

# 山口県医師会報

令和8年(2026年)

2月号

— No.1986 —



梅園のエナガ 森本 康裕 撮

Topics

顕彰  
定例記者会見



# Contents

■ 顕彰	59
■ 定例記者会見「今年流行した子どもの感染症について」	64
■ 今月の視点「病院経営における原価管理の意義 —医療の質を守り、持続可能な地域医療を実現するために—」	岡 紳爾 70
■ 令和7年度 花粉測定講習会	沖中芳彦、中村 丘 74
■ 令和7年度 都道府県医師会医事紛争担当理事連絡協議会	縄田修吾 76
■ 第19回医療関係団体新年互例会	長谷川奈津江 83
■ 令和7年度 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	戒能美雪、長谷川奈津江 84
■ 山口県報道懇話会との懇談会	長谷川奈津江 87
■ 令和7年度 児童虐待の発生予防等に関する研修会	河村一郎 88
■ BEAMS 研修	河村一郎 94
■ 令和7年度 第56回全国学校保健・学校医大会	沖中芳彦、河村一郎、長谷川奈津江、木村正統、中村 丘 97
■ 第69回社会保険指導者講習会	竹中博昭、木村正統、國近尚美 122
■ 第106回山口県医学会総会	塩見浩太郎 127
■ 理事会報告（第17回、第18回、第19回）	134
■ 日医 FAX ニュース	141
■ 飄々「最近の雑感」	岡山智亮 142
■ お知らせ・ご案内	143
■ 編集後記	中村 丘 154

# 顕彰

ご栄誉をたたえ、心からお祝い申し上げます。



## 旭日双光章

小林元壯 先生（岩国市医師会）

令和7年4月29日

永年にわたり保健衛生の向上と、地域医療の発展に寄与された功績により受章されました。



## 旭日双光章

前濱修爾 先生（柳井医師会）

令和7年11月3日

永年にわたり保健衛生の向上と、地域医療の発展に寄与された功績により受章されました。



## 瑞宝双光章

高田洋美 先生（岩国市医師会）

令和7年4月29日

永年にわたり保健衛生・環境の向上と、学校保健の推進に寄与された功績により受章されました。

# 顕彰



## 文部科学大臣表彰

岸田健伸 先生（下松医師会）

令和7年11月20日

永年にわたり学校医として児童生徒の健康管理及び保健指導に努め、健康保持増進のために尽力された功績により受賞されました。



## 厚生労働大臣表彰

秀浦信太郎 先生（下松医師会）

令和7年2月25日

永年にわたり公衆衛生事業に尽力された功績により受賞されました。



## 厚生労働大臣表彰

原田有彦 先生（徳山医師会）

令和7年9月9日

永年にわたり、地域の救急医療体制の確立に貢献された功績により受賞されました。



## 厚生労働大臣表彰

山下裕幸 先生（山陽小野田医師会）

令和7年9月9日

永年にわたり地域のお産を支え、産科医療の推進に貢献された功績により受賞されました。

# 顕彰



## 厚生労働大臣表彰

野垣 宏 先生（山口大学医師会）

令和7年10月29日

永年にわたり、社会保険診療報酬支払基金の審査の充実・向上に貢献され、医療保険制度の発展に寄与された功績により受賞されました。



## 厚生労働大臣表彰

松永登喜雄 先生（美祢市医師会）

令和7年10月27日

永年にわたり、山口県国民健康保険診療報酬審査委員会の委員として精勤され、国民健康保険事業の発展に寄与された功績により受賞されました。



## 日本医師会最高優功賞

兼定 啓子 先生（山口市医師会）

令和7年11月1日

永年にわたり、地域における保健医療活動に貢献された功績により受賞されました。



## 日本医師会優功賞

加藤 智栄 先生（山陽小野田医師会）

令和7年11月1日

日本医師会代議員在任10年の功績により受賞されました。

# 顕彰

## 山口県選奨

玉木英樹 先生（萩市医師会）

中村洋 先生（山口市医師会）

馬場良和 先生（柳井医師会）

弘山直滋 先生（下関市医師会）

菅順子 先生（宇部市医師会）

令和7年11月20日

保健衛生・環境等の社会福祉の推進に貢献された功績により受賞されました。

## 山口県救急医療功労者知事表彰

内田正志 先生（徳山医師会）

令和7年10月3日

永年にわたり、救急医療体制の確立に貢献された功績により受賞されました。

## 山口県救急医療功労者知事表彰（団体）

厚生連長門総合病院

令和7年10月3日

永年にわたり、救急医療体制の確立に貢献された功績により受賞されました。

## 山口県教育功労者表彰

兼定啓子 先生（山口市医師会）

原田元 先生（山口市医師会）

阿武義人 先生（山口市医師会）

堀哲二 先生（萩市医師会）

藤本俊文 先生（岩国市医師会）

令和7年11月27日

永年にわたり、学校医として学校保健の振興に寄与された功績により受賞されました。

# 顕彰

## 山口県学校保健連合会表彰 (学校保健功労者)

杉 基嗣 先生 (徳山医師会)

中野英一 先生 (下関市医師会)

宮本正樹 先生 (下松医師会)

令和8年1月15日

永年にわたり、学校医として学校保健の振興に寄与された功績により受賞されました。

## 山口労働局長表彰

三井俊明 先生 (宇部市医師会)

吉金秀樹 先生 (吉南医師会)

令和7年7月1日

永年にわたり、産業医として献身的に活動され、地域の安全衛生水準の向上発展に寄与された功績により受賞されました。

# 定例記者会見

## 「今年流行した子どもの感染症について」

と き 令和7年12月25日（木）13：30～14：20

ところ 山口県医師会6階 会議室



令和7年12月25日（木）に、加藤会長をはじめ、河村常任理事、長谷川常任理事が出席し、記者会見を行いました。

今回の会見では、インフルエンザ、伝染性紅斑（りんご病）、百日咳菌感染症など、今年流行した子どもの感染症について説明し、基本的な感染症対策とワクチン接種を県民に呼びかけました。

### 会長挨拶

**加藤会長** 本日は年末の忙しい中、お集まりいただき感謝申し上げます。本年度3回目の定例記者会見は「今年流行した子どもの感染症について」というテーマで河村常任理事に説明していただく。

今年はインフルエンザが例年より4週間早く流行し、今も警報レベルが続いており、学年閉鎖や学級閉鎖が続いている。本日の会見を契機に小児の感染症に対する理解を一緒に深めていきたい。感染症の原因は大きく分けてウイルスと細菌の2つに分かれる。今流行しているインフルエンザはウイルスによって起こるが、百日咳や肺炎球菌などによる感染は細菌によって起こる。新型コロナウイルス感染症の時に経験したように、ワクチンで防ぐことができるものはしっかりとワクチンを接種して集団免疫を作ることが大切である。新型コロナウイルスの時は新種のウイルスであったため、免疫が全くなく世界的に大流行し、

わが国でも2類感染症の位置付けから5類感染症に移行するまでに3.5年の歳月を要した。この期間中はコロナウイルスの変異が早いため、何回もワクチン接種を行ったことを覚えておられると思う。

感染症の多くはワクチンで防ぐことが可能であり、子宮頸がんや肛門がんもワクチンがある。このワクチンは小学6年生から接種が可能で、男性にも適用がある。ワクチン接種も種類が増え、打つタイミングも重要であり、インフルエンザのワクチンも注射ではない点鼻タイプの新しいものがでている。感染症の治療に関してもウイルスと細菌では異なる。抗生物質は細菌感染には効くが、ウイルス感染には効果がなく、抗生物質をむやみに使うと耐性菌を増やすことにもなるので注意が必要である。本日は小児の感染症のことをよく知っていただき、適切な予防や治療の知見を増やしていただきたい。

**概要説明**

**河村常任理事** 主に感染症の原因は細菌とウイルスの2種類がある。細菌は細胞がなくとも増えることができ、細胞壁がある。一方、ウイルスは人や動物などの細胞の中で増えるため、自分では増えることはできない。DNAやRNAという遺伝子を持っており、細胞壁はない。細菌は細胞壁を壊す薬（抗菌薬）が効くが、ウイルスには効かない。大きさは、細菌は1～5 μm程度で、ウイルスは20～970nmと言われており、細菌の方が大きく、ウイルスは非常に小さいので、ウイルスは遠くに飛びやすく、広がりやすいという特徴を持っている。

ウイルス性の感染症は、麻しん（はしか）、風しん（三日はしか）、おたふくかぜ、水ぼうそう、夏かぜ症候群（手足口病、ヘルパンギーナ、咽頭結膜熱（プール熱）など）、扁桃炎や咽頭炎などを起こすアデノウイルス感染症、ヒトメタニューモウイルス（5月から7月ごろ、1～2歳に多い、熱、咳、鼻水、ぜいぜいなどが出る）、突発性発疹、RSウイルス、インフルエンザウイルス、新型コロナウイルス、りんご病、ロタウイルス、ノロウイルスによる胃腸炎、一般的なかぜ（ライノウイルス、パラインフルエンザウイルス、通常のコロナウイルスなど）、子宮頸がん、尖圭コンジローマ、肛門がんなどを起こすヒトパピローマウイルスがある。この中で麻しん、風しん、おたふくかぜ、水ぼうそう、RSウイルス、インフルエンザウイルス、新型コロナウイルス、ロタウイルス、ヒトパピローマウイルスはワクチンがあり、水ぼうそうには治療薬がある。

細菌性の感染症は、咽頭炎や扁桃炎を起こす溶連菌感染症（ペニシリン系、セフェム系の抗菌薬が効く）、腸炎を起こし、主に食中毒になるカンピロバクター、サルモネラ、病原性大腸菌、百日咳菌感染症、肺炎や気管支炎を起こすマイコプラズマ感染症、髄膜炎や喉頭蓋炎などを起こすヒブ（Hib：ヘモフィルスインフルエンザb型）、髄膜炎や中耳炎、副鼻腔炎などを起こす肺炎球菌、中耳炎や副鼻腔炎などを起こす普通のヘモフィルスインフルエンザ菌、モラキセラ・カタラーリス、がある。この中で、百日咳感染症、ヒブ、肺炎球

菌はワクチンがある。

**近年のインフルエンザ**

流行しているのはA香港型（H3N2）で、2025年はその中でもサブクレードKという変異型が11月ごろから流行した。また、A型は2009年に新型が出ており、2009新型（H1N1pdm）などが最近見られる。A型にはAソ連型があったが、最近は見られなくなった。B型には山形系統とビクトリア系統があったが、山形系統は2020年から検出されなくなり、現在の予防接種ではA香港型、2009新型、B型ビクトリア系統の3つの型に対応しているワクチンとなっている。

アメリカで開発され、2024年9月から発売された「フルミスト®」は鼻の中に噴射する生ワクチンである。フルミストは、現在2歳から18歳が対象（免疫異常がある場合は禁忌）で、局所の分泌型IgAを誘導する。5歳未満児でA型に対して8割程度の発症予防効果があると言われていた。ただ、これはアメリカのデータであり、日本でのデータはまだないので、今後データの蓄積を待たなければ効果は分からない。また、生ワクチンであるため、インフルエンザ様症状を来すことがある。接種後1～2週間は他人に感染することもあると言われているが、ウイルスが微量で弱毒化されているので感染を気にして登園、登校を禁止する必要はない。

インフルエンザは自然に軽快する疾患であり、薬は必須ではないが、インフルエンザウイルスに効く薬が現在、5種類ある。

- ・オセルタミビル（タミフル®）：5日間の内服で粉薬、錠剤、カプセルなどがある。全年齢で推奨されている。
- ・バロキサビルマルボキシール（ゾフルーザ®）：1回の内服でよく、これまでは錠剤のみだったが、今年から粉薬も出て、小児にも使えるようになった。11歳以下の子に使うとウイルスが耐性になりやすいと言われており、特にA型のインフルエンザで耐性が作られやすいと言われているため、11歳以下の子には慎重に投与することになっている。また、5歳以下には積極的には推奨しない。

- ・ザナミビル（リレンザ®）：5日間の吸入による投与で、12歳以上には推奨されている。1歳未満は吸入が困難なため、推奨しない。6歳から11歳は吸入可能な場合に限り推奨されている。
- ・ラニナミビル（イナビル®）：1回の吸入でよく、懸濁液は5歳以下でも吸入可能となっている。
- ・ペラミビル（ラピアクタ®）：1回の点滴でよいが、上記の4つの使用が困難な場合に考慮することになっている。

### 新型コロナウイルス感染症

2019年中国で流行し、2020年3月から日本でも発生している。現在、半年に1回の周期で流行しており、2025年の夏に流行したのはニンバス株で咽頭痛があり、感染力は今までよりも強い。罹患歴のある人やワクチン接種歴のある人では軽症が多い。発熱期間は短く、咽頭痛がない人もいる。日本小児科学会では生後6か月から17歳までのすべての子どもにワクチン接種を推奨しており、特に基礎疾患のある子には推奨している。山口県では全国とほぼ同様の流行状況であり、半年に1回ずつ流行し、2025年は1月、9月に流行した。今後も半年に1回流行する可能性がある。

新型コロナウイルスに効く薬として、小児で使える薬はエンソトレルビルフマル酸（ゾコーバ®）の錠剤で、1日1回5日間の投与で12歳以上に使える。症状を24時間程度早く短縮すると言われており、副反応は少ない。

### 伝染性紅斑（りんご病）

伝染性紅斑、いわゆる「りんご病」は2025年にかけてかなり流行し、現在でも見られる。頬がりんごのように赤くなるのが特徴で、腕や太ももがまだら模様になることもある。熱は出ないが、かゆくなることもある。ただし、大人がかかると膝や腰が痛くなったり、微熱が出たりすることがある。妊婦がかかると流産の危険がある。パルボB19ウイルスの感染によるものであり、赤くなった時にはすでに人にうつる時期を過ぎているので園や学校を休む必要はない。

### RSウイルス感染症

RSウイルス感染症は、1歳未満の乳児がかかると、細気管支炎、肺炎などを起こしやすく重症化することが多い。症状は、発熱、咳、鼻水に始まり、徐々に咳がひどくなり、ぜいぜいいうようになる。年長児や大人もかかるが、軽くて済むケースが多い。例年冬季に流行していたが、近年は9月など夏場に流行することも多い。近年、妊娠24週から36週の妊婦さんへのワクチン接種（妊婦の体内で抗体を作って胎盤を通じて赤ちゃんに送って赤ちゃんが罹るのを予防する、軽くする）、早産児、低出生体重児や基礎疾患を持つ児に免疫（モノクローナル抗体）を注射して予防することも推奨されている。妊婦へのワクチン接種が2026年4月から定期接種化されることになった。なお、2004年度に私の診療所を受診した症例では、1歳未満が多く、入院例は月齢6か月以下が多かった。

### 百日咳菌感染症

百日咳菌感染症も2025年に流行したが、ワクチンを受けていない乳幼児がかかると激しい咳、呼吸困難、呼吸停止などを起こすことがあり、死に至る場合もある。年長児や大人もかかることがあるが、発熱はあまりなく、咳が続くのみである。夜の咳がひどくなるが、死に至ることはない。通常、マクロライド系の抗菌薬が使われるが、今年は耐性菌が多く、効かない例もあった（2025年は約8割が耐性）。生後2か月になったらすぐに5種混合ワクチン（百日咳、ジフテリア、破傷風、ポリオ、ヒブ）を受けることが大切である。

私の診療所では2025年で約100例あり、4月～8月が多かった。10月も少しあったが、今はほとんど見られなくなった。8歳～15歳の小中学生が多かったが、29日目という乳児もいた。家族内感染であり、ワクチンを受けていないので2週間程度入院した。乳児が感染すると重症になる病気だと知っていただきたい。

### マイコプラズマ感染症

マイコプラズマ感染症は、気管支炎や肺炎を起こす。オリンピックの年に流行すると言われてい

るが、2024年に8年ぶりに主に小中学生で流行した。2025年も夏ごろから増えた。通常、効果のあるマクロライド系抗菌薬に耐性がある菌が多く、なかなか薬が効きづらくなっている。私の診療所で検索の結果、6割程度が耐性であった。

全国の発生状況を見ると、2016年に流行した後、あまり流行は見られなかったが、2024年の秋から冬にかけてとても流行した。2025年は夏ごろから出てきて、2016年と同じ程度の流行が見られた。私の診療所では、2024年に約240例あり、年齢をみると、5歳～9歳、10歳～14歳の小中学生で多かった。

### 溶連菌性咽頭炎

溶連菌という感染症も2025年かなり流行し、現在も流行している。発熱、のどの痛みが主な症状で、発疹、腹痛、吐き気、頭痛を伴うこともある。3歳～9歳が多いが、0歳児や大人でも罹ることがあり、頻度は少ないが、治った後に急性腎炎やリウマチ熱を合併することがある。適切な抗菌薬を飲んで24時間経って、全身状態が良好であれば登園、登校してもよい。

### Take Home Message

- ・新型コロナウイルスの流行でしばらく抑えられていたいろいろな感染症が2024年ごろから再び流行している。
- ・新しい話題として、インフルエンザワクチンで、2024年から新たに経鼻の弱毒化生ワクチンが接種できるようになった。
- ・新生児、乳児のRSウイルス感染症は重症化しやすく、妊婦へのワクチン、ハイリスクの新生児への抗体の注射が推奨されている。
- ・ワクチンを受けていない乳児が百日咳にかかるとう重症化することが多く、生後2か月になったらすぐに5種混合ワクチンを接種することが大切である。
- ・ワクチン接種は子どもたちの命を守るために重要である。

### 質疑応答

**質問** 例年と比べて2025年に流行した感染症と

してはインフルエンザ、りんご病、溶連菌感染症が多かったという理解でよろしいか。

**河村常任理事** 2025年は百日咳の流行が目立ったという印象がある。百日咳がこれほど流行した年は初めて経験した。インフルエンザは毎年流行しており、新型コロナウイルスも半年に1回は流行している。また、りんご病もしばらく出ていなかったと思うが、2025年はかなり出たことも目立った。

**質問** 冒頭の会長挨拶にあったが、インフルエンザの流行が例年より早かった理由は何か。

**河村常任理事** 理由はなぜかよく分かっていない。ただA香港型が去年はあまり流行していない。概ね2年に1度流行する。日本が夏の時にオーストラリアは冬で、そのオーストラリアで7、8月に流行した型である。これが早めに入ってきて、免疫を持たない方が多かったためではないかと思っている。

**質問** 会長にお伺いしたいが、政府が診療報酬改定率を2.22%、12年ぶりのプラス改定を決めた。これまで医療機関の経営のひっ迫と診療報酬の大幅な改定を医師会として求められてきた中で、まずこの改定率の受け止めを伺いたい。

**加藤会長** 従来と比べて高い改定率にさせていただいたと思っている。病院団体が求めたのは10%以上の改定だったが、そうなると恐らく、保険料などが上がってしまうので、そこまでは上げられなかったのだろうと思っている。物価高騰と賃金上昇を今回の改定率で賄えるかどうかは分からない。状況によっては2027年にもう少し上げなければならなくなるのではないか、という印象である。

**質問** 医師会のアンケートでも県内の医療機関の厳しい状況が浮き彫りになっていると思うが、県内の医療機関が厳しい経営状況を脱却するためには10%程度の診療報酬の改定が必要だとお考えか。

**加藤会長** 多くの医療機関が黒字化するには、その程度が必要だと思う。今の2.22%でどのくら

いの医療機関が救われるかは実際に統計を見てみないと分からない。今、赤字になっているところも0.88%から比べるとはるかに高い改定率なので、多くの医療機関にとっては朗報だと思っている。今まで医療機器等の購入や設備の修復にお金がかかれなかったが、今回の改定率であれば少しそういったこともできるのではないかと考えている。今回上げていただいていることに関しては非常に良かったと思っている。

**質問** 松本日医会長が記者会見で感謝を述べられていた。他方で医療保険制度の持続性という点で、医療の非効率や無駄、例えば検査の重複や頻回受診などの見直しは十分なのかという指摘もある。その点はどのようにお考えか。

**加藤会長** 非効率な面については、電子カルテが全国共通になればもっと効率よくなると思う。今はバラバラであり、大きな病院では電子カルテを6年ごとに更新しなければならないが、数十億という単位のお金が必要になる。効率化をしたいのであれば、これは国が全部やっていただきたいと

思っている。マイナンバーカードを保険証とリンクさせているのは8割程度だが、実際に使っている人は37%程度である。それが電子処方箋になるともっと少ない。台湾や韓国では電子化が進んでおり、エストニアは全国共通の電子カルテで動いている。そうなればもっと効率化される。重複する薬が投与されるとか、同じ病気で複数の医療機関を受診されるという非効率的なこともなくなるだろうと思っている。

**質問** 百日咳菌感染症の年齢分布を見ると小中学生が多いが、今の小中学生はワクチンを受けてないのか。

**河村常任理事** 0歳と1歳の時に四種混合を接種しているが、小中学生になって免疫が落ちている子が多いので、就学前の三種混合ワクチンの接種や小学校6年生で二種混合の代わりに三種混合を接種するという話もある。

## 表紙写真の募集

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



〒753-0814 山口市吉敷下東3-1-1 山口県医師会総務課内 会報編集係  
E-mail : kaihou@yamaguchi.med.or.jp

# 夏季特集号「緑陰随筆」 原稿募集

山口県医師会報令和8年度夏季特集号「緑陰随筆」の原稿を募集します。  
下記により、ふるってご投稿くださいますようお願い申し上げます。  
なお、字数・作品数等につきましては、下記「原稿の種類」の項にてご確認  
いただきますようお願いいたします。

原稿の種類

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

提出・締切

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

作成方法	提出方法	締切
①パソコン	電子メール又はUSB/CD-Rの郵送	6月19日
②手書き原稿	郵送	6月10日

原稿送付先

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

備考

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

# 今月の視点

## 病院経営における原価管理の意義 —医療の質を守り、持続可能な地域医療を実現するために—

常任理事 岡 紳爾

### 1 はじめに—なぜ今、医師に原価管理が求められるのか

もう30年近く前になるだろうか、先輩医師たちから「きちんとした医療をしていれば必ず経営的にも上手くいく」と言われていたことを思い出す。また、「救急の受入れを断らない」「ベッドコントロールを行い稼働状況をチェックする」「薬剤・材料コストの削減」といった病院全体としての取組により経営は成り立つとアドバイスされていたのも、ほんの数年前の話である。

しかし、現在、我が国の医療提供体制は大きな転換期を迎えており、診療報酬改定による収益構造の変化、医療従事者不足、物価・エネルギー価格の高騰、さらには地域医療構想や医師の働き方改革への対応など、病院を取り巻く経営環境は劇的に変わってしまい、これまでのような管理手法では経営のみならず医療の質をも維持することが厳しい状況に陥っている。

こうした状況の中で、経営状況を詳細に把握し、良質な医療につなげていくための手法として、病院における「原価管理」という考え方が改めて注目されている。

原価管理という言葉を知ると、日常的な意味での「費用の削減」や「現場への締め付け」などを連想し、距離を置いてきた医師を含む医療関係者も少なくないであろう。

しかし、「病院経営は事務部門や管理者の仕事であり、医師は診療に専念すべきである」という従来の役割分担は、もはや現実にそぐわない。既

に、原価管理に取り組んでいる病院もあると思うが、本稿では、改めて病院経営における原価管理の本質を整理するとともに、医師を含む医療従事者がどのような立場で原価管理に関わるべきかについて考えてみたい。

### 2 病院経営における原価管理とは何か

#### (1) 原価管理の基本的な捉え方

原価管理はしばしば前述のような「削減、締め付け」と同義に理解されがちであり、その結果、「診療が制限されるのではないか」とか、「人員削減につながるのではないか」といった懸念が現場に生じやすい。

しかし、本来の原価管理の目的は医療を削ることではない。原価管理とは、医療サービスを提供するために投入されている人件費、薬剤費、診療材料費、検査・画像診断費用、設備の減価償却費、光熱費などを把握し、それらを適切に管理・改善していくための枠組みである。すなわち、「医療を提供するために、どれだけの資源が使われているのか」を明らかにし、限られた資源をどこに重点配分すべきかを判断するための基礎資料なのである。

一般企業であれば、原価上昇を価格に転嫁することが可能であるが、病院経営では診療報酬が公定価格であるため、原価上昇を直接収益に反映させることはできない。このため、「収益を増やす」努力以上に、「限られた収益の中で、どの医療にどれだけの資源を配分するか」という判断が極め

て重要となる。

例えば、救急医療や周産期医療などは、経済的には不利な場合が多いが、地域にとって不可欠な医療であり、単純に「赤字だから縮小する」という判断は許されないのである。

原価管理は、こうした医療を守るために、「医療を提供するために実際にどれだけの資源が使われているか」「なぜ必要なのか」を可視化し、守るべき医療、重点的に投資すべき医療を明確にしていくための手段である。

言い換えれば、原価管理とは医療行為を数字で縛ることではなく、医療を経営の言葉に翻訳する作業と位置付けることができる。

## (2) 医療現場への効果

医療現場では日常的に「忙しい」「人手不足」「材料費が高い」といった声が聞かれるが、それらが病院経営にどの程度影響しているかは、感覚的に語られることが多い。

例えば、損益面において「検査業務の費用負担が大きい」という訴えがあった場合でも、その要因が人件費なのか、検査試薬費なのか、機器稼働率の問題なのかを整理されていなければ、具体的な改善策を検討することは難しい。原価管理が不十分な病院では、「現場は忙しいのに評価されない」「経営は現場を理解していない」といった不

満が蓄積しやすい。

原価管理は、こうした感覚論を事実に基づく対話へと転換するための「共通言語」としての役割を果たす。

## 3 原価管理手法の種類と特性（詳細は成書に譲る）

病院で用いられる原価管理には複数の手法があり、それぞれ目的や適した場面が異なる（表）。いずれか一つの手法が万能ということではなく、病院の規模や職員の理解度に応じて、議論に耐えられる原価情報を持つことが重要である。

## 4 原価管理のメリットと留意点

原価管理の最大の利点は、繰り返しになるが「経営判断が感覚からデータに基づくものへと変わる」点にある。設備投資、人員配置、診療体制の見直しを、客観的な情報に基づいて議論できるようになる。

また、医療安全や教育、チーム医療といった、医療の質を支える活動に必要なコストを明示することで、安易な削減から現場を守る材料ともなり、「医療の質と経営の両立について議論できる」ことになる。

さらに、医師と事務職員、コメディカルが同じデータを共有することで、「職種間が同じ土俵で話し合いができる」ことになるため、職種間の協

表 原価管理手法と内容（文献3）

原価管理手法	具体的な方法
(1) 損益分析	部門（診療科、病棟、診療協力部門）ごとに、収入と原価を比較して、部門の採算を把握する。特に赤字の場合は原因分析と改善策の検討を当該部門の責任者が中心となっていく。
(2) 保険診療報酬単価との比較分析	医療行為別に集計された原価と保険診療報酬点数を比較することで、病院の医療行為単価（投薬1件、注射1件、血液検査1件など）の採算が把握できる。
(3) 他の原価データとの比較分析	計算された実際原価を、標準原価、他病院のデータ、統計的平均値、予定価格などと比較分析したり、過去の原価との推移を追うことで、自院の位置づけ、長所、短所、趨勢などが把握できる。
① 標準原価との比較分析	公的な機関などが発表する標準的な原価情報と自院の原価データを比較することで、自院の客観的な効率性が把握できる。
② 他病院、平均値との比較分析	同規模・同内容の病院データや発表されている統計データと自院の原価データを比較することで、自院の原価効率の位置づけが把握できる
③ 予定原価との比較分析	自院の予算額などから計算される部門別の予算と、実績値を比較することで、予算の達成度や達成見込みが把握できる。
④ 過去の原価との比較分析	年度ベース、月次ベースなど過去の原価データの推移表を作ることで、自院の採算の改善・悪化状況が把握できる。

働が促進される。

一方で、数字が独り歩きすることへの警戒も欠かせない。「赤字部門」「非効率な診療」といった表現が先行すれば、現場の士気低下や医療の質の低下を招く恐れがある。原価管理はあくまで医療を支えるための手段であり、目的ではないことを明確にする必要がある。

## 5 導入時の最大の課題

### (1) 現場の理解と信頼

原価管理導入で最も困難なのは算定技術ではなく、現場の理解と信頼を得ることである。特に看護部や検査部、薬剤部などのコメディカル部門は、「直接収益を生まない部署と見られやすい」「人件費比率が高い」「業務が“患者横断的”で可視化しにくい」という構造的な不利を抱えており、業務の成果が直接収益に結びつきにくく、算定方法への不公平感が生じやすい。

直接的な収益が見えにくい一方で、医療安全や患者満足度を支える要であり、医療の質と安全を支える中核的役割を担っている。

そのため、「正確さ」よりも「納得感」「完璧さ」よりも「説明可能性」を重視し、医療の質や安全を支える業務の価値を丁寧に可視化する姿勢が求められる。

特に、人件費や間接費の配賦は、必ず一定の恣意性を伴う。したがって、「なぜこのように算定しているのか」を説明できる仕組みを優先し、業務の価値を可視化するための「共通言語」であるという位置付けが不可欠である。

### (2) 医師が果たすべき役割

原価管理を現場に定着させるためには、医師の関与が不可欠である。医師が原価を理解することは、医療の質を犠牲にすることではない。むしろ、「どの医療を守るべきか」「どこに資源を集中すべきか」を主体的に議論するための前提条件である。医師が原価管理に無関心であれば、経営判断は事務部門主導となり、現場との乖離が生じる。医師が他職種と同じデータを共有し、同じテーブルで議論することによって、原価管理は病院全体の力

となる。

そのため、医師には以下の点が求められる。

- ・原価管理を「経営の話」として切り離さないこと
- ・コメディカル・事務職員と数字を共有すること
- ・守るべき医療の価値を原価とともに言語化すること

## 7 おわりに—原価管理は医療の未来を語るための道具である

幸い、今回の診療報酬改定では、30年ぶりに3%を超える改定率となった。これは日本医師会等の働きかけによる成果である。ただ、現時点ではその詳細は不明であるが、多くは人件費や物価・光熱費の上昇への対応が中心と推測され、病院経営全体が安定に向かうかどうかについては、なお慎重な見極めが必要であり、これからも「原価管理」は不可欠なものである。

原価管理は、医療を単に効率化するための手法ではない。限られた医療資源の中で、患者にとって最適な医療を将来に亘って提供し続けるためのプロセスである。

医師一人ひとりが原価管理を「医療の価値を守るための共通言語」として受け止めることで、原価管理は病院における「管理」から「文化」へと昇華し、持続可能な地域医療への第一歩となると考える。

### 【文献】

- 1 提言 新たな視点による病院原価計算・原価管理（実用版）、病院原価計算・原価管理研究会、2012年6月
- 2 提言 新たな視点による病院原価計算・原価管理、病院原価計算・原価管理研究会、2011年10月
- 3 病院原価計算ハンドブック、新日本監査法人医療福祉部編、2001年9月
- 4 アメーバ経営の進化、アメーバ経営学術研究会編、2017年3月



# 仕事と育児の両立を 目指している医師の方々へ



山口県医師会  
**保育サポーターバンク**を  
ご活用ください。

## 支援の例

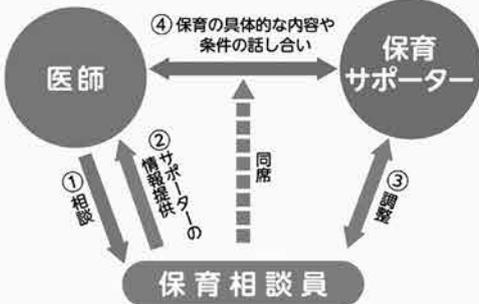
- 子どもと一緒に医師宅で留守番
- 子どもと一緒に医師宅で留守番をしながら、家族の夕食の支度や簡単な掃除
- パパ・ママの都合が悪い時の保育園の迎えと、引き続き塾への送り
- 残業の日の保育園の迎えと、その後サポーター宅での預かり(子どもの食事を含む)
- ママが当直の日、パパが緊急呼び出しを受けた時のサポーター宅での預かり(待機を含む)
- 学童保育終了時の迎えとその後医師帰宅までいっしょに過ごす

## 保育サポーターバンクとは…



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

## 支援の流れ



詳しいことのお問い合わせや、サポーターの支援を受けたい時は、下記にご連絡ください。保育相談員がすぐに対応いたします。山口県内の医師はどなたでも利用できます。

山口県医師会は、  
育児中の働く医師を応援します！



育児で困ったら

**お気軽にご連絡ください**  
 医師からのご相談は男女問わず受け付けております  
 山口県医師会 保育相談員(9:00~17:00)  
**TEL 090-9502-3715**  
 メール・FAX はいつでも受け付けます。  
 E-mail [hoiku@yamaguchi.med.or.jp](mailto:hoiku@yamaguchi.med.or.jp)  
 FAX 083-922-2527

# 令和7年度花粉測定講習会

と き 令和7年12月14日(日) 9:30~11:30

ところ 山口県医師会6階 会議室

## 講演1

### 2025年のスギ・ヒノキ花粉飛散のまとめと

#### 2026年の飛散予測

山口県医師会副会長 沖中 芳彦

日本花粉学会の花粉情報等標準化委員会による花粉情報に2024年から新基準が設けられた。すなわち、スギ・ヒノキ花粉の飛散開始日については、2日連続で1cm<sup>2</sup>あたり1個以上になった初日を飛散開始日とすることに変更はないが、週末や祝日によって数日の合計値の平均が1個以上/日になった場合も、初日を飛散開始日とすること、初観測日についても、同様に、週末や祝日によって数日の合計がゼロではなく、1日あたりの平均値が1個未満になった場合も、初日を初観測日とすること、などである。

2024年の夏は、その時点で史上最も暑い夏となった。2025年のスギ花粉飛散総数は、予測5,100個/cm<sup>2</sup>程度に対し、それを上回る6,267個/cm<sup>2</sup>となったが、その値は2023年、2019年に次ぐ3番目の多さであった。

2025年の夏は、史上最高の猛暑を再び更新した。今シーズンの定点木の観察では、スギ雄花の着花状態は昨シーズンと比べると劣るものの、多くの雄花を着けている木が少なからず認められ、従来どおりの方法で予測したところ、スギの予測総数は3,600個/cm<sup>2</sup>程度となった。この値は花粉の多かった2025年のシーズンの約6割で、平年値(3,670個/cm<sup>2</sup>)とほぼ同等であるが、この20年間で平年値は年々増え続け、倍にまで増加してきているため、実数としては決して少ない値ではない。油断は禁物である。

一方、2025年のヒノキも、飛散総数は3,913個/cm<sup>2</sup>(平年値1,805個/cm<sup>2</sup>の2倍以上)と大量飛散であった。ヒノキの予測はこの時期には困難であるが、前年と比べると花芽は少なめのように思われた。ちなみに、今シーズンを迎えてのヒノキの平年値は、2,180個/cm<sup>2</sup>である。

ところで、昨シーズンの飛散開始日は、北部の1測定機関で1月5日、中部の1測定機関で1月6日に早々とその定義に該当した。例年と比べてあまりに早い飛散開始であった。

このような1月早々の飛散開始は山口の他にも、東京や関東地方の別の複数の地区でも確認されたため、日本花粉学会花粉情報等標準化委員会は、この度のあまりに早い飛散開始を問題視し、2025年3月15日に、花粉飛散開始日の定義を次のように変更することを決定した。

「スギ花粉の飛散開始日は1月以降1平方cmの花粉数が1個以上連続した初日とする。ただし、該当する開始日が過去10年の平均値より1か月前後早い場合であって、その後の花粉飛散状況においてゼロ個が多い状態であれば、不時現象とし、2回目に1個以上の花粉が連続した場合を統計上の飛散開始日とする。」

山口県医師会花粉情報委員会もこの決定に従うため、状況によっては花粉飛散開始宣言の発出が遅れることもあり得る。

## 講演2

### 移行期におけるスギ・ヒノキ花粉の見分け方

山口県医師会花粉情報委員／

医療法人綿貫耳鼻咽喉科院長 綿貫 浩一

まず、スギ、ヒノキ、ハンノキ、イネ科、マツ、ブナ科、バラ科、ヨモギ、キク科(ヨモギ以外)の花粉の顕微鏡写真を提示し、それぞれの特徴について説明された。

まぎらわしい花粉に遭遇した時の対処方法は、1)視野中心部に近い場合、強拡大にする。2)コンデンサを調節して、コントラストを強調する。3)視野の辺縁部なら、対物レンズをわずかにズラす。4)将棋の棋譜のように、場所を覚えてあとで見返す。

特に問題となるのは、スギとヒノキ花粉の識別である。典型的な像を呈していれば、識別は容易

であるが、花粉の向き（極観、赤道観など）によっては特徴的な所見を呈していないことも少なくない。特に、スギからヒノキ花粉に移行する時期には両者が混在することもあるため、向きによっては、識別は困難を極める。

識別のためには時期も重要である。山口県では、3月になるまではヒノキはまず飛散しないらしい。花粉は雨など、水分に浸ると外壁が割れて内容物が出てしまう。内容物は、スギでは原形質が丸いものが多い。ヒノキは原形質がトゲトゲしい感じがするものが多い。

ヒノキが増えてきたかな？と思ったら、1)顕微鏡を駆使して、よく見る。2)山口県医師会のホームページにアクセスして、他施設の動向を参考にする。

花粉症は、乳幼児から超高齢者まで全年齢層にわたり発症し得るが、原因抗原を取り込まなければ症状は出ない。そのためには正確な花粉情報(予測)が大事である。

[報告：副会長 沖中 芳彦]

### 特別講演

#### 花粉症を正しく知る一体の仕組みと治療の最新情報

山口大学大学院医学系研究科

耳鼻咽喉科学講座助教 沖中 洋介

本講演では花粉症の病態と治療、特に2024年の鼻アレルギー診療ガイドライン改定を中心に、「重症花粉症ゼロ作戦」について述べられた。アレルギー性鼻炎は有病率増加、花粉症の重症化に伴い、社会問題化している。アレルギーと感染の違い、タイプ2炎症反応、IgE抗体とマスト細胞の関係を解説された。

鼻アレルギー診療ガイドライン2024年版では、「局所アレルギー性鼻炎」(Local allergic rhinitis)の概念が導入され、検査と診断の流れが変化した。問診でアレルギー性鼻炎と診断できる場合、検査を省略し治療を開始することもある。検査方法として、鼻汁中の好酸球検査、血液検査(IgE抗体)、皮膚テスト、鼻内誘発テストなどを紹介する。花粉症の重症度は、くしゃみ、鼻水、鼻詰まりの回数や程度で分類する。治療目標として、症状の軽減、日常生活への支障がないこと、急な悪化がないこと、抗原陽性か混同がないこと、花粉が多く

ても症状が軽度であることが挙げられる。

花粉症の治療法は、抗原の除去と回避、薬物療法、アレルギー免疫療法、手術である。抗原除去と回避の重要性、花粉飛散情報の活用、マスクや眼鏡の着用、帰宅時の対策などを説明された。薬物療法では、第2世代ヒスタミン薬、鼻噴霧ステロイド薬、血管収縮薬点鼻薬の注意点、ステロイド筋注の副作用について言及された。

生物学的製剤(抗IgE抗体)オマリズマブ(ゾレア®)は、重症花粉症に対する最後の切り札である。舌下免疫療法は、将来的なアレルギーの改善や自然経過での収束を期待できる治療となっている。手術療法として、レーザー粘膜焼灼術、鼻中隔矯正術、下鼻甲介粘膜下組織調整術、後鼻神経切断術などを紹介された。

重症花粉症ゼロ作戦について、市民向け、医師向け、学童向けの啓発活動を紹介し、初期治療の重要性、初期療法の効果、QOLの改善について説明された。アレルギー性鼻炎に対する外科的治療として、鼻中隔矯正術、下鼻甲介手術、後鼻神経切断術について、手術の適応、方法、症例を紹介され、後鼻神経切断術の有効性、選択的後鼻神経切断術の利点について言及された。黄砂、PM2.5などの大気汚染物質とアレルギー性鼻炎の症状の関連性について、2016年の調査結果を報告され、また、花粉飛散量と症状スコアの関係、PM2.5や光化学オキシダントとの関連性についても述べられた。

質疑応答では、新しい治療法(オマリズマブ、アレルギー免疫療法、手術)の現状と今後の展望について議論があり、手術の使い分け、選択的後鼻神経切断術の利点、皮下免疫療法外来の現状について説明された。

[報告：理事 中村 丘]

### 花粉測定実技講習

山口県医師会花粉情報委員長の金谷浩一郎先生により、花粉測定のためのプレパラートの作成方法と観察方法の説明が行われた。

参加者：19名(医師9名、薬剤師2名、臨床検査技師5名、その他3名)。

[報告：副会長 沖中 芳彦]

# 令和7年度 都道府県医師会医事紛争担当理事連絡協議会

と き 令和7年12月4日(木) 13:30～16:00

ところ 日本医師会館3階 小講堂

[報告:常任理事 縄田 修吾]

## 1. 茂松日医副会長挨拶

日ごろの医療安全業務と日医医賠償保険対応業務に尽力いただき感謝申し上げます。この制度は53年目を迎えた。全国の会員の皆様が現場で安心して安全に日常診療ができるように引き続き安定的な運営を心掛けていきたい。最近は医療の複雑化・高度化に伴い、医事紛争の事案についても有責・無責の判断、解決方法もかなり複雑化しており、ご参集の先生方には解決に向けて日夜、従来以上の労力を費やしておられるのではないかと危惧している。また、患者の権利意識の高まり、価値観の多様化により、SNS等による誹謗中傷、暴力行為の被害がでており、医療現場は大変難しい環境になってきた。その中で、この制度をしっかりと円滑に機能させ、医療者が安心して医療に専念できる環境とすることが求められると考えているので日医もしっかりと取り組みたい。一方で、日医医賠償制度の充実には組織強化、会員増加に繋がる重要な取り組みであり、研修医、若手医師、勤務医には、掛金の引き下げ、情報発信などの強化も相まって、日医会員数は昨年12月末の177,700人から現在178,500人と過去最高を更新した。この制度の運営がしっかりと円滑にいきわたるようご尽力いただいているすべての先生、事務局の皆様に感謝申し上げます。

## 2. 役員・調査委員会小委員会委員紹介

## 3. 日本医師会医師賠償責任保険の運営に関する経過報告

令和6年4月～令和7年3月までの審査案件数は前年に比べて1割程度減少している。理由は、令和5年度はコロナ明けの反動で件数が1割増加したが、今回は2年前の令和4年度に戻って

いる印象で、令和7年度も減少傾向にある。内科と整形外科が減少し、高齢者の眼科の割合が増加している。令和6年度の付託内容については、死亡・がんの看過、穿孔、神経損傷・麻痺の事案が引続き多い。昨年度との対比では死亡、神経損傷が減少している一方で、穿孔の事案が増加している。紛争の原因となる医療行為の内容について、手術によるもの、検査関連、注射関連が多くを占めているが、昨年度に比べて、手術関連が増加し、注射・薬剤関連は減少しつつある。

紛争の対象となる患者の年齢層は、乳幼児は比較的少ないが、それ以外の年齢層ではほぼまんべんなく医療紛争が発生している。

日医医賠償特約保険は、ベースとなる日医医賠償保険の範囲をさらに拡充しているものであるが、加入状況は前年度と変わらない。

## 4. 講演

### (1) 医師会での取り組み事例

広島県医師会常任理事 石川 暢恒

#### ◆広島県医師会医事紛争委員会

特徴として、3つの審議会を設置している。まず、専門審議会は、外科、内科・小児科、産婦人科、整形外科、その他の科で構成される。事案により必要な専門家を招集する。参加者は当事者医療機関、本会役員、顧問弁護士、専門委員。事案の医学的な過失の有無の確認、解決方式を協議する。年間約30回開催しており、内科・小児科が大半を占める。次に保険審議会では、本会役員と引受保険会社とで各事案の報告・協議。事案ごとに専門審議会の結果を確認し、保険金試算状況、今後の解決方針等について当事者医療機関の意向を踏まえ現状を整理する。最後に合同審議会では、全委員33名が参加し、その月にあった新事案、新

たに損害賠償請求を受けた事案、解決事案、専門審議会開催状況、訴訟経過報告等を報告、協議する。

全事案について、専門審議会を開催して医事紛争解決を支援しており、手厚いと自負しているが、逆に時間を要することが多い。近年は情報公開とその迅速性を求められるため、今年7月から「迅速相談制度」を導入した。具体的には専門審議会開催前に役員・弁護士・専門委員のうち必要な者が事案を迅速に確認し、保険会社にも共有のうえ初期対応を迅速にアドバイスするシステムで、相談をうけて1週間程度で回答が可能となる。現状、比較的判断が容易で重篤ではない事例を対象としている。原則、専門審議会を開催するスタンスに変更はない。

迅速相談制度に対応するには、早急な資料共有が必要なことから、共有サーバを契約し、医事紛争書類に関するペーパーレス化を行った。このサーバの利用者は本会事務局、役員、医事紛争委員会委員、弁護士、市郡地区医師会でサーバ上にアップロードすれば資料の共有が可能である。審議会はペーパーレス化で対応でき、23地区郡市医師会のうち約9割が活用している。導入後は情報共有の迅速化が可能となり、郵送費・印刷費等の経費削減ができる。今後は完全ペーパーレス化を視野にいたったベース化を検討する。

#### ◆市郡地区医師会医療安全研修会補助制度

23郡市医師会のそれぞれで医療安全研修会を開催。県医師会が研修項目一覧と講師をリスト化し講師にかかる費用（謝金・旅費）を補助する制度で平成26年度から実施している。

地区医師会はテーマと講師を選択するだけで研修会が開催できる。研修項目は28項目で令和6年まで98件実施。項目「コミュニケーション」、「医療記録の重要性」、「警察OBが語る院内クレーム」、「暴力対応の実際」、「苦情対応」、「災害時のBCP感染管理」は人気がある。また、保険会社とも連携して講師派遣を行っている。地区医師会の要望があれば、医事紛争役員を派遣し、開始前の15分で、医事紛争対応の流れやよくある相談事例等も紹介している。

令和7年度は新たな取組みとして新たな講師を揃え、25項目を追加した。さらにロールプレイ研修の項目と保険会社から5つの項目を追加していただき、計30項目を追加。申請条件として、Web開催を原則として、同時に他地区からの参加者の受け入れを必須として全県から参加を募集している。

#### ◆会員への適切な保険勧奨

広島県医師会会員数は約7,000名、医療機関数は約2,000施設。法人リスクに対応するための法人保険と、医療行為以外に起因する事故に備える医療施設賠償責任保険の団体保険を整備している。

日医医賠責保険は、一人医師法人の場合は運用上の取扱いとして個人立診療所に準じて法人への対応が可能であるが、そうでない場合は別途、法人への損害賠償責任に備えなければならない。病床数・勤務医師数により適用可能な保険が異なるため、自身がどの保険に加入するかわからないといった声が多く聞かれるため、フローを提示しわかりやすい説明を行っている。

この他にも患者からのセクハラや暴力、悪質なクレームや誹謗中傷等の備えとして「雇用トラブル対応保険」を整備している。従業員がハラスメント等で訴えられた場合、SNSでの誹謗中傷もこの保険で対応可能。

その他、県医師会独自保険として「死亡診断書・死体検案書作成業務賠償責任保険」を備えている。これは以前、自動車事故で亡くなった方の死亡診断書を書いた医師が、死亡原因に疾患がある旨を記載したため自賠責保険がでず、医師が訴えられることがあった。その事案は医賠責保険の対象ではないため保険適用とならず、弁護士費用が自己負担となった。このことを受け、県医師会が契約者として、会員1名150円の保険料を広島県医師会が負担し、全会員に不測の事態が起こることに備えている。

#### ◆警察との連携強化

令和4年2月、広島県警察と連携し、市郡地区医師会と地元医師会との連携を強化するよう医

療従事者の安全・命を守る指針、暴力ストップのポスターを作成し、会員医療機関に配付した。近年、個人情報意識が高まり、医療機関より警察からの捜査協力依頼があった場合に、患者の個人情報を出しても良いかという問い合わせが増えている。広島県警察と協議し、医療機関が求めれば、刑事訴訟法第197条2項の規定に基づき「捜査関係書事項照会書」を医療機関に交付することが可能となる。医療機関がこの書類を保存しておくことで後々トラブルになった際に、法令に基づく対応をしたことを患者に示すことができる。緊急の場合、事前交付が難しい場合もあるため、後日交付いただくようにするなど、柔軟な対応も必要となる。

医療事故の捜査において、警察は、事故発生医療機関での対応が一般水準であるか、第三者の専門医から意見を聴く必要がある場合がある。広島県医師会では、広島県警察捜査第一課から事前相談があり、管轄警察所長から本会会長宛に推薦依頼文を出してもらい、適任者の推薦を行っている。協力を依頼するだけでなく、双方向で協力し合うことで連携を強化している。

#### ◆広報戦略

医事紛争に関する広報のあり方を検討した結果、情報を整理し、早期対応するためには、情報提供と相談しやすい雰囲気醸成することが必要であることから、ゆるキャラ～医事紛争撲滅戦隊7レンジャー～（医事紛争担当6名と松村会長がモデル）を作成し広報活動に利用している。

#### 強化した広報

##### 1. 広島県医師会速報

偶数月25日に医事紛争委員会だよりをワンポイントアドバイスとして掲載（令和5年度～）

##### 2. 苦情相談事例集（令和2年3月発刊）

##### 3. 会員限定のe-広報室に医事紛争関連ページを拡充（令和7年4月～）

##### 4. 各種広報資料

1) 医事紛争対応の流れを紹介するチラシ（令和7年1月発行）

2) 若手医師向けチラシ（令和7年1月発行）

3) 医事紛争対応必携集（令和8年4月発刊予定）

4) 廃業後の備えのチラシ（令和5年2月発行）

4) について令和7年度より、死亡・退会会員のご遺族へ日医医賠償保険の通知を開始した。日医医賠償保険には死亡特則が付帯され、死亡時に日医A会員であれば10年以内に家族が賠償請求を受けても保険が適用されるが、100万円は免責であることから県医師会、死亡退会日同日付けにて別途、廃業担保特約に加入する必要があることを遺族に伝える。

##### 5. 採血マニュアル等の発行（令和7年10月発行）

近年、広島県では採血トラブルの相談が増加している。患者向けには院内掲示、説明資料を配布、また、医療機関向けとしてポスターや採血手順マニュアル及び事故発生対応マニュアルを作成し医療機関へ配付した。

#### (2) 採血時の神経損傷

横浜労災病院 三上 容司

静脈穿刺で神経損傷となる事案が増加している。採血は適切な部位から適切な手順で行うことが重要である。

日医への報告事案の類似例として、外側前腕皮神経損傷（無責）、正中神経損傷（有責）の2事例を提示された。

前腕に分布する皮神経の走行は、体表から判断することは難しく、神経の分布は個人により異なるため、事前に走行、位置を把握することは困難である。採血や静脈注射の適応、手順、事後対応が適正であれば、皮神経損傷を完全に避けることはできないので、無責の可能性が高い。一方、正中神経は、皮静脈とは筋膜で隔壁された深部にあり、おおよその位置を把握することが可能であるので、注射針を深く刺さないことで損傷を避けられるため、正中神経損傷は有責の可能性が高い。しびれ感などを生じた場合は、診断が極めて重要であり、専門家による鑑別をしっかりと行うことが大切である。

標準採血法ガイドライン（2019年）には、検査の必要性、意義などの説明と同意（口頭説明でよい）、採血合併症など患者に共通する説明事項は説明用紙を配布することは可能（ポスター掲示

も可)とされている。

#### ○静脈穿刺で避けたほうがよい採血部位(医事紛争地帯とも呼ばれている)

- ・手関節橈側(親指側): 橈骨神経浅枝が伴走しているため。
- ・肘部内側: 内側前腕皮神経は静脈と交差する箇所が多く神経を痛めやすい。深層に正中神経があるので、正中神経を穿孔すると問題になる。肘の内側を絶対に穿孔してはいけないわけではなく、肘から採血する場合、内側しか血管が見えないという方が結構いるので、その場合は内側から行ってよいが、深く入らないように注意する。

#### ○針で血管を探る操作(Probing)は禁止

針を上下左右動かして血管を探る動作(Probing)は広範に組織を損傷する危険があるため行うべきではない。針を皮下のできるだけ浅いところまで引いた後、方向を適切に修正し、もう一度刺入する操作(針の方向転換)は許容されるが、原則1回にとどめる。患者が強いしびれや痛みを訴えた場合、いったん採血を中止する。

#### ○神経損傷か否か、診断が重要

採血後、1週間以上しびれ、疼痛が続く場合には、専門医(手外科専門医が最も適任)を勧める。  
※日医作成の「穿刺時の事故状況(チェックリスト)」を参考にして欲しい。

## 5. 日医事務局からの連絡事項

### (1) MAMIS の状況

1年前にシステムを公開し、概ね申請がMAMIS上で実施されるようになった。現時点17万8,600名の情報を集約している。一方で新規入会の会員に容易にMAMISを利用いただくにはまだまだ課題がある。未だにMAMISにログインされない会員がいることを認識している。今後、MAMIS運営事務局と一丸となりサポートをする。

MAMISに対する方向性については、一旦立ち止まって、現在実施されている内容の精査を行い、システムとしての品質向上に努めていきたい。多

数の改善要望や機能の追加要望もいただいているが、しっかり課題の管理をし、選択と周知をしながらしっかり進めていく。

現在のMAMISの情報の補足説明をする。令和6年10月1日時点で入会されている会員の最新の情報を収集している。それより前の情報は、例えば、複数回、異動されている会員の情報はMAMISには含まれていない。10月1日以降の情報が蓄積されるしくみとなる。一方で古い履歴については、日医では無くさないよう別システムで管理しているので疑念等あれば会員情報室に質問していただきたい。

現在、すべての会員情報を出力するための汎用検索機能を公開している。医師会事務局がデータをダウンロードしたのち、日本医師会の加入状況も含めて医師会員の情報を見ることができる。今までの複写式用紙では明確に廃業Bへの異動の選択肢がなかったが、MAMISでは明確にA会員から廃業Bへの選択をすることが可能となった。今後、廃業をされる会員に案内していただき、MAMISでスムーズに廃業Bへ異動していただけるよう考えている。

### 今後の予定について

来年1月に会員管理機能の一部開始を予定している。汎用検索機能の項目を拡充する。会員台帳や送付先のラベルの作成等が容易となるよう、事務局負担を軽減できるよう準備している。

医賠償特約に加入されている先生方のマイページ上にはまだ表示ができていないので、早急に整理しながら特約に加入されていることが見えるようにしていく。事務局にも情報が共有できるので日医に確認する必要がなくなる。

今現在、A会員のマイページには医賠償特約保険システムに遷移するようなボタンがない。現在調整段階であるが、ログインされた先生の会員区分がA会員の場合は医賠償特約保険に遷移するようなボタンが見えてくればより正確な申請書の作成できるのではないかと考えている。

### (2) ファイル共有サーバ導入・活用について

クラウドサービスを使用し、医事紛争にかかる

各種書類や画像データ等のデリバリーについてクラウドストレージを活用するもの。インターネットを通じて、各県医師会事務局がログインし、トップ画面に各都道府県医師会のフォルダをつくっているため、ドラッグ&ドロップで、フォルダに付託関連書類をアップロードする仕組みとなっている。

導入メリットは業務の効率化、書類の郵送やファイルでの添付、メール送付の手間が極小化される。付託書類紛争計画報告書の最新版がクラウドストレージに格納されているため、最新版を活用してほしい。顧客情報管理、郵送中の紛失、送った・送らなかったという手間を省くことができる。コストは日医が負担し、現在10医師会が導入済（山口県も導入済）。

活用に際してのお願いとして、少しでも早い医事紛争解決の有無責を回答させていただくためにも、カテゴリーごと1ファイルでアップロードすること。送付種類別（附託書・委任状・診療録）にファイルを分割し、NO.の表示をすること、アップロード後は速やかに日医事務局へ連絡する。

## 6. 都道府県医師会からの質問・意見・要望事項

(1) 時間的制約等による医師会での審査会開催や意見書作成を経て日医へ付託することが困難なケースにおいて、会員に寄り添った支援を行うために、どのような対応・運用をすべきか【茨城県】

**日医** 弁護士の選任については日医・都道府県医師会・保険者の協議によることとなっており、実務的には付託時に都道府県医師会から弁護士推薦状をいただき、日医にて確認のうえ、保険会社に承認された時点で選任が正式化される。しかしながら、迅速な弁護士対応が求められる際には事案ごとの状況を踏まえつつ、100万円保険での対応を含めた現実的な対応を勧めていただくことになると考える。事案ごとにさまざまな状況が想定されるため、対応について不安があればその都度、日医事務局宛に相談いただき個別に対応方針の打ち合わせをお願いする。通常事案で顧問弁護士に委任される場合は問題ないが、顧問弁護士ではなく、個人的な会員推薦の弁護士に委任する場合、特に委任実績のない弁護士の場合の適否、保険の

適応可否について疑義の生じる可能性がある場合で付託受理の可否を上申いただくケースは注意が必要。例えば、医療行為に起因する事故に該当しない（名誉棄損のみの訴え）、現代医学に是認されない診察・治療、美容を主たる目的とする医療行為。医事紛争の際に早期に都道府県医師会に連絡・相談するよう日ごろから会員への働きかけをお願いする。

## (2) 全県の医事紛争・医賠償保険等に関する資料について【広島県】

令和7年4月に福岡県医師会が、『医療事故 医療紛争 解決のためのハンドブック<第2版>』を発売し、広島県医師会は『医事紛争対応必携集』の発売準備を進めている。各県の取組みを集約して共有できる場として、日医ファイル共有サーバ（Fileforce）に掲載することを要望する。

**日医** 各都道府県で有用なツールを作成されており感謝申し上げます。各医師会の知見を共有することは意義深いので、ファイル共有サーバに掲載することを検討する（本会は令和5年10月に『医療事故を起こさないために』を発売）。

## (3) 1. 医療事故調査報告書の取り扱いについて【広島県】

## 2. 医療事故調査報告書の目的外使用を防ぐための法的整備について【大分県】

**日医** 医療事故調査報告書が本来の作成目的から外れて、裁判資料として利用される実情があることはご指摘のとおりであり、制度の趣旨が十分理解されていないことは遺憾に感じる。ご承知のとおり、制度創設時の議論でも遺族に施行された報告書の利用については、何らかの制限をおかれることは現行法制上難しく、現在の制度に落ち着いた経緯がある。仮に調査報告書の訴訟への使用を禁止するために大規模な制度改正を行うこととすれば、医療界の自律性に委ねられた現行の医療事故調査制度そのものの本質までも揺るがしかねない議論に発展されることが懸念される。日医では、医療界の自律性に委ねられた本制度に基づき、医療行為に起因した予期しない死亡の原因分析と再発防止に向けた院内調査を通じて、誠意をもって

遺族に説明することが重要である。中立性、客観性を大切に、慎重に作成された報告書は仮に訴訟の場に提出されたとしても、医療側の責任追及の資料にはなりえない。なお、医療安全対策委員会が昨年作成した「院内調査の要点2024」もそうした考えに基づき作成されている。

(4) 医療事故調査・支援センターが死亡事例について発出しているような「医療事故の再発防止に向けた提言」のように、日医付託事例から得られた全診療科に共通する事故防止策や教訓等及び診療科別の事故防止策や教訓等について、注意喚起すべき事項の定期的な資料提供を要望する。

#### 【滋賀県】

**日医** 日医の付託事例から得られた事故防止策、教訓に関する情報提供について、その有用性は十分承知しつつも会員全員には広く周知することは、情報の取り扱いについて相当程度の注意を要することからなかなか困難であるのではないかと考える。

平成25年1月に日医が発行した「医療係争から学ぶ」があるが、ここに付託事例をまとめた取組み事例が掲載されている。情報はやや古いかもしれないが、掲載された事例は現在も発生しているようなインシデントもあるためご覧いただきたい。平成25年においても情報の発信においても幾多のハードルがあると聞いており、個人情報保護法がより強く叫ばれる昨今の状況では困難であることを理解いただきたい。

#### (5) 賠償責任審査会の結果について【鹿児島県】

日医から都道府県医師会への審査会の結果の提供について検討してほしい。

**日医** 賠償責任結果と理由は簡潔ではあるが、現状の書面で責任の判断に対する内容は網羅している。また、解決金の積算根拠については、解決にあたり総額いくらでお互いが合意するかがポイントであり、必ずしも内訳を表に出すことは、交渉が円滑に進むとも限らない。一方で、スムーズな解決に向けて必要と考えられる状況についてはメール等も活用して個々の事案に応じてできるだけわかりやすく補足を伝えたいと考えている。

ファイル共有サーバを導入していない県は検討いただきたい。

#### (6) 医療紛争の対応マニュアルの提供などについて【富山県】

1) 日医の医師賠償責任ハンドブックは、医事紛争の発生した場合を考えると不十分な印象であるので、安心して対応できるようなマニュアル等を提供することを希望する。

**日医** 医事紛争対応マニュアルについては、利便性に理解しつつも、各都道府県の対応方法に関連した個別性があることなどから作成には至っていない。広島県では「対応必携集」として作成されており、他の医師会でも独自に作成されている。ご要望があれば、作成医師会のご了解を得たうえでファイルサーバにおいて共有させていただきたい。

2) 日医ホームページメンバーズルームの日医医師賠償保険制度の部分にPDFで掲載してはどうか。医賠償に関するホームページは有用な情報の掲載は少なく内容も貧弱である。

**日医** 日医メンバーズルームへの掲載は、情報管理の点を踏まえつつ現在検討している。ホームページの有用な情報の掲載については、会員の意見を伺いながら継続的に検討する。

3) 事故・紛争内容の報告の様式について、損保と日医で共通して使用できる様式があればと考えているがどうか。

**日医** 会員に連絡する書式については各都道府県の経緯もあり日医として統一していない。保険会社固有の様式でも差支えなく、このほかに別途、事故連絡書も重ねてとりつけていただく必要もない。

4) 関節内注射時の状況情報報告は日医が作成しているものか

**日医** 日医が確認書を作成している。該当事案の付託時に作成・添付する。その他、「穿刺時事故状況確認書」も作成し該当事案の付託時に添付する。事務局メンバーにメールで送付している日医

医賠責任制度運営上 留意事項の P31-35 に記載している。今後もアクセスできる情報の充実化に努める。

#### (7) 当県の取組みの情報共有【秋田県】

秋田県では令和元年9月に「静脈穿刺後の神経症状対応マニュアル」を作成して、会員に配付している。

#### (8) 採血時神経損傷事例の周知・注意喚起について【静岡県】

採血時神経損傷に関する事例は医事紛争として取り上げられる例が多く、本会では積極的に会員への周知を行っている。日医としても採血部位や採血手技に関する動画作成等を行い、注意喚起したほうがよいと思われる。実際の採血は看護師が担当しているため、日本看護協会への周知・注意喚起を含めた対策をとられるよう日医から働きかけを行うことについて検討いただきたい。

**日医** 標準採血法ガイドラインが日本臨床検査標準協議会より刊行されている。採血時の手順と注意点に関する動画はDVDもあり参考となる。秋田県、広島県医師会など、独自にマニュアルを作成されているので、了解を得たうえで、ファイルサーバでの共有を検討していく。日医で作成している穿刺時事故調査状況確認書のチェックシートを活用してほしい。

日医が知る限りでは日本看護協会の取組みとして、医療安全の周知及び医療事故防止の注意喚起を目的に研修会の開催や情報誌の発行を実施し、注意喚起に取り組んでおり、加えて都道府県看護協会では採血や静脈注射に不安を感じる看護職を対象とした技術研修を実施していることも確認している。今後とも連携をとっていきたい。

#### (9) 病気等によりやむを得ず弁護士が交代となる際の着手金について日医医賠責保険で対応してもらうよう検討をお願いする【兵庫県】

**日医** 弁護士交代の必要があり、かつ、弁護士間の調整ができないなど着手金を支払わなければ弁護士委任ができない場合については、事情を個別に確認したうえで検討する。

## 7. 閉会

今村日医常任理事の挨拶をもって、当協議会は閉会した。

SOMPO  
受け継ぐのは、人への思い。  
東京の街を守るため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ストーリーはこちら ▶  
損保ジャパン

## 第19回医療関係団体新年互礼会

と き 令和8年1月10日(土) 17:00～19:00

ところ かも福オンプレイス2階 ロイヤルホール

[報告：常任理事 長谷川奈津江]

2026年1月10日(土)、第19回医療関係団体新年互礼会が湯田温泉のかも福オンプレイスで開催された。

開会に先立ち、小山茂幸 県歯科医師会会長が開会の辞を述べられた。

その後、15名の医療関係団体の代表が壇上に並び、加藤智栄 県医師会会長が年頭の挨拶をされた。加藤会長は昨年の参議院選挙や診療報酬改定に向けた多大な支援に感謝を述べた上で、日本の医療が抱える構造的な課題と未来への展望を語り、挨拶を締めくくられた。

引き続き、新春のお言葉を村岡嗣政 県知事、松本吉郎 日本医師会会長、高橋英登 日本歯科医師会会長、岩月進 日本薬剤師会会長、秋山智弥 日本看護協会会長、上田克彦 日本診療放射線技師会会長からいただいた。

来賓のご挨拶を、高村正大 衆議院議員、林 芳正

総務大臣の林 裕子 令夫人、岸 信千代 衆議院議員、吉田真次 衆議院議員、江島 潔 参議院議員、北村経夫 参議院議員、自見はなこ 参議院議員、釜萯 敏 参議院議員からいただいた。

次に、山口県議会議員の方々が登壇され、代表として柳居俊学 議長からご挨拶があり、引き続き県内の市長及び町長の方々がその場でご起立され、代表して藤田剛二 山陽小野田市長よりお祝いの言葉をいただいた。なお、今回は宇部市、山口市、萩市、防府市、光市、長門市、柳井市、美祢市、周南市、山陽小野田市、周防大島町、上関町、平生町、阿武町の首長が参加された。

岡 正朗 山口県立大学理事長の乾杯のご発声の後、しばし歓談となった。

谷澤幸生 山口大学学長の中締めの後、吉田力久 県薬剤師会会長の閉会の辞をもって、2026年の新年互礼会は幕を閉じた。



# 令和7年度 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

と き 令和7年11月3日(月・祝) 11:00～13:00

ところ 岡山県医師会館 401会議室

## 日本医師会ドクターサポートセンターからの報告事項

日本医師会常任理事 松岡かおり

松岡かおり 日本医師会常任理事より、日本医師会ドクターサポートセンターについて近年の活動状況と新たな取組みについて報告が行われた。医師のキャリア支援、復職支援、多様な働き方への対応を目的とした本センターの活動は活発であり、有効求人数、有効求職者数、就業成立数は年々増加している。

令和7年4月には、厚生労働省より「医師偏在是正に向けた広域マッチング事業」を受託し、従来の「女性医師バンク」事業と統合する形で、令和7年11月1日より「日本医師会ドクターバンク」へと名称を変更した。この新体制では、性別を問わず、全国の医師を対象としたマッチング支援を展開し、医師偏在是正と医師のキャリア支援を両立させることを目指している。

特筆すべきは、日医ドクターバンクが全国の都道府県単位ドクターバンクとの連携を目指した点である。これにより、「地域の求人情報・求職情報」や「医師偏在等に関する情報」が全国規模で共有されるようになり、地域医師会との連携がより実効性のあるものとなった。この情報共有体制は、医師の希望に応じた柔軟なマッチングを可能にし、地域医療のニーズに即した人材確保を支援するものとして期待されている。

今後の課題としては、若手医師のキャリア不安への対応、地域間格差の是正、そして制度の持続可能性が挙げられた。センターは、医師一人ひとりのライフステージに寄り添いながら、全国規模での支援体制の強化を図っていく方針を示した。

[報告：常任理事 長谷川奈津江]

## 女性医師支援の取り組み～山口県医師会～

山口県医師会男女共同参画部会の主な取組みについて、発表を行った。

### やまぐちドクターキャリアサポートブック

山口県内の病院(山口大学医学部附属病院を含む)について、勤務や保育支援等に関する詳細な職場環境を掲載し、冊子を山口大学医学部医学生・医局、県内一般病院の若手医師を中心に配布している。

### 保育サポーターバンク

医師が仕事と育児を両立させることを目的に、サポーターによる保育を提供しており、男女を問わず山口県で働く医師であれば利用可能である。2009年のスタート以来、のべサポーター件数は160件となった。現在利用中のドクターは21名、活動中のサポーターは19名である。

### 「教えて!先輩」

医学生・研修医・若手医師を対象とし、キャリア形成のみならず、家庭との両立支援などをテーマとした企画イベントである。2024年には、第3回として「帰ってきたドクターたち」というタイトルで、県外研修・勤務の経験があるドクター3名に出演いただいた。県外での研修・勤務の内容を発表いただき、その経験を山口県でどう活かしているか、ディスカッションを行った。2025年には、第4回として男性医師の育休をテーマに開催する予定である。育休を経験した2組のご夫婦及び医局長をスピーカーとしてお招きする。

**女子医学生インターンシップ**

女子医学生を対象に、先輩女性医師が働く姿を見て自分の将来像を描き、医療を担う責任感と医師として仕事を続ける自覚を育てることを目的としている。夏期休暇中に実施し、2025年は26名の参加があった。2009年の開始時から、のべ参加学生数は468名となった。

**山口県医療政策課との意見交換会**

山口県医療政策課では行政としての取組みとして、医師確保や医療従事者の勤務環境改善などを担っている。2025年8月21日、同課と意見交換会を開催し、主に「女性医師の就労環境改善事業」について話し合った。医療現場の現状を報告するとともに、事業の広い周知を希望し、より利用しやすい事業となるよう見直しを検討いただくようお願いした。そして、今後は女性に限らず医師全体の勤務環境改善対策を希望した。

**山口大学医学部附属病院医療人育成センターの取組み**

・女性医師キャリア支援ネット in 山口

産休・育休前の相談等、院内外からの女性医師のキャリア支援に関する相談を受けており、2024年度の相談件数は92件、うち女性医師から71件、それ以外が21件であった。その他に育児中の医師の労働環境改善を職場に要望する、学会等における託児所設営の援助等に取り組んでいる。

・「こんにちは！先輩」「わたしは医学生」

女性医師・医学生それぞれからのメッセージをホームページに記載しており、また、冊子を作成し配布している。

[報告:山口県医師会男女共同参画部会長 戒能 美雪]

**その他ご意見（各県医師会意見取りまとめ）**

「令和6年度女性医師の勤務環境の現況に関する調査」において、勤務先の役職を問う項目があり、過去2回の調査と比較したところ、表の結果となった。

組織内での機関決定権限のある立場への昇進は、“女性医師の勤務環境整備”を行うための一助となるのではないかと考える。

女性医師の組織内での昇進やキャリア・ラダーの現状と課題や今後、女性医師の管理職登用を進めるためにはどうしたらいいのか。ご意見をお聞かせいただきたい。

**鳥取県医師会** 女性医師の管理職登用は増加しているが、依然として割合は低く、その理由としてキャリア形成の難しさやロールモデル不足、長時間労働などが挙げられる。登用促進には柔軟な勤務体系、育児支援、メンター・研修強化、クオータ制導入等も挙げられる。

**島根県医師会** 仕事と家庭の両立支援や働き方改革が進むものの、小規模病院では前例がなく将来像が描きづらい状況。昇進や支援制度は性別問わず整備されているが、ワークライフバランスや魅力的な職場環境の確保が重要。女性は自身の能力を過小評価しやすい傾向があるので、積極的に声をかけ、管理職への挑戦を後押しすることがよい。

**香川県医師会** 女性医師の昇進が進み、保育・復職支援など職場環境は改善されているが、今後は意識改革やロールモデル提示等によるキャリア形成支援が求められている。

**高知県医師会** 女性医師の管理職登用を進める

表 役職の構成比 (%)

役職	令和6年度	平成29年度	平成21年度
院長	5.7	0.5	0.8
副院長	1.4	1.5	1.8
部長	11.0	9.1	8.0
科長	3.8	2.4	2.5

には、男性と女性の平等を実現するために、男性の育児休暇や介護休暇取得など男性側における両立支援の環境を整備することが重要である。こうした環境づくりにより、女性医師だけがキャリアを中断することがなくなり、管理職に登用されやすくなると考える。

**山口県医師会** 現状と課題として、管理職における女性医師の割合を問う山口県でのアンケート調査（対象112病院、回答68病院、回答率61%）では、院長1%、副院長2.4%、部長13.2%、科長12.2%という結果であった。女性医師の管理職

登用が進まない理由として、男性医師と比較した場合、一般病院では非常勤が多い傾向にあることや、各種委員会やチーム医療（例：緩和ケア・栄養サポート）等の診療科横断的な活動に参加していない女性医師が少なくない、などの点が考えられる。

今後、行うべき取り組みとして、同じ能力であれば女性により昇進のチャンスを与えるよう、医師会を通じて働きかけを行うプロモーション活動を考慮いただきたい。

[報告：常任理事 長谷川奈津江]

## 日本医師会公式 YouTube と公式 LINE のご案内

日本医師会では公式 YouTube チャンネルや LINE 公式アカウントを通じて、さまざまな情報を提供しています。それらの情報をご活用頂くため、ぜひ、YouTube のチャンネル登録並びに LINE への友だち追加を、下記の二次元コードからお願いいたします。

●日本医師会公式 YouTube チャンネル



●日本医師会 LINE 公式アカウント



問い合わせ先：日本医師会広報課 e-mail：kouhou@po.med.or.jp

## 山口県報道懇話会との懇談会

と き 令和7年12月9日(火) 19:00～

ところ マリーゴールド

[報告：常任理事 長谷川奈津江]

医師会と報道関係者との相互理解のため、今年度も標記懇談会を開催した。

加藤会長の開会挨拶の後、山口県報道懇話会の幹事であるエフエム山口 総務部兼編成制作部 部長職からご挨拶をいただき、その後、出席者による自己紹介を行った。

### 意見交換

今回のテーマは「OTC 類似薬について」とした。加藤会長から OTC 医薬品と OTC 類似薬について説明した後、OTC 類似薬の保険給付のあり方の見直しは、患者・家族の経済的な負担が増加すること、地方やへき地では市販薬が購入できな

いため、薬が届かなくなるというアクセス等の問題、医療機関の受診遅延による健康被害、オーバードーズの問題などについて説明した。併せて、医療用医薬品と OTC 医薬品の薬剤費を比較し、自己負担が薬によっては 50 倍にもなることを説明し、OTC 類似薬の保険給付を継続する必要性を訴えた。

懇話会側からは、OTC 類似薬の成分に関する内容や湿布薬に代表される残薬の問題など、その場で多くの質問が出され、活発な意見交換がなされた。その後、引き続いて行われた懇親会でも多くの質問があり、意見交換を行った。



### 出席者

#### 報道懇話会

エフエム山口総務部兼編成制作部  
毎日新聞社山口支局  
朝日新聞社山口総局  
共同通信社山口支局  
時事通信社山口支局  
中国新聞社防長本社  
テレビ山口報道制作局  
日本経済新聞社山口支局  
NHK 山口放送局コンテンツセンター  
山口朝日放送報道制作局  
山口新聞社山口支社  
読売新聞社山口総局

#### 県医師会

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 河村 一郎  
常任理事 長谷川奈津江  
常任理事 縄田 修吾

# 令和7年度 児童虐待の発生予防等に関する研修会

と き 令和7年11月30日(日) 10:00～12:00

ところ 山口県医師会6階 会議室

(Zoom「ウェビナー」を使用したWeb方式併用)

[報告: 常任理事 河村 一郎]

令和3年度から本会の主催で開催している標記研修会について、今年度も山口県産婦人科医会、山口県小児科医会並びに山口県の共催により、Webでの視聴も可能としたハイブリッド開催にしたところ、当日は会場32名、Web70名、計102名の参加があった。

## 特別講演1

### 小さな命と向き合う場所

#### ～乳児院の役割と現状～

社会福祉法人中部少年学院乳児院なかべ学院

院長 藤本 純子

山口県で唯一の乳児院である「乳児院なかべ学院」では、さまざまな事情により家庭での養育が難しい乳幼児を受け入れ、専門職員が24時間体制で養育を行っている。ここでは全国の乳児院の現状とともに、当院の取組みや子どもたちを取り巻く課題について紹介する。

## 全国の乳児院の現状

令和7年4月1日現在、全国には147の乳児院があり、2,225名の乳幼児が生活している。令和6年度より減少したものの、依然として多くの子どもたちが安心できる居場所を必要としている。令和6年度の新規入所児1,437名のうち、健全児は1,031名(約72%)であった。しかし、その中には、診断はないものの発達上の課題があり、個別対応を必要とする子どもが233名含まれている。病虚弱児は358名で、低出生体重児が最も多く、精神・神経疾患、呼吸器疾患など医療的ケアを必要とする子どもも少なくない。障害児は48名で、知的発達遅滞や染色体異常が中心である。入所理由では虐待が46.3%と最も多く、

特にネグレクトが突出している。被虐待児は全体の半数を超え、乳児院が虐待対応の重要な役割を担っていることが分かる。年齢では6か月未満が53%と半数以上を占め、出生直後からの入所が多いことが特徴である。

## 乳児院なかべ学院の歩み

当院は戦後の戦災孤児保護を目的に設立され、昭和26年に乳児預かり所としてスタートした。昭和45年には定員48名と多くの子どもが生活していたが、平成31年に現在のユニット型施設へ新築移転し、より家庭的な環境での養育が可能となった。現在は3ユニット6ホームで構成され、各ホームにキッチン・寝室・養育室・浴室などを備え、家庭に近い環境で生活している。子どもたちは院庭で遊んだり、近隣の公園やスーパーへ出かけたり、地域の中でさまざまな体験を積んでいる。ユニット名は「光」「輝」「夢」で、子どもたちが心身ともに光り輝き、将来の夢に向かって羽ばたけるよう願いを込めている。

## スタッフ体制と担当養育

当院には看護師・保育士・児童指導員を中心に48名のスタッフが勤務している。担当養育制を導入し、1人の子どもに1人の担当養育者を配置することで、愛着形成を大切にしたい関わりを行っている。令和7年11月1日時点の入所児童は25名で、近年は3歳以上の在籍が増え、発達状況や家庭復帰の調整に応じた柔軟な養育が求められている。

## 入所理由の変化

令和7年度は10名が新規入所し、養育拒否、

障害、出生時の呼吸障害などが背景にあった。令和4～6年度の比較では、虐待による入所が減少し、経済的困窮による入所が増加している。虐待ケースは一時保護で対応されることが多く、入所に至らない傾向がみられる。

### 事例から見る支援の実際

講演では、虐待疑いのAちゃん、養育困難のBちゃんの2つの事例を紹介した。Aちゃんは生後1か月で大腿骨骨折が判明し、一時保護入所となった。入所後は哺乳が安定し、笑顔も増えていったが、兄への虐待通告により家庭復帰の調整が中断。最終的に祖父母の支援を得て、現在は再び家庭復帰に向けた面会を進めている。Bちゃんは先天性疾患と哺乳障害があり、実母の育児疲弊とDVが重なり一時保護となった。入所後も体調不良で4回入院し、職員が24時間付き添った。実母がパートナーと別れ、実家の支援を得たことで、最終的に家庭復帰が実現した。どちらのケースも、保護者の困難さと支援不足が背景にあり、実家や関係機関の支援が改善につながった点が共通している。

### 退所支援と地域への広がり

子どもたちは概ね3歳をめどに退所する。家庭復帰、里親委託、児童養護施設への措置変更など、子どもにとって最善の形を検討しながら進めている。また、当院は地域の子育て支援にも力を入れており、ショートステイやトワイライト預かり、「育児サロン親子クラブ」、離乳食提供の「ベビー食堂パパママカフェ」など、地域に開かれた支援を展開している。

### おわりに

乳児院での生活は、子どもたちの記憶には残らないかもしれない。しかし、ここで確かに受け取った「愛されて育つ経験」は、必ずその子の未来を支える力になる。今後も、乳児院が培ってきた専門性を地域に活かし、総合的な乳幼児支援の拠点として役割を果たしていきたいと考えている。

## 特別講演2

### 妊産婦の自殺の現状とその削減のための取り組み

昭和医科大学医学部産婦人科学講座教授/  
日本産婦人科医会常務理事

(医療安全・母子保健担当) 関沢 明彦

#### 1. 妊産婦死亡の定義

妊産婦死亡はWHOでは「妊娠中又は妊娠終了後42日以内に、妊娠の期間や部位にかかわらず、妊娠に関連する原因又は妊娠によって増悪した原因により死亡すること。ただし、不慮の事故や偶発的原因による死亡は含まない」と定義されている。また、妊産婦死亡は直接産科的死亡(direct obstetric death)と間接産科的死亡(indirect obstetric death)に分類される。直接産科的死亡は妊娠・分娩・産褥に直接起因する合併症、又はその管理に伴う合併症による死亡をいい、産科出血、子癇、羊水塞栓症、妊娠高血圧症候群に伴う脳出血、産科感染症などが原因となる。一方、間接産科的死亡は妊娠が誘因・増悪因子となって死亡に至った既往疾患や併存症によるもので、心疾患、糖尿病、脳血管障害、感染症(インフルエンザなど)などが原因となる。自殺については海外では、妊産婦死亡に含めない国がある一方、自殺による妊産婦死亡を確実に認識してその削減に取り組むために英国では直接産科的死亡に分類している。日本産婦人科医会の妊産婦死亡報告事業においては、妊娠時には間接の基準を満たさず、妊娠以後に精神症状が出現した場合、又は妊娠時には間接の基準を満たさずに妊娠以後の精神症状の有無が不明の場合には直接産科的死亡に、妊娠前から精神疾患の診断、状態がある場合には間接産科的死亡に分類している。

一方、後発妊産婦死亡(late maternal death)とは妊娠終了後43日～1年未満の間に妊娠関連原因での死亡をいう。政府が発表する母子保健統計のなかでの妊産婦死亡は妊娠中又は妊娠終了後42日以内の妊産婦の死亡を対象にしているが、妊産婦死亡報告事業では妊娠終了後1年未満までの妊産婦の死亡を広く収集して、集計している。

厚生労働省が公表する母子保健統計には妊娠終了後42日目までの妊産婦死亡についてのデータが掲載されている。2021年の妊産婦死亡率は

表1 妊産婦死亡報告事業での自殺事例のまとめ

直接産科的死亡 N=18			間接産科的死亡 N=28			後発妊産婦死亡 N=21		
X70	縊頸	9	X61	薬物	2	直接	自殺 (X)	14
X80	飛び降り	7	X67	ガス	1	間接	自殺 (X)	7
X81	飛び込み	1	X70	縊頸	16			
X84	方法不明	1	X80	飛び降り	8			
			X84	方法不明	1			

2.5 で、年々減少傾向が観察されてきたものの、2022 年以降は増加した状況にあり、2024 年は 4.6 と報告されている。

2. 日本産婦人科医会の妊産婦死亡報告事業における自殺統計

妊産婦死亡報告事業は 2010 年からスタートした事業であり、妊娠終了後 1 年未満の妊産婦の死亡を広く報告依頼しているものの、当初は自殺の報告事例は僅かであった。その後、本事業の認知が進み、自殺事例の報告も次第に増えてきて、2020 年には死亡原因別で自殺が 1 位となっている。妊産婦死亡報告事業の自殺事例は 42 日以内の事例が 3 分の 2 で、妊娠中の自殺は妊娠前から診断されている間接産科的死亡に分類されるものが 3 分の 2 と多く、逆に後発妊産婦死亡は、直接産科的死亡に分類されるものが 3 分の 2 と多い (図 1)。自殺の方法であるが、妊産婦の死亡では「縊頸」や「飛び降り」が多い (表 1)。

時期別の妊産婦自殺数を図 2 に示す。本事業では妊娠初期の自殺が報告されていない。また、産後、特に 2 か月以降の自殺の報告が少なく、報告は産婦人科医が管理する妊娠初診後から産後 1

か月健診までが中心で、この事業で妊娠してから妊娠終了後 1 年未満の妊産婦の自殺の全体像の把握は難しい。

本事業では、自殺に至る背景をある程度把握可能であり、その背景要因を分析した結果を図 3 に示す。自殺には家族やパートナーとの問題、身体的な不調、児の異常や入院など多くの因子が複合的に関与していることが分かる。

3. 東京都監察医務院での異常死の検討

2005 ~ 2014 年の 10 年間の東京都監察医務院での妊娠中から産後 1 年までの異常死についての調査結果が報告された。この報告によると 10 年間で 89 件の異常死があり、そのうちの 63 件が自殺によるものであった。出生数を加味すると、10 万出生当たり 8.7 人の自殺による妊産婦死亡 (妊娠終了後 1 年以内) があったことになり、当時、妊産婦死亡率 (分娩後 42 日以内) が 5.8 人 / 10 万出生よりも大幅に多いことから、その対策の重要性が示す貴重なデータとなった。このデータから妊産婦の自殺の時期としては妊娠初期に最も多く、産後は産後 4 か月に最も多いことが示された (図 4)。また、妊娠中の自殺の約

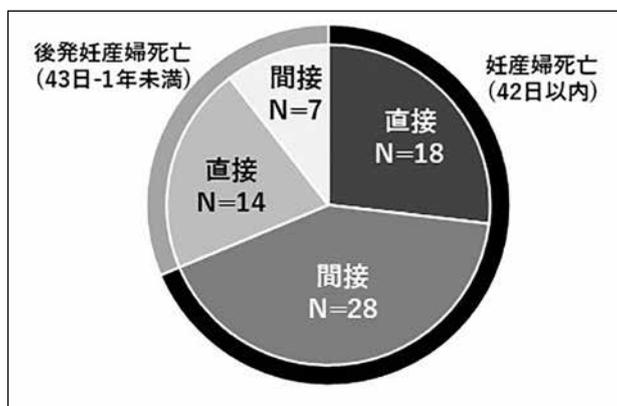


図 1 自殺事例の分類 (妊産婦死亡報告事業)

40%、産後の自殺の約50%に精神疾患があることも示された。

#### 4. 出生データと死亡データ、死産データをリンケージ解析する試み

厚生労働科学研究費を用いた研究班（森臨太郎班）において、行政が持つ2015年と2016年の出生データ、死亡データ、死産データをリンケージして解析することで、妊産婦死亡を把握する試みが行われた。出生データと死亡データをリン

ケージして、また、死亡データと死産データをリンケージして産後1年未満の産婦を同定、さらに、死亡データの中に妊娠関連の語句やコードのあるものを抽出することで、妊産婦死亡を推定した。その結果、妊娠中から産後42日以内の妊産婦で132人、産後1年以内で357人の妊産婦死亡が確認できた（図5）。2015年と2016年の出生数の合計が1,982,963人であったことから、妊産婦死亡率は妊娠終了42日以内で6.66/10万出生、妊娠終了1年以内で18.0/10万出生とな

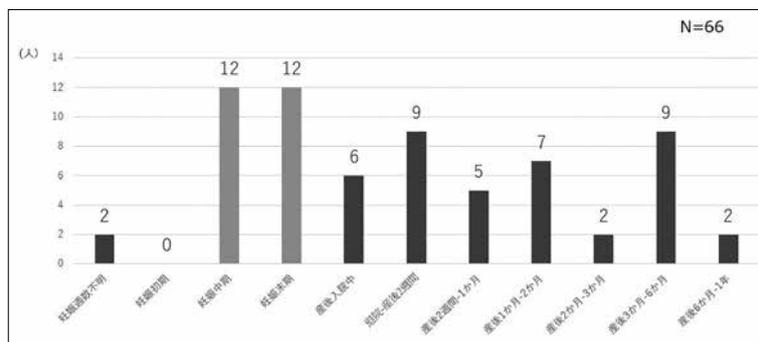


図2 妊産婦死亡報告事業（日本産婦人科医会）における妊娠・産褥期の時期別の自殺者数（2010-2024年）

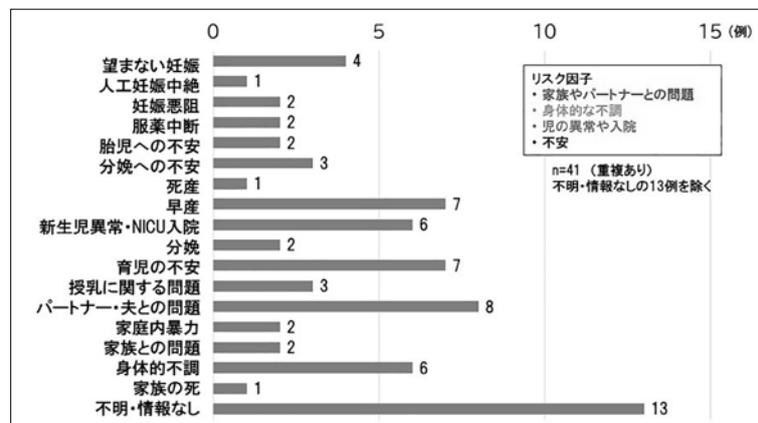


図3 妊産婦死亡報告事業にみる自殺事例の背景要因

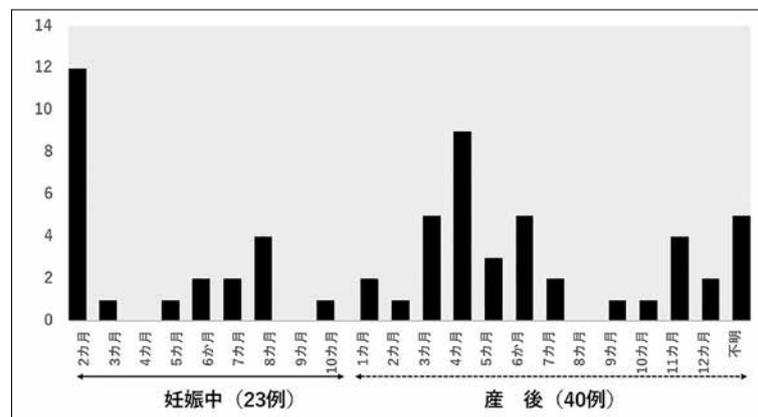


図4 東京都における妊産婦の自殺の時期（2005-2014）

り、これまで公表されてきた母子保健統計の妊産婦死亡率に比べて、非常に高率である実態が明らかになった。妊娠終了42日以内と妊娠終了1年以内の妊産婦死亡とで比較して、直接産科的死亡はそれぞれ66例と74例で増加が限定的であった一方、間接産科的死亡では48人と236人で大幅に増加した。死因別では、自殺が12.9%と28.6%であり、後期妊産婦死亡の時期に特に自殺が多いこと、また、妊娠終了1年以内までの妊産婦死亡全体で自殺が最も多い原因であることが確認された。

### 5. 警察庁自殺統計（自殺対策白書）での解析

警察庁では死因が自殺と判断された場合に現場の警察が自殺統計原票を作成しており、2022年以降、女性の自殺については妊娠中や産後1年以内に該当する場合には妊娠の状況について記録することとなり、その自殺原票をもとに妊産婦の自殺の状況が把握できるようになった。厚生労働大臣指定法人・一般社団法人いのち支える自殺対策推進センター（JSCP）が日本産婦人科医会と協働で、このデータの解析を行っており、その解

析データは毎年公開できることになった。しかしながら、そもそも警察が自殺と判断していない自殺もありえること、妊娠初期で家族にも妊娠したことを伝えていない場合など警察が妊婦と判断する方法には限界があることなどから、正確な妊産婦の自殺数を反映できる統計ではないことに注意する必要がある。

2022年から妊産婦の自殺数（産後1年以内の自殺）が公表され、その数は2022年65件、2023年53件、2024年44件であり、3年間で162件であった。そのうち、妊娠中の自殺は45例（28%）、産後2か月以内が26例（15%）、それ以降が91例（56%）であった（図6）。自殺率を同年齢の女性と比較すると、20代前半では同等であるものの、20代後半から30代後半までは自殺率が低く、40代前半では逆に上昇（16.6/10万出生 vs 11.1/10万女性）し、全体での妊産婦死亡率は7.3/10万出生となることが示された。

そのなかで、興味深いデータは、妊娠中の自殺は2.0/10万出生であるが、自殺は20代の前半に多い一方、産後の自殺は20代後半が最も少な

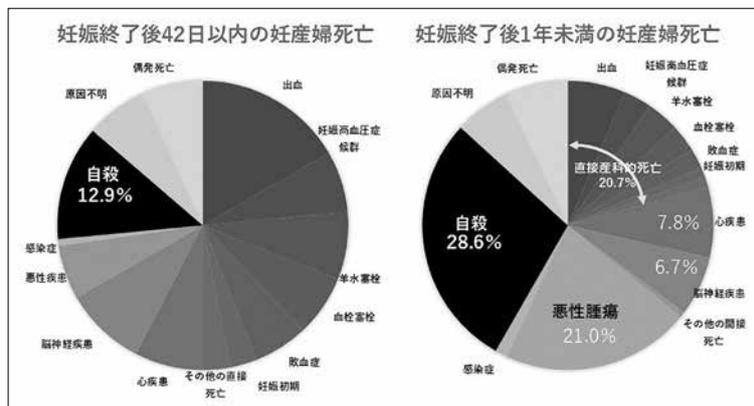


図5 妊産婦死亡の時期別の原因別内訳：厚労科研森班のリンケージ解析（2015-2016）

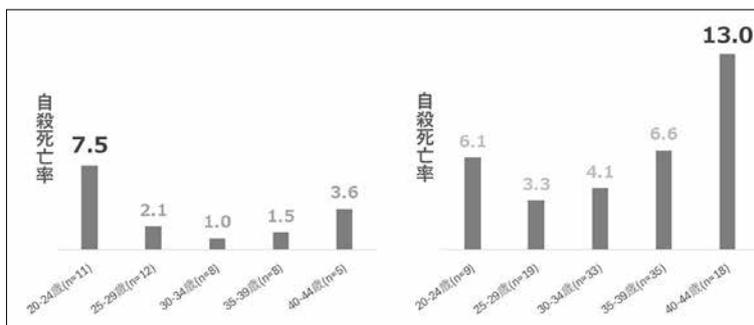


図6 警察庁の自殺統計からみた母体年齢の妊娠中と産後の自殺率への影響

いもののその後は年齢とともに増加し、40代に最も高率であった。自殺の動機は妊娠中には交際問題が36%を占め、特に配偶者がいない場合には67%で交際問題が理由として挙げられていた。配偶者がいる場合には家族問題、健康問題が多くを占めていた。一方で、産後については家庭問題が72%、健康問題が54%であり、この家庭問題としては子育ての悩みが82%と多く、健康問題としては精神疾患（うつが79%）が多いことが報告された。

考察とまとめ

これまで妊産婦の自殺については多くの調査によりその数の推定が行われ、いわゆる疾患による妊産婦死亡に比較して自殺が非常に多いことが問題となっていた。そこにJSCPから警察自殺原票を基にしたデータが公表されたことで、まだまだ限界はあるものの実態に近い妊産婦の自殺の状況が明らかになった。このJSCPのデータによると、妊娠中の自殺には妊娠初期の自殺が多く、特に20代前半で配偶者なしの女性で、交際問題による自殺が多いことが判明した。日本産婦人科医会の妊産婦死亡の報告の中に妊娠初期の自殺の報告がないことからすると、これらの女性は、産婦人科を受診することなく、自殺していることになり、産婦人科医の力の及ばない範囲のできごとともいえ、社会的な支援体制の充実によって解決していかなければいけない課題と考えられる。妊娠

検査薬に支援の情報を載せておくなどの対応が行われている地域もあるが、産婦人科での妊娠検査や妊娠相談を無料化して、相談しやすくするなどへの対応も必要と思われる。同時に、教育の中でも、妊娠した場合の社会支援体制などについて伝えることなどが重要であると思われる。

一方、産後の自殺は20代後半から年齢とともに増加し、40代前半では20代後半の約4倍と高頻度である。自殺の要因としては、子育ての悩みや自身の精神疾患のことが多くを占め、産婦人科医の妊産婦メンタルヘルスケアの充実で自殺を削減できる可能性が示唆される。

最近、東京都23区での妊産婦異常死の調査（2015年～2022年東京都監察医務院の調査）の結果が報告され（Takeda J, Takeda S, Hikiji W. Recent Trends in Maternal and Postpartum Suicide and Countermeasures. JMAJ. 2022 Apr 15;5(2):268-269.）、10年前の統計に比べて自殺による妊産婦死亡率が43%減少しているというデータも出てきている（図7）。さらに、JSCPのデータでも自殺による妊産婦死亡は2022年65件、2023年53件、2024年44件と徐々に減少してきている。これらの結果は、近年の妊産婦に対するメンタルヘルスケアの充実や産後ケアの拡充によるところもあると思われる。妊産婦メンタルヘルスケアの活動は地道な活動ではあるが、こういった活動の充実によって、妊産婦死亡がさらに減少していくことが期待される。

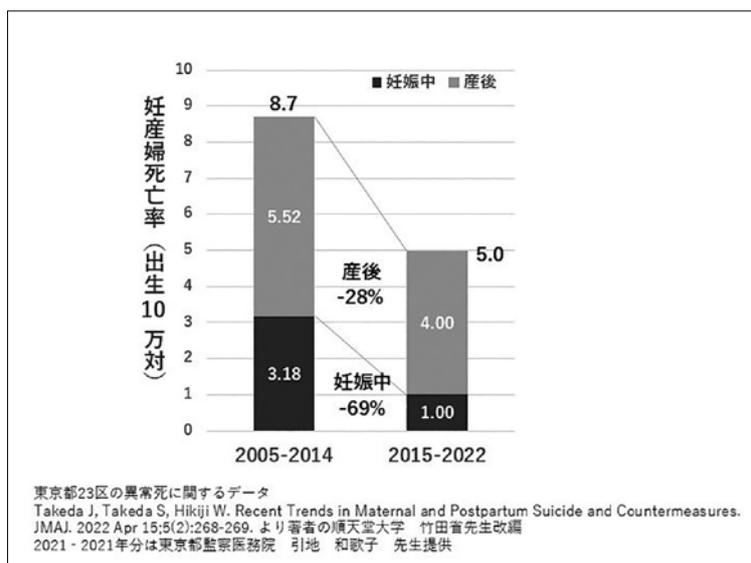


図7 東京都23区での妊産婦異常死の調査（2015年～2022年東京都監察医務院の調査）：都区部の妊産婦死亡率の変化

# BEAMS 研修

## Stage1

と き 令和7年12月8日(月) 19:00～20:30

ところ Zoom ミーティング

## Stage2 + α

と き 令和7年12月21日(日) 10:00～15:00

ところ 山口県医師会6階会議室

[報告：常任理事 河村 一郎]

昨年から県医師会主催で始めた研修会であるが、BEAMSは日本子ども虐待医学会が開発した「医療機関向けの虐待対応プログラム」で、Stage1、2、3とある。Stage2、3は院内に虐待対応のチーム(CPT: Child Protection Team)がある病院のスタッフに対する研修会で、児童虐待の防止には、子どもが受診するすべての診療科(外科、脳神経外科、整形外科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、産婦人科など)の協力がないと防ぐことはできず、外傷などが見逃されてしまうこともある。

Stage1は、受講者が虐待の早期発見と通告の意義を理解し、医療機関でのSentinel(歩哨・見張り番)として適切な行動がとれるようになることが目標で、すべての医療関係者が対象となっており、一人でも多くの医療関係者に子ども虐待について、考えるきっかけになることを目指す。プログラムは講義形式となっている。今年度は福岡赤十字病院小児科の古野憲司先生に「はじめよう！子ども虐待対応とその予防」というタイトルで、BEAMSについて、子ども虐待対応の歴史、虐待の分類、通告の意義、義務について、虐待の鑑別、診断について、子ども、親への問診の仕方、考察、重症度トリアージ、連携開始(CPT、児童相談所等)、性的虐待について講演いただいた。参加者は102名で、医師38名、医師以外64名であった。

虐待の診断には、叩打、やけどのパターン痕に注意する。全身の診察、写真撮影が必要である、写真撮影は傷と一緒に定規やコインなどと撮影す

る、特に手の痕、ほうきの痕に注意する。熱傷痕はフライ返し痕、最近ではヘアアイロンが多い。問診では、子どもと親は別々に、子どもは親の話すケガについての説明を聞くと、親の言った通りに説明することがあるので注意を要する、親が言ったままの言葉をカルテに記載する、要約したり省略したりしない(例えば「頭が痛い」→「頭痛」にしないように)、親に言い訳のヒントを与える聞き方はしない(「ベッドから落ちたんですか?」などはダメ)、直接虐待を疑うような質問もしない(「揺さぶったんですか?」などはダメ)のが重要である。虐待疑いの患者さんを診察して、医学的には入院適応はない場合、出血斑があれば出血傾向など血液の病気かも、骨折があれば骨の病気かもと言って入院を勧める。

性的虐待は、女兒の4人に1人、男児の6人に1人が経験ありとされているが、傷など医学的臨床所見は少ない(診察事例の4%)。否認(75%は1年以上語れず)や撤回(開示例の20%)は稀ではないとされる。

Stage2は、受講者が被虐待児の安全を担保し地域へ繋げ、医学診断をネットワークに的確に提供できるようになることが目標で、CPTのメンバー及び小児科医が対象となっているが、虐待をより深く学びたいその他の職員も受講可能となっている。すべての二次医療圏での虐待対応能力のボトムアップがなされていくことを目指す。今年度は、午前中は聖ルチア病院精神科の神菌淳司先生に、基礎的な医学診断の進め方を学び、性虐

待・性被害へのアプローチや予防についても学ぶことを目標として、「子ども虐待対応プログラム JaMSCAN BEAMS Stage2」というタイトルで講演いただいた。虐待事例への対応では、良い親になることが目標ではなく、虐待行動をしない親、SOSを出せる親、育児を他人に頼れる親を目標とする。虐待環境に至りやすい養育者の特徴としては、経験・技能不足、知識不足から子どもへの対応が拙かったり、不安や怒りなど感情のコントロール不足、対人関係交流の問題、パーソナリティ症・精神疾患・神経症を持っているなどがある。虐待を受けやすい子どもの兆候としては、独特の激しい泣き、夜間の寝くじ・夜驚、少食・食思不振、分離不安、探索行動、反抗挑戦、トイレット・トレーニングへの抵抗が言われている。院内虐待対応組織（CPT）では情報共有も含めた定期会議、講義・講演などの啓発活動、治療が必要であり、虐待対応は役割分担が必要である。

基礎的虐待医学診断では、骨折、熱傷、挫傷、頭部外傷についての診断方法を説明された。骨折では、2歳以下のすべての虐待が疑われる症例は全身骨撮影（1枚ですべてをとらえるものではなく、それぞれの箇所を撮影したもの）が必要であること、肋骨にはCTの方がよいこと、両親はDV関係で未婚、うつ病、薬物使用、経済的ストレスがある場合はハイリスクになること、鑑別診断として、骨形成不全症、くる病・骨軟化症などもある。熱傷事故は78%が5歳未満、熱傷部位の96%が身体の前面に、低年齢の子どもは顔や腕、体幹上部の熱傷、高年齢の子どもは足や手、体幹下部の熱傷が多い。手背のみ、外性器・臀部の熱傷は虐待による熱傷が疑わしい。虐待に特徴的な打撲痕は、臀部・陰部、左耳介、左頬部が多く、頸部を締めつけられた場合には顔面に点状出血斑が残ったりする。硬膜下血腫は痙攣、ぐったりしているなどの症状で、網膜出血があると虐待が疑われるので眼科に早めに紹介するとよい。揺さぶられっ子症候群では肋骨骨折が起きるが、側胸部、後胸部が多く、心肺蘇生ではこの部位に起きない。座位から後方に転倒し乳児硬膜下血腫を起こした乳児（中村I型）では、生後6～10か月に集中、ほとんどが後方への転倒転落で発症、

意識障害や痙攣で発症、予後はほとんど良好で重症事例はないとされる。小児救急診療では痙攣・意識障害で受診するのが1日1例あるが、2015年から2023年の間の乳児硬膜下血腫40例のうち受傷機転の語りがあったのは19例で、痙攣・意識障害では語りがなかったのが12例、語りがあったのが6例と語りがなかった例が多かった。受傷前後の位置・姿勢を聴くなど語りを洞察的に聴くのがよい（どのように、どのような姿勢で落ちたかなど）。過小評価・過小表現する（「軽く叩いた」など）、結果を要因にする（「勝手に転んだ」など）、責任転嫁する（「言うことを聞かなかったから叩いた」など）、記憶の曖昧化（「よく覚えていない」など）、など養育者の語りから読み取ることが重要である。転居や入所解除後など死に至る分岐点があり、虐待診断ではなく、子どもの安全が重要である。

養育者については実行機能の弱さと自己認知の歪みが問題である。養育者では、抑制、柔軟な思考、感情制御ができない。問題を抱えている家族に声掛けが大事である。聴いてもらえたと感じてもらうことが重要である。

性虐待には話さない理由とその背景がある。子どもの語りが重要である。有病率は男子約10%、女子約20%ある。家族支援、社会的支援、感情調整と物語化が長期的に必要である。性虐待被害児の6人に1人は身体的にも虐待されている。DV家庭の子どもの55%は身体的、21%は性的に虐待されているとされている。性虐待には児童相談所や医療スタッフなどにも抑うつと不安があり、支援が必要である。

午後は「医療現場の法的対応を学ぼう」ということをテーマとして、医療現場での児童虐待事案における法的対応に対する理解を深めること、民法改正（共同親権等）に関する最新の話も取り上げることが目標として行われた。福岡赤十字病院小児科の古野憲司先生の進行で、北九州市立八幡病院小児科の森吉研輔先生に「医療現場の法的対応を学ぼう～医療の現場から～」、福岡県福岡児童相談所弁護士の一宮里枝子先生に「医療機関と児童相談所の協働～虐待対応の流れ～」というタイトルで講演いただき、その後グループ

ワークで「硬膜下血種の生後9か月児に対する医療現場の対応、児童相談所の通告について」を協議し、Q&Aで児童相談所からの病院受診、一時保護が解除された子についての情報提供、親権者と保護者の違いを学び、全体でディスカッションした。最後に一宮先生から「共同親権等について～令和6年法改正の件」の講義を受け、参加者からの質問を受けた。

実例からの現場の対応、Q&Aなど実際例を含めたわかりやすい講演、グループワークで大変わかりやすく、実際に則した学びとなった。

参加者は26名で、医師10名（小児科7名、外科1名、内科1名、臨床研修医1名）、看護師5名、保健師2名、そのほか公認心理師、作業療法士、社会福祉士、児童福祉司など多職種の参加があった。

来年度も行う予定なので、ご興味のある方はぜひご参加いただきたい。



## 山口県医師会メールマガジンのお知らせ

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

メールマガジン配信をご希望の方は、①又は②の方法でご登録ください。

### ①スマートフォンの方

右のQRコードからアクセスし、必要事項を入力してください。

### ②パソコンの方

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

(折り返し、登録に関するご案内をお知らせいたします。)

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



# 令和7年度 第56回全国学校保健・学校医大会

と き 令和7年11月22日(土) 10:00～

ところ パシフィコ横浜ノース

## 第1分科会「からだ・こころ(1)」

### 1. 「原則着衣」健診の現状と課題

京都府医師会・京都市学校医会 井本 雅美

学校健診におけるプライバシー保護と正確な診断の両立が課題となっている。京都市学校医会は、文部科学省通知を受け、プライバシー保護のため着衣健診を導入したが、正確な診断に支障が出た。令和6年度のアンケートでは、教職員による介助が不十分で、着衣のままの検査による診断の不正確さ、学校医の負担増が課題として浮き彫りになった。令和7年度のアンケートでも同様の課題が確認され、教職員の介助体制の強化、保護者・児童生徒への事前周知の徹底が求められている。学校医の負担軽減や精度の向上を図るには、教職員や養護教諭の介助強化が不可欠で、トラブルを避けるためにも、検査・診察の場においては学校医と児童生徒以外の第三者の立ち会いは必ず必要である。今後は、保護者・児童生徒への事前周知の徹底により、健診の目的と方法への理解の促進(着衣健診でのスクリーニングとしての限界も含め)、また脊柱検査の機器導入や整形外科医の介入、さらには学校保健安全法(施行規則)の見直しを含めた制度変更が望まれる。

質疑応答では、学校側の対応の温度差、看護師の費用負担、学校医の報酬の問題などが議論された。

### 2. 児童生徒のプライバシーや心情に配慮した学校健診～令和6年度、川崎市の対応について～

川崎市医師会学校医部会 佐々木明德

令和6年度の川崎市学校健診は、文部科学省の通知に基づき、児童生徒のプライバシーと心情に配慮して実施された。しかし、学校ごとの実施方法の違いや、保護者からの健診方法統一の要望を受け、課題解決のため学校医への意識調査を実施した。その結果、学校医の年齢層は60歳代が

最多で、「児童生徒のプライバシーや心情に配慮した学校健診」の情報については医師会メールニュースや学校からの連絡を通じて認識していた。健診では、着衣での待機や、心音聴診は衣類内で行うなど、心情に配慮した方法が採用されている。一方、運動器検診では、側弯症の見逃しを防ぐため、背中を露出した状態での評価が必要とされた。LGBTQなどジェンダーや性自認に関する質問では、62%が「多様化している」と答え、76%は「デリケートな問題である」と認識していたが、同時期に実施した養護教諭部会への調査では、91%が「多様化している」と回答している。学校医部会は、川崎市小児科医会・整形外科医会と協力して「児童生徒等のプライバシーや心情に配慮した健康診断」に関する共同見解を作成した。学校医部会ホームページや学校医ニュースで公開し、令和7年度以降の学校健診の標準化に役立っている。

### 3. 学校健診方法の統一について(横浜 Ver.)

横浜市医師会 水谷 隆史

文部科学省からの通達を受け、横浜市では盗撮問題などを背景に、着衣での健診を基本とする方針を決定。アンケートの結果、医師の間では脱衣での診察を望む声もあったが、児童生徒や保護者の理解を得るため、健診の意義や着衣での診察における注意点をまとめた資料を作成し配布した。学校健診に関して、健診方法の統一など、学校医や学校の立場を踏まえて対応を行ったが、精度やエビデンスの問題など課題が多いと考えられる。時代の変遷もあり、実施内容や方法については国ベースで再検討する必要があると考える。学校の現場としては、実施時期や時間といった制限もありきちんと対応できない側面がある。診察方法やプライバシー配慮など、さまざまな課題が挙がることでの学校医の負担感もある。学校医の学校健

診に対する不安や不満が生じないためにも、学校現場との意思疎通をより図っていききたい。

質疑応答では、湾曲検査におけるデバイスの活用について議論が交わされ、デバイスの統一化や、養護教諭でも扱えるようなシステム開発への期待が示された。

#### 4. 大阪府内における「5歳児健診」実施現状と今後の課題

大阪府医師会 森口 久子

令和5年度に創設された5歳児健診の母子保健医療対策総合支援事業を受け、大阪府は広域支援を強化。令和10年を目途に全員健診実施を目指している。人口規模が大きい市町村では課題が多く、健診医の確保、みなし健診の抽出基準、教育委員会との連携が課題として挙げられている。効率化のため、園医による内科健診や、保健師・保育士の視点を取り入れた共通項目の設定が重要である。守口市でのモデル事業を参考に、保護者だけでなく園の意見も取り入れたアンケートを実施。就学後支援につなげるため、教育委員会との連携を強化し、小学校入学前に必要な情報を把握した。小学校の先生へのアンケートでは、学習能力だけでなく、生活面での自立や集団行動が重要視されていることが判明。5歳児健診の情報は、小学校、中学校、高校の内科健診へと活用されることが期待されている。健診実施及び健診後フォロー体制には地域に根差した小児科医の協力が不可欠であり、日本小児科学会、日本小児科医会が協力してコンソーシアム体制を設置推進している。日本医師会から発出された5歳児健診推進に関する要望を、大阪府医師会から市町村医師会へ発出し協力を促している。課題解決のため、健診データの柔軟な利用やフォローアップ体制の拡充が求められている。

#### 5. 横浜市の公立小学校における成長曲線の活用について

横浜市医師会成長曲線事業運営委員会 大川 拓也

成長曲線は小児の成長を評価する上で非常に有効なツールとなる。特に学校健診で活用することで市内の対象年齢の小児の多くをカバーすることができる。平成17年度から成長曲線活用の方向

性が示され、平成26年度には座高検査が廃止され、身長・体重の成長曲線が重視されるようになった。しかし、具体的な活用方法は地域や学校によって異なり、統一されていない現状がある。成長曲線活用の意義として、大規模な母集団での評価が可能であり、重篤な疾患の早期発見や、学童期の心の問題への気づきに繋がる可能性が挙げられた。乳幼児の症例では、成長曲線の変化から重篤な疾患が発見された例を紹介した。横浜市では、令和6年度に84.9%の小学校で成長曲線が作成され、子供の健康管理プログラムが活用されている。受診勧告率は50.4%と推測され、肥満とその合併症、低身長症などが多く報告されている。特に、学校の先生の負担軽減、受診の質の向上、データの継続的な管理、民族性を考慮した評価が重要である。横浜市では学校健診への成長曲線の導入が進み、徐々に成果を上げつつある。ただし改善しなければならない点も少なくなく、今後もより良いシステムとして成熟するように学校医やかかりつけ医、関係機関ともさらなる検討をしていきたい。

#### 6. 福岡市医師会小児生活習慣病検診10年間の検討～コロナ禍後にやるべきこと～

福岡市医師会小児生活習慣病対策部会 青木真智子

学校健診を入口とした、学童期の子どもたちの健康問題への取組みについて述べる。2015年から学校での身長・体重データと心臓調査票を用いて肥満度を計算し、保護者への注意喚起、学校医との連携、専門医への紹介を行った。特徴は、分かりやすいマニュアルと、日本肥満学会の基準に沿った診断である。小学4年生の肥満度別推移では、コロナ禍以降に肥満が増加し、特に中等度・高度肥満が顕著に増加、2次検診受診率の低さの課題も存在する。データ分析からは、男児における腹囲/身長比、肝機能の異常が肥満と関連することが示唆された。早期介入の重要性、学校健診の法制化、メンタルヘルスを含む特定健診への移行を提言する。学校健診が、社会で行う特定健診の役目を果たすべきである。そのためには、生活習慣、睡眠やメディア時間、心の問題を問診に取り入れ、かかりつけ医が介入し初期の段階でのサポートをすべき時代になってきていると感じてい

る。そのためには、学校保健安全法に小児生活習慣病予防健診を取り入れ、標準化・予算措置、法定化を定め、子どもと保護者と学校現場、医療現場の認識を高める必要がある。

質疑応答では、血液検査の重要性、学校薬剤師による健康教育の必要性が論じられた。

## 7. 緊急心電図ホットラインと再判読による学校心臓検診の精度管理

まりこどもクリニック港南台 岩本 眞理

1973年の学校保健法改正で義務化され、1993年には心電図検査が導入された。横浜市では緊急心電図ホットラインにより、重症や緊急を要する心疾患を速やかに専門医療機関の受診につながる仕組みになっている。一次検診で12誘導心電図を実施し、小児科医と内科医が検診。二次検診では小児科専門医による再判定が行われる。緊急心電図ホットラインも設けられ、QT延長、不整脈、心不全などが抽出対象。2024年度は5万人の受診者中、38名がホットラインに上がり、うち11名が専門医療機関を受診した。一次検診の再判読率は2.9%、再判読後要精検率は1.5%であり、受診医療機関は緊急度に応じて区分けされる。専門医による再判読によって適正な精検率を保っている。過去7年の事例では、ST上昇や心筋症疑いからVT（心室頻拍）と判明した例もある。運動制限は病状により異なり、心房中隔欠損症の治療適応例は1～2年以内に治療を受けた。

学校医の所見も問診票に記載され、心雑音などがあればホットラインに繋がる。今後の課題として、聴診の重要性が挙げられる。

[報告：理事 中村 丘]

## 第2分科会「からだ・こころ(2)」

### 1. 学校医による子どもの心の問題への対応状況と意識調査

たくこどもクリニック 橋本 卓史

2024年9月、川崎市の市立小学校・中学校の学校医158名に対して、学校医の子どもの心の問題への対応状況、意識についてアンケート調査を行った。30名（内科医15名、小児科医12名、その他3名）から回答を得た（回答率19%）。男

女比は4:1、医師経験年数の中央値は34年であった。学校医の36%が学校から神経発達症に関する相談を受けており、うち57%が困難を感じていると答えていた。30%が不登校に関する相談を受けていた。神経発達症に関する診療を行っているのは13%、学校と連携を行っているのは37%で、困難を感じているのは60%で内科医が多かった。不登校に関する診療を行っているのは30%、学校と連携を行っているのは30%で小児科医が多かった。学校医が子どもの心に関する専門的知識を習得し、教師への適切なアドバイス、専門医療機関への紹介を行うために、地域での研修やネットワークづくりが必要と考えられた。

## 2. 2024年：中学生のメンタルヘルス

### —コロナ流行5年目：男子の悪化—

うめもこどもクリニック 梅本 正和

2012年から中学生のメンタルヘルスをみている。コロナ前までの不安・抑うつ点数は10点前後であったが、コロナ以降上昇し、2022年がピークとなり、コロナ前の3倍となった。コロナ終息後も改善傾向はなく高止まりで推移し、自殺念慮率は不安・抑うつ点数と比例し、2024年は2023年に比べ再びリスク率がやや悪化した。自殺念慮率は2024年男子の悪化が見られた。不安・抑うつと自尊感情の点数は反比例しており、自尊感情が高いと不安・抑うつが低くなる。2024年は男子の自尊感情が大きく低下した。長野県の中学生のデータでは男子のオンラインゲームの依存が報告されている。男子はゲーム依存によってメンタルヘルスの悪化が進んでいるのかもしれない。黙食もあり、リアルな交流の時間が減少し、対人関係が構築できていないのではと思われた。

## 3. こどもたちが自分を大切にするために

東京都医師会・

学校精神保健検討委員会 川上 一恵

東京都医師会では、学校医、児童精神科医、スクールカウンセラー、養護教諭を構成員とする学校精神保健検討委員会を設置し、2年前本会で子どもたちの心の状態に焦点を当てたブックレットを作成したことを報告した。危惧した点は、子どもたちが「自分を大切にしていない、自分を大切

にできない」状況にあるのではないかということで、SNSや動画サイトを利用する子どもの低年齢化と長時間化による睡眠不足、摂食障害、自傷行為が増加している。そこで「睡眠の大切さ」「デジタルデバイス」「摂食障害」「自傷」に焦点をあてブックレットを作成することとした。従来の医師に読んでもらうブックレットでは教師、保護者、子どもたちになかなか伝わらないので、教師、保護者から子どもに伝えてもらうように、一つの課題について、子ども向け、大人向け（保護者、学校保健に関係する医師、地域の大人）、学校の先生向けと分けて記載し、東京都医師会のホームページにPDF化して掲載した。ぜひ多くの方に使っていただきたい (<https://www.tokyo.med.or.jp/wp-content/uploads/gakkou/application/pdf/e4f50d7092facaca6e413ec86a9e314c.pdf>)。

#### 4. 市立小中学校での1人1台端末を用いたメンタルヘルスケアシステム構築の取り組み

横浜市立大学附属病院精神科 石井 美緒

横浜市立大学 COI-NEXT 拠点（若者の生きづらさを解消し高いウェルビーイングを実現する共創拠点）では横浜市教育委員会と連携し、市立小中学校における GIGA 端末を活用したメンタルヘルスケアモデル「横浜モデル」の構築に取り組んでいる。2024年度、小中各1校のモデル校にて、全校生徒1,500人を対象に予備調査を実施した。毎日の気分の自己評価（「こころの温度計」）と月1回の「こころの定期健診」を行い、心の状態を可視化し、不調を早期に発見することを目的とした。生徒の約2割弱に中等度以上の抑うつ傾向がある可能性が示唆された。抑うつ傾向が見られる生徒はレジリエンス得点が低い傾向があったが、ばらつきも大きく、約6割の回答欠損が生じたこと、回答内容の偏り（850人中150人が1か月間ずっと同じスコア）があり、慎重な解釈、今後の精度向上、運用上の工夫が必要と考えられた。子どもたちの心の状態を正しく測るこころチェックのためには、子どもたち及び教員のモチベーションと使いやすいツールが必要である。リテラシー教育では精神科医師や心理士による出前授業や教員向けの研修動画を作成、配信して、生徒・教員自身が「心の健康」や「横浜モデル」の

意義を自分のこととして捉えられるよう支援している。児童・生徒へのインタビューや現場との対話、教育委員会との密なディスカッションを重ね、学校の導線に合ったツール作成やフィードバックの方法の改善にも取り組んでいる。

#### 5. 18歳未満の自殺未遂者に対する取り組み

東海大学医学部医学科総合診療学系 松成 夏美

日本における自殺者数は、2003年の34,427人を境に減少傾向にあるが、20歳未満については2016年以降増加傾向で2023年は810人である。10～19歳の死亡原因は男女とも「自殺」が最も多い。東海大学医学部附属病院高度救命救急センターに搬送された自殺企図の疑いがある患者について、精神科が治療介入して、本人及び家族から自殺の動機や生活状況を聴取し、その内容をもとに複数人の精神科医で精神症状や診断などの評価を行った。18歳未満の患者は90例で47%は精神科への通院歴はなかった。自殺動機は家庭環境が多く、薬物使用による自殺企図が多かった。再企図の高い患者は入院とした。退院後69%の患者を精神科通院につなげることができた。課題として、退院後の地域の支援体制が整っておらず、要対協の必要性、情報共有ができていない、行政で成人の自殺未遂者への対策はあるが、18歳未満には対応していないことなどが挙げられた。

#### 6. 不登校児の健康診断受診の現状と対策

東京都医師会 弘瀬知江子

東京都内62市区町村の教育委員会に文書にて不登校児童生徒の人数やその原因、健康診断実施の現状と対策に対する考え方についてアンケート調査を行った。41市区町村の教育委員会から回答を得た。不登校児の比率は小学校2.2%（0～3.2%）、中学校8.0%（0～10.8%）、小学生は6年生、中学生は1年生が最も多かった。不登校理由は、学校に関わる状況では、学業不振といじめを除く友人関係をめぐる問題が最も多く、本人に関わる状況では、無気力、不安と生活リズムの乱れ、遊び、非行が90%以上であった。不登校児童に対する健康診断実施は小学校80%、中学校77%でされていたが、未受診者は小学校で

24.6%、中学校で38.1%あり、小学校では最高105人(76%)、中学校では最高194人(83%)が受診していない地域があった。受診勧奨については、63%が校長名で文書を作成しており、校長と養護教諭の連名が29%あった。受診場所は、学校医のクリニックが一番多く、次いで学校の保健室、かかりつけ医のクリニックの順で、児童生徒が行きやすいところで行うのがよいの意見も24%あった。必要な診療科は内科・眼科・耳鼻科の三科が必要と答えた教育委員会が最も多く60%あり、次いで精神科を加えた四科が16%あった。内科・眼科・耳鼻科以外の医師に対する報酬については40地区のうち11地区で報酬の支払いをしているとの結果であった。期間・場所を決めて内科医、整形外科医、精神科医の三科の医師が数時間集まって不登校児童・生徒を健診することが可能かどうかの問いでは不可能が63%、検討したことがないとの意見が28%を占めていた。

### 7. 教育委員会・学校医と地域中核病院が連携した登校困難児童生徒への対応

**東京都立多摩北部医療センター小児科 小保内俊雅**  
不定愁訴を抱え登校困難に陥っている児童生徒も多く、教育と医療との連携が必要と考えるが、個人情報保護の観点から学校からの情報を中核病院が取得することが困難なことが多い。東村山市では行政が主体となり教育医療連携協議会を立ち上げ、学校医・かかりつけ医が仲介役となり、学校と地域中核病院が連携して対応している。自殺・希死念慮、慢性的な頭痛、睡眠障害、起立性調整障害、家庭内暴力などさまざまで一部は児童精神科、こども家庭支援センターに介入してもらい、要対協を開催して多職種により家庭の支援を行った。

### 8. 東村山市での学校教育を活用した中学生徒に対するHPVワクチン情報提供の取り組み

**東京都立病院機構多摩北部医療センター小児科 村田 陽**  
2023年度から東村山市において、市、教育委員会及び医師会の協力のもと、市立中学校全7校の中学2年生にHPVワクチンと子宮頸がんの授業を小児科医師によって実施するプロジェクト

を開始した。授業前後に4校でアンケート調査を行った。授業前、女子におけるHPVワクチンの有効性への認知度は53%で、定期接種者が主に中学生女子であることへの認知度は34%であった。一方、男子ではそれぞれ19%、8%であった。情報源は女子では親・家族が最も多く、テレビ・ラジオが続いた。授業後HPVワクチン授業を希望する生徒の割合は女子で89%、男子で86%であった。HPVワクチン接種に関心を持つ生徒の割合は女子では授業前53%であったが、授業後89%に上昇し、男子では31%が75%に上昇した。学校教育を活用して中学生に情報提供できることが期待でき、今後積極的に推進していく意義があると考えられる。

[報告：常任理事 河村 一郎]

## 第3分科会 からだ・こころ(3)

### 1. 子どもたちのせぼねを守る

徳島大学整形外科 酒井 紀典

子どものせぼねにおける代表的な疾患として、スポーツ障害では腰椎分離症、椎間板ヘルニア、終板障害など、スポーツ障害以外では側弯症、斜頸などが挙げられる。子どもの腰痛、特にスポーツ障害の発生には、前方要素と後方要素があり、前方要素では椎間板ヘルニアや終板障害が、後方要素では腰椎分離症が発生する。

腰椎分離症の原因としては疲労骨折説が有力で、日本の一般成人の6%(男性8%、女性4%)に認められる。分離症のうち4割に腰痛がみられ、発生しやすい運動は、腰を反らす、ひねるなどの動作で、それを繰り返すことにより椎弓に疲労骨折が起こる。成長期に野球、サッカー、バレーボール、バスケットボールなどのスポーツを行うことで多く発生する。分離症が起こると、分離部は偽関節となり炎症や骨棘形成が起こり、進行すると腰椎が前方にずれて、分離すべり症に移行する。分離症では50歳以降に手術になる場合も多く、子どものころに発生した分離症で、40～50年経過した後に悩まされることになる。

椎間板ヘルニアは椎間板から髄核が脱出して発生するが、子どもで椎間板ヘルニアと診断されたもののなかには、MRIで椎間板ヘルニアに似た像を示すものの、椎間板に変性はみられず、よ

く観察すると成長軟骨の裂離が見られることが多い。裂離した骨片が椎間板ヘルニアと類似した画像所見を示し、脊柱管内に存在すると、子どもでも脊柱管狭窄症を起こすこともある。

いずれの疾患においても、早期発見・診断あるいは予防が重要であり、そのためには定期的な検診や指導者・保護者による観察が必要である。子どもの場合、違和感や張りがある場合はイエロカード、痛みがあればレッドカードと考える。

## 2. 岐阜県養老町における運動器検診の工夫 「子どもロコモ予防」活動

養老整形外科クリニック 石井 光一

「子どもロコモ」は「姿勢不良や運動不足又は使いすぎにより、運動器機能不全をきたしている状態」で、バランス能力の低下、柔軟性の低下、反射機能の低下、使いすぎ症候群が生じる。

岐阜県養老町では「子どもロコモ予防事業推進委員会」を設立し、「運動器検診～子どもロコモ予防の一体的活動」を行っている。学校保健調査票の運動器関連の質問項目に、ロコモ評価項目を加え、さらに足部の変形を加えて、「運動器と子どもロコモについての問診票・保健調査票」として使用している。問診の結果どれか一つでも問題のある児童・生徒は、検診医が実際にその動作を確認し、①子どもロコモではない、②子どもロコモだが精査は不要、③子どもロコモの精査が必要、に分類し、③は整形外科受診を勧め、①と②はポピュレーションアプローチとしている。子どもロコモ予防の事後指導は、当初は②の子どもロコモだが精査は不要の子どもたちに対して行っていたが、現在は養護教諭及び担任の先生に講義と実践の指導を行い、全ての児童・生徒に対して予防の取組みを行っている。

各校では各々の実情に合った実践を行っている。子どもロコモ体操を行う時間を工夫したり、独自の体操を作る学校もある。また、PTAでの活動や、養老町全体でも体を動かす啓発が続いている。年1回ロコモ通信を作成し、理解を深める取組みもしている。

運動器検診の問診は、2024年よりGoogleフォームでの問診とした。評価方法の説明も動画を貼り付け、動画を見てから評価できるように

してある。保護者の評価では3分の2がGoogleフォームの方がよい・ややよいと答えたが、養護教諭からは良い点と問題点の指摘がある。

本年度の委員会では、教職員に対する研修をWebで行うための指導動画の作成や、子どもロコモ体操動画のホームページへのアップを行うこととしている。

## 3. 学校運動器検診「横浜市モデル」の挑戦と展望

つちはら整形外科クリニック 土原 豊一

子どもたちの運動器には、スポーツをほとんどやらない子とやり過ぎの子の2極化の問題、「子どもロコモ」の問題がある。運動能力に関しても2極化は認められ、競技レベルは上がっている一方で、学校管理下でのケガの発生件数は増加している。

2010年代に入り、朝礼で立ってられない、足がすぐつる、和式トイレが使えない、倒立する子を支えられない、雑巾がけができない、転んだときに手につけられない、キャッチボールでボールを顔に当ててしまう、といった学校現場の報告が増えている。これらは、身体のバランス・柔軟性の低下と反射神経（危険回避能力）の低下をあらわしており、「運動器機能不全」の症状である。

運動器検診の大事なことは、保護者が参加し、側弯症や運動器機能不全の事前チェックを行うことにある。子どもの身体の健康を守る基本は家庭。学校や医療機関だけでなく、家庭、社会が一体となって子どもの運動器を支えるシステムを作ること目標としている。運動器検診は、家庭から提出された生徒保健調査の情報を元に検査を行う。よって、家庭での事前調査が非常に大事となる。運動器検診の最大の問題点は、保護者が調査票にしっかりと記入をしていないことである。保護者と検診医との一致率は80%という報告がある。保護者と検診医とのダブルチェックにより、より正しい抽出ができる。

横浜市では2021年度より学校運動検診「横浜市モデル」として、栄区の小学5年生と中学1年生を対象に整形外科医による検診を開始した。その後対象を拡大し、2024年度は緑区、戸塚区を含む3区で中学1年生を検診した。異常所見

率は約10%で推移し、検診医間のばらつきも少なく、制度としての安定性が示された。疾病的中率は約70%と高く、運動器疾患の早期発見に大きく寄与している。一方、時間の確保、マンパワー、予算などの問題があり、全区展開は厳しい。

今後は、運動器検診（保健調査票でのチェック）の重要性と方法を内科学校医へ講習を行い、2次検診を行う整形外科医へは周知を行う。また、養護教諭、担任教師、保護者への啓発を進める。一方、脊椎側弯症は検診項目の精度を求めて検討を進めなければならない。「モアレ」での検査は実現が難しそうなので、横浜市では「スコリオデバイス」を用いた検査の検討を開始した。

#### 4. 学校生活管理指導表からみた広島市の食物アレルギーの変遷

広島市医師会 村上 洋子

食物アレルギー児が安全な学校生活を過ごすうえで、生活管理指導表の役割は大きい。今回、2013年から2023年の期間、広島市内の公立小・中学校で提出された生活管理指導表、また教育委員会より提供された食物アレルギー発症事例を解析した。

アレルギー生活管理指導表の提出率は、2013年は小学校1.7%で、その後徐々に増加し、2019年以降は3.0%以上となり横ばいとなっていた。中学校では2013年の0.5%から年々増加し、2023年は1.9%であった。疾患の内訳は、小、中学校ともに食物アレルギーが最多で、2023年は小学校で95.2%、中学校で94.5%を占めていた。食物アレルギーの原因抗原の上位3位は、小学校では2013年は鶏卵、牛乳、甲殻類だったが、2023年は木の実類、鶏卵、果物で、木の実類が8倍も増加していた。中学校では、鶏卵、甲殻類、果物であったのが、果物、牛乳、鶏卵となり、果物が7.2倍増加していた。

緊急時に備えた処方薬については、抗ヒスタミン薬（エピペン）の処方率は年々増加していた。特にエピペンは、小学校で14.6%から78.7%、中学校で36.4%から71.0%まで増加していた。食物アレルギー症状が疑われ救急搬送された事例は、この11年間で67件、年間平均6.1件を認めた。誘発事例は男児が多く、どの学年において

も認めていた。時間帯は、昼休憩、給食時が多いが、午前中や給食外に起因するものもあった。11年間でエピペンを施行されたのは19例で、12例は学校教員により接種され、10例が養護教諭によるものだった。

生活管理指導表の提出率は全国調査とほぼ同等だったが、エピペン保有率は全国よりやや低かった。エピペンの接種者に関しては、学校職員が接種した割合が全国よりも高く、学校職員の意識が高いことが考えられた。一方で、本人による接種は全国よりも低く、本人への教育が十分行われているか疑問が残る。医療側は、診断と同時に症状出現時の対応方法について、患児や保護者に対して指導していく必要がある。

#### 5. 1コマ（45分枠）で開催する教職員向けアレルギー対応研修の設計・実施

十日市場こどもクリニック 奥 典宏

文部科学省が公表した「学校給食における食物アレルギー対応指針」で学校が取り組むべき内容の項目に「定期的な研修会の実施」が記載されている。現在、神奈川県内の小中学校や行政機関、保護者などからの要請に応じ、アレルギー対応研修を行っているが、今回は1コマ（45分枠）で実施した教職員向けアレルギー対応研修の設計とその成果を示す。

校医を務めている小学校に対して、新たに所要時間60分のアレルギー研修開催の打診をしたところ、1コマ45分以内に収めることを条件とする依頼を受けたが、従来通りの形式のまま実施することは難しいと判断した。そこで、従来は講義形式で行っていた食物アレルギーの症状や対応に関する事項、すなわち知的技能に関わる内容は事前教材として1週間前に配布し、予習していた方針とした。また、研修開始時に行っていた開始前アンケートも、研修前に回答していただいた。当日は、ビデオによる判断演習と模型を用いた実技を中心に構成した。研修終了前に再度アンケートを実施した。

今回の研修・教材設計は、教育工学の一分野である研修設計学に基づいて行った。まず、学習目標を設定し、次に研修直後に学習目標を達成できたかどうかを確認する事後テストを作成し、最後

に事後テストの合格基準を満たせるような教材・研修内容を作成するのが適切である。つまり、最初から教材内容を作るのではなく、まず学習目標（ゴール）を設定するほうが効果的な教材を作りやすい。

今回は学習目標を「重症アレルギー（アナフィラキシー）に対して救急車を呼ぶ、エピペンを打てるなど、小学校の組織として適切な対応ができるようになること」と設定し、「重症アレルギーに対して教員個人が適切な対応を理解し行動できること」に絞った内容の研修とした。実際の研修では、ビデオ教材を使用し症例についての対応を議論するグループ討論と、エピペントレーナー（模型）を使用する実践演習により擬似経験を積む方略を採った。研修結果より、知的技能の分野に関する教材と事前アンケートは事前学習教材として事前配布しておき、研修ではグループ討論と実技演習、実践演習に絞れば、この研修は45分間で十分に開催可能であると考えた。

## 6. 横浜市学校腎臓病検診の工夫と実績

### 横浜市学校腎臓病検診判定委員会

委員長 藤原 芳人

横浜市は公立の小、中、高等学校を対象として、昭和49年から検尿制度を開始し、昭和60年には現行の検尿以降の事後措置を構築した。

検査機関は、神奈川県予防医学協会に委ねている。本協会は一次、二次検尿の収集については学校を巡回することなく、一校一単位で尿の収集をして協会に搬送し迅速に検査を実施している。三次検査医療機関は、公平性を考慮して市内全域に配備した。

新年度の検尿開始後、夏から秋にかけて三次検査医療機関からの結果を予防医学協会に集約して、漸次4回の判定委員会を実施し、翌年の2月末に経過報告も兼ねて最終委員会を行い、計5回の判定委員会を実施している。委員会では、検査結果からの診断と生活管理判定区分を提案して、委員会としての判定としている。各年度の検尿開始から、「緊急連絡」基準を設けており、蛋白スルホ法で4+、3+かつ潜血などについては判定委員会を介さず、三次指定医療機関への受診を促している。他に、二次検尿での軽微な尿所見

陽性者については別途機会を設け、「検尿結果のみの判定会」を3回開催している。

診断される疾患は、無症候性血尿が最も多く、家族性血尿、起立性蛋白尿、左腎静脈還流異常、尿路感染症など、外来で経過観察に留まるものが多い。医療管理の対象となる疾患としては、急性腎炎、ネフローゼ症候群、紫斑病性腎炎、IgA腎炎、膜性腎症、C3腎症、FSGS（糸球体硬化症に伴うネフローゼ）、Alport症候群、水腎症などがほぼ毎年検出される。年度により、常染色体優生遺伝多発性嚢胞人、低形成腎、Dent病、Drash症候群、Epstein症候群なども検出されている。

近年、小児期からの腎透析対象疾患としてCAKUT（先天性腎尿路系奇形）が問題視されるようになった。ただ、CAKUTの早期発見については、希釈尿であるうえ微量の蛋白尿である場合が多く、既存の尿検査のみでは発見するのは困難である。形態学的異常の発見に有用な腎エコーもコストとマンパワーの問題より実現できていない。軽度の蛋白尿症例には低形成腎や逆流性腎症なども想定されるため、令和元年から、試験紙法判定量P/C比法式を採用した。結果、P/C比0.3の希釈尿症例で腎機能低下例が発見され、微量蛋白尿症例にはDent病も多く検出されている。

二次検尿や三次検尿で要受検者であるにもかかわらず、検尿の提出がない者も多い。2024年度の二次受診不明者は825名で、追跡調査では通院中の者、転出、退学、休学、卒業などの者以外で受診不明は476名であった。三次受診不明者は180名で、追跡調査でも不明、未受診は68名であった。要受診者の未受診、不明者が毎年の課題である。

## 7. 横浜市児童・生徒学校検尿における糖尿病検診の43年間の成績

### 横浜市立大学附属市民総合医療センター

小児総合医療センター 志賀健太郎

横浜市では、学校検尿における糖尿病検診を1982年より開始している。現在、学校検尿糖尿病検診の手順は自治体ごとに異なっており、A方式とB方式に大別される。横浜市は、一次検診（学校検尿）で尿糖陽性を認めた者を全例精査の対象とするA方式に準拠して行っており、一次検診

で尿糖陽性者に対して、二次検診では簡易経口ブドウ糖負荷試験を行い、境界型、糖尿病型を示した者に対して専門医療機関での三次精密検査を施行している。

43年間の二次検診対象者の受検率は50.3%で、三次精密検診対象者の受検率は89.5%であった。二次検診、三次検診を通じて105例の1型糖尿病、409例の2型糖尿病（うち非肥満127例、肥満282例）を診断した。2型糖尿病は、1982年から1996年、2003年から2008年にかけて増加傾向を、2000年から2003年にかけて減少傾向を認めた。1型糖尿病は2005年ぐらいから増加傾向を認めている。

2型糖尿病の発症率は年間平均3.23人（10万人対）であった。B方式の東京都からの報告とほぼ同様の成績で、増減のパターンも共通していることから、何らかの社会的背景の存在が推測される。1型糖尿病も年間平均0.83人（10万人対）と比較的少数ではあるが見つまっている。ほとんどは偶然発症時期が検尿の時期と重なった急性発症型と思われるが、一部に緩徐進行1型糖尿病と思われる症例も見られる。2006年からは一次検診で尿糖強陽性（4+）を示した者を直接三次検診対象としている。偶然性の要素はあるものの、学校検尿は1型糖尿病の早期発見にも有効であると考えられる。

## 8. 検尿判定委員会から緊急連絡を行った事例 5年間の検討

岐阜県総合医療センター小児科 松隈 英治

岐阜県医師会では2004年より地域医師会に学校検尿判定委員会を行うようお願いをしている。学校の一次検尿で陽性だった児童生徒に関して二次検尿が行われ、6月から7月にかけて判定委員会第1期が開かれ、医療機関受診か、異常なしかが判定される。結果は学校を經由し児童生徒に返却される。医療機関を受診すると管理表が記載され、それをまた学校で回収し、第2期の委員会で評価され、適宜主治医に結果が知らされるシステムとなっている。尿糖4+、尿蛋白4+など特に所見の強い生徒児童に関しては、学校に緊急連絡を行い、速やかに医療機関を受診できるシステムとしている。

2020年度から2024年度の5年間で、緊急連絡となったのは、糖尿病の疑い36例、ネフローゼの疑い9例、腎炎の疑い2例であった。尿糖4+での緊急連絡が77%で、うち51%が糖尿病の診断となった。尿蛋白4+で緊急連絡となった事例には、重大な疾患はなかった。

糖尿病に関しては今回の緊急連絡システムは非常に有用であることが示された。緊急連絡を行っても受診行動のみられない事例を、いかに受診につなげるかが課題として考えられた。

[報告：理事 木村 正統]

## 第4分科会「耳鼻咽喉科」

### 1. 健康教育に関して保護者向けのアンケート 結果について

ヤタケ耳鼻咽喉科医院 矢武 克之

保護者向けにアンケート調査を行い、どのような健康教育の内容、配信方法が保護者の参加に繋がるか検討した。

回答者数は93名。Webアンケートで行った。希望のテーマ、実施時間帯、実施方法などを尋ねた。配信方法の希望で一番多かったのは、動画による配信である。自分で作成した健康教育の動画をQRコード化し、養護教諭にそのQRコードを健康だよりに掲載していただいている。これが希望としては一番多く74%。次に、対面による配信方法が16%、オンラインによる配信が10%であった。

対象は、保護者と児童がよいという答えが69%、児童のみがよい19%、保護者のみでよいが12%。実施する時間帯は、午後がよい57%、午前がよい25%、夜がよい3%、特にないは15%であった。

希望のテーマは、耳鼻科に関する内容が一番多く、耳、鼻、喉、まんべんなく分かれた。次いで、性教育や婦人科領域、コロナ・インフルエンザなどの感染症、スマホ・タブレットの影響、熱中症などであった。

保護者からの自由意見としては、参加が難しいので健康だよりの動画配信がありがたい。先に児童が授業済みでも、動画配信は夢中になり教えてもらって覚えたことを保護者に話してくれるのでコミュニケーションにも繋がる。子どもからする

と、直接授業の方がありがたいが、動画配信でもよい。学校に行けないと聞けない環境にはして欲しくない。誰でもいつでも動画を視聴でき、過去動画が見られるような状況にして欲しい。子どもたちが直接医師の話を聞くことはないので、対面式の授業の方が心に残るのではないかと思う、など。今後の開催については、定期的にやって欲しい、不定期でもいいのでやって欲しいという意見が98%を超えた。

SNSなどで多くの医療情報が入手可能であるが、学校医から直接情報を聞きたいという意見があり、参加率は低いものの、実際は参加の必要性を感じていると思われる。

## 2. 徳島県における耳鼻咽喉科学校医の配置状況

徳島県医師会学校保健委員会 島田 亜紀

2年前の日耳鼻・臨床耳鼻咽喉科医会学校保健委員会の全国調査で、公立の小中学校における耳鼻科学校医の配置率が全国平均79.8%、そして、徳島県は82%であったが、耳鼻咽喉科学校医の偏在や高齢化、過疎地域の学校医の配置困難についての問題点が挙げられていた。

徳島県は人口70万人で年間出生児数3,700人程度と徐々に減少しているが、耳鼻咽喉科の現状としては、専門医の63人、医会の会員数A会員33人、B会員45人、計78人おり、開業医院が34、大学は徳島大学のみである。そして耳鼻咽喉科の常勤医師がいる総合病院が5病院である。学校医の再配置の際の対策を検討する目的で、学校医に対してアンケート調査を行った。

回答者は開業医40名（1名は学校医をしていないため除外）、常勤医のいる5総合病院から得られたが、県立病院や市民病院は健診への従事を禁止されていることが分かったので3病院を除いて2病院、そして1大学病院を対象とした。

内容は、学校健診の数、全員健診・重点的健診の別、年間出務回数などである。開業医で265校を担当し、総合病院では28校、大学病院は8校で、学校医未配置校の健診医はすべて徳島大学から派遣され(41校)、約42%が健診医であった。

開業医は1人あたり6.6校を担当していた。徳島市の会員21人が約半分を占めており、充足しているが、平均5校（1～13校）であった。10

校以上は1名のみあった。離れた郡市町村の開業医は地域の多数の学校を担っている。

令和5年度の全国調査時には、小学校27校、中学校17校で学校医の配置があったが、その多くは内科医、小児科医による耳鼻科健診が行われていた。2年後の今回の調査では、配置校が小中で4校ずつ増え、配置校のすべてに徳島大学から健診医が派遣されていた。

出務回数は、265校に対して年間329回開業医が行っていた。特別支援学校の健診は4校で、複数回健診をしていたが、なかなか病院を受診できない児童が多いので、全学年健診することと、小中高を分けて健診していた。高等学校では、1年生の重点的健診が主である。1学年あたりの人数が多いので、複数回に分けないと難しいところもあったが、全学年健診をしている学校医もいた。

就学時健診は61校で行われていたが、特に児童生徒の人数が少ない地域では参画していないという地域が見られた。就学児健診では各科の医師が同じ場所に、同じ時刻に集まらなければならず、予定調整に苦労することがあるようである。教育委員会がその市の複数の小学校入学予定児を1か所に集めて就学児健診を行っているところもあった。

今後、教育委員会や医師会から校医の推薦依頼があったときに、校数が少ない先生には積極的に声掛けして推薦することを検討していることと、閉院して退任してしまう開業医の先生には学校医を継続してもらえるようお願いする予定である。

## 3. 札幌市立高等学校の耳鼻咽喉科検診の現状報告

札幌市学校医協議会 高木 摂夫

札幌市には、市立の高校が8校、道立が2校、私立が17校あり、約4万人の高校生がいる。市立の高校については平成14年より耳鼻咽喉科学校医が配置されているが、道立、私立については今後の課題となっている。

市立の高校の耳鼻咽喉科健診は、入学時に高校1年生全員に実施している。聴力検査は1年生と3年生に行われている。各学校で学校保健委員会が開催されており、耳鼻科の学校医も参加し、感

想を述べる機会がある。

令和6年度の耳鼻咽喉科健診結果に関して7校から情報を得られた。受検者数は1,849名で、有所見者は203名(11.0%)。内訳は、耳疾患93名(5.0%)、鼻・副鼻腔疾患100名(5.4%)、咽頭疾患3名(0.3%)であった。聴力検査の有所見者も少なく1年生、3年生ともに6名(0.3%)であった。

健診の時間については、生徒数によって、少ないところで1.5時間程度、多いところで3.5時間程度であった。

以下、出された意見を列挙すると、健診の対象学年については、札幌市は1年生全員を対象とする現行方式で特に問題はないが、1年生は全員、2～3年生は有所見者に限定すべき。健診スタイルは小中学生と同様の形式で問題なく、希望者に対しては医療相談的な形式を導入することも検討に値する。健診に対して否定的な意見は少なかったが、有所見者も少ないということで、必要性について疑問を感じている。都市部に関しては自主的な受診が可能であることから見直す必要がある。慢性的な鼻閉など、自覚症状に乏しい疾患もあるため、健診で指摘する必要がある。鼻・副鼻腔疾患は学習に対するQOLを低下させるため、健診を受診のきっかけとして活用すべき。健診の結果は家庭との連携を図るうえで有意義ではないか。高校生の耳鼻咽喉科の健診では、内科健診ほどプライバシーに配慮する必要はないと思っていたが、男女混合の健診では男子の存在を気にする女子生徒もいるため配慮した方がよい。有所見者に対して、自覚症状を聞いてみることでより効果的な保健指導が可能になる。

#### 4. 「耳鼻咽喉科健康診断マニュアル」2025年改訂版について

朝比奈耳鼻咽喉科医院 朝比奈紀彦

学校保健安全法施行規則第三条に、健康診断の方法や技術的な基準が書かれている。例えば、聴力はオーディオメータを用いて検査を行い、左右別々に聴力障害の大きさを判定すること、あるいは、健康診断は毎学年全員を対象に、6月30日までにを行うことも法律で一応決められている。

これらを踏まえて、まず1995年に、日本学校

保健会が「児童・生徒等の健康診断マニュアル」を発行した。その後、いろいろ検討を加えた結果、2014年に児童生徒の健康診断マニュアル改定版が発行された。ただ、このマニュアルは全科を対象としており、耳鼻咽喉科の保健調査票や検査項目などの内容は十分とは言えなかった。そこで、2016年3月、日耳鼻学校保健委員会は「耳鼻咽喉科健康診断マニュアル」を発行した。

この時は、保健調査票の充実、スタンダードな健診の実施、受診判定基準の共有、適切な事後措置を講じることなどに重点を置いて作成された。しかし、時代の流れとともに学校保健の状況が変化し、健康診断の結果に地域差・個人差が出ないようにマニュアルを作ったものの、相変わらず差があるため、再度検討を重ね、2025年の3月に改定版を発行した。

改定版で特に注目されるのが、耳垢栓塞とアレルギー性鼻炎の判定基準の見直しである。前の全国定点調査の結果では、小学生の耳垢栓塞では地域別の有所見者数に差があった。同様にアレルギー性鼻炎にもかなり差があった。マニュアルの改定内容について、従来は耳垢のために鼓膜の診察ができないものも扱っていたが、過剰なスクリーニングであるため、疾患名としての耳垢栓塞以外に「耳垢等により鼓膜の観察ができない」という項目を新たに追加した。同様に、アレルギー性鼻炎の判定基準は、学校健診において慢性疾患のみを前提とし、急性疾患は除外する、いわゆる風邪による急性症状は判定対象外である。また学校生活において指導が必要で早期の治療が必要な場合は所見ありとして通知することを前提としている。また、鼻アレルギー診療ガイドラインの所見の程度分類では3プラスを基準としている。

その他、「アデノイドの疑い」を「アデノイド増殖症の疑い」と修正し、判定基準の内容も修正している。それに伴い主な疾患名の説明も修正した。さらに、音声言語異常はしっかり検査することが求められている。初版のマニュアルでも重要性を明記したが、相変わらず行っていない医師が3分の2というアンケート結果もある。理由としては時間的余裕がないことや、検診の仕方が分からない、法律的に検診が必要と分かっていないなどが多い。

これらを受けて改定では一部修正し、実際の方法について詳しく解説を行っている。その他にも重点的健康診断、学校健診の結果や報告書の内容についても多くの点で修正を行い、現在の学校保健の情勢に合った内容にしている。

## 5. 大阪府下5大学病院の耳鼻咽喉科医師学校健診参加状況について

### 大阪府医師会学校医部会

#### 耳鼻咽喉科対策委員会 村本 大輔

令和5年に日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会・日本臨床耳鼻咽喉科医会学校保健委員会が実施した調査によれば、公立小中学校における耳鼻咽喉科学校医配置率（以下、配置率）の全国平均79.8%、耳鼻咽喉科医による耳鼻咽喉科学校健診実施率（以下、実施率）の全国平均は88.8%と報告されている。大阪府では配置率75.5%、実施率100%であった。

勤務医の健診参加状況とその課題を明らかにすることを目的にしてアンケート調査を行った。大阪府内5大学（大阪大学、大阪公立大学、大阪医科薬科大学、関西医科大学、近畿大学）の耳鼻咽喉科教室が対象である。

調査は2回に分けて行った。1回目調査の結果、5大学すべてが公立小中学校の健診に参画していることが明らかとなった。1回目の調査では、出務実態、学校種別、関与している学校の総数、総出務回数、出務している医師数、職員、教職員の総数等を調査し、それらを踏まえて2回目の調査で、健診にいつごろから関わっているか、どのような経緯で開始されたか、健診出務に伴う手当、6月30日までという健診期日に対する意見等を伺った。

5大学すべてで、学校医への委嘱は受けていなかった。対象校は各大学の所在自治体あるいは近隣自治体であり、近畿大学は大学所在地から100km以上離れた和歌山県東牟婁郡串本町の全小中学校を担当していた。

担当校数は6～35校であるが、大阪大学は茨木市の学校総数の76.1%を受け持っていた。健診に従事する医師の割合は46.7～93.3%で、大阪公立大学では教授以外のほぼ全員が出務していた。

健診出務で困っている医師がいるかという質問に対しては、3大学がいると回答した。6月30日までに健診を終えなければならないという法律上のルールについては、3大学がもう少し余裕が欲しいと回答した。

本調査により、大阪府内5大学耳鼻咽喉科教室がいずれも10年以上にわたり地域の学校健診に継続的に参画していることが示された。一方で、医師数に限りがある教室では1人あたりの担当校数が増加し、出務負担感が生じていた。また、健診のみを担う立場では公務災害補償を受けられず、制度的課題も明らかとなった。さらに、法定期日が6月30日と限定されていることも、大学勤務医にとって業務負担を増加させる要因であると考えられる。

全国的には開業医による学校医離れが顕著であり、耳鼻咽喉科学校医不在の自治体が問題となっている。今後の持続可能な学校保健体制の確立には、これまで同様に大学教室が健診参画を継続し、若手医師に学校健診の重要性を認識してもらうことは有効である。大学勤務医による健診参画は地域学校保健維持に不可欠であり、全国的な拡充が望まれる。

## 6. 花粉症重症化ゼロ作戦 ～学校医の役割

### 大島耳鼻咽喉科気管食道科クリニック 大島 清史

日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会では花粉症重症化ゼロ作戦を立ち上げ、患者・市民、医師・医療機関、小児など、それぞれを対象とした対策を検討・実施している。

#### ①患者・市民に対して

重症化のQOLへの影響の理解を図り、適切な診療の必要性を啓発する。啓発のために、ホームページやロゴ、ポスターの作成、SNSの活用、講演会などを行う。また花粉症に関連する企業の協力を仰ぎ、製薬会社のみならず、空気清浄機、マスク等、日常生活の中でも抗原の回避等、花粉症対策の啓発を進める。

#### ②医師・医療機関に対して

鼻アレルギー診療ガイドラインを参考にした花粉症診療の均てん化を図り、花粉症診療の底上げをする。そのために、学会・医会活動の中での講演や、初期療法・舌下免疫療法・生物学的製剤の

普及プログラムの構築を進める。また、薬剤師・看護師等の他職種との連携を図る。

### ③小児に対して

小児花粉症への先制医療を行うことで、ライフステージを通じた重症化ゼロを目指す。医師に対しては、小児アレルギー性鼻炎診療の手引きの普及を図る。また、特に、児童生徒等、その保護者や、教育関係者に対しては、学校保健での活動が重要となる。

## 7. 「睡眠障害と学校健診について」

### —学校健診で睡眠時無呼吸を発見するために—

川崎市学校医部会 吉川 琢磨

学校健診の健康質問票で、「いびき」の訴えが多くなっているが、実際に学校医が受診につなげる行動を取っていないのが現状である。学校での診察だけでは、診断記録用紙に睡眠時無呼吸症(OSA)の診断項目もなく、実際に受診するように誘導する流れを作りにくいと感じている。

川崎耳鼻医会の承認を得て、川崎市内の学校医にアンケートを行った。OSAの診断をどうしているか、全員でPSG検査を行って診断しているのか、病院に紹介するのか、またその他の方法は何かなどを伺った。学校健診では、演者は扁桃肥大をつけているが、アデノイド疑いをつける形があるかもしれない。

アンケートはFAXかGoogleフォームで、回答する形にした。実際の回答率は58名中33名で56.9%であった。FAXが13名であった。母子手帳の改定について、ご存じの方はわずか2名で、31名の方は「知らなかった」と回答した。

新しい情報の入手方法は、インターネットや自ら専門サイトで調べるという方が7名、学会や学会誌が11名であった。日常診療でのOSAをどうしているかという点、自院でPSG検査機器を持っていて患者に貸し出しているのが15%、外注会社に借りているのが39.6%、あと半分は病院に紹介している。

問題点として、学校健診の仕組みで、感染症が流行するたびの学校閉鎖など、健診の限界があるのではないかと感じた。

## 8. 学童期の聴力調査について

### ～保健調査票から～

東京都医師会 市川 菊乃

東京都の出生時のABR、OAEの実施率は資料によると96.2%となっている。要精査のうちの9割が確認検査を受け、要精査の9割が精密検査を受けている。要精査児の未受診を減らすべく、産科、小児科、耳鼻咽喉科の連携の計画が進められているが、1割ずつドロップアウトしていくのも現実である。

一方、学童期の聴力評価においては、保護者の提出する保健調査票や健康調査票の情報に頼ることが多い。東京都の各区市町村教育委員会が使用する保健調査票は統一されていないのが現状で、今回採用されている保健調査票を資料として提出していただき、耳鼻咽喉科に関する項目の検討をした。

提出を依頼した62団体のうちの39団体から提出され、その形式は多様であり、比較可能な科別の項目になっている29団体の調査票を検討した。総項目数766のうち内科266(34.7%)、耳鼻咽喉科171(22.3%)、眼科129(16.8%)、整形外科122(15.9%)、歯科78(10.3%)であった。耳鼻咽喉科の171件の項目の内訳は、耳46(26.9%)、鼻73(42.7%)、のど52(30.4%)であった。項目数はできるだけ少なく、より正確に学童の状況を把握できる内容の項目が理想である。

耳は2項目で聞いているところが一番多く、鼻の場合は3項目あるところが11地区あった。耳については、「聞こえが悪い」「耳鳴りが出る」「耳が痛い」「中耳炎になりやすい」がしばしば書かれていた。鼻は、「くしゃみ、鼻汁が出る」、「口を開けている」、「アレルギーと診断されている」など、項目が多い。「アレルギーで通院中」という項目では、既往歴なのか現在の状況なのかがあいまいになっていると感じた。

アレルギー性鼻炎に関して、学校生活に支障をきたす可能性があるものをピックアップするが、診断をするものではないということを1回確認した方がよいと思われた。

地区医師会で推薦があつて学校医になるので、地区医師会に入らない耳鼻科医がいることと、学校医が高齢化して退職者が増えてくるので、自然

と学校医1人あたりの学校数が増えてくるのが問題になってきている。重点健診に切り替えていかなければならなくなることを、非常に今、東京都では危惧している。

新生児から18歳まで健診が行われているので、現病歴も既往歴も、全部まとめておくと、パーソナルヘルスレコードの一部になると思われる。高校生にはヘルス・リテラシー、すなわち自分の健康を自分で管理するということを、小さいころから教えていくための健診の機会でもあると思うので、今後、各自用に統一した調査票を作りたい。

### 9. 岡山県聴覚障害児支援中核機能強化事業の3年間の成果と課題

岡山大学病院聴覚支援センター 片岡 祐子

新生児聴覚スクリーニングや補聴器の早期装用、また人工内耳の進化によって、今や聴覚障害児の多くがインクルーシブ教育を受けている状況である。しかし、教室の中での聴取の限界もある。言語発達、学力、対人面、心理的な問題を抱えることが非常に多い。ところが、その中で教師がその状況を知り、支援ができていくかという、全くそういう状況ではない。

われわれが行った調査では、両側性難聴児の学校生活での支援状況において、座席配慮は7割程度であるが、雑音の軽減対策や視覚的情報の保障、さらに静かになってから話すことが、1割程度しか受けられていない。特に中途失聴というか、新生児聴覚スクリーニングでパスし、学校健診で難聴が分かって、そこから医育機関につながったような子は、他に支援を行うような学校や通園施設などの結びつきもないまま、十分な支援が受けられていないという状況の中で、保護者の負担が非常に過剰になっている。

この中で、聴覚障害児支援中核機能強化のモデル事業が、子ども家庭庁のもと2019年から行われている。中核機能を整備し、ハブとなるところが支援していくということ、そして適切な情報と切れ目のない支援を行っていくという目的で開設された。協議会の設置は、いろいろな部署が連携し、家族支援、巡回支援、研修会等を行うことが軸となっている。

岡山県では2022年度から、県の強い反対の中で、中核機能強化事業に参画した。かなりや学園を核として、連携しながら5つの柱で行っている。

①専門機関による「顔の見える協議体」で支助力とチームワークを強化する。専門的人材が定例的に集まり、支援の方向性を共有することで、支援者同士のネットワークと信頼関係を育む。互いの専門性を活かし、補完し合う体制を整備することで、実効性の高い支援チームの構築を目指す。

②中核機関は「情報と連携のハブ」としての機能を追求する。中核機関が支援を一手に担うのではなく、地域の支援ニーズ・人的資源・制度資源を結びつける調整拠点として機能することが重要である。より専門的支援が必要な場合には、迅速に適切な部署や機関へつなぐハブとしての役割を目指す。

③聾学校や専門機関の知見を地域に届ける仕組みを構築する。専門性の高いリソースが活用されにくい背景には、制度的・心理的な「距離感」や手続きの煩雑さがある。こうした障壁を見直し、通常学校や家庭が気軽に相談・連携できる関係性と、信頼されるアクセスの仕組みを制度化していく必要がある。

④切れ目の時期こそ支援を強化し、安心と信頼の礎を築く。就学・進学などのライフステージの移行期こそ、支援の不安定さが顕在化するタイミングであり、この「切れ目の時期」を支援強化の起点と捉え、保護者・当事者との信頼関係を再構築する機会とする。

⑤ワークショップ形式で現場に根ざした支援構築力を育てる。一方向的な講義型研修ではなく、モデル症例をもとに多職種で議論するワークショップ形式の研修を導入する。現場の具体的課題に即した支援方針をチームで検討・共有することで、実践力・課題感・チームワークの向上が期待される。

### 10. 「コミュニケーション障がい」に対する学校耳鼻科医の関わり方について

阿部耳鼻咽喉科医院 阿部 隆

20数年前に難聴によるコミュニケーション障がい児に対する言語発達外来を始めてから、学校耳鼻科医の主な役割は学童のコミュニケーション

障がいに関わることだと再認識した。

### 1) 健診児童との会話

小学校低学年にはやさしい笑顔で、高学年以上には穏やかな笑顔で「こんにちは」と、眼を見合わせて挨拶をする。次いで、お名前は？と聞く。児童の答える「こんにちは」と名前の話し方や態度で、構音発声障害・吃音の有無・発達障害などの基本的なコミュニケーション障がいの有無・程度をうかがい知ることができる。

### 2) 耳鼻咽喉の健診

コミュニケーション障がいという観点から健診で大切なことは、耳では滲出性中耳炎を見逃さないこと、聴検の結果を参考に軽度中等度感音難聴や一側高度感音難聴を発見して聴覚リハビリにつなげることである。鼻では鼻呼吸障害（鼻閉）を来たす中等度以上のアレルギー性鼻炎を早期発見して舌下免疫療法につなげる。喉では特に肥満児で中等度以上の口蓋扁桃肥大がないかを見て、ことばの明瞭度や知的・精神的・社会的発達障害の有無をみる。声変わり前の嗄声のある子では小児結節の有無を調べる。

### 3) 保護者や担任教師からの情報聴取

学校健診ではその健診時の状態しか診られない。その情報不足を補ってくれるのが、保護者や学級担任から得られる情報である。保護者からは、児童の成育歴・既往歴・アレルギーなどの家族歴や言語などの発達具合について心配していることを書いてもらう。学級担任からは、児童の授業時の態度や音読時の構音障害・吃音の有無や同級生とのコミュニケーション障がいの有無などを教えてもらう。この2つの情報がなければ、コミュニケーション障がいを診る耳鼻科健診は不可能である。クラス別の健診が始まる直前にこれらの情報を養護教諭から簡単に得ておく。

### 4) 特別支援学級の児童について

特に、難聴児特別支援学級に在籍する児童がいる場合には、一般健診後あるいは日を改めて、担当教諭と学習支援の内容や進め方を話し合っ、情報共有を図ることが大切だと思うがこれがなかなか難しい。この溝を小さくするようにわれわれ学校医の方から学校側に働きかける必要がある。

### 5) 学校保健委員会での発言について

年に2～3回開かれる学校保健委員会では、

一般的な耳鼻咽喉科健診結果の報告が養護教諭によって行われるが、私はアレルギー性鼻炎による鼻呼吸障害の画期的治療法・舌下免疫療法、肥満児の扁桃肥大ではイビキ・無呼吸があることをお話しする。私が特に大事だと思うのは、特別支援学級として何がありその利用状況はどうか、不登校児が何人いて学校としてどんな対応をしているのかをこの場で尋ねることだと思う。学校耳鼻科医は、難聴や言語発達だけでなく知的・精神的・社会的発達障害によるコミュニケーション障がいにも関わる診療科であることを知ってもらうことにしている。

## 11. 静岡県における「難聴児のインクルーシブ教育」に向けた取り組み

日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会静岡県地方部会・  
静岡県耳鼻咽喉科医会学校保健委員会

植田 宏

インクルーシブ教育は30年も前に提唱されており、障害のある・なしに関わらず、全ての子どもたちがともに学び合う教育を目指そう、とされている。すなわち、特別支援が必要な子もいれば、必要ない子もいる、これまでの日本の教育では、分けて別々の場所で教育するのが一般的であった。この点で、日本では障害児は分離され、世界基準から遅れていると言われている。3年前に国連から日本政府に要請があり、障害児が分離されていることがニュースになった。

今まではしっかり聞こえていなければ、聾学校であった。今後はある程度聞いて話せたら、通常学級が理想と考えている。中でも難聴児こそインクルーシブを推奨しようと思う。インクルーシブ教育によって、難聴による不自由さを減らす可能性が高いと言われているからである。

その理由の1つ目は、難聴児の「聞き取り能力」、「話す能力」が鍛えられる、そしてもう1つは、卒業後の準備ができる、ということである。聞こえに関しては人工内耳がたった22個の電極で、3,500あると言われている有毛細胞の代わりになる。その理由は、幼少時の柔軟な脳が補ってくれるからと考えられている。視覚による会話は最小限にして、耳と口をいっぱい使ってもらおうと、静岡県では目指している。

理由の2つ目は、卒業後の日々である。卒業後はインクルーシブの世界に行くということになる。難聴児の両親の95%は健聴者と言われており、日本人の中で手話がわかるのは約0.5%と言われている。だから、難聴児と接した経験が少ない人たちとの関わりが必要になる。幼少期から経験と慣れ、そして同じころからセルフ・アドボカシー能力を身につける、というのが大事である。難聴児がいきなり通常学級に行っても環境ができない。そこを乗り越えて、難聴児やご家族が安心して、通常学級にも進められるように、静岡県はさまざまな準備を始めている。しかし、未だにある程度聞こえていない難聴児の多くが、聾学校に進学している。

静岡県では、難聴児がインクルーシブ教育を受けやすくするために、4つに分けて活動している。1) 0～6歳の療育、2) 就学支援委員会、3) 通常学級の環境、4) 聴覚特別支援学校の環境である。

0～6歳は、一生で一番脳が柔軟な時期なので、この時期の療育成果によって、インクルーシブできる難聴児が増えると考えられる。難聴児の療育方法に、エビデンスのあるオーストラリアのシェパード・センターの手法を取り入れるようにした。その実績は、人工内耳を入れたお子さんに積極的に音声言語獲得をめざす介入を行い、90%が普通学校のほか普通高校に進学できているというものである。今年の9月から開始している。

静岡県には、最終判断をする就学支援委員会が4か所ある。3年前より4か所全てで、小児難聴を専門とする耳鼻咽喉科医の参加ができるようにした。もうひとつの問題は、耳鼻咽喉科の主治医や言語聴覚士の意見がなく、判定がされているということである。これを是正すべく、『難聴児就学支援医療情報』を作成した。

さらに、難聴児の生活状況アンケートを毎年行い、難聴児の支援環境を把握し、今後インクルーシブ教育を受ける難聴児のための環境づくりに役立てようとしている。

難聴児のインクルーシブ教育が進むと、ある程度聞いて話せる難聴児が聴覚特別支援学校から減ることになる。難聴児教育に多くの経験、知識を持つ聴覚特別支援学校と通常校の連携をさらに強

くし、インクルーシブ教育を受けている難聴児に反映してほしい。

## 12. 神奈川県西地区における難聴児の医療・教育・福祉の現状と課題

小田原市立病院耳鼻咽喉科頭頸部外科 寺崎 雅子

令和4年度、厚生労働省により、聴覚障害児支援中核機能モデル事業が実施され、各地域で難聴児の切れ目のない支援体制の構築が進んでいると思われる。神奈川県においては、令和4年度中核機能が神奈川県聴覚障害者福祉センターに設置された。神奈川県の県西地域において、当院は精密聴力検査機関として位置づけられているが、地域には難聴児に特化した療育・相談施設は存在しない。

今回、補聴器外来に通う患者の診療歴を遡って、難聴児が教育機関・福祉機関につながった時期、当院にて個別の療育を開始した時期を調べ、今後の連携のあり方や当院で取り組むべき課題について検討した。

対象は、2014年5月から2024年5月の間に補聴器外来に通院歴のある難聴者の中で、未就学時期の診療歴が確認できた29名とした。

29名の聴力レベルを見ると、中等度難聴が17名と最も多く見られた。教育機関につながった難聴児を聴力別にみると、片耳・軽度難聴児6名中1名(17%)、中等度難聴児17名中10名(59%)、高度・重度難聴児6名のうち5名(83%)と、聴力レベルが重い難聴児ほど教育機関につながっていることが分かった。

福祉機関につながった年齢と年代は、2023年に0歳児が5名、3歳児が2名、2024年に5歳児が1名で、聴力別にみると、片耳・軽度難聴児が6名中0名(0%)、中等度難聴児17名中8名(47%)、高度・重度難聴児6名中2名(33%)であった。

言語聴覚士(ST)による個別療育を実施した難聴児は22名であった。個別療育の開始時期は1歳が最も多く6名(27%)、次いで2歳と3歳がともに4名(18%)、さらに0歳3名(14%)であった。2023年以降、0歳児から療育を開始する例が出てきている。

5人は教育機関と福祉機関の両方につながって

いた。2023年以降、教育機関と福祉機関につながるケースが増加している。遠隔でつながる手段が確立されたことと家族教室の開催が影響している。高度難聴児ほど教育機関につながっている。重度難聴児ほど教育機関につながる必要性を保護者が感じやすいためと思われる。福祉機関には中等度難聴児が最も高い割合でつながっている。県西地区での定期的な家族教室開催により、高度難聴でなくても気軽に参加しやすかったのではないかと思う。

2023年以降、当院でも0歳児からの難聴児の療育の必要性が意識されてきた。神奈川県からの人的援助などさらに配慮していただき、難聴児の療育や教育が充実することを希望する。

[報告：副会長 沖中 芳彦]

## 第5分科会「眼科」

### 1. 近視は6歳を過ぎた年長児で急増している

のぞえ小児科 野末 富男

#### 6歳を境に急増する年長児の近視—園での屈折検査の重要性

近年、近視の低年齢化と重症化が進行しており、小児期の視力管理が重要性を増している。低年齢発症の近視は強度近視につながりやすく、強度近視は将来の失明の大きな原因となる。本研究では、年長児における近視の発症時期に着目し、同一集団を対象とした縦断的調査を実施した。

本研究では、8か所の保育園において、年長児253名（男児109名、女児144名）を対象に、2024年春（平均年齢5歳）と2025年3月（平均年齢6歳）にスポットビジョンスクリーナーを用いた屈折検査を実施。近視は等価球面度数が $-0.5D$ 以下と定義された。

その結果、近視の頻度は2024年春の2.4%（6例）から、2025年3月には10.7%（27例）へと約4.5倍に有意に増加した（ $p < 0.0005$ ）。これは、近視の発症が6歳以降に急増するという先行研究の知見を裏付けるものである。また、2025年3月時点の近視頻度を園庭の有無で比較したところ、園庭のない園では13.8%、園庭のある園では7.0%と、約2倍の差が見られたが、有意差は認められなかった。

これらの結果から、近視の発症は6歳前後に

集中しており、年長児における視力スクリーニングの重要性が示唆される。特に、春の健診では見逃されがちな近視が、年度末には顕在化する可能性が高く、1～3月の屈折検査が有効と考えられる。

また、屋外活動が近視の予防に寄与することが報告されており、保育施設においても日常的な外遊びの機会を確保することが望まれる。今後は、年長児を対象とした近視の疫学調査を継続し、早期発見と予防策の確立が求められる。

## 2. 小学校における近視とコンタクトレンズに関する啓発授業

大阪府眼科医会 宮元 裕子

近年、若年層の近視人口が世界的に増加しており、日本でも小中高校生の裸眼視力1.0未満の割合が増え続けている。特に中等度以上の近視が増加傾向にあり、早期からの予防啓発が重要となる。また、コンタクトレンズ（CL）、特にカラーCLによる眼障害も問題となっており、子どもたちがCLを使い始める前に正しい知識を持つことが求められている。

演者らは6年前から担当校の小学校でCLに関する啓発授業を、3年前からは近視に関する啓発授業も実施している。近視の授業では、眼球模型を使い目の構造や視力の仕組み、近視の定義を説明し、学校での視力検査結果や眼科受診率の変化をグラフで示し、現状を把握させている。児童には生活面での注意点を考えさせ、事前アンケートの結果をもとに自分の考えを振り返らせている。さらに、近視が進行すると将来どのような問題が生じるかを理解させ、日本眼科医会作成の「近視マン」動画やカードを活用し、啓発を行っている。

CLの授業は小学5年生を対象に、養護教諭による「コンタクトレンズって知ってる？～便利だけど間違えると怖いコンタクトレンズの話～」という講話の後、演者が解説を加えている。大阪府と協力して作成した啓発スライドを用い、CLの正しい使用方法や危険性を伝えている。事前アンケートの結果を共有し、児童からの質問に答え、重篤な眼障害の事例も紹介している。最後に日本眼科医会作成の啓発動画とカードを配布し、正しい知識の定着を図っている。

授業後の児童の感想文からは、「正しく使うことの大切さ」や「家族と話したい」といった前向きな反応が見られた。実際に中学3年生の女子が初めてCLを希望して受診した際、小学校での授業内容を覚えており、CLの危険性を理解していた例もあった。このような啓発活動が全国的に広がり、初めてCLを使用する多くの子どもたちに正しい知識が行き渡ることが望まれる。学校医の先生方の協力で子どもたちの意識を変えていきたい。

### 3. アフターワクチン時代の細菌性結膜炎の原因菌の検討 (小児)

坂本眼科湘南クリニック 坂本 則敏

本研究は、2023年11月1日から2024年12月31日までに坂本眼科湘南クリニックを受診した10歳以下の小児細菌性結膜炎患者37名から分離された50株の原因菌を対象としたものである。対象となった全例は肺炎球菌ワクチン及びHibワクチンの接種済みであり、分離菌株の同定にはVITEK-MSを用いた。肺炎球菌及びインフルエンザ菌については莢膜の有無や血清型も調査した。その結果、肺炎球菌は17株、インフルエンザ菌は15株が同定された。肺炎球菌17株は全て莢膜を有し、血清型別では2株が15型、残り15株は型判定不能(NT)であった。インフルエンザ菌15株は全て無莢膜型であった。過去(1997年11月～1998年2月)の同様の研究では、肺炎球菌32株中6型、14型、19型、23型、NTという分布であり、これらの型はPCV7やPCV15ワクチンの標的型に含まれている。ワクチン導入後、これらの型が減少した可能性があり、2024年10月から導入されるPCV20ワクチンには今回検出された15型も含まれるため、今後さらに減少する可能性がある。インフルエンザ菌については、過去の研究ではb型、e型、NTであったが、今回は全て無莢膜型であり、Hibワクチンの普及によりb型が駆逐された可能性が示唆される。眼科領域でもワクチン接種が肺炎球菌とインフルエンザ菌の流行型に影響を与える可能性が示された。

### 4. 部活動従事児童に対する屈折矯正器具の選択指針 一部活動における屈折矯正器具一

名古屋市眼科医会 戸塚 伸吉

名古屋市の公立小学校では、運動系部活動の指導者が外部委託業者から派遣されている。現場では指導者の知識や技量の把握が難しく、健康管理を含めた指導者講習が実施されている。ある小学校のバスケットボール部で、指導者が児童に「眼鏡は危険なのでコンタクトレンズ(CL)を強く推奨する」と指導した事例があった。対象児童は軽度近視で、必要時のみ眼鏡を使用していた。眼鏡による眼外傷予防効果について、国内5施設で眼外傷患者535例を調査した結果、受傷原因は鈍的打撲が54%、異物が31%、薬傷が9%、切裂刺傷が6%、有害光線が0.4%であった。眼外傷時に眼鏡を装着していたのは95例(17.8%)で、眼鏡常用率(31.2%)より有意に低かった。統計的に眼鏡着用により眼外傷発生率が約52%減少することが示唆された。眼鏡着用時のレンズ破損はほとんどが軽微であり、重症化した例はなかった。スポーツによる眼外傷は、スポーツメガネなどの適切な保護具で90%が予防可能とされる。屈折矯正用眼鏡でも一定の予防効果があり、特に鈍的打撲や切裂刺傷、薬傷に対して有効である。したがって、スポーツ時の屈折矯正器具としては、まず眼鏡を第一選択とすべきである。ただし、強い衝撃が予想される場合や接触の多い競技では、スポーツメガネやゴーグル、フェイスガードの使用が望ましい。競技ルールで眼鏡着用が禁止されている場合を除き、通常的眼鏡着用は問題ない。野球やバレーボールなど接触の少ない競技では、眼鏡着用を推奨する。一方、CL着用によるトラブルは増加傾向にあり、特に小学生では知識や管理が不十分なためリスクが高い。CLトラブルによる重篤な角膜疾患も報告されている。したがって、小学生がCLを使用する場合は、十分な知識と定期検査が必要である。CLのみでは眼外傷予防効果がないため、CL着用時もスポーツメガネの併用を推奨する。

学校現場では、眼鏡着用中の外傷重症化を懸念して運動時の眼鏡使用を控えるよう指導されることがあるが、眼鏡には外傷予防効果があること、CLトラブルのリスクが高いことを踏まえ、児童

の健康状態や競技特性に応じた適切な器具選択が重要である。特に小学生では、日常生活でも眼鏡常用が重傷眼外傷の予防につながるため、保護者や指導者への啓発が求められる。以上より、部活動従事児童に対する屈折矯正器具の選択は、眼鏡を基本とし、競技特性や安全性を考慮してスポーツメガネやCLの適切な使用を検討することが望ましい。

## 5. Spot Vision Screener を用いた学年別前近視と近視の割合

のぞえ小児科 野末 富男

スポットビジョンスクリーナーを用いて小学生の前近視と近視の割合を学年別に調査した。前近視とは、等価球面度数が近視には達していないものの、将来的に近視になるリスクが高い屈折状態を指す。近年、前近視の段階で早期に発見し、屋外活動の推奨や近視進行抑制治療を行うことで、近視の発症や進行を遅らせることができるという知見が得られている。

本調査では、スポットビジョンスクリーナーを用い、等価球面度数が+0.25と0.0ジオプターの児童を前近視と定義した。医師でなくても簡便に判定できるため、学校現場でのスクリーニングに適している。2018年4月に小学校270人を対象に検査した結果、1年生では前近視が約7割と高率で存在し、学年が上がるにつれて前近視は減少し、近視が増加する傾向が認められた。これは前近視の児童が学年進行とともに近視へ移行していることを示唆する。

前近視の定義や判定基準は年齢ごとに異なるが、スポットビジョンスクリーナーでは0.25ジオプター刻みで判定されるため、現場での運用が容易である。前近視の段階で介入することで、近視発症を遅らせることができる可能性があり、発症を1年遅らせるだけでも生涯にわたり大きな利益があるとされる。中国の研究でも、前近視が減少し近視が増加する学年別推移が報告されている。

まとめとして、スポットビジョンスクリーナーを活用すれば、学校現場で前近視を簡便に発見できる。前近視の児童には屋外活動を推奨し、必要に応じて近視進行抑制治療を検討することで、近

視の発症や進行を効果的に予防できる。今後は3歳児健診など、より早期の段階で前近視を発見し、対策を講じることが重要である。

## 6. 神奈川県眼科医会主催「まもろう子どもの目」イベント報告

神奈川県眼科医会 飯野 直樹

2023年日本眼科啓発会議において、児童の視機能の適切な発達と眼健康の維持・増進を目的とし、「はぐくもう！6歳で視力1.0」のスローガンのもと、6月10日を「子どもの目の日」と定めた。神奈川県眼科医会は、近年の学齢児童における近視有病率の上昇及び弱視の早期発見・予防を主眼として「まもろう子どもの目」啓発事業を企画した。本イベントは2025年7月31日から8月3日にかけて駅前商業施設内イベントスペースにて開催され、ポスター掲示及び広報物(チラシ・うちわ等)配布を活用した広範な告知活動により、多数の参加者を集めた。

当日は眼科医会役員による近視進行抑制に関する教育プログラムが実施され、児童及び保護者を対象とする講義・クイズ・ワークショップ形式で介入が行われた。特に近視予防策として「スマートフォン・タブレット端末利用時は30cm以上離して注視する」「30分間の連続画面視聴ごとに20秒以上遠方を注視する」「屋外活動時間の増加」の3項目が重点的に周知された。

閉会時には、参加者間で「アイのうた」を合唱し、保護者から寄せられた健康相談にも個別対応した。デジタルデバイス普及及び屋外活動機会の減少は小児近視の増加要因として認識されており、重度近視は将来的に視覚障害リスクを高め得ることから、今後も弱視早期発見並びに近視進行予防啓発を継続し、学校関係者及び眼科学校医との連携体制強化を図る必要がある。

なお、本イベントは駅前商業施設の一部スペースを利用したことで通行中の一般参加者を得やすかった一方、会場費負担や設備制約等の課題も生じた。これらの経験は全国規模の啓発活動展開時の参考資料となることが期待される。

## 7. 学校における健康教育および啓発活動の推進： 増加する子どもたちの近視とその対応について

日本眼科医会 近藤 永子

近年、学校保健における健康教育と啓発活動の重要性が高まっている。文部科学省は現代的健康課題への対応として健康教育の推進を図っており、特に子どもの近視増加が重要な課題と認識されている。令和3年度から3年間にわたり、文部科学省による近視実態調査が実施され、その結果を踏まえ、児童生徒や保護者に向けて屋外活動の推進や近業作業時の留意点を示したリーフレットが作成された。

日本眼科医会も児童生徒向けのマンガや動画を活用した啓発資料を制作し、普及啓発に取り組んできた。さらに、眼科医が学校保健委員会等で活用できる「子どもの近視とその予防」に関する講演資料も新たに制作された。これまで日本眼科医会ホームページの会員専用「メンバーズルーム」内には、乳幼児・学校保健関連の啓発教材が掲載されてきた。平成16年に作成された「養護教諭・児童生徒向け教材」は平成26年に改訂され、養護教諭、学校関係者、児童生徒、保護者を対象とした教材として更新された。近年は特に近視に関する講演の需要が高まっていることから、本年6月には新たに「子どもの近視とその予防」が追加掲載された。本教材の制作には日本眼科医会子どもの目の健康対策委員会委員の協力を得ており、講演時に動画資料を活用しやすいよう関連動画も付録として併載されている。講演教材「子どもの近視とその予防」は、①近視とは、②増加し続ける近視、③なぜ近視予防が必要か、④近視予防の方法、⑤近視進行抑制治療、⑥近視予防の啓発、の6つのパートで構成されている。図表も多数掲載されており、視覚的にも理解しやすい内容となっている。

近視は単なる視力の問題に留まらず、将来的な視覚障害を予防するために社会全体で取り組むべき重要な健康課題である。眼科学校医による啓発活動は重要だが、それだけでは十分とは言えない。学校現場では教育関係者が、家庭では保護者が、それぞれ子どもの目の健康に関心を持ち、正しい情報を共有・連携することが、将来の「見える力」を守る基盤となる。そのため、地域や学校、家庭

を巻き込んだ啓発活動のさらなる拡充が求められている。

## 8. 眼科医不在地域における学校保健支援の試み —医療DXを活用した新たな実践モデル—

(医) 愛里会始良みやもと眼科 宮本 純孝

鹿児島県始良地区は人口約20万人に対し眼科医療機関が11施設しかなく、2万8千人の学童に対する眼科検診の負担が非常に大きい。全施設の協力で検診は継続されているが、学校保健委員会への参加は困難であり、眼科医のモチベーションも限界に近づいている。今後、医療機関の閉院が進めば検診体制の維持が危ぶまれる。この問題は始良地区だけでなく、地方や離島でも共通している。重点検診の導入で負担軽減は図られているが、学校保健活動への関与が減れば眼科医の社会的役割が過小評価され、診療報酬にも影響する懸念がある。

当院では学校保健委員会での講話にビデオスライドを活用している。これはコロナ禍での学会発表形式を応用したもので、現地参加が困難な眼科医療機関のモデルケースとなること、眼科学校医の待遇改善を目指して始めた。学校側からも「わかりやすい」「繰り返し視聴できる」と好評を得ている。具体的には、眼科学校医が不在の湧水町立幸田小学校に対し、当院から片道30km以上離れた同校で、AIナレーション付きビデオスライドとZoomを併用し、通常診療を継続しながら約1時間の講演と質疑応答を実現した。診療中に1時間以上外来を中断するのは難しいため、事前にビデオスライドを作成し、当日は現地で上映、質疑応答のみZoomでライブ参加する方法を提案。ビデオスライドはギガファイル便で送付し、事前テストもZoomで実施。無料のオンラインツール(Canva、Vidnoz)でアバターと音声を作成し、話に合わせてアバターの口や表情が動く動画を制作した。最終的に約40分のビデオスライドを作成し、上映後に質疑応答の時間を設けた。診療を中断したのは実質15分程度で、患者からのクレームもなかった。オンライン形式でも保護者・教職員から活発な質問が寄せられ、有意義な議論ができた。作成したビデオスライドは院内のデジタルサイネージでも放映し、待ち時間を利用

した保健指導にも活用している。

近年、世界的に近視の増加やスマートフォンの長時間使用による新たな疾患が問題となり、タブレット端末を活用した授業も普及している。正しいデバイスの使い方や生活習慣の指導は日常診療だけでは不十分であり、学校保健における眼科医の役割は一層重要になっている。本取り組みは、眼科医が不足する地域において、診療と両立しながら学校保健に関与できる新たな実践モデルであり、他科にも応用可能な具体的選択肢となる。こうした実績を積み重ねることで眼科的保健指導の社会的意義を示し、学校医としての地位向上につなげたい。

### 9. 人生100年を視野に入れ、令和世代に“刺さる”保健指導の工夫

ちぐさ眼科医院 鈴木 高遠

近年、若年層の近視が増加している。スマートフォンなどの携帯端末が幼少期から普及し、近業作業が日常化していることが主な要因である。年齢が上がるにつれて受診率が下がる傾向が続いており、従来の点眼薬や眼鏡指導だけでは十分な対応ができていない。オルソケラトロジーやコンタクトレンズ、レーシックやICL手術などの選択肢も増えているが、これらには適切なケアやリスク理解が不可欠である。特に思春期の生徒は自立心が芽生え、知識欲も旺盛であるため、視覚器の希少性や脆弱性について、彼らの感性に響く健康教育が求められる。校医による講話の時間は限られているが、専門家としての立場を活かし、次世代に“気づき”を与えることが重要である。児童生徒は知識や経験が未熟で、日々の課題に追われているため、近業過剰が眼軸延長や網膜障害などのリスクにつながることを、分かりやすく伝える必要がある。資料作成にあたっては、成長段階や多様な興味に配慮し、ターゲットを絞った内容と記述方法が重要となる。校医は教職員からの信頼も厚く、モノクロA4資料を毎年アップデートし、養護教諭や学校長のチェックを経て全生徒に配布する体制が有効である。資料はスタッフの意見も取り入れ、見やすいフォントやキャッチーな見出し、図表やイラストを活用し、Q&A形式などで生徒の疑問や心情に寄り添う工夫が推奨される。

### 10. 江戸川区で実施した10年間の色覚検査の結果と問題点

田中眼科 田中 寧

江戸川区では平成27年から令和6年までの10年間、小・中学校の希望者を対象に色覚検査を実施した。初年度は全学年を対象とし、翌年度以降は小学校1・4年生と中学1年生に限定した。検査は養護教諭が個室で一人ずつ行い、主に石原式検査表やパネルD-15が用いられた。眼科受診勧奨の基準は年度により異なり、初年度は1表以上の誤答、以降は2表以上の誤答とした。受診勧奨者には保護者へ封書で通知し、受診後の報告は保護者の判断に委ねられた。

検査方法は多くの施設で石原式検査表国際版38表とパネルD-15が用いられ、一部施設では東京医大式検査表やアノマロスコープも使用された。小学校では初年度に受診者数が多かったが、対象学年の限定により減少し、その後は横ばいで推移した。中学校でも同様に受診者数は減少傾向にあった。

石原式検査表の結果、小学校男子では異常ありの割合が40～60%、女子では3～6%で推移した。中学校男子では20～50%、女子では2～18%であった。パネルD-15の結果、強度色覚異常の割合は小学校男子で40～70%、女子で0～20%、中学校男子で30～70%、女子で0～33%であった。問題点として、小学校1年生では検査の理解が難しいため、4年生での全員検査が望ましいとの意見や、デジタル教材の色使いによる混乱、受診勧奨後の受診や報告が徹底されていない点が挙げられた。また、小学校での検査結果が中学校に伝達されていないことや、学校現場でのカラーユニバーサルデザイン(CUD)の啓発が不十分であることも指摘された。色覚検査の早期実施は色覚異常の早期発見と学校現場での配慮につながる重要な取組みであるが、現状では検査結果の伝達や情報共有が十分に行われておらず、必要な支援が遅れる可能性がある。今後はCUDの推進と教職員への啓発活動が重要な課題となる。

## 11. 予期せぬ障害を生じる眼外傷の多様性 ～現病歴からは想定されなかった重傷眼外傷の3例～

カナイ眼科 金井 光

小児の眼外傷は頻繁に発生し、多くは軽症で自然治癒するが、時に重篤な障害を生じることがある。眼外傷には鈍的外傷と穿孔性外傷があり、特に穿孔性外傷は重症度が高く緊急対応を要する。小児は自覚症状が乏しいため、重症化しても訴えが少なく、対応が遅れる危険がある。本報告では、現病歴や初診時の印象からは重症が予測できなかったが、結果的に手術を要した3例を提示する。

症例1は11歳女児で、バドミントン中にシャトルが右眼に当たり軽度の前房出血を認めたが、受傷3日目くしゃみ後に高度の視力低下を自覚し、再出血や眼圧上昇、角膜混濁をきたした。2度の手術を経て視力は回復したが、治癒まで4年以上を要した。症例2は11歳男児で、野球中に軟球が右眼に当たり、前眼部に異常はなかったが眼底検査で黄斑円孔と網膜剥離を認めた。黄斑円孔は自然閉鎖したが、網膜剥離が進行し1年後に手術を受けた。症例3は25歳男性で、作業中に鉄片が右下眼瞼に当たり軽度の挫創のみを訴えて受診したが、実際には鉄片が眼球を貫通し眼内異物と網膜剥離を生じていた。これら3例に共通するのは、受傷直後は重症感に乏しかった点である。問診や自覚症状から想定される障害の程度と実際の重篤度は一致しない場合が多い。眼外傷は症例ごとに多様な病態を呈し、眼内のあらゆる組織に障害を生じうる。軽傷と思われても必ず眼科を受診し、詳細な検査と経過観察を行い、症状変化時には再受診を徹底することが重要である。

## 12. 学校保健から見た日本の眼鏡事情の問題

鈴木眼科吉小路 鈴木 武敏

近年、子どものスマートフォン使用時間が増加し、近視や眼位異常が深刻化しているが、十分な対策が取られていない。主な課題は二点ある。第一に「眼鏡ネグレクト」の問題がある。視力低下があるにもかかわらず、必要な眼鏡を装用しない、あるいは矯正が不十分な眼鏡を使い続ける子どもが増加している。背景には、親への金銭的負担を遠慮する子どもの増加や、安価なチェーン店で質

の低いフレームを選ぶ傾向がある。また、眼科受診を避けて技術の低い店で検眼・作製することで、過調節緊張の眼鏡を装用させられるケースも増えている。これらは教育機会均等を阻害するため、国や自治体による眼鏡購入補助が必要とされている。

第二に「眼鏡作製技能士制度」と推奨眼鏡店制度の問題がある。スマホ長時間使用による調節過緊張への対応が不十分で、技能士がいる店でも医学的に満足できない眼鏡が作られることがある。特に発育期の子どもにはフレーム調整が不可欠だが、調整不要を謳うフレームが流行し、許容できない「鼻めがね」が増えている。技能士の技術や教育の質にも課題があり、欧米先進国との差が明らかである。

さらに、緑内障の家族歴が学校検診やコンタクトレンズ再処方時に発見される例があり、家族全員の無料検査を行うことで未診断患者を多数発見している。日本では緑内障が失明原因の一位であり、早期発見のためにもイギリスのような1親等検査無料制度の導入が求められる。

以上より、子どもの眼鏡事情には経済的・技術的な課題が多く、制度改革が強く求められる。

[報告：常任理事 長谷川奈津江]

### 講演

#### ①こども家庭庁の創設について

##### ～成育基本法と学校健診の未来の姿～

参議院議員 自見はなこ

物価上昇に伴う診療報酬、介護報酬、障害福祉サービス報酬の改定を議員連盟で要望し、骨太の方針2025に反映していただいた。

2018年12月成育基本法が成立してから、産後ケア法、こども基本法が成立し、2023年4月にこども家庭庁が開設された。開設されてから、里帰り出産の補助、各自治体へのスポットビジョンスクリーナー導入、ABR機器導入、脊椎側弯症機器導入への補助、いじめ・不登校対策、中教審でバイオサイコソーシャル・ウェルビーイングの推進、1か月児健診・5歳児健診の公費化、新生児聴覚スクリーニング、先天代謝マスキングの拡大など事業を行ってきた。

2025年5月学校健診の見直しのため、「学校

における持続可能な保健管理の在り方に関する調査委員会」が立ち上げられた。脊椎側弯症の機器の導入、心電図のデジタル化、子どもの心の健診などしていきたい。

## ②学校保健、学校医について日医の考え方

日本医師会常任理事 渡辺 弘司

学校医の職務については、学校保健安全法に定められており、健康診断、健康教育、学校保健委員会の参加が主な業務となっている。学校健診には職員の健診も入っているが、学校医が兼ねるのは困難である。脊椎側弯症検診については、疾病のスクリーニングが主な目的であるが、脱衣の問題や見過ごした際の訴訟の問題などもある。脱衣をしなければ、脊椎のみならず、皮膚疾患、心臓疾患、胸郭疾患なども発見しづらくなる。事前に児童生徒・保護者に説明し、診察ができなければ診断できないということを理解していただく。茨城県、大阪府の医師会で健診の意義について動画を作成しているので参照いただきたい。文科省では今年、「学校における持続可能な保健管理の在り方に関する検討会」が立ち上げられ、健診の期日、項目、手法（重点的健診など）、児童生徒・保護者の理解、問題行動・不登校、不登校児の健診なども検討していく。

健康教育では文科省で体育、保健体育、健康、安全のワーキンググループがあり、メンタルヘルス、オーバードーズ、性教育などについても検討され、学習指導要領の改訂では現在含まれていないプレコンセプションケア、禁煙、包括的性教育についても検討していく。また、PHRの推進のためPMHの拡張（クラウド型PMHの導入）を考えている。

日本医師会では、現在学校保健委員会の中にメンタルヘルスに関するワーキンググループを立ち上げている。学校医はチーム学校のハブ的存在になることが必要とされ、養護教諭との連携が重要である。

## ③乳幼児健診と子どもたちの健康について

日本医科大学武蔵小杉病院

小児科教授 田嶋 華子

5歳児健診の主な目的は神経発達症のスクリー

ニングであり、早期発見及び子育て支援である。自閉症スペクトラム症（ASD）は1.4～7.3%、注意欠如多動症（ADHD）は3～7%、学習障害（LD）は0.8～2.1%いるとされ、大分県では5歳児健診後の適切なサポートで不登校児が減少したというデータがある。3歳児健診時では、ADHDの66%、軽度知的障害の35%、広汎性発達障害の50%が見逃されていたというデータがある。保護者が子どもの発達障害に気づくこと、必要な支援につながらなければ有用ではない。集団、個別、巡回、園医、抽出などいろいろな方法がある。こども家庭庁ではホームページに5歳児健診のマニュアルが掲載、ポータルサイトが開設されている。

肥満には単純性と症候性とあり、症候性では内分泌性、遺伝性、薬剤性などある。幼児肥満の25%、学童肥満の40%、思春期肥満の70～80%が成人肥満に移行すると言われている。アディポシティリバウンドとはBMIが幼少期に減少し、再び学童期に増加することだが、通常より早くにBMIが上がってくる場合、将来的に学童期、思春期以降の肥満に結びつきやすいと言われている。

メディアとの関わり方が重要で、寝る前まで動画を見ているとメラトニンが低下して、寝つきが悪くなる、夜中に目が覚めることがある。

[報告：常任理事 河村 一郎]

## ④眼科領域における子どもたちの健康について

神奈川県眼科医会会長 宇津見義一

新生児の視力は光がわかる程度であり、その後光刺激を受け視機能が発達し、6～8歳ごろに完成する。今回子どもの視覚の発達を順調に促し、弱視を予防するために行政や眼科医が実施してきた取組みと、近視などの視覚に関する問題点と対処法についても述べる。

### 弱視の早期発見と検査体制の強化

従来の3歳児健診では家庭での視力検査が主流であり、精度に課題があった。しかし、2022年から全員にSVSによる屈折検査が導入され、客観的な検査精度が向上した。これにより要治療児の発見率が大幅に上昇している。神奈川県では屈折検査の実施率が90.9%に達し、全国平均を

上回っている。

### 就学前後の検診と啓発活動

3歳児健診以降、弱視の発見に最も重要な時期の幼稚園や保育所での視力検査実施率は約40%と低い。就学时健診での視力検査実施率も地域差があったが、文科省や日本眼科医会の働きかけにより、現在は全国的に実施率が向上し2020年には視力検査実施率は96.4%となった。2023年からは1歳1か月・5歳児健康診査の費用助成も始まり、切れ目のない健康診査体制が整備されている。

### 近視の増加と環境要因

近年、近視の子どもが増加しており、日本やシンガポールでは80%以上に達している。近視は遺伝だけでなく、屋外活動の減少や近距離作業の増加など環境要因が大きく影響する。デジタル端末の長時間使用と近距離で見続けることがリスクとなる。屋外で過ごす時間を増やすことで近視進行を抑制できることが国内外の研究で示されている。

### 学校・家庭での具体的対策

文科省は「30cm以上離して見る」「30分ごとに遠くを見る」などの生活指導や、ICT活用時のガイドブックを作成し、学校現場での啓発を進めている。

### 近視進行抑制法

近視抑制として低濃度アトロピン点眼薬、多焦点ソフトコンタクトレンズ、オルソケラトロジーなどの治療も最近は行われるようになった。

### 今後の展望

神奈川県眼科医会は、県医師会や関係機関と連携し、子どもの目の健康を守るための啓発活動やイベントを継続していく方針である。日眼医は6月10日を「子どもの目の日」記念日に制定した。神奈川県眼科医会では、本年8月に「まもろうこどもの目」として、啓発活動を実施した。

[報告：常任理事 長谷川奈津江]

## ⑤児童精神科領域における子どもたちの健康について

神奈川県立こども医療センター

児童思春期精神科部長 庄 紀子

神奈川県立こども医療センターは、準開放病棟

40床を有し、外来では統合失調症、自閉症スペクトラム、発達障害などの診断に対応している。虐待を受けている子どもも多く、全体の1割程度を占めている。

講演では、子どもの療養センターの役割も説明され、病院内の学校との連携により、長期入院中の子どもたちの学習支援が行われていることが強調された。児童相談所や地域との協力関係も重要であり、発達特性や自閉症の問題、トラウマ体験を持つ子どもたちへの支援が行われている。

児童精神科のニーズは高く、特に摂食障害や自殺といった問題が深刻化している。コロナ禍以降、摂食障害の患者が急増し、女子の自殺も増加傾向にある。児童精神科の病床数や専門医の不足が課題であり、神奈川県内の小児病棟との連携が模索されている。

学校との連携は、児童精神科医療において重要な役割を果たしている。紹介状の発行や初診までの待機期間の長さといった課題に対し、学校の先生との協力が不可欠である。学校の先生は、子どもたちの特性や困りごとを理解し、専門家との連携を促進する役割を担っている。具体的には、学校の先生が保護者と連携し、受診を促すケースや、摂食障害の早期発見に貢献するケースが紹介された。学校の先生からの情報提供は、子どもたちの早期治療開始に繋がり、より良い支援体制を築く上で重要である。

[報告：理事 中村 丘]

## ⑥教育委員会における子どもたちの健康について

神奈川県教育委員会教育局指導部

保健体育課長 元橋 洋介

子どもたちの健康は、スマホやインターネットの長時間の使用、運動不足、生活習慣の乱れ、薬物の乱用、性に関する問題など、社会・生活環境の変化に大きく影響されている。そのような中で、子どもたちが適切な運動習慣や健康に関する正しい知識を身に着けるために、学校における取組みが重要になっている。今回、子どもたちの健康課題の解決に向けた神奈川県の取組みを紹介する。

子どもたちの健康体力づくりの実現のための取組みは、運動あそびの専門家を小学校に派遣する「わくわく先生派遣事業」を令和4年度より行っ

ており、児童に対しては運動あそび教室を実施している。保護者に対しては運動あそびブックやスポーツクロスワードを配布している。

薬物乱用・依存に対する取組みは、小学校では体育の時間、中学・高校では保健体育の時間に取り扱うことになっており、道徳、特別活動など、学校教育全体を通じて指導を行っている。また、授業以外では薬物乱用防止教室、薬物乱用防止教室指導者教室も開催している。

がん教育は、中学校、高等学校において保健の授業や道徳、特別活動などで取り扱い、医療関係者、がん経験者などによるがん教育フォーラムを行うことを周知している。さらに教職員に対しても、がんに関する正しい理解やがん患者に関する正しい認識、命の大切さについて理解を深める講座も開催し、学校におけるがん教育の進め方について研修をしている。

防災教育は、防災に関する正しい知識、的確な判断力、必要な技能を身に付けられるような授業を展開している。各学校での取組みを支援するための防災教育資料を作成するとともに、防災訓練の好事例を周知し、実践的な防災訓練を推進している。教職員向けの防災教育訓練講座も開催し、指導力の向上を図っている。また、デジタル機器を活用した取組みも推進しており、専用アプリを搭載したARゴーグルやiPadを用いた防災訓練を行っている。

交通安全教育は、神奈川県では生涯にわたって「くるま社会」を生きる力を育成する交通安全教育推進運動「スタートかながわ」を展開している。

防犯教育では、学校の防犯対策や子どもが自らの身を守る力を育成するような取組みを行っている。具体的には、各学校の指導者に対して防犯に対する心構えや防犯教室の開催方法について指導を行っている。

その他、熱中症対策・予防は、暑さに慣れていない段階から発生しているため、4月の早いタイミングで注意喚起の文書を発出し、体育やクラブ活動などでは暑さ指数を測定し、対応を適切に判断するように指導している。

[報告：理事 木村 正統]

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

## 第69回社会保険指導者講習会

と き 令和7年10月26日(日)

ところ 日本医師会 大講堂

### 生涯教育講演

#### 講演 I

#### CKD 対策の最前線：病診連携と多職種協働

埼玉医科大学腎臓内科教授 岡田 浩一

CKD とは、蛋白尿もしくは腎機能が GFR60 未満の低下、このいずれか、もしくは両方が 3 か月以上続いた状態である。CKD 患者数は 2,000 万人以上、成人の 5 人に 1 人と推定され、その中の将来腎不全や心血管病に至る危険性の高い方に関しては適切な治療を施す必要がある。日本の維持透析患者数は約 35 万人、年間 1.6 兆円程度の医療費が使われている。その現状を踏まえて、厚生労働省より 2018 年に腎疾患対策検討会報告書という CKD 対策の指針が示された。この中では、CKD を早期に発見し、治療することによって重症化を予防し、2028 年までに、新規透析導入患者数を 3 万 5,000 人以下にすることが目標として定められた。そのために重要なのは、かかりつけ医の協力である。GFR スロープを緩やかにすることによって、末期腎不全への到達を回避するためには、十分に残存腎機能がある状態で治療を開始することが重要である。GFR が 45 程度まで下がったら一度は専門医に紹介していただくと思う。また、かかりつけ医、メディカルスタッフ、専門医が連携した CKD の診療体制を充実させることが必要である。かかりつけ医は専門医と連携し、1 人の患者さんの 2 人の主治医として、その患者さんの残存腎機能を温存する診療体制を地域の実情に即した形で構築していくことを目指していくべきである。

CKD 診療体制を充実させるために日本腎臓学会は、専門医向けの CKD 診療ガイドライン、かかりつけ医向けの CKD 診療ガイド、患者さんやご家族向けの CKD 療養ガイドを提供しているのでご参照いただきたい。CKD 診療ガイドラインに示されている推奨を 6 つ以上達成されている患

者さんは、それ未満の方に比べて明らかに CKD の進展が抑制される。この複数の推奨を達成する集学的治療の手順としてチームアプローチが重要である。糖尿病を伴う CKD の患者へのメディカルスタッフを交えたチームアプローチによって腎機能低下にブレーキがかかる事は従来分かっていたが、近年、糖尿病を伴わない CKD の患者さんにおいても同様にチームアプローチによって腎機能悪化にブレーキがかかる事が示された。管理栄養士や理学療法士が関わるとより効果があることも分かってきた。

薬物療法に関しては今から 25 年前に ARB を上乘せすることによって、リスクが下がることが明らかになり、標準治療となって 25 年が過ぎた。新たに SGLT2 阻害薬が CKD における腎不全進行抑制に有効であることが分かり、現状の標準治療となっている。

日本の透析患者の中長期の生命予後は、他の欧米の諸国に比べて明らかに低い。長期予後を見ない方も導入されている可能性がある。末期腎不全に到達された患者さんに対する治療としては、血液透析、腹膜透析、腎移植という 3 つの腎代替療法がある。そこに近年、保全的腎臓療法、コンサバティブ・キッドニー・マネジメント (CKM) という概念が入ってきた。厚生労働省の指導の下に、日本緩和医療学会、日本腎臓学会、日本透析医学会の 3 学会から腎疾患の緩和ケアガイドラインが作成され、9 月 29 日に公開されている。

特定健診の実施率の高い都道府県は透析導入率が低めで、実施率が低い都道府県は透析導入率が高めというデータがあり、健診を受けるところから透析導入の抑制を進めることも重要である。

[文責：常任理事 竹中 博昭]

## 講演Ⅱ

## アトピー性皮膚炎

## 一病態理解と治療に関する最近の進歩

## 獨協医科大学医学部皮膚科学講座

主任教授 井川 健

アトピー性皮膚炎は、増悪・軽快を繰り返すかゆみのある湿疹を主病変とする疾患であり、患者の多くはアトピー素因を持つ、と定義される。小児期以降は寛解となる症例が多いとされているが、成人にも多くみられる疾患である。年齢別患者数では、小学生になると少し減少するが、40歳前後までは横ばいで、高齢者になるとさらに減少する。重症度割合は、幼児期までは軽症が多く、小学生以降は中等度～重症例が増え、高齢者では再び軽症が多くなる。

アトピー性皮膚炎患者は、欠勤や休職あるいは遅刻・早退など職場にいたることができず業務に就けない状態（アブセンティズム）や、出勤しているにも関わらず心身の健康上の問題により十分にパフォーマンスが上がらない状態（プレゼンティズム）などによる全般的労働障害による生産性損失の割合が高い。また、QOLへの影響でも、他の皮膚疾患の中でQOL評価が最も低い疾患である。

アトピー性皮膚炎は通常、喘息、食物アレルギー、アレルギー性鼻炎などの他のアレルギー性疾患に先行して発症する。この成長するにつれていろいろなアレルギー性疾患が順に発症する現象をアレルギーマーチと呼ぶ。乳児期の経皮感作が、その後の発症に関連すると示唆されている。

多くのアトピー性皮膚炎患者に共通する要因として、遺伝又は後天的・環境による皮膚バリア機能障害、Type2炎症反応、痒みの3つがあり、それらが連動して皮膚症状を引き起こす。遺伝子、生活環境、免疫学的メカニズムなどの違いにより、同じような症状にみえても背景は多彩な疾患である。

ガイドラインにおける治療の目標は、「症状がないか、あっても軽微で、日常生活に支障がなく、薬物療法もあまり必要としない状態に到達し、それを維持すること」である。

治療は、増悪因子対策、スキンケア、薬物療法

が標準治療であり、薬物療法には外用療法と全身療法がある。外用療法は、従来からのステロイド薬と、1999年以降は外用免疫抑制薬が加わった。外用療法は治療の基本であり、現時点では外用療法なしの治療は考えにくい。全身療法には、経口免疫抑制剤、経口ステロイド、光線療法などがあるが、長期には使いにくい治療法であり、薬物による長期寛解維持は現実的ではない。

日本では2018年に新規治療薬として、全身療法薬では生物学的製剤と小分子化合物（JAK阻害薬）、外用薬ではPDE4 inhibitorとAhR agonistが承認された。新規の全身療法薬には投与基準があり、施設要件、前治療要件、疾患活動性数値のレセプトへの記載などが定められている。新規治療薬は、副反応が起こりにくく、治療ターゲットの中心にあるものが絞られてきて治療効果が上昇した、などの特徴がある。さらに、現在は100～200の分子をターゲットにした150以上の臨床試験が施行されており、さらなる新規治療薬の開発が行われている。一方で、高額であること、治療対象は中等度以上であること、終了地点がみえない、超長期安全性の有無、外用薬併用は必須で単剤では効果が低いなどの問題がある。

[文責：理事 木村 正統]

## 講演Ⅲ

## 睡眠障害についてかかりつけ医が知っておきたいこと

## 慶應義塾大学予防医療センター

特任教授 三村 將

睡眠はなぜ必要か、睡眠障害の種類と病態、不眠症の評価と治療・対応、睡眠時無呼吸の評価と治療・対応について講演された。

## 1. 睡眠はなぜ必要か

睡眠は人間にとって必要不可欠なものである。必要な睡眠時間には個人差があるが、昼間活動して夜眠る、というごく当たり前のことができなくなり、日常生活に支障を来した状態を睡眠障害と呼ぶ。

成長ホルモンは深い睡眠時に分泌されるため、質の良い睡眠が必要である。深い睡眠は前半に出現し、後半にレム睡眠が多く出現する。中高年に

対する成長ホルモンはアンチエイジングとなる。睡眠時間は2歳で12時間、20歳で8時間、70歳で6時間程度と高齢になると睡眠時間が減少する傾向である。高齢になると途中で目が覚め、深い睡眠が減少する。

睡眠には体温の変化も重要である。高い体温が下がると、寝つきが良くなり、深く眠り、中途覚醒が起きにくくなる。体温を上げるものとして、入浴、運動、鍋物、唐辛子があり、体温を下げるものとしてメラトニン、グリシンがある。体温をさらに上げて下げると効果的である。

## 2. 睡眠障害の種類と病態

睡眠障害には不眠、過眠のほかに概日リズム睡眠障害、睡眠時随伴症などがある。

認知症では睡眠障害を認めやすく、アルツハイマー型では64%、レビー小体型では89%に何らかの睡眠障害を認める。その他、レム睡眠行動障害やレストレスレッグス（むずむず脚症候群）などの症状も見られる。

## 3. 不眠症の評価と治療・対応

不眠症の4大症状は、入眠障害、中途覚醒、早期覚醒、熟眠障害であり、高齢者によくみられる特徴である。不眠を自覚する場合、なかなか寝つけない（入眠困難）、寝てもしばらくするとすぐに目が覚めてしまう（中途覚醒）、朝いつもより早く目覚めてしまう（早朝覚醒）、さらにはぐっすり眠った感じがしない（熟眠障害）といった症状がいくつか合わさってみられることが多い。眠れない日が続くと次第に「また眠れないのでは」という不安感が増し、不安や緊張のため余計に眠れないという悪循環が生じる。夜眠れないのに日中も眠くならないという場合も多いが、逆に夜眠れない分を朝寝坊したり、日中眠くなってつい長い時間昼寝をしてしまい、その晩にもっと眠りづらくなるということもしばしばある。

うつ病は睡眠障害の合併が多い。眠りの質が低下することが特徴である。眠れない状態が続くと、昼間の眠気、集中力の低下などが生じ、うつ病を発症することがある。うつ病の治療を行っても、入眠障害は再発しやすく、睡眠の質は自殺念慮と関連することが報告されている。

認知症高齢者の不眠に対しては、非薬物的ア

プローチが重要である。認知症疾患診療ガイドラインでは、まず睡眠障害の正確な把握と鑑別診断を行う。また、影響しうる身体症状（疼痛、頻尿、掻痒など）、心理・社会的ストレス、嗜好品、薬剤があれば改善する。その上で日中の日光浴や身体活動を促し、睡眠環境の改善を図る（表）。薬物療法としては、トラゾドン、リスペリドンの使用を検討してもよいと記載されている。

表 生活習慣上の工夫：睡眠時間と光

<ul style="list-style-type: none"> <li>• 睡眠時間は0時から6時を中心に7時間程度がベスト</li> <li>• 起床時刻を一定にし、朝日を浴びる</li> <li>• 夜9時過ぎからは間接照明にし、PC・スマートフォンの使用を控える</li> <li>• 平日の床に入る時間・出る時間のバラツキを30分以内とする</li> <li>• 週末も、床に入る時間・出る時間は平日から30分以上ずらさない</li> <li>• 高齢者は6時間眠ればよい、長時間睡眠は不眠の原因となる</li> </ul> <p>（ヒトは2歳で12時間、20歳で8時間、70歳で6時間）</p>
---

## 4. 睡眠時無呼吸の評価と治療・対応

睡眠時無呼吸症候群の特徴は、①大きないびき、②睡眠時無呼吸、③昼間の眠気の3つである。就寝中のことであるため、本人は気づいていないことが多い。睡眠時無呼吸症候群患者に不眠症状が認められる割合は39～59%で、不眠症状のある患者に睡眠時無呼吸症候群が認められる割合は29～67%である。

睡眠薬の睡眠時無呼吸症候群に対する影響をRCTの結果からみると、トリアゾラム0.25mgはAHI、最低SpO<sub>2</sub>ともに悪化する。ニトラゼパム5mg、10mgはAHI、最低SpO<sub>2</sub>ともに不変、エスゾピクロン3mgもともに不変、ゾルピデム10mgはAHIは不変、最低SpO<sub>2</sub>は悪化するという報告であった。レンボレキサント10mgはプラセボと比較すると変化を認めなかった。

## 5. 快適な睡眠をとるために

快適な睡眠を取るためには、以下の行動に気を

つける。

- ・朝起きたら朝日をしっかりと浴びる
- ・朝決まった時間に起きる
- ・昼寝は30分以内に留める
- ・日中に適度な運動をする
- ・趣味などでストレス解消をする
- ・夕方以降にコーヒーなどのカフェインを控える
- ・夕食を食べすぎない
- ・酒を飲みすぎない
- ・寝る前のパソコンやスマホを控える
- ・寝室にテレビやDVDを置かない
- ・寝る時間にこだわりすぎない
- ・寝室でリラックスできるもの（音楽やアロマ）を使う
- ・寝室の明るさを調整（明るすぎず不安にならない暗さ）
- ・自分に合った寝具（枕やマットレス）を使う

【文責：理事 國近 尚美】

## 厚労省関係講演

### 講演 I

#### 2040年を展望した医療について

厚生労働省医政局長 森光 敬子

#### ○新たな地域医療構想

2010年に地域医療構想が示された。この地域医療構想は病床の報告が主で、総病床数をどうコントロールするのか、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の病床をどのように確保していくかに焦点が置かれた。2010年に2025年における病床数は118.8万床と見込まれていたが、2024年の確定値で117.8万床となっており、総病床数としては全体の数はほぼ整っている。

「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」が、昨年12月に厚生労働省から発表された。2040年には、85歳以上の人口が1,000万人を超える。85歳以上の高齢者の要介護認定率は57.7%である。医療と介護の両方を必要とする患者が非常に多くなる2040年の課題の1つ目は救急搬送の増加である。85歳以上の救急搬送は、およそ75%増加する。急増する医療救急搬送の受け入れ先をしっかりと確保しなければ、この事態に対応できない。2つ目は在宅医療の需要の増加である。これ

も85歳以上の増加との人口の増加とともに、急速にそのニーズが高まってくる。現在の体制では対応できないので、どのような形で提供体制を構築していくのが今後の課題である。

こういった状況にあって、新たな地域医療構想をどのようなものにするかを考える必要がある。1つは医療機関機能を新たに設けることである。2040年を考えた時に、病院の中だけで解決できる話ではなく、入院、在宅、介護が密接な形で地域医療を行うためには、その医療機関がどのような機能を持っているのかを明らかにし、どのように連携を取っていくのかを検討する必要がある。2つ目に医療機関機能報告を新たに位置付けて、構想区域ごとに確保すべき機能や今後の方向性を報告する機能を新たに設け、新たな地域医療構想を考える土台を作っていくことで、とりまとめを行っている。

#### ○医師の偏在に対する対策

人口が少ない地域では診療所が減ってきている。医師人口の多いところほど診療所が増えているが、地方ではどんどん閉院している状況である。診療所の医師数はそのまま行くと、2040年には50%以上減少すると予想されている。医師が減って、診療所が減って、そこを支える病院も、病院で働いている医師数も減少する。これ以上医師が減っていけば、その地域の医療体制は危うくなる状況である。医療体制が崩壊すれば住む人は減少し、その地方の産業が衰退し、その町の根幹が揺らぐのが、この医師の偏在対策をしなければならぬ最大の理由である。この問題に対応するため、医師の偏在是正に向けた総合的な対策パッケージを2024年12月にまとめた。基本的な考え方として、これまで医師の養成過程での対策が主であったが、総合的という言葉掲げ、できることは何でもやるというのが1つのコンセプトである。2つ目は、若い医師だけを対象にするのではなく、全世代のドクターに対しアプローチすることである。

#### ○診療科偏在

遠隔診療を使って連携をとっていくことも一つの解決法である。都道府県や医師会が関わって診療科別の専門性の高い先生との間をしっかりと繋ぐ

という取組みを始めている都道府県もある。

[文責：常任理事 竹中 博昭]

講演Ⅱ

令和8年度診療報酬改定に向けた課題と展望

厚生労働省保険局医療課長 林 修一郎

○診療報酬改定の基本方針

令和8年度診療報酬改定に向けて、10月より中医協にて2段階目の各論の議論が始まっている。基本方針については、これまでの基本方針の構成をベースに、近年の社会情勢・医療を取り巻く状況を踏まえたものとして議論されている。基本的視点として、物価や賃金、人手不足などの医療機関等を取り巻く環境の変化への対応、医療機関機能の分化・連携と地域における医療の確保、地域包括ケアシステムの推進、安心・安全で質の高い医療の実現、医療保険制度の安定性・持続可能性の向上などが挙げられている。

○医療機関を取り巻く状況

事業利益率は各病院タイプのいずれも低下傾向にある。受診延日数は入院・入院外ともに減少傾向にあったが、令和2年度以降は入院外については回復する傾向が見られる。病院の収支構造は、費用の50%超を占める人件費が増加していることに加え、人件費以外についても軒並み事業収益の増加率を上回る伸びで推移している。医療法人経営情報データベースによる2023年度の状況は、病院の医療利益率はいずれの病院タイプでもマ

イナスとなっている。診療所の医療利益率・経常利益率は、いずれの区分でも平均値・中央値ともプラスである。入院ありの診療所は、入院なしの診療所と比較して利益率が低い傾向にあり、約半数で医療利益が赤字である。また、大都市の診療所と比較して、地方都市や人口少数地域の診療所は利益率が低く、医療利益が赤字の割合も大きい。

○医療提供体制

看護職員の就業場所は病院・診療所が多いが、訪問看護ステーションや介護保険施設で増加傾向となっている。病院における各職種の従事者数は、平成17年度と比べると増加しており、理学療法士、作業療法士は3倍に増加している。診療科別医師数の推移では、リハビリテーション科、形成外科の増加割合が高く、その他の診療科も概ね増加傾向にはあるが、外科は平成24年以降減少傾向にある。

○その他

外来医療では、入院外受診延日数、かかりつけ医機能、かかりつけ医機能報告、情報通信機器を用いた診療について説明があった。入院医療については、届出病床数の推移、地域包括医療病床の届出状況などについて、在宅医療については、支援診療所・病院の届出数、診療報酬の推移、訪問看護、介護給付費などについて解説された。

[文責：理事 木村 正統]

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。



ダウンロードは  
こちらから





この世界で、この街で、このじぶん。 **YMfg** **山口銀行**

お問合せはヘルプデスクへ **0120-307-969** ■受付時間(平日・土日祝) 7:00~23:00

# 第106回山口県医学会総会

と き 令和7年6月8日(日)

ところ 山口県総合保健会館2階「多目的ホール」

[報告：山口市医師会副会長 塩見浩太郎]

## 講演 I

### AI・数理工学をいかに医学にとりこむか？

医療法人錦秀会阪和病院・阪和記念病院

統括院長・総長 北風 政史

#### 1. 日本の医療が直面する現状と「心不全パンデミック」

日本における主な死因別にみた年次推移をみると、悪性新生物(がん)が1位、心疾患(高血圧を除く)が2位、老衰が3位、脳血管疾患が4位となっている。私の専門である心血管疾患(冠動脈疾患、心筋疾患、弁膜症、不整脈など)の多くは、最終的に「心不全」へと至り、命を落とす。

現在、日本の人口が減少しているにもかかわらず、心不全患者数は急増している。2025年には推計120万人に達するとされ、国民の80人に1人が心不全患者という「心不全パンデミック」の到来が危惧されている。心不全の5年生存率は25%前後であり、これは多くのがんと比較しても極めて予後不良な疾患といえる。したがって、がんが「国民病」であるならば、心不全もまた紛れもない国民病である。

日本の医療における喫緊の課題は、1. 悪性腫瘍、2. 脳・心血管疾患、3. 高齢化に伴う老衰・認知症の3点に集約される。これらに対し、どのように科学的アプローチを試みるべきか。科学的手法には「演繹法」と「帰納法」という2つのアプローチがある。

#### 2. 科学的アプローチ1：演繹法による因果関係の証明

「演繹法(Deductive Methods)」とは、仮説から出発し、その可能性を検討することで論理的な結論を導き出す手法である。

心不全と糖尿病の関係を例に挙げる。一般に「糖



尿病が心不全を引き起こす」ことは既知の事実であったが、「心不全が耐糖能異常を引き起こすのではないか」という逆の仮説を立てた。これを証明するため、マウスを用いた実験を行い、心不全状態では血糖値が上昇し、糖尿病治療薬の投与によってそれが改善されることを確認した。さらに、拡張型心筋症(DCM)の患者における調査では、糖尿病の既往がない患者の8割に潜在的な耐糖能異常(IGT)が認められ、心不全の重症度(NYHA分類)が進むほどその比率が高まることを突き止めた。

この因果関係を最終的に証明するため、糖尿病治療薬のベイスンを心不全患者に6か月間投与したところ、心不全マーカーであるBNPの低下と、心機能の劇的な改善が確認された。「仮説→実験・検証→証明」というこのプロセスこそが、医学研究における演繹法の実践である。

なお、演繹法のメリットは新しい仮説を獲得できることだが、デメリットは新しい仮説の獲得や証明が難しく、成功率が低いことである。

#### 3. 科学的アプローチ2：帰納法とビッグデータマイニング

一方で「帰納法(Inductive Methods)」は、膨大な観察データから出発し、そこから共通の規則性や理論を導き出す手法である。

国立循環器病研究センターでの勤務時代、年間約1,000人の心不全入院患者のデータを収集し、データマイニング解析を行った。その結果、 $\beta$ 遮断薬やACE阻害薬といった既知の薬剤以外に、本来は胃薬である「ヒスタミンH2受容体拮抗薬(H2プロロッカー)」が心不全を改善する可能性があるという、予期せぬデータが浮上した。

心不全患者の心臓にはMast Cellが増加することが文献的に報告されている。一方、心臓にもH2受容体が存在することが分かっている。H2

受容体はGs蛋白を介してcAMPを増やす作用があり、cAMPを増やすのは、 $\beta$ 刺激である。 $\beta$ 阻害剤が心不全の薬になっているので、H2受容体拮抗薬が心不全の薬になるのではないかと考えた。実際にH2受容体拮抗薬を投与したところ、心不全患者のBNP濃度が低下し、心機能が改善した。

「データから出発して未知の可能性を発見する」という帰納法は、ビッグデータ時代の現代において極めて強力な武器となる。

なお、帰納法のメリットは大量のデータを蓄積するだけでよく、成功率が高いが、デメリットとして、大量のデータの収集が難しく分析が困難である。

#### 4. ゲノム・データベースと集団データベース

帰納法の応用として、「ゲノム・データベース」と「集団データベース (Population Database)」を解説する。

##### (1) 疾病家系からの遺伝子特定

ある共同研究で「徐脈 (不整脈)」を呈する家系が見つかり、全エキソーム解析を行った結果、「KCNJ3」という遺伝子の突然変異が原因であることが特定された。これはアセチルコリン誘導型ポタシウムチャンネルに関わる遺伝子であり、変異によって細胞膜が過分極状態となり、刺激伝導系の発火が抑えられることで徐脈が引き起こされる。この知見をゼブラフィッシュを用いた実験で検証し、最終的に「NIP-151」という薬剤がこの徐脈を治療できる可能性を見出した。

##### (2) 心不全の重症度とMLCK遺伝子

また、重症心不全患者の心筋サンプルを網羅的に解析し、心不全の重症度 (肺動脈圧の上昇) と連動して発現が低下する「75678」という遺伝子を発見した。これは心臓特異的な「ミオシン軽鎖キナーゼ (MLCK)」であった。

MLCKが減少すると、ミオシンのリン酸化が不十分になり、アクチンとミオシンの距離が離れて収縮力が低下する。この仮説を、iPS細胞から作った心筋細胞やノックアウトマウスで検証したところ、MLCKの活性を高めるアクティベーターが心不全治療に劇的な効果を示すことが分かった。現在、同様のメカニズムを持つ「オメカムタイプ」

という薬剤で研究が進んでいる。

#### 5. 数理工学による解析の高度化と統計学的課題

ビッグデータを扱う上では、従来の統計学だけでは限界がある。変数の数が膨大になると「組み合わせの爆発」が起き、多重性の問題 (ボンフェローニ補正など) によって検出力が低下し、有意差を出すことが極めて困難になるからである。

そこで必要となるのが、AI (人工知能) や機械学習の技術である。過去のデータから将来を予測する、あるいは複雑なパターンの中から真実を見つけ出すために、数学、情報検索、データベース工学がオーバーラップした領域での解析が不可欠となっている。

将棋AIが過去の膨大な棋譜から最善手を導き出すのと同様に、医療においても「過去の患者データから、その患者が5年後にどうなるか」を高い確率で予測するモデルの構築を目指している。

#### 6. LAMP法

450万人の健康ビックデータの提供を受けて、その中の基準を満たした308,205人・288項目の健診・問診・投薬・レセプトデータを用いて、4年間に心不全を発症した方の特徴をデータマイニング法で解析した。288項目に対してそのすべての組み合わせを検討すると2,288回 ( $4.97 \times 1086$ ) の統計をしなくてはならないため、LAMP法 (limitless-arity multiple-testing procedure、無限次数多重検定法) を用いて、ハイスペックコンピュータを用いて解析した。

この手法を用いると、特定の条件 (年齢、性別、生活習慣、検査値の組み合わせ) を持つ人が、将来心筋梗塞や心不全を発症する確率を極めて高い精度で算出できる。これを予防医療に応用すれば、「あなたは5年以内に心不全を発症する確率が極めて高いが、特定の生活習慣を改善すればその確率を10分の1に下げられる」といった具体的なアドバイスが可能になる。

#### 7. 機械学習のタスクと医療への応用

機械学習には、大きく分けて以下の3つのタスクがある。

・回帰分析 (Regression): 連続する数値の予測 (例:

将来の売上予測、検査値の変化)。

- ・分類 (Classification) : 教師あり学習。正解データに基づき、AかBかを判定する (例: クレジットカードの不正利用検知、画像診断によるがんの判定)。
- ・クラスタリング (Clustering) : 教師なし学習。データ自体の類似性からグループを分ける (例: 未知の疾患のサブタイプ分類)。

これらを駆使することで、問診だけで認知症の可能性を8割の確率で言い当てたり、胸部レントゲン画像から医師が見落としがちな微細な異常をAIが指摘したりすることが可能になる。

## 8. Take Home Message

医学・医療は応用自然科学である以上、必ず数式化されなければならない。かつての伝承や経験に頼る医学から脱却し、数理的手法を用いた厳密な科学へと進化させる必要がある。

現代の医師には、医学的知識だけでなく、工学部や理学部の専門家と協力し、数学的な素養を持ってビッグデータを運用する能力が求められている。AIは医師を置き換えるものではなく、医師がより高度な判断を下し、患者一人ひとりに最適な医療を提供するための強力なパートナーとなる。

「数学に基づかないものは科学でもなければ医学でもない」という強い信念のもと、AI・数理工学を積極的に医学に取り込むことで、心不全パニックという未曾有の危機を乗り越え、国民の健康長寿を実現すること。それが、本講演が示す医学の未来図である。

### 講演II

#### 震災とJR列車脱線事故における救急災害医療：経験に基づく提言

神戸大学大学院医学研究科外科系講座

災害・救急医学分野教授 小谷 穰治

今日は災害医療や救急医療について、私の経験に基づいてお話をしたい。

私は外科を15年やり、その後兵庫医科大学救命センターに異動になり、そこから



救急外科や集中治療を始めた。兵庫医科大学で15年過ごし、教授になったので、そのまま兵庫医科大学にいたかと思っていたが、神戸大学に戻ることになった。神戸大学では救急部があまり動いてなかった。そこで、救急医を主として外科系各診療科からローテーションする医師で構成される「救命救急科」と総合内科医と各内科からローテーションする総合内科が1つのチームとして救急診療にあたる体制を構築し、救命救急センター化を行った。

兵庫医科大学は大きな救命センターを運営していた。作業中にパワーショベルアームと鉄柱で体幹を挟まれ受傷した方の症例では、脾臓損傷、左腎臓損傷、肝臓損傷があり、手術を行った。こういう患者さんは栄養が大切であるので、ニードルカテーテルによる空腸栄養の増設を行った。肝臓や腸管など腹腔内臓器のダメージは高度であり、閉腹時において2次的に生じた臓器浮腫が高度であり、閉腹操作により Abdominal Compartment Syndrome を来す可能性が高いため、Open Abdominal Management (開腹したままにして、陰圧をかけて管理し、腫れが収まったら元に戻すという治療) とし、術後管理を行った。

私が人生で一番驚いた症例は、ドクターカーで現場に行くと、全裸の男性がお腹を刺して、しかも局部を切り取った状態で徘徊していた。麻酔をかけてくれと警察官に頼まれ、本当はそのようなドクターカーの使い方は良くないと思うが、麻酔をかけて眠っている間に処置をした。局部は回収したがすでに壊死していた。泌尿器科医と処置したが、残った皮を上を上げるときれいに真ん中に縫う線ができた。

救急の手術では非定型的な手術が多く、教科書に書かれていない手術を非常によく経験する。

熱傷で最近話題なのは自家培養表皮といい、普通は患者さんの皮をメッシュ状にして貼り付けるが、これをすると関節が拘縮する。しかし、本人の皮膚を培養して3週間ぐらい経つと培養表皮が40枚ぐらいできる。これを上から貼り付けるとかなり皮が柔らかくなり、膝も曲がるようになる。

京都アニメーションの放火事件の事例では、犯人がポーチをつけていたので、皮膚が少し残っ

ていた。熱傷面積は93%だったが、残った皮から培養表皮を作ることができた。犯人が回復した時の映像では、口まで手が届くようになった。これは何が大事かという、自分でご飯が食べられる。自分でご飯が食べられるか食べられないかでQOLが変わる。

おもしろい症例があった。お腹が痛いと言って病院に行った患者さんが、レントゲンを撮ると四角いものが入っている。これは一体何かと聞くと、本人は何も言わない。結局お尻の穴から取り出すと缶コーヒーが入っていた。本人になぜ缶コーヒーを入れたのかと聞くと、入れてないと言う。直腸異物の場合は自分で入れたことを言わない。

私は筋肉の研究をしているが、その中でHMB ( $\beta$ -hydroxy- $\beta$ -methylbutyrate) というたんぱく質合成の促進、蛋白崩壊の抑制をするものがあり、スポーツをする人はよく飲んでいる。組織修復に効くのではないかと思ひ、指の先が全部切れてしまった人に飲んでもらおうと、指が生えてきた。再生能力が非常に高まった。褥瘡の方に飲ませると、1週間も経つと肉芽が盛り上がり、60日かかったが、完全に閉じた。

### 災害医療

ここからは災害医療の話をする。私が山口大学の学生の時、日航機が墜落したが、私はこの時東京の病院に研修に行っており、帰りにこの飛行機に乗るといふ計画書を書いて、教務の学生係に出していたが、当時家族がバラバラに全国に住んでいたため、神戸で集ってご飯を食べようということになり、新幹線で帰ってきた。当時、携帯電話などないので、家に10時ごろ帰ると、同級生から電話かかってきて、「お前はもう死んだことになっている。クラス網で死んだという情報を流してしまった」と言われた。ニュースで最初に、犠牲者の名前が発表になったときに、小谷という名前が5人ぐらい乗っているという情報があり、家族で乗っているのではないかという憶測により、クラス網で連絡を回したとのことだった。こういった第1情報は間違いが多い。

災害時には「CSCATTT」という考え方があり、災害現場における共通語であり、コマンドである。誰が指揮命令システムのトップにいるのか(Command

and Control)、自身や周囲の安全確保 (Safety)、どういったコミュニケーションツールを使うのか (Communication)、何が必要かなどを評価 (Assessment) し、これを全部行った上で、患者をトリアージ (Triage) して、治療 (Treatment) して、搬送 (Transport) する。

災害拠点病院は大体700病院以上あり、概ね救命救急センターであり、24時間救急患者受入体制、ヘリコプター搬送体制など、さまざまな条件があるが、阪神・淡路大震災以降に制定された。この各病院には、DMAT (Disaster Medical Assistance Team) と呼ばれる災害派遣医療チームが作られている。この目的は広範囲搬送である。どこかで災害が発生すると、そこに各地から、現場に入ってCSCATTTを行う。DMATの研修も行われており、全体の構成人員は1/3が医師、1/3が看護師で、残りが業務調整員と呼ばれ、理学療法士や放射線技師といった方々が、情報関係のコントロールをするという構成になっている。DMATの研修では、国を挙げて起こりうる南海トラフに対応するための広域の訓練が行われている。

発生現場でどのようなことが起こっているのか、また、災害拠点病院ではどのように患者を受け入れているのかなど、情報を共有しなければならない。この1つの方法として広域災害救急医療情報システム (EMIS) がある。これは、Web上で、今どこの病院でどれだけの患者を受けられるか、どのような患者がいるのかという情報を共有する。各病院は受入の状態などを入力する。これは日常的にも使われており、特にコロナの時は、発熱患者の収容先がないので、何時間も立ち往生してしまうことが何度も起こっていたが、EMISの機能に広域搬送依頼というのがあり、遠方の病院で受け入れてもらう、ということが行われていた。

### 阪神・淡路大震災

阪神・淡路大震災の2週間前に東京消防庁の池袋防災館で震度6を体験した。当時は関西では全く地震が起きていなかったため、東京は地震が多くて怖い、関西は大丈夫という話をしていたが、その2週間後に阪神・淡路大震災が発災し、

6,000人以上の方が亡くなった。

発災時は三宮に住んでおり、下から突き上げられて、体が空中に浮いているような感覚で目が覚めた。停電しており、テレビとラジオも確認できないので、情報がなかった。妻と2人で外に出ようと思ったが、脱出するのに時間がかかった。日ごろから脱出経路は確保しておかなければならないことも教訓になった。なんとか脱出して車のラジオを聞くと、地震のようだが、震源地はどこか分からない。公衆電話へ行くと10数人が並んでいた。緑色の電話は停電で使えなかったので、停電でも使えるピンク色の電話の前に人が並んでいたが、その中の誰かが「10円玉がいっぱいになると使えなくなる」と話され、見ず知らずの10数人が集まって、1人10円玉1枚だけにしようということにした。誰かに自分がどこにいて、生きているということを言え方がいいという約束事をした。こんな約束事が見ず知らずの人とまとまるというのは、日本人ならではの特性ではないかと思う。

地下鉄も電車も動かないので、車で妻の妹が住んでいるポートアイランドに助けに行こうとすると、橋のたもとで警察官が「橋が落ちて島は沈んだらしい」と言い続けていた。私の推測だが、この警察官は「液化化」という単語を初めて聞いたのではないかと思う。液化化と聞いて、沈んでしまったと勘違いしたのではないか。先ほどと同じく、初期情報は間違いが多い。

大学病院に向かう途中には、家やビルがひっくり返っており、遺体が転がっており、家が燃えていた。水がないので消火活動ができなかった。挟まれている人を引っ張り出すのはプロではなく、通りがかりの一般の人たちだった。初期救助は一般市民であるというのも、災害の1つの教訓になると思う。

差し入れの問題だが、夕方まで食べるものがなかったが、夕方には岡山方面からおにぎりがたくさん届いた。非常に嬉しかった。ところが次の日もその次の日も3日間ずっとおにぎりしか来ない。やはり日本人の差し入れの概念はおにぎり、3日間ご飯だけを食べると、お腹の動き悪くなり、便秘になる。3日目に同じ岡山方面からたくさんが大量に届き、これは非常にお腹に良かった。こ

れを食べることによって、便も出るようになったが、トイレが壊れていた。全然水を流せないで、大学病院のトイレには何人もの便が山盛りになっていた。最初の数日間は非常に非人間的な環境であった。

瓦礫の下から救出された被災者は、最初は元気である。高齢の方が救助され、戸板で運び込まれてきたが、元気なので1階外来（いわゆる「緑スポット」）で休んでもらうことにした。夕方に看護師が緑スポットで、2名死亡していると慌てて報告してきた。回診すると、2名が死亡しており、うち1人は朝元気だった高齢の方だった。また、13人が頻呼吸、頻脈で低血圧だった。代謝性アシドーシスと高カリウム血症で、当時、「控滅症候群（クラッシュ症候群）」は知らなかったが、動物実験の虚血再還流モデルに似ていると議論になり、それと気づいた。控滅症候群（クラッシュ症候群）を簡単に説明すると、下敷きになっている間に圧迫によって血流が止まり、その間に組織が潰れて、カリウムやミオグロビンなど毒性物質が蓄積される。それが救出によって一気に血流が元に戻り、全身に毒性物質が回り、高カリウム血症での急性心不全やミオグロビン・脱水による急性腎不全が起こる。透析が必要だったが、透析室はすでに鍵がかけられており、外科病棟と研究用の透析器4台を使って、13名のうち血圧の低い4名に持続血液濾過透析を、残りの9名に動静脈圧差による持続血液濾過を行ったが、焼け石に水だった。夕方に残りの透析液が24時間分しかないことが分かった。電話回線がパンクする中、帝京大学の教授からの電話が医局につながり、それをホットラインとして接続を維持していたので、水がないことを伝え、返事を待った。水は用意できたがそれを運ぶ手段としてヘリコプターを使いたいが、ヘリコプター代を誰が払うかで揉めてしまい、最終的にはトラックで運ぶことになったとの連絡が入った。われわれからすれば目の前に死のうとしている患者さんがたくさんいるので、お金のことは後でいいのではないかと思うが、救助者にとってはお金の問題はとても大事である。この時、被災者は非日常にあるが、救助者側は日常生活を送っているため、温度差があることを実感した。次の日、透析液がなくなる直前にトラック

が到着したとの連絡があり、一同感動した。

木造の建物の家は地震で1階がよく潰れる。1階のピアノの下敷きになった親子が近所の人たちに引きずり出されて、病院に運び込まれてきた。両者とも圧死だった。遺体の置き場所がなかったので、学生の教室に死体を置いた。親子は別々に運び込まれてきたので、違う部屋に寝かせていたが、午後になってお父さんが病院に来られた。自分だけ2階で寝ていたため、なぜ自分だけ助かったのかとすごく言っていた。お父さんから2人を並べて寝かせてほしいと言われた。娘さんをお母さんの横に、後輩の医者として2人で運んだ。1月17日で非常に寒いので、体も死後硬直でカチカチになっていたが、髪の毛だけが動くのを見て、本当に可哀想な感じがした。親子を並べるとお父さんはすごく喜んでくれて、この時に患者さんが亡くなられたらそれで終わりではなく、残された家族や周りの人たちがその死を受け入れられる、そういう状況を作ることが非常に大切だと感じた。

### JR 福知山線列車脱線事故

10年後、私が兵庫医科大学に行って3年後にJR福知山線の列車脱線事故が起きた。これは兵庫医大から5kmしか離れてないところで発生した。トラックや警察の護送車を使って短時間で大量の患者さんが兵庫医科大学に運び込まれた。兵庫医科大学病院では10時と11時の2時間で99名の患者を受け入れていた。これは需要と資源の非常にアンバランスであったが、災害対応の訓練を年1回行っていたことが奏功し、対応することができた。

阪神・淡路大震災の時と同じく、初期救助を行うのはプロではなく一般市民である。近くの工場で働いている人たちが助けに行った。災害の急性期における救命医療の曲線では、本来なら医療の需要、救命の可能性はどんどん減っていくが、医療者はなかなか来ない。一般市民の方々に、自助努力をしてもらうしかないのです。一般市民の方に正しい医療の仕方を知ってもらう必要があると実感しており、一般市民の方にBLSを教えたりしている。

1両目の救急車が入った時に、病院のドクター

カーで現地に入った。倒れている人がいて、血まみれになっているが、通りがかりの人がこの人の携帯電話を取って、誰に電話してほしいかと聞いて、電話してあげていた。また、顔に濡れたタオル、枕元にペットボトルと氷というスタイルでいる人がたくさん現場にいた。これは、一般市民の配慮だと思うが、顔が見えず、呼吸意識の変化が見えないので、誰が重症かが濡れたタオルをめくらないと分からなかった。初期治療に当たる一般市民への啓蒙が必要だと感じた。

救助が始まってからしばらく経ってから、少し離れたビルの入り口に怪我人数が並べられていることが分かった。一般市民がよかれと思って静かなところに怪我人を運んだと思うが、トリアージスペースがなく、一番奥の人は意識がなく、この人を担架で運び出すのに非常に難渋した。意識のない人を運び出すのはとても難しい。一般市民に重症の人こそ、人目に着くところに置いてあげないと駄目だということを啓蒙しなければならないと感じた。

今回、日本で初めて瓦礫の下の医療を行った。1両目に3人の方が生きた状態で閉じ込められていたので、中に入り込んで点滴や水分補給、気管切開したりした。

9時18分に事故が発生し、9時33分に兵庫医科大学に第1報が入った。その7分後には災害対策本部を設置し、トリアージポスト、治療ポストを設定した。トリアージは病院前トリアージを行い、赤は救命救急センターへ、黄色は救急外来処置室へ、緑の歩ける方は整形外科外来へ行ってもらう形にした。トリアージはSTART変法で行う。呼吸を全くしていなければ黒。呼吸回数が非常に多い又は少ない、橈骨動脈を触れない、従命不可能であれば重症扱いになる。それが全部できれば中等症の黄色、となる。

トリアージスポットでは白板に名前を書いた。始めは個人情報保護法があるので、書き出すのはどうかという話もあったが、白板に書き出して情報を共有するのが一番やりやすかった。また、こうすると警察官が来て、勝手に情報取りしてくれるので、説明する手間も省けた。

トリアージスポットに患者が運び込まれた後でトリアージオフィサーがトリアージを行うが、

START 変法では1人に1分以上かかるため間に合わないので、トリアージオフィサーは自分の直感でトリアージを行った。後でどれほど正しかったかを検証してみたところ、とても正しかった。日常的に救急をしている人の直感は、トリアージする能力が高いのではないかと、英語の論文を出した。First Impression Triage Method (FIT method) という名前を作ると、イギリスのBBC放送から電話がかかってきて、災害医療における革命的な発想だとすごく褒められ、取材を受けて番組に出た。何事も英語で発表することは大事だと思った。

患者が運ばれてくると、軽症者は話ができて、感情が出るのでつい気を使って手を差し伸べたりするが、本当は元気なのでマンパワーをかけるべきではない。一方、重症患者ほど静かである。災害現場ではまずおとなしい人を探すべきである。

赤の救命救急センターには多数の重症患者が搬入された。何人来るか予想がつかない中で、臨機応変に医療者を各患者に割り振り、患者をさばいてスペースを作らなければならなかった。黄色の救急外来処置室では、救急医ではなく脳神経外科医や内科医が処置にあたった。

最後に

- 時間の都合で講演は以上となるが、
  - ・重症な人ほどおとなしい
  - ・初期情報は間違いが多い
  - ・初期救助に当たる人は一般市民が多いため、一般市民の方々への啓蒙が非常に大切
- ということを強調して、講演を終わる。

午後からは市民公開講座が開催され、オープニングセレモニーとして彩バレエスタジオによるバレエが行われた。その後、「哲学で考える生老病死」と題して、哲学者で山口大学国際総合科学部の小川仁志 教授による特別講演が行われ、多数の参加があった。

日本医師会 スマホ・パソコンで簡単手続き

**医師年金**

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

医師年金HP画面

アニメーションで仕組みを確認

医師年金HP画面

シミュレーションで受給額や保険料を試算

医師年金HP画面

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

20220401S23

お問い合わせ先

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

# 理 事 会

## — 第17回 —

12月4日 午後5時10分～7時

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・竹中・岡各常任理事、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

### 議決事項

#### 1 令和8年度山口県医師会代議員会について

来年度の臨時代議員会を令和8年5月14日、定例代議員会を6月11日に開催することを決定した。

### 協議事項

#### 1 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

山口県医師会から中国四国医師会連合への推薦の可否について協議を行い、応募のあった2名を推薦候補者として決定した。

### 人事事項

#### 1 社保・国保審査委員連絡委員について

委員の退任に伴い、新たに1名を委員とすることを決定した。

#### 2 へき地の医薬品等提供に係るICT活用促進会議の委員について

山口県薬務課長から標記会議の委員の推薦依頼があり、1名を推薦することを決定した。

### 報告事項

#### 1 医事案件調査専門委員会（11月20日）

病院3件の事案について審議を行った。（藤井）

#### 2 日本スポーツ振興センター災害共済給付事業運営協議会（11月20日）

災害共済給付の歴史及び制度概略、令和6年

度事業報告及び令和7年度の取組等の報告の後、デジタル社会で目指す災害共済給付事業の姿と今後の運営への期待について協議が行われた。（茶川）

#### 3 第56回全国学校保健・学校医大会（11月22日）

「子どもたちの健康を守る～生まれてから成人まで～」をテーマに神奈川県医師会の担当で開催された。午前は5つの分科会、午後は開会式・表彰式に続き、自見はなこ参議院議員による「子ども家庭庁の創設について」と題した講演など6講演、カリフォルニア大学バークレー校の野村泰紀教授の「宇宙はたくさんあるのか!？」と題した特別講演が行われた。

（沖中、河村、長谷川、木村、中村丘）

#### 4 中国地方社会保険医療協議会山口部会

（11月26日）

医科1件、薬局3件が指定された。（淵上）

#### 5 医科歯科医療機関等に対し補助金と報酬改定の両面から早急な対応を求める意見書の採択要請

（11月27日）

本会の加藤会長をはじめ医療関係5団体の会長等から県議会議長に対して、標記の意見書を国会等に提出するよう、意見書の採択を要請した。

（加藤）

#### 6 郡市地域医療担当理事協議会（11月27日）

新たな地域医療構想、医師偏在対策、かかりつけ医機能報告制度等について協議を行った。（岡）

#### 7 かかりつけ機能報告制度 Web 講演会

（11月27日）

日本医師会の城守常任理事による「かかりつけ医機能報告及び次回診療報酬改定の方向性」と題したWeb講演を行った。受講者206名。（伊藤）

#### 8 都道府県自賠責保険担当理事連絡協議会「Web」

（11月28日）

自賠責診療報酬基準のアンケート調査結果及び

# 理 事 会

今後の対応方針、三者協議会の運営改善についての説明の後、質疑応答が行われた。(伊藤)

## 9 第2回 JMAT やまぐち災害医療研修会

(11月29日)

WOTA 株式会社の渡邊賀括氏による「能登半島地震の学びから、国難級災害に備える」など3つの講演が行われた。出席者41名。(茶川、竹中)

## 10 児童虐待の発生予防等に関する研修会

(11月30日)

乳児院なかべ学院の藤本学院長による「小さな命と向き合う場所～乳児院の役割と私たちにできること～」など2つの特別講演が行われた。参加者102名。(河村)

## 11 全国有床診療所協議会第3回臨時社員総会

(11月30日)

来年度の診療報酬改定について意見交換の後、厚生労働省地域医療計画課の佐野室長から第8次医療計画の在宅医療について説明が行われた。

(伊藤)

## 12 都道府県予防接種担当理事連絡協議会「Web」

(12月1日)

厚生労働省予防接種課の前田課長から「予防接種事務のデジタル化」について説明の後、質疑応答が行われた。(河村)

## 13 日医第6回学校保健委員会 (12月3日)

会長諮問「社会情勢の変容を踏まえた学校健康診断に関する諸課題の再検討」に対する答申の策定に向けて、学校検診WGやメンタルヘルスWGの報告等について協議が行われた。(加藤)

## 14 勤務医部会第3回企画委員会・座談会

(12月3日)

企画委員会では、座談会、令和7年度総会・講演会、医師事務作業補助者第2回研修会について協議を行った。座談会では、「病院間連携、

時間外の下り搬送」等をテーマに6名の勤務医を招き意見交換を行った。(中村洋)

## 15 広報委員会 (12月4日)

会報主要記事掲載予定(1～3月号)、炉辺談話(1月号)、令和8年度の広報事業等について協議を行った。(長谷川)

## 16 会員の入退会異動及び代議員定数について

入会5件、退会11件、異動12件。(12月1日現在会員数：1号1,184名、2号833名、3号529名、合計2,546名)次期の代議員数は、現在に比べ1名減となり59名。(伊藤)

## 医師国保理事会 - 第14回 -

### 報告事項

#### 1 組合会議員定数について

「組合会議員の数の算定基準等に関する内規」等により、令和7年12月1日現在の各選挙区ごとの甲種組合員数を基に議員定数31名を配分し、次期の各選挙区の定数は現行と変更がないことを報告した。(長谷川)

## - 第18回 -

12月18日 午後4時55分～6時05分

加藤会長、沖中・中村両副会長、伊藤専務理事、河村・長谷川・縄田・竹中・岡各常任理事、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 定款等検討委員会答申について

山口県医師会会費減免対象者の追加について、標記委員会から適当と答申されたところであり、

# 理 事 会

臨床研修医については、卒後5年間を問わず減免対象に追加することを決定した。

## 2 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

中国四国医師会連合の各県医師会長が順位付けをした上位2名の若手医師を日本医師会への推薦候補者とすることを決定した。

## 3 第19回医療関係団体新年互礼会について

次第(案)、出席者の状況、実施方法等について協議を行い、提案のとおり開催することを決定した。詳細は次回理事会で説明予定。

## 4 第3回都道府県医師会長会議に対する質問について

標記会長会議に提出する質問案について協議し、提案どおりとすることを決定した。

## 5 広島県医師会との懇談会について

標記懇談会における情報交換の議題等について協議し、提案どおりとすることを決定した。

## 6 山口県医師会職員育児・介護休業規程の改正について

山口県の育児休業等に関する規程の改正に準じて、本会の職員育児・介護休業規程を改正することを決定した。

## 7 山口県医師会職員の給与改定について

月例給、ボーナスとも同規模企業の数値を上回っていることから、今年度は改定を実施せず、今後、賃金動向やボーナスの支給状況を注視し、適切な対応を行うことを決定した。

### 人事事項

## 1 山口県国民健康保険診療報酬審査委員について

標記委員の勤務先変更に伴い、保険者代表から保険医代表に区分変更することを決定した。

### 報告事項

## 1 新規第1号会員研修会(12月4日)

県医師会組織・事業概要・会員福祉関係、医療保険、地域保健、医療紛争対策及び医療事故調査制度について説明を行った。参加者7名。(伊藤)

## 2 第3回健康教育委員会(12月4日)

令和7年度健康教育テキスト「糖尿病」の内容の協議を行った後、常任理事会の協議結果により、令和7年度をもって本委員会を廃止することを委員に説明した。(岡)

## 3 都道府県医事紛争担当理事連絡協議会

(12月4日)

日本医師会医師賠償責任保険の運営に関する経過報告、広島県医師会の石川暢恒 常任理事による「医師会での取り組み事例」と題した特別講演等の後、都道府県医師会からの質問・要望事項に対する回答が行われた。(縄田)

## 4 日医家族計画・母体保護法指導者講習会

(12月6日)

「多様化する社会の中で母体保護法指定医師が考えるべきこと」をテーマに3名の講師による講演が行われた。(縄田)

## 5 県民公開講座(12月7日)

第16回フォトコンテスト表彰式の後、産業医科大学産業生態科学研究所の大和 浩 教授による「紙巻きたばこ、加熱式たばこ、電子タバコの違いとそれをやめる方法・やめさせる方法」と題した講演、(株)シンバ取締役兼ゼネラルプロデューサーの高嶋弘之 氏による「元気の秘訣は音楽にあり!」と題した特別講演を行った。参加者280名。(長谷川、國近、中村丘)

## 6 やまぐち糖尿病療養指導士第18回レベルアップ講習会(12月7日)

「糖尿病と肝がんを繋ぐ脂肪肝:MASH」等の2講演及び3名の看護師等による活動報告を行っ

# 理 事 会

た。出席者227名。(岡)

## 7 医療事故調査制度「管理者・実務者セミナー」 (12月7日)

「管理者としての取り組み方～義務感から権利へ～」等の講義の後、質疑応答が行われた。(森)

## 8 地域に根ざした医師会活動プロジェクト第5 回シンポジウム (12月7日)

「こどもの救急～夜、休日、急に具合が悪くなったときには？」をテーマに、松戸市医師会の市場卓 副会長など4名の演者による事例発表が行われた。(中村洋)

## 9 BEAMS 研修「Stage1」「Web」(12月8日)

福岡赤十字病院小児科の古野憲司 先生による「はじめよう！子ども虐待対応とその予防」と題した講義が行われた。参加者83名。(河村)

## 10 山口県報道懇話会との懇談会 (12月9日)

本会の加藤会長から OTC 類似薬について情報提供を行い、その後、意見交換を行った。(長谷川)

## 11 定款等検討委員会 (12月11日)

山口県医師会会費減免対象者の追加について審議が行われ、適当であると答申された。(伊藤)

## 12 郡市労災・自賠責保険担当理事協議会 労災・ 自賠責医療委員会合同会議 (12月11日)

山口労働局から労災保険指定医療機関の指定手続の案内など3点の説明の後、山口労働局長に対する要望、公務災害医療の診療費請求方法等について協議を行った。(伊藤)

## 13 第1回山口県周産期医療協議会 NICU 検討部 会「Web」(12月11日)

部会長、副部会長の選任の後、NICU 適正配置に向けた病床数の検討のための試算等について協議が行われた。(河村)

## 14 日医第6回労災・自賠責委員会「Web」

(12月12日)

労災・自賠責に関する報告の後、次期(令和8年度)労災診療費算定基準の改定に向けての要望等について審議が行われた。(伊藤)

## 15 産業医研修会 (12月13日)

山口労働局健康安全課の徳重宏之 課長による「最近の労働衛生行政について」など2題の特別講演が行われた。参加者127名。(中村洋)

## 16 花粉測定講習会 (12月14日)

本会の沖中副会長による「2025年のスギ・ヒノキ花粉の飛散のまとめと2026年の飛散予測」と題した講演等2題、山口大学大学院医学系研究科耳鼻咽喉科学講座の沖中洋介 助教による「花粉症を正しく知る一体の仕組みと治療の最新情報」と題した特別講演の後、花粉情報委員長の金谷浩一郎 先生による花粉測定の実技講習を行った。(長谷川、中村洋)

## 17 日医第7回IT委員会 (12月17日)

会長諮問「医療DXを現場で活用するための医師会の役割」に対する答申の策定に向けて、答申骨子案等について協議が行われた。(中村洋)

## 18 社会保険診療報酬支払基金山口事務局審査 運営協議会 (12月17日)

審査の目標に係る審査実績及び要因分析等の報告、審査結果の不合理な差異解消に向けた取組等について協議が行われた。社会保険診療報酬支払基金の名称が「医療情報基盤・診療報酬審査支払機構」に変更。(淵上)

## 医師国保理事会 ー第15回ー

### 協議事項

#### 1 定款等検討委員会答申について

令和8年度に始まる子ども子育て支援制度に

# 理 事 会

おける新たな保険料賦課について、定款等検討委員会より保険料額の答申を受けた。

## 人事事項

### 1 山口県国民健康保険診療報酬審査委員について

各代表推薦枠組みに一部変更が生じ、医師国保推薦として1名を追加することとなった。

## — 第19回 —

1月8日 午後5時～6時20分

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

## 議決事項

### 1 山口県医師会役員等（役員、議長・副議長、裁定委員）、日本医師会代議員及び予備代議員の選出について

本会役員等、日本医師会代議員及び同予備代議員の選挙期日を令和8年5月14日とし、立候補の締め切りを4月30日、本会報4月号において公示すること等の日程を決定した。

## 協議事項

### 1 令和8年度予算編成の基本方針・日程について

医師会組織の活性化、医業承継の支援、がん検診率の向上、学校教育への関与、かかりつけ医機能報告制度の活用、医師会事務局の活性化を進めることとし、歳入、歳出に係る予算編成の基本方針と日程について協議を行い、決定した。

### 2 第2回郡市医師会長会議について

標記会議を2月19日に開催すること及び今後のスケジュール等について協議を行い、決定した。

### 3 第19回医療関係団体新年互礼会について

次第、出席者の状況、役割分担、実施方法等について協議を行い、提案のとおり開催することを決定した。

### 4 母体保護法による指定医師研修機関の認定について

標記の指定医師研修機関として、「国立病院機構岩国医療センター」を認定することを決定した。

### 5 2026年レノファ山口FCシーズンチケットの継続契約について

チケット希望者が固定化し公平性が失われてきたことや経費節減の観点から継続契約は行わないことを決定した。

## 報告事項

### 1 医事案件調査専門委員会（12月18日）

診療所1件、病院1件の事案について審議を行った。（縄田）

### 2 郡市産業保健担当理事協議会（12月18日）

県医師会主催・郡市医師会協力による産業医研修会、令和7年度からのMAMISの運用等について協議を行った。（中村洋）

### 3 産業廃棄物処理施設における作業環境管理研修会（12月18日）

堤労働衛生コンサルタント事務所の堤雄介代表による「産業廃棄物処理施設における産業環境管理」と題した講演、共英製鋼（株）山口事業所の福田直弘氏による会社概要の説明及び見学前準備の後、工場内見学を行った。（沖中）

### 4 献血推進ポスター・作文、薬物乱用防止ポスター・標語表彰式並びに発表会（12月18日）

献血推進や薬物乱用防止のポスター等の表彰式に出席した。（加藤）

# 理 事 会

## 5 山口県母子保健対策協議会新生児聴覚検査専門委員会「Web」(12月18日)

令和6年度新生児聴覚検査実施状況等の報告の後、新生児聴覚検査費用の公費負担開始に伴う精度管理への対応について協議が行われた。(河村)

## 6 山口県いじめ問題調査委員会(12月18日)

令和6年度児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査結果や本県のいじめ問題の現状と課題、取組等について協議が行われた。(茶川)

## 7 第38回日本医学会公開フォーラム(12月20日)

「AIがもたらすこれからの医療DX」をテーマに、順天堂大学大学院健康データサイエンス研究科の大江和彦 特任教授による「医療DXとAIの動向」と題した講演など6講演の後、総合討論が行われた。(中村洋)

## 8 BEAMS 研修 Stage2 + $\alpha$ (12月21日)

聖ルチア病院精神科の神菌淳司 先生による「子ども虐待対応プログラム JaMSCAN BEAMS Stage II」と題した講義の後、「医療現場の法的対応を学ぼう」をテーマとしたセミナー、「硬膜下血種の生後9か月児に対する医療現場の対応、児童相談所の通告」についてグループワークを行った。参加者26名。(河村)

## 9 中国四国医師会連合常任委員会(12月21日)

「中国四国医師会連合関連の会議について(鳥取県)」や「各県における学校保健会の活動について(岡山県)」など6議題について協議を行った。(加藤)

## 10 中国地方社会保険医療協議会山口部会

(12月24日)

医科3件が承認された。(淵上)

## 11 第3回記者会見(12月25日)

「今年流行した子どもの感染症」をテーマに、

各種感染症の流行状況や効く薬の説明を行い、ワクチン接種は子どもたちの命を守るため重要であることを周知した。(長谷川)

## 12 山口県医療対策協議会医師配置調整部会

(12月25日)

医師就学資金貸与者の令和8年度配置方針について協議が行われた。(加藤)

## 13 山口県ジェネリック医薬品等安心使用促進協議会(12月25日)

後発医薬品及びバイオ後続品の使用割合の状況や各団体の取組等についての報告の後、後発医薬品等の使用促進に向けた今後の取組について協議が行われた。(伊藤)

## 14 山口県母子保健対策協議会 HTLV-1 母子感染予防専門委員会「Web」(12月25日)

妊婦健康検査におけるスクリーニング検査結果等の報告の後、スクリーニング検査陽性後のスクリーニング検査陰性結果の取扱いについて協議が行われた。(河村)

## 15 小瀬川水防災タイムライン検討会第19回検討会(12月25日)

令和7年度の出水期についての説明の後、出水対応の振り返りとしてグループワークが行われた。(竹中、茶川)

## 16 広報委員会(1月8日)

会報主要記事掲載予定(2~4月号)、令和8年度の広報事業、SNSによる広報、定例記者会見のテーマ等について協議を行った。(長谷川)

## 17 会員の入退会異動

入会5件、退会9件、異動12件。(1月1日現在会員数:1号1,183名、2号836名、3号525名、合計2,544名)(伊藤)

# 理 事 会

## 医師国保理事会 - 第15回 -

### 議決事項

1 第2回通常組合会の開催について  
2月19日開催の組合会について、提出議題等について協議を行った。

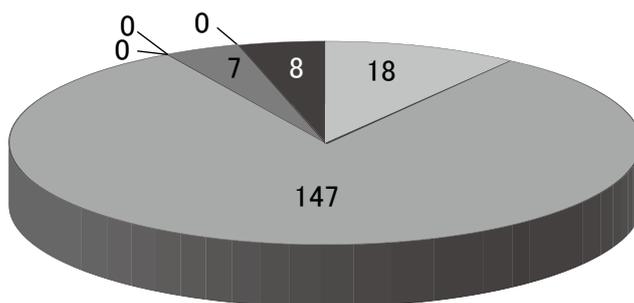
### 協議事項

1 令和8年度法令遵守（コンプライアンス）のための実践計画の策定について  
令和8年度実践計画について協議。一部見直しを行って2月19日開催の組合会に承認事項として提出することを決定した。

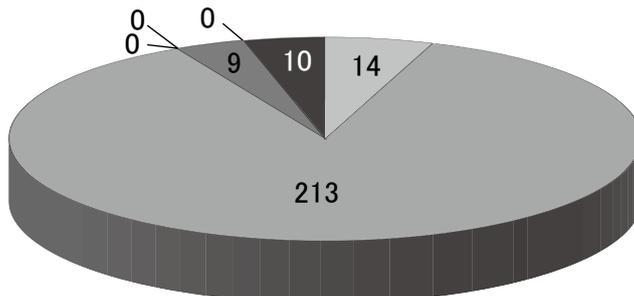
## 死体検案数掲載について

山口県警察管内発生 of 死体検案数								
	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
Nov-25	18	147	0	0	7	0	8	180
Dec-25	14	213	0	0	9	0	10	246

死体検案数と死亡種別（令和7年11月分）



死体検案数と死亡種別（令和7年12月分）





# 日医FAXニュース

**2025年(令和7年)12月5日 3360号**

- 松本会長、補正予算受け関係者に謝意
- 実調で見解、26年度改定の重要性を強調
- 物価・賃金踏まえ、大幅プラス改定決議
- 25年度薬価乖離率、平均4.8%

**2025年(令和7年)12月9日 3361号**

- 診療側「基本診療料」の対応求める
- 処方箋料引き下げ、診療・支払側が対立
- 物価・賃金踏まえ大幅なプラス改定を
- 「急激な負担増」に配慮求める声も
- 改正医療法が成立、5党修正を反映

**2025年(令和7年)12月12日 3362号**

- 診療報酬「しっかり引き上げを」
- 改定へ診療側、支払い側双方が意見表明
- 医療機関の厳しい経営「危機感の共有を」
- 高齢者窓口負担、結論は「26年度中に」
- 報酬改定、大幅なプラスを

**2025年(令和7年)12月16日 3363号**

- 改定は「大幅プラス」「めりはり」を
- 「看護職と多職種」組み合わせ配置を
- 新たな現金給付の在り方を議論
- 高額機器購入に新融資

**2025年(令和7年)12月19日 3364号**

- 報酬改定に「しっかり対応」
- 社保改革「特定の人に負担ないよう検討」
- 特別の料金、「2分の1以上」異論なし
- 1社流通、安定供給や価格交渉など問題
- 抗インフル薬「過剰な発注控えて」

**2025年(令和7年)12月23日 3365号**

- 本体改定率、30年ぶりの3%超
- 改定率3.09%増に日医が謝意
- 大幅なプラス改定へ決議、首相に提出
- 重点区域で税制支援を新設
- 申請期限を1月末に延長

**2025年(令和7年)12月26日 3366号**

- 改定率決定、日医会長が感謝
- 平均「3.09%」で合意、26年度分は2.41%
- 高額療養費、負担上限引き上げに合意
- 医師数34万7,772人

**2026年(令和8年)1月9日 3367号**

- 物価・賃金対応「全ての機関・従業員に」
- 枠組み・方向性を「着実に実行・推進」
- 社保改革の国民会議、月内に設置
- 日医会員数17万8593人、過去最多を更新
- 抗インフル薬スイッチ化に「危惧」

**2026年(令和8年)1月16日 3368号**

- 「赤ひげ大賞」に福島の木村守和氏ら
- 賃上げ対応で方向性を提示
- 新評価、「入院料グループ」ごとに算出
- 予約・オン診利用料、実費徴収可能に
- 介護施設のロボット導入を支援

**2026年(令和8年)1月20日 3369号**

- 医療材料、不採算品再算定の基準緩和へ
- 構想を支える人材確保、「大きな課題」
- 医学生などに向けた動画第2弾を公開
- 1割強が在宅「廃止・縮小」を検討

## 最近の雑感

ここ最近のAI技術の進歩は目覚ましく、医療業界においてもさまざまな場面で活用されるようになった。身近なところでも胸部レントゲンにおける自動解析やカルテの自動要約など日常の診療の中でもAIの可能性がどんどん広がっていると思う。そんな中でも、特に身近なAIがChatGPTのような対話型AIサービスかと思う。そんなChatGPTに最近の医療経営を取り巻く環境について尋ねてみた。医療機関にとって厳しさが増しているポイントとして、①人口構造の変化（少子高齢化）、②診療報酬・介護報酬の抑制、③人材不足と人件費の上昇、④医療の高度化・専門化、⑤地域医療構想・再編の圧力、⑥患者・利用者の意識変化、⑦デジタル化（DX）の進展、と7つの項目を挙げてくれた。

自らのこととして考えたときに確かにどれも当てはまるとは感じたが、ここ最近特に実感したのが、③の人材不足と人件費の上昇である。というのも、当院でおよそ一年前に短い期間の中で複数のスタッフが各々の事情で退職するというタイミングを経験した。もともとあまり人の入れ替わりがなかった当院で、同時期に複数の新たな人材を揃えていくにはかなり苦労した。しかもスタッフを増員したいと考えていたタイミングでもあったので尚更であった。募集をかけていくとハローワークからのみではなく、いくつもの民間の人材派遣会社からも問い合わせが殺到する。ただ、派遣会社からとなるともちろん膨大な費用がかかるため、リスク回避のためにもなんとかハローワークや直接の希望者を切望する日々であった。その後、なんとか予定人数まで人員が揃い、今ではそれなりに診療も軌道に乗ることができた。

飄

々

広報委員

岡山 智亮

ここ最近、医業の廃業も問題となっているが人材不足や人件費の上昇が要因となっている部分も多々あるのではないかと想像する。人材不足が深刻な現状を考えると、民間の人材派遣会社が人材を求める私たちの重要なパートナーとなってくるとは思う。ただし、いろいろなトラブルを見聞きする機会もあり、雇用者側からするとどうしても費用等のリスクを考えると慎重にならざるを得ないところがあると思う。今後もう少し私たちにとって安心して利用できるような形になってほしいところではある。

最後に話が少し戻るが、AIやDXをうまく活用していくことで人員削減につながる部分はあると思うし、効率化を図れる部分もあると思う。それでも、感情を交えたコミュニケーションや、突発的な事案に柔軟性をもって対応するようなことに関してはまだまだAIやDXでは成し得ることのできない部分であると思う。そんな中、スタッフと働けることのありがたみをしみじみと感じる今日この頃である。

県下唯一の医書出版協会特約店

医学書専門 井上書店  
看護学書

〒755-8566 宇部市南小串2丁目3-1(山口大学医学部横)  
TEL 0836(34)3424 FAX 0836(34)3090  
[ホームページアドレス] <http://www.mm-inoue.co.jp/mb>.  
新刊の試覧・山銀の自動振替をご利用下さい。



## 山口県からのお知らせ

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

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

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

記

申請期間 ①②とも「令和8年1月6日（火）～令和8年2月28日（土）必着」

県ホームページ URL

① <https://www.pref.yamaguchi.lg.jp/soshiki/46/300297.html>

- ・山口県内に所在する病院及び診療所（歯科含む）で、申請時点において保険医療機関の指定を受けている医療機関が対象
- ・申請時点で休止又は廃止している医療機関は対象外
- ・申請時点で入院患者への食事の提供を行っていない医療機関は対象外
- ・市町が設置する医療機関は対象外



② <https://www.pref.yamaguchi.lg.jp/soshiki/46/300295.html>

- ・山口県内に所在する病院及び診療所（歯科含む）で、令和8年1月1日時点において保険医療機関の指定を受けている医療機関が対象
- ・同一施設で、医科と歯科の両方で保険医療機関の指定を受けている場合は、いずれか一方のみでの申請が可能
- ・申請時点で休床している病床は支援額の算定対象外
- ・申請時点で休止又は廃止している施設は支援の対象外
- ・市町が設置する医療機関は支援の対象外



問い合わせ先

山口県 健康福祉部 医務保険課

電話番号：083-933-2820（電話受付：平日9時～17時）

お知らせのご案内



### 医療施設の物件紹介について

移転（2025年8月）に伴い、旧クリニックの土地と建物の売却を希望しております。築27年、土地414坪（手入れしている庭あり）、床面積136坪（通所リハビリ併設していた）。

旧クリニック住所：山口市宮野上 2393-7（スポーツの森近く）



どうぞよろしくお願いたします。

宮野クリニック 理事長 赤川治夫  
 連絡先：山口市宮野下 934-5  
 電話：083-932-3233



### 山口銀行との融資契約の変更について

令和8年2月16日から融資利率を下記のとおり変更します。

貸付期間	開業医向け融資利率（年 %）		勤務医向け融資利率（年 %）	
	変更前	変更後	変更前	変更後
1年以内	1.925	2.175	2.275	2.525
1年超5年以内	2.125	2.375	2.475	2.725
5年超10年以内	2.325	2.575	2.675	2.925
10年超15年以内	2.525	2.775	2.875	3.125
15年超20年以内	2.725	2.975	3.075	3.325

# 確定申告は e-Tax イータックス で完了!



マイナンバーカードで**自宅**  から!

▶ 国税庁ホームページ「確定申告書等作成コーナー」から、スマホ等で申告書を作成し、マイナンバーカードでオンライン提出!

▶ マイナポータル連携で、控除証明書等のデータが自動入力!



▲「確定申告書等作成コーナー」はこちら

## キャッシュレス納付が便利です!

▶ 所得税・復興特別所得税の納期限は、令和8年3月16日(月)。

▶ 便利な「振替納税」がおススメ!

▶ 5つのPay払い(〇〇ペイ)からも納付可能。



▲詳細はこちら

 PayPay  d払い  au PAY

 m Pay  R Pay



山口税務署

国税庁

検索

# 国民年金基金 のご案内

## 日本医師・従業員支部

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

不確実な将来に、今、備える



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

### 国民年金基金のおすすめポイント ～税優遇を活かして老後に備える～

#### 1 税制上の優遇措置

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

**年金** 受け取る年金にも公的年金等控除が適用されます。

**遺族一時金** 遺族一時金は全額が非課税となります。

#### 2 生涯にわたる給付

人生100年時代に向けた「終身年金」が基本です。

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。

#### 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



## 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

ヘリコバクター・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NHPH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  
日本消化器がん検診学会認定医更新単位 3点  
日本医学放射線学会  
学会認定参加単位 1単位  
日本専門医機構認定参加単位 1単位

お問い合わせ先 山口県消化器がん検診研究会(山口県医師会内)  
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。

お知らせのご案内



## 「医業承継支援事業」に伴う各種業務のお知らせ

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

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

### 上記各種業務のお問い合わせ先

医業承継に関する相談窓口

TEL：083-922-2510（山口県医師会内、平日9時～17時まで）

FAX：083-922-2527

電子メール：shoukei-y35@yamaguchi.med.or.jp

各種業務ネット入力の場合は下記QRコードをご利用ください。

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

- (3) 令和8年1月29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

MEDICAL  
DOCTOR  
QUALIFICATION  
CERTIFICATE



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

# 医師資格証 (HPKI)

## 身分証としての利用シーン

### 採用時の 医師資格確認



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

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

### 緊急時の身分証



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

### JAL DOCTOR 登録制度



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

(登録および現場対応は任意となります)

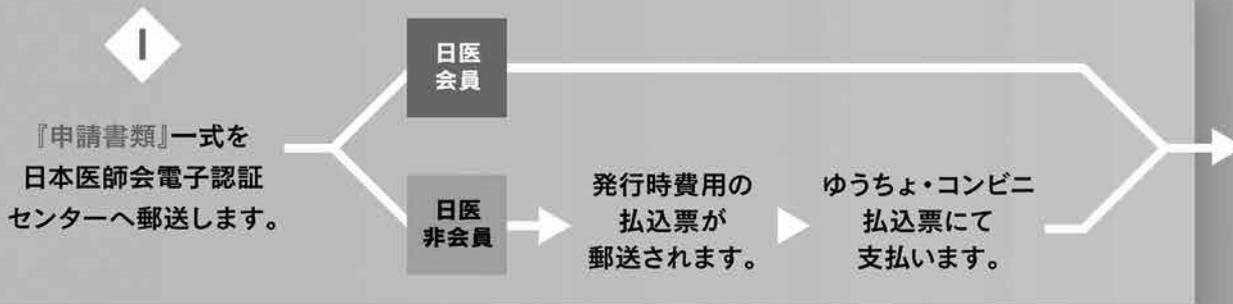
### 講習会受付



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

## 医師資格証申請方法

申請書類一式郵送



### 申請書類

#### 1 医師資格証 発行申請書

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

#### 2 医師免許証コピー

(裏書がある場合、裏面コピーも必要です。)

#### 3 住民票

発行から6か月以内  
・コピー不可  
個人番号、住民票コードは載せない

#### 4 身分証のコピー(下記のいずれか1点)(有効期間)

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

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

# カード)利用シーン

## ITでの利用シーン

### ログイン認証



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

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

### HPKI電子署名



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

### 研修会受講履歴 単位管理



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

### 他社サービスの 利用



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

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

2

医師資格証が  
発行されます。

日医非会員は入金確認後

3

医師資格証発行完了  
通知(ハガキ)が連絡  
先住所に到着します。

4

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

※代理人不可

対面受取時の書類 ※あらかじめ受取場所の医師会に電話確認をしてください。

#### 1 医師資格証 発行完了通知(ハガキ)

申請時に記入した  
連絡先住所にハガキが郵送されます。

#### 2 身分証の提示(下記のいずれか1点)(有効期間内のもの)

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

1)内のもの)

※表面のみ ※通知カード不可  
ド  
分証明書

## 費用

### 日医会員

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

### 日医非会員

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



※費用はすべて税込みです。

## 各種手続き

### 連絡先変更手続き

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

### 暗証番号（パスワード）開示手続き

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

### 医師資格証 利用中止届

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

### 医師資格証 紛失届

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

### 医師資格証 再発行申請書

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

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



日本医師会 電子認証センター

Japan Medical Association Certificate Authority

〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16

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

お問合せ | [toiawase@jmaca.med.or.jp](mailto:toiawase@jmaca.med.or.jp)

掲載内容2022年8月現在



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

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

詳細に関するお問い合わせ先

山口県医師会事務局総務課内 会報編集係

TEL：083-922-2510 FAX：083-922-2527

E-mail：kaihou@yamaguchi.med.or.jp

## 謹 弔

次の会員がご逝去なさいました。謹んで哀悼の意を表します。

太 田 敏 郎 氏 下関市医師会 12月18日 享年 93

## 編 集 後 記

令和8年になり早くも1か月が過ぎました。広報担当となり足掛け3年目となりましたが、事務局に助けられ、なんとか会報原稿を提出しています。

昨年より委員会、講演会の原稿作成に文字起こしソフトを使用しており重宝しています。iPhoneのアプリから検索されるとすぐにヒットします。以前も一度ご紹介しましたが、使用ソフトは順調にバージョンアップしており、ユーザー数も伸びていますので、安心して使用しています。ただしプロンプトインサージョンの有無のチェックは最終的には自己責任となりますので、注意深く原稿を校正しなければいけません。しかしながらAIを使用しており、要約の文字数も自由に設定できますのでバランスのとれた原稿が作成できます。原稿作成にかかる時間も短縮しています。もちろんこの編集後記はソフトを使用していません。

今年もよろしくお祈りします。

(理事 中村 丘)

### お詫びと訂正

本会報令和8年1月号「年頭所感」の中(5ページ右段1行目から6行目)で、内容の一部が間違っていましたので、お詫び申し上げます。また、内容を下記のように訂正させていただきます。

誤認の原因は、スマートフォンで見たニュースには金額の単位が記載されておらず、円で統一されていると思い違いをしたためです。後日、少し疑問に思い、調べなおしましたところ、セルトリオンの時価総額の単位はウォンであることが分かりました。

(誤) 2002年に韓国が国家事業として立ち上げたセルトリオンというバイオシミラーを作っているメーカーはトヨタと同じくらいの資産価値になるまで成長しています(11月14日の時価総額はトヨタ:41.35兆円、Celltrion:43.92兆円)。

(正) 2002年に韓国が国家事業として立ち上げたセルトリオンというバイオシミラーを作っているメーカーの製品はインフリキシマブなどの抗リウマチ薬、ベバシズマブやトラスツズマブなどの抗がん剤が国内でも沢山使われ、時価総額4兆円規模の産業に育っています。

(会長 加藤 智栄)



HIPPOCRATES

## 医の倫理綱領

### 日本医師会

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

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



「にちいくん日医君」山口県バージョン



YMASNS

山口県医師会公式Instagram

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）