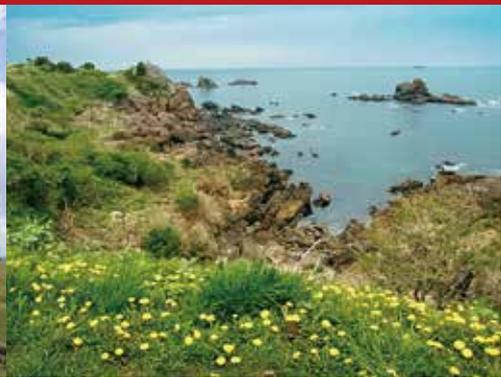




令和5年度

全国医師会勤務医部会連絡協議会 報告書



[メインテーマ]

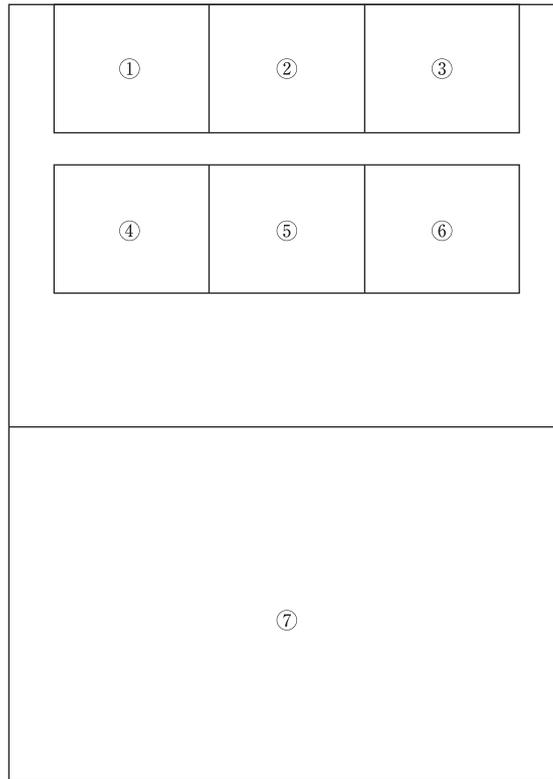
2024年、変わる勤務医、 輝く勤務医

令和5年10月7日(土)
ホテル青森



[主催] 日本医師会 [担当] 青森県医師会

表紙写真



①鶴の舞橋 (つるのまいはし)

1994年、岩木山の雄大な山影を湖面に美しく映す津軽富士見湖に、日本一長い三連太鼓橋「鶴の舞橋」として架けられました。全長300メートルもの三連太鼓橋はぬくもりを感じさせる優しいアーチで、鶴と国際交流の里・鶴田町のシンボルとして、多くの人々に愛されています。

②弘前公園 (ひろさきこうえん)

弘前市にある公園で、日本の都市公園100選のほか日本の歴史公園100選、日本さくら名所100選に選定されています。また公園内の弘前城は日本100名城、美しい日本の歴史的風土100選、人と自然が織りなす日本の風景百選、平成百景に選定されています。

③白神山地 (しらかみさんち)

屋久島とともに1993年、日本で初めてのユネスコ世界遺産(自然遺産)に登録されています。そこには「人の影響をほとんど受けていない原生的なブナ天然林が世界最大級の規模で分布」(世界遺産登録理由)と記されています。

④三内丸山遺跡 (さんないまるやまいせき)

青森市三内丸山にある、縄文時代前期中頃から中期の大規模集落跡です。1997年に国の特別史跡に指定され、さらに2021年に「北海道・北東北の縄文遺跡群」として世界文化遺産に登録されました。遺跡には竪穴建物群、高床建物群、大形竪穴建物のほか、シンボリックな3層の掘立柱建物が再現されています。

⑤尻屋崎 (しりやざき)

下北半島の北東端に位置する東通村の岬で、下北半島国定公園に指定されています。あたり一帯には寒立馬と呼ばれる馬が放牧されていることでも有名です。

⑥種差海岸 (たねさしかいがん)

八戸市最東部に位置し太平洋に面する美しい海岸線です。三陸復興国立公園内にあり、国の名勝に指定されています。中ほどの大須賀海岸は白い鳴き砂の浜と松原が続く穏やかな風情があります。

⑦青森ねぶた祭 (あおもりねぶたまつり)

青森市で毎年8月2日から7日に開催されます。毎年、延べ200万人以上の観光客が訪れます。1980年に国の重要無形民俗文化財に指定され、東北三大祭りの一つです。

目次

開催要綱	3
プログラム	4
開 会	
総合司会	9
開会宣言	10
挨拶	
日本医師会会長	11
青森県医師会会長	12
来賓祝辞	
青森県知事	13
青森市長	15
特別講演Ⅰ	
「安全・安心な医療の実践に向けて」	17
特別講演Ⅱ	
「健康・医療ビッグデータの可能性： 岩木健康増進プロジェクトを中心とした青森県での取り組み」	39
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組織強化～」	55
次期担当県挨拶	63
特別講演Ⅲ	
「縄文と生きる－縄文遺跡群の魅力と価値－」	67
シンポジウムⅠ	
「第8次医療計画、5疾病6事業について」	85
シンポジウムⅡ	
「これから始める『働き方改革』－医師少数県における工夫と苦悩－」	117
あおり宣言採択	151
参加者名簿	155

令和5年度全国医師会勤務医部会連絡協議会 開催要綱

メインテーマ

『2024年、変わる勤務医、輝く勤務医』

1. 日 時：令和5年10月7日（土）10：00～
2. 場 所：ホテル青森 3階 孔雀の間
3. 主 催：公益社団法人 日本医師会
4. 担 当：公益社団法人 青森県医師会
5. 参加者：全国医師会勤務医部会関係者及び医師会員とその関係者、行政等

令和5年度全国医師会勤務医部会連絡協議会 プログラム

日時：令和5年10月7日（土）10：00～ 場所：ホテル青森 3階 孔雀の間
主催：公益社団法人 日本医師会 担当：公益社団法人 青森県医師会

メインテーマ

『2024年、変わる勤務医、輝く勤務医』

総合司会：青森県医師会常任理事 樋口 毅
青森県医師会常任理事 工藤 史子

【日 程】

9：00～	受付開始
10：00～10：25	開 会
	開会宣言 青森県医師会副会長 齋藤 吉春
	挨拶 日本医師会会長 松本 吉郎 青森県医師会会長 高木 伸也
	来賓祝辞 青森県知事 宮下宗一郎 青森市長 西 秀記
10：25～11：00	特別講演Ⅰ 「安全・安心な医療の実践に向けて」 日本医師会会長 松本 吉郎 座長：青森県医師会会長 高木 伸也
11：00～11：50	特別講演Ⅱ 「健康・医療ビッグデータの可能性：岩木健康増進 プロジェクトを中心とした青森県での取り組み」 弘前大学学長特別補佐 中路 重之 座長：青森県医師会副会長 下田 肇
11：50～12：05	報 告 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組織強化～」 日本医師会勤務医委員会委員長 渡辺 憲
12：05～12：10	次期担当県挨拶 福岡県医師会会長 蓮澤 浩明
12：10～13：00	昼 食
13：00～13：50	特別講演Ⅲ 「縄文と生きる ー縄文遺跡群の魅力と価値ー」 三内丸山遺跡センター所長 岡田 康博 座長：青森県医師会副会長 齋藤 吉春

13:50~15:30

シンポジウムⅠ 「 第8次医療計画、5疾病6事業について 」

座長：青森県医師会常任理事 田中 完

勤務医部会副部会長 橋爪 正

「 医療の原点は救急にあり 」 勤務医部会部会長

八戸市立市民病院事業管理者 今 明秀

「 新興・再興感染症について 」

青森県立保健大学大学院健康科学研究科特任教授 大西 基喜

「 へき地医療の“未来の形” 」

六ヶ所村医療センターセンター長 松岡 史彦

「 がん対策 」

青森県立中央病院医療顧問

青森県がん検診管理指導監 斎藤 博

15:30~15:40

休 憩

15:40~17:20

シンポジウムⅡ 「 これから始める『働き方改革』

—医師少数県における工夫と苦悩— 」

座長：青森県医師会常任理事 富山 月子

青森県医師会常任理事

勤務医部会副部会長 的場 元弘

「 医師の働き方改革 大学の立場から 」

弘前大学医学部附属病院院長 袴田 健一

「 救命センターを有する三次救急病院の立場から 」

青森県立中央病院院長 藤野 安弘

「 医師偏在改革なくして医師働き方改革なし 」

つがる西北五広域連合つがる総合病院院長 岩村 秀輝

「 女性医師の立場から 」

弘前総合医療センター産婦人科部長 丹藤 伴江

17:20

あおもり宣言採択

勤務医部会幹事 齋藤 美貴

17:25

閉 会

青森県医師会副会長 中路 重之

18:30~20:30

懇 親 会

開 会

10:00~10:25

総合司会 青森県医師会常任理事 樋口 毅
 青森県医師会常任理事 工藤 史子

開会宣言 青森県医師会副会長 齋藤 吉春

挨拶 日本医師会会長 松本 吉郎
 青森県医師会会長 高木 伸也

来賓祝辞 青森県知事 宮下宗一郎
 青森市長 西 秀記

総合司会



青森県医師会常任理事

樋口 毅

(ひぐち つよし)



青森県医師会常任理事

工藤 史子

(くどう ふみこ)

樋口先生：皆さん、おはようございます。たくさんの先生方のご参加、本当にありがとうございます。これより、令和5年度全国医師会勤務医部会連絡協議会を開催させていただきます。私は、本日総合司会をさせていただきます、青森県医師会常任理事の樋口と申します。よろしくお願いいたします。

工藤先生：同じく総合司会を務めさせていただきます、常任理事の工藤でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

樋口先生：それでは最初に青森県医師会副会長である齋藤吉春より、開会の宣言をさせていただきます。それでは齋藤副会長よろしくお願いいたします。

開会宣言

青森県医師会副会長 齋藤 吉春
(さいとう よしはる)

皆様、おはようございます。只今より「2024年
変わる勤務医、輝く勤務医」をメインテーマに令
和5年度全国医師会勤務医部会連絡協議会を開会
いたします。

挨拶

日本医師会会長 **松本 吉郎**
(まつもと きちろう)

皆様、おはようございます。日本医師会会長の松本でございます。令和5年度、今年度で43回目となります全国医師会勤務医部会連絡協議会の開催にあたりまして、主催者を代表しましてご挨拶申し上げます。まず初めに非常にご多忙の中で、ご出席いただきました宮下宗一郎青森県知事様、それから、西秀記青森市長様に心より御礼申し上げます。いつも医療機関、医療団体として、大変行政にお世話になっております。改めて御礼申し上げます。

また、今回の連絡協議会の開催にあたりまして、ご担当いただきました高木伸也会長をはじめ、多くの役員そして、職員の皆様方にも衷心より感謝を申し上げます。

日本医師会の会員数は、現在、約17万5000人でございます。その中で勤務医の先生方も既に半数以上、都道府県医師会によっては、6割を超えております。本当に勤務医の先生方によって、いろいろな事業が支えられていると言ってもよいと思います。今日はシンポジウムのテーマであります「第8次医療計画、5疾病6事業」、あるいは「医師の働き方改革」につきましては、本当に重要な喫緊の課題であると思っております。日本医師会といたしましても、これらの課題に対し、しっかりと取り組んでいかないといけない大きな課題だと思っておりますし、本日は特に青森県における様々な取り組みについて、お話があると思います。

喫緊の課題としては、やはりトリプル改定がございます。来年4月、あるいは6月ということになりますけれども、なかなか厳しい改定ということで、先月の27日の財政制度等審議会でいろいろなデータが示されて、財務省にある意味都合のいいような数字がたくさん並べられておりました。実態とは少し違うような数字が出されておりました。

たので、先週、私がそれらに対して、かなり厳しく反論いたしております。15分にわたって記者会見で反論しておりますので、是非日本医師会の公式記者会見のYouTubeチャンネルでご覧いただきたいと思います。また、食事療養費の問題も、30年間、1,920円という額が上がっておりませんので、これも先日、武見厚労大臣に直接お目にかかりまして、要望書を提出いたしました。現在、約77円の逆ザヤが生じておりますので、これをなんとかしていただきたいと、これが医療経営を非常に苦しめている原因だということを話して、快諾いただいております。また、いわゆる物価高騰や地域の行政に対するお願いも合わせてしてまいりました。物価高騰に関しましては、地方創生交付金による支援をお願いして、先ほどの食事療養費につきましては、今年度については補助金による支援をしてまいりましたので、今後も引き続き行っていく予定です。様々な課題がありますけれども、やはり、しっかりと医療界の考え方を、国に提言していくということが非常に求められますので、それにつきましては、やはり組織率を上げることが非常に重要です。当然、質も上げなければなりませんので、そういうことでは、病院そして国民の先生方のご協力なくしてはなし得ないことだと思っております。

日本医師会といたしましても、本日の様々なご議論を踏まえ、勤務医の先生方を支援してまいりますので、ご出席の先生方におかれましても、本会会務に一層のご協力をいただければ幸いです。

結びに、本協議会の盛会と皆様方の益々のご健勝を祈念いたしまして、ご挨拶とさせていただきます。

どうぞよろしく願いいたします。

挨拶

青森県医師会会長 **高木 伸也**
(たかぎ しんや)

皆様、おはようございます。令和5年度日本医師会主催による第43回全国医師会勤務医部会連絡協議会を担当するにあたり、開催担当県として一言ご挨拶を申し上げます。本日は全国の都道府県から各医師会の役員の先生方、あるいは勤務医委員会の担当役職員の皆様に多数ご参加いただきまして、誠にありがとうございます。連絡協議会を通常通り対面にて開催でき、大変嬉しく思っております。青森県医師会がこの協議会を担当するのは、平成3年の第12回以来となります。さて、2024年の4月に勤務医に対して時間外労働の上限規制が適用されます。直前に迫っている医師の働き方改革と第8次医療計画により、医師の働く環境は大きく変わることになります。そこで本協議会ではメインテーマを「2024年、変わる勤務医、輝く勤務医」といたします。特別講演Ⅰでは、「安心・安全な医療の実践に向けて」と題しまして、日本医師会会長の松本吉郎先生にご講演いただきます。特別講演Ⅱでは、「健康医療ビッグデータの可能性：岩木健康増進プロジェクトを中心とした青森県での取り組み」として、弘前大学学長特別補佐の中路重之先生から青森県の短命県返上の取り組みについてご講演をいただきます。青森県は皆様ご存じの通り、男女の平均寿命が低く、短命県返上は非常に重要な課題となっておりますので、特に力を入れている事業であります。特別講演Ⅲでは、日本国内でもっとも新しい世界遺産として注目されている、北海道北東北縄文遺跡群について、「縄文と生きる-縄文遺跡群の魅力と価値-」と題して、三内丸山遺跡センター所長、岡田康博氏が講演をいたします。三内丸山遺跡は青森市内で見られますので、是非ともご聴講のうえ、現地まで足を延ばして、縄文文化に触れていただけると、より一層理解が深まると存じます。第8次医療計画では、医療計画の記載事項に

新興感染症への対応に関する事項が追加されました。また、医療連携体制に関する事項については、新興感染症の発生、まん延時における医療が追加され、5事業から6事業になりますので、シンポジウムⅠは、「第8次医療計画、5疾病6事業について」と題します。シンポジウムⅡは、「これから始める『働き方改革』、-医師少数県における工夫と苦悩-」とし、青森県の状況を踏まえたうえで、働き方についてご講演をいただきます。本大会を開催するにあたり、役職員、勤務医委員会、会員一同、精一杯準備をいたしました。が、行き届かないこともあるかと存じますけれども、参会の皆様にとりまして、有意義な大会になるよう対応してまいりますので、何卒よろしくお願い申し上げます。最後になりますが、本会大会を開催するにあたり、日本医師会をはじめ、多くの都道府県医師会のご指導、ご協力を賜りまして、心から感謝を申し上げ、大会のご挨拶とさせていただきます。

来賓祝辞

青森県知事 宮下宗一郎

(みやした そういちろう)

皆さん、おはようございます。青森県知事の宮下宗一郎です。本日は、令和5年度全国医師会勤務医部会連絡協議会が、このように盛大に開催されますことを、まずもって、心からお慶び申し上げます。そして、松本会長をはじめ、全国各地からこれだけ多くの皆様に、お集まりをいただきました。心から青森県民を代表して、皆さんを歓迎申し上げます。常日頃から、ドクターのみなさん、医師会の皆さんには、各地域で健康と命の守り手になっていただいていることにも、感謝と敬意をこの場をお借りして申し上げます。私自身は、青森県知事としてはまだまだ新米で、6月からとなります。一方でその前は、県内のむつ市という所で市長をやっておりまして、そこにある、むつ総合病院というところの管理者をやらせていただいております。ですから、もう本当に4年間、コロナの対応では、地元の医師会もそうですし、むつ総合病院で働いていただいている勤務医の皆さんと、一緒に戦ってきたなということを改めて感じています。少しだけ自慢話をすると、コロナの対応で今回さまざまな全国に先駆けてやったのですが、1番、「これは」というものはワクチンの接種です。もちろん、スピード感が圧倒的に速かったのですが、それ以上に、大規模の集団接種をやりました。どこでも、やっていると思うかもしれませんが、規模がすごいです。5万の自治体で、1日に6500人打つ規模の会場を作りました。現実には、どれぐらい人が来たかという、1日最大で4950人くらい来ました。ほぼ5000人、1日で接種をするというような会場を作って、実際に交通規制をしたりだとか、あるいは、その会場の中でも、配置とか、ロジスティックとか、全て自前で、やらせていただいて、そのことは結構、全国に誇れるかなと思いますし、その時に、本当に地

域のドクターといっても、数が限られていますのでこれはもう、みんな総力戦だということで、勤務医の先生方にも病院に行ってお願いをしました。今回のその戦いは、コロナという病気だけの戦いではなくて、その市の経済とか、あるいはその県の経済とか、日本の経済がこうやって落ち込んでいるのだと、だから患者も経済も守ってみんな頑張っていく。そしたら、若い先生たちはそれに応じてくれました。そこで、院長も一言付け加えていただきまして、たくさんバイトがやっているなら頑張ろうと言っていただいて、今日、院長もいらっしゃるのですが、そういう、志があって、初めて医療が成り立つと改めて、実感したというふうに思います。まだまだ、コロナの対応も終わっておりませんし、各地域で皆さん、本当に今、診療されていると思います。そのことにも、心から感謝と敬意を申し上げます。新米の知事ということでお話をさせていただきましたけど、実は今日ここに来る前に、青森県の新米がデビューしました。デビューというか、今日、全国一斉販売になりまして、青天の霹靂というお米で、各地より、皆さん来ていただいて、全国どこも米どころなので、それぞれ召し上がっていただくお米を変えるというのは、やはり難しいことかもしれませんが、家族に持って帰れるお土産で一番喜ばれるのは米だと思うのです。ぜひ、2キロパックから売られておりますので、お土産は「青天の霹靂」ということで、皆さん、是非、家に購入していただければなというふうに思っております。次になりますが、先ほど、控え室のほうで少し、高木先生ともお話をさせていただきました。知事、今日の夜どこにいるのって言われて、いや、すいません、ちょっと市外ですって言ったら、なんでだ、夜が本番なのだよという話をされて、そうなのです、来年からは近いか

ら、ちょっとそういうふうにさせていただきたい
と思います。もう1つ、先生300人もドクターが
来るので、青森県は医師不足ですからスカウトし
ていいですか?と言ったら、それはだめだと言わ
れてしまいました、そういう会ではないと言われて
てしまいましたが、このスピーチを聞いて青森県
に興味が出た方は、是非、青森県に移住してい
ていただきたいというふうに思います。いずれに
いたしましても、本会がまずもって、成功裡に進
まれますことを心から祈念し、全国の勤務医の処
遇が改善し、そして医療が大いに発展することを
祈念いたしまして、私からのご挨拶とさせていた
だきます。本日は誠におめでとうございます。あ
りがとうございました。

来賓祝辞

青森市長 西 秀記
(にし ひでき)

ただいまご紹介賜りました、青森市長の西秀記でございます。この度、全国の勤務医並びに都道府県医師会役員の皆様をお迎えして、令和5年度全国医師会勤務医部会連絡協議会を青森市において盛大に開催されますことは、誠に喜ばしく、そしてありがたく、心からお祝いと歓迎を申し上げます。皆様、ようこそ青森市へお越しくださいました。日本医師会の松本会長、そして青森県医師会の高木会長をはじめ、本大会の開催にご尽力されました関係者の皆様に深く敬意を表する次第でございます。また、本日お集まりの皆様におかれましては、新型コロナウイルス感染症の対応をはじめ、様々な活動を通じて、地域住民の命と健康を守るため、日夜最前線にご尽力いただいていることに対し、深く感謝を申し上げます。本市におきましては、健康で優しい暮らしを作り出すため、様々な施策に取り組んでおります。中でも、寿命に影響を及ぼしていると言われる健康課題の解決に向け、肥満、糖尿病予防対策、がん予防対策、たばこ対策を重点課題として、市民総ぐるみの健康づくり運動を進め、全ての市民が健康で長生きできるよう、健康寿命の延伸に向けた取組を重点的に行っているところでございます。2025年には、いわゆる団塊の世代が全て75歳以上となる超高齢化時代を迎え、医療ニーズの変化や高度化等、医療を取り巻く状況は大きく変化していくものと予測されます。最新の医療による、充実した医療提供体制の実現のためには、医師の皆様が健康で働きやすい環境を整備することが最重要とっております。本日、ここ青森市において、「2024年、変わる勤務医、輝く勤務医」をメインテーマに、特別講演やシンポジウムにより皆様が研鑽されますことは、自治体におきましても地域医療を守るために大変意義深く、この協議会が実り多きものとなりますよう期待申し上げます。さ

て、皆様をお迎えする青森市には、紅葉のシーズンを迎えた八甲田連峰に代表される美しい自然、世界文化遺産「北海道・北東北の縄文遺跡群」の主要な遺跡であります三内丸山遺跡や小牧野遺跡、そして、浅虫、八甲田山麓をはじめ、市内に点在する豊かな温泉、りんご、ホタテ、カシスなどの優れた食材や地酒など、本市特有の魅力的な資源が数多くございます。先ほど、宮下知事から、新米「青天の霹靂」を推すお話がございましたが、私からは、青森市の漁業の中で、非常に大きな産業として成り立っております、ホタテの養殖を紹介させていただきます。ホタテの養殖の輸出先が主に中国だったわけでありまして、それが今ストップして、漁業者の皆さんは大変困っておられます。皆さん、本日、ホタテをたくさん食べていただきたいと思います。また、全国に発送できますので、皆様の御家族、御親戚、御友人に発送していただければ幸いに存じます。ぜひともこの機会に、青森ならではの豊かな恵みを御堪能いただき、皆様の良き思い出のひとつに加えていただければ幸いに存じます。結びに日本医師会並びに全国の各医師会のさらなる御発展、本日御参会の皆様のみます御健勝と御活躍を心から祈念申し上げます、お祝いの言葉といたします。令和5年10月7日青森市長、西秀記、本日は誠にありがとうございます。

特別講演 I

10:25~11:00

「安全・安心な医療の実践に向けて」

日本医師会会長 松本 吉郎

座長／青森県医師会会長 高木 伸也

座 長



青森県医師会会長
高木 伸也
(たかぎ しんや)

それでは早速特別講演 I に入らせていただきます。「安全、安心な医療の実践に向けて」と題して日本医師会会長の松本吉郎先生にご講演していただきます。本来であればご経歴を紹介するところでもありますけれども、プログラムの11ページに書いてありますので、そこをご参照ください。できるだけ先生にはお話ししたいと思っておりますので、松本先生よろしくお願いたします。



安全安心な医療の実践に向けて

日本医師会会長 **松本 吉郎**
(まつもと きちろう)

改めましておはようございます。松本でございます。今日は、5つのテーマについて話をしていきます。日本医師会は、医療安全を巡る課題がたくさんありまして、日本医師会は平成9年から委員会を設置し取り組んでおりますけれども、医療安全元年と言われる平成11年からすでになかなか時間が経ちました。広尾事件、大野事件を経つつ、様々なできごとがあって、平成27年10月、ちょうど8年前に医療事故調査制度が開始されております。制度の見直しもされましたが、令和3年には大阪の事件、それから令和4年には埼玉の事件があって、またいろいろな面から、私ども医療機関から、医師・スタッフの安全を守るという観点での報道も開始されております。いわゆる民事の訴訟ですけれども、だいたい平成16年の1,000件をピークとして、多少減りまして、最近では800件ぐらいが民事訴訟になっています。また、平均審理期間は3年からだいたい2年と短くなってきております。医事関係の訴訟の終局ですが、3分の1が判決になっていて、半分が和解、その他訴訟の取り下げ等が入っています。認容率というのは、その一部でも原告の請求を認めた割合ですが、認容率は22パーセントで、78パーセントは棄却されています。この数字は一般の民事訴訟とは認容率が逆転しています。一般的な民事訴訟では、大体8割が何らかの原告の主張が認められております。簡潔に言いまして内科が多い、それから、外科、整形外科、産婦人科とほとんど、診療科の医師数とか医療者の数の割合に従っていると思いますが、その割合よりは、若干多いような印象を受ける科もございます。これも改めて診療科別の件数で言いますと、平成22年から令和3年の12年間ですが、内科では2,000件の訴訟が起きています。内科、外科、整形、産婦人科、精神科、形成外科といったところが非常に多いとされていま

す。刑事のほうはずっと少なく、だいたい1桁でございます。非常に少ないです。これは、日本医療機能評価機構のまとめによるものですので、裁判の例ではありませんが、関連診療科別の報告件数を見ると、やはり、内科、循環器、消化器、それから、外科、整形外科、こういったところが、医療事故の情報収集としては行っています。1年間に5,243件の報告例がございました。医療事故調査制度は、8年前に始まりましたが、これは、医療機関で医療に起因した、または起因が疑いで死亡、死産であって、管理者が予期しなかったものという定義に従って、事故発生があれば調査センターに報告をして、院内調査委員会を設置の上、院内調査を始め、その結果を患者さんのご遺族に説明をし、またセンターにも報告をするという流れです。支援団体には、資料の通り様々な団体があって、この院内調査に協力しております。センター調査は、医療機関や患者の遺族から、院内調査の内容に不満があったときに、さらにセンター調査を求めるということになっていて、大体1割ぐらいが、センターのほうに申し出があるという状況でございます。医療事故の報告は、医療法第6条の10にありますけれども、繰り返しになりますが、医療事故とは提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、当該管理者が死亡又は死産を予期しなかったものとして定義付けられています。必ず管理者は、事故が発生した場合には、その原因を明らかにするために、必要な調査を行わないとされないと言われていて、この調査は、医療施設の管理者が行うものとしており、これを支援するのが支援団体であります。こういった、制度啓発をするようなポスターもございます。これは、調査制度発足から8年間の報告件数ですが、だいたい年間と言うと300件から400件ぐらい、四半期ごとの統

括で、コロナ禍に入って少し減りましたが、また少し元に戻るような傾向が出てきております。コロナの波の終わった時には、少し報告が減っているような傾向も見受けられると思います。これは都道府県別の医療事故報告数ですけれども、人口100万人あたりだいたい3件弱の平均で、報告されておりますが、三重県や宮崎県では平均に比べてかなり報告が多いということで、県によってばらつきがあります。あと東北6県は、ほぼ全国平均並みといってもいいのではないかと考えております。診療科別ですが、内科、外科、整形外科、消化器、循環器、産婦人科、心臓外科、脳外科といったところが多いように思われます。標準的な流れとして初期対応が1番大事でございます。院内調査委員会を設置の上、初動の調査や、必要に応じて解剖などを行い、院内調査の審議をします。調査委員会は外部の委員が3名から5名程度参加することがよろしいかと思われし、何回か開催して、報告書を作成するというところであります。そこに支援団体からの外部委員が入るということであります。必要に応じて専門の方々にもいろいろお願いをしないではいけないということで、初期対応の良し悪しが、この調査全体の質を左右します。調査事項のこうした鑑別診断の繰り返しによる病態と死因に対する深い考察であり、診療が妥当だったかどうか偏重した議論にならないよう注意することが大切です。あくまで正確な病態解明のために丁寧に審議することが不可欠であり、特定の方を非難するとかそういうことではございません。あくまで、こういった事例を積み重ねて再発防止に努めるというのが本来の目的であります。忌憚のない審議によって、病態解明の精度が向上するというので、これが、院内調査とセンター調査の関係も、先ほど言った通りの流れであって、あくまで最終的には再発防止に関する普及啓発を行うことが主目的であります。これも、センター調査の流れでございます。センター調査の対象件数と依頼者の内訳ですけれども、院内調査はこれまで累計で2,200件余りとなっております、そのうちの約9パーセントが、センター調査の対象件数となっております。

9割はセンター調査の依頼がなかったということであり、依頼者の内訳ですけれども、医療機関からの依頼が、例えば2022年では29件中、2割が医療機関からであり、遺族からの依頼が約8割を占めているという状況であります。こういった結果が、その後の民事訴訟に影響するのではないかとのご心配は当初からありますけれども、今のところ、いろいろな事例を見てみると、この結果が民事訴訟に対して、何か特別医療機関の方に不利益を与えたという、事例はほとんどないような印象を持っています。医療事故の再発防止に向けた提言をしっかりと行っていくことが、今後も求められております。あくまで医療は、患者と医療者の信頼関係に成り立つものでございますが、死亡の原因を科学的に調査して、その結果に誠意を持って説明することは、医療提供の基本であると思います。こういった真摯な姿勢がやはり大前提であり、これは基本理念であると思います。

もう1つのことについて少し触れますけれども、特に医師の働き方改革が始まった時に、そもそも医師には、応招義務があるのだから、働き方改革という、時間制限はそぐわないのではないかなという議論がありました。医師法第19条には、診療に従事する医師は、診察治療の求があった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならないとされています。ここで大事なことは、診療に従事するというところであり、もう1つは医師はということでもあります。医療機関にはかかっていません。応招義務そのものは、診療に従事している医師だということになっていきます。応招義務に違反するとどうなるかといいますと、罰則規定はありません。ただし、医師法第7条にある医師としての品位を損するような行為にあたるので、義務違反を反覆するが如き場合においては、同条の規定で処分がなされることもあり得るとされています。ちなみに、応招義務について、日本と似たケースがあるのは韓国のみで、他の国には応招義務という観念はほとんどないです。ただし、どこの国においても、医師には緊急的な状態になった時、救急医療が必要な状態になった時には、これにしっかりと対応するという

ことは、規定されているであろうと思います。応招義務が免除される正当な事由については、昭和24年の古いものですが、報酬の不払いや、診療時間を制限していて、急を要する患者の場合などであっても、事実上往診が不可能な場合を除き、診療を拒むことはできないなど書いてありますし、また、昭和30年の通知も、医師の不在または病気等により、事実上診療が不可能な場合に限られているということが書いてあります。単に軽度の疲労をもってこれを拒絶することはできないと書いてありますが、事実認定は慎重に行うべきであることも書かれてございます。戦後間もない頃に示されたものが多いので、今の医療事情あるいは、現状の社会からすると、少しそぐわない部分もあろうかということで、現代に即した正当事由の解釈の必要性が生じてきました。応招義務が民事上問題となった裁判で、救急対応が必要になったときの事例においては、これは裁判所の判断としては、慰謝料として病院側に請求をされておりますけれども、個人の医師には、この時は賠償責任がかかってきておりません。これも、同じような状態ですが、救急対応が必要であった事例でも、医師の責任は否定され、病院側に支払いが命じられております。治療が手遅れになった責任は総合病院にあるとされています。これは、患者の迷惑行為が問題となった事例ですが、原告患者の請求をすべて否定されております。これも、患者の迷惑行為が問題になった事例ですが、これも、原告からの申し出は否定されております。これが平成30年に、私が常任理事だった時に、医師の働き方改革の関係で、厚生労働省に研究班が設けられまして、こういった弁護士の方や、法曹界の先生方に交じって、私が医師として研究班に入りました。日本医師会の参与である弁護士の先生もこの時一緒に入っております。医師の働き方改革の議論から組織としての対応の整理や、外国人観光客が増えている現状にどうするかということで、治療しないことが正当化される場合などを研究しております。応招義務は、繰り返しますが、医師が国に対して負う公法上の義務であって、行政処分の実例は確認されていません。

診療に応じなかったということの責任は、民法上の過失の問題として議論されるべきであって、医師法上の応招義務を過大に取り扱うことは適切ではありません。ただし、医師の働き方改革との関係によって地域の医療提供体制を確保しつつ、他方、医師法上の応招義務の存在によって、医師個人の過剰な労働を強いることなどがないように整理を、個別ケースごとに示すことが必要であって、その時の考慮要素は緊急対応が必要か否かということと、診療時間外なのか、勤務時間内なのか、そういったこととは違った時間なのかということが重要だということであり、最後は信頼関係の視点も重要だということで、考え方の事例が示されています。応招義務が医師を育てている意義はもちろんありますけれども、際限のない長時間労働が正当化されてはいけないということに、その時の研究班ではなっています。労使協定・労働契約の範囲を超えた診療指示等については、使用者と勤務医の労働関係法令上の問題であるということ、医師法の応招義務の問題ではないことが確認されております。勤務医個人が、労働基準法等に関する違法な診察指示に従わなかったとしても、医師法第19条の応招義務との関係で問題は生じないという解釈をされており、改めてこれは勤務医の場合は、国と勤務医の間の、応招義務の法令上の関係でございまして、国と医療機関には応招義務はありません。ただし、国と医療機関の様々な関係が成り立ち、医療機関と勤務医の間には労働契約、診療等の労務提供義務などがございしますので、少し複雑な関係になっております。診療所の場合には、国と開業医、診療所の開設者との間の応招義務ということになります。これは、診療時間内か否か、それから緊急対応が必要か否かということで、4つに分けておりますけれども、左上のところでは、事実上、診療が不可能という場合のみ、診療しないことが正当化されますが、緊急対応が不要な場合であれば、正当化される場合は、緩やかに解釈されています。右側のほうの時間外の場合ですが、緊急対応が必要な場合には、医の倫理上、あるいは医師の矜持で、応急的な医師の責任という意味では、応急的に必要

な措置を取るべきともされますけれども、原則、公法上、私法上の責任に問われることはないと考えられています。必要な措置を取った場合でも、医療設備が不十分なことが想定されるため、求められる対応の程度は低いとされています。診察した場合は、民法上の緊急事務管理という規定がありますので、ここはいつも議論になるところであります。右下のところ、即座に対応する必要はなく、診療しないこと問題はないとされています。ただし、できれば紹介などをしたほうがいいのではないかということが書かれております。これは、患者の迷惑行為や、医療費の不払い、あるいは、入院患者の退院や他の医療機関の紹介などの事例で整理されておりますが、それぞれ診療時間内、勤務時間内であっても、それぞれ正当化される事例として、こういった説明がなされています。例えば、医療費の不払いがあったとしても、そのことのみをもって診療しないことは正当化されませんが、支払能力があるにも関わらず、悪意をもって支払わない場合は、診療しないことが正当化されることや、迷惑行為もあまりにも診療内容と関係のないクレームを繰り返して続けるなど、診療の基礎となる信頼関係が喪失している場合には、新たな診療を行われないことが正当化されることにはなっています。差別的な取り扱いのこととか、こういったことも書いてございます。診療時間外であれば、即座に対応する必要はなく、診療しないことに問題はないとされています。本通知の位置付けとして、こういった形でしっかりとなされておりますので、基本的な考えとしては、診療の求めに対する医師個人の義務と医療機関の責務ということであり、医師個人が負うものとされています。医療機関としても、十分な指導をすることが行われておりますし、労使協定や労働契約の範囲を超えた診療指示については、応招義務の問題ではないとされています。正当化される場合の考え方は先ほど言った通りでございますので、ぜひ資料を熟読いただきたいと思います。新型コロナウイルス感染症の5類移行によって、応招義務が再認識され、整理がなされておりますけれども、医師の中でまたは医療機

関の中で、これに対してのいろいろな思いがあったかと思いますが、特定の感染症への罹患のみを理由とした診療の拒否は、診療を拒否する「正当な事由」に該当しないけれども制度上、特定の医療機関でのみ対応すべきとされていたことから、応招義務の例外とされておりました。位置づけ変更後は正当な事由に該当しない取り扱いにかわってはいませんが、なかなか実際には受け入れられないことがありますから、総合的な判断をして、適切な対応をする。少なくとも診察が困難な時には、診療可能な医療機関への受診を適切に勧奨すること、あるいは紹介することが求められるのではないかと思います。応招義務についてQ&Aが出版されておりますけれども、個別具体的に考える必要があるということと、例えば対応可能な医療機関に対応依頼することや、対応可能な医療機関をお伝えすることなどが考えられますが、これが適切な受診勧奨とされています。医療現場の安全の話はこうした大阪とか埼玉の事例は大変衝撃的なできごとでしたけれども、医療機関あるいは医療従事者の安全をきちんと守る観点から、改めてこの問題をしっかりと考えなければいけないという契機になるかと思えます。埼玉県川口市でも往診の医師らを監禁した疑いがもたれております。病院・診療所における罪種別刑法犯認知件数は、年々減ってきてはいますけれども、それでも令和3年、4年では4千件を超える件数がございまして、そのうちの1割強は粗暴犯や凶悪犯でございまして。少なくないかなりの数、500件以上の件数がございまして。これは発生場所ですね、室内とか駐車場、エントランス、共用廊下、トイレ等がございまして。日本医師会では医療従事者の安全を確保するための対策について委員会を設置して提言をまとめております。医療従事者の危険察知力を高めること、それから相談窓口・ネットワークを高めていく必要があります。これまで警察は民事不介入ということがかなり言われていたけれども、警察庁にかなり申し入れて、あるいは県警レベルでも、事件になっていない状態でも相談に乗り、刑事法令に抵触する行為が疑われる場合にはきちんと介入するという回答をいただいでい

ますので、事前に早めに警察に相談されるのが望ましいと思います。応招義務の目安の話をしていただきました。暴言・暴力を理由に診療を拒んではないとあまりに過大に解釈して、やむなく継続している実態もございますので、そうではないという場合もあり得るということでございます。これが都道府県医師会への調査結果ですが、いろいろな質問をしましたら、専用窓口を設置しているのは7医師会でしたが、その後の調査ではさらに増えてきています。警察との連携をしているのが10医師会でこれも少し増えてきております。ハラスメント・クレーム対策の研修会はだいたい半数以上ですし、さらに増えてきております。危険察知力の醸成、応招義務の正しい理解、相談窓口の構築、警察との連携構築、防犯対策、ネットワークの構築等が対策としては重要ですので、日頃から警察との緊密な連携、これは県警だけではなくて、地域の警察署ということで、当該医師会から連携を申し出ることが重要だと思います。医療従事者の安心・安全が確保された医療現場は患者にとっても安心・安全な医療ケアの基盤になりますし、国民全体でこのことを理解していただくことが重要だと思います。世界医師会でもこういった暴力に対する声明もございました。それからこれが日本医師会から警察庁への申し入れでございます。安全確保に資する必要な支援確保を的確に行っていただくよう依頼し、警察庁から各県警に通達されております。各都道府県医師会では医師会との間で医療従事者等の安全確保のための意見交換の機会を設けるなどの意見も伝えておりますし、医師会等から相談や110番通報がなされた場合には生活安全部門、刑事部門等が連携して指導、助言、検挙等の必要な措置を講ずること等の内容が令和4年6月に警察庁から都道府県警察に通達されております。広島県医師会の取り組みですが、広島県警と協力して医療従事者の安全を守るための指針というものを出版していただいて、県警との連名でポスターの企画をやっています。これが、広島県医師会に提供していただいたポスターの例でございます。やはりきちんとした、暴力をストップするというのを明確に

打ち出すことも大事かと思えます。これは医療従事者のための学習サイトでございます。厚生労働省のホームページに医療従事者の勤務環境の改善について、暴力、ハラスメント対策ということで出されています。総論・各論としてこのような形で出されています。また弁護士の先生がいろいろな対策本を書かれておりますので、一つ購入されて読んでいただければと思います。クレーム・トラブル対応の実態としては、一人で対応しないことや、特定のスタッフに丸投げをしないこと、患者家族の背景を知っておくこと、即断しないこと、録音を準備すること。傾聴に努めることがございます。相手の訴えを聞くということはなかなか難しい話ですが、これがやはり大事であるということがどの本にも書いてございます。こういったことで参考にいただければと思いますし、積極的に傾聴する、話を遮らない、頷いて、わからないときは質問する、感嘆する。いかに相手に多く話してもらうかが重要で、傾聴することの効果、そうして、そのうち自らの気持ちを吐露することで医療機関との関係を再構築できるということも期待できると書かれてございます。日本医師会では医療対話推進者養成セミナー、いわゆるメディエーターの養成に取り組んでおります。ぜひホームページ等をご覧ください。埼玉県ふじみ野市では地域の医療と介護を守る条例が医師会の努力によってできております。これが全文でございますのでご参照ください。外国人への医療提供でやはり、ある程度のきちんとした信頼関係を構築するためには医療通訳サービスが欠かせないと思いますので、このサービスを、日本医師会の会員に対して提供しております。ぜひ日本医師会の会員であれば、A1会員、一人あたり年間20回まで無料でございますので、ウクライナ語も追加して19言語に対応してございます。ぜひご利用いただきたいと思えます。いろいろな活用方法がございますのでこれもぜひご参照ください。医療現場の安全については、都道府県医師会担当理事連絡協議会を開催して、先日いろいろな先生方のご意見を頂戴して、資料のような取り組みを進めていく糧にいたしております。診察を求める

患者にこたえることが医師、医療機関の基本であり法律以前に倫理として存在します。しかし無限定に求めに応じなくてはならないものではないので、これは法律上の応招義務を正しく理解することが大事だと思います。医療従事者の安全生命が脅かされる状況では、被害を未然に防ぐための対策をとることが重要で患者家族と医療従事者の信頼関係の再構築が不可欠だと思います。

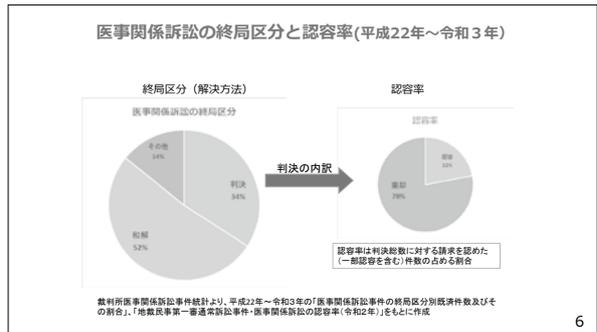
最後に、改正感染症法等に対する協定がいま各都道府県で結ばれています。なかなか難しい問題だと思いますが、やはりコロナが、私ども医療機関がほんとうに一生懸命頑張って患者さんを受け入れ、あるいは診察したにもかかわらず、5類感染症に移行したとたんにマスコミのある意味過剰と思われるようなバッシングが起きました。おそらくコロナでオーバーフローになってしまって、患者さんになかなか対応できなかったのは、すべての国だと思いますけども、さも日本だけがそういったことが非常に強く起こったかのような宣伝をされました。また重症者、あるいは死亡者は、欧州、あるいはアメリカの状態と比べれば、一桁少ないにもかかわらず、そういったことはあまり受けられないで、オーバーフローしてしまったことだけが過大に煽動され、本当に私どもにとっては心痛い話でありました。さりとて、今後新たな感染症が起きた場合に、それをどうやって私たちが対応していくかということは、国と共にしっかりと対応しなくてはいけない問題であることも確かです。今回感染症法等の改正と、第8次医療計画によって今後の方向が位置付けられます。これが都道府県医師会の医療機関との協定でございますけれども、いろいろな段階による病院・医療機関があって、わかりにくいというのがたぶん先生方の思いではないかと思います。公的、公立公的医療機関と、特定機能病院と地域医療支援病院にはその機能を踏まえ、感染症発生・蔓延時に担うべき医療がありますけれども、これは協定が優先されます。しかしながら、きちんとその病院の持っている機能、役割それからマンパワー、施設の状況等を踏まえて器に見合った状態で協定を結ぶことが必要になりますので、あくま

でしっかりと都道府県と協議を行っていくことが重要だと思います。そして、協定が結ばれば、協定締結医療機関となって、これは大分県ですが、感染症を担う病院として公表されます。特にその協定締結医療機関、だいたい1,500医療機関を国は想定しておりますけども、そのうちの500医療機関は特別に協定を締結する医療機関、流行初期医療確保措置の対象となる医療機関とされていて、これまで重点とされてきた病院の中で400床以上の病院が念頭に置かれています。それ以外の普通の協定を結ぶのがだいたい1,000くらいで、合わせて1,500くらいをここで想定しているということでもあります。これまでの感染症の指定医療機関は主に結核もありますけれども、これ以外に3つがありました。特定感染症指定医療機関は4医療機関だけでそこは新感染症1類2類、新型インフルエンザと感染症となっています。第一種の方はだいたい原則都道府県ごとに1か所。青森県では青森県立中央病院がなっていて東北6県ではだいたい半分が県立病院だったりあるいは半分が大学病院だったりしていると思います。東北6県はそれぞれ一定ずつあるのが第一種感染症指定医療機関。1類2類も扱えます。第二種のほうは、これは青森県でいうと、7病院になりますけれども、ここは1類が外れて2類感染症と新型インフルエンザ等感染症となっています。今回のこの指定医療機関はいまのこちらのものとある感染症指定医療機関とは別です。これを拡大しようとする考え方であって結局、右側にさらに拡大して、先ほどの流行初期の特別処置を行う医療機関が加わって、この辺も含めて500医療機関をさらに拡大するということになっています。そこでは新感染症とか新型インフルエンザ等感染症がそこに入ります。それから更に広がる形で1,500の医療機関が今回の協定を結ぶということで少し広がり方が違う、それによって対応する時間も違います。新しい感染症が流行った時にまずこの3つが、対応することになっていて、どんなウイルスなのかかわかったときに、さらに先ほどの初期に対応する医療機関が少し増えてトータル500に増え、ここはだいたい400くらいあります。さらに

2, 3カ月経ってある程度流行が広がりつつあるときにさらに増やすたびに先ほどの協定医療機関、さらに右側の向こう側に加わっていきますので、今回の普通の協定を結ぶ医療機関は最初からこういった今までの感染症指定医療機関等の役割をすぐに果たすわけではありません。さりとて対象が新型で、コロナウイルスを対想定としているのでなかなかこれが難しい話です。現実的には双方の合意なので、感染症の内容や状況等について、都道府県の話をよく聞いて、その内容を納得できれば協定を結ぶという流れになろうかと思えますので、こういったことを参考にしながら是非行っていただきたいと思えます。診療所による新興感染症対策も非常に重要だと思っています。ちょうど時間が来ましたので私の講演はこれで終わらせていただきます。ご清聴ありがとうございました。

医療安全をめぐる約25年間の主なできごと

平成9年7月 日本医師会 医療安全対策委員会 発足
 10年3月 同 報告書 「医療におけるリスク・マネジメントについて」
 11年1月 患者取り違え事故 発生
 2月 消毒薬誤注射事故 発生 **医療安全元年**
 13年 日本外科学会 発明
 15年12月 日本医師会 医療事故防止緊急対策合同委員会
 16年4月 都立広尾病院事故 医師法21条の最高裁判決
 10月 医療事故報告制度(日本医療機能評価機構)開始
 17年4月 診療行為に関連した調査分析モデル事業 開始
 18年2月 「大野病院事件」医師連携
 20年6月 厚生省「医療安全調査委員会設置法案(仮称)大綱案」公表
 8月 「大野病院事件」医師に無罪判決
 22年4月 日本医師会 安全調査機構 発足
 23年6月 日本医師会 委員会 「医療事故調査制度の創設に向けた基本的提言」
 24年2月 厚生省医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討会設置
 25年5月 厚生省検討会とりまとめ
 6月 日医委員会「医療事故調査制度の創設に向けた具体的方策」
 26年6月 医療介護一括法として、医療事故調査制度の法案、国会で成立
 27年10月 医療事故調査制度 開始
 28年6月 制度見直しの省令・通知
 令和3年12月 大阪・心療内科診療所放火事件
 4年1月 埼玉・訪問診療でこもり致傷事件



令和5年度 全国医師会勤務医部会連絡協議会
 令和5年10月7日(土)
 於: ホテル青森

安全・安心な医療の実践に向けて

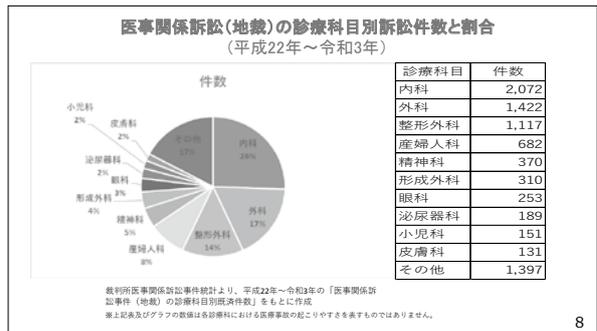
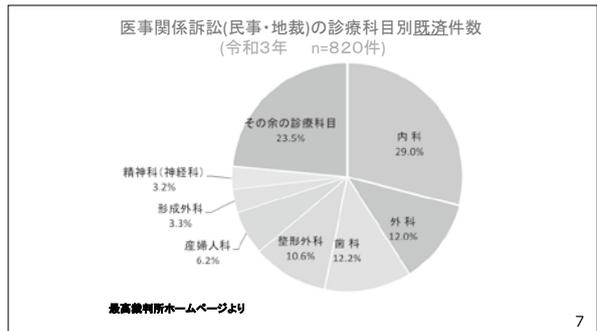
公益社団法人 日本医師会
 会長 松本 吉郎

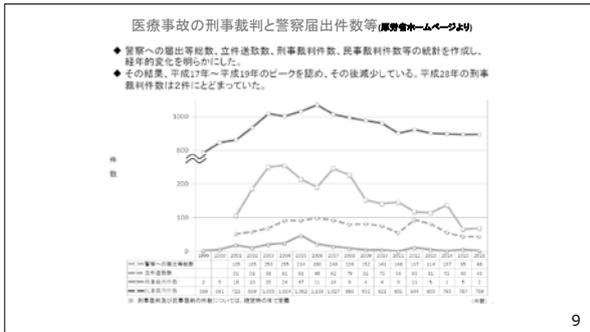
発表者のCOI開示: 演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある企業、組織、団体はありません。

本日の内容

1. 医療事故・医事紛争の最近の傾向
2. 医療事故調査制度
3. 応招義務
4. 医療現場の安全確保
5. 患者と医療従事者の信頼関係に根ざした医療

1. 医療事故・医事紛争の最近の傾向



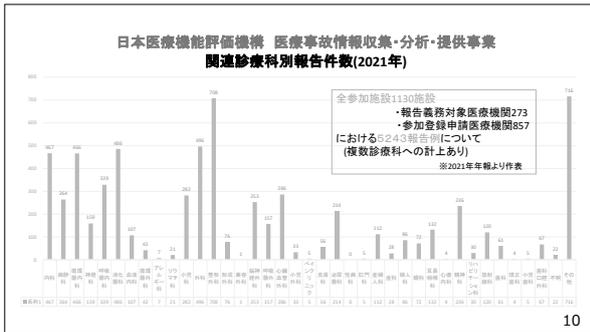


医療事故の「調査」

【医療法6条の11(抄)】

病院等の管理者は、医療事故が発生した場合には、厚生労働省令で定めるところにより、速やかにその原因を明らかにするために必要な調査(以下この章において「医療事故調査」という。)を行わなければならない。

→ 院内医療事故調査は医療施設の管理者がおこなうもの。それをお手伝いするのが「支援団体」の役割。



医療事故調査制度の目的

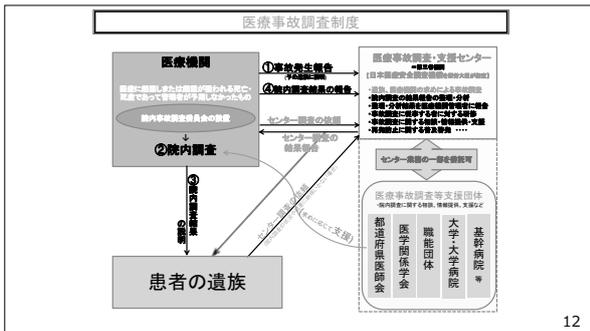
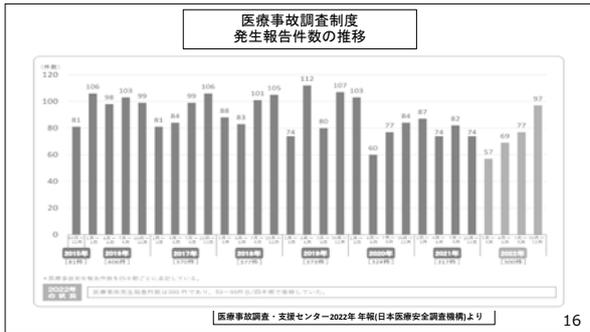
【厚生労働省 Q&A-1】

Q. 1 制度の目的は何ですか？

A. 1 医療事故調査制度の目的は、医療法の「第3章 医療の安全の確保」に位置づけられており、医療の安全の確保のために、医療事故の再発防止を行うことです。

(※厚生労働省ホームページより)

2. 医療事故調査制度

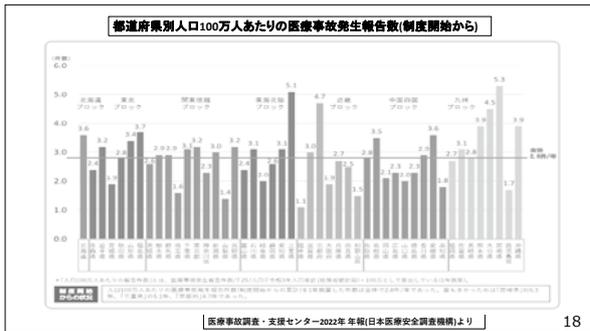


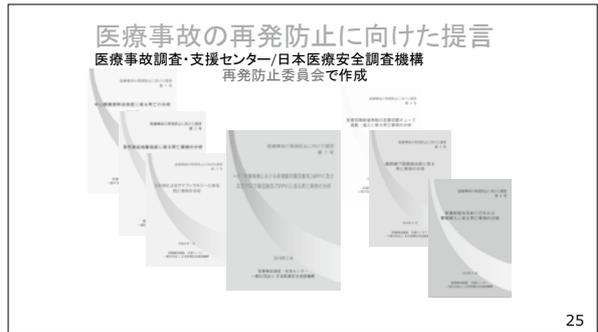
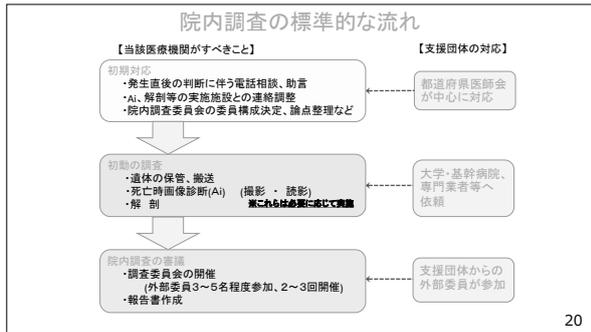
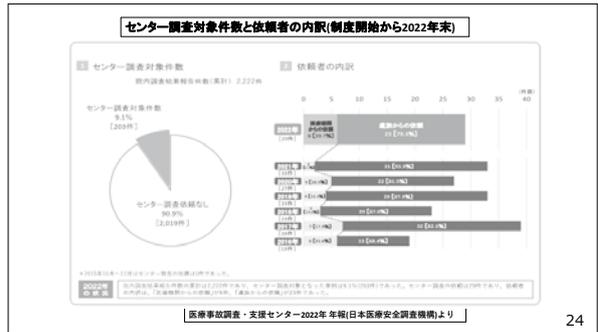
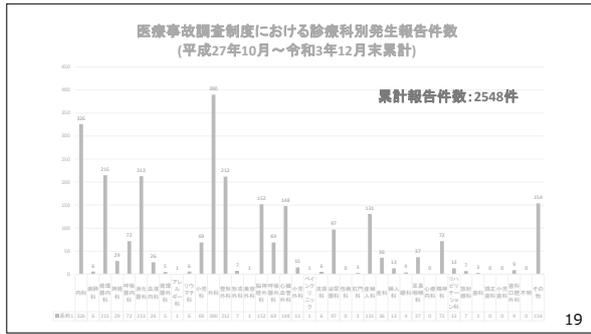
「医療事故」の報告

【医療法6条の10(抄)】

病院、診療所又は助産所の管理者は、医療事故が発生した場合には、厚生労働省令で定めるところにより、遅滞なく、当該医療事故の日時、場所及び状況その他厚生労働省令で定める事項を第6条の15第1項の医療事故調査・支援センターに報告しなければならない。

⇒【医療事故】とは
当該病院等に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡または死産であって、当該管理者が当該死亡または死産を予期しなかったものとして厚生労働省令で定めるものをいう。





- 院内調査の要点
- 初期対応の良し悪しが事故調査全体の質を左右
→ 支援団体の対応が極めて重要
 - 事故調査の本質は鑑別診断の繰り返しによる
病態と死因に対する深い考察
→ 診療の妥当性に偏重した議論にならないよう注意
 - 正確な病態解明のために、丁寧な聞き取りは不可欠
(=関係者と遺族の疑問に答える)
 - 調査委員会での忌憚のない審議により、病態解明の
精度が向上する

患者・家族との信頼関係の構築

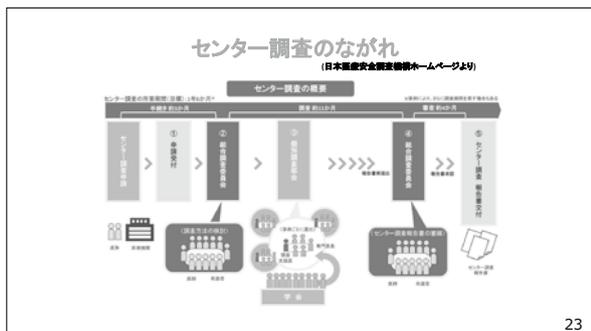
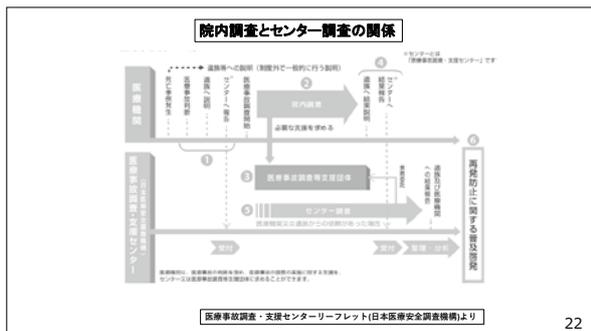
医療事故調査制度の直接の目的とはされていないが...

そもそも医療は患者と医療者の信頼関係の上に成り立つもの

死亡の原因を科学的に調査し、遺族に誠意をもって説明することは、医療提供の基本

医療界、医学界全体としての真摯な姿勢は、医療事故調査制度を進める上での大前提

→すべての関係者が共有しておくべき基本理念



- 応招義務とは
- ◆医師法第19条
- 第1項：診療に従事する医師は、診察治療の求があつた場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない。
- 第2項：(略)
- 応招義務に違反すると...
- 医師法19条に違反した場合の罰則規定はない。
 - ただし...
 - ...医師法第7条にいう「医師としての品位を損するような行為のあつたとき」にあたるから、義務違反を反覆するが如き場合において同条の規定により医師免許の取消又は停止を命ずる場合もありうる。”(昭和30年8月12日 医取755・旧厚生省回答)

応招義務が免除される「正当な事由」 —過去に行政が示した解釈の例—

○以下の理由だけでは診療を拒むことはできない（昭和24年9月10日医発752より）

- ・医業報酬の不払い
- ・診療時間を制限している場合でも急加を要する患者の場合
- ・特定の場所に勤務する人々のみを診療する場合であっても緊急の治療を要する患者で、近辺に診療に従事する他の医師がいない場合
- ・天候の不良も、事実上往診の不可能な場合を除き、診療を拒むことはできない
- ・標榜診療科以外に属する疾病について、なおも診療を求められた場合には、応急の措置その他できるだけの範囲のこをしなければならぬ

○「正当な事由」のある場合とは、医師の不在又は病氣等により事実上診療が不可能な場合に限られるのであって、・・・単に軽度の疲労の程度をもってこれを拒絶することは、第19条の義務違反を構成する。然しながら、以上の事実認定は慎重に行われるべきであるから・・・（昭和30年8月12日 医取755 回答より）

29

応招義務が民事上問題となった裁判例4

○救急対応の必要がなく、患者の迷惑行為が問題となった事例
—病院側が原告となった例—
(東京地裁平成26年5月12日判決・判例体系ID29041178)

【事案】

- ・4年前に形成的椎弓切除術を受けた患者が来院し、長時間の居座り、以前の手術に対する不満を大声で述べ、暴言を吐き、説明や謝罪を要求するなどの行為が、1ないし数ヶ月に1回繰り返された。
- ・病院側は、業務が妨害されているとして、病院敷地内への立ち入りと業務妨害行為の禁止、診療契約上の債務と損害賠償義務を負っていないことの確認を求め訴訟を、患者を被告として提起。

【裁判所の判断】

- ・原告病院は、診療義務、問診義務、その他診療契約上の債務と損害賠償義務を負っていないことを確認する。
- ・被告患者の言動からは、医療行為の基礎となる信頼関係が、もはや適切な医療行為を期待できないほどに破壊されており、これは診察の求めを拒否する正当な事由にあたる。
- ・その他の敷地内立ち入りの禁止等は認めなかった。

34

「正当な事由」に関する過去の行政解釈

△ 戦後間もない頃に示されたものが多い

→現代社会との背景の違い

- ・医療提供体制 …… 休日夜間の診療体制の発達
- ・医療機関の態様 …… 自宅と診療所の分離
- ・交通事情 …… 自動車の普及、道路の整備

→医療機関など組織としての対応、医師の勤務環境等への考慮は希薄

↓

現代に即した「正当事由」の解釈の必要性

30

「医療を取り巻く状況の変化等を踏まえた 医師法の応招義務の解釈に関する研究」

(平成30年度厚生労働省行政推進調査事業費)

主任研究者 岩田 太 (上智大学法学部教授)

研究協力者 松本 吉郎 (日本医師会 常任理事)
 畔柳 達雄 (日本医師会 参与 / 弁護士)
 樋口 範雄 (武蔵野大学法学部 特任教授)
 児玉 安司 (新重総合法律事務所 弁護士)
 加毛 明 (東京大学大学院 法学政治学研究所 准教授)
 三谷 和歌子 (田辺総合法律事務所 弁護士)

※役割は当時のもの

35

応招義務が民事上問題となった裁判例1

○救急対応が必要であったとされた事例
(神戸地裁平成4年6月30日判決・判例時報1458号127頁他)

【事案】

- ・交通事故により搬送された現場近くの病院で、三次救急への転送が必要と判断される。
- ・消防本部から、被告病院(市立の三次救急病院)に受入を要請。
- ・被告病院は、「脳外科、整形外科の医師は“宅直”のため不在」、遠方等を理由に受入を拒否。
- ・患者は隣接市の病院へ搬送され、緊急手術を受けるも翌日死亡。
- ・死亡患者が適切な医療を受ける機会を失ったとして、遺族が病院を開設する市に慰謝料を請求。

【裁判所の判断】

- ・慰謝料として150万円の支払いを病院側に命じた(請求額は200万円)。
- ・医師法の応招義務は公法上の義務だが、患者保護の側面もあり、診療拒否により患者に損害を与えた場合には、診療を拒んだ正当事由を医師側から主張、立証しない限り賠償責任を負う。
- ・当時、被告病院には外科を含む11名の医師が在院中であつたが、各医師が具体的になぜ対応できなかったのか等の主張がなされていない以上、「医師が診療中」という正当事由の存在は認められない。

31

研究の目的、背景

- ・医師の働き方改革の議論から
 - 労働時間を短縮できない背景の一つに、応招義務の存在が指摘され、考え方の整理が求められていた。
 - 医師個人ではなく組織としての対応も整理が必要。
- ・訪日外国人観光客からの医療需要の増加への対応
- ・これまでの行政通達、裁判例に示された考え方の整理を通じ、
医師や医療機関への診療の求めへの対応の検討に資すること。
- 「診療しないことが正当化される場合」などを整理

36

応招義務が民事上問題となった裁判例2

○救急対応が必要であったとされた事例
(千葉地裁昭和61年7月25日判決・判例時報1220号118頁他)

【事案】

- ・感冒気味で喉を鳴らすなどの症状の1歳女児が、自宅近くの診療所を受診。
- ・診療所医師はチアノーゼ、呼吸困難、心臓頻脈等の症状から重症の気管支炎か肺炎であり、小児科専門家が入院設備のある病院への転送が必要と判断。
- ・総合病院(SBS床)に電話をしたところ満床を理由に受入れできないとの回答であったものの、十分確認をしないまま、救急車を手配し送り出した。
- ・総合病院では救急車の到着後、玄関先で救急隊から何度も受入を要請されるが、満床を理由に拒否。
- ・総合病院の医師が救急車内で短時間診察し、1~2時間の転送には耐えようと判断、別の小児科診療所に収容されたが、間もなく死亡。
- ・児の両親が、診療所医師の転送の不適切と、総合病院の診療拒否を理由に賠償請求。

【裁判所の判断】

- ・総合病院に2700万円余の支払いを命じたが、診療所医師の責任は否定(請求額は約3700万円)。
- ・総合病院が最初に収容依頼を受けた際に入院設備の不備を理由に他院に転送するよう回答したことは診療拒否には当たらないが、救急車到着後に何度も他院への転送を依頼したことは拒否に当たる。
- ・診療所医師が転送時にとった連絡、確認は軽率ではあったが、転送すべきとした判断は正しく、治療が手遅れになった責任は総合病院にある。

32

研究班報告書の要点

- ・応招義務は医師が国に対して負う公法上の義務。行政処分の実例は確認されていない。
- ・診療に応じなかったことに伴う責任は、民法上の過失の問題として議論されるべき。医師法上の「応招義務」を過大に取り扱うことは適切ではない。
- ・ただし、医師の働き方改革との関係において、地域の医療提供体制を確保しつつ、他方、医師法上の応招義務の存在により、医師個人に過剰な労働を強いることのないような整理を個別ケースごとに示すことが必要。
- ・その際重要な考慮要素は、「緊急対応が必要か否か(病状の深刻度)」。さらに、「診療時間内・勤務時間内」か時間外かも重要。
- ・患者と医療機関・医師の信頼関係の観点も重要。
- ・「患者の迷惑行為」「医療費不払い」「入院患者の退院、他医療機関の紹介、転院」「差別的な取扱い」等の事例ごとに考え方を整理。

37

応招義務が民事上問題となった裁判例3

○救急対応の必要がなく、患者の迷惑行為が問題となった事例
(東京地裁平成25年5月31日判決・判例体系ID29026134)

【事案】

- ・原告患者は腹痛症及び関節リウマチ等で大病院病院に通院。午前9時に採血センターで血液検査後、午後3時すぎに整形外科受診のため再来院していた。
- ・担当医から、リウマチの血液検査は受診の1時間前までよく、午前中に来院する必要はない旨を説明したが、患者及び配偶者は納得しなかった。
- ・その後も再び医師らの指示に反して1日に2回来院したため、担当医は、「医師を信用せず、病院のルールを遵守できないなら次の診療の予約は入れられない」と発言。
- ・原告患者が病院等に対し、発言の撤回と謝罪、慰謝料(140万円)等を求めて提訴。

【裁判所の判断】

- ・原告患者の請求をすべて否定。
- ・患者が医師らの説明、指示を聞き入れず、自らの考えに固執し、配偶者も病院からの退去を拒否したことから、被告病院が整形外科での診療の継続は困難と判断し拒否したことは正当な事由がある。
- ・内科では他日、原告患者を診療しており、被告病院は医療法、医師法に違反していない。

33

応招義務の今日的意義—研究班報告書から—

○応招義務が医師法に定められている意義

- ・個々の医師の職業倫理的意識を高める
- ・個々の患者が必要とする医療を受ける機会を平等・確実に担保する
- ・特に緊急対応が必要な患者等について、迅速にできる限りの対応をするよう促す

↓

とは言い・・・

- ・際限のない長時間労働が正当化されてはいけない
- 医師や医療機関への「診療の求め」に対する対応のあり方を検討する必要

38

医師の勤務環境と応招義務－研究班報告書から－

- 他方で、応招義務があるからといって際限のない長時間労働が正当化されてはならず、また、・・・勤務医の過重労働が問題となる中、勤務環境への配慮の観点等も踏まえた上で、応招義務を始め我が国における医師や医療機関への診療の求めに対する対応の在り方については検討する必要がある。
- …医療機関としては、労働基準法等の関係法令を遵守した上で、労使協定・労働契約の範囲内で医師等が適切に業務遂行できるよう、必要な体制・環境整備を行う必要があると考えられる。そして、労使協定・労働契約の範囲を超えた診療指示等については、使用者と勤務医の労働関係法令上の問題であり、そもそも医師法第19条の応招義務の問題ではないことが確認された。すなわち、勤務医個人が労働基準法等に違反する違法な診療指示に従わなかったとしても、医師法第19条の応招義務との関係で問題は生じないと解される。

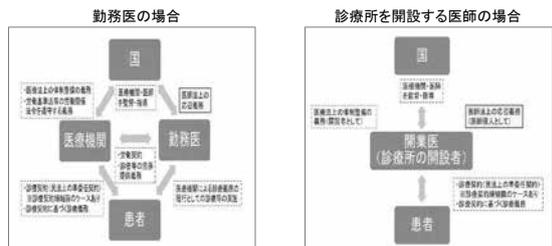
⇒ 医政局長通知(後出)にも同趣旨の記載

令和元年12月25日医政発1225第4号 厚生労働省医政局長通知
「応招義務をはじめとした診療治療の求めに対する適切な対応の在り方等について」

1. 基本的考え方

- (1) 診療の求めに対する医師個人の義務(応招義務)と医療機関の責務
医師法の応招義務は医師個人が負うもの
これは別に医療機関としても患者の求めに応じて必要・十分な治療をすることが求められている。
- (2) 労使協定・労働契約の範囲を超えた診療指示等について
使用者と勤務医の労働法上の問題。応招義務の問題ではない。
→ 労基法違反となることを理由に勤務医が労務提供を拒んでも応招義務違反には当たらない
- (3) 診療の求めに応じないことが正当化される場合の考え方
→ 考慮要素として、
 - ◎ 緊急対応の要否(病状の深刻度)
 - ◎ 診療時間、勤務時間内か外か
 - ◎ 患者と医療機関、医師の信頼関係

「応招義務研究班報告書」から 医師の勤務態様による応招義務の性質の違い(概念図)



新型コロナウイルス感染症の5類移行と応招義務(1)

- 5月8日から、感染症法上の5類感染症に分類が移行
(※5/7までは「新型インフルエンザ等感染症」≒2類相当)
- ささまざまな対応について、厚労省コロナ対策推進本部より3月17日付けで事務連絡
⇒ その中で応招義務との関係についても整理が示される

「応招義務研究班報告書」から(一部改定) 診療しないことが正当化される事例の整理 I

	診療時間内・勤務時間内	診療時間外・勤務時間外
① 緊急対応が必要 病状の深刻な患者など	医療機関・医師の専門性・診察能力、当該状況下での医療提供の可能性・設備状況、他の医療機関・医師による医療提供の可能性(代替可能性)を総合的に勘案しつつ、事実上診療が不可能な場合において、診療しないことが正当化される。	医の倫理上、応急的に必要な措置をとるべきとされるが、原則、公法上・私法上の責任に問われることはない。 ※必要な措置をとった場合でも医療設備が不十分なことが想定されるため、求められる対応の程度は低い。(たとえば、心臓蘇生法等の応急処置の実施など) ※診療時間外・夜間診療者が実施した場合は、必要な措置を行った上で、救急対応可能な病院等に対応を依頼するが望ましい。 ※診療した場合は民法上の緊急事務管理(民法698条)に該当。
② 緊急対応が不要 病状が安定している患者など	原則として、患者の求めに応じて必要な医療を提供する必要あり。ただし、緊急対応の必要があるケースに比べ、正当化される場合は様々に広く解釈される。 医療機関・医師の専門性・診察能力、当該状況下での医療提供の可能性・設備状況、他の医療機関・医師による医療提供の可能性(代替可能性)のほか、患者と医療機関・医師の信頼関係なども考慮。	原則に対応する必要はなく、診療しないことに問題はない。 診療内の受診依頼、他の診療可能な診療所・病院などの紹介等の対応をとることが望ましい。

新型コロナウイルス感染症の5類移行と応招義務(2)

3月17日 厚生労働省新型コロナ対策推進本部事務連絡より

- 新型コロナに係る医師等の応招義務については、緊急対応が必要であるか否かなど、個々の事情を総合的に判断する必要がある。
- その上で特定の感染症への罹患のみを理由とした診療の拒否は、診療を拒否する「正当な事由」に該当しないが、・・・
↓
5/7までは、新型コロナは2類感染症と同様、制度上特定の医療機関で対応すべきとされていたことから、(応招義務の)例外とされていた。
- 位置づけ変更後(5/8からは)、制度上幅広い医療機関において対応できる体制に移したことから、「正当な事由」に該当しない取扱いに変わった。

「応招義務研究班報告書」から(一部改定) 診療しないことが正当化される事例の整理 II

	診療時間内・勤務時間内	診療時間外・勤務時間外
患者の過重労働	診療・療養などにおいて生じた又は生じている過重労働の態様を照らし、診療の基礎となる信頼関係が喪失している場合(※)には、新たな診療を行わないことが正当化される。 ※診療内容そのものと関係ないクレーム等を繰り返す続けるなど。	
個別事例ごとの整理	以前に医療費の不払いがあったとしても、そのことのみをもって診療しないことは正当化されない。しかし、支払能力があるにも拘らず患者をもって支払わない場合等には、診療しないことが正当化される。(後略)	即座に対応する必要はなく、診療しないことに問題はない。 診療内の受診依頼、他の診療可能な診療所・病院などの紹介等の対応をとることが望ましい。
※緊急対応が必要な場合は、①裏の①の整理による。	学術的に入院の継続が必要な場合には、退院治療で対応すれば足りるため、退院させることは正当化される。 医療機関相互の機能分化・連携を踏まえ、地域全体で患者ごとに適正な医療を提供する観点から、病状に応じて大学病院等の高度な医療機関から地域の医療機関へ紹介・転院を奨励することも原則として正当化される。	
差別的な取扱い	患者の年齢、性別、人種、国籍、宗教等の理由で診療しないことは正当化されない。ただし、言語が通じない、宗教上の理由などにより、結果として診療行為そのものが著しく困難である等の事情が認められる場合はこの限りでない。 その他、特定の感染症への罹患など合理性の認められない理由のみに基づき診療しないことが正当化されない。ただし、疑いのある感染症など、制度上、特定の医療機関で対応すべきとされている感染症に罹患している又はその疑いのある患者等はこの限りではない。	

新型コロナウイルス感染症の5類移行と応招義務(3)

3月17日 厚生労働省新型コロナ対策推進本部事務連絡より

- 具体的には、
- 位置づけ変更後(5/8からは)、患者が発熱や上気道症状を有している又はコロナに罹患している若しくはその疑いがあるということのみを理由とした診療の拒否は「正当な事由」に該当しない
↓
- そのため、発熱等の症状を有する患者を受け入れるための適切な準備を行うこととし、
- それでもなお診療が困難な場合には、少なくとも診療可能な医療機関への受診を適切に勧奨すること

令和元年12月25日医政発1225第4号 厚生労働省医政局長通知

「応招義務をはじめとした診療治療の求めに対する適切な対応の在り方等について」

本通知の位置づけ

- △ 研究班報告書を踏まえ、厚生労働省としての解釈を示すもの。
- △ 医療を取り巻く状況の変化等を踏まえて、診療の求めに対する医療機関・医師・歯科医師の適切な対応の在り方をあらためて整理。
- △ どのような場合に診療の求めに応じないことが正当化されるか否かについて整理。
- △ 過去の行政解釈との関係 → 今後は基本的に本通知が妥当。

新型コロナウイルス感染症の5類移行と応招義務(4)

3月17日事務連絡のQ&Aより

- 6. 応招義務について、適切な受診勧奨とは、具体的にどのようなことを想定しているのでしょうか。
- (答) ご指摘の点については、個別具体的に考える必要がありますが、たとえば、対応可能な医療機関に対応を依頼することや、患者に対して対応可能な医療機関をお伝えすることなどが考えられます。

位置づけ変更後の応招義務の考え方について

- 新型コロナウイルス感染症に係る診療の求めについては、緊急対応が必要であるか否か、種々の事情を総合的に判断する必要があります。
- その上で、患者の発熱や上気道症状を有している又はコロナに罹患している若しくはその疑いがあることのみを理由とした診療の拒否は「正当な事由」に該当しないが、・・・

厚生労働省「医療機関向けリーフレット」4/17付け 第2報より

4. 医療現場の安全確保

49

日本医師会「医療従事者の安全を確保するための対策について」

医療現場での相次ぐ凶悪事件を受け、
会内に「医療従事者の安全を確保するための対策検討委員会」を設置。(令和2年2月)
日医役員、参与弁護士、関係医師会役員等により検討。警察庁、厚生労働省等が
オブザーバとして出席。7月に意見をとりまとめ、公表。

主な内容

1. はじめに 一本委員会設置の目的一
2. 医療従事者の安全確保をめぐる現状
3. 医療従事者の安全確保対策の実施状況について
—都道府県医師会の調査結果から—
4. 各関係機関が取り組むべき対策案
5. おわりに

掲載先：<https://www.med.or.jp/nichiionline/article/010744.html>

54

医療従事者・他の患者などが犠牲となった事件の例

大阪 北新地 診療所放火事件
令和3年12月17日

- ・診療所の元患者が雑居ビル4階に入居する診療所(心療内科・精神科)に放火。
- ・診療所院長、通院患者など26名が死亡。
- ・容疑者もその後死亡。

埼玉・ふじみ野市
訪問診療医師 散弾銃殺傷立てこもり事件
令和4年1月27日

- ・前日に死亡した母親(92歳)の訪問診療を担当していた医師、医療関係者を弔問のため居宅に呼び寄せ、母親の診療をめぐるトラブルとなり、散弾銃を発砲するなどして立てこもり。
- ・医師を散弾銃で殺害、同行した理学療法士にも発砲、医療相談員らに催涙スプレーを噴射するなどの傷害を負わせた。

50

日本医師会「医療従事者の安全を確保するための対策について」

2. 医療従事者の安全確保をめぐる現状

- (1) 医療従事者の「危険察知力」
熱心な医師は患者の生活に深く介入する傾向。患者、家族からの暴言等が重大事件に発展するという「危機意識」を持ちにくい。
- (2) 医療従事者の相談窓口、ネットワークの必要性
患者・家族等とのトラブルを第三者に相談することに抵抗感がある。地域のネットワークで危険情報の共有が可能であれば、トラブル回避の一助に。
- (3) 警察の介入
相談しても事件になっていないとして対応されない場合があるとの報告。警察庁からは、刑事法令に抵触する行為が疑われれば、厳正な対応をしていく旨の報告。
- (4) 応招義務の問題 ⇒次へつづく

55

その後も・・・

埼玉・川口市にて
往診の医師ら監禁した疑い
【朝日新聞 埼玉首都圏版3/26朝刊より】

- ・令和5年3月24日、60歳無職男性が、同居する母の診察に訪れた40代女性医師と30代女性看護士の2名を自宅に監禁した疑いで、警察に現行犯逮捕される。
- ・容疑者が同居の父親(90代)と口論となり、医師と看護師が仲裁に入ったところ、「自分の手を汚さずに人を殺せる」と言って通路をふさぎ、2人を出られなくした。けが人はなし。
- ・外で待機していた女性スタッフが110番通報、警察が突入。

51

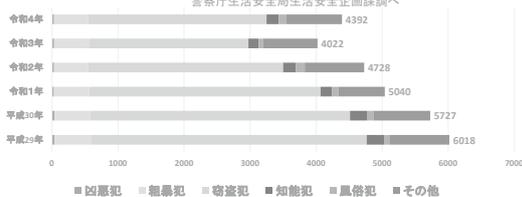
日本医師会「医療従事者の安全を確保するための対策について」

2. 医療従事者の安全確保をめぐる現状

- (4) 応招義務の問題
- ・令和元年12月医政局長通知
医療機関・患者間の信頼関係が破綻している場合には、患者の病状に緊急性がない限り、医師は診療を拒むことができる、との考え方を示す。
- ↓
- ・しかし、現状では、この考え方が医療現場に浸透していない。
- ・暴言、暴力を理由に診療を拒んではならないと解釈し、やむなく医師・患者関係を継続している実態がある。

56

病院・診療所における罪種別刑法犯認知件数



■凶悪犯 ■軽暴犯 ■窃盗犯 ■知能犯 ■風俗犯 ■その他

凶悪犯：殺人、強盗、放火、強姦性交等
軽暴犯：凶器所持、暴行、傷害、脅迫、恐喝等
知能犯：詐欺、横領、偽造、汚職、背任等
風俗犯：賭博、わいせつ
その他：公務執行妨害、住居侵入、逮捕監禁、器物損壊等

52

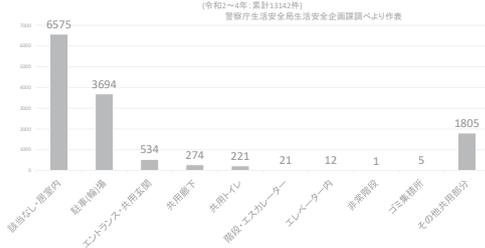
日本医師会「医療従事者の安全を確保するための対策について」

3. 医療従事者の安全確保対策の実施状況について —都道府県医師会の調査結果から—

- 委員会での検討と並行して、都道府県医師会に対して、安全対策の現状を調査。
- ・令和4年4月に、都道府県医師会担当理事宛に調査協力依頼。
- ・47都道府県医師会すべてから回答提出。
- 主な質問内容
⇒以下の取り組みの有無、ある場合にはその内容について
・患者等からクレーム、ハラスメントを受けた際の医療従事者向け相談窓口
・ハラスメント対策等の研修会の開催
・医療機関からの相談に対する警察との連携
・民間善隣会社の斡旋
・団体加入保険におけるクレーム対応サービスの追加

57

病院・診療所における詳細場所別認知件数



53

日本医師会「医療従事者の安全を確保するための対策について」

3. 医療従事者の安全確保対策の実施状況について —都道府県医師会の調査結果から—

(1) 医療従事者からの相談を受け付ける専用窓口の設置

- 【結果】
- 設置している …… 7医師会 →令和5年3月追加調査：21医師会が取り組み中
 - 設置していない …… 40医師会
 - ⇒設置していない理由の主なもの
 - ・既存の「診療に関する相談窓口」で対応している
 - ・顧問弁護士に相談する体制が整っている
 - ・医療従事者からの相談がない

58

日本医師会「医療従事者の安全を確保するための対策について」
3. 医療従事者の安全確保対策の実施状況について 一都道府県医師会の調査結果から—
(2) 警察との連携

【結果】

- 警察との連携
 - 連携している・・・10医師会
 - ⇒ 具体的内容
 - ・情報共有
 - ・最寄りの方等に連絡し、情報共有、巡回強化を依頼
 - 連携していない・・・37医師会
 - ⇒ 理由
 - ・具体的な事例がない
 - ・医療機関から直接警察に相談する仕組みにしている
 - 警察との個別的な意見交換の実施
 - 13医師会で実施 → 令和5年3月追加調査：28医師会が取り組み中
 - ⇒ ・多くは、検視・検案業務等に関する内容
 - ・警察活動に協力する医師の部会を通じて築いた関係をもとに、医療従事者の安全を守る検討会を計画中、との回答も。

59

世界医師会
医療分野における患者およびその関係者による暴力に関するWMA声明

【序文】より

・・・

・・・医師を含む医療従事者に対する暴力は、直接関与する医療従事者に影響を及ぼすのみならず、医療制度全体とその提供にも影響を与える。このような暴力行為は労働環境に影響し、患者ケアの質に悪影響をもたらす可能性がある。

・・・

・・・医師を代表する立場にある各国医師会は、医療分野における暴力との闘いにおいて積極的な役割を担うだけでなく、他の主要な利害関係者にも行動を促し、それにより医療従事者の労働環境の質と患者に対するケアの質を守るよう努めるべきである。

医療分野における暴力に対処するためのこの共同の取り組みは、全世界に亘るべき推進されなくてはならない。

64

日本医師会「医療従事者の安全を確保するための対策について」
3. 医療従事者の安全確保対策の実施状況について 一都道府県医師会の調査結果から—
(3) ハラスメント・クレーマー対策などの研修会の開催

【結果】

- 開催している・・・22医師会 (47%)
 - 令和5年3月追加調査：27医師会が取り組み中
 - ⇒ 研修の具体的な名称
 - ・医療安全研修会
 - ・接遇研修
 - ・医療安全講習会
- 開催していない・・・25医師会
 - ⇒ 理由
 - ・特に開催の要望がないため
 - ・必要性を感じないため など

60

日本医師会から警察庁への申し入れ

○日本医師会長から警察庁長官宛て (令和4年6月20日)

・現実には危険が差し迫った状況では、警察との連携が極めて重要。

・日頃から都道府県医師会と都道府県警察との間の緊密な関係構築が喫緊の課題

・都道府県警察において、全国の医師会、医療機関からの依頼を踏まえ、安全確保に資する必要な支援を的確に行っていただくよう依頼。



65

日本医師会「医療従事者の安全を確保するための対策について」
4. 各関係機関が取り組むべき対策案

- (1) 「危険察知力」の醸成
 - ・各種研修会の実施 (⇒ 行政・医師会)、受講 (⇒ 医療従事者・医療機関)
 - ・対策マニュアル、事例集の作成 (⇒ 厚生労働省)
 - ・暴力、ハラスメント対策に関する広報 (⇒ 厚生労働省)
- (2) 応対義務の正しい理解
 - ・厚生労働省の趣旨の周知 (⇒ 厚生労働省・日本医師会)
- (3) 相談窓口の構築
 - ・医療従事者からの相談にも対応できる窓口の設置 (⇒ 行政・医師会)
- (4) 警察との連携構築
 - ・警察との緊密な連携体制の構築 (⇒ 医師会・警察)
 - ・医療機関、医師会からのSOSへの迅速な対応 (⇒ 警察)
 - ・医療従事者からの相談窓口の設置 (⇒ 警察)
- (5) 各医療機関における防犯対策
 - ・防犯カメラ、非常用連絡装置、催涙スプレーなど防犯用品の設置 (⇒ 医療機関)
 - ・民間警備会社による緊急通報システム等の導入 (⇒ 医療機関)
- (6) 地域における危険情報を共有するネットワークの構築

61

警察庁から都道府県警察への通達

○警察庁生活安全局生活安全企画課長 同 刑事局 刑事企画課長 から各警察本部長等宛て (令和4年6月20日)

・日本医師会から依頼を受けた旨の周知。

・各都道府県警察では医師会との間で、医療従事者等の安全確保のための意見交換の機会を設けるなど、連携を図ること

・医師会等から相談、110番通報等がなされた場合には、生活安全部門、刑事部門等が連携し、指導、助言、検査等の必要な措置を講ずること。



66

日本医師会「医療従事者の安全を確保するための対策について」
5. おわりに

医療従事者に現実には危険が差し迫った状況下では警察による緊急の対応は必須

↓

警察との日頃からの緊密な連携が重要

⇒ 地域の実情に応じた「警察との関係性の構築」が望まれる

★ 医療従事者の安全・安心が確保された医療現場は、患者にとっても安全・安心な医療を受けられる基盤
国民全体でこのことを理解し、信頼関係構築のための地みない取り組みが重要。

62

広島県医師会による取り組みの例

「広島県医師会・広島県警察連絡協議会・総会」にて
医療従事者の安全を守るための検討を進めることを決定 (令和4年2月)

↓

- 「医療従事者の安全(命)を守るための指針」の作成
- 患者さん向け啓発ポスターの作成

⇒ 今後も医師会と警察での協議を継続の予定
広島県医師会提供



67

世界医師会
医療分野における患者およびその関係者による暴力に関するWMA声明

- ・2012年10月 第63回WMA総会(タイ・バンコク)にて採択
※ 世界医師会(WMA)：1947年設立、115カ国の医師会が加盟。
日本医師会は1951(昭和26)年加盟。
- ・世界医師会から、各国の医師会に対して、患者とその関係者による暴力を防止するための対策をとるよう勧告するもの。
- ・各国医師会として、
 - ・政府への働きかけ (制度面、財政面など)
 - ・患者国民への啓発
 - ・医療関係者への研修
 等の取り組みを進めることが促されている。

63

医師会と警察の連名によるポスターの例 広島県医師会提供



68

医療従事者向け学習サイト
厚生労働省ホームページ
→医療従事者の勤務環境の改善について
→1-4 医療現場における暴力・ハラスメント対策

各約20分の動画12本を掲載
自己学習が可能

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/quality/

69

5. 患者と医療従事者の信頼関係に根ざした医療

74

厚生労働省ホームページ 1-4 医療現場における暴力・ハラスメント対策
掲載動画の目次

【総論】

1. 患者等による暴言、暴力等の迷惑行為とその対策に係る基礎知識(1)
2. 患者等による暴言、暴力等の迷惑行為とその対策に係る基礎知識(2)
3. 日頃の備え
4. 発生時の対応
5. 発生後の対応
6. 応召義務
7. 使用者の安全配慮義務

【各論】

8. 暴行・傷害
9. 脅迫・強要
10. 業務妨害・不退去
11. 器物損壊・建造物損壊、名誉毀損・侮辱
12. わいせつ・ストーーカー

70

日本医師会・日本医療機能評価機構共催
医療対話推進者養成セミナー

◆ 医療対話推進者(いわゆる「メディエーター」)の養成

◆ 構成

導入編：医療安全の概論や医療メデイエーションの総論、病院における取り組み事例などをとくに、基礎編に向けての基本的な知識を学ぶ。

基礎編：少人数でのグループワークや3人1組のロールプレイを通じ、医療現場における医療者と患者・家族の対話スキルを学ぶ。

★申し込みは日本医療機能評価機構ホームページへ
(今年度の一部は受付終了・7月から新規受付予定)

75



埼玉県 ふじみ野市 地域の医療と介護を守る条例

- ・令和4年1月の医師等死亡事件を契機に、3月から市長を座長として、医師会、介護事業者等との意見交換を開始。
- ・埼玉県・市のハラスメント対策として支援策を事業化。
- ・今後も発展、継続させ、市民への啓発を強化するために条例制定へ。
- ・介護保険等運営審議会、医師会、介護事業所等への説明とパブリックコメントを実施。
- ・令和5年4月1日施行

・前文	目的
・第1条	基本理念
・第2条	市の責務
・第3条	市民の責務
・第4条	医療機関及び介護事業者の責務
・第5条	市の基本施策
・第6条	その他
・第7条	

76

クレーム、トラブル対応の実際

参考：・桑原博道「桑原弁護士の医療トラブル相談」日本小児医事出版社12～4頁
・島田直之「院長、クレーマー&問題職員で悩んでいませんか？」日本法令150～154頁

○1人で対応しない

- ・職員などを同席
- ・円形のテーブルが望ましい(A)

対面する場合は中間に同席者を配置(B)

※病院側と患者側が相対する座席配置は避ける

→○特定のスタッフに丸投げしない

- 患者、家族の背景を知っておく
- 即断しない
- 録音の準備
- 「傾聴」に努める

面会時の座席配置

72

ふじみ野市 地域の医療と介護を守る条例
前文

少子高齢化が急速に進行する中、市民が住み慣れた地域でいつまでも自分らしく暮らしていくためには、地域の医療及び介護の基盤が必要である。しかしながら、地域の医療及び介護の現状は厳しく、市民が地域において、自宅や施設などで医療及び介護を安心して享受できる生活を維持するためには、地域の医療及び介護を市、市民、医療機関、介護事業者が一体となって守ることが必要不可欠である。

そのためには、地域の医療及び介護の利用者、その家族と医療機関及び介護事業者相互の理解と信頼関係の構築及び醸成、医療機関及び介護事業者の連携の推進とともに医療機関及び介護事業に従事する者の安全を確保し、また、育成、確保、定着を図る必要がある。

ここに、将来にわたって市民が安心して地域で医療及び介護を受けることができる体制を確保するため、この条例を制定する。

77

「傾聴に努める」とは

参考：・桑原博道「桑原弁護士の医療トラブル相談」日本小児医事出版社4～5頁

○傾聴に努める = 「積極的傾聴」： active listening

- ・話を途中で遮らない → 相手の話に間違いがあっても、途中で口を挟まない
- ・うなずく → 相手の話を無理に要約したりせず、相手の目を見てうなずく
- ・わからないことは質問する → 質問することは、相手の話を聴いていること
- ・感嘆する → 身内の自慢など「話の脱線」の際に一言だけ感嘆する

→相手に如何に多く話してもらうかが重要

○傾聴に努めることの効果

不満をもつ患者・家族が言いたいことを述べ、そのうち自らの気持ちを吐露することで、医療機関との関係を再構築できる

73

日本医師会 医療通訳サービス
(日本医師会医師会員責任保険付)

医療通訳サービス

ウクライナから避難された方やその家族等の支援として、日本医師会では電話医療通訳にウクライナ語を追加しました。

また電話医療通訳については、対象言語に関わらず、年間20回の回数制限を除外して対応します。
(毎月10回、1回15分以内です)

外国人患者様の対応をご支援します

電話医療通訳 ①電話をかける ②日本語で話す⇒通訳者を介して会話

外国人 日本語

- ✓ 新たにウクライナ語を追加して19言語に対応
- ✓ 電話1本でご利用可能(事前登録済みの通訳専用電話番号等をご案内)
- ✓ 安心の医療特化通訳
- ✓ 利用料無料 (A) 1言語 1人1回15分以内で無料

78

日本医師会 医療通訳サービス

(日本医師会医師会員責任保険付帯)

～こんなご活用方法も～

- 三者間通話機能 (特別な設備は不要です)
- 事前予約・資料の共有ができます

通訳者の指定や資料を用いた詳細な手順の説明などが可能

アプリ内自動翻訳機能です
※一般的な会話のみご利用下さい

- 標準18言語
- 履歴の保存・削除が可能
- ※機械翻訳は、従来通りの運用です。
- ※ご利用は「メディアフォンアプリ」から

Play Store App Store mediPhone アプリ

79

～医療現場の安全を確保するために～
日本医師会の今後の取り組み計画

- 都道府県医師会担当理事連絡会議の開催
 - △安全確保に資する知見の共有
 - ・危機察知力を高めるための知見
 - ・防犯、被害軽減のための対策に関する情報
 →各地域での研修に役立つ情報を共有
 - △先進的な取組みをする医師会など好事例の紹介と情報交換
 - △応招義務の正しい理解のための情報提供
- 警察庁など関係組織との継続的な意見交換
 - 地域における医師会と警察の連携を円滑にするための環境整備

80

まとめ

- 診療を求める患者に応えることは、医師、医療機関としての基本。
→ 法律以前に、倫理として存在する。
- しかし、無限定に求めに応じなくてはならないものではない。
→ 法律上の「応招義務」
- 医療従事者の安全、生命が脅かされる状況では、被害を未然に防ぐための対策をとることが重要。
- 患者・家族と医療従事者の信頼関係の再構築が不可欠。

81

その他

改正感染症法等による協定等

82

これからの医療提供体制における新興感染症対策は、
感染症法等の改正と第8次医療計画によって方向付けられる。

さらに、
司令塔機能 (内閣感染症危機管理統括庁)・日本版CDC (国立感染症管理研究機構) の法整備

83

感染症医療の提供 (協定、義務)

- 都道府県と医療機関との協定
- 公立・公的医療機関等、特定機能病院、地域医療支援病院には感染症医療の提供義務

公立・公的医療機関等、特定機能病院、地域医療支援病院には、その機能を踏まえ、感染症発生・まん延時に担うべき医療の提供を義務づけ (協定を優先)

都道府県知事は、平時に、新興感染症の対応を行う医療機関と協議を行い、感染症対応に係る協定 (病棟/発熱外来/自宅療養等) に対する医療の提供/後方支援/人材の派遣) を締結 (協定締結義務) する。

協定締結医療機関について、流行初期医療確保措置の対象となる協定を含む特別の協定を締結する医療機関 (流行初期医療確保措置付き) を設定。
協定締結医療機関は感染症指定医療機関の一つになる。ハード・ソフトの財政支援もある

感染症発生・まん延時 (新型コロナウイルス感染症、指定感染症、新感染症) に、締結された協定の専断な履行を確保するため、協定の履行確保措置を設定。
※「正當な理由」が、協定内容に抵触する場合は、(催告) 指示→医療機関名の公表
→ 地域医療支援病院、特定機能病院の承認取得

協定の履行確保措置の考え方、催告・指示等のプロセス、「正當な理由」、PPEの備蓄の確保方法などについては、次頁以降を参照

84

今回の感染症法等の改正：協定の締結について

- 令和6年9月までの協定締結を目指し、今後、都道府県よりコロナ対応を行った医療機関を中心に、協議の要請がなされる場合がある。
- 感染症法上、協議の要請がなされた場合、医療機関には「協議に応じる義務」がある。もちろん、協定締結を強制される仕組みではない。
通常医療を分担する場合、ソーニング不可能場合など、地域の実情や医療機関の機能に応じて判断することになる。
たとえば自院で発熱外来を行わない場合であっても、地域医師会によるセンター方式への参加という選択肢もある。
- 協定を締結した場合、①病床確保は「第一種協定指定医療機関」、②発熱外来、自宅療養・宿泊療養は「第二種協定指定医療機関」として、それぞれ感染症上の「感染症指定医療機関」となる。(後方支援、人材確保は対象外)
- 「正當な理由なく、協定の措置を講じていないと認められる場合には、医療機関名の公表などがなされるが、それは、透明なプロセスのもと、次の考えで行われる (次ページ以降も参照)。
・感染状況や医療機関の実情に即した個別具体的な判断
・協定締結時の想定と異なる事情が発生し、協定に沿った対応が困難でやむを得ない場合は除く
・締結した協定の措置を講じないことによる患者の生命・健康等への影響や、協定の措置に代えて実施し得る他の手段の有無といったことを総合的に考慮して判断

85

(参考) 感染症指定医療機関について (既存の保健衛生施設補助金)

感染症の発生速やかに感染症患者に適切な医療を提供することで、その早期治癒を促し、感染症のまん延を防止するため、厚生労働省及び都道府県知事は、感染症法に基づき、第一種協定及び第二種協定指定医療機関の指定を受ける医療機関の指定を要する感染症指定医療機関(一定の基準に適合する感染症指定医療を有する医療機関)を指定する。

比較項目	特定感染症指定医療機関	第一種感染症指定医療機関	第二種感染症指定医療機関
指定を行う者	厚生労働大臣	都道府県知事	都道府県知事
医療機関の分布	4医療機関(※1、2)	原則、都道府県域毎に1箇所程度(56医療機関)(※1)	都道府県毎に複数箇所～数十箇所程度(348医療機関)(※1)
感染症を担うべき感染症の種類	新感染症 一類感染症 二類感染症 新型コロナウイルス感染症等感染症	一類感染症 二類感染症 新型コロナウイルス感染症等感染症	二類感染症 新型コロナウイルス感染症等感染症
施設基準	第一種感染症指定医療機関と同程度以上	指定可能であること ・病室内トイレ及びシャワー室があること ・基本設備整備を有すること等(※3)	・病室内又は病室に隣接してトイレ及びシャワー室があること(※3)
施設整備費(指定医療費)	全額国庫	1/2国庫、1/2都道府県	1/2国庫、1/2都道府県 (1床あたり約30万円)
設備費・運営費	全額国庫 (運営費については、1床あたり約700万円/年を上乗し(※4))	1/2国庫、1/2都道府県 (運営費については、1床あたり約400万円/年を上乗し(※4))	1/2国庫、1/2都道府県 (1床あたり約200万円/年、2階建施設は約100万円/年を上乗し(※4))

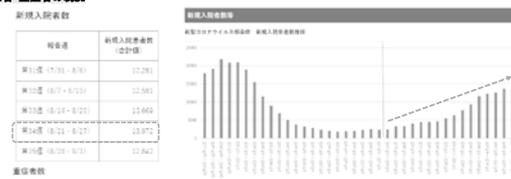
※1 令和6年4月1日現在。なお、第二種指定指定医療機関は、感染症発生を要する感染症指定医療機関。
※2 感染症法第14条第1項、第15条第1項、第16条第1項、第17条第1項、第18条第1項、第19条第1項、第20条第1項、第21条第1項、第22条第1項、第23条第1項、第24条第1項、第25条第1項、第26条第1項、第27条第1項、第28条第1項、第29条第1項、第30条第1項、第31条第1項、第32条第1項、第33条第1項、第34条第1項、第35条第1項、第36条第1項、第37条第1項、第38条第1項、第39条第1項、第40条第1項、第41条第1項、第42条第1項、第43条第1項、第44条第1項、第45条第1項、第46条第1項、第47条第1項、第48条第1項、第49条第1項、第50条第1項、第51条第1項、第52条第1項、第53条第1項、第54条第1項、第55条第1項、第56条第1項、第57条第1項、第58条第1項、第59条第1項、第60条第1項、第61条第1項、第62条第1項、第63条第1項、第64条第1項、第65条第1項、第66条第1項、第67条第1項、第68条第1項、第69条第1項、第70条第1項、第71条第1項、第72条第1項、第73条第1項、第74条第1項、第75条第1項、第76条第1項、第77条第1項、第78条第1項、第79条第1項、第80条第1項、第81条第1項、第82条第1項、第83条第1項、第84条第1項、第85条第1項、第86条第1項、第87条第1項、第88条第1項、第89条第1項、第90条第1項、第91条第1項、第92条第1項、第93条第1項、第94条第1項、第95条第1項、第96条第1項、第97条第1項、第98条第1項、第99条第1項、第100条第1項、第101条第1項、第102条第1項、第103条第1項、第104条第1項、第105条第1項、第106条第1項、第107条第1項、第108条第1項、第109条第1項、第110条第1項、第111条第1項、第112条第1項、第113条第1項、第114条第1項、第115条第1項、第116条第1項、第117条第1項、第118条第1項、第119条第1項、第120条第1項、第121条第1項、第122条第1項、第123条第1項、第124条第1項、第125条第1項、第126条第1項、第127条第1項、第128条第1項、第129条第1項、第130条第1項、第131条第1項、第132条第1項、第133条第1項、第134条第1項、第135条第1項、第136条第1項、第137条第1項、第138条第1項、第139条第1項、第140条第1項、第141条第1項、第142条第1項、第143条第1項、第144条第1項、第145条第1項、第146条第1項、第147条第1項、第148条第1項、第149条第1項、第150条第1項、第151条第1項、第152条第1項、第153条第1項、第154条第1項、第155条第1項、第156条第1項、第157条第1項、第158条第1項、第159条第1項、第160条第1項、第161条第1項、第162条第1項、第163条第1項、第164条第1項、第165条第1項、第166条第1項、第167条第1項、第168条第1項、第169条第1項、第170条第1項、第171条第1項、第172条第1項、第173条第1項、第174条第1項、第175条第1項、第176条第1項、第177条第1項、第178条第1項、第179条第1項、第180条第1項、第181条第1項、第182条第1項、第183条第1項、第184条第1項、第185条第1項、第186条第1項、第187条第1項、第188条第1項、第189条第1項、第190条第1項、第191条第1項、第192条第1項、第193条第1項、第194条第1項、第195条第1項、第196条第1項、第197条第1項、第198条第1項、第199条第1項、第200条第1項、第201条第1項、第202条第1項、第203条第1項、第204条第1項、第205条第1項、第206条第1項、第207条第1項、第208条第1項、第209条第1項、第210条第1項、第211条第1項、第212条第1項、第213条第1項、第214条第1項、第215条第1項、第216条第1項、第217条第1項、第218条第1項、第219条第1項、第220条第1項、第221条第1項、第222条第1項、第223条第1項、第224条第1項、第225条第1項、第226条第1項、第227条第1項、第228条第1項、第229条第1項、第230条第1項、第231条第1項、第232条第1項、第233条第1項、第234条第1項、第235条第1項、第236条第1項、第237条第1項、第238条第1項、第239条第1項、第240条第1項、第241条第1項、第242条第1項、第243条第1項、第244条第1項、第245条第1項、第246条第1項、第247条第1項、第248条第1項、第249条第1項、第250条第1項、第251条第1項、第252条第1項、第253条第1項、第254条第1項、第255条第1項、第256条第1項、第257条第1項、第258条第1項、第259条第1項、第260条第1項、第261条第1項、第262条第1項、第263条第1項、第264条第1項、第265条第1項、第266条第1項、第267条第1項、第268条第1項、第269条第1項、第270条第1項、第271条第1項、第272条第1項、第273条第1項、第274条第1項、第275条第1項、第276条第1項、第277条第1項、第278条第1項、第279条第1項、第280条第1項、第281条第1項、第282条第1項、第283条第1項、第284条第1項、第285条第1項、第286条第1項、第287条第1項、第288条第1項、第289条第1項、第290条第1項、第291条第1項、第292条第1項、第293条第1項、第294条第1項、第295条第1項、第296条第1項、第297条第1項、第298条第1項、第299条第1項、第300条第1項、第301条第1項、第302条第1項、第303条第1項、第304条第1項、第305条第1項、第306条第1項、第307条第1項、第308条第1項、第309条第1項、第310条第1項、第311条第1項、第312条第1項、第313条第1項、第314条第1項、第315条第1項、第316条第1項、第317条第1項、第318条第1項、第319条第1項、第320条第1項、第321条第1項、第322条第1項、第323条第1項、第324条第1項、第325条第1項、第326条第1項、第327条第1項、第328条第1項、第329条第1項、第330条第1項、第331条第1項、第332条第1項、第333条第1項、第334条第1項、第335条第1項、第336条第1項、第337条第1項、第338条第1項、第339条第1項、第340条第1項、第341条第1項、第342条第1項、第343条第1項、第344条第1項、第345条第1項、第346条第1項、第347条第1項、第348条第1項、第349条第1項、第350条第1項、第351条第1項、第352条第1項、第353条第1項、第354条第1項、第355条第1項、第356条第1項、第357条第1項、第358条第1項、第359条第1項、第360条第1項、第361条第1項、第362条第1項、第363条第1項、第364条第1項、第365条第1項、第366条第1項、第367条第1項、第368条第1項、第369条第1項、第370条第1項、第371条第1項、第372条第1項、第373条第1項、第374条第1項、第375条第1項、第376条第1項、第377条第1項、第378条第1項、第379条第1項、第380条第1項、第381条第1項、第382条第1項、第383条第1項、第384条第1項、第385条第1項、第386条第1項、第387条第1項、第388条第1項、第389条第1項、第390条第1項、第391条第1項、第392条第1項、第393条第1項、第394条第1項、第395条第1項、第396条第1項、第397条第1項、第398条第1項、第399条第1項、第400条第1項、第401条第1項、第402条第1項、第403条第1項、第404条第1項、第405条第1項、第406条第1項、第407条第1項、第408条第1項、第409条第1項、第410条第1項、第411条第1項、第412条第1項、第413条第1項、第414条第1項、第415条第1項、第416条第1項、第417条第1項、第418条第1項、第419条第1項、第420条第1項、第421条第1項、第422条第1項、第423条第1項、第424条第1項、第425条第1項、第426条第1項、第427条第1項、第428条第1項、第429条第1項、第430条第1項、第431条第1項、第432条第1項、第433条第1項、第434条第1項、第435条第1項、第436条第1項、第437条第1項、第438条第1項、第439条第1項、第440条第1項、第441条第1項、第442条第1項、第443条第1項、第444条第1項、第445条第1項、第446条第1項、第447条第1項、第448条第1項、第449条第1項、第450条第1項、第451条第1項、第452条第1項、第453条第1項、第454条第1項、第455条第1項、第456条第1項、第457条第1項、第458条第1項、第459条第1項、第460条第1項、第461条第1項、第462条第1項、第463条第1項、第464条第1項、第465条第1項、第466条第1項、第467条第1項、第468条第1項、第469条第1項、第470条第1項、第471条第1項、第472条第1項、第473条第1項、第474条第1項、第475条第1項、第476条第1項、第477条第1項、第478条第1項、第479条第1項、第480条第1項、第481条第1項、第482条第1項、第483条第1項、第484条第1項、第485条第1項、第486条第1項、第487条第1項、第488条第1項、第489条第1項、第490条第1項、第491条第1項、第492条第1項、第493条第1項、第494条第1項、第495条第1項、第496条第1項、第497条第1項、第498条第1項、第499条第1項、第500条第1項、第501条第1項、第502条第1項、第503条第1項、第504条第1項、第505条第1項、第506条第1項、第507条第1項、第508条第1項、第509条第1項、第510条第1項、第511条第1項、第512条第1項、第513条第1項、第514条第1項、第515条第1項、第516条第1項、第517条第1項、第518条第1項、第519条第1項、第520条第1項、第521条第1項、第522条第1項、第523条第1項、第524条第1項、第525条第1項、第526条第1項、第527条第1項、第528条第1項、第529条第1項、第530条第1項、第531条第1項、第532条第1項、第533条第1項、第534条第1項、第535条第1項、第536条第1項、第537条第1項、第538条第1項、第539条第1項、第540条第1項、第541条第1項、第542条第1項、第543条第1項、第544条第1項、第545条第1項、第546条第1項、第547条第1項、第548条第1項、第549条第1項、第550条第1項、第551条第1項、第552条第1項、第553条第1項、第554条第1項、第555条第1項、第556条第1項、第557条第1項、第558条第1項、第559条第1項、第560条第1項、第561条第1項、第562条第1項、第563条第1項、第564条第1項、第565条第1項、第566条第1項、第567条第1項、第568条第1項、第569条第1項、第570条第1項、第571条第1項、第572条第1項、第573条第1項、第574条第1項、第575条第1項、第576条第1項、第577条第1項、第578条第1項、第579条第1項、第580条第1項、第581条第1項、第582条第1項、第583条第1項、第584条第1項、第585条第1項、第586条第1項、第587条第1項、第588条第1項、第589条第1項、第590条第1項、第591条第1項、第592条第1項、第593条第1項、第594条第1項、第595条第1項、第596条第1項、第597条第1項、第598条第1項、第599条第1項、第600条第1項、第601条第1項、第602条第1項、第603条第1項、第604条第1項、第605条第1項、第606条第1項、第607条第1項、第608条第1項、第609条第1項、第610条第1項、第611条第1項、第612条第1項、第613条第1項、第614条第1項、第615条第1項、第616条第1項、第617条第1項、第618条第1項、第619条第1項、第620条第1項、第621条第1項、第622条第1項、第623条第1項、第624条第1項、第625条第1項、第626条第1項、第627条第1項、第628条第1項、第629条第1項、第630条第1項、第631条第1項、第632条第1項、第633条第1項、第634条第1項、第635条第1項、第636条第1項、第637条第1項、第638条第1項、第639条第1項、第640条第1項、第641条第1項、第642条第1項、第643条第1項、第644条第1項、第645条第1項、第646条第1項、第647条第1項、第648条第1項、第649条第1項、第650条第1項、第651条第1項、第652条第1項、第653条第1項、第654条第1項、第655条第1項、第656条第1項、第657条第1項、第658条第1項、第659条第1項、第660条第1項、第661条第1項、第662条第1項、第663条第1項、第664条第1項、第665条第1項、第666条第1項、第667条第1項、第668条第1項、第669条第1項、第670条第1項、第671条第1項、第672条第1項、第673条第1項、第674条第1項、第675条第1項、第676条第1項、第677条第1項、第678条第1項、第679条第1項、第680条第1項、第681条第1項、第682条第1項、第683条第1項、第684条第1項、第685条第1項、第686条第1項、第687条第1項、第688条第1項、第689条第1項、第690条第1項、第691条第1項、第692条第1項、第693条第1項、第694条第1項、第695条第1項、第696条第1項、第697条第1項、第698条第1項、第699条第1項、第700条第1項、第701条第1項、第702条第1項、第703条第1項、第704条第1項、第705条第1項、第706条第1項、第707条第1項、第708条第1項、第709条第1項、第710条第1項、第711条第1項、第712条第1項、第713条第1項、第714条第1項、第715条第1項、第716条第1項、第717条第1項、第718条第1項、第719条第1項、第720条第1項、第721条第1項、第722条第1項、第723条第1項、第724条第1項、第725条第1項、第726条第1項、第727条第1項、第728条第1項、第729条第1項、第730条第1項、第731条第1項、第732条第1項、第733条第1項、第734条第1項、第735条第1項、第736条第1項、第737条第1項、第738条第1項、第739条第1項、第740条第1項、第741条第1項、第742条第1項、第743条第1項、第744条第1項、第745条第1項、第746条第1項、第747条第1項、第748条第1項、第749条第1項、第750条第1項、第751条第1項、第752条第1項、第753条第1項、第754条第1項、第755条第1項、第756条第1項、第757条第1項、第758条第1項、第759条第1項、第760条第1項、第761条第1項、第762条第1項、第763条第1項、第764条第1項、第765条第1項、第766条第1項、第767条第1項、第768条第1項、第769条第1項、第770条第1項、第771条第1項、第772条第1項、第773条第1項、第774条第1項、第775条第1項、第776条第1項、第777条第1項、第778条第1項、第779条第1項、第780条第1項、第781条第1項、第782条第1項、第783条第1項、第784条第1項、第785条第1項、第786条第1項、第787条第1項、第788条第1項、第789条第1項、第790条第1項、第791条第1項、第792条第1項、第793条第1項、第794条第1項、第795条第1項、第796条第1項、第797条第1項、第798条第1項、第799条第1項、第800条第1項、第801条第1項、第802条第1項、第803条第1項、第804条第1項、第805条第1項、第806条第1項、第807条第1項、第808条第1項、第809条第1項、第810条第1項、第811条第1項、第812条第1項、第813条第1項、第814条第1項、第815条第1項、第816条第1項、第817条第1項、第818条第1項、第819条第1項、第820条第1項、第821条第1項、第822条第1項、第823条第1項、第824条第1項、第825条第1項、第826条第1項、第827条第1項、第828条第1項、第829条第1項、第830条第1項、第831条第1項、第832条第1項、第833条第1項、第834条第1項、第835条第1項、第836条第1項、第837条第1項、第838条第1項、第839条第1項、第840条第1項、第841条第1項、第842条第1項、第843条第1項、第844条第1項、第845条第1項、第846条第1項、第847条第1項、第848条第1項、第849条第1項、第850条第1項、第851条第1項、第852条第1項、第853条第1項、第854条第1項、第855条第1項、第856条第1項、第857条第1項、第858条第1項、第859条第1項、第860条第1項、第861条第1項、第862条第1項、第863条第1項、第864条第1項、第865条第1項、第866条第1項、第867条第1項、第868条第1項、第869条第1項、第870条第1項、第871条第1項、第872条第1項、第873条第1項、第874条第1項、第875条第1項、第876条第1項、第877条第1項、第878条第1項、第879条第1項、第880条第1項、第881条第1項、第882条第1項、第883条第1項、第884条第1項、第885条第1項、第886条第1項、第887条第1項、第888条第1項、第889条第1項、第890条第1項、第891条第1項、第892条第1項、第893条第1項、第894条第1項、第895条第1項、第896条第1項、第897条第1項、第898条第1項、第899条第1項、第900条第1項、第901条第1項、第902条第1項、第903条第1項、第904条第1項、第905条第1項、第906条第1項、第907条第1項、第908条第1項、第909条第1項、第910条第1項、第911条第1項、第912条第1項、第913条第1項、第914条第1項、第915条第1項、第916条第1項、第917条第1項、第918条第1項、第919条第1項、第920条第1項、第921条第1項、第922条第1項、第923条第1項、第924条第1項、第925条第1項、第926条第1項、第927条第1項、第928条第1項、第929条第1項、第930条第1項、第931条第1項、第932条第1項、第933条第1項、第934条第1項、第935条第1項、第936条第1項、第937条第1項、第938条第1項、第939条第1項、第940条第1項、第941条第1項、第942条第1項、第943条第1項、第944条第1項、第945条第1項、第946条第1項、第947条第1項、第948条第1項、第949条第1項、第950条第1項、第951条第1項、第952条第1項、第953条第1項、第954条第1項、第955条第1項、第956条第1項、第957条第1項、第958条第1項、第959条第1項、第960条第1項、第961条第1項、第962条第1項、第963条第1項、第964条第1項、第965条第1項、第966条第1項、第967条第1項、第968条第1項、第969条第1項、第970条第1項、第971条第1項、第972条第1項、第973条第1項、第974条第1項、第975条第1項、第976条第1項、第977条第1項、第978条第1項、第979条第1項、第980条第1項、第981条第1項、第982条第1項、第983条第1項、第984条第1項、第985条第1項、第986条第1項、第987条第1項、第988条第1項、第989条第1項、第990条第1項、第991条第1項、第992条第1項、第993条第1項、第994条第1項、第995条第1項、第996条第1項、第997条第1項、第998条第1項、第999条第1項、第1000条第1項、第1001条第1項、第1002条第1項、第1003条第1項、第1004条第1項、第1005条第1項、第1006条第1項、第1007条第1項、第1008条第1項、第1009条第1項、第1010条第1項、第1011条第1項、第1012条第1項、第1013条第1項、第1014条第1項、第1015条第1項、第1016条第1項、第1017条第1項、第1018条第1項、第1019条第1項、第1020条第1項、第1021条第1項、第1022条第1項、第1023条第1項、第1024条第1項、第1025条第1項、第1026条第1項、第1027条第1項、第1028条第1項、第1029条第1項、第1030条第1項、第1031条第1項、第1032条第1項、第1033条第1項、第1034条第1項、第1035条第1項、第1036条第1項、第1037条第1項、第1038条第1項、第1039条第1項、第1040条第1項、第1041条第1項、第1042条第1項、第1043条第1項、第1044条第1項、第1045条第1項、第1046条第1項、第1047条第1項、第1048条第1項、第1049条第1項、第1050条第1項、第1051条第1項、第1052条第1項、第1053条第1項、第1054条第1項、第1055条第1項、第1056条第1項、第1057条第1項、第1058条第1項、第1059条第1項、第1060条第1項、第1061条第1項、第1062条第1項、第1063条第1項、第1064条第1項、第1065条第1項、第1066条第1項、第1067条第1項、第1068条第1項、第1069条第1項、第1070条第1項、第1071条第1項、第1072条第1項、第1073条第1項、第1074条第1項、第1075条第1項、第1076条第1項、第1077条第1項、第1078条第1項、第1079条第1項、第1080条第1項、第1081条第1項、第1082条第1項、第1083条第1項、第1084条第1項、第1085条第1項、第1086条第1項、第1087条第1項、第1088条第1項、第1089条第1項、第1090条第1項、第1091条第1項、第1092条第1項、第1093条第1項、第1094条第1項、第1095条第1項、第1096条第1項、第1097条第1項、第1098条第1項、第1099条第1項、第1100条第1項、第1101条第1項、第11

診療所による新興感染症対策

- 平時では、多くの診療所は地域に根ざして診療活動を行っている。
- 新興感染症の発生・まん延時においても、住民・患者を守るため、感染症法等改正法に基づく協定締結医療機関として、あるいは、協定を締結しなくても地域の医療機関として、発熱外来や自宅療養者等の健康観察に参画する。
- また、新興感染症対応のワクチンが開発され、現場に供給された際には、個別の予防接種に積極的に取り組み、集団接種・職域接種等が行われる場合は協力を要する。
- ゾーニング困難や重症化リスクのある患者が多い等の理由で、自院では感染症患者や疑似症患者を受け入れることができない場合には、新興感染症以外の患者を受け持つことで、地域医療に対する役割を果たす。また、地域医師会等によるセンター方式での発熱外来に参加する。
- 保健所等が行う感染症の発生状況・動向の把握のための調査に協力する。
 - 検査採体採取、行政機関等への提出。研究事業への参画（症例経過等）
 - 発生届と同届に関する調査への対応



入院患者・重症者の現状



令和5年5月にも流行拡大（入院・重症化数の増加）が見られている

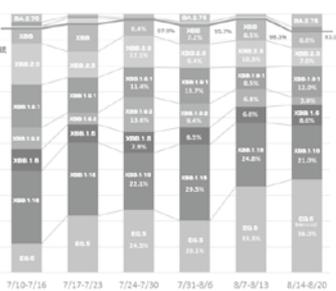
診療所による新興感染症対策への取り組み

日本医師会としての取り組み

- 特に発熱外来診療体制の拡充、自院の患者・従事者を守っていただくため、全国の都道府県医師会・郡市区医師会とともに、診療所の新興感染症対策に取り組む。
- 日本医師会として下記の取組を行う。
 - 診療所の医師や医療従事者等を主な対象とした研修の実施。
 - 都道府県医師会や郡市区医師会のため、モデルとなる研修（IMAT研修オプション研修（COVID-19編））を基に、診療所向けのプログラムを策定する）の実施
 - 事前学習のためのeラーニングシステム及び動画や教材等のコンテンツの提供
 - 研修機材の貸し出し（マネキン、フラクタイト等）、テキスト等の提供
 - 国から公表された最新の知見や対応方針等の迅速かつ正確な情報提供
 - 災害時相互協力協定を締結している日本環境感染学会・日本災害医学会と連携した新興感染症まん延時への拡大・強化（訓練、研修、新興感染症発生時の支援等）



東京都内の新興感染症発生状況について(ゲノム解析結果の推移 [週別] (令和5年7月7日))



- ◆近7日(7/19-7/25)の東京都のデータによると
 - ①EG.5*****35%
 - ②XBB.1.16****21%
 - ③XBB.1.9****12%
 - ④XBB.1.5****8%
 - ◆EG.5系統はXBB.1.9.2系統の亜系統
 - ◆WHO(8/30)によると、世界的にはXBB系統の亜系統が高率を占め、VOI(注目すべき変異株)であるEG.5系統(23.8%)、XBB.1.16系統(23%)が主流。
 - ◆BA.2.86系統(ピロラ)が、2023年7月にイスラエルと子ノマークから報告され、日本国内で19日7日に東京都で、BA.2.86.1系統が1件初めに確認された。

診療所による新興感染症対策への取り組み

デジタル的取り組み(研修)の推進

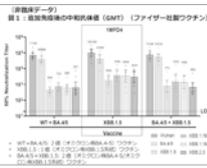
2023年7月30日に実施したIMAT研修オプション研修 (COVID-19編)



コロナワクチンの令和5年度接種について

9月20日より令和5年度秋追加接種を実施。

- 重症化予防を目的として、65歳以上の高齢者等の重症のリスクが高い者を接種の対象とし、その他の者についても接種機会を確保する。(生後6か月以上の希望する全ての方が接種可能)
- 用いるワクチン:オミクロンXBB.1.5対応1価ワクチンを基本とする。
- 公的関与・初回及び追加接種いずれも、65歳以上の高齢者等の重症化リスクが高い者へのみに適用する。
- 右図のとおり、当ワクチンを投与したマウスでは、オミクロン/値XBB系統(XBB.1.5、XBB.1.16、XBB.1.16.1、XBB.2.3)に対して中和抗体の阻害が認められた。
- PMDA及び厚生労働省は、薬事・食品衛生審議会提出資料において、ファイザー製の1価(オミクロン/値)系ワクチン等を、2価ワクチンと同様に初回・追加接種として承認して差し支えないと判断した。

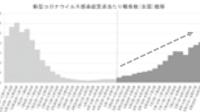


新型コロナウイルス感染症の感染状況について

8月4日時点

新型コロナウイルス感染症の重症の感染状況の評価等

9月3日時点(厚生労働省発表)定数報告



「新型コロナウイルス感染症による他疾患を含めた医療・医学に与えた影響の解明に向けた研究」：目的・対象・方法

研究目的

COVID-19感染の重症後遺症の疫学状況 (成人(成人、小児)、性別、両性併用、COVID-19ワクチン接種歴) 等について非感染者と比較した実地調査を行う

対象	大規模	小規模	副都庁	個人	小児
参加者数	201名(男101名/女100名) 年齢:18歳~95歳 平均年齢:51.9歳				

方法

- 縦断アンケート(オンライン調査および紙質調査)、小児は保護者が回答。
- 本研究における重症後遺症の定義は「感染後において、感染から3か月経過後時点、少なくとも2か月以上持続していた症状」とした。調査項目(International Severe Acute Respiratory and emerging Infection Consortium (ISARIC) のfollow up protocol)の項目を採用。
- ワクチン接種歴は、1価のみを調査。

(参考)9月3日時点(9月8日厚生労働省発表)定数報告 全国データ

区分	7/19-8/6	8/7-8/13	8/14-8/20	8/21-8/27	8/28-9/3
合計	15,817	14,111	17,084	19,011	20,303

主な結果① (詳細は参考資料参照)

重症後遺症の割合

- 今回の研究で、何らかの重症後遺症を有したと回答した割合は成人の方が小児より2~4倍高かった。
- 感染後において、感染から3か月経過後時点、少なくとも2か月以上持続した症状を有した割合は(80%) Type COVID-19 (confirmed) 非感染者と比較して高かった。
- 感染後重症後遺症を有した割合は、非感染者が何らかの症状を有した割合より2~3倍高かった。
- 感染時期(流行期)による比較
 - 重症後遺症を有した割合は、アルファ株・デルタ株流行期に比べ、オミクロン株流行期で高かった。
 - 成人の小児(18歳未満)の重症後遺症を有した割合は、アルファ株流行期(重症後遺症4.5%)、デルタ株流行期(重症後遺症4.5%)、オミクロン株流行期(重症後遺症4.5%)、オミクロン株流行期(重症後遺症4.5%)とほぼ同等であった。
- 感染期(COVID-19ワクチン接種歴)による比較
 - 重症後遺症を有した割合は、接種歴者と比べ、成人、小児とも感染期のワクチン接種歴者が高かった。

(参考) 新型コロナウイルス治療薬の概要

薬名	投与対象	現行薬価	1回標準あたり薬価
ラゲブリンカプセル200mg	・軽症～中等症！患者で 重症化リスクを有する患者 ・入院・死亡を30-50%減少	2,357.00円	94,312.00円
パキロビドパック600/300	・軽症～中等症！患者で 重症化リスクを有する患者 ・入院・死亡を89%減少	19,805.00円 (300: 12,538.00円)	99,027.00円 (300: 62,693.00円)
ソコバ(錠)125mg	・軽症～中等症！患者 ・5日以内の入院までの期間を 1日短縮	7,407.00円	51,851.00円
ペクルリー点滴静注用	軽症～重症患者、軽症患者に適用する 場合は重症化リスクを有する者	61,997.00円	247,988.00円*

* 軽症患者に対して標準的な投与期間で使用した場合

軽症		中等症！		中等症！！	重症
重症化リスク低	重症化リスク高	重症化リスク低	重症化リスク高		
ソコバ	ソコバ	ソコバ	ソコバ		
	ラゲブリン パキロビド		ラゲブリン パキロビド		
			ペクルリー(点滴)		

109

6. 高齢者施設等への支援

- 高齢者施設等への各種支援を実施する中で、新型コロナウイルス感染症の流行時はもとより、感染が落ち着いた状況においても、高齢者施設等における施設内療養が一定程度行われている。
- 今後の感染拡大において医療ひっ迫を避けることなども考慮し、施設内療養や、医療機関からの受入れを行う施設等への支援は、一部要件や金額等を見直しした上で継続する。

9月までの取扱い	10月以降の対応
感染者が発生した場合等の かかり直し経費の補助	➢ 新型コロナウイルス感染者への対応に係る業務手当てについて、1人あたりの補助 上限を4,000円/日とする。
施設内療養の補助 (療養の開始1万円/日、追加補 助1万円/日)	➢ 通常の補助及び追加補助の補助単価について、それぞれ1人あたり1万 円/日⇒5,000円/日に見直し。 ➢ 追加補助の要件であるクラスターの発生人数について、大規模施設は5 人以上⇒10人以上、小規模施設は2人以上⇒4人以上に見直し。
医療機関からコロナ回復患 者の受け入れの場合の追加 療養料補助(5,000円/日)を 数ヶ月前見直し)	➢ 算定可能日数を30日⇒14日に見直し。

110

ご静聴ありがとうございました



111

高木会長：終わりにあたりまして一言御礼を申し上げます。松本先生には大変お忙しい中貴重なご講演をいただきました。改めてありがとうございます。聞くところによりますと最近では日夜を問わずですね、来年の診療報酬改定に向けてもがいているということでございます。松本先生には今後ともご健康に留意されてですね、ご活躍を祈念いたしております。本日は誠にありがとうございました。

樋口先生：松本会長、高木会長ありがとうございました。

特別講演Ⅱ

11:00~11:50

「健康・医療ビッグデータの可能性：
岩木健康増進プロジェクトを
中心とした青森県での取り組み」

弘前大学学長特別補佐 中路 重之

座長／青森県医師会副会長 下田 肇

座 長



青森県医師会副会長

下田 肇

(しもだ はじめ)

それでは特別講演Ⅱでございます。健康・医療ビッグデータの可能性、岩木健康増進プロジェクトを中心とした青森県での取り組みについて、弘前大学学長特別補佐でいらっしゃいます中路重之先生にご講演を賜りたいと思います。先生のプロフィールについてはプログラムの16ページにございますのでご覧いただきたいと思います。現在中路先生は青森県の副会長、青森県の総合健診センターの理事長、健やか力推進センター長の仕事をなされております。では先生一つよろしく願いいたします。



「健康・医療ビッグデータの可能性：岩木健康増進プロジェクトを中心とした青森県での取り組み」

弘前大学学長特別補佐 **中路 重之**
(なかじ しげゆき)

私は日本一短い青森県の平均寿命を何とかできないものかという活動をしております。ただし多くの方から、「問題は、平均寿命じゃなくて健康寿命じゃないのか」と指摘されます。たしかにその通りだと思うのですが、厚労省から3年に一度公表される健康寿命は不確かなものを多く含んでおります。例えばある年秋田県の女性の健康寿命は、長い方から3位でした。ところが、3年後には35位になりました。一方、女性が3位だったその年の男性は35位だったのです。このような動きは統計的常識としてはあり得ないことだと思います。また、2020年の滋賀県の女性の平均寿命は全国2位だったのですが、一番新しい2019年には47位になっております。どうしてこういうことが起きるかという、計算方法に問題があるのです。計算方法は、国民生活基礎調査という国の調査の中のたった一つの質問で決められています。その質問は、「あなたは健康上の理由で日常生活に差し障りはありますか？」というものです。それに対する「はい」と「いいえ」の回答から健康寿命が計算されます。しかもこの調査が全国民に実施されているわけではなく、おそらく1%に満たないぐらいの数を調べています。もちろん寝たきりの人は回答できないわけですし、子供に対しても調査しません。そういったことを考えると現時点で、私自身は平均寿命が一番健康寿命を表しているのだと思っているのです。なぜなら、平均寿命は生まれた人と死亡した日から計算されますし、戸籍制度が進んだ我が国においてこの二つはほぼ確実に把握できることになるからです。そういうことで平均寿命を基盤に以下の話をさせていただきます。

健康・医療ビッグデータの可能性：岩木健康増進プロジェクトを中心とした青森県での取り組み

弘前大学 中路重之

まず強調しておきたいのは、平均寿命は、この60年間（平均寿命都道府県ランキングが公表された昭和60年から現在まで）でなんと、全国（青森を含めて）で13,4歳長くなっていることです。驚異的であります。この主な背景は医療の進歩です。例えば、大人の急性白血病。60年前は余命3ヵ月でしたが、今は半分の人が治る時代になりました。

医療の問題と言えば、青森県の場合は医師不足・偏在、病院の機能統合などです。その次に関係しているのがおそらく2次予防、つまり病気を早く見つける検（健）診です。しかし、残念ながらこの3年間新型コロナ感染でその受診率は大きく落ち込んでしまいました。そしてコロナが明けてからもなかなか回復しません。大きな問題です。加えて、正しい検（健）診を広く広めようということも大切だと思います。

次に健康づくり、一次予防（禁煙、節酒、運動など）ですね。病気にならないための予防ということです。体を動かしましょう、野菜食べましょうということです。しかし、これを浸透させるのが難しい。

そこでよく言われるのが0次予防、つまり社会環境（健康リーダー育成、健康経営、学校での健

康教育、市町村長による健康宣言など)の整備です。社会環境が整わないとその次の一次予防、ましてや2次予防、医療までも行けない。青森県ではここ15年ぐらい、0次予防、社会環境の整備を強力に推進してきました(柱を立ててきた)。

ところがです。0次予防が充実しても、なかなか一次予防までいかないのが現実です。一生懸命やればやるほど立ち尽くすことになります。例えば、健康経営認定制度で認定され、ホームページ載せました。じゃあ何やればいいのか?それが分からない。だからそこを何とかしようということで、今QOL健診というのをツールとして開発し、それを使って、積極的に現場に介入するようにしています。

社会を挙げた健康づくりは今お話しした通りですが、そのことを理解し、踏まえてもなかなか前進しないという悲しい現実があります。そこに必要なものは社会を動かす、産官学民連携・集結するためのプラットフォーム、そしてプラットフォームの“魅力”だと思います。私はその魅力こそがビッグデータであると信じて活動をしています。このことについては後半部分で触れさせていただきます。

男性				女性				
昭和40	昭和60	平成27	令和2年	昭和40	昭和60	平成27	令和2年	
1 東京 69.84 歳	沖縄 76.34	滋賀 81.78	滋賀 82.73	東京 74.70	沖縄 83.70	長野 87.67	岡山 88.29	
2 京都 69.18	長野 75.91	長野 81.75	長野 82.68	神奈川 74.08	鳥根 81.60	岡山 87.67	滋賀 88.26	
3 神奈川 69.05	福井 75.64	京都 81.40	奈良 82.40	静岡 74.07	熊本 81.47	鳥根 87.64	京都 88.25	
4 愛知 69.00	香川 75.61	奈良 81.36	京都 82.24	岡山 74.03	静岡 81.37	滋賀 87.57	長野 88.23	
	9位 長野 77位 滋賀	11位 滋賀	36位 沖縄	43位 沖縄	26位 長野 27位 滋賀	9位 長野 30位 滋賀	7位 沖縄	16位 沖縄
44 岩手 65.87	鹿児島 74.09	和歌山 79.94	岩手 80.64	青森 71.77	栃木 79.98	秋田 86.38	茨城 86.94	
45 秋田 65.39	高知 74.04	岩手 79.86	福岡 80.60	岩手 71.58	茨城 79.97	茨城 86.33	栃木 86.89	
46 青森 65.32	大阪 74.01	秋田 79.51	秋田 80.48	秋田 71.24	青森 79.90	栃木 86.24	福岡 86.81	
47 青森 73.05	青森 78.67	青森 79.27		秋田 79.84	青森 85.93	青森 86.33		

昭和40年から5年に一度公表されている都道府県平均寿命ランキングです。これまで12回発表されていますが、青森県は男女合計で一度も最下位を脱出したことはありません。今日本一の長寿県を滋賀県と長野県が争っております。この両県と青森県との平均寿命の差は、男性で約3.5年(歳)、女性で約2年(歳)、男女合計で2年

(歳)半です。この2歳半は人生最後の差ではありません、分かりやすく言えば青森県ではこれら2県に比べて15%くらいが過剰に死んでいることになります。若い人だけじゃなくお年寄りも含めての話です。かつての長寿県沖縄はその凋落が激しく、令和2年には、男性が43位、女性が16となっています。このランキングは今後も下降すると考えられます。

年代	青森県		長野県		沖縄県	
	死亡率	順位	死亡率	順位	死亡率	順位
0~4歳	45 (1.0倍)	9	44	7	62	29
5~9	0 (0倍)	1	7	9	12	31
10~14	3 (0.3倍)	2	12	32	10	26
15~19	42 (1.8倍)	44	24	19	36	37
20~24	92 (1.8倍)	46	51	20	51	18
25~29	59 (0.7倍)	21	79	37	62	24
30~34	58 (1.2倍)	14	48	4	64	21
35~39	109 (1.2倍)	45	92	29	119	47
40~44	153 (1.4倍)	44	109	5	158	45
45~49	267 (1.2倍)	46	214	31	252	45
50~54	447 (1.6倍)	47	276	4	439	46
55~59	691 (1.5倍)	47	460	7	638	45
60~64	1113 (1.5倍)	47	731	4	1037	45
65~69	1653 (1.6倍)	47	1053	2	1345	36
70~74	2631 (1.4倍)	47	1906	3	2141	28
75~79	4236 (1.5倍)	47	2894	1	3190	6
80~84	7074 (1.3倍)	47	5623	2	5517	1
85歳以上	15357 (1.1倍)	46	13580	3	13098	1

平均寿命の差が、最後の差じゃないというのはこの表を見れば分かります。これは男性のデータです。青森、長野、沖縄と並べてみました。5歳区切りの年代の死亡率(10万人あたりの死亡数)です。赤の数字は青森県が長野県の何倍の死亡率を示す数字です。そうしますと、40~44歳は1.4倍、45歳から5歳上がるたびに1.2倍、1.6倍、1.5倍、1.5倍、1.6倍、1.4倍となります。両県の男性の平均寿命の差は3.6歳ですが、3.5歳はこのくらいの大きな差があるということになります。長野と青森の医療レベルがそんなに違うのかというところはどうしてもそう思いません(データはないのですけど)。私は、それ以外のところで差がついたのだろうと思います。

40、50歳代(中年世代)の人達が沢山亡くなっているということは、健康寿命とあまり関係ない話だと思います(健康寿命が最も論じられるのは、高齢者が寝たきりになり、たくさん管を入れて尊厳に関係なく長生きさせられる場合が多いから)。中年世代の死亡率の高さは、それだけで大きな社会問題だと思います。この世代がどんな病気で亡くなっているかという、実は高齢者

と似ていてやはりメジャーの三大生活習慣病（がん、心疾患、脳卒中）です。

青森・長野・沖縄県の年齢調整死亡率ランキング
 (人口10万人当たり、平成27年、低い方からの順位)
 厚生労働省：平成27年都道府県別年齢調整死亡率より

	男性			女性		
	青森県	長野県	沖縄県	青森県	長野県	沖縄県
全死因	4.7	1	3.1	4.7	1	2.1
悪性新生物	4.7	1	6	4.7	2	2.6
心疾患	4.2	1.3	1.5	3.2	3	1.1
脳血管疾患	4.7	3.2	2.6	4.5	3.0	3
肺炎	4.7	1	8	4.4	1	1.3
不慮の事故	4.1	1.8	1.7	3.6	8	4
自殺	3.7	3.3	4.5	8	2.6	2.2
腎不全	4.7	5	1.5	4.5	4	2.6
肝疾患	4.0	3.4	4.7	3.5	5	4.7

これは、死因別の年齢調整死亡率の都道府県ランキングです。低い方からの順番になっています。青森県民は、実はどの病気でも死亡率が高いのです。長野県はだいたい死因の死亡率が低いのですが、やっぱり塩分摂取量が多いせいか脳卒中が多いようです。沖縄県は両県の間的位置にあります。

青森・長野・沖縄県の健康関連指標の比較

	青森県		長野県		沖縄県	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性
喫煙率(平成28年)	45	45	23	20	8	18
多量飲酒者率(平成13年)	47	40	5	15	46	42
食塩摂取量(平成28年)	39	43	44	46	1	1
野菜摂取量(平成28年)	5	5	1	1	39	25
肥満者率(平成28年)	42	41	39	19	34	44
胃がん検診受診率(平成28年)	17	19	8	18	34	16
健診受診率(平成25年)	37	32	5	5	42	25
歩数(平成28年)	22	42	31	22	38	39
スポーツする人の割合(平成28年)	47	47	17	16	11	26
保健師数(人口当たり)(平成28年)	27		1		20	
医師数(人口当たり)(平成28年)	41		30		22	
県民所得(1人当たり)(平成26年)	41		23		47	

※医師数以外の平成28年には熊本地震の影響で熊本県は含まない。

これは健康指標の都道府県ランキングです。良い方からの順番になっています。青森県はまんべんなく悪い。全国並みなのはがん検診受診率だけです。長野県では食塩摂取量が多いのですが他はだいたい良好な順位になっています。一番下に県民所得や医師の人口当たりの数が書いていますが長野もそんなにいいわけではありません。ということで、医療も含めて、もちろん経済も含めてこういった社会環境の総合力が平均寿命に関係しているのではないと思うわけです。

青森県民の平均寿命について

- ・日本一の短命県（トップ長野県と2歳半の差）
- ・どの年代でも死亡しやすい：特に40-60代（男性）
- ・どの病気でも死亡しやすい：特に3大生活習慣病（がん、脳卒中、心臓病）+自殺
- ・背景：生活習慣悪い（飲酒、喫煙、運動不足、塩分摂取過多など）、健診受診率が低い
病院受診が遅い、通院もわるい
- ・対策：もっと健康の知識（健康教養）をつける
県民全体の盛り上がりが必要

⇒大切なことはその仕組み作り（プラットフォームとソーシャルキャピタル）

今までのまとめです。日本一の短命県は青森なのですが、どの病気でもどの年代も死亡しやすい。これは青森県だけじゃなくて、日本人が長生きする理由もだいたいそうでもあります。その背景も大体分かっていまして、生活習慣が良くない、ほとんどワーストに近い数字です。それから検（健）診の受診率も低い。もっと言えば、病院に行くのが遅い。それから糖尿病患者の通院状況も悪いから人工透析患者が多い。こういった総合力が低いということです。

だからこれらを全部良くすると短命県脱出どころかかなり上位に行けるのではないかと思います。でも現実にはそれがうまくいかない。禁煙を推進するにはたばこの記事を新聞に載せればいいのかとよく言われます。しかし、たばこの記事を新聞に載せても喫煙者は絶対そこを読みません。スキップします。だからこれは社会全体の底上げというのが必要なのです。医療関係者だけでなく、医師会だけではなく、大学も含めていろんな人、産官学民が力を合わせる必要があるので。

本プロジェクトの基本理念と戦略

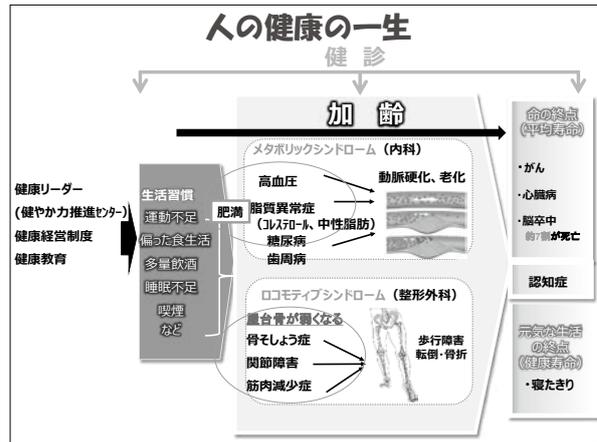
1. **健康づくりは単独では存在しない**：経済、少子化対策なども結びつくべき
2. **健康づくりは地方創生の中心テーマ**になるべき：大金を稼ぎ出す時代は終わった。良い町、住みよい町を作ることが今後の重要テーマに！
3. そのためには、**産官学民全部がステークホルダーになる（連携する、オープンイノベーション）** 必要あり→個々の火花では前進しない
4. そのためには**産官学民のInterestを理解し、対応**する必要あり
 ※各分野・組織のInterest
 ①企業（産）：利益
 ②自治体（官）：町づくり、医療費抑制
 ③大学・研究者（学）：研究
 ④市民（民）：健康
5. （幅広くかつ強固な）**健康オープンイノベーションプラットフォーム**が必要
 若木健康増進プロジェクトを中心としたリアルワールドデータの構築

今からちょうど10年前に文部科学省、JST（国立研究開発法人科学技術振興機構）からCOI（センターオブイノベーション）というものが採択されました。全国12拠点の中で弘前大が採択されました。企業を育てながら健康作りをやれというご命令でした。それまで私、健康づくりがお金儲けになるなんて考えたことなかったのです。これを機に、経済との連携はすごく大切なことだと思いはようになってきました。健康作りは単独では存在しえないといえますか、健康作りは面白くない雰囲気、金にならない、だからそそらないみたいなことがあってなんとかそれを打破したいと思うようになりました。つまり健康作りこそ地方創生のテーマになりたいのです。今までは医療でしたけれども、健康作りこそ経済効果を生む時代が来ているし、世の中づくりに役立つのじゃないかと。そこを前面に出していこうということをやっています。

そのためには産官学民が集まらなくてはいけない。ところが産官学民の連携は難しいものです。オープンイノベーションと言ったりしますが、これが非常に難しい。なぜ難しいかと言いますと、それは産官学民のinterest（benefit）が大きく違うからです。つまり、企業の目的は利益です。自治体は医療費を抑制して町づくり。大学の先生は悲しいかな研究です。市民はそんなものには興味がなく、自分の健康をまず考える。だからそれぞれが違う向きのベクトルを持っているからなかなか産官学民を一か所に集めるのが難しい。会議だけ開いても結局、既得権益とかヒエラルキーみたいなものがあってなかなか手を結んで同

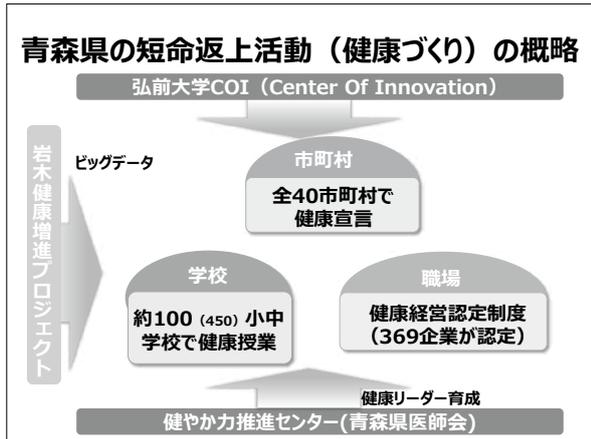
じ方向に進むということまでにはならない。よく見る風景です。

そこで今我々はこのプラットフォームに集ってもらうには何が一番魅力的なものなのかと考えました。結論、それはやはり（ビッグ）データではないかと。



ただ健康づくりの基本として大切なものがあります。その基本的なテキストとして使用しているのがスライドの「人間の健康の一生」です。学校とか一般の人の前でも使っております。

図では、左から右に年を取っていくのですが、2つの大きな流れがあります。1つは上のメタボ（内科の病気）です。下はロコモ（整形外科の病気）です。認知症もその流れで出てくると。歯周病もメタボみたいな悪さをする。こんなことを教えています。ただこのような理屈は教えられなくても実際行動に移すとなるとなかなか難しい。ということで先ほどの左の方に書いていますけども、0次予防というのはすごく大切だということも強調するようにしています。



青森県の短命県返上のための社会環境の整備（0次予防）をまとめたものです。

青森県で今までやってきたのはまず市町村です。40市町村すべてで首長の健康宣言をやっていただきました。首長が喫煙者の場合下の人間は動きにくくなります。首長がやるっていうと下の人間も動けるのです。どの組織もそうです。首長の健康宣言ですいぶん動きやすくなりました。

次に学校での健康授業の推進です。包括的かつ系統的な健康教育が残念ながら今は行われていません。

そして、企業での健康経営認定制度です。青森県では、健康経営事業場に認定されると、県のポイント、入札のポイントが5ポイントもらえます。ブレイクしました。

以上3つは日本一うまくいっていると思っています。

その他は、一番下に書いてある健やか力推進センターです。これは健康リーダー、要するに健康づくりの仲間を増やしていく組織です。青森県医師会の附属として作っていただき私がセンター長を拝命しております。医師会としては非常に画期的なことです。

それに弘前大学COI（センターオブイノベーション）が関わっています。

今こういった状況でやっています。ただし、まだまだです。なぜならまだ平均寿命の最下位脱出は実現していないからです。



これは市町村の健康宣言です。市町村長が集まっていた住民の前で健康づくりの約束をします。全40市町村で実現しました。



これは学校での健康授業です。小学校5年生にもなるとう大人以上に吸収力があります。加えて、子供たちが学校で覚えたことを家庭に持ち帰ってお父さんお母さんに伝えてくれます。こういった望外の副次効果があることが健康教育の意義をさらに大きくしました。



健康経営です。

次に職域は青森銀行、みちのく銀行という二大銀行に10年前に健康宣言をやっていただき、それからいろんなところで取り組まれるようになってきました。しかし、企業とすれば何からやればいいのか分からないというのが現実でございまして、そこをもう少しきめ細やかに指導していければいいなと思っております。

青森県医師会附属 健やか力推進センター(平成27年)



②健康づくりサポート
(各種研修、QOL健診。親子体操など)

①健康リーダー
(健やか隊員) 育成

健やか隊員育成風景 (健やか力推進センターによる)






健やか隊員 7,000人 誕生!

次に青森県医師会附属健やか力推進センターです。

スライドにありますように、齊藤前青森県医師会長と三村前県知事に健やか力推進センターを県医師会に作っていただきました。今まで7千人くらいの、健やか隊員、いわゆるリーダーを育て上げてきました。これが色んな所で今じわじわと効いてきています。何かをやる時に住民の人が動かないと意味がないというか、健康は天から降ってくるものでもなんでもありません。自分達がなんかやろうという気持ちを起こさせるというのがすごく大切なことだと思っております。

親子運動教室

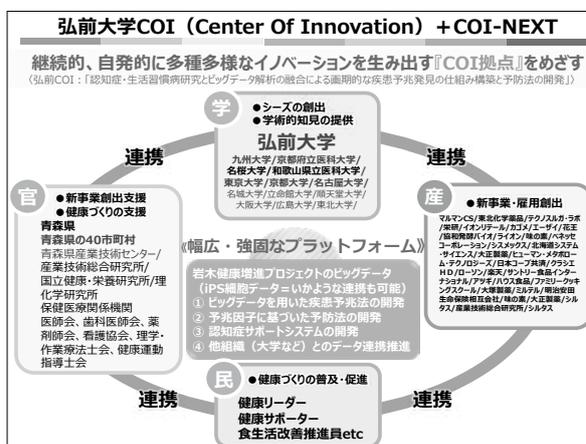


目的:

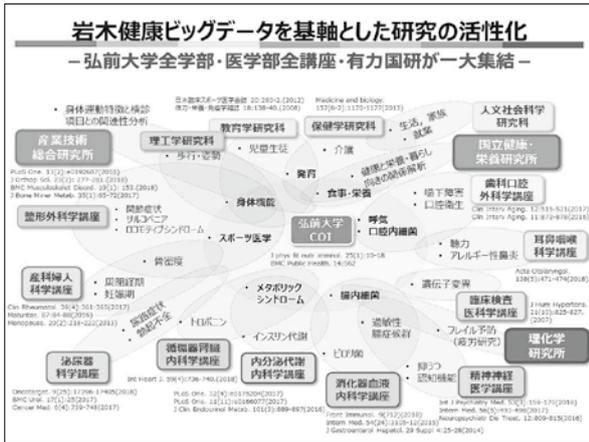
- ①幼児期から運動習慣をつける
- ②母親の体力増進・少子化対策
- ③育児ストレス解消

青森県保育連合会と連携してリーダー育成事業を実施

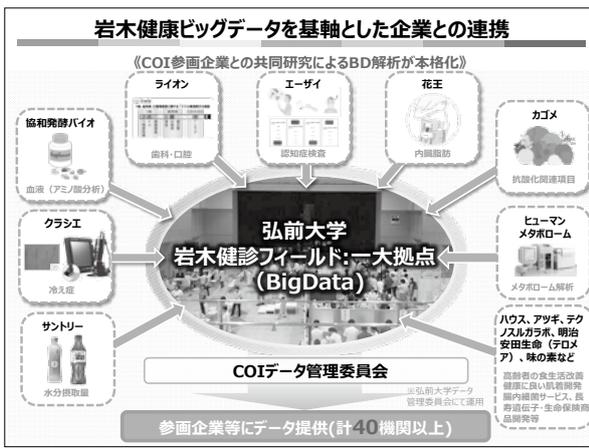
子供といえば小学校までなのですが、それ以前の就学前の子供、この子供達になんとか体を動かす習慣をつけさせたい。あるいは子供が小さい時期にはお母さんは全然動きませんから体力がかなり落ちています。何とかしたい。これは少子化対策にもつながる。ということで、とにかく健康作りのために親子体操とかやろうということで、ひろみちお兄さん(佐藤弘道氏)という方に来てやっていただいております。佐藤弘道氏はこの親子体操をテーマに弘前大学で医学博士の学位を取得しました。



ここからがデータ、ビッグデータの話です。COI (センターオブイノベーション) の仕組みです。弘前大学COIは産官学民が比較的がっちり連携しております。そのプラットフォームの「蜜」は何かというと、ビッグデータです。今50ぐらいの企業が集まって来て、共同研究講座として出資しているところが20ぐらいあり、大きな外部資金を獲得できるところまで来ました。やはり、ことを起こすにはある程度お金あるい



そういうことで、いろんな分野の研究者が来られるようになりました。沢山調べているので、いろんな科の先生が集まって来やすくなります。そしてある一定の要件さえ満足すれば、3,000項目は使っていいということにしております。そうすると一つ測定すると、いくつもの組み合わせの研究ができることになります。



企業もそうなのですがサントリーさんが水の研究したい、クラシエさんは冷え性をちゃんと科学的に調べたいとか各会社が自分達の目的で来ます。自分達で測定をしましてそして3,000項目とぶつけると、いろんな解析が出来て商品もできるといことになります。これらの各会社、あるいは各講座の人達が取ったデータも、そののちビッグデータに組入れるので、ビッグデータがどんどん大きくなっていくということになっていくわけです。

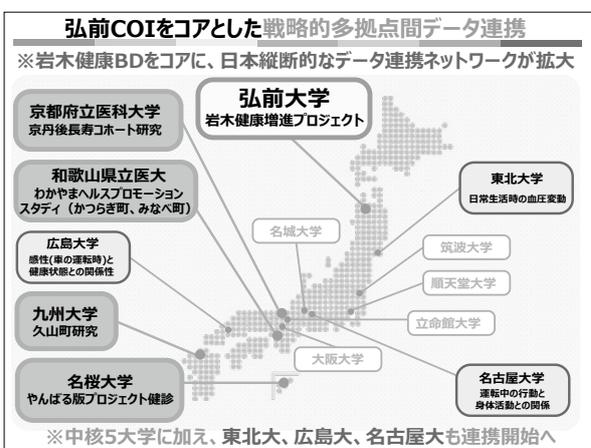
企業からの大型投資が本格化(共同研究講座)

※多くの企業研究員が大学に常駐し、強固な連携基盤(共同研究環境)を構築 2020年4月現在

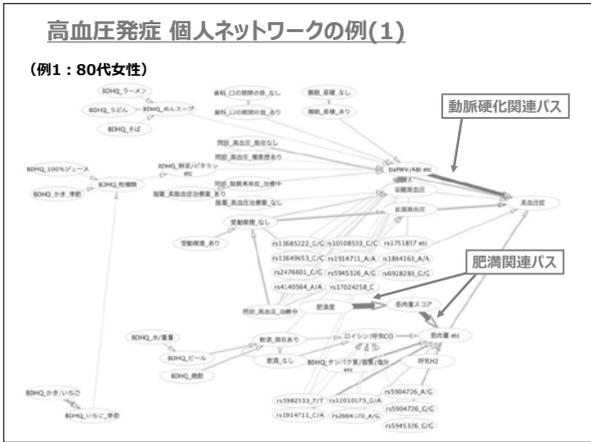
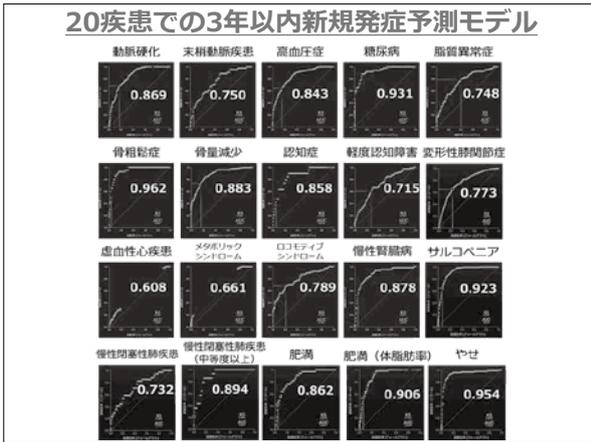
ION オールヘルスクラブ ライオン株式会社 2016年5月1日 - 2021年3月31日 産学連携の推進による「健康・生活・地域」の連携強化を図る。	アヲライフ プロテックシステム 株式会社 2016年12月1日 - 2022年11月30日 産学連携による「健康・生活・地域」の連携強化を図る。	Kracie QOL推進講座 クラシエヘルスケア株式会社 株式会社 2018年4月1日 - 2021年3月31日 「健康・生活・地域」の連携強化を図る。	アサヒ 産学連携講座 株式会社 2018年4月1日 - 2021年3月31日 「健康・生活・地域」の連携強化を図る。	オオムラ 産学連携講座 株式会社 2017年7月1日 - 2022年11月31日 「健康・生活・地域」の連携強化を図る。	オオムラ 産学連携講座 株式会社 2017年7月1日 - 2022年11月31日 「健康・生活・地域」の連携強化を図る。
アサヒ 産学連携講座 株式会社 2018年4月1日 - 2021年3月31日 「健康・生活・地域」の連携強化を図る。	アサヒ 産学連携講座 株式会社 2018年4月1日 - 2021年3月31日 「健康・生活・地域」の連携強化を図る。	アサヒ 産学連携講座 株式会社 2018年4月1日 - 2021年3月31日 「健康・生活・地域」の連携強化を図る。	アサヒ 産学連携講座 株式会社 2018年4月1日 - 2021年3月31日 「健康・生活・地域」の連携強化を図る。	アサヒ 産学連携講座 株式会社 2018年4月1日 - 2021年3月31日 「健康・生活・地域」の連携強化を図る。	アサヒ 産学連携講座 株式会社 2018年4月1日 - 2021年3月31日 「健康・生活・地域」の連携強化を図る。

※味の素が新設。上記の他にもH社・L社など参画企業(約40社)からの新規投資多数予定

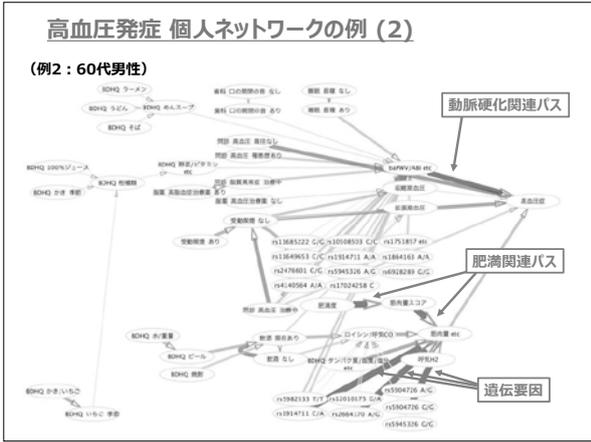
弘前のデータだけだと短命県の代表データだからあんまり役に立たないみたいなことを言われますので、全国に通用する、あるいは他所でも使ってもらえるようなデータベースにできないのかなと考えています。すぐには出来ないにしてもそういう動きをしていこうということで、他の大学(京都府立医大の京丹後研究、沖縄の名桜大学のやんばる健診など)とは一緒に組んでやっております。



これらのデータから、例えば20疾患の3年以内の発症予測を作っています。



これはAIを使ったビッグデータ解析なのですが、ある80歳の女性の高血圧の成り立ちを3000項目のバックグラウンドから解析したものです。一番色の濃いところが一番関係あることとなります。この人の高血圧には、肥満が関係し、動脈硬化も関係あるだろうということになります。これはまた別の60代の男性です。この人の高血圧は、また別の要素が背景にあります。結局その人のオーダーメイド的な保健指導が可能になるわけです。



このようにいろんな人、バックグラウンドが異なる人が集まって様々な角度から解析が出来ます。今我々が考えているのはライフログのデータ（今いろんなところで取れるようになりました）、福祉のデータ、介護のデータ（もう実際集めています）、これらをリアルワールドデータとして全部集めることです。集めるだけじゃなく集めて結ぶ。集まった雑多のデータの中で個人のデータを紐づけていくということです。今次世代医療基盤法で健診・医療データを収集しています。そして、それらのデータを、政府が認可した機関で紐づけをする。法律上紐づけが出来るようになりますので、我々も岩木の人達にインフォームドコンセントを取りながら、データを紐づいていき、やがては役に立つものとして各自に渡せるようなPHR（パーソナルヘルスレコード）作成に向けた作業をしています。

PHR以外にもビッグデータの可能性はまだあります。

まず、組み合わせの妙です。例えば、腸内細菌と口腔内細菌の関係があるのかないのか。この二つを同時に測定したデータなんて存在しません。

それから尺の長い解析といいますか、岩木のデータだけだと、分かるものは、煙草を吸えば肺がんになりやすくなるぐらいまでは分かりますが、そこで終わりです。我々が知りたいのはそのあと医療費がどうなのだとか、それから生き甲斐はどうなのだとかQOLにどう影響するかというところまで本当は解析したいのです。

先ほど説明したPHRもそうです。我々としては通常の医療を中心としたPHRだけではなくて、健康分野やウエルビーイングをも包括した、生涯PHR（赤ちゃんから寝たきりまで）を作ろうと意気込んでいます。

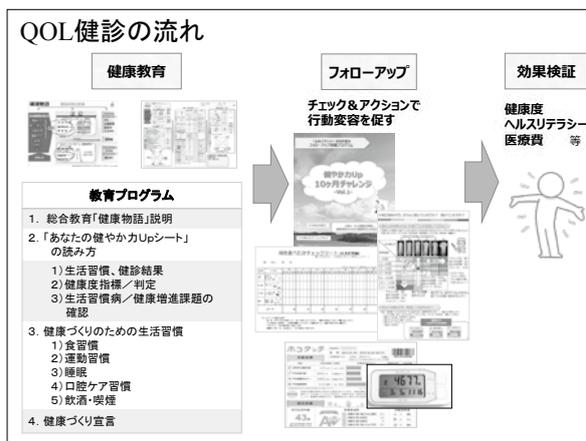
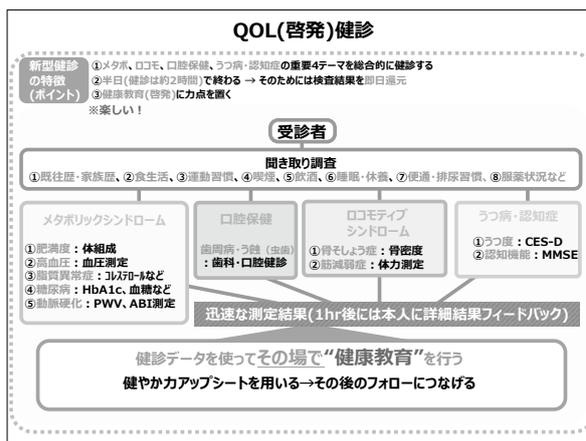
そのためにはいくつもの大きな壁が勿論あります。でも考えてみれば、あと30年、40年したらそういうのはもう確実に来ると思います。もう止められない。止められなかったら早く手をつけて、経験値を積んでいた方がむしろいいのではないかなと思うわけです。ただしそれはある種の危ない面もあるので注意深く行うことはもちろんです

が、できるだけ結果が出たら社会に返す（フィードバック）というか、発表していこうと考えています。時間はかかりますが。

それからもう一つはこのビッグデータのプラットフォームには多種多様な人材組織が結集できるということです。そうすると、研究の発展性、多様性が生まれてくる。逆に言えば悪用されるという危ない面もあります。ですから、そこは大いなる慎重さが求められます。

コホート研究には一部の専門家が集まっているだけです。ところがこの岩木のデータにはあらゆる人が集まってくれます。あらゆる人が集まってくれた時に何が生じるのか、悪いことも良いことも生じると思いますが、いずれや理科系の人間も文科系の人間もあるいはそうじゃない人達も集まって、何か新しい研究的なスタイルが出来てくる。それにまた様々な人材や組織が集まって来る。その「蜜」こそがビッグデータじゃないかと思えます。

ビッグデータには、その他予想外の大きな可能性、爆発的な可能性があるのではないかと思います。病気のことだけじゃなくて、健康の事、それからリテラシーのところまで本人が役に立つようなものも含まれます。でも逆にそういう時代が到来した時に、日本にはそれに対応できるリアルワールドデータがなかった場合（まだないですし、当分存在しない可能性もあります）、アメリカ、GAFが来て、乗っ取られてしまうというのでは困った話です。ですから、我々こそがいち早くデータ収集に手を付けていかなくちゃいけないと意気込んでいるのです。



先程、0次予防と一次予防の橋渡しとしてQOL健診をやっていると申しました。このQOL健診というのは健診と名前はついていますが、教育、啓発のためのものです。啓発型健診といってもいいと思います。通常の健診のデータはそのまま持って来てもらいます。それから口腔、ロコモ、それから心（今のところうつ度）を調べます。1時間で結果を出してその場で結果表を手渡してその場で勉強していただくということをやっております。



今のところ以下のような測定項目がございます。

これはインピーダンス法という、電気を流して、そしてお腹の中、内臓脂肪を測定する機器です。

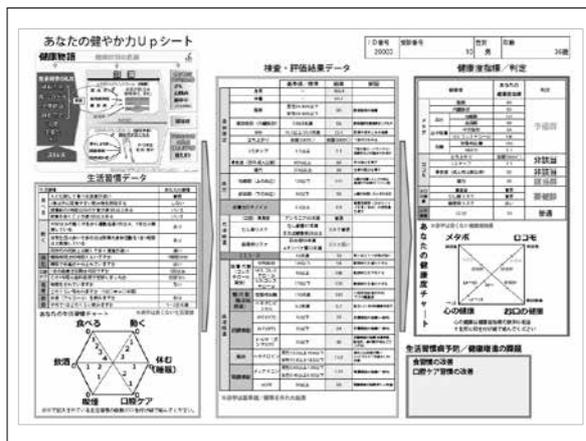
これは今ブレイクしているのですが、LEDの光が掌に当たりまして皮膚の中のカロテノイドの量を測定するという機器です。これは岩木健康増進プロジェクトで検証して、カロテノイドの実測値とかなり相関するという確証を得ております。それから口腔なのですが、真水4ccを口に含んで10秒間すすぎます。それをベッと出してテストテープで6項目を調べる。ペーハー、アンモニア、細菌の数などなど。主に歯周病を評価するために行います。

それとナトカリ計をタニタさんが出しております。要するに食塩の摂取量の評価はなかなか難しいのですが、ナトカリ計は東北大学でいい結果を出しておりますので、採用しています。

次に骨密度、体組成です。体重だけじゃなくて体の中の脂肪と筋肉の量を測定する。

それからロコモのテストをやる。立ち上がりテスト、ツーステップテストです。握力も調べたりします。

ツーステップテストとは、最大2歩歩いてその距離が身長1.3倍あるかどうか、これがロコモの診断基準になっています。立ち上がりテストというのは、10センチ、20センチ、30センチ、40センチの台で、一番高い40センチの台を片足で立ち上がることができたら一応合格となります。受ける立場からすると、我々の頭の中はもう30年前の自分ですが現実には目の前にあるわけで、ものすごく悔しがります。ただ2、3ヵ月したら、スクワットやって二階級特進した人もいます。そこで大きな拍手が沸き上がります。楽しい健診です。



以上約10項目で1人1時間かかりません。1時間内にこのデータを記載した結果表が本人の手に渡ります。

この結果表では、左の方には特定健診の聞き取りがあります。チャートが出ます。真ん中が各個人のデータです。下の半分が内科の健診結果で、これは持ってきてもらいます。真ん中の上半分が測定データです。そして、右はまとめです。ここにメタボ、ロコモ、心、お口のデータのまとめ的なものが出て、その下にチャートが出てきます。そして右下には最終的な診断が出てくる。

QOL健診が終わった後もチラシとか渡します。今月は歯磨きかたをやりましょう。今月は野菜の食べ方を勉強しましょうということやる。そして、1年たったらもう一回QOL健診をやり前年度と比較する。

QOL健診は病気を見つけるための検査でもありますが、病気を見つけるというよりも毎日の生活レベル、QOLレベルの健康状態、生活状態を知る、自分で知らしめるというのがミソです。ここにある野菜の摂取量（皮膚の中のカロテノイド量の推定）は0から12まで出てくるのですが、測定しますと0回目は皆上がってきます。ということは本人の心に届いているのだと思います。今まで野菜の摂取量がどうのこうのと栄養士さんがいろいろ言っても漠然としてなかなか自分ごと化できなかったのです。自分がどのくらい食べているか、ピンとこない。でもこれは数字で出ますから心に響きます。

今のところ以上のラインナップです。これからはデジタルの進歩により新しい機器が出てくるだ

ろうと思います。そのすごい機器が出てきたときにそれを岩木のプロジェクで検証してさらにここに導入します。そこにはお金が発生します。やはりお金にもなる健康づくりというものを目指したいです。



今、国際援助のJICAさんの方で草の根支援をいただきまして、ベトナムのハノイ市の隣町のハイフォン市の日系企業でQOL健診をやらせていただきました。働いている人達は皆ベトナムの人です。この健診は楽しいです。

代になったことです。健康・医療だけじゃなくて、医療の周りのデータも集めます。リアルワールドデータです。他の大学のデータとかQOL健診のデータとか。それから次世代医療基盤法で得られる健診・医療とかです。

ビッグデータが「密」(魅力)となっていていろんなものが集まってくる。これが人のプラットフォームとなって両輪となって稼働する。そして最終的にはデジタルツイン、ようするにデータを使ったいろんな取り組みをやっていけるようになります。この効果(枝葉)は非常に大きいので、いくつものSDGs達成に貢献できるのではと考えております。

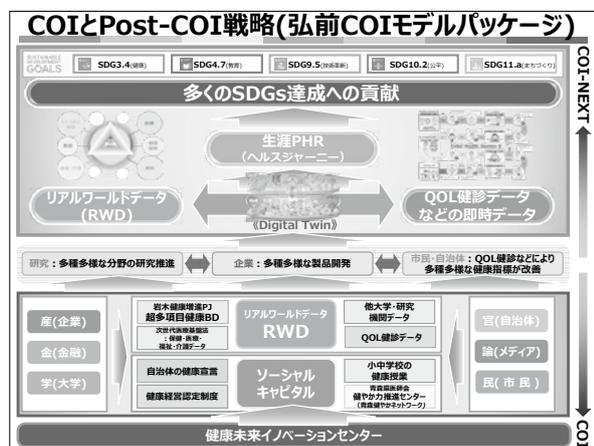
このデータはまだまだこれから充実させていかななくちゃいけないのですが、今京都大学とうちと一緒にこのデータベースを構築して管理しております。このことがもっと充実していくことによって、それが短命県返上とつながっていけばいいと思います。

最終的には、もう少しデータベースを大きくして、このデータプラットフォームが例えば鹿児島でも使えるようになりたい。そうすると、もう一つの柱である人のプラットフォームが作りやすくなります。人のプラットフォームだけ作るってなかなか難しいのです。そうすると全国展開、世界展開が見えてきます。

健康づくりは、0次予防から1次予防、2次予防、医療と進んでいきますが、医師会の場合にはどうしても医療が中心の視点になると思います。ただしどの県の医師会の皆さんも県の健康づくりの会議には出ておられるし、0次予防にも関係しています。ようするにこれら全部に網を張ることができるのが医師会の良さだと思います。医療に重点を置きながらも全体を俯瞰してそれに対してリーダーシップを取っていくという医師会の姿こそが医師会員を増やすといった医師会の魅力にもつながってくるし、若い人を引き付けるものにもなる、と私は信じております。

有難うございました。

下田先生：中路先生どうもありがとうございます



まとめです。

今、弘前大学のCOI含めて青森県全体の健康づくりを考えたときに、やっぱりソーシャルキャピタルとデータが大切です。つまり、データのプラットフォームと人のプラットフォームです。人のプラットフォームとは、例えば自治体の健康宣言とか健康経営認定制度とか小中学校の健康授業とか、それから人を育てるといことです。それからもう一つはなんといってもデータが取れる時

す。中路先生には先生のこれまでの研究と実践を、青森県短命県返上についてのお話をいただきました。弘前大学のCOIモデルの今後の在り方と、ビッグデータの可能性について、非常に大きな構想を聞かせていただきました。本当にありがとうございます。先生にはますますご健康でご活躍を祈念申し上げます。本当にありがとうございました。

報 告

11:50~12:05

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 通した医師会組織強化～」

日本医師会勤務医委員会委員長 渡辺 憲



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組織強化～」

日本医師会勤務医委員会委員長 **渡辺 憲**
(わたなべ けん)

皆さんこんにちは。ただ今ご紹介いただきました日本医師会勤務医委員会委員長の渡辺でございます。どうぞよろしく願いいたします。今期の日本医師会勤務医委員会における2年目の途中ですが、本日、活動の概要を報告させていただき、全国の勤務医の先生方と情報を共有しながら活動をさらにしっかり進めてまいりたいと思います。早速話をさせていただきます。

これは日本医師会における勤務医の会員比率の推移です。冒頭に松本会長が指摘されましたが、勤務医は既に日本医師会会員数の過半数を占めております。また、全国47都道府県医師会におきましては、会員における勤務医比率が50%を超えている都道府県が38、そのうち同比率が60%を超えている道県が15ございます。一方、日本医師会の組織率、すなわち、日本国内の全医師に対する日本医師会会員の比率でございますが、スライドをご覧くださいます通り、年々、下がり続けておりました。この要因として、毎年、医師国家試験に合格して医師が9,000人以上誕生しますが、彼ら彼女らを含む若い医師がなかなか医師会に入会しない現状が背景に指摘されてきました。このままですと、日本医師会の組織率が50%を切る事態も想定され、日本医師会が全医師を代表する職能団体としての立場が弱くなることを、松本会長も繰り返し危惧しておられました。この課題に対処するため、従来からの初期臨床研修医の2年間の会費免除（減免）に加え、今年からは、会費免除（減免）期間が医学部卒業後5年間まで延長され、さらに、多くの都道府県医師会、郡市区等医師会も日本医師会にならって減免の対応をしていただき、全国において若手医師の医師会入会促進の取り組みが進められています。日本医師会が現在取り組んでいる大きなテーマは、「組織強化」です。これは、勤務医の大きな課題でもあり、勤務

医・開業医ともに協働して取り組むべき、私たちの重要な課題と認識しております。

次に、日本医師会の勤務医委員会の位置づけについてご説明いたします。日本医師会には現在46の会内委員会があります。この中の一つが勤務医委員会ですが、勤務医委員会が設立されたのが1983年の5月であり、本日が2023年の10月ですので、ちょうど勤務医委員会が設立されて40周年にあたります。また、スライド右下に勤務医委員会に関連して、日本医師会の勤務医委員会の設立に2年先立つ1981年2月に、第1回全国医師会勤務医部会協議会が福岡で開催されたことを記載しております。今回の第43回協議会は、青森県医師会高木会長のもと青森で開催されますが、次回ご担当いただきます福岡県医師会（蓮澤会長）におかれましては、第1回大会から44年目、また、前回の第18回（1997年10月）大会から27年周年目に福岡で開催される大会ということになります。

日本医師会の会内委員会としてちょうど40年前に設立された勤務医委員会を緑で示しています。それ以前に設立された委員会が21ありますが、現在の46委員会の中では比較的早く設立され活動を続けている委員会という位置づけになろうかと思えます。こちらは、今期（令和4年度・5年度）の日本医師会勤務医委員会の委員の名簿です。12名の委員で構成されております。この中に緑字で表示されているのが、全国8医師会ブロックの推薦委員です。全国の都道府県医師会は8つのブロックに分けられておりますが、そのうち東京ブロックからは落合副委員長が、さらに、九州ブロックからは一宮先生、関東甲信越ブロックからは長田先生、近畿ブロックからは杉本先生、中部ブロックからは南里先生、北海道ブロックからは長谷部先生、東北ブロックからは本日の司会をお務めの樋口先生、中国・四国ブロックからは若林

先生が委員として参加して頂いております。その他、宮田先生、白石先生、金丸先生および私の4名は、会長推薦委員です。以上の各ブロック推薦委員の先生方は、後ほど述べますが、大変精力的に活動しておられ、ブロックでの議論の活性化の役割を担っていただいています。日本医師会の役員としては、今日お見えの今村常任理事が主担当、それから神村常任理事も本日お越しいただいております。

勤務医委員会の役割とは5つございます。まず、今期の会長諮問「医師会組織強化と勤務医」について2年間議論を行って答申を行うのが第一の役割です。これにつきましては、後ほど議論の流れをご説明いたします。続いて、本日開催されております全国医師会勤務医部会連絡協議会のプログラム等への助言を行うのが二つ目の役割です。本協議会は、令和2年度京都で開催予定でしたが、コロナ禍で中止となり、令和3年度に、引き続き京都府医師会ご担当でWEBにて開催。令和4年度は愛知県でハイブリッドにて開催され、今年度は、本日、ここ青森でフル参集にて行われています。ちなみに、来年度（令和6年度）は福岡県医師会が担当され、その次（令和7年度）も内定しております。岩手県医師会にお願いすることになっております。

三つ目の役割といたしまして、毎年5月に開催される都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会の企画、立案を行い、運営をいたしております。昨年度、今年度ともにWEBで実施されました。四つ目といたしまして、日医ニュースの勤務医のページの企画・立案です。先生方もよくご覧いただいていると存じますが、日医ニュース毎月20日号の最終ページに「勤務医のページ」がございます。メインの記事には勤務医を取り巻くさまざまな喫緊の課題につき、全国でご活躍中の勤務医の先生を当委員会から推薦の上、論説を執筆していただいております。加えて、各地域で活躍中の勤務医の先生方の主張を掲載するコラム「勤務医のひろば」を運営し、幅広い情報発信の場としております。その他、五つ目の役割として、勤務医に関わる喫緊の諸課題について、会長諮問への答申

の議論と並行して、本委員会の中でしっかり議論しております。

次に、今期の答申に向けて現在議論しております内容の骨子を説明させていただきます。まず、医師会の組織強化の中で、若い先生方に広く医師会に参画していただくことが重要で、これは数だけ増やすのではなくて、参加の質を高めることが重要と考えており、充実した参画状況がその後の会員継続のための重要な鍵となると考えております。そのためには、医師会の諸会議ならびに勤務医委員会の委員構成をできるだけ多様化し、様々な立場の方が参画し、会務に関わる役割を果たしていただくことが重要ではないかと思っております。また、医療制度の近年の変革の中で、新専門医制度も創設されておりますが、専門医取得は若い医師にとって大きな関心事であります。これに関連した医師の研修、キャリア形成に医師会として積極的に関与すべきではないかということを議論しております。さらに、医師会組織強化を目指す中で、医師会未入会の若手、中堅医師にどのように関係づくりを行っているか、医師会に参画してもらうかも重要な課題です。大学医師会は、ほとんどの都道府県にあると思っておりますが、これら大学医師会組織といかに連携していくかについても重要な課題として議論を続けております。さらに本日のシンポジウムのテーマにもなっておりますが、「医師の働き方改革」に対してしっかり積極的に関与すること、医療機関における時間外勤務上限規制に向けた医師会からの医療機関並びに勤務医の支援が重要であること、さらに、これらに関連してメンター制度など勤務医への個別支援に係る取り組みについての好事例を紹介して横展開してはどうか等を議論しております。戻りますが、先ほど医師会未入会の若手、中堅医師の議論に関連し、学生の頃から継続してアプローチすることが重要ではないかということも議論して答申にまとめたいと思っております。さらに医師会は三層構造で成り立っており、これを変えることは難しい事ではありますが、三層構造ならびにその会費のあり方も議論を避けて通れないのではないかと思います。今年度始まりました卒後5年間の医師会費

減免措置が、6年目の医師の行動にどのようなつながるかも重要な課題です。研修医の2年間の医師会費無料化に際しては、3年目に多くが退会していた過去の状況に鑑み、6年日以降、入会した会員の若手医師を医師会活動に継続的に参画してもらうか、5年間の会費減免の効果を最大に高めるためにどうしたらいいのかなどについて、答申の中に組み込みたいと考えております。

冒頭で述べましたが、勤務医委員会は全国8医師会ブロックから推薦された委員を中心に構成されておりますが、これら8医師会ブロックにおいて、地域性を踏まえた活動を活性化することが重要ではないかと考えております。この点が今期の勤務医委員会において力を入れて議論しているテーマでもあります。さらに、勤務医が医師会会員として、医師会の活動を通していかに自己有力化を図っていくか、また、先ほど中路先生の話にSDGs（持続可能な開発目標）という言葉もありましたが、医師会員の活動の質を高め、それを継続させることが、今後の重要な課題であります。そのためには都道府県医師会、群市区医師会の勤務医部会・委員会活動を更に活性化することが大切で、部会・委員会さらには小委員会等の設置に際して、今まで、病院管理職、中間管理職の方々が中心であったと考えますが、若手医師、女性医師に加わっていただくなど委員の構成に多様な立場が反映される工夫を行い、その参画が積極的に促進できるような取り組みを目指します。これらについて、全国における好事例を紹介しつつ、情報を発信し、取り組みの横展開を図るべきと考えております。さらに、若手医師の活躍の延長として、リーダー的に活躍できる方を積極的に医師会の役員、委員会委員など、医師会活動のさまざまな会務に参画を求めながら、次世代の若手医師に様々なメッセージを伝え、活躍の様子を見てもらうということも重要な課題と考えております。そのためにも、勤務医の医師会活動について、病院自体が支援する体制づくりが必要で、それまでは多忙でなかなか病院の勤務以外に時間の余裕が持てなかった状況を変え、まさしく病院と協力して勤務医が医師会活動にしっかり参画できるような

体制づくりについて、積極的に情報提供および横展開を目指したいと考えております。

以上のとおり、今回の答申の中で重要なポイントをいくつかピックアップいたしました。勤務医の医師会活動への参画、さらに、参画して積極的に議論を深めることが、地域、都道府県、あるいは国における医療政策に少しずつ繋がっていくことを勤務医に実感してもらうことが重要ではないかと考えております。新型コロナウイルス感染症への地域医療についても、地域の意見が医療政策に大いに反映されたように思いますし、働き方改革についても、勤務医、病院双方にとって大変大きな変革でもありますので、このような機会に様々な地域の課題、あるいは目指すものを政策に繋げていく好機でもあろうかと思っております。構成員を多様化するというのは、是非、必要なことだと思っております。さらに、これらの議論を医療政策に具体的に繋げるために、都道府県および郡市区医師会の勤務医部会・委員会の提言を医師会全体の会務にいかんにか反映できるかが重要で、既存の勤務医部会・委員会の議論をしっかりと、医師会全体の医療政策に繋げていくプロセスの再確認が必要です。このプロセスの一環として、都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会が毎年5月に開催され、また、本日の全国医師会勤務医部会連絡協議会も、全国における勤務部会・委員会活動の相互交流を通して、日本医師会、都道府県医師会、郡市区等医師会の医療政策につなげていこうという趣旨で開催されております。本日、このようにお招きいただき、お話しさせていただくことに感謝申し上げます。

さて、今期勤務医委員会で力を入れておりますことは、冒頭でもお話ししましたが、全国の8医師会ブロックと双方向性をもった協議を行なって、勤務医に係る諸課題への議論の活性化を図っていくことです。勤務医を取り巻く課題は、全国それぞれ地域によって異なると思いますので、これらを全国8医師会ブロックにおいて情報共有をしっかりと行ない、さらに、しっかり議論を深めること、これらを都道府県医師会、郡市区等医師会に持ち帰って会議にフィードバックしていただ

くことともに、一方では、日本医師会の勤務医委員会、理事会、代議員会等の様々な日本医師会の議論の場で提言を行い、これらを日本医師会の医療政策に繋げていく双方向性も期待され、都道府県および郡市区等医師会に対しても日本医師会に対してもしっかりと意見を集約し伝える要（かなめ）の役割を果たせるのではないかと考えています。また、私たち日本医師会勤務医委員会は、以上の大きな医療変革が求められている時代において、変化の触媒のような役割を果たせると良いと思っております。ただし、全国の8医師会ブロックにおきまして、勤務医部会・委員会の設立が進んでいるところとそうでないところがあります。もちろん、未設置のブロックにおいても勤務医に係る課題を様々な協議の場で取り扱っていただいていることは存じております。昨今の勤務医を取り巻く喫緊の諸課題は、医師会にとっても、国民にとっても大きなテーマとなっておりますので、これらを継続的にしっかりと議論するには、全国各医師会ブロックにおける常設の勤務医部会・委員会が必要ではないかと考えております。図に本日現在の全国8医師会ブロックにおける勤務医部会または委員会の設立状況をお示しします。全国8ブロックの中で、最も早く勤務医部会が設立されたのは北海道ブロックです。北海道ブロックは、もともと北海道医師会と一体ですので、北海道医師会において勤務医部会が設置された昭和61年がブロックにおける勤務医部会の設立となります。加えて、同医師会では、勤務医部会のもとに若手医師専門委員会という大変先見性のある委員会を平成29年9月に設立しておられ、若手勤務医の活発な医師会活動が展開されています。次いで少し時間が空きますが、私も所属しております中国四国ブロックにおいても令和元年9月に常設の勤務医委員会が設置され、現在、当勤務医委員会委員でもあります若林先生が、中国四国ブロックの勤務医委員会委員長として精力的に活躍しておられます。その他、次期の全国の協議会を担当していただきます福岡県医師会（蓮澤会長）の地元、九州ブロックにおいて、勤務医委員会の設置が決定されたとお聞きしております。

さらに、本日の協議会をお世話いただいております青森県医師会（高木会長）の地元、東北ブロックにおいても、設置の方向で検討がなされているとのことです。その他のブロックにおいても、様々な形で設置の方向が模索されているとお聞きしています。

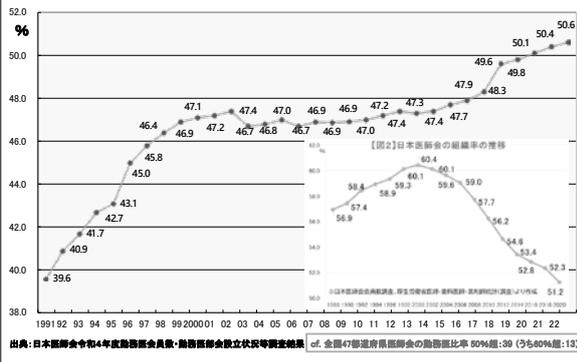
それでは時間が参りましたので、最後に、日本医師会の勤務医のページをいくつかご紹介して終わりたいと存じます。これは2年前に京都でWEB開催されました全国医師会勤務医部会連絡協議会の概要を上田朋宏先生に、また、昨年度、名古屋で開催されました同協議会の概要を浦田士郎先生に報告いただいた記事です。こちらは、本日の午後、シンポジウムでご発表予定の八戸市立病院CEOの今明秀先生が「ドクターヘリ全国配備」というテーマで報告をしていただきました記事です。さらに、電子カルテのハッキング事例を通じた医療機関におけるサイバーセキュリティー対策について等、全国でご活躍のオピニオンリーダー的先生方に執筆をお願いし、勤務医を取り巻く喫緊の課題について、情報共有を図っています。

これが最後のスライドです。勤務医の皆様の多面的で幅広い議論をブラッシュアップすることが医療政策の推進、勤務医自身のエンパワーメントにつながり、ひいては、今期勤務医委員会の会長諮問「医師会組織強化」に必ず結実してくと考えております。

ご清聴ありがとうございました。



【図1】日本医師会における勤務医会員構成比率の推移



【表3】日本会医師勤務医委員会の役割

1. 会長諮問事項の検討・答申
 <<今期諮問>>『医師会組織強化と勤務医』
2. 全国医師会勤務医部会連絡協議会への意見具申
 主催：日本医師会
 担当：令和4年度 愛知県医師会、令和5年度 青森県医師会
3. 新都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会の企画・立案
 （例年5月に開催）
4. 日医ニュース「勤務医のページ」企画立案
 毎月20日号最終ページ：「メイン記事」「勤務医のひろば」
5. その他、勤務医に関わる諸問題等の検討

医師会の組織強化と勤務医



医師会の組織強化は日本医師会、都道府県医師会、郡市区等医師会において勤務医・開業医ともに協働して取り組むべき喫緊の最重要課題



【表4-1】今期勤務医委員会の議論の骨子

<<今期諮問>>『医師会組織強化と勤務医』

1. 若手勤務医が医師会活動へ参画することへの支援と勤務医部会・委員会の委員構成の多様化
 ⇨ 次ページ7へ
2. 新専門医制度への対応を含め、医師の研修・キャリア形成における医師会の積極的関与
3. 医師会未入会の若手・中堅勤務医との関係づくり・大学医師会組織（都道府県内および全国）との連携
 ⇨ 卒前・学生の頃からのアプローチも重要
4. 医師の働き方改革への医師会からの支援のあり方
 ⇨ 医療機関における時間外勤務の上限規制へ向けた医師会からの医療機関ならびに勤務医への支援、メンター制度など個別支援における好事例の紹介と横展開
5. 医師会の三層構造と会費のあり方
 ⇨ 今年度始まった卒業5年間の医師会費減免の効果を最大限高めるために
6. 勤務医の医師会参画を推進するにあたり、都道府県医師会・郡市区医師会に加え、全国 8 医師会ブロックにて地域性を踏まえた協議を行うことの意義と重要性
 ⇨ 後述

【表1】日本医師会・会内委員会（令和4～5年） 計 46委員会

・医療政策会議（1984.4～）	・学校保健委員会（1966.10～）
・生涯教育推進委員会（1974.1～）	・予防接種・感染症危機管理対策委員会（1997.1～）
・学術企画委員会（1984.8～）	・母子保健検討委員会（1991.4～）
・会員の倫理・資質向上委員会（1998.1～）	・公衆衛生委員会（1986.10～）
・勤務医奨励委員会（1982.5～）	・疑難症例委員会（1962.4～）
・男女共同参画委員会（2006.6～）	・労災・自賠責委員会（1985.1～）
・定款・規程検討委員会（1962.3～）	・社会保険診療報酬検討委員会（1970.8～）
・医師会組織強化検討委員会（2014.8～）	・地域包括ケア推進委員会（1997.4～）
・未来医師ビジョン委員会（1998.7～）	・医事法関係検討委員会（1965.5～）
・病院委員会（1966.2～）	・医療安全対策委員会（1997.6～）
・地域医療対策委員会（1971.10～）	・警察活動等への協力業務検討委員会（2007.10～）
・救急災害医療対策委員会（1970.12～）	・医師賠償責任保険調査委員会（1973.7～）
・有床診療所委員会（2002.10～）	・医療費保険制度における指導・改善委員会（1982.10～）
・健康食品安全対策委員会（2002.3～）	・医療IT委員会（1970.8～）
・医療関係者検討委員会（1980.1～）	・医療情報システム協議会運営委員会（2005.4～）
・医療秘書認定試験委員会（1982.10～）	・広報委員会（1965.4～）
・医師会共同利用施設検討委員会（1994.5～）	・医療経営検討委員会（1982.8～）
・小児在宅ケア検討委員会（2016.10～）	・産業税制検討委員会（1998.05～）
・外国人医療対策委員会（2018.7～）	・年金委員会（1959.4～）
・オンライン診療研修に関する検討委員会（2019.11～）	・生涯学習委員会（1992.6～）
・臨床検査精度管理検討委員会（1971.5～）	・医師国保組合に関する検討委員会（2014.5～）
・産業保健委員会（1979.10～）	・国際保険検討委員会（2008.5～）
・運動・健康スポーツ医学委員会（1987.5～）	・女性医師支援センター事業運営委員会（2006.9～）

【1983.10まで】に設立の委員会：21委員会（緑色表示） cf. 全国医師会勤務医部会連絡協議会第1回大会（福岡）：1981.2.7開催

【表4-2】今期勤務医委員会の議論の骨子（続）

<<勤務医の医師会活動を通じたエンパワメントとSDGsについて>>

* SDGs=Sustainable Development Goals（持続可能な発展の目標）

7. 都道府県および郡市区等医師会勤務医部会・委員会の活性化
 ⇨ 部会・委員会・小委員会等の設置に際して、管理職、中間管理職、若手医師、女性医師など、委員構成に多様な立場が反映される工夫が必要
 ⇨ 好事例の全国への情報発信と横展開
8. 若手医師へのアプローチとして、リーダー的勤務医へ積極的に理事、委員会委員として医師会会務へ参画を求める。
 ⇨ 好事例の全国への情報発信と横展開
9. 若手勤務医の医師会活動を病院が支援する体制作り
 ⇨ 好事例の全国への情報発信と横展開

【表2】令和4・5年度日本医師会勤務医委員会 委員

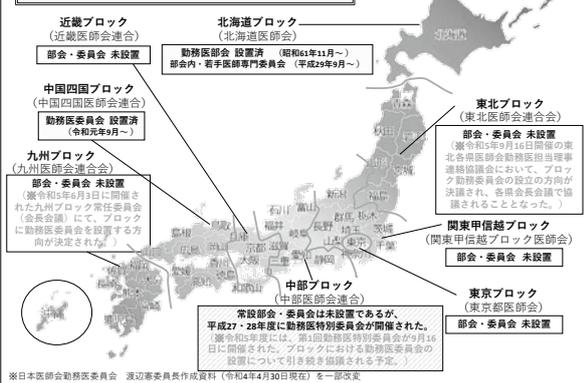
委員長	渡辺 憲	鳥取県医師会会長 / 社会福祉法人明海医療福祉センター 渡辺病院 理事長・院長	（鳥取）
副委員長	齊合 和彦	東京都医師会理事 / 東京慈恵会医科大学 客員教授	（東京）
委員	一宮 仁	福岡県医師会副会長 / 国家公務員共済組合連合会 浜の町病院 病院長	（九州）
（五十音順）	長田 佳世	茨城県医師会理事 / 社会福祉法人若竹つくばセントラル病院 産婦人科部長	（関東甲信越）
	金丸 吉昌	宮崎県医師会常任理事 / 宮崎県 美郷町地域包括医療局 総院長	（九州）
	白石 悟	栃木県医師会常任理事 / 日本赤十字社 那須赤十字病院 名誉院長、敬福閣	（関東）
	杉本 圭相	大阪府医師会理事 / 近畿大学病院 教授	（近畿）
	南里 泰弘	富山県医師会常任理事 / 富山県 厚生連清川病院 産科外科部長	（中部）
	長谷部 千登美	北海道医師会常任理事 / 旭川赤十字病院 参事、院長補佐	（北海道）
	樋口 毅	青森県医師会常任理事 / 弘前大学医学部保健学科 教授	（東北）
	宮田 剛	岩手県医師会常任理事 / 岩手県立中央病院 病院長	（東北）
	若林 久男	香川県医師会副会長 / 社会福祉法人星園財団 香川県済生会病院 院長	（中国四国）

（日本医師会担当役員：猪口雄二 副会長、今村英仁 常任理事、城守国斗 常任理事、神村裕子 常任理事、大久保ゆかり 理事）

【表5】勤務医のエンパワメントと“SDGs”のために

1. 喫緊の課題へ向けての議論の活性化：勤務医の参画が医療政策につながる事が重要
 ① ウィズコロナ・ポストコロナにおける地域医療 ② 働き方改革と勤務医・地域医療
 ③ 新専門医制度と若手医師のキャリア形成 ④ 若手勤務医の医師会参画の場の充実 …etc.
2. 構成員（委員構成）の多様化への工夫
3. 議論を医療政策へつなげるために
 1) 都道府県および郡市区等医師会勤務医部会・委員会から医師会会務への提言
 2) 日本医師会勤務医委員会ならびに都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会、さらに全国医師会勤務医部会連絡協議会との連携
 3) 全国の 8 医師会ブロックとの双方向性をもった協議の意義と重要性
 ⇨ 各ブロックにおける情報共有と関連な議論を、各都道府県および郡市区医師会勤務医部会・委員会へフィードバックするとともに、日本医師会勤務医委員会等への提言を行う役割
 ☆ 日本医師会勤務医委員会は、全国 8 ブロックにおける勤務医の意見集約の受け皿になることで、日本医師会ならびに都道府県医師会・郡市区医師会双方への『変化の触媒』となることができる。
 ⇨ 全国 8 医師会ブロックにおける勤務医部会・委員会の設置状況 【図3】
 ☆ 日本医師会勤務医委員会の各委員は、地元ブロックにおける勤務医委員会設置への提言を続けている。

【図3】全国8医師会ブロックにおける
勤務医部会・委員会の設立状況



勤務医のページ

ドクターヘリ全国配備

勤務医のひろば

茨城県の医療現場へ魅力ある病院づくり

【表6】日医ニュース「勤務医のページ」

掲載号	タイトル	執筆者(所属)	勤務医のひろば
2022.05.20	医師の働き方改革における医師会の役割	南原泰弘(厚生連津川病院整形外科部長、山形県医師会理事、日医勤務医委員会委員)	上村修二(札幌医科大学救急医学講座講師/医務技士)
2022.06.20	コロナ禍での勤務医の働く環境の悪化！今後のポストコロナ時代を見据えた勤務医の働き方改革	今和良年(京都府東部医師会勤務医部連絡協議会理事)	に高宗太(徳島県村民健康保険診療所 理事連絡協議会)
2022.08.09	勤務医委員会答申：勤務医の意見を集約する方法、および勤務医が日本医師会に望むもの(1) (2)	樋口毅(福島県立医科大学外科学専攻腫瘍科准教授/福島県医師会副会長)	樋口毅(福島県立医科大学副学長/福島県医師会副会長)
2022.10.20	整形外科の働き方改革～多職種連携診療	山口光弘(厚生連高岡病院院長)	山口光弘(厚生連高岡病院院長)
2022.11.20	循環器分野勤務医でのダイバーシティへの取り組み	青山理恵(船橋市立医療センター心臓血管センター 循環器内科)	青田光弘(厚生連高岡病院院長)
2022.12.20	令和4年度全国医師会勤務医部会連絡協議会(愛知県) 医療現場で取り組む課題の解決～コロナを契機として～	今和良年(京都府東部医師会勤務医部連絡協議会 理事)	今和良年(京都府東部医師会勤務医部連絡協議会 理事)
2023.01.20	わが国の電子カルテの今後	中島重樹(九州大学病院メディカル・インフォメーションセンター 教授/センター長)	田村明彦(国立病院機構/熊本医療センター 一院長)
2023.02.20	災害の国 日本の災害医療活動心得～常設水害・太子町水害と医師会の関わり～	安田 寛(内務省水防センター 勤務医センター長)	伊藤裕高(独立行政法人労働者安全健康機構/北海道中央労務医務センター 一院長)
2023.03.20	地域医療の現状～北海道における医療の闇から～	成田晋吉(札幌市医師会手稲区支部長/手稲区社会福祉センター長)	伊藤裕高(独立行政法人労働者安全健康機構/北海道中央労務医務センター 一院長)
2023.05.20	ドクターヘリ全国配備	今明秀(青森県医師会勤務医部会会長/八戸市立市民病院CEO)	伊藤裕高(独立行政法人労働者安全健康機構/北海道中央労務医務センター 一院長)
2023.06.20	「医師会組織強化」「医師の働き方改革」	榑沼和裕(大阪信愛会・総合医療センター 一院長)	安原 達(大間病院院長)
2023.08.20	サイバー攻撃による大規模システム障害の経験～ドクターヘリへの意識改革を～	田村明彦(国立病院機構/熊本医療センター 一院長)	田村明彦(国立病院機構/熊本医療センター 一院長)
2023.09.20	職域の対策で日本から離脱をなくそう	榑沼和裕(大阪信愛会・総合医療センター 一院長)	田村明彦(国立病院機構/熊本医療センター 一院長)
2023.10.20	電子処方箋の導入と実績について	嶋尾隆夫(地方独立行政法人山形県山形市南医療機構 理事長)	田村明彦(国立病院機構/熊本医療センター 一院長)

勤務医のページ

サイバー攻撃による大規模システム障害の経験

勤務医のひろば

「あまねく良質な医療の均てん」を目指して

勤務医のページ

令和3年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

勤務医のひろば

医師の働き方改革と研究の両立

勤務医のページ

職域での対策で日本から離脱をなくそう

勤務医のひろば

医師の働き方改革と研究の両立

勤務医のページ

医療現場時代を切り開く

勤務医のひろば

医師の働き方改革と研究の両立

【結語】すべての勤務医の力を最適かつ有効に国民へ届けるために、さらに、勤務医が地域医療における役割を通してエンパワーメントおよび発展的目標(SDGs)を身近に感じられるよう、医師会の組織変革を厭わず、政策の立案・展開を続けることは、今期勤務医委員会の会長諮問「医師会組織強化」に結実していくと考える。

ご清聴ありがとうございました。

樋口先生：渡辺先生ありがとうございました。

次期担当県挨拶

12:05~12:10

次期担当県挨拶

福岡県医師会会長 蓮澤 浩明

次期担当県挨拶

福岡県医師会会長 **蓮澤 浩明**
(はずざわ ひろあき)

皆様こんにちは。福岡県医師会会長の蓮澤でございます。ただ今、福岡県の紹介ビデオをご覧いただきありがとうございます。来年の全国医師会勤務医部会連絡協議会、10月の26日土曜日、福岡市のホテル日航福岡にて開催予定であり、現在準備を続けております。私どもは今回の新型コロナウイルス感染症のパンデミックという未曾有の事態の中で、医師が医師会のもとに結集し一致団結する、そのことが困難を乗り越える活力になるということを学びました。日本医師会においても組織強化を最重要課題の内のひとつとして掲げ、全国の医師会においては、それぞれ取り組みが進められていることと思います。九州医師会連合会でも、今年度は新たに勤務医担当理事連絡協議会が来週開催されることとなっている九州各県医師会も役員が集まって意見交換を行い、定期的、継続的な開催の一步を踏み出せるのではないかと期待をいたしております。このような状況の中、来年の本協議会のテーマを「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」とし、勤務医の意見を医師会の方へ反映できるよう、皆様と熱い意見を交わしたいと思います。来年はトリプル改定をはじめ、医師の働き方改革第8次医療計画がいよいよ実行される年であり、勤務医を取り巻く環境も変化することと予想されます。このような節目の年に、福岡博多の地において本協議会を開催できますことを大変感慨深く、実りのある協議会となるよう努めて参りたいと思っております。ご参加される皆様方におかれましては、活気を取り戻した福岡、博多の町で美しい景色と絶品の食をお楽しみいただければ幸いです。皆様方の多数のご参加を心よりお待ちしております。どうぞよろしく願いいたします。

特別講演Ⅲ

13:00~13:50

「縄文と生きる －縄文遺跡群の魅力と価値－」

講師：三内丸山遺跡センター所長 岡田 康博

座長／青森県医師会副会長 齋藤 吉春

座 長



青森県医師会副会長

齋藤 吉春

(さいとう よしはる)

先生それでは特別講演Ⅲを始めたいと思います。今日は世界遺産に登録されました三内丸山遺跡をはじめとする縄文遺跡群についてのご講義をいただきます。講演の岡田氏については抄録の27ページにご略歴が記載されてございますので、そちらをご参照下さい。先月岡田先生は、この今日のタイトルと同じ「縄文と生きる」というご本を上梓されています。それでは岡田先生、よろしくお願いいたします。



「縄文と生きる — 縄文遺跡群の魅力と価値 —」

三内丸山遺跡センター所長 岡田 康博
(おかだ やすひろ)

ただいま紹介いただきました、三内丸山遺跡センターで仕事しています岡田と申します。今日は「縄文と生きる」というテーマを設定させていただきました。私は普段、文化財保護の仕事をしているが縄文時代の研究もしています。なぜ縄文かという、青森県は遺跡が多いということはもちろんですが、遺跡の調査や研究を通じて、なぜ人間は生きるのかとか、あるいは、自然と共に生きるというのはどういったことなのか、さらに絆が大事だと言われているその意味だとかを考えさせられます。今日は、2年前ですが、世界遺産登録を実現し、どのような世界遺産としての価値があるのか、あるいは縄文時代はそもそもどんな生活だったのか、ということをお話して参りたいと思います。

2021年7月、北海道・北東北の縄文遺跡群、これは日本語名称です。正式名称は英語になりますので、英語の中には北海道とかは出てきません。愛称として日本語名称を使いますが「北海道・北東北の縄文遺跡群」が世界遺産に登録されました。これ以降、日本では世界遺産が登録されていませんので、現在のところ日本で一番新しい世界遺産ということになりますが、来年は佐渡金山が審査を受けることとなります。一年くらいかけた厳しい審査が待っていますが、それがどうなるのか。そこまでは一番新しい世界遺産ということになります。

ただ我々も世界遺産になるまでに16年という長い月日が必要でした。世界遺産を決める会議は年1回だけしか開かれませんが、今年はサウジアラビアだったのですが、我々の登録時は中国で開催されました。本来であれば政府関係者、関係する知事、みんな行かなくてはならないわけですが、中国ということもあって、あまり気乗りをしなかったというのが正直なところ。幸いにリモート

の会議になって、現地に行かなくても会議に参加することができました。リモートの良い面は淡々と会議が進むことですが、世界遺産委員会は会議日程がたびたび変更されますが、順調に進み、終わりました。

普段見かけることはないですが、これが世界遺産になるとユネスコからいただける紙一枚の登録証です。実はこれはレプリカで、本物は日本政府に対して一枚だけ交付されます。ただ、それだと世界遺産を持っている自治体は可哀想ということもあるのでしょうか、シリアル番号が書かれたレプリカが関係するところには交付されます。三内丸山遺跡では常設展示していますので、機会がありましたらご覧いただきたいと思います。この紙一枚だけが世界遺産の証ということになります。正式名称が「Jomon Prehistoric Sites in Northern Japan」というのが世界遺産に登録された正式名称です。世界遺産を目指す際には、人類として縄文の遺跡が大事であるということ、世界の人々に理解してもらわないといけません。まず人類の歴史を説明するところから、そもそも始めました。人類がアフリカで生まれて世界各地に拡散していったわけですが、基本的には移動する生活で食料を求めて移動します。それを「遊動」とよびますが、この遊動という生活から同じ所に一定時間とどまって生活する「定住」という生活に変わっていきます。ただ、この定住もいろいろ内容がありますし、何をもって完成したのかということも議論があるところ。今は「定住」だと現代人は思っていますが、これが完成形なのかどうかということも、まだなんとも言えないところだと私は思っています。こういった大きな歴史的な人々の生活の変化というところを、きちんと遺跡で捉えられるかどうかということの説明しました。

今日お話しする縄文遺跡は、縄文時代の人々の生活の痕跡がわかる場所です。小学校高学年で縄文時代を学びますが、これは日本の歴史区分としての縄文時代です。でも困ったことに、日本では研究者によって縄文時代の始まりをいつにするか、終わりをいつにするかということは、必ずしも意見が一致しているわけではありません。これから研究が進むと変わるということがあるのかもしれない。始まりは1万5千年前で、終わりが2,400年前、ですから縄文時代は1万年以上も続いた時代になります。このような説明をすると、海外の研究者はこの時点でだいぶ怪しいと思うようです。というのは、世界を見た時に1万年以上続く時代や文化はほぼなく、そもそも時代区分の設定に問題があると疑問を持つようです。

しかし、基本的な生活、特に食料を得るための手段は日本列島では1万年以上変わらないわけで、そういったことを説明してもなかなか理解してもらえません。考古学は明治に入ってきた学問ですので、やはりヨーロッパの歴史がある国々からすると、日本は後進国と思っているようです。このことからしっかりと説明を始めることになります。我々も世界遺産を目指す際には、ロンドンやパリに出掛けて行って、何度もプレゼンをしないと関係者にも理解してもらえないというところがありました。

この縄文時代の始まりは、実は人類にとっては激動の時代でした。環境が大きく変わる時代でした。地球は寒冷な時代と、温暖な時代を繰り返して、現在に至っています。これは一定のサイクルで繰り返されてきたという説が今では一般的な認識であると思います。ただ、なぜそうなるのかという仕組みについては、よく分かってはいないと思います。縄文時代の始め、ちょうど今から1万5千年前ですが急激な温暖化が地球規模で始まったと考えられています。ただ、温暖化がそのまま続くわけではなく、寒の戻りといったような状況もあります。地球規模での温暖化が生じ、日本列島でもいろいろ環境の変化が起き、人々が適応していくわけです。その歩みが、縄文時代の人々の生活の進展そのものだと言っても良いと思

います。温暖化といっても、いきなり常夏になるわけではありません。東北ですと2℃から3℃ぐらい年平均気温が高かったと考えられています。地球規模での話ですので、イメージとしてはそのぐらいで、東北北部ですと、現在の仙台くらいではなかったかとも言われています。ただ、この温暖化によって、海水面が約130メートル上昇したとされています。縄文時代より前、日本海は閉鎖的な空間でしたが、海面が上昇すると暖流が日本海に流れ込みます。そして南下する寒流と東北沖で二つの海流が交差するようになり、豊かな漁場となります。暖流は津軽海峡を通過して7割から8割が太平洋に出ていきます。海水面の上昇により、入江や内湾もできていきます。それで今私たちが見ている地形や環境が出来上がった時代だともされているわけです。当然ながら植物も針葉樹から広葉樹へ変わるという変化があります。

定住のためにはいろいろな条件が必要となりますが、これは世界各地でそれぞれ違います。例えば西アジアですと農耕、主に小麦の生産と牧畜です。それがないと定住は成立しないと言われていました。私もそのように習ってきました。ところが調べていくと、日本列島の縄文時代では農耕や牧畜がなく、狩猟や採集、漁労をして定住が実現したという、世界的に見ても際立った特徴があるということが最近の縄文研究の成果として示されるようになりました。狩猟・採集・漁労というと、狩りが生活の大半を占めるように聞こえますが、当時の人々が重きを置いたのは採集です。利用できる自然の恵みを、普段自分たちが生活する拠点である集落の周りにどうやってそれらを留めておくか、という戦略を生み出したのが縄文人だと思います。これは中学校の教科書で使われている縄文時代の復元イラストですが、これだけでも私が中学生の時に習ったことと相当違ってきます。まずカラーになったわけですね。カラーになったということは、カラーで描けるくらい、いろいろな情報が出てきている、ということが大事なことです。それから中央に、縄文時代の集落を再現していますが家の数が以前よりは増えています。だいたい2倍強に増えています。あと10年も

経ったらもっと増えるのではないかという気がします。さらに、奥には隣の集落を描いています。点から面で描けるようになったわけです。あるいは舟を持っているとか、犬を飼っているとか、そういった具体的な生活の様子が分かってきています。逆にそういったことが、遺跡に関する求められている研究ではないかと思います。世界的に見ても、大英博物館で行われた縄文土偶の展示ですが、DOGUという、もともとは漢字ですがそのままローマ字で表記しても違和感がありません。ですからJOMONという言葉が海外の専門家の中では普通に通用する時代になっていると思います。

なぜ縄文というのか、これは縄目の文様が付いた土器が使われた時代なので縄文時代と呼ぶとおそらく習ったと思います。もちろん正解なのですが、そんなにうまい話でもありません。今、縄文時代初期の土器がたくさん見つかっていて、それらには縄目の文様が全くありません。でも縄文土器と言うのです。縄文時代に作られたからです。縄目の模様がなくても縄文土器と呼ばなくてはならない。それから北海道・東北ですと、縄文時代が終わっても縄目の文様が付いた土器がずっと作り続けられています。ですから縄目の文様があるから縄文時代ということを確認できるものではないという少しややこしい状況があります。縄文時代、縄文土器という言葉はもう定着していますので、公の教育で使われることに問題はありません。余談ですが、ついこの間まで朝の連続テレビ小説で牧野富太郎さんを取り上げていましたが、牧野さんが勉強された東京帝国大学のあの研究室は縄文時代の研究、先史学の研究もやっていて、そこの先生が縄文時代の縄文という言葉を使ったということは意外と知られていません。

縄文時代に人類は大きな発明を二つしています。そのうちの一つは、これが一番大きいと思いますが、土器を初めて人類が発明しています。これは世界的に見ても最古の段階ひとつと言って良いと思います。土器を持つと生活が大きく変わることになります。一つは煮炊きができるようになります。煮炊きができることになると、食料として利用できる自然の恵みの範囲が格段に広くなり

ます。可食化できる資源利用、それが大きく発展した時代であると思います。それから、アク抜きをしないと食べられないもの、固いものなども利用できるようになりました。煮沸ですから衛生環境も改善をされたと思います。さらに土器は、これは重量のある動産で、しかも壊れやすい物でもあります。ですから、これをもって頻繁に移動することは困難ですので、土器の出現は世界的に見ても定住の開始を示していると多くの考古学者は考えています。

ちなみに日本で一番古い、これは北東アジアでも最古級と言っても良いのですが、青森県の遺跡から出土しています。津軽半島外ヶ浜町の内陸部、ちょうど円に囲まれた遺跡から土器が見つかっています。これが最古の土器ですが、縄目の模様が全く無いのです。ですから、これを縄文土器だと判定できる人は少なく、最初に見つかった時も年代に関してはいろいろな意見がありました。これが古いということがわかったのは、一つは出土した地層です。もう一つは科学的な年代測定です。この土器には黒い付着物があります。これは煤やお焦げで、炭素が含まれています。この炭素の中には放射性炭素が含まれており、その放射性炭素の量を測定することによって、この炭がどれぐらい前にできたかと判別できるようになっています。その研究が日本では盛んに行われていますが、そういった分析によって、この土器は約1万5千年前のものだということがほぼ確定しました。年代の測り方は、土器と一緒に例えば木の実が出てきたり、植物の枝が出てきたり、それらでも年代測定ができなくはないですが、明らかにその時代の物かどうか、その判定は実は非常に難しいのです。土器に付着していたということが重要で、土器の使用とともにできたものであることは確実です。

もう一つは弓矢の出現です。ちょうど旧石器時代から縄文時代に移行する時に、ナウマン象やマンモスなどの大きな動物が絶滅をしています。縄文時代に生き残った動物たちというのは中・小型で、シカ、イノシシ、あるいはノウサギといった動物たち。これらに共通しているのは、皆スピー

ドが速いわけで、狩りをしようとする人間もいろいろな工夫が必要になります。落とし穴を作り、それから飛び道具も開発する。弓矢という以前にはなかった道具を初めて持つことになりました。これも北東アジアでは古い段階と言われています。同時代、中国東北部では弓矢はないとされています。やはり動物相が違ふと思います。この弓矢というのは殺傷能力が思いのほか強いです。また致命傷を与えなくても動物を弱らせると、狩りは成功することになります。

これら以外にも漆の技術が出現します。樹液を採取、加工し、容器に塗ったり、道具の補修にも使われました。あるいは自然に湧いてくる天然アスファルトです。それを精製し接着材として利用しました。温めると柔らかくなり、冷めると固くなる、それを繰り返すことができわけです。漆も似ていますがいったん固まると元にはもう戻せないというやっかいな性質を持っています。こういった自分たちが暮らす空間の中にある、生活に利用できるものを一生懸命開発した時代ということが言えると思いますね。それから編み物も縄文時代を象徴する技術として誕生しました。よく縄文人を再現するというので、イノシシやシカの毛皮を着せないと気が済まないというのがこれまででしたが、考えてみればそんなにイノシシやシカをたくさん獲ったわけではなく、やはり毎年生えてくる植物を利用する、その技術を確立したほうがおそらく効率的だったと思います。非常に細かい繊維による編み物片が遺跡の中で実際に見つかっています。これも発掘調査のやり方が以前とは変わってきていて、昔は土器や石器を掘り出すのが発掘調査だったのですが、今は広く情報を、掘り出すのが遺跡の発掘調査というようになりました。考古学者だけの発掘調査ではなく、自然科学者とか他分野の専門家との共同研究が非常に多くなりました。

縄文人は何を食べたのか、これは我々にとっては永遠のテーマで難しい問題です。人間が食べたもの、つまり体内を通過したものって基本的には遺跡には残りません。我々が探しているのは、その食べなかった、捨てたゴミのある場所、いわゆ

る今で言うゴミ捨て場を一生懸命調べることになります。そこから状況証拠を取り出すというのが一般的な研究になります。基本的には森の恵みや動物、あるいは水産資源、それらを上手く組み合わせていたというのが縄文の暮らしなのです。どれかに偏っていたわけではない。これが実際遺跡から出てくる証拠になるわけですが、例えばクリでも食べなかったから残ったわけで、しかも炭になっていたから数千年間ちゃんと埋まっていることになります。もちろん残る場合にはいろいろな条件が必要になります。魚骨についても小さいものがあり、アジ・サバ・イワシといった1個の骨が1ミリ以下のものもあります。土ごと室内に持って帰って顕微鏡で調べながら拾い出すということを根気よくやるわけです。そうすると、当時の環境やどういった食生活を営んでいたのかというのが、だんだん見えるようになるわけです。

植物の小さな種もたくさん見つかります。我々が今非常に困っているのは、種子などの形態を専門としている研究者が激減しています。すぐに遺伝子解析となります。形態をやる人が少ないので、植物を見ても何の木かよく分からないということが現実起きています。だからフィールドワークをちょっと心配しています。これらの中で注目しなければいけないのはヒョウタンです。ヒョウタンは理科の実験で栽培をやります。縄文の人たちもヒョウタンを栽培していたのです。原産が熱帯・亜熱帯ですので、今日本列島では青森県からもヒョウタン見つかっているのです、やはり当時は温暖だったということを示しています。それから食料を集めてきますが、一方で植物を管理することも、もう既に行われていました。このヒョウタンは基本的には食料であったと考えられています。ヒョウタンという我真ん中がくびれたものを思い浮かべますが、そうではなく冬瓜のような形態だと言われています。こういった小さな種を一つ一つ調べていくと、これは野生なのか、あるいは栽培なのか、というのも見えてくる場合があります。それから肉眼では全く分かりませんが、地中には植物の花粉化石が残っています。花粉というのは非常に丈夫です。ただ一定の条件が

整わないと残らないのです。それを調べていくと、クリの花粉は出土する花粉の中で8割を占めます。つまり、クリ林の中で生活していたと言っても過言ではないです。教科書には縄文時代はドングリを食べたと書いているのですが、遺跡ではほとんどドングリは出てきません。結局東日本は圧倒的にクリなのです。この花粉化石の出現からもそれが裏付けられています。自然の状態では8割がクリということはまず考えられないので、これは人間が自然に働きかけをして森を作り変えるということをしてきた、人為的な生態系が集落の周辺では成立していたことを示しています。それがどのような歴史的な背景があるのかまだわからないところがありますが、クリが縄文人の生活を支えたことは間違いありません。それから北海道にはもともとクリはなかったのですが、縄文時代に津軽海峡を越えて北海道に伝わったものと考えられます。そうすると北海道でも集落の数が増える傾向があります。人々の生活と密接な関係にクリがあるということがクリアになってきたのです。ただクリが多いと言ってもどこへ行ってそうなのかという遺跡ではクリが多いですが、例えば八甲田にクリは全然ありません。ブナのままですから、人の生活する所はクリ林が作られた、ということを示しています。さらにお酒を飲んでいたらしいということもわかってきました。以前縄文人は酒を持たないというのが定説でした。ところが種を調べると、ニワトコの種が大量に見つかり、さらにショウジョウバエの蛹も一緒に出てきます。ショウジョウバエですから、腐った果実が発酵したようなものに集まってくるので、何か発酵物を作っている可能性があり、消去法ですがお酒を作った可能性があるとい今は考えられています。

そうすると縄文時代に対するイメージが大きく変わってくるようになります。ただ縄文時代は今のような情報化社会ではないので、生きていく上で不安な出来事がたくさんあったと思います。それからお互いの結束を常に高めていく、強めていく、確認することが大事になります。祈りやまつりといった行為が非常に大事にされていたのは間

違いないと思っています。その中でも代表的なものは、秋田県鹿角市にある大湯環状列石という遺跡で、共同墓地です。お墓は自分たちが住んでいる集落の中には作らないというのが一般的であった時代があります。縄文時代後半になると集落の中にお墓を作らなくて、ムラから離れた所に墓を作っています。これは石を並べた直径が40メートルを超えるような巨大なサークルで、石の下には墓地があり、全体として共同墓地となっています。共同墓地を作りながらそこで定期的にまつりや儀式、あるいは追善供養のようなこと、時には宴をやっていたこともあるかもしれません。そのような地域としての施設が縄文時代後半には作られるようになり、地域社会の成熟を示していると思います。発掘していると、何に使ったか分からないものが山ほど出てきます。中でも代表的なのはこの土偶です。これは人の形を表現しています。目が大きいので、狩猟採集の時に使うサングラスのようなものに似ているのでそれで遮光器土偶という名前が付いています。青森ではシャコちゃんと呼ばれています。基本的には胸を表現しているので女性だと思っています。明らかに男性だと断定できるものは1点あるかないかです。お腹の大きい状態の土偶も結構ありますので、安産を願うとか子孫の繁栄を祈念する際に使われたのではないかと考えています。それからイノシシの土製品やキノコを現した土製品があります。よく見るとキノコも数種類あるようです。凶鑑のようなものだとする説もありますが、これも自然の恵みを祈った時に使われたのかもしれない。これは縄文の人々が数を認識していたのではないかと思わせる出土品です。真ん中が1、眼のところが2、続けて3、4、5と続き、裏を見ますと6があります。これは偶然ではないでしょう。数の認識、あるいは長さの認識は日々の生活の中で普通になっていたと思います。ただ、文字を持たない、時代であったことは間違いありません。

それから縄文人は絵を描かない人たちとされています。後の弥生人は絵をたくさん描いています。ただ立体的な表現は得意でした。だから狩りの場面で、四つ足の動物を今まさに弓矢で狙って

いるという場面を表現しています。それが土器に描かれています。ただし、数は少ないです。子どもの手形足形を押し付けた粘土板を作っています。これは北海道と東北から多く見つかりますが、北海道の研究者は、早くして亡くなった子ども達の形見で、これを持って母親が死んだ時には一緒に墓に入るといように解釈しますし、東北では足形の大きさから見て、1歳くらいの子どもの足形が多いことから立って歩くくらいの年齢で、立ち祝いのような通過儀礼として、こういった物を作ったと考えられています。遺跡の中で子どもの暮らしの様子を示すものは意外と少ないです。

物流がもうありました。その代表的なものヒスイがあります。新潟県糸魚川産です。そこから原石が運ばれ、この津軽海峡沿岸地域のどこかで加工されて、周辺の集落に供給されました。黒曜石といった石器に適した石材が長野県や北海道から運ばれて来ています。非常に広範囲に物や人が動いていました。この場合には日本海が利用され、舟を使い、航海術に長けていた人たちと言えます。我々は津軽半島から北海道を見るととても近くに見えますが、実際に渡ろうとすると潮の流れがものすごく早くて、簡単ではなかったと思います。テレビ番組では結構失敗しています。縄文人はちゃんと渡れる季節というものを知っていて、遭難しそうな時には渡らないと思います。

縄文人と私たちとどんな関係があるのかとても興味があります。いつどこからやって来た人たちなのか、についてもまだ結論が出ていません。最近ですと縄文時代以前から日本列島に住んでいた人たちが祖先ではないか、遺伝子解析から見た説が有力になっています。現代の私たちの先祖であることは間違いありません。よく質問を受けますが、アイヌ人やアイヌ文化との関係をよく訊かれますが、縄文人が共通の祖先であることに変わりはないです。ずっと時代が新しくなって、アイヌ人と現代日本人は別の道を歩み始め、人類学的には分類できるようになっていきました。なので、縄文人がそのままアイヌ人になったわけではないです。

骨折やガン、虫歯の縄文人もいました。体格は縄文人が小柄で、弥生人の方が大柄です。弥生人は大陸や半島の影響を受けていると言われています。顔は彫りが深く、二重で、身長も今の小学校高学年ぐらいの体格だったと考えられています。筋肉付着部分が非常に発達しているので、筋肉質の人たちが多かったようで、俊敏な動きができる人たちではなかったのかと言われています。青森県に住んでいますと、縄文顔はたぶんその辺にどこにでもいるように思います。弥生人の顔はテレビに出てくる関西のおばちゃんに見えてしまいます。縄文人がその後とあるいは関係するかもしれませんが。俳優さんでは吉永小百合さんが典型的な縄文顔で、弥生顔は岩下志麻さんと言われています。ガンに罹った縄文人がいるということも分かっています。これは骨に浸潤した痕跡が見られるからです。縄文の男性には右側頭部が陥没してほぼ即死と考えられるものもあります。鋭く尖った物で一撃をされて絶命した殺人事件の犠牲者なのかもしれません。あるいは不慮の事故なのかわかりません。決してユートピアというわけではないです。

それから縄文時代の地層から大量の寄生虫卵が出てきます。種類はベンチュウしかありません。ギョウチュウやカイチュウの寄生虫卵はなく、もう少し新しい時代になってくると出てきます。おそらく大陸や半島経由で入ってくる可能性が高いと思います。縄文人は腹痛に悩まされていたのだらうということは容易に想像できます。それから私が中学生ぐらいですと、縄文人は栄養不足の飢餓状態を経験し、骨の成長が止まっている場合が多く、それはハリス線と呼ばれていますが、調べてみるとそのようなことはなく、縄文人だからハリス線が多いわけではなく、縄文時代の後や現代人にもハリス線は見られるということがわかってきていて、必ずしも縄文人が多いということはないようです。

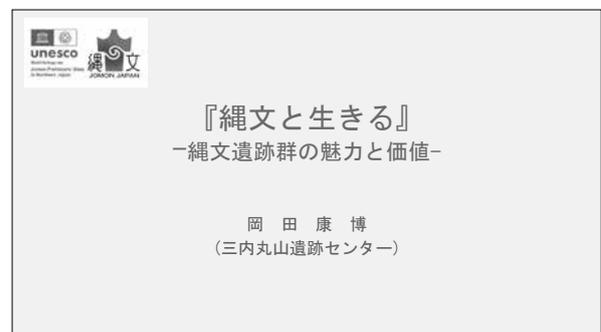
それから虫歯です。虫歯を抜くということはしていないようです。ただ、意図的に健全な歯を抜くということはしています。犬歯や犬歯の隣を意図的に抜く場合が見られます。虫歯は北海道の縄

文人は非常に少なく、本州に行くに従って虫歯が増えてくるとされています。おそらく食料の内容が変わっていて、澱粉質の食料を多く摂り始めたために、虫歯が増えてきたものではないかと言われています。これもこれからの研究課題になると思います。縄文時代と言うと、強い人だけが生き残るというイメージがありますが、そうではなく介護が必要な人たちも生きていました。これは北海道の事例ですが、幼くして発症したために四肢の発達が十分ではなく、寝たきりの状態だったと考えられています。自ら食料を調達できないわけですが、二十歳くらいまで生きていたということが分かっています。なので、介護やケアをしていたこととなります。それから犬も飼われていました。縄文時代はいろいろな動物がいますが、お墓を作るのは犬だけです。人間と一緒に埋葬された例もあります。ですから犬は特別な動物で、食料がなくても犬を食べたという明確な証拠はないと見られています。人骨を調べた研究者のグループによると、暴力による死亡率というのが狩猟・採集文化の他の事例や農耕の時代と比較しても、縄文時代は非常に少ないとされているので、平和的、協調的な社会でありました。そもそも武器がありませんし、堀や土塁もありません。ですから、争いは避けることができると思っています。

最後に世界遺産になるということは簡単なことではありません。世界遺産になるための条件がちゃんとあります。このことが報道等では全く強調されていないというのはすごく残念だと思います。世界遺産には、世界遺産にしか使われない言葉ですが、「世界遺産は顕著な普遍的価値」というものを持っていないといけません。普通の価値では駄目です。Outstanding Universal Valueと言います。この顕著な普遍的価値を持っているかどうかは、三つの要素で判断されます。一つはユネスコが示している世界遺産の基準を満たしていなければなりません。ですから世界遺産を目指そうとすると、どの基準にはまるのかということを中心に説明しなければなりません。それから「完全性」「真実性」も重要です。「真実性」は、簡単

に言うとは本物でなくては駄目なのだということですし、「完全性」は世界遺産としての価値を説明する全ての要素が認められるかどうか、そして一つ一つの遺跡が完全かどうか、ということが問われることとなります。日本は限られた国土ですから、全く無傷の遺跡というのは存在しないわけで、そうなってくると程度の問題となります。価値の主要な部分が残っているかどうか、ということはずごく大事になります。それから保存・管理に非常に厳しくなっています。最近では景観が大事にされるようになりました。ですからユネスコの審査はとてつもないと云えます。世界遺産は日本に今25件しかありません。それぞれには世界遺産としての個性や価値があります。世界遺産の価値は、いろいろな書物がありますので、それを見ていただくと大抵は分かりますが、やはり現地に行って感じる、理解することがすごく大事だと思います。

どうぞ機会がありましたら、縄文の遺跡というのは必ずどこにでもありますので、世界遺産の遺跡を訪ねていただき、縄文時代の人々の生活がよく分かります。これが現代の日本人にとってどういった意味があるのかということ、考える一つのきっかけにはなると思っています。遺跡では現在も発掘調査を続けています。研究も同様です。今後も常に新しい情報発信も行っていきたいと思っています。どうぞ機会がありましたら遺跡に足を運んでいただければと思います。お待ちしております。どうもありがとうございました。



縄文遺跡群、ついに世界遺産へ

2021年7月27日、ユネスコ・世界遺産委員会において
「北海道・北東北の縄文遺跡群」は世界遺産になりました。
⇒長かった16年・・・




定住を支えた生業

西アジア 縄文遺跡群

西アジア

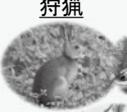


牧畜



農耕

縄文遺跡群



狩猟



漁撈



採集

世界遺産一覧表記載認定証

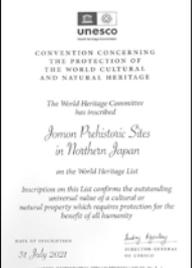
世界の文化遺産及び自然遺産の保護に関する条約

世界遺産委員会は
Jomon Prehistoric Sites in Northern Japan
を世界遺産一覧表に記載した。

この一覧表に記載することは人類共通の利益のために保護されるべき文化遺産及び自然遺産の顕著な普遍的価値を証明するものである

世界遺産一覧表への記載日
2021年7月31日

オドレー・アズレー
ユネスコ事務局長



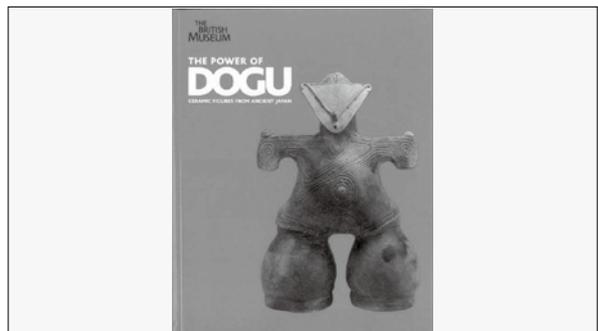
この紙1枚のために・・・



人類の歴史

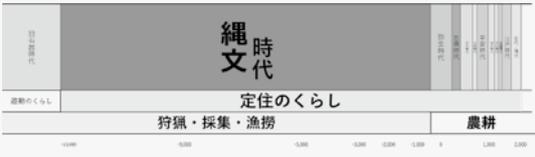

➔


遊 動
定 住



縄文時代の始まりと終わり

始まりは 約15,000年前 } 1万年以上
終わりは 約2,400年前 }

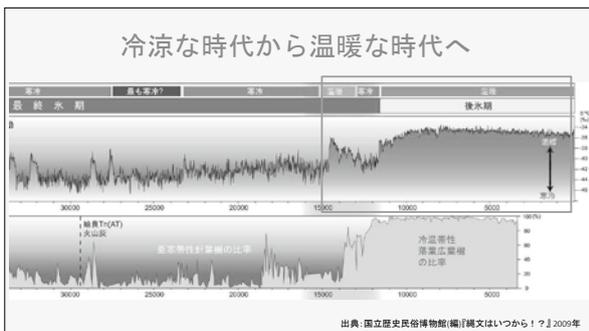


なぜ縄文(じょうもん)?

縄(なわ)のもよう「じょうもん」がついた土器が使われた時代であることから縄文(じょうもん)時代とよばれています。

しかし、最古の土器にはもようがありません。縄のもようは約1万年前から見られます。

また、縄文時代の後の時代の土器にも見られます。



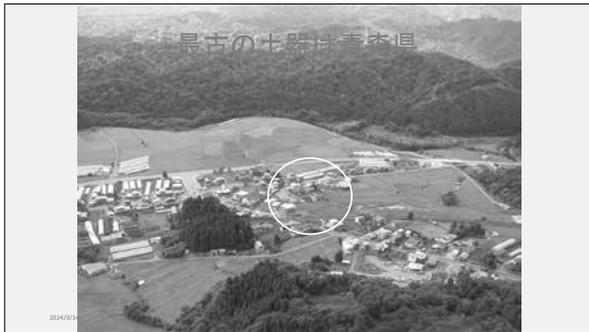
縄文の二大発明その①

土器の出現⇒生活の安定に貢献

- ・煮沸が可能となり、固いものが柔らかくなるなど可食範囲が拡大
- ・灰汁抜きができ、資源の利用範囲も広がる
- ・移動に適さない動産の出現

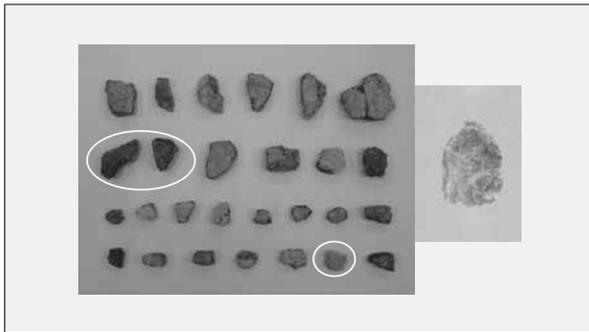
※定住の環境が整うことに





縄文時代の食生活

クリやクルミなどの木の実、わらびやぜんまい、きのこなどの森の恵みを集め(採集)、シカやイノシシ(狩猟)や、貝やさかなをとって(漁労)として生活。

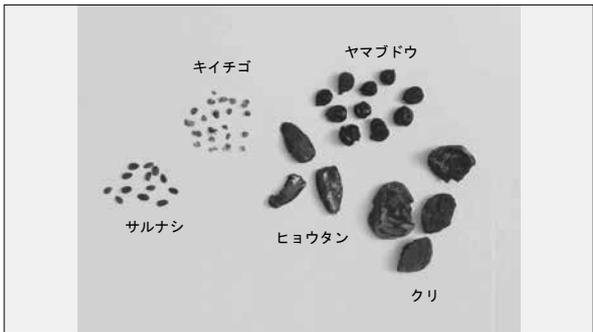


縄文の二大発明その②

弓矢の出現

- 大型動物が絶滅したものの俊敏な動物が獲得可能となった
- より安全に狩りができた

骨に刺さった鉄



自然の恵みを利用した技術

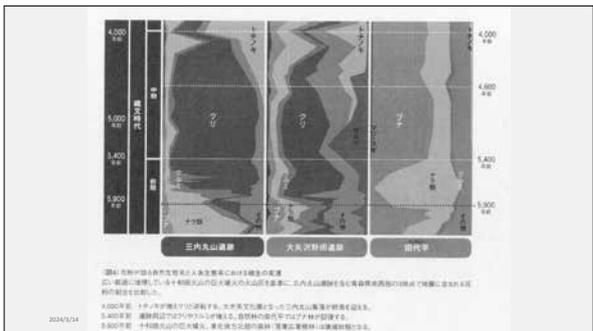
自然をよく知り、ウルシやア天然スファルトなども利用



編組技術の発達

日本最古の袋状編み物

最古級の編布(あんぎん)



お酒を飲んだ縄文人？



ショウジョウバエのサナギ

大量に出土したニワトコの種子

ニワトコ(現生)

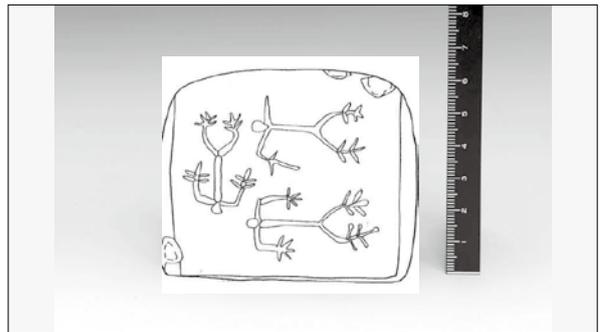


縄文時代は「いのり」の時代？

日々の生活の中で、いのりやまつりが大切にされて
いました。
自然とともに生きることへの不安を乗り越えて行く
とともに、互いの結びつきや結束を高めるためにも
必要でした。



大遺跡状列石(秋田県)



アートな縄文人



縄文人ってどんな人？

現代の私たちの先祖と考えられています。
しかし、いつ、どこからやってきた人たちなのかは
はまだよくわかっていません。
骨折やガン、虫歯もみつかっています。

虫歯にみる食生活



地域	標本数(本)	齧痕数(%)	齧痕数(%)
北海道	1,285 (本)	28	2.18
東北	789	138	17.49
関東	1,751	242	13.82
東海	377	54	14.32
中国	144	18	12.50
本州	3,061	452	14.77

大島高行(1996:24)

北海道の縄文人骨には虫歯が少ない
→海産物に重きをおいた食生活のお陰か？
対照的に本州の縄文人は虫歯が多い
→デンプン質の食料を多く食べていたからか？



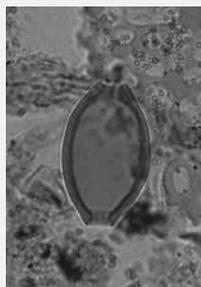
介護福祉の原点

幼くして発症し、寝たきりの生活を送っていたと考えられる女性は成人に達するまで生きていました。
家族なり、集落なりで介護やケアをしていたものと推測されます。

病気やケガ



入江貝塚(洞爺湖町)



寄生虫卵(ペンチュウ)

愛犬は家族



埋葬された幼犬



復元された縄文犬

食料難？

飢餓の有無

→一時的に骨の成長が止まったことを示すハリス線が見られることがあるが、縄文人だけが突出して多いわけではない。



平和で協調的な社会

- 暴力による死亡率は、他地域やその他の時代の狩猟採集文化における暴力による死亡率(10数%)に比べてきわめて低い。
- 戦争の発生は人間の本能に根ざした運命的なものではなく、環境・文化・社会形態などのいろいろな要因によって左右される。
⇒争いは避けることができたはずなのに・・・

世界遺産になるためには

世界遺産は、
顕著な普遍的価値(OUV)
を持っていなければならない。

①登録基準の適応
②完全性・真実性の担保
③適切な保存管理

OUVを支える三本の柱

【世界遺産条約履行のための作業指針(第77-78両版)】

世界遺産登録までの長い道のり

- 2009年 1月5日: ユネスコの世界遺産暫定一覧表に記載
- 2019年 12月: 日本政府が推薦を決定
- 2020年 1月: 政府がユネスコに世界遺産登録推薦書を提出
- 2020年 9月: 国際記念物遺跡会議 (ICOMOS) の現地調査
- 2021年 5月: イコモスによる記載勧告
- 2021年 7月27日: 第44回世界遺産委員会拡大会合で記載決議

顕著な普遍的価値(OUV)

Outstanding Universal Value の略

※世界遺産の独特な考え方

国家間の境界を超越し、人類全体にとって現代及び将来世代に共通した重要性をもつような、傑出した文化的意義及び/又は自然的価値

(『世界遺産条約履行のための作業指針』世界遺産委員会)

世界遺産 北海道・北東北の縄文遺跡群

正式名称

Jomon Prehistoric Sites in Northern Japan

先史時代の
先史 = 文字のない時代

考古遺跡

JOMON JAPAN

世界遺産の種類

- 文化遺産
建物や遺跡、町並みなど
- 自然遺産
地形や地質、生態系、絶滅の心配がある動植物の生息地など
- 複合遺産
文化遺産と自然遺産の両方の価値をもっているものなど

姫路城(日本) グランドキャニオン(アメリカ) マチュピチュ(ペルー)

縄文遺跡群ロゴマーク

- ・全体を縄文土器に見立て、北海道と北東北の形を、縄文時代のパワーを象徴するような渦巻きの形で繋いでいる。
- ・図形の色は縄文時代の漆器や土器にみられる赤漆色とし、構成資産の分布している範囲を濃い目の色のグラデーションで表現。
- ・デザインの左右に「縄文」の文字を、下部に「JOMON JAPAN」の文字を配置。「JAPAN」には「漆」の意味もある。

JOMON JAPAN

世界遺産の登録数

- 世界遺産(2023年5月現在)
1154件が登録
文化遺産: 897件
自然遺産: 218件
複合遺産: 39件
- 日本の世界遺産
25件が登録
文化遺産: 20件
自然遺産: 5件

縄文遺跡群はもっともあたらしい世界遺産です。

ここがポイント!!

- 日本の縄文文化が世界遺産として認められたわけではなく、北海道・北東北に所在する17の遺跡が世界遺産登録されたということ。
- ⇒他の縄文遺跡の価値がないということではない。

日本の世界遺産

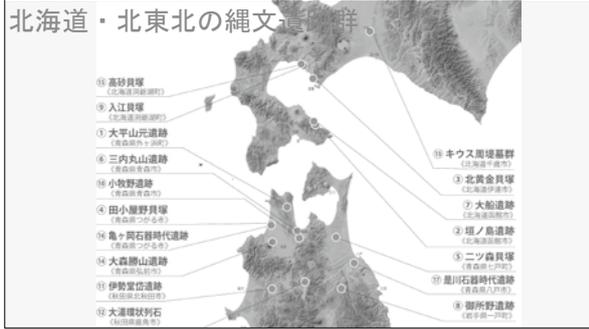
北海道・北東北の縄文遺跡群

白川郷・五箇山の合掌造り集落
尾道・厳島神社
石見雲山遺跡とその文化的景観
明治日本の産業革命遺産 製鉄・船舶、建築、石炭産業
「和歌山」の建築遺産
新緑の文楽舞臺の歴史文化景観
奄美群島の自然遺産
徳島県・高松市の歴史文化景観
伊豆山脈の自然遺産
白川郷
尾道
和歌山
新緑の文楽舞臺
奄美群島
徳島県・高松市
伊豆山脈

世界遺産委員会で決議された価値

- 農耕社会以前の先史時代の人々の生活の在り方と複雑な精神性を示す
- 紀元前13,000年から紀元前400年までにかけて、北東アジアで発展した狩猟・漁労・採集社会における定住の開始、発展、成熟を示す。

※登録基準(iii)・(v)



なぜ北海道・北東北？

地域設定は歴史的・文化的意味をもっていなければならない

○土器に見られるように、共通の文化圏がすでに成立していた。

○この文化圏は同じ言語、世界観などをもった範囲と考えられている。

○縄文文化は縄文時代の文化の総称であって、地域文化(圏)の集合体である。

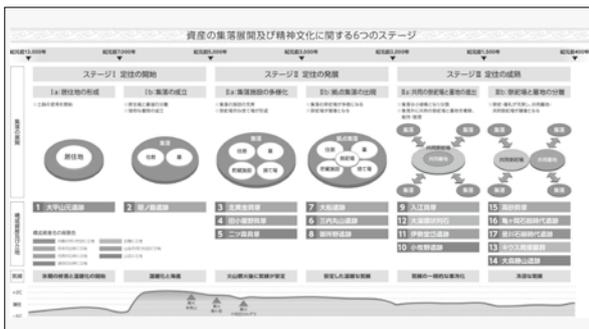


なぜ17遺跡？

○北海道・北東北に所在する縄文遺跡 **約2万カ所**

○集落構造又は祭祀・儀礼空間の要素がある
○発掘調査等によって価値が高いことが確認
○保全状態が良好。国の史跡・特別史跡に指定 **41カ所**

○本資産の顕著な普遍的価値の属性を満たす
○遺跡本体及び周辺環境が良好に保存・保全
○万全な法的保護措置が講じられている **17カ所**



世界遺産登録後の変化~世界遺産効果~

①見学者の増加

- 登録前から効果はあるらしい
- 遺跡巡りツアーなど商品作成
- 縄文をまじりに学びたい、知りたい人達が結構多い。

②地域の活性化(地域が元気になった)

- 地域が保存と活用に積極的に参加
- 広域連携の実施

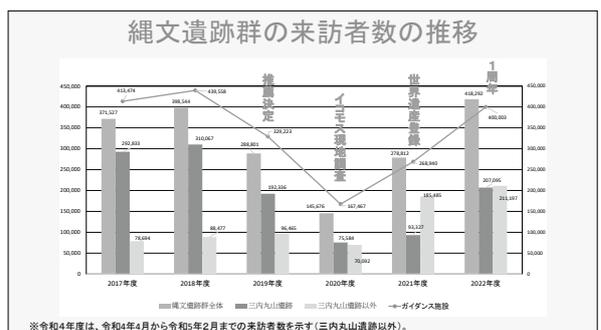
特別史跡・世界遺産 三内丸山遺跡

“日本最大級の縄文集落”

- ・ムラ全体の様子がわかる
- ・当時の生活や環境がわかる

自然とともに生きた人々の世界観に触れられる

※世界遺産課(6名)が置かれ、世界遺産協議会の事務局も兼ねる



齋藤先生：岡田先生ありがとうございました。

縄文遺跡群は

過去を知り、現在を見つめ、未来を考える

ためにあると思います。

2024/7/24

まずはお近くの遺跡へ

縄文一万年の旅を

はじめてみませんか

縄文遺跡が大事な理由

- 自然とともに生きた人々の時代
⇒自然への畏怖
- 持続可能な資源利用
⇒技術と哲学のバランス
- 平和で協調的な社会
⇒過去を知るとは未来への希望となる
- 故郷の歴史と文化の再発見
⇒地下にも未知の歴史がたくさん埋まっている



シンポジウム I

13:50~15:30

「第8次医療計画、5疾病6事業について」

座長／青森県医師会常任理事 田中 完

勤務医部会副部長 橋爪 正

座 長



青森県医師会常任理事

田中 完

(たなか ひろし)



勤務医部会副部長

橋爪 正

(はしづめ ただし)

田中先生：先生方こんにちは。午前中から昼食を挟んで縄文の岡田先生と、かなり盛りだくさんな内容でした。だいぶ疲れたと思います。また昼食を挟んで少し眠いというところもあると思いますけれども、シンポジウムは重要な会の要旨ですので、是非活発な御議論をお願いいたしたいと思います。シンポジウム I の座長は私、青森県医師会の田中と、それから勤務医部会副部会長の橋爪先生が担当します。どうぞよろしくをお願いいたします。シンポジウム I は「第 8 次医療計画、5 疾病 6 事業」ということで、救急災害時、それから新興感染症、へき地医療、がんに関してお話をいただきます。各演者の御略歴は抄録集の 32 ページから載っていますので、それをご覧いただければと思います。また、内容が多岐に渡って、かなりいろいろな内容になりますので、現状とそれから課題ということをお話ししていくことになるので、なかなか明確なまとめというのは難しいと思いますが、よろしくをお願いいたします。それでは、まず第 1 席、「医療の原点は救急にあり」ということで、八戸市立市民病院事業管理者の今明秀先生、よろしくをお願いいたします。



医療の原点は救急にあり

青森県医師会勤務医部会 部会長

八戸市立市民病院 事業管理者

今 明秀

(こん あきひで)

八戸市立市民病院CEOの今明秀です。よろしくお願いたします。青森県勤務医部会の部会長も務めております。「医療の原点は救急にあり」、よろしくお願いたします。COIはありません。初めに、第8次医療計画での6事業の中で、救急と災害は個々の医療施設の努力では解決が難しい地域が多いです。政府主導で指標を明確にして、医療機関の連携と、機能のレベルアップを期待するところです。第8次医療計画の中で、救急と災害についての重要ポイントを、八戸の二次医療圏で、どのように工夫して解決してきたか、何が足りないかをこれから述べさせていただきます。

まず一つ目ですが、地域の基幹となる救急医療機関の体制という項目があります。重症対象の特に高度で専門的な知識や技術を要する患者へ対応可能な医師・看護師等の人材の育成・配置・院内の体制整備を行うこと。地域の重篤患者を集中的に受け入れる役割を担うこと。テロ災害発生時等における銃創や爆傷等にも対応ができる体制を構築すること。このようなことが書かれております。我々の地域では、例えばドクターカーには、医師が付ける防刃チョッキとヘルメットが二つ常備されております。以下、スライドは青いのが、我々がやっている試み、黒い字は政府が進めている項目になります。地域の核となる救急医療の体制ですが、このような移動緊急手術室を持ってまして、これがおそらく起こるであろうテロの時に活躍するのではないかと思います。

救急対策として、下り搬送の促進という項目があります。増加する高齢者の救急搬送や、特に配慮を要する救急患者を受け入れるために、地域における救急医療機能の役割を明確化すること、救命救急センターへの高齢者の搬送が増加しています。我々の病院では、病院車両と病院の救急救命

士を活用して下り搬送を増やしております。救急室に受診した患者、運ばれて来る患者さんを、地域の二次病院に我々の病院から病院車を利用して搬送しています。令和4年、令和5年で下り搬送の方が圧倒的に多いです。上り搬送とは我々の病院から弘前大学とか青森県立中央病院、岩手医大、岩手県立中央病院などに運んでいる患者で少ないです。

次は、居宅・介護施設高齢者の救急対策についての項目があります。居宅・介護施設の高齢者が自らの意思に沿った救急医療を受けられるような環境整備を進めること、八戸と隣接している三戸地域では、アドバンス・ケア・プランニングカードを自宅に掲げて、心肺停止患者を含めた重症患者さんの救命救急センターの搬送を防いでおります。一方こちらは八戸の救急センター、主に八戸市内の患者さんですが、終末期医療110例を調査したところ、患者本人の事前指示があったのは3例のみで、ほとんどがアドバンス・ケア・プランニングをされていません。項目は人工呼吸器・ペースメーカー・人工心肺の中止、透析を行わない、人工呼吸器の設定や昇圧剤投与を変更する、水分や栄養の補給を制限または中止する、心肺停止などの時点で蘇生術を行わない、このような項目、実際は患者さんが運ばれてから初めて我々医師が家族と話し合っ決定しているわけです。このアドバンス・ケア・プランニングはまだ道半ばといったところです。

次の項目です。救急対策のドクターヘリです。ドクターヘリについては、より効率的な対応ができるよう広域連携体制の構築を進めます。我々の地域、岩手県、秋田県を含めた北東北連携では、自分の県のドクターヘリ出動が第一出動であります。距離優先方式について現在検討しているところです。ドクターヘリ、今現在、全国配備ほぼ

終わりました、57機が全国で飛んでおります。県単位を基本とする運用から、運行圏域を主とした運用への検討が必要です。隣接する都道府県の相互乗り入れが絶対条件となっています。平成27年度の研究の結果です。現在ドクターヘリの課題として自県優先出動があります。大間町と函館の汐首岬ですが17.5キロしか離れていないのに函館へりは1回も来ておりません。青森から80キロぐらい飛んで大間町に行っている状況です。こちらは八戸と岩手県の北です。岩手県の二戸地区を見ても、八戸県域での50キロ圏に入っているのですが、実際は岩手県へりが82件、第二出動で青森県へり、八戸へりが41件ということで、近い所ではなく自県出動が原則になっていると。これ歯痒いところです。

救急対策として、次、ドクターカーについてです。第8次医療計画の作成指針において、ドクターカーが患者搬送手段の一つとして明記されています。全国のさまざまな運行形態を調査し、地域にとって効果的な活用方法の検討を進めること。我々の地域では、現在八戸のドクターカーを活発に運用しております。また全国ドクターカー協議会を発足させてデータ収集、ガイドライン作成、広報活動を始めたところです。実は平成3年4月12日に、国会の6派の共同提案に関わる救急救命士法に対する附帯決議がされております。内容が黄色のところ。医師が緊急用自動車などに同乗して必要な処置を行う方式、ドクターカー方式を推進し、救急医療体制の一層の充実を図ること。もうすでに平成3年にこのようなことが決議されているわけです。我々の地域、八戸からドクターカーが主に50キロ圏を今走っておりますが、13年間で17,427回の出動がありました。このように、80キロ離れている横浜町、50キロ離れている十和田湖、このようなどころを含めて猛烈な数、年間1000件～1500件の出動をしております。そして救急隊の現場滞在時間、15分以内を目標と全国でしているわけです。短いのが良いわけで、これを達成するのが救急隊員の目標なわけですが、全国の割合で見ると15分達成しているのはわ

ずか半分、52%。東京都が一番最低な数字ですけども、これに対して八戸地域ではなんと74%が現場滞在時間15分を達成しています。つまりそれがドクターカー効果なわけです。急性期脳梗塞の経過です。ドクターカー有り・無しによって、病着からt-PA投与時間が、有り13分、無し48分。病着後の再灌流時間が、有り109分、無し205分ということで、ドクターカー有りの方が脳卒中の病院に来てからの時間の短縮効果があります。脳梗塞の血管内治療、直近4年間の八戸130件を調査すると、modified Rankin Scale 2以下、つまりほぼ自立している、というところまでもっていった患者さんが、ドクターカー出動すると41.7%。救急車で来ると29.6%ということで、これもドクターカー効果の表れです。3台目のドクターカーは、現場で手術可能なものを用意しております。これはテロ組織、テロの対策だけじゃありません。人工心肺、エクモ搭載の移動緊急手術室ドクターカーV3で非都市部での心肺停止からの社会復帰を目指しております。このように人工心肺エクモ搭載の移動緊急手術室ドクターカーV3を、厚生労働省に申請して使用しているわけです。これまで社会復帰が3名あります。4名中1名はその後亡くなられたのですが、3名社会復帰しているわけで、この遠隔地で発生した心肺停止も社会復帰できる時代になっております。全国ドクターカー協議会の調査結果です。130施設が調査に協力してくれました。その結果ですが、約9ヶ月間にどれくらい出動しているか。100回～500というのが一番多いです。また、カバーしている人口は25万人～50万人ぐらいのところが一番多いです。

続いて、感染症まん延時における救急対策ですが、感染症対応と通常の救急医療を両立できるような体制を構築すること。COVID病床、二次医療圏で十分確保することに成功しました。三次救急病床をお陰で確保できました。それらのいわゆる救急施設のCOVID病床に対して我々の病院から下り搬送をたくさんやって、なんとか克服できました。

災害対策です。DMAT・DPATは災害時のみならず、新興感染症のまん延時における活動に対

する支援を実施すること。八戸市の保健所にコロナ対策の統括DMATを派遣しました。またクラスター発生病院へDMATを派遣しております。クラスター発生病院の施設支援の目標ですが、本部を作り情報を整理・評価いたします。これは通常の災害と同じです。そして需給バランスを評価して支援方針を決定、実施するわけです。これは通常の災害よりは困難です。そして職員が折れずに働き続けられるようなサポートをする。これも通常災害同様重要です。圧倒的支援不足の中でこのようにDMATが活動してきました。日本DMATは、日本全国で全部で550施設を支援しました。特に北海道・東北183件です。

災害対策として、災害時に拠点となる病院、拠点となる病院以外の病院が、その機能や地域における役割に応じた医療の提供を行う体制の構築を進めること。八戸赤十字病院と共同訓練をこれまでしてきました。災害支援とは、左側が通常の状態ですが、この右側の状況、災害となると、例えば一般住民は避難する、自宅に避難できないので避難所などを確保するわけです。ここで新規の傷病者が発生するわけで、従来はここに重点を置いてきましたが、実は入院患者とか施設入所とか介護の人がたくさんいるわけで、こちらの施設自体も被災していますので、この物資搬送・診療・介護というところから支援しないといけないわけです。このように考えながら変わってきました。例えば台風19号の対応ですが、日本DMATがやれることとして、長野県のリハビリテーションセンターの支援、福島県の病院の籠城支援、給水支援、丸森病院の搬送支援、このようなことをやっております、病院施設の支援ということに今力を入れているところです。そしてDMATのオペレーションに変化があります。ハザードマップ、耐震診断を用いた先手を打った対応というのに力を入れて、さらにこの先、南海トラフに備えて計画的な対応をやっているところです。災害対策です。災害拠点病院等における豪雨災害などの被害を軽減するために、地域と連携として、止水対策法を含む浸水対策を進めています。赤十字病院の工事の計画をここに示します。2階に発電機を4

機作る計画をしているところです。残念ながら我々の八戸市民病院ではまだまだというところですが、赤十字病院ではすでに進んでいます。

まとめです。増加する高齢者の救急や、特に配慮を要する救急患者を受け入れるために、下り搬送を増やしました。ドクターカーとドクターヘリは重傷者を直接救命救急センターに搬送することに役立ちました。病院における豪雨災害の被害を軽減するための浸水対策は道半ばです。医療の原点は救急医療を充実させる。この医療の原点の救急医療を当地域ではこれまで実行してきました。ご静聴ありがとうございました。

医療の原点は救急にあり

青森県医師会勤務医部会長
八戸市立市民病院 事業管理者
今 明秀

COIIはありません

【はじめに】

- 第8次医療計画での6事業の中で救急と災害は、個々の医療施設の努力では解決が難しい
- 政府主導で指標を明確にして、医療機関の連携と機能のレベルアップを期待する
- 第8次医療計画の中で救急と災害についての重要ポイントその指標を当二次医療圏でどう工夫しているかを述べる

【地域の基幹となる救急医療機関の体制】

重症外傷の特に高度で専門的な知識や技術を要する患者へ対応可能な医師・看護師等の人材の育成・配置、院内の体制整備を行う

地域の重篤患者を集中的に受け入れる役割を担う
テロ災害発生時等における銃創や爆傷等にも対応ができる体制を構築する

→ドクターカーには
医師と日本語で書いた
防刃チョッキとヘルメットが
二人分常備



【救急対策 ドクターヘリ】

ドクターヘリについては、より効率的な対応ができるような広域連携体制の構築を進める。

→北東北連携では自県ヘリ第一出動であるが、距離優先方式について検討している

【救急対策 下り搬送の促進】

増加する高齢者の救急搬送や、特に配慮を要する救急患者を受け入れるために、地域における救急医療機関の役割を明確化する。

→救命救急センターへ的高齢者搬送が増えているが、病院車両と救急救命士を活用して下り搬送を増やしている

	R 4	R5	R4→(2022.4/1～2023.3/31)	R5→(2023.4/1～2023.9/26)
上り	7	9		
下り	138	100		
総数	145	109		

ドクターヘリ

全国配備57機で運用していくためには

県単位を基本とする運用から、運航圏域を主とした運用への検討が必要

隣接する都道府県の相互乗り入れが絶対条件

平成27年度厚生労働科学研究 久留米大学坂本照夫

【居宅・介護施設高齢者の救急対策】

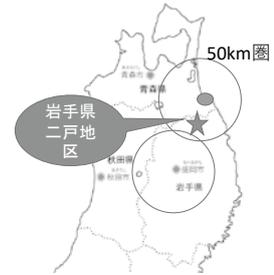
居宅・介護施設の高齢者が、自らの意思に沿った救急医療を受けられるような環境整備を進める。

→三戸地域ではACPカードを自宅に掲げて心肺停止救急搬送を防いでいる

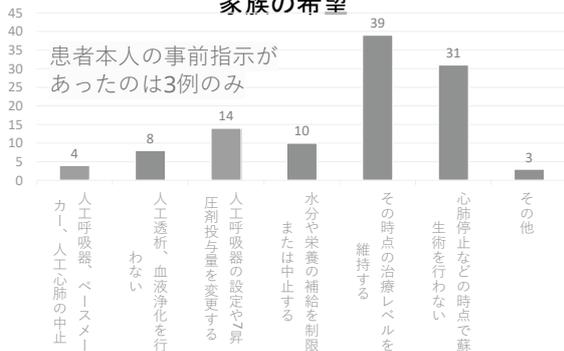
ドクターヘリの課題：自県優先出動

函館ヘリから
青森県大間町への
出動ゼロ

第一要請岩手ヘリ82件/年
第二要請八戸ヘリ41件/年



八戸救命センターの終末期医療110例 家族の希望



【救急対策 ドクターカー】

・第8次医療計画の作成指針においてドクターカーが患者搬送、診療手段の一つと明記されている。

・全国の様々な運行形態を調査し、地域にとって効果的な活用方法の検討を進める。

→八戸で活発に運用している。

→全国ドクターカー協議会を発足させデータ収集、ガイドライン作成、広報活動を始めた

自由民主党、日本社会党・護憲共同、公明党・国民会議、日本共産党、民社党及び進歩民主連合の六派共同提案に係る、**救急救命士法案に対する附帯決議**：平成3年4月12日

「救急専門医等救急医療に携わる医療関係者の養成に積極的に努めるとともに、医師が救急用自動車等に同乗して必要な処置を行う方式(ドクターカー方式)等を推進し、救急医療体制の一層の充実を図ること。」

脳梗塞血管内治療 130件

2017/4/1~2021/3/31

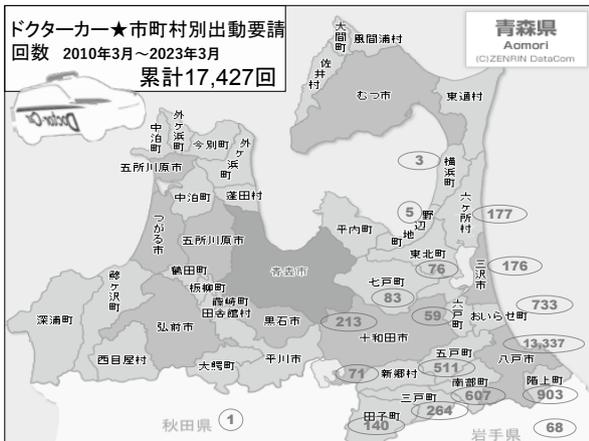
予後良好 (90日後 mRS2以下)

ドクターカー 救急車単独

41.7% 29.6%

(43/103件) (8/27件)

母比率の差の検定



3台目のドクターカーは現場で手術可能

- 2016年7月から人工心肺エクモ搭載の移動緊急手術室ドクターカーV3を厚労省に申請し許可を得て使用開始。
- 院外心停止に対して病院前で人工心肺エクモを付ける手術をする。エクモを付けて心肺蘇生するからECPRと呼ぶ。

非都市部での社会復帰を目指す取り組みをしている。

救急隊現場滞在時間15分以内目標 八戸はドクターカー効果で74%達成

ウ 重症以上傷病者の現場滞在時間区分ごとの件数 (令和元年中)

二次保健医療圏	区分	15分未満	15分以上30分未満	30分以上45分未満	45分以上60分未満	60分以上90分未満	90分以上	計	30分以上
青森地域	件数	885	613	72	5	3	3	1,581	83
	割合	56.0%	38.8%	4.6%	0.3%	0.2%	0.2%	100.0%	5.2%
下北地域	件数	448	74	3	0	0	0	525	3
	割合	85.3%	14.1%	0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.6%
津軽地域	件数	660	806	54	8	0	1	1,531	83
	割合	43.1%	52.8%	3.5%	0.5%	0.0%	0.1%	100.0%	4.1%
西北五地域	件数	221	429	29	0	0	0	679	29
	割合	32.5%	63.2%	4.3%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	4.3%
八戸地域	件数	1,252	411	17	3	1	0	1,684	21
	割合	74.3%	24.4%	1.0%	0.2%	0.1%	0.0%	100.0%	1.2%
上十三地域	件数	665	245	13	1	1	0	925	15
	割合	71.9%	26.5%	1.4%	0.1%	0.1%	0.0%	100.0%	1.6%
青森県	件数	4,131	2,580	188	17	5	4	6,925	214
	割合	59.8%	37.3%	2.7%	0.2%	0.1%	0.1%	100.0%	3.1%
全国	件数	238,329	194,854	18,045	3,712	1,518	515	456,973	23,790
	割合	52.2%	42.6%	3.9%	0.8%	0.3%	0.1%	100.0%	5.2%

2016年7月から人工心肺エクモ(ECMO)搭載の移動緊急手術室ドクターカー(ドクターカーV3)を厚労省に申請し許可を得て使用開始。

車番	施設	搭載ECMO	搭載ECPR	搭載ECMO搭載ECPR	搭載ECMO搭載ECPR	搭載ECMO搭載ECPR	
①	45 / 女性	U/L / A/V	PEA	30min	60min	120min	OPC I 10/4設置
②	50 / 男性	A/V / G/L	VF	45min	60min	60min	搭載ECMO搭載ECPR 10/4設置
③	54 / 男性	A/V / A/V	VF	45min	60min	60min	搭載ECMO
④	57 / 男性	A/V / A/V	VF	45min	60min	60min	搭載ECMO
⑤	58 / 男性	U/L / A/V	VF	30min	60min	60min	10/4設置
⑥	52 / 男性	A/V / A/V	VF	75min	60min	60min	OPC I 10/4設置
⑦	66 / 男性	A/V / A/V	VF	45min	60min	60min	OPC I 10/4設置

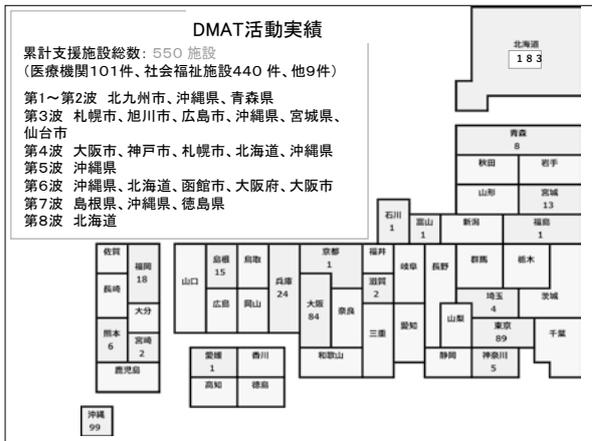
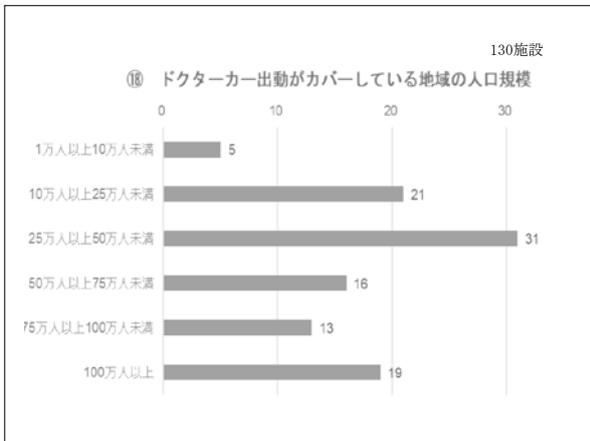
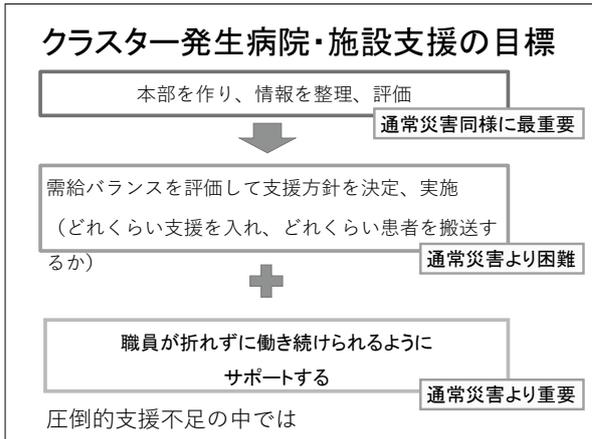
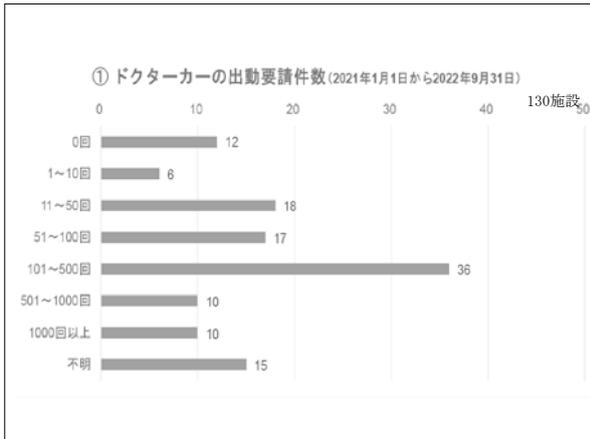
急性期脳梗塞2018年 八戸ドクターカー1号2号病院前出動の有無

	病院前あり (n=33)	救急車単独 (n=5)	p
病着からt-PA投与時間(min)	13 [10-15]	48 [21-142.5]	0.001
	病院前あり (n=38)	救急車単独 (n=6)	p
病着から再灌流時間(min)	109.5 [74.25-138.25]	205 [191.75-228.5]	0.001

中央値(四分位範囲) ウィルコクソンの順位検定

全国ドクターカー協議会調査 厚生労働省委託事業2022 代表理事今明秀

- 回答施設130施設
- 総事例数54,812例 (2021年1月1日から2022年9月31日)



【感染症まん延時における救急対策】

感染症対応と通常の救急医療を両立できるような体制を構築する。
→COVID病床を二次医療圏に十分量確保し分散することで三次救急病床を確保できた

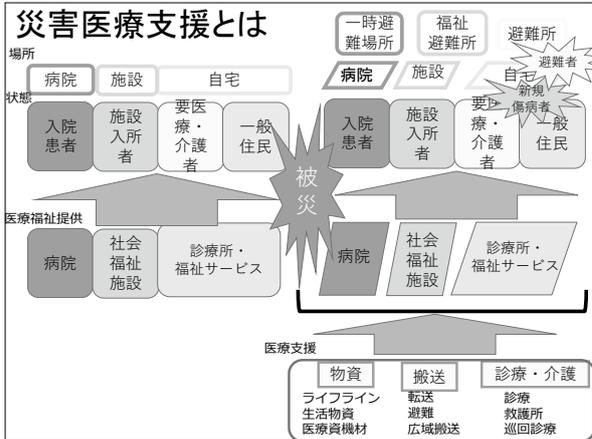
	コロナR4	コロナR5	
上り搬送	1	0	R4→(2022.4/1 ~2023.3/31)
下り搬送	74	2	R5→(2023.4/1 ~2023.9/26)
自宅から	45	0	
総数	120	2	

【災害対策】

災害時に拠点となる病院、拠点となる病院以外の病院が、その機能や地域における役割に応じた医療の提供を行う体制の構築を進める
→赤十字病院と災害拠点病院の共同訓練をしてきた

【災害対策】

DMAT・DPATは災害時のみならず、新興感染症のまん延時における活動に対する支援を実施する。
→八戸市保健所に統括DMATを派遣した。クラスター発生病院へDMATを派遣した



主要な被災県とDMAT急性期医療支援活動

・長野県

- ・長野リハビリテーションセンター、とよのグループ施設の避難も含む搬送支援

台風第19号への対応

長野県 とよのグループ施設避難



・福島県

- ・浸水病院谷病院への籠城支援
- ・断水地域の病院、施設への給水支援

福島県 谷病院支援



・宮城県

- ・国保丸森病院の避難も含む搬送支援

宮城県 丸森病院避難



【まとめ】

- ・増加する高齢者の救急や、特に配慮を要する救急患者を受け入れるために、下り搬送を増やした。
- ・ドクターカーとドクターヘリは重症者を直接救命救急センターに搬送することに役立った。
- ・病院における豪雨災害の被害を軽減するための浸水対策は道半ば。
- ・医療の原点の救急医療を充実させる工夫を当地域ではこれまで実行してきた。

DMATのオペレーションの変化

- ・これまでの災害医療対応
 - ・災害が起きてからの出たとこ勝負
- ・現在の災害医療対応
 - ・ハザードマップ・耐震診断を用いた、先手を打った対応
 - ・広域災害・救急医療情報システム(EMIS)の基本情報に基づいた、効率的なライフライン支援
- ・これからの災害医療対応
 - ・事前リストに基づき、優先度も含めた計画的な対応・支援

田中先生：今先生どうもありがとうございました。

【災害対策】

災害拠点病院等における豪雨災害等の被害を軽減するため、地域と連携して止水対策を含む浸水対策を進める。

→八戸工業大学に浸水被害指導を仰いだ
赤十字病院で工事を計画中

八戸赤十字病院発電機架台プラン





新興・再興感染症について

青森県立保健大学大学院健康科学研究科 特任教授 **大西 基喜**
(おおにし もとき)

皆様こんにちは。青森県立保健大学の大西と申します。私は感染症専門医ということもありまして、県の感染症対策コーディネーターということで、行政のアドバイス、お手伝いをしてまいりました。また、青森県立中央病院の医療顧問ということで、青森県立中央病院と一緒に合理的で持続可能な感染対策とはどういうものなのか、考えている毎日です。そうした経験を元に、今回のコロナの現状、これまで起こったことと、その対策をまとめて、また今後の医療対策、医療計画にどう生かしていけば良いのか、というところをお話したいと思います。感染者数は皆さんよくご存知のように日本で3,000万、世界では6億、だいぶ過小評価されていると思いますけれども、そういった方が感染されまして、日本ではトータルで0.22%の方が亡くなっております。ざっとこれまでの大雑把な推移、皆さんもよくご存知の通りでございますけれども、2020年1月からの3年半に国民の3割、今はもう3割を超えていると思えますけれども、感染者を出し、7万人を超す死亡者が生じております。変異株は繰り返し生じて、22年からオミクロン株が主流となりまして、感染力の増強と共に大変軽症化するということが分かりました。実際現状を見てみますと、もうこのオミクロン株は全体の感染者数の95%を占めるまでに至っております。致死率はオミクロン株では0.17%とだいたい1/6程度に低下しておりますが、年間死亡率、10万人ベースの死亡率で見ますと、逆にそれまでの3倍となっております。重症化リスクは高齢者であり、また基礎疾患保有者であるということは極めて明瞭になってまいりました。これがその死亡率、致死率のグラフなのでありますが、青がその時点その時点でのトータルの致死率でありまして、最初は高かったのが次第に減っています。ところが感染者数が非常に多いの

で、この死亡率というのはある時点で一年間にどれぐらいの人が亡くなったかという死亡率を表していますけれども、逆にどんどん増えてきまして、このように見事に交差するグラフとなっております。この死亡率の変化は非常に顕著な特徴がありまして、オミクロン以前の都道府県の相関を見ますと、都市化指標、DIDというのがあるのですが、それと非常に相関係数が高いです。つまり、インフルエンザ等もそうなのですけれども、田舎の方にはなかなか来なくて、都会の方で非常に流行って、病院も厳しくなり、そして亡くなる人も多いということで、都会の方はこのオミクロン以前は人口密集地を多く抱えている地域ほど多く死亡しましたが、オミクロン以降は、これはもう全然バラバラになります。都市化も全然関係なくて、日本津々浦々で感染が広がるようになったのですね。むしろ、横軸はコロナとは関係ない総死亡率でありますけれども、実に病気で亡くなる人、高齢の人、こういうところが多い所ほどオミクロンでも亡くなるという傾向が顕著になってまいりました。つまり、当初は都市化率が問題だったのですけれども、オミクロン以降は、基礎疾患や高齢者を多く抱えている地域のほうが多く死亡しております。ハンドアウトにお示ししてありますが、腎疾患でありますとか、心臓疾患でありますとか、そういったケガとか外傷でなくて、病気で亡くなる人が多いところほど、コロナでも亡くなるという、言ってみれば、簡単に言えば平均寿命が短いところのほうが多く亡くなるという結果になりました。それが都道府県相関ということになりますけれども、病気で亡くなるほどコロナの死亡が多いです。青森県の全国の場合ですが、青森県の場合はだいたい2割強の方が感染しまして、全国でも2割か3割というところですが、致死率はオミクロン以前ですと、青森県頑張ったという

か、先ほどのように都市化の方が問題だったので、34位という状況でありますけれども、オミクロン以降になりますと、総死亡率の方が悪いほど亡くなっているということで、多い方から9番目というふうになっています。実際には2割と言いましても、抗体保有の方々は4割と、あるいは今5割ということなので、半分ぐらいしか感染者としては見つかっていない状況であります。ちなみに最終的なこの死亡率45.8とか35.7というのは、全死因で見るとだいたい6番目か7番目に相当するほどの死亡者ということになります。そうした非常に大きな転換点を迎えて、私たちの対策も一名ずつやって封じ込めるといような対策を当初とっていたのが、それは全く困難になりまして、むしろ社会維持、社会生活をどう維持していくか、そのバランスが大事で、医療としても感染症医療以外の医療とどうバランスをとっていくか、そういうことがだんだんメインになってまいりました。入院であれば感染症病床でなく一般病床で対応する。もう隔離もできるだけ簡略化して、ゾーンあるいは個室で対応する。もう今の院内感染の多いところはカーテン隔離で対応するというふうになってまいりました。療養場所も自宅中心になりましたし、病院役割は重症者はここで対応するなど、だんだん明確になってきました。院内感染も日常化しました。そういったことで感染症対策も結局法的な変更が起こりまして、今は、入院調整は医療機関で行っているということになっております。県のこれまでの対応であります、まとめてみますと、最初はとにかく、病床を確保するのにかなり汲々となっておりまして、確保病床はマックスで510床です。入院者のマックスが681人ですので、稼働病床以外のところでかなり診ていただいたということになります。概ね圏域内対応可能でした。これは非常にラッキーな面もあったと思います。一部圏域を超えた対応、移床が必要であったことはありますけれども、だいたい圏域内であった。で、臨時的医療施設という青写真は作ったのですが、これは元々どうも実現性は乏しい。もし本当に使うことになったら大変なことになるという状況でした

が、そうなる前になんとかかりました。外来医療は外来対応医療機関の確保が非常に難しい状況が続いておまして、現在も350とかなり厳しい状況にあります。自宅療養・ホテル療養患者の医療を確保する、これは医療機関や医師会のほうの協力で可能になりました。ホテル療養は、7800人ぐらいがホテル療養しております。医療機関をどう支援するかという大きな課題でしたし、医療のネットワークをどう構築するか、それがだいぶ構築できたというのがあったと思います。さて、これからのことを考えますと、やはり今回の医療計画についても、新しい感染症をどうするかというような観点があるのですけれども、実際温暖化や資源採掘や森林破壊、さまざまな条件が感染症には具合の悪いことになっておまして、動物由来感染症が非常に多く見込まれる状況になっております。当然そうなのですけれども、おそらくこれからの飛沫や空気感染というのは最も想定されますので、その備えが重要だというふうに思っております。そこで医療計画ということになるのですけれども、現在国、県が想定している状況を見ますと、感染症法の改正を踏まえたものになっておまして、全体としてコロナウイルス、つまりコロナのようなものが起こった時にどうするのか、そういうところに力点があります。それには青森県感染症対策連携協議会を設置、これは各県にたぶん設置されておまして、そして確保病床の数値目標を提示して協議する。そして協議内容につき各医療機関と協定を締結する、ということになっております。その計画が来年の3月までに感染症対策連携協議会でまとめたものが、医療審議会でも提示されて最終的な医療計画になる、というような段取りとなっております。この予防計画と医療計画の見通しなのでありますけれども、今フェーズ1から4までの想定した時にどれぐらいの協力できる病床があるかということ、いろいろアンケートして、さらに数字上でまとめて協議して今合意に至ったという段階なのです。協力可能病床は607床とあります。これは県の当初目標510床ですので、それを超えているということになります。ただ、この協力可能病床の中には、コロナ

は診ないという病床もありますので、これがこれからどういうふうに協定になり、また実際に利用されるのかは相当不分明であります。精神病院は25病院で、協力可能としてくれたところは179床。最初当初の目標は62ですから、この時点では合意を至ったところはかなり目標を超えているという状況でございます。ただし、今後病院一つずつ協定を結ぶことになりまして、おそらく今年度いっぱいはこちらで終わります。医療計画の数字の入った目標はここまでということなのです。しかし本当は外来部分をどうするか、それは感染対策とセットで考えていかないといけませんし、さらに今までうまく使わないで済んだ臨時的医療施設をどうするかとか、さまざまな積み残しが残っております。そもそも感染症病床についての考え方をどうするかという問題があります。感染症病床というのは非常に少数のベッドで、かつ完全隔離して、ところが集中治療は難しいというのが感染症病床の全国の特徴で、青森県もそのとおりです。しかし、それとコロナモデルというのはやはり真逆の考え方になっています。それらがどういふ場合にどうなのかという整理が全くできていませんので、むしろこういったことを概念整理していくのはおそらくこの医療計画ではなくて、その次の中間的なもの、あるいは次の医療計画といったことになります。この積み残しと言いますか、今後大変なことを検討していかないといけないというのがコロナを踏まえての私の感想であります。基本的に感染症対策は感染者対応、あるいはまん延防止策、情報管理といった総合的なもの、あるいはひょっとしたらインフラといったものまでも問題になるような世界なのですけども、この対策をきちんと全体像を描くというのは非常に大変なことであります。現在は、感染者対応の部分、しかもその感染症の医療の確保という部分が中心になって、今年度対応が求められるということがありますが、それはやはり感染症対策のほんの一部に過ぎないと思いますので、医療対策で出来たこと、あるいはこれから考えていかなくはいけないこと、さまざまに知恵を出し合う場面がこれからもあるというふうに考えてございます。私

からの話は以上です。

令和5年度全国医師会勤務医部会連絡協議会
シンポジウムⅠ 「第8次医療計画 5疾病6事業について」

新興・再興感染症について

青森県立保健大学大学院 公衆衛生教室
青森県 感染症対策コーディネーター
青森県立中央病院 医療顧問
大西基喜

1

世界と日本の感染者数

累計：

日本 33,802,739人 (死亡 74,669 (0.22%)) 厚労省 2023/5/8	世界 676,609,955人 (死亡 6,881,955 (1.02%)) Johns Hopkins 大学調べ 2023/3/10 (中止時点)
-------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

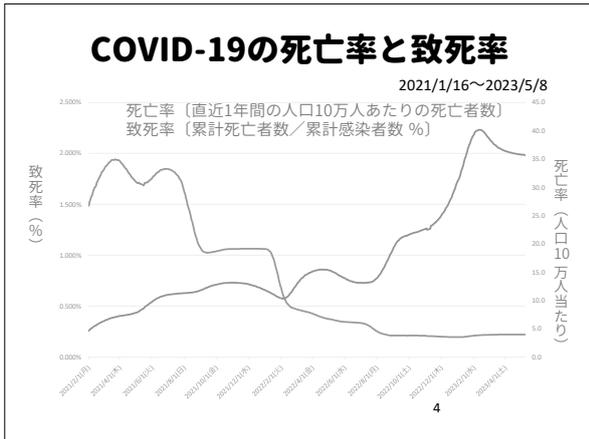
新規感染者のグラフ：

2

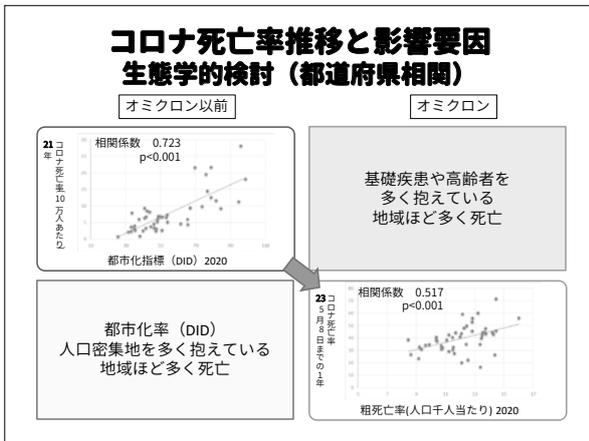
COVID-19の推移

- 20年1月からの3年半に国民の3割の感染者、7万人を越す死亡者を出した。
- 変異株も繰り返し生じ、22年からオミクロン(以後O)株が主力となり、感染力の増強と軽症化が認められた。
 - O株は大流行し、O株感染者数が全体の95%を占めてまでに至った。
 - 致死率は0.17%と1/6程度に低下したが、年間死亡率は逆に3倍強となった。
 - 重症化リスクは高齢者や基礎疾患保有であることが明瞭化した。

3



- ## 対策力点の変化
- 【野生株…】
 - 一例ずつ検討
 - 感染源、接触者洗い出しと対応
 - 感染者の医療の確保
 - 感染病床の充実
 - 基本路線は「封じ込め」
 - 個人的防御の徹底
 - 行動制限
 - 移動
 - イベント
 - スポーツなど
 - 【オミクロンで明瞭】
 - 個々対策の困難化
 - 対策の重点化
 - 高齢者等
 - 社会維持の重要性↑
 - 封じ込めの困難性
 - 不可能ではないが非常に困難で、資源投入の効果が見合わない
 - 社会生活の損失/障害が大きい
 - 医療の全体としての確保
 - バランスに配慮



- ## 医療対応の変移
- 感染者の急増による変移
 - 入院病床増：感染症病棟→一般病床対応
 - 隔離：病棟→ゾーン→個室/コホート→カーテンなど
 - 入院適応：全入院→リスク応需→治療応需
 - 療養場所：入院→宿泊療養→自宅療養
 - 病院役割の明確化：軽症/中等症/重症対応
 - 院内感染の日常化：当該病院対応へシフト
 - 感染症法での位置づけの変更（5類へ）
 - 入院調整：保健所→医療機関（ネットワーク）
 - 全数把握→定点把握

コロナの死亡率と死因別死亡率の都道府県相関（直近1年間）（2021年）

2021年死因別に見た10万人あたり死者数（1年間総数） 全死因死亡率とコロナ死亡率との相関係数の推移

	青森県	全国	都道府県順位	スピアマン相関係数*
全死因	1544.8	1172.7	2	0.378
悪性新生物	422.3	381.5	2	0.447
心疾患	231.1	174.9	7	0.416
老衰	148.1	123.8	17	0.021
脳血管疾患	123.0	85.2	5	0.157
肺炎	91.9	59.6	4	0.467
誤嚥性肺炎	38.5	40.3	35	0.352
不慮の事故	49.1	31.2	2	0.288
腎不全	34.8	23.4	4	0.611
アルツハイマー病	37.3	18.7	5	0.186
自殺	23.4	16.5	1	-0.008

*相関は2023年3月27時点のコロナ死亡率と2021年死因別死亡率との間で算出

有意

オミクロン以降、がん、呼吸器、心臓、腎臓病で死ぬ人が多い県ほど、コロナの死亡率が高い。平均寿命が低い県ほど、コロナ死亡率が高い

- ## 県における医療面でのこれまでの主な対応
- 入院医療
 - 対応医療機関・病床の確保
 - 確保 max 510床 入院者 max 681人(2022/12/21)
 - 概ね圏域内対応が可能だったが、一部圏域間対応を要した
 - 臨時の医療施設の青写真はあったが、実現性は乏しかった
 - 外来医療
 - 外来対応医療機関の確保は厳しい状況が続いた
 - 医療機関数 356 (2023/9/27時点)
 - 自宅療養・ホテル療養患者の医療確保
 - 医療機関・医師会等の協力や外部委託が可能となった
 - 医療機関・高齢者施設の支援
 - ICN等県内ネットワークの協力
 - 感染研等県外機関の協力
 - 医療ネットワークの構築・情報共有
- 10

青森県・全国の状況

2023/5/8(月) 人口動態統計2021（青森県）

COVID-19 諸指標	青森県	全国	都道府県順位
10万人あたり累計感染者数	22,909.6	26,902.1	39
致死率（全）	0.235%	0.221%	18
オミクロン以前（～2021/11/30）	0.644%	1.063%	34
オミクロン以降（2022/1/1～）	0.226%	0.175%	9
死亡率（10万人あたり、直近1年間）	45.8	35.7	10

死因順位	死因	死亡率
1	悪性新生物	422.3
2	心疾患（高血圧除く）	231.1
3	老衰	148.1
4	脳血管疾患	123.0
5	肺炎	91.9
6	不慮の事故	49.1
7	誤嚥性肺炎	38.5

抗体保有率（全国） 42.8%
*抗体保有率：2023/5/17～5/31調査 献血者（16歳～69歳）のデータ（厚労省提供データ）

7

- ## 次なるパンデミックの可能性
- 基本、動物由来感染症が最大の脅威
 - 要因：温暖化、資源採掘、森林破壊、移動、農業拡大等（UNEP）
 - 200種超（WHO 把握）
 - 新興感染症
 - 新たなコロナウイルス感染症、新型インフルエンザ
 - ニパウイルス、ヘンドラウイルス、パラミクソウイルス感染症 など
 - 再興感染症
 - マラリア、デング熱、ウエストナイルウイルス感染症 など
 - 研究機関からの誤流出、生物兵器の危険性
 - 飛沫・空気感染が最も想定され、その備えが重要

感染症に係る予防計画・医療計画の眼目

- ・ 感染症法の改正を踏まえたものとなる
- ・ 全体として「コロナモデル」が基調
- ・ 青森県感染症対策連携協議会の設置
- ・ 確保病床の数値目標を提示し、協議する
- ・ 協議内容につき各医療機関と協定を締結する

田中先生：大西先生ありがとうございました。これから橋爪先生の司会に代わります。

予防計画・医療計画のスケジュール

項目	第1四半期		第2四半期		第3四半期		第4四半期						
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月					
感染症対策連携協議会	5月14日 全体会議①	5月31日 計画部会1①	6月28日 計画部会3①	7月31日 計画部会1②	9月19日 計画部会①	9月29日 計画部会1③	9月28日 計画部会2②③ 計画部会3②③	10月18日 計画部会②	11月 全体会議②	12月 全体会議③	1月 予防計画	2月 予防計画	3月 全体会議④ 予防計画確定
医療審議会					9月19日 計画部会①	10月18日 計画部会①	10月18日 審議会①	11月 審議会②	12月 審議会③	1月 審議会④	2月 審議会⑤	3月 審議会⑥ 予防計画確定	

予防計画・医療計画の見通しと今後

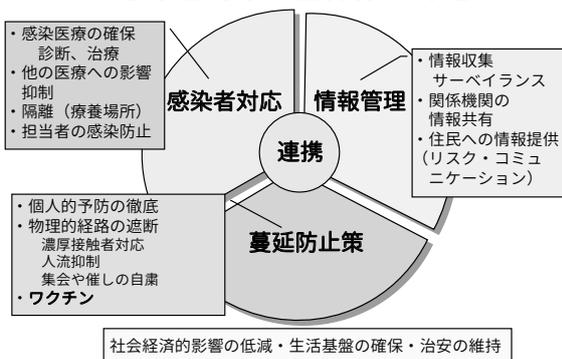
【協定にむけた合意：現状例】（2023/9/27時点）
フェーズ4（流行初期以降）想定時

- ・ 一般病床（70病院）
 - 協力可能病床607床（数値目標目安510床）
- ・ 精神病症（25病院）
 - 協力可能病床179床（同62床）

【今後継続的に検討すべき例】

- ・ 外来部門（コロナモデル）：感染対策とセット
- ・ さらなる医療負荷時の臨時的医療施設等の対策（コロナモデル）
- ・ 感染症病床についての考え方：概念整理

感染症対策の全体像と課題





へき地医療の“未来の形”

六ヶ所村医療センター センター長 **松岡 史彦**
(まつおか ふみひこ)

六ヶ所村医療センターの松岡と申します。普段はへき地医療に皆さん馴染みがないと思いますので、今日の発表はシステムの説明ということがかなり長くなることをご了承下さい。最初に、私のへき地医療の関わりをちょっとだけ紹介いたします。西海岸の深浦町で生まれて弘前に移動して自治医科大学卒業しています。県立中央病院で研修を受けた後は、津軽半島、下北半島で、六ヶ所村に来て30年経ちました。現在は地域医療振興協会に所属しておりますけれども、これは結局へき地で生まれてへき地で育ったということです。へき地医療の目的は保健医療の確保にあります。へき地に関して最初に定義をお話しした方が良いと思います。皆さん、へき地というと風がひゅーひゅー吹いているというイメージがあるのですが、一応定義というものがあまして、ここに書いてあります通り、半径4キロメートル以内で50人以上が住み、しかも医療機関がない所をへき地と言います。これ以下の人数のところを準へき地と呼びます。そしてこのようなところの医療施設をへき地診療所と呼んでいます。この事業なのですが、これを構成するのが地域医療支援センター、へき地医療拠点病院、へき地診療所、そしてへき地、ということになります。主な事業が三つありまして、巡回診療、医師派遣・代診、その他ありますけれども、最近では、第8次医療計画では特にそうなのですが、遠隔医療ということが謳われております。ただ、これでは全体像が掴めないと思いますので、厚労省のホームページにあります図を利用してちょっと説明したいと思います。一番下がへき地診療所なのですが、これは村レベルの医療機関です。だいたいプライマリ・ケアを行うのもへき地診療所です。その上がこれを支援する形になりますが、へき地医療拠点病院にあたります。

多くは町にある病院です。代診を行ったり医師派遣を行ったりする他に、無医地区の巡回診療も担当しています。その上にあるのが地域医療支援センターですが、これは県に一つあって、全体を調整する役目を果たしますが、主に医師確保というのが通年のテーマになっています。ここからは主に現状についてお話しします。事業を構成している施設は支援センターが1つ、拠点病院が6つ、へき地診療所が15、無医地区が30となっています。図でそれぞれの場所を示したいと思いますが、支援センターは県庁の医療業務課の中にあります。青丸が拠点病院で、中の数字は担当している無医地区の数を示しています。大間病院、むつ総合病院、野辺地病院、三戸中央病院、そして鮎ヶ沢病院、県立中央病院もこれにあたります。最後は、近隣に拠点病院がないのですが、この地区にある無医地区を表しています。へき地診療所がこんな感じで分布しております。これは津軽半島、下北半島、半島に多く、県境に多いということです。奇しくも私のプロフィールをなぞったような分布となっているというのが分かると思います。次は地域医療支援センターの概要をお話しします。これは県に1つありますが、こういった代診医派遣とか、支援とか、市町村協力、啓発活動をやっておりますが、結構難しい事業です。大きなテーマは医師確保ということになります。現在、へき地医療拠点病院は弘大の先生と自治医大卒業生が、僻地診療所は、地元でお医者さんが用意できない場合は、自治医大卒業生あるいはIターン、Uターンの先生がこれをカバーしているというのが実状になります。続きまして、へき地医療拠点病院のお話で、3事業という話、さっきありましたが、この話をいたします。一番上のグラフは右肩下がりになっていますが、これは巡回診療1回あたりに診る患者さんの数で、直近で

は1回あたり2.5です。だいぶ少ないです。実際どんなことをやっているかと言いますと、健康相談であったり、風邪薬とか湿布の処方といったものが主体になっています。では普段どうしているかと言いますと、近隣の拠点病院や、へき地診療所に通院しているということです。他の事業、これは全国と比べた数なのですが、巡回診療が平均で比べると多いです。ただ、医師派遣や代診の数はかなり少なく、これは医者が少ないということが起因していると言われてます。へき地医療拠点病院のその他の事業というのがありまして、教育や研修をする、医師を確保する、遠隔医療、いろいろ書いてはいるのですが、実際問題として医者がなくて、なかなか困難な事業ではないかと思えます。実際今年度から1つだけですけれど、昨年度より拠点病院が減っています。それも医師数が確保できなくて、取りやめになったと聞いております。実際、へき地医療拠点病院の医師の数なのですが、常勤ベースですと、6人~10人です。かなり少ないわけですね。ここまでを、県の医療薬務課がまとめてくれたホームページの資料がありましたので、これを使ってまとめますと、現状は今お話しした通りです。課題は、第8次医療計画に則っていますが、遠隔医療がテーマになっています。最後の方向性でありますけれども、「医療従事者を確保しましょう」というのと「連携しましょう」というのがありますが、これは何も第8次医療計画だけではなくて、以前から同じテーマが続いております。青森の現況、最後になりますけれども、ICT・遠隔医療分野です。これが今結構進められているところなのですが、青森県内で事例が2件ありまして、野辺地病院がICT搭載巡回診療車というのがもう導入されたそうです。残念ながらまだ実施には至っていないというふう聞いております。大間病院では遠隔画像相談、アプリケーションを使って画像を見ながらコミュニケーションをとるアプリケーションだそうですが、これで紹介や入院の効率化が進んでいると伺っています。この写真は、野辺地病院に入っている物とは違うのですが、全国で使われている代表的な車両です。

中はこんな感じになっているのですが、画面越しのお医者さんがいて、患者さんが1人で対面しています。もちろん場合によってはこれで済むわけですが、何しろへき地ですから、おじいちゃん、おばあちゃんが対応して、そうすると耳が聞こえない、言葉が若いお医者さんには通じないとか、そういうことがあるわけです。どうしても看護師さんがいて、場合によっては心電図や簡単な試料をとるということが必要になってきますので、こういった能力を持った看護師さんがいてくれるのが、遠隔医療を行う際の重要な要点ではないかと考えています。今の看護師さんの続きで言いますと、特定行為を行う看護師さんというのは、ご存知の方も多々と思えますけれど、これはもう平成27年に創設されておりまして、これから高齢化社会がますます進んでいって過疎化が進むといった場合の在宅医療や地域の医療を支えるために作られた研修制度です。研修を行いますと、今行われている以上に医療が、看護師さんができることになります。図の下に書いてある例は脱水のお話なのですが、今でも似たようなことがあって、入院時に発熱指示を出すことがあります。39度以上ボルタレン、みたいなことがあって、実際看護師がそれをやるわけなのですが、この研修制度を行いますと、例えば術後の指示としてお医者さんが「脱水があったら点滴をする」と指示を出すわけです。すると看護師さんが行きまして、脱水と判断すれば自分で選んで補液することができる。これはボルタレンみたいに簡単なわけではなくて、脱水かどうか分からないのです。血圧がちょっと下がっていて脈が早いといっても、脱水もありますし感染症もありますし、肺塞栓などもあるわけです。ですから、これを判断して必要であれば医師とディスカッションをしなくては駄目ということですので、そういう知識・技術がないとできないということになります。特定行為は全部で38あります。表の左側を見ますと、人工呼吸器だったりペースメーカーだったり、ドレーン管理ができるのですが、ただこれは、外来ではほとんど使いません。図の右側を見ますと、褥瘡の措置は壊死組織の除去は出来

ます。脱水症の点滴もできますし、高カロリー輸液は内容を変えることができる。感染症に対しては薬も投与でき、インスリンの投与も変更できます。そしてさらに、一時的な処方になります。抗不安剤、睡眠導入剤を処方できる、というものです。これは、プライマリ・ケアや在宅に使う時にかなり有意義な行為ということになります。今言った研修を受けた看護師さん、言い方はいろいろあって日本国内で統一されていないのですが、仮に特定ケア看護師（NDC）というのは、これは地域医療振興協会で使っている名前なのですが、こういうものがありまして、あと診療看護師さんというのは聞き及びだと思えますがnurse practitionerです。診療看護師たちは大学院を出て、38医療全部ができるので、かなりオールマイティーな形で技能を身につけています。諸外国と違っていて、国家資格になっておりませんので、処方権がないのです。欧米では処方できるのでだいぶ違います。ただ、この行為ができるだけでもずいぶん有能な職種じゃないかなと思います。特定ケア看護師さんは38行為のうち選んで選択してその技術を使うことができますが、この場合一つでも良いわけです。地域医療振興協会の場合は全てを研修しており、NPさんと同じレベルでやっています。今考えているのは、プライマリ・ケア用にさっきお話しした領域を研修した看護師さんと一緒に診療所で働けたらいいと考えています。実は2015年から六ヶ所村医療センターでは、NPさん、NDCさんと外来で一緒に働いていただいています。10数人来ていただいたのですが、ものすごく優秀で、プライマリ・ケアの領域でいけば、卒後3年目、4年目ぐらいの先生と臨床的には全く差がつかないです。今そういった状況にあります。特定行為研修施設というのがどれくらいあるのか調べてみたのですが、全国で300以上あって、東京、大阪、京都、大都会にやはり多いです。これは在宅で使うというのももちろんなのですが、病棟管理や救急領域で使っているというのが多いのかなと思います。青森県内では八戸市立市民病院で提供しています。現在県内では24名、特定行為研修を終わった方がいるそう

です。その中で2/3の方は1項目だけです。脱水で点滴できるというやつです。おそらく在宅で点滴を行うために研修を受ける方が多くの方は救急や病棟管理という方が多いみたいです。ということで、ここまで踏まえてへき地医療の未来の形を考えてみました。この絵は画面越しのリモート診療ですが、やはりプライマリ・ケアを意識していますので、総合診療的な、総合医的なお医者さんが担当するのが良いかと思えます。看護師さんでもできればさっき言った技能を持っていた方が良いので、NPやNDCさんを採用するかプライマリ・ケア用の地域ケア看護師を作っていただければと思います。今の説明は巡回診療の話だったのですが、同じシステムを使えば在宅でもできますし介護施設でも同じ形でできますし、あるいはまた、へき地診療所でお医者さんが足りないという場合でも同じ形ができるのではないかなと考えております。そしてこういう形ができれば、総合診療系のお医者さんが、青森県で自治医大の卒業生が多いわけですが、現在総合診療専門医が出てきていますから、共同体を作るような形で援助できれば良いと思います。また、専門医の先生ももちろん参加していただいて、あるいは場合によっては栄養士さん、薬剤師さんに参加していただければ非常に助かるのではないかなと思います。特定行為の研修施設がまだ十分整備されておりませんので、青森県内でも、できれば地域ケア、プライマリ・ケアに特化したと言いますか、そちらを目指した看護師さんを養成していただければ良いのではないかなと思います。これは各自自治体でやるのはちょっと無理なので、共通のプラットフォームを全県挙げて作っていただければ、できれば県の地域医療支援センターがその中心になって音頭をとっていただければ、少し地域医療の未来の形が見えてくるのではないかと考えています。以上です。どうもありがとうございました。

橋爪先生：松岡先生、どうもありがとうございました。

へき地医療 —その未来の形—

六ヶ所村医療センター
松岡 史彦

青森の現況 2

- 地域医療6事業の一つ
 - 地域医療支援センター
 - へき地医療拠点病院 6
 - へき地診療所 15
 - 無医地区等 30
- 主要三事業
 - 巡回診療・医師派遣・代診
- その他の事業

地域医療支援センター
都道府県内の医師確保状況の調査分析
医療機関や医師に対する相談援助
医師派遣業務
キャリア形成プログラムの策定
派遣医師のキャリア支援・負担軽減等
(厚労省HPより)

代診医派遣、キャリア形成支援を調整・実施

へき地勤務医の支援等について協議

市町村等と協力して啓発活動を実施

プロフィール

青森県

深浦町出身①
弘前高校卒業②
1984 自治医科大学卒業
県内へき地勤務③④⑤
1991 六ヶ所村赴任⑥
国保尾駈診療所・所長
地域医療振興協会
2014 六ヶ所村
地域家庭医療センター長

プライマリケア学会認定医
指導医 産業医
自治医大青森学生会長

青森の現況 3

- 地域医療6事業の一つ
 - 地域医療支援センター 1
 - へき地医療拠点病院 6
 - へき地診療所 15
 - 無医地区等 30
- 主要三事業
 - 巡回診療・医師派遣・代診
- その他の事業

巡回診療年次変化

巡回診療の件数	平均	医師派遣の件数	平均	代診の件数	平均
全国	3806	119回	40	9回	12
4地域	6施設平均約100	2施設平均約10	6施設平均約10	2施設平均約10	1
青森県	117回	119回	9回	2施設	1

“へき地の医療”

目的：へき地（無医地区等）の保健医療確保

- 医療計画6事業の一つ
来年度より第8次医療計画開始（令和6年から11年）
(事業構成) 地域医療支援センター
へき地医療拠点病院
へき地診療所
無医地区等
- 主要三事業
巡回診療・医師派遣・代診
- その他の事業
医師の確保、養成
ICTを利用した遠隔診療

青森の現況 4

- 地域医療6事業の一つ
 - 地域医療支援センター 1
 - へき地医療拠点病院 6
 - へき地診療所 15
 - 無医地区等 30
- 主要三事業
 - 巡回診療・医師派遣・代診
- その他の事業
 - ICTによる遠隔診療
 - 主要三事業を含めて必須事業

健康増進課

都道府県知事は、次に掲げる事業（ア、イ又はロのいずれかの事業）を実施した実績を有する又は該事業に実質で参画すると認められる病院をへき地医療拠点病院として指定する。

- 1 当該指定に係る指定の申請を提出すること。
- 2 当該指定に係る指定の申請を提出すること。
- 3 当該指定に係る指定の申請を提出すること。
- 4 当該指定に係る指定の申請を提出すること。
- 5 当該指定に係る指定の申請を提出すること。
- 6 当該指定に係る指定の申請を提出すること。

へき地医療支援センターの設置に関する条例の施行期日：令和4年4月1日（令和5年3月31日）

指定の事業	指定の事業	指定の事業	指定の事業	指定の事業	指定の事業
指定の事業	指定の事業	指定の事業	指定の事業	指定の事業	指定の事業
指定の事業	指定の事業	指定の事業	指定の事業	指定の事業	指定の事業
指定の事業	指定の事業	指定の事業	指定の事業	指定の事業	指定の事業



へき地医療対策

健康福祉部医療業務課

現状と課題

- 青森県20市町村の状況は、10無医地区、20無医地区となっている。
- へき地への医療提供体制は、15へき地診療所、6へき地医療拠点病院、青森県地域医療支援センター等で対応している。
- へき地においては、へき地医療拠点病院による巡回診療、医師派遣及び代診医派遣が行われている。
- 一部自治体では、患者輸送等により医師が受けられず多岐点を確保している。
- 今後一層求められる医療資源で、より効果的に地域の医療ニーズに対応されるよう、これまでの取組を可能な限り継続していくとともに、ICTを活用した遠隔医療（遠隔診療）など、関係機関が連携し、地・人・モノに合った持続可能な医療体制を構築することが必要である。

施策の方向性

目的

へき地に暮らしやすい態に対応する医療サービスが継続して提供される体制を構築する。

施策の方向性

- 医師を確保する体制を構築するため、青森県地域医療支援センターでキャリアパス構築について取り組み、へき地医療に従事する医師確保を確保する。
- 診療を支援する体制を構築するため、へき地診療所、へき地医療拠点病院、青森県地域医療支援センター等による医療提供体制の確保に、当該施設及び関係機関との連携の強化を図る。

(令和5年度第1回地域医療対策協議会資料より)

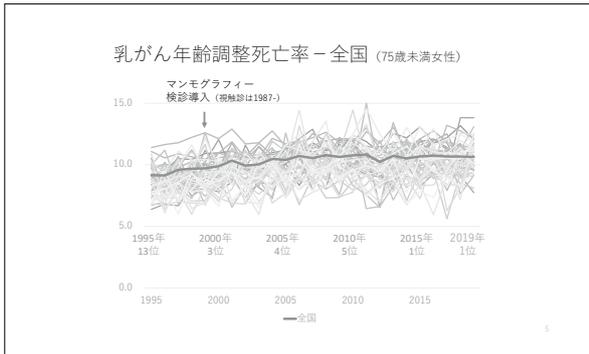
青森の現況 1

- 医療計画6事業の一つ
 - 地域医療支援センター 1
 - へき地医療拠点病院 6
 - へき地診療所 15
 - 無医地区等 30
- 主要三事業
 - 巡回診療・医師派遣・代診
- その他の事業

青森の現況 5 ICT・遠隔分野

- 公立野辺地病院
 - ICT搭載巡回診療車
 - 令和5年度一納車
 - 令和6年度 リモート診療開始未定
- 大間病院
 - 遠隔画像相談：JOIN
 - (医療関係者間コミュニケーションアプリ)

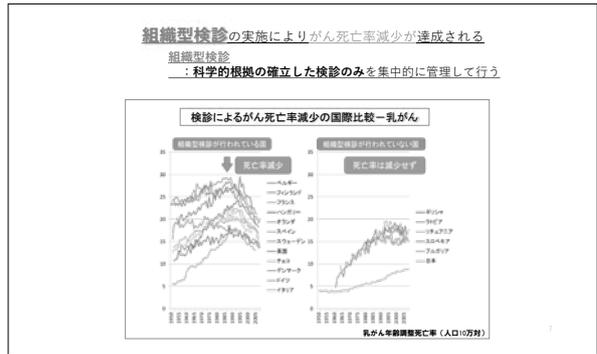
死亡率は減少してきてはいるものの、がん種によってこのトレンドが違って、がん対策が貢献したものとは評価できないとされています。衛生状態の改善、治療法の進歩など、がん対策以外の一部の要因に下支えされて死亡率が減少している可能性があるということで、対策の成果があがっているとは評価できないということです。そこで、死亡率減少のための対策、つまりがん検診にフォーカスして、お話ししたいと思います。



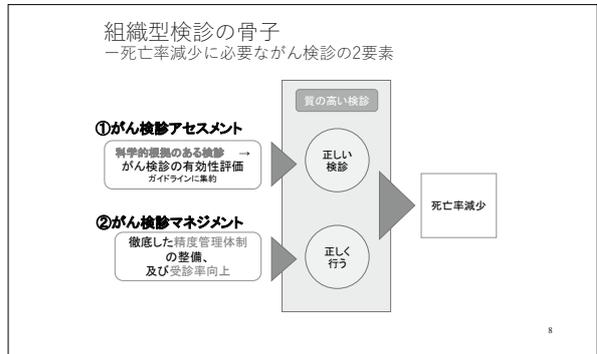
まず5つのがんに対して検診が行われているわけですが、それぞれがんの死亡率に貢献しているとは評価されていません。このスライドは47都道府県の乳がん年齢調整死亡率の推移を示しています。全国平均（青色の線）は右肩上がりに増加しています。矢印の時点でマンモグラフィーの検診が導入されたのですが、全く死亡率のトレンドに影響を与えていません。他のがんについても同様です。

- そもそも国のがん対策としてのがん検診はうまくいってない。
- 実効性のあるあり方への転換を検討する必要あり。
- そのモデルは？

というわけで、国のがん対策としては成果が認められていません。ではどうしたら成果を得られるか、そのモデルは実はちゃんとあるのです。



それは組織型検診 Organized Screeningというもので、スライドは乳がんの死亡率を示していますが、左に示すように、ヨーロッパの多くの国で、マンモグラフィーの導入後に死亡率が激減しているのです。一方で、右に示す国々ではこの成果が認められません。残念ながら日本もここに分類されます。この成否を分けるものは何かというと、組織型検診という検診のやり方があるのですが、その有無あるいは水準です。この組織型検診とは何かというと、科学的根拠が確立した検診のみを行うということが前提です。それを集中的に管理して行うというものです。



図式化して示すと死亡率が下がるという科学的根拠がある、いわば正しい検診を、徹底的に管理をして、正しく行うことで死亡率が下がる、というシンプルなモデルですが、これが多くの国で実施をされ、成果をあげているというわけです。注目して欲しいのは、我が国では、この後で出てきますが、受診率だけが注目されて、より重要な条件である科学的根拠の確立した検診を前提にすること、及び精度管理を徹底して行うという要件が全く顧みられてこなかった現状があるわけです。この違いが現時点で大きく差が出ている理由と考えられます。なお、これら2要件が踏まえていないと、たとえ受診率が100% 近くても死亡率

は低下しないことが分かっています。

国家的がん対策プログラムの推進 (WHO)

目的: **がん罹患率/死亡率減少**, がん患者とその家族のQOL向

科学的根拠に基づいた戦略を系統的かつ公平に行い、限られた資源を最大限に活用する

科学的根拠に基づいた戦略: **がん 検診/喫煙**

子宮頸がん (細胞診: Pap smear) 1960年代-
乳がん (マンモグラフィ) 1980年代-
大腸がん (便潜血検査) 2000年代-

https://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_detection/en/

WHOが位置付ける国家的がん対策プログラムとして、死亡率減少に効果があるのは一部の検診と喫煙です。今まで子宮頸がん、乳がんの死亡率をこの組織型検診で激減させた実績が認められています。最近は大腸がんでも成果が上がろうとしています。国際的にはこれら3がんに限定して実績があるわけで、海外ではこの3がんについてのみ対策としての検診が行われています。「限られた資源を最大限に活用する」とうたわれていて、これは先ほどの8次医療計画の「集約」とも相通じるものがあると読めます。

科学的根拠に基づく検診実施に関する日本の現状
—厚労省指針と異なる検診を行う市区町村割合—

検診法・部位

- 指針にない部位の検診実施: 85.4% (死亡減少効果不明)
- 前立腺がん: 83%、子宮体がん15%
- 指針と異なる検査法の実施 (乳がんエコ-38%、胃がんリスク層別化20%、ヘリコバクター・ヒロリ検査13%、肺がん胸部CT14%)

対象年齢

- 指針と異なる年齢設定: 胃95%、乳房39%、大腸24%、肺20%、子宮頸3%
- 指針より若年層に行っている地域が多い→若年層では効果なし

受診間隔

- 指針と異なる間隔設定: 胃96%、子宮頸60%、乳房53%
- 指針より頻回に検診を行う地域が多い→不利益の増大

検診の不利益増加

【出典】令和元年版「市区町村におけるがん検診の実施状況調査」
調査対象: 1737市区町村、回答率100%

しかし、こういった成果が上がる組織型検診について、我が国の現状を見ても、なんと85%以上の自治体で厚労省の指針、つまり科学的根拠が保証された検診以外の「指針外検診」もやっており、しかも対象年齢、受診間隔、これらも科学的根拠から外れたやり方をしているわけです。効果がない若年にもたくさん行なっています。こういったことで組織型検診から大きく外れたやり方をしているのが我が国の現状です。

日本で科学的根拠のない検診が行われる理由
—有効性の指標が発見率という誤解—

	専門家 (医師等)	市町村担当者 (保健師)
受診者からの要望があるから	61 %	27 %
発見率が高いから	54 %	27 %
新しい方法だから	15 %	6 %
専門家(医師など)に勧められたから	7 %	31 %

Hamashima C, et al. Cancer Sci. 2007

この背景に何があるかと言うと、がん検診の有効性を判断するエンドポイントが間違っていることが分かっています。これはがん検診関連学会の評議員と市町村のがん検診担当者を対象とした調査ですが、専門家であるはずの学会評議員の過半数ががん検診では死亡率が下げられるというエビデンスは要らず、がん発見率が高ければよい、つまり効果があると考えていることを示しています。全くの誤解です。一つの理由はがん種によってはほとんど進行しない、命を脅かさず、発見する意味が実はないがんが多く、そうしたがんをいくら見つけても効果はありません。しかし、それが日本では理解されていないことが分かっています。一方、市町村担当者の8割は保健師さんですが、こうした誤解が比較的少ない。保健師の業務には公衆衛生学的な基礎知識が必要なためかと考えられます。いずれにせよ一番発言権のある医師による有効性の間違った判断で指針外検診を導入してしまっているという実態が明らかになったわけです。

日本のがん検診は国際標準 (OECD諸国などの検診) と大きく異なる

実施されているがん検診は多種多様で数も多い
情報提供が不十分

- 日本では国レベルのガイドラインが遵守されず、推奨されないがん検診が全国的に実施されている。
- がん検診の対象者、検査方法や頻度などが多種多様で標準化されていない。
- 対象者へのがん検診の利益、不利益両方の情報提供が極めて不十分である。

このようにがん検診への誤解に基づいてほとんどの自治体で有効性の不明な指針外検診が行われている日本の現状はいわゆるOECD加盟国等、がん検診でも成果をあげている海外先進国では全く見られないことです。それら国々とは違い我が国

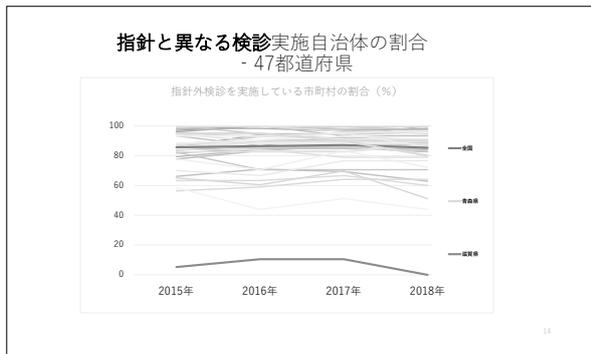
では国のガイドラインは遵守されておらず、種々雑多な科学的根拠から外れたやり方でがん検診が行われています。また対象者である市民にもきちんとした情報提供が行われておらず、対象者個人が尊重されていないといえます。

実施の影響-実施者

- ・実施者=主に自治体
検診を多く行うことが住民サービス向上という誤解
実は不利益あり、利益不明確（/なし）な事業実施
→サービス低下/劣化
- 対策・事業の障害**
無駄な業務量増
 - 他のやるべき検診事業・対策に支障
 - 有効な検診の利益を阻害：さらにサービスが低下
- 国家的がん対策 WHO**
科学的根拠に基づいた戦略行い、
限られた資源を最大限に活用する

13

こういった指針外検診の実施というのは、やらないより何でもやればサービスが良くなるという誤解に基づくものなのですが、実は利益は保証できず、一方検診に伴う不利益は必発なのです。検診で死亡率を下げる成果をあげるにはその運営、つまりマネジメントに多大なリソースが要ります。成果をあげるには無駄なことはしない、というのが鉄則なのですが、こういった指針外検診の実施により、効果が期待できない検診に費やす無駄な業務量が多くなって、科学的根拠があり、効果が期待できるような事業の実施にリソースが割けなくなり、散漫になる。散漫になったのでは成果が上がらないのです。つまり有効な検診の利益を阻害してしまう、ということになります。再び先ほどのWHOですが、限られた資源を最大限活用して行う。これは集約とも読めるわけです。8次医療計画から見ても指針外検診を排除することが必要だと思います。



これは47都道府県の中で、各県内の指針外検診をやっている自治体の割合ですが、高止まりした

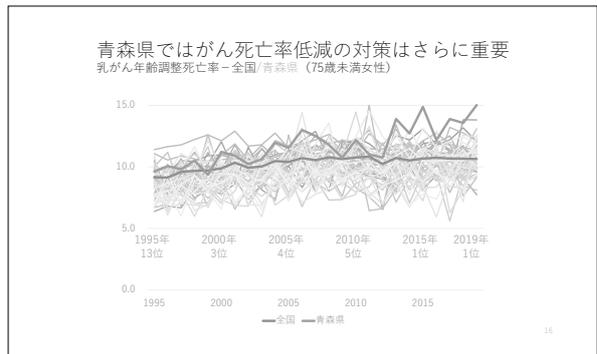
ままです。これがゼロにならなくちゃいけない。ところが、85%以上がやっていて、ほんの数県で少し減り始めてはいるものの、ほとんどの県では減っていない。この現状を変えないと、がん対策として死亡率減少に寄与する検診ができないということが分かります。

がん対策推進基本計画 (平成19年6月)

- ・(個別目標)
がん検診の受診率について欧米諸国に比べて低いことも踏まえ、効果的・効率的な受診間隔や重点的に受診勧奨すべき対象者を考慮しつつ、5年以内に、50%以上（乳がん検診、大腸がん検診等）とすることを目標とする。
- また、すべての市町村において精度管理・事業評価が実施されるとともに、科学的根拠に基づくがん検診が実施されることを目標とする。なお、これらの目標については、精度管理・事業評価を実施している市町村数及び科学的根拠に基づくがん検診を実施している市町村数を参考指標として用いることとする。
- 科学的根拠に基づくがん検診が実施されているかどうか重要な指標
指針にもとづく検診はどこでもやっている→指標にならない
指針外検診の実施の有無が指標
→指針外ゼロ

15

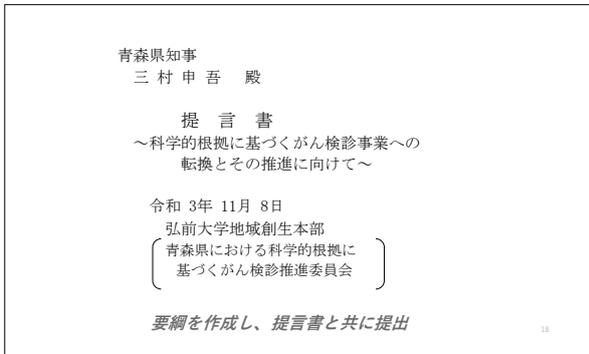
このような改善しない状況の背景ですが、がん対策推進基本計画にも原因がありそうです。第1期計画から受診率50%の達成が個別目標とされていました。しかし、肝心の科学的根拠に基づいた検診の実施は個別目標とはされず、いわば格下の扱いでした。そのため自治体、都道府県は受診率を上げることにのみ腐心することになってしまった。実際、第1期計画ではこの受診率以外、科学的根拠に基づく検診の実施や精度管理について積極的に書いている都道府県は皆無でした。3期ぐらいになってようやく指針外はまずいという認識が少し出てきたものの、指針外検診をどれだけやっているかは指標として取られてこなかった。



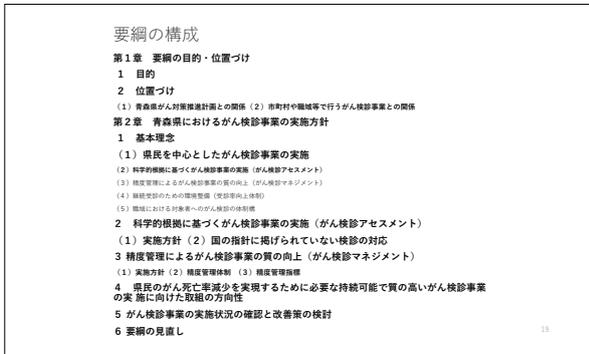
さて、先ほどの乳がんの死亡率の推移ですが、青森県でのトレンドを示しますが、全国より優れて右肩上がりの傾向が強いということで、青森県ががん対策で死亡率を減らす意義は全国よりもはるかに大きいということが言えます。



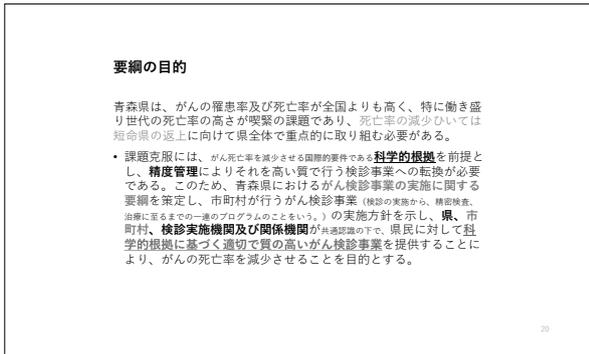
そのための戦略について議論した結論は「科学的根拠に基づくがん検診に特化して行う」ということであります。先ほどの宮下知事も議論のメンバーでありました。



このような事業を推進するために、「要綱」を取りまとめて知事に提言を行いました。

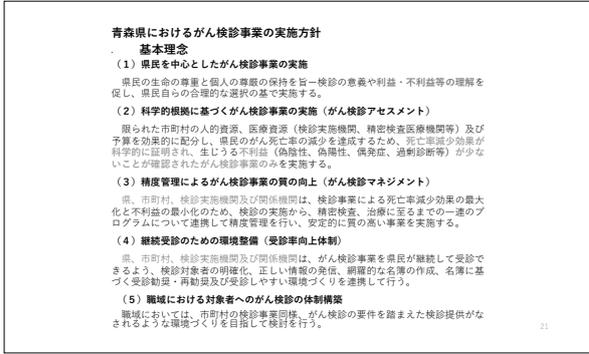


この要綱ですが、目的、理念、それから方法について明記しています。

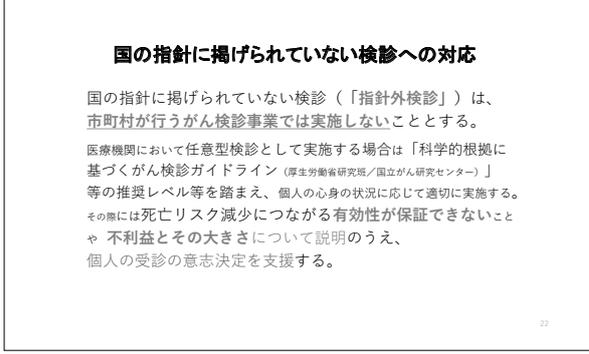


目的は県の死亡率減少ですが、特に働き盛り世

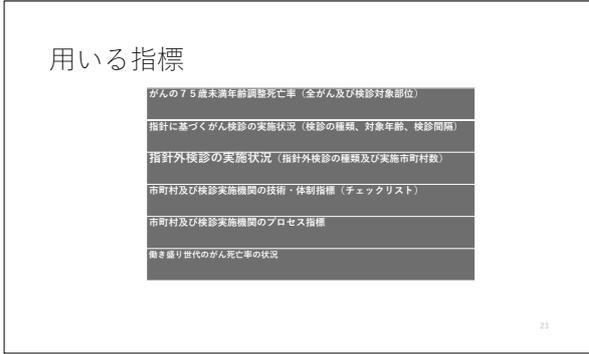
代の死亡率の減少に重点を置き、国際標準の成果があがるやり方に転換をし、成果を目指す。それを検診関係者が一丸となって事業展開するという要綱の目的を明記しました。



「県民中心」が理念の中心であり、県民に十分な情報提供をし、受診の判断をしてもらうという姿勢を強調しています。国際的要件の科学的根拠を前提とし、精度管理によって質の高い検診を実施すべきこと、対象となる市民県民への網羅的なアプローチの体制整備や現状では法的基盤のない職域の検診の体制づくりにも言及しています。



指針外の検診は税金ベースで行う市町村事業としては行わないこと、そのような科学的根拠のない指針外検診は効果は期待できず、不利益のみに終わるリスクが高いことを十分説明したうえで、個人の意思決定を支援する対応をすべきことを明記しています。



用いる指標を示します。これら指標はがん検診の効果性を評価していくのに不可欠です。がん死亡率は最終的な評価を行う最も重要な指標です。目的である指針外検診をなくしていくためには当然指針外検診の実施市町村数がカウントされます。検診が高い質が保てる体制で行われているかどうかを評価するがん検診チェックリストや実際に高い質が保たれているかの指標である要精検率、精検受診率などがモニターされます。これら指標を分析し、向上を図っていくわけです。

青森県における科学的根拠に基づくがん検診推進委員会

弘前大学長 福田 眞作
 青森県医師会会長 高木 伸也
 むつ市長 宮下 宗一郎
 深浦町長 吉田 満
 青森県総合健診センター常務理事 下山 克
 青森県保健所長 齋藤 和子
 五所川原市健康推進課 課長補佐 山内 淳子
 青森県がん検診管理指導監 齋藤 博
 国立がん研究センター 社会と健康研究センター室長 高橋 宏和
 弘前大学医学部附属病院 臨床試験管理センター副センター長 松坂 方士
 弘前大学産科婦人科学講座 教授 横山 良仁
 弘前大学呼吸器内科学講座 教授 田坂 定智
 青森県健康福祉部長 奈須 下 淳

(令和3年4月1日)

この要綱の策定に関わったのは研究機関である弘前大学、検診実施にかかわる県医師会のほか自治体首長の代表のお二方、それから検診機関、保健所、そして県ということで、関連機関代表のフルメンバーが参加したとはいえ、最終的には全関係組織で承認をいただいたところです。

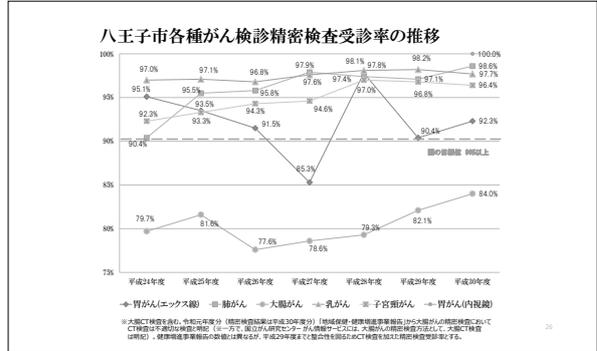
八王子市の取り組み:科学的根拠に基づく検診の実施
 一方針/予防計画策定の経緯

○平成22年度 市民意識調査の実施
 ○平成23年度 がん予防対策検討会
 ポリシー ○平成24年度 がん予防推進計画策定検討会
 ○平成25年度 『がん予防推進計画』の刊行(～平成29年度)

市民意識調査をもとに、市民の早すぎる死を防ぐことを基本理念に、市のポリシーとして科学的根拠に基づくがん検診の実施を定める

このような科学的根拠に基づいた検診に限定して、それを徹底的に管理しておこなう取り組みは、残念ながらまだ日本では稀有であると言わざるを得ません。海外では当たり前なのですが。医師版の好事例は人口約60万の中核都市、八王子市です。平成25年に予防推進計画を策定し「科学的根拠に基づいたがん検診の実施」を中心に据えた事業展開をしています。市民の市場に詳細なアンケート調査でこの標語にもなった項目が

第1位となったことに基づいています。これを元に市の予防推進計画を策定し、以降の検診、あるいは議会対策も全てこの計画に基づいて対応して行っています。



もともと成績が良い自治体なのですが、がん検診のもっとも重要な質の指標である精検受診率が5がん中4がんで90%を優に超え、残りの大腸がんも90%に迫っています。

まとめ

- がん対策の中で予防・検診以外の2分野では不十分ながら成果
- 一方、がん死亡率減少の成果が認められない
 - *海外先進国では乳がん/子宮がん/大腸がんで死亡率減少を達成
- 日本のがん検診は国際標準の原則から外れている
 - ☆ 国際標準のがん検診の実施への転換
 - ★科学的根拠がある検診のみを実施
 - 根拠のない検診は不利益のみもたらす
 - ★精度管理
 - 青森県では国際標準を踏まえた

要綱に基づく検診の推進の取り組み

まとめですが、がん対策の中で死亡率減少対策は、対策としては成果が上がっていないということで、そのために実効性があることとして、海外での組織型検診を踏まえた事業展開に転換していくということです。その柱は科学的根拠そして精度管理の仕組みを整備して行っていくことであります。青森県ではこの国際標準を踏まえた検診のあり方について取組を開始したということでご紹介いたしました。今、実施主体は自治体で、そこでの検診導入の意思決定では、地域の先生方が一番大きな力を持っているわけで、是非こういった効果が上がる、実効性のある検診の要点を理解していただいて、全国で国際標準の検診事業が展開されるようになると良いなと思っております。ありがとうございました。

橋爪：斎藤先生、ありがとうございました。

総 合 討 論

橋爪先生：それでは4名の方のお話しが終わりましたので、これから総合討論のお時間になります。それでは4名の演壇の先生方、どうぞ御登壇下さい。

田中先生：それでは4つの話題に関してそれぞれの立場からご発言をお願いします。それぞれ話題の一見共通性がないようでも結局は社会、あるいは生活基盤をいかに確保していくかというふうに認識しておられます。フロアの方から何かお聞きしたいことがあればお願いしたいのですが。

北海道 和田先生：北海道医師会和田と申します。今先生にお伺いしたいのですが、救急の下り搬送について、特に夜間の場合、先生の施設では救急搬送を受けた患者を即、下り施設に送られるのですか。それとも一晩、ワンクッション預かって日中に送られるのでしょうか。私たちの病院だとそれほどマンパワーのない病院なので、二次救急の下り搬送というのであれば日中のほうが良いかなと思っております。

今先生：お答えいたします。2つあります。夜のうちに二次病院にかけ合って、受けてくれるかどうかということを相談して、OKな場合は即座に転送します。夜と言っても常識的な時間です。例えば午前1時とか2時だとそれは不可能なので朝まで診て、そして日中に転送いたします。画期的なのはやっぱり常識的な時間、つまり夕方5時から10時ぐらいまでの間の転送です。それは非常に有効です。また我々ERでやっておりますので、日中も同じようなことをやっております。

北海道 和田先生：ありがとうございます。

田中先生：その他、よろしいでしょうか。

宮崎県 嶋本先生：私も今先生にお聞きしたいのですが、宮崎県医師会の嶋本と申します。県立宮崎病院に勤めているのですが多くの病院で、先ほどの平時プラスコロナの時の役割分担ということ、それからヒヤリハットというところ、それが中々うまく機能しなくて、先生のお話を聞くと、その辺はやはり明確にされているようではあるのですがけれども、特に役割分担に問題があるので、メディカルコントロールの会議で、何か工夫されていれば教えて欲しいと思います。

今先生：地域の病院の役割分担のことを、10年前、20年前は役割分担がきちり出来ておりました。大きな病院と中規模病院、小規模病院。しかし現在は小規模病院がほぼなくなり、中規模病院も慢性的な患者さんだけ、そうすると急性期の誤嚥性肺炎、尿路感染が我々のような救急センター、大きな病院に直接搬入されてきます。これはもう避けることはできませんので、考え方を変えております。大きな病院は誤嚥性肺炎などの患者さんも我々の役目なのでと。そういうふうなことに決めることによって、若い医師たちもやる気を出す訳です。10年前は誤嚥性肺炎の患者さんが来ると、これは大きな病院の役目じゃないからと言って、お断りしていた時代もあったのですが、今はそれも自分たちの役割です。そうすると問題点がありまして、今までそういう患者さんを入院させるベッドがないとか、誰が担当するかという形で問題がすぐ起こるわけです。それを解決するのが救急医の数を増やすことで、我々の病院では私一人から始めましたけども、最高で22人。現在16、7人の救急医がそのような誤嚥性肺炎をどうぞ、という感じでやっております、病院の

理解ももらっております。病救急ベッドが常時100床ぐらい、多い時120床。それが誤嚥性肺炎、尿路感染などの、いわゆる本来であれば大きな病院の役割でない患者さんも一旦受け入れる。そして先ほど申したように、それから転送できる人は転送するし、転送不可能な人は待っていて横になる。そういうことで役割分担をきちんとすることが不可能になってしまったので、不可能な部分を概念に変えて、大きな病院の役割がここまで広がってしまったということで、役割分担を変えて乗り切りました。

嶋本先生：わかりました。素晴らしいです。中々すぐに我々の地元は参考になりませんが、救急医療対策になると思います。ありがとうございます。

田中先生：先生どうぞ。

宮崎県 金丸先生：私、宮崎県医師会の金丸と申します。松岡先生にご質問させてもらってもよろしいでしょうか。私も若い時から30年ぐらい生活しながら診療させていただいている経験の中で感じていること、先生に質問させていただきたいのですが、やはりへき地の人手不足は深刻で、自治医大の卒業生なので本当皮1枚で繋がってきたというのは否めないかなと感じております。そういった中で、先生の「未来の姿」というのはとても印象的に映ったのですが、先生のもし医師が確保できれば、という視点の中で考えた時に巡回診療の形として、医師が乗って行って行く、というデリバリーですね。私、診療所に受診行動が年齢も高齢で、身体の動きによって中々病院にも診療所にも来られない。やはり感じていたことは、どうしたら行けるのか、行って直接診察する方法はないかという模索をしているのですが、というのは先生が非常にすばらしくその場で成長しているのです。現地の経験を踏まえて一般教育、臨床教育、専攻医教育ではなくて、医師が学を越えて共にデリバリーできるような方法もひとつの未来の姿としてできないのか模索しているのですが、先

生その辺の視点はいかがでしょうか。

松岡先生：やはり医師が直接行くのは一番患者さんにとって安心なのでよいことだと思います。青森県内を考えると、自治体で総合診療系のお医者さんは限られていますので、今考えている形としてはリモート診療以外では、県内の総合診療系の研修医たちが専門研修の中でへき地診療と一緒にできるような形ができれば良いと思います。

宮崎県 金丸先生：ありがとうございました。

宮崎県 松本先生：宮崎県医師会の松本と申します。今先生と大西先生と松岡先生にご意見伺いたいのですが、私の務めている病院というのは宮崎県で約5万人のところの私立病院なのですけれども、その中で県立病院と私どもの救急いわゆる国立病院、地域が主体。ですから重症者を受け入れている病院、軽症者を救急要請の方たちは近郊部等にとられるのですが、今うちの地域で問題になっているのは高齢者の独居が増えてきていて、軽症だけど回診、一人暮らしなので食事してない、そういうことで苦慮すること多いのですけれども、今先生の救急を見た場合とかあるいは大西先生の最後のページに医学的な問題ではなく社会とかそういうことで何か要請とか高齢独居の対応についてご意見があったら教えていただきたいと思います。

今先生：お答えいたします。地域には高齢者がいるので、高齢者をみないってことは地域ではやってはいけないことで、高齢者しかないのですから。それをやるのは当たり前のことです。我々の市民病院は地域の病院なので、当たり前で診ます。そして我々の八戸市の郊外の地域、小さな地域ではさらに医師が足りませんし、ましてや夜の機能が落ちています。そういうところでは今人たちがいるわけですが、日中はきちんと自分たちの役割をしっかりとやっているわけです。そして手術となったときにはちゃんとやっているわけです。夜に関しては先ほど発表しましたが、アドバンス

ケアプランニングをきちっと日中からある程度決めておいて自分たちの役割を果たしている。朝まで待てるのだったら朝まで待ってください、場合によっては往診します。夜心肺停止になった場合には朝まで待って下さい。ちゃんと往診します。もしくは連絡があったら夜でも主治医が行くことができます、そのような地域があります。比較的人口が密集している八戸ではそれができていませんで、我々のところに一極集中してきます。その時にドクターカーが出ます。それはドクターカーが出ることによってある程度ふるいわけが現場でできます。たとえば、このまま朝までみて下さいとか、ちょっと待ってください主治医に今連絡しますから、つまり担当の先生です。いろいろなことを現場でやりますので、ふるいわけができてそれで我々の病院に7、8割方は連れてこられる。そして先ほど申したように、我々の病院の役割として我々の救命救急センターの役割もしくは救急医の役割もしくは若い医師・研修医の役割としてそういうふうに見るというふうに決めていますので、ほぼ混乱はない。そしてタイミングよく主治医に連絡とることによってその主治医は快く引き受けてくれます。我々の地域八戸の郊外に出るとかなり深刻な医師不足ではありますが、救命救急センターがそれらの危機的なところをある程度埋めながらやっています。さらにもう一個付け加えるとすると緊急で転送が必要なときには先ほど申したドクターカーとあとヘリが出ますので、そこの地域の医師がわざわざ来なくていい、もうそこにいて現場で診療情報を聞いて一緒にディスカッションして、これは我々とりましますとかこれは我々の病院じゃなくて別の病院に連れていきましょうとか、そんなことまで議論しています。以上です。

大西先生：私も個々の病院のことはわからないですけれども、今回の重症、中等症、軽症という区分の中では軽症の入院のほうが圧倒的に多いです。要するに高齢者なりが点滴をしなければ、これはもうもたないとかそういう判断になって、各病院は軽症者を相当数受け入れてきたのだと思

ます。ただ純粹に社会的入院、昔は本当に冬だから入院させようとかそれくらいの社会的入院はあったわけですが、今はそういうことではなくてある程度の症状があってやはりこれだと家ではつらい。それで、5月までは少なくとも保健所が絡んでいましたので、保健所の判断もこの方はどうしようかっていう中での議論があって入院が決まっていたと思います。今でもおそらく保健所の介入はなくなりましたが、このままでは生活できないというような微妙に社会的な判断というのは行われながら軽症の方が入院されているのかと思います。ただ個々の病院でいろいろあると思いますので、具体的なところはわかりませんが、大体そのような感じではないかと思っています。

松岡先生：高齢者の救急ということで話したいと思います。私が受け持っているのは村のレベルで僻地診療所なのでその実情を交えてということになります。私の診療所は常勤医が2名しかいません。夜間救急のために他所から応援をいただいて3人体制で対応しています。働き方改革もあり難しい所ですが、なんとか維持している状況です。幸い村なので家族機能が保たれていて、孤独死が頻繁にみられるような状況はないのですが、家族や地域で支える機能は徐々に低下していますので、村にお願いしているのは介護サービスが受けられる高齢者住宅などを地域の保健医療対策として建ててくれないかとお話を持っていています。私が知っているある診療所は七千人の人口を抱えていますが、夜間に医師が直接診療できません。その場合電話連絡で当番の看護師がいて、その方を通じて僻地中核病院に搬送する、そういうふうな形を作ってなんとかやっているところがある様です。以上です。

宮崎県 松本先生：病院がっていうことはなかなか難しいと思います。そうすると福祉だとかそういう連携でフォローするとかそういう具体的なメリットがあったら教えていただきたい。

松岡先生：わかりました。私の診療所は複合施設

ですので、そういった施設に限った話になってしまうのですが、そこで入院してある程度退院していけるのですが、直接帰れない場合は併設している老健施設にしばらくリハビリでそこにいていただく。その間に家族と調整する形になっていると思います。単独で帰すのは難しくなっていてきますけれども、そのへんでぎりぎりに対応してきています。

田中先生：どうぞ。

福岡県 田中先生：福岡県で集団検診の担当理事をしている田中と申します。斎藤先生にお伺いしたいと思います。斎藤先生のご講演は何回かお聞きして先生の力強い指針に基づく健診を行って本当にいつも同意して先生の力強さを感じているところなのですが、今やっている指針に基づかない検診、こういうものを今までやっていたもの、新しいことをするには結構賛同者がいると思うのですが、やめることに対する勇気または行政の立場もあります。何かそういう方々を巻き込んで正しい方向に向かうにはどうしたらいいか、コツがあったら教えてください。

斎藤先生：それはご指摘の通りです。いったん始めたものをやめるというのは非常に難しい。これは国際的に共通です。ただ海外では科学的根拠のない検診は決して導入しません。メリット、つまり科学的根拠があり、それが実際に結果につながるように実施できる仕組みが出来上がるまでは、決して施策として入れないということで日本とは全く違う状況です。日本で今まで、国で推奨した検診をやめたのはたった一件です。これは老人保健事業で行っていた生後6か月の乳幼児を対象とした神経芽腫の検診です。たくさん見つかるのでやっている人たちは、効果があるはずだとやり続け、なかなかやめなかったのです。しかし、腫瘍が見つかり、非常に侵襲のある手術や化学療法などが行われ、それらにより子どもがたくさん亡くなりました。その後、この検診は死亡率も罹患率も下げないことが分かっています。見つかる腫

瘍は実は自然退縮する性質のもので、見つける意味のないいわゆる過剰診断でしかなかったわけです。厚労省の検討会で議論され、科学的根拠がないばかりか、不利益が非常に大きいことから、国の老人保健事業として行っていたのをやめた唯一の事例です。この時に明らかになったのは指針で推奨されない科学的根拠のない検診でも発見率が高ければ効果があるだろうという誤解に基づいて、あてずっぽうで検診が導入され、実施されてしまうということ、重大な不利益にも無頓着であるということです。今の世の中は不利益も含めた情報提供のうえで、個人の自己決定権を確保するというのが重要な国際原則です。これを守らないことは自治体の倫理的な問題でもあるのですが、そこあたりの議論を社会で共有、展開していかないと、なかなか理解が広がらないと思います。青森県での要綱作成によって指針外検診をやめる取り組みは、議論を展開して理解を形成し、県民ファーストの検診を展開するためでもあります。

橋爪先生：それではこれで最後となります。

静岡県 小野先生：先生方お話ありがとうございます。静岡県医師会の小野と言います。今先生に質問させていただきたいと思います。こちら静岡県で地域僻地医療、医師偏在などの係をしておりますが、今先生がおっしゃっていたドクターカー、先生の素晴らしい脳卒中の対策を聞かせていただきましたけれども医師の偏在対策や診療偏在ということなのですが、働き方改革に対してかなり大きなメリットを私は感じたのですが、そのような理解で差し支えないでしょうか。

今先生：すいません、今です。ドクターカーの医師偏在について…

静岡県 小野先生：すみません。診療偏在とか僻地医療の対策とか医師の働き方改革とかに対して有効なのかどうかということなのですが、私は有効かなと思ったのですが、先生はどう思いますか。

今先生：分かりました。まず魅力的なドクターカー、格好いいドクターカー、乗ってみたいドクターカー。このようなしるしがあることによって若い医師が集まります。そして、ドクターカーが出動することによって、院内での診療が加速されます。たとえば脳卒中の急性期治療たとえば外傷の治療、そのことによって所要数の滞在時間もしくは手術室での滞在時間が大幅に短縮できますので、医者が汗流したり冷や汗を流したりする時間が短くなりますので、大いに役立ちます。そして、ドクターカーに関しては当直の医師が兼務したりさせているので、それによって余分な医師は1名必要ではありますが、今のところやりくりしております。つまり勤務ということにしておりますので、次の日休みにしております。働き方改革に関しては、ドクターカーを夜やることはぎりぎり何とかあります。ただし、厚生労働省では24時間ドクターカーをやるべきだというふうには書いてはいるのですが、我々のところではそれは不可能ですので、夜11時まで。11時以降はドクターの救急出動数が減りますので、そこではドクターカーは朝までなしというふうな体制で働き方改革の対策は練っているところです。医師偏在に関して地域の偏在ともしくは診療科間の偏在がありますが、地域の偏在に関しては我々の病院に一極集中するとそれは地域が困るわけですし、ただし我々の病院は操作をしておりませんが、救命センターに集まっている医師は青森県内の人ほとんどおりません。多くは関東関西というそういう遠方からきておりますので、青森県の医師不足に対して横取りってところの可能性は少ないはずですが。診療科間の問題に関しては一生懸命救急をやる人ってのはあんまり多くなくて、ある程度若いうちにがんがんやりたいというところで我々の病院で救命救急の修行が終わった後に外科に行ったり総合診療行ったり神経内科に行ったり消化器内科行ったりって人がおりますので診療科間の偏在に関してそれほど悪影響がない。それどころか、医師がたくさんあるような、西高東低と言われてはいますが、西日本や東京などに医師がたくさんいるらしく、そちらのほうから

ぐっと引っ張って来て我々の消化器内科とか分散しているところから見ると診療科間でも我々の病院の診療科間の医師の偏在にも効果があると思っています。

静岡県 小野先生：どうもありがとうございます。静岡県でも提案させていただきます。

田中先生：最後に日本医師会の今村先生か神村先生からコメントいただければと思います。

今村先生：日本医師会常任理事の今村です。勤務医を担当しております。このシンポジウムのテーマは「第8次医療計画、5疾病6事業」ということで、ひとつ大きく感じるのは地域によってかなり事情が違うということです。一方、第8次医療計画は、地域によって考えなさいとなっていますけれども、どちらかというと全国一律で進めようとしている部分もあり、両者の方向性、ベクトルが違うときにどうすればいいのかというところが非常に大きな問題です。そういった中で、本日は、日本医師会がどのような役割を果たせばいいのかという宿題をいただいたと強く感じたところです。

齋藤先生：このシンポジウムは主に患者さんを対象とする医療ということなのですが、私のお話した内容は健康な人を対象とするがん検診です。がん対策という宿題をもらったのでこういう内容になりました。がん検診に関して日本医師会にお願いしたい役割についてコメントしたいと思います。先ほどのプレゼンにもありました通り、患者さん以外のハイリスクじゃない無症状で健康なローリスクの人達に対する保健対策の原則というのは医学部教育で教えられてないのです。教科書ありません。そういうこともあって、がん死亡率の低減というがん検診のエンドポイントが理解されていないことが科学的根拠のない検診が横行する背景であるとわかっています。そういう現状で我々はWHOによる国際的な教科書資料の日本語訳、それに基づいたeラーニングを作成して、

日医の公衆衛生委員会でも高い評価をいただいたところですが、しかし一研究班の作成物なのでコンテンツとして日医では採用しにくいということでした。一研究班の作成物ではなく、WHOによる客観性の高い資料ですので、生涯学習のコンテンツに採用していただくように改めてご検討をお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

田中先生：はい、どうもありがとうございました。まだまだいろいろあるのですけれども時間になりましたのでこれで終了したいと思います。各分野での現状とかアイデアがあったというふうに思います。どうもありがとうございました。

司会：先生方ありがとうございました。ご降壇ください。このあと5分間の休憩をとりまして次のシンポジウムⅡは15時40分から開始いたします。お時間まで休憩とさせていただきます。

シンポジウムⅡ

15:40～17:20

「これから始める『働き方改革』
－医師少数県における工夫と苦悩－」

座長／青森県医師会常任理事 富山 月子

青森県医師会常任理事
勤務医部会副部長 的場 元弘

座長



青森県医師会常任理事

富山 月子

(とみやま つきこ)



青森県医師会常任理事

勤務医部会副部長

的場 元弘

(まとは もとひろ)

富山先生：それでは、シンポジウムⅡでは「これから始める『働き方改革』医師少数県における工夫と苦悩」というテーマで進めさせていただきます。座長はわたくし青森県医師会常任理事富山と青森県勤務医部会副部会長の的場元弘常任理事が務めさせていただきます。当シンポジウムでは4人の先生方にご講演をいただいた後で討論質疑応答に入らせていただきます。先生方のご略歴はプログラムをご参照下さい。また、シンポジウムの終わりに青森県医師会勤務医部会長今明秀先生と日本医師会勤務医委員会委員長の渡辺憲先生にご登壇いただきたいと存じます。それでは第一席医師の「働き方改革 大学の立場から」弘前大学医学部附属病院院長袴田健一先生よろしくお願いたします。



医師の働き方改革 大学の立場から

弘前大学医学部附属病院院長 **袴田 健一**
(はかまだ けんいち)

弘前大学病院長の袴田と申します。このような機会をいただきまして心から感謝申し上げます。今日は、「これから始まる『働き方改革』医師少数県における工夫と苦悩」というお題ですので、大学病院の立場から苦悩具合を表現させていただきたいと考えております。主に三つの観点、すなわち病院勤務医の労働環境、働き改革を進める上での課題、そして私共弘前大学医学部附属病院の取り組みについてお話を申し上げたいと思います。

第一に、勤務医のおかれている労働環境について。やはり日本の医師数は少ないと思います。これはOECDのデータですが、全体で日本は下から4番目です。そして、急性病床が非常に多い、外来診察者数も多い。すなわち、主に勤務医が少ない人数で多くの診療を行わなければならない。医療費の観点から申しますと、これは国民皆保険制度があつてのことだとは思いますが、本人負担の医療費は最も安い。ベトナムやカンボジアの医療費と比べても、日本の本人負担額は今低い状況です。本人負担の医療費が安く、病床も多いので医療のアクセスが非常に良い。一方で、勤務医には負荷となる構図となっています。もちろんアクセスの良さが世界最高の医療の提供し、通じていることは異論のないところです。寿命が長い、がんの死亡率も低い。世界的な評価は非常に高いのが日本の医療です。わたくしの分野の消化器外科で成績を比較しますと、日本はダントツに良好です。胃がんの手術成績、大腸がんの手術成績、どれをとりましても生存率は欧米より高い。しかし、これらの素晴らしい医療の多くを支えているのは勤務医です。そして、今勤務医の長時間労働が問題になっている。医師の時間外労働時間に960時間の上限規制が設けられるのは来年です。今は例外が設けられますが、2035年までには全ての医師の時間外労働時間を960時間以下にしな

ければならないわけです。残念ながら、以前の厚労省の調査によりますと、勤務医の4割が960時間を超えている。一般の業界からすると異常な事態ということかと思えます。医師の働き方改革の目的は、このような状況の改善が第一の目的です。施設別にみますと、救急病院、そして私が所属しております大学病院で特に長時間労働となっています。しかも、これらの病院勤務医の給与は、他と比較して明らかに低い。働き方改革を進める上で当然労働時間短縮しなければならないが、それに伴って給与が下がる状況で果たして皆さんが納得できるか。当然、給与単価を上げなければならない。医師数を増やさなければならない。これら働き方改革に対するコストの増加を誰が負担するかという論議も進めていく必要があります。振り返りますと、日本は少ない医師で、世界最高水準の医療が実現されていて、とりわけ勤務医の長い労働時間が低い給与水準によって支えられている。したがって労働時間の改善は第一義ではありませんが、給与水準の改善や働き方改革にかかる費用の議論も同時に進めていかないと、改革の持続可能性はないだろうと思うわけです。

次に、働き方改革を進める上で障壁となる医師の地域偏在について考えます。医師数が西高東低であることは自明ですが、その背景は明治政府を薩長が作ったことにまで遡るとされています。東北地方、東日本は医師が少ない。青森県を見ると、医師偏在指数は全国に比べて極めて低いです。2次医療圏別では、青森県は6つの医療圏から成っていますが、青森県立中央病院、青森市民病院がある青森地区ですら非常に少ない地域なのです。私共の弘前大学医学部附属病院のある津軽地域のみ全国平均とほぼ同じ数字なのですが、それ以外の地域では圧倒的に医師が少ない。このように全国的に医師が少ない中で働き方改革をどう

進めていくか、医者が少ないのにどうやって労働時間を減らすか、医師の働き方の結果は地域医療に直結することになります。このような状況は、全国の地方大学で同様だと思います。大学病院のほとんどの医師は兼業という形で地域医療支援をしております。全ての医療圏で医師が少ないという現実の中でこの大学病院からの派遣を止めてしまうと途端に地域医療が破綻いたします。医療機関、自治体、大学は、それぞれに良識を持って働き方改革を進めていく必要性があり、とりわけ、医師少数県では多くの配慮が求められているのだと思います。

もう一つの課題は診療科偏在です。医師数の診療科偏在がボトルネックとなって地域医療に決定的な機能低下をもたらすこともあります。厚労省の診療科別の医師数を示すグラフでは、医学生を増加策によって医師数全体では増えており、著しく増えている診療科もある一方で、外科ではこの20年間全く増えていません。この間、医師は当然高齢化しますので、外科診療機能は低下してまいります。産婦人科、脳外科なども同様の問題があります。そして、医師の診療科偏在と労働時間の長さはよく相関します。スライドに赤字で示す外科や産婦人科、脳外科は労働時間が非常に長い、そして医師数は増えない。一方で医師が増えている診療科では労働時間が少ない。若い人たちは診療科別の働き具合の違いをよく見ているなど感じます。わたくしは日本消化器外科学会の理事として、専門医制度改革と診療科偏在の問題を担当してまいりました。その際行った、診療科偏在に伴う外科医不足と地域偏在が地域の外科機能にどのような影響を及ぼしているか解析した結果をご紹介します。北海道の例です。北海道には21の医療圏があります。2次医療圏には中核病院があり、救急医療や一般的医療はそこで完結されなければなりません。地元の2次医療圏で普通の手術を十分に受けられない医療圏がもはや全体の半分になっています。このような医療圏では、医師数が少ない上に、医師の高齢化が進んで手術ができず、外科医療機能が破綻に近い状態です。このような厳しい医療圏での医師の働き方改革のあり方

は大きな問題です。青森県も同様の問題を抱えています。

次は、このような苦悩の中で、私共の弘前大学医学部附属病院での取り組みについてお話しします。来年の4月から施行されます医師の働き方改革では、時間外労働時間の上限が960時間に設定されていますが、一般層は720時間ですので960時間自体が多いということになります。さらに特例水準として連携B、これは自院と他院双方が960時間以内、私共の大学病院はこの連携Bに相当するのですが、地域医療の支援のための特例措置ということになっています。さらにB水準の施設も多く、特に救急医療機関の多くはB水準かと思っています。さらに特殊例としてはC-1水準という区分けもあります。来年以降、時短計画を進めて2035年までに全ての医療機関で時間外労働時間をA水準以下にすることが国の方針です。私共も解析を進めておりますが、医師個人の自己申告ベースでは、960時間を超える方意外に少ないとの印象です。現在はこれからご紹介しますピーコンタグによる勤務管理を行っており、今後解析を進めてゆく予定です。医師の働き方改革では労働時間の短縮が目的ですが、時短達成のために従来の働き方を見直す多くの試みが全国で行われているものと思います。医師の複数主治医制、時間外患者・家族への説明の中止、会議の勤務時間実施、ICT活用、院内PHSの拡充などは多くの施設で行われていることかと思っています。ここでは三つの点について私共の現状をご紹介します。

まずは、医師のタスクシフトの状況。この数年で医師補助事務員を大幅に増員して50名弱になりました。事務的業務負担の軽減は順調に進んでいると思います。一方で看護師へのタスクシフトはあまり進んでいません。それは看護師自体がないからです。看護師もこの数年間で60名ほど増やしましたが、まだ足りないのです。当然、医師から看護師へのタスクシフトも不十分です。

次に勤怠管理です。最初に打刻を導入したのですが、なかなか協力が得られませんでしたので、最終的に今使われているドクタージョイに昨年か

ら移行しております。施設内の所在が自動的に記録されます。外来や病棟にいと労働、基礎校舎にいと自己研鑽、といった初期設定になっていますが、最終的に労働時間の内容は自己申告制になっています。労働と自己研鑽の内容についてはある一定の基準を決めて分けており、医師個々の判断で決定します。ある先生の現在の勤怠管理例を示します。毎日勤務時間計画があり、ビーコンタグで勤務場所を特定する、労働時間を確定する、その時間帯にそれは労働かそうでないかということ申請するという形をとっています。長時間勤務の研修医の自殺という痛ましい事故があり、自己研鑽とは何かというところが今大きなことかと思えます。私共は、診療以外であっても上司の指示による全ての時間外業務は労働という捉え方をしております。学会準備や研究を含めてです。一方でそれ以外のものについては自己研鑽です。労働と捉えるか、自己研鑽と捉えるか、というところは大変議論の多い部分ですが、やはり若い先生方が健康か、健康に仕事しているかどうかを見守りする仕組みのほうがより重要です。長時間労働回避のための面接指導ですので、仕組みも構築しています。また、女性医師の勤務環境改善の問題もあります。特にM字カーブ問題に内包されるような出産・子育ての時期でも仕事を継続可能な勤務環境を提供することがどの職場でも求められています。

これらの様々な課題を踏まえて、どのような労働時間制度を整備するか、現在議論を進めています。大学病院の場合には多くの教員は裁量労働制、一部が変形労働制となっていますが、これからは多くの医師が変形労働制となり、労働時間管理が複雑化することが想定されています。そして地域医療支援が後退しないよう工夫も必要です。また、改革に伴って勤務医師の給与水準を保障することも重要です。

まとめになりますが、非常に厳しい環境の中での働き方改革ですが、私たちは今お示したような準備状況です。以上でございます。ご清聴ありがとうございました。

令和5年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

シンポジウムII: これから始める「働き方改革」 医師少数県における工夫と苦悩

大学病院の立場から

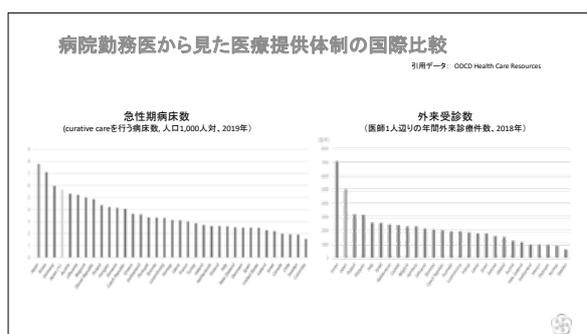
弘前大学医学部附属病院長
袴田 健一

本日の内容

1. 病院勤務医の労働環境
2. 医師の働き改革推進上の課題
3. 弘前大学医学部附属病院の取り組み

本日の内容

1. 病院勤務医の労働環境
2. 医師の働き改革推進上の課題
3. 弘前大学医学部附属病院の取り組み



地域医療支援のための労働時間確保の必要性

医師不足が深刻な問題となっている青森県においては、本院の医師が県内外の医療機関に向かい診察することによって、地域医療の維持が図られており、ほぼすべての医師が兼業をしている。

兼業先医療機関 104施設

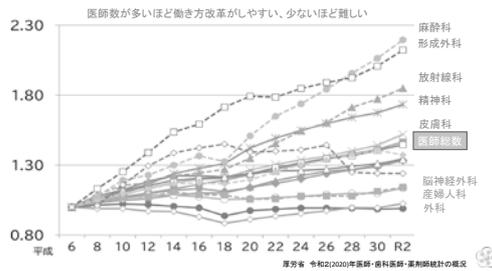
県内 87施設
県外 17施設 (秋田、函館 他)



時間外・休日労働時間の上限時間規制

水準	長時間労働が必要な理由	年の上限時間	
一般則		720時間	
A水準	(臨時的に長時間労働が必要な場合の原則的な水準)	960時間	
特例水準	連携B水準	地域医療の確保のため、派遣先の労働時間を通算すると長時間労働となるため (各院では960時間)	1,860時間
	B水準	地域医療の確保のため	1,860時間
	C-1水準	臨床研修・専攻医の研修のため	1,860時間
	C-2水準	高度な技能の修得のため	1,860時間

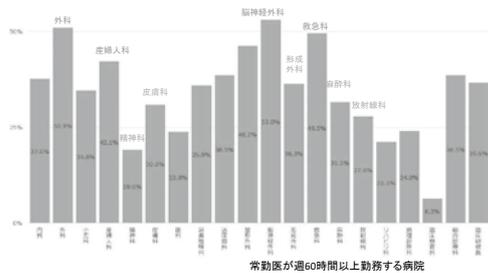
働き方改革推進上の課題: 診療科偏在



本院医師の労働時間 (R4年度実績)

水準	長時間労働が必要な理由	年の上限時間	本院の該当医師数
一般則		720時間	211人
A水準	(臨時的に長時間労働が必要な場合の原則的な水準)	960時間	70人
特例水準	連携B水準	派遣先の労働時間を通算すると長時間労働となるため (各院では960時間)	21人
	B水準	地域医療の確保のため	0人
	C-1水準	臨床研修・専攻医の研修のため	0人
	C-2水準	高度な技能の修得のため	0人

医師の診療科偏在と労働時間

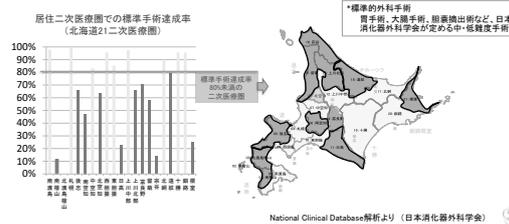


医師の労働時間短縮に向けた基本的な取り組み

1. 複数主治医制の導入
2. 時間外・休日のインフォームドコンセントの原則中止
3. 勤務時間内会議
4. ICTの活用 (online 会議等)
5. 院内PHSの活用拡充
6. タスクシフト環境の整備
7. 正確な勤務管理と長時間労働への対応
8. 多様な労働環境の提供

医師偏在と診療科偏在がもたらす二次医療圏の機能不全

- ・ 医師不足により居住二次医療圏で標準的な外科医療が受けられない地域が発生
- ・ 北海道では、半数以上の二次医療圏で標準的外科手術*の提供が困難



医師の労働時間短縮に向けた基本的な取り組み

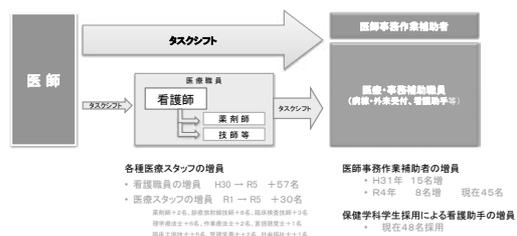
1. 複数主治医制の導入
2. 時間外・休日のインフォームドコンセントの原則中止
3. 勤務時間内会議
4. ICTの活用 (online 会議等)
5. 院内PHSの活用拡充
6. タスクシフト環境の整備
7. 正確な勤務管理と長時間労働への対応
8. 多様な労働環境の提供

本日の内容

1. 病院勤務医の労働環境
2. 医師の働き方改革推進上の課題
3. 弘前大学医学部附属病院の取り組み

弘前大学医学部附属病院の取り組み

6. タスクシフト環境の整備 (メディカルスタッフの増強)



弘前大学医学部附属病院の取り組み

7. 正確な勤務管理と長時間労働への対応

- R1年6月 ICカードを用いた出退勤時刻を導入（中止）
- R4年4月 勤怠管理システム「Dr.JOY」を導入



持ち歩くだけで出退勤時間を記録（居場所の特定）

システム上で業務内/業務外/兼業を区分

Dr. JOY上の区分

勤務形態	勤務形態	勤務形態	勤務形態	勤務形態	勤務形態
常勤専従	非常勤専従	専従	非常勤専従	非常勤専従	非常勤専従
非常勤専従	非常勤専従	非常勤専従	非常勤専従	非常勤専従	非常勤専従
非常勤専従	非常勤専従	非常勤専従	非常勤専従	非常勤専従	非常勤専従

検討課題：労働時間制度をどうするか???

多くの職員(教授・准教授・講師・助教・助手) 産婦人科・小児科・救急 医師 一部

裁量労働制 (1日7.75時間のみなし労働) 変形労働制 (月給) 変形労働制 (日給) パートタイム

現行

平均38.75時間の所定労働時間

検討中

平均32時間の週4日勤務制が主体

地域医療支援への対応 多様な勤務形態の提供(女性等)

部署	氏名	性別	年齢	職階	勤務形態	勤務時間	備考
内科	田中	男	45	准教授	非常勤専従	10:00-18:00	
内科	佐藤	女	35	講師	非常勤専従	10:00-18:00	
内科	鈴木	男	55	教授	非常勤専従	10:00-18:00	
内科	高橋	女	40	准教授	非常勤専従	10:00-18:00	
内科	山田	男	30	助教	非常勤専従	10:00-18:00	
内科	渡辺	女	25	助手	非常勤専従	10:00-18:00	
内科	中村	男	50	教授	非常勤専従	10:00-18:00	
内科	小林	女	48	准教授	非常勤専従	10:00-18:00	
内科	松本	男	42	講師	非常勤専従	10:00-18:00	
内科	石川	女	38	助教	非常勤専従	10:00-18:00	
内科	山口	男	32	助手	非常勤専従	10:00-18:00	
内科	佐々木	女	28	助手	非常勤専従	10:00-18:00	
内科	高木	男	22	助手	非常勤専従	10:00-18:00	
内科	山崎	女	18	助手	非常勤専従	10:00-18:00	
内科	田村	男	15	助手	非常勤専従	10:00-18:00	
内科	中野	女	12	助手	非常勤専従	10:00-18:00	
内科	山本	男	10	助手	非常勤専従	10:00-18:00	
内科	佐藤	女	8	助手	非常勤専従	10:00-18:00	
内科	鈴木	男	6	助手	非常勤専従	10:00-18:00	
内科	高橋	女	4	助手	非常勤専従	10:00-18:00	
内科	山田	男	2	助手	非常勤専従	10:00-18:00	

まとめ

- 諸外国に比べ少ない医師数で、高質の医療を提供するためには、病院勤務医の勤務環境の改善とともに収入への配慮が必要。働き方改革に要するコストに対する公的費用負担の検討が必要。
- 医師の地方偏在、診療科偏在、医師の高齢化が働き方改革を難しくする要因。
- 弘前大学医学部附属病院では、働き方改革の基本的事項について対応を継続中。勤務管理の精緻化と新たな勤務時間制度を検討し、本院のミッションの遂行と、地域医療支援、女性医師への対応等両立を目指している。

7. 正確な勤務管理と長時間労働への対応

業務内・業務外(自己研鑽)の定義

	業務内	業務外(自己研鑽)
定義	上司の明示・指示の指示により行われるもの	業務上必須でない行為 自由な意思、自ら申し出 上司の明示・指示の指示を行わないもの
診療	・医師が患者のために行う全ての医療行為 ・各診療科で行われるカンファレンス(出席義務があるもの) ・診療計画の策定 ・医療安全・感染対策等のための職員研修 ・診療に関する読書の対応	・診療ガイドラインについての自主的な勉強 ・新しい治療法、検査・診断法や新薬についての自主的な勉強 ・自らが術者等である手術や処置等についての予習や振り返り ・シミュレーター等を用いた手技の練習・学習 ・上司・先輩が術者である手術や処置等の自主的な見学 ・出張が任意であるカンファレンス
教育・研究	・学生、研修医等への指導(指導等を含む) ・上司の指示による学会や国際学会等の準備及び出席 他	・学会や院内外の勉強会への自主的な参加・発表の準備 ・博士の学位を取得するための研究及び論文作成 他
管理・運営	・大学、病院あるいは診療科運営のための会議等への出席 ・教員業績評価など自身が受ける評価への対応 他	・出席が任意である会議への参加 ・受講が義務付けられていない研修、講演等への参加 他

令和4年4月12日

これから始める「働き方改革」医師少数数における工夫と苦悩

大学病院の立場から

- 諸外国に比べ少ない医師数で、高質の医療提供継続のために
 - 病院勤務医の勤務環境の改善とともに収入への配慮が必要
 - 働き方改革に要するコストに対する公的費用負担の検討が必要
- 働き方改革推進を困難にする要因への対策が必要
 - 医師の地方偏在、診療科偏在、医師の高齢化
- 弘前大学医学部附属病院での取り組み
 - 働き方改革の基本的事項について対応を継続中
 - 勤務管理の精緻化と新たな勤務時間制度を検討中
 - 本院のミッションの遂行と、地域医療支援、女性医師への対応の両立が必要

7. 正確な勤務管理と長時間労働への対応

長時間勤務時の休息確保・健康保護

医師への面接指導のルールの新設

→ 規程の整備を完了し、面接指導を行う医師を養成

長時間勤務時にも適切な休息を確保するためのルールの新設

→ 規程の整備を完了

退勤から翌日の出勤までに原則9時間を空けるルール

→ 規程の整備を完了

富山先生：袴田先生どうもありがとうございました。

弘前大学医学部附属病院の取り組み

多様な労働環境の提供: 女性医師の働き方支援

1. 柔軟な勤務形態での医師の雇用
 - 現在はパートタイム雇用。フレックスタイム制も導入検討。
2. 「女性医師支援施設」の設置

女性医師の定着や職場復帰等支援のためのロッカー室、シャワー室、休憩室等整備





救命センターを有する 三次救急病院の立場から

青森県立中央病院院長 藤野 安弘
(ふじの やすひろ)

それではわたくしの方から「救命センターを有する三次救急病院の立場から」ということでお話させていただきます。工夫と苦悩というのはわたくしがつけさせていただいたのですけれども、工夫してもやっぱり苦悩が残るということで、何かそっちを強調しようということでこういうタイトルにさせていただきました。私のお話のほうは三次救急病院でいろいろ工夫しても大変だということをお話したいと思います。青森県での医療提供体制ですけれども、先ほど袴田院長からお話ありましたように六つの医療圏から分かれておりまして、救命センターは弘前市に高度救命センター、大学ですね。それから今先生が先ほどドクターカーのお話した救命センターがありまして、青森市に青森県中央病院の救命救急センターというそういう三つの救命救急センターが青森県にはございます。青森県立中央病院について少しお話ししますが、病床数が684、外来患者千人を超えます。医師がだいたい190名、初期研修以降の研修医も含めますけれども。特定機能の基地病院にもなっています。だいたい救急車の要請ドクヘリは350回ということでございます。災害、それからがん、感染症の基幹病院になっています。こういう病院で来年度から働き方改革を始めるわけですけれども、働き方改革は大切なのですけれども、仕事が増えるか減るかということでございますけれども、三次救急の業務量ですけれども、青森県はそれでも減少しているのですけれども、高齢化率はどこでも同じで高くなる。そうすると救急業務というのはなかなか減らない、しばらくは減らないということです。ということで当分の間、三次救急担当病院として医療の需要は少し増える。増えるかもしれないということを考えての働き方改革となります。医師の働き方改革についていろいろなやり方がありますけれども、業務効

率、それから医師数が増加すれば一番いいのですけれども。それからタスクシフトですね。いろいろありますけれども。病院全体でどういった取り組み方をしたかということ、とりあえず勤務時間把握することが大事かと思います。それから医師に対しては、平成30年2018年、2019年から一般の事業所スタートの働き方改革が始まりますので、その前の年には、とりあえず医師っていうのは意外と働き方というか労働自体あまり意識というものがなかったので、ちょっと早いのですけれども、全医師を対象に研修会で5年後に始まる医師の働き方改革がどういうものか上限制度についてお話しまして、労働時間、労基、それから三六協定特別条項、それから労働時間と自己研鑽、どういうものを自己研鑽にしようかということをお話しました。それから過労死、労安法についてもお話しました。どういう取り組みをしていこうかということで緊急的な取組をおろすよう通知がございましたので、それに準じた取り組みということでございます。できるだけ勤務時間内に患者さんに説明しましょうとか、土日は休みましょうとか複数主治医制をとって休めるところは休もうということで、当たり前の話ですけれども、それを全診療科一緒に行うのは無理なので、できるところからということで、あまり強制しないでやれるところはやっっていこうというふうにして各診療科にお願いしております。平成30年に2019年にお話して少し働き方改革を始めようということで、進捗状況ですけれども、令和3年令和4年医師数は右に示しておりますけれども、124、5名ということで、これは部長から管理職なので時間外がつかみませんので、労働時間なのですけれども時間外が少し減りました。稼働額は業務量の指標になるかわからないですけれども、平成30年約30億で令和4年約40億近くなっていますので稼働額はそんなに減ら

ないで、時間外は減っている。一見、病院全体の時間外が少し減ったので順調かなと思ったのですが、診療科別にみると少し違いがあることがわかりましたので、診療科別に検討することにしました。これが診療科別の月平均時間外勤務の年度比較ですけれども、令和4年はコロナで休む方もかなりあったので令和3年と平成30年を比べました。赤いのが平成30年、水色が令和3年ですけれども、やはり全体的に減っている診療科が多いのですけれども、増えている診療科もあります。診療科別に見ると、時間外勤務が減少している診療科が多いのですが、いずれの診療科も時間外勤務は業務量、医師数に依存する、そういうことがありましたので、業務量、これを稼働額で見ました。これと医師数の増減について診療科ごとに見てみました。これが乳がん、脳外科の時間外勤務に関しての棒グラフにしたものですが、あまり稼働額が増えたからといって極端に時間外が増えるというわけでもないですし、一定の傾向はなかなかないのですけれども、COVIDの影響がかなり業務量に違いがありますので、わからないことが多いのですけれども、少なくともあまり関係ないのかなと思いました。問題は常勤医の数です。広域研究って言いますが、これがその図ですけれども、赤が増えた診療科、水色が減った診療科、黄色が医師一名増、緑、紫が医師一名減のグラフなのでございますけれども、右側の時間外勤務の減った診療科を見ますと、これが一番わかるのですけれども医師がやっぱり増えています。単価等は違うのですけれども、これは外来で手術したり手術しなかったりということで業務に差があります。それから左側の増えた診療科。医師数が減ると増える。ただ一番右側の心臓血管外科は医師数が多いのだけれども、時間外勤務が多い、これに対しての対応。それから救急は令和3年非常に時間外が増えました。これはコロナで総合診療部、一緒にコロナを診ていますので開かなきゃいけない、なんとかしなきゃいけないということでこれの対応も後でお話します。分かったのはやはり時間外勤務の時間数っていうのは医師数が増えれば、時間外が減るということ

で、医師が増えるのが一番いいかなということで、それがいいかなと思ったのですけれども、当然成果もございまして、青森県の医師数の現況ですけれども、人口10万台と袴田先生もおっしゃいましたけど、人口10万台医師数で見ると全国42位、偏在資料で見ても全国45位ということで、異常に今医師数が少ない県ですが、県でなかなか医師数を増やしてもらおうっていうことが難しい。だいたい大学病院から医師を派遣していただいているのですけれども、大学病院もうちも県立病院も働き方改革が行われます。うちも働き方改革の医師を増やしてくれと言ってもそんなことはダメだって断られるに決まっています。全体の医師数が増えないと無理なので、これはなかなかじゃあどうしようかということでもございますけれども、当院も960時間以上の医師が、これは3年間ですけれども、13名ほどおりますのでB水準で暫定特例水準でいくのですけれども、幸いうちは宿日直許可をとっていますので向かいやすいのは向かいやすいのですけれども、それにしても2035年年度末には全部解消しなきゃいけないので、やはり働き方改革は進めなければいけない。じゃあどうしようかと。やはりこれは業務移管、タスクシフトを推進するしかないのではないかなというふうに我々は進めています。タスクシフトに関しましては、積極通知が令和3年度にございました。タスクシフトができる職業、それから医師事務作業補助者を増やしなさいという通知がございましたので、それに従って取り組みを行っております。まずひとつは有資格の看護師の増加ですね。それから先ほど松岡先生がおっしゃいましたが、特定科の研修を修了した特定看護師。それから診療看護師、我々の病院の非常に力になります。これは今2名おります。もう一名増えていく予定です。それから救命救急士も救命センターにおりますのでいいかと思えます。医師事務作業補助者数は、もともと多いのですけれども、平成30年81名、令和4年は86名とかなり多い数ではあります。だから医師事務作業補助者数は診療看護師の資格を半数とらせていますので、そういうことで医師からのタスクシフトにしようということに

なります。診療看護師と特定看護師ですけれども、先ほどご案内ありましたので、詳しくはお話しませんが、診療看護師が21区分38行為の医師の包括指示、それから手順書、それからダイレクトの指示でできますので、非常に力になります。特定看護師は、うちはまだ少ないのですけれども、手順書があれば医師の代わりに仕事を行っていただけますので、これを増やしていかなければいけない。それが一番いいのですけれども、この例ですね。先ほどの心臓血管外科、平成30年、医師が令和3年は4名なのですけれども、時間外からみてみますとこれは何かと言うと、この診療看護師を令和元年に1名配置したことによります。下の水色のグラフは心大血管手術件数、だいたい220くらいで減ってないのですけれども、時間外はだいぶ減りました。これは診療看護師というのは非常に慣れてきますので、若い医師の一人分よりもはるかに仕事をするとということで、診療看護師は非常に力になります。問題になった救急部の配置ですけれども、平成30年、令和3年医師数は同じなのですけれども、だんだんと時間外勤務は増えてきて、令和2年から3年にかけて救急の医師が2人減ることがわかりました。これはやばいということで、一番雇用しやすい救命救急士を2人雇いました。それでも令和3年は80以上非常に増えたので、心臓外科医の診療看護師、我々非常に力があると信じましたので診療看護師1名配置して救命救急士も1名増やして3名にしました。下の業務量の救急車の受け入れドクヘリもだいぶ増えたのですけれども、時間外の有給面非常に減りました。そういうことで重厚なタスクシフトが非常に時間外の減少に役に立つということです。ただやはり医師少数県は課題がございます。業務移管先の限界です。看護師は、特定看護師、診療看護師、特に診療看護師は大学院を終わらせなければなりません。看護師はなかなか手が少なく経験を積むのに忙しいので、嫌われますので少ないし離職者が多くですし、最近産休育休も長くなっていますので、権利ですのでやらなきゃいけませんので、それでなかなか看護師は確保できません。それから院内救急救命士は、救命

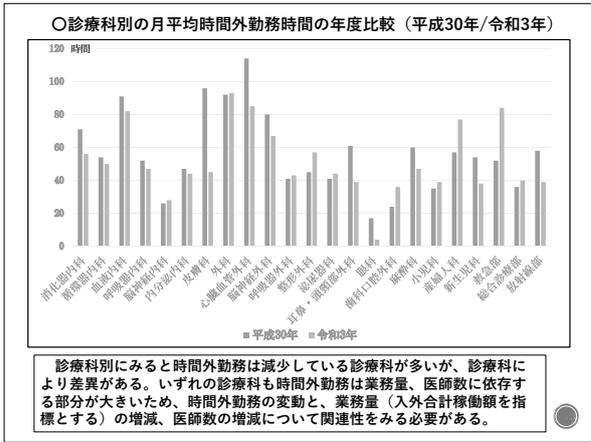
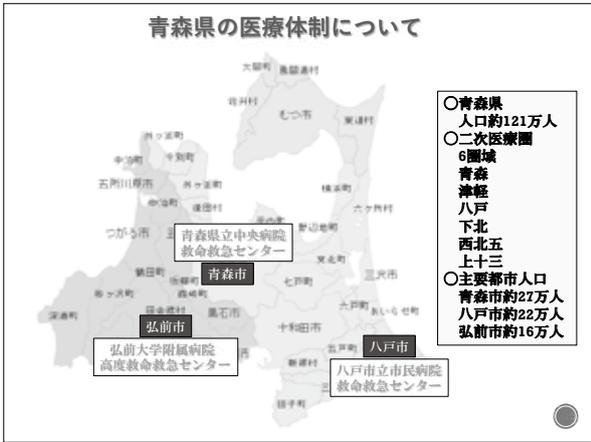
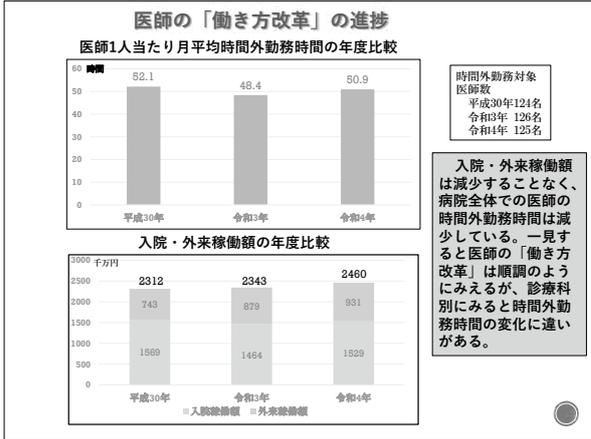
センターのない、今のところ言えば救命センター以外の業務、現実ありますのでそれは限界のひとつです。ただ、救急救命士は非常に看護師さんの役目をしてくれますので、そこは現場にありますので、3名おりますのでかなり看護師さんの業務負担軽減になっております。うちの作業療法士さんは若い人が多いので、どうしても続かない人もおりますしどうしても若い方は大都会に行きたがりますので、なかなか青森県に来てくれないので、なかなかこういうもので難しい。じゃあどうしましょうかと。これはやはり医師の働き方改革を、医師の働き方改革として考えるのではなくて病院全体の働き方改革をとれるのが一番いいのだと思います。青森県もいしょく、業務委託が可能な医療職、人口10万台付近ですけれども、やはり少ない医療職が多いのですけれども優秀でございます。こういうことを踏まえて現在は看護師、救急救命士、医師、事務補助作業者は業務委託を行っております。救急救命士が看護師を少し助けております。これを病院全体の改革にしていこうとすると困ります。業務委託はさらにいろんな職種に渡しましてそれだけのためなので少し余裕がある職種から、看護師さんは非常に少ないですから、忙しいので業務移管するということで、病院全体で医師の働き改革を進めながら、予算の改革も進めて全病院を挙げての働き方改革を進める。それが一番我々としては効率的なやり方だと思っております。まとめになりますけれども、三次救急の中核医療で、全員参加で働き方改革を進めるためには医師数の絶対数が不足しておりますので、地域医療を維持しながら進めるにはなかなか容易ではありません。そのため、円滑に医師の働き方改革を進めるには効率的な業務移管になりますけれども、医師の業務委託に関しましては病院全体における医師による医療スタッフの支援、および構成をきちんと把握して病院全体が働き方改革を進めていく必要があると思います。ご清聴ありがとうございました。

これから始める「働き方改革」

-救命センターを有する
三次救急病院の立場から-

令和5年10月7日 青森県立中央病院 藤野安弘

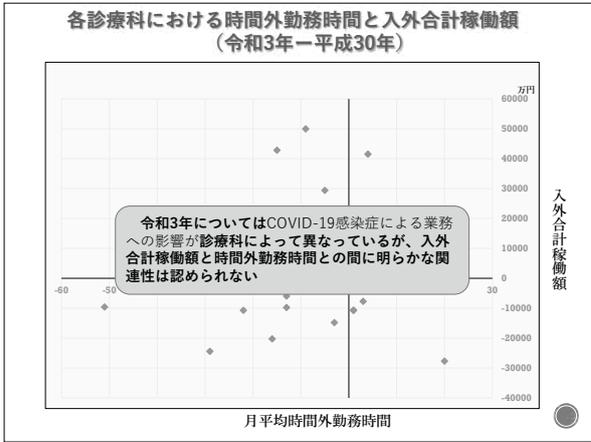
(本発表に関し開示すべきCOIはありません)



青森県立中央病院

- 病床数/684床 (一般679床, 感染5床)
- 外来患者 約1200名/日
- 職員総数約1,500名
医師総数190名 (初期研修医、後期研修医含む)
- 救命救急センター(ドクターヘリ基地病院)
救命センター受診患者総数 約15000人/年
救急車 約4000台/年
ドクターヘリ出動回数 約350回/年
- 基幹災害拠点病院、都道府県がん診療連携拠点病院、第一種感染指定医療機関、総合周産期母子医療センター、地域医療支援病院

三次救急病院の業務量
今後青森県の各圏域とも総人口は減少するが高齢化率は増加するため当分の間、三次救急担当病院としての医療需要は減少しないものと思われる。
業務量が減少しない中での時間外労働の上限規制を含めた「働き方改革」

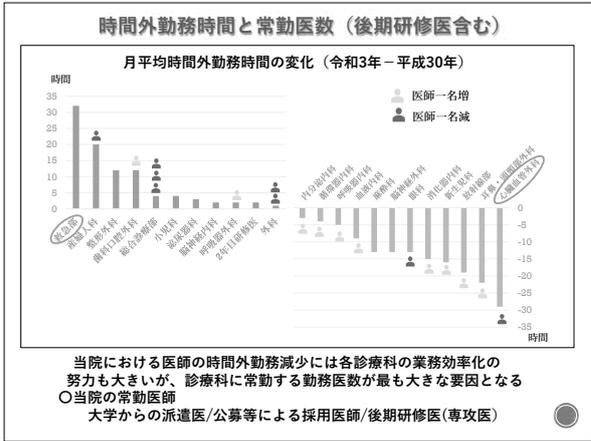


医師の「働き方改革」の達成のために

- 業務の効率化
- 医師数の増加
- 他職種へのタスクシフト/シェア

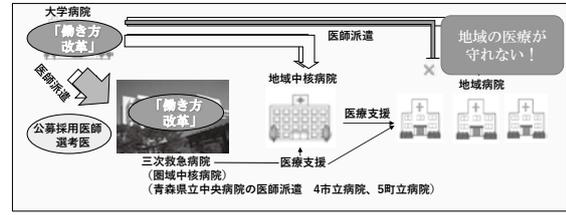
病院全体における取り組み

- 勤務時間の把握 ICカードの導入
- 医師に対して (H30年5月全医師対象 院長研修会)
- 2024年度から始まる「医師働き方改革」について (上限規制等)
- 労働時間について
 - A.労働時間とは (労働基準法; 昭和22年法律第49号) 「使用者の指揮命令下に置かれている時間」(平成12年3月最高裁)
 - B.いわゆる36協定 労働基準法第36条 (特別条項付き36協定) *労働安全衛生法: -一月時間外労働100時間超て面接指導義務
 - C.過労死ライン
- 今後の当院での取り組み
「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取り組み(厚労省通知)」に準ずる 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り組み
当院では診療科で可能なものから実施するよう要請
勤務時間外に緊急でない患者の病状説明等の対応を行わないこと
当直明けの勤務負担の緩和設定
勤務間インターバルや完全休日の設定 複数主治医制の導入....等

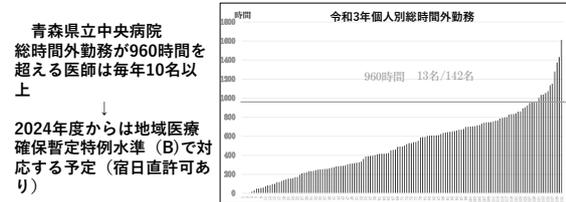


三次救急を担当する病院においては業務量の制限は現状では不可能であり、業務の効率化も限度がある。やはり時間外勤務を減少させるには勤務する医師数を増やすことが最も効果的である。
では、青森県の三次救急医療に対応する医療機関において医師増員は可能か？
青森県における医師数の現状

- 人口10万対医師数（厚生労働省「令和2年医師統計」）
全国平均 256.6人 青森県 212.6人（全国42位）
*平成30年10万対医師数（同統計） 全国平均 246.7人 青森県203.3人
- 医師偏在指標（厚生労働省 令和2年8月 第35回医師需給分科会）
全国 239.8 青森県 173.6（全国45位）



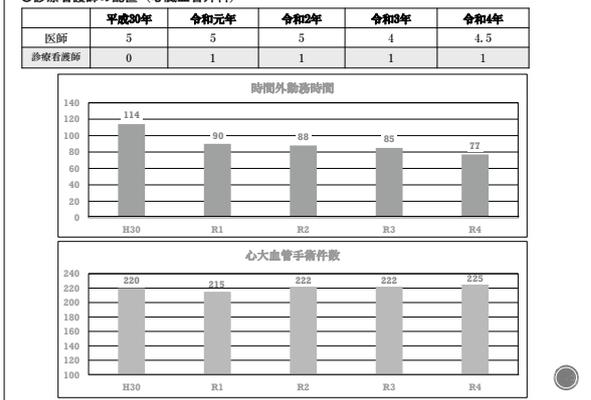
○医師の2024年4月からの時間外労働上限規制
年960時間/月100時間未満 診療従事医適用水準（A）
年1860時間/月100時間未満 地域医療確保暫定特例水準（B）2035年度未解消
集中的技能向上水準（C）



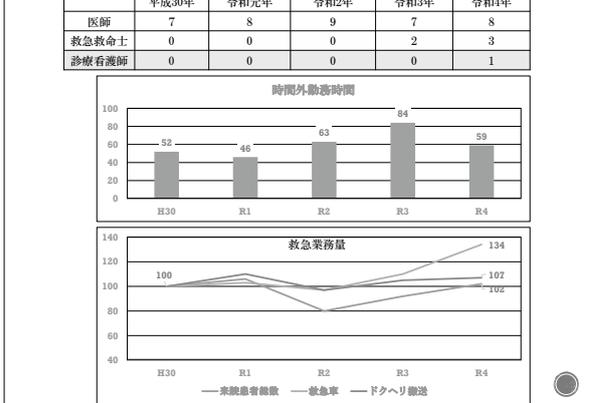
青森県立中央病院
総時間外勤務が960時間を超える医師は毎年10名以上
↓
2024年度からは地域医療確保暫定特例水準（B）で対応する予定（宿日直許可あり）

地域で救急医療を担う三次救急病院はB水準対応が多いと思われるが、それも2035年度末までには解消が求められるため、段階的に時間外労働を短縮させなければならない。

当院における医師からの業務移管について



○救急救命士・診療看護師の配置（救急部）



では、今後の医師の「働き方改革」の推進は？

業務移管（タスクシフティング）の推進

タスク・シフト/シェアの推進（厚生労働省医政局長 医政発0930 令和3年9月30日）
医師の業務のうち、医師以外の医療関係職種が実施可能な業務について、医師から他の職種へのタスク・シフト/シェアを早急に進める必要がある。
○現行制度の下で医師からのタスク・シフト/シェアが可能な医療関係職種
看護師、助産師、薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士、義肢装具士、救急救命士
○その他タスク・シフト/シェアを進めることが可能な職種
医師事務作業補助者（「医師の指示で事務作業の補助を行う事務に従事する者」をいう）等の事務職員

- 当院における取り組み
- ①看護師の有資格者の増員
 - ・認定看護師、専門看護師
 - ・特定行為研修終了看護師一令和4年 6名（栄養3、血糖1、創傷1、感染1）
 - ・診療看護師一令和4年 2名（令和6年1名増員予定）
 - ②院内救急救命士（病院救命士）の確保一令和4年 3名
 - ③医師事務補助作業員の増員と個々の質の向上
医師事務作業補助者数一平成30年81名から令和4年には86名と増員
診療情報管理士資格取得一平成30年29名から令和4年に38名と増員

医師少数県における医師の「働き方改革」の課題

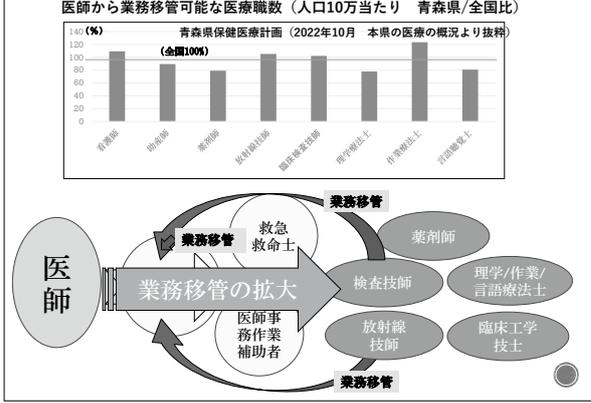
- ### 業務移管（タスクシフティング）の限界
- ①看護師
特に業務移管に貢献する診療看護師、特定行為研修終了看護師は育成に時間がかかるため増員は容易ではない。さらに三次救急病院では看護業務が高度化し、業務量そのものも増えており、応募者は増えておらず採用も容易ではない。また早期離職者も少なくなく（青森県ナースセンター/青森県看護協会 令和3年病院勤務の新卒離職者は全体で11.3%であるが、500床以上の離職者は12.1%と高くなっている）、産休・育休者も多くその期間も長くなっている。
 - ②院内救急救命士
増員可能であるが救命センター内の業務に限定される。
*救急救命士の業務について
救急救命士は、重度傷病者の搬送中に加え、医療機関に到着し当該医療機関に入院するまでの間においても、救急救命処置を行うことが可能である（令和3年10月）。
 - ③医師事務補助作業員
若年層人口の減少と若年者の都会志向のため応募者数は増えてはならず退職者も少なくない。

○診療看護師と特定（行為研修終了）看護師
医師の指示や手順書（指示書）のもと、一定の範囲内の診療行為（特定行為）を行うことができる。診療看護師は21区分38行為を、特定看護師は特定行為研修を受けた区分につき診療行為を行う。

特定行為区分	特定行為
呼吸器（気道確保に係るもの）関連	経口気管チューブ又は経鼻気管チューブの位置の調整 経皮的閉鎖性気管の固定の変更 気管切開術後気管の固定の変更
特定行為区分	人工呼吸療法に係るもの）関連 人工呼吸管理がなされている者に対する肺萎縮の投与量の調整
呼吸器（気管挿入に係るもの）関連	気管カニューレの交換 一時的ペースメーカーの操作及び管理 一時的ペースメーカーの除去
循環器関連	経皮的冠動脈狭窄の挿入及び管理 大動脈弁閉鎖不全症からの挿入を行うときの補助的気道 の調整



医師の「働き方改革」= 病院全体の「働き方改革」



まとめ

三次救急を担う中核病院において医師の「働き方改革」を進めるためには、医師の集約化が必要であるが、医療圏全体で医師絶対数が不足している中では、地域医療を維持しながらの集約化は容易ではない。そのため円滑に医師の「働き方改革」を進めるためには効率的な業務移管が求められる。ただし医師からの業務移管の実行は病院全体における医師以外の医療スタッフの資源量および構成を的確に把握し、病院全体の働き方改革とともに押し進めていく必要がある。



富山先生：藤野先生どうもありがとうございました。



医師偏在改革なくして 医師働き方改革なし

つがる西北五広域連合つがる総合病院院長 岩村 秀輝
(いわむら ひでき)

田舎の中核病院の立場から述べさせていただきます。お叱りを受けるようなことも述べるかもしれませんがお許しください。まず結論から述べたいと思います。うちのようなぎりぎりの病院では、今後の当院の診療体制として感染症、医師の働き方改革この新たな二つの負担によって以前と同様には戻れない。この二つを織り込み済みでの人員確保が必要になってくるジレンマがあります。そのためにはまず医師偏在改革が必要であります。現在の地域における地域医療構想だけでは絵に描いた餅になりかねないということでもあります。青森県は、日本海と太平洋側で気候が違います。岩木山、八甲田山があり、津軽の真ん中を岩木川が走っています。この岩木川がちょっと曲者になります。当医療圏は6つの小さな自治体から構成されています。南北に長い状態です。次はですね、ホワイトアウト。タクシーも行きながら、通院も大変になります。青森県の2次医療圏は、弘前市を中心とした津軽、それから青森市、八戸市を中心としたいわゆる地方都市型の3つの他に西北五、上十三、下北の過疎型の3つがあります。当圏域は人口約12万人。面積はほぼ香川県に匹敵するわけです。当病院は2005年度医師不足を背景に、医師集約を目的に5つの自治体病院機能再編計画に着手し、2008年には公立病院改革プランに着手し、2015年度広域連合としてスタートし、ひとつの新しい中核病院を作りました。再編の特徴は機能分担と広域連合化。地方公営企業法の全部適用、なんといっても最大の特徴はこの5つの医療機関の電子カルテのネットワーク化です。瞬時にして全てが見られます。医師の働き方改革に役立っています。ひとつの中核病院としてつがる総合病院を建てました。岩木川の西と東でいろいろひと悶着ありました。再編成で中核病院の他にサテライト病院2つ、サテライト診療所

2つ。スタート時には186床減少させ、現在まで300床の病床を縮小しております。医師偏在について少し述べたいと思います。従来は医師数を比較する指標が単純に10万人あたりの医師数でしたが、現在は少し実態に沿った医師偏在指標が用いられています。分子の標準化という単語は、いわゆるフルタイムで働いていない医師をどうカウントするかということを加味しています。分母の受療率は、たとえば高齢者が多ければ受療率の値が大きくなるということで少し実態に沿っているかなというふうに思います。都道府県別の医師偏在指標です。西日本と東京が高く、東北、新潟が低いようです。青森県は下から3番目です。2次医療圏別です。当圏域は335のうち329位です。トップ10とワースト10ですが、ワースト10の中に東北と北海道が多く、トップ10には西日本と東京が多いです。格差はほぼ7倍以上になります。国会議員でも2倍（一票の格差）で騒いでいるくらいです。すから7倍っていうのは違憲状態ではないでしょうか。青森県の医師偏在です。弘前地区と青森地区以外は医師が少ないです。西北五は一番少ないというふうになっています。当院の現状ですけれども、医局は常勤医が56名、消化器内科と消化器外科が比較的多く、初期研修医は9人です。呼吸器内科はパートのみ。救急専門医はおりません。当直体制ですけれども、2人体制で行っており、常勤2人または常勤1名と2年目の初期研修医1名でやっています。常勤医は月2.5回、2年目の研修医は月4回当直をやっています。初期研修1年目は23時までで終了しています。圏域において休日夜間診療所はありません。1年間の時間外の救急患者は約1万人。救急車は年間3600台です。徐々に増えています。2022年度、年齢別の救急車の受け入れ件数ですけれども70歳以上は62%にのぼっています。60歳以上で見ると75%です。それ

からこの5年間で増えた救急車台数は多くは70歳以上で占められています。したがって69歳までの救急車はほぼ5年間増えてないです。70歳以上で占められています。コロナの影響はどうだったかという、5類移行前の3年間で約700人入院を受け入れました。先般の夏は、第9波は100数十人受け入れました。コロナ病床で35床おさえて使用して、救急、コロナの一極集中により、それが常時、波がくるごとに通常診療の制限を余儀なくされたという状況でした。これは一例ですが、消化器内科は、看護師のコロナ診療（優先で不足してしまう影響）のため大腸内視鏡治療の待機時間は、コロナ前は3か月、コロナ後は1年半くらいでした。そのおかげで大腸がんのゼロ期の登録数が見事に半分に減っています。1年前にやっとならばよかったという症例がほちほち出始めています。全身麻酔をかけて手術になるわけですね。一方、国の動きはというと、厚労省は、地域医療構想、医師偏在是正、医師の働き方これは三位一体で取り組んでいます。一方総務省は、いわゆる昔の自治省。自治体病院に対する交付金を、自治体を通して繰り出ししてくれるところであり、新公立病院改革プランというのをしています。それはあくまでも地域医療構想との整合性を求められています。先般の国立病院と弘前市立病院、今後の青森市民病院と県病の統合がその例です。地域医療構想ですけれども、2040年の総人口、高齢化社会を見据えて、再来年を目標に2次医療圏ごとに公的も民間も全く関係なく機能再編及びベッド数の適正化を推進する。当院は、高度急性期医療40床増を求められているのですが16床あるHCUのベッドもまだ看護師不足で開けていません。絵に描いた餅です。医師偏在是正です。国の県に対する方針ですね。医学部入学の地域枠設定、初期研修医の県別倍率の調整、専門医の県別倍率の調整、それら3つは医師少数県全体に対する配慮ですけれども微々たる効果しかないですね。4番目の県内に対する推進（医師偏在是正推進策）ですけれども、地域枠入学者の県内の定着や修学資金による一定期間勤務させるなどそういうのはありますけれども、偏在是正は一向に進んでいませ

ん。公立病院改革プランですけれども、これも2次医療圏ごとの自治体病院同士の統合をされて受け入れた経営形態変更です。地域医療構想との整合性を求められている。当圏域が2014年に公立病院改革プランをもう施行済みなのですけれども、それでもまだ医師不足という状況です。それから医師の働き方改革です。1. 一日単位の働き方、2. 月単位の働き方、3. 年間単位の働き方この3つによって実施されています。1、2が待ったなしです。うちの病院の場合は、宿日直、いわゆる寝当直の許可が得られませんので、たとえば消化器外科医は6人が当直しているのですが、その方達が次の日の午後から休みになります。月の半分は午後からいないということになります。それから月の時間外労働ですけれども80時間くらいになったら面接指導しこれ以上時間外増やさないように場合によって対処する必要があると。3番目は年間ですけれども、これは特例ですね。いわゆる経過措置ですね。いずれA水準にしてくださいという話です。当院もB水準ですけれども11人いました。同じ人達が月90時間を超えていました。消化器外科4人、整形3人、消化器内科2人、循環器内科1人、泌尿器2人。最高は1400時間。初期研修医は全てA水準でした。問題点としては短期的には勤務体系の関係から、忙しい診療科で休暇は取らざるを得ない。そうすると休暇者以外の医師の負担が増える。中期的に特例のB水準はなくなる。またさらに感染症によっていつまた病院に負担がかかるかわからないということがあげられます。何と言ってもまず医師偏在改革があつての本来の医師働き方というふうに思います。当院の医師増員対策として9つほど挙げてみました。地方の県における大学は特定機能病院だけではなくて、地域医療の確保が中心となってきたので、今まで以上に2次医療圏との医師偏在指標を考慮した医師の配置をすべきと切なるお願いです。これは袴田先生よろしく申し上げます。2番目、地域枠だけでなく学士入学者の初期臨床研修医を要望していたのですが、再来年から開始予定となっています。期待しております。3番目はまず2次医療圏の初期研修医の募集枠の上限を設

定した上で、その後に臨床研修医要員の募集の上限を決定していただきたい。今ちょっと格差が生じています。4番目、県病さんに叱られるかもしれないですけども、自治医大卒初期研修医の県立中央病院での指定を変更していただきたい。そろそろもうちょっと弾力的に考えていただきたい。5番目、弘前大学医学部学生の修学支援の人数枠の拡大ですけども、これは県のマターです。よろしくをお願いします。6番目は、当圏域の医師の修学資金の創設です。これは広域連合のマターです。7番目は、うちは宿日直許可はないため当直ではなく、平日日勤帯の救急専門医のパートタイムで応援をしてもらっています。週1日は県病から、大学から半日を週2日です。そうすると救急外来に当該科が出ていく時間が少なくなって全体の仕事が終わる時間がちょっと短くなる。それから8番目は、休日時間外における特定の診療科による特化した疾患のみに対する病院の外でのオンコール体制による応援です。これは苦肉の策ですね。それから最後ですけどもこれは袴田先生に叱られるかもしれないですけども、大学の初期研修はなくすることです。後期研修からのみにしよう。あるいは特化したプログラムだけ大学できちんとやって、後は他の中核病院で研修医を回していただきたいということです。以上です。ご清聴ありがとうございました。

**医師偏在改革なくして
医師働き方改革なし**

～過疎型二次医療圏 中核病院の立場から～



つがる西北五広域連合
つがる総合病院 岩村 秀輝

結 論

今後の当院の診療体制

1. 感染症
2. 医師の働き方改革

新たな2つの負荷によって以前には戻れない

↓

この2つを織り込み済みでの人員確保が必要になるシレンマ

↓

まず医師偏在改革が必要

現在の地域医療構想だけでは絵に描いた餅になりかねない

青森県及び西北五圏域の概要



青森県及び西北五圏域の概要



警戒 “今季最強寒気”各地で大荒れ
地吹雪で「ホワイトアウト」に
強風による被害も

「地吹雪」 “ホワイトアウト”

青森県の二次医療圏の概要と分類

青森県二次医療圏の概要



二次医療圏の分類
国際医療福祉大学高橋泰教授による分類

- 大都市型
- 地方都市型
青森市、八戸市、弘前市を中心とした3地域
- 過疎型
西北五、下北、上十三
→ 西北五医療圏人口は118,978人(2023年3月末)
日本の1/1000
東京の1/100
青森県の1/10
→ 西北五医療圏面積は1,753/km²
香川県に近い面積

自治体病院機能再編成

2005年度(平成17年度)医師不足、経営難を背景に当圏域の5つの自治体病院の機能再編成計画の具体化に向けての基本方針となるマスタープランを策定

↓

2008年度(平成20年度)マスタープラン(旧公立病院改革プラン)を改訂し中核病院規模・建設予定地やサテライト病院を2病院、サテライト診療所2施設とする計画を国へ提出

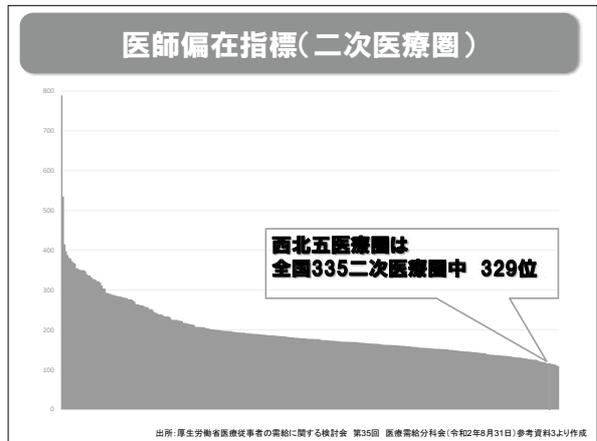
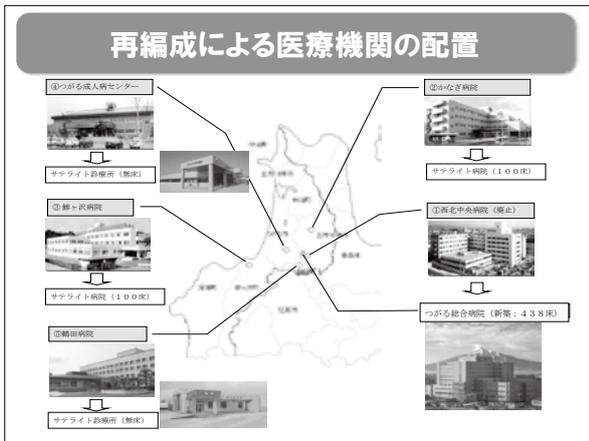
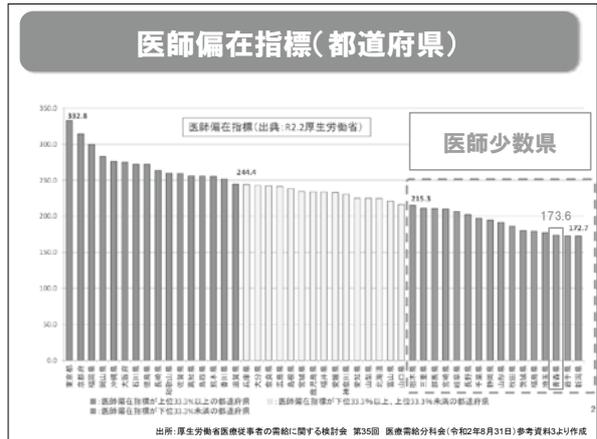
↓

2014年(平成26年度)4月再編成した医療機関の体制でスタート

再編の特徴

- 機能分担と広域連合化
- 地方公営企業法の全部適用
- 5医療機関の電子カルテのネットワーク化

最大の特徴であり医師の働き方改革に役立っている
画像、検査データ、処方、医師のカルテ記事、看護記録など全て情報共有



再編成による許可病床数の増減

病床の再編

【再編成前】		186床		【再編成後】		94床		【現在】	
平成23年12月末(824床)				平成26年度(638床)				令和5年度(544床)	
医療機関	病床数	施設計画	病床数	医療機関	病床数	施設計画	病床数	医療機関	病床数
A病院	一般 352床 精神 60床	⇒ 26床増	中核病院 (新築)	一般 390床 精神 44床 感染症 4床	⇒ 44床減	一般 390床 精神 44床 感染症 4床		A病院	一般 390床 精神 44床 感染症 4床
B病院	一般 100床 療養 20床	⇒ 20床減	サテライト 病院 (既存施設)	一般 100床	⇒ 50床減	一般 50床		B病院	一般 50床
C病院	一般 100床	⇒		一般 100床	⇒ 44床減	一般、地ケア 56床		C病院	一般、地ケア 56床
D病院	一般 92床	⇒ 92床減	サテライト 診療所 (新築)	無床	⇒	無床		D病院	無床
E病院	一般 60床 療養 40床	⇒ 100床減		無床	⇒	無床		E病院	無床

医師偏在指標(二次医療圏)

上位トップ10			下位ワースト10		
順位	都道府県名	医師偏在指標	順位	都道府県名	医師偏在指標
1	東京都 区中央部	789.3	326	北海道 北空知	118.8
2	東京都 区西部	535	327	北海道 根室	116.1
3	福岡県 久留米	414.8	328	北海道 北空知	115.3
4	京都府 京都・乙訓	397.3	329	青森県 西北五地域	114.3
5	福岡県 福岡・糸島	387.9	330	岡山県 高梁・新見	114.3
6	兵庫県 出雲	381.4	331	岩手県 宮古	113.7
7	滋賀県 大津	378.3	332	香川県 小豆	113.3
8	東京都 区西南部	372.2	333	島根県 雲南	112.5
9	東京都 区南部	368.6	334	山形県 最上	110.6
10	佐賀県 中部	366.3	335	北海道 宗谷	108.4

出所:厚生労働省医師従事者の需給に関する統計 第35回 医療需給分科会(令和2年8月31日)参考資料3より作成

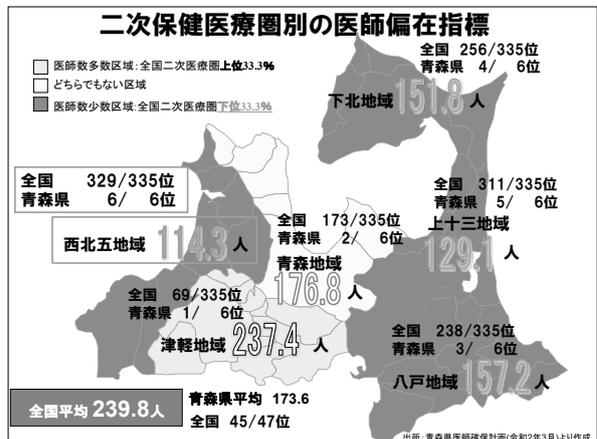
医師偏在指標(計算方法)

従来の医師数を比較する指標
(人口10万人当たりの医師数)

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数}}{\text{地域の人口} \div 10\text{万}} \times \text{地域の標準化受療率比}$$

新たな医師数を比較する指標
(医師偏在指標)

出所:医療従事者の需給に関する統計 第35回 医療需給分科会(令和2年8月31日)参考資料3

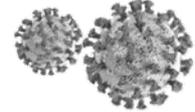


医局の概要

診療科名	常勤医師数	診療科名	常勤医師数
消化器・血液・膠原病内科	8名	精神科	2名
循環器内科	5名	麻酔科	2名
内分泌・糖尿病・代謝内科	4名	リウマチ科	1名
心臓血管外科	3名	歯科口腔外科	2名
呼吸器外科	1名	合計	56名
乳腺外科	1名		
消化器外科	7名	初期臨床研修医	研修医数
整形外科	5名	1年次	3名
脳神経外科	2名	2年次	6名
小児科	4名	合計	9名
産科婦人科	3名		
泌尿器科	3名	呼吸器内科、神経内科、腎臓内科、皮膚科、形成外科、放射線科、病理は非常勤医師のみ、救急専門医、感染症専門医は不在	
眼科	1名		
耳鼻咽喉科	2名		

コロナ感染症による影響1

- ・ 圏域唯一の感染症重点医療機関
- ・ 5類移行前までの3年間で約700人入院(うち500人はオミクロン株以後)
- ・ コロナ即応病床として最大35床使用
- ・ 救急、コロナ一極集中によるマンパワー不足
→通常診療制限の長期化



救急医療の状況

救急当直体制(平日夜間、休日日中・夜間)

- ・ 常勤医 2人(内科系医師1名、外科系医師1名) 又は常勤医1名と2年目初期研修医1名



- ・ 初期研修医1年目は23時まで
- ・ HCUについて救急病床ICUを想定した4階病棟エリアは設けているが、開院当初から看護師不足のため未開設
- ・ 医療圏域全体の救急率は再編前約3,600件→現在約4,500件に増加
- ・ 圏域において二次救急輸送体制なし(二次救急医療機関は当院のみ)
- ・ 圏域において休日夜間診療所なし(週1回午前中のみ一次救急在宅当番医制度あり)

コロナ感染症による影響2

- ・ 当院におけるコロナによる通常診療制限の一例(消化器内科)
消化器内科医、看護師のコロナ診療のため、大腸内視鏡治療に影響が生じた

大腸内視鏡治療までの待機期間

	コロナ前	コロナ禍期間(後)
治療するまでの待機期間	2~3か月	1年~1.5年

当院の大腸がんの院内がん登録数0期(内科的内視鏡治療による早期がん)

	2019	2020	2021	2022
0期登録数	181	186	94	94

↑ 半減 ↓

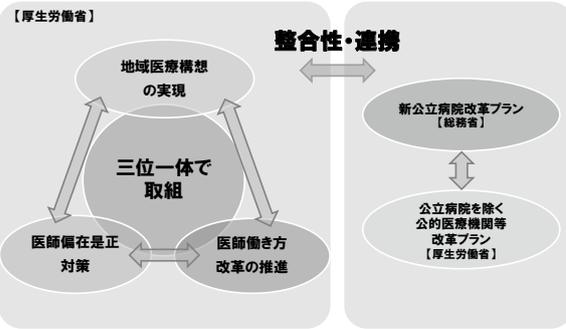
※ I~IV期はコロナ前後では220例前後と変わらず

病理深達度から外科手術になる症例が出始めている

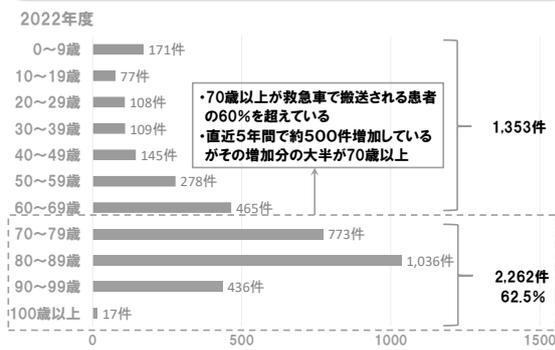
当院救急患者数の概要



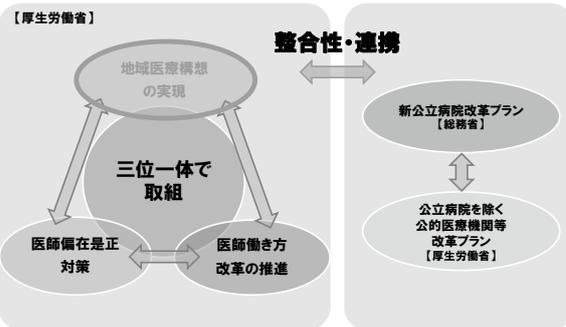
国の三位一体の取組み→閉塞感



年齢別救急車受入件数



三位一体の取組み



地域医療構想

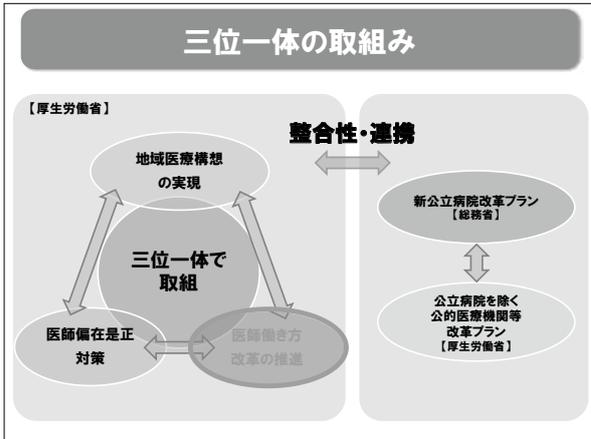
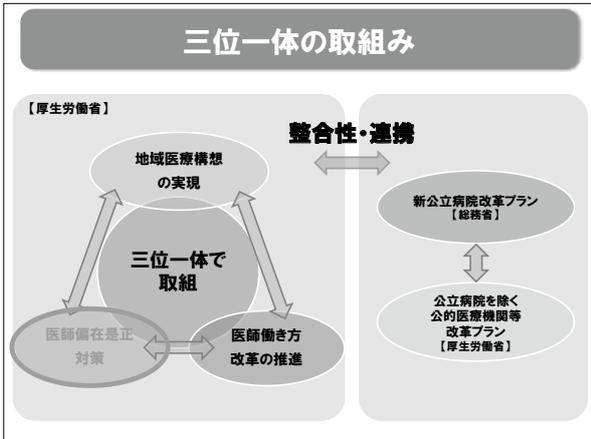
2014年(平成26年)制度化
 2040年の総人口、高齢化社会を見据えて、2025年目標に2次医療圏ごとに公立、公的、民間すべての医療機関対象に機能再編(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)及び病床数適正化などを推進

→都道府県地域医療構想調整会議
 →当院は高度急性期40床増を求められているが到底無理 絵に描いた餅

新公立病院改革プラン

二次医療圏ごとの公立医療機関の統合、再編、経営形態変更など

- 特に新公立病院改革プランは地域医療構想との整合性を求められている。
- 当圏域では2014年に公立病院改革プランは施行済み → それでも医師不足



医師偏在是正

1. 医学部入学の地域枠設定
2. 初期臨床研修医の都道府県別定員倍率の調整
3. 都道府県別診療科別の専門医上限設定
4. 都道府県に対する医師確保計画策定の推進

医師少数県全体に対する配慮
 県の中での対策推進

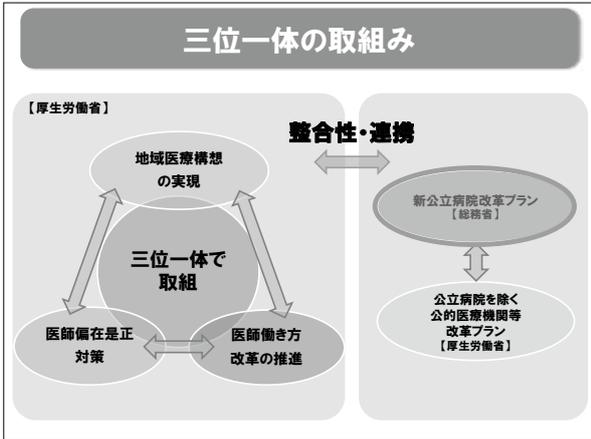
青森県地域医療対策協議会(地対協)

- ・ 地域枠入学者の卒業後の県内定着
- ・ 修学資金による医学部学生に対する支援
- ↳ 医師少数区域医療機関で一定期間勤務することを義務化
- ・ 病院ごとの初期臨床研修医募集枠

→ 不十分

医師働き方改革(1.2は待たなし！)

1. 日々の連続勤務時間制限と勤務間インターバルの確保
 - ・ 勤務開始から24時間の間に9時間の継続した休息時間を確保
 - 例えば深夜の緊急手術等で確保できなければその不足分を代償休息
 - ・ 宿日直(いわゆる寝当直)許可が得られない場合は、当直の翌日の午後から18時間休み → 例えば消化器外科は6名が当直しているがその場合、月の半分は午後1名が欠ける
2. 月の時間外労働時間の制限
 - ・ 月100時間を超過した場合追加的健康確保措置(面接指導及び就業上の措置)の実施
3. 年間の時間外労働時間の制限と水準分け
 - ・ A水準 年間 960時間以内
 - ・ B水準 年間 1,860時間以内(地域医療確保暫定特例水準) → 近々無くする
 - ・ C水準 年間 1,860時間以内(集中技能向上水準) → 段階的縮小



医師働き方改革 当院の状況

B水準 11人(同じ人が時間外勤務 月100時間超過)

	月100時間超過した人数
消化器外科	4人
整形外科	3人
消化器内科	2人
循環器内科	1人
泌尿器科	1人

最高は年間1400時間超過である
 初期臨床研修医はA水準基準である960時間内におさまっている

医師働き方改革 問題点

- 1.短期的には勤務間インターバルの関係から忙しい診療科で休暇を取らざるを得ない医師が増加
→休暇者以外の医師の負担増
- 2.中期的にはいずれB水準はなくなる
- 3.感染症によって、いつまた病院に負荷がかかるか分からない

医師偏在改革あつての医師の働き方改革1

当院としての医師増員対策私案

→今まで以上に弘前大学医学部、県との協力を強力にかつ、スピーディーに大前提

1. 地方の県では大学医学部が地域医療確保の中心であり、もつと二次医療圏ごとの医師偏在指標を考慮した医師の配置をすべき
2. 地域枠だけでなく、学士入学者の初期臨床研修を県内で行う
→令和7年から開始予定となった
3. 病院ごとではなく、二次医療圏ごとの初期臨床研修医の募集枠の上限設定
4. 自治医科大学卒の初期臨床研修医の県立中央病院の指定の変更

医師偏在改革あつての医師の働き方改革2

5. 弘前大学医学部学生の修学資金援助の人数枠の拡大
6. 広域連合構成市町独自の修学資金援助制度を創設(当圏域で一定期間勤務することを条件)
7. 宿日直許可がないため、当直ではなく、日勤帯の救急専門医のパートタイムによる応援(一部実施済)
8. 宿日直許可がないため、当直ではなく、休日時間外における特定の診療科に特化した疾患のみの病院外でのオンコール体制による応援(脳外科、産婦人科、循環器内科、精神科等一部実施済)
9. 思い切って弘前大学医学部では初期臨床研修をなくして、後期研修からのみとしたらどうか

富山：岩村先生ありがとうございました。



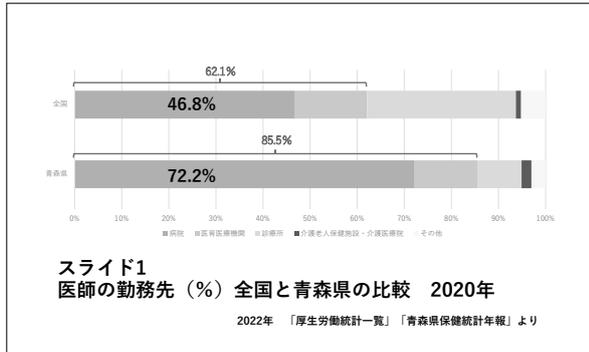


～女性医師の立場から～

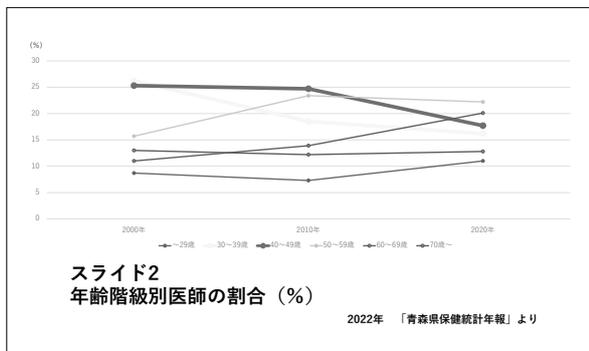
国立病院機構弘前総合医療センター産婦人科部長 **丹藤 伴江**
(たんどう ともえ)

国立病院機構弘前総合医療センター産婦人科、丹藤と申します。「女性医師の立場から」というテーマをいただきました。どうぞよろしくお願いいたします。

まず医師少数県である青森県に働く医師の特徴を説明させていただきます。特徴の一つ目は「病院勤務医が多い」ということです。病院と医育医療機関に勤務している者で85%ほどを占めています。全国と青森県の比較を見ていただきますと

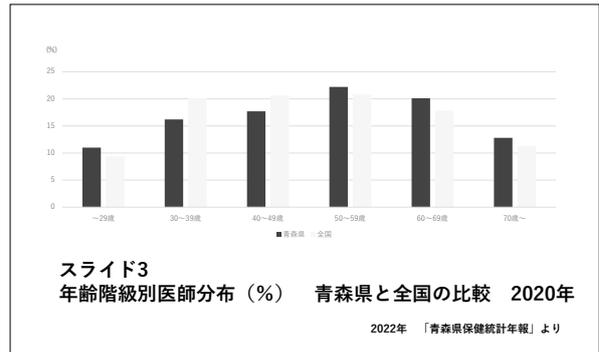


青森県は平均よりも勤務医が多いということがおわかりいただけるかと思えます。つまり、青森県では働き方改革の対象となる医師が非常に多いということです。特徴の二つ目は「医師の高齢化が進んでいる」です。こちらのスライドには、

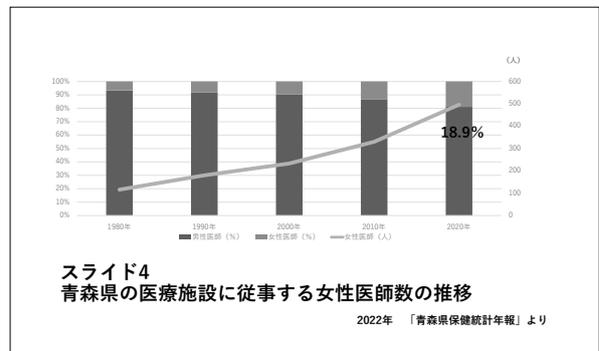


青森県で働く医師年齢階級別割合の推移を2000年、2010年、2020年でお示しします。2000年は30代40代の医師で半分を占めていましたが、2020年には50代60代の医師の方が多くなっています。2020年の全国平均では30代、40代、50代の医師が

だいたい20パーセントずつバランスよく並んでなだらかな山型を呈していますが、



青森県は50代に頂点があります。そして特徴の3つ目は「女性医師が増えている」ということです。医療施設に従事する女性医師数の推移を示しました、



年を追うごとに女性医師が増えていることがわかります。実線は実数を示しています。30代、40代が突出して多数を占めます。医師少数県である青森県で、かつ医師の高齢化が進んでおりますので、増えてきた女性医師にいかんにか仕事を辞めずに働き続けてもらうということが重要であると思われまます。

しかし、女性就労者全般に言えることですが、ライフイベントとしての妊娠分娩とキャリア継続の両立が常に問題となります。女性医師も例外ではありません。こちらに女性医師が休職するきっかけを列記しました。

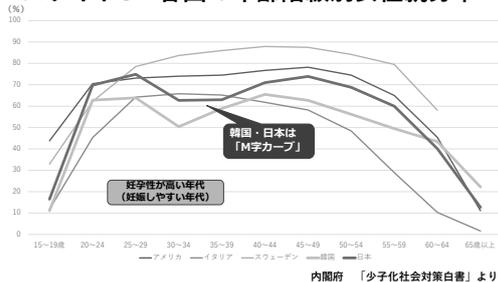
スライド5 女性医師が休職するきっかけ

- ・妊娠
- ・出産（産前・産後休暇）
- ・育児
- ・家族の病気看護
- ・家族の介護
- ・夫・パートナーの仕事関係（転勤・留学など）
- ・自身の留学
- ・自身の病気療養

赤字：女性特有
青字：アンコンシャスバイアスも含まれる

赤字は、妊娠・出産といった女性に特有、女性にしか起こらないものです。青字で示した育児や家族の病気、家族の介護というものは、本来は女性が担当すると決まっていますが、アンコンシャス・バイアス、女性が担当することの方が現実的には多いかと思えます。女性医師はだいたい卒後10年目くらいに妊娠をきっかけに休職することが多いです。ちなみに男性医師は50代前後で休職することが一番多く、その理由はご自身の健康問題です。ここにアメリカ、イタリア、スウェーデン、韓国、日本の5か国の年齢階級別の女性就業率のグラフを示します。

スライド6 各国の年齢階級別女性就業率



アメリカ、イタリア、スウェーデンは一度就職をしますとずっと離職せずに働き続けていますが、韓国と日本は妊孕性が高い年代、妊娠する年代で一旦仕事を離れるためにその世代で就業率が下がり、M字カーブと言われる形を描いています。医師の場合は、妊孕性の高い年代というのが、ちょうど就職をして、初期研修、後期研修、専門科を選び、さらにサブスペシャリティを取得

するための研修をする時期と重なっております。

さて、今回の発表にあたりまして女性医師へのアンケートを2つ行いました。ひとつは弘前大学医学部産婦人科学教室と関連病院に勤務する女性医師を対象とした「仕事と家庭の両立に関するアンケート」です。この中で「産休・育休から復職する際の不安」について尋ねた回答がこちらです。これは原文のままでお示ししています。まとめますと、仕事を離れたことによって知識が古くなったり仕事勘が失われて、復職しても仕事についていけないかどうかという「仕事に対する不安」と、子育てをしている自分が職場に対して迷惑をかけるのではないかと、そしてまた仕事をしている自分は家族、とりわけ子供にとって悪い母親ではないかという「自分の役割を果たすことへの不安」に集約されていました。もうひとつのアンケートは、診療科を問わず休職を経験した女性医師を対象に行いました。16名の方に回答いただいております。こちらでも復職する際の不安は何だったかという質問をしたのですが、アンケート1の回答と同様でした。この方たちが「復職する際に欲しかったもの」をお尋ねした回答を列記しました。

スライド7 復職する際にほしかったもの

- ・病児・病後児保育所（できれば職場内）
- ・学童保育所
- ・時短勤務（制度上は時短勤務者だったが実際はほとんど時間外勤務をしていた）
- ・多様な働き方の提案
- ・ロールモデル
- ・妊娠・出産・育児を経験した先輩からの講義や制度を勉強する場
- ・（子育てがこんなに大変だって知らなかった）
- ・チーム医療
- ・周囲の理解
- ・やむを得ず休む時のフォロー体制
- ・人員確保（頭数で1人と数えられるのが負担だった）
- ・WEB参加できる学会や講演会
- ・ベビーシッターの公的補助
- ・復帰する職場の情報

*水色：働き方改革とリンクする内容

個人でとれる対応策には限りがあり、社会的な制度やハード面の整備の希望が多かったです。特に働き方改革によって何かしら解決が得られるのではないかとこのところを水色の字でお示しました。2018年に日本医師会総合政策研究機構が女性医師に対して行ったインタビュー「女性医師の働き方の現状と課題」で提言された支援策を抜粋させていただいております。

スライド8 復職に必要と考えられる支援策

(日医総研 「女性医師の働き方の現状と課題」 より)

- 労働法制の理解と適用
- 職場組織としての支援
利用しやすい病児保育園の設置
レスパイトの確保 タスクシフト チーム主治医制
- 理解者・支援者の存在
ピア・カンファレンス ピア・カウンセリング
医学生へのキャリア教育
- 家庭内におけるアンコンシャスバイアスの解消
女性の社会共同参画⇄男性の家庭生活共同参画

*水色：働き方改革とリンクする内容

こちらで提言されている支援策は今回わたくしが行ったアンケートで実際に休職された方が欲しかったものと完全に一致しております。女性医師が一度休職をしたのち復職する際にこれが欲しい、必要だと思う支援と働き方改革の方向性は重なっているのではないかと今回の調査で感じました。

まず時短勤務。復職する際に多くの女性医師が時短勤務をしたかったと回答しています。時短勤務は元々存在している制度なのですから、「時短勤務というものを知らなかった」「時短勤務という制度は知ってはいたけれどもちょっと言い出しにくくて使えなかった」「時短勤務という条件で仕事に戻ったけれども、実際は常勤医と同じくらいの時間外労働となってしまった」という回答がありました。今回働き方改革が始まると、常勤医は時間内で仕事がなかなか片付かなくなってしまう、仕事量がこなせない、余ってしまう。かたや産休・育休後に復職した女性医師は、いきなりフルの常勤医に戻るということに不安がある。ここで時短勤務を選択することによって、常勤医が時間内にこなさきれない仕事を医師同士でタスクシェアするというふうになればよろしいのかなと思いました。医師以外の職種の方とのタスクシェアは今も十分行われておりますが、医師同士のタスクシェアということがひとつ女性医師の完全復職に向けて役立つのかなと思いました。時短勤務の医師を、常勤医と比べてマイナスな存在と捉えないでほしい、産休育休中は医師としてはその人の労働量はゼロだったわけですから、時短勤務で戻ってくれば医師としての労働が70パーセント、でもいずれはその人たちが常勤医100パーセントとして働いてくれる、そのステッ

プとみなしていただければお互い気持ちよく過ごせると思います。

それから家庭内におけるアンコンシャス・バイアスの解消も働き方改革で得られる変化と期待できます。家事や育児は女性が主体で行うものという無意識の性差意識は男性のみならず女性側にも見られます。育休に始まり育児は母親が行うもの、朝起きたら子供さんが発熱、仕事を休むのは母親。男性の育児休暇取得率はまだ低い。家庭内における家事や育児などいわゆる無償労働は、男性医師が一日に41分に対して女性医師は124分。女性医師は寝る時間を削って仕事と家庭の両立を何とかやっています。この状況では仕事復帰に二の足を踏むのもやむを得ない。しかし幸いなことに、青森県の女性医師の約80パーセントが男性医師をパートナーとしております。男性医師が働き方改革で得た時間を家庭内の役割を担うことに使っていただければ、女性医師が仕事に使える時間が増える。そのことは女性医師の自己肯定感を高め、またモチベーションの維持にもつながります。また家庭を持つ男性医師は同僚の女性医師の環境にも理解を深めていただけたと思います。ちなみにこちらは女性医師から見た配偶者の育児・家事参加状況についての認識です。一番下のお子さんが中学生以上という世代よりも現在子育て中の女性医師のほうが配偶者に対して育児や家事に参加してくれていると認識を持っていることがわかります。

最後に労働法の理解と適用です。雇用する側、される側双方がどのような制度があり、それを適用することでの利点ももちろんございますが、例えば実質減給になるとか、将来の昇給に影響するといったところをご理解の上で利用する必要があります。また休みがとりやすい職場の雰囲気醸成というのも上司の役割だと思います。ちなみに今回実施したアンケートで同僚の男性医師の育休取得に対する意見を聞いた回答では「ぜひ取得してほしい」「取得に協力したい」「男性医師も休んでくれるとこちらの精神的負担が軽減される」と全員「賛成」でした。

総括です。医師が少ない青森県では、働き方改

革を進めることは困難も伴います。しかし、女性医師の復職支援、キャリアアップ支援と方向が一致する働き方改革は、すなわち多様な働き方を受容し、様々な状況に置かれている医師が各自の輝き方を実現する一助になりうると期待します。

仕事をたくさん抱えた常勤医にも、病休後や定年後に仕事を継続したい医師にも恩恵のある制度となりうる、その結果働く医師が増えることは患者さんに有益と、全ての方がwin-winの関係になれるきっかけと思いました。謝辞はスライドにかえさせていただきます。ご清聴ありがとうございます。

富山先生：丹藤先生どうもありがとうございました。

総 合 討 論

富山先生：これから討論にうつりますので演者の先生方は再度ご登壇ください。

的場先生：それでは総合討論にうつりたいと思います。本日は袴田先生から若い医師を育て供給する立場から地域の医師の供給の必要性とその難しさの後の自己研鑽の評価の難しさについて、カード管理では難しいので自動的に労働状況を把握できるような仕組み、それから変形労働制への移行といった大学での工夫についてのお話をいただきました。藤野先生からは基幹病院としての三次救急やコロナで多くの患者を受けて大変だった中でのタスクシフト。特に特定行為の修了者の看護師の導入によって大きな効果が得られたという点についてお話いただきました。岩村先生からこのシンポジウムのタイトルにありますように医師少数県、この地域における過疎地域での本当に大変なところ、これは数値としては下から何番目というお話ありましたが、経験されていく中での本音の話がたくさん出たのではないかと思います。そして病院ではありませんが、丹藤先生からは多様な女性医師のこれからライフイベントを踏まえた働き方。その中でも特に形だけではない周囲の意識改革、アンコンシャス・バイアスの改善ということがこれから最も重要なのではないかというお話をいただきました。今、私たちが来年の春に向けて取り組まなければならない喫緊の課題かなと考えています。フロアからご質問ご意見をいただければと思います。

岡山県 榊原先生：岡山県医師会常任理事をしております榊原と申します。循環器の専門病院を経営しております。今まで全国でトップクラスの実績もあります。循環器内科医20人、心臓外科医14人を擁する病院です。それでも私共のところ、岡

山県は病床過剰地域なのですが、医者数では青森県の倍以上おりますけれども、実際には医師は足りておりません。循環器の医師は足りなくて、今実際には10を超える大学の医局から応援を頼まなければ救急も回らない現状があり、そこに何の問題があるかということと地域格差もありますが、診療間格差も激しい、これは袴田先生もご指摘されましたが、最近各大学で女性医師が増えてきたのも結構なことですが、初期研修をしないで、いきなり美容外科に回る医師が増えて来ていて、それが少々問題になっている。今、実際の医師数というのが実際の実数の実態を把握していないのではないかなと本当に働いている方々をカウントしなければ、働き方改革の元々の土台の数字がどんどんと狂ってくるのではないかという懸念があることが1点目。そして2点目はタスクシフトの面、私の病院もそうですが診療看護師だとか特定看護師を使っていますけれども、その立ち位置、どこ部署で管轄をするのかということが問題です。それが診療部に属した方がいいのか、看護部に属した方がいいのか、またはその指揮系統をどうすることが一番彼女達や彼ら達を効率的に働いてもらうことができるのかということについて知見を述べていただければありがたいと思っています。特に袴田先生、藤野先生を始め急性期の病院の方々、基幹病院の方々が多いと思いますので、次いでお話をいただければと思っております。

的場先生：ありがとうございます。それでは袴田先生まずはお答えしてもらってよろしいでしょうか。

袴田先生：先生のご質問は必要医師数のカウントの仕方の問題でしょうか？

岡山県 榊原先生：まず問題はそのカウントの仕方ですね。やはり先生がおっしゃる通り医師免許を持って地域医療に関わっていない方もいるので、やはり今後いろんな意味でカウントの仕方を少し考えた方がいいのではないかなということについて、先生何をお考えになったのでしょうかということをお聞きしたいと思います。

袴田先生：先生のご施設まずうらやましい。医師のカウントにつきましては適正なカウントの仕方があるのでしょうか、今のところ厚労省の示す数字で示すしかないところが正直な感想です。それから特定行為看護師の2番目のご質問で効果的な運用どうするかというところですが、やはり病院全体というよりも、先ほど藤野先生ご指摘のように病院の経営の観点からすると最も効率のいいところに配置するという考え方で行かざるを得ない。看護部なのか、診療科なのか。

岡山県 榊原先生：どういうことかと言うと、結局診療部で統括したほうがいいのか看護部に統括を任せればいいのかっていうどちらがいいのか簡便にお答えいただければと思います。

袴田先生：そこは大学病院では踏み入れてはいけない大奥という大きな場所がありまして、病院長からもなかなか見えないところがございます。

的場先生：藤野先生お願いいたします。

藤野先生：まず一点目ですが、初期研修を終わらないと保険医になれませんので、最近は研修を行わずに病理検査等を行う医師が多くなっているというご指摘だと思いますけれども青森県はそこまで進んでおりません。みなさん初期研修を受けますのでそういう意味での医師の数と実際の保険診療を行っている方の数というのは、青森県内ではそんなにばらつきがないので我々はそのままの数字だと思っております。あとは診療看護師、特定行為看護師は看護部に所属しますが診療看護師につきましては配置科の指揮下に置いております。実

際、普通の看護師さんと違う給与表にしておりますし、大奥に私も弱いのですが、そこは大奥を割り切って、お殿様なので殿の方が偉いぞということで診療科に配置して診療科の科長のもとで仕事をさせて頂いて、そうしないと効率的に回りませんので完全に看護部から離して給与体系も変えて、手当も変えておりますので、そちらの方がやりやすいと思います。

岡山県 榊原先生：ありがとうございます。うちでも藤野先生と同じような形で運用させていただいています。ただ給与体系は、ちょっと頭が痛い所【研修医に近いそれなりの給与水準】なのですが、またいろいろご指導賜りたいと思います。ありがとうございました。

藤野先生：ありがとうございました。

的場先生:それではご質問をどうぞ。

岐阜県 浅野先生：医師少数県の岐阜県から参りました浅野と申します。岩村先生にお聞きしたいのですが、傷に塩を塗るような質問になって失礼かと思いますが、先生のところは400床あって小病院とおっしゃいましたが、当院は190床しかない小小病院でございまして、人口は5万弱の地方都市にある市立病院です。働き方改革で先ほどいろいろ先生方おっしゃっていましたが、当院でもタスクシフトをがんばっています。常勤医19しかいないのですが、非常勤で医師を補っていくとか、特定看護師を使うとか、子育て中の女性医師に対する時短勤務などもやっています。一番困っているのは先生がお触れにならなかったことなのですが、当院では人件費率が、まことに恥ずかしいことながら65パーセント超えております。もう不良採算団体といいますか、瀕死状態で非常に困っております。そのあたりやはり人にお金をかけざるを得ないということで結果的にはA水準を何とか得られてはいるのですが、その結果が財政面に大きく痛手を被っており、そのあたりでもし工夫でもあれば、工夫はないかもしれませんが、

同志として悩みをおっしゃっていただけるとうれ
しいです。

岩村先生：一応そこまでじり貧ではないのです
が、結構うまく行っているほうだと思います。施
設基準とかいろんなものがとれるものとはって、
僕が院長になってというか市長が変わった時点で
総務省から地方交付税として病院に入ってくるわ
けなのですが、その標準額が自治体からきている
のかというのを詳細に調べました。そしたら、
2億くらい足りなかった。なのでとにかく出して
くれと。過去5年分のかける2億で10億も出せっ
て言っているわけじゃなくて、今後標準額を出し
ていただきたいと、お互いの信頼関係のためにと
いうことで今はそういう枠でもらっています。交
付税でくるので色はついていません。だからそこ
を例えば、建設に使ったらいいとか道路にこれ
回さなくてもいいのに回しているのではないかと
いろいろあるのですけれども、そこを頻繁にお
話して、地域医療が終わったらそれどころじゃな
いよというお話をお互い信頼関係でやっている
ところはあります。以上です。

岐阜県 浅野先生：当院ですが、週2日勤務の麻
酔科パート医が、どの常勤医よりも給料が高いの
ですよね。ですから常勤医とパート医の不協和音
が出ているということがありまして、なかなか難
しいと感じている次第です。

的場先生：ありがとうございます。それでは次
のご質問どうぞ。

大阪府 幸原先生：大阪府医師会の勤務医部会の
幸原と申します。今、青森県の事情を聞きました
ら確かに大阪とは違うのですが、大阪では救急医
療はだいたい7割が民間で3割が公立です。民間
が強いからなんでもなるかという大間違いで、
大学とか中核病院に来院する患者も多いです
から、同じような問題抱えているのです。働き方改
革はおそらく外来を切らないと絶対無理だと思
います。これはもう明らかです。外来の勤務時間は

結構多いですから。たとえば6時間とかそれだけ
の時間貼り付けになっている医師がいるわけ
ですから、ここを切らないと絶対無理です。大阪では
どういうふうにやっているかという、とにかく
逆紹介する。ただ青森県は今提示されましたが、
確か開業医の先生の比率が20パーセントくらい
で、非常に少ないのですが、大阪は民間が多い
というのは理由があります。やはりそこで大切な
のは、開業が成り立つかどうかという経済面で動
いている必要があります。最近の大阪の中核病院
からは、かなり重症の患者さんでも開業の先生
の所にいきます。在宅医療が発達してきましたし、
抗がん医療などもやっております。わたくしも小
さな病院にいますが、心不全の患者が常に急
性期病院から来ます。青森県の方々のプレゼン
テーション聞いていましたら、だいたい中核病院
や大きな病院止まりのお話です。とにかく救急患
者さんが、たくさん来院してどうしようもないか
ら働き方改革は絶対無理って言うお話ですけど、
理論的には外来患者をゼロにすれば、中核病院は
医師の過剰になるはず。かなりの外来数を減
らすというのは、おそらく働き方改革にすでに織
り込まれていると思うのです。法律化されて、そ
れを施行しようと思ったら、外来を切らない限
り、それは絶対数を少なくしない限り勤務時間は
生まれません。タスクシフトは、私がいるような
小さい病院でもやっていますが、効果としては知
れています。とにかく患者さんを逆紹介して開業
の先生に回して、開業の先生からどんどん紹介受
けて、高回転をさせるというのが大阪の現状なの
です。だから大阪は医師数多くて、青森は違
うというのではなくて、とにかく患者さんはど
んどん地域に戻して、また紹介を受けてとい
う医療経済圏を作らないといけない。急性期病
院は入院も稼ぎが多いですから、外来をしな
くてもそんなにびくともしないはず。だからも
っと回転をあげれば、もっと収益が上がる
というのは大阪の論理で、とにかく逆紹介を
どんどんしようとなっています。実は、来年
にかけて働き方改革をやるので若い中堅クラ
スの先生は、今から開業の絶好の好機とい
うことで、開業時に自分の患者

的場先生：次のご質問どうぞ。

茨城県 原先生：茨城県の理事の原と言います。筑波大学附属病院長をやっております。袴田先生いつもお世話になっております。袴田先生にお聞きしたいのですが、つい最近もまたデータの再提出を求められたと思いますが、最終的にはやっぱり人数を増やすしかこれに対応する方法は大学病院としてはないと思っています。一方で人事院勧告もきていますので、千葉とうちで計算したところ来年度足りない額が10億です。それでこの間、文科省から120億っていう額を出してきましたがそれを40ではなくて80で分けるというつまり1.5億しかこないです。文部科学省に頼んでもどうしようもないので、これはぜひとも先生の口からも医師会のほうにお願いしてなんとか厚労省のほうで出していただくようお願いしていただきたいと思うのが1点、それからもうひとつ先ほど岩村先生からお話あった自治医大の人たちとか若い医者、研修医をというお話がありましたが、これは僕も十年くらい茨城県と闘ってしまして結局若い医者が地方にいたって何の役にも立ちませんと。自治医大で100パーセント残留率っていうのは新潟県だけです。そこは何をしているかという入局させているのです、県に任せないで。入局してその医局から各病院に派遣していくというシステムが出来上がっているのです、是非とも弘前大学にいっぱい入れて頂いて、そこから派遣していただくというようなシステムを構築するのが、僕は人的には一番いい方法かと思いますがいかがでしょうか、その2点よろしくお願いします。

袴田先生：是非この場で発言するように、ということでございましたので申し上げますと、働き方改革をするうえで明らかにコストがかかります。一大学何億円という単位で必要です。1億5千万円では、全く足りないです。これはもう是非医師会の勤務医部会から声をあげていただきたいです。今のままでは、病院経営を維持できません。今回のシンポジウムだけで終わらないで、医師会の幹部のみならずにはこの機会に国会議員に

働きかけていただいて、国の問題として国にご負担をお願いしたいと思います。それから2番目の自治医大卒業生の扱いに関する質問に対しては、本当に大賛成です。これは県に対する要望でもございます。青森県も全く同じです。9年間はおられるのですけれども、地域に残留される先生は一部で、多くは地域医療を離れてしまいます。キャリア形成できないからです。先生おっしゃるようにキャリア形成プランというのであれば、地域でキャリアを活かせる制度設計にしなければいけない、そこは県も考えていただきたいと思っています。これでよろしいでしょうか。

岩村先生：医局に入局してそこから派遣というのもあるし、せつかく2人から4人毎年青森県の場合は来るのに、それが義務年限終われば半分くらいなくなっちゃうみたいになっているのですが、県がまず第一のメーターでそのあとは大学が関係してくるのでしょうかけれども。専門医制度が発達したので自治医大の先生って、結局総合診療専門以外はとりづらい状況になっていて、初期研修終わった後に臨床研修病院、中核病院の本部の病院に1年いて、次1年小さなところに行って、また帰って来てというような…

茨城県 原先生：それはすごくわかります。だから僕も県とけんかしましたが、結局彼らがなぜ帰って行くかという親分がないのですよ。自分の師とする人が結局見つからずに地方に散らばされているので、そこがやっぱり逃げていく理由なのです。ですから大学にまず入っていただいて、大学で自分にとって将来の師となるような先生を見つけて頂いて専攻医、専門医もとっていただいた上で大学の医局から派遣されて行くという形が僕はその本人にとっても幸せじゃないかと思うのです。ただ、そのためには先生おっしゃるように入局者の数が少ないのです。特に筑波大学は卒業生の20数パーセントしか残りません。ただ地域枠36名いるので、だから合わせて50数名は残るのですけれどもその他はみんな東京に行ってしまいます。ですからそこをなんとかしなくてははいけ

ないので、いろいろ今大学としては考えていますけれども、やっぱり大学に入れるっていうのは、僕は医師を派遣する手立てとしては第一だろうと思います。

藤野先生：自治医大に関していろんなご意見をいただいている県立中央病院です。確かに今も義務年限後に離脱する方が多く、また年限内でも希望する病院の調整がなかなか難しいため、県が調整するということが今は当院の所属という形にしているのですが、これからも何が一番怖いかと言うと、義務年限が明けた時に勤務する病院が今まで勤務した地方の病院となって、都市部の病院に勤務できないままにいるというのが不満で違う県に流出するということであると考えております。今後は地域医療対策協議会等より自治医大の医師の義務年限後の対応も含めたキャリアパス形成を考えるという新しい時代に入りますので、それも含めて今先生がおっしゃったようなことも考えていきたいと思っております。ご指摘ありがとうございます。

的場先生：はい、それでは次の方、どうぞ。

山口県 弘本先生：山口県勤務医部会弘本です。宿日直許可の取得状況が、実際の時間外勤務の実状を反映しているのかどうかに興味を持ちながら皆さんの講演を拝聴いたしました。藤野先生のところはとっておられ一方、岩村先生のところはとっておられず、すごく明確に分かれているのが興味深かったです。岩村先生のところでは、宿日直許可を取られていないことで、不利益を被っておられるのではないかと考えている次第です。

藤野先生：うちは昭和45年に取った宿日直許可がずっと残ってしまっていて、その時の許可をそのまま運用しています。ただし実際、救急の働き場の現状と宿日直許可取得時の状況とが合わないわけなのですよね。ですから救急の現場は宿日直なしの連続勤務にする予定です。それはおそらく実態に合わない行政側から指摘されることがあると思

うからです。我々が宿日直許可を取ったのは本当に昔々で、それが未だに有効であるということです。宿日直許可があるってことは病院運営上非常に有用と思うのですが、岩村先生のところはどうですか。

岩村先生：そこのところは、県病さんと救急はそんなに変わらないです。それで医師が4分の1から3分の1しかいない状況でやっていますので、とてもじゃないけど宿日直は取れる状況じゃないです。なので、そこは諦めるしかないと思っています。表面的にテクニックを使って取ろうとしてもいいのでしょうか結局、許可になってあとで実態どうだったのかっていう、今いろいろ問題になっていますし自己研鑽が宿日直と今騒がれている状況です。結局、裁判となると全く違うのです。そこは実態を見られますので。実態がどうか、昔取ったかじゃなくて、今実態がどうかという、本当の許可です。それは、今はまだ始まったばかりなのであまり問題にならないか分かんないですけど、そのうち働かされている側が、それに対してこんなに夜中働いているのに、これ時間外労働にならないのかみたいな感じになると、結局裁判になります。そういうこともありますので。とにかくうちは物理的に無理です。そこは苦肉の策で病院外でオンコール体制とかそういうのとかやっぱりいろいろなものを組み合わせて。常勤が一番いいとは思いますが。以上です。

的場先生：ありがとうございます。まだご質問があるかもしれませんが、もうそろそろ時間となりますのでここで全体を通してということで、青森県医師会の勤務医部会会長の今明秀先生に、コメントいただければと思います。

今先生：はい。また登場いたしました、青森県医師会、勤務医部会部会長の今明秀でございます。皆さん長時間お疲れさまでした。自治医大の話題で最後盛り上がったので驚きました。この会場に集まっている方々が自治医大の卒業生に関してコロナでこれほど真剣に心配して下さり、また我が

国の医療も将来に関わっているということを認識しているってことが分かりました。私も自治医大の卒業生でございまして、これは一大事だということを後輩に伝え、本学にも伝えて参りたいと思います。そして働き方改革の今回のシンポジウムですが、工夫と苦悩ということでした、苦悩の方がとても目立っている青森県でございました。苦悩が大きすぎて、西高東低って言葉が何度か出てきまして、もしかしたら西日本の人たちは苦悩を感じなくて、こっちの北のほうが感じているのではないかなと思います。今日、この北国にみんなが集まったことで、普段もしかしたらあんまり感じていない苦悩を、今日ここで理解してくださったのではないかと、それを共有してくださったのではないかと、そして持ち帰ったあとに西日本から北国の方に医師を派遣するという、そういうことに結び付くシンポジウムであって欲しいと思います。外来の整備ということでした。やっちはいるのですが、やはり放出するというか、お願いする施設が少ないために仕様なくやっっているところがございます。しかし、働き方改革という意識の見方があるわけでした、それを使えば、もっと強引な外来の整備が可能であるというヒントを今日いただきました。女性医師に関しては深刻な問題です。実は多くの男性医師、そして昔々過酷な仕事をした医師、そして新しい医師に対してはさぼっているのではないかと思っている、多くの大先輩の医師がここに集まっているわけで皆さんは、もしかしたら働き方改革に若干、消極的な気持ちが心の中に二割ぐらいあるのではないかと思います。しかし、今日、伺った女性医師の働き方改革、これが欲しいと願っているということをお話しして、切実におっしゃってございまして、時短のこととか、復職のこととか、まさに87%のパートナーが男性医師ということで男性医師の働き方改革が女性医師のQOLに繋がっていくことを今日ズバリと言ってもらいました。今日のお話を聞いた二割ぐらいの方は働き方改革に消極的で昔はこんな働いたのだよ、と思っている多くの先輩医師たちもドキッとしたのではないかと思います。今日、さまざまな苦悩と工夫が発表され

ましたが、二次医療圏で東京の7倍の格差がある病院が普通にコロナの一極集中を受けていたのだということをお話ししていただきたいと思います。同情はいらないので積極的な支援をお願いしたいと思います。お疲れ様でした。ありがとうございました。

的場先生：日本医師会勤務医委員会の委員長の渡辺憲先生、コメントをお願いできればと思います。

渡辺先生：ありがとうございます。日本医師会勤務医委員会の渡辺でございます。ただ今、今先生が大変よくまとめていただきましたので、私の方であまり追加することはございませんが、本日の青森県医師会を代表するシンポジストの先生方の活発な議論を聞かせていただき、複雑多岐にわたる医療課題について、率直かつ建設的な意見を交わしながら、事態を少しでもいい方向に変えていこうというエネルギーを感じさせていただきました。今回の「働き方改革」そして「第8次保健医療計画」というタイムリーなテーマでシンポジウムを設定していただき、エキスパートの先生方の素晴らしいお話を聞かせていただきました。今先生が工夫と苦悩とおっしゃいましたが、良きにつけ、悪しきにつけ、「働き方改革」はスタートします。これを機会に、私たちが協働して医師会さらに地域を変革し、そして医療を良い方向にもっていくことが重要で、そのための工夫というのは、本日お話がありましたワークシェア、タスクシフト、さらには、さまざまな意識改革も必要と思います。医師会ならびに地域の支援でできることも少なくないと思いますが、それでも解決が難しいことが数多くあろうかと思っております。これらを日本医師会や厚労省、政府に、しっかりとメッセージとして伝え、変革の端緒としていただくことが重要です。地域の中で話し合い工夫して解決を図る方向とともに、困難な課題についても意見を集約し、制度全体を変えていくべきという方向性と、そのような二つの大きな流れに繋がるようなディスカッションであったと思います。

本日は、青森県医師会の皆様におかれましては、開催のための周到な準備をしていただき、しっかりとした建設的な素晴らしいディスカッションがなされたと思います。このような形で、毎年、勤務医に関わる喫緊の課題について議論を交わすことが重要で、本日で言えば、「働き方改革」にあたっては外見的な勤務時間の管理にとどまることなく、丹藤先生がおっしゃったように女性医師のキャリア形成、アンコンシャスバイアス等について理解を深め、課題を共有しながら、積極的に変革を進めることでより良いチーム環境、チーム医療に繋がっていくと思います。本日は、素晴らしい議論をありがとうございました。

最後に、地域医療は国民とともにあり、国民の協力がぜひ必要です。この後、「あおもり宣言」がなされると思いますが、このような状況をしっかり国民と共有し、情報を広く的確に伝えることで、「あおもり宣言」も活かされることと思います。本日は、本当にありがとうございました。

的場先生：渡辺先生、ありがとうございました。お集まりいただきましたみなさん、熱のこもったそして今後につながるような議論を沢山していただきましてありがとうございます。ご登壇いただきました先生方も本当にありがとうございます。これでシンポジウムⅡを終わりたいと思います。

あおり宣言採択

17:20~17:25

勤務医部会幹事 齋藤 美貴
(さいとう みき)

工藤：先生方、ありがとうございました。ご降壇ください。これよりあおり宣言を採択いただきしたいと思います。それでは本会、勤務医委員会幹事の齋藤美貴より、あおり宣言（案）を読み上げていただきます。齋藤先生ご登壇願います。

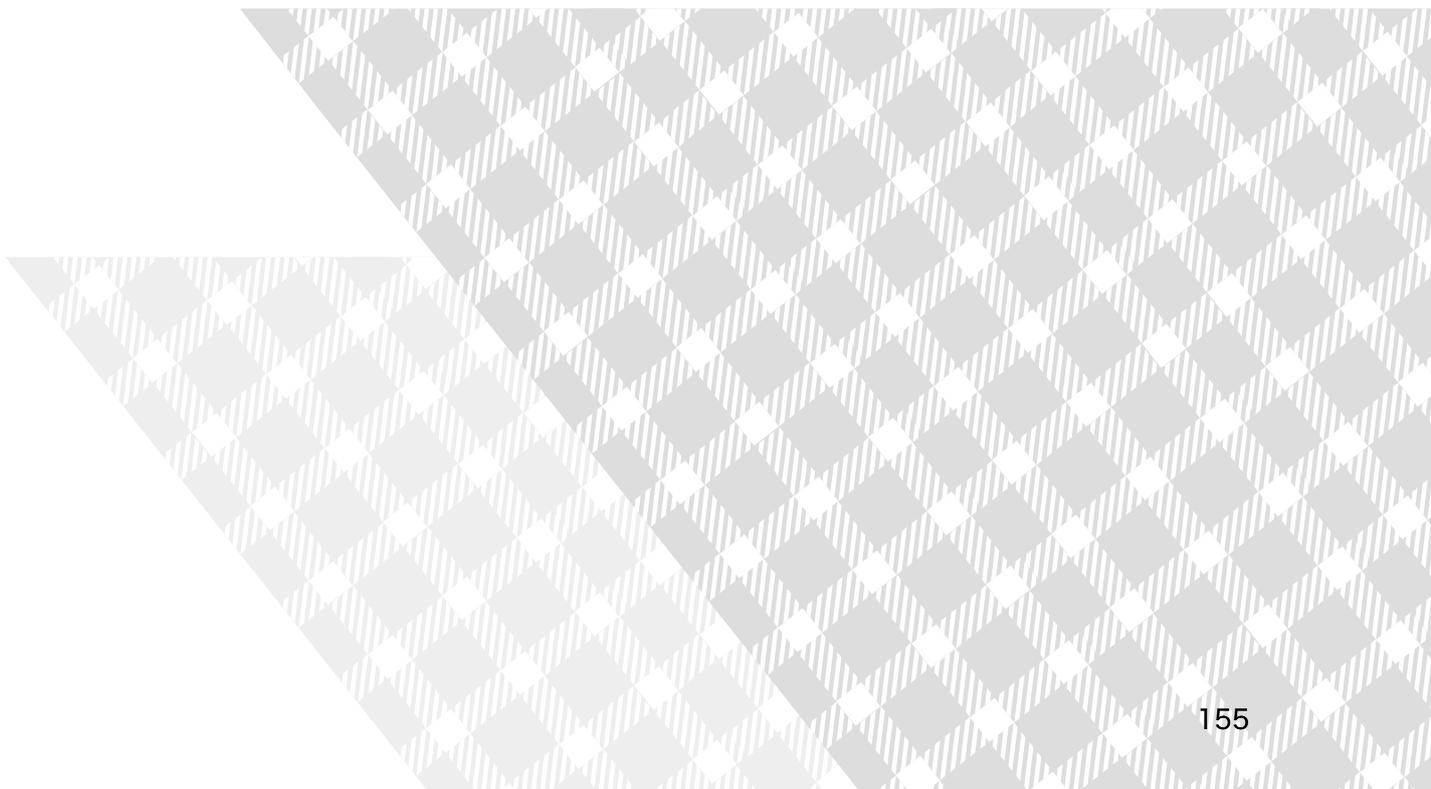
齋藤：資料のあおり宣言（案）をご覧ください。あおり宣言（案）、労働時間の上限規制を伴う医師の働き方改革と新型コロナウイルスを踏まえた医療提供体制構築という大きな改革が目前に迫っている。働き方改革が目指すものは「医師誰もが心身の健康を維持しながら、生き生きと医療に従事できる環境の実現」である。これは個々の医師の考え方や一医療機関のみの対応だけでできるものでももちろんない。全国各地の医療の現場とその円心円上にある社会のインフラ、そして医療機関同士の相互関係を、地域の実情に沿ったデザインに変え、ICTなどを利用して有機的に結びつけてゆく必要があるだろう。医療に関わるステークホルダーは国民全てである。医療従事者が健康で生き生きと働ける環境の実現には国民の一人ひとりの自覚と、それによる社会全体の変容が起きなければならない。働き方改革を機にその意識を高める必要がある。新型コロナ禍は本年5月にWHOから緊急事態終息宣言も出された。決してコロナが終息したわけではないが、社会はパンデミック前に回帰しつつある。しかし、同じ事態が再び起こりうることへの備えは必須である。社会が平時と認識している今こそが、その時かも知れない。私たちは、働き方改革施行後も、勤務医のより良い労働環境推進を念頭に置き、同時に新興感染症などを平時から見据えた医療計画の構築を目指して、国民へ向けて次のように宣言する。

1. 働き方改革では、医師、患者、地域社会すべてにとって、より良い医療環境の実現を推進する。
1. 新興感染症によるパンデミックへの対策は平時にこそ、医療機関の役割分担と連携のもと、詳細かつ綿密な計画をたてることが重要である。
1. 働き方改革においても、新興感染症対策においても、勤務医と開業医、さらには、病院と診療所とも一体となって目的達成を目指す。

令和5年10月7日、全国医師会勤務医部会連絡協議会、青森、以上でございます。

工藤：齋藤先生、ありがとうございました。あおり宣言を採択することにご賛同の方は拍手をお願いいたします。ありがとうございました。賛成多数により、あおり宣言は採択されました。

参加者数



令和5年度全国医師会勤務医部会連絡協議会参加者数

ブロック	都道府県	参加人数
北海道・東北	北海道	18
	青森県	40
	岩手県	8
	宮城県	10
	秋田県	5
	山形県	5
	福島県	7
関東・甲信越	茨城県	5
	栃木県	3
	群馬県	3
	埼玉県	11
	千葉県	3
	東京都	2
	神奈川県	14
	新潟県	3
	山梨県	2
	長野県	2
中部	富山県	1
	石川県	4
	岐阜県	6
	静岡県	2
	愛知県	4
	三重県	2
近畿	滋賀県	4
	京都府	5
	大阪府	4
	兵庫県	3
	和歌山県	1

ブロック	都道府県	参加人数	
中国・四国	鳥取県	2	
	島根県	2	
	岡山県	3	
	広島県	6	
	山口県	7	
	徳島県	6	
	香川県	1	
	愛媛県	3	
	高知県	5	
	九州・沖縄	福岡県	15
佐賀県		2	
長崎県		3	
熊本県		5	
大分県		2	
宮崎県		7	
鹿児島県		4	
沖縄県		4	
小計		254	
日本医師会		18	
講師・シンポジスト		7	
合計		279	

令和5年度
全国医師会勤務医部会連絡協議会

発行 公益社団法人青森県医師会
〒030-0801 青森県青森市新町2丁目8-21
TEL : 017-723-1911

印刷 長尾印刷株式会社

