

# 山口県医師会報

令和8年(2026年)

3月号

— No.1987 —



菜の花(笠戸島から) 尼崎 辰彦 撮

Topics

社保・国保審査委員連絡委員会  
県民公開講座



# Contents

- 今月の視点「今後の山口県での病院リハビリテーション」…………… 吉水一郎 159
- 令和7年度日本医師会母子保健講習会…………… 河村一郎 164
- 第57回若年者心疾患・生活習慣病対策協議会総会…………… 伊藤真一、河村一郎 168
- 第46回産業保健活動推進全国会議…………… 中村 洋 174
- 令和7年度 社保・国保審査委員連絡委員会…………… 伊藤真一 181
- 令和7年度 郡市医師会学校保健担当理事協議会・学校医部会合同会議  
…………… 河村一郎 184
- 令和7年度 山口県医師会県民公開講座…………… 大和 浩、吉川功一 192
- 令和7年度 第2回 JMAT やまぐち災害医療研修会…………… 茶川治樹、竹中博昭 203
- 令和7年度 全国有床診療所協議会中国四国ブロック会役員会・第17回総会  
…………… 正木康史 208
- 閑話求題「笑う門に医師来る」…………… 河郷 忍 212
- 令和7年度 医業承継セミナー…………… 沖中芳彦 213
- 令和7年度 山口県緩和ケア研修会…………… 藤井郁英 218
- 第176回山口県医師会生涯研修セミナー  
…………… 白澤文吾、池田安宏、福田信二、小林元壯 220
- 2025年喫煙防止教育の効果に関する  
アンケート調査の結果について…………… 河村一郎 228
- 第57回山口県医師会ゴルフ大会…………… 230
- 理事会報告（第20回、第21回）…………… 232
- 日医 FAX ニュース…………… 237
- 飄々「年末年始アメリカ旅行記」…………… 小篠純一 238
- お知らせ・ご案内…………… 239
- 編集後記…………… 長谷川奈津江 250

# 今月の視点

## 今後の山口県での病院リハビリテーション

理事 吉水 一郎

### はじめに

山口県は、全国平均を上回る速度で人口減少と高齢化が進行しており、2023年時点での高齢化率は約35.3%（全国6位）に達している。この数字は単なる統計上の記録ではなく、医療現場においては「フレイル、サルコペニアを合併した救急患者の急増」と「退院後の介護力の脆弱化」という具体的な困難として現れている。

特に岩国・柳井、萩・長門、周南といった二次医療圏では、限られた医療資源の偏在が顕著であり、特定の病床機能に過度な負担がかからないような効率的な運用が求められている。このような状況下で、病院リハビリテーションの役割は、単なる機能回復のための訓練から、「地域医療を持続させるための基盤機能」へと変わりつつある。山口県の地域特性に即した病院でのリハビリテーション医療のあり方について述べる。

### 1. 病院リハビリテーションの再定義と質の追求

現代のリハビリテーション医療において、最も重視されているのは「医療の質」と「アウトカム」の相関である。かつてのように「提供した単位数」という量的な評価だけでなく、リハビリテーション介入が医療全体に対してどのような貢献をしたかが問われる時代となっている。

具体的には、以下の3つの価値がリハビリテーションの本質として定義される。

- ・合併症の予防と早期離床：入院直後からの介入が、廃用症候群やせん妄をどれだけ防いだか。
- ・在院日数の適正化：適切な機能回復プロセスに

より、スムーズな病床回転を実現できているか。

- ・生活継続性の担保：病院内での数値改善にとどまらず、住み慣れた地域での生活維持に寄与しているか。

山口県のように医療圏間の移動が容易でない地域では、一つの病院内で完結するモデルではなく、地域全体を見据えたシームレスなリハビリテーション提供体制が不可欠である。

### 2. 急性期病棟：悪化を防ぎ、転帰を改善する医療

#### 2.1 超早期介入による廃用症候群の阻止

山口県の急性期病棟には、高齢者の救急搬送が絶えない。こうした患者が治療のために長期間の安静を強いられると、わずか数日で筋力や嚥下機能が著しく低下し、原疾患が治癒しても「歩けない」「食べられない」状態で転帰を促されるケースが多い。

急性期リハビリテーションは、今や「回復のため」ではなく、「悪化を防ぐための医療」として位置づけられる。超早期からの多職種連携（医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）による介入は、在院日数の延長を防ぐだけでなく、患者が元の生活環境に戻れる可能性を広げる。

#### 2.2 地域環境を考慮した退院支援

県内の中山間地域や離島部では、退院後にリハビリテーション資源にアクセスすることが物理的に困難な場合が多い。そのため、急性期病棟の段階から、患者の居住環境（段差、介助者の有無、家事動線）を詳細に把握し、短期間の関与であっても、退院後の生活に直結するプログラムを組む

ことが重要となる。

### 3. 回復期リハビリテーション：在宅復帰の質的向上

#### 3.1 「在宅生活の成立」をゴールとする

回復期リハビリテーション病棟の評価指標としてFIM（機能的自立度評価）の改善度は重要であるが、それが必ずしも在宅生活の継続を保証するわけではない。特に独居高齢者や老老介護世帯が急増している山口県では、病院内でリハビリテーションを完結させるのではなく、生活を再構築するプロセスとして考える必要がある。

### 4. 地域包括ケア病棟と医療療養病棟の意義

#### 4.1 調整機能としての地域包括ケア病棟

山口県における地域包括ケア病棟は、急性期と生活期をつなぐハブとして機能している。ここでのリハビリテーションは、住宅環境や介護保険サービスとの調整を前提とした「橋渡し」の性格が強い。多職種による生活環境評価を基盤としたリハビリテーション計画を立てることが重要となる。

#### 4.2 慢性期医療における価値の再定義

慢性期病床（医療療養病棟）におけるリハビリテーションは、劇的な改善を目指すものではない。しかし、関節拘縮の防止や褥瘡の進行抑制、呼吸・嚥下機能の維持は、患者の尊厳を保持し、合併症による急性期病床への逆戻りを防ぐという明確な医療的価値を有している。維持・悪化防止という視点での評価は、山口県のような高齢化先進地域においては、正に評価されるべきと考えられる。

### 5. 山口県におけるリハビリテーション技術の進化

県内の医療機関では、広大な県土と専門職不足という地理的・社会的制約を克服するため、最新のテクノロジー導入が進んでいる。

#### 5.1 ロボティクスと神経リハビリテーション

脳血管疾患等の重症患者に対し、離床を支援する自動起立ロボットや、患者の意図を感知するBMI（ブレインマシンインターフェイス）の導入が進んでいる。これらは、従来の手動的な介入では到達できなかったレベルの神経回路再構築を支

援しており、機能回復の限界を押し広げている。

#### 5.2 「山口モデル」遠隔リハビリテーションの展開

心疾患や呼吸器疾患の患者に対し、退院後にウェアラブル端末を装着してもらい、病院の専門チームが遠隔で監視・指導を行う取り組みが注目されている。

この「山口モデル」は、通院負担を大幅に軽減し、再入院率の低下に寄与している。広域な県土を持つ本県にとって、ICTを活用した遠隔リハビリは、医療の格差是正に直結する。

#### 5.3 VR/ARによる環境シミュレーション

VR（仮想現実）やAR（拡張現実）を用いたリハビリテーションは、病院内にいながら自宅や公共交通機関の利用を擬似体験することを可能にする。特に神経変性疾患における歩行障害（すくみ足等）に対し、ARによる視覚誘導を用いる手法は、患者のQOL向上に大きく貢献している。

### おわりに

今後の病院リハビリテーションは、病棟の壁を越え、地域という広域なフィールドでその価値を発揮しなければならない。山口県のような人口減少地域において、リハビリテーションは単なる訓練プログラムではなく、住み慣れた土地で最期まで自分らしく生きるための「地域を支える基盤医療」そのものである。

急性期から慢性期まで、一貫してリハビリテーション医療を提供できることが、持続可能な地域医療の実現へと繋がると考えられる。

### 参考資料

1. 山口県：「第8次山口県保健医療計画」
2. 山口県：「山口県地域医療構想」
3. 日本リハビリテーション医学会：「リハビリテーション医療の将来展望」
4. 日本慢性期医療協会：「療養病棟におけるリハビリテーションの在り方に関する提言」
5. 日本医師会：「地域包括ケアシステムとリハビリテーションの連携に関する報告」



# 仕事と育児の両立を 目指している医師の方々へ

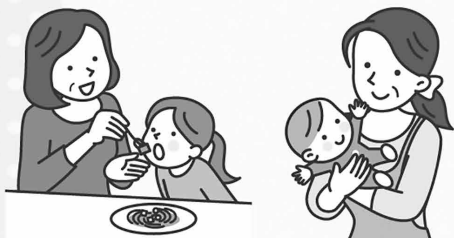


山口県医師会  
保育サポーターバンクを  
ご活用ください。

## 支援の例

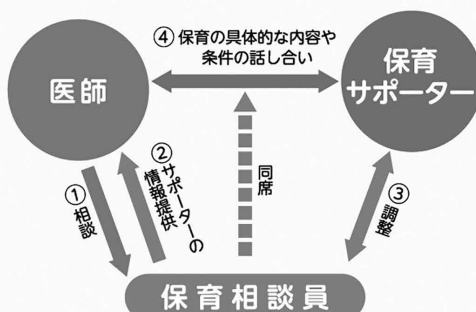
- 子どもと一緒に医師宅で留守番
- 子どもと一緒に医師宅で留守番をしながら、家族の夕食の支度や簡単な掃除
- パパ・ママの都合が悪い時の保育園の迎えと、引き続き塾への送り
- 残業の日の保育園の迎えと、その後サポーター宅での預かり(子どもの食事を含む)
- ママが当直の日、パパが緊急呼び出しを受けた時のサポーター宅での預かり(待機を含む)
- 学童保育終了時の迎えとその後医師帰宅までいっしょに過ごす

## 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



## 夏季特集号「緑陰随筆」

# 原稿

### ◆原稿の種類◆

- ①随筆、エッセイ、紀行、詩  
(一編 5,000 字以内を目安に、お一人 1 作品まで  
(写真も掲載可能です))
- ②短歌・川柳・俳句
- ③絵、イラスト (コメントもお願いします)
- ④写真 (コメントもお願いします)

### ◆提出方法・締切日◆

できる限りデータ (下記①又は②) での提出をお願いいたします。

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。なお、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願います。

- |                     |              |
|---------------------|--------------|
| ①データ (e-mail)       | 締切：令和8年6月19日 |
| ②データ (USB/CD-R の郵送) | 締切：令和8年6月19日 |
| ③手書き原稿の郵送           | 締切：令和8年6月10日 |

# 募 集

## ◆送付先◆

e-mail : [kaihou@yamaguchi.med.or.jp](mailto:kaihou@yamaguchi.med.or.jp)

※ e-mail で送信される際は、原稿と写真の容量が10MBを超える場合は、分割して送信をお願いいたします。

郵送先：

〒753-0814 山口市吉敷下東三丁目1番1号  
山口県医師会事務局 会報編集係

## ◆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投稿された方には掲載号を3部謹呈します。
- ④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。
- ⑤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。
- ⑥原則として、会報の趣旨に沿った原稿は掲載させていただきます。ただし、編集上の都合により表現の修正等をお願いする場合があります。  
※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。

# 令和7年度日本医師会母子保健講習会

と き 令和8年2月8日(日) 12:30～16:00

ところ 日本医師会大講堂

[報告: 常任理事 河村 一郎]

標記講習会が日本医師会の渡辺弘司 常任理事の司会により開催され、日本医師会の松本吉郎会長の挨拶の後、シンポジウムが行われた。

## シンポジウム

テーマ「プレコンセプションケアを考える」

座長: 日本医師会常任理事 渡辺 弘司

日本医師会母子保健検討委員会副委員長

三牧 正和

### 1. プレコンセプションケアについて

国立成育医療研究センター女性総合診療センター  
女性内科診療部長 荒田 尚子

プレコンセプションケアとは、2006年に米国疾病管理予防センターにて、「女性の健康と妊娠転帰に対する医学的・行動的・社会的リスクを、予防と管理を通じて特定・修正することを目的とした一連の介入」と定義された。妊娠前からの生活習慣や病気が「妊娠・出産・赤ちゃんの健康」に影響する。例えば、風しん、サリドマイドなどの感染症・薬剤、肥満や痩せ、タバコ、アルコール、葉酸摂取の不足による神経管閉鎖障害、糖尿病・甲状腺機能異常・高血圧症など妊娠前からの医学的に問題となる状態もある。日本では周産期死亡率、妊産婦死亡率は世界に比べて低い、プレコンセプションケアについては遅れている。2022年の平均寿命は男性81歳、女性87歳であるが、健康寿命はそれぞれ73歳、75歳で病気を抱えて生きる期間が長い。女性は90歳まで2人に一人、95歳まで4人に一人が生存している。健康な赤ちゃんを産むには妊娠前から介入し、次の世代のリスクを減らすことが重要である。

日本では、①若い女性の栄養の問題、②若者のヘルスリテラシーが低い、③妊娠リスクの上がっている女性が増加しているという問題があるので

プレコンセプションケアが必要である。①では、1995年以降、BMIが18.5未満の割合が20%を超えている。それによって赤ちゃんの出生体重が親世代から平均180～190g減少しており、早産も増えている。肥満も将来の糖尿病、高血圧、脂質異常、脳・心血管疾患、ロコモティブシンドロームなどがあり、問題である。②では、月経にまつわる諸健康問題、HPVワクチン接種が進まない、ワクチン接種率・がん検診率が低い、女性の健康は女性自身で守る意識の低さ(特に避妊や性感染症に対して、妊娠前・妊娠中・産後の女性の喫煙率)などがある。③では、肥満や痩せの増加、小児期・AYA世代までに病気になった女性や低出生体重で生まれた女性が生殖可能年齢に成長したことから生活習慣病や慢性疾患を持つ女性が増加、不妊治療、晩婚化から出産年齢の高齢化などがあり、妊娠リスクが上がっている。30歳代の女性の高血圧は3.3%、糖尿病の可能性は4.4%ある。

日本では成育基本法が成立し、2021年の成育医療等基本方針の中に「女性やカップルに将来の妊娠のための健康を提供すること(狭義のプレコンセプションケア)」が始まり、2023年の日本医学会で、メタボ、フレイル・ロコモに加え、若い世代の健康活動としてプレコンセプションケアが取り上げられ、2025年5月22日、こども家庭庁からプレコンセプションケア推進5か年計画が立ち上げられた。本年1月からプレコンサポーター養成講座が開講し、医療用相談対応マニュアルの作成、プレコンノートというリーフレットの作成などを行っている。

## 2. わが国における妊婦の栄養管理の歴史

### 2021年新たな妊婦の体重増加指導の

#### 目安策定までの変遷

浜松医科大学医学部特命研究教授 伊東 宏晃

わが国の妊孕世代女性は痩せ願望が強い。2017年の調査では20歳代の女性のBMIは平均20.6、30歳代の女性は21.6、40歳代は22.3と低い。2013年の妊婦の摂取エネルギーの調査では、妊娠中期では厚労省の推奨値から30%、妊娠末期では37%不足している。20歳代、30歳代の女性の摂取エネルギーは1990年代には1,900kcal/dayあったのが、2000年代に入り1,600～1,700kcal/dayに減少している。それに伴い、低出生体重児の比率も1980年は5.3%であったのが年々増加し、2011年には9.6%となり、他の先進国に比べ断トツに多い。妊娠前の母体BMIが低値であること、妊娠中の母体の体重増加が少ないこと、母体の喫煙はSGA児出生のリスク因子とされている。

母体環境は胎児発達に影響し出生後環境に適応しやすいように児の体質を変化させるというPredictive Adaptive Responses (PARs) 仮説、想定外の出生後の環境に適応不全を来す適応不全仮説とあり、母体の低栄養は胎児の低栄養となり、低出生体重児になり、低エネルギー環境への適応をするのに省エネルギー体質の獲得をして適者生存と過剰なエネルギー摂取による肥満・2型糖尿病などのハイリスク群に分かれる。例えば2,500g以下の低出生体重児では正常児の2.38倍、4,000g以上の巨大児では3.10倍の2型糖尿病患者が発生する。つまり肥満・痩せなど母体の環境因子(母体栄養、母体合併症)が将来の健康・生活習慣病発症のリスクとなる(Developmental Origins of Health and Disease: DOHaD学説)。

1981年に日本産科婦人科学会は、妊娠中毒症を発症した妊婦の治療として低エネルギー摂取を推奨した。1999年には妊娠中毒症予防に非妊時のBMIが18未満の妊婦には10～12kg、18～24の妊婦には7～10kg、24以上の妊婦には5～7kgの体重増加を推奨とした。ただ、それ以前から出生体重の低下はあった。2019年8月、妊娠による生理的な体重増加値を下回っている可能性

が危惧されること、妊娠高血圧症候群の予防効果を指示する新たなエビデンスに乏しいことから推奨停止となった。2021年3月、妊娠中の体重増加指導の目安として、非妊時BMI18.5未満の妊婦は12～15kg、18.5～25の妊婦は10～13kg、25～30の妊婦は7～10kg、30以上の妊婦は個別対応(上限5kg)となった。

出生体重の減少は最初の低エネルギー摂取推奨以前からあり、それはテレビの普及、ミニスカートの流行、女性の痩せ願望がある。妊娠中の体重増加の目安は上がったが、これだけで出生体重の上昇はあまり戻らないと思われる。幼児・学童期からの食育指導、中学・高校期の健康教育、成人期でのプレコンセプションケア、インターコンセプションケアが必要と考える。米国在住の日本人も他国人に比べ、正期産児の出生体重、妊娠前BMIが低く、妊娠中の体重増加が少ない。海外も含めた日本人の生活様式の変容が必要である。

## 3. 女性の低体重/低栄養症候群(FUS)とは何か?

### ～プレコンセプションケアにおける位置づけ～

順天堂大学大学院スポーツ医学・スポーツロジック／  
代謝内分泌内科学 田村 好史

日本人20代女性における痩せの割合は1975年ごろから増加し始め、現在は20%以上になっている。OECD加盟国の痩せた女性の割合は日本が16.15%と2位の韓国7.86%を大きく上回っている。痩せた女性は糖尿病になりやすい、筋肉量、身体活動量が低下し、エネルギー摂取量も低下する。さらに、痩せや低栄養から青年・成人期から骨減少症、月経不順、耐糖能異常となり、将来、骨粗しょう症、骨折、糖尿病となる。普通体重の20代から60代の女性の77%が痩せが理想と答えている。20歳の時に痩せていて現在痩せてない人は骨減少症は少ないが、20歳の時に痩せてなくて現在痩せている人では骨減少症が多い。

日本肥満学会では、2024年9月に若年女性の低体重/低栄養の疾患概念確立を目指したワーキンググループを発足した。Female Underweight/Undernutrition Syndrome (FUS) (女性の低体重/低栄養症候群)と命名され、「低体重又は低栄養の状態を背景として、それを原因とした疾患・

症状・徴候を合併している状態」とし、18歳以上で閉経前までの成人女性を対象とした。低栄養・体組成の異常（BMI < 18.5 など）、性ホルモンの異常（月経周期の異常）、骨代謝の異常、その他耐糖能異常などの代謝異常、循環・血液の異常（徐脈、低血圧）、精神・神経・全身症状（抑うつ、身体活動低下など）が見られる。摂食障害、二次性の低体重（甲状腺機能亢進症・悪性疾患など）は除外している。FUSの原因としてはSNS・ファッション誌などのメディアの影響、社会経済的要因・貧困などによる低栄養、体質性痩せがある。

痩せ願望は小学1年生ごろから生じ、親・友人からの体型に関する指摘に始まり、メディアの影響、友人の痩せ指向などがあり、体型不満、痩せ願望へとなる。瘦身志向者への対応としては、適正なボディイメージの形成、メディア情報を適切に評価・活用する、健康リスクについての理解、バランスの良い栄養摂取の重要性などの教育介入が必要である。体質性痩せの場合でも骨密度低下のリスクが指摘されているので骨密度測定や血液検査が必要である。社会・経済的要因へは自治体や福祉団体による支援が必要である。また、新たなスティグマ（差別・偏見）を生む可能性がある点にも留意が必要である。

今後の方向性としては、ガイドライン策定、健診制度への組み込み、教育・産業界との連携、戦略的イノベーション創造プログラム（SIP）との連携が必要である。FUSが疑われる人には冷え性、肌の状態が気になる、髪の状態が気になる、抑うつ症状などがある。自己肯定感が低く、不安を感じやすい人がなりやすく、ストレスによる過食があったり、ダイエットを意識して朝食を抜きがちで心身の不調が活動意欲を奪い、さらなる不調へとつながる。3食きちんと食べる、1日8,000歩歩く、7時間寝るという生活習慣を変えることでFUS症状も改善する。現在、内閣府の研究開発で、養護教諭を対象としたボディイメージ教育、健保・健診会社などと協同して定期健康診断でFUSのリスク、骨粗鬆症リスク判定、企業と一緒にマイウェルボディ協議会を立ち上げ、認知度を上げるようPRなどしている。

#### 4. 学校における性教育の考え方・進め方

##### 日本女子体育大学体育学部

スポーツ科学科教授 横嶋 剛

学習指導要領では、学校における体育・健康に関する指導は体育科、家庭科及び特別活動の時間はもとより、各教科、道徳科、外国語活動及び総合的な学習の時間などにおいてもそれぞれの特質に応じて適切に行うとなっている。性に関する指導の内容では、小学4年で「体の発育・発達」で思春期の体の変化など、中学で性感染症、エイズなど感染症の予防、生殖に関わる機能の成熟と適切な行動、高校でも感染症の予防、生涯の思春期、結婚生活における健康について教えることになっている。小学校では知識及び技能、課題を見つけ適切な方法を考え、それを伝える思考力・判断力・表現力について、中学では受精・妊娠を取り扱うものとし、妊娠の経過は取扱わないものとするとしている。「・・・の事項は取り扱わないものとする」等の「はじめて規定」はこれらを教えるてはならないという趣旨ではなく、すべての子どもに共通に指導すべき事項ではないという趣旨である。平成15年の学習指導要領の一部改正により、各学校は子どもたちの実態に応じ、学習指導要領に示していない内容を加えて指導することができることになった。高校では受精、妊娠、出産とそれに伴う健康課題について理解できるようにするとともに家族計画の意義や人工妊娠中絶の心身への影響についても理解できるようにすることになった。令和7年3月、日本学校保健会が月経の正しい理解とその対応という冊子を作成した。主に中高で活用されている。

集団指導と個別指導があるが、集団指導は全員一律に行う。個別指導は個別の児童生徒や任意の小集団を対象として意図的・計画的に取り組むものである。個別指導はすべての学校で実施すべき内容ではない。事前に保護者にも通知して、実施するかどうか、また、指導内容や指導方法について学校が十分検討した上で計画的に実施する。発達の段階を踏まえること、学校全体で共通理解を図ること、保護者の理解を得ること、プライバシーの配慮、実施場所への配慮が必要である。オプトイン、オプトアウトという選択的な参加、不参加

もあるが、日本ではまだ行われていない。

外部講師として医師、歯科医師、薬剤師、保健師などが想定されるが、内容については事前に学校との打ち合わせが必要である。

### 5. こども家庭庁におけるプレコンセプションケアに関する取組

こども家庭庁成育局母子保健課長 田中 彰子

昨年、プレコンセプションケア推進5か年計画をとりまとめた。一つはプレコンセプションケアに関する概念の普及で、現在1割以下の認知度を5年後に80%まで上げたい。そのためにはプレコンセプションケアの普及に係る人材（プレコンサポーター）を育成する。目標は5万人以上。二つ目はプレコンセプションケアに関する相談支援体制の充実で、「性と健康の相談センター」等プレコンセプションケアに関する一般的な相談ができる窓口の認知を推進し、専門家による相談支援体制の整備を図る。目標は相談窓口認知度を100%。三つ目は専門的な相談支援体制の強化で専門相談医療機関数200以上を目標とする。そのために医療者用相談対応マニュアルを作成し、周知する。

「プレコンセプションケア・アドバイザー（仮称）養成のためのマニュアル作成ワーキンググループ」を設置して、「プレコンサポーターTEXTBOOK」を作成する。また「医療機関等におけるプレコンセプションケア相談対応マニュアル作成ワーキンググループ」では「プレコンセプションケア医療者用マニュアル」を作成する。プレコンサポーター養成講座も開設した。プレコンサポーターは、住民へのセミナー、出前講座、研修等の企画、実施、企業の社員への情報提供、教育機関への出前講座などを行う。ウェブサイト「はじめようプレコンセプションケア」も昨年9月に開設した。「性と健康の相談センター」は現在96自治体（47都道府県、49市）で実施している。また、基礎疾患のある妊産婦等への妊娠と薬に関する相談支援を実施している。なお、本年3月6日に東京でプレコンシンポジウムを開催する。

## 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

# 第57回 若年者心疾患・生活習慣病対策協議会総会

と き 令和8年2月1日(日) 9:30～15:40

ところ 鳥取県医師会館

〔報告：専務理事 伊藤 真一〕  
常任理事 河村 一郎

## ワークショップ I

### 鳥取県における成人先天性心疾患に対する移行医療の現状と課題

#### ① 当院成人先天性心疾患外来における取り組み

鳥取大学医学部附属病院

高次集中治療部助教 中村 研介

近年、先天性心疾患に対する小児期医療の進歩により、多くの患者が成人期を迎えるようになった。一方で成人期以降も、残存・再発する構造異常、不整脈、多臓器障害、進行性心不全など多くの課題を抱えており、成人先天性心疾患（Adult Congenital Heart Disease：ACHD）診療の重要性が高まっている。ACHD診療の特徴は、生涯にわたり患者に寄り添う必要がある点と、小児期から成人期への円滑な移行医療が不可欠である点にある。

演者は循環器内科医として心不全診療を専門とし、画像診断、心臓リハビリテーション、緩和医療に携わってきた。心不全診療では、単に薬物治療を行うだけでなく、運動療法、自己管理支援、心理社会的支援を含めた包括的介入が重要である。これらの経験を基盤に、当院では循環器内科を主体としたACHD外来を開設し、小児循環器科、心臓外科と連携しながら診療体制を構築してきた。

ACHD患者の多くは自覚症状が乏しい段階から心不全リスクを有しており、いわゆる心不全Stage Bの段階での早期介入が極めて重要である。当院ではこの段階から専門的評価を行い、必要に応じて薬物療法、非薬物療法、心臓リハビリテーションを導入している。また、再手術や高度専門治療が必要な症例については、県外の専門施設と密に連携し、診療の継続性を確保している。

多職種連携もACHD診療において欠かせない要素である。心臓リハビリテーションチーム、緩和ケアチーム、看護師、医療ソーシャルワーカーなどと協働し、疾患教育、自己管理支援、社会的支援を行っている。特に心不全緩和ケアにおいては、終末期に限らず、病期を問わず早期から介入することが重要であり、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）を通じて患者本人の価値観や意思を共有している。

30歳代後半の複雑先天性心疾患患者の一例では、小児期に複数回の手術歴を有し、成人期に進行性心不全を呈した。薬物療法及び非薬物療法を最大限行ったが心不全は進行し、侵襲的治療の選択が検討された。本人は自宅での生活継続を強く希望され、家族とともにACPを重ねた上で、緩和ケアチーム及び在宅医療機関と連携し在宅療養を支援した。多職種・多施設間で定期的に情報共有を行うことで、症状緩和と心理的支援を継続し、本人の意思を尊重した診療を行うことができた。

ACHD診療は循環器内科単独で完結するものではなく、地域医療機関との役割分担と連携が不可欠である。今後も多職種・地域連携を基盤に、ACHD患者が住み慣れた地域で安心して生活できる体制づくりを進めていきたい。

#### ② 小児科からみた成人先天性心疾患移行診療の現状と展望

鳥取大学医学部附属病院小児科講師 美野 陽一

近年、先天性心疾患（Congenital Heart Disease：CHD）患者の治療成績向上により、多くの患者が成人期を迎えるようになった。これに伴い、成人先天性心疾患（Adult Congenital Heart Disease：ACHD）診療の重要性が全国的に

認識されつつある。一方、地方においてはACHD診療体制の整備が十分とは言えず、小児科が成人患者を長期間診療し続ける状況が少なからず存在している。

鳥取県は地理的条件及び医療資源の制約から、CHDに対する外科手術を県内で完結できないという特徴を有する。その結果、患者は島根県、岡山県、広島県、さらには大阪、福岡などの遠方施設で手術を受けてきた。術後フォローは各施設に委ねられており、距離的要因や担当医変更などにより、診療継続性が損なわれる事例も認められた。

このような背景を踏まえ、2023年より当院では小児科と循環器内科が協働し、ACHD外来を新設した。立ち上げに際しては、小児循環器内科及び成人循環器内科による定期的な合同カンファレンスを開催し、移行対象症例の検討、診療情報の共有、移行後の経過確認を行っている。さらに、産婦人科、消化器内科、リハビリテーション部門、看護師、薬剤師、管理栄養士、医療ソーシャルワーカーなど多職種が参画し、包括的診療体制の構築を進めてきた。

ACHD外来開設後、18歳以上の患者数は年々増加しており、当初は病状の安定した症例が中心であったが、近年はフォンタン術後などの複雑心疾患や未手術症例の紹介も増加している。これにより、小児科が主体的に成人期以降を見据えた診療移行を計画的に進める意識が醸成されつつある。

一方、地域中核病院へのアンケート調査からは、小児科が成人患者を診療する上で、精神疾患の合併、妊娠・出産への対応、社会保障制度や医療費に関する問題、生活習慣病など成人特有の疾患管理に困難を感じている実態が明らかとなった。また、患者及び家族が小児科での継続診療を希望することや、信頼して紹介できる成人診療の受け皿が明確でないことが、移行の障壁となっていることも示唆された。

今後の課題として、①明確な移行基準及びプロトコルの整備、②小児科・内科合同カンファレンスの継続、③患者・家族向け説明資料の体系化、④成人期医療及び社会保障制度に関する教育機会の充実、⑤医療ソーシャルワーカー等による

移行支援体制の強化が挙げられる。

年齢のみを基準とした一律の移行ではなく、患者個々の成熟度、社会的背景、疾患特性を踏まえた段階的移行が重要である。いつでも相談可能な中間的診療拠点としてのACHD外来の存在は、小児科・内科双方にとって心理的安全性を高め、地域全体の診療の質と安全性向上に寄与する。

ACHD診療は単一施設で完結するものではなく、地域連携の中で育成される医療体制である。今後も多職種・多施設の協働を通じ、地方における持続可能なACHD診療体制の確立を目指していきたい。

### ③当院における移行期医療支援の取り組み

#### —ソーシャルワーカーの視点から—

鳥取大学医学部附属病院医療福祉支援センター  
主任ソーシャルワーカー 河村 香苗

移行期医療支援は、診療科や医療機関の変更といった医療体制の移行に焦点が当たりやすい。しかし、医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）の視点からは、患者本人及び家族がこれまでの生活過程において、いかに意思決定に関与してきたかという社会的経験の蓄積が、成人期における自立や医療移行の成否に大きく影響すると考えられる。

先天性疾患や小児慢性特定疾病、医療的ケアを必要とする患者は、成長に伴い、就学・就労、進路選択、将来設計など多岐にわたる課題に直面する。これらの過程において、本人が意思を表明し、選択し、その結果を引き受ける経験が十分に確保されないまま成人期を迎える例も少なくない。MSWは、人と環境の相互作用に働きかけ、本人の自己決定を尊重しつつ、意思決定過程への参画を支援する専門職である。

移行期医療支援のプロセスは、「備える」「支える」「整える」「つなぐ」の段階に整理できるが、特に「備える」段階は、その後の支援の基盤となる重要な時期である。この段階において、安心できる大人との信頼関係を構築し、本人が意思決定に関与する経験を積み重ねることは、将来の自立及び主体的な医療参加に不可欠である。

重症先天性疾患を有する20代女性の症例では、

幼少期より社会参加を意識した生活環境が整えられ、青年期には訪問看護・訪問診療の導入により、家族以外の支援者との関係性が形成された。さらに、障害年金申請に際しては、本人の意思表示を契機として手続きが進められ、自己決定の経験が生活上の達成感や自立意識の醸成につながった。

移行期医療支援において重要なのは、支援の主体が常に「本人」であることを確認し続ける姿勢である。医療者や家族、組織の都合が優先されていないかを省察し、本人の視点に立った支援を行うことが、真の意思決定支援につながる。MSWは、多職種連携の中で倫理的視点を共有し、患者の自己決定と社会的自立を支える役割を今後も果たしていく必要がある。

#### ④先天性心疾患のある子どもへの成人期に向けた支援について

鳥取県子ども家庭部家庭支援課

課長補佐 岡田 桂子

鳥取県家庭支援課では、先天性疾患等のある子どもへの支援、とりわけ小児期から成人期へ移行する「トランジション期支援」を重点課題として取り組んでいる。

指定難病は長期にわたり療養が必要で、重症化すれば生命に危険が及ぶ疾患であり、令和7年4月時点で全国約800疾患が対象となっている。鳥取県では約600人が受給者として認定されており、人口規模に比して高い割合となっている。

県では医療費助成に加え、通院時の交通費や付添者の宿泊費助成など、長期療養を支える支援を行っている。また、慢性疾患を有する子どもが自立した生活を送れるよう、「小児慢性特定疾病児童等自立支援事業」を実施し、相談支援体制の整備や自立支援員の配置を進めている。令和7年4月からは鳥取大学医学部附属病院と連携し、患者本人や家族からの相談対応を開始した。今後は生活面・就労・制度利用など、幅広い支援を展開する予定である。

一方、思春期から成人期への移行期においては、小児医療から成人医療への円滑な移行が大きな課題となっている。診療内容や支援体制の違いにより、患者や家族が不安を抱えやすく、医療・福祉・

教育・就労支援など多機関による連携が不可欠である。

こうした課題を受け、国は関係機関が連携する体制構築を目的としたモデル事業を実施しており、鳥取県もこれに参加した。県内では協議会を設置し、関係者間の顔の見える関係づくりを進めるとともに、移行期支援センターの必要性や役割について議論を重ねてきた。患者や家族が相談しやすい窓口の整備、情報共有の強化、生活支援機能の充実が重要との意見が多く寄せられた一方、運営主体や人材確保といった課題も明らかとなった。

移行期支援の推進には、小児期からの早期支援、患者の年齢や状態に応じた支援スキルの整備、そして医療機関を中心とした関係機関の連携が不可欠である。課題は多いものの、県としては医療現場との連携を深めながら、持続可能な支援体制の構築に取り組んでいく。

#### ⑤患者側が経験した医療と、今後の発展への期待

患者代表 岩本 瑞希

先天性心疾患を有する当事者として、これまでの経過と地域医療における課題について述べてみたい。幼少期に先天性心疾患（修正大血管転位症、心房心室中隔欠損症、WPW症候群）と診断され、5歳時にダブルスイッチ術を受けた。地元の一般校に通学していたが、高校生のころに不整脈発作が頻発し、長期入院とカテーテルアブレーション、薬物治療を受けた。その後30代まで比較的安定していたが、薬剤（アミオダロン）の副作用により治療変更を余儀なくされ、再び発作が増悪、心不全症状が進行した。2022年には複数の外科手術とペースメーカー植込みを受け、現在は東京の専門病院と鳥取県内医療機関で経過観察を受けている。

こうした経過の中で、地元で生活する上で感じた不安は大きく4点ある。第一に緊急時対応である。専門病院では発作時に迅速なモニタリングや検査が行われる一方、地域医療では成人先天性心疾患に対する経験不足から、十分な対応が得られなかった経験がある。第二に定期受診の問題で、成人後も小児科受診が必要となり、周囲との違和

感を覚える場面がある。第三に一般診療所受診時の薬剤処方、基礎疾患への理解不足により症状が悪化した経験がある。第四に家族の不安であり、特に幼少期には救急受診の判断、入院時のきょうだい児への影響、経済的負担など、家族全体に大きな負担がかかっていた。

これらを踏まえ、私は自身の病状や緊急時の対応方法を主治医と共有し、必要な情報を自ら伝える工夫を行っている。また、将来を見据えた人生設計や終末期のあり方についても考えるようになった。先天性心疾患は複雑で、幼少期には本人が病状を十分理解できないことが多いが、成長段階に応じて医師・保護者・本人が病状を共有する機会を設けることが重要だと感じている。

医療の進歩により、成人期を迎える先天性心疾患患者は今後さらに増加する。高度な治療ができなくとも、地域において病状を理解し、検査や相談に応じられる体制があることは、患者と家族にとって大きな安心につながる。専門病院と地域医療機関が連携し、少しずつ地元で対応できる範囲を拡げていくことが、患者の生活の質向上につながると考える。

## 特別講演 I

### 慢性疾患をのりこえていく子どもたちのために — 自立支援から移行期支援 —

#### Lifelong Cardiology をめざして— 愛媛大学大学院医学系研究科

小児・青春期療育学講座教授 檜垣 高史

先天性心疾患の治療成績は飛躍的に向上し、95%が成人期へ到達する時代となった。しかし、成長とともに構造的問題、手術侵襲、さらには加齢が重なり、成人期には特有の心機能障害や遺残症が顕在化するため、生涯にわたる継続的な経過観察が不可欠である。またライフステージに沿って就職・就労、結婚・妊娠・出産などへの適応が必要となってくる。成人先天性心疾患（ACHD）は現在小児の先天性心疾患よりも多くなっており、中等症から重症の症例が32%と増加している。かつては根治術と言われていたが、現在は心内修復手術と言われ、死亡率、不整脈の合併症、再手術は40～50歳で増加してくる。調子が良

くて症状がなくても一般集団より突然死、心疾患関連死、心不全、感染性心内膜炎、肺高血圧、不整脈の頻度が高い。

先天性心疾患は若年症例が多いことから、本人が手術や治療などの経過を覚えていない、自分の病気・病態、起こりうる合併症について認識できていない、そのため成人になると急業、ドロップアウトを生じ、症状が悪化してしまうこともある。20歳になったら循環器内科医が診るのか、小児循環器医がずっと診るのか、小児科では成人特有の問題への対応が難しく、成人科では小児期特有の疾患に関する知識や経験が少ない。ACHDが入院するための病床が必要であり、多くの部門の協力が不可欠であり、ACHD診療体制の構築が必要である。2025年に日本循環器学会／日本小児循環器学会からACHDの改訂版ガイドラインが出ている。小児期から成人期へのスムーズな「移行期医療」が必要であり、患者教育、自立支援、成人医療機関との情報共有、多職種連携が必要である。ただ、循環器小児科から循環器内科医に移行する場合、患者が大きな不安を持つなどの問題もあるが、小児科医が診続けることも問題である。

2015年児童福祉法が改正され、小児慢性特定疾病児童等の自立支援事業が新規の法定事業として追加された。愛媛県ではNPO法人ラ・ファミリエが立ち上げられ、病気の子どもたちとその家族のために、療養生活支援、悩みや心配事の相談支援、患児同士の交流支援、きょうだい支援、学校への就学学習支援、就職・就労支援などを行っている。愛媛大学小児科外来でも自立支援員が面談、相談支援事業を行っている。移行期・成人先天性心疾患センターも2021年1月から開設された。小児循環器医、循環器内科医、小児心臓外科医、成人心臓外科医などで構成されている。病院機能と地域の連携を考慮した自立支援・移行期医療・生涯医療支援システムが必須と考える。

## 特別講演 II

### ACHDにおける心不全診療

国立循環器病研究センター病院長／

鳥取大学名誉教授 山本 一博

先天性心疾患（Congenital Heart Disease）

CHD)は、外科治療及び周術期・長期管理の進歩により生命予後が著明に改善し、現在では成人期に達する患者が全体の半数を超えている。いわゆる成人先天性心疾患(Adult Congenital Heart Disease: ACHD)の患者数は年々増加しており、全体数の増加に加え、中等度から重症例の割合も上昇している。このことは医療の進歩の成果である一方、成人期に特有の合併症や予後悪化因子への対応が強く求められる状況を意味している。

ACHD患者では、実年齢以上に臓器予備能の低下を来している例が少なくなく、死亡や重篤な転帰の主因として心不全及び不整脈(突然死を含む)が重要な位置を占める。さらに肺高血圧、肝障害、腎障害、腫瘍性病変など多臓器障害が重層的に関与し、病態は極めて多様である。循環動態も、体循環を左室が担う症例、右室が担う症例、あるいはフォンタン循環など大きく異なり、同一疾患名であっても臨床像は均一ではない。

心不全治療の中心となる薬物療法については、成人心不全領域と比較してエビデンスが著しく乏しい点がACHD診療の最大の課題である。成人心不全では駆出率に基づく治療戦略と薬物選択が確立しているが、ACHDではその枠組みを直接適用できない症例が多い。近年のガイドラインにおいても、体循環を左室が担うACHD症例に限り、成人心不全に準じた薬物治療やデバイス治療を考慮し得るとされるにとどまり、それ以外の循環様式に対する明確な推奨は存在しない。

ACE阻害薬/ARB、 $\beta$ 遮断薬、ミネラルコルチコイド受容体拮抗薬、ARNI、SGLT2阻害薬などについては、小規模研究によりBNP低下や運動耐容能改善などのサロゲート指標の変化が報告されているものの、予後改善やイベント抑制効果を示す十分な根拠は得られていない。特にSGLT2阻害薬は成人心不全では予後改善効果が確立しているが、BNP変化と必ずしも相関しないことが知られており、ACHDにおいても評価指標の解釈には慎重さが求められる。

一方、カテーテル治療の進歩はACHD診療に大きな変革をもたらしている。心房中隔欠損(ASD)に対する経皮的閉鎖術は代表的であり、近年では肺血管抵抗が高い症例に対して薬物治

療により肺血管抵抗を低下させた後に欠損閉鎖を行う「トリート・アンド・リペア」戦略が確立しつつある。また、座位で低酸素血症が増悪するプラチプネア・オルソデオキシア症候群では、PFOやASD閉鎖により症状改善が得られる。さらに、ACHDにおける知見が成人心不全治療の新たな発想につながる例もあり、一定量の心房間シャントが循環動態に有利に働く可能性が示唆されている。

ACHDでは、フォンタン循環における高心拍出状態が必ずしも良好な予後と結びつかないなど、成人心不全の常識が通用しない病態も多い。また、肝硬変や肝細胞がん、蛋白漏出性胃腸症など多臓器合併症が生命予後や生活の質に大きな影響を与える点も特徴である。

さらに、医療移行後の患者の自立支援や疾患理解、感染性心内膜炎予防の教育、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)の推進も重要な課題である。ACHDでは意思決定に親が関与する場面が多く、終末期医療における葛藤は一層大きい。

ACHDは今後も患者数の増加が予想される領域であり、循環器内科のみならず多職種・多領域が連携し、独自のエビデンス構築と包括的支援体制を確立していくことが不可欠である。

## ワークショップII

### 鳥取県における肥満診療と学校健診

#### ①鳥取大学医学部附属病院小児科での肥満診療について

##### 鳥取大学医学部周産期・小児医学分野

講師 藤本 正伸

2024年の学校基本調査に基づく肥満度20%以上の小学生は8.7%、中学生は10.1%とされており、10年前よりそれぞれ1.5%増加した。小児期の肥満は成人期へ移行しやすく、成人2型糖尿病リスクが上昇する。自閉症スペクトラム障害(ASD)や注意欠如多動症(ADHD)を持つ患者の肥満有病率はそれぞれ21.8%、14.7%と高い。食行動の特性、身体活動の低下、リスパゾール・アリピプラゾールの副作用、虐待など社会的・家庭環境などが原因かと思われる。

【症例1】8歳男児、肥満度34%。Highly

sensitive child で味にこだわりがあり、野菜を食べなかった。数字にもこだわりがあるため、体重測定、間食のカロリー表記の確認を指示したところ、間食のカロリーが高いものを避け、2年後肥満の改善を認めた。

【症例2】8歳女児、肥満度51%。父子家庭で父親が調理をするため食事が単調であった。学校給食での野菜摂取、炭水化物摂取量の減量などで肥満度が改善した。

【症例3】7歳男児、肥満度70%。自閉症スペクトラム障害でアリピプラゾール内服。その後も肥満度94%と改善なし。養護教諭、栄養士、MSWなど多職種で対応中。

## ②鳥取県西部保健医療圏における学校検尿尿糖陽性者の現状把握

鳥取大学医学部附属病院小児科

特命助教 山口由起子

2010年から2025年に鳥取大学附属病院で精密検査を行った小中学生は63名（男性27名、女性36名）で1回目の学校検尿で尿糖（±）以上を尿糖陽性とした。小学生の0.04%、中学生の0.08%が尿糖（±）以上であった。診断の内訳は1型糖尿病1人、2型糖尿病6人、境界型13人、MODY（家族性若年糖尿病）2人、腎性糖尿16人、正常型25人、全体の34.9%が耐糖能異常や糖尿病などの異常をきたしていた。境界型・2型糖尿病患者の肥満患者は57.9%であったが4割は非肥満であった。境界型・2型糖尿病はSGA（Small for Gestational Age）が31.6%と多く、DOHaD仮説は成人期前から適応されている可能性がある。

## ③小児・思春期における肥満症治療の重要性

鳥取県立厚生病院病院長 花木 啓一

11歳の肥満頻度は2020年ごろには一次漸減していたが、コロナ禍で再上昇し、2024年では男性約13%、女性約10%となっている。学童期肥満の予後調査では、男性の8割、女性の6割が成人肥満へ、学童期高度肥満の85%が成人肥満へ移行していた。2008年より特定健診・特定保健指導により一次・二次予防を展開しているが、

40歳からの特定健診と特定保健指導では十分な効果が得られない。小児期に既に肥満による健康障害（高血圧、糖尿病、肝疾患など）を持ち、内臓脂肪型肥満・肥満関連代謝異常を呈している肥満を「小児肥満症」と定義して治療介入を強化している。3歳から肥満と診断され、9歳で肥満度95%、11歳から高血圧、19歳で拡張型心筋症となり、20代で亡くなった事例を経験した。近年、薬物療法、胃切除などの外科治療を適用する機運が高まっている。

## ④鳥取県における学校健診の現状と取組

鳥取県教育委員会体育保健課

指導主事 前田 仁美

鳥取県は全国に比べ、肥満児は少ないがやせが多く、齲歯が小学生で多い、喘息・アトピー性皮膚炎が多い。養護教諭が学校でさまざまな健康教育を行っている。不登校児の健診は学校医のクリニックや他学年の日に来てもらっている。

## ⑤鳥取県の学校心臓検診の現状と課題

鳥取県立中央病院小児科部長 倉信 裕樹

鳥取県では小1、小4、中1、高1に12誘導心電図を行っており、心電図判読委員会で判読している。心臓病調査票を配布しており、調査票では家族や親戚の中に40歳以下で心疾患や原因不明で急死した人がいるかという問いがあり、家族歴からブルガダ症候群を診断した例もある。心電図所見についての判定については、日本小児循環器学会のガイドライン、2025年JCS/JSPCCSガイドラインを使用しており、要精検は約3%、受診率は令和6年度85.2%であった。学校生活管理指導表は医療機関と学校、家庭間での情報共有を可能とし、管理指導を行う上で重要な役割を果たす。課題は、1次検診の判読方法の違い（東部・中部は医師の集団討議で抽出例を絞り込む集団判読であるが、西部は個別判読）、2次検診は保護者側に任せており受診率が8割程度、学校生活管理指導表の費用が家族負担であり、医療機関ごとに異なる（2,000～5,000円）などである。

## 第46回産業保健活動推進全国会議

と き 令和7年10月23日(木) 13:00～17:00

ところ 日本医師会館 大講堂

[報告：副会長 中村 洋]

### 中央情勢報告

厚生労働省労働基準局安全衛生部

労働衛生課長 佐々木孝治

#### ①メンタルヘルス対策

「メンタルヘルス対策」について、今回の制度改正の背景の1つは精神障害の労災認定件数が増加していることである。令和6年に1,055件と初めて1,000件を超え、伸び幅が大きい状況となっている。内訳として、1位がパワーハラスメント、2位が仕事内容・仕事量の変化、3位は顧客・取引先・施設利用者等からの著しい迷惑行為となっている。今後のメンタルヘルス対策として、ストレスチェック制度の実施に加えて、ハラスメント対策も講じる必要がある。

今回の改正の1つとして、50人未満の小規模事業場について、今までストレスチェックが努力義務であったところを義務化している。集団分析、職場環境改善については引き続き努力義務となり、状況を見ながら、検討したいと考えている。公布が令和7年5月14日で、施行まで3年間の準備期間が設けられている。

準備期間である現在、50人未満の事業場のマニュアルがないため、ワーキンググループを設置し、マニュアルの作成を行っている。特に小規模の事業場において留意してほしいところを事務局としてピックアップし、議論していただいている。例えば、外部委託先の適切な選定は、小規模になるほどプライバシーに配慮が必要とされるため、どのように選ぶのがよいのか等を議論している。現在、ワーキンググループで議論しており、年度内にはマニュアルを完成させて、来年度には披露できればと考えている。また、地域産業保健センター（以下、地産保）の体制の拡充も進めている。地産保では50人未満の小規模事業場に対

して、無料で登録産業医による面接指導などを実施いただいている。この度のストレスチェック制度義務化で地産保への申し込みが増えていくことが予想される。そこで、今の体制をさらに強化するために、来年度の予算要求に反映させたいと考えている。また、こころの耳というポータルサイトで取組み事例を紹介するなどのツールを提供している。相談事業もこの中で行っており、電話、SNS等を通じて相談することができる。令和6年度の実績では7,000件を超える相談があった。

#### ②治療と仕事の両立支援

今、病気を抱える労働者の割合は全体の約4割を占めている。また、病気を理由に退職した人の中では治療開始前に退職を決める人が2割を超えている。両立できるような就業形態がなかったという声も多く、今後両立支援を充実させていく必要がある。支援の取組みを行っている事業所の割合は5割に留まり、産業保健スタッフを配置するなど仕組みや体制にかかわるものは全体の1割程度である。

国としては「治療と仕事の両立支援ガイドライン」に、両立支援の制度、具体的な進め方を示している。また、迅速な手続きをするための治療と仕事の両立支援カード様式を作成している。

また、「メンタルヘルス不調者の主治医向け支援マニュアル」を作成しており、主治医と企業側の連携をサポートできるような内容になっている。

「治療と仕事の両立支援ナビ」というポータルサイトを開設しており、まだ掲載事例が少ないため、今後拡大していきたいと考えている。

**産業保健総合支援事業に関する活動事例報告****(1) 山口産業保健総合支援センターにおける活動現況と今後の展望****山口産業保健総合支援センター**

副所長 戎本 潤

**①山口産業保健総合支援センターの概要**

山口県は、面積は約6,112平方kmと東京23区の約10倍、人口は約126万人と東京23区の約10分の1である。各地域が独立した特徴を持っており、産業としては西から下関市は鉄鋼、造船、山陽小野田市、宇部市はセメント工業、防府市は自動車、周南市は化学工業、岩国市は石油化学と多岐に渡っている。北側の長門市や萩市は、海産物の加工が中心であり、その他山口市北部ではリンゴなど農業も発達している。

山口産保センターの組織構成は、センター内は所長と副所長とチームスタッフ、専門職スタッフ合計9名から構成されている。その他、外部のスタッフとして、メンタルヘルス対策支援アドバイザー、促進員等がいる。

**②山口産業保健総合支援センターの現況**

山口産保センターの研修について、令和6年度の実績は、専門的研修101回を実施しており全国平均を上回っている。専門的研修では参集型とWeb型を併用している。令和2年度のコロナ禍で、回数も参加者数も落ち込んでしまったが、令和3年度以降Web研修を導入したことと相まって、徐々に回復している。テーマ別の内訳として、令和6年度は参集型ではメンタルヘルスや職場環境を主に取り扱っており、Webについてはメンタルヘルス、ハラスメントが中心となっていた。

参集型とWeb開催のテーマ別に参加者を見ると、ほとんどのテーマでWebが参集型を上回っている。令和6年度の研修参加者を対象に研修希望テーマについてアンケートを実施した結果、職場環境、メンタルヘルス、ハラスメントといった項目の需要は大きいので、これらを重点項目として研修テーマを設定している。また、化学物質対策等のテーマの希望もあるため、今後実施を検討していきたい。

個別訪問支援については、令和6年度の山口産

保センターの実績は、産業保健指導は全国平均並み、メンタルヘルスと両立支援の個別訪問が全国平均を大きく上回っている。特にメンタルヘルスの309件は、全国1位の数字であり、この実績は旧メンタルヘルス促進員4名の尽力によるものである。4名とも旧メンタルヘルス促進員で、令和6年度からメンタルヘルス・両立支援促進員を務めており、促進員だけでなくセンターの相談員や研修講師も務めて活躍してもらっている。促進員の構成の特色として、経験豊富な、80代男性が2名、70代女性1名、50代女性1名となっており、エイジフレンドリーでセンター業務に多大な貢献をいただいている。世代交代も課題となっているため、促進員の育成が急務となっている。

相談実績については全国平均を大きく下回っており今後一層周知を行い、相談先として指名されるセンターを目指していく必要がある。

山口産保センターの両立支援窓口について、本年5月1日には萩市の病院に開設され、県内で10か所目の相談窓口となった。山口県と同規模の人口120万人台の都道府県と比較しても、窓口数は多く、面積が広いので各地域に窓口を分散してアクセスしやすいようになっている。なお、山口県内両立支援センター相談窓口による令和6年相談の件数は、合計118件だった。

**③山口産業保健総合支援センターの概況**

県内の地域窓口は9か所あり、各窓口には、対象運営主幹、コーディネーター、登録産業医がおり、下松と岩国には登録保健師（コーディネーター兼務）がいる。そして徳山の地域窓口の方に、センターの保健師が常駐している。配置の経緯として、平成29年度山口産保センターにおいて実施した地域窓口での保健師の活用という調査研究が発端となっている。当時、地域窓口の支援サービスに保健師が活用されていないという意見があり、調査研究の結果としては、保健師1人の派遣で対応が可能であるとか、事業場から好評であり、継続したサービスも希望する声があった。調査結果を受けて、平成30年度に保健師を地域窓口配置して小規模事業所への保健指導を行うというモデル事業を山口産保センターで実施する

ことになった。モデル配置の保健師には、当時センターの相談員だった方を起用して徳山地域窓口配置した。その配置が効果的であったため、平成31年1月からセンターの常勤保健師として採用することとなり、現在まで勤務を続けてもらっている。地域窓口全体の個別訪問の実績は、訪問件数は300件台で推移している。保健師の訪問は令和4年度から少しずつ実績が上がっている。地域窓口全体の相談実績は全国平均より少ないが増加傾向にあり、今後も増加が見込まれている。

#### ④今後の展望

コロナ禍以降のWeb参加者が増える一方で、参加型の研修の受講促進について周知を継続すること、テーマ設定を工夫していくことを目指している。また、促進員に対する表彰制度、新規促進員の育成を行っていきたく考えている。また、センターに対する認知度向上のために周知を地道に続けること、登録保健師の追加配置も検討していく。

### (2) 高岡地域産業保健センターについて、そしてこれから

高岡地域産業保健センター運営主幹 上田 芳彦

富山県は砺波地域と、富山地域、魚津地域、そして高岡地域があり、高岡地域には氷見市、高岡市、射水市という構成で高岡地産保を設置している。高岡地域の産業は、高岡市は伝統工芸やアルミの加工工業、氷見市は製造業や海運業、射水市は漁業が盛んであり、地域内でさまざまな産業がある。高岡地域の全事業所の1万4,555のうち、50人未満の事業所数は1万4,003か所とほとんどが中小企業である。

高岡地産保の令和6年度の事業実績は、事業所登録数は65事業所、健康相談窓口を76回開設し、健康相談者数は89名、それから健診結果の意見聴取者数が3,535名となっている。職場巡視は38回実施し、産業医研修会は3回実施している。高岡地域の登録産業医は、高岡地区で50人、10万人あたりの数は17.3人である。登録産業医の年齢構成を見ると、一番多い年代が70代で全体の41%を占めている。その下の60代は17名で33%を占めており、60代、70代

でほぼ実動しているため、比較的高齢化が進んでいる。ちなみに40代、50代は7名や4名とかなり人数が少なく、今後の課題といえる。

年々登録事業場数が減少していること、登録産業医の高齢化に伴う産業医数の減少、50人未満の事業所の増加による地産保の負担増に備えて対策が必要と考えている。また、若い世代の産業医の稼働を増やしていくことも必要と考えている。また、メンタルヘルス対応、化学物質リスクアセスメント対応能力も充実させていきたい。

以上のような課題の対策として、まず実地研修に力を入れて実務を学ぶ場を増やすこと、40代50代の登録産業医の意欲と質を向上させること、メンタル対応能力の向上としてAIを活用していくこと、また、科学物質、リスクアセスメント対応能力の向上のための研修会を増やすことを検討している。新規登録産業医の職場巡視の随伴をすでに実施しており、好評いただいているので継続していきたい。

また、工場見学・製作体験を観光として行っている工場の職場巡視を行う研修会の事例もある。また、メンタルヘルス対応能力の向上と実地研修の回数を増やすという二つの課題を踏まえて、メンタルヘルス不調者の事例を提示しグループワークで議論する形式の研修会も行っている。事例検討会では、ドローンを活用して広大な工場の職場巡視が行えるようにしている。

今後の課題として、若い産業医が産業衛生活動に興味を持ち、活動意欲を高める工夫をしていくこと、30人以上50人未満の事業所への産業医配置に向かって、地産保のマッチング支援・パッケージ支援を行っていくこと、50人未満の事業場のストレスチェックに対応していけるようにICTツールを活用していくことなどが必要と考えている。

### (3) 那覇地域産業保健センターの活動について

#### 那覇地域産業保健センター

コーディネーター 大城 宏人

沖縄県の職場における定期健康診断有所見率の推移について、令和6年の沖縄県の有所見率は70.7%と全国平均を大きく上回っている。また、

男性の肥満率については47.6%、女性の肥満率は31.4%といずれも全国1位となっている。

沖縄県の有所見率が高い要因として、戦後のアメリカ型の食文化の輸入から高脂肪、高糖質の食事が増え、脂肪エネルギー摂取比率が全国平均を大きく上回るようになった。また、飲酒習慣のある男性が約9割、女性が約7割と非常に高く、さらに車社会の進展により、日常生活での運動量が少ない人が多い。これらの生活習慣が、現在の高有病率や肥満に繋がっていると考えている。

沖縄県の地産保は地域ごとに5つ設置されている。労働者の規模別に事業場を見ると、半数以上が50人未満の企業であり、中小企業の支援が重要であることがわかる。那覇地産保管内の事業者の業種別では、第3次産業であるサービス業が大半を占めており、接客娯楽業、商業、教育研究業も多くなっている。

事業場から申し込み、お問い合わせがあるきっかけで最も多いのが、継続的に利用している事業者からの依頼である。また、労働基準監督者からの指導をきっかけに申し込むケースも多い。最近では、健康経営の強化を目的とした相談からの申し込みが増えている。独自の取組みである、「うちな一健康経営宣言」をきっかけとした申し込みもある。

「うちな一健康経営宣言」とは、令和3年に沖縄県医師会、沖縄県、沖縄労働局等の5つの関連機関が連携して働き盛り世代の健康課題を解決し、健康長寿県沖縄の復活を目的とした宣言となっている。この制度では、まず、事業場の代表者が指定された項目の中から、実際に取り組む項目を選び、申請すると後日「宣言証」が交付される流れである。取り組む項目は必須項目と、任意事項がある。まず必須事項の1つ目は、労働安全衛生法に基づく年間の健康診断を実施すること、2つ目は、検診結果に基づき保健指導、保健相談、特定保健指導を受けさせること、3つ目は、健康診断で有所見となった従業員に対する措置として医師の意見を聞き、必要な就労上の措置を行うことである。任意事項は仕組みとして全部で14項目あり、従業員の家族の検診受診を奨励する、健康増進に関する数値目標を設定するなど

がある。

那覇地産保の活動実績について、意見聴取は年々申し込みが増加しており、令和6年は事業場数で541件、人数では5,140名の実績がある。長時間面接指導は、働き方改革の影響もあり利用数は減少傾向に向かっている。健康相談については年度により件数の増減がある。

今後、意見聴取が事業主の義務であることを認識してもらい、従業員の健康管理に取り組む体制の構築を支援していく。また、離島への対応も課題として挙げられており、事業場へのアプローチ方法、産業医の旅費・スケジュールの考慮について今後検討していく。また、地産保の体制を強化し、登録産業医・保健師及びコーディネーターの人材確保に取り組んでいく。

## シンポジウム

### －高年齢労働者の労災対策－

#### (1) 高年齢労働者の労働災害防止対策の現状

厚生労働省労働基準局安全衛生部

安全課長 土井 智史

労働災害の現状について、労働災害による死亡者数と死傷者数の推移を見ると、死亡災害は常に減少し続けており、令和6年には746名まで減少している。一方で、休業4日以上死傷者数は、長期的に見れば減少傾向となっているが、平成21年の最低値を最後に、そこから徐々に増加傾向である。産業別の労働災害の状況を見ると、昭和50年の数値は製造業、建設業が全体の約7割を占めているが、令和6年の数値では製造業、建設業は約3割まで減少している。また、現在では第三次産業の労働災害の割合が5割以上を占めており、増加しているという実態がある。製造業、建設業の労働者数の減少に伴い、労働災害の数、割合が減少している。

また、現在、60歳以上の労働者は1,771万人おり、全体の19.1%を占めている。一方で、その死傷者数全体の割合では、60歳以上の高齢者が3割を占めている。

以上のようなデータから、近年の労働災害の増加には高齢化による影響、第三次産業化による影響があると考えられている。第3次産業のう

ち、特に社会福祉施設などでは、介護需要の増大に対応できず人手不足が続いており、安全意識が十分には徹底されていない業種で災害が増加しているという傾向がある。それから、転倒や腰痛などの労働者の作業行動に起因する災害も増加している。令和6年と平成30年を比較すると、社会福祉施設・飲食店等の転倒災害は3割弱増加しており、動作の反動・無理な動作（腰痛等）は4割弱増加している。

労働災害の発生率を性別と年齢階層別 Web に比較すると、男女とも50歳を超えるところから平均値を超えて、労働災害の発生率が高まっていく傾向にある。特に女性は一定の年齢になると、骨密度が低下して骨折の危険性が高まると言われている。

次に、労働災害による休業見込み期間は、年齢を経るにつれて休業期間が長くなり、事故が発生した際に重篤な災害に繋がりがやすいのが高齢者の特徴といえる。年齢別の身体機能の状況についても年齢を経るにつれて機能が落ちていくことが分かっている。

高齢労働者の安全と健康確保のためのガイドライン（エイジフレンドリーガイドライン）が策定されている。職場改善の取組みを進めるための支援策として、作業環境の改善を行う費用を助成するために、エイジフレンドリーガイドラインに基づく取組みを行った事業者に対して補助金を出して作業環境の改善を進めている。令和7年度から新設した総合対策では、労働安全衛生の専門家によるリスクアセスメントをまず行って、その結果を踏まえて労働災害防止措置を講じた場合に、その経費の5分の4（上限100万円）を支援するという対応をしている。エイジフレンドリーについて、今後も周知を徹底していきたいと考えている。

### （3）高齢労働者の安全と健康確保について

松葉労働衛生コンサルタント事務所 松葉 斉

エイジフレンドリーガイドラインにおける基本的な取組みとしてリスクアセスメントがある。リスクアセスメントには物のリスクという見方と、人のリスクという見方があり、物のリスクは、施

設設備機械の不調・不便さはないかを調査すること、人のリスクは、健康診断や体力チェックを通じて、労働者のリスクがある現状を見つけ出して、把握することである。

実際の事例として、茨城県の特別養護老人ホームでは、従来女性介護士2名が80kgを超える利用者の介助を行っており、負担が大きかった。そこでアーチ形のリフトを導入することで、介助負担・利用者の心理的な負担双方が軽減したという事例もあった。

また、腰痛予防対策のチェックリストを職員に対して行った結果、介助の姿勢に問題があることが判明した。そこで、1人で担当していた介助作業を2人制に改善し、膝パッドを導入することで膝・腰の負担も軽減した。その結果、半数以上の職員の腰痛の数値が改善された。こういった作業姿勢の教育も極めて重要になっている。

また、株式会社ケーズホールディングスでは、以前、電子レンジや冷蔵庫の運び方の作業マニュアルがなかったため、腰痛を抱える社員もいた。そこで、適切な持ち方と不適切な持ち方の例の写真を使ってマニュアルを作成し、安全衛生教育に活用している。

リスクアセスメントとは、作業に潜むリスクを洗い出して、見積もり、優先的に対処するものを明確にし、リスクを低減する為の措置を検討、実施することをガイドラインでは求められている。エイジフレンドリーガイドラインの中でも高齢労働者が増えていく職場環境の中で、新たなリスクを発見して解消していくことがポイントになっている。

株式会社カインズでは、パート・アルバイトの従業員の声が職場環境の改善に繋がるように、危険箇所などの気づきを社員区分なく行っている。2か月に1回、気づきを記入するシートを提出し、整理して会議に諮り、課題を共有して実際に改善策を実施、本当にできているかチェックをしている。2020年に店舗安全対策推進室を設立して以降、事故件数は219件から95件と大きく減少した。

現場で働いている人の声を拾いながらリスクを見つけて、対策措置を講じていく取組みを進めて

いきたい。

## 説明・報告

### 産業医需要供給実態調査事業に関する報告

産業医需要供給実態調査事業委員会 一瀬 豊日

全国に産業医が必要な50人以上の事業場は約14万あり、積極的に産業医を選任する事業者を含めると、19万8,000の事業場で約6万2,000人の産業医が選任されており、年間2万の事業場で8,000人の医師が新規着任、そのうち約2,000人が、いわゆる初めての産業医というのが現在の形態である。

産業医と事業場の産業保健事業についての認識の差を解消すること、実地研修の実現が困難である地域があること、大企業の中で産業保健サービスの展開をより効率化するなど、多様な課題を解決していくために研究班を結成し、実験事業を実施した。

主たる業務内容が産業医である、又は勤務施設を産業医とする医師は令和4年には2,000人を超えており、増加している。また、2番目に多い業務内容が産業医である医師も増えているため、実地研修に協力できる産業医の掘り起こしも可能と考えられる。

大企業の分析をすると、50人未満の事業場でも50人以上と同等の水準で健康管理を提供している企業がある。これはグループ会社に対して本社が契約してサービス提供をする、本社がグループ規定を策定して実施を勧奨する事例などがある。

産業医実地研修は、実際に現地で研修することが最も推奨されているが、広範囲の地域をまたがっている県など、地域によっては実地研修の開催が困難ということや、参加できる事業場が少ないという課題がある。この問題に関して、東北大学と協力してICT機器を使用した研修によるボトルネック解消のトライアルを実施した。非常に効果的な一面がある一方、機器の費用が高額であること、機器の画像の管理等に課題がまだある。

中小企業での活動が低調な理由の調査では、労働者の産業保健認知が低い、健康管理が不十分、健康診断の受診率が低いなどの課題が挙げられ

た。以上のようなボトルネックを解消していくために、職場で実際に安全衛生活動を行う、職場巡視、衛生委員会に参加するなど労働者のワークエンゲージメントを向上させる可能性があるというデータが集まっている。また、健康支援の認知が高まることで労働生産性損失を低下させることも指摘されている。

## 協議

司会：日本医師会産業保健委員会 堀江 正知

発言者：厚生労働省労働基準局

安全衛生部労働衛生課長 佐々木孝治

厚生労働省労働基準局

安全衛生部安全課長 土井 智史

日本医師会常任理事 松岡かおり

労働者健康安全機構理事 中岡 隆志

産業医学振興財団事務局長 井上 真

事前に提出のあった質問

埼玉県医師会 地産保の産業医活動支援モデル事業について、今後の小規模事業場でのストレスチェック義務化に対応するためにも、小規模事業場における産業医の選任や登録産業医の充実は不可欠である。本事業は現時点では単年度の予定と聞いているが、何年かは継続が必要と考えるが、いかがか。

佐々木課長 現在16の都府県と30の地産保センターで手上げがあり、事業を実施している。令和7年度は11月まで募集をしている。令和8年度に関しては現在、予算要求を行っている段階である。

新潟県医師会 厚労省から、小規模事業場へのストレスチェック義務化を進めるため、地産保の体制強化策として2026年度予算概算要求に「登録産業医への謝金増額」を盛り込むことを検討している旨の報道があった。今後地産保が主として役割を果たしていくために、登録産業医及び保健師等のスタッフの増員、さらにはセンターそのものの体制強化が必要となる。産業医に対する謝金増額以外の体制強化策をお聞かせいただきたい。

佐々木課長 地産保の体制強化策として、産業医に対する謝金増額は令和10年度の実施を検討し

ている。引き続き、地産保の体制強化については予算の中で検討していきたいと考えている。

**山梨県医師会** 山梨県では小規模事業場が多く、産業医実地研修先となる事業場が限られており、実地研修の実施に困難を抱えている。大規模事業所を有する都道府県医師会の実地研修先において、遠隔参画型の研修としてドローンを活用した巡視を導入できないか。また、映像を借りて講師を招き、巡視のポイントを指導する研修を行いたいと考えているが、実施できる可能性はあるか。また、映像教材やデジタル教材を組み合わせたハイブリッド型産業医研修の仕組みづくりを検討いただきたい。

**松岡常任理事** 現在一部の産業保健総合支援センター、都道府県医師会においてドローンや映像を活用した研修会が行われている。実際に事業場訪問を行う研修と併せて、実施を検討していただき

たい。また、既存の映像や各団体が提供する動画テキストを活用していくことを日本医師会として検討している。

実地研修の形態について、事業場訪問による研修のほか、ディスカッションやグループワーク、作業環境測定の実施等、受講者が主体的に発言や体験を行う研修を実地研修として認めている。日本医師会で一律で開催方式を指定することは困難であるが、現在ある開催形式を利用してそれぞれの地区の実情に合わせた実地研修を行っていただきたい。動画教材の提供については検討を行っているところである。

## 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 社保・国保審査委員連絡委員会

と き 令和8年2月5日(木) 15:00～

ところ 山口県医師会6階 会議室

[報告:専務理事 伊藤 真一]

冒頭、加藤会長より、令和8年の診療報酬改定と医療業界を取り巻く環境と医師会の取り組みに関しての挨拶がなされた。

## 協議

### 1 創傷処理(筋肉臓器に達するもの)の査定について〔山口県病院協会〕

創傷処理(筋肉臓器に達するもの)が創傷処理(筋肉臓器に達しないもの)に査定される。

国保連合会に問い合わせたところ、ホームページに掲載されている「審査情報事例」は、あくまでも原則認めるものであり、全ての事例を認めるものではない。

審査委員の判断で、創傷処理(筋肉臓器に達する)手術を施行していないと判断された。との回答であった。

今回の事例は、前額部挫創(長さ10cm、深さ骨膜前面に至る。)、頬部裂創(長さ2cm、深さ真皮に至る。)に対して、創傷処理(筋肉臓器に達する)を施行。査定理由に納得しかねる(頭部以外の部位においても同様の査定あり)。

全事例「筋肉臓器に達する」で算定していない。月に1例程度の請求で全て査定される。レセプト審査で診療行為に対して行っていないだろうとの判断で査定されるのは遺憾である。

#### 【参考】

※支払基金ホームページ「支払基金における審査の一般的取扱い」掲載

次の部位に対するK000創傷処理(筋肉、臓器に達するもの)の算定は、原則として認める。

頭部・眼瞼

国保中央会ホームページ「審査情報事例」にも同様の事例掲載

【厚生労働省通知】「筋肉臓器に達するもの」については、「単に創傷の深さを示しているものでは

なく、筋肉、臓器に何らかの処理を行った場合をいう。」

原則として認める。審査委員の判断により手術記録や症状詳記を求める場合もある。

### 2 PCI治療におけるガイディングカテーテル使用本数〔山口県病院協会〕

山口県医師会報第1946号にてPCI治療に使用するガイディングカテーテルの使用本数について形状が合わなければ2本まで認めることもあるとされたが、現状では査定されている。どのような基準になっているか示していただききたい。

原則として、左右の冠動脈に対してそれぞれ1本を基準とし、形状が合わなかった場合は片側2本まで認めることもあるが、注記が必要である。提出された事例については片側で3本算定されており、2本とした。

### 3 経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの)〔山口県病院協会〕

高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテル治療(24,720点)において、アテレクトミーカテーテルで加療後にステント留置すると、ステント留置術(21,680点)に査定されている。どのような基準で査定されるか示してほしい。

当事例については「経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの)1高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテル」の算定は認められるが症状詳記の記載が望ましい。

**4 腹腔鏡から開腹へのコンバージョンに対する算定について（社保）〔山口県病院協会〕**

当院では、腹腔鏡の時間が全体手術の半分程度の時間を費やし、やむを得ず開腹へコンバージョンした場合は、腹腔鏡下手術で算定している。本症例は、腹腔鏡に係る時間が少し短い、十分な時間を費やしており、症状詳記の内容からも腹腔鏡で腹腔内の確認のみを行い、開腹へコンバージョンした症例ではない。腹腔鏡から開腹へのコンバージョンに対する算定については、以下の①又は②のどちらが該当するのか。

- ①完遂した術式で算定（開腹での請求以外認めない）
- ②場合によっては腹腔鏡での算定を認める。この場合は、どのような場合が認められるか。

②原則として、腹腔鏡下手術の算定を認めるが、症例により手術・麻酔の時系列での経過時間や手術記録・症状詳記を求める場合もある。

**5 骨内異物除去術の査定〔山口県病院協会〕**

他院で右中指伸筋腱断裂にて腱縫合術+DIPJ固定術を施行し、当院で骨内異物（挿入物を含む）除去術を施行した。手術記録に記載したが、創傷処理（筋肉、臓器に達する）に査定となった。ご検討いただきたい。

骨内異物（挿入物を含む）除去術の算定は認められない。

**6 免疫チェックポイント阻害剤によるirAE心筋炎のスクリーニング検査について**

〔山口県病院協会〕

免疫チェックポイント阻害剤によるirAE心筋炎のスクリーニング検査は、早期発見と重症化防止のために重要である。免疫チェックポイント阻害剤によるirAE心筋炎のスクリーニング検査として心筋トロポニンIを実施（ECG未実施）した場合、以下の①～③について、保険請求は可能か。

- ①心筋炎病名をつけた場合
- ②コメント対応（免疫チェックポイント阻害剤によるirAE心筋炎のスクリーニング検査実施）
- ③必ずECGの実施が必要

免疫チェックポイント阻害剤が投与されており、薬剤性心筋炎の疑い病名が付されていれば、投与開始から3か月間に限り、ECG未実施での心筋トロポニンI又は心筋トロポニンT（TnT）のいずれか1項目の算定を認める。投与開始から3か月経過後は、症状により適宜判断する。

**7 手術予定以外の入院における核酸検出検査の査定〔山口県病院協会〕**

当院では入院前に感染防止の観点からSARS、COVで核酸検出検査を必ず施行している。手術予定以外の入院は5類へ移行された後より、査定対象となっているので、ご検討いただきたい。

入院前、手術前ともにスクリーニング検査では認めない。新型コロナウイルス感染症を疑う症状がある場合に限り算定を認める。

出席者

委員

萬 忠雄 郷良 秀典  
 山下 哲男 久我 貴之  
 名西 史夫 神徳 濟  
 城戸 研二  
 矢賀 健  
 藤井 崇史  
 田中 裕子

委員

土井 一輝 道重 博行  
 上野 安孝 湯尻 俊昭  
 清水 良一  
 村上不二夫  
 成松 昭夫  
 松谷 朗  
 新田 豊

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 竹中 博昭  
 理 事 木村 正統  
 理 事 國近 尚美

**8 悪性リンパ腫病名について〔山口県病院協会〕**

悪性リンパ腫の患者で骨髄穿刺をした際に、必ず悪性リンパ腫骨髄浸潤、又は悪性リンパ腫骨髄浸潤疑いの病名を付けないといけないのか、一般的な見解を求める。

悪性リンパ腫の傷病名で認める。

**9 特別食加算の算定について〔国保連合会〕**

特別食加算については、厚生労働省通知において、「手術前後に与える高カロリー食は加算の対象としないが、侵襲の大きな消化管手術の術後において胃潰瘍食に準ずる食事を提供する場合は、特別食の加算が認められる。」と示されているが、以下の傷病名等に対する特別食加算の算定が認められるか、協議願いたい。

- ①大腸癌術後
- ②食道癌術後

①②とも特別食加算の算定を認める。

**10 「タリージェ錠」の適応について〔支払基金〕**

タリージェ錠の添付文書の効能・効果は「神経障害性疼痛」のみである。

平成23年7月14日開催の社保・国保審査委員連絡会で「リリカ」の適応について整理されたが、「タリージェ錠」の適応についても「リリカ」と同じ取扱いでよろしいか協議願いたい。

適応となる「神経障害性疼痛」は、リリカと同じ取扱いとする。

**11 骨内異物（挿入物を含む）除去術等の取扱いについて〔国保連合会〕**

骨内異物（挿入物を含む）除去術の留意事項に「鋼線、銀線等で簡単に除去し得る場合には、J000 創傷処置、K000 創傷処理又は K000-2 小児創傷処理の各区分により算定する。」とあるが、次の1から7について骨内異物（挿入物を含む）除去術を認めるか、協議願いたい。

- 1 小児橈骨・尺骨骨幹部骨折に対して骨折経皮的鋼線刺入固定術を施行し、骨癒合術後に全

身麻酔下にキルシュナー鋼線の抜去を行った。(5,200点)

- 2 末節骨骨折、骨性マレット指に対する経皮的鋼線刺入術後、2か月で鋼線抜去を行った。(3,620点)

- 3 手指関節固定術（鋼線・銀線を使用）した場合の鋼線除去手術を行った。(3,620点)

- 4 橈骨遠位端骨折での鋼線を使用した観血的整復固定術後の鋼線除去手術を行った。(5,200点)

- 5 手指靭帯再建術、関節脱臼整復術など関節の一時仮固定に鋼線を使用し、術後4か月で鋼線除去手術を行った。(5,200点)

- 6 膝蓋骨骨折に鋼線にて観血的整復術を行い、術後6か月で鋼線除去手術を行った。(3,620点)

- 7 足部リスフラン関節脱臼骨折に対して観血的整復術を行い、術後4か月で鋼線除去手術を行った。(3,620点)

全国統一基準に至っていないので、山口県での暫定基準として請求の参考とする。全国統一基準が示された場合は全国統一基準の取扱いによる。

- 1、2、4、5 認めない。創傷処理で算定。
- 3、6 骨内異物（挿入物を含む）除去術を認める。
- 7 手術記録を添付の上、その内容により判断する。

# 令和7年度 郡市医師会 学校保健担当理事協議会・学校医部会合同会議

と き 令和7年11月13日(木) 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]

## 開会挨拶

**加藤会長** 学校保健に関しては、令和7年8月21日、KDDI 維新ホールで中国地区学校保健研究協議大会を開催し、3日後の8月24日に山口グランドホテルで中国地区学校保健・学校医大会を10年ぶりに現地開催した。本日は報告等を含め多くの議題があるので活発な討論をお願いしたい。子どもたちの健康を守ることと同時に子どもたちに健康リテラシーをつけてもらうことも大事だと思っているので、皆様方の今後のご活躍を期待している。

## 協議事項

### 1. 令和7年度中国地区学校保健・学校医大会について

**河村** 本大会は毎年中国5県が持ち回りで開催しており、今年度は山口県が当番となり8月24日(日)に山口グランドホテルで開催し、69名の方に参加いただいた。中国5県からの研究発表と瀬川記念小児神経学クリニックの星野恭子先生、日本医師会の渡辺弘司 常任理事の特別講演を行った。

研究発表では、鳥取県から「鳥取県における電子メディア利用教育啓発の推進」で、鳥取県では平成19年度からメディアの接し方啓発推進事業を開始し、鳥取県ケータイ・インターネット教育推進員を養成し、児童・生徒を対象とした啓発事業の実施と教職員研修及び保護者等研修を行ってきた。また、鳥取県子どもインターネット利用教育啓発推進協議会を設立して、PTAに向けた電子メディア機器とのより良い付き合い方に関する啓発などに取り組んできた。鳥取県教育委員会では、メディアリテラシー等について専門知識を持ったデジタル・シティズンシップエデュケー

ターを養成し、県内の学校に派遣しているという報告があった。

2番目が島根県から「安来市就学前健康診断における音声言語検診の取り組みについて」で、音声言語検診を2年前から安来市では就学时健診に取り入れている。市内で多くの言語聴覚士(ST)のいる病院にお願いして、ST中心の小児構音障害リハビリテーションチームを立ち上げて、令和5～6年の2年間で就学时健診の実施人数が250人、音声言語検診の有所見者の割合は11～12%で男子が少し多い傾向があった。測音化構音や吃音などの症例提示があった。

3番目が岡山県から「岡山県聴覚障害児支援中核機能強化事業の3年間の成果と今後の展望」で、岡山大学の先生から報告があった。コロナ禍では、令和3年度に厚労省から聴覚障害児支援中核機能モデル事業の体制が提唱され、岡山県は令和4年度に参画した。難聴児の通園施設のある岡山かなりや学園がハブになり、各ろう学校、学校と連携して家族に対しても支援をしていく形で開始した。実施内容としては、連携事業、家族支援事業、巡回支援事業研修授業などを行っているという報告があった。

4番目が広島県から「広島市学校保健会のあゆみ」で、広島市では昭和34年に学校保健委員会が設立されたが、平成26年に組織役員の推進化を図って専門委員会を7部門として専門医を配置した。内科的疾患対策委員会、アレルギー疾患対策委員会、視力対策委員会、耳鼻咽喉科保健対策委員会、歯科保健対策委員会、学校環境衛生対策委員会、こころの健康対策委員会の7つの部門を立ち上げた。それによって会議の調整がスムーズになって意見交換が活発になった、専門性の高い協議が行われるようになった、という報告

があった。

山口県からは、私が「山口県における健康教育の実際」について、現在どのような健康教育が誰によって、どのように、どの程度行われているかを調査して報告した。

特別講演では、星野先生に睡眠について講演いただいた。寝るのが遅いと、引きこもり、身体的な訴え、不安・抑うつ症状や非行的行動が増え、自己肯定感が下がること、平日に眠らず土日で爆睡する社会的時差ボケを生じている中学生は、イライラ、睡眠不足感が増すという報告もある。治療として、寝ようと思っても眠れない子にはメラトニン製剤や抗不安薬を使う、早く寝るが起きられない子には起立性調節障害の治療のほか、入眠前のアリピプラゾールの少量投与も有用であるという講演があった。

2番目に日本医師会常任理事の渡辺先生から「学校保健の現状と課題」について講演いただいた。文部科学省では令和7年度から学校健診の見直しを行うため、「学校における持続可能な保健管理のあり方に関する調査委員会」を設置して、学校健康診断の検査項目の意義やプライバシーへの配慮等の保健管理、教職員の負担、学校医の確保などについて3年間かけて検討することとなっ

ている。日本医師会では学校健康診断を再検討するワーキンググループを立ち上げて、前述の調査委員会と情報共有しつつ、耳鼻科・眼科の学校健診における課題、脊柱側弯症検診における機器導入、学校健康診断情報管理体制について検討を行っているという講演があった（詳細は山口県医師会報令和7年10月号参照）。

## 2. 令和7年度中国四国医師会連合総会第4分科会について

河村 9月27日に山口県が当番で開催した中国四国医師会連合総会分科会における学校保健関連項目について報告する。以前は中国四国学校保健担当理事協議会という名称で単独開催していたが、昨年の岡山開催より中国四国医師会連合総会の分科会の一つとして行われ、今年度も同様の形で行った。渡辺日医常任理事にコメンテーターとして参加いただいた。

脊柱側弯症検診については、愛媛県・徳島県・香川県ではかなり検査機器の導入が進んでいるが、他の県ではまだあまり導入されているところはない。徳島県では小学校5年生、中学1年生の男女を対象として実施し、4.8%が側弯症として診断されたが、視触診による0.4%と比較とし

## 出席者

### 郡市担当理事

大島郡 野村 寿和\*  
 熊毛郡 沖野 良介\*  
 吉南 岡崎 嘉一\*  
 美祢郡 竹尾 善文\*  
 下関市 徳久 善弘\*  
 山口市 真方 浩行\*  
 萩市 相良 健\*  
 徳山 大城 研二  
 防府 藤原 元紀\*  
 下松 堀池 修  
 岩国市 岩崎 淳\*  
 光市 松島 寛\*  
 柳井 志熊 徹也\*  
 長門市 國司 幸生\*  
 美祢市 山本 一誠

### 学校医部会委員

副部会長 青柳 俊平\*  
 副部会長 田原 卓浩\*  
 委員 鮎川 浩志  
 委員 鈴木 康夫\*  
 委員 小篠 純一\*  
 委員 藤原 崇\*  
 委員 内田 哲也  
 委員 青島 真由\*  
 委員 江本 智子  
 委員 長井 英  
 委員 池田 卓生

### 山口県教育庁

学校安全・体育課  
 こども元気づくり班  
 教育調整監 福田 哲郎  
 指導主事 石川めぐみ

### 山口県医師会

会長 加藤 智栄  
 副会長 沖中 芳彦  
 常任理事 河村 一郎  
 理事 中村 丘

注：\*はWeb出席者

て約10倍上昇したとの報告があった。現在、脱衣で測定しているところが多いが、着衣で検査可能な廉価の検査機器も開発されている。渡辺日医常任理事からは機器ごとに有病率の違いがあり、今後検証が必要という意見があった。

学校医不足の問題については、地方ではかなり深刻になっていると思うが、島根県から学校医の高齢化、若いドクターにコスパ・タイパの悪い学校医の仕事が嫌遠されていることや、訴訟リスクのある側弯症検診、そのほか女子生徒の診察、成長曲線の判定、職員のストレスチェックなど学校医の負担になっていること、耳鼻科、眼科は学年を絞って健診していることについて報告があった。渡辺日医常任理事からは、文部科学省では検討会を設置して今後、健診項目などについて3年間かけて検討することと、耳鼻科では重点的健診という何学年かに健診を行うものや、眼科では問診によるスクリーニングを行っているところもあるとの報告があった。勤務医の先生に関しては、文科省に疑義照会を行い、勤務医個人ではなく施設と教育委員会が契約を結ぶことによって勤務内に学校医の仕事ができるようにして負担を軽減することができるように対応している。

不登校児への対策では、現在どの県でも小中学校では校内サポートルームを設置しているところが多く、山口県でも令和5年度から中学校に設置が進んで成果を上げているとの報告をした。

学校健診後の受診勧奨とフォローアップ体制の課題では、渡辺日医常任理事から現在、学校健診の精密検査受診率は心臓検診が90%以上、腎臓検診が60%程度、肥満検診が30%程度、運動器検診が40%程度となかなか受診率が上がらないが、児童・生徒・保護者への啓発は必要であること、熊本県では受診率が高く、養護教諭との連携が充実しているという話があった。

思春期女子児童の診察について、岡山県では保護者から県教委に「内科健診でなぜ服を脱がないといけないのか、脱衣しなければならないのであれば診療所で個人的に受ける」という意見があった。渡辺日医常任理事からは、保護者に健診項目の必要性について理解を求めることと、学校と学校医の情報共有が大事という話があった。

学校心臓健診における小学4年生の対象拡大について、島根県では現在、小学校4年生全員に心電図を検査しているが、渡辺日医常任理事からは全国的に拡げるためには有効性、エビデンスが必要という話があった。

日医への要望の中で、保護者や児童生徒に対する学校健診の意義の徹底についての要望があったが、茨城県医師会、大阪府医師会では学校健診の意義について作成した動画をホームページで公開しており、それを参考にさせていただくとよいと渡辺日医常任理事から意見があった（詳細は山口県医師会報令和7年12月号参照）。

### 3. 三師会と県教育庁との懇談会について

河村 令和5年度より本会・歯科医師会・薬剤師会と教育庁との懇談会を開催しており、令和7年は9月12日に3回目の懇談会を開催した。

県医師会からの提出議題としては、特別支援学校を障害のある子どものための福祉避難所に指定する取組みへの協力を要望し、県教育庁から、特別支援学校の福祉避難所への指定促進は非常に重要だと認識していること、現在、岩国・防府・下関・萩の4つの総合支援学校を福祉避難所として指定しており、田布施・宇部・下関南の各総合支援学校についても指定に向けて検討しているという回答があった。続いて、プレコンセプションケアの啓発について要望したが、外部講師による講演等に加えて、産婦人科医会等と連携した個別指導の実施など子どもの性と健康に関する普及啓発・相談支援の取組みの充実を図っていきたいと考えているという回答があった。そのほか、がん教育を推進するための教材を活用した子宮頸がんの授業についても要望した。

県薬剤師会からはオーバードーズの現状と課題について報告があったが、岩国市で中学生にアンケートを行ったところ、オーバードーズをしたことがあるという回答が約2割あったという報告などがあった。

### 4. 学校研修会・学校医部会総会について

河村 令和7年度の学校医研修会は、6月1日に開催し、川崎医科大学眼科学2教授の長谷部

聡先生に「子どもの近視とその予防」について講演いただいた。

令和8年度の研修会については、令和8年6月21日(日)に山口県医師会6階会議室で開催させていただく。本会学校医部会で協議の結果、学校保健と災害医療をテーマとして、石川県のまろおかクリニック院長の丸岡達也先生に講演いただく予定となっている。予防接種医研修会では「Vaccine hesitancyについて」と題して、大阪府のふじおか小児科の藤岡雅司先生に講演いただく。学校心臓検診精密検査医療機関研修会は現在検討中である。

### 5. 学校産業医について

**河村** 本会から提出した令和8年度県の施策・予算措置に対する要望のうち、学校保健に関する要望「産業医資格を有する者による教職員の健康管理の推進について」を報告する。

山口県では多くの学校において児童生徒の健康管理を担う学校医が教職員への健康管理を行う学校産業医を兼務している。また、教職員50人未満の学校では、産業医設置が努力義務であるため、産業医資格のない医師も学校医の職務として教職員の健康管理を担っている現状がある。厚労省から法律の一部改正があり、「職場のメンタルヘルス対策の推進」として、50人未満の事業所についてもストレスチェックの実施が義務となり、今後3年以内に50人未満の学校においても義務になり、学校医への負担が増えてくるのではないと思われる。学校医とは別に学校産業医(山口県では「学校管理医」と称する)を設置してもらえないかというのが医師会からの要望事項である。また、現在、学校管理医の報酬が広島県、岡山県とかなりの額差があり、産業医としての適切な業務の提示と報酬の支払いにより、現在の曖昧な教職員健康管理の実態を改善したいということで要望させていただいている。

**県教育庁** 学校産業医については、学校安全・体育課の所管ではないため回答できない。

**河村** 地域によっては学校医自体の数が少ない

のでできるところとできないところとあると思うが、今後検討いただき、報酬についても考慮いただきたい。

**県教育庁** 資料は持ち帰って教育庁内で共有しておきたい。

### 6. 学校保健担当理事、学校医部会委員からの意見・質問について

#### (1) 学校保健に関する地域や意見での取組みについて

**藤原委員** 防府医師会では学校保健研修会を開催しており、今年は口腔機能発達不全症について、子どもの口の発達を優しくサポートするとして、防府リョーマデンタルクリニックの吉田先生、起立性調節障害について、特に朝起き不良の考え方として、山口赤十字病院の大淵先生に講演いただいた。参加者は合計56名で、主には養護教諭だが、PTA、校長、教頭、園長先生にも参加いただき、毎年開催している。

#### (2) 学校保健に関する県教育委員会への質問について

##### ○子どものAED講習について

**藤原委員** 先日、山口市医師会で行われた小児救急の研修会で、埼玉では学校の先生や保護者が倒れたときに子どもたちが助けたという話を聞いたので、山口県内でもそういうことが果たしてどの程度可能性があるのだろうかと思った。子どもたちへの講習はどの程度されているのか。

**県教育庁** 各学校の保健体育の授業の中で、発達の段階に応じて学習をしている。小学校では怪我等の簡単な手当での知識及び技能、中学校では心肺蘇生法などの応急手当の知識及び技能、高等学校では障害や疾病の悪化の軽減、正しい手順や方法、応急手当の速やかな実施などを学んでいる。授業以外でも消防署などから専門の講師を招いて児童生徒を対象としたAEDの講習会を実施している学校もあるが、正確な学校数や実施回数については把握していない。

**田原副部長** さいたま市では58の市立学校の正門あるいはその付近にAEDを24時間使えるように設置しているという報告もあった。今後の検討課題に挙げていただければありがたい。

**県教育庁** 子どもたちへの救命教育やAEDがどこにでもある状態についてだが、県内の養護教諭を対象とした山口県養護教諭研究協議大会で令和5年度に公益財団法人日本AED財団理事長の三田村秀雄先生に「学校での心臓突然死ゼロを目指して～もし児童生徒が心停止になったら～」という講演をいただき、子どもたちへの救命教育は重要であること等について教えていただいた。県立学校については全ての学校にAEDを設置している。

**田原副部長** 学校に備えてあるAEDを24時間使える体制になっているか。

**県教育庁** 学校も鍵が閉まって警備がかかるようになっているので、24時間学校のAEDが使用できる状況については課題が多い。

**田原副部長** さいたま市では校門の外に設置して24時間使えるようになっている。将来的な方策として検討いただければありがたい。

**池田委員** 徳山医師会では小学生を対象としたAED講習会を毎年開催しており、毎回募集すればすぐに100名程度の定員が埋まっている。地域でもそういった活動を積極的にした方がよいのではないかと思う。

#### ○教職員のメンタルヘルスについて

**岩崎委員** ストレスチェックは教職員数に関わらず行われていると伺っている。メンタルを理由に離職あるいは休職を余儀なくされる職員数の状況はどのようになっているか。現段階での県の取組みとして、相談先のフローはどうなっているか。

**県教育庁** 県立学校においては、毎年度教職員に対し、定期健康診断及びストレスチェックを実施

し、また年度当初にはメンタルヘルス・ポケットブックを配布し、心身の健康管理を行っている。メンタルヘルス・ポケットブックには心の健康相談利用券を付しており、専門医や心理士等の相談機関約90か所から自分で選び相談することが可能となっている。利用履歴は県教委においては把握しておらず、教職員が安心して気軽に利用できる仕組みを構築している。

県立学校においては、メンタル不調を理由に病気休暇や休職となった教職員について、それらがほとんど復帰して勤務している状況である。各校において管理職面談や普段の声かけ等により教職員個人の悩みや相談を聞く場を持ち、随時対応している。また、相談窓口として教職員健康管理センターを設置し、保健指導員による相談を行い心の健康相談ホットラインによる電話相談、面談による心の悩みや健康についての相談に対応している。

#### ○プレコンセプションケアについて

**江本委員** 県で思春期保健に関するリーフレットを作成しているので紹介する。プレコンセプションケアは、将来、妊娠・出産を望んだ場合に健康な体であるように、若いときから健康に気をつけましょうというコンセプトのものだが、どうしても女性中心のことが多い。やはり男女あつての妊娠・出産なので、男児についても精索静脈瘤など思春期以降増加する病気があることを啓発すべきと考え、リーフレットに加えていただいた。

現状としては、男性不妊症の原因として最も多いのが精索静脈瘤と言われている。思春期以降、10～15歳ぐらいまでの男児の約15%程度には精索静脈瘤があるのではないかとされており、成人してもパーセンテージがあまり変わらないということで、自然治癒はなかなかなく、そのまま持ち越しているのではないかというのが現状である。

男女の思春期早発症や女兒の月経関連のトラブルについては、学校健診の中では問う内容ではないが思春期保健としては重要である。宇部市では教育委員会の協力を得て、家庭でできるセルフチェックシートを2年前から継続して学校で配

布してもらっている。セルフチェックシートを元に病院を受診してくれる子どもがこの2年で増えている。

精索静脈瘤についても思春期に自分で異変を感じていた子どもの調査をすると9割以上が誰にも相談できなかったという報告もある。学校健診の中で見つけるものではないので、保護者含め本人に精索静脈瘤という病気があるということを学校や小児科の先生たちに外来を通して情報発信をしていけたらと思っている。山口大学泌尿器科の白石教授は、中国地方で唯一の男性不妊症の専門医で、このあたりに力を入れておられ、自分もやりたかったことなので、もし情報発信の内容など協力できることがあれば自分もリーフレットなどの作成に協力したいと言っていた。

**河村** 学校健診では難しいと思われ、10代の男子になると診療所でもなかなか見せたりすることがないので、チェックリストがあるとすごく助かると思う。

**江本委員** チェックポイントとしては90%以上が解剖学的に左側に出ることが一つ、両側性の子もいるが左陰囊の左右差が明らかに出て腫れていないかということと、鼠径部、足の付け根が静脈瘤なので、子どもたちが表現するのは、何かモコモコしたものと表現するというところで、そういったものがないかお風呂に入ったときなどに見て、といった発信の仕方ではないかと思っている。

**河村** 宇部市にはそういったチェックリストがあるのか。

**江本委員** まだ作っていないが、今後学校での配布などが許されるなら作っていただけると考えている。少子化は山口県も深刻だが、不妊症の原因にもなることと、白石教授が言われているのが、生殖年齢が終わった50代後半から60代の男性を700人程度調査し、精索静脈瘤がある人とない人とを比べると、1人目のお子さんの妊娠率はあまり有意差がなかったが、2人目、3人目につい

ては、実際に子どもを1人以上望んでいたが自然妊娠した数に明らかに有意差があり、2人目以降の不妊症に関係しているのではないかとということで、これを早くに見つけて治療することが、将来の少子化対策にもなるのではないかと伺っている。

**河村** チェックリストができれば、この会で披露いただければと思う。

### ○インクルーシブ教育について

**池田委員** 教育委員会からインクルーシブ教育についての資料が配布されたので紹介したい。

まず教育支援委員会の役割や実際の判定の流れ、障害のある児童生徒の就学先決定の流れ、特別支援学校、特別支援学級、通級による指導の対象になり得る障害の種類と程度が書かれている。要はどの程度の障害があれば支援学校なのか、あるいは支援学級、通級、通常になるのかという障害ごとの判定基準が書かれている。

聴覚障害では、特別支援学校は両耳の聴力レベルが概ね60dB以上の者のうち、補聴器等の使用によっても通常の話声を介することが不可能又は著しく困難な程度、支援学級は補聴器等の使用によっても通常の話声を解することが困難な程度のものといった基準がある。

知的障害では、知的障害の診断だと通級指導の判定が出ず、支援学校か支援学級になる。自閉症の診断だけでは支援学校には該当しないが、なぜ自閉症の子たちが支援学校に行っているのかというと、自閉症と知的障害の2つの診断名がついているから支援学校の判定が出ている。当然、実際には教育委員会の先生方が診断書とは違ったことであっても、その子のことを考えて判定を出しているので、必ずしも診断が全てではないが、逆に医師の診断書はそれだけ重たいことであるため、特に診断書を書かれる先生方はこういった判定の基準を知っておいた方がよいと思い紹介した。

**藤原委員** 田原副部長から質問を預かっているので代読する。女子のADHDに関して不注意優勢になる傾向があるが、月経気分不快障害、感情

制御などからより注意深く見る必要があるのではないか。また、すべての児童生徒の問題行動の背景に逆境体験、虐待、ネグレクト、家族のアルコール中毒、DV、離婚などが存在することをチェックする必要があるのではないか。

**青島委員** 女子のADHDに関しては多動があまり目立たず、学校生活などで問題が明るみに出にくいため、実は苦労している子が多いと言われている。女子のADHDをどうやって見つけていくか、その困難さをどうやって拾っていくかはひとつの課題である。ADHDは衝動性の問題があるので、自傷する子どもや過食の子どものなかにも結構いる。気分のアップダウンがあるが、よくよく聞いていくとADHDなのではないかという子どもにもたくさん出会う。月経に関しては、ADHDであろうがなかろうが、思春期年代の女子はホルモンの変動が情緒にも非常に関係するし、当然ADHDタイプの子どもの情緒が不注意症状にも影響を及ぼすので、関連性はあると言えると思う。月経に関する困難は思春期の子どもたちにとって大きな問題なので、注目していきたいテーマだと思う。

逆境体験は子どものメンタルヘルスにおいて、精神科医療でもとても大きく注目されているところだと思う。大人でパーソナリティ障害と診断がつくような人たちも、もしかしたら逆境的な育ちがあるのではないかと、虐待をする親にもやはり逆境的な体験があって、自分の養育体験が子どもの養育にも影響しているのではないかということもたくさんある。それを言うと、ほとんどの精神障害において逆境的な体験が関連しているのではないかと思って見ていく必要があり、子どものメンタルヘルスを見ていく上でも重要である。学校健診後の受診率という話が以前の会議でもあったが、受診率が上がらない背景には子どもの環境のベースである家庭の課題もあると思う。

教職員の先生方のメンタルヘルスについて、私はとても関心があり、先生方が抱えているストレスがいかに大きいかを考える。そして忙しい方が多いのでおそらく精神科受診のための利用券を持っていてもクリニックに来られない、行けない。しかも、真面目な先生方ほど教職にある自分が

メンタルヘルスで病んでよいのかとか、待合で知り合いに会うのではないかと、そういうことでも悩み行きにくい、行けないといった話も伺う。先生方のメンタルヘルスをどう支えるかは重要な課題と考える。先ほどの逆境体験という話でいくと、どうしても逆境的な育ちをする子どもたちはいるわけで、もちろんそれを減らしていくのは重要だが、それは例えば、周産期の時点から母子それぞれのメンタルヘルスを見ていくということだと思われ、逆境体験のある子どもたちをどうやってケアをしていけばよいのかという点においては、再トラウマをいかに防ぐかというトラウマケアの観点がとても重要になる。再トラウマを防ぐというのは、また傷つく、また同じような目に遭ってしまうことを防いでいくということだが、学校現場がどれだけ安心な場か、学校がどれだけ情緒的に支えてあげられるか、そういうことになってくるので、そこで先生方に期待することは大きいですが、そういったことまで先生方が背負っていくのはとても大変だと思う。先生方がメンタル的に満ちておられることがとても重要であり、職員室など教職の方々で作られるチームや、全体集団のメンタルヘルスといったことまで影響が及んでいく。そういった観点で例えばスクールカウンセラーの方のなかにも職員室全体のメンタルヘルスを見ることができたりすると、とても心強いことだと思う。

**江本委員** ひと昔前、月経前症候群（PMS）は30代半ばで子どもを2人ぐらい抱えていて、子育てをしながら家事をしてというストレスを背景に出る月経前の不調と教科書的に書いてあったと思うが、今はとても若年化してきており、小学生で初経が1回来ただけでも、PMSを疑い、お母さんに促されて受診する子もいる。

マスコミや雑誌もPMSについて発信しはじめたので広く認知されてきているが、お子さんや自身のメンタルな不調や社会的（学校や職場、人間関係など）にもうまくいかない原因が月経ではないか？と考えるお母さんや若い女性が実際増えている。排卵が起こることで、月経前のホルモンバランス上、周期的に生じるさまざまな不調

がPMSであることから、婦人科では治療として、排卵を抑えるピルを使うことが一般的である。最初はピルを飲んだという安心感からか、とても良くなったと言う方でも、しばらく継続しているとまた調子が悪くなったと言う方が結構おられる。つまり、PMSは必ずしも月経だけが原因でなく、自身の性格や、背景に抱えている精神的なストレス、環境などさまざまな因子が複雑に関与している場合が少なくないと思われる。例えば恋人と別れると、PMS症状が増悪するケースや、自傷行為を繰り返すなど希死念慮を抱くケースもある。小児期の虐待経験や、不登校、複雑な家庭環境の増加とともに、単純なPMSではない子がかなり増えてきている印象である。

### 7. 学校医活動記録手帳について

河村 学校医活動の記録の令和6年度集計結果を報告する。令和6年度は524冊配布し、248枚の提出があり、提出率は47.3%であった。提出数248に対して回答数合計は646だが、これは令和2年度から一枚の記録表に複数校分の記録を記入する形式となったため、646は学校医の担当している学校数を示す。

また、現在、県医師会では財政状況を踏まえて事業の見直しを行っており、学校医活動記録手帳の今後について協議いただきたい。この記録手帳は、平成20年度から徳山医師会で使用されていたものを、平成24年度から山口県医師会で発行・集計を行うようにしたもので、活動を記録することで、自身の活動の振り返りに役立てていただくことと、記録の集計により県内学校医の活動状況を目に見えるものとするを目的としている。現在は本会で作成した記録手帳を年度始めに各郡市医師会を經由して学校へ配布し、学校医の先生方には随時活動を記録していただいた上で次年度記録を提出いただく形で運用している。ここ数年の回収率は40%台で、集計結果は学校医部会役員会及び本日の郡市医師会学校保健担当理事協議会で共有している。

県医師会から例えば医師会ホームページに公開してダウンロード形式にして利用いただくという

案や、発行終了するという案も提示したが、出席した学校医部会役員、各郡市担当理事の皆様から、記録手帳の役割は終わったと思われ、今後はダウンロード形式としてよいのではないかという意見をいただいたことから、今後、県医師会で検討することとなった。

### 8. 令和6年度学校検尿集計結果について

河村 山口県教育委員会では毎年、学校検尿の結果を集計しており、今年度の結果を提供いただいたが、精密検査受診率が伸びたという印象を持った。前年度は小学校で6割程度の受診率だったかと思うが、令和6年度は小学校で72.1%であった。

### 9. その他

○本県の施策に係る課題の共有について

県教育庁 山口県教育振興基本計画の推進指標では、肥満傾向児の出現率は令和3年度小5男女の出現率を基準値としており（小5男子11.42%、小5女子：8.09%）、令和9年度の目標値を小5男子：9.0%、小5女子：6.0%としている。計画2年目である令和6年度には、小5男子16.39%、小5女子10.50%と進捗が大幅に遅れている状況となっている。

生活習慣の変化の影響などが要因として考えられることから、健康診断結果を踏まえた個別指導、望ましい生活習慣の定着に向けた健康教育の充実、生活の中で運動に親しむ習慣をつくるなどの取組みを進めているところだが、課題として共有させていただく。

県下唯一の医書出版協会特約店

医学書専門 井上書店  
看護学書

〒755-8566 宇部市南小串2丁目3-1(山口大学医学部横)

TEL 0836(34)3424 FAX 0836(34)3090

[ホームページアドレス] <http://www.mm-inoue.co.jp/mb>

新刊の試覧・山銀の自動振替をご利用下さい。

# 令和7年度山口県医師会県民公開講座

と き 令和7年12月7日(日) 13:00～16:05

ところ 山口県総合保健会館2階「多目的ホール」

令和7年12月7日(日)、山口市の山口県総合保健会館の多目的ホールで県民公開講座を開催した。

加藤会長の開会挨拶の後、第16回フォトコンテストの表彰式が行われ、その後、審査委員長の下瀬信雄様による講評が行われた。

今回の県民公開講座は最初に産業医科大学の大和浩教授に禁煙に関する講演をしていただいた後、特別講演としてテレビでも活躍されている高嶋弘之様に講演いただき、多数の参加があった。

## 講演

紙巻きタバコ、加熱式タバコ、電子タバコの  
違いとそれをやめる方法・やめさせる方法

産業医科大学産業生態科学研究所

健康開発科学研究室 教授 大和 浩

## はじめに

2005年、日本循環器学会や日本呼吸器学会、日本口腔衛生学会など9つの医歯学会が合同で作成した「禁煙ガイドライン」において「喫煙は“喫煙病(依存症+がん、心筋梗塞、脳卒中、糖尿病など)”という全身疾患であり、喫煙者は“積極的禁煙治療を必要とする患者”」「喫煙すること自体が病気」と定義され<sup>1)</sup>、翌2006年から禁煙治療に公的医療保険が適用されることになった。仮に、「嗜好品」であれば、医療保険が適用されるはずがない。ちなみに、広辞苑第7版でも「嗜好品」から「タバコ」は削除され(2018年)、ウィキペディアでは自分でコントロールすることができない「嗜癖品」として扱われている。

## I. タバコに起因する2つの依存

タバコに対する依存性は、①「ニコチンに対する身体的依存」、②タバコがないと物足りないと感じる「心理的依存」の2つが強固に結びつくこ

とで禁煙を困難にしている。

筆者もかつて典型的な「タバコ依存」の患者であった。浪人時代に喫煙を始め、大学時代にやめられなくなり、呼吸器内科に入局しても禁煙できず、教授に隠れて、喫煙できる循環器内科の医局に行き行って吸うほど重症の患者であった。今思うと、口臭や衣服についたニオイ(三次喫煙)で教授には私が喫煙者であること分かっていたはずであるし、当時の循環器内科の非喫煙者に対して受動喫煙の加害者になっていたことを猛省している。

## 1) ニコチンに対する身体的依存

図1はフィリップモリス社による自社製品の紙巻きタバコ(マールボロ)と後述する加熱式タバコ(アイコス)を喫煙した場合の血中ニコチン濃度の推移である<sup>2)</sup>。いずれも、8分後に最高値となり、その半減期は約2時間であることが示されている。筆者がかつてそうであったように、喫煙者は一定レベルの血中ニコチン濃度を維持するために頻回にニコチンを補給せねば平静を保つことができない。つまり、「依存」という観点からは加熱式タバコも同様であり、加熱式タバコの利用者もニコチン依存症として禁煙治療が必要であり、医療保険も適用される。

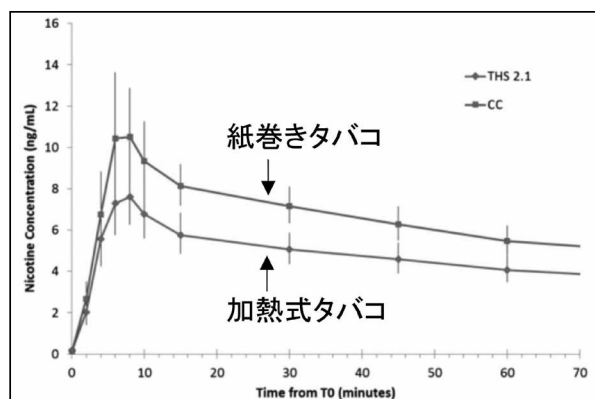


図1 紙巻きタバコと加熱式タバコによる血中ニコチン濃度

## 2) タバコに対する心理的依存

生活や仕事のさまざまな状況で喫煙していると、タバコがないと「口寂しい」「間が持たない」「物足りない」と感じるようになる。これが、心理的依存である。さらに、「仕事のストレスがあるから禁煙できない」と言い訳する人も多い。仕事中は誰も1～2時間おきに休憩をとる。小休憩のタイミングは血中ニコチン濃度が半分に低下した状態であり、喫煙によって脳内で放出されるドーパミンが脳内報酬回路を刺激し多快感を、アセチルコリンが覚醒と集中力を回復させる。昼食抜きで血糖が下がった状態で食べるおにぎりが美味しいと感じられるのと同じである。

小休憩による仕事のストレス解消とニコチン切れのストレス解消は区別ができないため、多くの喫煙者は「仕事のストレスがあるから禁煙できない」という思い込みにつながる。また、ニコチン濃度が低下すると思考能力も低下する。その状態で喫煙すると脳が活性化されて良いアイデアが浮かぶ。その結果、かつての筆者のように「タバコを吸うと仕事ははかどる」という現象が確かに発生する。しかし、それは本来の能力に近づくだけである。逆に言うと、ニコチン濃度の低下で脳の活性が低下している状態はホワイトカラーにとって潜在的な「サボリ」であり、集中力が定期的に低下するために労働災害<sup>3)</sup>と交通事故死亡のリスク<sup>4)</sup>を高める。

## II. 職場におけるニコチン依存の問題点

法律、ガイドライン、及び、労働衛生の3管理、快適職場づくりの観点から、職場に喫煙者（ニコチン依存症の患者）が存在することの問題点について記述する。

2020年に全面施行された改正健康増進法では、「望まない受動喫煙」をなくすことが求められている<sup>5)</sup>。具体的には、第一種施設（学校、病院、行政機関等）は敷地内禁煙、第二種施設（国会、一般企業、飲食店等）は屋内禁煙、あるいは、喫煙専用室を設置してそれ以外の共用スペースは禁煙とすることが求められている。

## 1) 作業環境管理：受動喫煙

2000年代、排気装置を設置し、出入口で0.2m/sの空気の流れを発生させる喫煙室を設置することが推奨されたが、実際に運用してみると喫煙室の外でも微小粒子状物質（PM<sub>2.5</sub>）が上昇することが認められ、タバコ煙の漏れは防止できないことが分かった（図2）<sup>6)</sup>。

喫煙室からタバコ煙が漏れる原因を以下に示す（図3）。

- ・喫煙者の入退室による出入口の気流の乱れ
- ・肺に残った煙の禁煙区域での呼出（約4分間）

肺に残った煙の排出は約4分間続く。喫煙直後の呼気が強烈にクサイのは、その場で吸っていないがタバコ煙を吐き出し続けているからである。建物を全面禁煙とした上で喫煙後4分以内に屋内への立入を禁止するルールが必要である。

また、喫煙室の清掃を業者に委託している場合、担当者が高濃度の受動喫煙に曝露されることが防止できない（図4）<sup>7)</sup>。

第一種施設（病院、学校、行政機関等）では、条件付きで屋外に喫煙所を設置することが認められてはいるが、その場所から風下25メートルでも粉じん計で検出できる「望まない受動喫煙」が発生するので、改正健康増進法を遵守できない（図5）<sup>8)</sup>。さらに、清掃業者が「望まない受動喫煙」に曝露されることは屋外であっても変わりはない（図6）。

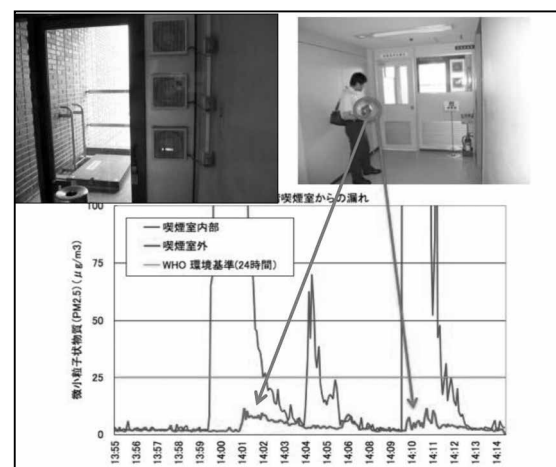


図2 喫煙室内外の微小粒子状物質（PM<sub>2.5</sub>）の測定

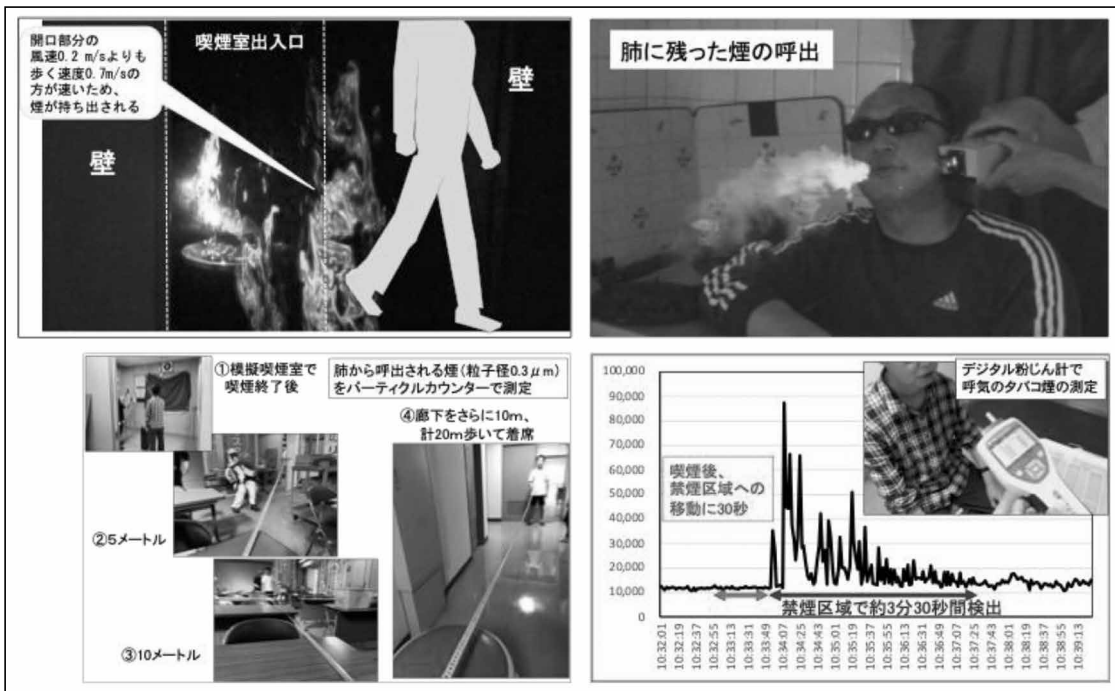


図3 喫煙室からの漏れを防止できない3つの原因

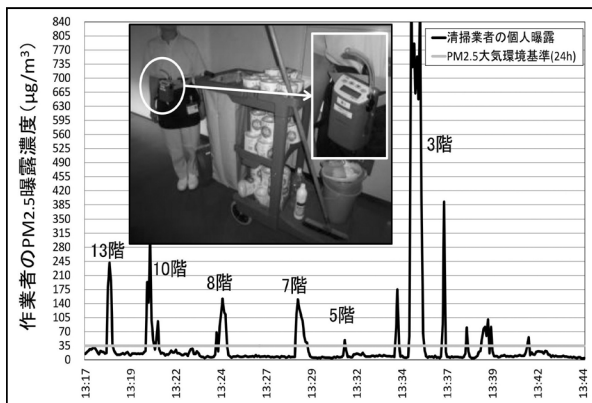


図4 清掃業者の職業的で高濃度の受動喫煙

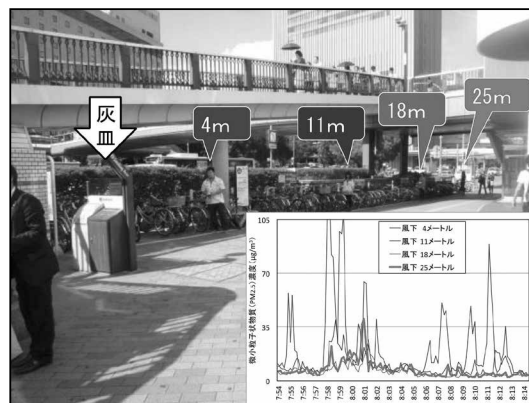


図5 喫煙場所の風下で発生する受動喫煙

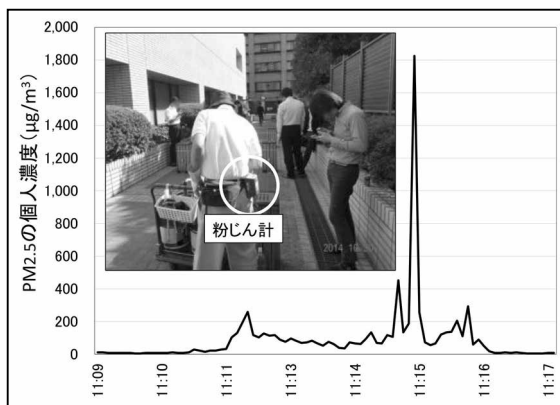


図6 喫煙場所の清掃業者の受動喫煙 (筆者測定)

以上より、改正健康増進法が求めている「望まない受動喫煙」を完全に防止するためには、職場や公共施設を敷地内全面禁煙とした上で敷地周囲での喫煙も禁止する以外に手段はない。

### 2) 作業管理、労務管理、快適職場の観点から勤務中の喫煙禁止

勤務中の喫煙ができる職場では、タバコ離席による職場離脱が発生し、以下の問題が発生する。

- ・喫煙者本人の作業効率の低下 (着席していてもニコチン濃度低下⇒脳機能低下)

- ・喫煙場所から戻るまで待たねばならないことによる組織全体の効率低下
- ・喫煙者の離席中の電話応対等による周囲の余分な業務負担
- ・喫煙後のタバコ臭（三次喫煙）による周囲への精神的負担（不利益）

三次喫煙とは、喫煙後の口臭や衣服から発生するタバコ臭であり、気管支喘息や化学物質に過敏な体質の者にとっては発作や気分不良の原因となる。持病がない人においてもタバコ臭は快適な職場づくりの妨げとなる。なお、喫煙後のタバコ臭は、2010年の厚生労働省健康局長通知で「残留タバコ成分」と定義され、注意喚起が行われている。

喫煙前後の口臭に含まれる総揮発性有機化合物（Total Volatile Organic Compounds：TVOC）を測定したところ、喫煙前の状態に戻るまで45分が必要であった(図7)<sup>9)</sup>。このデータが元になり、北陸先端科学技術大学院大学では喫煙後45分間

の敷地内への立入が禁止され、イオングループや野村総研HDでは職場に入る45分間前（出勤前、昼休憩）の喫煙の自粛を求めるなど、「45分間ルール」として広まりつつある。特に、「接客者がタバコ臭いと購買意欲が半減する」という調査もあり<sup>10)</sup>、企業に損失を与えかねない問題として検討するべきである。

### 3) 健康管理：喫煙関連疾患の予防

健康日本21（第二次）で示されたように、高血圧と喫煙は日本人の主要な死因であり、喫煙による超過死亡数は毎年18万7千人である(図8)<sup>11)</sup>。その医療費は企業や国の健康保険に余分な負荷となるため、喫煙関連疾患（がん、脳卒中、心筋梗塞など）に罹患する前に禁煙治療費を補助して禁煙に誘導する企業が増えてきた。この流れが健康日本21（第三次）でさらに加速することを期待したい。

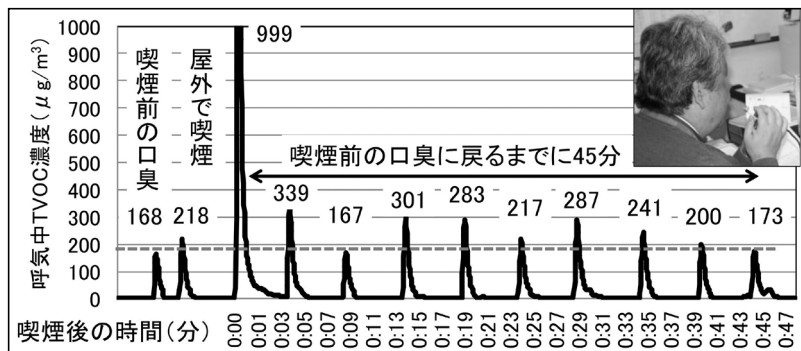


図7 喫煙後の口臭に含まれる化学物質による三次喫煙

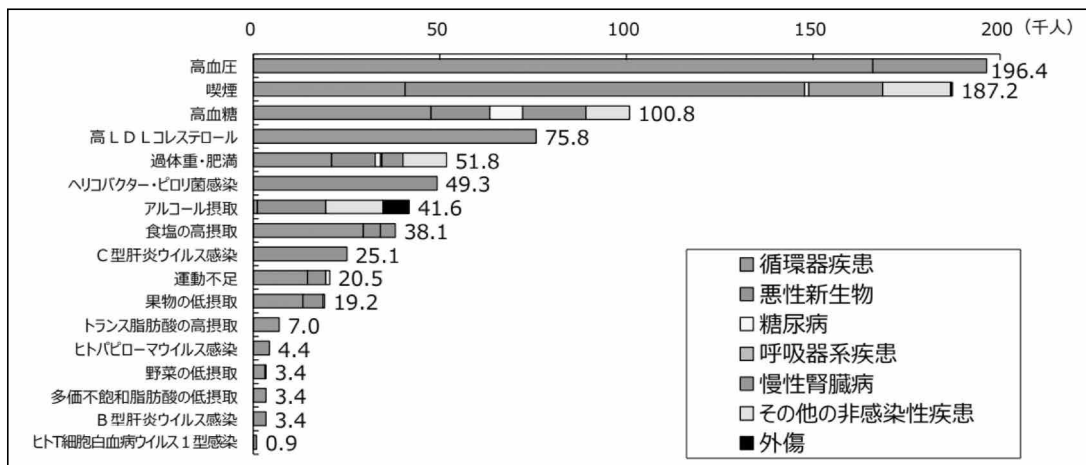


図8 我が国における危険因子に関連する非感染性疾患と外因による死亡数 令和元（2019）年

4) 在宅勤務における問題点

新型コロナウイルス後、在宅勤務を取り入れる企業が増え、自宅で喫煙することによる近隣住宅への「望まない受動喫煙」が社会問題としてクローズアップされている。図9は集合住宅の2階のベランダでタバコを燃焼させ、上のフロアと同じフロアの隣家のベランダと窓を開けた室内でタバコ煙の濃度を測定した結果である<sup>12)</sup>。上のフロアだけでなく、同じフロアの隣家でもベランダから室内にタバコ煙が流入することが確認された。戸建て住宅の庭先で喫煙する場合、風下へ40メートル離れた住宅への加害者となる(図10)。台所の換気扇の下で喫煙した場合は、排気に含まれるタバコ煙によっても同様の被害が発生する(図11)。

在宅勤務を行っている企業では、社員が近隣の家庭に対して「望まない受動喫煙」の加害者にならないように社員の喫煙を自宅であってもゼロにすることは企業の社会的な責任と考えるべきである。

5) 加熱式タバコと電子タバコ

コンビニエンスストア等のレジの向こう側にあり、従業員の手を介して購入せねばならないものが加熱式タバコである。陳列棚から消費者が商品を手に取り、レジで購入するものが後述する電子タバコである<sup>13)</sup>。

加熱式タバコ、電子タバコ、紙巻きタバコの相違点を以下に示す(図12)<sup>13)</sup>。

5-1) 加熱式タバコ

令和6年の国民健康・栄養調査では、20～30代の喫煙者の半数以上が加熱式タバコを喫煙していることが報告されている(図13)<sup>14)</sup>。

加熱式タバコは粉末にした葉タバコを使用しており、紙巻きタバコから発生するほとんどの有害物質は、たとえ濃度が低減されたとしても発生する。実際、紙巻きタバコの喫煙者に発生が多い急性好酸球性肺炎を発症し、ステロイドの大量投与で救命された重症例が報告されている(図14)。

ラットに鼻部曝露した動物実験では、紙巻きタ

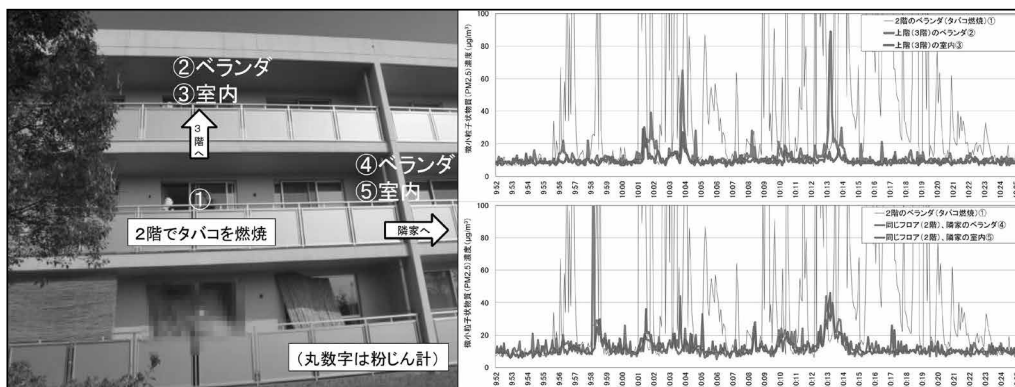


図9 集合住宅のベランダ(2階)での喫煙による上階と隣家への受動喫煙



図10 住宅街、40メートル離れた受動喫煙



図11 台所換気扇→共用廊下→隣家への被害

	加熱式タバコ	電子タバコ	紙巻タバコ
タバコ業	使用	使用しない	使用
有害化学物質	あり	あり	あり
ニコチン	あり	なし(海外ではあり)	あり
充填液	一部の製品で使用	使用	不使用
燃焼	なし	なし	あり
タバコ事業法	対象	対象外	対象
タバコ税	あり	なし	あり
タバコ外箱にニコチン・タール量表示	なし	なし	あり
広告	一部雑誌等 自主規制	不明 規制なし	一部雑誌等 自主規制
外部加熱装置	使用	使用	使用しない
煙・エアロゾルの発生原理	加工されたタバコ葉を加熱	味のついたプロピレングリ コール等を熱コイルで蒸気 にする	タバコ葉の燃焼

図12 加熱式タバコ、電子タバコ、紙巻タバコの相違点(稲葉らの論文より)

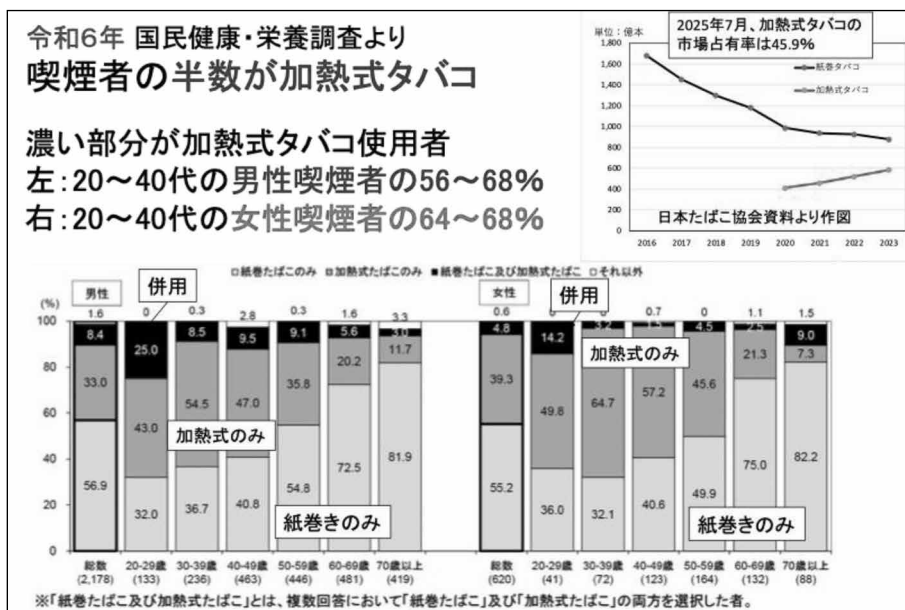


図13 紙巻タバコと加熱式タバコの使用割合(令和6年国民健康・栄養調査)

Respirology Case Reports  
Acute eosinophilic pneumonia following heat-not-burn cigarette smoking  
Takahiro Kamada, et al. Department of Respiratory Medicine,  
Kobe City Medical Center West Hospital, Kobe, Japan

OPEN ACCESS  
アイコス使用者の急性好酸球性肺炎  
ステロイド大量点滴で救命

初診時 (A) 治癒後 (C)

20歳、男性、アイコスを20本/日で6か月→40本/日で2週間使用。  
息切れを主訴に来院。喘鳴なし、背部で捻髪音あり。  
白血球数 15,690/mm<sup>3</sup> (好中球 88%、リンパ球7%、好酸球 1%)  
気管支肺胞洗浄液: 細胞数 8.6 × 10<sup>5</sup>/ml  
(好酸球 60%、リンパ球 20%、マクロファージ 15%、好中球 5%)

Respirology Case Reports, Vol 4, Issue 6, 3 OCT 2016 DOI: 10.1002/rcr2.190  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/rcr2.190/full#rcr2190-fig-0002>

図14 加熱式タバコの喫煙によって発症した重症肺炎

バコへの曝露と同程度の肺気腫が発生したこと、また、心血管系の反応は同じであったこと、加熱式タバコを喫煙した妊婦から生まれた子どものアレルギー発症率が増えたことも報告されている。

厚生労働省のホームページに公開されている2018年時点の「加熱式タバコにおける科学的知見」において、発がん性物質であるホルムアルデヒドは紙巻きタバコの15～25%発生することが記載されており<sup>15)</sup>、長期間の使用で発がんするリスクも懸念されている(図15)。

加熱式タバコの新聞等の広告では屋内で使うことが可能であることがアピールされているが、部屋を暗くして特殊なレーザー光線を照射すると周囲の空気を汚染することは明らかである(図16)。それを裏付けるように、加熱式タバコを使用する父親と同居している非喫煙の妻と子どもの尿からニコチンの代謝物(コチニン)と遺伝子障害の指標が検出されたことが報告された(図17)。

「有害性化学物質を95%低減」をアピールすることで急速に蔓延した加熱式タバコであるが、毎

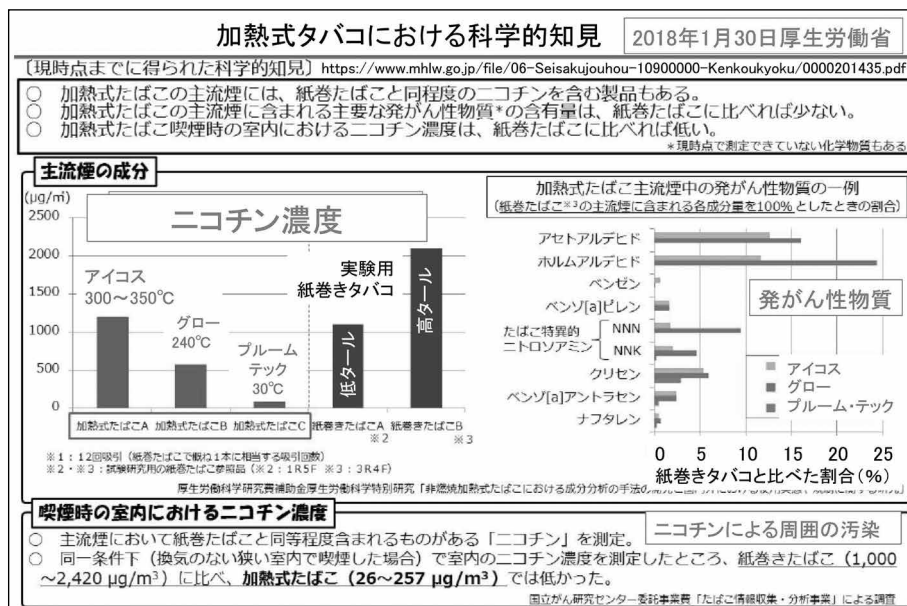


図15 厚生労働省、加熱式タバコにおける科学的知見 (2018年)

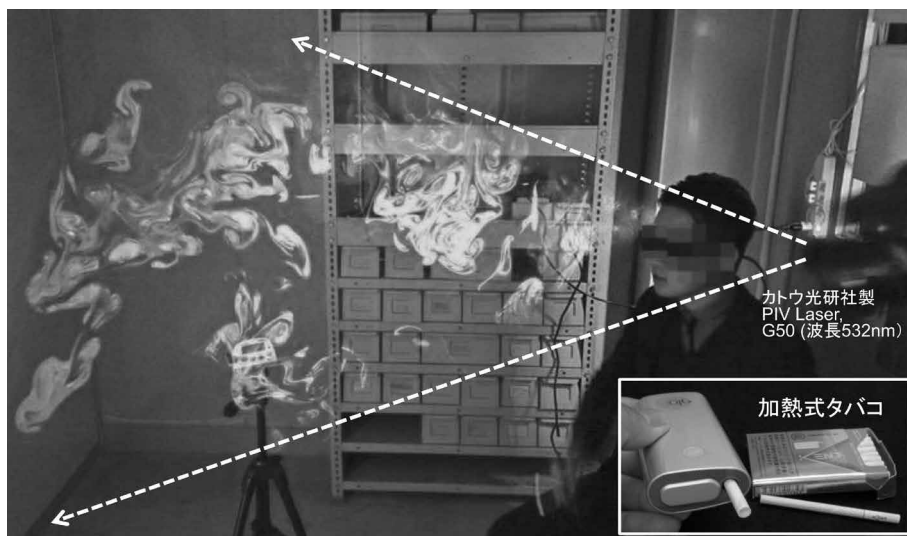


図16 加熱式タバコによる受動喫煙

年19万人の死者を発生させる紙巻きタバコを比較すること自体がナンセンスである。

### 5-2) 電子タバコ

海外ではニコチン入りのリキッドを加熱して発生させたエアロゾルを吸入する電子タバコが一般的であるが、わが国ではニコチン入りのリキッドを使用する電子タバコの販売は医薬品医療機器等法により禁止されている。近年、大麻成分を含むリキッドを電子タバコにより吸引して警察に逮捕される者、あるいは、日本では未承認の鎮静剤（エトミデート）を含むリキッドを霧化して吸引して酩酊状態となるいわゆるゾンビタバコが社会問題となっている。大麻成分をその場で検出する試薬はあるが、エトミデートの検査試薬は存在せず、化学構造を少しずつ変化させて出回るため、その対応は困難であることが報道されていた（2026年1月）。

いずれもリキッドの主成分は経口摂取しても無害なグリセロール（独：グリセリン）であるが、粘稠な有機溶剤でありエアロゾルとして肺に吸引することの危険性・安全性の検証は行われていない。

海外では、電子タバコの使用による重症肺炎が多発し、米国CDCから電子タバコ関連肺傷害として警告が発せられている<sup>14)</sup>。

### 5-3) 水タバコ（シーシャ）

葉タバコにミントやフルーツ、チョコレートなどのフレーバーを混ぜ、ペースト状にし、木炭で加熱して煙を発生させ、水を通してチューブで吸い込むものである。トルコなど中近東の風習であったが、ファッション感覚で若者を中心に全国に急速に広がっている。

店内は一酸化炭素、二酸化炭素、微小粒子状物質（PM<sub>2.5</sub>）で汚染されていること、従業員の呼気中CO濃度は重喫煙者並みに上昇することを日本公衆衛生学雑誌に受理されており、近々、公開される予定である（図18）。

### 6) 最終的な解決策は「喫煙率ゼロ」

2024年5月の日本産業衛生学会において、某大規模事業場（2,020人）の画期的な喫煙対策が優秀演題賞を受賞した<sup>14)</sup>。2020年で喫煙者367人（15%）に対して以下の施策を実施した。

- ・全体から個人への介入⇒本人、上司、人事部の

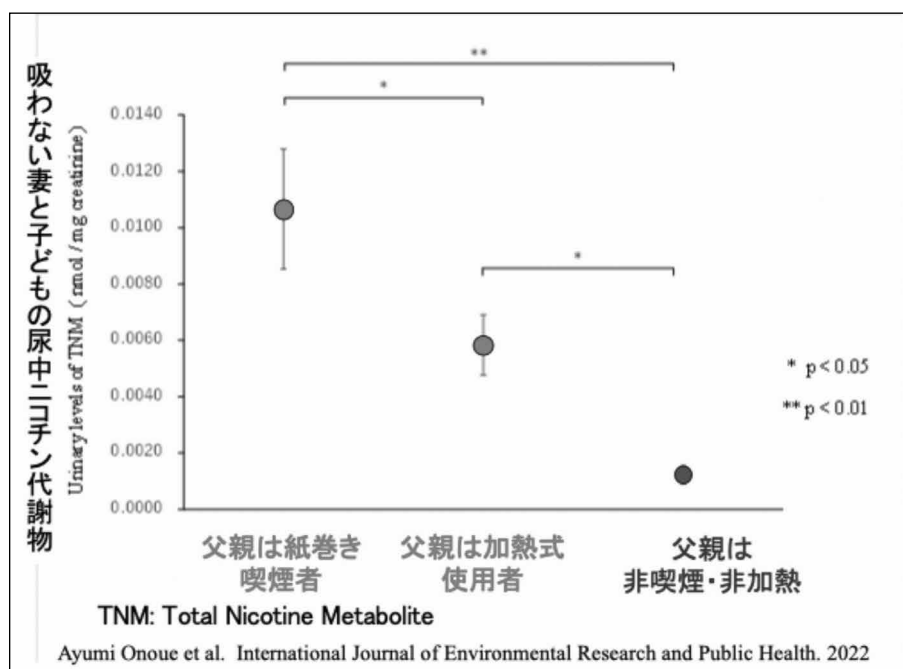


図17 紙巻きタバコと加熱式タバコによる家族への受動喫煙

三者面談で禁煙を強く勧奨

- ・ 社長から直筆署名入りの卒煙メッセージ
- ・ 採用、昇進、定年後継続雇用の要件「非喫煙」

2021年の喫煙率は9.2%、2022年は5.6%、2023年4月に2.2%、同年11月には0.3%（7人）まで下がり、2024年5月の学会発表時にはさらに1名が禁煙し、3年間で367人の喫煙者は6人にまで減少した（図19）。

同様の対策をすべての企業が採用すれば、健康日本21（第三次）で掲げられている成人喫煙率12%の早期達成に貢献できると思われる。

おわりに

タバコ1箱の値段が500～600円（2025年12月）となり、公共的な空間や職場での喫煙が

制限されても喫煙している人は、「吸いたいから吸っている」のではなく、「やめられないから吸っている」気の毒な状況であることを理解することが対策の第一歩である。

改正健康増進法に伴って発出された「職場における受動喫煙防止のためのガイドライン（令和元年）」では、本稿で紹介したような良好事例を衛生委員会等で紹介すべきことが記載されている<sup>15)</sup>。社員・国民の健康は企業・国家にとって資産である。仮に、心筋梗塞や脳卒中でベテラン社員が倒れた場合、新人を入れても戦力にはならない。

喫煙者がゼロになれば、タバコ離席がなくなり企業全体のパフォーマンスが上がること、タバコ臭がない快適な職場環境になること、帰宅後や在宅勤務日に近隣家庭への加害者とならない、など

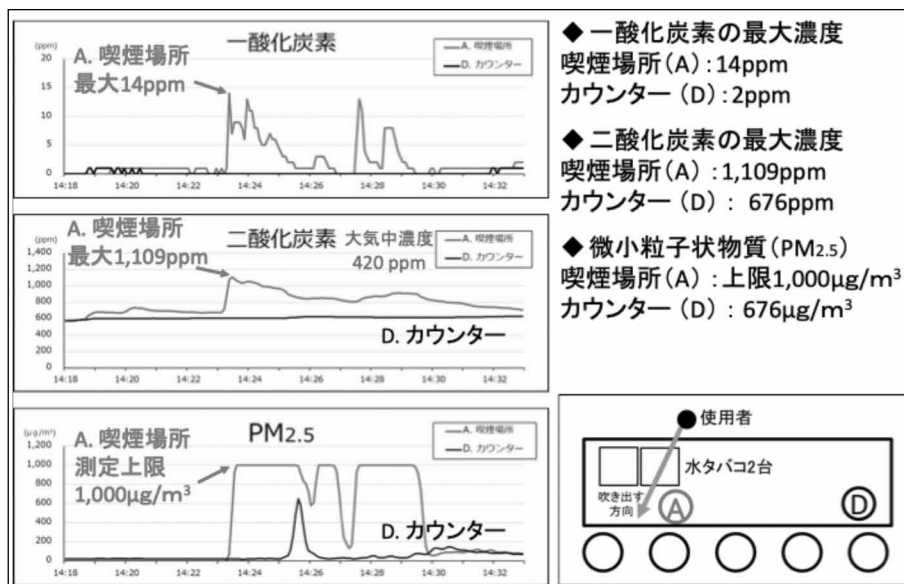


図18 水タバコ（シーシャ）バーの店内の空気環境汚染

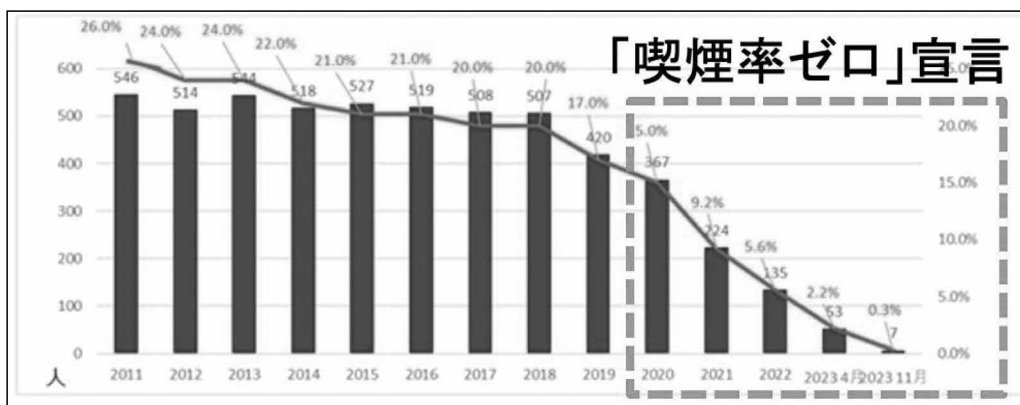


図19 全体への呼びかけから個人へのアプローチに切り替えた企業の喫煙率

良いことづくめである。

喫煙者のためにこそ、「吸わない社員・国民100%」を掲げた職場・国家のタバコ対策を推進して欲しい。

#### 参考資料

- 1) 禁煙ガイドライン. 藤原久義, 阿彦忠之, 飯田真美, 他. Circ J 2005; 69: 1005-1124.
- 2) Picavet P, Haziza C, Lama N, et al. Ludicke F, Comparison of the pharmacokinetics of nicotine following single and ad libitum use of a tobacco heating system or combustible cigarettes. Nicotine Tob Res. 2016; 18: 557-563.
- 3) Morita Y, Yamato H, et al. Relationship Between Nicotine Dependency and Occupational Injury in a Japanese Large-Scale Manufacturing Enterprise. A Single-Center Study. J Occup Environ Medicine. 2018; 60(12): e656-e662. (2025年12月30日閲覧)
- 4) 喫煙者は交通事故死亡が高い傾向(東北大学). <https://www.tohoku.ac.jp/japanese/2018/07/press20180704-smoking.html> (2025年12月30日閲覧)
- 5) 厚生労働省. 健康増進法の一部を改正する法律. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000189195.html> (2026年1月2日閲覧)
- 6) 大和 浩. たばこ規制枠組み条約に基づいたたばこ対策の推進 第8条 たばこの煙にさらされることからの保護. 保健医療科学. 2016; 64: 433-447.
- 7) 大和 浩. 職場の喫煙問題の現在. 産業医学ジャーナル. 2019; 42: 4-10.
- 8) Yamato H, et al. Designated smoking areas in streets where outdoor smoking is banned. Kobe J Med Sci. 2013; 59: E93-E105.
- 9) 大和 浩. 受動喫煙の影響に関する最新情報. 保健師ジャーナル. 2019; 75(02): 105-112.
- 10) 喫煙に関する意識調査. <https://service.jinji-bu.jp/news/detl/13012/> (2026年1月2日

閲覧)

- 11) 厚生労働省. 健康日本21(第二次)最終評価報告書. <https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/001077214.pdf> (2024年1月2日閲覧)
- 12) Yamato H, Jiang Y, et al. Secondhand smoke from a veranda spreading to neighboring households. J UOEH 2020; 42: 335-338.
- 13) 稲葉洋平, 牛山明. 加熱式たばこの有害性について. 保険医療科学. 2020. 69(2), 144-152.
- 14) 厚生労働省. 令和6年国民健康・栄養調査. [https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_66279.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_66279.html) (2026年1月2日閲覧)
- 15) 厚生労働省. 加熱式たばこにおける科学的知見. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000201435.pdf> (2026年1月11日閲覧)
- 16) Outbreak of Lung Injury Associated with the Use of E-Cigarette, or Vaping, Products [https://archive.cdc.gov/#/details?url=https://www.cdc.gov/tobacco/basic\\_information/e-cigarettes/severe-lung-disease.html](https://archive.cdc.gov/#/details?url=https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/severe-lung-disease.html) (2026年1月11日 閲覧)
- 17) 久我佳奈, 末成美奈子, 小林玲子, 他. 「喫煙率ゼロ」に向けた3年間の取り組みとその成果～全社員への感謝を込めて～. 産業衛生学雑誌. 2024; 第66巻 臨時増刊号: p429.
- 18) 厚生労働省. 職場における受動喫煙防止のためのガイドライン(令和元年7月1日 基発0701第1号) <https://www.mhlw.go.jp/content/000524718.pdf> (2024年1月2日 閲覧)

[ 文責: 産業医科大学産業生態科学研究所

健康開発科学研究室教授 大和 浩 ]

#### 特別講演

元気の秘訣は音楽にあり!

株式会社シンバ取締役兼

ゼネラルプロデューサー 高嶋 弘之

特別講演は、バイオリニスト高嶋ちさ子さんのお父様である高嶋弘之さんをお呼びして「元気の

秘訣は音楽にあり！」の演題でご講演をいただきました。まず、なぜ高嶋弘之さんをお呼びしたのか経緯を説明させていただきます。

私が書いた飄々の原稿を読まれたことのある方ならお気づきと思いますが、広報委員である私は熱烈なビートルズファンで、趣味が高じて音楽雑誌などへの資料提供や原稿執筆などの活動もさせていただいています。そんな関係で日本一有名なビートルズ研究家、藤本国彦さんを通じて数年前から高嶋弘之さんとも交流させていただくようになりました。高嶋弘之さんは俳優・高島忠夫さんの弟さんで、音楽業界で働いてこられた方です。昭和39年ビートルズ日本デビュー時に東芝音楽工業ビートルズ担当初代ディレクターを務められ、あの有名な「抱きしめたい」「ノルウェーの森」などの邦題を付けられたのもすべて高嶋さんです。その後も数々の日本人アーティスト、由紀さおりさん、フォーククルセダーズ、谷村新司さんなどを世に出し、現ポニーキャニオン、現ユニバーサルミュージックの要職を務められた後、現在も現役で音楽業界活動をなさっています。先述のとおり、お子様は今をときめくバイオリニストの高嶋ちさ子さんで、最近ではもう一人の娘さんであるダウン症の未知子さんと3人で高嶋ファミリーとしてテレビでもご活躍です。

そんな高嶋さんは現在御年91歳ですが非常にパワフルで、お会いするたびにどこからこのパワーが生まれてくるのだろうと不思議に思っていました。そんな高嶋さんは2年ほど前に「笑う老人生活」という本を出版され、そこにはいまも元気に活躍なさっている理由がみつまっています。

これを読んで、ぜひ県民公開講座でその元気の秘訣を県民の皆さんにお話ししていただきたいと思います。呼び出したというわけです。

ご講演はビートルズのこと、世に出した日本人アーティスト達のこと、音楽業界の裏話、ダウン症の未知子さんのこと、ちさ子さんのこと、高嶋ファミリーとして出演している番組のこと（ご講演の2週間後に高嶋ファミリーの特集番組が2時間にわたりゴールデンタイムに全国放送されました）などなど多岐にわたりました。なんと高嶋さんは91歳にして歌手としてソロステージデビュー（!）もされたそうでそのお話も聞けました。また高嶋さんは仕事上でいくつも挫折を経験もされたそうですが、その挫折さえも自慢話とおっしゃる元気ぶりです。1時間の枠でご講演をお願いしていましたが、あっという間に1時間が経過し、これならばもっと長い時間をお願いしておけばよかったと後悔したほどです。実際、高嶋さんは「（笑いながら）もっと長くしゃべらせろ」とおっしゃっていました。とにかく、まったく91歳とは思えないパワフルなご講演で、おそらく聴衆の皆さんは圧倒されたことと思います。また年配の方々はまだまだ私も頑張れると力をいただけたのではないのでしょうか。本当にお元気で、山口に来られてからお帰りになるまでご講演以外の時間もずっとお元気にお話をされていたこともお伝えしておきましょう。何度お会いしても毎回ビックリさせられる91歳、高嶋弘之さんなのでした。

[文責：広報委員 吉川 功一]

## 山口銀行は スマホ1つで

いつでも、どこでも、カンタンに

口座開設も

残高照会も

お振込も

お店に行かなくても大丈夫。便利に使えるアプリです。

この世界で、この街で、このじぶん。

お問合せはヘルプデスクへ

**0120-307-969**

受付時間(平日・土日祝) 7:00~23:00

ダウンロードは  
コチラから

# 令和7年度第2回 JMAT やまぐち災害医療研修会 ～被災地になった場合の初動対応と水問題について～

とき 令和7年11月29日(土) 15:00～17:25

ところ 山口県医師会6階 会議室

### 会長挨拶

**加藤会長** 日ごろより地域において医療のさまざまな分野でご活躍いただき感謝申し上げます。山口県のJMATは平成26年から始まっているが、その前に東日本大震災があり、JMATを作ることになった。毎年2回研修会を実施しており、今は28チーム、200名の方がJMATに登録している。今年度の第1回JMAT研修会はクロノロジーの実習を行った。本日は座学で、山口県医療政策課の山根良太様より山口県の災害医療体制について、そして被災地でも大きな課題となる水問題についてWOTA株式会社国内防災事業部プロジェクトリーダーの渡邊賢括様より、能登半島地震から学ぶ国難級災害への備え、そして特定非営利活動法人日本トイレ研究所の代表理事加藤篤様より、災害時におけるトイレ問題について、ご講演をいただくことになっている。災害時の水問題、トイレ対策は非常に重要な課題である。徐々に改善されつつあるが、災害時の仮設トイレの設置が遅くなったり、不足したり、また入浴や手洗いが十分にできない状況が災害の度に生じている。本日のこの会で学ぶべきことは多いと思う。災害はいつ来るかわからないので、備えが重要である。本日の講演を参考にさせていただいて、それぞれの地域に戻って、JMATの活動に活かしていただきたい。

### 講演1

#### 山口県の災害医療体制

#### 山口県健康福祉部医療政策課

医療企画班 山根 良太

本県の災害時医療救護体制は災害対策基本法に基づき作成、山口県防災会議で策定している山口

県地域防災計画によって体系的な整理を行っている。その中で医療救護は一次的には市町が実施し、県はこれを応援、補完する立場となっている。よって、発災時には災害市町村が先に動き、さまざまな支援が必要になれば、県がそれをサポートする体制になっている。

災害発生時には、県知事を本部長とする災害対策本部が設置される。その下に、さまざまな対策部が置かれるが、医療関係では健康福祉部長を本部長とする災害救助部（県保健医療福祉調整本部）が設置される。その下に県内の8医療圏の保健所において地域保健医療福祉調整本部が設置され、県内15か所の災害拠点病院、18か所のDMAT指定病院はそれぞれの地域保健医療福祉調整本部の指揮下で活動する。それぞれの機関に県災害医療コーディネーターや小児周産期リエゾン、DMATや日赤救護班、JMATなどのさまざまな医療チームが参集して活動する（図1）。災害医療コーディネーターは医療救護班等の派遣に関する助言・調整、災害拠点病院は傷病者の受け入れやDMAT活動拠点本部の設置、山口県医師会は

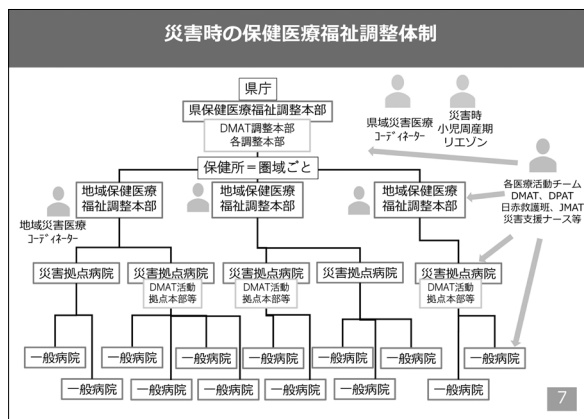


図1



図 2

JMAT の派遣、日本赤十字社は医療救護班の派遣、山口県看護協会は災害支援ナースの派遣、山口県透析医会は透析患者の搬送調整を行う。大規模災害時の災害救助部は救助総務班、医務班、健康管理・防疫班、薬務班の 4 つの班に分かれている。医務班は、医療及び助産、医療機関との連絡を担当している。災害時に保健医療福祉活動を行う関係団体としては、医療対策として DMAT、日赤救護班、JMAT、DPAT、災害支援ナース、自衛隊、食支援・栄養指導として JDA-DAT、自衛隊、要配慮者対策として DWAT、こころのケアとして DPAT、生活不活発病対策として JRAT、歯科保健医療対策として JDAT、感染症対策として DICT がある（図 2）。発災時には 3 時間以内に災害救助部が設置され情報収集を行い、総合調整として、急性期の 48 時間以内に都道府県災害医療コーディネーター、災害時小児周産期リエゾン、災害拠点病院では DMAT、災害拠点精神科病院では DPAT が活動を開始、急性期から亜急性期（2 日～1 週間）にかけて JMAT や災害支援ナースに移行していく。

**講演 2**  
**能登半島地震の学びから、国難級災害に備える**

**WOTA 株式会社国内防災事業部**

**プロジェクトリーダー 渡邊 賀括**

世界の水問題として需要と供給のバランスが非常に悪いとのデータがあり、2030 年には、世界人口の 40% 以上が水不足に陥ると言われている。日本は蛇口をひねれば綺麗な水が出てくる国であるが、水道管の更新で非常に財政を圧迫している

という課題があり、2030 年の想定では、赤字になると言われている。弊社の水循環システム技術を活用することで、その解決ができないかという事で動いている。一度使った水を回収して、循環させ、一般の方でも一定の運用ができるシステムが特徴である。

業界の既存のシステムでは水の状態把握は、アナログ的で定性的な状態で行っている。一方、弊社では、水処理の小型化センサーを開発して、コストを大幅に低減しているのが特徴となっている。既存の運用というのは、経験則に基づき数十年かけながら改善していくが、そのノウハウは個人に蓄積されている。機械だけでは分からない感覚があるかとは思いますが、先ほどお話しした水問題についてスピード感を持って解決していくには難がある。弊社では、センサーのデータを利用し、水処理技術を最適に自律制御して、アルゴリズムを人ではなく機械に学習させ、常に最新のアルゴリズムに改善・発展させている。これらの技術やシステムを活用して水問題を解決したいと思っている。

弊社では防災事業と住宅向け事業の 2 つの事業を行っている。まず住宅向け事業では、住宅にエコキュートのような形で WOTA ユニット（住宅向けの小規模分散型水循環システム）の設置を進めている。雨水なども活用して風呂、洗濯、炊事などで使用した水の 97% を再循環させるような仕組みである。トイレの使用水はトイレのみで別に循環させる。都市部は非常に人口が多くて、設備が整っているので水道管施設を更新していくのが良いと思うが、中山間地域などで広い範囲にまばらに住居がある場合は、水道管を 1km 設置するのに 1 億～2 億円かかることを考えると、WOTA ユニットを設置する小規模分散型の方が貢献できる。もともとは一軒単位で設置していたが、最近は集落単位で設置していくようになっていく。

一方で世界を見ると、水に困っている国はたくさんあり、カリブ海のアンティグア・バーブーダという国の水不足に対し、弊社が国連気候変動枠組条約第 26 回締約国会議（COP26）に招待していただいたのがきっかけで、各家庭に WOTA ユ

ユニット設置を開始した。日本のみならず、世界各国で今プロジェクトを開始している。

次に災害時の水問題について述べる。住宅向け事業と防災事業の大きな違いは、住宅向け事業用の WOTA ユニットは据え置きで持ち運びが困難、水処理の仕方が手前に生物処理を行ってから膜処理をするので、膜にかかるコストは下がり、ランニングコストも非常に下がるが、生物処理を入れる分、水の循環が少し遅くなるデメリットがある。一方で防災事業用の WOTA BOX、WOSH の商品に関しては、可搬型で持ち運びが簡単なのが特徴である。再生率も 98% で、膜処理しかしないので処理スピードが非常に速く、操作が一般の方でもしやすく作ってあるので、専門知識は不要である。防災事業用として、WOTA BOX はシャワーユニットと接続して、一度使ったシャワー水を循環させて使える。主に官公庁が災害備蓄やイベント利用目的で購入しており、災害現場でも使っている。100L の水を用意すれば、そのまま使用すると通常の大人 2 人分のシャワーの量になるが、この WOTA BOX で 98% を再生することで、100 回分使える。手洗いの WOSH は官公庁や商業施設で使っている。

能登半島地震以前にも西日本豪雨や台風の時などに 2 万人以上の方に WOTA BOX でシャワーを浴びていただいている。いろいろなところで WOTA BOX、WOSH で支援させていただいている中で、能登半島地震が生じた。弊社の代表を含め 1 月 2 日から乗り込んで、現地に 1 ~ 2 週間のスパンで数回滞在した際に、断水のためシャワーができない、手を洗えないという災害水ストレスを実感した。インフルエンザなどの感染症の蔓延、被災者のみならず、救援救助者や介護者も過酷な環境下で入浴ができない、手も洗えないという実態があった。最終的には長期断水の避難所において 89% を WOTA BOX、WOSH 合計 300 台を使ってカバーできた。病院と介護施設においても、68 か所で WOTA BOX を 13 台、WOSH を 66 台活用した。医療機関などではアルコール消毒は有効であるが、血液が付いた手の洗浄などアルコール消毒だけでは賄いきれないところも多い。断水した際は、給水車等により医療機関には

優先的に水補給されるが、働く方に対してまでの手洗いや入浴設備をカバーするのは困難である。自衛隊による風呂や公民浴場という方法もあるが、限られた時間でしか運用できない。病院内に弊社のシャワー設備の設置は、支援する方の支援という観点から必要と強く感じている。

珠洲市長と弊社の代表が対談している中で、市長が「水さえあれば良い、ということではない。」と言われたのが非常に強く印象に残っている。電気、ガスは比較的復旧が早いので、そこまで困らないことが多い。食料や燃料に関しても、比較的早い段階からお店がオープンして市販品を購入することができた。しかし、入浴、手洗い、水洗トイレに関しては上下水道が破綻すると市販品では賄いきれない。小型の浄水器が能登半島地震でも持ちこまれたが、造水した水をどうやって分配するのか、配った後にどうやって排水するかが問題である。能登半島地震の際には、下水道が損壊しているため、下水道を使用しないようにして下さい、水を流さないで下さいと、ずっとアナウンスが流れていた。下水道の復旧には時間がかかるので、そういったところまで考えたソリューションがないのが現状である。その点、造水から排水まで 1 つのユニットですぐに使える WOTA BOX、WOSH は災害時の水問題の解決法になるのではないかと感じている。

能登半島の大地震発災時には、この弊社のプロダクトは現地には 1 台も無かった。その中で、300 台をどうやってカバーしたかと言うと、既に購入していただいていた自衛隊や自治体、企業からお借りした。また、設備の運用に関しては、この規模の災害で、弊社の職員だけで運用していくのは無理だと最初の段階で分かった。1 番最初に珠洲市の緑ヶ丘中学校に設置させていただいた時に、誰か運用してほしいとお声掛けしたところ、青年 50 人の方がグループを作ってくれた。そのグループにて 1 時間程レクチャーを行い、彼らに運用方法を随時広めていただいた。それを見ていた政府や日本財団の支援があって、今回この 300 台が設置できた。いろいろなところで、お言葉をいただきながら、政府も今回の能登半島の地震を受けて、この水循環型シャワーの活用が必

要であると判断していただき、災害備蓄をする方針となった。交付金がついて、政府の後押しもあって、導入が進んでいる。しかし、国難級の災害が起きた場合の準備ができているかという点、まだできていない。能登半島地震は断水人口が32万人であったが、南海トラフはその100倍と言われており、能登半島地震での経験を基にもっとスムーズに活動できるプラットフォームが必要である。それが、自治体間広域互助プラットフォームである。能登半島では300台でおよそ3万人をカバーできたが、国難級災害では、1万から1万5,000台必要である。能登半島地震ではDMATや石川県が、水需要を把握して弊社に情報を伝えていただき、連携しながら進めたが、1か月かかってしまった。もっとスムーズに集められるようにしたい。今後は1週間以内に届けられるような形の仕組みを、今構想して進めている。そのため、JWAD（Japan Water Association for Disaster/日本災害水ストレス対策協会）を立ち上げる予定で、12月4日に、まずは全国知事会の7地方会と提携する予定である。各都道府県が基点となって、各市町村に持っているシャワーや手洗いを集めて、被災していない地域から被災地域に運搬する取り決めである。被災している地域と、被災していない地域の橋渡しの役目をJWADが行うこととなる。

被災地の医療現場における生活水の早期確保を、弊社が支援していきたいと考えている。今回の能登半島地震を受けて、WOTA BOX、WOSHなどのプロダクトの必要性が確認され、あったらいいなという物から、なくてはならないものに変わって来た実感している。事業を推進し、災害時に誰も水に困らない環境を作りたいと思っている。

[文責：常任理事 竹中 博昭]

### 講演3

#### 災害時におけるトイレ問題は命と尊厳に関わる

特定非営利活動法人日本トイレ研究所

代表理事 加藤 篤

災害時のトイレ問題は、被災者の生命・健康・尊厳に直結する極めて重要な課題である。私たち

が掲げる目標は「日常に近いトイレ環境の確保」であり、これができないと不衛生・不快といった問題だけではなく、排泄の我慢や水分摂取の制限による健康被害など深刻な影響を引き起こす。そのため、災害時でもなるべく普段と同水準のトイレ環境を維持する必要がある。本講演では、そのための5つのポイントを示し、過去の災害事例や調査結果をもとに具体的な課題と対策を提示する。

#### ポイント1：トイレは命と人権に関わる問題である

阪神・淡路大震災、東日本大震災、能登半島地震など、過去の大災害では必ずトイレ問題が大きな困難として浮上してきた。阪神・淡路大震災の避難所では和式トイレが汚物で埋まり「トイレパニック」と呼ばれる状況が発生した。東日本大震災でも、避難所の設備不良で「紙を敷いたトレーに排便をして捨ててください」といった現実的ではない掲示が見られ、多くのトイレが極めて不衛生だった。

被災者からの声には、子どもから「怖くてトイレに入れず草むらで排泄している」、高齢者やご家族から「遠くて暗いトイレに行くのが辛い」「和式や穴掘りトイレでは家族を連れて行けず避難所をあきらめた」といった切実な訴えが並ぶ。能登半島地震の避難所ではノロウイルス・コロナ・インフルエンザの同時流行まで起きており、トイレ環境の悪さが感染拡大の一因になったと考えられる。

さらに、携帯トイレの利用調査では、半数以上の世帯がトイレに行くのを避けるために水分摂取を制限し、約3割が体調を崩したと回答している。トイレ環境の悪化が健康被害に直結している明確な証拠である。

#### ポイント2：災害時、排泄ニーズは非常に早い段階で発生する

過去の三大地震のデータでは、発災後3時間以内に4割、6時間以内に7割の人がトイレを必要としている。能登半島地震では6時間以内に9割に達した。水や食料よりも早く必要になるのがトイレであり、この認識が社会的に不足し

ている。「命を守る」ことに直結するにもかかわらず、災害対策としては後回しにされがちな重要課題である。

### ポイント3：外部からのトイレ支援はすぐには到着しない

能登半島地震の避難所調査では、3日以内に仮設トイレが届いたのは10か所中1か所のみで、1週間以上かかった避難所も多かった。東日本大震災でも仮設トイレが整うまでに2週間～1か月以上かかった自治体もある。道路寸断や交通事情の悪化により支援の到着は地域差が大きく、基本的に「外部支援はすぐ来ない」と考えるべきである。したがって、地域や施設自身の初動対応が極めて重要になる。

### ポイント4：複数種類の災害用トイレを、時間経過に応じて組み合わせて使う

水洗トイレが使えなくなった際に対応できる災害用トイレには、主に以下の4つがある。

#### ・携帯トイレ（袋タイプ）

発災直後に最も重要。建物内の便器にかぶせて使える。プライバシー確保に優れ、安全に利用できる。しかし大量に使うとゴミが増える点に注意。

#### ・簡易トイレ（個室型）

感染症患者の隔離や個別利用が必要な場合に役立つ。

#### ・マンホールトイレ

事前整備された専用マンホールに個室を設置するタイプ。停電・断水時でも機能するが、整備されていない場所では使えない。病院などに整備する意義は大きい。

#### ・仮設トイレ

社会的に最も認知された方式であるが、到着が遅れるという最大の弱点を持つ。

これらを単独で使うのではなく、発災直後＝携帯トイレ→状況に応じてマンホール・仮設トイレを併用というように、段階的・複合的に運用することが最適解である。また、市販の携帯トイレの品質には差があるため、専門機関が行う性能評価に基づき、信頼できる製品を選ぶことが推奨される。

### ポイント5：モノの確保ではなく、「利用できる環境」の確保が重要

仮設トイレの多くは和式であり、高齢化率の高い地域では利用者の身体状況とミスマッチが生じる。また、照明やアプローチの整備も不十分で、夜間は危険で使えないケースも多い。つまり、トイレを「配置するだけ」では意味がなく、誰もが安全に使える環境を整えて初めてトイレの機能が成立する。

そのためには行政の中にトイレ対策の責任者を明確化し、避難所・病院等のトイレ確保計画を事前に作成し、訓練を積むことが必要である。また、適切なアセスメントと品質評価に基づきトイレを選定・管理する仕組みも欠かせない。

### まとめ

災害時のトイレは「命と人権を守るための基礎インフラ」であり、発災直後から必要になる極めて重要な要素である。しかし外部支援はすぐに到着せず、現場は不衛生・恐怖・健康被害にさらされやすい。したがって、携帯トイレを軸に複数の災害用トイレを時間経過に応じて組み合わせ、日常に近い環境を確保することが不可欠である。そして、「モノを置く」だけでなく、誰もが安全に使える状態を整えることこそが本質的なトイレ対策である。

[文責：常任理事 茶川 治樹]

# 令和7年度全国有床診療所協議会 中国四国ブロック会役員会・第17回総会 (中国四国医師会連合有床診療所研修会)

と き 令和8年1月25日(日) 13:00～15:40

ところ 岡山県医師会館 401会議室

[報告：山口県医師会有床診療所部会長 正木 康史]

1月25日(日)岡山県医師会館にて開催され、山口県からは伊藤真一 県医師会専務理事、阿部政則 部会副会長、県医師会事務局と正木が出席し、また中国四国各地より多くの参加者もあり、活発な議論も展開され、有意義な総会であった。

## 役員会

総会に先立ち、12時より役員会が開催され、山口県からは伊藤県医師会専務理事、県医師会事務局と正木が出席した。最初にブロック会会長の正木と全国有床診療所協議会の猿木理事長が簡単に挨拶し、ブロック会会長の正木が司会を務めた。

## 報告事項

### 1) 令和7(2025)年度全国有床診療所協議会中国四国ブロック会第17回総会・中国四国医師会連合有床診療所研修会の運営について

この後、13時より上記総会並びに研修会を平尾庶務担当理事の進行にて開催する。まず部会長の正木が挨拶し、次いで令和6年度事業報告並びに令和6年度収支決算報告の件を協議いただき、その後、江口成美 日医総研主席研究員と城守国斗 日本医師会常任理事の特別講演、最後に猿木和人 全国有床診療所協議会理事長より特別発言をいただき、総会終了後、ホテルグランヴィア岡山に移動し、交流会の開催が予定されている旨を説明し、出席役員の承認をえた。

### 2) 第2回一般社団法人全国有床診療所協議会総会(秋田大会)報告

広島県医師会の土谷治子 常任理事より報告を

いただいた。令和7年7月19日(土)・20日(日)に、秋田県秋田市にて第2回一般社団法人全国有床診療所協議会総会が開催され、メインテーマとして「地域医療のはざまを埋める有床診療所」が掲げられた。一日目は総会議事の承認をいただいた後、江口成美 日医総研主席研究員より講演Ⅰ「地域医療の中の有床診療所ー現状と課題ー」、森光敬子 厚生労働省医政局長より講演Ⅱ「新しい地域医療構想と医師の偏在対策について」、松本吉郎 日本医師会長より特別講演Ⅰ「地域のなかの有床診療所」があり、その後懇親会が開催された。二日目はシンポジウム「テーマ：今こそ、今だからこそ有床診療所の活用を！」が開催され、「地域に密着した整形外科有床診療所を目指して」、「かかりつけ医機能向上のための有床診療所の取組」、「秋田県における産科有床診療所の役割と今後の展望」、「地域医療における耳鼻咽喉科有床診療の現状と役割」の4題の発表があり、その後ディスカッションが行われた。最後に二木博文 厚生労働副大臣より特別講演Ⅱ「これからの日本の医療政策等について」があり、盛会の内に終了した。

## 協議事項

### 1) 令和8(2026)年度第18回全国有床診療所協議会中国四国ブロック会総会の日程について(開催場所、開催時期)

これまで慣例として、開催場所は中国四国ブロック会の会員の交通利便性を考慮して岡山県医師会館で、開催日時は1月末の日曜日としているが、今回は令和9年1月24日(日)の会場仮

押さえができていないことを説明し、承諾をいただいた。

## 2) その他

全国有床診療所協議会中国四国ブロック会の収支状況の厳しい現状があり、特に交流会費負担が大きかったこともあり、次回より交流会参加者より実費全額徴収させていただくことの承認をいただいた。

### 総会

#### 開会

平尾庶務担当理事の司会で始まり、最初に、中国四国ブロック会会長の正木が以下の挨拶を行った。

「本日は休日にもかかわらず全国有床診療所協議会中国四国ブロック会総会並びに中国四国医師会連合有床診療所研修会にご参加いただきありがとうございます。今年の1月初めには山陰の方で少し大きな地震があったりしましたが、会員の皆様は健やかな新年を迎えることができましたでしょうか。さて、衆議院議員解散、選挙、今後の政治情勢を注視していく必要があるが、昨今の物価高騰、人件費増等による医療機関の経営悪化は著しく、会員の皆様も今年の診療報酬改定に期待を寄せられていることと思う。本日は日本医師会常任理事の城守国斗先生にもご臨席いただいているが、日本医師会を初めとする医療関係団体の懸命な働きかけ、全国有床診療所協議会も自民党議連会議を開催しての要望活動などを行っているが、何とか診療報酬本体部分プラス3.09%が確保できた。薬価改定等のマイナス0.87%を考慮すると実質はプラス2.22%の改定率であるが、松本日医会長の話では、財務省との交渉の際、改定率の話は出ず、改定財源がいくら確保できるか、いくら捻出できるかの話となり、これまでの交渉はマイナス改定からの交渉であったが、今回はさすがにプラス改定からの交渉スタートであっても、財務省との交渉ではプラス1～2%の攻防との感触があった中で、診療報酬本体プラス3.09%、ネットでプラス2.22%が確保できたことは評価できると考えるが、皆様の評価は如何か。

このこともあって、今総会での講演は日本医師会常任理事の城守国斗先生と日医総研の江口成美先生にお願いさせていただいた。城守先生は日医で総務担当、筆頭常任理事として、日医が抱える諸問題に取り組んでおられるが、皆様ご存じのように以前には中医協委員もなさっており、現在も日医の中で診療報酬改定に携わっておられる。診療報酬改定答申が出る直前でもあり、むしろ話しにくい点もあるようですが、われわれの一番の関心事である診療報酬改定についても差しさわりのない範囲での講演をお願いさせていただいている。また、江口先生は昨年度、医療機関の経営実態調査を実施され、そのデータは厚労省や財務省との交渉、あるいは中医協でのエビデンスデータとして活用されており、本日はそういった内容のお話がいただけると思う。それと、本日は全国有床診療所協議会理事長の猿木先生にもご臨席いただいております。特別発言をお願いしている。この後引き続き総会議案のご審議をよろしく願います。」

### 議事

全国有床診療所協議会中国四国ブロック会会長の正木が議長となり、議事進行した。

#### 1) 令和6年度事業報告の件

令和6年度の総会は令和7年1月19日(日)に岡山県医師会館にて開催され、令和6年度事業報告の件、令和6年度収支決算報告・監事報告の件、役員体制の件と会則変更の件が協議され、承認された。続いて特別講演Ⅰ「医師偏在対策等に関する最近のトピックス」を和泉誠人 厚生労働省医政局医事課医師等医療従事者働き方改革推進室長・医師養成等企画調整室長より、特別講演Ⅱ「有床診療所の現状と課題」を松岡かおり 日本医師会常任理事より講演していただき、最後に斎藤義郎 全国有床診療所協議会会長より特別発言をいただいた。

#### 2) 令和6年度収支決算報告の件

平尾庶務担当理事より令和6年度収支決算報告、伊藤監事より監査報告があり、承認された。

### 3) 今後の交流会開催について

今後の交流会開催に関して、ブロック会の収支決算の状況を勘案し、次回より出席者より実費全額徴収させていただき旨の説明をし、承認をいただいた。

## 特別講演 I

### 有床診療所の経営と今後の課題

日本医師会総合政策研究機構

主席研究員 江口 成美

#### 1) 医療の現状

令和8年度の診療報酬改定率は、本体改定率+3.09%、薬価等-0.87%、実質+2.22%となったが、本体部分が3%以上となる改定は1996年(本体+3.4%、薬価等-2.6%、実質+0.8%)以来、実に30年ぶりで、松本日医会長は「インフレ下での今後の“道しるべ”となる極めて重要な改定となった」と述べられている。

令和7年度補正予算で、医療・介護支援パッケージ医療分野に1兆3,649億円(賃上げ・物価上昇に対する支援:5,341億円、施設整備の促進に対する支援:462億円、福祉医療機構による優遇融資等の実施:804億円、医療分野における生産性向上に対する支援:200億円、病床数の適正化に対する支援:3,490億円、出生数・患者数の減少等を踏まえた産科・小児科への支援:72億円、医療・介護の確保、DXの推進、攻めの予防医療の推進等:2,277億円)が昨年11月に閣議決定されている。

医療・福祉分野の給与費と物価であるが、医療・福祉分野の現金給与(月額31.0万円)は全産業の平均(34.8万円)を大きく下回っているが、全産業でも実質賃金はマイナスが続いており、今後も全産業の賃金引上げが必要であり、その中でも医療・福祉分野の大幅な賃金引上げが望まれる。患者数の推移(1990~2023年)は2023年までの過去30年間、入院患者数は減少、外来患者数は病院で減少、診療所は増加傾向にあるが、2025年にピークを迎え減少に転じる。病床利用率も2024年では一般病床73%、療養病床85%と減少傾向が続いており、平均在院日数も同期間に一般病床22.2日⇒15.5日、療養病床179.1

日⇒117.4日に短縮してきている。

医療制度改革が進行中で、限りある資源を効果的・効率的に使い、安定した医療機関経営が求められているが、諸外国に比べて医療費の対GDP比率の伸びは低い。医療・福祉分野の就業者数は2025年で962万人、全就業者の14.0%にのぼり、令和7年度1年間で24万人増加しており、他産業と同等の賃金で人材を確保する必要がある。

#### 2) 有床診療所の経営状況と課題

2025年9月の有床診療所施設数は5,160施設で、2002年から約1.1万施設減少(マイナス68%)している。無床化の最大理由は「看護職員の雇用」と「医師の勤務負担」、続いて「患者減少」や「人件費負担」などであるが、今まで何とか継続してきた医療機関も、経営環境がさらに悪化すれば病床維持を断念してしまう可能性が高く、地域に必要な地域密着病床を失うこととなる。

日医総研で昨年度(令和7年6月~7月)診療所の緊急経営状況調査(令和5年度⇒6年度)したが、診療所(無床+有床)の経営は大幅悪化(医療法人の医業利益率6.7%⇒3.2%)しており、45%の医療機関が赤字で、人件費上昇・物価高騰の影響が大きかった。有床診療所(医療法人)の令和6年度医業利益率は前年度の2.7%から1.3%に減少し、赤字割合は51.2%と半数以上となった。

#### 3) 有床診療所の今後

令和6年度病床機能報告での有床診療所の回答では、5つの機能の内、「専門医療を担い病院の役割を補完」と「緊急時に対応」が増加傾向であった。新たな地域医療構想では回復期機能が包括期機能に変わり、医療機関機能報告も追加されており、今後、有床診療所の病床の位置づけを改めて明確にしていく必要があるが、地域医療構想調整会議において、有床診療所団体が構成員になっている構想地域は341中35にとどまっており、有床診療所の積極的な参加が望まれる。医療資源の不足が心配される状況が生まれつつあり、柔軟な人員配置基準と病床体系を有する有床診療所病床の有効活用が検討されるべきである。

## 特別講演Ⅱ

## 日本医師会が抱える諸問題

## ～かかりつけ医機能報告制度および

## 令和8年度診療報酬改定～

日本医師会常任理事 城守 国斗

## 1) かかりつけ医機能報告制度について

## ① どうしてこの報告制度が導入されることになったのか？

骨太の方針2015に「かかりつけ医の普及の観点からの診療報酬上の対応や外来時の定額負担について検討する。」と記載されて以来、これまで10年間にわたり議論が重ねられてきている。日本医師会としては、この制度は「かかりつけ医」と「かかりつけ医以外の医師」を区別するものではなく、かかりつけ医はあくまで国民が選ぶものであり、国民にかかりつけ医を持つことを義務付けたり、割り当てることには反対である旨の主張を行っている。

## ② 本制度が議論された分科会の経緯と問題点

1号機能の当初案では、かかりつけ医機能の有無による医療機関の分断を図るような案であったが、日本医師会として強く主張し、現状の外来診療形態を変えない案となっている。

## ③ かかりつけ医機能報告の仕組み

1号機能の報告事項は、i)「具体的な機能」を有すること及び「報告事項」について院内提示し公表、ii) かかりつけ医機能に関する研修の修了者の有無、総合専門医の有無の報告、iii) 17の疾患と一次診療を行うことができる疾患、及び医療に関する患者からの相談に応じる、などとなっている。

2号機能報告事項は、通常の診療時間外の診療、入退院時の支援、在宅医療の提供、介護サービス等と連携した医療提供、その他の報告事項、となっている。

## ④ かかりつけ医機能報告で医療機関が実際に行うこと

原則G-MISから報告することとなる。

## ⑤ 本制度の対象となる研修

座学研修(知識)は、日本医師会の生涯教育制度や日医かかりつけ医機能研修制度、日本病院協会の総合医育成事業の研修等が、実地研修(経験)

は、日本医師会のかかりつけ医機能報告制度にかかる研修における地域に根差した活動等が挙げられる。

## ⑥ 今後のスケジュール

令和8年1月より、G-MISでの報告が開始されている。以降、毎年1～3月(年1回)に定期報告することとなる。

## ⑦ かかりつけ医機能報告制度の目的

地域のかかりつけ医機能(外来機能)の可視化とその把握、及び地域の外来機能の弱点の補強であり、協議の場で議論し、地域を面で支えるかかりつけ医機能の強化のために、多くの医療機関の参加が必要である。

## 2) 令和8年度診療報酬改定

補正予算の土台を発射台として、令和8年度診療報酬改定においてさらなる物価高騰・賃上げ対策が必要であると考えている。

## ① 改定率

診療報酬本体+3.09%、薬価等-0.87%、ネット+2.22%の改定率となったが、ここ5回の改定ではいずれもネットではマイナス改定であった。診療報酬本体+3.09%のうち、賃上げ分:+1.70%、物価対応分:+0.76%、食費・光熱水費分:+0.09%、令和6年改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分:+0.44%、後発医薬品への置換えの進展を踏まえた処方や調剤に係る評価の適正化、実態を踏まえた在宅医療・訪問看護関係の評価の適正化、長期処方・リフィル処方の取組強化等による効率化:-0.15%、上記以外の分:+0.25%、となっている。

## ② 中医協の議論

賃上げに向けた対応について、看護職員、病院薬剤師その他医療関係職種の確実な賃上げをさらに推進するとともに、令和6年度診療報酬改定で入院基本料や初・再診料により賃上げ原資が配分された職種についても他の職種と同様に賃上げ措置の実効性が確保される仕組みを構築する観点から、賃上げに係る評価が見直された。

外来・在宅ベースアップ評価料(1)は、病院の約9割は届出ているが、診療所は約4割に留まっており、届出・報告時の負担軽減のために、

必要のない情報は可能な限り削減が図られているので、多くの医療機関にベースアップ評価料を算定していただきたい。

総会の最後に猿木和久 全国有床診療所協議会理事長より「本日は活発な議論ありがとうございます。全国ブロック会の中で九州、関東甲信越とこの中国四国ブロック会が非常に活発に活動していただいている。今後、有床診療所がどう変わっていくかが重要であり、究極のかかりつけ医であり、人員配置等で柔軟性を併せ持つ有床診療所は地域に欠かせない医療施設である。課題解決型の全国有床診療所協議会にしていきたいと考え

ており、会員の方々から要望等も上げていただきたいと考えている。若返りを図りつつ、日本医師会とも協働し、頑張っていく所存である。それと、自民党の議連も大事な組織であり、今回の改定率＋3.09%となったのも高市総理誕生が大きな要因であり、今回の衆議院選挙での自民党への支援をお願いしたい」との特別発言をいただき、総会を終了した。

その後、ホテルグランヴィア岡山に移動し、講演者も含めて多くの方に参加していただき、和やかな交流会が開催された。

## 閑話求題

笑う門に医師来る<sup>きた</sup>  
岩国市 河郷 忍

院長を息子に譲り、時間が取れるようになりました。何をしようか探していると、大阪の心齋橋大学を見つけました。藤本義一先生が創立した、作家養成スクールです。その中に、落語作家入門の講座を発見し、申し込みました。月2回の授業で、オンライン講義、ハイブリッド講義もあります。医療系の新作落語を作っていますが、難しく、オチが浮かびません。講師の今井洋之先生とご縁ができ、私の訪問診療の落語を作っていただきました。令和7年5月に取材にこられ、往診先の家族に取材をされ、令和7年11月末に、自宅の2階でお披露目しました。

在宅医療にかかわりながら、CD「往診ハラショー」・絵本「命のほころび治します」そして、今回の落語「笑う門に医師来る<sup>きた</sup>」ができました。

在宅医療はちょっと大変ですが、楽しく仕事をするようにしています。

今井先生の作られたプレスリリースです。

「何十年も地域医療を支えてきた医師の実話が新作落語に笑いで伝える、地域に寄り添う医療のかたち」

自動車があれば通院が困難な郊外の町で、何十年にもわたって高齢者の訪問診療に取り組んできた一人の医師・河郷 忍。雪の日も真夏の炎天下も車で各家庭を回り、在宅診療や看取りに立ち会ってきました。この長年にわたり地域の医療を支え続けた医師の姿をもとに新作落語が誕生しました。河郷 忍 医師の診療に心打たれた落語作家が「社会問題になっている過疎地域の医療や訪問診療の現実をもっと多くの人に知ってほしい」と現場の取材。人々の暮らしや、医師と患者の間に生まれる心の交流を笑いと暖かさに満ちた物語を描き上げました。

落語家・桂福丸さんによる訪問診療を描いた落語「笑う門に医師来る<sup>きた</sup>」

講師・旭堂小南陵さんによるケアマネジャーの仕事を描いた講談「ケアマネジャー奮闘記」

河郷診療所のホームページを検索して、落語会をクリックして下さい。

落語・講談が見られますので。

# 令和7年度 医業承継セミナー

と き 令和8年1月15日(木) 15:00～16:28

ところ ZOOM を使用してのオンライン講習

[報告: 副会長 沖中 芳彦]

## はじめに

医業経営に関するセミナーは今回で7回目を数える(令和2年の時はコロナ禍で開催を見送った)。

当セミナーの講演内容は一般的な解説であり、当記事はそれを要約してまとめたものである。個々の医療機関における承継と運営に関しては、各々顧問先等の税理・会計事務所へまず相談することをお勧めする。

また、講演2にも触れられているが、医業承継とは、親族の財産管理であり、その不動産売買の領域である。また、前院長と後継した院長の診療の方針、従業員雇用問題、承継後の課税などを複合的に意識しておかないと、トラブルになるケースも考えられる。決して一人で対応せず、親族・関係者間で情報共有することが望ましい。

## 過去のセミナーの会報記事

- ・1回目 令和元年12月号(1013～1016頁)
- ・2回目 令和3年3月号(206～211頁)
- ・3回目 令和4年2月号(140～143頁)
- ・4回目 令和5年4月号(252～254頁)
- ・5回目 令和6年2月号(110～117頁)
- ・6回目 令和7年3月号(186～189頁)

冒頭、加藤会長より、令和元年度からの当会の医業承継の取り組み、実施したアンケート調査(開業医、勤務医)、令和3年度から県の委託事業の引き受け、令和5年度から開始した専門家による初期相談業務についての紹介と、相談窓口やマッチングに取り組んでいること等を含めた挨拶がなされた。

## 講演1

### 国の医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージに基づく診療所の承継・開業支援事業

山口県健康福祉部医療政策課

医師確保対策班主任 貞明 佑希

## はじめに

昨年の同セミナー前半は、同課担当職員より、医師の高齢化、後継者不在で閉院のケースを背景に、地域医療の担い手を確保するための支援事業に関して解説いただいたが、今回は地域の医療提供体制の確保を図るため、重点医師偏在対策支援区域における診療所の承継・開業に対して補助を行う事業の説明をいただいた。

県には、地域医療体制の確保と地域住民の健康保持のために、有用な事業を提案/実現、展開していただいております。この場を借りて感謝申し上げます。

## 医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ

一言でいうと、厚生労働省が令和6年12月25日に策定した医師の地域的/診療科的な偏りを解消するための包括的な取り組みで、このパッケージは医療法に基づく医療提供体制確保の基本方針に位置付けられ、医師確保計画の実効性確保、地域の医療機関の支え合い、経済的インセンティブ、医師養成過程の改善、診療科偏在の是正を基本としているものである。

## 支援事業の目的と対象

一定の定住人口が見込まれるものの、住民に対する必要な医師数を確保できず、人口減少よりも医療機関の減少のスピードの方が早い地域などを重点医師偏在対策支援区域と設定した上で、支援区域において診療所を承継又は開業する場合に、

当該診療所に対して、施設整備、設備整備、一定期間の地域への定着支援を行うことにより、地域の医療提供体制を確保することを目的とした事業である。

重点医師偏在対策支援区域は、山口県医療対策協議会及び山口県保険者協議会による協議で決めており、現在は表1のとおり。この補助対象はくだんの区域において医科診療所を承継・開業する予定の方となっている。

補助対象経費及び補助率

施設整備、設備整備と地域への定着支援についての支援となる(表2)。

問い合わせ先

下記担当課まで。申請書等も県ホームページからダウンロードできる。

山口県健康福祉部医療政策課医師確保対策班

電話：083-933-2937

<https://www.pref.yamaguchi.lg.jp/soshiki/45/312220.html>



表1

区域区分	支援区域	
	医療圏	該当区域
医師少数区域	柳井	柳井市、周防大島町、上関町、田布施町、平生町全域
	長門	長門市全域
医師少数スポット	岩国	岩国市錦町、美和町
	宇部・小野田	美祢市全域
	下関	下関市豊田町、豊浦町
	萩	萩市全域

表2

事業概要	補助対象経費	基準額	補助率
診療部門 (診察室、 処置室等) 等の整備への 補助	無床：160平方メートル	1平方メートル当たり	国 1/3 都道府県 1/6 事業者 1/2
	有床(5床以下)：240平方メートル 有床(6床以上)：760平方メートル ※医師・看護師住宅を一体整備する 場合、各「80平方メートル」を加算	鉄筋コンクリート： 484,000円  ブロック：214,000円  木造：355,000円	
医療機器の 整備への 補助	診療所として必要な医療機器等購入費	1か所当たり16,500千円	国 1/3 都道府県 1/6 事業者 1/2
地域への 定着支援	診療所の運営に必要な経費  (職員基本給、職員諸手当、非常勤職員手当、報償費、旅費、備品費(単価50万円未満に限る)、消耗品費、材料費、印刷製本費、通信運搬費、光熱水料、借料及び損料、社会保険料、雑役務費、委託費)	1か所当たり次により算出された額  1. 診療日数1~129日  6,200千円+(71千円× 実診療日数)  2. 診療日数130~259日  6,200千円+(77千円× 実診療日数)  3. 診療日数260日以上  6,200千円+(87千円× 実診療日数)  訪問看護による加算額  25千円×訪問看護日数	国 4/9 都道府県 2/9 事業者 1/3

講演 2

医業承継の実務と留意点

～円滑な承継の進め方とトラブル防止のポイント～

公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会  
山口県支部長 木下 徹彦

はじめに

木下税理士には、過去2回のセミナーにて、医業承継に有用な情報を講演いただいている。また、県との医業承継に関する委託事業における各種業務においても、迅速かつ適切に対応いただき、また、専門家としてのアドバイスもいただいております、感謝申し上げます。

今回は、承継の現状と今考えるべき点、承継における譲受側譲渡側のメリット/デメリット、承継スケジュール、保守契約や基本合意と最終合意、デューデリジェンス (DD)、承継の税務と労務、従事職員の対応やトラブル予防などに関してのご講演であった。過去のセミナー内容と重なる部分(メリット/デメリット、出資持分譲渡、譲渡価格、持分有り無しの医療法人、行政手続き等)もあるので、今回は新しい情報を主に記すこととする。

現状

令和6年の厚労省調査では、全国の診療所の医師の過半数が60歳以上となっている。平均年齢は平成22年から上昇、令和6年度は下降に転じた。

医業承継は地域医療を支える一つの手段であるが、診療所オーナーで現時点で後継者がいないと回答したところは約48%という結果がある。また、引退を考える年齢としては、65歳から75歳が多いという状況である。

承継には早めのとりかかりが必要で、親族に後継者がいる場合は親族内で、第三者承継を検討している場合は、税理士等の専門家への相談がよい。

事前準備が必要

譲渡側が最初にしておくことは、クリーンな財務とカルテやデータの整理・棚卸、債務の確認である。財務においては公私混同していることも多いので、改めて確認してほしい。

譲受側が行うべきことは、融資を含めて自己資金の調達と、家族の同意である。

第三者承継の全体像

初期相談、マッチング、基本合意締結、引き継ぐ事業の内部調査、スタッフへの説明と各種手続きというスケジュールに、半年から1年以上かかることが多い。承継後の経営においても、関係者との信頼関係を構築し、当初想定の効果を得られるようにしておく。

秘密保持契約

第三者承継は、当事者の診療や財務諸表に重大

承継スケジュール																	譲渡者	譲受者		
例) 令和9年3月31日廃止・4月1日開設																	承継			
共通																	譲渡側		譲受側	
	令和8年												令和9年							
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月				
キーデット	承継の検討 事業計画の作成	秘密保持契約	スキームの検討	基本合意 デューデリジェンス				最終合意	従業員周知					患者周知		廃止 開設				
医院内事務																		レセプト締め		
保健所 厚生局						事前相談												廃止届 開設届		
医師会												近隣挨拶								
取引業者									交渉								取引終了	取引開始		
金融機関		融資相談	融資内諾	融資条件決定														融資実行		
土地建物																		譲渡or賃貸		
医療機器・備品								増改築の検討										片付け・整理 譲渡		
広報								新設医療機器の検討										ポスター掲示 HP公開		
職員								広報(名刺・看板・HP)検討										説明会 承継後の勤務意思確認 新規採用面接 退職		
患者								労働条件検討										採用 周知期間		

出典：2024年村田彰「医業承継セミナー～承継の実務・生じる問題点～」より作成

承継スケジュールモデル

な影響を及ぼすため、公表可能となる段階までは、その内容が外部に漏れることのないよう、秘密保持契約を必ず結び、その後、双方で情報開示となる。

### 基本合意書

承継方法や対価、スケジュールが決まった後に、譲受・譲渡者間で締結するもので、承継条件を書面で明確化し、最終契約の締結に向けた協力を促す重要なものである。記名捺印等の手続きとなるので、承継の本格的な雰囲気になる。

合意書に盛り込む内容は、何をどう譲渡するかの内容、スケジュール、一定期間は定めた当事者間以外は交渉できない「独占交渉権」、そして適正な評価手続きであるデューデリジェンス(以下、DD)への協力義務である。このDDに関しては、承継対価だけでなく、承継後の各種リスクの損害賠償に関する事項や、職員の雇用条件に関する事項が記載されるため、譲受者にとっては重要な位置づけとなる。

### デューデリジェンス (DD)

DDは通常、1か月～2か月の期間で、譲受・譲渡者が委託した専門家により、承継物件となる診療所に対して行われる、いわゆる運営リスクや価値を調査するもので、リスクを開示して信頼を得る場ともいえる。

DDは財務税務DD、事業DD、人事労務DD、法務DDがあり、譲受者は限られた時間と費用の

中で重点的に確認すべき事項を明確にし、どの分野のDDを行うのが望ましいか検討する必要がある。通常、DDは1か月～2か月の期間をとる。

財務税務DDで確認するポイントは、貸借対照表や損益計算書などの財務状況から、資産価値や収益力を数値として把握しておくことである。決算書の利益ではなく、本来の収益力を算出し、また、承継物件における債務や賃金額、支払保険料が適正か否かも含めて把握する。





人事労務DDでは、承継物件における労働者名簿と条件に関する規則・規程を確認し、適切に賃金が支払われているか、有給休暇の管理、退職金積立の内容を把握しておくことがポイントである。また、是正勧告のあった場合も、それを明記するものを提示することが望ましく、自治体などから助成金を受けている場合は、その利用を示す資料も必要である。

ほか、法人・設備DDとしては、承継物件にある医療機器・設備のリース契約、買い替えなどが必要かどうか、電子カルテやレセコンの導入状況、さらには過去の個別指導の有無やレセプト返戻などのコンプライアンス面の把握もしておく。

なお、DDはすべて行われなければならないというわけではない。

### 最終契約

DDが終了したのち、条件が合意した際に、譲受者と譲渡者で締結する契約である。基本合意とは異なり法的拘束力がある。違反した場合は損害

財務・税務DDの必要書類の例(医療法人の場合)	
<p> <b>基本情報・決算関連</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☑ 履歴事項全部証明書</li> <li>☑ 決算書3期分</li> <li>☑ 税務申告書(法人税・消費税・地方税)</li> <li>☑ 勘定科目内訳書3期分</li> <li>☑ 総勘定元帳3期分</li> <li>☑ 直近の月次の推移表</li> </ul>	<p> <b>資産・契約関連</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☑ 固定資産台帳</li> <li>☑ リース契約書</li> <li>☑ 保険の契約書、保険証券</li> <li>☑ 不動産賃貸借契約書、不動産登記簿謄本</li> </ul>
<p> <b>負債・資金関連</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☑ 借入金契約書、返済スケジュール表</li> <li>☑ 預金や借入金の残高証明書</li> <li>☑ 債権管理表、債務管理表</li> </ul>	<p> <b>会議・その他</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☑ 社員総会議事録、理事会議事録</li> </ul>

賠償の可能性もある。この契約は最終契約締結後の両者の義務を定める重要なものであるため、弁護士等の専門が作ったものであっても、どのような内容になっているかを確認して理解しておく。

契約に盛り込む内容は、クロージング（後述。契約を締結する最終段階のプロセス）の方法と前提条件、対価と支払、譲渡者譲受者の誓約事項と表明保証、問題発生時の賠償責任の範囲である。

トラブル防止のため、開示情報が真実であることを保証する条項、譲渡側近隣での再開業を制限する内容、契約から実行までの間、適切に維持管理する義務、万が一の解約のときの違約金ルールは、必ず押さえておくべきポイントである。

### クロージング

譲渡者が承継物件（鍵や通帳、権利書や印鑑）を譲受者に引き渡し、譲受者はその代金を決済する最終手続きである。

承継する医療機関が、医療法人と個人経営とで手続き方法が異なるが、医療法人の場合は、法人格を引き継ぐので比較的簡素であるが、個人経営は手続き上、いったん廃止→新規開設、となるため、それに応じた引継ぎ手続きが必要になる。

医療法人は比較的簡素であるが、持分あり／なしの場合の共通手続きとしては、役員構成を入れ替える必要がある。持分ありの場合は、出資持分を譲受側に譲渡する必要がある。個人経営の場合は、不動産の所有権の移転、開設者変更などの手続き、職員の再雇用手続き、賃貸物件などの契約者変更手続きが必要となる。

### スタッフ対応

承継の最大の課題はスタッフの離職である。承継手続き期間では、雇用条件がどうなるか、環境がどう変わるかなど、スタッフ側も不安が生じる。現院長による説明と新院長との面談で、離職連鎖を防ぐコミュニケーションが必要である。承継までに必要な手続きの一つに、スタッフへの説明があるが、これは最終契約書の締結後が望ましい。早すぎると不安をより招く。そして、就業を続けるかどうかの意思確認をし、退職の場合は退職金等の精算業務となる。継続して就業を続けるス

タッフに対しては雇用契約を改めて取り交わし、就業規則の作成や更新をしなければならない。また、新旧スタッフ間の融和を怠ってはいけない。

### 地域住民に対して

院長が変わったことでの患者離れは避けたいところである。旧院長として新院長をサポートし、診療情報だけでなく家族属性なども伝えておく。また、承継したことの地域住民への広報活動も手を抜かない。

### 第三者承継の失敗事例

事例として、譲受希望者が提示した物件評価金額が低すぎて、譲渡希望者が納得しなかった、承継においての就業ルールの大きな変更で、承継直後にスタッフ多数離職、DDが不十分だったことにより承継後に簿外債務が発見されたことがある。

### ポイントとまとめ

木下講師の経験から、譲渡譲受のポイントを教示いただいた。譲渡側としては、早い段階で余裕を持ったスケジュールで計画的に進めること、交渉時は隠し事をせず、ネガティブなことも伝えること、地主などの利害関係者には普段から誠意を持って対応すること、第三者承継には破談はつきものであること、譲受側に感謝をすることであり、譲受側としては、秘密保持義務は必ず守り、交渉時のトラブルも広い心で受け止めること、税務労務に関しては伴走してくれるコンサルや専門家に依頼すること、承継物件の創業者には敬意をもって接すること、契約後は法令遵守して運営することを挙げられた。

成功率を左右するものは、準備期間の長さであり、きちんとした秘密保持契約、基本合意、DD、最終合意、スタッフや地域住民への理解を怠ってはいけない。承継は地域の患者のため、地域医療の担い手であることを念頭に、関係者全員の理解と共有を得た承継手続きをしてほしい。

# 令和7年度山口県緩和ケア研修会

と き 令和8年1月18日(日) 9:15~17:30

ところ 山口県医師会6階 会議室

[報告:理事 藤井 郁英]

「すべてのがん診療に携わる医師が研修等により、緩和ケアについての基本知識を習得する」ことが、2007年がん対策推進基本計画の目標として掲げられ、2008年健康局長通知「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」が出された。同年度より山口県の委託を受け毎年1回開催している。2017年に新たに開催指針が発出され、講義の一部がe-learningでの事前学習となり、e-learningと集合研修を組み合わせて行う研修会に変更となった。

18年も継続できている本研修会の開催にあたり、企画責任者の山縣裕史先生をはじめ、ファシリテーターの先生方のご尽力に厚くお礼申し上げる。

この研修会の主な目的は、すべての医療者が①痛みを始めとした、がんに伴う苦痛に対する緩和ケアの基本的な知識、技術、態度を修得し、実践できること。②困った時、抱え込まず、多職種チームに相談する必要性と相談するタイミングを理解すること、である。

今回は、医師15名(うち研修医9名)、看護師2名、介護支援専門員2名、薬剤師2名、医療ソーシャルワーカー2名、計23名が受講された。

集合研修のプログラムは以下の通りである。

## 1. e-learningの振り返り

山口県立総合医療センター 中村久美子

緩和ケア概論、全人的苦痛と包括的アセスメント、がん疼痛治療、呼吸困難、消化器症状、気持ちのつらさ、せん妄、ACP、看取りのケア、家族・遺族ケアなど事前学習した内容についての解説があった。

## 2. 療養体験について

がん患者会「ポポメリー」の方

ご自身の療養体験と若くしてがんで亡くなられた息子さんのことについてお話を伺い、目頭が熱くなった。緩和ケアの大切さを改めて実感した内容であった。

## 3. アイスブレイキング

しのはらクリニック 篠原 正博

グループ学習に入る前のコミュニケーションとして、8名ずつの3グループで、まず2名ずつペアで「プチ自慢」をテーマに2分間自己紹介のあと、グループのメンバーに相手について30秒で他己紹介した。みんな笑顔になり、緊張がほぐれた。

## 4. 全人的苦痛に対する緩和ケア(グループ演習)

山口宇部医療センター 亀井 治人

肺がん、多臓器転移、化学療法が奏効せず、さらに間質性肺炎のため、やむなく治療中止となった典型的ながん性疼痛、病的骨折、排尿障害を有する方について、緩和ケアチームとして1回目のカンファレンスを行うという想定でのグループ演習を行った。各グループにおいて、ファシリテーターの先生の適切な誘導のおかげで、疼痛緩和をはじめ、問題点の整理、対策について、活発な意見交換が行われた。

## 5. 療養場所の選択と地域連携(グループ演習)

たていし内科在宅診療所 立石 彰男

山口大学医学部附属病院 高砂 真明

「4. 全人的苦痛に対する緩和ケア」で想定された方がご希望される退院後自宅での療養の実現に向けて、解決すべき問題点、利用できる制度や

地域の資源、経済的補助についても、医療福祉従事者が顔の見える連携づくりが重要である。緩和ケアの地域の資源を利用できるのは、患者さんの権利であり、「家に帰れない患者はいない！」本人が希望するのであれば、「どうすればできるか」、患者さんにとっての最善をご家族の希望、役割も考慮し、多職種間で建設的な意見を出し合った。

## 6. コミュニケーション（ロールプレイ）

### 山口大学大学院医学系研究科

#### 高次脳機能病態学講座 松原 敏郎

切除不能がんのシナリオをもとに、1グループ3名に分かれ、患者役、福祉・医療従事者役、観察役を順番に担当して、医療者の場合、医師であれば、悪い知らせをする医師の体験、薬剤師であれば、化学療法中に患者から副作用を尋ねられる体験など、職種によって異なるシナリオが準備されていた。求められるコミュニケーションスキルを全員患者目線での擬似体験ができたことは大変有意義であった。

## 7. がん患者等への支援

### すえなが内科在宅診療所 末永 和之

「がん患者等への支援」とは、第3期がん対策推進基本計画（平成30年3月9日閣議決定）では、「尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築」を目指し、「がんと共生」を柱のひとつとした全体目標が明記され、以下に取り組むことが示された。

- ①がんと診断された時からの緩和ケア
- ②相談支援・情報提供
- ③社会連携に基づくがん対策・がん患者支援



④がん患者等の就労を含めた社会的な問題

⑤ライフステージに応じたがん対策

### 「がん相談支援センター」について

がん診療連携拠点病院などに設置されており、無料で相談できる。活用できる助成金やサービス、高額医療の手続きなど、がんに関することをなんでも相談できる窓口がある。

治療だけでなく、がん患者が前向きに生きられるよう、寄り添い、思いやり、その方にとって最善の選択ができるよう、患者自身の考えを尊重し、一緒に考える医療者にならなければならない。

緩和ケアは「人権である」と研修会企画責任者の山縣先生は繰り返し強調された。

### 研修会企画責任者

山縣 裕史（山口大学医学部附属病院  
緩和ケアセンター）

### 研修会協力者

末永 和之（すえなが内科在宅診療所）  
立石 彰男（たていし内科在宅診療所）  
松原 敏郎（山口大学大学院医学系研究科  
高次脳機能病態学講座）  
中村久美子（山口県立総合医療センター）  
篠原 正博（しのはらクリニック）  
亀井 治人（山口宇部医療センター）  
高砂 真明（山口大学医学部附属病院  
患者支援センター）



# 第176回山口県医師会生涯研修セミナー

と き 令和7年9月7日(日) 10:00~15:00

ところ 山口県医師会6階 会議室(ハイブリッド開催)

## 特別講演1

### 「ナノテクノロジーを駆使した医学

### (ナノ医学)の展開」

山口大学大学院医学系研究科器官解剖学教授 中村教泰

[印象記:理事 白澤 文吾]



まず導入として、ナノ医学の定義と基本特性が整理された。「ナノ」とは1~100ナノメートルのスケールを指し、髪の毛の数千分の1の大きさである。この微小構造を用いることで、従来到達困難であった分子・細胞レベルの標的化が可能となる。ナノ粒子は「高性能」「多機能」「構造物性効果」を兼ね備え、診断・治療・予防に新しい展開をもたらすことが強調された。特に腫瘍血管の透過性亢進を利用したドラッグデリバリーの仕組みは、理論と実用が結びついた典型例として印象的であった。

次に臨床応用の具体例が示された。mRNAワクチン(コミナティ®、スパイクバックス®)における脂質ナノ粒子の応用は、その社会的インパクトの大きさから、ナノ医学の実力を広く示した事例といえる。また、ドキシル®やアブラキサン®といった抗がん剤製剤、さらには脳腫瘍治療のナノサーム®など、既に実用化されている薬剤が多数あることが紹介され、ナノ医学が夢物語ではなく確固たる臨床成果を積み上げていることが理解できた。

講演の中心は、有機シリカナノ粒子の研究であった。シリカは安定性と修飾の自由度が高く、診断と治療を統合する「セラノスティクス(Theranostics)」に適した素材である。蛍光色素や金属を担持してマルチモーダルなイメージングを実現すると同時に、光線力学療法・温熱療法・

放射線増感といった多様な治療戦略を可能にする。単一のプラットフォームで診断と治療を並行させるこの概念は、今後の医療に革命的变化をもたらすと強調された。

具体的な臨床試験の紹介も印象的であった。例えば、悪性脳腫瘍に対する高感度PETイメージングのために開発されたシリカナノ粒子「C dot」、前立腺がんにおける光温熱治療を可能にするAuroLase®、さらには多発性脳転移の放射線増感剤として用いられるAGuIX®などが挙げられ、世界各国で実際に患者を対象とした臨床試験が進められていることが示された。これらは診断薬や治療薬としての応用が現実のものとなりつつある証左であり、シリカナノ粒子が次世代の医薬品素材として高いポテンシャルを備えていることを裏付けている。

さらに、免疫との相互作用に関する解説も興味深いものであった。マクロファージは自然免疫と適応免疫をつなぐ要の細胞であり、ナノ粒子の取り込み挙動は疾患治療に直結する。PEG修飾による「ステルス化」で取り込みを回避する技術や、逆に積極的に取り込ませる設計など、免疫学と材料科学の融合領域が紹介され、腫瘍免疫の制御や新しい治療標的としての可能性が明快に示された。

特に、マクロファージの種類によってナノ粒子の取り込み量や経路が異なること、PEG耐性・感受性といった性質の違いが存在することが示さ

れ、個々の細胞が持つ特異性を理解することが新しい免疫療法の鍵となることが強調された。こうした知見は、がんの腫瘍微小環境や動脈硬化の炎症反応を制御するうえでも応用が期待され、今後の免疫標的型ナノ医学の発展を支える基盤になると感じられた。

総括として、中村先生はナノ医学の進展と限界を明快に整理された。とりわけ発展の「ボトルネック」として、安全性の確立、患者ごとの生物学的多様性、規制・承認プロセスの複雑さが挙げられた。これらの制約を克服することが臨床応用拡大の鍵であり、今後の課題を明快に描き出された点は聴衆に強い印象を与えた。

また、今後10年を見据えた展望についても触れられ、がん治療のみならず、循環器疾患や神経疾患、さらには感染症や再生医療まで応用可能性が広がると述べられた。ナノ医学が精密医療の実現に直結する技術であることが強調され、聴衆に未来への期待を抱かせる内容であった。

さらに、ナノテクノロジーの医療応用は単に薬剤開発にとどまらず、診断・治療を同時に行う「負担の少ない医療」の実現や、治癒を目指す革新的戦略へとつながることが示された。こうした流れは医療のあり方そのものを変え、患者中心の医療を具体化する原動力となる可能性がある点が印象的であった。

本講演を通じ、ナノ医学が基礎研究にとどまらず臨床の現場に着実に入り込みつつあることが理解できた。分子スケールでの精緻な設計に基づく医療は、従来の診断・治療の枠組みを超え、患者ごとに最適化された革新的医療を実現する可能性を秘めている。臨床医にとってもその未来像は強い刺激となったに違いない。

最後に、中村先生の卓越した研究成果と情熱的かつわかりやすいご解説に、改めて深い敬意を表したい。本講演は、参加者に知的刺激を与えると同時に、医療の未来を考える大きな契機となった。中村先生の今後一層のご活躍を心より祈念して、本印象記を結びたい。

## 特別講演 2

### 「最新の循環器治療の話題について」

小倉記念病院副院長・循環器内科主任部長 安藤 献児

[印象記：防 府 池田 安宏]



#### はじめに

2025年9月7日、小倉記念病院副院長（循環器内科主任部長兼任）の安藤献児先生による「循環器治療の最新の話題」と題した講演が行われた。本講演では、循環器領域において近年目覚ましい進歩を遂げている二大トピック、「冠動脈疾患（CAD）における抗血栓療法の変遷」と「ペーシング治療の劇的な進化（LBBAP及びリードレスペースメーカー）」について、最新のエビデンスと自施設の実績を交えた詳細な解説がなされた。

#### 1. 冠動脈疾患における抗血栓療法の最適化

講演の前半では、経皮的冠動脈インターベンション（PCI）後の抗血栓療法について、出血リスクと血栓リスクのバランスを考慮した最新の知見が共有された。

##### ①洞調律時のPCI後療法：Short DAPTと単剤療法の選択

かつて標準であった長期の2剤抗血小板療法（DAPT）は、出血イベントの増加が出血性死亡のみならず全死亡リスクにも影響することから見直しが進んでいる。本講演では、国内の重要なエビ

デンスとして「STOPDAPT-2 試験」が紹介された。同試験において、PCI後1か月のDAPT後にクロピドグレル単剤へ移行する群は、12か月DAPT群と比較して、心血管イベントと出血イベントの複合エンドポイントで非劣性かつ優越性を示したことが示された。さらに、慢性期の単剤療法(SAPT)において「アスピリンとクロピドグレルのどちらを選択すべきか」という長年の命題に対し、「HOST-EXAM 試験」の結果が提示された。同試験では、クロピドグレル群がアスピリン群と比較して、虚血イベント及び出血イベントの双方を有意に低下させた(HR 0.73)ことが示されており、胃粘膜障害のリスクなども考慮し、クロピドグレルが第一選択となりつつある現状が示唆された。

### ②心房細動(AF)合併時のPCI後療法

抗凝固薬(OAC)を必要とするAF患者へのPCI(AF-PCI)においては、抗血栓薬の3剤併用による出血リスクが懸念される。ここでは「AFIRE 試験」の結果に基づき、PCI1年以降の安定期においては、抗凝固薬単独療法(リバーロキサバン単独)が、抗凝固薬+抗血小板薬の併用療法と比較して、死亡率や出血イベントを有意に低下させることが解説された。また、日本のガイドライン(2020年JCSガイドライン)における高出血リスク(HBR)基準の重要性にも触れられ、個々の患者のリスクに応じた「引き算の治療」の重要性が強調された。

## 2. ペーシング治療のパラダイムシフト

講演の後半では、従来の右室ペーシング(RVP)が抱える課題を克服する新しいペーシング手技についての解説がなされた。

### ①左脚領域ペーシング(LBBAP)の台頭

従来のRVPは、心室の非同期収縮を招き、心不全入院や心房細動の発生率を高めることが知られている(The MOST Study等)。これに対し、刺激伝導系を直接捕捉する「左脚領域ペーシング(LBBAP)」は、生理的な興奮伝播を可能にする。安藤先生より提示されたGeisinger-Rushレジストリ等のデータによれば、LBBAPはRVPと比較して、心不全入院リスク(HR 0.389)及び

全死亡リスク(HR 0.350)を有意に低下させることが示された。また、国内データにおいてもLBBAPはRVPに対し心不全入院リスクを著しく低下させる(HR 0.07)ことが示されており、房室ブロックに対する第一選択としての地位を確立しつつある。

### ②リードレスペースメーカーの進化(Dual Chamberへ)

デバイス感染やリード断線といった合併症を回避できるリードレスペースメーカーについても、最新世代の「Aveir」システムが紹介された。従来のMicra(VR/AV)に加え、右房にも留置可能なAveir DRの登場により、完全なデュアルチャンバー(DDD)ペーシングが可能となった。これにより、房室同期が保たれたリードレス治療が可能となり、適応範囲が大幅に拡大している。小倉記念病院における導入実績も2023年以降増加傾向にあり、特にFrail(フレイル)を有する高齢者や感染リスクの高い症例において強力な選択肢となっている。

### 結語：2025年以降の展望

講演の締めくくりとして、安藤先生より2025年以降のペースメーカー治療の適応に関する私見が提示された。

- 完全房室ブロック：フレイルがない場合は生理的な「LBBAP」、フレイルがある場合は低侵襲な「リードレスペースメーカー」を選択。
- 洞不全症候群：「心房リードレスペースメーカー」の活用。

本講演を通じ、循環器治療は「一律の標準治療」から、患者個々の病態(虚血・出血リスク、心機能、フレイル等)を見極めた「個別化医療」へ、そしてより生理的かつ低侵襲なデバイス治療へと、急速にパラダイムシフトしていることを痛感した。実臨床において、これらの最新エビデンスを適切に還元していくことがわれわれに求められている。

## 特別講演3

## 「マイクロRNA

## —未来の医療を変える小さな分子—

鳥取大学医学部実験病理学分野准教授 尾崎 充彦

[印象記：宇部市 福田 信二]



セントラルドグマとしてゲノムDNAからメッセージRNA (mRNA) が作られ、その情報をもとにタンパク質が作られる。このRNA分子の中で、タンパク質を作る情報を持っているものは2%にも満たない。98%以上はタンパクをコードしない non-coding RNA である。non-coding RNA が非常に機能的なRNAだとわかってきた。non-coding RNA は実は細胞の中のあらゆるところでいろいろなタンパクと結合しているのと必要な働きをしている。そしてゲノムから転写を受けてできた mRNA がタンパク質に翻訳するところを負に制御する現象をRNA干渉と言う。1993年アンブ罗斯は線虫で lin-4 遺伝子から小さなRNA分子が合成され、蛋白にならずにRNAのままている、これをマイクロRNA (miRNA) と名付けた。ラブカン は lin-4 から合成された20数塩基というmiRNAが mRNA の3'UTR に結合してタンパク発現量を調整しているの見出した。さらに2000年に let-7 というmiRNAがヒトを含む多くの多細胞動物の中にも存在し、細胞や組織が発生するタイミングを決めていることを明らかにし、2024年二人はノーベル賞を受賞した。miRNAは蛋白でできた構造物に取りこまれ、RISC (RNA induced silencing complex) を形成する。RISCは構成因子であるRNAの塩基配列と相補的に結合する標的mRNAを認識して、切断したり、翻訳を阻害したりする。miRNAは20数塩基であるが、5'側から2塩基目から8塩基目までの7塩基の配列によってターゲットのmRNAが決まっている。1つのmiRNAで100種のmRNA、すなわち100種のタンパクができるのを負に制御できる機能がある。ヒトではおよそ2,700種のmiRNAが見つかっており、組織や細胞ごとに発現に特徴がある。マウスのデータでは

脳と眼は miR-124A、miR-29B が多く、骨格筋や心臓では miR-1 が高発現しており、組織臓器ごとに発現プロファイルが異なっている。ヒト子宮頸癌細胞株である Hela 細胞に miR-124 を大量に導入すると、神経系における mRNA のプロファイルに近づき、miR-1 を大量に入れると筋肉における mRNA のプロファイルに近づく。すなわち miRNA の発現を制御することで細胞内の mRNA 発現パターンを変化させることができる。iPS 細胞は山中四因子によってできるが、分化した細胞へ miRNA (miR-200c、miR-302、miR-369) を導入すると iPS 様の細胞ができる。すなわち、miRNA は細胞内のタンパク産生量を微調整することで環境に適した状態にし、生体の良好な環境維持に寄与している。例えるなら、異なる楽器の音色を調和させ素敵なメロディーを奏でるオーケストラの指揮者のような役割を果たしている。miRNA の配列は種をこえて相同性が高く、強いパワーを持っている。種によって遺伝子の数が著しく変わらないのになぜ高等動物は進化したのか。ヒトはゲノム全体に占める non-coding RNA の割合が存在する生物の中で一番多い。ヒトの進化は miRNA を含む non-coding RNA の数の増加と相関しており、遺伝子=持っている道具は他の生物種と同等でもその使い方、使う状況、組み合わせ方などを上手に調整できることによって進化してきたと考えられる。

このように miRNA は、生理的に重要な役割を担っている一方で、その発現異常が細胞の状況を変化させ、種々の疾病の原因にもなっており、例えばヒト悪性腫瘍で miRNA の発現異常がみられる。骨肉腫の転移能が非常に高いがん細胞は miR-143 の発現量が低い。するとそれまで負に制御されていた浸潤促進遺伝子群の発現が上

がってくる。ヒト骨肉腫自然肺転移モデルマウスを作って、miR-143を静脈注射すると肺転移が抑えられた。miR-143は、骨肉腫細胞が転移する時にPAI-1→MMP13の発現、活性化を抑え、すなわち、少なくともこの二つの遺伝子の発現を負に制御することによって、骨肉腫の原発巣から肺への転移を抑制することができた。前立腺がんが骨転移するような細胞ではmiR-16が減っていることを明らかにし、骨転移した前立腺がん細胞へmiR-16を導入したところ、細胞死を誘導し転移巣の退縮をマウスモデルで実証した。骨肉腫の肺転移を含めmiRNAの量的補正によって転移を予防・治療できる可能性を動物モデルレベルで明らかにしており、臨床へつなげていきたい。RNAはそのまま血中に打つと分解されるので、いろいろな修飾をして投与する研究が試みられている。miRNAが高くなっている疾患には相補的なRNAで機能を阻害する、一方、発現が低下している疾患には合成したmiRNAによる補充療法がおこなわれている。臨床開発を進める中でいくつかの問題点も浮き彫りになってきている。miRNA治療の問題点の一つはRNAの生体内での安定性及び目的組織や細胞への送達の問題がある。もう一つはモデル動物を用いた前臨床試験までは問題なくクリアできるが、ヒトでは免疫介在性有害事象(=自己応答性免疫の亢進)が生じることがあり、miRNAの役割が種を超えて異なっている可能性が示唆されている。これらの課題を克服することが求められている。診断の方は臨床にかなり近いところまで来ている。発現の異常を見ていけば診断につながる。血液、組織、あるいはホルマリン固定標本が使える。17例のいわゆる原発不明がんを使って、臨床上分からなかったが、miRNAのプロファイルを見ると、17例中12例で原発巣がわかった。このmiRNA発現プロファイルはmRNAを使うより非常に切れ味がいい。前立腺がんではmiR-141の発現を見ることでかなり診断に展開できる。腫瘍マーカーは早期診断は見つけにくいですが、miRNAは早い段階から見つけることができる。

血中に多くのRNA分解酵素があるので血中にあるRNAは速やかに分解されるがmiRNAは

エクソソームに含まれている。エクソソームはスウェーデンのヤンロトブが発見したもので、100nm程度の小さな粒で細胞膜と同じ脂質二重膜で覆われており、中には核酸やタンパク質、脂質をたくさん含んでおり、細胞間のコミュニケーションに使われている。マウス由来のエクソソームをヒトの細胞の中に入れて、ヒトの細胞の中でマウス由来のタンパク質ができた。すなわち、細胞から分泌されたmiRNA等を含むエクソソームが他の細胞に取り込まれることにより、その細胞の中でエクソソーム由来の分子が機能し、細胞の状況を変化させることができ、細胞同士によるコミュニケーションをとっている。このコミュニケーションは個体を超えて作用することも報告されている。例えば、母乳に含まれるエクソソーム内には、免疫を活性化する作用を持つmiRNAが豊富に含まれており、母乳を飲んだ乳児の消化管免疫の賦活化に寄与している可能性が小坂らによって報告されている。がん細胞もエクソソームを出して周りの細胞に提供している。血管の中をがん由来のエクソソームが流れているので、がんのあるなし、がんが何をしているのかわかる可能性がある。血中のmiRNAの量を測って、診断することが臨床開発の段階になっている。早期の膵がんの診断をCA19-9と血中のmiRNAを組み合わせると非常に高感度にする事ができる。尿を使ったがんの早期発見も報告されている。ただ材料の保存する温度の違いでその後のRNAの検出が変わってくるので採取、保管、それから抽出方法、そういった精度管理をきちんとしないと問題が起こる可能性がある。できた小さながん細胞の集団でも、がん細胞はエクソソームを血中に分泌しているが、それ以外の正常細胞由来のエクソソームが圧倒的に大量に流れてくるので、がん細胞のエクソソームのみを取ってくるようにすると、より精度の高い診断になっていく。吉岡らは大腸がんの細胞由来のエクソソーム表面には高頻度にCD147が発現していることを見出し、CD147抗原に対する抗体とエクソソームに特徴的な抗原に対する抗体で挟んで、ある光を与えると別の光が出てくるという方法で大腸がん由来のエクソソームを定量する技術を開発した。さら

に膵がんのエクソソーム由来のマーカーを見つけ、膵炎と比べ膵がんで高く、ステージの1、2でもかなり高い率で診断マーカーになることを見出した。エクソソームをターゲットにした治療法について、西田らはマウスの中にヒトのがん細胞を移植すると、ヒトのがん細胞由来のエクソソームを分泌し血中を流れるが、ヒトのがん細胞由来のエクソソームに特異的な抗体を打って、ヒトのがん細胞由来のエクソソームをキャッチアップして機能しないようにすると、乳がんの肺転移モデルで肺への転移が抑えられた。すなわち、がん細胞由来のエクソソームの機能を抑えると、がんの進行を抑制することができることを示している。がん細胞由来のエクソソームだけを上手にトラップして除去することができれば治療に使える可能性がある。山大の富永らは乳がんの脳転移をする細胞からエクソソームを取り出し、miRNA181cが大量に入っているとBBBを通過させるのに寄与することを見出した。BBBは内皮細胞同士の

相互作用も、周りの細胞との相互作用も非常にタイトであるが、脳転移する乳がん細胞からエクソソームをたくさん放出させてBBBの内皮に取り込ませる。取り込まれると内皮の細胞内骨格を制御して、BBBの結合を緩くし、がん細胞が脳に転移しやすくすることを見出した。脳転移、BBBを通過するメカニズムをmiRNAの観点から明らかにし、このメカニズムを使えば脳に薬剤を送達することができる可能性が出てきた。がん細胞由来のエクソソームを単離・検出、内包されるmiRNAのプロファイルを読み解いたり、除去したり、機能抑制することができれば超高感度のがん早期診断法の開発にもつながり、プロファイルを読むことによって、がんの性質も明らかになり、治療に展開する可能性がある。基礎の立場で、基礎の研究をしてきたが一日も早く臨床の現場に展開できるように、研究を進めていきたい。

アクティブで夢のある講演であった。

#### 特別講演4

### 「がん免疫療法の基礎」

岡山大学病院呼吸器・アレルギー内科教授 富樫庸介

〔印象記：岩国市 小林 元壯〕



講師の富樫庸介 教授は京都大学のご出身で、39歳という年齢で岡山大学教授に就任された当代の俊英である。今回は「がん免疫療法の基礎」と題して、主として免疫チェックポイント阻害剤の治療について講演いただいたが、その基本には「腫瘍の微小環境を深く解析する」という教授のライフワークの業績が脈々と流れていた。講演の前半は、がん免疫療法の歴史とベースになる基本知識の確認であった。同時に免疫チェックポイント阻害薬の作用機序の解説であった。

まずはがんとはどんな病気か？われわれ人間の体はたった1個の細胞が分化してさらに秩序だった分化によって臓器が生まれてくるが、そのプログラムがどこかで何らかのエラーが入り、遺伝子

の傷、遺伝子変異からがん細胞ができることされている。確率論からは一日に数千個以上の異常な細胞が発生するとされているが、実際は発生した異常細胞は何らかの免疫機序で排除されている（はずである）。講演ではがん免疫療法の歴史を振り返ってその流れを述べられたが、結果的に2000年になってcancer immunoediting、日本語では「がん免疫編集」という概念に集約されると説明された。「がん免疫編集」とは排除相、平衡相、逃避相の3相で構成され、排除相では一日に数千個発生する異常細胞を敵として認識して排除する相であり、排除相を免れて発育しつつあるがん組織と免疫細胞が共存するような相を平衡相といい、逃避相では免疫系からがん細胞が逃れてきて

がんとして成り立ってしまう相のことである。これらのことを踏まえてがん免疫療法の概念として、7つの流れが設定される。①がん抗原の放出、②抗原提示細胞のMHC（主要組織適合抗原）上にごん抗原の提示、③MHC上に提示されたがん抗原を認識したT細胞が活性化（プライミング）、④腫瘍局所へのT細胞の遊走、⑤腫瘍局所へのT細胞の浸潤、⑥腫瘍細胞のMHC上に提示されたがん抗原のT細胞による認識、⑦腫瘍細胞への攻撃・殺傷（エフェクター）となる。ここでは③と⑦の場面で免疫チェックポイント分子が関与している。これらの理論は、20世紀末には動物実験などの集積からがん免疫の機序として打ち立てられていたものであるが、ここ10年内外のがんに対しての免疫チェックポイント阻害薬の有効性が実際の現場で実現していることから逆説的に見直された理論というべきものであろう。

免疫の現場に登場する細胞（免疫細胞）は多くの種類があるが、大きく自然免疫系細胞と獲得免疫系細胞の二種類に分類される。自然免疫に属する細胞にはマクロファージや樹状細胞、好中球などが相当し、免疫反応の最初の反応を担当するものである。また後に起こる免疫反応に対して情報を伝える役割を担っていると言われている。ただし、自然免疫細胞の反応は非特異的な反応を担うとも理解されている。一方で次に起きてくる免疫反応を獲得免疫系細胞が担っていて、これががん免疫において非常に重要と言われている。細胞としてはT細胞、B細胞などと呼ばれているが、圧倒的にT細胞が重要で、自然免疫細胞が非特異的な反応を担っているのに対して、T細胞は特異的な反応を担当することができる。ここでの特異的な反応では、獲得免疫とは遅れて出現するけれども、一方で記憶能力を持っていて、一度反応が収まってもまた同じものを覚えていて、すぐに反応できるという特徴を持っている。がん免疫の主役は獲得免疫にかかわる細胞であり、その中で主役はT細胞と認識されている。

このようにしてT細胞ががん細胞を敵と認識して殺傷してくれればいいのであるが、がん細胞側も手をこまねいているわけではなく、前述の逃避相へ誘導するためにT細胞を疲弊化させて攻撃

できないような状況に導くという手段に出るといふ。がん細胞がT細胞を疲弊化してがんがさらに発育していくという状態が想定されるのである。

T細胞ががん細胞と出会って免疫学的に認識される場面にはいくつかの分子が関わっている。がん細胞側にMHCという皿があって、そこにがん細胞由来のがん抗原を乗せたとして、T細胞側の受容体のがん細胞と認識したらT細胞は攻撃を仕掛けることになるが、この状況でがん細胞は自分の身を守るためにPD-L1という分子を発現する。一方でT細胞側にPD-1という分子が出ていてこれらが結合することになる。これらの分子が結合することでT細胞の疲弊が誘導され、T細胞は攻撃できなくなり、がんが生き残ることになってしまう。免疫チェックポイント阻害薬はこのPD-L1とPD-1の結合をブロックしてT細胞の疲弊を解除する機序を持っている。疲弊しつつあったT細胞を再活性化してしっかりがんへの攻撃を行えるようにするのが免疫チェックポイント阻害薬の作用メカニズムということになる。

免疫チェックポイント阻害薬は当初、悪性黒色腫（メラノーマ）に奏効するとの報告があり、その後肺がんなど多くの悪性腫瘍の治療として利用されている。腎がんについても多臓器への転移がある進行症例に奏功したという報告が蓄積されている。免疫チェックポイント阻害薬による副作用は「免疫関連有害事象」と呼ばれるが、要するに免疫応答を活性化するので、自分自身を攻撃してしまうような自己免疫疾患類似の事象が想定される。厄介な事象として間質性肺炎、肺臓炎、さらに治療が難しい心筋炎などが報告されているが、かつてのシスプラチンを中心とする化学療法で経験したような厳しい有害事象とは明らかに軽症である。

講演の後半では、富樫教授が最先端を走っておられる「1細胞レベルで腫瘍微小環境を解析する」手法の一部を紹介していただいたが、このテーマに関しては今後の発展に期待して、印象記として記載するには自分がまだまだ不勉強な状況である。免疫チェックポイント阻害薬の作用機序を理解するのが目一杯であった。今後の成果に期待する。

## 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

# 2025年喫煙防止教育の効果に関するアンケート調査の結果について

山口県医師会

常任理事：河村一郎、岡 紳爾、理事：國近尚美

山口県医師会禁煙推進委員会

委員長：松永和人、委員：櫃本孝志、松岡 尚、久山彰一、前田和成、高濱佳奈

## はじめに

日本でも2018年に受動喫煙防止法が制定され、徐々に喫煙率は減ってきているが、諸外国と比較すると男性の喫煙率はまだまだ高い。女性の喫煙率もあまり減っておらず、20代、30代など若者の喫煙率が高齢者に比べて高い。喫煙はがんの発生のみならず、呼吸器などさまざまな臓器への影響も大きく、近年、COPD（慢性閉塞性肺疾患）などの慢性肺疾患への影響が問題となっている。県医師会では2020年に20代の人を対象として喫煙防止教育についてのアンケート調査を行い、喫煙防止教育がその後の喫煙防止に効果を上げていることを証明した。このたび5年ぶりに同様の調査を行ったので報告する。

## 対象及び方法

令和7年12月、某市役所に勤務する人、及び某大学、某高等専門学校（以下「高専」）に在籍する主に20代の人を対象として、各所に文書で許可を得たうえで匿名性を保ちつつWebによるアンケート調査を行った。280名の方から回答を得たが、5年前との比較をするために、20代204名の方を抽出して、統計学的解析を行った。統計解析には解析ソフトStatcel4を用いてマンホイットニー検定を行った。

## 結果

1) 性別は男性94名、女性108名、記載なし2名。年齢は20歳から29歳、平均24.1歳。所属は某市

役所152名（平均25.3歳）、某大学35名（平均20.6歳）、某高専17名（平均20.7歳）で各所の年齢分布は図1のようであった。

2) 現在、タバコを吸っていると答えた人22名（11%）、吸ったことがあるが今はやめていると答えた人10名（5%）、一度も吸ったことがないと答えた人172名（84%）で、性別で見ると、男性は、現在吸っている人19名（20%）、吸ったことがあるが今はやめている人10名（11%）、吸ったことがない人65名（69%）、女性は、現在吸っている人3名（3%）、吸ったことがない人105名（97%）で男性の方が吸っている人、吸ったことがある人が多かった。

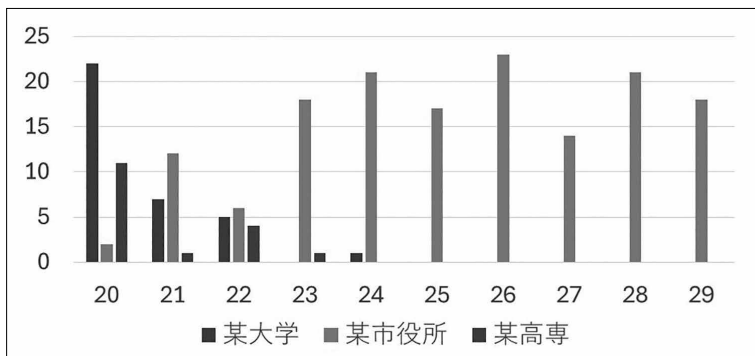


図1 所属別年齢分布 (n=204)

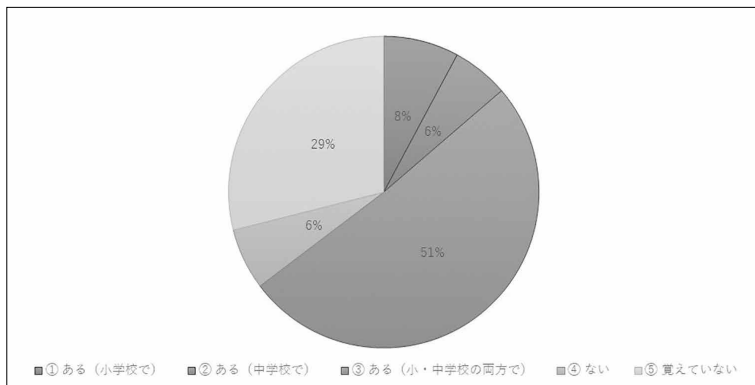


図2 喫煙防止教育の有無 (n=204)

- 3) 喫煙防止教育は受けたかどうか覚えていないという人が59名(29%)いたが、104名(51%)は小中学校両方で受けていたと答え、小学校で16名(8%)、中学校12名(6%)で、受けていないと答えた人は13名(6%)とごくわずかであった(図2)。喫煙防止教育を受けていた132名のうち喫煙歴がある人は21人(16%)、喫煙防止教育を受けていなかった13名で喫煙歴がある人は3人(23%)と喫煙防止教育を受けていた人では喫煙をしている人が少なかったが、統計学的な有意差はなかった。ただ、今回調査した中で、小中学校両方で受けた人ではより喫煙している人が少ない傾向があった(図3)。
- 4) 全体の回答者280名のうち、現在吸っている人は24名いたが、うち17名(71%)はやめたいと思っていると答えていた。吸ったことがあるが今はやめていると回答した人は13名いたが、やめた理由としては、体に合わなかった・美味しくなかったという人が4名、次いで家族の反対が2名であった。
- 5) たばこが健康に及ぼす影響として280人中最も多かったのが肺がんで274名、次いで妊娠に関連した異常(早産、低出生体重児)229名、気管支炎213名、喘息205名であった。胃潰瘍は64名(23%)と少なかった(図4)。

6) COPDについては、よく知っている人は280名中わずか23名(8%)で、全く知らない人が104名であり知らない人を合わせると205名(73%)であった。COPDがタバコによるものだと知らない人も209名(75%)と多かった。

ていた人の方がタバコを吸っている人が少ないという統計学的な有意差が出たが、今回、統計学的な有意差が出なかったのは喫煙防止教育を受けていない人が非常に少なかったからではないかと思われる。喫煙防止教育が特に小中学校両方でされている人が増えているのは非常に良いことだと思われる。喫煙者の率も前回の調査では現在も吸っている人15%、吸ったことがある人9%で、吸ったことがない人は76%であったが、それぞれ11%、5%と喫煙者は減っており、吸ったことがない人は84%と増えてきている。前回と今回では調査の対象者が異なるため一概に比較はできないが、前回と同じ所属場所で20歳代の人を対象として調査を行っており、5年前に比べて喫煙率は少し減っており、喫煙防止教育の効果はあるものと考えられた。今回の調査では、COPDの認識についても調査したが、20代の人にはまだまだCOPDについての認識が乏しく、タバコによるものだと知らない人が多い。今後10代、20代の人にもCOPDについてアピールしていく必要があると考えられた。

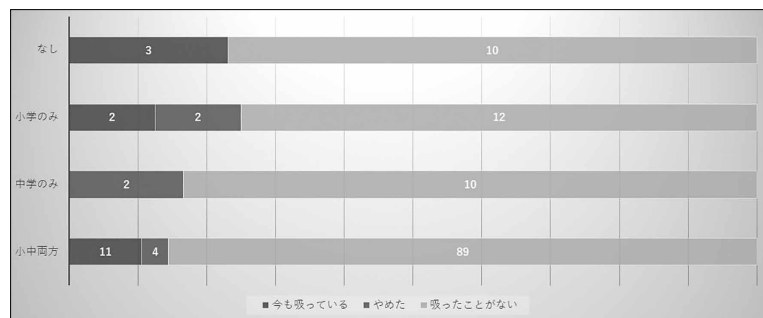


図3 喫煙状況と喫煙防止教育 (n=204)

考察

2020年に調査した結果では、喫煙防止教育を受けた人は47%で、受けたことがない人が21%であったが、2025年の調査では受けた人の率が65%に上がっており、受けたことがない人は6%になっていた。前回の調査では喫煙防止教育を受け

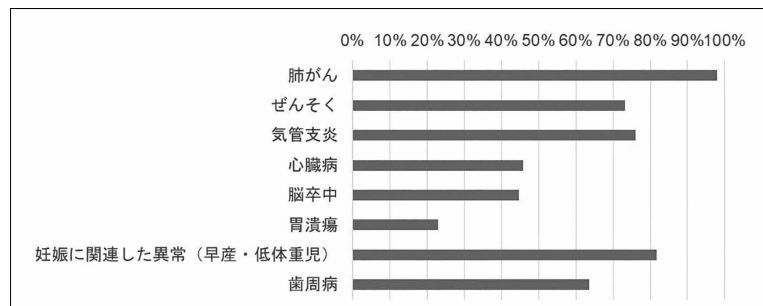


図4 タバコが健康に影響を及ぼしているもの (n=280)

## 第57回山口県医師会ゴルフ大会

と き 令和7年11月24日(月・祝)

ところ 下関ゴルフ倶楽部

[報告：下関市医師会 徳久 善弘]

令和7年11月24日に第57回山口県医師会ゴルフ大会が県内屈指の名門ゴルフコースの下関ゴルフ倶楽部(下関市豊浦町黒井850)にて開催されました。11月とは感じさせないほどの、秋晴れの好天に恵まれ、県内各地から40名のエントリーがあり、当日は36名(OUT/IN各5組)が参加されました。

8時40分から開会式が行われ、下関市医師会の館山 晶 会長より挨拶があり、続いて國信卓己 実行委員長によるハンディはダブルペリア方式、ノータッチなどのルール説明が行われました。開会式後には集合写真の撮影が行われました(写真1)。

9時4分からOUT・INコースにそれぞれ5組に分かれてプレーが開始されました。メンバーの組み合わせは、可能な限り下関市医師会のメンバー2名と他の医師会のメンバーになるようにさせていただきました。難コースで有名な下関ゴルフクラブの高い松や深いバンカーに、各プレーヤーは悩まされつつも、好スコアを目指しました。

各組終了後の15時30分からクラブハウスで表彰式が行われました。再び館山 晶 会長よりご挨拶をいただき、成績発表と表彰が行われました。

優勝は防府市の福迫敏弘 先生でした(写真2)。その他の各賞は下記のとおりです。最後に、次回開催地である山口市医師会の中村克己 先生よりご挨拶があり、閉会となりました。

本大会は、県内の医師同士の交流を深める貴重な機会となり、参加者からは「難しいコースながらも、楽しく充実した一日だった」との声が多く寄せられました。今後も県医師会ゴルフ大会を通じて、会員の親睦が深まることを願います。

最後に、運営にご尽力いただいた関係者の皆様に心より感謝申し上げます。

### 当日参加者内訳(36名)

- ・山陽小野田：1名
- ・県医師会：1名
- ・長門市：1名
- ・宇部市：2名
- ・下松：2名
- ・徳山：3名
- ・防府：4名
- ・山口市：4名
- ・下関市：18名



写真1

表彰結果

順位賞

- 優勝：福迫 敏弘（防府市）
- 2位：國信 卓己（下関市）
- 3位：中野 英一（下関市）
- 7位：末兼 浩史（山口市）
- 10位：藤谷 薫（山口市）
- 15位：中村 修二（徳山）

特別賞

- ・ベストグロス賞 (BG)：國信 卓己（下関市）
- ・ニアピン賞 (NP)：徳久 善弘、井上 保、  
中野 英一、中村 克己、  
藤野 俊夫、賀谷 茂、  
長岡 榮
- ・ドラコン賞 (DC)：國信 卓己、佐藤 康弘、  
國信 萌々、長岡 榮
- ・大波賞：弘山 直滋（下関市）



写真2

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

**理 事 会****— 第 20 回 —**

1月22日 午後4時53分～6時15分

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

**協議事項****1 令和8年度新規事業（案）について**

令和8年度新規事業（案）の提案がなかったことから、加藤会長から再度検討するよう指示があった。

**2 令和8年度広域予防接種における個別接種の標準料金（案）の変更について**

「二種混合」「三種混合」の標準料金及び「子宮頸がん予防」の標準料金表からの削除については提案どおり承認され、「高齢者用肺炎球菌」は国が示した接種費用を、「RSウイルス母子免疫」は本会標準料金算定根拠による算出金額を標準金額とすることを決定した。

**3 山口銀行との融資契約に関する融資利率の改定について**

改定後の融資利率の適用開始日を2月16日とすることで山口銀行と協議し、郡市医師会長あて文書の発出等により会員へ周知することを決定した。

**人事事項****1 保険委員について**

中国四国厚生局の保険指導担当となられた藤岡先生を新たな委員とすることを決定した。

**報告事項****1 第2回がん検診受診率向上推進委員会**

(1月8日)

第1回委員会の協議内容の説明の後、市町を越えた検診体制や休日平日夜間がん検診について協議を行った。(藤井)

**2 日医 JMAT 研修「基本編」(1月11日)**

eラーニングシステムによる事前学習(講義)を受講し、実地研修は「情報の共有・記録」「被災地における活動」等の実習が行われた。(森)

**3 山口県自殺対策連絡協議会(1月14日)**

会長選任の後、県内の自殺の状況、自殺対策の取組状況等について説明があり、その後、意見交換を行った。(中村洋)

**4 第58回山口県学校保健研究大会(1月15日)**

山口県学校保健連合会長として表彰行事に出席し、その後、特別講演、研究発表等が行われた。(加藤)

**5 集团的個別指導(1月15日)**

宇部市の医療機関2件の指導の立会を行った。(木村)

**6 第2回母子保健委員会(1月15日)**

産後うつ、虐待防止のための施策、母子保健領域における心理職との連携を図るための研修会の開催等について協議を行った。(河村)

**7 医業承継セミナー「Web」(1月15日)**

「国の医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージに基づく診療所の承継・開業支援事業」「医業承継の実務と留意点～円滑な承継の進め方とトラブル防止のポイント～」について説明が行われた。(沖中)

# 理 事 会

## 8 認知症サポート医フォローアップ研修会

(1月17日)

脳神経筋センターよしみず病院の川井元晴 副院長による「精神科を専門としない診療医によるBPSDの診療について」と題した講演等2講演を行った。受講者75名。(伊藤)

## 9 山口県臨床検査技師会新春賀詞交歓会

(1月17日)

来賓として出席し、祝辞を述べた。(加藤)

## 10 山口県緩和ケア研修会 (1月18日)

e-learningの復習・質問、療養体験の講義の後、「全人的苦痛に対する緩和ケア」「療養場所の選択と地域連携」「コミュニケーション」の3つのワークショップが行われた。受講者23名。(藤井)

## 11 福岡県医師会との懇談会 (1月18日)

「病院における電子カルテ問題」等、両医師会から提出した議題について意見交換を行った。  
(加藤)

## 12 第3回都道府県医師会長会議 (1月20日)

「周産期医療提供体制を巡る課題と出産費用の在り方について」をテーマとしたグループ討議、都道府県医師会から日本医師会への質問・回答等が行われた。(加藤)

## 13 社会保険診療報酬支払基金山口事務局審査運営協議会 (1月21日)

審査の目標に係る審査実績及び要因分析等の報告、審査結果の不合理的な差異解消に向けた取組等について協議を行った。令和8年10月1日から、支払基金の組織体制等の見直しが行われ「医療情報基盤・診療報酬審査支払機構」に移行される。  
(淵上)

## 医師国保理事会 -第17回-

### 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

1月8日協議において再検討することとなったため、一部見直しと事故発生時の報告様式を新たに定めた。

#### 2 傷病手当金支給申請(1件)について

1件について協議、承認。

## -第21回-

2月5日 午後5時~6時35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

### 協議事項

#### 1 自浄作用活性化委員会への諮問について

当該事案について、提案どおり3月21日に開催する標記委員会で審議することを決定した。

#### 2 第2回郡市医師会長会議への質問について

2月19日に開催する標記会議の提出議題及び報告者について協議を行い、提出議題として「ベースアップ評価料の届け出及び医療機関等における賃上げ物価上昇に対する支援事業について」を追加開催することを決定した。

#### 3 交通事故医療における診療費請求事務に係る研修会の開催について

標記研修会の開催時期や開催形式、プログラム等について協議を行い、提案どおり開催することを決定した。

# 理 事 会

## 4 母体保護法による指定医師の申請について

指定医師申請1件の審査結果について審議を行い、指定医師として登録することを承認した。

### 人事事項

#### 1 山口労災保険診療委員会の委員について

山口労働局長から任期満了に伴う委員の推薦依頼があり、6名を推薦することを決定した。

### 報告事項

#### 1 第3回学校心臓検診検討委員会（1月22日）

令和6年度山口県学校心臓検診報告書、令和8年度学校心臓検診精密検査医療機関研修会、令和8年度事業等について協議を行った。（河村）

#### 2 第2回禁煙推進委員会（1月22日）

今後の委員会の活動方針、イエローグリーンキャンペーン、COPD対策推進ワーキンググループ等について協議を行った。（岡）

#### 3 第2回がん教育推進協議会（1月22日）

今年度の学校におけるがん教育の取組等の報告の後、令和8年度の学校におけるがん教育の実施内容等について審議が行われた。（加藤）

#### 4 日本医師会財務委員会「Web」（1月23日）

令和8年度日本医師会事業計画（案）、令和8年度日本医師会予算（案）の審議が行われた。（沖中）

#### 5 広島県医師会との懇談会（1月24日）

両医師会から提出した議題「病院における電子カルテ問題（山口県）」「医師偏在対策と若手医師確保に向けた取組（広島県）」について意見交換を行った。（伊藤）

#### 6 令和7年度山口県胃内視鏡検診研修会

（1月25日）

「胃がん検診の概要」「精度管理」「胃内視鏡検診の方法」「感染症対策・偶発症対策」の講演及

び「福島市胃がん内視鏡検診の現状とAI活用の可能性」と題した特別講演を行った。出席者24名。（岡）

#### 7 令和7年度山口大学・県内医療機関・自治医科大学交流会（1月25日）

山口大学医学部附属病院や山口大学医学部、県内医療機関の紹介、自治医科大学卒業医師による講演等が行われた。（茶川）

#### 8 全国有床診療所協議会中国四国ブロック役員会・第17回総会、中国四国医師会連合有床診療所研修会（1月25日）

役員会では、令和7年度のブロック会、総会・研修会等の報告の後、令和8年度の全国有床診療所協議会について協議が行われた。研修会では、令和6年度事業報告等の議事後、日本医師会総合政策研究機構の江口成美 主席研究員による「有床診療所の経営と今後の課題」と題した特別講演など2講演等が行われた。出席者約60名。（伊藤）

#### 9 山口県福祉サービス運営適正化委員会第154回苦情解決部会（1月27日）

苦情受付状況、苦情解決事案について協議が行われた。（木村）

#### 10 中国地方社会保険医療協議会山口部会

（1月28日）

歯科3件、薬局1件が承認された。（淵上）

#### 11 令和7年度診療情報提供推進委員会

（1月29日）

本会の相談窓口の受付状況、令和7年に受け付けた相談窓口受付事例について協議を行った。（縄田）

#### 12 新規個別指導（1月29日）

4医療機関の指導の立会を行った。（木村、國近）

## 理 事 会

### 13 日医第11回ワークショップ「会員の倫理・資質向上をめざして」(1月29日)

島根県医師会の森本紀彦 会長による「善きサマリア人法について—医事法関係検討委員会の取り組み」と題した講演など2講演の後、善きサマリア人法に関する事例2題についてグループ討論が行われた。(中村洋)

### 14 山口県医療勤務環境改善支援センター運営協議会「Web」(1月29日)

令和7年度事業実績の報告の後、令和8年度事業計画(案)、委員改選等について協議が行われた。(沖中)

### 15 山口県特別支援学校医療的ケア運営協議会「Web」(1月29日)

総合支援学校における医療的ケア実施の状況報告・意見交換の後、主治医等の訪問による特別支援学校の医療的ケアの充実等について協議が行われた。(河村)

### 16 都道府県医師会学校保健担当理事連絡協議会「Web」(1月30日)

「続・学校における健康診断」をテーマに、「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検討会」等についての講演等が行われた。

(河村)

### 17 若年者心疾患・生活習慣病対策協議会理事会・評議員会(1月31日)

令和6年度事業活動報告、令和6年度収支決算案の承認、令和8年度事業計画案及び収支予算案の承認等について協議が行われた。(河村)

### 18 第57回若年者心疾患・生活習慣病対策協議会総会(2月1日)

会員総会では令和6年度事業報告・決算の承認、令和8年度事業計画・予算の決定等が行われ、その後、「鳥取県における成人先天性心疾患に対する移行医療の現状と課題」等をテーマとし

たワークショップや特別講演等が行われた。

(伊藤、河村)

### 19 第76回山口県産業衛生学会・山口県医師会産業医研修会(2月1日)

「職域における筋骨格系障害予防対策」をメインテーマとして、基調講演、特別講演、教育講演、パネルディスカッション等を行った。参加者129名。(中村洋)

### 20 山口県国民健康保険団体連合会保健活動推進委員会「Web」(2月2日)

特定健診の受診率が低いことから、県医師会としても、そのメリットの周知に力を入れていくべきとの報告を行った。(伊藤)

### 21 第3回山口県犯罪被害者等支援施策評価委員会(2月2日)

第2次「山口県犯罪被害者等支援推進計画(最終案)」、多機関ワンストップサービス体制について協議が行われた。(縄田)

### 22 令和7年度山口県地域・職域連携推進委員会(2月3日)

地域・職域連携推進の意義・協議会の役割、山口県の働く世代の現状、山口県・圏域別の健康問題の報告の後、地域・職域連携推進事業の今後の取組(案)について協議が行われた。(岡)

### 23 広報委員会(2月5日)

会報主要記事掲載予定(3~5月号)、閑話求題、令和8年度の県民公開講座の特別講演の講師案、SNSによる広報等について協議を行った。

(中村丘)

### 24 会員の入退会異動

入会1件、退会6件、異動9件。(2月1日現在会員数:1号1,181名、2号836名、3号522名、合計2,539名)(伊藤)

# 理 事 会

## 医師国保理事会 - 第18回 -

### 協議事項

#### 1 第2回通常組合会について

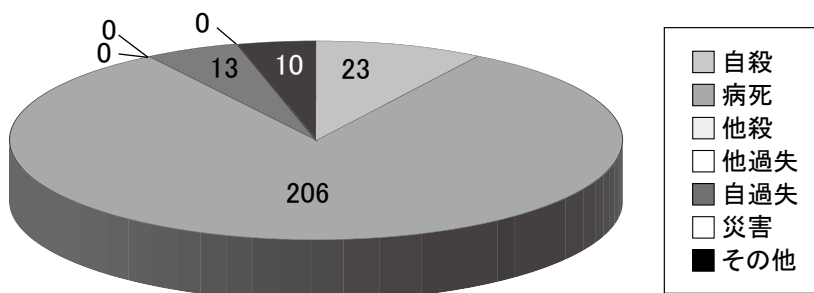
2月19日(木)開催の標記組合会について、次第及び議案について協議、決定した。

### 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
Jan-26	23	206	0	0	13	0	10	252

死体検案数と死亡種別 (令和8年1月分)



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



# 日医FAXニュース

**2026年（令和8年）1月23日 3370号**

- 全病院で「医療安全管理者」配置へ
- 地域医療の実情踏まえた報酬体系を
- 27年度専攻医シーリング方針を了承
- 抗菌薬安定供給へ、企業の備蓄増を支援
- キッズニアで「産婦人科医」の体験提供

**2026年（令和8年）1月27日 3371号**

- 報酬上の評価と報告制度は無関係
- 療養計画書の「患者署名」不要に
- ベア評価料、対象職員を拡大
- 「急性期病院一般入院基本料」を新設
- 予防接種に「抗体製剤」導入へ

**2026年（令和8年）1月30日 3372号**

- 補正予算、ベア評価料対象外施設も支援
- 賃上げ、実態把握し27年度対応も検討
- 医療部会、オン診の規定を了承
- シニア医師のキャリア支援で論点整理

**2026年（令和8年）2月3日 3373号**

- 26年度改定論議終了、13日にも答申
- 生活習慣病管理料「充実管理加算」新設
- 24年度の指導・監査、返還額は48.5億円
- 高額医療機器の購入で優遇融資
- 妊娠前低体重で低出生体重児「1.6倍」

**2026年（令和8年）2月6日 3374号**

- 次期顔認証付きCR、費用補助は「半額」
- 25年の医療機関倒産、66件で過去最多
- 外来機能報告の意向確認、G-MISに変更
- 医薬品供給情報をDB化、検索可能に
- 医師会病院、地域医療担うも収支厳しく

**2026年（令和8年）2月10日 3375号**

- 医療費不払い外国人、報告基準引き下げ
- 国内のニパウイルス感染リスク「低い」
- 学校医の役割明確化と業務合理化を
- インフル定点30.03、再び「警報レベル」

**2026年（令和8年）2月13日 3376号**

- 阪大、先進医療で費用に誤り
- 医療事故報告、1月は34件
- 医療安全推進者養成講座、受講者募集
- 医薬品流通情報システム、4月にも稼働

**2026年（令和8年）2月17日 3377号**

- 「極めて重要な改定」と評価
- 新設の「急性期病院」を評価
- 外来・在宅ベア評価料は初診17点
- 「充実管理加算」は30～10点に

**2026年（令和8年）2月20日 3378号**

- 支援事業、対象は「ベア評価料届け出」
- 補正予算の産科・小児科支援、要件通知
- 小児の入院・専門医療、「集約化」明記
- マイナ保険証、受付チェックリスト作成

## 年末年始アメリカ旅行記

飄

々

広報委員

小篠 純一

年末年始にアメリカ旅行に行ってきました。私にとって、海外旅行は高校生の頃の韓国ソウルへの修学旅行、大学卒業時の釜山、医者2年目のときの中国四川省への学会以来およそ25年ぶりでした。もともと出不精な私は、今回旅行に行くかどうか悩みましたが、家族と海外で年越しをする機会はなかなか無いかと考え、悩んだ末にアメリカに行く決断をしました。

まずは、羽田空港からロサンゼルス行きの飛行機ですが、これも海外旅行あるあるなのでしょうか？！飛行機の到着遅れでいきなり8時間遅れの出発となり、海外旅行の洗礼を浴びた気分でしたが、普段あまりゆっくりできない羽田空港でのんびり過ごすことができました。飛行機内で10時間も過ごす経験は初めてだったので、非常に不安でしたが、ゆったりとしたシートで食事も出て快適な旅でした。本来ならアルコールも飲んで、ぐっすり眠りたかったのですが、トイレなども考え自粛しました。

無事にロサンゼルス空港に到着しましたが、日本との時差が-17時間でさらに日付変更線をまたいでいるので、私には出発当日なのか？翌日なのか？よくわかりませんでした。アメリカ5日間の旅が始まりました。

まあ予想していたことではあったのですが、入国審査で英語が聞き取れず、しどろもどろでした。「滞在の目的は？」などと聞かれたと思うのですが、よく覚えていませんし、そもそも理解できていません。指紋を上手にカメラに撮れない私の指をぐっと抑えてきて、入国審査官もなんだかイライラしていました。一番印象深かったのは、「何日滞在するんだ？」と聞かれ、5日間と返答

しました。さらに追い詰めてきて、「どこで、どんな予定だ」と聞いてきました。適当にロス3日、グランドキャニオン1日、ラスベガス2日、と答えました。すると、「6日間になるじゃないか!？」とさらに追い込んできました。グランドキャニオンには泊まらないのでわざわざ言わなくてもよかったのかなと思います。「日帰り、ひがえり、HIGAERI」と連呼したのは内緒です。最後には、入国審査官も諦めて、私を入国させてくれました。

ハリウッド、ディズニーランド、カジノ、グランドキャニオンなどの観光も非常に楽しかったのですが、その際の移動で利用する空港や道路のスケールが大きいこと、大きいこと、大変驚きました。日本がいろいろ工夫してうまく活用するような緻密さと、真逆で、良い意味で大雑把でした。

書きたいことはまだまだいっぱいあるのですが、自分自身への備忘録として「アメリカにウォシュレットは無い！携帯ウォシュレットは必須」とさせていただきます。



## 令和7年度 第102回山口県消化器がん検診講習会

日時 令和8年3月28日(土) 15:00～17:00  
場所 山口県総合保健会館 2F「多目的ホール」山口市吉敷下東3-1-1  
TEL083-934-2200

### 次第

司会：山口県消化器がん検診研究会 副会長 清水 建策

開会挨拶

特別講演Ⅰ 15:00～16:00

座長：山口県消化器がん検診研究会 会長 檜垣 真吾

ヘリコクター・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。

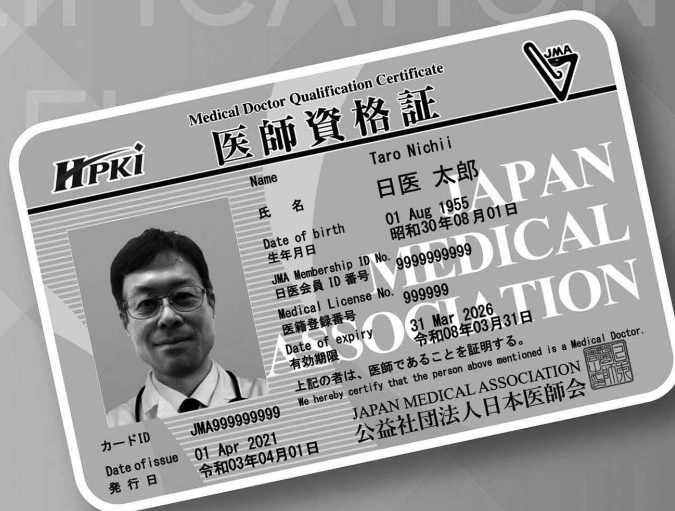
(1) 専門家派遣 申込フォーム	(2) 譲受情報の受付登録フォーム	
		

- (3) 令和8年2月17日現在の登録状況
  - 譲渡希望件数 16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)

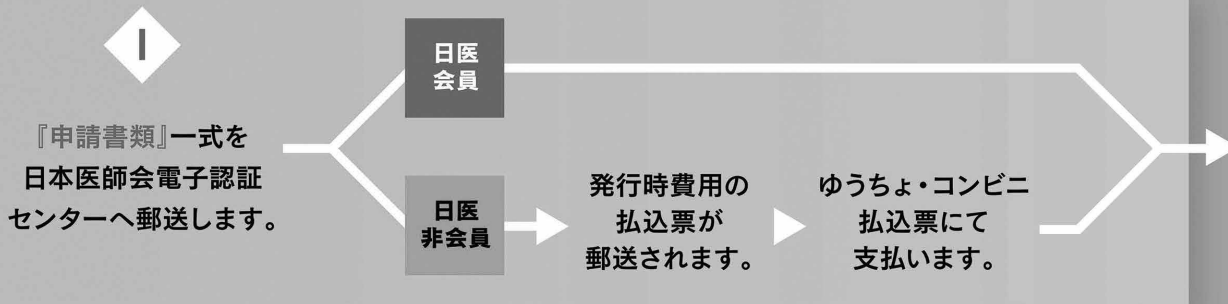
### 講習会受付



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

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

# カード)利用シーン

## ITでの利用シーン

### ログイン認証



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

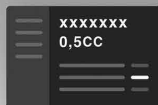
\*ログイン認証は、「日医医療認証基盤」(日医提供サービス)にお申し込みがあるサービスで利用可能となります。

### HPKI電子署名



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

### 研修会受講履歴 単位管理



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

### 他社サービスの 利用



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

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

2

医師資格証が  
発行されます。

日医非会員は入金確認後

3

医師資格証発行完了  
通知(ハガキ)が連絡  
先住所に到着します。

4

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

※代理人不可

## 対面受取時の書類 ※あらかじめ受取場所の医師会に電話確認をしてください。

3以内のもの

※表面のみ ※通知カード不可  
ド  
分証明書

### 1 医師資格証 発行完了通知(ハガキ)

申請時に記入した  
連絡先住所にハガキが郵送されます。

2

### 身分証の提示(下記のいずれか1点)(有効期間内のもの)

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

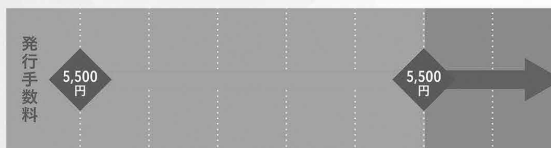
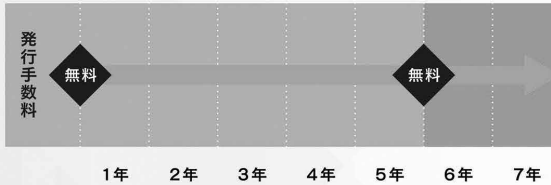
## 費用

### 日医会員

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

### 日医非会員

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



※費用はすべて税込みです。

## 各種手続き

### 連絡先変更手続き

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

### 医師資格証 紛失届

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

### 暗証番号(パスワード)開示手続き

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

### 医師資格証 再発行申請書

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

### 医師資格証 利用中止届

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

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



日本医師会 電子認証センター

Japan Medical Association Certificate Authority

〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16

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

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

掲載内容2022年8月現在



# 医師年金

<認可特定保険業者> 公益社団法人 日本医師会  
**ご加入のおすすめ**

**加入資格** 64歳6カ月未満の日本医師会会員 (会員区分は問いません)

保険料は  
いつでも自由に  
増減できます!

### 年金検討チェックリスト

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

余裕資金を随時払で  
上限なく増額  
できます

予定利率は1.5%  
(令和6年4月現在)

1つでも該当したら…

事務手数料は  
払込保険料に対して  
0.25%だけです

## 医師年金ご加入をおすすめします!

医師年金ホームページで、  
簡単シミュレーション!



医師年金 検索

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

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

▼個別プランの設計や詳しい資料のご請求はこちら



公益社団法人  
**日本医師会 年金福祉課**

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

The screenshot displays the '医師年金' (Doctor's Pension) website interface. It features a navigation menu with '保険料からプラン作成' (Create Plan from Premium) and '受取年金額' (Benefit Amount). The main content area shows a simulation for a 65-year-old male with a 15-year premium payment period. It details the monthly premium (100,000 yen), the resulting monthly benefit (71,400 yen), and the total benefit over 15 years (1,281,000 yen). Below this, it shows a 5-year premium plan and a 10-year premium plan, each with their respective benefit amounts. A '注意事項' (Notes) section at the bottom provides additional details about the simulation process and interest rates.

20240401S21

医療機関の皆様へ

# かかりつけ医機能報告制度 が始まります！

令和8年1～3月に、都道府県に対して  
かかりつけ医機能報告を行うようお願いします

## 報告を行う対象医療機関

- 特定機能病院及び歯科医療機関を除く、**全ての病院・診療所**が対象です。

## 医療機関の実施事項

### 報告

毎年1～3月に、かかりつけ医機能の内容について都道府県にご報告をお願いします。

- ※原則、医療機関等情報支援システム（G-MIS）による報告となります。
- ※かかりつけ医機能に関する研修の修了者の有無も報告事項となります。

### 院内 掲示

かかりつけ医機能を有する医療機関の要件として、報告したかかりつけ医機能の一定の内容を院内掲示する必要があります。

- ※G-MISにおいて、院内掲示用の様式例を出力できるようにシステム開発を行う予定です。

### 患者 説明

おおむね4ヶ月以上継続して医療を提供することが見込まれる場合で、患者・家族から求めがあったときは、治療計画等についてご説明をお願いします。

- ※かかりつけ医機能を有する医療機関は、原則、医療法に基づく患者への説明が努力義務となります。

詳しい情報は厚生労働省ホームページへ



厚生労働省「かかりつけ医機能報告制度」  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000123022\\_00007.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000123022_00007.html)



# かかりつけ医機能報告制度の概要

## 制度の目的

- かかりつけ医機能報告制度は、地域で必要とされるかかりつけ医機能の充実強化を図り、国民の医療機関の選択に資する情報を提供することを通じて、国民・患者にとって医療サービスの向上につなげることを目指すものです。
- 多くの医療機関に参画いただき、地域で必要なかかりつけ医機能を確保することが重要であり、各医療機関からの報告を受けて、地域で協議を行い、不足する機能を確保する方策を検討・実施していくことが特に重要です。



## ご報告いただく内容

- ご報告いただくかかりつけ医機能の内容は、下記のとおりです。  
※報告事項の詳細等については、令和7年度中に、厚生労働省から報告マニュアルを発売する予定です。

### 1号機能

継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能

#### 【報告事項】

- 「具体的な機能」を有すること及び「報告事項」について院内掲示していること（★）
- かかりつけ医機能に関する研修の修了者の有無、総合診療専門医の有無（有無を報告すれば可）
- 所定の診療領域ごとの一次診療の対応可能な有無、いずれかの診療領域について一次診療を行うことができること（★）
- 一次診療を行うことができる疾患
- 医療に関する患者からの相談に応じることができること（★）等

※★：これらの項目を「可」と報告する医療機関は、「1号機能を有する医療機関」として2号機能の報告を行います。

### 2号機能

(1) 通常の診療時間外の診療、(2) 入院時の支援、(3) 在宅医療の提供、(4) 介護サービス等と連携した医療提供

#### 【報告事項】

- (1) 通常の診療時間外の診療**
  - 自院又は連携による通常の診療時間外の診療体制の確保状況
  - 自院における時間外対応加算1～4の届出状況、時間外加算、深夜加算、休日加算の算定状況 等
- (2) 入院時の支援**
  - 自院又は連携による後方支援病床の確保状況
  - 自院における入院時の情報共有の診療報酬項目の算定状況
  - 自院における地域の退院ルールや地域連携クリティカルパスへの参加状況
  - 自院における退院時の情報共有・共同指導の診療報酬項目の算定状況
  - 特定機能病院・地域医療支援病院・紹介受診重点医療機関から紹介状により紹介を受けた外来患者数 等
- (3) 在宅医療の提供**
  - 自院又は連携による在宅医療を提供する体制の確保状況
  - 自院における訪問診療・往診・訪問看護の診療報酬項目の算定状況
  - 自院における訪問看護指示料の算定状況
  - 自院における在宅看取りの診療報酬項目の算定状況 等
- (4) 介護サービス等と連携した医療提供**
  - 介護サービス等の事業者と連携して医療を提供する体制の確保状況
  - 介護支援専門員や相談支援専門員への情報共有・指導の診療報酬項目の算定状況
  - 介護保険施設等における医療の提供状況（協力医療機関となっている施設の名称）
  - 地域の医療介護情報共有システムの参加・活用状況
  - ACP（人生会議）の実施状況 等

### その他の報告事項

- 健診、予防接種、地域活動（学校医、産業医、警察業務等）、学生・研修医・リカレント教育等の教育活動 等

# 日本医師会

## 「かかりつけ医機能報告制度にかかると研修」のご案内

### 先生方のこれまでの経験が活かせる研修です！

2026年1月から初回の報告が始まる「かかりつけ医機能報告制度」<sup>\*1</sup>では、「かかりつけ医機能に関する研修の修了者の有無」が報告事項の1つとなっています。日本医師会では、これに先立ち、報告対象となる全ての医療機関が、研修の修了を適切に報告できるよう、2025年4月に「かかりつけ医機能報告制度にかかると研修」を創設し、同研修を修了された先生方に対する修了証の発行等、必要な環境を整備いたしました。



#### 研修概要

##### 座学研修 (知識)

日本医師会生涯教育制度における各種研修 (日医 e-ラーニングを含む)。  
(1時間=1単位/最小は30分=0.5単位)

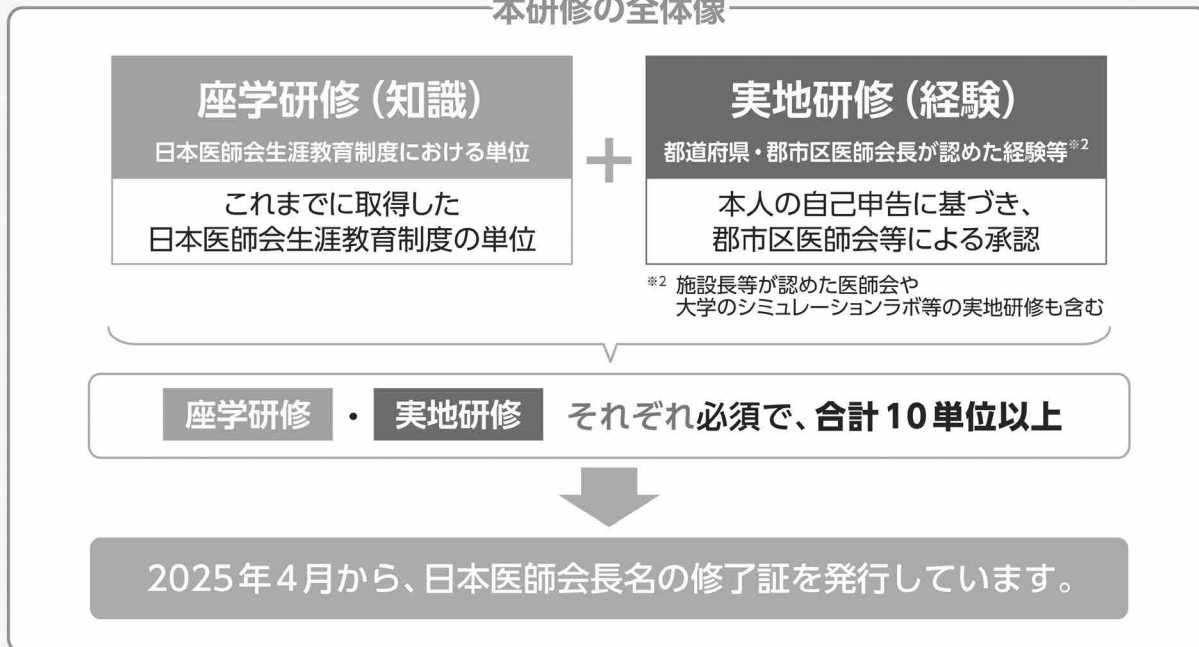
##### 実地研修 (経験)

現に携わっている、またはこれまでに携わった地域に根差した活動等であって、都道府県または郡市区医師会長等が承認したもの。(1研修あたり5単位)

#### 修了要件

座学研修 (知識) と実地研修 (経験) をそれぞれ受講 (必須) し、合計で10単位を取得された先生に日本医師会長名の修了証を発行します。

#### 本研修の全体像



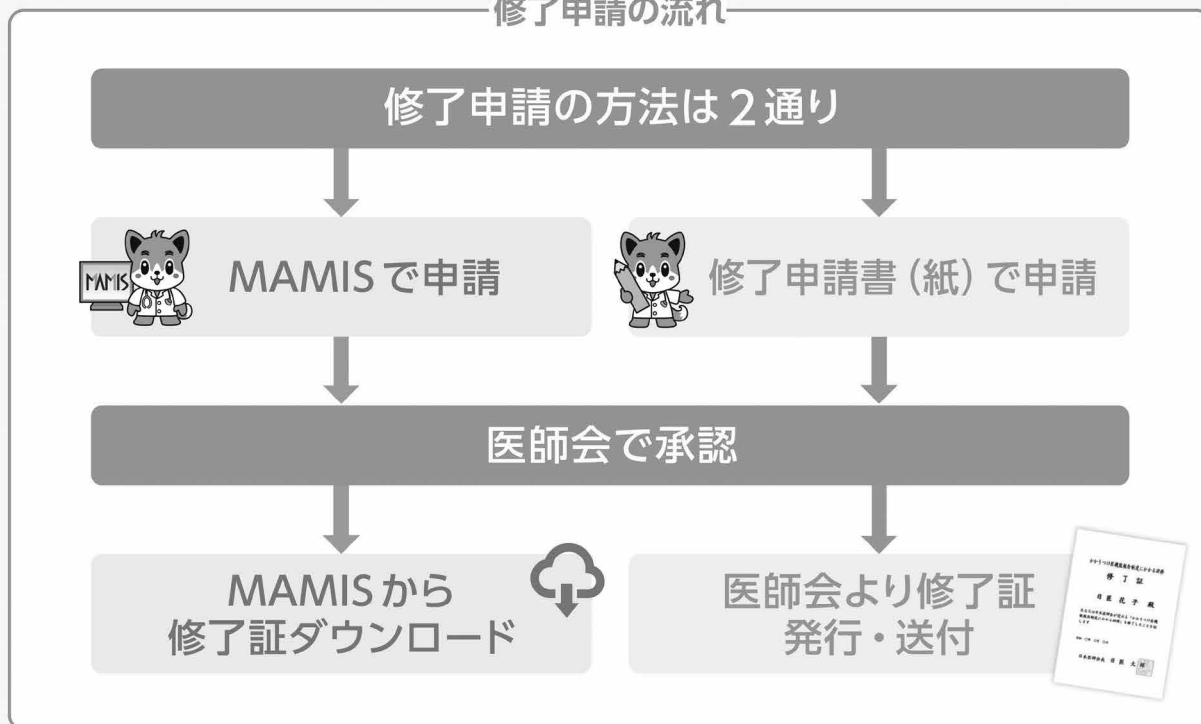
<sup>\*1</sup> かかりつけ医機能報告制度とは (厚生労働省HP)  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000123022\\_00007.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000123022_00007.html)



修了申請の方法

- 1 医師会会員情報システム (MAMIS) または修了申請書 (紙媒体) により、都道府県医師会または郡市区医師会 (地域によって異なります) に当該研修に係る修了申請を行う。
- 2 申請先の医師会において申請内容を確認、承認。
- 3 修了証発行 (MAMIS マイページよりダウンロード、または医師会より送付。)

修了申請の流れ



MAMISからの申請方法の解説動画や修了申請書(紙)を日本医師会ホームページに公開しております。ぜひご覧ください!

<https://www.med.or.jp/doctor/cme/cmekakari/012210.html>



本研修の修了申請を行っていただき、先生方のこれまでの経験を報告制度に反映させてください!



## 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。

登坂正子氏 徳山医師会 2月4日 享年 76

## 編集後記

3月8日は国際女性デーでした。

近年、日本でもミモザの花を象徴とした黄色い装飾やイベントが見られるようになりましたが、この記念日の背景には、世界中の女性たちが自由と平等を求めて闘ってきた長い歴史があります。1904年、ニューヨークで女性労働者たちが参政権を求めて運動を起こしました。その背景には、1857年のニューヨークの被服工場火災で100人以上の若い女性が犠牲となった産業災害があります。当時、無断休憩を防ぐために出入り口が施錠されていたため、多くの女性が逃げ場を失い、命を落としました。この悲劇をきっかけに、女性たちは労働条件の改善と参政権を強く訴えるようになり、1908年3月8日には「パンとバラ」を掲げてデモを行いました。「パン」は賃金や労働条件の向上、「バラ」は尊厳と人権の象徴です。1910年、コペンハーゲンで開催された国際社会主義者会議では国際女性デーの制定が提唱され、翌年にはヨーロッパ各地で初の記念行事が開催されました。100万人を超える人々が集会に参加し、女性の権利拡大を訴えましたが、当時は年によってこの記念日の日付が変わっていました。

では、なぜ3月8日が国際女性デーとなったのでしょうか。その決定的なきっかけは、1917年のロシアでの事件です。第一次世界大戦下、食糧不足に苦しむ女性たちが3月8日（ロシア暦では2月）、首都ペトログラードで「パンと平和」を求めてストライキを決行し、それが大規模なデモに発展。4日後にはロシア皇帝が退位し、臨時政府の下で女性の選挙権が認められました。この出来事が2月革命の口火となり、国際女性デーが3月8日に定まる決定的な要因となったのです。

女性参政権獲得のための闘いは、国や時代を超えて連鎖していきます。イギリスでは「サフラジェット」と呼ばれる女性たちが過激な抗議活動を展開し、投獄された女性たちがハンガーストライキを始めると、政府は強制給餌を行いました。また、1913年の競馬レース中に活動家エミリー・デイヴィソンが国王の馬の前に立ちはだかり命を落とした事件は、女性参政権運動の象徴として世界に衝撃を与えました。私もNHKの『映像の世紀』で見たこのシーンは忘れられません。こうした歴史を経て、1975年には国連が3月8日を「国際女性の日」として公式に記念するようになり、世界各国で女性の権利やジェンダー平等に関する啓発活動が広がっています。

これらは、わずか100年余り前の出来事です。女性参政権運動をするとお上につかまり鉄の猿ぐつわをはめられ、強制的に食道に食事を流し込まれるのですよ。フォアグラだって動物虐待だと非難されている昨今です。私には想像ができない世界に100年前の女性たちは生きていたのでしょうか。しかし、今の私たちがいる世界は、そうした過去とどこかで繋がっています。もしかしたら、現代の私たちの行動が100年後の女性たちの世界に細い糸で繋がっていくのかもしれない。そして何より現代でも、少女の教育を受ける権利が奪われ児童婚が行われている世界があることを忘れずにいたいと思います。

(常任理事 長谷川奈津江)



HIPPOCRATES

## 医の倫理綱領

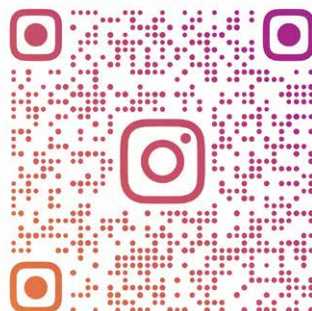
### 日本医師会

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

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



「にちいくん日医君」山口県バージョン



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）