

山口県医師会報

令和3年(2021年)

7月号

— No.1931 —



縄文杉（屋久島）

兼定啓子 撮

Topics

県医トピック「記者会見」
郡市医師会保険担当理事協議会



Contents

■県医トピック「記者会見」	
『新型コロナウイルスに伴う医療緊急事態宣言について』	431
■山口大学大学院医学系研究科新任教授ごあいさつ	
「放射線腫瘍学講座」	田中秀和 438
■今月の視点「HPV ワクチンも切り札でしょ	
～ HPV ワクチンと情報提供～」	縄田修吾 442
■郡市医師会保険担当理事協議会	清水 暢 445
■都道府県医師会医師の働き方改革担当理事連絡協議会	沖中芳彦 451
■第158回山口県医師会生涯研修セミナー	
小林元壯、宮地隆史、白澤文吾、福田信二	470
■令和2年度学校心臓検診精密検査医療機関研修会	牛ノ濱大也 478
■理事会報告（第4回、第5回）	484
■日医FAXニュース	489
■飄々「『壁レコ』」	吉川功一 490
■お知らせ・ご案内	492
■編集後記	藤原 崇 494

県医トピック

記者会見

「新型コロナウイルスに伴う医療緊急事態宣言について」



令和3年5月21日（金）に山口県病院協会の三浦 修会長、山口大学医学部附属病院の鶴田良介副院長に出席いただき、共同で記者会見を開催しました。

会見では、新型コロナウイルス感染症患者の急速な増加に伴い逼迫する医療提供体制を踏まえ、県民に感染防止対策への協力を要請する「医療緊急事態宣言」を発表しました。

県医師会からは河村会長をはじめ、今村・加藤両副会長、長谷川常任理事が出席しました。

発言要旨

河村会長 特にこの1週間、変異株の影響で、感染患者は急速な増加を示しています。われわれがこの状況の中でどのような行動をとればよいかを考え、一昨日、会員に対して「医療緊急事態宣言」を発出しました。これからは、県民と県行政と医療関係が三位一体となってコロナに対応することになると思います。

本日は、県病院協会の三浦会長、感染症の基幹病院である山口大学医学部附属病院から鶴田教授にお越しいただいた。重症の治療は基幹病院、中等症は病院協会の病院、一般のクリニックは、早期発見とワクチン接種、これを一気に進めていかなければならない。

三浦県病院協会長 山口県は、今までは比較的、新型コロナウイルス感染の患者も落ち着いていた状況であったが、5月の連休以降、非常に急速に増えている。県内は142の病院があるが、このうち新型コロナウイルス感染症の重点医療機関が6、入院協力医療機関が22。それぞれの立場において、重症者や中等症者以下など、入院患者を診させていただいているが、重症者が非常に増えていることで、なかなか軽症や中等症患者が重症化したときに、重点医療機関への搬送が厳しい状況になっている。比較的軽症の患者を扱っていた入院協力医療機関で、今まで上位の病院がしていた治療をせざるを得ない状況になってきている。一番怖いのは、急速に状態が悪化し、重症化する

ケースが多いので、それを県民の皆様にご理解いただきながら、要は感染しないことが一番であるが、早期に発見し、それ相応の対応をしていくことが必要ある。

今できることをやりながらやっていくが、現場においては医師、看護師等のスタッフ含め、精神的にも肉体的にも、特に重症患者を抱えている重点医療機関においては疲弊している。いつまで今の状況が続くのが問題となってくる。全体の数としては大都市に比べれば少ないかもしれないが、山口県の規模においてはコロナに特化した病床稼働率も7割を超えている状況であるので、今後、これ以上増えると余裕がなくなってしまう。それに伴い、がん、脳卒中等あるいは心筋梗塞などの一般的な救急患者に対する影響も出てくるを得ない。山口県の今後の医療体制を維持するためにも、県民の皆様あるいは他の医療機関の皆様にご協力をお願いしたい。

鶴田副病院長 今回の第4波は大阪もそうであるが、立ち上がりが急である。急激に感染者数が増えたのが1点。2点目は、その中での中等症や重症、特に中等症が多くその比率が高い。この2点で受け入れる医療機関が大変になっている現状を知っていただきたい。

中等症は肺炎が起こった患者、これは中等症1という。中等症2は酸素が必要な患者で、呼吸不全が起こり始めている患者である。更に進むと人工呼吸が必要な重症患者という分類になる。中等症と重症者の割合が多い理由の1つは、山口県は高齢化率が高いというところ。もう1つは、高血圧や糖尿病などの基礎疾患を持っている人が、この1年間、新型コロナウイルス感染症の蔓延により、かかりつけ医に行かず治療があまりされてこなかった。そういったくすぶったところで、今回、第4波という急速な増加が起こったといえる。

医療機関としては最大限努力している。県内は、医療圏に限らず広域に患者を受け入れ、対応しているが、一昨日、山口大学の重症の病床がすべて埋まるということがあった。現時点ではその中でも快方に向かい、人工呼吸器がなくなった患

者もいる。ただこれは予断を許さない。まだ人工呼吸器が必要になるかどうかは慎重にみており、軽々にベッドが空いたと言う状況ではないが、満床とはいいながらベッドの空きをつくってやっている。これは大学だけでなく、そのほかの医療機関もそうしていると思われる。そういった現状があることを報告したい。

加藤副会長 感染モニタリング指標は5つある(表)。「確保病床使用率」は医療のひっ迫状況を反映する。現状は73.1%、これは520床の内の7割が使用されているということである。50%以上でもステージ4であるが、ステージ4をはるかに超えている状況である。

「入院率」は、今のところステージ3になっていないが、先ほど三浦会長からお話があったように、県内の28医療機関でなるべく患者を受け入れ、感染が外に行かないように受け入れている結果が反映している。

「重症病床使用率」は、県内に47床あり、21.3%。ただ、重症者を診るためには医療スタッフが多く必要で、私の病院だと59床の病床をすべてコロナ病床に変えて、16床やっと確保できる状況である。それがさらに重症者がでると手がかかるということで、非常に医療負荷が大きい指標である。これは今、ステージ3である。

「療養者数」は553人。ステージ4は10万人あたり30人以上という指標だが、これが40.7でステージ4の状況にある。

「直近1週間でのPCR検査陽性率」は保健所が一生懸命、検査している結果、ステージ3の状態である。「直近一週間の新規感染者数」は308人、22.7でステージ3の状態だがステージ4に近い状態である。「感染経路不明な者の割合」は14.6%、これは保健所等が感染を広げないために努力している結果、ステージ3までいっていない。これが50%を超えると手に負えなくなる指標と思っている。

表 山口県内の感染モニタリング指標（令和3年5月21日現在）

指 標		現 状 値	(参考)国分科会が示す目安の 山口県への当てはめ	
			ステージ3	ステージ4
①	確保病床利用率 (5/21現在)	73.1%	20%以上	50%以上
	入院率（入院患者数／療養者数） (5/21現在)	68.7%	40%以下	25%以下
	重症病床利用率 (5/21現在)	21.3%	20%以上	50%以上
②	療養者数 (入院者数・宿泊療養者数等を合わせた数) (5/21現在)	553人 【40.7人】	272～406人 【20人以上】	407人以上 【30人以上】
③	直近1週間のPCR検査陽性率 (5/10～5/16)	6.12%	5%以上	10%以上
④	直近1週間の新規感染者数 【人口10万人当たり】 (5/15～5/21)	308人 【22.7人】	204～339人／週 【15人以上】	340人以上／週 【25人以上】
⑤	感染経路不明な者の割合 (5/8～5/14)	14.6% ※調査中含む	50%以上	50%以上
参考	直近1週間の新規感染者数の増加比 (その前1週間との比較) (5/15～5/21)	0.9	直近1週間がその前1週間より多い (1.0超)	

主な質疑

○確保病床数について

鶴田副病院長 確保病床数は、昨年末に県内病院に県が調査を行い、人工呼吸患者の最大受け入れ数として出てきた総和である。病床は術後や救命に使用するICUが利用されるが、受入が増えれば、大きな手術を止めるような事態も想定された数値である。

○今後の病床確保について

三浦県病院協会長 入院調整やホテル療養待機者が100人程度おり、その中で基礎疾患を持っている方や高齢の方は、急に状態が悪くなるなどの可能性が高い。そういった方のモニタリングが必要。

これ以上患者が増えてくると、軽症や無症状、中等症でも酸素投与が必要な程度の軽度の患者を受け入れてくれる医療機関に手上げをしてもらうことも必要になってくる可能性がある。今後の状況によっては、思い切った対策を打たないといけない。

○県の集中対策期間の取り組みの評価について

河村会長 県の集中対策期間は間違いではなく、実行していけばいいと思うが、医療的にはステージ4相当で、それを蔓延防止や緊急事態宣言にするかということは、経済を止めることになるが、これは政治の問題で、県庁で最終的に判断することだと思う。

○**県・国による緊急事態宣言などの発出について**
河村会長 県と危機感に関して感覚を共有し、情報の交換もしている。県も対策を出して2、3日しか経っていないので、すぐに変更は難しいかもしれないが、全体のバランスを見ながら、宣言を出すことも必要ではないかと思っている。

○**高齢者のワクチン接種率の進捗状況に対する評価と分析について**

河村会長 高齢者の接種率は山口県が全国3位と聞いている。山口県は、立ち上がりが早く、地域の行政、県行政と医療機関で話し合いがうまく進んだのではないかと考えている。

○**医療の具体的な逼迫状況について**

加藤副会長 山口県はほぼ変異株である。軽症と書いていてもすぐに中等症になる。また、中等症から2日ぐらいで重症化し、重点医療機関に患者を搬送した事例もあった。感染者の2/3程度が中等症である。早めにかかりつけ医や医療機関を受診していただき、早い段階でウイルスの増殖を抑える薬を開始していただくことも蔓延防止のためにはいいと思っている。従来のものと比べて感染力も強く、重症化しやすい。そこがひっ迫する要因の1番大きなところだと思っている。一般病院でICUの施設がないところで人工呼吸器をするのはかなりのマンパワーの消耗になり、ほかの医療ができなくなるという可能性が高いと考えている。

三浦県病院協会長 中等症や軽症の患者を治療しているが、半日や1日で急激に症状が悪化し、重点医療機関に搬送した患者がいる。入院患者や酸素投与を必要とする患者はCT画像で客観的に肺の状況を把握したいが、コロナ患者に特化してCTの機器を使うわけにはいかないの、一般診療が終わったあとでしか画像検査はできない状況である。

コロナ患者の隔離病床を確保し、出入のその都度、防護服を着て、消毒をしているが、今後、暑くなると肉体的にも精神的にもストレスになる。できれば、交代要員も含めてスタッフの人数を増やしていきたいと思うが、それはどこの病院も同

じで、限られた医療資源の中でやりくりしている状況である。

鶴田副病院長 ここ1週間、重症化への期間が短くなっている患者を複数経験している。私どもが危機感を強くしているのは、最近、救急車で搬送中に急に重症化し、飛び込みで大学病院に搬送される方がいること。20代、30代の方の発症がないが、増えていけばそういったことも起こるのかと思う。予断を許さない感じである。

○**入院調整について**

三浦県病院協会長 入院調整は県コロナ対策室のスタッフが頑張っているが、調整に半日以上かかることが多い。その流れをスムーズにしていくために、医療機関がバックアップする体制をつくっていかなければならない。症状が軽くなった重症患者が入院協力医療機関や一般病院に移るという流れをもう少しパイプを太くしていかなければ、調整が難しくなってくると思われる。

○**医療緊急事態宣言について**

今村副会長 「医療緊急事態宣言」は、医療がどのように大変であるか今の状況をお伝えするのが目的であるとともに、県民の皆様が、是非これを知って、自らの行動に関して切迫感をもってほしいということが、もう1つの目的である。基本的には、医療と県民の行動は車の両輪であり、この2つなくして、片方だけが頑張ってもうまくいかない。

外出自粛はウイルスを動かさないということで、一番大事だと思う。感染予防対策の徹底は、3密だけでなく、バーベキューなど1密でも危険であるという認識を持つこと。マスクはできるだけ不織布にしてほしい。

明日は我が身という気持ちで対応してほしいと心から思う。それが医療を守る、医療が適切に行われるために、とても必要なことと感じている。

○**自宅療養について**

鶴田副病院長 山口県は、基本的にはなるべく自宅療養は避ける方針で来ているが、なかなか宿泊療養施設に入れずに、自宅の時間が増えているの

医療緊急事態宣言

山口県では、感染力の高い変異株の出現により、5月の連休明けから新型コロナウイルスの感染拡大はとどまるところを知らず、確保病床使用率や療養者数は、感染状況のステージ4（深刻な医療提供体制の機能不全を避けるための対応が必要な段階）に達しています。

変異株による感染では、中等症及び重症へ移行する割合が高く、若年者の感染者でも重症化する事例が頻発しています。昨日までの情報では、36名の感染者があり、入院中の患者さんは330名、重症者は10名、中等症は192名、軽症等は128名、入院調整中は50名となり、医療体制が逼迫し、非常事態です。山口大学附属病院では、既に重症者用ベッド5床は満床となり、新たに重症の患者さんが出てきても入院できない状況になっています。ホテル宿泊療養者の中でも、症状が悪化して入院しなければならない患者さんも増えています。

また、今般の医療現場では、新型コロナウイルス感染症に対する医療のみならず、救急患者の受入れや、がん、心筋梗塞等、既存の疾患に対する医療が圧迫されつつあり、本来守れたはずの命も守ることができない程の事態に状況は逼迫して来ています。

新型コロナウイルス感染症の発生当初より、我々医師は、身近な診療所での相談・診療・検査や、重点医療機関、入院協力医療機関、後方支援病院等の各施設で入院病床の確保・治療や宿泊療養施設での療養管理などに取り組んできました。

一昨日、医師会と病院協会の連名で、今後も一致協力し、知恵を出し合い、支援しながら新型コロナウイルスに立ち向かっていくことを医療機関に向けて宣言したところですが、感染の拡大を防ぐために最も重要なものは、新たな感染者を増やさないことです。

県民の皆様には、これまでも行動変容に取り組まれ、不便な生活も我慢されていますが、これまで以上のお一人おひとりの粘り強い行動が、感染拡大から収束へと道を拓くこととなりますので、ご協力をお願いします。

○ **外出・移動の自粛**

不要不急の外出の自粛、県外との往来の自粛などをお願いします。

○ **感染予防対策の徹底**

3密の回避、マスクの正しい着用、こまめな手洗い、手指消毒などをお願いします。

○ **かかりつけ医や受診・相談センター等に相談**

発熱・咳など感染を疑う症状があれば、速やかに相談をお願いします。

令和3年5月21日

一般社団法人 山口県医師会

一般社団法人 山口県病院協会

も事実である。ただし、自宅療養しなければいけない方は条件を付けている。宿泊療養施設では看護師がおり、看護師から担当している医師に情報を伝えることができるが、自宅療養ではその点が宿泊療養施設より甘くなるため、避けている。

大阪や東京のように新規の感染者が増えれば、自宅療養の期間は延びるし、自宅療養の方が増えていくのは仕方ない。そうならないように県庁が頑張っているのが実態である。

○症状の急変に対する対応の現状について

鶴田副病院長 これまで、対応しきれなかったことはないが、肺炎があるかないかをチェックして入院ができれば一番いい。入院協力医療機関で、軽症であろうとレントゲンやCTで肺炎を確認することが理想である。宿泊療養施設だとそれができず、呼吸困難を訴えていないが様子がおかしいなど、パルスオキシメーターで酸素が下がっているとして、宿泊療養施設から医療機関に移るなどが起こっている。医療機関に入るときに軽症といわれていたが、酸素が必要になって中等症になり、中等症を受ける準備をしていない医療機関から中等症を受ける医療機関に移動するケースもある。また、中等症と思って受け入れていたら、重症ですぐに人工呼吸器が必要になるなど、第3波の時は病院間、病院と宿泊療養施設間の移動がめまぐるしく起こる状況ではなかったが、第4波では同日に入院・移動ということが起こっている。変化の激しさを物語っている。

○今後の医療提供体制について

鶴田副病院長 感染患者を受け入れている入院協力医療機関や重点医療機関以外に、ある程度落ち着いた患者、コロナ感染症に関する治療が不要になった患者に対し、後方支援医療機関をなんとかしようとしている。

重症患者は、短い方は7日、長い方は53日間、人工呼吸器管理が必要となる。その間、毎日毎日、1時間1時間、患者の様子を観察しながら、人工呼吸や、筋弛緩薬、鎮静薬、鎮痛剤を常に調整しながら、患者の呼吸状態を見ながら治療をしている。

長期間の人工呼吸を終えると患者は動けなくなる。そのあとのリハビリテーションにとっても時間がかかる。そういったことを支援していただける病院を県庁で早急に準備を進めているところである。リハビリや、もともと持っている基礎疾患の治療ができる施設をつくっていくと、ベッドが空いていく。もともとの新型コロナウイルス患者を受け入れる施設も増やしながら、後ろも増やしていくって、少しでもスペースを広げていくという対策を今やっているところである。

○高校生のPCR検査について

河村会長 PCR検査は、その時点のことしかわからない。イベントがあるのであれば、その前にやることは有意義であると思う。

鶴田副病院長 広島県が公共施設などで唾液PCR検査をし、7%～10%程度の陽性の方がだるさを訴えたというデータが出た。症状がありながら職場や学校に行っているということがわかり、尾身会長も発表された。今回の高校生の検査の結果で日本全国に発信できるデータが出れば、1つ有意義な結果になると思われる。

県下唯一の医書出版協会特約店

医学書専門 看護学書 **井上書店**

〒755-8566 宇部市南小串2丁目3-1(山口大学医学部横)

TEL 0836(34)3424 FAX 0836(34)3090

【ホームページアドレス】<http://www.mm-inoue.co.jp/mb>

新刊の試覧・山銀の自動振替をご利用下さい。

いのち・きずな・やさしさ 第12回 フォトコンテスト

山口県医師会では、人と人とのつながりや優しさを大切にしてほしいという願いを込め、「いのち、きずな、やさしさ」をテーマとしたフォトコンテストを毎年開催しています。たくさんのご応募をお待ちしています。

作品募集



詳細はこちら



山口県医師会報「令和4年1月号」に表彰作品、お名前、画題を下瀬審査委員長の講評と併せて掲載いたします。なお、会報につきましては本会ホームページにPDF版を掲載しており、どなたでも閲覧可能となっております。

- 審査員長：写真家 下瀬信雄氏（第34回土門拳賞受賞） ■審査員：山口県医師会会長ほか
 ■賞：最優秀賞、優秀賞、下瀬信雄賞、こども賞（※対象：中学生まで）、新人賞（※過去に当コンテストの受賞歴がない方）各1点、佳作若干。
 ■応募・問い合わせ先：〒753-0814 山口市吉敷下東三丁目1番1号
 一般社団法人山口県医師会 総務課内フォトコンテスト係 TEL：083-922-2510
 ■主催：一般社団法人山口県医師会

●応募締切

令和3年 **9月1日** 必着 (水)

応募規定

■応募者は、「山口県内在住の方のみ」に限定させていただきます。

- 応募作品（プリント）は本人が撮影した未発表作品に限ります。フィルム写真、デジタル写真どちらでも応募可能です。画像処理等の加工、合成、組み写真は不可です。
 ■作品のプリントサイズは、キャビネ判又は2L判で、それ以外は不可とします。
 ■一人3点までに限ります。二重応募や類似作品応募を禁じます。
 ■肖像権やプライバシーの侵害には十分ご注意ください。主催者では責任を負いかねます。
 ■作品は返却いたしません。上記規定に違反した場合は、受賞を取り消すことがあります。
 ■入賞作品の著作・使用権は主催者に帰属（※県医師会報等に使用）します。

項目に記入し、切り取って応募作品の裏に貼り付けてください（コピー可）

※この用紙は、応募作品の裏に貼ってください。

画題			
名前（フリガナ）			
住所 〒	職業（学校名）		
TEL	職業（学校名）		
撮影年月日	令和 平成	年	月 日

山口大学大学院医学系研究科 新任教授ごあいさつ

第5回 放射線腫瘍学講座教授

田中 秀和



令和元年5月16日付で山口大学大学院医学系研究科医学専攻放射線腫瘍学講座第2代教授及び医学部附属病院放射線治療科長を拝命いたしました。この度は、山口県医師会報への原稿執筆の機会を賜り誠にありがとうございます。誌面をお借りし山口県医師会の皆様に謹んでご挨拶を申し上げます。

私は幼少期を福岡市で過ごし、父の仕事の都合で小学4年生からは名古屋市で育ちました。名古屋市立菊里高等学校を卒業後、岐阜大学医学部医学科へ入学いたしました。入学した当時は放射線科も放射線治療科も、その存在すら知りませんでした。学生時代に受けた放射線治療の講義にて、手術をせずとも学生の私でも分かるほどに腫瘍が縮小している症例の数々を目の当たりにして、感銘を受けました。当時はそれらの症例がチャンピオン症例ばかりを集めたものであるとも知らず、放射線治療を志しました。とはいえ、多くの人が注目するものよりも一部の人のみしか興味を示さないようなものに惹かれやすい、天邪鬼な私の性格には合っていたのかもしれませんが。医学生からすると得体の知れない「放射線」という目に見えない武器で人類の敵である悪性腫瘍に立ち向かうという専門性にも魅力を感じました。平成18年に岐阜大学を卒業後は母校の放射線医学講座の門を叩きました。放射線治療の診療業務は放射線画像診断の診療業務とは大きく異なるため、欧米では両者が独立した別の教室となっていることが一般的です。

山口大学においても放射線医学講座から独立する形で放射線腫瘍学講座が設置されており、国内でも放射線腫瘍学を専門とする独自講座が開講される動きが進んでいます。岐阜大学では現在も放射線医学講座（放射線科）として画像診断も放射線治療も同居した状態となっています。岐阜大学の放射線医学講座では核医学がご専門の星 博昭教授のもと、放射線治療はもちろん、CT、MRIや消化管造影などの画像診断、核医学、インターベンション・ラジオロジーなどを幅広く学ぶ機会をいただきました。岐阜大学の放射線医学講座では自発的に研究を行う雰囲気があり、当然のように先輩医師のほとんどがバリバリ研究を行っていました。今思い返すと大変幸運な環境だったと思いますが、おかげで私も疑問に思うことなく気づけば研究をしていました。放射線治療はテクノロジーの進歩の恩恵を直接的に受ける領域であり、日進月歩で高精度化が進んでいます。私も高精度放射線治療の研究を中心に行ってきました。高精度放射線治療の代表格に強度変調放射線治療（IMRT）という手法があります。このIMRTの広い意味での亜型であるfield-in-field法における呼吸の影響に関する研究で学位を取得いたしました。星教授のご退任後は放射線治療をご専門とする松尾政之教授から薫陶を受けました。私と同じく放射線治療を専門とする松尾政之教授のもとで学ばせていただいたことは私にとって大変大きな財産となっています。それまで臨床研究ばかり行ってきた

私に、基礎研究へ足を踏み入れるきっかけを作って下さいました。松尾教授の取り計らいのおかげで診療業務の合間を縫って腫瘍病理学講座に入り浸り *in vitro* の実験の手ほどきを受けました。附属の動物病院の獣医師の先生方とは共同でマウスやミニブタを用いた *in vivo* 実験を継続的に実施させてもらいました。動物病院の診療が始まる前の早朝に集まり、全身麻酔をかけ気管内挿管をしたブタに対して、ヒトと同じように毎日放射線治療を行ったのは良い思い出です。さらには講座の主たる研究テーマとして代謝イメージングを掲げており、私もがんの代謝イメージングを放射線治療に生かすため、米国の National Institutes of Health/National Cancer Institute の Radiation Biology Branch へ留学をする機会をいただきました。米国では腫瘍内での嫌気代謝によりピルビン酸が乳酸に代謝される様子を超偏極 MRI で可視化する技法を学びました。プロレス好きの私は、留学中に世界最大のプロレスの祭典であるレッスルマニアに参加することもできました（レッスルマニア 34@New Orleans）。帰国後は岐阜大学で引き続き代謝イメージングの研究や基礎実験を続けておりましたが、ご縁あって山口大学に赴任することができました。

山口大学の放射線腫瘍学講座は、先述のように放射線医学講座から独立する形で2011年に開講されました。開講当時は放射線治療学講座という名称でしたが、英語での学問領域としての名称が Radiation Oncology であること、学会の名称も日本放射線腫瘍学会であることに対応して放射線腫瘍学講座と名称が変更されています。まだまだ若い講座ですが、山口県の放射線治療自体は放射線医学講座の時代から連綿と受け継がれています。山口大学が古くから取り組んできた特色ある放射線治療として動体追跡（迎撃）照射があります。放射線治療は瞬間で終了するものではなく、照射には分単位での時間を要します。そのため肺や肝臓のように呼吸で動く臓器に放射線治療を行う場合、呼吸で動く範囲を全て照射野に含めることが一般的です。そうすることで当て損ないを防ぎます。しかし、当然

ながらこの方法では呼吸での動きが大きければ大きいほど照射範囲が拡大します。それはつまり正常組織に当たる範囲が拡大し、有害事象の頻度が高く、程度が強くなることを意味します。そのため、呼吸性移動対策を講じることが望まれるのですが、複数存在する呼吸性移動対策のうち最も有用とされる方法の一つが動体追跡（迎撃）照射です。この方法では関連診療科の先生方にご協力いただき、腫瘍の近傍に目印となる金のマーカーを留置します。腫瘍の近傍に留置することで腫瘍とマーカーが呼吸により同じように動きます。腫瘍はX線透視では視認が難しいことがほとんどですが、マーカーは金属であるため透視でクリアに視認できます。放射線治療室に設置された2対の透視装置によりマーカーをリアルタイムに追跡し、マーカーが任意の位置にあるときのみ放射線を照射します。放射線治療装置そのものや椎体などの死角を避けてさまざまな角度から追跡できるように2対の透視装置はレール上を可動できる仕組みになっています。2015年に稼動を開始したこの可動式透視装置と当時の最新式の放射線治療機の組み合わせは、世界初のシステムとして現在も運用しています。

研究面では上述の動体追跡（迎撃）照射を軸に、呼吸性移動対策に関する研究を引き続き推し進めていくつもりです。動体追跡（迎撃）照射の他にも動体追跡（追尾）照射や新規の呼吸性移動対策の開発、さらにはこれらを用いた高精度放射線治療の推進など、取り組みたいアイデアがたくさんありワクワクしています。これら放射線物理学の研究を車の車輪の一つとすると、もう一つの車輪として放射線生物学も忘れてはなりません。これまでわれわれの講座では基礎研究を行う設備がありませんでした。しかし、放射線生物学も大変重要な領域であり、アカデミアの一員として放射線生物学の研究も開始したいと考えており、実験室を立ち上げるべく目下、整備中です。近い将来、基礎実験も開始可能となる予定です。残念ながら国内の臨床系講座で放射線生物学の基礎研究を行っている施設は減少しています。われわれの講座ではぜ

ひ、放射線物理と放射線生物を両輪として前進していきたいと思います。その環境で放射線物理と放射線生物の両者の視野からアプローチできる放射線腫瘍医を育成し、国内はもとより世界に対して新たな知見を発信できるアクティビティの高い講座を作っていきたいと思っております。

ます。山口県医師会の皆様におかれましては、引き続き一層のご支援とご指導をいただけますよう心よりお願い申し上げます。



変わりゆく未来を、変えてゆく。

何もしなくても、時と共に未来は変わってゆく。
どうせ変わる未来なら、受け身の未来より、
前に進もうとする未来がいい。
変わろうとするエネルギーが、
きっと未来を輝かせるはずだから。

 **YMFG** | **山口銀行**
Yamaguchi Financial Group | YAMAGUCHI BANK



ホッ！これで安心。

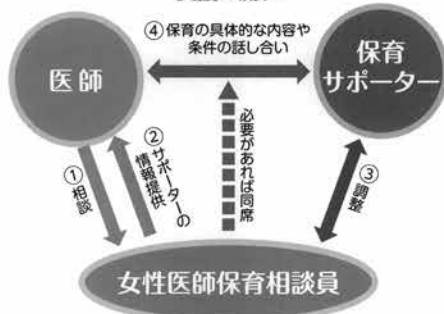
保育サポーターバンクとは…

- 平成21年に山口県医師会に設立しました。
- 目的は、医師が仕事と家庭を両立させることです。
- 支援内容は、保育と併せてできる範囲であれば制限はありません。
- 報酬は医師とサポーターが話し合って決めます。
- 利用している医師から感謝の声が寄せられています。

支援の例

- 子どもと一緒に医師宅でママが帰るまで留守番
- 子どもと一緒に医師宅で留守番をしながら、家族の夕食の支度や簡単な掃除
- ママの都合が悪い時の保育園の迎えと、引き続いて塾への送り
- 残業の日の保育園の迎えと、その後サポーター宅での預かり(子どもの食事を含む)
- ママが当直の日、パパが緊急呼び出しを受けた時のサポーター宅での預かり(待機を含む)
- 学童保育終了時の迎えとその後医師帰宅までいっしょに過ごす

支援の流れ



●詳しいことのお問い合わせや、サポーターの支援を受けたい時は、下記にご連絡ください。女性医師保育相談員がすぐに対応いたします。山口県内の医師はどなたでも利用できます。

●その他、バンクの運営とは別に、県医師会の女性医師保育相談員は、保育園入園等や民間のベビーシッター派遣に関する相談も受け付けて、できる限りの仲介・調整をします。お気軽にご相談下さい。



山口県医師会

保育サポーターバンクをご活用ください。

仕事と家庭(育児)の両立を目指している
医師の方々へ

育児で困ったら、まずお電話かメールをください
男性医師からの相談も受け付けます

山口県医師会 女性医師保育相談員

TEL090-9502-3715 9:00~17:00

メール・FAXはいつでも受け付けます。

E-mail hoiku@yamaguchi.med.or.jp / FAX083-922-2527

山口県医師会は、育児中の働く医師を応援します!

今月の視点

HPV ワクチンも切り札でしょ ～ HPV ワクチンと情報提供～

理事 縄田 修吾

新型コロナの変異ウイルスの波が押し寄せる中、ワクチンが“切り札”とされる。従来の感染対策に加えて、ワクチン接種推進により、感染者数が減り、何よりも重症化を防げることを期待したい。国内のワクチン接種は、令和3年2月に医療者から始まった。医療者が率先して新たなワクチンを受けるということは、今後の接種推進において、誰もが安心して受けていただけることにもつながるだろう。厚生労働省は、接種後の死亡は計19人となった（4月30日時点）が、接種との因果関係は「評価できない」とし、“現時点でワクチン接種への重大な懸念はない”と公表している。有害事象の公表は、ワクチン接種の透明性を高める上でも重要であり、安全に円滑にワクチン接種が進むことを願うばかりである。

世界で新たなワクチン開発が行われた令和2年は、国内で接種率が低調な定期接種ワクチンの一つである HPV ワクチンに関する流れが大きく動いた一年でもあった。

今から12年前になるが、HPV ワクチンの2価ワクチンが初めて国内で承認された2009年、HPV ワクチンに関する講演会に出席した時の高揚感は今でも忘れない。子宮頸がんは手ごわい。不正出血などの自覚症状がきっかけで見つかった場合の多くは、手術や放射線、抗がん剤などを尽くしても、子どもから母親の生命を奪う。命が助かったとしても、子どもを産めなくなり、治療に伴う後遺症と一生付き合わなければならない。こ

の子宮頸がんから多くの女性を救うことができる新たなワクチンを目の前にして、地道な基礎研究に基づく医学の発展には、心からすごいなと思ったものである。

2010年に HPV ワクチン接種（2価ワクチン、4価ワクチン）の公費助成が始まり、2013年4月には予防接種法に基づく定期接種となった。もちろん、“姪っ子”にも接種を勧めた。それから間もなくのある日、23時からのニュース番組を見ていると、私自身もその映像に衝撃を受けた。「HPV ワクチン接種後に体の広い範囲で持続する痛みなどの重篤な副反応の疑いがある」という報道があり、2013年6月、厚生労働省から「副反応の発生頻度がより明らかになり、適切な情報提供ができるまでの間、積極的な接種の勧奨を差し控える」との勧告がなされた。この勧告の翌週、ある市町での子宮頸がんの啓発の講演で、「子宮頸がんは、がん検診と新たなワクチンで防ぐことのできるがんになった」ことを述べたことがあったが、市町の担当者が、厚生労働省の“当時”の HPV ワクチンに関するリーフレットを聴講者に周知された。国の方針に沿った迅速な対応ではあるが、リーフレットの文面を見て、HPV ワクチン接種の希望者はなくなるだろうと思ったことが蘇る。積極的勧奨差し控えの勧告以降、多くの市町村長の判断で、HPV ワクチン定期接種対象者に対して、“個別にお知らせを届けない”という状況となる。HPV ワクチンの接種率は、積極的勧奨差し控えの勧告前には公費助成対象者

(1994～1999年度生まれの女子)の70%以上もあったが、2000年度以降の生まれの女子では、定期接種ワクチンであるにもかかわらず、1%以下と激減した。

積極的勧奨差し控えの勧告がなされた2013年以降のHPVワクチン接種率の低下は、どのようなことを意味するのか?国内でも、HPVワクチンによるHPV16/18型感染率の減少、子宮頸部細胞診異常率の減少、子宮頸部上皮内腫瘍(CIN)の低下が確認されている。HPVワクチン接種者は、非接種者に比べて子宮がん検診受診率が向上するという報告もある。残念ながら、令和2年度に子宮頸がん検診の対象年齢となる20歳になった2000年度以降生まれの女子には、こうした効果が期待できなくなる。つまり、心理的な負担にもなる子宮頸部細胞診異常のフォローアップや、前がん病変である高度のCINのために必要な手術が、ワクチン導入前の世代と同様の状況となり、子宮頸がんの罹患リスクが元に戻ってしまうことが容易に推察される。

報道で取り上げられた多様な症状については、疫学的研究が国内で実施されている。2016年の厚生労働省研究班(祖父江班)による全国疫学調査で、全国の12～18歳の男女でHPVワクチン接種後に生じたとされる症状と同様の「多様な症状」を呈する者はどの程度いるかを調査した結果、HPVワクチン接種歴のない者においても、HPVワクチン接種後に報告されている症状と同様の「多様な症状」を呈する者が一定数存在し、多様な症状がHPVワクチン接種者に特有の症状ではないことが明らかとなった(ただし、この調査では、HPVワクチン接種と接種後に生じた症状との因果関係については言及できないと注釈されている)。2018年に論文発表された名古屋スタディからは、接種者と非接種者の24症状の年齢調整後の起こりやすさに有意差は検出されず、HPVワクチン接種と24症状発生との間に因果関係は示されなかった。

現在では、接種後に報告された多様な症状は、

機能性身体症状(何らかの身体症状はあるものの、画像検査や血液検査を受けた結果、その身体症状に合致する異常所見が見つからない状態)であると考えられている。ただし、ワクチンの接種を受けた後や、けがの後などに原因不明の痛みが続いたことがある方はこれらの状態が起きる可能性が高いと考えられるため、接種については医師としっかりと相談することが大切である。ワクチン接種を行う医療者も、WHOが2020年に提唱した「予防接種ストレス関連反応(ISRR:immunization stress-related responses)」という新しい概念を理解して、予防接種というシンプルな手技が、身体的、心理的、社会的な要因が多感な思春期女子に及ぼす影響に心を配りながら接種することが、よりいっそう求められる時代になってきている。万が一、何らかの症状が出た際には、接種医がしっかりと対応することが大切であるが、診療相談窓口が全国90の医療機関(山口県:山口大学病院)に設置されている。日本医師会・日本医学会から『HPVワクチン接種後に生じた症状に対する診療の手引き』が発刊されており、接種医・都道府県内の協力医療機関・痛みなどの専門医療機関の三者の連携を強化し、ワクチンの因果関係の有無にかかわらず、多様な症状を呈する方が安心して診療を受けられる体制が整えられている。

もっとも、HPVワクチンの安全性については、WHOワクチン安全性専門委員会による最新データの継続的解析で、非接種者と比べて有意に頻度の高い重篤な有害事象は認めないとされる。また、エビデンスレベルの高い、複数ランダム化試験をメタ解析したコクランレビューでも、ワクチン接種群において全身的な事象や重篤な反応のリスクが対象群に比して有意に高い頻度で検出されるわけではないことが示されている。どのようなワクチンであっても、ワクチンには有効性とリスクがある。HPVワクチンが国際的に広く推奨されているのは、有効性がリスクをはるかに上回るという科学的根拠に基づいている。こうしたことは、新たなワクチンである新型コロナワクチン接種が推進されている時代の中で、国内で正しく理解が

広がる機会につながると思う。

最近の学会でも、HPV ワクチンの取り上げ方については明らかな変化がある。例えば、日本癌治療学会学術集会では、子宮頸がんのテーマは、従来治療戦略であった。2018年に、HPV ワクチンという予防がはじめて取り上げられたのは、国内外のこうした科学的根拠に基づく医療の流れが背景にあったものと思う。最近の関連学会では、HPV ワクチンに関する話題は必ず取り上げられる状況になっている。

そして令和2年、大きな動きがあった。1月の厚生労働省の検討部会では、公費助成の接種対象者のいる家庭に、自治体を通じて、HPV ワクチンの効果やリスクなどを知ってもらうための冊子とともに、各自治体で接種できる医療機関などの情報も併せて個別送付する方針が打ち出された。10月には、新たな HPV ワクチンの情報提供のためのリーフレットを作成し、「ヒトパピローマウイルス感染症に係る定期接種の対象者等への周知について」として市町に通知している。これを受けて、山口県内のいくつかの市町でも、高校1年生の女子を対象として情報提供に取り組んでいる。また、12月からは、HPV ワクチン（4価ワクチン）は、男性も、任意接種として接種可能となった。

さらに令和3年2月からは、HPV ワクチン（9価ワクチン）が接種者全員の追跡調査を前提として国内で使用できる状況となった。9価ワクチンは、2014年にアメリカではじめて承認され世界の多くの国で接種されており、4価ワクチンの効果に加えて、HPV31/33/45/52/58型にも予防効果があるので、90%前後の高い子宮頸がん予防効果があるとされる。近い将来、国内でも9価ワクチンが定期接種として使えることは期待されるが、現時点では、それを待って接種希望者が定期接種の機会を逃すことがあってはならないこととは言うまでもない。2020年、スウェーデンから HPV ワクチン（4価ワクチン）接種の浸潤子宮頸がん減少効果が報告され、17歳になる前に

接種した場合、浸潤子宮頸がんになるリスクが88%低下することが示され、若年での接種の方がより効果的であることが示されている。

積極的勧奨差し控えの勧告を今後、どうするかは、国の判断を待つしかない。積極的勧奨差し控えの勧告から8年、いろいろな考え方があると思うが、今、私に娘がいたなら HPV ワクチン接種をさせると思う。少なくとも医療従事者として、HPV ワクチンの効果や副反応に関する新しい調査結果を正しく伝え、接種希望者には、安心して受けていただく体制を整えておくことは肝要である。

山口県医師会で協議を重ねて作成した HPV ワクチンの情報提供のためのリーフレットが、山口県の学校関係者のご理解とご協力を得て、令和3年4月から接種対象者に配布されている。こうした流れの中で、日々の診療で、HPV ワクチン接種希望者も少しずつ増えてきているのを実感している。子宮頸がんをはじめとした、いわゆる HPV 関連がんに将来かかるリスクを減らすためには、ワクチンという“切り札”があることを、皆できちんと理解することが、自ずと将来の自分や家族の健康を守るという行動につながる。情報提供は、医師としての大切な務めの一つであるという思いを新たにす。

<参考資料>

- ・日本産婦人科医会 研修ノート No.106 思春期のケア
- ・日本産婦人科学会 「子宮頸がんと HPV ワクチンに関する正しい理解のために」
 - Part1 子宮頸がん と HPV ワクチンに関する最新の知識
 - Part3 HPV ワクチン最新情報 浸潤子宮頸がんの減少効果や9価 HPV ワクチンについて

郡市医師会保険担当理事協議会

と き 令和3年5月20日（木）15：00～
ところ 山口県医師会6階大会議室

[報告：専務理事 清水 暢]

会長挨拶

河村会長 先週から県内でも新型コロナウイルス感染症患者が急増し、病床が逼迫している状況にある。このことについては、21日、記者会見を開いて、医療緊急事態宣言を発出させていただき、県民の安心・安全に尽力していきたい。このような事態であるため、保険診療においても多くの行政通知（臨時的取扱い）が発出される状況にあり、それに対応していくことが必要となっている。

本日は忌憚なく意見交換を行っていただくことにより協議会が充実することを願い、ご挨拶とする。

議事

1. 令和3年度山口県社会保険医療担当者指導計画について
- ＜指導形態ごとの指導方針＞
- 1 集団指導について
- (1) 指定時集団指導

- (2) 更新時集団指導
- (3) 新規登録保険医集団指導
- 新型コロナウイルス感染症の影響により、資料配付により実施に代える。
- 2 集団的個別指導について
- 新型コロナウイルス感染症の影響により、中止とする。
- 3 個別指導について
- (1) 新規個別指導
- 原則、指定時集団指導を受けた新規指定の保険医療機関等に対し、概ね6か月経過後に新規個別指導を実施する。
- 実施時期は6月～翌年2月を予定し、令和2年5月～同年11月の間に新規指定された保険医療機関に対し実施する。
- なお、実施にあたっては、診療所については対象患者数10名、指導時間を概ね1時間とする。

出席者

郡市医師会担当理事

大島郡 山本 徹
玖珂 近藤 栄作
熊毛郡 藤田 潔
吉南 田村 周
美祢郡 吉崎 美樹
下関市 佐々木義浩
宇部市 日浦 泰博
山口市 清水 秀樹

萩市 佐久間暢夫
徳山 木村 征靖
防府 御江慎一郎
岩国市 森近 博司
山陽小野田 村田 和也
光市 守友 康則
長門市 戸嶋 良博
美祢市 札幌 博義

山口県医師会

会長 河村 康明
副会長 加藤 智栄
専務理事 清水 暢
常任理事 郷良 秀典
理事 山下 哲男
理事 伊藤 真一
理事 藤原 崇

また、実施通知は指導日の1か月前とし、対象患者の通知時期は指導日の7日前にFAXにより行う。

(2) 個別指導について

実施時期は7月から12月を予定する。

なお、実施にあたっては1保険医療機関の対象患者数は30名、指導時間は、診療所は概ね2時間とする。病院については新型コロナウイルス感染症の影響により中止とする。

また、実施通知時期は指導日の1か月前とし、対象患者の通知は指導日の7日前に20名分、前日に10名分をそれぞれFAXにより行う。

2. 令和2年度山口県社会保険医療担当者指導実施状況について

令和2年度個別指導は診療所22医療機関に対して実施され、新規指定医療機関に対する個別指導は8医療機関に対して行われた。

3. 令和3年度生活保護法に基づく指定医療機関の個別指導計画について

1 目的

指定医療機関に関する指導（一般、個別）は、被保護者の処遇の向上と自立助長に資するため、法による医療の給付が適正に行われるよう制度の趣旨、医療扶助に関する事務取扱等の周知徹底を図ることを目的とする。

2 個別指導対象

(1) 次の区分により、それぞれ選定することとし、一つの福祉事務所において対象となる医療機関が複数ある場合は、4医療機関までとする。

①精神科病院

基本的に3年に1回の周期で実施する。

②一般病院、診療所

次のア～ウの手順で選定する。

ア 各福祉事務所で委託患者数が多い医療機関を抽出する。

イ アの中から、県厚政課で次のとおり抽出する。

(ア) 一般病院…委託患者が概ね月平均15人以上いる病院

(イ) 診療所…委託患者が概ね月平均10人以上いる診療所

ウ イの中で過去10年間に於いて個別指導の対象となった医療機関を除外する。

(2) 上記の基準のほか、特に福祉事務所から個別指導の要望があった医療機関を選定する。

3 令和3年度対象予定医療機関

15医療機関とする。

4 個別指導の内容

個別指導は、被保護者の処遇が効果的に行われるよう、福祉事務所と指定医療機関相互の協力体制を確保することを主眼として、被保護者の医療給付に関する事務及び診療状況等について診療録その他の帳簿書類等を閲覧し、懇談指導を行うものとする。

5 個別指導の方法

(1) 県厚政課職員及び福祉事務所職員が実地に医療機関を訪問して行う。

(2) 実施時期は概ね7月から2月までの間とし、対象医療機関に対しては1か月前に通知する。

(3) 訪問時間は、概ね午後1時30分から午後4時までとする。

6 一般指導の方法

新型コロナウイルス感染症の影響により、中止とする。

4. 令和4年度診療報酬改定説明会について

令和4年度の診療報酬改定説明会は、県内7箇所（下関市、宇部市、山口市、長門市、周南市、岩国市、柳井市）を予定している。

※中国四国厚生局による「改定時集団指導」は実施されない。

5. 郡市医師会からの意見及び要望

〈基本診療料〉

1 健診後の診療開始日について【防 府】

自院で健診後に発見した傷病に対し治療が必要と判断した場合、保険診療を適応する際は初診料

を算定することはできないとされている。しかし、別日に当該傷病に対し治療目的で再来院した場合は、再診料を算定してもよい。

自覚症状なく健康診断を目的とする受診により疾患が発見された患者について、当該医師が治療の必要性を認め、治療を開始した場合は、初診料は算定できない。ただし、当該治療（初診を除く）については、医療保険給付対象として診療報酬を請求する。

また、再来院の場合は再診料の算定は可能である。

〈投薬・注射〉

2 PPIの査定について【防 府】

逆流性食道炎に対しH2ブロッカー投与中、症状が増悪したためH2ブロッカーの残薬があったが止むを得ずPPIに変更した。併用ではなく変更にしたのだがPPIが査定された。残薬がある場合は併用（重複）とみなされるのか。

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成29年9月号・社保国保審査委員連絡委員会

H2ブロッカーから、月の途中でPPIに変更せざるを得ないことは当然起こり得ることであるが、注記のない場合は併用とみなさざるを得ないため留意願いたい。

3 週～月1回内服する薬剤の入力方法について

【山口市】

週1回や月1回内服する薬剤（リカルボン50mg錠等）を、1～2か月分の総量で入力して1日分とすると減点されるが、週1回～月1回の内服が明らかな薬剤は、1回の内服量のコメントがなくても、総量（1日分として入力）での入力を認めてもらえないか。

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成17年4月号・社保国保審査委員連絡委員会

週1回や月1回内服する薬剤については、総量で1日分と記載されると、レセプト上は過剰と判断され減点となる。この場合も注記が必要となる。

4 骨粗鬆症に対する注射剤の投与間隔について【下関市】

県医師会報のブルーページ（第1927号）には、「受診日の都合により投与間隔の変更は認めるが、月（又は数か月）単位で調整願いたい」と記載されている。

では、週1回薬剤（テリボン、エルシトニンなど）、月1回薬剤（イベニティ、ボンビバなど）、6か月1回薬剤（プラリア）それぞれ、算定可能なのは、何日まで短縮の場合か許容範囲を具体的に明示いただきたい。

投与間隔は添付文書のとおりが原則であり、許容範囲は審査委員会の判断となる。

〈処置・手術〉

5 弾力包帯固定施行時の創処置算定の減算

【下関市】

膝関節炎に対して、関節穿刺後、弾力包帯固定を創傷処置で算定するのは妥当ではないのか。再審査請求するも「原審どおり」となった。

社保国保審査委員合同協議会へ議題提出する。

〈検査・画像診断〉

6 上部消化管内視鏡検査時の鎮静剤使用に関して

【防 府】

本県では上部消化管内視鏡検査時のミタゾラムの算定はERCP以外は認められていない。現在、算定が認められているジアゼパムは呼吸抑制の問題もあり、高齢者や心疾患を有する患者に使用するのは適切ではない。ミタゾラムであれば比較的安全に使用できるが、現状、使用したとしても医療機関の持ち出しとなっており是非改善を求めたい。さらに上部消化管内視鏡検査においてペンタゾシンの使用、算定は審査委員会もコメントしていない。ペンタゾシンの算定についても見解を伺いたい。

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成23年10月号・社保国保審査委員合同協議会 等

セルシン注は上部及び下部内視鏡検査では算定

が認められ、ドルミカムは下部及び ERCP に限られている。この取り扱い、社保・国保の協議に由来するものであるが、現時点での変更は予定されていない。

7 MMP-3 の対象となる病名について【下関市】

リウマチ性多発筋痛症は適応病名ではないのか。違う場合は適応病名を明示いただきたい。

「MMP-3 は炎症性サイトカインの刺激を受けて、関節滑膜細胞や軟骨細胞から産生される蛋白分解酵素であり、関節軟骨破壊に関与している。関節破壊の指標として用いる」となっており、適応病名としては慢性関節リウマチである。リウマチ性多発性筋痛症で上昇することもあるとされているが、その場合、鑑別診断として「慢性関節リウマチの疑い」等の病名があることが大半で、基本的には「関節炎」の病名が必要となる。

8 X-P 撮影とエコーを併用した場合の X-P 減算【下関市】

右前腕痛を訴える患者に X-P 撮影を実施し、はっきりした異常を認めなかったため、圧痛部位のエコーを行った。筋腹に高エコーを認めたため、筋膜炎の病名を付けたが、X-P 減算となり、再審査請求するも、原審どおりとなった。

付与された病名が不明確であるが、右前腕の筋膜炎の病名のみであれば X-P は査定となる。

9 運動器エコー検査について【宇部市】

社保審査において、肩関節腱板損傷疑い、足関節外側靭帯損傷疑い患者に対しエコー検査を実施し保険請求した場合、検査の必要性についてコメント記載した症例も含め一律査定をされた。

現在、同症例に対しエコー検査にて損傷の有無を確認することは整形外科領域において常識となっている。過度、不要な検査は査定すべきだが、患者の状態を評価するために実施している検査まで一律に査定するのは納得できない。社保に対して是正を求めている。いただきたい。

社保国保審査委員連絡委員会へ議題提出する。

【要 望】

10 保険証のフリガナについて【宇部市】

後期高齢者・国保の保険証の氏名欄にフリガナを挿入願いたい。

保険証にフリガナを記載するか否かについては、国民健康保険法施行規則に定めがないため、各市町の判断で対応が分かれている。しかし、医師会からこのような要望があることを市町へ伝えるよう、県医務保険課へ要望した。

11 レセプト「摘要欄」へのコード入力について【防 府】

昨年10月のレセプト記載要領の改定で「摘要欄」への記載事項が増大、かつコード入力が義務化されたため業務が煩雑になり大きな負担となっている。例えば、在宅時医学総合管理料を算定した月に往診と訪問診療を算定した場合、コード入力時に元号を付した同じ日付を3度も入力する必要がある。厚労省は事務作業の効率化を図ると言いながら、現実には真逆の状況となっている。新型コロナウイルス感染症への対応とワクチンの予約、接種も始まり現場は疲弊している。レセプト摘要欄へのコード入力は撤回するよう要請してほしい。

事務作業が効率化されるのは行政側だけであり、引き続き改善要求していく。

12 オンライン資格確認について【防 府】

マイナンバーカードの普及率が上がらないことに業を煮やした厚労省は保険証を紐付けし、4月からマイナンバーカードで医療機関を受診できるよう窓口にはカードリーダーを設置する施策を打ち出した。しかしながら、患者情報の登録、確認等システム上のトラブルで現在、この制度そのものが頓挫している。見切り発車的にスタートした制度であるのと、新型コロナウイルス感染症が収束しない現状ではこの制度を運用するには到底無理がある。さらに高齢者は自身でカードの初期設定をする必要がある等、とても現実的とは思えない。たびたび変わる補助金制度の適用も含め県医師会からも改善を求めている。いただきたい。

日医には意見を提出している。

13 改定毎の新点数告示から運用までの周知期間について【防 府】

診療報酬改定時、新点数の告示は毎回3月初旬、疑義解釈の発出は運用直前の3月末日であることが多い。実際には4月から新点数を運用するため窓口では新点数の解釈が曖昧なまま一部負担金を徴収していることが多々ある。これは新点数の周知期間が実質3週間程度しかないため現場が非常に混乱するばかりでなく、その結果迷惑を被るのは患者である。周知期間の延長を求めたい。

現在の政治日程上、やむを得ないところである。

14 夜間看護体制特定日減算について【防 府】

都会と違い地方では、夜間救急外来を止むを得ず病棟の看護職員が対応したことにより病棟の看護体制が一時的に2名を満たさなくなることは、夜勤の看護師不足もあって当然起こりうることである。減算されてまで夜間救急を行わなければならないなど、救急告示病院にとって非常に理不尽な点数である。是非廃止を求めている。

地方では重要な問題であり、引き続き、中国四国医師会連合(医療保険部会)から廃止要求を行っている。

15 コロナ禍の投与日数について【熊毛郡】

コロナ禍において、30日を超える睡眠薬の投与を認めてほしい。

コロナ禍の「臨時的取扱い」においても、厚生労働大臣が投与期間の上限を定めている医薬品に、投与期間の緩和は行われていないので理解願いたい。

【質 問】

16 新型コロナワクチン接種と医療保険について

【萩 市】

医療機関でワクチン接種を行った際、その後の患者の待機中に、副反応による患者の対応を行った場合は「初診料等」の医療保険請求は可能か。

「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて(その46)」にあるとおり、新型コロナワクチン接種と同一日の在宅患者訪問診療料の算定が認められており、医療保険請求(初診料等)は別途、算定可能である。

＜参考＞この場合の患者の自己負担分については、「予防接種健康被害救済制度」により国から給付されるため、患者から市町に申請することとなる。



医療継承・医療連携
医師転職支援システム

＜登録無料・秘密厳守＞

後継体制は万全ですか？

DtoDは後継者でお悩みの
開業医を支援するシステムです。
まずご相談ください。



お問い合わせ先

0120-337-613
受付時間 9:00~18:00(平日)



よい医療は、よい経営から

総合メディカル株式会社

www.sogo-medical.co.jp 東京一部(4775)

山口支店/山口市小郡高砂町1番8号 MY小郡ビル6階

TEL(083)974-0341 FAX(083)974-0342

本社/福岡市中央区天神

■国土交通大臣免許(2)第6343号 ■厚生労働大臣許可番号40-ユ-010064

原稿を募集しています！！ - 県医師会報に投稿してみませんか？ -

県医師会では、本会報のコンテンツのさらなる充実を目指して、会員の先生方の原稿を募集します。

下記の5つのコーナーのうち、ご興味・ご関心のあるコーナーがありましたら、ふるってご投稿ください。

募集するコーナーとその内容等

■「ニューフェイス」コーナー

対象を「開業3年以内」又は「病院の新科長」とさせていただきます。
現在の状況、心境や医療に対する思い、趣味等

■女性医師エッセイ

現在の心境や医療、医師会に対する思い、趣味、思い出等

■会員の声

医療・医学に関連するものに限定します。

■若き日(青春時代)の思い出

若き日(青春時代)の思い出ばなしなど・・・

■山口県の先端医療は今・・・

自院の先端医療のご紹介

字数制限、原稿の採否等

- 1.「字数：3,000字程度、写真：3枚程度」と統一させていただきましたので、ご確認いただきますようお願いいたします。
- 2.原稿の内容につきましては、提出された翌月に開催する広報委員会で検討させていただきます、採否につきましては同委員会にご一任ください。場合によっては掲載をお断りすることがあります*。
※公序良俗に反するもの、特定の個人を誹謗中傷するもの、政治・宗教に関するものは掲載できません。

詳細に関するお問い合わせ先

山口県医師会事務局総務課内 会報編集係

TEL：083-922-2510 FAX：083-922-2527

E-mail：kaihou@yamaguchi.med.or.jp

都道府県医師会 医師の働き方改革担当理事連絡協議会

と き 令和3年4月1日(木) 16:00～18:00

ところ 日本医師会から個別配信

[報告: 常任理事 沖中 芳彦]

挨拶

日本医師会長 中川俊男 昨年12月に厚生労働省の医師の働き方改革の推進に関する検討会中間とりまとめが公表された。この中間とりまとめの内容は、社会保障審議会医療部に報告され、この度の通常国会に上程された「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保・推進するための医療法等の一部を改正するための法律案」に盛り込まれた。3月24日から、衆議院厚生労働委員会で法案審議が始まり、今村副会長が法案に対する参考人意見陳述を行った。これまで日本医師会はさまざまな形で情報発信に努めてきた。法案審議という極めて重要な局面を迎えている中、多くの医療関係者の皆様に制度の理解を浸透させることが極めて重要と判断し、本日の連絡協議会を開催することとした。医師の働き方改革は、これまでにない大改革である。現在のコロナ禍の中、2024年度からの医師の働き方改革施行を懸念する声もある。さらに想定外の新型コロナウイルス感染症により、医療機関に深刻な経営上の影響が生じており、自院だけでは働き方改革に取り組めない医療機関もある。しかし一方で、今まさに過酷な労働環境で働いている医師がいることも現実であり、医師の健康確保や医療安全の観点から、医師の働き方改革は先延ばしにできない課題である。まずは地域医療を支えている医師の健康管理等、できることから取り組むことが重要である。さらに地域医療構想や医師確保計画の取り組み状況を俯瞰し、慎重に進めていくことが求められる。日本医師会は、医師の健康と地域医療の両立する制度の実現を目指して、医療機関への総合的な人材、人的・財政的支援の拡充、その他必要な措置

について、国に強く働きかけていく。本日は制度の全体像、及び宿日直や、兼業・副業等の重要問題について、担当役員から説明させていただく。ぜひとも忌憚のないご意見を賜るとともに、本日の説明・議論を通じて理解を深めていただき、各地域で共有していただくようお願いする。

議事

1. 医師の働き方改革に関する議論の経緯について

日本医師会副会長 今村 聡

医師の健康確保に関する日本医師会の取り組み
「勤務医の健康支援のための検討委員会」の取組

日本医師会(日医)は、「勤務医の健康支援のための検討委員会」を2008年に設置した。労働基準法に照らし合わせた働き方と現在の医療を支え患者を救う働き方について現実的なすり合わせを検討することで、医師の過重労働を防ぎ、医師の健康と患者の安全、病院組織の健全な運営につなげることを目的とした。最初に、勤務医の1万人にアンケート調査を行い、約40%の勤務医から回答があった。それにより、「勤務医を守る病院7カ条」や「医師が元気に働くための7カ条」を作成した。また、関係省庁への働きかけを行ったことが、改正医療法の成立につながった。日医は10年以上前からこうした取り組みを行い、勤務医の健康支援に取り組んできた。

そのアンケート結果の内容は、平均睡眠時間が6時間未満の医師が41%、自宅待機が月に80%以上ある医師が20%存在し、特に問題なのは、メンタル面のサポートを要する医師が9%、1週間に数回以上死や自殺について考える医師が6%いたことである。この自殺に関する問題は新聞に

も取り上げられた。患者や家族から不当なクレームやトラブルがあったと答えた医師は44.4%おり、患者からのクレームが医師にとってストレスになっていると考えられた。

「勤務医の労働管理に関する分析・改善ツール」は2012年に作成した。内容がやや古くなったところもあるが、病院として参考にいただける価値のあるものと思っている（日医ホームページに掲載されている）。

2014（平成26）年度医療法改正等 改正医療法

2014年6月に成立した改正医療法には、医療機関の管理者の勤務環境改善等への取り組みが努力義務であることが明記された。また、医療機関のために「指針」が策定された。さらに、都道府県にも大きな役割が求められており、病院又は診療所に勤務する医療従事者の勤務環境の改善に関する相談に応じ、必要な情報の提供、助言その他の援助を行うこととされ、都道府県は「医療勤務環境改善支援センター」の設置に努めるとされた。また、地域で働く医師をしっかりと支援していくという「地域医療支援センター」は既にあったが、改正医療法に明確に位置づけられることとなった。また、両センターの連携が医療法に位置づけられた。これらは非常に重要な組織であるので、都道府県医師会の積極的な関与、特に、医療勤務環境改善支援センターは労働基準法に基づくものではなく、都道府県が設置するものであるが、外部に業務を委託できる。つまり、医師会等も担うことができる枠組みになっている。これらのセンターに対する医師会の積極的な関与をお願いしたい。

2014年6月に成立した「地域医療介護総合確保推進法」の中で、消費税を財源とした基金ができたが、その中に医療従事者の確保に関する事業も設けられた。

働き方改革関連法と医師の働き方改革について 働き方改革関連法（2018年6月29日成立）

働き方改革関連法が、「働き過ぎ」を防ぎながら、「ワークライフバランス」と「多様で柔軟な働き

方」を実現することを目的として、2018年6月に成立し、長時間労働の是正として、罰則規定を伴った時間外労働の上限規制が導入された。ただし、医師は上限規制を設けられると地域医療に大きく影響するため、適用除外ではなく特別なルールを決めていくことになった。具体的には、医療界の参加の下で検討の場を設け、質の高い新たな医療と医療現場の新たな働き方の実現を目指し、2年後を目途に規制の具体的なあり方、労働時間の短縮策等について検討し、改正法の施行期日の5年後（2024年4月）を目途に規制を適用することとした。

2040年の医療提供体制を見据えた改革

2040年に向けて新たな課題に対応するため、1) 地域医療構想の実現に向けた取り組み、2) 医療従事者の働き方改革、3) 医師偏在対策を推進し総合的な医療提供体制改革を実現する。加えて、国民に上手な医療のかかり方の普及・啓発のため、国の検討会が設けられた。

医師の働き方改革（医療法）に対する日医のスタンス

・医療法等の改正で、医師の働き方を地域医療とのバランスをみながら改革していくことになった点は評価できる。医師の厳しい勤務環境の改善は長年の課題であり、医師の労働時間短縮への取り組みや健康確保策の推進は重要である。

・一方、2024年4月施行というスケジュールがあることで拙速に進めることは、地域医療の混乱を招きかねない。コロナ禍において、現場が医師の働き方改革に取り組める状況であるのか、注視していく必要がある。

・医師の労働時間短縮計画を調査する「評価機能」と臨床従事6年目以降の医師の高度技能の認定を取り扱う「特定高度技能の審査組織」は、地域医療の確保、医療の質の維持と進歩にとって大変に重要である。持続的・安定的に業務遂行ができるよう体制整備を進めていく必要がある。

・働き方の新制度を早期に幅広く浸透させる必要がある。特に、大学病院と基幹病院に対しては、派遣医師の引上げで地域医療に影響が出ないよう、早期の周知が求められる。

2. 地域医療介護総合確保基金について

日本医師会副会長 今村 聡

地域医療介護総合確保基金の対象事業

1. 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
2. 居宅等における医療の提供に関する事業
3. 介護施設等の整備に関する事業（地域密着型サービス等）
4. 医療従事者の確保に関する事業
5. 介護従事者の確保に関する事業
6. 勤務医の働き方改革の推進に関する事業【新規】救急病院等における勤務医の働き方改革への特例的な対応について

○診療報酬の対象要件のイメージ

1. 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送受入件数が年間で2,000件以上であること。
2. 病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。
 - ・ 病院勤務医の勤務状況の把握とその改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること
 - ・ 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、計画を作成すること等

○基金事業の対象要件のイメージ

1. 補助の対象となる医療機関は、以下のような都道府県知事が認める医療機関を想定。
 - ・ 救急車受入件数が1,000台以上2,000台未満であり、地域医療に特別な役割がある医療機関
 - ・ 救急車受入件数が1,000台未満のうち、
 - ― 夜間・休日・時間外入院件数が500件以上で、地域医療に特別な役割がある医療機関
 - ― 離島、へき地等で、同一医療圏に他に救急対応可能な医療機関が存在しないなど、特別な理由の存在する医療機関
 - ・ 地域医療の確保に必要な医療機関であって、
 - ― 周産期医療、小児救急医療機関、精神科救急等、公共性と不確実性が強く働く医療を提供している場合
 - ― 脳卒中や心筋梗塞等の心血管疾患の急性

期医療を担う医療機関であって一定の実績と役割がある場合など、5疾病5事業で重要な医療を提供している場合

- ・ その他在宅医療において特に積極的な役割を担う医療機関

2. 基金の交付要件として、追加的健康確保措置に取り組み、かつ、時短計画を定めるなどを条件に交付する。

3. 上記の総合的な取り組みに要する、ICT等機器、休憩室整備費用、改善支援アドバイス費用、短時間勤務要員の確保経費等をパッケージとして補助。

地域医療介護総合確保基金（医療分）に係る令和3年度配分方針等の事務連絡に添付されているQ&A Q1. 事業区分VIについて令和2年度に申請できなかった医療機関に関する措置はあるのか。

⇒2021年度限りの措置として前年度に事業区分VIを活用していない医療機関に限り、1床当たりの標準単価（133千円）を通常の2倍まで可とすることとする。

Q2. 前年度に事業区分VIを活用していない医療機関に限り、1床当たりの標準単価（133千円）を通常の2倍まで可とする（2021年度限りの措置）とは、どのような趣旨か。

⇒令和2年度から事業区分VIの事業が始まったが、時を同じくして、医療機関は新型コロナウイルス感染症への対応を優先せざるをえなくなっていることから、医師の働き方改革について対応できていなかった医療機関がその取り組みを開始するきっかけをつくる必要があるための措置である。

Q3. 本事業の対象医療機関であって、他の医療機関へ医師派遣を行うことによって当該派遣される医師の労働時間がやむを得ず長時間となる医療機関については、年の時間外・休日労働時間の上限が960時間を超えた36協定の締結や、締結の検討にかかわらず対象とするとは、どのような趣旨か。

⇒令和2年12月に「医師の働き方改革の推進に関する検討会」中間とりまとめがなされ、副業・兼業についても、地域全体での医療提供体制の確保の観点から必須とされるものがあることから、

地域医療確保暫定特例水準の中に、副業・兼業先での労働時間と通算して時間外・休日労働の上限を年1,860時間とする水準（連携B水準）を設けることとされた。地域医療提供体制を確保するため大学病院などからの医師派遣によって成り立っているという現状を踏まえ、時間外労働規制適用の際の大学病院などによる医師の派遣の引き上げ等が懸念される中、医師派遣を行う当該医療機関において、連携B水準を活用しながら、副業・兼業先医療機関等と地域医療提供体制の確保に配慮した、シフト調整、副業・兼業先も含めた労働時間短縮の取り組みなど、派遣を継続しつつ丁寧な調整が行われることを支援するため、これを対象とすることとする。

前月等に労働時間を把握した際、月の時間外・休日労働が80時間を超える医師が1人でもいる場合には36協定の見直しを検討することで、当該医療機関は対象となりえるが、もしそうした医師がいない場合であっても、医師派遣を行うことで副業・兼業先も含めて月の時間外・休日労働が80時間を超える医師が1人でもいる場合や、自院や派遣先の医療機関、及びこれらの属する医療圏の急な医療需要の増、医師数の減等となって、こうした長時間労働が生じることが見込まれる場合等も対象となる。

Q4. 医療提供に関する実績について、緊急事態宣言期間の実績を控除し、同等の期間を遡及して実績を求めることなど、診療報酬の特例に準じた取り扱いとするとあり、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その26）」（令和2年8月31日 厚生労働省保険局医療課事務連絡）等とあるが、具体的にはどのような取り扱いとなるのか。

⇒新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いとして、これまで累次にわたる取扱いがなされてきたが、令和2年8月31日付事務連絡においては、「2. 患者及び利用者の診療実績等に係る要件の取扱いについて」において、一定期間の実績を求める要件等の臨時的な取扱いが示され、例えば地域医療体制確保加算における「救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000台以上である

こと」等についても同様の取扱いがなされることとなっている。

もともと事業区分VIにおいても、診療報酬と連続した要件設定としてきたことから同様に算定できるような対応ができるようにする措置である。また、今後、新たに診療報酬上の臨時的な取扱いが示された場合においても、診療報酬と齟齬がでないように対応できるようにするための措置である。

Q5. この事業区分VIにより、当該医療機関の作成する「勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」に基づき、医師も含めて利用できる院内保育事業や病児病後児保育等にも活用を可能であるとのことであるが、通常は事業区分IVで実施している場合でも事業区分VIを活用できるということか。

⇒すでに事業区分IVで実施している分については、引き続き実施していただくことができるが、例えば事業区分VIを活用する医療機関の場合には、交付された事業区分VIに係る補助金を医療機関の時短計画の一環として活用することも可能（この場合、当該都道府県の行う事業区分IVによる補助を重複して受けることはできない）であり、また、当該都道府県の院内保育事業に例えば病事後保育に対する加算等がないなど、都道府県による補助がなされない部分のみに当該経費に充てることも可能と考えている。

Q6. このほか、令和2年度と令和3年度の取扱いの違いはあるか。

⇒申請が円滑に進むよう、様式について一部見直しを検討している。

Q7. 医療機関の作成する「勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」について、労働時間が短縮できなかったときは返還させる必要があるか。

⇒上記計画は作成し取り組むことが重要であり、2024年度において実際に労働時間の短縮を達成することまで要件としてはいない。当然、その短縮目標が達成できなかったことをもって当該医療機関に返還させるものではない。むしろ、各都道府県医療勤務環境改善支援センターにおいて、そのような医療機関に対し、取り組みを支援する必

要があると考えられる。

Q8. 医療法等の改正法案も国会に提出されており、医師の時間外労働規制への対策として、今後、医療勤務環境改善支援センターにおける上記助言、事務の増加及びこれに要する経費の増加が見込まれるとのことであるが、具体的にどのような業務がどのくらい考えられるか。

⇒医療法の改正がなされた後にはその周知や、時短計画策定支援をはじめとする、令和２年１２月に出された「医師の働き方改革の推進に関する検討会」中間とりまとめに記載されたような医療機関への支援が考えられるので、当該都道府県における医療機関数など勘案し、幅広く対応できるよう経費を計上していただく必要がある。

3. 厚生労働省「医師の働き方改革の推進に関する検討会中間とりまとめ」について

日本医師会常任理事 城守 国斗
「医師の働き方改革の推進に関する検討会」につ
いて

医師に対しては、2024 年 4 月から時間外労働の上限規制が適用される。その規制の具体的内容等について検討した「医師の働き方改革に関する検討会」において、労働基準法体系において定

める上限規制と医事法制・医療政策における対応を組み合わせ、医師の診療業務の特殊性を踏まえた働き方改革を推進していくことを内容とする報告書がまとめられた。これを受け、当該報告書において引き続き検討することとされた事項について、有識者の参集を得て具体的検討を行う。

病院常勤勤務医の週労働時間の区分別割合

平成 28 年と令和元年を比較すると、全体的に令和元年度の方が、長時間労働は若干減っているが、働き方改革としてはまだまだ進んでいない。平成 28 年には年 1,904 時間以上の時間外労働をしている医師が約 10% 存在した。令和元年の上位 10% の時間外労働は年 1,824 時間以上である。2024 年までにこれらの人たちの時間外労働時間を 1,860 時間以内に返すことが、この制度の基本になる。

この検討会では労働側の委員もいたので、議論は紛糾し数字が決まった。

医師の時間外労働規制について（図1）

B水準の左に新に「連携B」ができた。推進検討会において、副業・兼業という概念をどのように扱うかということで、従来から労基法では通算するということになっていたが、再議論された。結果的に通算するということにはなったが、自院

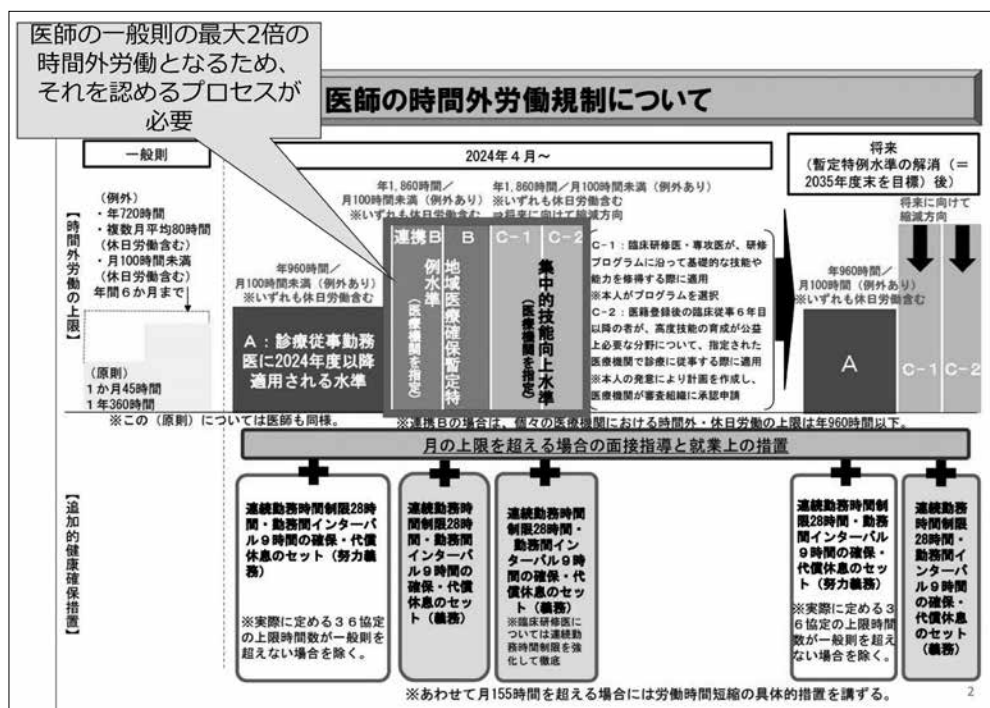


图 1

で960時間以内に収まっているものの、副業・兼業を足すと960時間を超える場合は、連携Bが新たに制度設計された。B、連携B、C水準は一般則の倍近く労働することになり、医師の健康確保の観点から、何らかの追加的な健康確保措置が必要であるので、図1（前頁掲載）の下のように、連続勤務時間、勤務間インターバル、代償休息の3点セットが、A水準の医療機関では努力規定であるが、B・C水準では義務規定となっている。2035年には、連携BとBは解消されるという制度設計になっている。C水準は、今後、研修期間が適切であるかということと、医療の質とのバランスを見ながらの継続が、検討課題となっている。

B・連携B・C水準の対象医療機関の指定要件(表1)

B・連携B・C水準の医療機関は都道府県が指定する。ただし、C-2水準の「特定高度機能を有する医師の育成・研鑽に十分な環境がある」かどうかの審査は、国レベルの審査組織による個別審査を想定している。また、労働時間短縮計画、労働時間短縮の取り組みや追加的健康確保措置の実施体制の整備を評価する項目もある。

各水準の指定と運用を受ける医師について

A水準以外の各水準は、指定を受けた医療機関に所属する全ての医師に適用されるのではなく、

指定される事由となった業務やプログラム等に従事する医師にのみ適用される。所属する医師に異なる水準を適用させるためには、医療機関はそれぞれの水準についての指定を受ける必要がある。

参考：連携（B）水準対象医療機関

医療機能：医師の派遣を通じて、地域の医療提供体制を確保するために必要な役割を担う医療機関（例：大学病院、地域医療支援病院等のうち当該役割を担うもの）。

長時間労働の必要性：連携（B）水準が適用されるのは、医療機関内の全ての医師ではなく、自院において予定される時間外・休日労働は年960時間以内であるが、上記機能を果たすために、やむなく、他の医療機関での勤務と通算での予定される時間外・休日労働が年960時間を超える医師に限られる（連携（B）水準の指定のみを受けた場合の、個々の医療機関における36協定での時間外・休日労働時間の上限は年960時間）。

追加的健康確保措置（B・C）

連続勤務制限：宿日直許可がなければ28時間まで。C-1水準の臨床研修医は15時間が基本であるが、特殊な場合は24時間まで。その場合、勤務間インターバルも24時間となる。

勤務間インターバル：宿日直許可なし⇒18時

B・連携B・C水準の対象医療機関の指定要件					
※要件となる項目に○					
	B水準	連携B水準	C-1水準	C-2水準	備考
1 医療機関機能	○	○			
2 臨床研修病院又は専門研修プログラム認定医療機関である			○		
3 特定高度機能を有する医師の育成・研鑽に十分な環境がある				○	設備、症例数、指導医等につき審査組織（国レベル）の個別審査を想定。
4 36協定において年960時間を超える時間外・休日労働に関する上限時間の定めをする必要がある	○		○	○	
副業・兼業先での労働時間を通算すると、時間外・休日労働が年960時間を超える必要がある		○			
(必要性について、合議での確認)	都道府県医療審議会の意見聴取	都道府県医療審議会の意見聴取	地域医療対策協議会及び都道府県医療審議会の意見聴取	審査組織及び都道府県医療審議会の意見聴取	
(必要性について、実績面の確認)	労働時間短縮計画に記載の実績値で判断	労働時間短縮計画に記載の実績値で判断	プログラム全体及び各医療機関の明示時間数（時短計画実績値とも整合）で判断	労働時間短縮計画に記載の実績値で判断	
5 都道府県医療審議会の意見聴取	○	○	○	○	実質的な議論は、医療審議会に設けられた分科会や地域医療対策協議会等の適切な場において行うことを想定
6 労働時間短縮計画が策定され、労働時間短縮の取組や追加的健康確保措置の実施体制の整備が確認できる	○	○	○	○	年1回都道府県へ提出
7 評価機能の評価を受けている	○	○	○	○	過去3年以内に受審していること
8 労働関係法令の重大かつ悪質な違反がない	○	○	○	○	過去1年以内に送検・公表されていないこと

表1

間、宿日直許可あり⇒9時間、C-1水準の臨床研修医⇒9時間を必ず確保。

代償休息：C-1水準の臨床研修医以外で連続勤務制限及び勤務間インターバルを実施できなかった場合⇒代償休息。

勤務間インターバル制度とは

1日の勤務終了後、翌日の出務（勤）までの間に、一定時間以上の休息時間（インターバル）を確保する仕組み。

面接指導

追加的健康確保措置を講じていても、勤務が長時間に亘る場合は、面接指導が必要であり、疲労度の確認等を行う。B・Cは、当月の時間外・休日労働が100時間に到達する前に面接指導を受ける。Aは100時間到達後でもよい。面接指導実施医師は、産業医又は講習（認定産業医の講習を絞った形で、現在その内容を策定中）を受けた医師である。月155時間超となった場合、翌月には労働時間短縮のための就業上の具体的な措置をとる。

面接指導の実施方法について

STEP1. 睡眠及び疲労の状況の確認：当該月に100時間以上の時間外・休日労働が見込まれる医師（例えば、前月又は当月の時間外・休日労働が80時間を超えている者）を抽出し、時間外・休日労働が月100時間以上となる前に、睡眠及び疲労の状況等、以下の事項について確認を行う。

- ＜確認事項＞ 1) 前月の休日・時間外労働時間（副業・兼業も自己申告により通算する）。 2) 直近2週間の1日平均睡眠時間（可能であればアクチグラフ等の客観的指標を用いる）。 3) 「労働者の疲労蓄積度の自己診断チェックリスト」。 4) 面接指導の希望。

STEP2. 面接指導：労働安全衛生法に基づく長時間労働者に対する面接指導において確認を行う事項（勤務、疲労の蓄積及び心身の状況）に加え、睡眠負債の状況を確認する。また、医師についてはバーンアウト（燃え尽き）のリスクが高いことを踏まえ、ワークエンゲイジメント（熱意・没頭・活力）とバーンアウト（燃え尽き）の相違も念頭に置きつつ、評価を行う。

- ＜確認事項＞ 1) 勤務の状況、2) 睡眠負債の

状況、3) 疲労の蓄積の状況、4) 心身の状況（うつ症状や心血管疾患のリスク等）。必要に応じて睡眠や休息等に関する助言や保健指導を行う。

STEP3. 報告書・意見書の作成：面接指導に基づき、本人への指導区分及び就業区分を判定し、報告書及び意見書を作成の上、管理者に報告する。報告書・意見書の作成に当たっては、必要に応じて産業医、院内の専門科又は専門医療機関と連携することが望ましい。

＜本人への指導区分＞ 複数回答可。

0. 措置不要、1. 要保健指導、2. 現病治療継続又は医療機関紹介。

＜就業区分＞

0. 通常勤務、1. 就業制限・配慮、2. 要休業。

医療提供体制の変化を踏まえた応召義務のあり方について

ここで、応召義務の新たな解釈等を検討する前提として、応召義務の法的性質を改めて以下のとおり確認する。

- ・応召義務は、医師法に基づき医師が国に対して負担する公法上の義務であるが、刑事罰は規定されておらず、行政処分の実例も確認されていない。
- ・応召義務は、私法上の義務ではなく、医師が患者に対して直接民事上負担する義務ではない。

「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会」について

医師に対して時間外労働の上限規制が適用される2024年4月に向けて、労働時間の短縮を着実に推進していくことが重要である。「医師の働き方改革に関する検討会 報告書」では、労働時間短縮を強力に進めていくための具体的方向性の一つとしてタスク・シフティング/シェアリングが挙げられた。現行制度の下でのタスク・シフティングを最大限推進しつつ、多くの医療専門職種それぞれが自らの能力を活かし、より能動的に対応できる仕組みを整えていくため、関係職能団体等30団体からヒアリングを行った。ヒアリングの内容を踏まえて、タスク・シフト/シェアの具体的な検討を有識者の参集を得て行う。

上手な医療のかかり方の普及・啓発

医療関係者だけの努力では医師の働き方改革

は難しいため、国民に対しても、上手な医療のかかり方を普及・啓発するという取り組みも同時に行われている。市民、医療提供者、行政及び企業の役割等について一定程度議論を重ね、令和元年度から以下の活動を行っている。1.「みんなで医療を考える月間」の実施、2.アワードの創設、3.国民全体に医療のかかり方の重要性に気づいてもらうための普及啓発（CM等各種広告、著名人活用等）、4.信頼できる医療情報サイトの構築、5.#8000・#7119（存在する地域のみ）の周知、6.小・中学校及び母親学級等で医療のかかり方改善の必要性和好事例の普及啓発、7.民間企業における普及啓発

2024年4月に向けたスケジュール

都道府県の指定を受けようとする場合は、第三者評価を受審する前までに時短計画案を作成しなければならない。本年度中には作成しないと間に合わない。さらに、医療機関勤務環境評価センターによる第三者評価（労働時間実績や時短の取り組み状況を評価）を受けて、都道府県による特例水準医療機関の指定（医療機関からの申請により）が行われる。C-1水準では臨床研修・専門研修プログラムにおける時間外労働時間数の明示、C-2水準では審査組織による医療機関の個別審査（特定の高度な技能の教育研修環境を審査）も必要である。

4. 医師の働き方改革における個別論点（評価機能事業、宿日直・研鑽の取扱い、兼業・副業等）について

日本医師会常任理事 松本 吉郎

評価機能による評価の準備

B・連携B・C水準の対象医療機関の指定要件（表1、P456掲載）

「労働時間短縮計画が策定され、労働時間短縮の取組や追加的健康確保措置の実施体制の整備が確認できる」ことを年1回、都道府県に提出しなければならない。また、「評価機能の評価」を過去3年以内に受審していなければならない。

「評価機能」（仮称）の設置準備

「医師の働き方改革に関する検討会 報告書」において、医療機関における医師の長時間労働の実

態及び労働時間短縮の取り組み状況を客観的に評価し、当該医療機関や都道府県に結果を通知し、必要な取り組みを促す機能（評価機能）を設置することが求められている。2022年度にはこの評価を始めなければならないという命題があるので、2021年度には運営の準備をしなければならない。また、2024年4月からB又はC水準の指定を受ける医療機関は、医師労働時間短縮計画等について、評価機能による事前の評価を受ける必要がある。2024年以降は3年おきのサイクルで改めて評価するという流れが考えられている。

評価機能は労働時間短縮への取り組みを行う医療機関に対して取り締まったり、罰則を与えるものではなく、体制が整備されていない医療機関に対し、取り組みの支援を行っていくものである。

医師労働時間短縮計画の項目例（案）

必須記載事項には、1)労働時間数、2)労働管理・健康管理、3)意識改革・啓発、4)策定プロセスが含まれている。任意記載事項（労働時間短縮に向けた取り組み）には、タスク・シフト/シェア、医師の業務の見直し、その他の勤務環境改善、副業・兼業先の労働時間の管理が含まれている。

C-2水準の審査組織について

C-2水準の審査組織について（案）

審査組織については、特定高度技能の特定や審査業務に相当の専門性が必要になると想定されることから、学術団体等に協力を得る必要があるが、具体的な組織の運営方法については、厚生労働省からの委託等の形とし、各領域の関連学会から審査への参加や技術的助言を得ることとする。2036年3月をもって、B水準は解消することになっている。しかしながら、C-2水準はその後継続される。それでも時間外労働を減らす努力は求められる。審査組織では、1)特定高度技能の特定、2)医療機関の教育研修環境の審査、3)特定高度技能研修計画の審査が行われる。

個別の主な留意点（労働時間の把握・36協定・安全衛生管理体制）

労働時間の把握

病院内に滞在している時間のうち、実作業時間・

手待ち時間は労働時間である。宿・日直時間は、労基署長の許可があれば労働時間ではなく、許可がなければ労働時間である。自己研鑽時間は、労働時間外の申請・確認があれば労働時間ではない。労働時間外の申請・確認がなければ労働時間とみなす。仮眠時間は、労働からの開放時間であれば、休憩時間である。手待ち的不活動時間であれば労働時間である。私用・休憩時間・自由時間は労働時間ではない。

労働時間の適正な把握のために～使用者が講ずべき措置に関するガイドライン（厚労省）～

【労働時間の考え方】

○労働時間とは使用者の指揮命令下に置かれている時間であり、使用者の明示又は黙示の指示により労働者が業務に従事する時間は労働時間に当たる。

○例えば、参加することが業務上義務づけられている研修・教育訓練の受講や、使用者の指示により業務に必要な学習等を行っていた時間は労働時間に該当する。

【労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置】

○使用者は、労働者の労働日ごとの始業・終業時刻を確認し、適正に記録する。

(1) 原則的な方法

- ・使用者が、自ら現認することにより確認する。
- ・タイムカード、ICカード、パソコンの使用時間の記録等の客観的な記録を基礎として確認し、適正に記録する。

(2) やむを得ず自己申告制で労働時間を把握する場合

- ・自己申告を行う労働者や、労働時間を管理する者に対しても自己申告制の適正な運用等ガイドラインに基づく措置等について、十分な説明を行う。
- ・自己申告により把握した労働時間と、入退場記録やパソコンの使用時間等から把握した在社時間との間に著しい乖離がある場合には実態調査を実施し、所要の労働時間の補正をする。
- ・使用者は労働者が自己申告できる時間数の上限を設ける等適正な自己申告を阻害する措置

を設けてはならない。さらに36協定の延長することができる時間数を超えて労働しているにもかかわらず、記録上これを守っているようにすることが、労働者等において慣習的に行われていないか確認する。

○賃金台帳の適正な調製

使用者は、労働者ごとに、労働日数、労働時間数、休日労働時間数、時間外労働時間数、深夜労働時間数といった事項を適正に記入しなければならない。

すべての医療機関がまずは労働時間の適正把握を

○まずは労働時間を把握しよう！

- ・労働時間を適正に把握し、時間外労働時間がどのくらいあるのかを確認する
- ・医師以外の職種と医師の時間外労働時間により、36協定届の内容を確定させる
- ・すべての医師の労働時間を同じルールに従い把握し、960時間を超えるのかどうかの確認をして、自院の「水準」を予想

○職員（医師も多職種も管理職も）すべてに考え方を周知しよう！

- ・始業、終業時刻の把握だけでは不十分
- ・所定労働時間以外の時間が、「労働」なのか、「休息」なのか、「自己研鑽」なのかを判断できるルールを作る

できるだけ時間外労働を削減するには

【チェックしてみよう】

- ・仕事の仕方に無駄がないか
- ・時間内で仕事を終わらせるという意識が欠如していないか
- ・優秀な部下に業務が集中してしまっていないか
- ・仕事の進め方を工夫しているか
- ・必要のない仕事までしていないか
- ・労働時間が長いほど評価されると思っていないか
- ・早めの退社がしにくい雰囲気はないか
- ・時間外労働の申請ルールが明確になっているか
- ・付き合い残業になっていないか
- ・残業の可否を上司に確認するというプロセスが存在するか
- ・一人一人の仕事の進め方、意識に原因はないか

36協定届について

労働基準法第36条「法定労働時間(週40時間)

を超えて労働させる場合、休日労働をさせる場合は、あらかじめ労使で書面による協定を締結し、労基署へ届け出なければならない。」

- ・8時間を超えることはありませんか。
- ・法定休日に出てもらうことは皆無ですか。
⇒なければ届出の必要はありません。

36 協定を労基署へ届けていない場合、また労使協定を上回る時間外労働・休日労働をさせた場合は法違反となる。

- ・実態が協定届の内容とかい離していませんか。

新型コロナウイルス感染症の労働法令での取り扱い(厚労省「新型コロナウイルスに関する Q&A(企業の方向け)」令和2年11月13日時点版)

＜労働基準法第33条の適用＞

問3. 新型コロナウイルスの感染の防止や感染者の看護等のために労働者が働く場合、労働基準法第33条第1項の「災害その他避けることができない事由によって、臨時の必要がある場合」に該当するか。

⇒新型コロナウイルスに関連した感染症への対策状況、当該労働の緊急性・必要性などを勘案して個別具体的に判断することになるが、今回の新型コロナウイルスが指定感染症に定められており、一般に急病への対応は、人命・公益の保護の観点から急務と考えられるので、労働基準法第33条第1項の要件に該当し得るものと考えられる。

＜労働基準法第33条第1項＞

(災害等による臨時の必要がある場合の時間外労働等)

災害その他避けることのできない事由によって、臨時の必要がある場合においては、労働時間を延長し、休日に労働させることができる。ただし、事態急迫のために行政官庁の許可を受ける暇がない場合においては、事後に遅滞なく届け出なければならない。

「産業医」の選任義務

産業医の役割は大事であり、特に病院における産業医の役割は非常に大事である。事業者は、業種を問わず、常時50人以上の労働者を使用する事業場ごとに、医師のうちから産業医を選任しなければならない。職務は主に労働者の健康管理等である。少なくとも毎月1回(定期的な情報提

供を受ける場合は2か月に1回)、作業場等を巡視し、作業方法又は衛生状態に有害のおそれがあるときは、直ちに、労働者の健康障害を防止するための措置を講じなければならない。

「衛生管理者」の選任義務

事業者は、業種を問わず、常時50人以上の労働者を使用する事業場ごとに、衛生管理者を選任しなければならない。職務は、主に衛生に係る技術的事項の管理で、少なくとも毎週1回作業場等を巡視し、設備、作業方法又は衛生状態に有害のおそれがあるときは、直ちに、労働者の健康障害を防止するための措置を講じなければならない。

「衛生委員会」の設置

事業者は、業種を問わず、常時50人以上の労働者を使用する事業場ごとに、衛生委員会を設けなければならない。調査審議事項は、労働者の健康障害を防止するための対策、労働者の健康の保持増進のための対策など。

主な「健康診断等」

○一般健康診断(雇入時の健康診断、定期健康診断、特定業務従事者の健康診断、給食従業員の検便)

事業場におけるさまざまな因子による健康への影響を早期に発見し、労働者個人、事業場全体の総体的健康状況の把握により、健康障害や疾病の早期発見だけでなく保健指導・作業環境管理を行う重要な基礎データとなる。

○特殊健康診断(有害業務従事者の特殊健康診断)

労働衛生上健康に有害な業務に従事する労働者を業務上の疾病から予防し、また業務上の健康障害や疾病を早期に発見することを目的とする。

○面接指導等

休憩時間を除き1週間当たり40時間を超えて労働させた場合におけるその超えた時間が1か月あたり80時間を超え、かつ疲労の蓄積が認められる者を対象に行う(安衛法上)。早めに支援の手を差し伸べることが大事である。

年次有給休暇の計画的付与制度

有給休暇の内、5日を超える分(よって6日以上付与される者が対象)については、「労使協定」を結べば、計画的に休暇取得日を割り振ることができる制度。

宿日直の取扱い

医療法第16条の「宿直」（いわゆる「当直」）と
労基法第41条の「宿直」は同じではない

- ・労基法上の「宿直」は、「宿日直許可」があれば労働時間に含めない。許可がなければ実労働時間として算定する。
- ・許可があれば、当直途中に緊急対応などをした場合、その時間だけが労働時間として算定される。
- ・許可を得ていても、緊急対応が恒常的であると、当直（宿日直）と認められず、取り消しも有り得る。
- ・許可のある当直（宿日直）は労働時間に含めないの、連続勤務制限にも係らず、勤務間インターバルも取れる。

「宿日直許可」を受けていますか

許可がなければ労働時間となる。申請書は様式10号で統一された。

「宿日直許可」を得るための取り組み例

- ・1名の「夜勤」医師は実働で勤務、同じ時間帯に「当直」を置き緊急対応をしてもらう体制。
- ・別の診療科の医師が夜勤、緊急対応が必要であればオンコールで専門医を呼ぶ。
- ・夜間後半は救急件数が減少するため、午後11時から翌朝8時までを当直時間帯にする。
- ・在籍医師の間で適正に当直回数を割り振ることへの理解を得る（ベテランもローテーション入り）。
- ・非常勤医師の活用。

宿日直許可の必要書類

「断続的な宿直又は日直勤務許可申請書」

【添付書類】

- ・病院（病棟）の図面（巡回する場所と当直室に印をつける）
- ・専用の宿直室の有無、広さ、寝具の種類・数量、冷暖房設備、防蚊設備等について、見取図や資料、写真等
- ・医師宿日直日誌コピー（1か月分）
- ・医師宿日直マニュアル
- ・医師月間勤務表（1か月分）
- ・タイムカード（1か月分）
- ・賃金台帳（直近3か月分）

※添付書類は上記のもの以外にも求められることがあるので、事前に労働基準監督署へ確認を。

オンコール

○オンコール勤務とは

- ・休日・診療時間外に緊急時に備えて院外で待機する勤務。
- ・労働基準法上の定めはなく、オンコール待機時間について、行動の自由が認められていて拘束を受けていないような場合は、基本的には労働時間として扱わなくてよいと考えられる。
- ・通常、待機時間に対する賃金はなく、実際に出勤など業務を行った場合に時間外手当が発生する⇒労働基準法上の定めがないため、取扱いルールや運用が医療機関によってさまざまである。

○制限される日常生活

- ・就寝時にもすぐ起きられるよう携帯電話を枕元に置く
 - ・飲酒を控える
 - ・遠出を控える
- ⇒オンコール勤務は精神的、身体的な負荷が大きいため、医療機関によってオンコール手当を支給していることがある。

副業・兼業

副業・兼業の状況

病院常勤勤務医において、約6割は主たる勤務先以外での勤務を行っている。大学病院常勤勤務医においては、9割以上が複数の医療機関で勤務している。主たる勤務先である大学病院での勤務時間が週60時間（年間時間外・休日労働960時間換算）の範囲内に収まる医師は全体の76.2%であるが、兼業先での勤務時間を通算すると週60時間を超過する（連携Bに相当）医師が全体の23.3%と、大学病院以外の医師よりもその割合が高い。

副業・兼業の場合の労働時間管理に関する論点及び整理事項～簡便な労働時間管理の方法～

- ・副業・兼業者は突発的な業務発生が予想されるため、労働時間管理は自己申告をベースとし、医療機関は把握した勤務時間に基づき、追加的健康確保措置の実施の義務を負い、シフトを組む。
- ・原則的に自己申告してもらい、連続勤務時間制限・勤務間インターバルを遵守できるシフトを組む（事後申告の場合は代償休息）。

副業・兼業を行う医師の労働時間管理等

1) 主たる勤務先からの派遣によるもの：主たる勤務先は、派遣先における勤務を含めて、時間外労働の上限規制、連続勤務時間制限、勤務間インターバルを遵守できるようなシフトを組む。

2) 医師個人の希望に基づくもの：1)と同様の考え方を前提として、副業・兼業先の勤務予定を入れ、自己申告する。

＊突発的な業務の発生も想定して時間設定をすること。

＊代償休息の発生がなく、月100時間以上になるおそれもない場合は、翌月に1か月まとめた自己申告でよい。

＊大学院生に関しては、診療に従事している時間は労働時間、それ以外の研究に関する時間は学生としての時間（個別判断）。

3) 時間外労働の割増賃金の取扱い：使用者Aは自らの事業場における法定外労働時間の労働について、使用者Bは自らの事業場における労働時間の労働について、それぞれ割増賃金を支払う。（Aに所定外労働がある場合[A・Bで所定外労働が発生しうる場合]）

研鑽の取扱い

医師の労働時間にかかる論点の取扱い(研鑽)（「医師の研鑽に係る労働時間に関する考え方について」(令和元年7月1日付け基発0701第9号)、「医師等の宿日直許可基準及び医師の研鑽に係る労働時間に関する考え方についての運用に当たっての留意事項について」(令和元年7月1日付け基監発0701第1号)）

研鑽が労働時間に該当するかどうかについては「使用者の指揮命令下に置かれているかどうか」により判断することとなる。現場における医師の研鑽の労働時間管理の取り扱いについて、その考え方と、適切に取り扱うための手続きを通達で示している。

「自己研鑽」を明確化する

医療機関には、研鑽の労働時間該当性を明確化するための手続きや環境の整備が求められている。

1) 業務との関連性、制裁等の不利益の有無、上司の指示の範囲を明確化する手続き。

・労働に該当しない研鑽を行う場合、医師自らが、その旨を上司に申し出る。

・申出を受けた上司は、申し出た医師との間において、それらの妥当性などについて確認を行う。

2) 診療体制には含めず、診療等の通常業務への従事は指示されない（突発的な必要性を除く）。

3) 院内に勤務場所とは別に、労働に該当しない研鑽を行う場所を設ける等。

4) 医療機関ごとに研鑽に対する考え方、手続き、その取り扱い等を明確化し、書面等にて示し、職員に周知する。

例えば、院内カンファレンスについて、①出席が義務とされ労働時間にカウントされる、②出席義務はなく労働時間にカウントしない、を明確に示すといったことが医療機関に求められる。

医師の「自己研鑽」に係る労働時間

・所定労働時間内の、使用者に指示された勤務場所（院内等）における研鑽に係る時間は労働時間。

・所定労働時間外の、上司の指示（明示・黙示）により行われる研鑽に係る時間は労働時間。

＊時間外の研鑽については、医師が自発的に行うものも少なくない。業務上必須でない見学を、自由な意思に基づき、所定労働時間外に自ら申し出て、上司の明示・黙示による指示なく行う場合、当該見学やそのための待機時間については、在院して行う場合であっても、一般的に労働時間に該当しないと考えられる。ただし、見学中に診療を行った場合については、当該診療を行った時間は、労働時間に該当すると考えられ、また、見学中に診療を行うことが慣習化、常態化している場合については、見学の時間全てが労働時間に該当する。

さまざまな労働時間制度**労働時間制の比較（表2）**

・フレックスタイム制は、一定の期間についてあらかじめ定めた総労働時間の範囲内で、労働者が日々の始業・就業時刻、労働時間を自ら決めることのできる制度。

・専門業務型裁量労働制でも一般事業者と同様の就業形態である。無制限の労働契約が締結できるわけではない。専門業務型裁量労働制は自院の中だけに適用されるので、副業・兼業先の医療機関

での宿日直業務については、今後議論になるし、整理していかなければならない課題である。

5. 協議【事前に寄せられた質問への回答】

回答：日本医師会常任理事 松本 吉郎

質問1：医療機関として連携B・B・C水準の適用が認められた後、どの診療科がB水準でどの医師（個人）が連携Bなのかなど、細かく指定する方法はどのようになるか。

回答：指定は医療機関単位で行われるが、その医師への水準の適用の管理と整理は各医療機関で実施していただく必要がある。具体的な適用医師の検討はこれからである。極力、医療機関の負担にならないように働きかけていく。

質問2：法律の施行は当初の予定通り2024年度からとなるか。コロナ対応の影響で、期間内での検討に遅れが生じているため、移行期間として多少猶予を設けていただけると大変助かる。

回答：コロナウイルス感染症の影響でより厳しい状況になったときに、取り組めない医療機関があることは当然と思っているが、現時点ではできるところから少しずつ取り組んでいただきたい。2024年が絶対的なものとは考えていないが、法

令が通るとそのように進めることとなる。現実問題としてどうしようもない状況になった場合には、日医としてスケジュールの延期や然るべき措置を主張していきたい。

質問3：勤務間インターバル制度で、特別な事情がある場合は例外的に出勤が認められるのか。認められるとすればどのような場合か。

回答：原則として勤務間インターバルは実施していただく必要がある。急患への対応等のやむを得ない事情がある場合には、例外的に、勤務間インターバル規制による休息時間の途中であっても診療に従事することが可能である。ただし、代償休息を取っていただくことになる。

質問4：医師の働き方改革は、5年間の猶予期間があったとはいえ、その改革内容はやっと昨年末に中間とりまとめが決まり、今年2月の医療法改正に一部示された状況であり、細部は確定されていない。また、改革を実施する医療機関では、2020年からのコロナ禍により、人的にも経営的にも疲弊し極度に追い詰められた状態にある。医師の働き方改革を進める基本認識に、「わが国の医療は、医師の自己犠牲的な長時間労働により支

労働時間制の比較		出所：日本医師会「医師の特殊性を踏まえた検討委員会」答申（R2.6月）					
		通常の労働時間制	変形労働時間制	フレックスタイム制	専門業務型裁量労働制	【参考】高度プロフェッショナル制	
1日・1週の所定労働時間の長さ		1日8時間、1週40時間以内	1週平均40時間以内であれば、8時間を超える日、40時間を超える週が可能	制約なし（清算期間平均で週40時間以内）	1日8時間、1週40時間以内	1日・1週の所定労働時間の長さ	制約なし
始業・終業時間（労働時間としての拘束）		事業者が指定	事業者が指定	コアタイムのみ事業者が指定。それ以外は労働者が自由に設定。	始業・終業時間の拘束はない	始業・終業時間（労働時間としての拘束）	始業・終業時間の拘束はない
活動の自由度		始業・終業時間内は原則すべて労働	始業・終業時間内は原則すべて労働	コアタイム ^{※1} 内は原則労働だが、それ以外はフレックスタイム ^{※2} の範囲内で労働者が自由に設定。（注）	自由	活動の自由度	自由
対象医師の制約		診療に従事する医師	診療に従事する医師	診療に従事する医師	・大学病院のみが対象 ・研究がメイン（労働時間の半分以上）であることが要件	対象者の制約	・医師は対象外 ・年収1075万以上（金融商品開発、ディレッシング業務など）
2024年度以降の医師の労基法上の時間外労働時間上限		原則960時間 特例1,860時間	原則960時間 特例1,860時間	原則960時間 特例1,860時間	原則360時間、特別条項720時間 ＊休日労働は含まない	労基法上の時間外労働時間上限	なし
時間外割増賃金 深夜割増賃金 休日割増賃金		支給される	支給される	支給される	支給される	時間外割増賃金 深夜割増賃金 休日割増賃金	支給されない
法定休日		あり	あり	あり	あり	法定休日	なし（年104日以上の日を必ず確保）
2024年度以降の医師の健康確保措置		労働安全衛生法+医療法上の措置（勤務間インターバル等）	労働安全衛生法+医療法上の措置（勤務間インターバル等）	労働安全衛生法+医療法上の措置（勤務間インターバル等）	労働安全衛生法+健康福祉確保措置（労使協定で定める）	健康確保措置	労働安全衛生法+特別な健康確保措置（2週間の連続休暇、勤務間インターバル等から選択、健康管理時間）

（注）※1 コアタイム：労働者が1日のうちで必ず働かなければならない時間等です。必ず設けなければならないものではありませんが、これを設ける場合には、その時間間の開始・終了の時刻を協定で定める必要があります。
※2 フレックスタイム：労働者が自らの都合によって労働時間を決定することができる時間等のことです。フレックスタイム中に勤務の中断を行うことも可能です。
【参考】フレックスタイム制のわかりやすい解説と導入の手引き <https://www.mhlw.go.jp/content/000476042.pdf>

表2

えられており、危機的な状況にあるという現状認識を共有することが必要である」とする以上、医療機関及び医師を更に追い詰める罰則付きの改革は実施するべきではない。少なくとも2024年4月からの罰則部分の適用については、当分の間、延期願いたい。

回答：罰則部分が厳しいというお話である。質問2への回答のとおり。

質問5：宿日直について。①令和元年7月1日付け基発0701第8号記1(2)にて「特殊の措置を必要としない軽度の又は短時間の業務に限ること。」「問診等による診察等（軽度の処置を含む。以下同じ。）」について、具体的に考えられる処置や業務の内容は。②①の内容については、全国的な統一基準というものは考えられるか。③同様に記2における「稀にあったとき」について、各医療機関により認識が異なることが予想される。医師会としての考え、又はこの点における行政とのやり取り等で開示いただける情報があるか。

回答：好事例を集めた上で参考になる情報が提供できればと考えている。頻度の問題は難しく、例えば1週間の当直でどの程度の頻度があるのか等、統一基準はない。逆に統一することで問題が生じることもある。まずは事例を集めて次に生かしていくことが望ましい。地域や人員体制によって異なる。ハードルが高いものを下げて通れるものではないので、具体的にどのようにすれば許可がとれるのか、皆で考えていきたい。

質問6：医師の働き方改革の本来の目的は医師の労働の軽減であると理解している。確かに、年1,860時間の時間外業務は過剰である。しかしながら、臨床における研究業務や知識学習に患者のカルテ閲覧などが業務時間となると、960時間を超える勤務医は少なくないと思う。こうした現状を踏まえると、そもそも医師の労働時間を減らすための改革なのに、この改革では対象となる勤務医には書類の作成、提出の業務は確実に増える。さらに負担を増やすのは本来の主旨の本末転倒と考える。ぜひ、医師の業務に専念できるような働き方になるように、改革の内容をご検討いただきたい。

回答：研鑽については、厚労省が通知で考え方を示している。臨床における研究業務や知識学習のための患者のカルテ閲覧については労働時間に該当しない場合もあると思う。働き方改革は医師の労働時間をできる限り、無理なく減らしていくための改革である。書類の提出等に関して勤務医の負担を極力減らすことは大事な観点と思っている。

質問7：B水準、C水準とも、計画の1年ごとにPDCAサイクルを行うことが求められている。そのためには、個人の報告を求めることになると思う。医師に業務負担を増やすことにならないか(提出頻度の過剰負担)。

回答：自分の病院における労働時間の管理、派遣先の勤務時間の申告、自己研鑽の管理という業務が発生する。これらの報告は月1回でよいと考えている。時間の把握と健康をしっかりと考えていくことが大事である。月1回は報告していただいて、その後は病院側で対応することとなる。

質問8：連携B水準にはB水準に指定される機関指定がない。自院の医師が1人でも外勤を含めて960時間を超える可能性があれば「主たる勤務先」として連携B水準として申請が必要となると思う。地域の中核病院では病床数に限らず本水準に該当する可能性があり、対象機関は少なくともと考えられる。その時に3年に一度申請するとなると「審査組織」にかなりの負担がかかるのではないかと(対象機関の過剰と審査頻度の過剰負担)。

回答：多くの医療機関では、BやCは重なってくると思う。指定を受ける医療機関は1,500程度と考えている。評価機能として確実に対応できるような体制整備が必要であるので、厚労省にはしっかりと申し入れしながら進めていきたい。

質問9：B水準、C水準とも、医師個人で対象者と対象外の医師がいる。対象者は、ただでさえ業務で長時間を申請しているにもかかわらず、PDCAサイクルを回す「主たる機関」に情報を頻回に提出することになり、更なる業務負担が増え

る。特に、C-2水準に勤務する医師は「特定高度技能研修計画」を提出することが求められていて、詳細な内容の報告が求められている（勤務医の業務実態の報告の過剰負担）。

回答：健康確保措置を適切に実施していただくためには原則として毎月、副業・兼業先での労働時間を自己申告していただいて、医療機関がそれを管理する必要がある。申告する側も管理する側も負担と思うが、このところは最低限健康を確保して医療の質や安全を守るための取り組みなので、ご理解・ご協力をお願いしたい。PDCAを回すことは理想ではあるが、管理のための管理であってはならない。ご指摘の「特定高度技能研修計画」についてもできるだけ簡素化するように働きかけていく。

質問 10：B水準、C水準とも、医師の時間外の申請は週単位か、それとも月単位か。そもそも、誰も時間内にできれば時間外業務を行いたくないのである。時間外の業務はすべて計画できるものではなく、患者状態の急変や救急など不測の事態で時間外となること（あるいは時間外が増えること）が時間外の業務を増やす原因になる。こうしたことを毎回計画として立案して、その通りにすることができるのか（勤務医の報告業務の不安定性）。

回答：勤務計画は、来月およそ本院でこのくらい、派遣先でどのくらいという概要がわかるというイメージである。ここを詳しく出すのは現実的ではない。変更がなければ毎月は必要ないと思う。実際にどの程度の頻度で行ったらよいのか、半年に1回でよいのか、全く変更がなければ1年に1回でも可能と思うので、このあたりは今後の議論になると思っている。変更がなければできるだけ頻度が少なくなるようにしたいと思っている。

質問 11：2035年にはすべての機関がA水準となるので、義務や負担はなくなるのであろうが、それまでの医師はさらなる負担の報告業務で疲弊しないか。

回答：確かに報告義務は発生するが、特に簡素化にはしっかりと取り組んで、働きかけていきたい

と思っている。評価機能において日医の意見が反映されるよう取り組みたい。

質問 12：多くのC水準の組織はB水準の複合申請となると思う。A水準の医師も混在して勤務する場合には、A水準の医師の情報も報告するのか。また、C水準の組織はB水準の対象医師のどこまで（例えば総数、個人名すべて等）を記載するのか。できるだけシンプルにしていいただきたい。

回答：実際に混在する。C水準であっても、一般的にはBやB連携になるので、まずはそこで行っていただいて、さらにC-2で手挙げをしていただくことになると思う。具体的な申請の書式についてはできるだけシンプルになるように働きかけていく。

質問 13：医師は異動が頻回に行われる。こうした実情を申請状況にどのように反映させるのか。異動のたびに、毎回、勤務医は書類を「主たる勤務先」に提出し、その度に「主たる勤務先」は知事に報告するのか。

回答：医療機関単位でとりあえず行うので、指定医療機関において、どの医師が対象になるかは中で整理・管理していただければよい。

質問 14：現在、病院機能評価機構をはじめ、評価を受けなければならない審査が複数ある。臨床研究のための申請もある。可能な限り、本改革で実施される「審査組織」の審査は他の評価指標と重複なく、かつシンプルな物として検討していただきたい。

回答：制度自体はしっかりと考えるが、一人ひとりの審査の申請はできる限り簡素化させていただきたい。

質問 15：全水準にわたって、時間外労働は「主たる勤務先」以外でも認められるという解釈でよろしいか。

回答：副業・兼業は全水準で可能。ただし、①その医療機関の労働時間について、当該事業場で定める36協定の範囲内であること、②すべての医療機関での労働時間を通算した上で、時間外労働

が医師ごとに適用される水準に合っていることが必要である。労働時間の把握がしっかりできる体制は必要である。

質問 16：大学で臨床系教室の教員の立場のため、裁量労働制になっている。兼業規約に則り地域で診療をして夕方、大学に戻り小一時間働いたとしても大学での労働は7時間45分とみなされる。この場合、地域での労働時間は全て時間外の計算になるのか。

回答：裁量労働制は理解が難しい。仮に地域医療で5時間勤務し、1日のみなし労働時間が7時間45分のところ、ある日、大学病院で1時間勤務し、地域医療で5時間勤務したとする。みなし労働時間が7時間45分の場合、たとえ大学での勤務が1時間であっても、大学の労働時間は7時間45分と取り扱われる。法定労働時間の8時間まで15分あることになる。したがって、時間外労働時間は地域医療の5時間－15分の4時間45分となる。実労働時間は1時間＋5時間の6時間しかない。法定労働時間の8時間に満たないため、この日の時間外労働時間はゼロと考えられるのかというご質問と思うが、そのような扱いにはならない。

質問 17：地域での診療においては移動時間に片道4、5時間かかることがよくある。今の社会通念上、労働時間であるが、私たちの移動時間は何に当たるのか。猛吹雪で公共交通機関が全て止まっても、自力で何とか地域に出向いて診療している先生方は、もし事故にあっても個人の責任か。

回答：労働時間とは指揮監督下に置かれている時間をいうが、副業・兼業先への移動時間は、その移動中に労働を命じられているなどの事由がない限り、労働時間には該当しない。副業・兼業先への移動中に事故があった場合は、移動先の医療機関への通勤中の災害となり、労災保険において通勤災害として保障の対象となる。ただし、移動時間は労働時間にはカウントしないが、長い時間の移動は実際には休息が取れないので、配慮が求められる。

質問 18：大学では夜間他院で当直をして、朝大学に戻ってそのまま診療に当たる先生方も多くいる。移動時間が30分でもあれば、連続勤務ではないという判断で良いか。また、大学で当直しても、当直明けに移動時間が発生すれば通常通り出張にも行けるということか。

回答：連続勤務規定と勤務間インターバルは表裏一体である。つまり、24時間について9時間以上の勤務間インターバルを確保することが必要になる。移動時間30分だけでは法令上求められている勤務間インターバルが守られていないことになるので、連携B、B、C水準の医師については、原則、そのような働き方はできない。ただし、他院での当直が宿日直の許可が取れていれば、当該当直は休息时间としてもカウントされるので、それが9時間以上であれば翌日の勤務は可能である。大学での当直明けに移動時間が発生しており、その移動時間も含めて勤務から離れていれば（労働を指示されている以外は）、時間が9時間以上の場合には、勤務間インターバルが確保されていると解釈できる。

質問 19：特例的な水準が適用される医療機関を評価する者について、対象者や養成講習などの詳細が決まっていれば教示願いたい。

回答：現在検討中であるが、サーベイヤーには医療及び労務管理に関する専門的な知見が必要とされているため、評価者は医師等医療職となっており、われわれは医師と考えているが、医師と社会保険労務士の2名体制となることが望ましいのではないかと。特に、地域医療を熟知した病院の働き方、地域の医療の必要性、重要性をよく理解いただいている方になっていただくのがよいと思う。

質問 20：急性期病院で人事労務管理を長く担当していた社会保険労務士である。今後、医師の働き方改革実現に向けて、社会保険労務士としてお役に立つためには、各医療機関とどのようなかわり方をすべきなのか。

回答：各都道府県の医療勤務環境改善支援センターの業務では、社会保険労務士の方々には大変

お世話になっている。医師の働き方改革を進めていく上では、社会保険労務士の方々のお力は重要である。本日は医師の働き方改革についての概要を話したが、医師の働き方改革推進検討委員会の資料（厚労省のホームページ上からダウンロード可能）の内容を確認の上、労働時間の管理、健康診断という基本的事項にしっかり取り組んでいるかどうかの点検をお願いするとともに、医師の健康を確保することを前提とした宿日直や研鑽の体制ルール作りを医療職と一緒に検討していただくことを改めてお願いしたい。現場の医師は労務管理に詳しいとは限らないので、しっかりとフォローしていただきたい。

【事後の質問と回答（後日、書面で報告されたもの）】

質問1：働き方改革の中での産業医の関わりについて。当院は300床強の急性期病院で、私（院長）を含め産業医が3名いる。ただし、私以外の2人は日常臨床が忙しいため、時間外の削減対応や本人への通知、さらに個別面接・体調確認などを行うことは難しい。院長（管理者）が、産業医として体調に関する面接を行ったり、時間外の管理を行うことは認められるか。管理者が、職員個人の健康面に関わりすぎると、昇進や待遇に差別が出てくるかもしれないので、関わりすぎないようにすべきとも思うが、いかがか。

回答：現行の労働安全衛生法の取り扱いについては、平成29年4月1日に労働安全衛生規則が改正され、院長を自院の産業医として選任することはできなくなった（安衛則第13条第1項第2号）。同法の面接指導は院長が行ってはならないものではないが、労働安全衛生法上の医師による面接指導については、産業医が行うことが望ましいとされており、院長以外の医師が行うことが望ましいとされている。医師の働き方改革としては、2024年4月より月100時間以上の時間外・休日労働を行う見込みの医師については、医療法に基づく追加的健康確保措置として、医師による面接指導の実施が必要となるが、この面接指導の実施者は、産業医に限らず、必要な講習（eラーニング等）を受けた医師とするとともに、管理者以外の者とすることが予定されている（医師の

働き方改革の推進に関する検討会「中間取りまとめ」）。ただし、こうした面接指導とは別に、一般的な面接について院長等の管理者が行うことを妨げるものではない。

質問2：基準の決め方について。例えば医療機関全体で連携B水準とした場合、超過勤務の多い心臓外科などの診療科について、医師個人にまたC-1などの水準を選定するような話があったが、病院と個人と両方に水準が必要なのか。病院で連携Bとして、1,860時間までの医師らの労働時間短縮計画策定を提出するというではないのか。

回答：「960時間超の時間外・休日労働をする場合に、医療機関としての指定とは別に、医師個人の指定が必要なのか、医師個人としての時短計画の策定が必要なのか」、「一つの医療機関が複数の水準の指定を受ける場合の医師労働時間短縮計画の取扱いはどうなるのか」というご質問かと思う。2024年4月以降、当該医療機関において医師に年960時間超の時間外・休日労働をさせる場合（他の医療機関での時間外・休日労働時間を通算して年960時間超の時間外・休日労働となる場合も含む。）には、当該医療機関は連携B水準・B水準・C-1水準・C-2水準のいずれか1つ又は複数について都道府県知事の指定を受ける必要がある。各医療機関において、どの医師に、どの水準が適用されるか、管理が必要である。C-1水準は初期臨床研修医や専攻医を対象とする水準であるが、今後は当該研修プログラムに時間外・休日労働の目安が提示される形になるので、結果として、C-1水準適用医師はC-1水準の研修プログラムを選択した医師ということになる。また、C-2水準は医籍登録6年目以降の方が対象になるが、C-2水準については個別に研修計画を策定いただいて、必要な審査を受けて適用されることとなる。医療機関は、その医療機関で勤務する医師の実態に応じて、複数の水準の指定を受けることも想定される。そのため、どの医師にどの水準が適用されているかについては医療機関で管理が必要。医師労働時間短縮計画は、連携B・B・C-1・C-2水準の指定を受ける際にはその案を作成する必要があり、また指定後は同計画を策定して実施してい

くことが必要となるものであるが、複数の水準の指定を受ける場合には、1つにまとめて作成することも可能とする方向である。

質問3：宿日直許可を受けないと宿日直時間が全て労働時間になってしまうと思うが、宿直週1回、日直月1回の基準を満たす病院は少ないと思われる。土日祝日に日直を置く場合、日直月1回を満たすには、1つの診療科で最低10名程の医師がいなければ成り立たない。このあたりはどのようにお考えか。医師会として厚労省への何らかの働きかけはお考えか。

回答：病院によって環境や条件が異なることは理解している。宿日直許可の対象となる宿直又は日直の勤務回数については、宿直勤務については週1回、日直勤務については月1回を限度とすることとされているが、当該事業場に勤務する18歳以上の者で法律上宿直又は日直を行いうるすべての者に宿直又は日直をさせてもなお不足であり、かつ、勤務の労働密度が薄い場合には、宿直又は日直業務の実態に応じて、週1回を超える宿直、月1回を超える日直についても許可して差し支えないこととされている。自院における宿日直の態様の確認や、医療勤務環境改善支援センターとも相談し、対応についてご検討いただくようお願いする。日医としては、宿日直許可について、各施設の情報を収集して共有を図りたいと考えている。

質問4：兼業・副業について。大学病院の36協定の定め方であるが、他の大学病院の勤務や製薬会社の研修会・セミナーの講師などを行っている場合、連携B水準を目指す場合36協定で定めることができる時間960時間以下と、実際に働くことができる時間1,860時間があるが、36協定に含める時間は自院で働く時間だけか。或いは、他の大学病院や製薬会社の講師も含めるのか。

回答：36協定は当該事業場の労使で結ぶ協定なので、そこで定める時間外労働・休日労働の時間は当該事業場における労働時間の上限となり、副業・兼業先での労働時間は含めない。研修会、セミナーの取り扱いは今後整理する。

質問5：本筋とは離れるかもしれないが、当院では医長以外は年俸制となっており、役職者は午後10時までは時間外手当が出ない。役職手当は月20時間程度の時間外に相当する額なので、給与の逆転現象が起きている。たとえ副院長であっても労働基準法上の管理監督者ではないので、時間外手当は支払われるべきと考えるのがいいか。

回答：労働基準法上の管理監督者であるかどうかは役職名で決めるものではなく、その実態に応じて判断されるものなので、ご指摘のように副院長であっても労働基準法上の管理監督者ではない場合があると思う。また、その場合にはご指摘のとおり時間外手当は支払われるべきである。ただし、年俸制をとっている場合、年俸の中に、時間外給与相当額が含まれている場合もあるので、その点はご確認願いたい（年俸に時間外労働等の割増賃金が含まれていることが労働契約の内容であることが明らかであって、割増賃金相当部分と通常の労働時間に対応する賃金部分とに区別することができ、かつ、割増賃金相当部分によって法定の割増賃金額以上支払われている必要があるので、ご注意願いたい）。

質問6：時短計画について。労働時間数を出す項目があるが、前年度実績はいつからいつまでなのか。1年間の調査が必要か（例えば2か月分を6倍する等は可能か）。兼業先の宿日直の有無は医師からの申告でよいのか。

回答：医師労働時間短縮計画に記載する前年度実績については、各事業場での時間外・休日労働時間の上限が36協定で定まることを踏まえると、36協定の対象期間と揃えることが推奨されるが、特にどの期間としなければいけないという決まりはない。労働時間の実態の把握を始めるところであり、1年分となると記憶に頼るしかないといった場合等には、ご指摘のように直近2か月分を6倍するやりかたも仕方があるかと思うが、診療科によっては、季節や学会の有無等によって、月ごとの労働時間も変わりうるので、過剰又は過小推計にならないよう、平均的な労働となる月を対象とするなど配慮いただきたい。医師労働時間短縮計画は、各医療機関での取り組みを推進

するために作成いただくもので、作成自体が目的ではない。取り組みを推進するという趣旨でご判断いただければと思う。副業・兼業先の医療機関が宿日直許可を得ているかどうかは、副業・兼業を行っている医師本人からの申告によって把握いただく形でよい。

質問7:B指定の理由が地域医療確保のためとなっているが、具体的に列举してもらえるとわかりやすい。地域医療以外の理由で960時間を超えた場合、地域医療と地域医療外の仕分けは可能か。

回答:地域医療提供体制を確保するために設定される水準はB水準と連携B水準となるので、この2つの水準の対象医療機関がどのようなものかについて説明する。B水準は、一定数以上の救急車対応を行う救急医療、在宅医療、精神科救急、小児救急、へき地医療等を提供する医療機関や、高度のがん治療、移植医療等極めて高度な手術・病棟管理、児童精神科等を提供する医療機関が想定されている。また、連携B水準は地域の医療機関に医師を派遣している医療機関となる。取扱いの詳細については今後、整理していく予定である。

総括

日本医師会副会長 猪口 雄二

本日は、コロナ禍のため、Webでの開催となった。多くのご参加をいただき、感謝申し上げます。さまざまなお質問・ご意見をいただいたが、しっかりと受け止め、国との協議、医師の働き方改革に臨んでいく。医師の働き方改革は、地域医療を

守り、勤務医の健康確保を行うためのものである。各医療機関が労働時間の管理、健康管理にしっかり取り組むというトップの姿勢が求められている。現在、改正医療法が審議されているが、具体的な実務については、法案が成立後、国の検討会の場で議論していくことになるかと伺っている。日医としては、今後も医療界の意見が反映できるよう、積極的に意見を述べていく。また、国に対し、必要な財源や税制など、全面的な支援を要望していく。本日は、地域医療介護総合確保基金、医師の働き方改革に関する区分6の説明をいただいた。昨年度は申請期間、配分方式の問題もあり、申請が少なかったが、令和3年度は昨年度の課題を踏まえ、厚労省に見直しを進めてもらい、取りやすくなっていると思う。ぜひとも積極的に活用していただきたい。日医は、医師の働き方改革について、現状では取り組むべきことを少しずつ進めていく必要はあるが、結論ありきで当初の予定通りに開始しようとして、拙速な議論になることだけは避けなければならないと考えている。今後も関係者と連携し、医療現場の実態を把握して、地域医療をしっかり守るために慎重に取り組んでいく。

自動車保険・火災保険・積立保険・交通事故傷害

保険・医師賠償責任保険・所得補償保険・傷害保険ほか

あなたにしあわせをつなぐ

損害保険ジャパン日本興亜株式会社 代理店
共栄火災海上保険株式会社 代理店

山 福 株 式 会 社

TEL 083-922-2551

第158回 山口県医師会生涯研修セミナー 令和2年度第3回日本医師会生涯教育講座

と き 令和3年3月14日(日) 10:00～15:00

ところ ホテルニュータナカ

特別講演1

「COPDの病態と治療戦略」

久留米大学医学部内科学講座

呼吸器・神経・膠原病内科教授 川山 智隆

[印象記: 岩国市 小林 元壮]



COPDは、「Chronic Obstructive Pulmonary Disease; 慢性閉塞性肺疾患」の略である。この名称を使うようになって久しいが、実際の診療の際、患者にそのままCOPDでは理解してもらえず、「肺気腫」などと説明し、なかなかメタボリック症候群ほどには市民権を得ていない。

COPDガイドライン第5版では、COPDの定義を「タバコ煙を主とする有害物質を長期に吸入曝露することなどにより生ずる肺疾患であり、呼吸機能検査で気流閉塞を示す。気流閉塞は末梢気道病変と気腫性病変がさまざまな割合で複合的に関与し起こる。臨床的には徐々に進行する労作時の呼吸困難や慢性の咳・痰を示すが、これらの症状に乏しいこともある」としている。このガイドライン第5版以前には、「肺の炎症」という疾患概念が強調され、喫煙がCOPDの最大原因であり、タバコ煙により惹起される炎症により末梢気道、肺泡レベルの破壊、構造変化が起こり、閉塞性換気障害が生じるとされていた。実は、このコンセプトでほとんどすべてに近いCOPDの病態は理解されて良いのだが、中には肺の発育障害からもCOPDは成立することから、今回のガイドラインでは「肺の炎症」の文言が明記されていない。ただ、実際の臨床現場では、COPDを「肺の炎症」と捉え、患者への説明をしている。

1. 基本的事項の確認

喘息とCOPDは慢性気道炎症を特徴とする呼吸器疾患のcommon diseaseである。喘息とCOPDの相違を端的に述べると、喘息ではダニ、ハウスダストなどの誘引物質を吸入するとマクロファージを介して、CD4リンパ球からアレルギー反応を起こし肥満細胞、好酸球が誘導され、発作性に気道閉塞となるが、多くは可逆的である。一方、COPDはタバコ煙がマクロファージを刺激し、CD8リンパ球を介して、プロテアーゼ酸化ストレスから線維芽細胞が誘導され、不可逆的な気道閉塞となり、これには好中球が関わっているとされている。ただし、両疾患ともに病態は多様性があることが認められており、両疾患が併存する病態もある。近年の研究では疾患のフェノタイプ、エンドタイプの解析が進められ、特に喘息では重症の症例に対する分子標的治療が開発され、すでに臨床の現場で使われている。

COPDの診断のゴールドスタンダードは、スパイロメトリ検査での1秒率である。スパイロメトリでは多くの指標があるが、この1秒率が最も肝心である。ただし、気管支拡張薬を使用した後、という補足がついているが、多くの臨床現場では気管支拡張薬は使わずに検査をしているのではなかろうか(印象記筆者の藪蛇かもしれない)。画像診断としては、胸部単純写真で横隔膜

の平坦化、滴状心、肋間の開大、明らかな透過性の亢進などがあれば診断できるが、単純写真には限界があり、肺野の微細な気腫性変化を把握するにはやはり胸部CTが有用である。いずれにしても、COPDの進行は緩徐であるが、気づかないうちに息を吸えるけど吐けない状態から徐々に換気不全に進行してしまうことになる。さらに進行して換気不全となれば、酸素濃度は比較的保たれていながら、二酸化炭素濃度が高くなり、場合によってはCO₂ナルコーシスに陥ることも認識しておく必要がある。

2.COPDの合併症

COPDの患者には、鬱の傾向が目立つ。COPDの患者は引きこもりがちになるという表現もある。精神科への紹介も考えることが多いが、患者側には了解がもらえないことも多い。また、睡眠障害の頻度が高く、入眠剤の投与となるが、鬱傾向を考えると、ベンゾジアゼピン系睡眠薬の投与は慎重であるべきであろう。鬱傾向については、COPDそのものの予後に関係し、予後不良要因とされている。

鬱傾向ばかりでなく、多くの全身疾患の合併があり、高血圧、骨粗鬆症、糖尿病、GERDなどにも注意を要す。もちろん、喫煙が関与することから肺がんには厳重な注意が要るが、他の悪性腫瘍の発症の可能性を考慮しておく必要がある。

3.COPD患者の呼吸困難感

COPDの進行に伴い、呼吸困難感を自覚するようになる。その呼吸困難感には、①Air hunger(空気飢餓感)があり、「どうも息を吸っている気がしない」という訴えも出てくる。②Effort breath(努力性呼吸)は呼吸補助筋疲労による胸鎖乳突筋肥厚が見られ、呼吸に要する仕事量(エネルギー消費)が過重となり痩せ細る。間質性肺炎を合併した場合には、呼吸困難感が増強する。③Chest discomfort(胸部不快感)は右心負荷による心不全となる。次第に肺高血圧症となり、一気に重篤化する。COPDでの呼吸困難は中等症までは労作時呼吸困難で、安静時には意外と酸素濃度は保たれている。ただし、最重症になると起座呼吸とな

り、実に重篤な状態となり、不用意に酸素投与をするとCO₂ナルコーシスの危険がある。COPD末期については、わが国では緩和ケア病棟入院の保険適応はないが、早急に改善を望むところである。

4.COPDの治療(管理)

以上の臨床像から推測できるが、COPDの管理目標は、現状の改善として①症状及びQOLの改善、②運動耐容能と身体活動性の向上及び維持であり、将来のリスクの低減として①増悪の予防、②全身合併症及び肺合併症の予防・診断・治療が大原則となる。至極当然という感じがあるが、実際のところ、これらを実行するには相応の努力を要す。

薬物療法であるが、中心は気管支拡張薬である。主として使用される気管支拡張薬の略号を示すと、LAMA：長時間作用性抗コリン薬、LABA：長時間作用性β₂刺激薬、ICS：吸入ステロイド薬、SAMA：短時間作用性抗コリン薬、SABA：短時間作用性β₂刺激薬である。COPDの労作時の息切れは、肺の過膨張と末梢気道の閉塞による気道抵抗の増加によるが、気管支拡張薬はこの両者を改善して症状を軽減させる。ごく軽度のCOPDでは症状の軽減を目的として、運動などの必要時にSABA(あるいはSAMA)を使用する。軽度以上のCOPDでは、症状の軽減に加え、QOL・運動耐容能の改善や身体活動性の向上・維持が重要な治療目標となるため、LAMA(あるいはLABA)の定期的な使用が推奨される。LAMA、LABAともに同程度の気管支拡張作用を有し、呼吸機能の改善とともに自覚症状、QOL、運動耐容能、身体活動性の改善効果を認めるが、増悪抑制効果の点から見ると、LABAに比べるとLAMAの増悪抑制効果が高いことが報告され、そのために従来はLAMAが第1選択薬として推奨されていた。

さらにLAMAとLABAの併用(LAMA/LABA配合薬)が、それぞれ単剤に比べてより強力な気管支拡張作用があり、閉塞性障害や運動耐容能の改善効果が大きいことが報告され、これらの配合薬はLAMA、LABA単剤からのステップアップ治療として位置づけられるようになった。

吸入ステロイド薬（ICS）は、従来、喘息の合併又は増悪を繰り返す患者に対する使用が推奨されていたが、近年、LAMA、LABA、ICSの3剤併用療法とLAMA、LABAの2剤併用療法を比較した大規模臨床試験が行われ、3剤併用療法は2剤併用療法よりも強い増悪抑制効果があることが示された。ただし、増悪抑制効果は慢性気管支炎型や末梢好酸球数の多い例で認められ、気腫型や好酸球の割合が低い例では増悪抑制効果に差はなかったとされている。日本人には気腫型が圧倒的に多いため、日本人に3剤併用療法に効果があるか懸念されていたが、3剤配合剤の使用経験からの感触は十分期待に沿うものであり、重症例では試みる価値は十分にあると考えられる。ICSを使用することで肺炎の発症が危惧されていたが、最近の報告ではICSを使用することでの影響

は認められていない。今回の川山教授の講演では述べられていなかったが、COPDの非薬物療法である呼吸リハビリテーション（教育・運動・栄養を含む）も極めて有効な手段であることを追記する。

5.COPDを早期に発見し、早期に治療する意義

COPD患者を早期に発見し、早期に治療する意義について、川山教授はNNT（number needed to treat：あるエンドポイントに到達する患者を1人減らすために何人の患者の治療を必要とするか）を引き合いに出され、高血圧では55.6人、糖尿病では50.2人であるのに対して、COPDでは27.5人という数字を提示され、COPD患者に対する治療介入意義は十分にあることを示された。

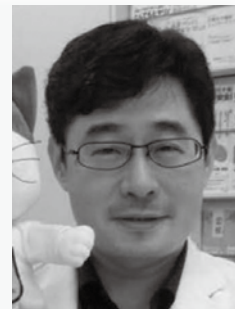
特別講演2

「現場実践に活かす『臨床倫理』の考え方 一倫理的推論（ethical reasoning）の スキルを中心に一」

宮崎大学医学部社会医学講座

生命・医療倫理学分野教授 板井孝太郎

〔印象記：柳 井 宮地 隆史〕



はじめに

臨床を行う上では、常に「医の倫理」について考えていく必要がある。日本専門医機構の専門医共通講習の中でも、「感染対策」「医療安全」とともに「医療倫理」は必修となっている。本講演は専門医共通講習としてWeb講演をされた。講師の先生からはユーモアを交えながら非常に奥深い内容の講演をいただいたが、残念ながら終盤は時間の関係上駆け足の講演となった。配付いただいた資料を参考に本講演の印象記を記載する。日本臨床倫理学会（<http://square.umin.ac.jp/j-ethics/index.htm>）のホームページも参照いただきたい。

1.「生命・医療倫理」「臨床倫理」誕生までの歴史的背景

1) 1970年代「生命倫理 bioethics」の誕生

「生命倫理」という言葉は生化学者ファン・レンセラー・ポッターが古代ギリシア語の「ビオス（bios 生命）」と習俗を意味する「エートス（ethos 倫理）」から「バイオエシックス」という造語を誕生させた。生命倫理の領域は幅広く、生態・環境倫理、医療倫理、臨床倫理等に分類される。医療倫理の4原則（自律尊重 autonomy、無危害 non-maleficence、善行・仁恵 beneficence、公正・正義 justice）は国際的にコンセンサスを得られているが、下記の通り臨床の現場で遭遇する倫理的ジレンマに原則を当てはめると、かえっ

て混乱することがある。

2) 1980年代「医療倫理 medical ethics」の混乱期

自律尊重を原則とする「自己決定権 (I.C.)」について、臨床の現場では「決められない」、「決めたくない」患者の存在や、患者が決定した「自己決定」の内容が医療の専門職としては受け入れがたい決定の場合(例えば、人工呼吸器の取り外し等)も少なくなく、倫理的ジレンマが出現し始めた。

3) 1990年代「臨床倫理 clinical ethics」の登場

抽象的な倫理原則や倫理学説を、上から現場に「当てはめる」(トップダウンアプローチ)のではなく、具体的な個々の臨床ケースにボトムアップでアプローチすることを試みる必要がある。臨床倫理のエンド・ポイントは、日常診療の現場で生じた倫理的問題を同定・分析し、具体的な解決策を提示することを通じて、医療の質を向上させることである。臨床倫理的な視点から対応することは病院機能評価でも求められており、医師及び看護師の国家試験問題として取り上げられている。

2.DNAR (Do Not Attempt Resuscitation) について

DNAR 指示のもとに基本を無視した安易な終末期医療が実践されている、あるいは救命の努力が放棄されているのではないかと危惧があり、DNAR 指示のあり方についての勧告(『日本集中治療学会雑誌』2016年掲載)が出された。

1. DNAR 指示は心停止時のみに有効である。心肺蘇生不開始以外は、集中治療室入室を含めて通常の医療・看護については別に議論すべきである。
2. DNAR 指示と終末期医療は同義ではない。DNAR 指示に関わる合意形成と終末期医療実践の合意形成はそれぞれ個別に行うべきである。

DNR から DNAR へ言葉の変遷は、その意味が「蘇生の可能性が高い CPR (Cardio-Pulmonary Resuscitation) をするな」ではなく、「蘇生の可能性が極めて低い CPR を“あえて試みるな”」という正確な意味を伝えるために“attempt”が追加された。したがって、予期・予測していなかった心肺停止時に蘇生の可能性が高い(もしくは急性期で一刻一秒を争うような状況下で、蘇生の可能性が高いか低いかわからない)である CPR は行うべきである。一方で、病態生理学的作用機序に鑑み

て、予期・予測していた心肺停止時に蘇生の可能性が極めて低い CPR は可能な限り、事前の患者本人、もしくは家族等の代理人との話し合いの上で医師が指示するものを「蘇生をしない指示」(DNAR order)と称し、前述の状態と誤解しないようにすべきである。

3.AD・ACP・ALP について

AD (アドバンス・ディレクティブ):「事前指示」と訳され、口頭で行われても良い。書面になったものを「事前指示書」と言い、さまざまな書式がありエンディング・ノートもその一つである。

ACP (アドバンス・ケア・プランニング): 愛称を「人生会議」とされた(厚生労働省医政局地域医療計画課通知、平成30年12月5日)。将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、患者主体にその家族や近い人、医療・ケアチームが繰り返し話し合いを行い、患者の意思決定を支援するプロセスのこと。厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」(平成30年3月)では、話し合った内容を文書にまとめるにあたっては、医療・介護従事者からの押しつけにならないように配慮し、医療・ケアについての本人の意思が十分に示された上で、話し合われた内容を文書として残しておくことが大切と解説されている。ACP の目的は、患者の意思を尊重した医療及びケアを提供し、尊厳ある生き方を実現することである。患者の意思を確認できる時期から ACP を実践することにより、患者の意思が確認できなくなった時期にも、それまでの ACP をもとに患者の意思を推測することができる。

ALP (アドバンス・ライフ・プランニング):「事前の人生設計」という意味で、AD だけを切り離すのではなく、「あなたが、どこで、誰と、どのように生きるか」、すなわち「どのような暮らしをするか」を考え、支えていくかが重要である。

3. 医療専門職(医科学者)がよく犯す誤謬: 「事実 (fact)」と「価値 (value)」の混同

例えば、「抗がん剤奏効率は10%以下である」という「事実」命題があり、ゆえに「施行すべきで

はない」という「価値」判断がある場合、単なる「感情」表現なのか、「直観」で判断したのか、何を根拠に、どのように「判断」したのかが問題となる。医療専門職は医学的に「無益」と考えるかもしれないが、患者や家族にとっては別の「価値」判断があり、「心理援助」型コミュニケーションが必要になる。前記のように、「事実」から「価値」を一足飛びに結論として導き出す誤謬推論は、「自然科学主義的誤謬」又は「医科学主義的誤謬」と考えられる。倫理的推論 ethical reasoning の論証構造として、倫理的判断の妥当性を再検討する必要があることに留意すべきである。

4. その他

1) 倫理的に考察した「善」の二重構造

一般に「善（善いこと）」には「善いことなのだから、すべからず皆さん、そうしましょう、そうすべきです」という「推奨性」が伴うとされ、「推奨的善 recommendable good ≡ 絶対善」と考えられる。一方で、本来は「善くないこと」なのだが、「絶対悪」とは言えず、一定の条件のもとに「善し」とする「許容的善 permissible good ≡ 相対善」がある。

2) 「直感・直観」と「道徳的反省（反照）」

「こうである」という「道徳的信念≡直感的価値観」が他人の「直感的価値観」と合わず、「感情的反発」がある場合、議論にならない。お互いの「直感的価値観」を「道徳的反省（反照）」の対象として、無自覚であった自分の道徳的信念の基盤を「理論的」に考察することが重要であり、

この「作業」を行わないと「善意」が「独善」になる。「信念を持つ」と「意固地」になることは異なることであると認識しなければならない。

3) 「同情 sympathy」と「共感 empathy」の違い

同情は「私なら」という視点であり、悪意は無くても「自己中心」になりやすい。一方、共感は「この患者は何を望んでいるのか」を常に意識しようとする視点であり、常に「患者中心」となる。

4) 「倫理的である」ために必要な二つの要素

道徳性 morality と適法性 legality の両方が重要であるが、善意からはじまった使命感が独善であってはならないし、法（ルール）さえ守っておけば良いとの姿勢は「保身、思考停止、内面的主体性の欠如」につながる。

おわりに

本講演では、最後に「倫理的に考える」ために大切なこととして 1. 日常の臨床現場で起きている倫理的問題に気づくこと、2. 「感性（≡感情）」のレベルにあるものを、論理的に整理する力、すなわち「倫理的推論 ethical reasoning」へ高めていくことを挙げている。臨床医・メディカルスタッフは日々臨床現場で「悩む」ことが多い。板井教授は「倫理」を学ぶ目的は「悩まないようになるため」ではなく、「いかに悩むか」という方法論・スキルを身につけることであるとまとめられた。医療倫理については、すべての医師・医療スタッフが学ぶべきであると再認識した講演であった。

特別講演 3

「骨代謝学のホットトピック：

骨の病気に挑む」

山口大学大学院医学系研究科薬理学講座教授 朝霧 成孝

〔印象記：理事 白澤 文吾〕



朝霧先生は、慶應義塾大学をご卒業なさった後に、東京医科歯科大学や京都大学等を経られて、

2019年に山口大学に赴任された。

今回は、免疫学や薬理学と幅広く研究しておら

れる朝霧先生に「骨代謝学のホットトピック：骨の病気に挑む」と題して、骨概説、破骨細胞と骨粗鬆症、骨溶解プロテアーゼを標的とした新たな創薬についてご講演いただいたので、以下にその要旨を記します。

骨の多様性と進化の歴史について語られ、喉仏は第2脛椎であること、骸骨は神秘化されていること、さらに外骨格と内骨格について概説され、その中で、亀の甲羅の由来やキリンの首はなぜ長いかにについて分かりやすく話された。

骨粗鬆症について、骨密度測定装置の歴史や骨粗鬆症の診断、治療薬（ビスホスホネート製剤、抗 RANKL 抗体、PTH）の現状について話された。硬組織疾患は要介護原因の第1位（25%）であり、硬組織の機能維持・損傷後の修復促進の方策が必要と述べられた。また、ロコモティブシンドロームは和製英語であり、世界共通言語とはなっていない現状について述べられた。高齢者の似顔絵で耳と鼻が大きく、かつ、しわが描かれがちなのは、耳鼻の軟骨は歳をとっても成長を続けるが、顔の骨は萎縮するために耳鼻が相対的に大きく見えてしわができることとであった。骨の性質として年間10%程度の骨が代謝されており、顎骨等は3か月から10年でまったく新しい骨に置き換わっていると話された。

骨リモデリングは、破骨細胞による骨吸収と骨

芽細胞による骨形成によるメンテナンスが主体である。一例として、歯周病は歯の病気ではなく、歯周病菌が破骨細胞を活性化することで歯槽骨を破壊する顎骨のリモデリングの病気であり、逆に歯科矯正治療は骨リモデリングを応用した治療であると述べられた。

破骨細胞が欠損していたり活性が落ちたりすると骨量が過剰になる病態の一例として、大理石骨病について説明された。その中で、破骨細胞の正体は骨芽細胞と協調するマクロファージであり、RANKL系に絡む今後の破骨細胞研究の大展開について述べられた。

最後に、関節リウマチの残された課題について概説された。病態は滑膜先端の破骨細胞が原因であり、治療薬として多種多様な生物学的製剤があるが、ノンレスポンスもあり、その原因として炎症環境下で分化した破骨細胞が異なった作用をするためだろうと説明された。その為、治療薬として骨・関節破壊を防御するような選択肢を多く持つことが重要と述べられ、その中で自ら開発に関わった骨溶解酵素カテプシンK阻害剤（日経産業新聞技術トレンド調査2位）について、動物実験では上手くいき『Science』にも掲載されたが、ヒトでは腎不全の副作用が出ることが判り、開発がストップしたと述べられた。

特別講演 4

「2型糖尿病の薬物療法 Up-date

～血糖コントロールの、その先へ～

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科

分子内分泌代謝学分野教授 山田 哲也

〔印象記：宇部市 福田 信二〕



糖尿病薬物療法の留意点は、できるだけ良い血糖コントロール、重症低血糖を起こさないことに加えて体重を増やさないことである。最近では体重のコントロールも、薬物療法の守備範囲に入ってきている。研究がスタートできたのは脂肪細胞

から分泌されているレプチンの発見に遡る。レプチンは1994年、アメリカのフリードマンが発見した脂肪細胞から分泌されるアディポサイトカインで、体重の調節に重要な働きをしている。レプチンは、視床下部に至り摂食の抑制を起こし、

交感神経の活性化を通じて褐色脂肪、エネルギーの消費を起こす。過栄養になって体重が増えてくると脂肪細胞、脂肪組織が大きくなり、レプチンが増えて、摂食の抑制やエネルギーの消費が大きくなり、体重の増加を抑えるネガティブフィードバック機構を担っているが、過栄養になると炎症が起こり、視床下部でレプチンが効かなくなる(レプチンの抵抗性)。摂食の抑制や消費が起これないため、肥満が悪循環サイクルを進めていく。摂取や消費のバランスを取り戻すのに腸管から分泌される GLP-1 が働く。GLP-1 は小腸の L 細胞から分泌されるインクレチンというホルモンで栄養素が小腸に入ると L 細胞から GLP-1 が分泌され、膵 β 細胞に作用してインスリン分泌を増強する。GLP-1 受容体の刺激は生理的な濃度ではインスリンの分泌を増強し、グルカゴン分泌を抑え血糖の改善に役立つ。生理学的濃度の上昇は DPP-4 阻害薬で達成することができる。一方、GLP-1 受容体作動薬は薬理的な GLP-1 の濃度を上昇させ、視床下部の食欲を抑えるニューロンを活性化して満腹感を誘発することで、食欲を抑制し、体重のコントロールがしやすくなるが、GLP-1 受容体作動薬を用いても体重は平均 1kg しか減少しない。しかし、肥満をとまなう糖尿病の患者に GLP-1 受容体作動薬を使いながら食事療法を行うと、減量によるダイエットの辛さを軽減できる症例がある。肥満になり、レプチンの抵抗性が強く血中のレプチン濃度が高くなる、これが高度肥満の状態である。入院して食事療法をすると、血中のレプチン濃度は一週間程度で低下する。視床下部のレプチン抵抗性の改善には時間がかかるため、レプチンの抵抗性はそのままレプチンの濃度が下がる。このようなときがリバウンドの危険期であり、GLP-1 受容体作動薬でうまく乗り越えることができれば効率的な減量につなげられる。

SGLT2 阻害薬については、尿中のグルコースの再吸収を担っているのが、尿細管近位にある SGLT2 である。SGLT2 を阻害することで尿糖が増える。常用量の SGLT2 阻害薬の作用でグルコースで約 80g、300kcal 後半程度エネルギーを失う。血糖も下がり、体重も下がるだろうと期待したが、実際は 2～3 kg 下がったところでプラトー

になる。これは、生理反応でエネルギーの摂取が増えるからである。高脂肪食を与えて、肥満にしたラットに SGLT2 阻害薬を投与すると、体重は少し減ってプラトーになるが、すごい勢いで過食をし始め、食事を制限すると体重は減る。ところが、肥満糖尿病の患者で食事制限や DPP-4 阻害剤、メトホルミン、GLP-1 受容体作動薬、SGLT2 阻害剤の使用によって、ある程度体重減少がプラトーになった患者を経験したことから、エネルギー消費が下方抑制されることが考えられた。エネルギーは基礎代謝に 60%、運動に 30%、体温の調節に 10% 使われる。体温を作ることに特化している褐色脂肪組織については、約 10 年前に FDG-PET/CT を用いて、成人においても褐色脂肪があることが報告された。褐色脂肪は、鎖骨の上や大きな大血管の周囲にあり、非常に代謝が活発で、ブドウ糖、デオキシグルコースの取り込みが強い。褐色脂肪が多いと、BMI や体脂肪が少なくなり、体重が少なくなる。組織を見ると、余剰のエネルギーをため込む白色脂肪組織と異なり、脂肪組織は小さな形をしている。褐色脂肪で熱を作ってエネルギーを消費する分子は UCP1 というタンパクであり、UCP1 を使って褐色脂肪は代謝的に熱を作ってエネルギーを消費する。脳からの交感神経のシグナルによって UCP1 が上昇する。今回、SGLT2 阻害薬を投与したときの褐色脂肪の働きを調べてみた。マウスに SGLT2 阻害薬を投与し、エネルギーバランスを大きくマイナスに傾けるとエネルギーの消費は下がっており、褐色脂肪で UCP1 は低下している。SGLT2 阻害薬を投与すると尿糖が出ていき、肝臓で貯めていたグリコーゲンを分解していく。投与して 6 時間でグリコーゲンの量は約半分以下に低下し、約 12 時間後にはエネルギー消費が褐色細胞で減少する。脳がこのエネルギーのマイナスを肝臓を通して察知し、交感神経の働きを落とす。肝臓から出ている迷走神経の求心路を切断して SGLT2 阻害薬を投与すると、褐色脂肪の UCP1 熱産生は低下する。交感神経の働きも、延髄の縫線核の働きも低下している。迷走神経を切断しておくと、この変化は起これない。したがって、肝臓からの情報は神経を通じて脳に伝えられており、体重減少が進ん

できた際には、生理的代償機構により体重の下がり止まりが起こる。心不全に SGLT2 阻害薬が良い効果を持っていることが知られてきている。さまざまな多面的な効果が認められているが、重要なのは血圧の減少である。SGLT2 阻害薬によって、水分バランスがマイナスとなり起こる血圧の低下は心拍数の増加を来さず、むしろやや低下する。この原因として、SGLT2 阻害薬により交感神経活性の低下が生じていると推測されている。交感神経の活性低下が褐色脂肪における熱産生の低下につながり、このようなレスポンスを引き起こすことを示している。この交感神経の活性の低下は、縫線核からスタートするということが重要で、縫線核からの交感神経は心拍数に影響を及ぼす。縫線核の神経の活性を低下させると、褐色脂肪の熱産生は下がり、同時に心拍数も下がってくる。名古屋大学生理学の中村先生方が脳内の神経伝達ネットワークを詳しく報告されており、エネルギーバランスをマイナスに傾けた際に縫線核の活性が落ちてくる。縫線核の神経活性が低下すると、褐色脂肪の熱産生は急速に低下し、同時に心拍数も低下する。縫線核の神経活性の低下を引き起こすような生理反応は体温と心拍数の低下を同時に引き起こす。

胆石については、肥満になると脂肪肝が形成され、脂肪肝になると胆石が増える。マウスにコレステロールと胆石の元になるコール酸を投与すると、脂肪肝、胆石ができてくる。脂肪肝になる肝細胞は低酸素にさらされている。脂肪肝になると肝臓の細胞が大きくなり、物理的に類洞が狭くなり、血流が減ることで低酸素に陥る。低酸素になったときに細胞が反応してくる HIF-1 α : Hypoxia Inducible Factor1 α に注目した。HIF-1 α をノック

アウトしたマウスにコレステロール、コール酸を含んだ餌を与え、HIF-1 α を約 1/3 程度にノックアウトすると、胆石が全くできなかった。60%程度の胆石形成の著明な抑制が HIF-1 α を一つノックアウトしておくだけで起こってくる。脂肪肝になると血流が減少し、HIF-1 α が活性化してくる。HIF-1 α の活性化はアクアポリン 8 の減少につながり、肝細胞から分泌される胆汁の水が減って、濃い胆汁ができる。そして胆石が結石しやすくなる。ノックアウトすると薄い胆汁ができて胆石が抑制される。脂肪肝の患者さんの肝生検サンプルで胆石を持っている方と持っていない方とを比べると、胆石のある方は HIF-1 α の発現量が有意に高いので、人においても脂肪肝に伴って胆石ができてくる際に肝細胞の HIF-1 α に端を発する低酸素応答が非常に重要な働きをしていることが分かった。脂肪肝になると類洞が狭小化し、血流が減り、肝細胞に供給される酸素の量が減る。肝細胞に供給される水の量も減ってくるので、虚血になっているところに水の供給が減り、その状況下で胆汁に水をたくさん出せば肝細胞は細胞内脱水になる。そうならないように肝細胞は半ば利己的に HIF-1 α の活性化を通じて水の排出を抑え、その結果、皮肉にも胆石が起ってしまうと考えられる。全身性の低酸素でも肝臓のアクアポリンが減るとの報告があり、台湾でのコホート研究で全身性の閉塞性無呼吸のある方では胆石の形成率が高いとの報告があり、全身性の低酸素も胆石形成の一因となっている可能性がある。

山口大学、東北大学及び東京医科歯科大学と多くの先生方のご指導の下で成し得た研究を、今回は症例を交えて紹介していただきました。

多くの先生方にご加入頂いております！

お申し込みは
随時
受付中です

医師賠償責任保険

所得補償保険

団体長期障害所得補償保険

傷害保険

詳しい内容は、下記お問合せ先にご照会ください

取扱代理店 山福株式会社
TEL 083-922-2551
引受保険会社 損保ジャパン
日本興亜株式会社
山口支店法人支社
TEL 083-924-3005



損保ジャパン日本興亜

令和2年度 学校心臓検診精密検査医療機関研修会

児童生徒の心臓突然死の現状と 学校心臓検診ガイドライン

と き 令和2年12月8日（日）13:00～14:00

ところ 山口県総合保健会館2階 多目的ホール

[講演及び報告:大濠こどもクリニック院長 牛ノ濱 大也]

学校心臓検診の役割は

1. 児童・生徒の心臓突然死の現状

（ア）学校管理下事故・災害共済給付制度（独立行政法人日本スポーツ振興センター）から

学校管理下での事故災害による健康被害が生じた場合には、学校側から当該生徒の健康診断書、学校心臓検診心電図、死亡診断書、剖検結果等関係書類を提出することにより医療費や見舞金が給付される制度である。その加入率は小中学校99.9%、高校97.8%（小中高1,310万人、2019年）¹⁾であり、学校管理下での児童・生徒の突然死の現状を把握するには有用な情報である。

日本スポーツ振興センターによる統計資料によると、学校の管理下の死亡事例発生数は、死亡総数は1983年には年間300件あったが、その後減少しており、毎年その5～6割が突然死とされる状況で死亡している。最近では、平成30年度²⁾：死亡例74例、突然死25例（うち、心臓系11例、大血管系3例）、令和元年度³⁾：死亡例56例、突然死25例（うち、心臓系6例、大血管系8例）と報告されている。

児童・生徒数の減少の点から生徒10万人あたりの突然死発生頻度をみても小・中・高校ともに低下傾向を示している。年齢別には、小・中・高校と年齢が上がるにつれて増加する傾向、女子より男子に多い傾向に変化はない。

突然死の発生率低下の要因としては、1995年に心電図が導入されたことによる学校心臓検診の向上、自動体外式除細動器（AED）の普及、手術治療、内科的管理の進歩が想定される。また2003年に救急救命士が医師の指示なくAEDを

使用することが認可されたことに始まり、2004年からAEDの一般市民による使用が可能になり、2009年には全国の学校にAEDが配置され、学校でのバイスタンダーによるAEDを用いた蘇生が実際に行われ、児童生徒の心臓性突然死の防止に寄与している。2000年ごろよりQT延長症候群を始めとする致死性遺伝性不整脈の病態の急速な解明に伴い、QT延長症候群においては学校心臓検診での心電図検査から、その検出精度が上がったことも寄与していると思われる。

（イ）一般市民除細動後の小中学生の院外心停止の現状から⁴⁾

Mitaniらは、58名の院外心肺蘇生を受けた小中学生の検討を行っている。院外心停止は校内で生じている（32名、55%）。運動中、直後が多く（38名、66%）、次いで安静時、歩行時（11名、20%）、睡眠中4名、入浴中1名であった。

特に、運動中、直後に生じたケースでは不整脈、心筋症のほか冠動脈奇形が7名と多く認められた。30名（51%）が管理されていなかった例であった。校内で心肺蘇生を受けた32例では、家族外の目撃が97%あり、目撃者による心肺蘇生が84%、自動体外式除細動器（AED）が38%に使われており、その結果、学校外で心肺蘇生を受けた例に比較し神経学的予後も良い例が多いと考えられる。

（ウ）福岡県での若年者心肺蘇生事例から

九州沖縄8県医師会による九州学校保健協議会（心臓部門）で、若年者の学校管理下及び家庭

における心肺蘇生事例の実態を把握するため、平成25年（平成24年事例）より消防・学校・医療機関に心肺蘇生事例調査票による情報収集を依頼している。平成25～29年の抽出された福岡県内の心肺蘇生事例についてまとめた結果である。

この5年間で計205例の報告があり、報告件数は年々増加し、平成27年度以降は年間50例前後に至る。205例中195例が消防からの情報である。1歳未満87例、1歳以上3歳未満22例、3歳以上6歳未満11例であり、今回これらを除く81例（6歳以上9歳未満11例、9歳以上12歳未満8例、12歳以上15歳未満20例、15歳以上39例）について検討した。従来、児童・生徒では年齢が増加するにつれて突然死例が増加することが報告されているのと同様に、15歳以上で39例と多く、うち、男子24例と多く認められた。発生場所は校内22例（運動中10例）、学校管理下3例（運動中2例）、校外19例（運動中1例、河川8例、道路6例でこのうち6例が登下校中）、自宅34例であった。

81例中72例（89%）が心肺蘇生を受けている。校内又は学校管理下25例中17例は学校職員により、3例は救急隊員により心肺蘇生が行われていた。校外19例では10例が救急隊員、5例が目撃者により、自宅34例では27例は家族、3例は救急隊員により心肺蘇生が行われていた。AEDの装着は、校内・学校管理下で心肺蘇生が行われた例で最も多く、25例中17例（68%）がAEDを装着されていた。うち、12例は学校職員により装着されていた。AEDが装着された39例中19例（49%）で除細動が行われていた。校内・学校管理下で装着されたものが多く、校内・学校管理下の場合、目撃された心停止が多いためと考えられる。

81例中転帰が明らかになったものは、74例で、うち30例で生存が確認されている。AEDで除細動が行われた19例では、13例（68%）の生存が確認されており、うち、8例は後遺症なく救命されていた。AEDで除細動し生存したものが13例、死亡したものが6例であった。AED作動までの時間は、時間が確認されたものは死亡が

5例で、生存は7例であった。その時間は、明らかに生存例の方が短い（死亡例での平均時間23分、5～46分、生存例での平均時間6分、1～13分）。

心肺蘇生のみ48例（AED装着なし33例、AED装着するも作動なし15例）中10例は生存しており、胸骨圧迫の重要性が理解できる。

2. 新しい学校心臓検診ガイドライン

（ア）新しいガイドラインの策定にあたり

2006年に示された「学校心臓検診の2次検診対象者抽出ガイドライン」⁵⁾から10年以上が経過していること、この間に児童生徒の体格は変化していること、心電図自動診断の進歩が見られること、児童生徒に関連する小児循環器病学の新しい知見が増えてきたことから、心電図判定の各基準値の見直しと新しい不整脈疾患の判定基準と説明が必要と考えられた。

そこで、まず対象：2006～2009年に鹿児島市で施行された学校心臓検診のデジタル心電図56,753枚から、すべての心電図を2名の小児循環器医が目視確認、異常所見のある心電図を対象から除外し、最終的に48,401枚の心電図が解析の対象（小1：16,773（女子50%）、中1：18,126（女子51%）、高1：13,502（女子52%））とし過去の心電図のガイドラインと比較を行った⁶⁾。

（イ）成長に伴う心電図変化

①心拍数

小1、中1、高1と学年が進むにつれ、心拍数が少なくなる傾向がある。特に、心拍が遅い時のほうが年齢差を認める。同学年では男子より女子のほうが速い傾向にある。

②PQ間隔

小1、中1、高1と学年が進むにつれ長くなる。男女差はない

③QRS軸

小1、中1、高1で変化は認められず、男女差もない。

④QRS幅

男子では小1、中1、高1にかけてQRS幅は

広くなり、女子では小1、中1でQRS幅は広くなるが、中1、高1で差は認められない。同学年での比較では、男子が女子よりQRS幅は広い。また、誘導別に見ると $V_1 \sim V_3$ 誘導でQRS幅は広く、誘導ごとの差を認める。

⑤ R波高

四肢誘導では、学年別、男女別でR波高平均値の差は認められない。胸部誘導でも学年別のR波高平均値の差は認められないが、特に女子の左側胸部誘導では中1・高1の方が小1に比較し明らかに低い電位を示す。

⑥ STJ値

男女別にかかわらず、右側胸部誘導でST上昇みとめ V_2 誘導で最も顕著となる。男子ではこの傾向が、学年が進むにつれて明らかとなる。

⑦陽性T波の割合

V_1 誘導から V_3 誘導にかけて陽性率は高くなり、特に V_1 誘導では小1（男子：1.3%、女子：0.7%）、中1（男子：14.2%、女子：7.8%）、高1（男子：35.4%、女子：12.5%）と変化を認める。

以上のような、成長に伴う変化を理解し小児の正常値を決定していく必要がある。

（ウ）心室肥大

従来、点数制による小児心電図心室肥大判定基準を参考に作られた基準が用いられてきたが、0～7日、8～30日、1か月～2歳、3～11歳、12歳以上に区分されたものであり、現在の小1、中1、高1で行われる学校心臓検診で用いる基準としては、改訂を要すると考えられた。

①右室肥大

右側胸部誘導の高いR波高として小学校低学年では $RV_1 \geq 2.0\text{mV}$ 、中・高男子では $RV_1 \geq 2.0\text{mV}$ 、中・高女子では $RV_1 \geq 1.5\text{mV}$ が右室肥大の基準として用いられてきた。また、左側誘導の深いS波高として小学校低学年、中・高男子、中・高女子ともに $|SV_6| \geq 1.0\text{mV}$ が右室肥大疑い抽出基準のポイントとして用いられてきた。この基準を今回行ったデータと照らした表（1、2）を示す。 RV_1 波高値、 $|SV_6|$ 波高値ともに小1、中1、高1とも男女別に比較しても、2,000～5,000人に1人の抽出基準となっており、従来

percentile	頻度	小1男	小1女	中1男	中1女	高1男	高1女
従来の基準値		$\geq 2.0\text{mV}$	$\geq 2.0\text{mV}$	$\geq 2.0\text{mV}$	$\geq 1.5\text{mV}$	$\geq 2.0\text{mV}$	$\geq 1.5\text{mV}$
90		1.060	0.920	0.910	0.700	0.850	0.580
95		1.220	1.050	1.060	0.820	1.002	0.690
97		1.340	1.140	1.177	0.910	1.090	0.770
97.5		1.380	1.164	1.220	0.950	1.130	0.800
98	1/50	1.430	1.205	1.270	0.990	1.170	0.825
99	1/100	1.560	1.330	1.430	1.100	1.332	0.930
99.5	1/200	1.692	1.450	1.620	1.250	1.496	1.030
99.6	1/250	1.746	1.490	1.660	1.272	1.521	1.050
99.8	1/500	1.860	1.646	1.801	1.396	1.690	1.149
99.9	1/1000	1.939	1.750	1.861	1.488	1.765	1.279
99.95	1/2000	2.092	1.785	1.945	1.608	1.985	1.433
99.98	1/5000	2.249	1.956	2.049	1.764	2.353	1.543

表1 RV_1 波高値

percentile	頻度	小1男	小1女	中1男	中1女	高1男	高1女
従来の基準値		$\geq 1.0\text{mV}$	$\geq 1.0\text{mV}$	$\geq 1.0\text{mV}$	$\geq 1.0\text{mV}$	$\geq 1.0\text{mV}$	$\geq 1.0\text{mV}$
0.02	1/5000	1.279	1.031	1.052	0.941	1.179	0.781
0.04	1/2500	1.099	0.852	0.928	0.803	1.100	0.729
0.05	1/2000	1.053	0.831	0.901	0.790	1.058	0.699
0.1	1/1000	0.950	0.745	0.831	0.712	0.870	0.650
0.2	1/500	0.863	0.680	0.735	0.650	0.780	0.599
0.4	1/250	0.756	0.580	0.670	0.542	0.670	0.539
0.5	1/200	0.722	0.568	0.630	0.510	0.636	0.528
1	1/100	0.600	0.480	0.550	0.440	0.550	0.460
2	1/50	0.500	0.410	0.470	0.370	0.470	0.370
2.5		0.470	0.380	0.440	0.350	0.450	0.354
3		0.450	0.360	0.410	0.330	0.430	0.330
5		0.380	0.290	0.360	0.280	0.350	0.288
10		0.290	0.220	0.280	0.220	0.280	0.220

表2 $|SV_6|$ 波高値

percentile	頻度	小1男	小1女	中1男	中1女	高1男	高1女
現基準値		≧4.0mV	≧4.0mV	≧4.0mV	≧3.5mV	≧4.0mV	≧3.5mV
90		2.640	2.550	2.780	2.030	2.690	1.780
95		2.910	2.800	3.080	2.250	2.990	1.950
97		3.085	2.960	3.280	2.415	3.210	2.070
97.5		3.150	3.020	3.360	2.464	3.270	2.110
98	1/50	3.220	3.090	3.430	2.520	3.360	2.160
99	1/100	3.475	3.317	3.730	2.770	3.662	2.310
99.5	1/200	3.662	3.568	3.960	2.930	3.976	2.480
99.6	1/250	3.720	3.670	4.062	2.972	4.060	2.520
99.8	1/500	3.990	3.800	4.242	3.136	4.320	2.799
99.9	1/1000	4.212	4.017	4.422	3.386	4.570	3.019
99.95	1/2000	4.326	4.203	4.572	3.578	4.690	3.305
99.98	1/5000	4.383	4.347	4.674	3.824	4.707	3.790

表3 RV₅波高値

percentile	頻度	小1男	小1女	中1男	中1女	高1男	高1女
従来の基準値		≧3.0mV	≧3.0mV	≧3.0mV	≧2.5mV	≧3.0mV	≧2.5mV
90		1.840	1.820	1.990	1.670	2.000	1.560
95		2.035	2.010	2.230	1.820	2.240	1.720
97		2.190	2.150	2.390	1.930	2.430	1.820
97.5		2.240	2.210	2.450	1.980	2.490	1.850
98	1/50	2.290	2.250	2.520	2.020	2.550	1.900
99	1/100	2.500	2.457	2.690	2.150	2.782	2.060
99.5	1/200	2.710	2.618	2.880	2.280	2.992	2.230
99.6	1/250	2.730	2.690	2.960	2.320	3.090	2.269
99.8	1/500	2.936	2.800	3.131	2.489	3.201	2.449
99.9	1/1000	3.056	2.993	3.251	2.660	3.431	2.529
99.95	1/2000	3.176	3.147	3.356	2.858	3.608	2.706
99.98	1/5000	3.406	3.414	3.546	3.022	3.707	3.203

表4 RV₆波高値

percentile	頻度	小1男	小1女	中1男	中1女	高1男	高1女
従来の基準値		≧5.0mV	≧5.0mV	≧5.0mV	≧4.0mV	≧5.0mV	≧4.0mV
90		3.290	3.340	3.690	3.160	3.860	2.900
95		3.600	3.670	4.020	3.430	4.230	3.160
97		3.800	3.843	4.260	3.610	4.480	3.320
97.5		3.860	3.910	4.350	3.694	4.581	3.390
98	1/50	3.940	3.970	4.460	3.780	4.710	3.450
99	1/100	4.210	4.180	4.690	4.033	5.080	3.707
99.5	1/200	4.410	4.398	4.990	4.300	5.340	3.956
99.6	1/250	4.534	4.480	5.032	4.418	5.390	4.019
99.8	1/500	4.693	4.783	5.311	4.600	5.601	4.188
99.9	1/1000	4.936	5.026	5.571	4.758	5.779	4.408
99.95	1/2000	5.179	5.268	5.732	4.929	6.238	4.464
99.98	1/5000	5.323	5.452	5.897	5.171	6.424	4.652

表5 RV₆波高値+|SV₁|波高値

percentile	頻度	小1男	小1女	中1男	中1女	高1男	高1女
現基準値		≧6.5mV	≧6.5mV	≧6.0mV	≧5.0mV	≧6.0mV	≧5.0mV
90		4.010	3.990	4.390	3.480	4.470	3.090
95		4.360	4.340	4.770	3.810	4.870	3.360
97		4.590	4.560	5.050	4.030	5.170	3.580
97.5		4.672	4.620	5.130	4.100	5.280	3.630
98	1/50	4.780	4.730	5.230	4.170	5.394	3.690
99	1/100	5.050	4.980	5.560	4.481	5.720	3.987
99.5	1/200	5.302	5.247	5.850	4.830	6.062	4.230
99.6	1/250	5.402	5.342	5.970	4.905	6.112	4.296
99.8	1/500	5.616	5.533	6.300	5.126	6.520	4.539
99.9	1/1000	5.749	5.693	6.561	5.318	6.825	4.718
99.95	1/2000	5.798	5.787	6.671	5.508	7.010	4.819
99.98	1/5000	6.103	5.953	6.742	5.766	7.226	5.033

表6 RV₅波高値+|SV₁|波高値

用いられてきた右室肥大の抽出基準(RV_1 波高値、 $|SV_6|$ 波高値)は現在の小1、中1、高1に用いる抽出基準として適切な値であると考えられる。

②左室肥大

左側胸部誘導の高いR波高として小学校低学年では $RV_5 \geq 4.0mV$ 、 $RV_6 \geq 3.0mV$ 、中・高男子では $RV_5 \geq 4.0mV$ 、 $RV_6 \geq 3.0mV$ 、中・高女子では $RV_5 \geq 3.5mV$ 、 $RV_6 \geq 2.5mV$ が左室肥大の基準として用いられてきた。また、左側誘導の深いS波高として小学校低学年では $|SV_1| + RV_5 \geq 6.5mV$ 、 $|SV_1| + RV_6 \geq 5.0mV$ 、中・高男子では $|SV_1| + RV_5 \geq 6.0mV$ 、 $|SV_1| + RV_6 \geq 5.0mV$ 、中・高女子では $|SV_1| + RV_5 \geq 5.0mV$ 、 $|SV_1| + RV_6 \geq 4.0mV$ が左室肥大の基準として用いられてきた。この基準を今回行ったデータと照らした表(3、4、5、6、前頁掲載)を示す。

RV_5 波高値では中1、高1男子にこの基準を用いると250人に1人抽出されることになる。 RV_6 波高値では、250人から500人に1人抽出されることになる。このため中1・高1男子には $RV_5 \geq 4.5mV$ 、 $RV_6 \geq 3.5mV$ を抽出基準として用いることが適切と考えられた。

同様に $|SV_1| + RV_5$ 、 $|SV_1| + RV_6$ で検討したところ、 $|SV_1| + RV_5$ では、中1・高1男子で $\geq 6.0mV$ の基準では250人から500人に1人に抽出されることになり、 $\geq 6.5mV$ の基準が適切であると考えられた。また、小1男女では現在の基準の $\geq 6.5mV$ では5,000人に1人も抽出されないことになるため、 $\geq 6.0mV$ が適切と判断した。 $|SV_1| + RV_6$ では、中1・高1男子の従来基準 $\geq 5.0mV$ 、中1・高1女子の従来基準 $\geq 4.0mV$ を適応すると、250人から100人に1人抽出されることになり、中1・高1男子では $\geq 5.5mV$ 、中1・高1女子の従来基準 $\geq 4.5mV$ が適切と考えられた。

3. まとめ

学校心臓検診でのECG導入(1995年)、AED/PAD(2005年)、心肺蘇生への理解などにより児童・生徒の心臓突然死の頻度は低下してきている。また、AEDが作動し救命された児童・

生徒の予後は改善されてきている。しかしながら、半数以上は学校管理外で生じていることを考慮すると、Bystander witnessが少ない学校外での事例への対応、CPR、AEDを市民レベルで躊躇なくできるようなシステム構築が必要である。また、児童・生徒の心臓突然死例の半数は基礎疾患が判明していないことから、学校心臓検診で抽出されていない児童・生徒への対応をいかにしていくかが大きな問題であり、学校心臓検診の精度上げていくことも重要な問題である。この点からも学校心臓検診のシステムの見直し、抽出基準の見直しも今後も継続していく必要があると考える。

参考文献

- 1) 独立行政法人日本スポーツ振興センター 学校安全部：災害共済給付状況 令和元年度(2019年度) <https://www.jpnsport.go.jp/anzen/Portals/0/anzen/kyosai/pdf/R1kyuhu.pdf>
- 2) 独立行政法人日本スポーツ振興センター：学校の管理下の災害[平成30年版] <https://www.jpnsport.go.jp/anzen/Portals/0/anzen/kenko/jyouhou/pdf/H30saigai/H30saigai02.pdf>
- 3) 独立行政法人日本スポーツ振興センター：学校の管理下の災害[令和2年版] https://www.jpnsport.go.jp/anzen/Portals/0/anzen/kenko/jyouhou/pdf/R2saigai/R2saigai02_04.pdf
- 4) Yoshihide Mitani, et al. : Circumstances and Outcomes of Out-Of-Hospital Cardiac Arrest in Elementary and Middle School Students in the Era of Public-Access Defibrillation - Implications for Emergency Preparedness in Schools - , Circulation Journal Vol.78, 2014 , 701-707
- 5) 馬場國蔵ほか：小児心電図心室肥大判定基準の改訂. 日小循誌 1986;2:248-249
- 6) 長嶋正實、吉永正夫編集：学校心臓検診のための小児心電図正常値ガイドブック. 診断と治療社 2020

医師年金

<認可特定保険業者>公益社団法人 日本医師会

ご加入のおすすめ

加入資格 64歳6カ月未満の日本医師会会員（会員区分は問いません）

☒ 年金検討チェックリスト

- ☐ 公的年金では現役時代の生活水準を維持できない
- ☐ コツコツ積立てて十分な年金を確保しておきたい
- ☐ 一生涯受け取れる年金が望ましい
- ☐ 受け取れる年金の額を効率的に増やしたい
- ☐ 医師独自のライフスタイルにあった年金がいい
- ☐ 加入前に受取年金額のシミュレーションを確認したい

1つでも該当したら…

医師年金ご加入をおすすめします！

医師年金ホームページで、
簡単シミュレーション！

医師年金 検索

<http://www.med.or.jp/nenkin/>

ご希望の受給額や保険料、生年月日を入力するだけで、簡単に受取年金月額のシミュレーションができます。
ぜひお試しください。

個別プランの設計や詳しい資料のご請求はこちら



公益社団法人

日本医師会 年金福祉課

TEL : 03-3942-6487(直通)

FAX : 03-3942-6503

受付時間：午前9時30分～午後5時（平日）

E-mail : nenkin@po.med.or.jp

保険料からプラン作成

保険料	
●基本：月払 加算：月払	
加算年金 (10 口)	月払保険料 60,000 円
基本年金	月払保険料 12,000 円
支払期間 19 年 2 ヵ月 (230 回)	
合計月払保険料	72,000 円

設定条件をご確認ください。

試算日	令和2年 9月 10日
生年月日	昭和50年 1月 1日
試算日年齢	45 歳
加入申込期限	令和2年 10月 15日
加入予定年月	令和2年 11月
加入時年齢	45 歳 10 ヵ月
加算払込開始年月	令和2年 11月
年金受取開始年月	令和22年 1月
年金受取開始年齢	65 歳
払込保険料累計	16,560,000 円

注意事項です。お読みください。

- ・加入申込期限は、15日が土日・祝祭日の場合は、その前日となります。
- ・「新卒年金」は、加入者ご本人であれば一生涯受け取ることができます。
- ・「保証期間15年」では、受給者ご本人が保証期間中に亡くなった場合、15年の残りの期間について、ご遺族の方が必ず受け取ることができます。
- ・「受取コースの選択(81～84)」は、受取開始の時に決定いたします。
- ・受取開始年齢は、75歳まで延長できます。
- ・「受取年金月額」は標準です。現在は年金率1.1%での計算となっており、将来、年金の制度改定が行われる時は、変更になる場合があります。

受給年金	
●81コース	
加算年金	保証期間15年 64,600 円 終身
基本年金	保証期間15年 12,900 円 終身
支払期間	77,500 円 77,500 円
15年受取総額	13,950,000 円
●82コース	
加算年金	5年満期型 276,500 円
基本年金	保証期間15年 12,900 円 終身
支払期間	289,400 円 12,900 円 12,900 円
15年受取総額	18,912,000 円
●83コース	
加算年金	10年満期型 143,400 円
基本年金	保証期間15年 12,900 円 終身
支払期間	155,300 円 12,900 円 12,900 円
15年受取総額	19,530,000 円
●84コース	
加算年金	15年満期型 59,100 円
基本年金	保証期間15年 12,900 円 終身
支払期間	112,000 円 12,900 円
15年受取総額	20,160,000 円

20150601S8

理 事 会

－第4回－

5月27日 午後5時～6時40分

河村会長、今村・加藤両副会長、清水専務理事、
沖中・中村・前川・河村各常任理事、白澤・
山下・伊藤・上野・藤原・茶川・縄田各理事、
藤野・篠原・岡田各監事

議決事項

1 令和2年度決算について

事務局長から、令和2年度決算の詳細と公益目的支出計画実施報告書について説明を行い、第189回定例代議員会に付議することを決定した。また、労働保険事務組合について、令和2年度事業報告及び収支決算並びに令和3年度事業計画及び予算について説明を行い、承認された。

2 県医師会費の減免について

会費の減免申請のあった88件について協議を行い、全件を承認することを決定した。

協議事項

1 「挑む！胸部レントゲン読影道場 in 山口」の後援について

山口県肺がん研究会から依頼のあった名義後援を承諾することを決定した。

2 令和3年度認知症サポート医養成研修受講者の推薦について

山口県健康福祉部長寿社会課長から、オンライン形式で実施される標記研修の受講者の推薦依頼があり、3名を推薦することを決定した。

3 新型コロナウイルス感染症対応「山口県医師会休業一時金」の申請について

申請1件について審査し、給付することを決定した。

人事事項

1 勤務医部会の役員交代について

常任理事1名の辞任に伴い、後任として独立行政法人地域医療機能推進機構徳山中央病院の沼文隆院長に委嘱することを決定した。

報告事項

1 日医第1回医師会共同利用施設検討委員会「Web」（5月14日）

介護保険関連施設関係の協議や会長諮問「医師会共同利用施設の今後のあり方ー新型コロナウイルス感染症も踏まえてー」に関する議論を行った。
(沖中)

2 第159回生涯研修セミナー（5月16日）

産業医科大学整形外科教室の酒井昭典教授による特別講演「骨粗鬆症の現状と対策：運動と薬物治療について」、京都大学iPS細胞研究所増殖分化機構研究部門の井上治久教授による特別講演「iPS細胞を用いた脳神経疾患の研究」、山口大学大学院医学系研究科放射線腫瘍学講座の田中秀和教授による特別講演「放射線治療の現状と課題」及び昭和大学医学部産婦人科学講座の関沢明彦教授による特別講演「出生前検査の現状と倫理的課題」が行われた。(加藤、中村、山下、縄田)

3 第1回都道府県医師会長会議「Web」

(5月18日)

岩手県ほか11府県のグループにより「新型コロナウイルス感染症に対する今後の医療提供体制」について、また、青森県ほか12都県のグループにより「①医師資格証の普及と利用、②日本医師会の組織強化」について討議が行われた。

(河村会長)

4 日医第3回母子保健検討委員会「Web」

(5月20日)

「福岡市におけるネウボラ（かかりつけ医療機関と子育て世代包括支援センターとの連携）の取

理 事 会

り組みについて」と題する講演の後、成育基本法にかかわるアンケート調査、「地域で安心して分娩できる医療施設の存続を目指す議員連盟」設立総会等についての協議が行われた。(河村)

5 郡市医師会保険担当理事協議会

(5月20日)

令和3年度山口県社会保険医療担当者指導計画等について説明した後、会員から提出された意見要望15議題について協議を行った。(清水)

6 第1回学校心臓検診検討委員会 (5月20日)

令和2年度学校心臓検診報告書、令和3年度学校心臓検診精密検査医療機関研修会、学校心臓検診検討委員の候補者等について協議した。(河村)

7 都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会「Web」(5月21日)

中川俊男日医会長及び令和3年度の全国医師会勤務医部会連絡協議会担当である京都府医師会の挨拶の後、「医師の働き方改革について」及び「新型コロナウイルス禍における勤務医の勤務環境の問題点について～コロナ『重点医療機関』におけるジレンマ～」について協議を行った。(山下)

8 記者会見 (5月21日)

「新型コロナウイルスに伴う医療緊急事態宣言について」をテーマとして、山口県病院協会の三浦修会長及び山口大学医学部附属病院の鶴田良介副院長とともに記者会見を行った。(今村)

9 第1回生涯教育委員会 (5月22日)

令和3年度医学会総会の中止報告及び来年度への延期についての検討を行った後、生涯研修セミナーの企画等について協議を行った。(加藤)

10 山口県福祉サービス運営適正化委員会第126回苦情解決部会 (5月25日)

令和2年度における苦情相談の受付状況等及

び苦情解決事案について審議を行った。(今村)

11 今後の新型コロナウイルス感染拡大に備えた医療提供体制の整備等に係る圏域会議

(5月18日～26日)

県内8医療圏において標記会議が開催され、県から最近の感染拡大傾向、緊急時の新型コロナウイルス患者受入病床や後方支援医療機関の確保等今後の感染拡大に備えた医療提供体制の整備について説明及び要請が行われた後、意見交換を行った。(沖中)

医師国保理事会 ー第2回ー

議決事項

1 保険料減額免除について

内規第2条による1名の減額及び第3条による178名の免除について協議を行い、全件を承認することを決定した。

協議事項

1 第19回「学びながらのウォーキング大会」について

標記大会の開催について協議し、新型コロナウイルス感染拡大防止の観点から、昨年度に続き今年度も中止することを決定した。

理 事 会

—第5回—

6月10日 午後5時～6時30分

河村会長、今村・加藤両副会長、清水専務理事、
沖中・中村・前川・郷良・河村・長谷川各常
任理事、白澤・山下・伊藤・上野・藤原・茶川・
縄田各理事、藤野・篠原・岡田各監事

協議事項

1 第189回山口県医師会定例代議員会について

6月17日（木）に開催する定例代議員会について、議事日程及び担当役員の確認、質問の事前通告の状況報告を行った。また、例年、代議員会終了後に行っている表彰式について、コロナ禍の状況に鑑みて実施しないことを決定した。

2 令和4年度の山口県医師会会費の賦課方法と役員等の報酬について

定款等検討委員会に諮問した「令和4年度山口県医師会会費の賦課方法」及び「令和4年度役員等の報酬」について、いずれも前年度のとおりで適切である旨の答申がされたところであり、これを承認し、定例代議員会の議案とすることを決定した。

3 母体保護法による指定医師の申請について

厚生連長門総合病院及び済生会下関総合病院からの母体保護法指定医師3名の申請について、本会会長の諮問を受けた「母体保護法指定医師審査委員会」より、指定医師として適格である旨の答申を得たことから、承認を決定した。

4 第15回一般社団法人日本介護支援専門員協会全国大会 in 山口（令和3年度日本介護支援専門員協会中国ブロック研修会）広告協賛のお願いについて

一般社団法人日本介護支援専門員協会及び一

般社団法人山口県介護支援専門員協会から依頼のあった標記大会の広告協賛について、1/2面の広告とすることを決定した。

5 令和3年度中国四国医師会連合総会について

10月開催予定の標記総会に係る日程、プログラム等の案について、担当県である愛媛県医師会から意見照会があり、適当である旨の回答をすることを決定した。

人事事項

1 山口県地方薬事審議会委員の推薦について

山口県知事から標記委員の推薦依頼があり、今村副会長を推薦することを決定した。

報告事項

1 定款等検討委員会「書面開催」（5月26日）

「令和4年度山口県医師会会費の賦課方法」、「令和4年度役員等の報酬」の諮問事項について審議を行った。（河村会長）

2 山口県防災会議「書面開催」（5月27日）

災害対策基本法の一部改正に伴う山口県防災計画の修正に係る審議並びに土砂災害警戒情報の発表基準の見直し、国土強靱化地域計画の進捗状況等及び各種訓練の実施について報告が行われた。（河村会長）

3 山口県予防保健協会理事会「書面開催」

（5月27日）

2020年度事業報告・決算報告、就業規則の一部改正、2021年度設備投資等の追加変更、評議員会の招集、役職者の選定及び事務局長の選任について協議を行った。（中村）

4 警察医会第1回役員会（5月27日）

令和2年度事業報告（案）、令和3年度の総会、研修会、警察医会会員の意見交換会等の事業計画（案）について協議を行った。（前川）

理 事 会

5 第24回都道府県医師会新型コロナウイルス感染症担当理事連絡協議会「Web」(5月28日)

新型コロナワクチン接種に係る人材確保のための窓口、新型コロナウイルス感染症患者の受入病床の確保、施設内療養を行う介護施設等への支援等について説明及び質疑応答が行われた。(沖中)

6 日本救急医学会中国四国地方会評議員会「Web」(5月28日)

令和3年度収支決算報告、令和4年度予算案、細則の変更案、名誉会員の推戴、役員の選出等について協議を行った。(加藤)

7 臨床研修医交流会第2回幹事打ち合わせ会(5月29日)

開催日時、開催方法、タイムスケジュール、講師等を決定した。(中村)

8 第1回山口県がん対策協議会「Web」(5月31日)

罹患数、進行度、死亡者数等の本県のがんを巡る状況及び令和3年度の取組について協議を行った。(加藤)

9 山口県学校保健連合会理事会「書面開催」(6月3日)

会則変更、役員改選、令和2年度事業報告・決算報告及び令和3年度活動方針・事業計画・予算案について審議を行った。(河村会長)

10 新規個別指導(6月3日)

2医療機関の立会を行った。(清水、郷良)

11 第11回山口大学医学部附属病院ドクターヘリ運航調整委員会(6月3日)

令和2年度の運航実績、令和3年度上半期ドクターヘリ運航計画等についての報告の後、山口県ドクターヘリ運航要領及びドクターヘリ運航マニュアルの一部改正について協議を行った。(前川)

12 広報委員会(6月3日)

会報主要記事掲載予定(7～9月号)、緑陰随筆、県民公開講座、フォトコンテスト等について協議を行った。(長谷川)

13 郡市医師会看護学校(院)担当理事・教務主任合同協議会(6月3日)

学校(院)の運営状況、山口県医療政策課の事業、本会の新規事業等についての報告の後、各校からの意見要望である学生数の確保、教員の確保、コロナ禍での実習のあり方等について協議を行った。(沖中)

14 「JMAT やまぐち」災害医療研修会事前打合せ(6月4日)

令和3年11月14日(日)に開催される標記研修会の内容及び募集対象者についての協議、JMAT やまぐち活動マニュアルの作成についての報告、災害時の通信手段である衛星携帯電話の機種選定に係る協議等を行った。(前川)

15 社会保険診療報酬支払基金山口支部第3回運営委員会(6月9日)

審査委員の改選状況、令和3年度委託金の状況、診療報酬等支払確定件数等について報告が行われた。(河村会長)

16 会員の入退会異動

入会27件、退会4件、異動18件。(6月1日現在会員数:1号1,239名、2号870名、3号437名、合計2,546名)

17 令和3年度会費賦課状況について

第4回理事会において山口県医師会費の減免申請が承認され、減免総額が決定したことから、6月1日現在の会員数により令和3年度会費の賦課額を決定し、その結果を報告した。(清水)

理 事 会

医師国保理事会　－第3回－

議決事項

1 保険料減額免除（追加申請分）について
内規第2条による1名の減額について協議を行い、承認することを決定した。

協議事項

1 傷病手当金支給申請（新型コロナウイルス感染症）について
1件について協議、承認。

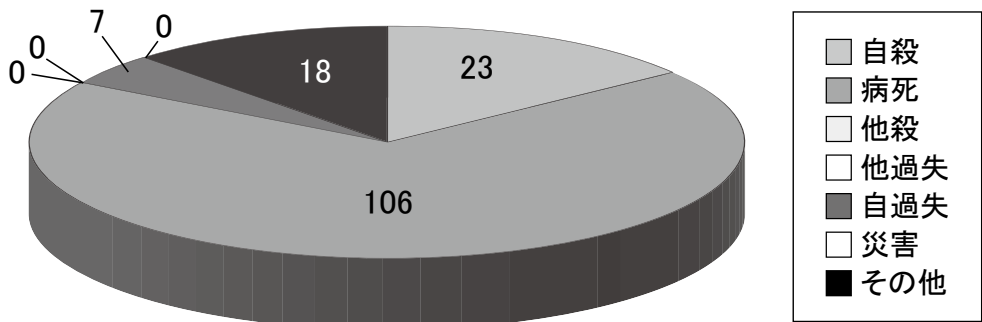
報告事項

1 令和3年度保険料賦課状況について
第2回理事会で保険料の減免申請が承認され、減免総額が決定したことから、6月1日現在の被保険者数で賦課額を算出し、予算額を下回る状況を報告した。（沖中）

死体検案数掲載について

山口県警察管内発生の死体検案数								
	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
May-21	23	106	0	0	7	0	18	154

死体検案数と死亡種別（令和3年5月分）



 日医FAXニュース

2021年（令和3年）6月1日 2958号

- 宣言再延長、“二正面作戦”で成果を
- 市区町村にもモデルナ製ワクチン供給
- 「診療の手引き」、変異株の情報を拡充
- 医師の働き方改革に向け多段階施行へ

2021年（令和3年）6月4日 2959号

- かかりつけ医や地域医師会が機動力を
- オンライン在宅管理料に乳幼児加算を
- 「医学的情報入手できれば可」で一致
- 「死因究明等推進計画」を閣議決定

2021年（令和3年）6月8日 2960号

- 「かかりつけ医機能」とセットで議論を
- ワクチン接種の医療人材確保巡り議論
- 高齢者施設従事者と並行し一般接種を
- 医療関係5職種の役割を通知
- RSウイルス感染症の報告数、2週連続増

2021年（令和3年）6月11日 2961号

- ワクチン接種の人材確保で相談窓口
- 死亡診断書の電子化などを提案
- 被扶養者認定の特例、担い手確保に期待
- 遡及で適用なら国保資格喪失
- ワクチン、安全性「重大な懸念なし」

2021年（令和3年）6月15日 2962号

- 医師資格証を全会員に無料配布へ
- 今村委員後任に日医常任理事の長島
- 医療的ケア児支援法、9月にも施行へ
- コロナ緊急包括支援事業の要綱改正
- 職域接種、「全国から1583会場の申請」

2021年（令和3年）6月18日 2963号

- 解除なら「下り」のまん延防止措置を
- かかりつけ医による実施が大原則
- 緊急事態宣言解除の場合も「段階的に」
- 残存ワクチン、患者等への接種も可

2021年（令和3年）6月22日 2964号

- コロナ病床を3万5000床確保
- OL診療、検討会の議論と整合する形で
- 事後対応で初・再診料は「算定不可」
- 外来機能報告WG、7月初旬に初会合

2021年（令和3年）6月25日 2965号

- かかりつけ医の普及「意識改革で」
- 確度ある供給計画の提示を国に要請
- 「OL資格確認」と「医師資格証」の普及を
- センターの事業受託へ準備加速
- 診療側・長島委員が初出席

2021年（令和3年）6月29日 2966号

- 骨太の方針など閣議決定を報告
- OL資格確認、7月から集中的に拡大
- 禁止・不適切事例の解説書を了承
- モデルナワクチン、職域、自治体に割当

「壁レコ」

飄

々

広報委員

吉川 功一

今回も飄々と、私の趣味であるビートルズとそのレコードコレクションにまつわるお話をさせていただきます。といっても、いつもと少し切り口は違います。

実は、齢50を目前にしてようやくマイホームを建てることができました。いつかはマイホーム、という夢を人並みに描いていましたが、ご存じの通り医師として生きていく中でどのタイミングでそれを実現するのかなかなか難しいものがあります。どうせ建てるなら、なるべく理想の家を建てたいのはみな同じでしょうが、医局人事でいつ異動が命じられるか分かりませんし、なかなか踏み出せないまま時は流れました。私は大学勤務が長かったため、結果的には今振り返ってみれば、引越しについてはあまり問題ではなかったかもしれません。しかし、大学勤務だけに（？）資金面に難があり、さらには30代半ばで2年間の海外留学をさせていただいたこともあり、お金は貯まるどころか出る一方、帰国直後は40が見えてきた年齢にもかかわらず貯蓄はほとんどゼロに近い有様でした。どうせなら子ども達が小さいうちに家を建てて充実した子育てを、という想いもありましたがそれはかなわず、ささやかな賃貸住宅で生活続けました。それでも研究に教育に臨床に没頭した30代は今を思えば、自分の人生のなかでも華やかな時代でなんの不満もなかったものです。しかし、昔からの夢である開業を考えていた私は、家を建てるために借金をする余裕など、どこにもありませんでした。その後40代早々で開業、その後は開業によって発生した借金におびえながら生活し（あくまで投資であり負債ではない

と自分に言い聞かせながら・・・）、マイホームどころではありませんでしたが、開業後8年が経過して50歳が見えてきてようやくいろいろな条件が整い、今年ようやくマイホームを建てることができました。世間一般からすると50歳間際のマイホームはやや遅く、教育資金はまだまだかかるものの、すでに子どもたちも手を離れてしまいつつあります。

そこで、どうせなら自分の趣味を思いっきり楽しめるような空間を持ちたいとの想いがむくむくと沸き上がり、住居部分はそこそこに、男ならだれでも夢見る「趣味に没頭できる秘密基地」を作ろうと思い立ちました。レコードコレクターが一番居心地がよい場所は他でもありません、レコード屋さんです。ということで秘密基地内にレコード屋さんを再現するという、ちょっと大それた計画です。レコード屋さんでは一押しの貴重なレコードは壁にズラリと並べてディスプレイされています。いわゆる「壁レコ」というやつで、私なんかはこの壁レコを眺める時間こそ至福のひとつときなのです。写真はこうして完成した私の秘密基地の「壁レコ」です。もちろんすべて私の専門領域（？）ビートルズのレコードです。色褪せを恐れて本当に貴重なレコードはときどきしか並べませんが、その並べ替え（衣替え）がまた楽しかったりします。興味が無いひとから見れば、気でも触れたのか？と思うようなとんでもない道楽でしょうが、昨今重要視されるワークライフバランスの大切さ（?!）を楯に家内を説き伏せ、これで毎日頑張ってる亭主が働いてくれるなら安いものであらうと勝手な言い訳をしつつ秘密基地ライ

フを楽しんでいます。もちろん「壁レコ」で疲れを癒やしつつ、日中は仕事に全力で打ち込み、最近は通常業務をなんとか維持しながらコロナワク

チン接種にも精を出して、微力ながら世間に貢献できるよう頑張っている次第であります。これもすべてビートルズのおかげです。



表紙写真の募集

山口県医師会報の表紙を飾る写真を随時募集しております。

アナログ写真、デジタル写真を問いません。

ぜひ下記までご連絡ください。

ただし、山口県医師会会員撮影のものに限ります。

〒753-0814 山口市吉敷下東3-1-1 山口県医師会総務課内 会報編集係

E-mail : kaihou@yamaguchi.med.or.jp



山口県後期高齢者医療広域連合からのお知らせ

①後期高齢者医療被保険者証を更新します

現在交付している「後期高齢者医療被保険者証」（以下「保険証」という。）は有効期限が令和3年7月31日までとなっています。

新しい保険証（緑色）は、7月下旬に被保険者の方へ簡易書留にて郵送いたします。

現在交付している保険証（薄紫色）は、8月1日以降使えませんので、8月1日以降は必ず新しい保険証にて負担割合のご確認をお願いいたします。

②後期高齢者医療の限度額適用・標準負担額減額認定証の自動更新について

現在交付している後期高齢者医療の「限度額適用・標準負担額減額認定証」（以下「減額認定証」という。）は有効期限が令和3年7月31日となっています。

減額認定証の更新については、現在、減額認定証をお持ちの方で、令和3年8月からの減額認定証の負担区分が「区分Ⅰ」または「区分Ⅱ」に該当される場合、申請書の提出を省略し、7月に該当者へ減額認定証を直接送付いたします。

③後期高齢者医療の限度額適用認定証の自動更新について

現在交付している後期高齢者医療の「限度額適用認定証」（以下「限度証」という。）は有効期限が令和3年7月31日となっています。

限度証の更新については、現在、限度証をお持ちの方で、令和3年8月からの限度証の負担区分が「現役Ⅰ」または「現役Ⅱ」に該当される場合、申請書の提出を省略し、7月に該当者へ限度証を直接送付いたします。

お問い合わせ先：山口県後期高齢者医療広域連合（TEL：083-921-7111）



フォト部門

エッセー部門

応募締切

2021年10月6日(水)必着

日本医師会では、患者さんとの思い出や、ご自身あるいはご家族の闘病経験、介護や生命の誕生にまつわるお話、あるいは生命の輝く瞬間を捉えた写真を募集しています。ぜひ、ご応募下さい。

詳細はこちら▶

生命を見つめるフォト&エッセー

検索

差し上げ
ます

いのち
第4回「生命を見つめるフォト&エッセー」
入賞作品集

第4回「生命を見つめるフォト&エッセー」(主催：日医／読売新聞社、後援：厚生労働省、文部科学省)の入賞作品集が、このほど完成しました。

『日医雑誌』5月号に同封済みですが、更にご希望の方は切手140円分を同封の上、下記に申し込み願います(2部以上の希望者は要連絡)。

申し込み・
問い合わせ先

日本医師会広報課

〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16

☎ 03-3942-6483 (直)

編集後記

1日の食事、3回ぐらいとる必要性に迫られるため、時としておにぎりやお弁当も便利ですね。皆様は、お弁当というと何を思い浮かべられますか。

コンビニ弁当や持ち帰り専門店の弁当などでしょうか。それとも愛情弁当、キャラ弁などでしょうか。

弁当のおいしさは、そのときの空腹度もさることながら、食べるシチュエーションもとても大事ですね。行楽で子どもと一緒に食べる弁当は（味はともかく）、気持ちがリラックスしていることもあり、楽しく、思い出深かったりもしますね。自分の中でパッと思い浮かんだのは、さいたま市大宮の「鉄道博物館」で食べた、駅弁の新幹線弁当（入れ物が新幹線の形をしているだけです）が、最近の中ではそれに該当します。

ほぼほぼ自分で弁当を作ることはないですが、まれになんのきまぐれか、子どもの弁当を作ろうと思ったことがあります。その際に参考にしたのが、三才ブックスの『今日も嫌がらせ弁当』という本でした。5年ぐらい前にすこし話題になった本なのでご存知の方もいるかもしれません。キャラ弁の参考書としての役割を期待して買いましたが、この本のままコピー弁当を作ろうとすると、のりやチーズをちまちま切って、文字やらキャラクターの顔やらを作るため、まあ、よほど気持ちの余裕と時間がないと無理、ということがわかりました。奥さんの弁当の作り方を少しでもまねようとする方がよほど実用的です。

仕事中の食事は「生きるために食べる」的なものではあるものの、実際には仕事の士気にかかわります。家族が作ってくれるお手製弁当の場合は「わあー、今日は自分の好きなものばかり！テンション上がるぜ」とか「これ、作るのにかなり時間かかっただろう（嬉しい！だが、手間を思うといろいろ考えてしまう）」。

あと、弁当関連でときどき思い出すのが、小学校3年生ごろの山登りの遠足の時のことです。弁当とともに、当時（40年ぐらい前）はよく見かけた、中瓶がガラス製の持ち運びのできるまほうびんを持参していきました（まほうびんを自分で持ち歩いたのはその時が最初で最後かもしれません）。遠足の途中でバランスを崩してまほうびんを落としてしまいました。開けてみたところ、中の飲み物が、キラキラと輝いていたのをよく覚えています。子ども心に「なんとなく飲んだら危なそう」と思い、全く飲まずに帰りました。まほうびんの構造が当時よくわかっていなかったのですが、落とした時に粉々に割れた中瓶のガラスが飲み物と混ざってキラキラと光っていたのだ、と分かったのは後のことです。一口でも飲んでいたら、と思うと今でもゾッとします。

（理事 藤原 崇）



HIPPOCRATES

医の倫理綱領

日本医師会

医学および医療は、病める人の治療はもとより、人びとの健康の維持もしくは増進を図るもので、医師は責任の重大性を認識し、人類愛を基にすべての人に奉仕するものである。

1. 医師は生涯学習の精神を保ち、つねに医学の知識と技術の習得に努めるとともに、その進歩・発展に尽くす。
2. 医師はこの職業の尊厳と責任を自覚し、教養を深め、人格を高めるように心掛ける。
3. 医師は医療を受ける人びとの人格を尊重し、やさしい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るように努める。
4. 医師は互いに尊敬し、医療関係者と協力して医療に尽くす。
5. 医師は医療の公共性を重んじ、医療を通じて社会の発展に尽くすとともに、法規範の遵守および法秩序の形成に努める。
6. 医師は医業にあたって営利を目的としない。



「にちいくん日医君」山口県バージョン

発行：一般社団法人山口県医師会（毎月 15 日発行）

〒 753-0814 山口市吉敷下東三丁目 1 番 1 号 TEL：083-922-2510 FAX：083-922-2527

ホームページ：<http://www.yamaguchi.med.or.jp> E-mail：info@yamaguchi.med.or.jp

印刷：株式会社マルニ 定価：1,000 円（会員は会費に含む）