

# 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<sup>\*1</sup>は39件（該当事案出動割合は0.05%）、プロトコル適応件数<sup>\*2</sup>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ったため、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いている。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お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会議員の先生方、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」に関

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、特にべ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处分が可能となる。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ない」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。

### 日医的回答

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感じ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、モデル校在籍的小学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きた。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は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観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

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らない。

**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く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点は周知の事実だが、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っ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ヶ月以降、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で、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る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

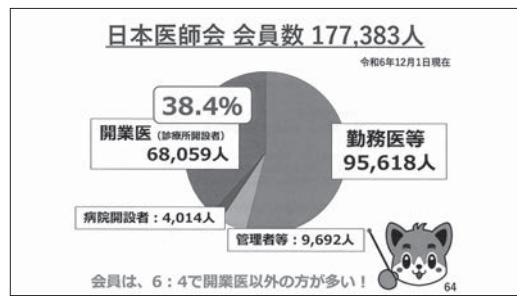
- ・診療報酬の調査・評価分科会での議論が行われた。
- ・医療機関の経営環境の悪化が指摘された。
  1. 急性期入院医療について
  2. 高度急性期入院医療について
  3. DPC/PCPSについて
  4. 包括的な機能を担う入院医療について
  5. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
  6. 療養病棟入院基本料について
  7. 重症度、医療・看護必要度について
  8. 救急医療について
  9. 入退院支援について
  10. 働き方・タスクシフト／シェアについて
  11. 病棟における多職種でのケアについて
  12. 外来医療について
  13. 情報通信機器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。

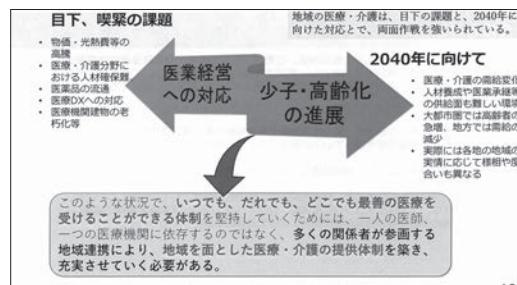
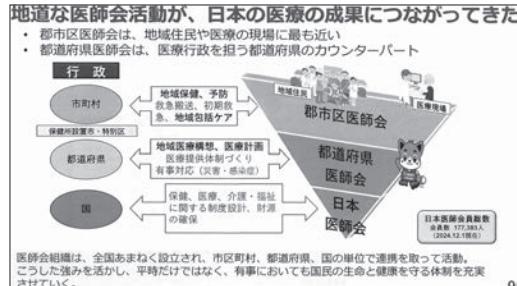
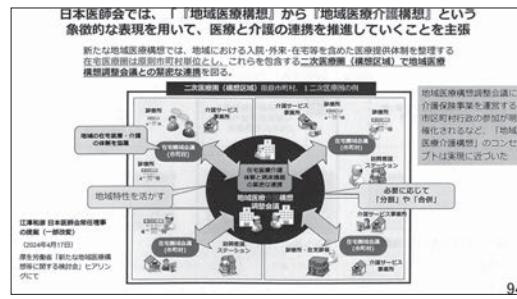


53



## 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ニックで、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、メーヨークリニックでは当分の間、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を使った場合、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/ケモカインを產生誘導する。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產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っていると言われるが、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われてたので、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って、毎週火曜日の朝に、みんなの前でプレゼンしてもらっている。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に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。このままいくと日本も大変だということで、尊王攘夷を行った。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った。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。そして國の形を作った。こういう形を作っ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った。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った。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った。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、データを扱ってもらい、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ってエクセルファイルで解析を行っている。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った。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

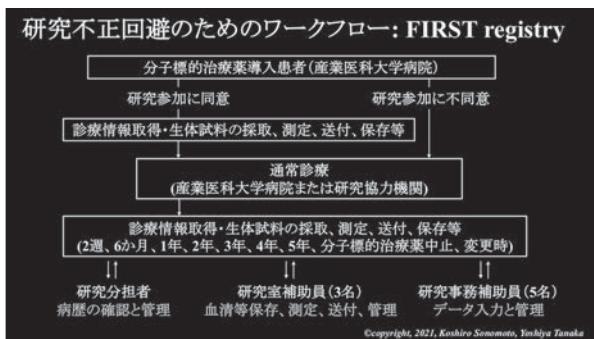


図2

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、滑膜から產生されて軟骨を溶かす酵素である。これが產生されることによって軟骨が溶けていく。產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

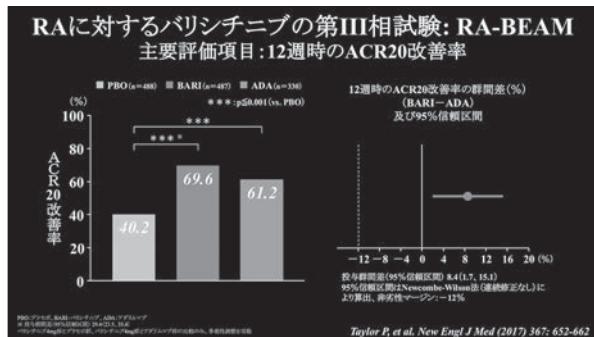


図3

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づつ薬をやめていき、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

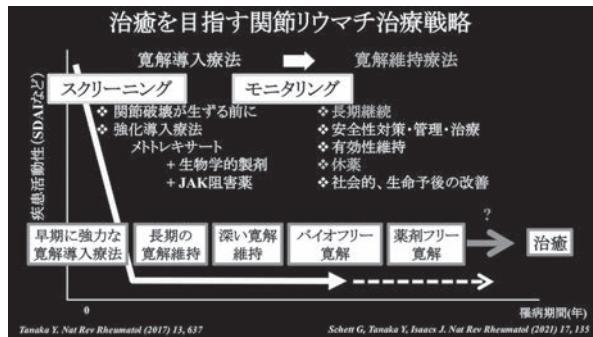


図4

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けた。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っていた。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疗方法もあったが、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

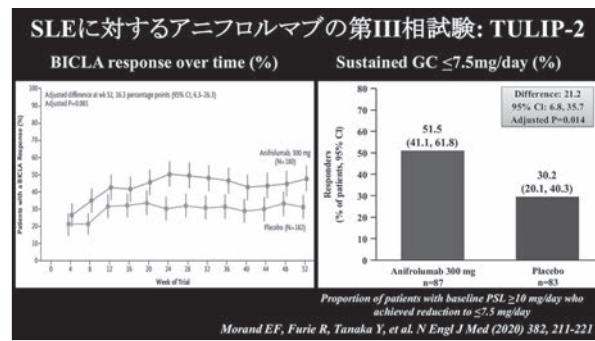


図5

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、それが発現すると、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すること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]

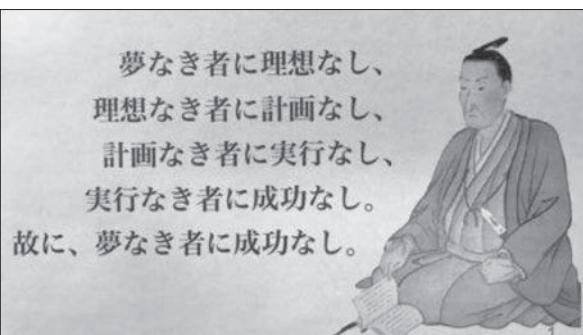


図 6