

## 平成30年度第2回マスコミとの懇談会 「医師の働き方改革について」



理事 白井 和美



9月19日に標記懇談会が開催された。今回のテーマは、「医師の働き方改革について」で、当会理事・県立中部病院長の本竹秀光先生に講演をお願いした。今、特に病院現場で大変注目されている問題だけに、医師会関係者の出席がマスコミを大きく上回る懇談会であった。医師の働き方、特に勤務医の時間外労働をどの程度まで認めてゆくかは、医師の応召義務に関する考え方の整理や、地域医療を維持しながら医師の健康をどのように守ってゆくかを考えながら、今後数年をかけて議論される予定であるが、これまでの報告に関してわかりやすく説明された。また、医師を労働者と考える場合、一律な就労時間制限は、研修医の医療知識習得のための自己研鑽や、研究者の目標達成・成果の追求に関しても規制がかけられることとなり、これからの医療の発展に何らかのマイナスの影響が出る可能性があることなど、大変示唆に富む講演であった。マスコミの方々には、医師の研修制度や専門医獲得までのシステムなど、複雑でわかりにくい部分もあったため、補足説明を行いながら質問をお願いしたが、まだあまり切

### マスコミとの懇談会出席者

#### 1. マスコミ関係者

(順不同)

No.	氏名	役職名	備考
1	前森智香子	琉球新報社記者	琉球新報社
2	関口 琴乃	琉球新報社記者	琉球新報社
3	石川 亮太	沖縄タイムス社会部	沖縄タイムス
4	照屋 信吉	FM たまん取締役	FM たまん
5	國吉ひとみ	琉球放送	琉球放送
6	城前 ふみ	エフエム二十一パーソナリティ	エフエム二十一

#### 2. 沖縄県医師会関係者

No.	氏名	役職名	備考
1	本竹 秀光	沖縄県医師会理事・ 県立中部病院院長	県立中部病院
2	照屋 勉	広報委員	てるや整形外科
3	白井 和美	広報委員	白井クリニック
4	出口 宝	広報委員	もとぶ野毛病院
5	古堅 善亮	広報委員	古堅ウイメンズクリニック
6	小濱 守安	広報委員	県立南部医療センター・ こども医療センター
7	山本 和儀	浦添市医師会	山本クリニック
8	川畑 勉	国療沖縄公務員医師会	国立病院機構沖縄病院
9	藤田 次郎	琉球大学医師会	琉球大学医学部附属病院
10	尾原 晴雄	沖縄県公務員医師会	県立中部病院
11	久貝 忠男	沖縄県公務員医師会	県立北部病院

実な問題として考えて頂けなかったように感じました。一方、今年10月からは子供医療費の現物支給が始まり、窓口での支払いが無くなる。小

児の夜間救急を担当される先生方が受診者急増で疲弊されないよう、今後も必要なら啓発のための懇談会を持ち続けたいと思った。

## 懇談内容

### 懇談事項

#### 医師の働き方改革

沖縄県立中部病院院長・沖縄県医師会理事  
本竹 秀光



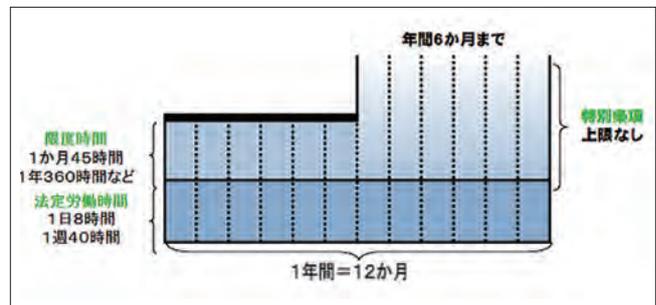
#### 【はじめに】

平成28年9月27日、官邸において働き方改革実現会議が開催された。基本的な考え方は、働く人の視点に立って、労働制度の抜本改革を行い、企業文化や風土も含めて変えようとするもの。働く人一人ひとりが、より良い将来の展望を持ち得るようにするというもの。これを受けて厚生労働省は平成29年3月28日、医師の働き方改革に関する検討会を設置した。長時間労働が原因と思われる過労死や過労自殺が年々増加していることが社会背景に有り、電通問題や女性研修医師の自殺は記憶に新しい。平成30年7月6日、働き方関連法案成立。その中身は(1)働き方改革の総合的かつ継続的な推進(2)長時間労働の是正、多様で柔軟な働き方の実現等(3)雇用形態にかかわらず公正な待遇の確保を三本柱とし、労働基準法や労働契約法、雇用対策法などの8つの法律を一括して改正した。働き方改革の目玉は「時間外労働の上限規制の導入」である。しかし、医療にこの改革が一律に適応されると医療現場に混乱が生じるのは火を見るより明らかである。

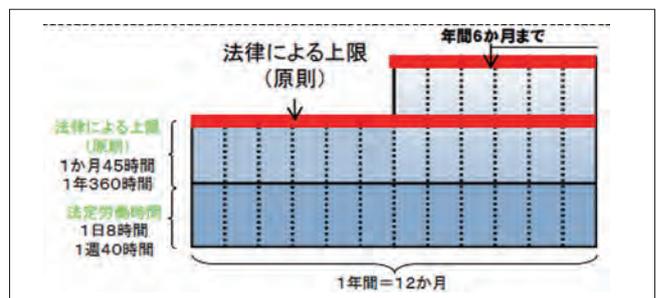
#### 【時間外労働の上限規制とは】

時間外労働に関しては、時間外労働協定(労働基準法第36条)いわゆる36協定で決めら

れている。36協定には時間外労働ができる限度時間が設けられているが、「特別条項付き36協定」を締結し、時間外労働をしなければならない特別な事由がある場合は、企業側はさらに限度時間を超えて働かせることができる。



今回の法改正では、罰則付き時間外労働の上限規制の導入、時間外労働の上限について、月45時間、年360時間を原則とし、臨時的な特別な事情がある場合でも年720時間、単月100時間未満(休日労働含む)、複数月平均80時間(休日労働含む)を限度に設定。



しかし、職種によっては急激な変化で混乱が生じる可能性から、一定の準備期間が設けられた。医師に関しては、時間外労働規制の対象とするが、医師法に基づく応召義務等の特殊性を踏まえた対応が必要。具体的には、改正法の施行期日の5年後を目途に規制を適用すること

とし、医療界の参加の下で検討の場を設け、質の高い新たな医療と医療現場の新たな働き方の実現を目指し、2年後を目途に規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得るとした。

### 【なぜ今医師の働き方改革が必要なのか】

長時間労働による健康への影響で医師が過労死したり、健康を害したりするケースが起きている。医師は、昼夜問わず、患者の対応を求められる仕事であり、他職種と比較しても抜きん出た長時間労働の実態にある。より質の高い医療に対するニーズの高まり、患者へのきめ細かい対応が求められるなど医師の特殊性が医師の長時間労働を招いているといっても過言ではない。これらを解決するには医療を提供する側、医療を受ける側が医師の勤務実態を理解、共有することが重要で、合わせて法整備も必要と考える。

### 【医師の特殊性】

#### ① 応召義務

昭和23年に制定された医師法第19条第1項で診療に従事する医師は、診察治療の求めがあった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない、とされている。医師は高い使命感から求められればいつでもどこでも診療に応じ、これが長時間労働につながっている要因の一つである。現在のように高度医療、緊急医療が求められなかった昭和20年代の医師法の見直しは必要ではないか。

#### ② 生涯教育（自己研鑽）

医師には生涯教育という特殊性がある。日進月歩の医療技術に対応するには学会やカンファレンスへの参加、学会発表、論文作成など必要であり、これらは時間外に行われることが多い。どこまでが自己研鑽でどこまでが労働時間かを明確に分けることは容易ではなく、医療従事者を中心にコンセンサスを得る必要がある。

#### ③ 宿・日直

医師の長時間労働の大きな要因に宿・日直がある。昭和24年に制定された宿日直許可基準

は宿日直業務を「病室の定時巡回、検脈、検温」としている。救急対応や入院患者の急変等、至急を要する対応が発生する現在の宿日直に適さないのは明らかである。医師偏在が問題となっている現在、特に医師が少ない地方においては少ない医師で患者の求めに応じた医療に対応するため過重な負担となり疲弊している現状がある。地域の特殊性も考慮した働き方改革でなければ地域の医療が崩壊するのは必然である。

（医療従事者の働き方改革に対する動き）

日本病院会は平成29年11月、病院勤務医の勤務実態調査タイムスタディ調査施行、全国自治体病院協議会は全国自治体病院（879病院）にアンケート調査（平成29年7月実施）を行った。これらの結果をまとめて国に最終要望書を提出予定である。

（自民党の厚生労働部会「医師の働き方改革に関するプロジェクトチーム」）

全国自治体病院協議会は、2017年7月から8月にかけて会員病院を対象に実施したアンケートを基に、医師の働き方の実態を紹介（『上限規制で「手術、年4,000件を半減する必要」の病院も』を参照）、「医師に対する時間外労働の上限規制の適用が、地域医療の崩壊を招くことにならないよう、慎重な検討が必要」と要望。また、労基署に対しては、さまざまな諸課題が検討会で議論されているところであるため、謙抑的に対応するよう要請した。

四病協は、加藤勝信厚労相に4月18日に提出した「医師の働き方改革」についての要望を説明、「医師の働き方については、医師の労働の特殊性を明確にした上で、現行の労働法制とは異なる医師労働法制を制定する」ことなどを求めた（『独自の医師労働法制』を要望、四病協』を参照）。

### 【まとめ】

医師の働き方は、国民の医療ニーズに応ずるものである点で、その改革には個々の労使間の対応だけでなく「社会全体としてどのように考えるか」という観点が不可欠である。

医師の長時間労働について、医療を受ける側の国民はこれまで強く意識してこなかったとも考えられるが、医療提供側だけでなく患者側も含めた国民的な関わりによって、我が国の医療提供体制を損なわない医師の働き方改革を進めていく必要がある。

厚労省における医師の働き方改革に関する検討会はこれまでに10回の検討会を重ね平成31年3月までに医師の働き方改革の方向性を示すとしている。我々勤務医は特に地域において医療崩壊が起こらないように注視していく必要がある。



## 質疑応答

### ○白井理事

本竹先生ありがとうございました。本日のテーマの「医師の働き方改革」については現時点では改革を行っていく段階の難しいテーマだったかと思いますが、本竹先生より色々と最先端の統計等ご提示いただき大変分かりやすくご説明いただきました。私の方からも1点マスコミの皆様へ改めてお伝えしたいのですが、本日のお話の中で自己研鑽についてお話がありましたように、医師という職業は大学生生活の6年間はもちろんの事、卒業後も前期研修や後期研修、さらに、その後も専門医の取得や取得した専門の分野においても絶えず自己研鑽を行っていかねばならない職業であることを改めて

ご説明させていただきたいと思います。これより質疑応答に入らせていただきたいと思います。どなたかご質問ございませんか。

### ○照屋氏 (FM たまん)



本竹先生、大変分かりやすいご講演ありがとうございました。本日のテーマは「医師の働き方改革」ということで、医師という職業は大学時代から、医師になった後もずっと勉強していかなければならないという話をお聞きし、医師という職業がいかに大変であるかという事が改めて分かりました。

○藤田先生



大学での勉強はもちろんの事、そもそも医師になる為には、まず医学部に入る必要があり、皆それに向け一生懸命高校や中学の頃から必至で勉強しなければなら

ないですし、大学卒業後の国家試験も非常にハードルが高いものとなっております。

私の研修医の頃は確かに大変忙しく寝る時間もあまりありませんでしたが、やはり研修医時代には色々な症例等を経験する事ができましたので、その時期というのは大変重要であったと考えています。

また、私の時代の話ではありますが、皆が早く一人前の医師になる事を一生懸命目指していましたので、当時では時間外労働で働いているという考え方をもった研修医というのはあまりいなかったのではないかと思います。

○照屋氏 (FM たまん)

先生方が寝る間も惜しんで熱心に自己研鑽されているという事は医師という職業に魅力があるからだと思いますが、医師という職業の魅力について先生方のお考えをお聞かせ下さい。

○久貝先生



やはり「人の役に立つ」という事がとても大きいと思います。しかし、我々の職業上、人の命を預かる為、常に知識を積み重ねていく事は非常に重要であり、

常に自己研鑽を怠らないようにしなければいけません。やはり、患者さんの命が助かったり、お礼の言葉をいただいたりすると幸福感が得られますので、大変という事よりも、こういった事がやはり医師の魅力ではないかと思っています。

○尾原先生



私が沖縄に来た理由としては、中部病院では全国でも上位になる程の様々な症例を経験する事ができ、そこから多くの事を学べるという事が一番大きかったと思います

し、様々な経験が出来るという事は非常に重要であると思います。やはり、医師の魅力というのは自分の「学びたい・様々な症例を経験したい」という気持ちの延長線上で、人の役に立つという事に繋がっていることも魅力の1つかなと思います。

○照屋先生



本竹先生へ1点お聞かせいただきたいのですが、現在、「高度プロフェッショナル制度」について中央の方で議論されています。今後、制度化された場合、定められた職種等については、残業代といった概念等は

無くなっていく事も検討されているようです。医療界においてもこういった事が検討されているのか、お聞かせ下さい。

○本竹先生

個人的な意見となりますが、現時点において医療界には高度プロフェッショナル制度は該当しないのではないかと考えています。しかし、個人的に心配している点としては、大学病院等において研究等を熱心にされている先生方の場合の取扱いについてはどうなっていくか注視しなければならないと思います。大学関係の研究については確かに高度プロフェッショナルといえばそうだと思いますが、少し政府が考えているものとは違うのかなと思います。

○藤田先生

本竹先生がおっしゃる通り、大学には様々な分野の方がいますので、臨床と研究と教育を考えた場合、臨床は勿論、労働時間に該当すると思いますが、研究や教育といった事を考えた場

合、大学病院でそれを全て労働時間として考えるかという非常に難しい問題だと思います。

○山本先生



私は産業医の立場として本日のお話をお聞きしておりました。本竹先生の話をお聞きし、先生の病院長の立場から、長時間労働についてのご理解があった事に

非常に安堵しました。

本竹先生の方からお話が出なかった事で私の方からマスコミの方へ是非、取り上げていただきたい点は、病院の診療時間外の受診や、夜間に救急性が無い受診等については、なるべく控えていただき、医師の長時間労働に繋がらないように県民一人ひとりが意識し、患者は勿論のことですが、医師の健康も守りながら地域医療の崩壊が起きないように啓発していただく事は非常に重要な事だと思います。もう1点重要な事は、医師の働く喜びであったり、やりがいに大きく繋がる事ですが、医師に対する感謝の言葉であったり、敬意を払う等、感謝の気持ちを伝えいただく事で医師はどんなに苦しい状況であっても頑張る事が出来る場合も多くあります。最近では医師は病気を治して当たり前と思っているような方も多くいる印象を受けますので、もう少し患者さん側でも医師に対して思いやりの気持ちを持っていただければ、医師の働き方の環境も変わっていくのかなと思います。

○川畑先生



山本先生がおっしゃる通りだと思います。私達はどんなに大変な手術であっても、術後に感謝の言葉をいただいたり、患者さんが元気な姿で退院される事が

なによりもうれしく、また、自分の大きなモチベーションに繋がります。

個人的な意見となりますが、医師を労働者として考えるかどうかについても山本先生のお話にあったように、県民が医師に対する意識を変えていかなければ、医師の長時間労働については前に進まないのかなとも思います。

○本竹先生

山本先生、川畑先生、貴重なご意見ありがとうございます。先生方からもお話があったように、医師の働き方改革を考えていく上で県民の意識改革は非常に重要であると考えます。

例えばですが、患者さんへの手術前の説明や術後の説明を行う場合、患者さんの方から、自分達の仕事の都合があるからといって、診療時間外に変更出来ないかという要望が多くあります。昔であれば患者さんの事情を考慮して時間外でも対応していましたが、その場合には、やはり担当医師の時間外労働は勿論増えますので、現在、私の病院では患者さんの方へ休みを作っていただくか、その時間だけでも空けていただき、時間内に来ていただくよう説明するように経営者の立場として指導しています。

○國吉氏（琉球放送）



本日は大変分かりやすい、非常にタイムリーな貴重なお話をいただきましてありがとうございます。

1点お聞かせいただきたいのですが、医師の働き方改革について既に取組等が行われている事があればお聞かせ下さい。

○本竹先生

私は全国自治体病院協議会に所属していますが、やはり医療界全てがこの問題を重要視しており、日本医師会や全日本病院協会等、それぞれの現場での時間外労働に対する実態に対するアンケート調査が行われていて、厚労省の方でその内容を取り纏め、医師の働き方検討委員会にて議論されることとなっていて、来年の3月迄にはある程度の方向性が示される事になっています。

しかし、一律的に医師の労働時間の上限が設定されてしまうと、救急医療や地域医療の崩壊に繋がらないか危惧されますので、やはり重要な事は、先程から話が出ていますように、受診する側も医師の健康や働き方改革については、一緒に検討していかなければならない問題であると思います。

○白井先生

私の方からも1点補足させていただきたいのですが、医師には応召義務というものがあり、例えば時間外労働時間が100時間を超えていた場合でも、患者さんが目の前にいたら診なければならないという医師法という法律があります。その場合でも診察しなければ医師法違反になりますので、そういった事にならないよう、救急の現場では常に複数の医師が対応しているのが現状であります。今後、時間外や夜間の救急で患者さんが多く来てしまい、対応できなくなってしまった場合には、救急医療や地

域医療の崩壊に繋がる事が危惧されますので、患者さんも、緊急性がない受診の場合は医療機関の診療時間内に来ていただくよう、マスコミの方からも是非、ご周知いただきたいと思っています。

○山本先生

國吉さんからのご質問についてですが、厚労省のホームページにて「医師の働き方に関する検討会」というサイトがあり、そちらの方でも資料等詳細な確認ができますので、ご参照いただきたいと思っています。

また、沖縄県医師会の活動としても「医療勤務環境改善支援センター」を設け、活動している他、職場環境改善ワークショップ研修会についても、毎年ではありませんが開催しております。

○白井理事

そろそろ予定の時間になりました。本竹先生本日はありがとうございました。皆様、本日は長時間ありがとうございました。

お知らせ

沖縄県医師会会費減免制度について(ご案内)

本会では高齢・疾病・出産育児等の事由による会費減免制度を設けております。下記減免手続き等、詳細については本会事務局までお問い合わせください。

減免事由	疾病	出産・育児	研修医	高齢
対象者	傷病等により医療機関を1か月以上にわたって閉鎖若しくは診療に従事しない会員	出産された(これから出産予定の)女性会員で、出産・育児休業取得者(日医は休業取得・未取得は問わない)	初期研修医	年齢が満77歳に到達した会員
減免期間	閉鎖若しくは診療に従事しなくなった翌月から再開若しくは再従事するに至った月まで。その期間に応じ、月割計算の方法によって算出した額が免除となる	出産した日の属する年度の翌年度1年間 例：平成29年4月1日に出産した場合→平成30年度が減免	医師法に基づく研修医の期間	年齢が満77歳に到達した翌月から免除。但し、2名以上の医師がいる施設においては、1名はA会員の会費を納入する
申請	必要	必要	必要	不要
添付書類	診断書	母子手帳の写	不要	不要

※本減免制度の利用を希望する場合は、当該年度の1月末までに申請ください。

【問合せ先】 沖縄県医師会 経理課 TEL：098-888-0087

# 「命ぐすい耳ぐすい」/沖縄タイムス 「ドクターのゆんたくひんたく」/琉球新報 原稿募集のご案内

## 広報委員会

広報委員会では、県民の健康増進に資するため、沖縄タイムス及び琉球新報の紙面を借りて医療に関する情報を提供しております。

つきましては、会員の皆さまからの原稿を下記のとおり募集いたします。

なお、執筆内容が専門的な傾向にならないよう、文章全体のトーンとしては、一般の読者が親しみやすいように専門用語は出来るだけ控えた平易な表現でお願いします。

### 記

#### ○掲載日

沖縄タイムス「命ぐすい耳ぐすい」

：毎週木曜日

琉球新報

「ドクターのゆんたくひんたく」

：毎週水曜日

#### ○掲載要領：

##### ①字数

沖縄タイムス「命ぐすい耳ぐすい」

：800字程度（本文のみ）

琉球新報「ドクターのゆんたくひんたく」

：800字程度（本文のみ）

※各20字程度の字数増減可

・注釈をつける場合は、その字数も含める。

②原稿のタイトル並びにサブタイトルを10文字程度でお付け下さい。

③新報のみ図やイラスト、グラフの添付は可能。

・図やイラスト、グラフは簡単な原稿をいただければ、新聞社のデザイン係の方で紙面用に仕上げます。

④本企画は、県民の健康増進に資するため、医療知識の適切な提供とその啓発普及を主旨としております。企画主旨にそぐわない内容・表現について、または修飾語、助詞、見出しについては、新聞社・編集側にて若干の手直しを行う場合がありますので、ご了承下さい。

⑤自院の紹介等、特定の医療機関に偏る表現・内容、イベントの告知等はお控え下さい。

⑥新聞掲載に際して著作権は本会に帰属されます。ご投稿は同意されたこととみなしますのでご了承下さい。

⑦新聞掲載の採否については広報委員会にご一任下さい。

⑧文中に固有名詞の使用はお控え下さい。

⑨他誌に掲載済みの原稿は掲載いたしかねますので、ご了承下さい。

#### ○原稿の送付先

〒901-1105

南風原町字新川218-9

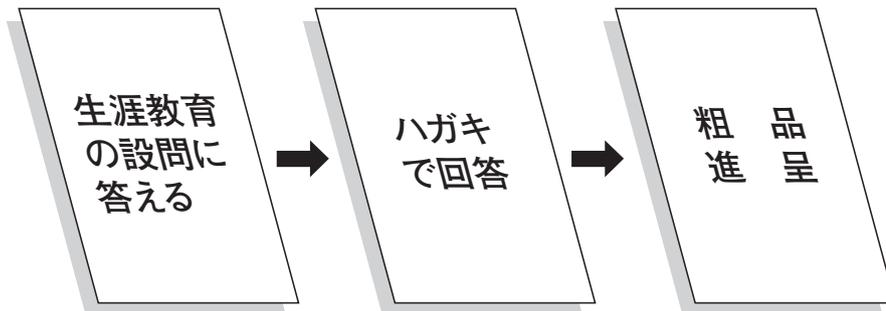
沖縄県医師会広報委員会宛

## 沖縄県医師会報 生涯教育コーナー

当生涯教育コーナーでは掲載論文をお読みいただき、各論文末尾の設問に対し、巻末はがきでご回答された方の中で高率正解上位者に、粗品(年に1回)を進呈いたします。

会員各位におかれましては、多くの方々にご参加くださるようお願い申し上げます。

広報委員



●掲載論文を読み設問に答える

●県医師会にハガキで回答する

●高申告率、高正解率の方へ粗品進呈



# 臓器提供について本邦の現状

県立中部病院 宮里 均

## 【要旨】

1997年に本邦で臓器移植法が制定、2010年1月に改正法が施行されており現在まで最初の移植法施行後21年が経過しています。この間539件の脳死臓器提供が行われているがこれは十分な数字とは考えられていません。この20年の臓器提供に関する現況、海外における状況、また臓器提供を増加させるにあたりどのようなことが必要か検討しました。

最初に本邦の臓器提供待機者を示します。(図1)<sup>1)</sup>最新のデータでは心移植登録数は700名を超え腎移植待機登録は1万2,000名を超えています。ここでは2017年末のデータを示していますが、登録後待機期間中に心、肺、肝登録者の多くは亡くなり心臓待機者はその30%、肝待機者は40%が死亡するとされています。

	心臓	肺	肝臓	腎臓	脾臓	小腸
現登録者数	653	337	336	12,546	213	3
死体移植件数	367	385	436	3,853	319	14
取消	23	14	314	19,503	71	2
死亡	329	489	1,136	3,823	57	4
生体移植済	-	53	465	2,731	5	0
海外渡航	62	3	34	-	0	0
その他・不明	0	0	0	12	0	0
登録者累計	1,433	1,264	2,713	42,187	648	22
登録開始年月日	1997年10月	1998年5月	1997年10月	1995年4月	1999年3月	2000年1月

わが国における脳死からの臓器移植。  
日本臓器移植ネットワーク報告 [2017年11月30日現在]  
JOT ホームページ (www.jotnw.or.jp)

図1

1997年10月に「臓器の移植に関する法律」(臓器移植法)施行され、改正法が施行された2010年7月17日までの約13年間に86人の脳死臓器提供が行われています。これは人口100万人あたりに年間0.5件にすぎず(0.5 pmp=per million population)、欧米の10-40件、韓国の1.3件と比べても極めて少ない数字でした。臓器移植法制定により脳死臓器提供が現実

的になり、諸外国と同様に脳死移植が盛んになると考えられましたが実際には生前の本人の意思表示の必要性、年齢制限などのため脳死下の臓器提供は極めて少ないものでした。そのため改正法が施行され、その変更点として親族への優先提供、家族への書面による承諾による脳死臓器提供、15歳未満の小児からの臓器提供が挙げられています。

改正法後脳死臓器提供数はそれまでの5倍に増加し、小児への心移植が少しずつながら国内でも行えるようになると考えられました。

臓器提供数の推移は以下の図に示されるように(図2)<sup>2)</sup>当初は臓器提供数は増加し2010年には113件となったのですが2014年には

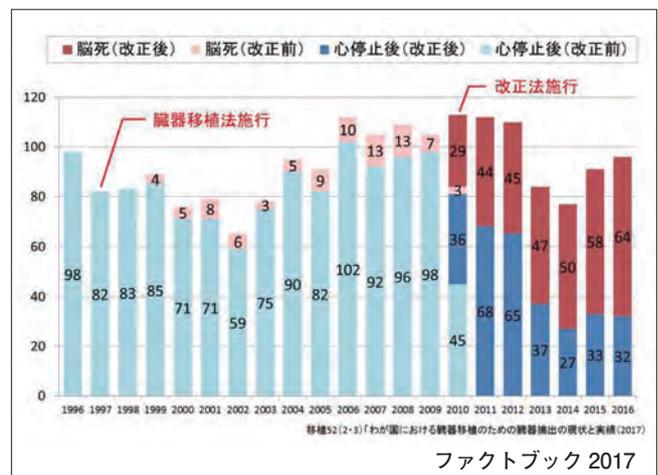


図2 脳死ドナー・心停止ドナーの合計数の推移



80件を割るまでに低下しています。その後徐々に回復しているのですが移植法改正となることにより劇的な増加が予想されていたものとは大きな違いがあり“心停止下で臓器提供が行われた例数とほぼ同数が脳死下での臓器提供になっており、提供実数は増えていない”“日本では十分に臓器提供は受け入れられていないのではないか”とも考えられています。

また法改正後2011年より小児ドナーからの提供も徐々に増えておりこれら小児ドナー由来の臓器は体格もマッチする小児レシピエントへの臓器提供が国内でも行えるようになって来ています(図3)<sup>3)</sup>。

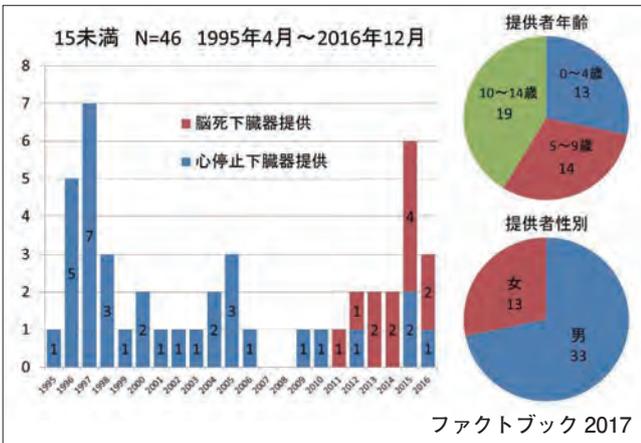


図3 小児ドナー件数の推移

臓器別で見ると2011年以前と比べ脳死移植でしか提供されない心移植件数が増加しています。しかしながら小児の海外渡航心移植実施数はゼロとはならずやはり毎年数例が渡航移植を行なっているという現状です(図4)<sup>4)</sup>。



心臓移植件数の推移

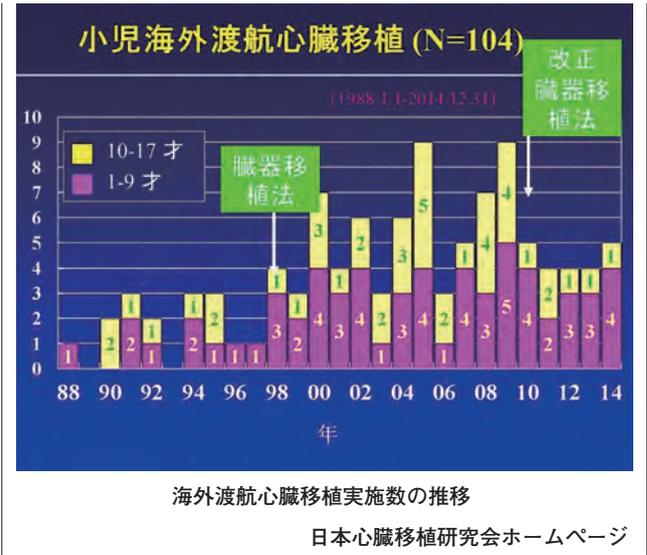


図4

あなたの健康を守ろう  
あなたの良心に従おう  
法を破らないようにしましょう

イスタンブール宣言

2008年に、世界中の指導的な医療の専門家が、臓器売買と移植ツーリズムを根絶するための戦略を策定するために、トルコのイスタンブールに集まりました。

集まったグループは、移植が必要多くの患者が死にものぐるいの気持ちでいることを、よくわかっています。グループは、レシピエントとドナー双方の健康と福利を守り、今後は搾取をさせないしかたで、死者と生きている人双方からの提供による移植を促進するための一連の原則と提案を打ち出しました。そしてイスタンブール宣言と呼ばれる方針文書をつくりあげました。

2010年に、この宣言の原則の実施を国際的に促すために、イスタンブール宣言擁護班(DICG)がつけられました。DICGは、国際移植学会(TTS)と国際腎臓病学会(ISN)という二つの主要な国際的な専門職集団がスポンサーになっています。80以上の国際専門学会と政府機関がイスタンブール宣言を支持しています。

もっと詳しい情報は：  
イスタンブール宣言擁護班  
www.declarationofistanbul.org

あなたが知っておく必要があること

STOPP

臓器売買による腎移植は禁じられています?

図5 患者向けパンフレット(日本版)の表紙

図5<sup>5)</sup>は“イスタンブール宣言”と呼ばれるもので臓器提供に関する国際的な取り扱いを示したもので2008年国際移植学会が中心となり作成されています。その主な内容として“国境を越えての細胞、組織、臓器の移動を行わない”“臓器売買禁止”



を柱とし、その国での臓器移植のための臓器提供は国内で賄わなければならないというものです。渡航移植が頻繁に行われるとそのドナー臓器の由来がはっきりせず犯罪行為を招きかねないということがあります。はっきりしたデータはないようですがある国においては“良心の囚人”から臓器が強制的に提供されているとも言われています。我が国において海外渡航移植がどのような根拠で認められているのか、と述べることは非常に難しいですが厚生労働省は以下の場合には保健支給適用とするという条件を発表しています。(2017/12)

1. 海外渡航移植でなければ生存が不可能な患者に限定
2. 臓器売買に繋がらないように海外で公的な待機者リストに掲載
3. 日本と治療状況が共有可能な海外の受け入れ施設で臓器移植を受けた場合。

これら条件を満たせば保険適応 = 国が認める  
 ≡ 日本は渡航移植を容認する、とも取れかねないので慎重な対応が求められます。

諸外国との比較をしてみます。臓器提供に関するデータは IRODaT (international registry in organ donation and transplantation:irodat.org) ホームページより入手することができます。2013年データが最新となっていますがこれによると日本の Deceased donor 数 (実数ではなく PMP;per million population, 人口100万人あたりの臓器提供症例数) は 0.66 でスペイン 35.1、クロアチア 35.0 と比べて非常に少なくデータ登録 61ヶ国中 60位となっています。アジア諸国の中でも日本はマレーシアと並び最も低いレベルです。一方韓国は 8.4 とオーストラリアの 16.9 に続きアジア第2位です (図6)<sup>6)</sup>。

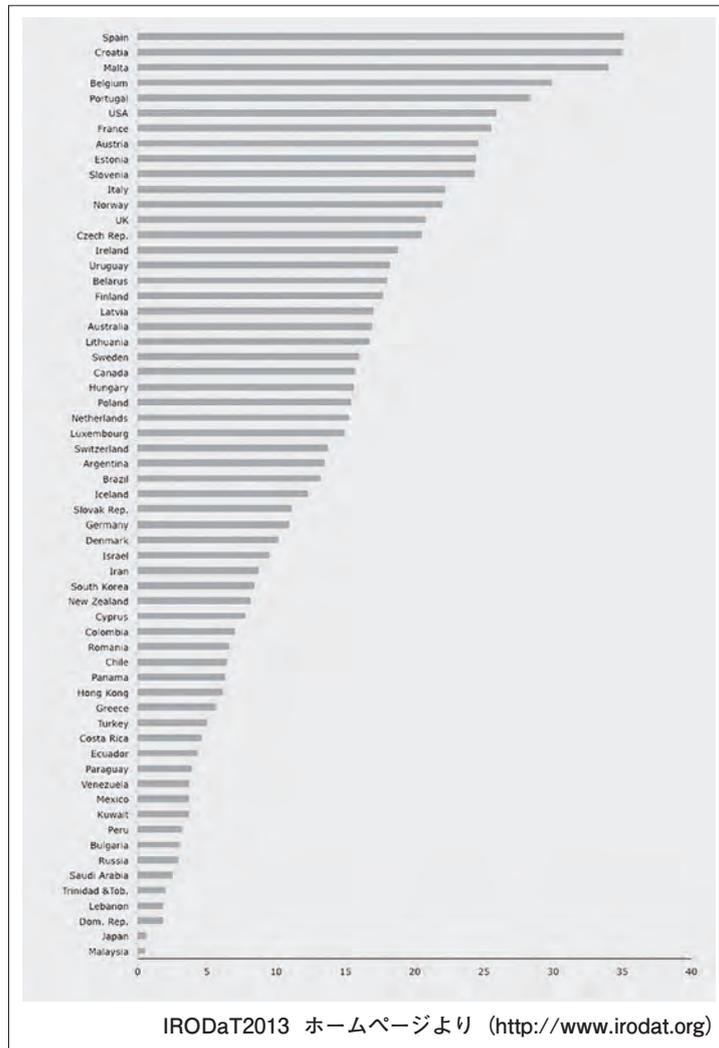


図6 臓器提供数の国際比較 (単位は PMP(per million population))

1990年代にスペインに TPM (transplant procurement management:tpm-dti.com) が国内での臓器提供を増やす目的で創設されました。そこで得られた経験をもとに学習プログラム、研修コースが作成されヨーロッパ各国はこの手法を取り入れることにより臓器提供数が増加し、最も成功した例がクロアチアとされています。

臓器提供を増やすための方法としていくつか考えられますがTPMでは最も重要なことは“医療者が臓器提供に対する意識を持つこと”で病院施設内にコーディネーターをもち、ドナー候補が出現した際には主治医と連携して家族に情報を伝えていくこととしています。

いわゆる opt-out 方式 (臓器提供に対して拒否しない限り、臓器提供に向かう) を取り入れる、という議論もあります。しかし図のように opt-in 方式 (opt-in 方式とは、米国、英国、ドイツ、そして日本のように、臓器提供したい場合にその意思表示をする方式です。opt-out 方式は、フランスやスペイン、北欧などで採用されていて、提供したくない場合に意思表示する方式です。) であっても米国などでは opt-out 方式の国々と遜色ない数字となっており、法律を変更することが最も重要とは言えないようです (図7)<sup>7)</sup>。

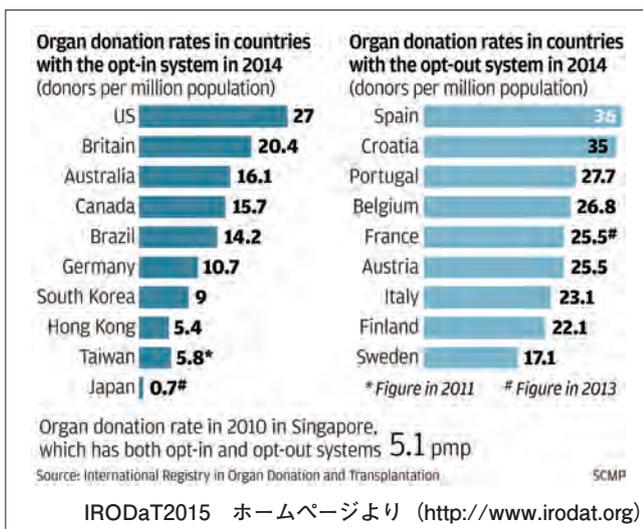


図7 (opt-in 方式と opt-out 方式による臓器提供率の違い)

また実地臨床として“opt-out”とはいうもののやはり家族に説明、同意を得る必要があります。自動的に臓器提供に向かうわけではありません。

韓国では脳死状態患者が発生した場合にはこの情報を臓器提供機構に報告し、また脳死患者家族に“主治医以外の医療者”から臓器提供について説明することが法的に義務付けられています。(罰則規定はなし)<sup>8)</sup>

臓器提供を行った施設には以後の移植臓器分配が優先的に行われるなどの incentive もあります。ドナー家族、病院への経済的 incentive (実際にお金を払う) という試みもあったようですがこれはあまりうまくいかず現在では廃止となっているようです。

韓国ではもともと脳死の概念が1990年代までほとんど知られることなく臓器提供も行われていなかったのですが1994年ある芸能人が脳死状態となった後に臓器提供が行われ社会の注目を浴びています。2008年ボクシング試合後に脳死となった崔堯森(チェ・ヨサム)氏が心臓を含む臓器提供を行い、また翌年韓国人初のローマカトリック教会枢機卿を務めた金寿煥(キム・スファン)氏が死去後、角膜の提供を行ったことなどによりそれ以前の倍以上に臓器提供数が増加しています。<sup>9)</sup> (\*2007年2.91pmp → 2010年5.31pmp → 2017年9.9pmp)

法的な整備とまた臓器提供病院への還元、また一部ではあるものの著名人の行動により臓器提供が徐々に一般的なものになりつつあると言えます。このようにお隣韓国において臓器提供が増えている同じ時期で日本では全く変化が見られていません。(2007年0.8pmp → 2010年0.9pmp → 2017年0.88pmp)

さて日本において臓器提供が根付かない理由としてしばしば“宗教観の違い”ということが言われます。少しこのことについてまとめます。

WIN-Gallup international は57の国と地域から“自らが信仰心があると思う”かどうかの調査を行いました。<sup>10)</sup>

これによると無神論者だ、と答えた割合が最も高いのが中国47%、ついで日本31%、チェコ共和国30%、フランス29%、韓国15%です。フランスは米国について4番目に臓器提供が多

く、チェコスロバキア共和国も 13 番目となっており、日本人はもともと信仰心は諸外国と比べて低く、また同様の率の国々と比べても臓器提供数は極端に少ないことがわかります。ちなみに信仰心が高いガーナ共和国などでは臓器提供に関する十分なデータはないものの、

10 番目に位置するブラジルにおいて無信仰者は人口の 1% ですが臓器提供数は 16.1pmp でフランスよりも低い数字です。あまり信仰心の有無と臓器提供は関連していないと考えられます。

(図 8、9) は無信仰者の割合の程度と臓器提供の程度が相関しない、ということを示しています。



図 8 (自らが無神論者と考えている人の割合 国際比較)

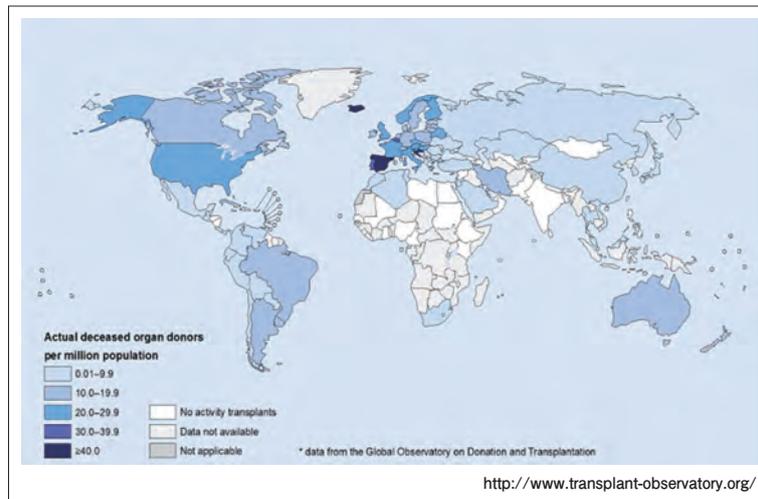


図 9 (脳死または心停止下での臓器ドナー数 国際比較)

さて宗教と臓器提供についてです。

カトリック教会では 1985 年当時のローマ法王 Paul II 世が脳死の概念を認め臓器提供に理解を示しています。

イスラム法律家会議では脳死も人の死と位置づけイラン・イスラム共和国では脳死関連法律が 2000 年に可決されています。

ユダヤ教は脳死の概念を認めていますその中の一部宗派はこれに反対しているとされます。

南伝仏教では脳死は受容され、治療中止も認められているようです。

北伝仏教(日本はここに入る)は儒教の影響を受けており脳死に対する統一した意思決定はない。

日本宗教連盟(神道連合会、全日本仏教界、日本キリスト教連合会、神社本庁、宗教団体連合会による)は本人の書面による意思表示があれば臓器提供を可とするとホームページに表明しています。

各宗派（真宗大谷派、浄土真宗本願寺（西本願寺）、日蓮宗、天台宗）などホームページや会議録などに脳死に関する記載が様々にあります。

本稿ではこれらを示すことが目的ではないためこれ以上詳細に記載はしませんが、宗教者など信仰心の高いと考えられる人々の間でも臓器提供についての考えは様々で賛否両論と言ったところではあります。

H29年度の内閣府による移植医療に関する世論調査を示します（図10）。これによると自分自身が脳死、心停止となった場合に臓器提供すると答えたのが42%、したくないが14%。また家族が臓器提供の意思表示があった場合にその意志を尊重するかどうかの問いに対して尊重するとした割合が87%、尊重しないが8%。また意思表示がない場合に臓器提供を承諾するかどうかの問いに承諾する38%、承諾しない49%でした。これは成人男女2,000名へのアンケート調査です。“家族の意思を尊重する”というのは臓器提供をしたくない、との意思表示も含まれます。このアンケート調査はアンケートの受けられる程度に元気に出歩ける方に行われているので“自分自身や家族の死”を身近に感じている訳ではないため、実際にその場において同じような判断がなされるかはわかりません。しかし臓器提供について少なくとも30%では前向きに受け止められていると言えそうです。

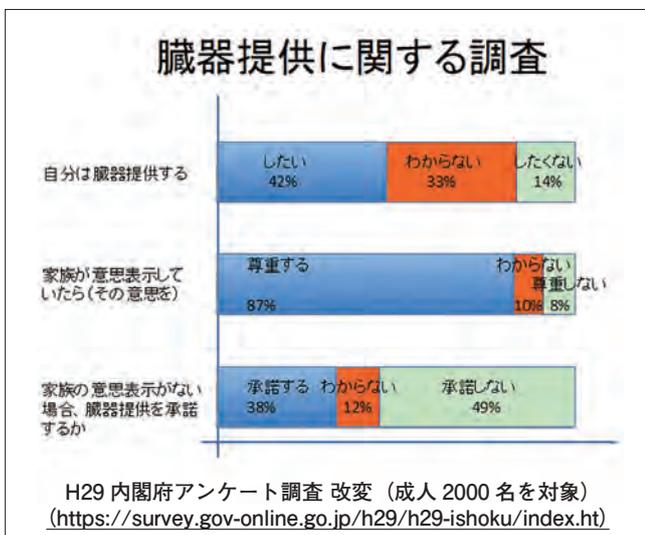


図10 臓器提供に関する国民意識調査

### まとめ

本邦における臓器提供について現在までの流れ、諸外国との違い、宗教観について考察した。

今後本邦、また沖縄県内にて臓器提供を推進していくために法整備もそのひとつとなるが最も望まれるのは実際の現場にいる医療者が“医師の仕事の一つとして”臓器提供を考え、実践していくことだろうと考えます。一般の方において臓器提供はかならずしも“嫌なこと”とは考えられていません。しかしバタバタした今際において臓器提供などを想起することは難しいでしょう。医療者の方から“(ご家族から)臓器提供について話されたことがありましたか”と声かけをすることが重要です。

またこれは病院だけではなくクリニックにおいても、また家庭でもいつでも起こり得ることです。

“情けは人の為ならず”

私たちはいつでもドナーにもレシピエントいづれの側にもなります。

### <参考文献>

- 1) 日本臓器移植ネットワークホームページ
- 2) [www.asas.or.jp/jst/pdf/factbook/factbook2015.pdf](http://www.asas.or.jp/jst/pdf/factbook/factbook2015.pdf)
- 3) [www.asas.or.jp/jst/pdf/factbook/factbook2017.pdf](http://www.asas.or.jp/jst/pdf/factbook/factbook2017.pdf)
- 4) 日本心臓移植研究会 HP  
<http://www.jsht.jp/registry/japan/j-transplant.html>
- 5) <https://www.declarationofistanbul.org/>
- 6) [www.irodat.org/](http://www.irodat.org/)
- 7) [www.tpm-dti.com/](http://www.tpm-dti.com/)
- 8) 金守良:韓国における脳死肝移植の現状.肝臓.2017;58巻5号:310-318
- 9) 絵野沢 伸:ドナー増加に向けた海外の取り組み.移植.2009;44:221-224
- 10) Religion and Atheism winindex2015:  
<https://sidmennt.is/wp-content/uploads/Gallup-International-um-trú-og-trúleysi-2012.pdf>



**問題**

次の設問 1～5 に対して、○か×でお答え下さい。

- 問 1. 本邦における臓器提供者数は年々増加傾向にある。
- 問 2. 本邦において小児心臓移植は行われていない。
- 問 3. イスタンブール宣言では細胞の移動（国境を超えた）は禁止していない。
- 問 4. 韓国の臓器提供数（/100 万人口当たり）は日本の約 10 倍である。
- 問 5. 本邦のアンケート調査では 30% 以上が臓器提供について前向きと答えている。



9月号 (Vol.54)  
の正解

**若年者突然死の原因である Brugada 症候群を知る**

**問題**

次の設問 1～5 に対して、○か×でお答え下さい。

- 問 1. Brugada 症候群の典型的な心電図は coved 型と呼ばれる。
- 問 2. Brugada 症候群は若年、男性に多く、突然死をきたす疾患である。
- 問 3. Brugada 症候群の心電図変化は、日差・日内変動があり、繰り返し心電図を記録することが重要である。
- 問 4. 心電図で Brugada 型心電図を認め、失神の既往例、突然死の家族歴を有する例では、負荷試験や電気生理学的検査が必要なこともあり、不整脈専門医に相談する。
- 問 5. Brugada 症候群の突然死予防に有効な唯一の治療方法は、植込み型除細動器 (ICD) である。

正解 1.○ 2.○ 3.○ 4.○ 5.○



蛋白尿から読み取る腎臓と  
心血管の徴候  
の過程まで遡る、  
蛋白尿が示すもの



那覇市立病院 腎臓リウマチ科  
上原 圭太

はじめに

日本では1974年に世界で初めて学校検尿が開始されており、現在もほとんどの健康診断に含まれる項目であることから、蛋白尿に遭遇する機会が多いと思われる。慢性腎臓病（CKD）という概念が普及しつつある現在、この蛋白尿が良くない徴候ということは認識していると思われるが、これが具体的に何を表しており、なぜ悪いのかについて学ぶ機会は少なく、敬遠している医師も多いと思われる。本項では、この「蛋白尿アレルギー」を克服し、日常診療で蛋白尿を見た際にその患者の腎臓や全身に生じている病態と必要な治療がイメージ出来るようになることを目標とする。

蛋白尿とは？

糸球体では、1日150Lにも及ぶ大量の濾過が行われており、血漿中の蛋白成分を漏出させないためのバリア（チャージバリア、サイズバリア）が備わっている。このバリア機構が破綻すると糸球体性蛋白尿が出現する。健常者でも40～120 mg/日程度の蛋白尿を排出しており、

生理的蛋白尿と呼ばれている。150 mg/日以上  
の蛋白尿は病的蛋白尿と呼ばれ、その原因を検  
索することになる。蛋白尿が著明に増加するネ  
フローゼ症候群の定義は、蛋白尿 $\geq$ 3.5 g/日、  
Alb $\leq$ 3.0 g/dlとされている。ここで重要なのは、  
病的蛋白尿の定義がいずれも1日あたりの「量」  
であり、決して「濃度」でないことである。次  
項でその理由について述べる。

蛋白尿量（g/gCr）測定のすすめ

病的蛋白尿の定義として蛋白尿濃度が用いら  
れないのは、蛋白尿濃度その日その日の水分  
摂取量によって大きく影響を受けるためである。  
つまり、生理的蛋白尿であっても脱水状態であ  
れば蛋白尿濃度が上昇するし、病的蛋白尿であ  
っても飲水量が多ければ蛋白尿濃度が低下する。  
最も一般的な尿検査法である試験紙法では、蛋  
白尿濃度を評価しているため（表1）、偽陰性や  
偽陽性となることがある。そういう背景から畜  
尿検査が推奨されていたが、畜尿は煩雑なため  
近年は随時尿の蛋白尿濃度とクレアチニン濃度  
の濃度比が使用されている。これは、平均的な  
体格の成人では1日の尿中クレアチニン排泄量  
が約1gになることから、この濃度比が1日の  
蛋白尿量に近似することを利用して利用している。  
具体的には、蛋白尿が50 mg/dL、尿クレアチニンが  
100 mg/dLとすると、 $50 \div 100 = 0.5$  (g/gCr) と  
なり、1日の蛋白尿が約0.5gと推定できる。実際、  
この濃度比から得られる蛋白尿量（g/gCr）は、  
24時間蓄尿と良好な相関を示すことが分かっ  
ている<sup>1)</sup>。尿定性検査で蛋白尿陽性であれば、  
偽陽性の評価や定量的な評価をするために、蛋  
白尿量（g/gCr）を評価することが重要である。

表1

尿蛋白定性	蛋白尿濃度 (mg/dl)
±	10-20
1+	30
2+	100
3+	300

**蛋白尿は腎臓病の結果であり、腎臓病進行の原因ともなる**

糸球体腎炎、高血圧に伴う腎硬化症、糖尿病性腎症等の腎臓病では、糸球体に病変が存在することで蛋白尿が漏れ出ていく。これは腎臓病による「結果」であるが、実はこの蛋白尿自体が今度は腎臓病を進行させる「原因」ともなる。糸球体から漏れ出た蛋白尿は尿細管で再吸収され、尿細管障害を起こし腎機能障害へと繋がるのである<sup>2)</sup>。つまり、腎臓病の原因となる高血圧や糖尿病などの疾患への治療を行いつつ、蛋白尿を減らす治療も行わなければならない。蛋白尿を減らす治療薬として重要となるのが、ACE 阻害薬や ARB 等の RAS 阻害薬であり、これらを用いて蛋白尿を減らすことが腎予後改善に繋がる<sup>3)</sup>。

**蛋白尿が脳・心血管障害と関わるのはどうしてか？  
～ strain vessel 仮説について～**

蛋白尿が腎臓病進行の原因となることは上記に述べたが、蛋白尿が心臓や脳血管障害などの心血管イベントと関わることも分かっている<sup>4)</sup>。1日の糸球体濾過量に含まれる Alb 量は約 6kg (Alb 4.0g/dL × 150L) に及ぶが、その中のたった 10mg 程度のごく微量の Alb 尿があると、腎機能が正常でも脳・心血管疾患発症リスクが有意に高くなることが示されている<sup>5)</sup>。これはどうしてなのか？当然のことだが、尿中に出た蛋白尿が何らかの機序で脳血管や心血管に作用する訳ではない。これを説明するのが、東北大学の伊藤先生が提唱する strain vessel 仮説である<sup>6)</sup>。Strain vessel とは、太い血管から直接分岐する細動脈を指し、その細動脈は高い内圧を受け緊張度が高い特徴を持つ。そして、この strain vessel が存在するのが腎臓、脳、心臓を代表とした重要臓器なのである (図 1)。腎臓では傍髄質輸入細動脈、脳では穿通枝動脈、心臓では冠動脈が strain vessel に相当する<sup>7)</sup>。高血圧や糖尿病などの動脈硬化性疾患があると、腎臓の傍髄質輸入細動脈に障害を来し、

Alb 尿が漏出するようになる。つまり、Alb 尿がみられるということは腎臓の strain vessel が障害を受けていることを意味するが、同時に他の臓器の strain vessel でも障害が起きていることも示しており、脳・心血管障害が生じやすいことがイメージ出来ると思われる。そして、RAS 阻害薬により蛋白尿を改善することで、CVD 発症を減らすことができることも報告されている<sup>8)</sup>。

**Strain vessel がなぜ必要だったのか？**

進化の過程で strain vessel が発達したのはなぜだろうか？一見すると、strain vessel は生命維持に不利のようにも思われるが、どうしてこのような構造を作ったのだろうか。太古の時代、われわれの先祖は塩分や水分が不十分な環境で生活していたため、低血圧や循環障害の危機と常に隣り合わせの状態にあった。その環境下で生き抜くために、生命維持に重要な臓器では太い動脈から直接分岐して血液を運ぶ strain vessel を作り上げたと考えられる<sup>6)</sup>。生物が海から陸上に上がる際に、RAS 系を発達させて強力な Na 保持作用を獲得したが、塩分過多の現代社会においてはそれが悪者となってしまっている。Strain vessel も同様であり、現代我々が直面している高血圧・肥満・糖尿病の問題は進化の過程からは想定外の状態なのである。

**RAS 阻害薬使用時の注意点**

蛋白尿を減らすのに有用な RAS 阻害薬であるが、Cr や K が上昇することがあるため、定期的にモニタリングする必要がある。RAS 阻害薬開始後、eGFR がベースラインと比較し 30% 未満の低下であれば、薬理効果としてそのまま投与継続で良いが、30% を超える低下がみられれば中止する。特に脱水や低血圧を伴う状況下では、これらのリスクが高くなるので、その際には RAS 阻害薬内服中止を指示した方が良い (sick day rule)。

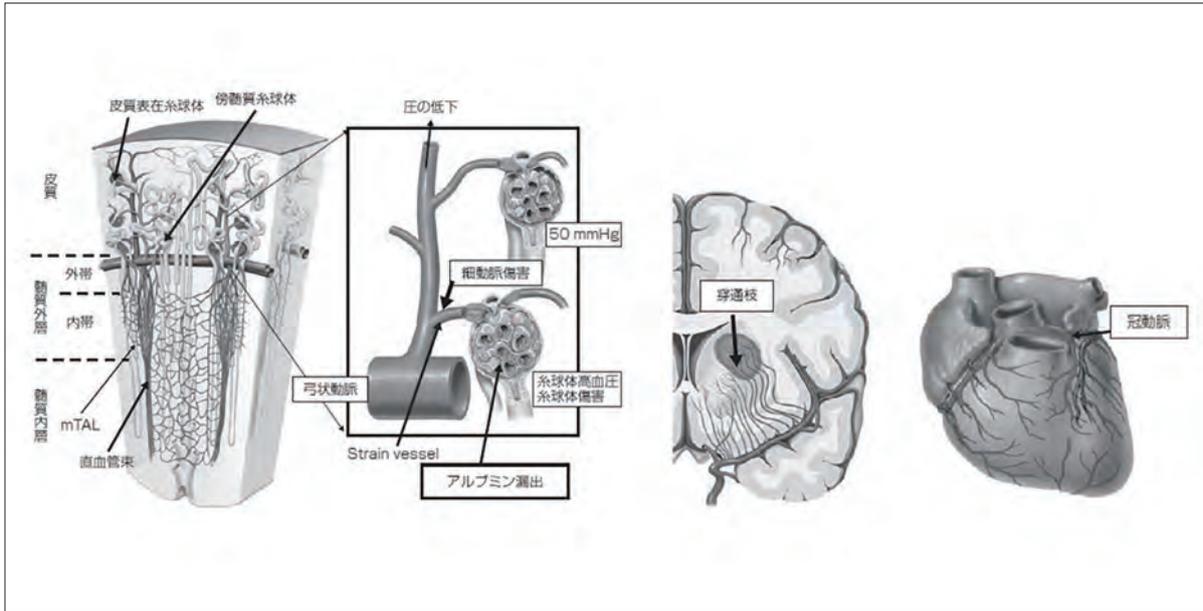


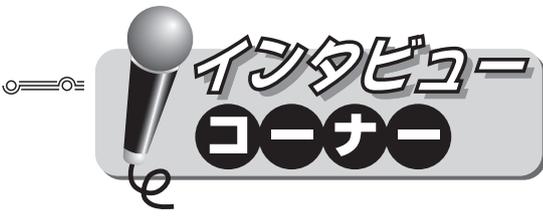
図 1：参考文献<sup>6)</sup>より

まとめ

- ・尿定性検査で蛋白尿陽性例では蛋白尿量・尿中Crを測定し、1gCrあたりの蛋白尿量を評価する。
- ・蛋白尿のみられる患者では、腎臓病の原疾患の治療に加え、RAS阻害薬を用いた蛋白尿を減らす治療を行う。
- ・蛋白尿のみられる患者では、腎臓を含めた重要臓器の strain vessel の障害を意識し、降圧や蛋白尿を減らすことが重要である。
- ・RAS 阻害薬使用の際には Cr や K の上昇に注意し、脱水や低血圧時の中止を指示する。

参考文献

- 1) Ruggenti P, et al. Cross sectional longitudinal study of spot morning urine protein:creatinine ratio, 24 hour urine protein excretion rate, glomerular filtration rate, and end stage renal failure in chronic renal disease in patients without diabetes. *BMJ* 1998; 316: 504-509.
- 2) Burton CJ, et al. Turnover of human tubular cells exposed to proteins in vivo and in vitro. *Kidney Int* 2001; 59: 507-514.
- 3) Ruggenti P, et al. Proteinuria: Is the ONTARGET renal substudy actually off target? *Nat Rev Nephrol* 2009; 5: 436-437.
- 4) Bouchi R, et al. Association of albuminuria and reduced estimated glomerular filtration rate with incident stroke and coronary artery disease in patients with type 2 diabetes. *Hypertens Res* 2010; 33: 1298-1304.
- 5) Kunihiro Matsushita, et al. Association of estimated glomerular filtration rate and albuminuria with all-cause and cardiovascular mortality in general population cohorts: a collaborative meta-analysis. *Lancet* 2010; 375: 2073-2081.
- 6) 伊藤貞嘉: 特集 慢性腎臓病: 最近の進歩. *日本内科学会誌* 2012; 101: 1286-1293.
- 7) Ito S, et al. Strain vessel hypothesis: a viewpoint for linkage of albuminuria and cerebro-cardiovascular risk. *Hypertens Res* 2009; 32: 115-121.
- 8) Holtkamp FA, et al. Albuminuria and blood pressure, independent targets for cardioprotective therapy in patients with diabetes and nephropathy: a post hoc analysis of the combined RENAAL and IDNT trials. *Eur Heart J* 2011; 32: 1493-1499.



会員が、元気で・明るく・  
楽しく、診療ができる  
環境整備のお手伝いが  
少しでもできたら



南部地区医師会 会長  
**安里 良盛 先生**

質問 1. この度は、南部地区医師会会長就任おめでとうございます。安里会長は、平成6年から理事、副会長として24年間にわたり南部地区医師会活動に携わってこられ、この度医師会長として就任されましたが、これまでを振り返っての感想と今後の抱負をお聞かせください。

会長職を拝命しその重責に身の引き締まる思いです。人生はまさに出逢い、縁、そして感謝！。恩師との出逢いで眼科を専攻。厳しいながらも楽しかった先輩や同僚との切磋琢磨の研修医時代、県立中部病院での卒後研修が私の人生でのエポックメイキングな出来事でした。研修医の仲間、名嘉勝男先生との出逢いがあった糸満で開院することになりました。私の南部地区医師会入会時の会員数は91人(A会員30人)でした。それ以降南部地区は那覇市のベッドタウンとしてA会員及び病院の数が増えてきて若手のA会員が多い医師会です。現在、南部地区医師会は会員368人(A会員112人)、広範囲の6市町(人口27万人)を擁し、ブロック別に豊見城班・糸満班・南風原八重瀬班・与那原南城班の4班から構成されています。班ぐるみで、地域住民の要請に応え、地域医療・保健・福祉を担っています。

2025年をピークに団塊の世代がすべて後期高齢者になり、超超高齢化社会、多死社会を迎えることとなります。10年前の特定健診の疾病予防から始まり、これからの医療と介護は人々が役割と自由を持ち続け最期まで自立した生活を送ることをサポートする仕組みと考え方

を変えなければならないようです。厚労省は本格的に地域包括ケアシステムの構築を医師会と自治体の連携のもと、強力に推し進めるよう要請しております。

これからは、県医師会とも連携をとりながら、各班ごとに地域住民を代表とする自治体とのさらなる協調・情報の共有をはかり、多職種(歯科医師・薬剤師・栄養士・ケアマネージャー・介護施設職員)等の人々との協力のもと円滑に業務がはかれるようシステム構築をしていく必要があります。

医師会の活性化の原点である班会を中心に会員の先生方から忌憚のないご意見、ご要望をいただきながら、業務及び会務を運営していきたいと思っております。本会は、見識の高い有能な先生方が大勢います。これまでも、集団指導体制で、会務・業務が運営されてきています。団結力のある南部地区医師会の伝統を守り、この路線を踏襲し、医師会の活性化を推進し、個々の会員が不利益を被らないように、また日常診療にあたり、元気で、明るく、楽しく取り組んでいけるよう環境整備をしていくことが、私の任期2年の責任と思っております。

質問 2. 南部地区医師会は他の地区と違った特徴はありますか？

対外、対内の会報誌で毎月発行されているのは、他の地区に例をみない、南部地区医師会だ

けだと思います。充実した誌面で、会員同士の顔の見える、診・診、病・診連携にとっても役立っており、当医師会の活力・団結力の源にもなっていると思います。

照屋 勉副会長を先頭に会報委員の真摯な編集への取り組みにとっても感謝しています。

**質問 3. 平成 6 年に介護老人保健施設東風の里を開設され、24 年経ちますが現在の運営状況についてお聞かせ下さい。**

南部地区医師会の老健施設（東風の里）の開設は老健施設のはしりで当初は運営にも比較的余裕がありました。しかし、建築後 24 年も経てくると銀行への支払いは少なくなってきましたが今度はその維持管理、修理費等の経費が多くなってきました。沖縄は好景気のおおりで、介護職の求人をしてしても集まらなく、現在は少人数の職員の努力と負担でどうにか経営が成り立っている状況であります。スタッフの確保及びモチベーションの強化、加算できる処置等の増加を計ることが今後の課題となっております。

**質問 4. 沖縄県医師会に対してのご意見・ご要望がございましたらお聞かせ下さい。**

消費税に関して、薬剤や検査機器、設備等への医療機関が負担する損税の還元を日本医師会及び医師会の理念を理解し行動している国会議員等と積極的に交渉し会員の負担を最小限にするようにしていただきたいと思います。

また、働き方改革は残業規制でスタッフ減となり、救急担当の勤務医や研修医等の負担が多くなります。結局患者さんへの医療の提供の質が低下しかねません。労基署との交渉を、上手い落としどころで解決していただきたいと思います。

多死社会を迎えるにあたり、現在、ご高齢の警察医が社会的使命感で活躍されていますが、そ

れだけに頼ることなく、今後医師会として産業医の増員と同様、若手の警察医の増員を図るよう要望致します。担当医の負担を皆で分かち合う、ゆいまーるの精神でお願いしたいと思います。

**質問 5. 最後に日頃の健康法、ご趣味、座右の銘等がございましたらお聞かせ下さい。**

日頃は 5 階の階段の上り下りをしています。ゴルフ以外は運動をすることがないので、ゴルフを月に 2 回程度はプレーするように心がけています。敬愛する先輩ドクターが 80 歳を超えても矍鑠とプレーするのをそばで見ている自分のスコアはともかく、理想のロールモデルとして追いかけている感じです。

**旅行・学会参加の折に小旅行・美術館めぐり**をしています。趣味のカメラでシャッターチャンスに出会うのが楽しみです。

**読書・車中、機内では 2～3 冊持参した本**を読みます。船に揺られながらも読書できるのを普通だと思っていました。それはおかしいと言う人が多いです、..

**映画・音楽鑑賞** 仕事のオン・オフの切り替えにはとても良いと思っています。内容を吟味しないで新着の映画を 2 本観たりすると、鑑賞後その題名や内容を思い出そうとしても出来なかつたりします。

**座右の銘** 「できるときに、できることを、できるだけ、できるまで!!」これで後悔することが少なくなるだろうと!

仕事も趣味も健康あつてのこと、患者満足度は、その病・医院のスタッフの満足度、さらには院長の満足度に比例するとの話もあります。スタッフの就業条件のアップもさることながら、共々に「元気で、前向きに、楽しく」を信条としています。

インタビューアー 広報委員 照屋 勉

# Undetectable = Untransmittable

琉球大学大学院医学研究科

感染症・呼吸器・消化器内科学講座 仲村 秀太



抗 HIV 療法によって HIV 陽性者の長期予後が劇的に改善したおかげで、高血圧や糖尿病といった他の慢性疾患と同じように多くの HIV 陽性者は定期的な通院を行いながら学業や仕事、プライベートなど人生を謳歌しています。HIV 感染症領域の多くの臨床研究の成果として、ここに新たなニュース、U=U が加わることになりました。U=U が何を意味するのか、それが HIV 陽性者とその周囲の人々にとってどのようなインパクトを与えるのかについて考えてみたいと思います。

“抗 HIV 療法を継続してウイルス量が検出限界未満に維持されている限り、コンドーム無しの性交渉を行ったとしても相手に HIV を感染させるリスクはゼロである”。これが U=U (Undetectable = Untransmittable) の意味するところです。一般的に治療開始からおそくとも 6 ヶ月目までにはウイルス量は検出限界未満へ到達しますので、治療を受け病状が安定している大部分の HIV 陽性者のみなさんが U=U を享受できることとなります。

世界 90 カ国、720 を超える団体が U=U を支持しており、アメリカ疾病予防管理センター (Centers for Disease Control and Prevention : CDC) も 2017 年 9 月に U=U への支持表明に至りました<sup>1)</sup>。

さて、U=U の土台には信頼に耐えうる多くの科学的な臨床研究が存在するわけですが、その中でも特に重要と考えられる PARTNER 試験について簡単に触れたいと思います。欧州 14 カ国で実施された前向き観察研究で片方が治療中でウイルス量が検出限界未満の HIV 陽性者で、もう片方が HIV 陰性のカップル約 900 組 (異

性間、同性間含む) が参加しました。4 年間で 58,000 回以上のコンドーム無し性交渉が記録されましたが、このカップルの間で 1 件も HIV 感染は起きませんでした<sup>2)</sup>。

さらに今年アムステルダムで開催された国際エイズ会議では、参加対象者を男性同性間のカップルに限定した PARTNER 試験 II の結果も報告されました。これは肛門性交を行う男性間のほうが異性間より相手への HIV 感染のリスクがより高いと考えられたためです。1,000 組の男性同性間カップル (一方が HIV 陽性で抗 HIV 療法中) が参加しカップル間の約 77,000 回のコンドームなし性交渉でやはり 1 件も HIV 感染は確認されず、PARTNER 試験 II の結果は U=U をより強く支持するものとなりました<sup>3)</sup>。

冒頭で述べたように抗 HIV 療法によって健康を維持することが可能になったとはいえ、パートナーに HIV を感染させてしまうのではないかという HIV 陽性者の不安や葛藤は長年に渡って彼らの心に暗い影を落としていました。U=U は HIV 陽性者の自尊心の回復という点において非常に重要な意味をもつといえるでしょう。また、社会全体が未だに抱える HIV 感染症に伴う負のイメージ、いわゆるスティグマを打ち消すためのメッセージとしての役割にも期待が高まっています。

最後に医療従事者にとって U=U がどのようなインパクトをもたらすのか考えてみたいと思います。長期療養が可能となり HIV 陽性者の加齢とともに多様な生活習慣病への医療あるいは介護が必要となってきました。過去には HIV 陽性者との接点がほとんどなかった分野におい

て今後 HIV 陽性者のケアにあたる機会が増えてくる可能性が考えられますが、慣れない医療従事者にとって最も不安なことは血液暴露による HIV 感染のリスクだと考えられます。医療現場における血液暴露事故で HIV に感染するリスク (0.3%) は B 型肝炎 (30%) や C 型肝炎 (3%) のそれと比較して低いことが知られています。U=U の背景となった臨床研究結果を医療現場での血液暴露事故に直接当てはめることはできないでしょうが、理論的には抗 HIV 療法を受け HIV がコントロールされている症例からの血液暴露で感染が成立する危険性はさらに低いものと考えられます。さらに血液暴露

後の感染予防法もすでに確立しており、沖縄県においては地域の基幹病院への予防薬の配置計画が現在進行中です。U=U や県内での取り組みがこれから HIV 陽性者のケアに関わる医療従事者の不安を軽減させるきっかけになればと思います。

**参考文献**

- 1) <https://www.cdc.gov/hiv/library/dcl/dcl/092717.html>
- 2) Rodger AJ, et al. JAMA. 2016
- 3) <https://www.aids2018.org/Media-Centre/The-latest/Pres-releases/ArticleID/184/HIV-prevention-research-advances-unveiled-at-AIDS-2018>

**原稿募集**

**プライマリ・ケアコーナー (2,500字程度)**

当コーナーでは病診連携、診診連携等に資するため、発熱、下痢、嘔吐の症状等、ミニレクチャー的な内容で他科の先生方にも分かり易い原稿をご執筆いただいております。  
奮ってご投稿下さい。

**随筆コーナー (2,500字程度)**

随時、募集いたします。日常診療のエピソード、青春の思い出、一枚の写真、趣味などのほか、紀行文、特技、書評など、お気軽に御寄稿下さい。  
なお、スポーツ同好会や趣味の会(集い)などの自己紹介や、活動状況報告など、歓迎いたします。

**原稿送付先**

〒901-1105 南風原町字新川218-9 沖縄県医師会広報委員会宛

**E-mail: kaihou@ml.okinawa.med.or.jp**

※原稿データは、出来ましたらメール送信又は電子媒体での送付をお願い申し上げます。

# 沖縄ステーキ物語

## ～喜界島からの料理人と A サイン～



ながた内科クリニック 長田 光司

沖縄で肉といえば、ステーキのことを指していました。最近は本土から入ってきた焼肉の店も多くなり、食べ放題の店もあることから、家族で焼肉店に行くことも多いと思います。でもやっぱり私にとって肉と言えば、いまだにステーキです。実は、というかご存知の先生方も多いと思いますが、私の実家はステーキレストランでした。那覇市の辻は、かつてステーキ店が目白押しで5～6軒ありました。その中の1つが父の店「ステーツサイズ」でした。辻から西町に移転して営業している老舗「ジャッキー」は私の親戚で、ジャッキーの創業者の忠彦さんは私の父健四郎の兄です。沖縄のステーキレストランの始まりは越来村八重島特飲街（現沖縄市）と言われてています。始めたのは沖縄の人ではなく、奄美大島の喜界島出身の前田貞輔さんと元山嘉志富さんで、それぞれ1950年頃です。お二人とも戦前にアメリカに渡って働いていましたが、太平洋戦争をきっかけに喜界島に戻りました。しかし、職を求めて沖縄に移住しました。その後、元山さんをたよって同郷の喜界島から徳富さん、星野さん、長田兄弟が仕事を手伝うようになりました。後に徳富さんはコザで「ニューヨークレストラン」を開業。忠彦さんと父は1953年に嘉手納で「ニューヨークレストラン」を開業。1961年に那覇市辻に移転し店名を「ジャッキー」に変更しました。

私の父はジャッキーから独立し、同じく辻で「ステーツサイズ」を開業しました。金武や石川にも喜界島の方がステーキレストランを営っていました。ちなみに「チャーリー多幸寿」を創業した勝田さんも喜界島出身です。以上のことから、沖縄のステーキなどの洋食文化は

喜界島出身者が広げたとと言っても過言ではありません。これらのレストランはステーキだけでなく、米兵が好きなタコスなどのメキシカン料理やピザも作っていました。タコスも本土より先に沖縄で浸透しました。辻はベトナム戦争時代は米軍那覇基地の米兵たちが遊びに来る歓楽街でした。AサインレストランやAサインバーが数多くあり、夜はネオンサインが煌々と輝く不夜城のようでした。米兵同士のケンカも多く、MP（知らない方もいるかな）がよく来ていたそうです。Aサインバーは米兵ばかりですが、Aサインレストランにも米兵がいましたが、地元の人が多かったように思います。Aサインは米軍衛生局からの飲食店営業許可証で、当時としては衛生基準がかなり厳しかったようです。

衛生環境の悪かった当時の沖縄ではAサインを掲げていない店には米兵は入ってはいけない規則でした。ですから、Aサインをもらえた店は米兵相手に酒を飲ませ、ジュークボックスを置くだけですごい儲けになり、家を建てて財を成した人も多かったです。



米兵との会話は片言で通じました。父の店にいたウエイトレスのおばちゃんは、簡単な英語

で米兵と普通に話していました。「アイスワ  
ラー」や電話が話中の時に言う「ビージー」な  
どの日常英語も多かったです。沖縄はアメリカ  
統治下は米国、オーストラリア、ニュージー  
ランド産の牛肉が安くで輸入できたため、他府  
県と比べて安い価格でステーキが食べられまし  
た。復帰前は米兵の歓楽街であった辻は当時活  
況を呈していましたが、復帰後は米兵がいな  
くなり A サインバーはほとんど閉店しました。  
地元客がいた A サインレストランは残りました  
が、復帰前に比べて客はかなり減りました。  
父は復帰前から将来を見越して、私に店を継ぐ  
ことはまったく口にせず、医師になることを勧  
めていました。米兵がいなくなった後は地元の  
人がほとんどでしたが、沖縄海洋博後くらいか  
ら本土からの観光客が増えてきました。「沖縄  
のシメはステーキ」というのが全国的に有名に  
なりましたが、それは辻が発祥だと思います。  
昔は沖縄にはファミレスもなく、遅くまで普通  
に食事ができる店は少なかったです。辻のス  
テーキ街は米兵相手の歓楽街だったこともあり  
レストランが深夜まで営業しており、ステー  
ツサイズも午前 4 時まで営業していました。子供  
の頃は、そんな夜遅くまで客がいるのか不思議

でした。大学生になり、同級生の友人の家で数  
人で試験勉強することが多くなり、深夜 2 時頃  
に腹が空いたとステーツサイズに夜食を食べに  
行くことができました。店内に入ると客がいっ  
ぱいです。みなさんステーキを食べています。  
シメのステーキを実感した次第です。父が他界  
し、平成 19 年にステーツサイズは閉店しまし  
た。営業していた頃は多くの先生方にも来店し  
ていただきました。私が勤務医時代は琉大附属  
病院、国立療養所沖縄病院、県立那覇病院の先  
生方にはお世話になりました。現在、またステー  
キ業界が活況を呈してきています。格安ステー  
キ店の登場です。本土で始まった格安ステーキ  
が沖縄でも地元業者の手で始まりました。既存  
のステーキ店も格安の店を出しています。私も  
食べてみましたが、格安でありながら肉質はよ  
く美味しいです。セルフサービスなどで無駄を  
省き、人件費コストを抑えて肉質に重点をおい  
ているようです。沖縄のステーキも新たな時代  
にはいったようです。高級鉄板焼きステーキや  
海外進出する店もあります。喜界島の移住者た  
ちが始めた沖縄のステーキ文化が県民に深く浸  
透し、現在の観光立県沖縄の一翼を担っている  
ことは興味深いですね。



## 沖縄県感染症発生動向調査報告状況

(定点把握対象疾患)

疾 病	定点区分	40 週	41 週	42 週	43 週	
		10/7	10/14	10/21	10/28 (定点あたり)	
		報告数	報告数	報告数	報告数	
インフルエンザ	インフルエンザ	162	79	128	122	(2.10)
RSウイルス感染症	小児科	13	8	5	3	(0.09)
咽頭結膜熱	小児科	13	7	12	10	(0.29)
A群溶血性レンサ球菌咽頭炎	小児科	35	33	23	37	(1.09)
感染性胃腸炎	小児科	114	123	133	125	(3.68)
水痘	小児科	20	16	16	17	(0.50)
手足口病	小児科	90	92	94	104	(3.06)
伝染性紅斑	小児科	6	3	16	14	(0.41)
突発性発疹	小児科	8	14	12	8	(0.24)
ヘルパンギーナ	小児科	8	5	9	7	(0.21)
流行性耳下腺炎	小児科	3	5	7	3	(0.09)
急性出血性結膜炎	眼科	0	0	4	3	(0.30)
流行性角結膜炎	眼科	29	30	17	24	(2.40)
細菌性髄膜炎	基幹	1	0	1	2	(0.29)
無菌性髄膜炎	基幹	0	3	2	0	(0.00)
マイコプラズマ肺炎	基幹	0	1	1	1	(0.14)
クラミジア肺炎 (オウム病を除く)	基幹	0	0	0	0	(0.00)
感染性胃腸炎 (ロタウイルス)	基幹	1	1	0	0	(0.00)

※1. 定点あたり・・・対象となる五類感染症（インフルエンザなど18の感染症）について、沖縄県で定点として選定された医療機関からの報告数を定点数で割った値のことで、言いかえると定点1医療機関当たりの平均報告数のことです。（インフルエンザ定点58、小児科定点34、眼科定点10、基幹定点7点）

※2. 最新の情報は直接沖縄県感染症情報センターホームページへアクセスしてください。  
麻疹の情報も随時更新しております。  
<http://www.pref.okinawa.jp/site/hoken/eiken/kikaku/kansenjohou/home.html>

## お 知 ら せ

### 暴力団追放に関する相談窓口

暴力団に関するすべての相談については、警察ではもちろんのこと、当県民会議でも応じており、専門的知識や経験を豊富に有する暴力追放相談委員が対応方針についてアドバイスしています。

暴力団の事でお困りの方は一人で悩まず警察や当県民会議にご相談下さい。

#### ●暴力団に関する困り事・相談は下記のところへ

受付 月曜日～金曜日（ただし、祝祭日は除きます） 午前10時00分～午後5時00分

TEL (098) 868-0893 なくそうやくザ 862-0007 スリーオーセブン FAX (098) 869-8930 (24時間対応可)

電話による相談で不十分な場合は、面接によるアドバイスを行います。

「暴力団から不当な要求を受けてお困りの方は……悩まずに今すぐご相談を（相談無料・秘密厳守!）」

財団法人 暴力団追放沖縄県民会議