山口県医師会報

令和４年(2022年)
２月号
― No.1938 ―

防府天満宮の梅　鶴田良介　撮

Topics

顕彰
新病院長に聴く

Contents

■顕彰……61
■新病院長に聴く「岩国医療センター院長」……＜聴き手＞岡山智亮　66
■今月の視点「医療事故調査制度－開始から５年を経て」　……郷良秀典　70
■令和３年度 JMAT やまぐち災害医療研修会　……前川恭子　74
■令和３年度 都道府県医師会医事紛争担当理事連絡協議会　……郷良秀典　78
■第２回全国医師会産業医部会連絡協議会　……中村　洋　82
■令和３年度 郡市医師会産業保健担当理事協議会　……中村　洋　90
■令和３年度 第52回全国学校保健・学校医大会
……今村孝子、沖中芳彦、河村一郎、縄田修吾　92
■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　118
■令和３年度 郡市医師会学校保健担当理事協議会・
学校医部会合同会議……河村一郎　131
■令和３年度 山口県医師会学校医研修会・学校医部会総会
……尾内一信、河村一郎　138
■令和３年度 医療機関税制セミナー　……沖中芳彦　140
■第160回山口県医師会生涯研修セミナー　……清水良一、福田信二　144
■日医 FAX ニュース　……151
■理事会報告（第17回、第18回、第19回）　……152
■飄々「自粛と節約」……川野豊一　158
■お知らせ・ご案内……159
■編集後記……長谷川奈津江　162

顕　　彰

ご栄誉をたたえ、心からお祝い申し上げます。

旭日双光章

近藤龍一　先生（光市医師会）

令和３年４月29日

永年にわたり保健衛生の向上と、地域医療の発展に寄与された功績により受章されました。

旭日双光章

松本良信　先生（防府医師会）

令和３年11月３日

永年にわたり保健衛生の向上と、地域医療の発展に寄与された功績により受章されました。

瑞宝双光章

神徳翁甫　先生（山口市医師会）

令和３年４月29日

永年にわたり保健衛生・環境の向上と、学校保健の推進に寄与された功績により受章されました。

瑞宝双光章

市山正宏　先生（柳井医師会）

令和３年11月３日

永年にわたり保健衛生・環境の向上と、学校保健の推進に寄与された功績により受章されました。

顕　　彰

文部科学大臣表彰

深野浩一　先生（防府医師会）

令和３年10月８日

永年にわたり学校医として児童生徒の健康管理及び保健指導に努め、健康保持増進のために尽力された功績により受賞されました。

厚生労働大臣表彰

赤川悦夫　先生（山口市医師会）

令和３年３月24日

永年にわたり公衆衛生事業に尽力された功績により受賞されました。

厚生労働大臣表彰

安本忠道　先生（大島郡医師会）

令和３年３月３日

永年にわたり、地域の救急医療体制の確立に貢献された功績により受賞されました。

厚生労働大臣表彰

髙杉信義　先生（徳山医師会）

令和３年３月３日

永年にわたり地域のお産を支え、産科医療の推進に貢献された功績により受賞されました。

顕　　彰

厚生労働大臣表彰

松井則親　先生（柳井医師会）

令和３年９月９日

永年にわたり、地域の救急医療体制の確立に貢献された功績により受賞されました。

厚生労働大臣表彰

阿部和子　先生（防府医師会）

令和３年９月９日

永年にわたり地域のお産を支え、産科医療の推進に貢献された功績により受賞されました。

厚生労働大臣表彰

上田一之　先生（防府医師会）

令和３年11月９日

永年にわたり、山口県国民健康保険診療報酬審査委員会の委員として精勤され、国民健康保険事業の発展に寄与された功績により受賞されました。

日本医師会最高優功賞

末永和之　先生（山口市医師会）

令和３年11月１日

永年にわたり、緩和ケアの普及・推進に貢献された功績により受賞されました。

日本医師会最高優功賞

河村康明　先生（光市医師会）

令和３年11月１日

都道府県医師会長在任６年の功績により受賞されました。

顕　　彰

山口県選奨

高橋幹治　先生（宇部市医師会）
津田廣文　先生（徳　山医師会）
河村芳高　先生（山陽小野田医師会）
村上紘一　先生（山陽小野田医師会）

令和３年11月19日

保健衛生・環境等の社会福祉の推進に貢献された功績により受賞されました。

山口県救急医療功労者知事表彰

原田有彦　先生（徳　山医師会）

令和３年９月22日

永年にわたり、救急医療体制の確立に貢献された功績により受賞されました。

山口県救急医療功労者知事表彰（団体）

独立行政法人地域医療機能推進機構徳山中央病院

令和３年９月22日

永年にわたり、救急医療体制の確立に貢献された功績により受賞されました。

山口県教育功労者表彰

藤本繁樹　先生（下関市医師会）
鈴木英太郎　先生（宇部市医師会）
石川佳世子　先生（徳　山医師会）
市川　晃　先生（光　市医師会）

令和３年11月18日

永年にわたり、学校医として学校保健の振興に寄与された功績により受賞されました。

顕　　彰

山口県学校保健連合会表彰
（学校保健功労者）

梅原　豊治　先生（徳　山医師会）
林　　宏海　先生（防　府医師会）
高田　洋美　先生（岩国市医師会）

令和４年１月13日

永年にわたり、学校医として学校保健の振興に寄与された功績により受賞されました。

第52回全国学校保健・学校医大会における日本医師会長表彰

田中　　駿　先生（宇部市医師会）

令和３年10月30日

永年にわたり、地域で学校保健の向上発展に寄与された功績により受賞されました。

山口労働局長表彰

若松隆史　先生（宇部市医師会）

令和３年６月24日

永年にわたり、産業医として献身的に活動され、地域の安全衛生水準の向上発展に寄与された功績により受賞されました。

公衆衛生事業功労者表彰
（日本公衆衛生協会）

森田純一　先生（山陽小野田医師会）

令和３年３月24日

永年にわたり、公衆衛生事業に尽力された功績により受賞されました。

新病院長に聴く

第14回

独立行政法人国立病院機構
岩国医療センター院長
青　雅一　先生

今回の「新病院長に聴く」は、2020年４月１日に独立行政法人国立病院機構岩国医療センターの病院長に就任されました青　雅一先生にお話をいただきました。

なお、通常であれば直接先生にお会いしてインタビューさせていただくところですが、新型コロナウイルス感染症の流行もあり、事前の質問に対してお答えいただいたものを掲載することをお断りいたします。

広報委員　岡山　智亮

１.まず、病院のご紹介をお願いします。

岩国医療センターは、病床数530床で33の診療科を標榜し、高度急性期医療を担う地域の中核病院です。岩国市を中心に広島県・島根県の一部、山間僻地、有人離島を含む半径40km、人口約40万人の医療圏において唯一の救命救急センターを有する医療センターで、地域医療支援病院となっています。また、地域災害拠点病院の指定を受けており、２・３次救急医療及び災害医療の要として機能しています。また、320列と80列のCT scan、3.0テスラのMRI、PET-CT、IMRT（強度変調放射線治療）の他、手術室にはda Vinci、据置型血管撮影装置を備えたハイブリッド型手術室など、最新鋭の医療機器をそろえています。

がん診療提供体制については、地域がん診療連携拠点病院として、各種がん診療において地域の中心的な役割を担っています。さらに、山口県東部で唯一のがんゲノム医療連携病院でもあり、一人ひとりのがん組織を遺伝子レベルで解析し、患者さんにより適した治療薬の情報を提供できるようになりました。

近くには米軍基地があり、病院の近くには将校や幹部の住宅があります。駅周辺の繁華街には、米兵や軍関係の仕事をする外国人を大勢見かけます。外来には基地の住人が通訳付きで受診し、病棟にも常に数人の外国人が入院しているという国際色豊かな病院です。初期臨床研修医は毎年10名前後受け入れていますが、令和４年度は12名フルマッチとなりました。研修医は米軍基地内のクリニックでの研修（２か月間）を選択することもできます。

当院は岡山大学の関連病院で、救急科（山口大学から）と腎臓内科以外は、ほぼ全員が広島を越えて岡山大学から派遣されてきます。人手不足のため非入局者を受け入れている診療科もありますが、ほぼすべての診療科の医師は岡山大学の人事で動いています。その中で私だけがフリーランサーで、14年前に形成外科新設のために引き抜かれたという格好で岩国の地に単身赴任でやってきました。

２.病院長としての抱負をお聞かせください。

当院の使命である高度急性期医療、救急医療体制のさらなる充実を図るとともに、未来の優れた医療人を育成する医療施設として整備していく。そして、地域の皆様の幅広いニーズに応えられるよう、地域の医療機関と密に連携して地域に根差した地元完結型の医療を目指しています。

課題としては、「医師不足をどうするか？」ですが、ここを解決しないと、現在進めている「働き方改革」もうまくいきません。当院の常勤医は80名前後しかなく、病院の規模からみれば1.5倍は必要です。中でも精神科の常勤医がいないことは救命救急センターの運営上にも支障をきたしています。また、非常勤医師だけに頼っている診療科が複数あり、こちらの強化も喫緊の課題です。

３.岩国市を含め県東部の医療について思うことはありますか。

岩国市、特に玖北地区の高齢化が著しく、人口は毎年減少傾向です。そのため救急搬送される高齢者の割合が年々大きくなっており、３次救急の搬送数も少しずつ増加しています。また、当院の診療圏には夜間に救急患者を受け入れる施設が少なく、特に深夜の救急搬送は当院に集中します。１～３次救急のほとんどが当院を受診するため、スタッフが疲弊しています。新型コロナウイルス感染が拡がってからの２年間をみると、１次救急の件数が激減しています。

山口県東部には、急性期を過ぎた患者を受け入れる後方施設が少なく、転院先を探すのに難儀をしています。当院では冬期に救急搬送が増加するため、満床近くになると１次２次救急をお断りせざるを得ない事態になり、近隣の病院にご迷惑をおかけしていて大変申し訳なく思っています。

４.新型コロナウイルス感染の流行を経験して苦労したことなどエピソードがあればお願いします。

新型コロナウイルス感染が拡がり始めたころの院内のムードは「どうせ軽症なのだろう」くらいの認識でした。闘う相手のことがまるで分らないまま、感染者が爆発的に増え始めたときに院長に就任しました。当院には感染症病棟はありませんし、病院の構造や導線が感染症には向いていません。また、４人部屋にはトイレがないため、主に個室でしか受け入れができません。

病院全体で知恵を絞り、救急外来での発熱者への対応、入院病棟の検討と病棟スタッフの人選、新型コロナ感染者の緊急手術への対応、ECMOのシミュレーションなど多くの問題への対策を始めました。院内のアルコールの備蓄が少なくなってきたところで、市内の複数の酒造会社からアルコールや清涼飲料を寄付していただき、感謝に堪えません。あちこちでつまずきながらも、2020年11月よりコロナ病棟/ICUを開設しました。ICU 12床（10床で運用）を中央で区切って目張りをし、陰圧室がある側をコロナICUとして、陰圧室以外も緩い陰圧がかかるようにしました。おかげで一般ICU6床が常に満床となり、同じフロアの救急病室を使って対応しました。一般病室も足りず、しばしば１次・２次救急の受け入れをストップしたため、近隣の病院からお叱りの電話をいただくこともありました。手術室では陰圧室にあったda Vinciを隣室に移動させたところ正常に作動せず、部屋の配電盤を取り換えるなどのトラブルが発生しました。院内クラスターも経験しました。2020年末には、挿管中の合併症のある患者の状態が悪化してECMO作動も考慮しましたが、ステロイドパルスの繰り返しで改善し、独歩退院されました。

県またぎの移動が禁止されていても、広島県から通う職員・学生や、家族が広島県に通勤する職員がいるため、職員・学生の健康チェックには細心の注意を払いました。外食・会食や移動の制限が続くと職員のストレスが溜まるので、発生状況をみながら、緩和したり強化したりの繰り返しでした。特定の診療科や職員に負担が集中しないよう、みんなで支えあって全職員が一丸となってここまでやってこられたのだと思います。

５.先生ご自身のことについて教えていただけますか。

私は岡山市の出身で、昭和56年に自治医科大学を卒業して岡山県に就職し、２年間のローテート研修ののち僻地へ赴きました。最初の赴任地は県北の医療過疎の豪雪地帯にある医師５人体制の町立病院でした。３町村で8,500人の人口に対し、病院と診療所が一つずつ、開業医ゼロという地域でした。自治医大卒の２名が無医村の診療所も掛け持ちし、３町村の健診から予防接種まで２人で対応していました。当初、皮膚科医を目指していましたが、後期研修は岡山済生会総合病院の形成外科で１年間学び、その間、２か月半ほど東京大学形成外科でマイクロサージャリーの練習と見学をする機会を得ました。義務年限の最後の２年間は県西部の町立病院に勤務し、義務年限終了後は岡山で形成外科医として17年間勤務しました。専門はマイクロサージャリーを用いた再建外科です。

学生時代は空手道部に所属していました。趣味は、淡水魚好きが昂じて魚類学会員となり、現在では岡山でアユモドキやスイゲンゼニタナゴなどの絶滅危惧種の保護活動をしています。また、学生時代から自炊していて、料理を作ることも食べ歩きも好きで、赴任以来自炊をしています。他の趣味としては、音楽鑑賞（ジャンルは何でも　特にHR/HM)、博物館めぐり、写真などです。座右の銘は「平常心」です。

［あとがき］

この度は青先生よりとても貴重なお話をいただきました。特に、先生が病院長に就任されたタイミングがちょうど新型コロナウイルス感染の流行が本格化してきたころと重なることもあり、ご対応に苦労された様子がまざまざと伝わってきました。山口県東部を支える重要な医療機関の一つであり、私たち開業医も普段からとてもお世話になっています。現在も新型コロナウイルス感染の流行が継続中ではありますが、各医療機関が協力し合い地域の方たちの健康維持に貢献していけたらと思います。

仕事と家庭（育児）の両立を目指している医師の方々へ

山口県医師会 保育サポーターバンクをご活用ください。

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。

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

医療事故調査制度－開始から５年を経て

常任理事　郷良　秀典

2015年10月にスタートした医療事故調査制度は６年が経過し、日本医療安全調査機構では本制度５年間の動向について、そのホームページ上で報告している（https://www.medsafe.or.jp/uploads/uploads/files/5houkoku.pdf）。本稿では、今後の医療安全及び医療事故調査制度利用に資することを期待し、その一部を抜粋して紹介する。

Ⅰ．医療事故調査制度の概要

まず、医療事故調査制度の概要について再確認しておく。

医療事故調査制度は、2014年６月18日に成立した医療法の改正に盛り込まれた制度で、「第３章　医療の安全の確保」に位置づけられており、第６条の11において「病院等の管理者は、医療事故が発生した場合には、厚生労働省令で定めるところにより、速やかにその原因を明らかにするために必要な調査を行わなければならない。」と規定されている。

本制度は、医療の安全のための再発防止を目的とし、原因を究明するために医療機関が自主的に医療事故を調査し、再発防止に取り組むことを基本としており、責任追及を目的としたものではない。本制度における医療事故とは、「当該病院等に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかったもの」と規定されている。医療機関は、医療事故が発生した場合、まず遺族に説明を行い、医療事故調査・支援センターに報告する。その後、速やかに院内事故調査を行う。医療事故調査を行う際には、医療事故調査支援団体に対し支援を求める

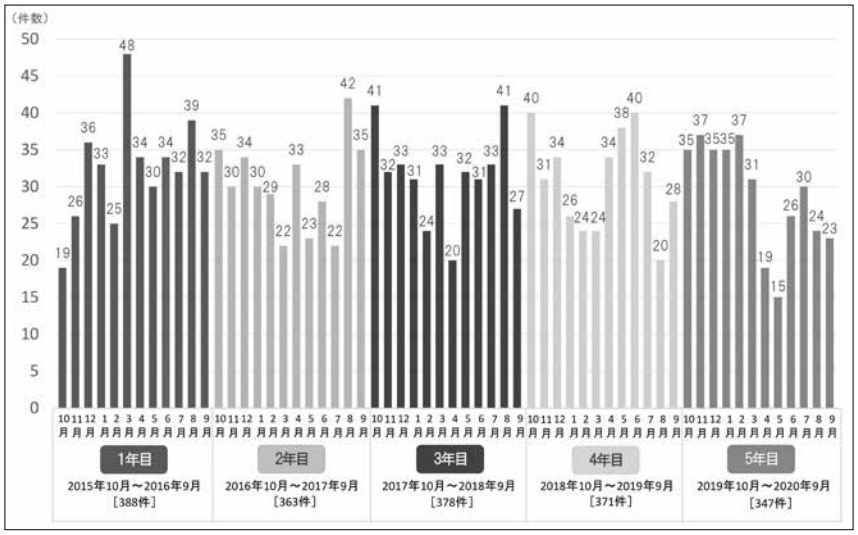


図１　医療事故発生報告件数の推移

（図１～５、表１：一般社団法人日本医療安全調査機構「医療事故調査制度開始５年の動向」より）

ものとされており、原則として外部の医療専門家の支援を受けながら調査を行う。県医師会は重要な支援団体の一つである。院内事故調査終了後、調査結果を遺族に説明し、医療事故調査・支援センターに報告する。センターは医療機関から集積した情報に基づき、個別事例ではなく全体として得られた再発防止に関する知見を情報提供する。

Ⅱ．医療事故調査制度５年間の動向

医療事故発生報告件数は、年間370件前後で推移している（**図１**）。制度設計時、年間1,300から2,000件の報告が想定されており、実数との解離は大きい。また、地域格差も認められる。人口100万人あたりの医療事故発生報告件数は全国で2.9件/年で、最も多かったのは宮崎県5.5件、次いで三重県5.3件で、最も少ないのは福井県1.2件であった。山口県は1.8件、東京都は3.3件であった。「医療事故」と自ら判断することの難しさや「医療事故」の定義のばらつきなどがその理由の一部として考えられるが、今後詳細な検討が必要である。

事故の原因となった医療内容では、「手術（分娩を含む）」が圧倒的多数を占めており、次いで処置、投薬・注射（輸血を含む）であった（**図２**）。「手術（分娩を含む）」の内訳では、開腹手術、経皮的血管内手術、分娩（帝王切開術を含む）、腹腔鏡下手術などが多い傾向があるが、バラエティに富んでいる（**図３**）。

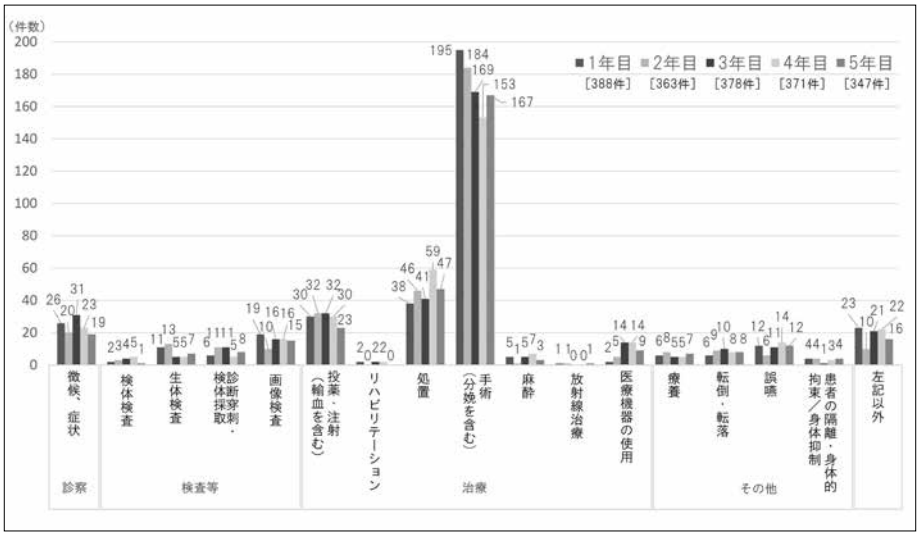


図２　事故の原因とのなった医療内容

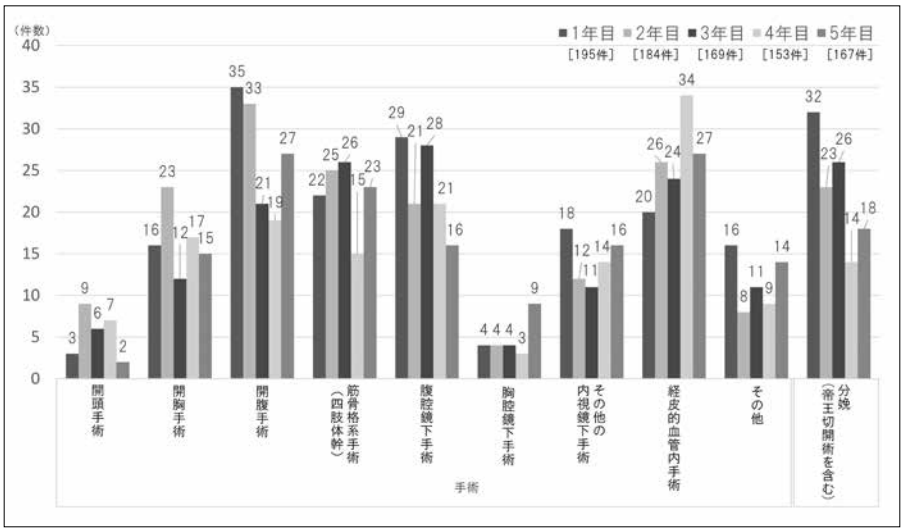


図３　「手術（分娩を含む）」の内訳

事故発生（死亡）から院内調査報告までの平均期間は年々延伸している（１年目；148.2 日 vs ５年目；397.1 日）（**図４**）。これを、「事故発生からセンターへの報告までの期間」と「センターへの報告から院内調査報告までの期間」とに分けると、「センターへの報告から院内調査報告までの期間」の延伸がその原因となっている（１年目；118.5 日 vs ５年目；326.4 日）。医学・医療が進歩し、また複数医療機関が関与するなど複雑化する事案が増加するなか、院内調査報告結果までの期間短縮には院内調査のノウハウの蓄積が重要であり、医師会を中心とした支援団体の果たす役割は大きいと思われる。

医療事故調査において、事故原因の解明に「解剖」や「Ai ; Autopsy Imaging（死亡時画像診断）」が有用となる場合が多い。しかし、その実施は６割程度にとどまる（**図５**）。予期しない死亡事故が発生した場合、その死因究明のため、遺族に丁寧にわかりやすい言葉でその必要性を説明し、理解を得る努力が期待される。

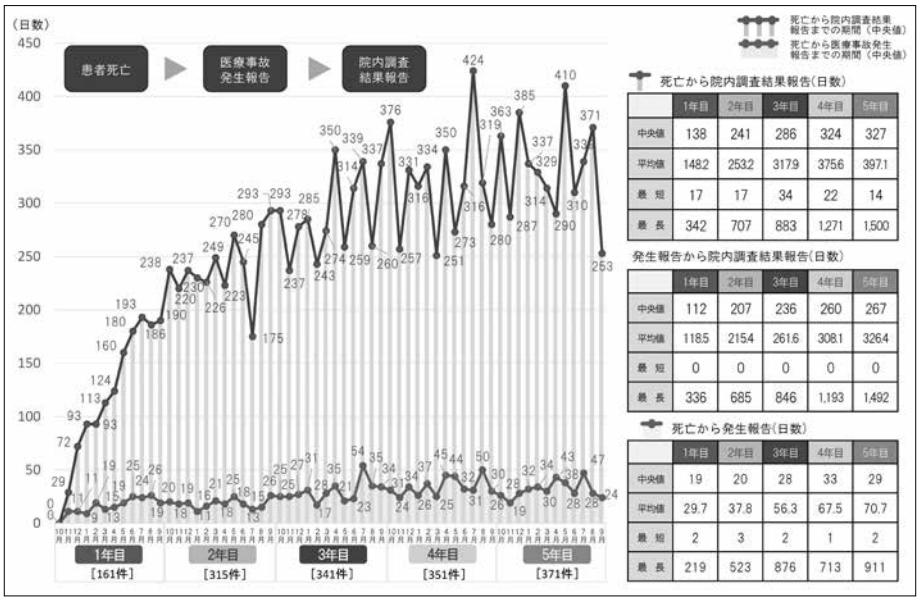
医療事故調査制度の基本は、「事故が発生した医療機関での院内調査」ではあるが、遺族や医療機関から医療事故調査・支援センターに調査を依頼すること（センター調査）も可能である。遺族が院内調査に納得できない場合や、小規模な医療機関で充分な調査体制が整えられないケースなどである。センター調査の依頼は、遺族からが７～９割を占め、その理由は「院内調査に納得できない」が圧倒的に多い（**表１**）。医療機関には、不信を取り除くための積極的な努力（迅速な調査開始・調査、丁寧な説明など）が求められる。

医療事故調査・支援センターには多くの相談も寄せられる。センターへの相談件数は、年間およそ 2,000 件で推移している。相談者の内訳は、２年目までは医療機関からの相談が四半期ごと 250 件強で推移し、遺族等からの相談を上回っていたが、３年目以降は遺族等からの相談が増え、医療機関からの相談件数を上回っている。遺族等からの相談内容は、制度開始前の死亡事例や生存事例に関するものがほぼ半数を占めている。遺族等からの求めに応じて医療機関に伝達した件数は、年間 20 から 34 件である。

Ⅲ．おわりに

医療事故調査制度、センター調査は、医療機関からの報告が大前提である。医療機関が報告するにあたり、「予期せぬ死亡」について迷われ、県医師会など支援団体に相談されることが少なくない。「予期せぬ死亡」とは、以下のいずれにも該当しないと管理者が認めたものである。

①事前に医療従事者等が、患者等に対して死亡・



死亡から院内調査結果報告（日数）	1年目	2年目	3年目	4年目	5年目
中央値	138	241	286	324	327
平均値	148.2	253.2	317.9	375.6	397.1
最短	17	17	34	22	14
最長	342	707	883	1,271	1,500

発生報告から院内調査結果報告（日数）	1年目	2年目	3年目	4年目	5年目
中央値	112	207	236	260	267
平均値	118.5	215.4	261.6	308.1	326.4
最短	0	0	0	0	0
最長	336	685	846	1,193	1,492

死亡から発生報告（日数）	1年目	2年目	3年目	4年目	5年目
中央値	19	20	28	33	29
平均値	29.7	37.8	56.3	67.5	70.7
最短	2	3	2	1	2
最長	219	523	876	713	911

図４　患者死亡から医療事故発生報告及び院内調査結果報告までの期間

死産が予期されていることを説明していた。

②事前に医療従事者等が、患者等に対して死亡・死産が予期されていることを診療録その他の文書に記録していた。

③医療従事者等からの事情聴取などを行った上で、当該医療の提供前に医療従事者等により、死亡・死産が予期されていると認めた。

①、②については、一般的な合併症、死亡の可能性についての説明や記録にとどまらず、当該患者個人の臨床経過等を踏まえて、死亡・死産が起こりうることを患者等が理解できるように説明、記録したものであることが必要である。③については、緊急搬送されたケース等を想定したものである。

本制度が「事故原因を究明していくなかで再発防止策を構築し、医療安全を確保する」ことが目的であることを充分理解し、本制度を有効かつ積極的に活用することが重要である。医療者が医療事故に対し、外部からの強制的規則、圧力で対応するのではなく、Professional Autonomy and Self-Regulation（Madrid 宣言 @1987,World Medical Association）に基づき、自ら判断し、調査し、説明することで、医療の質、安全の向上や医療機関内部での相互理解、連携が得られるだけでなく、広く社会からの信頼獲得も期待できると考える。

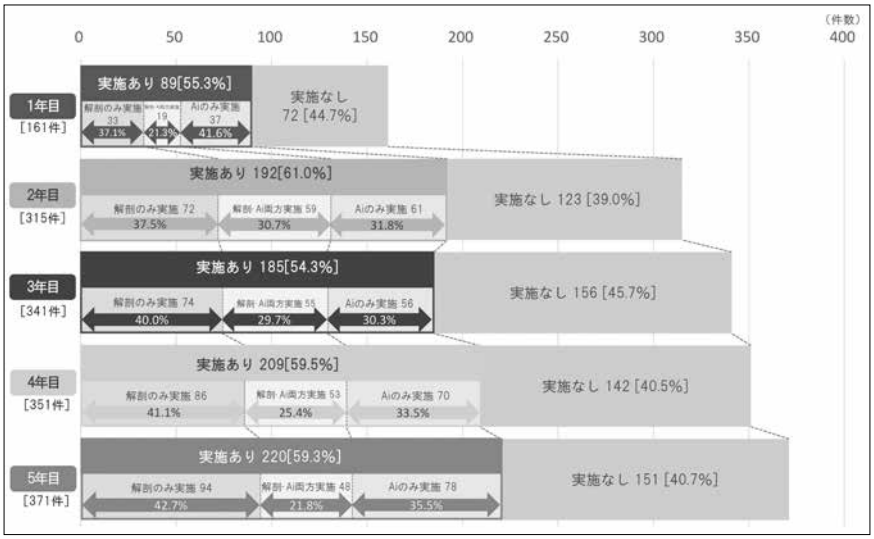


図５　解剖と Ai の実施状況

表１　センター調査の依頼者及び依頼理由の内訳

センター調査対象件数（累計）　135件

（件数/ 重複計上）

依頼者	依頼理由		1年目	2年目	3年目	4年目	5年目	累　計
医療機関	死因が明らかでない		2	4	1	3	2	12
	院内調査結果の検証をしてほしい		2	6	3	4	3	18
	件　数		4	10	4	7	5	30
遺　族	院内調査結果に納得できない	臨床経過	2	9	16	14	21	62
		死　因	7	11	19	18	22	77
		治　療	10	7	25	22	25	89
		説明と同意	3	6	9	8	9	35
		再発防止策	4	5	9	13	14	45
		委員会構成	3	0	5	1	2	11
		小計	29	38	83	76	93	319
	院内調査が進まない		2	0	1	1	0	4
	院内調査では信用できない		1	0	4	1	0	6
	件　数		32	38	88	78	93	329
合　計			36	48	92	85	98	359

令和３年度JMATやまぐち災害医療研修会

と　き　令和３年11月14日（日）13：00～15：30
ところ　山口県医師会６階 会議室

［報告：常任理事　前川　恭子］

JMATやまぐち災害医療研修会は、JMATやまぐちプロジェクトチームが企画している。近年のチームのテーマは「被災地JMAT」であり、昨年度はJMATやまぐち活動マニュアルの被災地JMAT版を作成した。

昨年度お預けとなった集合研修を今年こそはと準備をすすめ、「被災地JMATとしての初動」と題したグループワークと、e-learningシステム（JMAT-e）による事前学習のセットとした。研修会企画当初、COVID-19流行状況を予測できなかった故の新たな試みである。

１．事前学習

○JMAT総論：日本医師会JMAT研修の動画

JMATの成り立ち、日本医師会の災害医療への方向性

○山口県における災害医療の状況：山口県医師会作成動画

災害医療に関連する法律、国及び県レベルの災害医療に関係する組織、県内被災時の各組織の動き

○災害医療用語：山口県医師会作成動画

CSCATTTを中心とした用語解説

○活動拠点本部：DMAT技能維持研修eラーニング動画

DMAT活動拠点本部指揮命令系統、本部運営、活動の実際、情報収集

○本部運営と記録：DMAT技能維持研修eラーニング動画

本部での情報の記録・整理、クロノロジーの意義・運用

○情報の共有・通信機器：日本医師会JMAT研修資料編集

EMIS、衛星携帯電話、トランシーバー、災害診療記録、J-SPEED

２．グループワーク

想定は大規模な地震と津波による自地域の被災である。被災地JMATとして活動する意志のある者の、発災直後の行動からチームビルディング、指揮権委譲、実活動、そして撤収の５つの場面を設問とした。進行役の野村先生が被災地JMATの位置づけを説明された後、グループで話し合いを開始した。設問ごとに各グループが意見を発表し、野村先生が解説されることを繰り返した。

JMATやまぐち事前登録者及び郡市医師会災害医療担当役員から募集し、出席者は23名であった。１グループ４～５名×５グループ、被災地JMATとしての活動であるため、可能な限り圏域ごとのグループ分けとした。ファシリテーターは多職種の構成とし、各グループに２名配置した。

以下、各設問と主な解説点を記載する。

設問１

日曜日の午後、山口県で震度６強の地震が発生、家屋倒壊等被害あり、１時間後に５ｍの津波到達が予測される。まず、どのような行動をとるか。

＜解説＞

・自分の安全、家族の安全、職員の安全を確認する。
・強い使命感を持つ医療者は、誰かを救うために危険な状況に入り込もうとするが、まず自分の身の安全を確保することが大切である。

設問２

実際に到達した津波は１ｍだったが、市内中心部が床上浸水した。自分は高台に避難し無事であった。次にどのような行動をとるか。

＜解説＞

・自宅や所属医療機関への経路の安全、家族や職員の安否、被害状況などを確認する。
・被災地JMATとして活動する意志があれば、チー

ムメンバーと連絡を取り、所属郡市医師会に連絡を取る。

設問３

所属医師会に連絡したが応答はなく、チームメンバーと医師会館に向かった。医師会長はまだ到着しておらず連絡もとれない。医師会館建物に被害はなく、電気は通じているが、水道は使えない。どのような行動をとるか。

＜解説＞

・医師会長不在のため、チームリーダーが指揮を執ることを宣言し、被災地 JMAT 立ち上げを山口県医師会に連絡する。
・コンタクトリストを作成し、関係機関から地域の被災状況の情報を収集する。
・活動に必要な資器材を準備する。
・クロノロジーを作成する。

設問４

発災２日目、医師会長が会館に到着し、指揮を委ねた。その後、山口県医師会から、DMAT 活動拠点本部が立ち上がった災害拠点病院に参集するよう指示があった。どのような行動をとるか。無事到着したら、どうするか。想定される活動は。

＜解説＞

○先ずどのような行動をとるか。

・可能であれば山口県医師会に派遣可能チームを報告する。
・災害診療録、紙版 J-SPEED を準備する。
・必要な資器材を確認する。
・災害拠点病院までの経路の安全を確認する。

○活動拠点本部に到着したら

・本部あるいは統括 JMAT に挨拶し、救護班登録を行う。
・自分のチーム情報を示す。
・自チームがこれまでに得ている現場の情報を本部等に伝える。
・本部から被災状況などの情報を得る。
・活動内容の指示を受ける。

○想定される活動

救護所設営・運営、医療機関支援、避難所スクリーニング、避難所巡回診療等

○１日の活動を終えて

・本部に活動を報告し、夕方のミーティングに参加する。
・統括 JMAT、所属郡市医師会及び山口県医師会に活動内容を報告する。
・活動日報を作成する。

設問５

発災４日目、DMAT 活動拠点本部は地域保健医療調整本部に変更され、県内外から支援 JMAT が参集してきた。被災地 JMAT は撤収して良いと言われた。どのような行動をとるか。

＜解説＞

・撤収の意思を本部に伝える。
・活動の引き継ぎを支援 JMAT や DMAT に行う。
・本部に撤収の挨拶を行い、所属郡市医師会や山口県医師会に撤収の報告を行う。
・使用薬剤・資器材の費用請求の準備を行う。
・活動報告を山口県医師会に提出する。
・自院の診療再開の準備を行う。

３．各グループのディスカッションから

自地域被災時の所属郡市医師会への連絡方法や医師会の災害本部立ち上げなど、各医師会で事前に準備されている事項が明らかでない参加者もいらっしゃった。今回のグループワークをきっかけに、平時に準備することを確認いただけると幸いである。

所属郡市医師会館から遠く離れた地域の医療機関から、被災時に医師会館に参集することは困難である。無理に医師会館に出向く必要はなく、周辺の状況に合わせ柔軟に対応を選択し、ご自分の地域で JMAT 活動を開始することも考慮されたい。

DMAT と異なり、被災地 JMAT はその場に集まることができたメンバーでチームを作る可能性もある。チームとしては即席かもしれないが、日ごろの業務で見知っているメンバーが、日ごろ見慣れている地域の中で活動するので、地域の被災の状況や住民の情報を入手しやすい。被災地 JMAT が災害拠点病院に赴く意義を問うディスカッションもあったが、被災地 JMAT が本部参

集時に持ち寄る情報にも価値がある。

COVID-19 禍なので、撤収時は自分の所属医療機関に活動を報告し、勤務再開の要件を確認する必要があるというご意見もいただいた。

４．今年度の研修会を終えて

今回の研修会は受講者に好評であり、企画側からも今年度だけでは勿体ないとの意見を得た。お力添えくださったファシリテーターの方々、準備段階から協力くださった JMAT やまぐちプロジェクトチームメンバー、そして、初稿からほとんど完璧なシナリオを作られ、予定時間通りにグループワークの進行もされた野村先生に感謝申し上げる。研修会の終了時刻を延長せずに済んだのは、この数年間で初めてである。

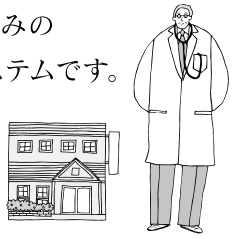
JMAT やまぐち災害医療研修会は、主に JMAT やまぐち事前登録者を対象としてきた。が、被災地 JMAT として活動する、しないにかかわらず、自分の働く地域が被災した時にどのようにすれば良いのか、多くの先生方にお考えいただくきっかけになるよう、来年度は事前登録の枠を外し研修の参加を募集することとしたい。

○ファシリテーター

斎藤　　聰　山口県済生会山口総合病院　〔医師〕
竹中　智昭　光市立光総合病院　〔医師〕
豊田　秀二　（医）神徳会三田尻病院　〔医師〕
中嶋　　裕　山口県立総合医療センター　〔医師〕
野村　真治　山陽小野田市民病院　〔医師〕
若松　隆史　ときわクリニック　〔医師〕
桂　真佐美　山口県済生会山口総合病院〔看護師〕
家本亜希子　家本薬局　〔薬剤師〕
佐藤　真也　徳山中央病院　〔薬剤師〕
谷村　知明　綜合病院山口赤十字病院
〔ロジスティクス（業務調整員）〕
南　　秀樹　周東総合病院
〔ロジスティクス（業務調整員）〕

○事前学習コンテンツ作成

藤倉　岳司　（医）神徳会三田尻病院
〔ロジスティクス（業務調整員）〕
上野　雄史　山口県医師会　〔医師〕
前川　恭子　山口県医師会　〔医師〕

DtoD
医業継承・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 東証一部(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

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。
ぜひお試し下さい。

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

20150601S8

令和３年度
都道府県医師会医事紛争担当理事連絡協議会

と　き　令和３年12月９日（木）13：30～14：45
ところ　日本医師会館（Web開催）

［報告：常任理事　郷良　秀典］

1. 開会挨拶

中川日医会長　日ごろの医事紛争業務の対応と日医医賠責保険制度へのお力添えに感謝する。新型コロナウイルス感染症におけるワクチン業務については、地域の実情に応じ集団接種と個別接種を適切に組み合わせ、高水準の接種率が達成できた。医療提供体制においても、新型コロナウイルス感染症の診療と通常診療の両立に、懸命なご尽力をいただいていることに感謝申し上げる。新たな変異株の拡大も懸念されており、今後も気を緩めることなく対応していきたいので、ご協力をお願いする。

医療行為が紛争に発展した場合を考え、日医では個別事案の検討とブロックや都道府県医師会での研究・研修会に役員を派遣している。日医と連携を取りながら会員の安心安全をサポートすることこそ、日医医賠責保険制度の重要な役割である。これからもこの制度が効果的に運営され、医療紛争が少なくなることを祈念して挨拶とする。

2. 関係者紹介

松原日医副会長と副担当の長島日医常任理事のご挨拶ののち、城守日医常任理事より調査委員会委員と参与（弁護士）の紹介が行われた。

3. 日本医師会医師賠償責任保険の運営に関する経過報告

日医医賠責対策課長より以下のとおり解説と報告が行われた。

令和２年度の付託件数は241件で前年度と比較して30件ほど少ない。これは緊急事態宣言発令により調査委員会が開催できなかったことが影響していると考えられる。付託件数は毎年逓減している。内科、産婦人科、整形外科の順に多く、白内障手術の増加で眼科も増えている。付託内容では、一般診療や手術関係に起因するものが多く、検査や転倒などの院内管理によるものもある。

解決事案の形態については、前年に比べ交渉が多く訴訟は減っているが、これは緊急事態宣言発令による裁判所の業務縮小も考えられる。

4. 院内感染と医療紛争

城守日医常任理事より以下のとおり解説が行われた。

院内感染で問題となる注意義務違反の類型は、「感染防止義務違反」と「治療義務違反」である。前者は院内に感染ルートがあると特定された場合は、「標準予防策」が徹底されていたかが問題となり、特定されていない場合は、院内感染ではないと主張できるものの、「標準予防策」の不備や感染ルートが院内であると推定される可能性もあるので注意が必要である。感染患者が確認された後の拡大防止措置として「感染経路別予防策」や保健所への届出に問題があるかもポイントになる。後者は、発見や治療の遅れ、適切な薬剤の投与など、発見時の対応内容に問題はなかったかがポイントとなる。

なお、「標準予防策」とは、全患者の感染予防のために行う予防策であり、手洗い、手袋、マスク等が含まれ、「感染経路別予防策」とは感染経路の特徴に即した予防策である。

MRSA感染の２つの判例と、新型コロナウイルス感染症の係争中の事案の解説が行われた。

検討に必要な資料
・院内感染対策マニュアル
・保健所に提出した報告様式
・施設や職員の勤務状況等

紛争事例の検討ポイントは、①患者の感染経路は特定できるか（医療機関内で感染したかどうか）、②感染防止対策をしっかり行っていたか（医療水準に沿ったものであるか、また、感染防止マニュアルの整備）、③二次・三次感染の感染拡大防止対策がなされたか、またその因果関係があるか（保健所や感染の可能性のある人との連絡）である。

新型コロナウイルス感染症「診療の手引き第5.2版」に予防策が記されているので、参考にしていただきたい。

院内感染の紛争防止ポイントは、感染ルートが特定できない場合は、そもそも医療機関に過失を求めることはできず、特定された場合でも、感染症の特徴によっては院内で完全に防止することは極めて困難との見地から、裁判所でも「標準予防策」の順守をもって責任を否定する傾向にある。また、感染症においては、保健所の指導内容は、再発防止の観点から後方視的に問題が指摘されている場合が多いが、必ずしも注意義務違反にはならないことを認識していただきたい。

基本となる院内感染対策の日ごろからの実施、感染防止マニュアルの整備及び記録を職員間で共有しておくことが重要である。

万が一、感染症に関する紛争が発生したら、院内感染は不可抗力であることを念頭に、まずは調査をすること、そして実際の感染経路は不明であることと医療水準にかなった対策を十分講じていることなどを丁寧に説明するとともに、速やかに医師会に相談してほしい。

5. 質疑応答

（1）日医医賠責保険制度に付託するタイミングについて＜佐賀県＞

事案発生後、患者が弁護士を通して口頭で高額請求をほのめかす場合がある。100万円を超える請求であればすぐに付託できるが、中にはカルテ開示などされたのち、請求がなく立ち消えとなることもある。

日医の審議は２～３か月を要するので、本県では高額請求をほのめかされた場合は、審査期間短縮のために事前に関係書類を揃えて付託することもあるが、この付託のタイミングについての日医の見解を伺う。

日医の見解

基本的に、付託する際は損害賠償請求があってからである。100万円を超える請求が提示された時点で、速やかにお願いしたい。

（2）日医付託事案で「無責」を受けた場合の解決方法について＜熊本県＞

無責判定で、相手と協議を進める中で、相手や裁判所から見舞金や解決金等として少額を支払うことによる和解を提示された場合、これまでの日医付託の類似案件をもとに妥当と思われる金額の範囲を教えてほしい。

日医の見解

必要に応じて、経過と提示額、都道府県医師会の見解を踏まえて、日医へ相談していただきたい。期日があるものは、それまでに回答するようにする。

（3）新型コロナウイルス感染症にかかる自宅療養サポート医の責任＜長崎県＞

自宅療養中の死亡に対するサポート医に責任について、国はどのように考えているのか伺いたい。

日医の見解

自宅療養サポート業務については、都道府県と都道府県医師会とで「自宅療養者診療待機等業務委託契約」を結んでいる。その取り決め事項の中

に「補償」があるが、令和２年４月の厚労省の事務連絡によれば、契約書では各都道府県が第三者に対して損害賠償請求を負った場合は、自治体の責任となっている。自治体との契約締結には、故意・重大な過失がない限り責任を負わない点を留意してもらいたい。なお、健康観察もこの契約に基づく「医療行為」なので、日医医賠責保険の対象にもなる。

（4）医療事故調査制度と医事紛争の関係
＜栃木県＞

制度の課題として、説明や調査報告が訴訟に利用される可能性と、そのことにより制度への報告自体を迷う医療機関が見受けられるようである。

各都道府県で紛争に発展したケースはあるか。また、日医にはこのようなケースが増えた場合、何か良いお考えがあるか伺いたい。

日医の見解

医療事故調査制度は、原因究明と再発防止が目的である。１年間に数件、事故調査制度に報告済みの案件が付託されるが、年々増加しているわけではない。今のところは医療事故調査制度が訴訟に影響を与えている傾向はないと考える。

（5）法人代表者（開設者）が日医Ａ会員であっても、管理者（院長）が日医Ａ会員以外の、医療機関の特約保険加入について＜神奈川県＞

日医特約の被保険者は、「特約保険の加入希望の日医Ａ会員」、「日医Ａ会員が理事となっている診療所・病院・介護医療院を開設する法人」、「日医Ａ会員が管理者となっている診療所・病院・介護医療院を開設する法人」としており、補償対象となる医療施設の条件を満たしていれば、複数の施設を登録することが可能となり、１契約で同一法人内の複数の医療施設を補償対象施設にできるメリットがある。

しかし、日医Ａ会員が法人の理事であれば、管理者が日医非会員でも補償対象施設に登録できるため、それら医療施設において発生した医事紛争事案であっても、都道府県医師会はこれを受け付け日医に付託しなければならない。管理者が非会員の医療施設であっても日医の医師賠償責任制度の利益を享受できるのであれば、医師会入会のメリットの一つが失われ、会員を増やして組織強化を図る日医の方針と矛盾するのではないか。

日医医賠責特約保険の補償対象医療施設については、日医Ａ会員が管理者の施設に限定すべきと考えるが、日医の見解をお聞かせいただきたい。

日医の見解

日医事務局としてもこの問題を検討したが、一番のポイントは「加入時に会員であっても、損害賠償請求時に管理者が会員でない場合は、日医医賠責特約保険の対象外となる」ことで、これは避けたいところである。特約保険を契約している場合は、法人自身が常に管理者の会員資格を管理することになる。このことも踏まえ、日医会員への加入を今後も進めていただきたい。

（6）ホテル療養患者死亡での県の和解金支払いに対する日医の対応＜愛知県＞

コロナ禍が約２年経過しても、十分な感染予防対策は示されず、重症化する素因についても判然とせず、治療薬も検討中の段階である。したがって、診断治療指針も策定されるはずはなく、手探りで試行錯誤しながら対処法を考えている状況にあるが、当県医師会の医療安全対策委員会に対して、PCRと抗原検査の感度の違いによる診断遅延、在宅療養指示下での突然死などの事例に対し、患者サイドから医療過誤であるとのクレームがいくつか報告されている。各医療施設が行った対応を当委員会で詳細に検討の上、適切な対応がなされていると判断し、当委員会では無責としている。

ところが、「神奈川県は新型コロナウイルスに感染し宿泊療養施設で死亡した男性に関し、早期に医療施設に搬送できなかったとして、裁判外で和解する方針を明らかにした」という新聞記事が出た。県によると、男性は当初軽症で宿泊施設に入所、２日後の夜に心肺停止状態で発見され、搬送先で死亡が確認された。血液中の酸素飽和度が低かったにもかかわらず経過観察としており、連絡が取れなくなってから発見まで４時間近くか

かった。県が設置した第三者委員会の報告書では、県側の対応と死亡との因果関係は不明としたが、感染者と連絡が取れない場合などのマニュアルの不備を指摘されたとある。

そこで、以下のような疑問がある。

・第三者委員会で因果関係は不明とされた根拠（直接的な瑕疵の除外）
・Covid-19 感染への治療指針はない（医療の限界）
・多数の療養者を何人の医療スタッフが担当していたのか（臨時措置によるマンパワーの限界）
・宿泊療養施設は医療機関ではないし、酸素治療などの医療器具もない（物理学的限界）
・転送必要と判断されても、収容医療機関受け入れ不能の場合の責任の所在（ボトルネックの観点並びに保健所のマンパワーの限界）
・感染者の SpO_2 が異常値を示してからの重症化のスピード並びに生命予後に関する明らかな指標の欠如（軽症から重症までの進展速度の個人差）
・療養者に対し医療上の指導は可能でも命令はできない（わが国の法的根拠の不足）
・軽症と判断された収容者でも突然死が多く報告されるような状況の中で、予測できない死亡が医療側の判断ミスと規定されるなら、宿泊療養施設に収容した決定こそが誤っている（試行錯誤の過程上の誤謬は過誤ではない）

これらを考えると、安易に金銭的手段という対処が行われたことは重大な問題であると考える。日医としては、このような報道があった際に、医療側の意見として反論を行うべきではないだろうか。エビデンスもない疾患に全力で闘っている医療者を擁護する団体として、正々堂々と意見を述べていただきたい。日医の見解を問う。

日医の見解

個別事案に対して、その時の状況により対応するしかないが、遺族と県の問題に対して報道以上の内容のコメントを述べることは難しい。質問（3）でも触れているが、自宅・宿泊療養に関しては自治体の要請を受けて医師会と契約を結んだ上での対応なので、まずは責任の所在が医師会ではなく自治体にある点を明確にしてもらいたい。この事案の場合は、自治体はお見舞金として対応されたのだろうが、それは認めないと医師会がコメントすることはできない。自治体としっかりとした委託契約をすることで、自らのリスクを回避することが重要になると考える。

―松原日医副会長の挨拶をもって閉会

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　損害保険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

第２回全国医師会産業医部会連絡協議会

情報通信機器を用いた産業医の職務の実際と産業医に関する組織活動の取り組み

と　き　令和３年10月21日（木）13：00～17：30
ところ　日本医師会館（ハイブリッド開催）

［報告：常任理事　中村　　洋］

記念講演

労働安全衛生法と産業医の歴史

産業医科大学副学長　堀江　正知

明治維新のとき、幕府は横須賀に製鉄所をつくり、造船を始めた。ここにフランス人のサヴァティエという医師が来たことが、工場に医者が配置された始まりではないかと思う。

その後、日本坑法という法律ができ、1873年から1890年までの間に、日本は工業化を成し遂げた結果、大日本帝国憲法ができた翌年に、鉱業条例を実施するが、これは、日本の殖産興業のためには安全衛生のルールがなければならないということでつくったと考えられる。この第58条で、炭坑や金属鉱山の鉱夫の生命と衛生の保護を鉱山監督署長が行うことを定め、公権力をもって安全と衛生を保護することが示されている。これに付属した鉱業警察規則により、技術管理者を選任し予防措置をすることが示された。さらに進むと、衛生係員を選任することが示されている。このあたりが産業医のルーツになるのではないかと感じる。

こういったものを背景に、条例を法律に持ち込もうという動きになる。この工業におけるルールを工場全体のルールにしようと、工場法が検討されるが、予算を国会が付けないため、施行できないということになった。そこで、石原　修 先生が『衛生学上より見たる女工の現況』という本を出される。これは、具合が悪くなって工場から帰郷した非常に若い女工さんたちのその後を丹念に調べているものである。これにより、高い率で結核で亡くなっているということがはっきりした。

その後、工場法が施行されると、工場法施行令及び工場法施行規則が公布された。

この工場法施行規則が改正され、昭和13年に工場医という名称が出てくる。労働者（当時職工と呼んでいる）が500人以上いるところでは工場医を置きなさいという省令になっており、この結果、職場巡視と健康診断をすることになった。当時は、工場主が安全管理者に命令して、安全管理者が工場医に命令するという組織図になっていた。

さらに、昭和17年に工場法施行規則が改正されると、雇入時健診、特定業務従事者の健診、事後措置が始まる。そして、健康診断の結果に基づいて、さまざまな措置をすることも同年に始まっている。

戦後、1947年４月に労働基準法が制定され、９月に労働省が設置されている。基準法では工場医が廃止され、衛生管理者が置かれた。

労働安全衛生法の時代になってからは、健康診断の項目が増えていく時代になる。結核を中心にやってきて、あとは特殊健診だけだったところに、一般定期健康診断に血圧と尿検査が加わったのがこの時であり、日本がバブル景気に沸いているころに、40歳以上の血液検査、心電図検査、聴力検査が追加になっている。1989年の省令改正のころから、産業医では健診ができにくい時代になったように思われる。

産業医は、事業者によって選任されるが、1996年の改正で、事業者に対して勧告を行うという権限が法制化された。当時は非常に騒がれたが、実は、労働安全衛生規則の中には1972年から書かれていたので、この勧告権は1996年に省令から法律に格上げされたことになる。

この労働安全衛生法により、新しい制度ができたので、それぞれ罰則を規定しており、産業医や衛生管理者は50万円以下の罰金であるが、作業主任者等は一段階重たい罰則になっている。これは法律ができた当初にどちらが命に直結するかと考えたときに、このような分け方になったと思う。

また、作業環境測定を非常に重視している労働安全衛生法ではあったが、肝心の測定基準が労働安全衛生法の公布には間にあっておらず、1975年に通達はあったが、告示という形では出ていなかった。

労働安全衛生法施工後しばらくして、労働衛生管理という考え方が出てきた。それまで、職場と人間という２つの管理だったが、そこに３つ目の作業管理を入れて、３管理にしようという形である。そこに、２つ入れて教育まで含めた５つの柱ができるが、これは、平成18年にリスクアセスメントの法改正により、これを含めるという形になっている。

1996年の改正についても非常に大きなものであり、勧告が法制化され、健診の事後措置について指針が出ていて、職場改善をする流れができている。

2000年代になると、過重労働とメンタルヘルス、そしてリスクアセスメントが出てくる。

過重労働について現在、最も重要視されているのが、2001年に出された「長期間の過重業務による循環器疾患の労災認定基準」である。その後、長時間労働をしている人は循環器疾患、特に欧米の場合は心臓疾患の割合が有意に出やすいといったことが科学的にも証明されており、その後、ストレスチェックが始まった。結局、長時間労働と心理的ストレスが最近の日本人の健康に対する大きな曝露要因になっており、これが循環器疾患と精神障害の原因に、複雑に絡み合っている。

認定産業医は、現在10万4,000人を超えている。更新を行っている先生が６万7,000人で、これだけの認定産業医が養成されると、産業医としては十分な数であるため、いろいろな事業所にマッチングしていただき、全国の50人以上の事業場全てで選任されている状態にあればよいと思っている。また、産業医の分野を主に仕事にしている医師の割合は男性で0.45%、女性で0.86%となっており、産業医というのは新しい仕事として非常に注目されているように思う。

将来の課題として、政策的に最も遅れているのが小規模事業場に対するものではないかと思う。いろいろな法律から適用除外されていて、制度が行き届いていない、実態もなかなかついてこないというところではないかと思う。

産業医が民事訴訟の当事者になるようなケースがときどき出てくる。被告にならなくても、裁判の途中で産業医がやり玉に挙がっている事例がときどき見受けられるが、解雇や賃金の問題で損害があったことから訴訟になっているようで、健康問題での解雇や配置転換、就業制限等が行われる際は注意が必要である。

シンポジウム
「情報通信機器を用いた産業医の職務の実際」
①情報通信機器を用いた産業医の職務の実際
～厚生労働省の立場から～

厚生労働省労働基準局安全衛生部
労働衛生課長　髙倉　俊二

近年、日本の産業構造の変化、労働人口の高年齢化、そして労働人口の減少傾向が見込まれること、働き方の多様化、働き方改革など、労働者を取り巻く環境は変化してきた。新型コロナウイルス感染症によって、その変化に拍車がかかったことは事実だと思う。コロナ以前から始まっている変化への対応が、この産業医活動の現場においても求められている。

労働安全衛生法と労働安全衛生規則では、産業医の職務について定めており、安衛則第14条の9項目がまとめられている。その中に「その他労働者の健康管理」と書かれてあり、産業医が全般的に健康管理における役割の責任を果たす必要があるものになっている。第14条以外の規定に関しては、体制の整備、情報収集、職場巡視といった第14条の職務に必要なものや、衛生委員会への参画、事業者への勧告、意見具申といった職務を果たす上での実効性を保つような規定になっている。

平成30年に働き方改革関連法案として安衛法

の改正が行われ、産業医の知識･能力の維持向上、産業医の独立性・中立性の強化、産業医等の業務内容の周知が法制化された。産業医活動については、環境整備と活動の強化が安衛法令の規定又は改正の大きなポイントとなっている。衛生管理者あるいは衛生委員会に医師として意見をすること、健康診断の事後措置のある種の総括責任者であること、事業者にさまざまな情報を求めることなど、産業医はさまざまな権限を行使できる。知識や技能を情報収集して、意見すべき意見はするということが日常の業務でも必要だと思う。

情報通信機器を用いた職務の実施では、政府で推進しているのがテレワークガイドラインである。厚労省では､労働者が安心して働けるような、良質なテレワークを推進するという立場を取っている。特に、この安全衛生のテレワークに関連した問題は、労働者間や上司と部下などの関係の中で、コミュニケーションが不足しがちになるということ、部下の心身の状態の把握が難しくなることの２点に注意が必要と取り上げている。この問題に対応できるよう、事業者向け、労働者向けの２種類のチェックリストの形で示している。

本来、この情報通信機器を用いて産業医の職務の一部を実施する場合も、テレワークで行うことと同じなので、コミュニケーション不足の傾向と状況の把握が難しくなる点に注意を払わなければならない。

昨年度末に発出した通達においても、リモートで産業医業務の一部を行う場合に留意すべき事項を、共通事項と職務ごとに留意すべき事項とに整理してお示しした。

留意事項のうち、共通事項としては衛生委員会等での審議、労働者への周知、情報提供の仕組みが必要であるということに加え、産業医の判断によって必要がある場合には実地で行えるようにすること、地域の医療機関との連携体制を構築することを共通事項で明記している。職務ごとの事項として、定期的な職場巡視は例外なく実地での実施が必要であるということも明記した。その他、実地が基本であるということが分かるように記載している。

産業医としても、現場でなければ把握できない情報に対して、対面又は実地の機会にアンテナの感度を高くして､しっかり受信するということが、今後、オンラインの業務も一部に含めながら、効率的・効果的に産業医活動を行っていく上で重要な素養の一つになる。

面接指導については、以前からオンラインによる実施に関する通達があったが、令和２年11月に改正している。オンラインでの面接指導にはメリットもあるが、デメリットが生じた場合は事態が深刻になりやすいので､慎重になる必要がある。このときの通達でも、医師が必要と認める場合には、対面又は実地で行う必要があることを始めに明記し、その上で、面接実施医師への情報提供、面接実施医師に望まれる要件として、事業者や労働者のことを一定程度知っていて、把握できていること、事業者に緊急時対応体制の整備することを求めている。

しかしながら、オンライン面接指導は、日時の調整確保を行いやすいため、オンラインと対面という両方の手段があるということを、事業場や労働者、あるいは産業医の状況に合わせてうまく使うことが重要と思われる。

産業医が単独で産業保健の責任者としての役目を果たすのは、実質上極めて困難である。医療の必要な労働者は、いつ発見されるかも分からないため、その前に地域の医療機関との連携は当然ながら構築しておく必要がある。保健師など、そのほかの専門職のスタッフがいないような事業場においても、人事担当者あるいは労務担当者と情報共有や意見交換ができていなければ、産業医の職務が途端に滞ることになる。情報通信機器を用いて産業医の職務を実施する際も、必要な情報が円滑に収集できなければ、業務はうまく進まない。職務内容の記録・整理、産業医としての職務、業務した内容の記録､その情報の整理や措置の内容、あるいはその措置のフォローやサポートは、ほかの担当者に依頼することも多いと思う。

普段から事業場内での分担、連携、特に情報のやりとり等を進めていただき、オンラインと実地あるいは対面という２つの手段を手に入れたと考え、効果的・効率的な産業医活動を進めていただきたい。

②情報通信機器を用いた産業医の職務の実際 ～産業医の立場から～

東北大学大学院教授　黒澤　一

このコロナ禍において、産業医業務が制限されたり、中止せざるを得なくなる状況が起き、産業医の業務について、当初はどれを省略してよいか、どれを簡略しようかとしたように思う。産業医の職務については、日本医師会産業保健委員会の2018年の答申で整理されており、産業医だけで職務を全うすることは不可能で、法令にも産業医だけで列挙された職務を全うすることを求めていないとの記載がある。産業医が行うべき業務は職場巡視、衛生委員会への参加、ストレスチェックの報告書の確認・捺印、あるいは職業性疾病を疑う事例の原因調査と再発防止に関与し、助言や指導を行うこと等がある。遠隔で行えないものとして、職場巡視、労災事故発生時の対応は、遠隔では不向きなところがある。このように、現地にいなければできないものがある一方で、遠隔でできそうなものがある。例えば、情報通信機器を用いた安全衛生委員会もやるようになり、意見交換を円滑に実施することが可能だが、セキュリティーや委員の使用機器や操作の習熟、社内の運営体制が課題と思う。

遠隔で安全衛生委員会をやるメリット・デメリットは両方あるが、メリットとしては、どこからでも参加でき早めに終わるため、時間の無駄がなく資料共有も便利である。デメリットとしては、やはり実際に会って雰囲気を感じながらやるといったことはできない。参加者同士の無駄話は減っていいが、共通の委員会への出席を通して仲良くなるということもあると思うので、交流の機会や情報交換が失われることになる。また、個人のITのリテラシーが要求されることは、ハードルになるかと思う。法の趣旨を考えると、対面又は遠隔でも安全衛生委員会の目的や趣旨を忘れないことが大前提になると思う。

面接指導は、最も産業医が遠隔で行っているものになると思う。円滑にやりとりができる方法により行う必要があるが、労働者とのやりとりやその様子（表情、しぐさ、話し方、声色）、労働者の疲労やストレス、その他の心身の状況を把握することが遠隔では難しい部分がある。また、面接指導を実施する医師が必要と認める場合には、直接対面によって行う必要があり、対面に切り替えるかどうかは最終的に医師が判断するということが要点かと思われる。このコロナ禍では、接触しないで済むというのは最大のメリットになる。また、どこからでも面談でき、さまざまなコストを削減できる。デメリットとしては、情報が限られ、面談者によってはITを使えない人もいる。また、特にメンタル不調の場合には、実際に会って面接指導を実施したいという場面が多い。

③第二次緊急事態宣言下の産業保健活動に関する実態調査

株式会社産業保健コンサルティングアルク
代表取締役　梶木　繁之

日本産業衛生学会の中にある遠隔産業衛生研究会の立場から、第二次緊急事態宣言下の産業保健活動に関する実態調査について報告する。新型コロナウイルスの感染拡大に伴った産業保健活動の変化を、特に情報通信機器の活用について調べるというのが今回の目的となっている。2020年4月7日から5月25日の第一次緊急事態宣言の期間中に、研究会の会員を中心にした最初のアンケート調査を実施している。また、第二次緊急事態宣言下の、2021年1月8日から3月21日の期間中に、企業内における産業保健活動の変化を捕捉する目的でアンケートを行った。

主な回答者は、研究会に会員として登録をしている産業医、看護職、心理職、その他の技術職である。回答の業種は製造業、情報通信業が多くを占め、事業場の所在地は、東京都、神奈川県、大阪府といった関東圏と近畿地方が中心となっている。

安全衛生委員会の開催状況について、情報通信機器を使った会議等がどのくらい増えているかを見ると、宣言中はウェブ会議を併用している場合、もしくは全員がウェブ会議になっている割合が増えている。また、常勤の場合に、勤務の日数が週3日以下の場合と、週4日以上の場合とでは少し回答が違っており、常勤ではあるが、週3日以下しか出勤していない場合には全員がウェブ

会議もしくはウェブ会議を併用する方が全体の９割を超える状況だった。一方で、週４日以上勤務されている場合には、ウェブ会議を併用はするが、対面で委員会を開催している方が多い状況だった。非常勤の場合は、今までと変わらない出勤頻度の場合、約６割がウェブ会議もしくはウェブ会議と対面を行っていた。訪問頻度が下がった非常勤では、ウェブ会議もしくはウェブとの併用が非常に増えている。訪問していないという場合には、全体の８割以上がウェブ会議を使っているという状況であった。

職場巡視に関しては、宣言前・宣言中も、対面で実施しているという場合が一番多かった。週４日以上の常勤者の場合は、９割以上が対面で実施している一方で、３日以下になると、延期をしたり、対面の割合が少し減り、非常勤の場合では、延期あるいは中止になったという方が多かったのではないかと推測している。

安全衛生教育は、リアルタイムでのウェブを使った教育の割合が増えていた。常勤の方は、現場によく行くためウェブを使う必要がなく、対面での研修をされる方が多い。非常勤では、訪問の頻度が下がった場合、ウェブ研修が非常に増えている。

ウェブ面談の実施頻度では、メンタルヘルスのフォロー面談、復職面談、高ストレス者面談等、いろいろあるが、基本的に８割以上がウェブ面談の中、最も多かったのが、長時間労働の面談、次いで高ストレス者面談とメンタルヘルスのフォローであった。

メンタル不調者のフォローアップについては、常勤で出勤の頻度が少ない場合には、ウェブを使っている割合が非常に高い状況になっており、非常勤の場合は、通常より頻度を落として訪問したときに、ウェブを使う割合が多くなっている傾向にある。

面談時の問題点としては、通信の問題で画像が乱れることが一番多く、表情が読み取りにくい、画面に映っている情報以外が分からないといったことが傾向としてあった。

常勤・非常勤に関して、出務の頻度によって、ウェブツールの利用の割合が異なるということが分かった。面談の中では長時間労働、次に健康診断事後措置、高ストレス者面談について利用される割合が多かった。

④情報通信機器を用いた産業医の職務
－日本医師会の立場から－

日本医師会常任理事　神村　裕子

日医の産業保健委員会は、都道府県医師会の役員の先生方や大学関係の先生など19名の委員で構成されている。任期は２年で、日本医師会長の諮問事項に対する答申を作成しており、今期の諮問事項は、新たに設置した連絡協議会における産業医支援事業の具現化についてである。

同委員会では、令和３年２月から３月にかけて、「情報通信機器を用いた産業医の職務の実施について」及び「専属産業医が他の職場の非専属産業医を兼務する場合の事業場間の地理的関係について」の問題点について、委員会内及びメーリングリストを通じて意見交換を重ねた。これを基に厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課と協議を重ねた結果が、令和３年３月31日付基準局長発の「情報通信機器を用いた産業医の職務の一部実施に関する留意事項について」に反映されたものと考えている。

同委員会での論点は、地域医療との連携は労働災害時や緊急時に限らず、すべての産業医職務における基本と考えており、情報通信機器の活用は必要であるが、産業医活動の質の低下を招かぬように担保すべきであると考える。

「情報通信機器を用いた産業医の職務」という書き方からは、産業医の職務のすべてが情報通信機器を用いて可能と読めてしまうため、「情報通信機器を用いた産業医の職務の一部」とすべきであると提言した。

情報通信機器を用いることの可否については、産業医の職務のそれぞれについて、用いることの可否あるいはその条件を明示すべきであるとの議論をした。

情報通信機器の利用が一部実施可能なのは、大きくわけると面接指導、衛生教育、安全衛生委員会への出席と考える。

しかしながら、遠隔で実施可能な職務のみを担

う「遠隔産業医」のような産業医が出現するのであれば、あるべき産業医の姿からはほど遠いと考えられるため、「産業医が必要と認める場合には、事業場において産業医が実地で作業環境等を確認できる仕組み」を加えるよう考えた。

産業医の面接指導において、全くの初回、あるいは急性症状を呈する場合は対面とするべきであり、遠隔は、あくまでも対面の面接を補完するものという考え方になっている。

したがって、初回の面接指導、急性症状のある者の面接、メンタル不全者の面接指導は原則対面であると考える。

情報通信機器を用いた産業医の職務に関しては、「衛生委員会で調査審議を行った上で労働者に周知」とされているが、衛生委員会で産業医が自由に意見を述べられるとは限らず、事業者の恣意的な運営になることを危惧している。したがって、事業者の留意事項の追記を求め、産業医への情報提供についても、円滑に必要十分な情報が提供される仕組みを整えることが事業主の責務である。

遠距離事業場の専属産業医による他事業場の兼任について、地理的要件の撤廃の意見も産業保健委員会でまとめている。情報通信機器を用いた産業医の職務の一部を可能とすると、遠隔での産業医業務が拡大し、大企業の分散事業場や傘下の事業場において本社の専属産業医が兼任する可能性も出てくる。すべての傘下事業場あるいは分散事業場を本社専属産業医が、統括という名称でなくても兼任できると読める。

本社産業医が従業員数3,000人を目処に兼務することも可とされているが、事業場数が多くなれば事務的な多くの時間を要する。したがって、十分な業務遂行が困難であると考えられ、産業保健の質低下が危惧される。従業員数3,000人という制限のほかに、事業場数にも適切な制限を設けるべきと考える。

日本の産業医制度は、地域医療との連携により実践され、成果を挙げてきたと考える。また、産業医のあり方は、地域医療と密接な関連があると考えており、労働者も企業に属するものとしてではなく、地域に暮らす住民の一人として大切に考える。

事例報告

(1) 広島県における産業医組織化の取り組み

広島県医師会常任理事　三宅　規之

平成21年度のデータでは、本県の事業場数は約14万2,000か所、労働者数は約143万9,000人である。民営事業場13万8,000か所のうち、50人未満の事業場が97.3%を占めている一方で、100人以上の事業場は1,371か所、0.98%であった。常勤産業医の必要な大規模事業場の中には、本県の専属産業医だけではカバーできず、産業医科大学など他県の産業医に依頼している事業場もあると聞いている。

県医師会産業医部会は、1971年に設立され、50年を迎えた。産業保健総合支援センターについては、県医師会長が運営協議会会長、副会長が支援センター所長、産業保健担当理事が運営委員会委員として運営に関わっている。県内9か所に設置された地域産業保健センターは、全て各地区医師会内にある。

本県における日医認定産業医の推移を見ると、毎年220～320名の先生方が更新し、新規申請も30～55名で推移している。

産業医のスキルアップとして、2019年度の数字を示すと、県医師会産業医部会では、産業医研修会を7回開催し、合計34単位を取得できるようにした。その他、県医師会、産業保健総合支援センター、各地区医師会主催の研修会を含めて73回の産業医研修会を開催している。昨年度から、県医師会産業医部会開催の研修会は、3密を防ぐため人数制限をしたり、他県からの受講を断るなどの制限はあるが、少しでも多くの先生方に受講していただくよう、会場を分散化して、ほぼ予定どおり開催している。

情報提供としては、各地区医師会、各地区産業保健合議体を通じて情報提供するとともに、広島県医師会速報、県医師会ホームページでも情報提供をしている。

相談対応としては、事業場向けには産業保健総合支援センターや地域産業保健センターで実施、産業医向けには各地区産業保健合議体や本県医師会産業医部会で行っている。県医師会事務局で相談を受け、担当理事、産業医部会会長、副会長等

が答える形式となっている。

産業医と事業場のマッチングは、各地区医師会や地域産業保健センターで行っており、県医師会では把握していない。

産業医活動支援では、先ほど説明した情報提供をはじめ、県医師会速報において、各団体開催の産業医研修会の広報を行っている。また、各産業医の申請手続きなどを､県医師会で代行している。

県医師会として独自に行っているのが、市郡地区医師会産業医研修会補助金事業で、これは各地区での産業医研修会を推進するために平成10年度より開始され、地産保のある９か所の市郡地区医師会には年間上限25万円、その他の地区医師会には年間上限５万円を研修会開催のための費用として県医師会より補助している。補助金額は、各地区で開催された研修会の実績で支払われるため変動がある。

平成31年１月に、中央教育審議会において、学校における働き方改革についての答申がまとめられた。それまでは、学校医が生徒だけでなく教職員の健康管理も行うことになっていたが、答申を受け、産業医資格を持った医師が教職員の健康管理を行うことになったため、県教育委員会からの依頼を受け、県立学校に産業医を配置するための協議を行った。まず、制度を分かりやすくするため、学校保健管理医から学校産業医に名称を変更し、多くの産業医に協力していただくために、産業医の業務量や職責に見合う報酬としての委託料を変更、また、産業医に過度の負担がかからないよう業務内容を確認調整した。その結果、産業医部会、学校医部会などの協力のもと、全ての県立学校に学校産業医を配置することができている。この産業医配置は、県教育委員会と県医師会との契約に基づいているため、県立学校全てで統一した報酬となっている。また、県教育委員会からの委託事業として学校産業医を対象とした研修会を年１回開催している。

全国的にコロナ禍で研修会が開催できていない、また、開催できても人数制限をして、他県からの受講をお断りしている状況にある。ウェブ研修会も、受講確認が困難、一度に受講できる人数の制限などの問題があるが、録画した研修会を放映することで同じ研修会を複数回行うことが可能になり、全国統一した研修とレベルアップが可能になるのではないかと期待している。

(2) 三重県医師会産業医部会設立とその後の活動

三重県医師会常任理事　田中　孝幸

本県の日医認定産業医有資格者のうち、県医師会員は81%、男女の割合を見ると、男性85%、女性15%である。日医認定産業医制度発足時からの有資格者数の年次を追ってみると、当初は98名で発足し、令和２年度までに925名となっている。しかし、新規認定者が徐々に減少しているのが気になる。

県下の事業所数は、産業医を必要とする労働者50人以上の企業は2,264社、全事業所数の4.6%である。

県医師会産業医部会設置以前から、医師会産業保健事業として、産業医委員会と産業医研修連絡協議会があり、産業医委員会は、郡市産業保健担当理事、産業医会、県医師会産業保健担当理事の24名で構成され、年１回、産業医研修事業、産業医活動などについて検討している。産業医研修連絡協議会は、県医師会担当理事、産業医委員会委員長及び副委員長、労働局、労働基準協会連合会、産業保健総合支援センターの20名で構成され、年２回、研修事業の企画・立案などについて話し合っている。

平成31年４月25日、県医師会定例理事会で、「産業医の組織化に関する検討会」を開催していくことが了承された。第１回検討会を令和元年５月30日、出席者は県医師会産業保健担当理事、産業医委員会委員長及び副委員長、三重大学公衆衛生・産業医学分野教授で構成し、協議内容は、産業医部会がないことから、今後、産業医の組織化も含め、どのような形で産業医の組織化に参画していくのか等とし、検討会の名称を三重県医師会産業医部会設立検討委員会とした。第２回設立検討委員会では、令和元年６月６日開催の日医第４回産業保健委員会の報告として、各都道府県における日医認産業医に関する組織活動の実態調査結果、各都道府県の産業医部会・委員会設置状況、設置県の役員構成、会則、会費、また産

業医紹介システムに係る民間事業者のヒアリングについて説明し、年会費、会則、紹介システムについてを検討した。令和２年３月12日、県医師会定例理事会で、６回にわたった設立検討委員会における検討結果を報告するとともに、産業医のための組織化を図り、産業医が安心して産業医活動に専念できる体制づくりを目的として、県医師会産業医部会を立ち上げたい旨を説明し、会則・役員選任について提案、承認され、令和２年４月１日より県医師会産業医部会を設立することが決まった。

コロナ禍における産業医研修会は、昨年度は新型コロナウイルス感染症の感染拡大を考慮し、７月より開催予定の産業医研修会を定員100名の完全事前申し込み制、県内に従事する方に限定するとともに、マスクの着用、手指アルコール消毒、体温測定等の実施、会場では座席の間隔を確保するとともに、出入り口扉の開放による換気などの感染予防対策を実施して、10月末より開催をスタートし、一度も開催を中止することなく５回開催した。今年度も、参加定員の制限と感染予防対策を実施した上で、７月より産業医研修会を開始した。また、参加者の利便性と受け入れ人数の増加を目的としてサテライト会場を新設し、主催会場とサテライト会場の双方向性の確保など、実施要件に基づき実施した。今後の産業医研修会では、ウェブを活用したオンライン・参加型研修会の開催について期待している。

今後の県医師会産業医部会は、非会員への医師会入会促進を図るとともに、産業医が安心して産業医活動に専念できる環境・体制づくりに向け、日医と連携しながら産業医部会を推進していく。

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

令和３年度 郡市医師会産業保健担当理事協議会

と　き　令和３年11月25日（木）15：00～15：30
ところ　山口県医師会６階 会議室

［報告：常任理事　中村　　洋］

協議事項

1. 第２回全国医師会産業医部会連絡協議会について（報告）

本号82～89頁に報告記事掲載

2. 県医師会主催・郡市医師会協力による産業医研修会について

中村　令和２年度は、例年どおり６月からの開催を予定していたが、新型コロナウイルス感染症の状況を考慮し、９月以降の開催に変更した。18回の研修会を計画していたが、地域での感染拡大等もあり、16回の開催となった。令和３年度も、昨年度同様に９月以降の開催、18回の研修会を企画しており、11月25日現在13回開催している。研修内容は、基礎実地・生涯実地９回、基礎後期・生涯専門９回を予定している。来年度の郡市医師会協力による産業医研修会の実施については、令和４年１月中に産業医部会の各支部に対し研修希望の調査を行う。

3. 日本医師会認定産業医の更新に関する特例措置（期間外申請）について

中村　既に各郡市医師会にはご案内しているが、日医では現在、新型コロナウイルスの感染拡大に伴い、認定産業医制度研修会が中止や延期あるいは定員を制限しての開催等となっていることから、更新については特例措置が取られている。内容は、日医認定産業医の認定証に記載された有効期限が平成32年（令和２年）２月以降の認定産業医について、当面の間は、有効期間満了までに単位を充足できなくても、認定産業医としての活動を認めるというもの。また、有効期限後であっても、取得した単位は有効期限内に取得したものとみなされる。しかしながら、認定産業医の制度上、有効期限を変更することはできないため、次回有効期間が延長されるものではない。従来どおり５年間で計画的に更新に必要な20単位を取得いただきたい。

（4）その他

中村　10月31日、11月７日に開催した山口県医師会産業医基礎（前期）研修会について報告。

出席者

郡市医師会担当理事

大島郡	野村　壽和	下松	木村　豊彦
玖珂	立石　肇	山陽小野田	河野　和明
熊毛郡	滿岡　裕	光市	田村　健司
美祢郡	吉崎　美樹	柳井	吉田　一典
下関市	佐々木義浩	長門市	村田　高茂
萩市	兼田健一郎	美祢市	中元　起力
防府	山縣　三紀		

県医師会

副会長	今村　孝子
常任理事	中村　洋
理事	上野　雄史
理事	茶川　治樹

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

■会員の声

主として、医療・医学に関するものを募ります（令和４年２月より）。

■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、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

令和３年度 第52回全国学校保健・学校医大会

と　き　令和３年10月30日（土）10：00～17：50
ところ　Web開催（LIVE配信＋オンデマンド配信）

本大会は、岡山県医師会の引受けにより、Web開催され、本会からは今村、河村、沖中、縄田が参加した。午前中は今年度新たに加わった「整形外科」の分科会を含む５分科会が並行して行われ、午後には表彰式、基調講演、シンポジウム等が行われた。以下は当日の報告だが、分科会については第１～４分科会について報告する。

第１分科会［からだ・こころ（1）］

1. 地域開業小児科でのBPS（Bio-Psycho-Social）モデルを考えた簡易型思春期面接の試み

埼玉県医師会　平岩　幹男

地域の小児科クリニックの協力を得て、pilot studyとして、思春期の子どもを対象にBPSモデルを意識した簡便な問診票を見ながらの面接を行った結果を報告する。

11都県の小児科医14名（60代中心、男性10名、女性４名）により、令和元年７月20日から８月30日の期間に受診した小学５年生から高校３年生で協力を得られた子どもに面接を行った。子どもへのアンケートはBright futuresなどを参考に作成し、アンケート１（近ごろの気分と生活のアンケート）の記入結果を見ながら診察をし、診療後にはアンケート２（子どもとの面接後アンケート）を実施した。584人の子どもを検討対象とした。

好きな食べ物を最初に問うことは面接の導入としては使いやすく、ほぼ全員が回答していた。面接後のアンケートも、ほぼ全員が３分以内の記載で回答していた。

心理・社会面へのアプローチを中心とした健診の再現性や安定性の観点から簡易型思春期面接の試みを行った。小中学生のうちから身体的主訴だけでなく、BPSモデルを考えた診療を行い、health literacyづくりに関与することにより、子どもに対する医療機関としての持続性と、社会資源としての医療機関の位置付けに寄与する可能性があると考えられる。

2. 学校メンタルヘルス事業による自殺予防 －希死念慮を持つ生徒への介入と効果－

三重県医師会　梅本　正和

小学６年生のあるクラスが学級崩壊をきたし、その要因の一つとして高い希死念慮率（48％）があった。中学生になり、ハイリスクの生徒に対して、クラス編成と心理的な介入を行った。その結果、希死念慮の生徒は15名から７名と改善し、不安や抑うつ症状を持つ「情緒」に問題のある生徒は７例中６例が改善した。家族病理やいじめを体験した「トラウマ系」の６例は全て改善が困難であった。トラウマ系への介入は、学校メンタルヘルス事業では限界があるため、他分野との連携が必要で、解離・フラッシュバックへの医療的治療も考慮されるべきである。もともと医療サービスに乗らない治療困難生徒への家族を含めた包括支援を提言する。

3.「学校で性暴力被害が起こったら～被害・加害児童生徒が同じ学校に在籍する場合の危機対応手引き～」活用について

兵庫県医師会　田口　奈緒

「令和２年版犯罪白書」によれば、強制性交罪の43.8％、強制わいせつ罪の44.5％が未成年の被害者であったとされている。子どもたちが被害を開示するのは家族に次いで友人、教師が多く、学校がその初期対応に奔走することはまれではない。この「学校で性暴力被害が起こったら」の手引きは、兵庫県内にある性暴力被害者支援の民間団体に寄せられた教師からの相談をもとに、学校側が性暴力被害／加害を覚知した際に教職員がとるべき対応方針であり、子どもを取り巻くさまざまな立場の支援者によるワーキングを経て2020

年８月に開発した。手引きでは、「性暴力事案は疑い段階でも重大事案として対応、抱え込まず、チーム対応」として、発覚直後からのタイムラインや子どもへの聴き取りポイントなどを示し、聴き取りシートやつなぐ先一覧を掲載している。県内外への2,000部配布後のアンケートに対して学校、性暴力被害ワンストップセンター、児童相談所等から65人の回答があり、職種は養護教諭、心理職、相談員等であった。児童生徒から性暴力被害の相談を受けたことが「ある」と回答したのは43人（66.2％）、「ない」は22人（33.8％）であった。手引きの良かった点としては、「今までにこれだけ包括的かつ具体的な情報がなかった」「実際の現場での出来事に焦点を当てて編集されている」等の回答があった。必要なこととして、「SSW、SC、スクールロイヤー等の制度を活用する必要がある」、「保護者が学校のチーム対応を望まないケースがある」等の回答があった。考察としては、学校での性暴力被害が起こると、対応に苦慮、躊躇していると修復が難しくなることが多い。緊急時に見やすい情報が必要であることが分かった。内閣府等からの問い合わせがあり、このような指針の必要性は兵庫県だけにとどまらないと考えた。性暴力では特にプライバシーへの配慮において情報の取り扱いに課題が残る。

4. 岡山市小児慢性特定疾病児童等相互交流支援の取り組み

認定NPO法人ポケットサポート　三好　祐也

平成26年から開始された小児慢性特定疾患児童等自立支援事業は、厚労省の法定事業である。認定NPO法人ポケット（以下、「当法人」）は岡山市に拠点を置き、幼少期から慢性疾患である当事者、医療関係者、教育関係者を中心に病気の子どもたちの学習・復学・自立を支援する団体として設立された。長期の入院や療養により子どもたちは学習や体験の機会を失ってしまうが、その空白のことを「ポケット」と呼び、彼らを支援したいという思いから団体名は付けられた。2011年、任意団体「ポケットサポート」から始まり、2018年から当法人として公益性を高め活動を広げている。岡山市保健所と長期療養中の子ども同士の交流や学習支援の場「ポケットスペース」の運営、ニーズ調査事業、啓発のための講演会開催などの協働事業を開始し、2018年には「岡山市小児慢性特定疾病児童等相互交流支援業務」を受託し、ニーズに合わせた交流活動を展開している。交流する中で学習や友人関係、病気に関する悩みの相談を受けるピアサポートも実施している。「治療への前向きな意欲向上」、「交流による同世代の支援対象者の変化」、「支援対象者の適切な感情表出」、「自主的・自律的な行動を引き出す支援活動」という効果が得られている。2020年２月末より新型コロナウイルス感染症蔓延防止により、対面支援や病院内での支援は休止し、医療機関にiPadを配付し、ICTを活用しながら時間や頻度を変えることなく支援を継続している。

5. 起立性調節障害対応ガイドライン作成の取組について－教育と医療の連携による実践報告－

岡山県医師会　高橋　典久

岡山県は、不登校・長期欠席児童生徒の出現率が全国と比べて高く、課題改善がなかなか進まない状況にあり、まずは起立性調節障害に関する知識を支援者、特に教員が持つことが大切と考えた。平成30年、岡山県教育委員会に「医療と連携した不登校・長期欠席対策研究会」を立ち上げ、平成31年に「起立性調節障害対応ガイドライン（以下、「ODガイドライン」）」を作成し、県内の全小中学校、高等学校、特別支援学校に配布した。

「ODガイドライン」の特徴としては、同時に作成した「岡山県 長期欠席・不登校対策スタンダード」とのリンクについて触れ、起立性調節障害以外の心理・福祉的問題に起因するケースへの対応との連続性を担保した。あわせて初期段階で医療機関が必要とする情報を集約できる「ODチェックシート」を作成し、児童生徒やその保護者とともに確認しながら作成することで、当人や保護者の理解と医療接続を促進する効果も狙った。最大の特徴は、「起立性調節障害について相談できる医療機関」の掲載により、医療機関との連携を想定したガイドラインとなったことである。

配布後の活用状況としては、地元紙を契機にさ

まざまなメディアで紹介され、他県からの問い合わせもあった。県内では、教育委員会だけでなく、福祉部門と研修会を共同開催した自治体があるなど、各地でさまざまな連携が広がっていることが実感できた。さらに、県内の養護教諭へのアンケート結果から、「OD ガイドライン」が多くの学校で活用されており、学校等での支援に活用されたケースが相当数あることが明らかになった。また、支援を行う上での苦労や新たに記載してもらいたい情報などは、今後の「OD ガイドライン」の改訂を含めた不登校・長期欠席児童生徒への支援の充実への貴重な資料となると考える。

6.COVID-19 感染拡大時における徳島県内の学校健診及び健康管理システムへの影響

徳島県医師会　田山　正伸

徳島県医師会は、小児（小中学生）及び高校生を対象に、統一した健康管理システムを構築し、各学校で一次検診を実施している。内容は、①学校心電図検診、②小学生、中学生及び高校生肥満検診、③学校検尿検診、④学校糖尿病検尿検診であり、COVID-19 感染拡大による影響について述べる。

心電図検診における心電図記録は学校医等の医師と民間委託による記録の両方が行われており、実施可能条件が揃うのに時間を要した。肥満検診は、学校での肥満度算出後、二次検診にて栄養指導や運動習慣の指導等を行い、検診結果を学校及び医師会へ報告する流れであるが、体格調査の遅れによる集計の遅れがあった。結果としては、肥満傾向児と痩せの割合が増えており、休校時での生活習慣病の乱れや食事量の増加あるいは減少、及び運動量の減少が起因したと思われる。検尿検診と糖尿病検尿検診では、第１回の学校検尿で尿蛋白、潜血反応、尿糖に関して基準を設定し、第２回は早朝尿で学校検尿を実施し、尿蛋白、潜血反応、尿糖のいずれかが（±）以上の場合、二次検診受診とした。人と人との接触がないため検査自体には支障がなかったが、検査時期が例年より遅れた。

7. コロナ禍の学校健康診断 ～令和２年度川崎市学校医アンケート調査から見えてきたこと～

神奈川県医師会　佐々木明徳

コロナ禍において、「学校医がそれぞれどのような工夫をし、そこにはどのような問題があり、今後何が必要なのか」を知るため、川崎市立小中学校高等学校の内科校医 165 名（39 ～ 83 歳：平均 60.8 歳、男性 142 名、女性 23 名）にアンケートを実施し、133 名（80.6％）から回答を得た。

90.9％の内科校医が時期を遅らせて学校健診を実施し、７～９月の猛暑に実施された。多くの学校医が自身の夏季休暇を返上して貢献されたと思われる。11 月にほぼ日程が消化され、年末年始の流行前に終了することができた。定期健診の日数は 28.6％、時間は 37.9％が例年より増えたと回答した。健診時の感染防止対策としては、サージカルマスク、消毒液使用が中心で、フェイスシールドやビニール手袋の使用は３分の１以下であった。防護服や N 95 マスクは手に入らない状況であった。多くの学校医は当時入手可能な PPE で健診に臨みながらも、健診終了後の学校医の感染は１名も認めなかった。58.6％の学校医が一つ以上のガイドラインを参照して健診に臨み、参照されたガイドラインは「学校における新型コロナウイルス感染症に関する衛生管理マニュアル」が多かった。参照ガイドライン数が増えるほど健診時間が延長する傾向も認めた。これらを反省点として教育委員会と共同で簡単な健診マニュアルを作成し、令和３年度の健診前に全ての学校医に配付した。健診内容では、３項目程度に減らした学校が多く、心音呼吸音の聴診（100％）、アトピーなどの皮膚の診察（82％）、運動器検診（77.9％）であった。健診項目数は、健診時間には影響していなかった。

コロナ禍での学校健診に否定的な意見や前向きな意見、健診体制や健康状態への不安の訴え、ガイドラインの要望などの自由意見があった。健診を契機としたクラスターを出さなかったことは全ての学校関係者にとって努力が報われる朗報であった。

8. 子どもたちとともにパンデミックを乗り切る －新型コロナに対峙する学校精神保健－

東京都医師会　川上　一恵

東京都医師会学校精神保健検討委員会は、かかりつけ小児科医、学校医、児童精神科専門医、スクールカウンセラー及び養護教諭から構成され、子どもの心に影響を与えるさまざまな事象に関心を持ち、その事象にどのように対応できるかを議論し、その成果を冊子にまとめて学校医及び学校に届けてきた。今期はCOVID-19のパンデミックを取り上げた小冊子を作成した。冊子の内容を抜粋して紹介する。

開業小児科医の視点として、休校時に「いつもイライラしている」児童生徒が学校再開により症状が改善、人との接触の減少によるものか年間の感染症が激減した。

学校医の視点としては、学習の遅れの心配、学校行事の中止による気持ちの区切りが困難、自粛生活での学校再開後に転びやすい、すぐに座り込むといった状況が見られた。

ハンディを持つ子どもに関わる小児科医の視点として、「休校時期に親子での関わりが十分できた」、「コミュニケーション力がついた」との評価の一方、子どもの行動が気になり怒ることが増え、時に手が出てしまうケースもあった。ハンディを持つ子どもに対して、感染症について説明し、すべきこと・してはいけないことを教えていくことが大切である。

養護教諭の視点としては、分散登校は教職員の目が行き届き、子どもたちは落ち着いた気持ちで過ごせていた。一斉登校では、子どもにゆとりがなくなり不定愁訴や怪我で保健室を訪れることが増えた。1）小１プロブレムの顕著化、2）生活リズムの乱れによる体調不良、3）運動不足の弊害、4）肥満、う歯、耳垢塞栓の増加、5）子どもが輝ける場の減少、6）虐待の顕在化等の課題が見えた。

スクールカウンセラーの視点として、生命が脅かされるような恐怖や差別・偏見など、もともと抱えていた課題にCOVID-19の影響が複雑に重なり合った状況に置かれているため、児童生徒の発達段階や個別性への配慮をもって支援できる組織力が学校現場に求められる。「遠隔相談」や「知っただけで終わらせない連携」などの試行錯誤をしながら、より適切な対策を取り続けることで不公正な状況を課せられた子どもたちが回復に向かう道筋が見えるであろう。

精神科専門医の視点として、教職員のメンタルヘルスが児童生徒の学習や心身の育ちに強く影響を及ぼすが、COVID-19の拡大はその問題に衝撃を与えた。教職員のセルフケアが推奨され、教育委員会の支援や相談窓口の充実など長期的視野での対応が求められる。

児童精神科医の視点として、拠り所のない不安によって、いくぶん退行した態度をとる子どもが多くなり、パンデミックにより出口の見えない不安となってきた。重要な育ちのコミュニティである学校には子どもたちの心の発達を保障する役割があると考える。

9. 児童生徒を対象とした新型コロナウイルス感染症の健康教育用教材の紹介

東京都医師会　弘瀬知江子

テレビなどの数多くの情報によって恐怖が先行し、精神的に病んでしまう児童生徒が少なくなかったため、予防啓発用スライドと動画を作成した。スライドは「入門編」、「基礎編1」、「基礎編2」を作成した。「入門編」は小学生を対象とし、感染と発症の違いや感染予防対策などを取り上げ、低学年にも理解しやすいようにイラストを中心に作成した。「基礎編１」、「基礎編２」は、中学生、高校生を対象に入門編の内容に加え、陽性者を特定する検査方法や治療法など少し専門的な内容を入れ作成した。動画は、「入門編」の内容を中心に約10分程度とした。これらを東京都医師会ホームページに掲載したところ約600件の反応があり、SNSでは約2,000件、動画再生は約2,000件で、病院の待合室などでの再生を希望する声も上がった。状況が変わる中、変異株や予防ワクチンなどを加えたスライド作りが必要となっている。

新たな感染症が日本で発生した時も、感染対策の基本は変わらないと考えられるので、このスライドと動画は教育ツールとして今後も役立つと考

える。病気の正しい知識と正しい予防方法の共通認識により、学校における感染予防が実現できると考える。

10. 学童期の肛門疾患について

熊本県医師会　高野　正博

肛門の衛生に関して家庭環境を整えることが非常に大切であるので、学童期にみられる主な肛門疾患について説明をする。

痔核：内痔核は、直腸粘膜下の静脈叢が鬱血して肥大したもので、表面が粘膜で覆われている。外痔核は、肛門周囲の血管が膨らんだもので、出血を伴うことはない。痔核の治療は、排便コントロールが主である。痔核がひどい場合は、まず、鬱血を取る薬を処方し、改善のない場合は硬化療法をする。血栓性外痔核には血栓除去を行うも、小児の場合は手術をすることはほとんどない。

裂肛：肛門上皮にできた裂け傷で、強い疼痛がある。排便後も痛みが続くためますます排便を避けるようになり便秘となる。保存療法が主だが、治りにくい場合は、痔核と同様に便を柔らかくする薬の処方などをする。排便コントロールや正しい食生活も大切である。

痔瘻：小児痔瘻は直腸と肛門の境にある窪み（肛門小窪）に便と共に細菌が侵入し、化膿すると肛門周囲膿瘍となる。慢性化により、漏管を形成する。以前は手術にて治療をしていたが、自然治癒が多いため、現在は漢方薬での保存療法で経過を見る場合が多い。しかし、保存療法の場合の長期成績は今のところ不明である。

男女を比較すると、痔核は男女ほぼ同じ比率だが、裂肛は女性に多い。痔瘻は圧倒的に男性に多く、女性は稀である。

小児の肛門疾患は発生率が低いが、慢性化を防ぐためには早めに治療することが大切である。家庭環境や生活環境によって排便が不規則になることが主因であり、正しい食生活、排便、規則正しい生活が大切である。

［報告：副会長　今村　孝子］

第２分科会［からだ・こころ（2）］

1. 島根県の学校医数に関する研究

島根県医師会　貴谷　光

島根県の学校医の現状について調べるため、生徒数、学校医数について県内19市町村の教育委員会等に電話等で連絡を取って実数を調査した。100校の中学校に生徒数17,596名、203校の小学校に生徒数34,801名であり、学校医総数288名であった。学校医のうち、内科・小児科系は235名ですべての市町村で確保できていた。眼科は32名で開業医の71％が学校医を務めていた。眼科医不在の市町村は13であった。耳鼻科20名で開業医の81％が学校医を務めていた。耳鼻科学校医不在の市町村は14であった。眼科、耳鼻科学校医の分布は島根県東部に偏在しており、不在の市町村は島根大学や近隣の開業医に委託して健診を実施していた。学校医の負担は増加しており、内科・小児科系の学校医も辞退する人も増えている。眼科、耳鼻科学校医の不足は深刻であり、松江市では学年を抽出して行っている。

2. そもそも論～医院にこもっていないで学校医を楽しみましょう～

岡山市医師会　江口　尚彦

医師会に所属したということは、義務も当然果たすべきで医師会活動以外に地域のために学校医は引き受けることが必要である。ただ、診療は遂行できるが学校医を引き受けることができない先生が増加している。産業医と比較して報酬が少ないということもモチベーションの低下につながっている。

・2012年の東京調布市で起きた痛ましい食物アレルギーの事故後、格段に向上した学校でのチーム意識に対して、高い医療資質が求められるようになってきている

・複雑化する社会で精神的な問題を抱える子どもたちへのアプローチ

・生活様式の変化でスマートフォンの子どもへの広がり、ゲームの高度化のために増加した運動不足、急性内斜視等の増加

以上のような児童・生徒を適切な専門医に紹介するためにも、限られた時間での健診で気づくこ

との大切さ、医師の自己研鑽が必要だと再認識した。

3. 中学生・高校生を対象とした健康教育用スライド教材（10 項目）の紹介

東京都医師会　弘瀬知江子

東京都医師会では、学校医が「総合的な学習の時間」など健康教育を推進していくため、学習指導要領に沿った形で 10 項目の健康教育用スライドを作成した。内容は、「感染症・予防接種」「アレルギー疾患」「飲酒」「喫煙防止」「薬物乱用防止」「ネット依存・ゲーム依存」「近視」「スポーツ障害」「性教育」「がん教育」からなる。「性教育」「薬物乱用防止」「がん教育」「喫煙防止」について学校保健研修会を行い、参加した学校医、養護教諭にアンケート調査をした。「がん教育」「喫煙防止」は約 85％、「性教育」は約 75％、「薬物乱用」は約 60％がとても良い又は良いと回答した。「性教育」・「薬物乱用防止」「がん教育」は「専門外の学校医には難しい」との回答が約半数からあった。今後、専門外の学校医、養護教諭でも健康教育ができるような教材を検討していきたい。

4. 学校医の聴診の意義を考える

岐阜県医師会　矢嶋　茂裕

学校健診における校医の聴診は心疾患の発見に重点が置かれているが、聴診による心疾患の発見頻度は低く、無害性心雑音の比率が高いものの、その実態はほとんど調査されていない。

対象は各年度小学校、中学校、高等学校の児童生徒約 20 万人である。校医の聴診により心雑音を指摘された児童生徒には医療機関の受診を勧奨し学校に報告された診断結果を学校保健会でとりまとめた。心雑音の指摘頻度は毎年約 0.4％で一定していた。医療機関を受診した結果、異常なし又は無害性心雑音と診断されたのは約 70％、受診せず報告が得られなかったのは約 20％であった。所見の記載があったのは約 10％、全対象者からみると 0.03％であった。

2017 ～ 2019 年までの３年間に心雑音で発見された例のうち診断された疾患名を集計すると、真の心疾患の可能性が高いのは 17 例、確定困難は 41 例、超音波所見のみは 101 例、不整脈 39 例であった。指摘された多くの心雑音が無害性であると考えられ、健診精度としては極めて悪い。学校保健安全法を見直し、積極的に科学的な検査を考慮すべき時期にきているのではないかと考える。

5. 岡山県検尿マニュアル－適正な学校検尿・3 歳児検尿のために－、の作成と振り返り

岡山県医師会　清水　順也

岡山県では平成 28 年に「岡山県検尿マニュアル」を作成した。マニュアルでは、尿潜血（±）を管理対象から除外、運動制限の緩和、強陽性者の緊急対応、３次検査での超音波検査の実施、３次検査の専門医療機関指定、有所見者個人の検査結果記録表の作成、が明記された。また、マニュアル全文を岡山県医師会ホームページ上で公開し、自由に閲覧利用できるようにした。各医療機関での対応が統一され長期的な追跡も可能となった。

今後は、発行後のマニュアル運用状況、有所見者の受検率、診断名の詳細、管理指導表の記載状況、また新型コロナウイルス感染症の影響による受診控えとそれに伴う診断や治療の遅れがないか等も含めて検討する必要があるが、データ収集方法の見直しなど新たな課題もある。

6. 愛媛県医師会学校検尿対策委員会の活動と課題

愛媛県医師会　上田　晴雄

愛媛県医師会は平成 29 年に学校検尿対策委員会を設立、愛媛県教育委員会（以下、「県教育委員会」）に協力を要請した。県教育委員会からの説明は以下であった。

1）県立学校の学校検尿での陽性者率と検査実施率

一次検尿陽性者率：7.7％、二次検査実施率：73.6％、精査受診率：71.2％

2）陽性判断基準は尿蛋白、潜血、糖すべて（±）

県教育委員会は下記の内容の検討・実施を行った。

1）養護教諭に対する学校検尿の研修会

2）二次検尿の公費化と全校での実施

二次検尿実施率と精査受診率は改善した。

3）判定基準の変更

尿蛋白、潜血の判定基準を（±）から（＋）に変更することにより弊害がないか３年間のデータを検討した結果、変更しても重篤な疾患を見逃す可能性は低いと判断し、変更を教育委員会に推奨した。

4）緊急受診対象者の未受診

緊急と思われる対象者の受診の必要性を養護教諭や学校関係者自体が十分理解していない可能性もあり、緊急受診制度を採用している松山市の事例を紹介した。実施後緊急受診例はほぼ100％受診するようになった。

5）学校生活指導管理表の安静度や病名、受診の指示の統一が必要と考え、愛媛県医師会全員に学校検尿指針とマニュアルを配布し、愛媛県医師会ホームページで随時閲覧できるようにした。

6）尿蛋白（＋）が各校において陽性率に幅を認めた。学校検尿を実施している検査会社は複数の外部機関評価を受けており、検査精度には問題がないと思われた。検査会社の陽性率の違いは検討が必要と思われる。

7. アンケート調査による大阪市立学校における成長曲線・肥満度曲線の活用状況

大阪府医師会　高屋　淳二

平成27年、日本学校保健会から「児童生徒等の健康診断マニュアル（改訂版）」が刊行され、同曲線が描ける「子供の健康管理プログラム」というソフトCD（以下、「ソフト」）が全国の国公私立小・中・高校に配布された。その活用状況について調査した。

大阪市公立の幼稚園（46園）、小学校（247校）・中学校（116校）・高等学校（18校）の養護教諭に調査した。調査期間は2020年３月の１か月間で、回収率は87％であった。ソフトを活用している幼稚園、学校の割合は小中学校では70％を上回っていたが、幼稚園では60％を切り、高校では極めて低率であった。成長曲線・肥満度曲線の活用により、身体発育上の問題検出率は上昇したが学校医による受診勧奨と該当生徒の受診率は低かった。

8. 広島県における食物アレルギー対応の現状と課題（県、県医師会、県小児科医会の取り組みを中心に）

広島県医師会　岡畠　宏易

広島県、広島県医師会、広島県小児科医会では、以前から食物アレルギーに関して、種々の取り組みをしてきた。今回は、2012年度以後の取り組みについて示し、その効果を確認するために、2016年と2020年に学校、保育園の給食を中心とした食物アレルギーの問題点についてのアンケート調査を行った。対象は、広島県小児科医会の会員を中心とした県内小児科医で、2016年は送付247名中125名、2020年は250名中150名から回答を得た。

日常診療の困難点については、食物指導、紹介先、投薬、その他のいずれも両年間に有意差なく、困難点では食物指導の困難が一番多数であった。検査の困難点では、食物負荷検査が一番の問題で、血液検査、皮膚検査がそれに続いた。診療困難時の相談、紹介医療機関は検討両年とも回答者の約80～90％にあり、相談、紹介先では90％以上で食物負荷検査が可能であった。アナフィラキシー患者への対応が困難な点では、治療、搬送先に回答者の50％以上が困難をみとめた。給食への指導とアナフィラキシー発症時の対応指導及び医療側の受け入れに関しては、2016年に比較し2020年で有意に困難が減少、改善していた。2020年に新規に質問した項目では、未摂取の食物への対応に対して問題とされる方が回答者の50％以上にみられた。管理表の記載は2016年で90％、2020年で84％にみられ、記載上の困難点としては、除去食品の選択と選択基準が多かった。

食物アレルギー診療に必須の食物負荷検査を実施する取り組みは、非専門医も含む県内小児科医全体で行うべきか、専門医で行うべきかとの2020年に新規に質問した項目に対する回答は、県内全体が47％、専門医が37％で、非専門医、専門医に分けた検討でも、ほぼ同様の比率となり、両者に差を見なかった。

9. 小中学校における喫煙防止教育の効果

山口県医師会　河村　一郎

某市に在住する20歳代326名（男性197名、女性129名）を対象として、アンケート調査を行った。現在タバコを吸っている人は49人、吸ったことがあるが今は止めている人は28人、吸ったことがない人は249人であった。

国内出身者307名のうち、小中学校で喫煙防止教育を受けたことがある人は143人、受けたことがない人は64人。受けたことがある人のうち現在吸っている人は12人（8％）、受けたことがない人では25人（39％）と受けていた人は受けていない人に比べて、喫煙者が少なかった（p<0.0001）。所属、性別、喫煙防止教育を変数として喫煙歴との多変量解析を行った結果、喫煙防止教育が喫煙歴に最も影響を及ぼしていた。

10. 成人式アンケート調査からみた小・中学生に対する喫煙防止出前授業

和歌山県医師会　村上　浩一

日高医師会では、2005年から和歌山県御坊市及び日高地方の小学５年生又は６年生及び中学生を対象に、学校医による喫煙防止出前授業（以下、「授業」）を行ってきた。さらに、2012年１月からは同地域の成人式に出向いて喫煙防止のアピールと、アンケートによる喫煙の実態調査を行ってきた。学校医による喫煙防止の取り組みが、新成人になった時点の喫煙に対する意識や喫煙行動にどのような影響を及ぼしたかを知る目的で、成人式でのアンケート調査結果から検討した。

2017年から2019年の新成人のうち、調査に回答した（回収率92.1％）1,907名（男975人、女904人、回答なし28人）を対象とし横断的解析を施行した。ほぼすべての新成人は授業を実施した小・中学校の卒業生である。

①性別によるクロス集計では、授業内容を「覚えている」群で、男性が45.9％、女性が52.7％、「覚えていない / 無回答」群で、男性が54.3％、女性が44.2％と２群間で有意（p=0.001）な差を認めた。

②現在喫煙している割合と過去喫煙の割合、友人にタバコを勧められたら断る自信があるか、近い将来タバコを吸っていると思うか、タバコを吸うことは格好いいと思うか、飲食やレジャーなどで人が集まるところ（店など）を決める時で、「覚えている」群と「覚えていない / 無回答」群で有意な差を認めた。

③現在喫煙をしていない集団（n=1,518）において、禁煙の店などを選ぶことについて多変量解析を行った結果、授業の内容を覚えていると回答した群（n=592）で、有意（p<0.001）に約1.9倍、「必ず禁煙 / どちらかというと禁煙」を選んでいた。

［報告：常任理事　河村　一郎］

第３分科会［整形外科］

1. 大阪市内の小・中・高等学校での運動器検診に関するアンケート実施結果・令和元年度

大阪府医師会　森口　久子

運動器検診初年度の平成28年度に、文科省で全国を対象とした「児童生徒等の健康診断の実施状況調査」（以下、「初年度全国調査」）で運動器検診に関する調査が行われたが、その後は行われていない。今回、大阪市内の小中高等学校391校を対象に、初年度全国調査に若干の質問を付け加えた調査を実施した。保護者が保健調査票にチェックした人数のうち、既にかかりつけ医等で受診している人数は小・中・高等学校で4.8％、6.6％、15.8％で、初年度全国調査時の0.7％、2.4％、2.3％より増加しており、学校健診において運動器検診が義務化され、運動器に問題のある児童生徒が整形外科専門医に受診・加療されている可能性が示唆された。

学校医が専門医等への受診を勧めた項目の割合は、小・中・高等学校で0.9％、1.5％、1.2％で、初年度全国調査時の1.9％、3.2％、1.8％より減少していた。小・中学校では、側弯に関する項目が最も多く、初年度全国調査と比較し、ほぼ同様の傾向であったが、高等学校では、腰に関する項目が最も多くなり、IT機器の影響などによる不良姿勢や体幹の筋力低下からくる腰痛が増加していることも考えられた。

運動器検診を行う理由・目的は、隠れた運動器疾患・運動過多による運動器障害を見つけ出すことである。今回の調査では整形外科専門医への

受診を勧告された児童・生徒のうち、受診報告書が戻ってきた数の割合が、小・中・高等学校で63％、47％、19％と全体的に低かった。学校現場や保護者の運動器検診に対する意識を上げていくことが、受診報告書が戻ってきた数の割合を増加させ、隠れた運動器疾患・運動器障害の早期発見･治療につながっていくと考えられた。さらに、学校でストレッチやバランス訓練などの保健指導を行っているか？という項目は、小・中・高等学校で15％、12％、11％と非常に低い結果となった。いわゆる身体の硬い子を見つけ出し、ストレッチや運動を指導し、増えている怪我や骨折を予防することも、運動器検診を行う理由・目的の一つであるが、学校現場でしっかりと保健指導を行っていただけるような体制を構築する事が必要と考えられた。

2. 運動器検診 2021 京都の現状

京都府医師会　立入　久和

運動器検診は、整形外科医が学校医でない限り、運動器の専門家が行っているわけではない。運動器検診前後を通してさまざまな課題を抱えている学校現場と学校医側から運動器疾患や障害予防についての専門的知識を望む声がアンケート調査により判明した。2019年には京都市教育委員会、京都市学校医会、京都整形外科医会の三者協議が行われ、学校医会からは、整形外科医が専門性を発揮して運動器疾患の予防や早期発見・早期治療の必要性について、児童生徒に啓発していく積極的な協力を期待された。

上記三者協議において、①ストレッチやウォーミングアップなど運動器障害の予防やケアを紹介する教職員や児童生徒に向けた動画コンテンツの作成、②整形外科医が学校医と協同する運動器検診の施行、③運動器障害の生徒を対象とした相談会の開催、の３点を検討することとなった。進捗状況は①の動画コンテ ンツについては、日本臨床整形外科学会の補助事業となり、市教委のイントラネットから各学校に配信できるように、早急に完成をめざすことで動きはじめている。②の運動器検診に整形外科医が参画する件は、現時点では課題が多く引き続き検討する。③の相談事業は、教職員向けの講習と児童生徒向けの相談会及び検診後のアフターケアを一部で試行しており、一定のニーズが考えられた。小学校では主に姿勢、中学生では主に四肢体幹の痛みや柔軟性の相談が多く、対象年齢においてニーズが異なっていた。学校現場と学校医側からのアンケート調査結果から、運動器検診には、“整形の出番が来た”と認識できたが、一般の整形外科医の関心が低い現状もあり、行政・教育委員会からのさらなる働きかけも重要と考えられた。

3. 整形外科医の直接検診による運動器検診

兵庫県医師会　山下　仁司

加古川総合保健センターでは、加古川医師会脊柱側弯部会との協力のもと、昭和59年より市からの委託を受け、毎年、整形外科医が各学校に出向いて脊柱（側弯）検診を実施しており、運動器検診も従来の脊柱検診に加える形で平成28年から実施している。加古川の従来の脊柱検診は、毎年秋に１市２町の小学校37校、中学校16校の小５、中１（約5,000人）を対象に、18名の整形外科医が学校に出向いて検診を行っていた。脊柱検診時に運動器検診を行うにあたり、①各学校で運動器検診調査票による事前調査を行い、②調査票により、保健センターでの運動器検診対象者を抽出し、③学校での脊柱検診時に運動器検診対象者等を検診し（小５、中１以外は、校医の判断で受診を検討する）、④検診異常者の整形外科専門医へ受診奨励するという流れを、新たに加えた。

県調査結果と、加古川での整形外科専門医による運動器検診結果（４年分）を比較すると、保護者が調査票にチェックした率は、県調査の12.0％に比べ、加古川が16.2％と多く、当地区での保護者の観察協力によりチェック率が高いことが窺えた。学校医が専門医受診を勧めた割合が12.7％であるのに比べて、整形外科医の検診で専門医受診を勧める割合が5.6％と半分以下であり、一方、専門医受診した後に要医療となった割合は、学校医検診の6.8％に比べて、整形外科医検診では、11.9％と高くなっていた。当然ながら、整形外科医が関与した運動器検診は、より精度の高い検診となり、児童生徒の負担が減らせる可能

性がある。今後の課題として、検診の平準化で検診精度の向上が期待できること、専門医受診勧告された児童生徒の受診漏れを防ぐ対策の検討が必要であること等が挙げられた。

4. 行政から見た岡山県の運動器検診の現状 ～岡山県学校保健概要調査から～

岡山県医師会　山本　圭司

学校における健康診断の運動器検診の結果を学校関係者、学校医、保護者等が情報共有し、各学校の健康づくりの取組に活用することが重要である。岡山県における運動器検診の状況について、被患率は脊柱側弯、四肢の異常、胸郭異常ともに、ほぼ１％未満となっている。被患率、治療率ともに脊柱側弯、四肢の状態、胸郭異常の順になっており、運動器検診に四肢の異常が追加された平成28年度は、被患率が若干多い傾向にあるが、その後は、ほぼ横ばいの状況にある。年代別の被患率で見ると、全国の傾向と同様に中学生年代が最も高い傾向にあるが、どの年代も著しい増加が見られるわけでなく、横ばいの状況にあるが、例年一定数の児童生徒が脊柱、胸郭の疾病疑いや四肢に異常を感じていることになる。

岡山県での運動器検診は、多くの学校が内科検診の際に行っているが、その手順は、「① 事前に保護者が保健調査票を記入し、学校に提出する。②保護者が記入した保健調査票の該当する項目を検診までに学校医に伝える。③学校医が児童生徒を視触診する。④必要な場合は、治療を受けるように指示する。」という流れで実施している。学校医からは、「治療指示書を配付するが、すぐに受診する家庭とそうでない家庭がある」、「運動器の場合、毎年同じ項目が該当する場合があるが、診察の結果、観察という指示であれば、受診をしなくなることで治療率があがらない」などの意見があった。

今日の社会においては、屋外で遊んだり、スポーツに親しむ機会を意識して確保していく必要があり、特に学校や家庭で子どもを取り巻く環境を十分に理解し、積極的に体を動かす機会を作っていく必要があるが、不適切な指導や科学的根拠に乏しい練習等により、傷害を負うケースも後を絶たない。学校における健康診断には、①健康状態を把握する、②健康教育に役立てる、の二つの大きな役割がある。子どもたちの成長過程や地域特性等､学校によって健康課題が異なることから、引き続き、学校医と学校現場と連携を密にし、子どもたちの成長に関わっていくことが大切と考える。

5. 秋田県における脊柱側弯症検診 －運動器検診とモアレ検診の有効活用

秋田県医師会　三澤　晶子

2016年度から運動器検診による側弯を含む四肢・体幹の検査が開始されたが、秋田県では従来のモアレ法による検診も継続している。今回は、４年間の運動器検診（小中学生の全学年）の結果とモアレ法（小６、中２）による側弯症検診の結果を比較検討した。対象は、秋田市において2017～2020年度に運動器検診で脊柱に所見ありとされ二次検診を受診した1,442 例と、モアレ法検診で所見ありとされ二次検診を受診した474例である。

運動器検診では、家庭での問診票をもとに学校医が視診を行い、肩・肩甲骨の高さ、ウエストラインの左右差、前屈テストでの背中の高さの左右差の４項目中１つでも該当項目があれば陽性となった。異常と判定された児童は二次検診での全脊柱Ｘ線撮影で､Cobb角10°未満は正常範囲内、10～14°は要注意、15～24°は専門医による要観察、25°以上は要治療と判定された。運動器検診での二次検診で、Cobb角10°以上の陽性適中率は39％、モアレ検診では60％だった。年齢分布では運動器検診の陽性者は中学生に多い傾向にあるが、小学生では学年での明らかな差はなかった。中学生に関する運動器検診の陽性適中率は57％とモアレ検診と同程度だったが、診断を受けた13％が運動器検診で新規に陽性、87％が継続して陽性であり、ほとんどの症例がモアレ検診で側弯症の診断を受けていた。

側弯症陽性適中率はモアレ法検診の方が高く、偽陰性が少なく、受診の際の不要な被曝を減らすことができる。しかし、運動器検診によって新規側弯症を認め、モアレ検診対象時期に拾いきれな

かった症例の発見に役立っているため、全学年に行われる運動器検診でのスクリーニングも重要と考える。検診によって側弯症に対して早期の装具治療を行うことで、手術に至らなかった症例は多数存在し、秋田県では思春期に高度な側弯症で整形外科を受診する例はほとんど見受けられず、これも検診の大きな効果と考えている。今後も秋田県ではモアレ検診を継続予定だが、両者の利点を利用し、医療費や検診にかかる労力を低くしつつ、脊柱側弯症を見逃さないことが重要であると考える。

6.3D スキャナーを用いたモアレ画像撮影機器による側弯症検診の有効性の検討

東京都医師会　渡辺　航太

小学校高学年から中学生に発症する「思春期特発性側弯症」の発生頻度は女子が男子の５～７倍で、女子の１～２%程度とされている。側弯症に罹患する脊柱変形の影響により体表面の左右非対称性が生じ、進行例では整容面の問題が生じる。さらに、手術加療が必要なほどの重度側弯症に進行すると腰背部痛を訴えるようになり、胸郭変形や気道狭窄による肺機能低下例も散見される。しかし軽度の段階での自覚症状はほとんどなく、外見上の変形も僅かであるため、本人や周りの人たちも気付くことは少ない。外見の変形が明らかになり自覚症状がでるころには、側弯症は重度に進行している場合が多く、治療のタイミングを逸するため、精度の高い検診による早期発見・早期治療が重要であると考えている。

東京都予防医学協会では、東京都の小中学校に通学する児童生徒を対象に側弯症検診を行ってきた。2019 年度までは富士フイルムメディカル社製のモアレ画像撮影機（FM40SC）を用いて側弯症検診を行っていたが、2020 年度からは 3D Back Scanner（3DBS、製造販売：日本医療機器開発機構）を用いて側弯症検診を開始した。今回、小学女子 36,410 人（2019 年度 18,480 人、2020 年度 17,930 人）と中学女子 30,986 人（2019 年度 15,486 人、2020 年度 15,500 人）を対象とし、3DBS を用いた 2020 年度の側弯症検診結果を従来のモアレ画像撮影機を用いた 2019 年度の結果と比較し、3DBS の側弯症検診における有効性を検討した。その結果、2019 年度と 2020 年度の検診結果は、全ての検討項目において両年度間で同等であり、3DBS は従来のモアレ撮影機と同等の検診精度を担保していた。

7. 側弯症装具治療中に合併した重度の摂食障害

千葉県医師会　小谷　俊明

側弯症と摂食障害はともに思春期に好発する疾患であるが、合併した報告は少ない。側弯症保存治療中に数か月の入院が必要となる重度の摂食障害を合併した３症例を経験した。これらの直接的な因果関係は不明であるが、側弯症であることや装具治療が思春期の女子にとってはストレスとなり、摂食障害発症の契機となる可能性がある。３症例のうち１例は手術療法を行っており、治療経過によっては慎重に手術療法の適応を検討するケースもあると考えられた。医師は側弯症保存治療中に患者のレントゲン、身長だけではなく、精神状態や体重にも注意すべきである。側弯症はフォロー間隔が長いことが多いため、急激な体重減少がある場合、早急に看護師や小児科、精神科医師と連携し治療にあたることが何よりも重要である。

8. 肘離断性骨軟骨炎（OCD）に対する治療戦略～岡山県における野球肘検診ならびに手術治療に関して～

岡山県医師会　根津　智史

代表的な野球肘である、肘離断性骨軟骨炎（OCD）は、10 歳代の思春期に多く発生する肘外側小頭の骨軟骨障害である。初期病変は軟骨片が遊離せず、無症状であったり、運動後の不快感にとどまる場合が多いため、自ら受診することが少ない。そのまま病変が進行すると、関節軟骨への亀裂や軟骨下骨の障害が進み、運動時の痛みや水腫が出現する。軟骨片が遊離すると可動域制限や疼痛が生じてくるため、ここで初めて受診に至るケースもあるが、この時点になると手術治療が必要となる場合が多い。

そこで、岡山県では初期段階で OCD を診断することを目的に 2009 年度より野球検診事業を

行っている。検診は２本立てで、一つ目はエコーを用いた野球肘検診で、肘の外側・内側をともにチェックする。外側障害に関してはエコー所見により、内側に関しては臨床所見を含めて陽性であった場合に要２次検診と判定している。二つ目はケガの予防活動である。アスレティックトレーナー岡山県協議会と協力し、肩肘のみならず体幹・股関節・下肢など全身のコンディショニング指導と、理学・作業療法士によるセルフチェック指導などを行い、保護者や指導者にはケガに対する啓蒙活動も並行している。

初年度57名だった受検者は、現在では400名を超えている。初年度5.6％と高かったOCDの発見率も漸減しており、現在は約１～２％である。初期病変で診断できた症例は、検診本来の目的どおり投球制限の開始とコンディショニングリハビリを合わせた保存的治療によって病変部の大部分が自然治癒を獲得できている。手術適応は、保存治療後も不安定な病変が残存し痛みが継続している症例や、すでに進行期となっている症例である。保存治療後に手術が必要となった場合でも病変範囲が縮小していれば関節鏡による切除（鏡視下デブリードマン）のみで済むことも可能であり、復帰までの期間も比較的短い。一方、進行期であれば膝関節外側顆から自家軟骨柱を採取し、肘病変部へ移植する自家骨軟骨柱移植術（OATS）による関節面の再建が必要となり、術後は復帰までに数か月を要する。

今後も野球検診事業の有用性・必要性の啓蒙を行っていき、進行症例を少しでも減少させていきたいと考えている。

[報告：理事　縄田　修吾]

第４分科会 [耳鼻咽喉科]

1. 新潟市における新型コロナ感染症下の学校健診について

新潟県医師会　大滝　一

３月19日に文科省から「６月末までに児童生徒の健診ができない場合は当該年度末までに可能な限り速やかに実施すること」という通達が出された。新潟市耳鼻科医会では、2020年度の健診実施時期に関するアンケート調査を会員に行った。回答率は87.8％（41名中36名）で、秋に延期が63.9％（23名）と多く、予定通り行うが13.9％（５名）、その他が22.2％（８名）であった。

教育委員会は例年通り全員健診を強く希望したが、最終的には小学生は１年生のみ全員で、他学年は養護教諭が保健調査票に目を通し、いずれかにチェックの入った児童、中学生は全学年の調査票をチェックし、聞こえが悪い生徒のみ健診を行うこととなった。健診関連の感染者はなかった。臨時休校もあり、半数が秋以降の健診となったが、すべての小中学校で年内に健診が終了した。

2021年度は健診実施に向けて指針を作成した。対象は例年通りとし、時期は地域の感染状況を見て学校医と学校で連絡を取り実施する。PPEと３密対策を基本とし、咽頭観察は行うが、音声言語のチェックは行わない、などとした。少人数の感染の場合、健診は予定通り行うこととし、単独校の学級、学年閉鎖の場合は、学校医と学校でよく相談して判断することとなるが、全校延期もありとした。学校閉鎖の場合は、再登校開始後２週間以上間隔を空けて実施し、複数校閉鎖の場合は新潟市全体で延期することとした。最終的には学校と学校医で協議の上決定し、2021年６月までに23校で学級閉鎖が行われたが、耳鼻科健診が延期となったのは４校のみで、秋以降となった１校を除き夏休み前に健診が行われた。

質問：メール相談の有効性について。
回答：従来は文書をFAXで送信し、時に電話も使用していた。電話は手っ取り早いが、相手方の都合もある。メール相談は時間的に有効であり、素早く対応でき、連絡網でみんなに同時に情報共有できるという利点がある。もともと非常事態を想定して整備したものであるが、今回役に立った。

2.2020年度耳鼻咽喉科健康診断全国定点調査結果について

神奈川県医師会　朝比奈紀彦

日耳鼻学校保健委員会では2016年度から全国各地域に定点を設定して定期健康診断結果の疾患別調査を実施している。

2020年度の定点調査対象児童生徒総数は小学

生358,449人（2019年度420,382人）、中学生155,330人（同172,545人）。

総有所見は小学生が24.15％（2019年度26.91％）、中学生が21.12％（同22.23％）、総有所見者率は小学生が20.98％（同24.20％）、中学生が18.41％（同20.11％）で、昨年度の調査結果よりかなり低かった。疾患別では、小学生はアレルギー性鼻炎、耳垢栓塞、慢性鼻炎、扁桃肥大、副鼻腔炎の順で所見比率が高く、全体的に鼻副鼻腔疾患の所見比率が低かった。中学生はアレルギー性鼻炎、耳垢栓塞、慢性鼻炎、扁桃肥大、難聴の疑いの順で所見比率が高く、鼻副鼻腔疾患の所見比率が低かった。

総有所見率、総有所見者率は小中学生ともに過去５年間で最も低く、疾患別ではアレルギー性鼻炎をはじめとした鼻副鼻腔疾患の所見比率が有意に減少していた。また、小学生の言語異常、中学生の言語異常・音声異常の所見比率は過去５年間で最高であった。

2020年度の健診は明らかにCOVID-19の影響がうかがえる。アレルギー性鼻炎の所見比率が、小中学生全学年で昨年度より低いのは、健診時期がほぼすべての地域で９月以降に延期され、スギ・ヒノキ花粉飛散の影響がなかったことが最も大きな要因だろう。また、家庭内や学校生活での感染予防対策が奏功し、感染症罹患率が大幅に減少したことも一因である。小学生では言語異常の所見比率が0.23％（2019年度0.11％）、中学生では言語異常の所見比率が0.17％（同0.01％）、音声異常の所見比率が0.19％（同0.08％）と著明に高かった。これは健康診断時に口腔咽喉頭領域の検診を除外した学校医が多かったことにより、保健調査票でチェックがある児童生徒に対し、健診現場で視診・発声によるスクリーニングができず、専門医療機関の受診勧告をした結果、所見比率が増加したものと思われる。

定点調査を５年間行った目的は、児童生徒の疾病構造・動態の推移と変化を把握すること、結果を耳鼻咽喉科領域の健康管理等に役立てて今後の学校健診の充実に繋げることと同時に、疾患名・判定基準の普遍化を目指すこと、すなわち学校医や地域間の格差をなくすことであったが、結果として効果は表れていないと思われる。

質問：吃音について、保護者や養護教諭から質問を受けることはほとんどない。健診と吃音の関係についてのお考えは。

回答：吃音は小学生よりも前の乳幼児期に気付かれ、指摘されることが多いのではないか。その時点で相談されている家庭が多いと思う。吃音が治ったとする基準は難しい。環境的な要因も大きいため、無理に治すというよりも、健診の名前発声等で気付いたら、養護教諭に説明し、家庭訪問等の際に親に尋ねてみることを勧め、あまり気になっておらず、またある程度の指導を既に受けていれば、様子をみてもよいと思う。

3. 全国の高等学校耳鼻咽喉科学校健診に関わる実態調査結果

大阪府医師会　坂　　哲郎

大阪では、大阪市立高等学校を大阪府に移管する計画が進んでいる。従来から大阪市立高等学校では内科・耳鼻咽喉科・眼科の学校医は委嘱されていたが、大阪府立高等学校では耳鼻咽喉科・眼科の学校医は委嘱されていない。各県の高等学校における耳鼻咽喉科校医の委嘱状況や健診実態を把握するため、日本臨床耳鼻咽喉科医会の協力のもと、各県の高等学校耳鼻咽喉科学校健診の実態についてアンケート調査を実施した。

全国47都道府県中45都道府県から回答を得た。耳鼻咽喉科学校医委嘱率は、「委嘱されている」、「基本的に委嘱されているが全ての学校ではない」が合わせて70.4％で、耳鼻咽喉科学校医が委嘱されていない場合の理由は、「耳鼻咽喉科医のなり手がいない」が41.7％であったが、58.3％は「予算の問題」、「もともと内科医中心の健診を行っている」、「教育委員会からの依頼がない」等であった。

耳鼻咽喉科学校医が委嘱されていない場合に耳鼻咽喉科健診を行うのは、78.3％が耳鼻咽喉科医でない医師（内科校医を含め）で、学校医ではない耳鼻咽喉科医が13％、耳鼻咽喉科健診は行っていないが8.7％であった。健診対象者は、「全学年全生徒」45.2％、「全学年ではないが同じ学

年は全員健診（学年を固定する）」26.2％であった。

聴力検査は93.3％の自治体で実施されており、対象は「全学年全生徒」19.0％、「全学年ではないが同じ学年は全員検査（学年固定）」66.7％で、学年固定されている場合は、1・3年生との回答が多かった。

学校保健安全法及び同施行規則では、耳鼻咽頭疾患に対する健康診断が必要で、聴力検査も行うことになっている。自由意見としては、学校生活に支障があるような耳鼻咽喉科疾患はほとんど見られなくなること、健康管理は自己責任で十分行える年齢になっていることなどの理由で高等学校の耳鼻咽喉科学校健診は不要との意見が多かった。しかし、人間関係や受験に伴うストレスからくるめまい・心因性難聴など、この年代特有の疾病が増えてくること、また課外活動が忙しく医療機関を受診しない・できない生徒が多いことなどもあり、耳鼻咽喉科専門医による健診はこの年代こそ必要ではとの意見や、高等学校の耳鼻咽喉科学校医よりも幼稚園や保育園の耳鼻咽喉科園医の確保を優先するべきではないかとの意見もあり、地域の現状を踏まえた健診のあり方を考える必要がある。

2001年に欠格条項の見直しが行われ、聴覚障害は相対的欠格となり、免許や資格など制限が緩和されている。高校生になってから相対的欠格となる高度な聴覚障害が判明するケースは多くないと考えられるが、軽度な聴覚障害の生徒は一定数存在するものと思われる。令和２年度高等学校卒業後の就職者の割合は11.2％で、学校教育法等にも定められている「将来の勤労を考え進路選択をする能力を育む」という面から考えても、高等学校において学校医として耳鼻咽喉科専門医が関与することは意義があるものと考える。

質問：高等学校の耳鼻咽喉科校医はどのように決定されるのか。

回答：市立高校は医師会からの推薦による。耳鼻科医会は関与していない。

4. 就学期聴覚障害児の支援体制に関する全国調査結果

岡山県医師会　福島　邦博

就学期の聴覚障害児童の本邦における現状を調査する目的で、令和２年度障害者総合福祉推進事業の「難聴児の言語発達（コミュニケーション）に資する療育に関する調査研究」事業の座長として、自治体と病院・事業所（放課後デイサービス事業所等）を対象とした質問紙方式による全国的な調査を実施した。

今回の調査は次の３つである。1. 自治体（都道府県、政令指定都市、中核市の127 団体）を対象とした質問紙調査、2. 医療機関（全国の人工内耳手術、精密聴力検査、又は療育を行う病院・診療所の耳鼻咽喉科等の219 団体）、福祉事業所等（児童発達支援事業所等の134 団体）を対象とした質問紙調査、3. 医療機関、福祉機関、教育機関、行政機関等が前向きに連携して難聴児・ろう児支援を行っている５地域を対象としたヒアリング調査。

近年は新生児聴覚スクリーニングや補聴器・人工内耳の進歩により、特別支援学校でない地域の学校（いわゆる通常学校）の通常学級に通学する子が増えており、文科省の調査によると、概ね60dB 以上の高度難聴のうち、60％が地域の学校で教育を受けていて、そのうち約半数は支援学級ではなく通常学級で過ごしている。

通常学級に通う難聴児の多くは、就学後病院や一部は事業所でフォローされているが、その程度は身障の２級所持か手帳非該当の２つが多い。２級所持の多くは人工内耳手術を受けていると推定でき、軽度・中等度難聴児の方が多い。病院、事業所ともに就学前の子どもが多く、病院では小学校高学年になると、フォローされている子どもの割合がかなり減少するのが全国的な傾向である。言語発達検査を実施できる病院数にはバラツキがあり、小学校高学年になった難聴児の状況を把握するための十分な評価が実施できるとは言い難い地域が非常に多い。

言語発達評価については、就学前の児童を対象とした検査の実施割合が高い一方、小学校高学年を対象とした検査の実施は限られていることがわ

かった。事業所と医療機関は、特に通常学級に在籍する軽度・中等度難聴児の支援の大きな受け皿であると考えられたが、小学校高学年の支援体制については不安が残る状況であった。低年齢の難聴児には聴覚医学的な対応が重要であるが、学年が上がると特に通常学級在籍児に対し、スピーチパソロジー的視点での支援の受け皿整備が重要になってくる。

質問：このような支援の必要な難聴児を拾い上げるためにできることはあるか。
回答：１つはきちんと追跡することに尽きる。トラッキングの狭間に埋もれてしまうことがあるので、多職種連携による追跡や困ったときの相談窓口を明確にすることが必要だと思う。高度な言語機能評価ができる病院が３割程度なので、できる病院との連携も重要となってくる。

5. 先天性一側性外耳道閉鎖症児への軟骨伝導補聴器の長期装用効果について

徳島県医師会　島田　亜紀

先天性外耳道閉鎖症は生後早期に難聴と診断され、補聴器の効果が高い伝音難聴を来すにもかかわらず、外耳道が閉鎖しているため通常の気導補聴器が装用できない。症例数として圧倒的に多い一側性は健聴側の聴力が正常で言語獲得ができ、通常の学校、幼稚園、保育園に通うため、担当教諭や保育士が補聴器の装用指導や管理ができず積極的に補聴はなされてこなかった。しかし、2017年に発売された軟骨伝導補聴器は耳の軟骨の振動を介して音を内耳に伝えることで外耳道閉鎖症耳からの聴取を可能にし、両耳聴を目指すことができるようになった。これまでにわれわれは、先天性一側性外耳道閉鎖症児は、静寂下では健聴児と同程度の語音聴取能であるが、騒音負荷下では健聴児に比較して語音聴取能が低下したこと、そして患側耳への軟骨伝導補聴器の短期的な装用は騒音下の語音聴取能に改善を認めなかったことを報告している。

先天性一側性外耳道閉鎖症児の裸耳での騒音負荷下での語音聴取能を測定し、患側耳に軟骨伝導補聴器を装用して直後の１か月後と９か月以上の長期装用後の語音聴取能を比較した。男児４例で、平均年齢は５歳３か月、全児が骨性閉鎖であり、患側の聴力平均は71.1dB（４分法）、健側聴力20dB未満（４分法）の一側性伝音難聴であった。裸耳音場法において静寂下と騒音負荷下での語音聴取能検査を実施した。

従来、先天性一側性外耳道閉鎖症児は対側耳の聴力が正常であれば患側の補聴をしなくても語音聴取能には大きな影響を及ぼさず、日常生活においても支障がないと考えられてきたが、就学すると教室の中で聞き取りにくいと訴える児を多く経験する。両耳聴効果には両耳加重効果、両耳スケルチ効果、頭部遮蔽効果などがあり、教室という集団学習の場面で、これらが失われることにより騒音下の聞き取りの困難、難聴側からの聞き取りの困難、音源定位の困難を来すことが考えられる。その中で最も聴取に困難を来すのが騒音下での聴取であり、海外では一側性難聴児の学業不振やQOLの低下が報告されている。

一側性外耳道閉鎖症児の患側耳に軟骨伝導補聴器を装用し騒音下の語音聴取能を測定したところ、装用開始１か月後は騒音下の語音聴取能に裸耳との有意な差は認められず、９か月以上の長期装用を行った児においてSN比-5dBで有意に語音聴取能に改善がみられた。騒音下で言葉を聞き取る能力は、両耳から入る音の違いを識別して効率的に騒音を取り除き、言葉を聞き取りやすくする中枢の両耳聴効果の一つである。患側の伝音難聴側への軟骨伝導補聴器装用により両耳聴が可能になるが、両耳聴効果が得られるための聴覚の中枢処理を伴う騒音抑制が賦活化されるために長期装用が必要であったと考えられる。先天性一側性外耳道閉鎖症児にとって、軟骨伝導補聴器は両耳聴を目指すことができ、騒音下の聞き取りを改善する有望な補聴器と言える。

質問：APD（聴覚情報処理障害）で行われる両耳交互聴や両耳分離聴の検査等を早く行って、大きくなった時点で比較してみてはいかがか。
回答：今は幼少児で語音聴力検査をやっとできている状況で、言語の発達検査以外はあまりできていないが、聴力検査機器を駆使して、いろいろ

な設定をしてみて、どれくらい聞き取れるか、いかにマスキングをかけるかを考えながら行っている。他の検査も早期から行っていきたい。

追加：両耳交互聴は小さい子どもでもできると思うので、是非行ってみていただきたい。

質問：両側外耳道閉鎖の児にも軟骨伝導補聴器を使用しているのか。

回答：骨導補聴器で開始して軟骨伝導に変更した児はいるが、両側外耳道閉鎖は症例数が極めて少ない。最近の軟骨伝導補聴器にはチャイルドロック機能がついているので、今後は早期からの使用を考えていきたい。

6. 不注意の問題を伴う中等度難聴児の一症例について

神奈川県医師会　寺﨑　雅子

不注意の問題を伴う中等度難聴児１例に１歳から継続して介入し、発達検査に加えてWISC-Ⅳを経時的に３回施行する機会を得た。

症例は小学校５年生の女児。在胎38週、2,328gで出生。AABRで両耳ともにPASSしていた。1歳10か月で両側急性中耳炎と両側滲出性中耳炎を繰り返すために紹介初診となる。両耳にチューブ挿入術を施行。この時に発話の少なさがあり言語聴覚士による介入を開始した。３歳３か月でCOR検査が困難であったためにASSR検査を施行。中等度難聴を確認し両耳補聴器装用を開始した。３歳６か月時には他機関での集団療育も開始となった。

５歳１か月時に新版Ｋ式発達検査を施行。認知・適応が４歳６か月レベル、言語・社会は３歳９か月レベル。全領域で４歳２か月レベルであった。

５歳時にADHD-RS（Attention Deficit Hyperactivity Disorder Rating Scale4）を用いて、療育担当の言語聴覚士が評価した。ADHDの除外はできなかったが、保護者が児童精神科の受診を希望しなかったので、ADHDの診断には至っていない。

小学校１年生では通常級に在籍したが、授業中に眠るなど生活面や学業面での問題が顕在化したため、２年時には難聴級に転籍し、交流級での活動に加えて個別の学習支援を行った。チューブが脱落し穿孔が残ったため、３年時に両側鼓室形成術を施行した。術後の聴力（４分法）は右63.8dB、左56.3dB、補聴器装用閾値で両耳平均は31.25dBであった。保護者の希望で小学校１・２・４年時にWISC-Ⅳを実施している。

WISC-Ⅳの得点推移は小学校１年時ではPSI（処理速度指数：情報処理のスピードや筆記能力などを反映する指標）の得点が最も高く、学年を経るごとにFSIQ（全検査IQ：全般的な知的発達水準を表す指標）、VCI（言語理解指数：語彙の豊かさや習得知識、ことばによる推理力を反映する指標）、PSI（処理速度指数）の得点は大きく向上したが、PRI（知覚推理指数：視覚的な情報を把握し推理する力や、視覚的情報に合わせて体を動かす力に関する指標）とWMI（ワーキングメモリー指数：一時的に情報を記憶しながら処理する能力に関する指標）の得点向上の幅は小さかった。

11歳時に、５歳時に行った評価と同様にADHD-RSを用いて、療育担当の言語聴覚士が評価した。不注意傾向は残っているもののADHDが除外となるほど行動が落ち着いてきた。

本児の難聴の発見は３歳と遅く、早期からの支援は十分ではなかった。ワーキングメモリーの弱さに対する難聴の影響は否定できないと考える。

質問：中等度難聴の原因は中耳炎か。

回答：最初、AABRでパスしていたため、難聴のない中耳炎と考えていたが、中耳炎プラス何か進行性のものが隠れていたのではないかと考えている。

質問：エグゼクティブファンクションの状態と、友達関係が上手くできていたかどうか等の非認知面の評価は。

回答：学年が上がって、かなり落ち着いており、診察時にもすぐに返事が戻ってくるようになっている。難聴級に入っていたが、通常級での交流の方が多かった。困ったというようなことは聞いていない。

7. 山口県東部における耳鼻咽喉科と県聴覚障害教育センターとの連携について

山口県医師会　池田　卓生

鼓ヶ浦こども医療福祉センターは、昭和34年に開設された県内唯一の発達に障害のある子どものための専門病院で、医療型障害児入所施設、療養介護事業所、児童発達支援センター等を運営し、小児科、小児神経科、整形外科、耳鼻咽喉科を中心に外来・入院診療を行っている。同一敷地内には県立総合支援学校があり、入院が長期にわたる就学児が通学している。

耳鼻咽喉科は平成14年に開設され、新生児聴覚スクリーニング後の精査検査医療機関として、現在山口県内の約３分の１から半分の難聴児の精査・診断を行っている。難聴診断後は、リハビリテーション部の言語聴覚士（現在12名）と共に療育を行い、補聴器外来・人工内耳外来で補聴器フィッティング・人工内耳マッピングを行っている。また、併設する児童発達支援センターでは、難聴通園を開設して０～６歳までの難聴児の療育を行い（最近は15名程度）、就学後も言語聴覚士と共に小学校から大学までフォローアップを行っている。一方、隣接する県立総合支援学校には、県東部を担当する聴覚障害教育センターが設置されている。

本県では県内を３エリアに分け、平成26年度からエリアごとに聴覚障害教育センターを設置している。この内、県西部と県央部のセンターは、もともと旧聾学校であったため、聴力検査室や補聴器調整機器等があり、難聴児の幼稚部を有しているが、県東部のセンターは支援学校が肢体不自由児を中心としていたことから、これらの設備・施設はなく、センター設置時より当科との連携を行っている。情報共有によって、医療側も教育側も難聴児に対する理解が促進され、学校関係者による当センターの難聴通園・言語聴覚療法への見学や、難聴児の保護者や言語聴覚士による難聴学級への見学の企画運営、また、難聴学級が設置される際の市教委とのやりとり、ワイヤレス補聴システムの導入が円滑に行われるようになった。

情報共有する際は、個人情報の問題があるため、当初はカンファレンスに取り上げられるごとに外来で保護者へ説明して承諾を得ていたが、早い段階から連携していくことが有用であることがわかってきたため、現在では早期から保護者へ連携の重要性を説明し、センターへの紹介状を作成している。この連携によって、当科へ通院し、かつ、難聴学級に在籍する難聴児については、さまざまな面で円滑な支援ができるようになったが、一方で当科へ通院していない児や通常学級に在籍する児については、当科と聴覚障害教育センターで互いに十分な把握ができていないことがあり、学校側からの要請がなければ、支援につなげることが難しい等の課題があった。

質問：片側難聴児でクロス補聴器の助成を受けた方がいるとのことだが、その金額は。
回答：軽中等度難聴児の支援事業であり、身体障害の事業と比べて少ない金額で上限が決まっている。
質問：県で聴覚障害児の教育を支援する委員会を立ち上げているとのことだが、主体はどこか。発足にあたって具体的に誰が動いたのか。
回答：本県は従来から、核になる総合支援学校（旧聾学校）が聴覚障害児をみており、その校長が発案し動かれて、それに医療側が協力した。

8. 聴覚障害をもつ小・中・高校生への医療・教育連携に向けた取り組み
－指導教員用パンフレットの作成－

岡山県医師会　片岡　祐子

難聴児の早期発見･療育、人工内耳装用により、聴取能や言語発達が向上していることに伴い、近年、支援学校ではなく地域の学校に通学し、インクルーシブ教育を受ける難聴児・者（以下、「難聴児」）は増加し、その割合は支援学級も含めると60％以上に上るとされている。しかし、補聴器等を装用していても、正常聴力児と同等の聴取が可能なわけではなく、学校生活においてさまざまな場面で配慮や支援を要する。各種指導書が出版されているが、簡便で分かり易いとは言い難い。今回われわれは小・中・高校生の難聴児の学校生活の困難さについて調査を行い、読み易く分かり易いことを主眼とした教師対象のパンフレッ

ト「難聴をもつ小・中・高校生の学校生活で大切なこと 先生編」を作成した。

まず、学校生活における困難さ（対象：小学校5年生～24歳までの難聴児）、COVID-19拡大予防対策としてのマスク着用やソーシャルディスタンス等の導入に伴うコミュニケーションの変化（対象：10歳以上の正常聴力者、難聴者）を調査した。

パンフレットの内容は、調査結果をもとに、学校生活全般及び授業、教科学習、友人関係の4項目に分類し、第1章 難聴児の聞こえにくさ、第2章 具体的な対応のヒントー学校生活での問題と必要な支援ー　Ⅰ授業、Ⅱ教科学習、Ⅲ友人関係、第3章 配慮や支援をするときのポイント、とした。第1、2章は各項目における問題点、難聴児の意見、必要な配慮や対応について、第3章は聴取を改善する話し方や環境調整、視覚情報の活用、個別の支援について記載し、2021年2月に全14頁のパンフレットが完成した。

県内の全小中学校及び難聴児が在籍する高等学校に配布。他県の医療機関にも送付したところ、医師、言語聴覚士、教師、行政機関の担当者等から、「読み易い、理解しやすい」という概ね良好な評価を得た。2021年4月時点で38医療機関、11療育･教育機関､6行政機関に第1版初刷1,000部を配布した。また､岡山大学SDGsへの登録や、岡山放送局とのタイアップも行い活動を広げている。

現場での感想や意見をもとに本パンフレットの改訂版を作成、著作権等の問題が生じないよう、2021年5月に岡山大学図書館にリポジトリ登録を行った。現在はPDFにてダウンロード及び複製可能な形式としている。今後の展望としては、生徒、友人、職場、高齢者などを対象にしたパンフレットの作成や多職種連携による教育的サポート体制の構築等を考えている。

質問：聴覚支援学校に繋がっていない軽中等度難聴児は他の難聴児と会うことがなく、そのまま成長していることが問題であるが、子ども同士の繋がりについて何か取り組まれているか。

回答：軽中等度難聴児で療育を受けていない子は同じ悩みを持つ仲間がいないことが多い。悩みを共有することは自己肯定感を育むことに有用であるので、できれば横の繋がりも作っていきたいと思っているが、現在、その前段階に取り組んでいるところである。

[報告：常任理事　沖中　芳彦]

表彰式

表彰式もWeb開催のため、受賞者の登壇はなかったが、日本医師会長表彰として、中国四国地区の学校医、養護教諭及び学校関係栄養士27名が表彰された。山口県からは田中　駿 先生（学校医）、中村照枝 先生（養護教諭）、山根早苗 先生（学校関係栄養士）が受彰された。

基調講演

感染症とワクチン
～新型コロナウイルスを経験して

川崎医科大学小児科学教授　中野　貴司

新型コロナウイルス感染症について

学校保健の中で感染症は大事な位置づけにあるが、今回はコロナのことで、さらにクローズアップされているように思う。対策としては、これまでの感染症に対するものと変わることはないと私自身は考えている。ただ、新型コロナウイルスの感染様式、重症度に合わせた対応をしていかなければならないところが、なかなか難しい。本日は、コロナに特化して、感染症とワクチンというテーマでお話させていただく。

コロナの話は、状況が毎日変わるので難しい。10月28日に開催された予防接種・ワクチン分科会の資料の中に、日本の新規感染者数と累積ワクチンの接種割合の推移というグラフがある。7～8月にかけて流行の波（第5波）が起こったが、第1波から第5波になるにつれて、だんだん新規感染者数のピークは高くなり、特に第5波では非常に多くの患者数が報告された。第5波のもう一つの特徴は、ある程度患者数が減り始めてからは減少の速度が顕著で、幸いなことに今は非常に低い水準に維持できている。今後の推移は誰にも分からないが、それを考えていくことが、今後の感染症対策と思っている。第4

波までと異なるところはワクチンの接種率で、1回以上接種済みの方は８割に届こうとしている。2回の接種を終えた方は対象者の中の７割を超えた。ただ、海外の状況を見ると、日本よりも早くワクチン接種を始めた国も、それによって一旦患者数は減少したが、その後再度流行の波を迎えており、油断はできないが、この中で私たちはコロナ対策を考えていくことになる。

初めて新型コロナウイルス感染症のメッセージが流れたのは、中国湖北省武漢市の患者数の多発であった。WHOの報告が2019年12月末で、日本の厚労省がウェブサイトでそのことを取り扱ったのが2020年１月６日であった。そのころは、例えばエボラ出血熱やかつてのMERSやSARSのように一定地域で感染症が流行しているので、何とか封じ込めや水際対策で防ぐということで、当時は国民へのメッセージとして、流行地域からの入国者に風邪症状がある場合は注意するようにというリーフレットが厚労省から紹介されたりもしていた。

そのような中、意外であったのは、航空便が中国に飛ばなくなったことである。これまで新型インフルエンザやSARSなど、いろいろなことがあったが、これほど大掛かりに航空便が飛ばなくなって、さらにこれがロックダウンの始まりと思うが、人口1,000万人を超える巨大都市武漢が事実上の都市封鎖を行った。その対策の是非については議論があったが、WHOは基本的に感染症の流行の初期に渡航制限が必要というメッセージをあまり発しない。感染症対策は必要であるが、われわれの日常の暮らしは維持しなければならないので、現状では渡航制限は不必要であるとのテドロス事務局長のメッセージが２月３日に流れた。

新型コロナウイルスは、主に子どもたちに起こる風邪のコロナウイルスに属するウイルスであって、通常の風邪のコロナウイルス感染症は軽症である。ただし、これまでもSARS-CoVやMARS-CoVのような、重症感染症を引き起こすコロナウイルスが出現したことはあったが、幸か不幸か、日本には入り込まなかったために、われわれは新興感染症に対し、ある意味油断があり、わが国には入ってこないであろうという楽観的なところがあったのは否めない。

2020年１月に中国から出された報告では、発症して５日から１週間で症状が悪化する。小児に特徴的なインフルエンザの合併症であるインフルエンザ脳症は、発症当日や翌日には意識障害や痙攣を引き起こす。病気によって増悪する時期は異なるが、新型コロナでは呼吸不全が一番の問題であり、それは発症１週間後というのが特徴である。患者のいろいろな症状を調べると20～50代くらいの働き盛りの成人でもICU管理が必要、すなわち重症化が起こり得るということが、この病気が始まった当初から指摘されている。

日本でも７～８月のデルタ株の流行で様相が変わってきたが、当初から小児の患者は非常に少ないという特徴があった。この理由についていろいろと調べてみると、大きく分けて２つの説がある。SARS-CoV2が体内に侵入する際に使う入り口（ACE2受容体）の発現が子どもの粘膜では大人に比べて少ないというのが一つの考え方である。もう一つは、子どもは通常の風邪の原因であるコロナウイルスにしばしば感染することが良い方に作用する、あるいは大人ほど免疫力が強くないため、重篤な呼吸不全という病態にならないのではないかという説があり、免疫に関してはあまりはっきりと示された論文がないが、この疾患が見つかって１年以上経過した現在でも、小児の患者数が少ないことに関して考察している論文は、この２つの説以外には集積していないと思う。まだまだ調べなければならないことがある状況であるが、感染力の強い変異株の出現によって小児の患者が増えたのは事実である。日本でもデルタ株の流行により、７～８月に保育所や家庭内でのクラスターが数多く報告されている。小児で患者数や重症者が少ないといっても、油断してはならない。

厚労省が分科会でよく使う資料であるが、30歳代の重症化率を１とした場合、10歳未満は0.5倍、10歳代は0.2倍、20歳代は0.3倍、40歳代は４倍、50歳代は10倍、60歳代は25倍、70歳代は47倍、80歳代以上は70倍以上と、

高齢者は10歳刻みで重症化のリスクがどんどん高まるが、子どもたちは30歳代の元気な大人と比べても重症化率が低い。年齢別の患者の比率は、トータルではまだ大人の患者数の方が多いが、７～８月にかけて、10歳未満や10代の患者は10倍くらい増えている。次の流行に備えて準備しておかなければならない。

子どもの患者数の増加に、変異株の出現は関与しているかもしれない。子どもたちにうつりやすくなったというよりは、非常に感染力が増したため、それまで感染しなかった子どもの感染機会が増えたと考える研究が昨今は多いと思う。さらに、ウイルスに変異が起こると、免疫応答に関与する部位にも変異が起こるので、ワクチンの効果が減弱したり、再感染が起こりやすくなるのではないかということも、変異株の出現に関して危惧されている。また、基礎疾患（神経疾患、脳性麻痺、慢性肺疾患、慢性心疾患、染色体異常症、免疫不全状態、高度肥満など）があると重症化リスクは高くなるし、患者数が増加すれば重症者発生のリスクは高まる。

小児多系統炎症性症候群（MIS-C）は重篤な病態である。下痢、発熱、発疹などがみられ、心臓の動きが悪くなることがあるのが特徴である。新型コロナウイルスに感染した回復期（２～６週後）に学童期以降の小児でこのような症状が認められる傾向がある。川崎病と似ているところもあるが、川崎病は０歳や１歳などの就学前の乳幼児に多発するのに対し、MIS-Cは10歳代の患者が多い。欧米諸国の感染者の多い国ではたくさんのMIS-Cの報告があり、死亡例も報告されている。日本小児科学会のウェブサイトに、MIS-Cに関する診療コンセンサスステートメントがアップされている。この疾患の診断の困難なところは、新型コロナウイルスに感染して数週間以上経過して発症することが多い点である。コロナ感染が記憶から薄れていたり、無症状感染であると、病歴で話されない方もおられると思う。世界的にもMIS-Cと診断された時点では、鼻咽頭拭い液のPCR検査では陰性例の方が多い。コロナが流行すると、このような病態にも注意しなければならない。

MIS-Cに対しては、川崎病に準じた治療が行われている。免疫グロブリン大量療法とステロイドと低用量アスピリン投与が中心である。１例の自験例であるが、免疫グロブリンとステロイドは有効と思う。正確に診断して、IVIGとステロイドを柱にして、冠動脈合併症の予防で低用量アスピリンを考えるのであろうが、早期診断、治療の体制を整えておくことが大切である。

学校生活・保育について

令和２年３月２日から全国公立小・中・高一斉休校が行われた。一斉休校は、感染症の伝播を少なくすることには有効であったとは思うが、子どもたちの日常が大きな影響を受けたのは確かである。私は日本小児科学会予防接種感染症対策委員会のメンバーであるが、その中で、子どもたちの日常生活への影響という観点から報告されている研究等を紹介してきた。例えば、昨年の時点で、日本以外にも学級閉鎖、学校閉鎖、ロックダウン等を実施した国は多いが、インフルエンザと異なる側面もあって、学級閉鎖や学校閉鎖をサポートするポジティブな研究成果が多かったわけではなく、それよりも２次的に引き起こされる心理的な問題や家族間の問題などがあり、新型コロナ流行時に取るべき一つの手段かもしれないが、それが全てではないという論文が多かったと記憶している。

文科省のウェブサイトによると、「義務教育の目的」は、1）国家・社会の形成者として共通に求められる最低限の基盤的な資質の育成、2）国民の教育を受ける権利の最小限の社会的保障、とされている。日本小児科学会のウェブサイトでも、COVID-19流行に伴って社会の変化の中でさまざまな被害を被っている。例えば、医療的ケア児の合併症のリスクが高まったり、母親の育児不安の早期発見や介入の機会を逃したり、一時期通常のワクチン定期接種の接種率が低下したり、さらには日常生活の中で、学校生活があったからこそ成り立っていた毎日が阻害されたというようなことが起こっていたことや、学校生活はもっと担保すべきではないかということを、いろいろな研究成果を基に紹介していた

が、掲載直後にさまざまな意見を頂戴した。新型コロナウイルスという目に見えない敵に対する恐怖や不安感が高かったのではないかと思うが、例えば、「本当に学校での感染伝播のリスクは低いと言い切れるのか」、「学校生活で感染したり、学校内で流行が起きた場合に、誰が責任をとるのか」、「自身の子どもは学校が再開されてもしばらくの間登校させるつもりはない」、「小児は本当に重症化しないと断言できるのか」など、さまざまである。

いろいろな観点からのご意見があることは確かなので、その中で答えは１つではないが、子どもたちが一番幸せな毎日を送れる方法を考えていくことが、学校保健・学校医大会の使命であると考えている。少なくとも、コロナ流行下での学校生活や保育で、次のような感染症対策を励行することは必須である。ただし、年齢等により、どこまでできるかというレベルはあると思う。1）感染症対策の励行（手洗いや咳エチケット、３密の回避）、2）環境の清潔確保（定期的な清掃、ただし過度な消毒は不要）、3）子どもたちも職員も、体調がすぐれないときは早めに休んで感染源とならない、4）集団生活の中で何よりも大切なことであるが、患者に対する差別・偏見・いじめは厳禁！患者やその家族を守るという共通認識を持つ。

これまでインフルエンザや麻しん、結核などもあったわけであるから、それに準じて総合的にどのような対策を講じていくかを学校保育の場で考えていくことがさらに必要になったと痛感している。

新型コロナウイルスのワクチンについて

令和２年８月、分科会の尾身会長が新型コロナのワクチン開発は難しいと述べられたが、ワクチンや感染症に携わるほとんどの専門家は同じ思いであったと思う。呼吸器感染症を予防するワクチン、たとえば、RSウイルスやアデノウィルスにはまだワクチンがない。インフルエンザワクチンはあるが、有効率は麻しんやポリオに比べると低い。バクテリアでは、百日咳のワクチンは重症化予防には有効である。しかし、咽頭に百日咳菌を保菌しないかということに関しては、有効性の十分なデータがまだ揃っていない。ウイルス血症を起こす水痘や麻しんと比較して、呼吸器粘膜に感染して短期間で病原体がその局所で増殖して症状を起こす疾患に対するワクチンを作ることはとても難しいことが原則論だと思っている。

その後に登場したmRNAワクチンとウイルスベクターワクチンは、それまでの呼吸器感染症に対するワクチンの常識を打ち破る高い発症予防効果が確認された。これには非常に驚き、この病気をなんとかできるかもしれないという光を与えてくれた。これまでは、生きた病原体を弱毒化した生ワクチンと不活化した不活化ワクチンという２つのカテゴリーでワクチンを論じてきた。トキソイドは細菌が産生する毒素を無毒化したものであるため、広い意味で不活化ワクチンに含まれる。ここに、mRNAワクチンとウイルスベクターワクチンという、病原体の遺伝子の情報をワクチンとして注射することによって免疫応答を誘導するワクチンが開発された。これは発症予防の効果は高いが、まだまだわかっていないことが多いのも確かである。年齢や基礎疾患による有効性の差異もあるが、最も気がかりなのは効果の持続の点である。短期間で開発されたワクチンなので、世に出た瞬間から発症予防効果が90数％という成績は、あくまでも半年以内の成績であり、これまでのワクチンで、数か月の単位で臨床試験が完了したことはない。mRNAワクチン、ウイルスベクターワクチンの有効率が高いのは確かであるが、効果の持続や複数回接種の効果等については今後の検討課題である。また、発症予防効果はあっても感染予防効果がなければ、長く病原体を保持し排出し続けて感染源になるのではないかという議論もあった。感染予防効果もいろいろな国が調べており、イスラエルの令和３年５月の論文では、ワクチンの接種が始まった初期の時点で、無症状感染は91.5％、発病は97％防いでおり、入院も97.2％、重篤例の入院は97.5％防いでいる。死亡例は96.7％防いでいる。このときはアルファ株が流行していた時期ではあるが、

無症状感染等も含めて、感染自体を予防する効果も高いことが報告された。変異株の出現やワクチン接種後の時間経過により数値が下がってはいるが、今でも有意差をもって感染予防効果があることを報告している論文が多い。

変異株に対する発病予防効果に関する英国の論文が令和３年７月に出され、アルファ株とデルタ株に対する予防効果を検証している。英国で広く使われているファイザー社製のmRNAワクチンとアストラゼネカ社製のウイルスベクターワクチンで検討しているが、アルファ株に比べると有効率は落ちるものの、２回接種後はデルタ株に対しても発病予防効果は認められている。

もう１つのワクチンの効果は、集団免疫効果である。令和２年の今ごろは、何％の人がワクチンを打ったら集団免疫が獲得されるかという議論が交わされた。何％とは一概に言い切れないが、多くの人がワクチンを接種して流行規模が小さくなれば、ワクチンを打てない方や打っていない方も病気からは守られる。ワクチンに病気の蔓延を抑止する効果があるのは確かである。

免疫の持続に関して、抗体価が話題になることが多い。抗体価について注意しなければならないことは、免疫の全てが抗体価に依存するものではない点である。抗体価は免疫の程度を示す指標の一つと考えている。ただ、数値としてはっきりとわかるので、しばしば使われる。現在、さまざまな測定法があるが、どの方法でどのくらい抗体価があれば発病予防効果があるのかということはまだわかっていない。自施設で職員に２回接種したあとのスパイク蛋白に対するIgG抗体価の分布を見ると、他の多くの研究結果が示すように、高齢になるにつれて抗体価は低い傾向にある。その後もフォローアップを継続しているが、獲得した抗体価が低い人の方が減衰も早いということが、今のところ一般的な傾向かと思う。

３回目の追加接種については、９月17日の厚労省の予防接種・ワクチン分科会で取り上げられ、わが国でも追加接種の必要があるということは決定している。時期については２回目接種完了から概ね８か月以上後とされた。わが国では医療従事者が最初で、多くは２～４月に接種されたと思うが、そうなると12月くらいが８か月後となる。８か月経ってすぐに実施するのではなく、それ以降に始めていこうという目安になると思う。10月28日のワクチン分科会でさらに議論され、２回接種完了者すべてに対して追加接種の機会を提供する方向性というところまで決定した。さらにその前段として、初回未接種者への接種機会の提供を継続するということも明記された。

使用するワクチンについては、mRNAワクチンでも２種類あり、何らかの問題で３回目に同じワクチンが入手できない可能性もあり、さらには副反応その他への危惧から、１～２回目と異なるワクチン接種が望ましいという医学的判断がなされるケースもあり得るので、今後出される海外の多くの結果を踏まえて、交互接種を認める方向性になるのではないかと考えている。

追加接種の必要性については、５～６月に２回の接種をした人が日数を経るにつれて感染予防効果が下がってくることと、感染力の強いデルタ株が増えてきた時期と一致するため、２つの要素が影響した可能性があるが、その後に感染者が増えたことや、イスラエルの報告によると、同国では７月末から60歳以上に３回目の接種を行っているが、８月末までの解析で、追加接種をした人の方が感染者も重症者も10倍以上少なく、さらに追加接種12日以降では同４～６日に比べて感染確定患者が減少するというデータが発表されたことから、追加接種の効果はあると考えられていることが、その根拠となっている。

現在、流通等の問題や副反応その他で１回目と２回目に同じワクチンを接種できない場合は、異なるワクチンを使用することは可とされ、その場合は１回目の接種から２回目の接種まで27日以上の間隔をおくこととされている。このような事実を考えると、３回目に１～２回目と同じワクチンを接種しないという選択肢も認められるものと推察している。

ワクチンの有害事象等について

「有害事象」はワクチン接種後に生じたあらゆる好ましくない事象であるが、「有害事象」のうち、ワクチン接種との因果関係を否定できない事象を「副反応」という。たまたま風邪を引いて発熱した、あるいは他の原因で蕁麻疹が出たというようなことも、ワクチン接種後に発生することがある。個々のケースをどんなに詳しく調べても、ワクチンとの因果関係を確定できるか不明のものは多い。

高齢者は通常でも、くも膜下出血、急性大動脈解離、心筋梗塞、その他のイベントは結構な頻度で生じる。国内の統計で、健康状況やワクチン接種の有無にかかわらず、65歳以上の高齢者は、1日あたりで、約3,650人に1人が救急搬送され､約10,600人に1人は亡くなっている。すなわち、65歳以上の方3,650人に接種すれば24時間以内に1人は救急搬送され、10,600人に接種すれば24時間以内に1人はお亡くなりになるというのが、国内の統計からの数値である。それらにワクチンとの因果関係の評価は非常に難しい。その際に参考にするのは、多数例に対する臨床試験の成績である。多くは第Ⅲ相臨床試験になると思う。なぜならば、第Ⅲ相臨床試験では対照群を設定しているからである。報告ではファイザー社製、モデルナ社製、アストラゼネカ社製の３ワクチンとも、重篤な有害事象の頻度は対照群と差違がなかった。ただ、多数例に対する第Ⅲ相臨床試験といっても、せいぜい２万例足らずである。10万人に1人や100万人に1人という有害事象は、第Ⅲ相臨床試験では見つかっていない可能性がある。ワクチンを含め薬剤が世に出て、広く実臨床で使用されるようになった後も、その成績をフォローしていかなければならない理由はここにある。安全性でまだわかっていないことがあるのも事実であり、稀な副反応は今後もしっかりと見ていかなければならないと思っている。

実臨床で使われるようになってからの稀な副反応の1つは血栓症である。新型コロナウイルス感染症自体でも血栓症が起こり、新型コロナで命を奪われる原因にもなるわけであるが、ワクチンによっても血栓症の頻度が上がるのではないかということが多数例に接種することによって言われるようになってきた。現状では、ウイルスベクターワクチンで若年者にリスク上昇があると考えられている。そのため、わが国では、ウイルスベクターワクチンは40歳以上の人に接種することになっている。mRNAワクチンについては、これも若年者において頻度は稀であるが重篤な状態になる可能性のある副反応として、心筋炎、心膜炎が報告されている。心筋炎、心膜炎も新型コロナ感染症の合併症としても知られているが、特に、mRNAワクチンの副反応として、特に若年男性で、2回目の接種以降にリスクが少し上昇するのではないかと考えられている。血栓症あるいは、心筋炎や心膜炎にしても、10万人に1人の頻度なので、臨床試験では検出されていない可能性はあるが、リスクがあるとしても、ワクチン接種で疾患を予防することのメリットの方が大きいと考えられているため、予防接種法に基づく臨時接種としてわが国でも継続しているし、海外でも継続されている。

心筋炎、心膜炎の典型的な症状としては、ワクチン接種後4日くらいまでの間に、胸の痛み、息切れ、動悸が出現する。特に若年の男性でこのような症状が出現した場合は速やかに医療機関を受診することを勧める。特に、武田/モデルナ社製で、10～20歳代の男性でその頻度は有意に高いという結果が出ているため、現在、10～20代の男性については、1回目に武田/モデルナ社製のワクチンを接種していても、希望により2回目にファイザー社製を選択できるという交互接種が定められている。ただし、このデータは今後若年者の接種が進むに従い数値が変化していくことに留意が必要である。

昨年12月に英国でワクチン接種が始まった時に、当日に2名のアナフィラキシーが発生したため、当初はアナフィラキシーがすごく取り上げられた。アナフィラキシーはコロナワクチンに限らず、いかなる薬剤でも起こり得るわけであるが、通常は接種30分以内に起こるため、特に過去にアレルギー歴がある場合は注意して、

接種後30分は接種会場で様子をみて、重篤な症状の発現の有無を観察することが、アナフィラキシーに対応する一番の対処法と思う。

思春期以降の方々に接種するときには、血管迷走神経反射にも注意が必要である。特に集団接種会場で接種をすると感じるが、10～20代前半の人たちは、1人が気分不良になると複数名が気分不良になることが多い。広い意味で心理的なサポートも行って、安全な接種を心掛けたいと思っている。

日常よくみられ、それほど重篤ではなく数日で治まる副反応に関しては、局所疼痛は1日程度であるが、全身性副反応の発熱はmRNAワクチンでは2回目接種後に頻度が高く、翌日に登校や部活が難しいケースもあるので、接種計画時に考慮する必要がある。

子どもへのワクチン接種について

さまざまな議論があることは承知しており、短時間で説明できるものではないが、小児においても接種群は大人に勝るくらいの高い有効率で発症予防効果が認められていることは事実である。これは、ファイザー社製、武田/モデルナ社製いずれにもあてはまる。一方で、小児の患者の多くは軽症であり、患者数は少ないものの、今後感染の機会が増すリスクは十分ある。MIS-Cという重篤な病態もワクチンにより予防したいと考えている。感染症対策としてワクチンが有効であることは間違いのない事実であるが、子どもは理解や考察も大人のように理論立ててできないことが多いからこそ、接種前から医療者や家族が子どもと十分なコミュニケーションを取って対応していくことが大切と思う。米国では5～11歳に対する接種が推奨されるようになる。日本でこれからどのような動きになるかを注視しなければならない。

質問：ワクチンの高い発症予防効果に関して、抗体価やIgG以外に説明がつくものがあるか。

回答：抗体価は1つの指標として大切であるが、最も大切なのは、ワクチン接種者が非接種者と比べてどれだけ健康状態が守られているかということだと思う。発症予防に関して、接種後数か月以内は90％以上の有効率があることは事実であるので抗体価は指標にはなるが、efficacyの方が大事だと考えている。

質問：5～11歳に接種する場合に、筋注部位はどこがよいか。

回答：筋注の場合、その子の最も大きい筋肉に注射するのがよいと思う。5～11歳であれば、上腕の三角筋でも大腿四頭筋の外側広筋でも、どちらでもよいと思う。ただ、接種後の痛みがあることから、子どもたちは毎日動いて生活しているので、5歳を超えていれば、上腕の三角筋でよいのではないかと思う。

[報告：常任理事　沖中　芳彦]

シンポジウム【コロナ】

テーマ「コロナや災害から子どもを守る医療」

コロナと共に生きる子ども達
～小児心身医学の視点から～

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科小児医科学准教授
岡山大学病院小児医療センター小児心身医療科
岡田あゆみ

新型コロナウイルス感染症は、子どもたちの生活に制限や孤立を生じ、見通しが立ちにくいという状況でストレッサーとなり、心と身体に影響を与えた。ストレスを対処する方法も奪われた。運動不足、スクリーンタイムの増加、ゲーム依存・睡眠不足など生活リズムの乱れなどから肥満、視力低下、摂食障害、不登校、自殺の増加が挙げられている。

「子どもを守る医療」として必要な対応は、「準備因子」「誘発因子」「持続・増悪因子」「軽快因子（レジリエンス）」の4つの心理社会的因子への理解が重要となる。新型コロナウイルスは「誘発因子」に過ぎず、それまでどのようなリスクを子どもたちが抱えていたか（「準備因子」）によって経過は異なった。

虐待など家庭での居場所がなく学校が支えになっていた子どもにとっては、休校やその後の活動制限は「持続・増悪因子」となり、逆に起立性調節障害、高機能自閉症などの子は学校が「持続・増悪因子」だったので、休校やオンライン授業

など学校と一定の距離を取れたことは「軽快因子」となっていた。学校再開となり、新しい生活様式に適応できず負担となっている子もいる。

そういった子どもたちには大人による学校、家庭での環境調整、本人の対処能力の向上が必要である。学校、病院がゲートキーパーとなり支えたい。

新型コロナウイルス感染症やその他の災害の子どもへの影響

岡山大学学術研究院医歯薬学域
疫学・衛生学分野教授　頼藤　貴志

岡山市の統計によると、新型コロナウイルス感染症で特異的な症状はなく、発熱も49％と半数にしか見られていない。死亡率は海外に比較して非常に低く、10歳代以下では重症者も0.2％しか出ておらず、ワクチン接種者では重症化は少ないというデータが出ている。ただ、嗅覚障害などの後遺症は６か月後で26.3％、12か月後でも8.8％ある。

第５波は20代以下が多く、10代以下も多かった。多くなればある程度の重症者も出た。小児では学校内感染は少なく、家庭内感染が主であった。教職員の感染も学校内では少なく校外で感染したものが多かった。

コロナ禍で小児では他の感染症、インフルエンザ、感染性胃腸炎、水痘なども昨年は激減した。性感染症は例年と変わらなかった。救急搬送者は少なくなったが、自傷で搬送される若者は増加した。肥満児童・生徒、自殺、不登校児も増えている。コロナ禍は一種の災害であり、災害による精神的ストレスは子どもでは大きい。

［報告：常任理事　河村　一郎］

シンポジウム【災害】

テーマ「コロナや災害から子どもを守る医療」

支援を必要とする子どもの避難場所の確保
～岡山県小児科医会の取り組み

岡山県小児科医会会長／
岡山愛育クリニック副院長　横山　裕司

平成30年７月の西日本豪雨災害によって、“晴れの国 岡山”といわれるほど、災害の少ない県と思われていた岡山県内で多くの方が被災され、子どもと子どもを看護する家庭にも重大な影響を与え、小児への災害対応について深く憂慮された。この豪雨災害時、①災害時のトリアージのなかでは、重症とはされない医療的ケア児は優先順位が低く対応が遅れた、②福祉避難所への指示・把握等ができていない、③病院や行政での対応マニュアルの不備、などの問題が実際に起こった。

今回の豪雨災害の記憶が鮮明なうちに、実際に起こった問題点の把握、現行の体制で改善すべき点、新たに整備するべき項目等を確認し、何らかの動きをすべきであると考え、約20名の多職種のメンバーにて災害時対応ワーキンググループを組織した。そして今回の豪雨災害では、岡山県内で少なくとも８名の医療的ケア児が被災され、「電源や物品の確保ができない指定避難所に行くのは控えた」、「災害による病気やケガではないので、災害指定病院でもあるかかりつけ病院での入院を希望していたが病院に拒否された」という家族の声があった。まずは、在宅医療的ケア児の避難先確保についての取り組みを始めた。

災害対策基本法に基づく個別支援計画では、要支援者に対して、災害時の入院応需病院をあらかじめ決めておく必要があるが、多くの在宅医療的ケア児は、災害拠点病院で日常的なフォローを受けていることより、発災初期は受け入れ不可能で、災害拠点病院が入院受け入れ可能となるまでに対応が可能な協力病院が必要となる。

そこで、岡山県病院協会加盟病院に災害時の避難先として対応可能かのアンケート調査を行った（回収率50％）。次に、入院応需可能と回答した病院と在宅医療児をマッチングするために、ウェブ上に「ぼうさいやどかりおかやま」を2020年６月に立ち上げた。希望する家族は、①ウェブシステムで会員登録する、②希望施設を選ぶ（複数可）受入条件（対応可能なケアの範囲、年齢制限等）、非常用電源情報は会員登録した者のみ閲覧可である、③かかりつけ医が紹介状を書き、受け入れ施設と日時を調整し面談を経たのち受け入れ先決定となる、④災害時に

は直接、家族が連絡し入院となる。現在、受け入れ施設の拡充を試みるなどして運用を継続しており、登録者数は77名、登録施設は36施設（病院26、有床診療所9、福祉施設1）となった。岡山県の在宅医療的ケア児は300名を超えており、まだまだ登録者数、協力施設を増やす必要があり、協力病院に、発電機購入費用の補助など、何らかのインセンティブを付けてもらえるよう、行政にも要望を出している。

「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」が成立し、2021年9月18日より施行された。その中で、政府は災害時においても医療的ケア児が適切な医療的ケアを受けることができるようにするため、災害時における医療的ケア児に対する支援のあり方について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずることと明記されている。これを機に、岡山県でさらなる充実を目指していきたいと考えている。

新型コロナ感染症と災害からこどもを護るためにできること

岡山大学病院救命救急災害医学科

助教　塚原　紘平

近年、阪神淡路大震災、東日本大震災、熊本地震など、未曾有の災害が毎年のように日本各所で起こっている。医療における災害とは、ある一定の地域・エリアでの人員、物資の需要に対して供給が不足することであり、適切な医療を提供できないことを意味する。

西日本豪雨災害の現場で、災害時小児周産期リエゾンという立場で心を砕いたことは、災害はスポットライトが当たらない問題も多く、特に妊婦、小児は、災害弱者（要配慮者）と呼ばれ、自助力が弱く、多くの助けが必要な場合があることに目を向けることである。避難先などで起こる問題は決して基礎疾患のある子どもだけの話ではない。例えば、災害時の避難所では“子どもはドタバタとうるさい”と感じられることもあり、子どもや妊婦自身があえて垂直避難や車中泊を選び避難所待機を控えることも多く、子どもや親の不安は大きい。コロナ禍の避難所ではパーテーションで隔離され、プライバシー確保や感染対策面からは意義があるが、それに伴って避難現場での身近な人からの児童虐待のリスクは高まり、被災の翌年にはさらに児童虐待がひどくなるという報告もあるので注意が必要である。災害避難所でも、被災された子どもがストレスを開放できるような適切な空間、遊び場の確保、心の応急処置が重要となる。

災害時小児周産期リエゾンが初めて活動できた熊本地震の被災地の現場を経験して、母乳育児の問題を解決するための「赤ちゃん防災プロジェクト」によるミルクの手配、子どもの食物アレルギーへの情報集約のための対応、電源問題を含めた医療的ケア児の対応など、事前の準備を含めた課題は山積している。

新型コロナウイルス感染症に関しては、子どもにとっては休校が終わっても、運動会や修学旅行など多くの行事が中止となり、心理的な影響は大きい。コロナ禍では、大人はワクチン接種や３密対策で子どもに感染させないようにし、子どもは軽症が圧倒的に多く重症者は少ないことを念頭に、子どもの生活を護る姿勢は重要である。

ウィズコロナ、アフターコロナの時代に向けて、今後、子どもの環境はめまぐるしく変わりつつある。医療の立場から、どのような観点で子どもたちを護ってあげるべきか、コロナを含めた災害におけて、弱者である子どもたちへのより一層の配慮が必要となる。

［報告：理事　縄田　修吾］

県下唯一の医書出版協会特約店

医学書 看護学書 専門　**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。

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11月19日（金）13：00～15：00
ところ　日本医師会館（Web開催）

［報告：常任理事　沖中　芳彦］

挨拶

日本医師会長　中川俊男　令和３年５月に成立した、「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」において、医師の働き方の新たな仕組みが規定された。日医は４月に「都道府県医師会医師の働き方改革担当理事連絡協議会」を、７月には認定産業医の研修会として、日医Web研修システムを用いた医師の働き方改革に関する講習会を開催し、国の検討会の状況や医療機関が取り組むべき課題などについて詳しく解説してきた。国の検討会での議論は10月で一旦終了しており、今後は現在進んでいる厚労省の委託事業での具体的な検討が重要になってくる。この委託事業としてはB水準、連携B水準、C-1水準、C-2水準の規定に関する労働時間短縮の取り組みの評価を行う医療勤務環境評価センターの運営事業、次に長時間労働医師に対して追加的健康確保措置を行う面接指導医師の養成事業、そして特定高度技能、いわゆるC-2水準の技能研修計画と医療機関の教育研修環境を審査する組織の運営事業の３つが詰められている。

本日はそれぞれの事業の内容について詳しく説明するとともに、2024年４月の制度開始までに構築していく必要のある体制等について解説させていただく。また、これらの事業を実施運営する上では、労働時間短縮の取り組みの評価や面接指導等を行っていただく医師が欠かせないため、このような役割を担う先生の推薦などもお願いしたいと考えている。コロナ禍という状況の中、2024年度からの医師の働き方改革の施行を懸念する声もあるが、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る。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り、準備を進めていく必要があると考えている。本日の説明・議論を通じてご理解とご協力を賜るようお願い申し上げる。

議事

1　医師の働き方改革に関する議論の経緯について

日本医師会常任理事　城守　国斗

医師の働き方改革の基本的なフレームワークを表しているブロック図（**図1**）については、医療機関においてすべての医師の時間外労働時間が年960時間以内に収まっている場合がA水準、自院では960時間以内の時間外労働に収まっているが副業兼業を足すと960時間を超える医療機関は、地域で非常に重要な役割を果たしていることが多い連携B、そしてB水準というのは自院だけでその時間外労働・休日労働の合計が960時間を超えているという医療機関で、地域医療を確保するために暫定的に認められる特例水準である。C水準は集中的技能向上水準といい、C-1は研修医・専攻医がプログラムに沿って研修を行いながら医療の質を維持向上させて、自らもその技能をアップさせるための指定機関で、C-2は医籍登録後の臨床従事６年以降の先生方が、高度な技能の育成が公益上必要な分野について、指定された高度な医療技術を習得するための医療機関で、診療に従事する際に適用となる。

2024年４月から、この医師の働き方改革の法律が施行されることになる。時間を管理・把握して、年960時間以上働くという医師がいれば、時短計画の案を作成していただき、医療機関勤務環境評価センターという第三者評価機関にその評

価を委ね、その評価により都道府県が特例水準の医療機関の指定をするという流れになる。

令和３年５月28日に改正医療法が成立し、その中で、医師の働き方改革の概要が採用されている。法律の施行を受けて、７月１日に医師の働き方改革の推進に関する検討会が再開された。「医師の労働時間短縮計画作成ガイドライン」の主変更について（**図２**）、もともとの原案では、2023年度末までに時短計画の作成は義務化されていた。しかし、時間外労働の上限規制の適用前に義務対象を特定して履行確保するということには法制的な課題があり、また、その時点で新型コロナが非常に感染拡大している中、医療機関に配慮すべきという意見もあったことから、変更後はこの時短計画の作成を努力義務とするという形になった。2024年３月末までに時短計画を作成すると読めると思うが、実は連携Ｂ、Ｂ、Ｃ水準の指定を受けることを予定している医療機関は、評価センター受審前までに2024年度以降の時短計画案を作成する必要がある。すなわち努力義務ではなく義務化と読み取っていただいた方がよい。Ａ水準の医療機関等では努力義務という形で取り組

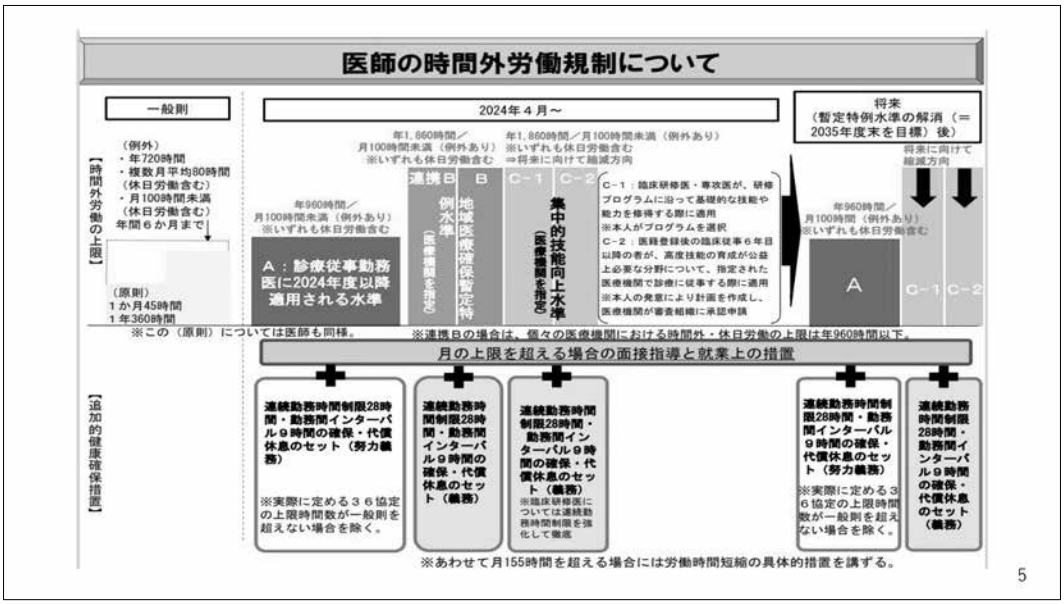


図１

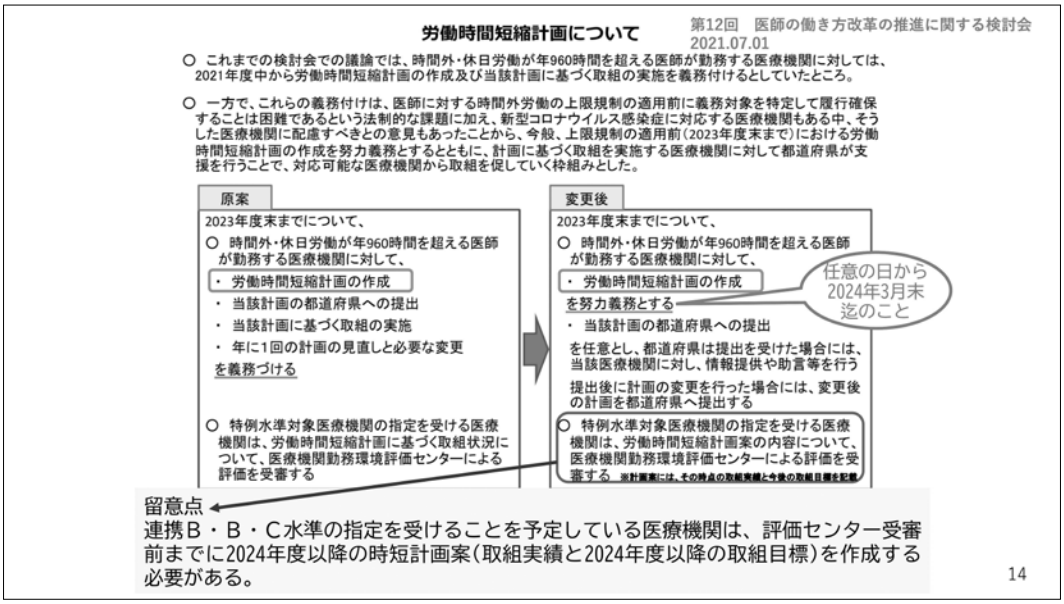


図２

みを進めていただければよい。

連続勤務時間制限・勤務間インターバル規制等の基本的な考え方であるが、ここに記載する内容はC-1水準が適用される臨床研修医以外が対象となる。連続勤務時間制限には２つのパターンがある。まず､通常の日勤で朝来て夕方～夜に戻る、ないしはそのまま当直になっても、その医療機関に宿日直許可がある場合、朝始業から24時間以内に９時間の連続した休息時間が必要になる。すなわち朝の８時から次の日の朝の８時までの24時間内に９時間の連続した休息時間が必須であるので、15時間の連続勤務時間制限とも言えるわけである。もう一つは、宿日直許可のない医療機関に従事する場合で、朝から日勤をして、そのまま当直になると､勤務が続くという形になる。この場合は、始業から46時間以内に18時間の連続した休息時間を取ることが必要となる。朝の８時から勤務して、当直をして、次の日の朝を迎えてその日の12時までで28時間経つ。この28時間を連続勤務すると、それ以上は勤務してはならない。次の日の12時以降休息を取らなければならず、その時には18時間の連続の休息が必要であるので、46時間ということになる。それで46時間以内に18時間の連続した休息時間というややこしい規則となるわけである。基本的にはこの15時間と28時間連続勤務制限の２つが大前提でのルールである。そして確実に休息を確保する観点から、９時間又は18時間の連続した休息時間は、事前に勤務シフト等で予定されたものであることを原則とし、急に組み込まれたものは含めない。また、９時間又は18時間の連続した休息時間中にやむを得ない理由により発生した労働に従事した場合は、当該労働時間に相当する時間の代償休息を事後的に付与しなければならない。

「始業」の考え方であるが、連続勤務時間制限の起点となる「始業」は、事前に勤務シフト等で予定された労働の開始時とする。医師の場合はほとんどないが、例えば１日の間に短時間の休息と労働が繰り返されることが予定されている場合は、それぞれの労働時間の開始が「始業」扱いとなる。２種類の連続勤務時間制限と勤務間インターバル規制の関係であるが、15時間の連続勤務時間制限と28時間の連続勤務時間制限の間に、段階的な規制の適用を行うことはない。例えば、始業から16時間連続で許可のない宿日直を含む勤務をした場合は、15時間を超えるので、９時間ではなくて18時間のインターバルが必要になる。

朝８時から23時まで勤務する場合、そこから９時間インターバルを取ったら24時間の間に９時間のインターバルが取れているということで問題ない。宿日直許可のある場合、９時間の宿日直

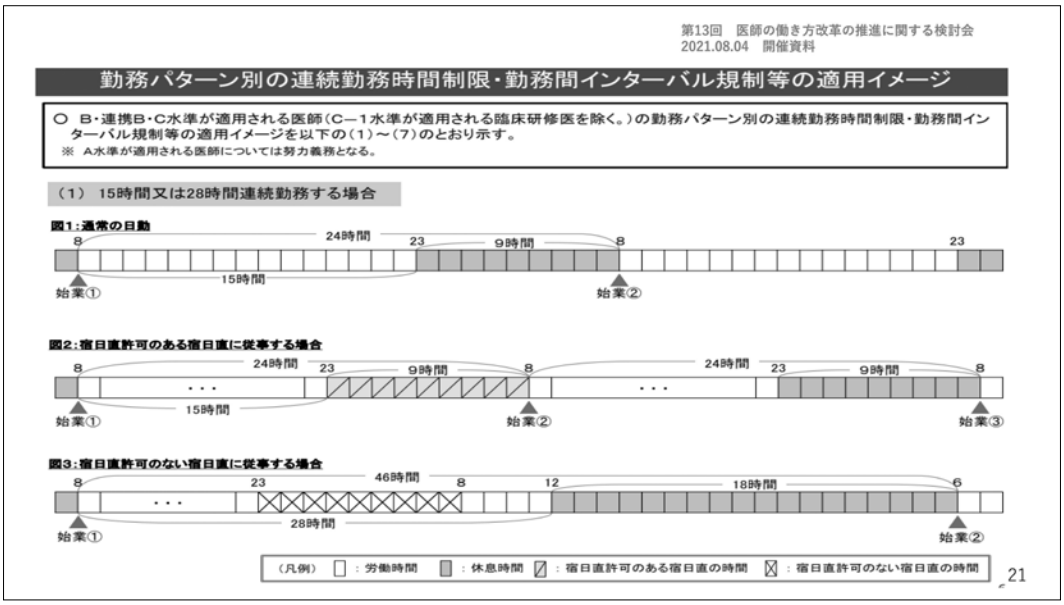


図３

で労働が発生しなければ、これは休息と同じなので、前者と同じ扱いとなる。宿日直許可のない宿日直では、朝の８時から次の日の昼12時までで28時間勤務となる。そうなると18時間のインターバルを置かなければならない（**図３**）。

代償休息は、予定された連続した休息時間中にやむを得ない理由により発生した労働に従事した場合に付与されることが原則であり、代償休息を付与することを前提とした運用は、原則として認められない。しかしその一方で、個人が連続して15時間を超える長時間の手術等が予定されている場合､例えば17時間だと､15時間ルールを破っているので、18時間のインターバルが必要なわけであるが、このような場合に限っては、７時間のもともとの休息の時間に残り２時間を足して９時間インターバルとしても、これは認めるということである。これは例外中の例外である。

臨床研修医に対する連続勤務時間制限・勤務間インターバル規制等の適用については、基本的なパターンとしてC-1水準の適用という形があるが、臨床研修医の場合は勤務間インターバル９時間が必須であり、代償休息を与えるという概念はなかった。ただし、臨床研修における必要性から、指導医の勤務に合わせた24時間の連続勤務時間とする必要がある場合（手術等）はこれを認めるが、その後すぐに24時間の勤務間インターバルを与えなければならないということも、もともと決まっていた。ところが、この制度設計にすると、宿日直等で通常の勤務時間と同態様の労働が少しでも発生した場合には「始業から48時間以内に24時間の連続した休息時間（24時間の連続勤務時間制限）」が適用され、翌日を終日休日とする必要があるため、それでは研修効率が上がらないということで、この対応案として、下記の①～③を要件として、代償休息の付与を認めることとされた。①臨床研修における必要性から、オンコール又は宿日直許可のある宿日直への従事が必要な場合に限る。②臨床研修医の募集時に代償休息を付与する形式での研修を実施する旨を明示する。③代償休息は、計画的な研修という観点から、通常は当該診療科の研修期間内で処理すべきであり、代償休息の付与期限は原則として必要性が生じた診療科の研修期間内とし、それが困難な場合に限り、翌月末までとする。

追加的健康確保措置（B・C）のうちの面接指導は、基本的に従来と変更はない。すなわち、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行う。面接指導実施医師は産業医又は講習を受けた医師とされ、現在その講習内容を日医で作成し、受講者は8,000人程度を予定している。面接指導の実施方法も従来と変更はない。

図４の左側が勤務間インターバル、連続勤務時

図４

間、代償休息対象時間数、代償休息の取得状況のチェックの流れで、そして右が面接指導又は就業上の措置が実施されているかの確認の流れという形である。労務管理が必要な医療機関として特定をされた場合、結果的にその対象者に関して36協定によって人数が特定され、最終的に面接指導や就業上の措置がしっかりと履行されているかの確認に関しては、立ち入り検査、いわゆる医療監視で実施状況を確認し、その場で指導も行うことになる。ここで改善されると、この特定の労務管理が必要な医療機関としての指定が継続されることとなり、改善されない場合は都道府県による支援で改善していくという流れになる。

現在、評価機能、評価センターの組織のあり方に関して、厚労省から委託を受けて、日医で業務を履行している。この委託業務は1）サーベイヤの育成、研修事業、2）模擬審査の実施事業、3）センターの設置運営の準備事業がある。医師と社会保険労務士のサーベイヤがペアになって病院をチェックし書類審査もする。書類審査の評価が低かった場合は訪問審査もするが、内容を基本的にこの評価委員会に上げていって、評価委員会でサーベイヤの方々が基本的な審査の内容をさらに評価することになる。事業の全体を司るのは基本的に事業運営委員会となる。これらが適切に運営されているかどうかに関しては、外部委員で構成されている評価諮問委員会が判断する。

評価センターへの申請が非常に遅くなり、そして書面評価もいま一つということで、結果的に訪問調査になって、指定を受ける2024年度に間に合わないということが起こり得るので、評価センターへの申請は早めにお願いしたい。評価センターには2023年度あたりは非常に多くの申請が集中すると思うので、できれば2022年度内に申請していただくのがよいと思われる。

評価センターにおける全体評価の考え方の原案では、「労働関係法令及び医療法に規定された事項」「前述以外の労務管理体制や労働時間短縮に向けた取り組み」「労働時間の実績」の３項目を５段階で評価することになっていた。このような提案を事務局からされたわけであるが、これでは医療機関の差別化につながることから、対案を出した結果、最終的には**図５**のような全体評価になった。すなわち「医師の労働時間短縮に向けた医療機関内の取組は十分に行われており、労働時間短縮が進んでいる」「医師の労働時間短縮に向けた医療機関内の取組は十分に行われているが、労働時間短縮が進んでいない」等の評価の考え方である。ちなみに、「労働関係法令及び医療法に規定された事項」の評価が終わり、これを満たしていない場合は法令違反となるので、その場合は評価ではなく保留という形になって、医療勤務環

全体評価の考え方（案）　変更後

第15回　医師の働き方改革の推進に関する検討会
2021.09.15　開催資料

全体評価に記載する事項（案）

○　全体評価に記載する内容を以下のように整理してはどうか。

1	2		3
労働関係法令及び医療法に規定された事項（※１）	１以外の労務管理体制や労働時間短縮に向けた取組（具体的な評価の基準は今後検討）		労働時間の実績（※２）（改善の度合いで判断とするが具体的な評価の基準は今後検討）
	評価時点における取組状況	今後の取組予定	
全てを満たす	十分	十分	改善している
	改善の必要あり	十分	改善していない
	改善の必要あり	見直しの必要あり	

※１：１の労働関係法令に規定された事項及び医療法に規定された事項に改善が必要な場合は評価保留とする。
※２：具体的には、Ｂ・連携Ｂ・Ｃ水準が適用されている医師の各水準ごとの平均労働時間数や、最長労働時間数、実際に年間の時間外・休日労働時間数が960時間を超えた医師数等の実績を基本として検討する。

全体評価の考え方

○　上の表の整理に従って全体評価について定型的な文で示すこととすると、例えば以下のようになるのではないか。

- 医師の労働時間短縮に向けた医療機関内の取組は十分に行われており、労働時間短縮が進んでいる
- 医師の労働時間短縮に向けた医療機関内の取組は十分に行われているが、労働時間短縮が進んでいない
- 医師の労働時間短縮に向けた医療機関内の取組に改善の必要があるが、医師労働時間短縮計画案から今後の取組の改善が見込まれる
- 医師の労働時間短縮に向けた医療機関内の取組に改善の必要があり、医師労働時間短縮計画案も見直しが必要である

5　29

図５

境改善支援センター等の支援を受けながら、まずはここをしっかりと確保していただくということになる。

C-2 水準の議論はこれまであまり行われていなかった。C-2 水準の対象技能となり得る具体的な技能の考え方（案）は次の①から③のすべてを満たすものである。すなわち、①「C-2 水準の対象分野」に該当するものは、日本専門医機構の定める基本領域（19 領域）において高度な技能を有する医師を育成することが公益上特に必要と認められる医療の分野ということで、この考え方は基本的には医療の分野のどこからでも C-2 水準に亘る技能が出てくる可能性があるので、あまり制限をかけない形になっている。②「C-2 水準の対象技能となりうる技能」の考え方に該当するのは、医療技術の進歩により新たに登場した保険未収載の治療・手術技術（先進医療を含む）、又は、良質かつ安全な医療を提供し続けるために個々の医師が独立して実施可能なレベルまで修得・維持しておく必要があるが、基本領域の専門医取得段階ではそのレベルまで到達することが困難な技術。③「技能の修得にやむを得ず長時間労働が必要となる業務」の考え方に該当するものは、ア）診療の時間帯を選択できない現場でなければ修得できない、イ）同一の患者を同一の医師が継続して対応しなければ修得できない、ウ）その技能に関する手術・処置等が長時間に及ぶ、の３項目の１つ以上である。

「C-2 水準の審査組織」は、法人が委託を受けて準備しておられる。C-2 水準の審査を希望する医療機関から、医療機関申請書をまず作成し、さらに医師個人の発意に基づく技能研修計画を作成し、審査組織に申請する。審査組織では関連学会の先生方のご尽力をいただきながら、医療機関の教育研修環境の審査をすることと、もう一つは個別の技能研修計画の審査をする。そして全体を統括する委員会がその審査の公平性・中立性等を担保していただくという形になる。

勤務実態の把握から時短計画を作成し、そして評価センターに受審の申請をして都道府県の指定を受けるという流れの中で、わからないことがたくさん出てくるはずである。各医療機関でその場合にどこに問い合わせをすればよいか。例えば勤務実態の把握をする際に現状の把握の方法が分からないとか、副業・兼業の取り扱いが不明の時には、厚労省の「いきサポ」（「いきいき働く医療機関サポート web」の略）というウェブサイトがある。ここにマニュアルがあるのでそれを活用したり、都道府県の医療勤務環境改善支援センター（勤改センター）に相談をする。また、時短計画の作成例がわからないとか様式を探す時も同じように「いきサポ」や勤改センターに、そして評

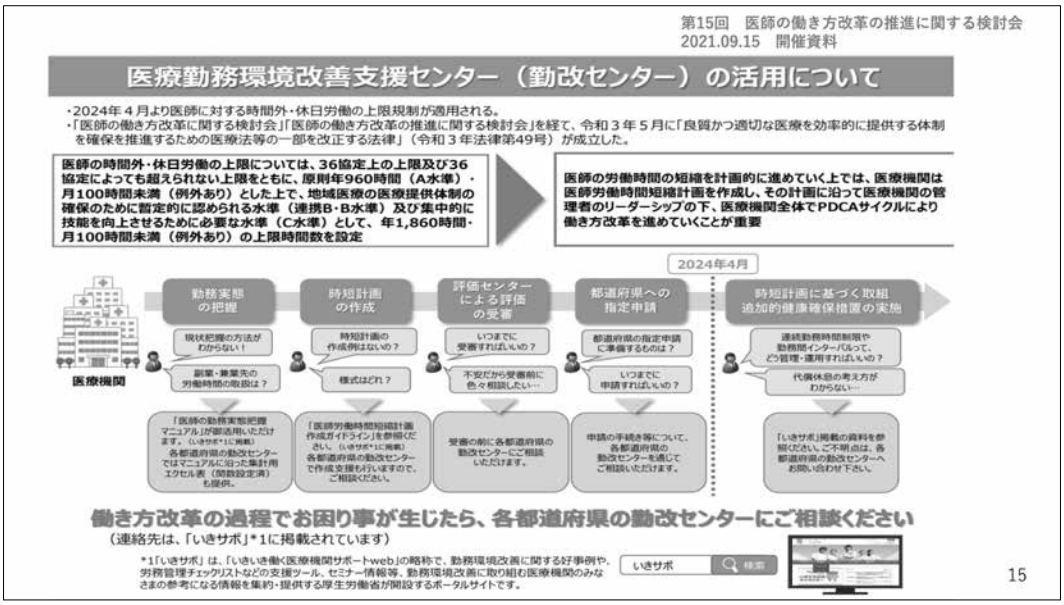


図６

価センター又は都道府県への指定申請という時には事前に勤改センターに相談していただければスムーズに進むのではないかということで、このような**図６**を作っていただいた。先生方もこれをご参考に、医師の働き方に関する取り組みをよろしくお願いしたい。

２　医師の働き方に関する各種事業の取り組みについて

日本医師会常任理事　松本　吉郎

医師の健康を守るために３つのルールが定められた。すなわち、連続勤務時間制限、勤務間インターバル及び長時間労働になった時の面接指導で、これら３つの組み合わせによって医師の健康確保措置がなされている。一方、大学病院からすると、宿日直や兼業・副業に関しては、できれば宿日直に行っても次の日は病院に戻って働けるという仕組みが本当は望ましいわけであるが、勤務間インターバルが通常９時間になっているので、この９時間が派遣先の病院で取れないと、今度は28時間制限に移ってしまう。28時間とすると、次の日は戻って来られるが、その代わり昼ごろまでしか働くことができないことになるので、外勤先で宿日直許可が取れているかどうかは、派遣する側の病院にとっては非常に大きな問題になる。特に準夜・深夜帯の、例えば23時～８時までの９時間が、深夜帯のみでも宿日直許可が得られているかどうかは非常に大きな関心事になっている。また、逆に派遣される地域の病院にとっても大学からの派遣が滞れば地域医療に即影響するので、特に二次救急病院や有床診療所、特に産科の有床診療所にとっては死活問題になる。宿日直許可が取れるところはしっかりと取ることが重要なポイントになる。自己研鑽も労働時間に当たるのか否かを、病院の中で経営者側と勤務医がコンセンサスを得ることが大事と思っている。さらにオンコールについての取り扱いも重要である。勤務医からすれば時間外の賃金の問題は生活に直結するし、オンコールの手当あるいはその間の労働も大きな関心事である。賃金の問題もきちんとコンセンサスを得ることが必要である。ここでトラブル起こすと、例えば労基署に申告相談をされると、定期監督ではなくて申告監督という労基署からの臨検が入り、全てのことをきちんと伝えているかをしっかりと見られるので、私から改めてお願いをしたいのは、宿日直の許可、自己研鑽、36協定を含めたいろいろな就業規則のきちんとした体制を組んでいただき、また、大学病院や派遣してくれている病院にはしっかりと連携して地域医療に齟齬を来さないようにするとともに、都道府県医師会との連携も必要だと思うのでよろしくお願いしたい。

連携B、B、C-1、C-2に関係する「医療機関勤務環境評価センター」は、日医が厚労省から受託している。長時間労働における面接指導実施の準備に係る委託事業、それから「C-2水準の審査組織」の準備に係る委託事業は、日医が直接委託されているわけではないが、両方とも日医が深く関わりながらこの事業を進めているという状況である。

医療機関勤務環境評価センターは2022年度から指定法人となり、機能を担っていく。その中に、評価諮問委員会、事業運営委員会やその下に評価委員会等を設けて進めていく。構成員には医療分野代表者や学識経験者あるいは労働分野代表者が入り、外からもしっかりと見える形で進めていく。評価センターも日医が手を挙げるということは、日医の理事会でも機関決定されているので、この指定に向け、今、厚労省と意見交換をしながら進めている。

2022年４月ごろから評価センターが指定を受けて発足して、秋ごろから実際に評価がなされていくということであり、並行して、C-2水準の審査組織も同様な形で、４月・５月辺りに厚労省から委託事業として行われ、同じように秋ごろからセンターと並行して準備が進められる。こちらの審査組織の事業が日医に委託されるように、今しっかりと準備をしている。地域医療をよく知り、そして都道府県と非常に連携が取れ、病院団体ともまた社会保険労務士団体とも連携を取れ、全国で組織的に担ってできる、あるいは大学病院組織とも連携が取れる組織は日医しかないと私どもは考えているので、厚労省に理

解いただきながら進めて行きたい。

2022年度にこの評価が始まる。まず書面評価で始めて、評価結果が低かった医療機関については、実際に訪問させていただいて評価をすることになるが、コロナの影響もまだ残っている状況があるので、できれば初年度は極力この書面評価で行いたい。2024年度からは、３年間を１クールとして、評価を行っていかなければならないので、しっかりとした準備が必要である。

書面調査では、医療機関から調査の書類が届けられて、病院に医師１名、社労士１名のサーベイヤが割り振られて始まる。そして、書面調査の実施にあたっては、評価センターの相談員と協議しながら報告書を提出する。評価センターの設置場所にはいろいろな意見があったが、今は日医に１か所置くことを考えている。サーベイヤについてはブロックや都道府県医師会と協議をしながら進めたい。その評価委員会で審議を行って、その結果、受理されれば、審議結果を都道府県に報告して、都道府県の医療審議会等で審議を承認していただいて、その結果を報告して、そしてまた評価センター本部にも報告していただくことにすると、手際よくやっても５～６か月程度かかると思っている。１回で通れば問題ないが、差し戻しもあり得る。そのようなこと考えると、2022年の秋ごろから始める予定であるが、なるべく早い時期に受審していただくことがよいと思っている。まずは早く労働時間の把握をきちんとしていただき、就業規則や36協定など基本になる部分をしっかりともう一度見つめ直していただきたい。

日医の「医師の働き方検討委員会」の委員は、委員長が群馬県医師会長の須藤先生、副委員長は新潟県医師会長の堂前先生であり、大学、医師会、社労士の方々等多方面にお願いして構成している。「評価機能」の準備に係る委託事業（令和３年度）は、同委員会と連携して進行しており、「評価機能」の設置準備にかかる委託事業のワーキングループは、医師労働時間短縮計画等の資料を客観的に分析・評価できるよう、評価者に必要な知識・技能を身につける評価者養成講習会の実施を考えている。評価における課題（評価項目・基準の整理、評価に必要な書類、医療機関規模別に必要な評価者の人員、評価の所要時間等）を明らかにすること、評価機能（医療機関勤務環境評価センター）の効率的な運営に向けた課題（組織体制の検討、評価者講習開催の方法等）の整理が進められている。その中には、評価機能ワーキンググループ、模擬審査ワーキンググループ、指定法人の取得に向けたワーキンググループがあるが、前二者が先行して進められている。

評価者の養成が必要になるが、そのために作成している教材があるので、これを修正しながらe-ラーニング教材や到達度テストの作成を、学習管理システム専門業者と連携して作業を進めている。講習は３部構成（オンデマンド開催）で、①基礎知識編、②評価編（知識）、③評価編（実地）となっている。それぞれ到達度テストを行い、習得をチェックするという形で行う。基礎知識編は動画と到達度テスト作成がほぼ完了している。

評価者の養成は、評価対象医療機関数を1,200～1,500施設と想定し、各々に医療サーベイヤと労務管理サーベイヤが各１名ずつのチームで、１チームで10施設程度をカバーするという考えに沿って行っていくことになる。都道府県内のサーベイヤだと、しがらみがあってなかなか難しい点もあるため、近隣だが同じ都道府県ではない施設という形を考えている。

令和２年度の改定でできた地域医療体制確保加算を算定している病院と初期臨床研修指定病院の両方又はいずれかに該当する病院数は全国で1,217ある。この中で、960時間を超える医師が１人もいないことがはっきりすればA水準になるので、評価センターを受審する必要はない。したがって、まずはそれぞれの医師の労働時間の把握が必要になる。逆に、１人でも年間960時間を超える医師がいれば、連携B、B水準に当たるので、この評価を受けなければならない。不測の事態に備えて、各都道府県とも最低２組のサーベイヤチーム数を想定している。ブロック割については、例えば中国四国であれば、中国四国の９県でなくても中国の５県で考

えるとか、四国の４県で考えるとか、あるいは山陰と山陽で分けて考えるのでもよいし、自らの県のサーベイヤで評価しないという原則さえ守っていただければ、柔軟でよいと考えている。

サーベイヤの主な業務は以下の通りである。

•e-ラーニング研修の受講。2022年1月より開始。全体で６時間程度。

・受審医療機関の医師労働時間短縮の取組の書面調査。医師サーベイヤとチームを作り、受審医療機関から提出された資料をもとに書面で評価実施。

・訪問調査。書面調査で判断ができなかった場合には、医師サーベイヤと受審医療機関を訪問し追加助言を行う。

・報告書のとりまとめ・提出。受審医療機関の評価結果報告書をとりまとめ、医療勤務環境評価センターに提出。

2022年の秋ごろには書面調査をスタートする予定なので、各都道府県医師会には、医療サーベイヤの推薦をお願いしたい。医療サーベイヤの推薦要件（案）は以下のいずれかを満たすことである。1. 病院における管理職（院長、副院長、診療部長等）経験５年以上、2. 医療勤務環境改善支援センターの業務に携わった経験がある、3. 日本医療機能評価機構、日本医学教育評価機構などのサーベイヤ経験がある。なお、大学病院における医療サーベイヤについては、全国医学部長病院長会議と連携して対応する予定である。

社労士の方も同様に概ね開業登録５年以上の方で、病院のことをよく理解していただいている方、あるいは勤務環境改善支援センターの相談員の方等を考えている。医師のサーベイヤも社労士のサーベイヤもやはり地域の実情や病院をよくご存知の方にしていただきたいと思っている。

模擬審査では、16病院を選定してご協力いただく。評価実地における課題、評価項目・基準の整理、評価に必要な書類、医療機関規模別に必要な評価者の人員数、評価の所要時間等を明らかにするために、模擬審査に着手しようとしているのが今の段階である。そして評価マニュアル案を作成し、評価をして最終的な総合評価にどのように結びつけるかというのが１つの問題点である。受審医療機関から提出する書類がどの程度必要かも併せて検討したい。評価した結果、医療機関側からクレームもあろうかと思うので、その対応も評価センターに求められる機能だと思っている。

模擬審査では、ストラクチャー（労務管理体制）がしっかりできているかどうか、プロセス（医師の労働時間短縮に向けた取組）がしっかりとなされているかどうか、アウトカム（労務管理体制の構築と労働時間短縮の取組の実施後の評価）に分けて評価を行うが、最終的には医師の時間外労働が１人平均何時間になったかが目に見える成果になる。具体的な評価項目及び評価基準については、「医療機関の医師の労働時間短縮の取組の評価に関するガイドライン」に基づいて確認する。ガイドラインはすでに公表されているので、担当者はその中身をしっかりと見て進めていただきたい。労働時間の実績は、医療機関の医療提供体制やその医療需要と相互に影響し合うことから、参考データとして、医師数、病床数、看護師数といった医療機関の医療提供体制を示すデータのほか、手術件数、患者数、救急車受け入れ台数といった医療のアウトプットをデータとして提出する。評価の視点は、アウトカムを求めるのではなくて、ストラクチャー、プロセスが非常に大事と考えている。

医師の労働時間短縮の取組状況について、評価を行う全項目数は95項目になっている。必須の項目は非常に大事で、37項目全てをクリアする必要がある。これには法的なことに関する内容が全て入っている。必須以外が58項目ある。できる限り評価しやすいような観点で作ってあるが、問題点があればご指摘いただきたい。

評価機能設置に関する検討としては、1）組織の体制、具体的な設立までの手続きに関して情報収集し、2）組織の検討・準備に入り、3）評価の業務フローの確認を行い、4）組織としての必要な書類や事務手続き等を行う。なお、4)では、定款や審査登録の時の料金等を含めて今後検討するので準備が遅れているが、これから４月に向けてここをクリアしたい。日医ではこれが始

まってから事務局を２名増員しているが、まだ人員が足りない状況で、センターと審査組織の２つを行っていくとなると、非常に大きな業務になると思っている。日医では、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て、取り組みの支援を行っていくものと理解している。

医師の働き方の検討会が国で始まった時に、年間960時間以上の時間外労働の方は約40%、1,860時間を超えて働いている方は約10%ということであった。まずはこの10%方を1,860時間に持っていくことが求められている。960時間以上働いている40%の方々に長時間労働の面接指導を行っていくためには、例えば100人勤務医がいる病院だと40人が該当するが、面接指導医１人が10人を担当することを想定しているので、４人の面接指導医が必要となる。全国では8,000人ほど必要と思っているが、これはあくまで想定である。

面接指導は、当該月の時間外・休日労働の80時間への到達等を睨みながら行っていくことになると思う。A水準では100時間以上となる頻度は低いが、たまに80時間を超える方もおられると思う。実施方法で問題なのは報告書の書き方であろう。例えばわれわれ医師が同じ病院内の医師を面接するのは難しいと思うし、特に、科が違う方は、年齢的に上の方に対し、指導したり就業の制限を行うことは簡単ではないので、そのような時は産業医と連携したり、上司や管理者にある程度相談することは必要と思う。

C-2水準の審査組織については、大学病院等で個別に審査すると、医療機関としての申請書もあるし、個人で手上げした方の申請書もあって大変なので、全体として希望者を一堂に集めて勉強しながら進めていくことが実際的であって、例えば事務の方がまずチェックをして、最終的には医療機関の申請書も個人の申請書も院長先生がチェックした形で実際に申請していただくのが効率的なやり方であろうと思っている。

今後のスケジュールであるが、「評価機能」の設置準備は現在16施設、「C-2水準の審査組織」は５施設においてモデル審査が終了し、今問題点の洗い出しをしている。さらにもう少し対象を広げて、専門病院等も含め、さらに第２回の６施設を12月に実施する。2022年４月ごろには「評価機能」の指定法人の指定を受け、C-2水準の委託事業もこのころから開始されるのではないかと思っている。秋ごろから、両方の組織とも運用を開始していく予定である。早く開始しないと影響を受けるので、厚労省とも連携してなるべく早くしたいと思っているが、やればやるほどやることがたくさん出てきて、非常に膨大な量となっている。

3　協議

質問：料金（講習・審査・登録）は、審査を受ける医療機関が負担するのか。

松本常任理事：国が進めている事業なので、できるだけ無料にしたいが、運営してみないとわからないところがあり、場合によっては負担を求めることもあるかもしれない。

厚労省：法に基づいて実施する取組なので運営費を適切に予算要求したいが、受益者負担も指摘されながら予算査定されるという形になっている。相談しながら進めていきたい。

質問：当医師会では、４月から勤改センターの社労士に来ていただくことを考えているが、時短計画の作成についてその社労士に相談してもよいのか。

城守常任理事：それで結構と思う。各病院で独自に社労士を雇っているところもあると思うが、働き方改革は制度も複雑であり、運用も難解なので、そのことをよく理解しておられる勤改センターに相談されるのがよろしいと思う。

質問：都道府県医師会の具体的なアクションとしてサーベイヤを推薦しなければならないが、サーベイヤの推薦要件の案について、業務の内容や報酬等のより詳細なものはないか。

松本常任理事：評価マニュアル案を作成しつつあるので、それを参考にして推薦いただくことになるかと思う。できる限り早くお手元に届け

たい。

質問：評価者の養成講習会で、到達度テストで習得をチェックするとあるが、結構ハードルがあるように思われる。
松本常任理事：最終的には国が認めるという形になるのでe-ラーニングのチェックが入るが、例えばWeb講習の時のように、間違った場合には教材を見て、また改めて回答することができるシステムになるので、最終的に全員が到達できることになる。質問に正解することで問題点の把握や理解度が増すと思っている。

質問：大学病院における医療サーベイヤについては、全国医学部長病院長会議と連携して対応予定とあるが、ここからも１人枠があるのか。
松本常任理事：大学病院には何名かの推薦をお願いして、その中に入っていただくことを考えている。都道府県の中で大学病院の先生を選んでいただいても結構で、その辺のところは柔軟にと考えている。

質問：サーベイヤの推薦はいつまでに行わなければいけないのか。どのくらいの業務量になるのかということが引き受ける側にとってはポイントになると思う。
松本常任理事：令和４年９月ぐらいから始まると仮定すると、本年度中に着手をして５月、６月、７月辺りまでには実際に固めたいと思っている。業務量は想定しにくいが、ガイドラインを手に取っていただいて、実際に95項目をチェックすると、ある程度その時間もわかるかと思う。場合によっては負担を考えて、サーベイヤの数を増やして少し余裕を持っていただくのもよろしいかと思っている。

質問：通常の業務を行いながら評価ができるのかを心配している。
松本常任理事：手を挙げる病院が多くなれば、増員をお願いすることも考えている。どのような形で作業を進めていくかについては、固まったらこの協議会で改めてお願いしたい。

質問：医師の労働時間の短縮を図るためには、タスクシフトやタスクシェアリングといった考え方が必要である。その場合、質の担保、すなわち安心安全な医療を提供できるのか。
今村副会長：タスクシフトやタスクシェアは時間短縮の一つ方法であることは間違いない。ただ、医療者の行為を多くの職種の方が病院において、どこまでだったら実施できるのかという議論を国の会議で行ったところ、最も大きな課題だったのが、医療安全・質の点であった。そのために法律や省令で研修を義務付けているが、厳しい研修を行ったら必ずやらなければいけないということではなくて、その病院の中でその業務を行う職種の人達に過重労働にならないような配慮をしつつ行うということになる。それでいきなり2024年から全てのタスクシフトが起こるわけではなく、2036年までの間にそれぞれの病院でできるタスクシスト・シェアを考えていきながら、時間短縮を図っていただくということなので、医療安全あるいは質の問題についてしっかりと考えながら進めているということをご理解いただきたい。

質問：勤務医の労働実態の把握の場合、兼業・副業の実態を把握するのに、兼業先の院長の書面による証明書のようなものが必要か、あるいは勤務医の口頭の申し出でよいのか。また、兼業先が宿日直の許可を取っているかについても兼業先の院長の証明のようなもの必要なのか。
厚労省：まず副業・兼業先の医師の労働時間の実態の把握の仕方については、他の業種に比べて特殊な働き方をされているのが実態だと思うので、難しいものと思っている。把握に関しては基本的には医師の自己申告に基づいて、主たる勤務先で把握していただければ差支えないという形になっているが、さらに特別に医療機関間で連携するような把握のやり方もあるかと思う。しかし、他の業種と同じように、当人の申し出に基づいて労働時間を把握するというもので差支えないと、厚労省として考えている。宿日直許可に関しても、基本的には同じと考えている。医師が外勤先あるいは兼業先の医療機関

の宿日直の状況を把握していて、自身の労働時間を正しく申告できるのであれば、それに越したことはないが、難しい場合には、宿日直許可の取得状況について医療機関間で確認していただくことも、方法としてあり得る。

松本常任理事：この自己申告というところは検討会でも問題になったが、日医としては、外勤先のことについては自己申告でということをかなり申し上げ、今のような形に落ち着いている。

質問：サーベイヤの委嘱元は都道府県の勤改センターなのか。各都道府県医師会に委嘱の依頼があるのか。

松本常任理事：本部にだけこの評価センターを置くので、本部から各都道府県医師会宛に、このぐらいの数のサーベイヤをお願いしたいという依頼をしたい。

質問：この問題は医療機関ごとの個々の体制によるので、県医師会としての立ち位置が難しい。都道府県医師会に日医から求められる具体的な行動・アクションに関して、指示があればお願いしたい。

松本常任理事：非常に大切な点だと思っている。先ほど、地域の実情をよく知っておられるサーベイヤをご推薦くださいと申し上げたが、そのような視点を考えると、例えば勤改センターに都道府県医師会がしっかりと関与していただくこと、それから都道府県とも、地域医療提供体制が壊れないようにという観点も含め、しっかりと連携・議論していただくこと、特に派遣をしていただく大学病院に、郡市医師会とともに都道府県医師会が行っていただいて、継続して医師の派遣をお願いして、お互いに連携し努力して医師の健康確保にも努めていくという啓発を、例えば産業保健活動を通じてやっていただくこと等が、具体的な都道府県医師会の役割であると思っている。

質問：働き方改革の中身が煮つまってきたと実感しているが、それと同時に、この働き方改革の業務量がとんでもなく多いと感じる。日医が厚労省から引き受けたのは、性質上当然のことと思うが、これは今後相当な負担になってくる。この後2023年から将来的には35年までに世界的にも見劣りのない労働時間にしていくということを考えると、相当なエネルギーが、人にもお金にも設備にも掛かってくるので、この辺の覚悟のことを現執行部はどのように考えておられるか。後世の執行部に相当な負担を残す可能性があると思うが如何か。

今村副会長：重要なご指摘をいただいた。この件については、今後の日本の医療提供体制を大きく左右するような課題だと考えている。このような課題に対して取り組める組織はおそらく日医しかないという思いで、現執行部が今回このような形でまとまったものを説明しているが、前執行部から決めて、理事会などでも紹介・説明をして承認をいただいたわけである。その時点ではここまでの内容というのは正直分かってはいなかったが、われわれが覚悟を持って取り組んでいくという姿勢で今準備をしていることを、是非ともご理解いただきたい。

質問：勤務間インターバルについて、宿日直許可があるかどうかが大きな問題であるが、これは病院単位で宿日直許可を取ることになるのか。当院の例では、救急を担当する当直はほとんど寝られないが、別の担当の当直は休息がとれるということがある。

城守常任理事：基本的には病院単位で取ることが多いと思うが、診療科によってばらつきがあり、ある科だけが非常に業務量が多いという場合は、科ごとでの許可、また時間もその病院で最も救急が多い部分に関してのみ許可を取るということも可能なので、その点に関してはまず勤改センターに相談していただき、それを労働基準監督署と調整していただくということになると思う。

松本常任理事：今の説明の通り、診療科別でもよいし、例えば準夜帯は時間外労働として、深夜帯の９時間だけ宿日直許可を得るというのがある意味理想的なところでもあるが、あまり短い時間では取れないということになっている。

あとは職種よって分けて取ってもよい。

質問：面接指導に関して、時間外・休日労働が100時間に到達する前にと記載されていたが、一方で100時間を超えてもまあ仕方がないというような書き方もある。その月のうちに時間外を積算していって100時間が近づいたら面接指導をするというような体制を作らなければいけないと考えた方がよいか。

城守常任理事：基本的に、この100時間は、超えてはいけない時間帯であるが、例えばB水準、C水準というのは労働時間が非常に多くなる医療機関である。その場合、前月のデータで100時間近い労働があり、またその当月において、例えば20日までに既に80時間を超えそうな労働をしている方がおられた場合は、その80時間前後あたりで面接指導をして確認するということが、この制度の一つの形になっている。ただし、80時間を超えるような長時間労働は発生しないということも想定されるので、前月又はその当月において、80時間近い労働をしている人がいれば、その方の健康の確認をして、特に健康負債や睡眠負債等がないと判断がされた場合は、100時間を超えた後でも面接指導を行ってもよいという内容である。

松本常任理事：追加の質問等あれば事務局までご連絡いただければ、日医もしくは厚労省からお答えさせていただく。この問題は今後非常に大変な事業になると思っている。できればこの連絡協議会も、年に１度とはいわず、随時開催したい。

総括

日本医師会副会長　今村　　聡　この医師の働き方の問題に関しては、さまざまな課題があること、また現在進行形で進んでいる案件も非常に多いわけで、例えば日医の役員のように議論の当事者としていろいろなところに参加しており、この制度について日ごろ積み上がっていく経過もわかって少しずつ理解が進んでいる者からすると、現場の先生方が一度聞いて理解するというのは大変難しいのが実態かと思っている。そのためまずは、都道府県の担当理事の先生方と日医の担当役員の間でしっかりと情報共有を図らせていただくことを目的に開催をさせていただいた。この４月に開催した連絡協議会では医師の働き方の制度の全体像や個別論点について情報共有させていただいたが、本日は国の検討会の最新の検討状況と、そして実務的な事業を都道府県医師会にご理解・ご支援をいただきながら日医が取り組んでいこうとしている事業についての説明であった。

医療勤務環境評価センターの事業では、サーベイヤの養成や面接指導を行う医師の養成については、現在具体的に進んでいる事業の概要を説明したが、両事業については、２人の役員の説明に対して多くの医師会からご質問いただいて、関心も非常に高く、それぞれの医師会にもいろいろご協力をいただかなければならないと改めて考えている。現在、業務にスムーズに対応いただけるように、医師の働き方検討委員会委員の先生方を中心に研修教材などの準備を懸命に進めている。業務の準備ができればできるだけ速やかにご案内を差し上げるので、その際にはご協力のほどお願い申し上げる。もう１点、特定高度技能いわゆるC-2の審査については制度の議論が進められているが、こちらも将来の医療の質の維持・向上のためには非常に重要な仕組みとなる。先生方のご意見もいただきつつ、間違いのない制度を作っていきたい。

2024年度の新制度移行まであとわずかになった。新型コロナウイルスの感染状況がまだまだ不透明であるが、感染状況をしっかり睨みつつも、準備についてはしっかりと進めていく所存である。今後もこうした情報を定期的あるいは随時提供して行くので、引き続きのご理解とご協力をよろしくお願い申し上げて総括とさせていただく。

令和３年度
郡市医師会学校保健担当理事協議会・学校医部会合同会議

と　き　令和３年11月18日（木）15：00～16：30
ところ　山口県医師会６階 会議室（ハイブリット開催）

［報告：常任理事　河村　一郎］

開会挨拶

今村副会長　今日は貴重な時間にお集まりいただきありがとうございます。ハイブリットということでご不便をおかけするがよろしくお願いする。本日の報告にもあるが、先日、全国学校保健・学校医大会があり、私もWeb参加した。令和２年度のコロナ禍における学校健診として川崎市の学校医の先生が発表されていて、７～９月の間に夏季休暇を返上してPPEも十分にない時期に学校健診を実施したことや、結果として健診終了後に学校医の感染やクラスターもなかったということで安心したし、皆さんの協力に感謝するという報告があった。これはきっと全国の学校医が同じような気持ちで健診をしていただいたことと思う。失業者数が去年より今年の方が増えたという報道があったが、むしろ今年は少しいい方向にこのごろ向かっているのかなと思う時期だが、きっと学校現場も今までの問題以上にこれからは、溜まった問題がより表面化してくる時期だと考えられる。今日の会議がそういった意味でも先生方の思いが伺えることを期待して、よろしくお願いする。

協議

１．学校における新型コロナウイルス感染症の対策について

今年度の本会の取り組みとしては、昨年度に引き続き、山口県教育委員会と協議のうえ、４月16日に「新型コロナウイルス感染症の状況を踏まえた児童生徒等の定期の健康診断実施に係る留意事項について」を発出した。地域によって感染状況なども異なったため、実施時期等については郡市医師会と市町教育委員会、学校医と学校に判断をお願いする形となっているが、県教育委員会が令和３年５月に実施した調査によると県内ほとんどの学校で１学期中に学校健診が行われるということだった。

また、本会議の委員の先生方に事前に新型コロナウイルス感染症に関するアンケートを行い、各地域の対応や健診における工夫などもご回答いただいた。小学生の新型コロナウイルスワクチン接種については、５～12歳の接種を２月から開始するという報道があったが、対象となれば接種すべきという意見の一方で、接種しない方がよいという意見もあり、現在、議論されていると思う。

最後に、参考資料として文科省作成の「学校における新型コロナウイルス感染症衛生管理マニュアル」、県教育委員会作成の「学校における新型コロナウイルス感染症対応ガイドライン」を示す。それぞれ文科省HP、県HPよりダウンロード可能である。

田原委員　アンケートで池田先生が「心因性難聴の子が増えている印象」と回答されているが、これに関して私たちがプライマリケアの現場で気づくヒントがあれば教えていただきたい。

池田委員　聴力検査自体が心理状況に敏感な検査であるため、特にコロナになって以降、学校健診でひっかかって精密検査をしたら異常はなかったものの、検査結果が悪く出て、よく話を聞くと最近学校に行けていないとか、いじめがあったという話が出てくるという状況にある。小児科の先生も普段からたくさん心理的な背景のある子どもを診ていると思うので、健診をしっかりやっていた

だいて、そこでひっかけた子どもを精密検査にまわす、という流れさえきちんとできれば大丈夫ではないかと思う。

田原委員　そういった情報も含めて、学校医から学校の現場に気をつけてみるよう情報提供も必要か。それとも、学校現場ではこういった情報は既に入手されているという理解でよろしいか。

池田委員　私は特にインフォメーションとして流してはいない。質問への回答を見ると、心因性難聴だけでなく、不登校や起立性調節障害も多いというのは、おそらく子どもたちが抱えているいろいろな問題が絡んでいると思う。難聴の子どもの場合、みんなマスクをつけているので、片耳難聴や今まで平気だと言っていた子が最近聞こえないと言ってくることが増えている。マスクをして、会話も聞き取りづらいということでストレスを抱えている子も多い。いろいろな行動制限があったことで子どもたちにストレスがかかっていて、ストレスを抱えている子が多いという情報を学校に流していただくのはありがたいと思う。

伊藤委員　眼科の場合も心因性の視力障害がストレスで起こり、難聴と合併して、眼科に受診される方がいる。年々増えている印象はあったが、この２年間はやはりコロナの影響でより増えているように感じる。眼科の場合は、学校からの視力の受診勧告書が出るので、それに対して保護者の了解を得たうえで、必ず心因性の視力障害と記載しているため、その意味では多少、学校の方には伝わっているかと思う。

２．令和３年度中国四国医師会連合学校保健担当理事連絡協議会について（報告）

８月22日（日）にWeb会議により開催された中国四国医師会連合学校保健担当理事連絡協議会について報告する（詳細は本会報令和３年10月号710～717頁参照）。

協議会では、今回、課題の一つとしてヤングケアラー問題が挙げられた。どの県もヤングケアラーに関しては、まだ把握できていないのが現状であり、窓口や対応もまだ出来上がっていないということが今後の課題であった。先日、山口県要保護児童対策協議会があったが、県内中高生のうち約４％がヤングケアラーで、特に兄弟、親、祖

出席者

郡市担当理事

大島郡	野村　壽和	(Web)
玖　珂	川田　礼治	
熊毛郡	竹ノ下由昌	(Web)
吉　南	田村　　周	(Web)
宇部市	川上　初美	(Web)
山口市	神徳　　済	(Web)
萩　市	藤原　真一	(Web)
徳　山	大城　研二	(Web)
防　府	村田　　敦	
下　松	井上　　保	(Web)
岩国市	岩崎　　淳	(Web)
山陽小野田	砂川　新平	
光　市	山手　智夫	(Web)
柳　井	志熊　徹也	(Web)
長門市	清水　達朗	
美祢市	山本　一誠	

学校医部会委員

副部会長	谷村　　聡	(Web)
副部会長	青柳　俊平	
委　員	田原　卓浩	
委　員	鮎川　浩志	
委　員	野口　哲彦	
委　員	伊藤　　忍	
委　員	江本　智子	
委　員	長井　　英	
委　員	池田　卓生	

山口県教育庁
学校安全・体育課
こども元気づくり班

教育調整監	平野　幸世
	磯村　朋世

山口県医師会

副会長	今村　孝子
常任理事	河村　一郎
理　事	縄田　修吾

父母の世話をしており、中には学校に行けていない子や本人もあまり気づいてないケースも多々あるということで、今後の課題である。

新型コロナに関する話題が非常に多かったが、コロナ禍において子どもたちの生活習慣が非常に乱れているとのことである。健常児の方が発達障害児より大きく影響を受けていて、ネット依存やゲーム依存、あるいは肥満児が増えているとの報告があった。

また、本会から、日医へ学校医以外の産婦人科医や精神科医がスムーズに参画できる体制を構築してほしいとの要望をした。日医からは、現在、学校医は内科・小児科、耳鼻咽喉科、眼科の先生が担当されていることが多いが、法的にはこの３科に限定されているわけではないこと、交付金による学校医報酬の手当は医師３人分の人件費を含んでおり、構成は各自治体で対応されていること、他科との連携体制の必要性については以前から重要な課題となっているが、現在の学校医体制に新たな学校医を加えることは国からの交付金だけでなく、自治体からの財源の拠出がなければ難しいと思われること、文部科学省の中央教育審議会の場でもできれば発言していきたいと考えていることなどの回答があった。

なお、例年開催されている中国地区学校保健・学校医大会は、岡山県で全国学校保健・学校医大会が開催されることに伴い、令和３年度は開催されなかったことを併せて報告する。

田原委員　ヤングケアラーの問題について、岡山県総社市では９月９日にヤングケアラー支援の推進に関する条約が成立するなど、全国に先駆けた取り組みが行われている。

江本委員　学校医に産婦人科医が加わることについては、予算面で問題があるようだが、直接学校医として加わらなくても、産婦人科医や精神科医が学校医との連携がとれると、診療にも活かせる部分がある。必ずしも学校医として産婦人科医が参加できなくても、日常診療の中で学校医や学校現場との情報共有ができるシステムができるとありがたいと思う。

河村　おっしゃる通りだと思う。

３．第52回全国学校保健・学校医大会について（報告）

10月30日（土）にWeb開催された全国学校保健・学校医大会は、岡山県医師会の担当で開催された。午前中には５つの分科会があり、整形外科の分科会が今年新たに加わった（詳細は本号92～117頁参照）。

池田委員　第４分科会（耳鼻咽喉科）で演題を出させていただいた。耳鼻咽喉科の分野では今、難聴児に関わる医療関係者と教育関係者の連携が一つ話題になっている。幸い山口県は連携がうまくいっているので、そういったことを発表した。岡山大学の片岡先生が発表された難聴児の教育のためのパンフレット「難聴をもつ小・中・高校生の学校生活で大切なこと 先生編」が、とてもよくできているので、山口県でも聴覚障害教育センターを通じて山口県内の難聴学級が設置されている全ての学校にこのパンフレットを配布するように今動いている。

田原委員　令和３年度から人工内耳に関する補助が国で認められているが、今まで経済的な理由で装着をためらっていた方が前向きに検討されるといった雰囲気はあるか。

池田委員　今回、厚労省が認めたのは人工内耳の修理にかかる費用の補助である。人工内耳は医療機器なので、本来は医療保険で対応するのが筋だが、修理で必要な部品については医療費の中に含まれないため、今までは実費であった。それが今回、修理に関しては障害者自立支援法により補助されるようになったのが最近の動きである。このおかげで今まで自費になっていた部分は随分助かっているが、あくまでもこれは修理の部分だけであり、人工内耳そのものは医療費で行われている。ただ、私が関わっているお子さんに関しては、入院費用が高いといった理由で手術をためらう親御さんは最近いなくなってきているように思う。実際には高額療養費制度を使えば入院も含め

て約10万以内には収まる費用となる。また、難聴児に関しては特別児童扶養手当などの補助金もあり、経済的な理由で人工内耳がうまくいかないという問題は大丈夫かと思う。

長井委員　整形外科が今回初めて分科会として取り上げられたのはとても良いことだと思う。運動器検診に関しては、平成28年から始まり、当初は問診票の様式変更などで苦労していたが、ここ最近は、あまり問題はなくなってきた。

脊柱側弯症に関しては、今年私のところにかなり側弯の強い子が１名受診し、総合病院に紹介したが、このままもう少し進行すれば手術になるかもしれないということだった。もしかしたら昨年から兆候があって見逃されていたのかもしれない。そういった意味では整形外科が健診に入っていく意義は大きいが、費用の問題などで難しい部分があると思うので、学校医の先生は側弯が疑われる学生がいれば遠慮なく精密検査にまわしていただきたい。

河村　私も学校医として運動器検診をしているが、精密検査となった子どもの受診結果が把握できていない。実際どのくらい病気が見つかっているのか。

長井委員　運動器検診は、初年度かなり紹介例が多かったが、最近はペルテス病など大きな手術を要する例はほぼなくなってきたと臨床整形外科医会の会長は言っている。紹介される比率もだんだん少なくなってきたが、一番の問題は運動器検診で受診勧奨されても受診していないケースが多いということである。

河村　実際、学校医が指摘した子どもの受診結果は学校医には戻らないのか。

県教委　学校健診で側弯の疑いがあると学校医に指摘された場合、保護者に専門医への受診を勧めるが、なかなかすぐに受診していただけない場合もある。受診率については、各学校の学校保健委員会が学校医へ伝える場になっている思う。また、できれば個々の事例について学校医に結果をお伝えできればよいが、なかなか個別にお返しすることができていないのが現状ではないかと思う。

４．「学校医活動記録手帳」の活用状況について

令和２年度の「学校医活動記録手帳」は、542冊配付し236枚の提出があった。提出率は43.53％。活動記録手帳は、内科校医に担当校１校につき１冊、耳鼻科や眼科校医には１人１冊配付していたが、昨年度より数校分の記録を１枚にまとめて記入できる様式に変更しており、次年度も同様の様式で作成する予定である。なお、学校活動記録手帳については、今年６月に書面開催した学校医部会役員会で「COVID-19の影響がはっきり認められると思われる。経過をみる上では感染収束までこのまま続けた方がよいと思う。」といった意見もあり、次年度も引き続き継続していきたいと考えている。一方で、多数の学校を受け持っている場合などは記載が面倒、との意見もあった。同手帳について、用紙の体裁や今後の活用方法、改善点などあればお伺いしたい。

谷村副部会長　これはもともと徳山医師会で作っていたものを県医師会に情報提供して、県医師会が改善してこの形式になっているので、記入に対してはご意見もあると思うが、回収率をみると私は悪くはないと思っている。今、医師だけでなく他のアンケートでも40％以上戻るアンケートはあまりないので、事業としてはうまくいっていると思う。これからも啓発していって学校保健の向上につなげていければと思う。

河村　学校医活動記録手帳についてはこのまま継続ということでよろしいか。

５．『学校医の手引き』改訂について

令和２年度から作成中であるが、なんとか令和３年度中には発行したいと考えている。今回新たに第13章として「新型コロナウイルス感染症」の章を追加作成することとしている。執筆者の先生に、改めて校正原稿を送付させていただく予定としているので、よろしくお願いする。

田原委員　『学校医の手引き』の資料部分に、「学校医活動記録手帳」を掲載することについての考えを教えていただきたい。こういった活動があるということを多くの方に見ていただくのは決して損にはならないかと思って提案した。

谷村副部会長　同手引きに収載することは、私は認知度が上がって良いと思うが、県医師会としてはいかがか。

河村　今後、検討させていただきたいと思う。

６．令和３年度山口県医師会学校医研修会・学校医部会総会・予防接種医研修会・学校心臓検診精密検査医療機関研修会について

今年度の本研修会は、12月５日（日）に、ホテルニュータナカの現地とZOOMによるオンラインのハイブリット開催とする（研修内容の詳細は今後、本会報に掲載予定）。

７．その他

（１）３歳児健診への屈折検査機器導入について

本件は厳密には学校保健というよりも妊産婦乳幼児保健の分野となるが、令和３年度の妊産婦乳幼児保健担当理事協議会は既に書面開催で終了していることや、本会議でも担当が重複されている先生も多いことから、本協議会で取り上げさせていただく。資料を提出いただいた学校医部会の伊藤委員にご説明いただく。

伊藤委員　３歳児健診における視力検査は、従来、自宅で視力検査を行って、健診当日に問診等により異常をひっかけるという形だったが、これでは漏れが多いと眼科医の間では言われていた。松江市や群馬県、静岡市では、従来のやり方であれば0.1～0.6％程度しか要治療児が発見できないということで、ここ何年か眼科医会では問題になっていた。屈折検査機器が導入された市や県では導入後に要治療児の発見率がかなり上がっていることが続々と報告されており、眼科医会としては全国的な屈折機器の導入を国に働きかけていた。その中で、急遽国から資料を出してほしいと言われ、令和３年の春に全国の自治体に緊急調査をお願いした。ただ、緊急で短期間の調査だったので十分ではなく、山口県の調査結果を見ると屈折機器導入は０％になっているが、実際には宇部市と周南市で導入されていると聞いている。群馬県や富山県では100％の導入率となっており、地域格差が非常に大きくなっている。導入されると要治療率が平均1.4～3％と従来の２倍以上に発見率が上がっている。山口県では就学児がほぼ１万人切っているので、通常だと100～150人程度しか見つかっておらず、150人程度は見逃されていたのではないかという推測になる。実際、診療所でも年間２～３人の子どもが１年生になってから視力検査で弱視が見つかるということがある。

令和４年度の包括的な予算がついたが、これはさまざまな予算を包括しているため、各自治体に積極的に屈折検査機器を導入してほしいと要求していただかないと、なかなか補助が出ない。非常に有効な機械なのでぜひ各郡市医師会の担当の先生や各医師会の小児科の先生などからも市の健康福祉課の担当の方に要求していただければと思い、この場をお借りしてお願いしたい。

河村　３歳児健診への屈折検査機器導入については、令和３年度の県健康福祉部と県医師会との懇談会で要望し、県からは本事業の推進について回答をいただいているが、本事業は市町事業となるため各市町行政とご協議のうえ、ご検討のほどお願いする。なお、日本眼科医会作成の「３歳児健診における視覚検査マニュアル」については、令和３年９月15日付山医発第754号にて各郡市医師会へ周知している。

防府　防府市では導入予定だが、各診療所で行うのは大変なので、集団の３歳児健診でまとめて実施する方向で検討している。既に導入されている市町ではどのような形で実施しているか。集団で実施することについて特に問題はないか。

河村　周南市では３歳児健診が集団で行われており、その場で実施されているが、特に問題を伺っ

たことはない。

伊藤委員　機械自体は非常に簡単にできるものであり、それでうまく検査できないという場合にはそのまま要精査となるので、問題はないと思う。

川上委員　宇部市では集団健診の場で保健師が実施している。たまに発達障害のお子さんで測れなかったということもあるが、その場合は後日、目の検査だけのために保健センターに来てもらうという対応をしている。印象としては確かに発見率が上がっており、眼科を受診してよかったというケースが増えている。

田原委員　この事業は各市町単位で集団健診のときに活用するための普及支援と理解してよいか。

伊藤委員　補助率は市町が２分の１、国が２分の１なので、市町単位ということになると思う。

田原委員　小児科医で機器をお持ちの方もいると思うが、そこで何か気になってすぐにご意見をいただきたいというときに、各市町に子どもたちを積極的に受け入れて下さる眼科医のネットワークなどがオープンになっていれば情報共有いただきたい。

また、日本小児科医会でも慎重な姿勢をもっているが、この屈折機器の会社が企業としての販売促進活動を強くしているので、全国の小児科医は警戒感をもってこの機械についての対応を慎重に構えているという面もある。その点について何かご意見、情報があれば教えていただきたい。

伊藤委員　ネットワークについては、アンケートをとって作っている。ただ、眼科医の場合、よほど特殊な疾患でなければだいたいのところで弱視等について診られると思う。そこからより高度なものになれば紹介という形になるので、まずはお気軽に近くの眼科医に相談されるのが良いのではないかと思う。機械のメーカーについては承知していない。

（２）その他

山陽小野田　今回、就学前施設でクラスターが発生し、かなり広範囲でPCR検査をしたので、無症状の陽性者が多く見つかった。それに伴い、近隣の学校で陽性者が出て、数名ではあるが、熱が出ていなくてもちょっとした症状ですぐに早退させるような過剰反応が出た。自分が学校医をしている学校では、すぐに校長と話をして、マニュアルに沿って、過剰対応しないようにと伝えたが、自分が学校医をしていないところまでは対応できなかった。もう少し保健所から情報を医師会に伝えてもらえれば、医師会として動くことができて過剰な対応にならないのではないかと思った。兄弟が風邪をひいたら休むという連座制もだが、学校で少し症状が出ただけですぐ早退という子どもが多数受診されて、みんな検査してくださいと言うものの、保健所レベルでも濃厚接触になっていないので、適応はありませんよとお話しした。学校間の対応差があまりにもひどいと、特に田舎の方だったということもあり、地域全体が怯えてしまって収拾がつかない状況になったので、もう少し医師会が保健所とうまく連携をとって学校医としての対応の仕方など共通のコンセンサスを持っていたほうがよいと今回のクラスターを通じて思った。

河村　確かに過剰に反応しているところもあるようである。今回のクラスターでさらに過敏になっているかもしれないが、感染レベルによって兄弟に熱が出たら休ませるなど対応が変わってきていると思うが、教育庁からご発言をお願いする。

県教委　学校では、文科省の「学校における新型コロナウイルス感染症に関する衛生管理マニュアル（2021.4.28 Ver.6 ※ 2021.5.28 一部修正）」をもとに各学校での対応を同一歩調で進めている。国の分科会のステージ（現在はレベルに変更）とあわせて、学校における地域の感染レベル１～３があり、県内の感染状況に応じてレベルを設定している。レベル１～３全てを通じて本人に風邪症状のあるときには感染源を断つという意味から登校を控えるという基本的な方針で進めて

いる。レベル２～３では同居の家族に風邪症状がみられるような場合も登校を控える方針となっている。風邪症状がコロナの症状なのか学校や家庭では判断がつきにくい部分があるので、気になる、発熱があるという場合にはまずは受診を、と声をかけている。それが過剰につながっているようであれば、診断結果を正確に保護者に伝えていただければ対応もそれぞれ可能かと思う。症状がみられる場合は欠席ではなく出席停止という扱いになっている。まずは感染源を絶つためにこのような取り組みを学校では行っているところである。

山陽小野田　気になるのはどうしても情報が止まっていて、保育所で陽性になった人でうちにかかっている人も何人もいたのに患者からしか連絡が来ない。しかも全部事後報告。こちらも感染対策をして診察をしているので濃厚接触には当たらないが、前回も話題になったと思うが、こういった情報を少なくとも医師会レベルで共有させてもらうと、そのエリアの病院の先生に連絡するなど、もう少し適切な対応ができるのではないかと思う。

県教委　各市町それぞれの状況等があるので、各市町教育委員会にご相談をいただいて、地域での連携体制が構築できればと思う。

田原委員　令和４年早々にHPVのワクチンの積極的勧奨が再開されると思われることから、それに向けて山口県医師会からも主導的な啓発を強めていただきたい。ぜひ県医師会でご検討いただき、年度明け早々に情報がまわるように準備いただければありがたい。

河村　今年４月に県医師会ではHPVワクチンに関するパンフレットを作成し、県内中学校の生徒に配布した。できれば令和４年３～４月ごろに配布できるように考えてみたいと思う。

青柳副部会長　他の予防接種が全て皮下注射であるのに対して、HPVワクチンだけが筋肉注射であるが、比較的若い医師はあまり筋肉注射をしたことがない。ただ、今回のコロナ禍で看護師にコロナワクチンの筋肉注射をしてもらっているので、HPVワクチンも看護師にやってもらうとスムーズかと思っているが、そういったことは可能か。

河村　医師の指示のもとであれば可能である。

青柳副部会長　私はこのたび学校医を20年務めていて、下関市教育功労者表彰を受賞したが、受賞者は高齢の方が多い。地域の表彰となると20～30年務めた方を表彰するというのはよく分かるが、実際に学校医のなり手が少ない中で、10年程度務めれば県医師会から表彰などがあって、あの人も頑張ってるなということが情報共有できれば学校医をやってみようかなという人が出てくるのではないかという気もしているが如何か。

河村　各郡市医師会でも表彰等をされているところがあるかもしれないが、県医師会ではまだやったことがなかった。今後検討させていただきたいと思う。

令和３年度
山口県医師会学校医研修会・学校医部会総会

と　き　令和３年12月５日（日）13：00～14：40
ところ　ホテルニュータナカ２階　平安の間（ハイブリット開催）

研修講演及び報告：川崎医療福祉大学医療福祉学部
子ども医療福祉学科特任教授　尾内　一信
総会報告：山口県医師会常任理事　河村　一郎

学校医研修会（13：00～14：30）

新型コロナウイルス感染症とワクチン
－現状と課題、そして近未来予想－
（Web講演）

川崎医療福祉大学医療福祉学部
子ども医療福祉学科特任教授　尾内　一信

新型コロナウイルス感染症は、2019年末に中国武漢から原因不明の肺炎として現れ瞬く間に全世界に拡がり人類に多大な混乱と犠牲者をもたらしている。人類史上類を見ない早さでワクチンが作成され世界中で接種が進んでいるが、新たな変異ウイルスの出現でその度に慎重な対応に追われている。出口が見えない闘いに日々追われている現状である。本日の講演では、現状把握と課題、そして近未来予想について概説する。

SARSコロナウイルス２（SARS-Cov-2）は、SARS（重症急性呼吸器症候群）やMARS（中東呼吸器症候群）の原因ウイルスと同じ系統のウイルスで、死亡率２％とSARSやMARSより低いが重症の呼吸器感染症を起こす。誰もかかったことがないので、非常に感染しやすい。感染経路は、飛沫感染、接触感染が主で、密閉した空間では空気感染のようなエアロゾル感染で感染する。SARSやMARSと異なり発症２日前から感染するために、無症状の潜伏期から感染が拡がるため感染をコントロールすることが困難である。発症後約１週間後からサイトカインストームを起こし重症化する。重症化しやすい人は、高齢者、肥満、呼吸器や循環器などに基礎疾患を持った人、妊婦などである。2021年末までに世界で約2.5億人が罹患し、約500万人が死亡し（死亡率２％）、日本では、約180万人が罹患し、約１万8,000人が死亡している（死亡率１％）。日本政府は、緊急事態宣言など感染対策としてのブレーキとGo toキャンペーンなどの経済対策としてのアクセルを実施し、また2021年２月からワクチン接種が始まり、2021年末には約80％まで接種率が高まった。この間にSARS-Cov-2は、従来株だけでなくアルファ株、デルタ株など変異種が出現し、2021年末までに第５波を経験したが徐々に元の生活を取り戻せそうな状況であった。ただ、新たな変異種オミクロン株が南アフリカから非常に速いスピードで全世界に拡がり憂慮される。

新型コロナウイルスワクチンは、開発をはじめてから１年以内に承認され全世界で接種が始まった。世界でさまざまなタイプのワクチンが開発され接種されているが、日本で使用されているのはmRNAワクチン（ファイザー社製とモデルナ社製）とウイルスベクターワクチン（アストラゼネカ社製）であり、今まで日本で使われたことのない新しいワクチンである。副反応として局所反応や発熱などの全身反応も認めるが、重篤な副反応は稀である。稀な副反応として、mRNAワクチンは心筋炎、ウイルスベクターワクチンは血栓症の疑いがあるが、ともにCOVID-19に罹患するよりはリスクは低いと考えられる。もちろんゼロリスクが理想的であるが、ワクチンにゼロリスクを求めるのは難しいのでリスクとベネフィットを考慮すると接種が推奨されるワクチンである。したがって、国民の集団免疫力を高め元の生活に戻るためにできるだけ接種を進める必要があると思われる。これらのワクチンは、従来株からデルタ株までの変

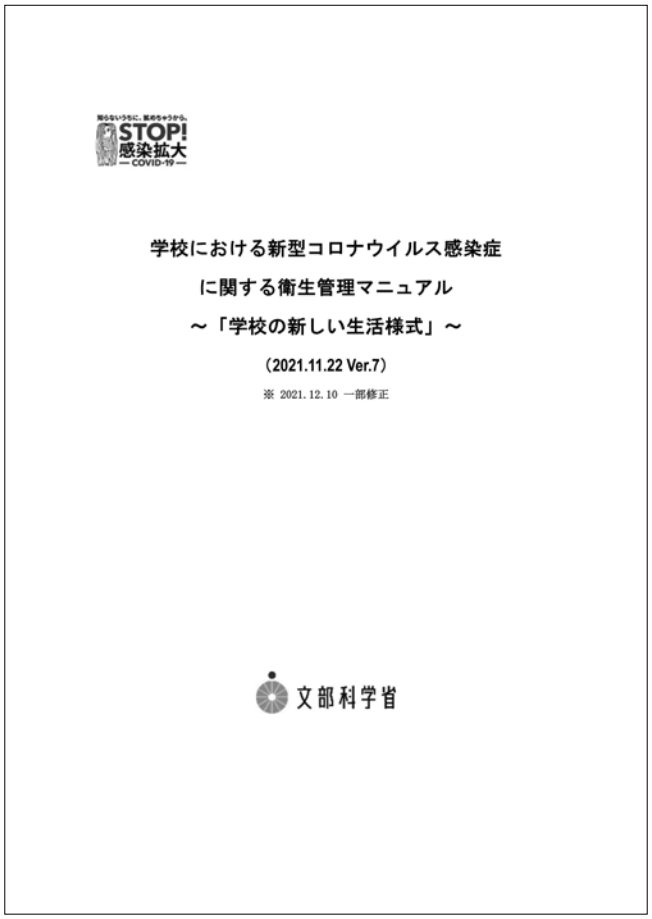
異種にも非常に有効である。ただ､時間と共に徐々に効果が減弱するために追加接種が必要であり、待ったなしの対応が必要である。オミクロン株への有効性については今後の知見に注視する必要がある。12歳以上の小児への接種も約70％を超えて順調に進んでいる。今後、５～11歳の小児へのワクチン接種（ファイザー社製）が始まると予想される。５～11歳の小児へのワクチンは、同じファイザー社製でも12歳以上用のワクチンと製剤が異なるため注意が必要である。米国でも接種間違いが頻発している。

今後、ワクチン接種対象年齢でない子どもたちへの感染拡大が予想される。学校医として、学校関係者と密な連絡を適切に取り対応していただきたい。文科省が発出している学校における新型コロナウイルス感染症に関する衛生管理マニュアル～「学校の新しい生活様式」～（**図**）を参考にしていただきたい。

参考文献
1. 文部科学省　学校における新型コロナウイルス感染症に関する衛生管理マニュアル～「学校の新しい生活様式」～（2021.11.22 Ver.7）
※ 2021.12.10 一部修正（2022年１月14日閲覧）
https://www.mext.go.jp/content/20211210-mxt_kouhou01-000004520_2.pdf

学校医部会総会（14：30～14：40）

学校医研修会終了後、令和３年度山口県学校医部会総会が開催され、青柳副部会長の議事進行によって、令和２年度事業報告、令和３年度事業計画が承認された。



図

令和３年度 医療機関税制セミナー

と　き　令和４年１月６日（木）15：00～17：05
ところ　オンライン開催

［報告：常任理事　沖中　芳彦］

はじめに

標記セミナーを、日本医師会及びTKC医業・会計システム研究会とともに開催した。このセミナーは令和元年10月に初めて開催し、２回目として令和３年１月も予定していたが、新型コロナウイルスの感染拡大のため資料配付による開催とした。３回目となる今回はWebexを使った完全オンラインとして、20名に受講をいただいた。

冒頭、加藤副会長より、県医師会で今年度から地域医療提供体制の確保のために、「医業譲渡を希望する会員」と「医業譲受を希望する医師」を支援し、その仕組みづくりを目的として「医業承継支援事業」を山口県の委託事業として引き受けることになったこと、県と専門業者とともに、会員の事業承継及び県民への安心安全な地域医療の提供のため事業展開をしていく旨、挨拶がなされた。

なお、オンラインシステムは東京のTKC担当者が主催権限者となり、運営を進めていただいた。以下、２つの講演の要点のみを記すが、１回目のセミナーや過去の担当理事協議会及び日医主催のフォーラムと重なる部分もあるので、それら行事の報告記事を掲載した本会報の令和元年12月号及び令和３年３月号も参考にしていただきたい。

また、当日のスライド資料は、県医師会ホームページ「医業」に掲載しているので、必要な方は各自ダウンロードをお願いする。

資料

なお、以下の講演は一般的な内容である。個々の医療機関における税制や事業承継に関しては、ご契約の税理会計事務所にまず相談することをお勧めする。

講演１「医療と消費税、事業承継について」

日本医師会常任理事　宮川　政昭

新型コロナウイルス感染症は長期にわたり医療機関に対応を迫るもので、一時的な財政支援では不十分である。医療機関においては、社会保険診療が非課税取引であるため、課税仕入れ等にかかる消費税額が控除できず、控除対象外消費税が負担になっている。また、患者の受診変容もあり、医療機関の疲弊は著しいものになっている。社会保険診療報酬の所得計算の特例措置（四段階制）は、地域医療確保のために不可欠な制度として、存続意義は重要である。

1. 医療と消費税

診療報酬の本体へは、設備投資に係る減価償却費分も含めて補填が行われているので、それらにかかる消費税相当額は当該年度で全額補填はできないが、その後一定の期間で減価償却を重ねることでおおむね補填されることになる。

厚労省の専門分科会によれば、令和２年度の補填状況では、医科全体の補填率は103.4%で、歯科、薬局の補填率と合わせると103.9%となった。しかし、病院110.1％、歯科診療所103.4％、保険薬局112.7％に対し、一般診療所は87.0％で、さらに一般診療所の中でも個人は105.4％、医療法人・その他は79.6％の補填率となっている。ただし、コロナ禍において補填額と負担額にぶれが生じているようで、上乗せ点数の厳密な検証を行うことは困難である。そのため、令和４年度の診療報酬改定では、診療報酬の上乗せ点数の

見直しは行わず、引き続き消費税負担額と診療報酬の補填状況を把握して検証することが適当である。

控除対象外消費税問題は継続しており、医療界から課税転換を求める意見が強く出ているが、課税転換するにあたり、1）社会保険診療に消費税を課すことへの関係者の受け止め、2）国民の理解、3）診療報酬に上乗せしてきた補填分「引きはがし」、4）所得税の概算経費率、いわゆる四段階制への影響、5）消費税の免税事業者、簡易課税事業者への影響、6）事業税非課税措置への影響等の課題が存在する。

日医はこうしたハードルをクリアしつつ、課税転換に道を開く方向で検討を進めている。

2. 事業承継について

個人事業主と医療法人で承継の選択肢が複数になる。個人事業主の場合、そのまま承継（個人版事業承継税制利用可）と、持分なしで法人化して承継するパターンがある。一方、医療法人の場合は持分ありのまま承継、持分なしに移行して承継（認定医療法人制度利用可）及び持分なしであればそのまま承継するパターンがある。そして、事業承継には相続税や贈与税の納税義務が課せられる。

平成31年度の税制改正では、個人事業主の承継をすすめるため、10年間限定で承継に係る相続・贈与税納税を100％猶予する「個人版事業承継税制」が作られた。この制度を利用するには、令和５年度末までに承継計画を都道府県に提出し、その後継者が経営承継円滑化法による認定を受けること等が必要となる。

医療法人の承継については、現在は持分なしの医療法人のみが新規に設立可能となっている。しかし、日医としては持分ありの継続でも、持分なしに移行しても、事業承継が円滑に行われるための必要な税制措置を申し入れている。特に、持分ありからなしへ移行する際に法人に課される可能性のある贈与税は、事業継承の大きな障害となっているため、日医は要望を出し続け、平成29年に一定の要件で非課税となる仕組み、すなわち「認定医療法人制度」ができた。この制度の税制措置として、移行に伴い法人に発生する贈与税非課税のほか、移行完了前に相続が発生しても、一定の相続税が猶予されること、移行期間内（計画認定から３年以内）に持分なしになれば（持分放棄）、猶予税額は免除となる措置がとられることになった。持分なしの医療法人に移行したのち、６年間は運営の適正性要件を満たしておくことになるが、この要件に「役員の同族の制限」が課されなかったことは大きなポイントである。

なお、認定医療法人制度は令和２年度の税制改正等により、令和５年９月末まで適用が延長されることになった。

3. 令和４年度税制改正

日医が厚労省等の各関係機関に要望を行った結果、令和３年12月に決定された令和４年度税制改正大綱で「事業税非課税措置・軽減措置」は検討事項とされ存続されることになった。また、四段階制も存続、さらには地域医療構想実現に向けた税制上の優遇措置が拡充され、不動産取得税の軽減措置が追加となった。

4. 新型コロナのワクチン接種に係る支援策の課税

接種費用は、従来のワクチン接種体制の延長上の委託収入であり、消費税は外税で課税となる。2,070円/回の接種料に10％の消費税を載せて請求している。そのため、ワクチン接種で自由診療等の売上が1,000万円を超えた場合、原則２年後に課税事業者となる。また、このワクチン接種料は四段階税制の医業収入（上限７千万円）にもカウントされる。個別接種促進のための補助金については、消費税は課税されず、四段階税制の医療収入にもカウントされない。

5. 電子帳簿保存法改正

令和４年１月から、取引先から電子メール等で受けた請求書等は、プリントアウトでの保存が認められなくなり、電子データのまま保存することが必要となった。

→すでに県医師会から郡市医師会へ通知した「電子帳簿保存法の改正について（情報提供）」を参照のこと。県医師会ホームページにも掲載。

6. 消費税におけるインボイス制度（適格請求書）

令和５年10月から、仕入税額控除を受けるためには、支出の証拠書類として、定められた事項を記載した適格請求書等の保存が義務付けとなった（免税・簡易課税事業者以外の一般課税事業者が対象）。この「適格請求書」を「インボイス」と呼ぶ。免税事業者との取引で支払った消費税が益税とならないようにすることが目的である。

なお、医療機関の売り上げのほとんどがインボイスとは無関係の患者であるため、この制度導入で大きな影響を受ける医療機関は多くないと考える。一般消費者である患者に出す領収証等は現状どおりで良く、記載事項を満たすインボイスを発行する必要はない。

日医は、医療機関が過度なシステム改修で困らないように情報提供を行っていく。

講演２「クリニックの事業承継」

TKC 医業・会計システム研究会

税理士　廣瀬　博山（はくざん）

廣瀬先生は下関市に税理士事務所を開設され、現在は同研究会の山口県リーダーを務めておられる。気軽に相談でき、どんなことでも何度でも、専門用語を使わず、分かりやすく丁寧に、をモットーに、日々活躍されている。

1. 個人版事業承継税制の利用

事例：医師である親が内科診療所を開業。その子は歯科医師で、内科診療所の資産を相続し、歯科診療所として開業した場合は制度を利用できるか。

見解：中小企業における経営の承継の円滑化に関する法律と租税特別措置法によれば、ともに転業を禁止していないので、要件を満たせば個人版事業承継税制を活用できる場合もある。

2. 医療機関の事業承継

個人立医療機関の事業承継の場合は、管理者、開設者の変更だけでなく、保険医療機関の変更や税務上の手続きなど、開業・廃業に関するすべての手続きが必要となる。一方、医療法人の場合は管理者・理事長の変更だけで承継ができるので、個人に比べて手続きが容易である。

平成初期、一人医師医療法人化がブームとなり、多数の医療法人が設立されたが、医療法人の事業承継の際は、後継者の有無だけでなく、役員退職金をだれにいくら支払うか、どのように運用するか、従業員の退職金の準備ができているか等を検討することになる。

役員退職金の算出法として功績倍率法がある。これは、退職時の適正な役員報酬月額×勤続年数に功績倍率をかけることで、適正額を示すものである。

平成31年３月時点で、全国の医療法人は54,790法人である。そのうち社団法人は54,416法人で、その７割が持分ありの経過措置医療法人である。持分ありの医療法人は出資額の割合で持分が決まるため、もし、出資者の退職等で払い戻しを請求された場合は、医療提供に影響が出ることがありうる。

※持分ありからなしへの移行と贈与税課税の可能性、そのための認定医療法人制度は先述の通り。

3. 生前贈与を活用

贈与税の配偶者控除がある。これは婚姻20年以上の夫婦間で居住用不動産又はその取得資金が贈与された場合は、基礎控除110万円の他に、2,000万円までが非課税となる。

また、教育資金の贈与として、直系尊属から30歳未満の子、孫、ひ孫へ教育費を贈与した場合、一人につき1,500万円まで贈与税が非課税となる制度もある。ただし30歳に達した時点で残額がある場合には、その時において贈与があったとされ、贈与税が課税されるので注意が必要。

その他、住宅取得資金の贈与、結婚・子育ての贈与税非課税もあるので、活用を勧める。

質疑応答

質問：個人版事業承継については、医科から歯科へは可能ということであるが、医療法人の場合も追加の書類等の提出等あれば可能か。

回答（廣瀬税理士）：個人版事業承継税制は個人の事業用財産を後継者に渡す際に、事業用財産

に対して相続税の納税を猶予する制度になっている。その場合、先代が医科で後継者が歯科であっても医業ということで同業種と考え、個人版事業承継税制を使うことができる。

ご質問いただいた、医療法人の場合は持分を後継者に渡すことになるので、持分があり／なしかで後継者が承継する財産に影響がある。ご質問の趣旨と回答の内容が異なるかもしれないが、医療法人で持分ありの場合は認定医療法人の制度を使い、持分を放棄することで後継者の税負担が軽減され、持分の評価額が増加している医療法人であれば有効な相続対策となる。持分ありの医療法人であれば、まずは現状の出資持分を評価し、持分をそのまま承継するか、持分を放棄するか検討されることをお勧めする。

ドクターバンク
（山口県医師会医師等無料職業紹介所）

医師に関する求人の申込を受理します。ただし、申込の内容が、法令違反その他不適切である場合には受理しません。

なお、医師以外に、看護師、放射線技師、栄養士、医療技術者、理学療法士、作業療法士も取扱います。

求人者又は代理人は、原則として直接当紹介所に赴いて、所定の求人票にご記入の上、お申し込みください。

ただし、直接来所できない時は、郵便でも差し支えありません。

求人申込の際には、賃金、労働時間その他の雇用条件を明示してください。

最新情報は当会ホームページにてご確認願います。

問い合わせ先：山口県医師会医師等無料職業紹介所
〒753-0814　山口市吉敷下東3-1-1
山口県医師会内ドクターバンク事務局
TEL：083-922-2510　FAX：083-922-2527　E-mail：info@yamaguchi.med.or.jp

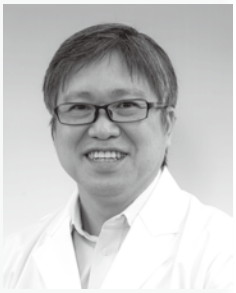
第160回 山口県医師会生涯研修セミナー
令和３年度第２回日本医師会生涯教育講座

と　き　令和３年９月５日（日）10：00～15：00
ところ　ホテルニュータナカ

特別講演２

「集学的治療によって山口県のがん治療成績は改善する」

山口大学医学部附属病院腫瘍センター
副センター長／准教授　井岡達也



［印象記：山口市　清水　良一］

令和３年９月５日に山口市のホテルニュータナカで開催された第160回山口県医師会生涯研修セミナーにおいて、山口大学医学部附属病院腫瘍センター副センター長／准教授の井岡達也先生による特別講演「集学的治療によって山口県のがん治療成績は改善する」を拝聴する機会を得ました。井岡先生は２年前の令和元年９月１日に開催された第153回山口県医師会生涯研修セミナーで、当時のご所属先であった大阪国際がんセンター検診部消化器検診科の副部長として、日本における膵がん治療のリーダーの立場で、膵がんの早期診断と最新の抗がん剤治療についてご講演されています。その半年後の令和２年４月から現職に就かれ、山口大学の腫瘍センターにおける年間の外来化学療法件数が、以前の年間4,000件から今では年間5,000件に増加し、ご多忙な日々を送っておられると伺っています。先の研修会でのご講演が契機となり、現在、山口大学医学部附属病院消化器・腫瘍外科学講座の永野浩昭 教授が兼任・主催されています山口大学医学部附属病院腫瘍センターに副センター長としてご着任されるに至るご縁を取り持つことに繋がったのであれば、素直に喜びたいと思います。

さて、今回のご講演では、山口県の進行がんの治療成績について、大腸がん一つをとっても日本国内の主要施設の成績との比較で明らかに劣っている現状が示されました。その上で、山口県でのがん治療成績を底上げする目的で、演者が特に力を注いでおられるガイドラインに基づいた予後改善に直結するがん薬物療法について、進行膵がん、進行胆道がん及び肝転移のある進行大腸がんについて、術前補助療法に焦点を当てた山口大学での現状と展望の詳細が語られました。

各論に入る前に、山口大学でのがん治療で何が変わったかを語られました。まず、外科医は手術に専念し、薬物療法は腫瘍内科医が担うことで、情報収集能に飛躍的な改善がもたらされ、薬物療法に関しては治験も含め、最新の情報に基づいた標準的治療を遅滞なく取り入れることが可能となりました。特に、術前補助療法ではエビデンスに基づいた実効性のある化学療法を手術のタイミングを逸することのないよう２～３か月間の短期間の内に思いきり行い、切除率並びに切除成績の向上が図られています。一方、治癒切除不能の進行がんには比較的ゆっくり時間をかけて化学療法を行い、治療が奏功すれば長期予後が期待できるコンバージョン手術も視

野に入れ、予後の改善に努めていることが述べられました。

なお、再発した場合でも、標準治療に挙げられている薬物療法を、副作用の発現をきめ細かな対応で抑えつつ、4次治療まですべて使い切ることで患者さんの生きる希望に応えるための努力を続けているとのことでした。

現在、山口大学では外来化学療法室のベッド数が14床で、フル稼働の状況にある中、山口大学全体での年間の新規がん患者を1,700件から今後、2,000件以上に増やす計画を立てておられ、それに合わせて外来化学療法の受け入れ枠を増床する目的で、大学近郊のセントヒル病院（西岐波）及び阿知須共立病院では腫瘍センターと同じレジメンで化学療法が受けられるようにスタッフの教育がなされているとのことです。

演者は、これまでに培ってきた薬物療法に関する知識と情報網を駆使し、新規薬剤の治験も含めて遅滞なく山口県のがん治療の成績向上に寄与することが自身に与えられた使命と捉え、後進の育成にも取りかかっていると語られました。

【進行膵がんについて】

遠隔転移のある進行膵がんの一次化学療法は、2年前のご講演で語られた以下に述べる２つの薬物療法が現在も主流であり、3年以上の長期予後は叶わないまでも、以前の治療法と比較して生存期間が4割ほど延長できているとのことです。山口県では約7割の施設がゲムシタビン塩酸塩＋ナブパクリタキセル併用療法を主に採用していますが、山口大学では75歳以上の高齢者についても、発熱性好中球減少などの強い血管毒性や吐き気・下痢などの消化器毒性は多いけれど、より高い効果の望めるmFOLFIRINOX療法（5FUの増強剤のレボホリナート＋5FU＋イリノテカン＋オキサリプラチン）を進行膵がんの化学療法に採用しているとのことです。

『膵癌診療ガイドライン』では全身状態や高齢等の理由で副作用の面から、これら２つの一次化学療法が適さない場合にはゲムシタビン塩酸塩もしくはS-1の単独療法が用いられ、現時点では3つ目の選択肢として掲載されているゲムシタビン塩酸塩＋エルロチニブ（タルセバ）は、2022年改訂予定の膵癌診療ガイドラインでは削除される可能性が高いとの補足説明がありました。

膵がんに関する解説の中で、直近の先月（令和３年８月）に、製薬会社の抗がん剤出荷調整に伴う特定の抗がん剤の枯渇情報が飛び込んできたことを受けて、山口大学での緊急の対応状況が述べられました。その情報とは、ナブパクリタキセル（アブラキサン）の安定供給がこの10月以降一時的に叶わなくなるというものでした。山口大学では術前補助療法も含めて、ほぼ全例がmFOLFIRINOX療法なので影響はないとのことですが、県内の他の施設からゲムシタビン塩酸塩＋ナブパクリタキセル併用療法が効いているにもかかわらず、薬剤の枯渇で継続投与が叶わなくなった患者さんの大学病院への紹介が増えることを想定し、山口大学ではDVO（Drug Vial Optimization）の導入をいち早く検討し、9月の診療から実施できているとのことです。

具体的には、抗がん剤混合調製時に発生する残液を他の患者さんとシェアすることで、限られた在庫を有効に利用し、個々の患者さんには、各々に使用した薬剤量に応じた費用のみを請求し、それでも使用されずに破棄される残液に相当するコスト分は大学病院が負担するといった、病院の収益よりも患者さんの利益を最優先する治療を行うことのようです。そのためには医事課、薬剤科等との調整及び関係部署への届け出など、8月末の短期間に多くの作業を熟す必要があり、同時に、がん治療に携わる主治医には代替抗がん剤へのスイッチが可能ながん種について（例：胃がんに対するナブパクリタキセル＋Rmab → PTX＋Rmabへのスイッチ等）の個別の依頼も行うなど、演者は本日の研修会でのご講演の直前まで、DVOの導入に奔走されていたことを語られました。今後、輸入停止が長引き、ナブパクリタキセルが手に入らなくなれば、進行膵がんに対する一次化学療法としての標準療法はFOLFIRINOX療法、もしくはゲムシタビン塩酸塩単剤かの究極の選択が迫られることにな

るとのことです。

ざまざまな困難のある中で、集学的治療としてBR（Borderline resectable）膵がんにしっかり術前化学療法が実施されている山口大学の数年後の治療成績が、満足できる結果に繋がることを期待したいと思います。

【進行胆道がんについて】

演者が大阪国際がんセンター在籍当時に、その設立に中心的な役割を果たされた関西肝胆道オンコロジーグループ（2010年設立のKHBO：Kansai Hepato-Biliary Oncology group）が2014年から実施した240名の進行胆道がん患者さんを対象とした治験結果（2018年ESMOで発表）が述べられました。当時の世界標準のGC療法（ゲムシタビン＋シスプラチン）に対して、S-1を追加したGCS療法（ゲムシタビン＋シスプラチン＋S-1）を考案し、この２群間で実施した比較試験結果を述べられました。結果は、胆道がんには２次療法に有効な化学療法が確立されていないこともあり、生存期間中央値でGC療法の12.6か月に対してGCS療法は13.5か月と約１か月の改善に留まりました。しかし、２～３年目にかけて、GC療法では生存率が20％台から5％以下へ急激に下降したのに対して、演者らのグループ（KHBO）が考案したGCS療法では進行胆道がんにもかかわらず、３年を過ぎても生存率が10数％台に留まるlong tail effectが確認されました。詳細な考察がなされた結果、化学療法が奏功しコンバージョン手術を実施できた患者さんがGCS療法群に優位に多く、長期生存に繋がったことが生存曲線に反映されたようです。

当日のご講演の症例提示では、80歳の女性で肝十二指腸間膜内リンパ節に転移のある肝右葉原発胆管細胞がん（径87㎜）の患者さんが披露されました。演者が現職に着任される半年以上前に山口大学医学部附属病院でGCS療法後のコンバージョン手術を受けられ、既に治療開始から２年以上が経過してお元気に過ごされているとの報告でした。実は、山口大学医学部附属病院消化器・腫瘍外科学講座の永野浩昭 教授も先のKHBO設立時の発起人の一人であったことで、治癒切除困難な進行胆道がんに対する術前補助療法としてのGCS療法が山口大学においても既に取り入れられていたことがコンバージョン手術に繋がり、予後の改善に寄与したことが事の真相のようです。

【肝転移のある進行大腸がんについて】

大腸がんは集学的治療による治療成績の向上が望める固形がんであり、演者が山口大学にご着任後、ご自身の専門領域を広げる中で最初に取りかかられた仕事であると述べられました。山口県全体での大腸がん治療成績を全国と比較すると、Stage Ⅱの大腸がんでは５年生存率は全国平均（80％台後半）と全く遜色がないものの、Stage Ⅲでは全国平均が70％台半ばに対して山口県では60％台半ばと、約10％低くなっているとのことでした。高齢化率が高く、患者さんの年齢構成の近い島根県との比較でも同様の差が見られました。手術のみでも完治が望めるStage Ⅱまでの大腸がんの治療成績との比較で、Stage Ⅲでは他県に劣ることの要因について、演者は集学的治療に携わる各専門領域のマンパワーの差にあるとの考えから、肝臓を切ることのできる外科医が在籍し、化学療法に関する知識の備わったスタッフが揃っていれば、大腸がんに関しては地域の医療機関での診療が許される領域であると述べられました。ただし、圧倒的に腫瘍内科医の不足している現状では、ハイボリュームセンターに集約することの重要性を強調されました。

本稿の余談ですが、筆者は平成８年から平成28年までの20年間、厚生連小郡第一総合病院外科に勤務し、平成17年４月から日本臨床腫瘍学会暫定指導医、平成20年３月から日本消化器外科学会の消化器がん外科治療認定医（専門は肝臓外科：認定番号第１号）、及び同年９月から日本がん治療認定医機構のがん治療認定医の有資格のもと、細々とでしたが年平均20例の大腸がん手術を指導医として実施し、周術期の化学療法も当時の標準治療を実施していました。病院の会報（３年ごとに発刊）を紐解くと、平成

24年時点での大腸がんの治療成績は、術後５年生存率(n=311:バイパス手術は除く)でStage Ⅰ：100%、Stage Ⅱ：96%、Stage Ⅲ：90%、Stage Ⅳ：55%という結果でした。特に、肝転移のある患者さんには、肝切除術を含む６回の開腹術と肺転移巣に対する右開胸術１回及び化学療法を駆使し、その後10年以上現役の仕事（医療職）を続けながら生存された患者さんもおられ、大腸がん治療は諦めなければ集学的治療で予後改善のみならず、日常生活の質も下げずに継続できることを実感していました。

さて、当日のご講演での大腸がんに関する主要テーマは「肝転移のある大腸がんの集学的治療」でした。一目で分かる具体的な集学的治療の詳細について、演者が山口大学にご着任後、1年の歳月をかけて練り上げられました「大腸癌肝転移治療アルゴリズム」（**図**）が披露されました。それによると、イレウス等の原発巣関連の消化器症状がない場合、同時性の切除可能な肝転移が２個までで、取り扱い規約上「肝転移：H1」までのものは、術前化学療法なしで肝切除術のみを先行実施し、原発巣を同時切除するか否かは転移巣のサイズとその局在によって判断します。術後の化学療法は再発するまでは行わないとのことです。一方、肝転移が３個以上もしくは「肝転移：H2/H3」であれば、肝臓外科医が切除可能と判断しても術前補助化学療法のFOLFOXIRI（膵がんに用いるFOLFIRINOXと薬剤は同じで、異なる投与方法）±Bmab（アバスチン：血管新生阻害薬）を２か月間に４コース先行実施し、約６週間の休薬後に、まず肝切除、次に原発巣切除術を行い、以後は再発するまでは術後の化学療法は行わず、生活のQOLを良好に保つことを優先するというものです。

大腸癌肝転移治療アルゴリズムでは異時性の肝転移の場合にも触れられており、原発巣切除後に行われる術後補助化学療法の影響も加味し、原発巣切除後１年以上経過してから肝転移が出現した際には、同時性肝転移に対する治療と同様の手順で異時性肝転移に対する治療を進め、

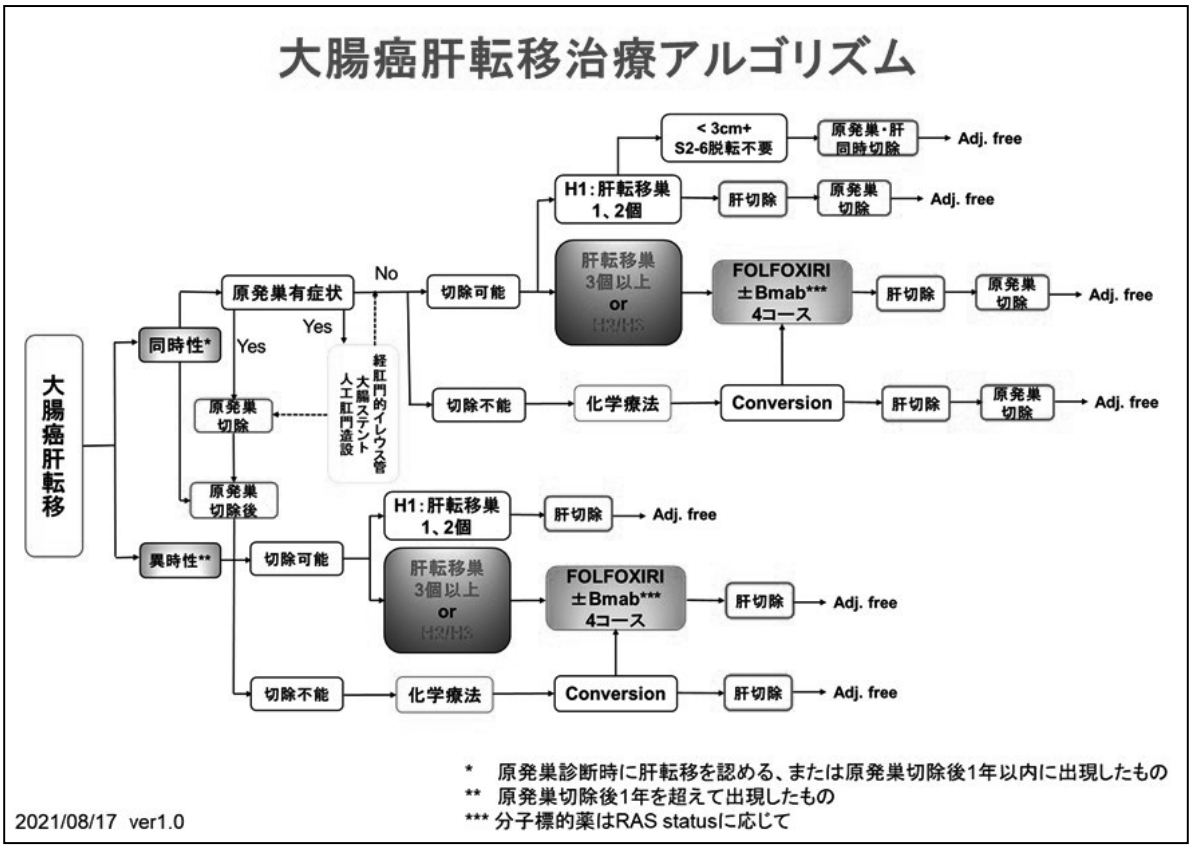


図　大腸癌肝転移治療アルゴリズム

肝転移が３個以上もしくは「肝転移：H2/H3」であれば、術前補助化学療法のFOLFOXIRI ± Bmabを導入するというものです。

ご講演の最後に、大腸がん同時性肝転移の３症例が提示されたのち、「薬物治療のDose Intensityを維持するために、有害事象管理が重要であり、専門医（腫瘍内科医）にお任せ下さい！」と結ばれました。

質疑応答の中で、がん患者さんの生存確認が容易になったことを受けて、がん診療の拠点病院では、来年以降５大がん（胃がん、大腸がん、乳がん、肝がん、肺がん）の５年生存率が開示され、３年後には10年生存率の開示が求められるので、全国レベルでのがん治療の成績をより細かに精査できる時代となったことが述べられました。これにより、山口県の弱点を見つけ、克服することで治療成績の向上に役立てられる仕組みが整ったことを強調されました。

今後、山口大学医学部附属病院腫瘍センターから多くの腫瘍内科医が輩出され、山口大学はもとより、県内のがん診療拠点病院でも活躍される時代が来ることを願いたいと思います。

特別講演３

「日本版敗血症診療ガイドライン2020」

山口大学大学院医学系研究科
救急・総合診療医学講座教授　**鶴田良介**

［印象記：宇部市　福田　信二］

始めに、今回の診療ガイドライン作成の目的と、作業工程での質の担保と作業過程の透明化のための工夫などについて説明の上、敗血症の話に入られた。

朝倉内科学の中で、1990年より前までは、一過性の菌血症と持続する菌血症とを分けて、持続する菌血症イコール敗血症だとされていた。1992年に世界で『Chest』という呼吸器の雑誌と、ICUの『Critical Care Medicine』という雑誌で全身性炎症反応症候群（SIRS：体温が上がる、脈が速くなる、呼吸があがる、白血球が増えるか減るかの４項目のうち２つがある）と感染症の重なり合った部分が敗血症という定義となった。2016年、Sepsis-3という定義になり、敗血症というのは感染症によって重篤な臓器障害が引き起こされた状態とされた。コロナでは急性呼吸窮迫症候群（ARDS）の重症患者は敗血症ということとなる。臓器障害を見つけることは簡単ではないので、診断法としてQuick SOFAを使う。感染症があり、呼吸数が22回/分以上、収縮期血圧が100mmHg以下、意識変容の３つのうち､2つ以上が陽性である場合を敗血症とした。診断を早くつけるにはQuick SOFAで構わないが、ICUに入ってきたらSOFAスコア（全身の臓器、意識、血圧、肝臓の機能、血小板数、DIC、腎機能を見て最初の値よりも２点以上点数が上がった場合を敗血症という）を用いる。

血液培養は抗菌薬投与前に２セット以上採取し、血液培養以外の培養検体も抗菌薬投与前に採取する。抗菌薬投与前のグラム染色は弱い推奨にとどめている。バイオマーカーはほかの身体所見や画像所見などと組み合わせて使用する。感染源の検索のために画像検索を行う。感染源が不明な敗血症患者においては可及的速やかに全身造影CT検査を行う（弱く推奨）。抗菌薬投与、免疫グロブリンについては診療フローに示して

いる。敗血症の原因が不明な場合、高度薬剤耐性菌の関与が疑われる場合、新興・再興あるいは輸入感染症を疑う場合、黄色ブドウ球菌菌血症、カンジダ血症と判明した場合は感染症専門家又は抗菌薬適正使用支援チームに相談する。敗血症認知後、経験的抗菌薬は早期に開始するが、1時間以内にこだわらない。菌が判明したら狭域スペクトラムの抗菌薬に変更していき、免疫グロブリンは使用しない。重症になってくると全身のサポートが必要になる。輸液についてはEGDT：early goal-directed therapy（初期の大量輸液）は行わない。血管収縮薬は、循環動態の維持が困難な場合には同時又は早期に投与してもいい（弱く推奨）。初期蘇生の指標としては乳酸値を用いる。輸液（量）としては30mL/㎏以上、3時間以内。血管収縮薬はノルアドレナリンが第一選択薬、第二選択薬はバゾプレシン。ステロイドについては、敗血症性ショックからの離脱目的にヒドロコルチゾン200㎎、さらにフルドロコルチソゾンを併用。呼吸管理では酸素は98～100%に設定しなくてもよく、95％を切らなければいい。PMX-DHP（エンドトキシン吸着療法）は行わない。血糖管理は毛細管血を用いた簡易測定は行わない。A line動脈血を使う。血糖は目標値は144～180㎎/dL、150前後でいい。体温管理は必ずしも解熱を行わない。コロナでは自宅療養ではアセトアミノフェンを使うが、ICUでは人工呼吸で鎮静剤を打つので必要ない。トピックスとして、急性期にビタミンC投与を行う。DICに対してはアンチトロンビンⅢの補充療法、リコンビナント・トロンボモジュリンを投与する（弱く推奨）。血栓予防として弾性ストッキング、間欠的空気圧迫法を行う。早期に敗血症を見つけるためにQuick SOFAを使い、消化管潰瘍、消化管出血の予防のために抗潰瘍薬を使う。NEWS（National Early Warning Score）は、コードブルー時や病棟で急変した時にチームを派遣するシステムを作っている病院の中では、よく取り入れられている指標である。呼吸数、酸素濃度、酸素吸入、体温、収縮期血圧、脈拍、意識状態を正常値からどのくらい外れているか各部署で点数化して、合計が5点以上、あるいは一つでも3点以上があればチームを呼ぶ。又はICUに入れることを決めているところもある。

COVID-19について

ガイドライン「Japan Survival Sepsis campaign Guideline」（J-SSCG）の特別編として、「COVID-19薬物療法におけるRapid/Living recommendations」が出ている。ファビピラビルの投与は酸素投与を必要としない軽症患者には弱く推奨する。ただし、酸素投与以降、中等症Ⅱ以上になると推奨を提示しない。レムデシビルは逆で、酸素投与を必要としない場合には投与しない。現在は中等症Ⅰから肺炎がある患者は、診療の手引きでは投与されている。酸素投与は入院加療を必要とする、肺炎の影があって入院していれば使う。ステロイドについては、酸素投与を必要としないものには投与しないが、酸素投与を必要とするような状況や人工呼吸器管理で強く推奨する。ステロイドパルス療法は推奨しない（エビデンスはない）。トシリズマブ（IL-6受容体抗体）も、現時点では酸素投与、入院治療、中等症以上のところで弱く推奨する。人工呼吸器管理時には提示できない。抗凝固療法も、酸素投与以上で弱く推奨する。バリシチニブも酸素投与、入院加療を必要とする中等症患者には弱く推奨する。

「診療の手引き」は現在5.2版になっている。抗体カクテル療法、ロナプリーブが軽症、中等症Ⅰには使える（ただし入院が必要になる）。中等症Ⅰから使えるのがレムデシビル、抗ウイルス療法、中等症Ⅱからデキサメタゾン、ステロイドが入っていればバリシチニブ、ヘパリンは中等症Ⅱから点滴で使う。

現状では第5波がきて、第4波を超えて患者数が増えており、現在病床占有率が58%、新規入院患者数と療養者数でStage4になっている。私たちのICUを見ても重症患者が少なく、最高3人まで入ったが、十分防げている。その理由として考えられるのが、高齢者のワクチン接種であり、このおかげなのは間違いない。また、抗原検査やPCR検査の拡充のために早く見つかっ

ている。山口県では非常に少ないが、東京などの重症者が増えてベッドが逼迫している地域では気管挿管以外のネーザルハイフローでなんとか重症者を防いでいる。唾液のPCRを外注で測っている先生方にぜひお願いしたいのは、可能であれば抗原検査キットをクリニックに置いてほしい。そうすれば、15分以内に結果が出るので陽性になれば保健所に電話することで、患者の家族や職場でのクラスターを小さくすることができる。また、抗体カクテル療法を早く投与することができるので、早く次の治療に進める。なかでも、重症化リスクのある方でコロナを疑っていれば、ぜひ抗原検査キットを使ってほしい。昨年はインフルエンザの流行はなかったが、次の冬はインフルエンザとの鑑別をつけるために、抗原検査キットは大変有用になる。

重症化した中等症Ⅱ以上の方への腹臥位療法が非常に注目されている。COVID-19の重症ARDSは、これまで私たちが診てきたARDSよりは治しやすい。インフルエンザ以外はウイルス性肺炎からARDSになってもウイルス量を減らす方法がなかった。治療薬があるというのが大きいが、腹臥位療法が非常に効果的である。これまで18名を集中治療しているが、ECMOを必要としていない。最後に来た方はPaO_2/FIO_2が100近かったので、即ECMOかと思っていたが、夕方の18時くらいから翌朝の６時くらいまで10時間以上腹臥位にすると、酸素化がよくなった。理由は２つあり、一つは無気肺や心臓の重さ、あるいはARDSそのもので肺胞の中に浸出液が溜まるので重くなり、背中側の肺は自然とつぶれる形になっている。それを腹臥位にすることで、重力から解放する。それから腹側のいい方の肺胞に血流をシフトできる。もう一つ言われているのは、われわれの肺胞は約３億個あるが、人工呼吸器にすると膨らみやすい肺胞と膨らみにくい肺胞があり、一様には拡がらない。それを腹臥位にすると、機序はよくわからないが、膨らみにくかった肺胞が膨らんでいく。そうした２つの理由から腹臥位法を試し、効果があればそれを続ける。コロナのARDSに関しては、今までのARDSに比べて非常に著効するので、全国でもECMOをする前に必ず実施している。第４波のころから、人工呼吸器をしなくても、ネーザルハイフローなどの高容量の酸素投与をしている場合は、セルフプロン（患者に腹ばいになってもらうとか、腹ばいまでいかなくても、座位になってもらい、前にターンテーブルのようなものを置き、それを抱っこしてもらうような恰好をする）という、背中の肺を膨らませるような治療だけで効果があるといわれている。気管挿管を回避できているという理由で、セルフプロンもいいといっている施設もある。

特別講演１

「住民・行政・医療職協働の地域づくりとコロナ感染対策」

富山大学医学部富山プライマリ・ケア講座客員教授
富山大学附属病院総合医療科名誉教授　**山城清二**

（後日、掲載予定）

日医FAXニュース

2021年（令和３年）12月10日　3007号

■　コロナで医療機関疲弊「プラス改定を」
■　診療側、支払い側が診療報酬改定に意見
■　安全性確認を前提に有効性推定で
■　感染者数増加に転じる、重症は減少継続

2021年（令和３年）12月14日　3008号

■　22年度改定の意見書を提出
■　改定基本方針案を了承
■　医療機関経営は危険水域、報酬で下支え
■「報酬の大幅なプラス改定が不可欠」
■　３回目接種、「モデルナ製も検討を」
■　ヘルパンギーナ、減少も「かなり多い」

2021年（令和３年）12月17日　3009号

■　経営は深刻「躊躇なく本体プラスを」
■　３回目接種、迅速なスケジュール提示を
■　宿日直の許可基準「弾力的な運用を」
■　不妊治療、保険適用の提案了承

2021年（令和３年）12月21日　3010号

■　ワクチン３回目接種前倒し、経口薬提供
■　診療料算定実績など要件化を
■　小児かかりつけ診療料の算定検討へ
■　オンライン診療「適切な普及を」
■　ヘルパンギーナ、「かなり多い」が継続

2021年（令和３年）12月24日　3011号

■「医療提供体制の立て直しを」
■　診療報酬改定、本体「0.43％増」を決定
■　コロナ「感染減地域でも対策の継続を」
■　OL診療、対面と同等評価に慎重姿勢

2021年（令和３年）12月28日　3012号

■　22年度改定率を中医協総会で報告
■　コロナ対応可能な機能に適切な評価を
■　折衝合意以外は「中医協で議論」
■　97～05年度生まれへの公費接種を了承
■　ヘルパンギーナ、引き続き「かなり多い」

2022年（令和４年）1月14日　3013号

■　オミクロン特有の医療の在り方、検討を
■　看護必要度見直しで４案
■　濃厚接触の医療従事者、陰性で勤務可へ
■　ヘルパンギーナ、減少傾向もかなり多い

2022年（令和４年）1月18日　3014号

■「議論の整理案」のパブコメ開始
■　濃厚接触者の経過観察を短縮
■　一般高齢者「６カ月」、64歳以下「７カ月」
■「感染症法の分類変更は非現実的」
■　インフル患者50人、昨年比23人減

2022年（令和４年）1月21日　3015号

■　経済活性化と感染防止の両立へ
■　OL診療に関する方針、全都道府県医同意
■　ウェブ研修システム、都道府県医に提供
■　自宅療養、健康観察の参考事例を周知
■　定点当たり報告数は0.10で減少傾向

2022年（令和４年）1月25日　3016号

■　コロナ軽症者への医療提供体制構築へ
■　新型コロナ対応や診療報酬など議論へ
■　若年層は受診せず自宅療養も
■　コロナ禍の働き方改革、軌道修正も

理　事　会

ー第17回ー

12月２日　午後５時～６時45分

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　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２件について審査し、いずれも給付することを決定した。

報告事項

１　社会保険診療報酬支払基金山口支部第８回支部運営委員会「書面報告」（11月10日）

保険者等との事務打合せ会開催状況、オンライン資格確認の現状、支払基金改革の進捗状況、診療報酬等支払確定件数等についての報告が行われた。

２　第１回山口県国民健康保険運営協議会（11月18日）

令和２年度国民健康保険特別会計決算剰余金の使途、保険料水準の統一等について協議を行った。（沖中）

３　郡市医師会学校保健担当理事協議会・学校医部会合同会議（11月18日）

学校における新型コロナウイルス感染症の対策、「学校医の手引き」の改訂、「学校医活動記録手帳」の活用状況等について協議を行った。（河村）

４　医事案件調査専門委員会（11月18日）

病院１件の事案について審議を行った。（郷良）

５　都道府県医師会医師の働き方改革担当理事連絡協議会「Web」（11月19日）

連続勤務時間制限等の医師の働き方改革に関する議論の経緯及び「評価機能」の設置準備等各種事業の取組についての説明の後、協議を行った。（沖中）

６　第161回生涯研修セミナー（11月21日）

独立行政法人国立病院機構新潟病院の中島　孝病院長による「脳・神経筋疾患の機能再生のためのロボットスーツHALによる治療について」、琉球大学大学院医学研究科感染症・呼吸器・消化器内科学（第一内科）の藤田次郎 教授による「COVID-19と間質性肺炎との接点」、山口大学大学院医学系研究科高次脳機能病態学講座の中川　伸 教授による「うつ病の考え方と治療・対応」及び山口大学大学院医学系研究科消化器内科学講座の高見太郎 教授による「肝硬変症の最新治療」の講演４題を行った。参加者54名。（加藤、山下、上野）

７　山口大学第１回医学部医学科教育プログラム評価委員会「Web」（11月22日）

教員、学生及び外部有識者により構成される標記委員会において、カリキュラムの総合評価を行った。（加藤、白澤）

８　新規個別指導・個別指導（11月25日）

診療所４機関について実施され、立ち会った。（清水、藤原）

９　医療事故調査委員会（11月25日）

支援団体として、病院１件について標記調査委員会を実施した。（郷良）

10　郡市医師会産業保健担当理事協議会（11月25日）

第２回全国医師会産業医部会連絡協議会の報告、県医師会主催・郡市医師会協力による産業医

理　事　会

研修会の開催予定、日本医師会認定産業医の更新に関する特例措置等について協議を行った。

（中村）

11　山口県配偶者暴力相談支援連絡協議会

（11 月 26 日）

山口県、山口地方裁判所等の関係機関・団体の取組状況の報告の後、情報交換を行った。

（事務局長）

12　日医第 3 回医師会共同利用施設検討委員会「Web」（11 月 26 日）

会長諮問「医師会共同利用施設の今後のあり方－新型コロナウイルス感染症も踏まえて－」に対する令和 2･3 年度答申素案について、各委員提出部分の説明及び討議が行われた。（沖中）

13　第 29 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」（11 月 26 日）

新型コロナウイルス感染症の直近の状況・ワクチン等及び「次の感染拡大に向けた安心確保のための取組の全体像」についての説明の後、意見交換、質疑応答が行われた。（今村）

14　第 14 回やまぐち糖尿病療養指導士レベルアップ講習会（11 月 28 日）

「インスリン発見 100 年を迎えて」の講義及び「糖尿病の運動療法～高齢者・フレイル患者対策に必要な運動療法の基本と基礎～」の実習が行われた。受講者：会場 27 名、Web 170 名（中村）

15　広報委員会（12 月 2 日）

会報主要記事掲載予定（1 ～ 3 月号）、新年特集号（炉辺談話）、令和 4 年度の県民公開講座、投稿規定の見直し等について協議を行った。

（長谷川）

16　会員の入退会異動

入会 3 件、退会 5 件、異動 5 件。（12 月 1 日現在会員数：1 号 1,234 名、2 号 862 名、3 号 449 名、合計 2,545 名）

医師国保理事会　－第 14 回－

協議事項

1　傷病手当金支給申請について

1 件について協議、承認。

－第 18 回－

12 月 16 日　午後 5 時～ 6 時 35 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　看護学校（院）助成の調整について

統廃合により存続する看護学校（院）に対する学校助成金の加算の適否について、金額及び助成期間の根拠・基準を整理した上で、再度検討することとした。

報告事項

1　第 3 回健康教育委員会（12 月 2 日）

今年度の健康教育テキスト「帯状疱疹」の修正を行い成案とした後、令和 4 年度のテーマについて協議し、「睡眠時無呼吸症候群」に決定した。

（伊藤）

理　事　会

２　日医家族計画・母体保護法指導者講習会「Web」（12月４日）

「人工妊娠中絶、Up to date －母体の安全・安心を改めて考える－」をテーマとしてシンポジウム及びパネルディスカッションが行われた。

（縄田、藤野）

３　日医女性医師支援担当者連絡会「Web」（12月５日）

日本医師会女性医師支援センターの今村　聡センター長による「女性医師のキャリア支援」、日本医師会の神村裕子 常任理事による「女性医師の多様な働き方－産業保健を中心に－」及び日本医学会連合の岸　玲子 理事による「医師の働き方改革：日本医学会連合からの報告と提言」の講演３題の後、札幌医科大学、日本外科学会及び兵庫県医師会から女性医師支援に関する取組みについて発表が行われた。（長谷川）

４　学校医研修会・学校医部会総会・予防接種医研修会・学校心臓検診精密検査医療機関研修会（12月５日）

学校医研修会では、川崎医療福祉大学医療福祉学部子ども医療福祉学科特任教授の尾内一信 先生による「新型コロナウイルス感染症とワクチン－現況と課題、そして近未来予想－」と題する講演が行われた。予防接種医研修会では、下関市立市民病院小児科の河野祥二 先生による「コロナワクチン以外の予防接種を見合わせないようにしましょう」、学校心臓検診精密検査医療機関研修会では、福岡市立こども病院総合診療科科長／川崎病センター副センター長の古野憲司 先生による「川崎病既往児童・生徒の遠隔期評価」の各講演が行われた。学校医部会総会では、令和２年度事業報告及び令和３年度事業計画案が説明され、承認された。受講者82名。（河村）

５　勤務医部会第３回企画委員会（12月８日）

勤務医部会座談会、令和３年度の部会総会及びシンポジウム（案）、医師事務作業補助者研修会（案）等について協議を行った。（中村）

６　勤務医部会座談会（12月８日）

「新型コロナウイルスと働き方改革 Part2」をテーマとして、新型コロナウイルス患者の診療に関して、病院及び主治医一人当たりの最大患者数、コロナ患者診療担当医師の過重労働の有無とバックアップ体制その他について意見・情報交換を行った。（中村）

７　都道府県医師会医事紛争担当理事連絡協議会「Web」（12月９日）

日本医師会医師賠償責任保険の運営に関する経過報告等が行われた。（郷良）

８　個別指導・新規個別指導（12月９日）

診療所４機関について実施され、立ち会った。

（伊藤、藤原）

９　地域医療構想調整会議全体会議「周南」（12月９日）

病床機能検討部会の協議結果の報告、今年度の地域医療構想調整会議の主な協議項目、地域医療構想の進め方等の説明の後、令和元年度病床機能報告における医療機関ごとの状況、「医療機関2025プラン」等に係る協議が行われた。（前川）

10　産業医研修会（12月11日）

山口大学大学院医学系研究科呼吸器・感染症内科学講座の松永和人 教授による「新型コロナ時代の職域における健康管理」及び山口労働局労働基準部健康安全課の山本幸司 課長による「最近の労働衛生行政について」の２題の特別講演が行われた。（中村）

理　事　会

11　母体保護法指定医師研修会（12月12日）

「母体保護法指定医師の指定基準」に則ったカリキュラムにより研修会を開催した。受講者は県内のみとし、17名。（藤野）

12　都道府県医師会学校保健担当理事連絡協議会「Web」（12月12日）

文部科学省及び日本学校保健会からの報告の後、学校医の高齢化・確保問題等について協議を行った。（河村）

医師国保理事会　－第15回－

議決事項

1　規約の一部改正について（理事の専決処分）

国保組合規約例の一部改正に伴い、理事の専決処分により、規約第14条（出産育児一時金）を改正することを議決した。

2　次期組合会議員の定数について

本年12月1日現在の甲種組合員数で算定した標記定数が、国民健康保険法に規定する議員数30人を下回ることから、算定方法の変更について協議、決定した。この変更に伴い、選挙規程及び組合会議員の数の算定基準等に関する内規の一部を改正することを議決した。

－第19回－

1月6日　午後5時～6時25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

議決事項

1　日本医師会代議員及び予備代議員の選出について

日本医師会代議員及び同予備代議員各5名の選挙期日を令和4年5月19日、立候補及び推薦の締切を同月4日とし、本会報4月号において公示することを決定した。

協議事項

1　令和4年度予算編成の基本方針・日程について

2年間に及ぶコロナ禍により変更を余儀なくされている受診形態や診療様式に対応できる体制の構築、未知なる感染症や災害への迅速的かつ組織的な対応を図るための郡市医師会と連携したシステムづくり、会員の高齢化に対応し、若手医師の加入促進とともに、勤務医・開業医を問わず全ての医師がシームレスに参加できる組織づくり及び医師会立看護学校の存続に向けた支援のための施策の促進を図ることとし、歳入・歳出に係る予算編成の基本方針及び日程について協議を行った。

2　山口県医療保険関係団体連絡協議会の提出議題について

オンライン診療に係る各団体の考え、取組等に係る議題を提出することとし、文案については今後調整することとした。

理　事　会

３　令和４年度の広域予防接種における個別接種標準料金（案）の変更について

令和４年４月１日以降、乾燥BCGワクチンの希望納入価格が引き上げられることに伴い、標記標準料金（案）を変更することを決定した。

４　設立40周年記念事業 核戦争防止国際医師会議（IPPNW）日本支部大会への支援について

標記大会に対し、５万円を寄付することを決定した。

５　2022レノファ山口FCシーズンシートの継続契約について

スポーツによる地域経済の活性化、地域振興への寄与を期待し、引き続きシーズンシートの契約をすることを決定した。

６　第２回郡市医師会長会議について

２月17日（木）に開催される標記会議の提出議題について協議を行った。

報告事項

１　山口県母子保健対策協議会新生児聴覚検査専門委員会（12月16日）

県から令和２年度の新生児聴覚検査実施状況、軽度・中等度難聴児補聴機器購入費補助事業の利用状況の報告、本会から新生児聴覚検査体制整備事業の周知依頼を行った後、母子保健研修における「新生児聴覚検査」の講義内容、手話で育てたい子どもへのサポート等について協議を行った。（河村）

２　医事案件調査専門委員会（12月16日）

病院１件の事案について審議を行った。（郷良）

３　花粉測定実技講習（12月19日）

花粉測定の初心者及び経験者各１名に対し、花粉観察の際の留意点の説明及びプレパラートの作成から光学顕微鏡の利用までの実技講習を行った。（沖中）

４　下関市保健部健康危機管理研修「災害時地域保健医療調査本部等運営訓練」（12月23日）

震度７の地震発生を想定し、発災直後及び４日目における標記調査本部等の設置運営の訓練が行われた。（上野）

５　第69回山口大学学長選考会（12月23日）

令和３年度における学長の業務執行状況の評価の実施、国立大学法人法の改正に伴う学長選考会の改組等について協議を行った。（今村）

６　第104回山口大学経営協議会（12月23日）

第４期中期目標（原案）・中期計画（案）、令和３年度補正予算案、湯田宿舎跡地の有効活用等について審議した後、第３期中期目標期間（４年目終了時）の評価結果、令和４年度医学部収容定員の増員等について報告を受けた。（今村）

７　日医第６回医療IT委員会（12月23日）

医療IT委員会答申に向けた論点について検討を行い、その中で、コロナ関連の対応の事例として山口県が構築した情報共有システム「YCISS（Yamaguchi COVID-19 Information Sharing System）」に係る報告を行った。（中村）

８　山口県母子保健対策協議会不妊相談専門委員会（12月23日）

県立総合医療センターの「女性のなやみ相談室」内に設置された「不妊専門相談センター」及び県健康福祉センターにおける令和２年度の相談実績、不妊治療費助成事業の助成実績、「不妊を考える集い」のオンライン開催について報告があった。その後、３月に開催する「不妊を考える集い」及び来年度の不妊専門相談センター及び県健康福祉センターにおける不妊専門相談事業について協議した。（藤野）

理　事　会

９　第30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」（12月24日）

新型コロナウイルスワクチンの追加接種（３回目）、新型コロナウイルス感染症対応人材ネットワーク、新型コロナウイルス感染症の検査に係る保険収載価格の見直し等についての説明の後、意見交換、質疑応答が行われた。（沖中）

10　第21回山口県介護保険研究大会（12月26日）

「地域包括ケアシステム推進における感染症対策」をテーマとして開催され、厚生労働省老健局老人保健課の平野　慧 課長補佐による「令和３年度報酬改定の概要と介護職員の処遇改善」及び北九州市立八幡病院の伊藤重彦 院長による「医療・福祉領域における新型コロナウイルス感染症と感染対象」の講演２題が行われた。参加者123名。（今村）

11　会員の入退会異動

入会４件、退会８件、異動12件。（１月１日現在会員数：１号1,230名、２号860名、３号450名、合計2,540名）

医師国保理事会　－第16回－

協議事項

１　傷病手当金支給申請について

１件について協議、承認。

報告事項

１　全国医師国民健康保険組合連合会第２回運営委員会「Web」（12月24日）

第２回医師国保組合に関する検討委員会の報告や第３回理事会に提出する事項等について協議を行った。（河村理事長）

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

自粛と節約

飄々

広報委員

川野　豊一

というわけで、COVID-19がパンデミックとなっておよそ２年が経った。日本ではワクチン接種が進むにつれ感染者数は減少し、2021年末にはなんとなく安心感が漂っていたと思う。しかし、オミクロン株の登場で事態は一変し、再び急激な感染者数の増加に見舞われている。オミクロン株は感染力は強いが重症化しにくいとのことである（ウイルスにとっては感染力が高まり弱毒化することが遺伝子の保存に有利であろう）が、今後も個々人がこれまで以上の感染対策を行うことはもちろんであり、新たなワクチンや抗ウイルス薬などの開発が必要であろう。

2021年のノーベル物理学賞は、大気と海洋を結合した物質の循環モデルを提唱し、二酸化炭素濃度の上昇が地球温暖化に影響するという予測モデルを発表した真鍋淑郎さんが選ばれた。まったく関係はなかろうが、2021年４月には菅前首相が気候変動サミットで、国内の温室効果ガス排出量を2030年度に2013度比で46％削減する新目標を表明した。また、2021年12月にトヨタ自動車も2030年時点でのEVの年間生産目標を、従来の「200万台（EVと燃料電池車の合計）」から「350万台（EVのみ）」に引き上げると表明した。大気中の二酸化炭素濃度の上昇が地球温暖化につながっていることは、今や小学生でも知っているであろう。

そんなこんなで、2022年はCOVID-19パンデミックへの対応と、地球温暖化対策（大気中二酸化炭素濃度の低下が中心であろう）の進展が望まれる。

などと書いていたら、2022年１月15日午後トンガ王国の海底火山フンガトンガ・フンガハアパイ火山で大きな噴火が起こった。気象衛星の画像を見たが、驚きの一言である。トンガとは通信が困難になっており、被害などの状況がわからない状態が続いている。現地の安全を祈るばかりである。

火山噴火の影響は地域にとどまるものではない。1783年から1785年にかけてアイスランドで２つの火山が噴火した。膨大な量の火山ガスが放出され、成層圏まで上昇した塵は地球の北半分を覆って日射量を減少させ、北半球の低温化／冷害を引き起こした。遠く離れた日本でも天明の大飢饉の原因になったとも言われている。最近では、1991年のフィリピンのピナトゥボ山の噴火で1993年の冷夏となり、米が大凶作となったことが思い起こされる。今回の噴火も地球規模で何らかの影響が起こりうることは想像に難くない。

地震や火山の噴火、小惑星の衝突などについては人間が関与できることはそう多くないであろう。それと比べれば、感染症や温室効果ガス削減に関しては人間ができることが多いと思われる。庶民としては不要不急の外出を控え、無駄な電気を消しコンセントからプラグを抜いて回ることから始めようと思う。

お知らせ・ご案内

産業医学振興財団からのお知らせ
～産業医学調査研究助成事業 助成希望者募集について～

産業医学振興財団では、産業医学の振興と職場で働く人々の健康確保に資することを目的に、産業医学調査研究助成事業として、職場で働く人々の健康の保持や産業医活動の推進等に関する調査研究に対する助成を行っております。このたび、令和４年度の産業医学調査研究助成事業で助成を希望される研究者を募集（募集期間：～令和４年２月末日）します。

詳細は財団ホームページ（ http://www.zsisz.or.jp/ ）をご覧ください。

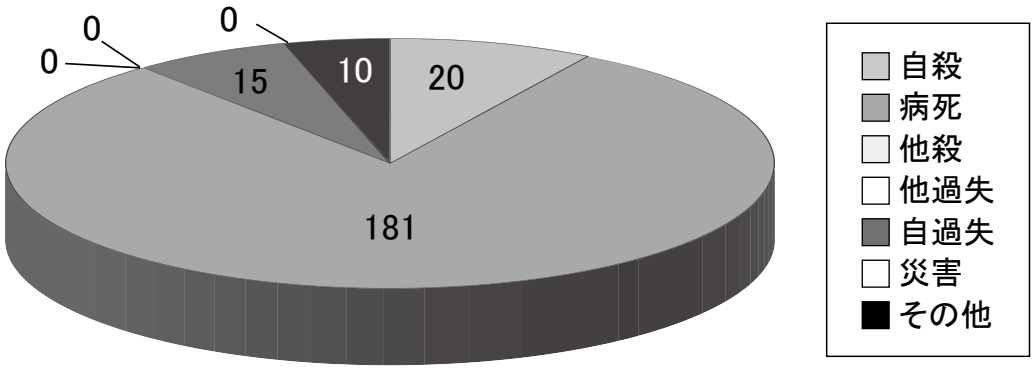
連絡先：公益財団法人産業医学振興財団 振興課（産業医学調査研究助成担当）
〒 101-0048　東京都千代田区神田司町 2-2-11　新倉ビル 3F
TEL：03-3525-8294（直通）
FAX：03-5209-1020

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
Dec-21	20	181	0	0	15	0	10	226

死体検案数と死亡種別（令和３年 12 月分）



国民年金基金
のご案内
日本医師・従業員支部

全国国民年金基金 日本医師・従業員支部は、
「日本医師会」を設立母体とする
日本医師・従業員国民年金基金が、
全国基金への統合に伴い移行した
医師・医療従事者のための職能型支部です。

不確実な将来に、今、備える

国民年金基金は、
国民年金（老齢基礎年金）に上乗せする
「公的な年金制度」です。

国民年金基金のおすすめポイント　～節税しながら老後に備える～

1　税制上の優遇措置

掛　金　掛金は**全額社会保険料控除**の対象となり**所得税、住民税が軽減**されます。
（最高816,000円/年が控除の対象）

年　金　受け取る年金にも**公的年金等控除**が適用されます。

遺族一時金　遺族一時金は全額が**非課税**となります。

税理士のご紹介で
加入されている方が
増えております。

2　生涯にわたる給付

人生100年時代に向けた**「終身年金」**が基本です。

3　ご家族及び従業員の方も加入可能

同一生計のご家族の掛金も負担した方の社会保険料控除の対象となる税制面のメリットがあります。
従業員の雇用確保の観点でご活用されているケースもあります。

国民年金基金に加入できる方

- 20歳以上60歳未満の国民年金の第1号被保険者の方
- 60歳以上65歳未満で国民年金に任意加入している方
- 現在国民年金基金に加入していない方
- 「日本医師会年金」に加入されている方でも重複して加入できます。
- 厚生年金の被保険者は加入できません。

お問合せは下記の基金事務所へどうぞ

全国国民年金基金 日本医師・従業員支部
お電話 **0120-700650**
FAX 03-5976-2210
〒170-0002 東京都豊島区巣鴨1-6-12 マグノリアビル2階

ポイント　HP上でもシミュレーションや
加入申出のお手続きができます！

日本医師従業員　検索　0120-700650　検索

ホームページ　https://www.jmpnpf.or.jp

令和３年分

確定申告

～感染リスク軽減のための税務署からのお願い～

密を避けて

さぁ、おうちで　PCでもできます

スマホでe-Tax

既に80%以上の方が確定申告会場に行かずに申告をしています。

密を作らない

確定申告会場への入場には整理券が必要です

（※申告書等の提出のみの場合は不要です。）

▶ 各会場で当日配付

▶ LINEから事前発行

来場される場合はお早めにお越しください。

詳しくは国税庁ホームページをご覧ください。　確定申告　検索

税務職員 ふたば

確定申告に関する疑問はAIチャットボットのふたば にご相談ください

チャットボット（ふたば）

国税庁動画チャンネル NTA.ch

申告書の作成手順は国税庁の動画サイトをご参照ください

国税庁動画チャンネル

申告	所得税および復興特別所得税・贈与税
	令和４年 3月15日（火）まで
納税	消費税および地方消費税（個人事業者）
	令和４年 3月31日（木）まで

確定申告書等作成コーナー

税務署

リサイクル適性Ⓐ　この印刷物は、印刷時の紙へのリサイクルができます。

謹　弔

次の会員がご逝去なさいました。謹んで哀悼の意を表します。

前田昌則	氏	山陽小野田医師会	12月 6日	享年 67
荒川　清	氏	宇部市医師会	12月12日	享年 76
長沼芳季	氏	徳山医師会	1月 3日	享年 94
潮　浩	氏	山口市医師会	1月13日	享年 93
林　長生	氏	下関市医師会	1月13日	享年 100
野見山宏壽	氏	徳山医師会	1月15日	享年 76
渡邊睦雄	氏	下関市医師会	1月18日	享年 92

編集後記

「共感」、ご存知ですね。よく聞きますが、私には捉えどころのない難しい言葉の一つです。

「共感はとても大事な感情だけど、『そうだよね』と思えない人たちとの間に“殻”を作って、コミュニケーションを閉ざしてしまうもの」という国文学者ロバート・キャンベル氏の発言を知り、ますます苦手ワードです。辞書で似たような言葉と共に調べてみると、

エンパシー（empathy）…the ability to understand other people's feelings and problems

シンパシー（sympathy）… 1 ,the feeling of being sorry for someone who is in a bad situation 2, belief in or support for a plan ,idea ,or action ,especially a political one　以下略。

どうもエンパシーは能力でシンパシーは感情や行為のようですが、自分はこの二つを区別できていない気がする。

英国在住ライターのプレイディみかこの『ぼくはイエローでホワイトで、ちょっとブルー』を昨年読んだところ、著者の中一の息子が授業で「エンパシーとはなにか」と問われ、「自分で誰かの靴を履いてみること」と答えるエピソードが印象的だった。「To put yourself in someone's shoes」は定型表現らしいが、「共感」の意味が少しつかめた気がして、彼女の本をもう一冊読んでいる。その著作『他者の靴を履く』には、さまざまなエンパシーの定義、評価が論じられている。肯定派によると、エンパシーは各人が心に持つ認知的バイアスを外すことであり、それこそが多様性を共に認め合う社会に繋がる。一方の反対論者は、感情的に他者に共感することには危険性があり、エモーショナルに他者に入り込むと状況の判断ができなくなるので、エンパシーは「善」ではないと否定的だ。

この本、私には難しく行きつ戻りつの長旅で、「エンパシー」まで遠そうです。当分「共感」という言葉を使えそうにないですね。

『ぼくはイエローでホワイトで、ちょっとブルー』新潮社

『他者の靴を履く アナーキック・エンパシーのすすめ』文藝春秋

（常任理事　長谷川奈津江）

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。

「日医君（にちいくん）」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）