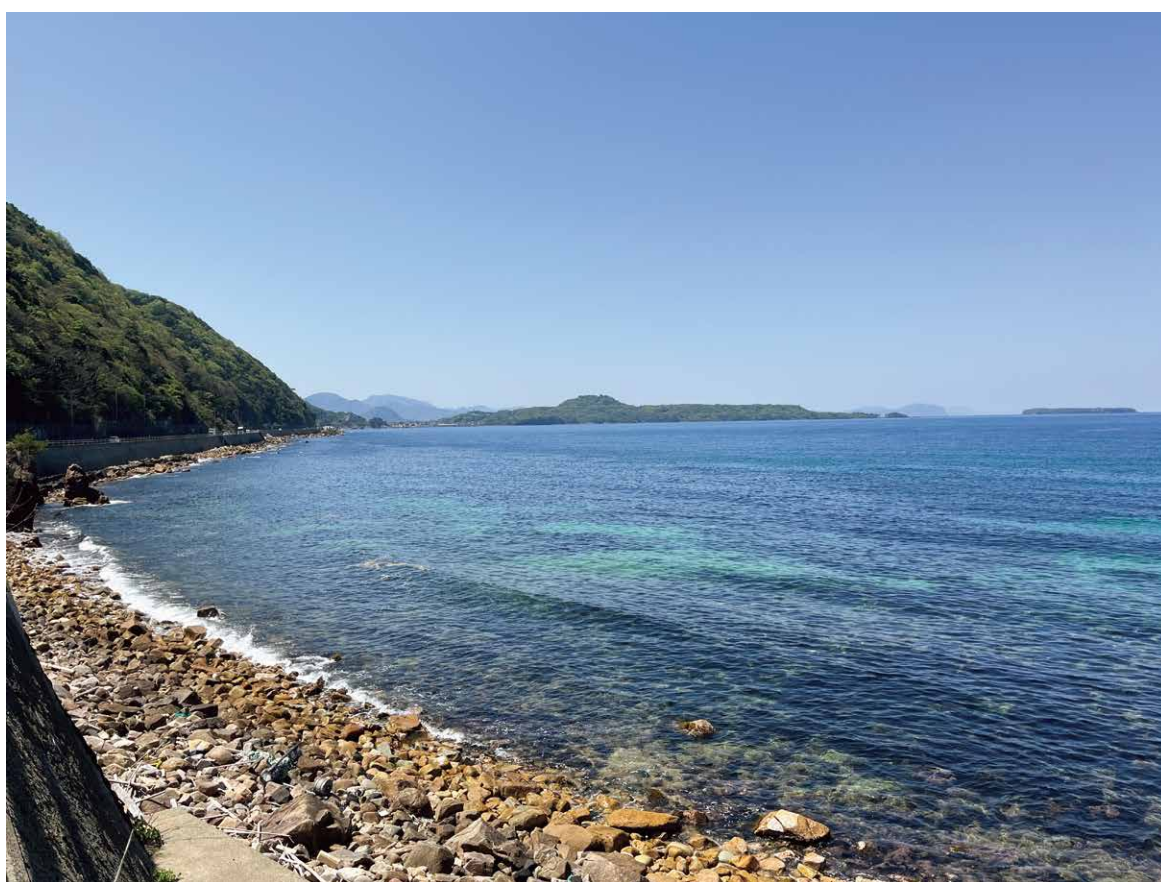


山口県医師会報

令和8年(2026年)

4月号

— No.1988 —



春の日本海 田村 高志 撮

Topics

公示
郡市医師会長会議



Contents

■ 公示	255
■ 今月の視点「プレコンセプションケアとは」	河村一郎 256
■ 令和7年度第2回郡市医師会会長会議	262
<傍聴印象記>	岡山智亮 265
■ 令和7年度第2回医師国保通常組合会	266
■ 令和7年度郡市医師会産業保健担当理事協議会	吉水一郎 274
■ 山口県医師会産業医研修会	藤井郁英 276
■ 令和7年度郡市医師会生涯教育担当理事協議会	茶川治樹 288
■ 第177回山口県医師会生涯研修セミナー	
国近尚美、小林茂樹、宮地隆史、清水良一、森 健治	290
■ 令和7年度山口県医師会囲碁大会	池田昭彦 308
■ 理事会報告(第22回、第23回)	310
■ 日医FAXニュース	315
■ 飄々「kintsugi」	田村高志 316
■ お知らせ・ご案内	318
■ 編集後記	国近尚美 328

公 示

本会役員等の選挙の立候補届出について

本会会長以下各役員及び裁定委員は、来る6月11日をもって任期満了となります。

また、日本医師会代議員及び同予備代議員の任期は、来る6月27日の日本医師会定例代議員会の前日までとなっております。

つきましては、定款及び選挙規則に基づき下記のとおり選挙を執行いたしますので、立候補及び推薦の届出をお願いいたします。

記

選挙期日 令和8年5月14日（木）

届出締切 令和8年4月30日（木）午後5時

令和8年4月15日

山口県医師会長 加藤 智 栄

今月の視点

プレコンセプションケアとは

常任理事 河村 一郎

「プレコンセプションケア」とは、性別にかかわらず、適切な時期に、性や健康に関する正しい知識を身につけ、ライフプランや将来の健康を考えて健康管理を行う取組みである。国では昨年5月にプレコンセプションケア推進5か年計画が策定された(図)。その目的としては、1. プレコンセプションケアに関する概念の普及、2. プレコンセプションケアに関する相談支援体制の充実、3. 専門的な相談支援体制の強化であり、具体的には、言葉自体や概念についての認知度が低

いため性別を問わず思春期から成人期に至るすべての人に概念を知ってもらうこと、若い世代の人や基礎疾患のある女性がより相談しやすくなるような体制づくりをすること、産婦人科以外の医師もプレコンセプションケアに関して十分な知識を持つとともに、かかりつけ医等と産婦人科医の必要な連携に資する情報提供資材が必要である。

背景及び経緯として、医療の進歩により、先進国の周産期死亡率や母体死亡率等の母子保健指標は20世紀に入り劇的に改善したが、1990年以



図 プレコンセプションケア推進計画

降、その進捗は鈍化した。妊娠前の肥満や糖尿病等の健康問題を抱えた妊娠が、周産期死亡率や母体死亡率等の増加要因として指摘されたことも踏まえ、2006年に米国疾病管理予防センター(CDC)が、「女性の健康や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」を、プレコンセプションケアとして提唱した。2012年には世界保健機関(WHO)が、プレコンセプションケアを「妊娠前の女性とカップルに医学的・行動学的・社会的な保健介入を行うこと」と定義し、対象者の健康状態を改善し、母子健康アウトカムに影響しうる行動や個人的・環境要因を減らすことを目的とした。2012年以降、イギリス、オーストラリア等では、プレコンセプションケアを国家戦略や国家的目標に取り入れ、サーベイランス指標を設定している。

プレコンセプションケアに関連する国内の課題は多い。1970年ごろから2000年代にかけて出生数における低出生体重児の割合が増加し、その後9.5%前後で推移している。低出生体重児の原因の一つに妊婦のやせの問題があるが、現在、20歳代から30歳代の女性のやせは約20%で中長期的には増加傾向にある。また、基礎疾患がある場合や出産年齢が高くなること等による周産期リスクの高い妊娠の増加や、予期せぬ妊娠の場合に妊産婦の自殺や児童虐待に至る可能性があることなど、妊娠に関係するさまざまな問題がある。近年、DOHaD(Developmental Origins of Health and Disease)仮説という概念も提唱されている。「胎児期から乳児期までの異常環境に応じてプログラミングされた内分泌・代謝機能が虚血性心疾患などの生活習慣病の発症リスクを高める」という概念で、本邦では高齢出産と経産出産(第三子以上の出産)の増加、女性のやせ願望などの社会的要因も影響した低出生体重児の増加が報告され、これらの出産状況は未熟性や低出生体重児の増加などを介して児の健康障害リスクを増大させる可能性があると言われている。自閉症など神経発達症、統合失調症、うつ病など精神疾患の発症については、胎児期、乳児期のシナプス形成の異常、農薬・PCBなど環境化学物質の影響を示

す論文もある。自閉症の遺伝要因は約37%とされ、残りの60%の環境要因は胎児期、乳児期の環境要因で自閉症は典型的なDOHaDと言われている。

下記に国から出されている指針について述べる。

プレコンセプションケアの具体的な内容とその対象について

食事・運動・睡眠・飲酒・喫煙等の生活習慣と健康管理に関する知識や、妊娠と出産に向けて特に重要となる知識等、プレコンセプションケアに関して幅広い内容を発信するとともに、自治体・企業・教育機関等とも連携し、プレコンセプションケアに関する知識を得る機会を提供する。特に次に掲げる項目について、重点的に取り組む。

①若い世代の健康管理や性についての知識の深化

若い世代においても、健康管理のために、栄養バランスのとれた食事や、適度な運動、十分な睡眠を取る等の適切な生活習慣に関する知識が必要であることは広く認識されているが、実際にどのような行動をとるべきかわからないという声もある。そのため、一般論よりも、より具体的な参考指針や事例を提供する。

また、特に若い世代の女性において、月経痛等で日常生活に支障が生じていたり、性感染症への不安があっても、産婦人科を受診することに高い心理的ハードルを感じている方もいるため、悩みの解消に繋げられるよう、企業や大学内の保健管理センター等の相談先も含め適切な対処法に関する情報を提供する。

さらに、子宮内膜症や子宮筋腫等の月経困難症の原因となる疾患や多嚢胞性卵巣症候群等の月経異常、無月経の原因となる疾患を含め、比較的頻度が高い婦人科疾患について情報提供を行い、特に症状がある場合においては産婦人科への受診を促す等の適切な対応について周知する。

子宮頸がんの罹患率は、20歳代から上昇するため、中高生の段階から、子宮頸がん検診を受けることの重要性やHPVワクチンに関する知識を持つことは重要であり、対象に適切な子宮頸がんに関する情報を提供する。

性に関する知識、妊娠が成立するまでの過程や正しい避妊の知識を得て、実践に繋げることは、心身の負担を伴う予期せぬ妊娠のケースを防ぐことに繋がる。一方で、どれだけ情報提供や指導を充実させたとしても、このような予期せぬ妊娠を完全には防ぐことができないということを前提とすべきといった意見も踏まえ、起きたときにどこに相談し、対応するかという手段についても周知する。

②健康な妊娠と出産についての知識の深化

適切な栄養・食生活を含む生活習慣、胎児の重篤な疾病（神経管閉鎖障害）の予防に必要な葉酸の摂取、妊娠中の感染症や胎児の疾病の予防のためのワクチン接種歴の確認、基礎疾患と妊娠の関係、飲酒、喫煙、薬物摂取等の胎児に対する影響や、流産・死産、人工妊娠中絶など、妊娠しても必ずしも出産まで至らない場合があること等の妊娠前から知っておくべき知識について、性別問わず理解し、取り組むべきプレコンセプションケアについての情報提供を強化する。

妊娠を望む健康な男女が一定期間妊娠に至らない場合には、医療機関への受診が推奨されていることから、これらの男女が、不妊の定義やその原因について理解し、適切なタイミングで医療機関を受診できるよう情報提供を行う。さらに、不妊の原因の約半分は男性にあることなど、妊娠は女性だけの問題ではなく、男性も主体的に関わるべきものであることについても周知する。

将来妊娠を希望している若い世代、特に女性に対して、希望に応じて将来の妊娠に関連した検査や卵子凍結等が実施されることもあるが、疾病等と関連した妊よう性の温存についてなど、さらなる知見の収集も必要である。国においては、卵子凍結等に関する調査研究を行い、実態の把握や知見の収集に努めるとともに、これらに関する正しい知識の普及のために必要な環境整備を行う。

将来妊娠を希望するかわからない場合においても、妊よう性は年齢の影響を受けること、男女の年齢や生活習慣等が出産だけでなく、子や本人の将来の健康にも影響を及ぼす可能性があることを若いうちから知ることができるよう、適時に情報提供を行う。

ライフプランを考えるうえで、中高生を含め、ライフステージに応じて、適切な時期から妊娠や健康等に関する知識を知ることは極めて重要であり、教育機関等を含め、若いうちから、こうした正しい知識を得る機会を提供する。

自治体・企業・教育機関等でのプレコンセプションケアについての取組みのサポート

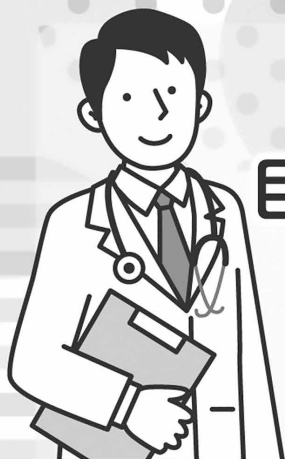
プレコンセプションケアについて、対象者の「当事者意識」を醸成し、必要な情報提供を行う観点から、地域や現場の状況やニーズも踏まえつつ、自治体・企業・教育機関・関係団体等において、プレコンセプションケアに関する講演会を開催することも有用である。

プレコンセプションケアに関する講演会には医師や助産師等の外部講師の派遣や、講演会の資料作成が必要であり、人材育成や講演会の資料提供について、国立成育医療研究センター等の協力も得ながら、国によるサポートを行う。

プレコンセプションケアに関する知識の普及を、自治体・企業・教育機関等の地域や社会全体で実施していく必要があることから、国においては、プレコンセプションケアに関する講演会の企画を行う等の普及啓発を行う人材育成等を進める。

さらに、自治体・企業・教育機関等における好事例の横展開を行うことも有用であり、こども家庭庁のホームページ等において、好事例の紹介を行う。

プレコンセプションケアは、性別を問わずすべての世代にとって重要な取組みであり、社会全体での認知度向上と支援体制の整備が求められる。すべての人がプレコンセプションケアについての知識を持ち、実践することができる社会となるよう、関係機関と連携し、プレコンセプションケアの普及に努めることが重要であると思われる。



仕事と育児の両立を 目指している医師の方々へ

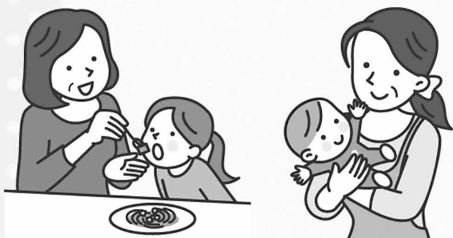


山口県医師会
保育サポーターバンクを
ご活用ください。

支援の例

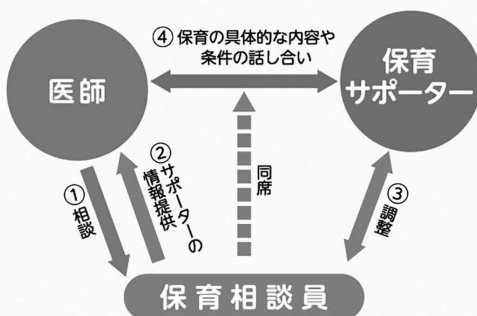
- 子どもと一緒に医師宅で留守番
- 子どもと一緒に医師宅で留守番をしながら、家族の夕食の支度や簡単な掃除
- パパ・ママの都合が悪い時の保育園の迎えと、引き続き塾への送り
- 残業の日の保育園の迎えと、その後サポーター宅での預かり(子どもの食事を含む)
- ママが当直の日、パパが緊急呼び出しを受けた時のサポーター宅での預かり(待機を含む)
- 学童保育終了時の迎えとその後医師帰宅までいっしょに過ごす

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
 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(コメントもお願いいたします)
- ④写真(コメントもお願いいたします)

◆提出方法・締切日◆

できる限りデータ(下記①又は②)でのご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

※ 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年度第2回郡市医師会長会議

と き 令和8年2月19日(木) 15:35～16:00

ところ 山口県医師会6階 会議室

開会挨拶

加藤会長 本日は令和7年度第2回郡市医師会長会議にご出席いただき、感謝申し上げます。郡市医師会長の先生方が中心となってそれぞれの地域で医療・介護を支えていただいていることに、改めて感謝申し上げます。

昨年は医療機関等の経営危機に対し1.4兆円の支援が行われ、12月に診療報酬本体が3.09%という30年ぶりの高い改定率となった。これは昨年の春から骨太の方針に「高齢化による増加分に相当する伸びに経済・物価動向等を踏まえた対応に相当する増加分を加算する」とされ、また、7月にあった参議院選挙では、釜谷先生が医療・介護・社会保障関係でトップ当選されたことがあった。また、11月には、皆様にもご参加いただいたが、「国民医療を守る総決起大会」を開催し、県に対して国への意見書を提出した。そういった一連の医師会、あるいは医療関係団体の動きが奏功して、診療報酬の本体が3.09%のアップにつながったと思っている。

財務省は当初、0.55%程度のアップを提示したようだが、交渉を行い、最後は高市総理が3.09%ということで決着したとのことである。これは松本日医執行部をはじめ、医師会の総力を挙げた要望が通じたと思っているので、これまで積み上げてきた政治的な動きも大切であることを改めて感じている。

今年に入って中医協の議論を経て、診療報酬の

内容がほぼ決まってきたが、松本日医会長は、従来は「メリハリ」を基に、どこかを「ハリ」で増やせば「メリ」でどこかを削るという対応がなされてきたが、今回の改定では診療所は少し「ハリ」があり、病院に対しては中程度の「ハリ」があるというような表現で言われていた。

本日は中央情勢報告として都道府県医師会長会議での協議の報告、それからベースアップ評価料申請のお願いの説明を行う予定にしている。郡市医師会より質問は出ていないが、どのようなことでも構わないので、先生方の地域で困っている課題に対して、要望や意見があれば言っていただければ、真摯に回答したいと思うので、よろしくお願いしたい。県医師会も変化することを恐れず、絶えず最適化された組織でありたいと思っている。

議題

1. 都道府県医師会長会議について

(1) 第2回(10月21日)

加藤会長 第2回の都道府県医師会長会議は「有料職業紹介事業」をテーマとして開催された。進行役は間中山形県医師会長が務められた。埼玉県医師会からは手数料の高騰や短期離職、ミスマッチなど共通した問題が多いと指摘され、医療分野の適正認定事業者は全国で40社あるが、それ以外の多数の業者は不透明な実態を抱えていると主張された。富山県医師会は医療機関の経営が厳し



い中で、限りある公的財源が高額な紹介料として民間有料職業紹介事業者に流出している現状を問題視されていた。岐阜県医師会は急な欠員補充のために有料職業紹介を利用せざるを得ない現状があることを説明され、京都府医師会は無料職業紹介やハローワークでは人材が見つかりにくく、医局からの派遣も機能しなくなっている実情を説明された。徳島県医師会は有料職業紹介事業者のモラル欠如と短期離職の多さが最大の問題と指摘された。3割程度の手数料が必要な場合や6か月ですぐに辞めるといふ、ひどい状況がどこでもあるのではないかと思う。佐賀県医師会は病院の85%が有料職業紹介事業者を利用していると報告され、日医が信頼できる紹介事業者と協力して全国的な枠組みを構築するよう求めた。

これらの意見に対し、今村日医常任理事が回答され、(1) 会員・医療機関・求職者に対する広報、周知活動の強化、(2) 悪質事業者への対策、(3) さらなる規制強化、適正化に向けた国への要求、(4) 公的職業紹介の活用、(5) 好事例の収集・横展開、(6) 日本医師会ドクターバンクと地域ドクターバンクの業務提携、等を行っていくという回答があった。

私はハローワーク等は今の時代にマッチしないのではないかと考え、スマートフォンのアプリで申し込みができるような態勢にしてほしいと要望した。

有料職業紹介事業者に関してはどこも恐らく、仕方なく利用されていると思うが、解決してい

なければ医療機関の経営圧迫になるので、ドクターバンクだけではなく、ナースバンクなど他の業者のバンクも日医が責任持って作ってもらいたいと思っている。

※詳細については『日医ニュース』第1539号をご参照願いたい。

(2) 第3回 (1月20日)

加藤会長 第3回の都道府県医師会長会議のテーマは「周産期医療提供体制を巡る課題と出産費用のあり方」で、森本島根県医師会長が進行された。青森県医師会では分娩施設も減っているが人口も減っており、意図せず集約化が進んでいることを報告された。福島県医師会では、東日本大震災の影響により人口が減少し、分娩施設も半減したことから産科医が足りず、激務にならざるを得ない状況を説明された。その上で、分娩の報酬が一律に決められ、もしそれが労働に見合わなければ、産科医の撤退や周産期医療を選択する若い医者がいなくなる懸念があるとされていた。愛知県医師会は、妊婦には多様な出産の選択肢を用意すべきだが、出産を保険適用化することで民間医療機関がなくなれば、妊婦は周産期母子医療センターを有する総合病院の産科病棟しか選べなくなるとして、日医に対し出産の保険適用化・無償化に反対の立場を取るよう求めた。政府は出産費用の無償化という方針を出しているの、これが議論された。香川県医師会は出産費用を保険適用とするのではなく、出産育児一時金を現状より引き

出席者

郡市医師会長

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

県医師会

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

広報委員 岡山 智亮

上げるのが現実的という見解を述べられた。熊本県医師会は出産費用の無償化を具体化するにあたっては慎重な検討が必要であるとした。

全体討論では、出産費用の無償化により、中小の医療機関が撤退を余儀なくされるとの懸念が相次いだほか、主に助産師が介助する正常分娩を医療行為として一律に評価することの疑義や、出産育児一時金を100万円に引き上げる提案がなされ

た。松本日医会長は、日本産婦人科医会・日本産科婦人科学会の意向を尊重しつつ、国の審議会等で引き続き意見を述べていきたいとのことで、国が方針を出して、妊産婦が無償化というメリットがあっても、産科医がきちんと守られるようなことでなければこの制度はうまくいかない。その2つがうまくマッチするように慎重に協議していくと述べられた。愛知県医師会は保険適用化を反対する立場だったが、政府は無償化という方針を出しているので、どのようにして折り合いを付けるか、現場の産婦人科医の意見を尊重する方向でまとめたという話であった。

※詳細については『日医ニュース』第1545号をご参照願いたい。

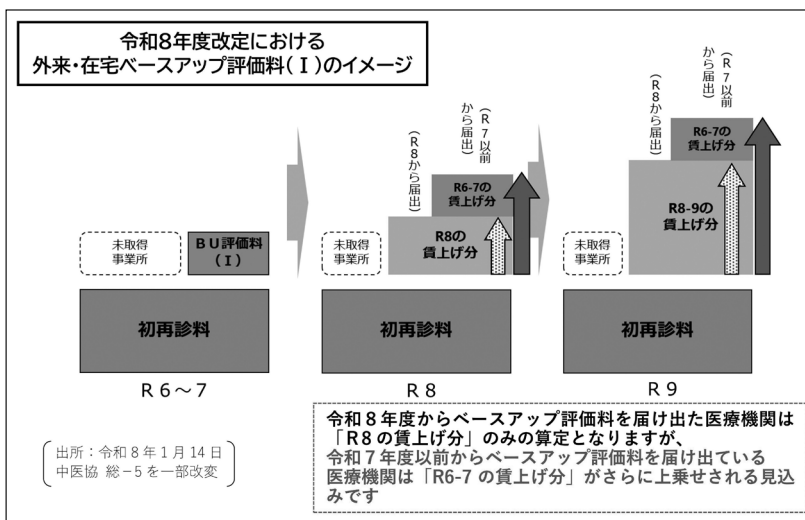
2. 郡市医師会からの意見要望

加藤会長 過去の本会議で要望が出された、福祉医療費の社保分を国保に再度申請をしなければならぬという問題だが、令和8年度から実施予定だったが、市町のシステム改修がうまくいっておらず、令和9年度にずれ込むという回答を得ているので、ここで報告させていただく。

3. ベースアップ評価料の届出について

伊藤専務理事 日医からの1月28日付、2月12日付の通知「2月中のベースアップ評価料の届出の検討」という内容について説明する。

ベースアップ評価料は、1月14日に中医協が発表した資料によると、病院は約90%が届け出ているが、有床診療所は50%、医科診療所では



40%に留まっている。令和8年度の診療報酬改定では、ベースアップ評価料が見直され、令和7年度以前から届け出ている医療機関と、令和8年度から届出ている医療機関では、算定できる点数に差が付く見込みである。具体的には、ベースアップ評価料を届け出ている医療機関では、令和7年度までは初診料に6点、再診料に2点が加算されるが、令和8年度の初診料は令和7年度分の6点に加え、令和8年度分の11点が加わり、17点が加算され、再診料は令和7年度分の2点に加え、令和8年度分の2点が加わり、4点が加算される。さらに、令和9年度においては、令和6、7、8年度分の17点に加えて令和9年度分の13点が加わり、40点が加算され、再診料では同様に令和6、7、8年度分の4点に加えて令和9年度分の6点が加わり、10点が加算される。

また、令和8年3月1日時点でベースアップ評価料を届け出ている医療機関に対して、有床診療所（医科・歯科）では許可病床数×72千円、無床診療所では1施設に対して150千円の給付金が支給される。

併せて、「外来・在宅ベースアップ評価料（I）」を届け出ている診療所のうち、「外来・在宅ベースアップ評価料（II）」の算定も可能な診療所については、2月中の届出をお願いしたい旨の通知も日医から出されている。令和8年度の診療報酬改定では、「外来・在宅ベースアップ評価料（II）」の評価のあり方が見直され、「外来・在宅ベースアップ評価料（II）」を「令和8年度から算定を開始する医療機関」と、「令和7年度以前より算

定している医療機関」とで、算定できる点数に差が生じるためである。

本通知は日医より直接各都市医師会へも通知されており、すでに会員医療機関へ周知済であると思われるが、まだ届出を出されていない場合には

積極的に届出を行っていただくようお願いをお願いしたい。

加藤会長 ぜひともベースアップ評価料を取っていただきたい。

傍聴印象記

広報委員 岡山 智亮

令和8年2月19日の15時35分より山口県医師会6階の会議室にて開催された令和7年度第2回都市医師会会長会議に出席した。まずはじめに加藤会長より挨拶があった。医療機関の経営危機に対して診療報酬等のアップがなされたことなどが挙げられ、そこに至る過程として医療関係団体の動きが大きく奏功したとのお話があった。政治の中でもいろいろと駆け引きはあるようだが、国民の健康を守る医療を提供している医療機関としては安定した経営を持続させなければならない中でここ数年の物価高騰を考えると、なんとか現状に見合ったものに近づいてくれたかと思う。

続いて1つ目の議題である都道府県医師会会長会議報告が加藤会長よりあった。10月21日に開催された第2回の都道府県医師会会長会議では「有料職業紹介事業」がテーマとなっており、各都道府県医師会よりたくさんの意見があったとのことであった。やはりどの医師会からも手数料の高騰や早期の離職、ミスマッチなどが問題点として挙がっていたようである。私自身も肌で感じる部分は多く、事業者と従業員が互いに安心・安全に医療サービスを提供するためには現状の紹介事業ではままたまならないと正直思う。問題点は多々あると思われるので、場合によっては官民で体制を作っていく必要があるのではないかと個人的には思うところである。次に1月20日に開催された第3回の都道府県医師会会長会議では「周産期医療提供体制を巡る課題と出産費用のあり方」がテーマとなっており、これに対してもさま

ざまな意見が出たようである。国の方針としては出産に対して保険適用もしくは無償化を目指そうとしている中で、産婦人科学会としてはそうなった際に医療機関の撤退も余儀なくされ、産科医としての負担がさらに増えることになるとの懸念があるとの考えであるようで、着地点がまとまらないとのことであった。やはり安心して子供を出産できるということは大前提になってくると思われるので、いろいろな事情がある中で、産科医にとっても、子を産む家族にとっても安心できる医療体制を整えてもらいたいものである。

次に2つ目の議題として都市医師会からの意見要望として、福祉医療費の社保分が国保の方に申請し直さなければならないという問題点が挙げられたが、システム上もう少し時間がかかるとの答えであった。

続いて3つ目の議題としてベースアップ評価料の届け出について伊藤専務理事から説明があった。まだまだベースアップ評価料を取っている医療機関が少ないが今後加算も上がることと積極的に加算を取るようにはしてもらいたいとの話であった。ベースアップ評価料としてではなく診療報酬自体を上げていただけたらとの話もあり本当にそのとおりだと思った。

以上議事進行し加藤会長のあいさつをもって閉会となった。物価高、人件費高騰に振り回されている中で私たち医療を成す事業者として課題はとても多いが与えられた権利に対してアンテナをしっかりと立てて対応していかなければならないと思われた会議であった。

令和7年度第2回医師国保通常組合会

と き 令和8年2月19日(木) 15:00~15:35

ところ 山口県医師会6階 会議室

I 開会

事務長、出席議員の確認を行い、議員定数31名、出席議員21名で定足数に達しており、会議が成立する旨報告。

II 理事長挨拶

加藤理事長 本日は、ご多忙の中、お集まりいただき、ありがとうございます。

今回は、令和8年度事業計画・予算等について、また、令和8年4月に開始される「子ども・子育て支援金制度」に伴い、18歳以上の国民には新たに保険料が付加されることとなりましたので、皆様には慎重なご審議をよろしくお願いいたします。

さて、健康保険に関する国全体の問題として、人口の高齢化に伴う後期高齢者医療支援金負担の増大や、高額医薬品による医療費の増大などが挙げられます。

また、国庫補助金の見直し等、国の政策の影響を受けながら運営努力が求められています。

さらに、「勤労者皆保険」の構築という国の構想により、国保組合加入者が協会けんぽへ流れ、

加入者の減少につながる可能性もありますので、組合員数の確保、組織強化が必要となっております。

なお、開業されている方が法人化される場合は、「適用除外」という手続きをしなければ、制度上、協会けんぽに異動しなければなりません。

新規開業時も、医師国保への加入を周知しなければ、社労士の方などが協会けんぽを勧めることがありますので、合わせて周知のご協力を、よろしくお願いいたします。

そして、大学院生などで、勤務先の健康保険に加入できない場合は市町村国保に入ることになりますが、医師国保に入る方がメリットは大きくなりますので、加入促進もぜひお願いしたいと思います。その際、刷新いたしました「医師国保のしおり」を、ご活用いただきたいと思ひます。

保険者としてのあり方もさまざまな対応が求められる状況ですが、執行部一同、今後とも健全で効率的な組織運営に努めてまいります。

引き続き先生方のご指導、ご支援のほどよろしくお願いいたします。

出席者

組合会議員

大島郡	野村 壽和	防府	松村 康博
美祢郡	竹尾 善文	下松	井上 保
下関市	飴山 晶	岩国市	小林 元壯
下関市	綾目 秀夫	岩国市	西岡 義幸
宇部市	西村 滋生	岩国市	山下 秀治
宇部市	土屋 智	山陽小野田	藤村 嘉彦
宇部市	高田弘一郎	光市	井上 祐介
宇部市	黒川 泰	柳井	弘田 直樹
山口市	豊田耕一郎	長門市	清水 達朗
徳山	津永 長門	美祢市	中元 起力
徳山	高木 昭		

役員

理事長	加藤 智栄	理事	木村 正統
副理事長	沖中 芳彦	理事	藤井 郁英
副理事長	中村 洋	理事	國近 尚美
常務理事	長谷川奈津江	理事	中村 丘
常務理事	竹中 博昭	理事	森 健治
<small>法令遵守(コンプライアンス)担当理事</small>	伊藤 真一	理事	吉水 一郎
理事	茶川 治樹	監事	宮本 正樹
理事	縄田 修吾	監事	友近 康明
理事	岡 紳爾	監事	淵上 泰敬
理事	白澤 文吾		

III 議事録署名議員指名

小林議長、議事録署名議員を次のとおり指名。

- 飴山 晶 議員
- 山下 秀治 議員

IV 議案審議

承認第1号 令和8年度山口県医師国民健康保険組合法令遵守（コンプライアンス）のための実践計画について

沖中副理事長 平成22年より、国から法令遵守の体制整備が求められ、本組合では、平成23年2月の組合会で、規約改正及び基本方針の策定を議決していただいた。

この基本方針の中で、「毎年度、理事会において、具体的な実践計画を策定し、組合会の承認を得ること」と規定しており、本年1月22日開催の第16回理事会で令和8年度の実践計画を策定したので、報告する。

「1 法令遵守マニュアルの策定」では、組織体制を規定している。

「2 法令遵守に関する指導・研修」では、理事会の際にマニュアル等の確認等による研修を行っ

ている。

「3 法令遵守のための管理」については、担当職員の業務のあり方について記載している。

「4 個人情報保護の強化」では、個人情報の取扱いにおける安全管理について記載し、「5 法令遵守関連情報の組織的な把握等」、及び、「6 不祥事故への対応体制」では、役職員の役割等と報告・調査体制を定めている。

以上の実践計画に基づき、役職員ともに、国民健康保険法・番号法などの関係法令に沿って、厳正に業務運営を行ってまいります。

ご承認いただくよう、よろしくお願い申し上げます。

議案第1号 山口県医師国民健康保険組合同規約の一部改正について

令和8年度より、少子化対策の一環として、子育て支援の財源を安定的に確保するため、医療保険制度を活用した「子ども・子育て支援金制度」が開始されることとなった。

支援金は、国を通じて子育て支援施策として保育、教育等に充当され、令和8年度では国全体で約6,000億円の費用を医療保険者全体で賄うことが決定している。

その支援金は、医療保険者が賦課・徴収を行うこととなるため、18歳以上の被保険者より、新たな保険料として加算されることとなる。

その額であるが、令和8年度に国へ納める見込み額を元に、負担を最小限に抑えるよう算出したところ、18歳以上の被保険者一律で月額600円となった。

この算出においては、令和7年12月11日開催の定款等検討委員会の答申を元に、12月18日開催の理事会で協議している。

また、国への納付額は、令和8年度から10年度の3年間に渡って増加することも制度上決定しており、8年度は6,000億円であるが、令和9年度では約8,000億円、令和10年度には約1兆円もの費用を医療保険者全体で賄うこととなっている。

このため、今回の議決事項同様、令和9年度・

令和8年度山口県医師国民健康保険組合法令遵守
(コンプライアンス)のための実践計画

令和8年1月8日 理事会議決

山口県医師国民健康保険組合法令遵守（コンプライアンス）体制の整備に関する基本方針の規定に基づき、令和8年度の実践計画を次のとおり策定する。

- 1 法令遵守マニュアルの策定**
役職員が遵守すべき法令、規則、基本方針及び法令遵守（コンプライアンス）のための組織体制などを明確にした法令遵守マニュアル等を策定する。
① 法令遵守マニュアル等は、全ての役職員が容易に閲覧できるようにする。
② 法令遵守マニュアル等を策定し、全ての役職員に配布する。
- 2 法令遵守に関する指導・研修**
不祥事故を未然に防止するため、役職員等に対する法令遵守の周知徹底を行う。
① 法令遵守マニュアルにより、周知徹底を行う。
② 役職員を対象とした法令遵守を徹底するため研修を実施する。
- 3 法令遵守のための管理**
事故防止の観点から、特定の職員を長期間にわたり同一業務に従事させないように人事ローテーションを実施し、又はやむを得ない理由により長期間にわたり同一業務に従事している場合には、事故防止等のため、同一業務について複数の職員により執行することとする。
- 4 個人情報保護の強化**
マイナンバー制度の実施に伴い、個人情報の更なる保護に資するため、「個人情報保護規程」等に基づき、被保険者の個人情報への不正アクセス、紛失、破壊、改ざん及び漏えいを防止し、安全で正確な管理に努める。
- 5 法令遵守関連情報の組織的な把握等**
役職員は、法令遵守関連情報の把握に努め、把握した情報は速やかに報告するとともに適切に対応することとする。
① 役職員が把握した法令遵守関連情報（組合員又は被保険者からの苦情、役職員の勤務状況、不祥事に関する報告、保険給付に関する争い、経理処理の状況等）については、法令遵守担当理事等に速やかに報告する。
② 法令遵守担当理事等は、法令遵守関連情報のうち、組合の業務運営に重大な影響を与えるもの又は組合員若しくは被保険者の利益が著しく阻害されるものについては、理事会に報告する。
③ 理事会は、報告を受けた法令遵守関連情報及び組合会への対応を決定する。
- 6 不祥事故への対応体制**
役職員は、不祥事故又はその疑いのある行為を発見した場合は、法令遵守担当理事等に速やかに報告する。
① 法令遵守担当理事等は、規約、規程等に則り、理事会に報告する。
② 理事長は、法令等に従い、監督官庁に報告するとともに、法令遵守担当理事等とともに適切な調査を行う。
- 7 雑則**
この実践計画で定めるものの他、必要な事項は、理事会の承認を得て実施する。

10年度においても規約の一部改正によって、保険料徴収額を決定していただく必要がある。

来年度以降の賦課額については、国の定める納付額と収支状況をもとに、皆様の負担を最小限に抑えるよう、慎重に協議するので、引き続き先生方のご理解とご協力をお願い申し上げます。

議案第2号 令和8年度山口県医師国民健康保険組合事業計画について

- 1. 「保険給付」は、本組合の主体的事業であり、疾病や負傷に対する療養の給付のほか、療養費・高額療養費等の各種給付事業を実施する。
2. 「保健事業」では、医療費通知や後発医薬品差額通知の事業を含めた全事業、すべて継続している。
3. 「広報活動」では、毎年4月に発行している「医師国保のしおり」を中心に、保険給付・保健事業に関する情報をわかりやすくお伝えできるよう、情報提供のあり方を随時見直し、早急に反映できる体制を整える。
4. 「未就学児世帯支援」、5. 「産前産後支援」では、国の事業継続により、引き続き、該当者への助成を行う。
6. 「月別事業計画」では、理事会・組合会、及び、諸会議等について記載している。
以上で、令和8年度事業計画の説明を終わる。

議案第3号 令和8年度山口県医師国民健康保険組合歳入歳出予算について

令和7年度決算見込みでは、歳出の第Ⅲ款「保険給付費」において、歳出見込額が予算を約1億5千万円下回っている。理由としては、令和5年度に療養費等の大幅な上昇がみられたため、その上昇率を元に予算を編成したものの、結果として受診件数及び療養給付費が大きく減少したこと、また、高額医療も例年に比べ件数が少なかったためである。令和7年度の差引残高の見込みは3億4,625万円となり、これを新年度予算への繰越金として計上する。また、子ども子育て支援金を除いた従来からの保険料は据え置きとして、新年度の予算編成を行っている。

<歳入>

被保険者数の年次別推移であるが、現在、75歳到達者の広域連合への移行、また、協会けんぽへの異動等により、全国の国保組合において大幅な被保険者の減少が続いている。

山口県医師国民健康保険組合規約の一部改正について
山口県医師国民健康保険組合規約の一部を次のように改正する。
1) 第21条の第一号中
「並びに子ども・子育て支援法(平成24年法律第65号)の規定による子ども・子育て支援納付金(以下「子ども・子育て支援納付金」という。)」を追加する。
「第4号」を「第5号」に改める。
2) 第21条の第四号を第五号に改める。
3) 第21条の第四号を以下のとおり改める。
四 子ども・子育て支援納付金の納付に要する費用に充てるため、組合員または組合員の世帯に属する被保険者のうち18歳に達する日以後の最初の3月31日の翌日以後である組合員または組合員の世帯に属する被保険者につき算定した子ども・子育て支援納付金賦課額は、次のア〜ウとする。
ア 甲種組合員 月額 600円
イ 乙種組合員 月額 600円
ウ 組合員の家族1人につき 月額 600円
附則
(施行期日)
1 この規約は、令和8年4月1日から施行する。
(経過措置)
2 この規約による改正後の第21条の規定は、令和8年度以後の年度分の保険料について適用し、令和7年度以前の年度分の保険料については、なお従前の例による。
新旧対照表
改正案 現行
(保険料の賦課額)
第21条 組合員は、保険料として、次の区分による額の合算額を、別に定める納付方法により、毎月組合に納付しなければならない。
一 国民健康保険事業に要する費用(高齢者医療確保法の規定による後期高齢者支援金及び病床転換支援金(以下「後期高齢者支援金等」という。))介護保険法の規定による納付金(以下「介護納付金」という。))並びに子ども・子育て支援法(平成24年法律第65号)の規定による子ども・子育て支援納付金(以下「子ども・子育て支援納付金」という。))の納付に要する費用並びに第4号に規定する費用を除く。)に充てるため、組合員(高齢者医療確保法第50条に規定する被保険者である組合員(以下「後期高齢者の組合員」という。))を除く。)及び組合員の世帯に属する被保険者につき算定した基礎賦課額
ア 甲種組合員 31,000円
イ 乙種組合員 12,000円
ウ 組合員の家族1人につき 10,000円
二 (略)
三 (略)
四 子ども・子育て支援納付金の納付に要する費用に充てるため、組合員または組合員の世帯に属する被保険者のうち18歳に達する日以後の最初の3月31日の翌日以後である組合員または組合員の世帯に属する被保険者につき算定した子ども・子育て支援納付金賦課額
ア 甲種組合員 600円
イ 乙種組合員 600円
ウ 組合員の家族1人につき 600円
五 保健事業のうち、後期高齢者の組合員に係るものに要する費用 …(略)
(新設)
四 保健事業のうち、後期高齢者の組合員に係るものに要する費用 …(略)
附則
(施行期日)
1 この規約は、令和8年4月1日から施行する。
(経過措置)
2 この規約による改正後の第21条の規定は、令和8年度以後の年度分の保険料について適用し、令和7年度以前の年度分の保険料については、なお従前の例による。

令和8年度事業計画

1. 保険給付について

(1) 療養の給付

被保険者の疾病及び負傷に関しては、次の各号に掲げる療養の給付を行う。

- 1 診察
2 薬剤又は治療材料の支給
3 処置、手術その他の治療
4 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
5 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護

なお、一部負担金として、10分の3を支払わなければならない。ただし、小学校就学前の被保険者については、10分の2を支払う。また、70歳以上の前期高齢者については、10分の2、現役並み所得者は、10分の3を支払う。

(2) 入院時食事療養費の支給

被保険者（特定長期入院被保険者（療養病床に入院する65歳以上の被保険者。）を除く）が、自己の選定する保険医療機関について国民健康保険法第36条第1項第5号に掲げる療養の給付と併せて受けた食事療養に要した費用について、組合員に対し、入院時食事療養費を支給する。

(3) 入院時生活療養費の支給

特定長期入院被保険者が、自己の選定する保険医療機関について、国民健康保険法第36条第1項第5号に掲げる療養の給付と併せて受けた生活療養に要した費用について、組合員に対し、入院時生活療養費を支給する。

(4) 保険外併用療養費の支給

被保険者が自己の選定する保険医療機関等について評価療養、患者申出療養又は選定療養を受けたときは、組合員に対し、その療養に要した費用について、保険外併用療養費を支給する。

(5) 療養費の支給

療養の給付又は入院時食事療養費、入院時生活療養費若しくは保険外併用療養費の支給を行うことが困難であると認めるとき、又は被保険者が保険医療機関等以外の病院、診療所若しくは薬局その他の者について診察、薬剤の支給若しくは手当を受けた場合において、保険者がやむを得ないものと認めるときは、療養の給付等に代えて、療養費を支給することができる。

なお、海外渡航中の療養に対して、療養費を支給する（海外療養費）。

(6) 訪問看護療養費の支給

被保険者が、指定訪問看護事業者について指定訪問看護を受けたときは、組合員に対し、その指定訪問看護に要した費用について、訪問看護療養費を支給する。

(7) 特別療養費の支給

組合員が保険料納付の勧奨等を行ってもなお当該保険料を納付しない場合において、当該被保険者が保険医療機関等又は指定訪問看護事業者について療養を受けたときは、組合員に対し、その療養に要した費用について、特別療養費を支給する。

(8) 移送費の支給

被保険者が、療養の給付を受けるため病院又は診療所に移送されたときは、組合員に対し、移送費として、厚生労働省令の定めるところにより算定した額を支給する。

(9) 高額療養費の支給

療養の給付について支払われた一部負担金の額又は療養（食事療養及び生活療養を除く。）に要した費用の額からその療養に要した費用につき、保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費若しくは特別療養費として支給される額若しくは第56条第2項の規定により支給される差額に相当する額を控除した額が著しく高額であるときは、組合員に対し、高額療養費を支給する。

(10) 高額介護合算療養費の支給

一部負担金等の額（国民健康保険法第57条の2第1項の高額療養費が支給される場合）については、当該支給額に相当する額を控除して得た額）並びに介護保険法第51条第1項に規定する介護サービス利用者負担額（同項の高額介護サービス費が支給される場合）にあっては、当該支給額を控除して得た額）及び同法第61条第1項に規定する介護予防サービス利用者負担額（同項の高額介護予防サービス費が支給される場合）にあっては、当該支給額を控除して得た額）の合計額が著しく高額であるときは、組合員に対し、高額介護合算療養費を支給する。

(11) 出産育児一時金の支給

被保険者が出産したときは、当該被保険者の属する世帯の組合員に対し、出産育児一時金として48万8千円を支給する。ただし、健康保険法施行令（大正15年勅令第243号）第36条ただし書に規定する出産であると認められるときは、これに1万2千円を加算する。

(12) 葬祭費の支給

被保険者が死亡したときは、その者の葬祭を行う者に対し、葬祭費として、甲種組合員は20万円、乙種組合員及び組合員の家族は10万円を支給する。

(13) 傷病手当金の支給

被保険者である組合員が、疾病又は傷病のため引き続き10日を超えて休業・休職をしたときは、11日目から起算して最高180日間1日につき甲種組合員は6,000円、乙種組合員は3,000円を傷病手当金として支給する。

2. 保健事業について

(1) 健康診断事業の実施について

被保険者である甲種組合員と組合員の配偶者及び被保険者である乙種組合員の健康保持のため「健康診断」の奨励と助成金の支給を行う。また、特例措置として、後期高齢者組合員に対する「健康診断」の助成を行う。

なお、医療に従事する被保険者のB型肝炎予防対策としてHBs抗原・抗体検査の実施は健康診断の中で行う。

(2) 健康教育事業の実施について

被保険者及び後期高齢者組合員に対して、健康に関する情報誌を配布する。

(3) 健康増進事業の実施について

被保険者及び後期高齢者組合員の健康増進対策として、参加しやすいコースを設定し、教養面を加えたウォーキング大会を実施する。

(4) 特定健康診査、特定保健指導の実施について

平成20年度から医療保険者に義務付けされた「特定健診・保健指導」について第4期実施計画に基づき実施する。

(5) 死亡見舞金の支給について

後期高齢者組合員が死亡したときは、その遺族に対し死亡見舞金として10万円を支給する。

(6) 医療費通知の実施について

該当組合員に「医療費通知」を送付する（年1回）。

(7) 後発医薬品差額通知の実施について

該当被保険者に「後発医薬品差額通知書」を送付する（年1回）。

3. 広報活動について

(1) 山口県医師会報に「国保組合欄」を設けて、本組合の広報に資する。

(2) 保険給付等について解説した「医師国保のしおり」を作成し、組合員に配布する。

4. 未就学児世帯支援補助事業について

令和4年度から導入された国の補助事業により、未就学児に係る子育て世帯の経済的負担の軽減措置として、令和8年11月30日時点で未就学児がいる組合員に対し、当該未就学児の人数に応じた額を保険料として還付する。（1人当たり12,000円）

5. 産前産後支援補助期間相当分の保険料の軽減措置について

令和5年度から導入された国の補助事業により、産前産後に係る子育て世帯の経済的負担の軽減措置として、4ヶ月分（多胎の場合、6ヶ月分）の保険料を還付する。

6. 月別事業計画

Table with 2 columns: 月 (Month) and 諸会議及び研修会 (Meetings and Seminars). Rows list various committees and associations such as 理事会 (Board of Directors), 監事会 (Supervisory Board), and 全国国保組合協会 (National Health Insurance Association).

令和8年度歳入歳出予算

(単位：千円)

歳 入		歳 出	
款 項	金 額	款 項	金 額
I 国民健康保険料	910,525	I 組合会費	2,723
(1) 国民健康保険料	910,525	(1) 組合会費	2,723
II 国庫支出金	87,378	II 総務費	45,058
(1) 国庫負担金	2,948	(1) 総務管理費	44,613
(2) 国庫補助金	84,430	(2) 徴収費	445
III 前期高齢者交付金	69,509	III 保険給付費	772,724
(1) 前期高齢者交付金	69,509	(1) 療養諸費	681,490
IV 出産育児交付金	438	(2) 高額療養費	72,028
(1) 出産育児交付金	438	(3) 移送費	100
V 共同事業交付金	30,160	(4) 出産育児諸費	12,506
(1) 共同事業交付金	30,160	(5) 葬祭諸費	1,600
VI 財産収入	10	(6) 傷病手当金	5,000
(1) 財産運用収入	10	IV 後期高齢者支援金等	231,594
VII 繰入金	1	(1) 後期高齢者支援金等	231,594
(1) 準備金等繰入金	1	V 前期高齢者納付金等	473
VIII 繰越金	346,254	(1) 前期高齢者納付金等	473
(1) 繰越金	346,254	VI 介護納付金	110,194
IX 諸収入	4	(1) 介護納付金	110,194
(1) 預金利子	1	VII 子ども・子育て支援納付金	20,021
(2) 雑入	3	(1) 子ども・子育て支援納付金	20,021
		VIII 流行初期医療確保拠出金等	2
		(1) 流行初期医療確保拠出金等	2
		IX 共同事業拠出金等	62,361
		(1) 共同事業拠出金	62,140
		(2) 共同事業負担金	221
		X 保健事業費	44,319
		(1) 特定健康診査等事業費	5,266
		(2) 保健事業費	38,053
		(3) 死亡見舞金	1,000
		XI 積立金	3,001
		(1) 積立金	3,001
		XII 公債費	1
		(1) 一般公債費	1
		XIII 諸支出金	6,171
		(1) 償還金及び還付加算金	6,171
		XIV 予備費	145,637
		(1) 予備費	145,637
合 計	1,444,279	合 計	1,444,279

コロナ禍が収まり始めた令和6年度より新規開業者や勤務医の加入が増えつつあるが、全体数としては、本組合においても全国と同様、減少が続いている。

これを受け、第Ⅰ款「国民健康保険料」は、新年度の被保険者見込み数を基に9億1,052万5千円を計上しているが、被保険者数の減少により、前年度に対し1,598万円の減となっている。

先ほどの「子ども・子育て支援金制度」による保険料収入項目を新設しており、18歳以上の被保険者1人あたり月額600円で、約1,963万の見込みとなる。

第Ⅱ款「国庫支出金」の「第2項 国庫補助金」は、医療費通知等の経費、及び、各種システム負担金、また、「未就学児を持つ世帯」等への財政支援に対する補助金を計上している。

また、「子ども・子育て支援制度」に対する補助金として、約100万円を見込んでいます。

なお、令和6年度より療養給付費が減少していることから、その給付額に対する補助金も減少と見込まれ、951万円の減となっている。

第Ⅲ款「前期高齢者交付金」は、65歳から74歳の前期高齢者偏在による各保険者の財政負担の不均衡を是正する制度で、前期高齢者加入率が全保険者平均を下回る保険者は納付金を納め、平均を上回る保険者には交付金が交付される制度である。

本組合では、今回3年目の交付対象となり、3,206万増の6,950万9千円が交付される見込みとなるが、本組合被保険者の高齢化が進んでいることを示すものでもある。

第Ⅳ款「出産育児一時金」は、出産育児一時金の財源の一部が交付されるもので、43万8千円を見込んでいます。

第Ⅴ款「共同事業交付金」は、過去3年間の高額医療費を基に交付される共同事業となるが、令和6年度・7年度は高額医療費が減少したため、その交付金も3,445万5千円減少している。

第Ⅵ款「財産収入」は、特別積立金等の利息として1万円計上している。

第Ⅶ款「繰入金」は、1千円の科目存置となっている。

第Ⅷ款「繰越金」は、令和7年度の差引残高見込み額の3億4,625万4千円となっている。

第Ⅸ款「諸収入」は、令和8年度における還付金等の見込みがないため、科目存置としている。

以上、歳入の合計は、前年度より約5.5%、8,413万8千円減の14億4,427万9千円となっている。

<歳出>

第Ⅰ款「組合会費」は、理事会・監事会の旅費等によるものである。

第Ⅱ款「総務費」では、人件費を始め、諸会議及び各種業務における諸経費等を計上している。

なお、制度改正による大規模なシステム改修は予定されていないため、前年度より865万2千円の減となっている。

第Ⅲ款「保険給付費」は、歳出全体の約半分を占める7億7,272万4千円を計上し、前年度とほぼ同様の予算措置としている。

第Ⅳ款「後期高齢者支援金等」、第Ⅴ款「前期高齢者納付金等」、第Ⅵ款「介護納付金」、そして新設となる第Ⅶ款「子ども子育て支援納付金」は、厚労省が示した算定手順によって納付予算額を算出している。

第Ⅳ款と第Ⅵ款で大きく納付額は減ったものの、新設の第Ⅶ款「子ども子育て支援納付金」が2,002万1千円の見込みとなるため、これらの納付合計額は前年度より130万6千円の増となっている。

第Ⅷ款「流行初期医療確保拠出金等」は、感染症発生・まん延時における保健・医療提供体制の整備を目的とした、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（いわゆる『感染症法』）」等の改正において、公費と保険者で費用負担するものであるが、流行初期医療確保措置が実施された際に徴収されることから、予算の計上は不要とされており、科目存置として2千円のみ計上している。

第Ⅸ款「共同事業拠出金等」の「第1項 共同事業拠出金」は、高額医療費共同事業に対する拠出金で、国からこの事業を委託されている全国国保組合協会に支払う額となる。

過去3年間の高額医療費をもとに算出される

が、令和5・6年度の決算額が例年より減少していたため、8年度における拠出額は昨年度より1,526万3千円の減と見込んでいる。

第X款「保健事業費」では、健康診断、ウォーキング大会等の各種保健事業の諸費用、及び、業務協力分として郡市医師会への助成金を計上している。

第XI款「積立金」では、本組合が保有する積立金として「特別積立金」で1億7千万円、「給付費等支払準備金」で1億600万円となる。

また、それぞれに法定積立として、定められた算定方式による額を保有することが義務づけられている。

よって、保有額から法定積立額を差し引いた額は、取り崩し可能額となるが、2つの積立合計で、約8,086万円が取り崩し可能となっている。

第XII款「公債費」は、科目存置である。

第XIII款「諸支出金」は、国の補助事業となる、未就学児世帯と産前産後世帯の支援分、及び前期高齢者納付金分補助金返還等となる。

最後に、歳入歳出を調整した結果、第XIV款「予備費」として、前年度より6,484万1千円減の1億4,563万7千円を計上している。

以上、令和8年度歳入歳出予算の説明を終わる。

採決

議長、全議案について順次採決を行い、議員の挙手多数により原案どおり可決された。以上をもって議案の審議がすべて終了した。

V 閉会の挨拶

加藤理事長 皆様、慎重なご審議ありがとうございました。

皆様が健康であり病気にかかっておられないため、国保連合会の資料によりますと、本組合の医療費は市町村国保など他の組合と比べて非常に低くなっており、結果的に、この数年間は保険料の引き上げを行わずに済んでおります。

また、本組合の取組みとして「ウォーキング大会」を開催しておりますが、健康維持のために歩くことは非常に重要ですので、本大会にも、ぜひたくさんのご参加をいただきたいと思います。

本日は、誠にありがとうございました。

山口銀行はスマホ1つで

いつでも、どこでも、カンタンに

口座開設も

残高照会も

お振込も

お店に行かなくても大丈夫。便利に使えるアプリです。

この世界で。
この街で。
このじぶん。

YMfg

山口銀行

お問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
こちらから





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

令和7年度 郡市医師会産業保健担当理事協議会

と き 令和7年12月18日(木) 15:00～15:30

ところ 山口県医師会6階 会議室

[報告:理事 吉水 一郎]

協議事項

(1) 県医師会主催・郡市医師会協力による産業医研修会について

吉水 令和6年度は6月から開催し、18回の研修会を実施した。令和7年度も同様に6月以降の開催、18回の研修会を企画しており、これまでに14回開催している。研修内容は、基礎実地・生涯実地の研修7回、基礎後期・生涯専門の研修11回を予定している。令和8年度の郡市医師会協力による産業医研修会の実施については、令和8年1月中に産業医部会の各支部に対し研修希望の調査を行う予定である(令和8年1月に通知済み)。

(2) 令和7年度からのMAMISの運用について

中村副会長 医師会会員情報システム「MAMIS」の導入に伴い、令和7年4月から、研修会を受講した際に付与される単位はMAMISに反映されるようになり、これまでの単位シールや受講証の発行は禁止となった。また、研修会の申請や産業医の新規・更新申請手続きは、現時点で「MAMIS」の機能が全て稼働していないため、紙の申請書を

使った手続きをしている。

更新手続きには、従来の更新申請書に代わる「登録情報」という書類を使用している。登録情報に必要な事項を記入して、単位シールを貼った手帳、MAMISの受講実績のページを印刷して県医師会へ返送し、その後日本医師会から新しい認定証が発行されるという流れになっている。また、産業医更新申請のコロナ禍特例措置は、2028年3月に終了するため単位の早めの習得が必要である。

県内の研修会については今までと同様に、県医師会から日医へ申請している。研修会主催者へ、受講者を募集する際には、研修会前にMAMISの登録を完了すること、受講者の「漢字氏名」、「フリガナ」、「生年月日」、「医籍登録番号」、「メールアドレス」、「電話番号又はFAX番号」の情報を収集してもらうようお願いしている。研修会終了後に、主催者が受講者名簿を県医師会へ提出し、県医師会でMAMISに登録している。研修会開催から2週間以内に単位を登録するようにしている。

令和7年4月から単位シールや修了証は配布禁止となり、4月以降に取得した単位は、

出席者

郡市担当理事

大島郡 野村 壽和
 熊毛郡 満岡 裕
 吉南 三好 正敬
 美祢郡 吉崎 美樹
 下関市 佐々木義浩
 宇部市 加藤 圭彦
 山口市 鳥居 廣明
 萩市 宮内 嘉明

徳山 高橋 達雄
 防府 山縣 三紀
 岩国市 祖田由起子
 山陽小野田 関 耕三郎
 光市 田村 健司
 柳井 吉田 一典
 長門市 村田 高茂
 美祢市 中元 起力

県医師会

会長 加藤 智栄
 副会長 中村 洋
 理事 藤井 郁英
 理事 吉水 一郎

MAMISに登録されている。令和7年3月までに取得した単位はMAMISに反映されないため、手帳を更新の時期まで保管していただきたい。また、認定産業医及び認定健康スポーツ医の研修会を掲載した「認定産業医及び認定健康スポーツ医に係る研修会（講習会）検索サイト」が公開されているため、活用してほしい。

（3）産業保健活動推進全国会議の報告について

中村副会長 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回を実施している。専門的研修では参集型とWeb型を併用している。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る。

個別訪問支援の令和6年度の実績は、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。この4名は令和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、活躍されている。また、エイジフレンドリーで活動されているため、後進の育成も課題となっている。相談実績については全国平均を大きく下回っており、近年は減少傾向が大きいため今後一層センターの周知を図っていくとのことである。

産保センターの両立支援窓口について、県内に10か所開設されている。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。

地域産業保健センターの概況について、県内の地域窓口は9か所あり、各窓口には、地域運営主幹、コーディネーター、登録産業医が配置されており、下松と岩国には登録保健師（コーディネーター兼務）が配置されている。徳山の地域窓口には、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年度に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、保健師を派遣する調査研究を実施した。その調査が事業場から好評で、継続したサービスを希望する声もあったため、平成30年度に保健師を地域窓口配置して小規模事業場への保健指導を行うモデル事業を山口産保センターで実施した。その配置が効果的であったということで、平成31年の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った。

地域窓口全体の個別訪問の実績は、訪問件数は300件台で推移しており、保健師の訪問については令和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について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）その他

吉水 山口県医師会産業医基礎（前期）研修会を10月26日、11月16日に開催し、合計23名が受講した。

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

山口県医師会産業医研修会

と き 令和7年9月6日(土) 15:00～17:15

ところ 山口県総合保健会館2階「多目的ホール」

[報告:理事 藤井 郁英]

特別講演 I

最近の労働衛生行政について

山口労働局労働基準部健康安全課長 徳重 宏之

今回の講義は以下3点について説明する。

1. 労働災害の発生状況
2. 労働衛生の概況
3. 最近の法改正等

1. 労働災害の発生状況

昭和49年から50年間の休業4日以上労働災害の発生状況を見ると、死傷者数は、昭和53年以降減少が続き、平成21年に最小になっている。その後横ばいからわずかに増加している。平成21年にはリーマンショックがあった。昭和50年も、一旦下がってまた上がっている。この時は第一次オイルショックがあった年である。労働災害は、景気の動向等で左右される部分がある。これまで順調に労働災害は減少してきたが、ここ数年は、減少が足踏み傾向になっている。死亡災害は、昭和50年代には4,000人を切り、全体として減少傾向が続き、令和6年は744名で過去最少となった。

業種別傾向

令和5年と令和6年をみると、死亡者数は減少しているが、休業が若干増加している。死亡災害は陸上貨物運送事業、第三次産業(小売業、社会福祉施設、清掃、屠畜業、飲食店、その他)では減少したが、林業、製造業、建設業では増加している。逆に、休業4日以上死傷災害は、陸上貨物運送事業、第三次産業で増加し、製造業、建設業は減少した。経年的にみると、建設業、製造業、陸上貨物輸送業が死亡災害の約6割を占めており、過去10年同様の傾向である。死亡災害は減っているが、業種的な割合はあまり変動がない。休業4日以上死傷災害の件数は、最近

増加傾向にある。災害の増加と合わせて、第三次産業の割合も増加している。特に社会福祉施設の割合の増加が顕著である。

事故の型別傾向

死亡災害で最も多いのが、墜落・転落で、続いて交通事故、挟まれ・巻き込まれ等がある。過去10年余りその割合は変動がなく、約55%以上の割合で推移している。これに対して、休業4日以上死傷災害は転倒が一番多く、続いて、動作の反動・無理な動作が多い。墜落・転落、転倒、動作の反動・無理な動作、腰痛等は、近年増加傾向にある。

労働災害の高齢者の割合

令和6年時点で、全年齢の雇用者は6,000万人を超えている。中でも60歳以上の雇用人数は1,100万人を超えて、雇用者全体の2割を占めており、年々増加傾向である。そして労働災害における60歳以上の事故割合も増加傾向で、令和6年の労働災害による休業4日以上死傷者数に占める60歳以上の割合は30%である。

「度数率」とは労働時間100万時間で何回労働災害が発生したかを数値で表したもので、多いほど労働災害発生の危険性が高い。年齢別で見ると、19歳以下から20代前半で災害事故が多く、それ以降は事故が減り、40歳以降は年齢を重ねるごとに労働災害の発生割合が高くなっている。20代前半の災害が多いのは経験が少ない、経験の認識が足りないことが原因だと思われる。また、年齢が高くなると加齢による身体能力の低下等によって、労働災害の発生率が高まっている。度数率が一番低い30代と比較すると、60歳以上男性で2倍、女性では6倍ほど労働災害発生の危険性が高まっている。また、労働災害休業日数にも、年齢が高くなるほど休業日数が長くなっている。

死亡災害の推移

死亡災害の最終目標はゼロ災害であるが、山口県の第14次労働災害防止計画（2023～2027年の5年間で労働災害を計画的に減少させる計画）において、その目標は2022年と比較して、2027年に死亡災害を9%以上減少させることとしている。2023年に10人、2024年は9人となり、死亡災害については努力継続という状況である。一方、死傷災害については、2022年と比較して、2027年の休業4日以上の死傷災害を5%以上減少させることを目標に取り組んでいる。2023年の目標は1,322人であり、結果は1,314人と目標達成できたものの、2024年は、目標が1,308人に対し1,360人と目標を達成できなかった。

2024年の労働災害発生状況

2024年に山口県で発生した労働災害のうち、死亡災害は9人であり、そのうち1名は、熱中症で亡くなっていた。2023年から2年続けて熱中症の死亡災害が発生しているため、2025年は

熱中症の死亡災害を発生させないように、労働局、労働基準監督署で、熱中症予防対策の取組みについて説明会を実施した。

全産業において転倒災害件数が最も多く、全体の約1/4を占めており、特に第二次、第三次産業でその割合が高い。また、60歳以上の高齢労働者の災害発生が全体の約1/3を占めている（図1）。

山口労働局で令和6年に発生した労働災害の事故の型別は図2のとおり、転倒が1/4を占めている。次に墜落・転落が多い。

令和7年6月末時点で山口県で発生した労働災害の発生状況は図3のとおりで、576人の方が労働災害に遭われており、5名の方が亡くなっている。2024年は過去10年で最も多い労働災害が発生したが、2024年の同時期より2025年が少し上回っている。この推移だと、2024年を上回り過去最悪の件数になる。現在、経営者側に対して継続的な労働災害防止について要請を行っている。事故の型別（図4）では、転倒の増加が

労働災害発生状況 令和6年の業種別発生状況(休業4日以上) 山口労働局

図1

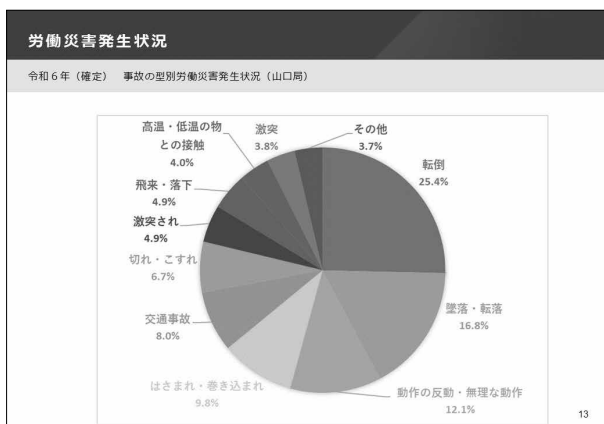


図2

労働災害発生状況 令和7年の業種別発生状況(休業4日以上) 山口労働局

図3

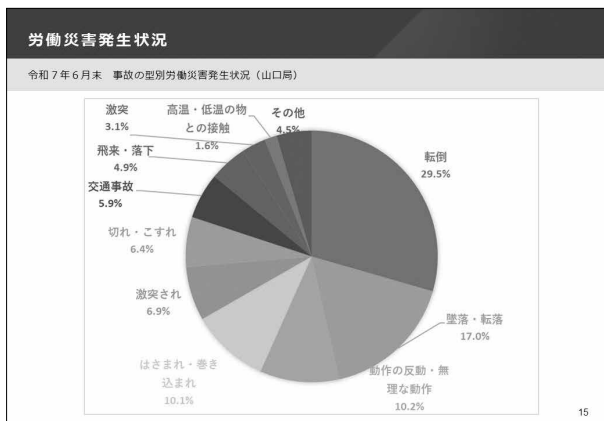


図4

見られ、約30%である。そして、転倒の過半数が60歳以上の労働者が占めている。

『STOP！転倒災害』

増え続けている転倒災害が労働災害全体の約1/4を占めているため、STOP！転倒災害プロジェクトを通して周知している（図5）。転倒の原因として「つまずき」や「滑り」がある。

「つまずき」

何も無いところでつまづくなど、バランスを崩して転倒するという災害も増えているため、転倒しにくい身体づくりのための運動プログラム等の導入を行っている。又は、通路や道路の凹凸や、駐車場等で車止めにつまづくなどの災害もある。そのような障害物の『見える化』や、整理整頓をするのが一番基本的な方法である。

「滑り」

凍結した通路で転倒する、又は水、洗剤などに足を踏み入れて滑ることもある。特に食品品加工場においては床が水で濡れている状況が多く、こまめな清掃と、滑りにくい靴の着用が必要である。雨で濡れた通路で、足を滑らせるという事故もある。除雪、融雪マットの設置や防滑床材、防滑グレーチング導入や摩耗の再施工などの予防対策がある。

高齢者の労働災害に繋がるものであれば、その対策に要する費用に対して、中小企業事業者限定のエイジフレンドリー補助がある。転倒災害は業種に関わらずあらゆる所で発生しており、特に、小売業や社会福祉施設などは、その増加が顕著である。そのため、全国的な取組みとして小売業、社会福祉施設などについては、転倒災害や腰痛災

害を防止するための協議会を設けている。山口県においても、県内の小売業者、社会福祉施設等に参加いただいて協議会を開催し、その内容を周知することで、波及的な効果をもたらすことを期待している。

転倒災害は、職場環境や労働者の年齢、性別、身体能力も影響することがあり、すぐに結果を出すことが難しい災害である。労働災害を減らすためには、転倒災害を減らす必要があるため、引き続き対策を推進していく。

2. 労働衛生の概況

定期健康診断

労働基準監督署に報告された労働者50人以上の事業所の定期健康診断の有所見率の推移をみると、山口県の有所見率は全国より低い状況であるが、年々、有所見率が上昇しており、令和6年では57%になっている。項目別でみると、1番有所見率が高いのは血中脂質で、次に、血圧と肝機能となっている。全国でも同様の傾向である。

法令による特殊健康診断

平成27年から10年間の所見の推移は、概ね横ばいの状況になっている。有害物の取り扱いが年々少なくなっているため、所見率は下がっているが、鉛が少し上がっている。鉛は体内から抜ける期間が非常に長いので、所見率が下がりにくい傾向がある。

行政指導による特殊健診

いわゆる努力義務による特別健診である。

紫外線にさらされる業務や、85dB以上の騒音にさらされる業務、チェーンソー等の振動工具を使うことにより受ける振動障害があり、チェーンソーはその年の受診状況によって、所見率が増減している。

職場健康診断

10月1日から7日までが「全国労働衛生週間」であり、その準備期間の9月は「職場の健康診断強化月間」となっている。健康診断実施率について、雇員数が30人未満のところは、9割を下回る状況であり、所見があった場合の医師の意見聴取についても、30人未満のところでは、実施数が5割を下回っている状況になっている。法令上、労働者1人でも雇用していれば労働者に



図5

対して健康診断の実施義務があることを周知していく。

協会けんぽや健保組合など、医療保険者から、事業主が労働者に対して実施した健康診断の結果・記録について情報提供を求められた際は提出に協力していただきたい。健康診断結果は、個人情報であるが、医療保険機関への健康診断結果の提供は、法律に基づいており、提供にあたって労働者個人の同意は不要である。提供された健康診断結果は、保険加入者の健康状況の把握と健康指導に利用される。

過労死等

過労死等防止対策推進法第2条により、以下のとおり定義がされている。

- ・業務における過重な負荷による脳血管疾患・心臓疾患を原因とする死亡（長時間労働による過労死）
- ・業務における強い心理的負荷による精神障害を原因とする自殺による死亡（パワハラや過労によって精神疾患に陥った人を含める）
- ・死亡には至らないが、脳血管疾患・心臓疾患、精神障害

脳・心臓疾患の労災請求と支給決定の数（全国）

令和2年より例年約800件から900件の労災請求があり、請求件数はほぼ横ばいで、令和5年がやや増加している。過労死として認定された件数は年間200件前後である。請求に対して、支給決定されるのは約20%である。脳・心臓疾患の支給決定件数が多い職種の1位は自動車運転従事者で、全体の約3割を占めており、毎年1位である。拘束時間や労働時間が長く、勤務自体が不規則であることが理由として挙げられる。それ以外は、食料品の調理の業種や、接客の給仕職、法人の団体の職員、製造業の従事者もいるが、これらは順位が変動する。これらは個人の勤務状況が影響している可能性が考えられる。割合的にも5%前後で、1位の自動車運転従事者と比べて、かなり低い。

過労死の労災認定の基準は、1か月の時間外休日労働で100時間以上、あるいは2か月で平均して80時間以上である。認定されたもののうち、最も多いのは80時間以上100時間未満で、全体の約1/3である。80時間未満で認定された約

2割のグループは、単に勤務時間だけではなく、連続勤務時間が長い、就業から次の就業までの勤務間インターバルが非常に短い、出張が多い、夜勤が多いなど、さまざまな要因を判断した上で決定される。また、労働時間以外の要因も判断される。例えば、危険な事故にあったとか、危険な事故を目撃したなども1つの認定基準となる。

精神障害の労災請求件数と支給決定件数（全国）

請求件数、支給決定件数ともに増加傾向である。請求に対して約25%が認定されている。請求された年と認定された年にズレがある場合があるので、あくまで目安としての数値である。支給決定の多い職種は、一般事務、保健師、看護師など、特に職種的な特徴はない。職種よりは、個別の事情によるものが多いと思われる。

令和6年度精神障害の労災補償状況で、原因と出来事別支給件数の上位をみると、1位は上司等からの身体的、精神的な攻撃等のパワーハラスメント（21.2%）である。これは毎年原因の1位になっている。請求件数もパワハラによるものが非常に多い。2位は、仕事内容・仕事量の大きな変化を生じさせる出来事（11.3%）で、例えば、今まで経験したことがないような業務を任されて、緊張の度合いが高く、失敗すると会社に甚大な損害を与えてしまうというような精神的負担の多いことが原因とするものを認定している。3位は、顧客や取引先、施設用業者等から著しい迷惑行為を受けたという、いわゆるカスタマーハラスメントである（10.2%）。最近はこのような事例が増えてきている。4位はセクハラ（10.0%）。5位が、惨事な事故や災害を経験、目撃したということである（8.2%）。事故のフラッシュバックや、PTSDを発症した場合、請求を出されることが多い。

過労死や精神疾患の労災請求は、年々増加傾向にある。近年、ハラスメントに対して、職場における相談体制が確立されているかが問われるようになってきている。そして請求が行われた事業場については、その相談体制や自社の連絡体制が十分でない、あるいは、体制は構築されているが、実際には稼働してないものもあった。

請求された事案の中には、悲惨な体験をした上での請求がある一方、中には請求に相当しないも

のもあった。そういう場合は、認定基準等を丁寧に説明して、実際に請求されるかどうかを判断していただく。職場での人間関係のこじれから労災請求に至ることが比較的多いことを把握してほしい。

3. 最近の法改正等

(1) 熱中症予防対策強化

令和7年6月1日に労働安全衛生規則が改正された。背景として、熱中症の増加があり、全国で令和4年から令和5年までの2年連続で30人ほど亡くなっている。熱中症は他の災害と比較して、発症して死亡に至る割合が非常に高い傾向がある。熱中症発症で死亡に至った経緯をみると、初期症状の放置、対応の遅れによるものがほとんどのため、熱中症を発見した時に、重篤化させない適切な対処ができる体制整備の構築が今回の省令改正の主な目的である。

基本的な考え方として、熱中症を「見つける」、「判断する」、「対処する」ことを見据えて、「体制整備」、「手順を作成」、「関係者への周知」をすることが省令改正で事業者には義務付けられた。

熱中症の自覚のある作業員（自分自身）と熱中症の恐れのある作業員（他者）を発見した場合に、その報告ができる体制を整備し、その旨を関係作業員に周知する。また、熱中症の恐れのある作業員を発見した時に、適切な判断が迅速にできるように、緊急連絡網の作成、搬送先の連絡、そして、作業離脱や身体冷却、医療機関への搬送などの措置が迅速にできるように手順を作成し、その手順を周知することが、具体的に法制化され、省令で

改正された。

この省令の基本となる対象の業務は、WBGT28度以上、又は気温31度以上の環境下で、連続で1時間以上又は1日4時間以上を見込まれる作業である。最近熱中症アラートが公開されているが、戸外の作業であれば、この省令の対象になる。

熱中症発症の恐れのある人を発見した場合におけるフロー図（図6）を参考に、まずは発見した場合は、その方を作業からはずして身体を冷却し、意識の有無を確認する。意識がないようであれば救急隊を要請し、意識があって自力で水分摂取ができるようであれば、経過観察となる。フロー図を見える所に貼って、対応できるようにしていただきたい。

熱中症を発見した場合について、連絡網を記載して、その内容を周知することが有効である。その方法は具体的に定められていないが、一番簡単なものは、熱中症を発見した場合の連絡先、電話番号をきちんと貼っておくとわかりやすいと思われる（図7）。

熱中症予防よりは、熱中症を発見した時の初期処置を誤らないようにすることが、今回の省令の改正となっている。ただ、基本は、熱中症発症の予防が大切である。そこは、産業医のアドバイスが、非常に大きな役割を担っている。

(2) 労働安全衛生法及び作業環境測定法の改正

改正の内容は以下の5点であり、令和8年1月1日から、段階的に実施される。

① 個人事業主に対する安全衛生対策の推進（労働安全衛生法）

個人事業主の安全対策が変更になった。これは、

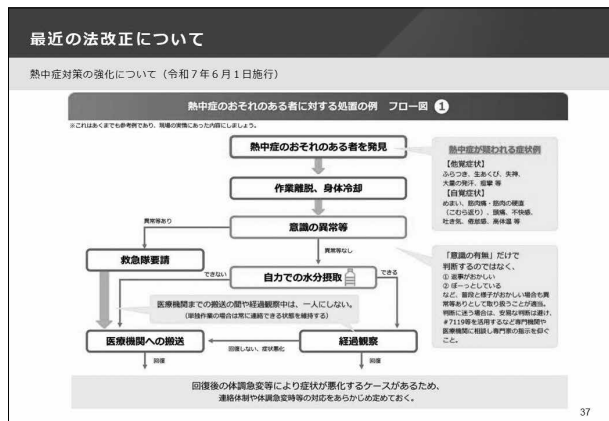


図6

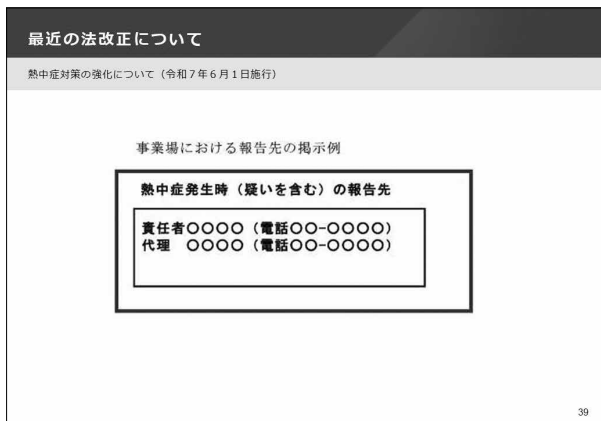


図7

アスベスト訴訟で今まで労働者に対して労働安全衛生法で定められるべく露防止がされていなかったことに対し、措置義務違反として全国的に裁判が起り、国が負けたことがあった。その作業員の中に個人事業主も含まれており、個人事業主に対しても、国の措置義務違反であると裁判で訴えられた。結果として裁判で個人事業主も国の措置として位置づけるべきであるとされ、労働安全衛生法も個人事業主の保護に向けた規定の変更がなされた。

②職場のメンタルヘルス対策の推進（労働安全衛生法）

メンタルヘルス対策について、ストレスチェックはこれまで50人未満の事業場が努力義務であったが、全事業場が義務化された。ただ、中小零細企業ですぐに実施することは難しいため、3年以内に政令で定める施行となる。50人未満の事業場が対応できるようなマニュアル、チェックリストの作成、地域産業保健センターのシェアを進めていき、ストレスチェックができるような態勢を整えた上で、具体的な施行日が設定される。

③化学物質による健康障害防止対策等の推進（労働安全衛生法、作業環境測定法）

化学物質はその対象が限定的であったが、人体に有害な物質が明確に増えており、令和8年4月1日より、リスクアセスメント対象物質が2,900物質まで拡大される。その人体に起こす影響を示したSDS（セーフティーデータシート）をメーカーや輸入業者が交付しなければならない。これまで罰則がなかったが、罰則を設けるようにしたことが改正のポイントである。

④機械等による労働災害の防止の促進等（労働安全衛生法）

ボイラーやクレーン等、危険な機械は国が製造を許可してきたが、民間の登録機関が管理できる範囲を拡大するのが今回の改正である。

⑤高齢者の労働災害防止の推進（労働安全衛生法）

高齢労働者の雇用率が増加するとともに、その災害の割合が増加している状況の中で、事業主には、高年齢労働者の特性に配慮した作業環境の改善、作業管理について措置する努力義務が規定された。今回、努力義務規定で高齢者の安全対策について法制化されたが、「エイジフレンドリーガイドライン」(図8)に基づいてその内容を検討し、指針を設定する予定になっている。

最後に、現在、どの企業も非常に人手不足となっており、人手不足を補うために、外国人技能実習生、高年齢労働者、定年の人に対して雇用を延長したり、又は一旦退職した労働者を再雇用するケースが増え、従来と変わった労働者の構成となっている。


外国人技能実習生の問題は日本語、日本語文化が分からないことで職場内や地域のコミュニティで課題を抱えている。そして高年齢労働者は、体力低下に伴う労働災害の発生、休業の長期化などが問題化している。外国人労働者や、高年齢労働者の問題は、前提として、多様な職場環境における安全、健康な職場環境の構築が必須となっている。

行政としては、指針やガイドラインなどの設備的なハード面、管理的なソフト面の徹底の周知を促していく。特に高齢者のメンタル面のケアを忘れてはならない。ただ、メンタル面のケアは、各労働者、雇用する事業主等で得意だという人は少ない。メンタル面のアドバイスについては、医療機関の専門家の方々からのアドバイスが非常に重要となる。今後、メンタルの問題に対して、ますます産業医の重要性が高まるものと考えている。

本日の説明が皆様の産業医活動の参考になれば幸いです。

最近の法改正について

【参考】高年齢労働者の安全と健康確保のためのガイドラインの概要（エイジフレンドリーガイドライン）

<p>1 安全衛生管理体制の確立</p> <ul style="list-style-type: none"> 経営トップによる方針策定と体制整備 経営トップが高年齢労働者の労働災害防止対策に寄り添った方針を表明し、対策の推進を促します。労働者の意見を聴く機会を設けます。 高年齢労働者の労働災害防止のためのリスクアセスメントの実施 高年齢労働者の身体機能の低下による労働災害発生リスクについて、災害事例やヒヤリハット事例が引き出し、優先順位をつけては対策を実施します。 	<p>4 高年齢労働者の健康や体力の状況に応じた対応</p> <ul style="list-style-type: none"> 個々の高年齢労働者の健康や体力の状況を踏まえた対応 基礎疾患の発生や安全衛生法、労働安全衛生法や就業規則の減少、作業の転換等の配慮を講じます。 個々の労働者の状況に応じ、安全と健康の両面で適合する業務をマッチングできるように努めます。 心身両面にわたる健康保持支援策 「作業場における労働者の健康保持のための指針（T4P指針）」に基づき取組に努めます。 健康状態の把握や労働環境の改善として、身体機能の維持のための高年齢労働者に対する取り組みを講じます。 「労働者の心身の健康や労働環境の改善のための指針（メンタルヘルス指針）」に基づき取組に努めます。
<p>2 職場環境の改善</p> <ul style="list-style-type: none"> 身体機能の低下を補う設備・装置の導入（主にハード面の対策） 身体機能の低下による労働災害防止するための設備、設備、装置等の改善を行います。 高年齢労働者の特性を考慮した作業環境（主にソフト面の対策） 経験性や持久力、能力の低下等の高年齢労働者の特性を考慮して労働環境を改善してまいります。 	<p>5 安全衛生教育</p> <ul style="list-style-type: none"> 高年齢労働者、管理監督者等に対する教育 労働者と関係者に、高年齢労働者に特有の特徴と対応についての教育を行うように努めます。 （再雇用や再就職等で経験のない業務、異業種に従事する場合、特に丁寧な教育訓練を行います。）
<p>3 高年齢労働者の健康や体力の状況の把握</p> <ul style="list-style-type: none"> 健康状況の把握 雇い入れ時および定期的な健康診断を確実に実施するとともに、高年齢労働者に対する健康状態を把握できるような取組を実施するように努めます。 体力状況の把握 事業主、高年齢労働者双方が高年齢労働者の体力の状況を客観的に把握し必要な対策を行うため、主に高年齢労働者を対象とした身体チェックを積極的に行うように努めます。 健康状態を把握し取り扱う際には、「労働者の心身の状況に即した安全対策」は必要と認められる場合に「労働者が必ず健康診断に関する指針」を踏まえた対応が必要とされます。 	

48

図8

特別講演Ⅱ

50人未満の事業所におけるストレスチェックシステムの活用のあり方～ストレスチェックでは何が診えて、何ができるのか～

UBE株式会社人事部健康推進センター

グループ統括産業医 塩田 直樹

はじめに

医療者の法律論や責任について、病院長として動く時と、事業主として動く時では、役割が少し異なる。産業医の多くは臨床医であるため、産業医の職務、職責について、法律上求められていることが違う部分があり、勘違いをして関わってしまう場合がある。

まず、事業主には安全配慮義務がある。電車の遅延が発生した時など、サービス者として見る時の感覚と、自分が事業を提供している時の感覚と、働かせている個人事業主の感覚は違う。それを考えると、安全配慮義務は医療従事者においても理解しなければいけない。

運輸業と医療従事者は過重労働の除外適用であったが、近年過重労働の規制対象に入っている。

法律は時代に沿って変わっていく。それを把握した上で労働者に活気が出るために使っていくものが本当のストレスチェックである。

産業医学は予防医学とよく言われる。この予防というのは、身体的、あるいは精神的、心理的の所に「社会的」が加わる。最近では地域職域、病診連携と言われるが、開業医の先生や地域の先生方と連携しないと、その人が見えない。その最たるものが僻地医療で、これを専門と育てるのが、自治医科大学の先生方である。その先生方がきちんと仕事をしてきたから、総合診療医が19番目の専門医となった。産業医も、社会学を理解した上で医学も使わなければならない。予防医学として公衆衛生の要素がとても多いこともあり、20番目に社会学系の専門医制度として成り立っている。

産業医的に言うと、普段、85dBの音（パチンコ店くらいの音）は、その場所に行かない限り、ばく露しない。これが、作業管理や作業環境管理と言われる環境の話である。新型コロナウイルス等もその場に行かないとばく露しない。

検査で陽性になると、隔離しなければ肺疾患や心臓疾患、腎臓疾患の患者さんには、本当に命に

関わる。コロナ禍を経験し、そういう人たちが、動き回ることを防ぐことで感染を上げないようにするという大切さが身近になったと思う。

これを職場で働く人として見ているのが産業医である。多くは有機溶剤や、特殊物質、化学物質について目がいきがちであるが、職場内で特定の人とかかわることでストレスを感じることも実は作業環境である。そういった環境を測定するのもストレスチェックである。ハラスメントは人がそこに存在する限り、存在するものである。

人と人の関係性を、今までは測定することができなかったが、感覚的に、主観的に、本人がどう感じているかを、尺度化したのがストレスチェックである。

日本は過重労働が存在しており、国際用語になったのが過労死である。海外ではそもそも生活を維持すること、あるいは目的を果たすために働いている。バケーションを含めた働き方がとても上手である。特に欧州に査察に行った際は、バケーションに入っているためにトップがないこともあった。各国の産業医制度を見ると、選任義務がある所もあるが、主に環境ばく露を見るのが仕事である。日本の産業医制度のように、医療的な内容まで踏み込んでいる国はあまりない。そういう点でも日本の産業医制度は独自である。

産業医制度の変遷

歴史を振り返ると、最初に鉱山について、宇部興産という企業は、昔セメント会社であったため、まさに鉱山を触っていた企業である。そこは、じん肺、けい肺と言って、鉱山に行って従事しない限り、発症しない病気があった。『その場所に行かない限り』がキーワードである。思い込みではなく、患者さんの話をしっかり聞くことが、健康診断の際の医師の診察である。レントゲン写真は確かに健康診断の結果であるが、医師の診察も、検診結果である。診察を軽視して、検査データやレントゲン写真の所見だけしかとらえていない時代もあった。例えば、特別規則に基づく特殊検診について、検査時に尿タンパクが出て、問診を聞いて、ばく露していなければ有所見ではない。それが、情報として足りないと、有所見かどうか分からないため、他の病気で起こっている特殊検診の項目の異常を有所見として捉えてしまう。有

所見になったら労災となる。そういった判定の問題も課題にして、この鉱山の会社から工場医に移って今に至る。オフィスワーク等の一般事務職も安全配慮義務の対象になっており、段々拡がってきている。

日本産業衛生学会は二階建てで、一階建ては社会医学系の専門医制度になっている。2階建ての部分はサブスペシャリティになっており、この産業医制度の方にも、専門医制度が存在している。今、日本医師会の資格をお持ちの先生方の約6万人が実際に有資格として継続されており、そのうちの2～3万人が、専任産業医として登録されている。そのうち専門医、指導医はまだ多くないが、この先生方が、健診機関の専属産業医や、企業の専属産業医として勤務している。

産業医と臨床医の違い

元気な方々はそもそも病院に来ることはない。主訴という治して欲しいものがあって、それを診断して、治療を加えて、病院に来なくていい状態にするのが、医療の立て付けであり、診断と治療の現物支給の形である。

予防医学は少し異なる。産業医の仕事は診断ではなく、意見をするのが主体である。実行するのは労働者本人であり、事業者である。その労働者、事業者が医学的知見や専門性を持っていないので、医学的知見や健康障害を含めたものに対して、業務委託契約という形で、専門的知識からリスク評価とリスク低減について意見勧告を行う実務提供をするのが法的な位置付けである。

しかし、リスク評価とリスク低減は実はとても難しい。「ナラティブ」といってその人の話を聞くことが求められている。これは臨床医学とほぼ同じで、診察をする前に偏見がないように、除外要件と確定要件を、自分達の経験の中から導き出して除外診断と確定診断をしていく。自分の知識が足りなかったら、経過を追って、それを修正しに行くという流れを学んでいくことが臨床医だと思うが、産業医も同じである。

じん肺健診で来たから、じん肺だという話ではなく、例えばその人に喫煙習慣があれば、呼吸障害が出る。騒音に関して、騒音職場で働いていても、生活上でパチンコに行っているとか、イヤホンで大音量で聞いていたら、相応の変化は出る。

専門性のある検査をすると変化が出てくるので、そこで除外していく。それを診断に加えるわけではなく、騒音性難聴は非可逆性のため、診断されたら、再生医療がない限りは再生できないが、ばく露を防ぐことによって、悪化を食い止めることができる。これをリスク低減と言うが、まずはリスクを評価して、ばく露情報を聞き取った上で、その他に集めた生活状況の中の健康情報を用いて、リスクを評価して低減させていく。

その仕事の就労を継続して良いかを、労働者を対象に話していくのが産業医の専門性である。この延長として、地域職域連携の中で、仕事と治療の両立支援が始まっている。

産業医が行う治療と仕事（就労）の両立支援機能

1. ラインケア（上司からの相談パターン）

上司の話だけで決めつけずに、職場の衛生管理者や上司と打ち合わせをしたうえで訪問して（職場巡視）、何かの理由を付けて、いろいろと雑談して話を聴き取り、病気の疑いがあるときは、「こういうことが最近気になりませんか？」と気づかせて、「少し気になりますよね？」や「仕事で困っていますよね？」と話をすると自分に興味を持って聞いてくれる人、自分を助けてくれる人という認識を持ち、本音を言ってくれる。臨床医学での本人により添って、本人の同意を持って治療を確立させていく、その応用をすればよい。そうすると、病院に行ってくれることが増えて、本人も安心して働ける。これが両立支援である。病気を治すのではなく、病気を持っている本人に「フィットフォーワーク」という、働ける条件を一緒に考えて、年齢、病気、障害に関係なく働ける条件を一緒に作っていくことがラインケアである。

2. セルフケア（本人からの相談パターン）

「困ったことになっているが、もしかして病気ではないかと思う」という相談を受けて、では、「問診表を書いてください」、「こういうこと書けますか？」、「こういうことはできますか？」と聞いて、その上で、「心配だから病院行きましょうか？」という提案やアドバイスをやる。これがセルフケアである。

3. 専門職によるケア（医療機関、主治医からの相談パターン）

臨床医による患者さんへの治療と就労の両立支

援について、「何に配慮すれば働き続けますか？」という医学的なコメントを求められた際、職場の巡視をしたことがなく、職場について知識がなければ適切なアドバイスはできない。産業医がその職場側の働き方として、どこまで配慮が必要かを聞いてみない限り、法的責任が伴うので、容易に意見書等を書いてはいけない。

臨床医は、医師法や医療法に職務が明記されており、職業倫理を含めた職責が求められる。産業医は、医師法や労働安全衛生法で定められているとおり、意見を言う立場で判断を求められる。しかし、やりすぎると、後で「産業医の先生が言ったとおりにやったのに…」となりかねないので、「こういう根拠のもとにこういうリスクがあり、こうする方がいいと考えます」ということを伝えることが産業医の仕事である。

労働安全衛生に関する国の方針等

法律の変遷としては、1972年の「労働基準法」に事業者と労働者がやるべきことが追加され、「労働安全衛生法」が制定された。2004年には、心の健康問題による休業した労働者職場復帰支援が始まった。2006年には、過重労働による健康障害防止の総合対策が打ち出された。これは、脳心疾患の基準がエビデンスとして出された総合対策であった。2014年には、改正労働安全衛生法のもと、ストレスチェックの義務化が開始された。当初は50人以上が義務で、50人未満は当面の間努力義務であった。

脳・心疾患は動脈硬化を含めて、機序が明らかになり、基準が作りやすかったが、精神疾患は、人間関係や自律神経への影響、睡眠負荷など、当時は治療法も明確ではなかった。そのため、2014年は脳・心疾患対象が先に成立して、精神疾患（心の問題）はあとになった。近年エビデンスも出てくるようになり、今回50人未満の事業場にも義務化された。

産業医の9つの職務（法律的要求事項として）

労働安全衛生規則第14条に産業医の職務が規定されている。

- ①健康診断、その結果に基づく措置
- ②長時間労働者に対する面接指導・その結果に基づく措置
- ③ストレスチェック（心理的負担の程度を把握す

る検査の実施）、高ストレス者への面接指導・その結果に基づく措置

- ④作業環境の維持管理
- ⑤作業の管理
- ⑥前各号以外の労働者の健康管理
- ⑦健康教育、健康相談その他の労働者の健康の保持増進を図るための措置
- ⑧衛生教育
- ⑨労働者の健康障害の原因調査及び再発防止のための措置

これらを誠実にやっていくことまた、その中に高ストレス者の面接指導が具体的業務である。

面接は面談とは異なる。「面談」は、記録を書く必要はなく、要は相談に乗ることである。「面接」は、本人の同意を得て、職場に配慮しなければならないことを、5年の法的な拘束力を持っている医師の意見書のようなものである。書く時には十分に本人の同意を得ること、上司や本人に確認した上で出すのが大切である。ストレスチェックの制度実施マニュアルに細かく書かれているため確認した上で、職務に当たっていただきたい。

*労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアル

<https://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzeneisei12/pdf/150507-1.pdf>

この中には、自分で面接、面談に関わらないで専門医、精神科、心療内科に面接、面談をお願いしてもいいと明記されている。

産業医面接のポイント

産業医の仕事は診断でもあるが、意見を伝えて見える化する。医学の知見を使って、労働者本人に気付かせ、事業者に次の行動を促すのが、産業医の仕事である。気付く目をもつ、働く人の視点で心と環境を見ることが大切である。

医療の場合、「どうされましたか？」で診察が始まる。この瞬間に主訴、歩き方、呼吸、匂い、雰囲気である程度判断して、鑑別診断のエビデンスとして、本人に協力いただいて検査を行う。その結果と治療方針を良く説明し、インフォームドコンセントの上で進めていく。産業医の場合、「過重労働面談をお願いします」、「高ストレス者面談をお願いします」、「健診の事後です」、「就業判定です」、「治療と仕事の両立支援なので、復職支援計画に

かかってください」ということが明確に言われる。これらは全部法定であるので、ガイドラインや手引きがある。国の一般化したガイドラインには、患者さん個人のことは書かれていない。それを理解して聞くのが問診、診察である。書かれていないことをよく理解して、必要な情報を職場巡視で確かめ、上司や本人の言葉を聞いた上で、本人との面接記録をとり、記録内容を本人にも確認の上、提出する。そのまま働いていいかどうか、あるいは専門医の意見が必要かどうかを考え、就業区分を判断する。ここで大切なのは、自分の価値観を押し付けない事である。

産業医として大切なのは、職業的パーソナリティと言い、その人がどのような職業で何をしたいのか、どのような能力があるのかを理解することである。過重労働の最たる例だと思うが、忙しいから面談に時間を取られたくないはずである。その場合は早く判断して帰って仕事に専念してもら判断も必要である。キャリア適合性、レジリエンスが高い人、仕事から離れる方法を持った人は仕事が継続できる。

長時間労働面接とは、保健指導をすることではない。ワークエンゲージメントと言って、仕事に誇りややりがいを感じて、熱心にのめり込めるように、面接を行うのである。

その人が、熱意を持っているか、あるいはやりがいをもう持てなくなっていないかを、本人から聞き取るための手順が必要である。「いつも、本当に夜遅くまで働いてくれてありがとうございます。できれば15分ぐらいで終わらせたいので、事前にいただいた問診票を見させていただきますし

たが、確認を取らせていただいているですか？」と話す。「あなたは80時間働いています。そうすると脳・心疾患が2倍になる」という医療説明は適切でないと言われているが、どうしてもやってしまいがちである。長時間・過重労働による健康障害について、疲労度とともに見定めないといけない。単なる脳・心疾患の動脈硬化や高血圧の部分を見るのではなく、ストレスチェックが精神的疲労、心理的負担をカバーするための制度であることを良く理解して、本人に心を寄せて、本人の困っていることや、本人の抱えている問題を聞き取る場所だと理解してほしい(図1)。長時間労働者は適応障害や鬱状態、気分障害になりやすいと言われている。過重労働対策において、精神障害等は量的対応としての時間管理に加えて、質的対応としてストレスの把握が必要である。

産業保健の現状と課題

精神障害にかかる労災請求・認定件数の推移をみると、認定件数は徐々に増えているのに対し、請求件数は増加の一途をたどっている(図2)。過重労働による脳神経疾患はこうではない。脳神経疾患については、医療従事者は生活習慣の見方が分かり、基準値も分かるため、サポートしやすい。一方、精神疾患は、背景、パワハラや対人関係が出てくる。その人がどう感じているかによるため、とても分かりにくい。それを客観的に測れるようなストレスチェックが必要とされる。

ストレスチェックで診えること

仕事の量や負荷、不安等、自分の能力と見合わない業務が設計されていれば誰でもストレスを感

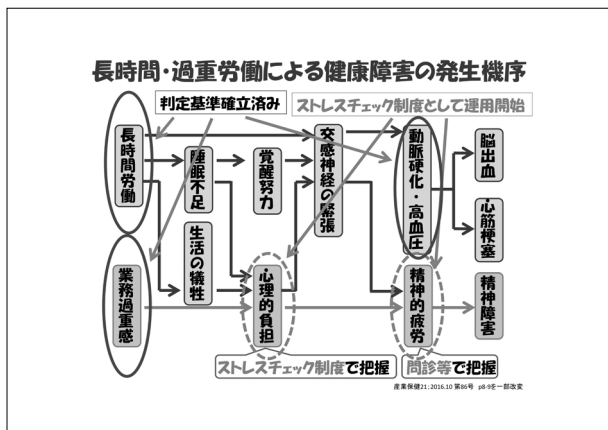


図1



図2

○ストレスチェック質問項目一覧_23項目、57項目、80項目 □: 23項目 □: 57項目

尺度*		質問項目 (80項目)	回答項目 (4項目中から選択)			
1	量的負担	Q01.非常にたくさんさんの仕事をしなければならぬ	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
		Q02.時間内に仕事処理しきれない	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
2	質的負担	Q03.一生懸命働かなければならぬ	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
		Q04.かなり注意を集中する必要がある	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
		Q05.高度の知識や技術が必要でむずかしい仕事だ	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
3	身体的負担	Q06.勤務中はいつも仕事のことを考えていなければならない	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
		Q07.からだを大変よく使う仕事だ	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
4	対人関係	Q12.私の部署内で意見のくい違いがある	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
		Q13.私の部署と他の部署とはうまくあわない	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
		Q14.私の職場の雰囲気は友好的である	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
5	職場環境	Q15.私の職場の作業環境(騒音、照明、温度、換気など)はよくない	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
6	情緒的負担	Q58.感情面で負担になる仕事だ	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
7	役割葛藤	Q59.複数の人からお互いに矛盾したことを要求される	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
8	ワーク・セルフ・バランス (ネガティブ)	Q75.仕事のことを考えているため自分の生活を充実させられない	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
		Q08.自分のペースで仕事ができる	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
9	仕事のコントロール	Q09.自分で仕事の順番・やり方を決められることができる	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
		Q10.職場の仕事の方針に自分の意見を反映できる	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
10	仕事の適性	Q16.仕事の内容は自分に合っている	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
11	技能の活用度	Q11.自分の技能や知識を仕事で使うことが少ない	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
12	働きがい	Q17.働きがいのある仕事だ	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
13	役割明確さ	Q60.自分の職務や責任が何であるか分かっていない	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
14	成長の機会	Q61. 仕事で自分の長所をのばす機会がある	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
17	上司からのサポート	Q47. (上司と) どのくらい気軽に話ができますか	非常に	かなり	多少	全くない
		Q50. (上司は) あなたが困った時、どのくらい頼りになりますか	非常に	かなり	多少	全くない
		Q53. (上司は) あなたの個人的な問題を相談したら、どのくらい聞いてくれますか	非常に	かなり	多少	全くない
18	同僚からのサポート	Q48. (職場の同僚と) どのくらい気軽に話ができますか	非常に	かなり	多少	全くない
		Q51. (職場の同僚は) あなたが困った時、どのくらい頼りになりますか	非常に	かなり	多少	全くない
		Q54. (職場の同僚は) あなたの個人的な問題を相談したら、どのくらい聞いてくれますか	非常に	かなり	多少	全くない
19	家族・友人からのサポート	Q49. (配偶者、家族、友人等と) どのくらい気軽に話ができますか	非常に	かなり	多少	全くない
		Q52. (配偶者、家族、友人等は) あなたが困った時、どのくらい頼りになりますか	非常に	かなり	多少	全くない
		Q55. (配偶者、家族、友人は) あなたの個人的な問題を相談したら、どのくらい聞いてくれますか	非常に	かなり	多少	全くない
20	経済・地位報酬	Q62.自分の仕事に見合う給料やボーナスをもらっている	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
21	尊重報酬	Q63.私は上司からふさわしい評価を受けている	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
22	安定報酬	Q64.職を失う恐れがある	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
23	上司のリーダーシップ	Q65.上司は、部下が能力を伸ばす機会を持てるように、取り計らってくれる	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
24	上司の公正な態度	Q66.上司は誠実な態度で対応してくれる	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
25	ほめてもらえる職場	Q67.努力して仕事すれば、ほめてもらえる	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
26	失敗を認める職場	Q68.失敗しても挽回するチャンスがある職場だ	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
28	経営層との信頼関係	Q69.経営層からの情報は信頼できる	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
29	変化への対応	Q70.職場や仕事で変化があるときには、従業員の意見が聞かれている	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
31	個人の尊重	Q71.一人ひとりの価値観を大事にしてくれる職場だ	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
32	公正な人事評価	Q72.人事評価の結果について十分な説明がなされている	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
33	多様な労働者への対応	Q73.職場では、(正規、非正規、アルバイトなど) いろいろな立場の人が職場の一員として尊重されている	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
34	キャリア形成	Q74.意欲を引き出したり、キャリアに役立つ教育が行われている	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
35	ワーク・セルフ・バランス (ポジティブ)	Q76.仕事でエネルギーをもらうことで、自分の生活がさらに充実している	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
36	活気	Q18.活気がわいてくる	ほとんどなかった	ときどきあった	しばしばあった	ほとんどいつもあった
		Q19.元気がいっぱいだ	ほとんどなかった	ときどきあった	しばしばあった	ほとんどいつもあった
		Q20.生き生きする	ほとんどなかった	ときどきあった	しばしばあった	ほとんどいつもあった
37	イライラ感	Q21.怒りを感じる	ほとんどなかった	ときどきあった	しばしばあった	ほとんどいつもあった
		Q22.内心腹立たしい	ほとんどなかった	ときどきあった	しばしばあった	ほとんどいつもあった
		Q23.イライラしている	ほとんどなかった	ときどきあった	しばしばあった	ほとんどいつもあった
38	疲労感	Q24.ひどく疲れた	ほとんどなかった	ときどきあった	しばしばあった	ほとんどいつもあった
		Q25.へとへとだ	ほとんどなかった	ときどきあった	しばしばあった	ほとんどいつもあった
		Q26.だるい	ほとんどなかった	ときどきあった	しばしばあった	ほとんどいつもあった
39	不安感	Q27.気が張りつめている	ほとんどなかった	ときどきあった	しばしばあった	ほとんどいつもあった
		Q28.不安だ	ほとんどなかった	ときどきあった	しばしばあった	ほとんどいつもあった
		Q29.落ち着かない	ほとんどなかった	ときどきあった	しばしばあった	ほとんどいつもあった
40	抑うつ感	Q30.ゆううつだ	ほとんどなかった	ときどきあった	しばしばあった	ほとんどいつもあった
		Q31.何をしても面倒だ	ほとんどなかった	ときどきあった	しばしばあった	ほとんどいつもあった
		Q32.物事に集中できない	ほとんどなかった	ときどきあった	しばしばあった	ほとんどいつもあった
		Q33.気分が晴れない	ほとんどなかった	ときどきあった	しばしばあった	ほとんどいつもあった
		Q34.仕事に手につかない	ほとんどなかった	ときどきあった	しばしばあった	ほとんどいつもあった
41	身体愁訴	Q35.悲しいと感じる	ほとんどなかった	ときどきあった	しばしばあった	ほとんどいつもあった
		Q36.まいがする	ほとんどなかった	ときどきあった	しばしばあった	ほとんどいつもあった
		Q37.体のふしふしが痛む	ほとんどなかった	ときどきあった	しばしばあった	ほとんどいつもあった
		Q38.頭が重かったり頭痛がする	ほとんどなかった	ときどきあった	しばしばあった	ほとんどいつもあった
		Q39.首筋や肩がこる	ほとんどなかった	ときどきあった	しばしばあった	ほとんどいつもあった
		Q40.腰が痛い	ほとんどなかった	ときどきあった	しばしばあった	ほとんどいつもあった
		Q41.目が疲れる	ほとんどなかった	ときどきあった	しばしばあった	ほとんどいつもあった
		Q42.動悸や息切れがする	ほとんどなかった	ときどきあった	しばしばあった	ほとんどいつもあった
42	仕事満足度	Q43.胃腸の具合が悪い	ほとんどなかった	ときどきあった	しばしばあった	ほとんどいつもあった
		Q44.食欲がない	ほとんどなかった	ときどきあった	しばしばあった	ほとんどいつもあった
		Q45.便秘や下痢をする	ほとんどなかった	ときどきあった	しばしばあった	ほとんどいつもあった
		Q46.よく眠れない	ほとんどなかった	ときどきあった	しばしばあった	ほとんどいつもあった
		Q56.仕事に満足だ	満足	まあ満足	やや不満足	不満足
43	家庭満足度	Q57.家庭生活に満足だ	満足	まあ満足	やや不満足	不満足
		Q77.職場で自分がいじめられている(セクハラ、パワハラを含む)	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
44	職場の一体感	Q78.私たちの職場では、お互いに理解し認め合っている	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
		Q79.仕事をしていると、活力がみなぎるように感じる	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
46	ワー・エンゲイジメント	Q80.自分の仕事に誇りを感じる	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう

* 15.新奇性、16.予測可能性、12.仕事の意義(働きがいに質問2項目を追加)、27.グループの有能性、30.手続きの公平性、47.職務の遂行、48.創造性の発揮は141項目としての設定項目

じる。仲間が誰もサポートしてくれないような環境では孤独になるのは容易に想像できる。上司、同僚、家族の支援を緩衝要因と言う。この要因も見ずにストレス反応だけ見てしまうようなストレスチェックはしてはならない。ストレスチェックは、23項目と57項目がある(図3)。80項目になれば判定が煩雑になるが、心理的負荷だけをみても、その人をどうすればサポートできるかや、ストレス要因が減るのが見えない。それが見えないと、高ストレス者の面接・面談に余計に話を聞く必要がある。それでは呼ばれた本人としては、何の手助けをしてくれるか分からない人に時間を取られて、面接で、病気かどうか分からないが、知っておきましょうと言われたら、「二度とこんな面接は受けない」と思わせてしまう。

病気の判断と、今のまま働いていいかどうか、どんなサポートがいいかを判断するのが、産業医の職務にあたる。ストレスチェックを23項目でやると、この精神反応しか見えない。

管理状況は、中間管理職を注視しなければならない。経営者には裁量権が全部あるが、中間管理職は上と下の板挟みになって一番負荷を抱えている。中間管理職が元気にならない限り、フロントラインで働いている人たちの本音や愚痴は、経営層に上がらず、現場が改善されない。人間関係が悪くなり、事故・災害が起こる要因となる。ストレスチェックで、この改善ができる。

80項目中のQ59に「役割葛藤」という項目がある。これは複数の人からお互いに矛盾したことを要求されることである。未熟な場合、責められていると受け取られる。悪化すれば、仕事のこと

を考えれば自分の生活を充実させられない状態になる。こういうことがなぜ起こるのかを見極めていくためには80項目のストレスチェックをしたほうがいい。

人の話を聞く時に、話し手のメッセージ、言語的なメッセージを聞くことはとても大事であるが、思いや意図を組み取らなければならない。そうしない限り人は育たない。仕事を通じて人を育む時、「ハウレンソウ」「チンゲンサイ」「オヒタシ」「コマツナ」が役に立つ。

「ハウレンソウ」：報告・連絡・相談

「チンゲンサイ」：沈黙・限界まで言わない・最後まで我慢

「オヒタシ」：怒らない・否定しない・助けの手を差し伸べて・指示する

「コマツナ」：困ったら・使える人に・投げる

今、個人の資源の強化や同僚との支援を強化についての学術研究をしている。その1つにコミュニケーションスキルがある。言語と視覚と聴覚のうち、言語は7%で、聴覚が38%、一番は視覚が55%伝わる。表情、態度、身振り、視線、手振り、服装など見た目はとても大事である(図4)。管理職を含めて「長」に立っている人は、普段からの行動様式について気をつけるべきである。

まとめ

ストレスチェックはメンタルヘルス不調者をピックアップするためのものではなく、イキイキ働きやすい職場を作るためのものである。

医学的診断も大切であるが、ストレスチェックの集団分析を活用して、職場が何に困っていて、どんなデータを提示することが課題の解決につながるのか、医学的知識を背景に中立的に関わり、意見を言う、気づかせ、促すのが産業医の一番大切な仕事である。事業者が判断し、行動できるようにアドバイスをするのが産業医の仕事だということを理解していただければと思う。

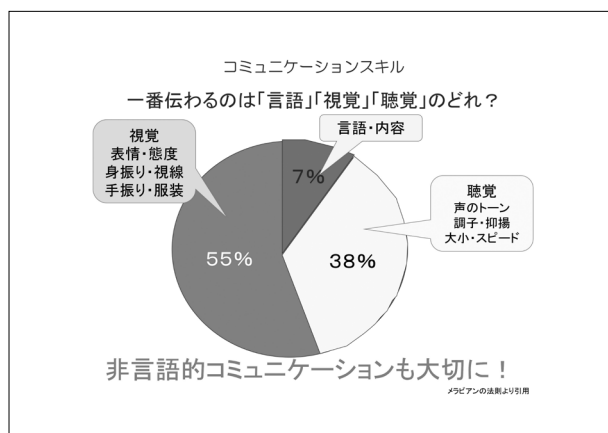


図4

令和7年度 郡市医師会生涯教育担当理事協議会

と き 令和8年3月5日(木) 15:30～16:15

ところ 山口県医師会6階 会議室(ハイブリッド開催)

[報告: 常任理事 茶川 治樹]

開会挨拶

沖中副会長 本日は年度末のお忙しいところ、ご参加いただき、感謝申し上げます。併せて、本日お集まりの皆様方が、医師の自己学習・自己研修のための日本医師会生涯教育制度に則り、各地域で研修会等を開催していただいていることに感謝申し上げます。

本会では、生涯教育の一つとして、生涯研修セミナーを年4回開催している。最近では参加者の利便性向上を目的に、現地とWebのハイブリッド形式で開催しており、毎回100名を超える方に参加いただいている。生涯研修セミナーの周知等にご協力いただき、感謝申し上げます。本会では生涯研修セミナー等を通じて、引き続き会員の生涯教育の充実に尽力していきたい。本日は生涯研修セミナー以外にも、生涯教育に関する事業について説明を行う。よろしくようお願い申し上げます。

協議事項

1 日本医師会生涯教育制度について

日医の集計では、2024年の日医生涯教育単位取得者は全国で110,788人。前年度比2,082人の減となっている。平均単位数は9.5単位、平均カリキュラムコードは6.3、合計15.8となっている。

日医会員数のうち、単位取得者は49.7%であり、これは、全国の医師の中で1単位以上を取られている方の割合である。逆に言えば、日医会員の半分の方が一度も単位を取っていないことになる。A①会員は63%と高いが、B会員、C会員となると割合が低くなり、特にC会員はほぼ受けられていない。

山口県の日医会員単位取得者率は53.2%である。全国平均の49.7%より高いが、46.8%の方は1単位も取得されていないことになる。特にC会員は全国では18%だが、山口県では11%しか

単位を取っていない。勤務医の方に受けていただけるような制度設計も必要と感じた。

単位の平均とカリキュラムコードの平均を合わせた数字をみると、全国の16.1に対し、山口県は15.5と、やや少ない数字になっている。一方、2023年の数字と比べると、山口県では1人当たりの単位数は増えている。

2026年度日本医師会生涯教育制度の実施に関する留意事項として、日医ホームページ上で単位とカリキュラムコードが取得できるe-ラーニングについて、4月以降はMAMISにログインした後、受講が可能になる(本件については各郡市医師会に通知済)。

2 令和8年度山口県医師会生涯教育事業計画について

(1) 生涯研修セミナー

令和8年度も年4回、生涯研修セミナーを開催する。沖中副会長の冒頭の挨拶にもあったように、最近では現地とWebのハイブリッド形式で開催している。この生涯研修セミナーでは、専門医を更新するための共通講習の単位が受講できるテーマを年に1つか2つ入れるようにしており、令和8年度は11月15日のセミナーで「医療安全」の単位が取得できるよう準備をしている。

(2) 山口県医学会総会

山口県医学会総会について、令和8年度の引受である山陽小野田医師会より下記のとおり説明いただいた。

令和8年6月14日(日)に不二輸送機ホールで第108回山口県医学会総会を開催する。午前中は大阪大学大学院医学系研究科感染制御学の忽那賢志教授に「『感染症』の日本史」と題した講演の後、山口大学救急医学講座の鶴田良介教授に「『救急』の日本史」と題した講演をしていただく。

その後、山口県医師会医学研究助成事業の研究発表が行われる。

午後からは市民公開講座として、木山裕策さんに講演をしていただく。木山さん自身が甲状腺がんを患い、克服されている。「がんが教えてくれたこと」という講演と、ミニコンサートをしていただくことになっている。多くの方にご参加いただきたい。

なお、令和9年度は萩市医師会、令和10年度は光市医師会の引き受けで開催を予定している。

(3) 中高生を対象とした医師の職業体験事業

白澤理事より、下記のとおり説明が行われた。

昨年度、中高生を対象とした医師の職業体験を8月3日(日)に開催した。参加者は中学生と高校生で、想定以上の人数が集まり、一部抽選を行い、56名が参加された。採血、心肺蘇生、血圧測定、縫合・結紮、気道異物の除去、医学科の6年生に協力してもらって「医学生に聞いてみよう」という6ブースを設置した。令和8年度も8月に山口県医師会6階で医学部の学生さんの協力も得て行う予定である。

(4) 体験学習

体験学習は昭和60年から山口大学医師会、山口大学医学部にお願いし、山口大学の2教室にお引き受けいただき、開催している。引受教室の専門的な講義や、普段、大学で使用されている医療機器を用いた実技研修が体験できるが、令和7年度は開催しなかった。

(5) 山口県医学会誌

山口県医学会誌は令和7年度分が第60号となる。今年度までは冊子にして配布を行うが、令和8年度から基本的にホームページに掲載し、各自でご覧いただく形にしたいと考えている。

(6) 山口県医師会医学研究助成事業

本事業は令和5年度から始まった新しい事業で、会員の医学・医療に関する研究を支援することにより、医学・医療の発展と医師の県内定着促進を目指す目的で行っている。1件につき100万円、年間3件まで募集している。令和7年度は1件の申請があり、令和8年度分は申請がなかった。

3 その他

郡市医師会での研修会の開催状況等に関する取り組みや課題をお聞きしたところ、下記の意見があった。

- ・製薬会社の協力が得られなくなり、開催回数が減っている。
- ・ハイブリッド開催が多くなり、現地参加者が減っている。また、高齢化等により全体的に参加者が減少しているため、歯科医師や看護師などにも参加を呼び掛けている。
- ・他地区の研修会の参加案内が届くとよい。
- ・(主催メーカーの影響で)糖尿病や認知症等に関するカリキュラムコードに偏りが生じている郡市医師会がある一方、内科に偏らずに、皮膚科、眼科、精神科、整形外科など、なるべく幅広く題材を選ぶようにしている郡市医師会もあった。

出席者

郡市担当理事

大島郡 松本 直晃*
 熊毛郡 本田 圭子*
 吉南 目 昭仁
 下関市 大谷 望
 宇部市 鈴木 克佳*
 萩市 宮内 嘉明*
 徳山 河野 正輝(代理)
 防府 上田 亨*

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

県医師会

副会長 沖中 芳彦
 常任理事 茶川 治樹
 理事 白澤 文吾
 理事 國近 尚美
 理事 森 健治
 理事 中村 丘

注：*は Web 参加者

第177回山口県医師会生涯研修セミナー

と き 令和7年11月9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)

ミニレクチャー1

「臨床医が知っておきたい呼吸困難の見分け方

～ COPD の死亡率を低下させるために～

総合病院山口赤十字病院院長補佐・呼吸器内科部長 國近尚美

呼吸困難とは

呼吸困難とは、呼吸時の不快な感覚や違和感又は苦痛感である。

米国胸部疾患学会(ATIS)では、「質的に異なる感覚からなる呼吸不快感の主観的な経験」と定義されている¹⁾。呼吸困難は日常診療において多く経験する訴えである。

呼吸不全とは、室内気吸入時の動脈血酸素分圧(PaO₂)が60Torr以下となる呼吸器系の機能障害、又はそれに相当する異常状態と定義されており、客観的な病態である。必ずしも呼吸困難と呼吸不全は一致しない。

呼吸困難のメカニズムは換気に対する呼吸中枢への要求と実際の換気能力とのアンバランスによるものと言われている。感覚受容器→求心性神経路→大脳皮質に外的刺激が伝えられ、呼吸困難という感覚が生じる。肺や気道に存在する迷走神経に支配されている肺刺激受容器・C線維受容器・肺進展受容器と、頸動脈小体に存在する化学受容器からの刺激が延髄の呼吸中枢に伝達されるが、その情報に対して十分な出力がなされないため呼吸困難を感じる。また、精神的要因や社会文化的要因など多くの因子が影響し、認知や表出に個人差が生じるので、診察時の評価には注意を要する。

1) 診断・検査

呼吸困難は発症時期・発症様式により、急性呼吸困難と慢性呼吸困難と大きく2つに分類できる。急速に発症した呼吸困難は重症・重篤である

ことが多い。緊急度を評価し、迅速かつ的確に対応する必要がある。病歴聴取、身体診察、各種検査を行い、速やかに鑑別を進めていく(図1)。

I. 緊急度の評価

- ①バイタルサイン:意識状態、体温、血圧、脈拍、呼吸数、酸素飽和度など把握する。
- ②呼吸体位、過呼吸、死戦期呼吸など異常な呼吸状態の有無を確認する。
- ③酸素飽和度が90%未満の場合は呼吸不全を疑う。

II. 病歴聴取

①発症時期・発症様式

「突然発症(発症時刻が特定できる)」と「急性～亜急性」、「慢性」とに分けて考える。発作性、反復性、進行性、慢性の急性増悪なども考慮する。突然発症の場合は、血管・胸膜・気道の「破綻」「閉塞」などにより発症し、緊急に治療を要する病態であることが多い。

慢性呼吸不全の場合、呼吸困難を評価する方法として以前はFletcher & Hugh-Jones分類を用いていたが、現在では修正MRC息切れスケールを用いることが多い(表)。COPDや間質性肺炎など慢性呼吸不全を来す疾患の評価に活用されている。慢性呼吸不全による呼吸困難は身体活動性を低下させ、フレイルやサルコペニアをきたし予後に影響する。

抗悪性腫瘍薬や免疫チェックポイント阻害薬、抗菌薬による薬剤性肺障害や、免疫抑制薬や副腎

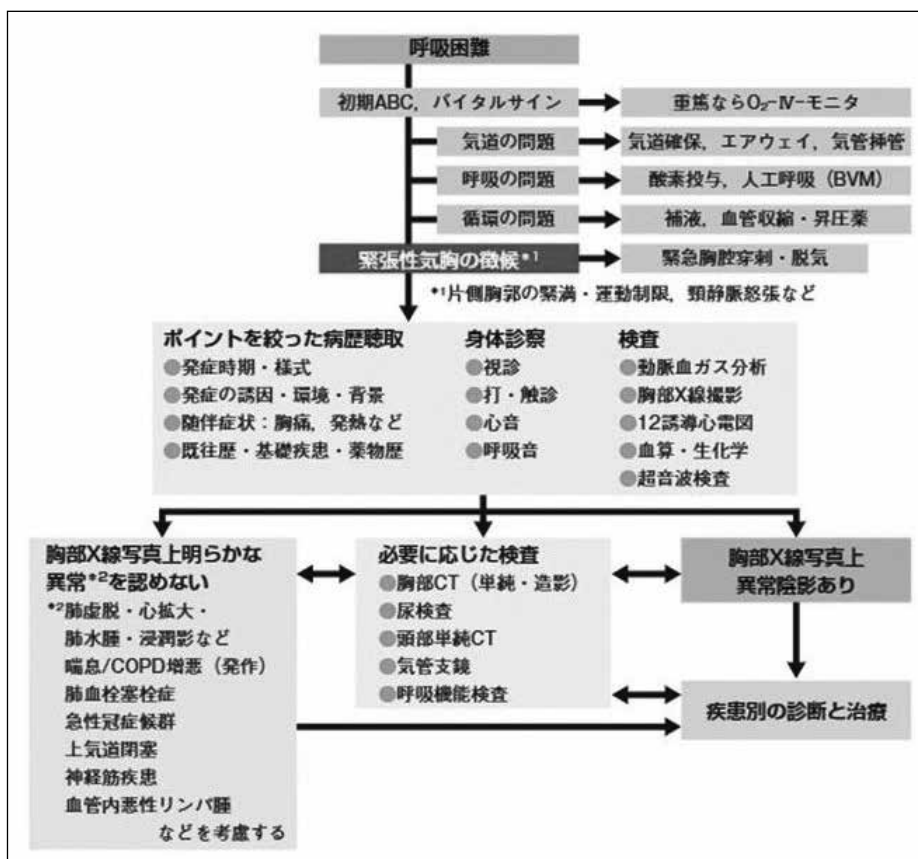


図1 救急診療における呼吸困難に対する初期診断アルゴリズム (文献2 日本医師会雑誌 呼吸器疾患ペディアより引用)

表 修正 MRC 息切れスケール

(文献3 COPD 診断と治療のためのガイドライン (第6版) より改変引用)

グレード0	激しい運動をしたときだけ息切れがある
グレード1	平坦な道を早足で歩く、あるいは緩やかな上り坂を歩くときに息切れがある
グレード2	息切れがあるので、同年代の人よりも平坦な道を歩くのが遅い、あるいは平坦な道を自分のペースで歩いているとき、息切れのために立ち止まることがある
グレード3	平坦な道を約100m、あるいは数分歩くと息切れのために立ち止まる
グレード4	息切れがひどく家から出られない、あるいは衣服の着替えをするときにも息切れがある

[日本呼吸器学会編: COPD (慢性閉塞性肺疾患) 診断と治療のためのガイドライン2022, 第6版, メディカルレビュー社, 2022より作成]

皮質ステロイドによる免疫低下に伴う日和見感染症による呼吸困難などもあるため、病歴聴取は重要である。

②発症時の状況

発症した状況により疾患が予測できることもある。

夜間や早朝に発症する場合は気管支喘息、手術や長期臥床後の場合は肺血栓塞栓症、食物摂取・薬剤投与後、蜂刺症時はアナフィラキシーによる呼吸困難が疑われる。

③随伴症状

呼吸困難と同時に、胸痛、感染徴候（発熱、咳嗽、喀痰など）、心不全徴候（下肢の浮腫、頸静脈怒張など）の症状の有無を確認する。

また、貧血、神経筋疾患（ギランバレー症候群、重症筋無力症、筋萎縮性側索硬化症など）、代謝性疾患（糖尿病性ケトアシドーシスなど）、腎疾患（代謝性アシドーシス、尿毒症性肺水腫、急性進行性糸球体腎炎肺障害のなど）、精神神経疾患（過換気症候群、心身症など）による呼吸困難症

状の場合もある。

④既往歴・治療歴

呼吸器疾患（気管支喘息、COPD、間質性肺炎など）、心・血管疾患（虚血性心疾患、不整脈、高血圧症、心筋症など）、自己免疫性疾患（関節リウマチ、膠原病など）、悪性疾患、アナフィラキシー、神経筋疾患、睡眠時無呼吸症候群、精神疾患など、基礎疾患や薬物服用歴、職業歴などが関連することがある。

Ⅲ. 身体診察

①視診

呼吸パターン（呼気延長、上部胸郭胸式呼吸、過呼吸など）、胸郭の形態（樽状肺、漏斗胸など）、胸郭の動き（左右差、奇異性呼吸など）、呼吸体位（起坐呼吸など）、頸静脈怒張、体型、チアノーゼ、ばち指、皮疹の有無など。

②打診

鼓音や濁音の有無。

③触診

顔面浮腫、下肢浮腫、皮下気腫、肝腫大、腹水など。

④聴診

呼吸音の左右差、連続性副雑音（wheezes, rhonchi）、断続性副雑音（coarse crackles, fine crackles）、胸膜摩擦音、心雑音の有無など。

Ⅳ. 検査

- ・動脈血液ガス分析：低酸素血症の評価、高二酸化炭素血症の有無など確認。
- ・胸部X線検査：気胸、胸水、肺炎、心拡大など評価（図2）。
- ・心電図
- ・血液検査：貧血、炎症反応、電解質、心筋逸脱酵素、腎機能、BNP、D-ダイマーなど。
- ・尿検査：蛋白尿、血尿、ケトン尿など
- ・心エコー図検査：壁運動異常、心機能評価、下大静脈径、右心系評価など
- ・胸部単純CT検査
- ・頭部CT検査
- ・呼吸機能検査

2) 治療

基礎疾患や病態を速やかに診断し、適切な治療を行うことが重要である。必要に応じて、より

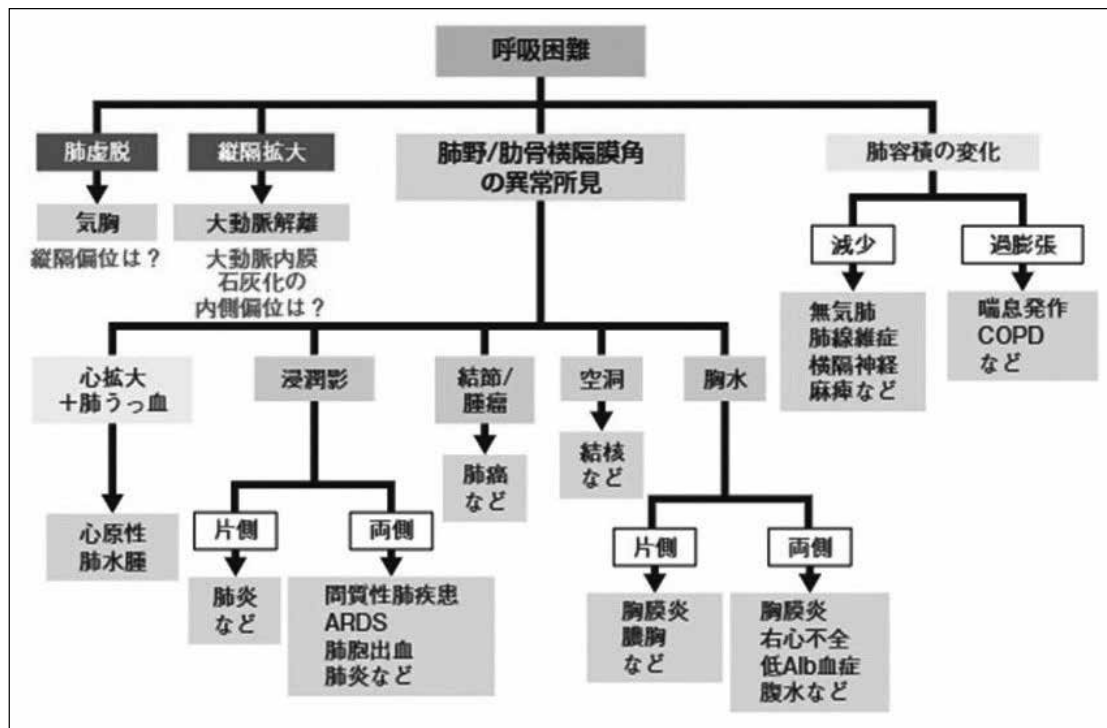


図2 基本的な胸部X線所見による呼吸困難の鑑別
(文献2 日本医師会雑誌 呼吸器疾患ペディアより引用)

適切な診療科や医療機関に引き継ぐことも検討する。

①緊急性が高い場合

直ちに気道確保を行い、必要に応じて酸素投与、人工呼吸、輸液、昇圧剤などを開始する。

②呼吸不全

速やかに診断し、適切な治療を開始する。気胸であれば、胸腔ドレナージ、心筋梗塞であれば経皮的冠動脈インターベンション（PCI）などを行う。

COPDの急性増悪や神経筋疾患も呼吸不全を来すが、Ⅱ型呼吸不全を呈する場合には酸素投与時に高二酸化炭素血症に注意を要する。間質性肺炎急性増悪、うっ血性心不全、気管支喘息など各疾患に適した治療を行う。COPDなど慢性呼吸器疾患は呼吸困難を起こさないよう、呼吸リハビリテーションなど非薬物療法を予防的に行うことも重要である。

3) 専門医への紹介のタイミング

緊急性が高い場合やPaO₂が60Torr以下の呼吸不全を来している場合は、速やかに気道確保や酸素投与を行い、救急医療施設や専門医に紹介する必要がある。

山口県のCOPDの死亡率を低下させるために

「健康日本21（第二次）」（平成25年施行）において、COPDは、がん、循環器疾患、糖尿病と並び、対策を必要とする主要な生活習慣病と位置づけられ、COPDは疾患認知度を上げることで早期発見・治療介入に結び付け、健康寿命の延伸や死亡数の減少に寄与することを期待し、「COPDの認知度の向上」を目標として、さまざまな取り組みが行われてきた。

この度、新たに「健康日本21（第三次）」を推進する上での基本方針が令和5年5月31日に公表され、COPD対策としては、引き続き認知度の向上を行うことに加え、「COPDの発症予防、早期発見・治療介入、重症化予防」など総合的に対策を講じていくことが必要と示され、令和3年度の統計で人口10万人あたり13.3人のCOPD死亡を令和14年には10.0まで減少させる、という新たな目標案が掲げられた。

山口県の令和4年度のCOPD粗死亡率は人口10万人あたり18.8で令和3年度の18.3より増加している。全国平均の13.7と比較して大きく上回っており、都道府県別の順位ではワースト2位であり、令和6年度はワースト4位と依然高い死亡率であった。

こうした中、令和6年3月に策定された山口県保健医療計画においては、COPD対策を分野別の医療対策に新たに位置付け、取組を強化するとされた。

COPD対策の推進に当たっては、原因の90%は「タバコ」によるものであることから、これまでの禁煙支援・喫煙防止教育による発症・重症化予防に加え、COPDの認知度の向上による早期発見・早期介入、医療機関によるCOPDスクリーニングチーム・フォローチームの編成・連携による医療提供体制の構築などが必要と考えている。

COPD対策の強化を図るため、下記の取組みを行政、山口県医師会、山口大学を中心とした医療機関で推進している。

1. COPDの認知度の向上を図るための県民公開講座の開催
2. 「COPDの発症予防、早期発見・治療介入、重症化予防」に関する医療従事者研修会の開催
3. 医療機関によるCOPDスクリーニングチーム・フォローチームの体制整備
4. 資料作成（早期発見・早期治療の手引き書、医療機関間の紹介状等、県民への周知を目的としたリーフレットなど）

COPDのまとめ：

- ・COPDは慢性の進行性疾患である。
- ・症状が軽いうちに早期発見し早期に治療を開始することが大切である。
- ・治療の第一歩は禁煙である。
- ・2024年4月からの健康日本21（第三次）にも引き続き取り上げられ、COPDの死亡率低下が目標になっている。
- ・既に治療中の疾患の中に潜在している可能性があるため、医療従事者の連携で早期発見、早期治療、増悪予防につなげていくことが重要である。

山口県のCOPD死亡率を低下させるためには、オール山口で取り組み、COPDの発症予防、早期発見・治療介入、重症化予防を進めていきましょう！


- 2) 呼吸器疾患ペディア, 日本医師会雑誌 第153巻・特別号(2)2024
- 3) 日本呼吸器学会編:COPD(慢性閉塞性肺疾患)診断と治療のためのガイドライン2022(第6版), メディカルレビュー社, 2022.

参考文献

- 1) Parshall MB, Schwartzstein RM, Adams L, et al.: An official American Thoracic Society statement: update on the mechanisms, assessment, and management of dyspnea. Am J Respir Crit Care Med 185: 435-452, 2012.

オール山口で取り組むCOPD対策研修会

令和6年11月2日(土) 14:00~16:10

(1)「COPD対策推進事業について」(10分) 山口大学大学院医学系研究科 呼吸器・感染症内科学講座 教授 松永 和人	
(2)「山口県におけるCOPD対策」(5分) 山口県健康増進課 課長 小林 聖子	
(3)慢性閉塞性肺疾患(COPD)の基礎知識(20分) 総合病院山口赤十字病院 院長補佐・呼吸器内科部長 園近 尚美	
(4)薬物療法:「COPDにおける吸入薬の使い方」(20分) 総合病院山口赤十字病院 薬剤師 末永 泰子	
(5)非薬物療法:「COPD患者の栄養・食事療法 ～栄養改善のポイント～」(20分) 下関市立豊田中央病院 管理栄養士 上村 朋子	
(6)非薬物療法:「自分らしく在宅で過ごす支援」(20分) 下関市立豊田中央病院 慢性呼吸器疾患看護認定看護師 築地 純子	
(7)非薬物療法:「呼吸リハビリテーションの基礎」(20分)	
(8)非薬物療法:「呼吸リハビリテーションの臨床(実技)」(10分) 国立病院機構専門医療センター 理学療法士 石光 雄太	

ミニレクチャー2

「臨床医が知っておきたい心不全診療の最新知識 —トランスサイレチン心アミロイドーシスを交えて—」

山口大学医学部高齢者心不全治療学講座教授 **小林茂樹**

はじめに

厚生労働省の人口動態統計によると、心疾患による死亡数は、全悪性新生物(がん)に次いで第2位である。とくに高齢化の進行に伴い心不全患者数は急増しており、「心不全パンデミック」とも称されている。

2020年ごろから新規心不全治療薬が相次いで

登場し、慢性心不全治療は大きなパラダイムシフトを迎えた。これを受けて、2025年3月に日本循環器学会の心不全診療ガイドラインが改訂された。¹⁾ 本稿では、改訂ガイドラインの主な変更点と要点を概説し、臨床医が日常診療で留意すべきポイントについて解説する。

1. 心不全ステージ分類と治療目標 (図1)

心不全はステージAからDまでに分類され、各ステージに応じた治療目標が設定されている。

ステージA (心不全リスク) は、心不全の危険因子を有するものの、症状や構造的・機能的疾患、心筋障害を示唆するバイオマーカー上昇を認めない状態である。高血圧、動脈硬化性疾患 (末梢動脈疾患、大動脈疾患、明らかな壁運動異常を伴わない冠動脈疾患、脳梗塞など)、糖尿病、慢性腎臓病 (CKD)、肥満、メタボリックシンドローム、心毒性物質への曝露、心筋症の遺伝子変異や家族歴などが含まれる。

ステージB (前心不全) は、心不全症状はないものの、①構造的又は機能的疾患 (左室・右室機能障害、心室肥大、心房・心室拡大、壁運動異常、弁膜症など)、②侵襲的又は非侵襲的検査による心内圧上昇の所見、③他疾患によらないBNP/NT-proBNP 高値や心筋トロポニンの持続的上昇、のいずれかを有する状態と定義される。構造的・機能的異常を伴う不整脈疾患も本ステージに含まれる。

ステージC (症候性心不全) は、構造的あるいは機能的疾患を背景に症状・徴候を呈し、心原性のBNP/NT-proBNP 高値、又は肺うっ血・全身性うっ血の客観的所見が現在あるいは過去に認められる状態である。

ステージD (治療抵抗性心不全) は、確立され

た薬物・非薬物治療を十分に行っても NYHA 心機能分類Ⅲ度以上から改善せず、日常生活に支障をきたす重症心不全であり、GDMT 最適化後も心不全入院を反復する状態と定義される。

今回のガイドライン改訂の重要な点は、ステージA・Bがそれぞれ「心不全リスク」「前心不全」と明確に位置づけられ、この段階からの予防介入の重要性が強調されたことである。特にステージAでは、慢性腎臓病と肥満が心不全リスクとして新たに明記された。

またステージBでは、ナトリウム利尿ペプチドや心筋トロポニンの上昇が新たに定義に加えられた。無症状であっても、健診異常、心電図異常、胸部X線写真所見、Ⅲ音の聴取、頸静脈怒張などを契機にBNP/NT-proBNP やトロポニンを測定し、心不全の早期診断や専門医紹介、リスク因子への治療介入を行うことが重要である (図2)。

なお、トロポニン測定時には急性冠症候群や急性心筋梗塞を除外する目的で心電図評価が必須である。心不全の進行例では心筋障害を反映してトロポニンが上昇しうるほか、トランスサイレチン心アミロイドーシスでは高頻度にトロポニン上昇を認め、診断や予後予測の一助となる。ガイドラインでは治療介入による改善軌跡 (治療目標) も示されている点が特徴である。

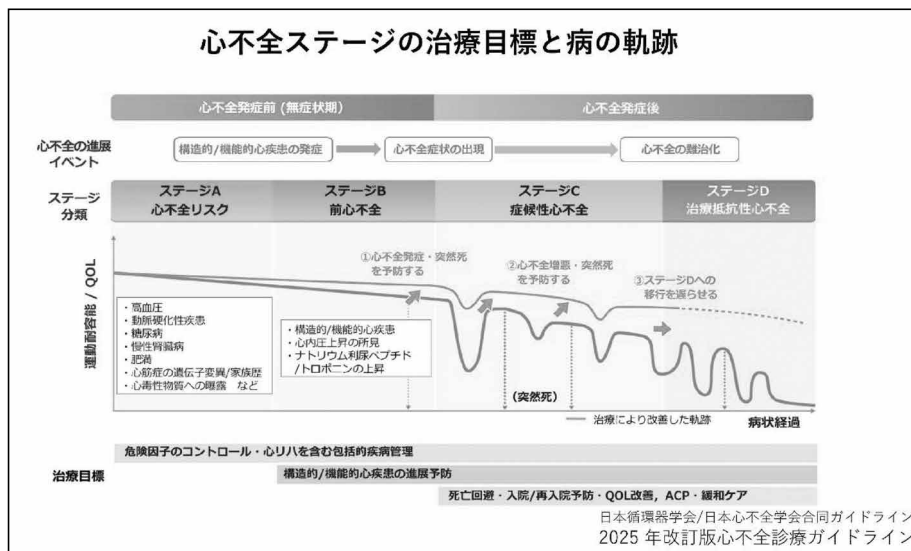


図1 心不全ステージ分類と治療目標

2. 心不全ステージ別の治療戦略 (図3)

ステージAでは、高血圧、糖尿病、CKD、肥満などの心不全危険因子の管理と、構造的・機能的疾患の発症予防が治療の中心となる。

ステージBでは、構造的・機能的疾患の進展抑制と症候性心不全の発症予防が治療目標であり、適切な薬物療法と基礎疾患管理が重要である。

ステージCにおける薬物療法は、左室駆出率(LVEF)に基づいて整理されている。LVEF低下心不全(HFrEF、LVEF < 40%)では、従来のACE阻害薬、β遮断薬、ミネラルコルチコイド受容体拮抗薬(MRA)に加え、2020年以降、ARNI及びSGLT2阻害薬が加わり、β遮断薬、MRA、ARNI、SGLT2阻害薬の4剤がクラスI推奨となった。

LVEF 保持心不全(HFpEF、LVEF ≥ 50%)では、MRA及びSGLT2阻害薬がクラスII a推奨とされている。

LVEF 軽度低下心不全(HFmrEF、LVEF 40~49%)においても、MRA及びSGLT2阻害薬がクラスII a推奨である。

3. トランスサイレチン型心アミロイドーシスの新たな治療展開

心アミロイドーシスは、心筋間質にアミロイド線維が沈着し、形態的及び機能的異常をきたす疾患群である。主な病型は免疫グロブリン軽鎖(AL)アミロイドーシスとトランスサイレチン(ATTR)アミロイドーシスに大別される。ATTRアミロイドーシスは、TTR遺伝子変異を伴う遺

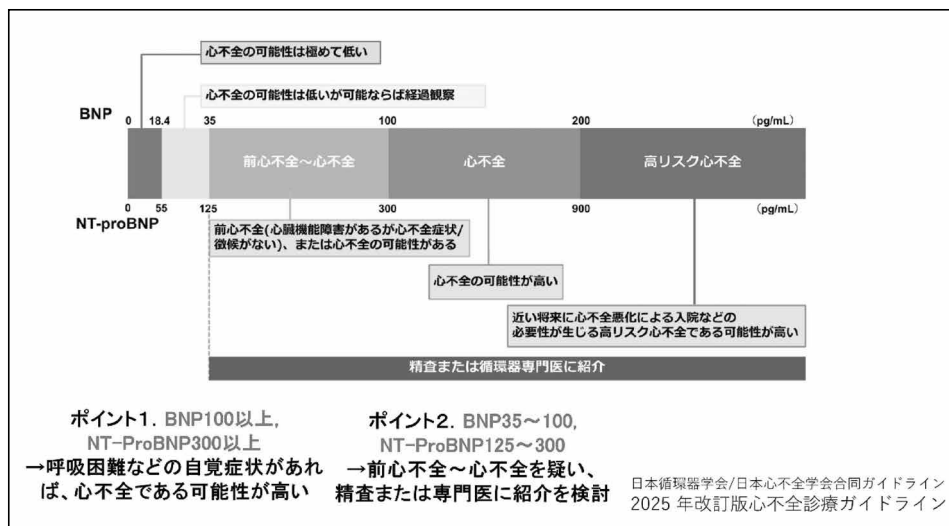


図2 心不全の診断・予後予測・治療効果判定に有用なBNP/NT-proBNP

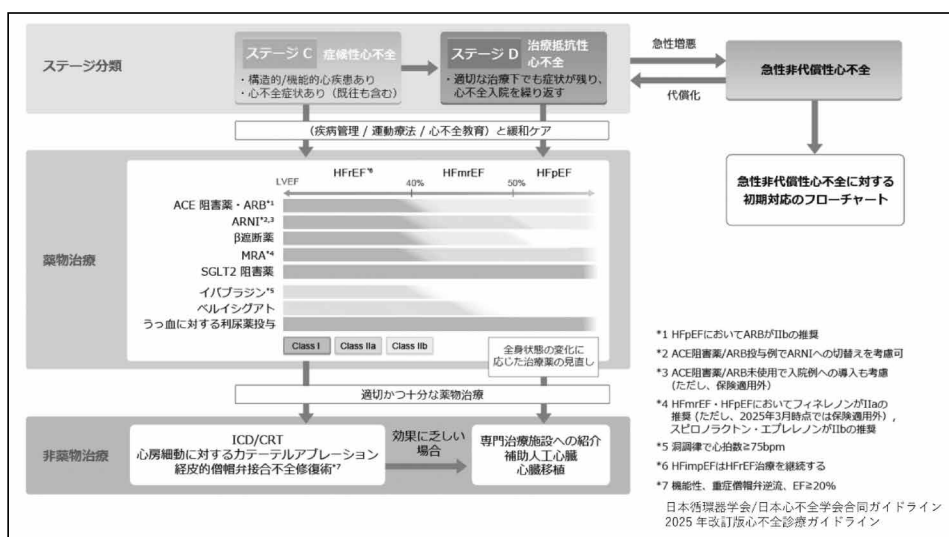


図3 心不全治療アルゴリズム

伝性 ATTR (ATTRv) と、遺伝子変異を伴わない野生型 ATTR (ATTRwt) に分類される。

2020年の心アミロイドーシス診療ガイドライン発表以降、診断目的の骨シンチグラフィが保険収載され、新たな疾患修飾療法の有効性も報告された。画像診断技術の進歩、治療選択肢の拡大、疾患概念の普及により、従来は希少疾患と考えられてきた心アミロイドーシスの診断数は増加している。

1) 心不全診療においてトランスサイレチン心アミロイドーシス (ATTR-CM) を疑うべき症例 (Red flags)

以下の所見を有する肥大を有する心不全症例では、特に高齢者を中心に ATTR-CM を鑑別疾患として念頭に置く必要がある。

- ・ 高齢 (特に 70 歳以上) の心不全患者、特に男性の HFpEF 又は HFmrEF
- ・ 左室肥大を認めるにもかかわらず、高血圧の既往が乏しい、又は降圧治療に比して肥大が不釣り合い
- ・ 心電図で低電位又は偽梗塞パターン、心房細動
- ・ 心筋トロポニンの持続的軽度上昇や BNP/NT-proBNP 高値が心不全重症度に比して不釣り合い
- ・ 両側手根管症候群、脊柱管狭窄症の既往

これらの所見を複数認める場合には、骨シンチグラフィなどを用いた非侵襲的診断を含め、早期に心不全専門医への紹介を検討することが望ましい。ATTR-CM は進行性疾患である一方、近年は疾患修飾療法が利用可能となっており、早期診断が予後改善に直結する点が重要である。

2) トランスサイレチン心アミロイドーシス (ATTR-CM) に対する治療戦略

ATTR-CM の治療は、①心不全に対する支持療法、②アミロイド沈着そのものを標的とする疾患修飾療法、の 2 本柱で構成される。

①心不全に対する支持療法

ATTR-CM における心不全治療の基本は、うっ血コントロールを目的とした利尿薬を中心とした一般的な心不全薬物治療を行う。SGLT2 阻害薬については、ATTR-CM に特化したエビデンスは

限定的であるが、忍容性が比較的良好であり、心不全合併例では使用を検討しうる。

②疾患修飾療法

ATTR-CM に対する疾患修飾療法は、TTR 四量体の安定化や TTR 産生抑制を目的とした治療である。

a) TTR 安定化薬

タファミジス、アコラミジスは TTR 四量体を安定化させ、アミロイド線維形成を抑制する。大規模臨床試験により、全死亡及び心血管関連入院の有意な減少が示されており、現在の標準治療である。早期 (NYHA I- II) からの導入がより効果的とされ、診断後速やかな治療開始が望ましい。

b) TTR 産生抑制療法

siRNA 製剤 (パチシラン、ブトリシラン) は、主に ATTRv による神経障害を対象として開発されてきたが、ブトリシランは、2025 年 6 月から ATTRwt にも保険適応となった。

3) 治療導入のタイミングと診療連携の重要性

ATTR-CM は進行性疾患であり、心不全が進行してからの治療介入では効果が限定的である。そのため、Red flags を契機とした早期診断、診断確定後の速やかな疾患修飾療法導入、心不全専門医、画像診断医、遺伝診療部門との多職種・多診療科連携が極めて重要である。

4. おわりに

心不全診療は、単に薬物治療を行うだけでなく、リスク因子管理、バイオマーカーや画像を用いた評価、専門医や多職種との連携を含めた包括的アプローチが求められる時代に入った。本稿が、改訂ガイドラインの理解を深め、臨床現場における心不全の予防・診断・治療の質向上に寄与する一助となれば幸いである。

5. 参考文献

1) 2025 年改訂版 心不全診療ガイドライン (日本循環器学会 / 日本心不全学会合同ガイドライン)

https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2025/03/JCS2025_Kato.pdf

特別講演 1

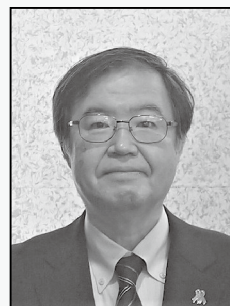
「2040年の社会を展望して

『地域包括ケア』を考える」

多摩大学医療・介護ソリューション研究所客員教授

(元厚生労働事務次官) 吉田 学

[印象記：柳井市 宮地 隆史]



はじめに

本特別講演では、元厚生労働事務次官の吉田学先生より、2040年の社会を見据えた「地域包括ケア」をテーマに講演いただいた。

吉田先生は1984年に京都大学法学部を卒業後、厚生省に入省され、山口県健康福祉部高齢保健福祉課長、国立病院機構企画経営部長などを歴任された。その後、厚生労働省雇用均等・児童家庭局長（子ども家庭局長）、医政局長、内閣官房新型コロナウイルス感染症対策推進室長を務め、2022年に厚生労働事務次官を退官された。現在は多摩大学医療・介護ソリューション研究所客員教授をはじめ、山口県社会福祉法人協会顧問など、多方面で活躍されている。

1. 山口県の介護・障害福祉実践者から医師へのお願い

① 介護施設と医療機関の連携強化

2024年度介護報酬改定により、特別養護老人ホーム等の介護施設では、2027年4月以降、医療機関との連携が義務化される。急変時の相談対応体制、診療体制の常時確保、必要時の入院受入体制など、地域ごとに体制構築が求められているが、現場では大きな負担となっている。地域の介護関係者からの依頼に対し、医師・医療機関としての理解と協力をお願いしたい。

② 自閉症・強度行動障害への理解と医療アクセス確保

従来の嘱託医（歯科・内科）にとどまらず、より多くの医療機関において自閉症等への特性や行動への理解を深め、医療へのアクセス確保に協力いただきたい。受診拒否の回避、広域受診時の同行支援、オンライン診療の活用、さらに医療圏域

ごとに対応可能な医療機関の「見える化」を進め、福祉関係者との連携をお願いしたい。

③ 矯正施設退所者等における身元保証人の課題

高齢や障害により福祉的支援を必要とする犯罪行為歴のある方に対しては、山口県社会福祉協議会（地域定着支援センター）が社会復帰や地域生活定着の支援を行っている。しかし、入院や手術が必要となった場合の「身元保証人・後見人の確保」が極めて困難となる事例が少なくない。医療現場における理解と協力が引き続き求められている。

2. 2040年を展望する

これから2040年に向けて、団塊世代が後期高齢者となる「2025年問題」、団塊ジュニア世代が前期高齢者となる「2040年問題」を迎える。人口減少が続く中で、社会全体をどのように維持していくのかが大きな課題である。出生率については、1990年のいわゆる「1.57ショック」以降、各政権で対策が講じられてきたが、結果として低下傾向は続いている。山口県の合計特殊出生率は全国平均程度からやや高い水準にあるが、全国的には東京をはじめとする都市部で1を下回る状況が続いている。若年層が都市部に集中する一方、そこで子どもが生まれにくいという構造的課題がある。本質的な問題は出生率の数値そのものよりも、若い世代が地域にとどまり、生活基盤を築ける環境をどう整備するかにある。今後は高齢者が急増する時代ではなく、「若い人が急速に減少する時代」に突入する。2040年に向けて、日本全体で働き手が約2割減少すると見込まれている。これまで女性や高齢者の社会参加が進むことで一定の労働力は維持されてきたが、女性の就労拡大

や高齢者就業にも限界が見え始めており、今後は人口減少がそのまま労働力減少に直結する局面となる。医療機関においても、新型コロナウイルス感染症の影響を契機に延べ患者数の減少が指摘されているが、今後、延べ患者数を単純に増やすことは容易ではない。診療科ごとの医療ニーズの変化も踏まえつつ、個々の医療機関だけでなく、地域全体として医療・介護・生活支援をどう再構築するかが問われている。

3. 医療・介護・生活を「地域全体」で捉える視点

健康寿命・平均寿命はいずれも延伸しているが、加齢に伴い要介護認定率は上昇する。医療のみならず、介護や日常生活支援を含めたサービスがなければ、これまで通りの生活を維持することは困難となる。いわゆる複合ニーズに応えるためには、医療や介護といった単独サービスではなく、生活全体を支える体制が地域に存在することが不可欠である。サービス提供者が減少すれば地域での人口減少はさらに加速する。医師が目目の前の患者の疾患を治療するだけでは、患者が必ずしも幸せになれない時代に入っている。地域の中で何が必要かを多職種・多分野で考え、事業として展開していく視点が重要となる。

4. 人生の最終段階と地域の役割

加齢に伴い認知症や軽度認知障害（MCI）の有病率は上昇する。誰もが認知症になる可能性があり、また、どれほど長寿であっても人は必ず最期を迎える。「人生の最期を迎えるときに生活したい場所」としては「自宅」を希望する人が最も多いが、実際の死亡場所は1970年代以降、病院が自宅を上回り続けてきた。近年は、自宅や特別養護老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅など、病院以外の場所で亡くなる人の割合が徐々に増加している。こうした場で最期を迎えるためには、死亡の瞬間以前から医療の関与が必要であり、その医療を誰がどのように提供するのかを真剣に考える必要がある。ACP（アドバンス・ケア・プランニング）について医療・介護関係者は積極的に取り組んでいるが、一般住民には十分浸透していない。国は「人生会議」として啓発を進めている

が、住民が自分事として考えるには、身近な医療関係者の関与が不可欠である。

5. 社会構造の変化と新たな課題

今後、日本全体では年間約170万人が亡くなる時代を迎える。介護施設・サ高住の入居者や単身世帯が増加する中、病院や自宅で家族に看取られるという最期は、すでに多数派ではなくなっている。時代に即したサービス体系、人材配置、費用負担のあり方を再構築する必要がある。また、孤独・孤立の実態把握に関する全国調査（令和5年）では、約4～5割の人が孤独を感じているとされている。さらに在留外国人は全国で約360万人、山口県でも2万人を超えており、多様な背景を持つ人々を地域全体で支える視点が重要となっている。

6. 人材・財源制約の中での医療・福祉改革

社会保障給付費は2025年度予算ベースで約140兆円に達している。給付と負担の議論を避けることはできず、現役世代人口が急減する中、「より少ない支え手でも回る医療・福祉の現場」を実現する必要がある。医療・介護はヒューマンサービスであり、AIやロボットによる代替にも限界がある。人材確保と生産性向上を両立させる医療・福祉サービス改革が不可欠である。

7. 地域包括ケアの進化・深化

地域包括ケアの本質は、制度ありきではなく、地域の状況に応じて形作られる「ご当地ネットワーク」にある。事業者・自治体・住民が日ごろから顔の見える関係を築き、多職種がフラットに議論する場を持つことが成功の鍵となる。医療・介護・予防・健康づくりに加え、住まい、移動、賑わい、防災・防犯までを含めた「まちづくり」そのものが地域包括ケアであり、高齢者に限らず、地域住民全体が『我が事』として参画することが重要である。

おわりに

まとめとして、「地域包括ケア」の進化・深化を通じて「地域共生社会」へとつなげていく視点

が示された。「ご当地ネットワーク」「顔・腕・腹の見える関係」「身近な地域での包括的チームケア」がその要であり、地域全体で人と人、人と資源をつなぐことの重要性が強調された。

吉田先生からは紙面では伝えきれないほど多くの知見を、情熱的かつ示唆に富む言葉で講演いただいた。講演時間の制約上、すべてのスライドを

詳細に伺うことはできなかったが、本印象記では配布資料を基に一部補足・整理を行った。2040年という明確な時間軸の中で、医療・介護・福祉を「地域の暮らし全体」として捉え直す必要性を、改めて強く認識させられる講演であった。

特別講演 2

「形態学が切り拓く新たな脳疾患へのアプローチ ～脳を神経細胞の周囲から眺めて～」

山口大学大学院医学系研究科神経解剖学講座教授 小西博之

[印象記：美祢市 清水 良一]



令和7年（2025年）11月9日の日曜日に、第177回山口県医師会生涯研修セミナーの特別講演2において、山口大学大学院医学系研究科神経解剖学講座の小西博之教授による「形態学が切り拓く新たな脳疾患へのアプローチ ～脳を神経細胞の周囲から眺めて～」とのタイトルによる講演を拝聴する機会を得ました。

小西先生は2000年に大阪大学の基礎工学部生物工学科を卒業後、直ちに大学院へ進まれ、所属自体は大阪大学大学院のまま、研究は愛知県の岡崎市にある岡崎国立共同研究機構基礎生物学研究所で実施されました。そこでは純粋な基礎医学の研究として「発生期における神経細胞の移動のメカニズム」に関する研究で、修士課程を修了されました。

その後、臨床医学に貢献できる道に進むことを決意され、2002年から大阪市立大学（現大阪公立大学）大学院医学研究科解剖学講座の木山博資教授に師事し、修士課程の経験を活かして「神経再生メカニズム」の研究に取り組み、博士課程を修了されました。

2011年からは木山博資教授が名古屋大学大学院医学研究科解剖学講座を担当されることになっ

たのを機に、名古屋大学に研究室を丸ごと引っ越し、以後13年以上に亘り「グリア細胞の機能」の研究に従事してこられ、名古屋大学の講師、准教授を経て、令和6年（2024年）12月に山口大学大学院医学系研究科神経解剖学講座の教授に就任されました。

脳を神経細胞の周囲から眺めるのに必要な解剖学及び組織学の知識

脳の中には神経細胞（ニューロン：生きた導線）とその周囲に、ミクログリア、アストロサイト、オリゴデンドロサイトといったグリア細胞が存在しています。脳の神経細胞及びグリア細胞の中でもアストロサイトとオリゴデンドロサイトは神経前駆細胞から分化します。一方、ミクログリアは脳の組織常在性マクロファージで、小さな細胞体と複雑な突起を特徴とする免疫担当細胞に属します。健全な脳であっても日々少しずつ神経細胞は死んでおり、脳の恒常性の維持にかかせない死細胞の残骸の処理を担っているのがミクログリアです。この細胞残骸処理機能は脳梗塞後の脳の機能回復やアルツハイマー病による脳の機能低下を抑制する機構としても重要です。

ちなみに、組織常在性マクロファージには、肝

臓のクッパー細胞、皮膚のランゲルハンス細胞、肺の塵埃細胞など多くの仲間が知られていますが、炎症等の現場に血中を遊走してきた単球が、分化して誕生するいわゆる浸潤性マクロファージとは発生起源が異なります。

ベン・バレス (Ben A. Barres) 氏が2009年にグリア細胞の機能を示した有名な創出図を発表しています。

これによると、オリゴデンドロサイトは髄鞘を形成して跳躍伝導機能を生み出し、電気伝達を助けている細胞として描かれています。脳の神経細胞の軸索にオリゴデンドロサイトが巻きつくことによって髄鞘(絶縁体)を形成し、髄鞘と髄鞘の切れ目に相当する、等間隔に並んだむき出しの軸索部分はランビエ絞輪として電気依存性 Na^+ チャンネルなどのイオンチャンネルが高密度に集積しています。イオン (Na^+ 、 K^+) の出し入れに基づく活動電位の発生はランビエ絞輪部でのみ行われます。

この機構により、個々の神経細胞内での興奮(電気信号)は絶縁体の機能を有する髄鞘部分を次々に飛び越えつつ、ランビエ絞輪部で繰り返し発せられる活動電位の形で引き継がれ、神経細胞の軸索に沿って伝えられます。この神経細胞(有髄神経)内での軸索に沿った電気信号の伝播様式は跳躍伝導と呼ばれます。跳躍伝導により、ATPの消費量を抑え、かつ、最初のランビエ絞輪で発生した興奮(活動電位の電気信号)を減衰させることなく、軸索に沿って遠くまで、より速く伝えることが可能になっています。

神経細胞と毛細血管の間に介在する形で存在するアストロサイトはその足突起で、毛細血管に取り付いて血液脳関門 (blood-brain barrier) の全体の機能を統合的に制御し、脳に必要な栄養素(グルコースやアミノ酸)の取り込みを促進するとともに、血液から脳の中にいらないもの(有害なもの等)を通さない関門を作っています。ほかに、アストロサイトはシナプスの方にも突起を伸ばし、シナプスの情報伝達の効率や神経細胞の興奮性を能動的に調整しています。

印象記を担当している筆者(以後単に筆者*)は、神経回路(ニューロンの織りなす複雑なネッ

トワーク)を形成している脳神経細胞集団において、回路に組み込まれている個々の神経細胞がATPの持続的な供給による生きた導線として機能し続けている限り、個々の神経細胞の軸索内における跳躍伝導での情報伝達(オリゴデンドロサイトの関与)や、隣の神経細胞とのシナプス形成部位での神経伝達物質による情報伝達(アストロサイトの能動的な調整)によって、あたかも電気抵抗がゼロの超電導回路のごとく、神経回路の中を電気信号がいつまでも減衰しないで巡る結果、記憶やアイデンティティの情報が保全できていると納得できました。

なお、ベン・バレス (Ben A. Barres) 氏が描いた創出図にはグリア細胞のオリゴデンドロサイトとアストロサイトに関しては前述のごとく、それぞれの役割がきちんと記されていますが、ミクログリアについては活性化した際のアメーバ状の形状の記載のみで、この時点ではミクログリアの役割は記されていませんでした。

ミクログリアに関して今日までに明らかにされている知見

～2005年ごろからミクログリアの研究が進むきっかけとなった3編の論文(A、B、C)の紹介～
A. 1つ目の論文

ミクログリアの突起がすごく動く、運動性が高い細胞であることを示した論文(2005年サイエンス)

ミクログリア以外の神経細胞、アストロサイト、オリゴデンドロサイトは脳の中で活発には動かず、ミクログリアだけ脳の中で活発に動いているのが示されました。

具体的にはGFP遺伝子をミクログリアに導入したマウスの脳の中で、ミクログリアの突起が常に伸びたり縮んだりしているリアルタイムの映像が示され、レーザーで脳を小さく焼いて損傷させると、ミクログリアの突起が一直線に損傷部に寄ってきて取り囲み、損傷した部分の残骸を貪食処理したり、損傷による悪影響が外に広がらないようなバリアを作る様子も示されました。

B. 2つ目の論文

ミクログリアが神経変性疾患に大きく関与することが初めて実証された論文(2006年サイエンス)

家族性の筋萎縮性側索硬化症 (ALS) の原因遺伝子 (SOD) の変異体を体の中で全細胞に発現するようにしたマウスは、約 300 日で全滅する一方、ミクログリアだけ SOD の変異体を野性型に戻したマウスでの実験では、最大約 500 日まで生存期間の伸びることが示され、機序は不明ながらも、ミクログリアが神経変性疾患に大きく関与している事実が示されました。

筆者*は、貪食能を有する免疫細胞の暴走で神経変性疾患が発症するならともかく、逆に、貪食能を有する免疫担当細胞の存在が神経変性疾患の予後改善に寄与することを実証されたことに驚きました。早く、全容が解明されることを願っています。

C. 3つ目の論文

ミクログリアがどこから来たかというミクログリアの発生起源が解明された論文 (2010年サイエンス)

ミクログリアは胎生期に一過性にできる卵黄嚢内の前駆細胞から発生する組織常在性マクロファージであることが解明されました。骨髄の造血幹細胞から発生する単球由来のマクロファージとは発生起源が異なります。

筆者*は、リンパ球や単球など、分化成熟した細胞は、平時には造血幹細胞のような自己複製能は発揮できないものの、免疫を担当する細胞群に備わった特殊な能力として、リンパ球では抗原依存的な自己複製能を獲得するとか、単球も炎症等で組織内に浸潤した後、マクロファージへと分化した場合には、環境因子の作用での自己複製能を獲得して、増殖できることは知っていました。

そこで、一過性にしか存在しない卵黄嚢が消失した後も、組織常在性マクロファージとして、個体数を減らすことなく生涯に亘って脳に定着し続けるミクログリアも、免疫を担当する分化成熟したマクロファージの仲間と考えれば、何らかの環境因子による自己複製能 (分化産生能) を獲得しているものと納得しました。

以上 A、B、C の論文等が発端となり、2010 年ごろからミクログリアの論文本数が爆発的に増え始め、ここ数年は全世界で年間約 6,000 本の高い水準を維持しています。ちなみに、オリゴデンドロサイトで検索すると、論文数は約 2,000

本で、アストロサイトは約 5,000 本となっています。

当日の特別講演では、小西先生ご自身が名古屋大学大学院医学研究科解剖学講座で実施してこられた研究内容と新知見について、前半と後半に分けて熱く語られましたので、以下にその内容を要約して記載します。

前半のご講演内容

ミクログリア以外にも貪食による神経細胞残骸処理機能を発揮している細胞の発見

～神経細胞を周囲のグリア細胞から眺める過程で実施した実験 (①、②、③) を基に解説～

これから解説する実験 (①、②、③) では、ミクログリア以外で、脳内の細胞残骸処理機能を発揮する細胞が見つかったことが示された。

実験①：脳の中から特異的にミクログリアだけを除去したマウスモデルでの実験

～ミクログリアの機能探求に役立つモデルの作成～

われわれは Siglec-H という膜タンパクが脳の中ではミクログリアに特異的に発現していることを見出し、Siglec-H の遺伝子を基底にして、脳の中から特異的にミクログリアだけを除去するマウスモデルを構築した。

実は Siglec-H というのは、血球の中でもとてもマイナーな樹状細胞の一種に発現することが以前から判明しており、宮崎大学免疫学教室が、その特殊な樹状細胞をマウスの体から除去する目的で、Siglec-H の遺伝子鎖に DTR というジフテリア毒素の受容体をコードしている遺伝子を入れ込んだマウス (ノックインしたマウス: Siglech^{dtr/dtr}マウス) を開発していた。これをいただき、脳の中から特異的にミクログリアだけを除去する目的に利用することにした。

ジフテリア毒素を注射してない時のミクログリアの脳組織内での分布をコントロールとして、毒素を注射して 2 日～4 日の経過を観察した。毒素注射 2 日目にしてミクログリアの残骸が多数、脳の中に見られたが、4 日目ではミクログリアの残骸が綺麗に脳の中から消えていた。ミクログリアはマクロファージなので、脳内の主要な貪食細胞と考えられている。そのため、ミクログリアが機

能不全の *Siglech^{dtr/dtr}* マウスの脳内で、2日目に見られたミクログリアの残骸が、4日目までにどう処理されて、視野から消えたのかという疑問が生じ、次の実験（実験②）を行った。

実験②：ミクログリアを殺したときのミクログリアの残骸は他のどの細胞が処理をしているのかを探求する実験

ミクログリアを殺したときのミクログリアの残骸は、脳内の他のどの細胞が処理をしているのかという疑問に、当時名古屋大学の医学部医学科の医学部生、岡本君と一緒に取り組んだ。

脳の中にはミクログリア以外にも脳境界マクロファージ又は炎症性単球があり、これらの細胞はマクロファージ故、貪食能が強いと考えられたが、結論から述べると、ミクログリアの残骸を食べてはいなかった。

そこで、脳内のどの細胞が貪食能を発揮しているのかを確認する目的で、脳の各種細胞のマーカーをPCRで検索すると、アストロサイトのマーカーとして知られる *Gfap* という分子の発現量が、ミクログリアを消した *Siglech^{dtr/dtr}* マウスの脳組織中で著明に上昇していることが解った。

アストロサイトの免疫染色を脳の中で行うと、アストロサイトの細胞の数自体はコントロール（健常マウス）と変わらないものの、*Siglech^{dtr/dtr}* マウスの脳組織中でアストロサイトの突起が著明に太くなり、活性化した状態で、ミクログリアの残骸を取り囲んで貪食していることが判明した。

最新のCLEM法（Correlative Light & Electron Microscopy法：免疫染色と電子顕微鏡を組み合わせた解析手法）で観察すると、ミクログリアの膜と思われる残骸とミクログリアの核と思われる残骸がまとめて緑色のアストロサイトに取り囲まれており、これらのことからミクログリアを消した時にはミクログリアの残骸がアストロサイトに貪食を受けて処理されることが解明された。

実験③：実験②のような特殊な環境ではなく、自然な状態でアストロサイトの貪食能を検証する実験

野生型の普通のマウスの脳の切片を詳しく観ると、非常に数は少ないものの、自然に細胞死（アポトーシス）を起こした細胞が見つかり、100%の確率でミクログリアに取り囲まれて貪食を受け

ていた。

そこで、*Irf8* というミクログリアの分化・産生に必須の転写因子をノックアウトしたマウス（ミクログリアの増殖能を抑えたマウス）モデルで、脳内で自然にアポトーシスを起こして死んだ細胞を観察すると、約半分の確率でミクログリアには貪食を受けていないことが分かり、数の減ったミクログリアでは貪食しきれなかった死細胞はアストロサイトに取り囲まれて貪食されていることが判明した。この結果、アストロサイトはミクログリアの貪食能不全を補完することを新知見として示すことができた。

なお、今回の講演では時間の関係上、アストロサイトがどのようにして細胞残骸に対する貪食能を発揮するかについては言及されなかったが、アストロサイトの貪食能に関わる重要な分子は既に同定しているとのことであった。

実験①、②、③の結果のまとめと考察

細胞の残骸が出たときにミクログリアとアストロサイトのどちらが食べるかという、通常状態ではミクログリアが先に貪食を行う。しかし、ミクログリアが例えば老化やてんかんなどで機能不全になると、二番手に待ち構えていたアストロサイトが代わりに貪食することを示した。

ミクログリアとアストロサイトのどちらも細胞残骸が持つ *Eat-me* シグナルに対する貪食受容体をとともに何種類かずつ発現しており、死細胞に触れると貪食を開始することができる。

おそらく、貪食のテリトリー（縄張り）とか、細胞残骸との最初の距離とか、死細胞から漏れ出てくる *Find-me* シグナル（食べられる側の細胞が食べてくれる細胞を引き寄せる分子）に対する感受性（細胞の運動性）が決め手となり、細胞残骸に最初に触れたグリア細胞（脳内ではミクログリア）が貪食を開始すると考えている。

後半のご講演内容

脳境界部から神経細胞を眺めて解った細胞残骸を洗い流すシステムの発見

～脳のもっと周辺の脳境界部すなわち、脳を包む髄膜3層構造（外層から硬膜、クモ膜、軟膜）と脳の血管から神経細胞を眺めた実験（①、②、③、

④) を基に解説～

後半の講演では、食べるシステムとは全く関係のない細胞残骸を洗い流すシステムの発見に繋がった実験が解説された。

脳境界部のマクロファージ（共通のマーカーはCD206）を分類すると、脳を包んでいる髄膜には髄膜マクロファージ、太い血管の周囲には血管周囲マクロファージが存在している。これらはミクログリアの兄弟のような細胞と考えられている。

しかし、ミクログリアは小さな細胞体に複雑な突起を沢山持っているのに対して、まず、血管周囲マクロファージは突起が全くなく、平べったい形をしており、血管にペタッと外側からの張り付くような構造を取っている。次に、最外層の硬膜内に常在する硬膜マクロファージは細長い形をしており、クモ膜と軟膜をまとめてその内部を覗くと、ここにはアメーバ状のマクロファージが沢山存在している。これらのミクログリア以外のマクロファージには突起は認められない。

マクロファージには貪食能があることも一つの特徴だが、一方、免疫細胞として周囲の状況変化に反応する特性が非常に高く、有事の際には短時間で活性化する機能が挙げられる。

実験①：脳の損傷に対する硬膜マクロファージの反応とその結果を検証する実験

脳の損傷に対して硬膜マクロファージが反応するか否かを探求する実験を行った。

本来、髄膜3層構造において、クモ膜下腔の幅は組織レベルでは相当な厚みのある構造を持つ。よって、最外層にある硬膜は脳実質から距離的にはかなり離れている。果たして、この離れたところに存在する硬膜マクロファージが脳の損傷を感知できるのかという疑問を解消するための実験を行うことにした。講演の前半で解説した貪食の研究は岡本君と一緒に行ったが、今回は同じく医学部生の高橋君と一緒に実験を行った。

損傷モデルは東京科学大学の七田先生の指導によるMCAO (Middle cerebral artery occlusion) モデルという中大脳動脈を閉塞して作成する、マウスの脳虚血モデルを採用した。

このモデルでは、頸部を切開して総頸動脈から

細い糸を脳底に達するまで入れ、中大脳動脈の根部を血栓で閉塞させて脳梗塞を作成するので、観察対象の硬膜には一切人為的な損傷を伴わないことが最大の利点となっている。

実験では、コントロールと、1日、7日（1週）、14日（2週）、28日（4週）、84日（12週）目に梗塞巣を覆う硬膜を切り出して、Whole mountの状態、硬膜をシート状に展開し、マーカーのCD206を指標にして免疫染色を行い、硬膜マクロファージの観察を行った。

結果は硬膜のマクロファージが脳損傷に反応して経時的に活性が高まり、28日後には硬膜の中で珍しい数のマクロファージが確認でき、活性が非常に高まっていた。同時に、損傷部を覆う硬膜は健康部の硬膜に比較して10倍程度（100～200 μ m）へと高度に肥厚し、梗塞巣との間で強固な癒着を形成していた。癒着部位に関して、MRIの撮像や電子顕微鏡による詳細な観察の結果、クモ膜と軟膜は消失していた。

癒着部における硬膜の肥厚部を詳細に観察すると、あたかも一般的な組織障害における創傷治癒機転が働いたが如く、マクロファージが分泌するサイトカインに反応したと思われる沢山の線維芽細胞の増殖と膠原線維の産生が硬膜肥厚の本態であると判明した。

実験②：実験①を受けて、硬膜がどのタイミングで肥厚のピークを迎えるかを調べた実験

硬膜がどのタイミングで一番肥厚を起こすかを調べると、脳梗塞後7日目までは、ほとんど肥厚は観察されず、28日目に硬膜の肥厚がピークを迎えた後に84日（12週）経つと平均で100 μ m未満へと終息していた。

なお、肥厚した硬膜と脳梗塞巣との癒着が形成される確率は70%の個体で見られる現象であった。残りの30%では硬膜の肥厚はみられないものの、癒着は見なかった。

この癒着に関しては、梗塞巣が浮腫を起こして腫れた際に、その外にある硬膜と腫れた脳の密着した状態が数日間続く場合に、癒着機転が働くことで形成されると考えている。

実験③：硬膜が肥厚し、脳梗塞巣と硬膜が癒着することの意義を探求する実験

硬膜と脳が一体化し、癒着を形成することの意義を調べる実験を行うに当たって、本来、脳実質組織中にはリンパ管は存在しないことが解っていたので、硬膜の中に存在しているリンパ管の動向に着目して実験を行った。

実験では、リンパ管新生時には内皮細胞に Prox1 遺伝子が発現することを利用して、緑色蛍光タンパク質 (GFP) も同時にリンパ管内皮細胞内に発現するように設計した遺伝子組み換えマウス (Prox1-GFP マウス) を用いた。その結果、脳梗塞を起こして 28 日目の検体観察で、肥厚した硬膜と梗塞巣との癒着部位を介して、新生リンパ管が梗塞巣内に伸び出してきていることが確認できた。

実験④:梗塞巣に伸び出してきたリンパ管の意味、機能は何かを明らかにした実験

梗塞巣に伸び出してきたリンパ管の意味及び機能は何かを明らかにするために、生きたマウスの脳の梗塞巣に、リンパ管マーカーの LYVE-1 に対する抗体を緑色に光るようにして打ち込み、顕微鏡下の観察で、確実にリンパ管が同定できるようにして、脳梗塞巣と硬膜が癒着した際の新生リンパ管の管腔内を観察した。

結果は、癒着部位のリンパ管の中には B 細胞や T 細胞、単球と思われる細胞も入っており、これらの白血球が見られることで、機能的なリンパ管ということが確認できた。

このリンパ管を電子顕微鏡で解析すると、内皮細胞が非常に薄い、又は基底膜がない、もしくは非常に乏しい、といった一般的なリンパ管と同様の構造が梗塞巣内で確認でき、沢山の白血球とともに細胞残骸と思われる多数の構造物がリンパ管の管腔内で観察できた。このことから、この新生リンパ管は梗塞巣で沢山できてきている細胞の残骸を中に取り込むドレナージ機構として機能していることを明らかにすることができた。

実験 (①、②、③、④) の結果をまとめると、普通の状態では、脳実質組織の中にはリンパ管はなく、硬膜にしか脳に関連したリンパ管はないものの、脳梗塞を起こし、腫れた脳と硬膜が一体化することで癒着が生じると、そこを足場として硬膜の中からリンパ管が梗塞巣内に伸び出し、ド

レナージ機構として機能する現象の発見に繋がった。

ご自身の研究の総括

- ・新規性としては、前半の話はミクログリアに加えてアストロサイトも貪食能を持つということ、後半に関しては、損傷脳内でリンパ管ができることを初めて明らかにしたことを述べた。
- ・また損傷脳内において貪食に依存しない細胞残骸の除去機構として、新生リンパ管による洗流システムが硬膜と梗塞巣の癒着を足場にして構築されることも初めて報告したことを述べた。
- ・このようにグリア細胞という周囲から脳を眺めたり、最近では、硬膜とかリンパ管という脳の境界部に着目しながら、新たな視点から脳の病態を明らかにすることで、脳損傷後等に、神経回路の恒常性の維持を速やかに回復させるための画期的な治療法や、神経変性疾患等の発症を予防する方法等を開発したいと考えている。

余談として、参考までに紹介された知見

小西教授ご自身の研究ではないものの、脳実質組織にはリンパ管は存在しないが、リンパ管に代わる役割を果たす機構に関する最新の解剖学的知見を2つ (①、②) 解説された。

①脳脊髄液の循環に関する最新の知見

教科書的には脳脊髄液は、脳室の中の脈絡叢という血管が豊富な場所で、血液 (血管) の中から産生され、脳室の中を満たした後に脳幹部にある外側口と正中口を通り、クモ膜下腔に抜けていく。その後、最終的にはクモ膜顆粒を介して硬膜の静脈洞の中に帰っていく。

これが脳脊髄液の循環経路と言われているが、この後半部分の概念が、現在2つの実験結果によって変わりつつある。

まず、クモ膜下腔に存在している脳脊髄液は、脳に入ってくる動脈の周囲の空間を介して、脳の表面のみならず、脳の深部組織の中にも直接入った後、静脈の周囲の空洞から出ていく経路もあることが示された。

さらに、毛細血管レベルでの動向を詳細に観ると、毛細血管とそこに巻き付いているアストロサイトの足突起の間の空間に、脳脊髄液がクモ膜下

腔から入り込んで、アストロサイトの足突起の間を抜けて脳の中を流れた後に、最終的には静脈の周囲腔から再び脳脊髄液の中に帰っていた。

アストロサイトがグリア細胞であることと、この脳脊髄液の流れが脳の中で出た老廃物を回収して捨てているという意味で、リンパ系に近い機能があるということで、グリアとリンパ系を合わせた造語として、グリンパティックシステムという概念が生まれている。

健常な脳内には本当のリンパ管は存在しないが、脳脊髄液が脳の中のいらぬものを洗い流すシステムとして、あたかもリンパ管の中を循環するリンパ液の如くふるまうので、現在、この系のことはグリンパティックシステムと呼ばれている。

②本当のリンパ管（硬膜内リンパ管）に関する知見

脳とその周囲にはリンパ管がないと、古くから漠然と考えられてきた。脳の中にリンパ管がないというのは、現在でもそう言われているが、脳を包む硬膜の中にはリンパ管が存在していて、脳脊髄液やそれに含まれる老廃物をドレナージする器官として機能することが分かってきた。

これら2つの知見（①、②）を総合して、クモ膜下腔に存在している脳脊髄液は、一旦動脈の周囲腔から脳の実質組織中に入り込んできて、脳の中を流れた後に静脈の周囲腔からクモ膜下腔に戻った後、クモ膜顆粒を介して硬膜の静脈洞に帰っていくパターンと、あとはプラスアルファとして、硬膜の中に存在しているリンパ管に吸引されて、リンパ管経由で脳の外に出ていく経路もあることが分かってきた。

以上、当日の小西教授の講演内容を筆者の印象記として簡潔にまとめさせていただいた。

筆者*の感想

ヒトの場合、脳梗塞後のt-PA（組織型プラスミノゲンアクチベータ）の使用により、終末動脈に詰まった血栓を溶かして血流を再開させ、後遺症を軽減する治療は、発症から4.5時間以内に開始することが求められています。

よく考えると、終末動脈が詰まることは、そ

の動脈の支配領域は瞬時に酸素の供給が途絶えます。これは、ブドウ糖と酸素の供給の下で酸化的リン酸化までの細胞内代謝回路を回してADPを再リン酸化してATPを合成する全工程が、瞬時に停止することを意味します。

一方、ATPの1日の総消費量は、ほぼ体重に匹敵するか、それ以上の量を消費することもあると言われており、常時、体内に存在しているATPの総量が最大でも50g程度しかないことを考慮すると、ATPは1日1,000回（総量で50kg）以上再合成され、ヒトは命を繋いでいることになります。これは平均して少なくとも1分30秒に1回はATPを再合成している計算になります。

以上のことを踏まえると、一旦脳梗塞が発症すれば、1～2分で神経細胞内のATPは枯渇し、理論的には脳梗塞巣内の神経回路は、分の単位で機能を停止するはずで

しかし、4時間30分以内に梗塞巣支配領域の終末動脈をt-PA療法で再開通させることができれば、梗塞巣内の神経回路の全滅は免れ得る事実から、グリンパティックシステムによって、脳脊髄液中の酸素とブドウ糖がアストロサイトの血液脳関門の制御機能を介して、しばらくの間は神経細胞に供給され続けることで、神経回路の全滅に至るまでの時間を稼ぐことができていると納得できました。

小西教授は、山口大学でやる気のある医学部生を育てて、研究マインドを持った医師の育成に励んでいきたいと述べられて、特別講演を締めくくられました。

貴教室が今後ますます発展されますことを祈念いたします。

特別講演3

「最近の医療政策の動き

—新たな地域医療構想と医師確保対策—」

厚生労働省医政局医政局地域医療計画課長 西嶋康浩

[印象記：理事 森 健治]



西嶋氏は山口県下関市生まれ、長門市で育ち平成14年に山口大学医学部を卒業され、臨床研修のち平成16年に厚生労働省に入省され、現在は医政局の課長として地域医療構想、医師偏在対策、救急・災害・周産期・へき地医療のほか、在宅医療、医療安全、特定機能病院などを担当している。

・現状の課題と厚労省の取組み

西嶋氏は、医療を取り巻く社会状況の変化を踏まえ、地域包括ケアシステムの構築、かかりつけ機能の充実強化、そして地域医療構想の実現が重要であると強調した。具体的には、地域完結型の医療・介護提供体制の構築、人材確保とタスクシフトによる効率化、限りある社会的資源の有効活用、デジタル化の推進などを挙げた。

高齢化の進展に伴い、高齢者の救急搬送が増加する中で、介護施設や高齢者住宅からの搬送を必要最小限に抑えるために早期からの医療介入の重要性を指摘。在宅医療のニーズの高まりを受け、医療と介護の連携強化、特に介護施設との連携を推進していく方針を示した。

・地域医療構想と医師偏在対策

地域医療構想については、2025年までの病床削減目標は達成されたものの、高齢者の救急医療への対応や医療の持続可能性を考慮し、医療機関全体の機能分化と連携を強化する新たな対策を打ち出した。具体的には、医療圏の広域化、医療機関の4類型への分類（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療機能、急性期拠点機能、専門等機能）を行い、地域医療体制を再構築する。医師偏在対策としては、地域枠の有効性を認めつつ、全

世代へのアプローチを強化。重点医師偏在対策支援区域の設定、経済的インセンティブ導入、リカレント教育の推進、診療科偏在への対応（特に外科医の確保）などを進める。女性医師の活躍支援も重要視し、高難度手術の集約化と地域医療へのアクセス確保の両立を目指す。

・今後の展望と課題

医師の働き方改革、タスクシフトの推進、看護師特定行為研修修了者の配置、看護記録へのAI導入など、医療現場の効率化を図る。また美容医療の増加に対応するため、美容医療の定義を明確化し、医療機関への報告義務化、安全管理措置の徹底、相談窓口の設置などを義務付ける。

質疑応答では、若手医師の確保と中間層の育成が重要であること、地域枠医師の定着支援、ドクターバンク事業との連携などが議論された。最後に、西嶋氏は地域医療構想の活発化、オンライン診療の推進、補助金による重点医師偏在対策支援区域での診療所維持支援、医療DXの推進などを通じて、地域医療の持続可能性を高めていく決意を示された。

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年度山口県医師会囲碁大会

と き 令和8年2月11日(水・祝)

ところ 山口グランドホテル

[報告：下松医師会 池田 昭彦]

昨年度に引き続きまして、2月11日(水・祝)に山口県医師会囲碁大会を開催しました。5チームの参加をいただき、無事に大会を終えることができました。改めて感謝申し上げます。

審判長は昨年と同様に日本棋院宇部支部の板垣七段にお願いしました。準備・運営は下松医師会事務局が行いました。日本棋院宇部支部の盛重様にもお手伝いいただきました。山口県医師会事務局には碁石と碁盤、日本棋院宇部支部にはチェスクロックをお借りして大会を行いました。感謝申し上げます。

結果は表に示したように、下松医師会の優勝となりました。令和8年度は下関市医師会のお世話で、令和9年2月11日(木・祝)に山口県医師会館で行います。

以前と比べて参加チームの数が減っています。この大会は医師会員に限らず会員家族、医療従事者、医学部学生にも参加資格が与えられます。次年度の大会にはより多くの方々にご参加いただきまして、親睦の輪が広がり楽しい会になりますよう祈念しています。

	下松	下関	山陽小野田	宇部	美祿・宇部連合	勝数	相手勝数和	順位
下松	○ 3-2	○ 3-2	○ 3-2	○ 4-1	○ 4-1	4		1
下関	× 2-3	○ 4-1	○ 3-2	○ 4-1		3		2
山陽小野田	× 2-3	× 1-4	○ 3-2	○ 3-2		2		3
宇部	× 1-4	× 2-3	× 2-3	○ 3-2		1		4
美祿・宇部連合	× 1-4	× 1-4	× 2-3	× 2-3		0		5

令和7年度山口県医師会囲碁大会 対戦集計表

令和7年度山口県医師会囲碁大会対戦成績表

下松	段・級	氏名	1回戦	2回戦	3回戦	4回戦	全勝賞	勝数	順位
	五段	池田 昭彦	○	×	×	○		2	
	六段	板垣 達則	×	○	○	○		3	
	六段	佐藤 弘教	○	○	○	○	○	4	
	三段	藤田 敏明	×	○	○	×		2	
	初段	岸田 健伸	○	○	×	○		3	

下関	段・級	氏名	1回戦	2回戦	3回戦	4回戦	全勝賞	勝数	順位
	七段	山野 達郎	○	○	○	○	○	4	
	五段	佐々木 暢彦	○	×	○	○		3	
	五段	藤川 佳範	○	×	×	○		2	
	初段	高橋 徹郎	×	×	×	×		0	
3級	上領 頼啓	○	○	○	○	○	4		

山陽小野田	段・級	氏名	1回戦	2回戦	3回戦	4回戦	全勝賞	勝数	順位
	六段	内田 耕一	×	×	×	○		1	
	六段	富永 圭貴	○	×	○	×		2	
	三段	盛重 芳文	×	×	○	○		2	
	三段	富永 俊克	○	○	○	○	○	4	
5級	山本 隆太郎	×	×	×	×		0		

宇部	段・級	氏名	1回戦	2回戦	3回戦	4回戦	全勝賞	勝数	順位
	四段	原田 善雄	○	○	○	×		3	
	二段	篠山 哲郎	○	×	×	○		2	
	二段	松重 武志	○	×	○	×		2	
	二段	吉永 榮一	×	×	○	×		1	
3級	鈴木 英太郎	×	×	×	○		1		

美祿・宇部 連合	段・級	氏名	1回戦	2回戦	3回戦	4回戦	全勝賞	勝数	順位
	五段	上田 勝	×	○	×	×		1	
	四段	高橋 睦夫	×	×	×	×		0	
	二段	藤村 寛	×	×	×	×		0	
	初段	原 好弘	○	×	○	○		3	
初段	佐々井 一彦	○	○	×	×		2		

理 事 会

—第22回—

2月19日 午後4時30分～7時15分

加藤会長、沖中・中村両副会長、伊藤専務理事、河村・長谷川・茶川・縄田・竹中・岡各常任理事、白澤・木村・藤井・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年度新規事業について

地域保健に関する新規事業1件について協議を行い、承認した。

2 令和8年度事業計画(案)について

令和8年度事業計画(案)の内容を次回理事会までに再確認し、最終決定することとした。

3 令和8年度予算(案)について

令和8年度予算(案)について事務局長から説明を行い、次回理事会で最終決定することとした。

4 山口県医師会表彰規程第2条第4号による表彰(医学功労賞)について

生涯教育委員会において選考した被表彰者の審議内容を確認し、医学功労賞として表彰することを決定した。

5 令和8年度安全衛生に対する厚生労働大臣及び山口労働局長表彰に係る推薦について

山口労働局長から標記の推薦依頼があり、郡市医師会から推薦のあった山口労働局長表彰候補者1名を推薦することを決定した。

6 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。

報告事項

1 社保・国保審査委員連絡委員会(2月5日)

創傷処理の査定、PCI治療におけるガイドイングカテーテル使用本数、経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの)等について協議が行われた。(伊藤)

2 健康やまぐち21推進協議会(2月5日)

「健康やまぐち21計画(第3次)」の進捗状況、健康やまぐち21推進県民会議各団体の取組について協議が行われた。(岡)

3 日本医師会ドクターバンクとの業務提携に関する打合せ「Web」(2月5日)

日本医師会ドクターバンクと業務提携するメリットや業務提携後の本会の追加業務、今後のスケジュール等について協議を行った。(長谷川)

4 中国四国医師会連合事務局長会議(2月6日)

「県との連携/協働への取り組み」や「会員名簿の作成」など各県から提出された議題について協議を行った。(佐伯事務局長)

5 警察医会第3回役員会・第36回研修会

(2月7日)

役員会では、令和8年度山口県医師会表彰の推薦、令和8年度行事予定(案)等について協議を行った。研修会では、「県警察本部からの報告・症例提示」の報告、「昨今の社会環境情勢をふまえた鑑定の実情と死後画像に係る取り組みの報告」と題した講演を行った。出席者55名。(竹中)

6 生涯教育委員会(2月7日)

医学功労賞の選考、県医学会総会開催地の選考、中高生の職業体験実習、生涯研修セミナーの企画等について協議を行った。(茶川)

7 第2回育児支援WG・保育サポーターバンク運営委員会合同委員会(2月8日)

3月8日に開催予定の保育サポーター研修会の

理 事 会

内容・役割分担、令和7年度のサポート事例等について協議を行った。(長谷川)

8 男女共同参画部会第3回理事会(2月8日)

令和7年度の総会・講演会、令和8年度の事業計画、男女共同参画部会の名称変更等について協議を行った。(長谷川)

9 日医母子保健講習会(2月8日)

「プレコンセプションケアを考える」をテーマにシンポジウムや討議が行われた。(河村)

10 第2回山口県医療対策協議会「Web」

(2月9日)

令和8年度医師修学資金貸与者等の勤務医療機関、医師修学資金に係る診療科の追加、臨床研修病院の募集定員設定、へき地医療拠点病院の指定等について協議が行われた。(加藤)

11 山口県循環器病対策推進協議会「Web」

(2月9日)

第2期山口県脳卒中・心臓病その他の循環器病対策推進計画の進捗状況、循環器病に係る現状等についての報告の後、循環器病対策の今後の取組について協議が行われた。(伊藤)

12 山口県衛生検査所精度管理専門委員会「Web」

(2月9日)

令和7年度衛生検査所立入検査結果、令和7年度衛生検査所外部精度管理の結果等について協議が行われた。(茶川)

13 医事案件調査専門委員会(2月12日)

診療所1件、病院1件の事案について協議を行った。(縄田)

14 郡市地域包括ケア担当理事会議(2月12日)

在宅医療の推進、在宅医療・介護連携の推進、心肺蘇生を望まない傷病者への対応等について説明・協議を行った。(伊藤)

15 第3回山口県糖尿病対策推進委員会

(2月12日)

委員の改選、令和7年度事業の実施報告の後、令和8年度事業、令和6年度糖尿病性腎症重症化予防の事業効果の検証について協議が行われた。(伊藤)

16 日医第7回学校保健委員会(2月12日)

会長諮問に対する委員会答申の作成に向けて、学校健診WGの報告、メンタルヘルスWGの報告、これからのわが国の学校健康診断等について協議が行われた。(加藤)

17 新規個別指導(2月12日)

3医療機関の指導の立会を行った。(竹中、國近)

18 第1回山口県がん対策協議会(2月12日)

本県のがんを巡る状況、第4期山口県がん対策推進計画数値目標の状況、令和7年度がん対策の取組状況、休日・平日夜間がん検診事業等について報告・協議が行われた。(藤井)

19 第2回医師事務作業補助者研修会(2月14日)

本会の伊藤真一専務理事による「主治医意見書の記載方法」と題した講演を行った。申込者86名。(茶川)

20 第178回生涯教育セミナー・勤務医部会総会・講演会(2月15日)

生涯教育セミナーでは、山口県立総合医療センターの原田昌範へき地医療支援センター長による「山口県のがん医療の現状と取り組み～遠隔医療をどう組み合わせるのか～」と題した特別講演など2講演を行った。(茶川)

勤務医部会総会・講演会では、総会の後、日本医師会の藤原慶正常任理事による「地域を面で支える～地域医療連携推進法人について～」と題した講演など2講演を行った。参加者127名。

(中村洋)

理 事 会

21 日医 JMAT 研修「統括編」(2月15日)

eラーニングシステムによる事前学習の後、EMIS等の情報の共有・記録に関する講義や被災地における活動(統括編)等の実習が行われた。出席者は現地47名、Web33名。(中村丘)

22 第2回山口県高齢者医療懇話会「Web」

(2月16日)

均等割の増額等による令和9年度の保険料の設定、後期高齢者の健診の受診率の向上等について協議が行われた。(伊藤)

23 山口県がん対策協議会がん登録部会「Web」

(2月16日)

がん登録の実施状況、県によるがん情報の利用について協議が行われた。(藤井)

24 山口県周産期医療協議会第2回NICU検討部会「Web」(2月17日)

第1回検討部会における意見の整理及びアンケート結果、NICU病床数、総合と地域の役割整理、総合の人材育成・確保機能、働きやすい人材配置等について協議が行われた。(河村)

25 山口県介護保険関係団体連絡協議会「連絡会議」(2月17日)

令和7年度山口県介護保険関係団体フォーラムの振り返りの報告の後、今後の山口県介護保険関係団体フォーラムの開催について協議が行われた。(伊藤)

26 日医第8回医療IT委員会(2月18日)

会長諮問「医療DXを現場で活用するための医師会の役割」に対する委員会答申等について協議が行われた。(中村洋)

27 社会保険診療報酬支払基金山口事務局審査運営協議会(2月18日)

数値目標に係る審査実績及び要因分析等の報告、審査結果の不合理的な差異解消に向けた取組、

レセプト及び請求支払関係帳票に係る誤送付の状況等について協議が行われた。(淵上)

医師国保理事会 ー第19回ー

報告事項

1 「24 医師国保組合によるシミュレーション」報告会「Web」(2月4日)

合併を希望・検討する医師国保24組合によるシミュレーションとして、保険料・保健事業等の検討案が報告された。(事務局)

2 山口県国民健康保険団体連合会第3回理事会(2月16日)

山口県国保連合会の規則、会計、審査支払システム、通常総会の招集等について協議を行った。(加藤)

ー第23回ー

3月4日 午後7時30分～9時10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・竹中各常任理事、白澤・木村・藤井・國近・中村・森・吉水各理事、宮本・友近・淵上各監事

議決事項

1 山口県医師会役員等の選挙について

本会役員及び裁定委員並びに日本医師会代議員及び予備代議員の選挙期日を令和8年5月14日、立候補及び推薦の締切を令和8年4月30日とし、本会報4月号において公示することを決定した。

2 第199回山口県医師会臨時代議員会について

令和8年5月14日に開催し、本会役員等の選

理 事 会

挙、会務報告、山口県医師会会費賦課徴収規程一部改定の議決、令和8年度山口県医師会事業計画及び令和8年度山口県医師会予算の報告を議事とすることを決定した。

3 令和8年度事業計画について

提案の事業計画（案）について協議を行い、一部修正の上、決定した。

4 令和8年度予算について

事業計画に基づく予算編成について、事務局長から説明を行い、異議なく決定した。

協議事項

1 第161回日本医師会臨時代議員会における質問について

標記代議員会に提出する代表質問について協議し、鳥取県、愛媛県の質問を中国四国地区代表質問とすることを決定した。

2 日本医師会ドクターバンクとの業務提携について

日本医師会ドクターバンクとの業務提携に係る契約内容等について協議を行い、契約を締結することを承認した。

3 安否情報確認アプリ「オクレンジャー」を活用した訓練の実施について

昨年度に引き続き、安否情報確認アプリを使用した災害想定訓練を3月12日に実施することを決定した。

4 日医かかりつけ医機能研修制度の認定について

標記制度の修了者から郡市医師会を通じて修了申請があり、15名について承認した。

5 「猫ひっかき病」迅速検査キット開発プロジェクトへの周知協力について

山口大学大学院医学系研究科の「猫ひっかき病」検査キット開発プロジェクトチームが実施してい

るクラウドファンディングについて、メールマガジンで会員に周知することを決定した。

報告事項

1 全国高等学校総合体育大会山口県実行委員会第5回総会「Web」（2月19日）

本県での大会開催中の救急搬送などの傷病者数は64人であり、各会場へ派遣された医師・看護師の指導に基づいた早期対応が安全な大会運営につながったとの報告があった。（加藤）

2 山口県アルコール健康障害対策・ギャンブル等依存症対策推進協議会（2月19日）

会長互選の後、山口県におけるアルコール健康問題及びギャンブル等依存症に係る現況や対策の取組状況等について協議が行われた。（長谷川）

3 山口県救急業務高度化推進協議会・幹事会合同会議（2月19日）

「傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準」の一部改正についての協議の後、本県の救急搬送の現況、山口県救急安心センター事業（#7119）、各地域メディカルコントロール協議会の活動状況等の報告が行われた。（竹中）

4 山口県思春期保健関係者連絡会議「Web」（2月19日）

令和7年度思春期保健対策に関する事業の取組報告の後、「思春期ほっとダイヤル」の実績報告等について協議が行われた。（河村）

5 都道府県医師会医療事故調査制度担当理事連絡協議会「Web」（2月20日）

厚生労働科学研究「医療事故調査制度における医療事故調査等支援団体による支援の機能的運用および質向上に向けた研究」報告書等の報告の後、質疑応答が行われた。（縄田）

理 事 会

6 第31回毒物劇物安全管理研究会「Web」

(2月20日)

標語の入選作品の紹介、「化学プラントにおける『労働災害危険源抽出 AI “Marsa”』活用による保守・安全管理の活性化について」と題した特別講演や事例発表等が行われた。(縄田)

7 三師会懇談会 (2月20日)

山口市立秋穂中学校の中原雅史 校長による「AIO 歯ッピープロジェクト 健口から健康、そして健幸へ ～コミュニティ・スクールの取組～」と題した講話の後、意見交換を行った。(伊藤)

8 都道府県医師会「警察活動協力医会」連絡協議会・学術大会 (2月21日)

連絡協議会では、厚生労働省、警察庁、日本医師会からの報告の後、都道府県医師会からの提出議題に対する質疑応答が行われた。学術大会では、死体検案に関する基調講演、一般演題が行われた。(竹中)

9 専攻医歓迎会 (2月21日)

山口県知事等の開会挨拶、本会の加藤会長から「山口県の医療状況」について説明の後、新専攻医、山口大学教授等が参加して懇談を行った。参加者数52名。(中村洋)

10 地域包括診療加算・地域包括診療料に係るかかりつけ医研修会 (2月22日)

糖尿病、認知症、脂質異常症等9講義のプログラムによる研修会を実施した。受講者46名。(木村)

11 中国四国医師会連合常任委員会 (2月22日)

日本医師会役員改選対応、日本学校保健会への要望、国補正予算(重点支援地方交付金)に係る物価高騰対策の事業化等について協議を行った。(加藤)

12 マイナビ RESIDENT FESTIVAL 広島会場

(2月23日)

広島で開催された説明会に参加し、山口県ブースにおいて本県の状況を説明した。訪問学生数のべ89名(実人数56名)。(中村洋)

13 中国地方社会保険医療協議会山口部会

(2月25日)

医科1件、歯科2件、薬局2件の指定が承認された。(淵上)

14 第2回労災・自賠責医療委員会 (2月26日)

公務災害に関する診療費の請求業務の現状について協議を行った後、交通事故医療の診療費請求事務に係る研修会の開催について報告を行った。(伊藤)

15 第2回山口県助産師出向支援導入事業協議会

(2月26日)

令和7年度助産師出向支援導入事業の取り組み、助産師出向を推進する上での課題と対策について協議が行われた。(縄田)

16 山口県医療保険関係団体連絡協議会

(2月26日)

各団体の現状と懸案事項等の報告の後、本会からの提出議題「各団体における医療DXの課題～デジタル社会における対応も含め～」について協議を行った。(伊藤)

17 山口県アレルギー疾患医療連絡協議会「Web」

(2月26日)

アレルギー疾患関連事業の現状や取組の方向性、令和7年度の取組、今後の取組等について協議が行われた。(河村)

18 都道府県医師会事務局長連絡会 (2月27日)

日医の松本会長の挨拶、退職事務局長に対する感謝状贈呈の後、日本医師会ドクターバンクの地域ドクターバンクとの業務提携、医師年金加入促

理 事 会

進について説明が行われた。(佐伯事務局長)

19 顧問弁護士・医事案件調査専門委員合同協議会 (2月28日)

委任中の事案の経過、医事関係訴訟事件、次年度の定例委員会の開催日等について協議を行った。(縄田)

20 医療事故調査制度に係る「支援団体統括者セミナー」「Web」(3月1日)

医療事故調査制度の概況についての講義等の

後、「医療事故の判断への支援」「初期対応への支援」「疑問点の抽出と整理」「報告書作成への支援」の4つのテーマについてグループ討論が行われた。(縄田)

21 会員の入退会異動

入会2件、退会8件、異動10件。(3月1日現在会員数：1号1,177名、2号：832名、3号524名、合計2,533名)(伊藤)

日医FAXニュース

2026年(令和8年)2月27日 3379号

- 出産無償化、「しっかりとした手当を」
- 医療機関機能報告「まず10月」
- 養成過程偏在対策、議論の整理案を了承
- 小学生が「産婦人科医」を体験

2026年(令和8年)3月3日 3380号

- 「納得感が得られる社会保障の構築を」
- 医療機関の建替え支援、交付額設定通知
- 「子ども予防接種週間」を実施

2026年(令和8年)3月6日 3381号

- 医療保険改革法案、部会長一任で了承
- 26年度改定「変化の中で踏み出す一歩」
- 配置基準柔軟化、問われる「工夫と本気」
- 外来医師過多区域の状況、国へ報告

2026年(令和8年)3月10日 3382号

- 賃上げ「継続的実施の医療機関」明確化
- 対象職種の業務事例を提示
- 26年度改定告示、説明資料・動画を公開
- 「赤ひげ大賞」受賞者の功績たたえる
- インフル定点22.66、警報レベル下回る

2026年(令和8年)3月13日 3383号

- 電カル共有「支障ない運用を目指す」
- 確保基金「業務効率化」施行は27年1月
- 新会長に城山氏、運営を「丁寧、着実に」
- 療養・就労両立支援指導料見直しを周知
- 医療事故報告、2月は39件

2026年(令和8年)3月17日 3384号

- 予防医療推進「生涯活躍できる社会を」
- 医療保険改革法案を閣議決定
- 総合確保基金、医療分の執行率は78.5%
- 標準仕様準拠の電カル、厚労省が認証へ
- 先輩医師に聞くシリーズ第3弾を公開
- 医師会病院など、CS対策費捻出に苦慮
- 水痘0.29に減も「かなり多い」

2026年(令和8年)3月20日 3385号

- 紹介手数料の上限規制を提言
- 「日医ドクターバンク」登録数が急増
- 医師国試、9139人が合格
- 麻疹報告数、コロナ禍以降最多
- たばこ害のセミナーに中学生無料招待

kintsugi

飄

々

広報委員

田村 高志

2年ほど前だったか、オックスフォード英語辞典に kintsugi (金継ぎ) が収録された。karaoke や tsunami と同じようについに英単語になったのである。金継ぎとは、破損した陶磁器を修復する方法で漆を接着剤として用いた日本の伝統技術である。壊れたものを修復して使いたいという思いは太古の人々も持っていたようで、漆を用いて修復した形跡のある縄文土器も出土しているらしい。そもそも土器そのものが貴重だったのだろうが、長く使っていて愛着があったり使い心地を気に入って他に代えの効かないものであれば尚更である。破損前の状態に戻して使えるようにするのが修復であるが、それだけなら漆による接着だけでよい。修復された傷跡をあえて金粉や金箔などで装飾し始めたのは室町時代からのようで、それに価値を見出し世に広めたのは千利休といわれている。

前置きが長くなってしまった。実は気に入っていた備前焼のお皿を割ってしまい DIY で修復したことがあるので、その時のことを紹介してみる。

最初、お世話になっている陶器屋さんに修復の相談をしたところ、金継ぎセットがネットで買えるので、自分でやることを勧められた。半信半疑で調べてみると数千円から1万円くらいで筆や解説書などすべて揃ったセットが買えそうなのだが、漆の扱いがなかなか大変そう。さらに調べていると、ネットで修復を頼める業者さんもある。破損状態の写真を送るとメールで見積もりも取れそう。修復例を見たところ、おそらく数千円で修復できそうではある。あれこれ見ているうちに

数百円で買える接着剤を使った陶器の修復を解説しているサイトを発見。漆を使用した金継ぎもいいのだが、多様な接着剤が開発されている現代ではおそらく接着力や手軽さを考えても、接着剤を使った方がいいのではないかとの結論に達した。味わいのある金の筋の入った金継ぎも捨てがたいが、釉薬(うわぐすり)を用いた陶磁器であれば必須だと思われるもの、素焼きの備前焼の場合、金の筋はなくてもいいようにも思われる。どうしても必要なら、陶器用の金のアクリル絵具で後から入れるという手もあるらしい。

では具体的な手順を解説してみる。

1) 接着剤の選定

うちはなんでも食洗機に入れてしまうので、耐熱性は必須。食器なので万一口に入っても大丈夫なことが条件である。そうなると水性シリコン系接着剤一択のようで、セメダイン社『SuperX クリア 無溶剤』を用いることにした。ゴム状のシリコン樹脂が主成分で、耐熱温度はマイナス50℃～250℃。食洗機も問題なさそう。もう一つ、フランクリン社『Titebond III Ultimate 木工用接着剤』も陶器の修復によさそうなのだが、厳密には食器への使用は推奨されていないようだったので却下した。

2) 作業の実際(説明書に書いてあるのだが、実際に私が行った手順)

- (1) 付属のヘラの薄塗り面を使用し、接着する両面に接着剤を薄く均一に塗布する。
- (2) 全部の面に塗り終わったら、8分間そのまま待つ。空気中の水分を吸って粘着力が出る

- らしい。気温が高いと早く硬くなるとのこと。
- (3) 8分後、粘着性が出て来たら、すぐに貼り合わせ強く押さえる。この時、接着剤がはみ出てもあまり気にしない。大きくはみ出れば、爪楊枝でからめとるといい。だが余分な部分を減らそうと取りすぎると、接着面の接着剤まで取れてしまうので無理はしない。
 - (4) 約1～2時間で動かなくなり、約24～48時間で実用強度に達する。
 - (5) 実用強度に達した後、はみ出たゴム状の接着剤をカッターなどで削り取る。指で擦り取ることも有効。

上記手順で無事に修復完了。通常程度の力が加わっても不安感はなく問題なさそう。お皿なので水漏れは検証できていないが、食洗機は問題なく使えている。接着剤のみなのでパッと見ただけでは破損箇所がわからず、敢えて金の筋を入れてみたい気がしている今日この頃である。

金継ぎが英単語になった背景だが、壊れた器を再生する技術というだけでなく、再生された不完全な器に新たな価値を感じる日本人独特の感性が海外にも紹介されたことによると思われる。実際、訪日外国人を対象とした金継ぎ体験が盛況らしい。金継ぎを通して、不完全でもいいんだよ、完璧を求めなくていいんだよという思想に心の安らぎを覚えるとの意見もあった。歳を重ねると完全な健康体であることは難しい。病気があってもいいんだよ、不健康でもいいんだよ、つい飲み過ぎることがあってもいいじゃないか。

kintsugi は素晴らしい！

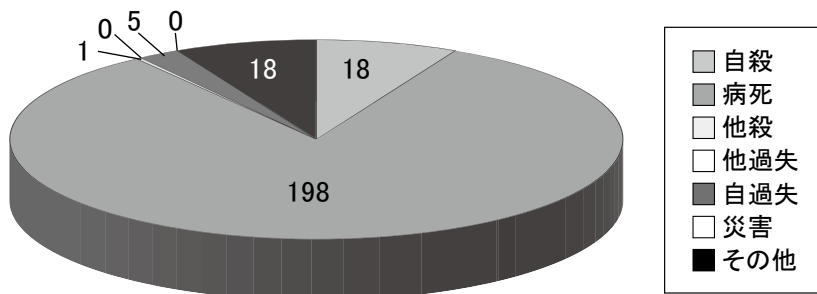
おまけ

最近知ったのだが「ikigai (生きがい)」も日本語だけにある言葉らしい。「karoshi (過労死)」が記載される日が来ないことを祈るが、個人的には「azatoi」が気になっている(笑)。

死体検案数掲載について

山口県警察管内発生の死体検案数								
	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
Feb-26	18	198	1	0	5	0	18	240

死体検案数と死亡種別 (令和8年2月分)



お知らせのご案内



令和8年度 春季山口県医師・ファミリーテニス大会のご案内

と き 令和8年5月17日(日) 9:30～15:00 (9:00から練習可)
と ころ 宇部市中央公園テニスコート(屋内4面)

試合形式 ダブルス 夫婦ペア(医師と配偶者のペア)
家族ペア(医師と家族のペア)
当日ペア(医師と医師のペア) <各種目内での対抗戦>

会 費 医師1名4,000円、家族1名2,000円(お弁当代を含む)

申込方法 夫婦ペア、家族ペア(親子、兄弟など)、単身(当日抽選でペア)の形で
ご応募ください。参加資格は山口県内に居住または勤務する医師および
その家族。
5月2日(土)までに各地区理事または当番幹事へお申し込みください。

当番幹事 赤川 誠(防府市 米沢記念桑陽病院 整形外科)
TEL:0835-23-1781 FAX:0835-23-0867

主 催 山口県医師テニス協会 [会長 鈴木克佳]

地区理事 下関・県西部:野村 裕 宇部・山陽小野田:東 良和
周南・県東部:前田一彦 山口・防府・県北部:赤川 誠

後 援 (公財)宇部市スポーツ協会

*懇親会はございません(お弁当あり)。

.....

【令和8年度のテニス関連行事予定】

- 6月 7日(日) 第45回中四国医師庭球大会
(広島県福山市竹ヶ端運動公園テニスコート)
- 9月 27日(日) 令和8年度秋季山口県医師テニス大会(宇部市中央公園コート)
- 10月 10日(土)～12日(月・祝) 第53回全日本医師テニス佐賀大会
(グラスコート佐賀テニスクラブ)



第84回山口県臨床外科学会開催のご案内

山口県臨床外科学会は、第84回山口県臨床外科学会及び令和8年度山口県臨床外科学会総会を以下の日程で開催します。多くの皆様のご参加をお待ちしております。

と き 令和8年5月31日(日) 9:15～16:45

ところ 下関海峡メッセ10階 国際会議場

下関市豊前田町3-3-1 TEL:083-231-5600

プログラム

9:20～11:00 一般演題セッション

11:00～12:00 特別講演Ⅰ

南海トラフ地震を想定した防災・減災・労災回避(仮)

山口ティール・エル・オー代表取締役・山口大学名誉教授

三浦 房紀先生

12:10～12:50 ランチョンセミナー

ユネスコ無形文化遺産“伝統的酒造り”について学ぶ(仮)

山口県酒造組合会長 岩崎喜一郎先生

13:00～14:00 特別講演Ⅱ

最近の国際軍事情勢と戦略3文書(仮)

NTTコミュニケーション特別参与・第二代陸上総隊司令官

住田 和明先生

14:00～14:25 令和8年度山口県臨床外科学会総会

14:30～16:40 一般演題セッション

16:40～16:45 閉会の辞

取得可能単位

- ・日本医師会生涯教育制度

特別講演Ⅰ CC 14(災害医療):1単位

ランチョンセミナー CC 0(最新のトピックス・その他):1単位

特別講演Ⅱ CC 0(最新のトピックス・その他):1単位

一般演題セッションの単位、カリキュラムコードは未定。

学会長 関門医療センター 吉野茂文

準備委員長 螢クリニック 堀地義広

学会参加費 1,000円

問い合わせ先 〒752-8510 下関市長府外浦町1-1-1

関門医療センター 外科 坂本和彦

TEL:083-241-1199 FAX:083-241-1301

E-mail:yama.rin2026@gmail.com



臨床研修病院・専門研修プログラム合同説明会 (レジナビフェア 2026 東京・大阪・福岡) への出展について

山口県医師会では、山口県、山口大学を含む県内15の臨床研修病院と協力して「山口県医師臨床研修推進センター」を設立し、医学生や研修医をサポートするさまざまな活動をしています。

その一環として、臨床研修病院・専門研修プログラム合同説明会に山口県ブースを設置し、山口県の臨床研修及び専門研修体制をご紹介します。

各位のご子息、ご息女またはお知り合いの中に、山口県に興味のある医学生・研修医がおられましたら、説明会への参加についてお声掛けいただきますようお願いいたします。

レジナビフェア 2026 福岡 ～臨床研修プログラム～

- ・と き 5月24日(日)
- ・と ころ マリンメッセ福岡
- ・対 象 医学生

レジナビフェア 2026 東京 ～臨床・専門研修プログラム～

- ・と き 6月21日(日)
- ・と ころ 東京ビッグサイト
- ・対 象 医学生および研修医

レジナビフェア 2026 大阪 ～臨床・専門研修プログラム～

- ・と き 7月5日(日)
- ・と ころ インデックス大阪
- ・対 象 医学生および研修医

○ フェアの詳細はホームページに掲載しております。
そのほか、臨床研修医交流会などのイベントや各種助成金の情報も掲載していますので、ご覧ください。

URL <http://www.yamaguchi.med.or.jp/rk/index.htm>



お知らせのご案内



第108回山口県医学会総会のご案内

日時 令和8年6月14日(日) 10:00～
 場所 不二輸送機ホール(山陽小野田市文化会館)大ホール
 (山口県山陽小野田市大字郡1754番地)
 主催 山口県医師会・山陽小野田医師会
 後援 山陽小野田市

プログラム

開会の辞 山陽小野田医師会 会長 藤村 嘉彦
 山口県医学会会長挨拶 山口県医師会 会長 加藤 智栄

特別講演Ⅰ(10:10～11:10)

座長:山陽小野田医師会 副会長 砂川 新平

「感染症」の日本史

大阪大学大学院医学系研究科感染制御学教授 忽那 賢志



特別講演Ⅱ(11:10～12:10)

座長:山陽小野田医師会 渡邊 悦也

「救急」の日本史

山口大学 救急医学講座教授 鶴田 良介



山口県医師会医学助成事業の研究発表(12:10～12:20)

2型リアノジン受容体を分子標的とした革新的な自己免疫疾患治療の開発

山口大学第二内科助教 名和田隆司

市民公開講座

オープニングセレモニー(13:15～)

ヴァイオリン独奏 渡邊 奈瑠

市民公開講座(13:30～)

木山裕策 講演会 & ミニコンサート

『がんが教えてくれたこと

～自分に向き合って見つけた夢～



【木山裕策 プロフィール】

1968年10月3日生まれ、大阪府出身。2005年に甲状腺ガンの手術を行った際、医師から「手術後に声が出なくなる危険があること」を告げられ、長年の夢だった歌手へ挑戦を決意。2008年、楽曲「home」でメジャーデビュー。同年『第59回NHK紅白歌合戦』に初出場を果たす。



「医業承継支援事業」に伴う各種業務のお知らせ

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

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

上記各種業務のお問い合わせ先

医業承継に関する相談窓口

TEL：083-922-2510（山口県医師会内、平日9時～17時まで）

FAX：083-922-2527

電子メール：shoukei-y35@yamaguchi.med.or.jp

各種業務ネット入力の場合は下記QRコードをご利用ください。

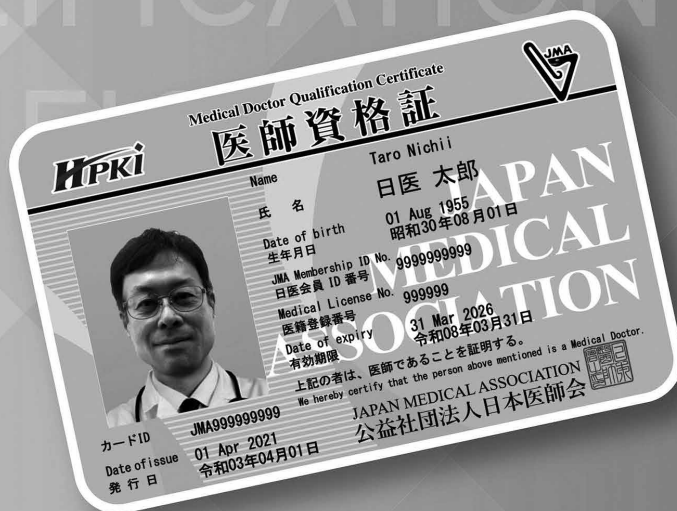
(1) 専門家派遣 申込フォーム	(2) 譲受情報の受付登録フォーム	
		

- (3) 令和8年3月12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)

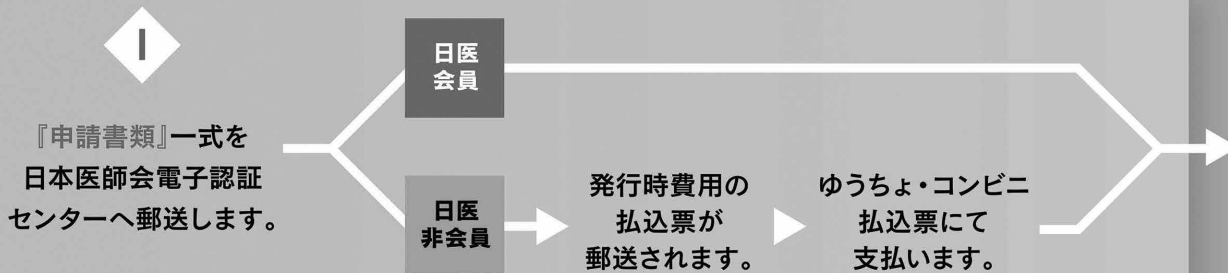
講習会受付



「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
- ・マイナンバーカード
- ・運転免許証 もしくは
- ・住民基本台帳カード
- ・運転経歴証明書
- ・官公庁発行職員身分

※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

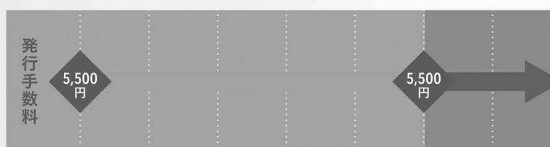
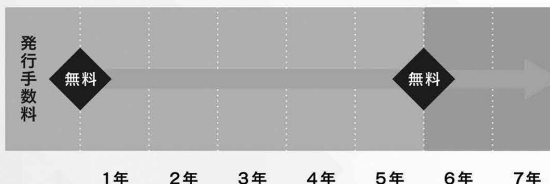
費用

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

掲載内容2022年8月現在





第179回山口県医師会生涯研修セミナーのご案内

日時 令和8年5月17日(日) 10:00～15:00

開催方法 ハイブリッド形式

現地：山口県医師会6階「会議室」(山口市吉敷下東3-1-1)

Web：Zoomによるライブ配信

次第

○特別講演1(10:00～11:00)

地域医療を支える病理学

—診断・連携・研究からみた病理学講座の新たな役割—

山口大学大学院医学系研究科病理形態学講座教授 荒木亜寿香

○特別講演2(11:00～12:00)

関節リウマチの最新治療

産業医科大学医学部第1内科学講座教授 中山田真吾

○特別講演3(13:00～14:00)

心臓血管外科 最近の話題

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科心臓血管外科学教授 曾我 欣治

○特別講演4(14:00～15:00)

その腫れ、その腹痛、その嘔声 - もしかして遺伝性血管性浮腫？

広島市立病院機構理事長 秀 道広

対象 医師及び医療関係者

参加費 無料

取得単位 ・日本医師会生涯教育制度：4単位

特別講演1 CC10(チーム医療)：1単位

特別講演2 CC61(関節痛)：1単位

特別講演3 CC42(胸痛)：1単位

特別講演4 CC41(嘔声)：1単位

参加申込 5月8日(金)までに下記URLもしくは

右記QRコードからお申込みください。

http://www.yamaguchi.med.or.jp/medical_info/18510/



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。

水木章夫氏 宇部市医師会 2月27日 享年 74

編集後記

丙午の新年を迎え、気付けば季節はもう春へと移り、時間の流れの早さに驚いています。

私事ですが、昨年還暦を迎え、高校の還暦大同窓会「青春60」に参加いたしました。同窓会の実行委員として、同級生とともに約1年かけて準備を進めてきました。

当日は三部構成とし、朝の部では母校に集合し、現在校長先生を務めておられる、かつての担任・金光先生に教室で授業をしていただきました。約50名の参加があったため、2クラスに分かれて同じ授業を2回行っていただくという、贅沢で貴重な時間となりました。

昼の部は、皆で山陽本線に乗って尾道へ約1時間かけて移動し、食事会を開催いたしました。海辺の素敵なレストランに約70名が集まり、在学中の80年代の懐かしい音楽が流れる中、近況報告や思い出話に花が咲きました。高校2年生の時の担任の先生（御年86歳）にもご参加いただき、とても感慨深いひとときでした。

夜の部は福山に移動して二次会を行い、盛会のあまり、予定にはなかった「深夜の部」まで続くほど、皆で楽しい時間を過ごしました。

記念品については、お揃いの赤いTシャツ：「Rolling 60」（年齢を重ねても活動的の意）のデザインと、トートバッグ、クリアファイルを制作し、尾道ラーメンと金光饅頭のお土産も用意いたしました。

言葉では表現しきれないほど懐かしく、楽しく、貴重な時間でした。すでに鬼籍に入られた方もおられる中、健康で参加できたことに深く感謝いたしました。

また5年後、10年後に同級生とお会いできる日を楽しみにし、それまで元気に過ごしていきたいと思えます。

（理事 國近 尚美）

SOMPO

受け継ぐのは、人への思い。

東京の街を守るため結成された私設消防団「東京火災消防組」(1888年)

損保ジャパンのブランドストーリーはこちら ▶

損保ジャパン



HIPPOCRATES

医の倫理綱領

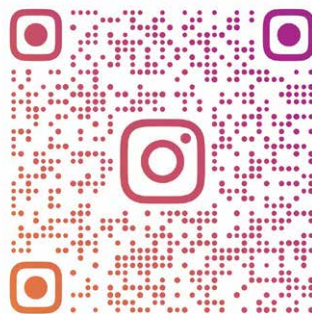
日本医師会

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）