

山口県医師会報

令和5年(2023年)

9月号

— No.1957 —



秋のあるかぼーと 鶴田良介 撮

Topics

新都市医師会長インタビュー「熊毛郡」



Contents

■新都市医師会長インタビュー「熊毛郡医師会」	岡山智亮	577
■今月の視点「医療安全と職場環境とハナショウブ」	縄田修吾	582
■令和5年度山口県医師会警察医会総会	天野秀雄	586
■山口県医師会警察医会第31回研修会	天野秀雄	589
■令和5年度第1回JMATやまぐち災害医療研修会	上野雄史	596
■中高生を対象とした医師の職業体験実習	白澤文吾	600
■令和5年度第1回医師国保通常組合会		604
■第167回生涯研修セミナー	藤井郁英、福田信二、宮地隆史	614
■令和5年春季山口県医師・ファミリーテニス大会	赤川 誠	629
■理事会報告（第8回、第9回）		630
■会員の声「医学功労賞を受賞しての思い」	毛利久夫	634
■閑話求題「萩魚」	若松研弥	635
■転載「釣三昧」〈吉南医師会報 令和5年4月号〉	作村俊浩	636
■飄々「SNSの隆盛とオールドメディアの衰退」	藤村智之	638
■お知らせ・ご案内		639
■日医FAXニュース		651
■編集後記	藤原 崇	652



熊毛郡医師会 インタビュー

第4回 熊毛郡医師会 沖野 良介 先生

と き 令和5年5月18日(木)

ところ (医) おきの内科糖尿病クリニック

[聞き手: 広報委員 岡山 智亮]



岡山委員 今回は令和4年5月に熊毛郡医師会
長に就任された沖野良介先生にお話を伺いた
いと思います。本日はお忙しい中、お時間
を取っていただき、大変ありがとうございます。

遅くなりましたが、改めてご就任おめで
とうございます。まず、医師会長になら
れた経緯から聞かせていただいてもよろ
しいでしょうか。

沖野会長 ありがとうございます。熊毛郡
医師会では会長職を輪番制で行うのが
昭和45年の総会で決まったというこ
とで、以降2年毎に会員が交代で行っ
ております。私が現時点で1年やって
きましたので残り1年の任期になります。

岡山委員 では、そういった熊毛郡医師
会の歴史など教えていただいてもよろ
しいでしょうか。

沖野会長 はじまりは、明治44年と非
常に歴史のある医師会です。今は上関
町と田布施町と平生町からなるので
すが、昔は結構広がったようです。今
は3町で、人口2万7,000人ぐら
いのエリアになります。

会員数は22名で、A会員が10名、
B会員が9名、C会員が3名です。年
代も調べましたが、30代が1名、4
0代が2名、50代が6名、60代が5
名、70代が6名、80代が2名で構
成されています。

岡山委員 先生が思われる医師会の課
題はありますか。

沖野会長 課題は会員の高齢化と会
員数の減少、それが一番です。会員が
いないと予算がないですし、高齢化
すると動ける先生が少なくなってい
ますので困りますよね。

岡山委員 地域として在宅医療のニ
ーズには応えられている状況ですか。

沖野会長 対応している医療機関は
結構あるので、地域としてそれなりに
貢献できていると思います。

岡山委員 時代の流れで、そういった
ことがやはり必要になっていますよね。

では、町の特色を教えてください。

沖野委員 高齢化の進んだ地方都市
ですね。人口としては微減だと思います。
転入者はあまりないです。

岡山委員 子供の人口はどうでしょう。

沖野会長 私も中学校の校医を5年
していますが、その間に大きな減少は
感じていませんが、長

い目で見ると徐々に減ってきていると思います。

岡山委員 地域の救急体制はどのように行っていますか。

沖野会長 平成19年に柳井医師会と熊毛郡医師会との合同で休日夜間応急診療所を立ち上げました。

柳井市にあり、そこに出向し輪番で診療をしています。平日夜間は午後7時から午後10時まで、休日は午前9時から午後5時までの間で一次救急を担っています。2次救急は周東総合病院にお願いしています。

岡山委員 小児の救急はどのように対応されていますか。

沖野会長 小児科と内科の先生たちで対応しています。今は周東総合病院に常勤の小児科の先生もいらっしゃいますので、困ったときには相談しやすいです。

岡山委員 他の医師会や行政との関わりはどうでしょう。

沖野会長 周囲の医師会としては主に柳井医師会と連携をとることが多いのではないのでしょうか。行政との関係としては特別なことはないですが、介護保険や予防接種などは問題なく行えていると思います。

岡山委員 新型コロナウイルス感染症の流行期に何か特別な対応はありましたか。

沖野会長 スムーズにいていたと思います。コロナのワクチンに関しては集団と個別で行っていましたが、どちらかに偏るというわけでもなくトラブルはなかったと思います。検査に関しては各医院で結構していただいていたので、検査ができなくて困るというようなこともありませんでした。

岡山委員 では、先生が医師会長になられて1

年が経過したと思うのですが、今の心境だとか、現時点でこういうことがもう少しできたらというようなことはありますでしょうか。

沖野会長 当初は年齢的にも若輩の部類でいろいろと力不足で皆さんに迷惑をかけないか心配しておりました。至らぬところはもちろん多々ありますが、普段なかなか経験できないようなことをさせていただいています。小さい医師会なので、大それた「これをやりたい」といったようなことはないのですが、地域医療に貢献したいという気持ちはあります。

岡山委員 2年という任期についてはどうですか。

沖野会長 2年は任期としては中途半端ですが、事務局がないため各医院で対応しなければいけないことを考えると、大変なことも多いので、そういったところから考えると2年が適切なのかなと思います。

岡山委員 もし、事務局ができたとしたら、医師会長としてももう少ししてみたいところはあるでしょうか。

沖野会長 事務局を作るとなるとお金もかかりますし、現状で何とかなっていることを考えると、今の形が妥当であろうと思います。

岡山委員 では、そういった事務局としての仕事は先生がお一人で対応されているのですか。

沖野会長 当院のスタッフが主に対応してくれています。スタッフの力がなかったら運営は考えられないですね。

岡山委員 従業員の方々は、医師会の仕事を担うことになった時にスムーズに受け入れてくれますか。

沖野会長 当然、自院以外の仕事が増えるわけなので、当たり前のように受け入れてはもらえない

いのかかもしれませんが、理解してもらい、協力的にやってくれています。

岡山委員 事務局が当たり前のようにある医師会としてはなかなか想像できないですね。

では、先生のご略歴を教えてくださいよろしいでしょうか。

沖野会長 私は、柳井で生まれまして、小中高と柳井で過ごしてきました。大学は川崎医科大学です。入局したのは九州大学の第2内科糖尿病研究室です。

岡山委員 糖尿病を診ていこうと思ったのはいつごろですか。

沖野会長 医者になってからですかね。スーパーローテーションでいろいろと研修させていただいて、糖尿病内科が性に合っていたので、その道に進みました。

岡山委員 どのようなところが性に合っていると思われたのですか。

沖野会長 私自身がどちらかというとのんびりした性格で、激しい科は少し抵抗がありまして、ゆっくりと患者さんを診ながら血糖値をコントロールしたりするのが性に合っていたみたいです。後は、治らない病と人生をともにする方たちと向き合いながら全人的な医療ができることも魅力に感じました。実際に糖尿病内科医としてやっても、やはり合っていたと思います。

岡山委員 やっていて大変なことはありますか。

沖野会長 やはり1型糖尿病の方は血糖変動も激しいので大変ですよ。あとは病識に乏しい方などは教育するのに苦労することがあります。

岡山委員 患者さんと向き合っていくにも根気強くになりますよね。そういったところも先生には合っている感じですかね。

沖野会長 苦痛には感じないですね。1回の診療でどうのこうのではなく、数か月、数年単位でその方その方に合わせてアドバイスをしていくという感じですかね。

岡山委員 大学は川崎医科大学をご卒業され、その後九州大学に入局されたとのことですが、九州には何年間ぐらい、いらっしゃったのですか。

沖野会長 九州には11年ぐらいいましたね。山口県には約20年ぶりに帰ってきたことになりま

岡山委員 県外に出られていた期間が長いですが、改めて山口の居心地は良いですか。

沖野会長 子供がまだ小さいので、自然が豊かなのは子育てにはいい環境だと思います。

岡山委員 私は関西地方にいた期間が長いのですが、岩国に帰ってきてから子供が2人できて現在、子育てで真最中なのですが、自然が近いのはやはりいいですね。

スポーツは何かされますか。

沖野会長 学生時代はあまりしてきませんでした。医者になってから少しゴルフを始めました。ただ、子供が小さいので最近はやさしくできていません。あと、ジムでの筋トレは今でもよく行っています。アンチエイジングも意識しています。

岡山委員 その他に何か趣味はありますか。

沖野会長 温泉が好きでよく家族と旅行に行きます。ゴールデンウィークも湯布院に行ってきました。その他にも有馬温泉や湯本温泉によく行きます。

あとは音楽鑑賞ですね。若いころはポップスもよく聴いていましたが、最近ではクラシックをよく聴いています。やっぱり普遍的なものがいいですね。

岡山委員 音楽を聴くための時間を作られたりしていますか。

沖野会長 睡眠にもいいので夜寝る前に聴くことが多いです。だいたい子供を寝かしつけた後に自分の時間が取れる感じですかね。

岡山委員 座右の銘をインタビューの時に聞かせていただいているのですが、先生の座右の銘があれば教えていただけますか。

沖野会長 「人間万事塞翁が馬」です。良い時も悪い時も平常心でいたいですね。なかなか難しいですが。

岡山委員 最後に、県医師会・広報委員に向けて先生が今思われていることがあれば、教えてください。

沖野会長 山口県は若手医師が少なく、医師会への入会も少ないのが課題と伺っています。

山口県は田舎で、都市部に比べ若者に人気がないのはとてもよくわかります。

勤務医は医師会入会のメリットがわかりにくく、私も勤務医時代は医師会を意識したことはほとんどありませんでした。

指導医からも専門医取得の重要性はよく言われましたが、医師会のこと等はほとんど聞いたことがありませんでした。

まず、勤務医でも上の世代の方が、医師会に入らないと次の世代はなかなかついて来ないのではないのでしょうか。

いろいろ工夫して医師会入会のインセンティブを明確にすることが必要でしょうか。

岡山委員 ありがとうございます。確かに私も勤務医時代に医師会のことを考えたことはほとんどと言っていいほどありませんでした。今は若い世代の医師に入ってもらいやすいように会費の減額制度など対応策が出てきていますが、持続して入会いただくためには、やはり医師会の存在意義はもちろんのこと、医師会員であることの意味も理解してもらう必要があるかもしれませんね。県医師会の広報委員としても求められている部分があるかもしれないので、とても参考になりました。

それでは、これでインタビューを終わらせていただこうと思います。本日はお忙しい中時間をとっていただきありがとうございました。

補足：本稿には掲載していませんが、私と同世代の子供の子育て中とのことで、当日は子育て談義でも少し盛り上がりました。



冬季特集号「炉辺談話」 原稿募集

山口県医師会報令和5年度冬季特集号「炉辺談話」の原稿を募集します。
下記により、ふるってご投稿くださいますようお願い申し上げます。
なお、字数・作品数等につきましては、下記「原稿の種類」の項にてご確認
いただきますようお願いいたします。

原稿の種類

- ①随筆、紀行（一編5,000字以内を目安に、お一人1作品まで（写真は3枚以内））
- ②短歌・川柳・俳句（お一人3句まで）
- ③絵（3枚以内、コメントもお願いいたします。）
- ④写真（3枚以内、コメントもお願いいたします。）

提出・締切

できるかぎり電子メール又はUSB/CD-Rの郵送でご協力願います。
作成方法により締切日が異なりますので、ご注意ください。
※締切日以降に提出された原稿は掲載できませんのでご注意願います。
※電子メールで送信される際は、原稿と写真の容量をあわせて10MB以内でお願いいたします。

作成方法	提出方法	締切
①パソコン	電子メール又はUSB/CD-Rの郵送	11月13日
②手書き原稿	郵送	11月6日

原稿送付先

〒753-0814 山口市吉敷下東三丁目1番1号 山口県総合保健会館内
山口県医師会事務局総務課内 会報編集係
E-mail : kaihou@yamaguchi.med.or.jp

備考

- ①未発表の原稿に限ります。
- ②写真や画像の使用については、必ず著作権や著作権等にご注意ください。
☆第三者が著作権や著作権等の権利を有している写真や画像は掲載できません。
- ③ペンネームで投稿される方につきましては、会員の方から本会に問い合わせがあった場合には、氏名を公表させていただきますことをご了承願います。
- ④投稿された方には掲載号を3部謹呈します。
- ⑤医師会報は本会ホームページにもPDF版として掲載いたします。
- ⑥レイアウト（ページ、写真の位置等）につきましては、編集の都合上、ご希望に沿えない場合があります。
- ⑦原稿の採否は、広報委員会に一任させていただきます。

今月の視点

医療安全と職場環境とハナショウブ

常任理事 縄田 修吾

山口県医師会医事案件調査専門委員会に令和2年度から委員として携わらせていただいてから、医療紛争の防止や医療安全の推進について学んだことを、私見を交えて述べてみたい。

医療とは、患者の生命と健康を守る行為である。しかしながら、患者要因（生命の多様性・複雑性）、医療提供者要因（医療の専門分化・高度化、多職種介入）、医療要因（侵襲を伴う生体介入）という医療の特性から、例えば、わずかの判断ミスや一瞬の不注意などのヒューマンエラーが発生すると、患者に有害な影響を及ぼすことがありうる。さらに、患者によくない医療の結果が起きてしまうと、医療従事者と患者家族との間のもめごと、つまり、医療紛争が起こることがある。

「医療の現場では、如何に注意していても事故が生じ、過失の有無にかかわらず、心ならずも医療紛争に発展する場合もある」という課題に誠実に向き合い、絶え間ない取り組みを続けることが、すべての医療従事者にとって大切な務めの一つであると、改めて今、実感している。そこで、医療紛争の防止、医療安全の推進につなげる情報の一つとして、私たちが力を合わせてともに働いている山口県内の医療現場から、最近3年間に報告された54事例から学んだ事項を共有できればと考える。

紛争事例から学ぶ医療紛争の防止

患者家族にとっては、予想外の突然の良くない状況が起き、その医療の結果に納得できないと、医療紛争につながりうる。

例えば、入院中に転倒した状態で発見され、マニュアルに沿って経過観察中に意識レベルの低下を来し、急性硬膜下血腫の診断で緊急手術を行い、後遺症が残った事例では、医療者側は、どれだけ注意義務を尽くしていても、転倒・転落は予見不可能であり、適切に対応しても後遺症は起こりえると認識しているが、患者家族としては、医療機関に入院していれば、100%安全が保障されており、適切な治療で治ると認識している。ちょっとしたお互いの認識の違いで、不信感や不満が生じ、紛争に発展してしまうのである。こうした認識のズレを防ぐには、介護施設内での転倒に関する4つのステートメント（日本老年医学会・全国老人保健施設協会、令和3年6月11日発表）にあるように、「転倒は老年症候群の一つである」ということについて、入院の時点で、あらかじめ転倒・転落リスクがある患者・家族の理解を得ておくことが重要である。また、転倒した患者を発見した時点で、患者に異常所見が認められなくとも、患者家族に、急性硬膜下血腫などの急変がありえることについて丁寧な説明があれば、結果的に、家族にも、「心の準備」をしてもらう効果もあり、家族の受け止め方も自ずと違って来るであろう。

医療は「人と人との信頼関係」で成り立つ。信頼関係が構築されていないと、医療事故・医療過誤がなくても、紛争に至ることがあるし、信頼関係が構築されていると、医療過誤があっても、紛争につながるとは限らない。信頼あるところに訴訟なし、と言われる所以である。では、医療において信頼関係を築くためにはどうすればよいのか。もちろん、人としての身だしなみ・挨拶、そして普段からの患者とのコミュニケーションは

言うまでもないが、最も大切と感じているのは、“インフォームド・コンセント（以下、「IC」）の過程”である。1996年の日本医師会生命倫理懇談会には、「医師が施療や施術を行う際には、事前に納得のかたちで、病名と病状、治療の方法、その危険性、他の治療方法との比較、予後などについて十分に説明するとともに、患者がそれらについて納得し同意することが肝要である。このような過程を経てこそ、より良い医師・患者関係を築くことができる。」とある。その後、2007年の医療法改正で、「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受けるものの理解を得るように努めなければならない。」（医療法第1条の4）と追加されている。

医療訴訟で患者家族側が、医師の責任を追及するに至った動機は、「医師が十分な説明をしきれなかったから」が、最も多いそうである。つまり、患者が、治療の選択の過程で、医療従事者との間の、心のある、“十分なIC”の過程を経て、患者と医療者間の十分な信頼関係が構築されている状況下であれば、医療の結果が、たとえ良くない結果であっても、それに対して納得感があり、訴訟につながることは少なくなる。実際、医事案件調査専門委員会では、「十分な説明をした」という事実が分かるように、加筆したり、図を描いたり、印で強調したり、しっかりと説明の痕跡や使用した図表などをカルテに客観的に記録を残すことの大切さをしばしば指摘されるが、これは、記録からも、“ICの過程”が十分になされたか否かが伝わってくるからだと思う。

こうした中、冊子『医療事故を起こさないために』の本年度の改訂に向けて、理事会での協議を踏まえて、山口県医師会「医療事故防止の13箇条」において、「10、治療方針や内容を本人や、本人の同意（黙示による同意を含む）を得た家族に適切な説明を行い、あらかじめ理解を得ておくことが大切である。また、リスクの大きい手術や検査では説明し、承諾したことを文書として保存しておくこと。」と、下線部のように加筆修正を行ったところである。

もちろん、言うまでもなく、チーム医療の時代

である。例えば、チーム医療における看護師などの関わり方の大切さについても、「新たな看護の在り方に関する検討会報告書」（厚生労働省、平成15年3月）の「時代の要請に応じた看護の在り方、医師等との連携の在り方」の中で、「これからの医療においては、ICを前提に、看護師等は、患者・家族と十分にコミュニケーションを行い、看護ケアの内容、検査等についてわかりやすく丁寧に説明するとともに、患者・家族が自らの意向を伝えることができるよう支援したり、時には代わって伝える役割を担うなど、患者・家族が医療を理解し、より良い選択ができるよう支援することが必要である」と記載されている。つまり、心のあるチームとして、医療の結果に対する患者の納得感につながるような、“ICの過程”を、どんなに忙しくとも、大切にすることが重要と感じている。

医療従事者間のコミュニケーションの記録でもある診療録の記載については、正確に記載することは基本である。そのこと自体が、チーム医療における的確な診療、医療事故の防止、結果的に紛争防止につながることは間違いないことだと思う。また、看護記録についても、「看護記録に関する指針」（日本看護協会）から抜粋すると、「3看護記録の原則」の「2）適時に記録する。」では、「看護実践の一連の過程を時間の経過とともに記載する。また、看護記録は遅滞なく記載することを基本とする。看護記録以外の業務との兼ね合いで、後から記載する場合も、できるだけ速やかに記載する。さらに、時間は正確に記載する。特に、予期せぬ事態や医療事故と思われる事態が発生した場合には、記録が重要になる。この場合、経時的に記載するが、行われた処置と時間だけでなく、発見・発生の状況、観察したこと、対処後の結果・反応等も正確な時間とともに記載する。」「5看護記録の取り扱い」の「5-1 事実の証明としての看護記録」の「5-1-1 法的証拠としての看護記録」では、「看護記録は診療録と同様に法的証拠となり得る。看護記録に記載がない看護実践については、実際にはそのような看護実践が行われていたとしても、裁判所において、そのような看護実践の事実があったと認定されないことがある。また、看護実践を行った時間や処置の記載内容と、他

職種の記載内容との整合性が問題となることがあるため、正確な記載が求められる。このように看護記録は法的証拠となり得ることから、看護実践の内容や行った時間は正確に記載する。」とある。つまり、チーム医療の現場では、適切な時に、正確かつ必要十分な診療録の記載の重要性を、医療機関全体のリスクマネジメントの基本として日ごろから確認しておきたいところである。

実際に、医事案件調査専門委員会の審議で診療録や看護記録の記載が重要と認識された場面は、①手術、検査、治療などの医療行為前の説明（緊急性を要する場合には、その理由）、②侵襲的な医療行為後の経過観察、③転倒・転落や誤嚥などのリスク評価後の経過観察、④検査や診察に基づいて重篤な病気の可能性は低いと判断した後の経過観察、⑤有害事象が起きた場合や急変時の場合、⑥死因究明のために、解剖やAiを勧めたが、患者の遺族から同意を得られなかった場合、などである。

紛争事例から学ぶ医療安全の推進

平成30年時点での医事案件調査専門委員会の受付事例の特徴について、原因となる医療行為別にみると、①手術、②検査・診断に関するもの、③注射・投薬、④分娩の順であり、その他、麻酔、処置、施設管理など多方面にわたってトラブルが発生している。①手術では、腹腔内異物遺残、パワーソースによる熱傷、神経損傷や腹腔内臓器損傷、術中・術後の出血、術後感染、日帰り白内障手術の術後トラブル、②検査・診断では、内視鏡による腸管穿孔、心カテーテル検査のカテーテル先端遺残、感染、造影剤によるショック、内視鏡検査における胃がん、食道がんの見落とし、レントゲン検査での骨折、肺がん、胃がんの見落とし、③投薬・注射では、薬剤によるアレルギーなどの副作用、注射によるショック、採血の際の神経損傷、感染、血腫等、抗がん剤の血管外漏出による皮膚壊死などである（冊子『医療事故を起こさないために』から抜粋）。ここ3年間でも、ほとんどは類似・関連した事案と捉えることができ、どのような事例が起りやすいかを、医療機関全体として把握しておくことは、医療安全管理対策に

つながると考える。

一例をあげると、医療事故情報収集等事業の医療安全情報（No.7、2007年6月）に、小児の輸液の血管外漏出の医療安全情報が2事例を基に報告されている。しかしながら、2023年6月29日付の医療事故情報収集等事業第73回報告書（日本医療機能評価機構・医療事故防止事業部）の中で、再発・類似例の分析として、2007年以降、73例があったと報告されている。小児の輸液療法中の血管外漏出事故を経験していなくても、事例が発生した医療機関の取り組みを参考として、各医療機関で、状況に応じて小児の輸液の院内対応マニュアルに取り入れ、見直したことを院内研修会などで周知する。こうした新たな情報収集、安全対策マニュアルの見直しへの組織的な取り組みを通じて、点滴を行う限り不可避の事象ではあるが、重度の治療を要するような状況を回避することが重要である。“人間は誰でもミスをする”ということを前提として、あらゆる治療や手術を組織全体としてのリスクマネジメント下に置くことが不可欠である。

医療安全の根幹として、2015年10月から医療事故調査制度が導入されて、間もなく8年となる。2022年度は300件報告されている。医療事故調査制度は、社会からの信頼回復に向けての医療界の努力であり、プロフェッショナルリズムの名の下に、医療界の自律（professional autonomy）、自浄（self-regulation）の姿勢を明確に打ち出すこと、そして、安全な医療環境の形成、つまり、患者が納得して医療を受ける、医療者が専門家として自信と誇りを持って萎縮することなく医療を提供することにある。医療の中で起きた予期しない死亡を報告し、その死因・原因を調べることで、将来の安全な医療に活かす制度からの提言を、医療従事者の研修に活用することは、医療機関の務めであり、患者が安心して医療を受けられる環境を整えることにつながる。再発防止に関する普及啓発『医療事故の再発防止に向けた提言』第1号（2017.3）～第17号（2023.3）がなされているので、日本医療安全調査機構（医療事故・調査支援センター）のホームページから全てダウンロードできるので、研修などでより一

層、繰り返して活用していただきたい。

医療安全情報、医療事故の再発防止に向けた提言を含めて、事例から学び、医療安全対策として見直したことを、チーム医療の実践の中で共有していくというたゆまぬ努力が、日常診療に潜む医療事故のリスクを、できるだけ回避する上で重要である。一方、これからの高齢化社会や新たな医療の進歩に伴い、医療事故は避けられないが、事故の対応には、医療事故調査制度の「自ら判断し、調査し、説明する」という考え方を大切にしつつ、システム全体がその発生に関わっていると捉え、医療機関全体の責任として、エラーを起こしても、大事に至らないよう、医療の安全性の改善につながる不断の組織的な取り組みが求められている。

「医療におけるリスクマネジメントについて」（日本医師会、平成10年3月）の医療事故予防対策の7つの提言の中に、「7. 医学教育・医師養成のあり方に関する提言」がある。患者あるいは他の医師、医療関係職種者に対して、1人の人間として向き合い、意思疎通を円滑に行う事は、医療を担う職にあるものとして必須の条件であると全人的医療教育の重要性が述べられている。しかしながら、専門研修におけるハラスメントが疑われる相談案件の報告（令和3年9月17日、一般社団法人日本専門医機構ホームページ）によると、専門研修プログラム委員会事務局から、2019年秋～2021年7月まで（1年10か月）に辞退・転科・移動：約700件（2018年度～2021年度、専攻医採用数：35,290名）に対して、メールで「理由・原因」を問い合わせた結果、“ハラスメントあり、または、どちらとも言えない”が約90件（約0.25%）あったそうで、具体的内容（専攻医側からの訴え）として、高圧的態度、人間関係に耐えられない、連続当直、担当（症例）を割り当てない、人手不足、残業多く手当なし、等が挙げられている。医療の職場環境では、パワハラが起こりやすいと言われるが、あってはならないことである。医療紛争防止には、“ICのある過程”が重要であることを述べた。私も研修医のころ、人工妊娠中絶を受ける10代の母娘に対して、時に優しく、時に厳しく、顔を真っ赤にして、わが娘

を諭すように時間をかけて、わかりやすく説明されている先輩医師の姿に、私もこういう医師になりたいと思ったものである。ぜひとも、医療技術だけでなく、ICという医療技術についても、これからの医療を担う若手医師に伝えていただければ、無意識のうちに起こりえる職場でのパワハラも起こることはないであろう。山口県の医療現場で働く医療従事者が、高度な医療水準を保つために日々研鑽を積み、“心のあるIC”を大切にしていけることが、医療安全、医療紛争防止につながり、若手医師にとっても魅力のある働きやすい職場環境となり、ひいては、患者に納得感のある安全な医療を提供し、医療への信頼感も高まり、より一層働きやすい医療環境につながるだろう。

「医の倫理綱領」（日本医師会）の中に、「医師は医療を受ける人々の人格を尊重し、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。」とある。まさに、医療安全、医療紛争防止に極めて重要である。

ところで、5月下旬から6月にかけて開花する、ハナショウブ（写真：自宅近くで撮影）には、垂れ下がるように咲く花姿にちなんで、“やさしい心”という花言葉があるそうである。山口県の医療の現場で、忙しい時にこそ、思い出していただければありがたい、とっておきの一枚である。



令和5年度山口県医師会警察医会総会

と き 令和5年7月29日(土) 15:00～15:20

ところ ホテルニュータナカ2階「平安の間(BC)」

[報告:長門市医師会/山口県医師会警察医会会長 天野 秀雄]

令和5年度山口県医師会警察医会総会が県医師会の前川常任理事の司会により開催された。

開会挨拶

加藤智栄 山口県医師会会長 本日は来賓としてご臨席いただいた山口大学法医学講座の高瀬教授、姫宮講師、二宮助教、山口県警察本部の中島刑事部長、松原捜査第一課長、野上捜査第一課検視官室長、そしてご出席いただいた皆様に心よりお礼申し上げます。また、警察医の先生には、猛暑の中、検案業務にご尽力いただいております、感謝申し上げます。検案業務は社会との共通のインフラとして非常に重要だと考えています。そして、警察医会は警察と医師会とが検案業務を通じて最も密接に協力しているものだと思います。令和3年の山口県の高齢化率は35%となっており、2030年代の半ばに山口県の死亡率がピークを迎えることが予想されているが、そのころに検案の件数のピークがくるのではと思っています。認知症患者も今後ますます増加していくことが予想されており、警察医の先生方に活躍していただかなければならない機会が増えていくと思うので、よろしくお願ひしたい。

天野秀雄 山口県医師会警察医会会長 この会は平成18年に発足して、今年で17年目を迎えたが、平素から高瀬教授をはじめとする先生方、並びに県警の方々には大変お世話になっており、感謝申し上げます。6月4日に県の主催による「2023年山口県総合防災訓練」が長門市で行われ、警察、消防、海保、自衛隊、医師会、歯科医師会の関係者が参加した。また、秋には「多数の死者を伴う大規模災害発生時における検視・遺族対応合同訓練」の実施も予定されており、皆様方にご参加いただくことで、「顔の見える関係」をより構築し

ていけると思っている。毎回申し上げていることではあるが、警察医の先生方のご協力あつての警察医会なので、今後ともよろしくお願ひしたい。

来賓挨拶

中島博文 山口県警察本部刑事部長 本日まで参加の皆様には平素から検視活動に大変ご尽力いただいております、感謝申し上げます。6月末の時点で死体数が1,281体、解剖の遺体は約5%となっている。その原因としては独居の方が多く、近所付き合いがなかったケース等においては、発見に時間を要した事例も多かったからである。警察も現場に行つて死体を視るが、生前の環境捜査(調査)が非常に難しく、死因の特定も難しい。警察は医学の知識がないので皆様方の知識・経験を拝借して適切な遺族への説明など、捜査に活用させていただいている。私は、警察人生において検視を専門としてやってきたわけではないが、刑事として長年やってきたことから死体も視てきた。自分の経験として30年前、屋外で寝ている、いわゆるホームレスの死体を単なる病死として処理してしまいそうになったことがあつた。その時、警察医の先生からもう一度視てみようかと言われ、視ていただいたところ、何かの事件に巻き込まれたような痕跡があり、解剖してみたら殴られたか、あるいは蹴られたかによって臍臓が破裂したのではないかということで、いわゆる殺人事件であつた。もう少しで誤認検視になっていたところを警察医の先生に助けられたというわけである。それ以降、先入観を持つてはいけないと常々思いながら捜査にあつてきた。検視業務というのは警察業務の中でも、とりわけ刑事にとっては間違いが許されない崇高な仕事であり、大変な業務ではあるが誇りを持って業務に励んでいるので、今後ともご理解・ご協力をよろしくお願ひしたい。

来賓紹介

山口大学大学院医学系研究科法医学講座
 教授 高瀬 泉 先生
 講師 姫宮 彩子 先生
 助教 二宮 理紗 先生
 山口県警察本部刑事部長 中島 博文 様
 同 捜査第一課長 松原 俊雄 様
 同 捜査第一課検視官室長 野上 直宏 様

・第3回

日時 令和5年2月4日(土)
 15時30分～15時45分
 場所 ホテルニュータナカ3階「エジンバラ」
 議題 1. 山口県医師会警察医会役員について
 2. 令和5年度山口県医師会表彰の推薦について
 3. 令和5年度行事予定(案)について
 4. 第31回研修会について
 5. その他

議事

議長は、会則により警察医会長の天野が務めた。

1. 令和4年度山口県医師会警察医会事業報告

警察医会副会長 藤政 篤志

(1) 総会

日時 令和4年7月30日(土)
 15時～15時20分
 場所 湯田温泉ユウベルホテル松政
 2階「芙蓉の間」

(2) 役員会

・第1回

日時 令和4年5月26日(木) 16時～
 場所 山口県医師会6階「第3会議室」
 議題 1. 山口県医師会警察医会役員について
 2. 令和3年度事業報告(案)について
 3. 令和4年度事業計画(案)について
 4. 令和4年度総会並びに第29回研修会について
 5. 研修会のテーマ・講師について
 6. その他

・第2回

日時 令和4年7月30日(土)
 14時30分～14時40分
 場所 湯田温泉ユウベルホテル松政
 3階「紅梅の間」
 議題 1. 山口県医師会警察医会役員について
 2. 総会の議事進行について
 3. 次回研修会及び意見交換会(令和5年2月4日)の開催について
 4. その他

(3) 研修会

・第29回

日時 令和4年7月30日(土)
 15時30分～17時
 場所 湯田温泉ユウベルホテル松政
 2階「芙蓉の間」
 講演 「検案から保険会社等への文書回答まで
 ー死因究明を巡る対応の実際ー」
 山口大学大学院医学系研究科法医学講座
 教授 高瀬 泉 先生

出席者 58名(医師22名、歯科医師1名、
 警察11名、消防11名、海保13名)

・第30回

日時 令和5年2月4日(土)
 16時～17時50分
 場所 ホテルニュータナカ2階「平安の間(BC)」
 報告 「県警察本部からの報告・症例提示」
 山口県警察本部刑事部捜査第一課
 検視官兼課長補佐 志賀 泰造 様
 講演 「医療関連死について」
 山口大学大学院医学系研究科法医学講座

教授 高瀬 泉 先生
 講師 姫宮 彩子 先生

出席者 56名(医師27名、歯科医師1名、
 警察11名、消防5名、海保12名)

(4) 意見交換会

日時 令和5年2月4日(土)
 18時～19時30分
 場所 ホテルニュータナカ2階「平安の間(A)」

(5) 令和5年度山口県医師会表彰規程（地域社会貢献）による被表彰者の推薦

- 平岡 博 先生（光市）
- 長澤 英明 先生（山陽小野田）
- 山本 一成 先生（防府）

議長は事業報告について質問を求めたが、会場からの質問はなかった。

また、令和4年度山口県医師会警察医会事業報告は出席者の拍手をもって承認された。

2. 令和5年度山口県医師会警察医会事業計画(案)

警察医会副会長 小倉 寛

(1) 総会

- 日時 令和5年7月29日（土）
15時～15時20分
- 場所 ホテルニュータナカ2階「平安の間(BC)」

(2) 役員会

- ・第1回
 - 日時 令和5年5月18日（木）15時～
 - 場所 山口県医師会6階「会議室」
- ・第2回
 - 日時 令和5年7月29日（土）
14時30分～15時（総会前）
 - 場所 ホテルニュータナカ2階「平安の間(A)」
- ・第3回
 - 日時 令和6年2月3日（土）
15時30分～（第32回研修会前）
 - 場所 ホテルニュータナカ3階「エジンバラ」

(3) 研修会

- ・第31回
 - 日時 令和5年7月29日（土）
15時30分～17時
 - 場所 ホテルニュータナカ2階「平安の間(BC)」
 - 講演 「オートプシー・イメージング (Ai) の有効活用法 ～法医学の立場から～」
鳥取大学医学部社会医学講座法医学分野
教授 飯野 守男 先生

・第32回

- 日時 令和6年2月3日（土）16時～
- 場所 ホテルニュータナカ2階「平安の間(BC)」
- 報告 「県警察本部からの報告・症例提示」
- 講演 「(演題未定)」
山口大学大学院医学系研究科法医学講座
教授 高瀬 泉 先生

(4) 意見交換会

- 日時 令和6年2月3日（土）18時～
- 場所 ホテルニュータナカ2階「平安の間(A)」

(5) 令和6年度山口県医師会表彰規程（地域社会貢献）による被表彰者の推薦

議長は事業計画(案)について質問を求めたが、会場からの質問はなかった。

また、令和5年度事業計画(案)は出席者の拍手をもって承認された。

以上をもって令和5年度山口県医師会警察医会総会は無事終了した。

総会に引き続き、山口県医師会警察医会第31回研修会が開催された。

多くの先生方にご加入頂いております！

お申し込みは
随時
受付中です

医師賠償責任保険
所得補償保険
団体長期障害所得補償保険
傷害保険

詳しい内容は、下記お問合せ先にご照会ください

取扱代理店	山福株式会社 TEL 083-922-2551
引受保険会社	損害保険ジャパン株式会社 山口支店法人支社 TEL 083-231-3580

損保ジャパン

山口県医師会警察医会第31回研修会

と き 令和5年7月29日(土) 15:30～17:10

ところ ホテルニュータナカ2階「平安の間(BC)」

[報告:長門市医師会/山口県医師会警察医会会長 天野 秀雄]

講演

座長:山口大学大学院医学系研究科法医学講座

教授 高瀬 泉

「オートプシー・イメージング(Ai)の有効活用法
～法医学の立場から～」

講師:鳥取大学医学部社会医学講座法医学分野

教授 飯野 守男

本日は、米子から湯田温泉まで山陰本線で4時間かけてやってきた。私のJR乗車乗り換えなしの最長記録である。

○法医学と死亡時画像診断

死因究明のための法医学的検査手段として、解剖などの肉眼的検査や顕微鏡学的検査が用いられてきた。他に免疫学的検査や中毒学的検査など分析機器を用いた検査、あるいはDNA型検査なども昨今行われている。その中で死亡時画像診断は、肉眼的検査と顕微鏡学的検査の中間に位置し、法医学分野においては比較的新しい手法と言える。また、死体を検査する検案と解剖のやはり中間に位置し、遺体を傷つけぬまま内部を観察し死因の診断ができる。

その名称はさまざまあり、「死後画像診断」は英語 postmortem imaging の直訳である。「死亡時画像診断」は Autopsy imaging の日本語訳で、各種法律、厚労省、医師会が用いている。一見英語に見える「オートプシー・イメージング(Autopsy imaging: Ai)」は、医師で作家の海堂尊が、死亡時画像診断を国民に広めるために作った和製英語であり、海外ではなかなか通じない。学問的には forensic radiology: 法医放射線学と呼称する。いずれも、遺体に対して各種画像診断技術を用いて死因等を診断する技術の総称であり、ほぼCTが用いられる。

Aiと比較し検案は侵襲性が低く、所要時間も短い。また、解剖の方が得られる情報量が多く、診断率も高い。逆にAiのコストは解剖ほど高くはなく、得られる情報は検案よりも圧倒的に多い。Aiは、検案と解剖のメリットをバランス良く内包する検査手法である。

○死亡時画像診断の歴史

1996～1997年ごろ、スイスのベルン大学で、解剖前の遺体のCT撮影が試みられた。スイスでは Virtual+Autopsy=Virtopsy と命名され、この Virtopsy チームから数々の論文が発表された。日本では2004年に千葉大学に遺体専用CTが設置され、同年、Ai学会が世界に先駆け設立された。

当時、Virtopsy チームの医師がこう予言した。「Virtopsy において、DNA 研究の歴史と同じ現象が起きるだろう。初めは誰もが懐疑的だが、最後には法制度の一部として受け入れられることになる」。15～20年経った現在、CTなしで解剖を始めるのは怖いと感じるほど、解剖前CT撮影が当然のこととなってきた。さらに、日本でも法律に「死亡時画像診断」という用語が取り入れられている。先の予言は的中した。

○日本における死亡時画像診断(Ai)

日本には系統解剖、病理解剖、承諾解剖、行政解剖、調査解剖、司法解剖の6種類の解剖がある。国際比較において、日本の解剖率は非常に低く(全死体の解剖率1.6%)、特に、異状死体の解剖率は10%前後で先進国の中では最低である。一方でCTの普及率は、OECD37か国の中で最も高い。

海堂尊は、この圧倒的に普及しているCTを遺体に使えば、低い解剖率をカバーできるのではないかと「死亡時画像診断」という言葉を提唱した。

しかし、一般病院のCTで遺体を撮影することはなかなか広まらない。誰が撮影するのか、費用はどこから出るのか、感染・臭気対策はどうすべきか等、さまざまな問題が提起され、結局、多くの法医学教室に遺体専用CTが入ることとなった。2008年、私のオーストラリア留学時の恩師は「10年以内に世界中の法医学機関が画像診断を利用できるようになる」と予言した。残念ながら、まだ世界中には普及していないが、厚労省の調査では、日本の82大学中33(40%)の法医学教室で、また、3監察医機関の内2機関でCTを導入・運用するようになった。

○鳥取県内の死亡時画像診断(Ai)実施状況

本学から鳥取県警科捜研に移った伊東美都紀先生が、院生時代(2019～2020年)の2年間行った調査結果から述べる。

鳥取県の人口は54万人、山口県の約半分以下で離島はない。東部・中部・西部の3区域に5人の検視官が配置される。

鳥取県におけるAiは、①救急指定病院で死亡確認されてのCT撮影、②院外死亡例で警察からAi依頼で医療機関に持ち込まれる場合、③大学法医学教室での解剖前のAi、の3通りあることがわかった。2019～2020年の2年間での異状死体は平均911体/年で、そのうち解剖は68体/年であった。救急指定病院等に搬送された症例では96%にAiを実施、院外死亡ではわずか27%の実施率、法医学教室では全例Aiが実施された。正確な死因究明には異状死体全例にAiを実施することが理想だが、鳥根県での異状死へのAi実施率は64%/年である。県が約1,000～1,500万円の予算を負担してくれれば、年間330例のAiを追加で行うことができ、Ai実施率100%が実現可能である。

○鳥取大学医学部法医学分野

鳥取大学医学部法医学分野では、先の6種類の解剖のうち、調査解剖と司法解剖を行っている。医師2名、歯科医師2名、解剖技官2名のスタッフの他、この10月にインドネシアから留学生が入学する。昨年まで在籍したブータンの留学生は

現在帰国し、法医学解剖を立ち上げようとしている。輪廻転生が深く信じられているブータンの解剖率は今はゼロである。

平成29年度に附属病院のCTを法医学教室に譲り受けた。おさがりのCT装置の分解・搬送・組立・設置には約300万円を要した。法医学教室の倉庫スペースにCT室を増設した費用なども含めると約4,000万円、県の支援事業で半額補助を受けた。CT装置は64列マルチスライス、ワークステーションはテラリコン製Aquarius NET、解剖前の遺体は全例、白骨でも下肢1体でも必ずCTを撮影し、画像として残す。他に、大型動物の撮影、非破壊検査の依頼も受ける。

法医学解剖としては、まず事件等発生状況を聴取し、遺体の全身をCT撮影、外表検査の後、解剖と各種検査を行い、死因を決定する。解剖室には大きなモニターを設置し、画像所見を肉眼所見に応用しながら解剖を進めている。スタッフのデスクモニターからも画像を参照できる。

○死後CTの特徴

遺体袋に入れたままCTを撮影するので感染リスクは極めて低い。64列では全身撮影でも1体30秒で行える。心拍・呼吸運動・体動によるアーチファクトはないので、鮮明な画像を撮影できる。

一方、死後変化の影響を強く受けるので、臨床画像との単純な比較はできない。既往歴にとらわれず、全身くまなく読影することが必要である。

○死後CTの有効活用法

1. 3D再構成を用いて複雑な損傷のビジュアル化が可能

複雑な骨折の場合、解剖という破壊行為で構造を開放すると、骨膜や腱でつながっていた骨片が重力で移動してしまう。高所転落の頭蓋骨粉碎骨折の解剖前CT画像からは、マウス操作一つで骨片の位置を確認でき、頭蓋骨を腔内から観察することも可能である。大型機械に挟まれ骨盤を離断した例などは、外表の写真だけでは離断の状況がわからない。骨盤深部の骨折や交通事故等の顔面粉砕骨折を解剖ですべて証明することは難しいが、CTであれば簡単に確認や表現ができる。

2. 計画的な解剖が可能になる(解剖前の病変診断)

CTが無い時代は、どこに出血があるかわからぬまま解剖を進めざるを得なかったが、心タンポナーデが解剖前のCTで診断できていれば、執刀医は解剖を胸部に留めることもできる。

腎生検後に院内で死亡が確認された60代男性については、解剖前CTで腎周囲後腹膜血腫が認められた。医療過誤か検査の合併症による死亡か、小さな病変の解明には解剖が必要となる。解剖では、生検針は腎実質を穿刺しており、動脈などは損傷していないことがわかり合併症での死亡と判断された。

3. 解剖よりも診断能力に優れる病態がある

ダイビング中、水面に急上昇した後に死亡した40代男性については、解剖前CTで脳内・舌内血管、心臓、全身の血管に空気塞栓が示された。遺体の中の本来あるべきでない器官での気体の存在は、CT画像では描出し得るが、解剖では直接証明できない。

循環存在下で頭部に開放性骨折を受傷すると、静脈経路で外気が流入し、心臓右心内など右心系に空気が循環により到達する。右心系の空気の存在は、頭部外傷受傷時に生存していた生活反応であり、頭部銃創自殺例で認められる。高所転落の頭蓋骨粉碎例では、頭蓋骨開放骨折から右心系に、胸部打撲による肺挫傷から左心系にも空気が入り込んでいた。転落時には循環は残っていたことになるので、少なくとも死体遺棄ではないと言える。

頭部を遠射された他殺例では、CTで頭蓋骨片と銃弾の金属片を検出できるので、射創の方向を立体的に再現できる。脳の至る所に骨片と金属片が見られるので、解剖単独で射創を証明するのは難しい。

50代女性が自宅で腹部に包丁が刺さった状態で発見された。解剖前CTでは、包丁が遺体に刺さったまま、包丁全体が入るよう撮影し、成傷器の刺さった角度、深さなどを証拠として画像保存した。解剖では、体表に逡巡創が多数あり、自殺の可能性が高いと考えた。他に上脘十二指腸動脈切断、臍頭部刺創、腰椎前面刺創などを認めた。CT画像は、金属アーチファクトにより周辺臓器

の状態がよくわからず、肝臓も損傷しているように見えたが、包丁は肝臓の葉間を刺破していた。このように、細かい損傷臓器・血管は解剖によって初めて証明できる。

老人ホームでケーキを食べた直後に意識消失した入所中の高齢女性のCTでは、喉頭に球状の高吸収異物を認めた。これは、オーストラリアの事例だが、日本では高齢者が餅を喉につまらせる。餅もCTでは高吸収に写り、時間経過とともに冷めて硬くなった餅は、一層、高吸収所見を示す。

4. 解剖の必要性の判断材料になる

認知症の男性が自宅から離れた屋外で徘徊中に亡くなったと思われる例である。CTで明らかな脳内出血を確認し、解剖の必要性を問うたが、令状を取った、という理由で解剖となった。結論は変わらず、内因性の脳出血の判断であった。

自宅階段の下で発見された70代男性には、解剖前CTで外傷、くも膜下出血、脳内出血及び脳挫傷を認めた。外因性の可能性があるため、こちらの症例では解剖する意義がある。最終的に、階段からの転落の原因は内因とされた。

どちらも脳出血の所見ではあるが、区別して判断する必要がある。

5. 解剖前の状態を撮影できる

台所で倒れているのを発見された女性は、解剖前CTで鼻口腔咽頭内に円形の異物がみられた。執刀医はCT画像を確認せず解剖を行い、喉頭内に咀嚼されていないブドウの粒を認め、喉頭へのブドウの陥頓による窒息と判断した。解剖中にブドウが咽頭から喉頭に移動した可能性があるのだが、今となっては分からない。

オーストラリアのケースである。殺人犯が、遺体をスーツケースに入れて土中に埋めたと供述した。オーストラリアではコローナ制が敷かれ、コローナ(死因究明調査権限を持つ裁判官)の許可なく警察官が死体に触れることはできない。このケースでは、警察官がスーツケースを開ける許可をコローナが出さず、スーツケースごとCT撮影した。骨条件で人骨であると判断、頭蓋骨陥没骨折の所見もあった。スーツケースを開けたところ、

遺体は死蝻化しており、解剖の結果、死因は「頭部外傷」と診断された。

アパートのベランダに放置してあったプランターの中から、嬰兒遺体が発見された。バスタオルにくるまれた遺体を取り出したところ、その下に別の遺体を認め、プランターごとCT撮影した。画像から1体の人骨であることがわかり、埋まった体位と被疑者の証言が一致するかを確認した。解剖では、骨を掘り出し一つ一つ確認するため、埋められた状態での体位は再現できない。この家に住む女性が、出産し遺棄したと供述した。

真夏の竹林で高度に腐敗した縊死体が発見された。縊死体は解剖となることは少ないが、頸のコードの巻かれ方に違和感があるとして解剖となった。解剖でもコードの巻き方は明らかにできるが、CT画像であれば全方向から立体的に見ることができる。解剖前CTでは甲状軟骨右上角の骨折と頭蓋内の多数の蛆を認めた。成人の縊死では、高い確率で甲状軟骨の上角が骨折するので、縊死事例のCTではその部分の詳細な観察が望ましい。

6. データの永久保存が可能

CT画像はサーバ内に保存し、解剖後に何かあれば参照できる。日本で遺体は火葬されることが多いので、異状死体を全例CT撮影すれば、後日、捜査に必要な際に役立つであろう。オーストラリアでは土葬が多く、解剖を行わなかった事例に埋葬後問題が発覚すれば、遺体を掘り起こす。埋葬前にCT撮影されていれば掘り起こす必要もなくなる。

7. 個人識別に利用可能

高吸収の手術材料等はCTで同定しやすく、生前の情報と照らし合わせて個人識別が可能となる。ペースメーカーとそのリード、人工弁と胸骨ワイヤ、人工関節、人工内耳、開頭手術時の骨ワイヤなどである。

住宅火災現場で発見された焼損死体である。居住していた70代男性には食道がんで食道ステントが留置され、食道がんの肺転移と左腎摘出既往があるとわかっていた。解剖前CTでは、遺体の

食道内に高吸収性のステントと肺転移、左腎欠損、及び転移性肝腫瘍もあると判明した。身元確認だけが目的であれば、CT撮影で充分かもしれないが、放火の疑いもあるため解剖を実施した。

生前のCT所見と死後画像を比較してのスーパーインポーズによる個人識別も可能である。保険金目的の連続殺人の被害者についてである。ホームレス男性が言葉巧みに加害者の養父とさせられ、衣食住を提供され、多額の保険金をかけられた。加害者グループは、交通事故に見せかけ殺害しようとしたが、被害者は救命され、要介護状態で加害者の元に帰ってきた。保険金は得られたが、加害者グループは面倒を見るつもりはなく、被害者は殺害され山中に埋められた。歯牙から身元が特定されるとわかっていた加害者たちは、被害者の上下顎を粉砕していた。2年後、頭蓋骨だけが発見されたが、身寄りがないためDNA検査も役に立たない。死後CTと偽装事故の際の頭部CTの画像を比較し、前頭洞及び生前の頭蓋骨骨折の一致をみた。副鼻腔の一つ、前頭洞の形状は、大きな外傷を伴わない限りは生涯不変とされ、個人識別に使われる（前頭洞指紋）。本症例では、生前・死後の頭蓋骨全体の3D再構成画像も一致し、犯人グループが検挙された。3Dスーパーインポーズによる世界初の身元確認事例である。

現在、月1例程度、スーパーインポーズでの身元特定の依頼がある。CTが普及している日本では、カルテ保存期間にかかわらず、画像データを長期保存していれば、災害・犯罪などでの個人識別に利用できる。

8. 解剖執刀医の危険が防止できる

下大静脈フィルターのような鋭利な医療材料を遺体から予め除いておけば、解剖中の執刀医のけがを防ぐことができる。

液体水銀を自殺目的で内服したオーストラリアの例である。コロナーは解剖の命を下したが、水銀に曝露すれば執刀医は水銀中毒となるおそれがあり、環境への水銀流出の危険もあるため、CT撮影を提言した。CTでは、あたかもバリウムを飲んだかのような、水銀が上部消化管粘膜に付着した像が撮影された。血中水銀濃度も上昇してお

り、水銀中毒と診断した。

9. 非医療関係者への説明に利用可能

頭をハンマーで殴られた例や胸を刺されたケースを、遺族や裁判員、法律家に説明する場合、CT画像が役立つこともある。実際の裁判員裁判での証言の際、あらかじめ裁判所から「解剖前の写真の提示は良いが、解剖時の皮膚を切開した写真は、裁判員の判断に影響するので見せないでほしい」と言われた。解剖所見の説明に解剖の写真を使用しない、矛盾する要望に、CT画像を用いて説明した。被告が外国人であり、通訳を交えた約40分の長い説明となった。

10. 全体像の把握が容易である

高所転落例で全身に何か所も骨折がある場合、CT再構成画像であれば、骨折を含めた損傷の全体像が1枚の画像からわかる。

自転車ごと大型トラックに引きずられ轢かれたケースでは、全身の骨折部位とトラックのタイヤの位置を比較し、身体のどの部分がどのタイヤで轢過されたかを推定した。当該トラックのドライバーは、轢過に気付かなかったので轢き逃げではないと主張し、最高裁で無罪となっている。

○死後CTの問題点と限界

1. 死後変化（血液就下、腐敗）の問題

血液が重力により下位に移動する血液就下は、死後の頭部CTで脳内高吸収所見となり、腫瘍性病変のように見えてしまう。

死後10日程度の遺体の、脳内の腐敗血管もCTでは高吸収を呈する。頭部CTではクモ膜下出血と読み間違えぬよう注意を要する。

死後体内に発生した腐敗ガスは、血管・筋肉・骨に認められ、CT画像上、空気塞栓と類似する。但し、空気塞栓のガス像は血管内のみ認める。空気塞栓の遺体が腐敗すると判別がつかなくなるので、CTだけでも早く撮影する。

2. 画像所見と解剖所見との不一致

解剖前CTで緊張性気胸を認めたが、解剖で判明した死因は肺動脈血栓の例があった。蘇生行為

により生じた肋骨骨折から肺挫傷を来し、なお陽圧換気を継続することにより、気胸の像を呈したと判断した。CT読影時に蘇生行為の有無を聞き取ることが極めて重要である。

3. X線透過性異物の見逃し

CTでは、プラスチック、PTP、ビニール、コルク、小さな魚骨は検出できない。

重度知的障害の40代の男性が、ショートステイ利用後から吐血・嘔吐を繰り返して亡くなった。解剖により、死因は吐物誤嚥による窒息とされた。解剖前CTでは胃内異物を疑われたが、胃内容物はすべて食物だった。腸閉塞を来した腸管内にプラスチック製の部品があり、男性の送迎に利用された車両のエアコンのルーバーの一部と判明した。解剖前CT画像で当該部品の検出を試みたが、特定できなかった。

○Aiの将来展望と発展の可能性

1. 死後造影

循環が停止している遺体への造影剤の注入には、スイスのVirtopsyチームと医療機器メーカーが共同開発した専用装置(Virtangio)を使用する。世界で22台しか売れなかったこの装置の一つが鳥取大学にある。鼠径部の動静脈内にカテーテルを挿入し、動脈→静脈と造影剤を注入し、造影剤の量と注入圧を測定・調整しながら造影していく。

路上で口論となった60代男性が、口論の最中に「気分が悪い」と言い、亡くなった。搬送先でのCT画像には、心タンポナーデと左胸腔内出血を認め、大動脈解離の2か所同時破裂と判断された。通常の解離では2か所同時の破裂は考えにくい。死後造影を行ったところ、左室心筋に造影剤の漏れがあり、心筋破裂がまず明らかとなった。加えて、心筋破裂部から胸腔内に造影剤が流出しており、蘇生行為で心嚢が破裂した故で、大動脈からの出血ではないと考えた。その上で解剖を行い、冠動脈が高度に狭窄して起こった左室心筋梗塞からの心破裂と分かった。死後造影により正確な判断に至った例である。

2. 物体撮影

スイスの Virtopsy チームは、事件・事故に関わったさまざまな物体も CT で撮影する。われわれもそれに倣っている。

拳銃自殺を疑う 40 代男性である。死亡現場の近くに落ちていた拳銃を警察が持ってきたので、拳銃も CT 撮影した。遺体の頭部銃創と拳銃の画像を重ね合わせ、銃口・射入口・射出口を一直線に並べ、右利きの人物が自分のこめかみを撃つ角度として不自然でないことを示した。

鳥取大学解剖学教室では、永年、動物の骨の研究が行われ、島根県の竹島と隠岐の島で絶滅したニホンアシカの研究をしている研究者がいる。入手したニホンアシカの剥製から DNA を取り出したいと、剥製体内にある骨を確認するため、CT 撮影をした。残念なことに針金で骨格を維持しており、剥製内に残る手指・足趾の骨からだけでは DNA 抽出は困難と判断された。

マグロは尾切りで肉質を判断する。尾切りの前に CT 画像で鮮度が分からないか、その基礎研究のために水産物の研究を行う産業技術センターからマグロの撮影依頼もあった。

3. 医学教育への応用

医学科 1 年生の基礎医学体験実習では、メロンに包丁を刺し CT 撮影し、ソフトを操作しながらメロンの断層画像を観察する。2 年生の系統解剖では、解剖実習で使う解剖体を事前に全身撮影し、CT 画像を参照しながら実習を行う。3 年生では研究室配属として 1 か月間画像研究に取り組む(後述)。

4. 死体検案手技への応用

肺の透過性維持、心・大血管の鋳型形成、膀胱内の多量の尿は、凍死の 3 大所見である。さらに、左右の心臓血の色調差がわかれば、死因を凍死とする条件が揃う。解剖前 CT で心臓の左右の位置を特定し、心臓血を分離採取し死体検案に応用している。凍死で特徴的な胃粘膜の出血斑(Wischnewski 斑)の確認のため、死後内視鏡を行うかどうかは今後の課題である。

○学生研究

心臓血採取に関連し、鳥取大学の医学部生から「CT が無い場合はどうしているのか」と質問された。それならば、CT 画像のない医師のために、心臓血を採取できる体表の位置を特定する研究をしてはどうか、と学生に勧めたところ、わずか 1 か月で研究を行った。(参考文献:RadFan)

右心系は心臓の前面の大部分を占め、壁の厚さは左心より薄い。終末期容積は左心系よりも大きく、死後の心臓血採取に適している。よって、右心房を穿刺目標部位とした。測定目的に合う 176 例の死後 CT 画像から、皮膚表面から右心房までの距離・角度、肋間や胸骨の位置等を測定した。

最適穿刺部位と胸骨・肋間との位置関係は、①胸骨右縁・第 4 肋間・垂直方向が 44.9%、②胸骨右縁・第 3 肋間・垂直方向が 35.2%、③胸骨右縁・第 4 肋間・斜め方向が 6.8% であり、①②だけでも 8 割に及んだ。これら 3 位置と右房背側 1/3 までの距離、斜めに穿刺する場合の角度、BMI との相関などから、以下の順番で心臓血採血を試みることを提案している。

①胸骨右縁 第 4 肋間から垂直に 10cm

②胸骨右縁 第 3 肋間から垂直に 10cm

③胸骨右縁 第 4 肋間から 10～20 度内側に 10cm

学生たちの研究では、77%の事例で①～③の 3 回以内で採血できると示唆している。

○Ai が有用だった検案事例

1. 交通事故

水中に転落した乗用車から 60 代男性が発見された。CT では大動脈解離、心タンポナーデの所見があり、胸部打撲の所見は無く、病死と判明した。鑑定嘱託はあったが、解剖は実施せず画像のみの鑑定となった。

2. 内因性急死

30 代男性が自宅で亡くなり、妻が解剖を希望した。解剖前に CT を撮影したところ、くも膜下出血の所見があり、動脈瘤破裂を疑った。原因血管の特定を望めば解剖すると妻に伝えたが、結局、解剖は希望されなかった。

3. 腐敗死体の脳出血

高度に腐敗した脳でもCTで血腫は高吸収域で撮影される。脳出血を死因とし、解剖は行わなかった。

4. 未治療の子宮がん

トイレで倒れていた高度腐敗死体のCTでは、子宮内に高吸収液体又は泥状物の貯留をみた。用手的に子宮内容物を剥離し、病理で検鏡してもらったところ、子宮の悪性腫瘍の可能性が高いとされた。

5. 高度腐敗した男性死体

高度腐敗例の死後CT画像を、生前の僅かな頭部CT画像に重ね合わせ、スーパーインポーズにより身元確認を行った。

○災害犠牲者身元確認作業におけるCTの有用性

2009年2月7日(土)、オーストラリアのビクトリア州北東部で大規模な原野火災が発生し、173名の住民が亡くなった。ビクトリア法医学研究所は住民の身元特定を目的に、被害者全員のCT撮影を行い、留学中だった私も読影に関わった。国際刑事警察機構Interpolの定めるDVI(Disaster Victim Identification: 災害犠牲者身元確認)のプロセスには5つのフェーズがある。この事故をきっかけに、Phase2(遺体情報収集)に死後画像診断が含まれるようになった。

現場の警察官は、バーコードタグの束を持ち、遺体と思しき対象にタグをつけ、ケースが重複しないようにする。CT画像では、骨条件でまずヒトかどうかを判断する。骨盤部に子宮を指摘できれば女性、陰茎の基部や前立腺を確認すれば男性である。半円状の針金が2つ並べば、ブラジャーのワイヤとして女性の可能性ありと読影レポートに記載し、実際にすべて女性だった。高吸収に写る携帯電話が遺体とともにあれば、それが身元に繋がる。ペースメーカー、リード、胸骨部のワイヤ、心臓の人工弁、そして冠動脈の石灰化のあった男性の遺体については、行方不明者の中で該当は一人しかおらず、画像所見が身元判明につながった。ワイヤやリードは、解剖で分かると思われるかもしれないが、完全に炭化した死体では火災現場から落下したものと判別がつかないこともあり、CTが有用と言える。

○まとめ

死後CTは死因究明のツールとしては非常に有用であり、死因診断以外にも個人識別や事件の再現などに利用できる。それは、解剖の代替ではなく、解剖を支える手段と言ってよい。解剖と死後CTの両輪でさらに正確な死因究明ができ、法医・病理医・放射線科医の連携により一層有用性が高まる。教育者としては、医学生にも死亡時画像診断を学んでもらい、医師になってからそれを活かしてほしいと思う。

表紙写真の募集

山口県医師会報の表紙を飾る写真を随時募集しております。

アナログ写真、デジタル写真を問いません。

ぜひ下記までご連絡ください。

ただし、山口県医師会会員撮影のものに限ります。

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

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

令和5年度 第1回JMATやまぐち災害医療研修会

と き 令和5年5月21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 上野 雄史]

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、山口県医師会が企画し、年2回開催している。近年は、第1回はグループワーク形式、第2回は講演形式としている。本年度第1回となる今回は、昨年の研修会と同様に、テーマは「被災地JMAT初動シミュレーション」としてグループワーク形式で開催した。参加対象は、各都市医師会災害医療担当役員・事務職員等、各都市医師会が推薦する者（医師、ロジスティクス担当者）としていたが、山口県薬剤師会、山口県看護協会にも協力いただき、医師、看護師、薬剤師、放射線技師、救急救命士、理学療法士、臨床工学技士、臨床検査技師、作業療法士、事務職員と多職種にわたり、27名の参加をいただいた。ファシリテーターとして、JMATやまぐちプロジェクトチームから三田尻病院院長の豊田秀二先生をはじめ、11名の方々に出務いただいた。

事前学習

参加者には、研修当日までに、e-learningシステム（JMAT-e）による事前学習を必須事項として受講していただいた。内容は、昨年度と同様に、「本部機能（都道府県医師会）」、「山口県における災害医療の状況」、「災害医療用語」、「活動拠点本部（DMAT）」、「情報の共有」、「クロノロジー」、「J-SPEED」の項目で、10～45分の動画による講義を提供した。本年度は山口県公認心理師協会監修のもと、山口県医師会が作成した「災害医療支援者心のセルフケア」の項目を追加した。

会長挨拶

加藤会長 JMATやまぐちは平成26年に発足し、

毎年研修会を開催しており、令和3年から「被災地JMAT」をテーマにグループワーク形式の研修会を行っている。本日、研修を受けられて、地元が被災地になった時のことを想定し、平時から、地元の医師会との連携を深めていただきたい。

グループワーク

参加者を、圏域を中心に5～6名の5グループにわけ、各グループに2名のファシリテーターを配置した。

大規模な地震と津波による自地域の被災時における活動を想定し、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つの場面の設問を設けた。進行役の豊田先生が被災地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。設問ごとに代表グループが意見を発表し、豊田先生が解説され、その後、振り返りの時間を設け、理解を深めた。

グループワークに先立ち、豊田先生から「被災地JMAT」の活動の概念について説明がなされた。

要旨

東日本大震災の経験をもとに、自衛隊、DMAT、支援JMAT等、急性期からさまざまな団体が災害現場で活動する体制が整えられた。混乱の中で指揮命令系統を明確にするのが必要である。自地域が被災地となった際、発災直後、被災地において自衛隊やDMATが到着する前から、被災地で活動できる状態の医療関係者が行う自律的な災害医療活動の体制づくりをするのが必要である。

【設問1】

あなたは災害時に、被災地 JMAT として活動する意志がある方で、山口県〇〇市で働いている。

202X年11月14日（日曜日）、発災1日目。

午後2時、山口県〇〇市で震度6強の地震が発生。家屋倒壊も散見。約60分後に5m級の津波到達との情報あり。

まず、どのような行動をとるか？

（解説）

- ・自分の安全の確保、家族、職員の安全確認が必要。
- ・常日ごろから、地域のハザードマップ等を確認しておくことが必要である。
- ・避難は、時間があれば水平移動、時間がなければ垂直移動。
- ・津波は繰り返し何回も来る可能性があることを念頭に置かなければならない。

【設問2】

午後3時、1mの津波到達。〇〇市の中心部の一部浸水。家屋の流出はなく。主に床上浸水。

午後5時、津波が引いた。

高台に避難しており自身は無事。チームメンバーも近くに避難している。

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、ライフラインなどを確認する。
- ・被災地 JMAT として活動できるようであれば、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。
- ・「JMAT やまぐち活動マニュアル～被災地 JMAT 版～」に発災直後の行動、準備について記載してある。

【設問3】

所属医師会館に連絡したが応答はなく（日曜日発災の設定）、チームメンバーと医師会館に向かった。

午後7時、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。

まず、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。チームリーダーは誰であるかということ、今後、医師会長等に代わる可能性があることも告げる。
- ・現メンバーで何ができそうであるかということも説明する。
- ・各関係機関（市役所、消防、警察、保健所等）にも連絡をとり、情報を共有する。（「JMAT やまぐち活動マニュアル 資料集」に各関係機関を掲載している。）
- ・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（各郡市医師会にどのようなものが準備されているかの確認も必要）。
- ・クロノロジーを作成し、組織図、コンタクトリストを明確にする。時間があれば内容を電子化し、日報にあげる。
- ・夜間の野外活動は極力控える。

【設問4】

発災2日目。

午前6時、医師会長が会館に到着し、情報、状況を伝え、医師会長に指揮を委ねた。

午前8時、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あり。そこに山口県医師会から派遣された統括 JMAT もいる。

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）

○どのような行動をとるか。

- ・「JMAT やまぐち派遣可能チーム報告書」に記入し山口県医師会に FAX。事後報告でもよい。
- ・災害診療録、紙版 J-SPEED を準備する（マニュアルに掲載）。
- ・災害拠点病院までの経路の安全を確認する。
- ・必要資器材を確認する。

○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。
- ・DMAT と密に連携し、情報を共有する。
- ・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。EMIS が使えればそれから情報をとる。

○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。
- ・地域によって状況が異なるので、地域の災害医療コーディネーターの指示を仰ぐ。
- ・専門外のことでもできること、手伝えることは積極的に行う。できないということを言わないようにする。

○1日の活動終了後

- ・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。自分の安否報告も行う。
- ・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（地域保健医療調整本部）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。問題があれば所属医師会等に支援を要請。

設問を提示し、豊田先生が状況説明を行った後、グループディスカッションを行い、各グループで

ホワイトボードに意見をまとめ、代表グループの発表者が発表を行い、豊田先生が解説を行った後、ふりかえりの時間を設け、知識を深めた。各グループでファシリテーターの方々が上手く討論、発言を促され、和やかな雰囲気、各自、積極的に活発な意見交換が行われていた。今回は、同じ病院からのグループでの参加が多くみられ、被災の際、自院でどのように活動するか具体的な意見交換も活発に行われていた。災害発生時、地元の自治体、医療機関がどのような体制をとることになっているのか、どのようなマニュアルがあるのか、所属医師会がどのような行動をする取り決めになっているのか、災害対策にどのようなツールがあるのか、どのような器具が準備されているのか、具体的に知らないとの意見が多くみられ、平時において、確認、情報共有、訓練を行うことの重要性を再確認した。

各自、本研修で学んだこと、感じたことを持ち帰り、各地域に応じた災害医療体制の構築に役立てていただけたら幸いである。研修会を開催するにあたり、参加いただいた方々、協力いただきましたファシリテーターの先生方及び、今回から事前学習に協力いただいた山口県公認心理師協会会長で、宇部フロンティア大学の榎本先生に、この場をお借りして厚くお礼申し上げます。

県下唯一の医書出版協会特約店

医学書専門 井上書店
看護学書

〒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。



ホッ！これで安心。

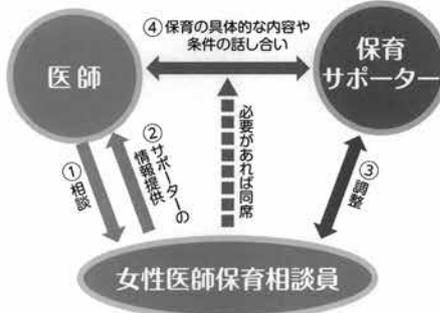
保育サポーターバンクとは…

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

支援の例

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

支援の流れ



- 詳しいことのお問い合わせや、サポーターの支援を受けたい時は、下記にご連絡ください。女性医師保育相談員がすぐに対応いたします。山口県内の医師はどなたでも利用できます。
- その他、バンクの運営とは別に、県医師会の女性医師保育相談員は、保育園入園等や民間のベビーシッター派遣に関する相談も受け付けて、できる限りの仲介・調整をします。お気軽にご相談下さい。



山口県医師会 保育サポーターバンクをご活用ください。

仕事と家庭(育児)の両立を目指している
 医師の方々へ

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

山口県医師会 女性医師保育相談員

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

メール・FAXはいつでも受け付けます。

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

山口県医師会は、育児中の働く医師を応援します!

中高生を対象とした医師の職業体験実習

と き 令和5年8月6日(日) 10:00～12:30

ところ 宇部興産ビル4階

[報告:理事 白澤 文吾]

医療職への理解を深めるとともに、その魅力を体験して、将来、県内で活躍してくれる医師を養成することを目的に本事業を開催しており、今回で5回目となる。

県内の中学校、高等学校に開催の案内を行ったところ、69名の応募があり、定員(40名)を大きく上回ったため、厳正な抽選を行い、50名に参加していただくこととした。結果として、中学生27名、高校生19名の合計46名が参加した。

なお、県内の新型コロナウイルス感染症の報告数が増加傾向にあったため、参加者にはマスク着用と手指消毒を徹底して、開催した。

当日は、山口リハビリテーション病院の清水良一先生、山口大学医学部の桂准教授、久永講師、竹内助教、済生会下関総合病院の溝口先生、山口大学医学部6年生の学生12名に協力いただいた。また、本会からは茶川常任理事、藤井理事、岡理事と私が参加した。

はじめに清水良一先生から、救急蘇生の実技に繋がる内容で、生命を維持するためのエネルギー代謝について講義をしていただき、その後、参加者は5つのグループに分かれて、採血、心肺蘇生、血圧測定、縫合・結紮をそれぞれ体験した。なお、今回は参加者の増加に対応するため、「医学生へ何でも聞いてみよう! (医学生への質問と山口大学病院紹介のコーナー)」というブースを増やし、現役の医学生と中高生が直接、いろいろな話ができるようにした。

最後に、私から山口大学医学部の入試制度やカリキュラム、山口県の地域医療の現状等について話をした。

今回の体験を通じて参加した中高生が、一人でも多く医師やコメディカルとなり、山口県内で従事されることを願うばかりである。

参加者の感想(抜粋)

面白かったこと、勉強になったこと

- ・体験コーナーの内容がとても面白かった。(5)
- ・実際に体験コーナーでいろいろなことを試みて、現場でどんなことがされているのかを知ることができ、職業選択の良い材料になった。(2)
- ・体験コーナーで普段、使うことができない器具や、やらないことをして、とても勉強になり、印象に残った。(2)
- ・医療は理論的になっており、すべての方法に意味があるのだと思った。
- ・実際に行った実技で、コツ、ポイント、裏ワザなど教えてもらって、勉強になった。
- ・一番初めの講義でATPのことを詳しく知ることができ、楽しかった。学校の授業では聞けない話ばかりで、もっとこのような話を聞きたいと思った。
- ・ATPは30秒～1分30秒くらいで交換しなければならないということがとても勉強になった。(2)
- ・縫合の時、熱心に教えてもらい、とても理解でき、面白かった。(5)
- ・縫合・結紮や採血を体験し、まるで自分が医師みたいだと思った。
- ・初めて結紮をしたことが一番、印象的だった。普段体験することのできない医療行為をして、難しさを知った。
- ・縫合の時、はさみをスムーズに開くことができなかったが、上手に縫合することができてよかった。
- ・縫合・結紮の所作1つ1つに合理的な理由があることが面白かった。
- ・心肺蘇生時、周囲を確認することの大切さがよく分かった。(2)

- ・心肺蘇生が一番役に立つと思ったので、復習しておきたい。(3)
- ・心肺蘇生の流れを実際に体験できたことが勉強になった。(5)
- ・心肺蘇生を高齢者にすると、肋骨が折れてしまうが、逆に折れてないとしっかり心肺蘇生ができてなかったことになることが勉強になった。
- ・採血を実際に体験できたことがとても面白かった。(2)
- ・採血がとても難しかったが、「こうしたらいいよ」と教えてくださり、理解できた。
- ・採血の時、少し刺す角度が違うとうまく刺さないことを意識することが大事だと分かった。
- ・採血の準備をするのが楽しかった。
- ・医学生の話がとても面白かった。また、分かりやすく説明してもらえた。(2)
- ・医学生に数学を克服する方法を覚えてもらったので、やってみようと思う。
- ・医学生に教えてもらった面接のコツ等が勉強になった。
- ・医学生と直接お話しできて、今後の勉強に取り組む姿勢や入学後について、とても勉強になった。
- ・医学生の方のお話を聞き、今までよりも将来のビジョンを明確にすることができた。
- ・医学生の方がとても優しく教えてくださり、緊張がとけた。
- ・血圧測定時に聴診器を用いた方法だったこと。デジタル化の時代であえて聴診器を用いるのは

- 面白かった。
- ・女性医師の活動率が低いことに驚いた。山口県に貢献できるような医師になりたい。
- ・今の医療の現状について知ることができ、勉強になった。(4)
- ・地域医療の現況が大変なことを知った。

難しかったこと、あまり理解できなかったこと

- ・最初の講義が難しかった。(6)
- ・体の代謝の仕組みが複雑で難しかった。(6)
- ・ATP、ADPの話が少し難しかった。(2)
- ・縫合・結紮が難しかった。(4)
- ・縫合・結紮の時、針を使うのが難しかった。(3)
- ・縫合・結紮で、針を入れるときに90°を意識して入れることが難しかった。
- ・縫合・結紮が難しかったが、あこがれていた部分もあり、うれしかった。
- ・血圧測定が難しかった。(2)
- ・血圧測定で音が聴こえなかった。(2)
- ・血圧測定は片手で作業するのが難しかった。
- ・血圧測定などの専門的なことがあまり理解することができなかった。
- ・心肺蘇生の手順が複雑で難しかった。
- ・心肺蘇生の時、うまく肺に空気を入れることができなかった。(2)
- ・心肺蘇生はたくさんすることがあって大変だった。
- ・心肺蘇生の心臓マッサージで強く押すことが難しかった。



最初の講義



採血

- ・採血が難しかった。(2)
- ・採血で駆血帯を巻くのが難しかった。
- ・採血の時、上手く針が入らなかったのが難しかったが、分からないところも丁寧に教えてくれたので、理解しやすかった。
- ・大学受験の前期、後期、推薦枠などについてが難しかった。

その他

- ・とても良い経験になった。(3)
- ・体験や講義を受けることができ楽しかった。(3)
- ・先生方がとても優しく教えてくれて、貴重な体験ができた。(6)
- ・もう少し時間があればよかった。(2)
- ・また機会があれば参加したい。(2)

- ・医学部生が話しやすく、さまざまなことを知ることができてよかった。(2)
- ・勉強、がんばりたい。
- ・実際に体験することで得られた知識が多々あり、とても有意義な時間だった。
- ・時間が少なかったため、採血ができなかったことが残念だった。
- ・山口県で医者として働きたい気持ちがより一層強くなった。
- ・「医学生へ何でも聞いてみよう！」のコーナーで、よくある質問などに答えてほしい。
- ・医療についての関心が深まった。
- ・教え方がとても上手で分かりやすかった。
- ・早く終わった時に、質問に答えてくれて、いろいろなことがよく分かった。



心肺蘇生



血圧測定



縫合・結紮



医学生へ何でも聞いてみよう！

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4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ます、採否につきましては同委員会にご一任ください。場合によっては掲載をお断りすることがあります*。

*公序良俗に反するもの、特定の個人を誹謗中傷するもの、政治・宗教に関するものは掲載できません。

詳細に関するお問い合わせ先

山口県医師会事務局総務課内 会報編集係

TEL：083-922-2510 FAX：083-922-2527

E-mail：kaihou@yamaguchi.med.or.jp

令和5年度第1回医師国保通常組合会

と き 令和5年7月20日(木) 15:00～15:30

ところ 山口県医師会6階会議室

I 開会

事務長、出席議員の確認を行い、議員定数31名、出席議員26名で定足数に達しており、会議が成立する旨報告。

II 理事長挨拶

加藤理事長 本日は、暑い中お集まりいただき、ありがとうございます。

さて、7月14日、東京にて全国医師国民健康保険組合連合会の理事会が開催されました。

そこで話題となったのは国庫補助で、かつて32%だった定率分補助が13%にまで削減されたことでした。

また、削減後も、財政制度等審議会における財政制度分科会において、能力に応じた保険料負担と称し、所得水準の高い国民健康保険組合に対す

る定率補助はさらなる見直しを必要として、廃止することも検討すべきと打ち出されました。

これに全医連は日医と連携し、歯科医師国保と薬剤師国保とともに厚労省への申し入れを行い、本年度の国の予算編成では定率国庫補助の削減・廃止を避けることができましたが、今後も財務省から絶えず圧力がかかる可能性があります。

そして、高額医療についてであります。高額薬剤が生まれる中、こういった治療を必要とする方が増えていくと保険料を上げなければなりません。

次に、本組合における被保険者数ですが、日本全体の人口が減る中で、医師の高齢化と開業がさほど増えない状況が合わさり、減少に繋がっております。

また、勤労者皆保険の構想が広まっております。これは労働時間や条件にかかわらず、協会けんぽ

出席者

組合会議員

大島郡	野村 壽和	防府	村田 敦
玖珂	山下 秀治	防府	松村 康博
熊毛郡	沖野 良介	下松	山下 弘巳
吉南	弘中 克己	岩国市	小林 元壯
美祢郡	竹尾 善文	岩国市	西岡 義幸
下関市	綾目 秀夫	山陽小野田	藤村 嘉彦
下関市	青柳 俊平	光市	廣田 修
宇部市	西村 滋生	柳井	弘田 直樹
宇部市	高田弘一郎	長門市	清水 達朗
宇部市	矢野 忠生	美祢市	札幌 博義
山口市	成重 隆博		
山口市	佐々木映子		
山口市	鮎川 浩志		
萩市	綿貫 篤志		
徳山	津永 長門		
徳山	高木 昭		

役員

理事長	加藤 智栄
副理事長	沖中 芳彦
常務理事	長谷川奈津江
常務理事	上野 雄史
理事	前川 恭子
理事	河村 一郎
理事	茶川 治樹
理事	縄田 修吾
理事	白澤 文吾
理事	竹中 博昭
理事	木村 正統
理事	岡 紳爾
理事	藤井 郁英
理事	國近 尚美
監事	宮本 正樹
監事	友近 康明

等への加入が必要となるものですが、国保組合の被保険者数の減少に繋がるのではないかと危惧されております。

8月5日に中国四国医師国保組合連絡協議会が開催されますが、ここで合併・統合シミュレーションについて議論することとしております。これは、組合の運営が困難となった場合の1つの選択肢として検討するものですが、デメリットも考慮しつつ、視野に入れていきたいと思っております。

本日は、3つの審議事項がございますが、何卒慎重なご審議のほど、よろしくお願いたします。

議事録署名議員指名

議長、議事録署名議員を次のとおり指名。

- 青柳 俊平 議員
廣田 修 議員

III 議案審議

承認第1号 令和4年度事業報告について

長谷川常務理事「1 被保険者」の1.「被保険者の状況」では令和3年度末の3,717人に対し、令和4年度末は3,596人と減少している。

要因として、75歳到達者が広域連合へ異動すること、また、先生方のお子様が独立されることが挙げられる。

なお、平成19年度末の5,809人がピークとなり、15年間で2,213人の減少、約62%に落ち込んでいる。

2.「被保険者数の推移」では、「70歳以上(再掲)の一般」となる2割負担者と、未就学児が若干増加しているものの、それ以外は軒並み減少している。

3.「介護保険第2号被保険者数の推移」では、40歳以上65歳未満を掲げているが、乙家族の若干の増加を除けば、やはり減少傾向である。

また、「参考 後期高齢者組合員の状況」では、組合員の高齢化が進んでいることが分かる。

「甲種組合員の年齢構成」は、令和4年5月1日現在で示しており、平均年齢は、63.7歳となっている。

1 被保険者

1. 被保険者の状況

Table with 6 columns: 種別, 内訳, 3年度末現在数, 4年度中加入者数, 4年度中脱退者数, 4年度末現在数, 構成比. Rows include 甲種組合員, 甲種組合員の家族, 乙種組合員, 乙種組合員の家族, and 合計.

注()は、平成9年9月1日以降に適用除外承認を受けて加入した者の人数で、下段の再掲である。

2. 被保険者数の推移

Table with 10 columns: 年月, 甲種組合員, 甲種組合員の家族, 乙種組合員, 乙種組合員の家族, 合計, 70歳以上(再掲)現役並み, 70歳以上(再掲)一般, 65~74歳(再掲), 未就学児(再掲). Rows for months 4-12 and 1-3, plus annual average.

注()は、平成9年9月1日以降に適用除外承認を受けて加入した者の人数で、下段の再掲である。

3. 介護保険第2号被保険者数の推移

Table with 6 columns: 年月, 種別, 甲種組合員, 甲種組合員の家族, 乙種組合員, 乙種組合員の家族, 合計. Rows for months 4-12 and 1-3, plus annual average.

注()は、平成9年9月1日以降に適用除外承認を受けて加入した者の人数で、下段の再掲である。

参考 後期高齢者組合員(被保険者でない組合員)の状況

Table with 5 columns: 種別, 内訳, 3年度末現在数, 4年度中加入者数, 4年度中脱退者数, 4年度末現在数. Rows for 甲種組合員, 乙種組合員, and 合計.

4. 甲種組合員の年齢構成 (令和4年5月1日現在)

Table showing age composition of Category A members as of May 1, 2022. Columns include age group, number of members, gender breakdown, and notes.

2 保険給付

1. 医療給付の状況

(1) 全体分

Table of medical benefits for the total population. Columns: Category, Item, Quantity, Amount, Insured Share, Co-payment, Other Share.

(2) 前期高齢者分再掲

Table of medical benefits for the previous period elderly population.

(3) 70歳以上一般分再掲

Table of medical benefits for the general population aged 70 and over.

(4) 70歳以上現役並み所得者分再掲

Table of medical benefits for the previous period active/semi-active population aged 70 and over.

(5) 未就学児分再掲

Table of medical benefits for the previous period non-school children.

2. 療養の給付等内訳

(1) 全体分

Table of medical benefits breakdown for the total population.

(2) 前期高齢者分再掲

Table of medical benefits breakdown for the previous period elderly population.

(3) 70歳以上一般分再掲

Table of medical benefits breakdown for the general population aged 70 and over.

(4) 70歳以上現役並み所得者分再掲

Table of medical benefits breakdown for the previous period active/semi-active population aged 70 and over.

(5) 未就学児分再掲

Table of medical benefits breakdown for the previous period non-school children.

3. 診療費内訳

(1) 全体分

Table of medical fee breakdown for the total population, including hospitalization, outpatient, dental, and total statistics.

(2) 前期高齢者分再掲

種別	件数	日数	費用額	受診率	1件当たり 日数	1件当たり 費用額	被保険者 1人当たり 費用額
入院	126 [㊦]	1,272 [㊧]	92,786,990 [㊨]	0.20 [㊩]	10.10 [㊪]	736,405 [㊫]	149,898 [㊬]
入院外	4,993	6,787	91,120,300	8.07	1.36	18,250	147,206
歯科	1,636	2,501	19,527,920	2.64	1.53	11,936	31,548
合計	6,755	10,560	203,435,210	10.91	1.56	30,116	328,652
参考3年度	6,842	10,881	220,400,420	10.94	1.59	32,213	352,641

(3) 70歳以上一般分再掲

種別	件数	日数	費用額	受診率	1件当たり 日数	1件当たり 費用額	被保険者 1人当たり 費用額
入院	13 [㊦]	191 [㊧]	12,529,840 [㊨]	0.27 [㊩]	14.69 [㊪]	963,834 [㊫]	261,038 [㊬]
入院外	462	730	12,180,620	9.63	1.58	26,365	253,763
歯科	126	191	1,422,430	2.63	1.52	11,289	29,634
合計	601	1,112	26,132,890	12.53	1.85	43,482	544,435
参考3年度	778	1,404	18,564,380	14.41	1.80	23,862	343,784

(4) 70歳以上現役並み所得者分再掲

種別	件数	日数	費用額	受診率	1件当たり 日数	1件当たり 費用額	被保険者 1人当たり 費用額
入院	61 [㊦]	650 [㊧]	39,335,700 [㊨]	0.29 [㊩]	10.66 [㊪]	644,848 [㊫]	188,209 [㊬]
入院外	1,763	2,510	44,495,180	8.44	1.42	25,238	212,896
歯科	571	851	6,986,110	2.73	1.49	12,235	33,426
合計	2,395	4,011	90,816,990	11.46	1.67	37,919	434,531
参考3年度	2,418	3,919	98,484,780	11.04	1.62	40,730	449,703

(5) 未就学児分再掲

種別	件数	日数	費用額	受診率	1件当たり 日数	1件当たり 費用額	被保険者 1人当たり 費用額
入院	10 [㊦]	37 [㊧]	2,014,770 [㊨]	0.11 [㊩]	3.70 [㊪]	201,477 [㊫]	22,386 [㊬]
入院外	695	1,018	7,336,660	7.72	1.46	10,556	81,518
歯科	138	159	1,165,220	1.53	1.15	8,444	12,947
合計	843	1,214	10,516,650	9.36	1.44	12,475	116,851
参考3年度	841	1,346	16,501,490	9.15	1.60	19,621	179,364

4. 高額療養費負担

件数	費用額	保険者負担分	高額療養費	被保険者 負担分	他法負担分	
433	318,959,749 [㊦]	225,570,127 [㊧]	60,937,038 [㊨]	29,900,863 [㊩]	2,551,721 [㊪]	
参考3年度	411	324,291,126	228,595,063	61,000,389	31,475,155	3,220,519

5. 傷病手当金

種別	支給者数	日数	傷病手当金
甲種組合員	14 [㊦]	79 [㊧]	474,000 [㊨]
甲種組合員家族	1	4	10,000
乙種組合員	22	506	1,518,000
計	37	589	2,002,000
参考3年度	21	1,839	8,319,000

6. その他の保険給付

種別	件数	支給額
出産育児一時金	22	9,240,000 [㊦]
葬祭費	4	800,000
参考3年度	19	7,964,000
参考3年度	4	800,000

3 保健事業

1. 健康診断の実施

実施都市医師会	実施者					費用額	助成金	
	甲種組合員	甲種組合員の配偶者	乙種組合員	乙種組合員の配偶者	計			
18	253 [㊦]	149 [㊧]	765 [㊨]	15 [㊩]	1,182 [㊪]	26,873,522 [㊫]	26,620,232 [㊬]	
参考3年度	18	257	161	790	13	1,221	27,674,802	27,263,652

2. 保健事業費の助成

甲種組合員	保健事業費	
932 [㊦]	632,400 [㊧]	
参考3年度	945	661,500

3. 特定健康診査・特定保健指導の実施

(1) 特定健康診査

	実施者			計
	特定健康診査受診者	特定健康診査受診者と見なした者 健康診査受診者	事業者健康診査受診者	
甲種組合員	22	227	0	249
甲種組合員の家族	36	137	0	173
乙種組合員	174	572	69	815
乙種組合員の家族	15	14	0	29
計	247	950	69	1,266
参考3年度	301	956	84	1,341

(2) 特定保健指導

	動機付け支援		積極的支援	
	対象者	利用者	対象者	利用者
甲種組合員	24	0	10	0
甲種組合員の家族	2	0	3	0
乙種組合員	29	1	13	0
乙種組合員の家族	0	0	0	0
計	55	1	26	0
参考3年度	64	1	33	0

4. 死亡見舞金の支給

甲種組合員	4件	400,000円
乙種組合員	3件	300,000円
合計	7件	700,000円
参考3年度	5件	500,000円

5. 第19回「学びながらのウォーキング大会」

開催日	中止
開催場所	-
参加者数	-
特別講演	-
ウォーキングコース	-

6. 甲種組合員（後期高齢者組合員を除く）疾病分類（令和4年5月診療分）

番号	疾病別大分類	45歳未満	45～69歳	70～74歳	計
1	感染症及び寄生虫症	0 [㊦]	1 [㊧]	4 [㊨]	5 [㊩]
2	新生物	0	18	8	26
3	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	0	2	0	2
4	内分泌、栄養及び代謝疾患	2	35	15	52
5	精神及び行動の障害	1	6	0	7
6	神経系の疾患	0	9	5	14
7	眼及び付属器の疾患	6	27	6	39
8	耳及び乳突突起の疾患	0	6	0	6
9	循環器系の疾患	0	40	22	62
10	呼吸器系の疾患	1	15	4	20
11	消化器系の疾患	0	19	4	23
12	皮膚及び皮下組織の疾患	0	2	3	5
13	筋骨格系及び結合組織の疾患	0	15	4	19
14	腎尿路生殖器等の疾患	2	8	10	20
15	妊娠、分娩及び産後	0	0	0	0
16	周産期に発生した病態	0	0	0	0
17	先天奇形、変形及び染色体異常	0	0	0	0
18	症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	0	8	4	12
19	損傷、中毒及びその他の外因の影響	2	4	1	7
合計		14	215	90	319

7. 死没甲種組員（後期高齢者組員を含む）疾病分類（令和4年度）

番号	疾病別大分類	人数
1	感染症及び寄生虫症	1
2	新生物	5
3	血液及び造血系の疾患並びに免疫機構の障害	0
4	内分泌、栄養及び代謝疾患	0
5	精神及び行動の障害	0
6	神経系の疾患	0
7	眼及び付属器の疾患	0
8	耳及び乳突突起の疾患	0
9	循環器系の疾患	0
10	呼吸器系の疾患	0
11	消化器系の疾患	1
12	皮膚及び皮下組織の疾患	0
13	筋骨格系及び結合組織の疾患	0
14	腎尿路生殖器系の疾患	1
15	妊娠、分娩及び産後	0
16	周産期に発生した病態	0
17	先天奇形、変形及び染色体異常	0
18	症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	0
19	損傷、中毒及びその他の外因の影響	0
合計		8
死亡者の平均年齢		73.8

4 組 合 会

開催月日	提 出 議 案
7月21日	<p>第1回通常委員会</p> <p>1. 承認事項 承認第1号 令和3年度事業報告について</p> <p>2. 議決事項 議案第1号 令和3年度歳入歳出決算について 議案第2号 令和3年度歳計剰余金の処分について</p>
2月16日	<p>第2回通常委員会</p> <p>1. 承認事項 承認第1号 「理事の専決処分」事項について 承認第2号 令和5年度法令遵守（コンプライアンス）のための実践計画について</p> <p>2. 議決事項 議案第1号 規約の一部改正について 議案第2号 令和5年度事業計画について 議案第3号 令和5年度歳入歳出予算について</p>

5 理 事 会

回	開催月日	審 議 事 項
第1回	4月21日	1. 特定個人情報保護評価計画管理書及び基礎項目評価書の見直しについて
第2回	5月12日	1. 自家診療承認申請について 2. 組合議員について 3. 傷病手当金支給申請について
第3回	5月26日	1. 保険料減額免除について 2. 全医連第3回運営委員会「Web」について
第4回	6月9日	1. 第19回「学びながらのワーキング大会」について 2. 傷病手当金支給申請について 3. 令和4年度保険料賦課状況について 4. 全医連第4回理事会「Web」について
第5回	6月23日	1. 理事長・副理事長・常務理事及び法令遵守（コンプライアンス）担当理事の互選について
第6回	7月7日	1. 第1回通常委員会について 2. 傷病手当金支給申請（新型コロナウイルス感染症）について
第7回	8月4日	1. 傷病手当金支給申請について 2. 中国四国医師国保組合連絡協議会について 3. 全医連代表者会について
第8回	9月1日	1. 傷病手当金支給申請（新型コロナウイルス感染症）について 2. 全医連第1回運営委員会について
第9回	9月15日	1. 傷病手当金支給申請について 2. 全医連第1回理事会「Web」について
第10回	10月6日	1. 傷病手当金支給申請（新型コロナウイルス感染症）について 2. 全協第1回理事長・役員研修会について
第11回	10月20日	1. 傷病手当金支給申請（新型コロナウイルス感染症）について 2. 全医連代表者会について 3. 全医連第60回全体協議会について
第12回	11月10日	1. 傷病手当金支給申請（新型コロナウイルス感染症）について
第13回	11月24日	1. 傷病手当金支給申請について
第14回	12月8日	1. 国保問題検討委員会委員（案）について
第15回	12月22日	1. 傷病手当金支給申請（新型コロナウイルス感染症）について 2. 全医連第2回運営委員会について
第16回	1月5日	1. 傷病手当金支給申請（新型コロナウイルス感染症）について
第17回	1月19日	1. 規約の一部改正（理事の専決処分）について 2. 保険料減額免除内規の一部改正について 3. 令和5年度法令遵守（コンプライアンス）のための実践計画の策定について 4. 傷病手当金支給申請（新型コロナウイルス感染症）について
第18回	2月2日	1. 第2回通常委員会について 2. 傷病手当金支給申請（新型コロナウイルス感染症）について 3. 全医連第2回理事会について
第19回	2月16日	1. 令和4年度版「医師国保組合の将来を考える」アンケート調査について 2. 傷病手当金支給申請（新型コロナウイルス感染症）について 3. 全協第2回理事会・役員研修会について 4. オンライン資格確認の推進に関する説明会「Web」について
第20回	3月2日	1. 傷病手当金支給申請（新型コロナウイルス感染症）について 2. 山口県国民健康保険団体連合会第4回理事会について
第21回	3月16日	1. 令和5年度中国四国医師国保組合連絡協議会の開催方法について 2. 傷病手当金（新型コロナウイルス感染症）の支給について 3. 傷病手当金支給申請について

6 監事会

7月7日、令和3年度歳入歳出予算の執行状況並びに同決算の状況について、詳細に監査を行った。

7 令和4年度全協中国・四国支部総会

5月21日、書面開催にて、令和3年度事業報告及び収支決算、令和4年度事業計画、予算、および会費徴収方法等について議決した。

8 令和4年度中国四国医師国保組合連絡協議会について

7月23日、高松市（香川県医師国保の担当）にて開催され、加藤理事長、神中・中村両副理事長、長谷川・上野両常任理事が出席。
代表者会議では全体会議の運営等について、全体会議では令和3年度事業報告・決算報告等の承認後、各県から提出された議題について協議を行った。
また、「国保組合の現状と課題」（厚生労働省大臣官房審議官 野村知司）の講演が行われた。

9 全医連代表者会

7月29日、東京において開催。加藤理事長が出席。
令和4年度会費額及び徴収方法、理事の選任を議決し、4年度事業計画・予算について報告が行われた。
また、「国民健康保険組合をめぐる状況と今後の医療の課題」（岩手医科大学医学部客員教授、元厚生労働省医政局長 武田俊彦）の講演が行われた。

10 全協理事長・役員研修会

9月28日、アルカディア市ヶ谷にて開催され、加藤理事長が出席。
「国民健康保険、国保組合の最近の状況について」（厚生労働省保険局国民健康保険課長 高木 有生）、および、「これからの地域包括ケアとかかりつけ医機能～ポストコロナの新たな課題」（東京海上日動火災保険株式会社顧問 武田俊彦）の講演が行われた。
2月3日、アルカディア市ヶ谷にて開催され、加藤理事長が出席。

「2 保険給付」の1.「医療給付の状況」の(1)全体分では、欄外の令和3年度と比較して、件数が約550件、費用額は約775万円の減となっている。

(2)前期高齢者分再掲については、65歳から74歳までの被保険者分を再掲したものであるが、費用額は令和3年度より約755万円の減となっているものの、(3)70歳以上一般分再掲では、約240件の減に対し、費用額が1,057万円の増となっている。また、(5)未就学児分再掲では、13件、644万円の減となっている。

4.「高額療養費負担分」では、所得により区分される自己負担限度額を超えた額を高額療養費として支給するが、令和3年度と比較して、22件増ではあるものの、ほぼ同額で約6,094万円を支給している。

5.「傷病手当金」では、疾病又は傷病のため引き続き10日を超えて休業・休職をされたとき、11日目から甲種組合員は1日につき6千円、乙種組合員は3千円を支給するものであるが、この表において該当するのは8件、141万円のみで、それ以外となる29件、59万2千円は、新型コロナウイルスに特化した傷病手当金となっており、組合員のみでなく、家族も対象となっている。

「3 保健事業」の3.「特定健康診査・特定保健指導」では、令和4年度における保健指導の利用開始者数が1人のみで、保健指導対象者には、利用券の送付による勧奨を行っているが、利用者の増加が見られない状況となっている。

なお、平成30年3月に、データ分析に基づく効果的・効率的な保健事業を実施するための「データヘルス計画」を策定したが、特定健診等の受診率向上を目標として、各郡市医師会別の受診実績を情報提供することとしている。

対象者2,311人に対し、特定健診受診者、及び、他の検診で同等と見なす者は1,261人で、受診率54.6%となっている。第3期特定健診実施計画で定めた令和4年度の目標値68%には、到達することができなかった。

また、各郡市医師会で対象者数等が異なるため

単純に比較できないが、受診率に大きな違いがある。なお、いずれも乙種組合員の受診率に比べ、甲種組合員とご家族の受診率が低い傾向にある。

特定健診では、自家健診を認めているので、ご家族の健診について、ご協力をお願いします。

5.「第19回『学びながらのウォーキング大会』」、及び、諸会議等においては、新型コロナウイルスの影響により、中止・書面開催となったものがあつたが、多くの会議が従来の形に戻つつある。

議案第1号 令和4年度歳入歳出決算

歳入歳出ともに予算額14億6,808万3千円に対し、歳入決算額は、14億9,391万1,554円、歳出決算額は11億8,229万6,315円で、歳入歳出差引額は3億1,161万5,239円となっている。

歳入の第I款「国民健康保険料」は、令和2年度に保険料の引き上げにより、前年度より約2億円増の保険料収入となったが、その後、被保険者数の減少にともない、年々減収となっている。

第II款「国庫支出金」の(2)「国庫補助金」については、平成28年度から令和2年度の5年間で補助率が引き下げられ減少傾向にあったが、3年度以降は、1億3千万円前後で推移している。

歳出の第III款「保険給付費」について、令和2年度は、コロナによる受診控えの影響で療養給付費が減少したが、3年度以降、コロナ前を上回る額となっている。

第V款「前期高齢者納付金等」の令和4年度支出額が事務費の1万3千円で、前年度に比べ約4,046万円の減があつたこと等により、単年度収支は令和3年度を約5,609万円上回る約6,703万6千円となった。

差引残高3億1,161万6千円は、令和5年度の繰越金となるが、予算2億7,382万5千円を3,779万1千円上回っている。

<歳入の部>

第I款「国民健康保険料」は、医療給付費分保険料等4種類の保険料の合計で、10億2,859万9千円の収入があり、収入総額の約69%を占め

令和4年度歳入歳出決算書

歳入の部		歳出の部	
予算額	1,468,083,000円	予算額	1,468,083,000円
決算額	1,493,911,554円	決算額	1,182,296,315円
歳入歳出差引額 311,615,239円			

歳入 (単位 円)

款 項	予算額	調定額	収入額	未収入額	予算額に対し増減(△)
I 国民健康保険料	1,035,226,000	1,028,599,000	1,028,599,000	0	△6,627,000
(1) 国民健康保険料	1,035,226,000	1,028,599,000	1,028,599,000	0	△6,627,000
II 国庫支出金	127,172,000	134,546,663	134,546,663	0	7,374,663
(1) 国庫負担金	3,141,000	3,695,213	3,695,213	0	554,213
(2) 国庫補助金	124,031,000	130,851,450	130,851,450	0	6,820,450
III 共同事業交付金	55,715,000	65,828,000	65,828,000	0	10,113,000
(1) 共同事業交付金	55,715,000	65,828,000	65,828,000	0	10,113,000
IV 財産収入	10,000	2,650	2,650	0	△7,350
(1) 財産運用収入	10,000	2,650	2,650	0	△7,350
V 繰入金	1,000	0	0	0	△1,000
(1) 準備金繰入金	1,000	0	0	0	△1,000
VI 繰越金	234,130,000	247,444,559	247,444,559	0	13,314,559
(1) 繰越金	234,130,000	247,444,559	247,444,559	0	13,314,559
VII 諸収入	15,829,000	17,490,682	17,490,682	0	1,661,682
(1) 預金利子	1,000	0	0	0	△1,000
(2) 雑入	15,828,000	17,490,682	17,490,682	0	1,662,682
合 計	1,468,083,000	1,493,911,554	1,493,911,554	0	25,828,554

歳 出		(単位 円)				
款 項	予 算 額	予算決定後増減額 (△)		予 算 現 額	支 出 額	不 用 額
		予 備 費 充 当 増 減 額 (△)	款 内 流 用 増 減 額 (△)			
I 組合会費	3,228,000	0	0	3,228,000	1,965,900	1,262,100
(1) 組合会費	3,228,000	0	0	3,228,000	1,965,900	1,262,100
II 総務費	38,324,000	9,956,072	0	48,280,072	44,356,547	3,923,525
(1) 総務管理費	37,824,000	9,956,072	0	47,780,072	43,890,547	3,889,525
(2) 徴収費	500,000	0	0	500,000	466,000	34,000
III 保険給付費	696,069,000	0	0	696,069,000	672,402,794	23,666,206
(1) 療養諸費	614,277,000	0	0	614,277,000	599,419,136	14,857,864
(2) 高額療養費	61,686,000	0	0	61,686,000	60,937,038	748,962
(3) 移送費	100,000	0	0	100,000	0	100,000
(4) 出産育児諸費	10,506,000	0	0	10,506,000	9,244,620	1,261,380
(5) 葬祭諸費	1,500,000	0	0	1,500,000	800,000	700,000
(6) 傷病手当金	8,000,000	0	0	8,000,000	2,002,000	5,998,000
IV 後期高齢者支援金等	223,223,000	0	0	223,223,000	222,090,726	1,132,274
(1) 後期高齢者支援金等	223,223,000	0	0	223,223,000	222,090,726	1,132,274
V 前期高齢者納付金等	14,000	0	0	14,000	12,823	1,177
(1) 前期高齢者納付金等	14,000	0	0	14,000	12,823	1,177
VI 介護納付金	135,464,000	0	0	135,464,000	135,463,838	162
(1) 介護納付金	135,464,000	0	0	135,464,000	135,463,838	162
VII 共同事業拠出金	71,193,000	0	0	71,193,000	70,125,612	1,067,388
(1) 共同事業拠出金	63,967,000	0	0	63,967,000	63,967,000	0
(2) 共同事業負担金	7,226,000	0	0	7,226,000	6,158,612	1,067,388
VIII 保健事業費	44,740,000	0	0	44,740,000	32,012,559	12,727,441
(1) 特定健康診査等事業費	5,119,000	0	0	5,119,000	3,673,287	1,445,713
(2) 保健事業費	38,621,000	0	0	38,621,000	27,639,272	10,981,728
(3) 死亡見舞金	1,000,000	0	0	1,000,000	700,000	300,000
IX 積立金	1,001,000	0	0	1,001,000	1,000,000	1,000
(1) 積立金	1,001,000	0	0	1,001,000	1,000,000	1,000
X 公債費	1,000	0	0	1,000	0	1,000
(1) 一般公債費	1,000	0	0	1,000	0	1,000
XI 諸支出金	3,199,000	0	0	3,199,000	2,865,516	333,484
(1) 償還金及び還付加算金	3,199,000	0	0	3,199,000	2,865,516	333,484
XII 予備費	251,627,000	△9,956,072	0	241,670,928	0	241,670,928
(1) 予備費	251,627,000	△9,956,072	0	241,670,928	0	241,670,928
合 計	1,468,083,000	0	0	1,468,083,000	1,182,296,315	285,786,685

ている。

なお、被保険者数の減少が見込み以上となったため、予算額に対し約663万円の減となっている。

第Ⅱ款第1項「国庫負担金」は、本組合の人員費等に対する事務費負担金で、被保険者数によって算定されるが、予算額に対し約55万円の増となっている。

第2項「国庫補助金」内の療養給付費等補助金では、本組合が支出した療養給付費等、後期高齢者支援金、介護納付金等に対する補助であり、合計して約1億2千万円の補助があった。

第Ⅲ款「共同事業交付金」は、全国国保組合協会が行う高額医療費共同事業で、各国保組合が拠出金を出し合い、1件が100万円を超えるレセプトについて、交付金が支給される。

交付額は6,582万8千円だったが、6,395万2千円（歳出：Ⅶ款1項1目19節）を支出しているため、交付額が187万6千円多くなり、共同事業の恩恵を受けている。

第Ⅳ款「財産収入」は、利息収入となっている。

第Ⅴ款の「繰入金」は、ない。

第Ⅵ款の「繰越金」は、令和3年度剰余金を繰り越した額であり、予算額を約1,331万円上回る2億4,744万4,559円となっている。

第Ⅶ款「諸収入」第1項「預金利子」は、平素組合の運用に充てている資金の利息であるが、利息のつかない決済性預金のため、利息はない。

第2項「雑入」内の返納金として、前期高齢者納付金の令和2年度の精算額等が、令和4年度概算額を超えたため、支払基金から1,738万4,856円の還付があった。

収入合計額は、14億9,391万1,554円で、前年度比99.01%となっている。

<歳出の部>

第Ⅰ款「組合会費」は、組合会開催に要した旅費等の経費で、196万5,900円を支出している。

第Ⅱ款の第1項「総務管理費」は、役員報酬等の人員費や旅費、消耗品費など事務経費として、また、第2項「徴収費」は、各郡市医師会へ保険料徴収事務費として、甲種組合員1人あたり

500円を交付しているものである。

なお、オンライン資格確認等の整備に係るシステム改修費用等で約996万円の予備費充当している。

第Ⅲ款「保険給付費」においては、療養給付費の増加を見込んでいたが、70歳以上の2割負担者を除いて全体的に減少したことと、出産育児一時金、傷病手当金の支給件数が少なかったため、款全体で約2,367万円の残額を生じている。

第Ⅳ款「後期高齢者支援金等」から第Ⅵ款「介護納付金」は、厚労省が示した算出式で予算額を計上しており、いずれも予算内での支出となった。

3款合計で、約3億5,757万円を社会保険診療報酬支払基金に納付している。

第Ⅶ款第1項「共同事業拠出金」は、全国国保組合協会に支払った高額医療費共同事業の拠出金等となるが、中間サーバー運営負担金で1万6,612円の不足が生じたため款内流用しており、款全体の支出では約7,013万円となっている。

第Ⅷ款「保健事業費」では、特定健診・特定保健指導、健康診断の経費等となるが、実施者数が伸び悩み、約1,273万円の不用額が生じている。

第Ⅸ款「諸支出金」では、令和3年度交付の国庫補助金を昨年度の精算で超過交付分として国庫に返還した額174万9,516円と、「未就学児に係る子育て世帯の保険料軽減」の93名分となる111万6千円を、償還金として計上している。

なお、本軽減分については、本年2月開催の組合会でご承認いただいた、「全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」の施行にともなう保険料軽減で、令和4年11月末日に未就学児がある組合員に対し、未就学児1名につき1万2千円を特別調整補助金にて交付したものである。

第Ⅹ款「予備費」については、第Ⅱ款への充当額を減額し、予算現額及び不用額は2億4,167万928円となる。

支出合計額は、11億8,229万6,315円となり、対前年度比93.7%となった。

議案第2号 令和4年度歳計剰余金の処分について

3億1,161万5,239円の剰余金が生じたため、全額を翌年度繰越金にしようとするものである。

令和5年度予算における繰越金は、2億7,382万5千円を計上しているため、予算額に対し約3,779万円の増額となる。

何卒慎重ご審議の上、ご承認の程お願いする。

監査報告

議長、監事の監査報告を求める。

宮本監事 山口県医師国民健康保険組合の令和4年度歳入歳出予算の執行状況並びに同決算の状況を監査したところ、適切に事業の執行がなされ、決算状況も適正であるものと認める。

令和5年7月6日

山口県医師国民健康保険組合

監事 藤野 俊夫

監事 宮本 正樹

監事 友近 康明

採決

議長、全議案について順次採決を行い、議員の挙手多数により原案どおり可決された。以上をもって議案の審議がすべて終了した。

V 閉会の挨拶

加藤理事長 本日は、慎重なご審議ありがとうございました。

議題の説明にありましたが、特定健診等の受診率が少々低い状況となっております。

受診による疾病の早期発見により、皆様の健康を維持していただければ、保険料の引き上げ回避にも繋がりますので、是非、ご家族なども含め受診していただければと思います。

本日は、ありがとうございました。

山口県医師会メールマガジンのお知らせ

山口県医師会では、メールマガジンにより会員の皆様へより多くの情報をお届けいたします。ぜひ、ご登録をお願いします。

メールマガジン配信をご希望の方は、①又は②の方法でご登録ください。

①スマートフォンの方

右のQRコードからアクセスし、必要事項を入力してください。

②パソコンの方

yamajoho@yamaguchi.med.or.jp へメールをお送りください。

(折り返し、登録に関するご案内をお知らせいたします。)

- ・本メールマガジンは配信専用です。
- ・ご連絡いただきましたメールアドレスは本事業でのみ利用し、他に提供はいたしません。



第167回山口県医師会生涯研修セミナー

と き 令和5年5月14日(日) 10:00～15:00

ところ 山口県総合保健会館 2階 「第一研修室」

特別講演1

「疾病治療率を向上させる 健診・人間ドックの方策」

東京慈恵会医科大学医学部 客員教授
日本人間ドック学会 理事/日本医療・健康情報研究所 所長 **和田 高士**

[印象記: 理事 藤井 郁英]



厚生労働省の研究課題「我が国における公衆衛生学的観点からの健康診査の評価に資する研究」において、これまで法定健診のみ研究が認可されてきたが、令和2年度から3年間、任意健診の研究として国から初めて認可され、研究助成を承認された和田高士先生に、山口県の健診・検診受診率の向上につながる「疾病治療率を向上させる健診・人間ドックの方策」について興味深い講演をしていただいた。

今回の講演の機会を得て、山口県に大変興味を持つようになった。本日の健診の話題について、まず乳がん検診に目を向けても、山口県の受診率は最下位にある。これを発端に、山口県の健診受診率と医療連携をどうするべきかという課題を考えた。

どうして山口県の乳がん検診受診率が最下位なのか、Chat GPT に聞いてみた。

- ・「山口県は乳がん検診の必要性や効果に対する認識が低い。」→当たりである。
- ・「乳がん検診に対する恐怖感や抵抗感がある。」→これも当たり。
- ・「乳がん検診に対する経済的な負担がある。」→これも当たり。しかし、実は県民所得は全国11位で、お金持ちだけれども、検診に対して経済的負担感を感じているということのようだ。
- ・「乳がん検診に対する時間的制約がある。」→こ

れはハズレだった。

・「乳がん検診に対する社会的支援が不足している。」→これは当たりだった。しかし、実際には休日や平日夜間のがん検診を受けられるサービスが提供されている。

では、この Chat GPT の答えが本当に正しいかを精査しなければならない。

県が出している『山口県の現状を見る』という中に、「県民の健康への意識は高まっていて、健康寿命は全国中位であり、男女ともに延びている」とある。延びてはいるが、それは本当にわずかで、他の県はどんどん延びていて、順位では山口県はむしろ落ちていて、トップレベルから下がってきて真ん中に位置している。山口県民の健康意識の高まりは実際はほとんどないように感じられた。

骨粗鬆症検診についても、山口県は最下位ではないが、低い状況にある。「骨粗鬆症検診の受診率が低い県ほど大腿骨骨折が多く、要介護率が高い。」という骨粗鬆症財団から出ている報告がある。

県民は山口県の医療に非常に頼っていて、信頼している。けれども、それは病気になって、より状態が悪くなってから来てしまう。その結果、一人当たり年齢調整後医療費ランキングでは、山口県の特徴は70歳以上の医療費がとにかく大きいために、全国でワースト4になっている。では、山口県民の健診・検診受診率はなぜ低いのか？健

診を受けない、あるいは、受けても特定保健指導の脱落率が非常に高い。そして、重症患者が増加して医療費が高くなる。ただ、健診を受けない理由・要因がわからない。

本日は8つの項目でお話する。

1. 健診と検診の違い

日本内科学会に掲載されている「健診・検診の評価と動向」という論文での定義が、厚生労働省内で決定され、全国自治体に通知されている。「健診」は特定健診のように、コレステロールや血圧などをチェックし、将来の脳卒中や心臓病のリスクを確認する検査群である。「検」診は現在の疾患自体を確認する検査群で、例えばがん検診などの特定の臓器の検診の場合は「検」を使う。

2. 健診の有用性

「健診って、役に立つの？」というようなことだが、実は、こういう包括的なパッケージをした健診は日本特有のものである。欧米はがん保険やいわゆるホームドクターとか、制度がいろいろ違うので、非常に厳しい評価を出している。健診受診者と非受診者の死亡率を比較したところ、健診受診者の方が、死亡率が低いという論文が2010年に初めて発表されている。次に、健診受診者と未受診者の医療費の推移の違いを見ると、どの年代においても健診受診者の方が、医療費が少ないという報告がある。健診は受けただけではまったく意味はなく、健診のCCPサイクルが必要である。健診でCheck (C) し、ここで終わるのではなく、異常があれば、医療機関でCare (C) して、健康の増進 Promotion (P) につなげて、これを毎年毎年繰り返すという地道なサイクルを回さないといけない。関節リウマチの抗CCP抗体と同じCCPで覚えていただきたい。

健診結果で国民がなぜ評価しにくいのかというのは、学校の成績でたとえると、「合格点(基準値)は60点以上であなたは48点でした。」というような通知の仕方しかしない。しかし、「50人中順位は49番でした。」といわれるといかに悪いかがよくわかる。医師は経験上どの程度悪いかは分かるが、国民は自分の位置づけはまったくわから

ない。私は日本人間ドック学会のホームページの140万人のデータ (https://www.ningen-dock.jp/wp/wp-content/uploads/2013/09/170426-data_no1.pdf) から、もし60歳でLDLコレステロールが200の人がいた場合、「60歳男性、未治療でLDLコレステロールが200の人は、11万3,700人中、全国で1,040人しかいません。わずかに1%以下。つまり100人中99番、100番ぐらいの悪さですよ。」という、「そんなに悪いんですか？じゃあ、治療します。」と言われる。

3. 任意健診の問題

人間ドックは法定健診とは違う任意健診である。任意健診は保険の査定がないため、東京では新たにいろいろな検査が増えて、オプション項目が用意されている。欧米ではChoosing Wiselyと言って、無駄な検査をなるべく行わないようにしている。日本内科学会雑誌でも、Choosing Wiselyキャンペーンについて総説が出されている。米国内科専門医機構財団の主導で2012年にこのChoosing Wiselyが発表され、“再考すべき(無駄な)医療行為”をやめることと、医療費削減を提唱し、エビデンスなしに実施されている過剰な医療に警告を発している。これにいろいろな関連学会が参画して、実施すべきものと無駄な価値のない検査項目が列挙されている。最近のがん診断について保険適応されていない検査項目が増加しており、日本人間ドック学会において、さまざまな新規検査、特にがん診断についての検査項目について、フォローアップ方法が明確でないまま実施されている現状についての基本的な考えが「新規開発検査実施における留意点」として示されている。

4. 山口県民のがん

山口県のがん検診については、とにかくがん検診に行かない。検診に行った人は、山口県の医療のおかげで助かる。その結果、がんの死亡率は全国レベルよりは低い。検診受診率は最悪だが、医療者の努力によって、死亡率は全国レベルより低いという少し矛盾した結果になっている。冒頭でお示した乳がん同様、大腸がん検診受診率は最下位、胃がんも下位である。その結果、患者数は

非常に多い。検診を受けないから、症状が出てから来られるので、患者統計（令和2年厚生労働省）をみると、入院・外来の全国比が、大腸悪性新生物が1.42倍、肺がんは1.27倍、胃の悪性新生物1.21倍となっている。とにかく、がん検診さえ受けてくれば、山口県民は助かる可能性が高くなる。たとえば、胃がんの内視鏡がん発見率は、全国で0.28%に対し山口県は0.43%、大腸がんは全国で0.20%に対し山口県は0.26%、乳がんは全国で0.32%に対し山口県は0.61%、子宮頸がんは全国で0.03%に対し山口県は0.05%であり、どのがんの発見率も全国を上回っている。非常に医療の質、レベルは高いということである。

5. 山口県民の生活習慣病

山口県民の生活習慣、ライフスタイルについて着目し解析した。結論からいうと、とにかく特定健診受診率が低い。特定保健指導も中途脱落が多い。要治療に該当しても医療機関に行かない。悪化してから医療機関に行く。生活習慣病関連の死亡率が高い。特定健診について、5歳刻みの受診率をみると、女性は全年齢で低い。男性は55歳以上で低い。特定保健指導対象者の指導終了率についても、女性は他県に比べてかなり低い、男性も高齢者では少ないので、指導の中途脱落率が高いということになる。その結果、外来で通院・入院の患者統計では、全国に比べて、腎不全1.37倍、高血圧性疾患1.29倍、虚血性心疾患1.25倍で高い。特定健診を受けない。軽症では病院にいかず、悪化してから治療を受けるという他力本願的な状態である。

6. 国民生活基礎調査による健診を受けなかった10の理由

厚生労働省のこの調査には10の質問があり、1つずつ全国47都道府県のデータが性別、年齢別で出ている。回答数がどうしても少ないところがある。

①「健診を知らなかった」：これは山口県の回答サンプルが少ないため、判断できない。

②「時間がとれなかった」：男性は45～54歳までの年齢層ではわずかに全国と比較して多めであ

るが、女性は全年齢層で該当しないので、山口県民は該当しないということになり、Chat GPTの答えはハズレである。

③「場所が遠いから」：これも山口県の回答サンプルが少ないため、評価できない。ただ、女性は少し当たってそうである。この「場所が遠いから」について、自動車の保有台数や運転免許証取得数まで、山口県と全国を比較したが、山口県はほぼ全部真ん中に位置していて、これだというものをなかなか見つけられなかった。ただ、この「遠い」ということに関連して、山口県のある市が配布している資料をホームページで見ると、がん検診をするところはたくさんあるが、子宮頸がんは8か所、乳がんは7か所しかない。この市の40～79歳までの女性人口は4万人である。乳がん検診は2年に1回なので、2万人相当を7か所で対応することになる。1か所で3,000人、受診率100%であれば、1日15人ずつしないといけない。ということで、やはり拠点が少ない気がする。そのために受診率が低下しているかもしれない。ただ、これは1つの市だけのことであるので、十分な解析ではない。

④「費用がかかるから」：山口県民の男性の40～64歳まで、女性の40～59歳までは「はい」と答えていた。Chat GPTは当たりといえる。しかし、県民所得は全国の上位にあり、収入があるのに、健診の費用は高いと感じている。健診に支払うのをもったいないと感じている、それとも、健診の価値を低いと感じているのかもしれない。Chat GPTの答えに「社会的支援が不足している」ということで、令和2年度の財政力指数、全国1,871の市町村のデータをみると、山口県は0.46で全国27位であり、真ん中に位置している。当然県内のばらつきはある。山口市は0.64で全国平均よりよい。では、山口市は費用が安いのかと思うと、全国中央値に比べると、胃がん内視鏡検診以外は、全国の2～3倍となっている。大腸がんは全国中央値300円に対し900円、胃がん（バリウム）は全国700円に対し2,300円となっている。市によって値段が違うので、これはひとつのサンプルである。

⑤「心配な時いつでも医療機関に受診できるから」：これはみなさん「はい」と答えている。男

女とも山口県の医療機関に全幅の信頼を置いているから、いざという時はいつでも医療機関にいける間柄である。だから、健診を受けなくて、いざというときは他力本願的なもので、悪くなくても、なんとかしてもらえというようなお気持ちがあるようである。

⑥「毎年受ける必要性を感じないから」：これも多くの年齢層で全国平均を上回っている。受けなくても、いざという時、最後は医療機関ということで、Chat GPTの答えは当たっていた。

⑦「検査等に不安があるから」：これはサンプルが一部少ないが、男性の60～69歳、女性の45～54歳はそうだが、全年齢層にわたっていないので、ここは理由として勘定しなかった。

⑧「健康状態に自信があり、必要性を感じないから」：これも多くの年齢群で男女とも全国平均を上回っていた。

⑨「結果が不安なため、受けたくないから」：これは男性に多いという結果で、女性はあまり該当しなかった。

⑩「めんどうだから」：これは概ね全国平均を上回っていた。

まとめると、山口県民が健診を受けない理由として「費用がかかるから」「心配な時いつでも医療機関に受診できるから」「毎年受ける必要性を感じないから」「健康状態に自信があり、必要性を感じないから」「結果が不安なため、受けたくないから」「めんどうだから」が挙げられた。

平成30年、山口県民は一人当たりの健康食品購入額ランキング第一位であり、最下位である富山県の金額の5倍であった。健診や保健指導は面倒だが、健康食品のほうが手軽だということで、こういったところでも他力本願であることがよくわかる。

7. 山口県民の健診・検診受診率はなぜ低いのか？

「ヘルスリテラシー」とは、健康情報を入手し、理解し、評価し、活用するための知識、意欲、能力であり、それによって、日常生活におけるヘルスケア、疾病予防、ヘルスプロモーションについて判断したり、意思決定をしたりして、生涯を通じて生活の質を維持・向上させることができるも

のである。特に健診を受ける場面においては、このヘルスリテラシー力が備わっているかどうか、非常に問題になってくる。このヘルスリテラシーの高低には、就業の有無、婚姻状況には左右されず、世帯収入、最終学歴が関与する。世帯収入は全国で上位にあるが、最終学歴はどうだろうか？山口県の大学進学率は全国46位。1990年代（現在50歳代）は19位だったが、悪くなっている。ヘルスリテラシーの健康への影響は、この力がないと、①予防サービス（検診、インフルエンザ予防接種など）を利用しない。②病気、治療、薬などの知識が少ない。③ラベルやメッセージが読み取れない。④医学的な問題の最初の兆候に気づきにくい。⑤長期間又は慢性的な病気を管理しにくい。⑥医療保健専門職に自分の心配を伝えるにくい。⑦慢性の病気、重症化してから受診するので、入院しやすい。⑧救急サービスを利用しやすい。⑨職場でケガをしやすい。⑩死亡率が高い。大学進学率が低いだけでなく、高校進学率も山口県は42位であるため、今後の30代のいわゆる健診を受ける層でヘルスリテラシー力が少ない方々が増えてくるのではと危惧している。

がん検診を受ける人と受けない人の違いは何かというと、女性、高所得、がん家族歴がある、教育歴が大卒以上の方が受ける率が高いという論文がある。健診に関心がないというだけで死亡率が高くなるという論文もあり、健康診断への関心が低い／ない男女は、心血管疾患及び全死因による死亡率が24～94%高かった。健康診断に非参加の女性は、心血管疾患、がん及び全死因による死亡リスクが18～24%過剰であった。

いわゆる医学的な解析のみならず、社会的な解析もいろいろなところでなされている。例えば、『日本人の健康を社会科学で考える』という2021年に出版された本にも健康格差や、ヘルスリテラシー力をどのようにして上げるかという問題が書かれている。山口県の生活習慣について、たとえば喫煙率は40位で良い方である。1日の歩数は多い順で男性14位、女性11位と、よく歩いている。塩分の摂取量は25位。飲酒量は32位というように、生活習慣はほどほどが真ん中で中位にある。

8. とりあえずの対策

具体的な良い方法はなかなかないが、まずはヘルスリテラシー対策として、①ゆっくり話す。②1回に伝える情報は制限し、単純明快に、そして繰り返す。③図やキーワードを書きながら説明、その紙を渡す。④難しい医療用語を避ける。⑤リスクを説明するときは100人中何人とする。

乳がん検診未受診者の個別（セグメント）対応を例に挙げると、未受診者のうち、はじめから受診の意志がない方の中で、乳がんが発見される心配をしている方（セグメントA）と発見される心配もしていない方（セグメントB）がいる。また、受診の意志はあったが、なにかの事情で受診しなかった方（セグメントC）もいる。このようないろいろのパターンに、ひとつの方法で攻めても効果が出ない。それぞれのタイプによって、違うアプローチで受診勧奨をしていかなければならない。乳がんが見つかることを心配しすぎて受診しない方（セグメントA）には、「がん検診をうけると安心できる」と伝えるのが有効であり、がんの恐さを伝えるのは有効ではない。そもそもがんになると思っていない方（セグメントB）には、逆にがんの恐さを伝えることが有用である。がん検診の重要性はわかっているが、どこで受けられるかわからないというような情報が不足している方（セグメントC）には、端的に受診場所と受診方法を伝える。28の介入研究を統合したメタ分析の結果、テーラーメイド受診勧奨により画一的な受診勧奨に比べて相対的に42%受診率が向上したという報告がある。

次にナッジという、がみがみ言うのではなく、優しく「受けたら」というような後押しするものがある。例えば、八王子市では大腸がん検診受診率向上に向けて、個人の健康リスクを載せた検診案内通知を出している。「あなたはこういったところが問題ですよ」というような内容で、65歳以上、運動不足など具体的なリスクを指摘し、がん検診を促したところ、受診率上昇につながったという事例がある。また、国立がんセンターでは、全国乳がん未受診の86万人に対して、テレビ番組の放送に合わせて、自治体からはがきを送付することで、受診率向上に取り組み、かなりの反響があったよ

うである。マスコミを活用するのも方法の一つかと思われる。民間事業者が個人向けにオンライン遠隔受診を促す事例もある。各自治体も試行錯誤で努力されている。このほか、健診を知らない方を対象としたビデオや、受診者体験記を公募して載せる、費用を補助する、あるいは、病気の人に、放置すると将来どうなるのかをお知らせする方法もある。たとえば、日本人間ドック健診協会では、人間ドック体験手記を募集しており、2010年に私が発案したもので「受けてよかった人間ドック」体験記コンクールが2022年に第12回を迎えている。人間ドックを受けて、がんが見つかって助かった。そのことで、子供に喜んでもらった、孫に喜んでもらった体験などの投稿もある。

話が変わるが、コロナ禍によって、がんの切除数が大幅に減少したというのが少し前に報道された。2016年から2019年まで順調に切除数が増えていたところ、コロナの影響で2020、2021年は件数が減って、切除可能な早期がんの診断が十分に実施できなかったという内容である。がんの部位、年代別に、3か月の受診の遅れが10年生存率の低下に影響を与えるということを解析したものが2020年のLancet Oncolに掲載されている。肝臓がんの10万人あたりの死亡率を見た場合、山口県ではこの10年近く死亡数が増えて、2019年の人口動態統計では全国2位になっている。ここにも健診を含む初期診断、早期受診の大切さが示唆される。

少年が川に流されるも、男性医師（75）が川に飛び込み救助したという2017年のニュースがある。この写真を見ながら、医療社会学者マッキンリーの文章を紹介する。「私（医師）は川のほとりに立っています。私は溺れている人の叫び声を聞きます。私は川に飛び込み、彼を岸に引き寄せ、人工呼吸をかけます。彼が呼吸を始めた頃には、助けを求める別の叫びがあります。それで私は川に飛び込み、彼に手を伸ばし、彼を岸に引き寄せ、人工呼吸をかけます。彼が息を吹き始めるようになると、別の助けを求めて叫ぶ声が。それで、再び川に戻り、手を伸ばし、引き寄せ、人工呼吸します。そしてまた叫び声が聞こえます。何度も何

度も何度も、終わりなく続けます。上流でどれだけの方が川に落ちてくるのか、知る時間がありません。」山口県は一般病院の常勤医師は100病床当たり9.2人で、全国最下位である。つまり、助ける医者が少ないから、上流の方で何とかしないといけない。しかし、山口県は健診受診という柵が少ないから、どんどん川に落ちてくる。そして、重症になってから助けを求めてきて、それを助けてあげる。この助ける能力は非常に優秀で、どんどん助けられるのだが、やはり限界がある。皆さんが負担になる。そのためにはその上流でなんとかしないといけない。それが、がん検診でスクリーニングをする。生活習慣病を予防してもらうといったことである。ヘルスリテラシーがないから、川岸で遊ぶ子が今後増えてくる、どんどん落ちてくる。そうならないように、先生方並びに山口県や各市町の方々とよく相談し合って、対策をとっていただきたいというのが本日の私の締めである。

最後に、私が所長をしている日本医療・健康情報研究所では、「一無・二少・三多」という健康スローガンを掲げている。一無は無煙、二少は少食、少酒、三多は多動、多休、多接ということである。特に、最後の「多接」というのは孤立、孤独を避けて、多くの人と接することで認知症の予防にもつながるもので、非常に大切な用語である。これまでの健康スローガンにはこの概念がなかったが、これは他の健康習慣よりはるかにエビデンスがあることが学術論文として掲載され、また中学校の保健体育の教科書にもこの標語が紹介されていることを最後に付け加える。

全国下位にある山口県の健診・検診受診率の向上は、県民の健康維持、死亡率減少のみならず、県の医療費減少、医師の負担軽減のためにも大変重要な課題である。和田先生の多角的な観点から山口県民の特徴と課題を分析していただき、多くのヒントが得られた。生活習慣は中位で、健康食品購入率が全国1位でありながら、医療機関への全幅の信頼から、健診に行こうとせず、悪くなってから病院に行けばよいという県民性に対し、医療人を含む県民のヘルスリテラシー向上対策が何より重要と思われた。「無症状＝病気がない」という誤解を正さないといけない。無症状のうちに手を打つことの大切さ、早期発見、早期治療の大切さを啓蒙していかなければならない。医療機関には専門科以外の検診・健診の受診勧奨協力をお願いしたい。全国平均より自己負担額が多い法定検診については、県や市町の行政に補助額の見直し協力をお願いしたい。受診率の向上のためには、職域でのがん検診を可能にするような受診しやすい工夫も検討をお願いしたい。来年度から始まる第8次保健医療計画において、予防機能のさらなる充実を盛り込み、山口県全体で予防医療の意識を高めて、健診・検診受診率の向上、未病のうちの生活習慣改善の早期介入、要医療の方への積極的受診勧奨とそれに対する医療機関の受け入れ、適切な精査や指導を推進する連携、協力体制の構築を着実に進めていき、県民の皆さんが安心して1年でも長くいきいき元気に年を重ねていける山口県でありたい。

特別講演2

「ワクチンの現在と未来」

東京大学医科学研究所ワクチン科学分野教授 **石井 健**

〔印象記：宇部市 福田 信二〕



新型コロナウイルスの進化を見ると、アルファ株からオミクロン株が出てきた時の変異の仕方

は大変異 (antigenic shift) という違うウイルスが生まれるような shift で、オミクロンがでて

きてからは季節性インフルエンザウイルスに近くなり、ウイルスと宿主との攻防の中で小変異 (antigenic drift) が起きている。2020年の春に突然、ワクチンの開発に進化の大爆発が起きた。世界中の会社や国が、新型コロナウイルスのスパイク抗原という蛋白をターゲットに全く異なる形のウイルスのRNA、DNA、ウイルスベクターなど、140種類の臨床試験を始めた。そして、残ったのが mRNA ワクチンの LNP-mRNA である。ワクチンの効果には①免疫原性 (Immunogenicity) という抗原特異的な免疫反応、②有効性 (Efficacy) という感染予防効果、発症予防効果、重症予防効果、③有用性 (Effectiveness) という Scientific な議論と集団免疫、医療経済効果、ワクチンを社会に投与したことでどれだけ社会がベネフィットを受けたかであり、この3つが公衆衛生学的に最も重要な指標になる。

ワクチンの免疫反応の始まりは、ワクチンを打った筋肉から少し離れた腋窩のリンパ節で T 細胞、B 細胞が入り混じって、細胞間の免疫相互作用が起こり、抗原特異的な T 細胞、B 細胞がでてくる。その後、全身に再配置される。弱毒生ワクチンは細胞の中に入ってウイルスが増え、増えたウイルスが抗原提示細胞に取り込まれて、ウイルス由来ペプチドとして抗原提示され、その抗原に対して特異的な免疫反応が起きる。不活化ワクチンと成分ワクチンはそのまますべて抗原提示細胞に取り込まれて、抗原提示が行われる。DNA ワクチンはプラスミド DNA をエレクトロポレーションなどで核に入って、mRNA に転写し、そのあとタンパクに翻訳されなければならないため、二段階必要になる。mRNA ワクチンは一回入れると、そこからの転写だけでいいのでスパイク蛋白が1,000倍くらい出てくる。mRNA ワクチンは不安定だが、脂質ナノ粒子にくるんだことで効きがよくなった。mRNA ワクチンは mRNA が生体でペプチドに翻訳されて、タンパク合成され、その翻訳された蛋白に対する免疫が抗体であったり細胞性免疫であったりする。一番重要なポイントは、1990年に最初の論文「Direct Gene Transfer into Mouse Muscle in Vivo」で体の中にプラスミド DNA を入れたらタンパクができた。これが世界

を変えた。蛋白を生成しなくても DNA、RNA を入れればいい。ただ、RNA は免疫反応が強すぎて、RNA ワクチンは無理といわれていたので、2010年ごろまでは臨床試験は DNA ワクチンで行われていた。2005年の Kariko の論文で、強すぎる RNA の免疫反応を下げる技術を見つけた。これを境に多くのワクチンの臨床試験は RNA にシフトしていった。ワクチンとしての mRNA は 5' の頭に Cap の構造があり、コーディングリージョン、タンパクをコードしているところと、UTR が前後に付いている。そして Poly-A-tail というお尻がついている。30年かけて、mRNA を包むカチオン性脂質、コレステロール、PEG ナノ粒子が開発された。これはファイザー社とモデルナ社で全く異なっている。mRNA ワクチンがウイルスと同じくらいのナノ粒子で入ると、細胞はエンドゾームで取り込む。細胞質に RNA が出される。細胞質に TLR や RIG-I、MDA5 などのセンサーがあり、免疫反応がここから始まる。そのあとリボソームについてタンパク質に翻訳され、一部の切れ端がプロテアソームに切られて MHC class I に行く。スパイク蛋白はほとんどが分泌され、免疫細胞に取り込まれると MHC class II で提示される。筋肉細胞で取り込まれて、その筋肉細胞がたくさんの蛋白を翻訳している。そのタンパクを捕まえた B 細胞が IgM 産生細胞になって、そのあと IgG 産生細胞、プラズマ細胞になっていく。樹状細胞は抗原を取り込み、抗原をしっかり組み込んだ CD4、CD8T 細胞をプライムし、細胞性免疫も誘導できる。時を同じくしてウイルス由来の mRNA や LNP が入る周りの細胞が死に、死んだ細胞の DNA や RNA がアジュバントになる。アジュバントセンサーの MDA-5 が機能して CDL を誘導し、IL-1、IL-18 がアジュバント効果になり、炎症反応をおこし、腫れたり、熱がでたりする。mRNA ワクチンがリンパ節に行くと自然免疫を活性化する。mRNA ワクチンの mRNA とは何が違うのか、RNA の ATCU の U のウリジンが免疫を活性化して、IFN がでて、タンパク合成が抑えられてしまうので mRNA は薬にならなかった。これをシュードウリジンにかえると自分の RNA として認識され、IFN が出なくなるのでタンパク

が出てきた。タンパクの翻訳の効率と、IFNを出すアジュバント効果のバランスが見事にマッチして成功した。mRNA ワクチンは生ワクチンと同じ程度の免疫誘導能力があり、抗体価も細胞性免疫も強くできた。安全ではないわけではなく、まだ安心というところまで行っていないというのがこの mRNA ワクチンの弱点である。

ワクチンは最初に作ってから、第 I 相、第 II 相、第 III 相と臨床試験があり、薬事申請があって、審査承認があった後に生産体制整備ができて、生産・供給が行われる。どんなに短くても 10 年以上かかる。コロナの時はこの直列なものを並列し、第 I 相が終わる前から第 II 相を始め、第 I 相が始まった時から生産体制設備を始めた。しかし、素晴らしいことにすべての安全性試験を行っている。それを行った国は、アメリカ、イギリス、中国、ロシアで、これらの国は軍事大国であり、軍事活動、軍事行動と同じように、きちんと準備していた。実際にこれを 300 日でやり切り、それに乗じて、2021 年 6 月のイギリスの G7 サミットでワクチン開発を 100 日以内にやるという「100 days mission」が提案された。コロナのウイルスの塩基配列が判明した 326 日後にワクチンは緊急承認された。史上最速のワクチン開発記録である。しかし、その時すでに 160 万人が亡くなっていた。これを 100 日にすると、計算では 20 万人の死者ですむ。CEPI（感染症流行対策イノベーション連合）の CEO は、このミッションは実際は難しいが、北極星（誰からも見えて、同じ方向にある）と同じで、みんなが一緒に頑張れると述べている。われわれの 100 days mission は「備えあれば憂いなし」で、その一番大切なキーワードが「モックアップワクチン」である。本物が出る前に模擬ワクチンを作って準備をしておく。前臨床、第 I 相、第 II 相試験まで終了しておき、「条件付き承認」を得ておけば、有事の時には第 III 相の臨床試験ができる。第 III 相臨床試験を 100 日以内にできれば、ワクチンを出すことができる。エボラ出血熱のようなものに対しては Animal ルールを用い、動物試験できちんと防御ができていれば使用を承認する。RS ウイルスのようなレベルのウイルスでは、Controlled

Human Infection Model を用いる。人体実験に近いが、イギリス、フランス、ドイツ、アメリカ、ケニアやシンガポールでヒトでの臨床試験が始まっている。イギリスではコロナの真っ最中に臨床試験を開始しようとしたが、6 万人がこの試みのボランティアに名乗りを上げた。

ワクチンサイエンスのこれからを考えると、ワクチンで予防できる感染症（Vaccine Preventable Disease : VPD）は 27 ある。課題は、ワクチンはあるが種々の理由で感染のコントロールが困難なものが多いことと、ベネフィットが見えない、つまり、ありがたみがわかりにくいことである。さらに、世界で一番問題になっているのは、多剤耐性菌（Antimicrobial Resistance）の問題である。これは数百種類におよび、Slow pandemic といわれている。ここから 20 年、30 年をかけて世界で最も多くの数の人を殺す疾患であり、これに対して、ワクチンや予防免疫療法が期待されている。さらにワクチンはアルツハイマー病、動脈硬化、高血圧、糖尿病、がんやアレルギー、避妊、肥満、老化に対しても生まれている。このワクチン開発研究は多くの科学技術の集合体であり、AI も脚光を浴びている。もう一つのカギはワクチンをモジュール部品化しようと考えている。抗原とアジュバントと生体内デリバリーを分けて、何がどのような免疫が起きるか分かっておれば、100 days mission に貢献できる。ワクチンを打つのは自分を感染症から守るためだけでなく、家族や社会のためでもあり、自利利他であるためのカギとなる。WHO が掲げる世界各地のワクチン行政のゴール（Universal health coverage）では、ワクチンは自分の国を守るだけではなく、世界の健康のため、利他的であるための鍵であるとされている。ワクチン忌避、ワクチンの安全性への不安、不満の問題の本質は深く、ワクチンを怖がっているのは打たれた子供ではなくて、その周りの人であり、これが問題の本質であるが、解決策がない（吉村 昭著『雪の花』参照）。

この度のパンデミックはワクチン開発に革命を起こした。開発の仕方、mRNA ワクチンの実用化である。mRNA ワクチンは 30 年前から地道に研究されていたものである。感染症ワクチンは保

健衛生の要であり、国防や外交、経済にも重要である。さらに次のパンデミックまでに100日でワクチンを提供できる力が必要であるが、日本は安全安心のワクチンの輸出国を目指している。私の家の家訓に一期一会(Once in the lifetime chance)があるが、本当にいいワクチンは一生

で一回打ったらもう打たなくていいというものである。最後に、近未来ワクチンデザインプロジェクト(東京大学基金、URL: <https://utf.u-tokyo.ac.jp/project/pjt142>)への援助をお願いしたい。

シンポジウム

「若年性認知症の医療と福祉と就労支援」

〔座長及び報告：柳井 宮地 隆史〕

はじめに

認知症は加齢とともに増加し、超高齢社会の本邦ではさまざまな対策がなされてきている。一方、64歳以下発症の若年性認知症については診断、福祉制度、就労支援、居場所作りなど若年発症特有の課題が多い。本シンポジウムでは4名の講師からそれぞれの立場で講演をいただき、若年性認知症の現状と課題について考えていきたい。

講演1. 若年性認知症(主にアルツハイマー型認知症)の診断・経過・治療について

山口県立こころの医療センター

院長 兼行 浩史

若年性認知症とは64歳以下で発症する認知症のことで、社会的役割が大きい世代での発症から生じる苦悩や困難さがあり、頻度は少ないものの行政的にも施策を講じる必要がある。2009年の厚労省研究班での若年性認知症実態調査では、30歳以降、5歳年齢が上がるごとに10万人あたりの有病率がほぼ倍増する。新オレンジプラン(2009年)では第3の柱として若年性認知症施策の強化が挙げられた。若年性認知症では、就労や生活費、子供の教育費等の経済的な問題が大きい。また、主介護者が配偶者となる場合が多く、時に本人や配偶者の親等の介護と重なって多重介護になる等の特徴があり、居場所づくり、就労、社会参加支援等のさまざまな分野にわたる支援を総合的に講じていく必要がある。初期の症状が認知症特有ではなく、異常に気づいても受診が遅れ

る傾向にあるため、普及啓発を進め、早期診断・早期対応へと繋げていく必要がある。初診はとても重要で、障害年金受給に繋げる場合、初診日から1年半を経る必要があるため早期の受診が重要である。支援のあり方が通常の高齢発症の認知症と比べて特殊であるため、支援する側も制度や障害福祉サービスなどを学ぶ必要があり、若年性認知症支援ハンドブックの配布がなされている。また、各医療圏域の若年認知症の人の自立支援に関わる関係者のネットワークの調整役を担うものとして、若年性認知症支援コーディネーターが配置されている。

2009年に行われた若年性認知症の調査の問題点としては、調査時点で65歳未満の若年性認知症の調査が行われたことである。実際には64歳以下で発症し、調査時点で65歳以上の方もたくさん存在するため、実態が十分掴めたかが疑問視されるが、全国に約38,000人、山口県では約400人の若年性認知症患者が存在すると推定された。家族介護者の約6割が抑うつ状態になり、7割は発症後収入が減ったと報告された。当時の若年性認知症の基礎疾患の内訳は血管性認知症が39.8%、アルツハイマー型認知症が25.4%、頭部外傷後遺症が7.7%とされたが、行政的に高次脳機能障害とされる状態が血管性認知症や頭部外傷後遺症による認知症に振り分けられていたと思われる。若年性認知症には原因疾患により経過が以下のように二分されていることを踏まえる必要がある。アルツハイマー型認知症を中心とした神

経変性疾患は徐々に始まるため、どの時点で診断がつくかも重要であり、さらに、徐々に悪化することを前提とした支援計画を立てる必要がある。一方、今では高次脳機能障害として支援を考慮することが多い血管性認知症や頭部外傷後遺症（重症であれば認知症と判断すべきであるが）では急に発症し認知機能の急激な低下があるが、その後、悪化の無い場合は復職、復学、社会復帰や社会参加支援などの居場所作りが重要になってくる。東京都健康長寿医療センター研究所の栗田先生が中心になって2018年に行われたAMED研究による若年性認知症の有病率・生活実態調査では、12都道府県に範囲を広げかつ発症が65歳未満である例を調査対象とし、家族への聞き取りも強化している。有病率は18～64歳での人口10万人あたり50.9人と推定され、前回調査（有病率47.6人）と大きな差は認めなかった。5歳ごとに有病率は倍加しており、男性が女性の1.2～1.4倍であった。若年性認知症の基礎疾患の内訳では2009年の報告と比較してアルツハイマー型認知症は57.3%であり、実臨床の印象と一致している。血管性認知症は15.5%、前頭側頭型認知症は10%、レビー小体型認知症／パーキンソン病認知症が4.1%とされている。前回の調査との違いを考察すると、前頭側頭型認知症が適切に診断されるようになってきたこと、脳血管障害の発症率の低下や予後の改善、高次脳機能障害概念が浸透することにより、血管性認知症の割合が減少したこと、その結果としてアルツハイマー型の比率が上昇したと考えられる。また、最初に受診した医療機関は脳神経外科が多く、診断されたのは精神科が多い結果であった。介護保険申請率は71%と比較的高いが、自立支援医療利用率や障害年金給付率が40%と低いのは改善する余地があると思われる。発症時に就労していた方は62%で正規雇用が約6割、うち職場から配慮がなかった人は23%であった。その後も同じ職場で働いていた人は7.4%、配置転換が2.6%であり、退職者が67.1%であった。退職等により収入が減り、世帯の主な収入は家族収入と障害年金となり、4割の人は家計が苦しいと自覚していた。障害者福祉制度、経済的保障に関する制度を

利用するためには初診日が重要となるが、遑って初診日を確定しがたいことがある。また、症状があっても家族が抱え込んで医療機関を受診していない場合、障害者手帳は初診日から6か月、障害年金の申請は1年6か月の期間が必要であるため、制度利用までに空白の期間ができてしまう。傷病手当は早期から受け取ることができるので、若年性認知症支援コーディネーター等に相談することが望ましい。また、前頭側頭型認知症の3類型中の2類型は発症が65歳以下の場合、重症度を満たせば指定難病の申請が可能となる。山口県立こころの医療センターでは2009年の認知症疾患医療センター開設からの13年間で78名の若年性認知症の受診があった。75.6%がアルツハイマー型認知症で17.9%が前頭側頭型認知症であった。参考までに前頭側頭型認知症は行動障害型前頭側頭型認知症、進行性非流暢性失語症、意味性認知症に分けられる。アルツハイマー型認知症の脳萎縮部位も典型例、海馬温存型、辺縁系優位型などの特徴がある。特に若年性アルツハイマー型認知症の場合は海馬温存型が多く、側頭頭頂連合野の萎縮、機能異常が比較的早期から出現することが多い。一方、超高齢の認知症の場合、レビー小体病理や脳血管障害病理が併存するなど背景病理が複雑化してくる。アルツハイマー型認知症では疾患修飾薬が早ければ年内に使えるようになる可能性がある。軽度認知障害の時点で脳のアミロイド病理を反映した検査結果を確認の上、レカネマブなどの治療が可能となりうるため、その検査などを含め適切な医療提供体制を整えていく必要がある。山口県内では二次医療圏域ごとに認知症の鑑別診断等を適切にできる体制を整えるため認知症疾患医療センターを設置している。また、オレンジドクター制度も含め精神科、脳神経内科、脳神経外科、認知症サポート医、地域のかかりつけ医等が連携できるネットワーク体制を構築している。若年性認知症支援コーディネーターは山口県立こころの医療センター内に配置され、若年性認知症の人のニーズに合った関係機関やサービス担当者との調整役であり、本人の生活に応じた総合的なコーディネートを行うことを目的としており、今後も活用いただきたい。

講演2. 若年性認知症の方々への就労・居場所支援～支援相談窓口からの報告～

山口県立こころの医療センター・

山口県若年性認知症支援コーディネーター

小野みさ江

若年性認知症実態調査の報告（2020年）では全国で3.57万人の患者がいると推計され18～64歳の人口10万人当たり50.9人とされており、山口県全体で若年性認知症数は約400人と予測されている。市町村別に予測すると人口の少ない市町では患者数は一桁であり患者同士が情報交換する機会がなく、支援者が支援のノウハウを構築しづらい状況にある。このような状況の中、山口県若年性認知症支援相談窓口への相談件数は新規相談が年間20件程度、相談総数は年々増加の傾向にあり、2022年度は300件を超えているが、相談の多くは山口県立こころの医療センターの患者からの相談である。支援相談窓口は若年性認知症施策総合推進事業に基づいて県から委託され、山口県全体を対象に相談を受けている。窓口には若年性認知症支援コーディネーターを配置し、相談とともに支援ネットワーク作りとしての研修会開催や事業の普及・啓発に取り組んでいる。

若年性認知症の発症による問題は、患者本人や配偶者が現役世代であることによることが大きい。最も深刻な問題は就労継続が困難となるなどの経済的問題であり、次に介護負担により家族の仕事への影響が挙げられる。主介護者は患者の介護とともに親の介護、子供の養育など多大な負担が強いられる。子供への心理的影響（教育、就職、結婚など）も重要な課題である。家で患者をみていくのは大変だが、施設の利用料は支払えないなど、周囲からの孤立や、愚痴を言いたくても周囲の若年性認知症に対する理解不足も多い。そこで、利用できる制度やサービスの紹介や手続きの支援を行い、就労を含め日中の居場所を確保することが重要となる。就労継続や再就職・就労の相談があった場合は、コーディネーターは関係機関に繋ぐことや一緒に就職活動し、本人の了解があれば職場からの相談にも応じている。一般の就労や障害枠の就労が困難な場合は福祉就労の支援を行う。A型は雇用保険と最低賃金の保障があるが、

B型は少額の収入かつ利用料も必要となり前年度の収入がある方は通うことで持ち出しが生じるので家族が期待される賃金は得られないことを事前に説明している。福祉就労が難しい方や拒否される方は日中の居場所としてデイサービスを紹介する。高齢者の通うデイサービスは嫌と言われる方も多く、障害サービスの中の生活訓練サービスやボランティアができる場を探して紹介する。また、患者・家族の情報交換が必要な時は、認知症カフェの紹介や一緒に参加するなどしている。障害福祉や社会福祉保障制度について、自立支援医療による医療費助成、傷病手当・失業給付、障害福祉手帳や障害年金、介護保険などが全ての人に当てはまるわけではないが、切れ目のないサービスの提供に繋がるよう対応している。

認知症の方は病状が進行しても感情は保たれていると言われている。当事者本人からは「就労の継続についてできるだけ頑張りたい、体験をかかせて欲しい」との声があり、ピアカウンセリングが必要とされる。「誰かの役に立つのであれば、他患者からの相談を受けても良い」との声からは自己昇華や癒しの場の確保の重要性が示唆される。家族からの「同じような年齢・境遇の人と家族目線で話したい」との声からは悩みの共有、情報交換の必要性が、「支援者がコロコロ変わるのではなく一緒に永く付き合える人がいると良い」との声からは信頼関係の構築を求めている。「介護をしてきた経験があるので、悩みの聞き役として役に立ちたい」との声からは自己昇華、癒しの場の確保の重要性が、「できるだけ長く在宅生活を送れるよう、地域や施設などで受け入れて欲しい」との声からは本人の居場所の確保を求めていることがわかる。本人、家族とも社会と繋がる場、自己実現できる場を求めている。症状が進行し、働けなくなっても居場所があり、社会との繋がりを持ち続けられることが何よりも大事と感じている。今後も山口県立こころの医療センター内の支援相談窓口を活用いただき、かかりつけ医等の先生方と連携していきたい。

講演3. 認知症の人と家族の会の立場から 若年性認知症についての活動と課題

脳神経筋センターよしみず病院 川井 元晴

認知症の人と家族が直面する課題として、「診断・治療」、「経済的問題・親の介護・子育て」、「介護サービス」、「相談・理解者」、「生活の質」、「就労の継続」等が挙げられる。若年性認知症の場合は、特に経済的問題や就労が課題となってくる。そのような中で「認知症の人と家族の会」が当事者の団体として存在している。会員数は約1万人で全都道府県に支部がある。主な会員として介護家族、認知症本人、医師・看護師・介護福祉士・ケアマネージャーなどの専門職である。「つどい」、「会報（ぼ〜れば〜れ）」、「電話相談」が支部活動の3本柱である。家族の会ができることとして「悩みを分かち合う・情報交換」のいわゆるピアサポートが主であり、その他として認知症の啓発活動、政府への要望・提言も行っている。認知症本人の方が集まる機会を作っており「本人交流会」として意見交換・情報共有をしている。山口県支部では認知症カフェ「ふしの」を山口市で古民家を利用して月に1回開催している。資金は山口市補助金と一人100円の参加費で運営している。若年性認知症の人のためのカフェでは、若年性認知症の病気の知識や介護方法などの情報共有の場となっている。カフェに必要と思われるものとして、同年代の交流相手、若年に特化した相談、就労や経済支援に係る情報が挙げられる。「若年性認知症の人のためのcafe ふしの」の特徴としては、多彩な職種の人が運営スタッフ及び協力者として参加し、特定のプログラムは設定せず、参加者の人数をいちいち数えず、認知症かどうかは運営者からはあえて尋ねないなどである。課題としては、誰が認知症かわからないことがあり、参加する当事者は認知症の人だけではない、Cafeの雰囲気合わない人がいる、参加人数が多い、静かな雰囲気作りが必要なこともありうる、アクティビティは必要か？などが挙げられる。また、参加者は軽症のアルツハイマー型認知症の人に偏る傾向がある。サポートスタッフの役割として、認知症の人や家族とのコミュニケーションをとることが重要で「患者」、「事例」として扱わない、症状

や困りごとについて詮索しない、カフェを通じて出会えた「知り合い」として接することなどに配慮する、参加者から相談を受けた場合は専門職の知識を活かして相談に乗る、カフェの時間が快適に過ごせるようなさり気ない配慮をする、可能であれば当日の運営サポートをするなどが挙げられる。令和5年度は家族の会が本人交流会を年に4回開催する予定である。

若年性認知症の人の活動と支援をするために、家族の会としては、若年性認知症の当事者が混乱困惑し不安な状況からの脱却ができるよう、診断後できるだけ早期の支援を行いたい。本人同士の交流と活動としてピアサポートの場（本人交流会、若年カフェ）を通じて本人の希望や目標実現の支援を行いたい。認知症の理解と啓発や認知症希望大使を通じて本人発信やその支援を行いたい。また、家族支援は家族の会としては重要である。若年性認知症の人の活動と支援の課題としては、診断後の福祉や制度等に繋がっていない「空白の期間」に出会えないことが多く、医療機関との連携が必要と考える。若年カフェなどに認知症の人の参加が少ないと交流と活動が限定的となるため、家族の会の周知活動が必要である。本人発信・支援としては発信が困難な人への支援が必要である。一方、家族支援としては医療や経済的課題への支援が困難であるのが課題である。従業員500人以上の企業等における若年性認知症の人の就労継続の実態調査では、就労中の認知症の方は少なく、就労継続中であっても配置転換などで対応されていた。全国本人交流会では10年以上前から、認知症当事者も家族も「仕事がしたい、就労支援の充実を」と訴えているが、現在もまだ課題として残っている。

講演4. 若年性認知症の人の生活と仕事を支えるために医療とケアができること

藤本クリニック・

NPO法人もの忘れカフェの仲間たち理事長

藤本 直規

藤本クリニック（滋賀県）では認知症の診断（新患年間約450名）、周辺症状（BPSD）の往診対応などを行い、非薬物療法として外来心理教育／本

人家族交流会、仕事の間、もの忘れカフェ、社会交流の居場所“Hej（ハイ）”、就労継続支援を行っている。また地域連携として相談センター、現地相談、連携の会、若年性認知症企業研修を行っている。クリニックでは若年性認知症の患者は2016年には年間70名程度で、現在は年間30～40名が受診されている。若年性認知症の受診者数が減っているのは各地域の医療機関で対応してくれていることを反映していると思われる。1990年に物忘れ外来を開始してから、福祉制度の変遷や受診患者の軽度化に合わせて居場所作りに取り組んでいる。心理教育／交流会、精神科デイケア、もの忘れカフェ、仕事の間、若年性認知症患者の集いの場であるHej（ハイ）について紹介する。

本人家族心理教育：本人と家族に同時に心理教育を行う。受診の早期化が進み、本人自身が正しく病状を知ろうとしている姿が多くなったため、自分自身に起きているさまざまな不具合（生活機能障害）の原因が何なのかを知り、その対処方法について仲間と考えることができること、家族も病気の理解を深めながら本人がどのように病気を受け止めているのかを知り、同じ立場同士で話し合うことができることを目的としている。

本人家族交流会：年齢や病期の違いにかかわらず、ともに過ごし語り合う場となり、初めての参加者は本人・家族ともこの場の経験から介護認定を利用することを受け入れはじめることが多い。診断直後の参加を受け入れることで、本人家族を孤立させないために、診断直後の支援体制の一つとして重要である。

若年性認知症精神科デイケア（1999年～）：診断後に仲間とともに過ごす場所がなかった滋賀県内外10数名の若年性認知症の人たちのために開設した。実際には滋賀県のみでなく半数近くは京都府、兵庫県、岡山県などの県外から参加があった。参加者の平均MMSEは17.4点程度で軽度の方のみではない参加であった。家族からのアンケート結果では参加当日から2～3日調子が良い、年齢が近いもの同士が良い、高齢者との混合でも良いなどの意見があった。

若年・軽度認知症専用デイサービス「もの忘

れカフェ」（2004年～）：楽しくて居心地が良いというだけのデイサービスでは納めできないなどの課題があり、若年性・軽度認知症の人の自主活動と社会参加を目指して開始している。当時の本人の言葉として「何もできない訳じゃない／誰でもなる可能性はある、悪いことでもない／まだまだできる／あきらめていない／伝えたいことがある／病気になって仲間に会えた／社会と繋がってほしい／同じ病気で苦しんでいる人に自分の存在を伝えてほしい」などがあった。そのような背景からできるだけ自主的な活動を行いながら、仲間作りや社会参加を目指す、新しいデイサービスユニット「もの忘れカフェ」をスタートした。もの忘れカフェの約束事として、活動内容は当日参加者が話し合っただけで、活動内容が決まれば活動達成のために必要な役割や準備、時間配分や手順などを決める。参加者同士で協力していくつかのことに同時に取り組むようにしている（実行機能障害へのケア）。また、活動内容は記録を書いて残し、活動の振り返りを行い、一日の活動を個人ノートにも記入し、写真・ビデオなどを多く残すようにしている（エピソード記憶障害へのケア）。スタッフの関わり方としては、当事者の自主的な活動を邪魔しないようにしている。実際の活動としては募金活動、駅前清掃、小旅行などの社会参加や畑作り、病気についての話し合いをしている。もの忘れカフェには退職後の人の参加が多かったが、最近、退職前の軽症の方が多く来られるようになり仕事の間が必要になってきている。

仕事の間（2011年～）：わずかであっても収益を励みとし、社会とのつながりを実感しながら「はたらく」仲間づくりを行う場として開始している。若年認知症の人達は外来で、「いま仕事を全部なくしてしまうことはできんのか」、「内職のようなものであっても自分のしたことが仕事として評価され、少しでも対価をもらいながら何か社会に役に立つようなことがしたい」、「一家を支えていきたいけれども、それはもう無理とわかった上で、何か仕事をしたい」と話されていた。仕事の間とは居場所にとどまらず、通常の就労を終え、わずかであっても収益を励みとして内職や軽作業をする「社会参加」と「働く仲間作り」の場であ

り、軽度認知症についての「ケアの提供」の場でもある。仕事の場合は、次のステップ(介護保険サービス等)へスムーズに移行できることが目標でありバトンタッチの見極めが必要となる。2011年10月～2022年3月末までの「仕事の間」の認知症者総参加者数は80名で若年認知症者62名、高齢軽度認知症者18名であった。認知症以外の参加者として知的、発達、精神障害を持つ人の参加が98名、社会に適応しづらい若者の参加が86名であった。

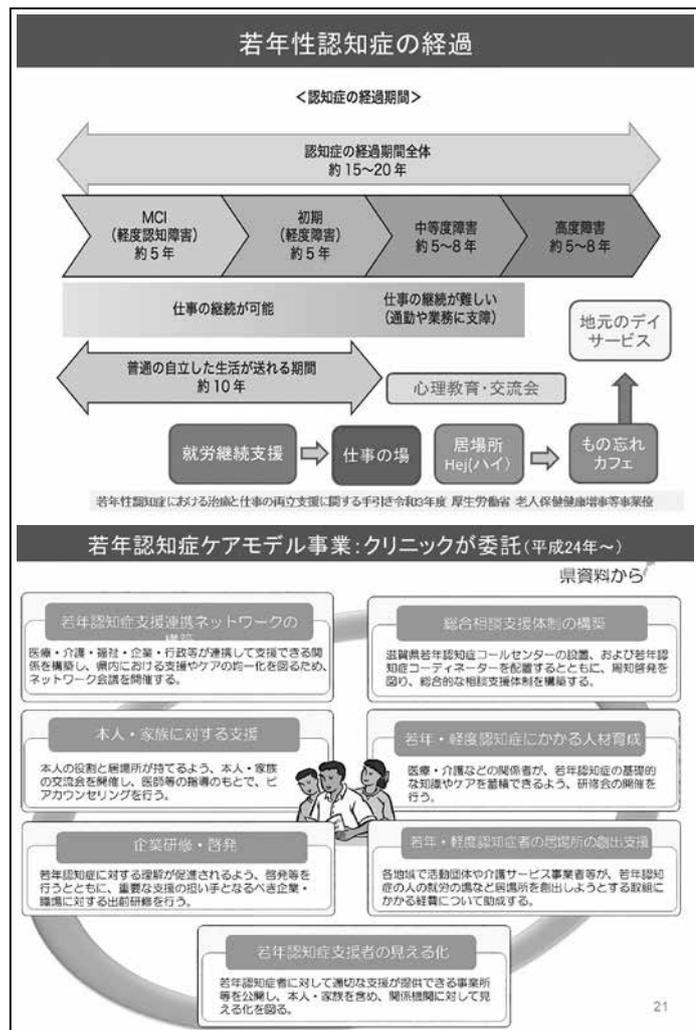
Hej(ハイ)(2021年8月～):若年性・軽度認知症/MCIの人たちが集い、手芸、工作活動を行う場として開始した(若年性認知症女性の新しい居場所、Hejはデンマーク語で“こんにちは”の意)。

若年認知症の人への就労継続支援として平成24年～26年(滋賀県若年性認知症地域ケアモデル事業委託期間)に就労継続支援を行った人は10名で就労を終えた後の行先として仕事の間への移行が6名、介護保険サービスへ移行2名であり、全員が休職直後から途切れることなく移行することができた。平成27年度～令和3年度は、20名に就労継続支援を行い、15名が定年近くまで就労でき、5名が定年後仕事の間へ移行し、現在2名に就労継続の支援を行っている。

若年性認知症の経過と若年認知症ケアモデル事業について図に示す。若年性認知症の経過に沿った居場所を作りと次の施設等への繋ぎ、地域としては若年性認知症支援連携ネットワーク・総合相談支援体制の構築、本人家族に対する支援、若年・軽度認知症にかかる人材育成、若年・軽度認知症者の居場所の創出支援、企業研修・啓発、若年性認知症支援者の見える化が重要である。滋賀県ではこれらの取り組みの結果、若年性認知症コールセンターが県内すべての認知症疾患医療センターに設置されることになった。また、若年性認知症の人の居場所も広がった。企業研修もより身近な各保健所

圏域単位でかかりつけ医等による開催の方針となった。若年性認知症支援コーディネーターも藤本クリニックで行っていたが、他の疾患医療センターへ配置されるようになった。今後、あえてコーディネーターの配置が無くても、どこでも対応ができるようになることが望ましい。

若年性認知症の人への支援は、早期診断から始まるが、早期治療には、適切なケアが非薬物治療として求められる。そのためには、かかりつけ医、専門医、ケアマネージャー、介護サービス事業所などの区分けなく診断からその後の支援まで役割分担を行いながら関わるのが大切である。行政のバックアップも必要かつ重要であり、行政の施策につなげることが大切である。認知症の担当課にとどまらず、障害福祉、年金課など多岐にわたりその連携は支援する人の“こころを強くする”。



図

また、診断後の空白期間を埋めるものとして、さまざまな方法で受け皿（もの忘れカフェ、仕事の場、交流会、心理教育、Hej など）を考える必要がある。若年者だけでなく、高齢者も含めて、本人の気持ちと病気の症状にあわせた認知症ケアに習熟しなければならない。発症早期から高度期まで、本人と家族を継続的に支えるためには多職種連携による“点”ではなく“面”での支援が必要である。

総合討論

①若年性認知症診断について

報告では精神科での診断が多いとのデータがあったが、地域の状況に応じて鑑別診断する診療科は変わってくると思われる。もともと発達障害やうつとして診断され、後に若年性認知症と診断されるまでに時間がかかることがある。

②若年性認知症支援コーディネーターについて

各市町に数人しかいない患者をコーディネーターが遠くからケアするのは非常に困難である。地域包括支援センターや介護施設との連携に取り組んでいきたい。コーディネーターがいなくても各地域で対応できるようになることが必要と考える。ある所に問い合わせればワンストップで対応ができるようになれば良いことであり、わざわざコーディネーターと呼ばなくても良いのではないかとの考えもある。大切なことは、自分に対応できないことについては専門家にバトンタッチすること、繋ぐことである。

③高次脳機能障害について

山口県は二次医療圏ごとに認知症疾患医療センターを構築し、専門的な診断をしている。若年性認知症の問題の一部に高次脳機能障害の問題がある。脳卒中後遺症や頭部外傷後遺症で若くして認知機能障害を生じている患者、脳の局所的障害を生じていて易怒性が増したり、職場不適応を生じたりする。将来的には高次脳機能障害の対応も認知症疾患医療センターの枠組みでうまくネットワークが構築できることが大切である。高次脳機能障害の運転免許証については実地での運転技術

の判断が重要であり、自動車教習所での訓練ができる体制を構築したい。

④アルツハイマー型認知症の疾患修飾薬について

今後、アルツハイマー型認知症の疾患修飾薬が上市された場合、そのアミロイド病理の確認のための検査（髄液検査、PET 検査）、治療（治療直後の副作用対応等）、定期的な頭部 MRI 検査（脳出血等のチェック）が必要になる。治療の適応患者の選択・説明も含めて今後県全体で検討していく必要がある。

⑤若年性認知症患者の就労について

産業医の先生がいる企業は心強い。就業体制のフォローアップの際に会社との繋ぎの役割を担っていただける。うつや発達障害として紹介があった後に認知症と診断が付いた際にも相談にのってもらえるので心強い。企業に相談をもちかけても企業の人事の方には若年性認知症のことについて興味を持っていただけないことがあり、産業医の先生に対応をお願いしたい。

⑥女性の若年性認知症の就労、ヤングケアラーについて

女性の就労支援を行っている経験として看護師、ケアスタッフ、スーパーの店員の例がある。家族、病院、施設、店などの協力が得やすい印象があるが、就労に限らず居場所作りが大切である。一方で、もともと主婦の例として、自宅で高校卒業くらいの娘が一生懸命みていて、疾患としては放置されていて、認知症が進行し困り果てて初めて受診された方もいるので、ヤングケアラーを含めて注意が必要である。

おわりに

4名の基調講演をもとに活発な討議がなされた有意義なシンポジウムであった。若年性認知症の診断、疾患理解、家族支援、就労支援に加え新しくアルツハイマー型認知症治療が上市された場合に対応できる医療・介護・福祉体制の構築が山口県でも求められる。

令和5年春季 山口県医師・ファミリーテニス大会

と き 令和5年5月14日(日)

ところ キリンビバレッジ周南庭球場

[報告：防府市医師会 赤川 誠]

令和5年5月14日(日)、春季山口県医師・ファミリーテニス大会がキリンビバレッジ周南庭球場にて開催されました。本大会は春と秋の年2回開催されています。

今回の参加者は男性18名、女性8名の計26名でした。試合は男子ダブルスA組(4ペア)、B組(4ペア)、女子ダブルス(3ペア)、夫婦・家族ミックス(8ペア)でリーグ戦を行いました。

4ゲーム先取とショートゲームのため進行が早く、次々と試合が入ります。親睦が目的ではありますが、試合は真剣そのものです。各コートで好プレー、珍プレーありの熱戦が繰り広げられました。

私は男子ダブルスA組と夫婦・家族ミックスにエントリーさせていただきました。

夫婦ミックスは夫婦間の微妙なパワーバランスが垣間見え、興味深かったです。かくいう私は妻と仲良く(?)助け合いながら、リーグを全勝で通過することができました。決勝戦は前田先生親子との対戦でした。昨年のリベンジマッチで密かに優勝を目指していたのですが、前田恵子先生の華麗なテクニックとご子息の力強いプレーの前に完敗でした。

試合の合間は美味しいお弁当とドーナツをいただきながら、皆さんの試合を観戦しつつリラックスして一日を楽しむことができました。

この大会は初めて試合に挑戦する方から腕に覚えがある方まで、幅広く楽しめる大会です。次回の秋季大会は10月15日に宇部市中央公園テ

ニスコートで開催予定です。皆さま是非ご参加ください。

最後に大会の準備・運営にご尽力いただきました幹事の前田一彦先生をはじめ、周南地区医師会の皆様に感謝いたします。

試合結果(敬称略)

男子ダブルスA

- 1位 前田一彦・松永尚治
- 2位 梅原 毅・前田龍一郎*

男子ダブルスB

- 1位 北川博之・赤尾真由美*
- 2位 古谷晴茂・小野 薫

女子ダブルス

- 1位 湧田加代子・前田恵子・古谷万有*
- 2位 赤尾真由美*・北川昭子*

夫婦・家族ミックスダブルス

- 1位 前田恵子・前田龍一郎*
- 2位 赤川 誠・赤川裕貴*

(※は医師家族)



理 事 会**－第8回－**

7月20日 午後5時～7時35分

加藤会長、沖中・中村両副会長、伊藤専務理事、前川・河村・長谷川・上野・茶川・縄田各常任理事、白澤・藤原・竹中・木村・岡・藤井・國近各理事、宮本・友近各監事

協議事項**1 第8次医療計画における「5疾病及び在宅医療」の医療連携体制及び医療機能（案）について**

県が策定中の「第8次山口県保健医療計画」における標記案について協議を行い、一部修正意見を述べて回答することを決定した。

2 中国四国医師会連合総会・分科会・関連会議提出議題（回答）について

9月に開催される分科会のテーマ、第1分科会「医療保険・医療政策」、第2分科会「地域医療・介護保険」の各県の提出議題に対する本会の回答案等について協議を行い、提案どおり決定した。

3 令和6年度の風しんの定期予防接種（第5期）の標準料金（案）について

来年度の標準料金は、今年度と変更なしとした案を承認し、市町へ提案することを決定した。

4 令和6年度 妊婦・乳幼児健康診査の参考単価（案）について

来年度の参考単価は、今年度と変更なしとした案を承認し、市町へ提案することを決定した。

5 令和6年度 広域予防接種における個別接種の標準料金（案）について

来年度の標準料金は、今年度と変更なしとした案を承認し、各市町へ提案することを決定した。

6 医療分野における電波の安全性に関する説明会 in 下関市への後援について

中国総合通信局が9月に下関市の海峡メッセ下関で開催する標記説明会について、名義後援することを承認した。

報告事項**1 山口県公衆衛生協会第1回理事会・評議員会（7月6日）**

会長の選任等を行った後、令和4年度事業報告及び収支決算、令和5年度事業計画及び収支予算等について協議を行った。（加藤）

2 社保・国保審査委員連絡委員会（7月6日）

MMP-3の算定、腓骨の手術時に使用する特定保険医療材料の算定等4項目の議題について協議を行った。（伊藤）

3 JMAT やまぐち災害医療研修会事前打合せ**（7月7日）**

令和5、6年に開催予定の標記研修会の内容、JMAT やまぐち事前登録状況等について協議を行った。（上野）

4 第2回生涯教育委員会（7月8日）

中高生の職業体験事業の応募状況や準備状況、生涯研修セミナーの企画等について協議を行った。（茶川）

5 第1回山口県保険者協議会（7月10日）

令和4年度の事業実績及び決算、令和5年度の事業計画及び予算等について協議を行った。（伊藤）

6 第1回山口県地方薬事審議会「Web」**（7月11日）**

地域連携薬局及び専門医療機関連携薬局の認定及び進捗状況、薬局における在宅医療関連指標の設定、薬剤師確保策についての説明・報告等が行われた。（前川）

理 事 会

7 岩国市医師会・玖珂医師会勤務医部会

(7月12日)

山口労災病院の河村医師による「初期研修を効果的にする考え方」、本会の加藤会長による「私にとっての医療と医師会」と題した講演が行われた。(茶川)

8 第1回地域医療構想調整会議全体会議

[長門：7月10日][岩国：7月11日]

[宇部・小野田：7月12日][周南：7月13日]

[柳井：7月14日][萩：7月19日]

対応方針の検証・見直し、構想区域全体の検討、公立病院経営強化プラン等令和5年度の協議事項、スケジュールについて協議を行った。(前川)

9 新規個別指導(7月13日)

4医療機関の立会を行った。(伊藤、藤原)

10 第1回山口県がん教育推進協議会(7月13日)

学校におけるがん教育の動向、学校におけるがん教育推進事業の推進計画(案)、事業の評価等について協議を行った。(加藤)

11 郡市医師会救急医療担当理事協議会

(7月13日)

本県の救急搬送の状況、ドクターヘリの出動状況、休日夜間急患センターに関する調査等についての報告・協議を行った。(前川)

12 医療紛争防止研修会「Web」(7月13日)

損害保険ジャパン広島火新サービス課の上原氏による「医師賠償責任保険の概要～必要性も含め」、本会の縄田常任理事による「医療紛争の現状と問題点について」と題した講演を行った。受講者52名。(縄田)

13 第1回健康教育委員会(7月13日)

今年度の健康教育テキスト「緑内障」の素案等について協議・修正を行った。(竹中)

14 第1回山口県糖尿病療養指導士講習会

(7月16日)

「糖尿病の現状と課題、糖尿病の療養指導と療養指導士の役割」、「糖尿病の概念、成因、分類、診断、検査」、「糖尿病の検査・治療総論」、「運動療法」の4講義が行われた。受講者125名。(上野)

15 第1回都道府県医師会長会議(7月18日)

「医薬品を巡る諸課題」をテーマとしたグループ討議、都道府県医師会から日本医師会への質問とその答弁が行われた。(加藤)

16 第1回山口県循環器病対策推進協議会

(7月19日)

会長、副会長の選出の後、第1期山口県脳卒中・心臓病その他循環器病対策推進計画の評価、第2期の推進計画策定等について協議を行った。(加藤)

17 社会保険診療報酬支払基金山口事務局審査運営協議会(7月19日)

数値目標に係る審査実績及び要因分析等の報告、数値目標達成に向けた取組状況等について協議を行った。(加藤)

18 都道府県医師会社会保険・情報システム担当理事連絡協議会(7月20日)

日本医師会の長島常任理事から「連絡協議会の趣旨など」、厚生労働省保険局医療介護連携政策課の水谷課長から「オンライン資格確認の現状と今後の対応」についての説明の後、質疑応答を行った。(中村、伊藤)

医師国保理事会 ー第7回ー

協議事項

1 令和5年度中国四国医師国民健康保険組合連絡協議会について

本組合が引き受けで、令和5年8月5日に開催する標記協議会の次第及び業務分担等について

理 事 会

協議、決定した。

報告事項

1 山口県国民健康保険団体連合会第2回理事会 (7月12日)

7月31日開催の第1回通常総会に提出する令和4年度事業報告、決算等の議案について協議を行った。(加藤)

2 全国医師国民健康保険組合連合会第4回理事会 (7月14日)

第8回国保問題検討委員会等の報告や8月9日開催の第16回代表者会に提出する令和5年度事業計画、収入支出予算等の議案について協議を行った。(加藤)

— 第9回 —

8月3日 午後5時～6時25分

加藤会長、沖中・中村両副会長、伊藤専務理事、前川・河村・長谷川・上野・茶川・縄田各常任理事、白澤・藤原・竹中・木村・岡・藤井各理事、藤野・宮本・友近各監事

協議事項

1 健康福祉部との懇話会について

若手医師を対象とした在宅医養成研修事業等7題について提出することが決定した。

報告事項

1 第112回山口県医療審議会医療法人部会「書面」(7月13日)

設立1件、解散4件が承認された。(加藤)

2 第1回山口県がん対策協議会「Web」 (7月20日)

特別委員設置と委員を選任後、山口県のがんを巡る現状及びがん対策推進計画の取組状況が報告

された。これを踏まえ、がん対策推進計画の見直しについて協議を行った。(藤原)

3 日医第2回医師会共同利用施設検討委員会 (7月21日)

地域医療連携推進法人制度に関する講演後、会長諮問「次世代に託す医師会共同利用施設の使命～かかりつけ医機能支援と医療・保健・介護・福祉の充実～」に関する議論を行った。(茶川)

4 医師事務作業補助者連絡協議会(7月22日)

今年度の研修内容(グループワーク、事例発表等講演会)について協議を行った。(中村)

5 臨床研修医交流会第4回幹事打ち合わせ会 (7月23日)

8月26・27日に開催の標記交流会プログラム内容、進行等について協議を行った。(中村)

6 第42回山口県立病院機構評価委員会 (7月24日)

委員長選出後、令和4年度における法人の業務実績に関する報告を受け、評価を行った。(加藤)

7 山口県動物由来感染症情報関連体制整備検討会第1回会合「Web」(7月24日)

令和5年度の事業実施計画について協議を行った。今年度調査対象感染症は、重症熱性血小板減少症候群(SFTS)、オウム病となった。(前川)

8 中国地方社会保険医療協議会山口部会 (7月26日)

歯科2件、保険薬局1件が指定された。(中村)

9 第46回山口県学校環境衛生研究大会 (7月27日)

山口県学校保健連合会の会長として挨拶を行った。(加藤)

理 事 会

10 新規個別指導 (7月27日)
新規開業診療所2件の指導に立ち会った。(伊藤)

11 第1回山口県障害者施策推進協議会 (7月27日)
会長及び会長職務代理者の指名後、新「やまぐち障害者いきいきプラン」及び山口県障害福祉サービス実施計画の策定について協議を行った。(長谷川)

12 医事案件調査専門委員会 (7月27日)
病院3件の事案について審議を行った。(縄田)

13 郡市医師会小児救急医療担当理事協議会 (7月27日)
小児救急医療電話相談事業(#8000)等、今年度の小児救急関係事業について協議を行った。(上野)

14 警察医会第2回役員会・総会・第31回研修会 (7月29日)
役員会：総会の進行及び次回研修会について協議した。総会：令和4年度事業報告及び5年度事業計画が承認された。研修会：鳥取大学医学部社会医学講座法医学分野の飯野守男 教授による講演「オートプシー・イメージング (Ai) の有効活用法～法医学の立場から～」が行われた。(前川)

15 JMAT 研修オプション研修：COVID-19 編 (7月30日)
事前学習の4講義後、標準予防策、PPEの着脱、

検体の採取等5実習が行われた。(上野)

16 日医第5回医療IT委員会 (8月2日)
「欧州医療調査団」についての講演後、会長諮問に対する答申作成に向け協議を行った。(中村)

17 広報委員会 (8月3日)
会報主要記事掲載予定(9～11月号)、炉辺談話、歳末放談会等について協議を行った。(長谷川)

18 会員の入退会異動
入会21件、退会8件、異動20件。(8月1日現在会員数：1号1,215名、2号867名、3号451名、合計2,533名)

19 診療所の光熱費の変動に関する実態調査について
日本医師会実施の標記調査について、調査協力依頼と前回の結果報告が行われた。(沖中)

医師国保理事会 -第8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、承認した。

山口銀行はスマホ1つで
いつでも、どこでも、カンタンに

口座開設も 残高照会も お振込も

お店に行かなくても大丈夫。便利に使えるアプリです。

この世界で、この街で、このじぶん。 **YMfg**  **山口銀行** お問い合わせはヘルプデスクへ

0120-307-969 受付時間(平日・土日祝) 7:00~23:00

ダウンロードはコチラから 



会員の声

医学功労賞を受賞しての想い

岩国市医師会 毛利 久夫

この度、山口県医師会医学功労賞を受賞いたしました。これもひとえに岩国市医師会をはじめとした多くの方のご理解の賜物として、また、当院スタッフの協力にも感謝いたします。

さて、今回の受賞となったのは、実地医家で経験するインフルエンザを始めとする各種感染症の観察研究にあります。小生にとっての観察研究の原点を考えてみますと、1970年代卒業前後にさかのぼります。それは肝炎ウイルスの黎明期にあたります。当時は肝炎を引き起こす正体が解明されておらず、もっぱら観察研究が中心となっていました。その中でも当時、大阪医科大学の大林先生が長年の肝炎外来で、実地医家の目線に肝癌肝硬変家系の存在を指摘したことにあります。実に2～3世代にわたっての身を粉にしての患者さんとのやり取りであったであろうと推測されます。その流れから、どうも母系を通じて病原体が継承されているのでは？考えました。ほぼ同じくして医学分野に免疫学的手法、抗原抗体反応がイノベーション技術として登場してきました。その手法を使って民族遺伝学的に血清解析しようとするブランバークがいました。彼は世界各地から血清を集め、頻回輸血を受けた血友病患者血清との間で抗原抗体反応を確かめ、たまたまオーストラリア原住民に高率に認められる特異抗原をオーストラリア抗原として発表いたしました。その後、日本で大河内先生がオーストラリア抗原陽性血液を輸血すると、血清肝炎を引き起こしやすい事を、プリンスもほぼ同時期に血清肝炎患者血清で同抗原を認める報告を行っています。それら報告を契機に、B型肝炎ウイルスの発見につながっていききました。この抗原が現在のHBs抗原として使われています。ここからB型肝炎ウイルスの人間社

会における動態が明らかにされ、大林先生らの推察どおりにこのウイルスは母子感染を通じて種の温存を図っていたことが判明したのです。当時医師として駆け出しの身でしたが、キャリア、持続感染の大半がこの母子感染で成立しているものばかり思っていました。しかし実態は、母子感染以外のルートで倍近くが感染していることに、それが戦後医療の活発化に伴うものと知り頭を打ち付けられました。このようにB型肝炎ウイルスは歴史文化に裏付けられた生活習慣の中に巧妙に入り込んで種を存続させてきた様をみせつけられたのです。それを解きほぐすべく母子感染、医療内感染対策が開始されたのです。当時の武見日本医師会長も由々しき事態として「国民病」の名のもと医療対策の音頭を取りました。

その後技術革新はさらに進み、抗原抗体反応から遺伝子工学の時代になり、遺伝子を増幅させるPCR技術がKマリスにより開発されました。この技術で遺伝子探索が可能となり、ウイルス量の少ないC型肝炎ウイルスの全貌をとらえることができたのです。このように肝炎ウイルスの解明には地道な観察研究の上に技術革新が相まって進展を遂げたのです。

そのころ私は小児科医院を開業いたしました。勤務医時代の母子感染を中心としたB型肝炎ウイルスキャリア外来と違って、開業小児科で取り扱うのは急性感染症が大半です。とりわけインフルエンザ診療は時同じくして迅速診断キットと治療薬登場に遭遇し、これまでの曖昧模糊としたインフルエンザ様疾患からインフルエンザ型別診断が可能となり、観察対象には願ってもない環境となりました。それに毎年の流行期を必然的に迎えます。とにもかくにも毎シーズンのデータの積

み重ねで何かが見えてくるのではないかという思いで2004年来、当院外来経験例をまとめてきました。

ご承知のように、インフルエンザウイルスはRNAウイルスに属し、B型肝炎ウイルスのDNAウイルスに比べ変異が問題となります。その中でも型別、亜型別ごとに変異が微妙に異なる性格があり、変異ごとに対人免疫系とのせめぎあいでの流行の大小をかもし出しています。その型別亜型別変異、出現リズムもおぼろげながら見えてきています。ただこの変異、当初思っていた以上にわれわれの免疫系に怪人20面相のごとくなりすまし侵入、翻弄し続けています。ただ、演じているのはまぎれもなく同一人物であり、いずれかはその真髄を制する日がくることを夢見ながら、これか

らも実地医家の目線でインフルエンザ流行に対峙していきたいと考えています。

最後になりますが、私の脳裏に、ガラス板上の寒天ゲル内の沈降線、抗原抗体反応が新鮮な感覚で蘇って参ります。それは現在の迅速抗原検査のラインに匹敵し、疾病をあからさまに描出してくれます。そこから新たな観察の眼が出てまいります。

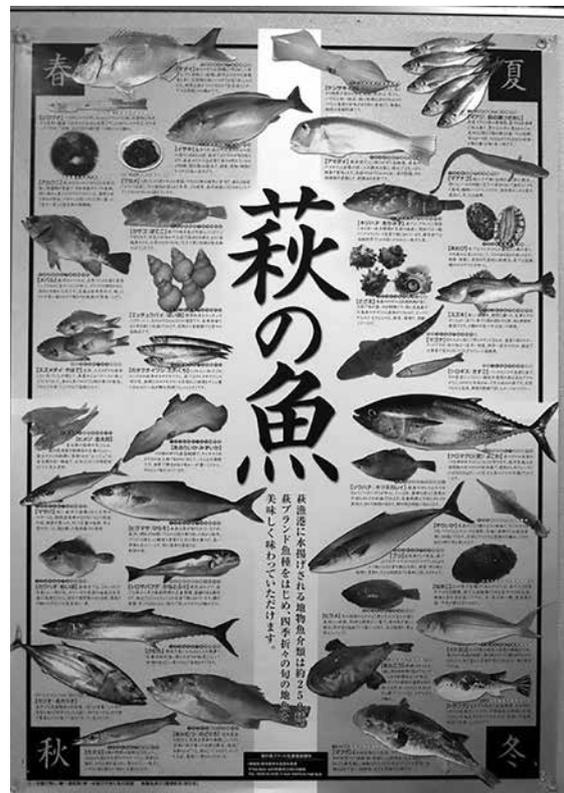
この度は名誉ある医学功労賞をいただき、有難うございました。

閑話求題

学生時代、釣りはまりました。卒業してからは気軽に誘える相手も時間もなくなり、徐々に遠のいていきました。それでも魚への愛は変わらず、食を通じて魚に触れ合うことを楽しみにするようになりました。現在住んでいる萩は魚が大変美味しいところで、魚好きの私には大変恵まれた環境にあります。引っ越してきて数年、最近では魚屋さんに並ぶ魚を見て季節を感じるようになりました。ほんの一例ですが、春は冬頃からとれるメバルが大きくなり、早春にはシロウオがこの時期限定で食べられるようになります。夏にはアコウにズメダイなどが盛期を迎え、これらのラインナップが春からの魚とともに暑さを和らげてくれます。秋になるとカツオやクエなどが並ぶようになり、魚もより一層美味しい時期に入ります。冬は言わずと知れたフグに何といても天然のクロマガロです。冷凍ものとは桁違いのおいしさです。季節の移ろいを魚に感じて、また敬意をもって魚屋さん巡りをしたいと思います。

萩魚

萩市 若松 研弥



転載

釣三昧

大正通りクリニック 作村 俊浩

(吉南医師会報 令和5年4月号より)

釣りはまだまだ習得は出来ておらず、何とか釣果をあげている程度ですが、これほど夢中になれる趣味はありません。20年ほど前に、大学の人事で岩国の医師会病院に勤務するまで釣りの心得もなく、何となくやってみたいな（こんなに嵌るとは思っていませんでしたが）、くらいの心持でした。勤務して3ヶ月ぐらいて先輩先生（釣りの師匠）に釣り談義を聞いているとますます興味が湧いてきて、釣道の教えを乞うことになりました。仕事帰りに一緒に釣具屋に行って、一通りの投げ釣りのセットと餌を揃えて、いざ、夕まずめのキス釣りに行きました。餌の付け方から教えてもらい、一投目で15センチぐらいの、狙いのキスが釣れました。その日は岸壁でのトラブル（岸壁の切れ目の穴に足を取られて怪我）のため終了となりました。帰宅して家内に手伝ってもらいながら、確保したキスを天ぷらにして頂きました。小さな身でしたが、感無量の味でした。ありきたりですが、ここから釣り人生が始まりました。仕事帰りに毎日のように釣具屋によって、仕掛け、竿、リールを眺めていると妄想しながら、少しずつ小道具が増えていきました。特にウキは使いきれないぐらいの数になりました。ウキが海中に沈んでいく姿を想像するだけで幸せになるくらいです。週末には必ず（当直でなければ）早朝から釣りに行っていました。柳井、大島、周防大島は、釣りを楽しめる波止や磯が多く、毎週どこかに行っていました。週の初めに翌週に狙う魚種を決めて、場所、潮位、天候を調べて釣りの構想を練っていました。週末に仕事で呼び出しがないように仕事のプラン、指示を出して、もれなく万全を期すようになると、仕事もはかどるようになりました。好きなことをするときには、集中力も高まり充実するような気がします。徐々に釣果も上が

るようになり、狙った魚を、選んだ場所で、選んだ餌で、選んだ仕掛けで釣ることが楽しみになるようになり、さらに嵌っていきました。アジが釣れれば、刺身、なめろう、南蛮漬けに、メバルは煮つけに、イカは刺身と天ぷらにと、包丁の使い方も慣れて、釣った魚を頂くことも楽しみになりました。子供も喜んで食べてくれるし、悦にはいつていきました。釣りは奥が深いと師匠には教わっていましたが、釣れない時は、魚がないのではなく、努力が足りないからだと言われ、仕掛けの工夫、タナの取り方、餌のつけ方、撒き餌の練り方、撒き方まで反省の挙句に、翌週には釣れた時は感無量でした。夢中になってしている釣りを通して、釣りは奥が深いなど実感しています。

釣りの実力も少しついた頃に、釣り仲間と遠征に行くようになりました。年に2回、春と秋に長崎の五島列島釣り旅行です。上五島にある島に上がる瀬渡しの船宿で一泊、島で一泊の2泊3日の釣り遠征です。外洋の島は瀬戸内とは比べようのないくらい魚影は濃いところです。釣れる魚はサイズも大きく、別世界、パラダイスです。70センチの真鯛、40センチのメジナ、30センチのイサキ、ハマチ、スズキ等々、異次元です。特に夕まずめから夜釣りの時間になると世界が変わります。明るく光る電気ウキが暗い海面に沈んで、光の点が海中で拡散してそのうち消えていくとき、竿を立ててやり取りが始まります。竿全体に魚の挙動が伝わってきます。竿ごと持っていかれそうな引きに耐えながらリールを巻き、足元に獲物が来たら近くにいる仲間が網を海面に入れて取り込みます。網の中の獲物に光を当てると、昼間には上がらないような魚は入っています。釣り仲間も一緒に喜んでくれて、来てよかったと思う瞬間です。五島の澄んだ夜空を見上げて、感謝の気持

ちと、持ち帰って家族に振舞う光景を想像して至福の極みです。大げさと思われるかもしれませんが、五島に行くまでの行程を思うと、そんな気持ちになります。泊まりがけの釣行のため、一週間前から仕掛け、リール、竿の手入れ、野宿の準備を周到に行い、金曜の夕方に集合して車に便乗し交代で運転して、深夜に船宿に到着します。一杯飲みながらみんなで明日の釣行の構想を語り合っ翌朝に乗船して午前中に島に渡ります。荷下ろしを済ませて昼食を簡単に済ませて、夕まずめに向けて釣りの準備、開始です。疲れはありますが、そんなこと言っている場合ではありません。目の前に五島の海と、狙いの魚が待っています。焦る気持ちを抑えて来る夕まずめを待ちます。日が沈んで海面が暗くなって、明るく光る電気ウキが暗い海面に沈んで行くのは感動ものです。思わず歓喜の声が出て童心に帰った気分になります。皆さんもいろいろと夢中になれる趣味はあると思

ますが、いい大人がこんな気持ちになれる釣りも最高だと思います。開業医になったら、もう少し自由な時間を作って釣りを楽しみながら極めようと思っていましたが、夢のまた夢で、ここ一年は釣りには行っていません。そろそろ近場の秋穂あたりを散策しながら釣りを再開しようかと思っています。開業したばかりで気持ちにゆとりがない生活ですが、釣りでもしながら何かを見つける時間を作りたいなと思っています。釣りバカのつまらない投稿でしたがこの辺で終わりにします。最後に釣りに関する情報があれば何でもよろしいので教えて頂ければ幸いです。

○推薦者のコメント○

かなり昔、開高 健の著書を読んでいたら「一時間、幸せになりたかったら酒を飲みなさい。三日間、幸せになりたかったら結婚しなさい。永遠に、幸せになりたかったら・・・釣りを覚えなさい。」みたいな中国の古諺が紹介されていた気がします。私は、選択を誤りました。

[常任理事 長谷川奈津江]

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

SNSの隆盛と オールドメディアの衰退

およそ3年半前から、コロナウイルス感染について、テレビや新聞を始めとするマスメディアが大騒ぎをしてきました。

志村けんさんの訃報がテレビで流された時は、全国民が恐怖のどん底につき落とされたかのようでした。

YouTubeは、誰でも自由にチャンネルを開設でき、自分の趣味や思想を数分から数10分に編集して流せる最も有名なSNS（Social Networking Service）です。

内部規約があり、規約に違反するとチャンネルの一部又は全部が削除されてしまうこともあります。人気YouTuberはヒカキンさんをはじめ大勢います。芸人や政治家も多数、チャンネルを開設しているようです。私は自分のチャンネルこそ持っていませんが、真実追究系のチャンネルや、武田邦彦先生、百田尚樹氏、北村弁護士のチャンネル、趣味の将棋や麻雀のチャンネルなどを登録してよく視聴しています。

一方、Twitter（現、「X」）とは、各自が自分のニックネームのようなアカウント名を決めて不特定多数の皆さんのつぶやきを見るというかなり有名なSNSの一つです。Twitterアカウントは10年前に作っており、ほとんど傍観しているだけでしたが、コロナ騒動をきっかけに、私が小児科医であること、自院のHPアドレスを明らかにしてつぶやいてみたところ、次第にフォロワーが増えてきて、ついには2万人を超えました。

現在、私はテレビのニュースはほとんど観ません。というのは、私は、テレビの報道より、



SNS上の情報の方がより確からしいことが多いと考えているからです。

Twitterは、CEOがイーロン・マスク氏に代わって以来、以前よりも風通しが良くなり、発言がより自由になったように感じています。Twitterには、「スペース」という機能があります。これは、誰か一人がホスト役になり、話すテーマを決めて一つの仮想の談話室を作ることで、聞きたい談話室にスピーカーやリスナーとして自由に参加するというものです。

時に熱い議論になり、誰かから罵声が飛んだりすることもありましたが、考え方が合う人とは、友人になることさえあります。

有名人本人のアカウントは、やはりフォロワーが非常に多く集まります。匿名の一般人でも、つぶやきの内容が面白ければ、フォロワーがぐんと増えます。いかにフォロワーを増やすかに血道を上げる人もいます。

すでに多くの方が慣れ親しんでおられると思いますが、何か、自分の主張を聞いてもらいたい人や、有益な情報をより多く得たい方はYouTubeやTwitterをやってみてはいかがでしょうか。

お知らせのご案内



労災診療費算定実務研修会「Web研修」

労災診療費の請求漏れ等を防止し、適正で効率的な請求をしていただけることを目的とした研修会が開催されます。

と き 令和5年10月26日(木) 14:30～16:00
 と ころ Zoomを使用したオンライン研修
 受 講 料 無料(医療機関の方)
 申込期限 9月29日(金)

(公財) 労災保険情報センターホームページ内、「実務研修会申込フォーム」(<https://www.rousai-ric.or.jp/tabid/558/Default.aspx>)より、会場「山口県」「山口会場」を選択し申込みください。申込完了後「ご連絡先メールアドレス」に登録完了メールが送信されます。

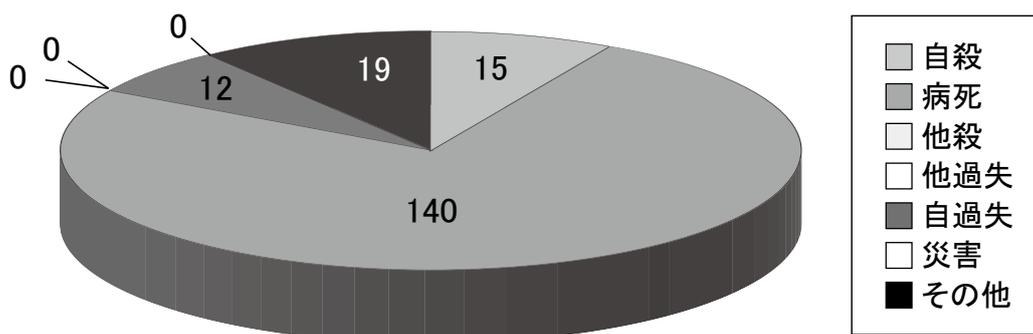
お問い合わせ先

(公財) 労災保険情報センター 労災医療部 支援課
 〒112-0004 東京都文京区後楽 1-4-25 日教販ビル 2F
 TEL: 03-5684-5516 FAX: 03-5684-5521

死体検案数掲載について

山口県警察管内発生 of 死体検案数								
	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
Jul-23	15	140	0	0	12	0	19	186

死体検案数と死亡種別 (令和5年7月分)





山口県緩和ケア研修会

日 時 令和6年1月14日(日) 9:30～17:35 (受付9:00～)

場 所 山口県医師会6階 会議室(山口市吉敷下東3-1-1)

対 象 者 県内のがん診療に携わるすべての医師・歯科医師 定員24名
(山口県看護協会、山口県訪問看護ステーション協議会、山口県医療ソーシャルワーカー協会、山口県介護支援専門員協会が推薦するがん診療に携わる医療従事者各2名を含む)

参加条件 申込時に「厚生労働省 がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会 e-learning」(<https://peace.study.jp/rpv/>)を受講修了しており、「e-learning 修了証書」を提出できること。

内 容 詳細は、山口県医師会 HP 掲載の「開催要項・日程表」をご確認ください。

申込方法 山口県医師会 HP 掲載の「申込書」に必要事項をご記入のうえ、「e-learning 修了証書」とあわせて県医師会事務局まで FAX またはメールにてお申込み下さい。

申込締切 令和5年10月31日(火)

<山口県医師会 HP >

http://www.yamaguchi.med.or.jp/medical_info/14583/

<申込み・問合せ先>

山口県医師会事務局

TEL: 083-922-2510 / FAX: 083-922-2527

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





令和5年度 秋季山口県医師テニス大会のご案内

- と き 令和5年10月15日(日) 9:00～14:00 (8:15から練習可)
と ころ 宇部市中央公園テニスコート (屋内4面)
- 試合形式 ダブルス (組み合わせは当日決定)
- 参加資格 山口県内に居住または勤務する医師およびその家族。
- 懇 親 会 14:30～16:00 ANA クラウンプラザホテル宇部 2階「弥生の間」
- 会 費 医師 テニス+懇親会 8,000円、テニスのみ 4,000円
家族 テニス+懇親会 5,000円、テニスのみ 1,000円
- 申込方法 9月30日(土)までに各地区理事(下記)または当番幹事へ
お申し込みください。
- 当番幹事 鈴木克佳 (宇部市 鈴木眼科)
TEL: 0836-51-3181 FAX: 0836-51-7618
Email: suzuki_eye@grace.ocn.ne.jp
- 主 催 山口県医師テニス協会 [会長 宇野慎一]
- 地区理事 下関・県西部: 松永尚治
宇部・山陽小野田: 鈴木克佳
周南・県東部: 前田一彦
山口・防府・県北部: 野村耕三
- 後 援 宇部市体育協会

* COVID-19の感染状況等で開催の形態変更や中止もあり得ることをご了承ください。



第34回山口県国保地域医療学会

メインテーマ「アフターコロナ時代の地域包括ケアの見直し」

と き 令和5年11月18日(土) 9:00～12:00
と ころ 国保会館(山口県国民健康保険団体連合会)4階大会議室
山口市朝田1980番地7
※参集とWebのハイブリッド形式
学 会 長 宗像 緩宜(岩国市立美和病院院長)
実行委員長 池田 正仁(岩国市立錦中央病院院長)

プログラム

8:30～ 受付開始
9:00～9:10 開会式
9:10～10:40 研究発表
10:40～10:50 休憩
10:50～11:50 特別講演

アフターコロナ時代の地域包括ケア

～コロナ禍で我々は何を学んだのか～

山口県立総合医療センターへき地医療支援センター長 原田 昌範

11:50～12:00 閉会式

主 催 山口県国民健康保険診療施設協議会
山口県国民健康保険団体連合会
後 援 山口県、山口大学医学部、山口県医師会、山口県歯科医師会、
山口県薬剤師会 ほか
単 位 日本医師会生涯教育制度:2.5単位
研究発表 CC80(在宅医療):1.5単位
特別講演 CC12(地域医療):1.0単位
学会事務局 山口県国民健康保険団体連合会(保険者支援課保険者支援班)
〒753-8520 山口市朝田1980番地7
TEL:083-925-2033 FAX:083-934-3664
E-mail:hoken@kokuhoren-yamaguchi.or.jp



令和5年度第95回山口県消化器がん検診講習会

日時 令和5年10月28日(土) 15:00～17:00
場所 山口県総合保健会館 2F「多目的ホール」
(山口市吉敷下東3-1-1 TEL:083-934-2200)

次 第

司会：山口県消化器がん検診研究会副会長 清水 建策

開会挨拶

特別講演Ⅰ 15:00～16:00

座長：山口県消化器がん検診研究会幹事 藤原 純子

危険因子に着目した膵癌早期診断の現状と課題

JA尾道総合病院 消化器内科 花田 敬士

特別講演Ⅱ 16:00～17:00

座長：山口県消化器がん検診研究会会長 檜垣 真吾

正確なピロリ菌感染診断に基づく、効率的な胃がん検診

広島大学病院 総合内科・総合診療科 伊藤 公訓

受講料 山口県消化器がん検診研究会員は無料
非会員は、医師：2,000円、医師以外：1,000円

取得単位 日本医師会生涯教育制度 2単位
特別講演Ⅰ CC12(地域医療)：1単位
特別講演Ⅱ CC11(予防と保健)：1単位
日本消化器がん検診学会認定医更新単位 3点
日本医学放射線学会
学会認定参加単位 1単位
日本専門医機構認定参加単位 1単位

お問い合わせ先 山口県消化器がん検診研究会(山口県医師会内)
TEL:083-922-2510 FAX:083-922-2527

※事前の参加申込は不要です。

お知らせのご案内



「医業承継支援事業」に伴う 各種業務開始のお知らせ

当会では地域医療提供体制の確保のために、「医業譲渡を希望する診療所」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構築することを目的として標記事業を山口県の事業として引き受けております。是非、ご利用ください。

- (1) 医業承継に関する初期相談の専門家派遣事業
 - ・ 医業経営のコンサルティングによる無料相談（一般的な助言に限る）
 - ・ 専属の会計士や税理士がおられる場合は、まずは顧問先への相談をお勧めします
- (2) 譲受情報の受付登録と提供事業

上記各種業務のお問い合わせ先

医業承継に関する相談窓口

TEL：083-922-2510（山口県医師会内、平日9時～17時まで）

FAX：083-922-2527

電子メール：shoukei-y35@yamaguchi.med.or.jp

各種業務ネット入力の場合は下記QRコードをご利用ください。

(1) 専門家派遣 申込フォーム	(2) 譲受情報の受付登録フォーム	
		



医療施設（無床診療所）の物件紹介について

住 所 山口市小郡下郷 1180 「やまね耳鼻科」

施設概要 敷地 300 坪、木造平屋建て 53.9 坪、築 19 年
レントゲン無し
駐車場 18 台

アクセス JR 新山口駅より徒歩 15 分
JR 山口線下郷駅より徒歩 10 分
バス停は小郡第一病院前より徒歩 5 分

そ の 他 耳鼻咽喉科の継続及び土地建物の売却については、応相談

※詳細につきましては、下記までお問い合わせください。
連絡先：083-973-3387（診療所）



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)

保険料はいつでも自由に増減できます!

予定利率は1.5%
(令和5年5月現在)

☑ 年金検討チェックリスト

- 公的年金だけでは現役時代の生活水準の維持が難しい
- 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

余裕資金を随時払って上限なく増額できます

事務手数料は払込保険料に対して0.25%だけです

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

<https://nenkin.med.or.jp>

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額のシミュレーションができます。ぜひお試しください。

▼個別プランの設計や詳しい資料のご請求はこちら



公益社団法人
日本医師会 年金福祉課

TEL : 03-3942-6487 (直通)
FAX : 03-3942-6503
受付時間 : 午前9時30分～午後5時 (平日)
E-mail : nenkin@po.med.or.jp

The screenshot displays a simulation interface with three main plan options:

- 15年固定額1000円型**: Monthly premium 11,000円, Monthly benefit 71,400円, 15-year total benefit 32,820,000円.
- 15年固定額1500円型**: Monthly premium 13,000円, Monthly benefit 81,900円, 15-year total benefit 37,365,000円.
- 15年固定額2000円型**: Monthly premium 15,000円, Monthly benefit 92,400円, 15-year total benefit 41,910,000円.

Additional details include:

- 加入資格: 64歳6カ月未満
- 加入料: 15,408,000円
- 加入時期: 令和5年1月1日
- 加入料: 12,848,800円
- 加入時期: 令和5年1月1日
- 加入料: 10,289,600円
- 加入時期: 令和5年1月1日

20230501S21

医師資格証 (HPKIカード)

Medical Doctor Qualification Certificate

MEDICAL
DOCTOR
QUALIFICATION
CERTIFICATE



日本医師会 電子認証センター
Japan Medical Association Certificate Authority

医師資格証 (HPKI)

身分証としての利用シーン

採用時の 医師資格確認



医療機関等での採用時に、医師免許証の原本確認に代えて、医師資格証による確認も認められています。

(公益社団法人日本医師会が発行する医師資格証の提示による医師の資格確認について 医政医発1218号1号 平成29年12月18日)
今回は医師の採用時という内容になっていますが、今後、医師資格証による資格確認を、より広く様々な場面でできるように、各方面へ働きかけを進めていく予定です。

緊急時の身分証



災害時緊急時に、医師資格証によって医師であることを示すことができます。日本医師会では、JMAT等、災害時における医療チーム派遣時にも医師資格証の携帯を推奨しています。

JAL DOCTOR 登録制度



JALグループ便機内で急病人や怪我人が発生し、医療援助が必要となった場合、登録いただいた医師の方へ客室乗務員が直接お声掛けをさせていただきます。
この制度に申し込む際、医師資格証が必要になります。

(登録および現場対応は任意となります)

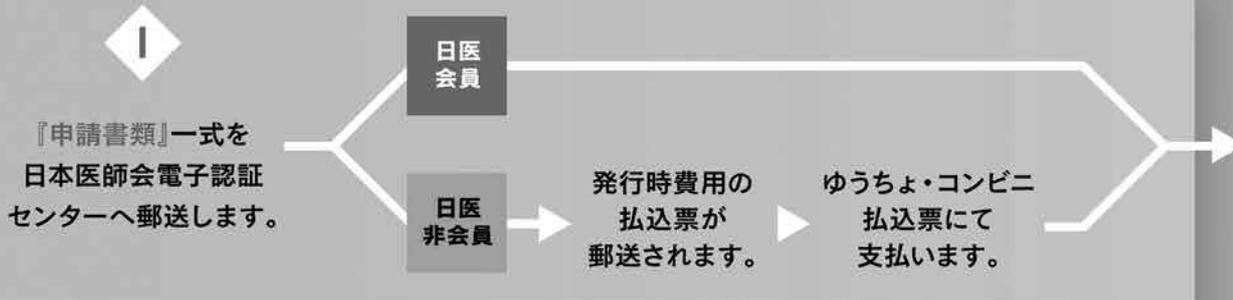
講習会受付



「医師資格証向け出欠管理システム」が導入された医師会等での研修会では、医師資格証をICカードリーダーにかざすだけで受付を行うことができます。

医師資格証申請方法

申請書類一式郵送



申請書類

1 医師資格証 発行申請書

ホームページからダウンロード出来ます。撮影から6ヶ月以内の証明写真が必要です。

2 医師免許証コピー

(裏書がある場合、裏面コピーも必要です。)

3 住民票

発行から6か月以内
・コピー不可
個人番号、住民票コードは載せない

4 身分証のコピー(下記のいずれか1点)(有効期間)

- ・日本国旅券
 - ・マイナンバーカード
 - ・運転免許証 もしくは
 - ・住民基本台帳カード
 - ・運転経歴証明書
 - ・官公庁発行職員身元
- (平成24年4月1日以降発行のもの)

※旧姓併記を希望される場合、発行から6か月以内の旧姓の分かる公的書類(戸籍(抄)謄本または旧姓も記載された住民票)が必要です。

カード)利用シーン

ITでの利用シーン

ログイン認証



通常のID/パスワード等のフレーズを利用したログインの代わりに、医師資格証を利用したサービスへのログイン*が可能となります。(併用も可)電子認証センター提供のサービスでは医師資格証によるログイン認証を行っております。

*ログイン認証は、「日医医療認証基盤」(日医提供サービス)にお申し込みがあるサービスで利用可能となります。

HPKI電子署名



電子化された医療情報文書に対してHPKI署名を付与することで、本人であり、医師資格を持っていることを証明することができます。HPKI署名は、診療情報提供書の加算を算定する時の要件になっています。また、電子処方箋に求められる電子署名の一つでもあります。

研修会受講履歴 単位管理



「全国医師会研修管理システム」を導入している都道府県で開催された研修会を受講した際に、出欠が確定された研修会に関する受講履歴の閲覧や単位管理ができます。確認は、「医師資格証ポータル」ログイン後、該当のページ(タブ)よりご確認くださいことが可能です。

他社サービスの 利用



ORCA管理機構が提供している「MEDPost(文書交換サービス)」などのログイン時に医師資格証を使用することができます。

送先 ▶ 日本医師会 電子認証センター 〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16

2

医師資格証が
発行されます。

日医非会員は入金確認後

3

医師資格証発行完了
通知(ハガキ)が連絡
先住所に到着します。

4

申請者本人が
『対面受取時の書類』
を持参し、発行完了通知に
記載された医師会で
医師資格証を受け取ります。

※代理人不可

対面受取時の書類 ※あらかじめ受取場所の医師会に電話確認をしてください。

1 医師資格証 発行完了通知(ハガキ)

申請時に記入した
連絡先住所にハガキが郵送されます。

2 身分証の提示(下記のいずれか1点)(有効期限内のもの)

- 日本国旅券
- 運転免許証 もしくは
運転経歴証明書
(平成24年4月1日以降発行のもの)
- マイナンバーカード ※通知カード不可
- 住民基本台帳カード
- 官公庁発行職員身分証明書

1内のもの)

※表面のみ ※通知カード不可
ド
分証明書

費用

日医会員

- ・初回及び5年ごとの発行手数料は無料です。
- ・紛失、破損による再発行の場合のみ5,500円が必要です。

日医非会員

- ・初回及び5年ごとの発行手数料は5,500円です。
- ・紛失、破損による再発行の場合も5,500円が必要です。



※費用はすべて税込みです。

各種手続き

連絡先変更手続き

医師資格証に関わる連絡先等の情報に変更がある場合は、【連絡先等変更申請書】と医師資格証のコピー（住民票住所変更の場合は住民票の写しの原本も）を日本医師会電子認証センターにご郵送ください。

暗証番号（パスワード）開示手続き

暗証番号を忘れてしまった場合、必要事項を記入の上、【暗証番号（パスワード）開示申請書】をご郵送ください。

医師資格証 利用中止届

医師資格証の利用中止をご希望の場合、必要事項を記入し、医師資格証を同封の上、【利用中止届】をご郵送ください。

医師資格証 紛失届

カードを紛失した場合、【紛失届】に必要事項を記入の上（再発行を希望する場合は再発行申請書類一式を同封の上）、電子認証センターにご郵送ください。カードが不正利用されるのを防ぐため、ご本人確認完了後、カードを緊急失効いたします。

医師資格証 再発行申請書

諸事由（カード紛失・破損・姓名変更、会員/非会員変更等）により再発行を希望される場合、【発行申請書（再発行）】に必要事項を記載し（写真も貼付してください）、住民票の写し、医師免許証のコピー、身分証のコピーを同封の上、電子認証センターに郵送し、再発行申請を行ってください。（申請書の種類が異なる以外は新規発行と同様の申請手続きとなります。）

※各種手続き書類は、日医電子認証センターホームページよりダウンロードできます。



日本医師会 電子認証センター

Japan Medical Association Certificate Authority

〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16

ホームページ | <https://www.jmaca.med.or.jp/>

お問合せ | toiawase@jmaca.med.or.jp

掲載内容2022年8月現在





日医FAXニュース

**2023年（令和5年）7月21日 3151号**

- 夏のコロナ拡大に備え、入院体制確認を
- 費用対効果評価、課題への対応案了承
- コロナ定点報告数、9.14まで上昇
- ヘルパンギーナが8週連続増
- インフル定点、鹿児島は27.31まで増加

2023年（令和5年）7月25日 3152号

- 秋田の豪雨被災被災地を視察
- コロナ、夏に感染拡大の可能性も
- 高齢者施設の93%が連携先を確保
- コロナ定点報告数、11.04まで上昇
- 内閣感染症危機管理統括庁、9月発足
- 重大な副作用にアナフィラキシー
- インフル報告数、1.76に微増

2023年（令和5年）7月28日 3153号

- 熱中症、高齢者中心に注意を
- 新型コロナウイルス感染症について
- 「感染対策向上加算」が論点に
- コロナ後遺症、「実態把握を」
- ヘルパンギーナが9週連続増

2023年（令和5年）8月1日 3154号

- 豪雨被災の医療機関に「財政支援を」
- 来年度概算要求へ、厚労相に要望書提出
- コロナ対応、10月以降も財政支援を
- 診療報酬「6月改定」を了承
- 診療報酬の6月改定「課題かなりある」
- 厚労省、GLP-1の「適正購入・使用を」

2023年（令和5年）8月4日 3155号

- 豪雨被災の医療機関に「財政支援を」
- 来年度概算要求へ、厚労相に要望書提出
- コロナ対応、10月以降も財政支援を
- 診療報酬「6月改定」を了承
- 診療報酬の6月改定「課題かなりある」
- 厚労省、GLP-1の「適正購入・使用を」

2023年（令和5年）8月8日 3156号

- 来秋の保険証廃止維持も、総点検で判断
- 廃止後申請なくとも「資格確認書」交付
- 後発品体制加算、支払側「段階的廃止を」
- 21年度社会保障給付費、医療は11.0%増
- コロナ定点報告数、佐賀は31.79に増加

2023年（令和5年）8月11日 3157号

- 政府の方針転換は「大きな前進」
- 国民の理解促進へ「プロジェクト」
- コロナ入院、G-MISでの把握継続を
- コロナ秋接種、公的関与高リスク者のみ
- 「統括庁」発足は来月1日

2023年（令和5年）8月22日 3158号

- 周産期維持で、安心の「出産環境」を
- 地域医療「多様な課題」への対応が必要
- コロナ、注意喚起の「目安」を周知
- 働き方改革推進、基金の活用事例を周知
- コロナ定点、14.16に微減

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。

渡邊 裕 氏	宇部市医師会	7月20日	享年 94
三井 健史 氏	下関市医師会	7月24日	享年 68
村田 雄三郎 氏	徳山医師会	8月7日	享年 95

編集後記

最近、本屋に行くとき「仕事について」の本が平積みで、ずらっと並んでいました。

現在、世の中に3万種あると言われていた仕事自体についても興味がありますが、AI化などで20～30年後にはガラッと変わるであろう将来の仕事についても知りたい（子供世代で主流になる仕事って何だろう）、その辺のことも書いてあるのかな、と思って、数冊ほど手に取ってみました。まずは、池上 彰さんの『なぜ僕らは働くのか』あたりから読んでみようかしら。

ところで、皆さんは、現在の仕事などについて、どのような過程で選択されたのでしょうか。

私の場合は、実家が開業しており、また、医療系の仕事を選択している親族が多かったため、大学受験の時、大枠として「なんとなく」医学部を選択しました。大学在学中は、消化器内科が一番面白かったので、卒後は友人の勧めにより、消化器を中心とした内科と外科が強い都立系の病院で研修しました。消化器内科で研修した際、先輩たちは、上下部消化管内視鏡検査や造影検査、腹部超音波検査や外来、入院業務などを楽しそうにこなしており、他科、特に病理科との連携もよく、その合間を縫って対外的仕事である論文作成、学会発表をあたりまえのように淡々とこなしていました。かといって異常に遅い時間まで仕事をしているわけでもなく、今でいうワークライフバランスも当時としては比較的ましな方に見えたので、先ほどの都立系病院で研修後、常勤医として合計20年勤務しました（その後、実家を継いで今に至っています）。

仕事の本の話にもどります。読み始めてみると、仕事以外にもいろいろなことが書かれていました。たとえば、人生の3大出費は「教育」「住宅」「老後」で、特に老後は、人生100年で65歳で退職した場合、残り35年で年間318万×35年＝1億1,130万円もかかるそうです（総務省「家計調査年報（平成30年）」の「高齢夫婦無職世帯」参照）。

ほんとかな、と思うほどとんでもない額ですね。将来が不安になります。

次に、最も興味がある、医療関係の仕事については、どう書かれているのか見てみよう（・・・以下続く）。

（理事 藤原 崇）



HIPPOCRATES

医の倫理綱領

日本医師会

医学および医療は、病める人の治療はもとより、人びとの健康の維持増進、さらには治療困難な人を支える医療、苦痛を和らげる緩和医療をも包含する。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. 医師は自らの職業の尊厳と責任を自覚し、教養を深め、人格を高めるように心掛ける。
3. 医師は医療を受ける人びとの人格を尊重し、やさしい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るように努める。
4. 医師は互いに尊敬し、医療関係者と協力して医療に尽くす。
5. 医師は医療の公共性を重んじ、医療を通じて社会の発展に尽くすとともに、法規範の遵守および法秩序の形成に努める。
6. 医師は医業にあたって営利を目的としない。



にちいくん
「日医君」山口県バージョン

発行：一般社団法人山口県医師会（毎月 15 日発行）

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

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

印刷：株式会社マルニ 定価：1,000 円（会員は会費に含む）