

### TK-1 結婚・出産・育児を経、27年間、三次救急医を続けた振り返りと、次代へ向けた環境作り

<sup>1</sup>日本医科大学武蔵小杉病院救命救急センター、<sup>2</sup>日本医科大学救急医学講座 飯本恭子<sup>1</sup>、横田裕行<sup>2</sup>、竹ノ下尚子<sup>1</sup>、遠藤広史<sup>1</sup>、目原久美<sup>1</sup>、菊池弘子<sup>1</sup>、稲垣栄次<sup>1</sup>、上笹 宙<sup>1</sup>、辻井厚子<sup>2</sup>、望月 徹<sup>1</sup>、黒川 顕<sup>1</sup>

【背景】黎明期の救急医のワークライフバランスは極端に仕事に偏り、生活は重視されないことを受け入れていたと考えられる。近年、医学生の女子比率が25年前の5倍近くになり、救急医・外科系など多忙な科目を志す女性医師も多いが、結婚、出産を中心として生活の変化による仕事や業績の中断を余儀なくされる可能性が高い。男性においても救急科を途中で断念する様々な状況がある。今回、救急医として全うできる環境づくりを考えるにあたり、演者の27年間の救急医としての経験と、若手医師へのインタビューを中心として、職場環境、勤務システムについて考察する。【事例と現状】演者は卒後、脳神経外科医として9年間勤務、10年目に救急医学に移り結婚、一児あり、脳神経外科専門医、救急科専門医・指導医を取得、現在三次救急施設に所属する。2年間、当直、夜間手術を免ぜられた。勤務継続を可能にしたのは、チーム医療の質と家族の協力だが、同僚の負担なしにはありえなかった。一方、本学救急医学の新規入局者の2～3割は女性である。10年以内に転科は約50%、その約50%が結婚・出産（予定）に関する理由であり、残りは専門科、生活の質向上を目指しての転向であった。男性では家庭の事情による転向は10%以下である。現在の取り組み：近年、時間制勤務の一次二次救急のERを併設してから、転科せずに勤務を継続することができるようになった。状況が許せば、三次救急に復帰することもできる。【今後の課題】救急医のモチベーション維持のため、三次救急におけるシフト勤務の構築。この際重要なのは、チーム全体のコンセンサスであり、それぞれライフサイクルは異なるが、他の医師にもまた、次に生活の向上やステップアップのために利用できる機会、期間が与えられるように、長期的に負担が偏らないような配慮が必要である。

### TK-3 子育て救急集中治療医からの提言：「より安全で質の高い医療」＝「申し送れる情報の共有された医療」＝「ワークライフバランス」

<sup>1</sup>聖マリアンナ医科大学救急医学講座、<sup>2</sup>東北大学高度救命救急センター 北野夕佳<sup>1</sup>、遠藤智之<sup>2</sup>、山内 聡<sup>2</sup>、赤石 敏<sup>2</sup>、久志本成樹<sup>2</sup>

筆者は手持ち共働きで米国内科レジデントを修了し、現在救急集中治療医として大学病院に勤務している経験から、意見を述べたいと思います。個人的な経験に基づくものですが、一症例報告として有用であることを期待します。対象として、将来を模索している共働き持ち医師、有用な人材を確保しつづける具体的な職場環境を考えている指導医を念頭に置きました。東北大学高度救命救急センター（以下当院）では日勤夜勤の2シフト制を基本としており、勤務交代時に日勤夜勤医師全員で申し送りが詳細に行われます。このことにより、診療内容に関して意見の共有化が図られ、疑問点は建設的に議論されます。これは医療知識の相互教育という点でも大変重要であり、専門分野が異なる医師がグループで議論することにより、主治医だけで治療されている場合よりも、より質の高い医療が行えていると実感しています。当院では「子育て医支援の為」にこの制度になったわけではなく、もともとこの制度であった為、子育て医が合流しやすい環境となっています。米国内科レジデントも同様で、勤務時間内は超多忙でしたが、必ず申し送りがあり勤務時間の予測が立つため、子育て医が勤務を全うできるようになりました。筆者は「申し送れる、意見の共有されている医療」はすなわち「申し送りによって議論や相互教育が継続的になされる職場環境」「エビデンスやガイドラインに基づいた医療」「医師が適切な休息を取って次の勤務に取り組める医療」であり、すなわち「患者さんにとってより安全で質の高い医療」であると信じています。そのような職場環境をめざせば、結果的にワークライフバランスの取れた職場になり、子育て、介護、医師自身の病気等で勤務時間に若干の制約がある時期があっても、医療者として医療に貢献し、向上し続けられると考えます。

### TK-2 東北大学病院高度救命救急センターにおける女性救急医支援の取り組み

<sup>1</sup>東北大学病院高度救命救急センター 遠藤智之<sup>1</sup>、久志本成樹<sup>1</sup>、山内 聡<sup>1</sup>、野村亮介<sup>1</sup>、工藤大介<sup>1</sup>、古川 宗<sup>1</sup>、宮川乃理子<sup>1</sup>、赤石 敏<sup>1</sup>

東北大学病院高度救命救急センターでは、女性医師が救急／集中治療に興味を持ち、楽しいと感じ、ライフワークとして実践できるように、働きやすい環境作りを目指している。勤務形態については、日勤・夜勤のシフト制を敷いており、勤務時間の希望には柔軟に対応している。診療面においては、1日2回の患者情報の共有化（症例検討・申し送り）により救急／集中治療の質の維持を図っている。日勤帯の業務分担として、リーダー（ホットライン担当、ベッドコントロール、情報の集約）／ICUエリア担当／HCUエリア担当／一般病棟担当、と役割を決めており、診療の責任範囲を明確にすることで個人への過剰な負担を避けるようにしている。患者毎の診療の一貫性を保つために主治医を決めているが、主治医不在時はチームで補完するようにしている。また、妊娠・出産・育児に関しては、東北大学病院が有する女性医師支援システムを利用することが可能である。具体的には院内保育園の利用、病後児保育施設の利用、育児短時間勤務（6割勤務）の利用等がある。以上のような女性医師支援のための体制・システムを広く周知するために、当センターのホームページに「女性救急医支援」のページを作成し、トップページから入ることができるようにしている。現在、当センターの女性常勤医は1名だが、大学病院では数多くの医学生、初期研修医がローテーションで、常勤医がロールモデルとなり、より多くの女性医師が救急／集中治療をライフワークとして選択することを期待している。

### TK-4 将来の職場環境をデザインするー米国救急医学の成功の秘訣

<sup>1</sup>ミネソタ大学救急医学 日比野誠恵<sup>1</sup>

【背景】当初の様々な困難を乗り越えて米国における救急医学は確立された。そして現在では 救急医学のレジデンシーは医学生に最も人気のある診療科の一つにあげられている。この理由として救急医療そのものが非常に興味深いということもあるが、職場環境が長期継続可能なように上手にデザインされてきたことも大きなファクターと考えられている。【歴史と現状】1960年代に米国の救急医学も産声を上げた。当初は 各診療科との軋轢、慢性的な人員不足、不安なアイデンティティーを抱えて かなり高い離職率であったようである。その後地道な努力の甲斐もあって 他診療科からの信頼尊敬、人員不足の改善ーシフトワークとそれに伴う仕事時間の柔軟性、救急医としてのアイデンティティーの確立と発展していった。近年の米国の救急医は 臨床、教育、研究というオプションがあり仕事の“やりがい”があり シフトワークなためワークライフバランスがとりやすい診療科として確立された。かくして離職率は低くなり、医学生に最も人気のある診療科の一つとなり好循環が確立された。また女性医師／医学生にも人気のある診療科となった。【展望】米国でもワークフォースやコンサルタントの不足の問題点も指摘されており、それらを紹介する。また本邦での地域性や柔軟性を考慮した職場環境のデザインの可能性も考察する。

## TK-5 女性救急医も働きやすい環境について～藤沢市民病院救命救急センターからの報告～

<sup>1</sup>日本医科大学付属病院集中治療室, <sup>2</sup>藤沢市民病院救命救急センター  
有田淑恵<sup>1</sup>, 阿南英明<sup>2</sup>, 奥田由紀<sup>2</sup>, 龍信太郎<sup>2</sup>, 野崎万希子<sup>2</sup>, 赤坂 理<sup>2</sup>,  
八嶽秀之<sup>2</sup>, 仲野 明<sup>2</sup>

【背景】昨今、女性の医師国家試験合格率は増加傾向にあり、第105回医師国家試験合格者における女性の割合は32.5%であった。日本救急医学会専門医は2011年1月1日現在3219名であり、うち女性医師は166名である。女性医師が結婚、出産、子育てを経験する段階で、引退するケースも目立つ。【目的】どのように女性医師を含めて救急医が働きやすい職場環境を作っていくべきか検討する。【方法】藤沢市民病院での勤務体制が女性救急医が勤務できる体制として配慮している点を分析する。【結果】救急医は救急外来（ER）と救急集中治療室（EICU）で勤務しており、救急外来には年間約3万人が受診し、うち救急車は約8000台収容し、約500人のICU管理を行っている。勤務体制は日勤と夜勤の2交代制であり、原則週40時間の勤務体制である。2010年度の救急医は4月から9月まで（前期）は男性5名、女性3名、10月から3月まで（後期）は男性4名女性4名の計8名だった。結婚、出産、育児を経験している女性医師もいる。【考察】交代勤務を徹底することで、時間を大幅に超過したり過剰な労働を避け私生活にも充実した労働環境と医師教育環境を提供している。一方、EICUは日替わりで担当医が変わるため、セキュリティを強化したホームページ上で患者の情報や連絡事項を共有することでスムーズな引き継ぎを行う等の工夫も必要であった。【結語】自らの経験を踏まえて、今後女性医師を含めた救急医が働きやすい環境を作る工夫を示す。

## TK-7 「共働き」医師に対応するために～人事担当者としての工夫と課題～

<sup>1</sup>京都大学医学研究科初期診療・救急医学分野  
西山 慶<sup>1</sup>

【背景】共働き医師の増加により、医師の性別を問わず、養育や介護など「社会的弱者」の扶養義務と、医師としての責務との両立が可能である環境の整備が望まれている。【結果】京都大学医学研究科 初期診療・救急医学講座は、設立6年目の新設講座であるが、夫婦ともに常勤もしくは研究活動中の「共働き」状態にある講座員が全体の32%、既婚者の41%を占めているという特徴がある。このため、新たに講座を開設していくにあたり、これら「共働き」状態にある講座員の状況を十分に考慮する必要があり、附属病院での勤務内容のみにとどまらず一般病院への赴任や研究生活の開始などにおいても可能な限り講座員へのヒアリングを行い、一方では近隣の保育園や学童保育などの環境を調査したうえで、講座のシステム構築を行ってきた。しかしながら、人員の不足による講座のシステム改革の遅れや医療機関・学会などに関連する事項は講座単体の変革では対応できないなど、多くの課題が残存している。本セッションでは共働き医師の増加という社会環境の変化を踏まえ、当講座におけるシステム上の工夫や課題などについて人事担当者（医局長）の立場から概説し、よりよいシステム構築にむけて議論していきたい。【考察】共働き医師の増加により、今後は単に女性医師単独の支援にとどまらず、性別を問わず医師の所属する世帯全体を支援し、その状況に柔軟に対応できるシステムを構築していくことが重要と思われる。シフト勤務制の確保・勤務時間等の工夫・研究などにおけるインターネットを用いたSOHOの推進などに加え、人事の柔軟性の確保・賃金体系の是正による時間外勤務に対するインセンティブの増加など、病院や大学講座・学会などのシステム変更にまで踏み込んだ形での改革が求められると考えられる。

## TK-6 救急医の魅力的な職場づくりのために。

<sup>1</sup>順天堂大学医学部付属浦安病院救急災害医学

角 由佳<sup>1</sup>, 森川美樹<sup>1</sup>, 中村有紀<sup>1</sup>, 李 哲成<sup>1</sup>, 林 伸洋<sup>1</sup>, 竹本正明<sup>1</sup>, 大出靖将<sup>1</sup>, 井上貴昭<sup>1</sup>, 松田 繁<sup>1</sup>, 岡本 健<sup>1</sup>, 田中 裕<sup>1</sup>

【背景】救急の現場が、3K（きつい、帰れない、汚い？）といわれたのは一昔。救急をテーマとしたTVドラマが人気となり、北米型ERが新たな救急のイメージとなってきた。しかし実際、救急を人生の仕事として続けていこうという医師はまだまだ少ないのが現状である。医学生女性の割合が増えてきたのを目の当たりにして、外科系学会が、「女医が医師を続けていくために」というテーマを掲げて取り組みを始めている。【目的】個人的に、救急医を続けてきた経過を振り返りながら、今後より働きやすくするための提案をすること。【結果】私が、救急の門をたたいて以来13年が経過した。初期研修医、関連病院での外科修行、大学に戻り救急医学研究に従事後、米国留学、そして現在、准教授として救急診療、教育、研究に従事している。この間、当初無かった女医当直室ができ、24時間体制の当直が12時間体制、2交代になり少しずつ労働環境は改善されてきた。現在の職場は、従来の重装備救急医療と北米型ERの両者を行っている。診療は外来と病棟に分かれ、外来チームはbed free、病棟チームは入院主治医をするという、役割分担を明確に働きやすい環境整備を行っている。留学時、女性の社会進出が進んでいるアメリカの労働環境をみて感じたのは、差別ではなく区別がしっかりしていること、男性がきちんと家庭に参加していることが日本との大きな違いであった。24時間、身を粉にして働くことを美徳とするという日本文化からは乖離するかもしれないが、“女性が医師を続けていくため”には、“男性が家庭に参加できる労働環境をつくること”であると考えられる。【結語】性別にかかわらず、医師が働きやすくなるように人をあつめてシステム作りをしていくこと、そして魅力ある職場、チーム作りをしていくことが重要課題であると考える。

## TK-8 救急医を好きで続けていくために……東京ER・墨東での試み

<sup>1</sup>東京都立墨東病院救急診療科・救命救急センター

岡田昌彦<sup>1</sup>, 濱邊祐一<sup>1</sup>, 三上 学<sup>1</sup>, 明石暁子<sup>1</sup>, 石井桂輔<sup>1</sup>, 亀崎 真<sup>1</sup>, 杉山和宏<sup>1</sup>, 大倉淑寛<sup>1</sup>, 山川 潤<sup>1</sup>, 照屋 陸<sup>1</sup>, 杉山彩子<sup>1</sup>

救急医は、その経験を積みばつむほと味が出てくる、しかしその経験を積みむことと引き換えに経る年波で、気力体力は衰えていく。このため救急医としての仕事を長く続けるためには、肉体的、精神的、知識的な面からうまく住み分けができて、若者は若者らしくガツガツと、老頭児は老頭児らしく淡く働けるように仕事の環境やワークバランスの構造を構築していくことが必要と思われる。当院は、年間約五万人が受診するERと年間二千を超える収容件数の救命救急センターを擁している都市型の総合病院であり、救急医はこのERと救命センターで専従勤務している。その救急部門での取り組みは、女性医師の割合が増加している近年、当院の救急部門でも女性医師が活躍しており、この春から、産休明け、育休明けの女性医師が職場復帰している。勤務は、妊娠が分かった時点から当直業務を免除して日勤のみのシフトとして、産休・育休明けで仕事復帰した後は、日勤のみの勤務として、1日1回の院内保育所での授乳時間を設けている。また、育児の事情で病院勤務から離れた女性医師も現在、ERの非常勤として週1-2日程度の勤務を行い、救急の診療現場で、経験を生かして初期臨床研修医の指導係として活躍している。また、老いも若きも集う救急医たちは、常に老いから若きへ技術の伝承を行っていくことで、可能な治療手技のバリエーションを増やして標準化を図り、若手のモチベーションの維持と老頭児の疲弊の防止に非常に有効であった。若手は、体を動かして治療をバリバリやって経験を積み、老頭児は、積んだ経験と知識を活かして救急診療をsuperviseしていく役割分担が有効であり、第一線でそれぞれの世代のいい味が出せるよう、救急が好きなんだ！という気持ちを持ち続けられる職場環境を構築するべく努力している。

## TK-9 救急医療に携わる医師の労務環境を考える特別委員会報告～救急医の職場環境への提言～

<sup>1</sup>救急医療に携わる医師の労務環境を考える特別委員会、<sup>2</sup>国立病院機構北海道医療センター救命救急センター、<sup>3</sup>広島大学医学部救急医学、<sup>4</sup>平成立石病院、<sup>5</sup>帝京大学医学部救急医学、<sup>6</sup>国立病院機構大阪医療センター救命救急センター、<sup>7</sup>九州大学医学部救急医学  
七戸康夫<sup>1,2</sup>、谷川攻一<sup>1,3</sup>、猪口正孝<sup>1,4</sup>、坂本哲也<sup>1,5</sup>、定光大海<sup>1,6</sup>、永田高志<sup>1,7</sup>

【緒言】本委員会は平成20年に発足し、“地域の救急医療機能の維持には労務環境の充実が不可欠である”という前提に立ち、救急医療における適正な労務環境を評価検討してきた。【意見】医師の労務環境のあり方は医師のワークライフバランスという観点から検討されるべきであり、救急業務に対するモチベーションと表裏一体の関係であることが指摘された。救急部門業務へのモチベーションに影響を与えるインセンティブとして3つの要素（Money, Time, Honor）に分けて整理した。また適正な労働環境を維持するためにはマンパワーの充足が不可欠であり、後述の調査を行った。【調査】当委員会委員が所属する地区（東京都区東北部・葛飾区、大阪市、倉敷市、広島市、久留米市）を対象とした救急医療体制の現状調査と、それぞれの地域において現時点で候補となる二次救急医療機関に集約化を行った場合について、医療難民（救急医療機関への受け入れ困難例）を生み出さないために追加必要とされる救急部門専従医師数の試算を行った。【結果】人口100万人あたり40,000件/年の救急搬送があると仮定して、初期・二次救急医療を専従医が提供する場合、交替制勤務制で約110名の医師（地域医師人口の約5%）が必要という試算になった。【考案】救急搬送事案全てに対応するためには救急部門専従医のみでは不可能であり、すべての診療科が救急初療を担う体制、医学教育の見直しが必要と思われた。また、救急医療機関の機能として、初期救急医療機関機能を二次救急医療機関から切り離すことも考慮すべきである。また、各臓器別診療科との連携はもちろん、看護師、さらには放射線技師や臨床検査技師などの時間外における配置も地域医療計画の中で議論されるべきである。

## 東日本大震災における日本救急医学会専門医指定施設の活動状況の実態

日本救急医学会広報委員会

大槻穰治、松田兼一、織田 順、欽方安行、今 明秀、竹内昭憲、船隻知弘、本間正人、中川儀英、増野智彦、太田祥一

【目的】東日本大震災における医療支援における日本救急医学会専門医指定施設の活動状況を明らかにし、その貢献度、問題点などを検討した。

【方法】全国の日本救急医学会専門医指定施設442施設に対し活動開始日、活動期間、派遣依頼元、活動内容、チーム構成、移動手段などの項目に加え、気付いたこと、救急医学会への要望など自由記載の項目を含めた調査用紙を各施設へ送付し、発災から4月30日までの活動状況の記載を求めFAXにて回収した。

【統計と情報処理】空欄と、明らかな記載ミスと思われる数値は欠損値として扱った。尚、自由記載の部分については重要と思われる意見は手作業にて抽出し、その他はcorpusを用い使用回数の多い言語を調査した。

【結果】190施設より回答が送られた。活動開始日は発災後3日以内が最も多く67%を占め、活動期間は平均37日間であった。依頼元はDMATが101施設と最も多く、次いで都道府県が99施設であり、活動内容は避難所診察が104施設と最も多かったが、現場救護診察、SCU活動、域内・広域搬送など超急性期の災害救助活動にも数多く参加していた。チーム構成は医師、看護師が多くを占めたが、その他薬剤師、栄養士、心理士など多職種からなるチームでの活動が行われていた。現地への移動手段では多数のヘリ、固定翼機を含む自衛隊機などの空路、救急車、バスなどの陸路に加え、フェリーなどを利用した海路も用いられていたが、特筆すべきは自衛隊の速やかな協力であり、これが活動上非常に有効であったとの意見が数多く認められた。

【まとめ】今回の災害においては阪神淡路大震災の経験を生かしDMATなど迅速な医療支援が概ね行われていたが、DMAT後への円滑な情報伝達のためには診療録の共通化、診療情報管理のガイドラインの作成などが望まれる。

東日本大震災特別シンポジウム  
「災害時の医療－医療の連携と社会での位置づけ－」

## 《東日本大震災特別シンポジウム》

## 福島第一原発事故に係る医療支援

地震・津波被災地に対する医療支援とは異なり、原発事故への対応はその枠組が法律によって定められている。本学会ワーキンググループは、現地対策本部内「(仮称)医療班カウンターパート」の呼称で活動を開始、その後「災害医療アドバイザー」に位置づけられたが、背景には、総務省消防庁、厚生労働省、放射線医学総合研究所等関連各機関の多大な支援があった。災害医療における“組織”や“枠組み”について、それぞれの立場から聞き、今後の災害時医療の構築の一助にしたい。

## 被災地への医療の支援と連携

今回の震災では多くの組織が被災地の救援に向かったが、実際の医療支援は想定していた通りに実践できたのだろうか。限られた条件のなかで、よりよい支援のために、今後どう準備すればいいか、どう連携すればいいか。医療支援がよりよく完璧に機能できるようにその理想形の実現のために、これからどうすべきかを考えたい。

## 《東日本大震災特別ポスター》

## 震災での県との関わり、今後の行政と医療のあり方

災害時の医療のあり方について、特に行政との関わりを中心に、被災県の災害医療コーディネーターの先生方を中心に総括していただく。ポスター会場にて会期中掲示し、発表は第2日目に予定。