

山口県医師会報

令和7年(2025年)

7月号

— No.1979 —



サギ草 篠崎 文彦 撮

Topics

郡市看護学校(院)担当理事・
教務主任合同協議会



Contents

■今月の視点「EXPO2025 大阪・関西万博」	國近尚美	471
■令和7年度 都市看護学校（院）担当理事・教務主任合同協議会	沖中芳彦	474
■令和7年度 山口県医師会予防接種医研修会	成相昭吉	476
■令和6年度 日本医師会医療情報システム協議会 …………… 中村 洋、白澤文吾、森 健治		480
■令和7年度 都道府県医師会広報担当理事連絡協議会	長谷川奈津江	490
■令和7年度 第1回 JMAT やまぐち災害医療研修会	竹中博昭	494
■令和6年度 都市医師会生涯教育担当理事協議会	茶川治樹	498
■第173回山口県医師会生涯研修セミナー …………… 白澤文吾、清水良一、福田信二、田中 浩		500
■令和7年度 春季山口県医師・ファミリーテニス大会	松永尚治	513
■理事会報告（第5回、第6回）		514
■日医 FAX ニュース		518
■飄々「お金の使い道、その3」	川野豊一	520
■お知らせ・ご案内		521
■編集後記	長谷川奈津江	534

今月の視点

EXPO 2025 大阪・関西万博

理事 國近 尚美

ついに開幕した大阪・関西万博は、大阪市此花区の人工島「夢洲（ゆめしま）」において、2025年4月13日～10月13日の184日間開催される。「いのち輝く未来社会のデザイン」をテーマに掲げ、世界各国の158か国と地域、9つの国際機関が参加する国際博覧会である。2005年に開催された「愛・地球博」に続き、20年ぶりに日本で開催される国際博覧会であり、1970年に大阪で開催された万博以来、55年ぶりの日本での登録博覧会となる。

①開催までの経緯

2014年に大阪・関西万博の構想が浮上し、誘致活動が本格化した。その後、国際博覧会事務局（BIE）による審査を経て、2018年に正式に開催が決定した。

②万博の内容

- ・開催期間：2025年4月13日～10月13日（184日間）
- ・会場：大阪市此花区の人工島「夢洲（ゆめしま）」
- ・参加国・地域：158か国・地域、9つの国際機関が参加
- ・コンセプト：「People's Living Lab（未来社会の実験場）」として、最先端技術や社会システムの実証・共有を目的とする
- ・テーマ：「いのち輝く未来社会のデザイン」
- ・サブテーマ：
 - *いのちを救う（医療・衛生・災害対応など）
 - *いのちに力を与える（教育・福祉・ダイバーシティなど）
 - *いのちをつなぐ（環境保全・文化交流・持続可能な開発など）

この万博は、従来の「見る万博」から「参加する万博」へと進化し、来場者が未来社会のあり方を体験しながら考える場となることを目指している。

③公式キャラクター「ミャクミャク」について

ミャクミャクは大阪・関西万博の公式キャラクターとして、非常にユニークで記憶に残る存在である。その名前には「脈々と流れる命やエネルギー」「文化のつながり」という深い意味が込められている。

ビジュアル的には、さまざまな色が使われた有機的な形状で構成されており、伝統的な日本らしい色彩と未来的なデザインが融合している。大阪万博は「いのち輝く未来社会のデザイン」がテーマであるため、ミャクミャクもそのテーマを体現していると言われている。

④1970年大阪万博との比較

1970年の大阪万博と2025年の大阪・関西万博には、時代背景やテーマ、展示内容などにさまざまな違いがある。

1. 時代背景

- ・1970年：高度経済成長期の日本で開催され、「人類の進歩と調和」をテーマに、技術革新や経済発展を象徴するイベントであった。
- ・2025年：成熟した社会の中で、「いのち輝く未来社会のデザイン」をテーマに、持続可能性や社会課題の解決を重視した万博を目指している。

2. 入場者数

- ・1970年：約6,422万人が来場し、当時の日本人口の半数以上が訪れた計算となる。
- ・2025年：約2,800万人の来場を見込んでいる。1970年と比べると半減以下の予測。

3. 展示テーマ

- ・1970年：「人類の進歩と調和」を掲げ、科学技術の発展や宇宙開発などが中心であった。アメリカ館では「月の石」が展示され、ソ連館では宇宙技術が紹介された。
- ・2025年：「いのち輝く未来社会のデザイン」を掲げ、医療・福祉・環境問題など、持続可能な社会の実現に向けた展示が中心となる。

4. 会場と建築

- ・1970年：大阪府吹田市の千里丘陵に設置され、岡本太郎の「太陽の塔」が象徴的な存在であった。太陽の塔は現在も保存されている。
- ・2025年：大阪市此花区の人工島「夢洲（ゆめしま）」に設置され、デジタル技術を活用した未来型の展示が特徴。

5. 万博の目的

- ・1970年：技術革新と経済発展を世界に示す場として機能し、日本の国際的な地位向上に貢献。
- ・2025年：持続可能な社会の実現に向けた実験場として機能し、社会課題の解決を目指す。

以上のように、1970年の万博は「技術と経済の発展」を前面に押し出したのに対し、2025年の万博は「持続可能な社会の構築」に重点を置いている点が大きな違いである。

⑤現状と開催期間における今後の課題

成功している点

1. 来場者数の増加：開幕後、ゴールデンウィーク期間中に多くの来場者を集め、特にピーク時には混雑が見られるほどの人気を博している。
2. コンテンツの評価：大屋根リングの壮大さや海上の噴水ショー、各国のパビリオン展示が高評価を受けており、訪れた人々の満足度が高い。
3. 経済効果の拡大：予想以上の経済波及効果が見込まれ、地域活性化やインバウンド誘致にも成功している。

大阪・関西万博は、各国のパビリオンが個性豊かな展示を行い、多くの来場者から評価を受けている。

高評価を受けているパビリオン

- ・アメリカ館：「月の石」の展示やNASAの宇宙開発体験が人気で、連日長蛇の列ができています。

- ・サウジアラビア館：未来都市「NEOM」の紹介や文化体験が充実しており、スケールの大きさが話題。
- ・イタリア館：ダ・ヴィンチやカラヴァッジョの名画展示に加え、本格的なイタリア料理が楽しめる点が評価されている。
- ・フランス館：ルイ・ヴィトンやディオールなどの展示があり、ファッション好きに人気である。

今後の課題

1. 運営面の改善：入場ゲートやパビリオンの混雑対応、雨や暑さ対策が引き続き求められている。
2. チケット販売の推移：目標来場者数達成には、会期終盤まで販売が好調に続く必要がある。
3. 国際協調の場としての活用：世界各国との協力を深め、万博を通じた国際的な交流をさらに促進することが重要。

全体的には好評を得ているが、運営面の改善や来場者数の維持が今後の課題である。

万博は各国の文化や技術を体験できる貴重な機会となっており、今後もさらなる盛り上がりが見込まれている。

⑥経済への影響

経済効果

- ・総経済波及効果：万博による経済効果は約2兆9,182億円に達すると試算されている。
- ・雇用創出：建設業や観光業を中心に、多くの雇用が生まれ、地域経済の活性化につながる。
- ・インフラ整備：大阪メトロ中央線の延伸や関西空港の拡張など、交通インフラの改善が進められた。

企業への影響

- ・新技術の発表：各国の企業が最新技術を展示し、ビジネスチャンスを広げる場となっている。
- ・観光業の活性化：訪日外国人観光客の増加により、ホテル・飲食業界が恩恵を受けている。
- ・地域経済の波及：関西圏だけでなく、日本全国の観光地にも経済効果が波及すると期待されている。

万博は単なるイベントではなく、日本経済の成長を促す重要な機会となっている。今後、企業や自治体がどのようにこの機会を活用するかが鍵となると思われる。

⑦医療分野への影響

医療分野にも大きな影響を与えている。「大阪ヘルスケアパビリオン」は、最先端の医療技術やライフサイエンス産業を紹介する場として注目されている。iPS細胞の展示などが未来への期待を高めており、開幕から約2か月で来館者数が100万人を突破している。

また、万博では医療救護体制も強化されており、会場内に8か所の医療救護施設が設置され、AEDの普及促進にも貢献している。さらに、感染症対策として「大阪・関西万博感染症情報解析センター」が設置され、来場者の健康管理や感染症の兆候を探知する体制が整えられている。

医療技術の発展

- 再生医療の推進：iPS細胞を活用した心筋再生医療が紹介され、心不全治療の新たな選択肢として期待されている。
- 医療機器の展示：日本の先進的な医療機器や医薬品が展示され、国際的な医療技術の発展に貢献している。
- バイオ3Dプリンターの活用：人工血管の製造技術など、再生医療の実用化に向けた研究成果が発信されている。

公衆衛生と医療救護

- 医療救護体制の強化：会場内に診療所3か所、応急手当所5か所が設置され、来場者の健康管理が徹底されている。
- 感染症対策：万博専用の感染症情報解析センターが設置され、来場者の健康管理や感染症の兆候を探知する体制が整えられている。

万博は医療技術の発展や公衆衛生の向上に寄与し、未来の医療のあり方を示す場となっている。今後の医療分野での革新が期待される。

⑧万博会期終了後の会場の活用

大阪・関西万博の会場である夢洲は、会期終了後もさまざまな形で活用される予定である。現在、以下のような計画が進められている。

1. 大屋根リングの再利用

万博の象徴的な建築である「大屋根リング」は、閉幕後もリユースされる方針が示されている。民間事業者や公的団体からの提案を募集し、持続可

能な資源利用の観点から活用方法が検討されている。

2. 夢洲の都市開発

万博終了後、夢洲は大阪の新たな都市開発エリアとして活用される予定である。

- IR（統合型リゾート）：カジノを含む大型リゾート施設の開発が予定されており、観光業の活性化が期待されている。
- 国際ビジネス拠点：企業誘致を進め、国際的なビジネスハブとしての機能を持たせる計画がある。

3. 建築物のリユース

万博で使用された建築物の一部は、解体後に別の場所で再利用される取組みが進められている。例えば、「ウーマンズパビリオン」は、ドバイ万博で使用された建材を大阪に移築して活用しており、今後もこうしたリユースの試みが続くと考えられる。

万博のレガシーを活かしながら、持続可能な都市開発が進められることが期待されている。

⑨山口県の万博催事

- 開催期間：2025年6月10日～6月13日（4日間）
- 会場：EXPOメッセ（屋内展示場）
- 展示内容：
 - *物産ブース：日本酒、瓦そば、ういろうなどの特産品販売。
 - *飲食ブース：「しそわかめむすび」「チキンチキンごぼう」などの郷土料理提供。
 - *文化体験：伝統工芸「大内塗」の絵付け体験や足湯コーナー。
 - *ステージイベント：村重杏奈さんのトークショーや、萩市出身の歌手きただにひろさんのミニコンサート。

万博を通じた山口県のPR

山口県は、万博を活用して国内外の来場者に地域の魅力を伝えることを目指している。特に、観光資源のPRや地域産業の振興に力を入れており、万博終了後も持続的な経済効果が期待されている。万博を通じて、山口県の魅力がさらに広がることを祈念している。

令和7年度 郡市看護学校（院）担当理事・教務主任合同協議会

と き 令和7年6月5日（木）15:00～16:38

ところ 山口県医師会6階 会議室

[報告：副会長 沖中 芳彦]

開会

冒頭、加藤会長より、看護職員の養成には、看護師としての魅力をいかに伝えるかが重要で、行政にも要望するとともに力を入れて事業を遂行していく旨の挨拶が行われた。

協議事項

1 中四九地区医師会看護学校協議会（令和6年8月18日）の報告

この会の運営引き受けであった防府看護専門学校の本本校長より報告がなされた。コロナ禍以降はオンラインによる開催であったが、昨年は防府市において、オンラインと来場の併用で、「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～」をテーマに教員研修、特別講演4題、運営委員会等を行った。午後には本会が2023年に行った看護職員需給調査の報告を私が行った。令和7年度は大牟田市医師会、令和8年度は熊本市医師会が引き受けで、いずれもオンラインのみで開催される。

2 令和7年度医師会立看護師等養成所会議～都道府県医師会医療関係者担当理事連絡協議会～（5月16日）の報告

今年度から同会は担当理事協議会としてだけでなく、全国の看護学校関係者との連絡会議としての要素も含めての開催となった。この会議に関しては、本会報令和7年6月号掲載記事を参照していただきたい。

この協議会で得た情報として、ふるさと納税に地域密着型の看護学校の支援を取り入れた事例があり、山口県でも医療の人材育成のためにふるさと納税をぜひ導入検討していただきたい旨の意見が挙げられた。

3 学校（院）の運営状況について

医師会立看護学校に対して行っている基本調査の結果を報告した。近年、応募者、受験者、入学者は定員を割り、令和7年度は募集停止をした学校もあり、県内の養成の厳しい現状を物語る内容であった。原因としては、少子化、看護学校の大学化と受験者の大学志向、看護職以外の職種を目指す人が増えていることをほとんどの学校が訴えており、その対策としては、入学者のターゲットをセカンドキャリア世代にもあてること、学校の良さをPRするためにオープンキャンパスや学校訪問の強化、あるいはSNSを用いた戦略、指定校推薦の取入れが挙げられていた。

会では医師会立養成所を運営していない郡市医師会（特に近隣医師会）にも実情を把握してもらい、募集や実習施設への理解・協力を求める意見があった。

4 山口県の取り組みについて

県医療政策課より、県の今年度の看護職員確保対策事業についての解説をいただいた。「職員養成」、「再就職／離職防止」、「資質向上」の3分類（要素）と、中高校生、現看護学生（養成所）、新人～中堅～熟練／潜在の看護職員の分類で、各種事業が構成されている。

看護学校より、看護教員養成講習会の県内開催やeラーニングの導入、隣県との合同開催の発言があり、県内開催には一定数以上の受講者が必要であること、後者は仮に広島で開催されても、現地までの通学に負担がかかる等の課題がある。

プレナース事業は10年以上経つが、この中から本当に看護師に就いた情報はあるかという質問があったが、県としてはその後の確認は難しいとのことであった。ただ、面接時に体験したことを伝える受験生もいるとのことである。

5 山口県医師会の取組みについて

(1) 前年度の事業報告

昨年度は、郡市医師会看護学校（院）担当理事・教務主任合同協議会を開催し、各学校への各種助成、中四九地区医師会看護学校協議会等への出席と支援（協議1）等を行った。

(2) 今年度の事業

県下医師会立看護学校（院）への運営支援を行うが、令和5年度の県医師会代議員会で運営補助金増額の要望があったことから、理事会で検討し、令和6年度から准看護科と看護科への補助を、それぞれ150万円、130万円へと増額している。関係機関との連携として、中四九地区医師会看護学校協議会への会費補助、日本准看護師連絡協議会の賛助会員を継続する。

講時間は、看護学生の収入を削っているところもあるようであるが、勤務中の勉学という意味では、その間も支払対象となるべきという意見もあった。

協議2の会議に参加した看護学校からは、「同会での演者（県外）が関与する看護学校は、所属医師会員に相当額の負担をしてもらう決断をした後に県に要望したところ、定員割れした養成所（医師会立に限らず）には運営及び募集経費まで支援されることになったとのことであるため、医師会立看護学校を残したいという思いがあれば、行政のご協力をお願いしたい」という意見もいただいた。医師会立看護学校は地域医療を支えていることを皆で共有したいという思いを感じる。

なお、県医師会から各学校への補助に関しては、協議5の通り対応する。

県内の看護養成を受けた人が、そのまま県に残ってもらうことが本望であるが、県外流出を避けられないのも実情であるという意見もあり、県として就学資金事業で5年間の就業で免除もあることが、担当者から述べられた。なお、5年間の縛りに関しては、例えば、5年間の子育ての休業はどうカウントするか問いに対し、産休はカウントされるが、育休は期間を外して5年に上乘せとなる。転職されても、転職先が条件である200床未満であれば、継続となると説明された。

6 郡市医師会、看護学校（院）からのご意見ご要望

事前に各学校と運営する医師会と運営のない医師会から質問要望を募集した。各学校からは、安定運営のための補助金要望（閉校までの補助も含め）、国や行政への補助増額要望、将来の看護職員確保の憂慮に関する意見、学びなおしや働きながら学ぶ受験生を確保するためにハローワークへの協力要請というご意見をいただいた。

学校運営のない医師会からは、学校側からの協力要請には応じる方針であるが、教育実習時の学生の気になる態度を懸念する意見もあった。

また、看護職以外の職種でも同様の収入を得ることができること、ベースアップの効果の是非に関するもの、身内関係者を入学させた事例に関する意見も出された。病院によっては、勤務中の受

閉会

後日開催の日本医師会代議員会での代表質問19題のうち、2つが医師会立看護学校の存続に関する質問であること、そしてその報告も追って行うことを伝え、閉会とした。

出席者

郡市担当理事及び教務主任

熊毛郡 担当理事 齊藤 良明	徳山 教務部長 隅 初美
吉南 学院担当理事 三好 正敬	防府 学校長 山本 一成
吉南 教務主任 岩城 愛香	防府 理事 豊田 秀二
宇部 担当理事 藤野 隆	防府 准看護科教務主任 小谷美由紀
宇部 運営マネージャー 安平 秀行	防府 看護科教務主任 山本美恵子
宇部 教務主任 奥 由美	下松 担当理事 堤 要介
萩 学院担当理事 川上 雅弘	岩国市 担当理事 藤本 啓志
萩 教務主任 中村 幸恵	光市 担当理事 松島 寛
徳山 副校長 猶貞 信江	

山口県健康福祉部

医療政策課看護指導班
課長 原 秀樹
調整監 國富 和美

山口県医師会

会長 加藤 智栄
副会長 沖中 芳彦
常任理事 縄田 修吾
理事 木村 正統

令和7年度山口県医師会予防接種医研修会

「妊婦へのRSVワクチン接種に期待されること

—すべての乳児をRSV感染症から守るための新たな戦略—

と き 令和7年6月1日(日) 13:05～14:05

ところ 山口県医師会6階会議室

(Zoom「ウェビナー」を使用したWeb方式併用)

【講演及び報告：安来市医師会診療所 院長／
横浜市立大学小児科 臨床教授 成相 昭吉】

1. はじめに

RSウイルス(以下、「RSV」)は、飛沫伝播・接触伝播で1歳までに70%が初感染したあと、幼児期に2～3回ほど感染を繰り返します。初回感染の症状がいちばん重く、下気道狭窄を生じ呼吸窮迫を招く細気管支炎(bronchiolitis)は、12か月齢未満の乳児の初感染病態です。

重症化するの、流行している間に出生した生後間もない3か月齢までの乳児です。

2. 乳児RSVワクチンの蹉跎

今から60年以上前の1960年代に、米国でホルマリン不活化RSVワクチンの治験が乳児に実施されました。ところが、RSV初感染時の入院率は、非接種群が2%であったのに対し、接種群では80%(2児死亡)となり、接種した乳児の方が重篤化しました。抗体依存性感染増強(ADE)が背景とわかり、乳児へのRSVワクチンは頓挫しました。しかしこれは、RSVワクチン開発での克服しなければならない課題となりました。

RSVは、11種類の蛋白を持っています。それらのうち、感染にかかわるエンベロープ表面に突出する2つの蛋白、G蛋白とF蛋白の構造と機能が解明されていきます。

3. ウイルス表面上の2つの蛋白の特性

RSVは、G蛋白を介して気道上皮細胞表面に接着します。G蛋白の抗原性の相違から、RSVはA株とB株のサブグループに分類されます。A株と

B株の毒力に差はありません。G蛋白は遺伝子変異に富み進化速度が速いため、ワクチン抗原の対象にはなりません。

一方のF蛋白ですが、RSVの気道上皮細胞侵入に重要な役割を持つことが明らかになります。RSVがG蛋白で細胞膜に接着するとF蛋白(融合前Pre-F)に構造変化が起こり(融合後Post-F)、ウイルス被膜が宿主の細胞膜と融合し、ウイルス粒子中の遺伝子や蛋白が気道上皮細胞のなかに入っていきます。さらに、直後に気道上皮細胞表面に発現するToll様受容体4(TLR4)が作動して自然免疫が発動し、炎症性サイトカイン放出を招き、細胞障害が誘導されはじめます。

細気管支炎を形作るのは、細気管支における“サイトカインストーム”です。RSVがG蛋白で細胞膜に接着しても、F蛋白のPre-FからPost-Fへの構造変化が起こるのを阻止することができれば、細気管支炎への進展や重症化を抑止することができるという考えが導かれます。

4. F蛋白の働きを阻止するモノクローナル抗体の登場

F蛋白はA株・B株間で変わらず、構造的にも安定しています。F蛋白には6つの中和抗体付着部位(エピトープ)、site ϕ ・V・IV・III・II・Iがあります。RSVの自然感染によって誘導される免疫は、これら6つのエピトープに対する抗体です。

F蛋白に結合し、その構造変化を阻止して癒合

をさせない活性、中和活性がもっとも高いのは、構造変化する前のPre-Fにだけ認められる site ϕ (site ゼロ) に対する特異抗体です。site ϕ は構造変化したF蛋白、Post-Fには認められなくなります。一方、site IIはPre-FとPost-Fのいずれにも認められます。しかし、site IIに対する特異抗体の中和活性はsite ϕ のその1/10以下です。

母体から妊娠34週以降に胎盤を通して輸送されるIgG中のsite ϕ やsite IIに対する中和抗体量は、在胎期間が35週以下の早産児でもともと十分ではありません。RSV感染症重症化リスクのより高い早産児などに、人為的受動的に抗体を付与して重症化を防ぐ方策として、まずsite IIに結合する抗RSVヒト化モノクローナル抗体製剤、パリビズマブが作成されました。1998年に米国で、国内では2002年に早産児を対象に投与が始まりました。RSV流行期の間投与します。多くの場合、入院施設を退院する前に初回を筋注射したあと、4週ごとに計6～8回投与を行います。その成果は、世界での2019年のRSVによる4歳以下の死亡者数が1990年の1/4となり、明白となりました。

そして、2024年には融合前のPre-Fのsite ϕ に結合する抗RSVヒト化モノクローナル抗体製剤、ニルセビマブが登場しました。投与対象はやはりRSV感染後に重症化する危険性が高い早産児などに限定されています。1回の筋肉注射で5か月間効果が持続します。パリビズマブに比べ、対象児や家族への負担が大幅に少なくなりました。

5. 入院を必要とするのは満期出生健常児

しかし、今、RSV細気管支炎で入院を余儀なくされているのは、満期で出生した3か月齢までの健常乳児です。満期出生新生児の臍帯血中のIgGは、母体血液中のその約1.3倍です。しかし、残念なことに、満期産であってもsite ϕ をはじめとするPre-Fの6つのエピトープに対する母体からの特異抗体量では、RSV細気管支炎の発症・重症化を防ぐことはできません。

そして、とくに健康被害が大きいのは、RSV感染症が流行している間に生まれた2か月齢ま

での満期産健常児であることが明らかになりました。

6. 難しくなったRSV流行予測

旧来、国内では晩秋から翌年春にかけて、10月から翌年4月までRSV細気管支炎の入院例が認められていました。しかし、2010年以降は夏にも流行が認められるようになり、気温26℃以上かつ相対湿度73%以上の高温多湿でも流行することが明らかにされました。気候温暖化の影響が、ここにも出てきていると思われます。

ところが、COVID-19が新興した2020年には、まったく流行が認められませんでした。社会全体で励行したマスク着用・手指衛生・身体的距離確保・環境表面消毒などの非医薬的感染予防策(NPI)の実践が、徹底的にRSV感染症の流行を抑えました。

NPIが徐々に緩和されていった2021年から、再び流行が見られるようになりました。しかし、以前のような明確な季節性は認められません。また、流行は全国一律ではありません。東西に長い島根県では、県東部と県西部で流行時期が異なります。

7. すべての乳児を守るRSV母子免疫ワクチン

このように、流行予測が難しくなっている乳児のRSV感染症ですが、アカデミアは、パリビズマブやニルセビマブの投与は、適応例に対し流行を予測して開始するよう提言しています。しかし、以前から、流行予測月よりも早くRSVに感染し、重症化したパリビズマブ適応例は認められていました。

流行予測には限界があります。抗RSVヒト化モノクローナル抗体投与対象であるにもかかわらず、その恩恵を受けられない対象例がいることは認識しておく必要があります。

そして、2024年5月末から使用が可能になったのが、母子免疫RSVワクチン、アブリスボ[®]です。アブリスボ[®]は、人工的に作成されたRSVのPre-Fを妊婦に筋肉注射で接種するワクチンです。日本周産期・新生児医学会は、「妊娠28週から36週、通年で実施することが望ましい」と

提言しています。

アブリスボ[®]筋注によって増量した妊婦血液中のPre-Fのsite φやsite IIを含む6つのエピトープに対する特異中和抗体は、母子免疫として胎児に能動的に輸送されます。国内で治験に参加した230名の妊婦から出生した乳児では、重症RSV関連下気道疾患が生後3か月時点で100%、生後1年でも80%防ぐことができていました。

アブリスボ[®]筋注によって得られるPre-Fの6つのエピトープに対する抗体群、ポリクローナル抗体の母子免疫は、RSV感染症流行に関係なく、生まれてくるすべての新生児・乳児をRSV感染症から守ってくれます。

8. おわりに

残念ながら、アブリスボ[®]は任意接種です。費用が3～4万円かかります。決して安くはありません。

しかし、すべての乳児にとってRSV感染症は大きな脅威です。誰が重症化するか予見できません。流行予測も容易ではありません。

これらのことを、妊娠している女性、これから妊娠を予定している女性に伝え、幸い今、RSV感染症からすべての乳児を守ることができる母子免疫ワクチンを妊娠後期に接種できるようになっていることも伝え、アブリスボ[®]の接種を勧めていくことが産婦人科医と小児科医の大切な仕事と思います。

表紙写真の募集

山口県医師会報の表紙を飾る写真を随時募集しております。
アナログ写真、デジタル写真を問いません。
ぜひ下記までご連絡ください。
ただし、山口県医師会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

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



医師年金

<認可特定保険業者> 公益社団法人 日本医師会
ご加入のおすすめ

加入資格 64歳6カ月未満の日本医師会会員 (会員区分は問いません)

保険料は
いつでも自由に
増減できます!

☑ 年金検討チェックリスト

- 公的年金だけでは現役時代の生活水準の維持が難しい
- コツコツ積立てて十分な年金を確保しておきたい
- 一生涯受け取れる年金が望ましい
- 受け取れる年金の額を効率的に増やしたい
- 医師独自のライフスタイルにあった年金がいい

余裕資金を随時払って
上限なく増額
できます

予定利率は1.5%
(令和5年5月現在)

1つでも該当したら…

事務手数料は
払込保険料に対して
0.25%だけです

医師年金ご加入をおすすめします!

医師年金ホームページで、
簡単シミュレーション!



医師年金 検索

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

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

▼個別プランの設計や詳しい資料のご請求はこちら



公益社団法人
日本医師会 年金福祉課

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

医師年金 公益社団法人 日本医師会
年金福祉課 TEL:03-3942-6487(直通)

保険料からプラン作成

加入年金	100	60,000円
基本年金	一律	12,000円
払込保険料総額		15,408,000円
内訳	加入年金 (214回)	12,848,000円
	基本年金 (214回)	2,560,000円

加入条件

試算日 令和4年1月31日
 生年月日 昭和59年1月1日
 加入申込期限 令和4年2月15日
 加入 (払込) 予定月 令和4年3月 (47回2ヶ月)
 加入年金保険料払込予定月 令和4年3月 (47回2ヶ月)
 年金受取開始年月 令和2年1月 (第5回月の誕生日)

受取年金

15年保証期間付終身型

加入年金	60歳	80歳
加入年金	60歳	80歳
基本年金	保証期間15年	59,500円
基本年金	保証期間15年	11,900円
受取年金月額		71,400円
15年受取年金総額		12,852,000円

10年確定年金型

加入年金	60歳	75歳	80歳
加入年金	60歳	75歳	80歳
基本年金	保証期間15年	11,900円	
受取年金月額		11,900円	
15年受取年金総額		17,418,000円	

15年確定年金型

加入年金	60歳	75歳	80歳
加入年金	60歳	75歳	80歳
基本年金	保証期間15年	11,900円	
受取年金月額		143,900円	
15年受取年金総額		17,982,000円	

15年確定年金型

加入年金	60歳	75歳	80歳
加入年金	60歳	75歳	80歳
基本年金	保証期間15年	11,900円	
受取年金月額		103,100円	
15年受取年金総額		18,558,000円	

注意事項

- 申込期限は、15日付末日・既済日の場合は、その前日となります。
- 「標準年金」は、加入者ご本人であれば一生涯受け取れることができます。
- いずれのコースも、受取開始年月から15年の保証期間があり、受給後ご本人が保証期間中に亡くなった場合、15年の満りの期間について、ご遺族の方が必ず受け取れることができます。
- 「固定コースの選択 (固定コース)」は、受取開始時にお決めいただけます。
- 受取コースによっては、保証期間内での受取年金総額が払込保険料累計よりも下がる場合があります。
- 受取開始年齢は、16歳まで変更できます。
- 「受取年金月額」は概算です。現在は年率1.5%での計算となっております。将来、年金の制度改定が行われる時は、変更になる場合があります。

20230501S21

令和6年度日本医師会医療情報システム協議会

メインテーマ

災害かつ再生に役立つ医療 DX DX 推進の現状・課題・展望

と き 令和7年3月8日(土) 14:00～17:25

3月9日(日) 9:00～16:25

ところ 日本医師会 大講堂

1日目(3月8日)

開会挨拶

松本日医会長 この100年で目に見えて進んでいる気象災害の激甚化・頻発化は、地球温暖化の進行に伴って、今後も続くことが見込まれる。令和6年1月に発災した能登半島地震におけるJMAT活動では、全国の先生方や関係スタッフの皆様にも絶大な協力を賜り、この場を借りて改めて深くお礼申し上げます。

近い将来に発生が想定される首都直下地震や南海トラフ地震に限らず、激甚災害はいつでも起こっても不思議ではない。発災時に地域医療を継続するために、大きな力を発揮することが期待されているのが医療DXである。日本医師会は、医療分野のDXの目的は、業務の効率化や適切な情報連携などを進めることで、国民・患者の皆さんに、より安全で質の高い医療を提供するとともに、医療現場の負担を減らすことだと考えている。そして、適切な情報連携が最も必要となるのが災害時であることから、現場の意見をしっかりと反映して、そうした有事の際にも、医療の継続に資する医療DXとなるよう、政府や厚生労働省には強く求めているところである。能登半島地震の際には、被災地の病院や高齢者施設等の機能が大きく損なわれたが、オンライン資格確認の災害時モードにより、避難中で保険証やマイナンバーカードを持たれていない患者さんについても、保険資格情報の確認や薬剤情報・診療情報・特定健診情報の閲覧が可能となった。お薬手帳を置いてきしまっ

た場合でも、簡単に内服薬を確認でき、非常に役に立ったと聞いている。

地域医療の担い手である私たち医師が、今後襲い来る災害に備えるためにも、令和6年に発生した能登半島地震での体験や報告を共有しておくことは、大変有益なことだと考えている。このような経緯もあり、今年度の協議会のメインテーマは「災害かつ再生に役立つ医療DX－DX推進の現状・課題・展望」とし、石川県医師会との共同開催とさせていただいた。1日目のセッションでは、石川県で災害時の地域医療体制の堅持にご尽力いただいた先生方や厚労省の皆さまに講演いただく。

2日目は、各地域独自の取組みを報告いただく、地域医療情報連携ネットワークのセッションと「医療DX推進の現状・課題・展望」に関するセッションを用意している。日本医師会の考える国民と医療現場の役に立つ医療DXと関連する取組みについて説明するとともに、国が進めている医療DXの現状を報告いただき、課題・問題点をディスカッションいただきたい。なお、今期の医療IT委員会には、「医療DXを現場で活用するための医師会の役割」という諮問について鋭意、検討いただいているところである。医療DXに全国の医師会がどう関わっていくべきか、本協議会の参加者の皆様と一緒に考えを深めていくためにも、最後まで参加いただきたい。

I. 災害かつ再生に役立つ医療 DX

①災害・救急現場における医療 DX の推進

厚生労働省医政局参事官

(特定医薬品開発支援・医療情報担当) 田中 彰子

世界に先駆けて超高齢社会に直面する中、国民の健康寿命の延伸を図るとともに、社会保障制度を将来にわたって持続可能なものとし、将来世代が安心して暮らしていけるようにしていくことが、今後のわが国の継続的な発展のために不可欠である。こうした中で、保健・医療・介護の各段階（疾病の発症予防、受診、診察・治療・薬剤処方、診断書等の作成、申請手続き、診療報酬の請求、医療介護の連携によるケア、地域医療連携、研究開発など）において発生する情報に関し、その全体が最適化された基盤を構築し、活用することを通じて、保健・医療・介護の関係者の業務やシステム、データ保存の外部化・共通化・標準化を図り、国民自身の予防を促進し、より良質な医療やケアを受けられるように、社会や生活の形を変えていく医療 DX を政府において着実に進めている。

昨年の能登半島地震でもオンライン資格確認等システムを活用することで、被災地においても、よりよい医療の提供のため、被災された方々の薬剤情報等の閲覧が行われた（石川県、富山県を中心に約 32,600 件の利用実績）。また、救急現場においても、医療機関等がセキュリティを確保しながら、患者の意識がない場合等でもレセプト情報をもとにした薬剤情報や診療情報等の共有を可能とする仕組みを令和 6 年 12 月より開始している。救急患者を受け入れる医療機関が一元的かつ即時に医療情報を把握できることにより、迅速かつ的確で効率的な治療につなげていけると考えている。さらに今後は一部電子カルテ情報の共有も開始される予定である。こうした取組みに参加する医療機関を増やし、救急現場等において、より良質な医療を提供できるよう進めていく所存である。

②新しい EMIS 構築と災害医療 DX

厚生労働省医政局地域医療計画課

災害等救急時医療・周産期医療等対策室室長

近藤 祐史

EMIS（広域災害・救急医療情報システム）の

目的は、被災した都道府県を越えて災害時に医療情報を共有し、被災地域での迅速かつ適切な医療・救護に関わる各種情報を集約・提供することである。阪神・淡路大震災を契機として平成 8 年から運用を開始し、これまでさまざまな災害に活用されながら、その都度必要な改善を図ってきた。

一方で、現在使用中のシステムは改修を重ねてきたことで運用費用がかさみ、改修そのものにかかるコストも高くなった。平成 8 年にはまだ無かった DMAT は今では 17,000 名以上養成され、災害拠点病院も整備される中で病院の災害に対するレジリエンスも向上し、災害時に求められる医療情報の内容やその見せ方も大きく変わった。その中で、EMIS に求められるものが現在使用中のシステムでは対応しきれない実態がある。

厚生労働省では令和 7 年 4 月からの本格的な運用に向け、新しい EMIS（新 EMIS）の整備を進めてきた。この新 EMIS では、重厚なシステムから脱してローコードツールによって予算を抑制し、デジタル庁から示されている「デザインシステム」の考え方を踏まえ、一貫したデザインや操作性などを備えたシステムを提供する。新 EMIS の運用に伴い柔軟な対応と迅速かつ正確な情報共有を求められる災害医療の DX の推進を期待する。

③被災時における「かかりつけ医」の ICT の活用

—令和 6 年能登半島地震を経験して—

日本医師会常任理事・

さはらファミリークリニック院長 佐原 博之

1) 被災地から避難してきた患者への対応

被災地では、オンライン資格確認システム「災害時モード」が解放され、マイナンバーカードがなくても氏名、生年月日、性別、住所などで保険資格情報が確認可能となった。避難者の中には、薬やお薬手帳がなく、マイナンバーカードを持参しないで受診するケースもあったが、「災害時モード」の活用により薬剤情報の閲覧が可能となり、スムーズに診療することができた。「災害時モード」は 3 月 3 日までに 30,480 回利用された。課題として、情報がレセプトベースであるため、1～2 か月前の内容に限られ、直近の処方変更や追加が確認できない点が挙げられた。

2) 他地域へ避難した患者への対応：オンライン診療

被災地の「かかりつけ医」と他地域に避難した患者をつなぐオンライン診療の実現に向け、1月15日に石川県医師会、日本医師会、石川県薬剤師会、石川県、厚生労働省、総務省、NTTが連携し、「能登半島地震のオンライン再診による地域医療再生会議」を立ち上げた。NTTドコモから、被災地の診療所23か所、病院2か所、薬局2か所に計46台のタブレットが貸与され、同社のアプリ「ビデオトーク」を活用したオンライン再診を1月30日から開始した。11月末時点で推定利用回数は305回であった。課題として、被災直後からこの仕組みを活用できていれば、さらなる効果が期待できていたと思われた。

④復興と穴水総合病院の活動

公立穴水総合病院院長 島中 公志

令和6年度能登半島地震では、死者515人（うち災害関連死287人）、行方不明者2人、負傷者1,394人（2025年1月28日時点）、全壊・半壊棟数47%という災害であった。かつ9月21日～23日にかけて発生した奥能登豪雨では、新設されたばかりの仮設住宅にも被害が及び、多くの住民が再び避難所での生活を強いられることになった。公立穴水総合病院では発災後より、日本医師会災害医療チーム（JMAT）、災害派遣医療チーム（DMAT）、日本災害リハビリテーション支援協会（JRAT）をはじめ、日本中の医療関係者の支援の下、奥能登4市町住民の健康維持のために活動してきた。支援撤退後も、災害関連死を予防すべく、下肢静脈血栓症検診及び予防活動、気道感染症予防活動、フレイル予防リハビリ活動を、穴水町をはじめ近隣市町にて行っている。また、金沢医科大学病院の支援の下、オンライン診療及び心臓リハビリを、高血圧関連病予防のため劇などを取り入れた教育活動、さらには金沢医科大学水見市民病院の職員による仮設住宅訪問診療も好評を得ている。なお、穴水町には仮設居住者1,007名中20名がいわゆるひきこもり状態にある。今後は住民の健康維持のため、被災者の心のケアが重要な課題と考える。

⑤令和6年能登半島地震におけるいしかわ診療情報共有ネットワークの運用

白山石川医療企業団副企業長 横山 邦彦

令和6年1月1日に発生した能登半島地震では、能登から避難した被災者の医療情報を避難先の医療機関が、いしかわ診療情報提供ネットワーク（いしかわネット、SEC社ID-Link[®]）を用いて円滑迅速に共有することができた。石川県内の基幹31病院すべてがいしかわネット一本で結ばれており、2020年のコロナ禍にいしかわネットのEMS（緊急時閲覧）機能の利用が県内でブレイクした経験があった。さらにEMS機能に加えて、患者IDがわからなくても検索できるPDQ機能（患者ID検索機能）を急遽導入したことが大いに役立った。災害時に医療者がアクセスした情報は、処方、採血検査結果、画像診断結果よりも圧倒的にプログレスノートであった。これは平時の閲覧でも同様である。

オンライン資格確認システムの「緊急時医療情報・資格確認機能」（災害時医療情報閲覧）が時限的に立ち上がり、薬剤の処方情報が共有された。オンライン資格確認システムでは、レセプト情報を閲覧するため1～2か月の遅延が生じる。一方、石川県では、電子処方箋の導入が全国一早かったため、能登地区でも電子処方箋管理サービスを經由して遅滞のない処方情報が閲覧された事例もあった。

災害時におけるPDQ+EMS機能の臨時運用ルール作り、PDQ+EMS運用の実例、また、いしかわネットとオンライン資格確認システムとの棲み分けに関して紹介した。

⑥実災害と危機管理

－急性期から慢性期まで被災者を 守るための医療活動とシステムについて－

日本医師会総合政策研究機構客員研究員

金沢医科大学救急医学講座教授 秋富 慎司

令和6年能登半島地震では、死者376人（うち災害関連死149人）、行方不明者3人、負傷者1,335人（2024年9月24日時点）という、観測史上7回目の震度7を記録した大地震であった。超急性期にはDMATが患者や高齢者施設の入所者の搬送を行った。日本医師会は災害医療

チーム(JMAT)の派遣を決定し、その後石川県全体へ1日延べ人数として12,000人以上を派遣した。特に金沢以南のホテルや旅館へ2次避難した約6,000人(最終12,000人以上)を超える被災者への医療支援を行った結果、災害関連死は0であった。しかし、個人情報保護法を理由にJMATの訪問を断ったホテルから死者を2名出すことになった。今回、医療としては特別なことをしたわけではなく、地域を支える、地域に寄り添う、地域医療を再生させるという、大切な支援を忘れずに、被災者への聞き取りや、状態が悪化する前に地域の医療につないだ成果であった。またその運用については、部隊運用及び情報管理を基に設計したシステム(FASYS: Facility Assessments Integration System)をマイクロソフトと共同で構築、漏れない、かつ現場負担を減らしつつ、最大効率を考え現場への支援を目的とし運用を行った。

今後、首都直下型地震、南海トラフ巨大地震では、通信や電力が途絶えた状況で最大効率を維持しながらの運用になることを前提とし、かつ活動するチームの命も守るためのシステムが必要である。

パネルディスカッション

最初に、長島日医常任理事より各講演内容のまとめの発言があった。その中で、平時から有るの事を検討しておき、ブラッシュアップしておく必要があること、ITの苦手な高齢者をどうサポートするかを忘れないように、との発言があった。

その後、司会から「災害に役立つ医療DXについて」、「地域医療の再生について」の2つのテーマで各演者に発言を求められた。

○災害に役立つ医療DXについて

田中参事官 オンライン資格確認を災害時に急にご利用すると難しいので、平時にも使ってほしい。多くの方に利用いただき、意見をもらいたい。

近藤室長 EMISは災害のために作られたツールで、30年間取り組んでいる。今回、EMISをバージョンアップした。EMISは医療機関の被災状況の確認に役立つが、避難所の情報は入っていない。この拡張としてD24Hとの連携を目指している。

島中院長 DXに関する事は苦手。電話が繋が

らない時、衛星電話が役立った。また、災害時で他院や他県の方に薬を出す時に困ったので、マイナンバーとの紐づけについて、国で周知啓発をしてほしい。精神科の薬を出すのにとっても苦労した。
佐原日医常任理事 精神科の薬については、D to P with Dで上手くいくかもしれない。

長島日医常任理事 精神科の薬は在庫がないことが多いので、どのようにして薬を届けるかを考えていくべき。災害時に電話が繋がらないことについて、国として災害時にも活躍するツールを検討するべき。薬剤情報の確認が大切。高齢者はそれを知らない。PHRで簡単に見られるようになればいい。

佐原日医常任理事 患者搬送の苦労はあったか。診療情報提供書を出すのも大変ではなかったか。

島中院長 診療情報提供書を280枚書いた。開業医が大変だったと思う。上手くいく方法はないか。

横山副企業長 診療情報提供書は大変だったと思う。IDリンクが繋がっているところに送れば、「IDリンクを見てね」でOKだったが、周知が足りなかった。石川県ではコロナでも、地震でも(IDリンクが)役立った。薬も直近の処方状況を見ることができた。

秋富特任教授 ITリテラシーが高くない人に対し、DXありきで考えると参加できない。オンライン再診はクリニックで使えるようになるまで(NTTに)サポートをしてもらった。災害時にはサポートがより大切になる。継続的にICTを使いながら、災害対応するノウハウ、手順をアメリカが作っている。これを踏まえながらやっていく必要がある。

○地域医療の再生について

田中参事官 DXは2030年を目標にしているが、よりよい地域医療の提供を見える化するためにデジタル技術を使っていく基盤をつくる。情報共有が重要。

佐原日医常任理事 2030年に電子カルテ義務化と言われている。日医はそう思っていない。標準型電子カルテα版はいろいろなことを参照するツール。

近藤室長 情報共有の課題として、救急と消防の連携をIT化したい。救急車の情報をプラット

フォーム上にあげて、医療機関が見て、患者の受け入れを手上げる方式を考えている。うまくいけば、EMISにプラットフォームを組み込むことを視野に入れている。

横山副企業長 PHRの情報をスマホに格納できれば、災害時には保険証はなくてもスマホはあるので、役立つのではないかと考えている。IT化することは手段で、目的化すると方向性を失う。常日ごろから使い、次（災害時）を見据えてルールづくりが必要。

秋富特任教授 能登でD to P with Nを展開しているが、通信状況が悪く平時でも医療MaaSができないときがある。スターリンクを使うが、国として電気や通信にも取り組んでほしい。電気が使えない時に紙カルテなどでできる仕組みを考えてほしい。

長島日医常任理事 電子カルテはDXで行われれば共有に役立つが、電子カルテは目的ではなく手段である。電子カルテの義務化は反対である。情報共有はとても重要であるので、紙カルテの方でも共有できる仕組みを国に働きかけていきたい。

○フロアからの質問

神戸医師会 3文書6情報を救急隊が見られるようになると役立つのではないか。DNAR、ACPの情報も見られるようになるとよい。

田中参事官 救急隊には救急時サマリーをみられる仕組みが動きつつある。本人が同意した時に限っているが、運用は実証を見ながらとなる。3文書6情報の確認は今後の視点に入っている。

[報告：理事 白澤 文吾]

2日目（3月9日）

II. 医療DXと地域医療情報連携ネットワーク

①医療DXの全国医療情報プラットフォームと地域医療情報連携ネットワーク

日本医師会常任理事 長島 公之

全国医療情報プラットフォーム（全国PF）は全国的な情報基盤として新幹線や高速道路のような役割を担い、地域医療情報連携ネットワーク（地連NW）はローカル線や生活道路のような地域医療に特化した役割を担う。両者は機能や役割が異なるため、併用することが地域住民にとって有

益である。日本医師会は、全国PFだけでは地連NWが現在実現しているような地域医療連携に必要な多種多様な機能（電子カルテの全データ共有、クリティカルパス連携、医介連携など）の実現が困難であると考えている。また、厚生労働省のワーキンググループでも、両者の棲み分けや役割分担の重要性が議論されている。

日医総研の調査結果では、地連NWの継続について、回答した地域の約35%が「心配である」と回答しており、補助金の縮小や打ち切りなどの影響を受けている地域もある。全国PFの影響を受けての対応については、「特に何も対応する予定はない」が約66%と最も多い。地連NWと全国PFの連携については、約38%が「連携の検討はしていない」と回答している。地域医療介護総合確保基金は運用費には使用できないため、財源確保に苦慮している地域もある。

今後の地連NWは、全国PFとの連携、電子カルテの標準化、広域化、PHRとの連携、遠隔医療への活用、データ利活用など、新しい未来を見据えた検討が必要である。

②全国医療情報プラットフォーム時代の地域EHRの終い方 ～その後に残される課題を中心に～

旧埼玉利根医療圏地域医療連携推進協議会

（とねっと協議会）事務局

南越谷内科クリニック院長・理事長 中野 智紀

埼玉県利根保健医療圏は、医師数や医療施設数が少なく、高齢化率が高く医療資源不足が顕著な地域であった。そのため、地域医療連携ネットワークとして「とねっと」が開発された。「とねっと」は、県と行政、医師会が協働で運営するEHRシステムである。3.5万人の住民が加入し、157の医療機関が参加し、二次医療圏を超えたエリア拡大、救急車への実装、EHR/PHR/SNSによるパッケージ提供が特徴で、当初から災害時利用も想定して設計されていた。

しかし、システム更新・運用費用財源の確保が困難であること、参加者数・医療機関数の伸び悩み、全県域システム化に至らなかったこと、参加者ニーズに沿った機能改善が不足したこと、病院と診療所の情報共有促進が不十分だったこと、県域内での市町・医師会の事業推進に対する温度差、

事務局機能の質的充実が困難であることから、令和6年をもってサービスが終了し、運営協議会も解散した。

サービス終了後の個人情報の取り扱いが問題となった。法的に個人は電磁的記録の提供を求めることが可能である。PHR情報（歩数、体重など）の管理者は協議会となる。「とねっと」の運営協議会としては、健康記録の個人情報は希望者に返還することとし、費用は令和4年度の繰越金で対応することとした。なお、健康記録は、「とねっと健康記録（PHR）」機能を担っていたLIFE ROUTE（キーウェアソリューション社）に有償サービスとして移行した。

③秋田・山形地域医療情報ネットワーク広域連合～県を越えての連携「秋田・山形つばさネット」～

秋田県医師会副会長 吉原 秀一

秋田県は医師少数県であり、特に大館・鹿角医療圏は全国的に見ても医師偏在の課題が顕著である。県境を越えた医療の実態として、大館・北秋田から弘前（弘前大学）への患者移動、鹿角から盛岡への患者移動などがある。これには、地政学的要因や歴史的要因が影響している。

大館市立総合病院では、CT画像読影システム、3Dレンダリングシステム、放射線治療計画システム、遠隔病理診断システムなどを導入し、地域医療の連携を強化している。特に、3Dレンダリングシステムを用いた手術適応判断や、放射線治療計画システムを用いた緊急治療計画作成などで、弘前大学との連携が実現している。

秋田県民のための医療情報共有システムとして、「あきたハートフルネット」を構築・運用している。2025年現在、2万人以上の患者が登録されている。また、秋田県と山形県の地域医療情報ネットワークを広域連携させた「秋田・山形つばさネット」を2020年4月から運用を開始した。県境を越えた診療情報の共有により、移動制限下でも適切な医療提供が可能となった。ID-Linkサービスを通じて、秋田県と山形県で診療情報の連携を行っている。今後の全国展開に向けて、3文書6情報の全国医療情報プラットフォームの活用や、遠隔医療技術の発展を見据えた取り組みを検討している。

遠隔手術の実証研究を北海道や九州などでを行い、技術的な可能性や課題を検証している。遠隔手術技術は、地域医療における外科医不足の解消や、専門的な医療の提供に貢献できる可能性を秘めていると考えている。

④都市部におけるICTを活用した地域医療介護連携ネットワーク「サルビアねっと」

横浜市医師会理事 三角 隆彦

「サルビアねっと」は、情報提供に同意した住民の医療・介護情報を、医療機関や介護事業所が共有できるクラウド型情報連携ツールである。住民の生活を医療・介護の両面から支援することを目的とする。多職種連携を促進し、患者情報を共有することで、より質の高い医療・介護サービスを提供する。2018年から構築準備を開始し、厚生労働省、総務省／経済産業省の3省2ガイドライン（医療情報、個人情報等）に準拠し、安心・安全なシステムを構築。神奈川県EHRガイドラインに沿って、一方向性から双方向性へ、機能分化に即した情報共有の実現を目指している。

神奈川県保健医療計画における「病病連携及び病診連携」の取り組みを踏まえ、効果検証を実施した。住民同意数、参加施設数、施設間連携、重複・多剤処方件数を評価指標とする。住民同意数、参加施設状況、施設間連携で効果が認められている。重複・多剤処方件数も減少傾向にあり、医療費適正化効果が期待できる。

重複検査・重複投薬の削減により、鶴見区では年間約2億4千万円の医療費が適正化されたと推計できた。

「サルビアねっと」には、2024年3月末時点で240施設が参加しており、病院、医科診療所、歯科診療所、薬局、訪看ST、介護施設など、幅広い施設が参加している。また、2025年1月末時点で、延べ参加住民数は17,469名。毎月平均110人住民参加者数が増加。月間ログイン数の平均は1,351件である。

⑤DX目線で考える地域医療情報連携ネットワークの方向性

豊橋市医師会DX担当理事 菰田 拓之

演者は足病診療を専門とする臨床医であるが

工学大学人としてAIやIoTなどデジタルヘルス開発を行い、豊橋市医師会DX担当理事として会員へのDX啓蒙と地域医療情報連携ネットワーク（ほいっぷネット）の運営をしている。今回、DX目線からの地域医療情報連携ネットワーク活用法について報告された。医療業界におけるデジタル開発の問題点は工学業界のような①整ったデータセット、②データ基盤（プラットフォーム）、③マーケットが確立されていないことにある。全国医療プラットフォーム構想と生成AIの活用にて①と②は解消されるであろうが、③は解消されない。デジタルマーケット形成にはビッグデータ開発だけではなくスモールデータ開発との併用が必要である。スモールデータ開発は個別ニーズの対応に優れているため、マーケットリサーチや医療分野におけるデジタル開発に適している。そしてそのデータソースに多職種による地域の医療現場情報が詰まった地連が適切である。地域DX（スマートシティ）データ基盤とも連携させ地域の大学や企業と共に開発を推進することで、地域の産業雇用と資金流入を産み出しマーケット形成に繋げやすい。しかし、地域医療情報連携ネットワークはデータ抽出を目的として作成されていないため、システム改築のコストが問題となる。その対策に内閣府の地域創生事業や経済産業省の補助金なども検討するのが良いと考える。

⑥地域連携事業を背景に開発された「デジタル健康手帳」の可能性～熊本県荒尾市～

荒尾市医師会副会長 中村 光成

荒尾市は人口約49,000人、高齢化率36.59%（2024年1月末時点）。医療・介護のリソースは程よく揃っている。主な産業は第三次産業（保健衛生・社会事業が16.4%を占める）。課題として、有床診療所の減少が挙げられている。

荒尾市における地域連携事業は、2009年がん診療連携拠点病院である荒尾市民病院を中心に設立された「有明緩和ケアネットワーク」に始まり、2011年荒尾こころの郷病院の熊本県拠点型認知症疾患医療センターの指定、2013年荒尾市医師会の在宅医療連携室「在宅ネットあらお」開設にて、定期的な事例検討会や研修会が開催されるようになり顔の見える多職種協働体制が構築さ

れた。

また、熊本大学で開発された認知症地域連携パスを基に、2017年にかん、糖尿病、心不全、脳卒中の連携パスを統合した「あらお健康手帳」が誕生し、2020年にはグッドデザイン賞を受賞、2022年からNECグループの協力を得て電子版の開発を行い、本年1月からはマイナポータルと連動したPHRアプリとして「デジタル健康手帳」の運用を開始している。これにより個人のライフログデータに基づいた健康管理への可能性が広がっていくことが期待される。

さらに、限られた社会資源を有効に運用するためにも、これまでの連携事業も含め、今後得られるヘルケアデータを集積し、地域で活用することを目的に、医師会、公立拠点病院、行政の三者で「あらお臨床研究室」の設立を進めている。

【報告：理事 森 健治】

Ⅲ. 医療DX推進の現状・課題・展望

①国が推進する医療DX

厚生労働省医政局参事官

（特定医薬品開発支援・医療情報担当） 田中 彰子
2040年を見据えた社会保障の課題と医療DXの必要性

少子高齢化による現役世代の急減に対し、より少ない人手で質の高い医療・福祉サービスを提供する必要がある。多様な就労・社会参加、健康寿命の延伸、医療・福祉サービス改革の3つの取組みを推進している。これらの政策課題を解決するために、医療DXを推進し、国民一人ひとりが安心して健康で豊かな生活を送れるようにする。医療DXとは、デジタル技術によって、ビジネスや社会、生活の形を変える「デジタルトランスフォーメーション（DX）」が基盤。医療DXとは、保健・医療・介護の各段階で発生する情報やデータをクラウドなどの全体最適された基盤を活用し、保健・医療や介護関係者の業務やシステム、データ保存を外部化・共通化・標準化を図り、国民自身の予防を促進し、より良質な医療やケアを受けられるように社会や生活の形を変えることと定義されている。

医療DXの推進に関する工程表（概要）

全国医療情報プラットフォームの構築、電子カ

ルテ情報の標準化、診療報酬改定DXなどを推進。オンライン資格確認等システムの拡充、電子処方箋の普及、電子カルテ情報共有サービスの構築と情報拡大。マイナンバーカードを利用した情報連携の実現、自治体の手続きの電子化、民間PHR事業者との連携などを推進。

オンライン資格確認の概要と医療DXの基盤としての役割

医療機関・薬局で患者の直近の資格情報等の確認が可能で、患者はより良い医療を受けられる環境になる。医療機関の事務コスト削減や過誤請求防止につながる。

医療法等の一部を改正する法律案

医療法等の一部を改正する法律案の概要は、地域医療構想の見直し、医師偏在是正に向けた総合的な対策、医療DXの推進である。医療DXの推進のために、必要な電子カルテ情報の共有、医療情報の二次利用の推進、社会保険診療報酬支払基金の改組などを規定している。

電子カルテ情報共有サービス

電子カルテ情報共有サービスにより、全国の医療機関等で電子カルテ情報を共有・閲覧できるようにする。医療機関は3文書（健診結果報告書、診療情報提供書、退院時サマリー）と6情報（傷病名や検査等）を電子的に共有できるようにする。患者自身のマイナポータルで健診結果報告書や6情報を閲覧できるようにする。日常診療のみならず、救急時や災害時を含めて、患者の医療情報を踏まえた、より質の高い安全な医療の提供が可能となる。外来での待ち時間が減るなど、より効率的な受診が可能となる。自分の医療情報等を健康管理や疾病予防に役立てることができる。医療機関等の事務コスト削減効果が見込まれる。

標準型電子カルテ

2024年度（令和6年度）にデジタル庁にて標準型電子カルテα版を開発した。医療機関に対して確実な導入を行うために、まずは一部の医療機関を対象に標準型電子カルテを導入・試行し、それらの試行結果を踏まえて、電子カルテ未導入医療機関へのさらなる普及を目指す。導入対象として、電子カルテの普及が進んでいない200床未満の中小病院又は診療所を想定している。α版は未導入医療機関の施設数並びに開発期間等を勘案

し、医科の無床診療所とし、その中でも診療科によらない共通の診療行為を想定している。

標準型電子カルテを導入することで、医療DXのサービス（システム）群の利用が可能となることや、導入や維持負担が軽減されることが期待される。医療DXのサービス（システム）であるオンライン資格確認等システム、電子カルテ情報共有サービス、電子処方箋管理サービスとつながることで、オンライン資格確認等システムで扱う特定健診等情報やレセプトから抽出された診療/薬剤情報、電子カルテ情報共有サービスで扱うアレルギー情報や検査情報等の情報（傷病名・アレルギー情報・薬剤禁忌情報・感染症情報・検査情報・処方情報）、電子処方箋管理サービスで扱う処方・調剤情報が、マイナンバーカードを用いて本人から同意を取得した上で閲覧することが可能となる。また、診療情報提供書等を紹介先医療機関に電子的に共有することが可能となり、こうした情報を患者自身がマイナポータル等を用いて確認することが可能となる。

標準型電子カルテα版について、2025年3月より第1弾機能を提供開始し、2025年夏ごろに第2弾機能を提供開始する予定。2025年度（令和7年度）についてはモデル事業を通して課題収集を行い適宜改修する。なお、モデル事業を2025年3月より開始する予定で、2025年度（令和7年度）には施設数を順次増やし十数施設程度で実施する予定としている。モデル事業の状況を踏まえ、標準型電子カルテの本格実施の時期や方法について検討する。

②「マイナ保険証」と医療DXについて

厚生労働省保険局

医療介護連携政策課長 山田 章平

マイナ保険証を利用することで、医療機関の窓口で患者の直近の資格情報や自己負担限度額が確認できるようになり、事務コストが削減される。マイナポータルを通じて、患者は自身の特定健診等の情報や薬剤情報を閲覧できるようになる。これにより、より質の高い医療を受けられる環境が整備される。2024年12月2日以降、原則としてマイナ保険証を利用した受診を推奨しており、マイナ保険証が利用できない場合は、資格確認書

などの代替手段を利用。経過措置として、従来の健康保険証は最長1年間利用可能となっている。今後の医療DXの動向として、電子処方箋は処方・調剤情報をリアルタイムで共有し、併用禁忌・重複投薬を回避する。電子カルテ情報共有サービスでは、医療機関間でのカルテ情報共有を促進し、救急医療の迅速化などを図る。救急医療におけるマイナ保険証の活用として、救急隊が患者情報を正確かつ迅速に把握し、適切な医療につなげる。

③電子処方箋について

厚生労働省医薬局総務課長 重元 博道

電子処方箋とは、オンライン資格確認等システムを拡張し、紙で行われている処方箋の運用を電子的に行う仕組みである。直近の処方や調剤内容の閲覧、重複投薬チェックなどが可能になる。2023年1月から運用が開始されている。電子処方箋システムを導入した医療機関・薬局では、患者の直近の薬剤情報だけでなく、過去5年分の情報まで確認可能になる。これにより、重複投薬や併用禁忌などのチェックが効率的に行える。2025年1月からは、院内処方についても対応可能になる。電子署名、処方箋ID検索など、さまざまな機能が追加した。2025年2月23日現在、全国52,854施設(24.9%)で電子処方箋が運用開始済である。2025年3月末までに約8割弱の薬局、夏ごろには概ね全ての薬局で導入が見込まれているが、医療機関の普及は遅れている。主な阻害要因として、①医薬品マスタの設定の不安、②システム改修の負担、③システムベンダーの対応不足、④費用負担、⑤周囲の医療機関の未導入、⑥患者ニーズの低さ、⑦電子カルテ未導入などが挙げられている。対応策として、運用しやすい機能の提示、補助金の継続、医療機関への再要請、周知広報の強化などの方針が示されている。

電子処方箋は、電子カルテ利用施設で導入率が高い傾向にある。病院・医科診療所では、システム導入・改修費用が課題視されている。歯科診療所では、院内処方が多いため導入が進んでいない。2025年9月までに電子処方箋を導入した施設を対象に、医療情報化支援基金(ICT基金)による電子処方箋に関する導入補助を行う。

④診療報酬改定DXについて

厚生労働省保険局医療介護連携政策課推進官
保険局診療報酬改定DX推進室室長代理補

島添 悟亨

I. 共通算定モジュールの開発

診療報酬算定の複雑さを軽減し、医療機関のシステムコストを削減するため、全国統一の共通算定モジュールを開発する。2026年度に本格提供を目指し、クラウド型のレセコンを優先的に対象とする。オンプレミス型レセコンにも対応予定だが、クラウド型に比べると機能に制限がある。

II. 国公費・地単公費の現物給付拡大

公費負担医療のオンライン資格確認と現物給付を推進することで、患者負担を軽減し、自治体の償還払い事務を効率化する。都道府県を跨いだ地単公費の現物給付を可能にするための仕組みを構築する。

III. 医療DX工程表と病院情報システムの刷新について

2024年秋に健康保険証の廃止、オンライン資格確認の原則義務化などを推進している。2030年までに概ねすべての医療機関で電子カルテの導入を目指している。医療機関は、最新のセキュリティ対策を施したクラウド型システムへの移行を推奨。

診療報酬改定DXは、医療現場の負担を軽減し、効率的で質の高い医療提供体制を構築するために不可欠な取組みである。政府は、オンライン資格確認の普及、電子カルテ情報の標準化、システム基盤の整備などを強力に推進している。今後は、医療機関がクラウド技術を活用し、最新のセキュリティ対策やデータ活用に取り組みやすい環境を整備していくことが重要となる。

⑤医療DXに対する日本医師会の考えと取組み

日本医師会常任理事 長島 公之

医療DXに対する日本医師会の基本姿勢

日本医師会は、ITを駆使して適切な情報連携や業務効率化を進め、国民・患者への質の高い医療提供と医療現場の負担軽減を目指す。医療DXは医療の本質的業務への専念や患者への寄り添い、人材確保、経営安定、地域医療資源や社会全体の医療財源の有効活用、非常時への対応といっ

た多様な目的を達成するための手段と捉えている。スピード感は重要だが、拙速に進めることで医療提供体制に混乱や支障が生じることは避けるべきである。医療は生命・健康に直結するため、医療DXにおいて国民・医療者を誰一人取り残してはならない。医療機関のサイバーセキュリティ対策、業務・費用負担軽減は国が重要施策として実施すべきである。現場のシステム導入や維持、セキュリティ対策にかかる費用は、本来国が全額負担すべきであると主張している。

日本医師会の医療DXに対する個別項目への見解

電子カルテ情報共有サービスは、オンライン資格確認基盤を活用した安心安全なデータ送受を可能にするものであるが、全国医療情報プラットフォーム上で共有される医療情報は連携できることが重要。

標準型電子カルテは、2030年までに概ねすべての医療機関での導入を目指すとされているが、義務化に繋がることがないよう働きかけていく。また、情報共有に必要な機能がすべて標準で使えるものとなるように主張している。個別の機能追加は医療機関への負担が発生することから一定程度まとめた上でのリリースや診療報酬改定時など大きな改修と同時に行うべきと考える。運用費用財源の確保に難しさ、県の考え方と国のシステム（全国医療情報共有システム）のどこが重複し、どこに違いがあるのか具体的な比較検証が必要である。

オンライン資格確認については、ほぼすべての地域でオンライン資格確認が導入され、全国をつながるネットワークが構築された。被保険者証の新規発行が停止し、経過措置の期間は、医療機関の受付で確認する書類が増えており、混乱が生じないように、周知に努めていく必要がある。

緊急調査の結果

診療所における医療DXに係る緊急調査を行ったところ、多くの診療所でマイナ保険証の利用率、電子処方箋の導入率は低迷しており、さまざまな課題が浮かび上がった。診療所は規模が小さく、ICT対応に係る負担感が大きい。ICT人材は不足し、システム事業者に払う費用負担は重荷となっていた。医療DXの推進には、国の全面的な支援が必要で、現場の実情に即した診療報酬上の手当

と、補助金の検討が求められる。その際、単純な平均値だけではなく分布を踏まえて対応すべきである。

ステークホルダーが多い中、効果的な情報提供が不可欠であり、システム事業者対応に伴う作業負担の軽減、高齢の医師等への支援も求められる。医療DXはわが国の患者・国民により良い医療を提供するための極めて重要な取組みである。災害時にも患者の診療情報を閲覧できるなど、分かりやすい説明を現場に提供し、急がず、丁寧に進めることが肝要である。医師会においても高齢の医師を含む地域の医師・医療機関に寄り添い、情報提供と支援を今後も行っていく。

日本医師会の今後の取組み

現場の実情に即した診療報酬上の手当と、補助金の検討を国に求める。地域医療情報ネットワーク（地連NW）を重視し、地域特性に応じた柔軟な連携を促す。現場に分かりやすい説明を提供し、丁寧に進めることが肝要である。地域データバンク構想を推進し、医療データを地域で活用する仕組みを構築する。医師資格証（HPKIカード）の普及を促進する。医師会会員情報システム（MAMIS）を活用し、会員サービスの向上や事務手続きの効率化を図る。医療機関のサイバーセキュリティ対策支援を強化する。

日本医師会の主張

医療DXの推進は、医療費適正化のみを目的とする発想は断じて容認できない。誰一人、日本の医療制度から取り残さないことを医療DX推進の大前提とし、デジタル化に対応できない患者や医師への配慮を求める。紙カルテの医師が医療を継続できる仕組みを整備し、紙カルテでも医療DXのメリットを享受できるようにすべき。スモールデータ開発によるマーケット形成に繋げることを提唱している。

[報告：副会長 中村 洋]

令和7年度 都道府県医師会広報担当理事連絡協議会

と き 令和7年4月17日(木) 14:00～16:00

ところ 日本医師会館3階小講堂(ハイブリッド開催)

[報告: 常任理事 長谷川奈津江]

挨拶

松本日医会長 日本医師会では現在、組織強化を最重要課題の一つとして掲げている。この実現のためにも、国民の皆さんの理解のもと、日本医師会の政策を実現していくためにも、広報は大変重要な事業の一つと考えている。

時代の変化とともに広報の手段も変わりつつある中で、日本医師会でもSNSを使った広報に取り組んでいる。YouTubeチャンネルの登録者数は12,000人を超え、LINEの友達登録者数も4万人を超えるなど、その効果が少しずつではあるが、見えつつあるところである。

本日は黒瀬常任理事から日本医師会の直近の広報活動について説明するほか、SNSを駆使した広報を実践されている2つの県から、その活動内容を報告いただく。好事例として参考にさせていただきたい。

報告

①日本医師会の広報活動と今後の方向性について

日本医師会常任理事 黒瀬 巖

1. 直近に行った主な広報活動

(1) 禁煙活動啓発事業

2024年「世界禁煙デー」に合わせた東京タワーのライトアップイベントや、メディア掲載、全国各地でのイエローグリーンキャンペーン、川柳コンテストなどを実施した。

(2) 日本医師会シンポジウム

日医初代会長である北里柴三郎先生が新千円札の肖像となったことを受けて、「受け継がれる北里柴三郎の志～新千円札発行を記念して～」をテーマに開催した。また、日本歯科医師会と合同で「健康長寿に必要なことー知ってほしい! お口

の重要性ー」を開催し、医科歯科連携を啓発した。

(3) 企画動画の配信

子宮頸がん予防ワクチンの接種を呼びかけるため、高校生と母親向けの座談会動画を制作し、YouTubeやTVCMで展開した。

(4) 年次外部企画

キッザニア東京に期間限定で「診療所」パビリオンを出展し、子どもたちに小児科医体験を提供した。また、「赤ひげのいるまち」と題したテレビ放送を行い、地元大学の医学部生が地域医療を学ぶ様子などを放送した。

「第8回生命を見つめるフォト&エッセー」を実施し、海外からも応募があるなど注目度が増加している。

(5) 後援企画

映画「はたらく細胞」の会員家族向け試写会や、映画「フロントライン」の医学生向け試写会(LINE登録を条件とし組織強化に繋げる狙い)を実施した。

2. 近日中に実施予定の広報企画(会員向けサービス)

待合室で利用可能なゲーム「日医君のわくわくミニゲーム!」を提供予定である。また、日医君の3Dアバターを制作し、館内や行事を宣伝するショート動画を作成し、配信する。

3. SNSを活用した広報戦略

(1) LINE

配信方法をテキストベースから画像ベースに変更し、アンケート実施により配信内容を最適化したことで、適切な人に適切な配信が行えるようになり、配信したメッセージの開封率やアクセス率

が上昇した。

(2) YouTube

チャンネル登録者数 1.27 万人、動画数 462 本 (2025 年 4 月時点)。記者会見動画、シンポジウム動画、赤ひげ大賞関連動画、能登半島地震関連動画、国民向け疾病やワクチンに関する啓発動画、研修会で使用する講演動画などを掲載している。運営上の課題として、動画編集ソフトを使用する場合に一定程度のスキルと習熟が求められる。また、国民向けに伝えたい内容と会員向けに周知したい内容は必ずしも一致しない。

4. 広報に係る課題と今後の方向性

(1) 主な課題

より適切な広報内容と手段の選択、マスコミとのより一層の関係強化、都道府県(現場)の意見を収集する仕組みの構築と活用体制の整備、日本医師会の組織力強化に向けた広報の充実など、日本医師会の広報活動にはさまざまな課題が山積している。一つ一つの課題にスピード感を持ちながら、丁寧に解決していく必要がある。

(2) 適切な広報媒体の選択

年齢階層によって主に利用するメディアが異なる(若年層はネット、高齢層はテレビ)。各種 SNS (LINE、Instagram、X、Facebook、TikTok など) の特徴(メリット・デメリット)を理解し、目的に応じて使い分ける必要がある。

(3) 今後の方向性

- ・マスコミとの関係強化(定例記者会見、記者懇談会や勉強会の実施)。
- ・広報サポーターシステムの構築(都道府県医師会広報担当理事向け ML 及び LINE を活用した情報交換を開始)。
- ・「素敵な広報共有事業(仮称)」により、好事例を横展開し全体の質向上を目指す。
- ・「日本医師会 赤ひげ大賞」の候補者推薦を全都道府県から得ることを目指す。
- ・国民・医師会員に向けた情報提供のあり方を見直し、分かりやすい説明、解説動画の充実、アクセス向上策の検討、コンテンツの刷新などを進める。

② SNS の活用に関するアンケート結果について

日本医師会広報委員会委員長／

大阪府医師会副会長 阪本 栄

都道府県医師会における SNS の活用状況調査の結果が報告された。

「SNS を広報活動に活用している」と回答した医師会は 35.2%。活用している SNS の種類としては、LINE が最も多く 63.2%、次いで YouTube が 57.9% であった。SNS を活用して良かった点としては、迅速な情報発信、若い世代への啓発、動画による分かりやすい情報伝達などが挙げられた。一方で、SNS を活用する上で大変な点として、専門職員の不足、情報ニーズの把握の難しさ、発信内容の選定、登録者獲得、継続的なコンテンツ作成、情報漏洩のリスクなどが挙げられている。

SNS の活用を検討している医師会では、LINE が 90.9% と最も多く、次いで YouTube が 63.6% であった。検討にあたってネックとなっている点は、初期費用や運用費用、責任者の選定、コンテンツ作成、情報発信の基準、セキュリティなどが挙げられている。

一方、SNS を活用していない理由としては、既存の広報手段で事足りている、運用ノウハウがない、炎上やセキュリティのリスク、高齢会員が多い、モデルケースが少ないなどが挙げられた。

SNS を活用している医師会は速報性や双方向性にメリットを感じる一方で、継続的なコンテンツ作成、登録者獲得、セキュリティ対策などに不安を感じていることが示された。また、未利用の医師会は、運用ノウハウやモデルケースの不足、費用面、リスクなどが利用に至らない原因となっていることが明らかになった。

都道府県医師会の SNS を活用した取り組み発表

① 京都府医師会「研修医・若手医師との『つながり』」

日本医師会広報委員／

京都府医師会理事 田村 耕一

京都府医師会は研修医・若手医師との「つながり」を強化しており、医師会への入会促進と組織力強化を目指す取り組み「KMA.com」について報告された。

1. 現状の取り組みと課題

これまで、若手医師ワーキンググループによる活動（臨床研修屋根瓦塾 KYOTO、Re-1 グランプリ、『Arzt』の発刊、オリジナルスクラブの作成、新研修医総合オリエンテーションなど）を行っているが、「入会率が上がらない」「入会しても研修修了後、府外への転出時に『入会』が途切れる」点が課題となっている。

2. KMA.com の始動

会員増強プロジェクトチームを2022年11月に立ち上げ、会員登録WG、動画製作・配信WG、情報発信WGを設置した。会内の常任委員会（研修サポート委員会（若手医師WG）、医師のワークライフバランス委員会等）とも連携し、各部門が横断的に議論を行った。

その後、医師会と研修医・若手医師との「つながり」を重視し、医師会をより身近に感じてもらうためのツールとして「KMA.com」を2023年4月に始動した。

3. KMA.com の具体的な仕組みとコンテンツ

登録フローは①京都府医師会「公式LINE」への友だち登録、②KMA.comへの登録、③医師会入会・医師賠償責任保険加入の有無を登録するという3ステップである。全てデジタル化しスマホ一つで完結できる。

KMA.comは勤務医・研修医・医学部医学科生なら誰でも登録が可能で、卒後年数、勤務地、診療科、所属病院、出身大学などに制限はない。京都府外の研修医も登録が可能となっている。

登録者にはLINE／メールで定期的の下記の情報発信を行う。

- ・研修医向けの屋根瓦塾 KYOTO や研修医ワークショップ、学術講演会、ワークライフバランス塾 KYOTO、産業医・スポーツ医研修会、研修医交流パーティーなどのイベント情報。
- ・研修医向け情報誌『Arzt』、妊娠に際し職場のみんなで読むマニュアル、採血・血管確保時の痛み・しびれへの対応などの情報誌。
- ・研修医向け動画（役立つ知識、明日から使える鑑別診断など）や各種講演会などの動画ライブ

ラリー。

- ・研修医 REAL インタビュー、研修医アンケート結果などの研修医向け情報。
- ・医師賠償責任保険、融資斡旋、日医年金、医師資格証、所得補償保険、無料会議室提供サービス、講師出張サービスなどの生活支援情報。
- ・医師会活動、医療トレーニングセンター、子育てサポートセンター、医師会への入会案内などの医師会関連情報。

4. KMA.com の現状と今後の課題

オリエンテーション後の登録は少しずつ増加しているが、医師会への入会に100%直結している訳ではない。継続的かつ積極的な加入促進が必要である。また、KMA.comは医師会入会のきっかけであり、最終ゴールは組織力強化である。医師会への加入促進、組織力強化のためのインセンティブ付与、医師会員との差別化が必要である。

KMA.comから医師会入会に繋げるために（「つながり」を継続するために）は、専攻医や府外転出後もつながりを継続していただき、医師会入会を継続してもらう必要がある。このために、①情報発信の仕方（アクセスしやすい仕組み、視覚的にコンテンツの魅力を伝える）、②若い先生に興味のあるコンテンツの分析（ニーズに合ったコンテンツ提供）、③医師会入会のメリットのさらなる発信（3大メリットの積極的広報、動画活用）が必要と考える。

「KMA.com」はこれからの医療を担う若手の先生方とつながるツールである。

- (1) 社会情勢の変化を正確に情報発信し、これからの医療について一緒に考える。
- (2) 若手医師のスキルアップ、キャリアアップを支援。
- (3) これからの「地域医療」を担うために医師同士がつながるコミュニケーションツール。

②沖縄県医師会「沖縄県の小児救急適正受診の一助～LINE×AIチャットボットを活用した#8000 LINE アカウントの開設～」

沖縄県医師会理事 當間 隆也

1. 沖縄県の小児救急の現状と課題

救急現場の慢性的な逼迫を受けて、平成22年に沖縄県と沖縄県医師会が「#8000（小児救急電話相談事業）」の契約を締結した。沖縄県内に居住又は滞在している小児の保護者等からの小児の急病時やケガ等に対して電話相談を受け、家庭での対処法や医療機関受診の可否等につき助言・指導を行っている。

沖縄県は、救急病院の休日・夜間受診者数及び救急搬送患者に占める小児の割合が全国1位で、年齢層別に見ると、特に0～4歳児の診療時間外受診が多い。また、小児科医の偏在指標は経時的に悪化しているが、沖縄県には小児科医師確保に特化した事業は未だにない。

2. これまでの啓蒙活動と対応

平成22年に救急受診の判断基準をフローチャートで分かりやすくした「子ども救急ハンドブック」を作成した。

令和6年6月26日に、県内の小児救急医療の逼迫に関して、県と医療関係団体（県医師会・県小児保健協会・県小児科医会・県小児科学会等）が合同で緊急記者会見を実施した。

その後、12月～2月（冬）の感染拡大期に備え、子ども救急ハンドブックの利活用促進とLINE版ハンドブックの検討を開始した。

3. #8000 LINE アカウントの制作と機能

要件定義から納品までわずか4か月で、短期間・低コストで開発を行った。沖縄県子ども医療電話相談事業で予算化したため、利用者は無料で利用できる。

#8000 LINE アカウントの機能（リッチメニュー）として4つがあり、①「気になる症状」機能は子ども救急ハンドブックをLINEチャットボットAI対応で実装。症状に応じて救急度を判定できる。②「#8000に電話をかける」機能は、LINE内で#8000ダイヤルを実装し、全国どこで

も地域の#8000に繋がる。③「子ども救急ハンドブック」機能は、日本語版・英語版・スペイン語版が閲覧可能で、外国人にも対応している。④「小児救急医療機関」機能は、県内の小児救急医療機関を一覧で確認することができ、電話番号や住所をタップすると電話発信やマップでの位置確認が可能となっている。その他にも、LINEの標準機能であるメッセージ送信機能でイベント開催や救急逼迫状況のアナウンスなど、小児救急の適正な受診を呼びかけている。

4. #8000 LINE アカウントの広報展開と今後の展望

ポスター、シール、名刺カードなどを作成し、医療機関、市町村、保育園、コンビニ、イオン等での配布・掲示や沖縄県公式LINEやラジオ番組で広報を行っている。

沖縄県の小児医療提供体制については、沖縄県とともに安定的な体制を構築すべく、小児医療関係者が議論する場「沖縄県小児医療協議会」の設置を目指す。また、県民の救急受診の適正化を図るとともに、小児科医偏在の対策として、小児科医の確保を行う。

#8000 LINE アカウントの利活用促進のため、有益なコンテンツの拡充を図り、県民の身近なツールにしていきたい。全国の一次救急医療機関を掲載し、その地域の適切な救急受診に繋がるよう改良を進めていく。

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7年度第1回 JMAT やまぐち災害医療研修会

と き 令和7年5月18日(日) 13:00～15:30

ところ 山口県医師会6階 会議室

[報告: 常任理事 竹中 博昭]

JMAT やまぐち災害医療研修会は、JMAT やまぐちプロジェクトチームが企画し、年2回開催している。今回は、テーマを「クロノロジー机上訓練」とし、グループワーク形式での研修会を開催した。参加対象者は、JMAT やまぐち事前登録者、山口県内の医療従事者、災害医療関係行政担当者等とし、当日は34名(医師8名、薬剤師7名、看護師6名、事務5名、理学療法士4名、臨床検査技師1名、放射線技師1名、救急救命士1名、言語聴覚士1名)の参加があった。グループワークに先立ち「クロノロジー概論」の講義があり、その後グループワークを2部に分け、「クロノロジー机上訓練(本部設置編)」、「クロノロジー机上訓練(病院前救護所編)」が行われた。参加者を1グループ5～6名の6グループに分け、各グループに1～2名のファシリテーターを配置し、議論する際の助言を行った。設定された設問に対し各グループで議論していただいた後に、クロノロジーの実習を行った。経時的にアナウンスされた情報を、グループごとに2～3人が記録係、連絡係となりホワイトボードに記入、残りの人は各自で手元のA4用紙に記入した。その後、グループごとに得られた情報の整理・分析を行い、どのような指示を出すかを検討する作業を行った。

事前学習

参加者には、研修当日までに、e-learning システム(JMAT-e)による事前学習を必須事項として受講していただいた。内容は、昨年度と同様に、「本部機能」、「山口県における災害医療の状況」、「災害医療用語」、「活動拠点本部」、「情報の共有」、「クロノロジー」、「J-SPEED」、「災害医療支援者心のセルフケア」の項目で、10～45分の動画による講義を提供した。

会長挨拶

加藤会長 本日お集りの多職種の方々が日ごろから地域医療に貢献していただいていることに感謝申し上げる。JMAT やまぐちは、平成26年に発足し毎年2回の研修会を開催してきた。大規模な災害が起こった時には、さまざまな情報が錯綜して、大変な混乱状態になる。そのような中で、クロノロジー、つまりいつ、どういう情報が入ってきたかということを中心に整理することが非常に大事になる。今日の研修会では、三田尻病院の豊田院長を始め、11名のファシリテーターの皆様に関わっていただき、そのクロノロジーの研修を行っていただく。実際の災害時に混乱を来さぬよう本日の研修を活かしていただきたい。

1. クロノロジー概論

厚生連周東総合病院

リハビリテーションセンター主任 南 秀樹

クロノロジーは汎用性のある記録ツールとして組織の規模に関わらず、どの場面でも使える。情報を得た時刻、情報の発信元、情報を誰が受けたか、情報内容を書いていくものである。本部では本部長が指名した記録係が、JMAT チーム各隊ではロジスティック担当者が記入するのが基本となる。

本部でクロノロジーをホワイトボードに記載する意義として、本部長が得た情報を本部内で共有できる、本部長自身の頭の整理ができる、全ての本部要員が同じ情報のもと活動できる、後着隊がボードを見るだけで迅速に活動の全体像を把握できる、などがある。クロノロジーは後から振り返るための記録に止まらず、本部の混乱を抑えるためのツールとして重要である。クロノロジーが無いと、指示が伝わらない(情報断絶)、指示が間

違って伝わる（情報誤認）、適切でない指示が出る（本部の混乱）などにより指示系統が崩壊する。本部の混乱とは、本部長が混乱し、情報処理能力が限界に達することであり、クロノロジーは、情報処理能力の補助として使用する。災害時は混乱しやすいため、クロノロジーは混乱を抑えるためのツールである。

実際の運用時は、情報を得た時間、誰から誰に伝わったか、情報の内容を記録する。定期的に内容を振り返り、活動方針や活動予定を決定する。本部にいる人たちはクロノロジーを見れば情報を共有できるが、現地で活動している遠隔地の人たちが情報共有するためには電子化が必要であり、ホワイトボードの情報を速やかに電子化することも重要である。

ホワイトボードで共有すべき情報には、クロノロジー、現状分析、活動方針、指揮系統と活動部隊、使用できる資機材、主要連絡先、被災状況、患者一覧などがある。災害時は医療の資源と需要がアンバランスとなり、需要が増え資源が不足する状況が想定される。混乱を緩和するために、クロノロジーにある情報の中から資源の情報として事業連絡先や資機材等、活動部隊の情報を別に作り、需要の情報として患者一覧表を作成する。さまざまな情報を地図にマッピングし、定期的に現状分析や活動方針決定を繰り返すことが必要である。

本部での記録の流れのイメージは、クロノロジーに記載された情報を分析し、インテリジェンスな情報にしていく事である。本部での記録の流れは、届いた情報を連絡係などが受け、連絡係は、その情報を本部長と記録係に伝え、記録係はホワイトボードに記入する。本部長は過去の情報等と照らし合わせて重要な決断をする。その決断した情報を記録係と連絡係に伝え、活動していただく方々に伝える。電子化担当はクロノロジーの情報をできるだけ早く記録していく。

2. クロノロジー机上訓練（本部設置編）

医療法人神徳会三田尻病院院長 豊田 秀二

説明

JMAT活動とは、被災地の医師会による「被災地 JMAT」と、被災地外の医師会が派遣する「支援 JMAT」からなる全国の医師会の協働であ

る。発災直後は地元の医師会を中心とした被災地 JMAT が災害医療活動始める。その活動は日本医師会が JMAT 活動として認める仕組みがあるので、思い切って自分の地域での活動をして欲しい。しかし、被災地 JMAT の構成員自身が被災者であり、発災直後は資材もなかなか届かない。よって、発災直後は DMAT と協働して被災地 JMAT としての活動を継続し、数日後には支援 JMAT と協働していく事となる。そういったイメージを持っていただき、今回の実習は皆さんが被災地 JMAT であるという設定で行う。

状況付与 1

- ・2025年8月X日午前5時に周防灘断層主部を震源とする M7.5 の地震が発生しました。
- ・あなたの住んでいる市町では震度6弱を記録しました。
- ・津波警報が発令。最大波高3mの予測が出ています。
- ・幸い、自身の住宅は倒壊もせず、家族も全員無事でした。
- ・停電しています。
- ・水も出なくなっています。
- ・携帯電話はかろうじて使用可能な状況ですが、繋がりにくくなっているようです。

設問 1

- ・まず、あなたはどのような行動を取りますか？
- ・皆さんの職場ではどのような行動を取るようになっていますか？
- ・皆さんの所属する医師会や薬剤師会などではどのように行動するかが決まっていますか？

（解説）

山口県が47都道府県のうち、活断層ワースト30の2つを有しており、1つは菊川断層、もう1つは周防灘断層である。山口県は災害が少ないと言われているが、大地震が起こる可能性があることを知っておくべきである。周防灘断層群主部は防災上、危険と想定されている。南海トラフも危険で、活動期間が5,800年から7,500年間隔で起こっていた地震が1万年起こっておらず、限界に近づいている。南海トラフ地震も周防灘地震も、山口県への津波の影響は変わりなく、いずれも3m程度である。問題は到達時間で、南海トラフ地震では90分から120分であるが、周防

灘地震では15分から30分である。南海トラフの場合は水平避難できる時間があるが、周防灘地震の場合は短時間で津波が到達するため垂直避難も考える必要がある。

状況付与2

- 皆さんの自宅は幸い津波被害もありませんでした。
- あなたはJMATに事前登録している方であり、医師会の災害対策マニュアルでは医師会館に医師会の災害対策本部が設置されることを知っていました。
- 医師会館も津波被害は無いことが分かり、そこまでの道も通行可能な状況らしいとの情報がありました。
- 医師会長からは災害等何かあった際には本部設置を手伝ってほしいと日ごろから言われていました（医師以外の方々はいつも医師から手伝ってほしいと言われていました）。
- 所属されている組織からも医師会館への出動を許可されました。

設問2

- 医師会館に出務するに当たってどのような装備を整えますか？

状況付与3

- 医師会館の耐震性はしっかりしていました。建物被害はなし。
- 電気は問題なし。
- 水道は使用不能。
- 電話は使用可能だが、繋がりにくくなっているようです。
- 食糧の備蓄はされていません。
- ネット環境は整っています。

設問3

- 9時ちょうどに医師会館にチームとして到着しました。
- 同時に医師会長と事務局長も到着。
- 医師会長が医師会災害対策本部設置を9時5分に宣言しました。
- 皆さんはクロノロを担当することとなりました。
- 最初にクロノロを書き始めるに当たって必要なことをテーブルで話し合ってください。

(解説)

災害発生時の行政の医療関連組織の構築は3

段構造となる。1段目は都道府県庁に「保健医療福祉調整本部（山口県では災害救助部という名称を使う）」が設置される。2段目は2次医療圏を担当する保健所の地域保健医療福祉調整本部である。3段目は市町村の災害対策本部である。

保健医療福祉調整本部（災害救助部）は保健所と連携して、保健所からの情報収集と分析、保健医療活動チームとの情報連携、指揮・派遣調整等を行う。県災害医療コーディネーターも参加し、各保健医療活動チーム本部（JMATの被災地本部など）も置かれる。保健所には、地域災害医療コーディネーターが参加し、二次医療圏の保健医療活動チームとの情報連携、指揮・派遣調整、市町村からの被害状況などの情報収集と整理を行う。

発災時には3段階目の市町村レベルで郡市医師会が頑張りたい。医師会長を本部長とする医師会災害対策本部を郡市医師会館あるいは市町村の災害対策本部内に設置し、被災地JMATを取りまとめ、市町村災害対策本部と連携しつつ現地の情報や要望を2段目の地域保健医療福祉調整本部に伝え、連絡を取り合うという指揮系統を確立することが重要である。

医師会災害対策本部の本部長は基本的には郡市医師会長がなると考えられるが、医師会長が必ずしも災害医療に詳しいとは限らないので、本日研修に参加された皆様が医師会長の下で働き、組織を構築していただきたい。被災地JMATが最初は現地で頑張っていて、落ち着いてきたら、有能な人を2段目の保健所に送って、地域保健医療福祉調整本部の動きを統括していくような事を医師会ができれば良いと思う。

机上訓練1

医師会災害対策本部を想定し、本部設置の報告、病院や診療所の被害状況の把握、医師会員の安否確認、救護チームの出務状況、EMIS情報などにつき司会者が読み上げ、それを経時的に記入する実習を行った。

3. クロノロジー机上訓練（病院前救護所編）

医療法人神徳会三田尻病院院長 豊田 秀二

説明

発災直後は病院自体が被災しているにもかかわらず、軽症から重症まで多数の傷病者が押し寄せ

て来て現場が混乱する。このため、病院前救護所を設置して、多数来院する患者をトリアージする必要がある。重症、中等症の傷病者を優先的に病院内に搬送すると同時に、軽症者に対しては病院前救護所で処置することで病院内の混乱を防ぐことができる。

状況付与4 発災4日目

- ・〇〇保健所にある保健医療福祉調整本部より〇〇総合病院の病院前救護所の運営をJMATに移管するよう指示があった。
- ・現在、同病院前救護所は本日中に撤退が決定しているDMAT 3隊（医師4名、看護師6名、ロジ5名）が運営中。
- ・あなたのチーム（JMAT）は医師1名、看護師2名、ロジ1名です。
- ・あなたのチームが先着隊で救護所の指揮を執るように言われました。

〇〇総合病院の状況

- ・300床の総合病院で、免震構造が幸いし、建物自体は無事。
- ・電気は自家発電による供給中。水は給水車による補充あり。医療ガスは問題なし。
- ・手術室は制限はあるが使用可能。
- ・ICUは使用可能。
- ・病床は帰宅可能者を退院させたため空床が50床程度ある。
- ・スタッフが減少しているため受け入れ可能人数は赤5人、黄15人程度。
- ・救急初療室は使用可能でDMATの支援で運営されている。

病院前救護所の現状

- ・エアートント3基で運営されている。
- ・ベッド6床、診察室2室、待合室テント（15名程度収容可能）
- ・診療のための資機材は〇〇総合病院より十分な支給あり。

設問1

- ・病院前救護所としての役割について考えてください。
- ・あなたのチームが先着隊でありDMATのチームリーダーから救護所の運営を引き継ぎました。その後、後着でJMAT 3チーム（医師4名、看護師6名、ロジ5名）が来ることが分かりま

した。

- ・チームビルディングを行ってください。

(解説)

救護所でも明確な指揮系統の元に活動を行う必要がある。救護所組織の1例を示す。リーダー、サブリーダーは医師が担当する。そのそばには事務員あるいは看護師のクロノロガーを配置し、救護所でのクロノロジー記入を行う必要がある。実働チームとして、受付（看護師・事務員）、治療班（医師・看護師）、連絡係（看護師・事務員）、医療資材班（事務員）、搬送係（看護師・事務員）が必要である。

設問2

- ・実際にクロノロを書いてみましょう。

(解説)

病院前救護所を想定し、DMATからの業務受付、受診患者情報、治療経過、入院要請と受け入れ、酸素ボンベ等の医療用具の不足と補充などについて司会者が読み上げ、それを経時的に記入する実習を行った。

設問3

- ・14:40からのミーティング内容についてテーブルで話し合せてまとめてください。

(解説)

ミーティングでは現状分析、行動計画の決定、実施項目の決定、アセスメントを繰り返すことが必要との説明があり、1例として下記の例示があった。

- ・現状分析；発災4日目、比較的多くの傷病者が受診。感染症（COVID-19）、熱中症がみられるようになっている。〇〇総合病院の病床にはやや余裕ありも職員の減数あり。
- ・行動計画；要入院患者のトリアージ、感染症用のテント独立、必要資器材の点検・補充。
- ・実施項目；酸素ボンベ補給要請、要入院患者のベッド確保、搬送など。
- ・アセスメント；未解決項目多数まだあり。施行の確認が必要。

令和6年度 都市医師会生涯教育担当理事協議会

と き 令和7年3月6日(木) 15:30～16:05

ところ 山口県医師会6階 会議室

[報告: 常任理事 茶川 治樹]

開会挨拶

加藤会長 本日は生涯教育担当理事の先生方にお集まりいただき、感謝申し上げます。各地域で開催していただいている講演会などでは、山口県の医療のレベルを上げていくために皆様に大変貢献いただいていると思っています。

県医師会では、医学研究助成事業を2年前から始めている。1件あたり100万円を助成するもので、卒後20年未満で、日本医師会の会員である期間が1年以上あれば、申請資格があるので、県内のどの医療機関の方でも応募ができる。この研究成果は山口県医学会総会での発表と医学会誌への概要論文掲載を行ってもらうこととしている。

生涯研修セミナーはわが国のトップクラスの講師の方々もお呼びして、開催している。そういった意味でも、より多くの方にご参加いただきたいと思っていますので、会員への周知にご協力をお願いしたい。

協議事項

1 日本医師会生涯教育制度について

日本医師会の集計で、2023年度の日本医師会生涯教育単位取得者は全国で112,870人、前年度比+5,430人となった。平均取得単位は10.0単位、平均取得カリキュラムコード数は6.8コード、単位とカリキュラムコードの合計の平均は16.8であった。一方、2023年度の山口県での日本医師会生涯教育単位取得者は1,492人で、平均取得単位は8.7単位、平均取得カリキュラムコード数は6.0コード、単位とカリキュラムコードの合計の平均は14.7となった。

日本医師会生涯教育制度では、3年間で取得した単位数とカリキュラムコード数の合計が60以上の方に、日本医師会生涯教育認定証が交付される。全国では5,022人に認定証が交付され、山

口県では54人に交付された。

令和7年度より、日本医師会生涯教育制度の単位は、「全国医師会研修管理システム」での管理から「医師会会員情報システム」(MAMIS)での管理となる。これにより、先生方は取得単位数の確認などがMAMIS上で行える。

2 令和7年度山口県医師会生涯教育事業計画について

(1) 生涯研修セミナー

生涯研修セミナーでは臨床のみならず、基礎系の研究分野や最新医学のトピックスなど幅広いテーマを取り上げて年4回、ハイブリッド形式で開催している。令和7年度も令和6年度と同様に、専門医の認定更新に必要な共通講習の単位を取得できるようにする。

なお、他県ではこのように県医師会単独主催でセミナーを開催している医師会は少ないようである。また、ハイブリッド形式で開催するので、Webでも参加が可能である。多くの参加をお願いする。

(2) 山口県医学会総会

山口県医学会総会について、令和7年度の引受である山口市医師会より下記のとおり説明いただいた。

6月8日に山口県総合保健会館で開催する。特別講演として、「AI・数理工学をいかに医学にとりこむか?」と題して、医療法人錦秀会阪和病院・阪和記念病院統括院長・総長の北風政史先生に講演いただき、その後、「震災とJR列車脱線事故における救急災害医療: 経験に基づく提言」と題して、神戸大学大学院医学研究科外科系講座災害・救急医学分野教授の小谷穰治先生に講演いただく。午後からは、市民公開講座として、彩パ

レスタジオによるバレエを披露していただいた後、「哲学で考える生老病死」と題して、哲学者で山口大学国際総合科学部教授の小川仁志先生に講演いただく。

なお、令和8年度は山陽小野田医師会、令和9年度は萩市医師会が引き受けて開催を予定している。

(3) 中高生の職業体験事業

白澤理事より、下記のとおり説明が行われた。

令和6年度は8月4日に山口県医師会で開催した。県内の中高校生から多くの参加希望があり、体験ブースを増やして対応することと、最終的に48名が参加した。令和7年度も同様に8月上旬に山口市での開催で準備を進めている。

(4) 体験学習

体験学習は昭和60年から山口大学医師会、山口大学医学部にお願いし、山口大学の2教室にお引き受けいただき開催している。引受教室の講演や、普段、大学で使用されている医療機器を用いた実技研修が体験できる。令和6年度と同様に令和7年度も開催する予定であるが、ここ数年、参加者が少ないので、開催方法や周知方法などを検討したいと思っている。実際に参加すると大変勉強になるので、ぜひ参加していただきたい。

(5) 山口県医学会誌

山口県医学会誌は昨年度までは生涯研修セミナーでの講演スライドを掲載していたが、令和6年度発行分から、県医師会報に掲載している講演の印象記を掲載することとした。また、郡市医師

会で開催された学術講演会の内容についても、可能な限り講演の概要も掲載することとした。先生方におかれましては、原稿の提出に対応いただき、この場をお借りして感謝申し上げます。

(6) 山口県医師会医学研究助成事業

本事業は令和5年度より開始しており、会員の医学・医療に関する研究を支援することにより、医学・医療の発展と医師の県内定着促進を目的としている。対象は卒後20年未満の県医師会会員で、かつ、日本医師会会員であることと、日本医師会会員歴1年以上としている。令和6年度は2名の方に助成を行っており、令和7年度の山口県医学会総会での研究発表と、山口県医学会誌へ概要論文を掲載していただくことになっている。

令和7年度分については、1名の方に助成を行う。また、令和8年度分の募集を令和8年1月に開催する予定なので、その際は周知等への協力をお願いする。

3 その他

郡市医師会から、研修会をメーカーのサポートを受けると、利益相反開示や事前スライドチェックなどで講師に負担がかかるため、単独主催の研修会を開催することとしたが、他の郡市医師会で単独主催で開催しているか教えてほしいという質問があった。

郡市医師会内の部会が単独主催で講演会を実施しているという旨の報告や、通常はメーカーが行うが、メーカーのサポートが得られない場合は、近隣の病院の先生に講師をお願いし対応しているという内容の報告があった。

出席者

郡市担当理事

大島郡 松本 直晃
熊毛郡 本田 圭子
吉南 目 昭仁
美祢郡 竹尾 善文
下関市 大谷 望
宇部市 鈴木 克佳
山口市 田村 高志
萩市 宮内 嘉明

防府 角川 浩之(代理)
下松 野見山敬太
岩国市 横峰 和典
山陽小野田 関 耕三郎
光市 谷川 幸治
柳井 濱田 敬史
長門市 須田 博喜
美祢市 清水 良一

県医師会

会長 加藤 智栄
常任理事 茶川 治樹
理事 白澤 文吾
理事 國近 尚美
理事 藤井 郁英
理事 森 健治

第173回山口県医師会生涯研修セミナー

と き 令和6年11月10日(日) 10:30~15:00

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

「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**

[印象記: 理事 白澤 文吾]



研究成果

再生医療が普及するためには、安全性・有効性の確立とコストダウンが必要である。

今回の再生医療研究で線維芽細胞を用いる理由として以下の5つの理由がある。

- ・細胞の増殖性がよく、増殖速度が速い。
- ・容易に細胞が入手できる。
- ・種々の成長因子を分泌する。
- ・細胞内のFGF2含有量が多い(細胞傷害時に放出される)。
- ・培養コストが低い(増殖因子などのサプリメントの必要なし)。

細胞移植による組織再生を促すメカニズムとしては、移植細胞が生着分化して機能を補う、移植細胞が分泌する成長因子等が障害を受けた組織に作用し生体の細胞が増殖することで機能が改善する(パラクライン効果)ことである。

再生医療で重要な事は投与した細胞が分化して組織修復が行われるのではなく、投与を受けた組織が活性化して修復に向かうことにある。

自家細胞シート移植の臨床研究の結果を受けて、以下の3点の変更を行った。

- ・細胞混合シートから線維芽細胞シートへ変更(製造工程の簡素化)
- ・自家細胞から他家細胞へ変更(治療効果の高い細胞の使用)
- ・Living sheetを凍結保存へ変更(移植の利便性とコストダウンの実現化)。

次に、線維芽細胞シートの凍結法の開発を行う

ために他家細胞を有効活用することを考えた。そのためには、治療効果の高い細胞を予め大量培養でき、細胞を移植可能な状態で保存できることが重要と考えた。また、その過程で細胞シートのような立体構造物を凍結保存できる方法があればコストを下げることが可能と考えた。さらに臨床応用を踏まえると、簡便で一度に大量の細胞シートを凍結できる方法の開発が必要であると考え、株式会社コガサンと3Dフリーザー[®](全方向から均一な冷気を対象物に当てることで冷凍する装置)を開発した。

われわれの他家線維芽細胞シートが対象としている分野は、難治性皮膚潰瘍・術後合併症予防であり、具体的には難治性皮膚潰瘍治療、気管支断端漏予防、食道再建縫合不全予防、縫合不全・臍液瘻予防、胆汁漏予防である。既にこれらの動物実験では良い成果を上げている。

上市までの道のり

上市までの道のりには、大きく分けて以下の3つの経路がある。

- ・大学での研究成果→企業へ知財の売却→企業による開発→治験→上市
- ・大学での研究成果→ベンチャー企業の設定→治験→企業と業務提携→上市、あるいは、大学での研究成果→ベンチャー企業の設定→M&A→治験→企業により上市
- ・大学での研究成果→企業と共同開発提携→治験→上市

また、治験（臨床試験）は二種類あり、一つは企業治験であり、企業が主体となって治験を実施し、製造販売権を持つ企業が治験データ・非臨床安全性試験をPMDA（医薬品医療機器総合機構）に申請する方法である。もう一つは医師主導治験であり、医師が主体となって治験を実施する方法である。治験自体は医師が実施可能であるが、最終的には製造販売権を持つ企業のみが治験データ・非臨床安全性試験をPMDAに申請できる。

結局、最終的には開発製品の上市にはパートナー企業が必須であり、共同研究に進むのは稀である。なぜならマッチングプログラムに参加する企業は、アカデミアからの情報収集が目的であったり、社内で決裁権を持つ役職まで話が進まないことがほとんどである。大手企業と共同研究に進む案件は既に企業が将来の事業を想定した案件を開発していて、アカデミアに声を掛けることで話が進むことが多いのが現状である。これら以外の方法として、大学教員がベンチャーを設立する（設立せざるをえない）理由としては、AMED（日本医療研究開発機構）などから公的資金を受けているが、パートナー企業が見つからないために開発資金、非臨床試験を行う経費を獲得するためベンチャーを設立せざるをえないパターンがほとんどである。

実際に、ベンチャー企業の直面する課題として以下の3つがある。

1. 資金調達の確保

- ・VC、投資家、AMEDなどから数億円を集めて維持する必要
- ・治験を視野に入れると数十億円の資金が必要

2. 出口戦略

- ・株式の上場：日本でのベンチャー企業の新規上場の確立はわずかに約2%
- ・M&A：米国ではベンチャー企業の9割が買収される

3. 人材の確保・育成（優秀な人材（特にCEO）の確保が重要）

次にベンチャー企業設立のタイミングとしては、研究開発が進み研究のキャパシティを越え人的にも資金的にも多額の資金を必要とする段階、あるいは基礎研究が終わり上市までの道りが7～8年と見えた状態になり資金を受ける準備が整った状態のどちらかである。大学での研究開発における大型の開発資金については、AMEDなどの公的資金による開発、既存大手企業との共同開発、山口県などの行政からの支援、の3つの方法がある。

大学での研究成果を上市に繋げるためには、

- ・大学が組織的に大学で得られた研究成果を企業へ売り込むこと。
- ・研究者自身でも常に企業への売り込みを考え行動すること。
- ・ベンチャー企業設立に対する金銭的だけでなく人的な援助も行う。
- ・国際特許の出願は、国内特許出願後、1年以内に出願しなければならない事を念頭に置き、パートナーとなる企業を探す事。
- ・上市までの道りを広く周知し、サポート体制を作り援助をすることが、必要である。

最後に、「山口大学器官病態外科学講座及び山口県発の再生医療等製品の上市を実現させる為に頑張ります。ご協力をお願い致します。」と結ばれた。

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

[印象記：美祢市 清水 良一]



令和6年11月10日（日）に、第173回山口県医師会生涯研修セミナーが開催され、特別講演

2において、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の宮崎充功先生による「冬

眠動物における骨格筋萎縮耐性獲得機構の探索」とのタイトルでの講演を拝聴する機会を得ました。

宮崎先生は札幌医科大学保健医療学部理学療法学科を卒業後、かねてからの夢であったスポーツトレーナーの道を目指して筑波大学体育研究科スポーツ健康科学の修士課程に進まれました。その際、修士課程の1年目に会った論文が契機となり、基礎医学の道へと進路を大きく変えられたとのことでした。

その論文とは2001年2月22日に科学雑誌「Nature」の「Brief Communications」に掲載された「Muscle strength in overwintering bears (越冬グマの筋力)」とのタイトルで発表されたもので、生涯で最もお気に入りの論文とのことでした。

そこには冬眠に入って約5か月が経過したアメリカグマに、麻酔をかけて巣穴から引っ張り出し、前脛骨筋の支配神経を電気刺激して足関節の背屈トルクを測定した結果が報告されていました。130日以上冬眠後でも、アメリカグマの筋力の減少率は23%以下と小さく、冬眠後の活動には支障をきたさないレベルの僅かな筋力の低下に留まっていたとの内容が報告されています。

冬眠しないヒトでは、仮に完全な不活動の状態に置かれた場合には、1日当たり0.5%~1%程度の筋力低下がみられるといわれています。これは不活動の状態が5か月間続くと、筋力が90%も減少してしまうことを意味し、残された最初の10%程度の筋力では、ヒトの場合、すぐに元の生活へ戻ることは叶わない計算になります。

これらのことを踏まえ、将来的にはヒトのフレイルやサルコペニアの予防にも繋がる研究成果が得られることを願って、冬眠動物を対象にした骨格筋の萎縮抵抗性獲得の仕組みを解明するべく基礎研究の道に進み、今日に至っているとのことでした。

当日の講演では、初めに筋肉(骨格筋)について、基礎医学講座の生理学、生化学、組織学、及び解剖学的な視点から、その構造と機能が解説されました。特に、筋肉量が維持される仕組みについては、損傷を受けた個々の筋細胞(筋線維)が修復される仕組みにも言及しながら、タンパク質の合成量と分解量のバランスに焦点を当てて、ス

ポーツ医学はもとより、分子生物学的な見地からも解説されました。

ちなみに、筋肉の衰えを防止する上で最も効果があるのは、高い強度の運動を継続することであり、高齢者の場合であればタンパク質の摂取量などの栄養介入や、適切な運動と適切な休息のバランスに関連した指導が大事であると語られました。

講演の後半では、冬眠動物を対象にした骨格筋の不活動状態における筋萎縮抵抗性獲得の仕組みについての探索で、これまで教室で解明された研究成果とともに、その課題も抽出し、現在取り組んでいる最新研究(温かい冬眠を誘導した小型動物を用いた研究)及び将来の展望についても言及され、講演を締めくくられました。

ここからは印象記として、当日のご講演内容を論旨の展開に沿った時系列表示で、簡潔な表現で記載します。

筋肉(骨格筋)の構造と機能について

個々の筋細胞(筋線維)の特徴は、筋芽細胞からの分化成熟、融合過程を経て、終末分化した多核細胞となっていることであり、その集合体である筋肉(骨格筋)は体重の40%~50%程度を占め、少ない方でも体重の30%~40%の重さになり、人体の中で最大の臓器である。ちなみに、ボディビルダーにとっては美的観点から筋肉量の維持が最大の関心事である。

個々の筋細胞(筋線維)内のタンパク質の含有量は多く、筋原線維としてのミオシンやアクチンと呼ばれる筋収縮に必要なタンパク質が多く含まれ、体を動かす力の維持に必要な不可欠の臓器であり、内臓器の保護、栄養素としてのタンパク質の貯蔵庫並びに熱産生の場所としても機能する。さらに、糖尿病をはじめとする、生活習慣病の治療の第一選択としての運動療法では、糖や脂質の大きな消費場所にもなる。すなわち、筋肉の量を生涯にわたって維持し、亡くなる直前まで体の機能をしっかりと保っておくことは、QOLや生命予後を左右する非常に重要な決定因子となる。

筋肉量の増減について

筋肉量の増減に関しては、終末分化している筋

細胞自体の個数は変動せず、一本一本の筋線維が太くなるか細くなるかによるので、シグナル伝達によって、タンパク質の合成経路が活性化されたときは、筋肉は肥大し、分解経路が活性化されれば萎縮する。

分化成熟した筋細胞は分裂増殖能を失っているが、筋線維が損傷を受けた際の修復機構は維持されている。個々の筋細胞（筋線維）の表面に密着して存在しているサテライト細胞と呼ばれる未分化状態の組織幹細胞が、筋肉の損傷を契機に活性化して筋線維へと分化し、その後、元の筋細胞への融合により筋肉組織の修復が完成する。

タンパク複合体の mTORC1 (mechanistic target of rapamycin complex 1) と呼ばれる機能分子は、タンパク質の合成経路を活性化するための細胞内におけるシグナル伝達系の中心的な役割を担っている。mTORC1 が活性化され、タンパク質の合成が促進されると、筋肉は肥大する。

一方、筋タンパクに76個のアミノ酸からなるユビキチンが結合（ユビキチン化）したあと、タンパク質分解酵素複合体のプロテアソームによる働きで、ユビキチン化を受けた筋タンパクを選択的に分解する経路（ユビキチン・プロテアソーム経路）や、タンパク質に限らず、細胞質成分のリサイクルシステムとして作動するオートファジー等が活性化され、タンパク質分解が促進されると筋肉は萎縮する。

負荷の高い筋トレを行うと、筋タンパクの合成量と分解量のどちらも一過性に増加する。この際、栄養（アミノ酸等）が足りている状況では、筋肉を使えば使うほどタンパク合成系が優位となり、筋肉は肥大する。しかし、タンパク質の量を維持していくのは非常に energy consuming な現象であり、エネルギーを消費しながら細胞の形を大きく維持していくことは、細胞にとってはかなり大変なこと。よって、不活動の状態が続くと、筋タンパクの合成系よりも分解系の活性の高い状態が維持され、筋肉は萎縮する。

冬眠動物における骨格筋萎縮耐性獲得機構の探索にあたって

すでに廃用が高度に進んでしまっている方や、加齢や身体状況に伴って運動することがそもそ

も難しい方であったり、疾患や何かしらの影響によって運動が推奨されないような方、骨折してギブスで固定をしておられる方々に重い負荷の筋トレは難しい。

演者らは冬眠動物に着目することで、タンパク質の合成と分解に関わる代謝バランスの制御機構に関して、大きな負荷を掛けずに筋力の衰えを防止することに応用できるような、何らかの隠された秘密の解明に繋がることを期待しつつ、冬眠動物における骨格筋萎縮耐性獲得機構の探索研究を継続している。

冬眠動物の代表として、クマを思い出す人が多い中、実際には哺乳類で約180種類程の動物が冬眠をするといわれており、身近なところではモグラやネズミ、コウモリ、ハムスター、リスなどが知られている。冬眠の形態は動物種によってかなり異なる。

教室でのクマを使った研究の足跡

(研究1)

アメリカグマの冬眠前後の筋力の比較研究の論文からヒントを得て、教室では同程度のサイズの複数のツキノワグマを用いて、冬眠前の群と冬眠後の群間での筋肉量を比較測定し、シミュレーション上、冬眠後の群の筋肉量は半分程度に減ると試算できたが、実際には2割程度の減少に留まり、冬眠という現象は筋萎縮耐性獲得に何らかの作用を及ぼしていることを確認できた。

(研究2)

次に、同一個体のツキノワグマについての通年の研究で、夏場の活動期と冬場の冬眠期に、同じ個体から筋肉を採取し、その大きさ等を比較した。少し注意が必要なのが、夏場は体重の増加フェーズで、冬場は体重の減少フェーズにあるので、直接的な比較は難しいものの、体重が等しくなるタイミングの二点間で何が起きているかをみた。その結果、夏場の筋肉と冬場の筋肉で、筋線維の大きさのみならず、遅筋と速筋といったファイバータイプにも全く変化はみられなかった。

不活動の状態になると、姿勢を支える抗重力筋である遅筋線維が減り、相対的に速筋線維が増えてしまうのが一般的な筋肉の変化である。しかし、遅筋線維の割合も速筋線維の割合もどちらも全く

変化がなく、4か月間動いてない状態でも筋力は衰えていなかった。

(研究3)

冬眠中の筋肉細胞の中でどのようなことが起きているかを、①タンパク質合成と②タンパク質分解の指標、並びに、③エネルギーの消費量と④筋肉の収縮活動量の指標の4つの因子について検討した。

①タンパク質合成系を賦活するようなシグナル伝達系の命令の強さをAkt(プロテインキナーゼB)のリン酸化とリボソームタンパク質S6(RPS6)のリン酸化を指標として探索すると、活動期との比較で3~5割の低下をみた。

②一方、タンパク質分解系の指標としてのユビキチン・プロテアソーム経路の遺伝子発現及び、オートファジー依存性のタンパク質分解系のいずれも低下していた。

③筋機能を維持するためのエネルギー源であるATP(アデノシン三リン酸)の消費量をAMPカイネースのリン酸化状態を指標として探索すると、冬眠中はこの指標が著明に低下していることが判明し、ATPをあまり使わない省エネモードに入っていることが解った。実際、冬眠中は脂質の燃焼のみでエネルギーを発生していることを、呼吸商(CO₂/O₂比)が、ほぼ0.7に近いことから裏付けられた。ちなみに、心拍数も夏季の50~80回/分に対して、冬眠中は10回/分以下に低下していたが、体温は夏季(37~39℃)より僅かに低い30~35℃までの低下に留まっていた。

④筋肉の収縮活動(筋肉の活動量)を示す指標のERK1/2(アーク)のリン酸化(マップカイネースと呼ばれるファミリーの一つ)も顕著な低下が判明し、筋肉の活動そのものも落ちていた。

以上①~④の結果を踏まえて、省エネモードの中での筋タンパク量の維持、つまり、筋タンパクの分解経路が抑制される仕組みに焦点を当て、この仕組みを解明するために、液性因子に着目し、『未だ物質の特定はできていないものの、体液中には何らかのホルモン様の物質が放出され、それが筋肉細胞に影響を与えているのでは』という仮説を立てた。

(研究4)

世界には同じ発想でクマの筋肉の研究をしているグループが3~4施設あり、そのうちの一つのグループによる先行研究で、冬眠中のヒグマから血液を採取し、その血清をヒトの筋肉の培養細胞にかけることで、筋タンパクの分解系の低下が確認された。

先行研究ではヒグマを使っていたので、ツキノワグマの血清でも同じようなことが起きるかということで、演者らもヒトの筋芽細胞を筋幹細胞に分化させた後に、冬眠中のツキノワグマの血清と、コントロールとして活動期にあるツキノワグマの血清を、各々筋幹細胞に乗せる実験を行った。結果は、タンパク質の合成量に関しては活動期の血清と冬眠中の血清との比較で、その効果には有意差は認めず、ともに、合成量を増加させる作用は確認できなかった。しかし、冬眠中のツキノワグマの血清を乗せた群は活動期の血清を乗せた群に比べて、維持される筋タンパク量が20%程度優っていた。

タンパク質の分解系の指標をみると、冬眠中の血清を乗せた群ではユビキチン・プロテアソーム経路に関係する酵素の一つであるユビキチンリガーゼをコードする筋萎縮原因遺伝子MuRF1の発現が、劇的ではないものの少し落ちていることが解り、タンパク質の合成と分解のバランスの中で、何らかの液性因子*を介して、分解を抑制する機序が、冬眠中のクマの筋肉で働いていると考えられた。

※教室では現在、この液性因子の本態の解明に取り組んでいる最中とのこと。

研究室で飼育可能な小型冬眠動物モデルの特徴

冬眠の定義は、低い代謝状態が継続することであり、動物の種によって冬眠の形態は異なっても、共通する現象として不活動の状態を長い期間続けた後でも体を動かす機能は維持されることが判明している。

実験室や研究室での飼育が可能で、遺伝的なバックグラウンドがきちんとわかっている冬眠動物として、研究実験に使用されるモデルとしては、リスやハムスターがある。冬眠の前後の比較で、筋力、心筋機能、骨量等がほとんど落ちず、不活

動の状態でも静脈血栓の形成もほとんど起こらないことが解っている。ちなみに小型動物も冬眠中は省エネモードに入っており、活動期の心拍数が300～400回/分であるのに対して、冬眠期はクマと同様10回/分以下へ低下している。

クマの場合は大量の脂肪を蓄えた栄養リッチの状態です。冬眠に入り、体温も僅かな低下に抑えられているが、小型動物は栄養不足がトリガーとなって冬眠が誘発され、冬眠中の体温も4～5℃へと、活動期の37℃から劇的に低温へと変化させて冬眠に入る。小型動物は冬眠中も3～7日程度の深冬眠のあと、一時的に覚醒し、その際は37℃に復温し、餌を食べ、水を飲んで、排泄し、また冬眠に入るといったパターンを繰り返しつつ越冬する。ちなみに、クマは一旦冬眠に入ると春までは中途覚醒せず、排泄もせずに一冬(5～6か月)を過ごすので、小型動物の冬眠の形態はクマのそれとは大きな違いがある。

冬眠動物における骨格筋萎縮耐性獲得機構の探索においては、冬眠の形態がクマとは異なる小型動物を用いる際、クマの研究と同じような視点での研究が的を得ているか否かを検証する実験も併せて行うことになる。

小型冬眠動物モデルでの研究結果

(研究5)

現在、教室ではハムスターを使って研究を進めている。中でもシリアンハムスター(いわゆるゴールデンハムスター)と呼ばれる種類を使っている。

ハムスターの坐骨神経支配を外科的に遮断することで、通常であれば筋萎縮の最も強烈なモデルを作成し、冬眠時と同じ低温の環境下で冬眠を誘発した群と、非冬眠の状態にした群の2群間で、2週間経過後の筋萎縮の程度を比較した。非冬眠群では2週間で3割程度の筋肉量が一気に落ちたが、冬眠群では全く筋肉は衰えなかった。

(研究6)

冬眠の時に特異的に機能を停止する筋萎縮誘導因子というものがないかを検討し、冬眠に伴って発現が変化している遺伝子を網羅的な全遺伝子検索で調べて、除神経により筋萎縮を誘導した際に、非冬眠状態では著名に活性化するものの、冬眠状態だと変化しないか、むしろ発現が抑制される遺

伝子^{**}をいくつか既にみつけている。

※※アンパブリッシュなデータとして、講演ではその詳細は語られなかった。

(研究7)

これらの筋萎縮誘導因子の候補として拾い上げた遺伝子の一つ(ユビキチンリガーゼの発現に関連した遺伝子)をノックアウトしたfloxマウスで、除神経による筋萎縮が誘導されるか否かの最初の研究データが得られたが、結果は筋萎縮がみられたので、残念ながら、この遺伝子単独の制御では、冬眠による筋萎縮抵抗性を発揮するには至らないことが判明した。

小型冬眠動物での研究における課題と今後の展望

小型冬眠動物では、冬眠により、タンパク分解経路のシグナル伝達を抑制するような液性因子が導かれた結果として、筋タンパク分解が抑制されているのか、又は、低温環境下で体温も極端に低温になることから、タンパク分解系の酵素すら働かなくなるために、単に冷蔵庫に保存した食用肉が変化しない現象と同様の現象を見ているだけなのかを見極める必要がある。

筑波大学の桜井先生と理化学研究所の砂川先生の研究チームが、体温調節中枢である視床下部に存在するQニューロンを任意のタイミングで特異的に活性化させるという技術を用いて、マウスの人工冬眠モデルの開発に成功した。

通常は冬眠しない非冬眠動物であるマウスを用いた人工冬眠モデルは、体温が下がらない状態での冬眠誘導が可能となる。現在、このモデルを用いて冬眠で誘発された筋萎縮誘導因子の候補となる遺伝子群について、その発現のオン・オフによって、筋肉が衰えるのか、衰えないのかという検討を実施中である。

以上、講演の中で語られた「教室での研究に関する項目」を時系列で列挙しました。

講演の締めくくりに述べられた希望の光

講演の最後に、冬眠研究をヒトに応用する上での希望の光として、冬眠する霊長類のマダガスカルフトオコビトキツネザルというアフリカのマダガスカル島に生息している手のひらサイズのサルが紹介されました。冬場の乾期で餌が少ないとき

は冬眠をして過ごし、夏場でも雨が降らないで、暑くて餌が少ないときにも夏眠をし、代謝を落として過ごすことが知られているとのことです。

栄養補給がままならないときに、冬眠や夏眠で自由自在に代謝を落とすスイッチをオンにできる霊長類の存在は今後の研究に大いに励みになっているとのことです。

ヒトでは、日本人で神戸の六甲山から落ちて24日ぶりに発見された時に直腸温が22℃の状態で見送られていて、病院に搬送されてから一時的に心停止に陥ったものの、そこから復活された方

の例が紹介されました。発見されるまで意識消失の状態、1か月近く摂食・摂水をしておらず、体温が20℃ぐらいまで下がった状態で生き延びられたので、意識消失の際に省エネモードに切り替わる何らかのスイッチがヒトの中にもあるのではないかと、希望的に考えておられるようです。

温かい人工冬眠モデルを用いた研究で、運動が叶わなくなった状況下でも筋萎縮を免れ、健康寿命の延伸に繋がるような画期的な成果が得られる日が訪れることを願っています。

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

〔印象記：宇部市 福田 信二〕



血管炎とは動脈の壁の中に免疫細胞が入り込んで炎症を起こし、血管の壁を壊し、壁が肥厚して動脈が狭窄するか、壁が薄くなって動脈瘤になり、臨床兆候をきたしてくる。2012年にANCA（抗好中球細胞質抗体）関連血管炎の名称が変わり、ウェゲナーやチャーグストラウスと呼ばれていたものが多発血管炎性肉芽腫症（GPA）、顕微鏡的多発血管炎（MPA）、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症（EGPA）に変わった。血管炎は30種類以上ある。原発性と二次性に分け、原発性はいわゆる膠原病の血管炎、二次性は感染症、他の膠原病、薬物などが原因のものをいう。C型肝炎、B型肝炎に伴って出てくる血管炎、梅毒、結核は大動脈炎を起こす。甲状腺のプロピルチオウラシル、メチマゾール、C型肝炎治療薬のソフォビル、ミノサイクリンもANCAが陽性になる。免疫チェックポイント阻害剤、G-CSFも大動脈炎をおこす。腫瘍随伴性血管炎、MDS随伴性血管炎、最近注目目はVEXAS症候群、50歳60歳ぐらいの男性に発症してくるX染色体関連で、免疫細胞に体細胞変異が起きて、再発性多発軟骨炎や結節性多発動脈炎（PN）が出てくる。血管のサイズで分

ける場合には、大型血管炎、中型血管炎、小型血管炎に分ける。大型血管炎は大動脈とその第一分枝が実質臓器に入る手前の動脈を中心に血管炎の炎症が起こる。中型の血管炎は実質臓器の中の動脈で血管造影で見えるようなサイズの血管に起こる。小型の血管炎は生検しないと見えないようなサイズの血管に起こる。ただオーバーラップすることもあり、ANCA関連血管炎が大動脈炎を起こすこともある。血管炎の症状は、炎症症状として発熱、倦怠感、体重減少、夜間盗汗のような非特異的な症状がでる。血管による症状は、血管が狭窄する虚血症状、あるいは瘤になり破裂する出血症状がある。例えば、神経を栄養している血管が虚血になり、頭で起きると脳梗塞、末梢神経で起きれば、多発単神経炎になる。腎炎も起きるが、糸球体の中で出血して顕微鏡的血尿になる。主として炎症を起こしている血管のサイズによって出てくる症状が大きく異なり、糸球体腎炎は基本的に小型血管炎の症状。血痰がある際には、大型血管炎による肺動脈瘤や小型血管炎による肺泡出血が考えられる。指先が壊死を起すのは中型の血管炎。径の大きな血管は、多少狭窄を起こしても

血流が比較的保たれるのに対して、径の小さな血管は簡単に狭窄してしまうということからも分かるように、血管に由来する血管炎の症状は大型血管炎では出づらく非特異的になりやすいのに対して、小型血管の方が血管由来の臨床臓器症状が出やすい傾向にある。血管炎を疑うきっかけは、症状をもとに、どんな血管の径なのかを考えて、全身の中で血管炎がらみの症状を捉えて、複合的に考えて鑑別診断するのが第一歩。その後に組織診が可能であればする。最後に似たような症状をきたす病気を必ず除外する。薬剤や感染症、悪性腫瘍、他の膠原病はないか考えながら、臨床診断をして治療していく。血管炎に伴う紫斑は palpable purpura と呼ばれ、中心が盛り上がり、周りに赤い炎症がある紫斑。出血傾向で出る単純性の紫斑と少し異なる。皮膚の血管炎は真皮の下層、脂肪織が見えるところが、小型の血管炎のゾーン、それより下が中型の血管炎のゾーンになる。小型の血管炎のゾーンでは紫斑症状が現れ、中型の血管炎ゾーンでは網状皮斑、あるいは皮下に結節が出て結節性紅斑になる。皮膚に小型血管炎が起きうる全身性血管炎としては、MPA、GPA、EGPA、クリオグロブリン血症、抗GBM抗体病、IgA血管炎がリストに挙がる。紫斑で一番多いのはIgA血管炎。紫斑が出る前に、何らかの感染症がトリガーになっていたり、成人の場合はがんが隠れていることがある。IgA血管炎では、紫斑とともに腹部症状、関節症状、糸球体腎炎が出てくることがある。IgA血管炎の腎臓の病理像は、IgA腎症と区別がつかない。臨床的には紫斑や血管炎の症状が出ているのがIgA血管炎と呼ばれ、腎臓しかないものがIgA腎症と呼ばれている。IgA血管炎は皮膚にしか出ない場合もあり、診断は生検での蛍光免疫染色でIgAの沈着が85%~90%ぐらいに見られる。見かけることは少ないが、クリオグロブリン血症に伴う血管炎でも紫斑が見られることが多い。以前はC型肝炎のものがほとんどなのでC型肝炎の人で皮膚の血管炎が出たら、クリオグロブリン血症を強く疑った。糸球体腎炎、末梢神経障害が出てきたりする。抗GBM抗体病ではあまり紫斑は出ない。紫斑はGPA、MPA、EGPAなどのANCA関連血管炎では頻度は高くない。臨床的にどのような全身性血管炎かは、全

体の臨床像から当たりをつけていく。MPAでは糸球体腎炎が圧倒的に多く、その他、間質性肺炎や肺泡出血が起きる。GPAでは慢性副鼻腔炎が9割方ある。副鼻腔炎、肺の結節影、そして最後腎炎が出てくるのが古典的な症状の出現の順番である。EGPAは喘息が数年あった後に、好酸球増多が見られ、その後、血管炎症状が出てくる。日本では末梢神経障害が出てくるのが8~9割ある。小型の血管炎、紫斑があるような際に最も大切なのは、病歴を聴取し、しっかりと診察を行うことだが、糸球体腎炎は臨床症状に乏しいので必ず腎機能のチェックと尿検査にて糸球体腎炎の兆候がないか見ることが大切である。また、肺も無症候で病変があることがあるのでCTも多くの場合で必要となる。皮膚生検でできる白血球破砕性血管炎はどんなタイプの血管炎かの鑑別にあまり役立たない。血液の検査ではANCAがある。MPAではMPO-ANCA、GPAではPR3-ANCAが陽性になることが多い、EGPAは基本的には好酸球が増加し、ANCAも半分以下の人で陽性になる。EGPAの場合ANCAが陰性だから違うと言えない。クリオグロブリン血症はクリオグロブリン検査陽性、補体のC4が低下、リウマチ因子が陽性。抗GBM抗体病はGBM抗体が陽性。IgA血管炎はIgA増加が半分程度いる。副鼻腔炎と肺だけではANCA陽性でも3割はGPAではない。MPAの場合、急速性進行性糸球体腎炎であればANCAが陽性ではぼ診断がつくが、抗GBM抗体病との合併もあるので要注意。1例目の60歳の男性の血管炎類似の症例は最終的には亜急性感染性心内膜炎で抗生剤投与で完治した。血流感染症は血管炎に似た症状を来たすので注意が必要。新型コロナもANCA陽性を引き起こし、潰瘍性大腸炎でもANCAが陽性になる。プロピルチオウラシルやミノサイクリンなどの薬剤誘発性ANCA関連血管炎も注意が必要。2例目は30代前半の女性、しびれ。20歳代から喘息が出て、5年後から足先のしびれが出て、1か月後から、下垂足。好酸球が23,500、ANCAは陰性、神経伝導速度で多発単神経炎、EGPAという診断。ANCA関連血管炎では、共通する小型血管炎の症状はどの疾患で出てきてもおかしくないが、血管外の炎症によって出てくる症状によって3つの病気に分けられてい

る。MPAはピュアな血管炎症状だけ。GPAは血管の外の肉芽腫性炎症が出てくる。EGPAは好酸球性の炎症、喘息、好酸球性副鼻腔炎が出る。他に好酸球性肺炎、心筋炎が起こる。ANCAには細胞質が染まるCタイプと核の周りが染まるPタイプがあり、対応抗原は、PR3とMPO。ANCA関連血管炎の病態は好中球が炎症性の刺激で活性化した時、ANCAの抗原であるPR3やMPOが細胞の表面に出てくる。これにANCAがつくと、さらに好中球が活性化され、補体の中の代替経路(Alternative pathway)が活性化し、好中球をさらに活性化させいろいろな病変を起こす。肉芽腫は好中球が活性化して微小膿瘍を作り、その微小膿瘍の炎症の反応を抑えきれなくなり、肉芽腫で周りを固めるようにマクロファージが集まってくる。末梢神経障害を起こす血管炎はPN、EGPA、MPA、GPA、神経を栄養している血管はフィブリノイド壊死を起こして血管が詰まって虚血に陥っている。EGPAでは上記のような血管炎の虚血に加えて、好酸球自体も神経障害に関わっている可能性がある。好酸球は自爆して死ぬ現象Eosinophil extracellular trap cell death (EETosis)があり、好酸球が自爆死して網目状の物質を放出、その中に好酸球の毒性のある顆粒がたくさん含まれている。EETosisが起きる際に、細胞質のガレクチン10という蛋白が結晶化し、シャルコーライデン結晶が生成されることが知られ、この現象がEGPAでも観察されている。山口大学神経内科の竹下先生の報告によると、EGPAの末梢神経障害は症状出現から40日以上経って治療した場合には回復することがなかったため、早期の診断、早期の介入が神経機能回復には重要となる。血管炎のしびれは多発単神経炎が特徴でしびれが先に進んで、その後運動障害が出てくる。感覚障害症状は神経が多少障害されると現れるが、運動障害症状は繊維がたくさんやられないとでない。なるべく早く見つけるために、痺れがあるような患者さんには、喘息の既往や好酸球の上昇、またはCRPの上昇がないかと疑い、血管炎の可能性がある場合には早めの専門医への相談が重要となる。3例目は高齢者に多い病気。80歳女性、2週間前から肩、首、臀部が痛い、朝のこわばりが強くて起き上がれない。午後になると症状が和ら

ぐ。これらは、リウマチ性多発筋痛症の症状であるが、PMRの中に巨細胞性動脈炎(GCA)が隠れている可能性がある。注目すべき症状は、新規発症の頭痛、顎跛行、頭皮の違和感、眼症状、四肢の間欠性跛行である。GCAはもともと欧米の白人に多く、メイヨークリニックのホートンが病理組織で動脈炎を証明したのでホートン病と言われていたこともある。平均70代に起こる。女性の方が少し多い。20年前、日本には数百人しかいないと言われていたが現在では5,000人程度いる。特徴的な症状が頭痛だが、高齢になってから頭痛が出てきたとか、今までと違うタイプの頭痛が出てきた時にはこの病気が隠れてる可能性があるので一回CRPを測ってみる。他には頭皮がビリビリする感じ、特に櫛でとくと頭が痛い、顎跛行(ものを噛んでると顎が痛くなる)、最も重篤な症状としては片眼の失明である。痛みを伴わない、突然発症の失明が起こることがある。その他に、全身性の炎症症状が出たり、高安動脈炎のような大型血管炎の症状も起こし、腕を使うと腕が徐々に痛くなる腕の跛行症状、足の跛行症状も出たりする。GCAでは大動脈に炎症が出るとともに、大動脈から少し離れたところ、腋窩動脈や後毛様体動脈などに炎症が出るのが特徴である。EULARではGCAがあると、側頭動脈、腋窩動脈の超音波をする。ドプラーを入れて、ドーナツサイン、コンプレッションサインを見ると感度70%、特異度90%でわかる。ゴールドスタンダードは側頭動脈生検。側頭動脈生検も7~8割ぐらいしか検出できない。2cm以上と長く検体をとることや、検体の切片を細かく取ることなどが陽性率を上げるコツである。病理初見では、単核球の血管壁への浸潤、巨細胞を伴う肉芽腫性炎症、内弾性板の途絶などが見られる。巨細胞が観察できる例は50%と言われている。いわゆる壊死性血管炎のような所見が外膜にある栄養血管にみられることがあるが、この場合はANCA関連血管炎やPNが隠れてないかを疑う。

血管炎の治療は一般的には診断後、寛解導入療法として高用量グルココルチコイドと免疫抑制剤を使い、その後寛解維持療法として免疫抑制剤少量のステロイドを投与する。寛解導入療法を3~6か月、維持療法を最低2年することが多い。

昨年厚生労働省の難病研究班から ANCA 関連血管炎の治療のガイドラインが出た。重篤な場合にはグルココルチコイドにリツキシマブやシクロホスファミドを併用する。ANCA 関連血管炎では標的療法が主流になりつつあり、リツキシマブ（B 細胞枯渇療法）が使われることが多くなってきている。シクロホスファミドは分裂が早い細胞を傷つけるので消化管の症状、粘膜障害が起こるが、リツキシマブはオフターゲットの有害事象が少ない。もう一つ C5a レセプターの阻害薬アバコパンが承認された。GPA や MPA では補体の代替経路の活性化があることが知られるようになってきている。補体のカスケードでは最終的に C5 が C5a と C5b に分かれる。C5b の方はその後、細胞膜障害複合体（membrane attack complex）を形成する。C5a はケモアトラクタントであり、好中球にある C5a 受容体に結合すると好中球の活性化をおこす。アバコパンはこの過程を抑える薬剤で

ある。使い方はリツキシマブやシクロホスファミドの代わりではなく、これらと併用しながら、グルココルチコイドを急速に減量、あるいはグルココルチコイドの代替に使っていく。EGPA については IL-5 の阻害薬が新しい標的治療薬としてできて、現在、メポリズマブが使用されているが、今後ベンラリズマブも承認される予定である（注：その後 2024 年 12 月にベンラリズマブも承認された）。高安動脈炎と巨細胞性動脈炎は標的療法として IL-6 を抑える薬が承認され、グルココルチコイドとの併用で治療されている。グルココルチコイドに関してはプレドニゾロン 1mg の使用でも骨粗鬆症のための大腿骨骨頸部骨折、椎体骨折のリスクが未使用に比べて高くなるので可能な限りステロイドを減らし、そのために代替の標的治療薬や免疫抑制剤をうまく組み合わせて使うというのが昨今の流れになっている。

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

[印象記：防府田中 浩]



スポーツ外傷と障害

外傷と障害は必ずしもきれいに分けられるものではなく、常に重なっている部分がある。外傷で構造的・機能的な破壊が起こって、急性期から慢性期に陥ってなかなか治らない障害という状態になってしまうのがスポーツ外傷・障害である。一度の大きな外力で起こる骨折や打撲、捻挫などの外傷は予防困難であるが、障害はオーバーユース・オーバーロードが中心であり予防が可能な部分がある。

膝前十字靭帯（ACL）損傷

急性外傷スポーツ医学で代表的な疾患として膝の前十字靭帯（ACL）損傷が挙げられる。膝関節内にある前十字靭帯が大きな外力を受けて受傷す

るが、受傷機転は主に非接触性の外傷である。代表的なものが、例えばバスケットであればターンやカッティングの動作、膝伸展での急激なストップや膝過伸展での片足着地などである。発生要因として、内因性では関節弛緩性、下肢アライメントの問題、靭帯の太さ、外因的なものとしては、体の動き、筋力とバランス、技術レベル、コンディショニングの問題などがある。受傷時にはポップ音と言われるような断裂音が認められることがあり、症状としては脱臼感、膝崩れなどがある。関節内に血腫が発生し腫脹がみられる。診断は MRI が有用で、最終的には関節鏡検査・手術である。この損傷で問題になるのは靭帯損傷だけではなく、半月板損傷や関節軟骨の損傷を合併することである。若いアスリートの治療の基本は手

術的治療である。

腰椎分離症

慢性障害の一つの代表として成長期の腰椎分離症がある。患者の数はかなり多く見られ、スポーツ活動をしている子どもたちで1週間以上続く腰痛があり、特に腰椎伸展時に認める場合はまず疑うべき疾患である。基本的には腰椎の疲労骨折であり、初期に発見しないと治療が困難となる。身体所見として限局した棘突起の圧痛やKemp徴候などが挙げられるが、基本的には画像診断と臨床症状でいかに早く見つけていくかが重要となる。医療機関を受診した際に、単純X線で認められるほどの骨折があれば既に終末期である。早期診断にはMRIが有用で、特にT2脂肪抑制(STIR)像での高信号像が認められれば急性期の段階と判断される。さらに病期分類のためにCTで確認するのが一般的な流れである。初期、進行期、終末期と進むにしたがって骨癒合せせるのが困難となるため、いかに初期の段階で捉えるかが大事である。スポーツ診療の現場では腰痛で病院を受診する子どもたちのうち約30%くらいは急性期を含めた腰椎分離症の診断になると言われている。徳島大学整形外科の西良浩一先生のグループによる治療指針が標準的な流れになっている。われわれ整形外科医は、将来的なことを考えて、スポーツを最優先するのではなく、当然骨癒合せせることを考えている。初期では保存的治療をしていけば90%以上は治るが、進行期と進んで、例えばMRIでの浮腫像がもう見られないような時期になると、骨癒合率は30%以下に低下する。終末期で見つかり骨癒合は望めず、いかに疼痛を抑えてスポーツを考えるかという治療方針になり、これは一つの慢性障害である。この疾患ではいかに早期に診断してあげるかというのが一番重要なポイントになる。

足関節捻挫

足関節は脛骨と腓骨の二つの骨で構成されるmortise(ほぞ穴)の中に距骨がはまり込んで距腿関節を形成している。距骨滑車は前方が少し広くて後方が狭く、上から見ると台形のような形をしている。足関節を底屈させた場合、多少の遊び

があるが、最大背屈するとかかなりロックされたような状態になる。足関節周囲にはたくさんの靭帯が存在しており、外側には前距腓靭帯、踵腓靭帯、前脛腓靭帯、後距腓靭帯がある。内側にはひとまとめに三角靭帯と呼ばれる靭帯が存在し、これは浅層と深層に分けられ、さらに細かく、浅・深後脛距靭帯、深前脛距靭帯、脛踵靭帯、脛スプリング靭帯、脛舟靭帯に分けられる。

いわゆる「ねんざ」は受傷機転にすぎない。また「ねんざ」の定義も曖昧であり、関節の靭帯の一部が損傷するが連続性は保たれているもの、関節の生理的可動域を超えた動きを強制されたときに起こる靭帯損傷で骨折や脱臼は含まれない、関節に力が加わって生じるケガのうち骨折や脱臼を除いたもの、などが記されている。医学的に共通概念として考えられているのは、足関節の生理的可動域を超えた動きを強制されたときに起こる傷害のなかで正常な足関節の形状を保っているもの、である。ただ一般的には「関節の軽度の外傷」「自然に治癒する軽症の外傷」「たかが足くびのねんざ」という認識であり、治療を難しくしている一つの理由になっている。靭帯損傷に対し適切な治療が行われず不安定性が残存し、何回も捻挫を繰り返すようになり、「私は足首緩いんです」と自覚している人は結構多い。この不安定性が残存すると、それ自体が関節軟骨の損傷を起しやすいう状況になり、ほぼ変形性関節症が必発となる。

日本体育協会による中高生の部活動におけるスポーツ外傷発生の調査によると、足関節捻挫の発生頻度は他の代表的な外傷に比べても圧倒的に高い。受傷後に医療機関を受診しているのは約3分の1程度であり、整骨院、接骨院、整体などのいわゆる医療類似行為への受診も多く、無治療の患者もみられる。初期の的確な診断や初期治療がされなければ病態が難治化・慢性化する事が足関節捻挫の診療を難しくしていると考えられ、大きな課題となっている。

現在勤務している周南公立大学でスポーツ医学の実習をしている学生を対象としたアンケートで、「スポーツでケガをしてしまって日常生活の支障はわずかだけど、痛みが持続している場合どのような対応しますか?」という質問をしたところ、「整形外科を受診して診断を受けて治療し

てもらいたい」というのは約3分の1で、同等数は「整体や整骨院に行って治療を受けます」と「自分で何らかの処置をして対応する、様子を見る」という回答であった。この背景には、整形外科では診断はするが、手術以外の治療はしてもらえないという認識がある。整形外科を受診しても、レントゲン撮影だけで骨に問題ないですよとの説明があり、スポーツを休止してシップを貼って安静にしてくださいといわれるだけで、これは治療は何もしてもらってないと思われても仕方がないと考える。いつまでどういうふうにスポーツを休止して、その次にその間に何をすればいいか、などの具体的な指示や説明が乏しい。一方、整骨院、接骨院などでは、当然診断はしないはずであるが、体を触って治療をしてもらって、より満足感が高いと思われる。

「ねんざ」は足関節の内がえしで受傷するパターンが一番多い。「ねんざ」は受傷機転であり、内がえし捻挫で疑う損傷状態としては、前距腓靭帯損傷、前下脛腓靭帯損傷、踵腓靭帯損傷、二分靭帯損傷、腓骨筋腱損傷、第5中足骨近位部骨折、外果遠位端骨折、外果骨端線損傷、などが挙げられる。また、その他の合併損傷や注意すべき病態として、足関節骨軟骨損傷、腓骨筋腱脱臼、インピンジメント症候群、Jones骨折、足関節形態異常、下肢アライメント異常などがあり、足関節捻挫はさまざまな病態を含むひとつの症候群とも考えられる。

診断のうえで問診は重要であり、受傷状況（例えばジャンプの着地、切り返し動作、側方からのタックル、足関節の過底屈など）、応急処置を行ったか、その後の症状の経過、罹患関節の外傷歴と受傷前症状、患者背景、職業、スポーツ、趣味など、またアスリートの場合は競技種目、レベル、大会予定、全身併存症などを詳細に聞き取る。身体所見として、歩容、腫脹、皮下出血、関節可動性などが重要で、疼痛部位を指1本で指示してもらうことも診断価値がある。圧痛点も足関節周囲に多数あり詳細に調べる。前方引き出し・内がえし・内旋・外旋などの徒手のストレステストも重要である。画像診断で単純X線の意義としては、足関節周囲骨折の否定、陳旧例の合併症チェック、状況に応じて下腿全体撮影の検討など

がある。ストレスX線は、外側靭帯損傷新鮮例には不要であるが、外側靭帯損傷陳旧例には術後の評価項目の一つとなり、遠位脛腓靭帯損傷例には手術適応の判断に用いられる。具体的には内がえしのストレステストでは距骨傾斜角が10度以上又は健側との差が3度以上が陽性、前方引き出しテストでは距骨の前方移動距離が6mm以上又は健側との差が3mm以上が陽性とされている。CTは陳旧性足関節不安定性例の術前検討、遊離骨軟骨片及び軟骨下骨の骨嚢腫、骨性インピンジメント（前方、後方）の評価に用いられる。Os subfibulareは小児期の捻挫で骨膜が剥離して成長とともに大きくなったもので、CTで明瞭に確認できる。MRIは陳旧性足関節不安定性例での前距腓靭帯の形態観察や遺残性疼痛例に対する骨軟骨損傷チェックに有用である。この10年で運動器診療を大きく変えたのは超音波検査であり、特に靭帯損傷の診断には非常に有用である。超音波は軟部組織損傷の鮮明な描出が可能であるが、理解するために使いこなすスキルが必要で評価には検者の知識と経験値が重要である。小児の捻挫では腓骨の剥離骨折の頻度がかかなり高く、X線よりも超音波検査の方が明らかに診断価値が高い。

スポーツ外傷の初期対応として「PRICE」Protection/Rest/Ice/Compression/Elevation（保護/安静/冷却/圧迫/挙上）は一般的に今も行われている。新鮮足関節外側靭帯損傷に対するPRICEも最も行われている初期対応法であるが、有効性と安全性は十分に検討されていないのが現状で、エビデンスが十分ではなく、さらなる臨床研究が必要である。スポーツ現場では「急性炎症は損傷組織の治癒に必要な生体反応であり、局所血流を減少させるアイシングはかえって治癒機転を遅延させるのではないか」という議論も起こっているが、医療処置の対象となるような重症ねんざの場合には、過剰でないアイシングを含むRICE/PRICE処置は、不利益を大きく上回る利益があると考えられる。

最後に周南公立大学人間健康科学部スポーツ健康科学科について紹介された。2024年県内で初めてできた学科であり、アスレチックリハビリテーションを行うリコンディショニングから、さ

らには強化するコンディショニング、栄養・メンタルの指導を備えたメディカルの相談、さらに看護学科の先生によるいわゆるスポーツナースの推進ということを取り入れながらアスレチックトレーナーを目指す学生たちを中心に指導している。

テイクホームメッセージとして以下の項目を提示された。

- ・足関節捻挫の病態は多様です。
- ・診断は決して簡単ではありません。
- ・外側靭帯損傷と決めつけないでください。
- ・骨折がないだけで終わらないでください。
- ・適切な画像検査を選択しましょう。
- ・超音波検査は重要なツールです。

山口県医師会メールマガジンのお知らせ

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

メールマガジン配信をご希望の方は、①又は②の方法でご登録ください。

①スマートフォンの方

右のQRコードからアクセスし、必要事項を入力してください。



②パソコンの方

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

(折り返し、登録に関するご案内をお知らせいたします。)

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

山口銀行はスマホ1つで

いつでも、どこでも、カンタンに

口座開設も

残高照会も

お振込も

お店に行かなくても大丈夫。便利に使えるアプリです。

この世界で。
この国で。
このじぶん。

YMfg



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



ダウンロードは
コチラから



令和7年度 春季山口県医師・ファミリーテニス大会

と き 令和7年5月18日(日)

ところ ゼオンアリーナ周南庭球場

[報告：下関市医師会 松永 尚治]

5月18日(日)、周南市のゼオンアリーナ周南庭球場にて、春季山口県医師・ファミリーテニス大会が開催されました。県内の医師及びご夫人が周南市に集まり、みんなで汗をかきながらテニスと意見交換を楽しみました。

この4月より、山口県医師テニス協会は新体制となりました。これまで長く会長として従事された周南市の宇野慎一先生が退任され、宇部市の鈴木克佳先生が会長に任命されました。また、会計を務めてくださった山口市の野村耕三先生が退任され、私、松永尚治が会計及び副会長として後任となりました。

また、各地区の代表はそれぞれ周南市 前田一彦先生、宇部市 東良和先生、山口市 赤川誠先生、下関市 野村裕先生が担当されております。

そのような新体制でのファミリーテニス大会でしたが、開催1週間前での天気予報は降水確率90%の大雨予報でした。今大会は間違いなく中止と皆が予想していたところ、開催が近づくにつれて降水確率がぐんぐん下がっていくではありませんか!!まさかの2日前には降水確率0%くもり

予報となり、無事に大会を開催することができました。新体制メンバーの中に、驚異的な晴れ男がいらっしまったのだと思います!!

大会は男子ダブルスリーグと夫婦ダブルスリーグに分けて行われました。皆さん、日ごろの練習の成果を発揮されておりました。

私は当日抽選で北川博之先生とペアを組むこととなり、進行した自身の老眼と戦いな

がらなんとかボールを懸命に追いかけてました。夫婦ダブルスでも優勝された北川先生の力を借りて、そしてツムラ68芍薬甘草湯の効能を借りながら、なんとか男子ダブルスリーグで優勝することができました!!北川先生、ありがとうございます!!そして、2冠おめでとうございます!!

テニスという競技を通じて、医師及び医療機関同士の連携がより強固になり、さらに地域に貢献できるものと考えております。

このたび幹事を務めていただいた、周南地区の先生方、本当にありがとうございました。

大会結果

医師ダブルスグループ

優勝 北川(博)、松永
準優勝 水町、野村(裕)

夫婦ダブルスグループ

優勝 北川(博)、北川(昭)
準優勝 赤尾、白石



理 事 会**－第5回－****6月5日 午後5時～7時15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・藤井・中村・森・吉水各理事、宮本・友近・淵上各監事

協議事項**1 定款等検討委員会答申について**

令和8年度山口県医師会費の賦課方法及び役員等の報酬について、標記委員会からいずれも前年度と同額とすることが適当と答申されたところであり、これを承認し、定例代議員会の議案とすることを決定した。

2 令和7年度山口県救急医療功労者知事表彰候補者の推薦について

山口県医療政策課長から標記候補者の推薦依頼があり、1名を推薦することを決定した。

3 山口県医師会第198回定例代議員会における質問について

代議員1名による予告質問について協議を行い、対応者等を決定した。

4 母体保護法による指定医師の申請について

指定医師申請1件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。

5 中国四国医師会連合分科会の議題について

標記分科会ごとの提出議題及び日本医師会への提言・要望について協議を行い、中四国各県からの提出議題等を確認の上、最終決定することとした。

6 救命・AED市民公開講座 in 山口の後援について

日本光電工業株式会社から山口市で開催する標記講座の後援依頼があり、山口県の後援が確定していれば名義後援することを決定した。

報告事項**1 都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会****(5月23日)**

全国医師会勤務医部会連絡協議会の担当医師会の報告・挨拶の後、医師偏在対策、医師会と大学との協働について協議が行われた。(中村洋)

2 山口県弁護士会役員披露・関係団体交流会**(5月23日)**

標記交流会に参加し、情報交換を行った。(加藤)

3 第1回COPD対策推進委員ワーキンググループ**(5月23日)**

COPDスクリーニングチーム、フォローチーム養成研修会、資料作成、県民公開講座、医療従事者等に対する研修会等について協議を行った。(岡)

4 第1回生涯教育委員会 (5月24日)

中高生の職業体験事業、山口県医学会総会(山口市)、生涯研修セミナーの企画等について協議を行った。(茶川)

5 地域に根ざした医師会活動プロジェクト第4回シンポジウム (5月24日)

厚生労働省の鶴田課長の基調講演の後、「一次予防」、「二次予防(早期発見)と治療」、「共生」と題した講演等が行われた。(岡)

6 山口県介護保険関係団体連絡協議会総会**(5月28日)**

役員改選、令和6年度の事業報告及び決算、令和7年度の事業計画(案)及び収支予算(案)について協議が行われた。(伊藤)

理 事 会

7 中国地方社会保険医療協議会山口部会

(5月28日)

医科2件、歯科1件、薬局1件の指定が承認された。(淵上)

8 山口県予防保健協会定例理事会 (5月29日)

副理事長の選定、2024年度の事業報告・決算報告、評議員会の招集等について協議が行われ、承認された。(中村洋)

9 新規個別指導 (5月29日)

下関市の2医療機関の指導の立会を行った。

(竹中、木村)

10 医事案件調査専門委員会 (5月29日)

診療所1件、病院2件の事案について審議を行った。(縄田)

11 郡市医師会成人・高齢者保健担当理事協議会

(5月29日)

健康づくりに関する事業、肝炎対策、アレルギー疾患対策、糖尿病対策、COPD対策・禁煙推進等について協議を行った。(岡)

12 やまぐち移植医療推進財団第1回通常理事会

(5月29日)

令和6年度事業報告及び決算(案)、委員会の開催(案)、角膜提供の動向等について報告・協議が行われた。(中村洋)

13 臨床研修医交流会第2回幹事打ち合わせ会

(5月30日)

プログラムの全体の構成(時間割)、担当幹事(役割分担)、今後のスケジュール等について協議を行った。(中村洋)

14 学校医研修会・学校医部会総会・予防接種医研修会・学校心臓検診精密検査医療機関研修会

(6月1日)

安来市医師会診療所の成相院長による「妊婦へ

のRSVワクチン接種に期待されること」と題した講演のほか2講演をハイブリッド方式で開催した。出席者110名(河村、長谷川)

15 医療事故調査委員会 (6月2日)

医療法第6条に基づく医療事故調査として行い、臨床経過の概要、院内事故調査委員会の結果報告等について説明・検討を行った。(縄田)

16 山口県病院協会定時総会 (6月3日)

来賓として出席し、祝辞を述べた。(加藤)

17 日医第4回医療IT委員会 (6月4日)

担当役員からの近況報告の後、紙カルテ利用の診療所の電子化対応可能性に関する調査、委員会答申について協議が行われた。(中村洋)

18 山口県救急医療提供体制Web会議(6月4日)

ドクターヘリ運航条件の見直し検討、救急医療提供体制に係る新たな協議体設置等について協議が行われた。(竹中)

19 広報委員会 (6月5日)

会報主要記事掲載予定(7~9月号)、「会員の声」への掲載、緑陰随筆(8月号)、令和7年度の広報事業、SNSによる広報等について協議を行った。(中村丘)

20 会員の入退会異動

入会41件、退会14件、異動14件。(6月1日現在会員数:1号1,194名、2号836名、3号483名、合計2,513名)(伊藤)

21 令和7年度会費賦課状況について

令和7年度の山口県医師会の会費賦課状況について説明した。(伊藤)

理 事 会

医師国保理事会 ー第4回ー

協議事項

- 1 傷病手当金支給申請（1件）について
1件について、協議、承認。

報告事項

- 1 令和7年度保険料賦課状況について
前回の理事会にて保険料減免申請が承認され、減免総額が決定したことから6月1日現在の被保険者数で賦課額を算出した。（竹中）
- 2 山口県国保連合会第1回理事会（5月22日）について
理事長、副理事長、常務理事の選任及び各種委員会を含めた規程・規則等の一部改正や歳入歳出予算補正について協議した。（加藤）

ー第6回ー

6月19日 午後5時～6時58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・藤井・國近・中村・森・吉水理事、友近・淵上各監事

協議事項

- 1 中国四国医師会連合分科会の議題について
中国四国各県から提出された議題及び日本医師会への提言・要望について協議を行い、分科会ごとの議題、日医への提言・要望を決定した。
- 2 山口県健康福祉部との懇話会について
9月1日に開催予定の標記懇話会に係る協議項目の選定、今後のスケジュールを説明し、今後、理事会で協議項目を協議することを決定した。

3 三師会と県教育庁との懇談会について

9月12日に開催予定の標記懇談会に係る協議項目の選定、今後のスケジュールを説明し、今後、理事会で協議項目を協議することを決定した。

4 後期高齢者健康診査項目の追加及び削除について

広域連合から提案された後期高齢者の健康診査項目の変更について協議を行い、了承することを決定した。

5 第69回社会保険指導者講習会の開催について

10月26日に日本医師会大講堂で開催される標記講習会の参加者を決定した。

人事事項

1 保険委員について

保険委員の交代について提案どおり承認した。

報告事項

1 山口県学校保健連合会理事会（6月5日）

役員改選、規約改定、令和6年度事業報告及び決算報告、令和7年度活動方針（案）、事業計画及び予算（案）等が承認され、研修事業等について協議が行われた。（加藤）

2 山口県いじめ問題対策協議会「ネットワーク会議」（6月5日）

県教委、各機関、団体におけるいじめの防止等に向けた取組の報告の後、意見交換が行われた。（木村）

3 健康スポーツ医学委員会（6月5日）

令和7、8年度の健康スポーツ医学研修会、医師国保組合「学びながらのウォーキング大会」における研修について協議を行った。（岡）

4 郡市看護学校（院）担当理事・教務主任合同協議会（6月5日）

中四九地区医師会看護学校協議会及び令和7年度医師会立看護師等養成所会議の報告事項、学

理 事 会

校（院）の運営状況、県行政の取組、本会の取組状況等について意見交換を行った。（沖中）

5 特定共同指導（6月5～6日）

宇部市の1医療機関の指導の立会を行った。

（伊藤）

6 第15回山口県ドクターヘリ事例報告会「Web」（6月7日）

ドクターヘリの実績報告、事例発表の後、山大病院整形外科の西田助教による「脊髄損傷の初期診療、医学的見地、山口県の現状について」と題した講演が行われた。（竹中）

7 第107回山口県医学会総会（6月8日）

山口市医師会の引受により山口県総合保健会館において開催。阪和病院の北風院長と神戸大学大学院医学研究科の小谷教授の特別講演の後、山口県医師会医学研究助成事業の研究発表を行った。午後からの市民公開講座は、彩バレエスタジオのバレエで開会し、哲学者・山口大学国際総合科学部の小川教授による講演を行った。

（茶川、森、岡、國近）

8 第2回山口県産業医会幹事会（6月9日）

日本産業衛生学会の開催予定等の報告の後、令和8年2月1日に開催する第76回山口県産業衛生学会について審議が行われた。（中村洋）

9 山口県緩和ケア研修会連絡会議（6月10日）

山口県緩和ケア研修の実施状況、令和7年度山口県緩和ケア研修会のプログラム等について協議を行った。（岡）

10 オンライン診療における安全性の向上と実効性の確保のために重要な診療情報や看護師が果たす役割の検討のための研究「Web」（6月10日）

「オンライン診療の安全性についての比較研究」等の研究内容の発表の後、意見交換が行われた。

（中村洋）

11 勤務医部会第1回企画委員会（6月11日）

令和6年度の事業報告及び令和7年度事業の「郡市医師会勤務医理事との懇談会」「病院勤務医懇談会」等について協議を行った。（中村洋）

12 日医第3回労災・自賠責委員会「Web」

（6月13日）

日本損害保険協会及び損害保険料率算出機構との意見交換会の議題等について協議が行われた。

（伊藤）

13 日医第2回医師会共同利用施設検討委員会

（6月13日）

会長諮問「地域に根ざした医師会共同利用施設のあり方～2040年問題が及ぼす影響と対策」、民間検査会社の集配料徴収の現状と課題等について審議が行われた。（茶川）

14 第15回山口大学医学部附属病院ドクターヘリ運航調整委員会「Web」（6月16日）

次年度以降のドクターヘリ運航時間について協議が行われ、令和6年度運航実績や日本航空医療学会からの通知等についての報告があった。（竹中）

15 やまぐち移植医療推進財団定時評議員会「Web」

（6月16日）

令和6年度収支決算報告（案）及び令和6年度事業報告について協議が行われた。（中村洋）

16 山口大学医学部附属病院情報システム監査

（6月17日）

病院情報システムの令和6年度運用実績について、情報システム運用管理規則に基づき監査が行われた。（中村洋）

17 社会保険診療報酬支払基金山口事務局審査運営協議会（6月18日）

数値目標に係る審査実績及び要因分析等の報告、審査結果の不合理な差異解消に向けた取組等について協議が行われた。（淵上）

理 事 会

18 山口県福祉サービス運営適正化委員会本会議 (6月18日)

令和6年度事業報告及び令和7年度事業計画等について協議が行われた。(木村)

医師国保理事会 -第5回-

協議事項

- 1 傷病手当金支給申請(2件)について
2件について協議、承認。

日医FAXニュース

2025年(令和7年)5月30日 3314号

- 「ニーズを踏まえた」枠組み必要
- 社会保障分野「腹立たしい内容ばかり」
- 職場の熱中症対策で動画作成
- 公定価格や財政フレーム見直し求める
- 新型インフル備蓄ワクチン株を了承

2025年(令和7年)6月3日 3315号

- 医療法「病床再編」「医療DX」で修正へ
- 第25回医療経済実調、調査票を発送
- 特定健診実施率は59.9%
- 伝染性紅斑2.05、増加に転じる
- ARI定点60.26に増加

2025年(令和7年)6月6日 3316号

- 社会保障予算の目安対応、見直しを
- NHKに要請、「医療の正しい情報」報道を
- 世界禁煙デー、東京タワーライトアップ
- 協力医療機関設定に「調整会議」を活用
- 治療・仕事の両立推進、来年4月施行へ

2025年(令和7年)6月10日 3317号

- 病床「11万床」削減、自公維が正式合意
- 方向性に理解も「地域医療に配慮を」
- 経済・物価動向への対応、「自然増」に
- 伝染性紅斑1.97に減少

2025年(令和7年)6月13日 3318号

- 骨太方針を了承、経済・物価対応を加算
- 特定機能病院、重大事象の対応明確化へ

2025年(令和7年)6月17日 3319号

- 医療・介護分野の物価・賃金上昇に対応
- 「新しい資本主義」改訂
- 地ケア・急性期病棟と類似
- 特別地域連携プログラム、連携先を拡大

2025年(令和7年)6月20日 3320号

- 骨太2025を評価「書きぶり前進」
- 病床削減、「医療機関の意向」にも留意
- 24年度入院・外来調査報告を受ける
- 宿直体制見直し、閣議決定
- 公益的オンライン診療推進協議会設置

2025年(令和7年)6月24日 3321号

- 医療・介護の「物価・賃金対応」で意見
- 病床転換助成事業 意見割れる
- エレビジス、保険適用の議論見合わせ

第16回 フォトコンテスト

いのちまじな やさしさ 作品募集



最優秀賞



優秀賞



下瀬信雄賞



新人賞



子ども賞

審査委員長 写真家 下瀬信雄氏 (第34回土門拳賞受賞)

審査員 山口県医師会長ほか

賞 最優秀賞、優秀賞、下瀬信雄賞、こども賞(※対象：中学生まで)、新人賞(※過去に当コンテストの受賞歴がない方)各1点、佳作若干。

問い合わせ先 〒753-0814 山口市吉敷下東三丁目1番1号
一般社団法人山口県医師会 総務課内フォトコンテスト係
TEL：083-922-2510

主催 一般社団法人山口県医師会

展示及び表彰 応募作品は、令和7年度の県民公開講座で展示、表彰を行う予定です。

応募方法

- ① 郵送の場合**
キャビネ判又は2L判に印刷した写真の裏に必要事項を記入した応募用紙を貼り付け、下記へ送付してください。
送付先 〒753-0814 山口市吉敷下東三丁目1番1号
一般社団法人山口県医師会 総務課内フォトコンテスト係
(注意事項)
・作品のプリントサイズは、キャビネ判又は2L判で、それ以外は不可とします。
・フィルム写真、デジタル写真どちらでも応募可能です。
- ② メールの場合**
photo@yamaguchi.med.or.jp に必要事項(画題、名前(フリガナ)、郵便番号、住所、電話番号、職業(学校名)、撮影年月日)を記入し、(写真を添付せずに)メールを送信してください。折り返し、投稿いただくためのURLをご連絡いたします。
(注意事項)
・確認のため、応募の際は、1回のメールに対し、写真1枚を投稿してください。
・受領確認後に、折り返しのご連絡を行います。投稿後、1週間を経過しても折り返しの連絡がない場合は、上記までお問い合わせください。

応募規定

- 応募者は、「山口県内在住の方のみ」に限定させていただきます。
- 応募作品(プリント)は本人が撮影した未発表作品に限ります。画像処理等の加工、合成、組み写真は不可です。
- 一人3点までに限ります。二重応募や類似作品応募を禁じます。
- 人物を主題にした作品の場合は被写体の人物から了解を得てください。
- 作品は返却しません。上記規定に違反した場合は、受賞を取り消すことがあります。
- 応募作品の著作権は、撮影者に帰属します。ただし、入賞作品は発表後2年間広報活動等に利用することがあります。
- 主催者は、応募作品を第三者に営利目的で利用させることはありません。
- 受賞作品が他のコンテストでの入賞や印刷物、展覧会などで公表されていることが判明したときは、主催者は受賞を取り消すことができます。

応募締切 令和7年
9月1日
消印有効



詳細はこちら

キリトリ線

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

お金の使い道、その3



というわけで、予想通りというか期待にたがわずというか、世界中がアメリカ合衆国大統領に振り回される2025年となっている。いったいつまでこの状態が続くのであろうか。COVID-19のパンデミックのときにも「いったいつまで」と思ったものである。しかしながら、かの御仁には任期というものがあるはずである。

多くの賛同が得られると思うが、かの御仁がこれまでやってきた事やこれからやろうとしている事は、“Make America Great Again”を逆走させるものである。大学をリベラル偏向と攻撃し、反ユダヤ主義や反DEIへの違反などを理由に助成金を差し止めてきた。また、アメリカの大学の研究開発費の55%は連邦政府からの支出であり、米政府効率化省(DOGE)が進める政府機関への支出削減は、世界をリードしてきたアメリカの科学研究の基礎を脅かすことに直結する。これまでアメリカは圧倒的な研究開発力で他国に対する優

位性を維持してきた。潤沢な研究開発費が世界から優秀な人材を引き寄せてきたが、科学研究費の削減で今度はアメリカからの頭脳流出も起こり得るであろう。また、研究費の削減は基礎研究の裾野を狭めることとなり、その結果生み出されるイノベーションが減ったり、時期が遅くなったりする可能性がある。

わが国は、今こそ断固として科学研究費を増額し、世界中から優れた人材を呼び込む、手薄になっている基礎研究の充実を図る、などの施策を積極的に行わなければならない。かの御仁が、アメリカとの科学力/研究開発力の差を縮める好機をもたらしてくれているのだから。

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

お知らせのご案内



オール山口で取り組む COPD スクリーニングチーム、フォローチーム養成研修会

日 時 令和7年8月23日(土) 14:00～16:30
場 所 山口県医師会6階 会議室
〒753-0814 山口県山口市吉敷下東3丁目1-1
定 員 70名(先着順)

- 開会挨拶 山口県医師会常任理事 岡 紳爾
- 講演(前半の部)
- 司会進行：山口県医師会 COPD 対策推進ワーキンググループ委員長
山口大学医学部附属病院院長 松永 和人
1. 「COPD 対策推進事業について」(10分)
山口県医師会 COPD 対策推進ワーキンググループ委員長
山口大学医学部附属病院院長 松永 和人
2. 「山口県における COPD 対策」(5分)
山口県健康福祉部健康増進課課長 前田 和成
3. 「COPD スクリーニングチーム、フォローチームの説明と
たばこ肺(COPD)の早期発見・早期治療の手引きについて」(60分)
山口大学医学部附属病院呼吸器・感染症内科 大石 景士
- 休憩(10分)
- 講演(後半の部)
- 司会進行：山口県医師会理事
総合病院山口赤十字病院院長補佐・呼吸器内科部長 國近 尚美
4. 薬物療法：「COPDにおける吸入薬の使い方」(20分)
総合病院山口赤十字病院薬剤師 佐々木裕太
5. 非薬物療法：「COPD患者の栄養・食事療法 ～栄養改善のポイント～」(15分)
下関市立豊田中央病院管理栄養士 上村 朋子
6. 非薬物療法：「呼吸リハビリテーションの基礎」(15分)
国立病院機構関門医療センター理学療法士 石光 雄太
- 総合討論・質疑応答(10分) 司会進行：山口県医師会常任理事 岡 紳爾
- 閉会挨拶 山口県医師会常任理事 岡 紳爾

※参加申込については、山口県医師会ホームページ
(右記QRコード又は下記URL)をご確認ください。
http://www.yamaguchi.med.or.jp/medical_info/19663/



お知らせのご案内



令和7年度中国地区学校保健・学校医大会

日 時 令和7年8月24日(日) 13:00～16:35
 場 所 山口グランドホテル 2階 鳳凰・鶴の間
 (山口市小郡黄金町1-1 TEL:083-972-7777)
 対象者 学校医、医師、養護教諭等学校関係者 等

日 程

開会 (13:00)
 挨拶・祝辞 (13:00～13:20) 山口県医師会会長 加藤 智栄
 日本医師会会長 松本 吉郎
 山口県教育委員会教育長 繁吉 健志

各県研究発表 (13:20～14:20)
 鳥取県における電子メディア利用教育の啓発の推進 鳥取県医師会常任理事 松田 隆
 安来市就学前健康診断における音声言語検診の取り組みについて 医療法人おがわ耳鼻咽喉科理事長 小川 真滋
 岡山県聴覚障害児支援中核機能強化事業の3年間の成果と今後の展望 岡山大学病院聴覚支援センター准教授 片岡 祐子
 広島市学校保健会のあゆみー組織改正に伴う変化と今後の課題についてー 広島市医師会学校医委員会委員長/広島市学校保健委員会専務理事 永田 忠
 山口県における健康教育の実際 山口県医師会常任理事 河村 一郎

休憩 (14:20～14:30)
 特別講演1 (14:30～15:30) 日医生涯教育単位 CC11 (1単位)
 子どもの心身の発達に本当に大切な睡眠 医療法人社団昌仁醫修会 瀬川記念小児神経学クリニック理事長 星野 恭子
 特別講演2 (15:30～16:30) 日医生涯教育単位 CC12 (1単位)
 【専門医共通講習ー地域医療:1単位】
 学校保健の現状と課題 日本医師会 常任理事 渡辺 弘司
 鳥取県医師会常任理事 松田 隆

次期当番県医師会挨拶 (16:30)
 閉会 (16:35)

※参加申込については、山口県医師会ホームページ
 (下記 URL 又は右記 QR コード) をご確認ください。
http://www.yamaguchi.med.or.jp/medical_info/19817/





山口県からのお知らせ

- ①令和7年度山口県医療機関食材料費高騰対策支援金支給事業の実施について
- ②令和7年度山口県医療機関等光熱費高騰対策支援金支給事業の実施について

山口県では、物価高騰により食材料費（入院食）や光熱費等が上昇する中、医療機関等において安心・安全で質の高いサービスが継続的に提供できるよう、県内の医療機関等を対象に標記2つの支援を引き続き実施することとなりましたので、お知らせします。

各支援事業の詳細や申請方法等は、山口県ホームページに掲載していますので、ご確認ください。

記

対象機関

- ①山口県内に所在する病院及び診療所で申請時において保険医療機関の指定を受けている医療機関
- ②山口県内に所在する病院及び診療所で令和7年5月1日時点において保険医療機関の指定を受けている医療機関

申請期間

- ①②とも「令和7年5月1日（木）～令和7年7月31日（木）必着」

県ホームページ URL

- ① <https://www.pref.yamaguchi.lg.jp/soshiki/46/300297.html>
 - ② <https://www.pref.yamaguchi.lg.jp/soshiki/46/300295.html>
- ※「お知らせ」を参照



問い合わせ先

山口県 健康福祉部 医務保険課
電話番号：083-933-2820（電話受付：平日9時～17時）



令和7年度第100回山口県消化器がん検診講習会

日時 令和7年8月2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

開会挨拶

特別講演Ⅰ 15:00～16:00

当院における胃がん検診の現状について

日本鋼管福山病院 石川 祐三

特別講演Ⅱ 16:00～17:00

内視鏡的縫縮法の進歩

九州大学 病態機能内科学 助教 / 九州大学病院

光学医療診療部 副部長 長末 智寛

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

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

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

※事前の参加申込は不要です。



山口県後期高齢者医療広域連合からのお知らせ

①後期高齢者医療被保険者証及び資格確認書に関するお知らせ

現在交付している「後期高齢者医療被保険者証」（以下「保険証」という。）及び「資格確認書」は有効期限が令和7年7月31日となっています。※資格確認書は令和6年12月2日の保険証廃止以降に資格取得された方、資格情報に変更がある方に交付済。

新しい資格確認書（薄紫色）は、7月中に被保険者の方へ簡易書留にて郵送いたします。

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

②限度額適用に係る資格確認書の任意記載事項併記申請のお知らせ

低所得Ⅰ・Ⅱ及び現役並所得Ⅰ・Ⅱに該当する方は、「資格確認書」へ任意記載事項欄の限度区分を併記することにより、医療機関等の窓口で提示した際、支払う医療費が限度額（月額）までとなります。限度区分の併記を希望される方は、あらかじめ入院前に市町の窓口で申請ください。

※マイナ保険証をお持ちの方はマイナ保険証を医療機関等へ提示することで高額療養費制度における限度額以上の支払いが免除されます。

ただし、過去12か月以内に所得区分が低所得Ⅱに該当する方で月に入院日数が90日を超える場合は、マイナ保険証の利用登録有無にかかわらずお住まいの市町窓口で申請が必要になります。

お問い合わせは、山口県後期高齢者医療広域連合（電話083-921-7111）まで

お知らせのご案内



「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7年6月24日現在の登録状況
 - 譲渡希望件数 16件、譲受希望件数 6件



第176回山口県医師会生涯研修セミナーのご案内

日時 令和7年9月7日(日) 10:00～15:00

開催方法 ハイブリッド形式

現地：山口県医師会6階「会議室」(山口市吉敷下東3-1-1)

Web：Zoomによるライブ配信

次第

- 特別講演1 (10:00～11:00)
ナノテクノロジーを駆使した医学(ナノ医学)の展開
山口大学大学院医学系研究科器官解剖学教授 中村 教泰
- 特別講演2 (11:00～12:00)
最新の循環器治療の話題について
小倉記念病院副院長・循環器内科主任部長 安藤 献児
- 特別講演3 (13:00～14:00)
マイクロRNAー未来の医療を変える小さな分子ー
鳥取大学医学部実験病理学分野准教授 尾崎 充彦
- 特別講演4 (14:00～15:00)
がん免疫療法の基礎
岡山大学病院呼吸器・アレルギー内科教授 富樫 庸介

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 CC45(呼吸困難)：1単位

特別講演2 CC38(聴覚障害)：1単位

特別講演3 CC2(医療倫理：臨床倫理)：1単位

特別講演4 CC76(糖尿病)：1単位

参加申込 8月29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/18510/



お知らせのご案内



毎月勤労統計調査「特別調査」の実施について

令和7年8月から9月にかけて、労働者の雇用、賃金及び労働時間の状況を確認するため、厚生労働省による年に1度（7月31日現在について）の「毎月勤労統計調査特別調査」（統計法に基づく基幹統計調査）が実施されます。

今般は下関市、宇部市、山口市、萩市、防府市、下松市、岩国市、長門市、柳井市、周南市、熊毛郡田布施町の一部地域において、統計調査員による事業所名、所在地、常用労働者数、事業内容などを確認するための訪問調査が行われます。

さらに、常用労働者数1～4人の事業所については、雇用、賃金及び労働時間等について回答することになります。

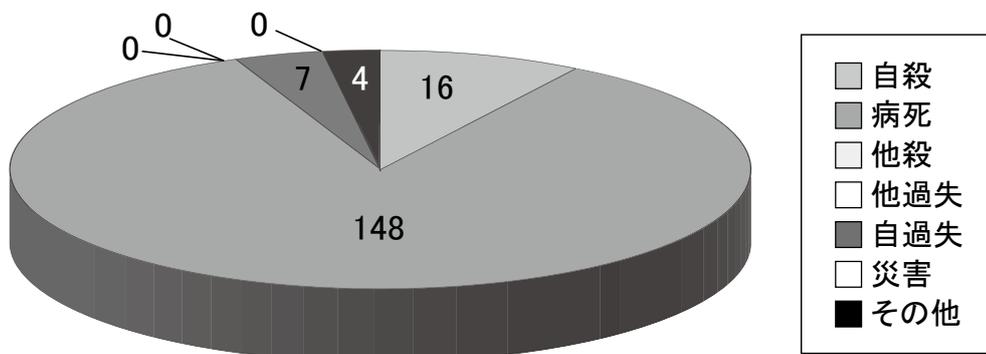
ご不明な点があれば山口県総合企画部統計分析課 商工労働統計班までお問い合わせください。（TEL：083-933-2654）

厚生労働省 HP <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/31-1.html>

死体検案数掲載について

山口県警察管内発生の死体検案数								
	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
May-25	16	148	0	0	7	0	4	175

死体検案数と死亡種別（令和7年5月分）



医師資格証 (HPKIカード)

Medical Doctor Qualification Certificate

MEDICAL
DOCTOR
QUALIFICATION
CERTIFICATE



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

医師資格証(HPKI)

身分証としての利用シーン

採用時の 医師資格確認



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

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

緊急時の身分証



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

JAL DOCTOR 登録制度



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

(登録および現場対応は任意となります)

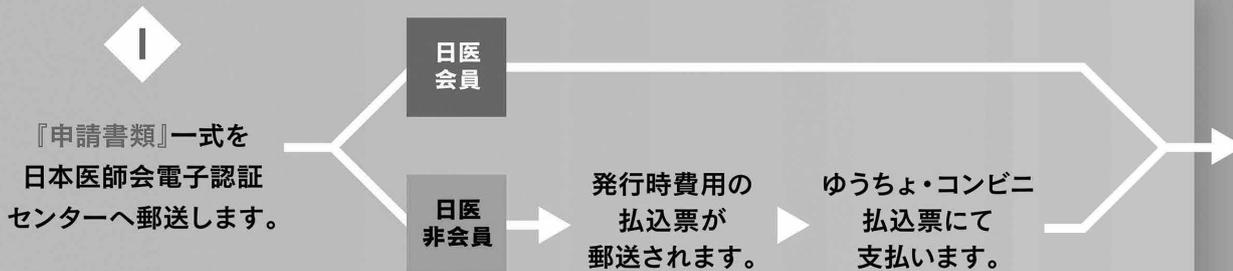
講習会受付



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

医師資格証申請方法

申請書類一式郵送



申請書類

1 医師資格証 発行申請書

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

2 医師免許証コピー

(裏書がある場合、裏面コピーも必要です。)

3 住民票

発行から6か月以内
・コピー不可
個人番号、住民票コードは載せない

4 身分証のコピー(下記のいずれか1点)(有効期間)

- ・日本国旅券
- ・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
- ・住民基本台帳カード
- ・官公庁発行職員身分

※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。

3以内のもの

※表面のみ ※通知カード不可
ド
分証明書

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

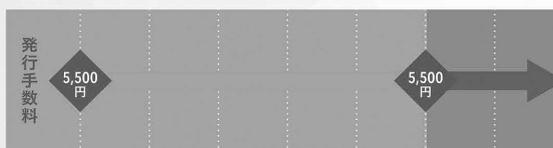
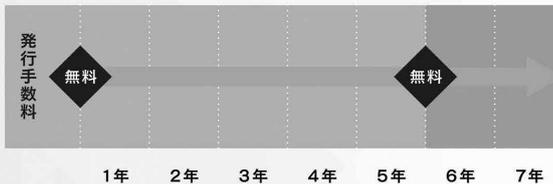
費用

JMA 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.jmaca.med.or.jp/>

お問合せ | toiawase@jmaca.med.or.jp

掲載内容2022年8月現在



お知らせのご案内



第62回山口県内科医会学会並びに総会

日 時 令和7年8月24日(日) 12:30～16:30
 場 所 岩国市医師会館4階講堂
 (岩国市室の木町3丁目6-11 TEL:0827-21-6135)
 主 管 岩国市内科医会・柳井市内科医会・大島郡内科医会・熊毛郡内科医会

次 第

11:30～12:20 郡市内科医会会長会議
 12:30～13:00 山口県内科医会総会

13:05 開会の辞 岩国市内科医会会長 藤本 俊文
 13:10～14:10 特別講演1 座長:熊毛郡内科医会会長 満岡 裕
 COPDと禁煙指導～産業医にできること～
 山口大学大学院医学系研究科呼吸器・感染症内科学教授 松永 和人

14:20～15:20 特別講演2 座長:柳井内科医会会長 松原 良尚
 下部消化管疾患診療の現状と当科での取り組み
 山口大学大学院医学系研究科消化器内科学光学診療部准教授
 IBDセンター副センター長 橋本 真一

15:30～16:30 特別講演3 座長:大島郡内科医会会長 川口 寛
 かかりつけ医における診療報酬請求のポイント
 広島県内科医会 岡本内科消化器科クリニック 岡本 英一

16:40 閉会の辞 柳井市内科医会会長 松原 良尚

〈取得単位〉(予定)

日本臨床内科医会認定医・専門医制度 5単位
 日本医師会認定産業医更新研修 1単位(特別講演1のみ)
 日本医師会生涯教育制度 取得カリキュラムコード3単位
 特別講演1 CC 79(気管支喘息・COPD):1単位
 特別講演2 CC 53(腹痛):1単位
 特別講演3 CC 06(医療制度と法律):1単位

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。

松岡勝之氏 熊毛郡医師会 6月2日 享年 81

編集後記

今年5月17日に福島県郡山市で開催された、日医主催の第19回男女共同参画フォーラムに参加しました。福島市唯一の造り酒屋の会長さんの基調講演から始まったこともあり、懇親会での福島の地酒のラインナップは、素晴らしいものでした。私たち山口勢は、小さなお猪口を持って福島地酒チーム制覇に挑みましたが、厚い布陣に阻まれ、楽しい敗北を迎えることになりました。

しかしこの「男女共同参画」という言葉、どうも据わりが良くないと思いませんか。私なんか、以前はつい頭の中で「男女挙動?」「三角関係?」と誤変換しがちでした。この「男女共同参画」は、「gender equality」に対応する言葉として政府が使い出したそうです。誰もが平等に社会に参加するという高邁な意味が込められているのでしょうか。高尚な理解力に乏しい私などは、シンプルに「平等」でいいだろうと違和感を持っています。「共同参画」など、生活実感に乏しい言葉は、ゴールを曖昧模糊としたベールの向こうに霞ませるように思いませんか。

さてこの男女共同参画フォーラムは、第1回が2005年に開催されました。メインテーマは『女性医師は何を求め、何を求められているか』とまず女性医師が自らの存在を問うところから始まっています。以後のフォーラムのテーマをいくつか挙げます。

第6回『男女共同参画のための意識改革』。第10回『医療界における男女共同参画のさらなる推進に向けて～10年間で医療界における男女共同参画は進んだのか～』。第14回『次世代がさらに輝ける医療環境を目指して～超高齢社会で若者に期待する』。第17回『働き方改革に寄与する男女共同参画を目指して』。第18回『超高齢社会に向けての男女共同参画～人生100年時代における多様な医師の働き方～』。

そして今年第19回男女共同参画フォーラムのメインテーマは、『ダイバーシティを踏まえたキャリア支援』。

先達の女性医師、男性医師の20年間の歩みにより、医療界も変化してきました。それに伴いフォーラムのテーマがより包括的に進化しています。男性医師が困難を抱えて働く環境は、女性医師にとっても同様です。女性医師が働きやすい環境では、男性医師もキャリアだけではなくプライベートも大切にできると思います。

どうぞ皆様、男女共同参画を少し身近なものとして捉えてください。誤変換なしに。

(常任理事 長谷川奈津江)



HIPPOCRATES

医の倫理綱領

日本医師会

医学および医療は、病める人の治療はもとより、人びとの健康の維持増進、さらには治療困難な人を支える医療、苦痛を和らげる緩和医療をも包含する。医師は責任の重大性を認識し、人類愛を基にすべての人に奉仕するものである。

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



にちいくん
「日医君」山口県バージョン

発行：一般社団法人山口県医師会（毎月 15 日発行）

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

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

印刷：株式会社マルニ 定価：1,000 円（会員は会費に含む）