

山口県医師会報

令和4年(2022年)

5月号

— No.1941 —



新緑 渡邊恵幸 撮

Topics

山口県医師会男女共同参画部会総会



Contents

■今月の視点「マイナポータル利用の際の留意点」	上野雄史	267
■令和3年度 山口県医師会男女共同参画部会総会	黒川典枝	270
■2021年度 防災訓練（災害時情報通信訓練） 桜島噴火災害想定訓練	前川恭子	272
■令和3年度 都道府県医師会学校保健担当理事連絡協議会	河村一郎	276
■令和3年度 都道府県医師会小児在宅ケア担当理事連絡協議会	前川恭子	286
■令和3年度 日本医師会医療情報システム協議会	中村 洋、藤原 崇	292
■日医FAX ニュース		315
■理事会報告（第1回）		316
■禁煙推進委員会だより「喫煙とCAVI」	櫃本孝志	319
■若き日の思い出「ワンス・アポン・ア・タイム」	塩見祐一	320
■飄々「心を打つ音楽」	岡山智亮	322
■お知らせ・ご案内		324
■編集後記	藤原 崇	330

今月の視点

マイナポータル利用の際の留意点

理事 上野 雄史

医療機関等で療養の給付を受ける際、被保険者がマイナンバーカードにより資格確認をすることが、国民健康保険法等改正（令和元年 5 月成立）で規定され令和 3 年 3 月に施行、同年 10 月 20 日に本格運用が開始されました。オンライン資格確認システムとは、医療機関の窓口でマイナンバーカードの IC チップ又は健康保険証の記号番号等により、オンラインにて資格情報を確認する制度です。マイナンバーカードで資格確認を行うには、医療機関が、医療機関等向けポータルサイトへの登録、顔認証付きカードリーダーの設置及びネットワーク設定（システム事業者の導入作業）を行っていることと、利用者がマイナンバーカード作成及びデジタル庁が運営するマイナポータルというサイトでの保険証としての利用登録をすることが必要です。

医療機関におけるオンライン資格確認システムの導入状況は、令和 4 年 3 月 27 日現在、顔認証付きカードリーダーの申込数は、全国で病院 78.6%（6,457/8,219 施設）、医科診療所 45.2%（40,363/89,367 施設）、運用開始施設は、病院 36.1%（2,331/8,219 施設）、医科診療所 9.9%（8,826/89,367 施設）です。マイナンバーカードの交付率は、令和 4 年 3 月 1 日現在、全国で 42.4%、山口県は 44.1%（全国 11 位）、保険証としての利用登録率は、令和 4 年 3 月 27 日現在、全国で交付数に対し 14.8%です。社会保険診療報酬支払基金が医療機関等向けポータルサイト登録済施設に対して行った「オンライン資格確認の導入状況に関する調査」で、顔認証付きカ-

ードリーダーの申込を行ったが、オンライン資格確認システムの導入を行っていない理由としては、①利用する患者が少ないと思われるため、導入作業を見合わせている（約 16.6%）、②通常業務が忙しく、システム事業者と相談できていない（約 15.2%）、③周囲の医療機関や薬局でまだ導入されておらず、その評判を聞いてから導入したい（約 13.3%）が挙げられています。

オンライン資格確認関係補助金が、「令和 5 年 3 月 31 日までに補助対象事業を完了させ、令和 5 年 6 月 30 日までに申請すること」とされていること、県内においては、システム事業者の体制が十分に整っていないこと、現時点で利用者も少ないこと等から、多くの医療機関においては、顔認証付きカードリーダーの機械のみ準備し、積極的な運用を行っていないのが現状のようです。

私自身、最近まで、マイナンバーカードの申請を行っておりませんでした。スマートフォンでの新型コロナワクチンの接種証明書アプリを利用するにあたり、マイナンバーカードが必要となり、申請を行いました。オンライン申請を行い、1 か月足らずで地元の支所で受け取ることができました。手元に届き、早速、接種証明書アプリの登録を行い、続けて保険証としての利用登録も行うこととし、手順に従い登録を行いました。登録には、上述したマイナポータルというサイトでの登録が必須で、画面で表示される同サイトの利用規約に同意することが必要でした。同サイトはデジタル庁が運営するサイトという安心感もあり、利用規約は全く読むことなく同意のボタンを押し、登録

を進めました。登録は非常に簡潔にでき、マイナポイントの申請を合わせて行い登録作業を終了いたしました。登録を行うあたり、「便利な世の中になったものだ」と安易に考えていたのですが、改めて利用規約を読み込んでみると、マイナポータルサイトを利用するのに不安を感じる事項がありましたので以下に紹介させていただきます。

マイナポータル利用規約（抜粋要約）

○利用者はシステム利用に伴って生じる個人情報（世帯、所得の情報、薬剤・医療・健診情報等）の管理は自己責任であり、運営するデジタル庁に責任はないとしている。（第 3 条）

○地方公共団体情報システム機構に対し、住民票コードの開示請求（自治体が管理している住基ネットの個人情報を、マイナポータルに連携）すること、開示先を内閣総理大臣として開示請求ができる。（第 4 条一、二）

○医療保険情報表示・取得準備のために、社会保険診療報酬支払基金に対し、健康保険の被保険者番号の開示請求をすること、開示先を内閣総理大臣として開示請求ができる。（第 4 条五、六、七）

○健康保険証利用登録をする場合、地方公共団体情報システム機構、社会保険診療報酬支払基金に対し、システム利用者の健康保険証利用の登録の有無、登録情報確認をすること、開示先を内閣総理大臣として開示請求ができる。（第 6、7、8、9、10 条）

○外部事業者へのシステム利用者の登録状況を開示することができる。（第 14 条）

○デジタル庁は、本システムが著しく集中した場合には、本システムの利用を制限することができるものとする。（第 19 条 4）

○デジタル庁は、本システムの利用及び利用できないことによりシステム利用者又は他の第三者が

被った損害、通信回線の障害、マルウェア感染等で生じた被害について、一切の責任を負わないものとする。（第 23 条 2、3）

○デジタル庁は、必要があると認めるときは、システム利用者に対し事前に通知を行うことなく、本利用規約の改正ができる。改正を行った場合はマイナポータルに公表し、公表後はシステム利用者は改正後の利用規約に同意したものとみなされる。（第 24 条 2、3）

マイナポータルとは、マイナナンバー制度開始後、平成 29 年 11 月から本格運用が始まった行政主導のウェブサイトです（別名「情報提供等記録開示システム」）。登録にはマイナナンバーカードと、登録した利用者証明用電子証明書パスワード（4 桁）が必要で、毎回のログイン時にも両方が必要です。パソコン・IC カードリーダーライタもしくはスマートフォンから利用者登録を行います。マイナポータルを介してのサービスは、マイナナンバーカードの健康保険証利用登録のみではなく、公金受取口座の登録・変更、薬剤・医療費・健診情報の確認、最新の健康保険証情報の確認ができます。また、国税電子申告・納税システム（e-Tax）、ねんきんネット、電波利用電子申請・届出システム等、外部サイトとの連携が可能で、各サービスを利用する場合、その情報を地方公共団体情報システム機構、内閣総理大臣（国）へ開示することを同意したこととなります。マイナポータルでマイナナンバーカードを利用し各サービスを受けると、かなりの個人情報がマイナポータル上に集約され、国、自治体、外部システムへの情報提供が可能で、その情報管理はマイナポータル利用者各自の責任で、マイナポータルを運営するデジタル庁には一切の責任はないとなっております。いったん登録を行うと、将来追加設定されるサービス、利用規約についても同意したこととなります。また、利用者登録を削除しマイナポータルの利用を停止したとしても、過去に集約された個人情報の取り扱いに関しての規定はなく、どのように扱われるか不明です。

公的なサービスであるので、セキュリティ等に

は十分注意を払い構築されたシステムであるとは思いますが、利用にあたっては、情報管理を含め、責任は全て利用者が負わなければならないという厳しい内容のものでした。

マイナンバーカードの保険証利用は、「医療情報とマイナンバーの紐づけがなし崩し的に拡大され、医療・社会保障の抑制・削減等に利活用される危険性があるのではないか」との声もあります。日医は平成 31 年 2 月の定例記者会見において、「マイナンバーが保険証になるのではなく、マイナンバーカードの IC チップを用いて保険の有効性が確認できる仕組み」で、「個人単位化された保険の記号番号を用いて保険の有効性確認を行うシステムをマイナンバーのインフラを最大限活用する」制度であると強く説明しております。また、日医は、医師会員に対し、令和 2 年 3 月 18 日付通知（日医発第 1218 号）にて、マイナンバーカードを普及させたい国の計画などによって医療現場などで混乱が起らないよう、また、オンライン資格確認のシステム構築等、具体的な部分に関して、国に対し働き掛けを行い、マイナンバーカードの積極的な取得及び利活用の促進を求めています。

国の方針として、「データヘルスの集中改革プラン」で①全国で医療情報を確認できる仕組みの拡大、②電子処方箋の仕組みの構築、③自身の保健医療情報を活用できる仕組みの拡大、の 3 つのプランが挙げられており、オンライン資格確認等システムやマイナンバー制度等の既存インフラを最大限活用しつつ、令和 3 年に必要な法制上の対応等を行った上で、令和 4 年度中の運用開始を目指し、効率的かつ迅速にデータヘルス改革を進め、新たな日常にも対応するデジタル化を通じた強靱な社会保障を構築することが目指されております。

私見として、社会保障制度を維持し、患者さん主体の有効、効率的な医療を提供するため、オンライン資格確認等システムやマイナンバー制度を利活用していくことに異論はありません。自らマイナンバーカードを保険証として利用する際は、前述した利用規約の同意事項にあるように、利用にあたっての責任は全て自分にあるということを

認識して利用しなければなりません。また、普及しつつあるオンライン資格確認システムの利用において、自院のセキュリティ対策をしっかり構築して対応しなければならないと改めて感じました。

参考資料

1) 厚生労働省ホームページ

- ・オンライン資格確認の導入について
(医療機関・薬局、システムベンダ向け)

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_08280.html

- ・マイナンバーカードの健康保険証利用について
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_08277.html

2) 総務省ホームページ

- ・マイナンバーカードの市区町村別交付枚数等について（令和 4 年 3 月 1 日現在）

https://www.soumu.go.jp/kojinbango_card/ko-fujokyo_07.html

3) 令和 4 年 1 月 27 日 第 150 回社会保障審議会 医療保険部会 資料 1

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_23573.html

4) 社会保障・税番号制度（マイナンバー制度） の施行 平成 27 年 10 月 2 日 厚生労働省資料

<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000099462.html>

5) 第 518 回中医協総会（2022 年 3 月 23 日）

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00142.html

6) 新たな日常にも対応したデータヘルスの集中 改革プランについて

令和 2 年 7 月 30 日厚生労働省資料
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000291687_00005.html

令和3年度 山口県医師会男女共同参画部会総会

と き 令和4年3月6日(日) 14:00～

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]

議事

部会長の黒川典枝が令和3年度事業報告及び令和4年度事業計画(案)を報告し承認を得た。また、次期役員選出に関しても承認を得た。

1. 令和3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、120病院に連絡係をおき、女性医師(総数545名:常勤262名、非常勤283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。

今年度は応援宣言集 第5版の発行を予定しており、現在編集作業中である。平成29年に発行した第4版までは、山口県内の病院の情報と病院長の応援宣言を掲載していたが、第5版はこれに加えて、山口大学医学部各講座の情報と教授・部長の応援宣言を掲載予定である。冊子を作成すると同時に、ホームページでも公開する。

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26名、利用中の医師は24名である。令和3年度の新規相談は14件で、うちサポート成立は9件であった。令和3年10月に『保育サポーター通信』第12号の発行を行った。令和4年3月6日に第12回保育サポーター研修会を開催予定であったが、新型コロナウイルス感染拡大のため中止した。

(2) 女子医学生キャリアデザイン支援

女子医学生インターンシップは新型コロナウイルス感染拡大のため中止した。

(3) 山口県内女性医師の連携

令和3年10月16日に都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

い、情報共有を行った。

(4) 広報活動

ホームページの更新を適宜行った。

(5) 介護支援

ホームページの「介護に困ったらここ 介護保険情報」で情報提供を行った。

2. 令和4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

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13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

新型コロナウイルス感染拡大のため女子医学生インターンシップは中止する。

(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「都市の女性医師部会」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

3. 次期役員選出

現在、当部会は以下の役員で構成されている。

部会長 黒川 典枝

副部会長 中村久美子 田村 博子

理事 戒能 美雪 河村 裕子 近藤 智子

相良 絵見 祖田由起子 湧田真紀子

綿野 友美

令和 3 年度末で役員任期が満了する。田村博子先生が退任希望で、後任の理事に山口市医師会の竹本成子先生を推薦、河村裕子先生が退任希望で、後任に光市医師会の倉光せつ先生を推薦された。いずれも承認された。

特別講演

子どもたちの健やかな育ちを地域で支える

金子小児科院長 金子 淳子

今回の特別講演は、長年にわたり子どもたちの育ちをさまざまな形でサポートし続けていらっしゃる金子小児科院長の金子淳子先生にお引き受けいただいた。以下にその講演要旨を報告する。

山口県は、公費 1 か月健診を小児科医が行っている唯一の県であり、10 年間全国で啓蒙活動を行ってきた。これが、子育て支援活動の原点であった。ここで産後メンタルヘルスケアの重要性に気付いた。産後うつ病が母子に与えるさまざまな影響を考えると、小児科も携わるべき大切な問題である。産後うつ病の有病率は、産後 1 か月以内 15.1%、1～3 か月 11.6%、3～6 か月 11.5%、6～12 か月 11.5% である。コロナ禍で有病率は上昇している。母親の産後メンタル不調へ早期から介入することにより、良好な愛着形成を通じて子どもの安定した自尊感情をはぐくみ、それが子ども自身の自立に向かって生き抜く力を培うことになる。虐待に関しては、親を罰する、子どもと親を引き離すという視点で対応しても何も解決しない。虐待の発生要因の一つは、「社会的孤立」であり、「困った親」は「困っている親」であり、「困っている親子」にどのように寄り添うかが私たちの仕事である。これに対する一つの答えは、「共同養育 アロペアレンティング」である。その家族の脇にいて共に（伴に）寄り添うことであり、親族・友人・ご近所・幼稚園・保育園・仕事仲間などが寄り添い、子育てを親や家庭だけの責任にしないことが大切である。昨今、医師に求められる資質として、社会的処方（social prescribing）というものがある。薬と同じように社会とのつながりを処方することであり、最近になって自分の行ってきたことはこれに合致していることに気付いた。以下に自身の行ってきた活

動を紹介する。2014 年に「かねこキッズクラブ」という会社を設立して、同年に市街地にまちなか活動拠点として親と子の居場所作りを行った。2016 年からは産後ケアの教室を開始、2005 年からクリニック内で行っていた「かねこキッズまつり」を、2015 年からは商店街（宇部市新天町）で開催するようになった。2021 年 10 月に開催した「かねこキッズまつり」には約 1,500 名の親子の参加があり、多くの企業・団体・学校（大学・高校）の協力を得て、1 日無料で遊べる楽しいイベントを行った。こうした協力者がたくさんいたことが、次に述べる「子ども食堂」の活動に繋がる。2017 年に子ども食堂である「みんなの食堂」を開始し、2018 年からはアウトリーチ事業である「宅食・宅配プロジェクト」を開始、2019 年からは学校での朝食・学童での昼食の提供を行い、学習支援・生活支援も行ってきた。子ども食堂は月に 2 回開催し、コロナ禍以前は毎回 300 名以上の参加者があり、子どもから高齢者まで幅広い世代が集う全国最大の子ども食堂であった。子ども食堂では、演奏会などの文化イベントも行ってきた。こうした活動も多くの団体・企業・学生などの協力で支えられている。コロナ禍のため中断している事業もあるが、コロナ禍で始まった事業もある。宇部市支援対象児童等見守り強化事業の「うべおたすけまんぷく便」は、民間の組織が週 2 回食料や食事をもって居宅訪問し、現状確認して行政などの支援につなぐ事業である。さらに、子どもに対する学習支援や食事提供の拠点となる場所（子どもの第三の居場所）を、令和 3 年に宇部市に建設し、3 年間は日本財団の「子どもの第三の居場所」事業として補助金がもらえることになった。子どもの第三の居場所では、自立に必要な力（人や社会とかかわる力・思考 / 判断 / 表現力・知識 / 技術・学習意欲・学習習慣 / 方略・生活習慣など）を補完することが目的である。

県内には 100 を超える子ども食堂などの支援組織があるが、コロナ禍でもあり、そうした組織は医療関係者とのつながりを必要としている。そうした要請があったら、是非応えていただきたい。

2021年度防災訓練（災害時情報通信訓練） 桜島噴火災害想定訓練

と き 令和4年3月18日（金）13:00～16:10

ところ 日本医師会館、各都道府県医師会館（Web開催）

〔報告：常任理事 前川 恭子〕

日本医師会は毎年、災害時の都道府県医師会との連携やJMAT活動の充実を図るため、大規模災害を想定した防災訓練を行っている。災害時の通信手段の確保が重要と認識し、新型コロナウイルス感染症流行前から、情報通信関連各社の協力を得てTV会議システムを使用し訓練を実施してきた。

今回、初めて火山噴火災害を想定し、鹿児島県医師会理事の吉原秀明先生の解説も織り交ぜ、発災2日前から3か月後までの各組織の対応や通信手段を確認した。日本医師会の対応は、2021年に策定された災害医療支援業務計画に基づき、例年以上にリアルな状況設定がなされた。

1. 想定災害

桜島の噴火及びそれに続く北方沖の海底噴火により、噴火後の地震、津波、地盤沈下後の浸水、降灰堆積による土石流・洪水が発生したという想定である。

具体的には、海底火山の噴火による10mの地震津波、東風による鹿児島市への1mの降灰、噴石や火山灰の重みや最大震度6弱の地震等の影響で建物が倒壊する。降灰による路面状況の悪化で緊急車両は通行不可、ヘリコプター等も飛行できない。湾内に浮かぶ噴石のため、海からのアクセスもできない状況となる。

2. 医療ニーズ等から見た火山噴火災害

（1）噴火前

噴火の直接的影響がある地域及び風向きにより大量降灰が予想される地域の医療機関は自主避難を促され、入院患者を含む災害時要支援者の避難には医療チームの力が必要である。

○車輪が付くもの

数cmの降灰で2WD車はスリップするため、4WD車両が必須である。鹿児島県医師会の吉原先生によれば、降灰時の避難実験ではストレッチャーが立ち往生、リアカーを使用した。

○風向き

桜島周辺は、1年の内、西風が吹くことが多いが、夏は東風に変わり、桜島の南東から風が吹くと、鹿児島市の人口・入院患者数の多い地域に大量降灰が予想される。鹿児島市の人口は60万人、鹿児島市で最も被害が大きいと予想される地域（C・Dゾーン）の避難対象入院患者は約8,000人である。ただし、これは1mの降灰予想地域の人数であり、交通困難となる10cm以上の降灰地域の医療機関には、1万5千の病床がある。噴火警戒レベル4の噴火予測約42時間前から自主避難を開始しても、1万5千人の要支援者の避難は間に合わない可能性がある。

鹿児島県医師会も同地域にあり、被災が予測されるため、桜島北東の霧島市（始良地区医師会）に臨時対策本部を設置することとした。

（2）噴火直後から交通再開まで

○籠城の選択

路面の降灰により交通が遮断されるため、桜島噴火後しばらくは、外部からの支援は困難となる。医療機関や介護施設で避難が間に合わない場合は籠城を選択せざるを得ず、必要物資の備蓄が必要となる。被災時の職員配置は最低限とし、可能な限り事前に避難させる。

○降下火砕物

道路除灰には最低でも3日、状況によってはそれ以上の日数を要する。降灰量は6億tと予想され、東日本大震災で発生したがれきの約27倍となる。



日本医師会資料より抜粋

（3）火山噴火災害特有の健康影響

火山からの噴出物で2mm以下の大きさのものを火山灰と呼ぶ。PM2.5よりも小さいもの（0.1μm）も含まれ、呼吸器に入り込むため、防塵マスク装着で予防する。

火山灰は溶岩が砕けたもので、眼に入った場合はこすらず水で洗い流す。コンタクトレンズは脱着しゴーグルを使用する。

皮膚に付着して傷や炎症となることもあり、夏

でも長袖を着用する。夏季の救護活動等ではローテーションを組み、熱中症に至らぬよう配慮する。

（4）感染対策

微小な火山灰が避難所等に入り込むことを防ぐため、窓は目張りを施す。また、噴火による空振（くうしん）で、窓ガラスが割れ受傷することもあるため、窓から離れた場所での待機を求められる。

15万人の避難で避難所は3密、新型コロナウ

イルス感染症対策を並行して行うこととなり、域外への避難も考慮される。

3. 訓練の流れ

発災 2 日前から発災 3 か月後までのシナリオで、状況を付与しながら各組織の対応や通信手段を確認した。

3 月 16 日（発災 2 日前）

<状況>

- ・噴火警戒レベル 3(入山規制)→レベル 4 検討(避難準備要請)→レベル 4 (避難開始)
 - ・西風にて桜島東側の垂水市で事前避難開始
- <鹿児島県医師会→日本医師会>
- ・事前避難支援のための「被災地 JMAT」派遣要請
- <日本医師会>
- ・鹿児島県医師会からの派遣要請に対応するため、災害対策本部設置
- <日本医師会→九州医師会連合会>
- ・「支援 JMAT」編成要請

3 月 17 日（発災 1 日前）

<状況>

- ・風向きが東風に変わる予報
 - ・避難指示地域を、被災する可能性の高い鹿児島市市街地に変更
 - ・噴火警戒レベル 5 に引き上げ
- <鹿児島県医師会>
- ・臨時対策本部を霧島市立医師会医療センターに設置
 - ・「被災地 JMAT」派遣先を垂水市から鹿児島市に変更
- <九州各県医師会>
- ・九州医師会連合会当番県である沖縄県医師会から「統括 JMAT」派遣
 - ・各県医師会から「支援 JMAT」派遣

3 月 18 日（発災 1 日目）

<状況>

- ・桜島噴火にて軽石・火山灰降下
- ・続く海底火山噴火にて 10m の地震津波発生
- ・桜島でマグニチュード 7、周辺地域で最大震度

6 弱の地震発生

- ・固定電話等での通信障害発生
- <日本医師会—鹿児島県医師会>
- ・日本医師会は通常の LAN、鹿児島県医師会はスカパー JSAT の衛星アンテナによる衛星通信で会議
- <日本医師会—始良地区医師会>
- ・衛星電話ワイドスター II により情報共有

3 月 19 日（発災 2 日目）

<状況>

- ・鹿児島市に 1m の降灰、地盤沈下による浸水
 - ・火山灰により緊急車両通行・ヘリコプター飛来不可
 - ・医療機関の EMIS 入力進まず
 - ・日本医師会にサイバーテロ攻撃、館内 LAN が完全に使用できず
- <日本医師会—鹿児島県医師会>
- ・双方ともスカパー JSAT の衛星アンテナを使用して衛星通信会議
- <日本医師会→都道府県医師会>
- ・桜島噴火災害都道府県医師会オンライン会議開催
 - ・九州以外の都道府県医師会に JMAT 派遣要請
 - ・JAXA の陸域観測技術衛星「だいち 2 号」が撮影した津波浸水推定地域のデータを日本医師会地域医療情報システム JMAP に取り込み提示
- <各都道府県医師会>
- ・日本医師会 JMAT サイトからチーム登録

3 月 22 日（発災 5 日目）

<状況>

- ・火山灰によると思われる喘息等呼吸器症状、結膜炎症状を呈する避難者増加
- < JMAT：各都道府県医師会>
- ・医療救護班として診療情報を J-SPEED + で入力、J-SPEED 本部サイトでトレンド確認

3 月 25 日（発災 8 日目）

<状況>

- ・噴火最盛期から溶岩流出期に移行
 - ・降灰堆積により高齢者施設が孤立
- < DMAT >
- ・被害の大きな鹿児島市内急性期医療機関支援に

移行

< JMAT >

- ・交通啓開地域に派遣、巡回診療等

< 薬剤師会 >

- ・4WD 車のモバイルファーマシー投入

3月28日（発災10日後）

< 状況 >

- ・全面的に交通啓開

< JMAT >

- ・活動本格化

< 日本医師会→九州医師会連合会 >

- ・「統括 JMAT」派遣元交替

福岡県医師会、沖縄県医師会→熊本県医師会、
宮崎県医師会

4月15日（発災4週後）

< 状況 >

- ・避難者からメンタルヘルスに関連する訴え、ボランティアの軽症受傷、災害に関連しない傷病増加

< JMAT：各都道府県医師会 >

- ・医療救護班として診療情報を J-SPEED+ で入力、J-SPEED 本部サイトでトレンド確認

< 日本医師会 >

- ・派遣体制再検討

九州以外の都道府県医師会 JMAT は 4 月 17 日
で派遣終了

九州各県医師会支援 JMAT は医療機関の被害
の大きい鹿児島市一部地域に集中

鹿児島県都市医師会は地域避難所及び鹿児島市
支援

5月13日（発災8週後）

< 状況 >

- ・ゴールデンウィーク中、ボランティアが集まり COVID-19 急拡大
- ・避難所、介護施設等でクラスター発生

5月20日（発災9週後）

< 状況 >

- ・避難指示解除

5月27日（発災10週後）

< 日本医師会 >

- ・JMAT 活動を 6 月 10 日に終了することを決定

< 鹿児島県医師会 >

- ・JMAT II を編成し医師不足が深刻な地域への支援継続

4. 日本の火山噴火対応

国立病院機構本部 DMAT 事務局長の小井土雄一先生によれば、鹿児島県が最も火山噴火災害対応が進んでいる。

2021 年に改定された富士山ハザードマップでは、噴火 2 時間後に溶岩が市街地に到達する。事前避難での渋滞に加え、数 cm の降灰で車での移動ができなくなる。火山灰による直接の通信障害はないとしているが、携帯電話などの精密機器に火山灰が入り、空調のフィルターも目詰まりするので防塵対策も考慮すべきである。

日本には活火山が 100 以上あり、ガイドラインの作成など、COVID-19 で先延ばしになった火山対応に、一層取り組む必要がある。

ともに、未来をつくる。

地域の豊かな未来を共創する



山口銀行



令和3年度 都道府県医師会学校保健担当理事連絡協議会

と き 令和3年12月12日(日) 13:00～16:00

ところ オンライン形式

[報告:常任理事 河村 一郎]

挨拶

日本医師会長 中川俊男 学校保健は、生涯の健康にとって大切な時期である幼少期から学童期の健康を支える大きな基盤である。学校保健分野の諸課題については、都道府県医師会と日本医師会で密接に連携しているが、昨今の働き方改革や学校におけるコロナ感染症対策など、これまでの対応だけでは対処できない多様な課題が発生している。今般、日本医師会では学校保健活動のあり方に対する最新の新型コロナウイルス感染症対策の動向も含めた情報が必要であると考え、本協議会を開催することとした。学校保健活動推進のためには、地域医師会が積極的に関与し、学校だけでなく学校保健会をはじめとする医療関係者、教育関係者、教育委員会などが子どもの健康という同じ目的のために、密接な連携をさらに進めていくことが重要である。

議事

I. 文部科学省からの行政報告

学校保健について

文部科学省健康教育・食育課長 三木 忠一

1) 新型コロナウイルス感染症への対応について

令和3年6～11月の児童生徒の感染状況の推移をみると、国内の感染状況に応じた形で子どもたちの感染者数も変動しており、10、11月の感染は非常に少なかった。児童生徒等の感染経路としては、幼稚園・小中学校については家庭内感染が中心で、年齢が上がるにつれて大人の傾向と似ており、高校生では感染経路不明や学校での感染も一定数みられている。細かくみていくと、幼稚園は10、11月に園内感染の割合が増、小学校では11月に少し学校感染の割合が増、中学校・高校では、11月に感染経路不明の割合が増、特

別支援学校では11月の感染はゼロ、教職員は10月30名、11月7名と少ない人数で推移している。

2) 新学期(2学期)に向けた新型コロナウイルス感染症の徹底

デルタ株が感染拡大していた時期である8月20日に文科省から再度感染症対策の徹底を求める通知を発出し、一斉の臨時休業については慎重に検討すべきことや、緊急事態宣言地域においては時差登校やオンライン学習を積極的に検討すること、感染者確認後の休業については保健所と相談のうえ判断していただくことについても示した。出勤・登校後に症状のあった教職員及び生徒に使うための抗原簡易キット配布も行った。ただ、体調不良時はすぐに帰宅する、医療機関を受診することを基本として、それを補完する目的で用意している。教職員へのワクチン接種推進のため、8月20日に文部科学大臣から各地方公共団体や大学に対して、教職員への優先接種を行っていただくよう協力依頼をした。9月上旬の全国調査では約83%の自治体で、教職員に優先接種をする枠組みを用意しているとの回答があった。学校で感染者が発生した場合の濃厚接触者特定のためのマニュアルも作成した。保健所の手がまわらないときに学校が濃厚接触者の候補範囲を特定するため、マニュアルではクラス単位、部活単位など子どものいる属性全体を候補者とすることを示とともに、学校休業の目安も盛り込んでいる。

3) 令和4年度概算要求について

令和3年度の補正予算では、学校の感染症対策支援事業として305億円を計上している。これは消毒液やマスク、非接触型体温計などを学校の裁量で購入するために国が支援するもので、補助率は公立・私立で2分の1、国立は10分の

10. 小学校であれば学校規模に応じて90万～270万円を自治体に補助する。学校の保健室もこれまで予算が回ってこないため備品が揃えられないという話もあったので、学校現場には感染対策に関して保健室に必要なものはこれを機会に揃えるようお願いしている。地域においても学校医から助言等していただければありがたい。

学校等欠席者・感染症情報システムは、必要な感染症のデータを集約し、それを関係者が閲覧することによって感染症対策に繋げていく事業である。現在、本システムの入力と学校現場で教職員が使っている校務支援システムの入力とが現場によっては二重に行われていることによる負担感を無くすための取り組みを令和3年度から進めている。学校の校務支援システムは、地域によって状況が違うが、GIGAスクール構想で子ども1人1台の端末を配付して学校全体の情報化を進めていることもあり、学校の情報システム自体も大きく変わっていくことから、令和4年度も感染症情報システムの入力効率化を進めていこうと思っている。

PHR (Personal Health Record) については、医療政策全体の動きとして推進していくことが政府として決まっている。学校健診の結果も本人に電子的に返していこうと進めているが、現在の学校健診の情報は学校によって校務支援システムや紙媒体で管理されており、健診後には紙媒体で本人に結果を返している状況にある。将来的にはマイナポータルを通じて本人が閲覧できるように、健診結果をPHRサーバーに集めたうえで本人に返すというものを作っていきたい。全国の健診結果を標準化した上で集約する必要がある。

児童生徒の近視実態調査を令和3年度に引き続き令和4年度も実施し、どのような取り組みが子どもたちの近視の予防に役立つか検討を行う。外部講師を活用しながらがん教育を推進する「がん教育総合支援事業」も引き続き実施する。

令和4年度の新規事業として、脊柱側弯症健診に関する調査研究事業を行う。専用の検査機器を用いた検査を行っている一部の自治体に伺ったり、これまで実施していなかった自治体に機器を用いた健診を実施していただくことを通じて、ど

のように体制を組めば検査機器を使った健診ができるのかという仕組みを考えていく取り組みに着手したい。

特別支援教育の充実について

文部科学省特別支援教育課長 山田 泰造

1) 特別支援教育の現状について

特別な支援を必要とする子どもへの対応としては、学習障害・発達障害がある子どもに難しいとされる教科の授業の際に先生と一緒に支援する「特別支援教育支援員」や、痰の吸引など学校で実施する「医療的ケア看護職員」等が配置されている。そのほか、特別支援教育の充実を図るための外部専門家として言語聴覚士に来ていただくなど、さまざまな方に入って支援していただいている。補助金を国が3分の1出しており、障害に応じて特別な指導をしている。特別教育支援員などは各自治体の判断により交付税で措置されていることが多い。

特別支援学校は比較的障害の程度が重い子どもを対象としており、約145,000人が在籍している。複数障害がある場合はダブルカウントしているが、知的障害が圧倒的に多い。幼稚部1,300人、小学部46,300人、中学部30,600人、高校66,600人と学校種を追うごとに増えている。これは知的障害の子どもが多いこともあり、学年を追うにしたがって授業についていけなくなるため増えているのだと思われる。

特別支援学級、通級は通常の学校に設置されており、特別支援学級は小中学校の中で特別なクラスとして設置しているもので、知的障害と自閉症・情緒障害の子どもが約半数。一方、通級による指導は、特別なクラスではなく、通常学級に所属しながら、週に1～2回程度、特別なクラスに通う形であるが、最も多いのは言語障害である。言語障害の場合は週に1回程度吃音のクラスに通うなどしている。児童生徒それぞれ個別の教育支援計画を作ることとなっており、この計画は主治医や関係機関と連携しながら子どもをどのように伸ばしていくか長期的視点で作成する。小中学校程度の年齢の子ども数は、平成21年度から令和元年度で1割程度減っているが、特別支援教

育を受ける子どもはほぼ倍増し、生徒数は特別支援学校では1.2倍、特別支援学級では2.1倍となっている。実際に障害のある子が増えているという面もあるが、障害に対する理解が深まってきて、以前より見つけやすくなっているのではないかとされる。

特別支援学校は、知的障害の人数が増えているので、全体が増加している状況で、他の障害については基本的に横ばいである。現在、人工内耳が発達しているので、聴覚障害の生徒数が減るのではないとも言われている。特別支援学級は、自閉症・情緒障害と知的障害の子どもの増加により、全体が増加している状況で、通級による指導を受けている生徒は、平成18年ごろから発達障害関係の注意欠陥多動性障害、学習障害が増えて、全体数が増加している。今後については、パラリンピックで展開された“*We The 15*”で、世界人口の15%は何らかの障害があるのではないかとされていることを考えると、日本はまだ5%であり、増加する可能性がある。特別支援教育が当たり前になっていくと思われる。

高校については特別支援教育の専門家が育っていないため、特別支援学校の高等部に行く子どもが多かったが、最近では高校でも通級指導を始めている。令和元年度の調査では指導が必要な子どもが2,500人程度で、実際に指導したのは1,000人。指導できなかった理由としては、専門的に教えられる人がおらず指導体制が取れなかったためという回答が多く、本人や保護者が希望しなかったという回答もあるが、保護者が送迎しなければならないなどの縛りがあって希望しないということもある。現状の課題を解決するためにも、文科省で「初めての通級による指導を担当する教師のためのガイド」を作成している。

2) 最近の動向について

①医療的ケア児への支援について

年々増えており、最も多いのは特別支援学校ではあるが、最近は特別支援学級、通級にも医療的ケアが必要な子どもが増えている。令和3年、医療的ケア児の健やかな成長を図るとともに、家族が仕事を辞めなくても済むような環境を作ろう

ということで、「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」が成立した。基本理念は社会全体で切れ目なく支援していくこととし、支援措置としては、国・地方公共団体には相談や支援体制の整備を、学校設置者には学校における看護師の配置などが責務として規定されている。小中学校ではあまり数が多くないので、受入れがスムーズにできない学校も多い。小中学校でも医療的ケア児の受け入れができるよう、マニュアルの作成や調査研究の実施など、さまざまな方法で医療的ケア児の受け入れを促進している。自治体に対しては、看護師の配置について3分の1補助をしている。医療的ケア児の状況を考えると、必要な看護師は3,000人と言われている。具体的な運用についても、渡辺常任理事にも相談させていただいているが、主治医が学校医に情報提供して、学校医と看護師が連携をしながら対応いただいているところである。ただ、学校医がどのような状況で医療的ケア児を診察しないといけないうのか、情報提供先として学校医と校長のどちらがよいのか等、厚労省と調整して確認をとっている。教育委員会が特別支援学校において医療的ケアを実施する際に指導・助言などの業務を知見のある医師に委嘱する経費について、令和3年度から普通交付税措置をしている。この取り組みは、さまざまな県で始まっているところであり、好事例を集めているので、よい事例があれば情報提供していきたい。

②教員の専門性向上について

令和3年10月に設置した「特別支援教育を担う教師の養成の在り方等に関する検討会議」で、特別支援教育を担う教師の専門性向上について検討している。特別支援教育の免許は大学で取得するが、学校によって学ぶ内容がバラバラであることから、ある程度カリキュラムを揃える必要があることや教員のキャリアパスなどが議論されている。

③通常の学級に在籍する特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査の実施について

通常学級にいる発達障害のある子どもの人数について10年に1回程度調査を行っており、前回調査（平成24年）では全国の公立小中学校で

6.5%と、1クラスに1人くらいは発達障害のある子がいるのではないかという結果であった。ただ、これは医師の診断をもとにしたものではなく、担任の項目チェックによって教育的観点から実施している。また、今回は小中学校を対象にしていたが、今回からは高校も含めて調査する予定である。

④学校教育法施行規則の一部改正について

医療的ケア看護職員や、特別教育支援員等を学校教育法施行規則に位置付け、各学校における配置を推進している。

⑤特別支援学校設置基準について

障害のある子どもの増加に伴い、特別支援学校はどんどん手狭になっている。慢性的な教室不足を改善するため、設置基準を示すなどして、施行まで時間をとり、学校施設の充実を図るよう促している。

3) 令和4年度概算要求等について

コロナ禍における感染対策としてスクールバスの増便なども必要となることから、増便の際の支援なども今年度の補正予算に計上している。

II. 学校保健分野における課題と対応について

日本学校保健会専務理事 弓倉 整

1) 日本学校保健会について

日本学校保健会は、大正9年11月に帝国学校衛生会として発足し、令和2年11月2日には100周年の記念式典を行った。主な事業としては、国の審議会への参加、全国学校保健・学校医大会の主催、表彰、会報の発行、学校等欠席者・感染症情報システムの運営などを行っており、支出の80%が公益目的支出である。

2) 学校保健をめぐる諸問題

学校保健は保健管理、保健教育、組織活動の3つから成り立つ。保健管理と保健教育に跨る「現代的健康課題」についていくつかお話しする。

アレルギー疾患を持つ児童生徒については、さまざまなデータがあるが、平成16年と平成25年のアレルギー疾患生徒数を比較すると、全体としては増加していることが分かる。また、学校におけるいじめや不登校は増加しており、いじめに

関しては「いじめ防止対策推進法」が平成25年に制定され、文科省ではいじめの重大事態の調査に関するガイドラインや基本方針などの方策がとられているが、最近のネットやスマホの普及によって、よりいじめの発見が困難になっており、対応が必要である。不登校も小中学校で増えており、高校では中途退学者が1.1%。子どものSOSを受け取る体制の整備が必要であり、児童生徒の自尊感情の低下も大きな問題である。家庭環境の問題は古くて新しい問題で、ひとり親世代は1.3倍となっており、母子世帯の平均年収は200万円に届かない。自殺者数も増加しており、原因不明の自殺も多い。心身の不調などのSOSを受け取りケアする体制、支援が必要である。性に関する指導については、学習指導要領では発達段階別に示されており、指導要領を超える内容を教える際には学校、教育委員会とどのように教えるかの共通理解を形成することが必要である。なお、指導要領では、中学校では妊娠の経過は取り扱わないとしている。日医総研のワーキングペーパーで性教育についての考察があるので参考にしていきたい。

3) 学校生活管理指導表の改訂

令和2年度に「学校心臓検診の実際」と「学校検尿のすべて」を改訂した。あわせて学校生活管理指導表の改訂も行うとともに、今回初めて幼稚園用の指導表も作成した。これは日本小児循環器学会などから就学前の子どもたちの指導表作成を要望されたことが大きな要因である。日本スポーツ振興センターがまとめている学校管理下の突然死の数は、平成7年に全国で学校心電図検診が始まってから明らかに減少しており、平成16年から市民レベルでAEDが普及したことによりさらに減少、以前は8割近くが心臓系突然死だったものが、最近は半数近くにまで減少している。ただ、学校管理下の心臓系突然死をゼロにすることはできておらず、やはり、指導表による適切な指導と遵守が必要である。今回、新しいところとしては、心疾患で等尺運動の制限を要する場合などは参考として動的・静的運動の分類を追加で使用してもよいということになった。運動強度の定義については、等尺運動は心臓に負担がかか

りやすいが、動的運動と静的運動の要素を併せ持つものもあり、今回の改訂でさまざまな運動のマトリックスを示している。

4) 感染症対策

学校等欠席者・感染症情報システムは、教員が毎日の欠席者を症状別で入力することで、学校医等とリアルタイムで情報共有できるシステムで、平成25年に運用開始している。システム利用は無償で、運営主体は日本学校保健会、国立感染症研究所は共同契約に基づいて、研究支援を行っていただいている。令和2年度は、全国の保育園の約49.8%、小学校の約59.5%、中学校の57.6%、高校の61.9%で本システムが利用されている。課題は大きく三つで、一つは自治体ごとに加入率にばらつきがあり、入力も法律で規定されていることではないので、日々継続して行われていないケースもあり、教育委員会の理解促進と負担軽減が課題である。二つ目は安定的運営で、これは運用経費の問題であり、年間負担が非常に重く、継続的な資金確保が課題。システムのスリム化を行い、運営コストの軽減を図る。三つ目は本システムの円滑な利活用である。現場へのフィードバック効果を高めて利用者のモチベーションをアップさせるようにシステム改修を行っている。また、オンライン研修では令和3年だけで40,200人の参加があった。

国立感染研究所から提供いただいた資料では、学校におけるコロナの関連欠席として、発熱による欠席、家族等の風邪による欠席、濃厚接触者、コロナ感染、教育委員会などの指示、濃厚とまでは言わないまでも陽性者の接触者という6つの累計があり、これらは出席停止扱いになっている。東京・大阪・愛知のデータを見ると、東京や大阪では濃厚接触者や教育委員会による休養指導が散見されている。また、欠席者集計は流行に対する不安などによる欠席も含んでいるため過大評価されている可能性がある。全国週平均の欠席率をみると、教育委員会の指導による欠席がかなり多く、かつ長期にわたっていることが分かる。現在、本システムでは個々の学校に位置情報を加えることで、地域ごとの欠席者の情報を地図上でより具体的にリアルタイムで見られるようにマップビュー

システムの開発を進めている。令和4年度から開始したいと思っている。

4. 協議（事前アンケートをもとに）

①千葉県医師会（②徳島県医師会も同様の内容含む）

1) 高齢化に伴う学校医不足、学校医の偏在、整形外科・産婦人科・心療内科などへの学校医の拡大、学校健診のあり方について、検討をお願いしたい。

2) 脱衣による健診のメリットとデメリットについて、文科省から学校関係者や保護者、児童生徒に説明し、着衣にて健診する場合、側弯症の見落としなどがあっても学校医の責任は問わないことを周知していただきたい。

日医

1) 耳鼻科医、眼科医の学校医不足については、教育委員会と連携して対策を練っていただきたい。日本耳鼻科医会、日本眼科医会とも連携をしていく。

2) 整形外科、産婦人科、心療内科など他科への学校医の拡大については、現段階では予算化されていない。実績を積んで交付金の拡充を目指す。

3) 脱衣による健診についてであるが、脊柱側弯症については検査機器の活用を進めていく。実施主体は学校なので学校が責任をもつことになり、学校医は責任を負わない。

③大阪府医師会 本会では学校現場で役立つチェックリスト「QTA30」を学校健診に導入して、ハイリスク者を医療機関に紹介するなどしている。学校現場での活用について議論いただきたい。

日医 一部300円するので財源確保が難しい。判定者、その後のフォローも課題である。問題がありそうな子どもをスクールカウンセラーに紹介するという手もある。

④愛媛県医師会

1) 日本学校保健会発行の「学校検尿のすべて（令和2年度改訂）」では蛋白、潜血陽性の判定基準が（+）に統一されているが、尿蛋白/尿クレアチニン比の導入についてどのように考えるか。

2) 日本学校保健会が運営する「学校等欠席者・感染症情報システム」の全国における導入状況、コロナに関する項目の追加による実績と課題、校務支援システムと連結するための実証実験の状況について教えていただきたい。

文科省 学校検尿については、学校保健会で専門家による委員会を立ち上げて執筆されたものと考えている。文科省として、具体の検査方法について個別に推奨することを行っているわけではない。

日本学校保健会 本システムは出雲市から始めて、自治体単位の感染症サーベイランスとして行っていたものが広がっていったもので、もともと全国展開を考えていたサーベイランスシステムではなかったと思う。コロナによって一気に全国展開となり、さまざまな負荷もかかっており、国の協力もいただけるようになったと認識している。その中で導入率の少ない都道府県については、ぜひ医師会から導入するように教育委員会に後押ししていただきたい。

⑤三重県医師会 現在の「就学時健診」では、「発達障害・自閉症スペクトラム」に対応するのは困難だが、日医の見解をいかがか。また、いくつかの地域で実施されている「5歳児健診」を「就学児健診」とリンクさせて実施し、「5歳児健診」後入学までの1年間を支援期間として「就学支援」に充てることを提案したい。

日医 就学児健診は、市町村の教育委員会が学校保健安全法に基づいて、就学にあたって留意すべき問題がないか確認するために実施されている。5歳児健診は発達障害の早期発見に有用だとして、一部自治体において実施されているが、5歳児健診の法的根拠はなく、全国的に展開するには根拠と財源の確保が必要である。5歳児健診を実施されている自治体については、ぜひ全国大会などで発表いただき、エビデンスを積み重ねていただいた上で、全国に推奨していくか検討したいと考えている。

文科省 5歳児健診は法定健診ではなく、自治体独自の取り組みである。文科省としては、就学児健診の検査項目が適切に実施されていれば、それ

らに関連付けて個別の支援に繋げていくことは、子どもの健康問題に資するものだと考えている。

特別な支援が必要な子どもについては、保育園・幼稚園からの情報や医師の診断、保護者のご意見も踏まえて学級をどこにするのが決められることになっているので、さまざまな状況を踏まえて市町村の教育委員会において適切に判断していただきたいと思う。

日本学校保健会 5歳児健診の実施については、各医師会の先生方で地域においてぜひ進めていただきたいと思っている。発達障害の子どもを見つけるのにいくつかのオプションがあった方がよいと思う。そういった意味では5歳児健診が効果的に行われることで、発達障害が見つかった子どもにどのように対応するかが大事になってくる。就学児健診のマニュアルが改訂されたが、各教育委員会で実施されている就学児健診の発達に関する調査については、現場によっては温度差が大きいかと思っている。マニュアル改訂だけでなく、発達障害の子どもに関するツールを使った検査をやっていただきたい。大事なのは見つけた後の対応であり、その受け皿の整備も各地域でしていかなければいけない。

⑥富山県医師会 義務教育において関係性や性的同意など包括的性教育を取り入れることを検討し、多忙な教育の負担を減らしつつ発達段階に合った教材研究をするために、学校医等が性教育に関わる仕組みを作り、系統的な包括的性教育に発展させていくことを検討すべきではないか。

日医 性教育については、学習指導要領に記載していない内容であっても学校の判断で指導することができるが、いわゆる歯止め規定があり、実質的には熱心な教師や医師がいる地域のみで積極的に行われている。日医としては健康教育の推進を進めていく中で、命の大切さ、性感染症、望まない妊娠への対応なども含めて、文科省と交渉していきたいと考えている。この分野を進めていくには現場の先生方のご理解が必要となるので、今後ともご協力をお願いしたい。

文科省 性に関して正しく理解し、適切な行動がとれるようにすることは非常に重要。学校におけ

る性の指導は保健体育科や学校活動全体を通じて行うものとなっており、保護者の理解や児童生徒の発達段階に合わせて、一律に行うだけでなく、個別にも指導するとしている。令和3年度の動きとしては、文科省において関係省庁と連携し、「生命（いのち）の安全教育」という新たな教材を作成し、教員向けの指導の手引きも作成した。

また、性に関する指導の実施にあたっては、産婦人科医や助産師など専門的知見を有する外部講師の活用することも重要であることを、事務連絡を通じて教育委員会等に周知している。今後とも子どもたちの発達段階に応じた適切な指導が行われるよう取り組みを進めていきたい。

日本学校保健会 学校に話を通していかなければ、教育という形で子どもたちに与えることはできない。医師会の先生方が教育委員会と話をさせていただいて、うまく調整していただければと思う。

⑦神奈川県医師会 虐待、ネグレクト、医療的ケア児の支援問題に関して、文科省から教育委員会、校長へ医師会との繋がりを持つよう指導していただきたい。

日医 医療的ケアを含む特別教育の支援の重要性については、定期的に文科省担当者と協議を行っている。一般校でも入学がみられるようになっており、全ての現場関係者の理解が必須である。神奈川県の活動を積極的に進めていただき、課題が生じた場合は、お知らせいただきたい。

文科省 虐待やネグレクトで保護が必要な子どもへの対応について、学校はこうした子どもたちを早期に発見し、関係機関に繋ぐなどの重要な役割を担っている。地域においては、要保護児童対策協議会が対応にあたることとされており、市区町村の事務局等が児童相談所や学校、警察などを招集することになる。個々の事案ではケース会議が行われ、通常は学校が参加することが多いが、事務局がケースに応じた招集を行うため、関係する部分について主催事務局にお尋ねいただくのが良いのではないと思う。

地域の医師会と教育委員会が関係を構築するのが大切である。通常の小中学校においても医療的ケアが必要な子どもがいる状況になっているの

で、そういった場を設けていただくようにわれわれの方からも働きかけをしていきたい。自治体の実情に応じて取り組んでいただけるとありがたい。

日本学校保健会 学校関係者と医師会との情報共有の場については、これこそ学校保健会を利用していただければと思う。

⑧広島県医師会

1) 新型コロナウイルス感染症発生時に対して、出席停止、学校休業、児童生徒のマスク着用の基準の再考、教職員への対応、補償についてお伺いしたい。また、他の都道府県において、学校での新型コロナウイルス感染症患者発生や学校休業などの情報を学校医に対して、どの程度開示しているのかお伺いしたい。

2) 文科省が推進する GIGA スクール構想やコロナ禍における学習機会の確保に向け、オンライン授業の実施が全国的に進んでいるが、ICT 環境の整備状況等により、地域や学校の設立主体、家庭環境により差が出ないようにしていただきたい。

3) 現在の学校健診は生活習慣病を十分に確認できる健診ではないが、児童生徒の抱える健康課題を適切に早期発見・介入できるよう、あらためて健診項目等の見直しをぜひ進めていただきたい。また児童生徒の肥満に対する学校医の取り組み、保護者の取り組みをマニュアル化して整備してはどうか。

日医 学校では感染状況に応じた対応をするようにマニュアルで定められている。きょうだいの発熱など風邪症状に関する判断はマニュアルに準じているが、風邪症状の判断については改善を求めた。しかし、現在のマニュアルでは現行通りという回答をいただいている。各都道府県の状況については、学校保健担当理事メーリングリスト等で情報提供いただき、それを活用いただければと思う。

オンライン授業については、使用環境の整備と均等化については、文科省の検討会に参考人として出席した際にも要望したところ。

健康診断については、見直しということは法律の問題もあり一度に変えるのは難しいが検討した

い。脱衣については検査精度を高めることが最優先である。

文科省 地域の感染状況に応じた感染対策を講じながら、学校生活を継続することが重要。その上で感染拡大地域においては、同居家族に発熱等がある場合は学校における感染を避ける観点から、登校を控えるようマニュアル等で示しているところである。現時点でこのような観点を変更することは検討していない。こういった学校に行けない場合にも学びが保障されるように、ICTの活用を含めて学校でしっかり取り組んでいただくように文科省で支援を行ってきた。

学校における感染の補償や責任については、網羅的にはお答えしがたい。一般的に考えて、学校設置者等に直ちに責任が生じるというのは考え難いと思う。

学校での感染者発生に関する情報提供については、学校で感染者が発生した時点で、対応を検討する際に学校医に相談をさせていただく場面で共有されているのではないかと思います。網羅的に現時点でどういう状況かは把握していない。

マスク着用については、非常に難しい問題だと思うが、衛生管理マニュアルで示している。感染拡大の防止に鑑みたときに重要である一方で、子どもたちがマスクを着用することの大変さもあり、一律解除の基準を作るのは難しいと思う。

オンライン授業については担当課に伝えるが、端末や通信に関しては、国も補正予算を計上しながら支援している。Wi-Fi環境については、ルーターの貸し出しを行って家庭でも使えるように国が補助している。必ずしも教職員が熟達しているわけではないので、ICT支援員配置についても予算上支援をしている。引き続きしっかりと必要な支援を行っていききたいと考えている。

健診項目についても、一度決めたらこれで終わりというものではないので、ご相談・ご助言をいただきながら、必要なものを不断に考えていくというスタンスで取り組んでいきたい。脱衣については通知を出しており、検査機器を使った検査のあり方については次年度事業で取り組んでいきたいと思っている。

入退院を繰り返す身体虚弱の子どもについて

は、双方向であれば出席扱いにみなすなどの制度改正をしているので、ICTを活用しながら取り組みを進めていきたい。

⑨兵庫県医師会 てんかん重積状態治療薬としてミタゾラムの口腔粘膜投与剤「ブコラム」の学校現場での取り扱いについて日医からも文科省に要望していただきたい。

文科省 ブコラムの学校での取扱いについて、学校の教職員が薬剤を投薬することに問題がないかについては、医師法上の確認をする必要がある。てんかん座薬は、医師法17条に反しないかどうかについて、文科省から厚労省に確認し、反しないという見解を留意事項を含めて周知したという経緯があり、ブコラムについても同様のプロセスを行っていききたい。現在、製薬会社から必要な情報をいただいて、厚労省と調整を進めている。

⑩滋賀県医師会 園・学校での新型コロナウイルス抗原簡易キットの活用状況や好事例について教えていただきたい。

日医 ご提案のように、抗原簡易キット検査が実施された際の課題や問題点を共有する場はこれまでなかったように思う。前年度より本会では都道府県医師会担当理事のみではあるが、メーリングリストを立ち上げたことにより、情報共有がある程度可能になった。メーリングリストに情報提供いただければと思う。

文科省 夏休み前から2学期にかけてのタイミングで抗原簡易キットを配布した。手引きにも記載したが、学校が使うものなので、地域の医療体制、学校医との連携がとれたところで実施していただくことを念頭に置いている。9月以降は感染者数が減っている状況であり、このキットを頻回に使うという状況にはなかったと思う。いくつかの自治体で教職員に使っているという情報は聞いているが、文科省で全国的にどれくらい使用されたかというデータは現在とっていない。

⑪岩手県医師会 感染症予防策や熱などの各症状に対する基本的な対処法、深呼吸、眼球運動等の健康法について学校教育に取り入れてはいかかが。

文科省 感染症と予防については、保健体育の内容として指導している。今回の新型コロナとその予防についても文科省において指導資料を作成しており、学校等に対して提供・周知しているところである。個別の健康法等については、なかなか学校で網羅的に扱うのは難しいのではないと思う。一般論で申し上げると、こういった教育内容を入れていくかは中央教育審議会で議論していただいて決まってくるものだと考えている。貴重なご意見として承りたい。

障害のある子どもについては、個別に支援計画を作って、リハビリと併せて、こういったことも自立活動という教科の中で取り扱っている。

日本学校保健会 小中高と感染症予防という単元で学習指導要領に盛り込まれている。逆に言うと、盛り込まれているからこそ教科書に掲載されており、その結果として子どもたちは手洗いやマスク、黙食などの状況に耐えてくれている。感染症の予防についてはすでに指導要領にあるので、それをどのような形で発展して教えていくかは個々の学校や地域の状況に応じて対応いただければと思う。

⑫北海道医師会 ヒトパピローマウイルス(以下、「HPV」)ワクチンの接種拡大に向けて、文科省からも HPV ワクチン接種勧奨通知を発出していただき、教職員が施主に関する正しい知識を児童生徒に積極的に啓発実践できるようになることを要望する。

日医 HPV ワクチンの接種は重要な問題。文科省に協力をお願いしたいと思っている。

文科省 感染症予防のためにワクチンが重要であることは、学校でも説明をしているところである。接種推奨と知識啓発の2点について質問いただいていると思うが、ワクチンの接種勧奨については、予防接種法の規定により市町村長及び知事が行うこととされているので法令に則って市町村等で行われるものと思う。その一方で、がんやその予防としてのワクチン接種について、正しく理解することは大切だと考えており、がん教育の教材において、ウイルス感染が原因となるがんにはワクチン接種により予防できるものがあること、

HPV の接種を日本では提供しており、将来の子宮頸がんを予防する効果があることを教材に記載している。国としても周知をしながら学校現場で正しい知識が身につくように推進していきたい。

日本学校保健会 HPV ワクチンの啓発については、文科省作成のがん教育のためのスライドで肝炎ウイルス等と併せて HPV の話題も出ており、がん教育の一環として進めていただきたい。

5. 総括

日本医師会副会長 今村 聡

児童生徒をとりまくさまざまな課題がある中で、感染対策に伴う子どもたちへの新たな心身への影響が起こっている。今後、医療界と教育界の緊密な連携がますます重要になっていることから、都道府県医師会と日本医師会でしっかりと情報共有を図るためにこの会を開催させていただいた。

国はこども政策に関して担当大臣をおいて、子ども庁(現:こども家庭庁)創設に向けて議論が進んでいる。12月2日には子ども政策の新たな推進体制に関する基本方針の原案が示された。その中で子ども庁と文科省が密接に連携して子どもの健やかな成長を支援する、とある。学校保健分野がどの程度子ども庁で取り扱われるかは分からないが、本会としては注視していきたい。

各都道府県医師会から12の質問をいただいたが、学校保健のテーマでこれだけの質問があったことに改めて関心の高さが窺えるとともに、現場で感じていることを文科省に示せたことは有意義なことであったと思う。今後も情報提供の場を設けていきたい。

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

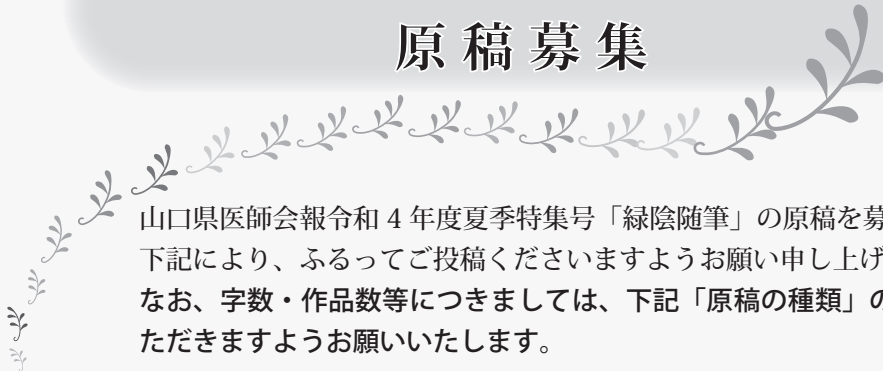
〒755-8566 宇部市南小串2丁目3-1(山口大学医学部横)

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。

夏季特集号「緑陰随筆」
原稿募集



山口県医師会報令和 4 年度夏季特集号「緑陰随筆」の原稿を募集します。
下記により、ふるってご投稿くださいますようお願い申し上げます。
なお、字数・作品数等につきましては、下記「原稿の種類」の項にてご確認ください
いただきますようお願いいたします。

原稿の種類	①随筆、紀行（一編 5,000 字以内を目安に、お一人 1 作品まで（写真は 3 枚以内） ②短歌・川柳・俳句（お一人 3 句まで） ③絵（3 枚以内、コメントもお願いいたします。） ④写真（3 枚以内、コメントもお願いいたします。）		
提出・締切	できるかぎり下記作成方法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 23 日
	②手書き原稿	郵送	6 月 16 日
原稿送付先	〒 753-0814 山口市吉敷下東三丁目 1 番 1 号 山口県総合保健会館内 山口県医師会事務局総務課内 会報編集係 E-mail : kaihou@yamaguchi.med.or.jp		
備考	①未発表の原稿に限ります。 ②写真や画像の使用については、必ず著作権や版權等にご注意ください。 ☆第三者が著作権や版權等の権利を有している写真や画像は掲載できません。 ③ペンネームで投稿される方につきましては、会員の方から本会に問い合わせがあった場合には、氏名を公表させていただきますことをご了承願います。 ④投稿された方には掲載号を 3 部謹呈します。 ⑤医師会報は本会ホームページにも PDF 版として掲載いたします。 ⑥レイアウト（ページ、写真の位置等）につきましては、編集の都合上、ご希望に沿えない場合があります。 ⑦原稿の採否は、広報委員会に一任させていただきます。		

令和 3 年度 都道府県医師会小児在宅ケア担当理事連絡協議会

と き 令和 4 年 3 月 30 日（水）14：00～16：40

ところ 日本医師会（オンライン開催）

〔報告：常任理事 前川 恭子〕

令和 3 年（2021 年）6 月、「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」が公布、同年 9 月に施行された（図 1）。医療的ケア児への自治体の支援は、児童福祉法改正により「努力義務」となり、本法では「責務」となった。中川日医会長は、今後、相談支援事業や、保育・教育の場での医療的ケア児の受け入れが一層進むであろうと述べられ、会が始まった。

1. 医療的ケア児支援法について

(1) 医療的ケア児支援センター等について

厚生労働省障害福祉部障害福祉課

障害児・発達障害者支援室長 河村のり子

○医療的ケア児の現状

医療的ケア児は、痰の吸引や経管栄養等の医療的ケアが日常的に必要な児である。その数はこの 10 年で約 2 倍に増加している。通所サービスの利用で保護者の負担軽減を図りたくとも、ケアの内容が報酬に反映されず、医療的ケア児を受け入れる事業所は多くはなかった。また、NICU 退院直後の児の状態評価が、従来の調査項目だけでは難しく、支援ニーズがあるにもかかわらず、支給決定が先延ばしとなっていた。

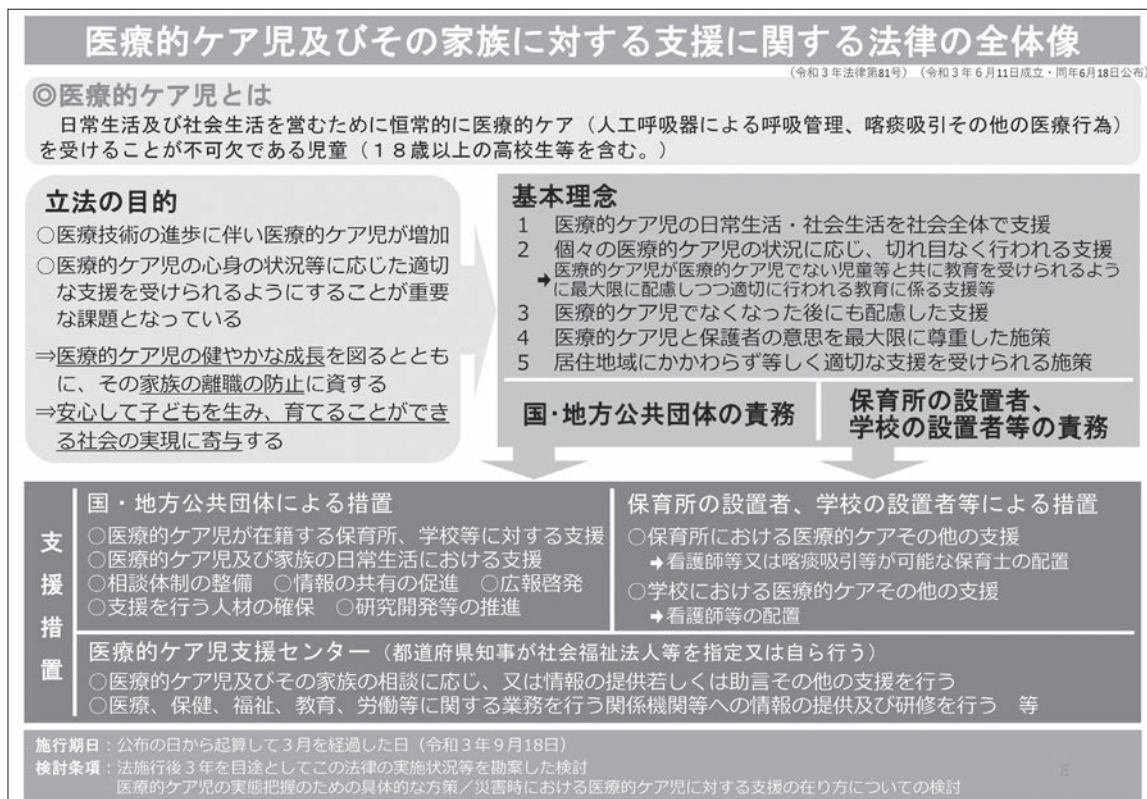


図 1

○医療的ケア新判定スコア（図2）

直接の医療的ケアや見守りの負担をスコア化し、今まで評価されなかった、動ける医療的ケア児へのケアもカウントできるようにした。NICU退院直後の調査に新判定スコアも活用できることを事務連絡として通知したが、自治体によっては支給決定事務において十分利用されていないことも明らかとなった。また、本来は必要でない療育手帳等の支給が、現場では先行要件として示されることもあった。これから通知の改正を行い、医療的新判定スコアの活用を周知する予定である。

○医療的ケア児支援センター（図3）

医療的ケア児支援センターを各都道府県に設置するよう促し、医療的ケア児やその家族からの相談に総合的に対応できるようにする。令和3年度は20都道府県に26センターが設置され、令和4年度には39都道府県に開設される予定である。

令和3年度の補正予算では支援センターの備品購入費等を、令和4年度予算では、支援センターへの配置コーディネーター等件費補助を増額している。

○コーディネーター配置等に関する調査研究

令和3年(2021年)9月に、都道府県・市区町村・各自治体配置の医療的ケア児等コーディネーター対象にアンケートを行った。都道府県の回答を主に示す。

医療的ケア児を受け入れる診療所、障害児通所支援事業所、短期入所事業所は地域資源として期待されるが、地域偏在や施設数の不足がみられた。医療的ケア児の数の把握は、管内市区町村への照会による方法が最も多く、医療機関や医療機関を通じたケア児家族への調査も行われていた。

医療的ケア児支援センターには、情報提供、連携、研修開催等が望まれており、同様の機能を既に有する組織・機関として、本庁を挙げる都道府県が4割を超えた。次いで、医療機関も4割近くあり、退院支援や相談対応を医療機関に依然頼っていることが明らかとなった。

医療的ケア児の災害対策の課題としては、協議の場や関係部門の連携の中で検討を要するという回答が多くあった。7～8割の都道府県で医療機関や医師会が協議の場に参加していた。

医療的ケア及び医療的ケアスコアについて									
医療的ケア(診療の補助行為)	基本スコア		見守りスコア	見守りスコアの基準(目安)					
	日中	夜間		高	中	低	見守り高の場合	見守り中の場合	見守り低の場合(0点)
1 人工呼吸器(鼻マスク式補助換気法、ハイフローセラピー、間歇的陽圧吸入法、排痰補助装置、高頻度胸壁振動装置を含む)の管理 注)人工呼吸器及び括弧内の装置等のうち、いずれか一つに該当する場合にカウントする。	☐	☐	10点	☐	☐	☐	自発呼吸がない等のために人工呼吸器抜去等の人工呼吸器トラブルに対して直ちに対応する必要がある場合(2点)	直ちにはないがおおむね15分以内に対応する必要がある場合(1点)	それ以外の場合
2 気管切開の管理 注)人工呼吸器と気管切開の両方を持つ場合は、気管切開の見守りスコアを加点しない。(人工呼吸器10点+人工呼吸器見守り0点+気管切開8点)	☐	☐	8点	☐	☐	☐	自発呼吸がほとんどない等ために気管切開カニューレ抜去に対して直ちに対応する必要がある場合(2点)		それ以外の場合
3 鼻咽頭エアウェイの管理	☐	☐	5点	☐	☐	☐	上気道狭窄が著明なためにエアウェイ抜去に対して直ちに対応する必要がある場合(1点)		それ以外の場合
4 酸素療法	☐	☐	8点	☐	☐	☐	酸素投与中止にて短時間のうちに健康及び患者の生命に対して悪影響がもたらされる場合(1点)		それ以外の場合
5 吸引(口鼻腔・気管内吸引)	☐	☐	8点	☐	☐	☐	自発運動等により吸引の実施が困難な場合(1点)		それ以外の場合
6 ネブライザーの管理	☐	☐	3点	☐	☐	☐			
7 経管栄養 (1) 経鼻胃管、胃瘻、経鼻腸管、経胃腸腸管、腸瘻、食道瘻 (2) 持続経管注入ポンプ使用	☐	☐	8点 3点	☐	☐	☐	自発運動等により栄養管を抜去する/損傷させる可能性がある場合(2点) 自発運動等により注入ポンプを倒す可能性がある場合(1点)		それ以外の場合 それ以外の場合
8 中心静脈カテーテルの管理(中心静脈栄養、肺高血圧症治療薬、麻薬など)	☐	☐	8点	☐	☐	☐	自発運動等により中心静脈カテーテルを抜去する可能性がある場合(2点)		それ以外の場合
9 皮下注射 注)いずれか一つを選択 (1) 皮下注射(インスリン、麻薬など) (2) 持続皮下注射ポンプ使用	☐	☐	5点 3点	☐	☐	☐	自発運動等により皮下注射を安全に実施できない場合(1点) 自発運動等により持続皮下注射ポンプを抜去する可能性がある場合(1点)		それ以外の場合 それ以外の場合
10 血糖測定(持続血糖測定器による血糖測定を含む) 注)インスリン持続皮下注射ポンプと持続血糖測定器とが連動している場合は、血糖測定の項目を加点しない。	☐	☐	3点	☐	☐	☐	血糖測定とその後の対応が頻回に必要な可能性がある場合(1点)		それ以外の場合
11 継続的な透析(血液透析、腹膜透析を含む)	☐	☐	8点	☐	☐	☐	自発運動等により透析カテーテルを抜去する可能性がある場合(2点)		それ以外の場合
12 導尿 注)いずれか一つを選択 (1) 利用時間中の間欠的導尿 (2) 持続的導尿(尿道留置カテーテル、膀胱瘻、腎瘻、尿路ストーマ)	☐	☐	5点 3点	☐	☐	☐	自発運動等により持続的導尿カテーテルを抜去する可能性がある場合(1点)		それ以外の場合
13 排便管理 注)いずれか一つを選択 (1) 消化管ストーマ (2) 摘便、洗腸 (3) 洗腸	☐	☐	5点 5点 3点	☐	☐	☐	自発運動等により消化管ストーマを抜去する可能性がある場合(1点)		それ以外の場合
14 痙攣時の座薬挿入、吸引、酸素投与、迷走神経刺激装置の作動等の処置 注)医師から発作時の対応として上記処置の指示があり、過去概ね1年以内に発作の既往がある場合	☐	☐	3点	☐	☐	☐	痙攣が10分以上重積する可能性や短時間のうちに何度も繰り返す可能性が高い場合(2点)		それ以外の場合
14項目の基本スコアと見守りスコアの合計が医療的ケアスコアとなる。									4

図2



図3

（2）学校における医療的ケアの充実について

文部科学省初等中等教育局特別支援教育課

課長補佐 右田 周平

約2万人といわれる国内の医療的ケア児の約半数が、特別支援学校、幼稚園、小・中・高等学校に在籍する。医療的ケア児支援法では学校設置者等の責務が示され、学校教育法施行規則の改正により、看護職員や他支援員の位置づけが明確化された。当該職員の配置を経費措置とし、今後、さらなる配置を促していく。

特別支援学校においては、教育委員会が医療的ケアに知見のある医師に指導・助言業務を委嘱する。この費用は自主財源であったが、令和3年度より普通交付税措置対象とした。

自治体等の医療的ケア看護職員配置に、年間300人ずつの経費補助増員を国は行ってきた。令和4年度は倍の600人増とし、対象を3,000人と支援を拡充する。加えて、支援体制整備を推進するため2つの事業を委託とした。一つは、拠点校又は教育委員会に看護師を重点配置し、地域の学校に派遣する体制をモデルとし、これを評価した上、全国普及を検討する。もう一つの事業では、教育委員会の実施する看護師等対象の研修

で、研修の組み立てでの注意点等を検証し、効果的な研修方法を推進する。

（3）保育所等における医療的ケア児への支援について

厚生労働省子ども家庭局保育課

課長補佐 西浦 啓子

保育所等に通う医療的ケア児は年々増加しており、令和2年度には645人のケア児が526施設で受け入れられている。学校と同じく、保育所の設置者にも医療的ケア児支援の責務があることが、医療的ケア児支援法の第6条に明記された。第9条には看護師等の配置についても記載されている。

予算的にも保育の場への支援が拡充され、複数ケア児を受け入れる施設に看護師が複数配置される場合、基本分単価に加算される。研修受講支援やガイドライン策定への補助も継続となる。要件を満たす整備計画を策定する自治体には、国の補助率が1/2から2/3にかさ上げされる。

新たに受け入れる児に合わせ、施設改修や備品購入を要する場合も、過去の補助に追加されるようになった。保護者の負担である児の送迎も、市

町村の事業として補助対象となる。

現場のノウハウの共有を目的に、「保育所等での医療的ケア児の支援に関するガイドライン」を策定した。これは、平成30年度に策定したガイドラインを前身とするが、令和2年度に行った「保育所での医療的ケア児の受け入れ方策等に関する調査研究」から課題を洗い出し、具体的な対応方法（児の受け入れの際に確認する事項、急変時の連携、ヒヤリ・ハットの蓄積、スキルアップ研修等）も盛り込んだものである。

2. 大阪府豊中市の取り組みについて

豊中市教育委員会事務局

児童生徒課支援教育係主査 佐々木まや

(1) 豊中市の障害児教育基本方針

大阪府豊中市では、約40年前の昭和53年（1978年）から、全ての子どもが学びの場を共有することを目標としている。医療的ケア児は支援対象の一部分である（一部分でしかない）と認識している。平成15年（2003年）には、国に先んじて看護師を学校に配置、令和3年（2021年）から市立豊中病院と連携している。豊中市教育委員会と協定を締結し、市立豊中病院小児科主任医師が、医療的ケア児の指示書を発行する。

他の児と同じく、医療的ケア児についても教員が教育目標を立て、保護者や指示医と相談しながら学校看護師が助言や支援を行う。ケア児は「ケアを受ける人」ではなく、ケアを必要としながら「学ぶ」主体であり、ケア児の自立を目指す。

(2) 市立豊中病院との連携

医療的ケア児の保護者から就学相談が教育委員会にあった場合、医療的ケア依頼書が提出され、医療的ケア児支援会議を実施する。就学決定となれば、児のかかりつけ医から市立豊中病院に診療情報提供書が発行され、児と保護者は同院小児科を受診する。その上で、学習における指導として「学校における医療的ケアの指示書」が作成・発行される。宿泊旅行のような特別な行事に参加する場合も別に指示書の発行を求める。通常外来の中での診療となり、指示医には負担と思われるが、診察時に医療用デバイスの使用方法も確認でき、

ありがたい機会となっている。令和3年度は13名の児の指示を受けた。

指示を受ける目的は、学校で安全な教育活動を行うことである。体調の安定が前提であり、学校生活で必要な医療行為に関連し、俯瞰的・客観的な指標についての助言を求めている。

(3) 学習例

定時の吸引を要するレスピレーター児も、旅行、運動会、水泳授業に参加する。中学校の宿泊行事等で、他地域では保護者の同行を求められるが、豊中市では基本的に保護者は児に同行しない。琵琶湖で遊覧船に乗り、酸素ボンベを一時的に離してキャンプファイヤーに参加する。朝のラジオ体操では、屋外でマットを敷き、その上で行う。新型コロナの影響で、去年は真冬の宿泊旅行となったが、バギーをレンタルし、雪の上に段ボールを敷き、スリッパさせないように移動し、ゴンドラにも乗った。看護師が大変心痛したが、教員と相談しながら必要物品を準備し実現した。

3. 令和4年度診療報酬改定について (医療的ケア児関係)

日本医師会常任理事 松本 吉郎

医療的ケア児に関連し、令和4年度の診療報酬については、以下の見直しが行われた。

(1) 小児慢性特定疾病やアレルギー疾患を有する児童等に関わる関係機関の連携

診療情報提供料（I）の情報提供先に児童相談所や保育所・高等学校等が追加され、対象患者には、児童福祉法に規定する障害児に、小児慢性特定疾病支援及びアレルギー疾患（アナフィラキシー既往若しくは食物アレルギー）を有する患者が追加された。規定の対象以外に情報提供を行う場合は、無料もしくは全額自己負担となる。

(2) 小児に対する在宅医療の評価の見直し

○緊急往診加算の見直し

緊急往診で加算対象となる予想疾患は、急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等であったが、小児への在宅医療を適切に評価するため、15歳未満の小児については、低体温、けいれん、意識障

害、急性呼吸不全等が追加された。

○在宅がん医療総合診療料小児加算

在宅で療養している末期の悪性腫瘍患者で、15 歳未満の小児について週 1 回算定できる。非悪性腫瘍病態には適用されない。

(3) 小児入院医療管理料の評価

医療的ケア児に対しては専門的な薬学管理が必要となる。小児入院医療管理料を算定する病棟から退院する際の服薬指導及び薬局への情報提供に対し、退院時薬剤情報管理指導連携加算が新設された。

(4) 情報通信機器を用いたカンファレンス等に関わる要件の見直し

入退院支援や在宅患者訪問看護指導に関連するカンファレンス等において、ICT 活用の制限が緩和された。

4. 小児在宅ケア検討委員会答申について

埼玉医科大学総合医療センター

名誉教授 田村 正徳

令和 2 年、中川日医会長から「医療的ケア児のライフステージに応じた適切な医療・福祉サービスの提供について」受けた諮問に対し、小児在宅ケア検討委員会を 7 回開催し、審議結果を取りまとめた。

A. 家族への支援

○背景

人工呼吸器を必要とする児童数は年々増加し、令和 2 年（2020 年）には 5,000 人を超えた。医療的ケア児の 1/3 は動くことができ、人工呼吸器を自分の手で外すこともできる。動ける医療的ケア児をケアする家族は、呼吸器が外れる度に装着しなおし、継続した睡眠はわずか 2 時間 30 分と報告される。

今までの障害福祉サービスは、医療的ケア児の 6 割近くを占める重症心身障害児を対象としたものであった。動ける医療的ケア児の家族負担が大きくとも、使えるサービスが少なかった。

令和 3 年（2021 年）の医療的ケア新判定スコ

ア導入により、動ける医療的ケア児のケア負担が報酬として評価され、サービスを利用しやすくなると期待された。実際は、改定の内容が市町村で浸透しておらず、必要な居宅介護サービスの支給が必要なタイミングで認定されていない。

○提言

市町村レベルで医療的ケア新判定スコアが活用されるよう、医師会員に周知いただきたい。また、医療的ケア児の訪問診療時に、きょうだい児の予防接種や健診も行うことができ、家族負担を軽減できるよう自治体に働きかけていただきたい。

B. 相談支援の課題と対応

○背景

医療的ケア児への相談支援事業は、成長に合わせ柔軟に対応するためモニタリングポイントが他の事業よりも多い。採算性が悪いため、他の事業と兼務されることが多く、事業者が作成する支援計画は充分ではない。セルフプランの割合が非常に高い。

災害に関して、医療的ケア児は避難行動要支援者に含まれ、個別避難計画を作成することが市町村の努力義務となっている。避難時要支援者名簿に医療的ケア児は掲載されるべきであるが、現場がそれを熟知していないことがある。

○提言

全国の都道府県医師会において、相談支援専門員の資質向上を目的とした研修会を実施していただきたい。そして、レベルの高い医療的知識を持った相談支援専門員を、医療的ケア児支援センターの相談窓口担当となるよう働きかけていただきたい。

診療に関わる医師会員は、避難行動要支援者である医療的ケア児の個別避難計画が作成され、児の状態に適した福祉避難所が割り当てられるよう働きかけていただきたい。

C. 「協議の場」への医師会の参画

○提言

都道府県に設置される「医療的ケア児（者）支援のための保健、医療、福祉、教育の連携のための協議の場」に、医療的ケア児支援センター及び

医師会が積極的に参画していただきたい。

D. 新型コロナウイルス感染症に関わる課題・要望

○課題

医療的ケア児の主介護者が新型コロナウイルスに感染・発症すると、在宅ケアの継続が困難となる。児が感染し入院が必要となった場合は、PPE装着した上で高いケア度を維持することが求められ、入院施設の大きな負担となる。

コロナワクチン接種についても、児から離れられない介護者やきょうだい児も含め、訪問での接種を検討する必要がある。

○提言

介護者が入院を要する場合は、その受け入れと共に、児の受け入れも検討いただきたい。また、新型コロナウイルス感染にかかわらず、地域全体で児を見守る体制を作っていただきたい。

E. 小児在宅における ICT 及び Web の活用

○好事例

秋田県では、ICT 連携ツール「キッズ・ナラティブブック秋田」により、生活状況だけでなく、児や家族の想いや意志も共有するようにしている。愛知県では電子連絡帳「このはネット」で児の情報共有を行っている。

○提言

全国で運用できる医療的ケア児支援センターのオンラインシステム構築を働きかけていただきたい。

F. 保育所、学校等における医療的ケアの実施

○保育所での背景

保育所に通う医療的ケア児は増えているが、看護師を充分確保できず、事故発生時の対応も課題となり、受け入れ側の負担が大きい。

○学校での背景

高度な医療的ケアを必要とする児、特に人工呼吸器装着児のほぼ全例に、通学や授業で保護者等の付き添いが求められている。医療的ケア児支援法施行前は、ケアに対応する体制が整っていないことを理由に、入学を断られることもあった。

○提言

医療的ケアに知見のある医師が、保育所や教育委員会による医療的ケアに係るガイドライン策定に参加いただきたい。また、園医・学校医に対する研修会を企画し、保育所や学校の相談に協力できる体制を構築していただきたい。

G. 移行期医療に関する課題と対応

○提言

全ての都道府県に移行期医療支援センターが設置されるよう働きかけていただきたい。

H. チャイルド・デス・レビューからみえる問題、対応策の啓発

○背景

チャイルド・デス・レビューは、子どもの死亡について検証し、効果的な予防策を導き出すことを目的とする。愛知県医師会救急委員会のチャイルド・デス・レビューでは、小児の在宅医療中での死亡例が多く、その1/4は予測可能又は予防可能と報告されている。

○提言

成育基本法でもチャイルド・デス・レビューが国策として行われることとなった。全国で網羅的な分析を行い、医療的ケア児の安全管理ポイントを明らかにすることを提言する。

I. こども家庭庁と医療的ケア児支援法

○提言

こども家庭庁が医療的ケア児支援を担当する場合、医療的ケア児支援センターの役割が重要となる。都道府県医師会、郡市区医師会が支援センターと連携・協力し、児の主治医と医療的ケア児支援センターの橋渡しとなっていただきたい。

5. その他

国立成育医療研究センターの中村知夫 先生より、診療の参考として「重症児・医療的ケア児を診療する医師としての指針」、実際の受け入れに関するレポートとして「医療的ケア児に対する訪問診療の経験のある医師への受け入れ実態」が、資料とともに情報提供された。

令和3年度日本医師会医療情報システム協議会

メインテーマ

「新しい時代の医療 ICT－ウィズコロナを生き抜く」

と き 令和4年2月19日（土）14：00～18：30

20日（日） 9：00～15：30

ところ Web 開催

〔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。今回は埼玉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、昨年度に引き続き Web 開催となった。

1日目（2月19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、2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、治療及びワクチン接種等に対応していただき、深く感謝申し上げます。

現在の主流であるオミクロン株は、感染力が極めて高く、新規感染者数は瞬く間に第5波を上回った。国内の多くの地域で新型インフル特措法による措置が適用されており、地域医療を懸命に守っていただいている先生方の疲労もピークに達しておられると思う。このような状況のため、昨年度に引き続き、今年度の協議会は 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員も多くおられるので、大変残念ではあるが、多くの参加申し込みをいただいた。心より御礼申し上げます。

今年度の協議会のメインテーマは、担当県として労をお取りいただいた埼玉県医師会よりご提案された「新しい時代の医療 ICT－ウィズコロナを生き抜く」とさせていただいた。

1日目最初の「日本医師会が目指す医療 ICT」セッションでは、「医療 ICT 化を真に国民と医療

現場の役に立つものにする」という日医の基本姿勢の実現に向けた取り組みを報告する。次のセッションでは、昨年9月に発足したデジタル庁の牧島かれん デジタル大臣から「国が目指す医療 ICT」についてご報告いただく。そして、ワクチン接種システムなどの構築に初期の段階から携わった自見はなこ 参議院議員には、立法府の立場から ICT を利用した新型コロナウイルス感染症対策について報告いただき、その後、2つのセッション合同で総合討論を行う。次の「医療 ICT のサイバーセキュリティ」セッションでは、昨今社会的な問題となっている医療機関へのサイバー攻撃への対応など、実践的な事例を交えた報告をいただく。

2日目の「地域医療情報連携ネットワーク」セッションでは、各地で取り組まれている地域医療連携ネットワークが、コロナ渦でどのように役に立っているかを重点的に報告いただく。次の「新しい時代の診療形態」セッションでは、コロナ禍における有益な事例の報告をいただきつつ、現場で真に求められるオンライン診療とはどのようなものか議論いただきたいと考えている。最終セッション「医療 DX を進めるための先進 ICT 技術」では、最新の ICT を活用した医療の現状や実例をご報告いただく。これらの技術は、ウィズコロナ時代の医療に必要な不可欠なツールとなっていくと思われる。

今年度の協議会は、多くの先生方が参考にしていただける多彩なプログラムを用意した。この協議会が、先生方にとって有意義なものとなることを祈念している。

I. 日本医師会が目指す医療 ICT セッション

日本医師会が目指す医療 ICT

日本医師会常任理事 長島 公之

日医は、「日医 IT 化宣言 2016」を公表している。この中で今後の日医の医療分野の IT 化における取り組みの指針として、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ること、医療の質の向上と安全の確保を IT で支えること、国民皆保険や地域医療連携・多職種連携を IT で支えること、電子化された医療情報を電子認証技術で守ることを掲げている。医療分野の ICT 化は、国民・患者に、より安全で質の高い医療を提供すること、医療現場の負担を減らすことを目的に、医療現場の状況をよく確認しながら、有効性と安全性を確保したうえで、利便性、効率性の実現を目指すべきである。また、国民・医療者を誰一人取り残さないことが大切で、そのためには IT を使いやすくし、使えない人をサポートする必要がある。また、IT リテラシー向上に力を入れる必要がある。特に重要なのは、基盤整備、標準化、セキュリティ対策、業務・費用負担軽減である。これらの観点を踏まえ、現在進行しているさまざまな ICT 化について、日医の考えを述べる。

1) オンライン資格確認

令和3年10月から本格化した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。すでに薬剤情報・特定健診等情報の閲覧ができるようになっており、特に重要なのが災害時の特別措置として、マイナンバーカードによる本人確認ができなくても、薬剤情報・特定健診等情報の閲覧ができることである。マイナンバーカードの保険証利用については、被保険者資格の即時確認によるレセプト返戻の減少や薬剤情報・特定健診等情報の閲覧という導入のメリットがある。一方、資格確認端末や機器の導入（一部費用負担）、資格確認による窓口業務の増加などのデメリットがあり、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。今後、本ネットワークを利用した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可能となることを日医

は期待し、協力を行っている。

顔認証付きカードリーダー申込は全国で56.7%の施設から申込があり、11.2%の施設で運用を開始している。日医はオンライン資格確認の導入に関する相談専用フォームを設置した (<https://www.med.or.jp/japanese/members/info/jirei.html>) ので、情報をお寄せいただきたい。また、オンライン資格確認に対応していない医療機関用掲示ポスターの例もつくっている。

オンライン資格確認の導入にはさまざまな課題があるため、日医、日本歯科医師会、日本薬剤師会により「オンライン資格確認推進協議会」を設置した。協議会では、好事例の共有、システム事業者からのヒアリング、合同説明会の開催などに取り組むとしている。令和4年度診療報酬改定では、「電子的保健医療情報活用加算」が新設された。日医の要望が反映されたと考えている。

2) 電子処方箋

電子処方箋とは、オンライン資格確認を拡張し、現在紙で行われている処方箋の運用を、電子で実施する仕組みである。電子処方箋の導入により情報が共有できるようになる。安心・安全で、質の高い医療のために活用すべきであるが、課題として、費用負担や業務負担はできるだけ少なくする必要があり、医療機関と調剤薬局の連携が必要で、混乱が生じないようにしなければならない。また、電子カルテ等業者・業界の対応について、国から働き掛けをお願いしたいと思っており、準備期間の短さから、医療現場の混乱を避ける必要がある。患者の理解のために、国から丁寧な周知も必要である。日医としては、課題解決に積極的に協力し、医療現場の負担や混乱が生じない対応を国に求めるとともに、日医も行っていく。

3) 電子カルテの標準化

電子カルテシステム等の普及状況は、400床以上の病院で85.4%、200床未満で37.0%、一般診療所では41.6%となっている（平成29年）。電子カルテの標準化は、日医が目指す医療の ICT 化の基盤となるものであり、大いに推進すべきだが、標準化の内容・環境整備が重要になる。

現状の電子カルテは、個々の医療機関の“オーダーメイド”で開発・普及が進んできたことが最

大の問題で、転勤やコロナ対応での応援の時に使にくいなど、困ったことが起こっている。このため、操作方法やデータ規格、内容の標準化が重要となる。電子カルテの標準化に併せて、全国的な医療ネットワークの整備、名寄せのためのID整備、サイバーセキュリティ対策、国民・患者の意識改革が必要である。

4) 地域医療情報連携ネットワーク整備

電子カルテ情報等の標準化については、現行の地域医療情報連携ネットワークの現状を整理し、標準化した交換方式を実装した電子カルテを導入するための方策が検討されている。医療情報ネットワークの基盤に関するワーキンググループが設置され、医療情報ネットワークの基盤のあり方及び技術的要件について、令和4年度までに調査検討し、関係審議会に報告等を行いつつ、結論を得ることとなっている。

日医総研では、ICTを利用した全国地域医療情報連携ネットワーク（以下、「地連NW」）に関する調査を2012年度から継続的に実施している。今回は、2019年度及び2020年度に調査・公表を行った。「複数県にまたがるもしくは全県域」を対象とした地連NWの有無、「二次医療圏での連携」がある地連NWについて都道府県別にみると、複数県にまたがるもしくは全県域をカバーしている地連NWは、人口の多い都道府県で存在しないことが確認された。また、実施目的の達成度合いの満足度について、「満足している」「やや満足している」は45.1%、「どちらとも言えない」は33.8%、「やや満足していない」「満足していない」は21.0%であった。安全管理についての対応は、「ウイルスソフトを最新バージョンに保つ」など事前に情報漏えいを防止する対策に重点が置かれていた。一方、情報漏えいが起こった場合に何らかの対策が取られている地域は半数以下であった。地域医療介護総合確保基金が原則、運用費に使用できないことについて、「困っている」は31.0%、「困っていない」は22.4%、「どちらともいえない」は46.6%で、3割以上の地域で困っているという回答だった。将来、システム更改時の費用負担が「未定」の割合は、調査当初の2014年度は47.0%だったが、2019年度には

71.0%となっており、多くの地連NWで更改時の費用負担について不安を抱えている。新型コロナウイルス感染症による地連NW使用状況について、「非対面での利用が可能のため積極的に利用した地域」と「対面で医療機関等への訪問や設定等を行うのが困難なため増加しない地域」の二極化が認められた。また、新型コロナウイルス感染症蔓延下において地連NWが役立つ利用方法の有無について、約7割の地域が「非常にあると思う」「あると思う」と回答した。

日医は、全国ネットワークを整備し、実現に活用すべきであり、現在活動中の地域医療情報連携ネットワークに、混乱や不利益が生じないようにすべきで、各地域の業務・費用負担の軽減につなげるべきと考える。

5) オンライン診療

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、適切にオンライン診療で補完するものである」と日医は考える。各都道府県医師会に対し、オンライン診療に関するアンケート調査を行ったところ、オンライン診療に関する日医の基本的な考え方について、94%の医師会から「これでよい」との回答をいただいた。医療機関へのアクセスが制限される解決困難な要因については、「離島・へき地など地理的アクセスが制限されている場合」や「難病等診療可能な医療機関が限られている疾病に対する場合」、「感染症の流行などで国や自治体から外出の自粛が要請されている場合」などの回答が多かった。患者本人の都合によりオンライン診療を希望される場合、オンライン診療を行ってもよいと考えられるものをお伺いしたところ、「解決困難な要因以外の患者都合で行うべきではない」という回答が最も多かった。日医は初診からオンライン診療を行う場合に、医師、患者相互に医師の資格確認、患者の本人確認を厳密に行う必要があると考えている。ガイドラインでは、医師はHPKIカード（医師資格証）や医師免許証、患者は保険証やマイナンバーカード、運転免許証等の提示が挙げられているが、この考え方についてお伺いしたところ、「これでよい」の他に、「画面上の提示だけでなく、システム上で

電子的な確認を行うべき」という回答が多かった。

オンライン診療の適切な実施に関する指針にて、初診からのオンライン診療は、原則「かかりつけの医師」が行うとなっている。この指針の中では「かかりつけの医師」とは、直接の対面診療を重ねている等、患者と直接的な関係が既に存在する医師を言う。そして、例外的に「かかりつけの医師」以外の医師が行う場合は、「医学的な情報が提供され、医師・患者が可能と判断し合意が得られた場合」や、さらなる例外として、「健康な勤労世代等かかりつけ医をもたない方にかかりつけ医をもってもらうために、診療に先立ち『診療前相談』を行い、そこで、オンライン診療が可能と判断し、合意した場合」にもできることとされた。この「診療前相談」とは、医師・患者間で映像を用いたリアルタイムのやり取りを指している。また、相談で得た情報は診療録に記載することとされている他、「診療前相談」は診療行為ではないと整理されている。なお、その際にはオンライン診療ができない場合があることや費用等をあらかじめ患者に十分周知するように要請されている。初診から診療できる症状については、日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に関する提言」の症状の個所を踏まえて、医師が判断することになった。初診から処方できる医薬品は、前記の提言を参考に医師が判断する。

令和4年度の診療報酬改定では、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の見直し、新型コロナウイルス感染症に係る特例的な措置における実態も踏まえ、情報通信機器を用いた初診・再診の評価を新設するとともに、オンライン診療料は廃止された。情報通信機器を用いた場合の初診料は251点、再診料は73点である。算定要件には、原則として、保険医療機関に所属する保険医が保険医療機関内で実施すること、患者の急変時等の緊急時には、原則として、当該保険医療機関が必要な対応を行うことなどが定められている。

6) 医療情報の安全管理ガイドライン改定

医療情報システムの安全管理に関するガイドラインは、e-文書法、個人情報保護等への対応を行うための情報セキュリティ管理のガイドラインとして、平成17年3月に第1版が策定されて以

降、各種制度の動向や情報システム技術の進展等に対応して改定されてきた。今般、第5.1版に改定され、令和3年1月29日に公表された。主な改正のポイントは、クラウドサービスへの対応、認証・パスワードの対応、サイバー攻撃等による対応、外部保存受託事業者の選定基準対応の4つである。

7) PHRの動き

マイナポータルを通じて、健診、薬剤、予防接種などが閲覧可能になり、デジタル技術(IoT、ウェアラブル端末)の進歩によって、これまでは医療機関内の情報しか把握できなかったが、医療機関外における24時間365日のデータが把握でき、自分の医療健康情報の把握・活用、かかりつけ医とデータ共有可能となり、よりよい医療提供に役立つと考える。

「民間PHR事業者による健診等情報の取扱いに関する基本的指針」が策定されており、基本的考え、指針の対象、情報セキュリティ対策、個人情報の適切な取扱いなどが示されている。

8) 医師資格証の普及

ICT化が進むと、データの信頼性が極めて重要になるため、HPKIが重要になる。HPKIカードとして医師資格証があり、医師資格証には電子証明書を格納するためのICチップがある。医師資格証は日医会員の約10.3%が取得しており、これは全国医師数の6.1%に該当する。日医は、これまでの任意保有ではなく、日医会員の証明として医師資格証を無料(5年ごとの更新も含む)で発行し、保有してもらうこととした。今後は、代議員会の受付管理、日本医師会Web研修システムなどの研修会での利用、日医会館のセキュリティゲートの通行証などでの利用を考えている。また、非会員への普及促進のために、年間利用料を無料とするとともに、毎年の新規医師免許取得者には無料で発行する。

9) 次世代医療基盤法

次世代医療基盤法は従来の分散さえていた情報を収集し、それを活用するために国が厳しい審査のもとで認めた事業者が匿名加工化して、それを提供する仕組みである。このことによって従来、なかなか進まなかったビッグデータの活用が進む

ことが期待されている。そこで、日医では次世代医療基盤法に準拠した医療情報等の管理などを行うため、一般財団法人日本医師会医療情報管理機構（J-MIMO）を設立した。日本で2番目の認定事業者である。J-MIMOは2021年2月に国立病院機構48病院と契約を締結し、2021年10月現在で44病院48万人の電子カルテを取得している。2022年には、約200万人のデータ取得見込みである。また、2021年5月には弘前市及び弘前大学と契約を締結している。弘前市が持っている国民健康保険の健診・レセプト、介護レセプト、後期高齢者医療の健診・レセプト、予防接種、母子健診、除票等の保有データと、弘前大学の16年に及ぶ追跡研究データを取得見込みである。これらを結び付けて分析できるようになり、弘前市のさまざまな行政サービスや医療に大きく貢献できると考えている。今後、全国で同様の取り組みを行っていききたい。

10) セキュリティ対策

警察庁の「令和3年におけるサイバー空間をめぐる脅威の情勢等について（速報版）」のまとめの中で、「ランサムウェアによる被害が拡大。国内の医療機関が標的となり、市民生活にまで重大な影響を及ぼす事案も確認。」と記載されている。企業・団体等におけるランサムウェア被害の報告件数は、令和2年下半期は21件だったが、令和3年上半期で61件、下半期では85件と急増している。被害企業・団体等の業種別報告件数をみると、「医療、福祉」で7件（5%）の被害が報告されている。ランサムウェアの感染経路はVPN機器からの侵入が最も多く、次いでリモートデスクトップからの侵入が多かった。復旧に要した期間は「即時～1週間」が30%、「1週間～1か月」が24%だったが、中には「2か月以上」（10%）という回答もあった。また、復旧までに要した総額は「1,000万円以上～5,000万円未満」という回答が最も多く、被害があると時間も費用も大きいものが必要となることが分かる。

電子化された医療情報の安全を守るためには、サイバーセキュリティを支える必要がある。日医総研が行った「医療機

関の情報システムの管理体制に関する実態調査」の結果をみると、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）が顕著であるので、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。また、医療機関のサイバーセキュリティ対策として、具体的には、診療所にはリスクの啓発から始まり、手引書、相談窓口（特にインシデント発生時）が重要で、大規模病院には対策レベルを自らチェックする仕組み、内部人材、公的資金による支援が重要である。これらの要請により、医療情報の安全管理ガイドラインの追加資料として、セルフチェックシートにつながった。

令和4年度の診療報酬改定で、診療録管理体制加算の要件に、医療情報システム安全管理責任者の配置及び院内研修の実施と、医療情報システムのバックアップ体制の確保が望ましいことが要件に加えられた。

ランサムウェアは、外部とやり取りをする電子メールが侵入の入り口になることもあるため、「電子メールの基本的な対応」（図1）を心がけていただきたい。また、ID、パスワードを他社が簡単に見えるところに貼り付けたりせず、他者がログインできないように注意し、管理をしっかりと行うことや、VPN機器の点検、パソコンのOS及び

ランサムウェアに関する注意喚起

■対策

・「電子メールへの基本的な対応」

外部とやり取りする電子メールが侵入の入り口になることもあります。下記を心がけてください。

- ◆身に覚えのないメールの添付ファイルは開かない。URLをクリックしない。
- ◆自分が送信したメールに対する返信に見えても、不審な場合は添付ファイルを開かない
- ◆信頼できるメール以外では添付ファイルを開いても、「マクロを有効化する」や「コンテンツの有効化」ボタンはクリックしない
- ◆職場PCで不自然なメールの添付ファイルやURLを開いた場合は、すぐにシステム管理部門などに連絡する

・「ID/パスワードの管理をしっかりと行う」

パスワードをモニター横などに他社が簡単に見えるところに張り付けたりせず、他者がログインできないように注意する。



KIMIYUKI NAGASHIMA, MD EXECUTIVE BOARD MEMBER JMA

127

図1

ソフトウェアを常に最新の状態に保つ、セキュリティソフトを導入し、常に最新の状態に保つ等の日ごろからの心がけも必要である。

バックアップ対策も重要で、バックアップファイルのコピーを3個作成したうえで、外付けハードディスクやブルーレイディスク、テープディスクなど異なる2種類の媒体に保存。さらに、もう一つは診療に利用しているネットワークからはアクセスできない場所への保管として、「クラウドサービス利用」や「バックアップ取得時以外はオフラインで保管」「別のネットワークや場所に保管」といった対策を検討していただきたい。また、復旧の手順として、バックアップデータから実際に復旧できることを確認しておくことも重要である。

2021年1月末に活動が収束したとみられていたマルウェア Emotet は、同年11月中旬に活動を再開し、国内でも不審メールが確認された。Emotet に感染するとパソコン内の電子メール情報が搾取され、以前にメールでやり取りした相手に対し、過去のメール本文にウイルス付きファイルを添付した形のメールが送信され、被害が拡大していく。さらに、ランサムウェアをはじめとした他のマルウェアの被害に繋がる可能性もある。

日医では、より多くの会員に情報を届けるため、通常の「日医君」だよりでの配信に加えて、CEPTOAR 通信のFAX版を作成し、都道府県・郡市区等医師会に向けて発信を開始している。緊急性の高い情報をなるべく多くの方に見てもらえるよう引き続き検討を行っていく。

日医として、会員・医療現場に対し、サイバーセキュリティ対策の環境整備を支援するとともに、国に対し、サイバーセキュリティ対策の支援を求めていく。

11) ORCA プロジェクト

日医標準レセプトソフト (ORCA) は2022年1月現在、17,819件が稼働している。日医会員の大きなメリットとして、日医会員向けキャッシュレスサービスがあり、クレジットカードの手数料率を1.5%で利用いただける。2022年1月現在、1,225施設からお申し込みをいただいている。日医は会員・医療現場のニーズを把握し、有

用なツールやサービスの提供を続けたいと考えている。

Ⅱ. 国が目指す医療 ICT セッション

(1) 基調講演「国が目指す医療 ICT」

デジタル大臣 牧野かれん

デジタル社会の目指すビジョンとして、「デジタルの活用により一人一人のニーズに合ったサービスを選ぶことができ、多様な幸せが実現できる社会」を掲げている。誰1人取り残されない人にやさしいデジタル化の実現に向けて、デジタル庁は国や地方公共団体、民間事業者等の関係者と連携して社会全体のデジタル化を推進する取り組みをけん引していく。この目指す社会を実現するために重点計画では、3つの柱として重点的に取り組む分野を掲げた。その2つ目の柱が医療、教育、防災、子ども等の準公共分野のデジタル化となっている。準公共分野は国民生活に密着している分野であり、今後サービスの提供を受ける個人が複数のサービスを自らのニーズに応じて自由に組み合わせ、より豊かな生活の実現に向けた暮らしを自らの手で積極的にデザインすることができる、といった個人個人のニーズの変化に沿ったサービスを柔軟に提供する社会を目指すべきだと考えている。そのためにはデジタルの可能性を最大限に引き出し、一人一人に最適なサービスを提供することができる環境を整備することが必要である。このため、政府が蓄積・収集した準公共分野のデータや民間が保有する準公共分野のデータについてはオープンデータを前提として情報システムや業務プロセス全体の企画、整備及び運用を行うという考えのもとで積極的な利用を促進する。特に準公共分野における国、地方間のデータ連携、API 連携については、デジタル庁が司令塔となって連携アーキテクチャの設計も含めて全体像を描き、その不断の見直しを行うこと、情報システム間での異なるデータの取り扱いルール標準化や、機関ごとに異なる調達基準などの整備を促進すること、基盤となるデータをベースレジストリとして整備し、行政機関内の共有にとどまらず、民間を含めて広く活用されうるのはオープンデータ化を徹底すること、などデータの利活用

に関するルールを積極的かつ継続的に見直していくことが求められる。さらに各分野におけるデータの積極的な利活用の実現に支障となっている制度や運用を見直すこと、医療、気象等のデータを防災分野で利活用するなど、分野横断的なデータ利活用を促進することにより、サービスの質のさらなる向上を図っていく。データ利活用の促進にあたっては、国民一人一人が安心、安全な環境のもとで、ニーズに合ったサービスを選択できるようサイバーセキュリティの確保や個人情報の保護を徹底する必要がある。デジタル庁は社会全体のデジタル化を推進・けん引する役割があり、その一環として社会全体のデジタル化のための共通的なシステム基盤のシステムオーナーとしての役割がある。特に医療の分野ではデジタル庁が所管するマイナンバーカードやマイナポータルを活用した取り組みや新型コロナウイルス感染症対応の一環として、VRS（ワクチン接種記録システム）及びワクチン接種記録証明書アプリの開発・運用を行っている。マイナンバーカードについては昨年10月にオンライン資格確認の本格運用が開始され、マイナンバーカードの健康保険証としての利用が開始された。マイナポータルについては薬剤情報等を医師、薬剤師と共有できるようになったことに加え、医療保険の薬剤情報や特定健診情報、後期高齢者健診情報、医療保険の医療費通知情報も閲覧できるようになった。この医療費通知情報はe-taxと連携して、令和3年分の確定申告の医療費控除で利用できるようになった。データで持つことにより患者さんは、例えば医師と自分自身の正確な医療情報を共有することができ、より適切な医療を受けることができる安心感につながっている。マイナンバーカードの普及にあたっては、メリットを増やしていくことが重要であると考えており、今後も利用メニューを充実させていき、誰もが持ちたいと思えるようにしていく。また、マイナポータルは紹介した医療分野での利用のほか、児童手当の現況届など、お住まいの地域の手続きやサービスなどをお手元のパソコンやスマートフォンで簡単に検索でき、手続きによってはそのまま申請できるほか、自身への行政からのお知らせなど、必要な情報をいつでも確認できる。使

い勝手の向上や各手続の利便性の向上にも引き続き取り組んでいく。

VRSについては、マイナンバーも活用し、個人の接種記録を正確かつ迅速に記録するシステムになっている。VRSにより管内の市区町村ごとの接種状況を都道府県が把握できるようにしており、市区町村間や広域でのワクチン配分での調整も可能とするとともに、市区町村が接種状況を的確に把握することで日々のデータに基づく接種計画を立てることができるようにしている。また、VRSの記録は足元の接種の進捗状況の把握やデータの分析等に使用いただけるダッシュボードに活用している。このVRSの記録をもとに、スマートフォンで申請し、交付を受けられるワクチン接種証明書アプリを昨年12月20日にリリースした。このアプリは可能な限り早くサービスを開始するとともに、順次必要な機能を追加し、より使いやすいものとなるよう随時アップデートしていく方針である。

社会革新を実現するためには、ツールであるデジタル技術を活用するだけでは不十分で、同時に規制改革・行政改革も求められる。現行の規則や法律がテクノロジー活用の障壁となっているのであれば、大胆に改革していかなければならない。これまでの対面、目視を原則としたルールや慣習をデジタル社会にふさわしいものに変化させていく必要があると考えている。規制改革関係では、利用者本位、患者本位の医療の実現に向け、デジタルを最大限活用する医療DXに取り組む。まずは在宅での受診から薬剤の受領までの一連の過程をオンラインで完結できるようオンライン診療、オンライン服薬指導、電子処方箋の3つの事項を重視している。このうちオンライン診療についてはわが国ではオンライン診療に対応可能な医療機関は全体の約1割と低迷が続いており、諸外国と比べて普及が進んでいないとの指摘もあった。今回のオンライン診療指針や診療報酬改定によって普及が加速することを期待している。もちろんオンライン診療は対面診療と比べ、触診ができないなどの限界もあることから、疾病や病態によっては対面診療が必要となるケースも多いと考えている。また、ベースとして安全性・信頼性も

重視していきたいと思っているが、患者さんが必要とするときに必要な医療を容易に受けられることができることが大切と考えている。また、プログラム医療機器（いわゆる「サムデイ」）の普及も重要な課題である。現状では機械学習を伴うような先端的なサムデイの承認品目数については米国の1/6、韓国の半分程度という状況であるが、サムデイによって都市でも地方でもさらに質の高い医療を実現していく。このため審査の仕組み、特に有効性向上のためのアップデートの場合の審査の省略、簡略の可能性、あるいは早く臨床で使用することで精度が高まるという特性を踏まえた保険償還のあり方について検討を急いでいる。加えて被験者が来院や入院することなく、在宅等で治験に参加できる分散型治験（DCT）をわが国でも普及させ、基礎疾患を含めわが国の創薬力を高めていくことも重視している。被験者への治験説明と治験の同意の取得をオンラインにより非対面、遠隔で実現するためのガイダンス策定やDCTにおいて必要となる被験者宅への訪問看護師を円滑に確保するための方策等についても検討を進めることになっている。

医療分野は国民の皆様が大変身近な、生活に直結する分野である。引き続き利用者本位、患者本位の医療に向けた規制改革に取り組んでいく。また、デジタル、規制改革、行政改革の一体的かつ横断的な推進は政府としての重要課題であり、昨年11月には岸田内閣総理大臣を会長とするデジタル臨時行政調査会が設置され、第1回目の会合において、岸田総理からデジタル、規制、行政のすべての改革の共通指針となる「デジタル原則」の策定、デジタル時代にふさわしい経済社会構造をつくるための一括的な規制見直しプランを取りまとめることなどの指示があった。この指示を踏まえ、昨年末にはデジタル原則を策定した。対面、常駐、目視点検規制などをデジタル時代にふさわしいものに見直していくため、4万以上ある法令、通達等と2万以上ある行政手続きについてデジタル原則への適合性を点検し、今年の春に一括見直しプランを取りまとめる。目指すべきデジタル社会の実現のため、デジタル化による利便性向上について、国民に具体的にわかりやすく示すこと

などにより、その理解を得ながらわが国のデジタル化を力強くすすめていく。こうした中、本日紹介したような医療分野の取り組みを推進し、医療現場、国民の皆様がデジタルの利便性、恩恵を感じられるよう、関係者と連携して全力を尽くしていく。

(2) 基調講演「with コロナ時代の医療 ICT」

参議院議員 自見はなこ

1) GMIS や HER-SYS の構築から学んだこと

GMIS と HER-SYS の構築に政務官時に関わらせていただいた。これを作るきっかけになったのは「ダイヤモンドプリンセス号」の経験である。当時、この雛形を神奈川県が作っていたが、これを全国に展開し、医療情報を集約化しなければ対策が打てないと考え、GMIS が誕生した。その後、第1波の3月末に保健所がパンクしており、当時使っていたFAX とエクセルシートではなく、ワーククラウド化された仕組みが必要だということでHER-SYS を立案した。当時から、My HER-SYS が必要な場面が起こることを想定して作らせていただいた。沖縄県は当初（2020年夏）から、My HER-SYS で自宅療養や宿泊療養の管理をされていた。こういった仕組みを導入する判断は自治体に委ねられているので、国が仕組みを作っても自治体が理解してもらえなかったり、別の仕組みがある場合はなかなか難しいことを現場で感じた。GMIS、HER-SYS の後には水際対策として、国内に来て感染した方々はHER-SYS と連携するようなICTの仕組みを作っている。国内に入ってから位置情報や、位置情報がつかめない方は警備会社を追跡に行く仕組みができています。こういったシステム構築に関する経験から、「業務内容が整理されているのか」が重要である。また、プラットフォームの一元化と閲覧権限などの整理も重要である。GMIS や HER-SYS を同じ入り口にするべきだったと今では考える。医療機関、個人単位のIDの一本化がこれから必要になり、医師を証明するHPKIカードはこれから鍵となってくる。システムは最初から完璧なものではないという認識をもつことと、作った後に仕組みを育てるためにやり取りが必要になる。HER-SYS が良い例で、

これまで500回近いシステム改修をしているが、今でも数百件のシステム改修依頼が届いている。エンドユーザーの利便性が重要となる。

2) 医療現場／研究現場／医療業務効率化で求められる情報の整理

自民党社会保障制度調査会・デジタル社会推進本部健康・医療情報システム推進合同PTが発足し、電子カルテの標準化等についてヒアリングを実施し、1回目は中川日医会長に考えを述べていただいた。6月までの間に新たなビジョンを示す議論が始まった。

オンライン資格確認が2021年10月から本格運用が開始した。システム改修費は国から10/10の補助金が出される。システム改修が現場の医療機関の負担にならないように、電子処方箋などの改修費も求めていかなければならない。

今後、自民党でも議論していくべきことは、オプトインとオプトアウト、閲覧権限とかかりつけ医の関わり方が重要な要素である。オプトインは患者の個別的や包括的な同意で情報を集める仕組みである。オプトアウトは患者からNOと表示されない限り情報を集める仕組みである。英国などはこの仕組みだが、あらゆる手段でオプトアウトから除外できるようにしている。海外の事例を見ると、閲覧権限の取扱いが異なっている。例えば台湾などは国が情報を見るが、患者さんと医師が閲覧するときには、患者さんの意思が反映されていたり、患者さんに対し誰が見たかという通知が届くようになっている。医療情報を出し入れする際には、かかりつけ医の役割を明記しておかなければ、患者さんの不利益につながりかねない。医療情報についてのゲートオープナーはかかりつけ医であるべきと考える。

3) サイバーセキュリティの重要性和事故に備えて

ランサムウェアについては、愛知県などではすべての記録がなくなり、診療報酬の請求ができないという事態に見舞われている。災害に準じて概算払いできないかという話や、民間保険の活用という話も出てくるかと思われる。また、サイバーセキュリティが保たれていなかった事案について、医療機関における医事法制的整備もこれから急速にやっていかなければならない。

(3) オンライン資格確認・現状と展望

厚生労働省保険局医療介護連携政策課

保険データ企画室長 大竹 雄二

オンライン資格確認とは

2021年10月20日から、オンライン資格確認（マイナンバーの保険証利用）の本格運用が開始された。「マイナンバーカードも保険証として利用できるようになる」という説明はわかりやすいが、これが誤解と過小評価につながっている。基本的な仕組みとしては、ICチップに資格情報等を保存するわけではなく、マイナンバーカードのICチップ内の電子証明書を用いて、既存のオンライン請求の仕組みを活用し、支払基金・中央会に設けた資格情報や薬剤情報などのデータベースに随時アクセスする。データベースを更新することにより、さまざまな情報にアクセスでき、薬剤情報や健診情報なども確認できる。

マイナンバーカードが保険証になる、ということから、「マイナンバーカードは普及していないし、患者さんも持ってこないからメリットがない」というお声をいただく。一方で、重要となるのはマイナンバーカードをお持ちでない患者さんが訪れた際にも、健康保険証の情報（記号番号等）でオンライン資格確認が行えることである。また、災害時や将来的には救急の現場でもマイナンバーカードがなくても氏名や生年月日等で本人確認をして、薬剤情報や特定健診情報等を閲覧できるようにしている。

データヘルスの基盤としてのオンライン資格確認

オンライン“資格確認”という名称で過小評価されるが、「データヘルスの基盤」であることが重要である。情報化の「基盤」としてのオンライン資格確認は、①全国の医療機関・薬局が安全かつ常時接続され、レセプトという統一様式での情報提供ができ、②医療情報を個人ごとに把握できるようになっており、マイナンバーカード（≠マイナンバー）による本人確認により、本人の情報を閲覧することが可能となっている。また、③患者／利用者の同意を確実にかつ電子的に得ることが可能である。こういったことがデータヘルスの基盤となり、分散していた情報が利活用しやすくなると考えている。

今後、用途が広がっていくことにより、見られる情報が拡大され、また、電子処方箋の導入によって薬剤情報共有のリアルタイム化（重複投薬の回避）が可能になる。

現在の取組状況

マイナンバーカードの健康保険証としての医療機関等の利用環境整備は、2023年3月末までに概ねすべての医療機関等での導入を目指している。現在、顔認証付カードリーダーは全体の56.8%の施設で導入され、11.7%の施設で運用が開始されている。

導入加速に向けた取り組みとして、課題となっている「パソコン・ルーターなどのハードウェア不足への対応」やシステム事業者における「対応能力の向上」に取り組んでいく。主要なシステム事業者・団体の経営層に働きかけを行い、オンライン資格確認等システムの導入推進に関する協力を依頼し、導入ペースの加速に向け、必要な体制の確保等を依頼している。ハードウェア不足に対しては、厚労省ホームページにおいて、オンライン資格確認等システムに必要なパソコンやルーターの供給見通しを公表し、マッチングを支援している。導入を見合わせている場合には、マイナンバーカードの普及率が4割を超えていること、マイナポイントの付与により利用が増える見込みであることを説明し、保険証によるオンライン資格確認でも十分メリットがある旨を説明している。

マイナンバーカードは発行枚数は40%を超えているが、保険証利用をされているのは発行枚数の約13%である。今後、6月からのマイナポイント第2弾（保険証利用申込で7,500円分のポイント付与）により、マイナンバーカードの取得及び保険証利用申込を推進する。

「安心・安全でより質の高い医療を提供していくデータヘルスの基盤」として、導入推進にご協力をお願いしたい。一方で、導入準備や導入後の運用等、それぞれの段階において、さまざまな課題が残存している。引き続き、具体的な課題の共有をお願いしたい。厚労省や支払基金・中央会、システム事業者等の関係者で対応し、改善していく。1つ1つの課題に対応し、より良い仕組みと

することで、医療機関の現場で幅広く活用されるものとして定着させ、さらなるサービス拡充につなげていきたいと考えている。

(4) ワクチン接種円滑化システム（V-SYS）

厚生労働省健康局健康課予防接種室

予防接種相談支援官 飯村 祥子

1. 新型コロナウイルスワクチン接種の現状

現在の国内の新型コロナウイルスワクチンの総接種回数は2億回を超え、高齢者については1、2回目の接種は92%を超えている。全国民の人口でみても、約8割が1、2回目の接種を終えている。2021年12月から3回目の接種が始まった。これについても現在、1日100万回を超えるペースで接種を進めていただいております、12.6%が接種を終えている。

3回目の接種は1、2回目から8か月後として開始したが、オミクロン株の流行に伴い、前倒しで実施し、1月から医療従事者や高齢者施設の入居者や従事者の接種間隔を2か月前倒しして6か月間隔で実施している。2月からはその他の高齢者も接種間隔を1か月前倒しして7か月間隔で実施をお願いし、自治体に加速化をお願いしている。3月からはその他の高齢者の接種間隔をさらに1か月前倒しして実施するとともに、一般や職域接種も7か月間隔で打つ、また、少しでも余裕が出る場合にはさらなる前倒しをお願いし、それに間に合うようにワクチンを配送していく。追加接種の対象者数とワクチンの配送量（2月15日時点）をみると、これまでに約8,620万回分の配送量と配送時期を提示済みで、さらに約2,200万回分の配送量と配送時期をお示しした。これに加え、職域接種用のワクチンとして、約1,200万回分を確保し、追加接種に必要なワクチンの概ね全てについて、配送量と配送時期を提示したこととなる。この数字に基づき、都道府県や市町村から医療機関へ配分調整が行われる。

2. ワクチン接種円滑化システム（V-SYS）について

新型コロナウイルスワクチンの接種・流通にかかる混乱を回避するため、国や自治体がワクチンの配分量を決定すること、予め地域ごとにワクチンの流通を担当する卸業者を設定しておくこと、

そしてそれらを関係者間でワクチン配分などの情報伝達を行うためのシステムの構築等により、円滑な流通体制の構築や大規模な接種体制を実現する必要があった。新型コロナワクチンについては、ワクチンの需要と供給を調整するため、医療機関から卸業者に対して発注するのではなく、国や自治体が配分量を決定し、医療機関等に納入するという方法を考えた。具体的には、国は都道府県別の配分量を調整・決定、都道府県は市町村別の配分量を調整・決定、市町村は医療機関等の接種会場別の配分量を調整・決定するという流れを通して、ワクチンを確実に必要なところに分配していく。これを実現するために、どの卸業者がどの医療機関にワクチンを納品するかで混乱が生じる可能性があるため、あらかじめ地域ごとに新型コロナワクチンの流通を担当する卸業者を設定した。自治体、医療機関、卸等の関係者間でワクチン配分などの情報伝達を行うために「ワクチン接種円滑化システム」(V-SYS)を急遽、作ることとなった。

V-SYSの稼働後、ワクチン接種記録システム(VRS)が立ち上がった。これにより、V-SYSはワクチンを分配・配送や接種会場の一元管理する機能に特化した運用を行っている。その他、接種の委託・受託契約、費用の請求・支払い、予約や在庫状況の把握に活用している。VRSは主に個人単位での接種実績を把握する機能となっている。接種対象者の接種券番号や接種記録を同一の情報基盤で各自治体が管理できるようになっており、接種状況のモニタリング、接種証明書の交付、個人個人の追加接種の実施時期の把握に活用いただいている。

V-SYSについては、ログイン画面に大切な情報を記載しているので必ずご確認ください。主な機能としては、医療機関情報の登録と変更、ワクチン希望量の登録、実績登録、請求書類の作成などがある。V-SYSで登録された情報は「コロナワクチンナビ」として、国民へ情報提供している。予約状況や接種実施状況などが確認でき、登録方法は簡単であるので、現時点の状況に合わせて更新をお願いしたい。

Ⅲ. 医療ICTのサイバーセキュリティ

(1) 我が国の重要インフラにおけるサイバーセキュリティ政策の展望

内閣サイバーセキュリティセンター内閣参事官
結城 則尚

2000年当初に省庁HPが連続で改ざんされるなどがあり、2000年2月に内閣官房情報セキュリティ対策推進室を設置した。これからサイバーセキュリティ政策が始まり、20年が経過した。重要インフラの行動計画には「医療」の分野も入っているが、なかなか認知されていなかった。

2014年に公布されたサイバーセキュリティ基本法でサイバーセキュリティは、「電子的方式、磁気的方式その他の知覚によっては認識することができない方式により記録され、又は発信され、伝送され、若しくは受信される情報の漏えい、滅失又は毀損の防止その他の当該情報の安全管理のために必要な措置並びに情報システム及び情報通信ネットワークの安全性及び信頼性の確保のために必要な措置(情報通信ネットワーク又は電磁的方式で作られた記録に係る記録媒体を通じた電子計算機に対する不正な活動による被害の防止のために必要な措置を含む)」が講じられ、その状態が適切に維持管理されている」と定義されている。わが国の重要インフラにおけるサービス停止事案を見ると、サイバー攻撃は多くなくほとんどは自然災害か管理ミスが主流となっている。最近は管理不十分で発生し、ランサムウェアによって業務停止になるという深刻な問題が発生している。適切に管理できれば防止できる事案が毎年繰り返されている。

ランサムウェアに感染し、データが暗号化されたのに加え、「機密情報を公開する」として身代金を要求された。原因としては、セキュリティアップデート未適用のVPNの脆弱性を突いた認証情報の窃取、海外拠点等セキュリティ対策の弱い拠点からの侵入、委託先クラウドのランサムウェア感染などで、対策としては、ネット接続にかかる資産管理の重要性の再認識(予防策)、侵入を前提とした多層防御を備えたシステム設計の検討(予防策)、バックアップの重要性の再認識(緩和策)がある。

ランサムウェアについては、厚労省を通じて、情報をお届けしている。また、ホームページでも2020年から注意喚起を発している。2021年12月15日の注意喚起（医療分野を含む）にて、バックアップのルールとして「321ルール」（図2）をわかりやすく記載している。3つのバックアップデータのうち、1つをオフラインで保管することで復旧が格段に早くなる。また、最近では海外のみならず、わが国でも深刻なサイバー事案が発生し、特に医療分野が多いので、われわれとしても危惧しており、行動計画を改定している。行動計画は2017年に第4次を策定、2022年度の改定に向けて検討中である。医療を含む重要インフラの14分野に対し、横断的な施策が必要であるので、内閣官房内閣サイバーセキュリティセンター（以下、「NISC」）により横の連携をするというのが現行の計画である。なお、第4次行動計画における情報共有体制では、通常は日医を通じて厚労省からNISCに障害・攻撃情報等を伝えていただくが、ホットラインとして緊急時には医療機関から直接NISCに連絡できるようになっている。

第4次行動計画の改定案では、有効な取組は継続し、サイバーセキュリティ基本法が公布・施行されたことを踏まえて、法律に基づいて役割を明確化する。また、喫緊の課題として障害対応体制の強化のあり方を抜本的に見直し、将来の環境変化を先取りすることを考えている。

セキュリティは組織運営の一部である。始めはみんな初心者で、知らないことを知ることが第一歩である。セキュリティは、一人ではできないチーム戦であるが、他部門には常に疎まれる立場である。これを踏まえて、チームワークをもって全員参加で対応することが大切である。いざという時のために、体制を確認していただきたい。注意喚起について専属者を決めて、チェックできる体制にしておく必要がある。いざという時にとる行動はシンプルにしておく。頼れる相手にまずは第一報をする。NISCダイレクトパスを躊躇せずに実施していただきたい。

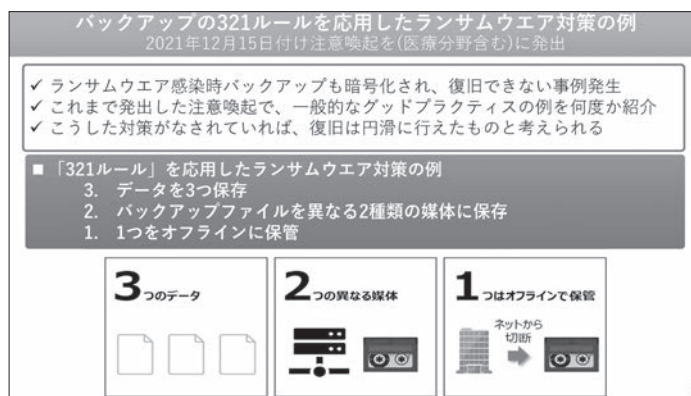


図2

(2) サイバー攻撃から身を守るために

IPA セキュリティセンター

シニアエキスパート 加賀谷伸一郎

注目すべきサイバーセキュリティ脅威について、IPAが2006年から「情報セキュリティ10大脅威ランキング」を公表している。組織向け脅威のランキングを見ると、ここ数年ランキング内の入れ替わりはあるが、項目はほとんど変わっていない。新しい脅威が突然出現することはまれで、従来の脅威を抑えておけば対策はそれほど困難ではないことが分かる。

いくつかの事例を紹介する。まずは「ランサムウェア」である。ランサムウェア脅威は、昨年と今年と10大脅威（組織向け）で1位である。攻撃者の手口について掘り下げて説明する。基本的にはコンピュータウイルスの事案である。ウイルスによってPC等に保存されているファイルを暗号化され使用不可にし、復旧と引き換えに金銭を要求されるものである。感染する原因は、メール、ウェブサイト、脆弱性の悪用、不正アクセスによるものなど、従来からある手口となっている。不正アクセスによる手口は、侵入者がランサムウェアを攻撃の道具として、人間が意図的に感染させる。不正アクセスによる侵入で情報を盗んだ後、証拠隠滅の意味でシステム上でランサムウェアを実行し、システム破壊をして退散していく事例もあった。

「ビジネスメール詐欺」（BEC）は10大脅威の8位にランクインしている。ビジネスに関するメールのやりとりで割り込む形になりすましメールを送るといふだましの手口である。こちらも目

的は金銭である。手口としては、何らかの手段を用いてメールを盗聴することから始まる。一般的には自社もしくは取引先のパソコンがウイルス感染しており、ウイルスによってメールのやりとりが盗聴されていることが原因となる。なりすましメールには、取引先との請求書を偽装、経営者等へのなりすまし、窃取した標的組織のメールアドレスの悪用、社外の権威ある第三者へのなりすまし、詐欺の準備行為と思われる情報の窃取の5つの類型がある。

「Emotet」は2021年1月にテイクダウン作戦が行われ、一度は活動を停止していた。しかし、同年11月から新たなEmotetが活動を開始している。10大脅威にはランクインしていないが、10大脅威の標的型攻撃による機密情報の搾取や、サプライチェーンの弱点を悪用した攻撃の要素も含まれている。ウイルス感染者の連絡先情報などを窃取し、Emotetに感染した端末で構成されるメール送信用のボットネットから、通常やりとりをしている相手にメールが送信される。ウイルス

感染者が対処した後でも、盗まれた情報からウイルスメールが送信され続ける。最近確認できたウイルスの実例を示す(図3)。知っている人からのメールなので、反射的に開いてしまう。パスワード付ZIPファイルが添付されており、ウイルス対策ソフトの監視をすり抜けてしまう。Emotetウイルスはネットワークを経由して別の端末へ感染拡大し、メールアドレス情報の窃取、Outlookのアドレス帳の窃取、Outlookのメールデータの窃取、Webブラウザに保存されたアカウント資格情報の窃取、Emotetのばらまき型メールの送信など、さまざまな機能がある。

3つの事例について紹介したが、脅威が多様化、高度化しようとも情報セキュリティ対策の基本は昔から変わらない(図4)。これらは基本的な項目として必ず実施し、状況に応じてさらなる対策を実施していく必要がある。

IPAにも医療機関からの相談や問い合わせがくるようになった。これは、厚労省が公表している「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」の「医療情報システム等の障害発生時の対応フローチャート」に「IPAへ相談」が組み込まれているからだと思われる。IPAに相談される場合は、このフローチャートを読み込まれてから相談をお願いしたい。IPAの相談の基本的な役割は、重大な障害がないもしくは不明という場合にサイバー攻撃の可能性はあるかどうかアドバイス供する。被害発生後のすべての案件に対応できるかは、その状況によるので、ご理解いただきたい。

攻撃の手口など、最新の情報はIPAホームページの「安心相談窓口だより」(<https://www.ipa.go.jp/security/anshin/mgdayor/index.html>)を参考にしていきたい。

(3) 日本医師会のサイバーセキュリティ

日本医師会情報システム課

課長 井川 智彦

医療セプターの概要と取り組み

セプター(CEPTOAR)とは、重要インフラ事業者等の情報共有・分析機能及び



図3

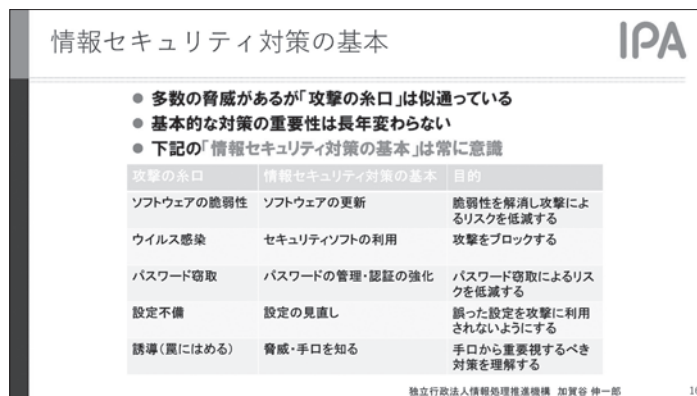


図4

当該機能を担う組織の略称で、日本独自のものである。具体的にはIT障害の未然防止、発生時の被害拡大防止・迅速な復旧及び再発防止のため、政府等から提供される情報について、適切に重要インフラ事業者等に提供し、関係者間で情報を共有し、重要インフラ事業者等のサービスの維持・復旧能力の向上に資する活動を目指している。2022年2月現在、各重要インフラ分野の業界団体等が事務局となって、全14分野計19のセプターが活動中である。分野横断的な情報共有を推進するため、各重要インフラ分野で整備されたセプターの代表で構成される協議会「セプターカウンスル」が設置され、セプター間の情報共有等を行っている。

医療セプター発足当時は厚労省が事務局を担当していたが、東京オリンピック・パラリンピック開催に向けて重要インフラのサイバーセキュリティが強化されるようになったことを背景として、厚労省から日医に対し、医療セプター事務局への就任とセプターカウンスルへの正式参加が依頼された。その後、日医から四師会、日本病院団体協議会所属の団体に構成員加盟について検討いただき、構成員18団体、オブザーバー2団体として活動している。1つの団体のみでは、医療界全てをカバーすることは難しいので、医療関係団体と連携し、さまざまな医療機関と各医療職種にアプローチすることで、医療界全体の情報共有を図っている。

基本的な活動としては、会員・医師会向けメールマガジン「日医君」だよりを使って、厚労省経由でNISCから提供される注意喚起や早期警戒情報を配信している。また、昨年末よりランサムウェアの被害発生などを受け、特に重要な情報については、都道府県・郡市区等医師会へのFAX送信も行っている。また、日医HPのメンバーズルーム内に「サイバーセキュリティ・医療セプターについて」という専用ページを設置し、日医君だよりやFAXでの情報や、各分野におけるセプター及び重要インフラ所管省庁との「縦」の情報共有体制の強化を通じた重要インフラ防護能力の維持・向上を目的として、毎年実施される「セプター訓練」の情報や、重要インフラ事業者等のサービ

ス障害対応能力の向上を目的として、各事業者等で普段から行われている情報共有や障害対応手順の実効性を自ら検証しながら、情報セキュリティ対策の継続的な改善を図る取組として、毎年実施される「分野横断的演習」の情報を掲載している。**日医のマルウェア感染の経緯とその後の対策など**

2020年9月4日午前、日医事務局のパソコン端末1台が、実在する業務委託先企業の担当者からのメールを受信し、添付されていたWordファイル(.doc)を開いたところ、「作成したデバイスの関係で文書を開くにはこの画像をクリックする必要がある」旨の画像が表示され、それに従ってしまったために、マクロが有効化され、マルウェア「Emotet」に感染し、同端末上のメール情報が搾取された。原因となったメールは業務委託先企業に届いたマルウェア付メールの本文が、医療機関から送られた正常な業務メールだと誤認するような内容だったために、悪意なく日医担当者に転送されてしまった。そのために警戒心のハードルが下がってしまった面もある。日医のメールサーバでは、導入している対策ソフト（メールフィルタ）により、Word型のEmotetについては、各パソコンのメールソフト到達前に駆除できるケースが多かったが、この時の原因メールは駆除できなかった。この感染により、同日正午前後から、同端末上のメールソフトで過去にやり取りをした関係者（本会職員、都道府県医師会職員、関係省庁職員など）の名前を騙り、過去のメール本文のコピーを含む内容の不審メールが、無関係な外部のメールサーバより送信されるようになった。不審メールの宛先は、同端末上のメールソフトで過去にやり取りをした相手先アドレスで、不審メールの送信元のアドレス自体は、偽装された関係者のアドレスではなく、架空のアドレスであった。こういった不審メールの情報が寄せられるようになり、調査した結果、同日18時過ぎ、感染したパソコン端末を特定できたため、館内LANから切り離した上で、Emotetを駆除した。同日19時過ぎ、都道府県医師会宛メーリングリストを用いて、不審メールが届く可能性がある旨の注意喚起を行っている。初動対応としては、感染端末特定時点で同部署の他のパソコン端末、週

明けの9月7日に館内LANに接続している稼働中のすべてのパソコン端末に対し、JPCERT/CCが提供するチェックツール「EmoCheck」による感染確認を実施し、感染している端末が他にない旨を確認した。翌日には都道府県医師会向けに改めて正式文書で報告するとともに、ホームページ上で被害を公表した。一旦沈静化した不審メールの送信が、9月14日から数日間、再び活発化した。9月15日以降に流通したメールには、当初は見られなかった「会員から日医への問い合わせに対する回答のメール（メンバーズルームのユーザー名、パスワード）」の本文が含まれていることを確認した。この対応として、該当する可能性のある471名の会員のパスワードを強制変更し、郵送にて通知を行った。並行して、IPA（独立行政法人情報処理推進機構）のサイバーレスキュー隊「J-CRAT」に相談し、感染したマルウェアの検体を提供するとともに、すべてのパソコン端末でのPC調査用バッチファイルの実行と結果提出を同月内に実施した。その結果、「マルウェア感染し、パソコンのウイルス対策ソフトで自動的に駆除された痕跡がある」端末が2台発見された。その他、警視庁駒込警察署にもマルウェアの検体を提供し、警視庁サイバーセキュリティ対策本部とも面談し、情報提供した。その後もときどき、この時搾取された情報を元にした不審メールがネット上に流通することがある。

実施した対応・対策として、パスワードが記載されたメールの漏洩を受け、2020年10月、日医ホームページのメンバーズルームのパスワードを任意で変更できる機能を実装した。漏洩発覚以降は、メールによるユーザー名、パスワードに関する問い合わせについては、概要のみを記載し、具体的な文字列を記載することは取りやめ、別途、電話（口頭）やFAXでお知らせする形に変更した。また、2021年5月に日医の事務職員を対象に、セキュリティ講習会を館内テレビ中継やZoomを併用して開催し、セキュリティ意識の強化を図った。この講習会内容は日医ホームページのメンバーズルームで資料と映像を公開している。医師会事務局だけでなく、どなたにも有益な内容になっているので、会員の先生方や医療機

関の事務職員の方々もぜひご覧いただきたい。その他の対策として、メールサーバ上の対策ソフト（メールフィルタ）を刷新し、従来よりもやや厳しい設定で運用している。また、従来から加入していた個人情報漏洩保険から、サイバー攻撃による事故対応費用などを含めて、より広い補償内容のサイバーリスク保険に切り替えた。今後のシステムの的な対応としては、メールフィルタによるウイルスの侵入防止（入口対策）だけでなく、機密情報漏洩（出口対策）にも対応できる統合脅威管理製品（UTM：Unified Threat Management）製品の導入や、コロナ禍で始まったテレワークによって必ずしも館内LAN上でパソコンを使用するわけではなくなっていることから、各端末（エンドポイント）における不審な挙動を検知し、迅速な対応を支援してくれるEDR（Endpoint Detection and Response）ソリューションの導入を検討している。

2日目（2月20日）

IV. 地域医療情報連携ネットワーク（コロナ禍での有用性）

（1）レセプト参照システム（K-MIX R BASIC）を用いた新型コロナウイルス感染症対策の事例

香川県医師会常任理事 濱本 勲

本県では、令和3年4月よりK-MIX R BASIC（以下、「BASIC」）の運用を開始した。BASICは患者の前で医師がレセプトの内容を参照できる全国初の試みで、県下90%近い保険者が参加している。BASICは悉皆性が極めて高く、新型コロナウイルス感染症の発熱外来やワクチン接種会場での基礎疾患の把握に有用である。すでに県内4市町のコロナワクチン集団接種会場で利用が始まっている。9月からはワクチン接種履歴登録機能も追加され、接種履歴の簡便な確認方法として活用されている。

BASICは香川県が整備し、かがわ医療情報ネットワーク協議会が運用しており、県下の医師は無料で使える。フォーマットが統一されているレセプトの電子情報を保存し、端末で参照するだけの単純な仕組みのため、動作も軽く、タブレットでも使用可能である。構築費用も8,500万円と安価に実現できた。システムの維持にはレセプト

登録やバージョンアップなどを含め、年間 2,300 万円ほどの費用が見込まれているが、その有用性を勘案すると費用対効果は良好と考える。

BASIC は利用者に保険情報を紐付けした BASIC カードを登録・配布し、本人の同意下に情報を閲覧する仕組みを採用しており、救急外来や災害医療現場での病歴確認などにも活用が想定されている。さらに今後、BASIC カードが普及すれば、本カードにさまざまな情報を紐付けし、健康カードとしての利活用も可能となる。

(2) ICT を用いた主治医副主治医制度

安芸地区医師会理事 秋本 悦志

本会では 2019 年 9 月から在宅医療の推進と多職種連携のためバイタルリンク R (TEIJIN) を用いて「主治医副主治医制度」を開始した。本制度は開業医の高齢化が進む中で在宅医療にかかる休日夜間の負担を減らすべく、土日のみではあるが副主治医が看取りを含む代診を行うシステムである。在宅医療における医師の過重負担を減らすポイントが訪問看護の活用と考え、訪看を中心とした主治医と副主治医の連携に ICT を活用している。当初は診療所、地域中核病院、訪問看護 St、調剤薬局、居宅介護支援事業所で連携を開始したが、本制度以外にも用途を広げ、2020 年 10 月からは地域包括支援センターも参加し、内装された zoom での Web 会議でサービス担当者会議や退院前カンファランス、認知症初期集中支援事業の諸会議に利用できるようになり、コロナ禍での非接触の会議・面談に有効であった。費用はアカウント利用料のみで医師会が負担しており、低コストのため長期的に見ても運用可能と考えられる。より良い多職種連携のためには情報共有と ICT の活用が必須である。本システムを地域の ICT 化の基礎とし、年配の医療介護従事者に対しても地域全体で「慣れていく」ことが重要である。

(3) 山形県医療情報連携ネットワークの県境越え広域連携～「秋田・山形つばさネット」の構築～

日本海総合病院病院長／

山形県医師会情報広報委員会委員 島貫 隆夫

地域医療情報ネットワークは、山形県内地域に

おいては日常的に活用されており、患者並びに医療機関にとっては必要不可欠なインフラとなっている。

本県では医療情報ネットワークの構築は 2 次医療圏ごとに行われた。しかし、圏域越えの患者がいることから、2019 年 3 月 20 日に山形県医療情報ネットワーク広域連携として全県下での運用を開始した。2021 年 3 月末で開示施設 29、参加施設 420、総登録患者実数 12 万 4294 人であり山形県人口の 11.7% で利用されている。

患者の受療は行政の境界で制限されるものではない。ICT はその特性として、この境界を越えることが可能と考え、県境医療の一助として、また大規模災害などにおける医療情報の広域連携を実現するため、2020 年 4 月県境を越えた県単位での医療情報連携ネットワーク「秋田・山形つばさネット」の運用を開始した。登録患者数はまだ少ないが、このコロナ禍で県境越えが制限される中で有効活用事例があった。非常時の前に広域連携プラットフォームを構築しておくことが重要であり、今後に期待している。

「秋田・山形つばさネット」は、今後の県境医療や大規模災害での利活用が期待される。新型コロナは wake-up call であり、全国版 EHR 構築は急務である。ID-Link による県境越えの連携は費用をかけずに構築でき、運用面の整備により全国ネットワーク運用も可能であることが示唆される。

(4) くまもとメディカルネットワークを用いた新型コロナウイルス感染症対策の事例

熊本県医師会医療情報委員会委員長 宮本 大典

本県では、基幹病院と連携先地域医療機関とを結ぶ各自の閲覧型ネットワークが県内に複数存在していたが、2025 年地域包括ケアシステムの実効性確保と、これらの垣根を越えた広域連携を叶えるために、平成 26 年に熊本県、熊本大学病院、本会が三者協定を締結し、医療介護総合確保基金事業として平成 27 年 12 月から「くまもとメディカルネットワーク」の運用を開始した。

本ネットワークは、病院、診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーションに加えて老健施設や居住系施設のほか多くの介護保険サービス関連事

業所及び地域包括支援センター等をネットワークで結び、病院・診療所・薬局の電子カルテやレセプトコンピュータの日々の最新データの共有を可能とし、加えて掲示板機能や文書・画像等の送受信機能によって、介護状況や生活機能情報や課題の変化なども含めた情報共有ツールとして活用している。

当初は、県内の3地域をパイロットエリアに選定し、施設の参加と患者の同意書取得を開始したが、平成28年4月に熊本地震を経験し、災害時の有用性を考慮して対象を全県下に拡大した。平成29年秋から前述の介護情報連携を充実させ、令和元年4月から熊本大学病院が入院患者の同意書を取得開始したことにより、参加県民数、利用施設数ともに漸増した。

令和2年7月の豪雨災害時に際しては、避難所の被災者の平素の服薬情報や検査情報、搬送先の医療機関への診療情報提供書や画像情報の送受信などに活用。現在、コロナ禍の中では災害時と同様の活用があり、特に画像の送受信については有用性が高い。宿泊療養者の状況をホテル駐在の訪問看護師等が取りまとめてオンコール相談医師への情報提供に役立てている。ただし、感染症管理下における診療情報の取り扱い、日常診療と異なり行政の許認可を必要とし、同意書の取得も含めて利活用の円滑性について課題が見られた。

本ネットワークの持続可能性を左右する費用対効果については、県行政側も多くの効果を期待するも今後の県財政への負担に関しては課題を抱く発言も少なくなく、継続的な運用資金調達方法の再考が必要となっており、同意書に明記している範囲内のデータの利活用で事業の収益性を高めることを検討中である。また、将来は県民参加型に近づけ、かかりつけ医の判断で自己管理可能範囲の診療データや健診データを患者自らも共有可能なレベルにまで到達できることを目指している。

(5) COVID-19 流行下における EMS 機能の活用について

石川県医師会理事 佐原 博之

本県では、平成26年4月から「いしかわ診療情報共有ネットワーク」をスタートした。本会

を中心に、「いしかわ診療情報共有ネットワーク協議会」を組織し運営している。県内32の情報提供医療機関がすべてID-Linkで一本化され、約600の情報閲覧機関が参加している。

COVID-19の感染拡大を防ぐとともに迅速な情報共有のために、当県ではID-LinkのEMS(Emergency Medical Service)機能を使った連携を行い、①軽症のCOVID-19患者の状態が悪化して、高度な医療ができる病院へ転院する場合、②入院中の患者が軽快し、宿泊療養施設や後方支援病院へ移動する場合、③メディカルチェックセンター後の入院や宿泊療養施設への入所時、④医療調整本部での入院・転院調整等で活用している。

ID-Linkのランニングコストは、情報提供医療機関が負担しており、情報閲覧医療機関の負担は通信費のみなので費用対効果は高いと思われる。情報提供医療機関のサーバー導入時は、補助金でサポートした。

2年後に2度目のサーバー更新が控えている。国あるいは県からの補助金の確保がネットワークの存続に重要だと思われる。同意書の取得と紐づけ作業の簡素化が、利用者拡大には不可欠である。ID-Linkの名寄せ機能の導入を検討中である。

(6) 地域包括ケアの時代における多職種連携の重要性と ICT (地域医療介護情報連携ネットワーク) 活用

奈良県宇陀地区医師会長 加藤 久和

「宇陀けあネット」は、2016年度に奈良県が募集した「地域医療・介護連携ICT導入推進事業施行モデル地区」のモデル地区となり、2017年度から導入、2019年度11月から稼働が本格化し、2020年6月から病院(地域連携)での利活用が本格化した。宇陀けあネットは、医療・介護従事者とのスムーズな連携(医療情報の閲覧、連携情報の受発信)を築いているため、多職種間のチームとしての一体感を強くし、病院、地域医療機関、介護施設、行政や福祉関係者で地域の方の生活を守り支える大きな役割を果たすことができている。

宇陀けあネットの将来構想(5年後程度)として、(1)自主運営による運営安定化、(2)介護情報の利活用充実を図り、多職種連携の強化、

(3) 医療・介護の各職種間の情報連携において、「自分の仕事をまっとうする為に連携情報として何が必要か」を再考し、宇陀けあネットの最適化を図る、(4) 参加住民1万人、参加施設100施設を目指す、(5) 宇陀けあネットの隣接地域や他市町村への拡張等を考えている。

(7) 神奈川県におけるデジタル技術活用による コロナ地域療養活性化

神奈川県理事（医療危機対策担当）

医療危機対策統括官／

藤沢市民病院副院長

阿南 英明

COVID-19の患者は、重症から軽症又は無症状で何ら治療が必要ないものまでさまざまであり、一律の医療提供では適切に対応できない。重症度を重症・中等症・軽症3つのグループに分け、医療機関も高度医療機関、重点医療機関及び重点医療機関協力病院に分け、軽症者は自宅や宿泊施設で過ごすことができるようにし、「役割分担と機能集約」を基本理念とした「神奈川モデル」と呼ばれる全県のコロナ診療体系が確立した。しかし、何より重要なことは、こうした医療機関の資機材、病床の空きや利用状況を相互にオープンデータとして共有できる情報基盤を整備したことである。現在はこのシステムは国に提供され、G-MISとして運用されている。このような、情報の一元化や同一の仕組みでの医療体制の運用は県内全域の医療均てん化に大きな役割を果たしている。病床キャパシティ拡大のための戦略として種々の施策を展開しているが、特に、自宅療養者を地域の医師会及び訪問看護ステーションによる医療視点で管理する仕組みを導入した。複数の医療機関や訪問看護と行政が共同で患者の健康管理を行うためにクラウド化情報管理システム（クラウドカルテ）を活用している。将来の地域医療構想や地域包括ケアシステムの考え方に繋がる普遍性のある構図である。

(8) コロナ対策におけるとねっとの活用経験と課題

東埼玉総合病院地域糖尿病センター長 中野 智紀

埼玉利根保健医療圏医療ネットワークシステム（以下、「とねっと」）は平成24年度から行政

と医師会とが協力してシステムを運用し、令和3年度現在、約170保健医療機関と約3.5万人の市民が加入している。平成28年以降には歯科医師会や薬剤師会の参加も開始されている。

ID-LINKを活用したEHRをはじめとして、埼玉県救急情報システムによる患者情報と救急医療機関の受け入れ状況を活用して迅速な搬送につながる救急システム、相互運用性を確保しつつもEHRから独立して個人の健康づくりに活用されているPHR、慢性疾患の重症化予防により医療費の効率化にも貢献している疾病管理機能などが代表的な機能として挙げられる。Medical-care stationもとねっとに接続され、在宅医療介護連携に関する情報共有など地域包括ケアでの活用も広がっている。とねっとは医療機関への通院の有無にかかわらず、市民の生涯にわたる健康情報の蓄積と共有が可能という特徴を有している。

令和3年8月、それまで大きな被害が見られなかった当地域においても、感染力の強いデルタ株によって感染拡大のスピード・規模ともに、これまで経験したことのないものとなった。いわゆる第5波の際、北葛北部医師会ではワクチン接種時の副作用対策や在宅療養支援、救急搬送、医療機関連携などにとねっとの活用による効率化を試みた。その結果、地域とのつながりをすでに持つてるとねっとを活用することで、コロナ禍における情報連携システムとして費用をかけずに安定して稼働することができた。

(9) たいせつ安心i医療ネット

北海道旭川市医師会副会長／

旭川赤十字病院院長 牧野 憲一

本会の「たいせつ安心i医療ネット」は市内5基幹病院の電子カルテ情報を会員施設が利用できる。患者がネットワークへの参加に同意すると、診療情報がある医療機関が情報をネットワーク上に公開する。

コロナ禍で最も役立ったのがコロナ患者の情報共有である。旭川のコロナ患者は5基幹病院が軽中等症と重症に分かれて対応している。基幹病院間でお互いに診療情報を参照できることから、軽中等症対応施設の患者が重症化した場合に、重

症対応施設の医師と情報を共有して転院のタイミング等を相談していた。

ネットワークに参加する参照施設は年会費5,000円と、これらの施設では十分な費用対効果があるが、情報提供5基幹病院は年間約100万円のシステム利用料と、約1,000万円の初期費用・更新費用が必要になり、費用対効果があるかどうかの判断は難しい。システム利用により紹介患者を確保し、自院から回復期等への転院が円滑に進むことを考えれば十分な費用対効果があると考えられる施設と、そうでない施設が存在する。現在システム更新時期が来ているが、脱退を表明している基幹病院はない。

より手軽に、より活発に情報利用ができる運用を考えている。ネットワーク登録している患者が会員医療機関を受診した際に、ICチップ付のカード等をカードリーダーにかざすことで、すぐにネットワーク上の情報を閲覧できる仕組みの運用を検討している。

V. 新しい時代の診療形態

(1) オンライン診療の指針について

医療情報システム開発センター理事長 山本 隆一

1997年に認められたオンライン診療であるが、当初条件がわかりにくいということで、2003年、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。しかし、IT環境の進化にもかかわらず、オンライン診療はあまり広がっていなかった。一方で医療従事者の働き方改革が問題となり、さらに高齢化等とあいま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オンライン診療のあり方の検討がはじまり、2018年3月にオンライン診療の適切な実施に関する指針が改めて制定され、2018年4月の診療報酬改定で「オンライン診療料」が新設された。この指針は適宜見なおすこととされていて、2019年7月にも一部改訂されている。この指針の基本的考え方は、オンライン診療は対面診療を補完するもので、一部の例外を除いて初診は認められていなかった。しかし、2020年から始まったCovid-19禍において医療崩壊が現実的な危惧

となり、また、医療機関での感染を恐れた患者の受診敬遠が問題となり、2020年4月には時限措置として、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。その間、Covid-19禍が収束した場合のオンライン診療における初診の可否に関する議論が行われ、一応の結論が得られた。初診でのオンライン診療は、かかりつけの医師がオンライン診療の可否判断した上で実施することを基本とし、かかりつけの医師がいない、あるいはオンライン診療に応じることができない場合は、かかりつけの医師であれば把握しているような医療・健康情報を検診結果、お薬手帳、PHR等で把握可能であるか、事前のオンライン相談（診療前相談）で、医師及び患者がオンライン診療可能と判断した場合を条件として初診からオンライン診療可能としている。なお、診療前相談は診断、処方その他の診療行為は含まない行為であり、診療前相談の費用について医療機関のホームページ等であらかじめ患者に十分周知する必要がある。オンライン診療が困難な症状として、日本医学会連合がとりまとめた「オンライン診療における初診に関する提言」を挙げられている。また、医薬品の処方を行う場合は、日本医学会連合の「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等のガイドラインを参考に行うこととされている。ただし、初診の場合は麻薬及び向精神薬や、基礎疾患等が把握できていない患者に対しては、安全管理が必要な薬（診療報酬における薬剤管理指導料の「I」の対象となる薬剤）は8日分以上の処方は行わないこととされている。

新しい時代診療形態としてのオンライン診療の検討はこれからで、対面診療とオンラインのベストミックス、オンライン診療が対面診療の欠点を補完するために必要なものや、オンライン診療確立後の診療報酬体系などを今後検討していかなければならない。

(2) コロナ禍で顕在化した医療IT化の光明と課題

埼玉県医師会理事 西村直久

現在、厚労省において「オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」が

行われ「オンライン診療の適切な実施に関する指針」(平成30年3月策定・令和元年7月一部改訂)の見直しが行われようとしている。

近年の技術革新により情報通信技術の発展は目を見張るものがあり、その時間的・空間的効率性により生活空間の拡張が図られ、一層のQOLの向上が期待されている。

その中でも「オンライン診療」や「電話や情報通信機器を用いた診療等」は、新型コロナウイルス感染症拡大により飛躍的に利用件数を伸ばし、普遍的なものになりつつある。しかしながら、感染拡大下の非常時における時限的・特例的対応により種々の要件が緩和され、適正利用のための指針の策定が求められており、本会では、医師法、医療法に照合の上、医療の安全性・有効性・生産性を高め、疾患見逃し等の患者の不利益を回避するために提言を行ってきた。

医療界にとってICTやAIは、コロナ禍により取り組みが加速し、感染対策等において有効であるだけでなく、今後、高齢化や働き手不足による医師・患者双方の負担軽減、診療の継続を担保する手段として有益である。医療のIT化を考える上で優先すべきことは、第一に医療の質、第二に医療提供の継続、そして医療の機密性・効率化・利便性・費用対効果である。質の高い医療を継続するために、医療のIT化が寄与することを切に願う。

(3) 離島医療をICTで支える

鳥羽市立神島診療所所長 小泉 圭吾

三重県鳥羽市は離島4島に市立診療所を設置し医師の常駐体制をとっているが、人口減少に伴う患者数減少と支出の超過、慢性的な医療者不足のため現体制を維持することは困難である。そこで人的、物的医療資源の効率的活用と、患者数減少によるコスト負担の改善を期待し、グループ診療+遠隔診療+多職種連携により、面で離島地域を支える「バーチャル鳥羽離島病院構想」を計画した。令和2年度に行われた国土交通省スマートアイランド推進実証調査において、クラウド型電子カルテと遠隔診療支援システム、メディカルケアステーションを導入したことにより、離島に

医師が不在となる悪天候時や夜間休日時でも診療が可能となり職種間の連携も円滑となった。医療の質の維持、さらに島民の不安軽減にも寄与できることが示された。

人口減少と高齢化が進むなか、医師を常駐させることが難しくなっている離島医療の課題は「医師を配置すること」よりも「どのように医療を届けるか」に移り変わってきている。たとえ離島の人口が少なくなったとしても医療は届けなくてはならない。離島住民が住み慣れた島で最期まで安心して生活していくためには、オンライン診療をはじめとする新しい技術の活用が必要不可欠である。

(4) ICTでの情報共有と多職種連携を基盤としたオンライン診療

はちのへファミリークリニック理事長・院長

小倉 和也

八戸地域では在宅医療を中心とした医療介護関係者の多職種連携において、ICTツールによる情報共有を活用してきた。これを基盤として、普段から在宅患者に対し訪問看護師や施設と連携したオンライン診療を取り入れてきたが、コロナ禍においてこれを自宅療養者や宿泊療養者のフォローにも活用した。オンライン診療単独で行えることには限界もあるが、平時からの多職種連携・ICTによる基本情報や日々のケアの情報を共有してきたことが信頼感を持ってオンライン診療を補完的に用いることに寄与したことを考慮し、コロナ禍においても保健所・医師会・医療機関が情報共有し連携することでオンライン診療のポテンシャルを引き出し効率的な医療提供を実現した。今後さらに平時の慢性疾患のフォローや緩和医療・救急医療における病診連携・医療介護連携に活用し、地域包括ケア・地域共生社会の実現に活かしていきたい。

(5) コロナ自宅待機者のオンライン診療、医師会一丸で始めます！

三浦医院院長 三浦 和裕

新型コロナウイルス感染症陽性自宅療養者に対する診療は、保健所が医療機関と連携し、調整を

「個」対「個」で行うため業務負担が非常に大きかった。また、患者は受診が確約されず不安を感じていた。医療機関は、感染拡大による受診者増、病床など医療資源の限界など、医療体制の存続危機に晒され、病床が重症患者で埋まった結果、患者が増え、負担が大きくなる悪循環が生じていた。そこで、オンライン診療を中心とした仕組みにより、コロナ自宅療養における利便性を高め、保健所のマッチング業務の簡略化、医療機関の負担軽減、自宅療養者の重症化予防、早期発見に繋げることを目的に、Curon type Cを用い、複数医師が複数患者に対し個別のオンライン診療を行った。保健所がURLを教え、患者は「仮想待合室」に入室し待つ。医師は「仮想待合室」で患者を確認し、オンライン診療を行う。薬は薬局が当日中に配達する。

これにより、①スムーズな医療提供、②マッチングの作業と時間のスリム化、③医療機関の感染対策、④医療機関の負担分散化、⑤患者の不安軽減や重症化予防、⑥入院を要する患者の増加防止による病床の圧迫防止等に効果があった。

「品川モデル」は、各々の力を集約し、オンライン診療を中心とした仕組みである。医療体制の負担軽減と重症化予防に繋がった。地域が一致団結し、地域を守るためのモデルとなった。

VI. 医療 DX を進めるための先進 ICT 技術

(1) Metaverse と XR (Extended reality) による手術支援・遠隔ロボット手術・オンライン医療

帝京大学冲永総合研究所教授／

Innovation Lab 室長 杉本 真樹

医療現場のデジタル革新 DX が進み、VR 仮想現実、AR 拡張現実、MR 複合現実が注目されている。これらを併せた XR (Extended reality) 技術が、医用画像解析を中心にオンライン遠隔医療や手術支援、医学教育など活用が広がっている。CT/MRI などの医用画像は、3D で再構築しても平面モニターで閲覧するだけでは、平面上にしか表現されず、実際の臓器や病巣の立体関係、奥行きはわかりづらい。しかも画像と実際の術野・手術器具との位置関係を十分に理解するのは困難である。この課題を解決する技術として、CT/MRI の

データをポリゴンとして抽出し、実空間の位置座標と統合して提示することで、まるで空中に浮いている臓器に触れるような体感ができる。位置センサーを搭載したヘッドマウントディスプレイや、透過型ウェアラブルグラスにより、患者体内に没入したような感覚も得られる。さらに各デバイス間の位置座標を無線通信で共有することで、複数人が同時に同一空間で臓器形状や手術プロセスを直感的に体感できる。これら XR 医療サービスはすでに市販化され、安価なデバイスとオンラインですぐ活用できる。

また、本邦でも 2021 年について実用化された 5G 次世代移動通信システムや、Metaverse (メタバース：オンライン上の仮想空間) を利用したアバター (分身) による遠隔共有なども、医療コミュニケーションの発展とコロナ禍の非接触環境の課題解決に貢献している。

(2) 医療情報分野へのブロックチェーン技術の活用

国立保健医療科学院研究情報支援研究センター
医療ブロックチェーン研究会会長 水島 洋

ブロックチェーンとは、分散型取引台帳のための技術であり、ブロックと呼ばれるデータの単位を一定時間ごとに生成し、鎖 (チェーン) の様に連結していくことでデータを保管するデータベースである。ビットコインなどの暗号資産 (仮想通貨) で使われているが、金融以外にも改ざんが難しいデータの保存共有システムであることから、大きな可能性を含んだ技術として海外で大きく注目されている。特に 2016 年からエストニアにおける電子政府での利用が注目され、2017 年米国 HIMSS でのセッションなどを通じて大きな話題となり、国際標準規格 (ISO) の TC307 が設立されて標準化も始まっている。

医療での利用にとっては、患者情報の患者によるコントロールや、医薬品・医療機器のトレーサビリティ、個人健康情報と遺伝子情報の統合管理、治験や臨床研究におけるバリデーション管理など、さまざまな活用が米国を中心として進んでいる。一方、日本でも情報銀行や在庫管理、臨床研究での利用、患者登録などでの活用が始まっているが、仮想通貨の悪いイメージから、活用に関

する議論が進んでいないのが現状である。この流れを日本国内で普及するため、2017年ITヘルスケア学会内に医療ブロックチェーン研究会を設立し、国内や海外における医療ブロックチェーンの動向や活用事例の紹介を行っている。

(3) 医療 AI の今後の可能性

東京大学大学院工学系研究科人工物工学研究センター教授
東京大学大学院工学系研究科技術経営戦略学専攻教授

松尾 豊

近年、人工知能、特に深層学習の技術が進展し、画像認識技術を用いたさまざまな研究及び実用化が進んでいる。医療においても、国内外でさまざまな事例が報告されており、例えば、眼底検査や病理診断など、さまざまな用途における活用が進められている。また、深層学習は、ここ数年、自然言語処理においても、急速な技術の進歩を見せている。トランスフォーマと呼ばれる機構や、自己教師あり学習の技術により、要約や翻訳、質問応答など、さまざまな言語タスクにおいて、従来を上回る精度を実現する例が相次いでいる。

(4) 日本医師会 AI ホスピタル推進センター

日本医師会常任理事 長島 公之

1. 医療 AI の開発・利用に向けた AI ホスピタルの社会実装

日本の科学技術イノベーションのために創設された12の国家プロジェクトがあり、各課題解決のため、基礎研究から実用化・事業化までを見据えて研究開発を推進している。日医をはじめとする提言により、その中に「AI（人工知能）ホスピタルによる高度診断・治療システム」が採択された。これは、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、多様化している。そこで、AI、IoT、ビッグデータ技術を用いた「AIホスピタルシステム」を開発・構築・社会実装し、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軽減を実現するものである。医療現場で必要とされる人工知能機能として、正確な画像診断・病理診断の補助としてCT/MRI・X線・

超音波画像などを人工知能でディープラーニングして自動診断に結び付け、遠隔地でも正確な診断を可能とすること、また、患者に起こる危険な兆候を察知して、ウェアラブル装置の情報を含めたデータ解析による医療従事者への速やかな情報伝達を行うこと、さらに、スマートフォンやスマートウォッチで心拍数、心電図、呼吸数、酸素飽和度などが計測可能となり、人工知能アバターによる問診も可能となる。それをコロナ感染症の自宅、ホテル療養者の健康状態のモニタリングに利用可能とし、非接触での患者問診に応用可能とすることで新興感染症蔓延下においても有意なものとする。AIホスピタルシステムのガバナンス体制の構築のために、日本医師会AIホスピタル推進センターが2020年4月から稼働している。

2. 日本医師会 AI ホスピタル推進センターの役割

医療AIプラットフォームの構築に携わる医療AIプラットフォーム技術研究組合（HAIP）は、医療情報を取り扱うプラットフォームの基盤を支えるために、5G環境や多要素認証などを備え、医療AIの開発を支援するため、外部のデータベースを活用できるための仮想環境を構築していく。AI開発基盤は、医療AIを開発しやすい環境を整えるため、プラットフォーム上で教師データも提供の方針となっている。AIホスピタルによる高度診断・治療システムの各テーマを支える共通基盤として、世界的企業に対抗するために、日本発の質の高いAIシステムを共通のプラットフォームに搭載する。そのプラットフォームを通して必要に応じて適切な価格で、より多くの医療機関等にAIシステムを提供する。さらにプラットフォームにガバナンス機能（質の監視等）を備えることで、AIシステムのさらなる質の向上を図る。

日本医師会AIホスピタル推進センターは一般社団法人日本医療機器産業連合会（医機連）と連携して、医師や医療機関の登録、医療AIサービス、医療AIサービス事業者の登録、プラットフォームの事業に対するガバナンス機能、医師主導による医療AI開発の支援やAIホスピタルの広報活動を行う。AIホスピタル推進センターと医機連が連携することにより、医師・医療機関と医療AI

サービスがプラットフォームを通じて円滑につながる。また、高度で先進的な医療 AI サービスが提供され、医師や看護師の抜本的負担の軽減と、より患者さんに寄り添った心が通い合う医療が実現することを目指している。

3. 日本医師会 AI ホスピタル推進センターの取組み

運営業務として、①医師・医療従事者、医療機関等の登録業務、②医機連と連携して医療 AI サービス事業者の登録業務、③委員会の運営、④普及推進（広報）を行う。調査・研究関連としては、「医師主導による医療 AI 開発支援業務」に係る支援スキームを構築していく。例えば、がん治療支援 AI の開発として国立国際医療研究センターを支援し、フレイル、認知症予測 AI の開発として、東京都健康長寿医療センターを支援する。また、海外ベンチマーク調査（要素技術）と知財戦略策定を行う。健診機関からの健診データ収集するとともに、健診標準フォーマットの国際標準化（HL7 FHIR 対応）を行う。

4. 医療 AI サービスの試行運用について

試行運用される AI サービスは、脳 MRA 画像から脳動脈瘤診断を支援する「EIRL Brain Aneurysm」（医療機器）、診療録作成から教科書検索までをサポートする電子問診票「今日の問診票 with CDS」（非医療機器）、医師間のコミュニケーションを支援する「Antaa QA」（非医療機器）の 3 つがあり、医師、医師が所属する医療機関、健診機関、及び医療 AI サービス事業者の参加は無償とし、参加対象者は医師 50 名である。ただし、50 名を超えた場合でも医師の登録は可能とし、

プラットフォームによる接続環境の拡大が図れた時点で、順次、試行運用に参加できるものとする。

今後、プラットフォーム機能を活用いた画像共有システム等を構築し、試行運用で募集していく。プラットフォームに搭載する医療 AI を増やし、第 3 期の試行運用を実施する予定であるので、会員医師の参画をお願いしたい。また、地域医師会においても協力いただきたい。

AI ホスピタルが目指すものは、ビッグデータ解析や AI 技術の活用による IT や医療機器等の開発と普及による質の高い治療技術の導入である。そのために医療界と産業界が連携し、社会実装と普及に努めていく。さらに国際展開することで国の経済活性化にも寄与できると期待している。

閉会挨拶

次期担当県である神奈川県医師会の菊岡正和会長より引受けの挨拶がなされ、埼玉県医師会の小室保尚 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 4 年度の同協議会は令和 5 年 2 月 25 ～ 26 日に開催される予定。

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

日医 FAX ニュース

2022 年（令和 4 年）4 月 1 日 3033 号

- 遠隔医療、22 年度中に「基本方針」作成へ
- 医学生の「共用試験」統一化の議論開始
- 医療機関のサイバー攻撃、国で対策検討
- 感染性胃腸炎、「やや少ない」

2022 年（令和 4 年）4 月 5 日 3034 号

- 「評価センター」として日医を指定
- 厚労省、宿日直許可申請で相談窓口設置
- コロナ時限・特例の電話等で Q&A を改定
- 新型コロナウイルス診療の手引き改訂
- 「外来機能報告」を 22 年度から開始
- A 群溶血性レンサ球菌咽頭炎 2 週連続増

2022 年（令和 4 年）4 月 8 日 3035 号

- コロナ、「リバウンドの兆し十分にある」
- ウクライナ避難民へ支援を政府に要望
- 今秋にも申請受け付け開始の準備へ
- 遺伝・ゲノム情報による差別防止へ
- OL 資格確認と NW の併用で医療情報共有

2022 年（令和 4 年）4 月 12 日 3036 号

- コロナ終息「使い勝手良い治療薬必要」
- 「積極的に情報提供進めたい」
- 医師の宿日直許可、全国一律の基準を
- 高齢者施設の感染「医療の早期介入を」

2022 年（令和 4 年）4 月 15 日 3037 号

- 地域医療構想対応方針、策定期限猶予を
- 広島・鹿児島などで「病床使用率が増加」
- 看護処遇改善、新規調査提案も会長一任
- 精神緩和ケア医、配置推進など提案

2022 年（令和 4 年）4 月 19 日 3038 号

- 大型連休もコロナ対応可能な体制を
- 小児用含めワクチン、「重大な懸念なし」
- 付帯決議にかかりつけ医の有効活用
- 「業務手順書」の課題を点検
- リエゾンチーム派遣踏まえ対応に注力

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

理 事 会

－第1回－

4月7日 午後5時～7時30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・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191回定例代議員会について

令和4年6月16日（木）に開催し、報告事項
1件、議決事項7件を審議することを決定し、日
程について協議を行い承認された。

協議事項

1 令和3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、特に修正
等の意見はなく、次回理事会において最終協議を
行うこととした。

2 令和4年度山口県医師会表彰式について

6月16日（木）の第191回定例代議員会終了
後に表彰式を行うこととし、副賞については再度
検討することとなった。

3 山口県人事委員会勧告に伴う本会職員の給料 表改定について

令和4年4月からの山口県職員の給料表改定に
準じ、本会の給料表を改定することを決定した。

人事事項

1 自浄作用活性化委員について

前期委員全員が引き続き就任することを決定し
た。

報告事項

1 日本医師会第7回医療IT委員会（3月9日）

医療IT委員会の答申案がまとまり、目次に沿っ
た概要の報告が行われた。（中村）

2 山口県母子保健対策協議会（3月17日）

山口県の母子保健の動向、事業の実施状況、令
和4年度の母子保健関連事業について協議・報告
が行われた。（藤野）

3 医事案件調査専門委員会（3月17日）

病院2件の事案について審議した。（郷良）

4 郡市医師会生涯教育担当理事協議会

（3月17日）

日本医師会生涯教育制度、令和4年度医師会生
涯教育事業計画等について協議した。（加藤）

5 日医2021年度桜島噴火災害訓練（災害時情 報通信訓練）「Web」（3月18日）

桜島火災噴火の災害想定訓練が行われた。

（前川）

6 第107回山口大学経営協議会（3月18日）

令和4年度計画（案）、山口大学基金支援事業、
令和4年度予算（案）等の審議状況、大学改革等
補助金の採択状況について協議・報告が行われた。

（今村）

7 第71回山口大学学長選考会（3月18日）

学長の業務執行状況、山口大学学長選考意向調
査実施規則の一部改正の状況について協議・報告
が行われた。（今村）

8 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18日）

山口県のがんの状況、肺がん検診の実施状況、
がん検診診断症例調査票等について協議・報告が
行われた。（中村）

理 事 会

9 福岡県医師会会長松田峻一良先生お別れの会

(3月19日)

1月7日に逝去された松田会長のお別れの会に参列した。(会長)

10 山口県栄養士会第3回理事会 (3月20日)

令和4年度事業計画案・予算案について原案どおり可決され、山口県介護保険連絡協議会の存続を検討することとされた。(事務局長)

11 レジナビフェア 2022 東京春フェア

(3月20日)

東京で久しぶりに標記フェアが開催され、山口県ブースには10人の来訪があった。(中村)

12 第2回医療人材バンク運営支援連絡会議「Web」

(3月22日)

医療人材総合相談窓口の運営状況、令和4年度の取り組みについて報告があり、今後はさらに工夫して実施すべきとの意見があった。(事務局長)

13 やまぐち子育て連盟総会 (3月22日)

連盟の取組状況の説明、有識者会議の渥美委員による基調講演(オンライン)が行われた。

(事務局長)

14 新型コロナウイルス感染症のクラスター対策研修会「Web」(3月22日)

クラスターの現状、事例紹介、グループワーク、パネルディスカッションが行われた。(前川)

15 山口県障害者スポーツ協会第3回理事会

(3月23日)

令和3年度の補正予算案(案)、令和4年度事業計画(案)及び収支予算(案)について原案どおり可決された。また、会長表彰、職務の執行状況等の報告が行われた。(事務局長)

16 山口県共同募金会第3回評議員会

(3月24日)

令和3年度補正予算(案)、令和4年度の事業計画、予算等について原案どおり可決された。

(事務局長)

17 山口県予防保健協会理事会 (3月24日)

新年度の事業計画、収支予算案等の議案について説明の上、可決された。(中村)

18 山口県衛生検査所精度管理研修会「Web」

(3月24日)

令和3年度立入検査結果の報告及び山口県精度管理専門委員会の奥原委員による「外部精度管理許容幅を外れた場合の原因検索と是正方法」の講演が行われた。(沖中)

19 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24日)

山口県のがんの状況、令和2年度の市町子宮がん検診の実施状況等についての協議・報告が行われた。(藤野)

20 第2回山口県医師臨床研修推進センター運営会議 (3月24日)

令和3年度事業報告、令和4年度事業計画及び予算(案)、医師数の状況について説明があり、令和4年度の採用予定者は98名との報告があった。(中村)

21 日医第4回医師会共同利用施設検討委員会

(3月25日)

令和2・3年度の委員会答申案について、一部修正の上で最終案となった。(沖中)

22 中国四国医師会連合常任委員会「Web」

(3月26日)

中央情勢報告、令和4年度中国四国医師会連合医療保険分科会、各県医師会からの提出議題等に

理 事 会

ついて説明があった。日本医師会役員選挙関連について、次期監事は九州ブロックとなったとの報告があった。(会長)

23 日本医師会第150回臨時代議員会「Web」

(3月27日)

中川日医会長の挨拶の後、令和4年度の事業計画、予算の報告、令和3年度日本医師会会費減免申請等の議事が承認された。また、代表質問の概要について報告が行われた。(加藤)

24 山口県暴力追放運動推進センター臨時評議員会 (3月28日)

評議員長の選任、令和4年度事業計画(案)、収支予算(案)について承認された。(事務局長)

25 第2回山口県医療対策協議会専門医制度部会「Web」(3月28日)

専門研修プログラムの登録状況、令和4年度医師確保対策等について報告が行われた。(加藤)

26 都道府県医師会小児在宅ケア担当理事連絡協議会「Web」(3月30日)

医療的ケア児の現状、医療的ケア支援法、大阪府豊中市の事例発表、令和4年度診療報酬改定、小児在宅ケア検討委員会の答申等の報告が行われた。(前川)

27 日医第6回学術推進会議XI「Web」

(3月31日)

再生医療の未来についての報告書(案)の説明があり、iPS細胞の活用の事例紹介も行われた。

(会長)

28 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「Web」(4月4日)

「医療紛争の現状と問題点について」のリモート講義を行った。(郷良)

29 広報委員会 (4月7日)

会報主要記事掲載予定(5~7月号)、新コーナー、緑陰随筆(8月号)、令和4年度の県民公開講座、フォトコンテストについて協議した。

(長谷川)

30 会員の入退会異動

入会7件、退会35件、異動15件。(4月1日現在会員数: 1号1,217名、2号851名、3号432名、合計2,500名)

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

禁煙推進委員会だより

「喫煙と CAVI」

(医) さくらひつもと内科循環器科医院／
山口県医師会禁煙推進委員会委員 櫃本 孝志

諸先生方ご承知のように、動脈硬化は心血管病の発症に深く関与しています。さらに、喫煙が動脈硬化進展の重要な危険因子の一つであることは周知の事実であります。一方、日常診療において、動脈硬化の存在、およびその程度を判断する様々な検査方法が開発されています。今回、その中でCAVI（キャビィ）と言われる生理機能検査について、喫煙との関係を含めて述べさせていただきますと思います。

CAVIは、図1に示すように被検者を仰向けに寝た状態で両腕・両足首の血圧と脈波を測定し、独自の計算式に基づき数値が自動的に算出されます。CAVIが表しているものは動脈の硬さ(arterial stiffness)であり、数値が高いほど硬い動脈と判断されます。測定時間は5分程度で、血圧測定と同じ感覚でできる簡単な検査です。保険収載もされています(100点)。同様の測定方法で、baPWVという検査がありますが、baPWVは測定時の血圧の依存度が高く、一方、CAVIは測定時の血圧に依存しないことが確認されており、その点で優れた検査と考えられています。通常、CAVIが9を超えると危険域と判定されます。さらに近年、日本人を対象とした前向き研究で、CAVIの上昇が、心血管イベントの発症の独立した寄与因子であることが明らかにされています。

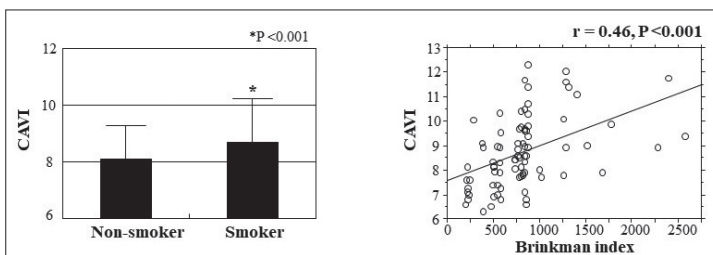
さて、喫煙とCAVIの関係ですが、現在までいくつかの論文が報告されています。当院における男性メタボリックシンドローム症例を対象とした検討では、非喫煙者に比し喫煙者ではCAVIが高値を示し、Brinkman index（喫煙本数／日×喫煙年数）とCAVIの間には有

意な正相関が認められました(図2)。また、野池らは禁煙治療の成功により、CAVIが有意に低下することを報告しております。一方、現在、禁煙治療薬であるバレニクリンが当面(1年程度?)処方できない状況であり、実臨床において禁煙治療が思うように進まなくてお困りの先生も多いのではないかと思います(当院の禁煙外来は休診状態です)。ニコチンの精神的および身体的依存度は非常に高く、個体差もありますが、自力での禁煙は相当な覚悟が必要です。このような状況下において、禁煙を希望される患者さんのモチベーション維持にCAVIを活用してみてはいかがでしょうか。



Hitsumoto T. Cardiol Res. 2019;10(3):172-180.

図1



Hitsumoto T. Cardiol Res. 2019;10(3):172-180.

図2

若き日の思い出

(青春時代)

ワンス・アポン・ア・タイム

下関市医師会 塩見 祐一

〇～・イン・ハリウッド

これは2019年公開のクエンティン・タランティーノ（他にこの監督特有のドギツさ一杯の「キル・ビル」あり）の作品で、上映時間が181分の長さだ。落ち目のスターに扮するレオナルド・ディカプリオと彼のスタントマン役のブラッド・ピットが1969年に起きたシャロン・テート事件を背景に繰り広げるストーリー。僕としては今をときめくこの二人は好きでない。ディカプリオは不肖・ワタクシメに似て顔が四角く広いからだし、ピットの方は先妻のアンジェリーナ・ジョリーが嫌いだからだ。ソウ、中条きよし^わが歌った「理由」の歌詞♪～あのひとと別れた理由は何でもないの～と同じで、俳優の好みなんて僕の場合は単純そのもの。映画は趣味だし気を張って見るものじゃないと思っている。

そんなふうに「何でもない」といかないのが、受験だ。かつて冥府魔道（萬屋錦之介の「子連れ狼」）の受験道に勤しんだ身には。というのが、この1月に続けて起きた、東大校門殺傷事件の高校2年生＆再受験のための共通テストでカンニングをした女子大生である。余りに子供じみていたとはいえ、あそこまでやる行為は絶対に許されない。まあ、ソノ追い込まれた心情は分からなくもないけれど。そんな心得違いに嵌まりそうになった時には、僕が好きなイソップ寓話の“酸っぱいブドウ”の“負け惜しみ”、or、ニーチェの説く“ルサンチマン”の“やっかみ”をするに限る。そう心の中で念じればあんなにまで突き進まなかったろうに。それでも諦めきれなければ、僕だったら「もし万が一東大理Ⅲに入ったって、あ

るいは、今さら有名私大へ入り直したって、きつと今より大変！」と考えてみる。

さて、映画でのシャロン・テート役はマーゴット・ロビーで、ちょっとイメージが違った。テート本人は当時ロマン・ポランスキー監督（父親はユダヤ系ポーランド人、代表作に怪奇映画「ローズマリーの赤ちゃん」あり）との間で妊娠8か月の身重だった。「お腹の子だけは助けて！」とチャールス・マンソン率いるカルトファミリーに懇願する。それが反対に実行犯のスーザン・アトキンス（後に脳腫瘍で獄中死）の妬みの火に油を注いでしまう。全くの偶然だろうが、日本にも同じ亡くなり方をした連合赤軍副委員長・永田洋子がいる。

今からちょうど半世紀前の1972（昭和47）年のこと。いくら時代がどうのと言っても、永田らはとんでもない浅間山荘事件を起こした。続いて、ソレに至るまでの本当におぞましい集団リンチも判明した。たとえ倫理上“罪を憎んで、人を憎まず”といったって、刑法上“心神耗弱”としたって、♪「悲しくてやりきれない」（サトウハチロー作詞）につきる。

あこのころの僕なんてノンポリどころか、医学部に同時入学した妹と一緒に進学課程が終わり・専門に入ってまでは窮屈でゴメンと“休学中”の今言う“ニート”。そして、受かる望みも無い公認会計士二次試験勉強に日々ウツツを抜かしていたイヤな奴だった。だから彼らの行動はさておき、その思想に対しトヤカク言う資格なんてないけれど。

他方、同年には主演・中村敦夫の「アッシには

かわりのネーこって」が流行ったTV「木枯らし紋次郎」の放映もあった。毎回この決め台詞はドラマの最後になると、どこへ行ったの？と思われるほど、主人公は周りの人々にのっぴきならないかわりを持ってドスを抜きまくるのである。

○～・イン・沖縄

この度の新型コロナ変異株・オミクロンによる岩国と沖縄への第6波は米軍基地発だ。大体PCR検査なしの駐留軍人派遣なんて信じられない。こんなヒトツ跳びの世界なのに。

僕が昔、沖縄で働いていた診療所は基地で有名な嘉手納の隣・Y村字都屋の在だ。その隣の字が楚辺。そこのバス停にトリイステーションがある。トリイという変わった呼び名は何のことはない、基地の入口に鳥居があるからだ。停留所前にレストランがあった。お店の看板メニューは“タコスインチラータ”で、看板娘は僕がここに来る前に勤めていたM病院・外科病棟の若い看護婦Kさんだった。引越して来たばかりの僕はそのタコスを食べに初代事務長のAさんと店へ入った。出会いのトッカカリに「ここのお嬢さんはM病院じゃチュラカーギ（美人）でデキヤー（仕事ができる人）って評判でした」と教えてあげた。明くる日、Aさんは何を勘違いしたのか、彼女のお母さんに「診療所へ今度来た先生が娘さんとお付き合いしたいらしい」と言ったんだと。即刻、「うちの子には交際中の彼氏がいます！」と返事をされ「先生、諦めてくれ！」口調。あまりのアホらしさで怒る気も失せるほど。恥ずかしくって、以後、一人でそこへ食事をしに行くことはなかった。

Y診療所に隣接して障害者施設“救護園”があり、僕はそこの嘱託医もしていた。とある日、T園長が「日ごろお世話になっているから」とコザ近くの基地内・将校用レストランに案内してくれた。入ると直ぐ園長はチップを渡していた。この郷はアメリカなのだ。出てきたステーキたるや、大きさ&厚さは厚底スリッパ並みだが、味は大味というかソースが美味くない。もっとも僕がアダナで“ウッシ（牛）ー”と呼ぶY村助役は「肉は塩で食うのが一番！」だと。週一のコザの“大

関”や月一の浦添の“ハナンドーズ”にととても及ばない。後者では、昔見たTV「非情のライセンス」の天知茂（くも膜下出血で急逝）ぶってワインをボトルで飲んでいたら、将来いつかギュウッというメに遭うんじゃないかと心配はした。

基地からの帰りは、“救護園”へ出務の際に仕事の手配をしてくれるY看護婦さんの車が待っていた。車がコザにさしかかった時、後ろからドスンと来た。Yさんが「ヤラレタ！」と温和な女性に似合わぬ声を発した。追突してきた車は白人3人が乗っていた。交差点の四方八方から仲間の車が押し寄せてくる。多分車内から緊急召集したんだね。ここで女人を守らなきゃ男が廃ると僕も外へ。多勢に無勢、アメリカ兵集団が僕たち二人をグルリとストーンサークルのように取り囲む。吉本新喜劇の池乃めだかじゃないって。普段の彼女とは思えぬペラペラ英語で長い押し問答後、「必要な書類を取りに基地へ帰ってくる」と申し出るので一旦手打ちとなった。しかし、オットドッコイ！基地近くになると猛スピードを上げて中に逃げ込む。後に残ったのは彼女の車の凹みと僕の“ムチ打ち損傷”だった。

2 years later、旧Y飛行場跡地で村を挙げての“基地反対闘争”があった。僕も率先して参加。力の限りの声と握りこぶしを天に向けた。少しはコザでの意趣返しになったかも。イヤイヤ、ここは若さの“叫び”としたい。先日亡くなったあの石原慎太郎でも若いころには「雲に向かって起つ」（映画は石原裕次郎、TVは北大路欣也が主演）なんていう政治を正す熱血新聞記者を書いていたんだもの。高校生だった僕はその小説を読み始めると止まらなくなり、一睡もせず読んだことを憶えている。小説だけでなく、あのころの歌舞音曲ならどれも夢中になれたが、昨今の大晦日・紅白歌合戦で聞かされるのにはサッパリついていけないワタクシメになってしまった。

むすび。あと1週間で医療保険が山口県医師国民健康保険組合から山口県後期高齢者医療広域連合へ変わる僕にも、確かに、僕なりの青春があったんです。

心を打つ音楽

飄

々

広報委員

岡山 智亮

私は、かれこれ 30 年間にわたりヒップホップミュージック（以下、「ヒップホップ」）に心を奪われ続けています。初めての出会いは中学生のころにテレビでたまたま目にしたアメリカのミュージシャンのミュージックビデオでした。その時は一目見てそのカッコよさに魅了されてしまいました。ヒップホップと一言と言っても時代や場所によっていろいろな表現方法があります。当時私が聴いていた 90 年代はアメリカの西海岸で流行した華やかでノリのよいものが主流となっていました。しかし、私が一目ぼれしたものはアメリカの東海岸でよく見られたジャズの要素を取り入れたもので少しダークなものでした。以降、東海岸の物を中心に曲のカッコよさでヒップホップを聴いていました。曲の他にヒップホップの大切な要素としてラップがあります。これは歌唱法の一つで、音楽に合わせながらしゃべるように歌うものです。歌詞の内容としては自分の生い立ちや思想、その時その時の時事ネタをテーマにすることが多く、内容を意識しながらも韻を踏んでいるのも特徴です。アメリカのヒップホップを聴いているときは前述したように曲のカッコよさを基準に聴いていたので、歌詞の内容には興味があまり向いていませんでした。英語で、しかも早口で歌われるため CD に付属されている歌詞カードを見ないとまず歌詞を理解することはできません。それでも内容は気になるので歌詞カードに目をやるのですが、人種問題など当時の自分の生活とは結び付きにくい内容がそこにはありました。そのためなかなか実感できる内容ではなく、結局当時の私はアメリカのヒップホップを表面上のカッコよさで聴

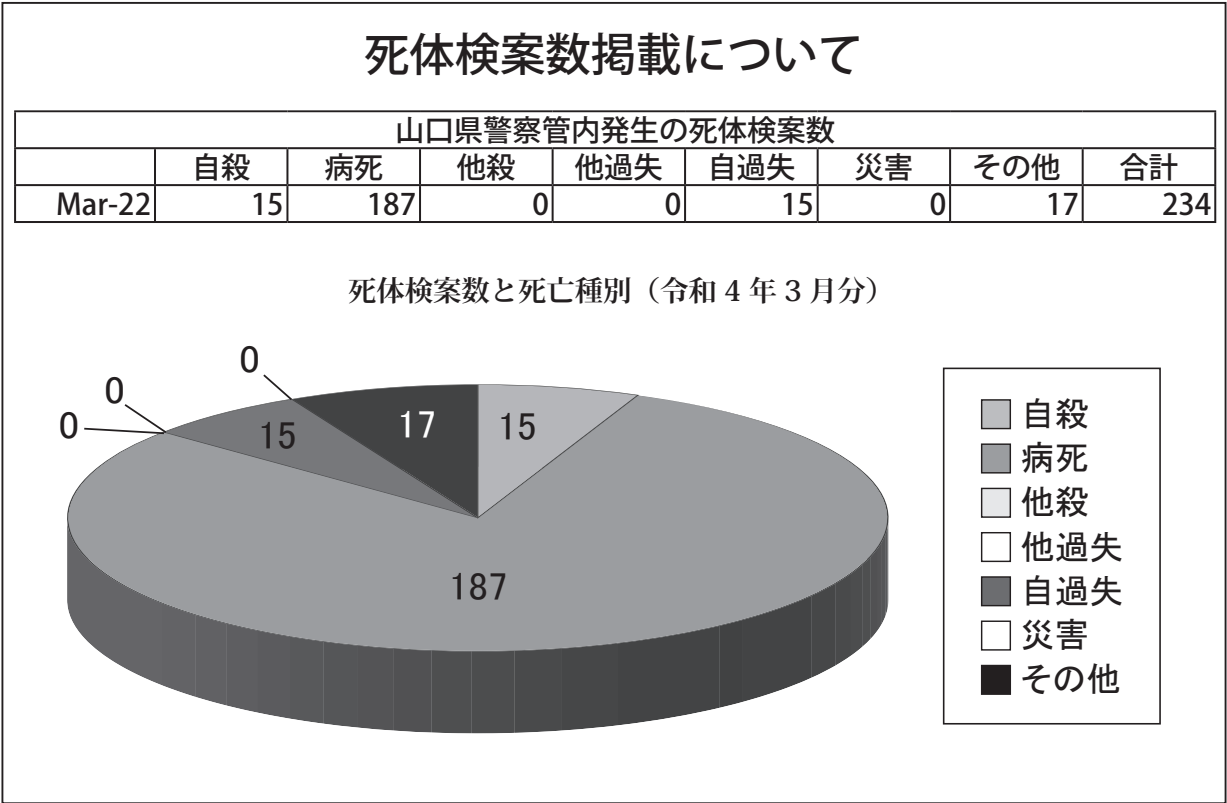
いていたと思います。

そうしてしばらくはアメリカのヒップホップを聴いてきたのですが、ここ数年で日本のヒップホップに徐々に興味が移ってきました。最近では 9 割方、日本の物を聴いていると思います。やはり日本語であれば歌詞の内容がダイレクトに入ってくるのと同時に、大事な要素である押韻も楽しめるようになりました。内容も身近なものとして感じられるものが多いと思います。最近では、日本でも数多くのアーティストが活動していますが、その中でも ZORN というアーティストの作品に考えさせられたことがありました。ZORN は奥さんと 3 人の娘さんと生活しています。上の 2 人の娘さんは実の子ではなく奥さんの前夫との子です。そんな娘さんたちに向けた「Letter」という楽曲があります。2017 年に発表されたもので、娘さんたちに対しての愛情が歌われていますが、子育てをしていく中での苦悩のようなものも表現されています。特に曲の最後にある「お前らが生まれた日は知らない でも過ごした時間は血よりも濃い」の一節は何回聴いても心が震えてしまいます。現在、私には 3 歳と 1 歳の娘がいます。子育てをしていたら普段から苦勞することも多いです。正直たまには投げ出したいくなってしまいうこともあります。それでも、この「Letter」を聴くと自分の気持ちを代弁してくれているような感覚になり、ものすごく力になっています。この感覚は子供が生まれる前にこの曲を聴いていた時にはわからなかったもので自分の立場が変わったことによって、ここまでこの曲に対する受け取り方が変わるものかと驚きでした。おそらく、子

育て真最中の人であればこの曲に同じように力をもらえる部分もあるのではないかと思います。このように同じ立場の人が共感できる歌詞とは、自分の実体験をリアルに表現しているからこそなんだろうなと思います。書かれている内容は子育てをしていたら「そうそう」と思えるような、言わば当たり前のことのような気がします。それでも、その当たり前のことを改めて共感できることは何よりも心強いことだと思います。ここ数年は新型コロナウイルスの感染流行もあり直接的な人同士のコミュニケーションが限られた生活を強いられており、共感を得にくい生活になっている気がします。そんな中でも私たちの仕事は制限がありながらも、ある程度人との接触を持続させながら行っていることもあり、ありがたいことだなと感じるところがあります。

現在では、直接的なコミュニケーションではなくともさまざまなツールを使って人と繋がることのできる時代になっています。その中でも、こ

うした音楽は昔から存在するコミュニケーションのツールだったと思います。数十年ヒップホップを聴いてきましたが、今回の「Letter」以外にも心を動かされるような曲に出会ってきました。ラップの歌詞というものは一般的な歌の歌詞に比べて早口で歌われるため、一曲の中での文字数も増え、必然的に情報量が多くなってきます。また、自らが経験してきたこと、普段から実践していることを内容にすることが多いことも加わり、共感を得やすいのかと思います。そういったところからアーティスト各々の思考が伝わりやすくまた、個性が出やすいのかと思います。これからもこのような心を打つ音楽との出会いを楽しみにしたいと思います。





山口県医師互助会グループ保険の配当について

山口県医師互助会グループ保険における配当を報告いたします。

記

保険期間 令和4年1月1日～令和4年2月28日

1 受取保険料	4,270,078 円
2 支払保険金・給付金（1件）	4,000,000 円
3 支払配当金	0 円

山口県医師互助会（引受会社：明治安田生命）



山口県医師会グループ保険の配当金支払いについて

山口県医師会グループ保険における配当金は下記のとおりとなっておりますので、報告いたします。

記

保険期間 令和3年3月1日～令和4年2月28日

1 支払保険金・給付金	48,000,000 円
2 支払配当金	
総支払配当金	9,118,740 円
加入者への支払配当金	9,118,438 円
配分率	10.90%
3 配当金振込日	令和4年6月3日



第104回山口県医学会総会

と き 令和4年6月12日(日) 9:30～13:10
 ところ 岩国市民文化会館(岩国市山手町一丁目15番3号)

プログラム

9:30～9:35 開会の辞 岩国市医師会 会長 小林 元壯
 9:35～9:40 山口県医学会会長挨拶 山口県医学会 会長 河村 康明
 9:40～10:40 講演1 座長:岩国市医師会 平野 雅俊

日本人の生活習慣の欧米化による疾病構造の変化 ～在米日系人医学調査の成績から学ぶこと～

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教授 米田 真康

10:40～11:40 講演2

座長:独立行政法人国立病院機構岩国医療センター副院長 田中屋宏爾

消化器外科診療の最前線:ロボット・ウイルス・働き方改革

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科

消化器外科学教授 藤原 俊義

11:40～11:45 次期引受会長挨拶

11:45～12:00 休憩

12:00～13:00 特別講演(岩国近隣の医療・介護従事者対象)

座長:岩国市医師会 会長 小林 元壯

今般のコロナウイルス感染から何を学ぶか

公益社団法人日本医師会常任理事 釜范 敏

13:00～13:05 謝辞

13:05～13:10 閉会の辞

主 催 山口県医師会・岩国市医師会

取得単位 日本医師会生涯教育制度:3単位

講演Ⅰ CC75(脂質異常症):1単位

講演Ⅱ CC07(医療の質と安全):1単位

特別講演 CC08(感染対策):1単位

日本内科学会認定総合内科専門医の更新:2単位(全日)＜申請中＞



周南地区医師会女性医師部会講演会 ～ Web 講演会のお知らせ～

と き 令和4年6月10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

未病対策と予防医療の次なる展開～デジタルヘルスの今を踏まえて

事業構想大学院大学特任教授、千葉商科大学特任教授

株式会社ヘルスケア・ビジネスナレッジ代表取締役社長 **西根 英一**

◇講師プロフィール

ヘルスケアをテーマに、ビジネス（企業、事業体）、アカデミア（大学、大学院）、パブリック（省庁、自治体）の3領域で指揮を執る。厚生労働省「健康日本21」事業の推進室長として、“健康寿命の延伸”を指揮。全国のヘルスケア産業創出事業、人材育成事業の戦略顧問や統括コーディネーター、ヘルスプロモーション推進事業の委員長や専門アドバイザーなどを務める。詳細は <https://www.healthcarebiz.jp/>

◇講演内容

国の健康事業において厚生労働省がヘルスプロモーションをキーワードに「未病対策」事業を、経済産業省はヘルスケアをキーワードに「未病産業」事業を推進している。それに伴い企業や団体、各種専門職らによって、「未病」へのアプローチが進み、プライベート（個人）ヘルスケア、ホーム（家庭）ヘルスケア、地域ヘルスケア、職域ヘルスケア、学域ヘルスケアへと領域を広げている。デジタルヘルスは、未病対策の展開を見つめ、予防医療を先導していく役割を有する。

＊＊コロナ時代のヘルスケアに新たな発見がきっとある！＊＊

申込方法 QRコードの参加申込フォームより参加登録して下さい。
又は下記アドレスへ『お名前・所属機関・医師会・講演参加』と記載しお申し込みください。
後日メールで視聴用のURLを送付致します。
周南地区医師会女性医師部会
shunanjoy@tokuyamaishikai.com



参加申込 QR コード

取得単位 日本医師会生涯教育制度1単位 CC11：「予防と保健」
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



第80回山口県臨床外科学会

と き 令和4年5月29日(日) 8:50～17:00

ところ 萩市総合福祉センター(萩市大字江向510 TEL:0838-25-3585)

以下の特別講演3題と一般演題20数題を予定しております。

特別講演Ⅰ

肝胆膵外科のトピックスと愛媛大学の現状

愛媛大学大学院医学系研究科

肝胆膵・乳腺外科学講座教授 高田 泰次 先生

特別講演Ⅱ

救急医療と災害医療と労働災害

ー阪神・東北・熊本地震とJR福知山線脱線事故の経験に基づく提言ー

神戸大学大学院医学研究科外科系講座

災害・救急医学分野教授 小谷 穰治 先生

特別講演Ⅲ

胃癌・食道胃接合部癌に対する集学的治療

名古屋大学大学院医学系研究科

消化器外科学(第二外科)講師 神田 光郎 先生

感染対策には十分に留意して準備しております。

可能な限り皆様に不便でない開催形式を目指しております。引き続き皆様には多大なご心配とお手数をおかけしますが、実りある学術集会開催のため、ご理解とご支援を何卒よろしくお願いします。

学 会 長 山本 達人(都志見病院)

準備委員長 前田 祥成(同 上)

参 加 費 1,000 円

お 問 合 先 医療法人医誠会都志見病院事務局内

〒758-0041

萩市江向413番地1

TEL:0838-22-2811 FAX:0838-22-2815

E-mail:yamaringe80@tsushimi.jp



産業廃棄物管理票（マニフェスト）交付等状況報告

廃棄物の処理及び清掃に関する法律により、産業廃棄物管理票を交付した事業者は、毎年、前年度に交付した産業廃棄物管理票の交付等の状況を県に報告する必要があります。今年度の報告は、前年度におけるマニフェストの交付状況を取りまとめ、6月30日までに各排出事業場を管轄する各健康福祉センター（環境保健所）に報告することになりますので、お知らせいたします。

なお、電子マニフェスト利用分は情報処理センターが集計して報告するために、事業者自らが報告する必要はありません。

報告書様式は下記ホームページに掲載していますので、参考にしてください。

- 山口県環境生活部廃棄物・リサイクル対策課ホームページ
- 下関市環境部ホームページ
- 山口県医師会ホームページ「医療廃棄物」

<問い合わせ先>

山口県環境生活部廃棄物・リサイクル対策課
TEL：083-933-2988



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 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



第31回 日本医学会総会 2023 東京

ビッグデータが拓く未来の医学と医療
～豊かな人生100年時代を求めて～

早期事前参加登録受付中
2022年10月31日(月)まで

事前参加登録者の特典として、事前webinar等の各種企画にご参加いただけます

会期

(学術集会) 2023年 4月21日(金)～23日(日)

(学術展示) 2023年 4月20日(木)～23日(日)

(博覧会) 2023年 4月15日(土)～23日(日)

会場

東京国際フォーラム および 丸の内・有楽町エリア

会頭

春日 雅人 朝日生命成人病研究所 所長
国立国際医療研究センター 名誉理事長

事務局

〒113-8655 東京都文京区本郷7-3-1 東京大学医学部附属病院 中央診療棟2(8F)
TEL | 03-5800-8971 FAX | 03-5800-6412 E-mail | office@isoukai2023.jp

<http://isoukai2023.jp/>



謹 弔

次の会員がご逝去なさいました。謹んで哀悼の意を表します。

橋 本 操 氏 下関市医師会 4月12日 享年 95

津 江 久 敏 氏 宇部市医師会 4月13日 享年 89

編 集 後 記

さくらの季節になりました。

年の数だけさくらが咲くのを見てきましたが、人生の節目に咲くため、いいこともわるいこともあったなあ、と過去を思い起こさせる、見るたびに複雑な感慨がわく花です。

いうまでもなく、日本の春を代表する花ですが、知識が全然なく、「ソメイヨシノ」ぐらいしか知りません。とりあえず、手元にあった小学館の図鑑 NEO シリーズの『植物』と『花』の2冊でさくらについて調べてみました。

さくらはバラ科の植物で、ソメイヨシノはオオシマザクラとエドヒガンの雑種と考えられており、現在の東京都豊島区の染井地区で作り出された、とあります。また、さくら同士の交配により生み出された品種として、シダレザクラやヤエベニシダレなどなど多数の園芸品種があるとのこと。

テレビや雑誌を見ていると、すごく大きくて、立派なさくらの木が紹介されていたりします。

日本医師会館のすぐ前に「六義園」という庭園がありますが、そのシダレザクラも有名でとても美しいです。大きな木は、見るだけで癒されます。

ところで、大きな木、巨樹ってなにか定義があるのだろうか、あればどのくらいの大きさから言うのだろうか、と、ふと疑問になりました。

もともと日本では巨樹に明確な定義なるものはなかったようですが、1988年に環境省が全国における巨樹・巨木林調査を行うにあたって基準を定めたものがあり、現在ではそれが一般的に用いられています。その基準は、「地上から130cmの高さで幹周が300cm以上の木」です。

環境省自然環境局生物多様性センターから出されているデータでは、巨樹になりやすい樹種としては、頻度順にスギ、ケヤキ、クスノキ、イチョウ、となっています。全国最大の巨樹は、鹿児島県の蒲生八幡神社の境内にある、「蒲生の大楠」という木で、樹齢1,500年以上、幹周2,422cm、樹高約30m。火災や台風などにも遭いながら、神木として手入れをされ、ずっと大事にされてきたそうです。巨樹は人々の信仰の対象となり、生き抜いてきたその存在自体が一つの歴史、かけがえのない財産となります。

また、日本が誇る建築物として世界最古の木造建築である正倉院宝物殿や、世界最大の木造建築である東大寺の大仏殿や東本願寺の御影堂があります。

いろいろ調べてみて、日本ってやっぱり素晴らしいなあ、と再認識いたしました。

(理事 藤原 崇)



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）