山口県医師会報

令和８年（2026年）
５月号
― No.1989 ―

ムベの花　篠崎　文彦　撮

Topics

山口県医師会男女共同参画部会総会・講演会

Contents

■今月の視点「医療事故調査制度 10 年の軌跡」…………………………… 森　健治　333
■山口県医師会警察医会第 36 回研修会 ……………………… 竹中博昭、藤井郁英　340
■令和７年度 母子保健領域における
心理職との連携を図るための研修会………………………… 河村一郎　349
■令和７年度 都道府県医師会「警察活動協力医」連絡協議会 ………… 竹中博昭　350
■令和７年度 都道府県医師会「警察活動協力医」学術大会 …………… 竹中博昭　354
■令和７年度 保育サポーター研修会 …………………… 戒能美雪、長谷川奈津江　359
■令和７年度 山口県医師会男女共同参画部会
総会・講演会……… 戒能美雪、湧田真紀子　360
■令和７年度 都道府県医師会
医療事故調査制度担当理事連絡協議会………………… 縄田修吾　362
■令和７年度 日本医師会医療情報システム協議会 ………… 中村　洋、白澤文吾　365
■令和７年度 全国医師会勤務医部会連絡協議会
… 田口敏彦、弘本光幸、中村　洋、茶川治樹、岡　紳爾、白澤文吾、森　健治　376
■山口県医師会産業医研修会……………………………………………… 藤井郁英　387
■理事会報告（第 24 回、第１回、第２回）…………………………………………　400
■日医 FAX ニュース …………………………………………………………………　406
■飄々「お金の使い道、海外篇」…………………………………………… 川野豊一　408
■お知らせ・ご案内…………………………………………………………………　409
■編集後記……………………………………………………………………… 中村　丘　420

今月の視点

医療事故調査制度 10 年の軌跡

理事　森　健治

医療事故調査制度が始まって10年が経過した。これまでの医療事故や医療事故究明制度に関する経緯を示す（**図 1**）。その結果、2015 年 10 月に医療事故調査制度が施行された。

医療事故調査制度と支援団体の役割の整理

医療事故調査制度は、医療事故を個人の責任追及のために扱うのではなく、原因を分析し、再発防止につなげることで医療安全と医療の質を高めることを目的とした制度である（**図 2**）。本制度でいう「医療事故」は、一般にいう医療過誤や単なるエラーと同義ではなく、当該医療機関が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、管理者が予期しなかったものを指す（**図 3 ～ 5**）。したがって、まず重要なのは、事故の有無を感情的に判断することではなく、制度上の定義に照らして冷静に判断し、その後の対応を再発防止に結び付けることである。

制度の基本的な流れは、死亡事例の発生後、遺族への初期説明を行い、管理者が制度上の医療事故に該当するかを判断し、該当すると判断した場合には医療事故調査・支援センターへ報告するというものである。その後、医療機関は院内事故調査委員会を設置して院内調査を進め、調査結果を遺族へ説明するとともに、センターへ報告する。院内調査はあくまで当該医療機関が主体となって行う調査であり、調査の実施そのものを外部に丸投げする制度ではない。一方で、判断や調査の進め方に迷う場合には、医療事故調査等支援団体やセンターから助言や支援を受けることが制度上想定されている（**図 6、7**）。

医療事故調査等支援団体は、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会などの職能団体、日本病院会や全日本病院協会などの病院団体、国立病院機構や済生会、日本赤十字社などの病院事業者、さらに日本医学会に属する学会等の学術団体な

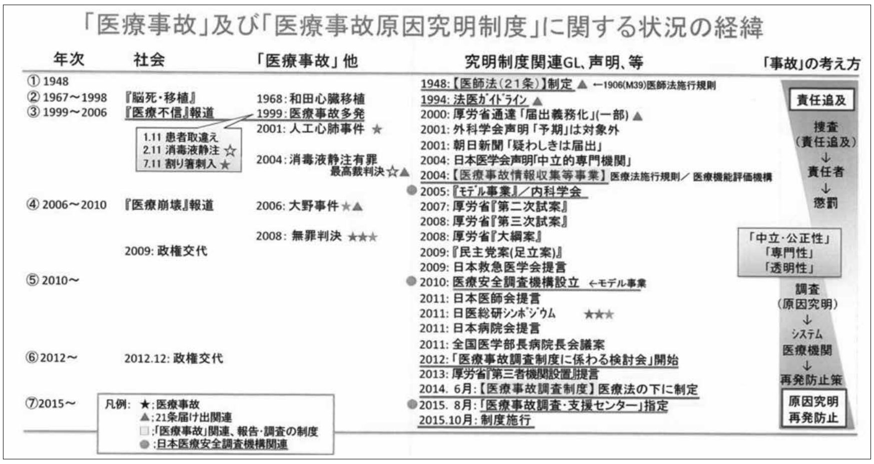


図 1

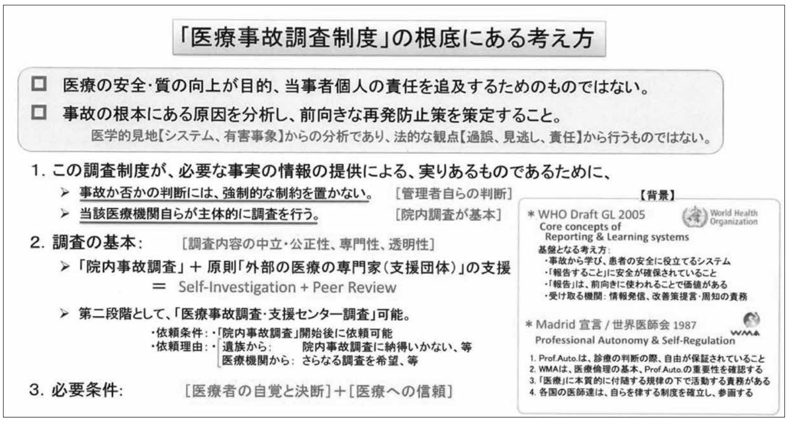


図２

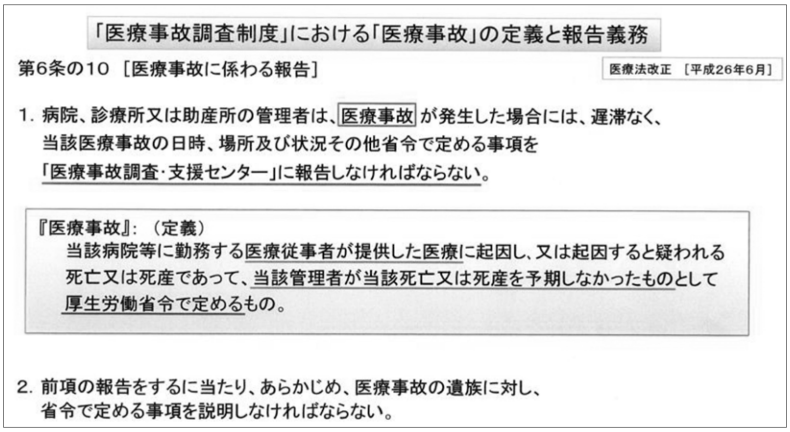


図３

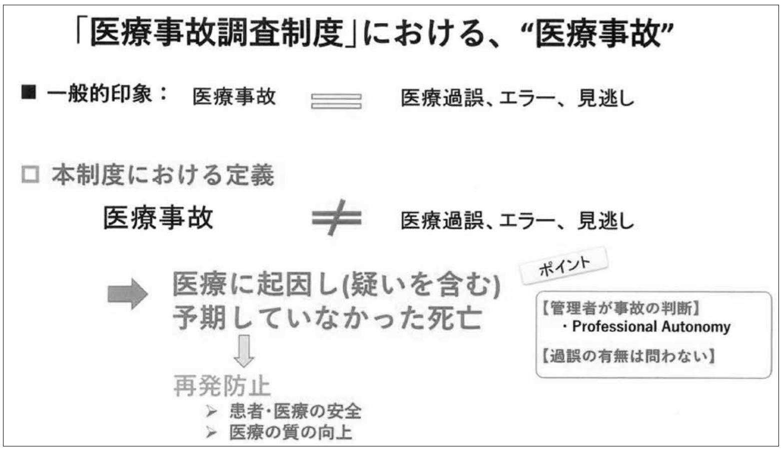


図４

ど、複数の類型の団体で構成されている（**図８**)。制度上、医療機関の管理者は必要に応じてこれらの団体に支援を求めることができ、支援団体は求められたときに必要な支援を行うこととされている。通知上も、既存の事務局機能や人的資源を活用しつつ、団体間で連携して支援窓口や担当者を一元化し、できるだけ広域でも連携できる体制を目指すことが示されている。

支援団体の支援内容は、大きく三つに整理できる（**図９**)。第一に、制度全般に関する相談である。第二に、事例が制度上の医療事故に当たるかどうかという「事故判断」に関する相談である。第三に、院内調査そのものに関する支援であり、ここには調査手法への助言、報告書作成支援、院内事故調査委員会の設置・運営支援などが含まれる。さらに技術的支援として、解剖や死亡時画像診断、院

内調査に関わる外部専門家の派遣なども位置付けられている。実際の調査では、医療安全の専門家や当該事案の専門領域の外部専門家が関与する場面が多く、支援団体はその調整役としても重要である。

医療事故報告の実態

制度開始からの推移を見ると、医療事故発生報告件数は 2015 年 10 月から 2025 年 9 月までの 10 年間で合計 3,533 件となっている。2024 年報ベースでは、病床規模が大きい医療機関ほど 1 施設当たりの年間報告件数は高く、900 床以上で

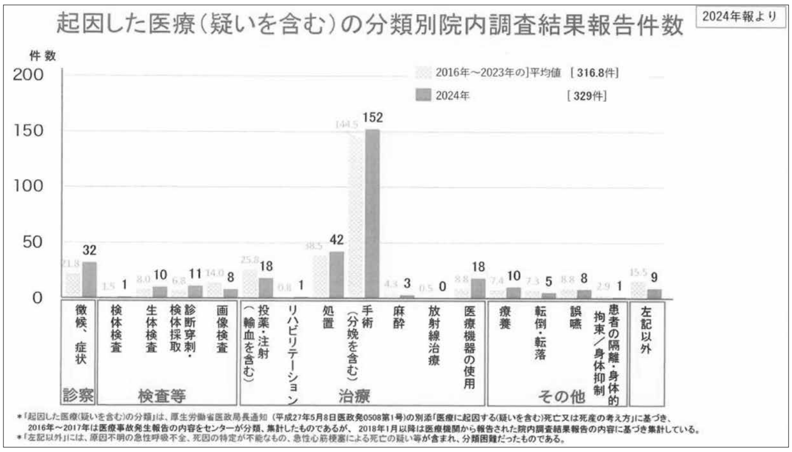


図 5

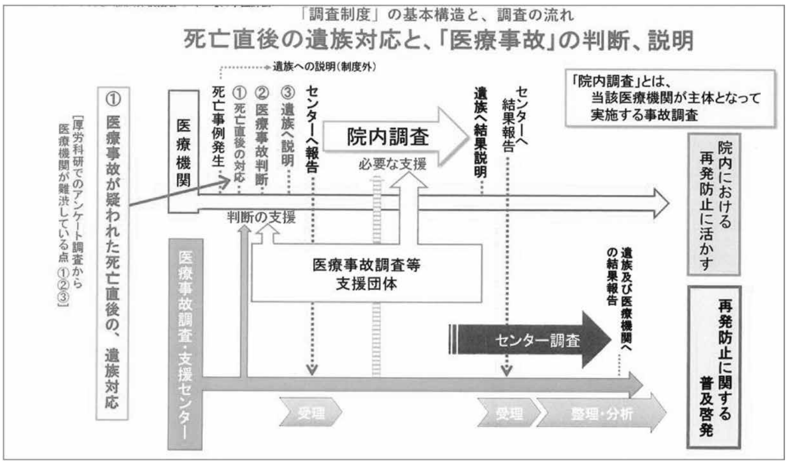


図 6

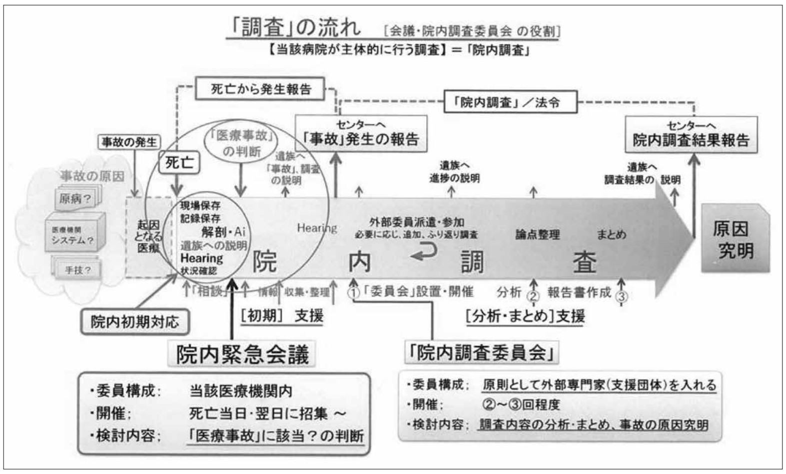


図 7

は0.67件、800～899床では0.57件、700～799床では0.39件、600～699床では0.42件となっている。一方で、20～99床では0.0058件、100～199床では0.015件と、小規模施設では報告頻度がかなり低い。報告実績の有無で見ても、大規模医療機関ほど複数回報告している割合が高く、600床以上の医療機関では約18%が報告実績「0」とされており、制度運用の経験には病院規模による差があることが読み取れる。

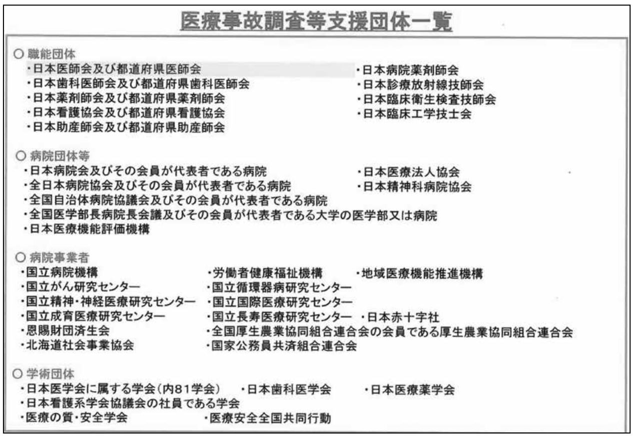
支援の実態

支援の利用状況にも特徴がある。2018年から2024年末までに事故報告された2,401件のうち、事故報告の判断にあたり何らかの支援を受けた事例は27.3%、件数では655件であり、72.7%は支援を受けていなかった。支援先の内訳は、医療事故調査等支援団体が58.2%、医療事故調査・支援センターが29.8%、両方が0.3%、その他が11.8%である。病床規模別にみると、0床・1～19床では7割超が支援を受けている一方、600床以上では13.3%にとどまっており、大規模病院ほど自力で判断している実態が窺える。2024年のセンター会議の助言では、「医療事故として報告を推奨する」としたものが61.6%で、そのうち実際に報告したのは62.2%であった。逆に「報告対象とは考えにくい」と助言したものでは全件が報告していない。つまり、支援は単なる形式的相談ではなく、実際の判断に相応の影響を与えている。

支援団体側の実態調査からは、支援のリソースと質にばらつきがあることが明確になっている。令和7年2～3月に実施された調査では、880の支援団体に調査協力を依頼し、346団体から回答があり、回答率は39.3%であった。地方協議会は47協議会すべてが回答している。支援団体全体の内訳は、職能団体38.7%、病院団体等27.2%、病院事業者14.2%、学術団体19.9%であった。制度開始から現在までに他院支援の経験がある団体は42.2%、経験がない団体は57.8%であり、制度上の位置付けはあっても、実際に支援経験を積んでいる団体は半数未満である。

また、2021年度から2023年度までの3年間に、346団体全体で1,076件の支援が提供されていた。内訳は、職能団体546件、病院団体239件、病院事業者28件、学術団体263件であり、3年間で30件以上の支援を行った団体も7団体あった。提供されている支援内容を見ると、最も多いのは「調査委員会への外部専門家（当該死亡事例の検討対象領域の専門家）としての参画」で111件、次いで「医療安全の専門家としての外部専門家参画」76件であった。これに対し、「医療事故判断の助言」は54件、「調査全般の支援」は56件、「病理解剖の支援」は31件、「Aiの支援」は25件であった。つまり、実際の支援は制度解説よりも、外部専門家の紹介・参画という具体的支援に重心が置かれていることがわかる。

一方で、医療機関が支援を依頼するルートは必ずしも統一されていない。支援団体側の回答では、「地方協議会を通じて依頼される」が33.7%、「医療機関から直接依頼される」が51.1%で、直接


医療事故調査等支援団体一覧

○ 職能団体
・日本医師会及び都道府県医師会
・日本歯科医師会及び都道府県歯科医師会
・日本薬剤師会及び都道府県薬剤師会
・日本看護協会及び都道府県看護協会
・日本助産師会及び都道府県助産師会
・日本病院薬剤師会
・日本診療放射線技師会
・日本臨床衛生検査技師会
・日本臨床工学技士会

○ 病院団体等
・日本病院会及びその会員が代表者である病院
・全日本病院協会及びその会員が代表者である病院
・全国自治体病院協議会及びその会員が代表者である病院
・全国医学部長病院長会議及びその会員が代表者である大学の医学部又は病院
・日本医療機能評価機構
・日本医療法人協会
・日本精神科病院協会

○ 病院事業者
・国立病院機構
・国立がん研究センター
・国立精神・神経医療研究センター
・国立成育医療研究センター
・恩賜財団済生会
・北海道社会事業協会
・労働者健康福祉機構
・国立循環器病研究センター
・国立国際医療研究センター
・国立長寿医療研究センター
・全国厚生農業協同組合連合会の会員である厚生農業協同組合連合会
・国家公務員共済組合連合会
・地域医療機能推進機構
・日本赤十字社

○ 学術団体
・日本医学会に属する学会（内81学会）
・日本看護系学会協議会の社員である学会
・医療の質・安全学会
・日本歯科医学会
・医療安全全国共同行動
・日本医療薬学会

図8

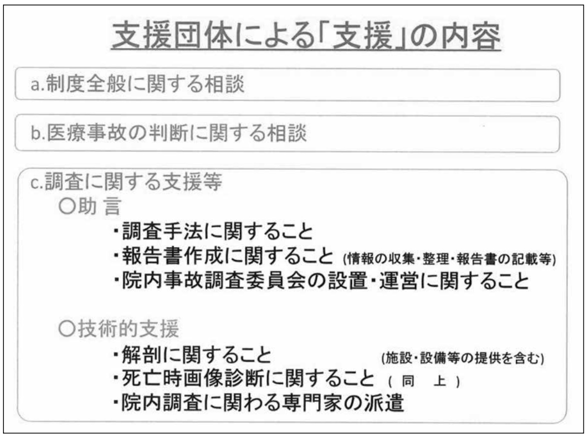


図9

依頼の方が多かった。地方協議会側の回答でも、「地方協議会を通して依頼されることになっている」は 41.3% にとどまり、「決められていないが、地方協議会を通さず支援団体に直接依頼されることの方が多い」が 34.8% あった。さらに、地方協議会において各支援団体が実際にどのような支援をしているかを「全て把握している」とした回答は 31.3% にとどまり、「一部のみ把握」や「把握していない」が相当割合を占めている。つまり、支援窓口としての地方協議会の機能には地域差があり、医療機関から見たアクセス性や見通しの良さにも差があると考えられる。

支援提供時の課題として最も大きいのは、人材の偏在である。調査では、「判断・調査を支援できる人材が限られるため特定の人に負担が偏る」が 204 件で最多であった。次いで、「他院の事故調査に労力が割かれ、支援者の本来業務等に支障が出る」が 140 件、「支援先医療機関の体制や事例の個別性が高く、事故調査が難しい」が 96 件であった。「支援の報酬についての定めがない」も 68 件あり、支援の継続可能性という点でも無視できない。研究報告でも、限られた人数で各支援団体が医療機関を支援していること、支援実績が乏しい団体がある一方で多くの支援を担っている団体もあること、支援の質の確保に取り組む団体がある一方で内容にばらつきがあることが、主要な課題として挙げられている。

質の確保に向けた好事例としては、地方協議会や医師会内に医療事故調査専用の支援委員会を設置し、地域の主要病院の院長や医療安全担当医師が参画する体制、支援委員会の常任委員が外部委員として院内調査委員会委員長を務めて一定レベルの報告書作成を支える体制、院内調査報告書案を常任委員全員で検討する体制、委員長向けの独自マニュアル作成などが紹介されている。こうした取組みは、支援の属人化を減らし、報告書の質や調査の進め方を標準化するうえで有効と考えられる。

まとめ

医療事故を疑う事例が発生した直後にまず行うべきこととして、次の三点が大切である。第一は遺族への対応である。担当医療者が「予期していなかった死」に至った経緯と事実を説明し、真摯に対応する姿勢を示し、できるだけ早期に調査し結果を伝えること、隠さない・逃げない・ごまかさないという方針を伝えることが重要とされる。その際、医療安全担当医師が初期から担当医と連携して対応し、事務部門任せにしないことが明示されている。第二は事故の当事者への対応であり、個人の責任問題として切り離すのではなく、病院全体の問題として対応し、再発防止に向けて当事者も参加できるよう働きかけることが求められる。第三は現場保存であり、各種ドレーンや気管チューブ、点滴ライン等の取り扱いを慎重に判断し、モニター記録、輸液ポンプ記録、写真、所見などをできるだけ早く保全することが重要である。

共通している本質は、医療事故調査制度を「事故後の報告手続き」としてではなく、「医療安全のための学習システム」として運用する必要があるという点である。そのためには、院内では平時から初動対応、事故判断、委員会運営、報告書作成、遺族説明までを見据えた体制整備を進めること、院外では支援団体の情報を医療機関に分かりやすく提供し、必要時に適切な支援につなげることが必要である。今後の課題としては、支援人材の確保、地方協議会による情報更新と紹介体制の整備、支援団体間の取組共有、中央協議会を通じた意見交換と情報共有の活性化が挙げられている。制度開始から約 10 年が経過し、院内調査報告書は約 3,000 件規模の蓄積となっているが、これらを再発防止の知見としてどこまで還元できるかが次の重要課題である。事故を報告し、調査し、次につなげること自体が、医療機関にとって前向きな対応として社会に評価される仕組みへ育てていく必要がある。

※図表は令和７年度医療事故調査制度支援団体統括者セミナーより引用した。

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、必ず著作権や版権等にご注意ください。
☆第三者が著作権や版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。

山口県医師会警察医会第 36 回研修会

と　き　令和８年２月７日（土）16：00 ～
ところ　かめ福オンプレイス

［報告：常任理事　竹中　博昭
　　　　理　　事　藤井　郁英］

県警察本部からの報告・症例提示

山口県警察本部刑事部捜査第一課
検視官兼課長補佐　溝部　哲朗

○令和７年死体扱い（暫定値）

令和７年中の山口県警の死体取扱数は 2,409 体で、前年対比で＋４体である。性別の内訳は男性が 1,521 体、女性が 885 体で、圧倒的に男性を取り扱うことが多く、例年同じ傾向にある。なお、令和７年中の山口県発表の死亡者数は現在集計中のため、令和６年中の数値を参考に警察が取り扱う割合を見てみると、県内での死亡者数の約 11% を警察が取り扱っている。山口県警ではこれら警察が取り扱う死体のうち、2,363 体に検視官が臨場し、検視官の臨場率は 98.1% であり、全国平均より約 16% 上回り、全国的に見ても非常に高い水準で検視官の臨場率を維持している。

解剖数は、司法解剖が 88 体、死因身元調査法による解剖 21 体の計 109 体を扱っており、解剖率としては約 4.5% であった。この数値は交通事故に起因するもの、海上保安庁が扱う案件は含まれないので、実際にはもっと多くの解剖が行われている。

死亡画像診断は、952 体で、全体の約４割が Ai を活用した検案を行っている。

過去５年の取扱数は、令和２年から令和４年まで 2,200 体前後で推移していたが、令和５年以降は 2,400 体前後となり、年々増加傾向である。この傾向は高齢化社会の進行も一つの要因と思われ、独居の高齢者など自宅で誰にも看取られずに亡くなる方が増えている。

県内 16 の警察署別の取り扱い状況は、下関署が年間 335 体と最も多く、次いで宇部署が 296 体、周南・防府・岩国署が年間 200 体を越える状況であった。

［月別］冬期に多く、昨年は１月が 339 体と最も多く、６月が 134 体と最も少なかった。

［年齢別］では、65 歳以上の高齢者が 1,922 体で、約 80% を占めており、一人暮らしの高齢者が 875 体で、全取り扱いの約４割が独居の高齢者であった。独居の高齢者の取り扱い比率は、山口県は全国的に見ても非常に高い。

［死因別］では、老衰等自然死を含む病死が 2,005 体で全体の約 83% で、病死のうち心臓疾患が 1,324 体で約 68% を占めている。病死以外では、自殺が 176 件と次いで多かった。

令和７年の自殺の取り扱い数は 176 体で、令和６年と比較して 73 件の減少となった。過去５年で、200 件を下回ったのは、令和７年のみで、このまま減少傾向を期待したい。

［性別］では、男性が 124 体、女性が 52 体で、男女比率はほぼ例年と同じ状況であった。

［年齢別］では、50 代が 33 件で最も多く、次いで 40 代、70 代、60 代と続いている。

［原因・動機］は、病気等の健康問題が 74 件で、全体の 42% と最も多く、次いで借金等の生活・経済問題が 46 件で 26%、家庭問題が 21 件で 12％と、この３つで８割を占めており、これはここ数年ほぼ同様の比率となっている。

［手段別］では、縊死が 110 件で全体の 70％、次いで飛び降りは 20 件、練炭が 17 件となっており、この３つの手段で約９割を占めている。その他の手段としては、刃物使用や列車への飛び込み、薬毒物の服用等があった。

【症例報告 1】身元不明漂流死体

令和７年 11 月ごろ、福岡県の警察署に 60 代

男性から、親族が遺書めいたメモを残して行方不明になったとの自殺企図者に関わる行方不明事案の届け出を受けた。

行方不明者は、福岡県北部居住、自営業の 60 代女性で、高齢で認知症の母親の介護疲れと、自営業の資金繰りに悩み、自宅に遺書めいたメモを残し、11 月に自宅から車で出発して行方不明となった。翌日、山口県西北部の橋上で行方不明者の車両が発見された。福岡県警察から行方不明者の手配を受けて、発見地域管轄の山口県警察署員が管内検索中に車両を発見した。

行方不明者の自宅と車両発見現場の距離は約 60km であった。車両は、橋の中間付近に位置する待避所に、ドアロックが全て施錠され、車内は無人で駐車された状態で発見された。車両そばには橋の欄干があり、欄干には血痕の付着が認められた。車は全てドアロックで施錠されていたため、行方不明者の家族からスペアキーを借りて解錠した。車内は無人、助手席に置かれたバッグの中から運転免許証、現金入り財布等の貴重品の他、遺書めいたメモが発見された。車両のドライブレコーダーを精査したところ、行方不明当日夕方に車両をその場所に駐車したことが判明した。家族から詳細の聴取を行ったところ、昔、家族で来たことがある思い出の場所であることが判明した。行方不明者が車両を駐車し、そこから海に投身自殺を図った可能性が高いものと推定された。付近海域の潮の流れは南方から北方へ流れている。行方不明者の車両発見後しばらくの間、海上保安庁巡視船 2 隻により付近海域を中心に捜索を行ったが、発見には至らなかった。

水死体の浮上については、水没後まもなく浮上する場合もあるが、一般的には腐敗ガスの影響で 3 ～ 5 日経過、冬季では水温低下による腐敗進行の遅延で 1 ～ 2 週間経過の浮上も見られる。行方不明から約 2 週間後の早朝、車両発見現場からは約 4.7km 離れた地域の河口で漂流女性水死体が発見された。近隣住民がゴミステーションにゴミ出しに赴いたところ、河口に白色のものが浮かんでおり、近づくと下着をつけていたので人ではないかと思い 110 番通報された。死体発見現場は湾内の河口のため緩やかな潮流であり、川の水温は 19℃であった。河口のほぼ中央付近に人らしきものが浮かんでいた。発見当時、死体は黒色ショーツを着けたうつ伏せ姿勢で発見された。発見時徐々に流されていたことから、地元の駐在署員が流されないように警察の装備で警杖という木の棒を川の中に差し込んで流れるのを防ぎ、その後引き上げられた。頭部、左右の前腕、下腿部がほぼ消失していた。

代行検視のあと、警察署に搬送して検視した。死体は全身高度腐敗で、屍蝋化した状態であった。女性器が残存しており、女性であることが判明した。頭部は頭蓋底のみ残存し、その他は消失していた。前頸部は、水棲生物等による損傷などが認められた。左右側胸腹部は開放状で肋骨が露見していた。左右上肢は上腕の骨が露見し、前腕は消失していた。下肢は、左右大腿骨が露見し、下腿は消失していた。背胸部は屍蝋化していた。

屍蝋とは、死後タンパク質が分解変化形成された脂肪酸塩であり、自家遊解、腐敗による死体分解がある程度進行した段階で生じて形成される。屍蝋形成には水分が必要であり、水中環境により異なるが、おおむね死後約 1 か月前後から始まると言われている。この死体の身元について、発見現場が行方不明者が駐車していた橋の海域と同じ海に繋がる河口で、行方不明から約 2 週間後に発見された女性死体であることから届け出があった行方不明者の 60 代女性が推定された。しかし、駐車車両が発見された付近の潮流は南方から北方の流れに対し、死体発見現場は潮流と真反対となる南方の河口であったため、駐車場所からの投身自殺であれば、死体発見現場方向に流されることはないことから、別人の可能性も浮上した。

検視の結果、全身高度腐敗の女性水死体、全身屍蝋化、頭部一部、上腕、両下腿部欠損、残存する体幹部は水棲生物などによる損壊以外に特異損傷は認められなかった。よって、本件死体が身元不明、外表所見からは死因特定に至らず、目撃なく他者の介在等の事件性も否定できないことから、山口大学の高瀬教授に司法解剖の嘱託依頼をした。死体の身元について、事前に高瀬教授、科学捜査研究所職員と協議のうえ、上腕骨による鑑定が可能との回答を受けたことから、死体上腕骨

による鑑定処分許可状を発付後、上腕骨を破壊してDNA型資料等を採取し、科学捜査研究所で身元特定にかかる鑑定を実施することとなった。

山口大学医学部法医学解剖室で髙瀬教授執刀により司法解剖を行った結果、体幹部は左右の肋骨に多発骨折が認められた。肋骨を開放し、腹腔内を見ると、臓器に巻き付いた緑色のものが発見され、詳細を確認したところ、緑色漁網用片が臓器に巻絡していることが判明した。

解剖の結果、損傷は左右肋骨多発骨折、頭部は頭蓋底のみ残存等多数の損傷を確認した。死因は、推定で高所からの落下により海水等の吸引により溺死になったもので、死因の種類はその他及び不詳の外因とされたが、行方不明者の60代女性であれば、自殺で矛盾しないとの結論に至った。そのほか、推定年齢、死後の経過時間についても行方不明者の60代女性とおおむね一致する結果となった。そして何よりも腹腔内臓器に巻絡した緑色漁網片の所見が死体発見までの経緯として重要なポイントとなった。行方不明者が橋から投身自殺を図ったあと、運行中の漁船の網に漂流死体がかかり、漁船により潮流とは真反対まで運ばれて河口に流れ着いたものと推定されることができた。その後、科学捜査研究所におけるDNA型鑑定の結果、本件死体が行方不明者の60代女性として身元特定された。

本症例のまとめとして、通常、行方不明者の入水場所の海域潮流では流れつかない場所で発見された漂流死体で、他者の介在や別人であることも想定されたところ、司法解剖によりAi画像診断等では判明が困難であるとされる腹腔内臓器の漁網の巻絡所見が判明、死因のみならず、事案全容の解明に至ったことで、改めて解剖の重要性を認識させられた。

【症例報告2】クマ被害による損傷状況

令和７年、全国でクマによる人身被害が230件以上に上り、そのうち13人が死亡した。

主な被害地域は東北の秋田県、岩手県、福島県で、クマの生息地域が従来の山間部だけでなく、エサ不足により市街地や住宅街にクマが出没するため、クマに人が襲われる被害が増えている。クマの特性として、人の頭部、顔部といった急所を攻撃し、鋭い爪や牙の一撃で頭部、顔面骨折、失明等の重篤な外傷を負わせる。令和７年10～11月にかけて秋田県で発生したクマ被害の損傷について３件を提示する。

① 30代男性、顔部に明らかな食害による損壊が認められた。
② 80代女性、頭部が離断され、背腰部にはパターン損傷といわれる鋭利な爪でひっかかれた激しい傷が認められた。
③ 70代女性、顔の頬や腹部の臓器を噛みちぎられた傷が認められた。

クマは人の顔面の筋肉や内臓を好むと言われており、実際に駆除されたクマを解体して胃の内容物を調べたところ、人の頭髪や内臓の一部等が確認されたという報告がある。

岩手県では、捕獲したクマが人身被害を起こしたクマと同一個体であるか特定するため、岩手大学農学部で獣毛によるDNA鑑定が実施されており、死体に付着した獣毛や現場から採取された獣毛を市町村を通じて県へ提供し、その結果を県警に通知してもらい、クマによる人身被害かどうかの判断材料のひとつとされている。

昨年、山口県内ではクマによる人身被害の報告はなかったが、県内各地で熊の目撃情報が多数寄せられており、予断を許さない状況である。

警察は検視業務に際して、亡くなられた方の尊厳を守り、また、ご遺族のために適正な検視業務を推進していく。今後とも引き続き専門的なご指導、お力添えをいただくようご理解とご協力をお願いしたい。

［報告：理事　藤井　郁英］

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

山口大学大学院医学系研究科
法医学講座教授　髙瀬　泉

山口大学法医学講座の現況

法医解剖は国民の権利・安全の維持を目的とした死因究明のために行われ、法律上の分類により司法解剖、行政解剖、新法解剖に分かれる。司

法解剖は刑事訴訟法により規定され、検視により犯罪の疑いがあると判断されたご遺体の解剖である。裁判所の令状が必要で、検察官あるいは警察関係者からの嘱託により、大学の法医学教室が担当している。行政解剖は検視により犯罪性がないと判断されたご遺体の解剖であり、死体解剖保存法により規定される。行政解剖には、「監察医解剖」と「承諾（準行政）解剖」の２種類がある。監察医解剖は監察医制度のある東京23区、大阪市、京都市、名古屋市、横浜市、神戸市、福岡市において監察医により行われる。承諾（準行政）解剖は監察医制度のない地域において遺族の承諾を得て行われる。新法解剖は2013年から新設された制度で、犯罪性がないと判断されたご遺体において、警察署長・海上保安部長の判断のもと、死因を明らかにする目的で行われる解剖である。死因・身元調査法に基づいて実施される。新法解剖は死因・身元調査法解剖、調査法解剖とも呼ばれている。これにより、監察医が置かれておらず、承諾解剖しか実施できなかった地域でも、死因を明らかにする必要があれば、ご遺族の承諾を得ずに解剖を行うことが可能となった。

当講座では司法解剖と承諾（準行政）解剖、新法解剖の嘱託を受けており、令和７年の法医解剖の内訳は司法解剖が103件、新法解剖が21件であった。また、時間がかなり経っているご遺体などで、検案の途中で解剖に切り替える必要があるかもしれないご遺体に対しては当講座で高度検案を行っており、昨年は18件であった。死後CT撮影を昨年は40件に行い、このうち６件は高度検案、３件が交通事故であった。死後CT検査を行うことにより、有意な所見の有無をあらかじめ把握して予想を立てて解剖に臨むことができる。また、検案のみで解剖まではしないという決断や、死因の記入に際しても非常に有用である。例えば、自死で一酸化炭素中毒が疑われるような場合には死後CTで有意の所見がなければ一酸化炭素濃度測定のみで死因を推定できる。

解剖終了後は、採取可能な全ての臓器の一部をホルマリン固定して、ホルマリン固定組織の切り出し、組織標本の検鏡、解剖時写真の選別、鑑定書の作成を行う。保険会社、労働基準監督署などから照会がある場合は意見書の作成を行う。同じ検案で照会が複数続くような場合には、警察・検察の調書作成のための情報共有や、場合に応じて裁判に出廷することもある。

偶発性低体温症例の搬送問題

独居の方が意識のない状態で発見され、隣人が119番通報した。救急隊到着時に死亡していると判断し警察に連絡、警察による検視中にわずかな生体反応があり、病院に搬送された後に死亡が確認され、当講座に解剖依頼があった案件である。

（解剖所見）

身長152cm、体重約36kg、体格小、るい痩が著明。顔面と前腕を除いて皮膚は蒼白調。

硬直：指・足・趾関節でごく軽度、膝関節で軽度。

死斑：背面に中等度発現、指圧で容易に消褪。

眼瞼結膜：ごま粒大の出血が少数。

眼球結膜：左右ともやや黄色調。

瞳孔：正円形、瞳孔を透見でき左0.4cm、右0.35cm。

鼻：腔内はほぼ空、粘膜蒼白。

口：黒褐色のやや粘稠液が少量。

項頸部他：特記すべき所見なし。

腹壁脂肪織：臍の高さで0.7cm。

頸部、胸部、腹部：特記すべき出血なし。

胸骨、肋骨：骨折なし。

腹腔内：赤褐色液が約30ml貯留。

腸間膜：リンパ節の腫大なし、出血なし。

後腹膜下、頸部の諸筋肉：出血なし。

胃：胃粘膜の膨隆は中等度、固形物を含まない汚穢色（おわいいろ）液汁が約200ml、胃粘膜皺壁の伸展、潰瘍なし、胃底部を中心に点状の蚤刺大の粘膜下の出血が散在、胃角を中心に数条の線状の糜爛及び前庭部に多数の小さな陥凹した部分を認めた。

十二指腸：汚穢色の液汁が少量存在。

小腸：膨隆中等度、漿膜は赤紫色、内腔に汚穢色液汁少量。

大腸：膨隆中等度、S状結腸から直腸粘膜は浮腫状。

左右の胸腔内：黄色液貯留、左390ml、左250ml。

舌：表面淡紫赤色、筋内に出血なし。

口蓋扁桃：腫大なし。

舌骨、甲状軟骨：骨折なし。

咽喉頭粘膜、食道、気管、気管支：粘膜がやや蒼白。胃内容と同様の汚穢色液汁が存在した。

心嚢：黄色液が約 7ml 貯留。

心臓：290g、やや硬、表面に溢血点が少数あり。腔内には、豚脂様の凝血を少量含み、暗赤色の流動性の血液が 200ml 貯留。肺動脈主幹部に血栓なし。冠状動脈の硬化は軽度。心筋に線維化、出血は認めず、心室の厚さは左 1.4cm、右 0.4cm。心筋の組織学的所見では、HE 染色で中等度の鬱血、一部で心筋の間質の中等度の線維化あり。

肺：含気が乏しい状態で、微小泡沫液（水腫の時に認められる所見）が圧迫すると中等量漏出した。組織学的所見は、HE 染色で著明な鬱血水腫、肺胞内の出血、炎症細胞の浸潤を認めた。

肝臓：460g、左様は切除後、胆嚢摘除後。表面は紫赤色、やや粗糙、割面は血量がやや少。

脾臓：88g、やや硬い、割面は血量少。

腎臓：左 135g、右 100g、やや硬、周囲の脂肪織がやや多。表面には大豆大の嚢胞が少数あり、表面はやや粗糙。割面は左右の腎盂粘膜に溢血点なし、組織学的には年齢相当程度と思われる糸球体線維化あり。

頭部：頭皮下は中等度浮腫状、出血・溢血点なし。側頭筋は左が浮腫状、出血・溢血点なし。硬膜外下腔に血腫なし。頭蓋骨に骨折なし。

脳：1,190g で、やや萎縮が目立つ。くも膜下出血なし、浮腫を軽から中等度認めた。割面は血量がやや少、ラクナ梗塞少数有り、出血なし。組織学的所見では、鉄顆粒細胞の集簇があり、陳旧性の脳の小さい梗塞像であった。

甲状腺：6.3g と萎縮状で蒼白、割面に著変なし。組織学的所見は、濾胞の大小不同、構造の乱れが一部に認められた。

大動脈：年齢相当程度の硬化の所見あり。

膵臓：73g、割面はわずかに鬱血、組織学的所見は鬱血中等度、一部に線維の増生あり。

（解剖所見のまとめ）

身長 152cm、体重が約 36kg、著明なるい痩と甲状腺の萎縮を認めた。心臓内の血液がやや赤色調（通常は凍死のときは、紅色調）。胃粘膜に小さい出血が散在しており、典型的な例ではないが、いわゆる凍死のときに見られるウィッシュネフスキー斑が見られ、凍死に近い状況にあったと判断した。その他、特記すべき病変はなく、死に直接関与したと考えられるような特記すべき損傷も認められなかった。死因は低栄養状態及び甲状腺機能の障害に基づく低体温症と判断、死因の種類１番の病死及び自然死を選択した。

（救急活動時における適正な観察）

救急隊が到着時に、傷病者が明らかに死亡している場合には不搬送となる。「救急活動時における適正な観察の実施について」（**図**）には、傷病者が死亡していると判断するための基準について、６項目が示されている。意識レベル 300、呼吸が感じられない、総頸動脈が触知できない、瞳孔散大、対光反射が全くない、体温が感じられず冷たい、死後硬直か死斑が認められることが挙げられ、全てが該当した場合に死亡と判定するとされている。追記として、明らかに死亡しているという先入観を持たないこと、聴診器や心電計などの機材を活用すること、判断に迷う場合は、医師に連絡することとされる。判断基準はあるが、偶発性低体温症では救急隊員が死亡を判定することが困難な場合もあると思われる。前述した６項目の判断の困難さについての報告がある[1)]。まず１番の意識レベルが 300 は、痛み刺激に反応しないということであるが、刺激が軽すぎると反応がない、感覚神経が麻痺している場合はそこを刺激しても反応がないなどのため、判断を誤る恐れがある。２番目の呼吸が全く感じられないことについては、数秒間の観察だと、徐呼吸に気づかないかもしれないので 20 ～ 30 秒かけての確認が必要と指摘している。３番目の総頸動脈触知は、片側が閉塞している場合もあるので、必ず両側を触知することが提案されている。また、普段から慣れていないと血圧低下時に触知できないことも指摘されている。４番目の瞳孔確認に関して、光源が弱いと刺激を誘導できないエラーを生じると

消防救第 109 号
平成 30 年６月４日

各都道府県消防防災主管部長
東京消防庁・各指定都市消防長　殿

消防庁救急企画室長
（公印省略）

救急活動時における適正な観察の実施について

救急活動時における適正な観察については、「救急活動時における適正な観察の実施について」（平成 26 年２月 24 日付け消防庁救急企画室長通知）等において、このような事案の再発防止をお願いしてきたところです。

しかしながら、今般、救急出動した救急隊が、傷病者を死亡と誤って判断し、医療機関に搬送せずに引き揚げ、再度の通報を受けて出動した別の救急隊が病院搬送を行うという事案が発生しました。

つきましては、下記事項を参照し、救急現場においての適正な観察を実施するとともに、都道府県にあっては、貴都道府県内の市町村（消防の事務を処理する一部事務組合等を含む。）に対し、この旨周知されるようお願いします。

記

１　「救急業務において傷病者が明らかに死亡している場合の一般的な判断基準」（消防実務質疑応答集から抜粋）

（１）　意識レベルが３００であること。
（２）　呼吸が全く感ぜられないこと。
（３）　総頸動脈で脈拍が全く触知できないこと。
（４）　瞳孔の散大が認められ、対光反射が全くないこと。
（５）　体温が感ぜられず、冷感が認められること。
（６）　死後硬直又は、死斑が認められること。

※　以上の全てが該当した場合

２　「救急業務において傷病者が明らかに死亡している場合の一般的な判断基準」のほか、次の事項についても十分に留意すること。

（１）　傷病者の観察にあたっては、「明らかに死亡している」という先入観を持たないこと。
（２）　聴診器、心電計等の観察用資器材を活用し、心静止を確認するなど、的確な観察を実施すること。
（３）　判断に迷う場合は、指示医師に連絡し、指示・指導・助言を受けること。

【問合せ先】
消防庁救急企画室　救急推進係
三島・石井・市川
電話：03－5253－7529
E-mail：kyukyusuishin@soumu.go.jp

図　救急活動時における適正な観察の実施について（消防救第 109 号、平成 30 年６月４日）

の指摘がある。5 番の冷感は主観的判断となるため、判断が困難と述べられている。6 番目の死後硬直、死斑に関しては、死斑を見慣れている人の方が珍しい、死後硬直は生前から関節拘縮がある場合は判断が困難であると指摘されている。

偶発性低体温症の症例者に対して、救命救急士が現場で死亡を確認して、不搬送とした後に、警察の安置室で検視中に仮死状態であったことが判明した事案が発生し、検証委員会を設置されたという報告[2]がある。ここでも「救急活動時における適正な観察の実施について」に記述された 1 番から 6 番が示されているが、検証委員会においても 2 番、3 番、5 番、6 番の判断は、困難と考えられたと述べられている。今後の対策としては、呼吸、脈拍の観察は 30 秒～ 45 秒程度、十分に時間をかけて行うこと、聴診器、心電計などの資機材を活用すること、冷感、下顎硬直、鮮赤色の斑があっても単独の所見では死亡の判断基準としないことが指摘されている。

偶発性低体温症がどういう状況で発生しやすいかに関する報告[3]がある。2 つの救命救急センターに入院された体温が 35℃以下の 190 症例（男性 95 例、女性 95 例、平均年齢 78.0 歳）が対象で、年代別では 80 歳代が突出して多かった。既往歴は高血圧 23.7%、認知症 20.2%、糖尿病 15.3% などであった。入院前の日常生活動作が自立していたのは 63.2%、生活場所は自宅が 92.6% であった。発生の月別の分布は 11 月から 2 月が多く、6 月から 9 月にかけての件数は少ないが 0 ではなく、夏場でも低体温症を念頭に置く必要がある。夏季の 11 症例は男性が多く、全体に比べると平均年齢が 70.4 歳と若く、側溝に転落して動けなかったり、川に落ちて濡れたため低体温症になったりしたものが半数を占めた。低体温症と聞くと、屋外で寒冷環境に曝露されて発生するイメージがあるが、発見場所は屋外が 20% で、屋内が 74.7% だった。屋内で発見された場合は偶発性低体温症か、死亡状態かの判断が困難な場合も多いと思われ、うまく医師などと連携がなされて、搬送遅延などが起こらないようにということを強く思うところである。

解剖後にご遺体の引き取りが市町村の福祉扱いとなるケースについて

当講座での解剖の後に、ご遺族が引き取りをされず市町村の福祉扱いとなるケースが最近多いと感じている。山口県警検視官室の資料では令和 6 年、令和 7 年の検視取り扱いの 4 ～ 5% 程度は市町への引き渡しになっている。その内訳は、令和 6 年の 96 件のうち、遺族の引き取り拒否が 64 件（67%）、親族等なし又は音信不通による孤独が 30 件（31%）、身元不明が 2 件（2%）、令和 7 年の 113 件のうち、引き取り拒否が 59 件（52%）、孤独が 50 件（44%）、身元不明が 4 件（4%）であった。孤独でご遺族がいない、遺族はいるが連絡がとれない、あるいは身元不明のケースが増えており、家族関係などにいろいろな困難さを抱えておられる方が多いという現状を実感している。

メンタルディスオーダーを持つ遺族が、家族が亡くなっていることを認識できず、ケアを続けているケースについて

亡くなられているにも関わらず、同居者から適切に届け出がなされておらず、死後かなり経過してから解剖となるケースがある。メンタルに課題を抱えている同居者が、親が亡くなっていることを認識できずに死後もずっとその親のケアを続けているというケースを経験した。メンタルディスオーダーを抱えておられる方の数は 380 万人という厚労省の報告があるが、病院受診が継続されていない方、状態が不安定な方は多いと思われる。アメリカの報告では、長期にわたるメンタルディスオーダーの成人の 3 分の 1 以上は年老いた親と一緒に暮らしていることが把握されている。日本ではそういった現状の把握がなされてない。メンタルディスオーダーの家族が一緒に暮らしていると近所の人や行政関係者がなかなかご本人に会わせてもらえないことが多い。同居者自体が社会にうまく適応できないため家族単位で孤立し、そのため死亡後の届け出が遅れたというケースを 3 件経験したので、内容を皆様と共有したいと思う。

（ケース 1）

91 歳、中等度の腐敗が見られた男性。低体温症のため約 2 週間前に亡くなったと考えられた。

発見時は、ご遺体が寒くないように近くにヒーターが置かれ、体の清拭も丁寧に行われ、清潔が保たれている状態であった。亡くなられた男性と次女が同居していた。1 年前に病院受診があったが、医療機関との関わりはそれが最後であった。ある年の２月には自転車転倒されていたので、隣人の方が次女と一緒に家まで連れて帰ったことがあった。その約 3 週間後に別の隣人の方がご遺体を発見された。次女は精神疾患があると思われたが、治療はしていなかった。

（ケース 2）

76 歳、男性。高度に腐敗が進行していた。6 年前に近所の人が見かけたが、以後は近所付き合いがなかった。ご遺体の周囲には目薬、唇に塗るローション、芳香剤が置かれており、亡くなった後も妻がケアを続けていた。約 4 年前から妻に不思議な言動が見られるようになり、3 年前には親族が夫に面会しようとしたが、妻が会わせてくれない状況が続いていた。発見の 1 か月前に妻が問題を起こし警察官の介入があったが、妻の精神科受診には繋がらなかった。1 か月後に夫のご遺体が発見された。妻は重度のパラノイドの精神状態を示しており、徘徊もあったが、そういう状況に気づいて病院や関係機関に繋げるような人は誰もいなかった。

（ケース 3）

85 歳、女性。白骨化して一部腐敗していた。推定死亡時の約 3 か月前に最終目撃があった。発見時、ご遺体の眼窩の窪みや口の中に柔らかくなった食物が詰め込まれており、ティッシュペーパーが関節や骨に巻き付けてあった。一緒に住んでいた娘から警察官に対して、私は母に対して食事を与えないといけないとの発言があり、母が亡くなった後も通常のペースで、食べ物を与えていたと考えられた。新しく買われた食べ物、まだタグがついている新しい洋服が周囲に積んであり、ご遺体にはタグが付いた新品の下着が履かせてあった。死者もこの娘さんも、親しい親戚や友人がいない状況であった。5 年前に死者の夫が亡くなった時に警察官が娘に会っており、娘に何らかの精神疾患があると思われたが、そこで終わっていた。1 年前に、関係機関の人が亡くなられた方の声を聞いた最後のタイミングとなった。その後は、娘が面会をずっと断り続けていた。亡くなられた年の 6 月にご本人が歩いていた目撃情報があるが、2 か月後に腐敗臭を近所から指摘され、9 月の終わりに警察官が訪れご遺体が発見された。

精神疾患を抱えておられる方の死の認識について、24% の人たちは死について認識が完全にあるが、それ以外の 76% の人ではその認識が十分でないとの報告がある。死の認識の概念として、死因の理解、死体が不可逆性であることの受容、死後肉体は機能停止となること、死は誰にでも起こりうること、避けられないという認識の 5 つがあるが、メンタルディスオーダーの方には死の認識が困難な場合があると思われる。地域の民生委員や地域包括ケアセンターの職員もいるが、家を訪問しても家族に拒否されると中に入る権限がなかったり、勤務時間帯が厳格に決められていなかったりなど課題も多い。社会的に孤立している家庭への介入が非常に困難なために生じたと考えられる事案が続いたので本日お示しした。

自然災害時の死亡診断書、死体検案書

自然災害時の死体検案書の作成について述べる。厚生労働省から死亡診断書（死体検案書）記入マニュアルが、毎年 PDF でダウンロードできる形で公開をされている。災害時における記入として、大事な点が 2 点ある。

1 つ目は「死亡したとき」は死亡確認時刻ではなく、死亡推定時刻を記入することである。われわれは死後のさまざまな変化で、いつ亡くなられたかを推定するが、そういった推定をしないといけないということになる。救急搬送中の死亡に限り医療機関において行った死亡確認時刻を記入する。その場合、「時分」の余白に「（確認）」と記入する。「臓器の移植に関する法律」の規定に基づき脳死判定を行った場合、脳死した者の死亡時刻は、第 2 回目の検査終了時となる。大震災等の場合は、同時死亡の推定も重要である。同じ家の中で、ご家族が複数、夫妻や親子で亡くなられていた場合は、そのうちの 1 人が、他の方の死亡後になお生存していたことが明らかでないとき

は、これらの者は同時に死亡したものと推定すると民法第 32 条の 2 に定められている。昨年も複数亡くなられておられるケースがあり、2 つの解剖台を用いて解剖医 2 人が並列で同時に解剖し、警察の方とも協議をして同じころに亡くなられたと判断した事例を経験した。

2 つ目は死因の種類である。日本法医学会は能登半島地震が起こったときに、死亡診断書（死体検案書）における死因の種類は、「不慮の外因死、8 番その他」を選択することをホームページ上で明記した。厚生労働省の死亡診断書（死体検案書）の記入マニュアルでは 1 番から 12 番までの死因の種類が示されている。大きく分けると、1 番の病死及び自然死、2 番から 11 番までの外因死、12 番の不詳の死（1 番から 11 番のどれとも言い難い、白骨化のご遺体やご遺体の一部しかないような場合）の 3 つに分かれる。外因死は 2 番から 8 番の「不慮の外因死」と、9 番から 11 番の「その他及び不詳の外因死」に分けられる。大規模災害により亡くなられた場合は、8 番の「不慮の外因死」（熱中症、凍死、潜函病、感電、機械による事故、落下物による事故、落雷、地震等による不慮の死亡）が死因の種類となると説明されている。

今後の課題

令和 4 年の厚生労働省の人口動態統計によると心血管疾患（心不全）の粗死亡率は山口県が全国 1 位になっており、死亡診断書・死体検案書の死因の書き方が影響していないかということで私どもに問い合わせがあった。この件ついて、はっきりした原因はまだ分かっていないが、今後解明を進め、先生方と情報を共有させていただけたらと思っている。

また、死後 CT の画像検査であるが、この度病理学講座に新しい教授が着任をされ、病理学でも全身の死後 CT が必要と言われている。法医学の方でも約 3 分の 1 は死後 CT 検査にご協力いただいている状況であり、先生方にご負担をかけている。当講座の研究結果の報告、あるいは症例検討も含めて、何か先生方にフィードバックできるようなシステムを構築できたらと考えており、今後ともご提案、ご助言、ご指導を賜われたらと思っている。

文献

1）薬師寺泰匡；「救急隊が死亡とご判断して不搬送」の難しさ、日経メディカル、2018/6/28
2）荒川穣二　他；救急隊による死亡確認後に生存が確認された偶発性体温症の不搬送事案に対する検証、日本麻酔科学会第 53 回学術集会；P-2-48-05
3）益満茜、他；偶発性低体温症 190 症例の検討　日職災医誌、72:29-35, 2024

［報告：常任理事　竹中　博昭］

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

令和７年度 母子保健領域における 心理職との連携を図るための研修会
～心理職による妊産婦の事例提示を通じて～

と　き　令和８年３月22日（日）10：00～12：00
ところ　山口県医師会６階　会議室
（Zoom「ウェビナー」を併用したWeb方式併用）

［報告：常任理事　河村　一郎］

２年前から始めた心理職との連携を図るための研修会で、下記２例の提示を公認心理師の先生にしていただき、スーパーバイザーの野田稔子先生にコメントをいただいた後、参加者でディスカッションした。今回は周産期に心理的な症状を来した妊産婦の２例で、心理師、保健師などが介入して快復した症例であった。参加者は現地22名、Web 45名で、医師18名、心理師８名、保健師24名､助産師８名などであった。こういった心理的な不安を持つような妊産婦には多職種での介入が必要と考えられた。

座長：山口県医師会母子保健委員会
委員　佐世　正勝
スーパーバイザー：山口大学医学部附属病院
精神科神経科　野田　稔子

事例提示

1.「周産期に強迫症状を呈した事例」

山口県立総合医療センター臨床心理部
公認心理師／臨床心理士　坂本　泰啓

妊娠中に糖尿病になった女性が出産後、耐糖能が正常化したにもかかわらず、血糖上昇の恐怖から、うつ、食事を摂ることに対する恐怖、食後の過剰な運動（強迫症状）を来した。心理師の介入、カウンセリングにより、次第に快復していった。

2.「不妊治療を経て双胎の切迫早産になった女性への心理的サポート」

山口県スクールカウンセラー
公認心理師／臨床心理士　高津あゆみ

不妊治療を経て双胎を妊娠し、切迫早産にて入院。眠れない、動けない、好きなものが食べられないことから、不安、ストレス、不満、イライラなどあり、保健師、心理師が介入。出産まで毎週カウンセリングして快復し出産。産後も授乳の不安などあり、９日目までカウンセリング。宿泊型産後ケアも行った。

県下唯一の医書出版協会特約店
医学書 看護学書 専門　井上書店
〒755-8566 宇部市南小串2丁目3－1(山口大学医学部横)
TEL 0836(34)3424　FAX 0836(34)3090
[ホームページアドレス] http:／／www.mm-inoue.co.jp／mb.
新刊の試覧・山銀の自動振替をご利用下さい。

令和７年度 都道府県医師会「警察活動協力医」連絡協議会

と　き　令和８年２月 21 日（土）13：30 ～

ところ　日本医師会３階　小講堂・ホール

［報告：常任理事　竹中　博昭］

会長挨拶

松本日医会長　本日ご出席の警察医の先生方には検案業務などに対し多大なるご尽力をいただいており、心からの敬意と感謝を申し上げる。わが国の年間の死者数は、直近の統計では 160 万人を超え、多死社会が急速に進行している。これに伴い警察が取り扱うご遺体の数も年間 20 万体を超えており、日常的な検視、検案に限らず、大規模災害の活動に至るまで警察医の先生方の仕事は、ますます社会から求められる重要なものとなっている。日本医師会は、警察医の活動は死因究明を通して地域住民の暮らしと社会を支えるための極めて重要な社会貢献の一つと捉え、かかりつけ医機能の重要な一部と位置付けている。

本日の連絡協議会では、警察医活動を巡る実務的な課題について活発な討議をいただくとともに、続く学術大会では先生方が日ごろの活動を通して得られた貴重な知見や、研究の成果をご紹介いただくよう企画した。それぞれが先生方にとって、実り多きものとなることを祈念して、私からの挨拶とする。

報告

死因究明等に関する施策の推進状況等について

厚生労働省医政局医事課

死因究明等企画調査室室長　青木　穂高

日本医師会との連携、死因究明等の推進に関する補助金について述べる。日本医師会との連携として、死体検案講習会事業、死体検案相談事業、死亡時画像診断読影技術向上研修を毎年行っており、今後ともその活用や参加へのお声かけをいただきたい。若手の検案医育成のため、まずはこの検案研修会に参加するよう、お声かけを地域のリーダーである先生方にお願いしたい。検案研修会に関しては、今年度から死体検案研修会の上級の修了者の名簿を日医から県医師会に提供していただき、その名簿を県警などの地域の実務機関との間で照会ができる仕組みを創設したので利用していただきたい。死因究明等の推進に関する補助金については、異常死死因究明支援事業、死亡時画像診断システム等整備事業を用意しているので活用していただきたい。異常死死因究明支援事業は、解剖や検査を地域で行った際の費用の半分を国が補助するものである。死亡時画像診断システム等整備事業は、死因究明のための設備や施設の整備にかかる画像診断システムの等の整備について、その費用の半分を補助するものである。こちらは地域の体制整備ということで、県庁経由で補助金を国に申請していただくこととなる。

死因究明等の推進に関する課題として、一つ目は地域の検案医の確保が挙げられる。研修を行い修了者の名簿を配って検案に携わっていただくという流れを作ったが、その活用がうまく行われるためのご意見を寄せていただきたい。二つ目は法医等の解剖等を行う人材の確保である。法医学教室の教授、准教授、講師などの解剖を担う人材が不足している。大学は研究・教育機関なので、司法解剖、調査法解剖、行政解剖などの行政実務は大学の中では評価が低く、ポストもつかない、ポストがつかないと資金もないという事情がある。その中で実務をしていると聞いている。法医学教室の先生方が働きやすくなるような方策を模索しているところである。三つ目は公衆衛生的観点からの死因究明の推進である。換言すれば、行政解剖の推進である。警察の検死後に犯罪性が無いと判断されたケースでも、検案医の判断で死因究明のための解剖にスムーズにつなげられる体制の構築が必要である。どのようなご遺体を対象に死因

究明のための解剖に進むのかという基準も目安もなく、ご遺体の運搬手段もない、法医学教室は多忙であるなど課題が多い。四つ目は死因究明情報の利活用の推進である。法医学教室で行った死因究明の結果を、どのようにして検案医の先生、地域住民に伝達するかである。積極的に行っている法医学教室もあり、厚労省として、もう少し応援できないかと考えている。五つ目は各県の死因究明等推進地方協議会の運営の活性化である。県庁で死因究明地方協議会を開催して議論していただく形だが、活性化できている地域とそうでない地域がある。全国的に協議会を活性化する必要がある。

警察の死体取扱業務について

警察庁刑事局捜査第一課
検視官指導室室長　阿部　大輔

警察の死体取扱業務には検視、調査、検査、解剖などがあるが、いずれも医師の関わりが不可欠である。異状死体が届け出られたときに、犯罪の可能性の検討やご遺体の身元捜査、調査のため必要であれば解剖することとなる。そういったあらゆる場面で、医師の立ち会いが必ず必要になる。犯罪死の見逃し防止は重要であり、医師の果たす役割は大きい。

全国の死亡者数は約160万人亡くなられており、警察がそのうちの約20万体を取り扱っている。近年、増加傾向となっており、昨年は20万4,562人で過去最多であった。日本全体での死亡者数が増加傾向なので、おそらく2040年ごろまで死亡者数が増加すると予想されている。そのため、警察が扱う死体取扱数が今後も増えていくと考えられる。解剖の種類は、刑事訴訟法に基づく司法解剖と、死因身元調査法に基づく調査法解剖、そして、承諾解剖などを含めたものをその他の解剖として、３つに区分している。司法解剖と調査法解剖は警察が主体となって行う。全体の解剖数としては、大体２万人程度で推移しており、司法解剖と調査法は少しずつ増えている。その他の解剖は少し減少している。やはり、特に警察が主体となる、司法解剖、調査法解剖は全体の取扱死体数が増加しているので、少しずつ増えていると思われる。その他解剖の７割は監察医の制度により行われている。警察が主体となって行う司法解剖と調査法解剖について、各県の大学医学部にある法医学教室で行っていただくことがほとんどで、協力関係を維持して必要な解剖ができる体制を維持したいと考えている。

警察から検視の立ち合い等の協力をお願いしている警察医の数は少しずつ増えている。都道府県別では、秋田県は60代以上の割合は非常に高く86.5%であった。埼玉県、千葉県でも70%台であった。東京だと60代以上の割合は35%、神奈川は40%で、大きい人口を抱える地域が60代以上の警察医が比較的少ない。日本医師会の上級の研修を受けた先生の名簿が各都道府県医師会に届いていることを各都道府県警に伝えており、各都道府県警察から都道府県医師会に照会し、警察医の確保を進めていきたいと思う。

大規模災害時においては警察と医師あるいは歯科医師の連携が重要になる。東日本大震災時には全国の被災県以外の医師の方に、津波の被害が生々しい状況の中で身元確認や死因究明に協力いただいた。次の災害がどこの県で起きてもきちんと対応できるように、各都道府県に県警だけでなく県庁も一緒に計画しながら合同訓練や研修会を行っているので、協力いただきたいと思う。

日本医師会から
（大規模災害時の検案体制について等）

日本医師会常任理事　細川　秀一

東日本大震災の時は各都道府県医師会、14大都市の先生方に協力していただいた。その後に、日本医師会はJMATを発足し、検視・検案をJMAT要綱の中にも、「可能であれば」検視・検案に協力をすると記載した。現在、多死社会なっており東京では人が亡くなってから火葬まで１週間から２週間かかる。これが災害時に１万人、２万人亡くなった場合に炉の数が極端に不足する。１つの炉で１日に３体の火葬しかできない。そうすると、東京では１年かかっても、まだ終わらない。平成23年の東日本大震災では仙台で１日300～400人ほど検案を行った。能登半島地震では法医学会の先生方が、最初のうちの

20日程は頑張ってやっていただいていた。大きな災害が起こった場合には、法医学教室だけではパンクしてしまう。日本医師会と普段検案されている先生方の協力なしには県境を超えての検案体制は築けない。能登半島地震の時は２隊か３隊、JMATの隊員が検視・検案を行った。

今後、起こりうる大災害に向けて、検視・検案をどのような形でしていくのかについて、平成27年に警察庁との間で大規模災害時の検視立ち合いなどの医師の派遣について協力する旨の協定書を締結した。また、海上保安庁と日本医師会、日本歯科医師会、法医学会等６団体で検視・検案等の協力する旨の協定書を締結した。

愛知県で警察に協力する業務のアンケート調査を、数年に１回行っている。平成27年のアンケート調査で、189名のうち147名が登録する、40名が登録しないという回答であった。いつでも協力する、診療時間外であれば協力する、県外超えてでも協力するというような返答があった。今後災害時にこの検案班を各都道府県で準備しておかないと、広範囲の災害時には全くお手上げとなる。警察で検視・検案を行う際には医師が不在ではできないので、各都道府県に戻られて災害時検案班を作っていただきたい。普段の検案の検案医も少なくなっている、高齢化しているという事情もあるので、積極的に病院の医師も災害時に関しては検視・検案に関わっていただきたい。東日本大震災の時も検案したあとで身元が分からなくて、一度土葬した。３月の寒い時期に土の中で保管し、後ほど身元が分かったらもう１回掘り出して火葬することができた。これが南海トラフや首都直下型が夏に発生すると、３日でご遺体が痛んでしまう。大量の死亡の場合、保管も困難となるので、各都道府県警察と医師会等が協議しながら、ご遺体の保管をどのようにするのかも考えておく必要がある。また、何よりも検案をきちんと行い、早くご遺族にお返しすることが重要である。

災害はいつか必ず来るが、その時になって検案医を探すようでは遅い。各都道府県医師会の警察医の先生方、都道府県の警察の担当理事の先生方が各都道府県で体制を作っていただくようお願いする。日本医師会も協力させていただき、お問い合わせいただければ、私が各都道府県に出向いて相談に応じることもできる。できれば各県で災害時検案体制をまず考えていただきたい。

都道府県医師会からの提出議題、質問・意見及び要望

1）福島県医師会、大阪府医師会：死体検案マニュアルについて

岐阜県の検案マニュアルを参考として、福島県、大阪府でも検案マニュアルを作成した。両県ともQRコードを作成したが、福島県ではスマホ画面では字が小さく見にくいという意見が出た。大阪府医師会では、救急災害部会で配布したところ委員の先生からこれを参考に自分も今日から検案を行ってよいかという前向きな意見が出たので、大阪府医師会員全員に配る計画である。

2）千葉県医師会：留置場で提供される食事に関する問題

県内の警察署留置場でビタミンB1欠乏症（脚気）患者が発生し、警察医によるビタミン剤処方で速やかに改善した事案があった。留置場で提供される副食物が口に合わず、白飯のみ摂取していたことが原因と考えられた。刑務所や少年院では栄養規定が適用されているが、長期収容を想定していない警察署留置場では適用されていない。警察署ごとに運用が分かれている留置場において、管理栄養士による厳密な栄養管理は困難であるが、外国人を含む長期留置も増加しており、他県でも同様の案件が無いか全国的な調査が必要と考える。

3）岡山医師会：平成23年から令和６年度の死因の経年的推移について

令和６年３月18日からトロポニン検査ができなくなり、以後死因として心臓死の数が減少している。トロポニン検査をしなくなってから不詳の内因死が増加しており、厚生労働省に意見を伺いたい。

厚生労働省　各現場・地域ごとの死因究明の体制の中で、不詳の内因死が本当は何かにつき、解剖、特に承諾解剖で明らかにしていく件数を増やして

いくことが大事である。地域でどうやってその体制を作っていくかに関しては、なかなかハードルが高いが、各都道府県庁の協力と理解をいただきながら作っていく必要があると思っている。

4）鹿児島県医師会：警察医の活動に伴うリスクへの公的補償及び全国一律の保護対策の確立について

死体検案業務は医師法に定められた医師の義務として行われているが、検案結果をめぐる民事訴訟への対策や、現場での傷害・感染症曝露に対する補償はなく、各都道府県医師会に委ねられている。リスク管理を個人の献身や地域医師会の努力のみに依存している現状は、検案業務の持続を不可能にすることになる。現場の医師が安心して公務に専念できるよう、警察庁及び厚生労働省の主導により全国一律の公的補償制度の確立及び法的保護の明確化を整備していただきたい。

日本医師会公式 YouTube と公式 LINE のご案内

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

●日本医師会公式 YouTube チャンネル

●日本医師会 LINE 公式アカウント

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

令和７年度
都道府県医師会「警察活動協力医」学術大会

と　き　令和８年２月 21 日（土）15：15 ～
ところ　日本医師会　大講堂

[報告：常任理事　竹中　博昭]

第１部　基調講演
浴室内突然死（入浴死）の疫学的解析から得られた予防法の開発と効果 ～鹿児島発 入浴時警戒情報

鹿児島大学大学院医歯学総合研究
社会・行動医学講座
法医学分野教授　林　　敬人

入浴時警戒情報について

入浴死は入浴中やその前後に起こる浴室内突然死のことである。日本では、諸外国に比べて圧倒的に多く、発生は年間２万人である。ほとんど自宅内で起こっており、警察により事件性がないと判断され解剖に至らないことが多いため発症機序は判明していないが、冬場に多いことからヒートショックが主因ではないかと考えられている。ヒートショックは、寒い時期に暖かい部屋から移動して、寒い脱衣所で脱衣すると血管が収縮して血圧が上がり、その後湯に入ると暖かい湯の中で今度は血管が拡張して血圧が急に落ちる、この血圧の乱高下が脳梗塞や心筋梗塞を起こすと考えられている。

2006 年から 2019 年までの約 14 年間、鹿児島県内の１年間の入浴死検視例で警察が取り扱った事例を集めた。この間の入浴死例は 2,689 例で、毎年 190 例前後生じている。人口 10 万人あたりの粗死亡率にすると、約 12 人である。

入浴死は 65 歳以上が 90% を占め、高齢者に多い。冬季が約半分を占め、発生場所は 85% が自宅で、そのうちの９割が浴槽内である。入浴時刻が分かった 1,402 例について男女別に見てみると、16 時から 20 時の間に生じることが多く、男性の方が少し早い時間に発生しており、女性の方が少し遅い時間に発生している。私見であるが、鹿児島県は男性優位な方が多くて、お風呂に関しても一番風呂は男性が入っている家が多く、最初に入ると浴室内は寒いのでヒートショックが起こりやすいのではと考えている。飲酒後に入浴死が多いイメージがあるが、飲酒例は 4.3%、115 人であった。ほとんどは飲んでいなくても発生している。入浴死の死因は心臓死が 45%、溺死が 1/3 程度、脳卒中など中枢神経系が 1/5 程度である。ただし、解剖事例は非常に少なく、この 10 数年間で 29 例である。ほとんど解剖されずに検死、CT で判断されているので、この死因が正しいかに関して少し疑問はある。

2003 年に秋田大学の法医学・吉岡先生が、高齢者のボランティアの方を対象として行った実験の結果では、夏と比べると、冬の方が入浴前と入浴中の血圧の格差が大きいというデータが得られている。血圧変動は、高血圧者の方が大きいと言われており、われわれが検討した約 2,000 例の中で、高血圧の方は 45% で半分近くを占める。高血圧の方は血圧の乱高下も起こりやすいので、ヒートショックも起こりやすいのではないかと推測される。

これまで得られた疫学的な解析から、われわれが提案する入浴死予防法について述べる。入浴死が起こった日の最高気温、最低気温、平均気温、１日の気温差と入浴死の発生頻度を比較した。結果を見ると、最高気温が低くなればなるほど発生率は高くなり、最低気温、平均気温、１日の気温差に関しても同様の結果であった。ということは、そういう日には入浴を控えるべきではないか、それが最大の予防法につながるのではないかと考えた。

われわれは、入浴死の発生場所に最も近い観測地の気象庁のデータを全て集めて、その日の環境気温、すなわち最高気温、最低気温、平均気温、

１日の気温差を調査した。鹿児島県内の天気予報地域別に検討し、統計学的に有意に入浴死が起こりやすい温度を特定した。この温度をわれわれは警戒温度と設定し、これを元に入浴時警戒情報を発令している。鹿児島県を19か所に分けて、それぞれの最高気温、最低気温、平均気温、１日の気温差の警戒温度を全てリストアップした。平均気温は１日の最高と最低の平均なので、あまり意味がないため、最高気温と最低気温と日内気温差、この３つの指標に基づいて入浴時警戒情報を発令することにした。具体的には、最高気温がこの警戒温度よりも低くなる日、最低気温が警戒温度よりも低くなる日、１日の気温差が警戒温度よりも高くなる日、この３つの指標を満たす場合を一番危険な紫信号、２つを満たす場合を警戒の赤信号、１つあるいは満たさない場合を注意の黄色信号の３段階に分けて表示した。この入浴時警戒情報を出すにあたって、毎日環境気温の情報を入手する必要があるので、南日本放送に協力をしてもらって毎日気象情報をいただき、それに基づいて発表している。今から３年前の11月を最初に毎日発表しており、今期で３期目になる。最初は南日本放送と大学のホームページだけであったが、途中から南日本新聞でも３段階評価で掲載している。さらに、LINEアプリも開発した。これはホームページに出ているQRコードを読んでいただければ登録でき、自分の住んでいる居住地の入浴時警戒情報が16時に届くというような形になっている。

入浴時警戒情報に効果があったかを検証した。警戒情報３段階別に１日あたりの入浴死発生率を、鹿児島県の主要の都市別に見ると、鹿児島市以外では危険の日（紫）に亡くなっている人はいなかった。危険情報が出た日に入浴を避けてもらえた可能性がある。鹿児島市は絶対数が多いので発生ゼロにはならなかったが、入浴を避けた可能性はあるのではないかという結果は得られた。指宿、薩摩、阿久根、西之表、屋久島、徳之島といったところでは、警戒の日にも少し発生している。警戒のレベルのラインが低すぎた可能性、警戒情報の周知不十分の可能性もあり、今後の課題と考えている。年代別に分けて評価すると、60代未満の数が０人、60代は７人で、この10数年の中では最低数となっている。入浴時警戒情報発令前と発令後で比較すると、P値は0.048で、60代以下に関しては、入浴時警戒情報の効果があったのではないかと判断している。

今後の展開として、入浴時警戒情報はまだ３期目で、県民全体に周知されていないという課題もある。周知を図り、５年単位ぐらいで１度判断しようかと考えている。入浴時警戒情報が有効であれば、鹿児島県だけでなく全国にも展開できるような内容だと思っている。全国の各県警からデータをいただければ、各県オリジナルの入浴時警戒情報を作成するつもりである。山口県警からは縁があってデータを入手しており、次に山口県版が出せると考えている。全国の先生方から地元の県警の方にお話いただいて、データを鹿児島大学に送るように言っていただければ非常にありがたいと思う。

入浴死の解剖例について

入浴死を完全に予防するためには、入浴死の正確な病態機序を知る必要がある。日本温泉気候物理学会、日本救急医学会、法医学会の３学会が共同で入浴関連事故調査を行った。日本温泉気候物理学会ではヒートショックが主因だろうと考えられており、日本救急医学会ではどちらかというと熱中症が主因と考えられている。われわれの法医学会はヒートショックも踏まえた複数の因子が原因と考えている。３学会がアンケート調査を行った相手に関しては対象が全て異なり、日本温泉気候物理学会の場合は温泉地関連の事故、日本救急医学会の場合は、どちらかというと亡くなったケースで、熱中症と判断されている可能性もある。われわれ法医学会は解剖例がほとんどで、対象が異なるので、共通の見解が得られなくて当然かと考えている。

東京の監察医務院で解剖されたデータを見ると、死因はやはり虚血性心疾患が３割、溺死が３割で、先ほどの疫学的なデータとそれほど差がない。解剖することによって分かることが多いと考えられ、実際に解剖したおかげで死因が判明した２例を紹介する。

（症例１）70代後半の女性

独居で認知症、高血圧症がある。自称親戚の60代後半の男性が電話に出ないことを不審に思い、午前６時50分に訪問したところ、浴室の浴槽の中で、仰向けの姿勢で水没した状態で発見された。発見時、お湯がずっと出っ放しの状態であった。脱衣場や脱衣室内の暖房はついておらず、床もタイルになっていた。全身の表皮が剥がれていて、全身が少し赤く低温やけどが認められた。解剖所見は、左右の肺が膨隆しており、重量も増えていて、左の胸腔内には胸水貯留があり、溺死の所見であった。気管支内に細小泡沫が残存していた。心臓370g、左心室壁が1.7cmと肥大していた。心筋のHE染色で急性の虚血性心筋梗塞の所見があり、虚血性心疾患により意識消失し、最後は溺死した、いわゆるヒートショックによる死亡と判断できた。

（症例２）

80代前半の男性、５年前に結婚斡旋所を介して知り合った40代前半のタイ人女性と結婚。特に既往歴がなく、死因究明のため解剖となった。亡くなった方は奥さんと宿泊したホテルの洋食レストランで朝食を摂った。カレーライスとミートソースとサラダとたくさん食べた。30分経たないうちに温泉に向かい、約２時間後に他の男性客が浴槽内で亡くなった男性を発見した。温度が41℃、水深が60cmの浴槽の中にうつ伏せで浮いていた。解剖所見は、左右肺は膨隆しており、左が565g、右が535g、水を含んで重くなっていた。左右胸腔内には液体が左右とも140ml溜まっており溺死と判断した。気管支の中に液体が貯留と小さな泡も見られた。左の大胸筋、右の僧帽筋の外側に筋繊維の走行に沿った長い出血が見られ、溺死の際によく見られる所見であった。開腹時に、胃が恥骨結合に達するまで大きくなっていた。内容は1,000gの多量の食物が入っていた。溺死に至った原因は、この入浴直前の大食ではないかと考えた。食後は消化のために血流が消化管に集中し、脳の血流が減少して失神を起こしやすい。満腹状態になると水圧もかかり胃と横隔膜が上に上がると、心臓や肺を圧迫するため呼吸循環系に影響を及ぼす可能性は十分ある。CTでも胃の内容物が多いことは分かるが、心臓の状況を判定する意味では、やはり最後は解剖が必要である。

入浴事故を起こさないために

入浴事故が起こらないようにするためには、１）入浴前後の温度差を小さくすること、２）身体側の危険因子を減らす事、３）異変時に早期脱出・救出する事、４）入浴死の危険性の周知をすることが重要である。

１）入浴とその前後の温度差を小さくする

お湯の温度は38～40℃、少しぬるめが推奨され、42℃以上は危険とされている。温度差をなくすために脱衣所や浴室に暖房を設置し、浴槽のお湯をシャワーで給湯することも重要である。高齢者の一番風呂は避けた方がよい。深夜や早朝の入浴は避け、熱いお湯が好きな人はいきなり熱いお湯に入るのではなく、まずぬる湯で入浴していただいてから設定温度を上げて湯温を上げるとよい。また、家全体の温度差をなくす断熱リフォームが非常に推奨されている。

２）身体側の危険因子を減らす

飲酒後の入浴は避けるべきである。飲酒による血管拡張、睡魔がトラブルを起こしやすい。睡眠薬は当然、入る前には飲まない方がよい。体調不良の時や、食事直後も入浴を避けるべきである。入浴前にかけ湯をして少し体を温めてから入るのも大事である。ヒートショックの原因として水圧の変化があるので、できれば半身浴にしていただきたい。長時間の入浴は起立性低血圧を起こす可能性があり、10分以内に入浴を済ませるのも大事である。入浴前後に水分を補給して血液濃度を下げて血栓を予防することも大事である。介護施設では、入浴前に血圧や体温をチェックすることで、体調の悪い日、血圧の高い日は入浴しない判断も必要である。高血圧、糖尿病など血圧の変化が起こりやすい方、あるいは自律神経に少し問題があるような方は、併存疾患をきちんと治療するのも大事である。

３）異変時の早期脱出・救出のために

安全のための住まい作りが非常に重要で、何かが起こったときに反応できるようなブザーやインターホンの設置は有効である。浴槽も浅い方が仮

に意識を失ったとしても溺れにくく、浴槽の蓋を体の前に置くと、もし意識を失ったとしても前に倒れて溺れることは少なくなる。高齢者はなるべく単独での入浴を避け、介護施設の場合、入浴者から絶対に目を離さないとことが非常に大切になる。早期に救出されやすいのは銭湯や温泉で、周囲に人がいるため、何か起こった時に助かる可能性がある。

4）入浴死の危険性の周知

われわれは危険な日を知らせる入浴時警戒情報を発令している。データさえあれば、他県でも同様の検討ができると考えているので、皆さんの方で警察にデータを鹿児島大学に渡すように言っていただけると非常にありがたい。LINE アプリも作成しており、積極的にデータを見る体制を整えている。安全な入浴のためのポスターを配布している。ヒートショックという言葉は、医者でなくてもいろいろな方が知っていて、その存在自体は皆さん分かっている。ただ、大体自分には起こらないと思っていて、ある日、突然亡くなられるというケースも非常に多いので、高齢の方は、自分にもいつか起こり得ることだという認識をもっていただいて、お風呂に入ることが大事である。

第２部　一般演題

（1）髄液採取とその判定について

碧南市医師会診療所嘱託医　竹内　元一

トロポニン検査が中止されてからは髄液採取とその判定が死因推定で最も重要な役割を果たすようになった。まず血液の採取の前に髄液採取を行う。その理由は、髄液採取ができて正常の確認ができたら、それを戻してその使った注射器を使って血液採取を行うことで注射器が節約できるということがひとつ。あと稀に髄液が取れる前に血管にあたって血液が引けてくる場合はそれをそのまま血液採取、シアン検査に利用する。体位変換の必要がない側頚穿刺で髄液を採取するが、とれない場合や濃い血性髄液の場合は側臥位にして後頭下穿刺を行う。

無色透明、あるいは清明な髄液が出てくれば無色透明と判定する。この場合、クモ膜下出血、脳出血の脳室穿破などは否定できるが、脳梗塞は否定できない。クモ膜下腔に入ったと思われるところで大量の血液が採取される場合は、体位を変えて後頭下穿刺を行う。両方とも同じ性状の血性髄液が引けてくる場合は脳内出血の脳室穿破と判断する。側頚穿刺で血液が引けたが、後頭下穿刺では透明髄液が得られる場合、側頚穿刺は血管にあたったという判断で、透明髄液と判定する。淡血性の髄液の場合、クモ膜下出血という判定になる。黄色から赤色の透明な髄液が引けてくる場合は、少し紛らわしいが、髄液死後変化による着色、組織の融解、溶血と判断する。髄液採取とその判定は検視立ち合いで求められる死因決定に最も重要なテクニックである。

（2）警察活動協力医のいろは　興味のある先生方へ

医療法人社団恵伸会ソフィアクリニックますだ
増田知恵子

・そもそも警察活動協力医とは何かにつき、教科書には載っていない。
・法医学とは何かつき、学生の時に習ったことを思い出していただきたい。
・留置者の診察を行うことに不安を感じるかもしれないが、留置者の診察には警察官が帯同してくれる。私は、1 日 15 人診察している。
・異状死体の検案ができるのは医師だけで、地域医療への貢献度は高い。
・留置者の健康診断と診療の費用は、国庫から支払われる。検案及び検案書料に関しては、亡くなられた方のご家族に請求している。
・死体検案ハンドブック、検視ハンドブックなど、参考資料は多い。
・ご遺体の取り扱いは丁寧にしていただきたい。
・警察活動協力医、医師として、生きている方への貢献も大事だが、亡くなった方ももともと市民である。その方の最後に立ち会えるのは医師だけであり、ぜひ若い先生方も参加していただきたい。
・解剖学の本が一番基本だと思っており、伊藤孝先生の「解剖学講義」がおすすめである。

（3）死後内視鏡（PME：Post Mortem Endoscopy）について

まちだ内科クリニック　町田　光司

平成 25 年に身元死因調査法ができて、死後画像検査が進められてきたが、解剖の所見と大きく乖離する場合があり、青森県では死後画像研究会を年３回行っている。その死後画像と乖離に関し、解剖ができない場合に、内視鏡検査を行っている。青森県の死体取扱数は大体 2,000 体で、画像診断を大体 90％に行っている。解剖は約 250 ～ 300 体に行われている。

・死後内視鏡のきっかけとなった症例。61 歳女性で、窒息死である。元旦の夜に、夫婦喧嘩の後で、もう１回仲直りして飲み直し、鍋を食べて寝たところ、翌朝に妻が死亡していた。この夫婦喧嘩のときに、妻は右の額を殴られており、頭蓋内病変を疑われ解剖になった。解剖で鍋を食べて嘔吐したときにソーセージが逆流して喉頭部に詰まって窒息死したことが判明した。この解剖を見た際に、内視鏡が有用ではないかと考えた。

・CT 画像で一番判断が難しいところは食物誤嚥である。最近の症例を提示する。筋硬直性ジストロフィー、慢性呼吸不全の方が、座位で天井を見上げた姿勢で死亡しているのを発見された。CT 画像では、声門の部位を見ても窒息と判定できなかった。しかし、内視鏡で見ると一目瞭然で、気管内に食物が入っており、誤嚥による窒息であるということが判明した。

・83 歳女性、誤嚥性肺炎の治療後である。介護職員が食事介護後に誤嚥死した。CT では気管がほとんど見えておらず、食物が肺に入ったかどうかは判定できない。内視鏡で見ると喉頭蓋の部位をとろみのついた介護食が塞いでおり、気管の中にも食物が認められた。

・82 歳女性、心不全の急性増悪で亡くなった例で、S 状結腸が捻転し、心不全を増悪させたと考えられた。

・46 歳、１か月経過した腐乱死体で、胃の内視鏡で青い内容物が認められ、警察の要請で死後内視鏡における胃の内容を採取して成分を調べることとなった。

表紙写真の募集

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

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

令和７年度 保育サポーター研修会

と　き　令和８年３月８日（日）10：00 ～
ところ　山口県医師会６階　会議室

子育て中の医師が安心して働き続けられるよう支援するため、育児サポートを行う保育サポーターを対象とした研修会を開催した。第 15 回となる今回は、県内各地から 17 名のサポーターが参加された。開催日が偶然にも国際女性デー（3月８日）と重なり、和やかな雰囲気の中で研修が行われた。

保育サポーターバンクの現状説明

山口県医師会男女共同参画部会長・
保育サポーターバンク運営委員長　戒能　美雪

制度開始（平成 21 年９月）から現在までの活動状況について報告を行った。これまでに延べ 159 件のサポートが行われ、多くの若手医師が仕事を続ける上で大きな助けとなっていることを紹介した。サポーターの皆さまへの感謝の言葉も述べた。また話題提供として、医療現場で課題となっている「医師の偏在（地域偏在・診療科偏在）」について説明し、今後も県内医療を支える医師の育児サポートを継続していただきたい旨を伝えた。

［報告：男女共同参画部会長　戒能　美雪］

講演
何が正しい？アトピー性皮膚炎のこと

山口大学大学院医学系研究科
皮膚科学講座助教　下村　尚子

本研修会は、医師家庭における子育てとキャリアの両立を支援する保育サポーターを対象として開催されたものである。今年度は、山口大学皮膚科学講座助教の下村尚子 先生をお招きして講演いただいた。講演の冒頭では、新潟出身である先生のご実家の軒先を覆うほどの積雪の写真が紹介され、雪国・米どころ・酒どころという穏やかなイメージを一変させる印象的な導入となった。

アトピー性皮膚炎（AD）とは、増悪・寛解を繰り返し、掻痒のある湿疹を主病変とする疾患である。この疾患の有症率は、1 歳の時点で 4.0% とされているが、先生の臨床的実感ではこの数倍にのぼるとのことであった。赤ちゃんがタオルや寝具で顔をこする行為は、「かゆみ」のサインである可能性があることなど、日常の観察に直結する示唆も示された。

講演では、AD の症状や特徴に始まり、薬物治療、とりわけステロイド外用薬の適切な使用方法や副作用、新規治療薬について、さらに日常のスキンケア、生活上の悪化因子への対策、入浴や発汗への対応まで、体系的かつ分かりやすく解説がなされた。参加者は頷きながら熱心にメモを取り、終始高い集中力で聴講していた。特に、民間療法への向き合い方や、ステロイドに対する過度な不安については、会場から多くの質問が寄せられた。

AD の治療が遅れると、重症化や他のアレルギー疾患の発症につながる可能性があり、重症化は成長・発達への悪影響や合併症のリスクを高める。そのため、「早期介入」と「重症化予防」が極めて重要であり、医療者が正しい情報を分かりやすく伝えることの意義が強調された。

また AD 治療のゴールは「症状がない、もしくはあっても軽微で、日常生活に支障のない状態である」と示された。患者にとって「先が見えない」ことは大きな心理的負担となるため、医師が明確な治療目標を提示することが、治療への理解とアドヒアランスの向上につながるという指摘は、私自身にとっても学びの多い内容の一つであった。

講演後には、参加者のほぼ全員から、AD を自身の生活に引き寄せて考えた詳細なアンケート回答が寄せられた。本講演で得られた知識が、今後、家族や周囲の人々へと共有され、正しい理解の広がりにつながることが期待される。

［報告：常任理事　長谷川奈津江］

令和７年度 山口県医師会男女共同参画部会総会・講演会

と　き　令和８年３月８日（日）13：00 ～
ところ　山口県医師会６階　会議室

議事

部会長の戒能美雪が令和７年度事業報告、令和８年度事業計画（案）及び次期役員選出に関して報告し、承認を得た。

１．令和７年度事業報告

（1）医師が働き続けるための支援

a. 勤務医支援

山口県内病院女性勤務医ネットワークとして、119 病院に連携係をおき、女性医師（総数 558 名：常勤 296 名、非常勤 262 名）に対して、部会の活動内容や勤務継続に有用な情報を発信した。

令和７年 11 月 13 日に若手医師と医学生のための企画「教えて！先輩」を山口大学霜仁会館で開催した。テーマを「男性医師の育休ってどうなってる？」とし、演者として実際に男性育休を経験された２組のご夫婦と、医局長の立場から松本俊彦 理事に出演いただいた。ハイブリッド開催とし、29 名の医師や学生が参加され、演者からは実際の体験に基づく、非常に貴重なご意見を伺うことができた。

b. 子育て支援

保育サポーターバンクの運営を行った。現在活動中のサポーターは 18 名、利用中の医師は 18 名である。令和７年度の新規相談は７件で、うちサポート成立は５件であった。本制度の開始（平成 21 年９月）以降、のべサポート件数は 159 件となった。R7 年 10 月に「保育サポーター通信」第 16 号の発行を行った。令和８年３月８日に第 15 回保育サポーター研修会を開催した。

（2）女子医学生キャリアサポートデザイン支援

女子医学生インターンシップを実施し、参加した女子医学生は 26 名であった。開始時（平成 21 年）からの参加女子医学生数は、のべ 442 名となった。

（3）山口県内女性医師の連携

令和７年 10 月 25 日に郡市医師会女性医師部会代表者と男女共同参画部会との連携会議を行い、情報共有を行った。

（4）広報活動

ホームページの更新を適宜行った。

（5）介護支援

ホームページの「介護に困ったらここ　介護保険情報」で情報提供を行った。

２.令和８年度事業計画

（1）医師が働き続けるための支援

a. 勤務医支援

女性勤務医ネットワークの更新、若手医師と医学生のための企画「教えて！先輩」の実施。

b. 子育て支援

保育サポーターバンクの運営・充実・広報活動の継続。

『保育サポーター通信』（第 17 号）の発行。

保育サポーター研修会（第 16 回）の開催。

（2）女子医学生キャリアサポートデザイン支援

女子医学生インターンシップの実施。

（再掲）「教えて！先輩」の実施。

（3）山口県内女性医師の連携

男女共同参画・女性医師部会地域連携会議の開催。

（4）広報活動

ホームページの充実・更新。

（5）介護支援

ホームページの「介護に困ったらここ　介護保険情報」の更新。

３．次期役員選出

令和７年度末で２年の役員任期が終了するため、次の任期の役員案を提示した。長谷川奈津江、板垣明味が退任し、新理事として狩野有加莉（かのう歯科・耳鼻咽喉科クリニック）が就任予定である。

［報告：男女共同参画部会長　戒能　美雪］

特別講演

日本眼科医会の取組～ダイバーシティの効用～

日本眼科医会会長　白根　雅子

特別講演では、日本眼科医会会長の白根雅子先生に「日本眼科医会の取組～ダイバーシティの効用～」と題して講演いただきました。最初にご自身の経歴について、広島大学卒業後、カナダ・トロント大学眼科への Clinical fellow としての留学、帰国後の広島大学及び関連病院での勤務、その後の開業と並行した大学院への入学・学位取得に至る歩みを振り返られ、ご自身の軌跡がそのまま眼科医としての多様なキャリアの実践例であることをお示しになられました。1995 年の広島市眼科医会理事に始まる医会活動は、2018 年からは日本眼科医会会長として現在も精力的に続けられています。

日本眼科医会は創立 96 年、会員数約 15,000 名を擁し、眼科医の約 42% が女性という特徴を持ちます。眼科医の日本医師会の入会率 75% と比較して眼科医会は 100% と高い組織率を誇り、アカデミアと医会が一体的に活動できる強みがあります。女性参画率も 1990 年の役員 4% から 2024 年には 34% へと著しく向上しており、この変化には数値目標の設定が功を奏したとのことでした。また、ダイバーシティとは育児中の女性だけの問題ではなく、性差・生活環境・得意苦手など多様な特性を尊重し合うことで、同質性から脱却したイノベーションを促すものであると強調されました。

アドボカシー活動については、「こどもの目を守る」と「おとなの目を守る」という二本柱について詳しくお話しいただきました。前者では、2023 年のこども家庭庁設立を追い風に、乳幼児の弱視発見・治療や近視進行抑制が約 90% の自治体に普及した経緯が示されました。後者では、労働者の高齢化に伴い 65 ～ 75 歳の女性に労災が増加していること、その一因として緑内障による視野欠損が考えられること、そして 2026 年の法律改正により企業健診に眼底検査が盛り込まれることになった経緯が語られました。緑内障は転倒リスクを 4.2 倍高め、交通事故との関連も明確であることから、視野異常の早期発見は就労継続と安全確保の両面で重要であることを改めて認識しました。このほか、視覚障害者へのロービジョンケア支援や眼鏡作製技能士との連携、アイフレイル啓発など多岐にわたる事業も紹介されました。

女性の活躍促進に向けた課題として、医学博士号取得率や論文執筆率の男女差が示されました。特に 30 歳代の女性で学位取得が少ないことが指摘され、育児等でキャリアが途切れやすい時期であっても、アカデミックな活動を継続することの重要性を説かれました。また、Web 会議やグループチャット・クラウドツールの活用により、時間や場所の制約を超えて医会活動に参画できる環境整備が進んでいることも紹介されました。会議へのリアル参加を求める声は少数派（noisy minority）であり、サイレントマジョリティの多くは Web 開催を望んでいるというデータは、地方に勤務する会員にとっても示唆に富むものでした。

日本のジェンダーギャップ指数が 148 か国中 118 位（2025 年）であるという現状を踏まえ、先生は「アンコンシャスバイアスを解消し、みんなのウインウインを考え、次世代を支え育てる循環を」と結ばれました。多様な人材の視点が国民の目を守る政策提言の質を高め、組織としての眼科医会の強みにつながるという先生のメッセージは、山口県の眼科医会活動を担う私たちにとっても大きな励みとなりました。ダイバーシティの推進は「女性のため」ではなく「眼科医療の未来のため」であり「医師の未来のため」であることを強く認識させていただいた、充実した講演でした。白根先生、この度は講演いただきありがとうございました。

[報告：男女共同参画部会副部会長　湧田真紀子]

令和７年度 都道府県医師会
医療事故調査制度担当理事連絡協議会

と　き　令和８年２月20日（金）14：00～15：30
ところ　日本医師会よりWeb配信

［報告：常任理事　縄田　修吾］

藤原日医常任理事の進行のもと、Web 方式で開催された。医療事故調査制度は制度開始から10 年目の節目を迎え、厚生労働省や医療安全調査機構から今後の制度の円滑な運用に向けた提言が示されており、最新の情報を報告することで、各医師会の活動の参考になれば、との趣旨で、当協議会の開催に至った。今回は情報提供を中心とした協議会となるが、次回以降、各地域での取組みと実情を踏まえて協議できる内容を考えている。

冒頭、松本日医会長より、日ごろからの医療安全の取組みへの御礼、当時さまざまな議論を踏まえて各界からの努力で生まれた医療事故調査制度は、事象が起きた医療機関自らが調査して原因究明と再発防止に取り組むという、医療関係者の高い専門性と倫理性に支えられた、世界的にみても稀な制度であること、医療機関の管理者、医師会担当役員、医師会担当職員それぞれの立場で情報を共有して、今後のさらなる医療安全の向上、患者と医療関係者の信頼関係の醸成、円滑な制度運営への尽力をお願いしたい旨の挨拶がなされた。

報告

①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（研究代表者：細川秀一）」報告書について

藤原日医常任理事より、支援団体の役割と現状を含めて、医療事故調査制度の概要説明の後、以下の報告があった。

平成 30 年度・令和元年度厚生労働科学研究「医療事故調査制度における支援団体、連絡協議会の実態把握のための研究」（研究代表者：城守国斗）による報告書（日医 HP 掲載）では、①制度の周知と利用の促進のために管理者を対象とした教育、研修、支援団体の相談体制の充実、②院内調査の手法に関する知見の共有として院内調査の資料、調査報告書の模擬事例の作成や蓄積、③院内調査に係る費用の目安や考え方の検討が、当時の課題として示され、これらの課題の確認と解決の場として中央協議会の活動を活性化することが重要と纏められている。

その後５年が経過し、支援団体の状況の変化が生じていることが予想されたため、医療事故調査を支援する支援団体等の取組みが、医療機関が事例毎に適切な支援を受けられる体制になっているかと、提供される支援の質が確保されているかについて、現状を把握し、今後の支援の提供体制の一層の充実と質の向上を図ることを目的として、改めて令和５・６年度厚生労働科学研究「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」として実施した。本研究では、1）支援を安定して提供するためには支援する人材の確保が課題であること、2）地方協議会が支援団体の情報を更新しつつ把握し、医療機関に情報提供・紹介する体制の構築が重要であること、3）現状で支援団体が行っている多様な取組みを支援団体間で共有し、各団体の自律的な活動の活性化につなげることも重要であること、4）そのためには中央協議会による支援団体相互の意見交換と情報共有が必要であることや、この 10 年で支援団体の中で人の異動などで支援できる環境に変化が生じている可能性もあり、支援団体について改めて確認することも必要ではないかと指摘された。

なお、二つの報告書全文については、日医 HP 掲載されているのでご確認いただきたい。

こうしたことを踏まえて、日本医師会の重点的な取組みとしては、支援団体相互の連絡調整のための当協議会を開催、医療機関管理者に向けたセミナーの充実に一層努めていくための医療事故調査制度「管理者実務者セミナー」（e ラーニング）、支援団体統括者セミナーを開催する。

院内事故調査に役立つよう、日本医師会や日本医療安全調査機構など制度運営に直接関わる団体が作成した３つの資料、研修ワークブック院内調査のすすめ方（日本医師会、2016 年初版）、院内調査の要点 2024（医療安全対策委員会答申）、医療機関内の医療事故の機能的な報告体制構築のための手引き、の活用をお願いする。

②厚生労働省「医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会」報告書及び同報告書を踏まえた今後の対応について

厚生労働省医政局地域医療計画課医療安全推進・医務指導室の門野室長補佐から、1999 年の患者取り違え事例をきっかけに、厚労省における医療安全の取組みが始まり、2001 年に医療安全推進室を設置、2002 年に医療安全推進総合対策を取りまとめられ、国として当面取り組む課題として一番に、医療機関における安全管理体制の整備の徹底が掲げられ、その後、制度創設に向けた議論を経て、2015 年、医療法が一部改正されて医療事故調査制度が施行されたことについて概説があった。

医療機関における医療安全管理体制の整備のための施策が数多くあるが、医療機関での安全管理体制に関して PDCA サイクルを回す、というところで、指針の策定や研修、事故報告の義務付けが法律によってなされている。また、診療報酬等でも、医療安全の推進を行っており、例えば、医療安全対策加算とは、組織的な医療安全対策を実施している保険医療機関を評価する制度である。さらに、再発防止に資する情報提供については、医療事故情報収集等事業や、医療事故調査制度で医療事故調査支援センターにその役割を担っていただいている。

今般、これまでの医療安全に係る施策とその課題を整理し、対応策を検討することを目的に、医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会を５回行ったが、議論をとりまとめた報告書（令和７年 12 月 22 日医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会報告書）を、厚労省 HP に公表しているので確認をお願いしたい。中でも、医療事故調査制度についての懸念事項として、その仕組みの把握と理解不足、医療事故の判断や院内調査の質にばらつきがあること、そもそも制度の趣旨を国民が十分把握していないこと等が指摘されており、これらに対する対応策を促進しているところである。

③日本医療安全調査機構「医療安全の更なる向上を目指す検討会」報告

一般社団法人日本医療安全調査機構（支援センター）の田原専務理事より、以下の報告があった。

支援センターの業務は、医療機関・遺族からの相談対応、センター調査、再発防止、研修実施である。相談の状況は、昨年９月の時点で 18,977 件、センター調査も 300 件近く相談を受けている。「再発防止に向けた提言」を計 21 号発行しており、警鐘レポートも都度公表している。研修として管理者実務者セミナーを行い、累計 8,000 名を超える方が受講している。

今回、10 年目となる調査制度の業務運営の検証と今後の課題を明確にする目的で、第三者視点で、令和７年 12 月に「医療安全の更なる向上を目指す検討会」報告書を公表した。医療事故の判断支援の強化、病理解剖の意義や重要性の啓発活動を含めた院内調査支援の実施、再発防止策の普及啓発、制度の国民への周知、調査期間の短縮の提言、センター調査の透明性をはかるべくマニュアルの公開の検討（もちろん、架空事例として）等を、主な内容としている。

④令和７年度支援団体統括者セミナー

令和７年度は３月１日に日医を拠点に Web 形式で行う。医師会役員、基幹病院の長と安全管理の担当職員のほか、医師会事務職員も対象に含めている。制度の概要や取組み、支援団体の事例報

告を経て、提示されたテーマをもとにグループ討議とする。

質疑・要望

①支援団体のあり方について

埼玉県医師会　支援の依頼を受ける窓口を医療事故調査支援センターに一本化して、そこから各都道府県に支援事業を委託するといった方法を検討してはいかがか。

日医　支援センターは本制度では第三者機関としての位置付けで、身近な医師会が窓口となり、医療機関の実情を踏まえて支えていただくことが制度の本来の趣旨にかなうと考えている。

②「医療事故調査制度」という名称の検討

大阪府医師会　そもそもの名称が制度の円滑な実施の妨げになっているので、名前を変更すべきではないか。

日医　これまでもさまざまに検討された経緯もあるが、今後名称変更の賛否の意見を伺い、適切に対処したい。

③医療過誤による医療事故が発生した時点での警察への連絡・相談について

山口県医師会　医療事故の再発防止に向けた提言第15号「薬剤の誤投与に係る死亡事例の分析」には、36の分析対象事例の概要が記載されており､どこの医療機関でも起こり得ると感じている。誤投与・過量投与により患者が急変し、心肺蘇生を行うも数日後に死亡に至った事例では、医療事故として医療事故・調査支援センターへ報告することになるが、例えば、明らかな医療過誤による誤投与・過量投与によって患者が重篤な状態に陥った状況下で、施設内での報告・検証を踏まえて、家族の同意のもと警察へ相談をされる医療機関もある。実際の医療現場、とりわけ、これまで重大な医療事故の経験のない医療機関では、明らかな医療過誤による医療事故が発生した場合に、事故発生直後から警察への連絡・相談について悩まれる状況もあるかと思われるが､警察への連絡･相談の判断や要否について､助言をお願いしたい。

日医　医療過誤が明確な事案での警察への連絡相談についてどう考えるかとの質問をいただいた。ご承知のように、医療事故調査制度は医療事故への刑事・司法の過度な介入を避けることが制度創設の大きな動機となっていた。基本的な考え方としては過誤が疑われる場合であっても、まずは医学的に詳細な院内調査を行うことと併せて、第三者機関である医療事故調査支援センターに報告することをご遺族に説明し、本制度にのせていただくべきものと考えている。そうした観点からも、医療事故調査制度とその趣旨を広く医療者のみならず国民に周知理解していただく必要があると考え、その対応を国に対して求めており、この制度による院内調査の質を高めていくことが一層重要と考えており、それを支援する支援団体地方協議会の役割は大きいと考えている。

閉会

茂松日医副会長より閉会の挨拶をもって終了。

令和７年度 日本医師会医療情報システム協議会
医療DX新時代
～現状の課題と未来の展望～

と　き　令和８年３月７日（土）14：00～18：15

3月８日（日）　9：30～16：00

ところ　日本医師会　大講堂

1日目（3月7日）

開会挨拶

松本日医会長　令和７年度の協議会のメインテーマは「医療DX新時代～現状の課題と未来の展望～」とした。日本医師会は、医療DXの目的は、業務の効率化や適切な情報連携などを進めることで、国民・患者の皆さんに、より安全で質の高い医療を提供するとともに、医療現場の負担を減らすことだと考えている。そこで、１日目のセッションは、「医療DX－厚生労働省からの現状報告と日本医師会の考え」とした。先の医療法改正では、電子カルテを普及させるために、政府が責任を持って環境整備を行うことが明記された。また、令和８年度診療報酬改定では、医療情報の共有体制整備に重点を置いた加算や、オンライン診療にかかわる加算など、医療DXに関わる加算が整理、強化されることになった。このように、国は医療DXの推進にさらに力を注いでいるが、日本医師会としては、地域医療を守るため「すべての医師が、現状のままでも医療が継続できる」ことを大前提とし、工程表ありきで医療DXを拙速に進めることがないよう、強く主張している。本セッションでは、厚生労働省の各DX施策の担当者から現状報告をいただいた後、日本医師会の考え方を示し、医療現場の声をしっかりと届けたいと考えている。

２日目には、地域医療情報連携ネットワーク、いわゆる「地連（ちれん）ネットワーク」のセッションを用意した。各地連の先生方や地連システムの２大ベンダーからの報告を元に、「地連」と「全国医療情報プラットフォーム」との併用の必要性や、新しい地連のあり方など、現状の課題と未来の展望を考察する。

そして最後のセッションは、「オンライン診療と遠隔医療」である。昨年12月５日に臨時国会での審議を経て「医療法等の一部を改正する法律案」が成立し、オンライン診療が医療法に定義された。今後のオンライン診療に係る新たな制度や国の取組み、オンライン診療と遠隔医療の各地の取組みを報告いただく。

これからの医療においてDXをいかに使いこなしていくべきか、本協議会へご参加の皆様と一緒に考えを深めていきたいと考えているので、最後までご参加をお願いしたい。

最後に、この協議会が先生方にとって有意義なものとなることを祈念して、私の挨拶に代えさせていただく。

Ⅰ．医療DX－厚生労働省からの現状報告と日本医師会の考え

①国が推進する医療DX－標準型電子カルテ進捗状況

厚生労働省医政局参事官（医療情報担当）

木下　栄作

本講演では、国が推進する医療DXの現状と今後の方向性について説明がなされた。医療DXとは、保健・医療・介護の各段階で発生する情報やデータを統合的に活用し、業務やシステムの共通化・標準化を進めることで、より質の高い医療の提供と医療機関の業務効率化を図る取組みである。

政府は2023年に「医療DXの推進に関する工程表」を策定し、全国医療情報プラットフォームの構築、電子処方箋の普及、電子カルテ情報共有

サービスの整備などを段階的に進めている。これにより、医療機関間で診療情報や検査結果、薬剤情報などを安全に共有する仕組みが整備され、患者にとってはより安全で質の高い医療を受けることが可能になると期待されている。

特に重要な取組みとして、電子カルテ情報共有サービスの整備と標準型電子カルテの普及が挙げられる。電子カルテ情報共有サービスについては、2025年より全国10地域でモデル事業が開始されており、課題の検証を行った上で、2026年冬ごろを目途に全国で利用可能となることを目指している。また政府は、2030年ごろまでに概ねすべての医療機関で電子カルテを導入し、患者の医療情報を共有できる体制の構築を目標としている。

一方で、医療DXの推進にあたっては課題も指摘された。現在、多くの医療機関では独自にカスタマイズされたオンプレミス型のシステムを利用しており、システム更新に伴う費用増大や、医療機関ごとの改修負担が問題となっている。こうした状況を踏まえ、今後はシステムの標準化やクラウド化を進めることで、医療機関の負担軽減と持続可能な医療情報基盤の整備が求められている。

医療DXは単なるIT化ではなく、人口減少社会において医療提供体制を維持し、より効率的で質の高い医療を実現するための重要な基盤整備である。今後は医療現場の実情を踏まえつつ、医療機関、行政、関係団体が連携しながら、医療情報の安全な利活用と持続可能な医療体制の構築を進めていくことが重要である。

②オンライン資格確認（マイナ保険証と医療DX）について

厚生労働省医療介護連携政策課長
（医政局、老健局併任）　山田　章平

本講演では、マイナ保険証を中心とした医療DXの現状と今後の方向性について説明が行われた。近年、医療DXは医療提供体制の効率化と質の向上を目指す重要な政策として位置づけられており、その基盤となる仕組みとしてオンライン資格確認やマイナ保険証の活用が進められている。

オンライン資格確認システムについては、医療機関・薬局への導入が急速に進み、現在では義務化対象施設の97%以上で導入されている。これにより、患者の保険資格をオンラインで確認できる体制が整備され、レセプト返戻の減少など医療機関の事務負担軽減にもつながっている。

また、健康保険証からマイナ保険証を基本とする仕組みへの移行が進められており、マイナンバーカードの保有者は１億人を超え、マイナ保険証の登録者も9,000万人を超える状況となっている。利用率も上昇傾向にあり、医療現場におけるデジタル基盤は着実に整備されつつある。

マイナ保険証の活用により、患者の診療情報や薬剤情報、特定健診情報などを本人の同意のもとで医療機関が確認できるようになり、より安全で質の高い医療の提供が期待されている。例えば、重複投薬の回避や既往歴の確認などに活用されるほか、救急現場においては「マイナ救急」として患者情報を迅速に把握し、適切な搬送先の選定や治療につなげる取り組みも進められている。

さらに、スマートフォンを利用したマイナ保険証の利用や、訪問診療におけるモバイル端末での資格確認など、医療DXの利便性向上に向けた新たな仕組みも検討されている。これらの取組みにより、医療機関の事務作業の効率化や医療情報の活用が進むことが期待されている。

一方で、制度の円滑な運用のためには、国民の理解促進や医療現場の負担軽減に配慮した制度設計も重要である。医療DXは単なるシステム導入ではなく、医療提供体制の質と効率を高めるための基盤整備であり、今後も医療現場の実情を踏まえながら、行政と医療関係者が連携して取り組んでいくことが求められる。

③電子処方箋について

厚生労働省大臣官房総務課企画官（医薬局併任）
兼電子処方箋サービス推進室長　徳弘　雅世

本講演では、電子処方箋の導入状況と今後の展望について説明が行われた。電子処方箋は、医療DXを推進する重要な基盤の一つとして令和５年１月に運用が開始され、処方・調剤情報を電子的に管理・共有することで、医療の安全性向上と医療機関・薬局間の連携強化を目的としている。

運用開始から約３年が経過し、電子処方箋の導入は徐々に進展している。令和８年１月時点では、

薬局における導入率は約 88% と高い水準に達している一方、医療機関での導入は病院で約 19%、診療所で約 25% 程度にとどまっており、医療機関側での導入促進が今後の課題とされている。

電子処方箋の導入により、患者の過去の処方・調剤情報を確認することが可能となり、重複投薬や併用禁忌のチェックなどを通じて医療安全の向上が期待されている。また、調剤結果の登録率も８割を超えており、薬剤情報の蓄積と活用が進みつつある。こうした情報の共有により、医療機関と薬局の連携が強化され、より適切な薬物療法の実施につながることが期待されている。

さらに、電子処方箋の機能拡充として、院外処方のみならず院内処方の情報についても電子的に登録・共有する取組みが進められている。これにより、入院患者や外来患者の薬剤情報をより包括的に把握できるようになり、医療機関間の情報連携や薬剤管理の向上が期待されている。

一方で、電子処方箋の普及には、電子カルテとの連携やシステム改修に伴う費用負担などの課題も指摘されている。そのため今後は、電子カルテ情報共有サービスと一体的に導入を進める方針が示されており、医療機関のシステム更新のタイミングに合わせて導入を促進していくことが重要とされている。

電子処方箋は、医療 DX を支える基盤として、今後の医療情報連携の中核を担う仕組みである。今後は医療機関と薬局の双方における利用の拡大を図るとともに、医療現場における実用性や利便性を高めながら、安全で効率的な医療提供体制の構築につなげていくことが期待されている。

④診療報酬改定 DX について

厚生労働省保険局医療介護連携政策課推進官
保険局診療報酬改定 DX 推進室室長代理補
島添　悟亨

本講演では、「診療報酬改定 DX」の取組みについて説明が行われた。診療報酬改定は２年ごとに実施されるが、医療機関やベンダーにおいては、改定のたびに短期間で集中的なシステム改修作業が必要となり、大きな業務負担とコスト増を招いている。こうした課題を背景として、医療 DX の工程表の一環として診療報酬改定 DX が進められている。

現在の医療機関の情報システムでは、診療報酬改定のたびに各ベンダーが個別にレセプトコンピューターの改修を行う必要があり、医療機関・ベンダー双方に大きな負担が生じている。この課題に対応するため、国は診療報酬算定や窓口負担金計算を共通のプログラムで処理する「共通算定モジュール」の開発を進めており、令和８年６月から本格運用が予定されている。

共通算定モジュールは、診療報酬点数の計算や患者負担金の算定を共通の仕組みで処理するものであり、支払基金のマスターと連携することで全国共通の計算基盤として機能する。これにより、診療報酬改定時のシステム改修負担の軽減や、医療機関の事務作業の効率化が期待されている。さらに、生活保護や公害医療などの公費負担医療や自治体の医療費助成制度にも対応できる仕組みとなっている。

また、共通算定モジュールはクラウド型レセプトコンピューターとの連携を基本としており、国が示す標準仕様に基づいてシステムのモダン化が進められている。これにより、システム更新や疑義解釈への対応が容易となり、医療機関やベンダーの運用負担の軽減が期待されている。

今後は、共通算定モジュールに請求支援機能を追加し、レセプト請求までを一体的に処理できる仕組みの整備が予定されている。さらに労災や自賠責などの計算機能との連携も検討されており、診療報酬請求業務のさらなる効率化が見込まれている。

診療報酬改定 DX は、単にシステムを更新する取組みにとどまらず、医療機関の事務負担を軽減し、医療提供体制全体の効率化を図るための重要な基盤整備と位置付けられている。今後は、全国医療情報プラットフォームなど医療 DX の他の施策とも連携しながら、医療情報基盤の整備を進め、医療機関における業務効率化と持続可能な医療体制の構築につなげていくことが期待される。

⑤国が推進する医療 DX に対する日本医師会の考えと取り組み

日本医師会常任理事　長島　公之

本講演では、国が推進する医療 DX に対する日

本医師会の基本的な考え方と、今後の医療情報基盤整備の方向性について総括的な説明が行われた。医療DXとは、デジタル技術を活用して医療の質向上と業務効率化を同時に実現する取組みであり、日本医師会はその目的を「国民・患者に安全で質の高い医療を提供すること」と「医療現場の費用・業務負担の軽減」として位置付けている。

日本の医療を取り巻く環境は、急速な高齢化、慢性疾患の増加、医療技術の高度化、医療情報量の増大など大きく変化している。また、医療従事者の不足や地域偏在、働き方改革への対応、さらには災害や新興感染症への備えなど、多くの課題を抱えている。こうした状況の中で、医療情報の標準化と共有を進める医療DXは、今後の医療提供体制を支える重要な基盤として位置付けられている。

一方で、日本医師会は医療DXの推進にあたり、スピードのみを重視して拙速に制度を進めるべきではないとの立場を明確にしている。医療は国民の生命と健康に直結する分野であり、システム導入に伴う混乱や負担が医療現場に生じれば、地域医療の維持そのものに影響を及ぼしかねない。そのため、「すべての医師が現在の環境のままでも医療を継続できること」を大前提とし、医療現場を取り残さない形で医療DXを進めるべきであると強調された。

講演では、医療DXの主要施策として、標準型電子カルテ、電子カルテ情報共有サービス、オンライン資格確認、電子処方箋、診療報酬改定DXなどが紹介された。これらは個別に導入されるものではなく、医療情報の標準化やデータ連携を通じて一体的に機能することが重要であるとされている。

特に電子カルテについては、国が普及率100%を目標として掲げているが、日本医師会が実施した調査では、紙カルテを利用している診療所の多くが電子カルテ導入に困難を感じていることが明らかとなっている。ITへの不慣れ、導入・維持費用の負担、サイバーセキュリティ対策、システム障害への不安などが主な理由として挙げられており、電子化を一律に義務化することは地域医療の維持に支障をきたす可能性があると指摘された。

そのため、日本医師会は電子カルテの導入を強制するのではなく、電子化を希望する医療機関が無理なく導入・維持できる環境整備を進めることが重要であると提言している。また、紙カルテを使用している医療機関であっても、医療DXによる情報共有のメリットを享受できる仕組みを整備することが必要であるとされた。

オンライン資格確認については、全国の医療機関の協力により短期間でほぼすべての医療機関に導入され、全国をつなぐ医療情報ネットワークが構築されたことが紹介された。この基盤は災害時や救急医療においても有効に活用されており、患者の薬剤情報や診療情報の確認を可能とするなど、医療の安全性向上に寄与している。

また、日本医師会としては、医療DXの推進に伴う医療機関の費用負担や業務負担の増大についても強い懸念を示しており、システム導入や機器更新、サイバーセキュリティ対策などに必要な費用については、国による十分な財政支援が不可欠であると強調された。

今後の医療DXの推進にあたっては、工程表ありきで急速に進めるのではなく、実証事業や現場の評価を踏まえながら段階的に進めることが重要であるとされた。世代交代や技術の進歩に伴い、医療DXは将来的に着実に普及していくと考えられるが、その過程において医療機関や医療従事者、さらには患者を含め、誰一人取り残さない形で制度設計を行うことが求められている。

本講演は、国が進める医療DXの方向性を踏まえつつ、日本医師会として医療現場の実情を反映させながら政策形成に関与していく姿勢を示すものであった。医療DXは単なるデジタル化ではなく、日本の医療提供体制を将来にわたり持続可能なものとするための重要な基盤であり、今後も医療現場の声を踏まえた慎重かつ着実な推進が求められる。

パネルディスカッション

講演後の質疑応答では、医療DXの具体的な運用や今後の方向性について、各地の医師会から多くの質問が寄せられた。主な論点は、電子処方箋の実務負担、電子カルテ情報共有サービスにおける情報公開の範囲、医療DXにおけるAI活用、

医療・介護情報基盤の連携、さらにクラウド化に伴う医療機関の負担などであった。

電子処方箋については、紙処方から電子処方箋管理サービスへ登録する際の作業負担について質問があり、導入当初は処理時間がかかるとの意見が多かったものの、昨年のシステム改良により、現在は処理時間に関する不満はかなり減少しているとの説明があった。電子処方箋は薬剤情報の共有を通じて重複投薬や併用禁忌の防止につながる重要な仕組みであり、今後は電子カルテ情報共有サービスとの連携を進めながら普及を図っていく方針が示された。

また、電子カルテ情報共有サービスにおいて、病名などの情報を患者にどのように開示するかについても議論が行われた。現在進められている「3 文書 6 情報」の共有では、患者が閲覧する情報と医療機関間で共有する情報をどのように整理するかが課題となっている。特に病名などの情報は患者が誤解する可能性もあるため、モデル事業を通じて運用方法を検討しており、医療現場の負担を増やさない形での仕組みづくりが進められている。

医療 DX と AI 活用についても質問があり、電子カルテへの AI 導入により診療録作成の効率化や医療安全の向上が期待される一方、生成 AI 特有の誤情報（ハルシネーション）などへの対策が必要であるとの指摘があった。これに対し、日本医師会及び関係機関では、医療分野で安全かつ信頼性の高い AI 活用を進めるための研究や環境整備が進められており、標準型電子カルテの将来的な機能として AI との連携も視野に入れて検討が進められているとの説明があった。

さらに、医療 DX を進める上では医療分野だけでなく介護分野との連携も重要であるとの指摘があり、介護情報基盤の整備やケアプランデータ連携などを通じて医療と介護の情報共有を進めていく方針が示された。訪問看護指示書などの情報も今後データの標準化を進めながら共有していく方向で検討されており、医療と介護の連携を強化することで地域包括ケアの推進につなげていくことが期待されている。

医療 DX の基盤として整備が進む全国医療情報プラットフォームと介護情報基盤の連携についても質問があり、医療と介護の情報連携については今後具体的な議論を開始する予定であるとの説明があった。また厚生労働省では医療 DX を一体的に推進するための組織体制の見直しも検討されており、医療 DX に関する政策をより横断的に進める方向が示された。加えて、クラウド化の進展に伴う医療機関のコスト負担についても懸念が示された。医療 DX の推進によりシステムの標準化や効率化が期待される一方で、クラウド利用に伴う新たなランニングコストやネットワーク環境整備の負担が生じる可能性がある。これに対しては、医療機関の実情を踏まえながら、できる限り負担を軽減する形で制度設計を進めていく必要があるとの認識が示された。

今回の質疑応答では、医療 DX の推進に対する期待とともに、医療現場の負担や運用面の課題に対する懸念も多く示された。医療 DX は医療の質向上や業務効率化に資する重要な取組みである一方、医療機関の現場に過度な負担を生じさせない制度設計が不可欠である。今後もモデル事業や実証を通じて現場の意見を反映させながら、段階的に制度を整備していくことの重要性が改めて確認された。

[報告：理事　白澤　文吾]

2 日目（3 月 8 日）

Ⅱ．地域医療情報連携ネットワークの現状の課題と未来の展望

①医療 DX の全国医療情報プラットフォームと地域医療情報連携ネットワーク

日本医師会常任理事　長島　公之

全国医療情報プラットフォーム（以下、全国 PF）を広域的な基本情報を共有する「新幹線・高速道路」とするならば、地域医療情報連携ネットワーク（以下、地連 NW）は電子カルテの詳細データや画像、介護連携などの地域密着型情報を扱う「ローカル線・生活道路」である。日本医師会は、これら両者の併用が地域医療において不可欠であると一貫して主張している。

政府も医療 DX を推進しており、令和 8 年度の診療報酬改定では「電子的診療情報連携体制整備加算」を新設した。この算定には、マイナ保険証の利用や電子処方箋の導入に加え、地連 NW へ

の参加が要件として明記され、その活用が強力に後押しされている。日医総研の調査（2024 年度）では、地連 NW の参加施設数や登録患者数は増加傾向にあり、業務負担軽減などの成果も上がっている。

一方で、課題も散見される。全国 PF の構築に伴い、地連 NW が不要になるとの誤解から自治体の補助金が削減されたり、維持・更新費用の捻出に苦慮する運営主体が少なくない。現場では全国 PF との二重対応による「重複投資」への懸念も強く、セキュリティ対策の強化も急務となっている。システムの持続可能性を保つためには、医療機関への報酬算定の周知とサポートを通じた財政的な裏付けが重要である。

今後の地連 NW のあり方について、日医は全国 PF との明確な機能分担と連携、標準型電子カルテへの対応、PHR（パーソナルヘルスレコード）との連携、データ利活用の推進が必要であるとしている。これらの課題解決に向け、システム事業者には国の方針への迅速な技術対応とともに、医療現場の費用負担や業務負担を軽減するサービスの開発が強く求められている。

②ひろしま医療情報ネットワーク（HM ネット）：生き残りを懸けた試み ー AI 胸部 X 線画像診断支援システムの共同利用などー

広島県医師会常任理事　藤川　光一

HM ネットは、高度な ICT 活用により地域医療連携の質と効率を飛躍的に向上させている。その中核の一つが、AI 診断支援システム「CXR-AID」の共同利用である。VPN 経由で胸部 X 線画像を解析し、異常所見をヒートマップ等で可視化する。非専門医の検出感度を約 20% 向上させるなど確かな実績を上げており、高額なシステムを無料で利用できる点は、医師会員獲得の強力なインセンティブとなっている。今後は肺 CT や MRA への対象拡大も予定されている。

多職種連携を支える「HM-Box」は、セキュアな環境でのファイル共有や同時編集を可能にするシステムである。オンライン診療や薬局の疑義照会、介護現場から行政への報告業務のデジタル化（脱 FAX・脱郵送）を推進し、業務効率化を通じて在宅医療・介護系会員の増加に大きく寄与している。また、「医療データ特急便」は、大容量の医用画像を短時間で安全に伝送する仕組みである。専門医への緊急読影依頼や救急搬送時のデータ事前提供に活用され、地域医療のスピードと質の向上を実現している。

さらに、利便性を高める２つの次世代プロジェクトも進行中である。一つは、患者がアプリ「ひろしま健康手帳」を通じて自ら検査データの開示要請を行う、患者参加型の「検査データ共有システム」である。もう一つは、物理媒体を廃止する「Zero Media Project」である。CD-ROM を介さず、未登録患者を含めたオンライン画像授受を数十秒から数分で完結させる仕組みを構築し、事務負担の軽減と迅速な診療を目指している。

これらの取組みは、単なる情報の閲覧に留まらず、AI による診療支援や業務プロセスの抜本的な改善を具現化しており、地域医療情報ネットワークの先進的なモデルケースとなっている。

③地域医療情報連携ネットワークの新しい使い方

東北大学病院医療データ利活用センター長
東北大学災害科学国際研究所教授　藤井　　進

医療現場では、医師不足や働き方改革への対応として医療 DX の推進が期待される一方、巧妙化するサイバー攻撃が深刻な脅威となっている。各医療機関が自力で高度なセキュリティ対策や IT-BCP（事業継続計画）を講じるには、コストや専門人材の不足が大きな障壁となる。こうした中、地連 NW が、個別の病院では導入困難な高度システムを「共同利用」する基盤として、新たな役割を担い始めている。具体的な取組みの一つが、サイバー攻撃を「内部偵察」の段階で早期検知する「ディセプション（おとり）技術」の導入である。地連 NW のセンターから各施設へデコイを展開することで、誤検知を抑えつつ、低コストで地域全体の防御力を底上げする。また、クラウド型 AI の安全な利用に向けては「仮想ブラウザ」を活用する。インターネットから隔離された電子カルテ端末でも、地連 NW を介した画面転送方式を採用することで、セキュリティを担保しつつ最新の AI サービスを共同利用できる環境を構築している。

さらに、有事の診療継続に欠かせない IT-BCP 訓練においても、地連 NW が AI 評価支援システムを提供する。AI が訓練の進行や評価を自動化し、地域内で対応ノウハウを共有することで、災害や攻撃に対するレジリエンス（回復力）を高めることが可能である。

将来的に地連 NW は、高精度な構造化データや PHR が集積するプラットフォームへと進化し、リアルワールドデータ（RWD）の活用による治験の効率化や創薬、次世代 AI 開発の基盤としての役割が期待される。地連 NW は、医療 DX の推進とサイバーリスク対応という相反する課題を解決し、持続可能な地域医療体制を支える不可欠なインフラへと変貌を遂げようとしている。

④しまね医療情報ネットワーク（まめネット）

NPO しまね医療情報ネットワーク協会副理事長
島根県立中央病院病院長　小阪　真二

島根県の「まめネット」は、1998 年以来の長年の実証を経て構築された、医療・介護・在宅の多職種間を結ぶ双方向の情報連携インフラである。その最大の特徴は、基盤とサービスを切り離した「上下分離方式」にある。ネットワーク基盤や基本システムは行政（島根県）と NPO 法人が公費等で維持し、個別の連携アプリケーションの利用料は、施設側が病床数に応じた「応能負担」で支払う仕組みである。この合理的な費用負担モデルにより、小規模な診療所から大規模病院まで無理なく参加でき、持続可能な運営体制を確立している。

技術面では、全国標準規格 SS-MIX2 を活用したベンダーフリーな環境を実現し、特定の電子カルテメーカーに依存しない連携を可能にした。また、病院からの一方的な情報開示にとどまらず、診療所からのデータアップロードも可能な双方向型の「連携カルテ」を構築している。HPKI（医師資格証）による電子署名や DICOM 画像の添付、オンライン予約機能までを統合した紹介状作成機能は、転院調整の円滑化や平均在院日数の短縮といった具体的な成果を上げている。

特に高齢化社会において重要なのが、強力な「医療・介護連携」機能である。市町村が保有する介護認定情報や主治医意見書のオンライン共有、診療報酬の算定対象となるケアプランの電子交換、さらには訪問看護指示書等の多様な文書のデジタル化（汎用文書送受信）を実現した。これにより、ケアマネジャーや訪問看護師が直面していた郵送や持参といったアナログな業務負担を劇的に軽減し、多職種がリアルタイムに情報を共有できる環境を整えている。

2026 年時点で 1,000 以上の施設が参加する「まめネット」は、単なる閲覧システムを超え、患者中心の「地域包括ケアプラットフォーム」へと進化を遂げた。公的支援と利用者負担を組み合わせた運営モデルや、現場の業務効率化に直結する多彩なサービスは、地域医療のパラダイムシフトを支える全国のモデルケースとして、今後の重要性がますます高まっている。

⑤ HumanBridge が実現する地域医療と地域連携システム構想～医療 DX と持続可能な医療へ～

富士通 Japan 株式会社ヘルスケア事業本部
第二ヘルスケアソリューション
事業部シニアディレクター　柳原　毅志

2040 年に高齢者人口がピークを迎える中、限られた医療資源の効率的な活用が不可欠となっている。富士通 Japan は、国が進める全国 PF と、自社の地連 NW システム「HumanBridge」を組み合わせることで、持続可能な地域医療の実現を目指している。その戦略は大きく３つの方向性に集約される。

第一に、運用の活性化と利便性の向上である。SaaS 化によるコスト削減や被保険者番号による自動紐付け機能により導入障壁を下げている。東京での救急搬送前の情報共有や岡山での遠隔診療など、先進的な活用事例も蓄積されている。特筆すべきは、システム上で参照されるデータの約４割が「医師や看護師の記録（主観的情報）」であるという分析結果である。全国 PF が担う標準的な情報（３文書６情報）だけでなく、現場の記録こそが地域連携において極めて重要な役割を果たしていることが実証されている。

第二に、全国 PF との明確な役割分担である。全国 PF が広域で標準的な基本情報を共有するインフラであるのに対し、地連 NW は画像や詳細な経過記録、介護・福祉職を含む多職種間の密

で実務的なやり取りを支える。両システムの一元的な閲覧には技術的なハードルがあるが、現場の負担を最小限にする業務フローの設計が重要である。

第三に、デジタル技術による地域資源の最適化である。地域全体を一つの経営母体と捉え、医療機関同士の検査枠のマッチングによる稼働率向上や、徳島県での電子カルテと AI デマンドバスの連携（送迎待ち時間 50% 削減）など、医療の枠を超えた最適化を推進している。

富士通 Japan は、単なるカルテ共有から脱却し、地域の「空間・ヒト・情報・モノ」を最適配分するプラットフォームへと HumanBridge を進化させ、地域特性に寄り添った伴走型の支援を強化していく方針である。

⑥庄内地域における地連ネットワーク

日本海総合病院病院統括医療監
地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構理事長
島貫　隆夫

山形県庄内地域で稼働する「ちょうかいネット」は、システム基盤に「ID-Link」を採用し、医師の診療録（プログレスノート）の完全開示と画像データのダウンロード許可を最大の特徴としている。現在、地域人口の約３割にあたる約 7.5 万人が登録し、363 施設が参加する地域医療・介護の不可欠なインフラとなっている。

本ネットワークの最大の強みは、要約ではない「生の情報」の共有にある。年間アクセス実績では診療録の閲覧が最も多く、医師や看護師だけでなくケアマネジャーからも、リアルタイムな経過記録が正確な説明や効率的なケアプラン作成に役立つと高く評価されている。また、救急現場では「EMS 機能」により搬送前に CT 画像を共有することで、到着後即座に手術を開始できる体制を構築し、救命率向上に直結させている。スマートフォンによるセキュアな画像参照は、医師の迅速な意思決定を助け、働き方改革にも寄与している。

運用面では、参照側の利用料を無料とし、開示病院の負担もメリットに見合う範囲に抑えることで持続可能性を確保している。さらに、山形県内全域や秋田県との県境を越えた連携に加え、2024 年からは全国共通の患者 ID を活用した「全国 ID-Link EHR」をスタートさせ、大規模災害時にも対応可能な広域連携のレールを敷いている。

国の全国 PF との関係については、ちょうかいネットは、標準的な基本情報を広く扱う国のシステムに対し、画像や日々の詳細な経過記録といった「深層情報」を扱う役割を担う。これらは補完関係にあり、共有コンテンツの密度において明確に差別化されている。将来的には両者が API 等を通じてシームレスに連携し、全国的なインフラと地域密着型の高機能なネットワークが共生することで、より質の高い医療提供体制が実現することが期待される。

⑦全国医療情報プラットフォームとの役割分担～ユニオン連携の深化と「全国 ID-Link EHR」

株式会社エスイーシー取締役
情報処理事業本部本部長　伊藤　龍史

医療 DX において、全国 PF は「広く・浅く」基本情報を網羅し、地連 NW（ID-Link 等）は「深く・速く」詳細な経過や画像を共有する役割を担う。両者は、「何という病気か（基本情報の把握）」と「どう治療されてきたか（詳細な経過把握）」という視点で、互いに補完し合う関係にある。

ID-Link が提唱する「ユニオン」は、地理的制約を超えて「治療・ケアの目的」を共有する共同体である。これを全国規模に拡張した「全国 ID-Link EHR」では、紹介先の病院が診察前から紹介元の画像や詳細な記録を閲覧でき、情報の断絶がないスムーズな診療が可能になる。さらに、意識不明時の緊急閲覧機能や、大規模災害時に被災者情報を自動開放する「災害モード」を備えており、遠隔地での急病時でも迅速かつ安全な治療を実現する。

また、急性期病院から在宅介護までの全記録を時系列で一覧表示する「統合タイムライン」は、切れ目ない地域包括ケアの基盤となる。ここに本人の価値観や生活習慣などの PHR を「3 軸目（奥行き）」として加えることで、「どう生きたいか」という患者の意思に寄り添う全人的な医療・ケアが可能になる。

将来的には、蓄積された質の高いデータに生成 AI を導入することで、さらなる価値を創出する。具体的には、紹介状や退院サマリの自動生成によ

る事務負担の 50% 削減、類似症例に基づく意思決定支援（CDS）や重症化リスクの早期検知、さらにはデータに基づく病院経営の最適化などが期待される。このように地連 NW は、単なる情報共有の枠を超え、AI とデータを活用して医療の質と効率を飛躍的に高める「価値創造プラットフォーム」へと進化しようとしている。

Ⅲ．オンライン診療と遠隔医療－現状の課題と未来の展望

①医療法改正－オンライン診療

厚生労働省医政局総務課
保健医療技術調整官　九十九悠太

わが国は、2040 年に向けた医療・介護需要の急増と従事者不足という「2040 年問題」に直面している。これに対応するため、令和７年の医療法改正及び令和８年度の診療報酬改定を通じて、医療提供体制の抜本的な改革と医療 DX の推進が進められている。

改正法（令和７年法律第 87 号）の柱は、入院から在宅までを包括する「新たな地域医療構想」の推進、医師偏在の是正、そして医療 DX の法的基盤の整備である。特に医師偏在対策では、都道府県が不足区域への派遣を強化する一方、過多区域での開業希望者に対し不足機能の提供を要請・勧告し、従わない場合は保険指定期間を短縮できる強力な仕組みが導入された。また、医療 DX では電子カルテ情報の共有が法的に義務付けられ、社会保険診療報酬支払基金がその運用母体として改組された。

診療報酬面では、オンライン診療が適正に評価・推進されている。看護師が患者の自宅等で補助を行う「訪問看護遠隔診療補助料」の新設や、専門医と主治医が連携する「遠隔連携診療料」の対象拡大（指定難病や希少がん等）により、専門的な医療へのアクセスが強化された。一方で、不適切な処方を防ぐための電子処方箋の活用や、医療広告ガイドラインの遵守といった施設基準も厳格化された。

大きな転換点は、オンライン診療が医療法上に明確に規定され、公民館や施設等で受診できる「オンライン診療受診施設」が法的に創設された点である。これにより、厳格な開設許可を要さず届出のみで受診場所の設置が可能となった。管理者は清潔さやプライバシー、セキュリティの確保に義務を負い、行政による立入検査や是正命令の対象となる。

今回の改革により、オンライン診療は「特例」から、法的根拠に基づく「日常的な医療インフラ」へと進化を遂げた。医療 DX との融合により、へき地や介護施設、職場などあらゆる生活の場で、質の高い医療へアクセスできる持続可能な体制の構築が期待されている。

②オンライン診療の現状
～休日診療所・郵便局等でどう活用するか～

山口県立総合医療センター
へき地医療支援センター診療部長　原田　昌範

山口県は本州最多の有人離島と過疎地を抱え、医師偏在や後継者不足が深刻な「課題先進地域」である。こうした環境で医療を持続させるため、県は遠隔医療を重要な手段と位置づけ、「離島・へき地でも持続可能な地域包括ケアシステムの構築」を推進している。

その中核となるのが、患者側に看護師等が同席して医師のオンライン診療を補助する「D to P with N（Doctor to Patient with Nurse）」体制である。IT 操作が困難な高齢者をサポートし、看護師がバイタル測定や身体所見の取得、医師の説明の補足を行うことで、遠隔地からでも精度の高い診療と患者の安心を両立させている。この体制は、離島の郵便局空きスペースの活用や、専用車両による巡回診療、対面とオンラインを交互に行うことによる医師の移動時間削減など、地域ニーズに合わせた多様な形で実装されている。また、地域外の医師を活用した休日夜間対応や、病院内で専門医と連携する「来院型」など、地域資源を組み合わせた柔軟な運用が成果を上げている。

こうした平時からの取組みは、健康危機や自然災害などの「有事」における強力な備えとなる。新型コロナ対応や能登半島地震での経験を踏まえ、衛星通信（スターリンク）の活用や非常用ブースの導入など、常に迅速に動ける体制を平時から構築しておくことが重要である。

これらの山口県での長年の実証や研究成果は、国の制度にも反映されている。令和８年度の診

療報酬改定では、「訪問看護遠隔診療補助料」の新設や、遠隔連携診療料の算定場面の拡大など、遠隔医療の持続可能性を支える財政的な裏付けが大きく前進した。

オンライン診療は、単なる効率化のための「引き算」ではなく、地域医療の質を向上させる「足し算」である。多職種連携や地域資源を土台とし、デジタル技術を適切に組み合わせることで、離島・へき地を含めたあらゆる場所で質の高い医療を受けられる環境の確立が期待される。

③ D to P with N 型オンライン診療の現状と近未来に向けた取り組み

仙台市医師会会長　安藤健二郎

オンライン診療の一形態である「D to P with N」は、看護師が同席することで質の高い診察が可能となる一方、これまでは診断精度への不安から普及が進まなかった。仙台市医師会はこれを解決するため、産学官連携による新たなモデル構築に取り組んでいる。

象徴的な取組みが、高性能通信機と医療機器を搭載した「診療カー」である。テレプレゼンスシステム「窓」を用いて等身大の医師を映し出し、対面診療に限りなく近い臨場感を提供する。また、非圧縮で心音・肺音を伝送する遠隔聴診システムにより、専門医が対面と同等の精度で診断できる環境を整えている。これにより、気仙沼市での試行や CEATEC 2025 でのデモンストレーションなどを通じて、その有効性が実証された。

普及に向けた「コストの壁」への対策として、市販のオーディオインターフェースやマイク、汎用の Web 会議システムを組み合わせた、数万円程度の手作りシステムも開発した。心音などの生体音を「音楽」として捉え、Zoom などの「高忠実度音楽モード」を活用し、通常はノイズとして消去される低周波の聴診音を劣化なく医師へ届けるノウハウを確立した。

この D to P with N モデルは、過疎地の日常的な医療提供だけでなく、災害医療においても極めて強力なツールとなる。衛星通信（スターリンク）やバッテリーを備えた診療カー、あるいは安価で持ち運び可能なシステムを用いることで、インフラが寸断された被災地でも即座に質の高い診療を展開できる。

仙台市医師会の取組みは、最新テクノロジーと現場の創意工夫を融合させることで、オンライン診療を「不十分な代替手段」から、平時・有事の双方で機能する「信頼される標準的な医療インフラ」へと進化させている。

④遠隔 ICU の社会実装における診療報酬の課題と AI による機能拡張

横浜市立大学附属病院
集中治療部部長　高木　俊介

日本の集中治療領域は、専門医不足（充足率 41%）や看護師不足による病床削減、不十分な監視による医療事故といった深刻な構造的課題に直面している。これに対し、横浜市立大学などが推進する「遠隔 ICU（Tele-Critical Care）」が、限られたリソースを最大化する解決の切り札として注目されている。

遠隔 ICU は、支援センターの専門医らがリアルタイムに生体情報や画像を確認し、現地の医療チームを後方支援する仕組みである。横浜市立大学のネットワーク（計 61 床）では、導入後に夜間・休日の主治医へのコールが激減し、現場の負担が劇的に改善された。臨床的にも、人工呼吸器装着日数の短縮や死亡率の低下といった確かな成果を上げており、全国で導入検討が進んでいる。

しかし、普及には診療報酬上の大きな壁がある。現行の「特定集中治療室遠隔支援加算」は、医師 1 名に対し患者 30 名という厳格な配置基準により、人件費等のコストが収益を上回る「構造的赤字」を招いている。持続可能な運営のためには、ガイドラインでも有効性が示されている「60 対 1」への基準緩和や、実質的に重症患者を担う HCU（ハイケアユニット）への対象拡大、地域要件の柔軟化が不可欠である。

2040 年を見据えた未来像として、集中治療は AI と共創する「予測型医療」への転換が求められる。カメラ映像から「せん妄」や危険行動の予兆を非接触で検知する技術や、膨大な生体データからリスクをリアルタイムに抽出する AI の実装研究が進んでいる。テクノロジーによって人間を単純な監視業務から解放し、「人間にしかできないケア」に集中できる環境を創出することこそが、

持続可能な集中治療体制を構築する鍵となる。

⑤遠隔手術の実用化に向けての展望と課題

弘前大学医学部附属病院消化器外科
准教授　諸橋　　一

積雪地や離島などの医療格差を解消し、全国で質の高い外科治療を可能にする「遠隔手術」の実用化が目前に迫っている。遠隔手術は、外科医が操作台（コックピット）から高速ネットワーク越しに、離れた場所にいる患者側の手術支援ロボットを操作する技術である。

日本外科学会は 2020 年に「遠隔手術推進プロジェクト」を立ち上げ、産官学連携で強力な推進体制を構築した。2021 年から 2025 年にかけて、商用回線や学術ネットワーク（SINET）等を用いた世界最多の 20 回に及ぶ社会実証実験を実施。安全な手術に不可欠な「体感遅延 0.1 秒以下」に対し、国内の通信環境では２～ 55 ミリ秒という極めて低い遅延時間を実現した。国産ロボット「hinotori」や「Saroa」、次世代ネットワーク「IOWN」の活用により、技術的な実現可能性は既に証明されている。これらの成果は、2022 年の日本版、2024 年の世界初となる英語版ガイドライン発行へと結実し、日本が世界のルール作りを牽引している。

実用化に向けた今後の課題は、安全性、経済性、倫理性、技術革新の４点に整理される。具体的には、通信遮断時のバックアップ回線確保や現地医師への引き継ぎ体制の構築、高額な専用回線コストの解消、遠隔指導に対する診療報酬制度の整備、そしてトラブル発生時の責任所在の明確化が急務となっている。

遠隔手術が普及すれば、患者は地元にいながらトップクラスの専門医による高度な治療を受けられ、大都市への移動負担が劇的に軽減される。また、地域の医師にとっては、遠隔地にいながら専門医の直接指導を受けられるため、外科医不足の解消や技術習得に直結する。指導医側にとっても移動時間を削減できるため、医師の働き方改革に大きく寄与する。

「日本全国どこでも遠隔手術が可能」な技術的土台は既に整っている。今後は運用・制度面の課題を一つひとつクリアすることで、誰もが安心して高度な外科医療を享受できる社会の実現が期待される。

［報告：副会長　中村　　洋］

山口県医師会メールマガジンのお知らせ

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

メールマガジン配信をご希望の方は、①又は②の方法でご登録ください。

①スマートフォンの方

右の QR コードからアクセスし、必要事項を入力してください。

②パソコンの方

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

（折り返し、登録に関するご案内をお知らせいたします。）

・本メールマガジンは配信専用です。

・ご連絡いただきましたメールアドレスは本事業でのみ利用し、他に提供はいたしません。

令和 7 年度 全国医師会勤務医部会連絡協議会

勤務医が生き生きと活躍できる場を作る
～混沌を成長の機会に～

と　き　令和 7 年 11 月 8 日（土）10：00 ～ 17：15
ところ　ホテルメトロポリタン盛岡　NEW WING
　　　　4 階メトロポリタンホール
主　催　日本医師会
担　当　岩手県医師会

特別講演Ⅰ
日本医師会における勤務医支援に向けた取り組み

日本医師会会長　松本　吉郎

日本医師会は勤務医への姿勢を一貫して重視しており、会員の６割が勤務医であることからも、その意見を医療界全体の運営に反映させることが重要だとしている。地域医療を支えるため、各地の医師会や勤務医部会の活動への参加を促し、勤務医の声を十分に取り入れる体制を整えてきた。特に診療報酬や補助金、勤務環境の改善、専門医教育など勤務医に直結する課題には、医師会として積極的に取り組む姿勢を示し、個々の問題だけでなく制度全体を改善する必要性を強調している。

働き方改革や診療報酬改定など、足元の課題は大きい。大学病院では診療・研究・教育の負担が重く、開業医側が地域の外来・救急・保健業務などを担うことで大学病院の役割を支えるべきだと医師会は主張している。地域医療を維持するため、初期救急から母子保健、学校保健、産業医、がん検診など幅広い活動を医師会が中心となって展開し、勤務医と連携しながら地域を支える体制を構築している。

しかし医療機関の経営状況は極めて深刻で、物価上昇 12% に対し診療報酬は５年間で２% しか伸びていない。利益率は診療所で中央値１～ 2% 台、病院では赤字が６～７割に達し、倒産や閉院が急増している。特に人件費の上昇や人員配置基準の厳格さから病院はコスト削減が困難で、質の低下を招かずに運営を続けることはますます難しくなっている。大学病院も年間数億規模の赤字を抱え、国家的に守るべき基幹機能が危機に瀕している。

こうした状況の中、診療報酬の大幅な引上げこそが必要だと医師会は主張している。財務省は医療費抑制姿勢を強め、外来や入院のアクセス制限、スイッチ OTC 化、生活習慣病管理料の見直しなど、受診回数削減につながる施策を進めようとしている。医師会はこれに強く反対し、物価・賃金上昇に応じた診療報酬改定の必要性を訴え、骨太方針で物価・賃金への対応が明記された点を成果としつつも、財務省の抵抗は依然強いとして警戒を示している。

医師偏在やキャリア形成についても、若手を法的に縛るような手法には反対しつつ、地域で働く医師を支えるための開業支援や全国的なマッチング支援、日本医師会ドクターバンクの充実、保険診療実績の確保など、多面的な取り組みが進められている。地域医療構想でも、急性期拠点病院の数を一律に決めるのではなく、地域の実情やアクセスを踏まえた柔軟な判断が必要だとしている。

医師会は、医師が健康に長く働き続けるための環境整備、医療の質の維持向上、地域医療の継続を重視し、勤務医委員会などを通じて引き続き勤務医と一体となって課題に取り組む姿勢を示した。医療の持続性のためには、開業医・勤務医の立場を越えて医師全体が協力し、国民の医療を守るためにともに行動することが不可欠だとして講演を締めくくった。

［報告：常任理事　茶川　治樹］

特別講演Ⅱ

南部美人の挑戦－混沌とした時代を切り開く－

（株）南部美人五代目蔵元
代表取締役社長　久慈　浩介

岩手県二戸市にある南部美人という酒蔵の五代目蔵元で、岩手県酒造組合の会長も務めている久慈浩介 社長が、自身の酒造りや地域の魅力、そして世界への挑戦について熱く語られた。

まず、岩手県の広さと人口の少なさについて触れ、二戸市の特産品である漆の生産量が日本一（国内の漆の 9 割が中国産で 1 割が国産。その 70% が二戸市で生産）であることを紹介。漆の用途は多岐にわたり、国宝の日光東照宮や金閣寺の修繕に使われていることもあり、地域の誇りとなっている。こうした地域の伝統産業とともに、南部美人も国内外のコンテストで高い評価を受けており、イギリスのインターナショナルワインチャレンジで世界一に輝いたこともある。

南部美人は、66 か国に輸出され、南極大陸を除く全ての大陸で飲まれ、ユダヤ教の食事規定に適合したコーシャ認証や、完全菜食主義者（ビーガン）認証を取得し、健康志向や宗教的なニーズにも応えている。また、コロナ禍では消毒用アルコールの製造も行い、社会貢献を果たすとともに、その後はその免許を使って、クラフトジンやクラフトウォッカを製造し、今ではウイスキーの免許をとってその製造も始めている。

久慈社長の蔵には経営理念があり、1902 年に創業した初代が残した家訓「品質一筋」の 4 文字で、これを守りながら 5 代目の社長までずっと酒造りを続けている。日本酒が一番売れたのは昭和 47 年で、社長が生まれた時代。そこから 53 年経って、4 分の 1 程度に減っており、そうした中で、普通の日本酒だけを作っていれば、どうしてもジリ貧になるため、挑戦している。

混沌とした時代の中で、日本酒としてどのような挑戦をしていくのか、その一つが日本酒の新しいスパークリング。従来の濁酒の二次発酵や炭酸添加のスパークリングではなく、透明な日本酒を瓶内で二次発酵させた泡酒を開発し、「一般社団法人泡酒協会」を立ち上げて世界の乾杯酒を目指す。シャンパンと違い、砂糖や添加物を一切使わず、純粋な日本酒の醸造技術を駆使している点が特徴であり、これにより、ピュアな味わいと高いガス圧を実現し、新たな日本酒の可能性を追求している。

もう一つは、「スーパーフローズン」と呼ばれる瞬間冷凍技術。これは、液体窒素を用いて短時間で凍結させることで、酒や食材の細胞を傷つけずに新鮮さを保つ方法で、例えば、冷凍したカツオや日本酒は、時間が経っても味や香りがほとんど変わらず、まるで生のような新鮮さを楽しめる。この技術は、時間を止めることができる貯蔵方法として、大きな可能性を秘めている。

さらに、糖類無添加のリキュールも開発。普通の梅酒は大量の砂糖を使うが、純米酒の技術を応用し、糖分や甘味料を一切使わずに、梅や柚子だけで甘いリキュールを作ることに成功。これにより、カロリーや糖質を抑えつつ、料理やお酒としても楽しめる新しいスタイルを提案し、色も自然な酸化反応による美しいピンク色で、見た目も味もヘルシー志向に合ったもの。

海外展開も積極的であり、エミレーツ航空のファーストクラスやビジネスクラスで出る日本酒は南部美人のみであり、JR 東日本の新幹線のグランクラスでも限定ラベルの南部美人が楽しめる。海外では、アメリカやヨーロッパの祭りやレストラン、ラーメン店などで日本酒を提供し、日本文化の一翼を担っている。特に、イースター島の和食レストランやアフリカのケニアなど遠隔地でも、日本酒や和食の魅力を伝える活動を続けている。

久慈社長は、日本の伝統産業の価値を世界に広めることが地方創生や地域の魅力向上につながると信じている。また、東京や銀座にだけ魅力があるのではなく、地域の蔵元や伝統文化こそが本物の価値だと強調する。日本酒の輸出や海外での啓蒙活動を通じて、日本のオンリーワンの文化を世界に発信し続けている。

海外への挑戦については、地方の小さな会社でも、オンリーワンの商品なら世界を相手に商売できると考える。世界では日本の伝統産業こそオンリーワンとなり得る。医療の世界、恐らく日本はとても特化している医療があると思うので、それ

を海外に持っていく、又は日本に来てもらうなりすればいいのではと考えている。

真の地方創生、地域創生は、伝統文化からであり、南部美人は銀座に蔵があっても、全く何の魅力もない。東京に物があっても意味がなくて、酒蔵は岩手になければいけない。また、後世に商売を継続していくならば、世界を相手にしなければ、狭い日本では生き残れないので、世界に出ていく。

最後に、未来の社会像として、アメリカ国内で実際に走っている自動運転のタクシーに乗った経験ついても触れ、自動運転車が普及すれば、飲酒運転の問題も解消し、日本酒の消費量も増える。また、医療や高齢者支援も大きく変わると期待している。こうした未来技術と伝統産業の融合こそ、日本の強みであり、地方や中小企業でも世界に挑戦できる可能性について言及して講演を閉じた。

［報告：副会長　中村　　洋］

報告
日本医師会勤務医委員会報告

日本医師会勤務医委員会委員長　一宮　　仁

日本医師会勤務医委員会委員長の一宮 仁 先生から、令和６年度の活動報告が行われた。

本委員会は、全国の各ブロック推薦８名と会長指名６名の計 14 名で構成され、日医担当役員も参加している。委員会の役割は５つあり、その最重要事項は会長諮問への検討・答申である。本年度の諮問テーマは「勤務医の医師会活動への更なる参画」であり、前期の「医師会組織強化」を踏まえた検討が進められている。

医師会の使命は、地域の医療・保健・介護体制を整備し、国民の健康を守ることである。行政に対し専門的・適正な提言を行うためには、医師全体の総意を反映し得る組織であることが前提となる。しかし、勤務医の思いが十分に集約されているか、若手医師の声が反映されているかについては、課題が残ると指摘された。

日本の医師の約 75 〜 80% は勤務医であり、その３分の１が大学所属である。日医の勤務医会員は 50% を超えたものの、日本医師会全体の組織率は低下傾向が続き、行政から強い信頼を得るには課題がある。2015 年の初期研修医の会費減免で入会者は増加したが頭打ちとなり、2023年に減免対象が卒後５年目まで拡大され再び増加傾向が見られている。しかし、減免終了後の会員継続が最大の課題である。

勤務医の参画促進には、若手医師が医師会活動に触れ、その重要性を実感する場を設けることが不可欠である。医療政策は将来の医療を担う若手に直結する問題であり、その理解と参画を促す必要がある。病院幹部や大学医局との連携強化、病院団体との信頼関係構築も重要である。

勤務医委員会は昨年 10 月から５回の会議を重ね、第３回では病院委員会との初の合同会議を開催した。病院勤務医が医師会活動に参画するための方策が議論され、医師の働き方改革に伴う研鑽の不足やモチベーション低下への懸念、若手医師の意識調査の必要性など、具体的な問題点が共有された。また、診療報酬、学校医、産業医などの役割についても意見交換が行われた。

さらに、勤務医委員会では、地域医療構想や医師の働き方改革など、避けて通れない医療政策への対応、勤務医参画の障害となる要因の解消策などについて検討を進めている。前期委員会の提言を受けて、九州ブロックでは勤務医連絡協議会が設置され、日医の情報を各医師会へ双方向で共有する体制づくりが進んでいる。他ブロックでも設置が推奨された。

現在、医療機関は厳しい環境にあるが、医師会の政策提言力を再確認し、勤務医が医師会の意義を理解する契機となるべきであり、これが最終的には組織強化につながると締めくくられた。各参加者には、地元に戻り若手医師に医師会活動の重要性を伝え、勤務医の参画促進に尽力いただきたいと呼びかけられた。

［報告：勤務医部会長　田口　敏彦］

特別講演Ⅲ
新型コロナウイルス感染症と今後の日本の医療

国際医療福祉大学学長　鈴木　康裕

鈴木康裕氏は、厚生労働省で医務技監として医系技官の最高位まで務めた人物であり、診療報酬・介護報酬の両方で課長を務め、いずれもプラス改定を達成した稀有な経験を持つ。

本講演では、①新型コロナからの教訓、②日本の医療が直面する三つの構造的課題、③高市政権の医療政策の見通しと将来の医療制度の方向性、という３点を軸に、解説された。

内容が多岐にわたるため、主な内容を項目ごとに示す。

１　新型コロナから見えた日本医療の脆弱性と教訓

(1) パンデミックは周期的に発生

過去 20 年で SARS・MERS を含む５回パンデミックが起きており､今後も再来は避けられない。したがって、医療提供体制は「パンデミックは必ず再来する」という前提で備える必要がある。

(2) 医療提供体制の瞬発力不足など

日本の病院は既に稼働率が高く、感染症流行時に即時に病床を転換する余裕が乏しい。実際、新型コロナでは外来の縮小、待機手術延期など、医療機関の構造的な課題が明らかとなった。

また、初期には、看護師の子どもが保育園で受け入れを拒否されるなど、医療従事者が差別や社会的孤立に直面した。

(3) ワクチン開発体制の遅れ

国産ワクチンが流行時に供給できなかったことは大きな反省点であり、次のパンデミックに備えた国産開発体制の強化が不可欠である。

(4) 潜在看護師 70 万人の問題

資格保有者の約３分の１が就労しておらず、人的資源の管理・把握が不十分で、有事の際に活用できていない。

２　日本の医療が抱える構造的課題：人口構造・財政・医療提供体制

(1) 生産年齢人口の急減と高齢者の就労の重要性

高齢者数は大きく増えないが、生産年齢人口は 2040 年までに約４割減少すると推計されている。一方で、今の 70 ～ 74 歳の体力は 20 年前の 65 ～ 69 歳より高くなっており、高齢者が就労に参加することが労働力不足を補える可能性がある。

(2) 独居・老老世帯の急増と病院依存

６割以上が単身・夫婦世帯。家庭内で介護できる人がいないため、病院が“社会的入院”を吸収してきた経緯がある。これが日本の病床数が突出して多い理由の一つである。今後はサービス付き高齢者向け住宅など外付けの医療・福祉サービスとの組み合わせが不可欠。

(3) 財政逼迫と消費税の役割

所得税・法人税は景気に左右されやすく、医療や介護の安定財源としては消費税が最も安定しており、本来は大幅な消費税引き上げが必要。一方で医療機関は非課税であるため、CT・MRI など高額設備にかかる控除対象外消費税の負担が大きいことが問題。

３　医療の質向上と技術革新：ゲノム医療・AI・デジタル化

(1) がん医療の課題と遺伝子解析

日本のがんの遺伝子変異の頻度が欧米と異なるため、海外データに基づく薬剤効果は限定的な場合がある。過去に抗がん剤で日本人向けに適応を絞ったことで薬剤死亡が激減した事例をみると日本人の遺伝子データ解析が必要性である。

(2) AI の急速な進歩とその活用

画像診断やがんの病理診断では AI が高い有用性を示しており、今後、画像診断、問診、退院医療文書作成、在宅患者管理などで医師の時間を大幅に削減できる可能性がある。

４　制度的課題：かかりつけ医・医師働き方改革・データ利活用

(1) かかりつけ医制度の再設計

現行の診療では CT や採血など即時検査が前提となっているので、「ゲートキーパー型かかりつけ医（振り分けだけのかかりつけ医）」は現状の医療とは整合しづらい。であれば、まず病院で検査診断し、その後かかりつけ医で管理する二段階制が現実的である。

(2) 医師の働き方改革の負の側面

労働時間規制により、大学病院が医師を引き上げ､地域の基幹病院で医師不足が深刻化している。医師法の「応召義務」も現在の勤務体制とは整合しないため制度の見直しが必要。

５　高市政権の医療政策と将来の医療制度の方向性

(1) 医療機関の経営改善

急性期病院の利益率はマイナス２％前後と危機的である。一方大手調剤薬局の利益率は高く、医療費配分の歪がある。物価高に伴う経営悪化を受け、高市政権が「病院・介護施設の経営状況を好

転させるための補正予算を行う」と明確なコミットメントを示した点は注目に値する。

(2) 公的医療の重点化（カタストロフィック保険）

医療費が限られる中、「高額で延命効果の高い治療」、「重症患者の救命」など「カタストロフィック領域」を中心に公的保険で守るのが日本の価値観には適しているのではないか。そこで軽症・自由診療領域を民間保険に委ねるのかという大きな選択が迫られる。

６　まとめ

新型コロナは日本の医療が抱える脆弱性を浮き彫りにし、同時に AI やゲノム医療など革新的技術の重要性を示した。超高齢社会と財政制約のもと、日本は「医療の重点化」「高齢者の就労促進」「データ利活用」「医療機関の経営基盤強化」をどう実行するかが問われている。高市政権は医療・介護の経営改善を政策として明示しており、今後の具体的な制度設計が注視される。

［報告：常任理事　岡　紳爾］

シンポジウム
人口減少時代に活躍する勤務医
①研修医教育
岩手の臨床研修医教育（いわてイーハトーブ臨床研修病院群の取り組み）

いわてイーハトーブ臨床研修病院群 WG 代表
岩手医科大学医学部総合診療医学講座講師
米田　真也

岩手の臨床研修病院の集まりの代表として講演された。

1. 主旨

・岩手県における臨床研修医教育の現状及び課題を共有し、人口減少時代においても地域医療を支える人材をいかに育成・確保していくかを検討する。
・「いわてイーハトーブ臨床研修病院群」のこれまでの取組みや成果を整理し、その意義や今後の可能性について理解を深める。
・研修医教育を単なる技能習得にとどめず、「繋がり」やメンタルヘルスの視点を含めた包括的な教育として捉え直す。
・研修医本人のみならず、指導医や医療スタッフ全体が健やかに成長できる教育体制の在り方を議論する。

2. 各議題

いわてイーハトーブ臨床研修病院群の成り立ちと理念

・岩手県内には 11 の臨床研修病院が存在し、県立病院、赤十字病院、市立病院、大学病院など多様な経営母体が混在している。
・小規模病院が多く、単独で臨床研修を完結できる病院は限られているため、病院間で連携する必要性が生じた。
・その結果として、地域や経営母体の垣根を越え、「研修医ファースト」を理念とする病院群が形成された。
・プライマリケアを重視し、研修医と指導医がともに成長する教育環境を目指している。

たすき掛け研修の仕組みと実績

・自院で不足する診療科を他院で研修する「たすき掛け研修」を中核事業として実施。
・研修医が自ら研修先や診療科を選択できる点が大きな特徴。
・年間およそ 100 名弱がこの制度を利用しており、県内で活発な人材交流が行われている。
・異なる病院文化や診療スタイルに触れることで、柔軟な視点が養われるという教育的効果がある。

たすき掛け研修の課題

・電子カルテや院内ルールの違いに慣れるまで時間がかかる。
・事務手続きや住居・移動の調整など、事務部門の負担が大きい。
・研修医が一時的に減ることで、救急対応など現場負担が増える病院もある。

合同オリエンテーション（1 年目）

・県内研修医が一堂に会し、社会人・医療人としての基本姿勢を学ぶ。
・礼節、多職種連携、研修医同士の繋がりを重視。
・グループワークやロールプレイを中心とした参加型研修。
・県知事や医師会による激励・交流も行われている。

臨床能力向上セミナー（２年目）

・これまでに習得した臨床技術の確認と相互評価を目的として実施。
・エコー、気道確保などのシミュレーションを通じた実践的学習。
・ACP（アドバンス・ケア・プランニング）について、講義とロールプレイを組み合わせて理解を深める。
・医師以外の多職種がファシリテーターとして参加し、実臨床に近い学びを提供する。

リクルート活動・指導医教育

・病院群合同で説明会を開催し、単独開催が困難な病院を補完している。
・コロナ禍ではオンライン説明会も活用している。
・指導医講習会を対面とオンラインのハイブリッド形式で実施する。
・先進地視察を通じ、他地域の成功事例を学び、岩手に還元できた。

教育効果と評価

・研修医の満足度は非常に高い水準である。
・研修中断率は全国平均と比較して低く抑えられている。
・研修後に岩手県内に残る医師の割合も高く、一定の定着効果が確認されている。

繋がりとメンタルヘルス

・研修医、指導医ともに高いストレス環境にある。
・ポジティブなフィードバック、相談できる場、人との繋がりがストレス緩和要因となる。
・病院群による横断的な繋がりが、精神的な支えとして機能している。
・グループダイナミクスにより、新たな発想や行動変容が促進される。

3. 決定事項について

・病院群による連携型研修体制を今後も継続する。
・合同研修、セミナー、指導医教育を継続的に実施する。
・研修医及び指導医の「繋がり」を重視した教育方針を維持する。
・多職種連携を意識した教育企画を引き続き推進する。

4. 検討継続・宿題事項について

・教育効果を定量的に評価し、可視化する方法の検討。
・事務手続きの簡素化・負担軽減策の検討。
・研修医数増加に直結する施策の再検討。
・メンタルヘルス支援体制のさらなる充実。
・本取り組みを全国へ発信するための研究・発表の推進。

以上、現在の取り組みとその課題を提示され、地方が抱える若手医師の育成の大変さを改めて考えさせられる講演であった。

②総合診療
目標伝達、勤務環境整備、総合的に診る教育とチーム医療、地域活動で、医師の活躍を支える

あがの市民病院病院長　藤森　勝也

一病院長として、総合診療に携わる医師として、チーム環境を整備し、総合的な教育とチーム医療、地域活動での勤務医の活躍を支える活動について講演された。

1. 講演主旨

・人口減少・高齢化が進む地域において、勤務医が意欲的に活躍し続けられる病院・地域医療の在り方を共有する。
・総合診療の視点から、病院運営目標の明確化、勤務環境整備、チーム医療、教育、地域活動を通じた医師支援の実践例を提示する。
・公設民営病院として地域包括医療・ケアを担う役割と、その中での勤務医・職員のモチベーション維持策について理解を深める。

2. 各要点

地域・病院の概要

・新潟県阿賀野市は人口約 3.9 万人、高齢化率 36% の地域であり、当院は地域唯一の総合病院である。
・公設民営病院として、急性期から地域包括ケア、在宅医療まで一体的に担っている。
・病院単体ではなく、地域全体を支える医療拠点としての役割を果たしている。

病院運営目標の共有

・患者中心の医療、救急応需、教育と成長、役割分担と協働を柱とした運営目標を全職員に共有させている。
・「患者ファースト」「地域に愛される病院」を合

言葉に、地域包括ケアや在宅医療を推進している。
・VUCA 時代を背景に、多職種協働と柔軟な意思決定（OODA 思考）の重要性を強調する。

勤務環境整備

・医療安全と職員の安心を最優先とし、問題発生時は組織的・迅速に対応している。
・クレーム対応は複数名・短時間・事前確認を基本方針とする。
・勤務時間外説明の原則中止、当直明け休暇、タスクシフト、計画的有給取得を実施している。
・ストレスチェック結果や勤務時間の改善により、働きやすさ向上が数値で確認されている。

チーム医療の推進

・呼吸リハビリ、認知症サポート、身体拘束最小化など多職種チームを編成している。
・患者フローマネジメント（PFM）により医師負担軽減と医療の質向上を図っている。
・病床稼働や在宅復帰率等を可視化し、適切な情報共有を実施している。

総合的に診る教育

・研修医教育では対等な関係性を重視し、考えさせ、達成させる教育を実践している。
・在宅医療、緩和ケア、高齢者医療を経験し、主体性とやりがいを醸成するように努めている。
・継続的なフィードバックと多職種交流により学習環境を整備している。
・学生実習にも在宅医療を組み込み、地域医療への理解を深化させている。

地域活動と住民連携

・糖尿病教室、健康教育、病院祭などを通じ住民の健康意識向上を支援している。
・学校や自治会での講演活動により予防医療・健康教育を実施している。
・地域行事や交流活動を通じ、職員と地域の結びつきの強化を目指している。

経営基盤と ICT

・赤字から黒字への転換を実現し、安定した病院経営を確立した。
・ICT 投資を行い、職員の業務効率とモチベーション向上を図っている。

地域包括医療・ケア

・病院、介護施設、在宅医療を含む包括的体制を構築した。
・市や関係機関と連携し、地域全体で高齢者を支える仕組みを推進している。
・医師・職員が地域活動に参加することで使命感とモチベーションを醸成してきた。

3. 決定事項

・患者中心・地域包括ケアを軸とした病院運営方針を継続する。
・勤務環境整備とチーム医療推進を引き続き強化する。
・総合的に診る教育と地域活動を人材育成の柱として位置づける。

4. 検討継続・宿題事項

・人口減少時代に対応した医療・介護連携のさらなる強化が必要。
・ICT 活用と業務効率化の継続的検討も必要。
・医師・職員のモチベーション評価と支援策を体系化する。
・地域包括医療モデルの効果検証と発信を行う。

全体の印象は、地域医療を支える病院として、近年では成功事例ではないかと思われた。

③医療 DX
医療 DX・地域医療連携システムの経験から

東北大学大学院医学系研究科
医学情報学分野教授　中山　政晴

人口減少時代に医療 DX をどのように役立てるかについて講演された。

1. 講演主旨

・人口減少・高齢化・医療費増大・人材不足といった構造的課題に対し、医療 DX がどのように寄与し得るのかを整理する。
・国が推進する医療 DX 政策の全体像と現状を共有し、現場視点での実効性や課題を明らかにする。
・地域医療連携システムや PHR 等の実体験を通じ、医療 DX を「現場に役立つ仕組み」として定着させるための条件を検討する。
・AI やデータ活用が今後の医療現場や医師の働き方に与える影響について考察する。

2. 各要点

人口減少時代における医療の課題

・日本は年間約 50 万人規模で人口が減少しており、岩手県規模の自治体が毎年消失するのと同等である。
・労働人口減少、高齢化率上昇、医療費増大、地域格差、病院経営悪化が同時進行で発生している。
・特に地方では医師の偏在・定着困難が顕著であり、地域医療維持が大きな課題である。

国の医療 DX 政策の概要

・マイナ保険証、電子処方箋、電子カルテ情報標準化、全国医療情報プラットフォーム構築を柱に工程表が策定されている。
・診療報酬 DX や医療ビッグデータ活用も重要項目として位置づけられている。
・国としては期限と目標を明確にし、着実に推進する強い姿勢を示している。

普及状況と国際比較

・電子処方箋は薬局での普及が進む一方、医療機関側は約 1 割にとどまる。
・電子カルテ普及率は病院で約 65%、診療所で約 55% と増加傾向だが、依然途上段階である。
・諸外国と比較すると日本のデジタル化は遅れており、データ活用やガバナンス面でも課題が大きい。

医療 DX の期待と限界

・医療 DX は業務効率化、データ共有、経営支援に一定の効果が期待される。
・一方で、DX のみで人口減少や地域格差など全ての課題を解決することは困難である。
・IT 導入が目的化しないよう、意義と利便性の両面から評価する視点が重要と考える。

1 次利用と 2 次利用

・診療現場での利用（1 次利用）と、データ分析・政策活用（2 次利用）の区別が必要である。
・現場で役立つ 1 次利用がなければ、2 次利用も定着しない。
・コロナ禍を契機としたデータ共有ニーズは、2 次利用中心で進展してきた。

地域医療連携システムの経験

・震災を機に構築された宮城県の医療情報共有基盤では、当初データ不足や同意取得が課題であった。
・現場医師の協力による患者リクルートでデータ量を拡充できてきた。
・病名・処方に加え、病理、手術記録、透析記録等を共有することで実用性が向上した。
・専門医が遠隔で支援する体制により、予期せぬ入院や死亡率の低下というエビデンスを得た。

PHR の活用

・患者主体の情報管理として PHR を導入した。
・血圧や検査データ管理により、行動変容や臨床指標改善が確認された。
・使われる仕組み作りとエビデンス蓄積の重要性を再認識した。

働き方改革と医療 DX

・文書作成や情報共有の負担軽減が重要課題である。
・AI による退院サマリーや文書作成支援、スマホによる院内連絡等が有効例であった。
・一方で、セキュリティ、コスト、IT リテラシー、法倫理面の課題が存在している。

AI の進展と影響

・生成 AI は説明の分かりやすさや親しみやすさで医師を上回る研究結果もある。
・若手医師・学生の職業観やモチベーションへの影響が懸念される。
・AI と対立するのではなく、適切に共存する設計が必要ではないか。

3. 決定事項

・医療 DX は業務効率化と現場有用性を最優先に段階的に推進する。
・1 次利用を重視し、現場に役立つ DX を積み重ねる。
・エビデンスと現場理解を重視した導入方針とする。

4. 検討継続・宿題事項

・医療 DX が地域医療維持に与える具体的効果を検証すること。
・AI 活用と医師の役割再定義に関する継続的議論を行うこと。
・コスト・セキュリティ・倫理面を含めた実装戦略の整理が必要である。

・次世代医療人材育成と DX の関係性の検討もすべきである。

医療 DX は大きく医療現場を変えようとしており、すでに変貌もしていることを示された。さらに次に来る何かを悩ましく感じておられ、そこがまたチャレンジングで面白い分野であると締めくくられた。

［報告：理事　森　　健治］

④女性医
憧れるのをやめましょう
〜混沌の先に居場所があった〜

岩手県立中央病院総合診療科　住吉　明子

本講演では、演者が医師としてのキャリア形成と家庭生活の両立に悩みながらも、岩手県で働き続けることができた経緯を振り返り、女性医師を取り巻く環境変化と今後の働き方の在り方について論じた。

演者は学生時代から、進路相談や面接で女性のみが問われる家庭と仕事の両立への期待、進路を性別によって制限されるような言動など、男女差別的な場面に度々直面したと述べた。医師となった後も、昭和的な「男性は仕事・女性は家庭」という価値観が根強い環境の中、独身でひたすら働くか、育児家事も全て自分で担う“スーパーマン”になるかという二者択一を迫られがちであったと振り返った。

結婚後は夫が全国転勤の職に就いていたことから、長期間の別居状態が続き、演者自身は秋田県で専門医取得を目指し研鑽を積んだ。第一子の出産後、家族で生活するために秋田を離れて夫の転勤先を転々とし、岐阜・浜松で非常勤勤務や専業主婦として過ごした。40 歳で盛岡に転居した際、偶然住居の近くにあった岩手県立中央病院で勤務する機会を得たことが転機となり、以来、岩手で単身育児と臨床を両立する生活を続けている。

岩手県で定着できた理由として、①医療局による育児短時間勤務制度など柔軟な勤務支援、②これまでの経験を活かせる職務が存在したこと、③病院内の風通しのよいコミュニケーション文化の３点を挙げた。特に育児短時間制度は自由度が高く、家庭事情に応じて働き方を調整できた点が大きかった。また、制度整備が進んでいる一方で、実際の利用者は限定的であることにも触れ、制度が存在するだけでなく、利用しやすい職場風土が不可欠であると指摘した。

さらに、同僚や上司が子育て環境に理解を示し、日常的に支援してくれる職場の人間関係が、単身育児と仕事の両立を可能にしていると述べた。男女雇用機会均等法以降、女性支援が進んできたが、これまでの制度は女性が両立することを前提に設計されており、男性側の働き方は十分に見直されてこなかった。しかし近年、若年層では「家事育児は男女共通の役割」と考える割合が増加しており、社会全体も男性の育児参画を求める方向に変化してきている。

最後に、今後は“女性医師支援”だけでなく、男女問わず多様な背景を持つ医療者が柔軟に働ける制度と職場文化が必要であると強調した。働き方改革の進展と意識変革により、医師が家庭とキャリアの両立を図りながら活躍できる環境を整備することが、地域医療の持続性にも寄与すると述べ、講演を結んだ。

⑤岩手県
人口減少を迎える地域で

岩手県立病院院長会会長・
岩手県立釜石病院院長　坂下　伸夫

本講演では、人口減少が急速に進行する地域、とりわけ岩手県及び釜石地域における医療提供体制の現状と課題について概説された。日本の人口は 2010 年をピークに減少に転じており、現役世代の減少と 75 歳以上の高齢者増加が今後さらに加速することが指摘された。特に岩手県では人口減少が全国より早期に顕在化しており、2050 年には総人口が 80 万人台にまで縮小する見通しである。これに伴い、医師確保の困難化、診療科偏在、医師年齢構成の歪みなどが深刻な問題となっている。

人口減少は医療需要の縮小を通じて病院収益を圧迫し、医療従事者の確保困難や設備投資の遅れを招く。これが医療の質の低下及びさらなる患者減少へとつながる「負の連鎖」を形成し、地域医療の持続性を脅かしている。岩手県ではこうした

課題に対応するため、急性期医療や専門診療の集約化を進めているが、住民の受診アクセス悪化や災害・感染症発生時の脆弱性など、デメリットも大きいことが示された。

釜石市においても、震災や産業構造の変化により人口がかつての３分の１以下に減少し、医師数も大幅に減少した結果、脳卒中・急性冠症候群・分娩などの高度急性期医療が周辺地域へ集約されている。現在は奨学金制度による医師に大きく依存しており、指導医や管理業務を担う医師層の不足が課題である。救急医療体制についても若手医師の努力により維持されているものの、将来的な持続可能性には不安が残る。

一方で、地域医療は医療機関としての役割のみならず、地域経済の維持、雇用創出、子育て世代の定着、災害対応、地域文化の維持など、地域社会全体の存立に不可欠な存在であることも強調された。地域医療の縮小は、地域の衰退をさらに加速させる可能性が高い。

講演の結びとして、岩手で現在生じている現象は、日本全体が今後 10 ～ 20 年の間に直面する課題であると指摘された。地域医療の維持には、医療人材の育成・定着を促す仕組みづくりと、行政・住民・医療機関が協働して地域の医療を支える体制を構築することが不可欠であるとの提言が示された。

［報告：勤務医部会企画委員長　弘本　光幸］

全体ディスカッション

今回の全体討論は、全国的に深刻化する医師偏在と医療提供体制の危機を、多様な地域から集まった勤務医がそれぞれの立場で共有する、極めて意義深い場となった。参加者から寄せられたアンケートは、医師多数県・少数県を問わず医師不足の影が医療現場のあらゆる領域に迫っていることを強く示しており、討論全体を通じて「この問題はすでに一部地域の課題ではない」という共通認識が鮮明になった。

まず印象的だったのは、岩手県の現状を聞いて「自県でも同様のことが起きている」と回答した参加者が４割以上に達したことである。医師多数県の参加者ですら、危機感についての設問では「とても危機的に感じる」、「少し危機的に感じる」がほぼ 100% を占めており、医療提供体制のひずみが全国的に表面化している実態が改めて明らかとなった。医師不足を特定の地域課題として捉える時代は終わりつつあり、もはや制度そのものにメンテナンスが必要？な段階に入っていることを感じた。

医師不足をどのような場面で実感するかという質問では、臨床現場での業務負荷増大が最も多く、次いで管理業務での人員調整の困難さが挙げられていた。これは単に医師数が足りないという抽象的な話ではなく、現場の医師が“日常の仕事の中で”不足を実感しているということであり、医師偏在の影響が診療のみならずマネジメント領域にも深く及んでいることを示している。一方で、「医師不足は感じていない」という回答もわずかに存在し、地域差・施設差の複雑さも伺わせる結果であった。

医師教育に必要なことを問う設問では、「総合的診療技術の向上」「多職種・多診療科とのコミュニケーション能力の強化」「公衆衛生的見識の向上」が上位を占めた。討論でも、臨床研修制度以降、若手医師のプライマリケア能力が向上しているという評価が複数のシンポジストから示された一方、医師になった後に多職種連携能力が一時的に低下しやすいことへの問題提起があった。医療従事者間の協働が不可欠な時代にあって、卒前教育から生涯教育まで一貫した地域医療教育の重要性は増すばかりである。また地域住民の健康リテラシーの向上も医師の教育と不可分に扱われるべきであるという指摘もあり、教育の射程が地域全体に広がる必要性が共有された。

総合診療医の配置状況に関する設問では、半数以上の施設で「いない」との回答が得られた。しかし討論では、名称として存在しなくとも実質的に総合診療機能を担う医師は多く、看板と実態には大きな乖離があることが指摘された。地域病院では、高度な専門医を複数揃えるよりも、幅広く対応できる医師が複数いることの方が病院運営を安定させるという現実的な意見も示された。

医療 DX についての設問では、AI 問診・画像診断、事務作業の自動化、多職種との連携を支え

る通信技術を必要とする回答が多く、まさに現場ニーズを反映した結果となった。討論では、具体的な活用例が紹介され、患者の日常データを医療側がシームレスに受け取る仕組みが診療効率を高めうることが示された。また、70 代の独居患者が AI 相談を用いて受診先を決めたという実体験も紹介され、高齢者ですら AI 活用の敷居が急速に下がっている現状に、会場は驚きとともに大きな可能性を感じていた。患者が AI を使い始めた今、医療側が AI を使わない理由はもはや存在しないという指摘もあった。

時短勤務医の有無では、子育て中の女性医師が最も多く、男性医師や介護中の医師、治療と仕事を両立する医師、高齢医師を含め、多様な働き方が一定程度定着しつつあることが示された。討論では「昭和的な医師数カウントでは現代の働き方にそぐわない」という意見が共有され、時短勤務を許容することで潜在的な医師リソースを増やせるという回答が６割を超えた点は、今後の制度改革にとって重要な示唆と思われた。医師不足が深刻化する中で、多様な働き方を制度として保証する姿勢が、若手医師の流出抑止にもつながるという点は、参加者全体が納得するところであった。

日本の医療提供体制への対策を問う設問では、診療報酬の引き上げ、タスクシェアの拡大、医師の給与改善が多く選ばれた。また、診療科選択への一定の制限についても支持が集まり、偏在是正のためには踏み込んだ政策が必要との意識が高まっていることが伺えた。沖縄の参加者からは、医療の重要性を国民に理解してもらうためには象徴的なストライキの議論も必要ではないか、という率直な意見も出された。

討論の最後には、医学生への啓発活動の重要性が紹介された。医師会活動を学生時代から理解する試みや、地域医療現場との早期接触など、将来の医療提供体制を担う若者へのアプローチは、今後ますます重視されるとのことであった。医療制度改革には時間を要するからこそ、若い世代が構造的問題を早期に理解し、主体的に参加する文化が不可欠であるとも感じた。

今回の全体討論会は、単なる意見交換にとどまらず、医療提供体制の根幹に関わる課題を多角的に捉え直す機会となった。地域差を越えて危機感を共有し、現場から制度への提案が多数示されたことは、今後の政策議論に大きな示唆を与えると感じた。令和８年度の大分大会では、今回の議論をさらに発展させ、日本の医療の持続可能性に向けた現実的かつ前向きな議論が深化することを期待したい。

［報告：理事　白澤　文吾］

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 12 月 13 日（土）15：00 ～ 17：00
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１
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

本講演では以下３点について述べる。
1．ストレスチェック制度について
2．治療と仕事の両立支援について
3．女性特有の健康課題について

1．ストレスチェック制度

労働者のメンタルヘルスの状況

精神障害の労災支給決定件数は、年々増加傾向にあり、令和６年度は 1,055 件と過去最多である。労災保険は、本人や遺族からの請求によって決定する。**図１**は労災支給決定の件数であるが、請求件数も同様に増加している。精神障害の労災の支給決定は、発症した精神障害が業務に起因するかを判断するため、仕事中のケガと異なり、請求に対する支給決定件数は低く、請求件数のうち２割強が支給決定されている。

しかし、労災支給決定件数と比較して、自殺者の件数はそれほど増加していない。平成 14 年は、労災認定されたものの約４割が自殺で占めていたが、令和６年では、１割にも満たない件数となっている。過去に、自殺に至るような事例が支給決定の対象と思われていたが、精神障害の労災認定基準が平成 11 年に示され、その後、平成 23 年と令和５年に改正されて認定の事例が具体的に示された。自殺に至らないような事案でも労災支給決定されたことが新聞報道等で広く周知された影響で、請求の増加、支給決定件数の増加につながった。

出来事別精神障害労災認定件数

出来事別精神障害労災認定件数の１位はパワーハラスメントで、２位の仕事内容・仕事量の変化の倍近い件数となっている（**図２**）。２位以下は、年によって順位が変動する。３位の「顧客・取引先・施設利用者等からの著しい迷惑行為」いわゆる「カスタマーハラスメント」によるものが近年増加傾向にある。

１位の「パワーハラスメント」と９位の「同僚等からの暴行又はひどいいじめ・嫌がらせ」と 10 位の「上司とのトラブル」の違いは、「パワーハラスメント」は職場において行われる①優越的な関係を背景とした言動であって、②業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより、③労働者の就業環境が害されるものであり、この３つの要素を全て満たすものをいう。「同僚等からの暴行又はひどいいじめ・嫌がらせ」は、業務上必要かつ相当な範囲を超えているが、行為者の同僚等が職場における優越的な立場に当たらないものの場合

図１

順位	出来事の類型	支給決定件数※
1	パワーハラスメント	224（10）
2	仕事内容・仕事量の（大きな）変化	119（21）
3	顧客・取引先・施設利用者等からの著しい迷惑行為	108（1）
4	セクシュアルハラスメント	105（0）
5	悲惨な事故や災害の体験・目撃	87（0）
6	特別な出来事	78（10）
7	１か月に８０時間以上の時間外労働	51（6）
8	（重度の）病気やケガ	48（4）
9	同僚等からの暴行又はひどいいじめ・嫌がらせ	44（1）
10	上司とのトラブル	38（4）

図２

は、こちらに該当する。「上司とのトラブル」は、上司は職場における優越的な立場に当たるが、当該行為が業務上必要かつ相当な範囲を超えたものとは言えない場合はこちらに該当する。

事業場規模別精神障害の労災認定件数（図３）

令和５年度「過労死などの労災補償状況」より、精神障害の労災支給決定件数 877 件のうち、10 人未満の事業場に勤務する労働者の精神障害の労災支給決定件数は 136 件で、全支給件数の 15.5% である。概ね労働者 100 万人あたりで見た場合、労働者 49 人以下の規模では支給件数約 15 人という数字がでている。労働災害は小規模事業場でも多く発生していることがわかる。

メンタルヘルス不調により、休業又は退職した労働者がいる事業所の割合

令和２年から令和５年の期間で、メンタルヘルス不調により、１か月以上の長期休業、退職する労働者が年々、増加傾向にある。

職業生活上精神的な不安を感じている内容について

令和５年労働安全衛生調査（実態調査）の結果、「仕事の失敗、責任の発生等」39.7%、「仕事の量」39.4%、「対人関係（セクハラ・パワハラを含む）」29.6%、「仕事の質」27.3%、「顧客、取引先等からのクレーム」26.6% となっている。

メンタルヘルス不調による休業期間

メンタルヘルス不調による病休期間（１回目）は、平均 94.6 日と３か月を超えている。また、復帰後、再度病休したケースでは、１回目の休業期間は約 3.5 か月、２回目は約５か月と１回目も平均より長い。２回目以降は病休期間が長くなる傾向にある。そして、職場復帰後、１年以内に再度病休に入った割合は 28.3%、２年以内では

精神障害の労災認定の状況

○ 労災認定件数を事業場規模別に見ると、小規模事業場においても多く発生している。

令和５年度の精神障害の労災支給決定件数／事業場規模別 ※1

	全体	10人未満	10-29人	30-49人	50-99人	100-299人	300-499人	500-999人	1000人以上
精神障害の労災支給決定件数	※2 877件 (100)	136件 (15.5)	199件 (22.7)	100件 (11.4)	114件 (13.0)	147件 (16.8)	65件 (7.4)	45件 (5.1)	71件 (8.1)
※3 労働者数	55,143,895人 【100】	9,287,959人 【16.8】	13,152,068人 【23.9】	6,491,004人 【11.8】	7,505,914人 【13.6】	8,700,101人 【15.8】	10,006,849人 【18.1】		

※1　事業場規模は調査時点（令和６年度）。労災支給決定時点とは異なる場合がある。
※2　令和５年度の労災支給決定件数883件の内、事業廃止のほか事業場としての存続不明な６件を除く877件。
※3　労働者数は令和３年経済センサス-活動調査（総務省統計局）における調査票情報をもとに、厚生労働省労働基準局が独自集計。令和３年６月１日時点。

出典：労災支給決定件数は令和５年度「過労死等の労災補償状況」を基に加工
労働者数は令和４年「労働基準監督年報」

6

図 3

37.7% で、５年以内では、47.1% と約半数が復職後再度病休を取得している。復帰後から再休業の割合が増加していることから、最初の１年は、再発に注意が必要である。

メンタルヘルス対策とは

- 労働者 50 人を以上雇用している事業場で行うことが義務付けられている衛生委員会（安全衛生委員会）において、労働者の精神的健康の保持増進を図るための対策の樹立（メンタルヘルス対策）に関することを協議しているか。
- メンタルヘルス休業者の実態把握ができているか。
- 労働者の心の健康の保持増進のための指針に基づく取組みが行われているか。指針に基づく心の健康づくり計画が策定されているか。
- メンタルヘルス推進担当者が選任されているか。
- メンタルヘルス対策が適正に行われるよう、教育研修が行われているか。
- メンタルヘルス不調を未然に防止するための職場環境等の改善が行われているか。
- メンタルヘルスに関する相談体制が整備されているか。

事業場の規模別メンタルヘルス対策に取り組む事業場の割合

労働者数が増加するにあたり、メンタルヘルス対策に取り組む事業場の割合は増加している。労働者数 50 人以上の事業場は、９割以上がメンタルヘルスに取り組んでおり、全事業場の７割を超えている。メンタルヘルス対策に取り組んでいない理由として、「該当する労働者がいない」、「専門スタッフがいない」、「取組み方がわからない」などがある。

山口産業保健総合支援センターでは無料で相談を受け付けおり、訪問支援を受けることもできる。また、産業保健にかかるさまざまな研修を無料で行っているため、利用してほしい。このほか、厚生労働省のホームページで、メンタルヘルス指針、指針に基づく「心の健康づくり計画」を掲示している。メンタルヘルスに関する総合的な情報提供を行う「こころの耳」も活用してほしい。

ストレスチェック制度

メンタルヘルス対策は、メンタルヘルス不調を未然に防止する「一次予防」、メンタルヘルス不

調を早期に発見し、適切な対応を行う「二次予防」、メンタルヘルス不調となった労働者の職場復帰を支援する「三次予防」に分けられる。

一次予防から三次予防実施のための体制整備として、衛生委員会等で調査審議、メンタルヘルス指針による心の健康づくり計画の策定、メンタルヘルス推進担当者等の選任が挙げられる。メンタルヘルス推進担当者は、産業医からの助言、指導等を得ながら事業場のメンタルヘルスケアの推進の実務を担当する者で、衛生管理者等や常勤の保健師等から選任することが望ましいとされている。ただし、労働者のメンタルヘルスに関する個人情報を取り扱うことから、労働者について解雇、昇進又は異動に関して直接の権限を持つ監督的地位にある者を選任することは適当でないとされている。

具体的な取組みとして、一次予防では、労働者のストレスマネジメントの向上として、教育研修、情報提供による正しい知識の普及、偏見を除去するなどがある。ストレスへの気づき、ストレス対処法の獲得・実践を促す。また、職場環境等の把握・改善として、過重労働による健康障害防止を行う。また、パワハラ対策として、組織的にパワーハラスメントをさせない対応を行う。二次予防としては、上司、産業保健スタッフ等による相談対応、メンタルヘルス不調の早期発見と適切な対応などがある。三次予防では、職場復帰支援プログラムの作成・実施と、主治医との連携を図ることが含まれる。

ストレスチェック制度は、これらのうち「一次予防」に対する措置を強化する観点から導入され、平成 27 年に施行された。事業場の労働者数 50 人以上は義務で、50 人未満は努力義務とされてきた。労働者自身がストレスチェックを受けることを「強制」されないが、メンタルヘルス不調を防止するため、すべての労働者がストレスチェックを受けることが望ましいとされている。

ストレスチェック制度の大まかな流れ

ストレスチェックは、医師、保健師等が、心理的な負担の原因、心身の自覚症状、他の労働者による当該労働者への支援について、調査票を用いて点数化して評価を行う。評価の結果、高ストレス者と判断され、当該労働者から医師への面接指導の希望があった場合、医師の面接指導を行わなければならない。そして、事業者は、当該医師から意見聴取を行い、当該労働者の実情を考慮して、就業上の措置を講じなければならない。ただし、これはあくまで当該労働者がストレスチェックの結果を事業者に提供することに同意した場合に限る。

一方、検査結果を集団（職場）ごとに集計・分析し、職場単位での環境改善を行うよう努めなければならないと努力義務規定が設けられている。こちらは個別の結果とは異なり、労働者の同意は不要となっているが、集団の数が少ないと個別の特定につながる恐れがあることに注意が必要である。

ストレスチェックは、必要な項目について、調査票を用いて点数化して評価する。厚生労働省のストレスチェック制度の導入ガイドでは、「職業性ストレス簡易調査票（57 項目）」の活用を推奨している。

ストレスチェックの調査の結果については、①結果に基づく、ストレスの特徴や傾向を数値、図表等で示したもの、②高ストレスに該当するかどうかを示した結果、③面接指導の要否の３つを示すこととなっている。

労働安全衛生実態調査によると、ストレスチェックの実施義務のある労働者 50 人以上の事業場において、令和３年以降令和５年まで実施率が低下している。その理由については示されていないが、ストレスチェック実施の意識が低下しているといえる。実施率の低下については、厚生労働省も危機感をもっており、ストレスチェック制度について周知を行い、未実施を把握した場合には、必ず指導を行っている。一方、50 人未満の実施率は上昇している。これは、労働者数が 50 人を超えることを見越して、実施しているためとされている。

令和５年度のストレスチェック、集団分析、職場環境改善の３項目の実施状況を見ると、令和５年における労働者 50 人以上のストレスチェック実施率は 81.7%、集団分析の実施率は 64.5%、集団分析を活用した職場環境改善を実施した割合は 52.1% である。３項目の母数は同一であるので、ストレスチェックを実施した事業場のうち、

集団分析の実施状況は約８割で、集団分析を行った事業場のうち、職場改善を行った割合も約８割である。

一次予防の強化の観点から、平成 27 年 12 月にストレスチェック制度が導入されたが、依然として精神障害の労災支給決定件数は増加傾向にあり、メンタルヘルスに取り組む事業場は 50 人以下で低調である。これらを踏まえ、「ストレスチェック制度等のメンタルヘルス対策に関する検討会」が実施され、50 人未満の事業場を「努力義務」から「義務」とすること、集団分析・職場環境改善は「努力義務のまま」とすることについて検討された。

また、ストレスチェック制度の効果検証として以下の結果が得られた。

・集団分析・職場改善の取組みにより、労働者の心理的ストレス反応の改善がみられた。
・ストレスチェックの実施だけでも、７割の労働者から有効であったと回答が得られた。
・医師の面接指導を受けた労働者の過半数から、医師の面接は有効と回答があった。

労働者のプライバシー保護の懸念は、50 人未満の事業場においても一定程度整備されているとの考え方から、実施義務対象を労働者数 50 人未満を含む全ての事業場に拡大することが適当である。令和７年５月 14 日に、改正労働安全衛生法が公布され、職場のメンタルヘルス対策の推進について努力義務であった労働者数 50 人未満の事業場についても実施を義務とすると改正された。但し、50 人未満の事業場の負担を配慮し、施行日は、公布後３年以内に政令で定める日となった。具体的には、50 人未満のストレスチェックについては、労働者のプライバシーが保護され、現実的で実効性のある実施体制・実施方法についてマニュアルを作成する方針となった。また、労働者のプライバシー保護の観点から、原則、外部委託を推奨している。費用は、一人当たり数百円から千円程度との試算がでている。そして、高ストレスと判断され、医師の面接指導の希望があった場合には、地域産業保健センターの登録医師の面接指導を無料で受けることができる。また、50 人未満の事業場は監督署への報告義務は課さない。

２．治療と仕事の両立支援について

病気を抱える労働者の通院状況

厚生労働省「国民生活基礎調査」によると、2022 年はコロナの影響で、就業者数が減少しているが、国内では 15 歳以上の就業者は概ね６千万人である。その中で、通院しながら働く人の割合は年々増加している。疾病を理由として退職した者の退職時期をみると、「診断確定時」と「診断から最初の治療まで」のいわゆる「治療開始前まで」が、約４分の１を占めている。一番多いのは、最初の治療中の期間で、約３割を占めている。治療と仕事を両立できるような取組みがある企業の割合は約６割で、その取組みとして一番多いのは、通院や体調等の状況に合わせた配慮、措置の検討（柔軟な労働時間の設定、仕事内容の調整）で、86.4% である。しかし、有給以外の休暇制度を設ける、相談窓口等の明確化などの割合は低く、両立支援としての明確な体制整備まではできていない状況にある。

「治療と仕事の両立」とは、病気を抱えながら、働く意欲や能力のある労働者が、仕事を理由として治療機会を逃すことなく、また、治療を理由として職業生活の継続が妨げられることなく、適切な治療を受けながら、生き生きと就労を続けられることである。両立支援に取り組むことは、労働者、事業者、医療関係者、社会にとってそれぞれ意義のあることである。

両立支援ガイドラインについて

両立支援は、雇用形態に関わらず全労働者が対象となっている。反復・継続した治療が必要な全ての疾病が対象である。

環境の整備として、下記が必要である。

・事業者による基本方針の表明（トップ表明）
・研修等を通じた意識啓発
・相談窓口の明確化
・個人情報の保護
・休暇制度・勤務制度等の整備（例：時間単位年休、病気休暇、時差出勤、テレワーク、短時間勤務など）

個別の両立支援の進め方

両立支援を実施する上で、企業と主治医が労働者本人と十分に話し合いながら情報交換し、連携して対応することが重要である。

事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドラインは、平成 28 年２月に公表され、厚生労働省のホームページに公開されている。ガイドラインには、勤務情報を主治医に提供する際の様式や治療と仕事の可否、主治医の意見を求める様式、両立支援プラン、職場復帰プランの例などを掲載している。両立支援のガイドラインは企業規模（正社員規模）が大きいほど認知度が高く、減少するにつれて認知度も低くなっている。50 人以下での認知度は 6% 以下である。

両立支援コーディネーター

両立支援コーディネーターは、企業（人事担当）、産業保健の支援機関、医療機関において両立支援に関わる者である。主治医、会社とコーディネーターとのトライアングル型のサポートを構築する。両立支援コーディネーターの基礎研修を産業保健総合支援センターにおいて実施している。全国で、約３万人が基礎研修を修了しており、山口県内においても、受講者が 400 人を超えている。両立支援コーディネーターで、両立支援に携わった経験がある方が５割を超え、疾患で一番多いのはがん（悪性腫瘍）で、うつ病、脳卒中、指定難病も多い。

産業保健総合支援事業

産業保健総合支援センターは両立支援体制を構築するための支援を行っており、以下のことを実施している。

・産業保健関係者を対象とした専門的研修
・事業場への相談対応・訪問支援
・個別調整支援
・事業場、労働者等を対象とした啓発セミナー

地域両立支援推進チーム

地域における両立支援の関係者がネットワークを構築し、両立支援の取組推進を図ることを目的に活動している。都道府県労働局の健康主務課が事務局となっており、山口県は、山口労働局健康安全課が事務局をしている。県医師会も推進チームに入っている。毎年、構成員を集めて協議会を実施しており、今年度は９月に開催した。開催状況は、山口労働局のホームページに掲載している。

ポータルサイト「治療と仕事の両立ナビ」

厚生労働省のホームページに、「治療と仕事の両立支援ナビ」のポータルサイトが掲載されている。治療と仕事の両立支援の認識は、両立支援について必要な知識を得たい場合には、行政への問い合わせや、インターネット等を検索すると必要な情報が提供できるよう整備している。両立支援ナビには、取組事例を掲載しており、山口労働局のホームページにも、県内事業場の両立支援の取組みを掲載している。

治療と仕事の両立支援について法律上の定めは無く、ガイドラインとして取組みや周知を図っていた。しかし、治療を続けながら労働意欲のある労働者の割合が年々増加する状況において、両立支援ガイドラインによるさらなる促進を図る必要があるため、事業主に対し、両立支援について必要な措置を講じる努力義務を課す改正が行われた。施行日は、令和８年４月１日となっている。労働施策総合推進法に新たに「治療と就業の両立支援」の条文が追加された。努力義務ではあるが、法制化されたことで、両立支援について、一層の取組みへの周知を図っていく。

３．女性特有の健康課題について

日本の健診制度の概要は母子保健法による乳幼児の健診、学校保健安全法による幼稚園から大学までの健診、健康保険法や国民健康保険法による被保険者・被扶養者への健診、高齢者医療確保法による健診、労働者に義務付けられた、労働安全衛生法による年１回の定期健康診断がある。40 歳から 74 歳までに実施が義務付けられている特定健診は、労働安全衛生法による定期健診と項目が重複しているため、事業者健診を協会けんぽや健保組合に提出することで、特定健診の代わりとすることができる。その他、健康増進法による、歯周疾患健診、骨粗しょう症健診、肝炎ウイルス健診、がん検診などがある（**図 4**）。

労働安全衛生法による健康診断を実施した場合、健診結果については、受診者本人に結果を通知しなければならない。事業者は、その結果を５年間保存しなければならない。健康診断の結果、所見が認められた場合、医師による意見聴取を行わなければない。意見聴取により、「通常勤務」でよいか、勤務に制限を加える「就業制限」か、勤務を休む必要のある「要休業」とするかの判断を求める。事業者は、医師の意見聴取の結果、就

業場所の変更、作業の転換、労働時間の短縮、深夜業の回数の減少等の措置を講ずることとされている。労働安全衛生法に基づく、年１回の定期健康診断の診断項目は**図５**のとおりである。ただし、年齢等の条件や疾患の恐れがなく、医師が必要でないと判断した場合には、省略することができる。

定期健康診断における、有所見率の推移をみると、有所見率が減少している項目もあるが、全体の有所見率は平成 10 年に４割を超え、平成 19 年に５割に達し、今後６割を超えることが想定される（**図６**）。

政府の規制改革実施計画では、定期健康診断について、最新の医学的知見や社会情勢の変化等を踏まえ、医学的知見等に基づく検討の場を設け、検査項目及び検査手法について所要の検討を行うこととされた。

女性の就業率の増加に伴って、女性の健康課題への対応の重要性が一層高まっている。検討会において、一般健康診断の機会を活用し、女性特有の健康課題について本人への気づきを促し、必要な場合には、産婦人科医等女性特有の健康課題に係る診療を専門とする専門医への早期受診を勧奨し、また、女性特有の健康課題に対する配慮について申し出を行いやすい職場づくりにもつながるよう、一般健康診断問診票に女性特有の健康課題に係る質問を追加することが適当との意見が出された。そこで、健康診断の項目として、「医師が必要と認めた場合には実施することが望ましい」項目の「健康について相談したいことの有無」に、「女性特有の健康課題に関する質問」を追加することが検討され、実際の運用について、以下のことが検討されている。

- 女性特有の健康課題に対する問診を実施するにあたり、質問に対する回答は、健診機関から事業者に提供しないこととする。
- 女性特有の健康課題を抱える個々の労働者と事業者をつなぐ観点から、望ましい対応を、健診機関向けマニュアルに示す。
- 女性特有の健康課題に関する事業者向けガイドラインを明示する
- 望ましい職場環境の拡充の観点から、労働者の回答でなく、集計情報を企業に提供し、取組みに活用する。

企業の人手不足が叫ばれる中、限られた人材を有効に活用するには、個々の労働者が抱える問題に対し、適切に対応する必要がある。そのためには、これらの問題に対し、産業医と緊密な連携を取っていく必要があり、今後ますます産業医への需要は高まっていくと思う。

引き続き、産業保健の支援にご理解とご協力をお願いする。

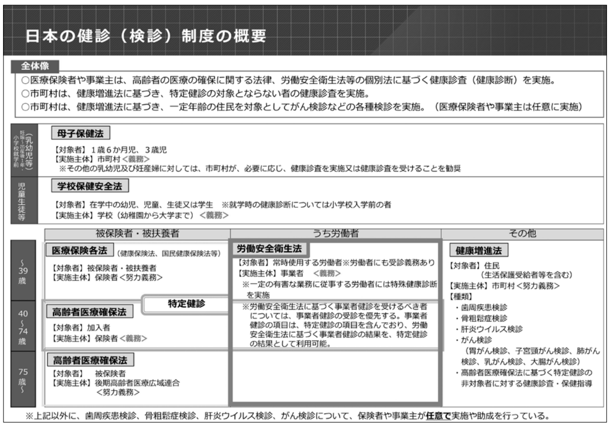


図４

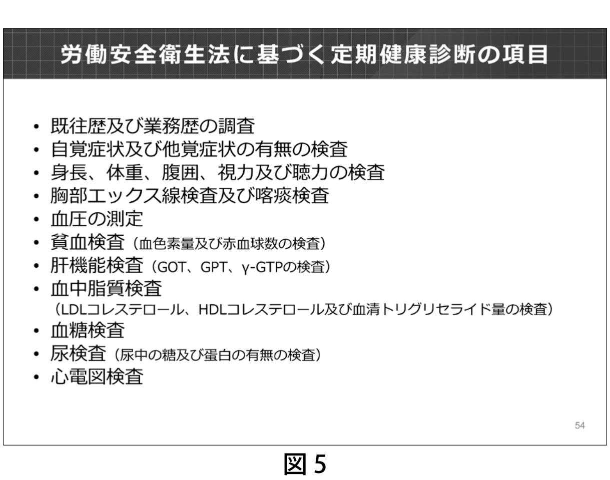


図５

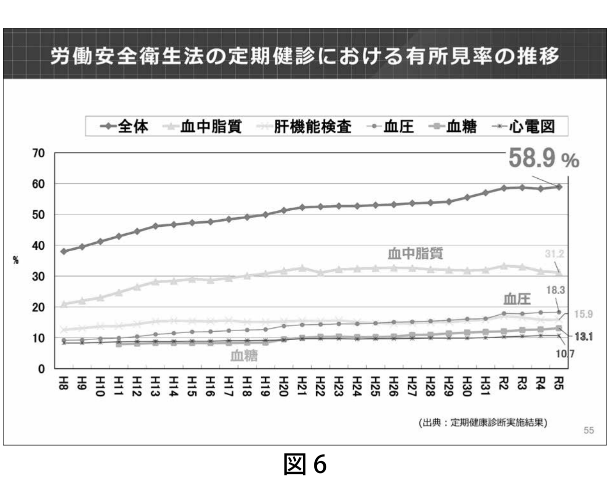


図６

特別講演 2
職場における COPD とタバコ対策

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

厚生労働省「健康寿命の令和 4 年値について」にて、2001 年から 2022 年の日本人の平均寿命、健康寿命の推移をみると、男女ともに平均寿命と健康寿命が伸びてきているが、平均寿命と健康寿命の差に関しては縮まっていない（**図 1**）。平均寿命と健康寿命に影響する予防可能な危険因子のトップ 3 はいずれも高血圧、喫煙、高血糖である。喫煙は、平均寿命、健康寿命ともに影響しているが、予防可能な危険因子である。

本講演では以下 3 つについて説明した。

1. 加熱式タバコ時代の喫煙防止教育
2. 慢性閉塞性肺疾患（COPD）の現状
3. 早期発見し、治療介入することの意義

1. 加熱式タバコ時代の喫煙防止教育

山口県の現状

山口県の喫煙率は、山口県たばこ対策ガイドライン（第 3 次）2019 によると、男女ともに全国平均より若干低くなっている。妊婦の喫煙率も、平成 28 年度では 2.8% で、徐々に減少している。

県内小中学校における喫煙防止教育

山口県医師会禁煙推進委員会（令和 6 年）の報告よると、山口県内の 20 代の成人 207 名に喫煙防止教育を受けたことがあるか、また、現在の喫煙状況について調査を行ったところ、喫煙防止教育を受けた事がない人で、喫煙習慣がある又は吸った事があるという人は 63% であるのに対し、喫煙防止教育を受けたという人では 13% で、喫煙防止教育の受講歴の有無で、成人になってからの喫煙状況は大きく変わってくることが分かる。しかし、現状として県内の喫煙防止教育について、学校現場に目を向けると、市町村によって実施率に地域差がある。県全体の実施率は約 43% であり、今後喫煙防止教育の充実度を高めていく必要がある。そして、喫煙防止教育を担当しているのは学校薬剤師又は保健師がほとんどである。

県医師会の取組み

県医師会では禁煙教育スライドを作成しており、学校現場に使う子ども用と、産業医などが活用できる大人用がある。保健師や学校薬剤師だけでなく、より多くの職種で禁煙教育に関わっていただきたい。このスライドは県医師会のホームページからダウンロードできるためぜひ活用してほしい（**図 2**）。

企業や施設におけるたばこ対策の現状の取組み

山口県たばこ対策ガイドライン（第 3 次）2019 によると、企業や施設におけるたばこ対策の取組み状況の割合は平成 15 年度で 81.4% であったが、平成 30 年度には 93.7% になり、取組みは進んできている。しかし、受動喫煙の機会を有する人の減少割合をみると、行政、医療機関、家庭ではかなり進んできているが、飲食店は約 45% で平成 26 年から 29 年の間もそれほど減少してない。

加熱式タバコについて

JT のホームページによると、販売されたタバコのうち、加熱式タバコの全国シェアは 47.1% で、喫煙者の約半数が、加熱式タバコを愛用している。加熱式タバコは煙が出ていなくても、呼出されるエアロゾルが受動喫煙の原因になることが

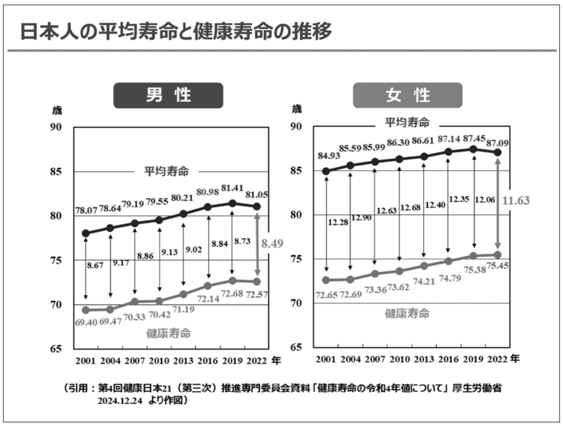


図 1

図 2

分かってきた。産業医科大学の研究室で撮られた写真を見ると、エアロゾルが拡散していることがわかる（**図 3**）。また、加熱式タバコ使用者の家族は、非喫煙者の家族に比べて尿中ニコチン代謝物濃度が高い。家庭内でエアロゾルが拡散されて、受動喫煙の原因となることが分かっている。

日本呼吸器学会では加熱式タバコ、電子タバコの問題について以下の見解と提言を公表している。

（見解）

・加熱式タバコや電子タバコが産生するエアゾルには有害成分が含まれており、健康への影響が不明のまま販売されていることは問題である。

・加熱式タバコの喫煙者や電子タバコの使用者の呼気には有害成分が含まれており、喫煙者・使用者だけでなく、他者にも健康被害を起こす可能性が高い。

（提言）

・加熱式タバコや電子タバコが紙タバコよりも健康リスクが低いという証拠はない。いかなる目的であってもその喫煙や使用は推奨されない。

・加熱式タバコの喫煙や電子タバコの使用の際には、紙タバコと同様な二次曝露対策が必要である。

職場での禁煙教育において、加熱式タバコを含む禁煙の重要性も周知してほしい。

喫煙防止教育の重要性

日本医師会の禁煙推進サイトによると、日本人は 20 歳より前に喫煙を始めると、男性では８年、女性では 10 年、寿命が短縮するとある。

山口県のたばこ対策の３つの目標は以下のとおりである。

（1）学校、職場、公共空間における望まない受動喫煙の防止。

（2）「タバコを吸い始めたくない」意識と態度の向上。

（3）効果的な禁煙支援により禁煙成功者を増やす。

２．慢性閉塞性肺疾患（COPD）の現状

COPD とは

COPD とは主に喫煙者が罹患する慢性進行性の代表的な肺疾患である。呼吸機能検査では気流閉塞を示す。臨床的には徐々に進行する労作時の呼吸困難や慢性の咳、痰を示すが、これらの症状は乏しいこともある。従来は肺気腫といわれた肺胞の炎症や慢性気管支炎と言われていた気道病変、これらの複合で息切れや慢性的な咳、痰という症状があらわれる。

COPD の自然経過

通常、人間の呼吸機能のピークは 25 歳で、その年齢を超えてくると呼吸機能は徐々に低下していく。一方、COPD 患者の自然経過をたどると、**図 4** にあるように、健常者より確実に早く呼吸機能を失っていく。呼吸機能が低下すると息切れが出てくる。進行すると、動くだけで息切れがひどくなるため、日常生活が制限される。つまり、COPD は健康寿命を短縮させる代表的な疾病の一つである。

COPD の増悪

一番重要となるのが COPD の増悪という事象である。これはウイルス感染や大気汚染などを原因として、息切れ、咳、痰といった呼吸症状が増強し、安定期の治療では管理が難しくなる状況である。こういった増悪を繰り返しながら呼吸機能

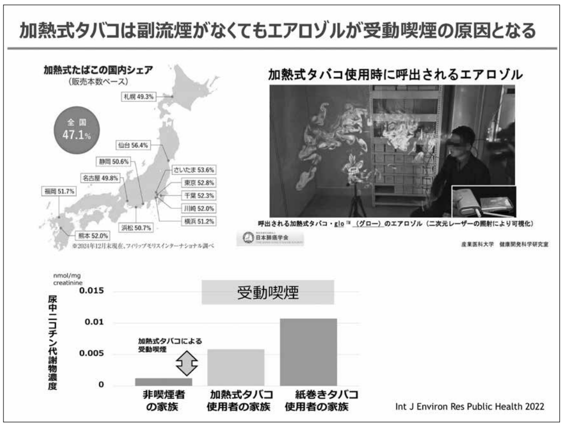


図 3

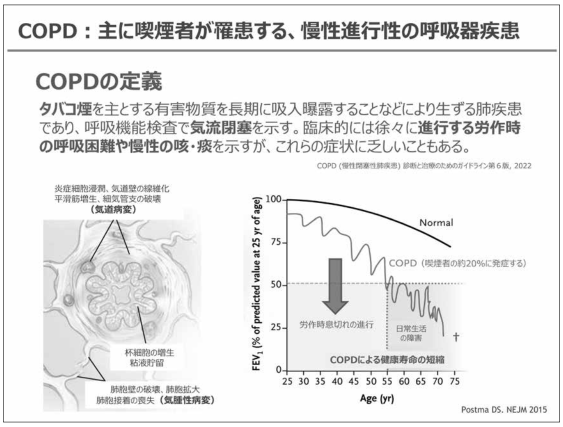


図 4

を失い、そして QOL が低下していく。

COPD の患者さんは、例えば風邪や感染症に罹患して増悪を起こすと、1 週間で呼吸機能が 6 ～ 7% 程度失われる。その後、1 ～ 2 か月かけてゆっくりと戻っていくが、最終的に回復した時点でベースラインに比べると 3 ～ 4% 程度呼吸機能が落ちた状態で定常状態になる。これを繰り返しながら機能が落ちていく（**図 5**）。

喘息との死亡者数推移の違い

厚生労働省の 2021 年人口動態統計では、吸入ステロイド薬などが普及して、喘息の死亡頻度は減少傾向にあるが、COPD 患者はこの 20 年で国内の死亡者数が約 40% 増えている（**図 6**）。

COPD の管理目標

Ⅰ. 現状の改善

①症状と QOL の改善

②運動耐容能と身体活動性の向上と維持。

Ⅱ. 将来リスクの低減

①増悪の予防。

②疾患の進行抑制と健康寿命の延伸。

健康日本 21（第 3 次）

第 1 次では COPD の認知度を向上させることが目標であった。第 2 次（2013 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付けられた。第 3 次の基本方針は 2023 年 5 月に公表され、引き続き認知度の向上を行うことに加えて、COPD の発症予防、早期発見、早期治療介入、重症化予防など総合的な対策を行うことが示された。具体的な目標値としては、現在人口 10 万人あたり 13.3 の死亡数を 2032 年までに 10.3 にして、死亡率を 25% 減少させることが目標になっている。日本呼吸器学会はこの COPD 死亡率減少の取組みに日差しが降り注ぐことを期待して、Project for COPD MOrtality REduction By 2032（COMORE-By2032）通称「木洩れ陽 2032 プロジェクト」と命名した。

ステップ 1 として早期受診を促進し、ステップ 2 として COPD 診断率の向上と適切な治療介入を行う。これを組み合わせることによって死亡率を減少させることを目指している。COPD という病気はまだ臨床現場で実際にはあまり診断されておらず、治療もされていない。日本では、この疾患を有している患者さんの 5% ほどしか診断されていないため、非常に見逃しの多い病気である。見過ごされた状態が続くと、40 代～ 50 代で息切れを感じ、比較的に早い段階で突然重篤化してフレイルの状態になり、車いすや介護が必要になる。それを早期に発見して、適切に治療を開始すれば、増悪も予防できて、健康寿命の延長や死亡率の減少に繋げていける。これが今、国や学会での取組みとして行われている。

3. 早期発見し、治療介入することの意義

COPD の治療介入が必要な理由

息切れの患者は、日常生活行為、坂道の歩行や入浴で息切れすることから始まっていくが、患者の多くは息切れを避けるために生活行為を自ら制限してしまう。閉じこもりや無関心、社会性の欠如化という状態に陥っていく。そうすると、運動能力や運動機能、身体活動性も落ちて、非常に疲れやすい状況になり、座りっぱなし、寝たきりなど、身体の機能が虚弱に繋がっていく。この心と体両方の負のスパイラルによって、死亡リスクが

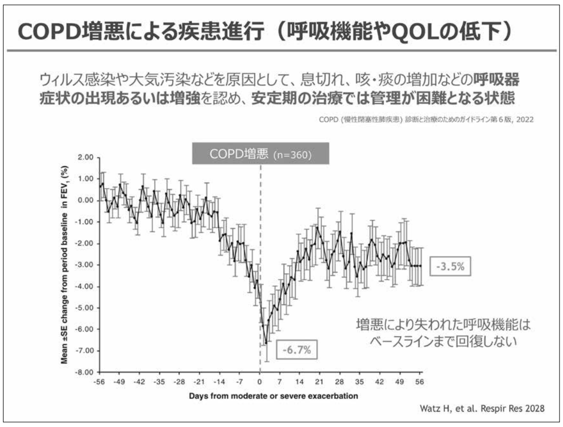


図 5

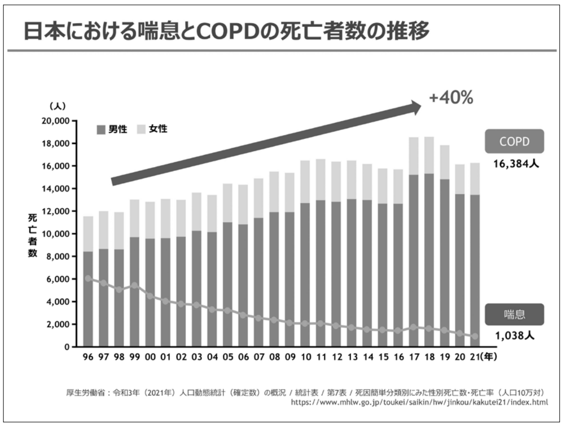


図 6

上がり、心疾患などの合併症が増えていくことが知られている。

フレイルとの関係

COPD 患者の約 80% がフレイルやプレフレイルを併発しているという報告がある。フレイルだけでも死亡リスクは高い。そして、COPD だけでも 1.7 倍になる。しかしながら COPD とフレイルがダブルで存在すると、死亡リスクが約 4 倍上がることも分かっている（**図 7**）。

認知症との関係

COPD は認知症と非常に繋がりが深いということも分かってきた。

2021 年の山口大学大学院医学系研究科呼吸器感染症内科学講座の研究では、COPD の患者さんは健常者と比較して、海馬の体積が減少していることが分かった（**図 8**）。海馬は、記憶や学習能力に関わっており、アルツハイマー病の初期病変部位でもある。COPD の患者さんの MR を見てみると、海馬の萎縮が認められる。

2024 年の当教室の論文報告でも、認知機能やうつに関連する上前頭回が萎縮して薄くなっていることが分かってきた（**図 9**）。また、COPD におけるフレイルは海馬の萎縮、上前頭回の菲薄化とも負の相関が認められた（**図 10**）。

合併する生活習慣病への影響

COPD は合併疾患が多い。心血管疾患を発症する確率は 50% である。COPD 患者の 2 人に 1 人は心血管疾患に罹患している。逆に、心血管疾患の患者の 3 人に 1 人は COPD である。この他、代謝性疾患の糖尿病やメタボも 2 割程度合併している（**図 11**）。

また、心血管疾患の死亡のリスクは COPD の有無による差がみられ、特にうっ血性心不全性は、COPD が加わると、死亡リスクが 4 倍に上がり、不整脈に関しては、2.8 倍に上昇している。循環器疾患の患者においても、COPD の存在は死亡リスクを高める（**図 12**）。

日本人の COPD 患者の死因について、北海道のコホート研究 2020 によると、一番多いのは呼吸不全死、次が肺がん、そして心血管疾患は第 3 位になっている。若年 COPD の患者であれば、死亡原因の 42% として圧倒的に肺がん死が多い。

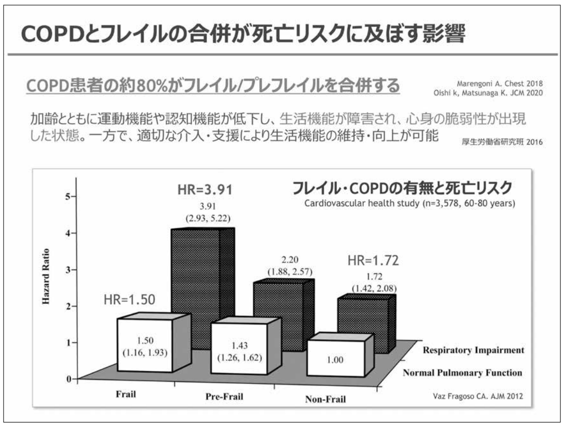


図 7

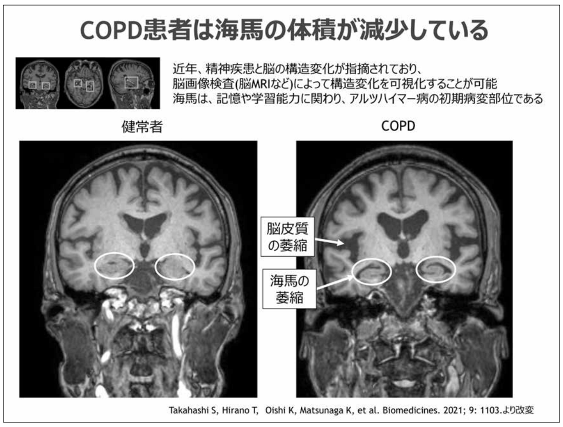


図 8

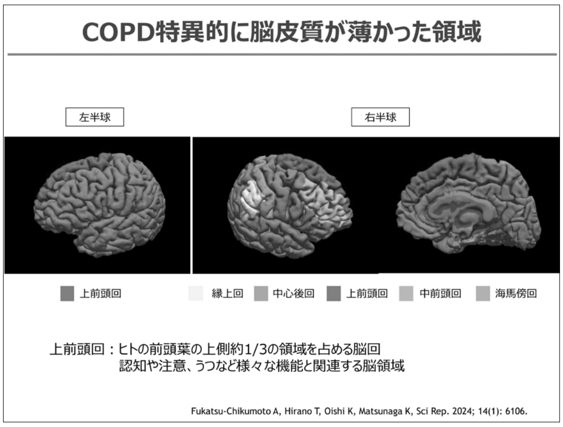


図 9

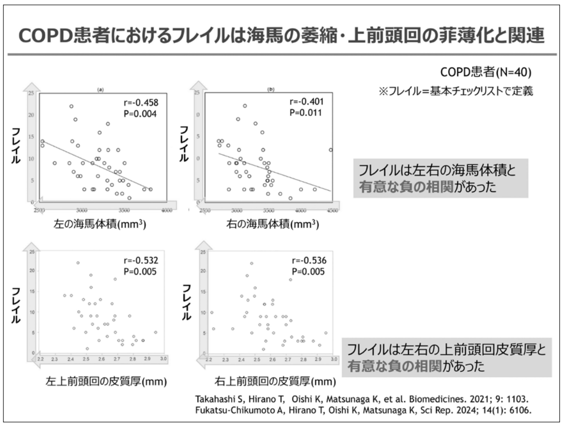


図 10

そして、高齢の COPD の患者は、呼吸不全と心血管疾患が第１である（**図 13**）。

日本人の COPD 患者が増悪を起こした後に発生する心血管イベントのリスクについて、講師が 2024 年に公表したデータでは、COPD 増悪を起こした最初の１か月間の心不全の発症リスクは 1.5 倍上昇している。そして、心不全を発症した際の影響は１年間継続するという結果が出ている。血栓症梗塞や不整脈による心イベントに関しては、影響はおよそ半年ぐらいである。急性心筋梗塞も影響は 1.8 倍上昇している。

現在、国際ガイドラインなどでも、この COPD と心血管疾患という両疾患を適切に治療することで、患者の予後の改善が期待できるとある。

COPD の早期発見に向けて

・受診が勧奨されるべき健康状態

COPD のハイリスク患者は、①喫煙歴がある、②進行性の息切れや咳、痰がある、③生活習慣病で特に高血圧や心臓病を有している人を指す。

COPD 患者は、無意識のうちに自ら生活活動を制限することによって、息切れに気づきにくい。このため、問診では「髪を梳かしにくいことがないか」「湯船につかれないことがないか」等を訊ね、よく疲れる、息切れが続く、着替えがしにくいなどを聞き取ることが大切である。

・認知度の向上、啓発

COPD について、国民の認知度は未だ３割ほどである。山口県がリーフレットを作成しているので、ぜひ活用してほしい（**図 14**）。

・プライマリーケアにおける COPD スクリーニングの重要性

COPD の患者さんは、ほとんどがプライマリーケアで発見されている。プライマリーケアの先生方に、脳神経科や高血圧で受診されている患者が多いからである。心疾患や高血圧などで通院中の方に、呼吸機能検査を調べると、３割近くが気流制限ありというデータがある（**図 15**）。この気流制限ありの人のうち、８割以上が COPD である。喘息の方はわずか 13% しかいない。COPD に関しては、安易に診断ができないが、今の段階で、プライマリーケアで見つかった患者さんの多く（75%）が、中等症から軽症のレベルということ

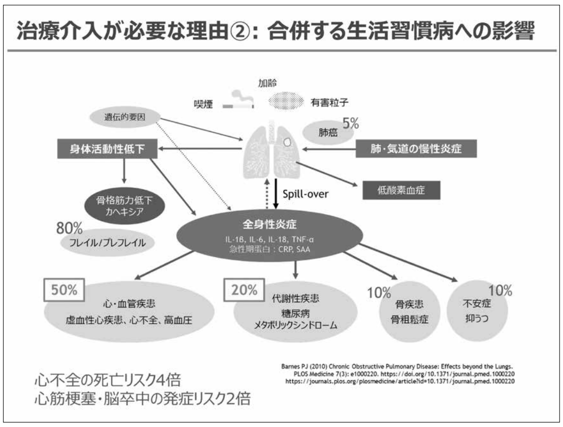


図 11

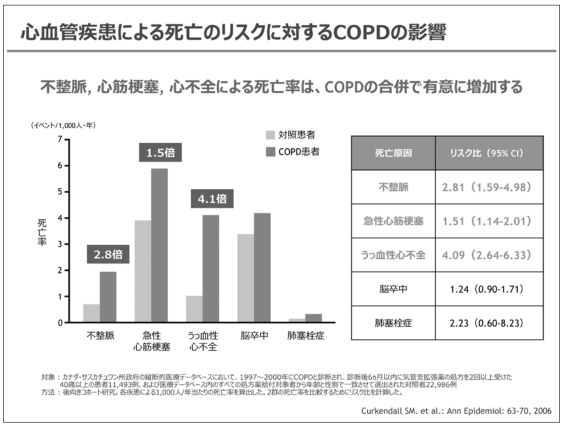


図 12

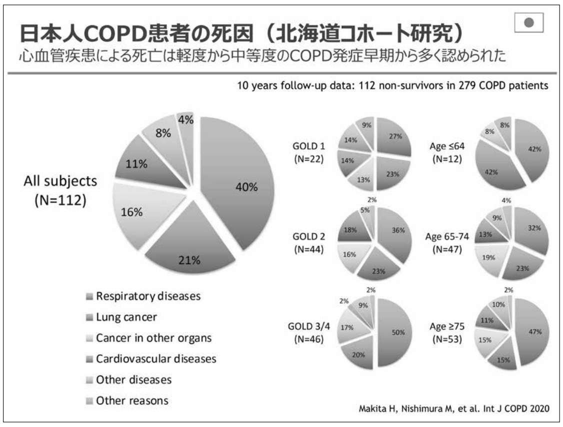


図 13

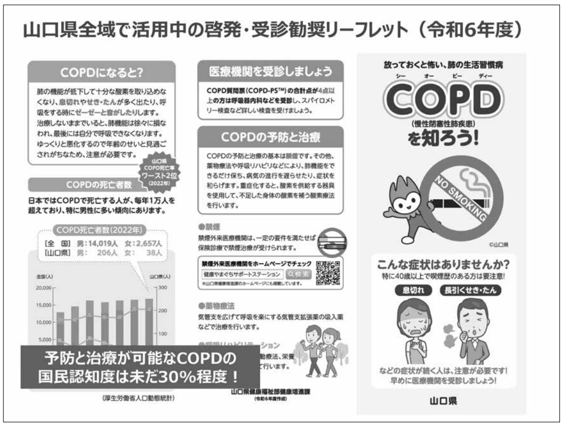


図 14

が報告されており、プライマリーケアの先生方にCOPD に対して、関心を持っていただいて、早期診断につなげていただくことが大変重要である。

・COPD-PS

患者さん向けのスクリーニング質問表（COPD-PS）があり、５つの質問のうちチェックが４以上であれば、COPD のリスクがかなり高い（**図 16**）。現在宇部市では COPD-PS のチラシを作っており、表紙に COPD-PS、裏には宇部市内の COPD 診療にご協力いただける 30 の医療機関の名前と住所、電話番号が書いてある。

予防と治療

・禁煙

COPD の予防と治療の第１歩は禁煙である。60 歳以上の喫煙者では、３人に１人は COPD の疑いがある。禁煙すると、呼吸機能が安定して、増悪や死亡率を減少させることができる。咳や痰の症状は、禁煙すると 2、3 日で症状が改善される。禁煙は大変重要ではあるが、禁煙だけではこの COPD と戦っていくのは難しい。タバコを吸い続けた方は、5 年ほどで呼吸機能が落ちていく。早い段階でタバコを辞めた方は、呼吸機能は良くなっていく。しかし、禁煙に取り組むことが遅ければ遅いほど、呼吸機能改善効果が小さくなり、元に戻らなくなる（**図 17**）。

まとめ

COPD は発症すると、咳、痰、息切れ症状が出て、悪くなっていくと、生活が困難になり、心血管イベントを起こし、心臓が弱くなってしまう。COPD 対策は、呼吸器症状や増悪の改善のみならず、心血管疾患などの生活習慣病への影響を最小限に食い止め、健康寿命の延伸につながる取り組みである。

山口県は 2024 年に第８次山口県保健医療計画を発表した。その中に慢性閉塞性肺疾患（COPD）対策は、第６章に独立した章として明記されている。山口県医師会もワーキンググループを立ち上げ、大学と県と共同対策を行っており、山口県が日本の代表的な地域になっている。この計画の中に記載されているが、山口県の COPD による死亡率は全国平均を上回っており、増加傾向にある。計画にある下記施策について、今後さらなる積極的な取組みが期待される。

（1）COPD の認知度の向上による早期発見・早期介入

（2）効果的な禁煙支援や、喫煙防止教育の普及による発症・重症化予防

（3）かかりつけ医や健診による早期発見や早期治療の推進

６年計画の 1/3 が終っており、この計画の残りを確実に進めていかなければならない。医療計画で掲げた目標に少しでも達成していけるように、一緒に取り組んでいきたいと思う。

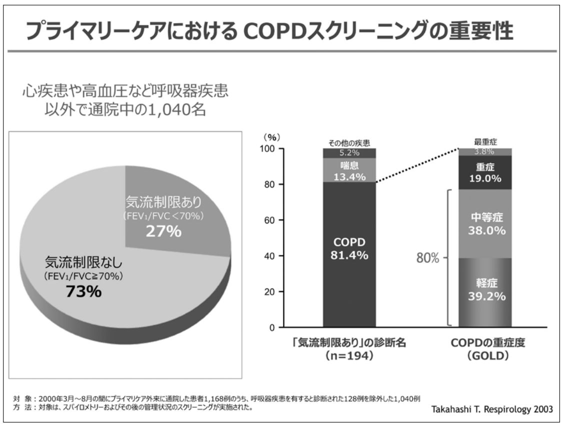


図 15

図 16

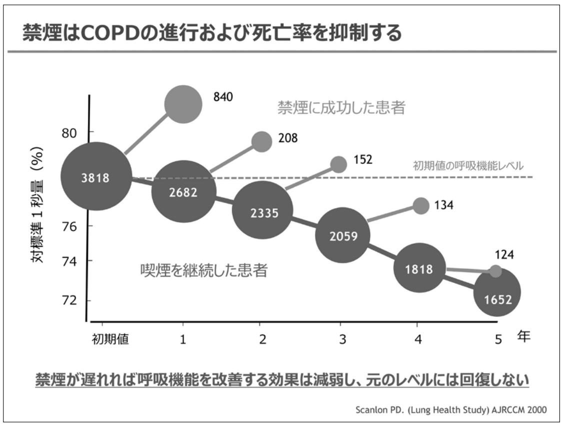


図 17

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、引き続いて塾への送り
● 残業の日の保育園の迎えと、その後サポーター宅での預かり（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
医師
保育サポーター
保育相談員
① 相談
② サポーターの情報提供
③ 調整
④ 保育の具体的な内容や条件の話し合い
同席
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

理 事 会

－第 24 回－

3 月 19 日　午後 4 時 58 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・吉水理事、宮本・友近・淵上各監事

議決事項

1　重要な使用人の選任について

令和８年３月 31 日付けで佐伯彰二 事務局長が退職することから、令和８年４月１日付けで事務局次長の大田淳夫を事務局長に選任することを決定した。

2　令和 8 年度事務局体制について

令和８年度の事務局体制及び職務分掌を決定した。

協議事項

1　記者会見について

令和８年４月 16 日に開催する記者会見のテーマを「子どもの近視について」とし、発表スライドについて協議を行い承認された。

2　男女共同参画部会　部会の名称変更アンケート結果について

部会の名称変更アンケート結果を説明し、部会で新たな名称を決定し、理事会において正式決定することを承認した。

3　中国四国厚生局山口事務所における各種指導の運営について

中国四国厚生局の各種指導について、「1. 新規個別指導の木曜日以外での実施」については、郡市の立会等も必要であることから困難、「2. 集団的個別指導の１日実施」については、効率的に指導を行うため提案されたものであることから了承することを決定した。

4　第 8 回日本緩和医療学会中国・四国支部大会の後援について

特定非営利活動法人日本緩和医療学会から標記大会の後援依頼があり、開催計画等について協議を行い、後援名義の使用を承認することを決定した。

人事事項

1　会内委員会・部会の委員・役員について

会内の各種委員会委員及び部会役員について協議し、承認された。

報告事項

1　へき地の医薬品等提供に係る ICT 活用促進協議会（2 月 24 日）

オンライン診療に関する医療法令改正等について報告の後、「へき地等おけるオンライン服薬指導の導入の手引き」の改訂の方向性、手引きの改訂の概要等について協議が行われた。（岡）

2　日医第 3 回在宅医療シンポジウム（3 月 1 日）

「地域のかかりつけ医が面で支える在宅医療」をメインテーマに、基調講演やシンポジウム等が行われた。（岡）

3　第 2 回地域医療構想調整会議：全体会議
「柳井」（1 月 28 日）、「周南」（2 月 5 日）
「岩国」（2 月 6 日）、「長門」（2 月 10 日）
「宇部・小野田」（2 月 12 日）、「萩」（2 月 18 日）
「山口・防府」（2 月 25 日）、「下関」（3 月 2 日）

令和７年度紹介受診重点医療機関の選定、山口県外来医療計画に係る報告、病床機能再編支援事業、新たな地域医療構想の策定及び医療計画の中間見直し等について協議が行われた。（岡）

4　広報委員会（3 月 5 日）

会報主要記事掲載予定（4 ～ 6 月号）、令和８年度県民公開講座の特別講演の内容、SNS による

理　事　会

広報等について協議を行った。（長谷川）

５　郡市生涯教育担当理事協議会（3 月 5 日）

日本医師会生涯教育制度、令和８年度山口県医師会生涯教育事業計画等について協議を行った。（茶川）

６　第２回山口県准看護師試験委員会（3 月 6 日）

令和７年度の准看護師試験の実施状況及び試験問題の事後評価について報告の後、合格者の決定等について協議が行われた。（茶川）

７　日医医療情報システム協議会（3 月 7･8 日）

「医療 DX 新時代～現状の課題と未来の展望～」をメインテーマに、事務局セッション、講演、パネルディスカッション等が行われた。（中村洋）

８　保育サポーター研修会（3 月 8 日）

保育サポーターバンクの現状説明、山口大学大学院医学系研究科皮膚科学講座の下村尚子 助教による「何が正しい？アトピー性皮膚炎のこと」と題した講演の後、昼食懇談会を行った。（長谷川）

９　男女共同参画部会総会・講演会（3 月 8 日）

総会では、令和７年度事業報告、次期役員選出、令和８年度事業計画が承認された。講演会では、日本眼科医会の白根雅子 会長による「日本眼科医会の取組～ダイバーシティの効用～」と題した特別講演を行った。（長谷川）

10　山口県福祉サービス運営適正化委員会第 155 回苦情解決部会（3 月 10 日）

苦情受付状況、苦情解決事案について協議が行われた。（木村）

11　郡市医事紛争・診療情報担当理事協議会（3 月 12 日）

中国四国医師会連合「医事紛争研究会」の報告、都道府県医師会医事紛争担当理事連絡協議会の報告、令和７年度受付の事故報告と事故の未然防止等について協議を行った。（縄田）

12　第２回山口産業保健総合支援センター運営協議会（3 月 12 日）

令和７年度の事業実施状況、令和８年度の事業計画（案）、山口産業保健総合支援センターにおける取組み等について協議が行われた。
（中村洋）

13　かかりつけ医機能報告制度説明会「Web」（3 月 12 日）

かかりつけ医機能報告、かかりつけ医機能報告における「院内掲示による公表」の修正手順等について協議が行われた。（伊藤）

14　山口県訪問看護推進協議会（3 月 12 日）

令和７年度山口県訪問看護総合支援センター運営状況、次年度事業計画の報告の後、多職種で在宅医療を進める上での課題－訪問看護との連携－について意見交換が行われた。（沖中）

15　山口県生活習慣病検診等管理指導協議会「乳がん部会」「Web」（3 月 12 日）

山口県のがんの状況、乳がん検診の実施状況、山口県乳がん予防重点教育及び乳がん検診実施指針の一部改正等について協議が行われた。（藤井）

16　日医第４回医師会共同利用施設検討委員会（3 月 13 日）

令和６・７年度医師会共同利用施設検討委員会報告書（答申案）について協議が行われた。（茶川）

17　第２回山口県医療審議会「Web」（3 月 13 日）

岩国圏域と宇部・小野田圏域の病床機能再編への支援ついて審議が行われた後、山口県地域医療構想の推進、地域医療介護総合確保基金（医療分）の取組状況、第８次山口県保健医療計画の進捗状況等の報告が行われた。（加藤）

理　事　会

18　第120回山口県医療審議会医療法人部会「Web」（3 月 13 日）

医療法人４件（医科３件）の解散認可について審議が行われ承認された。（加藤）

19　かかりつけ医認知症対応力向上研修会（3 月 15 日）

「基礎知識編」「症例検討」「かかりつけ医の役割編」など５項目について講演を行った。受講修了者 44 名。（竹中、木村）

20　勤務医部会市民公開講座「引受：下松医師会」（3 月 15 日）

「『人生会議』で考える～私らしい生き方と最期の迎え方～」をテーマに、2 講演が行われた。（岡）

21　レジナビフェア 2026 東京（3 月 15 日）

東京で開催されたフェアに参加し、山口県ブースにおいて本県の状況を医学生に説明した。訪問学生数 11 名。（中村洋）

22　都道府県医師会会員情報担当理事連絡協議会「Web」（3 月 16 日）

連絡協議会の趣旨と医師会会員情報システム MAMIS の現状報告、愛知県医師会と広島県医師会における MAMIS の導入事例、MAMIS の今後の予定について報告の後、質疑応答が行われた。（中村洋）

23　山口県看護職員確保対策協議会（3 月 16 日）

令和７年度看護職員確保対策事業等について報告の後、看護職員確保・資質向上の課題について協議が行われた。（茶川）

24　山口県生活習慣病検診等管理指導協議会「子宮がん部会」「Web」（3 月 16 日）

山口県の子宮がんの状況、市町の子宮がん検診の実施状況等について協議が行われた。（縄田）

25　第 2 回 COPD 対策推進ワーキンググループ（3 月 17 日）

令和８年度以降の COPD 対策推進ワーキンググループ、令和８年度実施予定事業等について協議を行った。（河村、國近）

26　山口県生活習慣病検診等管理指導協議会「肺がん部会」「Web」（3 月 17 日）

山口県のがんの状況、肺がん検診の実施状況、がん検診診断症例調査票、山口県がん予防重点教育及び肺がん検診実施指針の一部改正等について協議が行われた。（中村洋、國近）

27　第 2 回山口県在宅医療推進協議会「Web」（3 月 18 日）

令和７年度の取組状況、令和８年度山口県在宅医療セミナーなど今後の取組、第８次保健医療計画の中間見直しについて協議が行われた。（伊藤）

28　社会保険診療報酬支払基金山口事務局審査運営協議会（3 月 18 日）

審査の目標に係る審査実績及び要因分析等の報告、審査結果の不合理な差異解消に向けた取組等について協議が行われた後、DX 審査支払機構の円滑な立ち上げと医療 DX の本格的な展開等について報告が行われた。（淵上）

理　事　会

ー第１回ー

4月2日　午後5時～6時45分

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

議決事項

1　第200回山口県医師会定例代議員会について

令和８年６月11日（木）に開催し、報告事項１件、議決事項７件を審議することを決定するとともに、当日の日程について協議を行い承認された。

協議事項

1　山口県医師会表彰式について

令和８年６月11日（木）の第200回定例代議員会終了後に行うこととし、被表彰者、副賞等を決定した。

2　令和７年度事業報告について

実施事業ごとに事業報告（案）を説明し、次回理事会において、修正内容について最終協議を行い決定することとした。

人事事項

1　労災・自賠責医療委員について

委員の退任に伴い新たに１名を委員とすることを決定した。

報告事項

1　医事案件調査専門委員会（3月19日）

介護老人施設１件の事案について協議を行った。（縄田）

2　山口県予防保健協会理事会（3月19日）

2026年度事業計画及び収支予算、事務局組織規則の一部改正、給与規則等の一部改正、評議員会の招集について協議が行われた。（中村洋）

3　第3回訪問看護総合支援センター運営に関する検討会（3月19日）

令和７年度の山口県訪問看護総合支援センターの運営状況の報告、次年度事業計画、訪問看護実態調査、訪問看護の質の向上を図るための研修事業について協議が行われた。（中村丘）

4　山口県生活習慣病検診等管理指導協議会「胃がん・大腸がん部会」「Web」（3月19日）

山口県のがんの状況、がん検診の実施状況、がん検診診断症例調査票（令和７年度版）等について協議が行われた。（藤井）

5　母子保健領域における心理職との連携を図るための研修会（3月22日）

臨床心理士が提示した２つの事例について、医師や助産師、保健師など多職種の参加者でディスカッションを行った。参加者67名。（河村）

6　第1回山口県社会福祉審議会（3月23日）

山口県社会福祉審議会運営規定の一部改正について協議が行われた後、令和８年度健康福祉部当初予算の概要等について報告が行われた。（岡）

7　第2回山口県障害者施策推進協議会「Web」（3月24日）

障害者支援施策（「やまぐち障害者いきいきプラン（2024 ～ 2029）」）に係る今年度の主な取組、令和８年度障害者支援課関係予算の概要について審議が行われた。（長谷川）

8　山口県産後ケア協議会（3月24日）

令和７年度の「ほっとひといき宿泊施設活用産後ケア事業」の実施報告、ほっとひといき産後ケア事業に係る課題等について協議が行われた。（縄田）

理　事　会

9　中国地方社会保険医療協議会山口部会（3 月 25 日）

医科３件、歯科２件、薬局６件の指定が承認された。（淵上）

10　山口県医師臨床研修推進センター運営会議（3 月 26 日）

令和７年度事業報告、令和８年度事業計画及び予算（案）、令和９年度研修開始臨床研修医の募集定員等について協議を行った。（中村洋、白澤）

11　都道府県医師会社会保険担当理事連絡協議会「Web」（3 月 26 日）

茂松副会長や長島常任理事ほか２名の常任理事から、令和８年度診療報酬改定について説明の後、意見交換が行われた。（伊藤）

12　第 2 回山口県救急医療将来構想推進協議会（3 月 26 日）

新たな地域医療構想に関する国の検討状況の報告の後、救急医療実態把握調査を踏まえた高齢者救急等の現況及び課題、本協議会の今後の進め方について協議が行われた。（竹中）

13　山口県母子保健対策協議会「Web」（3 月 26 日）

山口県の母子保健の動向、母子保健事業の実施状況、専門委員会報告、令和８年度母子保健関連事業等について報告が行われた。（河村）

14　福島県医師会との懇談会（3 月 28 日）

福島県医師会及び山口県医師会からの質問についての書面回答の後、懇談を行った。（加藤）

15　第 161 回日本医師会臨時代議員会（3 月 29 日）

松本会長の挨拶の後、令和８年度の事業計画及び予算の報告、各ブロックの代表質問が行われた。（沖中）

16　広報委員会（4 月 2 日）

会報主要記事掲載予定（5 ～ 7 月号）、各種コーナー等、緑陰随筆、令和８年度の広報事業等について協議を行った。（長谷川）

17　会員の入退会異動

入会 10 件、退会 29 件、異動 20 件。（4 月 1 日現在会員数：1 号 1,177 名、2 号 822 名、3 号 515 名、合計 2,514 名）（伊藤）

医師国保理事会　－第 1 回－

協議事項

1　傷病手当金支給申請について

１件について協議、承認。

報告事項

1　第 86 回全協通常総会について（3 月 24 日）

収支報告の他、健康保険の情勢及び制度改正における対応について説明が行われた。

－第 2 回－

4 月 16 日　午後 5 時～ 5 時 45 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・中村・森・吉水各理事、宮本・友近・淵上各監事

議決事項

1　令和 7 年度事業報告について

事業実施別の事業報告について最終協議を行い決定した。

理　事　会

協議事項

1　定款等検討委員会ついて

５月 21 日に開催し、「令和９年度山口県医師会会費の賦課方法について」「令和９年度役員等の報酬について」を諮問し、審議を行うことを承認した。

2　母体保護法による指定医師の更新について

更新対象者 33 名のうち、更新辞退者１名を除く 32 名を承認した。

3　第 24 回中国四国医師会共同利用施設等連絡協議会について

９月 19 日に山口市で開催する標記協議会の次第、シンポジウムや特別講演の実施方法等について協議を行い、提案のとおり開催することを決定した。

人事事項

1　定款等検討委員会委員について

委員の改選に伴い、新たに５名を委員とすることを決定した。

2　自浄作用活性化委員会委員及び診療情報提供推進委員会委員について

両委員会の委員である山口県社会福祉協議会専務理事の退任に伴い、新たに１名をそれぞれの委員とすることを決定した。

3　社保・国保審査委員連絡委員について

委員の辞任に伴い、新たに２名を委員とすることを決定した。

報告事項

1　産業医研修カリキュラム策定等委員会（4 月 2 日）

令和７年度産業医研修実績及び令和８年度産業医研修計画等について協議を行った。（中村洋）

2　新規採用者研修医オリエンテーション「Web」（4 月 2 日）

研修医６名に対し、「医療紛争の現状と問題点について」と題して、医療の特性、紛争が起きたときの手続きの流れや全国の医療事故訴訟の傾向等について講演を行った。（縄田）

3　臨床研修医歓迎会（4 月 3 日）

中村副会長より、山口県医師会及び山口県医師臨床研修推進センター事業の説明を行った後、研修病院ごとに研修医の紹介を行った。研修医 92 名、指導医・行政・役員等 52 名、計 144 名の参加があった。（中村洋）

4　臨床研修医交流会第 1 回幹事打ち合わせ会（4 月 4 日）

交流会の全体の構成、特別講演の講師候補者、当日の役割分担等について協議を行った。（中村洋）

5　第 20 回男女共同参画フォーラム（4 月 4 日）

「世代・ジェンダーをこえて ちむどんどん」をメインテーマに、基調講演や日本医師会男女共同参画委員会等の報告、シンポジウム、総合討論などが行われた。（長谷川）

6　日医第 5 回母子保健検討委員会（4 月 8 日）

会長諮問「出産から育児までの健康管理（産後ケアと乳幼児健診の在り方）」に対する答申（案）及び母子保健全般について審議が行われた後、答申が手交された。（河村）

7　保険委員会（4 月 9 日）

令和８年度社会保険医療担当者指導の予定、令和７年度社会保険医療担当者指導計画の報告等について協議を行った。（伊藤）

8　生活保護業務に関する協議会（4 月 9 日）

生活保護法に基づく指定医療機関の指導、生活保護（医療関係）の主な改正等について協議を行った。（伊藤）

理　事　会

9　日医第８回学校保健委員会（4 月 9 日）

会長諮問「社会情勢の変容を踏まえた学校健康診断に関する諸課題の再検討」に対する答申(案)、難聴の児童生徒への聞こえの支援等について審議が行われた。（加藤）

10　新たな地域医療構想に関する担当理事連絡協議会（4 月 15 日）

厚生労働省地域医療計画課の西嶋康浩 課長による改正医療法や地域医療構想策定ガイドライン等の説明の後、質疑応答、意見交換が行われた。（岡）

11　社会保険診療報酬支払基金山口事務局審査運営協議会（4 月 15 日）

審査の目標に係る審査実績及び要因分析等の報告、審査結果の不合理な差異解消に向けた取組等について協議が行われた後、電子カルテ情報共有サービスの概要等について報告があった。（淵上）

日医 FAX ニュース

2026 年（令和 8 年）3 月 27 日　3386 号

- 有料職業紹介事業適正化、厚労相に要望
- 国保組合の補助引き下げ、「絶対基準で」
- 妊娠・出産の支援強化「速やかな移行を」
- 継続的賃上げ施設、３月末で評価料算定

2026 年（令和 8 年）3 月 31 日　3387 号

- 26 年度改定、外来医療に「影響少ない」
- 改定は経営立て直しの「スタート地点」
- 新構想の GL は４月公表
- 医療広告 GL に「オン診施設」を追加

2026 年（令和 8 年）4 月 3 日　3388 号

- ベア評価料、賃金改善は「算定月から」
- 多職種協働加算、看護職員のみでも可
- 命、健康に関わる物資供給「最優先で」
- 資本性劣後ローン開始、救急病院対象

2026 年（令和 8 年）4 月 7 日　3389 号

- 石油製品など重要物資安定供給確保へ
- 物資安定供給、医療機関向け窓口設置へ
- 麻疹・風疹定期接種、「積極的な勧奨を」
- 電子処方箋、「院内処方機能」本格稼働
- 高齢者救急、機能分化「十分に進まず」
- 医業収益 DI、一般病院は改善

2026 年（令和 8 年）4 月 10 日　3390 号

- ベア料の解説資料、４月中盤までに提供
- 改定後の経営把握、臨時調査を実施へ
- 診療所の新興感染症対策研修で報告書
- 病床削減支援、初回申請は６月末に締切
- 命に関わる石油関連物資、最優先で確保
- 物資確保、医療機関から情報募る

国民年金基金
のご案内
日本医師・従業員支部

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

不確実な将来に、今、備える

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

国民年金基金のおすすめポイント ～税優遇を活かして老後に備える～

1 税制上の優遇措置

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

年金　受け取る年金にも**公的年金等控除**が適用されます。

遺族一時金　遺族一時金は全額が**非課税**となります。

新規加入の
9割以上の方が
税優遇を重視して
ご加入されています。

2 生涯にわたる給付

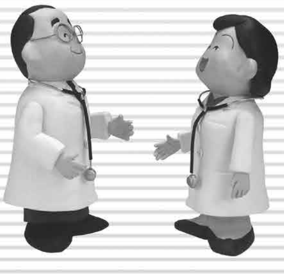
人生100年時代に向けた**「終身年金」**が基本です。

3 ご家族及び従業員の方も加入可能

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

国民年金基金に加入できる方

- 20歳以上60歳未満の国民年金の第1号被保険者の方
- 60歳以上65歳未満で国民年金に任意加入している方
- 厚生年金の被保険者は加入できません。
  主に、個人立診療所の医師、従業員、ご家族などとなります。



お問合せは下記の基金事務所へどうぞ

全国国民年金基金 日本医師・従業員支部
0120-700650
FAX 03-5976-2210
〒170-0002 東京都豊島区巣鴨1-6-12 マグノリアビル2階

ポイント　HP上でもシミュレーションや
加入申出のお手続きができます！

医師支部　検索

お金の使い道、海外篇

飄々

広報委員
川野　豊一

　というわけで、信じられないことに、アメリカの大統領がベネズエラの大統領を拉致した。さらに信じられないことに、今度はイランと戦争を始めた。ベネズエラの事件は石油を手に入れたので成功と判断したのだろう。イランへの攻撃も核能力の解体や軍事力の制限等よりも、イランの体制を転換して石油利権を得ることが目的ではなかったのか。ホルムズ海峡を封鎖され世界中が大混乱となっているが、イラクへの攻撃を始めたとき当のご本人はこのような事態が起こることは考えていなかったに違いない。

　アメリカ議会への報告によると、イラン侵攻の最初の６日間で 113 億ドルが費やされたとのことである。BBC によると、2003 年のイラク侵攻では半年で 570 億ドルが使われ、2001 年に始まったアフガニスタン侵攻では 2011 年 10 月～2012 年９月の１年間で 1,310 億ドルが注ぎ込まれたとのことである。イランでは開戦から１か月で 200 億ドルを超えた可能性があると言っている。今後、国防総省は最大 2,000 億ドルの追加予算を要求しているそうである。

　トマホークなどの高価な兵器の消費だけでなく、地中海とアラビア海に二つの空母打撃群を展開するなど、戦争を遂行するため大金が注ぎ込まれている。最新型のフォード級空母１隻の建造費は 130 億ドル、それを運用するための護衛艦や潜水艦を含む打撃群一つで年間約 30 億ドルのコストがかかるそうである。また、撃墜された F-15E の価格は１機あたり１億ドルくらいらしい（撃墜したイランの携帯型ミサイルは４万 3,000 ドルだそうである）。

　2026 年４月７日、イランへの攻撃を２週間停止すると発表された。攻撃を始めた本人の面子が保てる形での停戦に持っていきたいと考えているのであろうが、何にせよ戦闘の停止は良いことである。今後はイラク攻撃にどのような正当性があったのか、そして上記のような莫大な金額を注ぎ込む価値のある戦争であったのかなどを、戦争を始めた本人がアメリカの国民や議会、そして世界の人々へ説明する義務がある。一国の安全に責任を持ち他国との共存を望む政治家であるならば、アメリカや世界の人々とその将来に向けてもっと生産的なことにお金を注ぎ込んで欲しいと思う。

山口県医師国民健康保険組合 加入者の皆様へ

令和８年度より、特定健診受診券の配布方法が変更になりました

健康診断 とは異なるので ご注意下さい

山口県医師国民健康保険組合

特定健診の受診券 申込みについて

年齢や加入区分によって受診条件が異なるので、表をご確認の上、積極的に健診をご活用ください

40 歳以上 (年度内に 40 歳に達する者を含む)
かつ
4 月 1 日時点で被保険者資格を持つ者

はい → 特定健診または健康診断のどちらかを受診できます

いいえ → 健康診断を受診できます

併用は不可

健診の名称	特定健診	健康診断
問合せ先	**医師国保**	**所属の郡市医師会**
申込み	● 前年度の特定健診受診者 ● 本年度に 40 歳となる者 → 4 月下旬に医療機関へ受診券郵送／申込みは不要です ●上記以外の希望者は、申込書を医師国保へ提出 **受診券申込書の入手方法** ① 山口県医師会ホームページ → [医師・医療機関の皆様へ] → [山口県医師国民健康保険組合関係] より ダウンロードし、[FAX : 083-922-2527] または 郵送 ② 電話等による連絡　[Tel : 083-924-4549] 毎月 10 日・20 日を締日とし、医師国保より 受診券 を送付	所属の郡市医師会が、取纏め (5 月頃) 郡市医師会により、受診方法が異なるため、申込みと共に内容をご確認下さい ※ 郡市医師会により、集団検診・個別検診等の取扱および費用決済方法が異なります
受診機関	医師国保と契約した特定の医療機関のみ	
対象者 費用 健診項目	● 40 歳～ 75 歳になる前日までの全被保険者 (年度内に 40 歳に達する者を含む) かつ ● 4 月 1 日に被保険者資格を持つ者 ● 本人の費用負担なし ● 健診項目は指定項目のみ **注意！** 両方受診して助成金を取得された場合、どちらかご返金頂きますので、ご留意ください。	甲種組合員／甲種組合員 の 配偶者登録の者：35,000 円 乙種組合員：25,000 円 乙種組合員 の 配偶者登録の者：10,000 円 ■必須健診項目　＋　希望健診項目 ・「 必須項目を含めた PET 検診 」は可。 ・保険対象外 (妊婦検診・歯科検診等) は不可 後期組合員 ・甲種組合員 : 25,000 円 ・乙種組合員 : 15,000 円 ※ただし、広域連合が行う健診項目は対象外
実施期間	5 月 1 日～ 12 月 31 日	6 月 1 日～ 12 月 31 日
自家受診	自家健診は可。　ただし、自己健診は不可	不可

□ 特定健診の対象者でも、表右の 健康診断 を希望の場合、郡市医師会 にお申し込み下さい [併用は不可]

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。なお、開催場所が「下関海峡メッセ」から「**関門医療センター**」に**変更**となっております。

と　き　　令和８年５月 31 日（日）9：15 ～ 16：45

ところ　　関門医療センター３階　研修ホール（場所が変更になっています）

〒 752-8510　下関市長府外浦町 1-1　　TEL：083-241-1199

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

南海トラフ巨大地震に備える

～労働災害を起こさないための病院 BCP を考える～

山口大学名誉教授・アジア防災センター センター長　**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

山口県酒造組合会長　**岩崎喜一郎 様**

13：00 ～ 14：00　特別講演Ⅱ

戦後最も厳しく複雑な安全保障環境

元陸上総隊司令官　**住田和明 様**

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

一般演題セッション	CC 50（吐血・下血）：1.5 単位
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）：0.5 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	CC 53（腹痛）：2 単位

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

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

お知らせ・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。

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）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いたします。

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 東京　～臨床・専門研修プログラム～

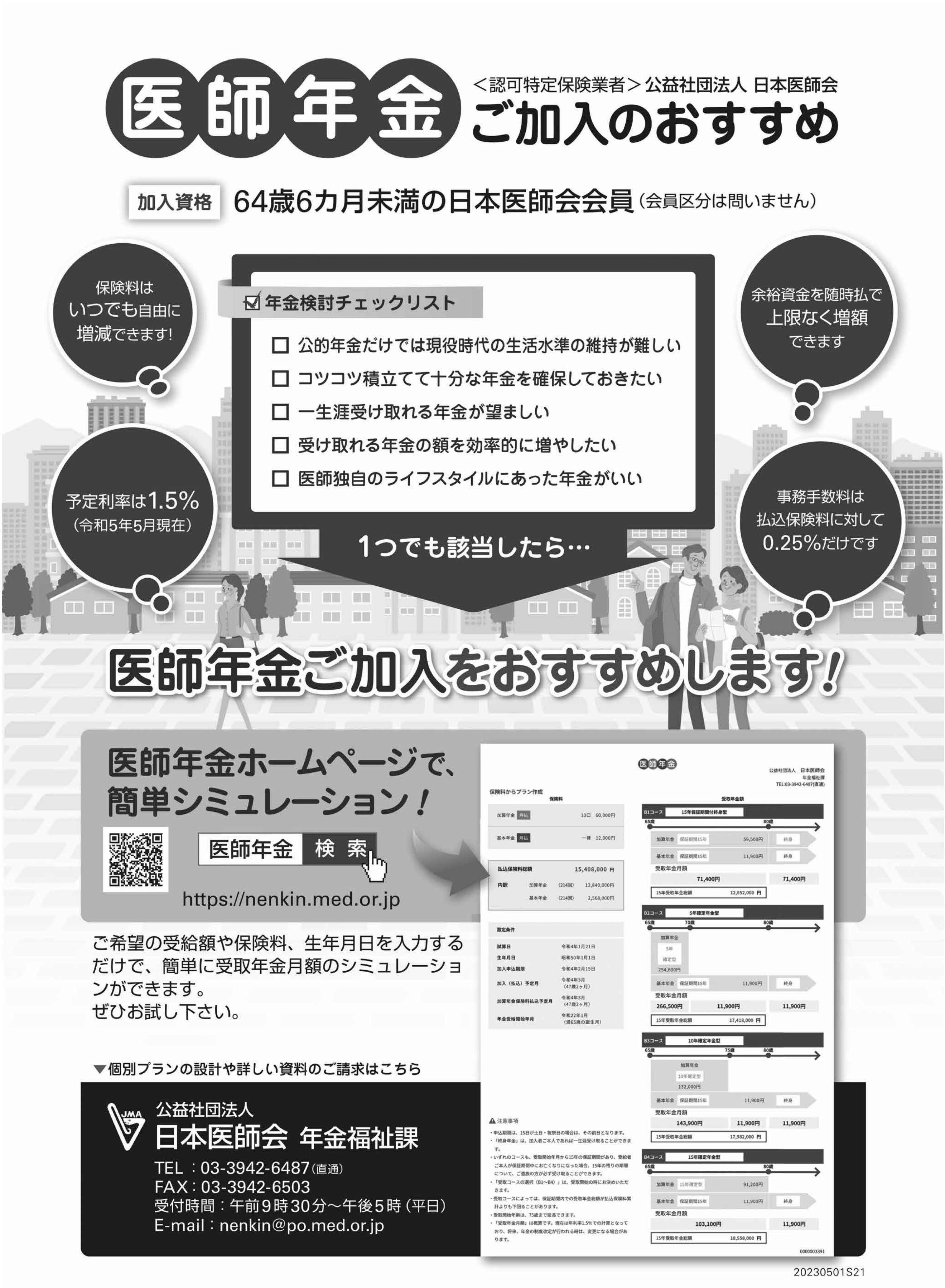
・と　き　　６月 21 日（日）
・ところ　　東京ビッグサイト
・対　象　　医学生および研修医

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


医師年金
＜認可特定保険業者＞公益社団法人 日本医師会
ご加入のおすすめ
加入資格
64歳6カ月未満の日本医師会会員（会員区分は問いません）
保険料はいつでも自由に増減できます！
予定利率は1.5%（令和5年5月現在）
余裕資金を随時払で上限なく増額できます
事務手数料は払込保険料に対して0.25%だけです
年金検討チェックリスト
公的年金だけでは現役時代の生活水準の維持が難しい
コツコツ積立てて十分な年金を確保しておきたい
一生涯受け取れる年金が望ましい
受け取れる年金の額を効率的に増やしたい
医師独自のライフスタイルにあった年金がいい
1つでも該当したら…
医師年金ご加入をおすすめします！
医師年金ホームページで、簡単シミュレーション！
医師年金 検索
https://nenkin.med.or.jp
ご希望の受給額や保険料、生年月日を入力するだけで、簡単に受取年金月額のシミュレーションができます。
ぜひお試し下さい。
▼個別プランの設計や詳しい資料のご請求はこちら
公益社団法人
日本医師会 年金福祉課
TEL：03-3942-6487（直通）
FAX：03-3942-6503
受付時間：午前9時30分～午後5時（平日）
E-mail：nenkin@po.med.or.jp
20230501S21

お知らせ・ご案内

「医業承継支援事業」に伴う各種業務のお知らせ

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

（1）医業承継に関する初期相談の専門家派遣事業

・医業経営のコンサルティングによる無料相談（一般的な助言に限る）

・専属の会計士や税理士がおられる場合は、まずは顧問先への相談をお勧めします

（2）譲受情報の受付登録と提供事業

上記各種業務のお問い合わせ先

医業承継に関する相談窓口

TEL：083-922-2510（山口県医師会内、平日９時～ 17 時まで）

FAX：083-922-2527

電子メール：shoukei-y35@yamaguchi.med.or.jp

各種業務ネット入力の場合は下記 QR コードをご利用ください。

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

（3）令和８年４月 20 日現在の登録状況

譲渡希望件数　14 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
Medical Doctor Qualification Certificate
医師資格証
HPKI
Taro Nichii
日医 太郎
JAPAN
MEDICAL
ASSOCIATION
01 Aug 1955
昭和30年08月01日
9999999999
999999
31 Mar 2026
令和08年03月31日
上記の者は、医師であることを証明する。
We hereby certify that the person above mentioned is a Medical Doctor.
JAPAN MEDICAL ASSOCIATION
公益社団法人日本医師会
カードID JMA999999999
Date of issue 01 Apr 2021
発行日 令和03年04月01日
日本医師会 電子認証センター
Japan Medical Association Certificate Authority

医師資格証（HPKI

身分証としての利用シーン

採用時の医師資格確認

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

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

緊急時の身分証

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

JAL DOCTOR 登録制度

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

（登録および現場応対は任意となります）

講習会受付

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

医師資格証申請方法

申請書類一式郵送

1

『申請書類』一式を日本医師会電子認証センターへ郵送します。

- 日医会員 →
- 日医非会員 → 発行時費用の払込票が郵送されます。 ▶ ゆうちょ・コンビニ払込票にて支払います。 →

申請書類

1 医師資格証発行申請書
ホームページからダウンロード出来ます。
撮影から6ヶ月以内の証明写真が必要です。

2 医師免許証コピー
（裏書がある場合、裏面コピーも必要です。）

3 住民票
発行から6か月以内
・コピー不可
個人番号、住民票コードは載せない

4 身分証のコピー（下記のいずれか1点）（有効期間
・日本国旅券
・運転免許証　もしくは運転経歴証明書
（平成24年4月1日以降発行のもの）
・マイナンバーカード ※
・住民基本台帳カード
・官公庁発行職員身分

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

カード）利用シーン

ITでの利用シーン

ログイン認証

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

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

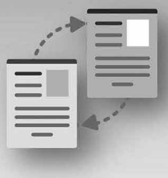
HPKI電子署名

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

研修会受講履歴単位管理

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

他社サービスの利用



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

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

間内のもの）
※表面のみ ※通知カード不可
ド
分証明書

対面受取時の書類　※あらかじめ受取場所の医師会に電話確認をしてください。

1 医師資格証発行完了通知（ハガキ）
申請時に記入した連絡先住所にハガキが郵送されます。

2 身分証の提示（下記のいずれか1点）（有効期間内のもの）
・日本国旅券
・運転免許証　もしくは
　運転経歴証明書
（平成24年4月1日以降発行のもの）
・マイナンバーカード ※通知カード不可
・住民基本台帳カード
・官公庁発行職員身分証明書

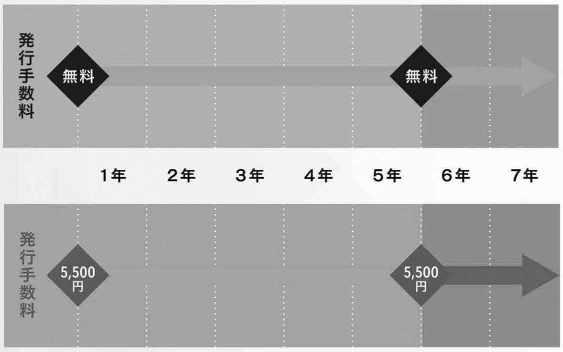
費用

日医会員

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

日医非会員

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



※費用はすべて税込みです。

各種手続き

連絡先変更手続き

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

暗証番号（パスワード）開示手続き

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

医師資格証 利用中止届

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

医師資格証 紛失届

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

医師資格証 再発行申請書

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

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

日本医師会 電子認証センター
Japan Medical Association Certificate Authority
〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16
ホームページ ｜ https://www.jmaca.med.or.jp/
お問合せ ｜ toiawase@jmaca.med.or.jp

掲載内容2022年8月現在

【山口県医師会報に関するお知らせ】

（1）ペーパーレス化について

山口県医師会報について、令和 8 年 10 月号を目途に本会ホームページでの閲覧を基本とし、ペーパーレス化を図りたいと存じます。

一方、少数ではありますがこれまで同様に冊子の作成も継続いたしますので、従来通りの冊子での送付を希望される場合は、下記までご連絡いただければ対応いたします。

令和 8 年 10 月号以降は上記のように対応する予定ですが、1 月号（新年特集号）につきましては、これまで同様に冊子での発行し、会員の皆様へお届けいたしますので、併せてご承知おきください。

① Google フォーム

下記 URL 又は右記 QR コードよりアクセスし、必要事項を入力してください。

https://forms.gle/9nFWr3MJ51UTeTsN6

② e-mail

件名に「県医師会報冊子送付希望」と記載し、本文に所属郡市医師会、所属医療機関名、ご芳名、会報送付先を記載して、kaihou@yamaguchi.med.or.jp へメールを送信してください。

送信後、1 週間を経過しても折り返しの連絡がない場合は下記へご連絡ください。

③ FAX

所属郡市医師会、所属医療機関名、ご芳名、会報送付先と一緒に「県医師会報冊子送付希望」と記載していただき、山口県医師会（FAX：083-922-2527）へ送信してください。
※所定の様式をご希望の場合は、県医師会まで一度お問い合わせください。

（2）会報掲載連絡用メールアドレスご登録のお願い

県医師会報のペーパーレス化に伴い、会報のデータを本会ホームページに掲載した旨のお知らせをいたしますので、メールアドレスを下記のいずれかの方法でご登録をお願いします。

① Google フォーム

下記 URL 又は右記 QR コードよりアクセスし、必要事項を入力してください。

https://forms.gle/mLAQSBcqxJXQLw5o8

② e-mail

件名に「県医師会報掲載お知らせ希望」と記載し、本文に所属郡市医師会、所属医療機関名、ご芳名を記載して、kaihou@yamaguchi.med.or.jp へメールを送信してください。

送信後、1 週間を経過しても折り返しの連絡がない場合は県医師会へご連絡ください。

本件に関するお問い合わせ先

山口県医師会事務局 会報担当

TEL：083-922-2510　FAX：083-922-2527

e-mail：kaihou@yamaguchi.med.or.jp

謹　弔

次の会員がご逝去なさいました。謹んで哀悼の意を表します。

徳永正晴氏	下関市医師会	２月　７日	享年　95
岡山　勁氏	岩国市医師会	２月 20 日	享年　78
持山泰三氏	長門市医師会	３月 20 日	享年　89

編集後記

令和８年度となり早くも１か月が過ぎました。２月 28 日にイスラエルとアメリカが引き金を引いた戦争の行方が混沌としており、毎日頭から離れません。トランプ大統領と全世界の情勢は刻一刻と変化していますので、対話から暴力へシフトしつつある現在、過去の判断をそのまま適応することの危険が大きく、予断を許しません。

３月４日（水）の県医師会理事会冒頭に、令和８年度の山口県健康福祉部予算の説明が健康福祉部長より行われました。予算は前年より 3.2% 増加しており、診療報酬の増加率とほぼ同じ数字となっています。切れ目のない妊娠・出産・子育て支援推進、産科・小児科医療確保、医師偏在対策重点支援、看護基本教育体制強化、県立病院施設整備関係、健康やまぐち食環境整備推進、災害時医療体制強化総合対策、物価高対策、医療･介護等支援パッケージなどの予算説明がありました。

本年度も広報委員会は会報・県民公開講座・SNS・記者会見等を通じて、医師会活動として、会員並びに県民の皆様と情報共有のお手伝いをしていく予定です。

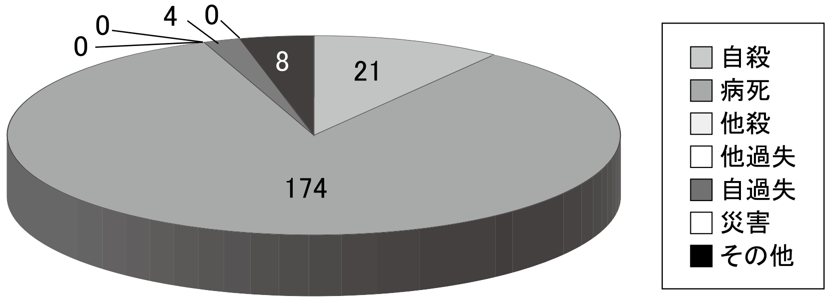
（理事　中村　　丘）

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
Mar-26	21	174	0	0	4	0	8	207

死体検案数と死亡種別（令和８年３月分）



HIPPOCRATES

医の倫理綱領

日本医師会

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

1. 医師は生涯学習の精神を保ち、つねに医学の知識と技術の習得に努めるとともに、その進歩・発展に尽くす。

2. 医師は自らの職業の尊厳と責任を自覚し、教養を深め、人格を高めるように心掛ける。

3. 医師は医療を受ける人びとの人格を尊重し、やさしい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るように努める。

4. 医師は互いに尊敬し、医療関係者と協力して医療に尽くす。

5. 医師は医療の公共性を重んじ、医療を通じて社会の発展に尽くすとともに、法規範の遵守および法秩序の形成に努める。

6. 医師は医業にあたって営利を目的としない。

「日医君」山口県バージョン

YMASNS

山口県医師会公式インスタグラム

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）