

# 山口県医師会報

令和3年(2021年)

5月号

— No.1929 —



仁保川のこいのぼり 鶴田良介 撮

Topics

山口県医師会男女共同参画部会総会



# Contents

|                                                     |           |     |
|-----------------------------------------------------|-----------|-----|
| ■今月の視点「ヘリコバクター・ピロリに関連した<br>上部消化管疾患－最近の動向について－」…………… | 藤原 崇      | 279 |
| ■第42回 産業保健活動推進全国会議……………                             | 中村 洋      | 282 |
| ■令和2年度 郡市医師会産業保健担当理事協議会 ……………                       | 中村 洋      | 296 |
| ■令和2年度 日本医師会母子保健講習会 ……………                           | 河村一郎      | 298 |
| ■令和2年度 郡市医師会生涯教育担当理事協議会 ……………                       | 加藤智栄      | 302 |
| ■令和2年度 日本医師会医療情報システム協議会 ……………                       | 中村 洋、藤原 崇 | 304 |
| ■令和2年度 保育サポーター研修会 ……………                             | 長谷川奈津江    | 326 |
| ■令和2年度 山口県医師会男女共同参画部会総会 ……………                       | 黒川典枝、戒能美雪 | 327 |
| ■理事会報告（第1回、第2回）……………                                |           | 330 |
| ■日医FAXニュース ……………                                    |           | 335 |
| ■飄々「あれから1年」……………                                    | 岸本千種      | 336 |
| ■お知らせ・ご案内……………                                      |           | 338 |
| ■編集後記……………                                          | 藤原 崇      | 340 |

# 今月の視点

## ヘリコバクター・ピロリに関連した上部消化管疾患 — 最近の動向について —

理事 藤原 崇

### はじめに

消化管内視鏡分野は、近年機器や診断技術が大きく進歩し、専門的な知識のアップデートが必要となってきた。また、本邦ではヘリコバクター・ピロリ (*H.pylori*) の感染率が、以前と比較して大幅に低下してきているため、胃潰瘍、十二指腸潰瘍の減少に加えて、萎縮性胃炎を背景とする分化型胃癌の減少など、上部消化管疾患の頻度に大きな影響を与え、疾病構造も変化してきている。

*H.pylori* に関連した最近の上部消化管疾患にまつわる動向について述べる。

### 1. *H.pylori* 感染率の低下

胃癌と *H.pylori* 感染には強い関連があることがわかっており、大部分の胃癌が *H.pylori* 感染胃炎から発症する。*H.pylori* がいつごろ初感染を起こすかという点、5歳以下の幼少期である。急性胃炎として発症し、慢性胃炎に移行して *H.pylori* 感染はほぼ生涯にわたって持続する。成人になってからの感染は少なく、感染が成立しても一過性の急性胃粘膜病変の病態となることが多いため、持続的な慢性活動性胃炎へ移行することは稀である。本邦では *H.pylori* の感染率は以前と比べて低下してきている。1992年のAsakaらの報告<sup>1)</sup>によると、1950年以前に生まれた40歳以上の対象者はどの世代も70%を超える非常に高い感染率を示していた。しかし、近年では水質環境の整備、両親の感染率の低下などに伴って、小児の *H.pylori* 感染率は5%前後まで低下し

ている。また、2013年2月に *H.pylori* 感染胃炎が保険病名として認められ、除菌治療の保険診療が可能となったことで除菌治療件数が急増し、これまですでに1千万人以上の感染者が除菌されている。

ピロリ菌の感染状態は、現感染、未感染、既（過去）感染の3つに分かれるが、上述のとおり *H.pylori* 現感染症例は急激に減少しつつあり、逆に *H.pylori* 未感染と *H.pylori* 既感染（除菌後など）症例が増加しているのが現状である。

### 2. *H.pylori* 感染例（現感染、既感染）に発生する疾患

*H.pylori* 感染は、慢性胃炎を背景として萎縮性胃炎を起こし、胃癌を生ずるほか、胃・十二指腸潰瘍、胃 MALT リンパ腫、胃過形成性ポリープなどのさまざまな上部消化管疾患を併発する。消化性潰瘍患者における *H.pylori* 感染率は約90%と高率で、再発予防を目的に積極的な除菌治療が行われている。*H.pylori* 以外の潰瘍発生の要因としては整形外科、循環器内科で処方される非ステロイド系抗炎症薬、低用量アスピリンなどが挙げられ、除菌後であっても内服例では消化性潰瘍の発生に注意する。また、*H.pylori* 除菌薬は薬物間相互作用が比較的多く、併存疾患のため複数の内服治療が行われている高齢者の除菌治療時には併用禁忌薬剤、併用注意薬剤の確認が必要である。除菌により胃癌発症の抑制効果が期待できるものの、除菌後も胃癌は一定の割合で発生する。特に、背景粘膜萎縮が進行した症例では、



除菌後10年を超えても年率0.3%の頻度で胃がんが発生し、そのサーベイランスは今後も重要な課題である。

### 3. *H.pylori* 除菌後胃と内視鏡観察について

*H.pylori* 現感染では、胃粘膜は慢性胃炎を背景とし、萎縮や腸上皮化生によって褪色、発赤などの色調変化や粘膜の微妙な凹凸を呈する。また、*H.pylori* の除菌治療により胃粘膜は慢性持続性炎症から逃れ、酸分泌の回復を来し、地図状発赤（背景粘膜に発赤陥凹が多発する）などを代表とする粘膜変化の修飾を受ける。除菌後胃がんは発赤した陥凹性病変を呈することが多く、腫瘍表層にELA (epithelium with low grade atypia) と呼ばれる一見周囲の非がん上皮との区別が困難な上皮ががんの表層を被覆することがあるため、早期胃がんにおいては通常観察（白色光）単独では質的診断が難しい場合があることが知られている。そのため、以下に述べるような画像強調観察や拡大内視鏡観察を可能な範囲で駆使することが、正診率を向上するうえで有用となり得る。

内視鏡観察法には、①通常観察（白色光）以外に、②画像強調観察 (image-enhanced endoscopy: IEE)、③拡大内視鏡観察 (magnified endoscopy)、④顕微内視鏡観察 (microscopic endoscopy)、⑤断層イメージング (tomographic endoscopy) などがある<sup>2)</sup>。

胃で用いられる画像強調観察には、主に従来からよく用いられているインジゴカルミンによる色素法（コントラスト法）の他、光デジタル法ではオリンパス社のNarrow Band Imaging (NBI)、富士フイルム社ではレーザー光を用いたBlue light imaging (BLI) が近年では頻用される。これらは狭帯域光観察法であり、浅層の血管が茶色に、深部の血管がシアン色に描出される。

NBI及びBLIは拡大観察を併用することで粘膜表層の微細な血管や構造が明瞭に描出できるようになるため、診断能の向上が期待できるが、拡大観察を行うためには、拡大機能を搭載した経口内視鏡を使用する必要がある。NBI併用拡大観察によるがん、非がんの診断は「拡大内視鏡による早期胃がん診断のアルゴリズム

△ (magnifying endoscopy simple diagnostic algorithm for early gastric cancer: MESDA-G)」により行うことが一般的になってきている。

具体的な方法としては、通常観察（白色光）で早期胃がんが疑われる領域を認めた場合、その病変部にスコープを近接し、NBIにモードを変え、さらに拡大機能を用いてNBI併用拡大観察を行う。病変部において、がん粘膜と非がん粘膜の間に明瞭な境界線 demarcation line が同定できる場合、「微小血管構築像」と「表面微細構造」を観察し、一方もしくは両方に不整を認めればがんと診断する。demarcation line が同定できない場合や、「微小血管構築像」と「表面微細構造」のいずれも不整がない場合は非がんと診断する。

ただ、これらの画像強調観察は病変を詳細に観察する際に有用な方法であるが、決して万能ではない。

### 4. *H.pylori* 未感染胃の上皮性腫瘍

*H.pylori* 未感染胃に発生するがんは、現状では*H.pylori* 感染例（現感染、既感染）に発生するがんが圧倒的に多いため、割合にすれば胃がん症例の約1%程度と報告されている。しかし、*H.pylori* 感染例は、減り続けることが想定されるため、今後*H.pylori* 未感染胃がんがクローズアップされてくると考えられる。諸家の報告から、①噴門部ないし食道胃接合部腺がん、②胃底腺領域に発生する胃型形質を有する低異型度腺がん、③胃底腺と幽門腺の境界領域に好発する印環細胞がんないし低分化型腺がん、④幽門腺領域に好発する高分化型腺がんが知られている。②の胃型低異型度腺がんの代表格は、胃底腺型胃がんであり、主細胞や壁細胞に類似した形態の分化を示し、多くは白色～褪色調の粘膜下腫瘍様の形態を呈し、表層の拡張した樹枝状血管が診断に有用である。また、腺窩上皮型胃がんはラズベリー様の外観が特徴とされる。

これらの*H.pylori* 未感染胃がんはこれまで経験してきた*H.pylori* 関連腫瘍とは特徴が異なるため、その好発部位、形態的特徴を理解しておくことが重要である。

5. 早期胃癌症例に対する内視鏡治療後の対応

胃がんの治療方針は、基本的に胃癌治療ガイドラインに沿って選択される。現在は、早期胃癌に対する治療は内視鏡治療が全体の半数以上を占めている。内視鏡治療が選択された場合、治療後病理学的評価を行う。内視鏡治療根治度基準は、「胃癌治療ガイドライン第4版(2014)」から「胃癌治療ガイドライン第5版(2018)」への改訂によって呼称が変更され、「治癒切除」→「内視鏡的根治度A」、「適応拡大治癒切除」→「内視鏡的根治度B」、「非治癒切除」→「内視鏡的根治度C-1」「内視鏡的根治度C-2」となった。

内視鏡的根治度C-2であった場合(胃癌治療ガイドライン第4版のガイドラインで非治癒切除にあたる)、原則として追加外科手術が標準治療である。実際、内視鏡的根治度C-2後に無治療経過観察をして転移再発が発見された場合、ほぼ長期生存が困難である<sup>3)</sup>。しかし、内視鏡的根治度C-2症例の追加胃切除におけるリンパ節転移の頻度は5～10%にすぎないため、現実的には内視鏡的根治度C-2症例に一律に追加外科手術が選択されるわけではない。今後、超高齢社会となり、併存疾患や体力的な問題を考慮した個別化医療の確立が今後必要となってくるが、八田ら<sup>4)</sup>により内視鏡的根治度C-2症例に対して、リンパ節転移リスクに基づいたスコアリングシステムとしてeCura system(図)が提唱されており、それらを活用した情報提供も有用と考えられる。

また、早期胃癌の内視鏡切除後に*H.pylori*の除菌を行うことで異時性胃癌の発生がおよそ半数程度までは抑制されるが、除菌後も異時性胃癌の発生は少ない。特に、萎縮性胃炎の進行した症例では治療後も十分なサーベイランスが必要である。

おわりに

内視鏡医の経験による部分が大きかった内視鏡診断の世界もAI化が進んできている。深層学習

(Deep learning)の出現でAIの画像診断能力は飛躍的に進化し、大腸ポリープの内視鏡画像診断支援システムはすでに市販されている。胃癌鑑別AIも研究開発中で、臨床投入される日も遠くないであろう。*H.pylori*感染率の低下と除菌後胃癌の増加に伴い上部消化管診療は変化しているため、新たな診断学に対応して、時代に応じた内視鏡診療が行えるように心がける必要があると考える。

- 1)Asaka M, et al : Relationship of Helicobacter pylori to serum pepsinogen in an asymptomatic Japanese population. Gastroenterology 102 : 760-766, 1992
- 2) 丹羽寛文, 他 . 内視鏡観察法に関する新たな分類の提唱 . 臨床消化器内科 2008 : 23 : 137-41
- 3)Takizawa, et al : Recurrence patterns and outcomes of salvage surgery in cases of non-curative endoscopic submucosal dissection without additional radical surgery for early gastric cancer. Digestion 99 : 52-58, 2019
- 4)Hatta W, et al : A scoring system to stratify curability after endoscopic submucosal dissection for early gastric cancer : "eCura system". Am J Gastroenterol 112 : 874-881, 2017

| リスクスコア |         | リスク分類 |         |             |          |
|--------|---------|-------|---------|-------------|----------|
| 合計*    | リンパ節転移率 | カテゴリー | リンパ節転移率 | 5年疾患特異的生存率† | 5年転移再発率† |
| 0      | 1.6%    | 低リスク  | 2.5%    | 99.6%       | 0.7%     |
| 1      | 2.6%    |       |         |             |          |
| 2      | 4.9%    |       |         |             |          |
| 3      | 7.4%    | 中リスク  | 6.7%    | 96.0%       | 5.7%     |
| 4      | 8.3%    |       |         |             |          |
| 5      | 19.9%   | 高リスク  | 22.7%   | 90.1%       | 11.7%    |
| 6      | 27.3%   |       |         |             |          |
| 7      | 26.7%   |       |         |             |          |

\*3点：リンパ管侵襲陽性, 1点：腫瘍径>30mm, 垂直断端陽性, SM2, 静脈侵襲陽性

†内視鏡的根治度C-2後無治療経過観察を選択時

図 eCura system (内視鏡治療根治度C-2患者に対して用いるリスクスコアリングシステム)  
(八田和久, 他 . eCura system とその公開後のリアルワールドにおける早期胃癌内視鏡的根治度C-2患者のマネージメント . 消化器内視鏡 2020 ; 32 : 1330-1333 より転載)

## 第42回産業保健活動推進全国会議

と き 令和3年2月4日(木) 13:00～17:00

ところ 日本医師会より発信(Web会議システムにて実施)

[報告:常任理事 中村 洋]

### I 産業保健活動総合支援事業に関する活動事例報告

#### (1) 新型コロナウイルス感染症への産業保健分野の対応について

労働者健康安全機構産業保健ディレクター

金子 善博

①新型コロナウイルス感染症に係る相談対応、②職場における新型コロナウイルス感染症対策に係る動画提供、③治療と仕事の両立支援コーディネーターの養成(両立支援コーディネーター基礎研修)、治療と仕事の両立支援に係る事例検討会、④新型コロナ対応の集合形式及びWeb会議システムによる研修やセミナーの実施について報告する。

47か所の産業保健総合支援センター(以下、「産保センター」)では、産業保健全般の相談対応以外に新型コロナに関連する相談対応も行っている。相談対応件数について、令和2年度は上半期までに1,020件に対応し、その後も数が増えている。相談内容については、時期によって傾向があった。定期健康診断の実施については、年度当初に目立ち、職場巡視や高ストレス者面接についての相談も多かった。また、感染者への対応という点については、年度当初は、従業員に感染者が出た場合、濃厚接触者が指摘された場合の相談が目立ったが、昨秋ごろからは感染後の復職や、復職後の課題についての相談が寄せられた。主な質問や回答については、全国のセンターで共有し、相談対応の質の向上を図っている。

日本渡航医学会と日本産業衛生学会から職域対応のガイドラインが公表されており、両学会とガイドラインの策定に関わっていただいた先生方に全面的にご協力ご尽力いただき、昨年6月に動画を作成し、当機構のウェブサイトにて提供することができるようになった。この動画は、ガイド

ラインのエッセンスをまとめた内容となっており、昨年10月中旬に一部内容を更新している。

医療と産業医、職域をつなぐ人材育成として、当機構では治療と仕事の両立支援コーディネーターの養成と質の向上を行っている。基礎研修については、全国各地での集合形式からオンライン形式に移行し、昨年秋から全7回のオンライン研修を開催した。また、両立支援コーディネーターの能力向上と地域のネットワーク構築を図るため、コロナ禍でも、地域での事例検討会の開催を模索し、令和2年度中に全国約20か所での開催を予定している。

新型コロナ対応の集合形式及びWeb会議システムによる研修やセミナーの実施として、昨年の秋ごろから、当機構としても、全国の都道府県産保センターにおいて、マスク着用、健康管理、パーティション配備などでの集合形式やWeb会議システムによるオンライン研修の開催ができるようになった。Web形式での開催も、さまざまな課題があるが、関心のある方々への情報提供という点では、移動時間が不要になるなど、参加・聴講へのハードルが下がる面も大いにあり、今後とも効果的に取り入れていきたいと考えている。

#### (2) 宮城産業保健総合支援センターの両立支援に係る取組について

宮城産業保健総合支援センター

産業保健専門職 木村 裕香子

当センターの両立支援の実績は、平成29年度から令和元年度にかけて、徐々に件数を増やし、令和元年度には、相談と個別訪問の件数が大きく増加した。産保センターと東北労災病院の相談窓口の相談件数双方が伸びたこと、事業場へ積極的な訪問を行ったことが実績の伸びにつながってい



る。令和元年度の相談事業の件数の内訳は、出張相談窓口の件数が全体の6割、産保センターの件数が全体の4割となっている。相談者の属性は、産保センターへの相談も、半数以上が労働者本人からの相談を占めている。しかし、労働者から直接、産保センターに相談があった場合、会社に両立支援を理解してもらうことが困難なケースがある。本人が産保センターの会社への介入を拒んだり、会社が産保センターの介入を拒むなどがある。このようなケースの中には、会社と復職や就業継続についてコミュニケーションがとれていない場合が多く、お互いに治療と仕事の両立がイメージできていないと考えられる。

令和元年度は事業場や職域団体の訪問に力を入れ、事業場の状況を把握することに努めた。両立支援担当の労働衛生専門職が主に職域団体へ、産業保健専門職が事業場へ連絡を取り訪問を行い、より企業の規模別で傾向や課題が見えてきた。事業場の状況はさまざまであり、一律に両立支援の説明をしても、なかなか関心を持ってもらうことができない。今後は、大規模の事業場では社員に会社の制度を知ってもらうこと、中規模の事業場では両立支援に関わるスタッフの役割を明確にすること、小規模の事業場では地域産業保健センターの役割を積極的に紹介することが必要と考える。令和2年度は、コロナウイルス感染拡大により積極的な訪問が行えなかったこともあり、事業場に産業保健総合支援センターを知ってもらうため、新たにパンフレットを作成し、本部から提供された事業場名簿を活用してダイレクトメールの送付や職域団体の会報誌へのチラシの折り込みを積極的に行った。労働者や出張相談窓口に対しては、労働者向けリーフレットを作成し、出張相談窓口、県立図書館に設置や配布を依頼し、周知を行った。

治療と仕事の両立支援だけを切り取って周知・啓発しても事業場の関心は薄いと感じる。産保センターが両立支援の周知・啓発を行う強みは、一事業場を産業保健という広い視野で捉え、事業場の置かれた状況に応じ両立支援が展開できるよう支援できることだと考える。今後さらに両立支援にかかわる職種や関係機関との連携を

強め、事業を進めていきたい。

### (3) 島根産業保健総合支援センターの両立支援に係る取組について

#### 島根産業保健総合支援センター

##### 産業保健専門職 仲佐 菜生子

当センターでは、平成30年より各年度計画を策定し、病院、事業場、各関係機関とつながること、令和元年は病院、事業場、各関係機関との連携を強化すること、令和2年はつながりから実際の支援数を伸ばすことを目的として重点項目を定めている。

支援件数は平成30年～令和2年で徐々に結果が表れてきている。特に、個別の案件に介入して両立支援を手助けする個別調整支援に関して伸びている。

労働局との連携については、以下の3点である。

- ①両立支援の年間計画について情報共有
- ②病院、事業場、関係機関の訪問についてスケジュールを合わせて訪問周知
- ③月1回の定例会議を持ち、両立支援対策の実施状況の共有と意見交換。

当センターでは、各圏域労働基準監督署と共催で衛生管理者交流会を開催しており、労働衛生にまつわる日ごろの困りごとの解消や、衛生管理者同士の情報共有の場を提供するとともに、産保センターの支援内容と存在をアピールしている。交流会を行ったあとは、相談の連絡がかかっている。また、情報共有、事例検討のための産業看護職交流会も定期的に開催しており、オブザーバーとして保健所、市町村の職域担当保健師を招き、地域と職域の顔の見えるつながりづくりを行っている。

地域のつながりを活用した事例をご紹介します。事業場の衛生管理者の方から、社内のインフルエンザの予防接種の待ち時間に、健康づくりへの取組みができないかと直接相談があり、保健所と産保センター協働で、健康づくり相談会を開催した。保健所には栄養と運動の物品を展示していた。当センターでは健康相談と両立支援の周知をした。大変好評で、保健師に毎年来てほしいというような喜びの声が聞かれた。

当センターの支援件数のうち、相談と個別調整支援に注目すると、相談の67%は病院の医療ソーシャルワーカーが起点となっている。また、個別調整支援も半数以上が医療ソーシャルワーカーの紹介によるものであるため、医療ソーシャルワーカーを中心とした医療職との連携は、毎年重点項目に入れている。

#### (4) 長野県下における地域産業保健センターの活動について

##### 長野産業保健総合支援センター

##### 産業保健専門職 北野 和子

産業保健の責任は事業主にあるため、地産保として、受診勧奨日の記録を取り、結果についても把握するように、事業主に助言指導することを各地産保センターに徹底した。

また、事業主から労働者に再検等を求める際には、継続的な健康管理の必要性をよく説明し、個人情報に徹底した管理をすることを説明した上で、同意を得ることが重要であると事業主にアドバイスした。

コロナ禍ではあるが、意見聴取や面接指導の感染対策を駆使しながら、相談件数が上がってきている。今後も感染対策を十分行いながら実施するとともに、地産保事業の活性化の取組みの一つとして、登録産業医の意見交換会を実施することで、地産保センターに携わる医師、保健師、コーディネーターの役割が明確になり、関係機関とのネットワークの必要性についても再認識できる。今後も関係機関との連携、ご協力を賜り、継続的に事業体制を見直しつつ、小規模事業場の産業保健活動に寄与したい。

#### (5) 府中地域産業保健センターの活動について

##### 府中地域産業保健センター

##### コーディネーター 石岡 卓二

健康相談の実績推移は平成27年度から一気に事業場数、人数が増加している。年間の日程、担当医を決め、事業場へ健康相談の案内をしている。月4回、年間で48回の健康相談を開催しており、1回あたり5～6社ぐらいの事業場が相談会場に来られる。

保健活動については平成27年～令和元年度の5年間で改善を図っている。改善前は30～40日前に、健康相談の開催を各事業場へ1件ずつ電話で案内していた。工作中に電話するため、相手も忙しく、予約につながらなかったり、電話のため内容の記録が残らなかったりしていた。最終的に、当日ぎりぎりまで予約を埋めることが難しく、電話での予約活動に無駄な労力・時間を費やしていた。改善後は、FAXでの案内に変更した。内容もより具体的に、日時も相手に選んでもらう、また、予約もFAXで返信できるよう専用の書式を作成した。その結果、案内して5～7日目で、ほぼ1か月分の枠が埋まるようになった。

健診結果票の事前取り寄せについては、改善前は当日に事業場が持参し、担当医が氏名ゴム印、印鑑、通常勤務などのゴム印を押していた。この作業だけでも担当医の負担は大きく、また、有所見の有無の区分がされていないため、担当医は、全部の結果票に目を通す必要があった。改善後は、相談日の5日前の出勤前に事業場を訪問して結果票を取り寄せることにした。健診結果票に担当医の氏名印、「治療継続」「禁煙」「減酒」などのゴム印を事前に押し、当日必要処置に丸をしてもらう。事前に結果票を見て、有所見の有無を区分けして、担当医には「有所見あり」を重点的に見てもらうようにした。当日、担当医は意見記入と必要処置に丸をすることにより負担は大きく軽減され、効率的になった。また、有所見ありの結果票の項目に事前に付箋を貼り、担当医が一目で分かるようにした。担当医の負担軽減により、相談日に対応できる事業場数、人数も増加することができた。

有所見者の医療機関での受診勧奨については、改善前は健康相談で担当医が意見・所見を記入し、医療機関での受診勧奨をしても、担当者から個人に十分伝達されていなかった。個人に伝達しても、口頭のために真剣に聞かれなかったり、健康相談が終わると本人に伝達せずに書類棚に保管する事業場もあった。そのため受診・治療されないまま、毎年同じ項目に高い異常値が見られたり、中には3年間異常値のまま放置されているものも多くあった。改善後は、個人宛てに「医師による健康



相談の所見について」の書式を作成、当日、担当医の所見と同じ内容を赤字で記入し、事業場経由で各個人に説明して渡してもらい、医療機関での受診・治療をしてもらうようにした。この書式を渡すことで、本人の危機感が強くなり、医療機関に受診に来る者が少しずつ増えてきた。

事業場別喫煙実態調査と指導については、改善前は、健康相談の際、事業場の喫煙についての実態が不明で、適切な指導ができなかった。改善後は、事前に健診結果票を取り寄せることで、事業場別に「喫煙しない」「喫煙する」「喫煙やめた」の数値を調べ把握することができた。中国労働衛生協会の24万人のデータを基に基準値を設け、各事業場の実態に関する比較資料をつくり、健康相談日に実態の説明をして、指導を行っている。

リーフレットの作成については、改善前は健診後の医師による意見聴取が法律で定められていることを知らない事業場が多く、改善後はリーフレット「あなたの会社はご存じですか」を作成して説明・指導している。

今後の問題・課題については、産業保健担当医の高齢化及び人員確保が課題であり、平成27年度は35人の担当医が、令和元年度は28人となった。5～10年先を見据えたとき、担当医が激減し、保健活動自体を縮小せざるを得ない状態も予測される。今後、医師の確保に努めたいと考えている。

## Ⅱ シンポジウム

### ーコロナ禍における産業医活動ー

#### (1) 職場における新型コロナウイルス対策

国際医療福祉大学大学院医学専攻・

公衆衛生学専攻教授 和田 耕治

新型コロナウイルス感染症の発生から1年が経過する中で、職場における感染対策として、マイクロ飛沫感染に対する対策が不十分であろうと考える。接触感染を重点に置いて、手洗い・消毒をするが、人が会話や食事をする場面でマイクロ飛沫による感染対策を、今後しっかりと行っていくことがとても重要になってくる。

マイクロ飛沫感染は、1～5マイクロの粒子が浮遊し、それを吸い込むことである。例えば、居酒屋で感染者が座っていた席の上に空調があり、

この風の流れによって、約5～7メートルの距離で感染が広がった事例がある。これが、地方都市であれば追えるが、都会のように匿名性の高いところでは、こういったものがなかなか追えないので、特に東京では、20～40代では6～7割の方が感染経路不明者という形になる。自分は会話をしていなくても、周りに会話をしている感染した人がいたとしたら、飛沫が飛び得ることがある。

「避けるべき7つの場面」は、①体調が悪くても出勤をする、②向かい合ってミーティングをする、③ものを職場で共用する、④休憩室で飲食や会話をしている、⑤対面でランチや懇親会をする、⑥歌を歌う、⑦社員同士で旅行に行く、である。このような点に気を付け、引き続きの感染対策は必要であろうと考える。

アメリカの年代別(10～60歳代)の症状の特徴として、発熱、咳、呼吸苦のいずれかが6～7割であっても、3～4割は発熱も咳も呼吸苦もない。一方で、下痢、味覚・嗅覚障害、倦怠感、そして咽頭痛がある。鼻水は非常に少ないので、花粉症と切り分けはしていかなければいけない。典型的な症状としては、発熱、咳、咽頭痛、味覚障害といったところで、少しでも変化があれば、その発症日は休んでいただくことがとても重要になる。「1日熱が出たけれども、そのあと大丈夫だったので出てきました」という方がまだまだ多いことは課題である。

感染対策を基本的にやっていれば、近隣のスーパーや出勤の公共交通機関、オフィスでは、それほど感染拡大していないことが分かっている。会話や食事及び、人が集まるところといったところをしっかりと見ていただければと思う。

社内で感染の報告を受けた場合には、まず、「報告してくれてありがとう。しっかり休んでください。治ったら職場に戻れるようにこちらも支援します」ということを、すぐに答えられるように練習をしていただくことは大事と思う。その上で「秘密は守るので、もしよかったら、誰と接したか教えてもらえますか」ということで、例えば喉の違和感や咳などを丁寧に聞いて、接した人をある程度特定することは、企業でもしてもいいのではないと思う。初めての感染や2回目の場合は支援

をしてあげないと、「あの人はやっぱり問題ね」ということになって、その後、働きにくくなる。

多くの会社では、感染したと報告したら、不当な扱いをされたということがあると思う。先生方が産業医として事業場に行ったときにお話をさせていただくと、共感していただけるのではないかなと思う。また、最初に報告された方が必ずしも最初の感染者とは限らない。そのため、周りに体調不良者がいないかということは確認する必要がある。

まずは感染を抑え、コロナを機会に、みんなで働きやすい職場をつくるのが大事だと思う。産業保健の役割はますます重要になってくる。

## (2) 嘱託産業医が指導すべき新型コロナウイルス対策

産業医科大学免疫学・寄生虫学講師 清水 少一

まずは、どうしてこの対策が必要なのかということを、事業主と共有するところから始めていただきたい。目的は、まず労働者の感染防止ということもあるが、事業者にとっては、事業の継続ということがあろうかと思う。ただ、感染者が増えてくると、どうしても事業の継続性に影響が出てくるので、そのあたりを主に説明すること、そして、事業主と目的意識を共有することが大事になる。

中小事業場の特徴と対策の注意点は、経済・人員における余裕が少ない点にある。また、職場の面積が小さいので密を避けることが物理的に難しいところもある。嘱託産業医の性質上、勤務時間が短いといったところで、情報が確認しづらい、専門的なアドバイスを求めづらい、発覚から産業医が知るまでに時間がかかるといった問題も出てくる。

対策の考え方として、以下の3点を挙げる。1つ目は、誰もがウイルスを持っているかもしれないため、いかにして他の人にうつさないかを大切にしていきたい。一方で、ゼロリスクを求めない姿勢も大切になってくる。2つ目は、常に新しい情報が必要といったことである。エビデンスが積み重なり、最新の情報を集めておく必要がある。特に、SNSやワイドショーで流れる情報を

鵜呑みにしてしまうことに注意しなければいけない。3つ目は、実際に実施可能な対策を重ねることである。

優先してチェックしたい項目としては、基本対策として、マスク、手指衛生、換気、身体的距離は当然であるが、職場では体調不良者にいかに休んでもらえるかといった体制が必要であり、休みやすい体制づくりに取り組む必要がある。コロナ以外の管理としては、各種健康診断と事後措置についてもしっかり行う必要がある。また、産業医は情報提供したから終わりというわけではなくて、情報提供したあとに必ず正しく実践されているか確認することをお願いしたい。しかし、嘱託産業医が毎回出向くことは難しい。そのため、安全衛生委員会への出席、なかなか出席できない場合は議事録だけでも確認して指示をしたり、コロナで出務が必要なときは、会社との契約を見直すことも必要になる。産業医巡視については、機会が少ない方は、衛生管理者の巡視報告の活用も一つの手と思う。

基本対策の確認としては、マスクが一番大切と思う。マスクの正しい着脱方法の確認、顔に合っているマスクの着用が注意点として挙げられる。手指消毒についても、15秒未満で乾く量は足りないことをしっかりと共有していただきたい。また、移動時や食事前にも励行をお願いしたい。身体的距離の確保は、マスクなしでの会話で飛沫が飛ぶ距離が、約1～2メートルといわれている。マイクロ飛沫の問題が出てくるので、当然、換気も併用しながらの話になる。特に、マスクを外さなければいけない場面、外して会話するような場面（食事、喫煙、更衣室等）の対策は、早めに検討しておく必要がある。

また、患者発生時の対応例を、会社として作成しておく必要がある。保健所がなかなか機能しないような場合も含めて、企業がやらなければいけない対応の中に、濃厚接触者の検索があると思うが、当然、本人への気遣いを忘れないといったところを大切にしていきたい。一方、コロナに関係なく、体調不良者への対応については、自宅で療養等を検討する必要がある。この際も、連絡方法を周知しておく必要がある。

今後、ワクチンの接種については、最新の情報をアップデートしていただきたいが、まず産業医には正確な情報を提供することをお願いしたい。一般的な情報を共有していただき、過度に不安にならない情報を産業医が流すのがよろしいかと思う。

### (3) 海外渡航と新型コロナウイルス対策

#### 東京医科大学病院渡航者医療センター

教授 濱田 篤郎

昨年10月に、ヨーロッパ、北米で新型コロナウイルス感染症患者の再燃が起きてから、ずっと増え続けていたものが、ようやく落ち着いてきているかなと思う。今までのところ、世界222の国と地域で1億人が感染し、220万人以上が亡くなっており、非常に大きな被害が出ている。

流行の拡大に伴い、外務省では、感染症危険情報を発令した。その中のレベル1～4のうち、レベル3の渡航禁止勧告が最大で150か国以上に出されている。一番感染者が多かった10月の時点では、ほとんどの国でレベル3に該当した。海外勤務者のなかに、海外出張者という分類があるが、原則的に海外渡航を禁止している国には出張させないという企業が多かったのではないかと思う。仕事上出張せざるを得ないという場合もあるが、相手国が入国禁止、日本人は入国禁止するという措置を取っている国もある。また、駐在員もかなり多く、流行する直前の状況で、全世界（家族を含む）に80～90万人の日本人が滞在していた。一回帰国すると帰って来られない、あるいは次の人が派遣できない、交代ができないという状況も生じており、駐在員は厳しい状況下にある。

こういった状況を改善するため、日本政府は、まずは二国間協定による再開で、昨年の6月からビジネストラック（出張者対応）、レジデンストラック（駐在員対応）といったビジネス交流再開事業を行ってきた。これは新型コロナの流行が落ち着いている東南アジアや東アジアの国々とのビジネス交流で、例えば、日本から行く場合には、出国前にまずPCRを受けて陰性証明書を出し、その後、それを現地に持って行くと、入国時にもう一回検査をして入国するといった形である。こ

のように海外への渡航を再開してきた。また、昨年の11月から感染症危険情報レベルを緩和している。最大150か国に出されていたレベル3が、レベル2にいくつか落とされた。レベル2の地域から帰ってきた人については、入国者、帰国者の検査は不要という対応を検疫で取っている。

現在、海外に行けない中で、企業はどのような対応を取っているか、日本在外企業協会のうち、38社を対象に1月中旬に調査をした。海外出張を原則中止しているところが9割以上である。海外駐在に関しては、あまり退避はさせていない状況である。

こういった状況を考え、今後の海外出張者・駐在員の対策をどのように進めるか、まず、日本政府のスタンスとしては、緊急事態宣言が続いている間は制限を続け、緊急事態宣言が解除された段階で、ビジネス渡航の制限は緩和に向かうと予想される。ただし、変異株は、日本がいくら解除しても世界的に流行しており、流入阻止も同時に強化しなければいけない。水際対策は強化して続行しなければならないが、ビジネス渡航制限が出ている中では、やはり出張を控えていただくことが一番よいと思う。

渡航制限が出ている状況で出張した場合、日本に帰るときが大変である。帰国時に、滞在国を出国する72時間前の陰性検査証明をもらわなければならない。例えばシンガポールに出張に行くとすると、出国する72時間、3日前に現地の医療機関に行き、そこで陰性証明をもらわないと入国時に3日間の宿泊所停留を行うなど厳しい。渡航制限緩和後では、レベル2やビジネストラックの対象国であれば、出張に関して再開と思うが、渡航先の入国条件が刻々と変化する中で、PCR、抗原検査の条件等や帰国後の検疫対応も見ながら出張を再開していく必要がある。駐在員も残留している方が多いが、退避も検討しなければいけない時期が感染状況に応じてくる。感染症の大流行時には、いろいろな暴動などの社会不安があるため、これらも考慮しながら対応しなければいけない。ハイリスク者、慢性疾患を持っている方には、早期退避を検討していただく必要があるだろう。



慢性疾患治療中の方が日本で処方を受けていた薬をどのように調達するか、このような問題も今、駐在員では生じてきている。異国での長期のステイホームもあり、6割はメンタル関係の相談をいただいている。

コロナワクチンの接種では、現地で受ける場合に、例えば「中国製のワクチン、ロシア製のワクチンを受けても大丈夫でしょうか」という質問が増えてきている。また、日本に一時帰国したときに接種を受ける場合に、駐在員は住民票がない。このような点を、政府に考えていただきたいと思っている。

現地の保健当局がコロナ対策に追われ、新型コロナウイルス感染症以外についても拡大している。例えばワクチンの定期接種が停滞して、はしかが世界各地でまた流行している。また、昨年シンガポールでは、デング熱患者が3万人近く出た。アフリカでは、マラリアが、かなり流行を加速しており、死亡者も倍増している。海外勤務者、特に途上国に行く方については、新型コロナ以外の感染症対策も十分に行っていく必要がある。

#### (4) コロナ禍における労働者のメンタルヘルス

東京大学大学院医学系研究科

精神保健学分野 佐々木 那津

コロナ禍における労働者のメンタルヘルスの概況について説明する。まず初めに、当教室で得られた労働者調査の結果をお示しする。本調査では、労働者のメンタルヘルスを経時的に観察するため、2020年3月から継続的にオンライン調査を実施している。初回は3月、その後5月、8月、11月に継続的に調査を行っている。1回目の調査と2回目の調査は、第1波の始まりと終わり、3回目の調査は、第2波のピーク時、4回目の調査は、第3波の初期に実施している。

労働者のメンタルヘルスの推移について、第1波では、全体としてメンタルヘルスは悪くなっていなかった。しかし、医療従事者は、ほかの一般労働者と比較して、疲労、不安、抑うつなどの精神症状が有意に悪化していることが分かった。一方で、第2波になると、労働者全体でメンタル

ヘルスは悪化傾向が見られた。その中でも、特に大学卒未満の学歴を持つ労働者では、大卒以上の労働者と比較して、メンタルヘルスが有意に悪化しているという傾向にある。第3波のメンタルヘルスの概況は、労働者全体では、8月に急激にストレスが悪化したものの、11月にはストレス反応は低下する傾向にあった。しかし、その中でも医療従事者は継続して心理的ストレス反応が悪化しており、重点的なメンタルヘルスカケアを必要とする集団であると考えられる。

海外及びそのほかの文献で指摘されているメンタルヘルスが悪化している集団としては、女性や若い方、慢性疾患がある方、非正規雇用の方など、社会経済的にも不利な状況にある方々のメンタルヘルスが悪化していると報告されている。このほかにも黒人や移民などのマイノリティーの方々のメンタルヘルスが悪化しているとの報告もあり、コロナという状況が、既存の格差をさらに拡大させる方向に動いていると指摘されている。

コロナ禍において必要なメンタルヘルスカケアについて、COVID-19の感染流行初期には、労働者のメンタルヘルス対策も、各企業では手探りで行われていたかなと思う。

昨年6月に国際労働機関ILOから出されたコロナ禍での労働者のストレス対処に関するガイドラインでは10の重要ポイントが述べられている。

まず初めに、職場環境や物品の整備を十分に行い、安心・安全な環境づくりの重要性が強調されている。当方の調査でも、職場での新型コロナウイルス感染症対策が充実しているほど、従業員のメンタルヘルスやパフォーマンスがよいという結果を報告している。しかしながら、感染症対策は、一部の業種や小規模事業場で実施されにくい状況もある。また、11月に入ると、職場での対策や環境整備が解除されるという傾向が見られる。メンタルヘルス対策としても、安心・安全な職場環境を整えるための対策を継続することが重要である。

次に、業務の調整及び仕事の見通しにおける経営者・管理者の果たすべき役割である。災害とも呼べる状況の中では、経営層がリーダーシップをとって明確なメッセージを伝えることは、従業員

のメンタルヘルス対策として非常に重要になる。雇用の見通し、感染症対策の方針などを適切に伝えることが必要である。また、特にテレワークになり、労働環境が大きく変わった労働者へは、労働時間管理の方法や社内の制度の運用に関して、経営層が積極的に主導して工夫をしないと職場のストレス要因が悪化するおそれがある。適切な労働時間の管理や業務負荷の見える化などが、メンタルヘルスケアの大切な要素と感じる。

次に、ワークライフバランスに関する適切な支援について、コロナ禍の状況では、突発的な学校や施設の一時閉鎖により、労働者がお子さんや同居の高齢者をご自宅で見なければならぬ場合があるため、柔軟な制度設計及び休暇の運用などを進める必要がある。さらに、それを従業員全員に公平な形で伝える必要がある。また、在宅勤務においては、すべての労働者でワークライフバランスへの配慮が大切である。どこまで柔軟な勤務体制が許されるのか線引きをしたうえで、休憩時間はしっかりと確保する。労働時間の長さで人事的な評価をするのではなくて、仕事の質で評価を行うような姿勢を管理職が示すことも大切になってくるかと思う。

次に、職場でのハラスメントについては、メンタルヘルスを悪化させる大きな要因であり、法制化に合わせ、いま一度、社内でのハラスメント防止に関する方針が示されているか確認し、コロナに関する職場のハラスメントに関しても併せて周知するとよいかと思う。コロナと関連して人格を否定したり、感染したことで孤立させる等の行為はパワハラに該当する可能性があると言われている。当方の調査でも、職場のコロナハラスメントの経験頻度は、昨年3～5月にかけて上昇しており、約15人に1人の労働者が、なんらかのコロナに関する嫌がらせや嫌味を経験しているということが分かっている。会社として、個人情報やSNSで拡散したり責任追及したりすることはやめるよう呼び掛け、差別・偏見の防止のために積極的にメッセージを発信することが求められる。また、感染した方を根拠なく不当に長く自宅待機させるなどの例も出ており、職場での対応のフローの作成の際には注意が必要になる。

次に、連絡相談、情報提供、教育研修の適切な実施については、会社側から従業員への連絡手段が機能しているか確認し、複数のコミュニケーション方法を活用して情報提供を行う必要がある。インターネット掲示板やメールでは情報へのアクセスが容易でない従業員も考えられるので、直接伝える紙媒体を活用するなど場合によっては必要かもしれない。障害者や外国人労働者など不利な状況にある方にも適切に情報が届いているか確認する必要がある。

次に、健康の増進と専門的治療への連携については、当方の調査で、1回目の緊急事態宣言の時点での調査で、「タバコの本数が増えた」と回答された方の割合は、「減った」と答えた方を大きく上回っていた。また、身体活動に関しても、「運動量が減った」という回答が35%と多くなっていた。このように、健康を悪化させる生活様式に対する支援を行い、産業保健スタッフによる相談・指導から、必要によっては専門的な医療機関への連携が必要となる場合もある。基本的な生活習慣へのアプローチが、メンタルヘルスにもよい影響を与えようと考えられる。

次に、職場のサポートについては、コロナ禍では職場のコミュニケーションが質・量ともに低下しやすい状況となっている。当方の研究では、部署内でのビデオ会議を週に数回、定期的に行うことで、従業員のメンタルヘルスによい影響がある可能性を報告している。ビデオ会議のときも、できるだけ上司は映像をオンにして、映像の中で大げさに頷いたり、ジェスチャーをとったりすることで部下へのメッセージの伝わり方も大きく変わってくる。

日本の産業保健に必要なメンタルヘルス対策に関しては、まず社内で、心の健康づくり計画が、コロナ禍の状況の中でも実現可能な目標・評価方法・行動計画になっているか見直し、場合によっては方針を再検討する必要があるかもしれない。労働者が産業保健スタッフに相談したいと思ったときの相談フローについても、コロナ禍で機能する仕組みになっているかの確認が必要である。また、産業保健スタッフ側もメンタルヘルス面談を遠隔で行う際には、多くの課題がある。例えば、

非言語的な情報が不足する中で体調の確認が難しかったり、メンタルヘルス不調で休職されていた方が、在宅勤務であれば復職可という診断書を持ってきた場合に、企業側の見通しが不透明な中で復職判定を行うことは非常に難しい。

個人でできるメンタルヘルスケアとして、厚生労働省の接触確認アプリ COCOA をダウンロードしている労働者では、ストレス反応が高い人の割合が低下したという結果がある。詳細なメカニズムは分かっていないが、COCOA をダウンロードすることで、いくらかの安心につながる可能性があり、コロナ禍におけるストレスを和らげる効果がある可能性があるかもしれない。個人でできるストレスケアのヒントをまとめたサイト「いまここケア」では、マインドフルネスや行動活性化技法など、コロナ禍で感じるストレスに有効と思われる内容を、一般向けに読みやすく書いている。また、在宅勤務者のストレス対策としては、個人で毎日一定の生活リズムをつくっていただくことが一番大切になる。

経営者がリーダーシップをとって適切に情報提供するというだけでも、従業員のメンタルヘル스에大きな効果がある。先行きが見えない不安な状況の中で、タイムリーに情報を提供することは、従業員の働きやすさや安心感につながっていく。

#### (5) コロナ禍における企業のBCP

##### JR 東日本健康推進センター担当部長

神奈川 芳行

新型コロナウイルス感染症が国内で初めて報告されて以降、さまざまな場面で感染予防を意識した行動が求められている。首都圏を含む広域で鉄道事業を行う JR 東日本は、旅客輸送を中心に、駅や駅ビル、バスやホテル、スポーツジム等、多岐にわたる事業を展開しており、特に鉄道事業は、指定公共機関として通常どおりの運行が求められているため、乗務員等の社員だけではなく、利用されるお客さまの感染予防を常に念頭に置き、事業を継続している。鉄道事業者は社会機能維持者として指定されているが、社会機能維持者は、2 か月間機能停止することで国民生活や社

会生活が大きく破綻するおそれがあるものとされている。社会機能維持者として、コロナ禍での使命は、公共輸送の安全・安定輸送であり、3 密を回避し、列車をきちんと運行することが第一ということになる。電車を止めないこと、電車の運行本数を減らさないことが重要であるが、乗務員の感染によって電車の運行に支障をきたさないようにすることが社会的に求められる。

新型コロナの発生以降の対策として、発生当初、本社に対策本部を設置した。また、社員の感染予防として「新型コロナウイルス感染症対応の手引き」を作成し、社員向けの相談窓口を2月中旬に設置した。

2009 年の新型インフルエンザに向けて検討した内容としては、危機管理体制の確認、業務継続に必要な機能や業務、設備その他のリソース、マスク等の必要な物資の備蓄、職場内での感染防止対策、疑い例が確認された際の対応等を決めておくことである。こうしたことを踏まえ、新型コロナウイルスにも対応している。

新型コロナウイルスへの対応の手引きに関しても、社員や家族ができる感染しないための身近な予防策として、人との距離の保持、手指衛生、咳エチケットを書き込んでいる。さらに、コロナウイルス感染者の方が接触した場所の清掃や消毒の考え方に関しても、この手引きの中に含めている。社員向けの相談窓口に関しては、主に保健師が対応しているが、受診の目安、熱が出た場合の対応、出社の可否に関して主に指導をしている。

国内での感染拡大により、産業医に対してさまざまな助言が求められた。主な例として、社員やお客さまの感染発生、寮で感染者が出た場合の対応、新入社員が研修センター等で研修を実施する場合の注意点、各種イベントを実施する際の注意点である。社員及びお客さまの感染予防としては、駅や列車等の点検をして、感染予防対策を助言するとともに、特に電車に関しては、窓開けをきちんとすること、車内アナウンスで電車内で会話を控えることを呼びかけた。また、寮で感染者が出た場合の対応としては、濃厚接触者の対応について助言を行った。また、研修センターに関しては、入所前2週間の体調確認を徹底し、体調



不良の方は入所をさせないようにしたり、あるいは入所後も体調不良が出た場合は、72時間はきちんと熱が下がるか観察するよう助言をした。各種イベントの実施に関しては、参加する方の体調確認をきちんとしていただくとともに、イベント会場での感染予防対策として、レイアウトなどの入場制限に関する助言などを行った。

そして、安全衛生委員会でもコロナがきちんと取り上げられており、その時々に応じて情報提供し、職場での感染予防策の徹底をお願いした。3月には、受診の目安が出ていたので、改めて紹介するとともに、3密を避ける対策や、潜伏期間などの医学的な情報も適宜提供していった。このときは、家庭内での注意をお願いしたく、厚生労働省のパンフレット等を使って、家庭内での8つのポイントを説明した。4月には、感染防止の基本戦略の3本柱として、既に国から挙げられていたクラスター対策や、一人一人の行動変容が大事であることを改めて説明した。職場内での集団感染を防ぐため、濃厚接触者に関しても、保健所の調査を待たずに、ある程度特定をして、接触前2週間の行動記録を聞き取りし、それに基づいて濃厚接触者を指定している。5月には、職場の感染状況をお知らせするとともに、新しい生活様式をきちんと認識しながらの仕事や日常生活が大切であることを情報提供した。6月は緊急事態宣言解除後の第2波、第3波への対策と緊急事態宣言の効果を踏まえて、会社としても適切な対応をとっていくことが必要であることをお話しした。11月には、年末年始の感染拡大防止に向けて改めてお願いするとともに、感染者増加の状況であったので、家庭内での感染予防に注意をお願いした。このような形で、時期を見ながら、情報提供するとともに、感染予防対策に努めてきた。

#### IV 協議

司 会 相澤好治

(日本医師会産業保健委員会委員長)

発言者 高倉俊二(厚生労働省労働基準局

安全衛生部労働衛生課長)

大西洋英(労働者健康安全機構理事)

神村裕子(日本医師会常任理事)

及川 桂(産業医学振興財団事務局長)

#### 事前に提出のあった質問

埼玉県医師会 「治療と仕事の両立支援」に関する取組みを進めるため、診療報酬上の療養・就労両立支援指導料の取扱いについて伺いたい。本指導料の算定要件では、治療を担当する医師が、当該患者が勤務する事業場において選任されている「産業医等」に対し、当該患者の就労と療養の両立に必要な情報を提供する方法として、当該患者の診療に同席した「産業医等」に対して、就労と療養の両立に必要なことを説明することがその一つとされている。この「産業医等」に産業保健総合支援センターの両立支援促進員が含まれるようになれば、両立支援促進員事業の個別調整支援の機会が増えるのではと思われるが、いかがか。

厚生労働省 平成30年度の診療報酬改定で、医療機関の主治医と事業場の産業医等の連携を目的に設けられたものが、令和2年度の診療報酬改定において、それまで事業場の産業医に限定であったものが産業医等になり、具体的には、事業場の産業保健スタッフである衛生管理者、保健師等まで拡大されたということになっている。共通するところは、事業場の産業保健スタッフであることが、この算定の要件になっている。産保センターのスタッフである両立支援促進員は、現段階で算定の要件の対象に加えることは適当ではないと言わざるを得ない状況かと思う。

ただし、今後も両立支援の取組みが進むことは目指すところである。個別調整支援を健康安全機構で取組みを行っていただいていると承知しており、現場で進めていただきたい。

日本医師会 平成30年度の診療報酬改定から取

り入れられ、令和2年度の診療報酬改定で、事業場の産業保健スタッフまで拡大したになっている。この件数を増やすということが最優先ではないかなと思っている。主治医、産業医の先生も含めて、これを進めたうえで、仕組みそのものを使っていただくということが先決で、ある程度できたときに、今回のような提案もあり得るのかなと思う。

**和歌山県医師会** ①コロナ禍においては、2か月に1回以上の職場巡視が書面や電話等での相談対応でも可になるか。②多くの会員より、オンライン講習や日医eラーニングに関する問い合わせが寄せられている。今後の予定についてご教示いただきたい。

**厚生労働省** ①遠隔での業務という意味では、情報通信機器を用いて産業医の職務の一部を実施することに対して、さまざまなニーズが高まっており、遠隔で産業医の職務の一部に関しては実施できるであろうということについて、日医を含め、さまざまな専門家の先生等のご意見を伺い、現在、整理を進めているところである。遠隔での業務については、良い側面も多々あるが、事業場における労働衛生水準が損なわれてしまうことがあってはならず、それによる職務レベルの低下には十分、注意しないといけないと考えている。遠隔業務を行う場合、注意する点をまとめてお示ししたい。

職場巡視に関しては、労働者にとって好ましくない作業環境、作業内容などの把握が、書面や電話、あるいは画像などで可能かは疑問であり、やはり現場を見ないと分からない部分、定期的に巡視することによって変化などに気付くと考えている。そういった場合に、有害なことが起こり得るものが発見された場合には、措置は直ちに行う必要があるため、職場巡視を遠隔で行うことは、慎重にならざるを得ないと考えている。

**日本医師会** ②日医の産業保健委員会では、令和2年度に3回の委員会で研修の取扱いについて議論してきた。個々人のパソコンから研修サイトにアクセスし研修を受講する個人参加型研修会につ

いては、上質な研修を多くの先生方に受講いただく機会が増えること、会場までの移動の負担軽減になるといったメリットがある。しかし、受講者の本人確認や、「ながら受講」などの問題、また、画像や音声受信に差が出てしまうリスク、講師と受講者のコミュニケーションという場面がウェブ上のみに制限されるといった課題がある。これらを踏まえ、個人参加型研修会については、受講者の本人確認、受講管理をしっかりと行う前提で、1年程度の試行実施として、生涯研修のうちの更新研修と専門研修において単位数を、生涯研修全20単位のうち、5単位に限定して個人参加型研修による単位取得を認める方向で検討している。基礎研修会における個人参加型研修会のあり方については、生涯研修会における試行実施の結果を基に今後検討する。労働安全衛生法という法律で規定された産業医制度の維持・向上のためには、こうした課題がクリアできるか十分に見極める必要があり、1年程度の試行実施とした。また、その際にはアンケート調査を行い、研修の質の向上を図る。研修会の開催要領については、詳細がまとも次第、ご連絡する。日医の産業保健委員会では、eラーニングのようなオンデマンド形態の導入の議論は、現在のところ行っていない。

現在、都道府県医師会や郡市区医師会に配備されているテレビ会議システムについては、Zoomなどのような他のシステムを用いて都道府県医師会や郡市区医師会とは別の会場による研修でも対応可能とする。

有効期限の取扱いについては、認定産業医の制度上、有効期限を変更することはできない。ただ、今回の措置として、日医としては、当面は有効期限内に単位取得していると見なして、認定産業医として認めることとする。具体的には、認定証に記載された有効期限が令和2年2月以降の認定産業医については、当面の間は、単位を充足できずに有効期限満了となっても、認定産業医としての活動を認める。また、有効期限後であっても、認定産業医の取得した単位は、有効期限内に取得したものと見なす予定である。

これらはいずれも検討を重ねており、詳細がまとも次第、連絡するとともに、日医のホームペー

ジに掲載する予定であるので、今しばらくお待ちいただきたい。

**岡山県医師会** 多くの事業場で、新型コロナウイルス感染症拡大による経済の停滞の影響を受けており、生産性の低下による雇止めなどの報告も毎日のように報道されている。そうした中、岡山県においても他県と同様に事業場からのクラスターが発生しており、最大のクラスターは昨年12月17日に発生した縫製工場でのクラスターで外国人73人を含めた計115人が感染した。感染者の発生によるこれらの事業場が被った被害は多大なものであったと考える。新型コロナウイルス感染症との闘いは既に1年を超えている。こうした新興感染症は必ず発生し、医療関係者がいくら頑張ってもこうした感染症の収束には至らない。事業場・事業者にもそれなりの感染症対策を行っていただくことは必須である。安衛法第3条に「快適な職場環境の実現と労働条件の改善を通じて職場における労働者の安全と健康を確保するようにしなければならない」とあるように、感染症対策について事業場・事業者の責任は重大であるといえる。パンデミック時において感染症との闘いは医療機関だけでは解決できない。事業場・事業者や労働者にも、感染症と闘う姿勢が求められる。厚生労働省として、今後、安衛法・安衛規則等の改正により感染症対策を事業者、労働者に明確に提示する必要があるのではないかと考えるが如何か。

**厚生労働省** 新型コロナウイルス感染症は多大な負担をかけており、事業者、労働者が一体となって、職場で防止対策に取り組んでいただかざるを得ない。事業者いろいろな義務をつけても、それを労働者が一体となって実践していただかなければ防止対策は一向に進まない。全国の事業場においても、さまざまな事業の形態や機能などがあるため、職場におけるコロナウイルス感染症の拡大を防止するためのチェックリストというものを作成している。事業場に合わせて感染予防のための体制の構築、テレワークや時差出勤などの要請、人の密接の回避、換気、基礎疾患を有する方

への配慮等について、業界団体を通して協力要請を行っている。新型コロナウイルス感染症の情報は随時更新されるので、最新の知見を収集することでチェックリストの必要な項目を新しいものに改定して、それを遅滞なく職場の皆さまにお届けすることで、職場における感染防止の取組みの促進を進めていきたい。

**山口市医師会** 産業医が必要な事業場は増えているが、当地のような地方都市では産業医の供給は不足している。産業医資格取得のハードルが高いため、新規産業医の数が増えないこと、高齢化によりリタイアする先生も多いこと、産業医資格の維持が大変なことが理由と考える。東京のように産業医の多い地域とは異なり、地方では少ない産業医でどのように回していくのか、見通しは立たず一番の課題である。新規産業医をいかに増やすか、ビジョンがあればお尋ねしたい。

**厚生労働省** 産業医の地域偏在の問題は認識しており、改善は重要な課題と考えている。現在、産業医科大学及び産業医学振興財団で産業医の需要供給実態調査事業委員会を開催し、行政が持っている情報などを共有し、産業医の需給にかかわる実態把握のための調査や課題についての検討を行っている。日医、厚生労働省もオブザーバーとして参加しており、調査事業の成果なども踏まえて、需給に関する対応策を進めていきたい。

**日本医師会** 新規取得の課題としては、単位数と研修の形態の2つの課題がある。認定産業医の基礎研修会は50単位が必要で、その多くは集中講座（約1週間にまとめて50単位取得するカリキュラム）が多いと承知している。基礎研修会の単位数については、労働安全衛生法に基づく研修であるため、見直しには厚生労働省との協議が必要となる。研修の形態については、1週間の短期集中型ではない方向も検討していきたい。

認定更新のための生涯研修会については、個人参加型研修の施行実施、都道府県医師会と郡市区医師会でシステム（テレビ会議システム以外も可）を活用することで、受講の機会を増やしていただ



きたい。

新規産業医を増やすためには、医師の偏在の課題がある。都道府県医師会においては、地域医療の重要な要素の一つが産業保健活動であるという啓発をお願いしたい。

**産業医学振興財団** 産業医科大学が中心となり、産業医学振興財団が共同事務局という形で平成29年度以降、産業医需要供給実態調査を実施している。この調査の中では、全国調査、地域調査を行い、産業の需要供給にかかわる量的・質的な状況の把握に取り組んできた。産業医の供給にかかわる問題については、これまでの調査を通じて聞いた現場の声と重なる部分がある。産業医大の調査に携わった先生と話したが、山口市、山口県は長年の先生の努力によって産業医の選任率も高い地域で、そのなかでの質問と受け止めている。産業医の需給に関する問題は、この調査の中からも苦悶的な問題と受け止めており、第1に高齢化によるリタイアといった状況も含めた地域医療の維持という本質的な問題、第2に産業医を必要とする事業所が増加している地域もあるといった問題、第3に産業医の資格取得や維持の問題、といったような複数の問題が地域ごとに複合的に絡み合っていることが、これまでの調査からも窺われる。この産業医需要供給実態調査はこれからも続け、産業医の需給にかかわるさまざまな段階での主要なボトルネック解消のため、具体的な方策の提案を目的とした実証的な調査研究を複数年で実施していきたいと考えている。主要なボトルネックとは、産業医活動に関心を持ってもらい、養成・育成を行い、マッチングをして活動・定着・継続していくことである。さまざまな段階でのボトルネックは見えてきているので、それを各地の現場での参考になる取組のモデルとなるように、関係団体との協力のもとに取りまとめる方向で進めていきたいと考えている。中小企業や地域の視点も踏まえたものとして取り組んでいきたい。

**岡山県医師会** 地域産業保健センターで実施している「長時間労働者及び高ストレス者に対する面接指導」については、直接対面で実施すること

が求められているが、先般、情報通信機器を用いた労働安全衛生法に基づく面接指導の実施に係る労働基準局長通達（基発0915第5号）が令和2年11月19日付けで改正され、情報通信機器を用いた面接指導を実施する医師の要件を「該当すること」から「該当することが望ましいこと」に緩和された。①コロナ禍においては代替措置として有用と考えるが、上記通達の改正及び情報通信機器を用いた安全委員会の開催に係る通達（令和2年8月27日、基発0827第1号）は、近年の急速なデジタル技術の進展に伴い、情報通信機器を用いて行うことのニーズが高まっていることを受けての改正等であると理解している。厚生労働省としては、今後、情報通信機器を用いての活動を広く認めていく方向にあるとの認識でよろしいか。②今後、地域産業保健センターにおいては、情報通信機器を用いて行う面接指導の実施を積極的に実施していく方針か、あるいは望ましい要件を満たさない登録産業医がほとんどと考えられるので、これまで同様、原則不可というスタンスか。

**厚生労働省** ①情報通信機器を用いた安衛法に基づく面接指導は、事業者から面接指導を実施すべき医師に対して事業場や面接指導の対象となる労働者についての必要な情報を提供することを前提として、面接指導を実施する医師の要件の緩和などを行った。情報通信機器を用いて遠隔で面接指導に資する場合であっても、労働者とのやりとりを把握できるような方法でないといけないうし、面接指導を実施する医師が必要と認める場合には直接対面によって行う必要があるなど、遠隔で面接指導をする上での注意点、留意事項といったものを示している。緩和である一方で、面接がよいタイミングで行えるように効果的に実施する観点で、運用しやすいようなものにする意味での改正をお示しした。

**労働者健康安全機構** ウェブの面接指導においては、少なくとも労働者の情報をきちんと事業場が医師に伝えることは当然ながら、面接指導を行う医師が、労働者と相互に表情や顔色、声、しぐさなどを確認できる状況で実施しなければいけない

ことについては変わっていない。危惧するのは、緊急時に対応しなければいけない状況を把握した場合に、労働者が面接指導を受けている事業場と、その他の場所の近隣の医師たちと連携して対応することができる体制を整備した上で、ウェブを使った面接指導は行うべきということが示されている。ただ、基本的スタンスは、それを積極的に推進していくことではなくて、要件を満たせば可とするということである。地産保センターにおいての機器整備などについては、今後、検討していきたい。

**松山市医師会** コロナ禍において、政府よりテレワークが推進される中、産業医活動においても、5割程度の産業医が「オンライン実施」への切り替えを行ったという報告もある。コロナ禍における産業医活動、あるいはオンラインにおける産業医活動についての指針はあるのか。

**厚生労働省** 現時点でオンラインによる産業医活動についての指針はない。ただ、情報通信機器を用いて遠隔で産業医の職務の一部の実施することへのニーズは明らかに高まっており、オンラインで産業医の職務の一部を実施することに関して、その考え方などを日医、専門家の方々のご意見を踏まえて整備を行っている。オンラインで業務をすること、業務の一部を遂行することによって、労働衛生水準が損なわれるということはあるとはならない。われわれは、そこが一番重要なポイントだと考えており、整備の仕方、どのような注意事項を示すべきか、検討を進めている。

**仙台市医師会** 日医認定産業医の単位取得のための研修会をオンラインで行うことについて、検討されているか。

(和歌山県医師会の質問と同じため、回答は省略。)

## ドクターバンク (山口県医師会医師等無料職業紹介所)

医師に関する求人の申込を受理します。ただし、申込の内容が、法令違反その他不適切である場合には受理しません。

なお、医師以外に、看護師、放射線技師、栄養士、医療技術者、理学療法士、作業療法士も取扱います。

求人者又は代理人は、原則として直接当紹介所に赴いて、所定の求人票にご記入の上、お申し込みください。

ただし、直接来所できない時は、郵便でも差し支えありません。

求人申込の際には、賃金、労働時間その他の雇用条件を明示してください。

最新情報は当会ホームページにてご確認願います。

問い合わせ先：山口県医師会医師等無料職業紹介所

〒753-0814 山口市吉敷下東3-1-1

山口県医師会内ドクターバンク事務局

TEL：083-922-2510 FAX：083-922-2527 E-mail：info@yamaguchi.med.or.jp

# 令和2年度 郡市医師会産業保健担当理事協議会 ＜書面開催＞

[ 報告 : 常任理事 中村 洋 ]

標記協議会については、令和3年3月4日(木)に開催予定であったが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止の観点から書面開催としたので以下に報告する。

## (1) 第42回産業保健活動推進全国会議について (報告)

本号282～295頁に報告記事掲載。

## (2) 県医師会主催・郡市医師会協力による産業医研修会について

令和元年度は、18回の研修会を開催した。令和2年度も18回の研修会開催を予定していたが、新型コロナウイルス感染症の状況等を鑑み、16回の開催となった。研修内容は基礎後期・生涯更新の研修1回、基礎実地・生涯実地の研修8回、基礎後期・生涯専門の研修7回である。令和3年度においても、郡市医師会協力による産業医研修会は、産業医部会の各支部ごとに2回の開催を計画している。実施にあたっては、令和3年1月に各支部に対し研修希望の調査を行っている。

## (3) 山口県医師会主催 産業医基礎(前期)研修会の開催について

山口県では産業医の資格を取得するために受講が必要な研修会のうち、産業医学基礎(前期)研修会は、他県で受講する必要があったことから、令和3年度は10月31日(日)、11月7日(日)の2日にわたって、前期(14単位)が取得できる研修会を山口県医師会6階会議室で開催する予定としている。詳細が決まり次第、郡市医師会にお知らせする。

### 県下唯一の医書出版協会特約店

医学書専門 井上書店  
看護学書

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



医業継承・医療連携  
医師転職支援システム

〈登録無料・秘密厳守〉

## 後継体制は万全ですか？

DtoDは後継者でお悩みの  
開業医を支援するシステムです。  
まずご相談ください。



お問い合わせ先

0120-337-613  
受付時間 9:00~18:00(平日)



よい医療は、よい経営から

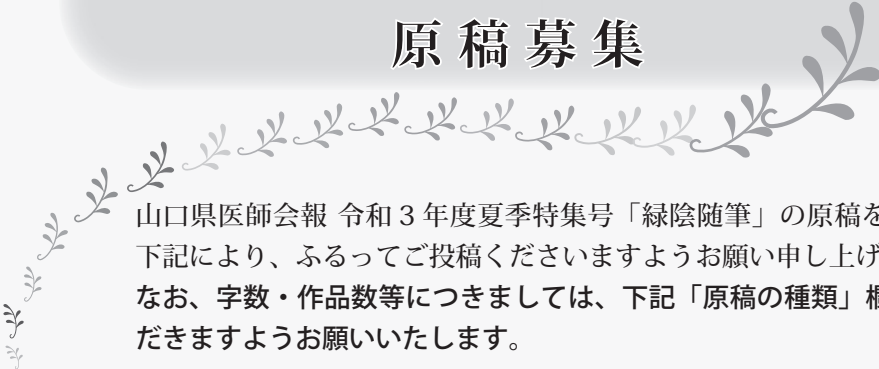
総合メディカル株式会社  
[www.sogo-medical.co.jp](http://www.sogo-medical.co.jp) 東証一部(4775)

山口支店 / 山口市小郡高砂町1番8号 MY小郡ビル6階  
TEL(083)974-0341 FAX(083)974-0342  
本社 / 福岡市中央区天神  
■国土交通大臣免許(2)第6343号 ■厚生労働大臣許可番号40-ユ-010064



夏季特集号「緑陰随筆」

原稿募集



山口県医師会報 令和3年度夏季特集号「緑陰随筆」の原稿を募集しますので  
下記により、ふるってご投稿くださいますようお願い申し上げます。  
なお、字数・作品数等につきましては、下記「原稿の種類」欄にてご確認ください  
だきますようお願いいたします。

原稿の種類

- ①随筆、紀行  
一編 5,000 字以内を目安に、お一人 1 作品（※写真・図・イラスト・表は合わせ  
て 5 枚以内）までとさせていただきます。
- ②短歌・川柳・俳句（3 句以内）
- ③絵（3 枚以内、コメントもお願いいたします。）
- ④写真（3 枚以内、コメントもお願いいたします。）

提出・締切

できるかぎり下記作成方法①でご協力願います。  
作成方法により締切日が異なりますので、ご注意ください。  
※締切日以降に提出された原稿は掲載できませんのでご注意願います。  
※電子メールで送信される際は、原稿と写真の容量をあわせて 10 メガ以内でお願い  
いたします。

| 作成方法   | 提出方法                 | 締切       |
|--------|----------------------|----------|
| ①パソコン  | 電子メール又は USB/CD-R の郵送 | 6 月 24 日 |
| ②手書き原稿 | 郵送                   | 6 月 17 日 |

原稿送付先

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

備考

- ①未発表の原稿に限ります。
- ②ペンネームで投稿される方につきましては、会員の方から本会に問い合わせがあった  
場合には、氏名を公表させていただきますことをご了承願います。
- ③投稿された方には掲載号を3部謹呈します。
- ④写真や画像の使用については、必ず著作権や著作権等にご注意ください。
- ⑤医師会報は本会ホームページにも PDF 版として掲載いたします。
- ⑥レイアウト（ページ、写真の位置並びに大きさ等）につきましては、編集の都合上、  
ご希望に沿えない場合があります。
- ⑦原稿の採否は、広報委員会に一任させていただきます。

# 令和2年度 日本医師会母子保健講習会

と き 令和3年2月28日(日) 13:00～15:20

ところ Zoom によるオンライン開催

[報告: 常任理事 河村 一郎]

## 1. 講演

テーマ: 成育基本法に関連する

産婦人科・小児科の課題

座長: 日本医師会常任理事 渡辺 弘司

成育基本法 基本的方針について

厚生労働省子ども家庭局母子保健課長

小林 秀幸

成育基本法(令和元年12月1日施行)の目的として、児童の権利に関する条約の精神にのっとり、成育医療等の提供に関する施策に関し、基本理念を定め、国、地方公共団体、保護者及び医療関係者等の責務等を明らかにし、並びに成育医療等基本方針の策定について定めるとある。そのため、厚生労働省に成育医療等協議会を設置することが令和3年2月9日に閣議決定された。

成育医療等の現状と課題としては、少子化の進行及び人口減少、出産年齢の上昇と平均理想子ども数、平均予定子ども数の低下、女性の健康に関する課題、妊産婦の特性と診療における配慮、妊産婦のメンタルヘルス、低出生体重児の割合の増加、子どものこころの問題、学童期・思春期における全般の問題、性や生活習慣など10代における問題、食生活等生活習慣に関する課題、妊産婦及び乳幼児における口腔衛生、児童虐待、父親の孤立、子育て世代の親を孤立させない地域づくり、自然災害時や感染症発生時等における課題などがある。現在、第二次に進んでいる「健やか親子21」でも同様の課題が上がっているが、これも成育基本法の中に取り込んで進めていく。

成育医療等の提供に関する施策としては、周産期・小児医療体制の充実、子育て世代包括支援センターを活用した妊娠期から子育て期にわたるまでのさまざまなニーズに対する地域における相談支援体制の整備の推進、学校教育及び生涯学

習、予防接種・乳幼児健診・学校における健康診断の記録の収集、管理(PHR: Personal Health Record)、成育過程にあるものが死亡した場合におけるその死亡原因に関する情報の収集、管理(CDR: Child Death Review)の体制整備が挙げられる。

母性健康管理措置とは、妊娠中及び出産後1年を経過しない女性労働者が、母子保健法に基づく保健指導又は健康診査において医師又は助産師から指導を受け、それを事業主に申し出た場合、事業主は、その女性労働者が受けた指導事項を守ることができるようにするために必要な措置を講じることが法律上義務付けられている。具体的には、妊娠中の勤務時間の短縮、休憩時間の延長、作業の制限など事業主が講ずべき措置となっている。「母性健康管理指導事項連絡カード」は、医師等からの指導事項の内容を女性労働者から事業主へ的確に伝えるためのカードとして指針で様式が定められ、事業主は利用に努めるものと規定されている。母性健康管理措置義務に違反した事業主は、都道府県労働局による助言指導勧告の対象となり、勧告違反の場合は企業名公表の対象となる。

## 成育基本法に関連する産科的課題

日本産婦人科医会会長 木下 勝之

産婦人科領域より提案する成育医療に係る重点施策は、母と子の関係性を重視した母子の健全な成育過程形成を確保することであり、具体的には周産期のメンタルヘルスケアの確立、乳幼児期における母子の健全なメンタルヘルス維持、愛着形成の支援、虐待予防、思春期における産婦人科医による学校性教育の拡充、がん予防・がん検診の啓発、AYA世代における妊娠前から妊娠を支え

る医療体制の充実（プレコンセプションケアの推進、不妊医療体制の充実）などである。

母子の健全な成育過程形成を確保するということは愛着形成、虐待予防につながる。現代はインターネットの普及により、人間同士の直接的触れ合いによる人間の関係性が希薄となっている。人間の関係性の基礎は、本来、乳幼児期から始まる親子関係、特に母子関係にある。育児の意義は子の脳の健全な発育を支援する母の子への直接行為であるが、スマホで代用されていることもある。

成人が生活・仕事及び育児を効果的に管理するために利用する一連の基礎的な中核能力の存在がある。それは「実行・問題解決能力」と「自己規制能力」である。実行機能、自己規制の基礎は幼児期に構成され、全部の技能及びそれらを結びつける神経回路網は青年期、そして成人初期まで継続して発達する。3～5歳にこれらの技能の上達度が一気に向上し、15～23歳の間に再度顕著に向上する。問題解決能力や自己制御能力に関わっているのは前頭前野という部分である。これらの技能の組織化には前頭前野と、その他の脳の領域の間におけるコミュニケーションが必要になる。母による子育ての意義は、子の脳の健康な発育を支援する重要な行為であると認識することが大事であり、乳幼児期の甘えの感情を基礎とした愛着形成こそが成人になった時の人間の関係性構築の基盤となり、さらに中核能力を発揮するチャンスとなる。

「甘え」は乳児と乳児を世話する母親の間に最初に成立する。乳児を世話する母親がいなければ乳児は甘えるようにはならない。新生児が出生後、最初の数十分の時間帯に「じいっと母親の顔を見つめる」という事実が注目されている。これは後に「甘え」として発展するものの基盤である。母親は乳児の求めているものを察知して世話をするが、乳児の方でも母親の接し方のニュアンスを敏感に感じ取っている。子の甘える行為に親が愛情をもって応える、子は笑ったり泣いたり反応する。このようなサーブアンドリターンの関係が愛着形成に必須な姿であり、そのように育てられた子は成人になった時の中核的能力となる実行能力と自己抑制能力の基盤が乳幼児期の脳に構築される。

親の育児の際に、子が甘えられない状況が繰り返されると、屈折した甘えにより、成人しても相手の気持ちに対する共感性が未発達で対人関係がうまくいかなくなる。

#### 成育基本法に関連する小児科の課題

～子どもが健やかに成育するために～

日本小児科医会会長／

日医母子保健検討委員会委員 神川 晃

現在、日本人の国内出生数は2020年は84.7万人、2021年は78.4万人と、2年前倒しで予想以上に減少してきている。逆に虐待、10代の自殺、いじめ、不登校は近年増加している。また、日本人の子どもの7人に一人が相対的貧困で、特にひとり親世帯の貧困率が高く、準要保護児童生徒は毎年増加している。幼少期の発達や教育の健康に及ぼす影響は生涯続く。貧困は世代間連鎖も引き起こしている。子どもたちが健やかに成育するためには健康の社会的要因にも配慮することが重要である。養育者への金銭補助、人的支援、心に寄り添う支援、心身のリフレッシュを助ける、子どもの愛着形成がうまくいくように補助するなどの支援が必要である。フィンランドのネウボラでは、マイ保健師が出生前から成人までワンストップで切れ目なく家族全員の見守りを行っている。バイオサイコソーシャルなアプローチが必要である。日本では子育て世代包括支援センターが全国展開されているが、地域全体で見守る必要があり、子どものかかりつけ医も参画していかなければならない。

現在、健診の回数は少なく、乳幼児期は3、4か月、6か月、3歳しか決まったものではなく、保育園、幼稚園に入ると年2回の園での健診しかない。1996年の厚生省の通知では、原則として生後6か月に達するまで月1回、6か月から1歳に達するまで2か月に1回、1歳から3歳まで年2回以上、4歳から就学まで年1回以上、思春期の女子は年1回とすることが望ましいと示されている。乳児期の子育て支援では、安心して何でも相談できる場所の提供、養育者の育児不安の解消、養育者の精神状態の評価、眼科、整形外科、小児外科、耳鼻咽喉科、皮膚科などの疾患



の早期発見、社会的な観点からの介入が必要である。予防接種は生後2か月から6か月ごろまで毎月接種がある。この機会をとらえ、子育て支援の実施を検討している。養育者と子どもの様子や養育者の心理状態を観察する。

子どものかかりつけ医が成人になるまで診ていく必要があるが、思春期の子を診るのは苦手であったりする。日本小児科医会では現在、思春期の子を個別健診するガイドブックを作成中で、9月に公開される。小児科医は高齢化しており、小児人口の減少により収入も減っている。乳幼児健診の回数を増やし、学童生徒個別健診の導入を望む。

## 2. 講演

テーマ：新型コロナウイルス感染症と母子保健

座長：日本医師会常任理事 渡辺 弘司

新型コロナウイルス感染症に関連する産科的課題

日本産婦人科医会副会長／

日医母子保健検討委員会委員 石渡 勇

産科での新型コロナウイルス感染の防御では、分娩時などエアロゾルの発生する可能性のある処置に際してはN95マスクにくっつくアイシールドを着用して診療する。マスク、目、ガウン、手袋などの感染防御をしていれば、長時間の濃厚接触があった患者（妊婦）が後に新型コロナウイルス感染症と診断された場合でも常に就業制限とはならない。

mRNA／ウイルスベクターワクチンは成人のCOVID発症に対して約60～95%の予防効果がある。妊娠中でも接種を大いにためらうような重篤な有害事象は今の所は明らかでなく、十分なメリットがあると思われる。ベネフィットとリスクを検討し、個々に決断をするべきと考える。海外では、妊婦に対するワクチンはイギリスでは推奨していない。また、アメリカでは医療従事者などワクチン接種推奨の場合は主治医と相談の上、mRNAワクチンを接種してもよい、接種前の妊娠検査は不要となっている。授乳婦についてはイギリスでは接種してよいことになっている。日本では、厚生省は接種可能、予防接種上の有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ接種となっている。日本産婦人科学会／日本産婦人科

感染症学会は、現時点では妊婦に対する安全性、特に中・長期的な副反応、胎児及び出生時の安全性は確立しておらず、接種する場合には接種前に十分説明する、同意を得た上で接種し、その後30分は院内での経過観察が必要、妊娠12週まではワクチン接種を避ける、母児管理のできる産婦人科施設等で接種を受け、なるべく接種前と後にエコー検査などで胎児心拍を確認すると提言している。

日本産婦人科医会では分娩取扱い施設へのアンケート調査を行った。全国1,481施設から回答があり（回収率65%）、2020年6月末（6か月間）までにCOVID-19陽性妊産婦が72人（0.02%）の報告があった。感染経路は家庭内感染が57%、無症候妊産婦のユニバーサルスクリーニングによる検査陽性率は0.03%であった。陽性妊産婦の81%が有症状、うち71%は発熱、1例は死亡（外国人旅行者）、わが国で管理中の妊婦に死亡例はなかった。17%に酸素投与、2%に人工呼吸器が必要であった。酸素投与を要する有症状の妊産婦は妊娠後半・産褥期には37%と有意に高かった。出生児への感染の報告はなかった。海外のデータでは、妊婦は非妊婦に比べて重症度、症状ともに軽度、しかし炎症反応関連検査（NLR、CD3、CD8）は高かった。

症状の出る前にウイルス排出が多いことから、妊婦PCRスクリーニングを行うとすれば入院前に検査が必要である。2020年5月の時点では、コロナ感染を疑う症状のない定時の選択的帝王切開予定へのPCR検査は産科施設の13%のみであった。勧められるが地域の感染状況による。

母子の垂直感染の可能性については、ウイルス血症は稀（1%）なので子宮内感染の可能性は極めて稀と思われるが、母体便は30%陽性のため経膈分娩であれば暴露の可能性はある。感染妊婦の場合は、経膈分娩だと吐く息などからスタッフが感染するリスク、産道感染のリスク、時間が長いなどあるので帝王切開の方がよいと思われる。

母乳にウイルスが含まれるという報告もあるので、新生児は完全な人工栄養とし母児双方ともPCRでウイルスが陰性となるまで母体との接触は避ける。

**新型コロナウイルス感染症に関連する小児科的課題**

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科

小児科学教授 森内 浩幸

かつて、すべてのヒトコロナウイルスは動物由来の新興ウイルスであった。現在の風邪のコロナウイルスは4種類とも4～6歳までに感染し、冬場に多い。ただ、高齢者施設でアウトブレイクした例もあり、2歳未満、基礎疾患を有する人、高齢者では重症化することもある。今回のCOVID-19はまだ誰もかかっていないので子どもも大人もかかる。いずれは普通の風邪のウイルスとして落ち着くかもしれない。昔に比べると人の移動速度が極めて速くなっているので流行が広がるのも速くなっている。江戸時代に比べて高齢者の比率が高くなっているので死亡者も多くなっている。

インフルエンザは子どもに多く、学校での流行から家庭に持ち込まれ社会に感染が広がっていくが、新型コロナは大人に多く、社会の中での流行が家庭に持ち込まれ学校でも広がっていく。44%は発症前にうつしているので無症状の人もマスクをしなければならない。生きたウイルスが検出されるのは発症後8日までで、発症して6日目以降では他の人にうつしていない。3密を避けることが重要である。

学校では、第3波後も小学生では大半が無症候性で、どの学校も重症例は出ていない。小中学生の大半は家庭内感染で学校内での感染は少ない(小学校6%、中学校10%)。教師も学校内で感染した例は少ない(10%)。幼稚園児でも園内で

感染した事例よりも家庭内で感染した事例の方がずっと多い。高校では学校での感染リスクが高くなり、部活動で感染クラスターが発生している事例もある。保育所・幼稚園では、先行感染者は学校閉鎖中に比べ、学校再開後園内の大人・子どもは減って家族の比率が増えている。十分な感染対策を行うことにより、園児がマスクを通常していない場合でも施設内感染のリスクは極めて低いと考えられる。小児でのマスクの有効性は明らかでなく、学校にいる間ずっと着用するのは非現実的で、逆にマスクを気にして顔に触れる回数が増えてしまう。

学校で子どもにソーシャルディスタンスを求めるのは心理的悪影響が大きすぎるため非推奨としている国もある。教師がソーシャルディスタンスを行う、机と机の距離はできるだけ離す、クラスの人数を20人程度に減らす、食事前後の手洗いなどの感染対策を行えばよいと考える。医療的ケア児はCOVID-19が重症化しやすく、心身障児・者はソーシャルディスタンスが保ちにくいいため感染リスクも高い。

感染に対する子どもたちへの健康教育として、十分な睡眠と適切な食生活、手洗い、咳エチケット、風邪などを疑う症状がある時は無理せず休むなどが必要で、感染リスクをゼロにすることは不可能と考え、感染者や関係者が責められないような社会を築きたい。

# かなえない 未来がある。



応援してください。  
やまぎんも、私も。

石川 佳純

YMFG  
Yamaguchi  
Financial Group山口銀行  
YAMAGUCHI BANK

# 令和2年度 郡市医師会生涯教育担当理事協議会

と き 令和3年3月18日(木) 15:00～16:00

ところ 山口県医師会6階会議室

〔報告:副会長 加藤 智栄〕

## 協議

### 1. 日本医師会生涯教育制度について

2019年度の単位取得者総数は127,691人(山口県1,895人)であった。また、取得単位+カリキュラムコード合計の平均は全国21.0(山口県18.4)であった。日医生涯教育認定証は全国7,625人(山口県113人)に発行された。

令和2年度末の日医への単位申請方法については、会員から郡市医師会への提出期限が4月30日である。郡市医師会から都道府県医師会に申告する際は、日医の研修管理システムによる申告を提示した。郡市医師会・都道府県医師会が研修管理システムに入力する期限は6月30日である。なお、日医の研修管理システムを利用することで、2年間などの研修期間を設定できるため、地域包括診療加算・診療料などに利用可能な「受講証明書」の発行が郡市医師会でも対応できる。

### 2. 令和3年度山口県医師会生涯教育事業計画について

#### ①生涯研修セミナー

令和2年度は新型コロナウイルスの影響で5月分が中止となり、9月分が台風の影響で令和3年3月に延期となる等、例年と違って変則的となり、予定していた4回のうち3回しか開催できなかった。また、遠方の演者は現地からのオンライン講演で対応した。毎回、臨床のみならず、基礎系の研究分野や最新のトピックスなど幅広いテーマを取り上げて実施している。

令和3年度は通常通り4回の開催を予定している。引き続きセミナーで専門医共通講習の単位を取得できるようにする等、多くの方に聴講いただけるような企画にしていきたい。

#### ②山口県医学会総会

今年の開催は6月13日に岩国市医師会の引き受けにより開催。午前に特別講演を2題、午後に公開講座を1題の予定。特別講演は広島大学大学院医系科学研究科糖尿病・生活習慣病予防医学講座の米田真康 教授及び岡山大学大学院医歯薬総合研究科消化器外科学の藤原俊義 教授に講演を依頼している。また、本来であれば3月中に医療従事者全員がワクチン接種を完了している予定だったが、現在、ワクチンの接種状況が読めないで、詳細は未定となっている。公開講座は日本医師会常任理事の釜菟 敏 先生に新型コロナウイルス感染症の講演をしていただくが、総会時点で市民のワクチン接種が完了していないので市民が対象ではなく、医師に新型コロナウイルスの知見を深めてもらう趣旨で講演いただくよう、今のところ予定している。仮に開催できなくても、昨年の長門市医師会が記念誌発行に変更したので、今回もそのようにしていただきたい。

令和4年度は吉南医師会にお引き受けいただき開催する。

また、例年、医学会総会開催時に別会場で中学生・高校生を対象とした「将来のドクター養成に向けた中高生の職業体験」を開催しているが、新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、今回は中止とする。この事業について、現在検討しているのが、「開催日を夏休みに変更し、会場を固定する」ことである。現状のように、総会と同時開催で午前中に実施となると、開催時期が6月中旬の週末となり、試験や学園祭等により参加できない学校が多い。また、会場が毎回変わることで、会場設定や準備に時間がかかってしまっている。時期的にインストラクターをお願いする若手医



師や医学部生の確保も困難であることから、県内 3 ～ 4 か所で固定し、夏休みに開催することで意見がまとまった。なお、最終判断は今後、理事会にて決定する。

③体験学習

昭和 60 年から山口大学医師会、山口大学医学部にお願ひし、山口大学で毎年 2 教室にお引き受けいただひて実施している。教授の講演を拝聴したり、大学の日常診療で使用されている医療機器を用いた実技研修をしたりと貴重な体験ができる。令和 2 年度は新型コロナウイルスの影響により開催が叶わず、令和 3 年度に延期となった。消化器内科学講座と器官病態内科学講座にお引き受けいただひているので、詳細が決定次第お知らせする。

④山口県医学会誌

山口県医学会誌には郡市での学術講演や研究会の内容、投稿論文等を掲載している。身近な情報は役立つので、山口県医学会誌に投稿を希望される会員がおられたら推薦していただきたい。是非、本誌を利用してほしい。

3. 指導医のための教育ワークショップ

1 名の臨床研修指導医で担当する研修医は 5 名と定められており、良い研修医を育てるためには

良い指導医が必要である。平成 16 年度から新臨床研修制度ができ、県医師会でもワークショップの実施を継続してきたが、長年指導してきた講師に今後指導いただくのが難しくなった。県内では既に 500 名以上の指導医がおり、山口大学及び日本医師会の方でも同事業を行っているので、指導医の育成には問題ないと思われる。日本医師会開催について、案内があったら皆様にお届けしたい。

閉会の挨拶

各郡市のお話を聴くと、皆様、工夫されてなんとか学術講演等を実施されていることが分かります。県医師会としても何か援助できることがあれば申し出ていただけたらと思います。

山口県の村岡知事は全国知事会のデジタル社会推進本部長となっておりますので、今後、光通信が県内の隅々までいきわたると思っています。コロナで悪いことばかりではなく、良い意味でオンラインを使っているいろいろなことが運営できればと思います。令和 2 年度はコロナで生涯研修セミナーは開催に苦労しましたが、令和 3 年度は大分慣れてきた面もあり、広い会場も準備しておりますので、皆様、是非セミナーに参加いただきたいと思っています。

出席者

郡市医師会担当理事

|     |      |
|-----|------|
| 大島郡 | 松本直晃 |
| 玖珂  | 川田礼治 |
| 熊毛郡 | 沖野良介 |
| 吉南  | 田邊亮  |
| 美祢郡 | 竹尾善文 |
| 宇部市 | 内田悦慈 |
| 山口市 | 藤田直紀 |
| 萩市  | 藤原真一 |

|       |      |
|-------|------|
| 防府    | 大西徹  |
| 下松    | 後賢   |
| 岩国市   | 横峰和典 |
| 山陽小野田 | 河野和明 |
| 光市    | 谷川幸治 |
| 柳井    | 濱田敬史 |
| 長門市   | 須田博喜 |
| 美祢市   | 高橋睦夫 |

県医師会

|     |      |
|-----|------|
| 副会長 | 加藤智栄 |
| 理事  | 白澤文吾 |
| 理事  | 山下哲男 |

# 令和2年度日本医師会医療情報システム協議会 メインテーマ「つながれ、輝け 医療 ICT」

と き 令和3年3月6日(土) 14:00～18:30

7日(日) 10:00～15:30

ところ 日本医師会大講堂(Web)

報告：常任理事 中村 洋  
理 事 藤原 崇

日本医師会の長島公之 常任理事を総合司会とする標記協議会が開催された。今回は群馬県医師会の担当であったが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止の観点から、16回目にして初のWeb開催となった。

## 1日目(3月6日)

### 開会挨拶

**中川日医会長** 新型コロナウイルス感染症患者が日本で初めて確認されてから、1年以上が経過した。会員の先生方におかれては、この間、過酷な状況の中で新型コロナウイルス感染症の予防、治療等に対応していただき、深く感謝申し上げます。

日医の働き掛けもあり、1月13日に11都府県に対して緊急事態宣言が発令された。皆様の協力もあり、新規患者数の減少も見られつつあるが、依然として予断を許さない状況にある。このような状況のため、今回は16回目にして初のWeb開催とした。例年、全国から集まって親睦を深めることを楽しみにされている先生方や事務局職員も多くおられる協議会なので大変残念ではあるが、これまで以上に多数の皆様からの参加申し込みをいただいたことに心より御礼申し上げます。

1日目最初の「日医 ICT 戦略セッション」では、真に国民と医療現場の役に立つ医療分野のICT化を推進するための日医の活動を報告する。次の「オンライン診療の在り方と展望」セッションでは、かかりつけ医が対面診療の補完として活用すべきオンライン診療が新型コロナウイルス感染症拡大下で時限的・特例的に解禁されている状況を受け、日常診療の中でどのように利用されているかを、その次の「新たな感染症と共

存するために必要な ICT ツール」セッションでは、新型コロナウイルス感染症対策として運用されているシステムやアプリについて報告いただくこととしている。

2日目の「オンライン資格確認とそのインフラを活用した今後の医療」セッションでは、いよいよ今月末に運用開始予定のオンライン資格確認についての解説、さらに、そのインフラ活用の展望をお示しいただくことで、先生方に導入を検討いただくための材料を提供できればと考えている。「特別講演」では、樋口範雄 東京大学名誉教授に、医療情報の所有権や、その活用についてご講演いただく。午後からの「医療現場での夢のある AI 活用」セッションでは、AI を利用した最新の医療の現状や実例を報告いただくが、AI や ICT はアフターコロナ時代の医療に必要不可欠なツールとなっていくと考えている。

当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いる。

## I. 日医 ICT 戦略セッション

### 日本医師会における医療・介護分野の ICT 化の 取り組み

日本医師会常任理事 長島 公之

医療分野の ICT 化の中核は、国が進める「データヘルス改革」、特に、今後2～3年間で集中的に実行される「新たな日常にも対応したデータヘルスの集中改革プラン」である。2004年に提唱されたデジタルトランスフォーメーション：「ICTの浸透が人々の生活をあらゆる面でより良い方向に変化させる」という概念がある。この観点から、日医の基本姿勢は真に国民・患者と医療現場の役

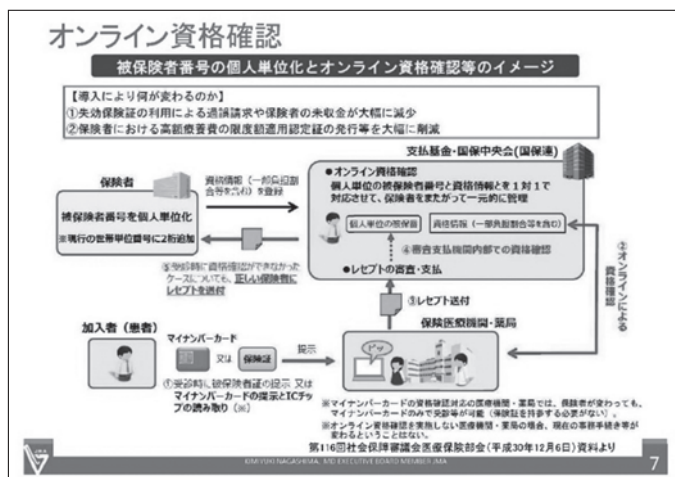
に立つものにするということである。この時に、改革、変化、新規導入には必ず光と影、作用と副作用がある。医療の現場においては作用と副作用が大きいと取り返しがつかなくなるので、この改革・導入の時には不利益・デメリットを最小限にするということが極めて重要である。現場の課題や負担など、取り残されることがないように、対応できるところはしっかりと対応していくというのが基本的方針であり、そのことから ORCA プロジェクトの推進をメインとした日医 IT 化宣言に代わり、今後の日医の医療分野の IT 化における取組みの指針として、平成 28 年 6 月に公表された「日医 IT 化宣言 2016」の実現と、かかりつけ医の働きが重要である。

#### (1) 日本医師会は、安全なネットワークを構築するとともに、個人のプライバシーを守ります。

医療機関が安心・安全・安価に地域医療連携に活用できる医療専用ネットワークの構築を目指しており、これには本年 3 月から稼働が開始するオンライン資格確認等システムのインフラが利用できると考えている。この普及により、日本中の医療機関をつなぐ安全なネットワーク基盤が構築されることになる。本ネットワークを用いて、患者のプライバシーが守られた医療機関向けサービスが安全に提供できるようになると考える。医療機関にとってオンライン資格確認導入のメリットは、資格確認だけで考えると「資格過誤によるレセプト返戻の減少」や「レセコン等への入力の手間の軽減」程度である。しかし、今回の仕組みによって整備される全国の医療機関等を結ぶネットワークが、医療機関向けのさまざまなサービスを提供する基盤として活用できることを期待して、日医として協力を行っている。現在、加速化プランにより導入補助金が増額されているため、まずは、導入に関する見積もり取得を医療機関にお願いしている。日医では、システム事業者による高額な見積もり事例を収集し、厚労省に提供しており、それを基に厚労省から個別の働きかけを行ってもらい、医療機関に対する丁寧な説明や、より適正な価格の提示がなされるよう努めている。

マイナンバーカードの利用によるオンライン資格確認の導入によるメリットとして、被保険者資格の即時確認によるレセプト返戻の減少、薬剤情報・特定健診等情報の閲覧、等が挙げられている。デメリットとしては、資格確認端末、機器の導入（一部費用負担）、システムの変更や資格確認による窓口業務の増加などが挙げられるため、医療機関にとってはメリットが薄い。しかし、今回の仕組みによって整備されるオンライン資格確認の回線は、全国の医療機関等を結ぶネットワークの基盤となるものである。同システムの導入について、システム事業者（ベンダー）から不当に高額な見積もりが提示される事例があるようである。一般的には、よほどカスタマイズされたレセコンや電子カルテを運用していない限りは、概ねカードリーダー 1 台の場合の上限事業額（病院 210.1 万円、診療所 42.9 万円）に近い金額の見積もりが提示されるケースが多いと思われるが、これを大きく上回るような、納得のいかないものが提示された場合には、専用フォームから情報をお寄せいただきたい。このことから、導入を希望される医療機関は、各種申込の前に、顔認証付きカードリーダーの機種選定、端末導入やシステム改修費用等、既存の院内システムの導入事業者と必ず十分にご相談いただきたく、まずは見積もりの取得を行っていただき、ご検討いただいたうえで、各医療機関には無理のない形で導入を検討いただきたいと考えている。

マイナンバー制度のインフラを活用した医療等 ID 制度が確立し、医療等 ID を活用して、国民・患者が安心できる地域医療連携を実現するとし





ていたが、現時点では被保険者番号の個人単位化がオンライン資格確認とともに進められており、2020年秋から徐々に新規発行保険証に2桁番号の追加が開始されており、2021年10月請求分から、その番号を使ったレセプト請求が開始される予定である。日医としては今後さまざまな医療情報を扱う際に、マイナンバーとは異なる医療情報における個人のIDが必要となり、個別化された被保険者番号のインフラを活用することが重要であり、その働きかけを行っていく。

## （2）日本医師会は、医療の質の向上と安全の確保をITで支えます。

具体的には、適切に収集した医療情報を研究・分析して、医療の質の向上及び患者の安全確保に努めるということである。現在、NDBや介護DBなどの公的DBや、副作用情報等の分析を目的に構築されたMID-NETの利活用が進められている。一方、平成30年5月に施行された次世代医療基盤法における認定匿名加工医療情報作成事業者が複数認定され、本格的に事業展開を開始しようとしている。この法律の大きな特徴は複数の医療情報を連結することができ、そうすることによって匿名加工情報を生成することができることである。これに関連して、平成30年4月17日の日本医師会第1回理事会において、次世代医療基盤法を患者、医療関係者にとって実りあるものとするため、「一般財団法人日本医師会医療情報管理機構」を設立し、同法人が認定匿名加工医療情報作成事業者となるべく「認定申請を行う」こと

を機関決定し、平成31年3月7日に機構設立、登記申請を行い、令和元年10月に認定申請し、令和2年6月に認定を取得している。財団を設立した目的は、医療機関や健診機関、介護事業所等から医療情報（「医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する法律」（次世代医療基盤法）にて定義される医療情報）並びに附帯する情報を適正に収集・統合し、診療支援や臨床研究を通じて、健康・医療に関する先端的研究開発及び新産業創出を促進することで、安全・安心な医療提供体制の構築、医療の質の向上並びに健康長寿社会の形成を目的とし、その目的を達成するため、①医療情報並びに附帯する情報の収集・提供に関する事業、②医療情報並びに附帯する情報の収集・安全管理・活用に係る研究、データサイエンス・人工知能開発、コンサルティング、技術支援、情報提供、普及啓発に関する事業、③e-ラーニング等を用いた教育・人材育成に関する事業、④その他、当法人の目的を達成するために必要な事業、を行う。

安全の確保については、医療機関におけるサイバーセキュリティも重要であるが、現状、医療現場におけるサイバーセキュリティはまだまだ発展途上であり、小規模な医療機関ほど、組織体制、予算確保など対策を行うにも難しい状況にある。国のデータヘルス改革との関係は、「データヘルスの集中改革プラン」において「自身の保険医療情報を閲覧・活用できる仕組み」等、各種ネットワークなどが構築される。しかし、接続する側の医療機関にもネットワークのセキュリティの担保

が必要になる。日医の対応としては、医療が重要インフラの一つとして位置づけられるとともに、平成30年から日医が各医療分野におけるセプターの事務局を担っている。本年1月に日医総研と医療機器センターが実施したサイバーセキュリティアンケートの結果からも、小規模な医療機関ほど体制づくりなど対応が難しい傾向にあることが示された。医療の公益性に鑑み、対応費用等の補助がなされるよう、国に働きかけを行っていく。「医療機関の情報システムの管理体制に関する実態調査」（日医総研・医療機器センター：2021年1月）

### 8. オンライン資格確認の今後

オンライン資格確認は今後のデータヘルスの基盤となります

今後拡大予定の機能

- ・ 現在全国の医療機関・薬局で確認できる情報は、薬剤情報・特定健診等情報のみですが、対象となる情報を拡大します。（令和4年度を目処）手術、移植、透析、医療機関名といった項目が対象となる予定です。
- ・ オンライン資格確認等システムを基盤とし、電子処方箋の仕組みを構築します。（令和4年度を目処）紙の受け渡しが必要になり、薬剤情報共有のリアルタイム化（重複投薬の回避）が可能となります。
- ・ 閲覧・活用できる健診等を拡大します。
- ・ 現在対象になっていない生活保護受給者の医療費も対象にする（令和5年度中）など順次対象を広がっていきます。
- ・ モバイル端末でのオンライン資格確認も検討しています。（令和2年度研究事業）

オンライン資格確認には以下の特徴があり、データヘルスの基盤となっています。

- ① 全国の医療機関・薬局と安全かつ常時接続されています
- ② 医療情報を個人ごとに管理しており、本人の情報を確実に得ることができます
- ③ 患者の同意を確認しつつ電子的に得ることができます

厚生労働省資料より

13

によると、サイバー攻撃による患者への直接被害といった重大事故はないものの、院内サーバや端末へのウイルス感染、HP改ざん・乗っ取りというレベルでのインシデントは一定の頻度で発生している。医療機関の病床規模によるICTリテラシーの格差(診療所<中小規模病院<大規模病院)が顕著であり、ICTリテラシーのレベルに応じた対処策が必要である。レベルの高くないところにはリスクの啓発から始まり、レベルの向上に伴い手引書・チェックリストによる自己診断、インシデント発生時及び事前のコンサルティング支援、自前の専門家人材育成、と支援策のレベルを順に上げていく。このために必要な資金面での公的支援を用意することが基本と考える。

### (3) 日本医師会は、国民皆保険をITで支えます。

日医が開発するレセプト処理システム「ORCA」を電子カルテメーカーに提供し普及させることで、保険医療機関経営の原資となる診療報酬を請求するためのインフラ整備を行い、国民皆保険を堅持する。現状、ORCA導入利用医療機関数は17,247施設である。国のデータヘルス改革との関係は、ITインフラの整備としてオンライン資格確認のネットワーク整備にも対応することが重要である。日医の対応としては、2019年6月18日開催の第3回理事会において「院内設置型の日レセに関して、オープンソースの考え方を崩さずに周辺部分のサービスに関して有償化することが実現されている。

日レセの普及促進について、ORCA管理機構では、クラウド版に電子カルテ等を接続した場合に課金する事業計画を進めていたが、クラウド版の課金利用が進まず、ORCA事業の運営が厳しくなることが予想された。このような現状に鑑み、日医は令和元年6月の理事会において、「院内設置型の日レセについて、オープンソースの考え方を崩さずに周辺部分のサービスに関する有償化」の措置の実施について承認を与えた。電子カルテをはじめとする医療情報システムに、日医標準レセプトAPIを使用することで価格を安価に抑えることが可能となり、当該APIのより深い理解と、活用例の共有等、参加各社が導入しやすい環境を提供すべく、「日医標準レセプトAPI協議会」を

定期的に開催しており、現在、101社のメーカー等が当該協議会に参加している。

### (4) 日本医師会は、地域医療連携・多職種連携をITで支えます。

電子カルテのない医療機関でも、電子化された医療情報で地域医療連携を行うことができるようなツールを開発、提供するというで現在、下記の3つのツールの提供が行われている。

#### ①電子紹介状作成ツール「MI\_CAN」(みかん)

電子紹介状(診療情報提供書)や診断書を作成可能。医療連携用データ作成機能により、電子カルテ等の病院情報システムを導入していない中小規模の医療機関でも地域医療連携に参加可能。また、日レセに繋がなくても資格確認端末を通じてオンライン資格確認データの取得が可能。特定健診情報・投薬(薬剤)情報は診療スタイルに合わせ、PDFファイル又はデータとして取得可能。

#### ②HPKI電子署名ソフトウェア

「Signed PDF Client ORCA」

医師資格証を用いて電子紹介状(PDF)に電子署名を付与。「MI\_CAN」と組み合わせれば、算定要件を満たす紹介状を簡単に作成可能。医師資格証を用いて電子署名を付与した場合、1日につき50回までタイムスタンプが無料で付与可能。電子カルテや診療支援システム等との「連携API」を搭載し、拡張性に優れる。

#### ③文書交換サービス「MEDPost」

医師資格証(HPKIカード)に対応した重要文書を送受できるクラウドサービス。「医療情報システムの安全管理ガイドライン」に準拠。診療情報提供料(I)検査・画像情報提供加算と電子的診療情報評価料の算定基準をクリア。導入地域では、病診連携での電子紹介状のやり取りや、行政との主治医意見書のやり取りなどに活用。

### (5) 日本医師会は、電子化された医療情報を電子認証技術で守ります。

すべての医師に医師資格証を普及させ、保健医療福祉分野の電子認証局(HPKI)の事業発展と安定した運用を行い、医師資格証のユースケース拡大を図るとともに、医師の資格を証明するものとしての認知度も向上させる。現在の医師資格証

の発行枚数は18,031枚（2021年2月26日現在）であるが、国のデータヘルス改革との関係は国の認証基盤となることから日医としては、医療現場において医師免許と同等に信頼を得られるよう医師資格証のさらなる普及に努める。また、医療等専用ネットワークへのアクセスにはそれなりのセキュリティを保つ必要があり、医師資格証を利用する仕組みが推奨される。本年6月に開催予定の日医代議員会では、医師資格証による受付で一本化を図り、日医会館1階にセキュリティゲートを設置する検討を進めており、既に都道府県医師会及び保有していない代議員への個別通知を実施（令和2年10月22日）している。医師資格証保有者が便利に安全に利活用できる機会を増やしていく。

#### オンライン診療での利用を提言

現時点の画面への確認書類の提示に加えて、今後は電子認証をアナログ確認の補完として併用すべきであり、そのため段階的に以下のような事項を指針に追加もしくは所要の改定を実施すべきである。

##### ・申込時の医師資格確認の事業者への義務化

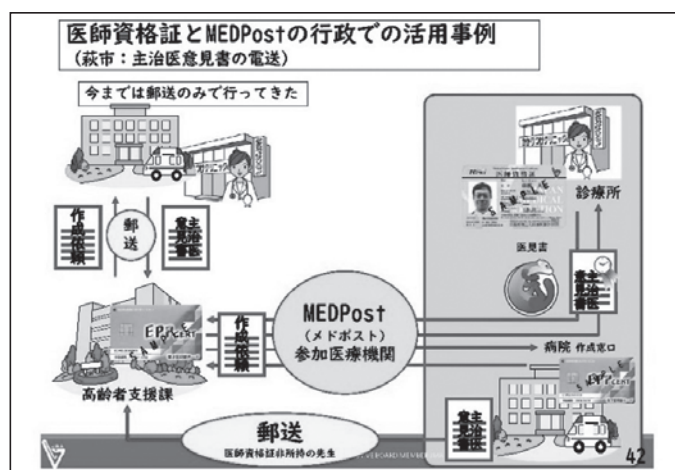
医師からの利用申し込みを受けた事業者に、医師の資格確認を義務化し、その確認方法も指針上に定め、監査の仕組みも設ける。

##### ・オンライン資格確認を用いた患者の保険資格確認（令和3年5月から）

運転免許証等での患者の確認に加えて、令和3年3月から開始される「オンライン資格確認」の「保険証の記号番号を用いて確認する方法」（記号番号による資格確認の開始は令和3年5月を目処）を使って、患者の保険資格の確認をすることを医師側への遵守事項とする。

##### ・HPKIカード、マイナンバーカード（JPKI）でのログインの義務化

そもそも、HPKIカードは、デジタル空間上で医師の資格と本人の確認、マイナンバーカード（JPKI）は、本人の確認をするための基盤として国が構築しているものであることから、これらをオンライン診療時のログインやサービス登録時の医師資格確認や本人確認に用いることを義務化する。これと併せて、マイナンバーカード（JPKI）



だけでなく、HPKIカードを全医師に配付するための財源を含めた措置も実施する。

#### 日医の研修会での医師資格証受付の強化

現在、日医で開催される生涯教育の単位を取得できる研修会の一部では、医師資格証を用いた受付システムを併用して受付を行っているが、今後、当該システムの利用を一層進める。また、15都道府県医師会、4郡市区医師会でも利用してもらっているが、全都道府県医師会、希望する郡市区医師会にシステムを配付して利用を促す。

#### オンライン診療の在り方と展望

オンライン診療に関する日医の基本スタンスとしては、ICT、デジタル技術など技術革新の成果をもって、医療の安全性、有効性、生産性を高める方向を目指す。オンライン診療については、解決困難な要因によって、医療機関へのアクセスが制限されている場合に、オンライン診療で補完していくことを支援するべきである。新型コロナウイルス感染症拡大下でのオンライン診療にかかる時限的・特例的対応については、すでに検討会で検証が行われており、その結果をしっかりと踏まえて議論することが重要である。

1) 定期的な医学管理を行っている患者に対して、かかりつけ医の判断により、オンライン診療を適切に組み合わせる。解決困難な要因によって、医療機関へのアクセスが制限されている場合（へき地・離島、医療資源の少ない地域、難病・小児慢性疾患、在宅医療、出産前後の一定期間等）、特に在宅医療では、対面診療で把握しきれない療養環境を確認することが、今後の治療に有効であるケースもある。



2) 受診歴のある広い意味でのかかりつけの患者に対しては、対面診療と同等以上の安全性・信頼性が確認される場合に、医師の判断により、一時的にオンライン診療で補完する。新型コロナウイルス感染症下での時限的・特例的対応では、対面診療における新型コロナウイルス感染症への感染に比べて安全性が高いとされ解禁されたが、時限的・特例的対応終了後は、平時の対面診療における安全性・信頼性との比較検証が必要。

3) 受診歴がなく、かつ、かかりつけ医からの情報提供がなされていない「新患」に対しては適用すべきではない。ただし、明確な判断基準の策定・合意の下で可とするケースもあり得る。たとえば、禁煙外来が「定期的な健康診断等が行われる等により疾病を見落とすリスクが排除されている場合であって、治療によるリスクが極めて低い」（オンライン診療指針）として該当。また、緊急避妊に係る診療について、地理的要因がある場合で、対面診療が困難であると判断した場合、研修を受講した医師が初診から診療可能。

4) 自由診療は、「オンライン診療指針」あるいは別の規定により厳格な運用が必要。診療報酬は施設基準、算定要件が課されているが、自由診療にはそれに相当する規制がない。また、自由診療は、緊急性・必要性に鑑みて初診オンライン診療を行う必要性は極めて低い。

5) 上記にオンライン服薬指導を組み合わせるかどうかは別途、個別に判断する。

オンライン診療の考え方については、患者の対面診療を確保するためにも地理的な要件が必要であり、地方の患者さんが都市部の医療機関によるオンライン診療に集中するようになると、①容体が急変した時に対面で診察できる医療機関が見つからなかった、②地域の医療機関の経営が厳しくなりオンラインでは対応できない事態になった時に地域に医療機関がなかった、ということが起きかねず、このような事態は避けなければならない。もちろん適切に活用（離島、へき地など地理的アクセスが制限されている場合、難病・小児慢性疾患で診察できる医療機関が限られておりアクセスも困難な場合、在宅医療やさまざまな事情により医療機関へのアクセスが困難な場合、出産前後等で一時的に通院が困難な状態にある場合）するこ

とで、かかりつけ医や訪問看護師の同席のもと、これらの患者さんとオンライン診療でつながることができれば、双方にとって大変有効な負担軽減になる。

新たな感染症と共存するために必要な ICT ツール G-MIS、HER-SYS、COCOA、V-SYS のそれぞれのシステムにおいて、登録が個別になる、入力する項目が多いなど、いずれも医療機関に負担がかかるシステムになっている。これらは医療機関の負担を減らすようなシステムであるべきで、医療機関が負担なく利用可能なシステムとなるよう厚労省に対して、また、各種審議会において意見を述べていく。

### 今後の医療

人生 100 年時代に向けた今後の医療では、予防（PHR）が重要となり、その主役は、国民・患者となる。その際、IT 技術の進歩が大きく貢献する。さらに、かかりつけ医が一緒にかかることで、予防の有効性と安全性が大幅に向上する。予防に貢献する医療 IT システムとしては、① 1 次予防（健康増進、疾病予防）では本人の情報把握に基づく健康管理のための PHR、② 2 次予防（早期治療、重症化・再発予防）では、地域医療連携のための医療機関連携ネットワーク、③ 3 次予防（機能回復、社会復帰）では地域包括ケアシステムのための医療介護多職種連携ネットワーク、が考えられ、これらの IT システムは別々に用いるのではなく相互連携が必要であり、その要となるのが患者に寄り添う「かかりつけ医」による中継である。

### 医療現場での夢のある AI 活用について

日医は AI に関しては非常に前向きに先進的な取り組みをしており、その一つとして AI ホスピタルの推進センターを昨年設置した。これは内閣府の戦略的イノベーション創造プログラム（SIP）の第 2 期の中に、日医をはじめ、さまざまな機関が提言されたことで、「AI ホスピタルによる高度診断、治療システム」という先進的な研究課題が採択された。AI ホスピタル評価委員会の委員長は日医の今村副会長であり、しっかり関与している。AI ホスピタルプログラムの概要は、医療は医学・工学・薬学・ゲノム研究などの急速な進歩に伴って、高度化、複雑化、先進化、多様化し

ており、今後はAIあるいはビッグデータを用いてAIホスピタルシステムを開発・構築・社会実装する。その結果として、高度で先進的な医療サービスを提供するとともに、医療機関における効率化を図り、医師や看護師などの医療従事者の抜本的な負担の軽減を実現するということで、超高齢社会における医療の質の確保、医療費増加の抑制、医療分野での国際的競争力の向上、医療現場での負担軽減（働き方改革）に寄与することを目的としている。この際に、日本初の質の高いAIシステムを多くの医療機関等に提供するためには、共通のプラットフォームが必要である。そしてAIシステムの質の向上には、プラットフォームにガバナンス機能（質の監視等）を備える必要がある。そのため、2020年10月に日医は会内にAIホスピタル推進センターを設置し、AIホスピタルシステムの普及・推進、そしてプラットフォームの構築を全面的に進めている。このように日医は、AIが実際に実現するために、質が担保されるために精力的にかかわっているところである。AIホスピタル推進センターの役割としては、医師や医療機関の登録受付、医師に対する医療AIの相談支援、AIホスピタルの広報活動、プラットフォームの事業に対するガバナンスを行うということがある。

## Ⅱ. オンライン診療の在り方と展望

### (1) オンライン診療とは

一般財団法人医療情報システム開発センター

理事長 山本 隆一

1948年に医師法で、非対面診療の禁止が謳われたが、1990年後半にINSによるビデオ通話が実現され、ビデオ通話を用いた診療の可否について議論が起こり、1997年に「遠隔診療は、あくまで直接の対面診療の補完であるが、直接の対面診療に代替し得る程度の患者の心身の状況に関する有用な情報が得られる場合、遠隔診療は直ちに医師法第20条等に抵触しない。」との健政局（当時）通知が発出され、オンライン診療が市民権を得た。条件としては直接の対面診療と適切に組み合わせて行われることが前提であった。この条件がわかりにくいということで、2003年並びに2011年に部分的に改定され、いわゆるホワイ

トリストが提示されていた。1997年にはスマートフォンはなく、ビデオ通話としてはINSにほぼ限定されていたが、この間、インターネットの発展でインターネット上のビデオ通話やスマートフォン・タブレットを用いたビデオ通話も普及し、一方で医療従事者の働き方改革が問題になり、さらに高齢化等と相俟って生活習慣病の管理が日常診療に大きな部分を占めることなどを背景に、患者等の利便性の向上の可能性も踏まえてさらにオンライン診療のあり方の検討が始まり、2018年に改めてルールが明確化された。その時点から状況によっては初診からオンライン診療が可能ではないかという議論があり、基本的には疾患ではない禁煙治療が可能とされ、その後、緊急避妊薬も一定の条件のもとに可能とされた。ここで新型コロナウイルスの蔓延が問題となり、医療崩壊が現実性を帯びた懸念材料となった。2020年4月には臨時の時限処置として一定の条件はあるものの、かなり広く初診からのオンライン診療が認められ、現在に至っている。

コロナ禍のために、やや偏った議論になってしまっているが、IT技術は確実に進歩しており、補完的手段であることに変化はないものの、オンライン診療が日常診療の中で、どのように利用されるべきかという問題は、技術の進展も踏まえて柔軟に議論される必要があり、今後、このような観点から議論がされることを期待したい。

### (2) 離島へき地のオンライン診療実証研究の報告

山口県立総合医療センター

へき地医療支援部診療部長 原田 昌範

遠隔医療は元来、離島へき地で限定的に認められてきたが、平成30年にへき地等に限らないオンライン診療の指針が整備された。しかし、オンライン診療を実施している医療機関は都市部に集中しており、離島へき地等では有効に活用されている事例が少ない。山口県では、離島へき地の診療に携わる医師不足は深刻である。近年、県内3か所の小規模離島で常勤医師が病気等を理由に退職したことで非常勤体制となり、診療日数が減少した。オンライン診療による診療支援体制の補完も期待されたが、実際は導入が進まない。当院へき地医療支援部は、これまでクラウド型電子カル

## 日本のへき地のオンライン診療の現状と課題



## へき地の現状

へき地・離島では、常勤医の配置が難しく、夜間・休日に医師不在の地域が増加しており、そのような地域でのオンライン診療の活用が期待が高まっている。

| へき地医療において活用の障壁                                              | 平時(いずれも保険診療の制約)                                                             | コロナ禍の限定的規制緩和                              |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 初診への対応ができない<br>(想定外の症状に、すぐに対面診療できない状況での活用が望まれる)             | 「初診」は保険適用外。<br>直前3ヶ月に毎月、対面診療が行われている場合に保険適用。                                 | 「初診」に対して診療可能。<br>(受診歴なし・診療情報なしの場合、処方制限あり) |
| 医師の所在の制限<br>(医師が遠方から通診している場合、医師自宅などからオンライン診療が提供できれば活用が広がる。) | 基本的に勤務している医療機関内のみ。<br>(自宅・車内は不可。【例外】外社先の医療機関で診察している患者には、普段勤務している医療機関内から可能。) | 変更なし。<br>初診の場合、2次医療機関内の注意喚起(2020年9月)      |
| 対象疾患の制限<br>(より広く在宅療養中の患者への対応される。)                           | 特定の医学管理科対象疾患                                                                | 疾患の制限なし                                   |

※保険診療上の「初診」とは、初めての診察、新たな症状の診察、久しぶりの診察。

与労省では「初診」への恒久的緩和の条件を検討中。「初診」を含め、諸外国の制度を参考に日本のへき地での運用について議論が進むことを期待。

山口県立総合医療センターへき地医療推進部 渡辺 昌弘 31

テ、Web 会議システムによるオンラインカンファレンス等、へき地医療に ICT を積極的に活用してきた。平成 30 年 9 月、離島へき地の地域包括ケアを推進するためにどのような遠隔医療が有用なのかを議論するため、関係者を集め「山口県へき地遠隔医療推進協議会」を主催した。令和元年度、厚生労働行政推進調査事業費にて「へき地医療の推進に向けたオンライン診療体制の構築についての研究(H30-医療-指定-018)」とのテーマで実証研究をする機会をいただいた。へき地医療の推進にあたり、諸外国におけるオンライン診療の取り組みを調査し、国内の離島へき地の現状を踏まえ、離島やへき地におけるモデルとなる導入事例を示すことが目的である。

## まとめ

- ・へき地では高齢化や医師不足等、医療へのアクセスが困難である。
- ・へき地では医師が不在となる時間帯が多く、持続的な医療の確保、地域包括ケアの充実に向けて「初診」からのオンライン診療が期待される。
- ・へき地で安全性と信頼性が担保されたオンライン診療を提供するために、①良好な医師患者関係があること(信頼性、適切な診察とフォローアップ)、②多職種との連携(情報収集、トリアージ、フォローアップの質向上)、③看護師等による患者側の介助(診察の質向上、トリアージ、対面診療への切替)が大切と考える。

## (3) オンライン診療システムを活用した新型コロナウイルス対策の実践

東京都医師会医療情報検討委員会委員長／  
土屋医院院長 土屋 淳郎

新型コロナウイルス感染症の拡大に伴いオンライン診療が注目され、その利用の広まりを受けてさまざまなメディアでもそれらの利用事例を見かけることが多くなった。そして実際にオンライン診療を受けていた方が感染していた事例も散見されるようになり、当院においても濃厚接触者となった施設入所者が感染確認されるまでをオンライン診療システム等を用いて対応した事例を経験している。

また、東京都では軽症者や無症状者の新型コロナウイルス感染症の方々について宿泊療養を行っており、各施設に常駐する看護師がオンラインでの健康観察を行い、随時、医師によるオンラインの健康相談が受けられる体制を整備している。

オンライン診療については、①実施医療機関の方が不安は少ない、②患者の期待はわれわれ医師の2割増しである、③オンライン診療システム=テレビ電話でよいのか?⇒置き換えるだけのICT化から新たな価値を生む変革、「医療DX」と捉えて第4の医療のツールの一つと考える、④患者との触れ合いは重要でICTでは置き換えられない「変わらないもの」がある。一方で時代とともに変わっていかなくてはならないものもある。触れ合いが難しい今だからこそ改革が必要と考える。

## (4) オンライン診療は日本の周産期医療を変える周産期領域におけるオンライン診療の実証研究

日本産婦人科医会常務理事

平田 善康

産科診療においては、健診等でローリスクの妊婦から突発的な重症例を生じうるという特性があり、離島へき地以外の都市部でも、産後のメンタルヘルスなど疾病以外の課題の対応のためにも周産期の地域ネットワークは不可欠である。しかし、ハイリスク妊娠の増加や医師偏在や少子高齢化が進む中、その維持が困難となっている地域もある。



このような情勢の中で、オンライン診療・遠隔医療を適切に生かすことは、妊産婦の通院負担の軽減や在宅モニタリングによる母児の異常の早期発見、災害・救急搬送時の体制の確立、さらには働き方改革に対応したメディカルスタッフの労務負担軽減効果をもたらすことで、地域内の一次施設と高次施設で妊産婦管理を効率的に分担し、居住地域で妊娠から子育てまで管理できる仕組みの構築のためには必須である。

本会では、①家庭血圧測定による妊娠中の血圧経時的基準値作成や在宅血圧を利用した妊婦管理、②遠隔胎児心拍数モニタリングの多施設ネットワーク内共同監視や救急搬送中の胎児モニター装着による予後向上への取組み、③在宅iCTGによる胎児健常性評価、④アプリを用いた新型コロナウイルス感染症禍の妊産婦、心のケア・オンライン相談、に取り組んでいる。

ハイリスク妊娠の増加や医師偏在及び少子高齢化が進む中、安全安心な周産期医療体制の維持が困難となっている地域もある。産科医療においては、健診等でローリスクの妊婦からも突発的な重症例を生じうるという特性があり、離島へき地以外の都市部でも、産後のメンタルヘルスを含め、周産期のネットワークは不可欠である。

オンライン診療・遠隔医療を適切に生かすことは、妊産婦・医師の通院負担軽減や在宅モニタリングによる母児異常の早期発見、災害・救急搬送時の体制整備、さらには働き方改革に対応したメディカルスタッフの労務負担軽減効果をもたらす。地域の一次施設と高次施設で妊産婦管理を効率的に分担・連携し、居住地域で妊娠から子育てまで管理できる仕組みづくりは必要である。

そのためには、遠隔モニタリング加算など、適正なオンライン診療報酬の獲得が必須であり、2022年診療報酬改定に向けて、中医協・外保連などに要望を進めていく。

#### (5) 医療というART（対面診療の芸術性）に役立つICTツール～感動する脳の仕組み～

国立精神・神経医療センター

神経研究所部長 本田 学

対面診療では、患者が発する情報は、患部の色や形状、質感はもとより、たとえば「顔色」や「気

配」のような曰く言葉に表現しがたい繊細なものまで、五感を介して直接、医療者の脳に入力される。こうした高密度の情報を脳が包括的に処理することが、対面診療の芸術性を支える重要な要因になっていると考えられる。一方、オンライン診療では、患者が発する情報は一旦、電気信号、しかも現在では多くがデジタル信号に符号化（エンコード）されて送信され、受信側で元の情報へと復号（デコード）される。そこで伝えられる情報は、符号化可能な感覚モダリティに限定されるのみならず、デジタル通信に必須の「標準化」と「量子化」のプロセスにより、アナログ情報が大幅に削ぎ落とされ低密度化することが避けられない。私たちはこれまで、視聴覚情報が高密度で複雑化するほど、脳の報酬系神経回路が活性化し、よりリアルで快適かつ感動的な体験が可能になることを、脳のマルチモダリティ・イメージングを用いて明らかにしてきた。

遠隔診療では、「通信」に伴う符号化（エンコード）と復号化（デコード）により、対面診療で駆使される感覚情報が捨象されるが、その程度はデジタル規格に大きく依存する。

低密度情報に比較して、高密度情報は脳の報酬系神経回路を活性化する。報酬系神経回路は懲罰系神経回路とセットで、最適な生存環境や行動を探り当てるレーダーのような役割を果たしている。対面診療の芸術性を遠隔診療でも実現するためには、できるだけ高密度の情報を伝送することにより、臨床医の情動神経系を効率的に動員することが有効と考えられる。

### Ⅲ. 新たな感染症と共存するために必要なICTツール

#### (1) 今後のeラーニングシステムのあり方

日本医師会常任理事 羽鳥 裕

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の世界的規模の感染拡大は、社会経済に大きな影響を与え、生活様式の変容を余儀なくした。また、医師の生涯教育の面からも、従来の集合型の座学研修の開催が困難となり、研修機会の大幅な減少という深刻な事態を生んだ。日本医師会「医の倫理綱領」においては、「医師は生涯学習の精神を保ち、常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」としている。そして、医師の生涯学習が幅広くかつ効果的に行われるように支援していくのが日医生涯教育制度の役割であると認識している。このような理念に基づき、研修機会を確保する観点から、日医は一定の条件のもとに、いわゆる Web 講習会に対する生涯教育の単位の付与を時限的に認めることとした。

一方、新型コロナウイルス感染症が一定程度収束した後も、Web 方式による研修に対するニーズは高まるものと考えられる。そこで、適切な受講管理と質の担保を前提として、このような ICT ツールを用いた新たな研修の方法を検討するため、日医は会内にプロジェクトチームを組んで対応を図っている。

併せて、会内の生涯教育推進委員会において、本作作成のコンテンツに加え他団体等の作成する優れたコンテンツを組み入れる仕組みを稼働させ、e-ラーニングのさらなる拡充を図るとともに、新たな時代に即応した生涯教育のあり方について検討を進めている。

#### 日本医師会生涯教育制度

日本医師会生涯教育制度は、医師としての姿勢を自ら律するという、プロフェッショナルオートノミーの理念のもと、医師の生涯教育が幅広く効果的に行われるための支援体制整備を目的として1987年に発足した。その後、今日まで数次にわたる制度の改正を行い、その質的向上と充実を図っている。医師が不断に学習する姿をより明確な形で国民に見ていただき、もって質の高い医療を提供し、国民の健康に貢献することを目指している。

#### 日医生涯教育の学習環境

日医 e-ラーニングの充実を図っており、2021年2月現在で43コンテンツ、うち専門医共通講習となっているものは9コンテンツである。

一方、講習会、講演会、研究会など集合形式による座学での学習の割合が依然として大きく、全国で開催回数は大小合わせて年間約33,000回である。

#### 新型コロナ感染拡大による講習会等への影響

従来のように会場に受講者が集合し、演者が講演を行うといった形式の講習会等

は、3密（密閉、密集、密接）を避ける観点から開催が困難となった。これは日医生涯教育制度として想定していない事象が発生したわけだが、医師の学びを止めることがあってはならない。数多くの医師会から、インターネット回線を用い、受講者が各々の端末（PC、タブレットなど）を用いて講習会等に参加する形式（これに類するものを含む。以下、「Web 講習会」）を日医生涯教育制度における講習会等として位置づけてほしいとの要望がある。

#### 日医生涯教育制度における Web 講習会

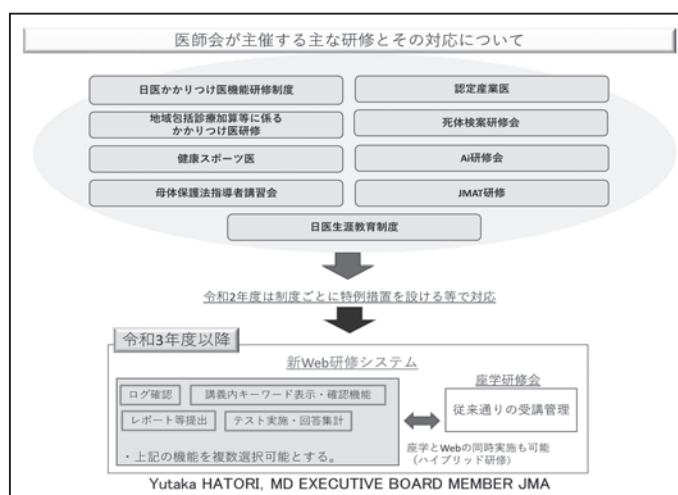
##### ■ 2021年3月31日まで

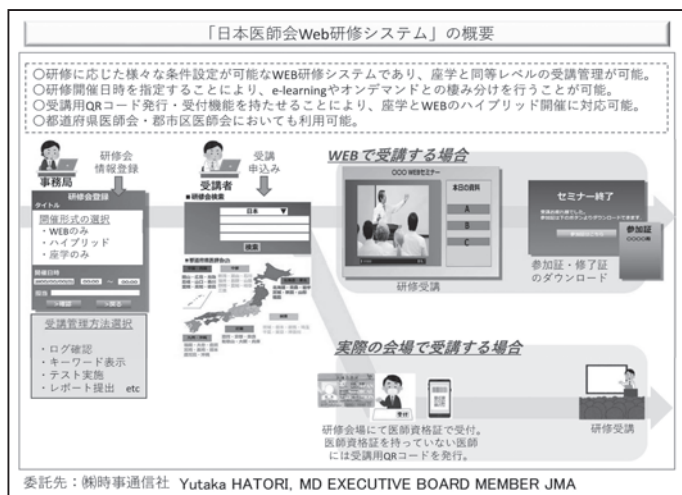
2020年4月24日付け通知「新型コロナウイルスの感染拡大に伴うインターネット回線を用いた講習会等の日本医師会生涯教育制度における取り扱いについて」を発出した。受講者の参加が確認できる場合、日医生涯教育制度における単位等を付与することとするものである。ただし、あくまでも同制度に限定した取扱いであり、日医のその他各種制度に影響を与えるものではない。また、2021年3月31日までの時限措置（当時）とし、コロナウイルス感染拡大の影響に伴う臨時的な措置として、講習会等（LIVE）を Web 講習会に置き換えたものと定義し、オンデマンド配信（期間内であれば、いつでも視聴できる）は対象外とした。

##### ■ 2021年4月1日から

医師会から Web 講習会の取扱いを継続してほしいとの要望が多数あった。

2020年5月～2021年3月（予定含む）の Web 講習会開催回数は全国で3,600回超（※全国医師会研修管理システムから抽出した値）で





あった。2021年1月27日付け通知「令和3年4月以降のWeb講習会の取り扱いについて」を発出し、Web講習会の取扱いを当面延長することとした。2021年3月31日までの取扱いからの変更点は、主催者はWeb講習会開催に当たって、各受講者のログイン・ログアウト（出退）の記録を保存すること（その他の詳細は追って連絡すること）としている。

#### 日本医師会Web研修システムの開発に向けた背景

これまで医師会主催の座学研修は、適切な受講管理を行いながら実施してきた。しかしながら、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、現在は座学研修の開催が困難な状況にある。一方、わが国では多くの医師が、それぞれの深い専門性を有したうえで最新の知見について自ら研鑽を積み、幅広い視野の下に日々診療にあたっており、現在のような状況下であっても研修の継続は必要不可欠である。そのため、日医では、座学研修と同等レベルの受講管理を行うことができるWeb研修システムを2021年5月稼働を目的に開発中であり、都道府県医師会及び郡市区医師会においても利用可能なものとする。将来的に診療報酬で義務付けられている座学研修にも対応できるようにする。なお、いわゆるオンデマンド配信は対象外である。

#### (2) 新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム（HER-SYS）

厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部

調整官 佐藤 康弘

HER-SYSは、保健所等の業務負担軽減及び情

報共有・把握の迅速化を図るため、2020年5月末から緊急的に開発・導入されたシステムである。具体的には情報（症状、行動履歴）を電子的に入力、一元的に管理し、関係者間で共有することによって、感染者等へのサポートの充実・安心、保健所・医療機関等の負担軽減、的確な対策立案のサポートに繋がるというものである。

現在のような形で安定的に運用されるまでにさまざまな経緯があった。導入時の課題として、現場のオペレーション、自治体の既存システムとの関係、個人情報保護条

例との関係などがあった。運用定着に至るまでの工夫としては、現場の皆様からの声を定期的にお聞きする仕組みづくり、マニュアルやUIの改善、新機種の導入や、好事例の収集、周知などがあった。入力データの活用については、「見える」形でのフィードバックなどが挙げられる。

#### (3) 新型コロナウイルス感染症医療機関等情報支援システム（G-MIS）

厚生労働省医政局地域医療計画課

（厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部医療班 G-MIS チーム）

佐藤 拓也

日本全国で新型コロナウイルス感染症が急速に感染拡大し始めていた昨年3月頃、各地で病床の確保やマスク等の物資の確保が急務とされていたが、その情報を収集する手段がメールに頼る方法しかなく、非効率かつ医療機関、自治体、国における報告・集計の手間のかかる状況であった。

そこで情報収集の効率を改善し、自治体と速やかに情報共有するために厚労省は、全国の病院から直接Webベースで情報を収集するシステム、G-MISを構築した。

利用状況は、現在、約8,300病院、約25,000診療所（診療・検査医療機関等）、47都道府県、85保健所設置市（政令市、中核市）、23特別区にアカウントを発行済みであり、日次調査では、1日あたり約6,000病院、約12,000診療所から回答がある。

活用としては、G-MISを通じて収集した情報を活用して、マスクなどの物資の緊急配布要請への



対応を行っており、令和3年2月現在、一週間あたり約50医療機関から要請があり対応している。これまでに、サージカルマスク200万枚以上、非滅菌手袋900万双以上を配付している。物資でお困りの際は、ぜひご活用願いたい。他にも、各医療機関のコロナ用病床等の状況把握、全国で実施されている検査数の把握等に活用しており、このうち一部は分析結果をホームページにて公表している。

厚労省ではこれまで、各局・各課室から医療機関を対象とした調査を多数実施してきているが、それらのうち重要なものを順次G-MISを活用して調査を行うように移行していく予定である。特に、病床機能報告や医療機能情報提供制度は最も重要な調査として位置づけ、連携を進めていく。その他、EMIS（広域災害・救急医療情報システム）との連携なども議論が始まっている。

課題としては、医療機関はコロナ関連で新規に構築された「HER-SYS」や「V-SYS」（ワクチン接種円滑化システム）などにバラバラにログインして利用しないといけないう状況にあり、入力負担軽減、回答者へのフィードバックといったことが挙げられる。

#### (4) 新型コロナウイルス接触確認アプリ(COCOA)

##### 厚生労働省新型コロナウイルスに関連した

##### 感染症対策に関する厚生労働省対策推進本部

##### 技術参与 三宅 邦明

感染症拡大防止対策の一環として、各国においてさまざまなスマホアプリが導入・開発されており、わが国においても、Apple社及びGoogle社が新たに開発した機能を基盤とし、プライバシーに最大限配慮した接触確認アプリを開発することとなった。本アプリは、スマートフォンのBluetoothを利用して、互いに誰かが分からない状態で利用者同士の接触を記録する。アプリ利用者がCOVID-19と診断された場合に、本人がアプリに陽性となった旨を登録することで、概ね1m以内で15分以上の接触をしていた利用者に、陽性者が誰かわからない状態のままで通知することができる。

2020年6月19日にリリースして以降、普及が進み、2020年12月現在までに約2,200万件ダ

ウンロードされ、約4,000件の陽性登録により陽性者と接触したアプリ利用者に通知が行われている。本アプリによる通知を契機に検査に繋がり陽性が判明した事例も確認されており、保健所による積極的疫学調査を補完する役割が期待される。

これまでのアップデートにより不具合の解消や機能の改善を図るとともに、本アプリで通知を受けた者が速やかに行政検査につながるような運用面の改善も図ってきている。

#### 〔総括〕 自見はなこ参議院議員

近年、社会のさまざまな分野でICT化が著しく、医療分野も例外ではない。私自身も2020年2月10日から3月1日まで、クルーズ船「ダイヤモンドプリンセス号」の船内オペレーションにあたった経験から、情報管理の重要性について認識を新たにした。船内では乗員・乗客の健康状態などについて毎日、名簿をめくりながら手作業で集計して必要な医療資源を投入することに多大な労力を要したため、情報を一元的に把握して共有することの重要性を痛感し、その後、G-MISとHER-SYSの開発及び実装を進めることとなった。

また、新型コロナウイルス感染症患者の急増やクラスター発生時に、医療機関や保健所等において迅速に医療人材等を確保できるよう、新たに開設したWebサイト「医療のお仕事Key-Net」等を通じて紹介手数料がかからない形でマッチングも実施することとした。こうした流れを、今後も力強く推進していく所存である。

大前提として、医療情報はあらゆる個人情報の中でも特にセンシティブなものであり、また、医師と患者の関係は単なる情報のやりとりではなく全人的なものであるため、ICT化、オンライン化は慎重に進めていくことが求められる。しかしながら、適切に運用を行えば医師・患者双方にとって大きなメリットがあることは事実であり、特に中山間地域の過疎化と医師の地域偏在が進む現代において、オンライン診療には大きな注目が集まっている。また、電子的な本人確認はICT化の基盤であり、HPKIが果たす役割もかつてなく重要になっている。

これからの医療政策を考える上でICT戦略は不可欠のテーマであり、日医の先生方とともに引き

続き取り組んで参りたい。

## 2日目（3月7日）

### IV. オンライン資格確認とそのインフラを活用した今後の医療

#### (1) オンライン資格確認等システムが稼働します 厚生労働省保険局医療介護連携政策課長

山下 護

現在、厚労省が、すべての健康保険の保険者（健康保険組合、協会けんぽ、国民健康保険、国家公務員共済組合など各種共済、後期高齢者広域連合）と審査支払機関と協働して構築している「オンライン資格確認等システム」は、健康保険の保険者と健康保険の給付事務を担う事務職員、そして、患者との関係を大きく変えることとなる。患者が加入している健康保険の情報を医療機関の事務職員にリアルタイムで提供することを通じて、これまで健康保険の給付事務を担う事務職員と患者との間の重い業務負担を解消することとなる。また、それだけではなく、「オンライン資格確認等システム」及び「マイナンバーカードによる健康保険証利用」により、診察室での患者に対する診療の質の向上にも役立つこととなる。

オンライン資格確認は今後のデータヘルスの基盤となる。今後拡大予定の機能は以下の通りである。

- 1) 現在、全国の医療機関・薬局で確認できる情報は、薬剤情報・特定健診等情報のみだが、対象となる情報を拡大（令和4年夏を目処）し、手術、移植、透析、医療機関名といった項目が対象となる予定である。
- 2) オンライン資格確認等システムを基盤とし、電子処方箋の仕組みを構築することにより（令和4年夏を目処）、紙の受け渡しが必要になり、薬剤情報共有のリアルタイム化（重複投薬の回避）が可能となる。
- 3) 閲覧・活用できる健診等を拡大する。
- 4) 現在、対象になっていない生活保護受給者の医療券も対象にする（令和5年度中）など順次対象を広げていく。
- 5) モバイル端末でのオンライン資格確認も検討していく。（令和2年度研究事業）

マイナンバーカードの健康保険証利用の申込みについて、マイナンバーカードを健康保険証と

して利用するには、健康保険証利用の申込みが必要である（原則、生涯1回のみ）。3月以降、医療機関や薬局の窓口を設置する顔認証付きカードリーダーで簡単に行うことができるが、医療機関等において待ち時間が発生することを防ぐため、あらかじめ手続きしておいていただくをお願いする。健康保険証利用の申込みを事前に行うには、マイナンバーカードとカードリーダー機能を備えたデバイス（スマートフォン、PC + ICカードリーダー）を用いる必要がある。

その他、セブン銀行のATM（3月開始予定）や一部チェーン薬局の窓口でも申込が可能となる予定である。

#### カードリーダー機能を備えたデバイスを被保険者や家族等が所持している場合

- ・インストールした「マイナポイントアプリ」にてマイナポイント申込後、マイナンバーカードの健康保険証利用の申込（一括登録）を行う。
- ・「マイナポータルAP」をインストールして申し込む場合は、マイナポータルにおいてマイナンバーカードの健康保険証利用の申込を行う。

#### カードリーダー機能を備えたデバイスを被保険者や家族等が所持していない場合

- ・各市区町村において設置するマイナポータル用端末等から、マイナポータルにアクセスしてマイナンバーカードの健康保険証利用の申込を行う。
- ・医療機関や薬局の窓口を設置する顔認証付きカードリーダーから、マイナポータルにアクセスしてマイナンバーカードの健康保険証利用の申込を行う。

#### (2) これから導入する医療機関への解説

日本医師会 ORCA 管理機構 西川 好信

オンライン資格確認は、令和3年3月からの開始が予定されているが、医療機関がオンライン資格確認を行うためには、マイナンバーカードに対応した顔認証付きカードリーダーと、資格確認サーバに接続するためのネットワーク回線と、資格確認専用端末（PC）が必要になる。国はシステムの普及を図るため、システム導入に対する補助金を設けている。

補助金額は当初、診療所は32.1万円を上限に事業額の3/4（病院は事業額の1/2）とされてい

たが、さらなる普及を目指し、加速化プランが公開され、令和3年3月中に「顔認証付きカードリーダー」を申し込み、診療所は42.9万円（病院は事業額の210.1～190.3万円）を上限額として全額補助になった。

オンライン資格確認システムの導入は、院内システム（レセコン・電子カルテ等）のメーカーや各々のシステム対応状況、機器の設置場所、ネットワーク環境によってさまざまである。代表的な3つの導入パターンとして、①単独導入（オフライン連携構成）：資格確認端末と院内ネットワークをつなげずに資格の確認だけ行う方法、②レセコン・電子カルテ連動（厚労標準）：厚労省が示した一般的なシステム構成、③レセコン・電子カルテ同居型（メーカー独自）の導入：一部のメーカーが採用している、がある。オンライン資格確認の導入は義務化ではなく、マイナンバーカードを健康保険証として使用できるのは、「オンライン資格確認」のシステムを導入している医療機関であり、導入していない医療機関では従来通り「健康保険証」での受診となる。

しかしながら、将来的な「医療情報ネットワーク」の基盤になるものとして期待されている。補助金があるものの、導入の際には自己負担が発生する場合があります、システム事業者と相談し、急がずゆっくり検討されたい。

### (3) 電子処方箋システムの構築について

厚生労働省医薬・生活衛生局薬事専門官

上田 悠介

厚労省は、2020年7月30日に「新たな日常にも対応したデータヘルスの集中改革プラン」を発表した。その中で、電子処方箋については、「重複投薬の回避にも資する電子処方箋の仕組みについて、オンライン資格確認等システムを基盤とする運用に関する要件整理及び関係者間の調整を実施した上で、整理結果に基づく必要な法制上の対応とともに、医療機関等のシステム改修を行い令和4年夏を目途に運用開始」とされており、オンライン資格確認等システムを基盤とすることにより、オンライン請求ネットワークやオンライン資格確認等システムで使用する

各種マスタを活用し、システム構築・運用の効率化を図ることとしている。

また、この電子処方箋システムにおいては、単に紙の処方箋を電子化することにとどまらず、処方情報、調剤情報をリアルタイムに共有し、重複投薬、併用禁忌、ポリファーマシーの防止等にも活用できる仕組みとすることとしている。

導入の主なメリットは下記の3つと考えている。

①紙の処方箋がなくなることによるメリット

- ・紙の処方箋の偽造や再利用の防止、印刷に係るコストの削減
- ・調剤された薬剤を受け取る際に、紙の処方箋の持参が不要になる。
- ・遠隔診療の際、処方箋の原本を電子的に受け取ることが可能となる。
- ・紙の処方箋の保管スペース等を削減できる。

②処方内容を電子化することによるメリット

- ・薬局から医療機関への処方内容の照会を反映した調剤結果等の伝達や、先発品から後発品に調剤を変更した際の伝達がより容易になり、医療機関でも患者情報のシステムへの反映が容易になる。
- ・調剤に関する入力等の労務が軽減され、誤入力等が防止される。

- ・処方情報の事前送付をより簡便に行うことができるようになり、待ち時間の短縮が期待される。

③電子化した処方情報を共有することによるメリット

- ・医療機関と薬局の情報共有が進み、患者にとってより適切な薬学的管理が可能になる。
- ・複数の医療機関や薬局間での情報の共有が進むことで、実効性のある重複投薬防止等が可能となる。
- ・直近の処方情報とともに、オンライン資格確認等システムから入手できる薬剤情報や健診情報等をもとに、より質の高い医療の提供に資することができる。
- ・患者自らが直近の処方情報や過去の薬剤情報をトータルで一元的に確認することができ、服薬情報の履歴を管理できるとともに、必要に応じて医療機関、薬局等から各種のサービスを受けることができる。



#### (4) PHR・特定保健指導システム

産業医科大学公衆衛生学教授 松田 晋哉

PHRのシステムをどのように構築していくのが実際的な、何も枠組みがないところから始めてしまうと、電子カルテのように事後的に標準化が難しい状況になってしまう。

電子化はネットワーク化できることが前提となっていてこそ意味がある。そうであるならば、現行で法的根拠がある標準的な仕組みをベースにPHRを組み立てていくことが現実的であり、しかもそれは利用者にとって便利なものが望ましい。演者が考える優先度の高いものは第一に医薬品の処方情報である。これは標準化されている電子レセプトと連結すれば容易に実現することができる。第二は特定健診・特定保健指導のデータであり特定健診・特定保健指導の目的は、脳血管障害や虚血性心疾患などのメタボリックシンドローム関連のイベント発生を予防することである。しかしながら、この本来の目的が十分に果たせていない。その原因はプライマリケアと切り離されているからであり、医療機関を拠点として、医師・看護職・栄養士によって特定健診・特定保健指導が行われることが望ましいと考えている。そして、この考えのもとに医療機関における特定保健指導を支援するツールであるUHMSというシステムを開発し、熊本市医師会に使用していただいている。医師会が開発するPHRにこのUHMSを取り込むことで、コストパフォーマンスの良い分散型のシステムを迅速に構築できると考えている。メリットは以下のとおりである。

- 1) 既存の法定プログラム（特定健診・特定保健指導事業）と連結することで、協力医療機関に一定の収入が確保できる。また、PHRの利用者である住民が直接的メリット（情報の閲覧など）を感じることができ、健康管理情報を医師会が管理するという安心感もある。さらに、PHR事業への顧客取込みの心理的抵抗感を下げることができる。
- 2) 特定健診・特定保健指導事業は制度発足直後より、内容の見直しが頻繁に行われている。したがって、システムを分散型で構築した方が維持費を抑えることができる。
- 3) 特定健診・特定保健指導事業関連所法のPHRサーバー側データへの取込みは、情報取込みイン

ターフェースの開発のみですむため、安価である。

- 4) 保健行動に関するデータの蓄積があるため、それを活用した健康管理プログラムの開発が可能である。

- 5) 産業医科大学が開発したシステムであることから、企業健保に導入の働きかけをすることが容易である。

#### (5) 今後のPHRや電子カルテの情報の在り方

九州大学病院メディカル・

インフォメーションセンター長 中島 直樹

電子カルテでは標準化が遅れ、情報連携やデータ2次利用に困難が生じた。今後の普及が期待される、患者スマートフォンを用いたPHRにも同様の危惧がある。これらの標準的通信規格として実装しやすいHL7 FHIRが出現したが、真の標準が形作られるにはその骨格が必要だ。血管や神経のような通信規格があっても骨格がなければ命は宿らない。オンライン資格確認とマイナポータルはその骨格として期待される。マイナポータルにはレセプト情報と特定健診情報が格納され、患者スマートフォンやPCから閲覧やダウンロード(PDF、CSV)が可能となり、国民の「自己健康管理」の骨格となり得る。

オンライン資格確認のレベル3連携（レセコン連携＋電子カルテ改修）を達成する医療施設では、患者同意の下、診察室でマイナポータルのデータを活用できる。マイナポータルを用いた電子処方箋のFHIRユースケースの仕様が策定中であるが、今後、退院サマリーなども格納されると、健康医療情報の「連携」の骨格として機能すると思われる。

ただし、マイナポータルはPHR事業ではない。PHRでは日常生活での健康に関する情報を入力し、医療機関での検査結果履歴などを保有することを想定する。つまりPHRは、オンライン資格確認やマイナポータルの仕組みやデータを活用し、さらにFHIRユースケースを活用しながら、骨格に筋肉や皮膚をつける形で、日常データの入力や電子カルテとの双方向のFHIR連携を行い発展し、今後の健康・医療情報基盤を形作ると期待する。

**V. 特別講演****「個人情報誰のもの？」から医療情報の活用へ****東京大学名誉教授 樋口 範雄**

私が医療情報にかかわるようになったのは、1997年7月の厚生省「カルテ等の診療情報の活用に関する検討会」に参加したことがきっかけだった。この時期、『カルテは誰のものか』という本が出され、医療情報を所有権の比喻で語る議論が行われていた。その後、2001年になると厚生労働省保健医療情報システム検討会「保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン」（2001年12月）では、21世紀において、医療情報の活用、いわゆる E-Health, data-health が重要な課題だということが示された。ところが、2004年に個人情報保護法が制定され翌年に施行されると、医療情報の利用にも急ブレーキがかかった。

この20年間で医療情報の活用・情報化がどれだけ進んだかというと、今般のコロナ禍におけるワクチン接種等でも、日本の医療のデジタル化の遅れが顕著に見られた。1996年、アメリカではHIPAA（Health Information Portability and Accountability Act）法が制定され、医療情報の標準化と相互運用性が図られた。2000年には、その下でHIPAA privacy rule が連邦厚生省令として制定された。同じ頃、日本では個人情報保護法制定の動きがあり、両者を医療の面で比較する日米共同研究が立ち上げられた。その頃、日本の医療情報学の先駆者である開原成允先生と知り合い、『医療の個人情報とセキュリティ』（開原氏と共編・第1版2003、第2版2005年・有斐閣）を刊行するに至った。その後、厚労省において医療における個人情報保護ガイドラインの作成に関与させていただいた。本日は、主に3つのことについてお話したい。

**（1）医療情報は誰のものかという問いかけ 所有権の比喻**

民法第206条に「所有者は、法令の制限内において、自由にその所有物の使用、収益及び処分をする権利を有する。」とある。キーワードは使用、収益、処分である。所有権の絶対性とか排他性ということを法律家はよく言うが、排他性とは

自分のものであれば他人のものではないということであり、逆に他人のものは自分のものではないということである。法律家の間では、所有権の最大の効力は妨害排除請求権ということになっている。つまり自分が土地を持っているのなら、そこに勝手に入ってきた人間には出ていけと言うことができる。また、自分に返せとも言える。これが妨害排除、排他性である。しかし、情報については、このようなことが言えるかということである。例外としての特許権・著作権などはあるが、原則は、情報について排他性があるかという話になった場合、例えばXという情報があった時に、AからBに移転しても全部Bに移るのではなく、Aにも残ってしまう。パソコンであれUSBであれAが取り返しても、Bは忘れてはくれない。情報については使用・収益も、同時にAもBも行うことができる。所有権という一番大事な排他性がないものが情報なのに、それについて誰のものかということ議論することはうまくいかないわけである。

カルテは誰のものかということについて、紙のカルテであれば、それ自体は、病院や診療所のものであると思うが、それについて議論してもあまり意味はなく、本当に重要なのはその中味である情報であり、このような問いかけ自体が意味がない。

情報のコントロール権は患者にあるということを言われる方が居られるが、情報をコントロールできるものだろうか。全体主義国家なら可能かもしれないが、個人には、たとえば自分の悪口を言わないというようなコントロールは不可能である。

**（2）医療情報の特殊性**

個人情報保護法が制定された際に、重要3分野（金融信用情報・通信情報・医療情報）について、それぞれ個別法を作ることが検討されたが、最終的には作られずガイドラインが策定されたが、医療情報はパンデミックでなくとも、他者に影響するものであることから、医療情報だけが特殊なものであるということである。そもそも医療情報の特色は、他者の医療情報の集積によって意味が与えられるものである。

たとえば、自分の医療情報は他者に利用させないが、自分の診断・治療には利用するという態度は、利用するのは自分の情報だけではなく、Yと

いう病気であれば、同病者のデータがあつてこそのYについての対応が可能になる。医療情報は他者に影響を及ぼすものがあるが、感染症・遺伝情報はその典型である。自分の医療情報であっても、その意味は、他者の医療情報との比較検討に基づく。国民皆保険制度は、互いの共生のため、情報連携は必須であるということをもっと強く意識し、PRすることが大事である。

医療情報については、まず活用・共有が本義であるが、病気による差別の経験もある。典型的なものではハンセン病があり、酷い扱いをしてきたこともある。したがって差別を防ぐために個人情報・医療情報の保護が必要な場面はあるが、活用はあっても悪用があつてはならず、病気という弱さにつけ込む詐欺も実在することから、悪用を防ぐために保護は必要なわけだが、活用共有が本義で、それに伴うところの副作用かもしれないが、そういったことで繋がらないようにするために保護が出てくる。アメリカで1996年にヘルスイنفォメーションのポータビリティ、活用や標準化というのが本義として法律ができ、しかしプライバシーもセキュリティも大事であるということで、その後でプライバシールール、セキュリティールールが作られたという順番が示していることが医療情報ということである。

情報社会で活用していくにはどうしたらよいかということだが、AI、Big data、robotics が喧伝される時代になった。成功例はいろいろな論文で取り上げられているが、Vioxx という関節炎によく効く鎮痛剤で、2003年の売り上げ総額は25億ドル（約2,750億円）ということだったが、これがカイザーグループによるビッグデータ解析で、1999年から2003年にかけて生じた2万7,000人も心臓発作による死亡事件の原因だとはじめてわかり、市場から回収されることになった。2004年のことである。これはビッグデータの成功例になった。

#### アメリカの医事法の目的

アメリカで法律を学ぶ目的は何かというと、キーワードはaccess、quality、costということである。つまり、医療へのアクセスを拡大し、医療の質を向上させつつ、コストは合理的な範囲に収めることが大事であり、この3つの目的を達

成するのに、法律家は何かができるかを考えるかということ、鍵となるのはDATA HEALTH or Health ITだとされている。

2014年にアメリカ弁護士会が発行している冊子『Health Care IT』によれば、医療情報電子化のメリットは以下のとおりである。

- 1) 医療の質の向上とコスト削減
- 2) 効率性の向上及び信頼できる医療記録
- 3) 情報共有及び情報連携
- 4) 疫学的研究や臨床研究のためのデータ
- 5) 匿名加工情報にして、医療管理・医療の質向上・公衆衛生に寄与
- 6) いざという時に患者の治療のため最新情報の提供
- 7) 医療への患者の参加が可能になる
- 8) 臨床研究の改善と患者のために個別化された医療の実現
- 9) 医療の透明性の実現及び事務費用の削減
- 10) 新たな職種の拡大とイノベーション
- 11) 医療提供システム全体の改革・支援

2001年12月に出された保健医療情報システム検討会報告書「保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン」の中でも下記の通り、同じようなことが言われている。

- 1) 家にいながらにして自分の症状や病気についてわかりやすい情報が入手でき、さらに医療機関に行く場合、どの医療機関が最適かを選択する情報も入手できる
- 2) 医療機関では予め、自らの症状などの情報を伝送し予約していくため、待ち時間は短くなり、必要な検査の予測など診察が効率化する
- 3) 他の専門医の意見を聞くいわゆるセカンド・オピニオンも簡単に得られるようになる。さらには、医療機関に行くことなく専門家の判断を仰ぐことのできる遠隔医療も可能になる。
- 4) 医療情報の広がり、結果、全国どこでも最新の医療が行われるようになる。医療事故も減少する。インシデント事例が広く収集され、全国の医療機関で共有されるようになれば、事故につながりかねない処置が、情報欠如のために他でも繰り返されて事故に至ることがなくなる。また、コンピュータは、人の過ちや見落としをチェックするセーフガード機能ももつ。



5) 医療従事者と患者とのコミュニケーションの時間が長くなる。情報化によって、治療以外の業務にとられていた時間が減少する。

6) 医療の効率化は、国全体の医療費削減につながる。電子標準化により医療事務が効率化し、医療事故も減少すれば、医療に関わる社会的コストが全体として削減される。

このグランドデザインは20年間の間でどれだけ実現したかということ、ちょっと心許ない。実現しない部分が多いとすればそれはなぜか。何が障壁となったかについて、①超高齢社会の進展でそれどころではなかった、②電子化もベンダーごとの仕様で標準化できない、③多くのデータは集積したが相互運用性がなく研究開発にも一番大事な臨床の場面にも生かされていない、④個人情報保護法が厚い壁となった、ということがある。グランドデザインの前文や第1条をみると、活用・利活用が大事だということが書いてあるが、そうであれば「個人情報利活用保護法」にすべきだったが、「保護法」だけになっていたわけである。

### (3) 医療情報活用への壁 個人情報保護法

そもそも医療情報における個人情報保護法は、情報社会が進展していくと今までとは全然、用途と質が違う問題が出てくる。たとえばパソコンで間違っただけで送付してしまうと、そのデータはブラジルまで持って行かれてしまうような時代である。簡単に漏洩するし、取り返し不能である。

#### 最近の出来事

2017年、個人情報保護法のガイドラインの改正が施行された。そこでは「個人識別符号」に該当する情報は個別同意取得が必要になり、病歴が要配慮情報になった。この「個人識別符号」に遺伝情報が該当するのであれば、既に採取して保存されている検体を用いて今後研究を実施する場合には、検体採取に際して適切な同意取得ではないと判定される場合が多々あり、過去に蓄積された検体を用いた研究が実質的には不可能になると日本人類遺伝学会の研究者の方々が不安というか恐慌状態に陥っているようである。

#### 1995年EU個人情報保護指令

EU加盟国に対し、すべての個人情報を保護するための法制整備を義務づけるものであった。と

ころが、同指令25条は、加盟国に対し、個人情報の第三国（EU以外の国）への移転は、当該第三国が十分なレベルの情報保護制度がある場合に限定することを求めた。それは、EU加盟国の個人と取引をする限りにおいて、EU指令による個人情報保護の基準が世界標準になることを意味する。日本は個人情報保護法の制定に動いた。

#### EUからの外圧 1995年指令 2016年規則

また、国際整合性確保の観点からも日本において、要配慮個人情報に関する特別の規律が法上設けられていなかったことは、EUから日本の個人情報に係る制度が十分な水準であるとの認定（性）を得るに当たって、障壁の一つになるものと考えられる。

「要配慮個人情報」は、病歴等のほか「その取扱いに特別な配慮を要するものとして政令で定められた記述等」が含まれる。

#### 改正個人情報保護法の悪影響

医療者や医学関係者からは多くの不安や疑問点が提示されているが、中でも次のような例がある。

1) 遺伝学研究者は、これでは遺伝学の研究はできなくなるとおそれる（遺伝情報すなわち個人識別符号だとされれば）。

2) 病歴が要配慮情報とされた結果、医療情報取得が困難に。

3) 個人情報保護法のうち、国立の病院や国公立の大学病院における研究は、規定の明文上、私立大学の場合以上に規制しうるとされており、国公立大学中心の医学研究には大きな阻害要因となっている。

そもそも日本は2,000に近い個人情報保護法・条例が乱立している法制度の不可思議（県の条例で3割、市町村の条例で6割以上に学術研究の例外なし）がある。

#### 2017年6月以降、改正個人情報保護法にいかに対応すべきか

個人情報保護法に対応するには、これまでのガイドラインでは足りず、新たな医療情報活用のための特別法を策定する必要があることから、病気の治療内容を含む個人の医療情報を匿名に加工してビッグデータとして研究開発に活用できるよう、事業者に対する規制などを定めた次世代医療基盤法が2017年4月28日に参院本会議で自民、

民進、公明各党などの賛成多数で可決、成立した。これは各地の医療機関や薬局などが個別に把握している医療データについて、誰のものか識別できないようにした上で集約することで、新薬の開発や新しい治療法の確立などに役立てるのが狙いであり、患者本人が拒否しなければ、医療機関などは個人情報保護の安全基準を満たす「認定事業者」にデータを提供できるものである。

だが、まだなすべきことはある。それは以下の通りである。

- 1) 国立病院や国公立大学医学部関係者による学術研究をより明確に個人情報保護法の対象外とすべきである。
- 2) 患者の診療など患者の利益のための情報共有については、個人情報保護法の対象外になることを明らかにすべきである。
- 3) 医学研究や公衆衛生のための医療情報共有は、個人情報保護法の規制外ということをはっきりさせるべきである。
- 4) 最後に、医療情報の活用に伴うリスクや倫理的課題について現在の倫理指針を見直すべきである。学問研究の自由は憲法で保障されている権利であり、それを阻害するものであれば、実は憲法違反という議論もありうる。

#### 直近の動き

「デジタル社会の形成を図るための関係法律の整備に関する法律」案が2021年に通常国会に提出されており、個人情報保護法の改正も予定されている。

- ①個人情報保護法、行政機関個人情報保護法、独立行政法人等個人情報保護法を一つの法律に統合する
  - ②国公立の病院、大学などに民間と同等の規律が適用されるようにする
  - ③学術研究に関する適用除外規定の個別ルール化
  - ④個人情報の定義を国・民間・地方で統一化する
- #### 厚生労働省とデータ・ヘルス

2017年1月に厚生労働大臣を本部長とする「データヘルス改革推進本部」を設置し、2020年9月に「今後のデータヘルス改革の進め方について」と題する文書を公表して目標の明示を図った。①全ゲノム情報等を活用して新たな診断・治療法を開発、②AI導入でサービスの高度化

と現場の負担軽減、③国民が自分のスマホ等で健康・医療等情報を確認、④医療・介護の現場で患者の過去の医療等情報を確認、⑤ビッグデータの活用により研究や適切な治療の提供が進む。

そうすると、もう一つの壁があるように思われ、個人を基軸として、その同意を中心とする仕組み、国民の健康づくりに向けたPHR（Personal Health Record）の推進に関する検討会が2019年に作られている。そこで急激な少子高齢化、人口減少が進むわが国にあって、更なる健康寿命の延伸に向けた取組を進めることが重要である。そのための仕組みの一つとして、世界的には、個人の健康診断結果や服薬歴等の健康等情報を電子記録として本人や家族が正確に把握するための仕組みであるPHRの考え方が広まっている。

検討会において想定されている人間像は、自らの健診情報やIOTを通じて得られる健康関連情報を自ら取得（マイナポータル）し、その意味を理解し、それに基づいて行動変容する人間が期待されている。

近代経済学は「経済的合理人」を、法律学も「(法律) 行為能力者」を前提としているが、そのような基本的前提が揺らいでおり、むしろ時代はpersonalize、customizeということで、もっと人間に即した、寄り添ったような学問が必要とされている。そうすると、自己決定ができる人を想定した仕組みを作っていくわけだが、そう上手くはいかないのではないかとということである。

健康情報・医療情報については個人の能力に頼りすぎるのは疑問であり、専門家（かかりつけ医）の存在が個人にとっては一層重要になる。的確な助言を与えてくれて、データを読み解き、アドバイスをする専門家である。それによって初めて医療情報の活用が図れる。先のPHRの推進についても、基本的な部分での再検討が必要である。

わが国の課題は、①法的問題点の明確化、②国内的規制の視野の狭さ、③情報の活用を志向する議論であり、情報の保護は、その時に出てきた副作用を防ぐことは絶対に必要だが、それ自体が目的ではなく、医療情報の場合は手段なので、過去の20年とは随分違っているという話が今後聞けることを期待している。

## VI. 医療現場での夢のあるAI活用

### (1) AIの消化器内視鏡現場への応用について

ただともひろ胃腸科肛門科理事長 多田 智裕

内視鏡AIの画像認識で行うことができるのは、検出、鑑別診断、範囲診断である。検出というのは画像から病変の位置を指し示してくれることを言い、鑑別診断というのは画像から、がん・非がんだけでなく、深達度などを判別することを行う。事例としては、拾い上げでは、胃がん、食道がん、大腸ポリープやカプセル内視鏡の画像から病変を拾い上げることで、がんの見逃し防止とダブルチェックの時間の短縮が可能になる。

2018年1月、がん研有明病院の平澤俊明先生とともに、私どもは胃がんを検出するAIシステムを世界で初めて報告した。その検証用静止画における感度は6mm以上の胃がんに対して98.6%であった。また、2019年3月にがん研有明病院の石岡充彬先生とともに胃がん検出AIが検証用動画においても92.2%の感度であることを世界で初めて報告している。

内視鏡AIの実用化が進めば、がんの見逃しリスクの低減や、医師の負担軽減、さらには患者の予後改善が期待できる。日本発の内視鏡AIが世界の患者を救うようになる日も近いと思われる。

### (2) AIによって変わる医療の未来

株式会社プレジジョン代表取締役社長

佐藤 寿彦

文字の発明、出版の発明、インターネットの発明に次ぐ情報革命として、AIが存在し、マスコミなどでAIについての話が多く議論されるようになってきている。しかしながら、AIに対する過剰な期待感が煽られる形となっている。一方、AIを冠しているものの十分な質を保てておらず、知性が感じられないようなものもある。

演者は10年以上前からAIの基礎技術である機械学習の臨床利用を試みており、4年前から起業し、著名医師2,000名と一緒にAI診療支援を作成している。現状のプロダクトを見ていただきながら、人間とAIなどの機会がどのように協調した未来を作り、サービス業となっていくのか、ヘルスケアスタートアップを立ち上げた立場から

の情報のシェアをさせていただきたい。

AI問診票（入力約3分ぐらい）やお薬手帳のスキャンを行うことで、手入力と比較して診療時間や待ち時間の緩和が可能となる。AI問診票により鑑別疾患を事前にリストアップすることもでき、有用なツールとなり得る。

### (3) 「AI問診」は患者と向き合う時間を確保するツールである

東京都医師会理事 目々澤 肇

頭痛専門医になったばかりのころ、慢性頭痛の問診はポイントがあらかじめ決まっていることから、FileMaker Proを使って患者さんに入力してもらう問診票作成を試みたものの結局、完成には至らなかった。その後、PCやスマホ・タブレットの進化もあり、平成28年に自動問診「メルプ」が、そして翌29年にAI問診「ユビー（Ubie）」が発表され、かつて自分の目指していたことが現実になったことを実感した。

現在、自院では「ユビー」を慢性頭痛の初診患者さんを対象にタブレット端末を渡して問診をとっている。本製品の利点はインターフェースが患者目線で作られており、一つの項目を選択するのにチェックボックスをクリックするのではなく、選択肢の書かれたパネルをクリックすればよい。いくつかの質問の後、AIがさらに詳細な必要な事項に関して新しい設問を表示してくれるので問診が終わる。これを医師画面で開いて電子カルテにコピー＆ペーストし、実際に対面した患者さんから追加する情報を引き出し、書き足すことによって短時間で問診が完成する。

こうしたワークフローは混雑する病院で看護師や若手医師による予診に用いることで「働き方改革」に寄与するだけでなく、診療所レベルでも患者と向き合う時間を確保して診断確度を上げることもつながる。

さらに、コロナ禍の真っ只中にある現状では、来院前にスマホから入力してもらうことによって熱発者の事前トリージングにも応用できる。現在、日本医療受診支援研究機構では、地域医療支援ツールの一つとして複数登場しているAI問診システムの評価を行い、それを地域医療に提供する仕組みの構築を行っており、近い将来に一般の診



療所・病院にも患者の入力した情報が問診となって届くことが実現するものと期待される。

#### (4) AI ホスピタル

慶應義塾大学医学部放射線科学教室（診断）

教授／慶応病院副院長 陣崎 雅弘

AI（人工知能）サービスは、クラウドの大規模データセンターやスマートフォンなどのデバイスでAIを活用した機能として提供される。そのため、目で見ることができるものとしてAIを感じることはできないが、それぞれの機械のAI機能としてサービスが提供されている。特に近年は、一般社会でAI（人工知能）についての社会実装がどんどん進んでいる。

慶應義塾大学病院では、2018年より内閣府戦略的イノベーション創造プログラム（SIP）の課題の一つである「AI（人工知能）ホスピタルによる高度診断治療システム」の研究課題に採択され、病院内で医療AIを活用した研究開発が進んでいる。例えば、電子カルテ入力において、現在はキーボード入力のみで入力しているが、音声テキスト変換AI技術を活用して、口頭でカルテを入力することができるシステムの開発や、院内での患者の歩行を補助するようなロボットなどを導入している。

これらにより、現場の効率化を図りながら4つの良質な医療、①患者に安心・安全な医療の提供、②患者に高度で先進的な医療サービスの提供、③医師・医療スタッフの負担軽減、④地域・在宅の高度なサポート、を提供していくことを目指す。

#### (5) AI Surgery：未来予測に基づきAIが医師の意志決定を支援する外科的治療

東京女子医大先端生命医科学研究所

教授 村垣 善浩

手術を中心とした外科的治療では、医師は不断の意思決定を行っている。決断の多くは経験と暗黙知によって行われ、上級医の意思決定は中級医や研修医には見えにくい。意思決定プロセスを“決定木”に表現して形式知化する方法も有用だが、基盤は個人の経験による。そこで、自動統計とも呼べる深層学習を含めて人工知能（AI）を利用して、外科医の意思決定をサポートできるシステム

を開発している。必要なステップは、手術の本質的情報を可視化し、デジタル化することで、数理的な新アルゴリズムが必要となる場合もある。

神経腫瘍手術を対象として、摘出の最終場面で生存期間を延長するために摘出追加するのか、機能温存のために摘出終了するのか、といった究極の選択時に、一つの正解を示すのではなく、3選択肢を示すイメージである。選択肢ごとに何か月生存延長と何%欠損症状出現の確率—未来予測—をAIで示して患者さんの希望を含めて外科医が決定するのである。

まずは必要なデジタル化された生体信号情報を時間同期して、かつ手術ナビゲーションによる位置情報とともに取得できるスマート治療室SCOTでの実装を目指している。

将来は、外科手術のみならずintervention含めたさまざまな侵襲的治療にAI surgeryが発展し、患者さん希望と未来予測に基づいた超低侵襲治療が高いレベルでどこでも行えるようになる。

#### (6) 医療AIの具体的事例

大阪大学教授／医学部附属病院

医療情報部部長 松村 泰志

阪大病院はAIホスピタル事業に参画し、さまざまなAI応用の研究を実施しているが、今回は、私の教室での取組みを紹介したい。医療情報学教室であることから、自然言語処理技術の応用に注力している。自然言語処理ではBERTモデルが精度が高いと言われているが、大量のデータでの事前学習が必要である。そこで、小さい語彙の増強技術を開発し、日本語の医用言語に強いBERTモデルを構築した。これを応用して教科書からの知識抽出を目指している。電子カルテデータを検索可能とするためには、自由文で記載されたデータを構造化する必要がある。現在、画像レポートの構造化に挑戦し、ある程度の目途が立ってきている。この応用として重要所見を含むレポートの抽出にも取り組んでいる。画像系の研究では、胸部単純Xpの画像診断に取り組んでいる。画像の学習には大量のタグ付き画像が必要であるが、レポートの自然言語処理でタグを生成し、これにより画像の学習をさせる戦略で進めている。また、胸部CT画像から左心房を分離し、その形状から

アブレーション治療効果を予測する等にも取り組んでいる。ホワイトボックス（white box）型のモデルである異種混合学習を応用して、検査データや画像の計測データから、軽度認知障害患者をサブタイプに分類するモデルを構築し、高い精度でアルツハイマー病への移行予測を可能にした。機械学習を中心とする今日のAI技術は、さまざまな領域での応用の可能性が広がっている。

#### 閉会挨拶

次期担当県である埼玉県医師会の金井忠男 会長より引受けの挨拶がなされ、群馬県医師会の服部徳昭 理事の閉会挨拶にて2日間に亘る本協議会のすべてのプログラムが終了した。なお、令和3年度と同協議会は令和4年2月19～20日に開催される予定。

## 原稿を募集しています！！ - 県医師会報に投稿してみませんか？ -

県医師会では、本会報のコンテンツのさらなる充実を目指して、会員の先生方の原稿を募集します。

下記の5つのコーナーのうち、ご興味・ご関心のあるコーナーがありましたら、ふるってご投稿ください。

### 募集するコーナーとその内容等

#### ■「ニューフェイス」コーナー（現：フレッシュマンコーナー）

対象を「開業3年以内」又は「病院の新科長」とさせていただきます。  
現在の状況、心境や医療に対する思い、趣味等

#### ■女性医師エッセイ

現在の心境や医療、医師会に対する思い、趣味、思い出等

#### ■会員の声

医療・医学に関連するものに限定します。

#### ■若き日（青春時代）の思い出

若き日（青春時代）の思い出ばなしなど・・・

#### ■山口県の先端医療は今・・・

自院の先端医療のご紹介

### 字数制限、原稿の採否等

- 1.「字数：3,000字程度、写真：3枚程度」と統一させていただきましたので、ご確認いただきますようお願いいたします。
- 2.原稿の内容につきましては、提出された翌月に開催する広報委員会で検討させていただきます、採否につきましては同委員会にご一任ください。場合によっては掲載をお断りすることがあります※。

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

詳細に関する  
お問い合わせ先

山口県医師会事務局総務課内 会報編集係

TEL：083-922-2510 FAX：083-922-2527

E-mail：kaihou@yamaguchi.med.or.jp

## 令和2年度 保育サポーター研修会

と き 令和3年3月7日(日) 10:00～12:00

ところ 山口県医師会6階会議室

[報告: 常任理事 長谷川奈津江]

春らしい薄曇りの日曜日に、医師家庭の子ども  
の保育を支援くださっている保育サポーターさん  
を対象とした研修会が、県医師会会議室で開かれ  
た。

黒川典枝 山口県医師会男女共同参画部会会長  
が挨拶の中で、昨年度は中止となったこの研修会  
が今年度は開催されたこと、この状況下で多くの  
方が参加されたことへの感謝を述べられた。

引き続き、黒川先生から保育サポーターバンク  
の説明があった。山口県の若い医師数の減少や女  
性医師数の増加をグラフで示し、離職した女性医  
師の復職支援が山口県の医療の重要なカギとなる  
ことや保育サポーターバンクの11年間の推移や  
現状を話された。

### 講演

#### 「子育ての期待と不安」

～子どもの気持ち・親の気持ち～

おおしろ小児科 大城三枝子

スライドは用いず、事前にサポーターさんより  
寄せられたアンケートや会場内からの質問に答え  
る形で講演が進んだ。「どうすれば子どもが感情

のコントロールができて、我慢する力を持てるよ  
うになれるでしょうか」との質問があった。反抗  
期を迎えた幼児の「いやいや」をどこまで認め、  
どこで叱るべきか迷うところである。先生の答え  
は、我慢する力を健全に育てていくためには、幼  
児が不快な時に、親が子どもに「安全・安心」を  
与えることができる関係性が必要である。子ども  
の「いや」というエネルギーを安全・安心に包ん  
で認めることを繰り返すことで、「いや」から生  
じる、泣きや癪癪を収めることができるようにな  
る、とのこと。子どもの言葉や振る舞いにとらわ  
れるのではなく、子どもの気持ちにしっかり向き  
合うことが大切ということ、先生のご経験の中  
から具体的な例を挙げ、わかりやすく説明された。  
会場はリラックスした雰囲気のなか、講演中に深  
く頷かれる参加者も多く、時間いっぱい質問が続  
いた。先生のお話は、幼児期ではなく子どものど  
の時期にも共通するものであり、大人同士におい  
ても重要なことでは、と楽しく勉強になった講演  
であった。

自動車保険・火災保険・積立保険・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

損害保険ジャパン日本興亜株式会社 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



# 令和 2 年度 山口県医師会男女共同参画部会総会

と き 令和 3 年 3 月 7 日（日）14：00～17：20

ところ 山口県医師会 6 階会議室

報告：男女共同参画部会部会長 黒川 典枝  
同 理 事 戒能 美雪

## 議事

部会長の黒川典枝が令和 2 年度事業報告及び令和 3 年度事業計画を報告した。

### 1. 令和 2 年度事業報告

#### (1) 女性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、117 病院に連絡係をおき、女性医師（総数 517 名：常勤 266 名、非常勤 251 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。

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 31 名（実数 30 名）、利用中の医師は 22 名である。令和 2 年度の新規相談は 9 件で、うちサポート成立は 4 件であった。また、令和 2 年 11 月に『保育サポーター通信』第 11 号の発行を行い、令和 3 年 3 月 7 日に第 11 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デザイン支援

平成 21 年から継続してきた女子医学生インターンシップは、コロナ禍のため中止した。

#### (3) 山口県内女性医師の連携

令和 2 年 9 月 19 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絡会議を行った。

#### (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 3 年度事業計画

#### (1) 女性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及び応援宣言集第 5 版の発行

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 12 号）の発行

・保育サポーター研修会（第 12 回）の開催

#### (2) 女子医学生キャリアデザイン支援

コロナ禍のため女子医学生インターンシップは中止し、代替案を学生のニーズに合わせて企画予定

#### (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及びホームページの「郡市の女性医師部会」の更新

#### (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

[文責：黒川 典枝]

## 特別講演

「ぐうですぐう」にいたるまで

—多彩で多才な人たちの共生を考える—

医療法人テレサ会西川医院副院長／

特定非営利活動法人ぐうですぐう理事長

西川 浩子

令和 2 年度総会における特別講演に西川浩子

先生をお招きした。先生には前年度の総会での講演をお願いしていたものの、COVID-19感染拡大の影響で叶わず、今回再度お願いしたところ、快諾していただいた。感謝に堪えない。先生は山口県特別支援教育体制推進事業調査研究運営会議の委員や、山口県教育支援委員会会長をお務めである。本講演では、先生が認定NPO法人「ぐうですぐう」(障害者就労継続支援B型事業所)を設立するまで、そして現在の活動内容についてお話いただいた。

「ぐうですぐう」は、自閉症であるご子息が発せられた「Goodです、Good」という肯定と満足の言葉から命名された。その目的(mission)は「障害者とともに新しい価値を創る」である。すなわち、知的・精神等の障害のある人達が、その特性を活かして様々な新しい価値を創造し、もっと地域社会に参加することを支援するために活動するNPOである。新しい価値の創造(障害者価値と顧客価値の創造)、地域循環型福祉を2本の柱としている。

発達障害は自閉症スペクトラム障害(ASD)(古典的自閉症、アスペルガー症候群など)、コミュニケーション障害、注意欠陥/多動性障害(ADHD)、学習障害(LD)、知的発達障害などに分類されるが、実際には千差万別であり、いくつかが重なっている事例も多くある。ASDでは、対人相互反応の質的障害、意思伝達の障害、活動・興味の限定された反復的・常同的な様式がみられる。具体的には「感じ方が違う」「わかり方が違う」「記憶の仕方が違う」「表現の仕方が違う」「想像力が乏しい」「こだわりがある」等である。そもそも障害はそのひとそのものの性質なので、治せるわけではない。多数派社会の文化に合わせてもらうようにするだけである。障害はその人の性質の一部であり、周囲の状況(時代、場所、環境等)によってその価値は変化する。障害者は「disabled person」(全てを障害からみる)ではなく、「person with disabilities」障害のある人(一つの特性)と理解すべきである。

本邦における障害者の割合は約7.6%(2019年内閣府 障害者白書)と報告されている(知的

障害0.9%、身体障害3.4%、精神障害3.3%)。一方で、特別支援教育を受けている小中学生は2.5%、そして通常学級に在籍し発達障害の可能性のある特別な支援が必要な小中学生は6.5%(2013年内閣府)と報告されている。両者を合わせれば約9%の人々に支援が必要であると推察されるが、高齢化社会をむかえ少数派を多数派で支え続けるのには限界がある。少数派にも社会を支える一員となってもらいたい。

その環境で「障害」と言われるほど人と違う性質は、人が持っていない「才能」に変化するポテンシャルを持つ。私たちは私たちの常識の尺度でしか評価できず、気付いていない彼らの強みを社会で通用する価値(経済的価値)に変えたい。ぐうですぐうの事業のポリシーは「関わる全ての人が誇りをもって社会にだせるものを作り出す」「自分の価値を感じてほしい」である。5つの就労部門(カフェ科、加工食品科、農業園芸科、芸術工芸科、役務サービス科)があり、それぞれの障害者に最もふさわしい就労が提供されている。芸術工芸祭も開かれており、受賞した本人よりも家族・教員など支援者が喜ぶ様子が見られ、このような機会は障害者と支援者の関係をより良いものにしていく。

講演では、ご子息の写真を多く提示された。「見えている景色が違う。」と先生が気付かれたのは、カメラに収められた写真からであった。写真家アラーキーこと荒木経惟氏に絶賛されたという写真の数々は大胆なフレーミングが特徴で、心惹かれるものがあった。先生は「ピープルファースト」という言葉で講演を締めくくられた。

「障害は才能である。彼らの障害に新しい価値を。」

障害者の特性を活かし社会に貢献するという先生の熱い思いに感銘を受けた。

[文責：戒能 美雪]

## 特別企画

## 新専門医制度に対する期待と不安

## ～女性専攻医・女性研修医

## ・女性医学生の立場から

## 基調講演

山口大学医学部附属病院

医療人育成センター 准教授 宮崎 睦子

## シンポジスト

山口大学医学部附属病院 第3内科 専攻医

淀川 千佳

山口大学医学部附属病院 研修医 今川 天美

山口大学医学部医学科 5年生 持田 千幸

特別企画として「新専門医制度に対する期待と不安～女性専攻医・女性研修医・女子医学生の立場から」を開催した。基調講演として山口大学医学部附属病院医療人育成センター准教授の宮崎睦子先生からご講演いただき、続いて女性専攻医・女性研修医・女子医学生が1名ずつ意見発表を行った。

宮崎先生からは「新専門医制度の概要と女性医師を取り巻く環境～専攻医をサポートする立場から～」というタイトルで、わが国における女性医師の現状、新専門医制度の概要及び女性医師への対応と実際についてお話しいただいた。

わが国の全医師数に占める女性医師の割合は増加傾向にあり、平成30年時点で21.9%である。女子医学生も増加傾向にあり、医学部入学者に占める女性の割合は約1/3である。診療科別医師数が多いのは、内科、小児科、眼科、皮膚科、産婦人科の順であり、女性医師の割合が多いのは、皮膚科、乳腺外科、麻酔科、眼科、婦人科の順である。専門医数が多いのは、内科、小児科、産婦人科、眼科、皮膚科の順であり、専門医における女性医師の割合が多いのは、皮膚科、眼科、産婦人科、小児科、麻酔科の順である。一方、女性医師は出産・子育てのため30代半ばに就業率が75%くらいに低下する。次に、平成30年度から開始された新専門医制度は、一般社団法人日本専門医機構が第三者機関として制度の統一化・標準化を図ることとなり、専門医制度整備指針に則り、専門研修プログラムを策定した。基本19領域の専門医を取得した後にサブスペシャリティ領域の

専門医を取得することとなった。基本領域の専門研修においては原則プログラム制で、定められた期間（3～5年）で研修を行うが、出産育児等により休職・離職を選択した女性医師等、合理的理由がある医師が専門医取得ができるようにカリキュラム制による研修も可能である。休止可能期間も各基本領域により、14週～1年とまちまちである。また、内科のように短時間の非常勤勤務も按分計画を行うことによって研修実績に加算される領域もある。新専門医制度に関して不安・不明な点があれば、気軽に医療人育成センターに相談をしていただきたい、とのことであった。

続いて、山口大学内科プログラムの専攻医である淀川千佳先生から意見発表があった。淀川先生は現在、産休・育休中であり、4月から短時間勤務を再開する予定で、ご自身のペースで研修再開を考えているとのことであった。症例登録などオンライン上の手続きは煩雑そうであったが、確実に実績を積み重ね、アドバイスをもらいながら専門医取得に地道に励んでいらっしゃる様子であった。

研修医2年目の今川天美先生は、山口大学医学部附属病院の周産期コースの研修医であり、産婦人科医を目指している。産婦人科を中心に2年間のスケジュールを着実にこなしており、専門医取得に関して不安に思う点はないと発表された。

最後に、山口大学医学部医学科5年の持田千幸さんは、山口大学4・5・6年の女子医学生にアンケート調査を行い、44名の女子医学生のアンケート結果を発表した。新専門医制度についての認知度は、制度の内容をわかっていない学生が8割を超えた。一方、希望科が決まっている女子医学生は7割に上り、一部の学生は専門医取得のための進路について主体的に調べてもいる。また、専門医・サブスペシャリティの取得と出産・育児の両立に対する不安を抱える学生は75%と多かった。さらに、地域枠が専門医取得に影響を及ぼしていると考える学生は1/3に留まった。新専門医制度そのものを理解する機会が早くからほしい、学生のうちから具体的なキャリア教育の機会がほしいという要望が強かった。

[文責：黒川 典枝]



# 理 事 会

## －第1回－

4月1日 午後5時～7時18分

河村会長、今村・加藤両副会長、清水専務理事、沖中・中村・前川・郷良・河村・長谷川各常任理事、白澤・山下・伊藤・上野・藤原・茶川・縄田各理事、藤野・篠原・岡田各監事

### 議決事項

#### 1 第189回定例代議員会について

令和3年6月17日（木）に開催し、報告事項1件及び議決事項4件を審議することを決定し、日程について協議を行った。

#### 2 令和3年度事務局体制及び職務分掌について

令和3年度の事務局体制及び職務分掌を決定した。

### 協議事項

#### 1 裁定委員の立候補・推薦届の状況について

3月31日（水）に届出を締め切った結果、定数1名に対し、推薦による候補者が1名であることが報告された。

#### 2 令和2年度事業報告について

実施事業別による事業報告について一部修正を行い、次回理事会において最終協議を行うこととした。

#### 3 映画「いのちの停車場」の後援について

東映株式会社から依頼のあった名義後援を承諾することを決定した。

#### 4 県民に向けた県医師会からの情報発信について

「新型コロナウイルス感染患者に対する差別・偏見は止めよう」をテーマとした記者会見を開催することとし、日程、出席者等を決定した。

### 人事事項

#### 1 山口県犯罪被害者等支援施策評価委員会委員について

山口県環境生活部長から標記委員の推薦依頼があり、今村副会長を推薦することを決定した。

### 報告事項

#### 1 山口大学経営協議会（3月18日）

令和3年度事業計画（案）、就業規則の一部改正、令和3年度予算（案）等の審議を行った後、大学改革推進等補助金の採択状況について報告が行われた。（今村）

#### 2 山口大学学長選考会議（3月18日）

次期学長の選考に係るスケジュールについて、協議を行った。（今村）

#### 3 郡市医師会生涯教育担当理事協議会

（3月18日）

日本医師会生涯教育制度の令和元年度集計結果及び令和2年度末の単位申請方法、令和3年度事業計画について協議を行った。（加藤）

#### 4 医事案件調査専門委員会（3月18日）

病院1件、診療所1件の事案について審議を行った。（郷良）

#### 5 第2回山口県アレルギー疾患医療連絡協議会（3月18日）

令和2年度の山口県アレルギー疾患医療認定医制度の認定状況、医療従事者及び教育・保育関係者に対する研修等についての報告の後、令和3年度以降の取組予定等について協議を行った。（河村）

#### 6 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19日）

山口県のがんの状況報告の後、市町肺がん検診の実施状況、診断症例調査について協議を行った。（加藤）

## 理 事 会

### 7 日医 JMAT 研修: ロジスティクス編「WEB」 (3月21日)

JMAT の派遣又は受け入れに当たり、全般的な調整を行えるロジスティクスを養成するため、情報共有、被災地のコーディネート機能の下での活動、DMAT との役割分担等について、講義及び実習による研修が行われた。(前川)

### 8 第2回山口県医療対策協議会専門医制度部会 (3月22日)

令和3年度の専門研修プログラムの最終登録状況、医師確保対策について報告が行われた。  
(加藤)

### 9 山口県暴力追放運動推進センター臨時評議員会 (3月23日)

令和3年度事業計画(案)及び令和3年度収支予算(案)の2議案について、いずれも承認された。(事務局長)

### 10 山口県障害者スポーツ協会第4回理事会 (3月23日)

令和2年度補正予算(案)、令和3年度事業計画(案)及び収支予算(案)等4議案について、いずれも承認された。(事務局長)

### 11 山口県新型コロナウイルス感染症専門家会議「WEB」(3月23日)

県内の新型コロナウイルス感染症の状況、変異株への対応、クラスター対応、ワクチン接種体制等についての県からの報告の後、次の感染拡大への備えについて意見交換を行った。(今村)

### 12 中国地方社会保険医療協議会山口部会 (3月24日)

医科9件、歯科6件、薬局13件の指定が承認された。(清水)

### 13 第1回山口県要保護児童対策地域協議会・代表者会議(3月25日)

全国及び山口県における令和元年度の児童虐待相談など要保護児童対策の現状、令和3年度子ども家庭課主要事業の概要等について説明が行われた。(河村)

### 14 第2回山口県医師臨床研修推進センター運営会議(3月25日)

令和2年度事業報告、令和3年度事業計画及び予算(案)、令和4年度臨床研修医の募集定員等について協議を行った。(中村)

### 15 郡市医師会介護保険担当理事協議会 (3月25日)

山口県健康福祉部長寿社会課介護保険班の末永典世主査及び伊藤から、介護報酬改定に関する説明を行った。(伊藤)

### 16 第2回山口県助産師出向支援導入事業協議会(3月25日)

令和2年度の助産師出向支援導入事業への取組状況、助産師出向に関する意向調査結果、助産師出向を推進する上での課題と対策等について協議を行った。(沖中)

### 17 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25日)

山口県のがんの状況の報告の後、市町子宮がん検診の実施状況、診断症例調査について協議を行った。(藤野)

### 18 日医第2回医療IT委員会「WEB」(3月26日)

本委員会における議論の柱を、①地域医療情報連携ネットワーク、②オンライン資格確認、③オンライン診療に対する考え方、④医師資格証の今後の在り方、⑤①から④の柱を含め「ウィズコロナ」「アフターコロナ」に役立つIT化とは何か、の5つとすることについて協議を行った。(中村)

## 理 事 会

### 19 日医第3回医師会共同利用施設検討委員会「WEB」(3月26日)

令和3年9月11・12日に札幌市で開催される第29回全国医師会共同利用施設総会の日程等についての協議の後、会長諮問「医師会共同利用施設の今後のあり方—新型コロナウイルス感染症も踏まえて—」について、検査・健診センターに関する意見交換を行った。(沖中)

### 20 第2回山口県医療的ケア児支援地域協議会(3月26日)

医療的ケア児支援に関する県及び市町の取組状況の報告の後、保護者の負担やサービス利用上の支障等の情報提供、意見交換が行われた。(前川)

### 21 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26日)

山口県のがんの状況の報告の後、市町乳がん検診の実施状況について協議を行った。(加藤)

### 22 中国四国医師会連合常任委員会「WEB」(3月27日)

中央情勢報告の後、連合規約及び勤務医委員会規約の改正についての協議、各県における循環器病対策の取組状況に関する情報交換等を行った。(河村会長)

### 23 地域包括診療加算・地域包括診療料に係るかかりつけ医研修会(3月28日)

糖尿病、認知症、脂質異常症、高血圧症、服薬管理等の9講義からなるプログラムによる標記研修会を、総合保健会館多目的ホールにおいてDVDにより実施した。受講者27名。(伊藤)

### 24 山口県共同募金会第3回評議員会(3月29日)

令和2年第2次補正予算、令和2年度共同募金助成、令和3年度事業計画等8議案について、いずれも承認された。(事務局長)

### 25 日医第3回医療経営検討委員会「WEB」(3月31日)

日本医師会の猪口雄二副会長等によるコロナ禍の医療機関の経営状況等の報告、同会の松本吉郎常任理事による新型コロナウイルス感染症関連の医療機関への公的支援制度の説明の後、本委員会による医療機関経営支援の取組として、補助金交付における諸問題、コロナ禍における医療機関の経営改善のためのアイデア等について協議を行った。(加藤)

### 26 会員の入退会異動

入会3件、退会20件、異動7件。(4月1日現在会員数：1号1,238名、2号861名、3号447名、合計2,546名)

## —第2回—

4月15日 午後3時45分～4時58分

河村会長、今村・加藤両副会長、清水専務理事、沖中・中村・前川・郷良・河村・長谷川各常任理事、白澤・山下・伊藤・上野・藤原・茶川・縄田各理事、藤野・篠原・岡田各監事

#### 議決事項

#### 1 令和2年度事業報告について

実施事業別による事業報告について最終協議を行い、決定した。

#### 協議事項

#### 1 令和3年度山口県医師会表彰式について

被表彰者の出席の意向に応じ、6月17日(木)の第189回定例代議員会終了後に表彰式を行うこととし、併せて副賞を決定した。

#### 2 新型コロナウイルス感染症の状況を踏まえた児童生徒等の健康診断実施に係る留意事項について

令和2年度中の知見を踏まえて改訂した「新



## 理 事 会

新型コロナウイルス感染症の状況を踏まえた児童生徒等の内科健診実施に係る留意事項について（令和3年度）」に、その他の関係資料を添えて、郡市医師会に通知することを決定した。

### 3 母体保護法による指定医師の更新について

更新対象者26名について、承認することを決定した。

### 4 日本口腔看護研究会第4回山口地区セミナー後援依頼について

日本口腔看護研究会から依頼のあった名義後援を承諾することを決定した。

#### 人事事項

### 1 （社保）（国保）審査委員の推薦について

社会保険診療報酬支払基金山口支部及び山口県健康福祉部から、任期満了に伴う審査委員の推薦依頼があり、（社保）診療担当者代表審査委員20名及び（国保）保険医代表審査委員17名を推薦することを決定した。

#### 報告事項

### 1 都道府県医師会医師の働き方改革担当理事連絡協議会（4月1日）

医師の働き方改革に関する議論の経緯、地域医療介護総合確保基金、医師の働き方改革における個別論点（評価機能事業、宿日直・研鑽の取扱い、兼業・副業等）等についての説明の後、協議を行った。（沖中）

### 2 山口大学医学部附属病院新規採用者研修医オリエンテーション（4月1日）

「医事紛争の現状と問題点について」をテーマとして講演を行った。（郷良）

### 3 臨床研修医歓迎会（4月2日）

オンラインにより、医師会、保険診療、医師の職業倫理指針、医療事故及び山口県の専攻医プロ

グラムについて説明を行った。参加研修医82名。（中村）

### 4 会長記者会見（4月8日）

本会会議室において、「新型コロナウイルス感染症患者に対する差別・偏見はやめよう」をテーマとして会長による記者会見を行った。（長谷川）

### 5 広報委員会（4月8日）

会報主要記事掲載予定（5～7月号）、令和3年度県民公開講座の特別講演の講師、フォトコンテストの募集チラシ等について協議した。

（長谷川）

### 6 産業医研修カリキュラム策定等委員会

（4月8日）

令和2年度の産業医研修実績報告及び令和3年度の産業医研修計画について協議を行った後、産業医基礎・前期研修会の開催について周知を図った。（中村）

### 7 日医学校保健講習会「WEB」（4月11日）

中央情勢報告の後、「学習指導要領について」、「小児期の生活習慣病とその危険因子 児童生徒の健康状態サーベイランス事業の結果より」、「睡眠の基礎知識からみた睡眠養育」、「健康教育に関する医療界と教育界の連携について～見附市の取組～」、「佐賀県で行っている性教育」、「学校保健会の連携」及び「小中学生向け副読本作成」の講演7題が行われた。（今村、河村、縄田）

### 8 臨床研修医交流会第1回幹事打合せ

（4月11日）

代表幹事及び補佐2名を選任し、5月29日（土）開催の第2回打合せにおいて交流会のプログラム、特別講演の講師候補者等の協議を行うこととした。（中村）

理 事 会

9 社会保険診療報酬支払基金山口支部第 1 回  
運営委員会（4 月 14 日）

支部運営委員会運営委員・参与の委解嘱、令和  
3 年 4 月期の人事異動、診療報酬等支払確定件数  
等の報告が行われた。（河村会長）

10 第 23 回都道府県医師会新型コロナウイルス  
感染症担当理事連絡協議会「WEB」（3 月 23 日）

新型コロナウイルス感染症の直近の状況等、今  
後の感染拡大に備えた医療提供体制、新型コロナ  
ウイルス感染症対応国庫補助事業、ワクチン接種  
における本人の意思確認等について説明及び質疑  
応答が行われた。（沖中）

医師国保理事会 ー 第 1 回 ー

議決事項

1 保険料減額免除（新型コロナウイルス感染症  
にかかる分）について

内規第 5 条による 5 名の減額について協議を  
行い、承認することを決定した。

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。

人事事項

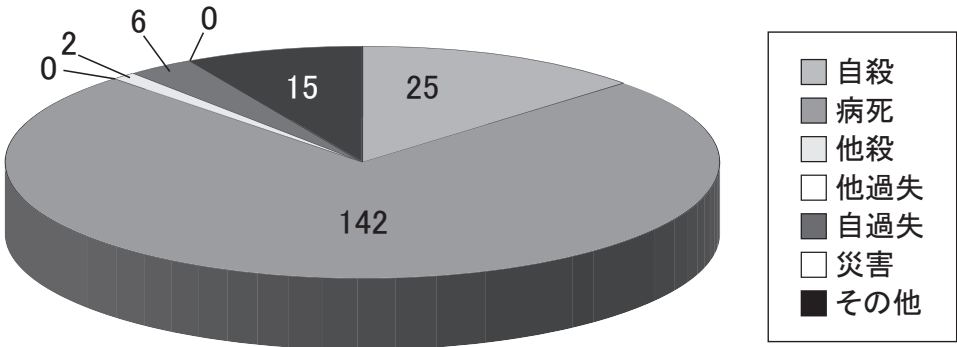
1 山口県国民健康保険診療報酬審査委員会委員  
の推薦について

山口県国保連合会から、任期満了に伴う標記委  
員の推薦依頼があり、保険者代表委員 9 名を推  
薦することを決定した。

死体検案数掲載について

| 山口県警察管内発生 of 死体検案数 |    |     |    |     |     |    |     |     |
|--------------------|----|-----|----|-----|-----|----|-----|-----|
|                    | 自殺 | 病死  | 他殺 | 他過失 | 自過失 | 災害 | その他 | 合計  |
| Mar-21             | 25 | 142 | 0  | 2   | 6   | 0  | 15  | 190 |

死体検案数と死亡種別（令和 3 年 3 月分）



 日医FAXニュース 

## 2021年（令和3年）4月2日 2944号

- 三位一体の対策でコロナに打ち勝つ
- 多様な地域の診療実績「義務ではない」
- オンライン診療の特例措置「当面継続」
- 医療秘書認定試験、合格率は92.5%

## 2021年（令和3年）4月6日 2945号

- 働き方改革は「先延ばしできない」
- 3府県、受け入れ病床「最大数に移行を」
- コロナ受け入れ、実績報告書「10日まで」
- オンライン資格確認、導入予定は5割
- ヘルパンギーナ、3週連続増

## 2021年（令和3年）4月9日 2646号

- 緊急事態宣言ぎりぎりの段階
- GW中の接種予定「間に合うよう配送」
- 高齢者向け優先接種に期待感
- 関西圏「不要不急の外出避けて」
- 「子ども庁」創設に前向き姿勢

## 2021年（令和3年）4月13日 2947号

- コロナ変異株患者の退院基準を緩和
- 全高齢者分のワクチン確保
- 副反応発現、女性・若年者に高い傾向
- 接種後のアナフィラキシー、評価へ
- 医療者向けワクチン5月の配分数を連絡
- 感染性胃腸炎、2週連続で減少

## 2021年（令和3年）4月16日 2948号

- 3度目の緊急事態宣言「状況次第で必要」
- コロナ受け入れ病床確保に財政支援
- 医師派遣制限「ほとんどない」
- 死因究明制度、推進協議会が鍵に

## 2021年（令和3年）4月20日 2949号

- 医療逼迫の大阪、「緊急事態宣言を」
- ワクチン廃棄回避、“自治体判断”
- GWの医療提供体制確保へ
- 「COCOA」問題で樽見事務次官嚴重注意
- 総括報告書に関する評価を確認
- RSウイルス感染症、2週連続で増加

## 2021年（令和3年）4月23日 2950号

- 「発令を躊躇している場合ではない」
- 「AIホスピタル」の社会実装に向けて
- 22年度改定、連続改定など踏まえ検討を
- PCR検査の精度管理マニュアルを周知
- コロナワクチン接種の手引に追記



## あれから1年

飄

々

広報委員

岸本 千種

去年の2月、マスク不足が始まった。店頭からマスクが消え、ネット通販でも売り切れか普段の数十倍の高値が並んでいた。

「マスク無しでは、ご遠慮ください」の張り紙が、不安と孤立感をかきたてた。マスクを買いたくても、マスクの手持ちゼロでは店に入れない…。

3月も4月も、連日マスク入手困難の話題で持ちきりであった。

ゴールデンウィークを過ぎたころから少しずつ出回り始め、夏以降は苦勞せずに買えるようになった。

マスク不足を追いかけるかのように、去年2月は、トイレットペーパーも店頭から消えた。マスク不足→紙不足→トイレットペーパー不足と、連想してしまうのは了解可能である。温水洗浄便座が普及している令和の日本では、ペーパーレスでもどうにかやっていけそうだが、個室を出るまでに時間がかかる。やはり手の届く所にあってほしい。

常備しているストックで、何とか1か月は、持ちこたえられると考え、動き回らずに待つことにしたが、不安ではあった。

結果として、1か月後には、トイレットペーパー騒動は落ち着いた。店頭に出回ってくるのに先立って、倉庫に天井近くまで積み上げられている映像がテレビ画面に映ってから、落ち着きを取り戻したようだ。

店の棚に残り1袋しかないとすぐ売れてしまう。2袋残っていると、ちょっと安心して「次の時でもいいわ」と立ち去る気になる。

店頭で現物があるのを、視覚的に確認出来るようになったことが一番の解決方法であった。

1973年（昭和48年）の第1次オイルショックに続く、トイレットペーパーの買い占め騒動が記憶にある。水洗トイレは普及していたが、温水洗浄便座は、まだまだの時代であった。トイレが詰まる恐怖は大きかった。

小学生時代に疎開生活を経験した戦中派のわが母は、近所のおばちゃん達と連れ立ってスーパーへ繰り出した。トイレットペーパーの袋を自転車に積んで意気揚々と帰るのを見かけた、別のおばちゃんたちも、猛スピードでスーパーへ向かっていった。井戸端会議や長電話で武勇伝を語る母たちは、限定的な連帯感と達成感と活気にあふれていた。

なぜ石油不足が紙のトイレットペーパー不足を引き起こしたのか。

原油価格が上がるなら、物価上昇が起こり、トイレットペーパーも値上げする、と考えて少し余分に買っておこうとする。数人が多めに買っているのを目撃した人が、我も我もと、買い始めると店頭で品薄になる。それを見聞きした人も急いで買いに行く…と悪循環になっていく。取り残されるかもしれない不安に耐えながら、じっと待つというのは難しい。「皆が急ぐなら私も急がなくては」と探し回り買いに走るほうが、より選びやすい行動かもしれない。

不安な時の群集心理は、30年経っても共通するものがある。1973年も第4次中東戦争の影響で石油が手に入らなくなる強い不安があった。

今は、誰でも簡単に情報をSNSで拡散することができる。速度も範囲も大きいので、影響が大きくなる。ネット通販で夜中でも簡単に買えるだけに、極端な買い集中も起こりやすい。

今年3月は、東日本大震災から10年経ったという話題が連日テレビでも取り上げられていた。

東日本大震災の後も、トイレトーパーやペットボトルの水、乾電池などの不足騒動が起こった。当時、山口県では、特に不足した記憶はないが、東京の時間停電やエスカレーターが止まっていたとか、東日本に住む身内にペットボトルの水を送り届けるという話は聞いた。

今年2月14日、ヨーロッパからのワクチンを載せたジェット機が、成田空港の滑走路に着陸したニュース映像を見た。憧れの海外スターを出迎えた時みたいだった。僅か1年でコロナ対策ワクチンが完成したのは素晴らしい。

2月18日、山口県内では最初に下関医療センターに、先行接種のワクチンが届いたという明るいニュースを見た。当初、医療従事者は3月、高齢者は4月と期待していたが、接種計画は後ろにずれている。

ワクチンが届く予定は、“予定”であり、最大限の努力という言葉は、友好的であるが具体的ではない。国内産ワクチンは、国の安全のためにも重要であるが、まだ完成していない。

3月14日、山口県で桜の開花宣言があった。3月25日、聖火リレーが福島県からスタートした。なでしこジャパンのメンバーが掲げるトーチは桜花のイメージで青空に映えた。残念ながら、多くの人にとって、今年の花見にはワクチンは間に合わなかった。

去年9月号の飄々で紹介した映画「コンテイジョン」を、もう一度見観た。エンディングで、ロックバンドU2の曲「All I want is you」が美しく流れ、待ちに待ったワクチン接種を済ませた若い二人が、見つめあってダンスを楽しんでいた。

映画の中では、ワクチン接種の順番を公開の場で、誕生日（○月△日）で抽選していた。

ワクチンの争奪戦が激化して、接種の順番をめぐる脅し・取引・誘拐まで起こっていた。

幸いなことに、今のところ日本では、皆まだ冷静にワクチン接種の順番を待っている。

## 表紙写真の募集

山口県医師会報の表紙を飾る写真を随時募集しております。

アナログ写真、デジタル写真を問いません。

ぜひ下記までご連絡ください。

ただし、山口県医師会会員撮影のものに限ります。

〒753-0814 山口市吉敷下東3-1-1 山口県医師会総務課内 会報編集係

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



## 周南地区医師会女性医師部会講演会

### 保険診療をされているすべての先生方へ ～ Web 講演会のお知らせ～

と き 令和3年6月11日（金）19：00～20：30  
と ころ ZOOM によるオンライン開催  
定 員 お申込み 先着 100 名まで

講 演

保険診療の法制度－安全で良質な医療の提供を目指して－

東京医科大学名誉教授／

東京医科大学病院医療保険室兼任教授

あしざわ

葦沢

たつと

龍人

＜ご講演内容＞

- ①保険医に役立つ保険診療の法解釈
- ②指導および監査について
- ③ DPC 病院の基本ルールと経営戦略

申込方法 「お名前・所属機関名・周南女医部会講演 参加希望」と記載の上、  
下記アドレスからお申し込みください。  
後日、参加のための ZOOM アドレスをご連絡いたします。

周南地区医師会女性医師部会  
shunanjoy@tokuyamaishikai.com



メールアドレス QR コード

取得単位 日本医師会生涯教育制度 1 単位 CC 6：「医療制度と法律」  
主 催 周南地区医師会女性医師部会  
後 援 徳山医師会、下松医師会、光市医師会





ホッ！これで安心。

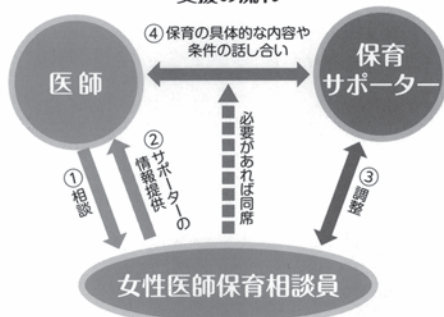
### 保育サポーターバンクとは…

- 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。

### 支援の例

- 子どもと一緒に医師宅でママが帰るまで留守番
- 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
- 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

### 支援の流れ



- 詳しいことのお問い合わせや、サポーターの支援を受けたい時は、下記にご連絡ください。女性医師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。

- その他、バンクの運営とは別に、県医師会の女性医師保育相談員は、保育園入園等や民間のベビーシッター派遣に関する相談も受け付けて、できる限りの仲介・調整をします。お気軽にご相談下さい。



山口県医師会

保育サポーターバンクをご活用ください。

# 仕事と家庭(育児)の両立を目指している 医師の方々へ

育児で困ったら、まずお電話かメールをください  
男性医師からの相談も受け付けます

山口県医師会 女性医師保育相談員

**TEL090-9502-3715** 9:00~17:00

メール・FAXはいつでも受け付けます。

E-mail hoiku@yamaguchi.med.or.jp / FAX083-922-2527

山口県医師会は、育児中の働く医師を応援します！

## 編集後記

皆様は、本を買われるときは、書店へ行くことが多い派でしょうか。ネット通販派でしょうか。最近では、本を置く場所をとらなくて済む電子書籍で、という方も増えてきているようです。

僕はというと、書店に行くことが好きです。昔と比べだいぶ書店数自体が減ってきましたが、山口市は、売り場面積の比較的に広い店が多いため、「どんな本が置いているのかな」と、ふらっと歩いて見回ることが楽しい（ゆっくり一周するだけで意外と時間がかかる）のです。

また、広い本屋に行くと、本が読み物としてだけではなく、大量の本が整然と並べられることで作り出される独特の空間のなかを歩いていること自体も楽しく感じます。同じことを感じている方は少なからずいるようです。そのことは、日本や海外におけるさまざまな巨大図書館の、荘厳で絢爛豪華な空間美を収めた魅力的な写真集が、世にはたくさん出版されており、それらの本はカスタマーレビューも結構たくさんついていることからわかります。

また、書店で直接本を買う良い点は、当たり前のことではありますが、本の状態を直接見て買えることです。ネット通販で時々ある、「新品なのにあまりきれいでない本」を買ってしまうリスクがほぼありません。あと、地元にお金を落とすという効果もあります。

そうはいっても、近くの書店に置いてなさそうなマニアックなジャンルの本も手軽に買え、何より時間の節約になるためネット通販も結構使っています。しかしながらネット通販の怖い点は、一つ商品を選択すると関連書籍として、「よく一緒に購入されている商品」「あなたへのおすすめタイトル」「この商品をチェックした人はこんな商品もチェックしています」等と称して、自力ではとても到達できなかったであろう、すごく面白そうな未知の本を次々と紹介してくれることです。なにが怖いって、気がつくとあっという間に20～30冊ぐらいの本をショッピングカートに放り込んでしまっていることです。そんなに買っても置く場所に困ることは容易に想像がつくため、一旦ショッピングカートに入れてしまったそれらの本を再度取捨選択して、そのほとんどを「買わない」という決断をし直すという、実にバカバカしい作業が待っています。これが意外と時間がかかります。恐ろしすぎる。

（理事 藤原 崇）

多くの先生方にご加入頂いております！

お申し込みは  
随時  
受付中です

医師賠償責任保険

所得補償保険

団体長期障害所得補償保険

傷害保険

詳しい内容は、下記お問合せ先にご照会ください

取扱代理店 山福株式会社  
TEL 083-922-2551  
引受保険会社 損害保険ジャパン  
日本興亜株式会社  
山口支店法人支社  
TEL 083-924-3005



損保ジャパン日本興亜



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もしくは増進を図るもので、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. 医師はこの職業の尊厳と責任を自覚し、教養を深め、人格を高めるように心掛ける。
3. 医師は医療を受ける人びとの人格を尊重し、やさしい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るように努める。
4. 医師は互いに尊敬し、医療関係者と協力して医療に尽くす。
5. 医師は医療の公共性を重んじ、医療を通じて社会の発展に尽くすとともに、法規範の遵守および法秩序の形成に努める。
6. 医師は医業にあたって営利を目的としない。





にちいくん  
「日医君」山口県バージョン

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）