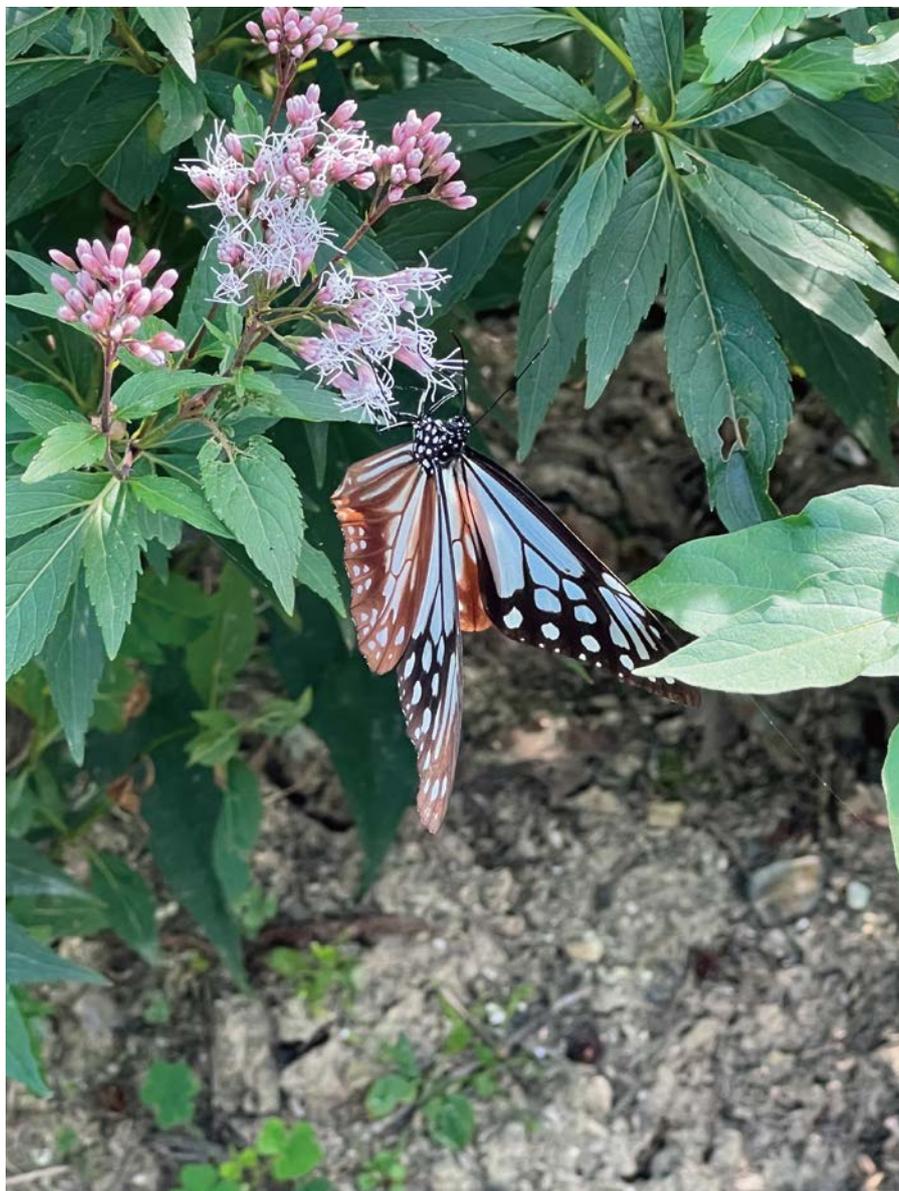


山口県医師会報



令和6年(2024年)

10月号

— No.1970 —

藤袴（ふじばかま）と
アサギマダラ
藤村 智之 撮

Topics

社保・国保審査委員合同協議会



Contents

■今月の視点「山口県の救急搬送の現況と 救急車の適正利用について」……………	竹中博昭	735
■中高生を対象とした医師の職業体験実習……………	白澤文吾	740
■第23回中国四国医師会共同利用施設等連絡協議会 ……………	茶川治樹、木村正統、吉水一郎	744
■閑話求題「徒然なるままに」……………	福田信二	747
■令和6年能登半島地震 JMAT 活動報告会 (都道府県医師会 JMAT 担当理事連絡協議会) ……………	竹中博昭	748
■令和6年度中国地区学校保健・学校医大会 ……………	河村一郎、長谷川奈津江、木村正統、中村 丘	754
■令和6年度都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会 ……………	中村 洋	758
■令和6年度第1回労災・自賠責医療委員会及び 第98回山口県自動車保険医療連絡協議会 ……………	伊藤真一	764
■令和6年度社保・国保審査委員合同協議会 ……………	伊藤真一	765
■第171回山口県医師会生涯研修セミナー ……………	福田信二、宮地隆史、清水良一、沼 文隆	768
■理事会報告(第11回、第12回)……………		786
■日医 FAX ニュース ……………		790
■転載「おじいさんと呼ばれて」 〈山陽小野田医師会報第15号より〉……………	田原康彦	792
■飄々「またまた暑かった夏」……………	川野豊一	794
■お知らせ・ご案内……………		795
■編集後記……………	中村 丘	808

今月の視点

山口県の救急搬送の現況と 救急車の適正利用について

常任理事 竹中 博昭

急に体調を崩し、自力で医療機関に行けそうにない時、119番をコールすれば24時間、365日、救急車がすぐに駆けつけてくれます。近年、山口県では救急救命士の資格を持つ隊員が必ず救急車に同乗しており、必要があれば傷病者が必要な処置（静脈路確保、薬剤投与、気道確保など）を受けつつ救急病院に搬送してくれるという素晴らしいシステムが維持されています。令和6年7月11日に令和6年度郡市医師会救急医療担当理事協議会が開かれ、山口県総務部消防保安課消防救急班から令和4年度山口県の救急搬送に関する報告がありました。その内容を見ると、私見ですが、今後もこの素晴らしいシステムを維持できるのか少し心配になります。119番コールしても、すぐに救急車が来てくれない、救急車が来てても受け入れ病院がなく病院搬入が遅れる、そのような事態が今後危惧されます。以下に山口県の救急搬送の現況と、問題点、対策につき述べます。

I 山口県の救急搬送の現況 救急出動件数、救急搬送人員

山口県における令和4年度の救急出動件数は74,614件、救急搬送人員は64,760人でした。平成25年以降両方とも右肩上がりで増加してきましたが、令和2年はコロナ禍による受診控えで前年の約10%減となりました。しかし、その後再び増加に転じ、令和4年度はコロナ禍以前を上回り、令和5年度（速報値）では救急出動件数は78,419件、救急搬送人員は67,740人で過去最多となりました（表）。

事故種別搬送件数

急病が47,007件（63.0%）、一般負傷11,669件（15.6%）、転院搬送8,795件（11.8%）で、転院搬送が12%近くあり意外に多いという印象を受けます。

不搬送件数

不搬送は10,175件で救急出動件数の16.3%を占めており、かなり高率と言えます。その内容は、救急車到着後の辞退が5,855件、明らかな死亡が1,334件、拒否が1,089件、傷病者なし478件、誤報・いたずら278件、救急車到着前の辞退236件、その他706件でした。不搬送のうち、誤報・いたずらは問題外ですし、辞退、拒否は明らかに救急車の不必要な乱用であり、防止策を考える必要があると思います。

傷病程度別搬送人員

外来処置のみの軽症は24,696人（38.1%、全国47.3%）、短期の入院を必要とする「中等症」は34,817人（53.8%、全国43.5%）、長期入院が必要な「重症」は4,327人（6.7%、全国7.7%）、死亡920人（1.4%、全国1.5%）でした。山口県では、全国平均に比べ軽症が約10%少なく、中等症が約10%多いという特徴がありました。次項で示すように、山口県では高齢者の搬送割合が全国に比べ高いのが原因ではないかと思われます。軽症者の比率は山口県では全国平均より低い結果でしたが、搬送者の4割近くを占めています。軽症者の多くは自家用車、タクシー、介護タクシーなどで救急病院を受診できたはずで、医学知識のない体調不良者が自分は軽症者であると判断で

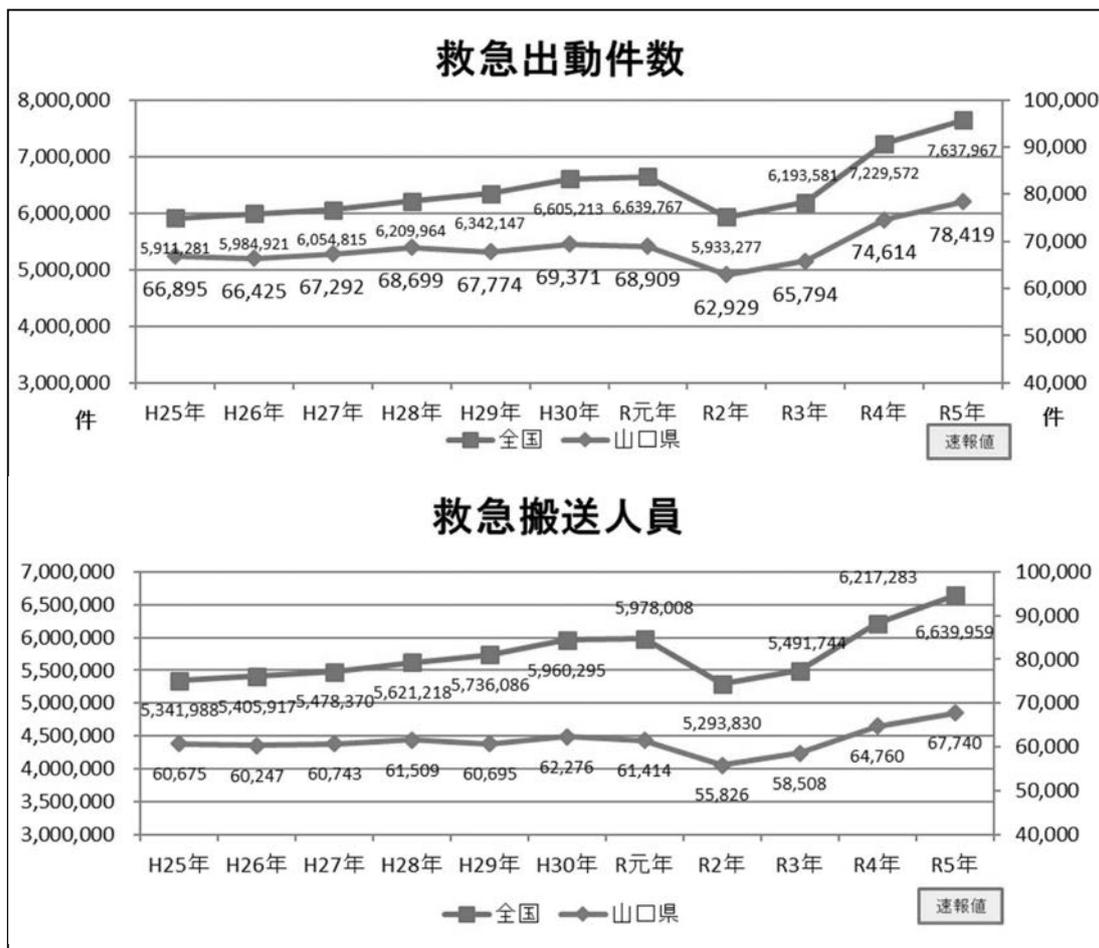


表 全国と山口県の救急出動件数と救急搬送人員（山口県消防保安課作成）

きるのかという問題はありますが、少なくとも自力で歩いて、自分で病状経過をきちんと説明できるような状態の軽症者は救急車を使用しないで欲しいと感じます。

年齢区分別救急搬送人員

高齢者の搬送人員は46,194人（71.3%、全国62.1%）、成人15,054人（23.2%、全国30.0%）、少年1,670人（2.6%、全国3.3%）、乳幼児1,703人（2.6%、全国4.4%）、新生児139人（0.2%、全国0.2%）でした。山口県では、全国平均に比べ高齢者が約9%多く、成人が約7%少ないという特徴がありました。高齢になるほど病気の発症率は高くなり、重症化率も高くなるので、高齢患者が救急車で搬送され入院となるケースが多いと推測されます。令和4年10月1日時点の推計人口による高齢化率は全国が29.0%に対し山口県は35.2%（全国第3位）であり、今後も高齢者かつ中等症以上の搬送増加が見込まれます。

現場到着時間、病院収容時間

令和4年の現場到着時間は10.1分（全国10.3分）、病院収容時間は45.7分（全国47.2分）でした。平成25年の現場到着時間は8.2分、病院収容時間は35.5分だったので、9年間で現場到着時間は1.9分、病院収容時間は10.2分伸びています。現場到着時間の延伸の主な原因は、救急出動件数の増加と考えられます。119番にコールがあると当該地区の救急隊が出動しますが、当該地区の救急隊がすべて出払っている場合は近隣地区の他の市町村の救急隊に出動要請します。全体の出動件数が増えれば、当該地区救急隊不在の頻度が増え、近隣地区救急隊に出動要請するケースが増えます。この場合、現地からの距離は大幅に遠くなるので、現場への到着は当然遅くなってしまいます。病院収容時間の延伸の原因は救急輻輳時の病院選定に時間がかかることで、次に述べる医療機関への照会回数4回以上の事案、救急現場での滞在時間が30分以上の事案の増加が問

題となります。

医療機関の受け入れ状況

医療機関への照会回数4回以上の事案は、重症者傷病者以上で4.8%（令和3年；3.0%）、産科・周産期傷病者で5.7%（令和3年；1.0%）、小児傷病者で2.2%（令和3年；2.2%）、救命救急センター搬送事案で8.1%（令和3年；5.5%）。救急現場での滞在時間が30分以上の事案は、重症者傷病者以上で9.6%（令和3年；7.0%）、産科・周産期傷病者で13.9%（令和3年；11.0%）、小児傷病者で6.7%（令和3年；4.1%）、救命救急センター搬送事案で15.8%（令和3年；11.9%）でした。医療機関への照会回数4回以上の事案、救急現場での滞在時間が30分以上の事案の割合は年々増加しています。いわゆるたらい回しのため、搬送先が決まらない状況です。その原因として、救急病院のベッドが満床で受けられない、救急車からの連絡前に別の救急患者を複数受け入れており、その処置中のためそれ以上受けられないなど、救急病院の逼迫状態が慢性化していることが挙げられます。

救急隊数、救急隊員数

山口県の令和元年の救急隊数は73隊、令和2年に75隊となりましたが以後、増えていません。令和元年の救急隊員数は1,140名、令和5年は1,167名（令和元年の1.02倍）です。一方、搬送件数は令和元年は68,909件、令和5年は78,419件（令和元年の1.14倍）です。このまま搬送件数が増加すれば、人員不足になるのは自明で、近い将来、救急車を呼んでもすぐには来てもらえなくなり、心肺停止、脳出血や脳梗塞、心筋梗塞、大動脈解離などの1分1秒を争う患者さんの救命率が悪化する可能性があります。

II 山口県の救急搬送の問題点と解決策

前述した現況から見えてくる山口県の救急搬送の問題点としては、救急出動件数、救急搬送人員は右肩上がりに増加しており今後も増加し続ける事、救急出動件数の約4割を軽症例が占めている事、現場到着時間、病院収容時間は年々延伸し、医療機関の受け入れ状況も年々悪化している事、救急隊数、救急隊員数は微増で、救急出動件数、救急搬送人員の増加率と大きな乖離があり、

将来人員不足による救急搬送機能不全が危惧される事、が挙げられます。増加する救急搬送に将来も適切に対応するには、それに対応できるだけの救急隊、救急車、救急病院及び救急病院スタッフをどんどん増やせばよいのかもしれませんが、超高齢化が進み人口減少が持続している山口県では予算確保、人員確保が困難で現実的ではありません。本当に緊急的な処置が必要な傷病者のもとに救急車が早く到着するためには、地域の救急車を地域住民が適切に使用することにより、出動件数を今よりも減らす方策が必要です。出動件数を減らす方策としては、①救急患者の相談体制の確立、②病院間の転院搬送時の工夫、③不搬送事例を減少させる、④救急車使用の有料化、などが考えられます。

①救急患者の相談体制の確立

救急車で搬送されてくる患者さんの中には「この程度の症状で救急車は呼ばないでください。」と言いたくなるケースはたくさんあります。とは言え、医学知識のない一般の方が体調不良の時に心配になり軽症なのに救急車を呼んでしまうのは無理もないことです。このため総務省は、急な病気やけがをしたとき、救急車を呼んだほうがいいのか、自分で病院を受診すればいいのか、どこの病院に行けばいいのか迷う場合のために救急相談窓口の設置を進めています。それが#7119（救急安心センター事業）、#8000（子ども医療電話相談事業）です。#7119は令和6年8月現在で5つの市、27都府県で設置されており、山口県でも令和元年7月1日から開始されています。対象者は県内におられる概ね満15歳以上の方となっています。令和3年度中の#7119の相談件数は全国で約145万件で年々増加しており、救急車の適正利用に寄与していると思われます。#8000は全国の各都道府県に窓口があり、15歳以下の子供を対象としています。#7119と同様に電話での相談に対応し、救急車要請、夜間診療所受診、翌日かかりつけ医受診などの助言を行います。山口県では令和5年度に11,652件の相談があり、119番コールを勧めた件数は520件（4.5%）でした。今後も#7119、#8000の県民への周知を進め、救急車の適正使用を進めていく必要があります。

②病院間の転院搬送時の工夫

事故種別搬送件数の項目で転院搬送が8,795件(11.8%)で意外に多いということを前述しました。転院搬送には低次医療機関では治療困難な患者さんを治療目的で高次医療機関に搬送する「のぼり搬送」と、高次医療機関で急性期治療を終え、状態は落ちついたが自宅療養にはまだ早い患者さんを低次医療機関に転院させるための「くんだり搬送」があります。「のぼり搬送」は患者さんの状態も悪く、緊急性を有することも多いので公的な救急車を使用することになります。問題は「くんだり搬送」です。この場合、患者さんの状態は落ち着いており、緊急性も無いので搬送に公的救急車を使用する必要は無いのではないかと思います。患者さんの状態に合わせて病院所属の救急車、民間救急車、介護タクシー、場合によっては通常のタクシーで賄えるはずですが、民間機関を利用すれば使用料金が発生します。日ごろの外来通院での自宅から医療機関までのタクシー代は当然自己負担ですから、転院の移動費用も自己負担で良いような気もしますが、退院までずっと高次医療機関で過ごしたいと思っている患者さんと家族は転院を強いられた上、搬送が有料となると不満が残るかもしれません。行政も関与して「くんだり搬送」時のルール作りと費用の補助制度が確立されれば、救急搬送件数の減少に寄与できると思われます。

③不搬送事例を減少させる

不搬送は救急出動件数の16.3%を占めており、かなり高率です。いたずらによるものは非常に悪質です。また、救急隊が到着した時には症状が軽快していたので辞退した、家族が救急車を呼んだが本人がかたくなに辞退したという例が多いようです。救急隊の出動1回に約7万5千円の費用がかかるとの試算がある事、不要な呼び出しのため次の傷病者の搬送が遅れ、救える命を失う可能性がある事などを考えると、「呼んで悪かったね、帰っていいよ。」で済む問題ではありません。現在のところ頻回の悪質ないたずら電話以外は刑事罰の対象にならず、搬送拒否の際の罰金もないため、個々人の良心に頼るしかありません。いたずら電話に対する処罰、搬送拒否に対する罰金制度ができれば、抑止力になるのではないかと思います。

ます。

④救急車使用の有料化

救急車の利用を有料化することについてのアンケート調査¹⁾で、開業医の80.7%、勤務医の83.0%が「有料化すべき」と回答し、「有料化すべきではない」を大きく上回る結果が示されています。この調査によると、有料化賛成の理由としては、タクシー代わりの使用が多い、無料だからという理由での使用が多い、救急搬送される軽症者が多い、などが挙げられています。また、料金徴収方法に関しては、来院時の重症度によって料金を設定する、搬送料を預かり金のようにして一定金額を支払ってもらい、重症で入院が必要と判断されれば後日返金する、などの意見があります。

三重県松阪市では令和6年6月1日から救急車を有料にするというニュースが話題になりましたが、正確には有料化ではありませんでした。今回松阪市が導入した制度は、松阪地区の基幹病院に指定されている3病院に救急搬送され、入院には至らなかった際に「選定療養費」として7,700円(税込)が請求される、ただし、救急搬送され入院しなかった場合でも、医師から救急搬送が必要だったと判断されたケースなどでは、費用は徴収されないとするものでした²⁾。選定療養費とは、日常診療において大病院を紹介状なしで受診した場合に大病院が徴収できる料金です。多数の軽症例が大病院を受診してしまい、重症例の診療に支障をきたす事が無いよう、初期の治療はかかりつけ医が行い、必要がある場合に大病院を紹介するシステムを推進する目的で2016年から導入され、全国の多くの病院において日常診療で選定療養費が徴収されています。松阪市では今までは救急搬送された患者は選定療養費の対象外だったのが、今年から対象となったというわけです。全国的には多くはありませんが、救急患者の選定療養費徴収を行っている病院は他にも存在します。東京女子医大病院のホームページ³⁾には、救急外来における時間外選定療養費について、「当院は二次救急医療機関及び三次救命救急センターとして重篤な救急を要する患者さんへ質の高い医療を24時間提供しております。しかし、夜間・休日の救急外来では緊急性の低い患者さんの受診により本来の責務である『一刻を争う急病の方』『重

症で入院を必要とする方』への迅速な診療に支障をきたしております。このような状況を改善するため、緊急を要しない（軽症）と判断した場合、『時間外選定療養費』として『8,800円』を徴収させていただきます。地域の皆様に安全で質の高い医療を提供するためのやむを得ない措置ですので、皆様のご理解をお願い申し上げます。」と表示されています。

救急車の有料化は症状別の料金設定、当該市町村が行うことになる料金徴収方法、多くの国民の同意が得られるか、など多くの問題がありますが、病院における軽症の救急搬送患者に対する選定療養費徴収はコンセンサスも得られやすいし、軽症例の救急車使用の抑止にもなるのではないかと思います。

Ⅲ まとめ

山口県の救急搬送件数が右肩上がりに増加しているため、令和4年の現場到着時間は10.1分、平成25年の現場到着時間は8.2分、9年間で現場到着時間は1.9分延伸しています。心原性心肺機能停止から救急隊が心肺蘇生を開始した時間別の1か月後生存率は3分以内で38.1%、3～5分で35.6%、5～10分で39.4%、10分～15分で30.0%、15分以上で20.7%です⁴⁾。10分以上になると1か月後生存率が極端に下がるという結果が出ています。山口県の現場到着時間はわずかですが、すでに10分を超えており、今後

さらに延伸することが危惧されます。タクシー代わりの救急車使用、軽症例の救急車使用を抑制し、救急搬送件数を減らさなければ、現場到着時間を短縮することはできません。#7119、#8000の県民への周知、病院間のくんだり搬送時の民間機関の活用促進が必要です。また、現在のところ山口県内の病院で軽症の救急搬送患者に対する選定療養費徴収を行っているところは無いかと思いますが、今後検討すべきと考えます。

文献

- 1) 救急車、医師の8割以上が「有料化すべき」レポート 2023年8月26日（土）
配信佐藤真希（医療ライター）
<https://www.m3.com/news/iryoshin/1160534?>
- 2) ついに救急車が「有料」に!? 入院不要だと「7,700円」請求される? 三重県松阪市が「適切な利用」を呼びかける理由を解説 2024/2/21
<https://financial-field.com/living/entry-271413>
- 3) 救急診療 | 東京女子医科大学病院 (twmu.ac.jp)
<https://www.twmu.ac.jp/info-twmu/emergency.html>
- 4) 令和4年版 救急救助の現況 | 救急救助の現況 | 総務省消防庁 (fdma.go.jp)
<https://www.fdma.go.jp/publication/rescue/post-4.html> 107ページ、第107図



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

中高生を対象とした医師の職業体験実習

と き 令和6年8月4日（日）9：30～12：05

ところ 山口県医師会6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いただき、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6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、54名の応募があり、全員に参加していただくこととした。

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、美祢市病院事業局の清水良一先生、山口大学医学部の桂春作先生、久永拓郎先生、竹内由利子先生、山口労災病院の白澤由美子先生、山口大学医学部6年生の学生16名にご協力いただいた。また、本会からは茶川常任理事、藤井理事、森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6つのグループに分けて、採血、心肺蘇生、血圧測定、縫合・結紮、気道異物の除去をそれぞれ体験した。なお、今回も「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）」というブースを設置し、現役の医学生と中高生が直接、いろいろと話ができるようにした。また、今回は参加者の増加に伴う対応として、新たに「気道異物の除去」の体験を追加した。

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

- ・医師になった時に必要な知識・技能から、常識として知っておくべきことまで学べて、とても勉強になった。
- ・医師を志しているという、勉強のイメージしかなかったが、体力や精神力、手先の器用さまで鍛えることが必要で、改めて医療関係の仕事の大変さを学ぶことができた。
- ・医師はすごくやりがいがある仕事。責任感もあるけど私もなってみたい。
- ・縫合・結紮が勉強になった（6）
- ・縫合・結紮を初めてしたけど、上手くできた。
- ・実際の器具を使用した上で縫合・結紮の体験ができ、自分でやると思ったようにうまくできなかったのが勉強になった。
- ・やってみたかった縫合・結紮ができて、すごく勉強になったし、うれしかった。
- ・縫合・結紮は、裁縫みたいで面白かった。
- ・縫合・結紮は普段やったことがなかったけれど、コツをつかんだら、できるようになったのが楽しかった。もっとレベルアップしたいと思った。
- ・心肺蘇生が勉強になった（6）
- ・心肺蘇生の時に、周りの人に声をかけてから始めること。AEDを持って来る前から救急車が来るまで絶えず胸骨圧迫をしないといけないこと。
- ・心肺蘇生で思ったよりも力を入れられないといけないこと。
- ・道に倒れている人がいたときに対応できるよう、心肺蘇生の方法を学べたのがよかった。（2）
- ・今日の体験の中で一番身近な心肺蘇生を今後、活かせるようにしたい。
- ・最初の講義が勉強になった（3）

- ・タンパク質にはリンが必要ということ、体の温度が40℃を超えると機能しないと知れてよかった。
- ・清水先生の「ヒトが生き続けられる体の仕組みについて」、加えて白澤先生の「医学教育と地域医療の現状」の講義を聞いて、とても勉強になった。
- ・一定量のATPを体内に保つために心肺蘇生など緊急の対応をとるとのこと。
- ・医療の現状について知れたこと。
- ・医学生生活を知れたこと。山口県の医師の現状を知れたこと。
- ・山口県の医師平均年齢が高いことを初めて知った。
- ・現役の医学生に質問ができて、とてもよい刺激になった。(6)
- ・医学生の方と実際に関わることができて、大学や医学部についてイメージすることができた。
- ・採血のやり方がとても分かりやすかった。
- ・採血の際に針を抜く前にバンドをとらないと、血が吹き出してしまう。
- ・注射器の取り扱い方が難しかった。
- ・今日、面白かったことは採血で、初めての体験だったが、分かりやすく教えていただき、刺す時の角度やゴムの付け方など、新しいことがたくさん学べた。
- ・採血の際に腕をしめるゴムを完全に結ばないことでとれやすくなること。
- ・採血の針の角度が15～30°だということ。
- ・採血が勉強になった。



採血

- ・医師ではなくても人を助けられるということ。
- ・採血や縫合の体験でより医師としての活動にイメージが湧いた。
- ・気道異物の除去や心肺蘇生は今からでも訓練すればできそうだったので、覚えておきたい。
- ・気道異物の除去と心肺蘇生は特に勉強になった。いざ自分が実践しようとする時、学校の保健の授業などで習ったこともあるが、うろたえてしてしまったので、練習することができて良かった。
- ・採血や気道異物の除去など、技術がいるものは難しかったが、とても面白かった。
- ・気道異物の除去の方法が分かった。
- ・実際に役立つことを学べてよかった。
- ・縫合や採血は普段できるようなことではないので、とても楽しかった。
- ・医師がやるような処置を実際に行えたこと。

難しかったこと、あまり理解できなかったこと

- ・気道異物の除去が難しかった(4)
- ・腹部圧迫法が難しかった。(2)
- ・気道異物の除去の力の入れ方が難しかった。(7)
- ・採血が難しかった。(3)
- ・採血の手順を覚えるのが難しかった。
- ・採血をとる時に血液がよくとれる部位を見つけることが難しいと感じた。
- ・実体験の中では縫合・結紮が一番難しいと感じたが、インストラクターの先生方の分かりやすくて的確な指示のおかげで、やり遂げることができた。



心肺蘇生

- ・縫合・結紮は楽しかったが、不器用で少し難しかった。
- ・縫合がとても難しく、傷を縫う大変さを知ることができた。
- ・縫合・結紮が難しかった。(8)
- ・縫合・結紮の器具の扱いが難しかった。(3)
- ・最初の講義が難しかった。(3)
- ・血圧測定が難しかった。(5)
- ・血圧測定の力加減が難しかった。(2)
- ・血圧測定の際、音がほとんど聞こえず難しかった。(2)
- ・心肺蘇生の手順が難しかった。
- ・採血と縫合・結紮は慣れないと難しいと思った。
- ・採血の手順や注射器の持ち方が難しかった。(2)

その他の意見

- ・また機会があれば参加したい。(3)
- ・とても勉強になる実習でした。ありがとうございました

- ・いました。(3)
- ・本日はこのような機会をいただき、誠にありがとうございました。
- ・医学生の方々がフレンドリーに話しかけてくださったのがうれしかった。
- ・受験に使える知識を教えてくれて助かった。
- ・医師の夢への思いが強まりました。
- ・山口大学の生徒さんの話をより聞きたかった。質問の前に自己紹介があるほうがやりやすい。
- ・医師になるために勉強をがんばりたい。
- ・外科がいいなと思った。
- ・日常生活にも活かせるような知識を身につけられたので、役立てていきたいと思った。
- ・タンザニアに医療体験をした。タンザニアとは縫合の仕方が違うことに驚いた。
- ・たくさんの体験やお話を聞くことができ、とても有意義な時間になった。



血圧測定



縫合・結紮

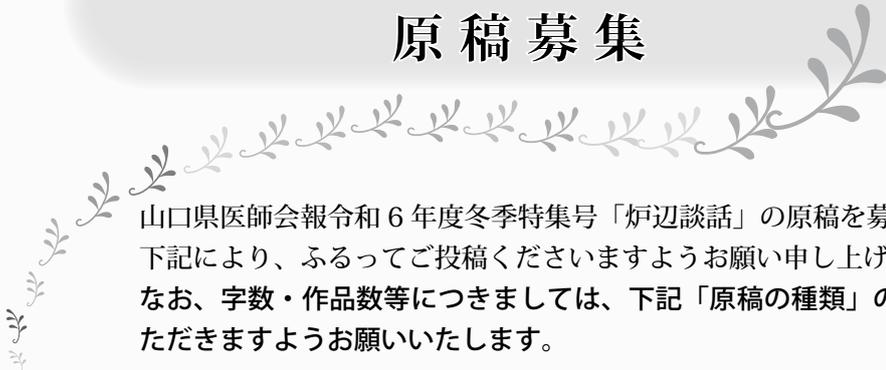


気道異物の除去



医学生に聞いてみよう

冬季特集号「炉辺談話」 原稿募集



山口県医師会報令和6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ください。
※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12日
②手書き原稿	郵送	11月5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。
※公序良俗に反するもの、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。

第23回 中国四国医師会共同利用施設等連絡協議会

と き 令和6年8月17日(土) 14:30～17:35

ところ ホテルグランヴィア岡山4階 「フェニックス」

報告：常任理事 茶川 治樹
理事 木村 正統
理事 吉水 一郎

基調講演・シンポジウム

共同利用施設の新しい取り組み

～医療DX、働き方改革を見据えて～

コメンテーター：日本医師会常任理事 黒瀬 巖

座長：岡山県医師会常任理事 合地 明

基調講演

医師会立病院の現状と今後の課題

鹿児島市医師会病院院長 大迫 政彦

本年は6年に一度のトリプル改定の年にあたり、厳しい改定となることが想定されていた。特に、救急患者の受入れ先として会員から頼りにされている医師会立病院にとっても、経営的に大きな影響を受けることとなった。

そこで、当院の現状とともに鹿児島県下11医師会立病院の実情を調査し、医師会の共同利用施設としての今後の課題を検討した。

本院は、1984年6月に255床の病院として鹿児島市医師会が開設した。開院から20年ほどは順調な経営状態であったが、正味財産は2001年の46.6億円をピークに減少し続け、2018年には22.3億円まで減少した。これには小児科、産科、呼吸器内科などの診療科減少、電子カルテの導入などが影響している。

2019年には許可病床を199床としたが、入院患者の減少に歯止めがかからず、本年4月からは134床で運営している。なお、正味財産はコロナ補助金により2022年度は34億円まで回復したが、2023年度は約5億円の減少となり、経営改善が急務となった。

鹿児島県下11医師会立病院へのアンケートを実施し、各病院の基本情報を確認するとともに、

医療DXへの対応、働き方改革の現状、人材の充足状況と確保手段、CT・MRIなどの遠隔画像診断、救急搬送手段、経営改善への取り組み、会員との連携状況などを調査した。

なお、鹿児島県では当院が立地する鹿児島医療圏以外には同一医療圏内に救急救命センターが存在せず、救急患者への対応の改善は急務となっている。

今後の課題として、多くの医師会立病院は築30年以上を経過し、建物や設備の老朽化、今後の存続の可否が問題となっている。

また、人件費や光熱費の高騰が診療報酬では賄えないことや、無床診療所の増加で退院調整が困難となるなど、多くの問題を抱えている。

今後は、地域医療構想の状況、地域医療連携推進法人への取り組みなどを通じて行政と緊密に連携し、公的補助も含めた抜本的な改革の必要があると考える。

医師会立病院を構想し、設立した世代は多くが引退し、第二世代、第三世代へと引き継がれ、設立当初を知らない会員が増えている。

その世代は共同利用施設への愛着も薄く、利用することへの意識も低くなっているため、意識改革も今後の重要な改善点の一つと思われる。

シンポジウム

(1) 共同利用施設における人事・勤怠・給与クラウドシステムの導入と働き方改革について

三次地区医師会会長 中西 敏夫

三次地区医師会がある広島県北部の三次市(人口約48,300人、高齢化率36.4%)と、隣接する

庄原市とともに備北2次医療圏域を形成している。

当圏域には平成29年4月に地域医療連携推進法人「備北メディカルネットワーク（三次中央病院、三次地区医療センター、庄原赤十字病院、西城市民病院）」が設立された。

三次地区医師会は昭和22年に設立され、現在会員数はA会員約46名とB会員約100名からなり、医師会立病院である三次地区医療センター、介護老人保健施設、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、臨床検査センター、休日夜間急患センターを運営し、中山間地域の医療・介護の担い手として活動している。

課題として、事業所は大きく2か所、医師会事務局を含む病院・検査センターと、3km離れた介護系施設に分散し、職員数は各々211人と95人の計306人だが、事業所ごとに事業計画、予算、決算を行い、職員の採用も別々であるため、人事・労務・勤怠情報を一元管理することが困難であった。

今回の新型コロナウイルス感染症により、五月雨式にでた退職者の対応ができず、病院の看護師不足は深刻となり、令和6年度事業計画では病院3病棟のうち1病棟（療養病床）が閉鎖に追い込まれた。

今後の方針と対策として、令和6年度は診療報酬のトリプル改定のほか、かかりつけ医を中心とした地域包括ケアシステムを構築し、医療と介護を地域で完結するよう取り組む。

- ①医師会事業所内での病床を含めた連携や開業医、三次中央病院などとさらなる連携強化を図る。
- ②これまで各事業所で管理していた職員の人事・労務・勤怠情報を一元管理（クラウドシステムの導入）し、各事業所との連携強化を図り、適正な人事配置を行う。
- ③人事評価制度を本格稼働させ、業務に取り組む職員の意識改善を図る。

システム導入による効果としては、

- ①データ一元管理による組織強化と業務の効率化。
- ②外注業務・委託費の削減。

③働き方改革への対応（現場業務の効率化、各種手続きの省力化等）、クラウドシステム導入予備調査（検査センターでの1年間の勤怠管理）が見込まれる。

また、職員にアンケートを行ったところ、紙ベースに戻すかと言う問いには、16人中12人が「いいえ」で、利便性については賛成意見が圧倒的であった。

システム導入後の本格稼働は2025年1月予定であるが、医師会事務局職員は4名で、各事業所との連絡強化はこれまで以上に必要と考えている。

(2) 山口県のへき地における医療DXの取り組み

山口県医師会常任理事 茶川 治樹

岩国市医療センター医師会病院は、平成5年に160床の病院として開院した。

国立岩国病院（現 岩国医療センター）を補完すべき病院の設立機運が市民の間で高まり、岩国市の支援を受け開設が実現した。また、岩国市内にはリハビリ施設がなく、市民の要望が高まり、平成16年に50床の回復期リハビリ病棟が開設された。

開設から20年間、20人以上の常勤医師のもと、市民に必要な不可欠の急性期・回復期の医療機関として機能してきた。

しかし、医師の臨床研修制度が変更になって以後、大学からの派遣医は次第に減少し、そのため病床機能の再編が必要と判断し、急性期病床の多くを地域包括ケア病床に転換した。

現在、181床（一般病床38床、地域包括ケア病床93床、回復期リハビリ病棟50床）で、すべての病床で診療報酬が一番高い基準を獲得でき、経営的に安定してきた。

発達障害児等の療育センターが、市の支援にて平成24年に開設した。

現在、約900人の子どもが利用している。また、退院後に安心して在宅生活を送れるように、訪問診療・訪問看護・訪問リハビリなど在宅ケアにも積極的に取り組んでいる。さらに、岩国圏域のへき地の公的医療機関の医師不足に対して、月に8回の医師派遣を実施している。

山口県では、県の支援にて離島やへき地の医療機関において、「D to P with N」の実証が開始されている。

Doctor（医師）、Patient（患者）、Nurse（看護師）の頭文字を取り、医師と患者を看護師が繋ぐという仕組みである。

このメリットとして、看護師が近くにいることで患者が安心できる、診察前の問診やバイタル測定により診療に役立つ情報が得やすい、痛いところなどに直接触れるなど身体所見を取ることができる、医師から患者への説明について看護師が補強できる、などがある。

へき地での巡回診療では、患者さんの通院負担は軽減できる一方で、医師の移動に時間を要するため、限られた勤務時間を圧迫する。

巡回診療車などを活用し、現地での対応を看護師へタスクシフトすることで、医師の移動にかかる時間を削減し、その時間を他の業務時間にあてるなど業務効率化が可能になる。また、普段から診療で連携している看護師が現地でサポートするため、情報取得・コミュニケーションともに対面診療に近い環境での診療を実現できる。

また、へき地の医療機関の医師が、胃内視鏡などの画像について、リアルタイムで専門医や指導医に相談できる「Doctor to Doctor」の実証も進められている。

(3) メディカルセンターにおける医療DXの取り組み

岡山市医師会会長 平田 洋

岡山市は岡山県南部に位置し、人口約70万人を擁している。岡山市医師会は、岡山市中区、北区及び南区の一部をエリアとし、開業会員数（A会員）は389名、415医療機関から構成されている。

岡山市医師会総合メディカルセンターは、1964年に地域医療を支援する臨床検査センターとして開設された。2006年からはエスアールエル社と臨床検査室の共同運営（FMS：Facility Management System）を行い、2012年には集荷業務を外部委託化した。2020年にはエスアールエルの集荷拠点を医師会館へ統合し、エリア外か

らの新型コロナウイルスPCR検査にも対応した。

現在、集荷管理システムにより集配車の位置情報を一元管理し、迅速な配車手配と検体受領の管理を実現しており、集荷帳票の電子化による集荷精度の向上と効率化も図っている。

さらに、医療機関連携システムの機能強化にも注力しており、血液検査に加え、細菌検査・病理検査結果のオンラインでの閲覧機能、電子カルテ用PDF報告書の作成、各社ファイリングシステムへの画像連携なども実施している。

医療DX化の流れを受けて、PHR（Personal Health Record）への対応も進めている。

また、患者が検査結果を手元でみたいというニーズに対応するため、PHRサービス事業者とのシステム連携を検討中である。

今後の課題としては、近隣医師会共同利用施設との検査システム連携による設備投資の低コスト化や医薬卸業との検体共同配送による効率化などが挙げられる。

さらに、将来的には近隣医師会検査センター間の機能分化による運営基盤強化も視野に入れて、さらなる会員を支援する仕組みの構築を目指したい。

特別講演

日本医師会の医療政策

講師：日本医師会会長 松本 吉郎

座長：岡山県医師会会長 松山 正春

日本医師会新執行部が6月に始動したが、「地域から中央へ」、「さらなる信頼を得られる医師会へ」、「医師の期待に応える医師会へ」、「一致団結する強い医師会へ」という4つの柱のもと、さらにこの柱を強化し、運営を進めていきたい。

そして、全国の医師会の意見を聞きながら、攻めるところは攻め、守るところは守るなど、攻防一体となって、活動していく。

これまでの2年間に、会費減免期間を卒後5年までに延長するなど、医師会の組織力強化に尽力してきた。その結果、令和5年12月現在で日本医師会の会員総数は17万5,933人となり、対前年度2,172人増となった。2,000人以上の増加となるのは平成13年度以来、22年ぶりのこ

とである。

日本医師会は医師全員を代表する日本で唯一の組織である。若手医師、勤務医、研究職等の意見をしっかり受け止め、さらなる参画を促すための取組みを今後も進めていく所存である。

会費減免期間終了後も医師会員として定着していただくことが重要であることから、日本医師会は、都道府県医師会並びに郡市区等医師会と一体となり、好事例等を共有しながら、医師会員であることが実感できる取組みを、積極的に進めていく。

まずは、会員手続きの簡素化等のため、本年10月から始まる新会員情報管理システム「MAMIS」を活用した会員情報の一元化などに取り組んでいく。

医師会活動においては、情報共有や相互理解、コミュニケーションなど、ともに行動することが重要と考えている。

今後も現場との意思疎通を深めるため、引き続き地域医師会とこれまで以上に緊密な連携を図っていく。

そして、地域から挙げられた情報を執行部、さらには会内委員会等で分析・検討するとともに、国の検討会や記者会見等の場を通じて発信していく。

医療財源については、税金による公助、保険料による共助、自己負担による自助の3つのバランスを取ることが大切で、自己負担のみを上げないことが重要であり、低所得者への配慮も不可欠である。

物価高騰や賃金上昇への対応も喫緊の課題であり、診療報酬のみならず、補助金や税制措置など、あらゆる選択肢を含め、今後も医療政策を提言し、実行していきたい。

閑話求題

徒然なるままに
宇部市 福田 信二

昨年6月30日でクリニックを娘夫婦（小田隆正、聖子）に譲った。今は旅行、読書、テレビの生活である。7月に松本、上高地、諏訪神社、奈良井宿と回った。福田（フクタ：名主本家はタといい、その他のものはダという）の家は信濃松本藩主の小笠原忠真について、播磨明石藩、そして、1632年に豊前小倉藩と移り、今の行橋市金屋に居ついたといわれており、もともと諏訪湖あたりの出らしい。

最近、『鳩翁道話』という江戸時代の町人哲学である心学、卓抜な話芸で聴衆を魅了した、心学者の柴田鳩翁（1783～1839年）の口述録を読んだ。例えば、養子の辛抱の話。座敷の障子を立て合わせるのに大工を呼んだ。大工は新しい障子の上を少し削っては、鴨居にはめて確かめ、下を少々削っては敷居にはめて具合を見ている。こうして繊細な細工を何度もくりかえして、障子は静かに滑らかに開け閉めできるように仕上がった。家付きの両親は鴨居敷居であり、障子が自分である。自分が世の中に合わせなければという話である。

令和6年能登半島地震 JMAT 活動報告会 (都道府県医師会 JMAT 担当理事連絡協議会)

と き 令和6年8月9日(金) 13:00~16:10

ところ 日本医師会館小講堂・ホール(ハイブリッド開催)

[報告: 常任理事 竹中 博昭]

1. 挨拶

日本医師会長 松本吉郎 令和6年能登半島地震 JMAT 活動報告会にご参加をいただき感謝申し上げます。能登半島地震において大きな被害を受けた、石川県医師会の皆様には改めてお見舞い申し上げます。発災から7か月が経つが、まだまだ復興が終わっていない。引き続き日本医師会として、可能な限り支援を行っていききたい。石川県医師会の被災地 JMAT から始まり、全国の都道府県医師会のご協力により、5月31日まで一日の切れ目もなく JMAT 派遣が行われた。チーム数の累計は3,049チーム、派遣者は1万1,074名となり、ご協力くださった皆様方にお礼申し上げます。しかし、今回多くの課題もあった。本年6月に行われた日本医師会の代議員会では、今回の震災対応の経緯を踏まえて、被災県との緊密な連携のもとで JMAT の統括機能を強化し、迅速な対応ができるよう訓練や系図の見直し、体制づくりの強化、そして災害時には発災地や全国の都道府県医師会と連携して多くの JMAT を効率的に派遣できるよう取り組む所信表明をさせていただいた。災害が多いわが国においては、次の災害に向け同時に備えを進めて行く必要がある。本日は事前にご提出いただいたご意見も踏まえ、今後の体制づくりへの参考とさせていただきたい。

石川県医師会長 安田健二 能登北部の人口について、元旦の5万5,213名が現在は5万1,983名で、3,230名(5.9%)減少しており、住民票を異動した方は、2,700名となっている。病院患者数は穴水8割、珠洲6割、輪島は3割、外来患者数は穴水7割、珠洲・輪島6割となっている。能登中部・北部には65診療所があるが、63

診療所が復活している。JMAT の目的は、一つは避難所の災害関連死をゼロにすること、もう一つは被災された診療所の先生方に立ち上がってもらうことである。これも皆様のおかげで63診療所が不安を持ちながらも頑張っている。復旧・復興はまだまだ先のようなのであるが、感謝申し上げます。

厚生労働省医政局地域医療計画課長 中田勝己

能登半島地震においては、災害関連死が過去の災害と比べても非常に少ないことは貢献いただいた医療関係者の皆様のおかげだと思う。ご活躍いただいた医療チームと活動を支えた医師会関係者の皆様に心より感謝申し上げます。本日は、能登半島地震の現場からの視点等、貴重な意見をいただきたい。厚生労働省としても、今回の震災の教訓を今後活かすべく検討していきたいと思っているので、引き続き皆様のご支援を賜ればと思っている。また、被災地の回復もまだ続いている。ご多忙のところ恐れ入るが、引き続きご支援をお願いする。

2. 日本医師会からの報告

令和6年能登半島地震; JMAT 活動と今後について

日本医師会常任理事 細川 秀一

日本医師会の使命として、政府に対する働きかけ、全国の医師会ネットワークによる JMAT 活動、他団体・学会との連携をとっている。JMAT 体制の強化として、本日の議論を今後につなげていきたい。次の災害に向けて、日本医師会、被災地の都道府県医師会・郡市区医師会、支援 JMAT を派遣する都道府県医師会、JMAT 隊員のあり方や他の保健医療チーム、福祉分野、関係行政・関係学会・団体との連携について、建設的な議論をお願いする。

令和6年能登半島地震におけるJMAT活動 —縦と横の連携の重要性について—

日本医師会常任理事 佐原 博之

1月7日にJMAT本部を石川県庁のDMAT本部と同じフロアに設置、1月8日にJMAT七尾調整支部を公立能登総合病院内DMAT本部と同じフロアに設置した。JMAT七尾調整支部は1月17日にJMAT能登中部調整支部と改名し、場所も能登中部保健福祉センターに移動した。石川県保健医療福祉調整本部と能登中部保健医療福祉調整本部と連携し、全国から支援に来た統括JMATと情報共有をした。県庁内にJMAT本部を、保健医療福祉調整本部にJMAT調整支部を設置したことで、他チームとリアルなやり取りをすることができた。ICT機器が発達しており、さまざまなレベルのWeb会議が開催され、モニター越しとはいえ、顔が見える関係は有用であった。医師会の三層の縦の関係とそれぞれの地域の横の関係が非常に重要だと思われた。

3. 各登壇者からの報告

DMAT事務局としての報告

DMAT事務局次長／

日本災害医学会理事 近藤 久禎

今回、DMATとしては1,139チームが出ている。DMATの本部設置は1月1日16時30分で、翌日の昼にはアクセスの困難であった輪島や珠洲にたどり着いたが、冬の能登であること、大津波警報が発令中であることが要因となり、救出救助が遅れ、救出救助のピークは4日目となった。助かった方々が避難所まで行くが、その後の病院まで繋がっていない状況があり、全部の避難所を把握していくことが最初の大きな山であった。避難所では7日の時点で、緊急の医療が必要な人たちが現場に取り残されていない状況にできた。一方、病院や施設での最低限の環境を確保する必要があった。1月6日の時点で医療福祉、暖房や食料の手配はできた。病院を動かす最低限の水についても1月9日に確保ができた。苦労したのは社会福祉施設で、1月4日の時点で連絡が取れないところは26施設あった。食料がようやく手配できたのは一週間後であった。暖房については、

1月11日に最低限の環境確保手配ができた。避難搬送は、倒壊の恐れのある2つの病院の避難から始め、施設避難も1週目から始まり3週目がピークであった。避難搬送ができたのは1月18日であった。搬送調整総計は1,952名、病院避難は915名、施設避難は701名であった。

緊急医療アクセス確保が1月7日に完了、最低限環境確保と緊急避難搬送が1月18日に完了した。施設からの移動は1月26日に止まった。スタッフも徐々に戻り、通常の施設運営に落ち着き、これ以上の広域搬送が加速することはなかった。今ある人的支援や物資を繋げながら、国や県と協力し補助金の整理をしつつ、その情報を共有する必要がある。DMATとしては、指揮系統確立の遅れ、福祉施設の情報収集が最大の課題と思っているが、その一方で、福祉施設には人的支援の枠組みができたことは次につながった形と思う。

令和6年能登半島地震における石川県医師会 JMAT活動について

石川県医師会理事／

石川県医師会JMAT調整本部長 齊藤 典才

JMAT隊へのブリーフィング資料では、第一目標が被災地診療機関の診療支援、第二目標は被災地医師と協働しながら施設や避難所の巡回、第三目標は地域行政と連携して避難所支援や調査、被災地域病院の診療支援であった。1月5日に日本医師会から全国都道府県医師会に対してJMATの派遣要請があり、1月7日に県庁内にJMAT調整本部を立ち上げた。1月16日以降、穴水から北上して輪島、能登、珠洲を目指す隊に重装JMAT、金沢以南の広域避難に対して活動する隊に標準JMATという言葉を用いた。金沢以南に対するわれわれの活動について、度重なる余震と断水、食料の枯渇で高齢者や体の弱い方、病院や高齢者施設で医療が必要な方など危ない方を避難させるといふこと、もう一つは受験シーズンを控えており中高生の集団避難をすることもあった。1月7日ごろより、急ピッチで広域避難が始まり、2次避難前に金沢市内に1.5次避難所が設けられた。金沢市もJMATの介入が必要と判断した。

細やかな介入により JMAT がかわった施設での CPA 事例は見られなかった。3月に入ると落ち着いてきて、3月6日に金沢以南の2次避難所への定期巡回を中止、3月15日に金沢以南調整支部を終了、3月21日に能登中部調整支部を終了、3月29日に能登北部調整支部を終了している。今回の災害対応で東日本大震災に匹敵する人数を派遣していただいた。

事前アンケート調査への一部回答

日本医師会常任理事 細川 秀一

報告会に先立って、16の医師会よりご提出いただいたため、6つの論点・課題ごとに以下で述べる。

論点・課題1 JMATの認知度について（現状や向上策）：被災者の方々に「医師会のチーム」と分かってもらうため、JMATが避難所等に到着したときには、毎回、「日本医師会の災害医療チームです。JMATといます。〇〇県から来ました」と言っていただくようにする。避難所等に、あらかじめJMATが派遣されることを伝えること、また、JMATチームに、厚生労働省や知事からの派遣依頼状を持たせることも、被災地や派遣元の医師会にお願いします。JMATの統一ベストには日本医師会や派遣元県医師会の名称、職種も明記できるので、今後も活用を進めたい。

論点・課題2 先遣JMAT・統括JMATについて：次の大規模災害のときには、PUSH型で、被災地外の医師会のチームを日本医師会の先遣JMAT、統括JMATとして派遣する場合があるので、ご了承いただきたい。その際、日本医師会からは、被災地の都道府県医師会に対し、「先遣JMATを派遣してもよろしいですか？」ではなく、「先遣JMATを派遣するので、受け入れて、そのチームと一緒に、どう災害に対応すべきか考えてください」という言い方で連絡をさせていただく。このことを全ての都道府県医師会は、共通認識として持っていただきたい。

論点・課題3 アクセス困難な地域へのJMAT派遣のあり方について：この度の「重装JMAT」のように、訓練を受け、機動力や装備に優れたチームと、標準的なチームを分け、JMATの仕組みとして類型化すべきか、そして類型化した場合には、どのような役割を担い、装備をどうするかについて検討していく。ドローンでJMATの物資を運搬してはとの提案については、新たな技術をなるべく多くの隊員が活用でき、負担軽減や安全確保につながるよう検討していく。

論点・課題4 JMATの情報共有手段について：災害時の情報には、①他の医療チームとすぐに共有すべき情報と、②まずはJMAT同士で共有し、統括JMATが分析したうえで、必要に応じて保健医療福祉調整本部と共有すべき情報があると考え。前者はEMIS、J-SPEED、後者はJMATのクロノロ、また、今回の活動日報、FA-SYS、Teamsになるので、情報の再整理を行う。災害診療記録及びJ-SPEEDについては、引き続きJMAT研修等を通して普及に取り組んでいく。今回、D24H、EMIS、サイボウズも含め、複数のシステムが運用されたが、新たなEMISも含め、さまざまな医療チームが使い勝手の良いシステムとなるよう国に要請していく。DMATや日赤の撤収後において、JMATが他チームとすぐに共有すべき情報、あるいは、統括JMATの判断に委ねるべき情報について検討し、JMAT研修等を通して普及していく。

論点・課題5 JMATの役割・活動内容について：今回は避難所で新型コロナウイルスやインフルエンザが発生し、また高齢者施設では褥瘡回診、被災地の診療所への看護職員の派遣や、片付けなどの活動内容となった。JMATからの看護職員の派遣については、民間の診療所や中小病院の支援ができるか石川県医師会の対応も教えていただきながら、検討したい。検視・検案について、今回法医学会チームに協力いただいたが、被災地JMATで検視・検案を行ったチームもあった。素人でも参加できるJMATとしても、未経験者でも多くの参加ができるように求める意見もいただ

いた。災害医療の専門家でなくとも、多くの避難所で被災者の健康相談、診療いただくことが期待できる。また、避難所や地域の本部運営を担う保健師やDHEATとの連携も重要であり、関係団体との協議を考えている。

論点・課題6 その他について（災害時要配慮者対策、次の大規模災害対策等、論点・課題1～5以外のテーマ）：被災地の復旧支援の財源確保については、政府予算の要望書で、「過去及び今後の被災地の医療復興基金の創設」を求めてきた。また、今回の能登半島地震では、3月8日に武見厚生労働大臣に直接、松本日医会長から「令和6年能登半島地震 地域医療、地域包括ケアシステムの復旧支援に関する要請書」を提出した。日本災害医学会のコーディネーションサポートチームについては、今回初めて、日本医師会との協定に基づいて、JMATの枠で派遣された。十分には活用できなかったことは事実であり、日本医師会としても、JMAT調整本部・支部との連携や情報共有について検討していく。日本医師会が2年前に協定を結んだ日本環境感染学会の感染制御チーム“DICT”との連携は、大変重要である。今後は、JMATの派遣決定段階から周知を徹底する。

統括 JMAT としての報告

日本医師会総合政策研究機構主任研究員／
石川県医師会参与／日本医師会統括 JMAT

秋富 慎司

今回の能登半島地震における JMAT の活動の経験を基に、次の災害のときに、より一層良い支援ができる環境を作らなければいけない。現場のニーズをどう集約化していくかが非常に重要で、地域の人は我慢強く大丈夫と言われるが、報告書上では大丈夫という結果のため、その後の支援が途絶えることも多かった。施設が閉鎖するまで定期的に見守りをしていかないと、そのときは大丈夫かもしれないが、次の日は感染症が増えていて大変になることもある。寄り添う形を取りながら、被災者のニーズを把握していくことが重要である。今回まず 6,000 人の方が 1.5 次避難所に入った。しかし、本来は 1.5 次避難所に入るべき

だが入れなかった人が 2 次避難所にどんどん入ってきたため、JMAT の介入が必要となった。「個人情報保護があるから話せない」「聞いてないから帰ってくれ」と JMAT が断られた 2 つのホテルから CPA 事案が出てしまった。JMAT が関わった他の 2 次避難所からは死者が 1 名も出なかった。こぼれてしまう人たちをどう繋げていくかが課題となった。そのため、分析班を作り、まず施設カルテを作り、リアルタイムで情報共有できるシステムを作った。それぞれの施設がどういった活動を今までしてきたかを誰でも見られるようにした。このことにより、施設への介入状況がはっきりと分かった。JMAT のあり方については、寄り添って支える、そして思いを繋げることをコンセプトに今回はさせていただいた。地域医療の実践医療だけでなく、保健や福祉の視点でも見るという大きな役割があるのではないかと思う。しっかりと地域医療をどう守っていくかがその土地にとって重要なことになる。「こんなところでやっけていけない、辞める」という先生方もおられ、唯々絶望している状況であった。まず寄り添うという気持ちから被災地に入っていたかと良いのかなと思っている。

救急災害医療対策委員会委員長としてのコメント

令和4・5年度日本医師会救急災害医療対策委員会
委員長 山口 芳裕

今回の JMAT 活動でのさまざまな先生方の苦勞を伺い、次の活動に、より機能的に少しでも苦勞が少なくなるように模索している。大きく分けると、体制、連携、通信の問題が重要と思う。体制については、派遣された隊員に Wi-Fi が十分であったか、必要な時期に必要な人員が確保されていたか、各 JMAT は活動の範囲や権限を理解していたか等を伺い、次に繋げればと思う。連携については、派遣元医師会との連携は十分だったか、派遣された JMAT 間の連携、他機関との連携はどうだったかを伺い、問題点を探ろうと思う。通信については、携帯した通信機材の機能はどうだったか、現地の最新情報へのアクセスはできたか、皆さんに聞きながら考えていきたい。指揮系統については本来、本部レベルでのラインの創出が

背景にあって、現場の指揮が成り立つ。現場の第一線と指揮本部は明確に機能を分けて、あくまでも指揮本部は第一線の部隊が最高のパフォーマンスを出せるように支援することを第一に置いて機能する必要がある。災害時の対処の基本的な概念、基本的な方略については、ある程度の標準化は可能である。その標準化をベースにした教育が非常に重要であり、委員会でも是非 JMAT 隊員の皆様方、牽引されている先生方と連携して教育にも貢献したいと思っている。最後に JMAT が本当に目指すものは何なのかについては、もう一回議論する価値があると思う。DMAT は国のミッションであり、大部隊を動かして統計上の結果を出さないといけないと思う。しかしながら、JMAT もそれを目指すべきかどうかについては根本的な議論があって良い。統計ではなく個々に目を向けられることが JMAT の強みではないかと思う。

災害医療コーディネーションサポートチームとしての報告

日本災害医学会理事／

DMAT 事務局次長 若井 聡智

2月8日に石川県から日本災害医学会にチーム派遣依頼があった。石川県保健医療福祉調整本部及び被災地域保健所等において、救護班の派遣調整及び亜急性期以降の地域保健医療体制を構築・維持するために派遣してほしいという依頼であった。それを受けて、当学会員に派遣依頼をした。そのときに、本災害の派遣については、日本医師会と日本災害医学会における災害医療に関する相互協力協定に基づいて JMAT の枠組みで派遣することを明記した。この根拠は平成30年10月に日本医師会と日本災害医学会が災害時において医療支援活動に必要な情報の共有、被災地の指揮命令系統や災害医療コーディネート機能への支援及び被災地の都道府県医師会への支援その他の必要な活動に協力するとして協定である。今回は協定を結んだ後、初の派遣で、期間は、2月18日～3月20日までの32日間であった。人数は30名、延べ207人日。活動場所は石川県庁、珠洲市、輪島市であった。石川県庁に関しては県全体の調

整本部に加えて、金沢以南の調整本部にもお手伝いをさせていただいた。活動目的は、統括 JMAT のサポートをすること、被災地の保健医療福祉関係者の支援をすることであった。具体的に行ったことは、JMAT 本部活動、保健医療福祉関連コーディネーション、各支援団体間連携、地元への移行体制づくりである。今回の成果は、本部支援を適切に行うことができたこと、支援の継続性や一貫性の観点から円滑に支援ができたのではないかと考えている。

日本環境感染学会 DICT としての報告

日本環境感染学会

災害時感染制御検討委員会委員長 泉川 公一

DICT は災害時の感染制御を行うチームという形で成り立っている。感染症発生予防を含む避難所の感染制御支援に特化した集団である。集団感染の発生リスクを早期に把握し、避難所内で発生する感染症の抑止や、発生時の勢力を治す活動、あるいはアドバイスを主たる目的としたチームである。このチームができあがって最初に研修会を開いたのが2019年で、DICT として最初に活動した事例は2020年のダイヤモンド・プリンセス号のクラスター対応だった。JMAT とは、2022年に協定を結んでいる。1月3日付けで石川県健康福祉部健康推進課から DICT の派遣について依頼をいただき、石川県の保健医療福祉調整本部に入った。最初の数日間はいろいろな避難所の状況を見た。ライフラインへのダメージが甚大で寒さや高齢者が多い点を見ると、感染拡大のリスクが高かった。目標として、避難所における感染症を上げないこと、必要なものを供給すること、指導・啓発すること、共通マニュアルを作ること、被災地の保健師・保健所を支えることを掲げて活動した。D24H や J-SPEED の情報をいただき、われわれで解析をし、時には国立感染症研究所の FETP のチームとも情報を共有しながら、どこで何が起きているかを把握していった。2月19日まで本部を置き、84名のメンバーと14社による支援を受けた。避難所は延べ160か所あり、相談件数は103件であった。広範囲の避難所に感染予防のための8か条と療養のポイント、手

指衛生の方法、ノロウイルス対策のポイント、コロナ予防の換気、簡易トイレの作り方、少ない水で食器・衣類を洗う方法等のポスターを配布した。支援者の皆さんを対象に个人防护具（PPE）の付け方の動画も作成した。2月19日以降は石川県内のDICTに仕事を引き継ぎ、今も被災された皆様のケアを行っている。

4. 総括

日本医師会副会長 茂松茂人 最初に、DMAT事務局の近藤先生と石川県医師会の斎藤理事からお話をいただいた。急性期に透析を含めた患者さんをいかに搬送していくか、高齢化率が高いところで多職種連携により地域が沈まないようにいかに注意して働くか、JMATもその部分は非常に似た部分があるので、今後はDMATと連携をしながら地域の医療・介護を救っていくことが非常に大事かと思う。先遣JMATと地域の医師との連携と理解を進めていかなければならないこともある。また、FA-SYSが施設を重要視する点で

有効であったのではないかと思う。ただ、災害はどんなレベルで来るかは災害毎で変わってくるので、そこにどういったシステムが一番役立つのかはわれわれがしっかり検討していかなければならない。

山口委員長からは、地域医療を守る姿勢を改めて勉強させていただいた。秋富先生におかれては、最初から最後まで現場でご負担をおかけしたと思っている。引き続き、知恵を出していただいて、JMATや救急災害医療対策委員会のプラスになるような意見を出していただければと思っている。

最後に、日本災害医学会の若井先生、日本環境感染学会の泉川先生にお話をいただいた。両学会の役割は重要であり、救急災害医療対策委員会でも連携をどのように深めていくか検討していきたい。最後に、被災地域の医療と介護を復活させていくためにJMATのシステムがどうあるべきか議論をしていき、充実させていきたい。

日本医師会 スマホ・パソコンで簡単手続き

医師年金

加入資格は日本医師会会員で64歳6カ月未満の方です
(申込みは、満64歳3カ月までをお願いします。)

医師年金HP画面

アニメーションで仕組みを確認

シミュレーションで受給額や保険料を試算

一括払専用加入申込書プリントアウトで申込み(保険料のお支払いは後日ご案内します)

20220401S23

お問い合わせ先

日本医師会 年金福祉課 ☎03-3942-6487(直通) (平日9時半~17時)

令和6年度中国地区学校保健・学校医大会

と き 令和6年8月25日(日) 13:00～16:35

ところ 広島県医師会館1階 ホール

研究発表

1. 鳥取県における少年野球肘検診(鳥取県)

鳥取大学医学部附属病院整形外科／

スポーツ医科学センター助教 林 育太

わが国では今も野球は国民的な人気スポーツであるが、近年は少子化やスポーツの多様性で少年野球の選手数が激減している。その一方で試合数は数多くあり、選手一人にかかる負担が大きくなっている。そのため、野球肘に罹患する子どもの数は未だに多い。

成長期の子どもの肘は、骨が成熟しておらず軟骨が多いため、骨軟骨障害が中心となる。野球肘には外側障害と内側障害、後方障害があるが、若年者の野球肘は外側障害である上腕骨小頭離断性骨軟骨炎(OCD)が多い。

2009～2021年に鳥取大学医学部附属病院での野球肘の手術例は50肘で、そのうち外側障害が40例で大半を占めていた。また、平均年齢は、外側障害13.7歳、内側障害17.7歳、後方障害16.4歳で、外側障害は中学生で手術が必要になる例が多かった。投球中止による治癒率は、初期90.4%、進行期52.9%で、初期に投球を中止することが重要となる。つまり、早期発見・早期治療介入が必要である。

鳥取県では、2015年からエコーを用いた野球肘検診を行っている。エコーは病院外でも、医師以外でも使用できるため、整形外科医のほかにPTや医学生なども検者となっている。当初は鳥取市内の数チーム、60～80人で行っていたが、その後徐々に規模を上げていった。2018年から鳥取県西部地区、2022年から西部・中部地区、そして2024年からは全県で実施するようになった。2023年は23チーム、242人に検診を行った。

選手、指導者・保護者、行政、そして医療界・

医師会の協力の下、鳥取県の野球肘検診を行っている。

2. 松江市の小中学校校医に関する研究(島根県)

きたに内科クリニック院長 貴谷 光

松江市の小中学校は35校、生徒数10,764人、中学校は20校、生徒数5,509人に対し、小児科・内科系学校医は52名であり、11名が複数の学校医を兼務していた。小学校医の平均年齢は64.4歳、中学校医の平均年齢は61.5歳であった。

耳鼻科学校医は9名、平均年齢62.8歳で、眼科学校医は11名、平均年齢60歳だった。耳鼻科学校医のうち開業医は7名で、1,412名から2,515名の児童・生徒を担当していた。眼科学校医は全員開業医で、担当児童・生徒数は311名から2,603名だった。

現在の松江市小中学校校医の問題点の一つ目は、医師数としては充足しているが、学校医のなり手が少なく、結果的に小中学校の兼務が多いことである。その原因としては、若手医師の価値観の変化、運動器検診(側弯症)、職員検診評価表の指導区分と事後措置基準の記入、成長曲線の評価、女子診察の脱衣と医療訴訟、LGBTへの対応、荒れる学校などの理由が考えられる。

二つ目は、耳鼻科医の絶対数が不足していることである。これは全国的なことでもあるが、高齢化が進む一方で耳鼻科的疾患が減少している現状を反映していると思われる。

以上より、小児科・内科系学校医及び耳鼻科学校医の不足が明らかとなり、早急な対策の必要性が示された。

[報告:理事 木村 正統]

3. 岡山県検尿マニュアルの改訂（岡山県）

岡山県学校検尿マニュアル検討委員会

委員 綾 邦彦

令和2年度に「学校検尿のすべて」が、令和4年度に「小児の検尿マニュアル」が改訂された。これに伴い、倉敷市学校検尿マニュアルをベースに平成28年に作成した「岡山県検尿マニュアル」を改訂した。尿蛋白の基準を土から+以上に変更したほか、基準値の変更や使いやすい図や表へのブラッシュアップを行った。初版と同様、岡山県医師会、岡山県教育庁、各施設の医師などが協力し改訂作業が進められた。

岡山県では、30年以上前から倉敷市で学校検尿事業に先進的に取り組んでいる倉敷市連合医師会が平成25年に発行した「倉敷市学校検尿マニュアル 第2版」と、日本小児腎臓病学会の平成27年3月編集「小児の検尿マニュアル」をたたき台として、「岡山県検尿マニュアル」を平成28年に作成した。令和4年4月に日本小児腎臓病学会編集の「小児の検尿マニュアル改訂第2版」が出版されるにあたって、演者を中心とする岡山県学校検尿マニュアル検討委員会委員・顧問が協議して、令和6年8月に改訂第2版を作成した。

「岡山県検尿マニュアル」改訂第2版の主な変更点は以下である。1. 学校検尿では、二次検査、三次検査へ進む基準を、「蛋白（±）以上」から「蛋白（+）以上」とした。2. 緊急受診の基準で「蛋白・潜血とも2+」を「蛋白・潜血ともに2+」とした。3. 問診の家族歴に膠原病、高血圧、脂質異常症を加えた。4. 参考事項の、尿カルシウム/尿Crが「> 0.21」を「> 0.25」、尿β2ミクログロブリン/尿Crは「4歳児以降では0.35 μg/mgCr」を「幼稚園0.5 μg/mgCr・小学生0.35 μg/mgCr・中学生以降0.30 μg/mgCr」とした。5. 指導区分の目安の中で、急性腎炎症候群のDの部分で、発症3か月「以内」を「以上」とした。6. 専門医への紹介の目安で「4. 低蛋白血症を低アルブミン血症」、「5. 低補体血症」の後に「C3 < 73mg/dL」を、「9. 腎疾患の家族歴」の前に遺伝性を加えた。また「10. その他」として白血球尿と赤血球尿のいずれも50個/HPF、2回以上の連続を加えた。7. 尿糖陽性の場合の検査のすす

め方で、糖尿病以外の鑑別の最初に「尿細管間質性疾患」を加えた。8. 資料の表1の性別・年齢別血圧基準値を「学校検尿のすべて」P.123の表に変更した。水腎症のSFU分類を資料に移動した。

「岡山県検尿マニュアル」は3歳児健診時の検尿を含んでいることを特徴としている。二次、三次検査に進むのは、「蛋白±以上」であり、この点は学校検尿と異なる。二次から三次に進む場合、超音波実施医療機関への受診が重要である。学校検尿の緊急受診について、「糖2+以上、蛋白3+以上、蛋白・潜血ともに2+以上」は学校から保護者に緊急受診の連絡をすること、保護者向けの通知書を指定医療機関に持参された場合、選定療養費が紹介状持参と同様にかからない。複数回受診を避けるため、受診時に早朝時尿を持参することを啓蒙している。倉敷市では経過表についてプルダウンで病名等を入れることとしている。

[報告：理事 中村 丘]

4. 不登校児への小児科医の対応に関するアンケート調査（山口県）

山口県小児科医会園医・学校医に関する委員会

委員長 真方 浩行

山口県内の小児科医が不登校にどのように関わっているか、現状と課題を把握するため、2023年7月、山口県小児科医会員152人に対しGoogle Formでアンケートを作成、実施した。回収率は36.2%。

アンケート内容は、過去1年間に不登校の相談を受けたことがあるか、不登校の相談を受けた際の対応、不登校への対応で困難に感じていることはないか、また、紹介先医療機関、相談機関、窓口などについて尋ねた。結果は、最近の1年間で91.4%が不登校の相談を受けており、84.8%が診療時間内に対応していた。また、42.4%が他の医療機関を、24.2%が地域の相談機関や窓口を紹介し、30.3%が学校に連絡、連携対応していた。

考察として、多くの小児科医が不登校の相談を受け、診療時間内に対応しているが、相談時間の確保が難しいことや、学校や地域の相談機関、専門医療機関との連携の困難さが浮き彫りになっ

た。

山口県小児科医会は、不登校についてのケースカンファレンス、思春期診療のWeb研修会の開催、不登校について地域にどのような資源があるかの調査、思春期健診の普及等にも今後も取り組んでいく所存である。

5. 広島市の学校生活管理指導表提出状況

～主に食物アレルギーに関して～（広島県）

広島市医師会学校医委員会委員／

アレルギー疾患対策小委員会委員

小児科／アレルギー科 すがいこどもクリニック

院長 菅井 和子

学校生活管理指導表は、アレルギー疾患を持つ児童・生徒の学校生活における安全性確保のため重要なものである。今回、広島市教育委員会にて毎年集計されている、学校生活管理指導表提出状況結果より、令和3～5年度の食物アレルギーに関するデータを検討した。

管理指導表提出は、学校在籍者数のうち2.4～2.5%と変化はなく、食物アレルギーでの提出者数の割合も2.3～2.4%と変化はなかったが、アナフィラキシー者数は、食物アレルギー児中20.7%から23.3%へと増加していた。

食物アレルギーの病型では、年度で変化はなかったが、中学生以上で口腔アレルギーが増加、中学校から高等学校で食物依存性運動誘発アナフィラキシーの割合が増加していた。

アレルギー別では、全在籍者並びに学校別においても木の実類が年々増加。中・高校生において果物類の増加がみられた。全国的な傾向と同様、木の実類の摂取・環境中抗原の増加と、花粉感作の関与が大きいと考えられる。エピペン[®]処方児数はこの10年で10倍に増加しているが、救急搬送事例では、初発例、原因不明例が少なからずあり、常時アナフィラキシーに対応できる体制整備がさらに重要である。

[報告：常任理事 長谷川奈津江]

特別講演

1. 「不登校」の多様性とこれから

医療法人向洋こどもクリニック

あおさきこども心療所院長 梶梅あい子

不登校児はここ数年急激に増加している。文部科学省から不登校・いじめへの緊急対策としてCOCOLOプランをとりまとめ、校内教育支援センター（スペシャルサポートルーム等）の設置促進、スクールカウンセラー、スクールソーシャルワーカーの配置充実などの推進、学校の風土の見える化を通して学校を安心して学べる場所にするという取り組みをしている。

最近の不登校児では低学年では学校の先生が怖いと言われることがある。過度に受容的で子どもをコントロールできない保護者が増えており、親も自信がなく不安に思っているため、母子で不安が増幅する。中学年以降では、「とにかく学校が嫌」ということで行けなくなり、劣等感があるのではないか、無気力に見えるが、「やりたくないことはやりたくない」だけで「やりたいことは他にある」のではないかとと思われる。

2010年代から2020年代に生まれた世代はα世代と呼ばれ、生まれた時からデジタル機器が存在し、親の世代もデジタル教育に抵抗がない、リアルな場面での対人的関わりが苦手な人が増えているのではないかとと思われる。コロナ禍後の生活の変化（new normal）も影響しているものと推測される。

不登校には、学校でのトラブル等がきっかけで登校できなくなった外因主体型、神経発達症や不安が基礎にある内因主体型、がんばりすぎて心身症、不安、抑うつになる過剰適応型の「適応障害型」と、積極的なさぼりなどで不登校になっている外向型、消極的で意欲がなく不登校になっている内向型の「未熟回避型」とある。それぞれ対応は異なっており、「適応障害型」であれば環境調整、休養、「未熟回避型」であれば見捨てられ感の軽減、成功体験を持たせるなどが有効かと思われる。混乱期には焦らずにまずは生活を安定させる、安定期に入ったら登校刺激をして少しずつステップアップさせるのもよい。放課後デイサービス、フリースクールなど学校以外の場所を利用するのも

よい。

神経発達症、アタッチメント（愛着）に問題のある児、被虐待児などもある。乳幼児期からの予防が必要な子もいる。リアルな人と人との関わり、アタッチメントの質を高めることがより大切になっているのではないかとと思われる。

2. 学校保健の課題と対応

日本医師会常任理事 渡辺 弘司

文部科学省が考えている学校教育における課題と日本医師会が考えている学校保健における課題と対応について述べる。文部科学省が考えている課題は、中央教育審議会（中教審）の議題として示され、協議を行う。児童・生徒を対象とした協議を行う中教審の議題は、主に「令和の日本型学校教育」を担う質の高い教師の確保のための環境整備に関する総合的な方策についてであり、教師のメンタルヘルス対策、教師の精神疾患、過労死を減らすことであったが改善していない。

日本医師会が考えている課題及び対応については、1) 学校健康診断、2) 児童・生徒のメンタルヘルス対策、3) 学校保健に関するデジタル化、4) 文部科学省の最近の調査結果報告である。

学校健康診断に関する課題は、全国でマスコミに取り上げられた内科健診の脱衣の問題、運動器検診である。内科健康診断については学校側が保護者に事前説明を行っていなかったため起こった事例もある。日本医師会では学校健康診断実施上の留意点を作成中で、『『その他の疾病及び異常の有無』の検査として検査項目を追加する場合は保護者に周知して理解と同意を得て実施する必要がある』と注記している。運動器検診は内科医師による短い時間での評価・判定は困難、検診に時間がかかるなどから機器による検査を行っている

ころもある。脊柱側弯症健診における訴訟例での最高裁の判決では、前屈テストを一律に全生徒に求めるものではない、学校健診マニュアル等に記載されたとおりに健診することを義務付けるものではないとされている。令和4年度教育委員会へのアンケートでは側弯症検診で機器を導入しているところでは有効であるという回答が9割を超えている。メリットは脱衣の問題がない、医師の介在がない、数値でデータが残ることであった。検査機器ごとに有所見率は異なっていた。導入していないところでは予算がない、視触診による検診で満足のいく結果が得られているという理由が多かった。

いじめ、不登校、自殺の児童生徒数は近年増加しており、メンタルヘルスをスクリーニングするツールを学校健診にも入れてほしいということ要望している。いじめ対応組織にスクールカウンセラー、スクールソーシャルワーカー、スクールロイヤー、スクールサポーターなどの外部専門家を加えることを推進している。

校務支援システムの導入とともに、心電図検査、乳幼児期から含めた健診・予防接種のデータをデジタル化してPHRへの活用をしたい。

文部科学省の最近の調査結果では、学力・学習状況の調査を今年4月に行い、テレビゲームや動画視聴時間が多いほど、学力が低下しているというデータが出ている。携帯電話・スマホを持っていない児童生徒の学力が低下していたが、それは経済的な問題もあると思われる。視力低下も進んでおり、スマホやゲーム機使用に関する目を休めるためのルールの有無が高学年になるほどなくなっている。

[報告：常任理事 河村 一郎]

山口銀行は スマホ1つで

いつでも、どこでも、カンタンに

ダウンロードは
コチラから







□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

お問合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

令和6年度 都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会

と き 令和6年5月17日（金）14:00～16:00

ところ 日本医師会小講堂（Web会議併用）

[報告：副会長 中村 洋]

全国医師会勤務医部会連絡協議会について

令和6年度担当医師会の一宮 福岡県医師会副会長より、標記協議会について説明。

医師会のさらなる組織強化及び勤務医の意見集約を進めるための講演並びにシンポジウムを実施することを紹介。

開催日：令和6年10月26日（土）10時～

開催場所：ホテル日航福岡

メインテーマ

「勤務医の声を医師会へ、そして国へ
～医師会の組織力が医療を守る～」

会長挨拶

松本日医会長 現在、全医師数に占める勤務医の割合は7割超となっている。大規模災害発生時における被災地の医療活動は勤務医の存在なしには成り立たない状況である。また、その際の対応は、ご自身がお住まいの地域が被災地となる場合、被災された地域に日本医師会災害医療派遣チームの一員として赴く等、さまざまなケースが想定されることから、能登半島地震の状況を踏まえた忌憚のないご意見をお願いしたい。

また、研修医・若手医師には早い段階で医師会に入会、活動に参画してもらうことが、今後の医師会活動を持続可能なものとするために必要であり、その実現のためにも医師会が若手医師の意見を傾聴し、意見を会務に反映させる必要がある。

協議

大規模災害と勤務医

日本医師会常任理事 細川 秀一

災害対応は、発生直後の急性期だけでなく、ご承知の通り、勤務医の先生方はDMATに所属されている方が多いのではないかと思います。DMATが対応する超急性期から収束期に至るまで、さら

には地域医療の復旧まで長期の支援活動が必要となる。医師会の災害対応は発災前の備えから始まり、長期間に及ぶ。医師会は、普段は地域医療を担う医師で多く構成されている。だからこそ、「有事の時は自分の地域を守る」・「同じように頑張っている他の地域の医師会を支援する」という働きが起こる。

そして、医師会は平時からしっかりと地域連携を築いており、地域・都道府県・全体の「三層構造」によって全国へと広がっている。そのため、災害や有事の時は地域を守ることができ、一つの医師会だけで対応が難しい場合は、全国の医師会が支援することができる。

医師会組織は、市区町村、都道府県、国の単位で全国あまねく、活動を行っている。地域住民に最も近い郡市区医師会は、公衆衛生など地域保健を担う市町村のカウンターパートとなる。都道府県医師会は、医療行政などを担当する都道府県と連携しながら医療計画など重要な施策に関与し、日本医師会は、国との間で医療に関する制度設計や財源の折衝などを行う。この医師会組織の強みを活かし、普段から緊密な連携によって有事においても国民の生命と健康を守る体制を充実させていく。

被災地の医師会の活動として、災害の前から保健所・行政・各地域の先生方との顔の見える関係づくりに努めており、災害医療の研修も行っている。例えば大学病院・災害拠点病院等の勤務医・DMAT隊員は医師会のJMAT研修のインストラクター、ファシリテーターとして参加していただき、そうした活動が平時の連携につながり、今回も被災地区の先生方が非常に活躍された。被災地の医師会は、災害が発生した瞬間から自分の地域を守る活動を始め、他の地域から応援チームが来たときは、自分たちの病院や診療所の復旧に努め

つつ、各チームとの連携を行う。そして、災害が収束し、外部からの応援が撤収した後も、医師会として避難所を巡回診療するなど、組織的な活動を継続する。

災害関連学会との連携

日本及び世界の災害医療体制の充実・強化及び災害発生時の円滑な医療支援活動に資することを目的に設立された「日本災害医学会」と、他職種連携を含めたさらなる連携強化につなげるために、2018年に協定を締結した。災害医療コーディネートサポートチームはJMATの枠組みで活動を行う。

また、2022年には日本環境感染学会と協定を締結し、災害時感染制御支援チーム(DICT)がJMATとして出務し、避難所の感染制御のための助言等を行う。平素より、日本医師会とJMAT研修などを通じて連携を強化しており、今回、顔の見える関係が非常に活きた。

日本医師会の災害医療対策としては医師会の組織力、ネットワークを最大限に活用して、医療支援を行うことであり、災害支援の最終目標は、被災地に地域医療を取り戻すことである。被災された方々を治療して終了ではなく、その地域の診療所・病院の意見をしっかりと伺いながら、地域医療を取り戻す目処が立つまでしっかり支援していくことである。

令和6年能登半島地震と医師会

能登半島地震は1月1日16時10分に発生した。日本医師会の初期対応は以下のとおりである。

日本医師会の初期対応

- 1月1日 災害対策本部の設置、JMAT等の派遣準備指示。
- 1月3日 石川県医師会によるJMAT派遣。同日、国(厚生労働省)及び石川県知事からの依頼を受け、JMATの派遣体制を検討。
- 1月4日 石川県医師会より日本医師会に対しJMAT派遣依頼。
- 1月5日 日本医師会から全国の都道府県医師会に対してJMATの編成・派遣要請。
- 1月7日 「日本医師会 石川県JMAT調整本部」

を立ち上げ、能登総合病院に七尾(能登中部)調整支部を設置。その後、能登北部や金沢以南にも設置。

1月16日 1.5次・2次避難所へのJMAT派遣先を拡大。DMAT隊員等(6,000~7,000人)で構成され、能登北部地方へ派遣が可能な重装JMATを正式に編成・派遣を開始。

さらに、国に対して被災地支援の要求を数度に渡って行った。

3月8日に、松本日医会長から武見厚生労働大臣に要望書を提出し、被災地での復旧が遅れている状況を伝え、支援要請を行った。

石川県の馳知事とは2度の会談を行い、医療提供に向けた約束、避難所へ医療を提供する際のさらなる円滑化を要請した。

2月12日に金沢市を訪れた際のNHKニュースでは、松本日医会長は、「地域と一体となって必要な医療を届け、寄り添った支援を心がけていきたい」「県や地元の医師会などと連携しながら支援を長期的に行っていく」との考えを示した。

令和6年能登半島地震におけるJMATの1日あたりの派遣延べ数の累計はおよそ3,500チーム、同じく1日あたりのチーム参加者延べ数の累計はおよそ12,000人であった。

石川県JMAT体制としては、石川県医師会災害対策本部の下に石川県JMAT調整本部を設置し、JMAT派遣方針の決定を行い、以下に能登北部調整支部、能登中部調整支部、金沢以南調整支部を設置し、各管轄区域における医療ニーズの調査、チームへの指示、報告の受領等を行った。

大規模災害時の時間的経過

発災直後に統括JMATの中から先遣JMATとしてまず現地に派遣し、情報収集支援のための「支援JMAT」をお願いする。災害地以外からの支援JMATは発災後、近隣医師会やブロック等派遣から始まり、その後DMATの撤収時期に前後して全国医師会から支援JMATが大量に派遣される。この後、支援地の避難者数の推移の状況を把握するとともに、各都道府県医師会が参画する保健医療福祉調整本部などで派遣調整を行って、JMAT

派遣体制再構築が行われている。

被災地の医療機関や医師会機能の復旧を踏まえ、JMATは地元医師会や医療機関への引き継ぎを行って撤収していき、範囲の縮小、撤収の計画を立てる。最終的には日本医師会においてJMAT派遣の終了を決定する。状況によって「JMAT II」を派遣している。能登地域にはJMATが途切れなく入っていて、5月末の終了を目処としている。

JMATの役割

災害急性期以降における医療や健康管理を被災前から計画を立て、さらに被災地の医療機関への円滑な引き継ぎに至るまで多様かつ広範囲に及び、医療支援・健康管理、被災地医師会の支援、被災地行政支援、検視・検案支援、現地の情報の収集・把握及び派遣元都道府県医師会への連絡、その他被災地のニーズに合わせた支援等を行う。

JMATは、普段は地域のかかりつけ医機能を担っている医師が主に参加する災害医療チームである。また、看護職をはじめさまざまな医療職種、事務職の隊員も参加し、普段は地域に寄り添って従事している。今回の被災では、診療ができない状態の診察室、医療機器が壊れ使用不能となった診療所に対する診療再開支援も重要なミッションとなった。また、被災地の医療を担っている地元医療機関の1日でも早い診療再開を支援することも重要なミッションとなった。

今回のJMAT活動は、被災地の診療、健康管理だけではなく、現場の統括JMAT調整本部で「何が必要なのか」また「何を希望しているのか」聞き取り調査を行い、DMAT・DPAT、日赤など、他のチームと調整しながら活動した。

統括JMATについて

災害発生後、調整本部に入って、チームの派遣調整を行うことを統括JMATという。被災地の医師会を支援しながら情報の把握・評価を行い、日本医師会に発信するとともに、現地においてJMAT調整本部活動を統括する役割を担う。

能登半島地震におけるJMAT活動では、石川県庁にJMAT調整本部、能登北部、能登中部、金沢以南にそれぞれ調整支部を設置し、JMATの派遣調整を実施した。

調整本部・支部の統括JMATは、石川県医師会・県庁・DMAT等と連携しながら、被災地の避難所診療所・高齢者施設等の状況を把握、分析、JMATの派遣先を決定し、JMATの変化にも柔軟に対応するなど、多くの勤務医が統括役として、JMATの配置調整に活躍した。

重装JMATはこの度、新たにできたものである。被災地のうち、輪島市、能登町、珠洲市は水道をはじめとしたインフラの復旧が難航しており、宿泊先の確保も困難な状態が続いた。そこで、インフラの復旧が整っていない地域での活動に対応できる装備を持参しており、必要に応じて活動先の医療機関等での宿泊などにも対応できるJMAT（主に2～3日以上、自己完結による活動歴のある隊員が含まれる医療救護班で構成）を「重装JMAT」として位置づけることとした。

能登北部地域で自身も被災されながら、懸命に地域のために診療を続けている医療機関を支えるため、重装JMATが重要であった。DMAT隊員をはじめとした多くの勤務医が重装JMATとして活躍され、交通事情や宿泊先確保等の状況が改善された時、標準的なJMATを多数派遣することにつながった。

次の大規模災害に向けて

日本海溝・千島海溝沿いにおける最大クラスの地震を推計した震度分布では、北海道厚岸町^{あつけし}付近で震度7、北海道えりも岬から東側の沿岸部では震度6強、青森県太平洋沿岸や岩手県南部の一部で震度6強となっており、想定被災地の大部分は、医師少数区域、医療過疎地域が大変多くある。特に医療資源が集中する釧路市が津波の主要想定地域となり、医療機能も深刻な影響を受けると予想される。また、道路アクセスも能登同様、入る道がほとんどないという状態である。そして、災害時要配慮者は、高齢者だけではなく、医療的ケア児等もあるため、想定して検証していく必要がある。

次なる災害対応に向けた課題については、外国人のインバウンドも増えており、少子化・人口減少、超高齢社会、医療機能の分化などこれから起こる災害には医療界を挙げて対応しなければならない。

その後に行われた質疑応答について次の意見があった。

(1) 勤務医は病院に所属して病院長の指揮下で働くことから、大規模災害時の勤務医の働き方を考える場合には、医師会と病院の関係が非常に大事と考える。

(2) DMAT 及び JMAT の役割の違い、各 JMAT の機能や役割を明確化させ、統括機能を強化すること。

(3) JAMT の存在を知らない医師に対する認知度を向上させること。

若手医師の期待に応える医師会の姿

日本医師会常任理事 今村 英仁

勤務医と若手医師は非常に密接な関係にあることから、未来ビジョン委員会の活動内容と歴史的経緯を概説し、本年5月11日に松本日医会長に提出した「第六次未来医師会ビジョン委員会」の答申について説明する。

未来医師会ビジョン委員会は、日医の他の会内委員会と若干異なり、「これからの医療を担う医師会員に、将来の医師会活動及びわが国の医療制度のあり方等について、自由闊達に議論してもらうこと」、「地域や診療科の枠を越えた仲間づくり」を目的として設置された。委員は30～40歳代を中心とする19名の委員で構成され、若手医師ならではの視点や柔軟な発想による提案は、これからの医療・医師会の発展に重要であると考え、活発で忌憚のない意見交換を行う会である。

若手医師会員による委員会の歩みは、武見会長時代の「医療研究委員会」に始まり、坪井会長時代の「未来医師会ビジョン委員会」、原中会長から横倉会長時代の「医師会将来ビジョン委員会」、中川会長から松本会長の「未来医師会ビジョン委員会」になった。ビジョン委員会の歴代委員の中には、日医や都道府県医師会役員として活躍されていた先生方がおられる。

これまでの委員会活動について

平成22年～23年の「第1次医師会将来ビジョン委員会」では、将来の医師会活動及び医療制度のあり方として、医師会の存在意義が正当に評価されるようになるための具体的方策の提案、

医療提供体制に係る諸問題の解決に向けた提言がなされた。

平成24年～25年の「第2次医師会将来ビジョン委員会」では、「地域医療の再興に向けた医師及び医師会の役割」を諮問とし、医師会の活性化対策（医師会改革ビジョン八策）がまとめられた。八策には、「『日医かかりつけ医講座』制度の導入」及び「全国都市区医師会長協議会（仮称）の創設」が提言されており、実際にこの提言が反映された取組みとして、平成28年4月に「日医かかりつけ医機能研修制度」が開始された。

また、平成28～29年の「第3次医師会将来ビジョン委員会」では、「医療の今日的課題に対して医師会員は何をすべきか」の諮問に対し、都道府県医師会長及び都市区等医師会長らが日本の医療を守るための理念を共有する場を設けるべきであると回答し、全国都市区医師会長協議会を創設し、平成30年及び令和元年に全国医師会・医師連盟医療政策研究大会が開催された。

平成30年～令和元年の「第4次医師会将来ビジョン委員会」では、「『Society5.0』における医師会」の諮問に対し、医療のあり方や医師の役割が変化していくと考え、山積する課題を解決しつつ、社会的共通資本である医療を守るためには、医師会は不易流行の覚悟で行動すべきと回答し、医療分野でのAI、医療情報のあり方、オンライン診療、医療DX、かかりつけ医等について提言された。

令和2年～3年の「第5次未来医師会ビジョン委員会」では、「社会の変化に対応し続ける医師会であるために」を諮問として、コロナの流行により今後も社会を一変させる出来事は起こり得るとして、誰一人取り残さない、安心・安全な医療を提供し続けるために尽くすことが重要であると提言し、そのうえで医療DX、少子高齢化、医師の偏在対策に関する意見がまとめられた。

今期の委員会について

令和4年～5年の「第6次未来医師会ビジョン委員会」では、「若手医師の期待に応え続けていく医師会のあり方」を諮問とし、①若手医師が期待するものとは何か、②若手医師の期待に応えるために医師会が何をしてきたのか、③若手医師の

期待に応えるための活動を続けていくために何が
必要なのか、について検討を重ね、答申書を提出
した。

答申の概要は次のとおりである。

第1章 日本医師会の歴史と未来医師会ビジョン 委員会

医師法第一条において定められている、医師が
果たすべき役割や、日医が国民の権利や医療従事
者の権利を守るために、さまざまな提言を行って
いることなどを、十分に理解していない医師が多
いことから、日医の歴史とこれまでの取組みに込
められた想いについて、何らかの形でその歴史に
気軽にアクセスできるような資料館を創設する。

第2章 若手医師が期待するもの

当委員会が行った若手医師への聞き取り調査の
結果、20～30代の医師が医師会に期待するこ
ととして「信頼できる医師向け情報サイト」と回
答した割合が高かったことから、正確で安全な情
報発信を期待している。また、「キャリア形成」「医
療技術向上サポート」の割合も高く、従前の医局
制度が崩壊した結果、進むべき道が見いだせな
くなってきていることを表わしている。病院経営
のスペシャリストである医師会が、医療相談部門
を整備し、いつでも対応できるようにすることが急
務である。若手医師も社会の役に立ちたいと思っ
ていても、制度や仕組みはあまり知られていない
ことから、まずは研修医全員に医師会に入会して
もらえるような施策をとるべきだと考える。

第3章 若い医師の期待に応える活動を続ける ためには何が必要か

(1) 自らの医療技術向上に応える、海外留学への 渴望に応える—若手研修制度、海外留学制度

若手医師は医療情報が不足している。現在の専
門医制度や初期臨床研修制度の範囲が限られてお
り、自らの医療技術向上や海外留学が簡単にでき
なくなっている。特定の市町村や病院で働くこと
を条件に、海外大学院の公衆衛生学修士(MPH)
などをオンラインで取得するプログラムなどが大
学や病院で設けられていること、海外大学院にお
いて、e-ラーニングによるMBA、MPHが取得

できるプログラムがあることから、日医としても
病院経営学・管理学修士を取得するプログラムや、
日医e-ラーニングシステムを活用した研修制度
や海外留学制度の設置が提案された。

(2) 若手医師の情報への渴望に応える—医師向け 情報サイトの医師会としての利活用

若手医師は、m3.comや民間医局などの医療情
報サイトから情報を得ていることが分かった。こ
れを受けて、若手医師が日常的に利用する医師
向け情報サイトと協力するなかで、医師会入会の
メリットや医師会ならではの情報発信を行うこと
や、地域医師会で運営している無料職業事業を求
職する医師へ響くような新たな医師会式の紹介事
業へと再生を図ることなどが提案された。

(3) 医師が安心して自己研鑽に打ち込める環境 の整備を通じて医師会発展へ繋げる

会員にとって魅力あるシステムの構築に向け
て、会員情報システム、HPKIカードの活用方法
を提案。具体的には、①参加が容易なオンライン
研修の充実、専門医認定申請や麻薬施用者免許申
請などの煩雑な手続きをオンラインで可能にする
こと、②医師会活動の履歴やこれまでの手術履歴
をデータで残すこと、③HPKIカードをブロッ
クチェーンを用いることでセキュリティが担保され
たアンケート調査や選挙を実施すること、④デジ
タル医師資格証を活用した情報発信を行うことな
どが提案された。

(4) 学術団体としての日本医師会

国民に適切な医療を届けることができるような
教育を行うことが大切であり、学術団体としてさ
らなる機能強化を図る。日医が認定を行っている
産業医などを広告可能にすることが提案された。

また、各都道府県医師会が取り組んでいる好
事例(京都府「屋根瓦塾」、滋賀県「WATCH in
Shiga」)を広く発信し、横展開させることが重要
であるとした。

(5) 生成AIの急激な進歩に伴う変化への対応

医療におけるAIの利活用は勃興したばかりだ
が、今後、医療への実装が進んでいくなかで、個
人情報の管理をはじめさまざまなリスクに対する
セキュリティを高めていくことが必要であり、こ
のルールづくりを日医が中心となって行うことが
望ましく、時代を先取りして国民とともに議論を

深めていくことが重要である。

第4章 若手医師の期待に応えること、医師会組織強化、日本の医療体制強靱化の3つは同義である

医局制度が崩壊して不安を抱える若手医師が増えていることから、日医がわが国最大の医局機能を担い、勤務医を取り込むとともに、人口減少局面に入ったわが国の今後の医療政策の決定に関し、「医師会こそがその原動力となる」とその必要性が強調されていることが示されている。これを実現するためには、研修医を全員、医師会に入会させることを目指す。

第5章 若手医師や国民に向けた新時代の医師会広報のあり方

若手医師はもちろん、国民に向けた新時代の広報のあり方として、既存の手段を活かしつつ、ユーザー層に合わせたSNSのさらなる活用や、若手医師の興味に合わせたコンテンツの多様化が提案されている。

(1) 現状の医師会広報活動の課題

国民や地域住民の医療と健康、福祉を守るために活動を行っていても、その取り組みが国民だけでなく、医師にも伝わっておらず、圧力団体という誤った情報が先行している。

(2) 日本医師会の広報活動の新しい改革

日医が届けたい情報を確実に届けるために、世代に応じて発信する媒体やコンテンツを変え、心に刺さる情報発信を行うことが重要であり、医療者のみならず外部の広報・広告のプロを交えた広報戦略のための専門チームを結成する。

(3) 若手医師を医師会入会に導くコンテンツの多様性

臨床研修医に「医師会入会のためにサブカルチャー（アニメ・漫画等）は有効か」と質問したところ、8割が有効と応えた。日医生涯教育講座、日医の講習会、学校医や産業医などの地域医療への貢献度に応じてポイント制度を導入して、貯まったポイントでアニメなどのコラボ限定グッズや、会員の趣味・嗜好にあう特典（図書券や旅行券）などと交換するなどの企画を提案する。

(4) 対外広報活動

マスコミを通して適切な情報発信がなされるよ

う、恣意的な記事や論説等に対して、適宜反論や訂正を行うこと、SNSの特性を活かした情報発信を行うこと。

(5) 医師向け広報活動

- ・医師がどのような情報を欲しているのか、アンケートを実施し、情報収集すること。
- ・医学生に対して、早期から医師会活動の重要性、医師会入会のメリットをわかりやすく情報発信する。
- ・日医のホームページを魅力的なものに刷新する。例えば、AIを用いてホームページを閲覧する医師の年齢、地域、専門診療科などでカスタマイズされた情報を表示する。
- ・昨年から開催しているシンポジウム「未来ビジョン“若手医師の挑戦”」のような若手医師に発表の機会を与える。
- ・表彰制度を設けることでモチベーションに繋げる。
- ・さまざまな広報活動を通して、最終的には「医師会に入会してもらおう」から「医師会に入会したい」というブランドイメージを確立させる。

(6) 日本医師会広報専門チームの創設

広報戦略のためのプロフェッショナルな専門チームを結成することが先決であり、国民、医師に適切な情報発信を行う。

まとめ

委員会では医療を巡るさまざまな課題について議論いただくとともに、若手の先生ならではの自由な発想のもと、多くの意見・提案をいただいております。実現可能性も含めて会内で検討を行い、適宜会務に取り入れていきたいと思う。また、来期以降も若手の先生方に医療を巡る諸課題について大いに勉強し識見を高めていただく中で、将来の医師会やわが国の医療を任せられることができるような力を付けていただきたいと思います。なお、都道府県医師会においても、若手医師の委員会などを既に設置されているところがあるので、そうした都道府県医師会における取り組みについても全国で共有し、横展開していきたいと思う。

今後も現場の声をしっかりと汲み取りながら若手医師をはじめ、すべての医師が安心して医療活動を行えるよう、努めていく。

令和6年度第1回労災・自賠責医療委員会及び 第98回山口県自動車保険医療連絡協議会

と き 令和6年8月1日(木) 15:00～16:30

ところ 山口県医師会6階 会議室

[報告:専務理事 伊藤 真一]

1. 個々のトラブル事例について協議

以下、3件の事例について協議を行った。

- (1) 損保会社が患者から同意書を取ることができなかったために、同意書等書類送付なし。医療費支払い不能と言ってきた事案について。
- (2) 内科クリニックからの医療費の請求書類を損保が受け取り拒否した事例について。
- (3) 整形外科クリニックにおける加害者が交通事故を否認し、支払保留になっている事例について。

2. 公務災害医療における支払遅延問題について

本会が文書にて、公務災害医療に関する問題、認定まで4か月以上かかるのが稀ではない等の報告とともに、県内の医療機関を対象にアンケート調査を実施し、以下の結果が得られた。

- (1) 「健康保険証を提示され診療を行ったが公務災害の可能性があると説明した場合」

公務災害の認定申請を行っても、そのまま健康保険を使用し、患者負担分を徴収する。その後、公務災害が認定された後に、患者負担分を返還し、公務災害として請求し直すことへの賛成:71.9%

- (2) 「ほぼ確実な公務災害で、手続きを行う予定の患者の場合」

- ①自由診療分として一旦、医療費全額を患者に請求する。賛成:59.4%
- ②保険診療を基とした患者負担を徴収すべき。賛成:68.8%

3. 公務災害の請求・支払に関する指定医療機関の集合契約(案)について

- (1) 集合契約を締結する経緯

本会が県に要望した、「公務災害への手続きに関する意見照会について」の文書(令和6年2月26日付)において、県と本会との集合契約を締結することを提案した。その結果、本会会員の指定医療機関登録の協定書に関する協議を行うこととする。

また、協定書(案)を基に、「労災・自賠責医療委員会」で協議を行った。

- (2) 今後の県との協議事項

- ①請求・支払にかかる手数料について。
- ②本会に属せば、自動的に指定医療機関になることについて。
- ③令和7年4月実施に向けた、タイムスケジュールについて。

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。

令和6年度 社保・国保審査委員合同協議会

と き 令和6年9月12日(木) 15:00～

ところ 山口グランドホテル

[報告:専務理事 伊藤 真一]

開会

加藤会長より、各審査委員への日ごろの審査のお礼と、全国共通のコンピューター審査システムと今後の有効な運営についての挨拶、萬 社保審査委員長と土井国保審査会長より、全国統一の審査基準に関する挨拶がなされた。

協議

1. 社保国保審査委員連絡委員会(7月4日)の報告

本会報令和6年8月号(No.1968号)を参照。

2. 保険医療機関等からの意見

<投薬>

No.1 ドネペジル高用量の査定について

特別養護老人ホームの設置医をしている。特養に入所された高齢者について、入所前よりアルツハイマー型認知症のため、ドネペジル OD (10) を内服されていた。入所前に処方(長期)されたドネペジル OD (10) が多量に残っており、薬局で保管されていた。このため、令和5年6月21日入所だが、8月16日にドネペジル OD (10) を当院で初めて処方した。初回からドネペジル高用量は処方できないとして査定された(10mg → 5mg)。再審査で今回の事情を説明し、前医の紹介状、処方内容を添付して送ったが、「原審どおり」との結果であった。

既に高用量の処方を受けている患者に対し、転院により初回扱いになることに納得がいかないが、こうした場合、状況に応じてドネペジル高用量の算定を可としていただきたい。(国保)【下松】

重篤な副作用も報告されている薬剤であり、少量からの投与が基本となる。

他院からの継続投与の場合、症状詳記がないと審査側としても分からない点があるため、その理

由、詳記が必要。

No.2 リボトリール処方

①患者Aの査定

下肢静止不能症候群(ムズムズ脚症候群)に対して、令和5年11月からリボトリールを処方していた。当初は「下肢静止不能症候群」の病名で査定されなかったが、令和6年6月になって、同年1月分にさかのぼり「適応とならない」と却下された。これまで他の患者でも「下肢静止不能症候群」で申請して査定されることはなかった。

また、同じ月に他に8人が「下肢静止不能症候群」の病名でリボトリールを投与していたが、その人たちは査定されなかった。(社保)【徳山】

②患者Bの査定

レム睡眠行動障害に対して、令和4年11月からリボトリールを処方していた。当初は「レム睡眠行動障害」の病名で査定されなかったが、令和6年5月になって、令和5年8月分、10月分、11月分が「適応とならない」と却下された。

令和4年11月～令和5年7月までは査定されておらず、しかも令和5年9月はリボトリールを処方しているが査定されていない。

また、令和5年8月には他に8人、10月は7人、11月は6人が「レム睡眠行動障害」の病名でリボトリールを投与していたが、その人たちは査定されなかった。

「今日の治療薬」では、かなり以前から「適外」として同疾病が挙げられて、多くの医師が同疾患に対してリボトリールを処方している実態がある。(社保)【徳山】

レム睡眠行動障害は平成23年9月から適応となっているが、下肢静止不能症候群(レストレスレッグス症候群)では適応外である。適応傷病名がなければ認められない。

No.3 保険適応について

①慢性気管支炎にクラリス（200）1T/日を長期投与することは認められるか。

②慢性胃炎にムコスタやセルベックス、ガスターD 10mg 2T/日を長期投与することは認められるか。【山口市】

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成17年10月・社保・国保審査委員合同協議会

①少量の長期投与は認める。

②療養担当規則による制限はなく、長期投与可能である。

No.4 COVID-19に罹患した免疫抑制状態患者に対するゾコーバの投与について

ゾコーバ錠は、発症から3日以内（72時間以内）に初回投与開始後、5日間服用とされているが、以下のようにやむを得ず投与する場合の審査について、ご教示いただきたい。

（国保）【山口県病院協会】

・COVID-19に罹患した免疫抑制状態患者に対して、重症化リスク因子を有するため、ベクルリーを投与。その後、ウイルス量が低下していないため、ゾコーバ錠（ウイルスを減らす効果は他剤より高い）を投与。

※ゾコーバの投与期間は、5日以上の場合もある（免疫抑制状態の時は、通常15日程度でウイルスを排出）。

72時間を超えての初回投与は用法上認められない。

No.5 リベルサスとDPP-4阻害薬

リベルサスとDPP-4阻害薬の作用点が同じため、原則併用しないとなっている。トラディアンズBP（SGLT-2阻害薬とDPP-4阻害薬の合剤）使用中でも、HbA1c 8.4の患者にリベルサスを併用し、HbA1c 6.5まで改善したが査定された。併用禁忌ではないので、裁量の範囲（薬の増減）と考えるが、いかがか。（国保）【岩国市】

同種同効薬であるため、併用は認められない。

<検査>

No.6 尿中LH検査

尿中LH検査は不妊症患者の排卵日の推定に不可欠な検査である。検査が陽性であれば24～36時間後に排卵と判断する。検査試薬も高価であるが、尿検査としてのコストが取れないため、病院あるいは診療所の負担になる。不妊症患者では1周期に1回以上実施するため、算定を認めていただきたい。【山口県病院協会】

不妊症は保険適用となり、算定を認める。回数は医学的判断とする。

<リハビリ>

No.7 廃用症候群のリハビリテーションについて

①山口県では、一日3単位以上は査定対象となっている。しかし、当院は高齢ハイリスクの患者が多く、PT/OT/STの3セクションの介入が必要な患者が多く存在する。それらの患者はつきっきりでしかも低負荷・高頻度に対応せねばならず、3単位が上限では必要なリハビリを提供できない。

出席者

社会保険診療報酬支払基金

審査委員 32名

国民健康保険診療報酬

審査委員 27名

県医師会

会 長 加藤 智栄

副 会 長 沖中 芳彦 中村 洋

専務理事 伊藤 真一

常任理事 河村 一郎 長谷川奈津江 茶川 治樹 縄田 修吾 竹中 博昭 岡 紳爾

理 事 白澤 文吾 木村 正統 藤井 郁英 國近 尚美 中村 丘 森 健治

吉水 一郎

監 事 宮本 正樹 淵上 泰敬

本来、疾患別リハビリテーションは6単位/日を上限に実施する旨が明記されているため、各セクション2単位相当、計6単位/日を認めていただきたい。【山口県病院協会】

②廃用症候群は一律3単位だが、患者さんの状態に合わせて単位を設定してほしい。

【山口県病院協会】

廃用症候群に対して3単位/日以上のリハビリを実施する必要性、及びその効果・評価の詳記を必要とし、審査委員会の判断とする。

No.8 呼吸器リハビリテーションについて

当院では、リハビリテーション医師の指示に基づき適切にHCUで外科術後や必要な患者に呼吸器リハビリテーションを実施している。呼吸器リハビリテーションはPT/STの介入がほぼ必須で各々排痰や呼吸介助、果ては摂食嚥下への対応を実施している。状態が安定しない患者に、坐位をセッティングしリハビリテーションを実施するため各セクション最低2単位程度の介入が必要となる。このため、呼吸器リハビリテーション料について4単位以上/日を認めていただきたい。【山口県病院協会】

No.7と同様。詳記を必要とし、審査委員会の判断とする。

No.9 脊椎（腰椎）圧迫骨折・骨盤骨折のリハビリテーションについて

当院では、リハビリテーション医（整形外科専門医）の適切な指示に基づき、上記診断名の患者のリハビリテーションを実施している。しかし、昨今患者の高齢化とハイリスク化に伴い、必要なリハビリテーションを提供するのにPT/OTなど各セクションの担当者が40分から1時間程度の介入を要する患者が増加している。このため、これら診断名でのリハビリテーションに関して4単位以上/日（できれば6単位/日）を認めていただきたい。【山口県病院協会】

【関連記事】「山口県医師会報」

平成25年8月・社保・国保審査委員連絡委員会

No.7と同様。詳記を必要とし、審査委員会の

判断とする。

<その他>

No.10 審査の基準について

増減点通知書等について、増減点事由としてAからKまで定型の理由が用意されており、一部、査定理由が詳細に追記されている査定項目がある。ただし、それ以外の項目に関しては具体的な査定理由が不明瞭であり、判断が難しい。上記の項目に関しても詳細な査定理由を記載して、審査の基準を明確に示していただきたい。

【山口県病院協会】

社保については概ね査定理由を記載している。国保は点数表の告示・通知に係る内容のものから順次実施していくことで検討している。

3. 保険医療機関等からの要望

No.1 湿布の投与日数の入力について

レセプトに湿布の投与日数を入力するようにとあるが、必要性が分からない。事務の負担軽減のため、入力不要にしてほしい。【山口市】

鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤を投与した場合は、「所定単位当たりの薬剤名、貼付剤の枚数としての投与量を記載した上で、貼付剤の枚数としての1日用量又は投与日数を記載すること。」と記載要領で定められたものであり、現時点で入力を不要とすることはできない。県医師会として日本医師会へ要望していきたい。

No.2 院内処方、分包について

院内処方及び分包について、点数をつけてほしい。院内で調剤したり分包する手間やコストを回収できない。【山口市】

医師会として、以前から日本医師会に要望を行っているが実現していない。引き続き要望を行っていく。薬剤師会への働きかけも必要である。

※ 以上の新たに合意されたものについては、令和6年11月診療分から適用する。

第171回山口県医師会生涯研修セミナー

と き 令和6年5月12日(日) 10:00～15:00

ところ 山口県医師会6階 会議室(ハイブリッド開催)

特別講演1

「膠原病リウマチの治療の新展開： グルココルチコイド(ステロイド薬)を 使わない治療へ」

産業医科大学医学部第1内科学講座教授 田中 良哉

[印象記：宇部市 福田 信二]



関節リウマチは関節滑膜の炎症であり、自己免疫疾患である。2010年アメリカリウマチ学会(ACR)と欧州リウマチ学会(EULAR)で関節が壊れる前に診断するために新しい分類基準を示した。1つ以上の関節の腫れがある時、他の関節腫脹をきたす疾患を鑑別する。その上で、スコアリングシステムを用い、5点が関節、3点がRFや抗CCP抗体などの血清学的反応、罹病期間が6週間以上、急性期反応(赤沈、CRP)が各1点とする。関節病変は医者が触って関節腫脹がある、炎症がある、関節液がたまっている、そのいずれかがあれば関節炎と呼ぶ。6点以上になるとリウマチと診断し、メソトレキサート(MTX)で治療を開始する。診断する場合にもう一つ重要なのが、レントゲン写真。骨と骨の間には隙間があり、軟骨である。軟骨が破壊されると、隙間が狭くなり、これを関節裂隙の狭小化という。骨が溶ける、これを骨ヅランという。リウマチの治療については、今から2,500年前にウィーローバークを煎じて飲ませた。19世紀になってウィーローバークはサリチンが含まれていることがわかった。サリチンは生体内で安定性が悪いのでサリチンをアセチル化したアセチルサリチル酸で、ホフマンがリウマチだった父親の痛みをとるために開発したアスピリンで、1897年にバイエル薬品から発売された。強力な痛み止めとして現れたのがグルココルチコイド(GC)、ステロイドである。1948年のメイヨークリニックのフィリップ・ヘンチが29歳の関節リウマチで寝たきりの女性にサブスタンスX(後

のプレドニゾロン)を点滴し、4日後に彼女は歩けるようになった。1949年に発表し、GCでリウマチは治ったと言われ、1950年にノーベル医学生理学賞を受賞した。5年後にプレドニンが発売された。しかし、プレドニンとアスピリンを使用したため、消化性潰瘍による出血、感染症などが原因で死ぬ人が増えたため、メイヨークリニックではプレドニンは使用禁止となり、ヘンチは1961年に自殺した。その後、リウマチは免疫の異常で起こることがわかり、免疫抑制薬を使うようになった。免疫抑制薬をリウマチに使った場合、疾患修飾性抗リウマチ薬(DMARDs)と呼ぶ。略して抗リウマチ薬と言う。この抗リウマチ薬にはMTXに代表される内服可能な合成抗リウマチ薬(sDMARD)、生物学的製剤として作ったバイオ抗リウマチ薬(bDMARD)の二つに大きく分かれる。これらを上手に使えば免疫の異常を抑制して疾患を制御することが可能になり、その結果、関節が壊れなくなり、大部分が寛解に導入できる。MTXが日本で発売されたのは1999年、アメリカでは1988年で、11年の開きがあった。EULARのリコメンデーションでは、リウマチとして診断されたら、MTXに対する禁忌がなければ全員MTXで治療を開始する。そして6か月以内に目標の寛解に達成すればそれを継続、達成しなければ第2相に行く。十分量のMTXを使えば、6か月以内に半分が寛解に達成する。それを満たしておれば、少なくとも1年間は関節破壊や機能障害が全く進行しない、そういった臨床的な状態を寛解と呼ぶ。

また、GCは短期間と書いてあるが、できれば関節内注射あるいは筋肉注射など注射薬を用いて、なるべく速やかに減量中止をするのが基本。MTXは、葉酸代謝拮抗阻害作用薬である。葉酸にアミノ基とメチル基をつけただけの薬なので、葉酸と似ているため葉酸代謝と拮抗する。この薬が世界中で第一選択薬として使われるのは、非常に効果が高く、フォリアミンを使うことによって副作用を軽減できる。また、重篤な副作用が出た場合、活性型の葉酸を点滴すれば救済できる。このようにセーフティネットが明確であることによる。日本人では週16mgまで使う。この薬剤は大部分は腎臓から排泄されるので、治療前に必ず肝臓や腎臓の機能を検査する。そして葉酸を必ず一緒に使用する。また、使用中に腎機能が低下してくることがあるので、定期的にモニタリングをする。十分量のMTXを使う必要があるが、MTXを普通は6mg～8mgで開始し、4週間後に寛解に入ってなければ12mgに増量、入ってなければ16mgに増量する。それでも入ってなければ、生物学的製剤を使う。こうすれば確かに実際に半分で寛解導入が可能となる。しかし、MTXは難点があり、1/3の方が消化器症状を訴える。それをクリアするために皮下注射製剤を使う。皮下注射製剤は今4種類あり、これを使うとほとんど消化器症状がでない。また、これが出たおかげで十分量のMTXが使える、生物学的製剤、JAK阻害薬を使わなくて済む患者がかなり増えてきた。海外ではステロイドという言葉はやめてGCという。GCには骨粗鬆症、白内障、精神障害、胃十二指腸潰瘍などさまざまな副作用がある。とともに、肺炎などの重篤な感染症、結核などの重篤な日和見感染症、骨粗鬆症、糖尿病、高脂血症などの代謝病、脳血管障害、心血管障害の明確な危機因子である。ステロイドホルモンは人間の体から常に出ている。プレドニゾロン換算で2～2.5mg程度、出ている。副腎皮質から出ると、糖質コルチコイドレセプター（GR）に結合し、糖代謝、脂質代謝、骨代謝などを調整する遺伝子の転写を誘導する、いわゆる生理作用である。外からステロイドを使っても、このGRに結合して核内に行き、AP-1、NF κ Bといった転写因子を介して転写を誘導し、抗炎症作用、免疫抑制作用をもたらす、いわゆる薬理

作用である。大量のGCを使うと免疫抑制作用が強くなる。これは副作用である。ただ、外から薬を服用すると糖代謝の異常、脂質代謝の異常、骨代謝の異常などを起こす。骨代謝の異常では骨中の95%以上を占める骨細胞にアポトーシスを誘導して殺してしまう。骨細胞は、骨芽細胞、破骨細胞も調節し、体の骨格を保つ重要な細胞である。比較的速やかに殺すので、速く骨折が起こる。GCの投与量と椎体骨折の危険度には綺麗な相関性がある。特に20mgを超えると急激に増える。安全域は0.071mg (71 μ g) で、プレドニゾロン1mg以上でも骨折率が1.5倍になる。今年のACRでウォレスらが、5mgの少量を1か月間使っただけで、しかも1年前に使っただけで心血管障害の発生率が増えることを発表し、ACR、EULARではGCはリスクではなく、毒性があると表現されている。第1相でMTXで治療がうまくいかなかった場合には第2相に行くが、第2相ではもうすでにGCを使っただけではいけない。bDMARDあるいはJAK阻害薬を追加することが推奨されている。それでも半分程度の人で寛解に達成できるが、残りの半分の人ではうまくいかない。その時は第3相に行く。今、日本では9種類のbDMARDs、5種類のJAK阻害薬があるので、これらを3～6か月を目処にいろいろと使い、最もよく効くものを選び出す。このようにして使えば、必ず患者さんに合う薬剤がある。bDMARDは分子量が15万ダルトンと大きいので、点滴又は注射でしか使えない。ポールシャングリアンは分子量312ダルトンでJAK-STATというシグナル伝達経路を抑える薬剤を発見した。さまざまなサイトカインがレセプターに結合すると、このJAKがリン酸化されると転写因子のSTATがリン酸化されて核内まで行って、次のサイトカインの転写を誘導するサイトカインを介する悪循環の真ん中にこのJAK-STA系がある。JAK-STATにはJAK1、2、3、TYK2という4つのアイソフォームがあり、どれとヘテロダイマーをとるかによって異なるJAKシグナルを伝える。例えば、先ほどのポールシャングリアンが見つけたJAK1、3阻害剤はIL-2,4,7,9,15,21をブロックする。この薬剤が関節リウマチに非常によく効くので、アメリカで2012年、日本で2013年、ヨーロッパで2017

年に発売になった。JAK1,2 阻害薬は IFN、IL-3、IL-12、IL-6 を全部ブロックする。相当強力であり、プラセボのみならずアダリムマブという TNF 阻害薬に勝った。生物学的製剤にしても、JAK 阻害薬についても安全に使わないといけない。私たちの教室では 2003 年に最初の TNF 阻害薬が発売されて以来、全員ファーストレジストリーに登録し、これまで治療してきた。バイオあるいは JAK 阻害薬を使う方は、まずレジストリーに登録し、禁忌やリスク因子がないかスクリーニングする。そして適応があるかどうかを決める。場合によっては、自己注射指導をする。全員クリニカルパスで入院していただく。現在 5,237 名が登録し、世界トップである。約 2,291 人の患者で、半分以上がまず TNF 阻害薬を使い、1/4 が IL-6 レセプター阻害薬を使っていた。最初に JAK 阻害薬を使っているのはごくわずか。しかし 2 剤目となると IL-6 レセプター阻害薬が増え、3 剤目になると JAK 阻害薬が増えている。長期の継続率に関して、一番継続率が良かったのがトシリズマブ。IL-6 阻害薬は 65 歳以下でも 75 歳以上でもよく継続できていた。教室では、バイオ、JAK 阻害薬を使う前に全員眼窩から肛門まで CT をとる。2,192 人のうち 33 人に悪性腫瘍が見つかり、うち 15 人は肺がん。11 人はステージ 1 A。X 線では検出されない。全員切除した。一番若い方が心筋梗塞で亡くなった。切除した後にバイオで治療する。CT では結核が 20 名以上、非結核性抗酸菌症が 30 名以上、その他諸々の疾患が発見された。レントゲンをとってがんが見つかった人では一年以内に亡くなる方が 86%、CT でがんが見つかった場合には 8% である。

リウマチの治療は最初に徹底的に活動性を抑え込む、その後だんだん薬を減らし、最終的には薬剤フリー寛解を目指す。こういった治療方針は、現在、さまざまな膠原病疾患にも応用されつつある。全身性エリテマトーデス (SLE) は 10 代から 40 代の女性に圧倒的に多い自己免疫疾患で、全国で約 60,000 人の方々が医療費受給を受けている。この疾患は、中枢神経症障害、心肺障害、腎障害、造血系障害、皮膚障害、関節障害など起こす大変な厄介な難病である。この治療は、長年 GC を中心にやってきた。しかし、昨年 EULAR

のリコメンデーションタスクフォースにおいて、考え方を換えようということになった。これまで 50 年間治療の中心として GC を使ってきたが、RA において GC は毒性があるとした。その薬を中心的な薬剤として使っているのかという議論が始まり、新薬も出ているので、変えることになった。腎障害を伴わない SLE ではヒドロキシクロキン (HQC) を全員に使う。その上で免疫抑制薬あるいは生物学的製剤を使い、GC は疾患活動性が高い間だけブリッジセラピーとして用いる。そしてできるだけ早く減量し、可能であれば中止することが記載された。活動性腎障害の場合は、HQC と GC パルス療法を行い、その後に中等量の GC に減量し、できるだけ少量にする。そして主は免疫抑制薬や生物学的製剤にする。IgG4 関連疾患という疾患がある。IgG4 が増えて、全身のリンパ節が腫脹し、そして臓器障害を起しその結果、線維化が起こる疾患である。GC しか治療法はないといわれていたが、生物学的製剤を用いた治験で 8 週で GC を切ることができた。血管炎候群、ANCA 関連血管炎で間質性肺疾患、肺出血、皮膚の障害、腎障害が起こる。これは GC を使わないと無理だと考えられていたが、アバコパン (内服の補体阻害薬) を使うと 4 週間以内に GC を減量し、完全にやめるという治験が行われている。さらにアバコパンとリツキシマブ又はサイコロホスファミドのみで治療していく。こちらでも GC の偽薬を 4 週以内にやめる、GC を 21 週まで使い、その後やめて、リツキシマブとシクロホスファミドだけで治療する。そして、55% が 52 週後の BVAS 寛解を獲得できた。アバコパンを使うと 63% が寛解した。このように ANCA 関連血管炎でも、最初の数週間使えばいいことが証明された。さらに最近リウマチで薬をやめても 5 年間寛解を維持できている人が出てきた。しかし、寛解と治癒の間には大きな差がある。寛解から治癒への道をブロックする何らかのドライバーがある。それは免疫系だけでなく間葉系、血管系、代謝系、あるいは消化管系があるかもしれない。そういうドライバーを見つけようということは今ドイツ、イギリスの先生たちと一緒にやっている。

今後、治癒に向けての研究が始まっている。夢のような話である。

特別講演2

「生活習慣による認知症予防と 新規治療薬導入に向けた取り組み」

大分大学医学部神経内科准教授 木村 成志

〔印象記：柳 井 宮地 隆史〕



はじめに

超高齢社会のわが国において、認知症対策は重要である。2023年12月にアルツハイマー病による軽度認知障害又は軽度認知症の進行抑制としてアミロイドβに対する抗体薬が上市された。本セミナーでは大分大学医学部脳神経内科准教授の木村成志先生より、「認知症を予防するための生活習慣」と「新規アルツハイマー病治療薬の導入に向けた診療体制構築」の2つのテーマで講演していただいた。

1. 認知症を予防するための生活習慣

大分大学では認知症を予防するためのライフスタイルを調査するため、大分市の隣の臼杵市（人口約38,000人）でコホート研究を行っている。同地区は高齢化率が39.1%で人口減少が進むが、2025年まで認知症の高齢者数は増加傾向にあり、その後は人口減少とともに認知症数も減少していく。同地区で2011年に医師会、介護・福祉、行政、大学で連携を組み、臼杵市認知症ネットワーク（認知症を考える会）を立ち上げた。この会の目的は認知症を正しく啓発すること、認知症予防、早期診断・早期治療を三本柱として活動を進めている。会の発足時より小学校区ごとの認知症講座、2年に一度の市民フォーラムを行っている。その後、取組みを拡げ、家族会や行政が主体となった地域における支援体制の構築、ケアでは事例検討会等を行っており、さらに臼杵市では2023年に市・行政、医師、介護・福祉による多職種連携による活動を継続するため「認知症条例」を九州地方では初めて制定した。以前、地域で行ったタッチパネル式の認知症検診では、ほとんどの方々が自らは健康だと思いつけられたが、参加者の23%に何らかの物忘れがあること

がわかった。17小学校区ごとのタッチパネル検診での物忘れ陽性率をみると、地域ごとの陽性率が異なった。その理由として一つはライフスタイルが地域ごとに異なり、地域の方の繋がりが強くコミュニティがしっかりしているほど物忘れ陽性率が低いことが分かった。その後、2015年に認知症リスク因子の発掘に向けた、産官学共同のコホート研究を始めた。この研究ではリストバンドによる生体センサーを用いて、生活データを収集した。大分大学ではPETセンターでアミロイドPET、FDG-PETなどによる脳の画像検査を行った。生体センサーでの生活習慣因子の収集、認知機能、アミロイドPETなどの画像検査を横断的・縦断的に検討し、エビデンスの高い生活習慣による認知症予防を行う目的で研究を始めた。リストバンドセンサーは通常のセンサー機能（脈拍、歩数、活動量、睡眠など）に加え、社会的孤立・孤独感などの評価のため社会的交流を定量化する必要を考え、会話時間を収集できるように開発した。またMRI、アミロイドPET、FDG-PETを毎年、3年間継続して検査し、生活習慣とあわせて解析し認知症予防に効果的なライフスタイルを明らかにした。2015年から2020年まで行った研究結果の一部を紹介する。認知機能と関連するライフスタイルについて、4つの因子が最終的に残った。ランダムフォレスト回帰解析ではMMSEと関連する因子は歩数、睡眠時間、心拍数、会話時間であった。この研究ではウェアラブルセンサーを用いた研究であり、各因子について実測値を得ることができた。歩数に関しては歩数が増えればMMSEの点数は上昇するが7,791歩でほぼプラトーに達した。つまり歩行は7,791歩でほぼ十分であることがわかった。睡眠時間に関しては353分から434分までは増加するとMMSEの点

数も上昇するが、睡眠時間がさらに長くなると、MMSEの点数は徐々に低下していく。つまり睡眠時間は短くても長くても認知機能に対しては悪影響で適度な時間帯があり、およそ6～7時間が適切であることが分かった。会話時間に関しては、会話時間が長ければ長いほど認知機能は良いと予測していたが、結果は異なっており、睡眠と同様に長すぎる会話時間は認知機能にとっては逆効果であった。その理由について、会話時間と歩数の関連を調べると、会話時間が321分まではほぼ関連が無いが、321分を超えると会話時間が長くなればなるほど歩数が減っていた。会話と運動はバランスよく行う必要があり、睡眠時間は適切な時間があることが明らかになった。

これまで身体活動と認知症あるいはアルツハイマー病との関連についてメタ解析が行われており、多くの報告で運動は認知症あるいはアルツハイマー病に対して良い効果を示している。一方、睡眠についてはエビデンスが少ないため、WHO及びランセットの認知症を予防するための生活習慣の項目に掲載されていないが、現在最も注目されている分野の1つである。過去のコホート研究の中では認知症と関係している睡眠の因子として3つの因子が報告されている。1つ目の因子は睡眠時間であり、およそ6時間以下及び9時間以上の睡眠は認知症のリスクになり、6時間から8時間の睡眠が良いとされている。2つ目の因子は睡眠効率である。睡眠効率とは実際に眠っている時間をベッドで臥床している時間で割った値である。したがって、入眠障害や中途覚醒が長いと睡眠効率は低下する。睡眠効率が低いほど認知症のリスクが高いと言われている。3つ目の因子は日中の眠気、昼寝の時間が長いと認知症のリスクになると言われている。

アルツハイマー病では認知症発症の約20年前から脳内にアミロイドβ蛋白(Aβ)が蓄積し老人斑が形成される。次に異常にリン酸化したタウ蛋白が神経細胞内に凝集する病理学的変化が示されている。Aβの蓄積がアルツハイマー病の病態の最上流にあるため、多くの根本的治療薬がAβを標的として開発されてきた。このAβとライフスタイルの関連も注目されている。今回のコ

ホート研究では、リストバンドセンサーから得られた生体のデータとPET画像検査から得られたAβの蓄積量及びFDG-PETによる脳機能との関連を解析したところ、唯一睡眠時間がAβ蓄積量及び脳機能と関連していることが明らかになった。睡眠時間はAβ蓄積量あるいは脳糖代謝量と負の相関を示していた。つまり睡眠時間が長いとAβの蓄積量が減り、睡眠時間が短いとAβの蓄積量が増える関係がある。しかし睡眠時間が長すぎると脳機能が落ちており、睡眠時間には適切な時間があると考えられる。過去の報告も同様であり、Aβと睡眠の関連を検討した人を対象とした報告でも、8時間以上の睡眠時間と比較して6時間以下の睡眠時間ではAβの蓄積が多い。また、睡眠効率が75%未満ではAβが蓄積されている頻度が高いことが報告されている。なぜ睡眠時間が短い、又は睡眠効率が悪いとAβが蓄積するのかを調べるために、動物を用いた基礎的研究がなされている。その結果では、Aβは覚醒中に産生され睡眠中に排泄されることが明らかになっている。入眠障害あるいは夜間の中途覚醒があつて覚醒時間が長いとAβの産生が増え睡眠時間が短くなって、睡眠効率が悪くなるとAβの排泄が減ってAβが蓄積する方向にすすむと考えられている。アルツハイマー病のもう1つの原因蛋白であるタウ蛋白も同様に覚醒中に産生され睡眠中に排泄されると考えられている。一方で、長時間睡眠がなぜ認知機能に悪く認知症のリスクになるのか、その機序は明らかになっていない。いくつかの仮説があり、睡眠時間が長い場合、睡眠時無呼吸症候群に罹患している人がいることや健康状態が良くない、あるいは鬱状態の可能性などが挙げられている。睡眠時無呼吸症候群や健康状態の悪さ、鬱状態は認知症のリスクになることが知られており、これらを介して認知機能の低下と関係していると考えられている。実際に睡眠時間の長い方に全身性の消耗性疾患が生じているかを血中のサイトカインを測定して関連性を検討してみると、睡眠時間の長い方は何らかの全身性の慢性炎症を起こしている方が多く、それを介して認知機能の低下と関連していると推測している。

大分大学のコホート研究をまとめると、認知

症予防に有効な生活習慣には3つの因子があり、運動歩数としては7,791歩以上、会話時間は1時間20分～5時間21分、睡眠時間は5時間53分以上7時間14分以下で、昼寝は39分以内が良いことが明らかになった。

2. 新規アルツハイマー病治療薬の導入に向けた診療体制構築

これまでアルツハイマー型認知症に用いられていたドネペジル、ガランタミン、リバスチグミン、メマンチンは症状改善薬であったが、2023年に上市されたレカネマブはアルツハイマー病治療に関しては脳内の病理学的変化を変えることができる疾患修飾薬であり、臨床の場で使用できるようになったことは治療の上で画期的なことであった。

アルツハイマー型認知症の脳内に蓄積するA β は神経細胞から産生され細胞外で半量体、重合体、プロトフィブリルと重合した後にフィブリルとなり、不溶化し、最終的に凝集体である老人斑を形成する。これまでさまざまなA β に対する抗体が開発されてきた。例えば、A β の単量体やフィブリルを認識するような抗体が開発されてきたが、治療薬としては成功しなかった。レカネマブはプロトフィブリルを認識する抗体である。末梢静脈から点滴で投与すると、一部が血液脳関門を通りプロトフィブリルに結合し、このプロトフィブリルに結合した抗体をマクロファージが認識し、貪食することでA β を除去する機序が想定されている。治験における治療効果としてCDR (Clinical Dementia Rating) による認知機能評価では18か月投与した時点でレカネマブ投与群はプラセボ群と比較して27%進行を抑制した。これはレカネマブ投与後18か月の時点でプラセボと比較して約6か月進行を遅らせる効果を示している。患者説明の上で重要な点は、レカネマブは認知機能を改善する、あるいは維持するような薬物ではなく、あくまでも進行することには変わりはないが、18か月投与すると半年間進行を遅らせる効果が証明されていることを丁寧に伝えることである。ただし今後、例えば十年経ったときの効果等はどうであるかということは現段階では分

からない。その他、レカネマブ投与前後でアミロイドPETを用いてA β の蓄積量を観察するとプラセボ群ではA β の蓄積が残存しているが、レカネマブ群ではアミロイドの蓄積が消失し、A β が除去できるということが明らかになっている。最近、治療開始後24か月までの結果が報告されたが、最初からレカネマブを投与した群と最初はプラセボで開始し、レカネマブに変更した群の経過と、ADNI (Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative) により予想される自然経過での進行を比較すると、レカネマブ投与群では進行抑制の効果は持続しており、早い段階からレカネマブの投与を開始した方の経過が良いことが明らかとなっている。A β 以外にアルツハイマー病に関連する蛋白としてタウがあるが、タウも進行とともに脳内の蓄積量が増える。脳内のタウ蓄積が軽い群は疾患のより早期の段階であり、タウの蓄積が多い群は重度に進行した状態である。レカネマブの治験の一部でタウPETを用いてタウの蓄積等について検討がされた。タウの蓄積量が少ない、つまり脳の病理学的変化がまだ早期の段階からレカネマブを投与された症例は、アミロイドPETではA β が早く陰性化していた。さらに認知機能ではタウの蓄積が少ない群について、プラセボ群では維持～やや低下していたが、レカネマブ投与群では認知機能が改善していた。また最も新しい報告ではタウに関してレカネマブはA β 除去後にタウによる脳の変化も抑制していることが明らかになっている。

レカネマブ投与の実際については厚生労働省より最適使用推進ガイドラインが作成されており、治療適応等についてアルツハイマー病の認知機能の重症度、頭部MRIでの出血、浮腫について、アミロイド病理を示唆する検査異常の確認等が必要であり、多くの患者を治療するにあたっては地域の実情にあった医療体制の構築が重要である。

大分県で大分大学医学部附属病院はレカネマブの初回投与施設であるが、患者数が多くなると、レカネマブの治療適応があるかどうか、すべての患者のスクリーニングを行うことは困難となる。レカネマブの初回投与時には3時間の経過観察が必要であり、例えば10人の患者について経過

観察等を行うと労力や点滴場所確保等の問題が挙がってくる。そのため、地域全体で医療体制を検討し、機能分化・役割分担が必要と考える。大分県ではかかりつけ医はまず認知症疾患医療センターあるいは地域の基幹病院にレカネマブ治療希望の患者を紹介し、スクリーニングをかけ、アルツハイマー病による軽度認知障害又は軽度認知症であることを確認の上で初回投与施設である大学病院に紹介し、アミロイド関連の検査に繋ぐのが良いと考えている。具体的に、レカネマブの適応はアルツハイマー病による軽度認知障害あるいは軽度の認知症であり、MMSEで22点以上、CDRで0.5又は1である。その他、レケンビの投与を希望していること、レカネマブの副作用としてARIA（アミロイド関連画像異常）として脳浮腫や脳出血が出現するため定期的又は緊急的に頭部MRIを撮影する必要があるため、ペースメーカーが入っていてMRI検査が行えない方などは治療適応にならない。また、治療開始時に頭部MRIで微小出血が5個未満、1cmを超える脳出血がないこと、脳表へモジデリン沈着がないこと、血管原性浮腫がないことが条件となっている。正しい診断のためには、認知症専門医療機関、認知症疾患医療センターでアルツハイマー病による軽度認知障害又は軽度認知症であるかをスクリーニングする必要がある。軽度認知障害の中にはさまざまな疾患が含まれており、認知症の鑑別としてはレビー小体型認知症、脳血管性認知症、前頭側頭型認知症、高齢者タウオパチーなどが挙げられる。アルツハイマー病による軽度認知障害疑い患者について、専門的な臨床的知見、画像からスクリーニングをかける必要があり、場合によっては脳血流SPECTを撮像して鑑別することになる。アルツハイマー病が疑わしく、重症度、禁忌がない、治療の希望があるなどを満たした後に、初回投与施設で、又は初回投与施設からの紹介でアミロイドPET又は脳脊髄液検査によるAβ関連検査のいずれか一つを行うことになる。アミロイドPETは高額であるが侵襲性が少なく、アミロイド蓄積量を調べることができると今後、新しい抗体薬が上市された際にはアミロイド蓄積量と副作用との関連などが検討できるかもしれない。実臨床

において大学病院に軽度認知障害で紹介を受け、アミロイドPETを行った場合、5～6割が陽性で4割程度が陰性である。健常者では2割が陽性である。ただし陽性者は3～4年以内に8割以上がアルツハイマー病に移行する。アミロイドPETは視覚的に蓄積量を評価でき、診断の感度も94%と高いが、特異度は57.2%と低い。この理由は前頭側頭型認知症、血管性認知症、レビー小体型認知症、大脳皮質基底核変性症でも陽性になりうる事が挙げられる。特にレビー小体型認知症では51%が陽性となりうることに注意が必要である。一方、髄液検査ではAβとタウが測定できる。Aβとタウが陽性の場合にはアルツハイマー病と判断して良い。つまり、髄液検査では痛みなどの点からPETより侵襲性が高いとされているが、Aβ42とリン酸化タウを測定して陽性（異常）があれば感度88%、特異度90%でアルツハイマー病と診断することができる。

その他の重要な点として、治療の適応外の時の対応が挙げられる。例えばレカネマブの治療を希望し、MMSEの点も満たしているが、アミロイドPETを受けてみるとAβが陰性だった場合や、かかりつけ医からレカネマブの治療のため紹介されてMMSEを評価すると22点未満であった場合は、レカネマブ治療の適応外になる。患者や家族はかなり精神的に落ち込んでしまう。その場合には精神的・心理的ケアが必要である。この点は認知症疾患医療センター等の協力が必要になる。

初回投与施設では、初回投与の際の副作用の一つであるインフュージョンリアクションの対応が重要である。インフュージョンリアクションは4人に1人程度に生じ、発熱、嘔気、嘔吐、頭痛などを生じる。現在、大分大学医学部附属病院では最初の10例程度は入院して初回投与を行う予定で、現在5例の初回治療導入が終了している。入院した上でMRI検査結果、治療意思の確認、認知機能状況の確認などを行い、初回投与時の副作用対策としてモニタリングをしながら治療を行っている。抗ヒスタミン薬、アセトアミノフェン、NSAIDs、副腎皮質ステロイドの予防投与などを行い、これまでの5例ではインフュージョンリアクションは発生していない。その後の治療経過

中に多くの場合は無症候と考えられるが、脳出血や脳浮腫などのARIAが出現する。症状が強い場合は救急部と脳神経内科医との連携ができるよう院内体制を構築している。今後、リアルワールドでのARIAの情報収集が重要であるが、治験の時点ではARIAの出現時期は治療開始後3か月以内に約70%、半年以内に約90%であり治療計画でも半年以内に頻回にMRIを撮影するように決められている。重篤な脳浮腫が出現した際にはステロイドパルス療法を行うことがある。治療開始後6か月以降は初回投与施設以外でも施設基準等を満たせば、継続して点滴治療を行うことが可能である。今後の患者数の増加や患者の利便性を考えると6か月以降は地域の医療機関に2週間に1回、1年間の継続治療を依頼し、初回投与から計1年半の治療を行っていくこととなる。その場合もARIA時の救急体制や継続した認知機能評価など地域の实情に合わせた医療体制の構築が必要となる。さらにレカネマブ治療中に重要な点として、脳梗塞発症時の超急性期治療としてのtPA (tissue-type plasminogen activator) 療法が挙げられる。治験中に脳梗塞を発症し、tPA治療を受け多発性脳出血を生じた症例が報告されている。レカネマブ治療中の患者に対してtPAは禁忌ではないが慎重投与とされている。まずは脳梗塞など発症した場合は、医療機関ではレカネマブを投与されているという情報を得ることが必須となる。

大分県ではレケンビ® (レカネマブ) 投与施設MAPの作成を試みている。現在、協議会を作り、認知症疾患医療センター、大学病院、県立病院、初回投与が可能な施設、精神科、脳神経内科等の施設の40施設程度で3回目の協議会を開催している。初回投与施設、継続投与施設、治療適応外だった場合の精神的ケアができる施設など役割分担・機能分化をしてレケンビ投与施設MAPを作成し、かかりつけの先生に提供する必要があると考えている。

将来的に診断にあたっては実用的なバイオマーカー検査の検討が必要となってくる。現在はアミロイドPET、脳脊髄液検査が主流であるが、費用や侵襲性の問題がある。今後は血液バイオマ

ーカーやデジタルバイオマーカーの導入が必要と思われる。このデジタルバイオマーカーについては開発中であり、リストバンドセンサーと生活問診のデータを用いてアルツハイマー病のスクリーニングができないか、また生活習慣等のデータを確認しつつ認知症予防のためのアドバイスができないかを検討している。また、現在開発中の血液バイオマーカーについてはかなり高い感度・特異度が得られており、将来的に一般臨床で用いられることが期待される。

おわりに

大分県白杵市でのコホート研究から得られた認知症予防のライフスタイルや今後の展望、レカネマブが上市されたことを受けて、認知症医療提供体制の構築について、大分県の取組みを分かりやすく講演していただいた。山口県でも認知症予防についての取組み、認知症医療提供体制のさらなる推進のためにとっても有意義な講演を拝聴することができた。講演の最後に提示された“Take-home Message”を紹介する。

- 高齢者855例を対象とした生活習慣と認知機能の関連。
 - ① 7,791歩の歩行
 - ② 353～434分の睡眠
 - ③ 80～321分の会話
- MCI (軽度認知障害) 118例を対象とした生活習慣とPET画像の関連。
 - ① 短時間睡眠と脳内アミロイド蓄積
 - ② 長時間睡眠と脳機能低下高齢者の認知症予防には睡眠の改善が重要。
- 新規アルツハイマー病治療薬の導入に向けて、かかりつけ医と専門医が連携した診療体制を構築する必要がある。
- デジタルバイオマーカーや血液バイオマーカーは侵襲性が少なく簡便であるため、スクリーニングに適している。

特別講演3

「がん・老化の未知の原理を魚類モデルで暴く」

大阪大学微生物病研究所生体統御分野教授 石谷 太

[印象記：美祢市 清水 良一]



令和6年5月12日に山口県医師会館で第171回山口県医師会生涯研修セミナーが開催され、特別講演3で大阪大学微生物病研究所生体統御分野教授の石谷 太（いしたに とおる）先生による「がん・老化の未知の原理を魚類モデルで暴く」とのタイトルでの講演を拝聴する機会を得ました。

当日の講演では、アメリカの医療・研究開発の司令塔であるNIHによって、マウス、ラットに次ぐ第3の疾患研究モデル生物に指定されている「ゼブラフィッシュ」を用いたユニークな研究成果を中心に、次に示す内容の順で分かりやすく解説していただきました。なお、講演に先立ってゼブラフィッシュについての簡単な説明があり、インド北東部を含むヒマラヤ周辺原産のコイ科の淡水魚で、池の浅瀬や水田の傍に棲む温帯の魚とのことでした。

講演の前半では、まず、ゼブラフィッシュが研究モデル生物として人気がある6つの理由が説明されました（印象記の後段で詳述）。次に、石谷先生の教室において、ゼブラフィッシュの優秀性が遺憾なく発揮され、遺伝子変異の視点から、短期間での「希少未診断疾患」の原因解明に繋がった具体的な成果（CTR9 遺伝子変異が大頭症運動機能異常を引き起こすこと）も併せて紹介され、今や世界的にゼブラフィッシュが病気のメカニズムの解析や、治療法・治療薬の開発に欠かせない動物モデルとして注目されていることを強調されました。

講演の後半では、ゼブラフィッシュの稚魚の皮膚（ほぼ一層に近い上皮）をヒトの上皮モデルとして使い、稚魚の上皮細胞にゲノム編集技術を用いることで誕生したばかりの「がん細胞（前がん細胞）」と、その周囲に分布する「分化した上皮細胞」との間で繰り広げられる「細胞競合」の諸現象を、「ライブイメージング」という手法で経時

的变化を可視化し、論を俟つことなく直接がん発生の超初期プロセスの解明・理解に繋がる最先端の研究が紹介されました（印象記の後段で詳述）。

さらに、思考実験ではなく、ゼブラフィッシュの稚魚の皮膚上皮細胞で実証された研究成果を、ヒトの細胞で追検証するべく、京都大学iPS細胞研究所（CiRA：サイラ）から提供を受けたiPS細胞から作ったオルガノイドというヒトのミニチュアの臓器モデル（ミニ腸）を用いた研究にも触れられ、上手くいきそうな気配を感じていることが語られました。

講演の最後に、高齢化社会を背景に世界中で盛んに行われている「老化研究」について、細胞レベルでの変化の理解が進むとともに、長生きの要素の候補が数多く見つかり、大量の仮説が提案されている現状が解説されました。これを踏まえて、飼育可能な脊椎動物の中で最も寿命が短く、半年で寿命が尽きる「ターコイズキリフィッシュ（略称：キリフィッシュ）」という、これも魚を用いて、石谷研究室の総力を挙げて老化制御機構の仮説の一端を検証するために取り組んだ結果、活性型ビタミンDがアンチエイジング物質の一翼を担っていることを実証した最新の研究成果が語られ、特別講演を締めくくられました。

ゼブラフィッシュが研究モデル生物として人気がある6つの理由（①～⑥の利点）

①成魚のサイズが4センチ程度で非常に小さい。
⇒3次元空間の水中で飼育することができるので、コストを掛けずに多数の個体を狭いスペースで飼育が可能。

②受精卵が大量に採れる。
⇒ワンペアの成魚から週に1回の採卵の度に、数十から数百個の受精卵を採取でき、2日半で孵化して泳ぐようになるので実験に用いる個体数を

稼げる。

③初期発生が早い（速い）。

⇒受精から僅か一日で、目、脳、筋肉及び血管の素が出来上がるので、形態形成、発生の研究を短期間で実施が可能。

④体外受精で、かつ稚魚が透明である（最大の利点）。

⇒体が透けているので、細胞や分子の状態、具体的には「細胞の中で起こるタンパク質の信号の流れ」、「神経細胞の発火のイメージ」などを、個体を生かしたまま把握するライブイメージング（可視化して動画を撮影すること）が可能。

⑤脊椎動物なので、ヒトと類似した臓器、細胞、遺伝子を持っている。

⇒ヒトと同じようにリンパ管、血管、骨及び種々の内臓も備わっており、この特徴ゆえにヒト疾患のモデルとして使うことが可能。

⑥遺伝子組み替えが簡単にできる。

⇒他の動物と同様、遺伝子編集技術のCRISPR/Cas9（クリスパーキャスナイン）を使ったゲノム編集をすることが可能。

※以上の①～⑥に示した優れた特徴を持つことで、ゼブラフィッシュは疾患研究モデル生物として、世界的に注目されています。

ゼブラフィッシュの稚魚の皮膚上皮細胞を用いたがん発生の超初期プロセスの解明

がんに対する医療技術は確実に進歩を遂げているものの、がんの罹患者数は年々増加し、医療費の増大や患者自身のQOLの低下といったさまざまな社会問題が生じています。こうした問題を解決するためには、がん発症後の治療だけに留まらず、がんを予防するアプローチが重要です。

がんの予防のためには、まず、未だに謎に包まれているがん発生の超初期のプロセスを理解する必要があり、石谷先生の研究室では、前述の①～⑥の優れた特徴を兼ね備えたゼブラフィッシュの稚魚の皮膚上皮細胞を用いて、がん発生の超初期プロセスを目で追えるようにし、前がん細胞ががんになっていくプロセスの解明に繋げることを目指されました。

筆者は大学での生理学の講義で、通常、各組織の幹細胞から分化した上皮細胞は分裂増殖能を封印されており、一定の期間、各組織に与えられた

役割の一翼を担った後、順次新しい上皮細胞に入れ替わっていくと学んだ記憶があります。当日の特別講演を拝聴するまでは、誰もが思いつくがん化のプロセスとして、筆者も『幹細胞から、分化した上皮細胞が生まれる際に、遺伝子コピーの不具合が生じて、がんのドライバー遺伝子が紐解かれて活性化するか、もしくは、がん抑制遺伝子に変異して不活化するかのいずれかの機序により、前がん細胞が発生し、通常は免疫系の作用で日々前がん細胞は駆逐される中で、老化による免疫系の機能の低下が引き金となって固形がんが形成される』といったシナリオを思い描いていました。

石谷先生の教室における研究成果1

当日の石谷先生の講演では、まず、がんのドライバー遺伝子単独の活性化で誕生した前がん細胞を排除する機構として、免疫系に頼ることなく、前がん細胞の周囲に存在する分化した正常上皮細胞の驚くべき振る舞いにより、前がん細胞が排除される様子が動画で紹介されました。

具体的には、ゼブラフィッシュの稚魚の皮膚上皮中に、がんの30%で変異が起きていると言われている代表的ながん遺伝子Rasの活性化変容を持つ前がん細胞を人為的に作り、この前がん細胞に赤い蛍光でラベルして、この赤い前がん細胞が正常上皮細胞集団から「ポーン」と体の外へ飛び出していく様子を動画で提示されました。

動画の内容のさらに詳しい解説では、その機序は未解明であるものの、細胞競合の過程で、隣接する分化した上皮細胞からの何らかのシグナルにより、速やかに前がん細胞が「細胞老化」に追い込まれ、増殖能を失うとともに前がん細胞自身の肥大化が誘導されているとのことでした。この「細胞老化」が起こると、上皮細胞間にみられる細胞接着機構が破綻し、さらに、隣接する正常細胞が細胞骨格という骨のようなものを作って、「細胞老化」の起こった前がん細胞を「ギュッ」と体の外へ押し出すことが解説されました。要するに、隣接正常細胞が、『前がん細胞に「細胞老化」を誘導して太らせ、手を放して、押し出す』という現象は最も初期に働くがん制御メカニズムではないかと考察されました。

研究成果2

次に、前述のメカニズムがずっと体の中で働き

続けていたら、がんはできないはずのところ、何かの刺激でこの機序が働かなくなった結果、がんができるのではないかと考えられました。その後の研究で、前述の前がん細胞に、さらにがん抑制遺伝子といわれる P53 の遺伝子変異を追加すると、もはや隣接する正常上皮細胞による細胞競合機序は機能しなくなり、前がん細胞は追い出されることなく上皮に留まり、逆に周りの細胞に悪さ（脱分化誘導）をして、初期のがんを作ることを実証され、その様子を動画で紹介されました。

具体的には、がん遺伝子 Ras の活性化変容を持つ前がん細胞に、がん抑制遺伝子 P53 の不活性化変容を追加した二重変異細胞をゼブラフィッシュの背中皮膚上皮内に人為的に作り、この二重変異細胞に赤い蛍光でラベルして、「ブクブク」と初期の腫瘍がゼブラフィッシュの背中で増殖する様子を動画で示されました。

なお、この動画では二重変異細胞が炎症性サイトカインを分泌して周りの正常細胞を脱分化させることにより増殖させる様子や活性酸素等を分泌して周りの正常細胞を「細胞老化」に追い込み、本来の正常細胞による細胞競合機能を発揮できなくなる様子までは示されませんでした。

研究成果3

続いて、よく言われる「炎症が起こっている組織だとがんができやすい、あるいは加齢するとがんになりやすい」という経験則をゼブラフィッシュで再現し、実証された研究成果が語られました。

具体的には、がんの化学治療薬のドキソルビシンをゼブラフィッシュに振りかけ、皮膚上皮細胞に DNA ダメージを引き起こして老化した細胞の蓄積を誘導した後、この皮膚上皮細胞の中にがん遺伝子 Ras の活性化変容のみを持つ前がん細胞を導入すると、前がん細胞は追い出されることなく上皮にとどまることを写真で示されました。

研究成果4

さらに、追い出されることなく上皮にとどまった前がん細胞からは、細胞外へ炎症性サイトカインや活性酸素が分泌されることで、周囲の老化した上皮細胞に脱分化を誘導して腫瘍化させ、結果として Ras 変異細胞と周囲の老化細胞の両者の増殖による不均一な腫瘍が形成されることを突き止められました。

具体的には、当日の講演で、緑の蛍光でラベルした二重変異細胞（前がん細胞）が増殖してできたがん組織では、全部が緑の細胞で占められているわけではないことを写真で示されました。その考察として、二重変異細胞自身が増えるのではなく、周りの細胞を炎症性サイトカインを介して増殖させたり、活性酸素を介してゲノムに傷をつけて「細胞老化」させ、その2次的に細胞老化した細胞がさらに周辺の細胞に増殖あるいは細胞老化を誘導することで、不均一ながんを作るのではないかと語られました。

研究成果5

「研究成果1」の補足説明として、細胞競合によって周囲の正常細胞が前がん細胞を排除するパターンのうち、「物理的に体外へ弾き飛ばす」タイプの排除には、Ras 変異細胞以外でも、Src というがん遺伝子が異常活性化した場合にも見られることが述べられました。一方、「周りの細胞ががん細胞を殺していく」タイプの排除があることを動画で示されました。

具体的には、大腸がんの70～80%で活性化している Wnt シグナルという信号が異常活性化したがん細胞が周りの細胞によって「パチッ、パチッ」と、次々に一瞬で殺されて消滅していく動画が紹介されました。

なお、これに関連して Wnt 異常のときに、がん抑制遺伝子として知られる Smad4 の変異を追加導入した場合には、一転して排除されることなくがんは生き残ることも述べられました。そして、がんのドライバー変異と抑制変異、これらの組み合わせによって、こういった異常細胞の排除機構がダメになって、がんの初期発生が起きるのではとの視点から、オリジナルのアプローチで魚を使いつつも、ヒトの細胞で追検証するべく、iPS 細胞を用いた研究にも着手し、新しいがんの発生メカニズムを明らかにしつつあることが語られました。

がんに関する講演の最後に、ゼブラフィッシュを使った実験系の将来性にも言及され、ヒトそれぞれの個別がんモデルを最長でも5日以内に作製し、創薬スクリーニングをかけることで、短期間で個別化医療に資する治療薬選別に繋がることに期待して研究を継続していることが述べられました。

特別講演4

「AIとデジタルで心温まる医療を！」

国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所理事長 **中村 祐輔**

[印象記：徳山 沼 文隆]



先生は1977年大阪大学医学部をご卒業後、大阪大学第二外科に入局され、その後、分子遺伝学で学位を取得後、ユタ大学ハワードヒューズ研究所に留学（1984～1989年）されました。多くの業績をあげられ、1989年に帰国されてからは、癌研究会癌研究所生化学部長、1994年からは東京大学医科学研究所分子病態研究施設教授に就任され、さまざまな遺伝子に関係する研究とオーダーメイド医療を実現するために研究だけではなく、日本が抱える医療課題にも取り組んでこられました。2011年には内閣官房参与・内閣官房イノベーション推進室長として政府に多くの提言もされてきました。

要旨

今やゲノム医療の時代である。コロナ対策に対していろいろな苦言も呈してきたが、基本的に自分がやりたいのはがんにしても一般の病気にしてもオーダーメイド医療を実践したいということで、遺伝子と病気の関係あるいは、薬の作用と遺伝子との関係の研究を続けてきた。

2020年に『DEEP MEDICINE』という英語の本を訳した。当初AIやディープラーニングなどに関するものかと思いつきながら読み進めたが、DEEP MEDICINEというのはディープラーニングだけではなく、心と心が触れ合うような医療をAIとデジタルによってもたらすのがDEEP MEDICINEだとするその内容に感銘を受けた。

医療現場にいるとよく分かるのは、同じ薬を同じように使っても、みんなに効くはずはないわけで、ある薬を出しても効く人は限られている。当然ながら副作用の出方も全然違う。例えば糖尿病を一つ考えても、インスリンが作れない人にいくらインスリンの分泌を促す薬を出しても効かないし、インスリンの反応性が悪い人にインスリンだ

けいくら入れてもあまり役に立たない。そういったことを実際の現場でも経験するが、とりあえず自分の好きな薬、一番効きそうな薬を出す。それが合わないとき量をえたり、薬の種類をえるとい形で対応し、医療現場はやりくりをしている。それをもっと科学的にできないかと、遺伝子の違いを研究してきた。

お酒を例にすると、お猪口一杯も飲めない人がいる一方で、何杯飲んでも平気な人もいる。アルコールを薬に置き換えて考えてみると、薬の作用、副作用も出方が違うのは、要するに薬を分解する能力が関係する。さらに、ものによっては薬を体の中で活性化することによって作用しているものがある。例えば乳がんに使われるタモキシフェンは、肝臓の中で水酸基がついて初めて活性物質になるので、それがうまく働かない人はいくら飲んでも乳がんには全く効かない。

私が研究してきたことは単純で、ゲノムの設計図をもとに、その違いを明らかにして薬を選んでいくということ。（がんだと生まれてから起こる違いもあるが、）人の設計図というのは30億の遺伝暗号文字でできており、シンプルでAとGとCとTしかない。よくゲノムは30億だから細胞の中にも30億の塩基があるという人がいるが、それは間違いで、30億というのは1本30億なのでDNAは2本鎖のため母方父方からそれぞれ60億塩基が来るので、核の中には塩基数とすると120億ある。この120億が何らかの原因でどこかに違いが出ると、いろいろな違いが出てくる。人と猿を比べると99.9%同じである。人であるからには、人の遺伝子を持っていなといけませんが、個人間で違う部分があり、これを遺伝子多型、遺伝子暗号の違いという。医療の分野では非常に大切で、100%がんになりやすいというのは遺伝性のがんになる遺伝子異常も存在する。それ以外に

も微妙な遺伝子の違いが、がんになりやすさ、糖尿病になりやすさなどを決定している。

エイズの場合も明らかで、CCR5 というエイズウイルスがくっつくタンパク質を作る遺伝子に欠損があると、HIV 感染症は起こらない。感染症であってもウイルスが接着可能かどうかで違いが出てくる。当然ながら薬の作用、副作用も違うわけで、こういうのをアレルギー体質とか糖尿病体質とか糖尿病家系という言い方をするが、この漠然とした体質や家系を遺伝子の違いで明らかにすることが重要である。がんなどは後天的に遺伝子異常が起こるが、これらの遺伝子を調べて薬を投与することが既に行われているが、このような遺伝暗号の違いを考えたいろいろな治療法の選択、あるいは副作用の回避が必要になってくる。

ワルファリンという血をさらさらにする薬がある。心房細動という病気が起こると血栓ができやすくなり、24 時間心房細動が続くと、ほとんどの人に血栓ができる。この血栓が心臓から離れて脳にいくと脳梗塞が起こる。脳梗塞を防ぐためにもワルファリンという薬を使って血栓ができないようにするわけだが、この薬は非常に使い勝手が悪い。同じ量の薬を安易に皆さんに投与すると、一部の方ではサラサラどころか出血しやすくなって、脳に出血したり消化管に出血が起こる。薬を投与してから 30 日から 60 日間に出血や脳梗塞が起こるが、薬が効きにくいと脳梗塞になり、薬が効きすぎると脳出血を起こす。どれくらい違うかという、1 日 1 ~ 5mg の幅にほとんどの方がいるが、それより少ない人も多い人もおり、一番少ないのが 0.5mg、一番多いのが 11mg でコップ一杯とバケツ一杯ぐらい必要な量は違う。最も多いのが 2 ~ 5mg であるが、それでも 2.5 倍もあり、2mg が必要な人に 5mg を出せば出血しやすくなり、5mg 必要な人に 2mg しか出さなければ足りない。どうしてこんな違いが起こるのかというと、CYP2C9 というワルファリンを壊す酵素と VKORC1 というビタミン K のリサイクルに関係する要因、この 2 つによって血の固まり具合をどれだけ抑えるかで変わってくる。2 つの遺伝子タイプでいろいろと指標を作り、0 点グループ、1 点グループ、2 点グループに分類すると必要な量がわかる。最初からある程度必要な量を予測し

て投与すると、出血のリスクも脳梗塞のリスクも下げられ、より安全に治療できるようになる。こういう診断を海外では使えるが、日本では使えない。なお、ワルファリンを出す場合に重要なのはビタミン K を大量に含む、あるいはビタミン K の生産を促す食品（納豆、青汁、クロレラなど）と一緒に食べない方がいい。グレープフルーツはワルファリンの分解を抑える可能性が指摘されているので、ワルファリンを飲んでいるときにグレープフルーツを食べると副作用が出やすくなる。

これ以外にも起こってほしくない副作用にスチーブンス・ジョンソン症候群がある。これは火傷のように見えるが実は薬の副作用によって起こるわけで、いろいろな薬によって起こるのでややこしい。20 年前までは特異体質と言って済んでいたが、今やそれでは済まなくなった。スチーブンス・ジョンソン症候群（皮膚粘膜眼症候群・中毒性表皮壊死症）を起こしやすい薬は、アロプリノールという痛風薬や、てんかんに使われるカルバマゼピンが 1 位、2 位だが、3、4、5 位は普通に、消炎鎮痛剤・解熱剤として出されている薬に含まれる成分である。これらについては、原因は明らかになり、特異体質ではなくなった。1 番よく使われているアロプリノールは、B*58:01 という HLA と強く関係する。薬が HLA に結合すると T 細胞の活性化を起こし、T 細胞が皮膚細胞をアタックすることによって、炎症が起こるので、この薬を飲んだとき重篤な皮疹が出る。HLA マーカーと薬の関係を見るとわかるように、ある薬にはある HLA タイプがダメというような 1 対 1 の関係になっている。

薬物性肝障害では HLA のクラス I（細胞免疫）とクラス II（液性免疫）に関係する場合があり、肝臓の場合に遅れて出てくる薬剤性の肝障害は、抗体が作られて、その抗体が肝臓の細胞をアタックすることで起こる。

こんなことが分かって何の役に立つのか、患者さんのためになるのかとよく問われるが、アバガビルの場合にこの HLA-B*57 を持っている人に投与を避けると、薬疹発症が半分になる。アロプリノールは HLA-B*58:01 を持っている人に薬を投与しなければ、0 になる。症例は少ないが確率的には 2,100 人に投与しているので、7 人ぐらい出

るはずだが、0になっている。つまり一定のHLAを排除するだけで薬疹は避けることができることを3つのスタディで証明しており、私はこの中の一つに関与している。実はこのアロプリノールのB*58:01というHLAを持っている割合は日本人の1%を占める。したがって、日本で安易にアロプリノールを出して何もケアしてないと1%の割合で薬疹が起こる。私はこういうことを医療現場で使いたいと思いながらやってきたが、なかなか進まない。台湾ではできるのに日本ではできないのが、このような薬疹の予防のためのHLAのスクリーニングである。

AI・デジタル化は今がチャンスだと思い、内閣府の「AI（人工知能）ホスピタルによる高度診断・治療システム」プロジェクトのプロジェクトリーダーになった。日本の医療をシステムテックに変えて、新しいことが分かったらすぐにでも使えるようなシステム作りをやりたいと思いながらやってきた。

今年のダボス会議でビルゲイツ氏は5年後の暮らしについて、医師の仕事も事務作業はAIに任せられるなど、誰もがより快適に生活できる予想図を示した。日本は完璧に遅れてしまっている。

人間である限り、必ず診断ミスは起こる。アメリカのデータでは、年間約80万人が亡くなる、あるいは不治の重篤な後遺症が残っている。DEEP MEDICINEの著者であるエリック・トボル氏は医療ミスをどう減らすのか、本当にその人にあった医療を提供するためにどうすればいいのか、ということサイエンスに投稿している。この中でこれからは、患者や家族がチャットGPTなどを見て自分の診断から自分の病気は何かを知り、予測しながら病院を受診するという時代が遅かれ早かれやってくる。AIと対立するのではなく、AIをどううまく使って医療の質を上げていくのかということを考える時代だと述べている。

どの程度、診断ミスが起こっているのか。日本ではもっと少ないとは思いますが、例えば動脈解離や動脈・静脈血栓症は最初、4人から5人に1人がうまく診断できない。もちろん稀な病気ということもあるが、いろんな病気を想定する上でなかなかこの病気は思い浮かんでこないのが、重症化してから思いつくことになる。脊髄膿瘍は診断ミス率62%と、どうしても稀な病気はわれわれは頭に

思い浮かべない。心筋梗塞が2%あるが、そんなことないと思われがちで、私も思ってたが、エアポケットというのがあり、その理由を後で説明する。

医療ミスは患者や家族にとっても不幸だが、医療ミスをした医療側にとっても不幸である。某大学の例で、ある医師が胸腹部の大動脈瘤が破裂するリスクがあると言って大学病院に送ったが、大学病院は同じ検査をして「何もありません」といって患者を帰したところ、その晩に破裂して急死した。この場合、誰に責任があるのかが問われるわけだが、稀な病気やあるいはレントゲンを読む人が十分に読みきれないと、こういったことが起こる。なぜ診断ミスが起こるのかというと、一番多い例は病名が思いつかないことである。病名が思いつかないと、当然必要な検査はしないわけで、重症化してからこれかもしれないと思うのでは、手遅れになることもある。これはみんなにとって不幸な出来事となるが、これを減らすためにどうすればいいのか。人間の記憶量は限界に来ているわけで、全部を瞬時に思い浮かべることなどできるはずもない。

では、こういうものを解決するのにAIはどれくらい進んだのか一例を示す。私は昔、救急にいたが、若い女性の急性腹症が来るといろいろ考えることがあり、全てをカバーする検査は簡単にはできない。もちろん鑑別診断に血管系の病気もあるわけだが、なかなか思い浮かばない。それ以外にも胆道系、膵臓系、子宮外妊娠、虫垂炎、腸捻転という病気があるが、これをすべて頭に思い浮かべて検査しようということにはなかなかならない。しかし今、「Glass AI」という医療に特化したAIがあり、「25歳女性、突然の下腹部痛、血圧低下、頻脈、発熱はなし」と症状を入れると鑑別診断のためにこういった検査をしてくださいというサジェスチョンをAIが出してくれる。最も可能性が高い子宮外妊娠であれば、こういう治療をなささいという答えまで出してくれる。当然ながら鑑別診断というのは、いろんな病気がリストアップされるが、それを鑑別するには、こんな検査をした方がいいと答えを出してくる。1人で、全部の科を完璧にカバーできるはずもないので、こういうものの補助を得ながら自分が間違いを犯さないようにしていくことが、これからの医療には求められることだと思っている。

病理やいろいろな画像診断も、画像を識別するAI機能が急速に進んでいる。私がいたがん研有明病院とGoogle社が2020年にマンモグラフィのAIを開発した。周知のようにアジア人と白人の乳腺の密度はかなり違うので、これが使えるかどうかということをごん研病院で検証した。そうすると、若手医師とAIが一致しない部分だけをシニアな専門医が判読することで、十分に今と同じような、2人で診断するマンモグラフィ診断のクオリティが保てることが分かった。いろいろなAIが進んできてAIなんかダメだとか言ってる間に、間違いなくAIによって医療は変わってくる。AIを新たに作るのは大切だが、それに加えてAIをどう使っていくかという議論が本当はもうされていないといけなのだが、日本は遅れてしまっている。先ほど話したように、診断用のAIに100%の精度を求めるのは無理である。心電図でもせいぜい専門医と同じ程度の精度が出せるというのが実際のAIで、これから精度は上がってくると思うが、今でもAIと人が診断して判定が分かれた部分だけ専門家が診断することにすれば、専門家の仕事量も激減させることができる。私は医師会と医学会が共同連携して、どんなAIがいいのか、どのクオリティを満たせばどれぐらいのコストで使うのがいいのかということを検討してもおかしくないと思っている。それぐらいAIというのはわれわれの身近なところに迫ってきている。今のところ一つの病院に一人病理医でもいればいいというような形だが、そうではなく、1か所に病理医をまとめてそこに全部デジタル画像を送って、分からない場合にはそれぞれの臓器で専門家で見ていただく方が診断精度が上がるのは間違いない。

さらに、いろいろな生成AIが出てきて変化が起こっているが、これは今までの延長線の変化ではない。今までだと緩やかに変化していたが、生成AIが生まれて、一気に医療の分野に変革を来たしているということを理解した上で、生成AIなどの使い方を考えていく必要がある。

成育医療研究センターは、細菌感染症の時に画像を顕微鏡の下に置いてスマートフォンで画像を取り、これを送ると病原菌を90%近い精度で判定することが可能なシステムを開発した。1か

所コアがあり、スライドさえ作れば中央に送って、そこで診断してそれに基づいて抗生物質を投与するということが、もう遅くない未来に完璧に広がってくると思う。こういうのをやるためにHAIP（Healthcare AI Platform Collaborative Innovation Partnership）というものを厚労大臣と経産大臣の認可によって作って、ここで新しいAIを皆さんに広げていただく仕組みを作った。このHAIPという組織とカウンターパートになるのが日本医師会が設置したAIホスピタル推進センターで、質は大丈夫なのか、コストはこれでは高すぎて誰も使えないのではないかと、ということをやキャッチボールしながらどこでもAIを使っているようなシステムを作りたいと思っている。ただし、システムを過信するとおかしなことが起こったときに大きな被害が出てしまうので、このAIデジタルというものをどう使っていくのが非常に重要な論点になってくる。

ウェアラブルという、体に身につける装置も有用だ。コロナの時に保健師が1日3回電話して状況を聞き取るというようなことが行われていたが、デジタルを使えば今やスマートウォッチで心拍数、心電図、呼吸数、酸素飽和度が計測可能で、おそらくすぐに血糖も計れるようになる。そうすると24時間血糖などをモニタリングして糖尿病の治療に活かしていくという時代になる。実際5年前にスマートウォッチで心房細動を見つけることができるという論文が出されていて、42万人という、日本ではできないようなスケールの研究だが、iPhoneのスマートウォッチを持っていて、心房細動と診断されていない人を追跡したところ、2,161人に不整脈が指摘された。不整脈はその時おかしかったと思って病院に行っても消えていることがあるが、すぐに検査を受けた人では、84%が心房細動だと確認された。70歳以上の20人から30人に1人が心房細動を起こすので、国の課題として心房細動から血栓になって寝たきりの人が増えてくると、非常に大きな負担になる。もしも、倒れたりしても、いろいろなセンサーやウェアラブルな装置から異変を救急搬送システムに送って、救急車で迎えに行くと2、3時間以内に治療が開始できて後遺症を残さない形で回復する可能性が高くなる。本当は都道府県単位でもい

いと思うが、こういった70歳以上の方が脳梗塞で倒れて寝たきりにならないような介入のシステムを考えていかなければならない時代になっている。これができると要介護人口の増加を抑えることができ、医療費や家族の精神的、肉体的、経済的な負担を軽減することも可能になってくる。

日本では統計がないが、薬剤の誤投与や見るべきデータを見ていなかったという問題が時々起こる。もちろん、この薬とこの薬を一緒に出してはいけないという問題もあるがそれは今や簡単に判別できる。処方ミスがどれぐらい起こっているかというと、4年前のアメリカのデータだが、700万件起こっており、7,000～9,000人が亡くなっていて、全く必要のなかった薬を出してそれを治療するために4兆円の医療費がかかっている。診断名と処方薬名の組み合わせはいろいろところで作られているので、それをうまく導入して、全国どこでも使えるようになれば、少なくとも処方ミスは防ぐことができる。処方ミスを防ぐことができれば、単純計算で日本でも1兆円前後、無駄な医療費を削減することは可能である。どうして知らせるのかというと、電子カルテ上に赤信号で知らせることによって処方ミスを、アラートを送ることができる。国は1兆円払ってインフラの整備をするべきだと私はずっと言っている。そうすると次の年に元が取れて、その次の年からは単純なエラーによる無駄な医療費を1兆円ずつ削減することができる。実際、医師だけではなく、看護師が配付するときでも調剤エラーは起こる。これは某大学病院のデータだが、ある病棟で56万のデータを取ると2,255件、すなわち、1/250の割合で、間違った薬を本来渡すべきではない患者さんに配ったということが起こっている。ロボットを導入したところ、割合は減ったが、0.0025%で間違いが起こった。これは、最初にカセットに違った薬を入れるなどという明らかな人為的エラーであった。ICチップやバーコードが使えるようになり、薬の間違いは防ぐことができると思う。

働き方改革に伴い、必要なことを記録を残す時間を削減する必要に迫られている。私も時々病院に行くが、医者はほとんど私の方を見ないで、モニターに話しかけているような感じで説明を受ける。そうではなくて、普通に話しながら記録を残

してくれれば、患者にとっても満足度が高い医療ができると思う。看護師は勤務時間の30%を看護記録に費やしていると言われている。今では、患者に話しかけている間に、ピンマイクからデータを送って、ナースステーションに帰るとその記録を残すことが可能である。某病院では、外科でいろいろな処置をする際に、今までは全部メモに書いて、それをナースステーションに帰ってから記録していたが、処置をピンマイクを通して話すると、整理した形で看護記録に残すことが可能となっている。これだけでも多くの時間の削減につながる。また患者にいろいろなことを説明している言葉がそのまま残り、それが電子カルテに飛ぶ。こういう形でいろいろなことが進んできているのに、これがなかなか実装化できていないというのが今の日本の状況である。

こういったことで何が便利かということ、データが全部残る。いつ誰がどこでどのような症状を訴えているという記録はすべて残る。こういうものを使うことで、次のパンデミックが来た時にどうするのかも含めて考えていく必要がある。われわれのいろいろな取組みがNHKワールドという番組で紹介されており、YouTubeで「AIホスピタル」というキーワードを入れると、取組みを見ることができる。

妊婦検診をする際にただ単に画面を通して話をするだけではなく、胎児の心拍を取るようなデバイスを送って、妊婦さんのお腹に置くと、その胎児の心拍の様子を捉えることができる。こういうものを使ってただ単に顔を見てオンライン診療をするのではなく、情報を得ながらオンライン診療をしていくことが可能になる。抗がん剤治療は外来化しているが、某病院では患者さんの問診を薬剤師がしているが、なかなか大変である。時間もかかり、聞き漏らしもある。今では、タッチパネル式の端末を使って、患者が待っている間に質問をして、症状の聞き取りをする。患者が診察室に入ったときには、副作用のリスクなどを医師に知らせることが可能である。

稀な遺伝性疾患であっても、症状を入力すると、AIが最も可能性のある病気をリストアップして、一つ一つ検証していくことが可能となっている。恐らく2、3年の間にかなり完璧なものが出てくると思う。いろいろな医療の分野でわれわれの知

識量を補うAIが生まれてきて、AIと仲良く付き合いながら診断の質を高めていくことがこれからできるようになってくる。いろいろなAIが開発されており、それにアクセスするのなかなか大変なので、一か所にいろんなAI技術を集めようというAIプラットフォームを構築した。例えば、CTの診断を助けてほしいと言われると画像をデジタルで送れば、瞬時に、注意が必要な場所や腫瘍の可能性のある場所が出る。5Gの時代にあって、いろいろな情報をやり取りするのが本当に簡単にできるようになってきているので、どこにいても画像さえ取る人がいれば、正確な診断を提供することが可能になってくると考えている。

「健康寿命の延伸、最適化個別化医療、医療の質の向上、医療費の費用対効果の改善、医療費の増加抑制、労働人口確保、医療分野での国際的競争強化、大災害対策」は日本だけではなくて、世界中の国が抱えている課題だが、これを解決するためには人工知能とデータをクラウドに保管するシステム構築が不可欠で、これによって大規模な解析が可能になってくる。一般的に医療の平均的な質は日本は高く、AI分野で競争するためには、この日本の質の高い医療データを集めることで、日本が一步先に出ることが可能だと思っている。それによって、新しい新薬や診断法の開発につながったり、もっと単純なところで人のエラーを防ぐことが可能になり、私が提唱しているオーダーメイド医療を可能にしている。その際、少し難しいのは、知識ギャップである。医療従事者と患者家族の知識ギャップが広がり、説明が大変になってきている。それを人工知能アバターにまず説明してもらい、その上で医師と話をすることによって、医療従事者の説明時間を極端に短縮することが可能になってくると考えている。

もう一つ大事なことは、某医療センターがランサムウェアの被害に遭い、4か月外来を止めた事件があったが、そういうことを避けるためにデータをクラウドに置く、あるいは患者のスマートフォンに最低限のデータを移すということをしておけば、地震があってもランサムウェアにやられても診療を継続することは可能で、不幸にして何か大災害があっても、その情報を持って他の地域の病院を受診することが可能である。われらのゴールは、いつ

でもどこでも誰でもが質の高い心温まる医療を受けることができることである。きちんと目を見ながら患者さんと話をする、あるいは看護師は記録に使っている時間をもっと患者と接する時間に使うことによって、医療の温かさを増やすことができると思っている。先進的な医療を提供しながら、医療従事者の負担を軽減するには、AIをうまく使うことが非常に重要で、AIプラットフォームの技術研究組合と今、日本医師会とが連携しているが、それをもっと強固にして、使えるものをいち早く安く提供していく仕組みが大切である。しかし、こうなると人間は何をするのかということになるが、医師の人間力を高める教育は絶対的に不可欠である。今のようにモニターとキーボードだけ見ながら診療するのではなく、もっと患者さんの顔色を見ながら患者さんに寄り添う医療が必要で、そのためには人間力が極めて重要である。

今、生成AIとか、大規模言語モデルのAIとかいろいろ言われている。これは本当に世の中を変えていると思っている。例えば遺伝子検査の結果を説明している場面を絵で書いてくださいというと、生成AIが書いてくれる。いろいろな技術が進んでいるので、良いか悪いかを論議するのではなく、新しい技術をどのような形で医療現場に導入して医療の質を上げ、心温まる医療を提供していくのかということのをわれわれは考えないといけない。

今、乳がんの診療に必要な説明を全部、AIアバターがやってくれるようになった。前は一方的に説明するだけだったが、今や会話ができる。いろいろな治療の流れを説明したり、質問を受けて答えることが可能になってきた。こういった技術が進んでくると、医療現場は間違いなく変わる。会話は全てログが残る。言った言わないというような論争を避けることもでき、先生方の時間を充実させて、本当に患者と目を見ながらいろいろなやり取りができるような医療を作り上げていきたいと思っている。決してAIやデジタルは医療現場を冷たくするのではなく、いろいろな人的なミスを防いだり、患者と十分な心ふれあう医療現場を作り上げることができる。一番大切なのはAIを使うと時間的なゆとり、心のゆとりを取り戻すことができ Empathy（思いやり）に満ちた医療を実現することにつながってくると思う。



仕事と育児の両立を 目指している医師の方々へ



山口県医師会
保育サポーターバンクを
ご活用ください。

支援の例

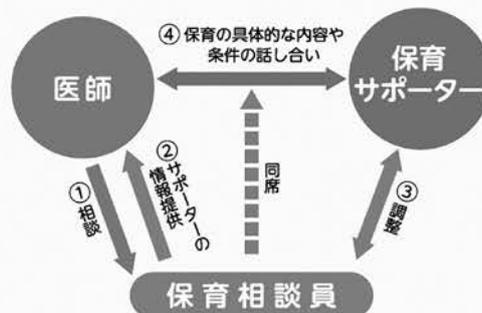
- 子どもと一緒に医師宅で留守番
- 子どもと一緒に医師宅で留守番をしながら、家族の夕食の支度や簡単な掃除
- パパ・ママの都合が悪い時の保育園の迎えと、引き続いて塾への送り
- 残業の日の保育園の迎えと、その後サポーター宅での預かり(子どもの食事を含む)
- ママが当直の日、パパが緊急呼び出しを受けた時のサポーター宅での預かり(待機を含む)
- 学童保育終了時の迎えとその後医師帰宅までいっしょに過ごす

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。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。

山口県医師会は、
育児中の働く医師を応援します！

育児で困ったら



お気軽にご連絡ください

医師からのご相談は男女問わず受け付けております

山口県医師会 保育相談員(9:00~17:00)

TEL 090-9502-3715

メール・FAX はいつでも受け付けます。

E-mail hoiku@yamaguchi.med.or.jp

FAX 083-922-2527

理 事 会

—第11回—

8月22日 午後5時～6時20分

加藤会長、沖中副会長、伊藤専務理事、河村・長谷川・茶川・縄田・竹中・岡各常任理事、白澤・木村・藤井・國近・中村・吉水各理事、宮本・友近・淵上各監事

協議事項

- 1 山口県健康福祉部との懇話会について**
標記懇話会における4つの協議事項は変更なく、提案どおりとすることを決定した。
- 2 来年度の県の施策・予算措置に対する要望について**
要望項目選定に当たっての留意事項及び今後のスケジュールについて協議し、スケジュールに沿って要望案を協議していくことを決定した。
- 3 母体保護法による指定医師の申請について**
標記申請1名の審査結果について審議を行い、指定医師として登録することを承認した。
- 4 中国四国医師会連合「医事紛争研究会」(11月4日)の提出議題について**
標記研究会における本会からの提出議題について協議し、提案どおりとすることを決定した。
- 5 小児用肺炎球菌ワクチン(20価)定期接種化に伴う広域予防接種における個別接種標準料金(案)について**
小児用肺炎球菌ワクチン(20価)の10月1日からの定期接種化に伴う標準料金(案)を決定した。
- 6 日本医師会「診療所における新興感染症対策研修会検討委員会(プロジェクト)」の委員について**
中国四国医師会連合委員長から標記委員の推薦

依頼があり、本会から1名推薦することを決定した。

7 山口銀行との融資契約に関する融資利率の改定について

山口銀行が短期プライムレートを引き上げ改定することを発表したことに伴い、当会との融資契約に関する融資金利の変更等について提案どおり会員へ周知することを決定した。

人事事項

- 1 健康教育委員会の委員について**
委員の欠員に伴う後任として、1名を委嘱することを決定した。
- 2 へき地の医薬品等提供に係る研究会に係る委員の推薦について**
山口県健康福祉部薬務課長から標記委員の推薦依頼があり、1名を推薦することを決定した。

報告事項

- 1 定例記者会見(8月1日)**
「HPVワクチンキャッチアップ公費接種について～無料期間残り実質、あと2か月～」をテーマに山口県の現状、ワクチンに関する効果や安全性に関する情報、接種の意義等について説明し、県民への周知の必要性を呼びかけた。(長谷川、縄田)
- 2 第1回禁煙推進委員会(8月1日)**
今年度設置したCOPD対策推進ワーキンググループ設立の経緯や主旨等についての説明、今年度のイエローグリーンキャンペーンの実施状況等についての説明の後、今後の活動方針等について協議を行った。(岡)
- 3 第1回労災・自賠責医療委員会、第98回山口県自動車保険医療連絡協議会(8月1日)**
個々のトラブル事例、公務災害医療における支払遅延問題、公務災害への手続きに関する指定医療機関の集合契約等について協議を行った。(伊藤)

理 事 会

4 山口県衛生検査所精度管理専門委員会

(8月2日)

山口県における衛生検査所の状況についての報告の後、令和5年度衛生検査所立入検査の改善報告、令和6年度の立入検査の実施等について協議を行った。(茶川)

5 地域医療構想第1回調整会議

「下関」(8月2日)、「山口・防府 Web」(8月6日)

「周南 Web」(8月8日)、「萩 Web」(8月9日)

令和6年度地域医療構想調整会議の進め方、令和5年度病床機能報告結果、地域医療構想の進捗状況の検証、病床機能再編支援事業等について協議を行った。(岡、竹中)

6 中高生を対象とした医師の職業体験

(8月4日)

中高生を対象とした医師の職業体験を開催し、48名の生徒が採血、心肺蘇生、血圧測定等の体験に取り組んだ。(白澤)

7 第2回山口県糖尿病療養指導士講習会

(8月4日)

「食事療法」「薬物療法1」「薬物療法2」「糖尿病患者の心理と行動」について講習が行われた。受講者109名。(中村丘)

8 山口県医療対策協議会専門医制度部会「Web」

(8月7日)

国から都道府県への協議に関する意見、専門研修プログラムの確認等について協議を行った。

(加藤)

9 個別指導(8月8日)

医療機関2件の指導に立ち会った。(木村、伊藤)

10 医療紛争防止研修会(8月8日)

「医療機関における患者との関わりの諸問題」、「医療紛争の現状と問題点について」と題した研修を行った。受講者61名。(縄田)

11 勤務医部会理事会(8月8日)

役員の改選、令和5年度事業報告の後、郡市医師会勤務医理事との懇談会、病院勤務医懇談会、市民公開講座、部会総会・シンポジウム等の令和6年度の事業計画について協議を行った。(岡)

12 第46回山口県立病院機構評価委員会

(8月9日)

前回の質疑応答のまとめ、令和5年度における法人の業務の実績に関する評価(素案)等について審議した。(加藤)

13 令和6年能登半島地震 JMAT 活動報告会

(8月9日)

日本医師会からの JMAT 活動に関する報告の後、第一部「能登半島地震対応とそこから得られた教訓」、第二部「これからの先遣 JMAT、総括 JMAT の機能」、第三部「専門的な機関等との連携」と題したテーマに沿った報告、ディスカッション等が行われた。(竹中)

14 産業医のための過重労働対策セミナー

(8月17日)

過重労働による健康障害、最近の過重労働関係法令、長時間労働者に対する面接指導について研修が行われた。参加者87名。(藤井)

15 第23回中国四国医師会共同利用施設等連絡協議会(8月17日)

岡山県医師会の担当で開催。「共同利用施設の新しい取り組み～医療DX、働き改革を見据えて～」をテーマとした基調講演、シンポジウムの後、日本医師会の松本吉郎 会長による特別講演「日本医師会の医療政策」が行われた。(茶川)

16 第55回中四九地区医師会看護学校協議会

(8月18日)

防府看護専門学校の担当により防府市で開催され、「リカレント教育のすすめ～学生・生徒のための『学び直し』を支援する看護教育～」をテ

理 事 会

マに教員研修、特別講演4題、運営委員会等が行われた。(加藤、沖中)

17 山口県警察官友の会総会 (8月19日)

令和5年度事業報告、収支決算報告、令和6年度事業計画、収支予算等の議案について審議を行い、承認された。(事務局長)

18 三師会と県教育庁との懇談会 (8月20日)

学校健診の課題、日本版DBS等、本会、県歯科医師会、県薬剤師会からの提出議題について意見交換を行った。(河村、縄田)

19 社会保険診療報酬支払基金山口事務局審査運営協議会 (8月21日)

数値目標に係る審査実績及び要因分析、審査結果の不合理な差異解消の検討状況、支払基金改革の進捗状況等について協議を行った。(加藤)

20 第2回 COPD 対策推進ワーキンググループ (8月21日)

医療従事者を対象とした研修会の企画、COPDスクリーニングチーム並びにフォローチームの養成、啓発活動等について協議を行った。(岡、國近)

21 やまぐち地域医療セミナー 2024 山口市 (8月21日)

自治医科大学の学生等が集まり開催されている標記セミナーに参加し、意見交換を行った。(茶川)

22 令和6年度地域医療介護総合確保基金(医療分)の内示について

国から標記基金の内示が県にあり、当初予算で計上している全ての事業が実施可能となった。

(岡)

医師国保理事会 ー第9回ー

報告事項

1 全国医師国民健康保険組合連合会第18回代表者会 (8月2日)

令和6年度事業計画及び収入支出予算について報告、会費額や全医連理事選任について協議、承認された。続いて「国民健康保険組合を巡る情勢について」と題して厚生労働省保険局国民健康保険課の唐木課長の講演が行われた。(加藤)

ー第12回ー

9月5日 午後5時～6時5分

加藤会長、沖中・中村両副会長、伊藤専務理事、河村・長谷川・茶川・縄田・竹中・岡各常任理事、白澤・木村・國近・中村・森・吉水各理事、宮本・淵上各監事

協議事項

1 第1回郡市医師会会長会議について

10月17日に開催する標記会議の提出議題及び報告者について協議を行った。

2 安否情報確認アプリ「オクレンジャー」を活用した訓練の実施について

昨年度に引き続き、安否情報アプリを使った災害想定訓練を9月26日に実施することを決定した。

報告事項

1 第68回中国地区学校保健研究協議大会

(8月22日)

梅花女子大学心理こども学部心理学科の伊丹昌一教授による「自己肯定感を高めるアプローチ～学校と家庭にできること～」と題した特別講演、職域部会、班別研究協議会が行われた。また、

理 事 会

本県が次期開催県であることから、挨拶を行った。
(加藤)

2 山口県男女共同参画推進連携会議(8月22日)

副会長の選出の後、令和6年度の主な取組、女性自立サポート事業、山口県パートナーシップ宣誓制度等について報告・協議が行われた。
(長谷川)

3 第1回山口県訪問看護推進協議会(8月22日)

令和6年度訪問看護提供体制推進事業の事業説明があり、訪問看護総合支援センターについて協議を行った。(沖中)

4 第1回一般社団法人全国有床診療所協議会総会・講演会・シンポジウム(8月24日～25日)

「あきらめるな！有床診療所！」をメインテーマに二日間にわたって栃木県で開催され、総会の後、特別講演や懇親会、シンポジウム等が行われた。(伊藤)

5 中国地区学校保健・学校医大会(8月25日)

中国地区各県からの研究発表の後、医療法人向洋こどもクリニック あおさきこども心療所の梶梅あい子 院長による「『不登校』の多様性とこれから」、日本医師会の渡辺弘司 常任理事による「学校保健の課題と対応」と題した2つの特別講演が行われた。また、本県が次期開催県であることから、加藤会長が挨拶を行った。(河村)

6 中国地方社会保険医療協議会山口部会

(8月28日)

医科0件、歯科1件、薬局1件が指定された。
(中村)

7 学校医部会役員会「Web」(8月29日)

統合型校務支援システム、学校医部会役員、学校医研修会・学校医部会総会等について協議を行った。(河村)

8 産業医部会理事会「書面開催」(8月29日)

部会の役員、令和6年度産業医部会総会等について報告を行った。(中村)

9 健康福祉部と県医師会との懇話会「書面開催」(8月29日)

台風のため中止となり、提出議題に対して県から文書回答があった。(伊藤、沖中、河村、縄田)

10 山口県小児保健研究会理事会・総会

(8月31日)

令和5年度決算報告、令和6年度事業計画及び予算(案)、来年度の開催日等について協議した後、総会、教育講演等が行われた。(河村)

11 山口県福祉サービス運営適正化委員会本会議

(9月3日)

委員長・副委員長の選出の後、運営監視部会及び苦情解決部会の部会委員の委員指名並びに両部会部会の部会長及び副部会長の選出が行われた。
(木村)

12 広報委員会(9月5日)

会報主要記事掲載予定(10～12月号)、閑話求題、炉辺談話、県民公開講座、フォトコンテスト、歳末放談会のテーマ等について協議した。
(長谷川)

13 第1回山口産業保健総合支援センター運営協議会(9月5日)

令和5年度産業保健活動総合支援事業の実施結果、令和6年度事業計画及び実施状況について協議を行った。(中村)

14 会員の入退会異動

入会3件、退会7件、異動7件。(9月1日現在会員数:1号1,200名、2号848名、3号473名、合計2,521名)

理 事 会

医師国保理事会 - 第10回 -

協議事項

1 第20回「学びながらのウォーキング大会」
 11月23日に山口市秋穂で開催する標記大会の集合方法の変更やウォーキングコース等について協議、決定した。

2 傷病手当金支給申請について
 1件について協議、承認。

日医FAXニュース

2024年（令和6年）8月27日 3247号

- 医療機能の報告、全国平均 73.5%
- デジ庁の概算要求、5,960 億円
- DX 加算、マイナ利用率の届け出は「不要」
- 「医療上必要」と「患者希望」
- 医療物資、国備蓄分を売却へ
- マイコプラズマ肺炎 1.14、「かなり多い」

2024年（令和6年）8月30日 3248号

- 賃上げ税制、「控除上限引き上げを」
- 能登地震の医療支援、シンポを開催
- 厚労省の一般会計、34兆2,763億円を要求
- 新構想、病床以外の機能にも着目
- 美容医療の違法事例、抑止に向けてGLを

2024年（令和6年）9月3日 3249号

- 医師の偏在対策、厚労省が「骨子案」
- マイナ保険証、「個別聞き取り」を提案
- 医療DXの法整備へ、2部会で議論
- コロナ定点 8.80、増加に転じる
- マイコプラズマ肺炎 1.30、「かなり多い」

2024年（令和6年）9月6日 3250号

- 昨年度の概算医療費、過去最大 47.3 兆円
- 通知のマイナ利用率、翌月に適用
- 「特定疾患処方管理加算」は不可
- 診療所 27.7%、病院 83.7%が届け出
- コロナワクチンの供給、3,224 万回

2024年（令和6年）9月10日 3251号

- 「管理者要件拡大」に疑問の声
- 医師偏在のまま「皆保険維持できず」
- 「高齢者救急」「在宅医療」「救急医療」
- 外在ペア評価料（I）届け出は2割

2024年（令和6年）9月13日 3252号

- ペア評価料、届け出様式を簡素化
- 診療所の経営状況、日医総研で調査へ
- データの精査、「これからの課題」
- 周産期の体制維持とは「切り離すべき」
- ワクチン価格調査、定期的を実施へ

国民年金基金 のご案内

日本医師・従業員支部

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

不確実な将来に、今、備える



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

国民年金基金のおすすめポイント ～税優遇を活かして老後に備える～

1 税制上の優遇措置

掛金 掛金は全額社会保険料控除の対象となり所得税、住民税が軽減されます。
(掛金上限額(816,000円/年)まで控除の対象)

年金 受け取る年金にも公的年金等控除が適用されます。

遺族一時金 遺族一時金は全額が非課税となります。

2 生涯にわたる給付

人生100年時代に向けた「終身年金」が基本です。

税理士のご紹介で
加入されている方が
増えております。

3 ご家族及び従業員の方も加入可能

同一生計のご家族の掛金も負担した方の社会保険料控除の対象となる税制面のメリットがあります。

国民年金基金に加入できる方

- 20歳以上60歳未満の国民年金の第1号被保険者の方
 - 60歳以上65歳未満で国民年金に任意加入している方
 - 厚生年金の被保険者は加入できません。
- 主に、個人立診療所の医師、従業員、ご家族などとなります。



お問い合わせは下記の基金事務所へどうぞ

全国国民年金基金 日本医師・従業員支部

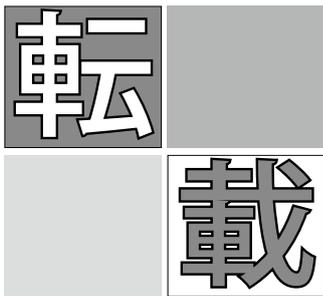
☎ 0120-700650
FAX 03-5976-2210

〒170-0002 東京都豊島区巣鴨 1-6-12 マグノリアビル2階

ポイント

HP上でもシミュレーションや
加入申出のお手続きができます!





おじいさんと呼ばれて

(医) 江仁会耳鼻咽喉科タハラクリニック 田原 康彦
(山陽小野田医師会報 第15号より)

「なんで、ここのせんせい、おじいさんなん？」と、可愛い幼稚園女児の患者様に言われて、ハッとす。誰のことか？と、耳を疑うが、どうやら私の事らしい。母親が、手のひらで、そっとその子の口を覆う。さらに、先日、久々に長男宅を訪問した際、長男が孫に「おじいちゃん来たよ」と言うのを聞き、またも、誰や？と振り返る。やはり私の事らしい。孫がいるから、私は、おじいちゃんである。しかし、まだ、その呼ばれ方に私は慣れていない。昨年、年金事務所から年金給付について説明があるとの理由で呼び出された。少しずつ長く受給するか、もう少し待って毎月の受給額を増やすか迷いつつ説明を拝聴したが、最終的に当面、年金給付がないとの事。「年金は将来の若者を支えるための投資と理解して下さい」と説明されても理解困難である。それでもこれが、国の年金制度なのであるから心広い老国民は、誰かを支えるために掛金を払い続ける。本当は、将来を支える若者のためではないことを皆知っている。

良いこともある。「シニア割」である。映画館、レジャー施設の入場料や、スーパーマーケット、ドラッグストア、飲食店でも値引きがあったり、各種ポイントが付与されたりする。毎月15日には、家内がシニアカードを所有する私を買物に誘う理由が解明された。なぜだか15日は、「シニアデイ」の店が多い。そのポイントを使い先月、ドラッグストアで¥7,000のワインをゲットし大変得した気分になった。

高齢者の衰えは、足腰そして頭へと進むらしい。「歩かなければ、歩けなくなる」ので、日没前に診療が終了すると、近所をランニングしている。以前はダイエットのため江汐公園まで往復、公園外周の合計12km走っていたが、減量するどころ

か、帰宅後のビールが旨すぎて、さらにメタボ化。最近、近所を3～5kmこまめに走る。いろいろとコース変更して走るのだが、知っている方によく遭遇する。本来なら立ち止まり御挨拶すべきであるが、会釈して走り去る。この御無礼を、紙面上でお詫び申し上げます。実は、スマホにランニングアプリを搭載してタイム、走行距離、消費カロリー、走行速度を測定しているのである。これが、健康のバロメーターになる。体重減少で5.5分/km、体重増加だと6分/kmとなる。いずれにせよ鈍足である。俊足で「神戸ベイマラソン」2位実績のある娘には、「それ歩いてるんじゃないん!？」と、からかわれる。頑張りすぎると膝を痛めるので無理はしないと防御反応が出るのは、やはり、高齢者の証であろうか。

最近、山登りを再開した。防府西インター下車5分の天徳寺から登る岩だらけの「右田ヶ岳」(426.0m)、サビエル記念聖堂や県庁を眼下に見下ろす「鴻ノ峰」(338.0m)、登り口と終点が秋穂コミュニティセンターで、折り返しが国民宿舎あいお荘(ランチは車エビ)の「善城寺山～行者嶽」(151.0m)などは、お手軽ピクニックである。しかしながら山頂にハンググライダーの基地がある下関市豊田町「華山」(713.3m)の登山道(特に神上寺参道)の荒廃ぶりには目を覆いたくなるほど落胆した。子供たちが小学生だった折には、持久力、協調性に有効と信じ、春～秋は毎週、県内外の山に登っていたが、そのうち子の成長に伴い頓挫していた。私が10代の頃には、山登り、ランニングする人を見て、どうして疲れるために時間と体力を費やすのかと一笑に付していたのだが、大人になると事後の達成感、爽快感、翌日に残らない適度の疲労による精神的、肉体的な快適性を理解できるようになった。山中で虫、鳥、鹿、

猪、猿には出会うことがあるが、熊には会いたくないので、毎朝、山口新聞で県内熊出没情報を確認する。冬には、20～30歳代はスキーを、40歳代からはスノーボードに転向したが、コロナ禍で3年間お休みしていたので、そろそろスキーに戻ろうかと考えている。まだ、ウインタースポーツを引退する気はない。なぜなら最高の爽快感があり、私にとって仕事の緊張感を気分転換する為には必要不可欠であるからだ。

仕事では、毎日3つのとても暗い小さな穴を覗いている。患者様が「つまってない」と答えられても、耳垢塊、鼻ポリープ、扁桃肥大を発見することは日常茶飯事である。問診が不正確でも、見ればわかることの多い診療科である。一方、山口県には、全国的にも有名な3つの大きな穴がある。まずは、「秋芳洞」。県内最大の鍾乳洞で、百枚皿、黄金柱等見所が多く、秋吉台にエレベーターで上がることが出来る。クリスマスとバレンタインデーの頃には「光響ファンタジー」と言う光と音の祭典があり幻想的世界に誘われる。次に「大正洞」。コンパクトな洞ではあるが冒険感が強い。駐車場には、毎月第1日曜日に車好き（暴走好きではない）が集まる。私も大砲のようなマフラー

がついた車を乗り継いでいるので、端っこに駐車して、各種スポーツカーを眺める。もうひとつ「景清洞」。探検コースまでは、バリアフリーで車いすでも観光でき、時折、ジャズやクラシックのコンサートも開催される。いずれの洞に健脚の若者を案内する場合でも、今のところ支障のない脚力を持ち合わせている。

今年は10年ぶりに「第40回宇部駅伝」に新チームを結成して出場した。チーム平均年齢も上昇し、散々な結果であった。周囲を見渡して、私は最高齢出場者であったのではないだろうか??私の区間記録は宇部市医師会のN先生の次で密かに悔しかった。

山口県医師平均年齢は、52.5歳と全国一高いレベルであるが、全国開業医となると平均年齢は、60.2歳である。と言うことは私など中の上レベル、まだまだ、御爺様ではない。今後も向上心モリモリで、日々精進して、新しい知識を脳に定着させていく所存である。最後までお読みいただきありがとうございました。

追記、日本老年学会は、2017年、高齢者の新たな定義として75歳以上とすることを提案した。



大正洞

○推薦者のコメント○

何度読んでも味わい深いものがあります。タイトルはちょっと哀愁が漂っていますが、明日からの暮らしに役立つヒントが満載で、ほんわりと楽しい余韻が残りました。

[広報委員 岸本 千種]

またまた暑かった夏

というわけで、「夏が暑かった」と書くのは3年連続である。他に書くことはないのかと言われれば、「暑さでボーっとして他のことは思いつかなかった」などと言いついでできそうである。

しかし、暑かっただけではなかった。8月8日には日向灘地震が起こり、引き続いて南海トラフ地震臨時情報（巨大地震注意）が発表された。急に「巨大地震注意」と言われても、地震の際に何をどう注意すればよいかなど、自慢ではないが真剣に考えた覚えはない。つまり、他人事という状態で特段普段と変わったことをするでもなく、8月15日に「特別な注意の呼びかけ」は終了したのである。気象庁によれば、南海トラフ沿いの大規模地震（マグニチュード8～9クラス）は、「平常時」においても今後30年以内に発生する確率が70から80%であり、昭和東南海地震・昭和南海地震の発生から約80年が経過していることから、切迫性の高い状態であるらしい。つまり、南海トラフ沿いではいつ大地震が発生してもおかしくないので日ごろから地震に備えよ、とのことである。具体的にどのように備えればよいか考えなければと感じた。

飄

々

広報委員

川野 豊一

8月末になると今度は台風10号（サンサン）である。当初はもっと東寄りの進路をとると予想されていたので、何の心配もしていなかったのである。ところがサンサンは、こちらの思惑や目論見、計画などを考慮することなく、自分が行きたいところ（実は行かされる場所）へと歩みを進めたのである。それにしても、サンサンの歩みは遅く、停滞していた南九州では大変であったろうし、ちょっと離れた当方でもやきもきする時間が長くなったので迷惑であった。やはり、台風はさっと来て、さっと去ってくれるのがよい（来ないに越したことはないが）。

それでも、地震に比べると台風のほうがまだ具体的な想像ができるような気がする。台風の経験はそれなりにあるが、大きな地震にあったことがないためであろう。実際に経験したことがないことを想像するのは困難であろう、と想像するのはそう困難ではないと思う。日本は地震や火山、台風、大雨など自然災害が多い。万一に備えて準備しておくのが良いのだろうが、そのためには想像力が必要であることを認識した。

多くの先生方にご加入頂いております！

お申し込みは
随時
受付中です

医師賠償責任保険

所得補償保険

団体長期障害所得補償保険

傷害保険

詳しい内容は、下記お問合せ先にご照会ください

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



お知らせのご案内



チャイルドシート・ジュニアシート等の寄付のお願い

保育サポーターバンクではお子様が成長されお役御免となったチャイルドシート・ジュニアシート等のご寄付を募っています。

寄贈していただいたシートは送迎サポートで利用させていただきます。

サポーター制度を利用する若い医師の負担軽減のためにも、思い出のチャイルドシート等に次の活躍の場を与えてみませんか。

ご寄付の方法

- ① 下記担当にメール・電話・FAX等で寄付の旨をご連絡ください。
- ② 担当者からゆうパック又はクロネコヤマト便の着払い伝票を送付します。
- ③ 梱包⇒発送

【問い合わせ先】

TEL：090-9502-3715（保育相談員直通） 石飛

E-mail：hoiku@yamaguchi.med.or.jp Fax：083-922-2527

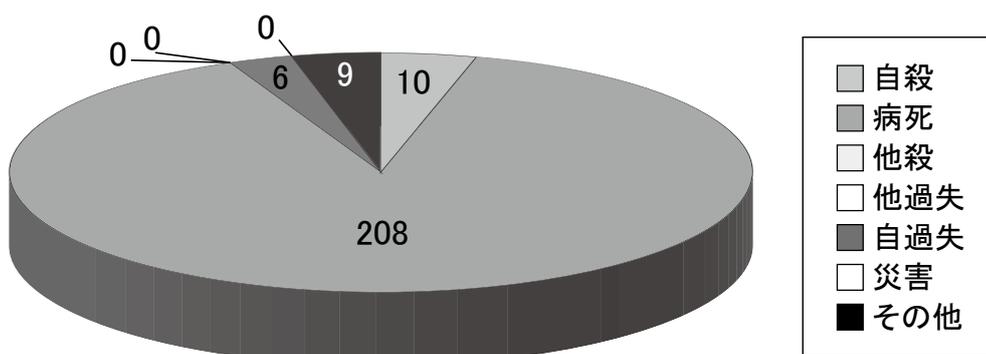
〒753-0814 山口市吉敷下東3丁目1番1号 山口県医師会

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
Aug-24	10	208	0	0	6	0	9	233

死体検案数と死亡種別（令和6年8月分）





山口県緩和ケア研修会について

日 時：令和7年2月9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
（山口県訪問看護ステーション協議会、山口県薬剤師会、山口県介護支援
専門員協会、山口県医療ソーシャルワーカー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 費：無料

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6年11月28日（木）

<山口県医師会 HP >

http://www.yamaguchi.med.or.jp/medical_info/10866/

<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





「医業承継支援事業」に伴う各種業務のお知らせ

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	
		

- (3) 令和6年9月19日現在の登録状況
 - 譲渡希望件数 17件、譲受希望件数 6件



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

産業医学振興財団では、産業医学の振興と職場で働く人々の健康確保に資することを目的に、産業医学調査研究助成事業として、職場で働く人々の健康の保持や産業医活動の推進等に関する調査研究に対する助成を行っております。このたび、令和7年度の産業医学調査研究助成事業で助成を希望される研究者を募集（募集期間：令和6年11月1日～令和7年1月末日）します。

なお、令和6年度から募集の枠組みを大幅に改定しております。令和7年度は下記のとおり募集いたします。

- (1) 研究期間：2年間（令和7年4月1日から令和9年3月31日まで）
- (2) 助成金額：1年間あたり上限100万円（2年間で上限200万円）
- (3) 申請資格：産業医または産業医を含む共同研究グループ

詳細は財団ホームページ（<https://www.zsisz.or.jp/investigation/r7.html>）をご覧ください。

連絡先：公益財団法人産業医学振興財団 振興課

〒101-0048 東京都千代田区神田司町2-2-11 新倉ビル3F

TEL：03-3525-8294（直通） E-mail:fukyu@zsisz.or.jp



第35回山口県国保地域医療学会

メインテーマ「人口減少社会におけるこれからの地域包括ケア
～国保診療施設が果たす役割とその方向性～」

と き 令和6年11月9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 松本 直晃(周防大島町立大島病院院長)
実行委員長 竹中 一行(美祢市立美東病院院長)

特別講演

国保直診のありたい姿を考える

～安心して暮らせる地域包括医療・ケアを目指して～

香川県 綾川町国民健康保険陶病院院長 大原 昌樹

そ の 他 研究発表

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 ほか

単 位 日本医師会生涯教育制度:2.0単位
研究発表 CC11(予防と保健):1.0単位
特別講演 CC12(地域医療):1.0単位

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



山口県からのお知らせ

山口県電子処方箋活用・普及促進助成事業の 実施について

山口県では、国の令和5年度補正予算の医療提供体制推進事業補助金を活用し、第四期山口県医療費適正化計画に基づき実施する電子処方箋の活用・普及に向け、県内の医療機関を対象に、「電子処方箋管理サービスの導入等に要した費用」の一部を助成する事業を行っております。

事業の詳細や申請方法等は、下記の県ホームページに掲載しています。

1 申請受付期間

令和6年6月11日（火）から令和7年1月31日（金）まで【必着】

※予算の上限に達する場合には、申請期間を短縮することがあります。

2 県ホームページ URL

<https://www.pref.yamaguchi.lg.jp/soshiki/46/250204.html>



3 対象者（医療機関関係）

- ・山口県内に所在する保険医療機関のうち、社会保険診療報酬支払基金から、電子処方箋管理サービスの導入等に係る費用の補助を受けている施設が対象
- ・同一施設で、医科と歯科の両方で保険医療機関の指定を受けている場合は、それぞれで申請が必要

4 問い合わせ先

山口県健康福祉部医務保険課保険指導班

電話番号 083-933-2825

受付時間 9:00～17:00（土日祝を除く）



令和6年度第98回山口県消化器がん検診講習会

日時 令和6年10月26日(土) 15:00～17:00

場所 山口県総合保健会館2階 多目的ホール

〒753-0814 山口県山口市吉敷下東3丁目1-1

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 会長 檜垣 真吾

非侵襲的な大腸がんスクリーニング法の現状と展望

山口大学医学部附属病院 遺伝・ゲノム診療部、検査部

山口大学大学院医学系研究科 臨床検査・腫瘍学講座 准教授 末廣 寛

特別講演Ⅱ 16:00～17:00

座長：山口県消化器がん検診研究会 副会長 原田 英

松山市における中学生ピロリ菌検査事業とその後の高校生ピロリ菌診療の現状

松山赤十字病院副院長 / 胃腸センター所長(消化管内科部長) 蔵原 晃一

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 CC11(予防と保健)：1単位

特別講演Ⅱ CC12(地域医療)：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

eメール nakano@yamaguchi.med.or.jp(中野)

※事前の参加申込は不要です。

お知らせのご案内



第173回山口県医師会生涯研修セミナーのご案内

日 時 令和6年11月10日(日) 10:00～15:00
 開催方法 ハイブリッド形式
 現地開催：山口県医師会6階「会議室」(山口市吉敷下東3-1-1)
 Web開催：Zoomによるライブ配信

次 第

- 10:00～11:00 特別講演1
研究成果を上市するまでの道のりについて
 山口大学大学院医学系研究科器官病態外科学講座教授 **濱野 公一**
- 11:00～12:00 特別講演2
冬眠動物における骨格筋萎縮耐性獲得機構の探索
 広島大学大学院医系科学研究科生理機能情報科学准教授 **宮崎 充功**
- 12:00～13:00 昼食
- 13:00～14:00 特別講演3
全身性血管炎の臨床 ～基本から最近の情報まで～
 聖路加国際病院 リウマチ膠原病センター医長 **田巻 弘道**
- 14:00～15:00 特別講演4
スポーツ外傷・障害診療の問題点 ～軽視される足関節捻挫～
 周南公立大学人間健康科学部スポーツ健康科学科教授 **小笠 博義**

対 象 医師及び医療関係者
 参加費 無料
 取得単位 日本医師会生涯教育制度：4単位
 特別講演1 CC 3 (医療倫理：研究倫理と生命倫理)：1単位
 特別講演2 CC 0 (最新のトピックス・その他)：1単位
 特別講演3 CC 73 (慢性疾患・複合疾患の管理)：1単位
 特別講演4 CC 61 (関節痛)：1単位

参加申込 11月1日(金)までに下記URLもしくは
 右記QRコードにアクセスし、お申込みください。
http://www.yamaguchi.med.or.jp/medical_info/16025/



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〕

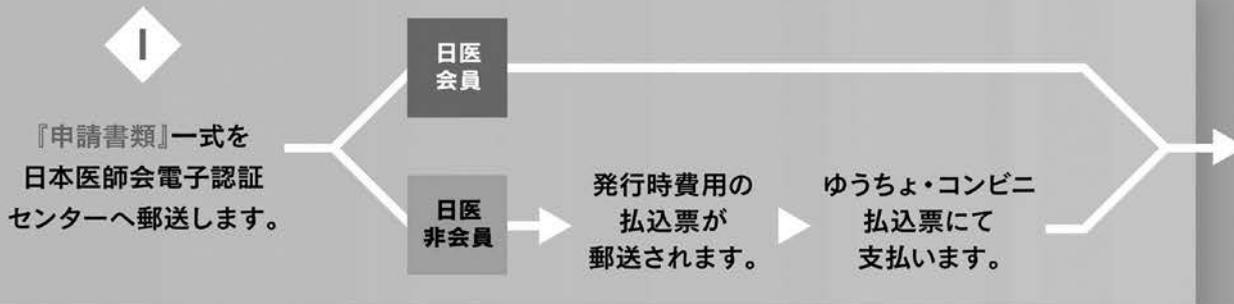
講習会受付



「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）（有効期間あり）

- ・日本国旅券
 - ・運転免許証 もしくは 運転経歴証明書
 - ・マイナンバーカード
 - ・住民基本台帳カード
 - ・官公庁発行職員身分
- （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)(有効期間内のもの)

- 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

3)内のもの)

※表面のみ ※通知カード不可
ド
分証明書

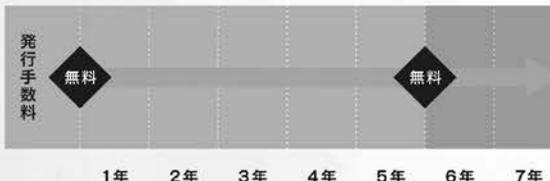
費用

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。

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。

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 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。）

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。

※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.jmca.med.or.jp/>

お問合せ | toiawase@jmca.med.or.jp

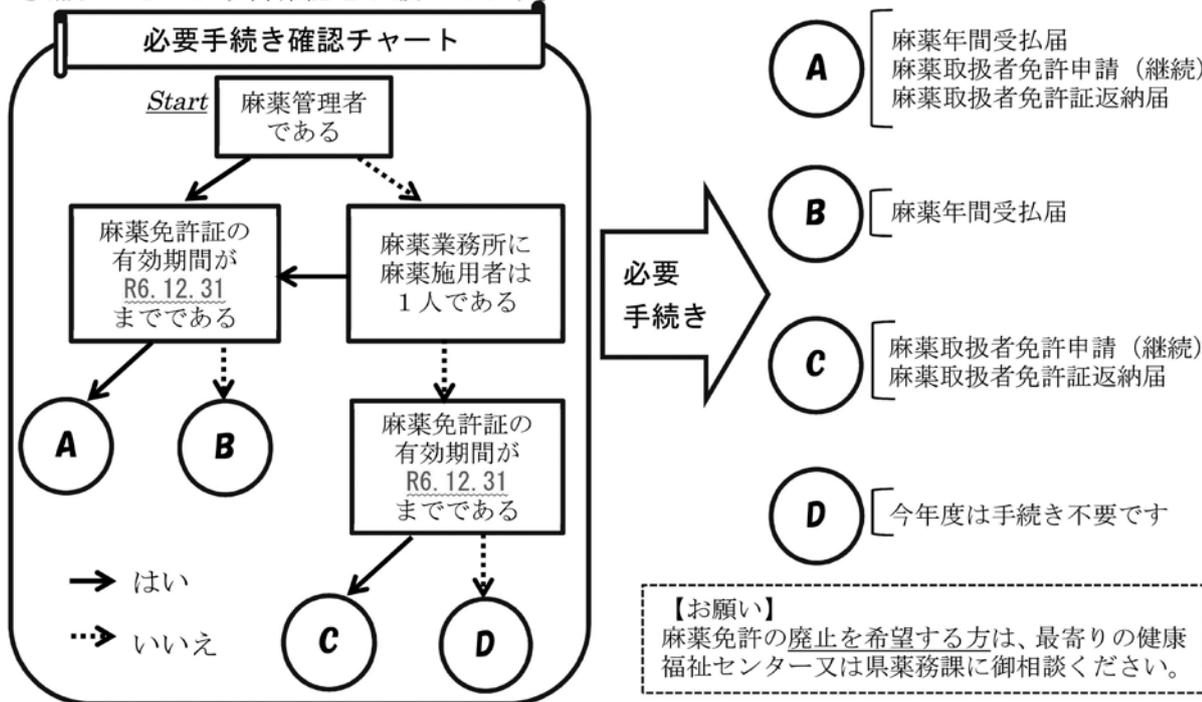
掲載内容2022年8月現在



【重要】麻薬免許証をお持ちの方へ～手続きの御案内（山口県薬務課）～

麻薬取扱者は、10月から1月にかけて所定の手続きが必要となります。以前は、郵送等にて御案内しておりましたが、現在は郵送での御案内はしていません。

必要な手続きは免許種別や免許取得年等によって異なります。以下のチャートを参照し、手続き漏れのないよう御確認をお願いします。



【各手続き詳細】

麻薬年間受払届	麻薬取扱者免許申請（継続）	麻薬取扱者免許証返納届
<p>◆対象者 チャート中 A、B 該当者</p> <p>◆提出物 ・麻薬年間受払届 2部 (正本1部、副本1部)</p> <p>◆提出期限 令和6年11月30日</p>	<p>◆対象者 チャート中 A、C 該当者</p> <p>◆提出物 ・麻薬取扱者免許申請書 1部※ ・診断書(1ヵ月以内に作成されたもの) 1部※ ・(変更時のみ)麻薬保管設備等図面 1部※ ・手数料(県証紙) 4,300円分 ※下関保健所に提出時は2部(正副1部ずつ)</p> <p>◆提出目安時期 令和6年11月30日まで</p>	<p>◆対象者 チャート中 A、C 該当者</p> <p>◆提出物 ・麻薬取扱者免許証返納届 1部※ ・有効期間が満了した麻薬免許証 1部※ ※下関保健所に提出時は2部(正副1部ずつ)</p> <p>◆提出期間 令和7年1月1日～15日 (年始は1月6日から開庁します)</p>

【留意事項】

- 各様式は、山口県薬務課のHP又は最寄りの健康福祉センターで入手してください。山口県薬務課のHP内「麻薬関係手続きについて（既免許者向け）」のページには、記載例も掲載しています。(https://www.pref.yamaguchi.lg.jp/soshiki/48/101545.html)
- 提出窓口及び新免許証受け取り窓口は、管轄の健康福祉センター又は下関市立下関保健所です。開庁時間（平日 8：30～17：15(12月29日から1月3日までを除く)）にお越しくください。提出は郵送も可。
- 新免許証は **12月16日(月)以降**に受け取りにお越しくください。ただし、御提出の遅れや不備事項があった場合には、新免許証のお渡しが遅くなる場合があります。

※麻薬業務所が防府市内にある方へ
12月19日(木)13時～16時のみ、防府保健所での新免許証受け取りが可能です。防府保健所での受け取りを希望する場合は、麻薬取扱者免許申請書(継続)の余白部分にその旨を記載してください。

★お問い合わせ窓口★

各健康福祉センター(岩国、柳井、周南、山口、宇部、長門、萩)
※下関市内の事業者の方は県薬務課へお問い合わせください。
(詳細は右記 QR コードをご参照ください。)



薬務課 HP

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。

野 中 兼 男 氏 宇部市医師会 8月21日 享年 97

編 集 後 記

県医師会で広報を担当している中村^{たかし} 丘です。6月に県医師会理事となり、初めての編集後記を執筆しています。県医師会の広報委員会は月1回開催されていますが、長谷川常任理事をはじめとした委員会のメンバーがテキパキと広報誌の検討等をされています。今回の編集後記は最近参加し、最も印象的であった医事紛争防止研修会についてです。

8月8日は暑い日で、車内の温度計が39℃を示して「壊れた」と思いましたが、実際、この日の山口市の最高気温は38.8℃で過去最高気温と並んだものでした。当日は担当理事ではありませんでしたが、山口県医師会医療紛争防止研修会（Web）に対面参加しました。医療機関における患者とのかかわりの諸問題という題目で、15時より17時までの研修会終盤、日向灘地震M7.1が発生し、地震警報がけたたましく携帯電話から鳴りました。山口市は震度3でしたので研修は揺れが収まって続行されました。

研修内容は2コマの講義で、弁護士法人末永法律事務所の末永久大先生による講義は①カスタマーハラスメントと医療機関、②説明義務問題の変遷と充実のための試案、③医学的には不合理な意思と説明義務の内容であり、大変わかりやすいものでした。

続いて県医師会常任理事・医事案件調査専門委員長の縄田修吾先生の講義は医療事故、過誤についてでした。原告の容認率（勝訴率）は通常訴訟よりかなり低いとされています。通常訴訟より、医療者側が勝訴しやすいという解釈は間違っており、医療者側に責任がなかった判決事例では、患者家族が抱いた医療者への不信感が払拭されないまま、訴訟提起に至ってしまった事例が多く含まれると考えるべきだという講義内容は目から鱗でした。末永先生は研修会終了後、Web研修会では少し（今回は医師会理事3人）でも聴衆がいれば話しやすいと言われていました。講習が終了し急いで萩に帰ると、巨大地震注意が発令されており、終日テレビ放送にくぎ付けでした。

（理事 中村 丘）

自動車保険・火災保険・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



HIPPOCRATES

医の倫理綱領

日本医師会

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

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



にちいくん
「日医君」山口県バージョン

発行：一般社団法人山口県医師会（毎月 15 日発行）

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

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

印刷：株式会社マルニ 定価：1,000 円（会員は会費に含む）