スタッフもいないし、患者のほうも遠慮せず、「薬もらってないぞ」とか「自分は来て待ってるんだ」と主張しないとイケない、日々闘争だけれども、そのほうが対等で気持ちがいい、カナダのやり方が好きだと。

この作者になかなか同意はできません。でも、質の悪い手術を受けるのは誰だって嫌だけれども、手術の前後のサービス、ケアを削るという事態を、国民が受け入れていくしかないのではないのかと考えました。医師の労働単価が安過ぎるのに、トータルのフィーが高くないなら、労働時間を減らす方向に行くしかないです。

そういうのも、医師ばかりが頑張っても、みんな働きすぎて疲れ果てた中高年の地方の医師を見て、若い医師や医学生は、希望を持たずに、また逃げていくわけです。そこで、初任給が高い都会の美容整形に足を踏み込んでしまうのではないのでしょうか。

形成外科の勉強もしてない初期研修を終えたばかりの医師がどうなるかというと二重瞼の手術だけ、あるいはボトックス注射だけさせられる。大量生産型の手技しかできない医師が誕生することになる。その人は、受験を頑張り6年間医学部で勉強して、二重瞼手術だけできる医者になってしまうわけですね。誰かが若い彼らに情報を与えて、使い捨てにされる可能性を知らせないといけけない。若手医師が自由診療に流出していくのは、楽して儲けたいというより、これからの医師の労働環境に希望を持ってないのも理由ではないでしょうか。ですから国民のほうにも現在の医療サービスの水準を求めない、医療スタッフの負担を軽くするためには医療サービスの縮小が必要だと分かってもらいたいなど、この本を読んで思うようになりました。

◆ 直美のその後はまだあまり報告がないのですか。今のところ成り立っているのでしょうか。

◆ 最近、国が美容クリニック開業に規制案を出しましたよね。多発する美容医療トラブルへの対応、毎年200人にのぼる若手医師の流出による医師の偏在の是正のためです。派手に宣伝していた大手美容整形チェーンの経営難が話題になっています。

◆ 先ほどのお話、私は留学中に体験しています。カナダへ行っていたのですが、妻はカナダでお産したんですが、カイザーだったんですね。カナダではカイザーは普通一晩で退院、翌日には帰られるんですよ、家に。それも日本人的には信じられない感じだったんですが、実は妻は前置胎盤で大出血して子宮を取らないといけなくなったんです。これはしばらく入院だと覚悟したんですが、術後に主治医にいわれたのが「おまえのwifeはbig surgeryだから予定より入院が延びるぞ。3日間だ！」って言われて、それで実際3日で家に帰されたんですよ。ちょっとしたショック状態だったのに（苦笑）。ただ、そのあとのバックアップがすごくしっかりしていて。家に毎日訪問看護師が来て、細やかに診てくれるんです。そういう

システムができていて。だから日本でも、外科手術のあとの入院はもっと短くして訪問看護がフォローできるシステムを作るとか。高齢者に対する訪問看護師はすでに活躍していますが、もっと急性期の訪問看護みたいな概念が日本でもできると病院での負担は減るかもしれないですね。

あとは、日本は医療に関して国民の権利意識が高いのも課題でしょうか。医療に関しては共産主義的に貧富の差もなくみんな手厚いサービスが受けられて当たり前ってのが日本の常識。例えばトロントでERとかに行ってもそう簡単には医者に会うことすらできない。最初にトリアージナースが出てきて、そこで半分くらい門前払いされて、入れてもらっても半日以上待たされてようやく診察。でも、それでみんな国民が納得している土壌があるので、まあ回っているのかなあという感じがしましたね。

なにか、そのぐらい抜本的な意識改革がされれば、医師も働きやすくなる。例えば、土日に手術のムンテラとか、日本では当たり前だけれども、そんなこと普通カナダではあり得ないことでしょう。ただ文化的になかなか日本では難しいかもしれませんね。

◆ 今は、土日にあまりムンテラをしていないですね。だから時間内にムンテラをしようという話になってきていますね。

◆ そこは以前よりは良くなっているのですね。

◆ うちの病院も、時間外の病状説明とか会議を時間内に全部しましようということで、その点は働き方改革で改善されたかなと思います。

それから電話も、病院からかかってくるときの第一声が「時間外にすみません」となり、すごく変わったなと思っています。

◆ 私も防府に居た時、前治胎盤で県立総合医療センター、あのころは「県中（けんちゅう）」と言ってましたが、そこで診ていただきました。入院して寝たきり生活で35週まで辿り着いたけれど、夜中に出血が始まってしまいました。その時

手術して助けてくれたのが同級生でした。2月の深夜に大迷惑をかけてしまいました。今も感謝しています。病院に行けば必ず助けてもらえると感じていました。30年も前の昔の話です。

司会 司会として他のテーマもある中で話を止めるのももったいなくて、今回は一題のテーマでもいいかと思いながら皆さんの貴重な話を聞かせていただいています。

2024年問題というところで行くと、やはり物流の分野では問題があると聞きます。医業をほかの業種と一緒にしていいかどうか分からないですが、やはり患者側、国民側の意識がもう少し変わってくれてもいいのかなと思います。海外では、再配達システムがあまりないのですが、こういうところから日本では恵まれ過ぎているところもあるのかなと思ったりします。今の、日本人ならではのやり方で良いところもあると思うんですが、程よいサービスを提供してサービスを受ける側との間に良い落としどころを見つけていけたらいいのかなと感じます。

残り時間が短いのですが、2題ある中で、もう1題、ちょっと明るい話題が待っているの、そちらのほうに、ちょっと気分を変えて、行かせてもらってもよろしいでしょうか。

#### パリオリンピック・パラリンピック

司会 では、2つ目のテーマ、「パリオリンピック・パラリンピック」に入ります。もちろん、感動のシーンも多くありました。ただ、時代だからですかね、さまざまな問題点も見受けられたように私は思っていて、SNSでの選手の誹謗中傷や、競技を円滑に進めるためのルール変更、機械による判定とか。あと紛争中でもありながらのオリンピック開催とか、ちょっと対立を生むような出来事も見受けられたのかなと思いました。

ただ、新しく種目になった、例えばブレイキン、あとスケートボード、サーフィンとかを見ていると、結果ではなくて、選手同士がすごくリスペクトし合っている姿を見ることができて、そういうところは、すごく心を打たれる部分だったかなと、私自身としては思いました。

皆さんの中で、今回、パリオリンピック・パラリンピックに対して、何か印象に残ったシーンとかはありますかでしょうか。

◆ 今回のオリンピックは、なにも見ていないので、なんともコメントしがたいところがあります。オリンピック自体がもう、あまり必要ないのかなとも考えています。利権というか、儲かっているだけじゃないかという気がしております。身も蓋もない話ですみません。

司会 ありがとうございます。確かに日本の企業が、ワールドワイドパートナーといって、オリンピックとの契約をしている企業がゼロになったというニュースがあって、一流の企業がオリンピックに対して広告を出していくメリットが感じられなくなっているところがあるようです。いろいろな大会が増えてきている中で、オリンピックに意義が見いだせなくなっているという流れも、ちょっと心配される部分なのかなと思われます。

◆ ブレイキンとか、スケートボード、フェンシングなど、今まであまりなじみのなかった競技での金メダルや、たくさん活躍しているのを見て、相当、練習もされて頑張っておられると思います。どうやったら、あのよういきいきとできるのだろうと思い、何かノウハウを教えてくださいなと思うぐらい、わくわくした気分になりました。機会があったら、そういった方を講師で呼んで、どのようにトレーニングしているか、モチベーションを上げているかを聞きたい、そして、それを医療のほうにも、とも思いました。

◆ 今回、金メダルを20個も取ったんですね。ロサンゼルスとかソウルとかの時は3、4個というのがデフォルトだったような気がします。前回の東京オリンピックは、東京でホームだったからたくさん取れたんだろうなど。今回も、レスリングや柔道で多くのメダルを取っています。ああいう強化を、やはり国が主導でやってもらう必要がある。医療も、やはりそういう国ベースでやってもらえればと思います。

あと、個人的な感想で、ブレイキンとかスケートボードには、なんとなくネガティブなイメージが勝手にあったんですが、それがもう競技として世界的に認められて、日本人も金メダル、スケボーでも2連覇した方もおられ、好青年ばかりで、偏見を持つてはいけないと思いましたね。

◆ 先生が言われたように、今までにない選手同士の関係だと思ったのがスケートボードで、対戦相手でもすごい技を決めたら、みんなで喜んでハイタッチして、「すごいね」みたいな感じになるのが、今までそんな競技ってなかったので、そういう意味では、なにか新たな競技が見られてよかったなと思いました。

もう一つ思ったのが、女子のバレーボールとバスケットボールは、東京の時はすごかったです。今回、あまりにも違っていて残念でした。一方、男子のバスケットボールの監督が、女子の監督だったトム・ホーバスさんが来られていきなりすごかった。フランス戦、勝っていたんじゃないかと思うんですけども。男子のバレーボールも、自分は全く注目していなかったのですが、女子のバレーボールは強いだろと思っていただけども、男子のバレーボールが世界的にここまで強くなっていたというのは、いつの間にやらというのが、すごくびっくりしました。

で、イタリアでしたっけ、最後に負けたのが。もう勝てるかなというところまでいって、その後全部セットを取られてというのもあったので、わくわくしながら見ていたんですが、ちょっと残念だったなという感じでした。

◆ 中学校、高校とバスケットボールをしていたので、バスケットボールの試合は興味があって見てました。中でも山口県出身の河村勇輝選手のプレーには興奮しました。バスケットボールといったら、2メートルぐらいある人が普通に試合に出ている中、河村選手は173センチですごく小さい。それなのに視野が広くスピードもありシュートやアシストパスなどで強豪国と互角に戦っていて、わくわくしながら見てました。とてもいい試合をしていて、見てて楽しかったです。

◆ 男子バスケットボールのフランス戦、勝っていましたよね。最後にファウルを取られましたが、誤審ではないですか。それと、柔道のルーレット、あれもインチキではないかと思いました。

**司会** オリンピックの選手のようにイキイキとするためのノウハウを教えてもらいたいという意見がありました。YouTubeで、メディカルラリーの動画を観たときにオリンピックと同じ空気感を感じました。救急医師、看護師、消防隊員と救急救命士が一つのチームをつくって、都道府県ごとに試合をする、競技を競うみたいところで、私の母校がその大会で優勝していたので、すごく興味があって見ていました。成績発表のときに、会場が「わあっ」と盛り上がっていて、それこそスケートボードとか大技を決めたときに皆さんが喜ぶみたいところが、その会場でも起こっていました。そういう形が医療現場のモチベーションを上げるための一つなのかなと思ったりしました。

本日は、大変貴重なお話をたくさんお聞かせいただき、本当にありがとうございました。それこそ1つ目のテーマでは、まだまだお話ししたいところですが、時間の関係もありますので、ここで閉会とさせていただきます。閉会のご挨拶を、沖中副会長からよろしくお願いたします。

**沖中副会長** 皆さま、お疲れさまでした。多くのご発言をいただき、ありがとうございました。企画をしていただいた広報委員の先生方、誠にありがとうございました。

1つ目の働き方改革については、批判的な意見がほとんどだったと思いますが、制度の問題もありますし、何よりも、意見が出ましたが、患者さんや国民の方々に十分理解していただくように、国からもしっかりと広報等をしていただきたいと思います。

オリンピックに関しましては、いつの間にか優秀な人たちがたくさん出てきて、体操でも、個人総合で優勝できるような人も育っていたり、卓球もメダルを取りましたけれども、オリンピックが終わってから、最近、さらに強くなりましたね。

次が楽しみです。

本日は、時間が足りなくなりましたが、衆議院議員選挙が終わったばかりで、これもテーマの一つにはなったのかなと思います。山口県は大丈夫だろうと思っていたら、結構、接戦の選挙区もありました。全国的には自民党は大敗ですね。来年は参議院議員選挙がありますが、医師連盟の推す釜薙(敏)先生には、ぜひとも大量の得票で当選していただきたいのですが、自民党が政権を失っているようなことがあれば、当選されてもお力が発揮できないことも考えられますので、自民党には引き続き与党として政権運営をしていただけることを願っております。本日は皆さま、ありがとうございました。

**司会** ありがとうございました。これをもちまして歳末放談会を終了させていただきます。本日は誠にありがとうございました。

県下唯一の医書出版協会特約店

医学書専門 井上書店  
看護学書

〒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。