

令和5年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

メインテーマ

2024年、変わる勤務医、輝く勤務医

と き 令和5年10月7日(土) 10:00～

ところ ホテル青森 3階「孔雀の間」

主 催 日本医師会

担 当 青森県医師会

特別講演 I

安全・安心な医療の実践に向けて

日本医師会長 松本 吉郎

令和5年10月7日、青森市で開催された全国医師会勤務医部会連絡協議会での日本医師会長松本吉郎氏の特別講演「安全・安心な医療の実践に向けて」の講演内容について報告します。

(1) 医療事故・医事紛争の最近の傾向

平成9年7月に日本医師会医療安全対策委員会が発足し、平成11年には医療安全元年と言われてかなり時間が経った。都立広尾病院事故、大野病院事件があって、今から約8年前の平成27年10月に医療事故調査制度が開始された。令和3年には大阪の心療内科診療所放火事件、令和4年には埼玉で訪問診療立てこもり殺人事件があり、いろいろな面から医療機関、医師、スタッフの安全を守るという観点での行動も開始された。

医事関係訴訟、いわゆる民事訴訟は平成16年の1,089件をピークとして年々減少して、令和2年は約800件となっており、平均審理期間は約3年だったのが約2年になってきた。医事関係訴訟の終局区分は判決が1/3、残りの半分が和解、その他が少しあり、この中には訴訟の取り下げ等が入っている。また、判決総数に対する請求を認めた(一部認容を含む)件数の占める割合を示す認容率は棄却78%、認容22%で、一般的な民事訴訟では約8割が何らかの原告の主張が認められている。診療科目別訴訟件数では、平成22年から令和3年の12年間で内科の2,072件をはじめとして外科、整形外科、産婦人科、精神科、形成外科が非常に多い。医療事故の刑事裁判は、民

事に比較して非常に少なく、ほぼ1桁の件数となっている。日本医療機能評価機構の医療事故情報収集・分析・提供事業の関連診療科別報告件数では、全参加施設1,130施設、報告義務対象医療機関273、参加登録申請医療機関857において5,243報告例があり、内科、循環器内科、消化器科、外科、整形外科が多くなっている。

(2) 医療事故調査制度

医療事故調査制度は8年前に始まり、医療機関で医療に起因した、又は起因が疑われる死亡・死産であって管理者が予測しなかったもので、医療事故の定義にしたがって事故発生があればセンターに報告する。当該施設では院内調査委員会を設置して調査を始め、その結果を患者のご遺族に説明し、センターにも報告をする。また支援団体にはさまざまな団体があって、院内調査に協力している。医療機関や患者の遺族から報告内容に不満があった際にはセンター調査を求めることになり、およそ1割がセンターに申し出がある。病院、診療所又は助産所の管理者は、医療事故が発生すると、原因を明らかにするために必要な調査を行わなければならない。調査は医療施設の管理者が行うもので、その手伝いをするのが支援団体であり、この制度の啓発をするホームページもある。8年間の報告件数は、年間で300～400件で、コロナ禍で少し減ったが、少しずつ元に戻る傾向にある。都道府県別人口100万人あたりの報告数では、平均約3件報告されており、福井県、和歌山県での報告数は少なく、宮崎県や三重県では多くて、県によってバラツキがある。診療科別では内科、外科、整形外科、消化器科、循環器内

科、産婦人科、心臓血管外科、脳神経外科が多い。

院内調査で当該医療機関がすべきことは、初期対応が重要であり、院内調査委員会を設置し、初動の調査を行って解剖などを必要に応じて行い、院内調査の審議を行う。調査委員会には外部委員が3～5名程度参加することが望ましく、年に2～3回開催して報告書を作成する。ここに支援団体からの外部委員が入る。また、必要に応じて政府にもいろいろ依頼する必要がある。初期対応のよし悪しが調査全体の質を左右し、支援団体の対応が極めて重要である。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であり、診療の妥当性に偏重した議論にならないようにすることが重要である。あくまで正確な病態解明のために丁寧な聞き取りをし、ある一定の関係者を非難することではない。このような事例を積み重ねて再発防止に努めるのが本来の目的である。委員会での忌憚のない審議によって病態解明の精度が向上し、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る。

院内調査結果報告件数は累計2,200件余りで、その約9%がセンター調査の対象となっており、残りの約9割はセンター調査の依頼が再度なかった。依頼者の内訳は2022年では29件中約2割が医療機関からの依頼であり、残りの8割が遺族からの依頼である。このような結果が、その後の民事訴訟に影響するのではないかという懸念は当初からあるが、今のところ、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印象である。医療事故の再発防止に向けた提言をしっかりと行うことが今後も求められている。医療は患者と医療者の信頼関係の上に成り立つもので、死亡の原因を科学的に調査して遺族に誠意を持って説明することは医療提供の基本である。こういった真摯な姿勢が大前提であり、すべての関係者が共有しておくべき基本理念である。

(3) 応招義務

医師の働き方改革が始まり、そもそも医師には応招義務があるのだから働き方改革の時間制限はそぐわないのではないかという議論があった。医師法第19条には「診療に従事する医師は診療治

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」とある。ここで大事なことは「診療に従事する」ということであり、もう一つは「医師は」というところで、応招義務は医療機関には係っておらず、診療に従事する医師となっている。しかし、医師が応招義務違反で、医師法第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条の「医師としての品位を損するような行為のあったとき」にあたる、義務違反を反覆するが如き場合においては、同条の規定で医師免許の取消又は停止を命ずる場合もあり得るとされている。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その概念はほとんどない。ただし、どこの国にも医師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しっかりと対応するという規定はあるかと思われる。

医業報酬の不払いの場合、診療時間を制限している場合でも急施を要する患者の場合、天候の不良でも事実上往診が不可能でない場合は、応招義務が免除される正当な事由とはならず、診療を拒むことはできないとされている。「正当な事由」に関する過去の行政解釈は戦後間もないころに示されたものが多く、かなり古い。医師の不在又は病気等により事実上診療が不可能な場合に限られ、単に軽度の疲労の程度をもって拒絶することは第19条の義務違反と書いてある。現代に即した「正当事由」の解釈の必要性がある。

平成30年度に医師の働き方改革で、厚生労働省に研究班が設けられて、研究協力者として日本医師会長の松本吉郎氏や参与で弁護士の畔柳氏もメンバーにおられる。医師の働き方改革の議論で訪日外国人観光客も増えており、これをどうするかということで、診療しないことが正当化される場合などを整理している。応招義務は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って医師個人に過剰な労働を強いることな

いような整理を個別ケースごとに示すことが必要である。その際、重要な考慮要素は緊急対応が必要か否かであり、診療時間内なのか勤務時間内なのか、あるいは時間外なのかも重要である。さらに患者と医療機関・医師の信頼関係の観点も重要である。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ないことが示されている。労使協定・労働協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ている。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が出されている。国と勤務医の間には医師法上の応招義務があるが、国と医療機関には応招義務はない。ただし、医療機関と勤務医には労働契約、診療等の労務提供義務などがあるので複雑な関係になっているが、診療所の場合には国と開業医（診療所の開設者）ということになる。応招義務研究班報告書において診療時間内、時間外、緊急対応が必要か不要かということで4つに分割して整理されており、緊急対応が必要で診療時間内・勤務時間内の場合は事実上診療が不可能といえる場合にのみ、診療しないことが正当化される。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る。緊急対応が必要で時間外の場合には、公法上・私法上の責任に問われることはないと考えられる。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。診察した場合は民法上の緊急事務管理に該当するという若干厳しめの民法があるので、ここはいつも議論になる。緊急対応が不要で時間外の場合は、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る。ただし、他の診察可能な診療所・病院などの紹介等の対応をとることが望ましいと書かれている。これは患者の迷惑行為、医療費の不払い、入院患者の退院や他の医療機関の紹介・転院などに分けて整理されているが、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が挙げられている。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ない。しかし、支払能力があるに

もかかわらず、悪意を持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。迷惑行為に関しても、診療内容そのものと関係ないクレーム等を繰り返し続けるなど、診療の基礎となる信頼関係が欠如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る。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あり方の通知について、基本的な考え方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である。医師法の応招義務は医師個人が負うものとされている。これと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る。労使協定・労働協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、応招義務は問題ではないとされている。

新型コロナウイルス感染症の5類移行と応招義務について、特定の感染症への罹患のみを理由とした診察の拒否は、診療を拒否する正当な事由に該当しないが、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、応招義務の例外と位置付けられていた。位置付け変更後は正当な事由に該当しない取扱いに変わってはいるが、実際、総合的な判断をして適切に対応する、少なくとも診療が困難な場合には診療可能で医療機関への受診を適切に勧奨することが求められる。応招義務についてのQ&Aが出されているが、個別具体的に考える必要があり、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伝えることなどが考えられる。

(4) 医療現場の安全確保

大阪の診療所放火事件や埼玉の散弾銃殺傷立てこもり事件などはある意味、特殊な事件だったかもしれないが、医療機関や医療従事者の安全を守るという観点では改めてその問題を考えなければならない。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はいるが、令和4年は4,392件で令和3年の4,022件を超えている。詳細場所別認知件数は500件以上あり、主な場所は駐車場、エントランス、共用トイレなどである。日医では医療従事者の安全を確保するための対策に

ついて、会内に検討委員会を設置して提言をまとめており、医療従事者の危険察知力を高めること、相談窓口・ネットワークの必要性、警察の介入等が課題である。特に警察の介入については、日医から警察庁に申し入れを行い、都道府県警察では、事件になっていない状態でもきちんと相談に乗り、刑事法令に抵触する疑いがある場合にはきちんと介入するとしており、早めに警察に相談することが望ましい。都道府県医師会への調査では、医療従事者からの相談を受け付ける専用窓口を設置しているのは7医師会のみであった。各関係機関が取組むべき対策案としては、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、各医療機関における防犯対策、地域における危険情報を共有するネットワークの構築がある。医療従事者に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であり、日ごろから警察と緊密に連携し、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・安全な医療を受けられる基盤であり、国民全体でこのことを理解することが重要である。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に意見交換し、医師会から相談、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て指導、助言、検挙等の必要な措置を講ずることとする通達が警察庁から都道府県警察へ出されている。広島県医師会では、医師会と警察の連名によるポスターを作成しており、「stop暴力」ということを明確に打ち出すことも大事である。医療従事者向けの学習サイトが厚労省のホームページ内にあり、医療従事者の勤務環境の改善について、医療現場における暴力、ハラスメント対策などが書かれている。また、弁護士によるいろいろな対策本が販売されており、購入して読んでいただくのもよい。クレーム、トラブル対応の実際としては、一人で対応しない、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、とされており、相手の訴えをよく聞くことは難しいことではあるが、やはり大事であるということがどの本にも書いてあり、参考にしていただきたい。積極的に傾聴、話を途中で遮らない、

頷く、わからないことがあれば質問する、いかに相手に多く話してもらうかが重要で、傾聴に努めることの効果として、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いる。

(5) 患者と医療従事者の信頼関係に根ざした医療

日本医師会と日本医療機能評価機構との共催で医療対話推進者養成セミナーを行っており、導入編と基礎編で構成している。埼玉県ふじみ野市では、地域の医療と介護を守る条例があり、医師会の努力でできている。外国人対策として、相手との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。日本医師会の会員、会員医療機関であれば、A会員一人当たり年間20回まで、新たにウクライナ語を追加して19言語に無料で対応しており、利用できる。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であり、法律以前に倫理として存在するが、無限定に求めに応じなくてはならないものではない。これは法律上の応招義務である。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取ることが重要であり、患者・家族と医療従事者の信頼関係の再構築が不可欠である。

以上の講演内容で、最後にまとめとして、

- ・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であるが、法律以前に、倫理として存在すること。
- ・法律上の「応招義務」はあるが、無限定に求めに応じなくてはならないものではないこと。
- ・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であること。

の4点を強調され講演は終了した。

[報告：勤務医部会長 田口 敏彦]

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
青森県は、令和2年の都道府県平均寿命ラン

キングにおいて男性79.27歳、女性86.33歳で、いずれも全国最下位となっており、最長命県との差は男性3.5歳（年）、女性2.0歳（年）である。ちなみに前回（平成27年）も最下位、前々回（昭和60年）も男性は最下位、女性は46位であった。この問題点の本質は、平均寿命がその社会の充実度、幸福度を表す最適の指標だと考えられていることにある。単なる寿命の長短で済む問題ではない。最近では、重要な社会指標の一つとして知られるGDP（国内総生産）に平均寿命を加えるか否かの議論すらあり、短命県返上は青森県全体で解決しなくてはならない重大な目標となっている。青森県の短命を分析すると、男女とも各年代の死亡率が高く、特に40～60代の男性が占める率が高い。また、どの病気でも死亡しやすく、特に3大生活習慣病（がん、脳卒中、心臓病）に加え自殺が多い。その背景には、生活習慣の悪さ（喫煙、飲酒、運動不足、塩分摂取過多など）、健診の受診率の低さ、病院受診が遅い、通院状況も悪いこと等がある。このことは、短命県が構造的であり、その解決が保健・医療関係者だけの手では不可能で、社会全体（産官学民）の連携によってなされなければならないことを意味する。例えば、特に重要と考えられる学校での健康教育は、教育委員会、学校現場の努力なくしては存在しえない。

簡単に言えば、上述した数字を改善することが短命県返上につながるのであるが、ことはそう簡単ではない。その底辺に、すなわち教育、経済、文化、気候など社会要因・環境そのものが存在するからだ。つまり短命県返上を達成するためには、社会の底上げ・変革、すなわち社会イノベーションが必要である。

社会イノベーションを惹起するには、産官学民の真の連携（オープンイノベーション）が必要である。しかし、その達成は至難である。なぜなら産官学民が自然発生的に集結できるプラットフォームが存在しないからである。このことは、わが国で地方創生がなかなか成就しないことにも通じる。

なぜプラットフォームが構築できなかったのか、それは産官学民各々を満足させる利益をプラットフォームが提供できなかったことに尽き

る。その利益とは具体的には以下のとおりである。

- ①企業：利益追求、社会貢献
- ②自治体：町づくり、医療費抑制
- ③大学・研究機関：研究、教育
- ④市民：自らの健康の追求と医療費低下

産官学民が各々の利益を求めて自発的に集結できるプラットフォームの魅力は岩木健康増進プロジェクトを中心としたビッグデータ（リアルワールドデータ）だと考えている。

弘前大学COI（Center Of Innovation）、それに続くCOI-NEXTを中心として、現在、リアルワールドデータの構築が進んでいる。弘前大学COIは認知症・生活習慣病研究とビッグデータ解析の融合による疾患予兆発見の仕組み構築と予防法の開発を行っており、継続的、自発的に多種多様なイノベーションを生み出す「COI拠点」を目指す。その真骨頂が岩木健康推進プロジェクトである。本プロジェクトのビッグデータ（iPS細胞データ＝どこの誰とでも組める）は分野の垣根を越えた多重因子的解析を可能にする網羅的データ3,000項目×1,000人×19年を収集し、そこに産官学民を集めて、その流れで全県を挙げた短命県返上活動（健康づくり活動）を展開している。

その活動の中心的ツールは、健康チェックをその場で行い、その場で健康啓発を行うQOL健診であり、リアルワールドデータの即時的データとして将来のPHR（personal health record）の構成データになると期待されている。この健診の特徴は以下の通りである。

- ①メタボ、ロコモ、口腔保健、うつ病・認知症の重要4テーマを総合的に健診する。
- ②半日（健診は約2時間）で終わるために検査結果を即日還元。
- ③健康教育（啓発）に力点を置く。

1時間後には本人に詳細結果をフィードバックすることで、その場で健康教育を行うことができ、健やか力アップシートを用いることで、その後のフォローに繋がる。本QOL健診は青森県医師会附属健やか力推進センターが実施し、地元マスコミの支援を受け、今、急速に普及しつつある。当センターでは、健康リーダー（健やか隊員）の育成や健康づくりサポート（各種研修、QOL健診、親子体操など）を行っており、健やか隊員は7,000

人誕生している。

青森県全体の健康づくりを考えた時に、やはりこのソーシャルキャピタル、データのプラットフォームとそれから人のプラットフォーム、例えば全県内40市町村での健康宣言や職場による健康経営認定制度(369企業が認定)、そして約100の小中学校での健康教育、これらについてわれわれも協力していく。もう一つは何と言ってもデータが取れる時代なので、昔はデータが集まらなかったが、今はいろいろなところでデータが取れ、集められるような時代が来たと思う。ビッグデータは医療だけではなくて周りのデータ、他の大学のデータ、QOL形式のデータ、それから次世代医療基盤法で得られる医療のデータや検診のデータ、そういったものを集めるとさらにいろいろなものが集まってくる。それらをこちらでコントロールしながら、最近ではデジタルツインとよく言われるが、要するにデータを使った取組みが可能であり、SDGsに関してもアクセスできるようになるのではないかと考えている。このデータは、京都大学と構築している。こういったことが今からさらに充実していき、最終的にはもう少しこのデータベースを大きくして、データプラットフォームが例えば、鹿児島県でも使えるようになりたいと思っている。いろいろなところで使えるようになり、全国でも一緒に共有できるようなものがあればよいと考えている。

0次予防から一次予防、二次予防など、医師会の先生方はどうしても医療が中心になると思う。ただし、どの県の医師会の先生方も県の会議、健康づくりの会議にも0次予防の会議にも出席しておられ、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姿こそが医師会員が増えることにも繋がり、人を惹きつけることになると信じている。

[報告：副会長 中村 洋]

特別講演Ⅲ

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
はじめに

2021年7月、青森県・北海道・岩手県・秋田県及び14の関係自治体が進めてきた域内の縄文

遺跡群で構成する「北海道・北東北の縄文遺跡群」(Jomon Prehistoric sites in Northern Japan)は世界遺産となった。現在、日本国内で最も新しい世界遺産である。世界遺産登録実現まで16年経過していることからその道のりは平坦ではなかったものの、課題をひとつひとつ丁寧に解決し、個々の遺跡の環境整備を進め、登録を実現した。最近では、ユネスコの審査もリモートになり大変便利になった。

縄文遺跡群の価値

「北海道・北東北の縄文遺跡群」は日本の歴史の時代区分では縄文時代に属する。縄文時代は約15,000年前に始まり、約2,400年前まで続いた狩猟・採集文化の時代である。縄文時代は1万年以上もあり、世界的には時代設定に問題があると言われている。縄文時代初期の気候温暖化は列島に落葉広葉樹林の拡大と海面上昇(130m)による内湾や入り江の形成など、大きな環境の変化をもたらし、海や森の豊かな資源を利用する機会が増え、狩猟・採集や漁労を基盤として、定住が開始した(図1)。

土器が誕生し、周辺環境における資源を利用するための技術や道具類も発達し、弓矢など特有の道具も出現した。縄の模様「じょうもん」を描いた土器が使われた時代であることから、縄文時代と命名された。特に土器は北東アジアでは最古級のものであり、煮沸や貯蔵を容易にするとともに、利用可能な資源の範囲を拡大することに大きく貢献し、生活の安定をもたらした。弓矢は俊敏な動きをする中・小型動物の獲得に適していた。漆やアスファルトの利用など新たな技術も開発されるとともに土偶などに見られる精神世界も充実するようになった。また、縄文時代の食生活は、クリや胡桃などの木の実、魚、動物を食べていたと思われる。お酒も飲んでいただ可能性がある。総じて縄文時代は祈りの時代で、自然とともに共存するための生きる知恵や祈りを拠り所に生活していたと思われる。

縄文遺跡群は、北東アジアにおいて、採集・漁労・狩猟を基盤とした定住を1万年以上の長期間継続した世界的にも稀有である。またたぐいまれな精神性を含む生活のあり方及び自然環境の変

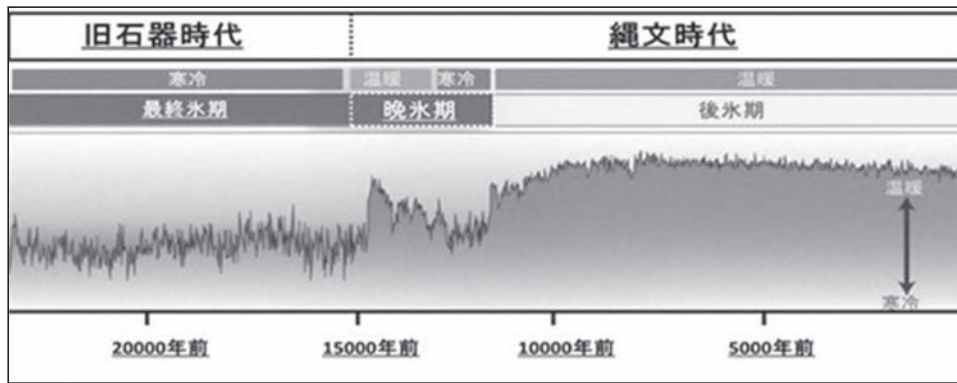


図1

動に応じて変容させた集落の立地と構造を示す遺跡群は、農耕以前の人類の生き方を理解する上で重要である。

縄文時代の交流の範囲は、関東地方から東北地方の広範囲であったものと思われる。顔については、縄文顔は吉永小百合タイプ、弥生顔は岩下志麻タイプである。また、北海道の縄文人骨には虫歯が少ないのは海産物がメインの食事だからと考えられ、本州の縄文人骨には虫歯が多いのは澱粉質の食事が多かったからだと考えられる。もう一つの特徴は、縄文時代は犬が非常に重宝され、人間と埋葬されるのは犬のみであり、犬を食べていたという報告はない。

世界遺産は不動産でなければならず、17遺跡(図2)でもって価値を説明することになる。世界遺産は、「顕著な普遍的価値」を持っていないければならず、「登録基準の適応」、「完全性真実性の担保」、「適切な保存管理」の3つが必要である。土器や石器だけではなく、土地に刻まれたさまざまな遺構や有機質遺物なども価値を示す重要な要素となる。

世界遺産・特別史跡三内丸山遺跡

わが国を代表する縄文時代の大規模集落遺跡である。縄文時代前期から中期にかけて(約5,900～4,200年前)長期間にわたり定住生活が営まれ、集落では竪穴住居、成人用土坑墓、小児用甕棺墓、掘立柱建物、盛り土、捨て場、粘土採掘穴、貯蔵穴、道路などが計画的に配置されている。

特に直径約1mのクリの巨木を使用した大型掘立柱建物や東西に420m以上も延びる道路、それに伴う大規模な墓地は他に例がない。膨大な量

の土器や石器のほか日本最多の2,000点の出土点数の土偶や岩偶、骨角器、木製品、漆器、動植物遺体が出土している。

北陸産のヒスイや岩手産の琥珀、北海道、佐渡、信州産の黒曜石など他地域との交流・交易を示す遺物も出土するなど、縄文時代における集落の全体像や変遷、社会構造、自然環境や生業、精神性などを考える上で極めて重要な遺跡で、平成9年に国史跡、平成12年には特別史跡に指定され、出土品の一部は平成15年に重要文化財に指定されている。

縄文遺跡が大事な理由

遺跡を訪ねることは先人の暮らしや知恵と工夫を知り、現在を見つめ、未来を考えるいい機会となる。縄文時代の人々は自然とともに生き、持

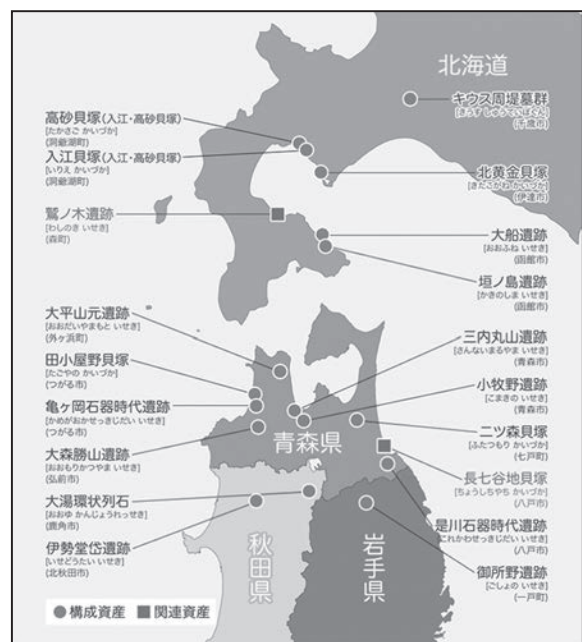


図2 (『JOMON ぐるぐる』ホームページより)

続可能な資源利用を確立し、平和で協調的な社会を営んでいたことは未来への大きな希望の礎となる。

「現地でなければ気づかないこともあるので、まずはお近くの遺跡へどうぞ。一万年の旅をお楽しみください」と結ばれた。

[報告：理事 白澤 文吾]

シンポジウム I

第8次医療計画、5疾病6事業について

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

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できない。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と二次医療圏で工夫して行ってきたことについて述べる。

ドクターヘリについて、青森県・岩手県・秋田県を含めた北東北連携では自県ヘリ第一出勤方式であるが、距離優先方式について検討している。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。救急隊現場滞在時間15分以内の目標の達成状況について、八戸はドクターカー効果で全国平均52.2%を大きく上回る74.3%で、予後も良好であった。

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である。医療の原点の救急医療を充実させる工夫を当地域では実行してきた。

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

新型コロナウイルス感染症は、日本では約3,400万人、世界では約6億7,600万人が感染した。日本の死亡者は約7万4,000人（死亡率0.22%）、世界の死亡者数は約680万人（同1.02%）であった。オミクロン株以前は都市化

率の高い人口密集地を多く抱えている地域ほど多く死亡したが、オミクロン株後には基礎疾患や高齢者を多く抱えている地域ほど多く死亡した。重症化リスクは高齢者や基礎疾患保有者であることが明瞭化した。

今後、新興・再興感染症に向けた対応として、新型コロナウイルス感染症の医療対応を参考に組み立て、状況に応じてスキームを改善していくことが合理的であると考えられる。外来・病床の確保が必要であるが、後方医療機関を確保する必要がある。通常医療と両立する方策が望まれる。

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

へき地医療は、医師は総合診療医、看護師は地域ケアやプライマリ・ケア領域もカバーする特定行為研修修了者が望ましい。加えて、薬剤師・栄養士を含めたチーム医療を展開することが望まれる。

へき地の医師不足に対応するため、ICT機能のある巡回診療車を県庁主導で整備してほしい。実現するためには、①へき地遠隔医療を担当する総合医のネットワークと運営、②プライマリケアに対応する特定ケア看護師（NDC/NP）の養成や、③現場における看護師再教育システムを提供する組織づくりが必要である。

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

第8次医療計画下のがん対策では、地域の重要課題に対して、がん医療の均てん化を引き続き進めながら、科学的根拠のある（ロジックモデルが組める）対策に集約した実施に転換していくことが求められている。

日本のがん検診は国際標準の原則から外れており、日本では80%以上の自治体が指針と異なる科学的根拠に基づかない検診を行っている。全国で、科学的根拠があり、精度管理を徹底した国際標準のがん検診の実施が望まれる。

[報告：理事 國近 尚美]

シンポジウムⅡ

ここから始める「働き方改革」

－医師少数県における工夫と苦悩－

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

わが国の医療（安い医療費、良好なアクセス、世界最高水準）は少ない医師の、とりわけ勤務医の長時間労働によって支えられてきた。医師の健康を守るため、労働時間を削減しながら、地域医療を守るという二律背反の課題に直面している。

1. 本来の働き方改革：複数主治医制導入、休日・時間外患者家族説明の原則中止、勤務時間内会議の推奨、医師事務作業補助者、看護師、看護助手、各種医療スタッフ増員で、医師からのタスクシフトを促す環境を整備。

2. 時間外労働時間上限導入への対応：医師の短計画作成並びに長時間労働医師への面接体制整備。勤務管理に関し、令和4年に勤務時間外の業務・自己研鑽の指針策定（上司が指示したら業務、それ以外は自己研鑽）、管理方式をICカード打刻からビーコンタグ（Dr JOY）に移行し勤務場所の検知と自己申告による労働時間管理を行っている。兼業を含めて、労働管理ソフトを用い、医師個々の勤務状況モニター、分析を続けている。

3. 今後の課題：ビーコンタグのよる勤務管理実績に基づいて、個々の医師に適正な労働時間制を提示することが直近の課題。裁量労働性又は変形労働制を職位、診療科及び個人単位で選択、総労働時間の設定、学内の勤務時間と地域医療支援時間の確保を図ることを検討。女性医師を中心に、多様な働き方に対応できるよう、フレックスタイム制の選択も検討。

診療以外の用務が自己研鑽と位置づけられることで、研究活動の低下が懸念される。さらに労働時間短縮で収入が低下することとなれば、モチベーションの低下が避けられない。労働単価の見直しも検討課題。

医師の働き方改革は、大学病院の経営に大きな負担となる。特定機能病院への診療報酬加算や国からの財政支援など、財源についての議論が求められる。

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

発表者病院は救命救急センターを擁する三次救急病院・ドクターヘリ基地病院である。県内のあらゆる圏域からの患者搬送を受け入れている。県の総人口は減少し続けるが、高齢化率上昇のため、医療需要に変化なしと予想。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」が必要。この問題に関して、全医師対象の研修会で説明（労働時間、36協定など）、ICカードによる勤怠管理、業務の効率化推進等、取組みへの協力依頼をした。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、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などできることから実施した。

結果、平成30年→令和4年（医師1名増）で医師一人あたりの月平均時間外勤務は52.1→50.9時間に減少、病院全体の年間稼働額は15億円増加。医師数の増加は個々の業務量の減少に繋がり、時間外勤務減少に最も効果的であるのは当然。しかし、医師少数県において勤務する医師を増やすのは容易でない。県全体の医療需要をみると、大学病院に対して自院への医師増員を依頼することは厳しい。医師の働き方改革には、他職種への業務移管（タスクシフティング）が最も効果的。診療看護師、特定行為研修修了看護師の育成、救急救命士の採用、医師事務作業補助者の増員などを進めている。診療看護師、特定行為研修修了看護師は育成に時間がかかるため、増員は容易でない。早期離職者も少なくなく、産休・育休者も多い。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命救急処置を行うことが可能である（令和3年10月）。発表者病院独自の救急救命士業務として、ホットライン対応、問診、処置介助等、ドクターヘリ搬送業務・搬送車点検業務等を担っている。医師事務作業補助者は応募者数が増えておらず、退職者も少なくない。

医師から他職種へのみならず、医師以外のスタッフ間における業務移管など、病院全体で把握しながら、働き方改革を進めていく必要がある。

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**

青森県は二次医療圏が6か所、うち3か所（青森、八戸、弘前）は地方都市型二次医療圏、残り3か所は過疎型二次医療圏である。発表者病院は過疎型二次医療圏唯一の約400床中核病院、圏域面積は香川県にほぼ匹敵し、人口：約12万人（10年前は約14万人）、医師偏在指標は県内最下位、全国335二次医療圏のなかでも最下位に近い（トップとワーストで7倍の開きあり）。

医師偏在指標（新たな医師数を比較する指標）

＝標準化医師数／

（地域の人口÷10万×地域の標準化受療率比）

従来の医師数を比較する指標（人口10万人あたりの医師数）は、働いていない医師をカウントしていた。

発表者病院の状況：救急当直2名制（常勤医2名or常勤医1名と2年目研修医1名）。1人の医師の当直回数：2.5回/月、時間外救急患者：28人/日、救急車受け入れ件数：10件/日。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。例：大腸内視鏡治療までの待機期間2～3か月→1～1.5年に延長。

医師働き方改革**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。宿日直許可が得られていないため、当直の翌日の午後から18時間休み。例：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。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

医師偏在改革あつての医師の働き方改革。二次医療圏ごとの医師偏在指数を考慮した医師の配置が必要。宿日直許可がないことに関連：平日日勤帯における救急専門医のパートタイムによる応

援、休日時間外における特定の診療科疾患のみの病院外でのオンコール体制による応援など。

絵に書いた餅になりかねない現在の地域医療構想だけでなく、二次医療圏の実情に応じたスピード感のある具体的かつ実効性のある医師偏在是正が必要。大学医学部、県、過疎型二次医療圏の中核病院とのより強力な協力体制が望まれる。

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
青森県の医師の特徴**

(1) 勤務医が多い：72.2%（全国46.8%）

(2) 高齢化が進んでいる

(3) 女性医師の割合は全国平均と同様に増えている

医師少数県においては、女性医師もやめずに働き続けることが働き手の確保という観点からは重要。

妊娠、出産、育児といったライフイベントとどのように折り合いをつけるかが大きな課題。これらの事情で休職をする経験は女性医師のほうが多い。キャリア継続のための問題解決は社会的課題としてよりも個人の努力として求められている。

常勤形態で雇用されている間、社会保障・身分保障はしている。しかし、一旦休職した後に復職を考えた際、休職前と同等の「フルタイムでの復職」を求められ、一時的な休職のはずが希望しない永久離職につながるケースも見られる。

このことを踏まえ、働き方改革には

・段階的な復職を望む医師が、フルタイムの常勤医師とタスクシェアをすることで、家庭との両立、自分の体調と相談しながら仕事の現場に慣れていく期間を経ることができる。一方、常勤医師は時間内に終了できない仕事を復職希望医師に任せることで、時間外労働を減らしてゆく。

・時間外労働の制限をすることで、男性医師の家庭における男女共同参画（家事育児への参加）が促される。これにより女性医師の社会復帰がしやすくなる。

復職が円滑に進むロールモデルを作ることは、若手医師や医学生の将来の参考となるとともに、産休後などの復職に対しての環境整備にもつながる。

医師少数県において、働き方改革の実施は厳しい面も多いが、全ての医師にとって、働きやすい環境の整備に有用と考えられる。

[報告：勤務医部会企画委員長 弘本 光幸]