

山口県医師会報

令和7年(2025年)

12月号

— No.1984 —



まじめ川キャンドルナイト 吉川 功一 撮

Topics

歳末放談会
中国四国医師会連合総会
都市医師会長会議



Contents

■ 今月の視点「生活保護」	木村正統	813
■ ニューフェイスコーナー「開院のご挨拶」	永井智彦	818
■ 歳末放談会「これから時代を賢く生きる術 2025」		820
■ 令和7年度中国四国医師会連合総会		832
■ 郡市医師会長会議		874
<傍聴印象記>	藤村智之	882
■ 令和7年度 山口県医師会警察医会総会	竹中博昭	884
■ 山口県医師会警察医会第35回研修会	藤井郁英	888
■ 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	國近尚美	892
■ 第175回生涯研修セミナー		
..... 小林元壯、清水良一、森 健治、茶川治樹		904
■ 理事会報告（第15回）		916
■ 日医FAXニュース		919
■ 飄々「うさぎを飼っています」	藤村智之	920
■ お知らせ・ご案内		921
■ 編集後記	國近尚美	928

今月の視点

生活保護

理事 木村 正統

現在私は、山口県の「生活保護法に基づく医療扶助医系職員」の任に就いている。生活保護法医療扶助運営要綱により、都道府県は医系職員を配置することになっている。主な職務は、県内の福祉事務所に向いて「医療扶助技術審査」を行う。技術審査では、福祉事務所職員より個別患者さんの説明を受け、問題点・疑問点などについて助言を行うが、福祉事務所が行った調査資料と医療機関から提供された病名、投薬内容、意見書などの提示はあるが、それだけでは的確な回答を示すことが困難な場合が多い。

県の医系職員になってからは、毎年「生活保護手帳」という本が送られてくる。生活保護の法律から実施要綱、運営要綱など、1,000ページを超える内容が記載されている。医師になってから長年、生活保護患者さんの診療をしてきているが、制度について知らないことは多い。

生活保護制度

生活保護制度は、生活に困窮するすべての国民に対し、その困窮の程度に応じて必要な保護を行い、健康で文化的な最低限度の生活を保障するとともに、自立を助長することを目的としている。

1. 基本原理

- ・日本国憲法25条(生存権)に基づき国が行う「国家責任の原理」(生活保護法第1条)
- ・すべての国民が無差別平等に受けることができる「無差別平等の原理」(第2条)
- ・最低限度の生活を維持する「最低生活の原理」(第3条)
- ・保護は生活に困窮する者が、その利用し得る資産・能力その他あらゆるものを最低限度の生活

の維持のために活用する「保護の補足性の原理」(第4条)

以上の4つが原理とされている。その他にも現法では保護の原則、被保護者の権利・義務なども掲げられているが、ここでは割愛する。

2. 生活保護受給の条件

- ・世帯収入が住んでいる地域の最低生活費を下回っていること
- ・生活に必要ないと判断された資産がないこと
- ・身内からの援助が受けられないこと
- ・病気や障害で働けないこと

の4つが主な条件となる。よって、生活に利用されていない土地・家屋などがあれば売却等をして生活費に充てなければならない。扶養義務者から支援が得られる場合は、その支援を受けることが求められる。働くことが可能な場合は、その能力に応じて働くなければならない。年金や手当など他の制度で給付を受けることができる場合は、まずそれらを活用しなければならない。

3. 生活保護の種類

- 1) 生活扶助
- 2) 教育扶助
- 3) 住宅扶助
- 4) 医療扶助
- 5) 介護扶助
- 6) 出産扶助
- 7) 生業扶助
- 8) 葬祭扶助

この中でも、特に医療機関が関係する医療扶助を中心以下に説明する。

4. 医療扶助

医療扶助は現物給付によって行われる。ただし、現物給付ができないとき、適当でないときなどは、金銭給付によって行うことができる。

現物給付のうち、医療の給付は医療保護施設を利用、又は指定を受けた医療機関(以下「指定医療機関」)に委託して行う。

○医療扶助申請の手続き

患者が医療扶助を受ける場合は、福祉事務所に申請をしなければならない。ただし、緊急の場合は例外として申請がなくても手続きを行う場合もある。福祉事務所は、医療の要否、他法・他施策の適用の有無を確認し、医療扶助の開始を決定する。その後、被保護者に対して「医療券」を発行する。

○指定医療機関

①指定

指定医療機関になるためには、管轄する福祉事務所に指定申請書を提出し都道府県知事の指定を受ける。なお現在は、開業時の開設届や名称変更届等と一緒に申請書を地方厚生局に提出することで指定を受けることができる。国の開設した病院・診療所は厚生労働大臣の指定を受ける。

②診療

指定医療機関の医療は、「指定医療機関医療担当規程」により定められている。

指定医療機関は、受給資格の確認を「医療券」により行う。医療券は福祉事務所より歴月単位で発行される。令和6年3月より、オンライン資格確認の運用も開始されている。医療券を持参せず「診療依頼書」を持参されることもある。この場合は後日、医療機関宛に「医療券」が送付される。

③文書料

指定医療機関は、意見書などの医療扶助を受けるために必要な書類を無償で交付しなければならない。意見書には、医療要否意見書、精神疾患(病)入院要否意見書、給付要否意見書(治療材料など)、訪問看護要否意見書などがある。

④診療報酬・請求

指定医療機関の診療方針及び診療報酬は、国民健康保険の診療方針及び診療報酬の例による。診療報酬の請求は社会保険診療報酬支払基金を行う。審査は支払基金審査委員会(又は特別審査委員会)によって行われ、支払いも支払基金が行う。後期高齢者も後期高齢者医療制度ではなく生活保護単独扱いとなる。保護受給中の患者で「医療券」が発行されていない場合は、「診察料・検査料請求書」により福祉事務所長宛に請求する。保護申請中の場合は、健康保険の加入状況や自治体によ

り取り扱いが異なるため、福祉事務所に問い合わせる。

⑤指導・検査

指定医療機関に対しては、指導が行われる。指導の形態は一般指導と個別指導がある。一般指導は講習会、広報、文書等の方法により行われる。個別指導は医療機関で個別に面談懇談方式で行われる。個別指導の対象指定医療機関の選定は、情報提供、個別指導の再指導などに加え、レセプトデータの情報等により行われる。レセプトデータでは、請求全体に占める被保護者の請求割合が高い、被保護者以外と比較して被保護者の1件当たりの平均請求点数が高い、被保護者の県外受診の割合が高い、他の指定医療機関と比較して頻回受診、重複・多剤投与の割合が高い、などが対象となる。個別指導の結果により、再指導や要検査となる場合もある。

指定医療機関に対する検査は、診療内容や診療請求に不正又は著しい不当があったと疑うに足りる理由がある場合や、度重なる個別指導によっても診療内容や診療報酬の請求に改善が見られない場合、正当な理由なく個別指導を拒否したときなどに行われる。

〈ワンポイント〉

生活保護の個別指導は、厚生局が行う個別指導ほど厳しいものではない。医療状況を確認することが主な内容で、不当な診療をしていなければ、個別指導通知が届いたからといって、それほど心配をする必要はない。

生活保護の歴史

公的な救済制度は、古くは奈良時代の大宝律令に見られる。その後の各時代にも救済制度はあったが、近代の公的扶助は明治以降に確立された。明治時代の「恤救(じゅっきゅう)規則」、戦前の「救護法」を経て、現在に通ずる生活保護体制は戦後に制定された。戦前の1929年に制定された(施行は1932年)「救護法」では戦後の状況に対応できず、応急的に「生活困窮者緊急生活援護要綱」が作成された。しかし、この要綱はあくまで臨時の措置であるため、1946年に「旧生活保護法」が制定された。その後、1950年に改正され、新

生活保護法として現行の「生活保護法」が成立した。

生活保護の種類は、救護法では生活扶助、医療、助産、生業扶助の4つだったが（埋葬費の支給はあった）、旧保護法では葬祭扶助が加わり、現法では教育扶助と住宅扶助が加わった。

生活保護の現状・統計

○全国

令和7年3月分概数によると、全国の被保護人数は2,000,090人で前年同月に比べると18,592人減少、被保護世帯は1,647,346世帯で3,039世帯減少している。一方、令和6年度の保護の申請件数は259,353件で令和5年度より3.2%の増加となった。申請件数の増加の理由は、長引く物価高騰による家計の圧迫と、高齢者などの単身世帯の増加が主な要因と考えられる。

扶助の種類別では、生活扶助が最も多く、次いで住宅扶助、医療扶助の順である。生活保護を受給している人は、高齢者、有病者・障害者、低所得者、母子家庭が多い。高齢者は年金だけでは生活できない単身世帯が多く、受給世帯の半数を占めている。長期の病気や障害があるため就労が困難な人も多く、障害者世帯は受給者の25%を占めている。働いているが収入が最低生活費に届かない人や母子家庭も依然として多く見られる。生活保護が廃止（打ち切り）された理由は、死亡が最も多く、次いで失踪、収入の増加となっている。

生活保護費総額は令和3年度予算ベースで約3.8兆円で、生活保護費は約半分を医療扶助、約3割を生活扶助が占めている。生活保護の支給額は、地域や世帯、年齢等の条件によって異なるが、単身世帯、未収入の場合でおよそ月10～13万円が目安である。

○山口県

令和4年度の山口県の被保護人数は165,219人で、被保護世帯は136,484世帯。保護率は全国平均よりやや高い水準であった。市別では下関市が最も多く、宇部市、岩国市、山口市と続く。保護の種類別やその他の統計はほぼ全国と同様であり、山口県の医療扶助を受けている人数は141,914人である。山口県の支給額は、全国と

同程度。

生活保護の問題点・課題

1. 不正受給

生活保護の不正受給は、収入の未申告（所得隠し）や資産の未申告などにより行われる。就労収入、年金、手当、仕送りなどの収入があるにもかかわらず隠蔽、過少申告をするもの、土地、家屋、自動車などの資産があるにもかかわらず申告しない場合である。その他にも、世帯員について虚偽の申告をする場合もある。

令和5年度の不正受給は、金額では約97億4千万円、保護費全体の0.3%で、件数では2万3,786件、全保護世帯の1.4%であった。ただ、不正受給のほとんどは故意ではない申告漏れや手続き上のミスであり、悪質なケースは少ないと言われている。

生活保護では、申請時の調査に加えて受給中も定期調査が行われる。要保護者の生活状況等を把握して援助方針に反映させることや、自立を助長するための指導を行うことを目的としているが、不正受給を防ぐ意味もある。

2. 外国人の生活保護

マスコミやSNSで、「外国人の生活保護は優遇されている」といった記事・投稿が見られ、国會議員の間でも外国人への生活保護のあり方が議論されている。本来、生活保護は、生活保護法で日本国民を対象とした制度と定められており、法律上外国人は生活保護の対象とはならない。それが、昭和29年に厚生省社会局長からの通知により、困窮する外国人に対しても必要と認める保護を行うとされた。これはいわば人道的観点からの行政措置である。平成26年の最高裁でも、「生活保護法が保護の対象とする国民に外国人は含まれない」との判例が出ているが、約70年経過した現在も通知による運用が続いている。

外国人が生活保護を受けられる条件は、永住者、定住者、永住者の配偶者、日本人の配偶者、特別永住者などの在留資格がある者、難民認定者である。

令和5年度の統計で、生活保護を受けている外国人は47,317世帯、約2.9%である。

〈ワンポイント〉

不正受給や外国人への支給割合は多くはないが、「貧困に苦しんでいる国民がいるのに、どうして…」という不満が、不正受給や外国人への生活保護支給の批判になっていると考えられる。

3. 働けるのに働かないで生活保護を受ける

働くより生活保護を受けるほうが楽、生活保護があるから働かないほうが得、という考え方がある。確かに、低賃金で働くより生活保護を受けたほうが手取り額が多くなる場合もある。しかし、生活保護費は最低限の生活を支えるためのもので、十分な生活をするのは難しく、働くのに働かないなど、働く意思がない場合は支給停止や打ち切りになることもある。

4. 生活保護費の搾取

生活保護受給者が不当に物を買わされる、高い利子でお金を借りるように迫られる、不正受給を促される、不当な宿泊費を取られるなど、いわゆる「貧困ビジネス」が問題となっている。

5. 生活保護の不申請・拒否

○本人が生活保護受給を受けない主な理由には以下のものがある。

・家族に知られたくない

生活保護を申請すると、親や子、兄弟に扶養照会が行なわれるため、心配や迷惑をかけたくない、関係が悪化している家族に知られたくない、などの理由による。ただし現在は、本人が嫌がる場合や特にDVなどの虐待被害者では照会を無理にはしないことになっている。

・制度に関する理解不足

生活保護制度を知らない場合や、どうせ自分は利用できないだろうといった誤解。

・生活保護に対する抵抗感、プライド

自分は生活保護を受けるほど落ちぶれてはいないというプライド。

・世間からのバッシング

一時「生活保護バッシング」が広がったため、世間の目を気にしている。

・過去の経験

一度生活保護を利用してひどい目にあった、前述の「貧困ビジネス」の被害者など。

○行政側の拒否

行政側の不当な対応、いわゆる「水際作戦」により申請が却下される場合がある。例えば「まだ若いのに」「自分で頑張るように」などと言われ、窓口で断られたケースもある。水際作戦の背景には職員の人手不足がある。職員一人当たりの支援を担当する世帯が100～200世帯になることもあり、人手と予算の拡充が必要と言われている。ちなみに、拒否ではないが、申請後に受給までのとりあえずの生活費としてお金を借りてしまうと、金額によっては申請が却下又は減額される場合もある。

生活保護に関する疑問

○持ち家はあってもいいのか

原則は、売却して生活費に充てる資産とみなされ受給は認められない。但し、実際に住んでいる持ち家で、生活に不可欠な場合は保有が認められる。また、資産価値が低い場合や、転居・引越しに困難な場合も認められる。但し、住宅ローンが完済されていること（残高が少額の場合も含む）が条件となる。

○車は所有していいのか

車は資産とみなされるため、原則として認められない。但し、公共交通機関の利用が困難な場合や、生業のために必要な場合などでは例外的に認められる。

○家電の所有はできるか

スマホやパソコンは連絡手段や情報収集などの生活必需品としてみなされるため所持できる。但し、2台目は娯楽品とみなされ認められない。エアコン購入は生活保護費の範囲内で購入するのが原則だが、特別な事情があるときは家具什器費として支給される場合もある。テレビを所有している場合は、NHK受信料は申請を行うことによって免除される。

○宝くじに当選したら

当選金は収入とみなされ、当選金額によっては生活保護費が減額されるか、保護が廃止される。宝くじ当選による収入は必ず福祉事務所に申告しなければならず、申告しないと不正受給とみなされる。

生活保護は最後のセーフティネットと言われるが、本当に保護を受けるべき人が受けられないことがないよう、もう少し制度を整える必要がある。今回はホームレスや孤立死、諸外国の制度にまでは触れなかったが、改善すべき点はまだ多いとの指摘がある。

冒頭に、生活保護の医系職員として、直接診察をしていない個別症例に対し的確な助言を行うのは困難と述べた。しかし、診察中の患者さんでも、

仕事ができないかどうかと聞かれてもその判断は難しい。医学的には就労可能と考えても、実際に仕事に就けるとは限らず、生活保護を継続している例も少なくない。

- ・生活保護手帳 2025年度版 中央法規
- ・生活保護の被保護者調査 厚生労働省



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

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

ニューフェイスコーナー

開院のご挨拶

山口市医師会 ながい眼科

永井 智彦

このたび2024年5月に山口市大内にながい眼科を開院いたしました。ここに謹んでご報告申し上げるとともに、開院に際し多大なるご支援とご厚情を賜りましたみなさまに心よりお礼申し上げます。

私は湯田小学校、湯田中学校、山口高校、山口大学卒業（2007年、平成19年卒）と、地元山口で過ごしてまいりました。学生時代は硬式庭球部に所属し、医師となってからは大学病院において主に緑内障の専門外来を担当させていただきました。これまでの手術加療や診療に携わる中で培った経験をもとに、今後もこの地に根ざし、地域の皆さまの眼の健康を守る一助となるべく努めてまいります。

糖尿病などの全身疾患に伴う眼合併症の診療にあたっては、内科の先生方をはじめとした他科の先生方との密接な連携が欠かせません。かつては糖尿病網膜症の精査には点眼による散瞳が必須であり、両眼散瞳による数時間の視力低下や羞明のため車の運転が困難となるなど患者様にとって受診の障壁がございました。しかし近年、広角眼底カメラの普及により、散瞳を行わずともある程度の眼底評価が可能となり、糖尿病網膜症の精査目的であれば自家用車での来院が可能となっております（ただし病状により散瞳検査を要する場合や、高額のため機器の未導入施設もございます）。

運転制限などの理由で眼科から足が遠のいている患者様がいらっしゃいましたら、ぜひお近くの眼科へのご相談をお勧めいただければ幸甚に存じます。

また、緑内障に関連する禁忌薬につきましては、処方時にご留意いただく機会も多いかと存じます。抗コリン薬などが禁忌となる病型は閉塞隅角緑内障又は閉塞隅角の症例であり、開放隅角緑内障であれば抗コリン薬は使用可能です（なお、ステロイド薬は病型を問わず眼圧上昇のリスクがあります）。実際には緑内障患者の9割以上が開放隅角であり、多くの症例では問題ございませんが、閉塞隅角の方も一定数おられるため、慎重な確認が望まれます。閉塞隅角型緑内障発作を起こしやすい方の患者像として、高齢であり（白内障が進行、膨隆し隅角を圧迫している）若年時は裸眼視力が良かった（遠視の）小柄な（眼軸長が短い）女性（男性のリスク比0.71）といった傾向が挙げられます。

一般に、両眼の白内障手術を終えられた方であれば特殊な症例を除き開放隅角となっておりますので、抗コリン薬の使用は問題ないと考えて差し支えございません。ただし、片眼のみ手術を受けておられる方や、手術歴や左右を正確に記憶されていない方が意外にも少なくありません。また両眼ともレーザー虹彩切開術後であれば、切開孔が閉塞していないかぎり抗コリン薬の投与は問題ございません。なお「眼科でレーザー治療歴あり」との自己申告のみでは、網膜光凝固術と混同されている場合もございますので注意が必要です。

閉塞隅角の方であれば、通常は眼科受診時に説明・注意喚起やレーザー虹彩切開術、白内障手術などの対応を受けていることも少なくありません。緑内障を指摘されている患者様ではなく、実はむしろ、若いころから裸眼でよく見えており眼

科と縁のなかった眼科受診歴のない高齢の方のほうが比べるとリスクが高い印象です。

- 両眼の白内障手術後、レーザー虹彩切開術後は抗コリン薬投与可能。
- 眼科から閉塞隅角、緑内障禁忌薬などの説明があった場合は要注意。

日本眼科学会では、緑内障の病型を明記できる「緑内障連絡カード」を推奨しております。また隅角の開放・閉塞の判断はスリットランプによる前眼部検査でほとんどの症例において可能です。判断に迷われる場合は眼科への受診を促していただければ幸いです。

ながい眼科では、白内障・緑内障・翼状片の日帰り手術をはじめ、緑内障及び網膜裂孔に対するレーザー治療、糖尿病網膜症の精査、健診後の精査、眼鏡・コンタクトレンズ関連、ドライアイ、アレルギー性結膜炎など、幅広く診療を行っております。諸先生方におかれましては、今後ともご指導ご鞭撻を賜りますよう、何卒よろしくお願ひ申し上げます。

末筆ながら、先生方のますますのご健勝とご発展を心よりお祈り申し上げます。

医療機関・薬局(薬剤師)へ

当患者様は、緑内障の治療(経過観察)中です。薬剤処方、検査、手術の際には以下の点にご注意願います。なお、緑内障の病型は変化することがあります。

●緑内障の病型

- 開放隅角
- 閉塞隅角(狭隅角を含む)
- 済
- 未

●緑内障禁忌薬の使用について

- 使用制限はありません
- 使用をお控えください

●虹彩切開術または白内障手術

- 済
- 未

なお、ステロイド薬は緑内障の病型にかかわらず、眼圧上昇の危険があります。ステロイド薬を使用する場合は、定期的な眼科健診が必要です。

参考 緑内障禁忌の記載がある薬剤

精神・神経治療薬(抗不安薬等)

中枢神経治療薬(抗てんかん薬・抗パーキンソン薬)

消化性潰瘍治療薬(鎮痙剤)

抗ヒスタミン剤

循環器系治療薬

排尿障害治療薬

気管支拡張剤

緑内障連絡カード



歳末放談会

これからの時代を賢く生きる術 2025

とき 令和7年10月30日(木) 16:00~17:30
ところ 山口県医師会5階 役員会議室

司会 ただ今から歳末放談会を開催します。どうぞよろしくお願ひします。それでは、加藤会長にご挨拶をいただきたいと思いますので、よろしくお願ひします。

加藤会長 私が県医師会にかかわることになったのがこの広報委員会で、平成21年のことでした。広報委員になって1年ぐらい経って、日本医師会の代議員にさせていただき、その2年間は代議員会の度に代表質問をしていた。そんなことで、私の県医師会の原点とも言える、この広報委員会ですが、今回のテーマは「これからの時代を賢く生きる術 2025」で、どちらかというと私は泥臭く生きてきたような格好で、あんまり賢く生きてきたかどうか分からぬような感じですが、今日のテーマの学校保健に関しては、去年から日本医師会の学校保健委員会の委員長を仰せつかっており、今日のテーマにぴったりかと思いま

す。また、10月の半ばぐらいまでは夏日だったが、ちょっと秋らしくなったと思ったら、もう、朝夕は10℃切るぐらいまで寒くなって、秋がなく一気に冬に向かって駆け足で進んでいるような感じで、本当に秋が短くなったと感じております。今日はそのようなテーマでお話いただきますので、楽しみにしております。よろしくお願ひいたします。

学校保健をめぐる最近の状況について

司会 ありがとうございました。それでは早速、放談に入らせていただきたいと思います。今年の歳末放談会のテーマは、「これからの時代を賢く生きる術 2025」と題して、2つほど話題を用意しております。1つは「学校保健をめぐる最近の状況について」で、もう1つは、「猛暑、酷暑、極暑」で、地球温暖化についてお話をしたいと思っております。では、最初のテーマに関して、現状



などをお話ししていただくのがいいかと思うのですが、いかがでしょうか。

◆ 今回、1つ目のテーマの学校保健について、普段から私の診療の中で、体の不調などを訴えられて、不登校で病院を受診されるような子どもたちが増えている。日常診療の中ですごく時間がかかってしまったりするため、一般的な診療とどう並行してやっていけばいいのかを日々悩みながら診療している。年々、不登校の児童・生徒が増えている。昨年は過去最高の34万6,482人で、昨日、文部科学省のデータが出たが、35万人を超えて微増している。一方、増加率が少しゆるやかになり、新規の不登校者数が減少しているという結果が出たのが印象的だった。小児科領域の講演会や学会では、不登校や起立性調節障害がトピックになるが、そういった領域の内容の講演会や勉強する場はあるが、他科の先生とのテーマについてお話しする機会が普段あまりない。今日はいろいろとお話ができればと思っている。不登校の子どもたちは頭痛や腹痛、めまいなどの身体症状を訴えられて来られる。本日お集まりの先生方の専門科に関わってくるような内容かと思うので、よい意見をお聞きしたい。

◆ 私は学校医や園医を何校か受け持っているが、1クラスに1名は必ず不登校の方がいるのが当たり前になってきており、学校側も1人1人にはほとんど、対応できていないのが現状で、放置されているのが現状ではないかと思う。

いじめに関しては直接耳には入ってこないが、SNSなどを使った、昔とは違ういじめのスタイルが出てきているのかなと感じている。

◆ 不登校は病名ではなく症状群である。まず幻覚・妄想がないか、気分の波がないか、統合失調症や双極性の始まりではないかを最初に気にする。そこが特に問題ないと思えば、個別にその人の問題解決や、将来の生きていく力を身につけられるかという方に視点を向ける。

◆ 確かに自分の子どもの周りを見ても、不登校児が増えているのは実感している。専門ではないので知りたいのだが、私たちの時代では1クラスに45人とか詰め込まれて、7クラスとかあって、マンモス校で、それでも不登校児は学年に1人、2人いるかいないかだったのが、今そんな人数の少ないクラスで1人ぐらいいる。その原因は何なのか。フィジカルなODとかの発症率が変わることはないような気がするが、メンタルの問題なのか、教えていただきたい。

◆ 先ほど言われたように病気ではないので、日常診療で深く関わるというわけではない。よくも悪くも、学校の先生が強制できなくなっているので、昔だったら「出てきなさい」と叱咤できたが、それが言えない。親御さんと本人に任せられるような感じがあり、親からしても、背中を押すようなことがなかなかできにくくなってしまっており、結局、結果として本人が甘んじている、容認しているような感じになっているのではないかと個人的には思う。

司会 少し視点を変えて、私が疑問に思っているのが、昔、自分たちが学生だったころの学校に対する意識と、今の若い人たちの学校に対する意識が変わっており、そもそも学校は行かなければならぬのかと考えると、学校を勉強するだけの場

出席者

広報委員

岸本千種
吉川功一
岡山智亮

藤村智之
田村高志

県医師会役員

会長 加藤智栄
副会長 沖中芳彦
副会長 中村洋
専務理事 伊藤真一

常任理事 長谷川奈津江
理事 国近尚美
理事 中村丘

と捉えるのならば、最近は全国的な通信制の学校もある。そういったこともあり、最近の学校の先生が昔のように「来い」と言わなくなっている現状もあるのかなとも思う。

◆ 私も学校医として小学校と中学校を2校ほど担当しているが、10年前と比べて登校しない子が多い。1割ほどがほとんど来ておらず、親御さんも特に何も言わない。家で何をしてるのか聞くと、別にただ何にもせず、勉強は学校で貰ったプリントをやったり、自分で凄く積極的にされてる方は、塾やWebの授業を聞いたりしている方と、全くしていない方もいる。また、ネット環境が非常に整っており、それでゲームしたり、ずっとスマホを眺めているだけという方も多いらしい。私が子どものころにスマホがあり、スマホを見て過ごして、親が何も言わないなら、学校に行かなくなるような気がする。特にコロナ禍以降、自宅待機の時間が多かったり、オンラインで全部を済ませたりするとあると、わざわざ学校に行って授業を受けることに必要性を求めてないような子どもたちが、増えている気がする。起立性調節障害の方やメンタル不調というよりは、家でスマホを見ているという子が多いと養護教諭から聞いている。そういった子たちが親に連れられて当院を受診する。その時に話をすると、メンタルの不調があるようではなく、保護者も心配しているという感じではない。今、とても疾患が増えているというよりは、ただ「行かない」だけで大きな理由はないような気がする。

◆ 最近、「行きたくなかったら行かなくていい」と言い過ぎている気がする。自殺するぐらいなら行かなくていいよという意味で言っていると思うが、そう言われると素直に「行かなくていい」と思ってしまう。そういった面もあるかと思う。

◆ 私は学校から不登校に関して相談を受けることはない。学校の状況はよく分からぬが、診療に来た人の様子を見ると、わがままな子どもが多い。言うことを聞かない。暴れても、親は注意をしない。処置をするのに暴れるため、大勢のスタッ

フで介助して何とか処置を終えると、親が「よく頑張ったね」と褒める。

われわれは少々発熱があっても、親に学校に行かされていた。休ませてくれなかった。学校の先生も厳しかったが、今は、授業のある日に家族で旅行に行ったりする。親も学校に行かなくていいと思っているようで、時代が変わったなと感じている。

◆ 私も田舎の育ちなので、不登校はいなかった。さっきから話が出ているが、無理に行かなくてもいいと言ったり、それに対して学校以外でどう対応しようかという方向にシフトしているような感じがする。

発達障害は小児科の先生が見るのは、精神科の先生が見るのは、どちらでしょうか。

◆ 両方じゃないですか。診ると言った途端に、そこに殺到して、3か月待ちとかになる。

◆ 診てくれるところがあまりない、という事ですか。

◆ 小中学生の不登校が35万人を超えていて大丈夫なのかと、将来が不安になる。私は学校保健に関わるようになってから、最初は健康リテラシーを育てるのが大事かと思っていたが、自己肯定感をいかに育てていくのかが一番大事なのではないかと思っている。いじめの問題にも関わってくるが、自己肯定感が強ければ、そういうのに負けないと思っているので、逃げるばかりではなく立ち向かっていくような社会にしていかないと、いつか大人になるわけなので、どこで帳尻合わせるのかなといつも心配に思っている。

◆ 高校生の子育て中なので、保護者として見聞きすることがある。まず自分の話だと、私は中学校も高校も無遅刻、無早退、無欠席で、皆勤賞を中学校も高校も貰ったので、不登校からは縁遠かったが、中学校の時に不登校の方がおられて、担任の先生が「みんなで迎えに行こう」と提案され家まで迎えに行ったことがある。その当時は、

学年に1人、2人ぐらいしかいなかつたが、今、子どもの小学校、中学校、高校の様子を見るとクラスに1人は不登校のお子さんがおられる印象がある。

◆ 医師会の委員会以外関わってはいないので、学校医のことはよく分からぬが、自分の子どもが不登校だった。小学校で担任の先生にいじめられて、不登校になってしまった。小学校を転校したが、どっちがいい悪いという話ではなく、小学校と中学校は3分の2の出席で、高校になったら不登校を辞めた。なぜ辞めたのか聞いたら、「行かない意味がない」と言って行き出して、それから3年間はずっと学校に通つて、大学にも行つた。これは極端な例なのかもしれないが、そういう例もある。今まで、いじめと不登校はいろいろな問題を孕んでいるのではないかと感じてきた。

司会 行かれるようになったきっかけは、どこかの病院の先生にかかったとかではなく、環境が変わったことなのか。

◆ 高校に入ってしばらくはやる気がなかつたみたいだが、高校の先生が良かったようで、教師の影響はずいぶんあるのではないかと思う。

◆ 今までの話であったように、困っていないご家庭は、困っていないので病院に来ない。困っていると相談する場所がなくて病院など行く場所を探していると思う。学校の事情は詳しくは分からぬが、学校の先生が足りていないという話もあり、不登校の子どもたちを全員、対応はできないという話も聞く。結局、相談しに行きたくても行く場所がない人たちが一定数、おられると思う。

最近の学校としてはオンラインなどいろいろな形で学校に行くスタイルがあり、それによって受け皿も拡がっていると思う。過去に経験したこととして、不登校で来られた子であったが鼻炎症状のひどい子であった。診察を進めていく中で、鼻炎薬の提案をしたが困っていないので飲まないと言う。その後、何回か診察を繰り返していく中でなんとか薬を飲み始めてくれて、その後すごく

元気になって、学校に行けるようになった。不登校という難しいテーマであつても医療的に見て結構、身近なところに答えがあつたりするのかなという経験をしてしまつたので、医療的な面での受け皿が拡がつていけばよいかと思う。先ほど話があつたが診る先生がいたらそこに集まつてしまつ。診てもらえるところが少なく、そういう部分でも行き場がないのかと感じている。私も何か特別な診療をしているわけではないが、その入口になれたらいなと思いながら診療している。しかし、不登校の診察をするとどうしても口コミによって診察希望の方が増えてしまう。診療が圧迫されてしまうので、なんとか入口的なところの医療を提供する受け皿が、もう少し拡がつていけばいいと思う。

◆ 教育は非常に重要なものであると思っている。今は多様化してきて、学校制度が少し合わなくなっている部分もあると思う。

行けてないことばかりに集中している。そこにエネルギー使い果たしている。行く・行かないよりも、その子が生きていくための必要な力をつける方に視点を変えてみる。行く・行かないことに固執して、親子共疲れ果ててしまう。そのエネルギーを勉強に向けてあげると、例えば中学校ではダメでも、高校とか、次のステップになると、やれる子も意外といる。これは少し希望を持てると思った。中学校の時、親に引っ張られて来ていた子が、10年ぐらいして大人になって祖母に付き添つて来たりする。聞けば、仕事の方が選べるのでまし、学校の方がきつかったと言う。少なからずおられる。その子の能力や方向性を見出して、そこを強めていく、生きていく力をつけることが大事と思う。ただ、このやり方が合う人と、合わない人もいる。

◆ そのとおりで、時間をかけて診察しても白黒はつきりするような診療ではないことが多い、人対人として合う・合わないという部分はある。時間をかけたが、それつきり来られないということもある。そういう時は少し寂しい気持ちになる。

◆ 昨年だったか、全国学校保健学校医大会での講演では、小児精神科ではない、不登校の専門でない小児科の先生に対し、不登校の子どもさんは、皆さん何らかの身体症状を抱えているから、まずそれを見てほしい、不登校生徒の窓口になってほしいと言われていた。

不登校の問題はその生徒さんに焦点を当てるが、そもそも不登校生徒が35万人いるのが現在の日本。学校の先生方、教育委員会も一生懸命なのは分かるが、多くの子どもが学校に行かず、ひどいいじめや自死も多い。不登校は子どもたちの問題ではなく、学校というシステムに問題があるのではないか。焦点を当てるべきは、学校の方なのではないかと思う。

司会 都会の方だと、学校の先生が全て対応できるわけではないので、臨床心理士などが小、中学校にいて相談ができる。山口県ではそういうカウンセラーはいるのか。

◆ 山口県にもおられる。結構、頑張ってくださっている。

◆ スクールカウンセラーがいる。

司会 現実的に、そこで解決したり、また学校に来られるようになった、ということもあるのか。

◆ どうかは分からぬ。

◆ スクールカウンセラーも毎日、子どもたちを見ているわけではなく、月に1、2回という感じになるので、子どもとの信頼関係も含めて、どこまで生徒自身のことを分かっているのかと見られると、うまくいかないこともある。他県では常勤でスクールカウンセラーがいる自治体もあり、毎日その先生が巡回されている。子どもの方から廊下ですれ違ったら、スクールカウンセラーに声をかけるという関係性ができているのを見ると、スクールカウンセラーの常勤化は理想かと思う。

◆ 薬を出さないし、処置もしないのであれば、

医師がやる必要はないと思う。もっと裾野を広げて、マンパワーを充実させればいいと思う。

◆ 山口県の自殺対策連絡協議会というのがあり、令和6年3月に策定された第4次自殺総合対策計画に基づき、県がいろいろと取り組んでいる。LINEを使った相談窓口が毎日、18時～22時まで、公認心理士が対応している。令和5年度は相談件数が1,440件で、10～19歳からの相談が190件なので、そんなに多くはない。また、学校教育での「SOSの出し方教育」というのを導入して、スクールカウンセラーを配置して、児童生活の自殺仄めかしに関する対応マニュアルの整備と、早期発見と見守りの強化ということも事業としてやっている。あとは、普及啓発・人材養成として、教員、かかりつけ医、地域リーダーへの研修、自殺対策フォーラム、街頭キャンペーンを9月、3月にやっている。目標としては、自殺の死亡率を2015年比で30%以上減らす。今、山口県は年間20件程度あるので、それを14件以下にしようというのが2026年までの目標とされている。

◆ 教えてほしいが、朝きちんと起きて、ご飯食べて、睡眠をしっかり取るという生活リズムをきちんとやると不登校などが減るという話があるが、実際、そうなのか。

◆ 親が朝、声をかけて「起きなさい」と言うが、その後は仕事に出てしまうとなると、どうにもできない。そういうご家庭は解決になかなか苦労されているように思う。また、先ほども話があつたと思うが、コロナの経験をしたこともかなり大きいのかなと思う。良くない意味で「行かなくてもいい」という選択肢が顕在化したことが寄与しているのではないかと思う。朝、きちんとしたりズムができていると不登校になりにくいのではないかと思うが、疾患的に起立性調節障害とかあれば、そこがどうにかしようにもどうにもならないのではないかと思う。規則正しい生活は大切ではないかと思う。

◆ 起立性調節障害はすごく多い。言って聞かせて起こせば解決するものではなく、実際起きられない、体が言うことをきかない。生体内時計が6時間近くズレているような感じで、夜はやたら元気で、朝は起きられないというリズムになっている。一見するとサボっているとしか思えない親は叱りがちだが、実際起きることができない。無理矢理起こせば頭痛がするし、学校にいけない。そういう頭痛は結構たくさん来る。実際、ODのクライテリアに合うものが多いから本物も多い。本当に動けない子どもは多いと思う。

難しいのが自称ADHDみたいな人で、時間通り朝起きられない、片付けられないと言うが、本当ののかなという人も多い印象もある。最近そういう、発達障害的で生活がうまくいってないという診断をつけてもらいたくて来たという親子がいる。少しオーバーダイアグノシスになっているようなものを感じる。ただ起立性調節障害は非常に多いと思う。

◆ 生活リズムは子どもだけではなくて大人でも重要である。傷病手当金を貰って休んで、復帰する時に起きて身支度をして通勤するところから立て直しが必要な方が結構いらっしゃる。子どもはなおさらである。鼻が悪くて、朝起きられない子どもが多い印象がある。口で呼吸すると睡眠時無呼吸と同じことになってしまう。分かりやすい、できるところから改善していくといいのではないかと思う。

司会 規則正しい生活が専業主婦（夫）の方がいる家とかだと、対応できるのか。規則正しい生活そのものが難しい社会になっていると感じる。

◆ 規則正しく寝ないといけないのに、私もつい見てしまうが、スマホをお子さんが寝る前や夜中に見たら、すぐに1時間経っていたというのがよくある話である。スマホがない時代は、深夜にいいテレビがなかったりすると、そのまま寝ていると思う。スマホは魅力的なコンテンツが数限りなくあるので、それを夜中見て朝方になり、頭痛がするということが原因の一環でないかと思う。

では、それを取り上げると、中学生では言うこと聞かないので、幼いころから夜中はやめるようにしなければいけない。

司会 SNSやオンラインゲームをオーストラリアでは16歳未満はやってはいけないようになっている。若者が大反対しているが、ある程度、自制のつくまでは取り上げるとか。自分の子どもには絶対、タブレット渡さないみたいなことを言っている人もいる。

◆ それはよくわかるが、やめろと言われても抵抗してしまう。実際大人自身もできていない。子どもの条例をつくっても子どもは納得はしないと思う。

司会 スマホのない時代に子ども時代を過ごしてよかったと思う。実際、都会だとゲーム依存症の病院があるが、山口県では依存症の対応をする病院はあるのか。

◆ 宇部では高嶺病院がやっている。依存症全般、アルコール以外も診ていらっしゃると思う。

◆ 不登校で長期間学校に行ってないお子さんはスマホが原因で不登校になるのか、不登校なので依存するのか分からぬが、スマホやSNSがなければ一日が長く退屈になっていると思う。大人でもSNSやスマホを取り上げられたら困る。ハサミやアルコールと一緒に影響の大きい子どもに対し制限するのは必要ではないかと思う。

司会 自分もYouTubeを見ていてあっという間に1時間経っていることに気づくとすごくがっかりすることも多く、どこかで依存症の素因はだれもが持っているがそれを自制心をもって克服できる年齢になっているのか、そちらにつっぱしのか。

◆ スマホを規制するよりは共生していくしかないから、どう自制をかけるかを若い人たちが自ら学んでいくしかないと思う。私の時代はファミ

コンが流行して、ミスをしてもスイッチを切つたら何もかもリセットできる、こんなもので遊んでいたらとんでもない大人ができると言われたが、結局そんなことにはならなかった。スマホも今更、規制というよりは自分で自制できるようになることも勉強なのかという気はする。

司会 確かにアルコールも20歳からとなっているので、中毒性のあるものを年齢制限をつけるというのもあるのかもしれないが、YouTubeもオンラインゲームにしても中毒性があるような設計にしているので、制作者側の方も問題があるのか。その辺の規制というのも、商売なのでそれは難しいのかもしれない。他にご意見がなければ、この話題は尽きないかもしれないが、次の話題にいかせいただいて、よろしいでしょうか。

猛暑、酷暑、極暑

司会 それでは、2つ目の猛暑、酷暑、極暑について。温暖化や熱中症の話でもよく、この数日の間、見ない日がないぐらい熊の被害の話が出ている。米の不作や異常気象などがあった。

9月18日に、これまで25℃以上が「夏日」、30℃以上が「真夏日」、35℃以上が「猛暑日」というのが、気象庁の定義している用語だが、今後、40℃以上を「酷暑日」にしようかという記事が出ていた。

いろんな切り口があるかと思うが、皆様のご意見はいかがでしょうか。

◆ 私はあまりCO₂とか意識しない派だったが、今年の暑さはさすがに温暖化防止を意識して生活しなければいけないのかと思わせるような暑さだった。梅雨がなかったので米がどうなるのか心配していたが、蓋を開ければ後で雨が降ったので、そちらはどうにかなったようである。

山口県の「クマップ」という熊の目撃情報をまとめたサイトがあるが、あの目撃情報の1つは実は私が報告したもので、宇部の霜降山の中で見た。たしか一昨年の話で、宇部の桃山地区に熊が出たのをご存知ですか？その年の夏に私が霜降山を散策していて、管理道から持世寺温泉に抜ける

登山道の山深いところで出くわした。こちらは固まって動けなくなった。距離は割と近かったが熊が逃げて行ってくれたので良かった。お互い気づいた時点である程度距離があったらしいが、近いと向こうがびっくりして襲って来るらしい。基本的には臆病なので逃げていくらしいが。ただ最近の東北の市街地で出ているのは、全然そんな感じがしないので、確かに異常なのかと思う。

◆ 熊も温暖化と関係しているのではないかと思う。

司会 自分たちが子どものころはメインがアブラゼミだった。それが、20年ぐらい前からクマゼミが多くなってきた。最近、アブラゼミやミンミンゼミを見なくて、クマゼミばかりになっていると感じている。

◆ 変化に適応していかなくてはいけない。

◆ 熊が人を捕食するのが当たり前にならなければいいなと思っている。アメリカの熊はそうなっているようである。そのアメリカの熊と日本の熊も系統が似ているらしいので、その可能性もあるかもしれないというニュースを見ると恐ろしくしようがない。

◆ 「熊鈴」は日本の文化らしい。熊は急に人と会ってビックリすると襲ってくるから、音を鳴らして、こちらの存在を早めに気づかせて、逃げさせるというのが熊鈴の考え方らしい。ただし欧米は全く逆で、とにかく気づかれたらその途端に襲われる所以、熊鈴のように自分の音を出すものをつけるなんてとんでもないという考え方のようである。日本の熊もだんだん変わってくると、熊鈴は危なくなるかもしれない。

◆ 熊に今年すでに12人が被害にあわれており、一番多いときの倍になっているというニュースを見た。秋田県は今年だけすでに2,000頭ほどが駆除されているようである。話を聞くと、縄文時代から見ても今、野生動物が一番多いそうであ

る。また、ハンターが減っているので、野生動物が多くなり、必然的に熊も多くなっている。実際、私の近所でも普通の道や登山道でも出たという報告がある。

今年は9月も30℃以上あった。1990年10月の平均気温は22~23℃だった。米が取れなかつた冷夏の1993年は8月でも平均気温が28℃だったそうである。今考えると10℃ほど違い、嘘のように感じてしまう。今後どうなるか分からぬが、今年暑かったのが涼しかったと感じる年が来るかもしれない。エアコンの中で生きないといけない。

◆ 昨年は熱中症の患者が一夏で30人近く運び込まれてきたが、今年は4、5人である。家にエアコンをつけて籠っているようで、熱中症が極端に減った。

熊が山口市の良城小学校の30m離れた公園に出たというニュースがあった。その後、維新公園方向に逃げていったそうである。この会館周辺に熊がいるかもしれない。来月、東北に行くが露天風呂は大丈夫かと不安に思っている。

◆ ソーラーパネルの表面温度が70、80℃になるそうである。メガソーラーが温暖化の原因の一つなのではないかという方もいた。

熊に関して、秋田県で人が熊に襲われた事例では、山に食べ物がないので、明らかに人を食べに来ていると言われた方もいた。来週、山に行く用事があるが、熊に出会わないか心配である。

◆ 熊スプレーを持って行ってください。

◆ 私は熊スプレーを持っていますが、いざ使う場合には取り出してロックを外してという2段階の動きが必要で、常にロックをすぐに外せるように構えて持つていればいいが、もしカバンに入れたりしたらおそらく間に合わない。

◆ 今は品切れだそうです。

◆ 国産品はあまり効かないと聞いたことがあ

る。アメリカのグリズリー用なら大丈夫と聞いたことがある。中には唐辛子の粉がたくさん入っているようで、目が見えなくなる。人間にかかると大変。

◆ 熊が余計に怒ったりしないですか。

◆ 熊に襲われたら、今後の医師会報の記事が書けませんので、その時は、諦めてください。

◆ 環境を破壊をしているのも、人間が快適さを求めるため。夏は冷房をかけないと生きていけないが、それもまたCO₂を出していくから、そういうのは人間が作り出したものではないかと思っている。それに合わせざるを得ないというのはしかたないので、そうしていく。

熊に関しては、石川県の小松で木を伐採して、人間が住んでいるところとの境界をはっきりさせると、熊はなかなか寄りつかないと言っていた。また、山の中に熊が食べられるような木を植林していた。熊を教育することも大事だと思っている。熊は非常に賢いので、北の方では人間社会の美味しいものを見つけるようになってしまっているのではないかと思う。人間を見たら逃げていくのが熊の本来の姿だったが、変わってきていて、それが危険な状況になっているのではないかと思う。

◆ 知床で人が襲われていたが、子熊の時は可愛いので餌付けをする人がいるようで、それによって人が平気になるようである。

司会 東北で熊が出るのは、生ゴミとかを漁っている。海外ではキャンプする時に絶対に食べ物は空中に吊らすとか、取れないところに置くというマナーが徹底されているが、そのようなマナーが日本では通用しないというか。

◆ ゴミ箱などに熊が取れないように鍵をかけるように対策を取っていた記憶がある。人肉だけではなく、人が持ち込んだ食べ物やゴミを熊に食べられないようにする対策も必要かと思う。

◆ 日本人から夏がなくなったと感じる。昔は、夏は恋の季節だという歌もあったぐらいで、キャンプや山、海やプールに出かけたものだった。子どもは屋外で遊び、若者にとっても楽しい季節だった。この猛暑の中ではエアコンをかけて家の中にいるしかない。昔の子どもは真っ黒に日焼けして、夏休みに皮がむけたと言っていた。そんな日焼けした子どもは、外来でも今年の夏は1人しか見ていない。そういう意味で楽しい夏が失われてしまったんだなとしみじみ思ってしまった。

クマを題材にした絵本を、みんな読む気がなくなるのではないかと心配している。また、熊を射殺したりすると「熊が可愛そう」と言う人がいるのが、少し腹立たしいと思った。

司会 昔は暑すぎなかったので、海に行って遊んだりできたが、あまりにも暑くて、熱中症のこともあります、エアコンのある室内で過ごすのが夏の過ごし方に変わってきたのではないか。

◆ 里山に住んでいる人たちが減り、また高齢化しているため、整備ができなくなっていることが、熊を呼び寄せている原因の1つだと言われていた。人口減少、過疎化も原因だろうと思う。

熱中症のことで医療的なことで言うと、エアコンをかけて室内にいるので、フレイルが進んでいるような印象がある。私が担当している患者さんの中で高齢者の歩数計を計測している人を見ると1,000歩も歩いていない方もいる。このままだと筋力低下でフレイルになると想い、涼しくなったら歩くこと、部屋の中でのスクワット、ペットボトルを持っての運動を勧めている。

温暖化については、感染症の非結核性抗酸菌症と言えば、いわゆるマックと言われるアビウムやイントラセルラーだったが、数年前からアブセッサスという、迅速に発育するものが急速に増えている。アブセッサスは今まで東南アジアや沖縄に多い菌だったが、全国的に西日本から発生報告が増えている。環境に依存するような菌も変化しているのではないかという印象を持っている。

司会 フレイルのことに関してだが、都会のモールの中には散歩コースが設定されているところもあり、歩いてもらおうという試みがある。山口県でもそういう取組みがあればいいかもしれない。

◆ 患者さんに「小野田のサンパークに行って、散歩しなさい」と言ったりしている。

◆ 実際、私の患者さんも、小野田のサンパークを歩いている方は結構おられる。1周回るだけで1kmぐらいありそう。

◆ 私の住んでいる地区では防災メールに熊が出ましたという通知が届く。防災メールには「熊鈴などを用意して」と書いてある。

熱中症については、リモコンで家族が制御できるようなエアコンをつけておられる場合もあるが、エアコンをつけていたという患者さんが、認知症があり暖房にしており、救急搬送された。その方は回復して急性期病院から慢性期病院に転院された。認知機能が落ちている方はよくチェックしておかなければ危ないと思った。

司会 私が聞いてみたいと思うのが、温暖化に関して、CO₂が問題だとしたら、自分たちも責任があるのかと思っている。では、皆さん個人が温暖化防止のために何かされていることはあるか。

◆ 確かに今年の夏はすごく暑かったという印象がある。大きな目で見た時に毎年、温暖化が進むのかどうかは疑問に思っている。逆に、氷河期ではないが気温が下がっていくという説もあり、どっちなのかと考えている。

個人的に気をつけていることは正直ない。植物にとってCO₂は必要なものだが、古代に比べるとCO₂が少ないので、植物にとって生きにくくい世の中らしい。植物にとっては、もう少しCO₂があってもいいのかなと思っている。

◆ 氷河期はあるが、これより暑かったというのはあまりないのではないか。



司会 こういう問題は、最終的に CO₂ が原因だったという時に後戻りはできないので、そうかもしれないから、いろんなところで CO₂ を削減という方向になっていると思う。

確かに CO₂ を吸着して地下に埋めたり、科学技術で解決しようというところもあるが、私が思うに今まで、いろいろな科学技術、例えば、車を開発して人間が迅速に行きたい場所に行けるようになったという人間の欲望が 1 つ達成された代わりに、多くのマイナスなことも生み出しているということもある。今の一つの風潮として、科学技術で温暖化対策しようというところは、それをやったところでどうなのかなと疑問に思っている。

◆ どちらかというと CO₂ 削減とか懐疑的に考えてしまっている。留学時代に概念がガラッと変わってしまったので、日本ではちゃんとゴミ分別していたものが、欧米に行くと滅茶苦茶である。瓶も生ゴミも一緒に捨てて、みんな燃やしてそれで終わり。しかし今年の暑さを経験すると、さすがに多少は考えないといけないかなと思いつつも、リッター 5km しか走らない燃費の悪い内燃機関の車に乗っていたりして、全然対策はできないなと思う。ただ、山を削って太陽光パネルを並べたりするのもどうなのかなと思ったり、自分の中でも気持ちは揺れている感じである。現実にはあまり、対策はできていないかなと思う。

司会 私は基本的に近いところは全部歩いている。住んでいるのが 6 階なので、暑い時も極力、エアコンは短時間にして、窓を開けると結構風が通るので、自己満足ではないがエネルギーを使わないようにするところは気をつけている。

◆ 二重窓にすると断熱効果が良くなって、節約になったと思う。また、むやみに紙で印刷しない、車を使って会議に行くよりは、Web で済ます。自分も楽できる方法で考えている。

◆ 私がダイエットを頑張れば、それが CO₂ 削減になっているかもしれない。近場は徒歩や自転車などの移動を心がけなければならないと思う。去年はダイエットを頑張ったが今年は少しできていないので、今の話の流れで、もう 1 度、頑張ろうかなという気持ちになった。

◆ 電気をこまめに消す、自宅の冷暖房は控えめにと、どちらかというと経費の削減の意味合いの方が強いと思う。ただ、例えば、家で炭酸水を作る時に、ペットボトルの削減になるからと炭酸水のキットを買ったが、結局はペットボトルで買った方が安い。消費をどんどん増やそうという業者さんの営業努力を感じながら、できる範囲内でエコをやっていければと思っている。

◆ 10 年ほど前に蓄熱暖房という、夜の間に電熱線でレンガを大量に温めて、家を加熱するような機械を買った。そうすると一昨年の 12 月の電

気代が13万円ぐらいになった。それまでそんなことなかったが、冬場はそうやって温めるので7万円ぐらいはかかっていたが、その倍近くになってしまった。次の日の気候に合わせて、蓄熱量を自分で調整するようになった。

◆ 考えてみると、特に何もしていない。設定温度を暖房は低めに、冷房は高めにするようにしているが、スタッフが控室の冷房をどんどんかけてドア開けて、廊下までそれ冷やそうとしているので、あんまり意味がないなと感じている。

東京に行った時は時間があれば6km程度なら歩く。1時間半程度ならタクシーに乗らない。

◆ 特になにもしていないが、今のところAIには手を出さないでいる。しかし、スマホで何かを調べた時にAIの回答が勝手に出てきている。また、部屋の冷房は大体27℃程度で我慢している。他にCO₂削減というより自分の健康を保つために8,000歩を歩くようしている。

司会 確かGoogleで一つ検索すると、やかんのお湯を沸かす半分のエネルギーを消費していると聞いたことがある。AIはもっと電気を使っているのではないかと思うが、つい調べてしまう。

◆ 私も去年から2重窓にした。大きい窓なので新たに2重窓をつくったので、それがエコになるかどうかはわからない。資本主義の考えに乗ると、日本の場合は人口減少が1番の問題で、1人1人が消費を控えると、ますます不景気になり、日本の経済が立ちいかなくなるのではないかという見方ある。

◆ 一般的なことだが、買い物に行った時にエコバックなどを持って、プラスチックの袋を貰わないようにしている。

◆ できるだけ歩くようにしている。自分の健康もそうだが、エコを考えると車に乗るより歩いた方がいいのではないかと思う。東京に出張する時は、以前は飛行機に乗っていたが、燃料代が相当

かかるという話だったので、新幹線で移動することにしている。飛行機で移動される方が多いと思うが、それを列車にするとCO₂が削減するということを聞いたことがある。

司会 飛行機の方が早く取ると安いことがある。また、乗らなくても空気を運んでいるのなら、乗った方がいいのかと思って飛行機にしてしまう。

◆ 私はマイバスケット(自前のスーパーのカゴ)を使っている。すごく便利である。レジで自分のバスケットを出すと、レジの方がそれに買ったものをきれいに入れてくれて、それをそのまま持って帰ればよい。わざわざ袋に入れ直す必要もない。あれはみんな使ったらしいと思う。

司会 ゴミ袋を配らなくなって、温暖化防止になっているのだろうか。

◆ 私の地域もビニールを分けるが、汚れていたら生ゴミに入れてよいことになっている。要するにリサイクルするわけではなく燃やされるビニールも大量にあるということ。しかも分けたものを、結局また一緒にして焼いているという話も聞いたことがあるが、もしそれが正しいのならなぜ分ける必要があるのかよく分からない。

◆ 私の息子が住んでいる地区は燃えるゴミ、燃えないゴミ、プラスチックゴミの分別はしない。

司会 いろいろなプラスチックゴミにリサイクルと書いてあるので、リサイクルされている感じがあるが、結局は全くされてないのだろうか。

◆ 北米ではあまり真面目に取り組まれていないよう思う。おそらくヨーロッパの人たちはアメリカ人が好きでないから、あんな風にはなりたくないというのが逆にモチベーションになっているのかも。

司会 スイスに行った時に、昔はこのあたりまで氷河だったのだが、かなり上方に縮小してし

まったく聞いて、とても驚いた。なので、ヨーロッパの人は温暖化に厳しい。

◆ ベネチアも、だんだん水位が上がっている。

◆ 白亜紀のころ南極も緑がたくさんあったというので、そのころは海面もまだまだ高かったらしいので、分からぬ。もしかしたら、2000万年後には、すごく寒いかもしれない。

◆ 抵抗するより、地球の真ん中赤道近くを避けて上下に分かれていくしかないのではないか。ワインも産地が変わってきていると聞いている。

◆ 46億年のうちの10年なら誤差にもならないような範囲だと思う。

ことも必要かなと感じている。

最後は本日のテーマとは直接関係のない話をしまったが、皆様お疲れ様でした。

司会 最後は、本当に放談になってしましましたが、会の趣旨通りで良かったのではないかと思う。最後に閉会のご挨拶を沖中副会長、よろしくお願ひいたします。

沖中副会長 本日はたくさんのご意見いただき、楽しい時間を過ごさせていただきました。企画していただいた広報委員会の先生方、ありがとうございました。

この会館の駐車場のそばに金木犀が植えてあるが、今年は咲くのが遅れており、今日やっと香りがするぐらいで、まだ蕾みである。例年は10月10日ぐらいに花が咲いていると思う。今年と同じく夏から秋にかけて暑かった去年も遅かった。今年はヨモギの開花も遅かった。同様に去年も遅かった。恐らく、気温が高ければ開花が早いというわけではなく、植物には開花に適した温度やリズムがあるのだろうと思う。

人間のリズムは24時間ではなく25時間だそうである。だから、目覚ましを掛けずに自然任せで寝ていると、1日1時間ずつ起きる時間が遅れるので、やはり朝きちんと目覚ましで起きて、1日、そこからリセットして、やり直さなければいけない。個人の自由や権利は尊重されるべきであるが、ある程度、集団生活してく上では我慢する

令和7年度 中国四国医師会連合総会

とき 令和7年9月27日(土)・28(日)

ところ かめ福オンプレイス
ユウベルホテル松政



今年度の中国四国医師会連合総会は本会が担当で、1日目はかめ福オンプレイスとユウベルホテル松政で、2日目はかめ福オンプレイスで開催した。

まず、中国四国医師会連合常任委員会が開催され、中央情勢等の報告が行われた後、令和8年度国際会議へ派遣する若手医師の推薦について、及び次期当番県について協議が行われた。その後、4つの分科会が開催された。

第1分科会 医療政策（新たな地域医療構想等）

第1分科会は、「医療政策（新たな地域医療構想等）」をテーマに、日本医師会の坂本常任理事をコメンテーターに迎えて開催された。事前に各県から多くの議題が提出されていたこともあり、地域医療の課題について共通理解を深めるため「地域医療構想（高齢者救急、医療の質や医療従事者の確保、地域における必要な医療提供の維持）」、「総合診療的能力を持つ医師の育成」、「人口減少地域における医療提供体制」の大きく3つのテーマに絞って議論が進められた。

各県からの提出議題

1. 地域医療構想

昨年12月に厚労省から「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」が発表されたことを受けて、その中で述べられていた「地域の医療を確保し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築するため検討すべき」とされている3点について議論した。

（1）高齢者救急

「高齢者救急」では、入院早期から必要なりハビリを適切に提供していく支援体制について、広島県と島根県から呼吸器リハビリについて報告があった。

また、高齢救急に関連して「救急の適正受診・適正利用」の観点から、岡山県は高齢者施設での急変時にかかりつけ医や嘱託医と連絡が取れない場合に岡山大学病院高度救命救急センター専従の救急医が24時間365日電話相談を受ける窓口（コールセンター）の活用について、香川県・高知県からはDNARの運用や救急搬送にかかる予算化、ACPの普及啓発などが報告された。

山口県でも、山口県救急業務高度化推進協議会（県MC）が中心となり、運用骨子に基づき、令和3年11月より各地域MCにおいて救急現場における心肺蘇生を望まない傷病者への対応の運用が開始されている。県が各消防本部（局）に実施した調査では、令和5年11月～令和6年10月までの出動78,047件のうち該当事案出動件数^{*1}は39件（該当事案出動割合は0.05%）、プロトコル適応件数^{*2}は19件（プロトコル適応割合は0.02%）であった。DNAR傷病者の救急要請の通報者は家族・親族等が8%、介護施設職員等が32%との報告がある。DNAR傷病者急変時に関係者が救急要請をしないための方策として、かかりつけ医がACPの段階で家族のDNARに対する理解を確認し、有事の際の対応を説明しておくこと、介護施設職員に対し十分な説明を行い、施設内での情報共有を確実にしておくことが重要と考えられる。また、傷病者がDNARを望んでいても、ACPを行わなければ患者・家族と医療チームとでDNARの意思表示を共有することは困難であり、かかりつけ医がACPを推進することが重要である。

※1 県運用骨子概要の運用の要件1～4全てに当てはまる件数。

※2 運用の要件1～4全てに当てはまり、かつ、実際にかかりつけ医等が傷病者の意思を確認し心配蘇生の中止の指示をした件数。

（2）医療の質や医療従事者の確保

「医療の質や医療従事者の確保」では、地域ごとに必要な医療体制を確保するということで、愛媛県から大学医学部における「戦略型寄附講座の取組み」について、次のとおり紹介があった。

・地域医療・総合診療学地域医療学

地域に根付いたプライマリ・ケア教育の充実・研究・診療を目的。

・地域医療再生学講座

地域の医療再生を図る目的。地域サテライトセンターを設置し、専門領域における診療業務、地域の二次救急医療、及びキャリア形成も支援。

・地域救急医療学

医師不足による診療機能の低下に対し、地域サテライトセンターを置き、地域医療の支援、二次

救急医療の向上、地域医療に従事する医師の養成。

・地域小児・周産期学講座

愛媛県における小児救急医療及び周産期医療の安定的供給と充実を目指す。

・救急航空医療学講座

ドクターへリを通じて愛媛の救急医療の充実を目指す。

（3）地域における必要な医療提供の維持

広島県から、県中部の尾三圏域での病院再編統合の取組みが紹介された。公的病院や民間病院の統合に医師会が直接関わることは難しいが、地域の医療提供体制は連携して確保していくという観点で注視していくことが重要とのことであった。

こうした取組みについて、日本医師会の坂本常任理事からは、新たな地域医療構想においては「医療機関の役割と分化はその集約化を加速する可能性があること」、「外来や在宅、医療と介護の連携が不可欠であること」、関連して「“回復期”を“包括期”としたこと」、「（厚労省の地域医療構想の検討会で）医師偏在対策についても議論されたこと」などがコメントされた。

2. 総合診療的能力を持つ医師の育成

中四国の各県とも、中山間地域を中心とした医師不足や偏在対策が喫緊の課題であり、その解決策の一つとして総合診療医の養成が挙げられている。島根県と広島県では、厚労省の事業を活用して「総合診療医センター」を設置し、関係機関と連携して総合診療医を養成されているとの報告があった。

また、医師会が直接運営には関わっていないが、徳島県からは大学と県による取組みの中で新たな人材確保として、全国有数のサーフスポットがある環境を活かして、「出勤前にサーフィンができる環境とライフスタイルを！」とアピールし、全国の医療従事者のサーフィン大会の開催（サーフホスピタル海部プロジェクト）が紹介された。

山口県では医師偏在指数が全国32位と医師少數県に入っているが、中でも山陰地域の長門や柳井地域が医師少數区域に該当している。また、医師数全体では平成10年を100とした場合、令和4年が109と増えてはいるものの、全国の138

に比べると伸び率が低く、とりわけ若手医師に限ってみると平成10年から2割減っており、医師の高齢化率はワースト2位である。このように若手医師の確保と地域格差が課題である。

そこで県と共に現状分析や若手医師を中心に情報発信を行うとともに、医師確保対策の中心となる修学資金貸与者に対して支援を行い県内への定着が進められている。また、高齢者の増加に伴い、専門医のみならず総合診療に対応できる医師が求められることから、総合診療医の専門研修プログラムを有する5病院のなかで、実質的に稼働している山口大学と県立総合医療センターが協定を結び一貫的に医師を養成していく仕組みが構築されている。

総合診療医の養成にあたっては、大学と県立総合医療センターの専門研修プログラムの連携（将来的には統合）により、連携施設の拡大とともに、それぞれのスタッフが専門とする領域での指導を行うことにより教育・指導体制の強化を図っている。

今後、県医師会として地域の医療機関に勤務する若手医師に対して積極的にプログラムへの参加を働きかけていくとともに、在宅医療を勧める立場から、訪問診療など総合診療医の育成に関心のある医療機関をリストアップするなど教育体制の強化に向けて支援ができればと考えている。

日本医師会・坂本常任理事からは、厚労省の事業は今年度から12の県で取り組まれていること、その中でリカレントも取り組んでいくことへの評価があった。また、“総合診療専門医”と“かかりつけ医”的考え方の違いについて、改めて説明された。総合診療専門医は「学問体系の裏付けとしての専門医（資格制度）」であり、資格を持っていても開業して地域医療を担わない医師もいる。一方、かかりつけ医は患者さんの身近な存在として、医療提供体制全体を支える役割を持つ医師であることを示唆された。

3. 人口減少地域における医療提供体制

3題目は、中山間地域・へき地においては、医療従事者の確保や経営面でも厳しくなっている中で、どのように医療提供体制を確保していくのか

について、鳥取県からオンライン診療、島根県は地域の3病院の連携による再建（津和野共存病院、よしか病院・介護医療院、益田赤十字病院）について、高知県からは県西南部の幡多（はた）地域に新たに設立された地域医療連携推進法人（はたまるパートナーズ）と医療MaaSの活用事例について報告があった。

山口県でも人口減少、医療人材の不足等から特に中山間地域での医療提供体制を維持していくことが難しくなっており、次の2つの地域で病院（入院施設）の統合、医師等の人材の集約化等が行われており、さらに、別の2圏域においても現在集約化が検討中である。

＜周防大島町＞

周防大島町は、町立3病院・2介護老人保健施設があったが、高齢化・人口減少が著しく進み、医療・介護需要は今後大きく減少すると見込まれることから、所属する柳井医療圏における医療機関相互の機能分化・連携を図りながら、町内の医療提供体制を確保することや、特に介護分野における町（公立）と民間事業者との役割分担について検討されてきた。結果として、令和元年（2019年）度以降、町立3病院のうち1病院を診療所に転換し、1病院では必要なダウンサイジングを実施。今後は、併設されていた介護老人保健施設を介護医療院に転換することにより求められる医療機能と人材の確保を行っている。

＜岩国市・玖北地域＞

玖北地域には市立2病院（錦中央病院、美和病院）と1診療所（本郷診療所）があったが、錦中央病院は医師の離職が続き、常勤医師が2人となつたため、令和6年度からは美和病院の副院長を錦中央病院の病院長代理として、病院運営に必要な「医師3人体制」を確保していた。さらに、医師の業務負担が過多となつたため、入院患者数の抑制や救急搬送受入の制限などを行っていた。そうした中、「医療提供体制の持続可能性」を最優先に検討を重ねた結果、令和7年度からは美和病院を地域の中核病院として存続させ、1病院2診療所（1つは有床診療所）体制とすることにより、地域の医療提供体制確保と医療人材の有効活用を行っている。

これらのことについては事前に住民説明会が実施されたが、参加者からは休日・夜間に救急外来がなくなることに対する不安の声が上がった。今後、オンライン診療の活用や訪問看護ステーションとの連携による在宅医療の提供、また救急外来などで地域の中核となる美和病院を利用するための移動手段の確保が検討される予定である。

日本医師会・坂本常任理事からは、オンライン診療は公益的な観点で取り組んでいく必要があること、また「郵便局の活用」について「急変時の対応」や「検査の体制」、「薬の配送」などの課題があることを報告され、関係者間において事前によく検討してから準備を進める必要があることを説明された。

日本医師会への提言・要望

その後、各県から提出のあった6つの「日本医師会への提言・要望」について、日本医師会の坂本常任理事から回答があった。

1. 新たな地域医療構想の構想区域について

(岡山県)

日医（坂本常任理事）構想区域は、医療機関再編や集約化に密接に関わるものとして、今年1月にスタートした「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」で検討が続けられている。検討会では、構想区域を人口別に100万人以上の大都市、50万人程度の地方都市、30万人以下の人口の少ない地域に分けて整理する案が提出され、その案で進められている。構想区域の再編と集約化に関する議論の中では、集約される側の地域にある診療所や中小病院への支援が必要であることを求めている。そして、隣接する県境を越えた地域連携を検討することも、特に小児周産期、救急等も含めて必要であることを主張している。

一方で在宅医療の圈域については、市町村単位を基本とするように主張しており、いざれにしてもどのような区域にするかは、その地域のことを最もよくわかっている地元医師会、県医師会が連携しながらリーダーシップを発揮しながら決定していただきたいと考えている。

日本医師会は国が一定の指針を示すとしても最終的には地域で決めることができる仕組みを目指

していきたいと思っている。構想区域を考えるに当たって、地域医療構想調整会議が活性化しなければ実効性が持たない。調整会議を支える十分な専門人材がいない場合も多いこと、市町村は介護に詳しいが医療に疎く都道府県はその逆。真の医療・介護連携は行政間の理解と協力が不可欠であると考えている。地元医師会がぜひ議長となり、そこをまとめていただきたいと考えている。

2. 中山間地域・へき地において医療機関を支える仕組みの創設（山口県）

日医（坂本常任理事）中山間地域やへき地では医療従事者の確保が困難であることに加え、患者数の減少により医療機関の経営が厳しくなってきてている。特に入院機能をもつ医療機関の存続が危ぶまれている地域では、住民の安全・安心な生活を支える医療提供体制の維持が喫緊の課題である。地域医療構想の推進に当たっては、医療資源の集約化だけでなく、地域医療完結型の医療提供体制の構築が求められている。医療、介護、福祉の連携による包括的な支援が不可欠であり、そこには有床診療所が今後有用な役割を担うことも期待されている。有床診療所も含め、医業承継の観点からも地域医療の継続には後継者の確保と円滑な承継支援が不可欠である。日医としても国に対する予算要望の中で、こうした支援も求めている。まだ、国会は通っていないが、今後こうした支援も出てくると思っている。

遠隔医療・定期的なオンライン診療の活用も検討されるところであるが、もちろん遠隔画像診断など、遠隔地の医師を支援するD to Dと、D to Pは冷静に考えることが重要である。また医師会主導による地域医療連携推進法人は、広島県のネットワークを筆頭に各地で事例が増えてきている。このようなコーディネートの収集も有効と考えている。地域の事情に応じて、地域医療構想の推進、医療承継支援、遠隔医療の適正活用を相互に関連させて進めていくことで、中山間地域・へき地の医療機関の存続と医療提供体制の人材を今後積極的に取組んでいく。

3 救急搬送の有料化について（岡山県）

日医（坂本常任理事） 要望にある救急搬送の有料化は、三重県松坂市の基幹的な3病院、茨城県全県においていわゆる軽症患者の救急搬送に対して選定療養費を徴収する仕組みということで、全ての患者に対して有料化する話ではないと受けとめている。適正か不適正かはともかく軽症患者の救急搬送については、総務省消防庁の統計でも令和5年中に救急自動車による搬送人数の最も多い、“疾病別入院加療の必要としない軽症”が322万人（約50%）で、前年度より増加している。日医としては、この選定療養費を用いた仕組みについては、本当に医療が必要な方の利用を抑制してしまうことや選定療養費を徴収する医療機関の窓口でのトラブルの懸念などがあるが、全国統一的な導入については、メリット・デメリットも含めて十分な検証が必要と考えており、厚労省や消防庁に対して検証を求めているところである。

4. DNARを明確に意思表示していれば救急搬送されないシステムづくりとその啓発を要望 (岡山県)

日医（坂本常任理事） DNARは長年議論されているが、国民の死生観、生命倫理に関わる問題で非常に難しい問題である。少なくとも国が画一的な考えを地域へ強制するものではない。地域住民や医療関係者、救急搬送機関はもとより警察も参画し、地域での合意形成を図っていくことが不可欠である。高齢者救急が増加する中、患者さんの意思に沿った救急現場における心肺蘇生が行われることは非常に重要であり、望まない救急搬送は避けられる。日医救急災害医療対策委員会の前期報告書では、参考となる医師会の取組みを3か所紹介している。その中では、岡山県医師会による移動会長室事業について、昨年5月の日医シンポジウムでも松山会長にプレゼンをしていただいた。また、東京都医師会が取り組まれている東京消防庁によれば、心肺蘇生を望まれていない患者さんについて、9割以上という高い割合で救急隊からかかりつけ医に連絡が取れ、心肺蘇生を中止して搬送を行っていないということである。そこ

では救急隊が現場へ出動し、患者さんや家族などの関係者が蘇生の意思がないことを告げられたときにそれがご本人やかかりつけ医と共有できた結論であるのか救急隊にはわからないため、かかりつけ医不在の場合には連携している市、訪問看護ステーション等へ連絡することがポイントとなっている。いろいろなシステムが考えられるが、日本医師会は各地の仕組みをどのように支援していくか考えてまいりたい。

国の会議でも法的には確立されておらず、DNARのシステムはもともとの原疾患による死亡ということであるため、突然の不整脈や肺炎も起こるので、そこも判断が難しい。いろいろ好事例もあるので、今後議論を深めていきたい。

5. 介護サービス事業所の運営母体に関する一定の制約（鳥取県）

日医（坂本常任理事） 適切であるところとないところ、営利企業が参入してきていろいろなことが起こっている。営利企業の場合、経営上思わしくなければ、すぐに撤退することもある。日医としては、今後適切な事業運営ができない法人に対しては厳しく対応してほしいことを厚労省に対して許認可も含めて、不適切な事業者には指導監督をしっかりするよう引き続き強く要請する。

6. DX/ICT（特にサイバーセキュリティ）強化への補助・支援について（鳥取県）

日医（坂本常任理事） 日医としては、国が医療DXを拙速に進めることには医療現場の混乱や地域医療の崩壊をまねくことを懸念している。そのようなことにならないように、厚労省の検討会などあらゆる機会で拙速にならないように地域医療を守るように釘をさしている。今春、日本医師会では紙カルテ利用中の診療所を対象にアンケート調査を実施した。54.2%が電子カルテの導入は不可、22.8%が紙カルテのまま情報共有しても併用したいとの回答であった。万が一電子カルテが義務化されれば、多くの医療機関で継続できなくなり地域医療は崩壊すると思われる。したがって、電子カルテや電子処方箋の義務化には強く反対している。また、国策として進められる医療

DXのシステム導入費及びサイバーセキュリティの対策にかかる費用は全額国が負担すべきと考えており、以前より国へ申し入れている。今月11日には、三師会連名でオンライン資格確認の機器更新料の財政補助を引き続き要望している。

7. 医療機関に関する情報発信について(島根県)

日医(坂本常任理事) 令和8年診療報酬改定に関して、財務省は病院と診療所の分断を謀ろうと着々と目論んでいる。年末改定率決定に向けて、その動きを強めていくものと考えている。日本医師会としては、その動きに対抗すべく会長を中心 にあらゆる機会を通じて、病院ばかりでなく診療所の経営状況も厳しいことを説明している。9月17日に行った日医定例記者会見では、日医が調査した診療所の緊急経営調査の結果を城守常任理事が報告し、診療所の厳しい現状を訴えた。こうした会見を日本医師会公式YouTubeチャンネルに掲載し、より多くの方に見ていただけるよう工夫している。今後、このような活動を継続していくことで、国民の理解を求めてまいりたい。

また、ご指摘の病院団体・介護団体との連携については、診療報酬の大幅な引き上げを実現するには必要不可欠なことであり、今後年末に向けて、何度も合同会見を行いながら一致団結して国民にその窮状を訴えていきたい。引き続き、都道府県医師会、郡市区医師会を通じて地元の国會議員の先生方、県会議員の先生方のご支援をお願いする。

〔報告：常任理事 竹中 博昭
常任理事 岡 紳爾〕

第2分科会

テーマ：地域医療・介護保険（地域包括ケア・在宅医療含む）

本分科会は、日本医師会常任理事 佐原博之先生をコメントーターとしてお招きし、地域包括ケア及び在宅医療を中心とした重要テーマについて議論を行った。今回は各県から合計19の議題が提出され、診療報酬改定後の制度運用、地域包括ケアシステムの深化、ICTを活用した医療・介護連携、かかりつけ医機能報告制度、有床診療所の存続など、多岐にわたる内容について意見交換が

なされた。

各県からの提出議題

1. 在宅医療分野の取組みと課題

1-1) 各県の在宅医療に対する取組みについて (広島県)

当県では、地域医療介護総合確保基金の活用や県の委託事業として在宅医療推進実践同行研修事業・多職種ノウハウ連携研修事業などを実施してきた。同行研修は、平成29年度16名、平成30年6名、令和元年3名、令和2～5年見送り、令和6年8名が研修を修了、ノウハウ連携研修事業は、「がん疼痛緩和」「褥瘡」「栄養管理」「認知症」「口腔ケア・摂食嚥下障害」「呼吸器」などをテーマに計6回開催した。いずれも事業の目的は、在宅医療に取組む医師等の確保及び質の向上を図ることで、当会としてもさらなる発展に努めたいと考えている。

そこで在宅医療の推進事業として、各県医師会の取組みについてお伺いしたい。

山口県

平成28年度より「地域包括ケア推進事業」を独自予算で実施。各都市医師会の創意を尊重し、国・自治体の縛りでは実施困難な先進的取組みを支援している点が特徴である。Zoom活用による普及啓発や多職種連携事例共有など、裾野拡大と人材確保を両立させる運営が行われている。

徳島県

県医師会の負担でICTシステム「バイタルリンク®」を導入し、診療報酬上のインセンティブ（在宅医療情報連携加算）と組み合わせ、医療介護情報共有体制の強化が進む。ただし、民間医療機関の高齢化や経営難、後継者不足が深刻であり、制度活用拡大と担い手確保が喫緊の課題となっている。

岡山県

「移動会長室」を活用したACP普及、フレイル対策、医療リテラシー啓発、感染症研修など、住民への直接的な介入と施設支援を展開。急変時

対応のコールセンター整備も特色ある取組みである。

日医コメント：全国医療情報プラットフォームと地域ネットワーク

佐原常任理事より、国が整備を進める「全国医療情報プラットフォーム」は3文書6情報（診療情報提供書等）に限定されており、在宅現場で必要な膨大な日常情報には現時点では十分ではないとの指摘があり、地域医療情報ネットワークと併用することの重要性を改めて強調された。

結論

全国プラットフォームと地域連携ネットワークの併存・補完的機能が不可欠。

1-(2) 第8次医療計画における在宅医療の拠点整備について（香川県）

第8次医療計画（令和6～11年度）において在宅医療は医療圏設定、基準病床数算定、地域医療構想、5疾病6事業、医師確保、外来医療と並んで主要記載事項となっており、国の指針に沿って各県の地域の実状を踏まえて作成されたと考えられる。国の指針では、①退院支援、②日常の療養支援、③急変時の対応、④看取り、の4機能を満たすため、圏域は二次医療圏にこだわらず弾力的設定可能とし、圏域内に「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」が提供体制の要となるとしている。前者は在宅療養支援診療所・病院、後者は市町村、保健所、医師会等関係団体等が想定されている。その機能や役割を明確に位置付けること、本計画と市町村の在宅医療介護連携推進事業との連携を図ること、適切な圏域を設定することが見直しのポイントとなっているが、特に前者の圏域・医療機関設定には難しい面があったのではないかと思われる。各県の計画策定の課題や現在の状況についてご教示いただきたい。

山口県は市町単位の圏域を設定しているが、拠点機能の均てん化が課題である。徳島県は1.5次医療圏で柔軟に運用しているが、民間医療崩壊の

リスクがある。高知県は保健所主体で訪問看護育成講座を200名が受講したが、中山間地域の医療維持が課題となっている。愛媛県では松山市で副主治医制等が整備されたが、県内の地域差と担い手不足が課題となっている。

各県、拠点の明確化、医師・看護師・多職種の確保、ICT連携の現実的運用が共通のテーマとなっている。

1-(3) 協力医療機関との連携体制の構築（愛媛県）

2024年度の医療と介護の同時診療報酬改定で介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院は、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下でより適切な対応を行う体制を確保する観点から、在宅医療を担う医療機関（在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所）や在宅療養を支援する地域の医療機関（在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病院）との実効性のある連携体制を構築することが義務付けることとなり、義務付けにかかる期限を3年とされた。医療機関側としては、急変時、入院を受け入れる体制を原則確保する必要がありハードルが高い。各県での現在の連携体制の構築はどのような状況か確認したい。

各県から、主な障壁として、急変受け入れ病院が少ない、月1回会議等の負担、サ高住・GH入居者の医療依存度上昇、ICT運用負担と費用といった意見が挙げられた。

今後の方向性

- ・情報共有の効率化
- ・入院先確保支援
- ・地域医療連携会議の活用

1-(4) 看護師による遠隔死亡診断補助加算について（鳥取県）

当県での算定はいまだ0件で、算定に必要な講習を受けた看護師も数名にとどまっており、講習要件が厳しいことや往診を行う医療機関に対する

る報酬がないことがその原因であると思われる。在宅訪問診療専門の診療所からの往診を受けている患者においては医師による看取りはスムーズに行われており、その必要性は少ないと考えられる。しかし、グループホームやサ高住においては一般診療所の医師がかかわる場合が多く、この場合には24時間365日の対応が困難であることから施設での看取りを躊躇し、病院へ緊急入院を選択することも多いと思われる。介護施設等で看護師による遠隔死亡診断補助を行うことは、救急車による緊急搬送や入院医療に対する負荷を減らすことが期待される。各県での看護師による遠隔死亡診断補助の実施状況はいかがか。また、看護師による遠隔死亡診断補助を増やすための取組みがあれば教えていただきたい。

山口県から算定ゼロとの報告があり、他県も同様である。原因は、研修要件の厳しさ、医師側制度理解不足、医療倫理・責任の慎重姿勢が挙げられた。

政策的示唆

- ・運用モデル提示と理解促進が必要
- ・医師負担軽減と終末期在宅支援の観点で重要

2. かかりつけ医機能報告制度

2025年4月施行。地域医療資源の「見える化」が目的であり、強制的制度化ではない。

現場の声として、情報不足による混乱、単科医師・勤務医の理解難、MAMIS入力への不安、地区医師会への負担集中といった意見が出された。

日医の見解

- ・制度化ではなく「地域の医療資源の見える化」が目的。
- ・「かかりつけ医機能報告制度にかかる研修」の研修要件は座学+実地10単位以上（どちらも1単位以上は必須）、実情に即している。※「日医かかりつけ医機能研修制度」とは別の研修。
- ・未受講は「かかりつけ医機能に関する研修の終了者」は「なし」と報告でよい。
- ・過剰医療削減議論の制度ではない。

- ・来年1月より年1回の報告開始。
- ・既存の日医の研修制度で十分対応可。
- ・「無理なく・現場と乖離せず」運用が原則。
- ・財務省主導の制度化圧力を警戒。

本制度は「できることを報告」する制度であり、「できないことを責める制度」ではない。

鳥取県では日医主催の説明会に多数参加があり、相互理解の進展が見られた。現場負担を最小にしつつ、制度趣旨の周知と都市医師会の伴走が鍵となる。

3. 地域包括ケア病棟の運用課題

各県共通の課題は、在宅復帰率要件の維持負担、医療依存度が高い患者の受け皿不足、夜間対応の人員不足、退院調整の遅延、透析患者等の帰住困難、である。

山口県から、救急輪番縮小による人員不足、包括ケア病棟閉鎖の具体例を述べた。鳥取県では、超高齢者増により、医療依存度が高くなり、退院困難ケースが増えていることが述べられた。また、広島県（庄原市）では、中山間地域での機能維持の困難性と、60日ルールの現場負担について、述べられた。

提案

- ・入院日数制限の柔軟化
- ・退院支援加算の拡充
- ・介護施設側の看護体制強化
- ・地域内下り搬送の仕組み強化

4. 有床診療所の存続と支援

30年間で約70%減（1996年：約2万→2024年：5,391）、看護職確保難及び後継者の問題、准看護学校の縮小がダメージという現状である。

広島県では、日医と全国有床診療所連絡協議会との共同研修、政策提言、また、徳島県では、医師会立准看護学校支援、オンライン授業等に関する対応例が示された。

政策必要性

- ・地域小規模医療資源維持政策の創設
- ・若手医師の就業モデル確立
- ・戦略的な准看護養成支援

総括

本分科会で明らかとなった要点は、以下の通りである。

1. 制度設計と現場運用の乖離を最小化する必要。
2. 在宅・介護・医療の連携は「人材」と「継続支援」が鍵。
3. ICTは補助装置であり、現場の判断と関係性が中核。
4. 都道府県と都市医師会の役割分担が制度実効性を左右する。
5. 有床診療所は地域包括ケアの要であり保護政策が不可欠である。

地域医療の未来は、制度によって自動的に達成されるものではない。現場の創意工夫、地域力、専門職の使命感、それらが政策によって後押しされることで初めて実効性を持つものである。本分科会の議論を踏まえ、今後も地域医療提供体制の持続性確保と医療の質向上に向け、引き続き取り組んでいきたい。

日本医師会への提言・要望

1. 重症褥瘡処置について（鳥取県）

在宅医療において、重症創傷処置を必要とする皮下組織に至るような褥瘡を経験することがある。重症創傷処置は「2月を経過するまでに行われた場合に限り算定できる」となっている。しかし、すべての褥瘡が2月以内に治癒することはなく、2月を超えて処置を必要とする褥瘡を経験することもあり、その場合は重症褥瘡処置ではなく、創傷処置により算定することになる。褥瘡処置は創傷処置と比較して手間のかかる処置である。重症褥瘡処置の算定を2月までではなく、2月を超えて算定できるように期間の延長を希望する。

日医の回答

重症褥瘡処置は診療報酬上、初回の処置を行つ

た日から2か月以内に実施された場合に限り算定が認められている。これは、発症初期に集中的かつ適切な処置を行うことにより、褥瘡の早期改善を図ることを評価したものである。

一方で、2か月を超えて褥瘡処置が必要となる場合には、重症褥瘡処置としてではなく、「創傷処置」として評価される仕組みとなっている。これは、処置の重症度や医療従事者の負担を適切に評価するという観点に加え、過度な長期算定による不適切請求を防止するという意図があると考えられる。

ただし、2か月を超えた場合でも重症褥瘡処置としての算定を認めるには、通知の改正など算定要件の見直しが必要となる。そのためには、中医協における意見表明や厚生労働省への申し入れの際に、現行制度が医療現場の実態と乖離していることを示す具体的なデータの提示が不可欠である。

については、「このようなケースではどうか」といった具体的な事例や医療現場からの情報提供をぜひお願いしたい。それらを基に、今後の算定要件の見直しに向けた議論の材料として活用していく所存である。

2. かかりつけ医機能報告制度の今後（徳島県）

令和7年4月からかかりつけ医機能報告制度が導入され、令和8年1月ごろより各医療機関の報告が始まる予定だが、今後、更新はどのくらいの頻度か、研修の座学・実地の変更はあるのか、過剰な医療ソース・不足する医療ソース対応はどうするのかご教示願いたい。

日医の回答

議題「2 かかりつけ医機能報告制度」にて回答済。

3. 障害年金診断書作成について（香川県）

患者より障害年金の診断書を依頼される際に、「社労士（社会保険労務士）から診断書をこのように書いてもらうように医師に言いなさい、2級を取るためににはこの欄にチェックがないといけないと言わされた」と訴え、ひどい時には書き直しを

要求されることがある。本来、診断書は医師が状態を事実に基づいて作成されるべきであり、社労士や患者の希望通りに作成するものではないと考える。社労士は年金が貰えた際の成功報酬を得ているとも聞く。日医は、これらの事実を把握し、情報共有や対策についてご検討いただきたい。

日医の回答

障害年金の支給にかかる障害給付の認定は、本人の申請書及び医師の診断書を基に、日本年金機構において障害認定基準等に従い実施されることとなっている。診断書は認定にあたって極めて重要な判断材料であるが、ご指摘のとおり、医師は医学的見地に基づき、事実に即した内容を診断書に記載するものであり、社会保険労務士や患者の要望に沿って作成されるものではないことは言うまでもない。

障害年金における社会保険労務士の業務の適正性が疑われる事案については、厚生労働省においても把握しており、全国社会保険労務士会連合会に対し必要な要請を行っていると承知している。

今後も日本医師会として関係機関との情報共有を行い、適切に対応していく所存である。なお、悪質な事例が繰り返されるような場合には、ぜひご一報いただきたい。

4. 開放型病床の共同指導、退院時共同指導について（香川県）

開放型病床は地域医療にとって、重要な役割を果たしている。現在、オンライン診療など医療DXが推進されている中、共同指導、退院時共同指導をオンラインで可能になるように要望する。

日医の回答

入院医療機関の医師と外来や在宅を担当する医師が共同で指導することは、退院後の患者の継続療養において、非常に重要な対応であるので、対面での指導にこだわらず、オンラインによる指導も可能とするなど、より連携しやすい方法を選択できることは必要な対応であると考える。なお、退院時共同指導料1及び2、退院時共同指導料2の注3「多機関共同指導加算」に關

しては、すでに「ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない」というようにオンラインでの共同指導は可能となっている。

5. 地域包括医療病棟の施設基準緩和に対する提言・要望（愛媛県）

令和6年度の医療と介護の同時診療報酬改定で、介護系施設と在宅医療を担う医療機関（在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所）や在宅療養を支援する地域の医療機関（在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病院）が実効性のある連携体制を構築することが義務付けられた。今後、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病院が、高齢者の軽症・中等度の入院を受け持つと予想される。また、令和6年度の診療報酬改定で地域包括医療病棟が新設された。高齢者の軽症・中等度の入院を受け持つために創設された。急性期一般入院料4にリハビリを強化した病棟で、早期リハビリテーションを実施することで高齢者の死亡率を低下させ早期退院を進めることが目的だ。ただ、地域包括医療病棟は、2次救急病院又は救急告示病院しか算定できず、他の施設基準もハードルが高く、令和6年12月1日の時点で全国122病院しか届け出されていない。今後、介護系施設と密に関係性を構築する在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、在宅療養後方支援病院に、地域包括医療病棟を進めることが理想的と思われる。地域包括医療病棟の施設基準の緩和と在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、在宅療養後方支援病院を施設基準に含めることを提言・要望する。

日医の回答

令和6年度の診療報酬改定において、地域包括医療病棟入院料が新設されたが、非常にハードルが高いとの声が現場から寄せられている。この入院料が新設された背景には、高齢者人口の増加に伴い、高齢の救急搬送患者が増加していることがある。これらの患者は、誤嚥性肺炎や尿路感染症など、医療資源投入量が比較的少ない軽症・中等

症であることが多いにもかかわらず、急性期一般入院料を算定する急性期病院が主な受け入れ先となっている状況がある。

こうした患者を早期に在宅へ復帰させるためには、リハビリテーションと栄養管理を包括的に提供する体制が求められるが、従来の急性期病棟では、高齢者に対して地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟のようないハビリ機能を提供することは想定されていなかった。このような背景から、新たな入院料の創設が必要とされたものである。

地域包括医療病棟入院料は、類似する地域包括ケア病棟入院料では、13対1の看護配置を要件とし、救急医療管理加算が算定できないなど、救急対応には一定の制約がある。今後増加する高齢救急患者を地域包括ケア病棟のみで支えることは困難であるという認識のもとに、当該病棟が設定されたものである。この病棟には、高齢者を中心とする急性期・救急患者を積極的に受け入れ、早期に生活の場へ復帰させるという役割が期待されている。そのためには、救急医療体制として24時間の救急搬送受入体制、画像診断・検査の24時間対応体制、救急医療管理加算による評価などが求められており、救急実績として「緊急入院・直接入棟の割合が1割5分以上」という要件が設けられている。しかしながら、ご指摘のとおり、施設基準の要件は非常にハードルが高く、現時点での届出件数が伸びていないことについては、中医協の入院・外来医療等の調査・評価分科会においても指摘されており、厚生労働省としても問題意識を有しているものと理解している。

もっとも、新設された制度の初期段階においては、質の担保を優先して要件が厳格に設定されることはある通例である。本日いただいたご提案・ご要望については、今後の診療報酬改定に向けた中医協での議論等の参考とさせていただきたい。

6. 不適切なオンライン診療に対する対応について（山口県）

日医はオンライン診療、特にへき地医療における重要性を深く認識しており、その適切な推進が求められるとの立場をとっている。推進に際して

最も重要な点は安全性の確保であり、かかりつけ医には対面診療と適切に組み合わせ、補完的に活用することが求められている。また、オンライン診療のさらなる普及には医師の負担軽減、システムや通信回線の整備、規則の明確化といった環境面の充実に加え、オンライン診療に関する正確な情報の周知も必要であるとの認識を示している。一方で、有事・災害時やパンデミックといった状況下においては、これらの要素に加え、医療へのアクセス確保が極めて重要であることを指摘している。オンライン診療が利便性のみを優先して拡大されることのないよう、法令上の位置づけや適用範囲について十分な議論と準備が求められるとしている。令和6年10月に開催された第111回社会保障審議会医療部会では、医療法におけるオンライン診療の位置づけと適用範囲が示され、適切なオンライン診療の推進に向けた議論が行われた。オンライン診療は、「情報通信機器を活用して、医師又は歯科医師が遠隔地にいる患者の状態を視覚及び聴覚により即時に認識した上で、当該患者に対して行う診断・診療」と定義された。また、オンライン診療を実施する医療機関には都道府県への届出が義務付けられ、その管理者には厚生労働大臣が定める基準を遵守し、適切かつ有効な実施を図ることが求められるとされる。しかしながら、このような明確な診療基準が存在するにもかかわらず、近年においてはオンライン診療に関するインターネット広告の増加とともに利用者が急増しており、その危険性や問題点について報道される機会が多くなっている。不適切な広告の例としては、糖尿病治療薬を用いたメディカルダイエットを謳うものや初診時から睡眠薬を処方するケースなどが挙げられ、いずれも患者を重篤な状態に陥らせるリスクを孕んでいる。このような不適切なオンライン診療は医療の信頼性を損なうものであり、徹底的に排除されるべきである。ゆえに、日医は国に対して積極的に働きかけ、オンライン診療の健全な運用を図るとともに、正しい方向性を社会に対して明確に示す責務があると考える。日医の現在のオンライン診療のあり方についてお伺いしたい。

日医の回答

離島や僻地に居住する患者、あるいは在宅療養中の患者に対し、また近隣に専門的医療機関が存在せず物理的に医療へのアクセスが困難な場合においては、オンライン診療は対面診療を補完する手段として有用であると考えている。実際に、能登半島地震の際にもオンライン診療が活用され、大きな効果を上げた事例がある。

ただし、利便性や効率性のみを重視した導入は、国民の信頼を損ない、結果としてオンライン診療の適切な普及を妨げる要因となる。したがって、オンライン診療の導入・拡大にあたっては、安易な推進は避け、医学的な有効性・必要性、そして何よりも安全性を確保した上で、地域医師会の理解と関与を得ながら、公益的かつ適切に進めていく必要がある。

例えば、体重減少を目的として糖尿病治療薬を処方する行為や、初診での向精神薬の処方などは、厚生労働省が定める「オンライン診療の適切な実施に関する指針」において、不適切な事例として明確に位置付けられている。広告を含め、このような不適切事例が排除され、オンライン診療が公益的かつ適正に実施されるよう、引き続き国と連携しながら対応してまいりたい。また、従来は指針のみであったため、今回の医療法改正により、オンライン診療に関する総対的な規定が新たに設けられることとなった。この規定が整備されれば、立ち入り検査や業務停止命令などの行政処分が可能となる。今後は厚生労働省に対し、より厳格な規制の実施を求めていく考えである。

もっとも、ご指摘のように、当該医療法案は本年の通常国会で審議される予定であったが、成立に至らぬまま会期終了となった。秋の臨時国会での議論が期待されていたが、自民党総裁選挙の実施及び新内閣の発足により、現時点では見通しが立っていない状況である。

なお、日医ではオンライン診療に関する不適切事例の報告を受け付けるため、ホームページ上に事例登録フォームを設置している。報告された事例については内容を精査のうえ、必要に応じて厚生労働省を通じて都道府県に情報提供し、指導が行われる体制としている。不適切と思われる事案

があれば、ぜひご報告いただきたい。

介護保険

各県からの提出議題

1. 在宅医療、介護連携

1-(1) 今後の在宅医療・介護連携推進事業の在り方（山口県）

在宅医療・介護連携推進事業は、切れ目のない医療・介護サービスの提供を目的として、2015年度の介護保険制度改革により創設された地域支援事業の一つである。本事業は、介護保険料を高齢者福祉分野に転用し、医療と介護の一体的提供を図るものであり、以下の8項目の取組みで構成されている。

- (1) 地域における医療・介護資源の把握
- (2) 在宅医療・介護連携における課題の抽出と対応策の検討
- (3) 切れ目のない在宅医療・介護提供体制の構築推進
- (4) 医療・介護関係者の情報共有支援
- (5) 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- (6) 医療・介護関係者に対する研修の実施
- (7) 地域住民への普及啓発活動
- (8) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村との連携

事業創設当初と比べ、現場では多職種連携が一般化しつつあり、特に本事業の成果として地区医師会が医療・介護連携に関心を持つ契機となった点は評価に値する。とりわけ2020年以降の新型コロナウイルス感染症拡大に伴い、自宅療養者への対応が求められる中で医療と介護の連携の重要性が改めて浮き彫りとなった。この過程において、関係者や専門職による「顔の見える関係づくり」の形成に資するものとして、本事業は一定の効果を発揮したと考えられる。しかしながら、事業担当者の人事異動等により当初の目的が十分に引き継がれず、研修や事業の実施が自己目的化する傾向も見受けられる。また、参加メンバーが固定化し、「何のために集まっているのか分からぬ」との声も多く聞かれる。こうした課題への対応としては、研修や事業の優先度が相対的に低いと判断される場合、開催頻度の見直しや他の研修との

一体的な運用などにより負担を最小化しつつ、事業効果を最大化する工夫が必要であると考えられる。

本事業について、各県医師会における取組みについてお伺いしたい。

他県

広島県では、「県民が安心して暮らせるための四師会協議会」を組織し、在宅医療に関するノウハウの共有を目的とした研修を実施している。具体的には、指導医師に同行して実施する実践形式(OJT)の在宅医療同行研修を通じて、現場での学びを重視した取組みを行っている。

徳島県においては、在宅医療・介護連携推進事業の一環として、オンラインを活用した研修を実施しており、参加の利便性を高めながら知識の普及に努めている。

香川県では、「香川県地域包括ケアシステム学会」を中心として、学術集会において各地域の取組みを一般演題やパネルディスカッションの形式で発表する機会を設けている。また、会員向けメールマガジンを通じて、研修会の開催案内や実施報告を配信することで、情報の共有と理解の深化に資する活動を展開している。

1-(2) 医療・介護の連携での好事例について

(鳥取県)

新たな地域医療構想での「地域完結型の医療・介護体制を」との目標を鑑みるに、当県でも医療人材・施設の確保は大きな課題である。開業医の高齢化や後継者不足により診療所の閉鎖が相次ぎ、今後も新規開業は期待しにくい状況であり、特に地方や山間部では、安定した医療体制の維持が大きな問題となっている。先日放映されたテレビ番組でも取り上げられていたが、当県の智頭町では昨年すべての診療所が閉院し、唯一残った総合病院も医師不足により診療科の制限を余儀なくされている。

他県でも同様の課題を抱えているかと思うが、地域に現存する資源（人的資源、施設などを含むすべての資源）を最大限に活用するための施策、特に医療・介護の連携を強化する好例があればお

聞かせいただきたい。

山口県

当県は、人口減少及び高齢化の進行に伴い、医療提供体制の維持が困難な中山間地域及び離島地域を多数抱えている。このような状況を踏まえ、山口県立総合医療センター内に「へき地医療支援センター」が設置され、医師に対するバックアップ体制の構築、メンター制度の導入、並びに24時間対応のホットラインを含むオンライン会議による遠隔支援体制が稼働している。柳井市の平郡島においては、2022年より柳井市が日本郵便と連携し、郵便局併設型のオンライン診療拠点を整備した。住民は、郵便局内に設けられた個室において医師と遠隔で診療を受けることができ、あわせて薬剤師によるオンライン服薬指導も受けられる体制が構築されている。これは全国初のモデルケースであり、島内における慢性疾患管理に大きく寄与している。

また、山口市の徳地地区では、2023年より医師不在日を中心に、自治体運営の巡回バスと連携した「医療 MaaS (Mobility as a Service)」モデルが本格的に稼働している。患者は地域拠点に集まり、オンラインで山口県立総合医療センターの医師による診察を受け、必要に応じて移動薬局による薬剤の受け渡しが行われる形式が採用されている。この取組みにより、移動が困難な高齢者に対する通院支援と診療機会の確保が同時に実現されている。

他県

多くの県においては、研究会、研修会、事例検討会等を開催し、県内での取組み事例の紹介、意見交換、課題の共有などを行っている。島根県においては、医師会をはじめとする医療・介護関係団体を構成メンバーとした「出雲市在宅医療介護連携推進連絡会議」が開催されており、会議において抽出された課題を踏まえ、出雲市における具体的施策の推進につなげている。具体的には、訪問診療・訪問看護・訪問介護に対する補助の実施などによる切れ目のない在宅医療介護提供体制の構築、市役所内に設置された窓口による在宅医療・

介護関係者への相談支援、あんしんノートの配布や在宅医療座談会の開催といった地域住民への普及啓発活動、さらには「入退院連携ガイドライン」や「ルピナスネット出雲 電子@連絡帳」等を用いた医療・介護関係者間の情報共有支援が行われている。

これらの取組は、地域の課題に即した形で多職種連携を進める有効なモデルとなっている。

1-(3) 新たな地域医療構想に向けた取組状況について（徳島県）

新たな地域医療構想については、医療法の改正が国会審議中であり、成立後は国において令和7年度中に都道府県向けの「策定ガイドライン」を発出、令和8年度に各都道府県で新たな地域医療構想を策定することになっている。新たな地域医療構想では、現状や将来の医療需要推計、提供体制の将来見込み等を踏まえ、構想区域ごとの確保すべき医療機関機能（高齢者救急、地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能）、広域的な医療機関機能として医育及び広域診療機能と連携体制及び介護との連携等を議論し、地域での提供体制を構築していくことが求められている。

そこで、医療・介護情報等の地区診断の実施状況、さらに将来方向を踏まえた地域医療・介護の連携体制の構築について既に取組みを進められているようであれば、ご教示いただきたい。

山口県

新たな地域医療構想に向けた医療・介護情報等については、国においてこれからガイドラインが策定されていくため、特に情報を持ち得ていない。第1分科会の議題にも挙がっているとおり、地域メディカルコントロール（MC）協議会と医師会を通じて議論し、心肺蘇生を望まない傷病者への対応のプロトコールを作成し、運用を開始している。

他県

現時点では取組みは進んでいない。鳥取県では2022年度に保健所が独自に2030年時点の診療

所の存続見込、在宅医療の展開見込について調査を実施されたが、その後の施策展開までには至っていない。

2. 介護事業者等の経営、人材確保

2-(1) 介護サービス事業所（訪問看護施設、訪問介護施設等）との運営連携面での課題について（鳥取県）

新たな地域医療構想においては、「治す医療」と「治し支える医療」の役割分担を明確化し、外来・在宅医療及び介護との連携を対象としている。すなわち、地域完結型の医療・介護提供体制の構築が求められており、地域内の限られた医療・介護資源をいかに有効に活用するかが大きな課題である。

介護保険施設（入所型）は、主として社会福祉法人及び医療法人が運営している。一方、訪問介護（全体の72%）や訪問看護ステーション（全体の64%）に代表される在宅・通所型介護サービス事業所は、営利法人による運営が増加している。

事業所の増加自体は歓迎すべき動きであるが、営利法人の運営においては「利用者利益より企業利益を優先する傾向」や「公的機関との連携の希薄化」「サービスの質の低下」といった懸念が存在する。また、介護人材の不足が深刻化する中、施設間の人材確保競争も激化している。

山口県

通所介護においては、多様な事業主体の参入を促進し、年間利用見込量に対応可能な体制構築を進めている。他県の先進事例を参考にしつつ、引き続き課題解決に取り組む方針である。

他県

岡山県は、営利・非営利を問わず多職種研修や地域研修会の開催支援を実施している。高知県では、事業所管理者を対象に運営適正化研修を導入し、制度の適正運用、倫理意識の向上、サービスの質の確保を図っている。

2-(2) 医療・介護事業者の現状について（島根県）

近年、介護事業所の倒産・廃業が全国的に増加しており、当県においても、平成30年から令和6年10月までの間に居宅サービス事業所が123件減少し、そのうち居宅介護支援事業所は54件減少している。

また、介護老人保健施設では2施設が事業を廃止し、3施設が介護医療院へ転換、1施設は経営難により事業者が交代するなど、事業継続が困難な状況となっている。これらの要因は、報酬引き下げに加え、人材確保難、制度改正への対応負担、施設基準の厳格化など複合的なものである。

医療面でも病床数及び医療機関数の減少が続いている、特に松江圏域以外での減少が顕著である。

山口県

通所型介護施設は、75歳以上1,000人当たり3.29施設と全国平均（2.90）を上回っているが、訪問型施設は2.56施設で全国平均（3.28）を下回っている。医療施設も減少傾向にあり、病院数は145施設から139施設、診療所は1,263施設から1,194施設へと減少している。

他県

多くの自治体で居宅介護支援事業所の減少が見られる。鳥取県では令和7年度時点で144件と、平成30年度から2割以上の減少率を示している。広島県では過去10年間で病院が244施設から230施設、診療所が2,589施設から2,529施設へと減少している。

司会及び日医の見解

後期高齢者の増加と出生数の減少により、介護の担い手不足が一層深刻化している。生産性向上のためには、介護ロボットやICT機器の導入促進が不可欠である。この課題は国との協議が必要であり、地域からの積極的な課題発信が求められている。

2-(3) 人材不足（人手不足）、利用者減少時代のサービス提供体制について（徳島県）

コロナ禍の影響により、人材の他業種への流出

が相次ぎ、外国人介護士の受け入れにおいても定着や費用面で課題が残っている。山間部などの過疎地域では、人口推計を上回る速度で利用者が減少している。

山口県

令和7年7月に「介護生産性向上総合相談センター」を開設し、①相談対応、②研修会開催、③専門家による伴走支援、④ICT機器の展示・貸出、⑤導入支援補助金申請支援を実施している。

他県

香川県では令和6年度、介護ロボット266台を18事業所に導入し、28事業所に対しICT導入支援補助を実施している。鳥取県ではインド人職員の積極採用を進め、当初1名から4名へと増員し、人材確保の成功事例となっている。

2-(4) 中山間域訪問看護のあり方について

（高知県）

高知県国保連合会介護保険業務統計表報告によれば、訪問介護件数は令和3年度81,695件で令和6年度は70,960件と減少している。これに対して、訪問看護（介護保険）は同28,500件から35,744件と増加している。コロナ禍やホームヘルパー減少と訪問看護ステーション増加の影響も見られるも年々その傾向は進んでいる。訪問看護連絡協議会に問い合わせると、看護師がゴミ出しや買い物をするという生活支援等の情報もあり、中央圏域より中山間地域に多いとのことである。今後、中山間地域の高齢者人口減少に拍車がかかる状況下では、訪問看護師には地域の医療・介護だけでなく生活支援等多様な役割が求められる可能性が高い。これについては行政の資金面だけでなく保険の今まで以上の広域化等による対応が必要と思われる。

各県ともに中山間域の諸問題を抱えていると思われるが、訪問看護のあり方について、各県ではどのようにお考えか。

山口県

当県においても中山間地域（離島含む）の多く

は、高齢化率50%超かつ若者世代の減少という状況で、必要十分な医療・介護福祉サービスが満足いくように行き届いていないところが多い。その地域において自宅での療養を希望する患者と家族のケア、在宅でのリハビリテーション、認知症ケア等を行う訪問看護は、全国傾向と同様に近年、利用者が急増している。訪問看護は、家族と共に過ごす貴重な時間を提供しうる、必須の福祉サービスである。当会では、歯科医師会、薬剤師会、看護協会等の医療関係団体と多職種連携を図りながら、地域住民の健康と受診機会を守るべく取り組んでいる。質の高い医療を提供し、地域に安心をもたらすことは、医療業界の責務であると考えている。

他県

中山間地に限らず、市街地でも高齢者を取り巻く環境は厳しく、訪問看護師によるゴミ出しや買い物等の生活支援を行うことが多い。医療過疎や交通手段の限界も拍車をかけている印象である。一部市において、地域介護サービス確保支援補助金を設置し、訪問看護ステーションが該当地区へ訪問した際に移動費用を補助することで、事業者の負担を軽減しているところもある。また、県看護協会の取組みとして、地域包括ケア検討会を立ち上げ、地域密着エリアマネージャーの活躍推進、特定行為研修修了者や在宅ケア認定看護職の活動の場の拡大で、在宅療養者の生活を支援する取組みを行っているところもある。

3. その他

3-(1) 医療・介護の連携（高齢者施設における感染管理実地研修）（岡山県）

新型コロナウイルス流行下においては、高齢者施設におけるクラスターの発生、病床ひっ迫等による施設内療養が多数生じ、平時からの感染症の予防・まん延防止や感染症の治療が必要な入居者への適切な対応が求められた。将来的な新興感染症等に備えた感染症対策にあたっては、コロナ禍における対応を踏まえつつ、平時から高齢者施設等における感染予防の能力向上を図り、施設内で感染が拡大した場合における対応を適切に行う必

要がある。そこで、高齢者施設での対応力向上を目指し、各施設に出向いての実地研修を実施し、ひいては平時からの医療介護の情報共有、連携の体制構築を目指す。令和6年度は二次保健医療圏毎に1施設、計3施設の認知症対応型共同生活介護施設で開催し、令和7年度は10～15施設に加え特別養護老人ホームでも開催予定である。

このような医療介護の連携の事例があればご教示いただきたい。

山口県

令和2年のコロナ禍でのクラスター対策研修が発端で、現在も県の感染症対策として「高齢者保健福祉施設向け感染対策研修（県委託事業）」が山口県立大学で開催されており、高齢者施設における感染症の特徴を踏まえた感染対策の基本知識、感染症多発を防止する対策と発生時の対応、事例に基づいたシミュレーション演習を行っている。

他県

島根県においては、各地域における医療機関と介護施設等との医療連携が進んだことにより、利用者の状態を迅速に把握し、適切な対応を講じることが可能となった結果、施設からの救急搬送件数が減少するなど、日常的な連携の有効性が報告されている。

広島県では、新型コロナウイルス感染症の流行により、感染症対応にあたる人材の不足が顕在化した。特に高齢者施設などの介護施設においては、感染症に関する知識や理解の不足が集団感染の要因の一つとなったことが指摘されている。

徳島県においては、高齢者施設等でクラスターが発生した際に、医師、感染管理認定看護師、保健所の保健師等で構成される「とくしま災害感染症専門チーム」を現地に派遣し、感染拡大及びまん延の防止に向け、迅速かつ的確に必要な措置を講じていた。

高知県では、国の交付金を活用し、新型コロナウイルスの流行下にあった令和2年度に、高齢者施設等を対象とした感染症対策に関する研修を

実施した際、費用助成を行っていた。

3-(2) 物価高騰対策（徳島県）

食料、燃料、人件費の高騰が介護施設運営に深刻な影響を及ぼしており、特に食費が公定価格であるため、赤字経営が常態化している。

山口県

「医療機関食材料費高騰対策支援事業」及び「光熱費高騰対策支援事業」により、これまでに食材料費支援金を3回、光熱費支援金を5回支給されている。継続的な支援として、診療報酬による手当を求める声が高まっている。

他県の見解

診療報酬改定を求める意見が多く寄せられている。島根県のある法人では、厨房業務を委託から直営に変更し、電力会社の比較・選定により電気料金を削減している。また、調理済み食材の活用により食材料費の低減を図っている。

日本医師会への提言・要望

1. 管理栄養士の関与強化における現場の課題と要件緩和の要望（鳥取県）

介護保険施設における多職種連携の強化が推進される中で、管理栄養士の役割は褥瘡ケアや終末期医療においても明記されるようになり、その存在意義が見直されつつある。しかし現場では、看取り期に入ると多くの入所者は経口摂取が困難となり、静脈栄養等の医療的対応が中心となるケースが多い。そのため、実際の現場では管理栄養士の介入機会が限定されることがしばしばあり、現行の加算要件とのギャップが生じている。さらに、小規模な特別養護老人ホームでは人件費や人材確保の制約が大きく、常勤の管理栄養士配置が困難なため、現行基準の柔軟な見直しを希望する。

日医の回答

管理栄養士の確保が年々困難を極める中、令和6年度の介護報酬改定では多職種連携による栄養管理のさらなる強化が打ち出された。看取りや終末期においても、栄養の観点から「最期までの生

活の質」を尊重するという理念に基づき、管理栄養士は単なる食事提供者ではなく、医師や看護師と連携しながら栄養管理・説明責任・意思決定支援等において専門的な貢献が期待されている。たとえ経口摂取が困難な状況でも、栄養補給の方針決定、点滴内容の調整、本人・家族とのコミュニケーション支援など、重要な役割を担っている。ただし、定員40名以下の特養では、外部連携による対応も容認されており、柔軟な運用が可能となっている。今後、人口減少や医療資源の偏在に配慮しつつ、中山間・人口減少地域における専門職の配置基準の弾力化や現実的な制度設計が社会保険審議会等で検討されていく見通しである。

2. 不採算地域における医療・介護サービス維持のための報酬見直し要望（島根県）

山間部や離島といったいわゆる「中山間地域」に多くの面積を抱える島根県では、急激な人口減少により医療・介護サービスの提供が困難な地域が増加している。施設運営や人材確保が不採算となる現場では、介護事業者の撤退も視野に入れざるを得ない状況が広がっている。こうした地域であっても、高齢者や障害者が住み慣れた地域で暮らし続けるための支援が求められており、報酬制度が地域特性を考慮した柔軟な設計となるよう、抜本的な見直しが求められる。

日医の回答

厚生労働省では2040年を見据えた『「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会』が開催され、地域の特性に応じた体制や制度設計が議論されている。日医としても、地域を「大都市部」「一般市部」「中山間・人口減少地域」の3類型に分類し、各地域の実情に即した対応策の整備を求めている。具体的には、専門職の配置基準の弾力化、地域包括ケアにおける市町村主体の介護サービス実施、さらには複数事業者の共同運営による効率化など、多面的なアプローチが提案されている。日医はこれら提案の具体化に向けて、審議会での議論を深めると同時に、国に対して現場の切実な声を反映させるよう強く要請している。

3. 人員不足によるサービス縮小時の算定方法に関する柔軟な対応の要望（徳島県）

人口減少と高齢化が進行する地域では、慢性的な人手不足が深刻な課題となっており、十分な人員を確保できないために、やむを得ずサービス提供を縮小するケースが増えている。しかし、現行の介護報酬制度では、一定のサービス量を前提とした算定基準が設けられており、縮小した体制では報酬が減額されるなど、経営的に大きな打撃を受ける恐れがある。特に山間過疎地では、今後さらに人員確保が難しくなることが予想されるため、サービス提供体制の縮小時にも適切な報酬が算定できるよう、制度の柔軟な見直しを要望する。

日医の回答

2040年に向けての医療・介護の将来設計の中で、地域の実情に即した柔軟な報酬制度の導入が不可欠であるという認識が高まっている。厚労省では、全国の地域を3つの区分（大都市、都市部、人口減少中山間地）に分けた上で、それぞれに合ったサービス提供体制や人員配置基準の弾力化について検討を進めている。具体的には、包括報酬制度の導入、市町村主導によるサービス提供、事業所の共同運営体制の構築など、多様な選択肢が提案されている。日医としては、こうした制度改革において現場の声を反映し、医療・介護サービスが途切れることのない持続可能な仕組み作りを目指している。

4. 高齢者施設における感染対策研修の義務化に関する要望（岡山県）

新型コロナウイルス感染症の流行を通じて、高齢者施設における感染対策の重要性が広く認識されるようになった。しかし実際には、行政や医師会が主催する感染対策研修に協力的でない施設も一定数存在し、そのような施設でクラスターが発生すると、地域医療全体への影響が大きくなる。高齢者施設の運営者が感染対策の必要性を正しく認識し、体系的な研修に参加する体制を構築するためにも、定期的な研修参加の義務化が求められている。

日医の回答

令和6年度の介護報酬改定においては、「高齢者施設等感染対策向上加算」が新たに創設され、施設が感染症対策に積極的に取り組むことが求められるようになった。この加算を受けるためには、感染対策加算の届出を行った医療機関や地域医師会が実施する年1回以上の研修参加が必須条件とされており、医療機関や地域医師会にも研修の開催及び施設側の参加促進が期待されている。ただし、加算の届出を行っていない施設の中には、「研修に充てる人員や時間の確保が困難」「指導を行う医療機関との連携が取れない」といった課題を抱えているケースもある。こうした事情も踏まえつつ、日医としては、感染対策体制の全体的な底上げを図るため、継続的な支援と研修の実施を関係機関と協力して進めていく方針である。

5. 特別養護老人ホームの経営悪化に対する報酬の抜本的見直し要望（愛媛県）

福祉医療機構が行った調査結果によれば、全国の特別養護老人ホームの約半数近くが赤字経営に陥っており、とりわけ従来型施設における赤字割合の増加が著しい。このままでは施設の閉鎖が相次ぎ、要介護高齢者の受け入れ先が不足する深刻な社会問題へと発展しかねない。2025年以降の介護需要の急増に対応するためにも、次回の介護報酬改定において、施設経営の安定を図るための抜本的見直しが強く望まれる。

日医の回答

介護施設を取り巻く経営環境は極めて厳しく、介護報酬改定が3年ごとの見直しであることから、物価や人件費の高騰に対応しきれていないのが現状である。政府は重点支援地方交付金の形で一定の財政支援を行っており、愛媛県を含む一部地域では食材費や光熱費への補助が実施されている。しかし、恒常的な経営安定には制度的支援が不可欠であり、日医としては令和9年度の介護報酬改定における大幅な見直しを国に強く働きかけている。また、令和7年度の補正予算編成や期中改定による対応も求めており、医療と介護の両分野で持続可能な経営環境の整備を目指して取

り組んでいる。

6. 中山間地域における訪問看護ステーションの体制整備とネットワーク構築に関する要望 (高知県)

高齢化と人口減少が著しい中山間地域においては、地域住民の医療ニーズが年々高まる一方で、それを支える訪問看護ステーションの経営は極めて厳しい状況が続いている。幡多地域では、訪問先が遠方に点在しているため、1日に訪問できる件数が限られ、人件費・燃料費の増加が収支を圧迫している。また、人員不足も慢性的であり、特に単独型や個人経営のステーションでは赤字が常態化している。将来的にはステーションの閉鎖も視野に入る状況であり、これにより在宅療養が困難になる地域が増える恐れがある。こうした課題に対応するため、複数の小規模訪問看護ステーションを法人化等により統合し、地域全体で機能を共有・補完し合うネットワークの構築が急務であると考える。

日医の回答

中山間地域の訪問看護の継続的な提供体制を確保することは、極めて重要かつ喫緊の課題である。全国的には訪問看護ステーションの数は増加傾向にあるものの、廃止件数も多く、特に過疎地域では存続が困難になっているのが実情である。また、訪問看護師が本来の看護業務に加えて生活支援や雑務も担っているケースもあると聞き、現場への負担が非常に大きい。石川県では、県・医師会・看護協会が連携して一般社団法人「石川県在宅医療ケア事業団」を設立し、県内に13のステーションを配置することで、地域間の人材シェアリングや業務の標準化が進められている。こうした先進事例を全国に展開し、訪問看護ネットワークを地域ぐるみで構築することが、日医としても今後の在宅医療を支える鍵になると認識している。引き続き関係団体との連携を強化し、モデル事業の支援と展開を推進していく。

7. 在宅医療提供体制と診療所支援に関する総合的な提言（山口県）

各地域では「外来医療計画」や「在宅医療計画」の策定が進められているが、今後、全国237の二次医療圏において在宅患者数が2040年前後にピークを迎えると予想されている。一方で、在宅医療を担う診療所の数は横ばいにとどまり、地域によっては受け入れ体制に大きな格差が生じている。また、介護保険施設の経営難や人材不足により、施設自体の持続可能性にも不安が広がっており、東京商工リサーチの調査でも過去最多の倒産件数が報告されている。今後の在宅医療体制の強化には、診療所の役割拡充、人材の安定的確保、医療・介護連携の制度的強化が不可欠であり、国及び日医には、抜本的な支援と政策的提言が求められる。

日医の回答

日医では、在宅医療を地域の中核機能と位置付け、医療と介護の一体的連携を強く推進している。厚労省の「地域医療構想に関する検討会」では、地域医療提供体制を「地域医療介護構想」へと拡張し、単なる病床機能の再編だけでなく、リハビリや口腔管理を含めた包括的なケア体制を再構築する動きが進められている。また、病院から在宅への円滑な移行を支える「包括機能」の提言もなされ、診療所が果たすべき役割が今後ますます重要なとされている。一方、診療所の経営環境も厳しく、2023年の調査では医療法人の約4割が赤字という深刻な結果が示された。こうした実態を踏まえ、日医は令和8年度の診療報酬改定に向けた大幅な増額や、期中改定、補助金による緊急支援を求めて、国への要望活動を精力的に展開している。地域ケア会議と医療計画調整会議の連携強化、医師偏在対策、在宅医療人材の育成・定着支援など、多方面からの制度整備を通じて、持続可能な地域包括ケア体制の実現を目指していく。

総括

日医は、地域の特性や課題に応じた医療・介護の提供体制を確保するため、各種報酬改定や制

度設計への参画を進めるとともに、国に対して実効性ある政策の実現を強く働きかけている。今回寄せられた各県からの提言はいずれも、現場の切実な実情を反映しており、これらの意見が今後の制度改革や政策形成に活かされることが期待される。

[報告：専務理事 伊藤 真一]

第3分科会 勤務医

第3分科会では、日本医師会の今村常任理事をコメンテーターに迎え、各県から提出された議題を4つのセッションに分けて意見交換等を行い、最後に日本医師会への提言・要望について協議した。

各県からの提出議題

1. 勤務医の医師会入会促進と継続参加の工夫
 - (1) 中堅勤務医の先生方の医師会入会促進について（島根県）
 - (2) 勤務医の入会促進のための施策（岡山県）
 - (3) 若手勤務医（減免終了後）への施策について（高知県）

セッション1「勤務医の医師会入会促進と継続参加の工夫」では、「勤務医の入会促進のための施策」について、医師会役員が直接病院を訪問し、入会促進を図ることが会員増強に有効であるとの意見をはじめ、各県がそれぞれ行っている取組例が紹介されたが、研修医など継続して入会してもらうことが課題との意見が多くあった。

「中堅勤務医の先生方の医師会入会促進」や「若手勤務医（減免終了後）への施策」については、期間限定の会費割引キャンペーンの実施、子育て支援を含めた世代別キャリア支援や医賠責保険のほか、健康スポーツ医研修、産業医研修などの参加費を非会員から徴収することで会員のメリットを実感してもらう等の取組が報告された。

なお、本分科会では、各県医師会の取組が例年報告されるが、現場の勤務医から意見を聞いている県があれば是非紹介して欲しいとの要望があった。

2. 勤務医の働き改革とチーム医療・DX推進

- (1) 医師の働き方改革について（鳥取県）
- (2) 医師の働き方改革実施後の現場の勤務医たちの意見集約について（香川県）
- (3) 働き方改革1年の現状（愛媛県）

次に、セッション2「勤務医の働き方改革とチーム医療・DX推進」の前半の3項目について意見交換を行った。

働き方改革の関連で、令和4・5年度に特定労務管理の対象となった機関の評価センターの受審に向けた進捗状況等については、各医療機関による自主的な取組が進められている状況である。

「医師の働き方改革実施後の現場の勤務医たちの意見集約について」は、病院長が直接意見を聞く方法が有効であるとの意見などがあったが、アンケートはすべての勤務医から集約できないなどの課題が挙げられ、提案された日本医師会の全国共通の質問フォームについては、引き続き検討とされた。

また、「働き方改革1年の現状」については、各県からの状況報告があり、医療機関の働き方改革や労働法令に対する意識と取組は、以前よりかなり向上したという意見がある一方、働き方改革に対する世代間の考え方のギャップや若手医師の研修機会の減少、教育の質の低下を懸念する意見もあった。

(4) 看護師の特定行為（鳥取県）

- (5) 医師事務作業補助者の将来について（山口県）
- (6) 勤務医の皆さん、医療DXの恩恵を受けていますか？（広島県）

次に、セッション3では、「勤務医の働き方改革とチーム医療・DX推進」の後半の3項目について意見交換を行った。

「看護師の特定行為」については、医師の負担軽減とより質の高い医療サービスの提供ができる一方、看護師の確保や医師との業務分担や責任範囲が曖昧、在宅医療においての活用が十分ではないといった課題が挙げられた。

医療DXについては、勤務医の業務負担の軽減に大いに寄与する可能性があるが、それが実際に役立つかどうかは、導入方法や現場環境、関係者

間の連携が問題といった意見のほか、現場ニーズに基づいたDX設計が求められる、費用対効果の問題、負担軽減につながるかどうかは、それぞれの医療機関での利用促進にかかっているなどの意見があった。

また、医師の負担軽減に資する医師事務作業補助者について、現時点では、期待ができる職種として認識されている。

3. 地域医療と勤務医の社会的役割

地域の保健医療活動等における勤務医の協力要請
並びに医師会の支援体制構築について（岡山県）

4. その他

(1) 臨床研修指導医養成講習会の運営について
（徳島県）

(2) 10年経過した「医療事故調査制度」について、各都道府県医師会は全報告例を把握しているか？（愛媛県）

最後に、セッション4では、地域における開業医の減少により、学校保健など社会貢献活動に支障をきたしている状況の中で、各県の対応状況、勤務医に対する研修や医師会からの支援体制について意見交換を行ったほか、「臨床研修指導医養成講習会の運営」及び「10年が経過した医療事故調査制度」について、各県からそれぞれの状況が報告された。

日本医師会への提言・要望

日本医師会への提言・要望は、勤務医の入会・定着促進関連について、「勤務医に対する日本医師会入会を促す抜本的な対策」をはじめ6項目、働き方改革についての実態調査の実施、そして、「病院に対する診療報酬制度の見直し」など制度見直しについての2項目で、提案県がそれぞれ趣旨説明を行った。

今村日医常任理事からは、医師会への入会促進について、医師会の役割を考え直す時期にある、医学教育のあり方が肝といった総論の見解が示された。

[報告：副会長 中村 洋]

第4分科会「学校保健・母子保健」

学校保健

1. 脊柱側弯症検診

1) 検査機器を用いた脊柱の検査について
（岡山県）

令和4年度の調査では全国の教育委員会966のうち139の教育委員会が検査機器を用いた側弯の測定をしている。そのうち愛媛、秋田、千葉では60%以上になっている。岡山では非常に遅れているが、各県ではどのような取組み状況か教えていただきたい。

2) 脊柱側弯症検診の実態について（愛媛県）

昨年度の学校医会総会のテーマのひとつを学校健診として、その一部を脊柱側弯症検診にスポットを当てた。渡辺日医常任理事が実施されたアンケート結果は各都道府県にされていなかったので、実態はどのようなものか教えていただきたい。

徳島県 徳島県では、検査機器の導入を行っており3Dバックスキャナーを使用している。判読者は徳島大学病院の整形外科医で、対象者は小学校5年生と中学1年生の男女となっている。令和6年度に県の事業として始まり、17市町村の21校の5年生と中学1年生の男女を対象に始めた。このときの検診結果としては、「側弯の疑いあり」が4.8%と高い数字が出た。視触診によるものでは0.4%ということで、かなり上昇している。令和6年度の結果を受けて、令和7年度は全24市町村のうちの51校に対象を拡大して実施している。

香川県 香川県で、機器を用いた側弯症検診を開始した理由の1つに学校保健統計調査で脊柱の疾患異常者の判定率が全国に比べて非常に低いということがあり、県教育委員会等を含めてこの事業を推進している。機器は「スコリオマップ」を使用している。現在行っているのはモデル校における手上げ方式での検診で、モデル校在籍の小学5年生、中学1年生の希望者に実施している。1人当たりの検診料が3,000～3,500円で、県が半額補助しており、各市町村の負担としては1人当たり1,500円～1,750円程度で実施してい

る。令和6年度の実績としては、小学校14校、中学校5校、特別支援学校5校が参加して、その在籍者総数1,182名のうち886名75.0%が希望してこの検診を実施している。判定としては、cob角20度以上の中等度脊柱側弯症疑いを19名で認めており、これは率としては2.1%。男子4名と女子15名に認め、うち二次検診で女子3名が早期治療等の要治療と診断されている。令和7年度のモデル校在籍者数は2,676名と在籍数が倍増する予定になっている。現在、浮かび上がっている問題点としては、適切な要受診勧奨のcob角の設定や地域による二次医療機関・検診医療機関の偏在、二次検診時、未受診者がそれ相当の数がいるので、それらへの対応、あるいは特別支援学校での撮影姿勢等も問題になっている。また、今後の課題としては着衣での測定での妥当性が挙げられている。

渡辺日医常任理事 日本医師会は機器の使用を推奨している。文科省にも働きかけ、補助金の要請をしており、文科省は令和4年度、令和6年度の2年間モデル事業を行い、今年度の予算は5,000万円となっている。おそらく全国で10か所くらいモデル事業に参加したところには補助金が出て、機器が買えるということになる。それからやはり脱衣の問題がある。今、販売できているのは、スコリオデバイスという旭川大学が作ったもの、スコリオマップ、それから製造中止になった3Dバックスキャナーの後継機種が来年度早々に出る。3Dバックスキャナーの後継機種は、前の製造中止をした会社の3名が、新たな会社を立ち上げて、ほぼ同等の能力のある企業を作る。その会社が3Dバックスキャナーのアフターケアを全部行う。スコリオマップが着衣で対応できるのではないかということについては、基本的にスコリオマップで着衣で検査をしても、ほぼ同等の結果が得られるという結果が出ているので、スコリオマップを着衣で利用したとしても、特に確実的な問題は生じない。スコリオデバイスは大体30万円。旭川大学にはぜひ健診で使っていただきたいということと、できればスコリオマップや3Dバックスキャナーの後継機種との比較をして

いただきたいとお願いした。精度管理が今後問題になってくると思うが、機器が違うとおそらく精度管理の数値も変わってくると思う。

2. 学校医不足の問題

1) 学校医不足の問題について（山口県）

地方では耳鼻科医、眼科医、内科・小児科医の不足により、学校医を担当する医師が少なく、1人1人の負担が大きくなっていると思われる。各県の学校医の不足状況や、その対応をお伺いしたい。

島根県 本県では19市町村あり、一応学校医数は表面上確保している。しかし、実際は複数の学校医が掛け持ちをしてなんとか維持できているというのが実情である。常に言われていることだが、耳鼻科の絶対数の不足、それから地域的な偏りが多い。この2つはおそらく全国共通になっていると思う。高齢化も進んでおり、若い先生に学校医になっていただけないというところがやはり問題で、その理由は若い先生の考え方が変わっている。今の若い先生はコスパ・タイバが悪い仕事はしたがらない。若い先生に学校医になっていただけのシステムを構築しないと、ここ数年、10年ぐらいで学校医のシステムが大きく変わるものではないかという予感はしている。絶対数の不足に対しては、耳鼻科などですでに行っている抽出をするしかないと思う。相対的な不足としては、内科・小児科系の仕事が増えている。成長曲線、ストレスチェック、運動器検診。仕事が増えているのに報酬が上がるということはないわけで労働強化になっている。それと医療訴訟がやはり1つ問題だと思っている。側弯症がこれだけ問題になっているのは、医療訴訟がやはり関与しているかと思う。医者が嫌なことの1つは多分医療訴訟だと思うが、こういうものが関わるところには近づきたくないと考える医者が多いと思う。学校管理、ストレスチェックなどは、本来は産業医の仕事なので学校医の仕事なのかという疑問も残る。個人的には聴打診を廃止して短時間で健診が済むようなシステムに変えていかないと、若い人は参入してくれないのでないかと心配してい

る。

高知県 会員数が減少して、学校医のなり手が減少している。内科系では一人の医師で最高5校程度受け持っている人もいる。過疎地域ではもっと多い人もいるが、なんとか学校医を確保している現状である。県内の一地域で3つの小学校と2つの保育園の学校医と園医が3月時点まで補充できないという事態が起こった。市教育委員会が一生懸命探していたがどうにもならないので、都市医師会と県医師会が一緒になって後任を探して就任していただいたという事例がある。眼科、耳鼻科は複数校の学校医になっていただいている。問題点は報酬額が低い、会員数の減少、若い先生の意識が変わっているのも確かである。6月30日までに学校健診を終了しなければならないのも、もう少し遅くすればできることもあるのではないかというところがある。公的病院の医師が出務するということが必要になってくる時期がくるのではないか、国としても日本医師会から働きかけていただくことが必要ではないかと思う。

渡辺日医常任理事 内科校医と眼科校医と耳鼻科校医で課題や環境が若干違うので当然対応を変えなければいけない。耳鼻咽喉科の重点的健診は日本耳鼻咽喉科医会がマニュアルを作っており、現在は約半数以上が重点健診である。重点的に行わなければいけない学年だけは診察をするという形をとっている。眼科医会は問診によってスクリーニングし、ある程度の学年に限って健診を行うというシステムはいろいろなところで取組みを始めている。将来的には内科校医もそのような方法を使わないと対応できなくなる可能性がある。若い先生に対して学校保健は何かということを教える機会が全くない。小児科系の医師は学会や医会で聞く機会はあるが、内科の先生はほとんどない。内科の先生は学校医の8割をカバーしているので、内科の先生にある程度の知識を持っていただいた上でだめなのか、学校保健を知らないから初めから避けてしまうのか、不明であるが、学校保健がどういうものかということを知っていたく機会を増やしたいと思っている。ただ、それ

でも増えなかったら次の手を考えなければならない。

勤務医の先生に対して、病院の先生と教育委員会との契約について。今まで文科省、教育委員会は個別契約しか認めていなかったので、できれば医療機関と契約を結べるかということを文科省に疑義照会を出して、文科省から回答をいただいている。契約を直接個人ではなく、施設と結ぶことによって、勤務医の負担を減らす。有給休暇をとつて行くのではなく、勤務時間内に行く。賠責に関しては、日医の医賠責はA1会員だけだが、B会員にも拡張できないか、特に学校健診をする先生に対して対応できないかと相談している。JMAT保険は、医師会員になっていない先生も、県医師会を介してJMATに参加すれば保険が下りる。県医師会を介して学校健診に行くことにより、JMAT保険と同等の対応ができる可能性があるということで、今、保険会社と検討している。

健診項目に関しては、法律に項目は書いてあっても、その意味と必要性が書いていないので、説明が難しい。そこを明確にするように検討会で検討をしている。当然6月30日というのも明確な根拠がない。健診日は別に6月30日以降でもかまわないということは申している。検討会からは必要な項目は随時変更していくという回答をいただいている。法律を変えなくても健診項目や期日を変えることはできる。法律を変えるのは、国会を通さなければならないのでハードルが少し高いが、健診項目に関しては法律を変える必要なく対応できると思っている。

3. 不登校の現状と課題

1) 高知県の不登校児の現状と取組について (高知県)

全国的に不登校は問題になっている。高知県では、気持ちメーターというものをタブレットに取り込んで、子どもたちがその日その日の気持ちを書いている。それを担任の先生がチェックして、ずっと気持ちが落ちこんでいる子どもには早めの見守りや声かけ、個人面談をして、早期に対応する体制を取っている。サポートルームは有効だと言われているが、高知県は設置率が低い。知事が

会長となって、いろいろな職種が参加して、「高知県いじめ問題対策連絡協議会」を年2回開いている。ここで最近取り入れたことは、学校内の児童生徒のいじめに対する委員会を作って、その児童生徒が近隣の学校同士で、その学校の取組みを発表し合っている。その他の県ではどのようにされているか教えていただきたい。

広島県 広島県の不登校の取組支援としては、新たな不登校児を生じさせない取組みと、不登校児の社会的自立に向けた支援の2つの柱を作り、次の6点の取組みを進めている。1番目が、不登校のスペシャルサポートルーム（SSR）推進校への支援、2番目に、高等学校における不登校生徒の支援、3番目として、令和4年度から来室による利用に加えて、オンラインで利用できる機能を備えた、県教育支援センター「スクールS」を開設、4番目として、「広島の学びのプログラム」という企画、5番目として、民間団体等の連携として、フリースクールや民間団体と本県教育委員会、市町教育委員会、学校の4者による情報共有会を開催、最後に、保護者や教育関係者を対象とした、個別最適な学び探求セミナーを年3回行っている。

山口県 山口県でも、令和5年度から県内の公立中学校において最初22校から始まったのだが、別室で支援を行う「ステップアップルーム」を設置している。令和6年度に利用した生徒459人のうち、半数以上の269人が教室に復帰したということで、設置校を拡充して現在は35校になっている。県立学校では、心の健康管理アプリ（リバー社製）を使って不登校の未然防止をしている。地域の取組みとして、山口市内の小中学校では、「不登校早期対応・アセスメントカード」を活用して不登校児童生徒の早期発見を目指している。3日程度欠席が続いたら対応するというようなシステムである。小学校では、民生委員や大学生などの民間の人を使った「フューチャールーム」を開設して対応している。

渡辺日医常任理事 不登校に関しては、文科省は

どのように教育するかというアプローチを考えている。学びの多様化の設置という形で、フリースクールやサポートスクールのような分業型を含めて、全国に300校の設置を目指すという案として2億円の予算がとてある。それから保護者の支援ということで2億円の予算を取っている。何とか授業をして、将来社会復帰、社会的な自立を目指すというようなスタンスが強いように思っている。課題があるのは不登校児の健康診断をきちんと実施できているかということを総務省が問題視して全国調査を始めていること。日医としては、学校医の先生に不登校の子どもをなんとかしてくれというのではなく、無理な話とはじめから思っている。それを予防するポピュレーションアプローチをどうするかという視点で問題行動の時点で対応したい。学校保健委員会で検討しているところである。

4. その他

1) 学校健診後の受診勧奨とフォローアップ体制 (鳥取県)

学校健診後に異常が指摘されても、そのままフォローされずにいってしまう児童生徒がいる。特に肥満、やせ、低身長、側弯等がある。保護者の意識の低さ等もあるとは思うが、各県でそういったことに対してのフォローアップ体制、工夫等があればご教示いただきたい。

愛媛県 どれだけ工夫をしても事後措置の受診勧奨を100%にするのは難しい。脊柱側弯検診において、愛媛県ではかなりの市町で実施しているが、15%ぐらいは受診勧奨に応じてもらえないのが現状である。学校健診に関しては、愛媛県小児科医会と愛媛県医師会にそれぞれ対策委員会を設けて、対象は市町立小中学校や高校を含む県立学校、私立学校など役割を分けているが、要精密検査者の受診率向上を目指して、教育委員会と一緒に学校への働きかけを続けている。各校に毎年アンケート調査を実施して、その結果を各教育委員会にフィードバックしたり、県立学校については県教育委員会と協力のもとに受診の必要性を解説したリーフレットを配付するなどのさまざまな

取組みを行っている。

渡辺日医常任理事 心臓検診は全国的に90%以上の二次検診受診率となっている。腎臓は60%程度、肥満は30%程度が多く、運動器検診も40%程度。全国調査を今年度、12年ぶりに行うので、もう少し詳細なデータが出ると思う。昨年、熊本県では肥満や痩せの二次検診の受診率が60%以上で非常に全国より高い。養護教諭部会などに協力を求めて養護の先生に理解していただくということと、医師会の担当者と養護教諭部会、学校でも連携を取ってその重要性を理解していただくように努力するのがよいのではないかと思う。ヘルスリテラシーを向上していく必要がある。

2) 思春期女子児童の診察について（島根県）

思春期児童の診察について、県でどのように診察に配慮をしているか、診察時間の増加に繋がっていないか、保護者からクレーム内容、件数を把握しているか、クレームに対して、養護教諭や学校の対応に問題がなかったかについて、ご教示いただきたい。

岡山県 所要時間に関してクレームはなかったが、実際に診察している学校医から文科省の配慮した健診方法ではできないということで、学校医を辞めさせてもらうと言われた先生も出ていた。それから、学校医にきちんと説明をしていたのに、脱衣で健診をやってしまって、学校が困ったという話も聞いている。保護者からは、「内科健診でなぜ服を脱がないといけないのか、脱衣をしなければならないのであれば診療所で個人的に受けれる、かかりつけ医で健診を受けるから脱がさないでください」ということを言われる方がいて、なかなか難しい問題だと思う。

渡辺日医常任理事 一つは対象児童生徒の希望を反映すること。きちんと契約を結んで、このような場合は診れないということで、希望しない子を契約から外してもらうような契約を学校と結ぶといった考え方。医師はきちんと責任を持った健診

ができないということを意思表示して健診対象から除外する。もう一点は、保護者に必要項目に対して理解をしていただく。こういう理由なので脱衣をしなければならないと。例えば、茨城県や大阪府、東京都は動画を作り、その子どもにも親にも動画を見せていている。

3) 学校心臓検診における小学4年生の対象拡大について（徳島県）

小学校生活6年間の長い期間で、心筋の異常や不整脈を発症する可能性があり、小学4年生での心臓検診を実施することにより、疾患の早期発見に繋がり有用と考えられる。現在、徳島県においては、24市町村のうち5市町村で実施されているが、県内全てには実施されていない。貴県での4年生での学校心臓検診の実施状況をご教示いただきたい。

鳥取県 本県では平成3年度から全県、全校、全て小学4年生も実施している。1つは大学小児科の心臓チームが一生懸命やっていたところもあるかもしれないし、市町村との健康対策協議会というものがあり、そういったところでも協議してきたという経緯で小学4年生全てで実施している。

渡辺日医常任理事 単なるコスパの問題だと思っている。つまり頻回に検診をすることによって、早期に心疾患を同定できるというメリットはあると思うが、4年生の対象者を増やすことによる実質の対応ができるところとできないところがおそらくあると思う。これを全国的に広げるにはエビデンスを出していかないとなかなか施行規則に書けないというところがある。

4) 通信制高校の健康診査の対応について

（香川県）

広域通信制、全国にまたがっているような通信制の高校ではなかなか通常の健康診断が行われていないということで、対応についてお聞きしたい。

愛媛県 県立の通信制高等学校では、法律に定め

られている検査項目の実施をしているということで、特に入学式やスクーリングの日、日曜日が多いようだが、主に実施して受診率を上げている。広域通信制高等学校についてはデータをお持ち合わせておらず、医師会として関わっている依頼も特にない。

渡辺日医常任理事 学校保健安全法第13条にて、児童生徒の健康診断について定められており、その中で、通信による教育を受ける学生を除く、という文章があると思うが、これは通信制大学に通う学生を除いているものであって、通信制高校に通う生徒については、健康診断を行う必要がある、義務があるということである。通信制高校ではある程度の面接の機会があることから、その機会を利用して定期健康診断の実施をする。広域通信制高校では、生徒を学校に集めて健康診断を実施することが困難である等の理由を、文科省は理解をしているようで、学校から生徒に対して医療機関に受診するよう求めることも少なくないということを耳にしている、というのが文科省の認識である。

日本医師会への提言・要望

1. 脊柱側弯症検診

1) 側弯症の判定精度向上に向けた体制整備

有所見率と最終的な有病率を検討していかないと対応できないと思っているので、ある程度の測定の対応ができた段階で日医としては対応したいと思うが、文科省はそういう気は全くない。どんな機器でも使ってくださいという姿勢で行わないと周知できないと思っているので、文科省が精度管理を行うことは、おそらく制度上ない。

2) 学校健診での整形外科医による運動器検診について

整形外科の先生が就任にされることに対しては、それは自治体判断ということになり、文科省から教育委員会に指示ができないということになっているので、自治体と対応していただきたい。

2. 学校医不足

1) 学校医業務の簡素化

学校医業務に関する簡素化ということで、学校医や学校産業医というのは基本的に分けるという形で考えている。健診が一番大変であれば、その健診項目の見直しのところで対応したい。

2) 学校健診における眼科・耳鼻咽喉科系検査の実施間隔延長に向けた法改正について

法律を変えずに施行規則を変えれば対応できる。6月30日を解消するというのは以前から文科省にも要望している。

3) 学校医不足における学校健診について

おそらく将来は内科医も重点的のような形でないと全学年に対応することができなくなる可能性があろうかと思う。

3. その他

(1) 保護者や児童生徒に対する学校健康診断の意義の徹底

茨城県医師会、大阪府医師会の学校保健のホームページに動画が掲載されているので参照していただきたい。

(2) 就学前及び11～13歳未満のDPT定期接種化

文科省は予防接種については、厚労省マターで一切関与したくないというのが本音である。予防接種担当の笠本理事に聞いたところ、現時点ではこの課題に対する協議はなされていないが、今後検討する可能性はあるとのことである。

(3) 定期接種勧奨の短い広報ビデオの作成について

作成するかどうかというのは、単にお金の問題と広報課の問題になると思う。

母子保健

1. RSウイルス（以下、RSV）ワクチンについて

1) 妊婦に対するRSVワクチン（徳島県）

妊婦に対するRSVワクチンは3万円以上と高

額である。徳島県では自治体への働きかけを行っているが、補助金はまだ出でていない。全国では愛知県大府市や静岡県袋井市、北海道の一部では自治体から助成金が出ているようである。各県の自治体からの助成金、自治体への働きかけの状況をご教示いただきたい。

2) 乳児期の RSV 感染症に対する予防について (香川県)

乳児感染症では RSV 感染症は非常に高リスクというは周知の事実だが、その予防策として妊婦に対する母子免疫ワクチンの接種と出生後のモノクローナル抗体製剤の投与ができるようになっている。各県で行われている先進的な取組等をご教示いただきたい。

山口県

- 1) 全19市町のうち、1町において令和7年4月からRSVワクチンの予防接種に対する助成(対象者:妊娠24~36週の妊婦、助成額:接種費用の1/2)が行われている。なお、当会から自治体への働きかけについては、現時点では行っていない。
- 2) 特に把握しておらず、他県の取組みを参考にしたい。

高知県

- 1) 高知県には出産できる有床診療所が3施設あるが、すべての施設で全例にRSVワクチンの説明をして、その結果、接種率が7%、25%、70%となっている。母子医療センターでは希望者のみへの説明となっており、3%の低率となっている。まだ自治体からの助成はない。
- 2) 須崎市において、すべての新生児・乳児におけるRSV感染症の予防のために、今年4月から1歳未満の乳幼児を対象にニルセビマブの接種を無料で実施している。予算額は397万円で、須崎市では大体年間100人ぐらい出生するので、1人当たりのワクチン料は大体35,000円程度となる。7月18日時点では15例にすでに実施されており、徐々にその接種が進められているが、特段問題は起こっていない。しかし、高知県ではまだ大流行は起こっていないので、

どれくらいの効果があったかということはこれから検証しなければならないことだと思う。

渡辺日医常任理事 RSVワクチンに関しては、母子免疫ワクチンの有効性、安全性に関する一定の知見が得られているという認識である。今後、審議会などで検討される予定となっており、JIHS(国立健康危機管理研究機構)にファクトシートの作成を依頼している段階である。一方、まだ少し課題もあり、予防接種法ではワクチンの被接種者に利益があるということが想定されているが、母親の接種により出生児が利益を享受するという点が今回の課題で、現行法の解釈で整備できるのか、法改正が必要なのかということを厚労省の中で今検討しているようである。つまり、簡単ではないというのは法律上、例えば母親が打って子どもが利益を享受するということに対して、予防接種法の解釈としてはずれているという考えである。

2. 1か月児健診と産後ケア

1) 妊産婦のこころのケア(1か月児健診の充実) (岡山県)

次世代の社会を担う子どもたちの心身の健やかな成長を確保するためには、妊娠から思春期まで切れ目のない健康診査と支援が必要である。妊娠産褥には産後うつ病や不安障害などの心理的変化が母親に高率に起こることが知られている。乳児期早期は親とのアタッチメントが形成される重要な時期であり、1か月児健診は先天的疾患や異常を発見するだけでなく、産科と小児科がバトンタッチする場として、母親のうつ病や不安を見出すにも重要な機会を提供するものである。健診後には、産科医、小児科医、精神科医、助産師、看護師、保健師、心理カウンセラー、行政機関のスタッフなどの多職種の協働が要望される。1か月乳児健診の進捗状態と充実度についてお尋ねしたい。

山口県 1か月児健診は全19市町で実施され、小児科において実施されているところが多い。令和6年度は、国の母子保健衛生費(令和5年度

からの繰り越分)において全19市町が申請した。

徳島県 現在、徳島県の1か月児健診は開業医で出産した場合は嘱託された小児科医が、総合病院で出産した場合は当該病院の小児科医が診ている。周産期は母親の心理的变化が激しいので、徳島県の周産期医療協議会では「妊娠婦メンタルケア対策」という小冊子を作成しており、県下の全ての産科医、小児科医、精神科医、保健師に配布している。ほぼ全ての産科では、妊娠初診時に初期アンケート、妊娠26週、出産直後、産後2週間、産後1か月に、EPDSと育児支援チェックリスト、それから産後については赤ちゃんへの気持ちの質問表を行っている。それによりメンタルに問題がないかチェックをしている。小児科医にはハイリスクの早期発見のため小児科受診時チェック表(福岡県方式)を配付し、乳児健診やワクチン接種等で受診した母親に記入をしてもらうよう促している。しかし、問題点としては、小児科医での認知度が少し低く、実施率を高めることが課題となっている。

島根県 1か月乳児健診は、島根県の多くの市町村では、児が出生した総合病院で病院小児科医が診ておらず、開業小児科クリニックを受診することは、ほとんどないという状況である。市・県の担当者によれば、令和7年度は、県内全ての市町村で補助要件を満たした形で1か月乳児健診を実施している。島根県健康福祉部が作成した90ページに及ぶ小冊子「多機関連携による妊娠期からの切れ目のない育児相談・支援の手引き」に沿って、全ての自治体が取り組んでおり、EPDSは生後2週間と4週間で行っている。保護者の支援が必要と判断された場合には、市の保健所、助産師、助産院の産後ケア等で対応している。赤ちゃん訪問は拒否されない限り、ほぼ全員に行っている。精神疾患で育児が困難な時は、児相、精神科医の判断で乳児院が紹介され、3歳を超えると児童養護院、養護施設に転院する。開業小児科クリニックの初診が2か月ワクチンデビューの時がほとんどであると思うが、母子手帳の記載を参考にしてほしいと市の担当者が言っていた。外国国籍で日本語が不自由な親には、市の担当者が

同伴で来院してくるので、行政機関のスタッフと多少のお話ができるかと思う。

渡辺日医常理事 1か月児健診に対して、日本医師会のスタンスは産婦人科医でも小児科医でも行ってよいという形をとっている。全国的には1か月児健診を、例えば民間、公的病院では、小児科があれば大体小児科医が1か月児健診を行うが、民間医療施設で出産されると多くの場合、産婦人科の先生が1か月児健診を行っている。それゆえ、令和6年度「1か月児健康診査マニュアル」は、福岡大学医学部小児科の永光信一郎先生が中心となって、日本小児科医会、日本産婦人科医会、日本小児科学会、日本産科婦人科学会などが協力してまとめられた経緯がある。今まで多くの民間医療施設の出産施設で産婦人科の先生が1か月児健診をなさっており、おそらく保護者が選択していくと思うが、一度に切り替えるというのは、やはり問題が大きいように思っている。

こども家庭庁が行っている産後ケア支援事業のハードルが高いのは、ハイリスクの母親に対する対応で助産師が必須条件になっており、なかなか1か月児健診以降は対応できていないところが課題である。全県的に実施している山梨県では、県が産後ケア事業を実施して県の施設を使って宿泊も対応しているようだが、なかなかそういうところはない。地域の温度差がとても大きすぎて、県が責任を持って県内自治体にばらつきがないように、この産後ケア支援事業を行えるよう、こども家庭庁は管理団体を自治体から県に上げたと聞いている。日本医師会としては、母子保健委員会の下にワーキンググループを作り、1か月健診以降の産後ケア支援という形でワーキングを作っている。1か月まで診られた産婦人科の医師、これは病院で言えばおそらく小児科医がもうすでにそこで診ていると思うが、1か月以降の母親の産後ケアの心の支援というものが止まってしまうと、逆に言うと1か月以降に産婦人科に受診する妊娠婦はほとんどないので、その後小児科に予防接種や健診で来られるときの母親の支援をどうするかということを今検討しており、何らかの形でシステムとして示したいと日本医師会として

は考えている。

2) 産婦人科と小児科の連携体制の構築、行政を介した情報共有の仕組みについて（愛媛県）

国の補助事業として開始される1か月児健診導入にあたっては、産科での産婦の心身の状態や生活環境の情報が必要に応じて小児科に伝達されることの重要性が行政側にも共有されて、その方策として実際の様式を活用して行政を介して小児科に連絡がくるようにするなどシームレスな情報共有ができるような体制をこれから新たに1か月児健診体制のもとで展開できたらと考えている。先進的な地域では、既に小児科クリニックで1か月児健診、あるいは2週間児健診を実施しているところもあるが、多くの地域では産科施設において産科医ないし小児科医が実施しているのが現状である。特に後者の場合、特定妊婦のための情報が保健師には集約されているが、その情報はなかなか小児科医に連絡されることがほとんどないし、産科入院中や産科健診で把握した家庭環境や、EPDSでフォローが必要な場合などから伴走型相談支援が必要とされて行政に情報が入っている場合であっても、その情報が小児科医に伝達されることがないという問題があり、各県で産婦人科・小児科の連携体制の構築、また行政を介した情報共有の仕組みについてお聞きしたい。

山口県 全19市町のうち、ほとんどの市町で1か月児健診は小児科医が行っている。産科医療機関に小児科医が常勤あるいは非常勤で勤務しており健診しているところもあるが、多くは開業小児科医で行っている。基幹病院で産科、小児科が両方あるという場合はもちろんそこで行っている。周南市では、産科で気になる母子がいる場合には、生まれる前から市の保健師から連絡があり、保護者から1か月児健診を希望する小児科医に保健師から事前に連絡が来るという形になっている。保健師が小児科に来ていただいて説明される。産科医療機関と市の情報共有は県で作成された母子等要支援者連絡票を用いることが多い。

鳥取県 県行政と県医師会、それから大学医学部

で鳥取県健康対策協議会を設けている。その中に母子保健対策専門委員会があり、母子保健についての協議を行っているが、まだ十分に機能しているというところではない。一方で、市町と地域の保健センターとの情報共有もまだ十分に図られていないので、今後、福岡市立こども病院のような多職種連携による子ども見守りチーム、こういったものをお手本にしながら取組みを進めていきたいと考えている。

渡辺日医常理事 母子保健講習会の時にも、この情報共有をどうするかという質問があった。結局結論が出ないのは、特にハイリスクの母親のデータというのは母親自身が開示を求めるか・求めないかによって、開示を求めないのに一方的に情報を出すとおそらく訴訟になる可能性というのは当然ある。だからその辺りが非常に難しい。個人の承諾が要るということになると今度はハードルが上がってくる。

母子手帳に母親の所見を書くことは当然ある。それは母親が開示すればできるわけで承諾書はいらない。母親が持っているマイナポータルは、スマホを出して見ていいですよと言ったら当然そこからカルテに落とすことができるが、ただ電子カルテに落とすにはそのソフトが別にいるので、ソフト代の補助事業を含めて検討が行われている。情報共有というのは、母親の承諾を得て個人情報を出すというのが望ましいが、なかなか全部が統一できないものに対して、医師会やこども家庭庁は一括して案を示せないということがあるので、現場から情報共有の取組みについてボトムアップをしていただければと思う。

3) 産後ケア事業の実施状況と課題及びその対策について（高知県）

産後ケアの実施とその課題がいくつか明確になってきているので、それについて各県の状況を教えていただきたい。

高知県では、利用率が令和2年は7%であったものが、令和6年は48.7%と非常に大きく増加している。課題は、まず委託業者数が少ないために、産婦の希望通りに受けられていないということ

とと、特にこの宿泊型ケアというのが、高知市周辺に集中しているため、中山間地区の産婦がなかなか利用できない。また、本人は希望しているのに、家族が理解してくれない、宿泊型ケアを使えないなどといったことで、産後ケアは家族への理解と協力も大事になってくる。それから、産後ケアを行うにあたって、各市町村で申請方法、援助内容、回数、非常にばらつきがあって統一性が取れていないということと、それから内容についても産後ケア施設間の情報が全くないために、前の産後ケアで何を指導したのか全然分からぬといふ意見が聞かれている。1か月児健診の情報が、産後ケアの方には全く行かないということ、例えば精神科に受診するようになったメンタルの問題は分かるが、そうでないような方は全く情報なしで行ってしまうのでその辺りの問題もある。個々の産婦に合った産後ケアというのを、やはりプランニングしていくこと、それを統一してやっていくことが大事なのではないかと思う。

つい最近、乳児の産後ケアにおける乳児死亡があったが、2～3日前に高知県でも産後ケアに関する訴訟が起こっている。訪問型産後ケアの助産師がSIDS予防のために硬い布団に寝かすよう指導をしたところ、ひどい短頭症になったということで、市と助産師会と助産師本人に対して、4,200万円の損害賠償を求めて提訴された。詳しくは分からぬが、こういったことに関する保証などについても、今後検討してきちんとしたものを作つていかなければならぬと思っているので、各県のご意見、状況を教えていただきたい。

山口県 全19市町で産後ケア事業を実施しているが、産後ケアの利用者は年々増加しており、市町も産後ケア提供先不足を感じている。「短期入所」及び「デイサービス」の提供は、主に産婦人科医療機関で実施されており、空き病床を活用していることから、安定的なケア提供が難しいことや、寝返りのできない概ね4か月未満の乳児が対象であるため、安全性の課題がある4か月以上の乳児の利用が難しい状況である。こども子育て支援法の改正により、産後ケア事業が地域・こども子育て支援事業に位置付けられ、都道府県の

役割として、広域的な調整が求められたことを受け、当県では今年度から「産後ケア広域支援体制モデル事業」を実施し、産後4か月から1年以内の乳児を持つ母子を対象として、宿泊施設で心身ともに癒し、安全・安心な産後ケアを実施する。また、産後ケアに携わる関係者の資質向上のため、研修を開催する。

広島県 広島県では令和3年度から県内全23市町で産後ケアの事業を実施している。市町内に委託できる産科医療施設、助産院がないことを理由に実施できていない市町があったことから、広島県助産師会に助産所・助産師と利用希望者をつなぐコーディネーターを配置して、県内全域の体制整備を行い、現在全市町での事業実施を実現している。このコーディネーターの取組みは、現在も続いている。問題点としては、利用料金が高いことが、利用を躊躇する理由の1つとなっている。そのため、令和2年度から広島県独自で利用者の経済的負担軽減のために、利用時負担の半額助成を開始している。令和6年度は、県内全ての市町での補助金の活用があったようで、この取組みもニーズが高く、現在も継続している。また、産後ケアに関する事業を広く知つてもらうための取組みとして、広島県ホームページで情報公開し、母子保健手帳を渡す際の情報提供などが行われている。市町に寄せられている課題については、宿泊施設の不足、施設の偏在などさまざまである。

岡山県 産後ケア事業は、市町村が実施しており、各施設や地域間で差があることで、利用のしにくさなどがあることから、県内の状況について、令和6年7月31日から9月30日にかけてアンケート調査を行ったが、利用率はまだ11.1%に留まっており、その内訳は、宿泊型、デイサービス型、訪問型の利用が3分しているというような状況である。岡山県では、県南に分娩取扱施設が集中しており、県西部では地域間格差が大きくなっているので、まだ設備が整わない、人手不足などがある、なかなか進みにくいという問題が生じている。各市町村で単独で行っているが、最近になって、県医師会が各施設の集団契約を行って、全県

を把握するという体制に整えつつある。

愛媛県 小児科クリニックでの産後ケアについて、非常勤の助産師を雇うのが一番ネックになっている。今、愛媛県内がほとんどで助産師会と運営している助産院が、主に1歳までの赤ちゃんを受け入れているので、なかなかそこも人手の問題などで、やはり小児科が引き受けていかないと、今後4か月以降、特に離乳食の問題があるお母さんも多くて、小児科ができるような体制整備が必要かと考えている。ただ、宿泊型の産後ケアは、すればするほど赤字になって、今現状、受け入れられないというところがある。先日、県が産婦人科、小児科、助産施設等の関係者を集めての会議を開いたところであるが、小児科のクリニックでもできる体制を、産婦人科と別に考えていかないと難しいのではないかと思っているところである。

渡辺日医常任理事 中央行政の考え方からすると、利用率をとにかく上げたいということである。どうしても、こども家庭庁に上がってくる情報は、県のレベルを介してなので、自治体から直接上がってくることはまずないので、できる限り、多くの自治体の意見や具体的な事案を県の医師会を通して日本医師会に上げていただき、医師会からこども家庭庁に情報を届けるということがあってもよいかなと思っている。

3. 5歳児健診について

1) 5歳児健診の現状と導入後の課題について (広島県)

広島県では5月1日時点で県内23市町のうち4市町において国が定めている5歳児健診を実施している。5歳児健診について各県の現状と取組みについてお伺いしたい。

愛媛県 日本小児科学会、日本小児科医会が主導する全体コンソーシアム会議に引き続い、愛媛では今年4月から大学小児科の准教授と県小児科医会会长を中心とするコアメンバーによって愛媛県のコンソーシアムの会議を立ち上げた。3月

には県の担当の母子保健係に市町への担当部局への働きかけを要請していた。小児科側の健診協力医の幅を広げようということで県小児科医会では引退をした小児科医に協力医バンクに登録いただくような形で対応していくということを県にも伝えている。一部の人口が少ない市町では全数健診を、人口の多い市町では令和8年度から抽出健診、二段階方式で実施する方向でほぼ案がまとまつた。

渡辺日医常任理事 今年8月悉皆健診から二段階方式(抽出健診)が公費で認められるようになった。担当官にお願いをして先日すべての自治体にオンラインで説明会を開いた。

4. その他

1) 乳幼児の近視の増加に対する対策について (鳥取県)

子どもたちの近視の増加が近年指摘されている。オーストラリアでは16歳未満のSNSの利用を禁止されている。先日、愛知県豊明市で2時間以内の使用制限といったことが条例で決められた。近視対策について各県のご意見を伺いたい。

香川県 健診におけるスポットビジョンスクリーナーの導入率は、昨年100%に達しており、近視だけでなく、屈折異常の早期発見、眼科医の早期介入に努めている。令和2年3月には「香川県ネット・ゲーム依存症対策条例」が、全国で初めて制定された。今のところ検証もされていない状態で、効果の程度については不明である。近視は子ども本人もそうだが、親や家族の理解、認識が必要と思われるが、香川県眼科医会でタウン誌などに近視に関する情報等を記事として載せていただくという取組みも行っている。

渡辺常日医任理事 日本眼科医会の先生方と協力をしてリテラシー教育を行う必要があって、その対応に対しての啓発や、定期的な検討、調査を行って害がないか確認をするように言っていたが、一人一台端末を配って、もうとにかく前に進むと学校もそういう感じになっている。

日本医師会への提言・要望

1. 乳幼児期からのメディアリテラシー教育

令和7年8月に青少年インターネット環境の整備等に関する検討会があり、そのワーキンググループが「インターネットの利用を巡る青少年の保護の在り方に関するワーキンググループ課題と論点の整理」という報告書を8月に出している。

2. 周産期メンタルヘルスに係る学習の場の提供

メンタルヘルスに対する学習のシステムができた時点で日本医師会としても母子保健委員会で対応したいと思っている。

3. 小児かかりつけ診療科での小児特定疾患カウンセリング料算定について

医療保険課の回答では、小児かかりつけ診療料については、発達障害診療が課題となっていて、その要因が医療機関の不足、医師不足の他、児童思春期精神医療に知見を有する専門職の少なさが指摘され、その対応として令和6年の改定のような見直しが行われている。合わせて小児特定疾患カウンセリング料においては、算定期間は4年間に延長されるとともに、小児科における心身症や神経発達症の初診に要する時間が長い傾向があることから、初診の診療を重点的に評価する対応が行われたものである。

〔報告：常任理事 河村 一郎
常任理事 繩田 修吾〕

特別講演

最近の医療情勢とその課題

日本医師会長 松本 吉郎

はじめに

- 令和7年度の医療情勢と課題についての特別講演が行われた。
- 第27回参議院比例代表選挙において、日本医師会推薦の釜淵 敏 候補が当選した報告がなされた。
- 日本医師会が、令和7年防災功労者内閣総理大臣表彰を受賞した。



診療所の緊急経営調査結果

- 令和5年度と6年度の診療所経営実態を調査。
- 調査対象は71,986の診療所管理者。
- 回収数は13,535件、収支部分の有効回答は11,103件(うち医療法人6,761件、個人立4,180件)。
- 診療所の直近の経営状況は、医療法人、個人立ともに減収減益で、前年度から大幅に悪化した。医療法人の約4割が赤字となり、個人立では経常利益が約2割減少した。
- 物価高騰・人件費上昇に加え、コロナ補助金・診療報酬上の特例措置を含めた影響の結果であり、診療所の診療科や地域に関わらず、経営が悪化した。
- 直近の決算期ほど利益率が低く、経営環境の悪化が顕著に進んでいる。
- 診療所の経営者は厳しい経営に直面しており、この状況が続けば、多くの診療所が地域から撤退・消滅し、病院とともに担っている地域の患者さんへの医療提供ができなくなる可能性が高い。
- 地域の患者さんへの医療を安定的に提供し続けるため、次期診療報酬改定での大幅な手当と、早期の補助金並びに期中改定による緊急かつ強力な支援が不可欠である。

医療機関の苦しい経営状況

- 医療法人の医業利益率が6.7%から3.2%に悪化、経常利益率は8.2%から4.2%に半減した。
- 令和6年度の医療法人の医業利益は45%が赤字、経常利益は35%が赤字であった。

中医協 診療報酬調査専門組織

- 入院・外来医療等の調査・評価分科会における議論
- ・診療報酬の調査・評価分科会での議論が行われた。

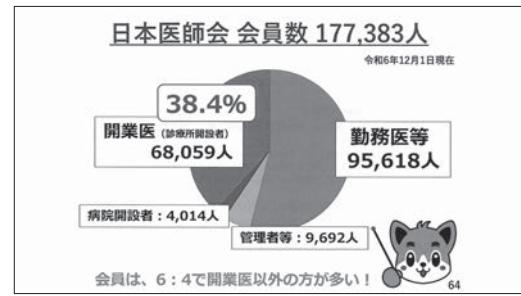
- ・医療機関の経営環境の悪化が指摘された。
 1. 急性期入院医療について
 2. 高度急性期入院医療について
 3. DPC/PCPSについて
 4. 包括的な機能を担う入院医療について
 5. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
 6. 療養病棟入院基本料について
 7. 重症度、医療・看護必要度について
 8. 救急医療について
 9. 入退院支援について
 10. 働き方・タスクシフト／シェアについて
 11. 病棟における多職種でのケアについて
 12. 外来医療について
 13. 情報通信機器を用いた診療について
 14. 入院から外来への移行について
 15. 個別的事項

OTC類似薬

- ・OTC類似薬の保険適用外に関する懸念が表明された。
- ・患者の自己負担が増加し、医療アクセスが制限される恐れがある。

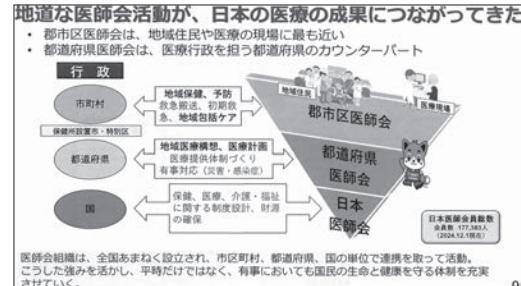
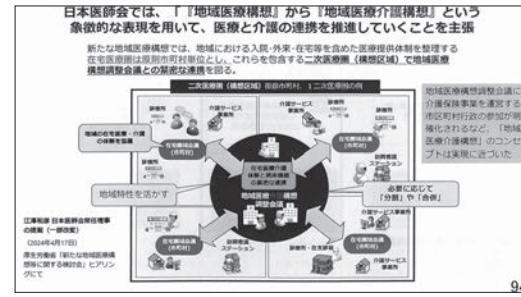


53



新たな地域医療構想

- ・地域医療構想の重要性が強調され、医療と介護の連携が必要。
- ・高齢化社会に対応するための医療提供体制の整備が求められている。



[報告：理事 國近 尚美]

医師会組織強化に向けて

- ・医師会への入会促進が重要とされ、医学部卒業後5年間の会費免除制度がある。
- ・医師会活動への参加が求められている。

その後、懇親会が開催され、初日が終了。2日目は、総会並びに特別講演が行われた。

総会

伊藤真一 専務理事の司会進行のもと、まず中国四国医師会連合委員長として加藤智栄 会長が開会挨拶を行った。来賓である松本吉郎 日本医師会長、渡辺弘司 同常任理事、今村英仁 同常任理事、坂本泰三 同常任理事、佐原博之 同常任理事、松村 誠 同理事、久米川 啓 同理事、松山正春 同幹事へ、中国四国医師会連合総会への臨席について謝辞を述べた。

また総会に続く特別講演演者の田中良哉 先生は、山口県立下関西高等学校出身でリウマチ性疾患では世界をリードされるご高名な方であり、吉田松陰 先生の教えを活かし教室を統率されたと紹介された。

渡辺弘司 日医常任理事より松本日医会長の代理として祝辞をいただく。先の参議院選挙での釜范 敏 先生と小林孝一郎 先生の当選への感謝の後、医療機関の経営逼迫に対する打開策の必要性を訴え、令和7年度補正予算編成、令和8年度診療報酬改定への期待を表明された。医療界への声を医療政策へと反映されるために、日本医師会と都道府県医師会との連携を呼び掛けた。

壇上の来賓と祝電の紹介の後、各分科会報告が、担当理事よりなされた。

内田耕三郎 岡山県医師会専務理事から令和6年度事業・会計報告があり、次期開催県医師会挨拶が、森 俊明 徳島県医師会副会長からなされた。令和8年度総会は、鳴門市大塚国際美術館で開催される予定で、非常に楽しみである。

[報告：常任理事 長谷川奈津江]

特別講演II

自己免疫疾患の治療の進歩

：吉田松陰先生の教えと医学研究
産業医科大学医学部分子標的治療内科学特別講座
特別教授 田中 良哉

1. はじめに

山口県の小学校や中学校の黒板正面に「至誠」という文字が貼ってある（図1）。これは、吉田



図1

松陰 先生の言葉であり、「至誠にして動かざるものはこれあらざるなり」、心込めて動かない人は、心の込め方が足らないからもっと心込めてみなさい、という意味である。「至誠」を1つの座右の銘としてきた。産業医科大学の第1内科の皆さんと、心を込めて臨床、研究、教育などを行ってきた信じている。一昨年日本リウマチ学会の総会を開催し、「至誠通天（心を込めれば天に通じる）」という言葉をタイトルにして学会を挙行した。

本日はそんな中で、関節リウマチの治療の進歩、非常に難しい難病と言われてきた全身性エリテマトーデス（SLE）の治療の進歩、そして今、私達は何を目指しているか？ そういったお話をさせていただく。

2. 関節リウマチ治療の進歩

1995年当時は、関節リウマチ患者さんは、一生懸命治療してもどんどんひどくなり、関節破壊が多くの方でもたらされていた。関節リウマチの歴史は、人間の骨の標本を見ると、今から4,000年前にすでに存在した。また、ヒポクラテスの教科書にも、リウマチの人にはリキュールを飲ませれば良いと大変いい加減なことが記載されていた。それ以前のギリシャの書物には、西洋白柳（Willow bark）の樹皮を煎じ飲めばリウマチには良いと書いてあった。この西洋白柳の樹皮の中にはサリチンという物質が入っていることがわかつており、このサリチンは安定性が悪いので、それをアセチル化したサリチン（アセチルサリチル酸）が1897年初めて世の中に出た。今や世界中で最も使われている錠剤のアセチルサリチル酸、アスピリンを開発したのがホフマン先生（Felix Hoffmann）である。ホフマン先生は父がリウマ

チだったので、父のリウマチを少しでも和らげようと、このアスピリンを開発した。

それから時を経て1948年、メーヨークリニックのヘンチ先生 (Philip Showalter Hench) は、その当時サブスタンスXと言われる点滴をリウマチの寝たきりの29歳の女性に点滴し、彼女は4日後から歩き出した。1949年彼はそれを発表し、1950年にノーベル医学生理学賞に輝いた。そして55年にはプレドニゾロンが発売された。ただ彼がいたメーヨークリックで、このプレドニゾロンとアスピリンを使うことによって、副作用のために亡くなる方が続々と出て、メーヨークリックでは当分の間、プレドニゾロンは使用禁止となり、彼は居場所がなくなってしまった。

私達もリウマチの治療はかつてプレドニゾロンを使っていたが、現代ではリウマチの病態そのものが明らかになり、推奨されなくなった。骨と骨の間には、潤滑剤である滑液が存在するが、液体なのでこれを何かで覆っておかなければ壊れてしまう。この滑液を覆う膜を滑膜と言うが、この滑膜にリンパ球が蓄積して、このリンパ球の多くは、自分を攻撃するリンパ球であることから自己免疫疾患になる。

免疫の異常が起こっているので、病気を制御するためには免疫の異常を抑制すればいい。免疫の異常を抑制する免疫抑制薬が使われるようになった。その代表がメトトレキサート (MTX) である。言い換えると、免疫異常を抑制する免疫抑制薬をリウマチに使った場合、私達は疾患修飾性抗リウマチ薬 (DMARDs) あるいは訳して抗リウマチ薬と言う。この抗リウマチ薬の内服可能なMTXなどのような合成抗リウマチ薬、それからさまざまなサイトカインを標的とした生物学的製剤を作ったバイオ抗リウマチ薬に大きく分けられる。これらを上手に使って免疫の異常を抑制・是正すれば、大方の患者さんで寛解導入が可能で、関節が壊れないという状況となる。

リウマチの状態はリンパ球が滑膜の中に集まっている。炎症部位にリンパ球が集まっているわけだが、なぜ集まるかというのは実はよくわからなかった。1989年アメリカのNIHで、どうしてリンパ球が集まっているのかという研究も行った。

リンパ球は血管中を再循環し、生体防御の役割を担っている。ところが、例えば滑膜の中に極わずかなリンパ球、活性化されたリンパ球やマクロファージが産生され浸潤し、そこからTNFなどのサイトカインが産生されると、このTNFなどは血管内皮細胞の接着分子の発現を誘導し、あるいは別の種類のサイトカイン/ケモカインを産生誘導する。この接着分子はリンパ球にブレーキをかけて、そしてリンパ球上の接着分子をケモカインが刺激する。そうするとリンパ球はこの血管内皮細胞の上で止まり、ケモカインの濃度勾配に従って組織の中へ浸潤していく。こういった接着のキャスケードを介してリンパ球が集まってくるということを、1993年1月号のネイチャーに発表した。その時多くの人から「このTNFをブロックすればこの一連のリンパ球の接着はブロックされ、そしてリンパ球の組織の中に浸潤してこないのか」という質問があったが、当然ながら答えは「イエス」であった。それから1993年12月には、NIHでこのTNFに対するCA2という抗体を使用した最初の敗血症の治験を始めたが失敗した。

そして次に関節リウマチの治験が行われて、1998年に承認された。生物学的製剤は生体内で産生される抗体で比較的安全なバイオ薬と呼ばれている。また、ピンポイントでターゲッティングすることから非常に効果的だ。2012年にカロリンスカ研究所で招待講演を行った時にこの論文を基に、バイオ製剤を用いた治療が進んでいったということを多くの方々から評価された。TNF阻害薬のみならず、現在では6種類のTNF、2種類のIL6抗体阻害薬、2種類のCTLA-4IgT細胞選択的共刺激調整剤などさまざまな生物学的製剤で、関節リウマチの病態を制御することが可能である。

日本リウマチ学会（演者は理事長）では新しい診療ガイドラインを昨年改定した。リウマチと診断されたらまずMTXで治療する。このMTXを十分量使って効果がなければ、バイオ製剤やJAK阻害薬などをアドオンする。こうして治療していくれば、大部分の患者さんで寛解導入が可能となり、ほとんどの患者さんで関節破壊をほぼ完全に制御できる。

3. 研究と教育への姿勢

2000年に産業医科大学医学部第1内科学講座の教授となつたが、MTXが日本で承認されたのが教授になる1年前の1999年であり、アメリカでは1988年で11年のタイムラグがあった。インフリキシマブは5年、エタネルセプトは7年である。どうして日本の患者さんだけこんな損を被らなくてはいけないのか。このドラッグラグをゼロにしたい。それを1つの大きな目標にこれまで頑張ってきたつもりである。

ただ頑張るだけではダメで、モデルが必要だった。そこで出てくるのが松下村塾、吉田松陰先生は実際にこの松下村塾に行って教えられたのはわずか1年間だったが、その間に100人近くの英傑を産み出したすごい教育、これを学ぼうと思った。松下村塾の塾生はよく非常に荒くれ者とかあるいは血氣盛んな者が集まつてと言われるが、実は、彼らはものすごい勉強家だった。塾の狭い部屋の中で徹底的に勉強した。勉強というのは本をいろいろと読んで、そして議論をして、そして本の内容と議論を抄録に書いていった。松陰先生は抄録を添削することによってマンツーマンでも教えた。これを教育モデルにしようとした。そして松陰先生のこの塾の根本にあるのは「至誠(何事にも心を込めて)」という言葉であった。しかも、授業を教えるだけではなくて、討論し、さらにマンツーマンで教えていくというのは重要なことである。私自身、2000年から全ての抄録、ポスター、論文、学会発表のスライドを誠意チェックして、マンツーマンで指導した。また、松陰先生はある本を読んで必ず抄録を書いてと口を酸っぱく言つてたので、1人の患者さんが入院してきたらすぐ抄録を書いて、現病歴からプロブレムを作つて、毎週火曜日の朝に、みんなの前でプレゼンしてもらつて。毎週、30人近く入院するが、それを延々とやる。それを続けると皆さんはとても臨床能力が上がるし発表の能力も上がる。やはり抄録を書くことは重要である。田舎にいてもいけるかなという1つの例かもしれない。

それからもう1つ重要なのは、松陰先生はある萩という小さな町に居ながら世界を見ていた。勉強すればするほど大変だと気づいた。何が大変

かというと、中国を始めとしたアジアの国々は歐米列強によって当時次々と植民地化された。このままで日本も大変だということで、尊王攘夷を行つた。しかし松陰先生が亡くなると、この流れが変わってきた。下関で四か国艦隊と戦争をして大敗し、高杉晋作・伊藤博文先生たちは、富国強兵、国を強くして世界に国を開いていくとし、尊王攘夷から180度転換して開国に繋がつた。さらに伊藤博文先生の場合には、国の形を作るためにはまず憲法を作らなければいけない。彼はヨーロッパとアメリカに数年留学している。そして最終的には憲法を作り上げている。そして国の形を作つた。こういう形を作つていくことが重要だと思った。

先ほど形が重要だと申し上げたが、私は分子標的治療を使用する関節リウマチ患者さん全員を、レジストリに登録を行つた。現在まで5,892名の患者さんを登録した。登録して何をしたかというと、大きなリスクがないように、徹底的な仕分けをし、そして適応を決定する。こんなことは外来ではできないので、全員入院してクリニカルパスで、チーム医療のおかげでこれが可能となつた。多職種連携は非常に重要であり、月曜日に入院して、木曜日に退院。木曜日に入院して月曜日に退院をする。そういう事を繰り返すとベッド稼働率が上がり外来入院を足した収益が病院トップとなつた。このため理事長から表彰された。

さらに患者データを大切に扱わなければならない。生データを私たち医師はさわらない。研究補助員を5名雇用し、データを扱つてもらい、血液サンプルにもさわらない。私たちは患者情報のないデータのみを扱つてエクセルファイルで解析を行つて。このようにして研究不正を回避するためのワークフローを採用した(図2)。

さらに放射線科医師や技師さん達の協力を得て全員の単純CTを撮影し、33名/2,192名に悪性腫瘍があることが判明し、BSC症例を除いた24名にがんの治療を先行した。肺がんの方々は先にすぐに手術してもらつた。CT撮影をすることによって1年後の予後の改善が約10倍良くなつた。またCT撮影によって、結核や好酸菌症などさまざまな疾患が見つかり、この重要性を私たちは再

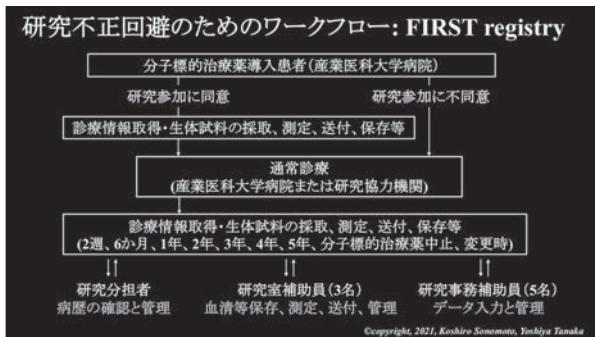


図2

認識した。

また、私たちの教室では無闇に治療をせず、治療のプロトコルを共通化している。例えば、MTXとインフリキシマブを用いて患者さんの疾患制御が得られ寛解に入ったならば、最初に生物学的製剤をやめ、そしてMTXをやめて最後はフリーにしていく。

これは私たちの教室だけのデータなので、日本で明確なエビデンスが欲しいと考えた。薬を中止する治験を製薬会社は絶対しない。そこで、私主導で日本全体26施設の先生方に協力を得て、このインフリキシマブ、MTXを使って寛解に入ったところで休薬したら、そのまま寛解が維持する可能性について試験を行った。

その結果、半数の方は休薬できる。患者さんに「この点滴一生するんですか」と聞かれたが、いや、うまくすれば半分の方は休薬できる。その半分の方は比較的疾患制御をしっかりやって、そして罹病期間が短い人だと分かってきた。このことを発表したところ、2009年欧州リウマチ学会開会式で、欧州リウマチ学会賞を受賞した。そしてこの結果が、欧州リウマチ学会の治療の指針ガイドラインにも登用された。

こうすると、みんなが集まってきてくれる。新しい薬を開発しようとして治験をしようとしたとき、欧米と同じスピードでやるために彼らのコミュニティに入れてくれるようになった。この時点から非常に物事が早く進んだので、今こういった姿勢、これは多分松陰先生も同じように考えたと思うが、世界のコミュニティに入っていくことの大切さを考えている。

4 JAK 阻害薬の開発と臨床応用

生物学的製剤は著効することを述べたが、ただこれは分子量が15万ダルトンと巨大だ。だから点滴又は注射でしか使えない。分子量が小さくて、この大きな抗体と同じぐらいパワフルな薬がないか？それがCP690550という薬剤である。これはどこに働くかというと、JAK3というシグナル伝達分子のATP結合部にピタッと嵌まり込んで、そのシグナル伝達をブロックする。このような低分子化合物が作成可能となってきた。

このCP690550をファイザー、アメリカと日本で開発することになった。何度かファイザーの本社ビルに行き、日本とアメリカで開発を始めた。ヨーロッパもすぐ乗ってくれた。ただどのように効くかということは実はよく判明していなかった。人で何回もバイオプシーするわけにはいかないので、スキッドマウスの背中を借りて、人のリウマチのモデルを作ることにした。背中の中に、手術から取って来た滑膜と軟骨と一緒に移植し、ポンプを一緒に入れる。このポンプからはプラセボ、又は実薬が出てくるようにして、そしてこの背中を借りてリウマチのモデルを作った。そして35日目にサクリファイした。その結果だが、プラセボだと、滑膜が軟骨の方に張り出して行く。しかし、このCP690550を入れると、滑膜の浸透が全くなく、ピンクで綺麗な軟骨が残ったままになる。一番関係があったのは、サイトカインではなく、マトリックスメタロプロテアーゼ3(MMP3)だった。このMMP3は、滑膜から産生されて軟骨を溶かす酵素である。これが産生されることによって軟骨が溶けていく。産生されないとピンクで綺麗な滑膜のある軟骨が残ることが分かってきた。よし行こう！ということで、人で治験を行った。最終的にはアメリカで2012年、日本では2013年、ヨーロッパで4年遅れて、2017年に承認された。ついにアメリカに追いつき、ヨーロッパには勝った。商品名ゼルヤンツ(トファシチニブ)として、今世界中で使われている。

これはJAK1,3だけをブロックする薬剤だった。そこで、このJAK1,2,3TYK2を全部ブロックできれば凄く強いと考えた。全部ブロックするためには、JAK1,2阻害薬を作れば良いが、JAK1,2阻害

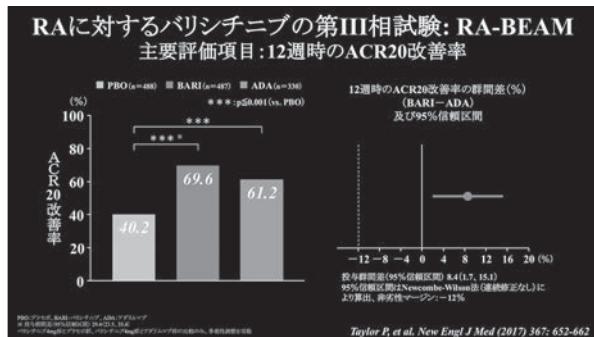


図 3

薬はすでにイーライリリーが作っていた。そこでこの糖尿病性腎症治療目的薬をリウマチで使って欲しいと頼み、糖尿病の会社でリウマチ薬の治験が開始された。さまざまなサイトカインをブロックするので、必ず強いはずだということでフェイズ3試験を世界で行い、成功した。リウマチ患者でプラセボよりも、さらに生物学的製剤（アダリムマブ）よりも強い結果が示された。この結果は2017年にNEJMに発表され、演者はラストオーサーになった（図3）。

MTX治療抵抗性症例にプラセボをアドオンすると、12週間後に40%の方が治療反応性を示したが、このバリシチニブ（JAK阻害薬）をアドオンすると、70%近くが治療反応性を示した。それで、非劣勢を証明しようと思い、治験結果の蓋を開けたら、逆転した。

分子量371ダルトンのバリシチニブが分子量15万ダルトンのバイオ製剤（アダリムマブ）に勝った。

このようにして、リウマチの治療は大きく変わった。縦軸は、疾患活動性、横軸を罹患年数とすれば、まず関節が壊れる前に徹底的に治療する。それは十分なMTXとか、例えばバイオを使ったり、JAK阻害薬を使ったりして徹底治療を行う。しかし、いつまでもこの徹底的に治療する訳には行かないで、ある程度うまく行き寛解が得られれば少しずつ薬をやめていき、最終的に薬剤フリー寛解を目指す。薬剤フリー寛解となるには、最初に徹底的に治療が必要である。最初に徹底的にきちんと治療すれば、最終的に薬剤フリー寛解が得ることができ、最終的には治癒をみたすことができるかもしれない。しかしながら最初に徹底的に治療するためには、きちんと患者さんをスクリーニング

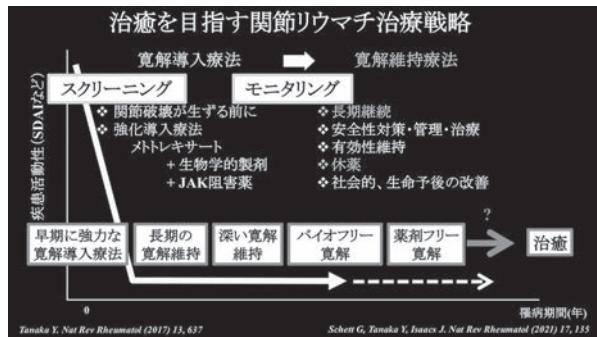


図 4

スクリーニングすることと、安全治療していくためにはモニタリングが必要である（図4）。

5. 全身性エリテマトーデス（SLE）治療の進歩

ここからは、難病の全身性エリテマトーデス（SLE）の治療の話をていきたい。しかし、実は、このSLEが治せるかもしれないという時代に入ってきた。そういうお話を最後にさせていただきたい。大学院に1984年（昭和59年）に入ったが、その当時の鈴木秀郎教授から「免疫を専攻しろ」と言われたが、何すれば良いか分からなかつた。大学院に入った10月のノーベル賞を、ケラー先生とメルスタイン先生（Georges KohlerとCésar Milstein）が取得した。彼らの受賞理由は、1975年にモノクローナル抗体の製造方法を見つめた。ハイブリドーマ技術を使って1つのクローンだけの抗体を持続的に産生するような技法を開発した。これを使えば、さまざまな検査や診断に役立つであろう、またもしかすると将来、治療に役立つかもしれないと書かれており、これだ！と思って、Bリンパ球、抗体だ！と言うことで、これを始めることになった。

SLEの患者さんは、顔に特徴的な紅斑（エリテマ）ができることで、全身性エリテマトーデスというが、大部分の方は中枢神経障害、心肺障害、腎障害、造血系の障害、それから肝障害、関節障害など、全身の諸臓器の障害をほとんどの方が認める。しかも、これは若い女性に圧倒的に多い。これは何とかしないといかん、九州の言葉で言うと、「どげんかせんとイカン。」と言うが、なかなかいい治療がなかった。

それでまず、これがどうなっているかを明らかにしようということで、このリンパ球を取り出し

て調べたところ、SLE患者さんのリンパ球、末梢血のリンパ球は、何も刺激しなくても自己抗体を多量に産生することが分かった。そして、MHCクラス2という抗原を介してT細胞などを刺激すること、IL-6などのサイトカインも産生することが分かってきて、これを学位論文に通した。それからしばらく経って多くの研究者がこのSLEでやはりB細胞が重要なことに気が付いた。このB細胞の表面にはCD20という分子がある。私が教授になった2000年ごろ、このCD20に対する抗体（リツキシマブ）がリンパ腫の患者治療に承認された。それで、われわれの病棟ではリンパ腫の方の入院もあったが、普通抗がん剤の薬は嘔吐するが、リツキシマブを点滴して患者さんはニコニコして昼食を食べていた。バイオは全然吐き気がしない。これをSLEに使いたいということで、2002年に世界第1例目で、倫理委員会を通して患者さんの承諾を得るために、患者さんは意識がなかったので家族全員の承諾を得て、リツキシマブをSLEに使った。大変良くなつたので、世界中でこの治験を行つた。結論から言うと、リツキシマブは、世界中の治験で有効性が証明されなかつたが、日本ではループス腎炎、SLE腎症で承認された。このリツキシマブを使用するとCD19陽性のB細胞は2週間以内に末梢血から完全に消える。そして3か月から半年後にまたB細胞が立ち上がつてくる。

もう少し詳しく話をすると、末梢血中のナイーブB細胞、メモリーB細胞、プラズマ細胞、抗体産生細胞は、SLEの患者さんではたくさん発現している。リツキシマブを投与すると1か月後にはナイーブ細胞とメモリー細胞は消えるが、プラズマ細胞はまだ残っている。これは実はCD20が陰性だからである。その半年後にはナイーブ細胞、メモリー細胞、プラズマ細胞が全部消えて、その後、GC（ステロイド）を用いなくても寛解維持できた人はその後B細胞が立ち上がつてきた時にナイーブB細胞だけが立ち上がつてくる。

メモリーB細胞が立ち上がつてこない。このようにしてB細胞の再構築、免疫系の再構築が起こつて長期間の安定性（寛解）が維持される。でも実はこういう患者さんはごく一部で、68人

中の8人だけだった。多くはその後再燃するが、ナイーブB細胞だけでなく、メモリーB細胞も抗体産生細胞も立ち上がつてきて、そして再燃してしまう。

したがつて、もっと強い薬でないといけないのではないかと当時から思つていた。ただ、リウマチと違つてSLEの治療はこれまで全然進歩していなかつた。2019年欧洲リウマチ学会のSLEの治療の勧告では、治療の推奨は、エビデンスの高い薬剤は抗マラリア薬であるヒドロキシクロロキン、ステロイドであるグルココルチコイド（以下、「GC」）の2種類だけだった。マイルドの人、モデレートの人、シビアな人にもファーストラインとしてでも治療抵抗性の人にもこれらを使う。マラリア薬が承認されたのは1955年。プレドニンが承認となつたのは1955年。つまり65年間同じ治療が施されていた。こんなのでいいのかと思うが、これは実は世界中のみんなが感じていた。エストロゲンもアンドロゲンもステロイドであるが、エストロゲンを使ってSLEの治療をする人はいない。だから今GCと正確に言うが、国家試験でもGCと書かれている。SLEでは、発症早期からSLEの臓器障害が起つてくるが、年々臓器障害が増えてくる。それはSLEに起因するものだけではなく、GCによる臓器障害が増えていくことが明らかになつた。さらにご存知のようにGCは短期間及び長期間のさまざまな有害事象（毒性、toxic）をもたらす。GCは1955年以来多くの人命を助け、痛みや腫れ、あるいは熱、倦怠感から多くの患者さんを楽にしてきた。しかしながら今はtoxicな薬剤という位置付けになつた。なぜか、重篤な感染症、日和見感染症、骨粗鬆症、糖尿病、高脂血症などの代謝病、心血管障害や脳血管障害、さまざまな病気の危険因子だからである。

そこでこの欧洲リウマチ学会のSLEの治療の勧告では2023年に新しくこれを改訂したが、そのタスクフォース（演者はアジアからの唯一のメンバー）の30人も同じことを考えた。toxicと言われているGCを若い女性に使って良いか？答えは「ノー」である。これは多くの論文、そして30人の専門家の意見と戦つて最終的には腎機

能障害のないSLEの方では、GCは推奨しないという結論になった。しかし、どうしても必要ならば短期間は認めるとしたが、できるだけ早く減量し、中止するということになった。GCはこれまで中心的な薬剤だったのが、疾患の活動性が高いときだけに使うブリッジングセラピーという位置付けに変わった。治療薬は、1つはヒドロキシクロロキンはすべての患者さんに、そして、免疫抑制薬とバイオ製剤の併用が、今治療のトレンドになった。

今から15年ほど前にSLEの疾患関連遺伝子を検索した結果、予想通りBリンパ球に関連する遺伝子が多く見つかった。やはりこの病気はBリンパ球が重要だと思ったが、その時多くの人たちが不思議に思ったのは、自然免疫系、樹状細胞のシグナル分子が多く見つかったことだった。これはその後に解明されてきたが、樹状細胞が好中球を刺激して、好中球がNETosisという形でDNAやRNAを放出する。RNAはToll-likeレセプター7、8に結合し、DNAは抗DNA抗体と反応し、免疫複合体がFcレセプターを介してシグナルを伝達する。Toll-likeレセプター、Fcレセプターは細胞内に配り込んでいてエンドゾームで次のシグナル、インターフェロンやBAFFを刺激し、産生誘導する次のシグナルを伝達する。実は疾患関連遺伝子の多くは、このエンドゾームから次のシグナルへの伝達に関与するものが多いことがわかった。このようにして自然免疫系から產生されたタイプIインターフェロンやBAFFがBリンパ球などを刺激するので、ここが標的かもしれない、ということに多くの人が気付いた。そこでこのインターフェロンに対する治療方法が開発された。インターフェロンそのものに対する治療方法もあったが、私たちが注目したのは、このインターフェロン受容体に対する抗体だった。

アニフロマブ(MEDI-546)は、NIHの郊外で開発されたが、ただ単にレセプターに結合するだけではなく、レセプターに結合すると細胞内に入っていってJAK/STAT系というシグナル分子をフィジカルにブロックする。これは面白いと思って、日本でも海外でも第Ⅰ相試験を行った。最終的に第Ⅲ相試験を行い非常にうまく行き、NEJM

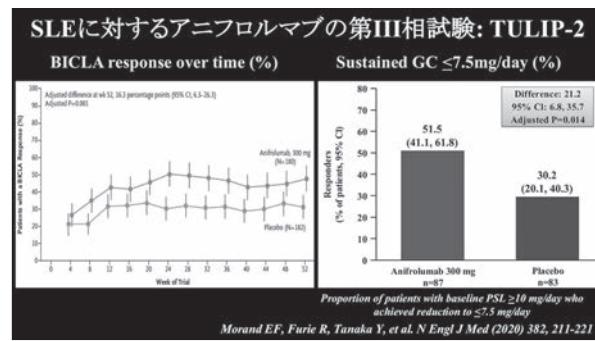


図5

に発表して、SLEに対する生物学的な製剤として2023年に承認された。その結果プラセボに対して1年後の治療反応性を、有意に多くの人が満足したということで、この試験は成功した。そして、日本、アメリカ、ヨーロッパ、オーストラリアで同時発売となった。ついに追いついた(図5)。

もう1つ大きな進歩は、シクロスボリンの一部構造を変えたボクロスボリンの試験で、SLEの腎症の方にプラセボにはミコフェノール酸モフェチル(MMF)、GCを使用し、治療群にはさらにボクロスボリンをアドオンする2群に分けた。24週後の治療反応性、腎反応性がポイントである。普通にSLE患者にはパルス療法をした後にGCを60mg程度使う。ここでは2週間で25mgしか使用していない。それを8週後には5mgに下げ、12週後には2.5mgに下げて強制的に減量する。誰もが再発するのではないかと思ったが、このプラセボと、MMFとグルココルチコイドを使っている群でも、半年後、1年後には半分で、さらに実薬を使うと7割で部分的腎反応を示したということで、腎障害があろうともステロイドは最小限で済むはずだということになった。

それで今年、演者がメンバーの欧州リウマチ学会の治療勧告のためにタスクフォースでは、この腎障害に対する治療の方針を変えた。治療の中心はヒドロキシクロロキン、抗マラリア薬とGCと免疫抑制剤、MMFとボクロスボリンなどのカルシニューリン阻害薬か、生物学的製剤である。

GCは少量を用いる。50kgの人では大体25mgを用いる。このようにして、今治療がだんだん分かってきているが、GCを使わない治療はSLEだけではなくて他の膠原病でも同じである。治療の目標の最初は低疾患活動性で、次は寛解を目指し、

最終的には GC フリーの寛解を目指す。

今一番注目されてるのが、CAR-T 細胞療法である。CAR というのはキメラ抗原だが、患者さんからリンパ球、T 細胞を取ってきて、そこに B 細胞を結合して殺してしまう遺伝子を導入する。例えばウイルスなどベクターを使って導入後、それが発現してくると、そのリンパ球を増やして患者さんに戻す。これがリンパ腫とか白血病で使われている治療だが、これを自己免疫疾患に応用しようとしている。何がすごいかと言うと自己反応性 B 細胞が、この CAR-T 細胞を入れることによって消えてしまう。CAR-T 細胞は、そのうち消えるが、そのうち B 細胞が立ち上がってくる。その時に先ほど話をしたナイーブ B 細胞だけが立ち上がってくる。リツキシマブでは 68 人中 8 人しかこういうことが起こらなかったが、この CAR-T 療法をすると全員、ナイーブ B 細胞だけが立ち上がって来た。B 細胞、免疫系の再構築が行われたことで、この患者さんたちは今、GC フリー、免疫抑制剤もフリーで、治療フリーで全くの完全寛解である。最高 5 年間も続いている。そして全員抗核抗体陰性化していた。SLE は今、治せる時代になってきた。高い薬だが、治れば一生薬を飲まなくてよいから、むしろ安くなっていくかもしない。こういった方向に今治療が行きつつある。

6. 地域医療への貢献と今後の展望

講座の皆さんに「至誠通天」ということを決して押し付けたわけではないが、この気持ちを持って臨床、研究、そして教育に心を込めてやってくれているものだと思っている。

やはり自分たちの教室で完結するだけではなく、世界に向けてアピールを行っていく。だから先ほど申し上げたように世界中でいろいろしてきたが、確かに東京は日本の中心だが、北九州も山口県もそうだが、東京、北京、台北からほぼ等距離だ。東アジアの中心として、重視されている。松下村塾と同様に、田舎にいても小さなところにいてもいつも世界に目を開けていれば、一生懸命勉強すれば、何か伝わるはずだ。

もう 1 つ感謝しなければならないのが、医師会

の先生方だ。2000 年に私が教授になったときは何を最初にやったかというと、産業医科大学病院は、折尾駅からバスで 10 分、その当時はバスも走ってなかつたが、患者さんの来院が大変だった。坂道をリウマチの患者さんが歩いてくる。気の毒だということで、自分たちが出て行こうと、地域の中核病院に出張医療をさせてほしいとお願いに行つた。皆さん快諾してくれて、医師会の先生方から、例えば小倉南区の病院の出張外来に患者紹介していただいたら、バイオが必要なら大学に来ていただく。そして良くなれば大きな病院の私たちの出張外来に戻つていただき、さらによくなればかかりつけの先生戻つていただく。こういうことで今、北州市内の膠原病患者さんの 95% 以上が産業医科大学に集まつてくることが、DPC のデータから分かってきた。

2029 年 SLE の国際学会を京都で行うので、京都にぜひ来てほしい。

最後に、吉田松陰先生の言葉に「夢なきものに理想なし、理想なきものに計画なし、計画なきものに実行なし、実行なきものに成功なし。故に夢なきものに成功なし」という言葉がある（図 6）。私達は常にこのどこにいようと、どんな状況にいようと夢を持ち続けて臨めば、必ずしも自分自身が成功しなくとも、自分の後を継承してくれた方々が成功し、例えば明治維新に繋がって新しい憲法を発布などができるわけだから、そういう新たな時代に繋がることを、吉田松陰先生は自らの人生をもって語ってくれたような気がする。

[報告：理事 中村 丘]

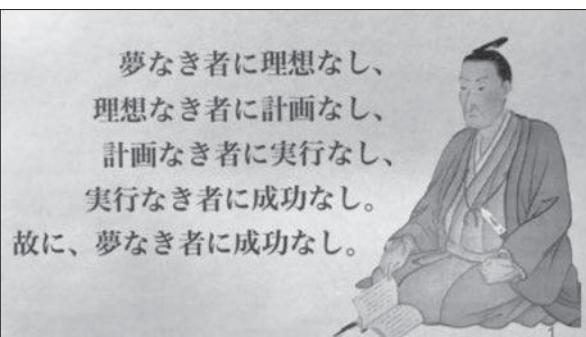


図 6

原稿を募集しています！！ —県医師会報に投稿してみませんか？—

県医師会では、本会報のコンテンツのさらなる充実を目指して、会員の先生方の原稿を募集します。

下記の4つのコーナーのうち、ご興味・ご関心のあるコーナーがございましたら、ふるってご投稿ください。

募集するコーナーとその内容等

■「ニューフェイス」コーナー

対象を「開業3年以内」又は「病院の新科長」とさせていただきます。

現在の状況、心境や医療に対する思い、趣味等

■会員の声

主として、医療・医学に関するものを募ります（令和4年2月より）。

■若き日（青春時代）の思い出

若き日（青春時代）の思い出ばなしなど・・・

■山口県の先端医療は今…

自院の先端医療のご紹介

字数制限、原稿の採否等

1. 「字数：3,000字程度、写真：3枚程度」と統一させていただきましたので、ご確認いただきますようお願いいたします。

2. 原稿の内容につきましては、提出された翌月に開催する広報委員会で検討させていただき、採否につきましては同委員会にご一任ください。場合によっては掲載をお断りすることがあります*。

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

詳細に関するお問い合わせ先

山口県医師会事務局総務課内 会報編集係

TEL：083-922-2510 FAX：083-922-2527

E-mail：kaihou@yamaguchi.med.or.jp

都市医師会長会議

とき 令和7年10月16日（木）15:00～16:00

ところ 山口県医師会6階 会議室

開会挨拶

加藤会長 郡市医師会長の先生方、本日は第1回都市医師会長会議に出席いただき、また、先生方が中心となって、それぞれの地域で、医療・介護を支えていただいていることに感謝申し上げる。

今の医療界で最大の問題は医療機関の経営危機だと思っている。そこで8月28日に定例記者会見として、医療機関の経営危機に関して述べさせていただいた。詳細は山口県医師会報令和7年10月号に掲載されているので、ご覧いただきたい。診療報酬が安すぎることが1番の問題で、医療福祉関係の従業者は922万人おり、自動車産業の558万人よりも多くの方が従事しており、また、社会インフラとして支えているにもかかわらず、報われてないような印象がある。そのことを広く、県民、国民に知っていただかなければ、政治も動かないので、皆さんにもぜひよろしくお願いしたい。

本日の会議では、中央情勢報告、中国四国医師会連合の担当であった分科会の報告を行う。また、県医師会の今後の収支見通しと対応、令和8年度の県の政策予算措置に対する要望、診療報酬改定等に向けた取組み、都市医師会からの意見・要望となっている。特に県医師会の今後の事業をど

うしていくかということは、本日ご出席の先生方のご意見を十分反映していきたいと思っている。会員の多い医師会もあれば、少ない医師会もある。委員会等が増えれば増えるだけ、小さい医師会にとっては負担になってくるようなこともある。組織の最適化を絶えず考えて組織運営をしていかなければならないと考えているので、皆さんのお声を十分反映したいと思っている。

議事

1 中央情勢報告

(1) 第1回都道府県医師会長会議

加藤会長 5月20日に開催された第1回都道府県医師会長会議について報告する。

最初にグループディスカッションが行われ、北海道医師会は深刻な医師偏在の状況について説明され、厚生労働省が示した「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」の実効性に疑問を呈した。千葉県医師会は地域医療構想が病院経営の方向性を示すという意味で評価できるとした。石川県医師会は震災があったため、4つの公立病院の救急・入院機能を集約化させた新病院の建設計画や一般外来をサテライト化する方向性を明らかにした。静岡県医師会は、財源確保が必要だという意見であり、大阪府医師会は、地域医療の現



場の実態を反映した政策とする必要性を訴えていた。鳥取県医師会は人材確保が課題と言われており、長崎県医師会は地域医療介護総合確保基金の活用について提言された。全体討論では、現行の地域医療構想の総括及び検証を求める要望や、ACPの啓発は国家事業として捉えるべき、といった意見が出された。

次に、都道府県医師会から日医への要望について回答があり、新たな地域医療構想等と医師の偏在対策に関して答弁があった。新たな地域医療構想に関しては、都道府県医師会がリーダーシップを発揮するよう要望され、医師の偏在に対しても、地域の実情に応じたアプローチの必要性が強調され、日医に要望しているのに逆に都道府県医師会にまた要望を返されたように感じた。

最後に日本医師会からの中央情勢報告があり、「令和7年診療所の緊急経営調査」では、経営利益率の最頻値が令和6年度はどの形態の医療機関もマイナスになっていると説明があった。実際の日医のアンケート調査の結果が出ており、令和6年度は39%の法人診療所が赤字と言われており、法人診療所の経営も非常に厳しい状況である。また、ベースアップ評価料は4割弱しか申請がなく、5割以上を目指していきたいと長島日医常任理事が話されていた。

最後に、松本日医会長は5月14日に開催された「国民医療を守る議員の会」総会で取りまとめられた決議を、石破総理に直接申し入れをされる

というお話があり、本件はその後、実際に要望され、税収が増えた分を社会保障にまわす事、社会保障の伸びの範囲は高齢化の範囲に留めるという条項の廃止、賃金物価上昇に対する対応をきちんとすることと、小児医療と周産期医療を守ること、という4つの項目を要望されている。

(2) 第160回日本医師会臨時代議員会

加藤会長 釜范日医副会長並びに福田 稔 理事が日本医師会へ辞任届が提出されたことを受けて、日本医師会臨時代議員会が開催された。副会長に福田 稔 熊本県医師会長を選任・選定した他、理事に蓮澤浩明 福岡県医師会長が選任された。

2 中国四国医師会連合分科会報告

第1分科会

竹中常任理事 第1分科会では、医療政策（新たな地域医療構想等）をテーマに、日本医師会の坂本常任理事をコメントーターにお迎えして開催された。各県から多くの議題が出されたので、議題を3つに絞って討論を行った。

1つ目は「新たな地域医療構想」についてであり、昨年12月に厚労省から新たな地域医療構想に関する取りまとめが発表された事を受けて、その中で述べられていた「地域の医療を確保し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築するために検討すべき」とされている高齢者救急、医療の質や医療従事者の確保、地域における必要な医療提

出席者

都市医師会長

大島郡 野村 壽和	下 松 井上 保
熊毛郡 竹ノ下由昌	岩国市 小林 元壯
吉 南 田邊 亮	山陽小野田 藤村 嘉彦
下関市 飴山 晶	光 市 井上 祐介
宇部市 西村 滋生	柳 井 弘田 直樹
山口市 豊田耕一郎	長門市 清水 達朗
萩 市 山本 達人	美祢市 中元 起力
徳 山 津永 長門	
防 府 山本 一成	

県医師会

会 長 加藤 智栄	理 事 白澤 文吾
副会長 沖中 芳彦	理 事 木村 正統
副会長 中村 洋	理 事 藤井 郁英
専務理事 伊藤 真一	理 事 中村 丘
常任理事 河村 一郎	理 事 森 健治
常任理事 長谷川奈津江	理 事 吉水 一郎
常任理事 茶川 治樹	監 事 宮本 正樹
常任理事 繩田 修吾	監 事 友近 康明
常任理事 竹中 博昭	監 事 淵上 泰敬

広報委員 藤村 智之

供の維持の3点について協議した。高齢者救急に関しては、入院早期から必要なリハビリを適切に提供していく支援体制が必要とされており、広島県、島根県から呼吸器リハビリについて報告があった。また、「救急の適正受診・適正利用」の観点から岡山県から24時間365日、岡山大学の高度救命センターの電話相談の事例が紹介された。香川県、高知県などからDNARの運用やACPの普及啓発などについて報告があった。医療の質や医療従事者の確保に関しては、各地域で資金面での援助という報告が多かったが、愛媛県からは大学医学部において、戦略型寄附講座にて地域の人材を育成しているという紹介があった。3つ目の地域における必要な医療提供体制の維持としては、広島県から尾三圏域での病院再編統合の取組みが報告された。

2番目の議題として、「総合診療的能力を持つ医師の確保」であるが、中国四国の各県とも中山間地域を中心とした医師不足や偏在対策が喫緊の課題であり、島根県、広島県では厚生労働省の事業を活用して「総合診療医センター」を設置しているという報告があった。日本医師会の坂本常任理事からこの件に関して、厚労省の事業について12の県で取り組んでおり、その中でリカレントや今お休みしているドクターの復帰に取り組んでいくというお話をあった。

3番目の議題は、「人口減少地域における医療提供体制」で、医療従事者の確保や経営面も厳しくなる中で、どのように医療提供体制を確保するかという点について、鳥取県からはオンライン診療の活用、高知県からは地域医療連携推進法人及び医療MaaSの活用について報告があった。坂本日医常任理事からは、オンライン診療は広域的な観点から取り組んでいく必要があること、また郵便局の活用について、急変時の対応や検査体制、薬の配送などの課題があるということが報告された。

日本医師会への提言・要望について、岡山県から新たな地域医療構想では、現在の構想区域の設定を地域の実情を考慮して再検討するよう要望があり、日本医師会からは、隣接する医療圏や圏をまたいだ圏域についても検討する必要がある事、

医療圏の統合にあたっては、中小病院などを支えていく支援が必要である事などが報告された。山口県からは、中山間地域などですます医療従事者の確保や患者減少による経営が厳しくなるため、医療機関を支える仕組みの創設を要望した。日医からは、有床診療所の活用、医療継承への支援、オンライン診療の促進などの説明があった。鳥取県からは、医療DX・ICT強化への補助支援について、国への日医の対応についての質問があり、日医からも国からの補助支援を働きかけていきたいという回答があった。その他、救急搬送の有料化やDNARを活用したシステム作りについての要望について、日医からの回答では、緊急性の低い軽症患者が救急車で大病院に搬送された場合に選定療養費を徴収する三重県松阪市と茨城県の取組みについて触れられたが、明確な方向性は示されなかった。介護サービス事業所の運営主体の大半が営利法人となっている課題について、日医として、許認可を含めて厚生労働省に対して厳しく対応するとの回答があった。

第2分科会

伊藤専務理事 第2分科会は地域医療・介護保険（地域包括ケア・在宅医療含む）をテーマにディスカッションが行われた。

テーマが2つあり、提出課題も多かったため、地域医療に関しては在宅医療に関する各県の取組み、在宅医療の拠点整備、協力医療機関との連携体制をテーマに話し合いを行った。また、制度運用、介護保険についても同様にディスカッションを行った。

最初に在宅医療に関する各県の取組みだが、広島県では多職種の研修を10年以上前から行っており、同行研修を通じた若手医師の育成、在宅医療を始める医師の研修を行っているとの発表があった。鳥取県では多職種が参加する「西部在宅ケア研究会」を開催されており、これが保健文化賞を受賞された事があるとの報告があった。徳島県では「バイタルリンク®」というICTを活用して、多職種との情報連携を推進している。香川県では医師、看護師、その他の職能の意識向上を図るために、「在宅医療スタートアップ研修会」を

毎年行っている。岡山県、島根県においては、地域医療構想に基づく医療介護連携の強化を適宜行い、山口県においては、ZOOM活用による研修のオンライン化を促進している。特徴的なのは高知県で、山間部等で都市部との差が非常に大きく、この山間部を中心に支援を行っているがなかなか難しいという意見があった。

また、在宅医療の拠点整備については、圏域ごとの設定を行い、連携体制、情報共有などを行っているが、都市部と過疎地で質が全く異なり、非常に難しいという状況である。香川県、徳島県は在宅の拠点、第2次医療圏だけでなく独自の圏域を設定して柔軟に対応している。また、協力医療機関との連携では多くの県で制度導入は進んでいるが、実行性の確保、病院の受け入れ体制に課題が多く、過疎地域と都市部で格差が非常に大きいとの課題がある。制度面について、特に今回多かったのがかかりつけ医機能報告で、今年4月より施行されているが、まだ多くの段階で周知、準備段階で、山口県においてもその段階であり、特に、このかかりつけ医機能報告制度がよくわからないという会員が多く、日医のかかりつけ医機能研修制度と混合し、混乱しているという意見が多かった。日医の城守常任理事が全国を回り、オンラインでの研修会などが各都道府県で行われている。山口県においても、11月に開催予定となっている。また、高齢化医師少数地域では、この報告業務の負担が懸念され、各医師会行政ともG-MISの入力、MAMISを使った登録が難しいのではないかと懸念されていた。

介護保険について、在宅医療・介護連携について、徳島県、山口県においては行政との連携、感染対策、医療介護統合を積極的に進めているとの報告があり、高知県においては、中山間地区の訪問看護体制確保に、高知大学と連携を結んで積極的に行われているという意見があった。しかしながら、どの県でも共通の課題で、人材不足、経営悪化が著しく、報酬制度や支援制度の見直しが各県から提言された。また、全体を通じた共通の課題として一番大きいのが地域格差、都市部と過疎地での医療介護体制に大きな差が出ているという意見が多かった。

多職種連携の不十分さ、顔の見える関係の構築がまだ不十分で、これを積極的に行っていかなければならぬという意見があった。制度が年々複雑化し、診療報酬の要件、報告義務が非常に複雑になり、現場への過度の負担になっているとの意見があった。ICT導入の遅れ、人材不足、特に広島県では都会のよう、山間地区ではケアマネージャーが全くいない区域が何か所かあるようで、この過疎、介護関係においても、非常に人材不足が深刻という事が発表されている。

中国地方各地の地域医療・介護保険の取組み事例を基に、お互いの成功事例、課題を共有して、制度改善に向けた連携を模索していくこと終わっている。

第3分科会

中村副会長 日医の今村常任理事をコメントターにお迎えし、各県からの議題を4つのセッションに分けて意見交換し、最後に日医への提言要望を取りまとめた。

1つ目のセッションは「勤務医の医師会入会促進と継続参加の工夫」で、勤務医の入会促進のための施策では、医師会役員が病院を直接訪問して入会を働きかける取組みが有効との報告が複数県からあった。中堅医師、中堅勤務医の入会促進、若手勤務医減免終了後の施策では、会費の期間限定割引、子育てを含む世代別キャリア支援、産業医等の研修会で非会員は有料にする運用など、会員メリットが実感できる仕組みが紹介された。総じて勤務医の加入定着が組織力強化の鍵との認識で一致した。

2つ目のセッションでは、前半で「医師の働き方改革」とし、議論を行った。働き方改革関連では、特定労務管理対象機関の再評価対応に向けて、各医療機関の自助努力が進行している一方、人員逼迫や教育機会の確保などの課題も共有された。また、現場の勤務医の声の集約及び制度開始1年目の現状については、法令遵守、意識は向上した反面、若手の研修機会の縮小や教育の質低下への懸念も指摘されている。全国共通アンケート用紙で、日医が意見収集をする案を示し、合意を得た。後半で看護師の特定行為、医療DX、医師

事務作業補助者について議論を行った。看護師の特定行為は医師負担軽減と医療の質の向上に資する一方、人材確保、在宅での活用不足、業務分担と責任範囲の明確化などの課題が挙がった。次に医療DXについて、設計と導入の仕方次第で大きく効果が変わる点で一致した。現場ニーズ起点の設計、費用対効果、関係者連携が成功条件であり、院内の運用力が正否を分けるとの整理であった。医師事務作業補助者は、不可欠な職種として地位を確立しつつ、AIやRPAとのハイブリッド化により専門的な医師業務パートナーへ進化させる方向性が示された。

セッション4は地域貢献制度運用で、開業医減少に伴う学校保健等の担い手不足への対応状況、勤務医向け研修や医師会の支援体制を情報共有、さらに臨床研修指導医養成講習会の運営、医療事故調査制度10年目の現状についての各県の実情を報告した。

日本医師会への提言・要望は全9項目あり、勤務医の入会定着促進に関する内容が6項目、働き方改革の実態調査の実施、病院への診療報酬制度の見直し等の制度改善が2項目あったが、いずれも提案県から説明し、9項目全てを日医に提言・要請したが、各項目についての回答はなかった。その代わり、今村日医常任理事から、このままでは医師会は人数がどんどん減って減んでしまうので、どうかしないといけないという話をされた。

第4分科会

河村常任理事 第4分科会は、学校保健と母子保健をテーマとして、日本医師会の渡辺常任理事をコメントーターとして行われた。

1番目が脊椎側弯症検診について、愛媛県、徳島県、香川県では検査機器の導入が進んでいるが、山口県も含めて他県ではまだ導入が進んでいない。山口県では導入している学校はない。徳島県では、小学5年生、中学1年生の男女を対象として行われており、4.8%が側弯ありと診断され、視触診による被患率0.4%と比較して10倍ほど大きく上昇している。脱衣で測定されているところが多いが、現在は着衣でかつ廉価な検査機器も

開発されているという事で、渡辺日医常任理事から、機器ごとに有効所見率の違いがあり、今後検証が必要だというコメントがあった。

続いて、学校医不足の問題であるが、島根県では学校医の高齢化、若い医師はコスパ、タイパが悪いという事で学校医の仕事を敬遠する、訴訟リスクのある側弯症検診は評判が悪く、女子生徒の診察、成長曲線判定、ストレスチェックなど、学校医の負担になっているということで、耳鼻科では学年を間引いて健診を行っているという話があった。高知県からは、市町村枠を超えた学校医の選任、現在は6月30日までに健診をするようになっているが、それ以降に学校健診も可能とするなどの要望があった。渡辺日医常任理事から、文部科学省では今年度から学校健診の見直しを行うために、学校における持続可能な保健管理のあり方に関する調査検討会が設置され、学校の健康診断の検査項目の意義、プライバシーへの配慮等の実施方法、保健管理における教職員の負担、学校医の確保などについて3年間かけて検討することとなっている。耳鼻科では重点検診という、いわゆる間引いてする健診、眼科では問診によるスクリーニングを先にしているところもある。勤務医が内科校医をしているところも全国で3県あり、有休を使わず、医療機関との契約でやっているというところもあった。

3番目が不登校児への対策であるが、小中学校は主に現在、校内サポートルームを設置しているところが多く、山口県でも2年前から中学校に設置が進んでおり、成果を上げている。広島県では一昨年から高等学校に社会的自立を目的とした校内教育支援・相談ルームが設置された。山口市では、小学校で民生委員や学生のボランティアが行うフューチャールームを設置しており、不登校早期対応アセスメントカードを活用して、不登校児童生徒の早期発見を目指している。

4番目が学校健診後の受診勧奨とフォローアップ体制の課題だが、渡辺日医常任理事から日医のデータで、学校健診後の受診率は、心臓検診は90%以上、腎臓検診は60%、肥満検診は30%、運動器検診は40%で、児童生徒・保護者への啓発が必要である。熊本県では非常に受診率が高い

が、養護教諭を通じていろいろな教育をしていると言っていた。

思春期女子児童の診察について、岡山県では保護者から県教委に「内科健診でなぜ服を脱がないといけないのか、脱衣しなければならないのであれば診療所で個人的に受ける」という意見もあつたそうである。渡辺日医常任理事から、児童生徒の希望を反映してほしい、保護者の理解を求める、学校と学校医が連携して情報共有が大切だという話があった。

続いて、学校心臓検診における小学4年生の対象拡大について、島根県、鳥取県では、小学4年生全員に心電図を検査している。渡辺日医常任理事から、コスパの問題があることと、有効性を示すエビデンスが必要だという話があった。

通信制高校の健診について、現在通信制高校も義務化されており、面接の日などに健診するという事が必要である。

日医への要望の中で、保護者や児童生徒に対する学校健診の意義の徹底があり、渡辺日医常任理事から、大阪府医師会や茨城県医師会のホームページに学校健診の意義についての動画が掲載されているので、参考にして欲しいという話があつた。

続いて母子保健だが、最初が妊婦に対するRSVワクチン、乳児に対するRSV予防薬への助成という事で、妊婦に対するワクチンの助成は、広島県、山口県の一部の市町で行われている。乳児に対する予防薬のベイフォータス[®]筋注（一般名：ニルセビマグ）を高知県須崎市（出生数年間約100名）で今年4月から1歳までの乳児に全額助成が行われているという報告があつた。

続いて1か月児健診と産後ケアについて、山口県では1か月児健診を小児科医がしている所が多いが、他県では産婦人科医がしている所が多い。渡辺日医常任理事から、日医の考えとしてはどちらでも良いと、保護者が選択する、という事であった。

産婦人科から小児科医への行政を介した情報共有があればよいという話があり、渡辺日医常任からは、個人情報の共有には個人の承諾が必要であり、訴訟の問題になる事があるので、母子手帳の

データなどを活用してほしいという話があつた。

それから産後ケアの利用率は、鳥取県、高知県は非常に多いが、全国的には約1割の利用率で、利用率が低い理由は、受け入れ施設の不足で、産婦人科でしている所が多いが、産後4か月以降の受け入れ可能な施設が少ないなどがある。山口県では今年度から県がホテルを借り上げて、そこへ助産師を派遣して行うという事業を始めている。

5歳児健診について渡辺日医常任理事から話があつたが、今年8月から悉皆健診から二段階方式、以前は抽出健診と言っていたが、それが公費健診として可能となった。厚労省が現在オンラインで全自治体に説明を行っているという話があつた。

4番目に乳幼児の近視の増加に対する対策について、香川県では令和2年3月にネットゲーム依存症対策条例が全国で初めて制定されたが、現在のところ、この視力低下を予防する効果については不明だという話があつた。

※詳細については、本号832頁～872頁を参照願いたい。

質疑応答

西村会長（宇都市） 第3分科会の勤務医について。最近、勤務医の会員が減っている。5年目までは無料だが、6年目から有料になるという事で、もう少し対応策というか、勤務医が入れるような条件を考えもらいたい。少しずつ勤務医が減っているような感じがしており、危機的な問題ではないかと思っているが、いかがか。

中村副会長 5年目以降が問題になっており、やはりメリットをかなり出していかなければいけない。保険の関係の話をしてことと、医師会によつては医師会員と医師会員以外で、例えば産業医研修会で医師会員は無料だが、医師会員以外は参加費を徴収するなど、いろいろな差を付けてやっていくしかないという意見も出ていた。われわれもその辺は現在検討しているところである。若い先生達には医師会費はかなり負担になるので、その辺をどう考えていくか。ある県ではキャンペーン

を行って、その間医師会費をかなり安く、減免するようなやり方をして会員が増えたと言うが、それは元に戻ったらすぐ退会するのではないかと思われる。永続的な何かメリットを少し出してあげないといけないのではないかと思われる。

豊田会長（山口市） 第1分科会の救急搬送の有料化の問題で、山口市の総合病院の中でも、不要不急の、不適切な救急を少しでも減らして、救急車台数に関する要望が増えている。選定療養費に関して、県医師会で総合的な見解を出していただきたい。各都市医師会で出されている所があるかとは思うが、県の方としてはどうお考えか。

中村副会長 選定療養費については、この度、県医師会でアンケートを取って、データは取れている。ただ、医師会で金額を示すと、独占禁止法に絡んでくるという事もあり、また、談合と言われる事もあるので、非常に難しい問題を孕んでいる。例えば茨城県は、選定療養費を取るように県全体でまとめたような事もあるので、そのあたりを県の方には要望を出していきたいと思っているが、現状できていない。アンケートの結果はあまり差し支えない方法でお示ししたいと思っている。

加藤会長 少し付け加えるが、選定療養費に関してはその医療機関で独自に取る事ができるので、県内でも多くの医療機関が選定療養費を取っている。独自にやってもらって問題はない。今回のアンケート調査で、どのくらいの施設が取っているかという事をお示しするので、それを参考にして、市医師会の方で選定療養費を取りたいという所があれば、取っていただいたら良いと思っている。私も昔、救急車の有料化を日本医師会に提言したが、なかなか難しい問題があるのだと思っている。選定療養費を取るのが1番現実的な対応だと思っている。

救急に関しては、救急で入院になった場合に、受け入れた医師に対してインセンティブが付いている。これも利用していただきたい。県は1/3を予算確保しており、残りの2/3は医療機関等となっているが、お産と同じで各自治体が2/3

持っていただける事も可能なので、医療機関の経営は厳しいので、そういう事も首長にお願いし、導入していただければと思っている。

議題3 山口県医師会の今後の収支見通しと対応について

伊藤専務理事 令和2～4年度はコロナ禍の影響で事業の執行が滞り、年間3,000万円の黒字となった。令和4年度は表面的には1,600万の赤字になっているが、この時はコロナ一時金4,500万円の臨時の支出があり、それを除くと収支は2,800万円の黒字となる。令和5年度以降はコロナ禍が収まり事業が通常ベースになった。また、会費収入が減少しており、令和2年度から令和6年度で1,400万円のマイナスとなっている。これにより、令和6年度は1,112万円の赤字となった。

今後の収支の見通しは、現在の事業をそのまま継続し、職員の定年退職・補充を想定し積算した場合、会費・入会金は毎年350万減少し、定期昇給による人件費の上昇が年間100万円増加するため、令和6年度以降は赤字が進行していく状況になる。

現在、現金・預金、財政調整積立資金残高が14億円あるが、今後、医師会館の建替えの資金需要が予想されるため、収支の改善が必須となる。

財政不足対策として、収入確保対策としては入会促進、収益事業のあり方の検討、他団体からの補助金・助成金の受入れなどが考えられるが、限界があると思われるため、歳出予算、事業の見直しを考えている。令和8年度の予算は、事業部門会計ごとに一般財源を10%削減する事を目標にしている。これにより、年間1億1,000万ほど削減できると考えている。今後の事業見直しスケジュールは、11月に事業見直し書を作成し、常任理事会で2回ほど協議を行い、12月18日の理事会で、事業見直しの取りまとめを行い、1月8日の理事会で、予算方針の協議を行う予定となっている。

加藤会長 具体的なイメージがなかなかできにくいかもしないが、例えば医師会報は希望者には

今までどおり冊子を配布し、不要な場合は、ホームページで見られるので、そちらで対応してもらうなど、刊行物の見直しはすぐにでもできるのではないかと思っている。また、継続実施している事業に関しても、回数を減らしたりすることである程度の対応ができると思っている。これからいろいろなことを、最適化に向けてやっていきたいと思っている。

西村会長（宇部市） 宇部市医師会では本会計がかなり切迫し、徐々に減少しており、2030年と2040年の2つに分けてグループを作り、今後の予算に関して検討している。この度、看護学校を閉校するので、その分の支出減少はあるが、収入部門もかなり減ってきてるので、支出を減らさなければならぬという事になり、少しコンパクトにしたり、人員を整理しなければ持たないのでないかと思っている。また、宇部市医師会も20年程したら建替える予定だが、それまでに財政を確保しておかなければならぬ。県医師会も11億円ほどかかっているという事を聞いているが、なかなかそういうお金が出てこないと思われる。短期と長期の両面から予算を検討しているが、長期ビジョンが大事だと思って今、やっているところである。

加藤会長 長期的に見ても、存続にもかかわってくる。会員をどんどん増やしていくというのも手ではあるが、なかなか増えないという現実もある。高齢者が多いので、退会も少し増えているというところもあるので、それに対応するような形でやっていくしかないと考えている。

4 令和8年度の県の政策・予算措置に対する要望について

伊藤専務理事より、本会から県に要望する重点要望4題についての内容を以下のとおり説明した。

1 医療・介護の現場を守るために予算措置について（新規）

(1) 医師会は、今後の診療報酬改定において、

物価・賃金の上昇や医療の高度化に適切な対応をすることを国に働きかけており、県においても、地域医療を守る観点から、国に対して要望を行うこと。

(2) 著しく逼迫している経営状況に対応するためには、次期診療報酬改定の実施を待つことはできず、早急な財政支援が必要であり、補正予算、来年度当初予算において、医療機関等が、物価・賃金上昇への対応が図られるよう、予算措置を行うこと。

2 新生児聴覚スクリーニング検査のためのAABR 購入費用の助成について（新規）

令和6年度から全市町で検査費用の全額公費助成が実現した。しかし、検査機器として使用されている OAE は内耳機能だけしか測定しない欠点があり、一部の難聴を見逃すことから新生児聴覚スクリーニング検査で推奨されておらず、県において、精度の高い聴覚検査が受検できる環境を整備する必要がある。については、検査機器の OAE から AABR への切り替え、あるいは AABR の更新が促進されるよう、AABR 購入費用の助成を要望する。

3 多職種連携によるやまぐち3070運動の推進について（新規）

妊娠初期検査の子宮頸がん検診を契機として、すべての母親が定期的な検診習慣を身に付けられるよう、多職種連携によるがん検診習慣の動機付け支援と、学校現場における子宮頸がんと HPVワクチンに関する正しい情報提供の展開を要望する。

(1) 多職種連携によるやまぐち3070運動の推進

①多職種連携によるやまぐち3070運動の推進体制の構築

②やまぐち3070運動の啓発グッズの作成

(2) 学校現場における子宮頸がんとHPVワクチンに関する情報提供

4 産業医資格を有する者による教職員の健康管理の推進について（新規）

労働安全衛生法の改正により、労働者50人未

満の事業場もストレスチェック等の実施が義務化された。現在、学校医が教職員の健康管理を担っているが、教職員はメンタルヘルスや長時間労働の問題など課題も多く、産業医資格を有した産業医が職務を行うことが望ましい。

- (1) 学校医と産業医の職務は異なるため、産業医資格を有する者への学校管理医委嘱を検討すること。
- (2) 学校管理医の委嘱にあたっては、産業医としての業務を明示するとともに適切な額の報酬を支払うこと。
- (3) 高ストレス者への面談は、高度な専門性が必要なため、産業医資格を有する者が実施し、依頼する場合は必ず業務を説明のうえ、報酬の支払いを行うこと。

5 診療報酬改定等に向けた取り組みについて

伊藤専務理事 令和7年11月20日(木)の14時から15時、国民医療を守るために総決起大会を開催する。場所は山口グランドホテルで、メイン会場の日本医師会と各都道府県のサテライト会場をWebで結び、1万人規模の大会の開催を予定している。山口県の動員目標は150名、医師会としては80名を目標としているため、ご協

力をよろしくお願いしたい。加藤会長が中四国ブロック代表として決意表明を行う予定となっている。その後15時から、県民の健康と医療を考える会の決起大会を行う予定となっている。要請活動については、県知事、県選出の国会議員への要請として、県民の健康と医療を考える会の決起大会決議文を送付し、活動に協力を要請したいと思っている。また、県議会に向けては、県民の健康と医療を考える会決起大会の決議文を持参し、県議会議長の意見書採択を要請したいと思っている。

加藤会長 先生方、是非ご出席をよろしくおねがいしたい。医師会の動員が80名となっているので、都市医師会から4、5人は出していただかないといけない。小さい所は2人でもよいが、大きい所は10人でも構わないので、是非、よろしくおねがいしたい。中四国医師会連合の担当が山口県なので、中四国ブロックを代表して、私も決意表明を行う予定になっているので、皆さんと協力して頑張りたいと思っている。

6 都市医師会からの意見・要望

意見・要望はなく閉会。

傍聴印象記

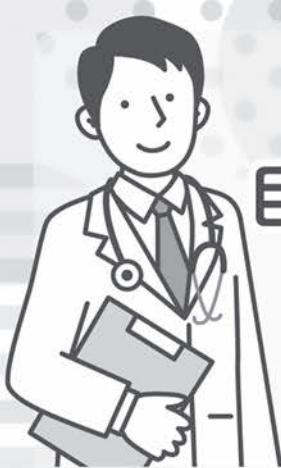
広報委員 藤村 智之

急に秋めいてきて朝晩涼しくなりつつある候、第1回都市医師会長会議が始まりました。

県医師会長による中央情勢報告の中で医療機関の経営について令和6年、全医療機関のおよそ4割が赤字との衝撃の報告がなされました。これに私も一番衝撃を受けました。私のクリニックでもコロナ禍で受診控えが起き、慌ててコロナ対策としての借り入れをしました。そして、コロナ禍がようやく明けたと思いきや、経営は上に向かない状況が続いています。まさに身につまされる話でした。これは、医療に対する不信感の表れかも知れません。中堅病院の倒産も相次ぐ中、今後

も淘汰されてゆくことはある程度覚悟しないといけないのかも知れませんし、厳しい現実をいかに乗り切って行くのかと改めて考えさせられました。

中四国医師会連合分科会では、医師をはじめとする医療従事者の人材確保が困難な現状を改めて知ることとなりました。医師会員、特に勤務医会員の確保も難しくなっていると知り、徳山医師会では勤務医と開業医との懇親会を行うなど努力をしてはいますが、地方医師会の魅力をもっとアップさせる対策が必要と痛感しました。



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
保育サポートバンクを
ご活用ください。

支援の例

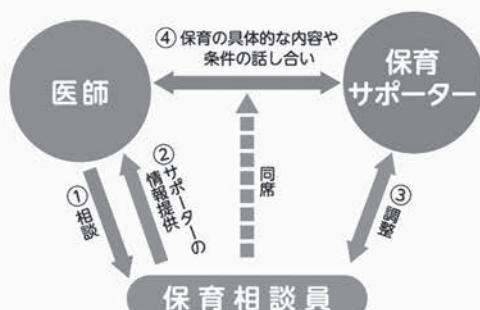
- 子どもと一緒に医師宅で留守番
- 子どもと一緒に医師宅で留守番をしながら、家族の夕食の支度や簡単な掃除
- パパ・ママの都合が悪い時の保育園の迎えと、引き続いて塾への送り
- 残業の日の保育園の迎えと、その後サポート宅での預かり(子どもの食事を含む)
- ママが当直の日、パパが緊急呼び出しを受けた時のサポート宅での預かり(待機を含む)
- 学童保育終了時の迎えとその後医師帰宅までいっしょに過ごす

保育サポートバンクとは…



- 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ト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、サポート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。



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

山口県医師会は、
育児中の働く医師を応援します！

令和7年度山口県医師会警察医会総会

とき 令和7年8月2日(土) 15:00~15:20

ところ 山口県医師会6階 会議室

[報告：常任理事 竹中 博昭]

開会挨拶

加藤智栄 山口県医師会長 警察医の皆様、県警本部、消防、海上保安庁、歯科医の皆様、令和7年度山口県医師会警察医会総会・研修会に参加いただき、誠にありがとうございます。

来賓として、山口大学医学部法医学講座の高瀬教授、姫宮講師、それから山口県警察本部の原田刑事部長、神徳捜査一課長、山根検視官室長にご臨席いただき、誠にありがとうございます。

警察医の先生方におかれましては、猛暑の中も検視活動をしていただき、感謝申し上げる。超高齢社会による孤独死や、猛暑の中、熱中症で亡くなる方など、検案も増えているのではないかと心配している。検視活動は大変だと思うが、引き続きよろしくお願いする。

総会の後の研修会では、徳島大学法医学部教授の西村明儒先生に「徳島大学医学部法医学分野の取り組み－大規模災害、虐待、法医学像、新型コロナウイルス」と題して講演いただくことになっている。災害現場でも検視活動が必要であり、感染症が蔓延したときも孤独で感染症で亡くなつた方もいらっしゃるので、社会を支える検視活動と思っている。

本日の研修会をさまざまな検視現場で活用いただいて、山口県の検視活動がより一段高いものになることを祈念しまして、私からの挨拶とさせていただく。

天野秀雄 山口県医師会警察医会会長 今回で19回目の総会になるが、皆様のご協力のもと長く運営できていることを感謝する。

この会を開催するにあたり絶大なご協力をいただいている山口大学医学部法医学教室の高瀬教授をはじめ教室の皆様、並びに山口県警察本部の原田刑事部長様をはじめ、警察の方、いつもご参加

いただいている消防、海上保安庁、歯科医の方々にも感謝する。

この会は、所轄から検案を依頼されたときに臆せずに検案ができるような医師作りを目指してやってきた。その後、いろいろなところで災害が起こり、多数死体の検案も検討する必要が出てきた。医師会だけでなく多職種での対応を迫られたため、顔の見える関係づくりと、それぞれの職種の役割分担を理解することを目標に活動している。その一環として県警主催で毎年秋に多数死体に対する合同訓練が行われている。県内各地で場所を変え、それぞれの市町の死体検案の場所や死体を安置する場所を確保するための研修が行われている。この11月に研修会があるので是非一度ご参加いただけたらと思う。

最後になるが、この会は皆様の協力がなくてはできないので、引き続きよろしくお願い申し上げる。

来賓挨拶

原田勝己 山口県警察本部刑事部長 まずもって山口県医師会の加藤会長様、警察医会の天野会長様をはじめ、本日お集まりの皆様におかれましては平素から警察活動の各般にわたりまして格別のご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げる。また、平素から司法解剖や関係業務などにご尽力いただいている山口大学の高瀬教授、姫宮講師に対しまして、心より感謝申し上げる。

また、宇部市の藤野 隆先生におかれましては、これまでの長年の検視業務への功績が高く評価され、このたび中国四国警察局長より感謝状が贈呈されている。この場を借りて披露させていただくとともに、これまでのご労苦、ご功績に対して、深く敬意を表する次第である。

さて、県警察の検視業務の状況だが、本年6

月末で1,326体のご遺体を取り扱っており、これは昨年度と比すると73体の増加となっている。その内訳を見ると、昨年の傾向と同様だが、高齢者の取り扱いが全体の約8割で、そのうち独居の方が約4割を占めている状況である。また、近年、地域での人間関係の希薄化の傾向であることなどを背景として、死者の生前の生活実態が判然としないという傾向が多く見られているほか、ここ最近の猛暑日が続いていると熱中症などの外因死も増しているところである。こうした中、死因の究明と事件性の判断のために解剖したご遺体は本年6月末で63体、解剖率では4.7%で、ほぼ例年と同水準で推移しているところである。

このような情勢のもとで、適切な死因究明による犯罪死の見逃し防止とご遺族の方々が納得の得られる検視等を実施することはわれわれ県警にとっての重要な使命の一つであり、こうした使命を全うしていくためにはここでお集まりの皆様の高度かつ専門的な知識とお力添えが必要かつ不可欠である。今後も時間場所を問わず、検視等の立会などについてご無理をお願いする場面も多々あるかと思うが、引き続き変わらぬご支援とご協力のほど重ねてお願い申し上げる。

結びになるが、本会の今後ますますのご発展とご参会の皆様のご健勝、ご多幸を心より祈念して、簡単ではあるが、挨拶とさせていただく。

来賓紹介

山口大学大学院医学系研究科法医学講座

教授 高瀬 泉 先生

講師 姫宮 彩子 先生

山口県警察本部刑事部長 原田 勝己 様

同 捜査第一課長

神徳 直也 様

同 捜査第一課検視官室長

山根 邦彦 様

議事

議長は会則により警察医会の天野会長が務められた。

1. 警察医会役員について

警察医会会長 天野 秀雄

副会長の小倉 寛 先生がご逝去されたことに伴い、新たに藤野 隆 先生を理事に、周防 拡 先生を副会長に指名したことを報告した。

山口県医師会警察医会役員

会長	天野	秀雄
副会長	藤政	篤志
	周防	拡 (新)
理事	竹内	憲
	萬	忠雄
	川端	章弘
	藤野	隆 (新)
	竹中	博昭
	藤井	郁英
	中村	丘
	森	健治

2. 令和6年度事業報告について

警察医会副会長 藤政 篤志

(1) 総会

日時 令和6年7月20日(土)

15時～15時20分

場所 湯田温泉ユウベルホテル松政

2階「芙蓉の間」

(2) 役員会

・第1回

日時 令和6年5月9日(木)

14時50分～15時45分

場所 山口県医師会6階第3会議室

議題

1. 山口県医師会警察医会役員について
2. 令和5年度都道府県医師会「警察活動協力医会」連絡協議会・学術大会(令和6年2月23日(金・祝))について(報告)
3. 令和5年度事業報告(案)について
4. 令和6年度事業計画(案)について
5. 令和6年度総会並びに第33回研修会(令和6年7月20日(土))について

6. 第34回研修会（令和7年2月1日（土））

について

7. その他

・第2回

日時 令和6年7月20日（土）

14時30分～14時50分

場所 湯田温泉ユウベルホテル松政

3階「紅梅の間」

議題

1. 山口県医師会警察医会役員について
2. 総会の議事進行について
3. 第34回研修会及び意見交換会（令和7年2月1日）の開催について
4. 警察活動協力医の緊急連絡先調査について
5. その他

・第3回

日時 令和7年2月1日（土）

15時30分～15時50分

場所 湯田温泉ユウベルホテル松政

3階「紅梅の間」

議題

1. 令和7年度山口県医師会表彰の推薦について
2. 警察活動協力医の緊急連絡先調査について
3. 多数の死者を伴う大規模災害等発生時における検視・遺族対応合同訓練（第12回）について（報告）
4. 令和7年度行事予定（案）について
5. 次回（第35回）研修会について
6. その他

(3) 研修会

・第33回

日時 令和6年7月20日（土）

15時30分～17時

場所 湯田温泉ユウベルホテル松政

2階「芙蓉の間」

講演 「法医実務を丁寧に取り組むことの大切さ」

新潟大学医歯学総合研究科法医学分野教授／

新潟大学死因究明教育

センター長 高塚 尚和先生

出席者 61名（医師29名、歯科医師1名、警察14名、消防6名、海保11名）

・第34回

日時 令和7年2月1日（土）

16時～17時55分

場所 湯田温泉ユウベルホテル松政

2階「芙蓉の間」

報告 「県警察本部からの報告・症例提示」

山口県警察本部刑事部捜査第一課

検視官兼課長補佐 吉武 幸治 様

講演 「解剖結果の臨床医療・検案へのフィードバック（2）～死後画像診断もふまえて～」

山口大学大学院医学系研究科

法医学講座教授 高瀬 泉先生

出席者 63名（医師27名、歯科医師1名、警察11名、消防10名、海保13名）

(4) 意見交換会

日時 令和7年2月1日（土）

18時～19時35分

場所 湯田温泉ユウベルホテル松政

3階「長州の間」

(5) 令和7年度山口県医師会表彰規定（地域社会貢献）による被表彰者の推薦

廣田 修先生（光市）

藤野 隆先生（宇部市）

(6) その他

・多数の死者を伴う大規模災害発生時における検視・遺族対応合同訓練（第12回）

日時 令和6年11月7日（木）

14時30分～16時05分

場所 旧山口市立柚木小学校

参加者 天野会長、藤政副会長、宮内先生（萩市）、和田先生（下松市）、藤井理事

・令和6年度都道府県医師会「警察活動協力医会」連絡協議会・学術大会

日時 令和7年2月22日（土）

13時30分～18時

場所 日本医師会（Webとのハイブリッド開催）

参加者 藤政副会長、竹中常任理事

場所 山口県医師会6階会議室

講演「徳島大学医学部法医学分野の取り組み

－大規模災害、虐待、法医画像、

新型コロナウイルス－」

徳島大学大学院医歯薬学研究部

法医学分野教授 西村 明儒先生

3. 令和7年度事業計画（案）

警察医会長 天野 秀雄

（1）総会

日時 令和7年8月2日（土）

15時～15時20分

場所 山口県医師会6階会議室

・第36回

日時 令和8年2月7日（土）16時～

場所 かめ福オンプレイス

2階「ロイヤルホール東」

（2）役員会

・第1回

日時 令和7年5月8日（木）15時～

場所 山口県医師会6階会議室

（4）警察医会会員の意見交換会

日時 令和8年2月7日（土）

第36回研修会終了後

場所 かめ福オンプレイス

2階「プリンスホール」

・第2回

日時 令和7年8月2日（土）

14時30分～15時（総会前）

場所 山口県医師会6階会議室

（5）令和8年度山口県医師会表彰規定（地域社会貢献）による被表彰者の推薦

・第3回

日時 令和8年2月7日（土）

15時30分～（第36回研修会前）

場所 かめ福オンプレイス2階「プリンスホール」

議長は事業計画（案）について質問を求めたが、会場からの質問はなく、令和7年度事業計画案は出席者の拍手をもって承認された。

以上をもって令和7年度山口県医師会警察医会総会は終了し、引き続き山口県医師会警察医会第35回研修会が開催された。

（3）研修会

・第35回

日時 令和7年8月2日（土）

15時30分（総会終了後）～17時

「岐阜県版 死体検案マニュアル」について

令和7年2月22日開催の「令和6年度都道府県医師会『警察活動協力医会』連絡協議会」で紹介のあった「岐阜県版 死体検案マニュアル」について、現在、警察活動協力医の活動をされている先生以外にも是非ご覧いただき、警察活動協力医の活動に関心をもっていただきたいことから、岐阜県医師会の許可を得て、右記のとおりマニュアルが掲載されているURLのQRコードをお示しいたします。



山口県医師会警察医会第35回研修会

とき 令和7年8月2日(土) 15:30~17:00

ところ 山口県医師会6階 会議室

[報告:理事 藤井 郁英]

講演

座長:山口大学大学院医学系研究科

法医学講座教授 高瀬 泉

徳島大学医学部法医学分野の取り組み

－大規模災害、虐待、法医画像、
新型コロナウイルス－

徳島大学医歯薬学研究部法医学分野

教授 西村 明儒

大規模災害

2011年3月11日の東日本大震災発生から1か月後の4月11日に、東京で行われる広域火葬のために24の棺を積載した1台のトラックの写真から講演が開始された。災害の規模が大きくなると、複数の法医学講座、監察医機関の協力が必要となる。その実例として、1988年日航機墜落事故(群馬県):死者520名、1990年雲仙普賢岳火碎流災害(長崎県):死者43名、1994年中華航空機墜落事故(愛知県):死者264名、1995年阪神・淡路大震災(兵庫県):死者5,502名、1995年東京地下鉄サリン事件:死者12名、2005年JR福知山線脱線事故(兵庫県):死者107名、2011年東日本大震災:死者約16,000名(岩手県・宮城県・福島県)が列挙された。

その中で、1995年1月17日に発生した阪神・淡路大震災で初めて全国規模の応援協力が得られた。当時法医学の教授も被災し負傷したため、兵庫県唯一の常勤監察医で、保健環境部医務課・主査を務めていた33歳の西村先生が、震災死体検案の責任者となった。

震度7の激震は大規模な都市型災害を引き起こし、30万棟以上の建造物が被害を受け、4万人以上が負傷し、30万人が避難生活を余儀なくされ、約6,400人(直接死5,500人、関連死900人)が死亡した。道路が破壊されたため、遺体を運べず、学校、体育館、保健所、お寺、区

民センター、灘生協など神戸市内で40か所の遺体安置所が設置され、灘区王子スポーツセンターでは最高300体が安置された。停電のため、投光器や懐中電灯を用いての作業であった。震災翌日には三重大学、香川医大から2名ずつ派遣された医師が到着したが、この時すでに1,000人の死亡が確認され、死体検案書が作成されても、書類の発行、配布業務、ご遺族の対応要員が不足し、県庁、大学職員、学生のボランティアで対応された。被災者が被災者の支援にあたり、病院のスタッフも、行政の職員もみんな被災しているのに、支援物質の配布をただ待っている人たちに苛立ちを覚えたと言われた西村先生の思いが印象に残った。当時はまだ携帯電話が普及しておらず、連絡もままならなかった。1月19日(地震発生の2日後)にやっと日本法医学会と連絡がとれ、医師派遣の要請をしたところ、1月29日までに37名の法医学者が派遣された。ところが、大学を勝手に離れたという文部教官の服務規程や現地監察医辞令なく検案することについて問題提起があったが、大規模災害という非常時のため事後整備することになった。

この実態をとりまとめ、「平成7年兵庫県南部地震における死体検案活動報告」を当時の法医学会理事長である筑波大学の三澤章吾教授、神戸大学の龍野教授、兵庫医大の菱田教授と連名で厚生大臣に提出した。平成7年度厚生省科学研究費 在宅死などの死亡診断書・死体検案の問題点と検案体制の在り方に関する研究報告の一員にもなった。平成8年滋賀医科大学助教授(法医学)就任後は厚生省科学研究班の一員として、「大規模災害における死体検案体制に関する研究」に携わった。この時の研究課題として、大規模災害時死体検案支援可動性と意識調査を警察嘱託医及び5,000名の救急医を対象にアンケートを行っ

た結果、どちらも勤務地の職務を急に抜け出す可動性は低い結果となり、法医学専門家の支援可動リストの作成を法医学庶務委員会の通常業務とし、日本法医学会災害時ブロック別派遣可能数各年度版が作成されている。さらに各都道府県の防災・災害医療対策における死体検案の実態調査や死体検案マニュアルの作成、出版もなされた。

この研究成果は2011年の東日本大震災において活用された。ただし、東日本大震災では、岩手・宮城・福島と3つの県をまたぐため、それぞれの県警から警察庁を通して、日本法医学会に医師、歯科医師の派遣依頼をする形がとられた。阪神では法医学会派遣医師のべ97人、兵庫県監察医延べ86人であったのに対し、東日本大震災では、3月12日から7月6日まで117日間、岩手県には医師のべ387名、歯科医師98名、宮城県には医師のべ475名、歯科医師94名、福島県には医師のべ239名、歯科医師12名であった。災害時における遺体の取り扱い概要が示され、神戸での教訓が活かされ、行政戸籍係も必ず出席をいたぐようにした。また、停電に備え、ディーゼル発電機によるばんぱりが設置され、床ではなく、ビニールシートをかぶせた長机にご遺体を安置することで、検案医師の身体的負担の軽減もはかられた。身元不明の多くの遺体は一旦土の中で保管された。土の中の腐敗速度は空気中の1/8というカスパーの法則に則った措置であった。

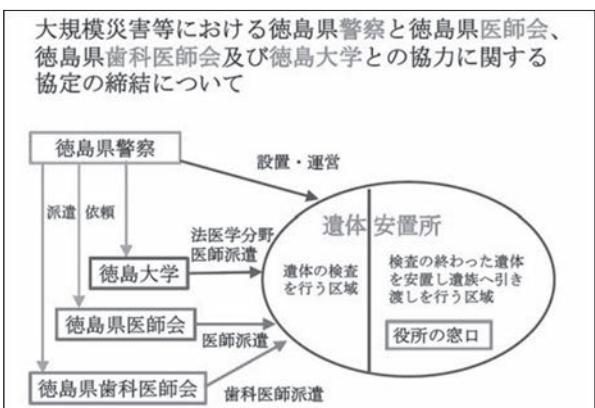
人はこの世に生を受け、出生証明書をいただき、役所に出生届をして、戸籍登録することで社会的権利を有し、個人として認められる。やがて一生を終え、死を迎えると、死亡診断書（死体検案書）をいただき、死亡届を提出されることで戸籍は抹消される。つまりは死亡診断書（死体検案書）は人が受ける最後の医療であり、医療の一環であると強調された。

大規模災害等における徳島県警察・県医師会・県歯科医師会及び徳島大学との協力に関する四者協定の締結について

1985年日航機墜落事故を契機に「徳島県警察・医師会・歯科医師会連絡会議」が発足され、各組織の幹部同士の顔の見える関係が確立されていったが、2011年東日本大震災を受けて、実動レベ

ルの顔の見える関係として「徳島県災害時遺体対応・遺族支援研究会」が立ち上げられ、のちに「徳島県災害時対応研究会」と名称変更された。医師、薬剤師、看護師、助産師、保健師、臨床検査技師、臨床放射線技師、管理栄養士、臨床心理士、警察官、海上保安庁官、消防隊員、自衛隊員など多様の職種が参加している。

日本では「日本書記」に記された最古の地震記録である416年の遠飛鳥宮付近（大和）に始まり、現在までおよそ450件の地震被害が記録されている。これまでの東海地震・南海地震の発生パターンを分析して、内閣府では、最悪のシナリオを考えて、対応策を検討した。最悪のシナリオとは、東海地震と南海地震が数時間違いで発生し、数日遅れて関東地震が発生するというものである。しかしながら現在では、南海トラフ、3連動、4連動が起き、最悪30万人の死者が予測されている。また四国の孤立、応援なしで県内での対応が求められることが予想される。県警の依頼を受け、大学、県医師会、県歯科医師会から医師を派遣するとともに、県警は遺体安置所の設営、運営を行い、検査の終わった遺体を遺族に引き渡すための役所窓口、行政担当者も含め、災害時の悪環境の中での活動にはトレーニングが必要であるため、2014年以来毎年災害時検視・検案、警察、医師会、歯科医師会合同訓練が行われている。また、徳島県医師会は2014年5月死亡診断書・死体検案書作成マニュアルDVDを発行し、毎年死体検案研修会を開催している。



虐待について

徳島大学大学院医歯薬学研究部法医学分野で行われた「三次元ビデオを用いた幼児の日常における

る転倒の解析」結果について紹介された。発達障害のない月齢12～18か月の幼児20名（男児8、女児12）を対象に、幼児が保護者と遊ぶ日常場面を三次元ビデオで撮影し、発生した転倒動作141例を解析した。その結果、転倒の際の初期接地（最初に床に接地する）部位は、膝81例、臀部38例、手掌21例、頭部打撲は1例のみで、しかもいきなり頭ではなく、おしり→背中→あおむけで頭が接地した。つまり、いきなり頭を打つのは、神経系や運動機能の障害が疑われ、それ以前の虐待の関与も推測される状況証拠となりうる。

死後画像への取り組み

死後の画像撮影は世界各地で有用性が認識され、さまざまな施設で実施されている。日本でも社会システムとしていかに導入すべきか議論されている。その効果と目的として（1）死因究明、（2）個人識別、（3）質の管理（医療の質、解剖の質）が挙げられる。

死後変化について、血液就下について3時間から24時間までの時間ごとの胸部CT画像が呈示され、死後経過の参考となる。脳溝も経時に不明瞭になるCT画像が呈示された。

心臓血の流動性を反映するCT上水面形成は急死の所見としてとらえられるが、臓器のうっ血や粘膜の溢血点は評価できない。心膜血腫がCT画像で認められても、その原因は解剖しないとわからない。気道内異物のCT画像があり、剖検でとり肉の塊と判明した。血液就下や異物は体位の変換で移動することがあり、搬送や検視による体位変換は注意を払わないといけない。

死後画像の利点としては、非侵襲的、デジタルデータとして強調画像が得られる、独立した診断、分析、解剖不承諾例に有用、が挙げられる。一方、欠点としては設置に高額な費用が必要、デジタルデータのための情報管理、色情報がない、現段階では研究・情報不足である。「解剖しないとわからない」「解剖が必要」というのも画像の重要な所見である。

死後画像の有用性を高めるためにも、CT所見と解剖所見の照合データの蓄積が必要である。

新型コロナワクチン接種2日後に死亡した法医剖検例

生来健康な10代女性がmRNA COVID-19ワクチン3回目接種の翌日37℃台の発熱があったが、夕方には一旦解熱した。その夜息苦しく目を覚まし、家族と話したが、すぐ就寝した。翌朝、家族が、顔面蒼白で呼吸していないことに気づき、救急車を要請した。救急隊員到着時心肺停止状態で、救命処置を試みたが、蘇生しなかった。3回目の接種から45時間後に死亡した死因究明のため翌日司法解剖が行われた。

ウイルス感染や薬毒物検査は陰性で、自己免疫疾患の病歴やアレルギー反応、ワクチン以外の薬物ばく露がないことから、剖検診断として、ワクチン関連の多臓器炎症と診断された。

赤血球を貪食したマクロファージと肺水腫は前日からの心不全を示唆した。心房を中心に病巣があり、死亡数時間前に心不全を疑わせる息苦しさがあったことから、ワクチン関連の心筋炎と心外膜炎で重篤な不整脈を発生し、心不全が進行したものと診断された。

COVID-19ワクチン接種後副反応では、男性思春期は予後良好な心外膜炎が多く、中高年は重症心筋炎が多いと報告されている。心筋炎と心外膜炎の発生率は各々0.0008～0.0047%及び0.0019～0.0050%と報告されており、死亡する重症例はまれとされている。これらを参考にすると、1億人にワクチン接種している日本では、約800例の心筋炎と1,500例の心外膜炎がワクチン接種後に発生していると推計される。

コロナワクチン死亡例の主な病態とそれぞれ死亡までの時間はアナフィラキシー（ごく短時間）、ワクチン誘発性免疫血栓性血小板症（数週間）、心筋炎（致死性不整脈；短時間、心不全；数日間）が挙げられる。短時間で死亡した場合通常の検査は診断できない。関連が疑われる例については、積極的に剖検し、ワクチン接種との関連を明らかにすべきである。

最後に「これからも、疑問に思ったことは、はっきりさせていきたい。」と締めくくられた。

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。

新規加入の
9割以上の方が
税優遇を重視して
ご加入されています。

2 生涯にわたる給付

人生100年時代に向けた「終身年金」が基本です。

3 ご家族及び従業員の方も加入可能

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

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。



お問合せは下記の基金事務所へどうぞ

全国国民年金基金 日本医師・従業員支部

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!



医師支部 検索

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

とき 令和7年8月23日(土) 14:00~17:00

ところ 山口県医師会6階 会議室

[報告:理事 國近 尚美]

山口県医師会はCOPDの啓発普及活動を行うことを目的に令和6年度に「COPD対策推進ワーキンググループ」を設置しており、その活動の一環として、今年度はハイリスク者への早期受診勧奨を行うCOPDスクリーニングチームの養成並びにCOPDの早期診断・禁煙指導・治療介入を推進するCOPDフォローチームの養成を図ることを目的とした研修会を山口県医師会の岡 紳爾 常任理事の司会進行により開催したので報告する。

講演

1. COPD対策推進事業について

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

COPDは第二次健康日本21(全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現を目指した取組み)で初めて、がんや循環器疾患、糖尿病と並び、対策を要する主要な生活習慣病の一つとして位置付けられた。当時はCOPDの国民認知度を高めることが目標として掲げられ

ていたが、2023年に公表された第三次健康日本21では、従来に比べ次元の高い取組みを行うことが提案されており、引き続き認知度の向上を図ることに加え、COPDの発症予防や早期発見、治療介入、重症化予防など総合的な対策を講じていくことが必要と示された。目標としては、日本のCOPD死亡率を現在よりも25%程度減少させることで、人口10万人あたり13.3を10.0に低下させることができると示されている。2022年の山口県(以下、「本県」)のCOPD死亡率は18.8と日本で2番目に高いことが報告されている。この死亡率は、致死率の高い疾患と認知されている急性心筋梗塞(22.8)、大動脈瘤離(18.8)などの県内死亡率と同程度の高い水準であり(図1)、高齢化が進んでいる本県ではCOPDが県民の死亡原因として重要な疾患であることが理解できるとともに、本県でのCOPD対策の推進が喫緊の課題であることを示している。

本県のCOPD死亡率が高い理由については主に二つの原因が考えられる。一つ目は日本で三

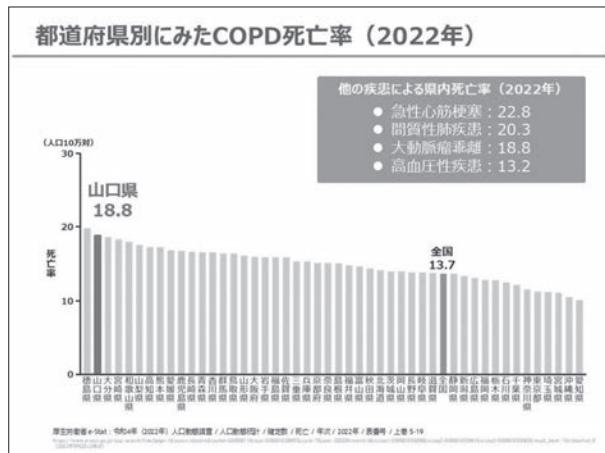


図1

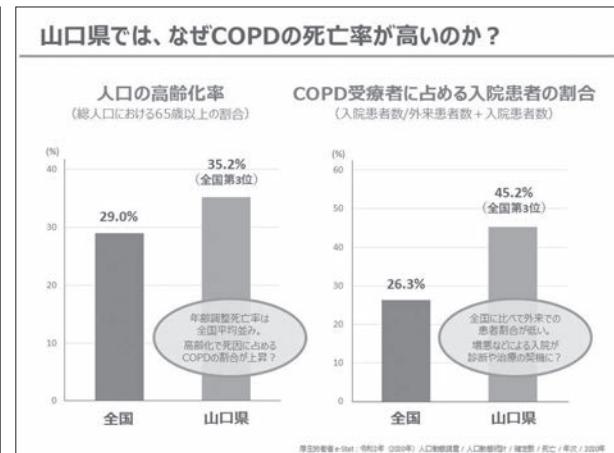


図2

番目に高い人口の高齢化であり、65歳以上の人口割合が35%を超えることから、死因の中でCOPDが占める割合は高くなる。二つ目はCOPD受療者に占める入院患者の割合の高さである。本県のCOPD受療率は決して低くないが、その内訳を分析すると、約半数の患者が増悪などによる入院を契機にCOPDと診断され治療が開始されていた。全国平均では約75%のCOPD患者が外来で診断され、薬物療法など増悪を予防する治療介入が行われているが、本県は入院でのCOPD受療率が日本で3番目に高い(図2)。本県のCOPD死亡率を低下させていくために、喫煙防止とCOPDの早期診断・治療の推進が重要な戦略となる。2024年に発表された第8次山口県保健医療計画では、本県におけるCOPDの現状と課題として、本県の死亡率は全国平均を上回っており増加傾向にあること、医療の状況としては入院での受療率が高く重症化した患者が多いことから、早期発見・早期治療を推進することが重要であると記載されている。また、施策の中では、県が作成したリーフレット「COPD(慢性閉塞性肺疾患)を知ろう!」を活用し、県民のCOPDの認知・理解と医療機関への受診を促進し、早期発見・早期介入へと繋げる、そしてかかりつけ医や特定健診機関におけるスクリーニングの普及、関係機関との連携による早期発見と早期治療を実現する診療連携体制の充実を図ることが盛り込まれている。

COPDは喫煙者(受動喫煙を含む)が罹患する、代表的な慢性呼吸器疾患であり、その重症化には加齢や増悪(気道感染や大気汚染などを契機に呼吸器症状が急速に悪化し、対応するための治療強化が必要となる状態)が大きく関与する。COPD増悪は生命に危険な呼吸不全の原因になるだけではなく、後遺症として呼吸機能やQOLの低下、健康寿命の短縮、心血管イベントの発症、などの長期的な悪影響をもたらすことが重要である。1回のCOPD増悪で呼吸機能は平均で6~7%低下する。その後1~2か月間で緩徐に回復していくが元のレベルまでは戻らない。COPD増悪が発症する度に呼吸機能は3~4%失われていき、日常生活や社会活動の質が低下していく。また、

最近の日本人COPD患者のデータとして、増悪後30日以内には心血管イベントの発症リスクが急速に上昇し(急性心筋梗塞:1.8倍、心不全:1.5倍、不整脈:1.4倍)、心不全の発症リスクは増悪後1年間にわたり、有意な上昇が持続することが報告されている。つまりCOPD対策は息切れ、咳・痰などの呼吸器症状や増悪の改善だけではなく、健康寿命や心血管疾患などの生活習慣病への影響を最小限にしていくための重要な取組みである、と云える。

COPD治療の第一歩は禁煙であるが、禁煙だけでCOPDの治療が終わりというわけではない。確かに禁煙はCOPDの重症化や死亡率を抑制する重要なアプローチである。しかし、長期にわたり喫煙を継続した場合には、禁煙による呼吸機能の改善効果は減弱し、元のレベルには回復しないことが知られている。禁煙だけで息切れ症状や呼吸機能を改善し、COPD治療を完結することは非常に難しい。以前は、“タバコで壊れた肺を治す薬はない”と信じられていたが、現在は薬物療法がCOPD治療において中心的な役割を担っている。実際、2004年以降、多くのCOPD治療薬(長時間作用性吸入気管支拡張薬、吸入ステロイド薬、生物学的製剤など)が登場して20年以上が経過したが、この期間にCOPD増悪の発症率は約4分の1にまで低下している。薬物療法の中心となる吸入薬は局所的に治療効果が得られる低用量の外用剤であり、作用点となる受容体への選択性が高い。COPDの重症化を進行させる症状や増悪を効果的に予防し、安全性の高い治療薬を必要とする県民に届けていくためには、本県におけるCOPDの疾患啓発と受診勧奨、医療機関における早期診断と治療介入を着実に推進していくことが重要である。COPDは予防と治療が可能な疾患であり、“重症だから治療する”という従来の考え方から、“重症にならないように治療する”、という考え方への発想の転換が必要ではないかと考えられる。

日本呼吸器学会のガイドラインにおけるCOPD管理アルゴリズムでは、禁煙や薬物療法に加えて、呼吸リハビリテーションや栄養指導などの非薬物療法が重要な役割を担っている。本日の研修会で

は、薬物療法、及び非薬物療法についてご専門の医師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士の方から詳細な解説をいただける。

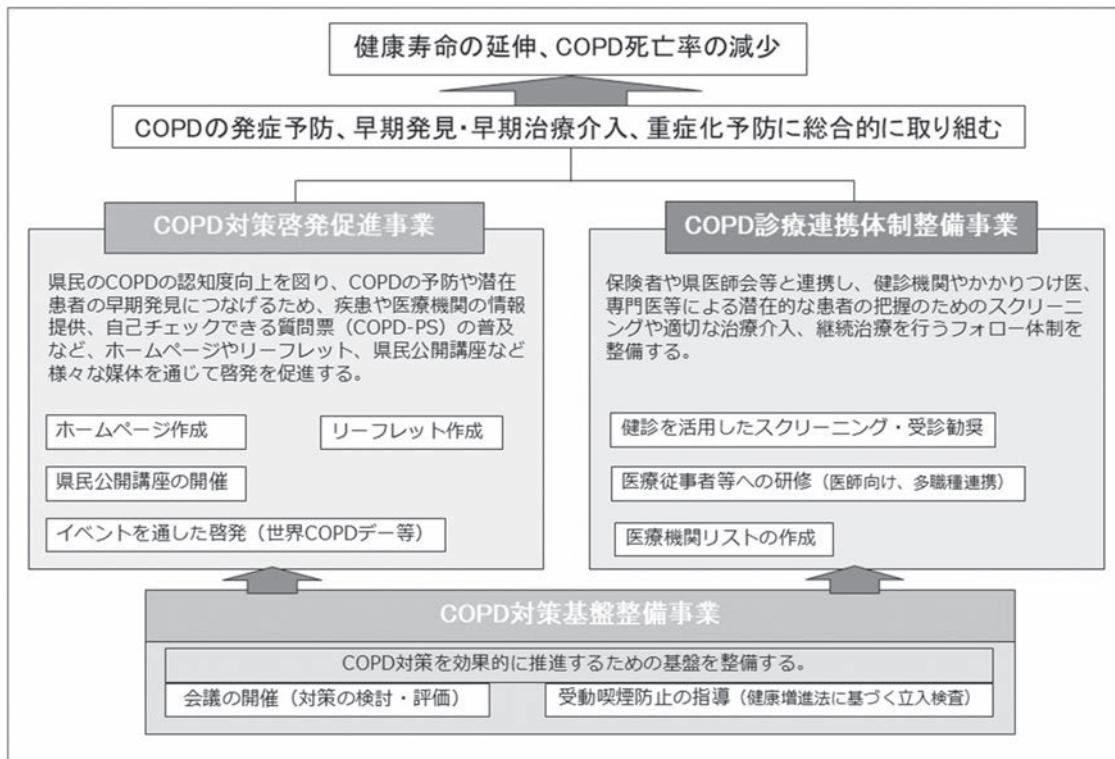
2. 山口県における COPD 対策

山口県健康福祉部健康増進課課長 前田 和成

県では健康やまぐち21計画（第3次）や第8次山口県保健医療計画によって対策を進めているところである。先ほど松永先生からもお話があつたように COPD での死亡率は令和4年は 18.8 で全国2位だったが、その認知度は約4割と大変低い状況である。そのため、健康やまぐち21計画（第3次）の目標において、死亡率の減少を掲げ、2032年までに 10.0 を目標値として、認知度の向上や発症・重症化予防、早期発見・早期治療に総合的に取り組むこととしている。今年度からは COPD 対策推進事業として、健康寿命の延伸、COPD 死亡率の減少を目指し、その発症予防、早期発見・早期治療介入、重症化予防に総合的に取り組むために COPD 対策啓発促進事業、COPD 診療連携体制整備事業、COPD 対策基盤整備事業の3つの柱で取り組んでいるところである（下図）。

まず1つ目の COPD 対策啓発促進事業については、COPD の認知度向上を図り、その予防や潜在患者の早期発見につなげるため、疾患や医療機関の情報提供、自己チェックできる質問票（COPD-PS）の普及など、ホームページやリーフレット、県民公開講座などさまざまな媒体を通じて啓発を促進することを目的に取り組んでいる。現在、県の健康づくり情報サイト「健康やまぐちサポートステーション」内において COPD に関する新たなページの作成に取り組んでいる。また、リーフレットの作成、疾患や医療機関の情報提供、質問票（COPD-PS）の普及啓発、一般県民等を対象に 11月13日から27日の期間にオンデマンドにより開催する県民公開講座、世界禁煙デー、禁煙週間、世界 COPD デー等のあらゆる機会を通じた啓発に取り組んでいる。

2つ目の COPD 診療連携体制整備事業については、保険者や県医師会と連携し、健診機関やかかりつけ医、専門医等による潜在的な患者を早期に発見するためのスクリーニングや適切な治療介入、継続治療を行うフォローバック体制を整備することを目的に取組みを進めている。特定健診等を実施



図

している医療機関や、市町の関係機関等へハイリスク者への質問票を活用したスクリーニングや早期の受診勧奨のための啓発、医療従事者等多職種を対象としたたばこ・COPD 対策研修の開催、さらに現在、県医師会を中心に早期発見・早期治療の手引きの作成に取り組んでいただいているところである。

3つ目のCOPD 対策基盤整備事業については、県のたばこ対策、COPD 対策を効果的に推進するために医療・職域・学校などの関係機関等と、対策（取組内容）について検討・評価を行う会議の開催や受動喫煙防止に係る指導、関係機関団体と相互に連携するためのネットワークづくりを図ることとしている。

今後も県医師会をはじめ、関係機関、関係団体と連携を図りながら、たばこ対策・COPD 対策に取り組んでまいりたいと思うのでご協力をお願いする。

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

山口大学医学部附属病院

呼吸器・感染症内科 大石 景士

今後、COPD の早期発見・早期診断を地域の医療機関、さらには多職種で包括的に進めていくために、県全体で共有可能な「診療の手引き」を作成することを、昨年度に発足したCOPD 対策推進ワーキンググループにおいて検討してきた。今回、その中核となるスクリーニングチーム及びフォローチームの概要と手引きの内容を紹介し、今後は皆様から広くご意見をいただき、いわばパブリックコメントの形で反映させ、実際の臨床現場で使いやすく、診療に支障を来さない手引きとして完成させていきたいと考えている。なお、この手引きは診療所や病院の診察室等で簡単に参照できるよう要約版も準備しており、ぜひ活用していただきたい。

手引きの内容は、①診療体制、②たばこ肺（COPD）ハイリスク者への早期受診勧奨(STEP1)、③たばこ肺（COPD）の早期診断・禁煙指導・治療介入 (STEP2)、④増悪期の対応、⑤たばこ肺

(COPD) フォローチーム内での紹介タイミング、の5つで構成されている。今回、単に「COPD」とするのではなく、山口県独自の取組みとして認知度の向上を図る観点から、あえて「たばこ肺（COPD）」と命名し、診療体制の強化を目指した。実際、患者に「COPD」と説明しても理解されにくい場合があり、「COPD かどうか調べてみませんか。治療してみませんか。」と提案する段階で、そもそも COPD とは何かという問い合わせに立ち返らざるを得ないことが少なくない。そこで、より直感的に理解されやすい呼称として「たばこ肺（COPD）」と名付け、喫煙により肺が障害される疾患であることを示すことで、臨床現場での浸透を促し、早期発見・早期治療につなげたいと考えている。

（1）診療体制

山口県における「たばこ肺（COPD）」の診療体制では、喫煙歴を有する40歳以上の成人をハイリスク者と定義し、まず啓発と早期受診勧奨(STEP1)を行うこととした。日本呼吸器学会では COPD による死亡率を2032年までに25%削減することを目標とする「COPD Mortality REDuction BY 2032（木洩れ陽）」プロジェクトを進めており、私も松永先生とともにこのワーキンググループに参加している。この取組みも STEP1 と STEP2 に分かれており、山口県でも同様の流れに沿って診療体制を整備することとした（図1）。STEP1 を担うのは「山口たばこ肺スクリーニングチーム」である。

山口県におけるたばこ肺(COPD)診療体制

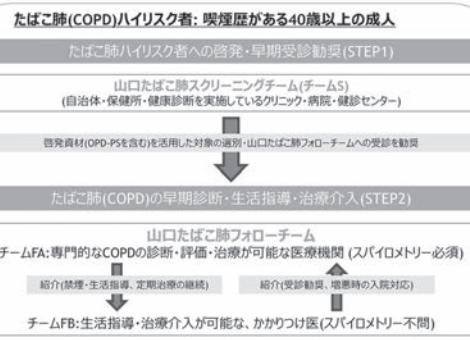


図1

リーニングチーム（チームS）」であり、自治体、保健所、健診を実施するクリニック・病院・健診センターが参加する。COPD-PS（スクリーニング質問票）を含む啓発資材を活用し、対象者を選別したうえで、フォローチームへの受診勧奨を行う。次のSTEP2は「山口たばこ肺フォローチーム」が担う。スパイロメトリーによる診断・治療が可能な医療機関を「チームFA」とし、専門的な診断・評価・治療を実施する。これに対し、スパイロメトリーの有無を問わず生活指導や初期治療が可能なかかりつけ医を「チームFB」とした。チームFAは専門的介入や増悪時の入院対応を担い、必要に応じて再調整後にチームFBへ逆紹介する。一方、チームFBは初期診断や治療継続を担い、症状が改善しない場合や入院を要する場合にはチームFAへ紹介する。こうした連携を自治体・保健所・医療機関・企業とともに進め、県全体の診療体制として位置づけた。

スクリーニングチームは主に健診受診者などからハイリスク者を抽出し、フォローチームへ紹介する役割を担う。フォローチームFAはスパイロメトリーを含む臨床検査により確定診断を行い、薬物療法と指導を実施した上で、必要時にはチームFBへ紹介する。呼吸器内科専門医や呼吸器診療を日常的に行っている医師が中心的役割を担うことを想定している。チームFBはスパイロメトリーがなくても暫定診断と治療導入が可能であり、治療継続や増悪時のFAへの逆紹介を担う。

このように、スクリーニングチームとフォローチームの役割を整理することで、今後は「どの医療機関であればどのように協力可能か」をリスト化し、県医師会や都市医師会と連携して公表することを目指している。ホームページ等で情報が共有されれば、患者が受診経路を把握しやすくなり、早期受診につながると考えている。

(2) たばこ肺（COPD）ハイリスク者への早期受診勧奨（STEP1）

STEP1の概要を示す（図2）。COPD患者は未診断の方が非常に多いという現状がある。日本では約520万人の患者が存在すると推定されているが、そのうち診断・治療を受けているのは5%

未満にとどまっている。これに対し高血圧では約60%が診断・治療されており、COPDにおいても診断率を引き上げることが喫緊の課題である。岐阜県医師会が主導した「スパイロキャラバン」では、プライマリ・ケアのクリニック等において、喫煙歴を有する40歳以上の未診断・未治療患者を対象にスパイロメトリーを実施した。その結果、COPD推定患者の割合は40代13.2%、50代13.8%、60代32.4%、70代52.3%、80代63.6%と加齢とともに急増することが示され、潜在的患者が多数存在することが明らかとなつた。特に60代以降では3分の1以上がCOPDと推定されており、高齢者におけるCOPD未診断の課題が顕著である。呼吸機能の低下は死亡率に直結するだけでなく、心不全や認知症の発症にも関連することが近年報告されている。米国のARIC研究（17年間の一般住民対象前向き研究）では、気流閉塞の進行が速い群は将来的に心不全の発症リスクが高く、また呼吸機能が不良な群では認知症発症のオッズ比も高いことが示された。すなわち呼吸機能低下は肺だけでなく心血管疾患や認知機能障害にも関与するため、早期の介入が不可欠である。このような背景を踏まえ、スクリーニングチームでは健診受診者やかかりつけ患者を対象に「たばこ肺ハイリスク者（喫煙歴を有する40歳以上の成人）」を抽出し、COPD質問票（COPD-PS）を用いて評価する。4点以上の場合にはフォローチームへの受診勧奨を行う。ハイリスク者の定義としては、40歳以上で喫煙歴

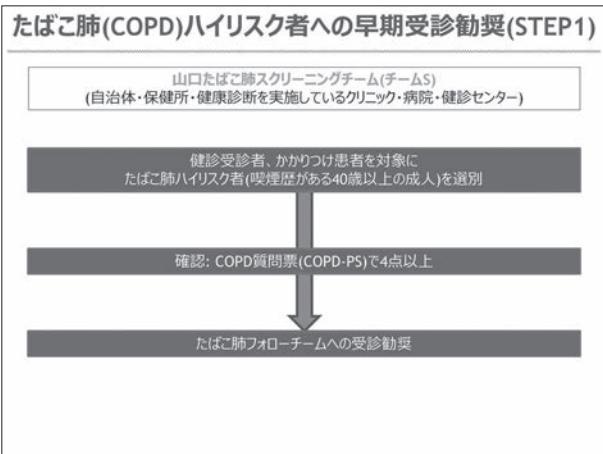


図2

を有し、進行性の息切れや咳・痰を呈する、生活習慣病（特に高血圧・心血管疾患）を合併する、風邪が治りにくい、あるいは風邪様症状を繰り返す、などが挙げられる。ただしスクリーニングを優先する場合には、まず「40歳以上かつ喫煙歴あり」を基準とし、その後質問票での選別に進むこととした。COPD-PSは世界的にも信頼性の高いツールであり、5項目（息切れ、咳・痰、活動性低下、喫煙歴、年齢）から構成され、合計0～10点で評価される。日本での検証ではカットオフを4点とした場合に感度約67%と良好であった。具体的には、①過去4週間の息切れの程度、②咳に伴う痰の有無、③呼吸の問題による活動性低下、④これまでの喫煙本数（100本以上）、⑤年齢で構成される。たとえば100本以上の喫煙歴で2点、さらに60歳以上で2点となり、これだけで4点となるため受診勧奨対象となる。質問票の解釈としては、合計4点以上で「COPDの可能性があるため医療機関の受診が必要」とされる。0～3点であっても本人が呼吸の異常を自覚している場合には、記入票を医師に提示して追加評価を受けることを推奨している。

（3）たばこ肺（COPD）の早期診断・禁煙指導・治療介入（STEP2）

COPD-PSで4点以上の場合、スクリーニングチームからフォローチームへ紹介され、STEP2に進む。STEP2の概要を示す（図3）。フォローチームはCOPDの診断・治療が可能な医療機関

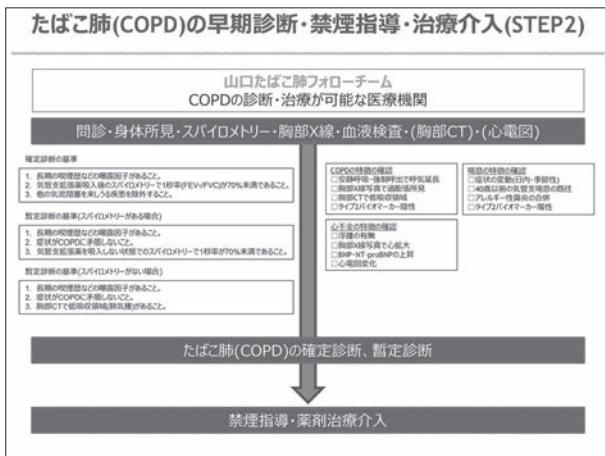


図3

であり、問診、身体所見、スパイロメトリー、胸部X線、血液検査、胸部CT、心電図などを用いて確定診断又は暫定診断を行う。その際、COPDの特徴だけでなく、喘息や心不全との鑑別も重要である。確定診断に至った場合は禁煙指導と薬物治療を行う。従来の診断基準は、①長期の喫煙歴など曝露因子、②気管支拡張薬吸入後のスパイロメトリーで $FEV1/FVC < 70\%$ 、③他の閉塞性疾患の除外、である。しかしスパイロメトリーの実施率は未だ低く、近年はその限界が指摘されている。2024年にJAMAに掲載された研究では、米国COPDGeneコホート及びカナダCanCOLDコホートを対象に、呼吸器症状とCT異常を組み合わせた多次元的診断スキームを検証した。主要基準は1秒率70%未満であるが、今回のこの研究では副基準を設けており、画像所見でCTによる肺気腫や気管支壁肥厚があること、症状としては呼吸困難、呼吸関連QOLの低下、慢性気管支炎があることとしている。主要診断カテゴリーは主要基準を満たし、かつ副基準のいずれか1項目を満たした場合、副診断カテゴリーは副基準の3項目以上を満たす、としており、米国コホートでは気流閉塞を認めない患者5,250例中811例(15.4%)が副基準により新たにCOPDと診断され、気流閉塞を認めた症例の4,166例中282例(6.8%)が非COPDとされた。新たにCOPDと診断された群は非COPD群と比較して、全死因死亡、呼吸器特異的死亡、増悪がいずれも有意に多く、FEV1の低下が有意に大きかったとの結果が明らかになった。また、CanCOLDコホートにおいても同様に増悪頻度が高かった。このことから、スパイロメトリー絶対主義を見直す必要性が国際的に議論されている。昨今の事情も鑑み、本手引きでは、たばこ肺（COPD）の診断基準について、確定診断、暫定診断を設けた。確定診断の基準は日本呼吸器学会で定められている気管支拡張薬吸入後の1秒率が70%未満という基準をそのまま用いた。暫定診断の基準はスパイロメトリーがある場合には、症状がCOPDに矛盾せず、さらには気管支拡張薬を吸入しない状態でのスパイロメトリーで1秒率70%未満であることとした。気管支拡張薬吸入後のスパイロメトリーを行うこと

は、疑い患者全例で実施するのは困難と考えられるので、喫煙歴があつて症状が矛盾しなければ、このように暫定診断として認めて、介入していくというような形で基準を設けた。さらに、スパイロメトリーがない場合、いわゆるフォローチームBでも暫定診断を使うことができる基準として、長期の喫煙歴等の曝露因子があつて症状がCOPDに矛盾せず、胸部CTで低吸収領域（肺気腫）を確認したら、こちらも暫定診断として治療介入をしていこうということで、これら3つの診断基準を用いて今後、診断・治療していく取組みを行いたいと考えている。さらに、診断時にはCOPD、喘息、心不全の特徴を併せて評価することを推奨した。

治療については、基本薬剤であるICS（吸入ステロイド薬）、LABA（長時間作用性 β 2刺激薬）、LAMA（長時間作用性抗コリン薬）の適切な組み合わせが中心となる。フローチャート（図4）を作成しており、STEP1は喫煙の評価であり、喫煙歴を確認後、現喫煙者には禁煙指導を行う。その上でSTEP2の病態評価に移る。症状の評価は息切れの程度、COPDアセスメントテスト（CAT）という質問票を用いる。併存疾患の評価は、喘息の特徴の確認や心不全の特徴の確認になる。喘息の特徴としては変動性の症状、若年時の喘息の既往、呼気一酸化窒素濃度や、血中好酸球数が高いといったタイプ2バイオマーカーが陽性であることが挙げられる。心不全に関しては、浮腫の有無、胸部X線写真での心拡大の確認、血液検

査でBNP・NT-proBNPの上昇、心電図変化等をチェックしていただく。症状の評価に関しては3通りに分かれ、CATの点数並びに息切れの程度によってSTEP3の薬剤選択が変わってくる。CATが0～4点あるいは階段・坂道歩行で息切れがない、非常に症状が軽微もしくはほとんどない方は経過観察となる。CATが5～9点あるいは階段・坂道歩行で息切れがある方に関しては、気管支拡張薬を一種類選択する。LAMAもしくはLABAということになるが、基本的にはLAMAを選択していただきたい。ただし、LAMAの副作用である排尿障害を伴う前立腺肥大や閉塞隅角性緑内障が懸念される場合にはLABAを選択していただく。CATが10点以上あるいは平地歩行で息切れがあるという症状が強い方に関してはLAMAとLABAの併用治療を行っていただく。これに併存疾患の評価を組み合わせるわけだが、喘息の特徴があつたらICSを考慮する。心不全の特徴があつたら循環器内科との連携を検討する。これらにより初期治療が決定し、初期治療を開始した後、STEP4の治療評価に移る。症状が改善すればそのまま治療を継続する。一方、症状がなかなか改善しない、悪化するあるいは増悪時には専門医への紹介となる。CATは8項目（咳、痰、息苦しさ、息切れ、日常生活、外出の自信、睡眠、活力）からなり、0～40点で評価され、10点以上で症状が強いと判定される。SGRQとの相関性も高く、治療効果判定にも有用である。ICSの使用については、日本呼吸器学会が示すタイプ2炎症バイオマーカー（血中好酸球数、呼気一酸化窒素濃度）を参考とするが、測定困難な施設では臨床症状や既往に基づき判断する。LABA、LAMA、ICSの薬剤選択については、薬剤が多数あるため、今回提示した図を参照することで適切に選択をしていただきたい。実臨床でのCOPDの治療介入の効果を示す一例を紹介する。私が萩市民病院で診療した患者であるが、患者は高血圧で内科通院中に咳を主訴に当科に紹介された。喫煙歴があり、花粉症を有していたが喘息既往はなかった。平地歩行でも息切れを訴え、CTで肺気腫と気道壁肥厚を認め、血中好酸球240/ μ L、FeNO 39 ppb、総IgE高値であった。CATは25点、FEV1は38%であったた

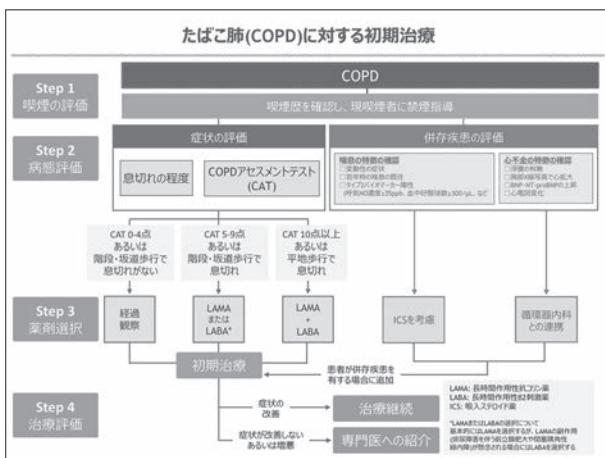


図4

め、ICS/LABA/LAMA 三剤併用を開始した。1か月後には CAT スコアが改善し、呼吸機能も上昇、以前は困難であった入浴や外出も可能となり、趣味の水泳を再開できるまで回復した。このように、診断と適切な治療介入が患者の生活の質を大きく改善することを改めて実感している。なお、吸入デバイスの原則はこの後、薬剤師の先生から詳細に解説していただく予定であるためここでは割愛する。禁煙指導については、繰り返し粘り強く行うことが重要である。生活指導として手引では、セルフケア、感染予防、体調管理を取り上げている。栄養・食事療法については上村先生、呼吸リハビリテーションについては石光先生のご助言を得て作成した。加えて、環境再生保全機構のホームページには、COPD 患者指導に有用な教材が幅広く公開されており、患者教育に活用可能である。

(4) 増悪期の対応

増悪の定義は息切れの増加、咳や痰の増加、胸部不快感・違和感の出現あるいは増強などを認め、安定期の治療変更が必要となる状態であるが、増悪を一回でも起こしてしまうと、肺機能や身体活動の低下につながり、メンタルヘルスや QOL にも悪影響を及ぼし、将来の増悪リスクや心血管イベントリスクを増加させる。これにより COPD 増悪の負のスパイラルがもたらされ、入院、要介護、死亡リスクを高める可能性がある。初期の増悪では死亡する頻度は少ないが、増悪を一度経験した患者は、増悪頻度は短い間隔で繰り返され、死亡率も累積的に増加することが明らかになっている。このため、増悪を未然に防ぐことが極めて重要である。また、COPD 増悪後には心血管疾患イベントのリスクが増加することも報告されている。高血圧患者が心筋梗塞や脳梗塞予防のために生活習慣改善や降圧治療を行うのと同様に、COPD 患者に対しても早期診断と介入によって増悪を予防することが重要である。こうした取組みを通じて、プライマリ・ケア医と連携しながら COPD 診療を強化していくことを目指したい。増悪の診断に関しては、日本呼吸器学会の「COPD 増悪スクリーニング質問票」が有用である。この質問票は患者が記入する自覚症状

と、医師が確認する他覚所見から構成され、いずれかが認められれば増悪の可能性があると判断される。自覚症状としては「息切れがいつもより強い」「咳や痰が増える」「安静時にも息苦しい」「食欲低下」「外出を避ける」などがあり、他覚所見としては SpO_2 の 3～4% 低下あるいは 90% 未満、聴診でのラ音などが挙げられる。検査については、原則全例で推奨されるものと、必要に応じて行うものがある。全例に推奨される動脈血液ガス分析は必ずしも容易ではないが、まずはパルスオキシメトリーによる SpO_2 評価が基本となる。呼吸困難が強い場合には入院適応であり、血液ガス、胸部 X 線、心電図、血液検査を実施して肺炎、気胸、心不全などの鑑別を行う。これらの追加検査は増悪時の鑑別診断に有用である。呼吸管理については、日本呼吸器学会ガイドラインに基づき、換気補助療法の適応を判断する。増悪時の薬物治療は抗菌薬 (Antibiotics)・気管支拡張薬 (Bronchodilators)・ステロイド薬 (Corticosteroids) の三本柱であり、その使用方法を明示した。最終的には、外来で継続治療するか、入院管理とするかを判断することが重要である。外来での管理においても、症状変化を丁寧に把握し、早期に対応することが求められる。本手引きでは、そのための具体的な診療ポイントを示した。

(5) たばこ肺 (COPD) フォローチーム内の紹介タイミング

初期診療におけるフォローチーム B とフォローチーム A の関係は、相互の紹介・逆紹介によって成り立つ。例えば、チーム B で暫定診断を行い初期治療を開始した後、症状が改善しない場合や増悪を認めた場合には、チーム A に紹介して診断の再評価や治療方針の決定、さらに患者教育を実施する。その後、病状が安定した際には再びチーム B へ逆紹介し、継続診療を依頼する流れとなる。また、安定期においても継続的な診療の中で定期的な再評価が望ましい。具体的には、半年から 1 年ごとに呼吸機能検査や CT を行い、必要に応じて治療方針を修正するため、チーム A との定期的な紹介・逆紹介を推奨する。

4. 薬物療法：「COPDにおける吸入薬の使い方」

総合病院山口赤十字病院薬剤師 佐々木裕太

(1) COPDの吸入薬の役割

COPDの初期治療では、気管支平滑筋の収縮抑制作用がある長時間作用型抗コリン薬（LAMA：Long-Acting Muscarinic Antagonist）や気管支平滑筋の弛緩作用のある長時間作用型β刺激薬（LABA：long-acting β-agonists）を含む吸入薬が使用される。症状の悪化あるいは増悪があった場合は、LAMAとLABAが併用される。

また、喘息合併例や頻回の増悪かつ末梢血好酸球增多があった場合はLAMA+LABAにステロイドを併用する。

抗コリン薬を用いる場合は、閉塞隅角緑内障の既往がある場合は禁忌となり、前立腺肥大の既往がある場合は排尿障害の発現のおそれがあるため注意が必要である。

(2) 吸入薬の種類と吸入方法のポイント

吸入薬は、ドライパウダー式吸入器（DPI）、加圧式定量噴霧吸入器（pMDI）、ソフトミストの3タイプのデバイスに分類される。

吸入薬の吸入方法の流れは、①くすりの準備、②息吐き、③吸入、④息止め、⑤息吐き、⑥片付け、⑦うがい、の7項目に分けることができる。

DPIの利点はpMDIと異なり噴霧と吸入のタイミングを同調させる必要がないこと、自分の力で吸入するため吸入した実感を得ることできることである。

DPIの欠点は、粉っぽい、声枯れが多い、デバイスの種類によっては操作が難しいものがあるという点である。

DPIの吸入方法のポイントは、②息吐きでは、しっかり息を吐くことが重要となる。しっかり息を吐くことで勢いよく吸入することができる。

ただし、吸入薬に息を吹きかけると薬剤が吹き飛ぶ可能性があるため注意が必要となる。③吸入では、勢いよく吸入することが重要となる。うどんをするくらいの吸入流速が必要だといわれている。④息止めでは、無理をしないように（5秒程度）息を止めることが重要となる。吸入後に息を止めることで、肺内の薬剤の沈着率を高める

ことができる。

ただし、むせないように注意が必要となる。⑦うがいでは、カンジダ感染症や声枯れ等の副作用予防のためガラガラ、ブクブクと2～3回ずつ行うことが重要となる。

pMDIやソフトミストの吸入方法のポイントは、②息吐きでは、息を吐きすぎないことが重要である。息を吐きすぎてしまうと、吸入時に勢いよく吸入してしまい噴霧とタイミングを合わせてゆっくり吸入することができなくなるためである。③吸入では、噴霧とタイミングを合わせて（同調）させてゆっくり吸入することが重要である。⑤息止め、⑦うがいは、DPIと同様に重要となる。

配合されている薬剤とともに、患者に合ったデバイス選択をすることが重要となる。また、吸入の練習のためのトレーナーや薬剤の充填操作や噴霧を補助するような器具があるデバイスもあり、必要に応じて補助器具を用いる。

吸入薬は、COPD治療において重要な薬剤であり、正しい吸入方法で継続的に使用することがとても重要である。一方で、長期的な吸入薬の使用により、手技が自己流になり吸入薬の効果を十分に得ることができないケースが多くある。そのため医療スタッフの定期的な吸入手技の確認がとても重要となる。

5. 非薬物療法：「COPD患者の栄養・食事療法

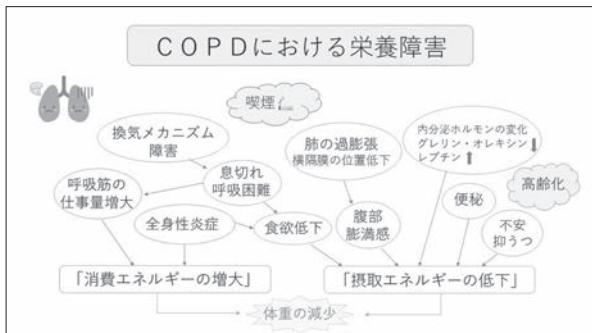
～栄養改善のポイント～

下関市立豊田中央病院管理栄養士 上村 朋子

呼吸器疾患の中でも、COPD患者の多くは疾患の進行とともに体重減少を顕著に認める。BMIが低値であれば喫煙状態を調整してもCOPDの有意な発症要因になるという報告があり、また体重、特に除脂肪体重の減少が呼吸器障害の重症度とは独立した予後因子となることが報告されている。COPDにおいては栄養障害が増悪の発症リスクであり、生命予後を規定する因子である。また、サルコペニア・フレイルの有病率も高く、COPD患者において栄養管理の重要性は高い。

COPD患者の栄養障害

GLIM基準による患者の低栄養評価において



図

は、COPD の罹患そのものが低栄養として評価される要因の一つとなる。COPD 患者は、食事の際の呼吸困難感や腹満感、便秘や内分泌ホルモンの変化等などにより、摂取エネルギーが低下する。併せて、呼吸筋の仕事量増加や全身性炎症が、消費エネルギーの増加をもたらす。これら多種の要因が複合的に関与し、消費エネルギーの増大と摂取エネルギーの減少が重ねて生じることで体重が減少し、栄養障害は進行する（図）。

COPD 患者においては、重症化に伴い呼吸筋運動による消費エネルギーの増加と全身性炎症等による代謝亢進により、安静時の必要エネルギー量は健常人の 1.5 倍以上に増大する。これは健常な同世代の人と比べて、毎日 700kcal 以上のエネルギーを更に消費する状況であり、普段の食事に加えて牛丼やカレーライスなどに匹敵する栄養量の追加摂取に該当する。

COPD 患者では、低たんぱく質・低エネルギーによる栄養障害が多くみられ、体重減少の進行に伴い、脂肪の減少に加えて除脂肪体重や骨塩量の減少も生じてくる。このことが呼吸リハビリテーションの効果にも悪影響を及ぼす要因となるため、栄養療法は COPD 患者の治療・管理における重要な要素である。

COPD の栄養・食事療法

COPD 患者における食事のポイントは、

- ① 3 食をきちんと摂る習慣をつける。そのためには、睡眠を十分に取ることで生活リズムを整えること、身体を動かして空腹感を生じることも大切である。
- ② 栄養バランスの良い食事を摂る。主食・主菜・副菜を揃えるように心がける。1 食あたりの食

材数を増やすことや、主食に他の食材をプラスすることも有効である。

③ 高タンパク質、高エネルギーの食品や料理を基本として必要栄養量を摂取する。量を増やすことで栄養量增加となる調理方法などを工夫する。1 食の食事量が少ないと、高栄養の間食を摂ることも必要であり、栄養補助食品等の併用による栄養補給も有効である。

たんぱく質成分の BCAA (分岐鎖アミノ酸) の中でもロイシンは、筋肉の維持・増強作用が期待され、特に運動前後での摂取が効果的とされる。BCAA は動物性食品（肉や魚、乳製品など）に含有量が多く、これらの食品を毎食摂ることを心がける。

食事以外に摂取エネルギーを増やす方法として、禁煙による味覚改善や適度な運動によるストレスの解消や便秘の解消なども有効である。

おわりに

患者の栄養状態を確認するには、普段の食事状況や運動習慣、体重変化の把握が重要であり、医療スタッフだけではなく患者自身や家族においても日ごろから意識することが大切である。食事の摂取状況の把握と併せて定期的に体重やふくらはぎ周囲長の測定を行い、体重減少前からの積極的な栄養摂取を心がける。ただし、糖尿病や脂質異常症、慢性腎臓病などの疾患を合併している患者においては、適正栄養量を考慮した上での栄養管理が必要となる。栄養療法は呼吸リハビリテーションにおいて欠くことのできない要素であり、治療効果を高めるためにも多職種チームでの取組みが重要である。

6. 非薬物療法：「呼吸リハビリテーションの基礎」

国立病院機構関門医療センター

理学療法士 石光 雄太

(1) COPD における呼吸リハビリテーションの意義

慢性閉塞性肺疾患 (COPD) における呼吸リハビリテーションは本邦においては COPD 診断と治療のためのガイドライン 2022 (COPD ガイドライン)¹⁾ によると、①呼吸困難の軽減、②運動

耐容能の改善、③健康関連QOLの改善に有効であり、非薬物療法のなかで標準的位置づけと報告されている。また薬物療法や酸素療法など他の治療との相乗報告が得られることも報告されている。主な呼吸リハビリテーションの構成要素としては、運動療法とセルフマネジメント教育とされており、運動耐容能を改善させつつ、自分で増悪回避に向けた行動ができるように行動変容を促しつつ、身体活動量を維持・改善させることが主目的である。またGlobal Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2025年報告書²⁾「運動療法を中心としながら、教育・行動変容・多職種連携を含む包括的プログラム」と報告されており、本邦と同様の効果及び非薬物療法の中での中核のプログラムであると報告されており、特に症状が強く、増悪リスクを有する患者に対して十分な呼吸リハビリテーションの参加を促すことが重要視されている。上記からCOPDの治療において、呼吸リハビリテーションは必須であるといつても過言ではない立ち位置であることが示唆される。

(2) COPDにおける呼吸リハビリテーションの実際

次に呼吸リハビリテーションの開始時期についてであるが、COPDガイドラインによるとできる限り早期が望ましいとされている¹⁾。その背景と

して呼吸リハビリテーションのステートメント³⁾によると呼吸リハビリテーションとは、「呼吸器に関連した病気を持つ患者が、可能な限り疾患の進行を予防あるいは健康状態を回復・維持するため、医療者と協働的なパートナーシップのもとに疾患を自身で管理して、自立できるように生涯にわたり継続して支援していくための個別化された包括的介入である」と定義されている。上記から疾患の限りなく早期から疾患に対する知識を理解し、増悪予防に向けた対策を医療従事者と伴走していることが重要であることが示唆される。

一方、COPDは他の高血圧症や糖尿病などの慢性疾患と異なり、未受診で経過する症例が大半であることが報告⁴⁾されており、重症化して初めて受診をするといったケースも少なくない。そういうケースにおいても呼吸リハビリテーションは重要であり、慢性経過によって低下してしまった呼吸機能や骨格筋機能などを評価し、その結果に基づき介入することは重症化予防に重要であるとされる。特にサルコペニアを合併したCOPDでは全死亡率・呼吸器関連死亡率ともに悪化することが示されているため、十分な呼吸リハビリテーションが必要となる⁵⁾。また終末期における呼吸困難緩和における尊厳の維持においても、コンディショニングによる呼吸困難感の緩和に伴う家族との会話や、最後までトイレに行きたいといった希望を叶える一助になることも経験する。



図 地域高齢者に対する呼吸筋力評価およびトレーニングの様子
(掲載において対象者への許諾を得た)

上記から病期を選ばず、効果的な介入は可能であるが、可能な限り疾患の進行予防の観点から早期介入が望ましいと考える。

(3) 呼吸リハビリテーションにおける今後の課題

呼吸リハビリテーションの今後の課題として、厚生労働省⁶⁾の統計によると COPD 以外にも慢性呼吸器疾患の年間死亡率は増加しているものも多いことが示されており、呼吸リハビリテーションの需要が大きいことが示唆される。一方で呼吸不全に関する在宅ケア白書 2024⁷⁾によると在宅酸素療法を実施している症例のうち、呼吸リハビリテーションを実施している症例は院内で 71%、外来では 32% と前報と比較して改善が得られていないことが報告された。また在宅酸素療法に対する患者からの要望のうち、1～4 番目は災害時対策、電気代、医療費に対する要望であったが、5 番目に「呼吸療法に知識のある理学療法士・作業療法士による訪問リハビリテーションの充実」が挙げられており、院内から在宅に向けたシームレスな呼吸リハビリテーションのみならず、地域における予防的な呼吸リハビリテーションの普及が今後の重要な課題であると考えられた。これらを少しでも解決するためにも当ワーキンググループで呼吸リハビリテーションの重要性について報告していきたい。

【引用文献】

- 1) 日本呼吸器学会 COPD ガイドライン第 6 版作成委員会（編）. COPD（慢性閉塞性肺疾患）診断と治療のためのガイドライン第 6 版. 東京: メディカルレビュー社; 2022.106-111.
- 2) GOLD Science Committee. Global Strategy for Prevention, Diagnosis and Management of COPD: 2025 Report. 2024 Nov 15.
- 3) 植木 純, 他. 呼吸リハビリテーションに関するステートメント／改訂版. 一般社団法人日本呼吸ケア・リハビリテーション学会. 2018. J Jpn Respir Care Rehabil 27(2):95-108.
- 4) van der Valk P, et al. Effect of a comprehensive self-management programme in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir J. 1999;13(2):415-421.
- 5) Xu X, et al. Mapping the global distribution, risk factors, and temporal trends of COPD incidence and mortality (1990?2021): ecological analysis. BMC Pulm Med. 2025;25:223.
- 6) 令和 6 年 (2024) 人口動態統計月報年計（概数）の概況 [インターネット]. 東京: 厚生労働省; 2025 年 6 月 4 日公表 [参照 2025 年 9 月 13 日].
- 7) 日本呼吸器学会 在宅呼吸ケア白書作成ワーキンググループ, 日本呼吸器財団, 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会. 呼吸不全に関する在宅ケア白書 2024. 東京: 日本呼吸器学会; 2024. 11, 121.



第175回山口県医師会生涯研修セミナー

とき 令和7年5月11日(日) 10:00~15:00

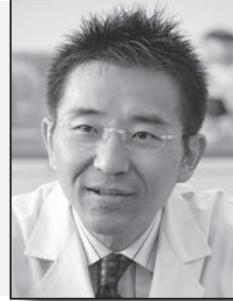
ところ 山口県医師会6階 会議室(ハイブリッド開催)

特別講演1

「最新の肺がん手術治療」

広島大学原爆放射線医科学研究所・腫瘍外科教授 岡田守人

[印象記: 岩国市 小林 元壯]



今回は広島大学原医研腫瘍外科の岡田守人教授に肺がん手術の最新版を講演いただいた。私は岩国市で開業しており、広島大学で手術を受けた患者さんが多く受診される。その術後の画像を拝見してみて感じることは、術後の残存肺の膨張が良好であり、単純写真では肺がんの手術が行われたとは思えないくらいの状態で、患者さんのQOLが十分に保てていると感服している。それは今回の講演を中心となる肺がんに対する手術として根治性を保ちながらの区域切除が行われているためであり、かつての開胸下での肺葉切除、二葉切除あるいは肺全摘術がやむなく行われていた時代とは隔絶の感を抱いてしまうのである。同時に岡田教授の手術を「上手だな」とも感じている。私自身、開業する26年前までは肺がんの手術を主とする呼吸器外科医であった。

肺がんの手術に限らず、他の臓器の悪性腫瘍に対する手術は近年低侵襲手術が選択されている。肺がんの低侵襲手術では、内視鏡を用いた手術となるが、その特徴の第1は手術の創が小さく(岡田教授は主たる操作を行う創は4cm程度とし、内視鏡を挿入する創は1cm程度とされている)、この手術創については術者によってかなり違いがあるが、大略この程度の手術創だと思われる。25年余り前の肺がん手術では、後側方開胸として30~40cmの皮膚切開を置き、何層かの筋肉を切断して一部の肋骨を切って開胸していたが、この手術創が小さいだけで患者への侵襲度は大きく違い、術後の回復までの日数、退院までの

日数、術後の職場復帰など大きく短縮され、社会的にも大きな福音となっている。創の大きさによる術後疼痛の軽減だけでなく、体腔を大きく何時間も空気にさらすことの侵襲も無視できない。特徴の第2として、手術創が小さくなつたとはいえ、肺がんに対する手術としての根治性が確保されていることである。肺門及び縦隔のリンパ節郭清も従前の手技と変わらずできている。このことは極めて重要なことであり、区域切除とすることで、肺がん治療として肝心な系統的なリンパ郭清につながっている。ステープラによる部分切除では系統性が保証されないのである。

岡田教授が海外の学会からも評価されているところは、60年来肺がん手術の大原則とされてきた「肺葉切除とリンパ節郭清」を改革して「肺区域切除とリンパ節郭清」を肺がん手術の標準手術と位置づけ、さらに従前と比べて手術成績が変わらないこと、逆に区域切除のほうが術後の長期生存については良好であるという結果となったことを証明されたところである。肺は vital organ であり、可及的に残すことで呼吸機能の安定につながり、肺炎を含む感染症にも対峙できるために肺葉切除よりも区域切除のほうが長期生存が得られているのだと考えられる。この内容は2022年4月のランセットに掲載され、世界中から喝采を浴びた。

切除の手技から見ると、肺葉切除よりも区域切除のほうが細かく難しい。これは肺切除を経験した外科医であれば十分納得がいくことである。区

域切除にリンパ節郭清を肺がんの標準術式とする流れが全国で広まっているが、その流れを助長しているのが、CTの画像解析の進歩だと思える。3D画像で肺動脈、肺静脈の分岐と分岐異常が術前に十分に把握できるようになっている。また、区域切除を標準とするためには対象となる肺がん自体の大きさがそれなりに小さい段階で診断されている必要があるが、そのことにCTは大いに貢献しているはずである。時代の進歩とともに肺がんの手術術式も変遷してきたと痛切に感じる次第である。

今回の講演の趣旨と離れるが、かつては肺がんの組織型は腺がん、扁平上皮がん、小細胞がん、大細胞がんとされ、およそ20年前には腺がんと扁平上皮がんはほぼ同数でそれぞれ35%内外となっていた。ところがこの20年の間に様変わりして、現状で発見される肺がんの大半が腺がんとなっている。これほどに変化するほど禁煙が進んだのだろうか？にわかには信じられないのが。

特別講演2

「人工聴覚器医療～最近の進歩～」

山口大学大学院医学系研究科耳鼻咽喉科学講座教授 菅原一真

[印象記：美祢市 清水 良一]



はじめに

令和7年5月11日（日）に、第175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、山口大学大学院医学系研究科耳鼻咽喉科学講座教授の菅原一真先生による「人工聴覚器医療～最近の進歩～」とのタイトルでの講演を拝聴する機会を得ました。

菅原先生は平成8年（1996年）に山口大学医学部医学科を卒業後、直ちに母校の山口大学大学院医学系研究科耳鼻咽喉科学講座に入局されました。

入局後の研究では、当時は原因のほとんどが不明であった「難聴」をテーマに、「内耳にある音を感じるための感覚細胞（有毛細胞）を保護する研究」に携わられ、平成19年（2007年）からは信州大学との共同研究の「先天性難聴の遺伝子解析」にも参加され、指定難病となった遺伝性難聴に関わる遺伝子の同定など、地道に研究実績を積まれています。また、臨床では主に耳の手術に

従事しつつ、めまい、アレルギー疾患等にも関わっておられます。

ちなみに、菅原先生が耳鼻咽喉科に入局される2年前の平成6年（1994年）から、難聴に対する人工内耳埋込術が保険適用となり、入局された翌年の平成9年（1997年）には、教室での第1例目の人内耳手術が実施され、菅原先生ご自身も、平成22年（2010年）よりライフワークとしての人工内耳手術の執刀医としてのキャリアを歩み始められました。

平成26年（2014年）に、補聴器では改善が難しい高音域の難聴に対応できる「残存聴力活用型人工内耳手術（高度な技術を要する内耳機能温存手術）」の実施基準を満たす施設として山口大学医学部附属病院耳鼻咽喉科が認定されるや、以後、菅原先生が中心的役割を担われつつ、令和5年（2023年）までの約10年に亘って、年平均10例以上の人内耳手術を安全に実施してこられました。

同時に、難聴患者さんとそのご家族に対しては、周術期のすべての期間を通して、「術前から一元的にかかわりたい」との決意をもって、抗加齢医学会の専門医、並びに遺伝カウンセリングの現場で遺伝解析の結果説明を担う臨床遺伝専門医などの資格も取得され、臨床の現場では、国内外を問わず、あらゆる講習の機会を捉えて、手術技術の進歩と新しい機械に対応できるよう人工内耳手術の技術習得トレーニングを熟され、自らが「人工聴覚器医療」の先頭に立って後進の指導にも当たられ、令和6年（2024年）11月に山口大学大学院医学系研究科耳鼻咽喉科学講座の教授に就任されました。

当日の講演の前半では、先天性難聴の中でも特にその原因の50%を占める遺伝性難聴について、山口県における遺伝子解析の現状、及び代表的な8例の教室症例を提示しつつ、その診断過程及び遺伝カウンセリングの実際を分かりやすく解説され、臨床の現場で難聴の患者さんを診る機会があれば、躊躇することなく遺伝子診断のできる専門施設への受診を促すことの重要性を強調されました。

また、講演の後半では、ご自身の100例以上の手術経験を踏まえた「低侵襲人工内耳手術」の手術ビデオを交えつつ、人工聴覚器医療の最近の進歩について、熱く語られました。



YouTube 「最新の人工聴覚器治療」山口大学医学部附属病院耳鼻咽喉科のQRコード

特別講演の前半部分の理解に欠かせない脳が音を感知する仕組みと音圧について

外耳道、中耳（鼓膜と耳小骨）、及び内耳（蝸牛と前庭・三半規管）を形成する諸器官は側頭骨の空洞内に存在しています。

第VIII脳神経の聴神経（内耳神経）は聴覚を司る蝸牛神経と、平衡感覚を司る前庭神経から成り立ち、内耳からの情報を脳に伝えます。

聴覚に目的を絞ると、内耳には生まれてから生涯に亘ってサイズの変わらない音の受容器としての蝸牛があります。

蝸牛には、基部から、中心の頂部までの螺旋構造に沿って、外リンパ液中を伝わってくる音の振動の受容体としての「内有毛細胞（3,500～4,000個）」が1列に並んでおり、蝸牛神経の求心性神経終末が個々の内有毛細胞の基底膜側に結合しています。

内有毛細胞は、外耳道、中耳での増幅作用を経て外部から内耳へ入る音の機械的エネルギー（振動）を受け取り、カリウムリッチの内リンパ液に浸されている感覚毛を通してカリウムイオンを細胞内へ取り込むことで電気興奮（脱分極）します。

その後、脱分極した内有毛細胞内で生じる一連の生理学的反応を経て、最終的に興奮性神経伝達物質のグルタミン酸が内有毛細胞から蝸牛神経の神経終末へ向けて放出され、音の情報が音の周波数に応じた電気信号として聴神経を介して脳へ伝えられ、脳が音として感知します。

つまり、音の振動が内有毛細胞内へのカリウムイオンの流入を誘発し、その結果、機械的エネルギーが電気エネルギー（電気信号）へ変換されて、脳への音の情報伝達が叶います。

当日の講演で紹介された遺伝性難聴は、概ね有毛細胞の正常な生理的活動に寄与しているタンパク質の機能障害を介して、有毛細胞の機能低下を招き、音による振動を電気信号に変換することが叶わなくなることで、聴神経には異常がないにもかかわらず、感音性難聴が進行する一連の病態であると理解できました。

次に音の大きさに関連し、音が大気中を伝わる際の「大気圧からの変動分」を示す圧力として定義される音圧（単位はパスカル：Pa）についての知識を解説します。

ヒトが聴き取れる周波数帯（低音域の20Hzから高音域の20,000Hzまで）の中から、周波数1,000Hzの音源の場合に健聴者が可聴可能な最小の音圧は、地上の大気圧（1気圧=約10万Pa）の100億分の2に相当し、20μPa（=0.00002Pa）です。この20μPaを基準音圧P₀とし、後述の変換式により、健聴者の聴力レベルを聴力図では、図の上の方に引かれている基線の

0dB（ゼロデシベル）に割り付けています。

難聴が進行するにつれて、聴力検査の音源から発せられる音で、聴き取ることのできる最小の音圧（P:音圧実効値）は徐々に高くなっていきます。

聴力検査での音圧実効値P（単位はPa）を聴力図の聴力レベル L_p （単位はdB）に換算する変換式は、 $L_p = 10 \times \log_{10} (P^2/P_0^2) = 10 \times \log_{10} (P/P_0)^2 = 20 \times \log_{10} (P/P_0)$ で与えられます。先の健聴者の場合は $P = P_0$ より、 $L_p = 20 \times \log_{10} (P_0/P_0) = 20 \times \log_{10} 1 = 20 \times \log_{10} 10^0 = 20 \times 0 = 0$ （dB）となり、0dB（ゼロデシベル）に割り付けられるわけです。

難聴の程度は、聴力レベルを用いて「0dB以上25dB未満を正常」、「25dB以上40dB未満を軽度難聴」、「40dB以上70dB未満を中等度難聴」、「70dB以上90dB未満を高度難聴」、「90dB以上を重度難聴」の5段階に分類され、聴力図では、最上段の-20dB（音圧：2 μ Pa）から、最下段の120dB（音圧：20Pa）までの数値線が引かれています。つまり、聴力図の上の方に正常域があり、図の下に行くほど数値が大きくなるとともに、難聴の程度も増していきます。

ちなみに、聴力図で、図の下の方に印が付けられる聴力レベルが100dBの難聴者の場合、聴力レベルが0dB（→音圧実効値0.00002Pa）の健聴者との比較で、どれほど高い音圧実効値かを計算すると、 $100 = 20 \times \log_{10} (P/0.00002)$ を解いて、音圧実効値Pは2Paとなり、健聴者の実に10万倍（2Pa/0.00002Pa）の高い音圧を受けないと聴こえないレベルの重度の難聴（近くの車のクラクションの音がやっと聴こえるレベル）ということになります。

特別講演の後半部分の理解に欠かせない無線電力伝送技術について

電波で電気を送る無線電力伝送技術は、身近なところではSuica（スイカ）やICOCA（イコカ）に代表される交通系ICカードとして実用化されています。この技術において使用されている「アンテナ」と「整流器」の両機能を兼ね備えたデバイスを「レクテナ（Rectenna）→（rectifying antenna：整流器付きアンテナの略）」といいます。自動改札機からの電波をSuica（スイカ）やICOCA（イコカ）カード内のレクテナで受信する

と、先ずアンテナ機能により、受信した電磁波は電磁誘導による2次コイル電流（交流の誘導起電力）として出力され、さらに、整流器機能で、ICチップの動作に必要な直流へも変換され、双方向の情報の送・受信が可能となります。つまりレクテナはカード情報とエネルギーの両者を同時に伝達する機能を担っています。

人工内耳でも、体外装置の超小型マイク及びサウンドプロセッサの機能により、捉えた音が瞬時に解析され、人工内耳用の電気信号に変換された後、送信用コイルから無線信号として皮下に埋め込まれたインプラントへ送信されます。体内では、皮下に埋め込まれているインプラントの動作に必要な電力（直流）をレクテナ機能で確保するとともに、電気信号（通常、交流ではなく、直流に近いパルス状の電気信号）として、蝸牛に挿入された電極アレイ（微小の多数の電極が連結された径0.4mm～0.7mm、平均の長さ28mm前後の細い管）を通じて直接聴神経を刺激することで、音の情報が脳に伝わり、音として認識されます。

筆者の印象では、人工内耳が世界で最も普及している人工臓器として医療に貢献できている最大の要因は、無線電力伝送技術によるところが大きいのではと感じました。すなわち、体外装置のサウンドプロセッサ内に限定して電力源の電池を搭載することで、電池の交換が容易となる一方、体内インプラントに電池を搭載する必要がなくなり、体内装置のスリム化の実現とともに、電池交換の手間や、創感染のリスクから解放されるメリットは非常に大きいと思いました。

※ここからは印象記として、当日の講演内容を論旨の展開に沿った時系列表示（A～E）での簡潔な表現で記載します。

A. 遺伝性難聴について

遺伝子診断の進歩によって、少なくとも先天性難聴の約50%は遺伝子の病的バリアントが原因であると判明し、他の原因としてはサイトメガロウイルス等のウイルス感染が4分の1で、残る4分の1は今でも原因が分からない。

遺伝子検査の利点を挙げると、「①難聴の原因の特定に高い貢献。②遺伝性難聴では、予後の解析に基づく適切な治療法の選択に貢献。③併せて

症候性難聴か否かの判定に基づく難聴以外の他の病態の併存・併発の予測に貢献。④次子や次世代の難聴発症率の算出に貢献。」など、患者さん及びご家族の不安や疑問に正確に答えるための多くの確証が得られる。一方で、慎重に対応すべき数多くの倫理的課題もあり、遺伝子検査前・後での遺伝カウンセリングの場で、臨床遺伝専門医による丁寧な説明が不可欠である。

B. 難聴に対する遺伝子検査の実際及び症例（①～⑧）の提示

I. GJB2 遺伝子関連（症例①, ②）

症例①

2歳男児、GJB2 遺伝子変異（病的バリアントタイプ 235delC：日本人に最も多い常染色体劣性遺伝の遺伝性難聴）。

新生児聴覚スクリーニングで難聴が見つかって精査され、重度難聴が確定した。このタイプの保因者は日本人の50人に1人で、両親が各々ヘテロの保因者の場合、4分の1の確率で難聴者が生まれる。

GJB2 遺伝子がコードするタンパク質はコネキシン26で、これは細胞と細胞を繋ぐギャップジャンクションタンパク質である。もともと、内耳ではカリウムイオンを循環させて、再利用しながら有毛細胞が興奮するという仕組みがあることが分かっていたが、このカリウムイオンを細胞から細胞に流すタンパク質がコネキシン26で、この機能が損なわれるために蝸牛内の内リンパ液中のカリウムイオン濃度を常に高濃度に保ち続けることが叶わなくなるため、感音性難聴が顕在化する。

治療に当たっては先ず補聴器で対応し、これと並行して遺伝カウンセリングでは、「ギャップジャンクションタンパク質以外には異常がないので、たとえ高度難聴になった場合でも、人工内耳を使って、早期に療育を開始していくば、言語の習得には多少の問題はあるものの、基本的には大きな問題はなく、学業成績にも影響しないことがわかっている。」といった内容を説明する。

症例②

東南アジア出身の29歳女性、GJB2 遺伝子変異（病的バリアントタイプ V37I：日本に少なく、東南アジアに多いバリアントタイプで、同じく常染色体劣性遺伝の遺伝性難聴）。

GJB2 遺伝子変異自体は90タイプほどあり、V37Iの病的バリアントタイプの場合は、症例①の235delCほどの人工内耳が適応となるような重度難聴にはならず、本症例のように聴力図の比較的の方に印の付く軽症例が多い。

II. MYH9 遺伝子関連（症例③～⑤）

症例③

54歳男性、MYH9 遺伝子のミスセンス変異（病的バリアントタイプ：p.R705H：常染色体優性遺伝で、難聴以外の症状も出てくる症候性難聴）。

以前は、MYH9 遺伝子変異は常染色体優性非症候性難聴（病名：DFNA17）という血小板減少等を伴わない非症候性の遺伝性難聴の原因遺伝子とされていたが、現在は難聴以外に血小板減少をはじめとする種々の症状を併発する複数の疾患の原因遺伝子でもあることが判明している。

MYH9 遺伝子変異の難聴では、若年成人発症の進行性感音難聴が顕在化するとともに、症候性難聴として、巨大血小板性血小板減少症、早発性白内障、肝酵素の上昇、糸球体腎症を初発とする腎疾患などの種々の病態も高率に併発する。

MYH9 遺伝子がコードするタンパク質は非筋ミオシン重鎖II Aで、内耳の有毛細胞、腎臓の糸球体の細胞、血小板を作る巨核球等の細胞の構造の維持に重要な働きをするモータータンパク質の一種である。このたんぱく質に異常があれば前述の種々の病態が顕在化する。

本症例は、健診で肝酵素の異常を指摘された既往があり、26歳で難聴が発症した後、徐々に悪化する中で、原因不明のまま29歳で右の人工内耳手術を受けられた。その後、両側人工内耳が保険で認められたのを機に、47歳で両耳装用のために左の人工内耳手術を菅原先生の執刀で受けられた。この時の遺伝子解析で、ようやく MYH9 遺伝子のミスセンス変異 p.R705H が同定された。この遺伝子検査は、以前は健康保険での検査の適応外であったことで診断確定までに時間を要した。

症例④と症例⑤

このお二人は症例③の男性患者さんのお子さんで、現在31歳と27歳の姉妹である。7年前に父親と一緒に受けた遺伝子検査で、父親と同じ遺伝子変異が同定された。

症例④の31歳の姉は幼少期から難聴があり、出産を契機に22歳のころから難聴の進行が加速し、23歳で両側の重度難聴となり、24歳と28歳の時に各々左と右の人工内耳埋込術を受けられた。少し巨大な血小板も散見される軽度の血小板減少があり、幼少期から鼻出血で度々耳鼻科を受診されていた。

症例⑤の27歳の妹も進行していくタイプと分かり、現在は補聴器で何とか会話ができる。

このMYH9遺伝子変異の場合、難聴の進行過程には家系による相違はあるものの、難聴は徐々に進行していく。人工内耳埋込術の適応基準に達すれば手術治療が選択される。

一般に、MYH9遺伝子変異は症候性難聴として、軽度の難聴を発症した時点で、既に巨大血小板性血小板減少症（ほぼ100%発症）をはじめとする他の症状が顕在化していることが多い。よって、遺伝子検査をしなくても、巨大血小板性血小板減少症の併存があればMYH9遺伝子変異による遺伝性難聴の可能性を疑うべきとのことであった。

III. いくつもの原因遺伝子が判明している若年発症型両側性感音難聴（症例⑥～⑧）

これは指定難病に認めていただいた遺伝性難聴で、診断基準としては「①遅発性若年発症の難聴であり、40歳未満で発症するような難聴であること、②両側性であること、③遺伝子診断でACTG1、CDH23、COCH、KCNQ4、TECTA、TMPRSS3、WFS1、EYA4、MYO6、MYO15A、POU4F3のいずれかの遺伝子変異が関係している」というのが揃うと、「若年発症型両側性感音難聴」と診断される。これも今は保険診療で検査はできる。

症例⑥、⑦、⑧（遺伝性難聴：指定難病のDFNA6）

症例⑥は44歳女性で、小学校4年生ぐらいから難聴が顕在化し、20歳ごろから健診で引っかかるようになり、さらに進行するために、娘二人と一緒に外来受診された。聴力検査をすると、正常は0dB（ゼロデシベル）だが、聴力図でこの基線と比較すると少し低音の方が障害されている難聴であった。症例⑦と症例⑧はこの患者さんのお子さんで、症例⑦が16歳の長女、症例⑧が10歳の次女の方である。

これら3名の遺伝子検査では、いくつかの候補遺伝子が見つかる中で、GJB2遺伝子変異（劣性遺伝）のヘテロの保因者、及びWFS1遺伝子変異（優性遺伝）のヘテロ保因者でもあることに注目し、家系図からは常染色体優性遺伝が強く疑われたことから、WFS1遺伝子変異が原因の遺伝性難聴を疑った。この遺伝子変異に関連する疾患では症候性難聴を引き起こすウォルフラン（Wolfram）症候群が有名で、普通、糖尿病も発症する。しかし、糖尿病の合併がなかったことで、最終的に、これもWFS1遺伝子変異が原因のDFNA6という病名の遺伝性難聴（指定難病304）に当てはまることが、この家系では解った。

実際の遺伝カウンセリングでは難聴の原因として、小胞体ストレスに関与するタンパク質walframinをコードする遺伝子変異により、本来の機能を失ったタンパク質walframinが内耳に存在することで、内耳の機能が損なわれている病態であることを説明した。また、予後の話では、難聴は徐々に進行するものの、それほど重度にはならないことも説明し、さらに、DFNA6という病気故、難聴以外の症状は出にくいことと、ある程度進行したら補聴器が必要になるかもしれないが、それほど心配することはないと説明した。なお、将来的に進行して、高度難聴に至った場合には難病指定の申請が可能であることも説明した。

C. 遺伝性難聴に対する遺伝子治療

OTOF遺伝子がコードするタンパク質、オトフェリンは内有毛細胞で生成され、神経伝達物質のグルタミン酸を蝸牛神経終末に向けて放出する際に重要な働きをする。OTOF遺伝子変異による遺伝性難聴は、常染色体劣性遺伝で、オトフェリンの機能低下により神経伝達物質の放出障害をきたし、新生児期から高度の難聴として現れる。

治療は、人工内耳埋込術が有効だが、ここ1、2年の話として、中国、アメリカ、フランスではアデノ随伴ウイルス（AAV）ベクターを用いて、正常なOTOF遺伝子を内耳に導入するという方法での遺伝子治療が既に始まっており、聴力の改善がみられたとの報告も出てきている。

国内でも本年度中に人を対象とした遺伝性難聴に対する遺伝子治療の治験が開始される予定である。

D. 人工聴覚器について (I. 人工内耳及びII. 人工中耳)

I. 人工内耳

1) 手術適応及び術後のリハビリについて

以前から、補聴器では効果があまりなく、会話ができないくらいの難聴の方が、一応人工内耳埋込術の適応になってきた。今では90dB以上の重度難聴（聴き取れる最小の音が90dBを超えた領域にある難聴）で生後8か月以上、あるいは70dBぐらいの難聴（聴き取れる最小の音が70dB）でも、補聴器を装用させた最高語音明瞭度（言葉が何%聴き取れるかの指標）が50%以下という方がこの手術の適応となる。

術後のリハビリが肝要で、特に新生児聴覚スクリーニングで生下時に要精査となって、生後6か月ぐらいで難聴が確定するケースでは、人工内耳の手術をして1か月後くらいから音が出る物を使って音の反応に気づかせるというような形でリハビリが始まる。これが2年8か月も経つと、質問に反応して、数を数えるなど、言葉で会話ができるようになる。

普通の会話音域は60dBぐらいで、今日、人工内耳装用後は補聴器との併用閾値は35dBの軽度難聴程度の聴力は得られるため、日常会話にはさほど不自由はしないレベルに聴力は改善し、小学校に入る年齢になるころまでに、言葉がどんどん発達していく。

こういう患者さんを経験するたびに、人工内耳は優れた機械であると菅原先生は感じておられる。

2) 左の人工内耳埋込術（正円窓アプローチによる人工内耳低侵襲手術）：ビデオ解説

顕微鏡下の人工内耳埋込術では、側頭骨の乳様突起の内部にある乳突蜂巣をドリルによる骨削開で開けて、外耳道を指標に先ず中耳にアプローチする。

側頭骨の削開で、中耳内の耳小骨（キヌタ骨）を露出し、これをランドマークとして、外耳道の直ぐ後方で側頭骨内を走る「味覚の感覚神経である鼓索神経（顔面神経の分枝）」と、さらにその後方で側頭骨内を走る「顔の筋肉を動かす顔面神経の本幹」の両神経に挟まれる約3mmの間隙から、ドリルを用いて内耳にアプローチする。

両神経を傷つけないように側頭骨への慎重な骨削開で内耳にアプローチし、蝸牛の正円窓の直上の側頭骨に、楕円形の小孔を開けることで、人工内耳の電極を蝸牛内へ埋め込むためのルートを確保する。

蝸牛の正円窓膜（水平方向：1.5-2.1mm、垂直方向：1.9mm、厚さ：600μm）に直達した後、メスにより同膜に小孔を開けると、蝸牛内から外リンパ液が少し漏れてくる。術後の『難聴めまい』を防止するために、外リンパ液をなるべく吸わないようにしつつ、ステロイドを局所散布しながら、電極の埋め込みによる内耳への負担・侵襲を最小限に留めることで、内有毛細胞をはじめとする残存感覚細胞の保護、聴神経細胞の保護、及び蝸牛内部の線維化の防止に努める。

特に電極の挿入に際しては、この正円窓から複数の電極の連なった電極アレイ（先が0.4mm、根元が0.7mmぐらいの太さの柔らかい電極アレイ）を蝸牛の螺旋構造の中へゆっくりと、1電極あたり15秒の時間を掛けつつ、愛護的に進めていく。これら一連の操作による低侵襲手術を行うことで、近い将来、日本でも遺伝子治療を受けることが叶う時代が来た時に、例え人工内耳手術の既往があったとしても、遺伝子治療の恩恵も享受できる可能性を残すことに繋がる。

ちなみに、当日供覧された手術ビデオ内では12電極が連なった電極アレイを用いているので、 $12 \times 15 = 180$ 秒より、少なくとも3分は時間をかけつつ、蝸牛内部の螺旋構造に極力侵襲を加えないよう慎重に電極を挿入留置されていた。

3) 残存聴力活用型人工内耳（Electric acoustic stimulation：EAS）

聴力像として、低音はよく聞こえるが、高音だけ難聴になるという方は言葉の聞き取りが悪くなり、普通の補聴器だけでは日常生活が難しいということで、高音部分だけ人工内耳を入れて、低音は普通の音を聞いていただくというタイプのものである。前項で述べた正円窓アプローチによる低侵襲手術というのができるようになって広ってきた技術である。

II. 人工中耳

1) VIBRANT SOUNDBRIDGE（VSB）人工中耳インプラント：体外からの電磁信号で体内のイン

プラント（振動子）を駆動

対象患者さんは、内耳の機能は保たれているが、中耳や外耳に難聴の原因がある方に、人工中耳インプラントというものが使われる。VIBRANT SOUNDBRIDGE (VSB) 人工中耳インプラントは電気刺激ではなく振動子を耳小骨に付けたり、正円窓に置くことで音を伝える。

2) BONEBRIDGE 人工中耳インプラント：体外からの電磁信号で体内的インプラントを駆動

45dB 以内の伝音又は混合性難聴で、気道補聴器や骨導補聴器の装用が困難な場合や十分な効果が得られない場合に検討されるタイプのインプラントである。

体内に埋め込むタイプのインプラントで、振動子が側頭骨内で振動し、骨導刺激で内耳から音が入っていくタイプのものである。2021年から健康保険で使えるようになっている。

3) Baha (Bone-anchored hearing aid) 人工中耳インプラント

人工中耳で一番件数の多いタイプで、この Baha (バー・ハ) (Bone-anchored hearing aid) は骨導補聴器の仲間である。これは約 2cm 程度の切開で、3mm 程度のチタン製のインプラントを側頭骨に埋め込んで、本体は外から接合子を介して直接引っ付けるタイプのため、感染のリスクはある。アメリカでは 10 万人以上が使っているインプラントである。

E. 一側性難聴治療の保険適用に向けた全国的な取り組み、及び今後の展望

I. 一側性難聴者の抱える不便性との対比からみた両耳聴の利点

1) 両耳加算効果

同じ音量を両耳で聴くと、片方の耳で聴くより約 3 dB (1.4 倍) 大きくなる。

2) 頭部陰影効果

右の難聴の場合は右側から、左の難聴の場合は左側から音が来る場合、自分の頭が邪魔で入ってくる音は両耳聴の場合より 10dB ~ 16dB ぐらい小さくなり、小声の場合は聴こえない。特に高音が聴き取れなくなる。

3) 音源定位

両耳聴では、「音の大きさの違い」、及び「音が到達するまでの時間差」を感じ取って、どの方向

から音がするかを判断できる。

4) カクテルパーティー効果

両耳聴の場合は、空間の中の特定のポイントに絞って、音を聴き取ることができる。具体的には、ガヤガヤたくさん喋っている中の遠くで特定の人が喋っている声に集中したら、そこだけ聴こえる。

5) 両耳冗長性

片方の耳で聴き落とした音を、もう片方の耳から入ってきた情報を手掛かりとして補完する効果のこと、同じ「こんにちは」という言葉でも、右から「こ・・・は」だけが入っても、左から「・んにち・」が入ると、頭の中で合成して、きちんと「こんにちは」と聴き取ることができる。

II. 一側性難聴治療における保険適用上の課題克服に向けた全国的な取組み

一側性難聴の患者さんに海外では人工内耳は承認されている。日本では残念ながらまだ保険適用になってない。ここをどうにかしないといけないというのが、難聴を専門にする耳鼻咽喉科医の課題である。

一側性難聴の患者さんの抱える不利益を正当に評価し、一日も早く健康保険での人工内耳埋込術が適用されるよう、目で見える形にして厚生労働省にアピールしていかないといけない。

全国 12 施設が共同で、次に述べるような両耳聴の有益性を明らかにする研究を通して、一側性難聴の患者さんにおける日常生活上の困難さを浮き彫りにし、治療による改善効果などを客観的に評価しつつ、両耳聴の機能を取り戻すためのリハビリテーションの方法の開発に関する研究も併せて実施している。

1) 方向定位検査（方向感検査）

広島大学を筆頭施設として実施している検査で、防音シートを被験者の周囲にセットした実験室にスピーカーを 9 個並べて、どこから音がしたかを当てる方法で方向感を評価する。基本的に同じものを全国 12 の施設に置いて、一側性難聴患者さんの音源定位能力の評価、及び補聴器や人工内耳装用による音源定位能力の改善効果等を評価する。

2) 雜音下語音閾値検査 (Oldenburg sentence test : OLSA)

山口大学が筆頭施設として実施している検査で、一側性難聴の患者さんに裸耳状態と補聴器装用状態のそれぞれの条件下において、一定のノイズ音量の中で、聴き取るべき音の音量を変化させ、聴き取り易さが簡単になったり、難しくなったりする中で、最終的に聴き取り正解率が50%になるとS/N比を算出する。

S/N比はノイズに比べて、シグナル（実際の言葉の音）が何デシベルの時に聴き取れたかを表した指標で、両耳聴の有効性が評価できる。

3) 一側性難聴に対するリハビリテーション方法の開発

一側性難聴の患者さんに聴覚補償機器（補聴器や人工内耳）を装用したら直ぐに両耳聴機能が使えるようになるわけではない。名古屋大学を中心とした研究班は、言語獲得後の一側性難聴で、既存の各種の聴覚補償機器を装用している患者さんを対象に、2台のスピーカー（ノイズの出るスピーカーと音声の出るスピーカー）を用いた自宅でできる新たなリハビリテーションを開発した。

具体的には、決められたルールに則って2台のスピーカーの設置位置を変更しながら、聴こ

え方の違いの自己検証を繰り返すリハビリテーションが開発されたことで、『一側性難聴の患者さんに医療が介入したことによる方向定位（方向感）の改善効果、並びに健側の耳から雑音を流して同時に聴覚補償機器装用側から音声を流す際の聴き取りの改善効果』がともに確認されている。※以上、特別講演で菅原教授が語られた内容を印象記の形でまとめました。

おわりに

当日の講演では山口県における遺伝性難聴の医療を、歴史も含めて紹介され、人工聴覚器で一番多い人工内耳、並びに人工中耳についてもその進歩の現状が紹介されました。特に、一側性難聴の患者さんへの人工内耳手術を保険適用に認めてもらえるよう、全国、多施設共同での、両耳聴の有効性を明らかにする研究への取組みは、難聴を専門にする全国の耳鼻咽喉科医の想いが詰まった内容でした。菅原先生の講演は、日常の診療で難聴の患者さんを診るときに、耳鼻咽喉科へのコンサルテーションにも注意を傾けることの重要性を再認識する機会となりました。貴教室の今後ますますのご発展をお祈りしたいと思います。

特別講演 3

「医療倫理：病院倫理委員会の意義と実際 ～臨床倫理の事例から」

産業医科大学医学概論教室教授 藤野昭宏

[印象記：下関市 森 健治]



本講演では臨床倫理事例の実際について、まずケーススタディから、次に病院倫理委員会の意義及びその構成と運営について講演された。

ケーススタディ①は不妊治療における卵管結紮の是非についてである。27歳未産婦が夫の強い希望により卵管結紮術を希望。主治医は母体保護法を根拠に拒否しようとしたが夫の強硬な態度により病院倫理委員会に諮問。倫理委員会は患者本

人の意思が曖昧で夫の言いなりであること、法的根拠が曖昧であることなどを問題視。一般市民、患者代表、マスコミ、法律専門家などの意見を聞き、最終的に卵管結紮は行わず、帝王切開で出産した。このケースは、病院倫理委員会の第三者性とプロセス主義の重要性を示した。

ケーススタディ②は生後6か月児の人工呼吸器管理についてである。生後6か月から呼吸障

害のある乳児に対し、母親は人工呼吸器管理に反対したが、父親は賛成した。病院倫理委員会は、医学的必要性、家族の意向、倫理的・法的側面などを検討した。母親からの手紙により、母親が治療継続に限界を感じていることが判明。倫理委員会は、家族の意向を最優先し、NICU管理から一般病棟管理とした。細かい治療法については、その都度判断していくこととなった。このケースは倫理委員会における多様な意見の聴取と、家族中心の医療の重要性を示した。

病院倫理委員会の意義であるが、まず病院内で発生する倫理的な問題を倫理的に考察する機関で、学術的な構成（医師、看護師、弁護士、一般市民、マスコミ関係者）が重要である。第三者性を確保することで、訴訟リスクを軽減し組織防衛に繋がる。プロセス主義を重視し、徹底的な議論と記録を残すことが重要である。臨床倫理コンサルテーションとは役割が異なることを強調され

た。次に倫理委員会の構成と運営についてであるが、信頼におけるマスコミ関係者（元編集員など）の参加は、情報公開と客観的な視点の確保に役立つこと（諸刃の剣の場合もあるが）、一般市民の選定には信頼関係の構築が重要であること、医療安全部や病院長との連携が不可欠であること、法律・倫理・道徳の三点を考慮した判断が必須であること、ヨーロッパの道徳重視型とアメリカの倫理重視型の両方の視点を踏まえることも重要であると説明された。

まとめ

病院倫理委員会は、医療現場における倫理的な課題解決に重要な役割を果たし、第三者性、プロセス主義、多様な意見の聴取などを重視することで、医療従事者、患者、家族にとってより良い医療を実現できると結論づけた。

特別講演4

「2025年における糖尿病の標準治療」

順天堂大学医学部附属順天堂医院糖尿病・内分泌内科教授 綿田 裕孝

[印象記：岩国市 茶川 治樹]



1. 糖尿病治療の進歩

糖尿病治療を大きく変えた最初の転機は、1921年のインスリン発見である。当時は欧米でも肥満は少なく、主な糖尿病はインスリンが絶対的に不足する1型糖尿病であった。インスリン治療がなければ小児を中心に予後は極めて不良で、食事療法（絶食療法）が中心であった。バンティングとベストによるインスリン発見後、1923年にはインスリン製剤が市販され、糖尿病患者はケトアシドーシスで急死することがなくなり、通常の食事が可能となった。寿命の延長だけでなく、QOL（生活の質）の飛躍的改善をもたらした点が画期的であった。

その後、第二次世界大戦後、欧米を中心に過食・

運動不足が進み肥満者が増加したこと、2型糖尿病が急増した。当時は糖尿病が発症してから、しばらくして治療が始まるし、また、治療薬としては低血糖がおこりやすいインスリンとSU剤が中心であった。このような糖尿病管理では、発症初期には自覚症状や合併症が乏しくとも、高血糖状態が長期間続くことで心血管疾患などの合併症が進展していく。事実、1990年にはフィンランドで心筋梗塞発症率を7年間追跡した大規模研究が始まり、糖尿病は“心筋梗塞既往と同等のリスク状態”であることが明らかとなった。また、糖尿病患者が心筋梗塞を一度起こすと、7年間で40%以上が再発するリスクがあることも示された。

そこで、その後、多くの糖尿病の臨床研究が行われた。その結果、「糖尿病は早期発見・早期治療が重要」という明確な方針が確立された。また、血糖、脂質、血圧、喫煙対策を早期から包括的に管理することが推奨された。また、血糖管理においては低血糖、体重増加を避ける治療が推奨された。

その後、2010年以降、低血糖、体重増加をきたさない糖尿病薬であるDPP-4阻害薬、GLP-1受容体作動薬、SGLT2阻害薬が登場した。GLP-1受容体作動薬及びDPP-4阻害薬はインクレチニン作用を増強し、血糖が高い時のインスリン分泌を促進するため低血糖を起こしにくい。また、われわれの研究を含む複数の研究により、血糖・体重変化とは独立して動脈硬化を抑制する可能性が示されている。

SGLT2阻害薬は尿中への糖排泄を促進し血糖を下げるとともに、カロリー喪失による体重減少、ナトリウム排泄による血行動態改善効果を持つ。その作用が心不全・腎保護作用に大きく貢献していると考えられる。

このような薬剤が広く使われ、糖尿病の予後は大きく改善した。最近のスウェーデンでの大規模研究では、HbA1c・血圧・LDL・喫煙・アルブミン尿を適切に管理できている限り、2型糖尿病患者の心血管イベントリスクは非糖尿病者と同等であることが示された。一方で管理不良のリスク因子が増えるほど発症リスクは上昇し、特に若年患者では相対リスクが大きくなることが示されており、若年者にはとくに厳格なリスク因子の管理が望まれる。

一方で、最近の新たな問題は、日本の高齢化に起因する高齢者糖尿病の増加である。高齢者ではインスリン分泌能低下・身体活動量低下が起こりやすく、低血糖リスクにも注意が必要である。現在の糖尿病治療ガイドでは糖尿病治療の目標を「糖尿病のない人と変わらない寿命とQOLの確保」としており、そのためには高齢化などに伴う併存症対策が重要であることが記載されている。

2. 食事療法と運動療法

2013年のLook AHEAD試験では、肥満を伴う2型糖尿病患者を対象として、通常療法と強化生

活習慣介入群に割付け、両群で心血管イベントの発症を比較した。強化生活習慣介入群では体重・HbA1cは改善したが、全体の心血管イベントは減少しなかった。

しかしその後の解析により、患者を4つのクラスターにわけると3つのクラスターでは強化生活習慣介入がイベントリスクを低下させるほうに作用するが、1つのクラスターでイベントリスクを増加させることが明らかになった。このことはおそらく、食事・運動療法は「正しく行える患者」には大きく有用であり、個別化が不可欠であることを示唆する。

このことを鑑みながら、これまでの糖尿病患者に対する食事療法の方針の歴史を見てみると。その根本となったのは食品交換表であろう。1965年の初版以来、現在の第7版まで食品を栄養素比率の近いものに分け、それらをバランスよく配分することで、食事の栄養素と摂取カロリーを管理する方式である。しかし現代では外食や中食が増加、生活パターンの多様化などで、食品交換表の使用は減っている。また、これまで必要カロリーが低推定であったことから、サルコペニアの発症も懸念された。そこで、2019年版糖尿病診療ガイドラインでは、糖尿病患者における食事療法において必要カロリー数の増加が明確となるとともに、エビデンスをまとめた結果、理想の栄養素比率も存続しないことが示された。さら2024年版ガイドラインでは以下が示されている：

- ・標準体重の1型・2型糖尿病では厳格なカロリー制限は不要。
- ・肥満を伴う2型糖尿病ではエネルギー制限が必要。
- ・低炭水化物食は短期的には有用。

さらに、食事療法の実践を支援するため、日本糖尿病学会は「健康食スタートブック」を公開している。

一方、運動療法は明確にHbA1cを改善する。最低でも週150分の運動が推奨されるが、150分未満でも「やらないよりは良い」。さらに、高齢者の指導において重要なことは身体活動量を増加させることであり、身体活動量とは運動+生活活動であるため、運動は増加しなくても生活活動が増加すればよい点である。事実、座位行動を

30分ごとに10分立つ・歩くことで血糖が有意に改善することが示されている。

3. 薬物療法

生活習慣の是正で血糖コントロール目標達成が困難な場合、薬物治療を行う。現在広く用いられるのは以下の三系統である：

- ・SGLT2阻害薬
- ・DPP-4阻害薬
- ・GLP-1受容体作動薬

SGLT2阻害薬はメタ解析では心血管イベント全体の抑制が示されているが、特に心不全と腎機能障害進展に対して明確な効果がある。一方、GLP-1受容体作動薬は心血管イベントを抑制するとともに、心血管死・心筋梗塞・脳卒中すべてのイベントを抑制することが示されているため、動脈硬化性疾患の抑制効果が期待される。また、メタ解析の結果、アジア人では白人よりも心血管イベント抑制効果が強い可能性が知られている。DPP-4阻害薬は臨床試験の結果心血管イベントを抑制する効果はないが、われわれの研究結果では、心血管イベントの既往のない日本人2型糖尿病を対象とするとDPP-4阻害薬が動脈硬化進展を抑制する可能性も示されている。これらのエビデンスは重要であるが、日本は高齢者糖尿病が多く、海外とは患者背景が異なるため、日本糖尿病学会は独自の「薬物療法アルゴリズム」を作成している。この主な特徴は以下のとおりである。

1. HbA1c目標を個別に設定（一般は<7%、高齢者は柔軟に）
2. 病態（インスリン抵抗性vs分泌不全）に応じ薬剤選択
3. 安全性（低血糖・腎機能・心不全）を考慮
4. 患者の継続可能性（費用・服薬性）を重視

4. 高齢者糖尿病の治療

高齢者では低血糖が重篤な転帰につながるため、低血糖回避が最重要である。また、フレイル予防のため十分なタンパク摂取も必要である。85歳以上では低血糖・ケトアシドーシスのリスクが高いことが報告されているため、それを考慮した経口薬を用いるが、インスリン分泌不全例ではインスリン治療が必須となる。このさい、臨床

的には高齢者に対してどのように安全かつ効果的にインスリン治療を導入するかは大きな問題であった。

2025年、週1回投与の基礎インスリンが登場した。本インスリンは多くの高齢者にとって重要な薬剤となると考えられる。本剤を用いたONWARD2試験では、従来の1日1回製剤と同等の血糖コントロールが得られることが示された。ただし、1回投与のみ50%增量し、2回目以降は通常単位とする必要があるため、初回は医療機関で投与するなどの工夫が勧められる。

5. Continuous Glucose Monitoring (CGM)

FreeStyleリブレ2やDexcomG7を腕の裏に装着すると、2週間連続で血糖推移をリアルタイムに把握でき、低血糖アラートや予測アラートも搭載されている。

CGMにより患者が自身の血糖を積極的に把握するため、血糖コントロールは一般に改善する。ただし、

- ・測定値は血液ではなく間質液の糖濃度
- ・常時モニタリングが負担となる患者には不適合といった留意点もある。

まとめ

2025年時点の糖尿病治療は、1990年代と比べて著しく進歩した。新規薬剤の登場により、血糖コントロールだけでなく心血管・腎合併症の予防が可能となり、予後改善が期待できる。

治療の鍵となるのは

- ・持続可能性（Sustainability）
 - ・医療者と患者が協働する治療決定
 - ・多様性を踏まえた個別化・柔軟性
- であり、患者の背景に応じて最適な治療法を選択することが重要である。

県下唯一の医書出版協会特約店

医学書専門
看護学書

井上書店

〒755-8566 宇部市南小串2丁目3-1(山口大学医学部横)
TEL 0836(34)3424 FAX 0836(34)3090
[ホームページアドレス] <http://www.mm-inoue.co.jp/mb>.
新刊の試覧・山銀の自動振替をご利用下さい。

理 事 会

－第15回－

11月6日 午後5時～6時50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・繩田・竹中各常任理事、白澤・木村・藤井・國近・中村・森・吉水各理事、宮本・友近・淵上各監事

協議事項

1 令和8年度市町の施策・予算措置に対する要望について

令和8年度要望事項について概要が説明され、協議の結果、10項目を要望することを決定した。

2 バイオ後続品の啓発チラシ（案）への意見照会について

標記の啓発チラシ（案）について特に意見はなく、このチラシにより普及啓発を図ることを承認した。

3 山口県報道懇話会と山口県医師会との懇談会について

標記懇談会のテーマを「OTC類似薬」とし、12月9日に開催することを決定した。

報告事項

1 山口県男女共同参画推進連携会議（10月15日）

会長の選出の後、令和7年度の主な取組、「男女共同参画に関する県民意識調査」等の結果概要、山口県男女共同参画基本計画の改定について協議が行われた。（長谷川）

2 第1回准看護師試験委員会（10月17日）

准看護師試験の概要、事務委託の実施状況、令和6年度試験の実施状況についての報告の後、令和7年度山口県准看護師試験の実施（案）について協議が行われた。（茶川）

3 第3回生涯教育委員会（10月18日）

生涯研修セミナーの企画、山口県医学会誌の投稿論文やペーパーレス化等について協議を行った。（茶川）

4 健康スポーツ医学実地研修会（10月19日）

就実大学教育学部初等教育学科の飯田智行教授による「生成AIを用いたウォーキングコースの作成」と題した特別講演の後、ウォーキングを行った。受講者24名。（長谷川）

5 第4回山口県糖尿病療養指導士講習会

（10月19日）

3講義の後、修了認定試験が行われた。参加者85名。（中村丘）

6 山口大学医学部講義（10月20日）

「私にとっての医学・医療と医師会」と題して、山口大学の医学生に講義を行った。（加藤）

7 日本医師会報道記者との懇談会（10月20日）

日本医師会の宮川政昭常任理事による「OTC医薬品についていわゆる『OTC類似薬』の課題」と題した講演の後、意見交換が行われた。（長谷川）

8 第2回都道府県医師会長会議（10月8日）

「有料職業紹介事業」をテーマとしたグループ討議や全体討議の後、都道府県医師会から日本医師会への質問と回答、診療所の緊急経営調査の結果等の報告が行われた。（加藤）

9 第24回山口県がん診療連携協議会「Web」

（10月21日）

第24回山口県がん診療連携協議会実務担当者会議の報告、令和6年度の活動状況と令和7年度の取り組み等についての報告が行われた。（藤井）

10 県の施策・予算措置に関する政党要望

（自民党：10月22日、公明党：10月25日）

「医療・介護の現場を守るための予算措置につ

理 事 会

いて【新規】など 4 項目について、自民党政策聴聞会、公明党政策懇談会において要望を行った。
(伊藤)

**11 中国地方社会保険医療協議会山口部会
(10 月 22 日)**

医科 4 件、歯科 1 件、薬局 4 件が指定された。
(淵上)

12 医事案件調査専門委員会 (10 月 23 日)
病院 3 件の事案について審議を行った。(繩田)

13 郡市医師会特定健診・特定保健指導担当理事及び関係者合同会議 (10 月 23 日)

令和 6 年度の実施結果及び令和 7 年度の実施状況、令和 8 年度の受診率の向上に向けた取組等について協議を行った。(伊藤)

**14 第 46 回産業保健活動推進全国会議
(10 月 23 日)**

中央情勢報告、産業保健総合支援事業に関する活動事例報告の後、「高年齢労働者の労働対策」と題したシンポジウム等が行われた。(中村洋)

15 山口県献血推進協議会表彰式 (10 月 23 日)
薬事功労者、献血運動推進協力者の表彰が行われた。(加藤)

16 集団的個別指導「周南会場」(10 月 23 日)
医療機関 18 件の指導の立会を行った。(宮本)

17 山口県生活保護医療扶助技術審査 (10 月 23 日)
6 つの症例について、就労の可能性等の審査が行われた。(木村)

**18 日医第 3 回医師会共同利用施設検討委員会
(10 月 24 日)**

岡山市医師会の平田 洋 会長による「メディカルセンターにおける医療 DX の取り組み」と題した講演の後、令和 6・7 年度医師会共同利用施設

検討委員会報告書（答申素案）について審議が行われた。(茶川)

19 男女共同参画・女性医師部会地域連携会議、男女共同参画部会第 2 回理事会 (10 月 25 日)

地域連携会議では、本会男女共同参画部会の活動報告、各郡市女性医師部会の現状報告の後、意見交換を行った。第 2 回理事会では、総会の日時・場所、講師等の決定、「教えて！先輩 2025」の参加呼びかけ等について協議を行った。(長谷川)

20 産業医基礎（前期）研修会 (10 月 26 日)

「総論」「作業管理」「有害業務管理」及び「産業医活動の実際」の 4 題の講義を行った。受講者 21 名。(吉水)

21 第 77 回長北医学会 (10 月 26 日)

会員研究発表 26 題、日本医師会の松本吉郎 会長による「日本医師会の医療政策」と題した特別講演等が行われた。(加藤)

22 第 69 回社会保険指導者講習会 (10 月 26 日)

生涯教育講演として「病診連携と多職種で取り組む日本の CKD 対策」など 3 題、厚生労働省関係講演として「2040 年を展望した医療」など 2 題の講演が行われた。(竹中、木村、國近)

23 病院勤務医懇談会「関門医療センター」

(10 月 29 日)

関門医療センターからの出席者への事前アンケートに基づき意見交換を行った。(中村洋)

24 日医第 4 回母子保健検討委員会「Web」

(10 月 29 日)

呉市における妊産婦メンタルヘルス支援体制、令和 7 年度母子保健講習会、会長諮問に対する答申とりまとめ等について審議が行われた。(河村)

25 広報委員会・歳末放談会 (10 月 30 日)

広報委員会では、会報主要記事掲載予定 (11

理 事 会

月号～1月号)、県民公開講座、県医師会報の今後等について協議を行った。また、「これから時代を賢く生きる術2025」を全体テーマとして、学校保健をめぐる最近の状況や猛暑、酷暑、極暑について歳末放談会を開催した。(長谷川)

26 集団的個別指導「山口会場」(10月30日)

医療機関25件の指導の立会を行った。(木村)

27 山口県精神科病院協会創立70周年記念式典 (11月1日)

来賓として出席し、祝辞を述べた。(加藤)

28 女性医師支援・ドクターバンク連携中国四国ブロック会議(11月3日)

岡山県医師会館において本会の担当により開催。日本医師会ドクターサポートセンターからの報告、各県医師会の取組報告の後、女性医師の組織内での昇進や日本医師会への要望等について意見交換を行った。(長谷川)

29 中国四国医師会連合医事紛争研究会 (11月3日)

各県医師会からの提出議題や日本医師会への要望・提言について協議を行った。(繩田)

30 病院勤務医懇談会「周東総合病院」(11月5日)

周東総合病院からの出席者への事前アンケートに基づき意見交換を行った。(中村洋)

31 会員の入退会異動

入会7件、退会5件、異動11件。(11月1日現在会員数:1号1,184名、2号842名、3号528名、合計2,554名)(伊藤)

医師国保理事会 第12回

協議事項

1 傷病手当金支給申請について

1件について協議、承認。

報告事項

1 第21回学びながらのウォーキング大会

(10月19日)

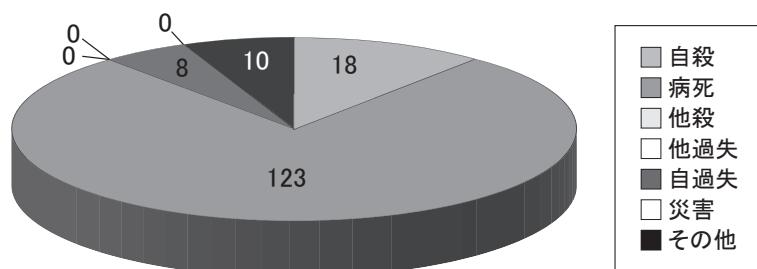
美東町大田公民館にて、「生成AIを用いたウォーキングコースの作成」(就実大学教育学部初等教育学科教授 飯田智行)と題した講演後、秋吉台及び秋芳洞でウォーキングを行った。参加者35名。(長谷川)

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
Oct-25	18	123	0	0	8	0	10	159

死体検案数と死亡種別(令和7年10月分)



日医FAXニュース

2025年（令和7年）10月24日 3350号

- 医療機関の窮状「共有できている」
- 経常赤字の病院62.2%、公立では9割超
- OTC類似薬の給付見直し「時期尚早、反対」
- 出産無償化の議論に問題意識
- 医療・介護の経営・待遇改善に補助金

2025年（令和7年）10月28日 3351号

- 物価高等、環境変化への対応を重点課題
- 高齢者医療の負担、議論が本格化
- 出産の給付体系、議論開始
- 「ギャバロン髓注」継続的な供給対策を
- 診察待ち時間にゲームで健康啓発

2025年（令和7年）10月31日 3352号

- 経営悪化受け「診療報酬上の高い評価を」
- 病院の経常マイナス決算を報告
- 重点課題に環境変化への対応、賛同多く
- ケアマネ更新制「廃止」、大筋で了承

2025年（令和7年）11月7日 3353号

- 現役世代の負担増「問題意識を共有」
- 病床削減「調査結果踏まえ対応判断」
- 入院料2~6の在り方は？
- 「医療機関名簿」を提供・共有
- インフル、5都県で「注意報」レベル
- 感染性胃腸炎3.42、2週連続減

2025年（令和7年）11月11日 3354号

- 財政審議論に「危機感、全く感じられず」
- 物価高騰支援「診療所も対象」と明言
- 食事療養費、3年連続引き上げか
- OTC類似薬の保険除外、目立つ慎重論
- かかりつけ医機能報告で「マニュアル」

2025年（令和7年）11月14日 3355号

- 財務省の理想像、「あきれ果てている」
- 补正予算での支援と大幅プラス改定を
- 医師偏在、「全世代で対応を」
- 70歳以上の自己負担3割「現実的でない」
- 感染性胃腸炎3.58、増加に転じる

2025年（令和7年）11月18日 3356号

- 金融所得把握し保険料の不公平是正を
- 改定待たず待遇改善、経済対策で迅速に
- 地域医療を守れ、数千億円後半の支援を
- インフル大流行時、国の備蓄薬一時放出

2025年（令和7年）11月21日 3357号

- 改定へ「3つの観点」でバランス保つ
- 「ARI総合対策」を初公表
- RSV母子免疫ワクチン、定期接種化「了承」
- 高用量インフルワクチン、定期接種へ
- コロナ公費支援の再審査請求、12月から
- マイナ保険証なしも「従来どおり受診可」

山口銀行はスマホ1つで

いつでも、どこでも、カンタンに

口座開設も 残高照会も お振込も

お店に行かなくても大丈夫。便利に使えるアプリです。

この世界で。
この街で。
このじぶん。

YMfg



山口銀行

お問い合わせはヘルプデスクへ

0120-307-969 ■受付時間(平日・土日祝)
7:00~23:00



うさぎを飼っています

飄々

広報委員

藤村 智之

わが家には3年前の1月から一匹のメスのうさぎがいます。

卯年生まれの娘が「うさぎを飼いたい！自分で世話をするから」との懇願に負けて、下松市のペットショップで買いました。ネザーランドドワーフ（オランダウサギ）、毛の色はオレンジです。誕生日を11月11日に勝手に決めました。娘が「きなこ」と名付けました。

丸で赤くて愛くるしい目をしていて、短めの耳がぴーんとして、毛がふわふわしてとにかく可愛いです。

初めこそ、張り切って世話をしていた娘ですが、今は専ら私と妻が交代で世話をしています。

毎朝、トイレ掃除（うさぎは決まった場所でうんちとおしっこをします。これは躊躇ではなく、本能だそうです）と、餌やり。うさぎのフードにはまずペレットという、干し草を小豆大に固めた固形物と、ティモシーという干し草、あとはペレットに似た長細いサプリメント、それからパイナップルやマンゴーなどのフルーツを乾燥させて作られた固形のおやつなどを与えます。中でも、フルーツはきなこの大好物で、前脚を私たちの膝にのせてせがみます。

うさぎは常に鼻をヒクヒクさせています。これは、健康なうさぎの正常な行動で、うさぎは鼻呼吸しているためと、優れた嗅覚を使って周囲の情報を集めためだそうです。うさぎは全く鳴きませんが、たまにブ、ブと小さく鼻を鳴らすことがあります。これは嬉しいという感情表現だそうです。うさぎの最大の特徴は長い耳です。耳が垂れた種類もありますが、ほとんどがまっすぐ立っています。耳はレーダーの役目をし、よく動きます。うさぎの耳は皮膚が薄くて、血管が通っていて体

温の上昇を防ぐ役割もあるそうです。耳が立っている時は、警戒している時。耳を後ろに倒している時は、眠い時又は眠っている時です。リラックスしているように見えます。

3年経ちましたが、人間で言うと30～40歳だそうです。昨年動物病院で去勢手術をして、卵巣を摘出していますので、妊娠はできませんが、手術前は、偽妊娠による営巣行動といって、干し草を口に頬張って一か所に集めたり、口に咥えて首を盛んに振ったりしていました。

小さい頃からうさぎがひとりぼっちで可哀想だなと思っていましたが、本人は寂しくもないようです。むしろ私たち家族が揃っている時の方が、安心するようです。

うさぎの寿命は5年から8年です。あと3、4年かと思うとこれまた寂しくなりますが、ペットとの別れは仕方のないことです。「来世は人間に生まれて来いよ」ときなこにいつも言い聞かせています。仕草がいつも可愛くて、家族皆きなこに毎日癒されまくっています。





令和7年度 第102回山口県消化器がん検診講習会

日 時 令和8年3月28日(土) 15:00 ~ 17:00

場 所 山口県総合保健会館 2F「多目的ホール」山口市吉敷下東3-1-1
TEL083-934-2200

次 第

司会: 山口県消化器がん検診研究会 副会長 清水 建策
開会挨拶

特別講演I 15:00 ~ 16:00

座長: 山口県消化器がん検診研究会 会長 檜垣 真吾
ヘルコバクター・ピロリ除菌後胃癌の現状と課題
鳥取大学医学部消化器・腎臓内科学分野 八島 一夫

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
Post *H.pylori* 時代のトピックス「自己免疫性胃炎とNPHG胃炎」
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 CC52(胸やけ): 1単位

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)

TEL083-922-2510 FAX083-922-2527

Eメール nakano@yamaguchi.med.or.jp(中野)

※事前の参加申込は不要です。



「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11月21日現在の登録状況

譲渡希望件数 15件、譲受希望件数 5件

医師資格証 (HPKIカード)

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。

(登録および現場応対は任意となります)

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

1
『申請書類』一式を
日本医師会電子認証
センターへ郵送します。

日医
会員

発行時費用の
払込票が
郵送されます。

日医
非会員

ゆうちょ・コンビニ
払込票にて
支払います。

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
・マイナンバーカード
・住民基本台帳カード
(平成24年4月1日以降発行のもの)
・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しての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)よりご確認いただくことが可能です。

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。

▶ 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。

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。

身分証の提示(下記のいずれか1点)(有効期間内のもの)

- | | |
|---|--|
| 2 | <ul style="list-style-type: none"> ・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 |
|---|--|

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

暗証番号を忘ってしまった場合、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

掲載内容2022年8月現在

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

お問合せ | toiawase@jmaca.med.or.jp





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8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7年11月1日～令和8年1月末日）します。

研究期間：2年間（令和8年4月1日から令和10年3月31日まで）

(1) 助成金額：1年間あたり上限100万円（2年間で上限200万円）

(2) 申請資格：産業医または産業医を含む共同研究グループ

事業場、健康診断機関、作業環境測定機関等の産業保健スタッフ

（必ず一人は産業医を含む共同グループであること）。

詳細は財団ホームページ（<https://www.zsisz.or.jp/investigation/r8.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 E-mail:fukyu@zsisz.or.jp

産業医学振興財団 HP <https://www.zsisz.or.jp/>

SOMPO

受け継ぐのは、人への思い。

東京の街を守るために結成された私設消防団「東京火災消防組」(1888年)

損保ジャパンの
ブランドヒストリーは
こちら▶

損保ジャパン

謹 祀

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。

佐 藤 信 一 氏 徳 山医師会 11月7日 享 年 64

編集後記

本会報7月号「今月の視点」で取り上げた大阪・関西万博が、10月13日に閉幕しました。誌面で紹介した以上、責任を持って現地を訪れましたので、参加報告をさせていただきます。

大阪・関西万博は、大阪市此花区の人工島・夢洲にて、2025年4月13日から10月13日までの184日間開催されました。「いのち輝く未来社会のデザイン」をテーマに、158の国と地域、9つの国際機関が参加した国際博覧会でした。

開幕当初はユスリカの大量発生やレジオネラ菌検出などネガティブな報道もあり、全国的な盛り上がりには今ひとつ欠けていた印象でした。私自身も遠い存在を感じていましたが、子どもとの夏休みをどう過ごすか考える中で「今年しかない」と思い立ち、8月に訪れるにしました。

チケット購入やパビリオン予約には手間と時間がかかり、抽選にも外れ続けましたが、まずは一人で2時間という短時間ですが下見へ行くことにしました。西ゲートに到着すると、国旗がはためくポールの下を歩きながら、胸が高鳴るのを感じました。ミャクミャク像と大屋根リングが迎えてくれた瞬間、万博の世界に引き込まれたのを覚えています。

その後、子どもとの本番訪問、敬老の日には両親を連れて再訪しました。パビリオン予約は叶わないことも多く、炎天下の待ち時間に熱中症寸前になったこともありましたが、それでも行けば行くほど魅力が増す不思議な空間と貴重な時間でした。

パソナ館では拍動するiPS細胞由来の心臓模型（心臓の拍動は心房細動でした）や、未来医療の映像展示に触れ、技術の進展に驚かされました。両親とは55年前の大阪万博の思い出を重ねながら、大屋根リングに上ることができ、少し親孝行もできた気がします。

万博は、事前準備や当日の混雑、酷暑など、決して容易な体験ではありませんでしたが、それらを上回る感動と学びがありました。閉幕を迎えた今、夢洲の風景とともに、かけがえのない記憶として心に刻まれています。

（理事 國近 尚美）



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。



「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）