

令和 6 年度 全国医師会勤務医部会連絡協議会

メインテーマ 勤務医の声を医師会へ、そして国へ ～医師会の組織力が医療を守る～

と き 令和 6 年 10 月 26 日（土）10：00～17：30

ところ ホテル日航福岡 3 階「都久志の間」

主 催 日本医師会

担 当 福岡県医師会

特別講演 I

医師会のさらなる組織強化に向けて

日本医師会長 松本 吉郎

組織強化とは

日医執行部における医師会運営の 4 つの柱として「地域から中央へ」「一致団結する強い医師会へ」「医師の期待に応える医師会へ」「国民の信頼を得られる医師会へ」を掲げている。医師たる者はすべての医師会活動に参画していただきたい。医師になれば医師会に入ってもらおうのが私の目標であり、研修医や若い先生方に入ってもらって数あわせをするということではない。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り、覆すのは容易でない。したがって、政策を決定するプロセスの中で私たちの意見を集約し、主張していくことが大事である。組織強化には会員数の増加だけでなく、いわゆる質の部分の向上、医師会のプレゼンスの向上を図っていくことが重要であり、三層構造の中でしっかりと連携を図っていくことが大切である。医学部卒後 5 年目までの会費減免導入の経緯であるが、医師になった方には医師会員になってほしいとの願いから、まずは医師会に入っ

て、医師会が何たるべきかということを学んでもらう、あるいはここで私たちが医師会の意義を皆さんに伝えていくことが大事だと考えており、そのきっかけになる取組みだと思っている。

勤務医にとっての医師会活動

勤務医の数は約 60%、開業医は約 40%であり、勤務医の割合の方が多い。病院の先生方、特に大学の先生方は研究、研修、外来、入院といった非常に幅広い活動をされているので、われわれのような開業医を中心としたかかりつけ医は自院の診療だけではなく、地域の時間外・救急対応、行政・医師会等との公益活動、地域保健・公衆衛生活動、多職種連携等にしっかりと取り組んでいくことが大事だと思っている。その中でも学校保健、産業保健、乳幼児保健は本当に重要だと考えているので、これらをしっかりと支えていくことが、かかりつけ医には求められている。また、勤務医の先生方には、かかりつけ医がこういった仕事をしながら地域の医療を守っているということをさらにご理解いただければと思っている。

医療政策が実現するまでの過程であるが、それぞれの医療現場でいろいろな提案をしても、なかなか声が届かないことから、省庁・国会議員を通して国会に上げていくことが必要であり、この過程が大事だと思っている。したがって、政府与党とのコミュニケーションは大変重要だと考えている。先日、石破総理を訪問し、今の医療界の経営の厳しさ、あるいは地域偏在について意見交換した。医療を取り巻く諸問題には非常に多くの課題があるが、誰かが現場の意見をまとめて伝えていなくてはならず、それが医師会の役割だと思っており、現場の声を踏まえた医療政策の実現に向

けて力をまとめていくということである。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と考えている。

若手医師の入会促進に向けて

令和5年時点での日医の会員数は約17万7千人で、前年比で会員数が2,000人以上増加していたが、これは平成13年以降、22年ぶりのことであった。しかしながら組織率で見ると約60%から約51%まで低下している。ここ数年は何とか下げ止まりになっているが、これを上昇・反転させていくことが必要だと思っている。もし、このまま手を拱いていたら50%を切っていたと思う。そうなると、おそらく医師会に対して批判的なメディアは必ず一斉に叩いてくると思われ、50%という数字は1つの歯止めだと思っている。この状況を乗り切って、これを反転させていかなければならない。郡市区等医師会に入っていないながら日医に入っていない会員が約3万2千人いるので、なんとかして日医に入っていただくようお願いしていきたいと考えている。

医師会のメリットを2つの視点で考えると、「医師が医師会を持つことのメリット」と「医師が医師会に入ることのメリット」がある。医師が医師会を持つことのメリットは、日本の医療制度を守る、国民の生命と健康を守る、真摯に医療に取り組む医師を守る、勤務医の健康を守る、等がある。医師が医師会に入ることのメリットは、医師のライフステージに合わせたサポートを受けることができ、診療支援として医師資格証の発行料及び5年ごとの更新料が無料、非常勤でも手厚い補償となっている日医医師賠償保険制度への加入、認定産業医・認定スポーツ医の研修をお得に受講できる等がある。生活支援としては医師年金への加入、教育支援としては生涯教育・かかりつけ医機能研修制度をいろいろなところで行っている。これらのメリットを理解いただいた上で、若手医師を中心とした入会促進を図っていただきたいと思っている。入会促進等に向けての主な目標だが、短期的な目標としては12月1日現在の日医の会員数調査で成果を上げることである。また、令和7年

度に向けては、①より多くの入会を得ること、②異動手続き等の煩雑さ等による退会を防ぐこと、③会費減免期間終了後の入会継続を図ることであり、これらの取組みを通じて目標を実現していく必要がある。医師会会員情報システム「MAMIS」についてはいつでもどこからでも手続き可能な会員専用のポータルサイトであり、令和7年度に向けて登録をお願いしているところである。継続的な組織強化に向けた取組みとしては、全国的な連絡協議会の開催もあるが、都道府県医師会でも同様の取組みを行っていきたいと考えている。入会案内冊子を新たに作成したが非常に見やすくなりわかりやすいと好評を得ており、若い先生方にお配りいただき、日医のことを知っていただきたいと考えている。また、日医のYouTubeチャンネルに「知って欲しい！日本医師会」という動画も掲載しているので周知していただきたい。

会員の定着に向けて

医学部卒後5年目までの日医会員数は2022年度、2023年度と少しずつ増えてきているが、現状の3,700人をできれば5,000人程度に増やす努力をしていきたいと考えており、異動の手続きをなるべく簡素化することで継続していただくことが重要だと思っている。日医の会費減免期間は医学部卒後5年目までとなっており、そのため、会費減免期間中であるにもかかわらず、異動手続きの煩雑さ等を負担に感じ、臨床研修終了後に医師会を退会するケースが散見されており、今後の大きな課題だと思っている。

会費減免期間の延長の周知と入会促進をしっかりと図っていくこと、特に医師会の三層構造においては、しっかりとメリットを感じていただいて、大きなデメリットはないと思うので、まずは医師会に入ってもらわなければならないと思う。また、臨床研修医への対応も必要で、より一層のご協力をお願いしたい。

最近の医療情勢について

マイナ保険証の利用率が高まってきているが、その一方で多くの国民及び医療機関には不安を与えている。2024年12月から現行の保険証は発

行されなくなるが、石破総理にお会いした時に、あくまで現行の保険証が発行されなくなるということであって、マイナ保険証やマイナンバーカードを持っていなかったとしても、きちんと医療を受けられるということを明言されている。そもそもマイナンバーカードを持っていない方、又は持っていたとしても保険証と紐付けしていない方に関しては資格確認書というものが届けられる。これは保険証と同じサイズで外見もほとんど変わらないものである。したがって、マイナンバーカードを持っていない方、あるいは持っていたとしても保険証機能が付いていない方は、この資格確認書を使えばこれまで同様、医療保険を受けることができる。新たな保険証が発行されなくなる 12 月 2 日以降はマイナ保険証がなければ医療を受けられないという誤解をされている方がおられるが、そのようなことはない。日医はこれまでも健康保険料をしっかりと払っているが健康保険が使えなくなる、あるいは公的医療保険制度が使えなくなることは絶対にあってはならないと強く主張してきており、それに沿った手当がなされていることを紹介させていただく。

病床機能報告について

病床機能報告は 2014 年に始まり、入院については矢継ぎ早に報告制度が 2 つ生まれたが、その 1 つが「外来機能報告」である。2025 年 7 月からは「かかりつけ医機能報告」が始まる予定で、これは外来と在宅も関わっている制度であり、しっかりと押さえておく必要がある。

外来機能報告の今後の地域医療構想について、この報告はそもそも定額負担の対象病院の拡大、これは紹介状を持っていなくて病院にかかった時に選定療養の定額負担を求めるというものである。それまで特定機能病院と地域医療支援病院の 200 床以上の病院が対象になっていたが、それは厳しいのではないかとということで私から強く申し入れ、一般病床 200 床以上ということになった。その後、そういった病院を中心として外来機能の明確化・連携を進めていくことが行われた。かかりつけ医機能を有する診療所、あるいは中小病院、特に紹介外来を重点的に診るような病院と

の間の紹介と逆紹介をしっかりと図って連携していく、機能分化を図ることになった。それがこの外来機能報告である。紹介受診重点医療機関は、医療資源を重点的に活用する外来、紹介・逆紹介の状況、紹介受診重点医療機関となる意向の有無をしっかりと報告した上で、紹介受診重点医療機関となり、こういった報告がすでに始まっている。医療資源を重点的に活用する外来も周知、措置、高額な医療機器・設備を必要とする外来などがある。そのような中で、紹介・逆紹介をきちんと行い、連携に努めることで、かかりつけ医はなるべく紹介・逆紹介をする、症状が落ち着いた患者さんやかなり改善した患者さんは再びかかりつけ医に戻す、そういったことをしっかりと進めることが外来機能報告の基礎である。したがって、かかりつけ医の外来機能を報告するのではなくて病院の外来機能を報告するというものである。その中で、主に医療資源を重点的に活用する外来の割合が 40%、再診の外来に占める医療資源を重点的に活用する外来の割合が 25% の医療機関を一つの目安にしているが、それでも地域医療支援病院や特定機能病院でもこれに該当するのは約 8 割である。紹介受診重点医療機関はほとんど地域医療支援病院と同様だと思われた方もいたかもしれないが、全く重なっているわけではない。地域医療支援病院には入院時初日に 1,000 点ほどついたが、逆に紹介受診重点医療機関には 800 点つき、これを両方取ることはできず、片方のみである。こういった形で入院分を手厚くつけることができる。ただ、そのためには、あくまで内容と医療機関の理想がしっかりと一致しないといけないので、協議の場でしっかりと結論付けることになっている。これからの地域医療構想、外来医療機能は医師の働き方改革にも大いに関わってくるところである。

かかりつけ医機能報告

かかりつけ医機能報告は、かかりつけ医の機能並びにできることを増やす、あるいは質を高めるといったことで、各医療機関は自らが持つ機能を磨くことにより縦糸を伸ばすとともに、さらに地域における他の医療機関との連携を通じて横糸を

紡ぎ、それによって地域における面としてのかかりつけ医機能が織りなされ、さらに機能を発揮していく。日常診療時より、他の医療機関と連携し、急変時においても可能な限り地域におけるネットワークで対応を行う。紹介受診重点医療機関のような病院との横の連携を深めていくことで、面として地域医療を支えて、あくまでフリーアクセスをしっかりと守って、かかりつけ医機能を考えなければならぬ。かかりつけ医はあくまで国民が選ぶものであり、国民にかかりつけ医を持つことを義務付けたり、割り当てたりすることには反対している。また、診療科別や専門性の観点から複数のかかりつけ医を持つことも多く、かかりつけ医は複数あることが自然である。1人の医師だけを登録するという、いわゆる登録制は、患者さんの医療へのアクセス権、医師を選ぶ権利を阻害する提案である。国民・患者さん側からすれば、かかりつけ医を固定するような提案は決して望んでいない。登録制は予約をしてから受診できるまでに数日かかる。そして、そこから専門医に廻っていただく際にも場合によっては数か月かかることもあり、検査をする場合でも相当待たなければいけないといった制度もあるので、あまり海外の制度を一部だけ切り取ってきて、これがいいという主張には非常に問題があると思っている。「人頭払」という主張があることも承知しているが、これには反対しており、高度な医療がなかった時代はともかく、現代の複雑かつ高度な医療においては現実的な提案ではない。かかりつけ医機能を発揮する医療機関は、診療科や病院・診療所の別を問うものではない。ただし、病院にとっても必ずしも1つの医療機関において、かかりつけ医機能のすべてを持たなければならないわけではないので、地域で面としてのかかりつけ医機能をしっかりと果たしていくべきである。「かかりつけ医」と「かかりつけ医以外の医師」に区別するものではない。医師も自ら「かかりつけ医」として選ばれるよう積極的に研鑽を積むことが重要である。

かかりつけ医機能が発揮される制度整備が始まっており、1号機能・2号機能と少し分かっていくが、要は手挙げをもって自分たち

ができること、これは内科であっても他の科でも同じであり、すべての診療科の先生にしっかりと報告してもらってそれを活かすということだと思う。義務付けではないが、なるべく多くの先生方に手を挙げていただかなければ、かかりつけ医を限定するというような方向に誘導されてしまうので、多くの診療科の先生に手を挙げていただいて、自分たちの持つ機能をしっかりと増やしていただいて、地域で不足するものは何かといったことをしっかりと考えていただくことが基本になっている。

おわりに

11月1日は「いい医療の日」になっており、日医では記念行事も行っている。先生方にはいろいろな場面でしっかりと医師会の行事にご参加・ご協力いただいて、一致団結して取り組んでいき、日本歯科医師会や日本薬剤師会とも議論しながらわれわれが行っていくべきことをしっかりと主張していく、そのためには組織力を高めてそれによって医政活動もしっかりと行って主張を続けていくことが大事だと思っているので、さらなるご協力をお願いします。

[報告：副会長 中村 洋]

特別講演Ⅱ

2025年を目前に考える地域医療構想のこれまでとこれから

厚生労働省医政局医療安全推進・

医務指導室長 松本 晴樹

厚生労働省地域医療計画課の松本室長が、新潟県での経験を基に地域医療構想の進展と今後の課題について講演された。

結論としては、以下の3点となる。

- ①今後、急速に高齢化、人口の減少が進むことにより、高度な医療を必要とする患者が減少し、高齢者への医療需要が伸びてくる。
- ②人口減少・少子化の中で、医療スタッフの確保が困難となってくる。
- ③こうしたことを踏まえ、医療機関の集約化、効率化が不可欠であり、そのための地域医療構想を早急に進めていかなければならない。

(1) 現状について：後期高齢者の増加と求められる医療の変化

これまでの 10 年間は 2025 年に団塊の世代が後期高齢者になるということで、医療の在り方について議論をしてきた。実際、この 20 年間一貫して患者の数は減り続けており、コロナ後、患者が戻らないという印象をもつ先生も多いが、実は患者そのものが減っているのであり、これは経営に対しては非常に大きな影響がある。

また、今後、入院患者の 6 割近くは後期高齢者になり、高度急性期医療は激減する。肺炎、心不全など日数が長くなり単価も高くない患者が増える一方で、手術などの専門的な医療を必要とする患者が減る。

こうした状況に対応していくために、医療機能の再編が急務であり、地域医療構想も急いで進めなければいけない状況が続いている。

(2) 地域医療構想の取り組み例：新潟県のグランドデザイン

こうした状況への取り組みとして、赴任していた新潟県での取り組みを紹介する。

まず、地域ごとの医療の特性を考慮しつつ、県全体での医療方針（グランドデザイン）を策定した。

大きな方向性を県で作ることで、政治の影響を受け医療関係者が疲弊することなく、大学や県医師会がその方向性を共有して話を進めることができ、地域での議論が円滑に進んだ。また、新潟県は医師少数県であり、研修医を集めるには診療の質を高めるための集約化が必要であると考えた。そこで、高度医療を担う医療機関を集約化したところ、この取り組みが功を奏し、臨床研修医がフルマッチする状況にもなった。

新潟県の事例で分かるように、県としての方向性であるグランドデザインを作成することにより地域医療の集約と効率化が進んだ。

(3) 今後の取り組みと地域医療構想

日本の多くの地域で、高度専門的な医療の対象患者が激減するのとあわせて、生産年齢人口が減っていくことで看護師などのスタッフの確保が大変厳しくなる。そこで、今ある病院を 10 年程度でドラスティックに変えていかないと共倒れて

しまうのが見えており、医療体制全体の改革の動きを加速しないといけない。

まず、「医療機能の再編と集約化」である。

しばらくは後期高齢者の増加が続き高齢者救急への対応が求められる。さらに人口減により、スタッフの確保が困難になる中で限られたマンパワーによる効率的な医療提供体制を実現しなければいけない。

そのためにも、これまでの病床単位ではなく、地域全体を俯瞰して病院単位で議論をして医療機能の再編を加速させることが必要である。すなわち医療機関の集約化を進め、効率的な医療提供体制を実現することが重要であり、この集約化は、医療の質向上に寄与するとともに、経営の効率化にもつながる。

これまで、あまり「集約化」という言葉は強く打ち出さなかったが、新しい構想では「集約化」というのは、かなり重要なキーワードになる。

次に、地域ごとの対応である。

重要な論点として、今後、大都市と地方都市と過疎地では、状況と対応すべき方向性が真逆になっており、それぞれへの異なる対応が必要である。特に、地方都市では人口減少に耐えられる再編が急務であり、大都市では後期高齢者の増加に対応した医療提供体制が必要となる。

新潟県福祉保健部長 中村 洋心

次に、現在、厚労省から新潟県に出向している中村部長から、先に示された新潟県の取り組みについて詳細に紹介された。

(1) 新潟県の医療環境

新潟県は広大な面積（福岡の 2.5 倍で端から端まで 250 キロ）と人口 210 万人を有し、医療アクセスの課題がある。

医師偏在指標では 45 位であり、新潟市のある区域だけが多数区域で、残り 6 圏域が少数区域に入っている。さらに、この 10 年間で平均外来患者数と平均在院患者数ともに大体 13% 減っているが、それに対して病床数の減少は約 4% 程度であり、相当な勢いで患者が減少している状況である。

新潟県の病院は県立病院と厚生連がカバーをしているという大きな特徴があるが、いずれも赤字経営が深刻な問題となっている。特に県立病院13病院が160億円の繰り出しをした上でさらに43億円の赤字になるという状況を知事も認識し、改善に向けて取り組むこととなった。

(2) 医師確保

医師確保のため、地域枠を増やし、臨床研修プログラムを充実させている。

医学部定員は新潟大学の医学部のみで140人。また、地域枠を79名とし、新潟大学40名、他大学39名となっている。地域枠を以前から14人になったところを、来年は79人まで増やした。

臨床研修のプログラムに関しては、イノベーター育成研修コース、海外留学の支援、WHO チャレンジ、など充実したコースを設定するとともに、県外の基幹病院とのたすきがけプログラムを進めている。これらの取り組みによりマッチ者数は今年161人と過去最高だった。

＜参考：「広域連携型プログラム」の紹介＞

この制度は、医師多数県の臨床研修医が医師少数県で24週以上研修するのを義務付けるというものであり、新潟県のように医師少数県での期待は大きい（山口県も期待）。

(3) グランドデザインとその成果について

そこで、県全体で病院の役割を見直していくグランドデザインを作成し、地域の医療を支える柱となる病院に医療資源を集約している。

ただ、集約化を進めるにあたって、気持ちをいかにして同じ方向を向かせていくかということが大事だと考えており、意識をすり合わせ同じような方向を向いていくために、毎月、病院の院長先生や先生方とミーティングを行ってきた。とにかく、さまざまな関係者の方がどのような気持ちを持っていたかということが一番大事だと思っており、そこに重点を置いて進めてきた。

主な圏域において、各医療機関の役割の明確化と、分散化している救急医療機能を中核的な病院に医療資源を集める集約化を行うことにより、救急の受け入れ態勢や圏外流出が多かった問題が改善されている。

(4) ICTを活用したオンライン診療

住民からは集約化をすると病院が近くから無くなることに対する不安感が強いことから、住民への必要な医療アクセスの確保のためにオンライン診療という新しい手法を積極的に活用している。これにより持続可能な医療提供体制の整備を目指しており、令和5年度からオンライン診療モデル事業を各地域で始めている。

(5) まとめ

医療の集約化は多くの住民の生活に影響するので、客観的なデータに基づき確度の高い将来像を検討する必要がある。

そこで、患者減少が非常に大きいという状況を示して、この状況に対処しなければいけないこと、急性期の機能と回復期の機能が混在しており、病院の機能がうまく発揮できていない状況があること、を明確にしたうえで、今の病院の状況では医療体制が崩れることを示し、同時に、今の病院の状況から将来どのような形にしていっていいのかということを確認に示した。

あわせて、オンライン診療など、集約化の影響を受ける医療従事者や住民を含め、地域ごとに細かく認識を合わせるための話し合いを行い、持続可能な医療提供体制の整備を進めていく必要があることを新潟県の事例で説明を行った。

〔報告：常任理事 岡 紳爾〕

日本医師会勤務医委員会報告

～勤務医のエンパワーメントを通じた医師会の組織強化(2)～

日本医師会勤務医委員会委員長 一宮 仁

1. 勤務医委員会答申の概要

前期（令和4～5年度）の勤務医委員会では、渡辺 憲 前鳥取県医師会会長を委員長として、会長諮問「医師会組織強化と勤務医」について答申を取りまとめ、令和6年4月に松本会長に提出した。答申の骨子は次の通りである。

I. 若手医師の医師会入会促進に向けて

- ・勤務医が医師会活動に参画するための支援
- ・医師会未入会の若手・中堅勤務医との関係づくり、大学医師会との連携
- ・リーダー的若手勤務医の積極的な理事登用や

委員会委員として医師会会務への参画を求める

- ・若手勤務医の医師会活動を病院が支援する体制づくり

Ⅱ. 勤務医のキャリア形成や働き方を支援する医師会の取り組み

- ・医師の研修・キャリア形成における医師会の積極的関与
- ・医師の働き方改革への医師会からの支援のあり方

Ⅲ. 医師会組織の課題

- ・医師会組織の三層構造と会費のあり方
- ・会費減免の効果を最大限に高める視点から

Ⅳ. 地域医師会の議論を医療政策につなげるために

- ・医療現場の声を日本医師会に、そして、日本医師会の考え方を医療現場に届けるために
- ・日本医師会勤務医委員会のあり方と役割

また、今期(令和 6～7 年度)の勤務医委員会は、令和 6 年 10 月に第 1 回委員会を開催し、松本会長より諮問「勤務医の医師会活動へのさらなる参画について」を受け、検討を開始した。前期に引き続き、メーリングリストを活用しながら、委員同士の活発な意見交換を促していきたい。

2. 全国医師会勤務医部会連絡協議会

勤務医委員会では、本協議会のプログラム立案の段階から携わっており、シンポジウムのテーマや、当日採択される宣言の内容等に対し、意見具申を行っている。昨年度は青森県医師会の担当にて「2024 年、変わる勤務医、輝く勤務医」をメインテーマとし、5 年ぶりに完全対面で開催された。本年度は、本日、福岡県医師会の担当にて、「勤務医の声を医師会へ、そして国へ～医師会の組織力が医療を守る～」をメインテーマに開催されるが、活発な議論のもと、大きな成果が上がることを期待している。

3. 都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会

本協議会は、勤務医委員会において、当日の協議内容の企画・立案を行ったうえで毎年 5 月に開催されている。本年度は 5 月にハイブリッド

形式で開催され、①大規模災害と勤務医、②若手医師の期待に応える医師会の姿、の 2 題について講演が行われるとともに、幅広い議論が交わされた。

4. 勤務医委員会の広報活動

日本医師会の広報紙である「日医ニュース」では、各月 20 日号最終ページの『メイン記事』として、勤務医を取り巻く医療環境、直近の医療課題についての論説を掲載している。また、全国で活躍する勤務医の主張をコラムである『勤務医のひろば』で紹介し、勤務医の持つ幅広い意見の共有を図っている。勤務医委員会では『メイン記事』及び『勤務医のひろば』の執筆者推薦を行っており、1 人でも多くの勤務医が自らの意見を発信できるよう努めている。

最後に Take Home Message として、

- ・国民にとっては、誰もがより良い医療が受けられるように
- ・私たち医師にとっては、生涯にわたりやりがいを持って医療に従事できるように
- ・医療政策に提言できる唯一の職能団体である医師会の組織力を高め、医師の総意として、適切で強い提言ができるように
- ・勤務医・若手医師の入会と医師会活動への参画を期待する

と述べられ、報告を締められた。

〔報告：理事 白澤 文吾〕

特別講演Ⅲ

医局改革大作戦

—いかに新入医局員を 5 倍に増やしたか—

名古屋市立大学整形外科主任教授 村上 英樹

「人が増えれば何でもできる！何でもできれば人は集まる！」をモットーとして行った医局改革の経験から、新入医局員を年 5～6 人から 5 倍に増やした 15 の秘策等の取組みを紹介。

2019 年 2 月、金沢大学准教授より名古屋市立大学整形外科の主任教授に着任。移入教授として苦勞。医局運営・改革は困難を極め、解決策として「新入医局員を増やす」しかないとの考えに至っ

た。

15 の秘策（表）より抜粋

新入局説明会：固定概念を壊す。年 2 回それぞれ 100 名以上の参加。

教育：教授の専門はもともと脊髄腫瘍だったが、救急外傷、スポーツ医学にシフト。実地に役立つ手技（シーネ固定、エコー等）、研修医のための救急に強くなるセミナー開催。学生講義にアスリート（レスリングメダリスト、サッカー選手、野球監督・選手、フィギュアスケーター）招聘。

高校野球県大会 180 試合全部に医師派遣。
医局への奨学寄付金を集め、医局費を大幅減額。
医局秘書を 2 名から 10 名に増員、タスクシフト。秘書へのサービスとして、毎日昼食を提供し、秘書の離職が減った。

ホームページ刷新、SNS（特にInstagram）利用、学生が興味をもつ情報掲載、すべて医局秘書が作成。→国試まとめ情報を no+e（note.com）で発信している医学生（1.8 万フォロワー）が「おもしろい」と紹介・交流。

医局大改装、デジタルサイネージ、大看板、ラッピング、医局に女性部屋とアロマ。

関連病院をすべて名古屋市から通勤圏内に限定（親の介護問題対策も可能）、常勤 5 名の遠方の関連病院より撤退（反発が強かった）。名古屋近郊の 6 病院を新規関連病院へ。大学医師が 29 名から 39 名に増え、雑用軽減。

リーダーとしてのモットー、「己の欲せざるところ、人に施すこと勿れ」嫌なこと面倒なことは医局員や医局長にやらせてはいけない。率先してリーダー（教授）が対応すべき。「自分にとっての当然を他人にとっての当然と思うこと勿れ」昔の当然を今の当然と思うことなかれ。

教授は医局員の太陽でありたいと思っている。医局の雰囲気明るくして、皆にエネルギーを与え、皆に光を当てたい。教授に働き方改革なんて関係ない。医局員の太陽になれば、医局のトップは務まらないと考えている。

医局を大改革し、今では、“楽しく自由でアットホームな医局”に生まれ変わった。

表 医局員を増やした 15 の秘策

1. 救急外傷とスポーツ整形に注力	学生人気の高い分野に注力、外傷班を新設
2. スポーツ関連寄附講座を新設	トップアスリートの講演会を次々開催
3. 関連病院を全て名古屋から通勤圏内に	遠方の関連病院から撤退
4. 専攻医プログラムを魅力的に	入局後 2 年間の病院は自由選択、3 年目は同期全員が大学
5. ハンズオンなど教育セミナーの充実	
6. 盛大な医局説明会を年 2 回開催	私は兜をかぶって医局員の騎馬で登場、昨年は 210 人が参加
7. 医局のプロモーション活動	医局ポスター（図）を医学部の至る所に貼付、整形外科は凄いと錯覚させる（印象操作）
8. 医局の環境整備	デジタルサイネージで医局紹介動画配信、大看板の設置、配電盤に関連病院地図をマッピング
9. 女性に優しい医局に	デザイナーによる女性部屋を新設、医局にアロマを焚く
10. 医局秘書増員	秘書を 2 名から 10 名に増員、医局員の雑用を極力減らす
11. 留学を自由に	サーフィンしたい医局員が南の島へ留学
12. 医局費を減額し夏季休暇を 2 週間に	
13. 医局の飲み会は自由参加	遅刻や中途退席も OK
14. 医学生への労い	学生忘年会を企画、BSL 学生にランチ券配布、国試勉強学生に弁当差し入れ、コロナ禍にマスク 1 万枚配布、困窮学生に応援基金制度開設
15. SNS の充実	特に Instagram の充実

講演概略は「日医 on-line」（2024 年 3 月 20 日 日医ニュース）でも紹介されているので、こちらでもご参照願いたい。

<https://www.med.or.jp/nichiionline/article/011627.html>

〔報告：勤務医部会企画委員長 弘本 光幸〕

シンポジウム

共通テーマ「組織力強化に向けた勤務医の意見集約と実現」

シンポジウム I 「様々な立場からの声」

座長：日本医師会勤務医委員会委員長

・福岡県医師会副会長 一宮 仁

日本医師会勤務医委員会委員・

香川県医師会副会長 若林 久男

(1) 大学病院改革と医師会

久留米大学病院病院長 野村 政壽

(2) 基幹病院の抱える問題とその対策

国立病院機構九州医療センター広域災害・

救命救急センターセンター長 野田英一郎

(3) へき地診療所の運営とへき地医療に携わる医師に求められる支援

公益社団法人地域医療振興協会

飯塚市立病院内科科長 長澤 滋裕

(4) 日本とドイツの医療現場で感じたこと。**全ての医師にとって働きやすい環境とは？****日本医師会ジュニアドクターズネットワーク****国際担当役員・帝京大学医学部附属病院****循環器内科 岡本 真希**

大学病院、地域の基幹病院、へき地医療を担う若手医師、ドイツで働いた経験を持つ若手女性医師の4人による講演を拝聴した。大学病院からは久留米大学の野村政壽 病院長が講演され、大学病院が抱える問題点として働き方改革、医療DXの推進、医師偏在の問題、医師会との連携など多くの問題点を挙げられた。

地域の基幹病院からは国立病院機構九州医療センター救命救急センター長の野田英一郎 先生が、コロナ禍を経てリアルタイムの病床情報共有システムとして「FRESH」と名づけられた運用方法を説明された。人口減社会を迎えようとしている中で、国が掲げる地域医療構想が機能しておらず、地域格差が悪化していることへの懸念を述べられた。

へき地診療所からは自治医科大学出身の飯塚市立病院内科の長澤滋裕 先生が、直面する課題としてへき地医療に携わる医師のキャリア形成と出産・子育てについて新たな制度設計が必要であると提言された。わが国の社会状況では皆が真剣に考えなければいけない課題であると痛感した。

最後にドイツでの臨床医の経験をもつ帝京大学循環器内科の岡本真希 先生が、日本とドイツの勤務医の働き方の違いについて発表された。ドイツでは女性医師の割合が半数近くで、またプライベートが極めて重要な要素であり、働き方に対する考え方が根本的に異なっていた。非常に興味深かったが、国民性の違いがベースにあり、文化の違いに驚くばかりであった。

多岐にわたる内容で、それぞれの意見について真剣に耳を傾ける必要があり、それぞれの地域で自ら考え、発信していく必要性を強く感じさせられたセッションであった。

[印象記：理事 森 健治]**シンポジウムⅡ****「働きたい病院：組織改革と業務改善」****座長：福岡県医師会理事****横倉 義典****福岡県医師会勤務医部会委員会副委員長・****福岡市民病院副院長 平川 勝之****(1) 統合による病院内の変化、地域医療の変化
—乗り越えるべき問題は多いが、明るい未来も見えてくる—****掛川市・袋井市病院企業団立中東遠****総合医療センター企業長兼院長 宮地 正彦**

当院は新研修医制度以降、研修医の減少に伴い、大学からの医師派遣が滞り、診療科の縮小や閉鎖、医療の縮小、経営の悪化により、掛川市立総合病院450床と袋井市立袋井市民病院400床の2つの自治体病院が日本で初めて自治体主導で統合し、2013年に500床の地域の基幹総合病院として開院した。統合により断らない救急医療を行うことが可能となり、外来患者数、入院患者数、救急搬送件数が増加し、病院の経常収支も改善した。旧2病院では5大学から、統合後は3大学から医師が派遣されたが、統合前からの医師不足問題は解決されず、大学からの医師派遣は徐々に滞り、常勤医師数は80人から90人ほどの増加に留まっている。初期研修医を集めることが今後の当院の命運を握っていると考え、2017年から教育を強化し、初期研修医を増加させる方針を打ち出した。それにより2018年度から5年間14人枠をフルマッチし、全員医師国家試験に合格している。全国初期研修医共通能力試験では2021年度は642病院中15位と優秀な研修医が成長した。救急科医の6人から1人への減少による救急科主体から全科医師による救急医療を研修医が支えた。専攻医として当院に残る研修医が少なかったが、2024年度は初期研修医の14人中12人が専攻医として当院に残った。彼らが専攻医として残ることで常勤医の負担が軽減した。地域2病院目の地域がん診療連携拠点病院の指定を2023年に受けることができた。また、コロナ禍において静岡県内から重症感染者を断ることなく受け入れ、静岡県の医療にも貢献できた。医師の業務量が増えたにもかかわらず、医師事務作業補助者の増員、会議の減少・メール会議化、自宅で電子

カルテを閲覧できるシステムの導入などの医師業務軽減策により、時間外労働時間が年間1,200、960、720時間以上の医師数は2017年度では5名、3名、14名であったが、2022年度は0名、0名、3名と著明に減少した。2017年度から在院日数の短縮化を行うことで入院診療単価が上昇し、2018年度に経常収支が開院後初めて黒字化した。在院日数は2017年度以前が10.5日ほどであったが、それ以降は9日ほどに短縮したことで、コロナ禍においても感染者対応病床を多くし、入院患者は80人程減少したにも関わらず、医業収入を維持できた。しかし支出も多く再度赤字に転落したが、回復しつつある。教育の強化、救急科の復活、がん診療の強化を並行して行うことで、働き方改革、病院経営に好結果が生まれた。緩和ケア病床を2023年に開設し、在宅医療へ繋げている。今後は病院外への活動を増やし、地域との連携を深め、当院の負担をコントロールしつつ、地域医療の向上を目指す。「できないではなく、やるために考え、工夫し、実行し、結果を出す」をモットーに、ファーストペンギンになることを恐れず、改革し、前に進み続けたいと考えている。

(2) 医療DXの考え方と対応

九州大学大学院医学研究院

医療情報学講座教授 中島 直樹

日本の「医療DX」には異なる二つの意味がある。一つは内閣官房の医療DX推進本部による「医療DX政策」で日本における医療DXのインフラ（基盤）を構築する事業である。もう一つは世界的なDX潮流の中の医療分野の社会変革像としての「真の医療DX」である。日本では、多くの産業分野で「デジタル化の周回遅れ」が指摘されてきた。医療分野でも施設数ベースの電子カルテ化率は50.2%（2020年厚労省調査）であり、施設間のデジタル連携の普及はさらに遅い。これら施設内や施設間のデジタル化が医療DXのインフラであることは論を俟たず、つまり日本にはそのインフラさえできていない。そこで医療DX政策では、日本において2030年度までに医療DXのインフラの構築を目指している。例えば、オンライン資格確認ネットワークを活用した安全な医療ネット

ワークの確保、マイナポータルの整備、マイナ保険証での国民や患者の認証、HPKIカードでの医療者認証による電子処方箋、3文書6情報に関する電子カルテ情報の施設間や患者との共有、目標100%の電子カルテ普及率などである。政府の積極的な推進意欲は伝わるものの、現場の医師を始めとする医療スタッフや患者・国民の反発も多い。その原因は、医療DX政策の説明不足と真の医療DXへの理解不足などによるところが大きい。電気という別のインフラで説明する。明治期に電線・電柱を設置し始めたころは、その理由は「電灯をともし」であった。インフラのみを構築してその上のサービスが何もなければ理解は得られないので、メリットを「電灯」とせざるを得なかったが、当時もランプがあったため「電灯」に大きなメリットが感じられず反発もあっただろう。しかし、この電気のインフラを用いて、家庭にも電話、テレビ、冷蔵庫、電子レンジ、PC、スマホなどの電化製品が導入された。初期のインフラ構築当時には想像できない世界である。これと同様に、紙の処方箋や紹介状がデジタル化することの医療施設にとってのメリットは限定的である一方で、その代償としての手間や費用の方が気になってしまう。しかし、このインフラがなければ、その次の、われわれが想像することもできない真の医療DXは訪れることはない。世界のDX競争が激化する一方で、日本には超少子高齢社会が到来し、もはや真の医療DXを進めないという選択肢はないと考える。

(3) 働き方改革で揺れる周産期母子医療センター

国立病院機構小倉医療センター

産婦人科部長 川上 浩介

小倉医療センターは地域周産期母子医療センターであり、福岡県北部の北九州・京築医療圏の産婦人科急変対応を担っている。産婦人科業務は分娩対応などで時間外対応を求められることも多く、最適業務配分を事前予測することが困難である。そのため当直制では多大な時間外超過勤務を行ってきたが、2024年4月に開始された医師の働き方改革に伴い、2交代制を導入した。この変更はスタッフのワークライフバランスの向上に寄

与し、勤務時間の短縮が職場満足度と働きがいの向上をもたらした。特に、睡眠不足による集中力の低下が解消され、手術や外来診療の効率が向上したとの意見が寄せられた。しかし、2交代制の導入によって、日中の業務負担が増加し、若手スタッフの教育の質が低下するなどの課題も浮かび上がっている。これに対応するため、業務の優先順位を見直し、電子カルテやIT技術を活用して作業効率を向上させる取組みを進めている。また、短時間勤務者や医療クラークの導入により、スタッフが多様な業務を効率的に遂行できるよう努力を続けている。教育面では、若手スタッフが継続的な患者ケアの機会を減少させないよう、症例カンファレンスの充実、上級医によるメンタリングプログラムの強化、ドライラボでのトレーニングを経た手術参加の促進、緊急対応のシミュレーショントレーニング、定期的なフィードバックを提供している。これらの教育プログラムは、専門スキルの向上だけでなく、職業的充実感や成就感を高めるために不可欠であると考え。勤務の2交代制への移行に伴い、担当医を主治医制からチーム制へ変更した。患者からの一貫したケアへの要望に応えるため、チーム医療の効率性とのバランスを取る難しさに直面している。これに対処するため、患者教育を強化し、ケースマネージャーが中心となって情報を一元化し、患者の声をチーム内で共有する体制を整えている。さらに、医療の質を担保するため、交代時間にチームカンファレンスを行い、患者ケアの方針や問題点を共有している。急患対応の即応性を確保するため、オンコールシステムや追加スタッフの柔軟な配置が必要となる。周産期母子医療センターとしての責務を果たすため、これらの取組みを継続し、地域社会に質の高い母子ケアを提供することが重要である。2交代制は多くの利点を有している一方で、継続的な評価と改善が必要である。

(4) 働きたい職場をめざして

福岡県医師会理事・

JCHO 久留米総合病院名誉院長 田中 真紀

令和6年4月、「医師の働き方改革」が開始した。管理者として暫定期間の5年をかけて宿日

直許可獲得、労働時間管理の方法、タスクシフティングの見直しに協議を重ね、とりわけ医師には就業規則を理解してもらうことに努力してきた。改めて働きたい職場とは何だろうと考えると、若手医師は多くの症例を経験できて知識や技術を得ること、中堅の医師は自分の目指す医療を展開させられること、管理職者では医療だけでなく病院の運営に関わっているという意識を持てることが挙げられるだろう。同時に自分自身の時間を確保できること、特に子育てを含む家庭生活の時間・趣味などに費やす時間・年休や休暇を遠慮なく取れることが重要な要素となる。2017年厚生労働省報告「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会報告書17」では、「医療界にとっては、今後も貴重な人材としての女性の比重は高まっていくだろう。このことを十分に念頭に置いて、重点的・集中的な支援の強化に乗り出すべきである。」とし、出産・育児等のライフ・イベントと仕事との両立を支援するための取組みが必要であると提言している。当院では、①3歳に満たない子の養育のために、時間短縮勤務や育児時間取得制度の利用、②未就学児養育のため当直業務を遂行できない場合は、土日・祝祭日の日直を行う、③症例検討会や各種委員会は勤務時間内に行うことを推し進めている。また、資質向上のため勉強会は重要であるが参加困難な場合には、診療科ごとにWeb配信やオンデマンドを利用して参加できるよう取り組んでいる。安全な医療の展開にチーム医療は必須であるが、多職種の意識向上への動機付け、資格取得のためのサポート、看護師の特定行為研修や認定看護師取得研修を積極的に進め、充実したタスクシフティングができるよう進めている。今回は女性医師の立場、管理者経験者として報告するが、女性医師の増加が見込まれるわが国にとって、女性医師支援の取組みを行うことが職場環境を改善させ、ひいてはすべての医師にとって働きたい職場になると信じている。

〔報告：理事 國近 尚美〕